



# **Instrukcja obsługi programu**

---

# Spis treści

## Rozdział 1 Wstęp

## Rozdział 2 Korzystanie z instrukcji obsługi

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

## Rozdział 3 Omówienie interfejsu programu mMedica

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

## Rozdział 4 Logowanie do programu

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

## Rozdział 5 Kartoteka pacjentów

5.1	Konfiguracja Kartoteki pacjentów.....	21
5.2	Omówienie okna Kartoteki pacjentów.....	21
5.3	Wyszukiwanie danych w Kartotece.....	24
5.4	Dodanie pacjenta.....	25
5.4.1	Dodanie noworodka.....	28
5.4.2	Dodanie pacjenta z UE.....	30
5.4.3	Dodanie pacjenta z Ukrainy (bez numeru PESEL, zatrudnionego).....	32
5.4.3.1	Pacjent z Kartą pobytu.....	34
5.4.3.2	Pacjent ze zgodą na pobyt czasowy.....	35
5.4.4	Dodanie pacjenta z Ukrainy (ustawa z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy).....	35
5.4.5	Dodanie pacjenta z Kartą Polaka.....	37
5.4.6	Dodanie pacjenta z decyzją wójta/burmistrza/prezydenta.....	39
5.4.7	Dodanie pacjenta NN.....	40
5.4.8	Dodanie pacjenta finansowanego z budżetu państwa.....	40
5.4.9	Dodanie pacjenta spoza UE.....	42



5.5	Uprawnienia dodatkowe pacjentów .....	43
5.6	Zgody pacjentów, uprawnienia, oświadczenia.....	46
5.7	Usunięcie pacjenta.....	48
5.7.1	Archiwizacja pacjenta.....	48
5.8	Dane medyczne pacjenta.....	50
5.8.1	Dodawanie danych medycznych.....	50
5.8.2	Rodzaje dokumentacji medycznej.....	52
5.8.2.1	Rozpoznanie.....	52
5.8.2.2	Badania laboratoryjne i diagnostyczne.....	52
5.8.2.2.1	Dodanie wyniku badania.....	53
5.8.2.3	Czynniki ryzyka i wywiady.....	58
5.8.2.4	Konsultacje.....	59
5.8.2.5	Skierowania.....	60
5.8.2.6	Rehabilitacje.....	60
5.8.2.7	Sanatoria.....	62
5.8.2.8	Hospitalizacje.....	62
5.8.2.9	Szczepienia.....	63
5.8.2.9.1	Planowanie szczepień z kalendarza.....	66
5.8.2.9.2	Zbiorcze wykonanie szczepień.....	68
5.8.2.9.3	Indywidualny Kalendarz Szczepień (IKSz).....	69
5.8.2.10	Antropometria.....	70
5.8.2.11	Badania wstępne.....	71
5.8.2.12	Badania wstępne do karty ciąży.....	72
5.8.2.13	Zabiegi .....	72
5.8.2.13.1	Zrealizowanie zleconego zabiegu.....	73
5.8.2.13.2	Dodanie informacji o zabiegu.....	74
5.8.2.14	Karta ciąży.....	74
5.8.2.15	Karta opieki pielęgniarzkiej.....	75
5.8.2.16	Karta DiLO.....	76
5.8.2.17	Karta ChUK.....	76
5.8.2.18	Dane medyczne powiązane z modułem Gabinet Pielęgniarki.....	76
5.9	Kupony RUM - woj. śląskie.....	77
5.9.1	Konfiguracja kuponów RUM.....	77
5.9.2	Wydruk kuponów RUM.....	78
5.9.2.1	Wydruk wolnych kuponów.....	78
5.9.2.2	Wydruk kuponów spersonalizowanych.....	79
5.9.3	Generacja numerów kuponów.....	80
5.9.4	Rejestracja wolnych kuponów.....	80
5.9.5	Anulowanie kuponów.....	81
5.9.6	Przywracanie anulowanych kuponów.....	81

5.9.7	Informacje o wolnych kuponach.....	82
5.10	Listy negatywne - woj. śląskie.....	83
5.10.1	Zaczytanie pliku listy negatywnej.....	84
5.11	Zgody z systemu P1.....	85
5.12	Funkcje dodatkowe Kartoteki.....	86
5.12.1	Rejestr wizyt receptowych.....	87
5.12.2	Zbiorcza archiwizacja pacjentów.....	89
5.12.3	Scalanie pacjentów.....	90

## **Rozdział 6 eWUŚ**

6.1	Konfiguracja konta eWUŚ.....	93
6.2	Dane logowania do serwera eWUŚ.....	94
6.3	Zmiana hasła do systemu eWUŚ w programie mMedica.....	95
6.3.1	Z poziomu Użytkowników systemu.....	95
6.3.2	Poprzez okno z komunikatem.....	96
6.3.3	Zbiorcza zmiana hasła.....	97
6.4	Sposoby weryfikacji pacjenta w eWUŚ.....	98
6.4.1	Ręczne sprawdzenie eWUŚ.....	99
6.4.2	Ręczne sprawdzenie eWUŚ kilku pacjentom.....	102
6.4.3	Ręczne dodanie eWUŚ.....	103
6.4.4	Automatyczne sprawdzenie eWUŚ.....	104
6.4.5	Automatyczne sprawdzenie eWUŚ kilku pacjentom.....	104
6.5	Pozostałe funkcje eWUŚ w mMedica.....	104
6.5.1	Dodanie pacjenta do zbiorczej weryfikacji.....	105
6.5.2	Zaplanowane weryfikacje pacjenta.....	106
6.5.3	Rejestr potwierżeń pacjenta.....	106
6.5.4	Import plików potwierżeń.....	108
6.5.5	Aktualizacja danych pacjenta na podstawie komunikatu eWUŚ.....	108
6.6	Komunikaty z systemu eWUŚ.....	110

## **Rozdział 7 Wystawianie recept**

7.1	Wydruk recept.....	112
7.1.1	Konfiguracja wydruku recept.....	112
7.1.2	Przegląd pul numerów recept.....	114
7.1.3	Zaczytanie puli numerów recept.....	116
7.1.3.1	Zaczytanie puli z pliku xml.....	116
7.1.3.2	Podanie zakresu numerów.....	116
7.1.4	Wydruk recept w Kartotece pacjentów.....	117
7.1.4.1	Wydruk pustych recept.....	118
7.1.4.2	Wydruk recept z lekami.....	120
7.1.4.2.1	.Recepty drukowane przez lekarza.....	121
7.1.4.2.2	.Recepty drukowane przez pielęgniarkę/położną.....	122

7.1.4.2.3	.Recepty drukowane przez rejestratorkę.....	124
7.1.4.3	Recepta transgraniczna.....	125
7.1.5	Wydruk recept w Gabinetce.....	126
7.1.5.1	Omówienie formatki wydruku recept.....	127
7.1.5.2	Wydruk recept z Bazy leków Pharmindex.....	132
7.1.5.3	Duplikowanie recepty.....	133
7.1.5.4	Leki dla seniora S75+.....	134
7.1.5.5	Bezpłatne leki dla kobiet w ciąży.....	136
7.2	Wystawienie e-Recepty.....	138
7.2.1	Konfiguracja e-Recepty.....	139
7.2.2	Sposób wystawiania e-Recepty.....	140
7.2.2.1	Wystawienie e-Recepty na import docelowy.....	146
7.2.3	Podgląd e-Recept pacjenta w P1.....	147
7.3	Rejestr recept.....	149

## Rozdział 8 Harmonogramy przyjęć

8.1	Konfiguracja harmonogramu przyjęć.....	152
8.2	Dodanie nowego harmonogramu przyjęć.....	153
8.2.1	Dodanie harmonogramu przyjęć do komórki organizacyjnej.....	154
8.2.2	Dodanie harmonogramu przyjęć do procedury.....	155
8.3	Usunięcie harmonogramu przyjęć z programu.....	157
8.4	Przywrócenie usuniętego harmonogramu przyjęć.....	157
8.5	Dodanie pacjenta do harmonogramu przyjęć.....	158
8.5.1	Szczegółowe dane pozycji.....	160
8.5.2	Zmiana planowanego terminu.....	164
8.5.3	Zmiana kategorii świadczeniobiorcy lub kategorii medycznej.....	167
8.6	Wykreślenie pacjenta z harmonogramu przyjęć.....	169
8.6.1	Z powodu realizacji świadczenia.....	169
8.6.1.1	Wykreślanie automatyczne.....	169
8.6.1.2	Wykreślanie ręczne.....	170
8.6.2	Z innych przyczyn.....	171
8.6.3	Zmiana przyczyny skreślenia.....	172
8.7	Przywrócenie pacjenta do harmonogramu przyjęć.....	173
8.8	Funkcje dodatkowe harmonogramów przyjęć.....	174
8.8.1	Przenoszenie pacjentów między harmonogramami.....	174
8.8.2	Plan przyjęć.....	175
8.9	Statystyki harmonogramów przyjęć.....	176
8.9.1	Dodanie nowej statystyki.....	176
8.9.2	Zbiorcze uzupełnianie statystyk.....	177
8.9.3	Eksport statystyk.....	178
8.9.4	Aktualizacja danych w statystyce.....	179

8.9.5	Usunięcie statystyki.....	180
8.10	Pierwszy wolny termin.....	180
8.10.1	Wyznaczanie pierwszego wolnego terminu.....	180
8.10.1.1	Wyznaczanie automatyczne.....	182
8.10.1.2	Wyznaczanie ręczne.....	182
8.10.2	Przegląd pierwszych wolnych terminów.....	183
8.10.3	Eksport pierwszych wolnych terminów.....	183
8.11	Ocena harmonogramu przyjęć.....	184
8.11.1	Dodanie oceny harmonogramu przyjęć.....	185
8.12	Integracja z systemem AP-KOLCE.....	186
8.12.1	Dodanie pacjenta do harmonogramu przyjęć - wpis do AP-KOLCE.....	188
8.12.2	Data oceny harmonogramu przyjęć - AP-KOLCE.....	189
8.12.3	Pierwszy wolny termin - AP-KOLCE.....	189
8.12.4	Usunięcie harmonogramu przyjęć - AP-KOLCE.....	190
8.12.5	Ręczna synchronizacja danych.....	191

## **Rozdział 9 Deklaracje POZ**

9.1	Konfiguracja deklaracji.....	193
9.2	Dodanie deklaracji.....	194
9.2.1	Deklaracja pacjenta z UE.....	196
9.2.2	Deklaracja pacjenta z Ukrainy.....	196
9.2.3	Deklaracja noworodka po nadaniu PESEL.....	197
9.3	Deklaracje medycyny szkolnej.....	198
9.3.1	Import deklaracji z pliku XLS.....	199
9.3.2	Import słownika szkół.....	200
9.3.3	Zmiana roku szkolnego.....	201
9.4	Wycofanie deklaracji.....	202
9.5	Rozliczenie sprawozdań POZ.....	204
9.5.1	Rozliczenie deklaracji POZ.....	205
9.5.1.1	Utworzenie sprawozdania dla deklaracji.....	205
9.5.1.2	Eksport listy deklaracji POZ.....	206
9.5.1.3	Potwierdzenia deklaracji POZ.....	208
9.5.1.4	Wyniki weryfikacji deklaracji POZ.....	208
9.5.1.5	Rachunki deklaracji POZ.....	210
9.5.2	Rozliczenie sprawozdania zbiorczego POZ.....	210
9.5.2.1	Utworzenie sprawozdania zbiorczego.....	210
9.5.2.2	Eksport sprawozdania zbiorczego.....	212
9.5.3	Rozliczenie załącznika 3c.....	212
9.5.3.1	Utworzenie załącznika 3c.....	212
9.5.3.2	Eksport załącznika 3c.....	214
9.5.4	Zestawienie wykonanych badań POZ.....	214

9.5.4.1	Dodanie zestawu badań.....	216
9.5.5	Raport personalny deklaracji POZ.....	217
9.6	Funkcje dodatkowe deklaracji.....	217
9.6.1	Zestawienie deklaracji.....	218
9.6.2	Zbiorcze kopiowanie deklaracji.....	219
9.6.3	Zbiorcze uzupełnienie danych w deklaracjach.....	220
9.7	Migracja pacjentów i deklaracji między instalacjami.....	222
9.7.1	Migracja poprzez plik .mme (mM +).....	222
9.7.2	Migracja poprzez pocztę elektroniczną.....	224
9.8	Import e-Deklaracji.....	226

## Rozdział 10 Rozliczenia świadczeń

10.1	Etapy rozliczenia wybranych zakresów.....	231
10.1.1	Deklaracje POZ.....	231
10.1.2	Porady POZ.....	231
10.1.3	Sprawozdanie zbiorcze POZ.....	232
10.1.4	Sprawozdanie z wykonanych badań diagnostycznych.....	232
10.1.5	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna.....	233
10.1.6	Lecznictwo stacjonarne.....	233
10.1.7	Tworzenie korekty do sprawozdania.....	233
10.2	Informacje szczegółowe.....	235
10.2.1	Import umów z NFZ.....	236
10.2.2	Przegląd danych umowy.....	237
10.2.3	Przegląd wizyt.....	239
10.2.4	Weryfikacja wizyt.....	241
10.2.5	Przegląd danych o rozliczeniach.....	243
10.2.6	Przypisanie świadczeń do umowy-ugody.....	244
10.2.7	Zbiorcza modyfikacja sposobów rozliczenia.....	246
10.2.8	Przegląd realizacji planu umowy.....	247
10.2.9	Raport z wykonanych świadczeń.....	249
10.2.10	Zbiorcze przeliczanie pozycji rozliczeniowych.....	250
10.2.11	Zbiorcze usuwanie i ponowne generowanie pozycji rozliczeniowych.....	252
10.3	Wprowadzanie danych o rozliczeniach.....	253
10.3.1	Import słownika ICD9.....	253
10.3.2	Ewidencja danych z wyznaczeniem JGP.....	255
10.3.3	Rozliczanie JGP w AOS.....	258
10.3.4	Przekodowanie procedur ICD9.....	260
10.3.5	Powiązania dla procedur ICD9.....	261
10.3.6	Ewidencja zbiorcza.....	264
10.3.7	Zbiorcze dodawanie wizyt.....	266
10.3.8	Wydanie Karty DiLO w POZ.....	268

10.3.9	Ewidencja porad pierwszorazowych.....	269
10.3.10	Schematy wizyt.....	272
10.4	Sprawozdawczość rozliczeniowa.....	275
10.4.1	Eksport danych ewidencyjnych do NFZ (I faza).....	278
10.4.2	Import danych.....	279
10.4.3	Dzienniki importów i eksportów.....	280
10.4.4	Tworzenie sprawozdań rozliczeniowych dla NFZ.....	281
10.4.5	Szablony rachunków.....	283
10.4.5.1	Usunięcie szablonu.....	284
10.4.6	Wystawianie rachunków.....	285
10.4.6.1	Utworzenie rachunku na podstawie szablonu.....	285
10.4.6.2	Rachunek podwyżkowy dla pielęgniarek.....	286
10.4.6.3	Konfiguracja e-Faktury/e-Rachunku.....	287
10.4.6.4	Eksport e-Faktury/e-Rachunku.....	288
10.4.6.5	Wycofanie zatwierdzonego rachunku.....	289
10.4.6.6	Korekta rachunku.....	290
10.4.7	Menedżer eksportów.....	291
10.4.8	Wydruk sprawozdania finansowego i inne wydruki.....	292

## **Rozdział 11 Uzupełnianie świadczeń**

11.1	Realizacja.....	295
11.2	Procedury ICD-9.....	300
11.3	Rozpoznanie współlistniejące.....	303
11.4	Świadczenia POZ.....	305
11.5	Badania POZ.....	307
11.5.1	Ewidencja badań w programie POZ PLUS.....	309
11.6	Sesja/Cykl.....	310
11.7	Ratownictwo.....	312
11.8	Skierowanie.....	313
11.9	Dodatkowe.....	316
11.10	Rozliczenia.....	319
11.10.1	Dodanie pozycji rozliczeniowej.....	320
11.10.2	Karta informacyjna UE.....	323
11.11	Ubezpieczenie.....	325
11.12	Dane techniczne.....	326
11.13	Wystawione zlecenia.....	327

## **Rozdział 12 Funkcjonalności uzupełniające**

12.1	Ewidencja świadczeń COVID-19 (WYK-BAD).....	330
12.2	Edycja wskaźnika WRN (Karta DiLO).....	331
12.3	Edycja wskaźników e-Skierowań.....	333
12.4	Kwalifikacja do profilaktyki zdrowotnej.....	334

12.4.1	Profilaktyka ChUK.....	335
12.4.2	Profilaktyka cytologii/mammografii.....	335
12.5	Pozycje preferowane w słownikach.....	336
12.6	Przegląd dokumentów UE.....	338
12.7	Przegląd zwolnień lekarskich.....	338
12.8	Rejestr przechowywanych kart uodpornienia.....	339
12.9	Poczta wewnętrzna.....	341
12.9.1	Konfiguracja poczty wewnętrznej w programie.....	342
12.9.2	Tworzenie grup odbiorców poczty.....	343
12.9.3	Wysyłanie wiadomości.....	344
12.9.4	Wiadomość pilna.....	346
12.9.5	Odebranie wiadomości.....	347
12.10	Notatki.....	348
12.11	Powiadomienia e-mailowe.....	349
12.12	Teksty standardowe w polach opisowych.....	350
12.12.1	Dodanie nowego tekstu.....	352
12.12.2	Dodanie znacznika w tekście standardowym.....	353
12.12.3	Zarządzanie szablonami tekstów standardowych.....	355
12.13	Aktualizacja słownika miejscowości.....	356
12.14	Zamiana kodów terytorialnych.....	357
12.15	Eksport Jednolitego Pliku Kontrolnego.....	358
12.16	Obsługa eRejestracja w mMedica.....	360
12.16.1	Konfiguracja połączenia.....	360
12.16.2	Dodanie pacjenta do eRejestracja.....	361
12.16.3	Reset hasła pacjenta.....	362
12.16.4	Lista eRezerwacji.....	362
12.17	Wizualizacja kanałów komunikacyjnych ustawionych przez pacjenta w IKP.....	364

## Rozdział 13 Wielozakładowość

13.1	Konfiguracja wielozakładowości.....	366
13.1.1	Domyślny zakład leczniczy.....	366
13.2	Dodanie zakładu leczniczego.....	368
13.2.1	Powiązanie komórki z zakładem.....	369
13.2.2	Powiązanie komórki z księgą medyczną.....	370
13.3	Dane zakładu na dokumentach.....	371

## Rozdział 14 Podpis elektroniczny

14.1	Porównanie podpisów elektronicznych w mMedica.....	372
14.2	Wybór rodzaju podpisu elektronicznego dla użytkownika.....	374
14.3	Konfiguracja podpisu SimplySign.....	375
14.4	Instalacja podpisu cyfrowego.....	376
14.5	Konfiguracja podpisu elektronicznego.....	376

14.6	Logowanie do mMedica za pomocą podpisu.....	378
14.6.1	Powiązanie użytkownika z podpisem.....	380
14.7	Autoryzacja dokumentów podpisem.....	381
14.7.1	Podpisywanie dokumentacji EDM.....	382
14.7.2	Podpisywanie eFaktury.....	383
14.8	Autoryzacja e-dowodem.....	384
14.8.1	Logowanie za pomocą e-dowodu.....	384
14.8.2	Podpisywanie dokumentów e-dowodem.....	385

## **Rozdział 15 Terminarz**

15.1	Aktualizacja Terminarza do wersji 5.7.0.....	387
15.1.1	Poprawa błędów aktualizacji.....	388
15.2	Omówienie okna Terminarza.....	389
15.3	Konfiguracja Terminarza.....	394
15.3.1	Definicja kolorów w Terminarzu.....	396
15.4	Kalendarz pracy.....	397
15.4.1	Kalendarz dla przychodni.....	399
15.4.2	Kalendarz dla komórki.....	401
15.5	Zasoby miejsca.....	403
15.5.1	Dodanie nowego zasobu.....	403
15.6	Szablony harmonogramu pracy.....	404
15.6.1	Tworzenie szablonu.....	405
15.6.2	Kopiowanie grafika z innego szablonu.....	407
15.6.3	Usunięcie szablonu.....	408
15.7	Harmonogramy pracy.....	409
15.7.1	Tworzenie harmonogramu pracy.....	410
15.7.1.1	Generowanie ręczne.....	410
15.7.1.2	Generowanie na podstawie szablonu.....	412
15.7.1.3	Konflikty harmonogramu.....	413
15.7.2	Udostępnianie terminów w eRejestracji.....	414
15.7.3	Edycja harmonogramu.....	416
15.7.4	Powtarzanie harmonogramu.....	417
15.7.5	Blokady harmonogramu.....	419
15.7.6	Usunięcie harmonogramu.....	420

## **Rozdział 16 Planowanie wizyt w Terminarzu**

16.1	Rezerwacja wizyty.....	422
16.1.1	Dodanie rezerwacji.....	423
16.1.2	Dodanie rezerwacji bez określenia personelu.....	425
16.1.3	Rezerwacja z wpisem do harmonogramu przyjąć.....	427
16.1.4	Rezerwacja wizyty ze skierowaniem.....	428
16.1.5	Rezerwacja wizyty dla pacjenta pierwszorazowego.....	430



16.1.6	Rezerwacja wizyty receptowej.....	431
16.1.7	Rezerwacja wizyty prywatnej.....	433
16.1.8	Kopiowanie rezerwacji.....	434
16.2	Wyszukiwanie rezerwacji pacjenta.....	436
16.3	Rejestracja wizyty.....	437
16.3.1	Dodanie rejestracji.....	438
16.3.2	Rejestracja wizyty prywatnej.....	440
16.4	Zmiana terminu wizyty.....	441
16.5	Odwolanie wizyty.....	441
16.6	Umówienie następnej wizyty.....	442
16.7	Rozliczenie wizyty w Terminarzu.....	443
16.7.1	Rozliczenie wizyty prywatnej.....	443
16.8	Funkcje dodatkowe Terminarza.....	444
16.8.1	Sprawdzanie potwierdzenia eWUŚ.....	445
16.8.2	Rejestr rezerwacji ze skierowaniem.....	446
16.8.3	Lista wszystkich rezerwacji.....	447
16.8.4	Zbiorcza modyfikacja rezerwacji.....	448
16.8.5	Historia zmian rezerwacji.....	449
16.8.6	Lista rezerwowa.....	449
16.8.7	Wydruki.....	451
16.8.7.1	Plan wizyt.....	452
16.8.7.2	Wydruk harmonogramu pracy.....	453
16.8.7.3	Dane terminu (wydruk na paragonie fiskalnym).....	453
16.8.8	System kolejkowy - numerki.....	454

## Rozdział 17 Obsługa gabinetu lekarskiego

17.1	Konfiguracja Gabinetu.....	456
17.1.1	Wygląd Gabinetu.....	456
17.1.2	Ekran wizyty.....	458
17.1.3	Wyświetlanie historii wizyt.....	458
17.1.4	Wydruki w Gabinetecie.....	460
17.1.5	Inne ustawienia.....	460
17.2	Lista pacjentów oczekujących do Gabinetu.....	462
17.3	Omówienie formatki Gabinetu.....	465
17.4	Funkcje dodatkowe Gabinetu.....	469
17.5	Omówienie okna wizyty lekarskiej.....	470
17.6	Wizyta lekarska.....	475
17.6.1	Utworzenie karty ChUK.....	475
17.6.2	Skala Barthel.....	477
17.6.3	Skala Becka.....	478
17.6.4	Wizyta receptowa.....	479

---

17.6.5	Ewidencja badań POZ.....	482
17.6.6	Okno: Zabieg.....	486
17.6.7	Okno: Soczewki okularowe/ Diagnozy psychologiczne/ Zaawansowanie choroby nowotworowej.....	488
17.6.8	Badania diagnostyczne.....	491
17.6.9	Karta DiLO.....	492
17.6.9.1	Diagnostyka podstawowa.....	493
17.6.9.2	Diagnostyka wstępna.....	495
17.6.9.3	Diagnostyka pogłębiona.....	496
17.7	Dane medyczne.....	497
17.7.1	Badania wstępne do karty ciąży.....	498
17.7.2	Karta ciąży.....	499
17.7.3	Karta opieki pielęgniarstwa.....	502
17.8	Skierowania.....	504
17.8.1	Konfiguracja skierowań.....	504
17.8.2	Kopiowanie skierowań.....	505
17.8.3	Badania laboratoryjne.....	506
17.8.4	Badania diagnostyczne.....	509
17.8.5	Do specjalisty.....	511
17.8.6	Na rehabilitację.....	514
17.8.7	Informacja dla lekarza kierującego.....	517
17.8.8	Badanie cytologiczne.....	519
17.8.9	Badania prenatalne.....	521
17.8.10	Badanie histopatologiczne.....	522
17.8.11	Obsługa e-Skierowań.....	523
17.8.11.1	Wystawienie e-Skierowania.....	525
17.8.11.2	Anulowanie e-Skierowania.....	529
17.8.11.3	Realizacja e-Skierowania.....	530
17.8.11.4	Wycofanie realizacji e-Skierowania.....	535
17.8.11.5	Rejestr wystawionych e-Skierowań.....	537
17.8.12	Elektroniczne zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne.....	538
17.9	Druki.....	540
17.10	Recepty.....	542
17.10.1	Stale podawane leki.....	543
17.10.1.1	Dodanie leku do stale podawanych.....	544
17.10.1.2	Historia przepisanych leków stale podawanych.....	547
17.10.2	Leki preferowane.....	548
17.10.3	Słownik leków Pharmindex.....	551
17.10.4	Leki recepturowe.....	552
17.10.4.1	Dodanie leku recepturowego do słownika.....	555

17.10.5 Historia leków.....	559
17.10.6 Historia recept.....	560
17.11 Zwolnienia lekarskie eZLA.....	561
17.12 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia/choroby zakaźnej (ZLK-1).....	561
17.13 Historia wizyt.....	563
17.14 Archiwum.....	564
17.15 Ankieta kwalifikacji wstępnej.....	566
17.16 Kwestionariusz przed szczepieniem przeciw COVID-19.....	569
17.17 Wydruk Unijnego Certyfikatu COVID.....	570

## Rozdział 18 Raportowanie zdarzeń medycznych

18.1 Automatyczna wysyłka zdarzeń medycznych - Harmonogram zadań.....	575
18.2 Rejestr logów zdarzeń medycznych.....	576

## Rozdział 19 Obsługa hospitalizacji

19.1 Konfiguracja obsługi hospitalizacji.....	578
19.2 Import algorytmu dla JGP.....	578
19.3 Omówienie formatki hospitalizacji.....	579
19.3.1 Przyjęcie/Wypis.....	579
19.3.2 Hospitalizacja.....	580
19.3.3 Procedury.....	581
19.3.4 Rehabilitacja/Kardiologia.....	582
19.3.5 Dodatkowe.....	583
19.3.6 Rozliczenia.....	584
19.3.7 Ubezpieczenie.....	584
19.3.8 Podział na pobyty.....	585
19.4 Eksport danych hospitalizacji.....	587
19.4.1 Eksport świadczeń leczenia stacjonarnego.....	587
19.4.2 Eksport karty statystycznej.....	587

## Rozdział 20 Konfiguracja programu

20.1 Dane świadczeniodawcy.....	590
20.2 Struktura organizacyjna.....	592
20.3 Rejestr personelu.....	596
20.3.1 Dodanie personelu.....	597
20.3.2 Dodanie personelu o różnych kwalifikacjach.....	600
20.3.3 Asystent medyczny.....	601
20.3.4 Pracownik administracyjny.....	602
20.4 Użytkownicy systemu.....	603
20.4.1 Dodanie użytkownika.....	604
20.4.2 eRejestracja / Systemy NFZ.....	606
20.4.3 Uprawnienia do danych.....	607

20.4.4	Uprawnienia funkcjonalne.....	608
20.4.5	Uprawnienia do raportów i formularzy.....	611
20.4.6	Uprawnienia do słowników.....	611
20.4.7	Zmiana hasła do programu.....	613
20.4.8	Reset hasła użytkownika.....	614
20.4.9	Statystyka działań użytkownika.....	615
20.4.10	Historia zmian uprawnień.....	616
20.4.11	Usunięcie użytkownika.....	617
20.5	Rejestr ksiąg.....	618
20.6	Rejestr instytucji.....	620
20.7	Słownik szkół.....	623
20.8	Konfigurator.....	624
20.8.1	Pozycja: System.....	627
20.8.2	Pozycja: Ewidencja.....	630
20.8.3	Pozycja: Komunikacja.....	634
20.8.4	Pozycja: Moduły dodatkowe.....	639
20.8.5	Pozycja: Gabinet.....	641
20.9	Parametry konfiguracyjne.....	641
20.10	Ustawienia domyślne personelu.....	643
20.11	Walidacje definiowane.....	644

## **Rozdział 21 Księgi i raporty**

21.1	Księgi.....	648
21.1.1	Księga główna przyjęć i wypisów.....	649
21.1.2	Księga NiŚOLiP.....	651
21.1.3	Księga przyjęć.....	652
21.1.4	Księga ratownictwa medycznego.....	653
21.1.5	Księga zabiegów.....	655
21.2	Raporty/zestawienia.....	656
21.3	Raporty definiowane.....	656
21.3.1	Dostępne wykazy.....	656
21.3.2	Wygenerowanie wykazu.....	658
21.3.3	Utworzenie definicji wykazu.....	658
21.4	Definicja szablonów wydruku.....	661
21.4.1	Nowy szablon wydruku.....	662
21.4.2	Edytor szablonów.....	663
21.4.3	Utworzenie szablonu na podstawie szablonu systemowego.....	667
21.5	Definicja widoków danych.....	673

## **Rozdział 22 Ochrona danych osobowych**

22.1	Rejestr danych osobowych.....	675
22.2	Rejestr wniosków.....	676

22.3	Rejestr udostępnień.....	680
22.4	Rejestr sprzeciwów.....	681
22.5	Rejestr błędów przesłanych do Centrum Serwisowego.....	682

## **Rozdział 23 Współpraca z urządzeniami zewnętrznymi**

23.1	Drukarki do wydruku raportów.....	684
23.2	Drukarki do wydruku kuponów RUM.....	685
23.2.1	Zmiana ustawień wewnętrznych drukarek.....	686
23.2.2	OKI ML3390 - programowanie ustawień.....	686
23.2.3	Panasonic KX-P2130 - programowanie ustawień.....	689
23.2.4	Epson LQ-580 - programowanie ustawień.....	691
23.3	Czytniki kart chipowych.....	692
23.3.1	Sinake, SCR-3310/3311.....	693
23.3.2	Identive CLOUD 2700F.....	697
23.3.3	Instalacja Identive CLOUD w systemach Win. 8 i 10.....	701
23.4	Czytniki kodów kreskowych.....	705
23.4.1	Czytnik Pharmascan II.....	706
23.4.2	Czytnik DLC7070.....	707
23.4.3	Czytnik IT3800 LR.....	710
23.4.4	Czytnik IT3400 LR.....	711
23.4.5	Czytnik HHP 3800G.....	713
23.4.6	Czytnik NUMA BC-2000.....	717
23.5	Skanowanie dokumentów.....	719

## **Rozdział 24 Kopia zapasowa programu i wczytanie licencji**

24.1	Automatyczne wykonywanie kopii.....	723
24.2	Ręczne wykonywanie kopii.....	725
24.3	Kopia bez załączników.....	726
24.4	Kopia z poziomu mmBackup.....	727
24.5	Procedury serwisowe.....	727
24.6	Wczytanie licencji.....	729

# Rozdział

# 1

## **Wstęp**

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

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

# Rozdział

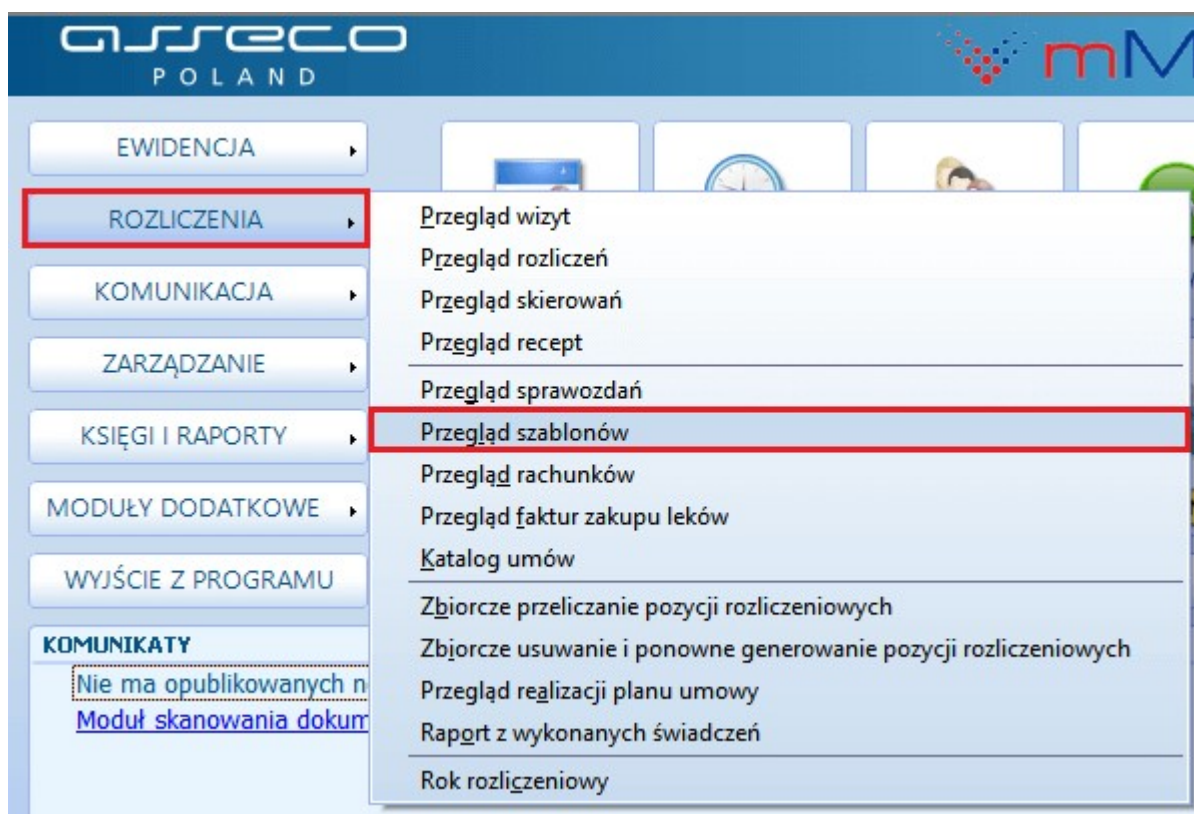
# 2

## Korzystanie z instrukcji obsługi

### 2.1 Legenda

W dokumencie zastosowano następujące formatowanie tekstu i odnośniki:

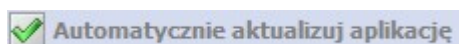
- **Zieloną czcionką** wyróżniono informacje o nowych funkcjonalnościach i o numerze wersji aplikacji, w której zostały wprowadzone.
- **Czerwoną czcionką** i dopiskiem **Uwaga!** wyróżniono ważne informacje, na które użytkownik powinien zwrócić szczególną uwagę.
- **Niebieskim aktywnym podkreśleniem**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



## 2.2 Słownik pojęć

W dokumencie zostały użyte następujące pojęcia:

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



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

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

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



**Przegląd i edycja**

Domyślna miejscowość dla nowych pacjentów:

☐ Wyświetlaj dane medycyny szkolnej

☐ Drukuj podczas zatwierdzania

**Obsługiwane listy aktywne**

☐ Lekarz

Numer umowy:

# Rozdział

# 3

## Omówienie interfejsu programu mMedica

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

### 3.1 Strona startowa programu

Strona startowa programu mMedica składa się z trzech głównych elementów:

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



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

funkcjonalności:



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



**TERMINARZ** - umawianie wizyt pacjentów z wyprzedzeniem czasowym.



**KOLEJKI** - obsługa list oczekujących.



**EDM** - obsługa Elektronicznej Dokumentacji Medycznej.



**HOSPITALIZACJA** - ewidencja świadczeń hospitalizacji.



**UZUPEŁNIANIE** - ewidencja udzielonych świadczeń w celu rozliczenia.



**DEKLARACJE** - obsługa deklaracji POZ.



**GABINET** - wybrane podstawowe czynności wykonywane przez lekarza w gabinecie.



**PHARMINDEX** - dostęp do elektronicznej bazy leków Pharmindex.

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

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

## 3.2 Strona startowa wersji mMedica Komercja/ +

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

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

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

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

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

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



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



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



**TERMINARZ** - umawianie wizyt pacjentów z wyprzedzeniem czasowym.



**GABINET** - wybrane podstawowe czynności wykonywane przez lekarza w gabinecie.



**EDM** - obsługa Elektronicznej Dokumentacji Medycznej.



**PHARMINDEX** - dostęp do elektronicznej bazy leków Pharmindex.



**WIZYTY** - podgląd zrealizowanych wizyt prywatnych.



**ZOBOWIĄZANIA** - podgląd nieuregulowanych płatności pacjentów za udzielone świadczenia.



**RACHUNKI** - przegląd rachunków/faktur wystawionych pacjentom.



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

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

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

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



## 3.3 Omówienie okna programu

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

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

The screenshot shows the mMedica application window. At the top, the title bar (1) displays 'mMedica (baza: STOMATOLOGIA, użytkownik: Anna Nowak)'. Below it is a navigation bar (2) with buttons for 'Dane', 'Dane pacjenta', 'Gabinet', 'Stomatologia', 'Skierowania', 'Recepty', 'Wynik weryfikacji', and 'Usuń'. On the left is a search panel (3) with fields for 'Pacjent', 'Data wizyty od - do', 'Wizyta', 'Przyjęcie', 'Tryb przyjęcia', 'Nr świadczenia', 'Kod świadczenia', and 'Podtyp świadczenia'. The main area is split into two sections. The top section (4) is titled 'Wizyty 2016' and shows a table of visits. The bottom section (5) is titled 'Dane rozliczeniowe wizyty' and shows a table of billing items. At the bottom of the window is a bar (6) with buttons for 'Nowe rozliczenie', 'Nowe rozliczenia zbiorczo', 'Dane rozliczenia', 'Archiwum rozliczenia', and 'Usuń rozliczenie'.

Nr świadczenia	Pacjent	PESEL	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Kod świadczenia	
000000043...	Kowalski Jan	00000000000	2016-12-08 11:02:33	2016-12-08 11:02:...	3.4	2 - Poradn

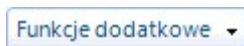
Id. rozliczenia	Id rozliczenia korygowanego	Numer umowy	Rok	Miesiąc	Produkt	Wyr.	Krotność
35579			2016	Grudzień	07.0000.218.02	1	
35578			2016	Grudzień	07.0000.218.02	1	

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

### 3.3.1 Znaczenie przycisków

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

W lewym górnym rogu okna znajdują się następujące przyciski:



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




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



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



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

Z kolei w prawym górnym rogu okna znajdują się przyciski:



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



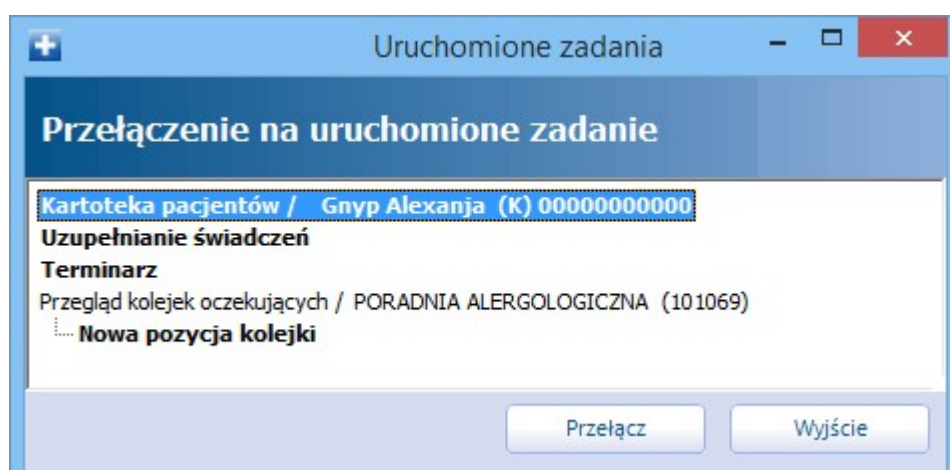
uwidocznienie skrótów klawiszowych domyślnie przypisanych wybranym funkcjom formatki.

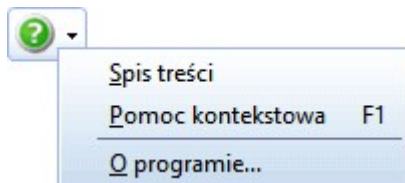


powrót do poprzedniej czynności/okna.



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






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



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



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

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




- pokazuje poprzednią stronę






- pokazuje następną stronę




- wczytuje całą listę danych



Kartoteka pacjentów





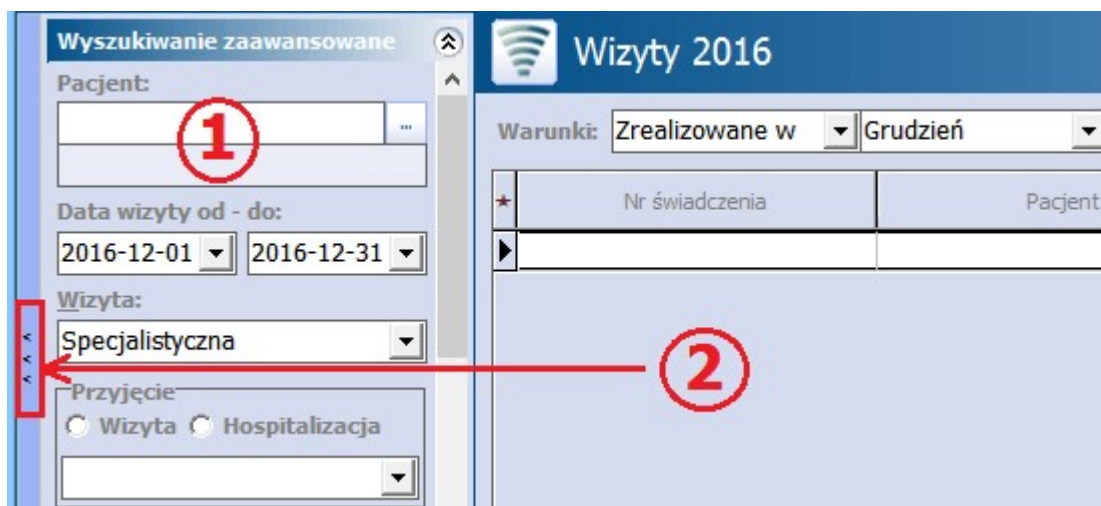
★	Nazwisko	Imię	Data urodzenia	PESEL	Adres	Nr karty	Dodatk...	ID	E-mail	Numer telefonu	^
▶	ADAMCZYK	AGNIESZ...	1992-01-01	123456789012345678	ul. 1 Maja 1, 00-000	123456789		1992		111-111-111	
	ADAMCZYK	ALEKSAN...	1992-01-01	123456789012345678	ul. 1 Maja 1, 00-000	123456789		3393			
	ADAMCZYK	ALEKSAN...	1992-01-01	123456789012345678	ul. 1 Maja 1, 00-000	123456789		1863			





### 3.3.2 Wyszukiwanie danych

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

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



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

Ponowne kliknięcie w ikonę  spowoduje wyłączenie filtrów.

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

### 3.3.3 Eksportowanie danych z tabel

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

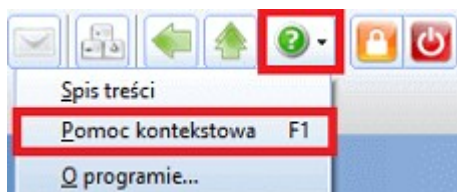
*	Nr	Rok	Data wpisu	Dokł. plan.	
<div>Eksport do pliku</div> <div>Drukuj wybrane</div> <div>Drukuj wszystkie</div>			09:24	Dzień	
			14:04	Dzień	
			15:28	Dzień	
			18:44	Dzień	
*	Nr	Rok	Data wpisu	Dokł. plan.	Planowana data real.
Rekordów: 19		14	2014-08-28 09:24	Dzień	2015-01-09 17:30
	120	2014	2014-08-29 14:04	Dzień	2015-01-09 18:00
	128	2014	2014-09-04 15:28	Dzień	2015-01-13 18:00

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

## 3.4 Pomoc kontekstowa dla użytkowników

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

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



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

Program mMedica posiada oficjalną stronę internetową [mmedica.asseco.pl](http://mmedica.asseco.pl), na której znajdują się m.in.:

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

## Rozdział

## 4

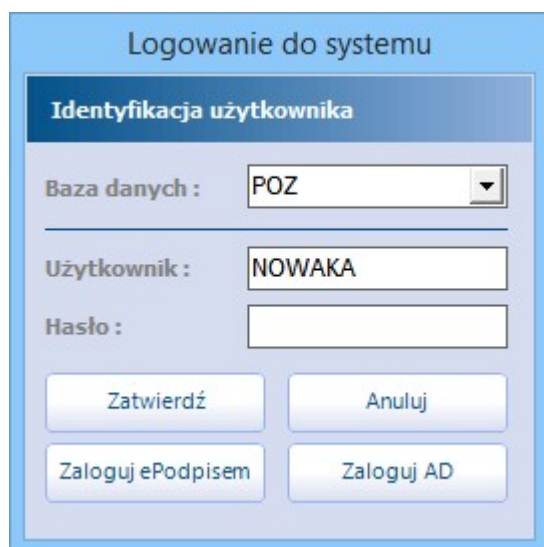
## Logowanie do programu

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

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

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

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



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

Nieprawidłowy użytkownik lub hasło.

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

## 4.1 Logowanie za pomocą Active Directory

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


Dla użytkowników powiązanych z kontem domenowym aplikacja nie wymusza zmiany hasła do programu co 30 dni, jak ma to zastosowanie w przypadku zwykłych kont.

Aby móc korzystać z funkcjonalności należy spełnić następujące warunki:

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

### 4.1.1 Konfiguracja Active Directory w mMedica

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

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

Następnie należy uzupełnić dane dotyczące nazwy domeny i użytkownika:

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

Nowak Anna (NOWAKA)

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

**Active Directory**

Domena: ACP Nazwa użytkownika: ANNA.NOWAK

ePodpis

Logowanie za pomocą certyfikatu kwalifikowanego ☐

Certyfikat ZUS

### 4.1.2 Logowanie AD w oknie programu

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

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

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

Logowanie do systemu

**Identyfikacja użytkownika**

Baza danych : POZ

Użytkownik :

Hasło :

Zatwierdź Anuluj

Zaloguj ePodpisem **Zaloguj AD**

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

Nie znaleziono powiązanego użytkownika w systemie mMedica.

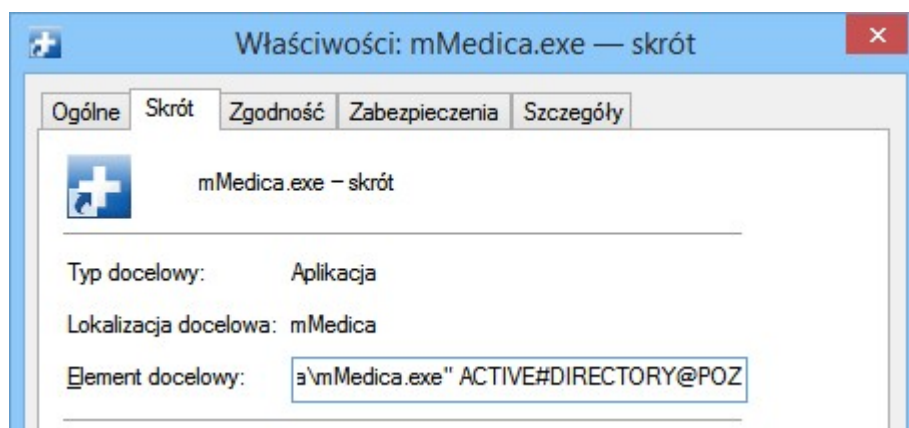
### 4.1.3 Logowanie AD przez parametr

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

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

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

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



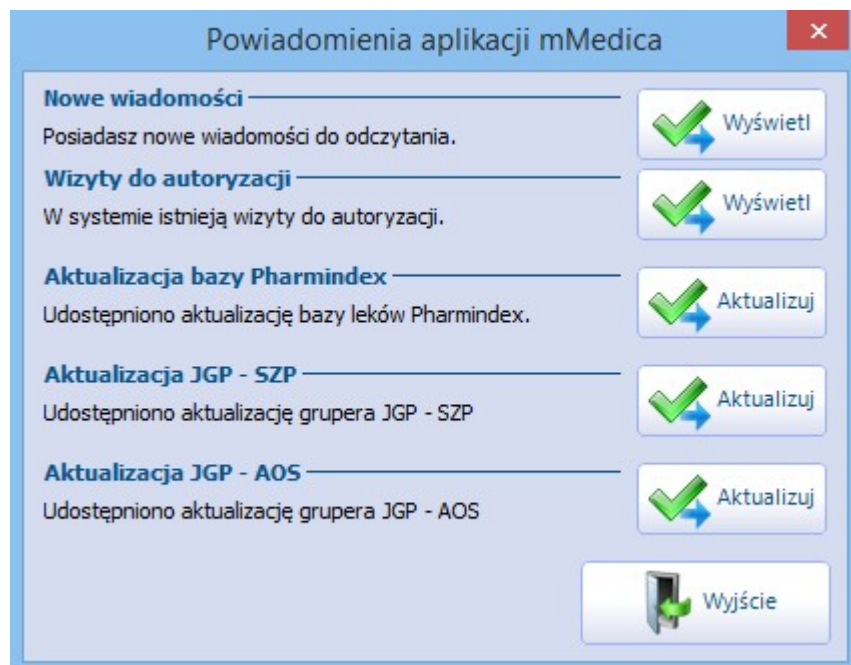
Po wykonaniu tych operacji każdorazowe otwarcie skrótu mMedica.exe spowoduje otwarcie programu, bez konieczności wprowadzania danych do logowania. Osobą zalogowaną do programu będzie użytkownik, na którego nastąpiło zalogowanie do domeny.



## 4.2 Powiadomienia programu mMedica

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

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



Funkcjonalność powiadomienia użytkownika programu o następujących czynnościach koniecznych do wykonania:

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

wymagających elektronicznej.

- **Zdarzenia medyczne do wysyłki** - dokładniejsze informacje na temat tego rodzaju powiadomienia zawiera rozdział [Raportowanie zdarzeń medycznych](#).
- **Certyfikaty** - informacja o zakończeniu okresu ważności, lub zbliżającym się terminie jego zakończenia, dla certyfikatów systemu P1: WSSE/TLS, certyfikatu systemu KOWAL, a także certyfikatów: aPUAP, ZUS, SimplySign. Od wersji 8.3.0 aplikacji mMedica taka informacja wyświetla się również w odniesieniu do certyfikatu Chmury dla zdrowia (u świadczeniodawców korzystających z Modułu Integracji eRepozytorium w Chmurze).
- **eRepozytorium w Chmurze** - informacja o kończącym się miejscu na zakupionym zasobie dla eRepozytorium w Chmurze. Wyświetla się u świadczeniodawców korzystających z [Modułu Integracji eRepozytorium w Chmurze](#).
- **Dokumenty w hospitalizacji do autoryzacji** - informacja o nieautoryzowanych dokumentach otwartych przez użytkownika do edycji w module "Hospitalizacje". Po wybraniu przycisku **Wyświetl** użytkownik zostanie przeniesiony do okna *Nieautoryzowane dokumenty w hospitalizacji*, z wyświetloną listą dokumentów. Aby przejść do dokumentu w celu jego autoryzacji, należy dwukrotnie kliknąć w odpowiednią pozycję na liście lewym przyciskiem myszy lub podświetlić ją i wybrać dostępny na górze ekranu przycisk **Pokaż dane**.
- **Obrót produktami leczniczymi - ZSMOPL** - rodzaj powiadamiania dodany w wersji aplikacji 8.3.0. Wyświetla informację o niewysłanych transakcjach, wprowadzonych w module [Obrót produktami leczniczymi](#), których data jest wcześniejsza od bieżącej. Dodatkowym warunkiem jest posiadanie przez zalogowanego użytkownika uprawnień funkcjonalnego do ewidencji leków w ramach modułu. Po wyborze znajdującego się po prawej stronie przycisku **Wyświetl** użytkownik zostanie przekierowany do okna przeglądu transakcji z wyfiltrowanymi pozycjami o statusach "Wprowadzona" i "Zatwierdzona".
- **Wyniki badań do autoryzacji** - powiadomienie dodane w wersji 8.4.0 aplikacji mMedica, związane z [zaimportowaniem dokumentów anulujących wyniki badań](#). Dokładne informacje dotyczące tej funkcjonalności znajdują się w instrukcji obsługi modułu [eWyniki](#), w rozdziale "Obsługa dokumentów anulujących wyniki badań".



## Rozdział

## 5

## Kartoteka pacjentów

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



programu poprzez ikonę **REJESTRACJA**.

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

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

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

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



## 5.1 Konfiguracja Kartoteki pacjentów

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

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

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

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

## 5.2 Omówienie okna Kartoteki pacjentów

Formatka Kartoteki podzielona jest na dwa okna.

**Wyszukiwanie zaawansowane**

ID pacjenta:

Dodatkowy ID pacjenta:

☐ Szukaj fragmentu tekstu

Numer karty ubezpieczenia:

Numer dowolnego kuponu:

Poprzednie nazwisko:

Data urodzenia:

Wiek pacjenta (w latach):

Telefon komórkowy:

Pokaż pacjentów:

Tylko aktualnych

Miejscowość:

Zastosuj Wyczyść

**Kartoteka pacjentów**

Nazwisko	Imię	Data urodzenia	PESEL	Adres	Nr karty	Dod...	ID	E-mail	Numer tel...	Powiadomienia
KOWALCZYK OLIVIA...		2000-10-31	880000000000	...	1291...		2554			Brak powiadomienia
KOWALCZYK PATRYC...		1983-09-03	880000000000	...	1204...		2559			Brak powiadomienia
KOWALCZYK WIKTO...		2005-07-10	880000000000	...	1207...		3395			Brak powiadomienia
KOWALIK SONIA ...		1994-10-13	880000000000	...	1204...		2383			Brak powiadomienia
KOWALIK ZUZANN...		1984-11-21	880000000000	...	1204...		2109			Brak powiadomienia
Kowalska Barbara		1988-12-04	880000000000	Katowice, ul. W...			3653		123-45...	Powiadomienie e...
KOWALSKA DANIEL...		1951-02-12	880000000000	...	1203...		1671			Brak powiadomienia
Kowalski Jan		1968-09-16	000000000000	...			3650			Brak powiadomienia

**Kowalska Barbara (K)**

**INFORMACJE O PACJENCIE**

Data ur.: 1988-12-04 (28 lat)

PESEL: 880000000000

Adres: 41-100 Katowice  
ul. Wojewódzka 1/1

Telefon: 123-456-789

Upow.: stan zdrowia – BRAK  
dokumentacja – Kowalski Jan  
odbiór recept – Kowalski Jan

**LECZENIE**

Deklaracje:

L: Grzegorz Nowak (2013-06-19)

Ostatnie wizyty:

2016-12-20: A. Nowak

2016-12-19: A. Nowak; K02

2016-10-12: G. Nowak; B83.2

Zaplanowane szczepienia:

2017-01-13: p. Grypie

Kolejka oczekujących:

2017-01-10 - PORADNIA  
STOMATOLOGICZNA

**INNE**

OW NFZ:

12 – Śląski

eWUŚ:

[Pobierz status uprawnień...](#)

Recepty:

0

Kupony:

1 - Poradnia ortopedyczna

1 - Poradnia stomatologiczna

Uwagi:

Pacjent zapomniał karty chipowej  
- do odbioru w rejestracji

Deklaracje Wizyty Dane medyczne Rezerwacje Rejestruj Dodaj do harm.przyjęć Drukuj kupon Rejestruj kupon Drukuj receptę

### 1) Lista pacjentów

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

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

## 2) Podgląd danych pacjenta

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

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



- deklaracja lekarza POZ



- deklaracja pielęgniarki POZ



- deklaracja położnej POZ



- pacjent bez aktywnej deklaracji POZ

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

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

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

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

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

**C) Leczenie** - w oknie prezentowane są podstawowe informacje dotyczące leczenia pacjenta:• **Deklaracje** – informacje o złożonych i aktywnych [deklaracjach](#) pacjenta, tj.:

- Rodzaj deklaracji: L – Lekarz, P – Pielęgniarka, O – Położna
- Imię i nazwisko osoby personelu, do której została złożona deklaracja
- Data złożenia deklaracji wyświetlana w nawiasie

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

Informacje o deklaracjach wyróżniane są trzema kolorami:

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

LECZENIE
<b>Deklaracje:</b> L: Anna Nowak (2015-06-17) O: 5766 Położna (2007-12-17) P: 5761 Pielęgniarka (2007-12-17)
LECZENIE
<b>Deklaracje:</b> L: <b>odrzucona</b> 5800 Lekarz (2008-01-17); 2333 - Wer. centralna (33)3 - osoba nieubezpieczona) P: <b>odrzucona</b> 5761 Pielęgniarka (2008-01-17); 2333 - Wer. centralna (33)3 - osoba nieubezpieczona)

LECZENIE
<b>Deklaracje:</b> L: <b>wycofana</b> (2013-03-07; 1001 - Deklaracja odrzucona - istnieje inna; <a href="#">rozwiń...</a> ) O: <b>wycofana</b> (2013-03-07; 1001 - Deklaracja odrzucona - istnieje inna; <a href="#">rozwiń...</a> )

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

LECZENIE
<b>Zaplanowane szczepienia:</b> <b>2019-02-04: p. Grypie</b> <b>2019-02-13: WZW typu B</b>

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

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



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

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

## 5.3 Wyszukiwanie danych w Kartotece

Aby wyszukać pacjenta na liście można zastosować:

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

### Wyszukiwanie proste

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

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

Nazwisko	Imię	Data urodzenia	PESEL	Adres
Kowalska	Marianna	1987-12-05	00000000000	
Kowalski	Jan	1967-04-07	00000000000	katowice, ul. Wojewódzka 7/1

### Wyszukiwanie zaawansowane

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

Znaczenie poszczególnych filtrów:

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

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

Wyszukiwanie zaawansowane

ID pacjenta:

Dodatkowy ID pacjenta:

☐ Szukaj fragmentu tekstu

Numer karty ubezpieczenia:

Numer dowolnego kuponu:

Poprzednie nazwisko:

Data urodzenia:

Wiek pacjenta (w latach):

Pokaż pacjentów:

### Wyszukiwanie za pomocą Kart Ubezpieczenia Zdrowotnego

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

## 5.4 Dodanie pacjenta

Ścieżka: [Rejestracja](#) > [Nowy](#)

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

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

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

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

Niniejszy opis dotyczy dodania pacjenta posiadającego powszechne ubezpieczenie zdrowotne:

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

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

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

**Nowy pacjent**

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

**Dane osobowe**

☐ Pacjent nieznany Przyczyna i okoliczności uniemożliwiające ustalenie tożsamości:

Nazwisko: \* Kowalski Imię: \* Jan Drugie imię:

PESEL: \*  Status PESEL: \* N - nie dotyczy Data urodzenia: \* 1968-05-02 Płeć: \* Mężczyzna

Data zgonu:  Miejsce zgonu:

**Ubezpieczyciel**

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

Uprawnienie: - Uprawnienia dod.:

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

Dokumenty >>>

Następnie należy przejść na zakładkę 2. *Adres* i w sekcji *Adres zamieszkania* uzupełnić wymagane pola:

- **Kod pocztowy** - wpisać kod pocztowy.
- **Kod terytorialny** - za pomocą przycisku wyboru [...] wybrać kod terytorialny ze słownika kodów terytorialnych. Po wyborze kodu zostanie automatycznie uzupełnione pole "Województwo".

Nowy pacjent

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

**Adres zamieszkania**

☒ Ten sam adres zameldowania

Kod pocztowy: \* 41-902 Miasto:

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

Kod miejscowości:

Województwo: Śląskie

Ulica:

Nr domu:  Nr lokalu:

Tel. komórkowy:  Tel. dodatkowy:

e-mail:

Powiadamianie: Brak powiadomienia

☐ Marketing

**Adres zameldowania**

Kod pocztowy: 41-902 Miasto:

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

Kod miejscowości:

Województwo: Śląskie

Ulica:

Nr domu:  Nr lokalu:

Telefon:

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

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

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



×

Oświadczenie

Identyfikator:

\*

Podstawa:

\*

Objęty ubezpieczeniem zdrowotnym

Bez prawa do refundacji leków

Typ oświadczenia:

Pacjenta

Opiekuna

Data złożenia:

\*

23-09-2020

Sposób złożenia:

Papierowo

Potwierdzenie tożsamości:

Okres obowiązywania:

Od:

do

Załącznik:

(brak)

Wprowadzający(a):

Data wprowadzenia:

Modyfikujący(a):

Data modyfikacji:

Status:

Aktualny

Zatwierdź

Zamknij

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

### 5.4.1 Dodanie noworodka

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

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

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

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

**Nowy pacjent**

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

**Dane osobowe**

☐ Pacjent nieznany Przyczyna i okoliczności uniemożliwiające ustalenie tożsamości:

Nazwisko: \* Kowalski Imię: \* Jan Drugie imię:

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

**Ubezpieczyciel**

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

Uprawnienie: - Uprawnienia dod.:

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

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

W sekcji *Dane opiekuna 1* należy wprowadzić informacje o opiekunie dziecka. Wskazywany opiekun musi znajdować się w bazie programu mMedica i wybiera się go ze słownika pacjentów  w polu "ID opiekuna".

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

**Dane opiekuna 1**

ID opiekuna: 8925  Nazwisko i imię: Nowak Alicja PESEL:  Seria i numer dok. tożsamości:

Ulica:  Nr domu: 71 Nr lokalu:

Kod pocztowy: 42-506 Miasto: Będzin Telefon 1:  Telefon 2:

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

Uwagi:

**Dane opiekuna 2**

ID opiekuna:  Nazwisko i imię:  PESEL:  Seria i numer dok. tożsamości:

Ulica:  Nr domu:  Nr lokalu:

Kod pocztowy:  Miasto:  Telefon 1:  Telefon 2:

Pokrewieństwa pacjenta względem opiekuna (do L4):  ☐ Przedstawiciel ustawowy ☐ Matka pacjenta

Uwagi:

**Dane matki (wypełnić, jeśli inne niż dane opiekuna)**

PESEL:  Seria i numer dok. tożsamości:

Jeżeli wybranym opiekunem jest matka dziecka, zalecane jest zaznaczenie pól "Przedstawiciel ustawowy" i "Matka pacjenta". Natomiast w przypadku wskazania ojca dziecka lub innego opiekuna należy zaznaczyć pole "Przedstawiciel ustawowy". Podanie tych danych jest wymagane do dokumentacji medycznej.

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

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

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

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

Dane osobowe

☐ Pacjent nieznan Przyczyna i okoliczności uniemożliwiające ustalenie tożsamości:

Nazwisko: \* Kowalski Imię: \* Jan Drugie imię:

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

Data zgonu: Miejsce zgonu:

## 5.4.2 Dodanie pacjenta z UE

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

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

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

Przykład uzupełnienia danych na podstawie Karty EKUZ:

EUROPEJSKA KARTA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Kod kraju instytucji właściwej ▶

3 Nazwisko

4 Imię

5 Data urodzenia

6 Osobisty numer identyfikacyjny

7 Numer identyfikacyjny instytucji

8 Numer identyfikacyjny karty

9 Data ważności

1 Nr ewidencyjny w UE

2 Kod instytucji właściwej i jej skrócona nazwa

Numer formularza (karty) Data ważności karty

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

**Nowy pacjent**

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

**Dane osobowe**

☐ Pacjent nieznan Przyczyna i okoliczności uniemożliwiające ustalenie tożsamości: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \* Kowalski Imię: \* Jan Drugie imię: \_\_\_\_\_

PESEL: \* 0000000000 Status PESEL: \* U - cudzoziemiec z UE Data urodzenia: \* 1967-06-26 Płeć: \* Mężczyzna

Data zgonu: \_\_\_\_\_ Miejsce zgonu: \_\_\_\_\_

**Ubezpieczyciel**

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

Uprawnienie: - Uprawnienia dod.: \_\_\_\_\_

Nr Europejskiej Karty Ubezpieczenia (EKUZ): **2** Nr pacjenta w UE: **1**

Dokumenty >>>

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

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

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

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

Data od: 2015-05-20 ☐ Tylko aktualne

**Dokument UE**

Słownik dokumentów upoważniających UE / identyfikator dokumentu: \_\_\_\_\_ X

1. Dokument UE 2. Dane upoważnionego 3. Dane członka rodziny

**Dokument upoważniający**

Rodzaj: \* F - formularz typu E Typ formularza: \_\_\_\_\_ Data wystawienia: 2015-05-20

Nr formularza: \_\_\_\_\_

Data obowiązywania: \* 2015-06-26 do: \_\_\_\_\_ Data obowiązywania w systemie mMedica: 2015-06-26 do: \_\_\_\_\_

Kod kraju instytucji właściwej: DE ... NIEMCY

Kod instytucji właściwej: \* 104212505 ... AOK-DIE GESUNDHEITSKASSE IN RH... Kod CWU: 6141

Akronim instytucji właściwej: \_\_\_\_\_

Status zatrudnienia: \_\_\_\_\_

Artykuł prawny: \_\_\_\_\_

Podmiot finansujący: - Status: \_\_\_\_\_

Załącznik: \_\_\_\_\_ (brak)

Zatwierdź (F9) Zamknij

**Dodaj dokument**

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

Zgodnie z obowiązującymi przepisami:

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

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

Do słownika dokumentów UE można również wejść z poziomu: [Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Przegląd](#)



dokumentów UE. W lokalizacji tej istnieje możliwość edycji i usunięcia wybranego dokumentu.

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

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

Pacjentowi wprowadzonemu według poniższych zaleceń można dodać deklarację POZ.

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

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

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

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

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

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

Po wybraniu przycisku **Dodaj**, w oknie dialogowym *Miejsca pracy* należy wybrać odpowiedni rekord. Słownik miejsc pracy jest tworzony przez użytkownika samodzielnie. W przypadku braku oczekiwanego

miejsca pracy na liście, należy dodać je ręcznie za pomocą przycisku **Dodaj pozycję do słownika**, znajdującego się w lewym dolnym rogu okna. **Uzupełnienie pola NIP jest obowiązkowe!**

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

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

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

### 5.4.3.1 Pacjent z Kartą pobytu

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

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

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

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

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

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

The screenshot shows the '1. Dane podstawowe' tab of the mMedica application. The form is titled 'Dane osobowe' and includes several sections:

- Pacjent nieznan**: A checkbox that is currently unchecked.
- Przyczyna i okoliczności uniemożliwiające ustalenie tożsamości**: A text input field.
- Nazwisko**: A text input field with an asterisk (\*).
- Imię**: A text input field with an asterisk (\*).
- Drugie imię**: A text input field.
- PESEL**: A text input field with the value '0000000000' and an asterisk (\*).
- Status PESEL**: A dropdown menu with the selected value 'C - cudzoziemiec spoza UE' and an asterisk (\*).
- Nr dziecka**: A dropdown menu.
- Data urodzenia**: A text input field with the value '16-02-1969' and an asterisk (\*).
- Płeć**: A dropdown menu with the selected value 'Kobieta' and an asterisk (\*).
- Ubezpieczyciel**: A section with a dropdown menu for 'Oddział NFZ' showing '12 - Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia'.
- Status potwierdzenia ubezpieczenia**: A dropdown menu with the selected value 'N - Nie dotyczy'.
- Uprawnienie**: A dropdown menu with the value '-'.
- Uprawnienia dod.**: A dropdown menu.
- Nr Europejskiej Karty Ubezpieczenia (EKUZ)**: A text input field.
- Nr pacjenta w UE**: A text input field.
- Ewidencja danych pacjenta komercyjnego**: A checkbox that is currently unchecked.
- Dokument tożsamości**: A section with a dropdown menu for 'Rodzaj' showing 'Inny'.
- Seria i numer**: A text input field with the value 'ASD123456'.
- Kraj wydania**: A dropdown menu.
- Uchodźca**: A checkbox that is currently unchecked.

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

### 5.4.3.2 Pacjent ze zgodą na pobyt czasowy

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Wydruk takiego oświadczenia będzie zgodny z opublikowanym wzorem.

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

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

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

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

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

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

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

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

### 5.4.5 Dodanie pacjenta z Kartą Polaka

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

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

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

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

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

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

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

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

**Dokument uprawniający**

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

Zatwierdź (F9) Zamknij

**Dodaj dokument**

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

## 5.4.6 Dodanie pacjenta z decyzją wójta/burmistrza/prezydenta

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

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

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

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

## 5.4.7 Dodanie pacjenta NN

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

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

The screenshot shows the 'Nowy pacjent' (New patient) form. The 'Dane osobowe' (Personal data) section is expanded, and the 'Pacjent nieznany' (Unknown patient) checkbox is checked. The form contains the following fields and values:

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

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

## 5.4.8 Dodanie pacjenta finansowanego z budżetu państwa

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

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

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



**Nowy pacjent**

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

**Dane osobowe**

☐ Pacjent niezany Przyczyna i okoliczności uniemożliwiające ustalenie tożsamości:

Nazwisko: \* Kowalska Imię: \* Marianna Drugie imię:

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

Data zgonu:  Miejsce zgonu:

**Ubezpieczyciel**

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

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

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

☐ Ewidencja danych pacjenta komercyjnego Dokumenty >>>

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

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

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

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

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

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

## 5.4.9 Dodanie pacjenta spoza UE

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

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

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

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

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

**Dane osobowe**

☐ Pacjent nieznan Przyczyna i okoliczności uniemożliwiająca ustalenie tożsamości:

Nazwisko: \*  Imię: \*  Drugie imię:

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

**Ubezpieczyciel**

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

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

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

☐ Ewidencja danych pacjenta komercyjnego

**Dokument tożsamości**

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

**Informacje dodatkowe**

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

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

Dane pacjenta: Gnyp Alexanja (K) 00000000000

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

Data od: 2016-09-01  ☐ Tylko aktualne

Typ dokumentu

**Imienny raport miesięczny (IMIR)**

NIP wystawiającego: \* 123456789

Rok: \* 2016

Miesiąc: \* Październik

Załącznik:  (brak)

Wprowadził(a): NOWAKA

Data modyfikacji: 2016-09-12 Status: Aktualny

**Dodaj dokument**

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

## 5.5 Uprawnienia dodatkowe pacjentów

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

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

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

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



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

**Uzupełnianie świadczeń**

Nr świadczenia:  ID wizyty:  Rodzaj danych: **Pacjent** PESEL:  NOWAK KATARZYNA

Rozp. główne:  Wizyta:  \*Specjalistyczna

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

Realizujący:  \*ID NOWAKA  Nowak Anna Lekarz Kod świadc.:  \*Podtyp:

Komórka org.:  \*NEUR  PORADNIA NEUROLOGICZNA

Uprawnienie:  Dodatkowe:  47CC

Aby wprowadzić informacje o uprawnieniu dodatkowym pacjenta należy:

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

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

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

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

**Dane osobowe**

☐ Pacjent nieznan Przyczyna i okoliczności uniemożliwiające ustalenie tożsamości:

Nazwisko:  \*Kowalski Imię:  \*Jan Drugie imię:

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

Data zgonu:  Miejsce zgonu:

**Ubezpieczyciel**

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

Uprawnienie:  Uprawnienia dod.:  47IB

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

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

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

**Dokument uprawnienia dodatkowego** [X]

Data wystawienia: 12-06-2019 [v]  
 Data ważności: [v]  
 Uprawnienie: 47CZND, ZSN [v]  
 Nazwa: Orzeczenie o niepełnosprawności  
 Nr dokumentu: [v]  
 Wystawiający: [v]

**Załącznik**

(brak)

Wprowadzający(a): NOWAKA Data wprowadzenia: 12-06-2019 09:19  
 Modyfikujący(a): [v] Data modyfikacji: [v]

Zatwierdź Wyjście

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

Dodatkowe: 31C [v] [v] Eksportuj [v] Ratująca życie

**Dokumenty uprawnień dodatkowych** [X]

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

Zatwierdź Wyjście

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

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

## 5.6 Zgody pacjentów, uprawnienia, oświadczenia

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

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



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

Sekcja: Dokumenty upoważniające/oświadczenia

Ewidencja następujących dokumentów:

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

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

Sekcja: Dokumenty zgody na udzielenie świadczenia

Ewidencja następujących dokumentów:

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

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

Sekcja: Dokumenty zgody

Ewidencja następujących dokumentów zgód:

- Przetwarzanie danych w celach marketingowych
- Świadczenie usług drogą elektroniczną

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

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

Dokument zgody na przetwarzanie danych w celach marketingowych został powiązany z parametrem "Marketing", warunkującym możliwość przesyłania powiadomień o charakterze marketingowym (Dane

pacjenta > 2. Adres). Dodanie lub wycofanie dokumentu zgody powoduje odpowiednio zaznaczenie bądź odznaczenie parametru.

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

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

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

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

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

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

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

## 5.7 Usunięcie pacjenta

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

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

Aby usunąć pacjenta z aplikacji mMedica należy wykonać poniższe czynności:

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

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

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

### 5.7.1 Archiwizacja pacjenta

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

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

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

Istnieją trzy możliwości archiwizacji pacjenta:

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

Aby dokonać archiwizacji pacjenta należy wykonać poniższe czynności:

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



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

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

**Dane osobowe**

☐ Pacjent nieznany Przyczyna i okoliczności uniemożliwiające ustalenie tożsamości:

Nazwisko: \* Kowalski Imię: \* Jan Drugie imię:

PESEL: \* 00000000000 Status PESEL: \* U – cudzoziemiec z UE Data urodzenia: \* 1968-09-16 Płeć:

**Ubezpieczyciel**

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

Uprawnienie: - Uprawnienia dod.:

Nr Europejskiej Karty Ubezpieczenia (EKUZ):  Nr pacjenta w UE: 1234567890

☐ Ewidencja danych pacjenta komercyjnego

**Dodatkowe dokumenty (seria i numer)**

Dowód osobisty:  Paszport:  Kraj wydania:

Karta stałego pobytu:  Inny:

**Informacje dodatkowe**

Nazwisko rodowe:  Imię ojca:  Imię matki:

Wykształcenie:  NIP:  Dodatkowy ID:

Zawód:  Pacjent archiwalny: ☒ Student: ☐ Login eRejestracja:

W przypadku zgonu pacjenta należy wykonać czynności z punktu 1 (powyżej), następnie uzupełnić odpowiednio dostępną w dolnej części okna sekcję Zgon Pacjenta i zatwierdzić zmiany. Wprowadzone dane zostaną uwzględnione na karcie zgonu pacjenta, której wydruk dostępny jest w *Gabiniecie* ([Gabinet > Wizyta pacjenta > Druki](#)).

Zawód:  Pacjent archiwalny: ☒ Student: ☐ Login eRejestracja:

Miejsce urodzenia:  W kwarantannie do:  W izolacji domowej do:

**Zgon Pacjenta**

Data:  Miejsce:  ☐ Znalezienie zwłok

Pole "Znalezienie zwłok" należy zaznaczyć, jeżeli uzupełniona data jest datą znalezienia zwłok pacjenta.

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

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

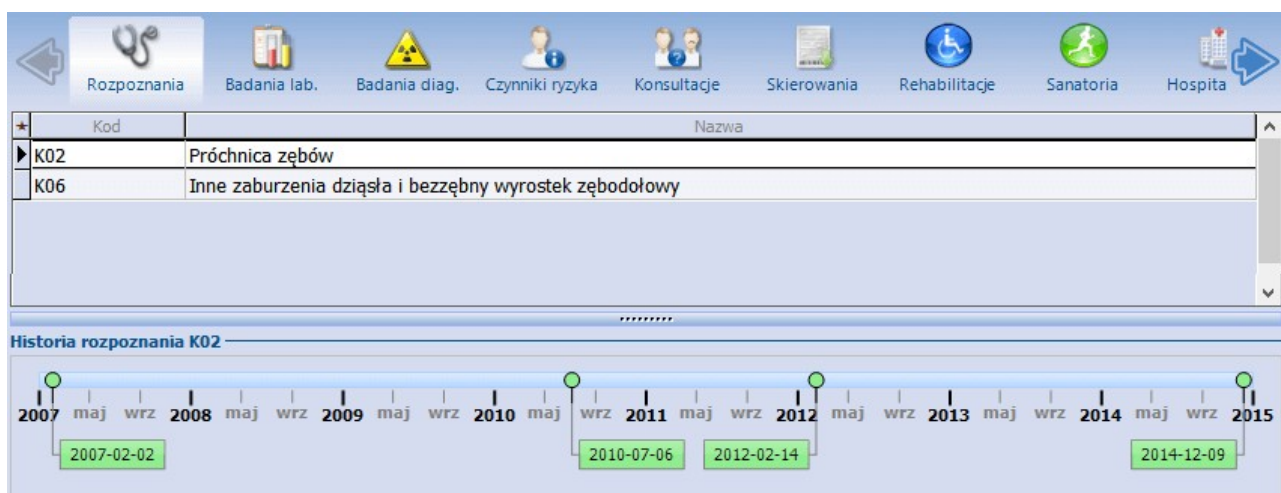
## 5.8 Dane medyczne pacjenta

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

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

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

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



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

### 5.8.1 Dodawanie danych medycznych

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

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

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

Opis przycisków znajdujących się po prawej stronie ekranu:



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



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



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



drukuje zaznaczony rekord w formacie wybranym przez użytkownika.

Opis przycisków znajdujących się w sekcji Załączniki:



otwiera dodany załącznik w celu jego podejrzenia.



zapisuje załącznik na dysku komputera w miejscu wskazanym przez użytkownika.

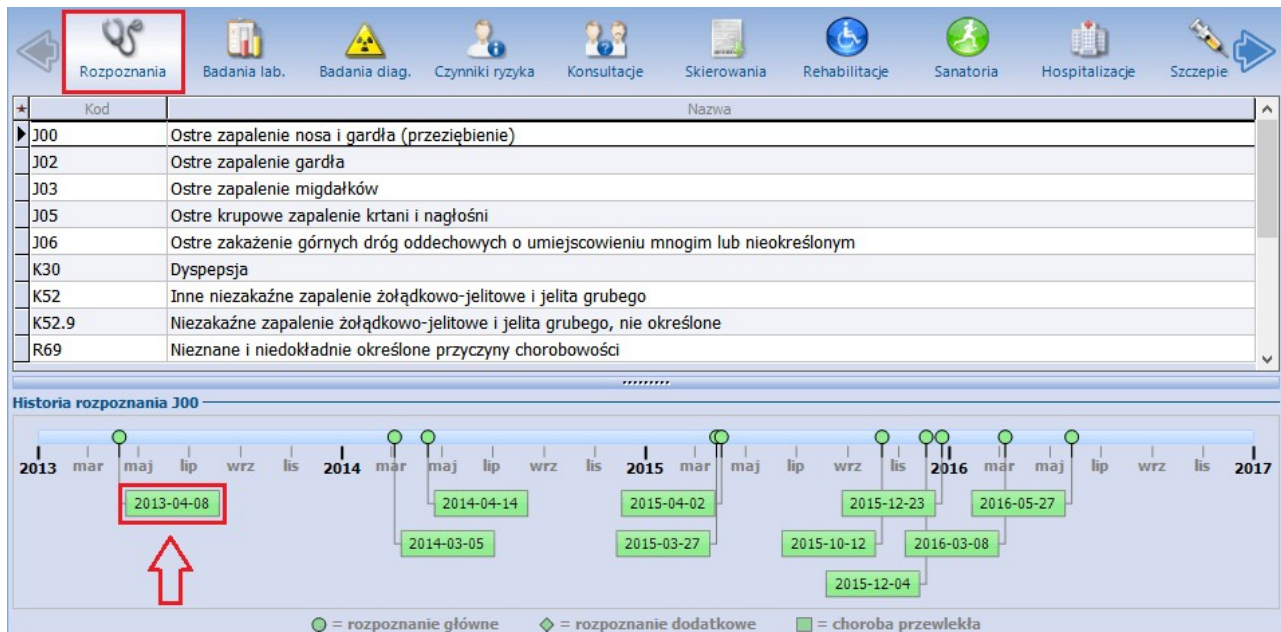


## 5.8.2 Rodzaje dokumentacji medycznej

### 5.8.2.1 Rozpoznania

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

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



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

### 5.8.2.2 Badania laboratoryjne i diagnostyczne

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

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

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

Kod lub nazwa badania:

Data wykonania	Nazwa
2016-12-20	Badanie moczu
2016-10-17	Białko C-reaktywne (CRP), Cholesterol-HDL, Kr...

Opis zeskanowany, dostępny w archiwum


Załączniki

2016-10-15 Kowalski J. [JPG]

Wizyta

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

### 5.8.2.2.1 Dodanie wyniku badania

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

**Wynik badania laboratoryjnego**

Data wykonania: 2016-12-20

Nazwa: Pasożyty

Laboratorium: 932382 ... Laboratorium testowe


Opis    Załączniki

Opis badania w załączniku

Zatwierdź    Wyjście

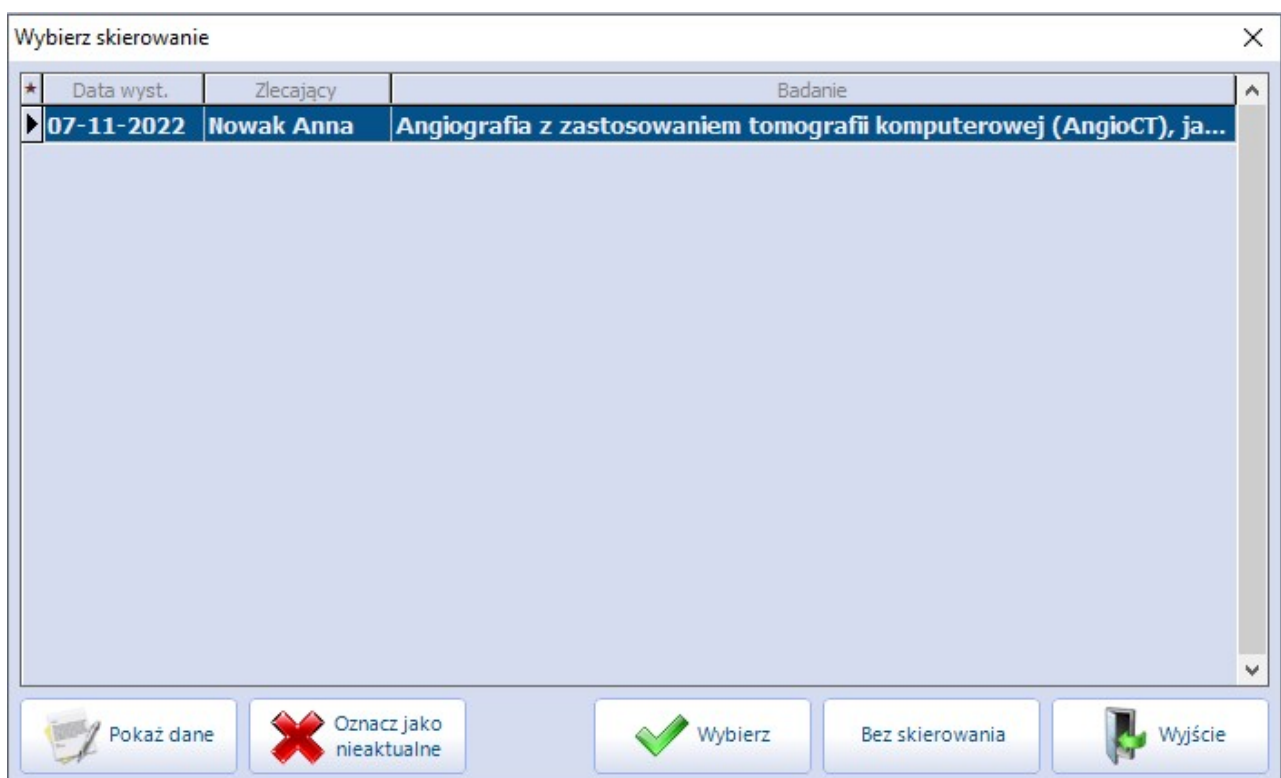
**Uwaga!** Wprowadzane wyniki z wykonanych badań można powiązać ze skierowaniem - warunkiem jest jego

wcześniejsze wystawienie w *Gabinecie*.


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

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

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



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

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

Data	Rodzaj
2016-12-20	Bilirubina całkowita

Opis w załączniku

Załączniki

Status

Nie dopisany do żadnej wizyty

Wyjście

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

Wizyta

Dane med.

Skierowania

Badania lab.

Badania diag.

Stale pod. leki

Konsultacje

Choroby przewlekłe

Nazwa	Op. cz.	Data diagnozy

Wówczas otworzy się okno z wynikami badań pacjenta.

Kod lub nazwa badania:

Data wykonania	Nazwa
22-08-2019	Morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetko...

Załączniki

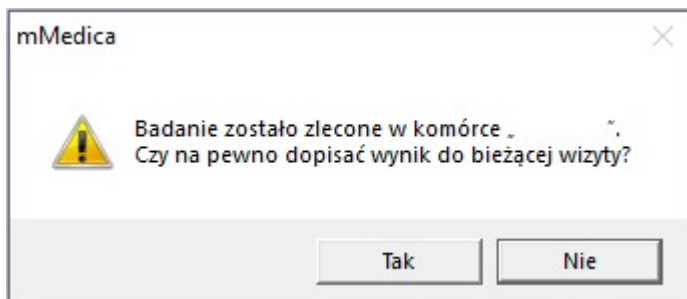
Skierowanie

22-08-2019 08:49, Poradnia, Nowak Anna

Wizyta

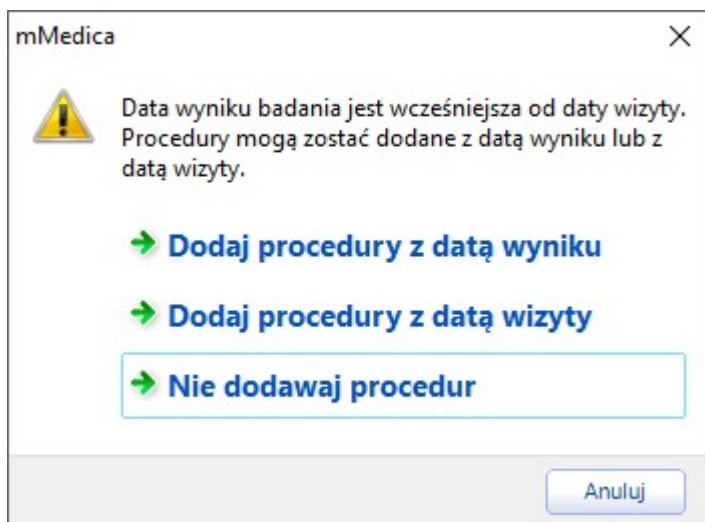
Wyjście

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



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

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



W wersji 8.3.0 aplikacji mMedica w Konfiguratorze programu został dodany parametr pozwalający na ustawienie domyślnego sposobu dopisywania procedur do wizyty, z pominięciem wyświetlania powyższego okna. Jego opis zawarty jest w rozdziale [Inne ustawienia](#).

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


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

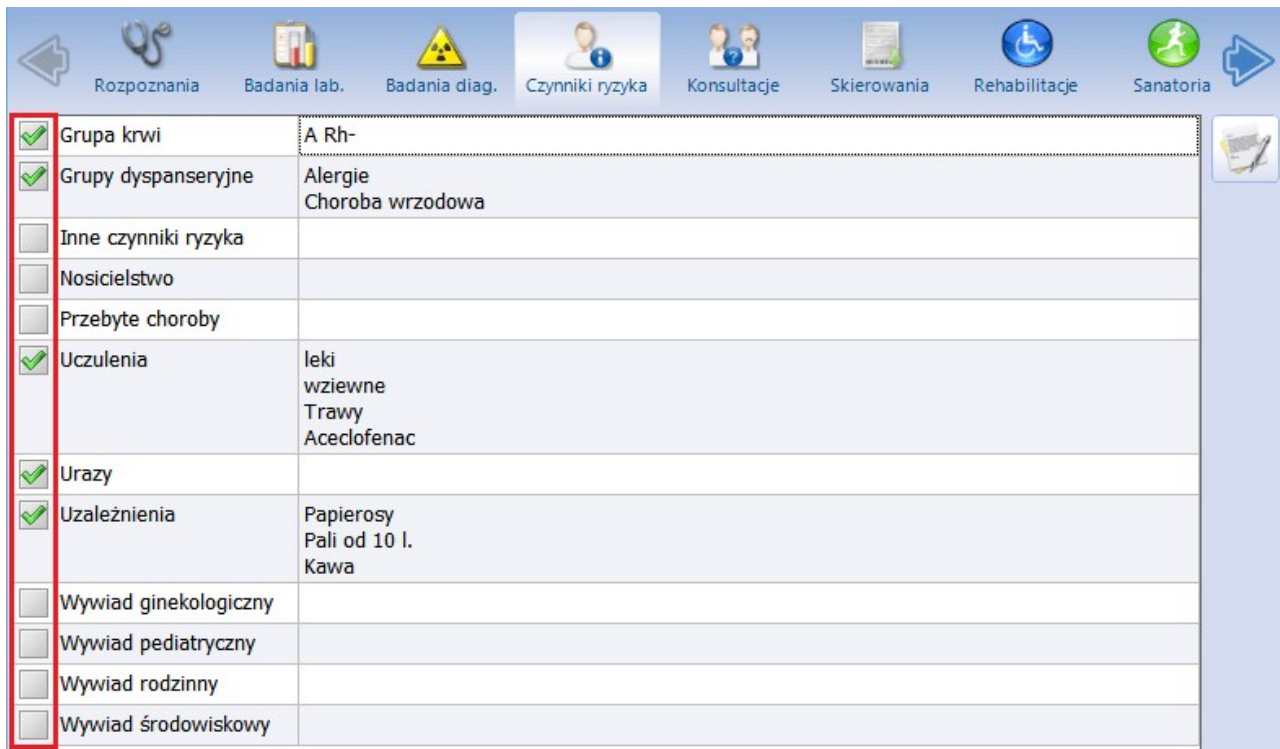
**Uwaga!** W programie mMedica istnieje funkcjonalność automatycznego dodawania wyniku badania laboratoryjnego lub diagnostycznego do [zestawienia wykonanych badań POZ](#). Oznacza to, że ręczne dodanie wyniku badań w danych medycznych pacjenta lub zaimportowanie z laboratorium przy użyciu modułu eWyniki,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



### 5.8.2.3 Czynniki ryzyka i wywiady


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

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



<input checked="" type="checkbox"/>	Grupa krwi	A Rh-
<input checked="" type="checkbox"/>	Grupy dyspersyjne	Alergie Choroba wrzodowa
<input type="checkbox"/>	Inne czynniki ryzyka	
<input type="checkbox"/>	Nosicielstwo	
<input type="checkbox"/>	Przebyte choroby	
<input checked="" type="checkbox"/>	Uczulenia	leki wziewne Trawy Aceclofenac
<input checked="" type="checkbox"/>	Urazy	
<input checked="" type="checkbox"/>	Uzależnienia	Papierosy Pali od 10 l. Kawa
<input type="checkbox"/>	Wywiad ginekologiczny	
<input type="checkbox"/>	Wywiad pediatryczny	
<input type="checkbox"/>	Wywiad rodzinny	
<input type="checkbox"/>	Wywiad środowiskowy	


Aby dodać informacje np. o uczuleniach pacjenta należy kliknąć dwukrotnie myszką w rekord "Uczulenia", co spowoduje otwarcie okna *Czynniki ryzyka i wywiady* bezpośrednio na zakładce zawierającej dane dot.

uczuleń. Można również podświetlić na liście wybrany czynnik i wybrać przycisk  **Edytuj** w prawym górnym rogu okna. Otwarte okno zawiera 4 zakładki, na których można zaewidencjonować istotne informacje:

1. Uczulenia
2. Uzależnienia / czynniki ryzyka / grupa krwi
3. Choroby / urazy
4. Wywiady

Rysunek poniżej prezentuje przykładowe okno uzupełniania danych czynników ryzyka. Oprócz zaznaczenia "kategorii" uczulenia, w oknie *Inne* można wprowadzić dokładne produkty/leki, na które pacjent jest uczulony.



Ewidencji informacji o uczuleniach pacjenta na substancje czynne, zawarte w lekach, dokonuje się poprzez wybranie przycisku  **Dodaj**, a następnie wybranie odpowiednich pozycji z dostępnego słownika substancji czynnych. Podczas przepisywania na receptę leku, zawierającego substancję czynną, na którą pacjent jest uczulony, zostanie wyświetlony komunikat ostrzegawczy:

Pacjent jest uczulony na zawartą w leku substancję czynną "Abiraterone".  
Kontynuować?

TAK                      NIE

### 5.8.2.4 Konsultacje

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

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

### 5.8.2.5 Skierowania

Na formatce *Skierowania* prezentowana jest lista wszystkich skierowań dotychczas wystawionych pacjentowi w Gabinetce. Informacje o wystawionych skierowaniach dodawane są do listy automatycznie.

Skierowania z województwa śląskiego, które zostały wystawione i zaewidencjonowane na kuponie-skierowanie nie będą posiadały uzupełnionych informacji w kolumnie "Rodzaj" oraz "Dane". Takie skierowania wyświetlane są również w ścieżce: [Rozliczenia](#) > [Przegląd skierowań](#).

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

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

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



**Pokaż dane skierowania.**

### 5.8.2.6 Rehabilitacje

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

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

Do powtórzenia



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

**Zabiegi rehabilitacyjne - wielowybór**

Nazwa:  Grupa:  ☒ Tylko aktualne

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

Wybierz (F5) Wyjście

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

**Rehabilitacje**

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

**1**

Zatwierdź Wyjście

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

### 5.8.2.7 Sanatoria

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

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

### 5.8.2.8 Hospitalizacje


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












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



## 5.8.2.9 Szczepienia

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

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


										
Wzrost	Konsultacje	Skierowania	Rehabilitacje	Sanatoria	Hospitalizacje	<b>Szczepienia</b>	Antropometria	Badania wstępne	Badania wst. do karty ci	

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

Szczepienia inne						
------------------	--	--	--	--	--	--

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

**Szczepienie** [X]

Status: Wykonane [v]

Data wykonania: 21-03-2022 [v]

Rodzaj: 8 [v] Błonica, tężec

Lek/szczepionka: [v]

Opis: [ ]

Nr serii: [ ]

Nr dawki: [v]

Dawka: [ ]

Termin ważności: [v]

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

Uwagi: [ ]

[! EDM] [✓ Zatwierdź] [W Wyjście]

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

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

Rodzaj szczepienia

Kod:

Nazwa:

Procedura:

☒ Czy z kalendarza ☒ Czy skojarzony ☒ Czy aktualny

Rodzaj	Dawka startowa

Zatwierdź Wyjście

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

W danych szczepienia wg kalendarza istnieje możliwość wyboru leku ze słownika leków. Po wybraniu w polu "Lek/szczepionka" przycisku wyświetli się okno z dostępnymi słownikami leków.

Słownik leków

Leki własne Leki recepturowe PHARM INDEX Baza leków Baza leków

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

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

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

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



## LECZENIE

Zaplanowane szczepienia:

2019-02-04: p. Grypie

2019-02-13: WZW typu B

## 5.8.2.9.1 Planowanie szczepień z kalendarza

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



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

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

Pacjent jest starszy niż rok.  
Czy zaplanować wstecz?

TAK      NIE

Wybranie jednego z przycisków, spowoduje:

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

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



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

Szczepienie

Status: Wykonane

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

Rodzaj: 2 Błonica, tężec i krztusiec

Lek/szczepionka:

Opis: DTaP

Nr serii:

Nr dawki: 1 z 3

Dawka:

Termin ważności:

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

Uwagi:

Wprowadził/zmodyfikował

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

EDM

Zatwierdź

Wyjście

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

### 5.8.2.9.2 Zbiorne wykonanie szczepień

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

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



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

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

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

**Zbiorcze wykonanie szczepień**

**Szczepienia**

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

**Dane wykonania**

Data wykonania: 08-04-2016

Lek/szczepionka:



Nr serii:

Dawka:

Termin ważności:

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

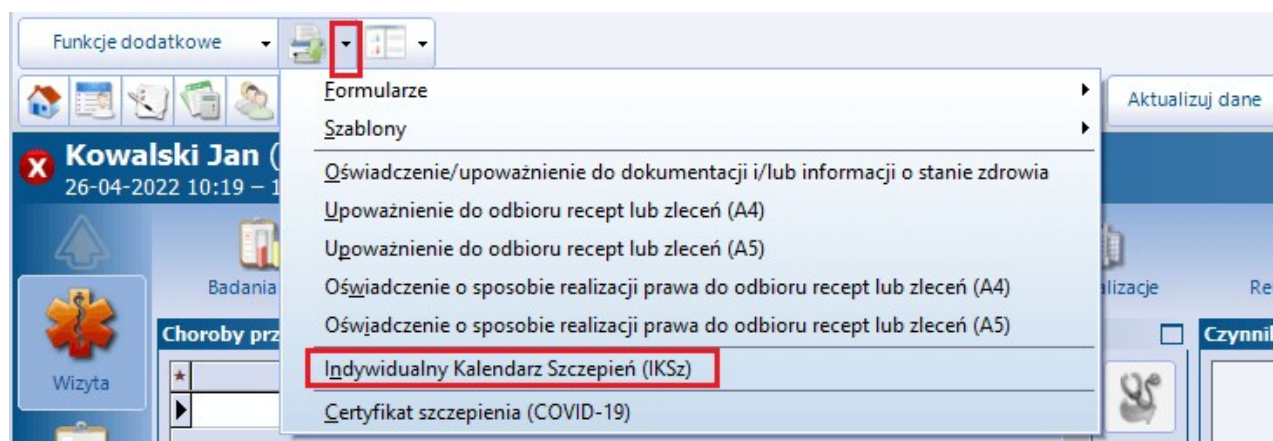
Uwagi:

 Zatwierdź
  Wyjście

### 5.8.2.9.3 Indywidualny Kalendarz Szczepień (IKSz)

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

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




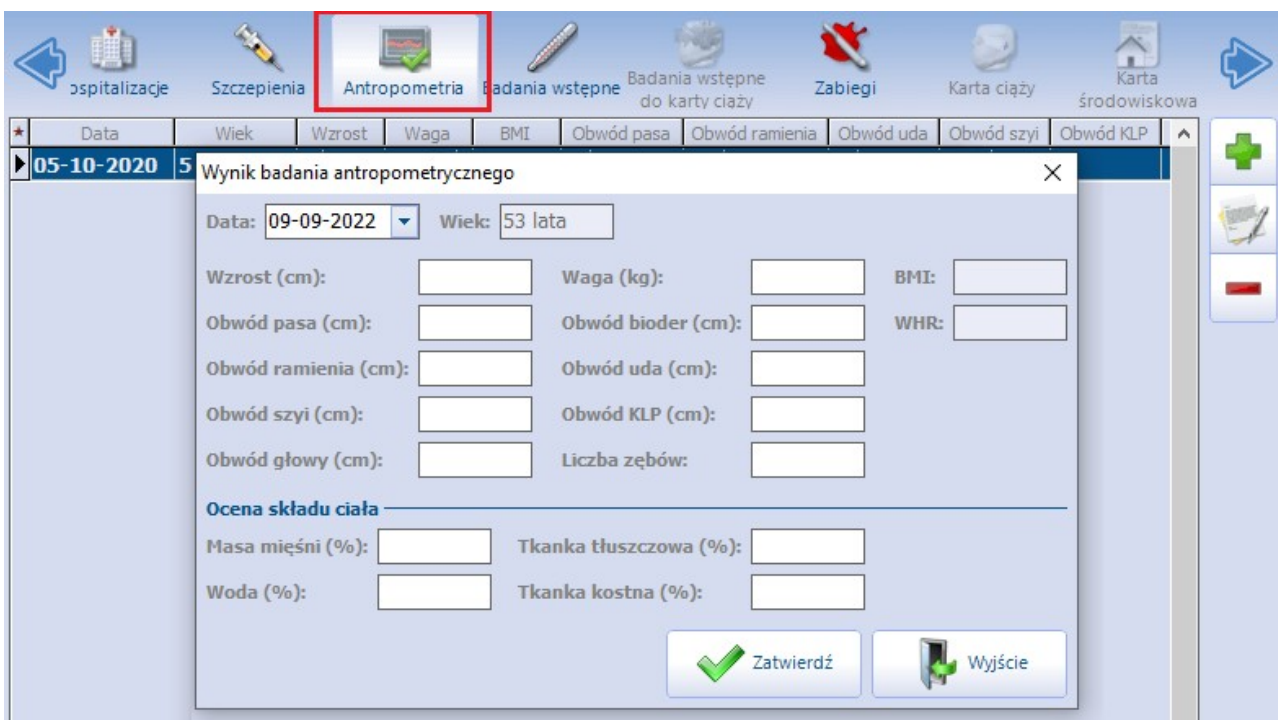
Wygenerowany wydruk będzie zgodny ze wzorem zawartym w zarządzeniu. Pierwsza z widniejących na nim tabel - **"Zalecone szczepienia ochronne"** - będzie zawierać pozycje szczepień oraz informację o

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

### 5.8.2.10 Antropometria

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

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



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

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



Rehabilitacje

Sanatoria

Hospitalizacje

Szczepienia

Antropometria

Badania wstępne

Badania wstępne do karty ciąży

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

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

Dodatkowo wprowadzono oznaczenie wyświetlanych opisów BMI kolorami:

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

### 5.8.2.11 Badania wstępne


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

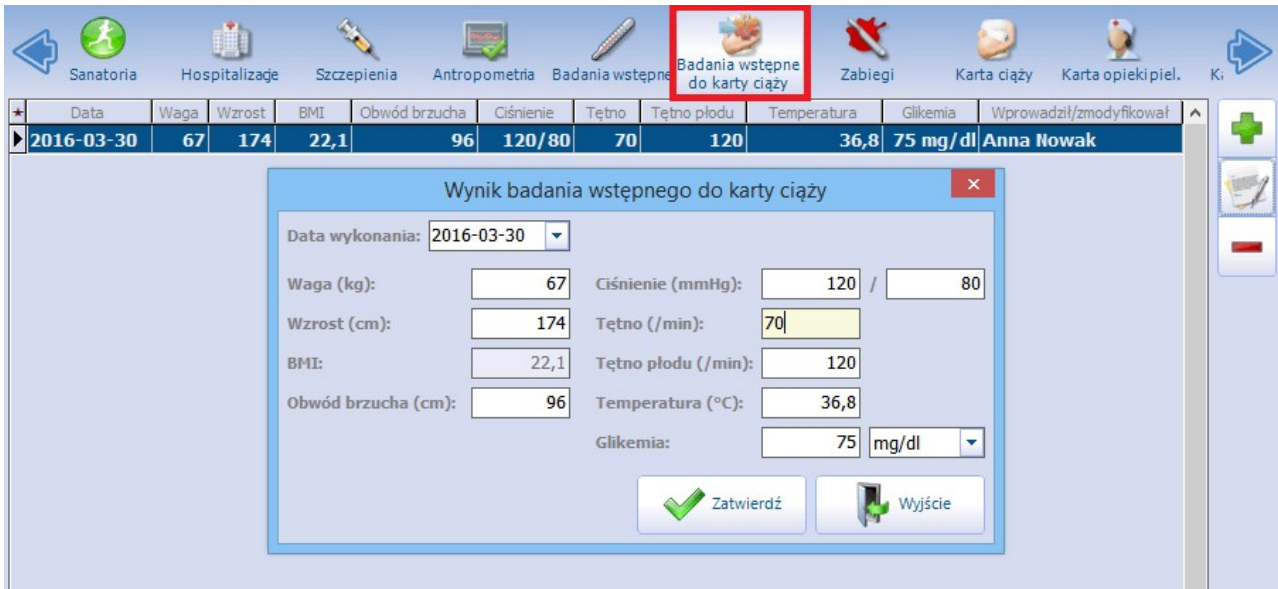
	Szczepienia	Antropometria	Badania wstępne	Badania wstępne do karty ciąży	Zabiegi	Karta ciąży	Karta środowiskowa	Karta środ. ciężarnej	Karta położ.
★	Data	Ciepłota	Tętno	Temperatura	Glikemia	Saturacja	Wprowadził/zmodyfikował		
▶	25-04-2019 14:...	120/80	90	36,7	88 mg/dl	97	Nowak Anna		

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



### 5.8.2.12 Badania wstępne do karty ciąży

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



Data	Waga	Wzrost	BMI	Obwód brzucha	Ciśnienie	Tętno	Tętno płodu	Temperatura	Glikemia	Wprowadził/zmodyfikował
2016-03-30	67	174	22,1	96	120/80	70	120	36,8	75 mg/dl	Anna Nowak

**Wynik badania wstępnego do karty ciąży**

Data wykonania: 2016-03-30

Waga (kg): 67      Ciśnienie (mmHg): 120 / 80

Wzrost (cm): 174      Tętno (/min): 70

BMI: 22,1      Tętno płodu (/min): 120

Obwód brzucha (cm): 96      Temperatura (°C): 36,8

Glikemia: 75 mg/dl

Zatwierdź      Wyjście


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

### 5.8.2.13 Zabiegi

Oprogramowanie mMedica posiada dwie funkcjonalności ewidencji zabiegów:

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

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

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

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

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

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

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

### 5.8.2.13.1 Zrealizowanie zleconego zabiegu

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

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

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


  

Data wykonania	Rodzaj	Wykonał	Komórka org.
----------------	--------	---------	--------------

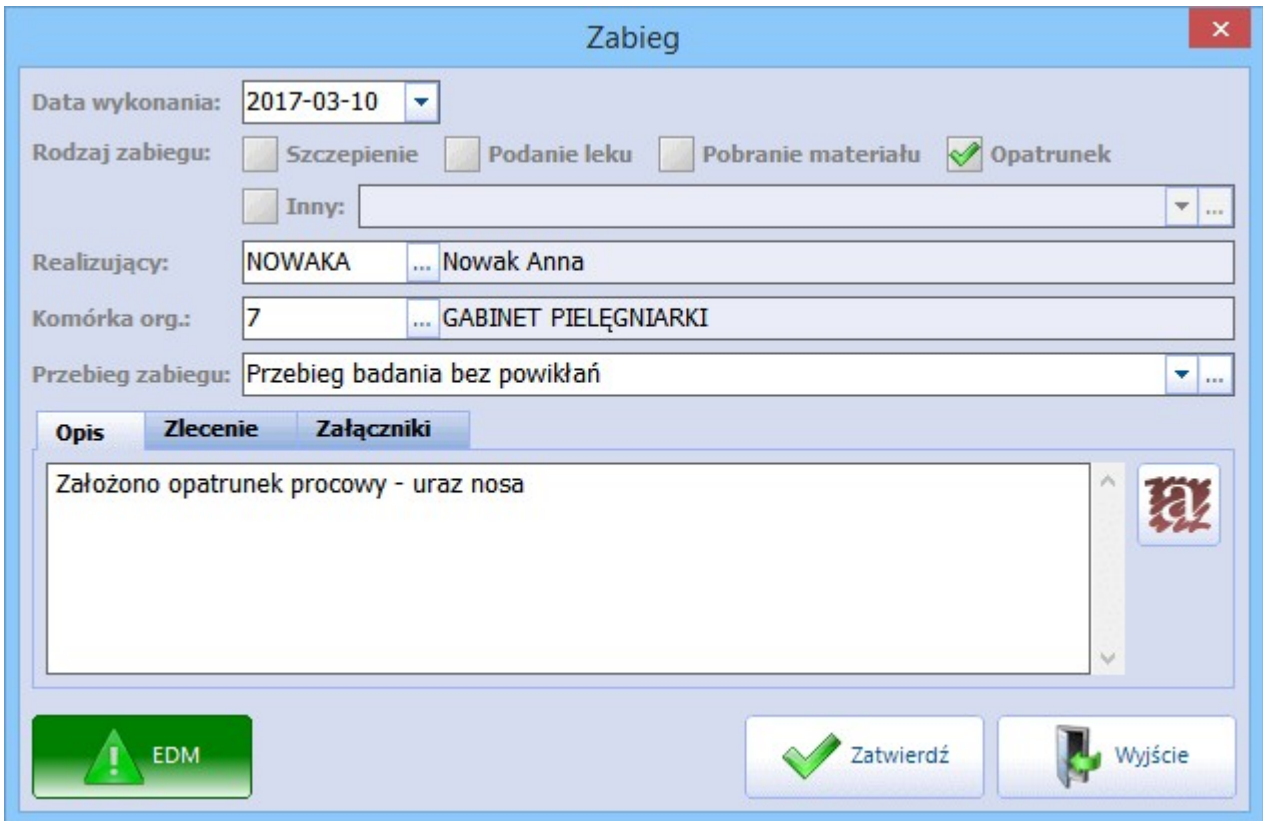
**Uwaga!** Informacja o wykonaniu zabiegu zostanie odnotowana w [księdze zabiegów](#), jeśli w programie zdefiniowano księgę dla komórki organizacyjnej ewidencjonowanej w polu "Komórka org."

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

### 5.8.2.13.2 Dodanie informacji o zabiegu

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

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




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

### 5.8.2.14 Karta ciąży

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

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

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

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

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

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

### 5.8.2.15 Karta opieki pielęgniarskiej

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

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

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

Data	Realizujący	Opis
2016-03-30	Anna Nowak	

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

### 5.8.2.16 Karta DiLO

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

### 5.8.2.17 Karta ChUK

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

Data wystawienia	Komórka org.	Lekarz	Wynik SCORE
2017-10-02	Poradnia Medycyny Rodzinnej	Nowak Anna	12

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

### 5.8.2.18 Dane medyczne powiązane z modułem Gabinet Pielęgniarki

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

- karta środowiskowa,
- karta środowiskowa ciężarnej,
- karta położnicy,
- karta opieki pielęgniarskiej,
- ankieta gruźlicy,
- patronaże i bilanse
- siatki centylowe - [od wersji 8.4.0 programu](#)
- karta uodpornienia - [od wersji 8.5.0 programu](#)

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



## 5.9 Kupony RUM - woj. śląskie

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

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

W razie konieczności ręcznego włączenia ww. parametru należy:

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

Program umożliwia wydruk następujących kuponów:

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

### 5.9.1 Konfiguracja kuponów RUM

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

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

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

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

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

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

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



## 5.9.2 Wydruk kuponów RUM

Program mMedica umożliwia wydruk następujących kuponów:

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

### 5.9.2.1 Wydruk wolnych kuponów

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

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

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

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

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

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

Czy wszystkie kupony zostały prawidłowo wydrukowane?

TAK                      NIE

### 5.9.2.2 Wydruk kuponów spersonalizowanych

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

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

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

**Kartoteka pacjentów** **KOWALSKI JAN**

Nazwisko	Imię	Data urodzenia	PESEL	Adres
Kowalski	Jan	1968-09-16	00000000000	

**Kowalski Jan (M)**

**INFORMACJE O PACJENCIE**

Data ur.: 1968-09-16 (48 lat)  
PESEL: 00000000000  
Adres: 40-001  
Telefon: (brak)  
Upow.: stan zdrowia – BRAK DOKUMENTU  
dokumentacja – BRAK DOKUMENTU  
odbior recept – BRAK DOKUMENTU

**Wydruk kuponów wolnych pacjenta**

**Kowalski Jan (M)**

Poradnia: Poradnia stomatologiczna  
Umowa: 124/...  
Lekarz: Nowak Grzegorz

**Kupony (ewidencja)**

Liczba kuponów do wydruku: 2  
Tylko generacja numerów kuponów (bez wydruku) ☒

Drukuj Wyjście (Alt-F4)

**Recepty:** 0  
**Kupony:**

Deklaracje Wizyty Dane medyczne Rezerwacje Rejestruj Dodaj do kolejki **Drukuj kupon** Rejestruj kupon Drukuj receptę

### 5.9.3 Generacja numerów kuponów

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

W związku ze zmianami wprowadzonymi w śląskim OW NFZ, dotyczącymi zaniechania obowiązku drukowania kuponów, istnieje możliwość utworzenia kuponu bez konieczności jego drukowania.

W związku z tym dodano parametr **"Tylko generacja kuponów (bez wydruku)"**, który znajduje się w każdym oknie dialogowym *Wydruk kuponów...* Zaznaczenie parametru będzie powodować utworzenie wirtualnego kuponu (wygenerowanie jego numeru), wykorzystywanego podczas ewidencjonowania świadczeń (pole "Nr świadczenia").

### 5.9.4 Rejestracja wolnych kuponów

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

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

The screenshot displays the 'Kartoteka pacjentów' (Patient Card) window for 'KOWALSKI JAN'. The patient's details are listed in a table at the top: Nazwisko (Kowalski), Imię (Jan), Data urodzenia (1968-09-16), PESEL (00000000000), and Adres. Below this, a modal dialog box titled 'Rejestracja kuponów' is open, showing the patient's name 'Kowalski Jan (M)' and a dropdown menu for 'Poradnia' (Consultation) set to 'Poradnia neurologiczna'. A text field for 'Nr kuponu' (Coupon number) is also present. At the bottom of the dialog are buttons for 'Zatwierdź (F9)' and 'Wyjście (Alt-F4)'. The main window also features a sidebar with 'INFORMACJE O PACJENCIE' (Patient Information) including birth date, PESEL, address, and phone number, as well as 'Ostatnie wizyty' (Last visits) and 'Zaplanowane szczepienia' (Scheduled vaccinations). The bottom panel contains several buttons, with 'Rejestruj kupon' highlighted by a red rectangle.

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



Zatwierdzenie danych spowoduje powiązanie pacjenta z pustym kuponem.

### 5.9.5 Anulowanie kuponów

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

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

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



### 5.9.6 Przywracanie anulowanych kuponów

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

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

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



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

## 5.9.7 Informacje o wolnych kuponach

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

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

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

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

Nazwisko	Imię	Data urodzenia	PESEL	Adres
Kowalski	Jan	1968-09-16	00000000000	

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

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

**Kowalski Jan (M)** 00000000000

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

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

## 5.10 Listy negatywne - woj. śląskie

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

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

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

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

**Kartoteka pacjentów**

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



## 5.10.1 Zacztywanie pliku listy negatywnej

W celu zaczytania pliku listy negatywnej należy wykonać poniższe czynności:

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

Pliki należy zaczytywać w odpowiedniej kolejności, zgodnie z numeracją znajdującą się w nazwie pliku. Przykład: rozpocząć zaczytywanie od pierwszego pliku, który jest plikiem przyrostowym: P\_20100423\_00000001.LKZ

Istnieje też możliwość zaczytania pliku całościowego (ostatniego), zawierającego łączne dane z plików od 1 do 108: C\_20100422\_00000108.LKZ.

Należy jednak pamiętać o tym, że plik całościowy zawiera ogromną ilość danych i czas jego zaczytania do bazy jest zależny od parametrów stacji roboczej, na której jest dokonywane zaczytanie. Minimalny czas importowania pliku do bazy to 20 min i może ulec wydłużeniu. Jeżeli użytkownik rozpocznie import danych od pliku całościowego to następny plik, który należy zaczytać to plik o nazwie: P\_20100423\_00000109.LKZ

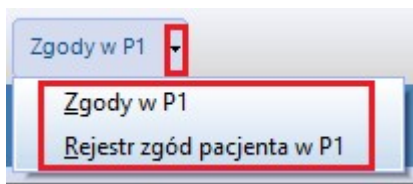
**Uwaga!** W przypadku, gdy użytkownik nie zaczytywał jeszcze list negatywnych należy wykonać następujące czynności:

1. Zczytać plik całościowy listy negatywnej LKZ zamieszczony na Portalu Świadczeniodawcy.
2. Dokonać restartu aplikacji mMedica.
3. Dokonać importu pliku: P\_20100423\_00000109.LKZ i wyższych, jakie zostały zamieszczone na Portalu Świadczeniodawców.

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

## 5.11 Zgody z systemu P1

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



Wówczas rozwinięta zostanie lista z dwiema pozycjami do wyboru.

Wybór pozycji **"Zgody w P1"** spowoduje wyświetlenie okna *Weryfikacja zgody z systemu P1*.

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

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

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

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

Data weryfikacji	Pacjent	PESEL	Rodzaj	Wynik weryfikacji	Wnioskujący	Data upoważ.	Weryfikujący
16-12-2022...	Ann...		Stan zdrowia pacjenta	Brak zarejestrowanej zgody	Kowalska Aniela	16-12-2022	Nowak Jan
16-12-2022 ...	Anna...		Dokumentacja medyczna pacje...	Brak zarejestrowanej zgody	Kowalski Jan	16-12-2022	Nowak Jan
16-12-2022 ...	Anna...		Stan zdrowia pacjenta	Zgoda udzielona	Kowalski Jan	16-12-2022	Nowak Jan

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

## 5.12 Funkcje dodatkowe Kartoteki

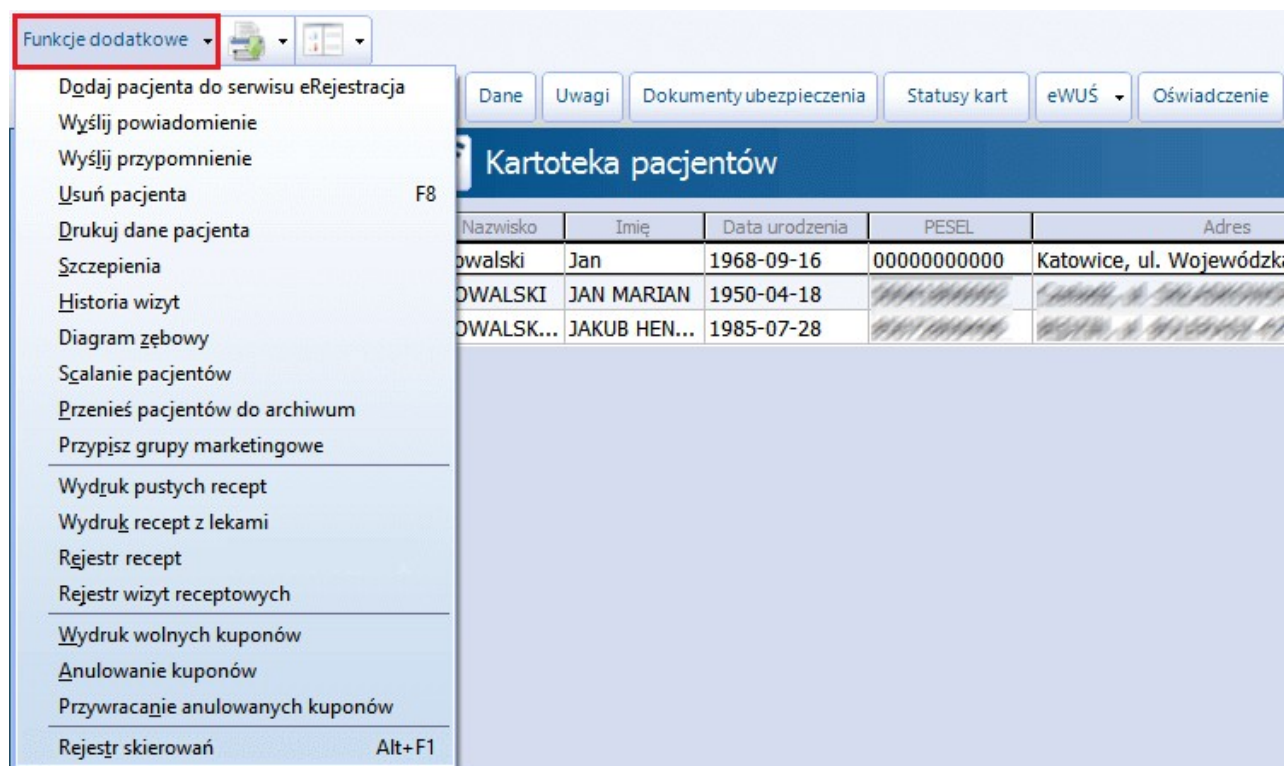
Ścieżka: [Rejestracja](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#)

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

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

Ponadto poprzez *Funkcje dodatkowe* można dokonać wydruku [recept](#) i szeregu operacji na [kuponach](#)


użytkowanych w woj. śląskim.



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

### 5.12.1 Rejestr wizyt receptowych

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

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

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

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

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

**Wyszukiwanie zaawansowane**  
 Data od - do:  
 2017-04-01 2017-04-30  
 Pacjent:  
 Komórka org.:  
 Płatnik:  
 NFZ  
 Status:  
 Do odbioru  
 Zastosuj Wyczyść

**Rejestr wizyt receptowych**  

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


**Wystawione recepty i zlecenia**  

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

Drukuj Nowe potwierdzenie odbioru Dane potwierdzenia odbioru

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

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

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

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



**Potwierdzenie odbioru recept / zleceń**

Data odbioru: 2017-04-05 09:40

Wydający: Nowak Anna

**Dane odbierającego**

Sposób odbioru: ☐ Odbiór osobisty ☒ Odbiór przez osobę upoważnioną

Nazwisko i imię: KOWALSKA

PESEL:

**Odebrane dokumenty**

	✓	Rodzaj	Numer
I	✓	Zlecenie	

**Załącznik**

(brak)

EDM

Zatwierdź Wyjście

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

## 5.12.2 Zbiorcza archiwizacja pacjentów

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

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

Dostępne kryteria archiwizacji pacjentów na podstawie weryfikacji deklaracji:

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

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



**Archiwizacja pacjentów**

**Kryteria weryfikacji deklaracji**

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

**Kryteria wizyt**

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

Zatwierdź (F9) Wyjście (Alt-F4)

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

Liczba pacjentów zarchiwizowanych: 383.  
Czy zatwierdzić zmiany?

TAK NIE

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

### 5.12.3 Scalanie pacjentów

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

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

Scalenia można dokonać dla:

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

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

Aby scalać dwóch pacjentów należy wykonać poniższe czynności:

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

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

The screenshot shows the top part of the 'Scalanie pacjentów' window. It includes a toolbar with icons for home, list, add, delete, and search. Below the toolbar are two search buttons: 'Wyszukaj wszystkich do scalenia po nazwisku' and 'Wyszukaj wszystkich do scalenia po PESELu'. The main title 'Scalanie pacjentów' is on the left, and a search bar with the placeholder '%NOW' is on the right.

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

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

The screenshot shows the 'Scalanie pacjentów' window with a list of patients. The list has columns for 'Nazwisko', 'Imię', 'Data urodzenia', 'PESEL', and 'Nr karty'. Two patients are selected: 'Noworodek Jan' (born 2017-02-05, PESEL 0000000000) and 'Noworodek Jan' (born 2017-02-05, PESEL 172205). Below the list, the details for 'Pacjent 1' and 'Pacjent 2' are shown. The fields for 'Pacjent 1' are filled with the data of the first selected patient, and the fields for 'Pacjent 2' are filled with the data of the second selected patient. The 'Status PESEL' field for 'Pacjent 2' is highlighted in yellow and contains 'N - nie dotyczy'.

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

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

TAK

NIE

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

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

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

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

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

TAK                      NIE

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

## eWUŚ

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

### Uwaga!

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

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

## 6.1 Konfiguracja konta eWUŚ

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

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

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

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

Sposób działania parametru:

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

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

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

## 6.2 Dane logowania do serwera eWUŚ

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

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

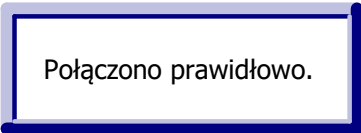
Następnie w przypadku konta typu świadczeniodawca należy uzupełnić pola:

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

W przypadku konta typu lekarz należy uzupełnić nast. pola:

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

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

Połączono prawidłowo.

## 6.3 Zmiana hasła do systemu eWUŚ w programie mMedica

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

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

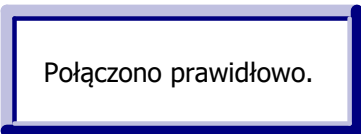
**Uwaga!** W niniejszej instrukcji opisano zmianę hasła do systemu eWUŚ poprzez aplikację mMedica. Jeśli użytkownik zmienia hasło do eWUŚ po stronie lokalnego systemu OW NFZ, zobowiązany jest wprowadzić nowe hasło do programu mMedica i zaznaczyć parametr **"Nie aktualizuj danych konta na serwerze"**.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

### 6.3.1 Z poziomu Użytkowników systemu

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

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

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

Połączono prawidłowo.

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

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



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

### 6.3.2 Poprzez okno z komunikatem

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

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

Uwaga! Za 2 dni hasło wygaśnie! Proszę zmienić hasło po stronie właściwego systemu portalowego w OW NFZ.

OK

ZMIENĆ HASŁO

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

Uwaga! Z końcem dnia dzisiejszego hasło wygaśnie! Proszę zmienić hasło.

OK

ZMIENĆ HASŁO DO SYSTEMU eWUŚ

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

Uwaga! Z końcem dnia dzisiejszego hasło wygaśnie! Proszę zmienić hasło.

eWUŚ

ANULUJ

ZMIEN HASŁO DO SYSTEMU

### 6.3.3 Zbiorcza zmiana hasła

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > 2. eWUŚ

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

W celu zbiorczej zmiany hasła należy wykonać poniższe czynności:

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

Prawidłowe nawiązanie połączenia z systemem eWUŚ zostanie potwierdzone komunikatem:

Połączono prawidłowo.

Użytkownik (login)	Nazwisko, imię	Osoba personelu	Data dodania	Aktyw
J			2014-08-30 07:28:21	<input checked="" type="checkbox"/>
NOWAKA	Nowak, Anna	Nowak Anna	2016-07-18 12:24:28	<input checked="" type="checkbox"/>
P			2008-05-28 13:27:11	<input checked="" type="checkbox"/>
W			2010-08-12 16:03:16	<input checked="" type="checkbox"/>

**Nowak Anna (NOWAKA)**

1. Dane użytkownika 2. eWUŚ 3. Autoryzacja 4. Uprawnienia do danych 5. Uprawnienia fun

Login: nowaka Typ świadczeniodawca ☒

Hasło: \*\*\*\*\* Id lekarza:

Powtórz hasło: \*\*\*\*\* Ostatnia zmiana: 30-07-2018 09:09

Zablokuj przez: (minut)

Nie aktualizuj danych na serwerze eWUŚ ☐

Sprawdź połączenie

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

## 6.4 Sposoby weryfikacji pacjenta w eWUŚ

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

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

**Kartoteka pacjentów**

Nazwisko	Imię	Data urodzenia	PES
Kowalski	Jan	1968-09-16	0000000
KOWALSKI	JAN MARIAN	1950-04-18	

**Kowalski Jan (M)** 00000000000

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

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

The screenshot shows the 'Uzupełnianie świadczeń' form. At the top right, there's a 'Schematy wizyt' dropdown and icons for a plus sign, a document, and a minus sign. The form fields include: 'Nr świadczenia:', 'ID wizyty:', 'Rodzaj danych:' (with icons W, S, R), 'Pacjent:' (with a dropdown for PESEL and a text field for 'ADAMCZYK AGNIES...'), '22 lata', and 'Ubezpieczenie:' (highlighted with a red box, showing '100% eWUŚ'). Below these are fields for 'Rozp. główne:', 'Wizyta:' (dropdown: 'Specjalistyczna'), 'Kont. lecz.:', 'Data od:' (2017-03-21 14:28), 'do:' (2017-03-21 14:28), 'Dni:' (1), 'Przyjęcie:' (dropdown: 'Bez skierowania'), 'Tryb:' (dropdown: 'Planowane bez wy...'), 'Realizujący:' (dropdown: 'ID', text: 'JKOWALSKI', dropdown: 'Kowalski Jan', dropdown: 'Lekarz'), 'Kod świadcz.:', 'Komórka org.:', 'Podtyp:', and 'Wersja:' (dropdown: 'rozp. MZ 20.06.2008'). On the left side, there are icons for 'Realizacja' and 'ICD9'.

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

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

## 6.4.1 Ręczne sprawdzenie eWUŚ

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

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

The screenshot shows a dialog box titled 'Status uprawnienia pacjenta'. The header is green and says 'Uprawniony do świadczeń'. The main area contains the following information: 'Pesel:', 'Imię: ANDRZEJ', 'Nazwisko: NOWAK', 'Data ważności: 21.03.2017 r.', and 'Kod autoryzacji:'. At the bottom left, there is a link 'Zapisz potwierdzenie'. At the bottom right, there is an 'OK' button with a green checkmark icon.

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

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




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

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

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

INNE
<b>OW NFZ:</b> Kraje UE <b>eWUŚ:</b> <b>uprawniony do świadczeń</b> <b>Ubezpieczenie:</b> Dokument UE

W związku z sytuacją epidemiczną, związaną z COVID-19, przy weryfikacji statusu uprawnienia pobierana jest z systemu eWUŚ informacja o objęciu pacjenta kwarantanną. Wraz z wprowadzeniem wersji komunikatu eWUŚ 5.0 umożliwiono również pobieranie z systemu eWUŚ informacji o objęciu pacjenta izolacją domową. We wspomnianych przypadkach w oknie *Status uprawnienia pacjenta* wyświetli się informacja o kwarantannie/izolacji oraz dacie jej planowanego zakończenia. Przekazana przez system eWUŚ data zakończenia uzupełni się także w danych pacjenta w *Kartotece pacjentów* na zakładce **1.Dane podstawowe** w sekcji *Informacje dodatkowe*, w polu "W kwarantannie do:" lub "W izolacji domowej do:".

Dodatkowo o kwarantannie lub izolacji pacjenta będzie informować ikonka , pojawiająca się na jego rezerwacji/rejestracji w *Terminarzu*, w oknie wizyty otwartej w *Gabiniecie* lub w oknie hospitalizacji otwartej w Module Hospitalizacje. Najeżdżenie na nią kursorem myszy spowoduje wyświetlenie informacji o tym, czy pacjent przebywa na kwarantannie, czy w izolacji, oraz do kiedy ona ma trwać (patrz przykład poniżej).

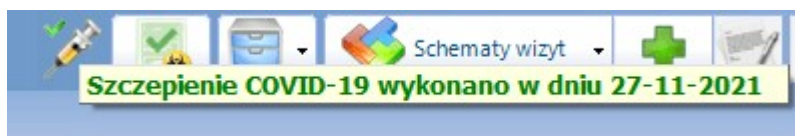
INNE
<b>OW NFZ:</b> Kraje UE <b>eWUŚ:</b> <b>uprawniony do świadczeń</b> <b>Ubezpieczenie:</b> Dokument UE

**Izolacja domowa do dnia 06-08-2020**

**Ostatnie wizyty**

Z systemu eWUŚ pobierana jest także informacja o zaszczepieniu pacjenta przeciw COVID-19 (wraz z datą wykonania szczepienia). Pobrana data szczepienia będzie się wyświetlać w danych pacjenta w *Kartotece*

pacjentów na zakładce **1.Dane podstawowe** w sekcji Informacje dodatkowe, w polu "Zaświadczenie o szczepieniu Covid-19". Ponadto w prawym górnym rogu okna wizyty pacjenta otwartej w *Gabiniecie* lub okna jego hospitalizacji otwartej w *Module Hospitalizacje* uwidoczni się ikonka strzykawki. Po najechnięciu na nią kursorem myszy wyświetli się informacja o dacie szczepienia (patrz przykład poniżej).



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

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

Od wersji 8.1.2 aplikacji mMedica z systemu eWUŚ pobierana jest informacja o uprawnieniu do świadczeń obywatela Ukrainy, posiadającego nr PESEL, na mocy Ustawy z dnia 12 marca 2022 roku. W takim wypadku w oknie *Status uprawnienia pacjenta* wyświetlana jest dodatkowo następująca treść:

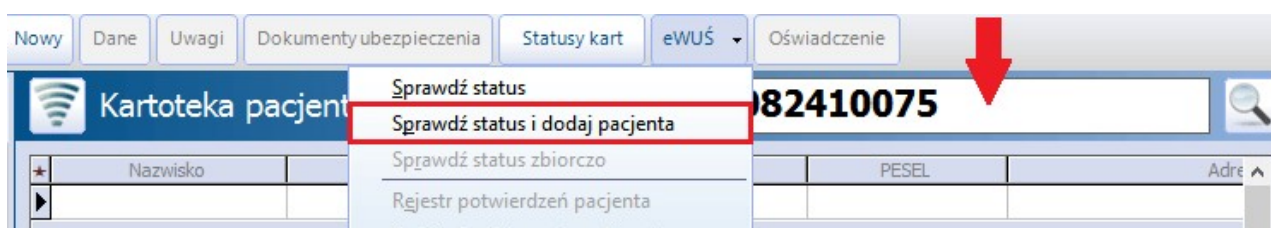
**Pacjent posiada uprawnienie do świadczeń opieki zdrowotnej na mocy Ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa**

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

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

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

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





## 6.4.2 Ręczne sprawdzenie eWUŚ kilku pacjentom

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

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

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

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

★	PESEL	Pacjent	Data ur.	Status wizyty	Status eWUŚ	Oznaczenie recepty	Komórka org.	Personel
•	500...	NOWAK ...	1950-01-18	Zaplanowana	Nie pobrano statusu ubezpiecze...			
	630...	ZYGMUND ...	1963-05-25	Zaplanowana	Nie pobrano statusu ubezpieczenia		Poradnia neurologiczna	Nowak Anna
➤	102...	ADAMCZ...	2010-01-18	Do realizacji	Nie pobrano statusu ubezpiecze...		Poradnia neurologi...	Nowak An...
	000...	Kowalski Jan	1968-09-16	Zrealizowana	Nie pobrano statusu ubezpieczenia		Poradnia neurologiczna	Nowak Anna

Pacjenci do zbiorczej weryfikacji eWUŚ są dodawani w następujący sposób:

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

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

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

### 6.4.3 Ręczne dodanie eWUŚ

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

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

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

W celu ręcznego dodania potwierdzenia eWUŚ należy:

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

The screenshot shows a Windows-style dialog box titled "Wprowadź potwierdzenie eWUŚ". It contains several input fields and two buttons at the bottom. The fields are labeled as follows:

- Nazwisko:** Kowalski
- Imię:** Jan
- PESEL:** 00000000000
- Data ważności:** 2017-03-21 (with a dropdown arrow)
- Oznaczenie recepty:** (empty dropdown menu)
- Id operacji:** (empty text field)
- Wprowadził:** MARIOLA ... Nowak Anna

At the bottom right, there are two buttons: "Zatwierdź" (with a green checkmark icon) and "Anuluj" (with a red X icon).

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

## 6.4.4 Automatyczne sprawdzenie eWUŚ

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

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

The screenshot shows the 'Uzupełnianie świadczeń' form. At the top right, there's a 'Schematy wizyt' dropdown and a green cross icon. Below this, the 'Ubezpieczenie' field is highlighted with a red box and contains '100% eWUŚ'. A red arrow points to this field. Other fields include 'Nr świadczenia', 'ID wizyty', 'Rodzaj danych', 'Pacjent' (with a dropdown showing 'PESEL'), '22 lata', 'Wizyta' (dropdown showing 'Specjalistyczna'), 'Kont. lecz.', 'Data od' (2017-03-21 14:28), 'do' (2017-03-21 14:28), 'Dni' (1), 'Przyjęcie' (dropdown showing 'Bez skierowania'), 'Tryb' (dropdown showing 'Planowane bez wy'), 'Realizujący' (dropdown showing 'ID', 'JKOWALSKI', 'Kowalski Jan', 'Lekarz'), 'Kod świadc.', 'Podtyp', and 'Wersja' (dropdown showing 'rozp. MZ 20.06.2008').

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

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

## 6.4.5 Automatyczne sprawdzenie eWUŚ kilku pacjentom

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

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

## 6.5 Pozostałe funkcje eWUŚ w mMedica

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

## 6.5.1 Dodanie pacjenta do zbiorczej weryfikacji

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

Pacjenci do zbiorczej weryfikacji eWUŚ dodawani są w następujący sposób:

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

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

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

W celu ręcznego dodania pacjenta do zbiorczej weryfikacji należy:

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



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

## 6.5.2 Zaplanowane weryfikacje pacjenta

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

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

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

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

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

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

## 6.5.3 Rejestr potwierdzeń pacjenta

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

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

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



Funkcje dodatkowe

Usuń Importuj potwierdzenia Zapisz potwierdzenia

**Wyszukiwanie zaawansowane**

Data ważności:

od 2016-03-01 do 2017-03-31

Pacjent:

1550  
NOWAK ADRIAN

☒ Tylko aktywne

Zastosuj Wyczyść

**Rejestr potwierdzeń uprawnienia pacjenta**

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

W górnym panelu okna znajdują się nast. przyciski:

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

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

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

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

Funkcje dodatkowe

**Przywróć potwierdzenie** Usuń Importuj potwierdzenia Zapisz potwierdzenia

**Wyszukiwanie zaawansowane**

Data ważności:

od 2016-03-01 do 2017-03-31

Pacjent:

1550

**Rejestr potwierdzeń uprawnienia pacjenta**

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



## 6.5.4 Import plików potwierdzeń

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

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

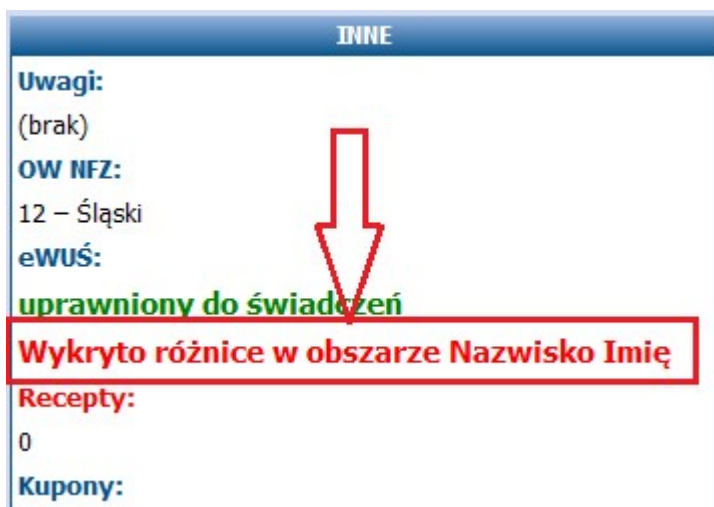
W zależności od sposobu pogrupowania posiadanych potwierdzeń eWUŚ, można skorzystać z następujących opcji:

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

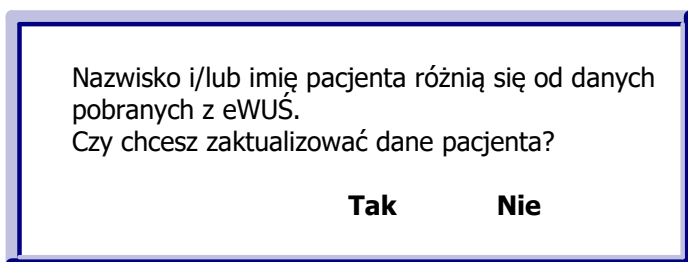
Pliki potwierdzeń eWUŚ zostaną domyślnie przyporządkowane właściwym pacjentom, na podstawie danych zawartych w tokenie.

## 6.5.5 Aktualizacja danych pacjenta na podstawie komunikatu eWUŚ

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



Natomiast po otwarciu danych pacjenta pojawi się komunikat:



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

**Zatwierdź**, znajdujący się w prawym dolnym rogu ekranu.

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

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

Wybór przycisku **Tak** spowoduje aktualizację nazwiska i/lub imienia pacjenta w powyższym oknie.

Istnieje możliwość modyfikacji przez użytkownika innych danych w przypadku ich niezgodności ze stanem faktycznym.

Aby zatwierdzić zmianę danych pacjenta w programie, należy wybrać przycisk **Aktualizuj**.

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

## 6.6 Komunikaty z systemu eWUŚ

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

Brak połączenia!

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

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

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

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

Brak połączenia!

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

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

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

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

Czas zawieszenia weryfikacji: \_\_\_\_\_ (minut)

ZAWIEŚ WERYFIKACJĘ  
PONOWNIE

ANULUJ

NIE POKAZUJ

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

Wystąpił nieznany błąd systemu eWUŚ.

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

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

# Rozdział

# 7

## Wystawianie recept

### 7.1 Wydruk recept

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

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

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

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

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

#### 7.1.1 Konfiguracja wydruku recept

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

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

Szczegółowy opis dotyczący poszczególnych sekcji, znajduje się poniżej.

Funkcje dodatkowe

Wczytaj z pliku Zapisz do pliku Nadpisz wszystkie wartościami systemu

Konfiguracja – Gabinet » Recepty Wydruk testowy Nadpisz wartościami domyślnymi

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

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

**Ustawienia strony**

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

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

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

**Sekcja „Świadczeniodawca”**  
☒ Dane zakładu leczniczego ☐ Nazwa podmiotu leczniczego ☐ Kod świadczeniodawcy  
☐ I, V i VII cz. kodu resortowego ☐ VIII cz. kodu resortowego ☐ Numer umowy

**Sekcja „Dane i podpis lekarza”**  
☒ Dane lekarza ☐ Dane podmiotu drukującego

System Stacja Użytkownik

### Sekcja: Elementy umieszczane na wydruku

Poprzez dodanie/usunięcie zaznaczenia w polach określa się elementy, które będą drukowane na receptach. Przygotowano dwa domyślne ustawienia, które odpowiadają się po wybraniu jednego z przycisków:

- **Domyślne elementy dla wydruku** - elementy przygotowane do wydruku recepty na czystej kartce papieru.
- **Domyślne elementy dla nadruku** - elementy przygotowane do wydruku recepty na wcześniej przygotowanym bločku recept (np. zakupionym w drukarni).

**Uwaga!** Należy pamiętać, iż wszystkie pola na receptie posiadają ograniczoną wielkość (np. wysokość sekcji "Świadczeniodawca" wynosi domyślnie 3,2 cm). Zaznaczenie dużej ilości elementów może skutkować brakiem ich wydruku na receptie - jest to związane z ograniczeniami miejsca w danej sekcji. W tej sytuacji należy zrezygnować z drukowania elementów, które nie są prawnie wymagane lub zmniejszyć rozmiar czcionki w sekcji *Rozmiar tekstu*.

### Sekcja: Recepty z lekami

- **Pełna odpłatność dla recept komercyjnych** - zaznaczenie [✓] powoduje domyślne ustawienie pełnej odpłatności leku (100%) na receptach wystawianych na wizytach komercyjnych. Jeżeli parametr jest aktywny, program nie weryfikuje w przypadku wizyty komercyjnej, czy pacjent posiada dokument potwierdzający uprawnienie do świadczeń.
- **Zablokuj możliwość ponownego wydruku recepty z numerem** - zaznaczenie [✓] powoduje dezaktywację przycisku **Drukuj receptę** po wydrukowaniu recepty na wizycie gabinetowej.



- **Podpowiadaj odpłatność na podstawie ostatnio przepisanego leku** (okna *Stale podawane leki*, *Historia leków*, *Historia recept*) - parametr określa, czy odpłatność ma być wyznaczana na podstawie ostatnio przepisanego leku, czy z bazy leków Pharmindex.
  - Zaznaczony parametr [✓] - odpłatność za leki wybierane z formatki [Stale podawane leki](#), [Historia leków](#) oraz [Historia recept](#) będzie podpowiadana na podstawie ostatnio przepisanego leku.
  - Niezaznaczony parametr [ ] - odpłatność za leki będzie podpowiadana na podstawie aktualnej listy refundacyjnej. Oznacza to, że po przejściu na formatkę *Stale podawane leki*, *Historia leków* lub *Historia recept*, wybrany lek będzie wyświetlany z ostatnio zapamiętaną odpłatnością. W momencie dodania leku na receptę, system mMedica weryfikuje czy odpłatność jest aktualna z obecnie obowiązującą listą refundacyjną. Jeśli nie, w oknie podglądu recepty odpłatność zostanie zmieniona na aktualną.
- **Podpowiadaj pełną odpłatność dla wskazań "We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji"**

W przypadku zaznaczenia parametru [✓], dla leków ze wskazaniem "We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji" będzie podpowiadana odpłatność 100%. Jeśli w rozpoznaniu na wizycie lub w chorobach przewlekłych zaewidencjonowano rozpoznanie zgodne ze wskazaniami rejestracyjnymi leku, to na receptce podpowie się odpowiednia odpłatność z listy refundacyjnej.

## 7.1.2 Przegląd pul numerów recept

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Pule numerów recept](#)

Przejdzie do powyższej ścieżki otwiera formatkę *Pule numerów recept*, prezentującą listę pul numerów recept zacytanych do aplikacji mMedica.

W górnym oknie wyświetlana jest lista wszystkich osób personelu, które należą do grupy personelu wewnętrznego. Z kolei, w dolnym oknie prezentowane są pule numerów recept dla wybranego personelu. Za pomocą przycisków znajdujących się w górnym panelu formatki można dokonać:

- [Dodania](#) nowej puli, poprzez podanie zakresu numerów,
- Podejrzenia szczegółów zacytanej puli numerów recept (opis poniżej),
- Usunięcia puli.

Nazwisko i imię	Użytkownik	PESEL	NPWZ	Rodzaj	Min. liczba Rp	Min. liczba Rpw
Nowak Anna	NOWAKA			Lekarz	0	

Numer początkowy	Numer końcowy	Pro a/f	Rodzaj	Wolnych numerów	Komórka org.
02120	02120		Rp	62	PORADNIA NEUR...
02120	02120		Rp	100	PORADNIA NEURO...
02120	02120	✓	Rp	100	PORADNIA NEURO...

W celu usunięcia wybranej, zaznaczonej puli należy skorzystać z przycisku **Usuń**. Zalecane jest rozważne

korzystanie z tej funkcji, gdyż nie ma możliwości ponownego zaczytania usuniętej puli, która była już wcześniej wykorzystywana w programie. Podczas próby jej wprowadzenia, zostanie wyświetlony komunikat:

Zakres numerów był już wczytywany.

Wybranie przycisku **Dane** otwiera okno dialogowe, prezentujące szczegółowe dane wskazanej puli recept.

Opis wybranych pól znajdujących się w oknie *Pule numerów recept*:

- **Komórka org.** - nazwa komórki, do której przypisano pulę. Po jej wyborze do wydrukowania recepty będzie pobierany numer ze wskazanej puli. Jeśli komórka nie zostanie wybrana, podczas wydruku recept system będzie podpowiadał komórkę z [ustawień domyślnych](#) personelu, jeśli została tam wskazana. Na podstawie komórki organizacyjnej system będzie podpowiadał właściwy numer umowy w oknie wydruku recept, jeśli w Konfiguratorze programu włączono wydruk umowy na recepcie.
- **Miejsce** - określenie miejsca praktyki, gdzie będą wystawiane recepty, a także rodzaju danych, które będą drukowane w nagłówku recepty. Na liście rozwijanej są dostępne wartości:
  - a) **Praktyka/zatrudnienie** - w nagłówku recepty drukowane będą dane poradni/przychodni.
  - b) **Pro auctore/pro familia** - do wydruku recept z adnotacją "Pro auctore/pro familia". W nagłówku recepty drukowane będą dane lekarza.
- **Płatnik** - służy do rozróżnienia pul recept, które mogą być osobno wykorzystywane na wizytach realizowanych komercyjnie/prywatnie i/lub refundowanych. Na liście rozwijanej są dostępne wartości:
  - a) **Komercyjny/prywatny** - jeśli realizowane są wizyty komercyjne i użytkownik posiada dodatkowy Moduł Komercyjny. Oznacza to, że na wizycie utworzonej w Gabinecie przy użyciu przycisku "Nowa wizyta komercyjna", numery do wydruku recept będą pobierane z puli, która została oznaczona jako komercyjna. Szczegółowy opis w [instrukcji](#) dedykowanej modułowi.
  - b) **NFZ** - jeśli realizowane są wizyty refundowane na podstawie umowy zawartej z NFZ.
- **Rodzaj** - rodzaj charakteryzujący pulę. Wyróżniamy nast. rodzaje pul: Lekarska - rp, Lekarska - rpw, Pielęgniarska – samodzielna ordynacja, Pielęgniarska - ordynacja.
- **Liczba wolnych numerów** - liczba wolnych numerów w puli jaka pozostała jeszcze do wykorzystania.
- **Minimalna liczba wolnych numerów** - określa minimalną liczbę wolnych numerów. Jeśli liczba ta zostanie przekroczona, przy każdym następnym wydruku recepty użytkownik będzie informowany o

tym fakcie odpowiednim komunikatem.

Tematyka recept wystawianych na wizytach komercyjnych/prywatnych została szczegółowo opisana w [instrukcji Modułu Komercyjnego](#).

### 7.1.3 Zacztywanie puli numerów recept

Przed rozpoczęciem korzystania z funkcji wydruku recept należy zaczytać do programu pulę numerów recept, które mogą być przekazane w postaci:

- pliku w formacie xml,
- podania zakresu numerów, poprzez określenie numeru początkowego i końcowego puli.

**Uwaga!** Możliwość definiowania puli numerów recept jest dostępna jedynie dla użytkowników należących do grupy [personelu](#) wewnętrznego.

#### 7.1.3.1 Zacztywanie puli z pliku xml

Ścieżka: [Komunikacja](#) > [Import danych](#) > przycisk: [Import z pliku](#)

W celu zaczytania puli numerów recept w formie pliku XML należy wykonać poniższe czynności:

1. Pobrać numery recept w formacie XML bezpośrednio ze strony Portalu OW NFZ i zapisać na dysku komputera.
2. Przejść do: [Komunikacja](#) > [Import danych](#) i wybrać przycisk **Import z pliku**.
3. W oknie *Otwieranie* wskazać plik pobrany zgodnie z pkt. 1.
4. Wybrać przycisk **Otwórz**, który rozpocznie proces zaczytywania puli numerów recept do programu.

Na podstawie danych zawartych w pliku XML, zaczytana pula zostanie przypisana do właściwej osoby personelu. Zacytana pula widnieje w ścieżce: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Pule numerów recept](#).

#### 7.1.3.2 Podanie zakresu numerów

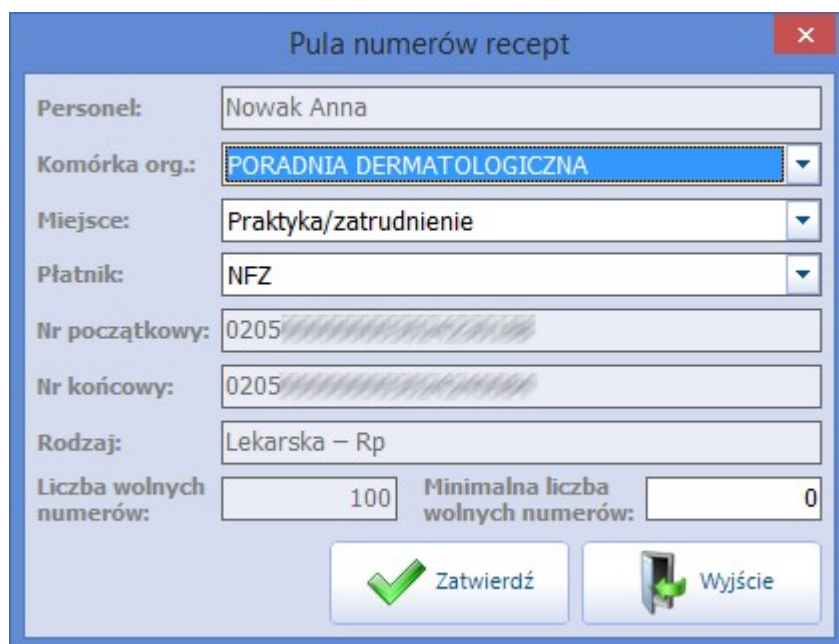
Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Pule numerów recept](#) > przycisk: [Nowa](#)

Zakresy numerów recept pobiera się na Portalu Świadczeniodawcy/Portal Personelu i ręcznie wprowadza do aplikacji mMedica. Dokonuje się tego w nast. sposób:

1. Ze strony Portalu OW NFZ należy pobrać udostępnione zakresy numerów recept.
2. W aplikacji mMedica przejść do ścieżki: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Pule numerów recept](#).
3. Zaznaczyć na liście osobę personelu, dla której będzie wprowadzana pula numerów. Aby sprawnie odszukać właściwy personel można skorzystać z filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*.
4. Wybrać przycisk **Nowa** znajdujący się w górnym panelu formatki.
5. W otwartym oknie dialogowym *Pula numerów recept* uzupełnić:
  - a) W polu "Miejsce" wybrać wartość "Praktyka/zatrudnienie".
  - b) W polu "Płatnik" można dokonać rozróżnienia puli, która będzie wykorzystywana do realizacji wizyt komercyjnych lub refundowanych, w przypadku użytkowania Modułu Komercyjnego.
  - c) W polach "Nr początkowy" i "Nr końcowy" wpisać otrzymane zakresy numerów recept.
6. Zapisać dane przyciskiem **Zatwierdź**.

Na podstawie wprowadzonego zakresu numerów zostanie określony rodzaj puli i liczba wolnych numerów do

wykorzystania.



Dodatkowo, użytkownik może ograniczyć dostępność puli do wybranej komórki organizacyjnej i określić minimalną liczbę wolnych numerów w puli. Służą do tego nast. pola:

- **Komórka org.** - z listy rozwijanej można wskazać komórkę organizacyjną, do której zostanie przypisana pula. Taką konfigurację zaleca się w sytuacji, gdy personel pracuje w kilku komórkach (gabinetach) i chce pomiędzy nie rozdzielić pule. Na podstawie komórki organizacyjnej system będzie podpowiadał właściwy numer umowy w oknie wydruku recept, jeśli w Konfiguratorze programu włączono wydruk umowy na recepcie. Jeśli komórka nie zostanie wybrana, podczas wydruku recept system będzie podpowiadał komórkę z [ustawień domyślnych](#) personelu, jeśli została tam wskazana.
- **Minimalna liczba wolnych numerów** - określa minimalną liczbę wolnych numerów. Jeśli liczba ta zostanie przekroczona, przy każdym następnym wydruku recepty użytkownik będzie informowany o tym fakcie poniższym komunikatem:

Liczba wolnych numerów w puli (11) jest mniejsza od zdefiniowanej wartości minimalnej (20).

### 7.1.4 Wydruk recept w Kartotece pacjentów



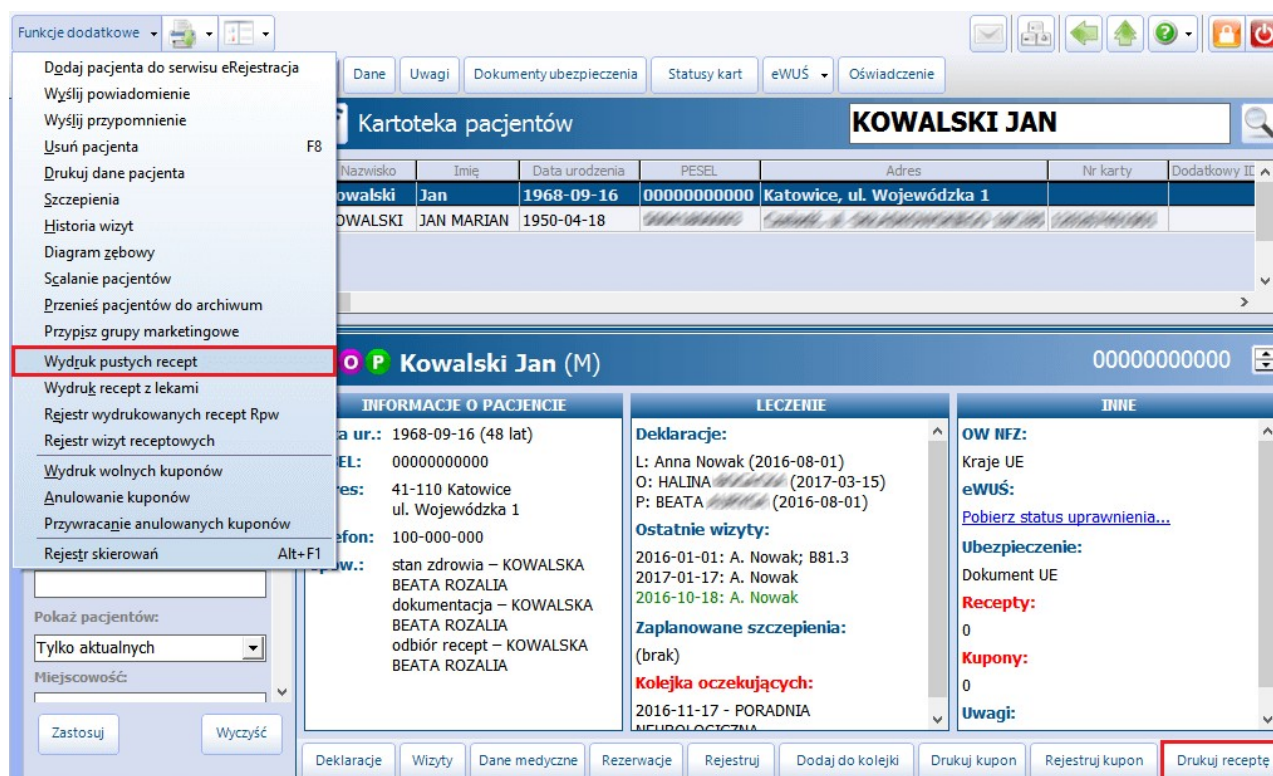
### 7.1.4.1 Wydruk pustych recept

Ścieżka: [Rejestracja](#) > przycisk: [Drukuj receptę](#)  
 Rejestracja > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Wydruk pustych recept](#)

W programie mMedica istnieje możliwość wydrukowania pustej recepty niezawierającej informacji o lekach. Do wydruku pustych recept jest konieczne posiadanie uprawnienia "Wydruk pustych recept dla dowolnego lekarza", które nadaje się w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > [5. Uprawnienia funkcjonalne](#). Użytkownik nieposiadający tego uprawnienia będzie mógł drukować tylko własne recepty.

Wydruku pustych recept dokonuje się z poziomu *Kartoteki pacjentów* poprzez:

- wybranie przycisku **Drukuj receptę**, znajdującego się w dolnym panelu formatki
- rozwinięcie menu *Funkcje dodatkowe* w lewym górnym rogu formatki i wybranie opcji **Wydruk pustych recept**



W celu wydrukowania pustej recepty należy wykonać poniższe czynności:

1. Zaznaczyć na liście pacjenta, dla którego będzie drukowana recepta. Aby sprawnie odszukać pacjenta można skorzystać z filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*.
2. Wybrać jeden z przycisków zaznaczonych na powyższym zrzucie ekranu.
3. W otwartym oknie *Wydruk pustych recept* wybrać:
  - a) Osobę personelu,
  - b) Komórkę organizacyjną,
  - c) Numer umowy z NFZ.
 Powyższe dane mogą podpowiadać się domyślnie, na podstawie wcześniej zdefiniowanych [ustawień domyślnych](#) personelu. Szczegółowy opis ww. pól znajduje się poniżej.
4. W polu "Liczba" określić liczbę recept, które mają zostać wydrukowane.
5. Wybrać przycisk **Drukuj**, który rozpocznie wydruk recepty.

Opis wybranych pól znajdujących się w oknie *Wydruk pustych recept*:

Sekcja: Pacjent

- **Drukuj dane** – brak zaznaczenia w polu spowoduje wydrukowanie recepty bez danych pacjenta, a zawierającą dane świadczeniodawcy, kod resortowy poradni, dane lekarza oraz numer umowy. Aby pole było domyślnie zaznaczone, należy włączyć parametr "Drukuj dane pacjenta", znajdujący się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Gabinet > Recepty](#).
- **Oddział NFZ** – identyfikator oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwy dla miejsca zamieszkania pacjenta, np. 01, 12 itd. (w przypadku osoby ubezpieczonej). W przypadku pacjentów nie posiadających dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, w polu będzie wyświetlany znak "X".  
Pole jest nieaktywne w przypadku wydruku recepty bez danych pacjenta.

Sekcja: Parametry

- **Personel, Komórka, Nr umowy** – dane podpowiadają się domyślnie, jeśli zostały zdefiniowane w [ustawieniach domyślnych](#) personelu dla wybranej osoby personelu.
- **Adnotacja** - aby na receptce została wydrukowana dodatkowa adnotacja "pro auctore" lub "pro familia", należy wybrać odpowiednią wartość z listy rozwijanej. Do wydruku recept w tym rodzaju konieczne jest posiadanie puli numerów recept z zaznaczonym miejscem jako "Pro auctore/pro familia".
- **Rodzaj: RPW** – zaznaczenie pola spowoduje wydruk recepty z oznaczeniem "Rpw". Do jej wydruku konieczne jest zacytowanie do programu puli w rodzaju "Lekarska - rpw". W przypadku braku takiej puli podczas próby wydruku zostanie wyświetlony komunikat:

Brak wolnych numerów w puli dla wybranych parametrów recepty.

- **Rodzaj: Transgraniczna** – zaznaczenie pola spowoduje wydruk [recepty transgranicznej](#), którą pacjent może zrealizować na terenie Unii Europejskiej.



- **Rodzaj: Kontynuacja** - pole aktywuje się, jeśli wybranym personelem jest pielęgniarka/położna. Pole należy zaznaczyć, jeśli na wydrukowanej receptce będzie ordynowany lek, który jest kontynuacją zlecenia lekarza. Szczegóły w: [Recepty drukowane przez pielęgniarkę/położną](#).

Sekcja: [Pula numerów recept](#)

- **Płatnik** - określa, czy numery do wydruku recepty mają zostać pobrane z puli oznaczonej jako komercyjna lub refundowana. Na liście rozwijanej są dostępne dwie wartości: Komercyjny/prywatny i NFZ. Jeśli nie zostanie wybrana żadna wartość, aplikacja domyślnie będzie pobierała numery z puli refundowanej.
- **Wolnych numerów** – liczba wolnych numerów w puli wybranej osoby personelu jaka pozostała jeszcze do wykorzystania.
- **Bez numeru** – zaznaczenie pola spowoduje wydruk recepty bez numeru. Aby pole było domyślnie zaznaczone należy włączyć parametr "Bez numeru", znajdujący się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Gabinet > Recepty](#).

### 7.1.4.2 Wydruk recept z lekami

Ścieżka: [Rejestracja](#) > przycisk: [Wydruk recept z lekami](#)  
[Rejestracja](#) > menu: [Funkcje dodatkowe > Wydruk recept z lekami](#)

Z poziomu *Kartoteki pacjentów* dostępna jest opcja wydruku recept z lekami, bez konieczności tworzenia wizyty w Gabinetcie, dostępna w wersji **STD/+** i **Komercja/+** programu mMedica. Skorzystać z niej mogą:

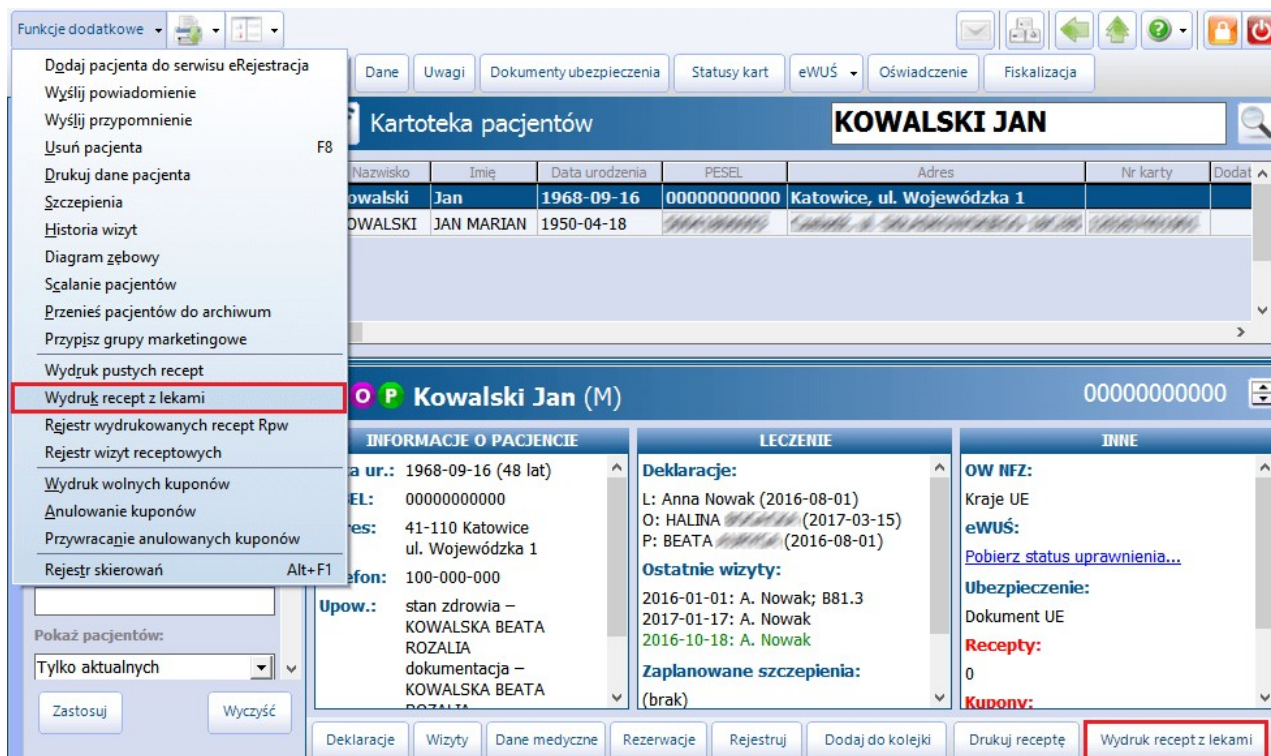
- lekarze
- pielęgniarki/położne
- rejestratorki medyczne

posiadający odpowiednie uprawnienia.

Uprawnienia, które muszą posiadać poszczególni pracownicy placówki medycznej do wydruku recept z lekami, zostały opisane w dalszej części niniejszego rozdziału.

Wydruku recept z lekami dokonuje się z poziomu *Kartoteki pacjentów* poprzez:

- wybranie przycisku **Drukuj receptę z lekami**, znajdującą się w dolnym panelu formatki (przycisk nie występuje w bazach z woj. śląskiego ze względu na ograniczenie miejsca),
- rozwinięcie menu *Funkcje dodatkowe* w lewym górnym rogu formatki i wybranie opcji **Wydruk recept z lekami**.




**Uwaga!** Recepta wygenerowana pacjentowi poprzez powyższą opcję nie będzie możliwa do usunięcia. W programie jest możliwość usunięcia tylko recepty wystawionej na wizycie otwartej w *Gabiniecie* (rozdział [Wydruk recept w Gabiniecie](#)). W tym celu należy wejść do danych wizyty, na której była wystawiona.

### 7.1.4.2.1 Recepty drukowane przez lekarza

Lekarz do wydruku recept z lekami z poziomu *Kartoteki pacjentów* musi posiadać uprawnienie "Wystawianie recept bez wizyty", które nadaje się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 5. Uprawnienia funkcjonalne](#).

Aby wydrukować recepty z lekami bez konieczności tworzenia wizyty należy:

1. W oknie *Kartoteki pacjentów* zaznaczyć na liście pacjenta, dla którego będzie drukowana recepta. Aby sprawnie odszukać pacjenta można skorzystać z filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*.
2. Wybrać przycisk **Drukuj receptę z lekami** lub menu [Funkcje dodatkowe > Wydruk recept z lekami](#).
3. Na formatce *Recepty bez wizyty z dnia...*:
  - a) Wybrać jedną z dostępnych zakładki zawierającą informacje o lekach, np. *Stale podawane leki*, *Leki preferowane*, *Baza leków Pharmindex* itd.
  - b) Odszukać lek i wybrać go poprzez dwukrotne kliknięcie lewym przyciskiem myszki.
  - c) Określić szczegóły dawkowania/podania leku w oknie służącym do przygotowania leku do wypisania. Zapisać zmiany przyciskiem **Dodaj na receptę**.
  - d) Wydrukować receptę za pomocą przycisku .

Funkcje dodatkowe

Drukuj recepty Drukuj zalecenia

**Recepty bez wizyty z dnia 2017-04-04 – Kowalski Jan (M), 00000000000, 48 lat**

Stale podawane leki Lekii preferowane Baza leków Lekii recepturowe Historia leków

Szukaj: Wszystkie aktualne

Nazwa	Opakowanie	Odpl.	Wskazania
<20 - EMULSJA DO DEMA...	200 ML		
<20 - KREM NAWILŻAJĄCY K...	50 ML		
<20 - MASECZKA PRZECIWT...	75 ML		
<20 - MIEDZIOWO-CYNKOW...	30 ML		
<20 - PUDER ANTYBAKTERY...	30 ML		
Abaktal roztw. do inf. 400 m...	10 amp...		
Abaktal tabl. powł. 400 mg	10 szt.		
Abasaglar roztw. do wstrz. 1...	10 wkł. ...	30% / ...	E10 / E10...
ABE płyn na skórę 111,25 m...	but. 8 g		
Abelcet konc. do sporz. zaw...	10 fiole...		
Abilify roztw. do wstrz. 7,5 ...	fiołka 1,...		
Abilify tabl. 10 mg	28 szt.		
Abra test paskowy	50 szt.	30% / R	E13, O24...
Abseamed roztw. do wstrz. ...	6 amp.-...		
Acenocumarol WZF tabl. 1 mg	60 szt.		
Adamon SR kaps. o przedł. ...	50 szt.	B / 30% C / We w...	
Anzolin tabl. uleg. rozpad. w...	28 szt.	R / R	F20 / F31
Biofenac tabl. powł. 100 mg	20 szt.		
Bioxetin tabl. 20 mg	30 szt.	30% / ...	F / Lek w...
Ceftriaxon-MIP i.v./i.m. 1 g p...	10 fiolek		
Crohnax czopki doodbytnicze...	30 szt.	R	K51
Cyclaid kaps. miękkie 100 mg	50 szt.	R / R / ...	We wszy...
Cyclaid kaps. miękkie 25 mg	50 szt.	R / R / ...	We wszy...

Nazwa handlowa: Pentasa tabl. o przedł. uwalnianiu 500 mg

Opakowanie: 100 szt. Upr.: 100% Odpl.: 100%

Wystawiający: Nowak Anna

Komórka org.: PORADNIA LEKARZA POZ

Ilość: 1 opak. po 100 tabl.

Słownie: Wstaw

Dawkowanie: 2 x po 1 Użyte

Liczba dni stosowania leku: 50

Niestandardowe:

Sposób i czas podania: doustnie po posiłku Użyte

Uwagi/zalecenia:

Interakcje Dodaj do leków stałych **Dodaj na receptę**

Opis leku Słownik leków własnych Usuń z preferowanych

EDM Zakończ wystawianie

Aby anulować proces wystawiania recepty bez wizyty i powrócić do okna *Kartoteki pacjentów* należy skorzystać z przycisku **Zakończ wystawianie**.

Szczegółowe informacje dotyczące wystawiania recept w mMedica znajdują się w rozdziale: [Recepty](#).

#### 7.1.4.2.2 Recepty drukowane przez pielęgniarkę/położną

Od 1 stycznia 2017 r. pielęgniarki i położne mają uprawnienia do samodzielnego wystawiania recept w ramach wykazu substancji czynnych zawartych w lekach oraz do kontynuacji zlecenia lekarskiego. Należy pamiętać, iż pielęgniarka/położna nie posiada uprawnień do ordynacji leków psychotropowych/opioidowych, posiadających oznaczenie "Rpw" oraz do przepisywania leków recepturowych.

Aby pielęgniarka/położna mogła wystawiać recepty w programie mMedica, musi posiadać:

- Odpowiednie uprawnienia funkcjonalne nadawane w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 5. Uprawnienia funkcjonalne](#):
  - "Wystawianie recept bez wizyty" - do samodzielnego wydruku recept z lekami,
  - "Wystawianie recept bez wizyty" oraz "Drukowanie recept stale podawanych leków" - do wydruku recept będących kontynuacją zlecenia lekarskiego.
- Zaczytaną pulę numerów recept w rodzaju: Pielęgniarska – samodzielna ordynacja, Pielęgniarska - ordynacja.
- Uprawnienie do wystawiania recept nadawane w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Rejestr personelu > 3. Dane dodatkowe](#), nadane zgodnie z kompetencjami:
  - "Wystawianie recept w ramach samodzielnej ordynacji"
  - "Wystawianie recept w ramach kontynuacji zleceń lekarskich"


Pielęgniarka/położna w czasie ordynowania leku ma możliwość wyboru puli, z której zostanie wypisana recepta, w zależności od tego czy samodzielnie przepisuje lek pacjentowi, czy wykonuje kontynuację

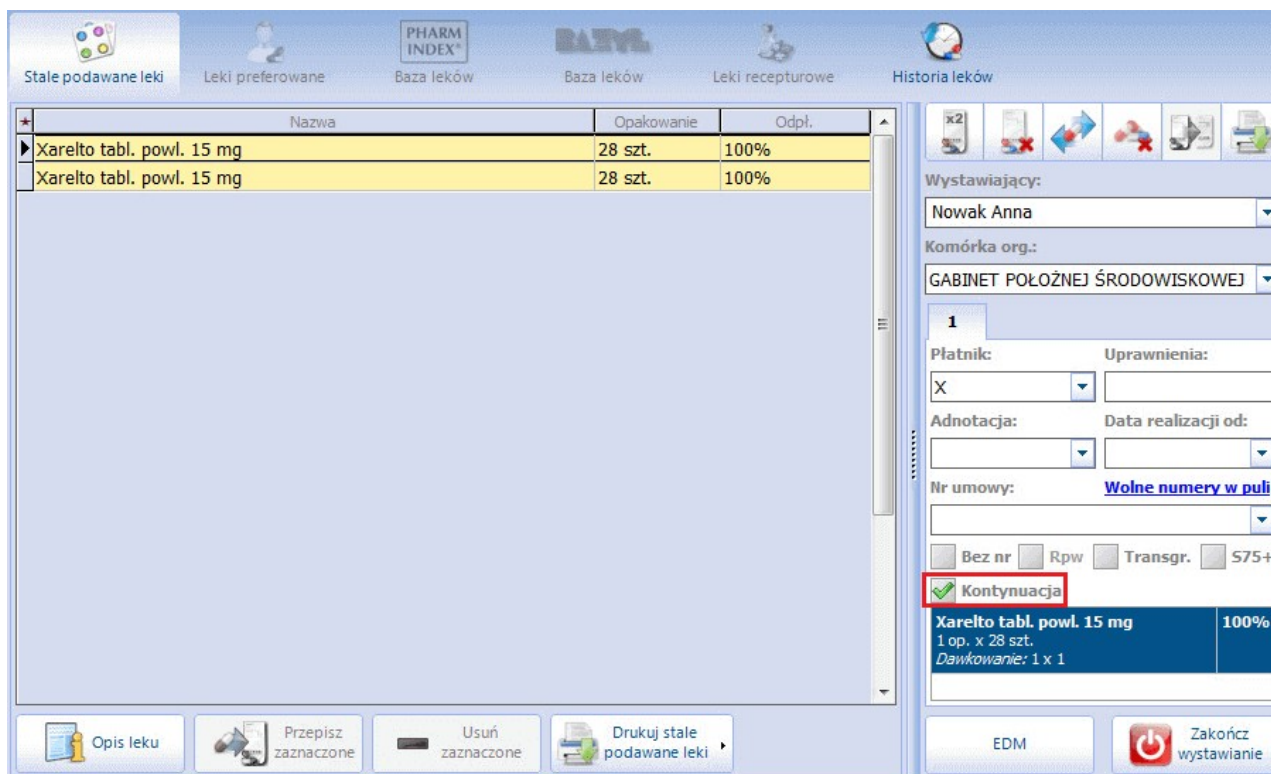
wcześniej przepisano leku przez lekarza. Służy do tego przycisk checkbox "Kontynuacja" widniejący na poglądzie dodanej recepty. Checkbox aktywuje się, jeśli personelem wskazanym w polu "Personel" jest pielęgniarka/położna.

Jego zaznaczenie oznacza kontynuację wcześniej przepisano leku przez lekarza, co spowoduje pobranie numeru z puli o rodzaju "kontynuacja". W przypadku gdy pielęgniarka/położna nie posiada zacytowanej puli w rodzaju "kontynuacja", po zaznaczeniu checkboxa i przy próbie wydruku recepty, zostanie wyświetlony stosowny komunikat:

Brak wolnych numerów w puli dla wybranych parametrów recepty.

Aby wydrukować recepty z lekami będące kontynuacją zlecenia lekarskiego należy:

1. W oknie *Kartoteki pacjentów* zaznaczyć na liście pacjenta, dla którego będzie drukowana recepta. Aby sprawnie odszukać pacjenta można skorzystać z filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*.
2. Wybrać przycisk **Drukuj receptę z lekami** lub menu [Funkcje dodatkowe > Wydruk recept z lekami](#).
3. Na formatce *Recepty bez wizyty z dnia...*:
  - a) Na zakładce *Stale podawane leki* odszukać lek i wybrać go poprzez dwukrotne kliknięcie lewym przyciskiem myszki.
  - b) Określić ilość opakowań leku w sekcji *Ilość* w oknie służącym do przygotowania leku do wypisania. Zapisać zmiany przyciskiem **Dodaj na receptę**.
  - c) Zaznaczyć checkbox "Kontynuacja".
  - d) Wydrukować receptę za pomocą przycisku .



Nazwa	Opakowanie	Odpl.
Xarelto tabl. powł. 15 mg	28 szt.	100%
Xarelto tabl. powł. 15 mg	28 szt.	100%

Wystawiający: Nowak Anna  
Komórka org.: GABINET POŁOŻNEJ ŚRODOWISKOWEJ  
1  
Płatnik: X Uprawnienia:  
Adnotacja: Data realizacji od:  
Nr umowy: Wolne numery w puli  
Bez nr Rpw Transgr. S75+  
☒ Kontynuacja  
Xarelto tabl. powł. 15 mg 100%  
1 op. x 28 szt.  
Dawkowanie: 1 x 1  
EDM Zakończ wystawianie

Aby wydrukować "samodzielną" receptę z lekami należy posłużyć się instrukcją przedstawioną w rozdziale: [Recepty drukowane przez lekarza](#).



**Uwaga!** W przypadku samodzielnego wypisywania recept przez uprawnione pielęgniarki i położne ustawodawca wskazał grupę leków, które mogą być wypisywane. Aby w słowniku leków Pharmindex wyświetlały się tylko te leki, do wystawiania których pielęgniarka posiada uprawnienie, należy zaznaczyć checkbox "Pielęgniarka". Jeśli osobą zalogowaną do aplikacji jest pielęgniarka, checkbox zostanie zaznaczony automatycznie.


Nazwa	Opakowanie	Wskazania	Odpłatność	Producent
Abra test paskowy	50 szt.	O24, E11, E10, E13,	30% / R	Diagnosis
Accu-Chek® Active test paskowy	50 szt.	E11, O24, E10, E13,	30% / R	Roche Di

#### 7.1.4.2.3 Recepty drukowane przez rejestratorkę

Rejestrator/ka medyczny/a lub inny użytkownik programu niebędący personelem medycznym może dokonać wydruku recepty z lekami oznaczonymi jako [stale podawane](#). Aby tego dokonać musi posiadać 2 uprawnienia nadawane w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 5. Uprawnienia funkcjonalne](#):

- Drukowanie recept stale podawanych leków
- Wystawianie recept bez wizyty

Aby wydrukować recepty z lekami stale podawanymi bez konieczności tworzenia wizyty należy:

1. W oknie *Kartoteki pacjentów* zaznaczyć na liście pacjenta, dla którego będzie drukowana recepta. Aby sprawnie odszukać pacjenta można skorzystać z filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*.
2. Wybrać przycisk **Drukuj receptę z lekami** lub menu [Funkcje dodatkowe > Wydruk recept z lekami](#).
3. Na formatce *Recepty bez wizyty z dnia...*:
  - a) W polu "Wystawiający" wskazać lekarza wystawiającego receptę, a w polu "Komórka org." komórka organizacyjną. Na podstawie tych danych zostanie pobrana odpowiednia pula numerów recept.
  - b) Na zakładce *Stale podawane leki* odszukać lek i wybrać go poprzez dwukrotne kliknięcie lewym przyciskiem myszki.
  - c) Określić ilość opakowań leku w sekcji *Ilość* w oknie służącym do przygotowania leku do wypisania. Zapisać zmiany przyciskiem **Dodaj na receptę**.
  - d) Wydrukować receptę za pomocą przycisku .

Po wydrukowaniu recepty należy przekazać ją lekarzowi do podpisu.

**L O P** Recepty bez wizyty z dnia 2017-04-04 – Kowalski Jan (M), 00000000000, 48 lat

Stale podawane leki   Leki preferowane   PHARM INDEX   Baza leków   Leki recepturowe   Historia leków

Nazwa	Opakowanie	D...
Pentasa tabl. o przedł. uwalnianiu 500 mg	100 szt.	1...

Wystawiający:  
Komórka org.:

Opis leku   Przepisz zaznaczone   Usuń zaznaczone   Drukuj stale podawane leki   EDM   Zakończ wystawianie

W przypadku przepisywania przez pielęgniarkę/położną leku, który jest oznaczony jako RPW, użytkownik spotka się z nast. komunikatem:

Lek kategorii RPW, brak możliwości wypisania leku na receptce pielęgniarskiej.

Aby anulować proces wystawiania recepty bez wizyty i powrócić do okna *Kartoteki pacjentów* należy skorzystać z przycisku **Zakończ wystawianie**.

### 7.1.4.3 Recepta transgraniczna

W przypadku gdy pacjent zgłosi wolę realizacji recepty w innym niż Polska kraju członkowskim Unii Europejskiej, wówczas lekarz może wypisać receptę transgraniczną.

#### Uwaga!

- W celu wystawienia recepty transgranicznej konieczne jest uzupełnienie numeru telefonu lub adresu email w danych personelu wystawiającego, co dokonuje się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Rejestr personelu > 2. Dane adresowe](#).
- Recepta transgraniczna drukowana jest zawsze z oznaczeniami łańskimi, a nazwa leku wybranego ze słownika w postaci nazwy międzynarodowej.
- Przy oznaczeniu recepty jako transgranicznej nie ma możliwości zaznaczenia wzoru recepty Rpw.

Aby wydrukować receptę transgraniczną należy wykonać czynności opisane w rozdziale [Wydruk pustych recept](#). Dodatkowo należy zaznaczyć pole "Transgraniczna", znajdujące się w sekcji *Parametry*.



**Wydruk pustych recept**

**Pacjent**  
 Kowalski Jan ☒ Drukuj dane Oddział NFZ: DE

**Parametry**  
 Personel: Nowak Anna  
 Komórka: PORADNIA LEKARZA POZ  
 Nr umowy: 125/  
 Liczba: 1 Rodzaj: ☐ Rpw ☒ Transgraniczna ☐ Kontynuacja

**Pula numerów recept**  
 Liczba wolnych numerów w puli: 24 ☐ Bez numeru

☒ Drukuj ☐ Wyjście

## 7.1.5 Wydruk recept w Gabinetcie

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Recepty](#)

Od wersji mMedica Standard użytkownik otrzymuje dostęp do Gabinetu, z poziomu którego może wystawiać



recepty z lekami. Okno funkcjonalności wystawiania recept otwiera się po wybraniu ikony **Recepty** w lewym panelu formatki.

W celu zoptymalizowania procesu wystawiania recept, przygotowano następujące słowniki dostępne w górnym panelu:

- [Stale podawane leki](#) pacjenta
- [Leki preferowane](#) - zapamiętywane w kontekście lekarza
- Słownik leków Pharmindex
- [Leki recepturowe](#)
- [Historia leków](#) przepisywanych pacjentowi

Formatka wspomagająca wystawianie recept została podzielona na **3 części** (zdz. poniżej). W pierwszym oknie **(1)** prezentowane są dane z wybranego słownika leków, w drugim oknie **(2)** szczegółowe dane dotyczące leku, a w trzecim oknie **(3)** leki, które zostały już dodane na receptę.

The screenshot displays the PHARMINDEX application interface. On the left is a sidebar with navigation icons. The main area is divided into three parts:

- Part 1 (Left):** A search bar labeled "Szukaj:" with filters for "ATC", "Wskazania ref.", and "Substancje czynne". Below it is a table of drugs with columns: "Nazwa", "Opakowanie", "Wskazania", and "Odpłatność". The table lists several drugs, including "Flutixon" and "Fluxemed". A red circle with the number "1" highlights the table.
- Part 2 (Middle):** A detailed view of a selected drug, "Fluxemed kaps. twarde 20 mg". It includes fields for "Opakowanie", "Upr.", "Odpł.", "Ilość", "Słownie", "Dawkowanie", "Liczba dni stosowania leku", "Niestandardowe", "Sposób i czas podania", and "Uwagi/zalecenia". A red circle with the number "2" highlights this section.
- Part 3 (Right):** A prescription form with fields for "Płatnik", "Uprawnienia", "Adnotacja", "Data realizacji od:", "Nr umowy", and "Wolne numery w puli". It also includes checkboxes for "Bez nr", "Rpw", "Transgr.", and "S75+", and a "Kontynuacja" button. A red circle with the number "3" highlights this section.

## 7.1.5.1 Omówienie formatki wydruku recept

Formatka wspomagająca wystawianie recept została podzielona na 3 części (zdz. poniżej). W pierwszym oknie prezentowane są dane z wybranego słownika leków (1), w drugim oknie szczegółowe dane dotyczące leku (2), a w trzecim oknie leki, które zostały już dodane na receptę (3).

This screenshot is identical to the one above, showing the PHARMINDEX application interface with the same three parts: drug selection table (1), detailed drug information (2), and prescription form (3).

### 1) Słownik leków

W oknie prezentowana jest lista leków, znajdujących się w słowniku wskazanym przez użytkownika. Formatka służąca do wystawiania recept otwierana jest domyślnie na słowniku [Stale podawane leki](#). Za pomocą ikon znajdujących się w górnym panelu formatki można dokonać wyboru innego słownika leków.

Wyboru leku ze słownika dokonuje się poprzez:

- Dwukrotne kliknięcie lewym przyciskiem myszki na wybranej pozycji.
- Skorzystanie z pola do wyszukiwania "Szukaj", w którym wpisuje się:
  - Pełną nazwę szukanego leku.
  - Pierwsze litery nazwy leku. Aplikacja rozpoczyna filtrowanie słownika już po wpisaniu 1 znaku.
  - Fragment tekstu, na podstawie którego zostaną wyświetlone wszystkie pozycje, zawierające w

swojej nazwie tenże parametr. Aby móc korzystać z tej opcji, należy włączyć parametr "Wyszukuj po fragmencie tekstu" znajdujący się w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [System](#) > [Różne](#).

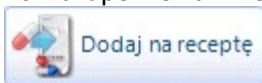
Po odnalezieniu pożądanego leku należy wybrać go poprzez dwukrotne kliknięcie lewym przyciskiem myszki.

Wybrany lek zostaje przeniesiony do okna, służącego do przygotowania leku do wypisania **(2)**.

## 2) Okno przygotowania leku do wypisania

W oknie określa się szczegółowe dane wypisywanego leku - jego ilość, dawkowanie, sposób i czas podania. Dodatkowo, przy użyciu dostępnych pól, można zamieścić na receptce dodatkowe informacje, istotne dla pacjenta podczas realizacji recepty w aptece, np. informacje o uprawnieniu dodatkowym przysługującym pacjentowi, pilny sposób realizacji recepty.

Po uzupełnieniu wszystkich danych, lek przenosi się na receptę, poprzez wybranie przycisku



Opis poszczególnych pól znajdujących się na w oknie przygotowania leku do wypisania:

- **Upr.** - kod [uprawnień dodatkowych](#) pacjenta, jeśli przysługują. Uprawnienie będzie podpowiadać się automatycznie, jeśli zostanie wcześniej wybrane w danych pacjenta lub jeśli zostanie dodany odpowiedni dokument ubezpieczeniowy. Możliwe wartości do wyboru:
  - **AZ** - art. 7a ustawy o stosowaniu wyrobów azbestowych. Uprawnienie podpowiadane automatycznie na podstawie dokumentu uprawniającego, zaewidencjonowanego w: [Kartoteka pacjentów](#) > [Dane](#) > [5. Upoważn./oświadcz./uprawn.](#)
  - **BW** - art. 2 ust. 1 pkt 2 i art. 54 ustawy (decyzja wójta/burmistrza/prezydenta).
  - **CN** - nieubezpieczone kobiety podczas ciąży, porodu i połogu. Uprawnienie podpowiadane automatycznie na podstawie [uprawnienia](#) dodanego w danych pacjenta.
  - **DN** - osoby nieubezpieczone do 18 roku życia. Uprawnienie podpowiadane automatycznie, w przypadku wystawiania recepty nieubezpieczonemu pacjentowi do 18 r.ż.
  - **IB** - art. 46 ustawy (inwalidzi wojenni, osoby represjonowane i ich małżonkowie).
  - **IW** - art. 45 ustawy (inwalidzi wojskowi, wojenni).
  - **PO** - art. 44 ustawy (żołnierze zasadniczej służby wojskowej).
  - **IN** - pacjenci inni niż ubezpieczeni, którzy posiadają uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej. Uprawnienie podpowiadane automatycznie na podstawie [uprawnienia](#) dodanego w Kartotece pacjentów np. AL, NA, PS.
  - **WP** - art. 133 pkt. 1 i inne ustawy o powszechnym obowiązku obrony RP.
  - **ZK** - art. 43 ustawy (Honorowi Dawcy Krwi, Dawcy Przeszczepu).
  - **X** - brak uprawnień dodatkowych przysługujących pacjentowi.
- **Odpl.** - odpłatność leku podpowiadana jest ze słownika leków, z którego korzysta użytkownik. Odpłatność uzależniona jest od statusu ubezpieczenia pacjenta, posiadanych uprawnień, wskazań refundacyjnych. Odpłatność można zmienić ręcznie, poprzez wybranie odpowiedniej wartości z listy rozwijanej, np. bezpłatny, ryczałt, 30%, 50%, 100%, P, X.
- **Stale podawany** - oznaczenie leku jako stale podawany. Od tej pory lek będzie wyświetlany na formatce *Stale podawane leki*.
- **Osobna rec.** - wybrany lek zostanie dodany na osobną receptę. Pole zaznaczane jest automatycznie, jeśli na receptę dodawany jest lek opioidowy i psychotropowy.
- **Cito** - wydrukowanie na receptce dopisku "cito", obok nazwy leku.
- **Nie zamieniać** - wydrukowanie na receptce dopisku "nie zamieniać", obok nazwy leku.

Sekcja: Ilość



Ilość oraz jednostka leku w opakowaniu uzupełniane są automatycznie, na podstawie danych zawartych w

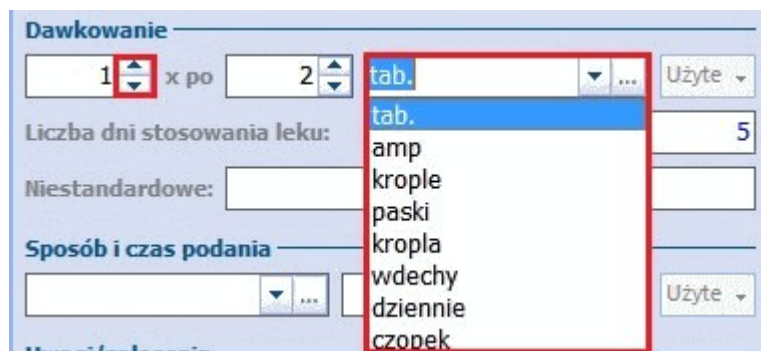
słownika leków. Jeśli istnieje konieczność przepisania na receptę innej/mniejszej ilości leku, niż to wynika z opakowania, należy ręcznie zmienić ilość w polu "opak. po".

**Przykład:** w opakowaniu jest 30 tabletek, a lekarz chce przepisać na receptę 2 opakowania po 25 tabletek. W sekcji "Ilość" należy wpisać "2 opak. po 25 tabl." - na recepcie zostanie wydrukowany zapis 2x25 tabl.

- **Słownie** - ilość leku słownie jest uzupełniana automatycznie, w przypadku przepisywania na receptę leku opioidowego lub psychotropowego. Aby wstawić słowną ilość wybranego leku, należy wybrać przycisk **Wstaw**.


Sekcja: Dawkowanie

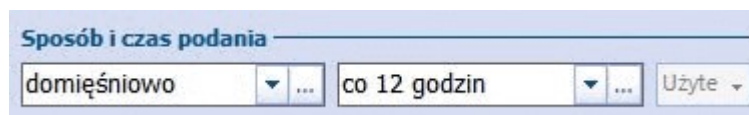
W sekcji określa się sposób dawkowania leku. Informacje te wprowadza się w przygotowanych do tego polach, poprzez wpisanie cyfry za pomocą klawiatury lub za pomocą przycisku . Z rozwijanej listy istnieje możliwość wyboru jednostki leku w opakowaniu. Jeśli przygotowany słownik jednostek dawkowania leku jest niewystarczający, można go dowolnie zmodyfikować/rozszerzyć. W tym celu należy wybrać przycisk wyboru  i w nowo otwartym oknie *Jednostki dawkowania leku/dawkowania niestandardowe* ręcznie dopisać brakujące jednostki.



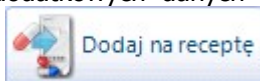
- **Liczba dni stosowania leku** - system wylicza liczbę dni stosowania leku na podstawie ilości leku w opakowaniu i dawkowania.
- **Niestandardowe** - w polu tekstowym można wpisać niestandardowe dawkowanie leku. Wtedy na recepcie zostanie wydrukowany dopisek "Dawkowanie: ....".


Sekcja: Sposób i czas podania

Sekcja służy do określenia informacji o sposobie i czasie podania leku, które wybiera się z dostępnych list rozwijanych. Jeśli przygotowane słowniki nie są wystarczające, można je dowolnie zmodyfikować/rozszerzyć. W tym celu należy wybrać przycisk wyboru  i w nowo otwartym oknie, np. *Sposoby podania leku* dopisać brakujące wartości.



Po uzupełnieniu wszystkich dodatkowych danych dotyczących wybranego leku, należy przenieść go na




receptę za pomocą przycisku . Wtedy lek zostanie wyświetlony w trzecim oknie na tzw. "wirtualnej" recepcie (3).

### 3) Okno podglądu recepty

Okno podglądu recepty jest ostatnim elementem procesu wystawiania recepty i obrazuje jej ostateczny "wygląd". W oknie tym wyświetlane są leki, które zostały dodane na receptę i dane określające rodzaj recepty oraz uprawnienia pacjenta.



Na jednej receptce można dodać maksymalnie 5 leków. Maksymalną liczbę leków na pojedynczej receptce definiuje się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [Gabinet > Recepty](#). Po przekroczeniu tej liczby, kolejny lek zostanie automatycznie dodany na nową receptę. Jeśli utworzono na wizycie więcej niż jedną receptę, w oknie podglądu recepty zostaną wyświetlone zakładki z numerami recept. Wybranie jednego z przycisków zakładek wyświetli dane wystawionej recepty: .

W górnej części okna podglądu recepty znajduje się panel przycisków do zarządzania danymi na receptce. Przyciski te pozwalają dokonywać zmian w lekach, które są już umieszczone na receptce, ale nie zostały jeszcze wydrukowane.



**Duplikuj receptę** - funkcjonalność pozwala [skopiować](#) zaznaczoną receptę z datą realizacji w przyszłości.



**Usuń receptę** - usuwa wybraną receptę.



**Zmień dane leku** - otwiera okno *Dane przepisanego leku* w celu poprawy danych leku, np. zmiany liczby przepisanych opakowań, ilości w opakowaniu, dawkowania. Przycisk jest dostępny tylko w wersji **Standard+**.



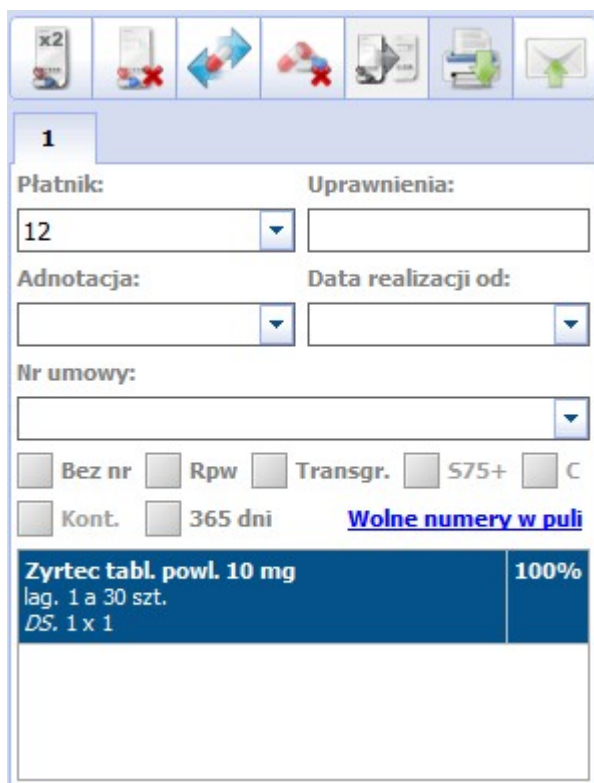
**Usuń lek** - usuwa wybrany lek (podświetlony na liście) z recepty.



**Przenieś lek na nową receptę** - przenosi wybrany lek (podświetlony na liście) na nowo utworzoną receptę. Przycisk aktywuje się, jeśli na receptce znajdują się co najmniej 2 leki.



**Drukuj receptę** - wydruk wybranej recepty.



**1**

Płatnik: 12 Uprawnienia:

Adnotacja: Data realizacji od:

Nr umowy:

☐ Bez nr ☐ Rpw ☐ Transgr. ☐ S75+ ☐ C

☐ Kont. ☐ 365 dni [Wolne numery w puli](#)

Zyrtec tabl. powł. 10 mg lag. 1 a 30 szt. DS. 1 x 1	100%
---	------

Opis pól znajdujących się w oknie podglądu recepty:

- **Płatnik** - podpowiadany na podstawie adresu zamieszkania pacjenta oraz bieżącego dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń. Na receptach pacjentów posiadających zerowy numer PESEL i powszechne ubezpieczenie zdrowotne, będzie drukowany numer oddziału NFZ. W przypadku pacjentów posiadających ubezpieczenie unijne, będzie drukowany kod kraju (np. Niemcy - DE).
- **Uprawnienia** - kod [uprawnień dodatkowych](#) pacjenta, jeśli przysługują. Szczegółowy opis znajduje się powyżej.
- **Adnotacja** - aby na recepcie została wydrukowana dodatkowa adnotacja "pro auctore" lub "pro familia", należy wybrać odpowiednią wartość z listy rozwijanej.
- **Data realizacji od** - po wprowadzeniu daty w polu, system wydrukuje receptę z opóźnionym terminem realizacji (tzw. odnawialną). Pole uzupełnianie jest automatycznie, jeśli wystawiono [duplikat](#) recepty.
- **Nr umowy** - podpowiadany domyślnie na podstawie [puli numerów recept](#) lekarza zaczytanej do programu. Jeśli lekarz posiada kilka pul numerów recept dla różnych umów, z listy rozwijanej należy wybrać właściwy numer umowy.

Znaczenie checkbox-ów znajdujących się w oknie podglądu recepty:

- **Bez numeru** - na recepcie nie zostanie umieszczony unikalny numer identyfikujący receptę (pobierany z puli numerów recept). Parametr należy zaznaczyć np. w przypadku korzystania z gotowych blozków recept zawierających już numer recepty (wydrukowanych przez drukarnię).
- **Rpw** - pole zaznaczane automatycznie w przypadku dodania na receptę leku opioidowego lub psychotropowego. Do wydruku recepty "Rpw" konieczne jest posiadanie przez lekarza puli numerów recept z oznaczeniem "Rpw".

W przypadku braku takiej puli, przy próbie wydruku recepty z lekami psychotropowymi, zostanie wyświetlony komunikat:

Brak wolnych numerów w puli dla wybranych parametrów umowy.

- **Transgraniczna** - zaznacza się, gdy pacjent zgłosi wolę realizacji recepty w innym niż Polska kraju członkowskim Unii Europejskiej. Szczegóły w rozdziale: [Recepta transgraniczna](#).
- **S75+** - zaznaczany domyślnie, jeśli pacjent posiada uprawnienie "S", które umożliwia uzyskanie bezpłatnych leków z listy leków refundowanych dla [seniora](#).
- **C** - dodaje na recepcie uprawnienie "C" umożliwiające uzyskanie bezpłatnych leków z listy leków refundowanych dla [kobiet w ciąży](#).
- **Kontynuacja** - pole aktywuje się, jeśli osobą wystawiającą receptę jest pielęgniarka/położna. Należy zaznaczyć, jeśli na wydrukowanej recepcie ordynowany będzie lek, który jest kontynuacją zlecenia lekarza.

Ponadto w oknie podglądu recepty podpowiadana jest odpłatność, np. 100%, 30%, R, w zależności od:

- posiadania przez pacjenta ubezpieczenia zdrowotnego,
- wskazań refundacyjnych leku,
- parametru włączonego w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [Gabinet > Recepta](#). Szczegółowy opis w: [Konfiguracja wydruku recept](#).

Wybranie przycisku **Wolne numery w puli** pozwala podejrzeć liczbę wolnych numerów dla wszystkich pul, jakie pozostały jeszcze do wykorzystania lekarzowi:



Liczba wolnych numerów w puli: 290.

W przypadku braku wolnych numerów w puli, wyświetlony zostanie poniższy komunikat. W tej sytuacji należy zaczytać do programu nową pulę numerów recept pobraną z Portalu Świadczeniodawcy.

Brak wolnych numerów w puli.

### 7.1.5.2 Wydruk recept z Bazy leków Pharmindex


Personel medyczny ma do dyspozycji kilka słowników leków, które może wykorzystać w procesie wystawiania recepty w Gabinetce. Z uwagi na popularność słownika leków Pharmindex, udostępnianego w wersji podstawowej od wersji mMedica Standard, użyto go jako przykładu, do omówienia tematu wydruku recept. Funkcjonalność pozostałych słowników została opisana w rozdziale: [Recepty](#).

W celu wystawienia recepty ze słownika leków Pharmindex należy:

1. Na otwartej wizycie gabinetowej wybrać ikonę Recepty, znajdującą się w lewym panelu formatki.
2. W górnym panelu wybrać zakładkę Baza leków Pharmindex.
3. Dokonać wyszukania leku przy użyciu pola "Szukaj" poprzez:
  - a) wpisanie pełnej nazwy leku,
  - b) wpisanie początkowego fragmentu nazwy leku,
  - c) wpisanie dowolnego fragmentu nazwy leku.

Dodatkowo można wyszukiwać leki na podstawie klasyfikacji anatomiczno-terapeutycznej (ATC), wskazań refundacyjnych, nazwy międzynarodowej, substancji czynnej oraz producenta, do czego służą przyciski znajdujące się w górnej części okna bazy leków.

4. Wyszukany lek należy wybrać z listy poprzez dwukrotne kliknięcie lewym przyciskiem myszki, dzięki czemu zostanie wyświetlony w oknie przygotowania leku do wypisania.
5. W oknie przygotowania leku do wypisania określić szczegółowe dane leku - jego ilość, dawkowanie,

sposób i czas podania i inne. Zatwierdzić zmiany przyciskiem , dzięki czemu lek zostanie przeniesiony do okna podglądu recepty.


W razie konieczności przepisania innych leków na receptę, wykonać czynności z pkt. 3-5.

6. Po zweryfikowaniu poprawności danych dokonać wydruku recepty za pomocą przycisku  lub



(7).



Po rozwinięciu przycisku  zostaną wyświetlone dodatkowe opcje, za pomocą których można dokonać wydruku: wszystkich recept; recept, które nie zostały jeszcze wydrukowane; zalecenia dotyczące dawkowania w formacie A5 i formacie recepty.

Na screenie poniżej zamieszczono numery, odpowiadające punktom (krokom postępowania) z powyższej instrukcji:

Nazwa	Opakowanie	Wskazania	Odplatość	Producent
Euthyrox® N 25 tabl. (25 µg)	50 szt.	E01, E03	R	Merck
Euthyrox® N 25 tabl. (25 µg)	100 szt.	E01, E03	R	Merck
Euthyrox® N 50 tabl. (50 µg)	100 szt.	E01, E03	R	Merck
Euthyrox® N 50 tabl. (50 µg)	50 szt.	E03, E01	R	Merck
Euthyrox® N 75 tabl. (75 µg)	50 szt.	E03, E01	R	Merck
Euthyrox® N 75 tabl. (75 µg)	100 szt.	E01, E03	R	Merck
Euthyrox® N 88 tabl. (88 µg)	100 szt.			Merck
Euthyrox® N 88 tabl. (88 µg)	50 szt.	E03, E01	R	Merck
Euthyrox® N 100 tabl. (100 µg)	100 szt.	E01, E03	R	Merck
Euthyrox® N 100 tabl. (100 µg)	50 szt.	E03, E01	R	Merck

Sposób wyszukiwania pozycji w słownikach leków dostępnych w Gabinetach zależy od parametru "Wyszukuj po fragmencie tekstu" znajdującego się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Gabinet > Różne](#). Zaznaczenie parametru włącza wyszukiwanie po fragmencie tekstu. Oznacza to, że wpisanie fragmentu nazwy leku w polu wyszukiwania spowoduje wyświetlenie wszystkich pozycji, zawierających w swojej nazwie tenże fragment. Parametr jest domyślnie wyłączony.

Szczegółowa instrukcja Modułu Baza Leków Pahrmindeks znajduje się na [stronie internetowej](#) produktu mMedica.

### 7.1.5.3 Duplikowanie recepty

Opcja duplikowania recepty umożliwia kopiowanie wybranej recepty z datą realizacji duplikatu w przyszłości.

W celu zduplikowania recepty należy w oknie podglądu recepty wybrać przycisk **Duplikuj receptę**. W otwartym oknie *Duplikuj receptę* należy określić ilość duplikatów recepty oraz ilość dni, z jaką mają zostać wystawione.

Opis pól znajdujących się w oknie dialogowym:

- **Pojedynczy duplikat** - w przypadku zaznaczenia, oprócz bieżącej recepty zostanie wystawiony jej duplikat, z datą realizacji wskazaną przez użytkownika. Datę realizacji określa się w polu "Data" ręcznie lub za pomocą kalendarza.
- **Wiele duplikatów** - program domyślnie podpowiada liczbę 2 duplikatów ze 120 dniowym okresem realizacji. Użytkownik może dowolnie modyfikować te wartości - maksymalnie może wystawić 12 duplikatów na okres 99 dni.  
Zmieniona przez użytkownika wartość w polu "Co ile dni" będzie zapamiętywana przez system i podpowiadana przy wystawianiu następnego duplikatu (jeśli nie określono dawkowania). W przypadku określenia dawkowania leku, system automatycznie wyliczy na ile dni wystarczy danego leku i na tej podstawie podpowie wartość w polu "Co ile dni".
- **Ile dni wcześniej wykupić receptę** - w celu umożliwienia pacjentowi wykupienia duplikatu recepty z datą wcześniejszą, należy z listy rozwijanej wybrać odpowiednią wartość (zawsze zmieniana jest data realizacji pierwszego duplikatu).

### 7.1.5.4 Lek dla seniora S75+

W aplikacji mMedica istnieje funkcjonalność podpowiadania uprawnienia "S" na receptach, które umożliwia uzyskanie bezpłatnych leków z listy leków refundowanych dla seniora.

Od 1 września 2016 r. pacjent, po ukończeniu 75 roku życia, nabywa prawo do uzyskania bezpłatnych leków z listy leków refundowanych dla seniora, zgodnie z art. 43a Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Minister Zdrowia w dn. 23.08.2016 r. opublikował komunikat w sprawie zasad wystawiania i realizacji recept na bezpłatne leki, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom, którzy ukończyli 75 rok życia.

Uprawnienie "S" zostanie umieszczone na receptce w polu "Uprawnienia dodatkowe", jeśli zostaną spełnione następujące warunki:

1. Pacjent, dla którego wystawiana jest recepta, ma ukończone 75 lat.
2. Lekarz/Pielęgniarka wystawiająca receptę posiada uprawnienie do wystawiania recept z uprawnieniem "S". W tym celu należy przejść do: [Zarządzanie > Konfiguracja > Rejestr Personelu](#) i na zakładce [4. Uprawnienia](#) zaznaczyć parametr "Wystawianie recept na bezpłatne leki dla osób w wieku 75+".

3. W przypadku wystawiania recept "pro autore" oraz "pro familie" program mMedica weryfikuje tylko

## Wystawianie recepty

wiek pacjenta na recepcie.

Po spełnieniu powyższych warunków, na recepcie zostanie dodane uprawnienie "S" (zjd. poniżej).

Aby wyfiltrować leki przysługujące świadczeniobiorcom, którzy ukończyli 75 rok życia, można skorzystać z listy rozwijanej, znajdującej się po prawej stronie pola "Szukaj". Wybranie wartości **S75+** spowoduje wyświetlenie leków z listy leków refundowanych dla seniora. Do poprawnego działania funkcjonalności konieczne jest posiadanie zaktualizowanej [bazy leków Pharmindex](#).

The screenshot shows the mMedica software interface. At the top, there's a patient information bar for 'Kowalski Jan (M), 76 lat'. Below this is a search bar with a dropdown menu showing 'Bezplatnie Ryczałt 30% 50% S75+'. The main area displays a table of search results for '4 Lacti Baby' (but. 5 ml). The table has columns: Nazwa, Opakowanie, Wskazania, Odpłatność, and Producent. The results show various medications like Abaktal, Abasagar, Abelcet, ABE, and Abilify. On the right side, there's a form for 'Uprawnienia' (Rights) with a dropdown menu showing 'PO / S' and a checkbox for 'S75+' which is checked.

Nazwa	Opakowanie	Wskazania	Odpłatność	Producent
4 Lacti Baby krople doustne	but. 5 ml			Nord F
Abaktal® tabl. powł. (400 mg)	10 szt.			Sandoz
Abaktal® roztw. do inf. (400 mg/5 ml)	10 amp. 5 ml			Sandoz
Abasagar roztw. do wstrz. (100 j.m./ml)	10 wkł. 3 ml	E10 / E10 + Y42.3, E13, E10	30% / 30%	Eli Lilly
Abelcet konc. do sporz. zaw. do inf. (5 mg/ml)	10 fiolek 20 ml			Teva Pharma
ABE płyn na skórę (111,25 mg/g+89 mg/g)	but. 8 g			Grupa Inco
Abilify roztw. do wstrz. (7,5 mg/ml)	fiołka 1,3 ml			Otsuka Pharm

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie recepty lekarskich, uprawnienie "S" może wystąpić jednocześnie z jednym z następujących uprawnień dodatkowych: AZ, BW, IB, IN, IW, PO, ZK. W związku z tym w polu "Uprawnienia" na recepcie wpisane zostaną 2 uprawnienia.

**Uwaga! Uprawnienie "S" nie jest uwzględniane w poziomie odpłatności drukowanym na recepcie.** Bezpłatny lek jest wydawany przez farmaceutę w przypadku, gdy na recepcie odpłatność jest różna od 100% (pełnopłatny) oraz występuje oznaczenie "S".

Uprawnienie "S" jest niezależne od przepisanych leków, tzn. wybranie leku spoza listy leków bezpłatnych nie wpływa na występowanie oznaczenia "S" na recepcie.

W oknie wystawiania recepty został dodany checkbox **"S75+"**, który zaznaczany jest domyślnie, jeśli pacjent posiada uprawnienie "S". Pole te można w razie potrzeby odznaczyć.



### 7.1.5.5 Bezpłatne leki dla kobiet w ciąży

W związku z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2020 roku, w aplikacji mMedica została dodana możliwość wystawiania recept z uprawnieniem "C", umożliwiającym uzyskanie bezpłatnych leków z listy leków refundowanych dla kobiety w ciąży.

Uprawnienie "C" podpowie się na recepcie, jeżeli spełnione są następujące warunki:

1. Pacjentka, dla której wystawiana jest recepta, ma w swoich danych, w kartotece pacjentów, dodane aktualne uprawnienie "C – Art. 43b ust. 1 ustawy (kobieta w ciąży)". Uprawnienie takie wprowadza się na zakładce **5.Upoważn./Oświadcz./Upraw.** w sekcji Dokumenty uprawniające (świadczenia dodatkowe z art. 43-46 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

The screenshot displays the '5. Upoważn./oświadcz./uprawn.' tab in the mMedica application. A red box highlights the 'Dokumenty uprawniające (świadczenia dodatkowe z art. 43-46 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)' section. Below this, a table lists the granted rights. The first entry is '05-10-... Art. 43b ust. 1 ustawy (kobieta w ciąży)', which has a checked box in the 'Akt.' (Active) column.

Data wys...	Rodzaj	Numer	Akt.	Załącznik
05-10-...	Art. 43b ust. 1 ustawy (kobieta w ciąży)		<input checked="" type="checkbox"/>	

2. Osoba wystawiająca receptę ma w swoich danych w rejestrze personelu ([Zarządzanie > Konfiguracja > Rejestr Personelu](#)) na zakładce **4. Uprawnienia** zaznaczoną opcję "Wystawianie recept na bezpłatne leki dla kobiet w ciąży".

The screenshot shows the '4. Uprawnienia' tab in the mMedica application. Under the 'Wystawianie recept' section, there are four checkboxes. The checkbox 'Wystawianie recept na bezpłatne leki dla kobiet w ciąży' is checked and highlighted with a red box.

Wystawianie recept
<input type="checkbox"/> Wystawianie recept na bezpłatne leki dla osób w wieku 75+
<input checked="" type="checkbox"/> Wystawianie recept na bezpłatne leki dla kobiet w ciąży
<input type="checkbox"/> Wystawianie recept w ramach samodzielnej ordynacji
<input type="checkbox"/> Wystawianie recept w ramach kontynuacji zleceń lekarskich

W powyższej sytuacji uprawnienie zostanie domyślnie podpowiedziane na recepcie (patrz przykład poniżej).



1

Płatnik: 12 Uprawnienia: C

Adnotacja: Data realizacji od:

Nr umowy:

☐ Bez nr ☐ Rpw ☐ Transgr. ☐ S75+ ☒ C

☐ Kont. ☐ 365 dni [Wolne numery w puli](#)

**NovoMix 50 Penfill zaw. do wstrz. 100 j./ml** R  
lag. 1 a 5 wkładów 3 ml

W razie konieczności będzie je można z recepty usunąć poprzez odznaczenie pola "C".

Personel z aktywnym uprawnieniem "Wystawianie recept na bezpłatne leki dla kobiet w ciąży" będzie miał możliwość także zaznaczenia powyższego pola, i tym samym dodania uprawnienia, w sytuacji, gdy nie podpowie się ono domyślnie na recepcie.

Uprawnienie "C" może występować łącznie z innym uprawnieniem pacjentki. Wtedy w polu "Uprawnienie" wyświetlą się symbole obu uprawnień.

**Uwaga!** Podobnie, jak w przypadku recept z [uprawnieniem S75+](#), uprawnienie "C" jest niezależne od przepisanych leków. Podczas realizacji takiej recepty farmaceuta określa, które leki może wydać bezpłatnie.

W oknie bazy leków Pharmidex istnieje możliwość wyszukania wszystkich leków przysługujących bezpłatnie kobietom w ciąży. W tym celu należy wybrać pozycję "C" z listy rozwijanej znajdującej się po prawej stronie pola "Szukaj". Do poprawnego działania funkcjonalności konieczne jest posiadanie zaktualizowanej [bazy leków Pharmindex](#).

Stale podawane leki Lek preferowane Baza leków Baza leków Lek recepturowe Historia leków

Szukaj: [dropdown]

ATC Wskazania ref. Substancje czynne Firmy farm.

Nazwa	Opakowanie	Wskazania
4Flex proszek do sporz. zaw. doustnej	30 saszetek 10,02 g	
4Flex proszek do sporz. zaw. doustnej	30 saszetek 10,02 g	

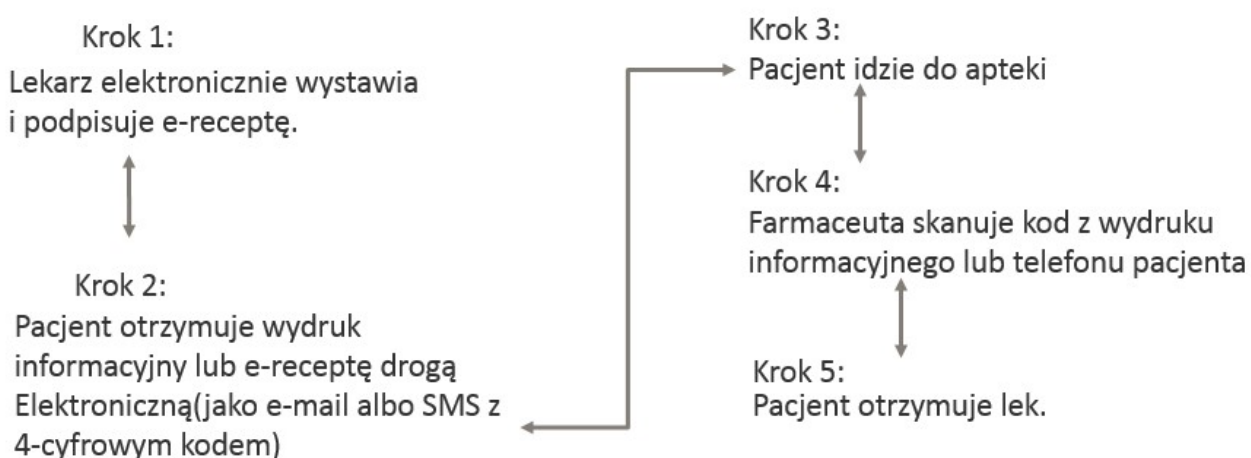
Bezpłatnie  
Ryczałt  
30%  
50%  
S75+  
C

## 7.2 Wystawienie e-Recepty

Aplikacja mMedica posiada funkcjonalność wystawiania recept elektronicznych (tzw. e-Recept). Dzięki temu użytkownicy programu mogą dostosować się do wymogów prawnych, które wprowadzają obowiązek wystawiania recept wyłącznie w postaci elektronicznej od 1 stycznia 2020 r.

Aby móc realizować obowiązek wystawiania e-Recept, podmioty lecznicze muszą podłączyć się do systemu P1. W tym celu należy złożyć wniosek udostępniony na stronie internetowej [Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą](#). Więcej informacji o uzyskaniu dostępu do Systemu P1 znajduje się na [stronie internetowej CeZ](#).

### Jak działa e-Recepta:



Dla poprawnego przesyłania elektronicznych recept do systemu P1 wymagane jest posiadanie:

- aktywnego konta podmiotu leczniczego w systemie P1 na potrzeby komunikacji,
- kwalifikowanego [podpisu elektronicznego](#), certyfikatu ePUAP lub certyfikatu ZUS do podpisu dokumentu elektronicznego,
- aktywnego połączenia z Internetem.

Elektroniczna recepta nie jest generowana w przypadku wystawiania recept dla osób o nieustalonej tożsamości. Dla takiego przypadku program umożliwi wystawienie recepty wyłącznie w sposób tradycyjny i jej wydruk.

Od wersji 8.4.0 aplikacji mMedica istnieje możliwość wystawienia również e-Recepty transgranicznej. Warunkiem wygenerowania takiej recepty jest uzupełnienie w danych personelu wystawiającego numeru telefonu i adresu e-mail.

### 7.2.1 Konfiguracja e-Recepty

Przed rozpoczęciem wystawiania e-Recept z programu mMedica zalecane jest odpowiednie skonfigurowanie programu według poniższych kroków:

#### 1. Uzupełnienie danych świadczeniodawcy

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Dane świadczeniodawcy](#)

Po przejściu do [powyższej ścieżki](#) należy zweryfikować, czy uzupełniono następujące, wymagane dane:

a) W przypadku podmiotu prowadzącego działalność leczniczą:

- kod resortowy części I (numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą)
- 14-to cyfrowy numeru REGON zakładu leczniczego, gdzie pierwszych 9 cyfr jest tożsame z numerem REGON podmiotu
- numer telefonu podmiotu oraz zakładu leczniczego

b) W przypadku prywatnych praktyk lekarskich lub pielęgnarskich:

- kod resortowy cz. I (numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą)
- kod właściwej izby okręgowej (pole "Kod izby")
- numer telefonu praktyki
- wyróżnik dla miejsca udzielania świadczeń - pole dostępne w aplikacji w danych komórki organizacyjnej ([Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Struktura organizacyjna](#)) na zakładce "3.Dane dodatkowe"

#### 2. Wprowadzenie numeru OID świadczeniodawcy

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [System](#) > [Identyfikacja](#)

W polu "Identyfikator (OID) w systemie HL7" należy wprowadzić OID Usługodawcy otrzymany z CeZ na potrzeby komunikacji w procesie podłączenia placówki do systemu P1. Wprowadzany numer OID składa się wyłącznie z cyfr i powinien być zgodny z następującym formatem: X.XX.XXX.X.XXXXXX.X.XXXX.X.X.XXXXXX

#### 3. Zaczytanie certyfikatów i kluczy prywatnych

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [System](#) > [Autoryzacja](#)

Po przejściu do powyższej ścieżki należy dokonać zaczytania certyfikatów WSSE oraz TLS otrzymanych z CeZ na potrzeby komunikacji. W sekcji *Certyfikat e-Recepta WSSE* należy wybrać przycisk **Wczytaj...** i w otwartym oknie *Wybierz załącznik* wskazać certyfikat WSSE, który został zapisany na dysku komputera lub nośniku danych. Następnie zostanie otwarte okno dialogowe *Podaj hasło do certyfikatu*, w którym należy wpisać otrzymane hasło do certyfikatu i zatwierdzić zmiany.

Po poprawnym zaczytaniu certyfikatu do systemu, w oknie "Certyfikat..." zostanie wyświetlony jego numer seryjny oraz okres ważności. Analogicznie należy zaczytać certyfikat TLS.

#### 4. Zacztyanie/installacja certyfikatów elektronicznych do podpisu e-Recepty

Ostatnim etapem konfiguracji aplikacji jest zaczytanie lub instalacja w aplikacji mMedica odpowiedniego certyfikatu elektronicznego, który będzie wykorzystywany przez użytkownika do autoryzacji dokumentu elektronicznej recepty. Program obsługuje następujące certyfikaty elektroniczne:

- certyfikat ZUS - zaczytywany w ścieżce: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu](#)
- podpis [SimplySign](#) - konfigurowany w ścieżce: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu](#)
- certyfikat ePUAP - zaczytywany w ścieżce: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [System > Autoryzacja](#)
- podpis kwalifikowany

Szczegółowy opis zaczytania do aplikacji certyfikatu ZUS i ePUAP został zamieszczony w [instrukcji obsługi](#) Modułu e-ZLA+.

### 7.2.2 Sposób wystawiania e-Recepty

Proces wystawiania recepty elektronicznej jest bardzo zbliżony do procesu wystawiania recepty papierowej. Różnica występuje dopiero na końcowym etapie wypisywania recepty, gdzie dotychczasowy wydruk zastępowany jest przez generację recepty w formie elektronicznej i wysłanie jej do systemu P1.

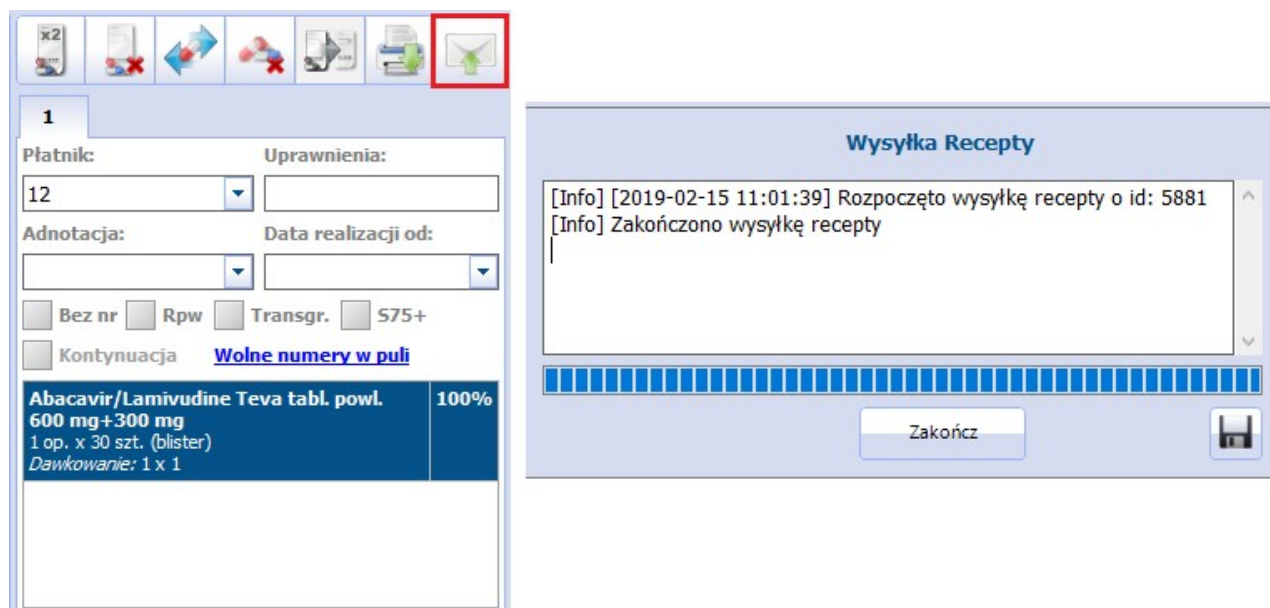
e-Receptę można wystawić z programu mMedica w następujących miejscach:

- w Gabinetach
- w Kartotece pacjentów poprzez wystawienie [recepty z lekami](#)

Na potrzeby niniejszego rozdziału opisano przypadek wystawienia recepty elektronicznej z poziomu Gabinetu.

Aby wystawić receptę elektroniczną należy utworzyć wizytę w Gabinetach i wykonać czynności polegające na wybraniu leku z dowolnego słownika i dodaniu go na receptę (zgodnie z punktami 1-5 opisanymi w rozdziale [Wydruk recepty](#)).

Wszystkie leki, które zostały wybrane ze słownika wyświetlane są w oknie podglądu recepty. Aby rozpocząć proces generacji elektronicznej recepty należy kliknąć w przycisk **Wyślij receptę**, oznaczony na poniższym rysunku. Zostanie otwarte okno dialogowe *Podaj hasło do certyfikatu*, w którym należy wprowadzić hasło do wykorzystywanego certyfikatu. Wybranie przycisku **OK** finalizuje proces wysłania e-Recepty do systemu P1.






Poprawne wysłanie e-Recepty do P1 zostanie potwierdzone komunikatem "Zakończono wysyłkę recepty" (zdz. powyżej), a system automatycznie wyświetli wydruk informacyjny (wizualizację e-Recepty), zawierający informacje o lekach przepisanych pacjentowi wraz z kodem dostępowym, wymaganym do realizacji recepty w aptece. Wydruk informacyjny można od razu wydrukować i wręczyć pacjentowi. W razie konieczności



ponownego wydrukowania dokumentu, należy wybrać ikonkę zlokalizowaną nad danymi wystawionej recepty lub skorzystać z przycisku **Drukuj recepty** umiejscowionego na dole ekranu. Wydruk taki jest również możliwy z poziomu zakładki [Historia recept](#) poprzez zaznaczenie recepty i wybór przycisku **Wizualizacja e-Recepty**. Wywołanie wizualizacji e-Recepty jest możliwe również w [rejestrze recept](#) dostępnym z poziomu kartoteki pacjentów.



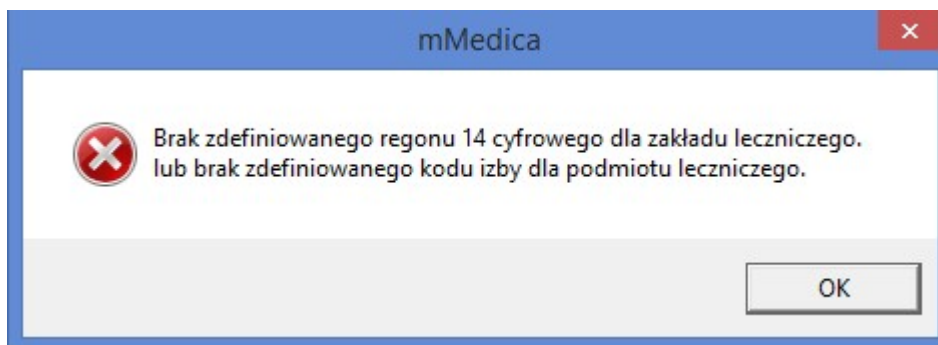
Informacje o receptach w pakiecie	
 10503001891836775272282498787469327932292830 Informacja umożliwia realizację recept elektronicznych, nie zastępując jednak ich treści.	
Kod dostępowy	885170032816894
Pacjent	Pacjent Pacjent
Wystawiono	11 grudzień 2018 r.
Wystawca	lek. Tomasz Lecznicy 1383799 tel: 555-555-666
<b>Recepta 1 z 2 ogółem</b> ID 00000000000000000008700  10012553409694551395672518339745572976339310 <b>Przepisano</b> Abaktal roztw. do inf. (400 mg/5 ml) 10 amp. 5 ml 1 op. po 10 amp. 5 ml Odpłatność: 50% limitu	
<b>Recepta 2 z 2 ogółem</b> ID 00000000000000000008701  10011022850000225789217195008593531904695700 <b>Przepisano</b> Abacavir/Lamivudine Teva tabl. powł. (800 mg+300 mg) 30 szt. (blister) 1 op. po 30 szt. 1 x 1 Odpłatność: ryczałt	

Jeśli pacjent posiada założone konto w IKP (Internetowe Konto Pacjenta), to po wystawieniu e-Recepty otrzyma 4-cyfrowy kod do realizacji recepty na podany adres e-mail lub SMS, zgodnie z preferencjami.

Istnieje również funkcjonalność automatycznego wysyłania powiadomień do pacjentów o wystawionej e-Recepcie, zawierających 4-cyfrowy kod dostępu, z programu. Aby była ona aktywna, w Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w pozycji: [Komunikacja > Powiadomienia](#), w sekcji: [Powiadamianie automatyczne](#), musi być włączony parametr **"O wystawieniu eRecepty"**. Warunkiem automatycznego wysyłania powiadomień do pacjenta jest wskazanie w jego danych w [kartotece pacjentów](#) na zakładce **2.Adres** w polu "Powiadamianie" sposobu powiadamiania oraz wypełnienie odpowiednich danych kontaktowych, a także w przypadku sposobów powiadamiania: SMS, Aplikacja IM - posiadanie licencji na odpowiednie moduły dodatkowe i ich konfiguracja. Sposób konfiguracji dla poszczególnych rodzajów powiadomień jest opisany w instrukcji obsługi [Modułu mPowiadomienia](#).

**Uwaga!** Jeżeli, pomimo spełnienia powyższych warunków, po poprawnym wysłaniu e-Recepty powiadomienia automatyczne się nie generują, należy zweryfikować, czy w przeglądzie [struktury organizacyjnej](#) w danych komórki, w której są one wystawiane, na zakładce **3.Dane dodatkowe** nie jest przypadkiem wyłączona opcja "Czy aktywne powiadomienia".

Wysyłka e-Recepty może zakończyć się niepowodzeniem z powodu błędów połączenia, błędów walidacji dokumentu przez system P1 lub niepoprawnego skonfigurowania programu. W takiej sytuacji zostanie wyświetlony stosowny komunikat, a generacja e-Recepty zostanie przerwana (przykład poniżej).



Jeżeli użytkownik otrzyma komunikat błędu o treści **"Brak zgodności identyfikatora podmiotu z danymi w systemie centralnym P1"**, powinien zweryfikować poprawność wprowadzonych danych w programie mMedica z danymi zarejestrowanymi w systemie P1 tj. kod resortowy I i V, numer izby lekarskiej/pielęgniarskiej, certyfikat WSSE i TLS, numer OID, zgodność NPWZ lekarza wystawiającego receptę z danymi zapisanymi w wykorzystywanym certyfikacie.

Po wysłaniu e-Recepty, jej status w systemie P1 prezentowany jest w dolnej części okna podglądu recepty. Jeżeli system P1 zwróci komunikat błędu lub ostrzeżenia, w celu jego wyświetlenia należy kliknąć w status lewym przyciskiem myszy.

1

Płatnik: X Uprawnienia:

Adnotacja: Data realizacji od:

Nr umowy:

☐ Bez nr ☐ Rpw ☐ Transgr. ☐ S75+

☐ Kontynuacja [Wolne numery w puli](#)

☐ 365 dni

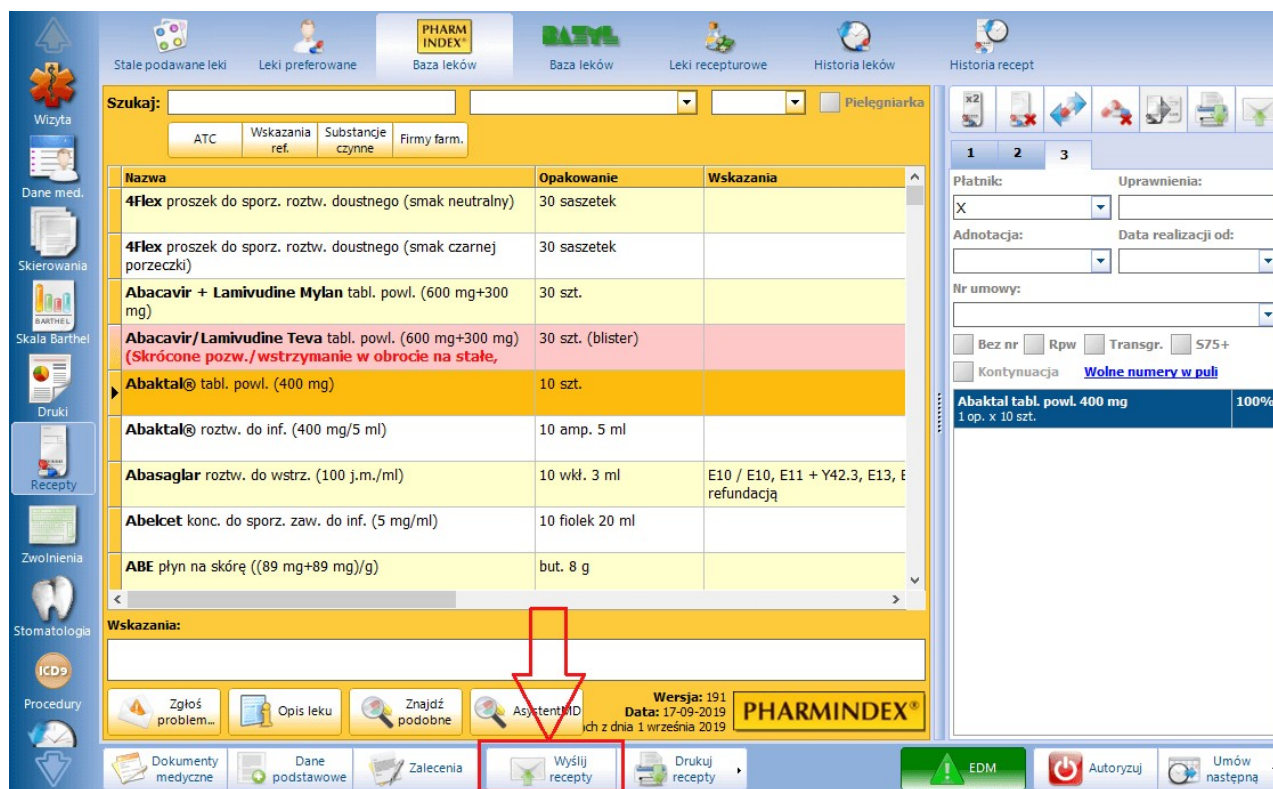
Zyrtec tabl. powł. 10 mg 100%  
lag. 1 a 30 szt.  
DS. 1 x 1

Status wysyłki P1: [Wysłana z ostrzeżeniem](#)

W oknie wystawiania recepty zostało dodane pole "365 dni" (patrz zdjęcie powyżej), który należy zaznaczyć, jeżeli wysyłana e-Recepta ma być możliwa do realizacji przez 365 dni od daty wystawienia.

Domyślne zaznaczanie tej opcji można ustawić w Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w pozycji: [Gabinet > Recepty](#), włączając parametr **"Podpowiadaj okres ważności recepty 365 dni"**.

Jeżeli na wizycie zostanie dodanych kilka recept, w celu ich zbiorczego wyeksportowania do systemu P1 należy wybrać przycisk **Wyślij recepty** znajdujący się w dolnej części okna. Podczas wysyłki zbiorczej użytkownik zostanie tylko raz poproszony o podanie hasła od certyfikatu. Przy eksporcie zostaną pominięte recepty, które wcześniej zostały przesłane oraz te, dla których elektroniczna recepta nie może być generowana zgodnie z wytycznymi zawartymi w rozdziale [Wystawienie e-Recepty](#).



Po rozpoczęciu zbiorczego eksportu zostanie otwarte okno *Wysyłanie e-Recept*, w którym wyświetli się informacja o statusach wysyłki poszczególnych recept. Na końcu, przy włączonym w Konfiguratorze programu podglądzie wydruku, dla poprawnie przesłanych recept pojawi się zbiorcze okno podglądu wydruku ich wizualizacji. Aby wyświetlić podgląd wydruku wizualizacji danej recepty, należy w górnej części okna rozwinąć pole "Raporty" i wybrać pozycję z danym numerem. Numery na liście odpowiadają poszczególnym przesłanym receptom.



**Uwaga!** Aby było możliwe poprawne przesłanie e-Recepty z refundacją w przypadku wizyt realizowanych w ramach NFZ, w Konfiguratorze programu ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w: [Gabinet > Recepty](#), w sekcji "Świadczeniodawca", powinien być zaznaczony parametr **Numer umowy** oraz każdorazowo w oknie wystawiania recepty w polu "Numer umowy" wskazana prawidłowa wartość. Wynika to z aktualnego wymogu przekazywania numeru umowy zawartej z NFZ wraz z e-Receptą refundowaną.

W przypadku wizyt prywatnych wystawianie e-Recept refundowanych nie wymaga przekazywania numeru umowy. Aby było możliwe przesłanie takiej e-Recepty w oknie wizyty otwartej w Gabiniecie, wizyta ta musi być utworzona jako komercyjna (funkcjonalność dostępna w Module Komercyjnym lub w wariantie Komercja programu podstawowego).

Przy wystawianiu e-Recepty poza wizytą poprzez opcję: [Funkcje dodatkowe > Wydruk recept z lekami](#),

dostępna z poziomu kartoteki pacjentów, numer umowy nie jest wymagany w przypadku wyboru komórki organizacyjnej posiadającej w swoich danych w strukturze organizacyjnej kod centralny wg NFZ: 00000 - Komercja.

**Uwaga!** Wygenerowanie e-Recepty jednoznaczne jest z zablokowaniem możliwości wydruku recepty w formie tradycyjnej. Przyciski dot. wydruku recepty oraz zmiany danych leku zostaną zablokowane na formatce.

W przypadku pomyłki należy dokonać usunięcia recepty, poprzez wybranie przycisku **Usuń receptę** w oknie podglądu recepty. Usunięcie e-Recepty jednoznaczne jest z wystawieniem elektronicznego dokumentu anulującego, co ze strony użytkownika wymaga autoryzacji za pomocą wykorzystywanego certyfikatu.



Do usunięcia z recepty wybranego leku służy przycisk **Usuń lek**. Podobnie, jak w przypadku usunięcia całej recepty, operacja ta skutkuje przesłaniem dokumentu anulującego.

**Uwaga!** Recepta wygenerowana pacjentowi poza wizytą poprzez kartotekę pacjentów (rozdział: [Wydruk recept z lekami](#)) oraz znajdujące się na niej leki nie będą możliwe do usunięcia. Dokonać tego można tylko w przypadku recepty wystawionej na wizycie otwartej w *Gabiniecie* (rozdział: [Wydruk recept w Gabiniecie](#)). W tym celu należy wejść do danych wizyty, na której była wystawiona.

Ustawienia ścieżki do zapisu logów błędów, otrzymanych przy wysyłce e-Recept, dokonuje się po przejściu do: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), do sekcji: [Gabinet > Recepty](#), w polu "Folder na pliki logów".

**Konfiguracja – Gabinet » Recepty**

Wydruk testowy    Nadpisz wartościami domyślnymi

**Komunikacja**

- Ekspert
- Import
- Poczta NFZ
- Poczta inna
- FTP
- Kanały RSS
- Inne
- Powiadomienia

**Moduły dodatkowe**

- Personalizacja
- Komercja
- EDM
- eRejestracja
- eWyniki
- Stomatologia
- SMS
- Hospitalizacje
- eArchiwum
- Obrót lekami

**Gabinet**

- Wygląd
- Wizyta
- Recepty**
- Skierowania
- Historia wizyt

**Elementy umieszczane na wydruku**

Domyślne elementy dla wydruku    Domyślne elementy dla nadruku

**Sekcja „Świadczeniodawca”**

☒ Dane zakładu leczniczego    ☐ Nazwa podmiotu leczniczego    ☐ Kod świadczeniodawcy

☐ I, V i VII cz. kodu resortowego    ☐ VIII cz. kodu resortowego    ☐ Numer umowy

**Sekcja „Rp” (recepty z lekami)**

☒ Zalecenia    ☒ Ramki (linie ciągłe)    ☒ Linie „Rpw”

☒ Oznaczenia łacińskie ilości i dawkowania    ☒ Opisy pól    ☒ Napis „Rp”/„Rpw”

**Recepty z lekami**

Liczba leków na pojedynczej receptce: 5

☐ Podpisywać odpłatność wg rozporządzenia MZ z 8.03.2012 r. („P”, „X”, pusta)

☒ Podpisywać odpłatność na podstawie ostatnio przepisano leku (okna „Stale podawane leki”, „Historia leków”)

☒ Podpisywać pełną odpłatność dla wskazań „We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania d

☐ Pełna odpłatność dla recept komercyjnych

☐ Zablokuj możliwość wydruku w wizycie domowej

☐ Zablokuj możliwość ponownego wydruku recepty z numerem

**Puste recepty**

☐ Drukuj dane pacjenta

**Domyślne dane dla recept**

☐ Bez numeru

**eRecepta**

Folder na pliki logów:

Powyższa konfiguracja spowoduje, że jeżeli po wysłaniu e-Recepty system P1 zwróci dla niej błąd, we



wskazanym folderze zostanie utworzony zaszyfrowany plik zawierający jego szczegóły. Analiza takiego pliku będzie mogła być przeprowadzona przez serwis programu mMedica. W tej sprawie należy kontaktować się z Centrum Obsługi Klienta dostępnym pod numerami telefonów zamieszczonymi na stronie: <http://mmedica.asseco.pl/kontakt/>.

W aplikacji mMedica dodano możliwość wystawiania e-Recept przez asystenta medycznego. Dokładny opis konfiguracji danych asystenta medycznego znajduje się w rozdziale [Asystent medyczny](#). Asystent medyczny, po zalogowaniu na swojego użytkownika i wejściu w *Gabinecie* do wizyty realizowanej przez lekarza, który upoważnił go do wystawiania dokumentów w swoim imieniu, może dokonać wystawienia w jego imieniu recepty elektronicznej, wykorzystując swój indywidualny certyfikat podpisu elektronicznego.

**Uwaga!** W powyższym przypadku nie należy zmieniać realizującego wizytę. Osobą realizującą powinien pozostać lekarz.

W przypadku, gdy recepta wystawiana jest poza wizytą, poprzez opcję [Wydruk recept z lekami](#) dostępną w *Kartotece pacjentów*, asystent w oknie wystawiania recepty w polu "Wystawiający" powinien wybrać lekarza, w imieniu którego będzie wysłał receptę.

### 7.2.2.1 Wystawienie e-Recepty na import docelowy

Aby wystawić receptę na lek sprowadzany w ramach importu docelowego, należy w oknie jej danych, po dodaniu leku, w polu "Rodzaj" wybrać z listy rozwijalnej pozycję "Import docelowy".

Dodatkowo w polu "Nr zapotrzebowania" należy wprowadzić kod pozwolenia na import leku, nadany przez Ministerstwo Zdrowia po złożeniu stosownego wniosku.

Recepta na import docelowy może zawierać tylko jeden lek, dlatego po wskazaniu pozycji "Import docelowy" dla recepty zawierającej więcej niż jeden lek wyświetli się komunikat informujący o niemożności wyboru takiego rodzaju:



Recepta na import docelowy może być wystawiona tylko na jeden lek.

OK

Natomiast po utworzeniu recepty na import docelowy, kolejny wybrany lek zostanie dodany na nową receptę.

Pole odpłatności leku, wybranego na omawianym typie recepty, pozostaje puste i zablokowane do edycji. Farmaceuta przy jej realizacji może zastosować odpłatność "R", o ile zostanie przez pacjenta przedstawiona decyzja refundacyjna uzyskana z Ministerstwa Zdrowia.

W zależności od tego, czy recepta ma być wystawiona w formie papierowej, czy też elektronicznej (e-Recepta), po uzupełnieniu jej danych należy wybrać przycisk odpowiednio: wydruku (Drukarka) lub wysyłki (Koperta).

### 7.2.3 Podgląd e-Recept pacjenta w P1

W aplikacji mMedica została udostępniona funkcjonalność podglądu elektronicznych recept wystawionych pacjentowi i przekazanych do systemu P1, co daje możliwość uzyskania pełnych informacji dotyczących listy recept oraz dokumentów realizacji na podstawie wprowadzonych parametrów wyszukiwania.

**Uwaga!** Domyślnie lekarz uzyskuje informacje o lekach, które sam przepisał pacjentowi w ramach e-Recepty. Aby otrzymać pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta w zakresie recept należy uzyskać jego zgodę - szczegóły poniżej.

Funkcja podglądu e-Recept pacjenta w P1 dostępna jest następujących miejscach w programie:

- Recepty > [Historia recept](#)
- Na [wizycie receptowej](#) w oknie *Do przepisania/zlecenia*
- Recepty - w oknie przygotowania leku do wypisania (zdz. poniżej)

po wybraniu przycisku **Recepty pacjenta w P1**.

The screenshot shows the PHARMINDEX application interface. On the left, a search bar contains 'Ibuprofen'. Below it, a table lists search results for various Ibuprofen formulations. On the right, a configuration panel allows setting parameters for the prescription, such as the number of packages (60 szt.) and the number of tablets per package (60 szt.). A red arrow points to the 'Recepty pacjenta w P1' button at the bottom right of the configuration panel.

Nazwa	Opakowanie	Wskazania	Odpł.
Ibuprofen AFL tabl. drażowane (200 mg)	60 szt.		
Ibuprofen Aflofarm tabl. drażowane (200 mg)	20 szt.		
Ibuprofen Aflofarm tabl. drażowane (200 mg)	10 szt.		
Ibuprofen Aflofarm tabl. drażowane (400 mg)	20 szt.		
Ibuprofen Forte DOZ tabl. powł. (400 mg)	60 szt.		
Ibuprofen Forte DOZ tabl. powł. (400 mg)	20 szt.		
Ibuprofen Hasco kaps. miękkie (200 mg)	60 szt.	WWZW	R
Ibuprofen-Pabi® tabl. drażowane (200 mg)	60 szt.	WWZW	R
Ibuprofen Polfarmex tabl. powł. (200 mg)	60 szt. (6 blisterów x 10)	WWZW	R
Ibuprofen Teva tabl. powł. (200 mg)	10 szt.		


Wybranie przycisku **Recepty pacjenta w P1** powoduje otwarcie okna *Pobranie recept pacjenta* i nawiązanie połączenia z systemem P1 na podstawie danych dostępowych osoby personelu wykonującej tą czynność.

Lek, który został wybrany i znajduje się w oknie przygotowania leku do wypisania zostanie domyślnie podpowiedziany w polu "Lek", a program rozpocznie wyszukiwanie w systemie P1 e-Recepty zawierającej ten lek. W przypadku braku znalezienia pozycji spełniającej warunki wyszukiwania pojawi się komunikat: "Nie znaleziono żadnych recept w systemie P1 dla zadanych parametrów wyszukiwania".

Aby uzyskać informacje o konkretnym leku, jaki został przepisany pacjentowi, należy wpisać jego nazwę w polu "Lek" w oknie *Pobranie recept pacjenta*. Z kolei aby wyświetlić wszystkie e-Recepty pacjenta należy usunąć wartość w polu "Lek".

Na podstawie otrzymanych wyników wyszukiwania, użytkownik uzyska informacje o dacie wystawienia recepty, nazwie leku, ilości przepisanej leku, wielkości opakowania, statusie e-Recepty, dacie realizacji recepty, wysokości refundacji, informacji dot. dokumentu realizacji recepty, a także przyczyna zablokowania recepty (np. w realizacji).

W oknie *Pobranie recept pacjenta* domyślnie wyświetlanych jest 20 pozycji. Informacja o ilości pobranych stron prezentowana jest w dolnej części okna np. "Pobrano 1 z 3 stron". Aby pobrać kolejną stronę

zawierającą informacje o receptach, należy wybrać przycisk **Pobierz kolejną stronę** .

The screenshot shows the 'Pobranie recept pacjenta - Pacjent Pacjent' window. It features a search bar for 'Lek' and a table of prescriptions. A red box highlights the 'Pobierz kolejną stronę' button (green arrow) on the right side of the window. The table shows details for various prescriptions, including dates, names, quantities, and statuses.

* Data wystawienia	Nazwa	Ilość	Wielkość opak.	Status	Data realizacji	Info o refundacji	Dok real. data wyst.	Dok. real. lek
22-12-2020	Apap 500 mg...	1	2 tabl. w blisterze	Wysłana	22-12-2020	100%		
22-12-2020	Zolpidem Geno...	1	20 tabl.	Wysłana	22-12-2020	100%		
22-12-2020	Alax tabl. draż...	1	20 tabl.	Anulowana	22-12-2020	100%		
22-12-2020	Actrapid Penfill...	1	5 wkładów 3 ml	Anulowana	22-12-2020	100%		
22-12-2020	Aloxi roztw. do...	1	1 fiol. 5 ml	Anulowana	22-12-2020	100%		
22-12-2020	Apap 500 mg T...	1	2 tabl. w blisterze	Wysłana	22-12-2020	100%		

**Uwaga!** Z poziomu formatki [historii recept](#) można podejrzec jedynie tę receptę pacjenta, która znajduje się na liście i została wskazana przez użytkownika. Jeśli istnieje potrzeba uzyskania informacji na temat elektronicznych recept wystawionych w innych placówkach medycznych i wysłanych do P1, należy skorzystać z opcji **Recepty pacjenta w P1** znajdującej się w oknie przygotowania leku do wypisania.

Warunkiem otrzymania informacji o pełnej dokumentacji medycznej pacjenta w zakresie recept (tj. o lekach przepisanych przez innych lekarzy w innych placówkach) jest wyrażenie przez niego zgody w systemie IKP. Lekarz może otrzymać uprawnienie do danych, jeśli pacjent:

- z poziomu swojego konta w IKP wyraził zgodę i wskazał komu chce udostępnić swoje dokumenty recept - wybranemu lekarzowi lub całej placówce medycznej,
- poda lekarzowi 4-cyfrowy PIN otrzymany sms-em. Kod generowany jest, jeśli lekarz złoży wniosek o dostęp do danych pacjenta za pośrednictwem mMedica.

W programie dodano funkcję wnioskowania o dostęp do danych pacjenta w zakresie jego recept, do czego służy przycisk **Wniosek o dostęp do danych pacjenta** znajdujący się w oknie *Pobranie recept pacjenta*. W przypadku gdy pacjent na swoim koncie IKP nie wskazał lekarzy bądź placówek medycznych, które upoważnia do wglądu do swojej dokumentacji medycznej, lekarz w trakcie wizyty może wnioskować o taki dostęp. Warunkiem otrzymania autoryzacji jest posiadanie konta w systemie P1 pacjenta wraz z podaniem numeru telefonu.

Aby otrzymać dostęp do wszystkich recept pacjenta należy wybrać przycisk **Wniosek o dostęp do danych pacjenta**, który spowoduje otwarcie okna dialogowego *Podaj pin do wniosku*. Jeśli pacjent posiada konto w systemie P1 w odpowiedzi otrzyma na swój numer telefonu SMS'a z czterocyfrowym kodem PIN, który przekazuje lekarzowi. Po wpisaniu kodu PIN w oknie poniżej i zatwierdzeniu przyciskiem **OK**, aplikacja pobierze wszystkie recepty pacjenta.



Jeśli pacjent nie zarejestrował numeru telefonu w systemie P1, użytkownik otrzyma nast. komunikat "System zidentyfikował błąd podczas autoryzacji wniosku" i pobranie recept pacjenta nie będzie możliwe.

## 7.3 Rejestr recept

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

Przejdzie do powyższej ścieżki uruchamia rejestr, w którym prezentowane są informacje o wszystkich receptach, które zostały wystawione z programu mMedica. Ewidencja dotyczy recept, które zostały wydrukowane i wystawione w sposób elektroniczny (eRecepta).

W oknie wyświetlane są, między innymi, szczegółowe informacje o dacie wydruku/przesłania recepty, pacjencie, poradni, umowie, personelu wystawiającym receptę, liczbie wydrukowanych recept, użytkownikowi drukującym/wysyłającym.

Po wejściu na formatkę domyślnie prezentowane są recepty, które zostały wydrukowane w miesiącu bieżącym. Zakres dat, dla których mają być pokazywane wyniki wyszukiwania, modyfikuje się we filtrze "Data wydruku od-do". Za pomocą filtra "Format" można dokonać wyszukiwania wyłącznie recept wydrukowanych lub wystawionych w sposób elektroniczny.

Wizualizacja eRecepty **Pokaż PIN**

**Wyszukiwanie zaawansowane**

Data wydruku od - do:

Format:

eRecepta

Rodzaj personelu:

Personel:

Drukujący:

Pacjent:

Tel. komórkowy:

Usunięta:

Nie

Zastosuj Wyczyść

**Rejestr recept**

Data wydruku/przesłania	Pacjent	PESEL	Tel. kom...	Komórka org...	Personel	Nr umowy	Liczba recept	Rpw	Nr recepty	PIN	Drukujący/wys...	Usunięta	eRecepta
28-09-2020 12:20		000-0...		Poradnia...			1			XXXX			✓
28-09-2020 12:19		000-0...		Poradnia...			1			XXXX			✓
11-08-2020 10:09		000-0...		Poradnia...			1			XXXX			✓
10-08-2020 15:31		000-0...		Poradnia...			1			XXXX			✓
21-02-2020 11:44		000-0...		Poradnia...			1			XXXX			✓
21-02-2020 11:44		000-0...		Poradnia...			1			XXXX			✓
12-02-2020 14:19		000-0...		Poradnia...			1			XXXX			✓
12-02-2020 14:18		000-0...		Poradnia...			1			XXXX			✓
31-01-2020 09:21		000-0...		Poradnia...			1			XXXX			✓
28-01-2020 09:03		000-0...		Poradnia...			1			XXXX			✓
28-01-2020 08:33		000-0...		Poradnia...			1			XXXX			✓
27-01-2020 09:35		000-0...		Poradnia...			1			XXXX			✓

#### Opis poszczególnych kolumn:

- **Pacjent** - imię i nazwisko pacjenta, dla którego wystawiono receptę. Wartość w kolumnie będzie pusta, jeśli dokonano wydruku [pustych recept](#) bez danych pacjenta (odznaczony checkbox "Drukuj dane").
- **PESEL** - numer PESEL pacjenta.
- **Liczba recept** - w kolumnie będzie występować cyfra 1, nawet jeśli jednemu pacjentowi zostanie wydrukowana większa liczba recept z numerem. Związane jest to z nadawaniem każdej recepty unikalnego numeru i koniecznością prezentowania tych danych w odrębnym rekordzie. W przypadku wydruku kilku recept bez numeru, w kolumnie będzie widnieć właściwa liczba wydrukowanych recept.
- **Rpw** - wyróżnienie recept z oznaczeniem "Rpw", na których zlecono leki opioidowe lub psychotropowe.
- **Nr recepty** - unikalny numer recepty. Wartość w kolumnie będzie pusta, jeśli dokonano wydruku recepty bez numeru (checkbox "Bez numeru") lub wystawiono e-Receptę.
- **PIN** - zawiera zaszyfrowane numery PIN poszczególnych e-Recept. W celu wyświetlenia właściwego numeru należy zaznaczyć dany rekord (lub rekordy), a następnie wybrać przycisk **Pokaż PIN**.
- **Usunięta** - znacznik, jeśli recepta została wystawiona, a następnie usunięta lub anulowana, w przypadku e-Recepty.
- **eRecepta** - znacznik, jeśli recepta została wystawiona w sposób elektroniczny i przekazana do P1.
- **Status** - wyświetla status wysyłki e-Recepty.

Aby wyfiltrować usunięte recepty, należy we filtrze "Usunięta" wybrać wartość "Tak" i zatwierdzić przyciskiem **Zastosuj**.

W oknie rejestru recept został udostępniony przycisk **Wizualizacja eRecepty**, który uaktywnia się po zaznaczeniu e-Recepty. Dla recept, które nie zostały wystawione elektronicznie, będzie on nieaktywny.

# Rozdział

# 8

## Harmonogramy przyjęć

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Harmonogramy przyjęć](#) > [Harmonogram przyjęć](#)

lub przycisk  w oknie startowym programu

### Uwaga!

W myśl rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26. czerwca 2019 roku w wersji 6.3.0 aplikacji mMedica w powyższym obszarze wprowadzono zmiany dotyczące nazewnictwa oraz sposobu ewidencji. Nazwę "**Kolejka oczekujących**" zastąpiono sformułowaniem "**Harmonogram przyjęć**". Zostały również uwzględnione nowe wytyczne dotyczące wprowadzania pacjentów.

Zgodnie z założeniami powyższego rozporządzenia:

- Harmonogram przyjęć prowadzony jest przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
- Harmonogram przyjęć jest prowadzony w postaci elektronicznej.
- Wpisów do harmonogramu przyjęć dokonuje się każdego dnia, co najmniej w godzinach udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę. Zgłoszenia świadczeniobiorców drogą elektroniczną dokonywane są w dowolnym czasie.
- Harmonogram przyjęć stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę.

Na formatce *Harmonogram przyjęć* prezentowana jest lista wszystkich aktywnych harmonogramów prowadzonych przez świadczeniodawcę. Funkcjonalność służy do:

1. Wykonywania działań na harmonogramach:
  - dodanie harmonogramu,
  - usunięcie harmonogramu,
  - przywrócenie harmonogramu.
2. Wykonywania działań na pozycjach harmonogramu:
  - dodanie pacjenta do harmonogramu,
  - zmiana terminu lub kategorii,
  - wykreślanie pacjentów z harmonogramu,
  - przywracanie do harmonogramu pacjentów błędnie wykreślonych.
3. Wykonywanie działań dotyczących sprawozdawczości w zakresie harmonogramów przyjęć:
  - tworzenie statystyk za dany okres,
  - wyznaczanie pierwszego wolnego terminu,
  - eksport danych o harmonogramach do OW NFZ.

Aby prawidłowo przekazać do NFZ informacje o harmonogramie przyjęć należy kolejno:

1. [Utworzyć](#) harmonogram przyjęć.



2. [Wprowadzić](#) do harmonogramu przyjęć pacjentów z odpowiednimi kategoriami świadczeniobiorcy.
3. [Wykreślać](#) na bieżąco pacjentów z harmonogramu.
4. [Wyznaczać](#) i [sprawozdawać](#) informacje o pierwszym wolnym terminie.
5. Co miesiąc tworzyć [statystykę](#) i [sprawozdawać](#) ją do OW NFZ.

## 8.1 Konfiguracja harmonogramu przyjęć

Przed rozpoczęciem pracy z funkcjonalnością harmonogramu przyjęć zalecane jest odpowiednie skonfigurowanie aplikacji.

W celu umożliwienia poprawnej ewidencji należy w kalendarzu pracy ([Zarządzanie > Terminarz > Kalendarz pracy](#)) dla komórek, dla których ma być prowadzony harmonogram przyjęć, ustawić odpowiednio wymagalność wpisu do harmonogramu.

Kalendarz pracy

Świadczeniodawca Komórki organizacyjne

Kod lub nazwa:

Kod	Nazwa
101	Poradnia endokrynologiczna
100	Poradnia stomatologiczna

Typowe długości wizyty (min)

Domyślna: 15

Pozostałe: 5 10 20 30

Dane wymagane podczas tworzenia rezerwacji

Skierowanie: Tylko dla pacjentów pierwszorazowych

Wpis do harmonogramu przyjęć: **Zawsze**

Parametry dodatkowe

Liczba dni wyświetlanych w widoku ter...

Dzienny limit wizyt pierwszorazowych:

Styczeń Luty Marzec Kwiecień Maj Czerwiec Lipiec Sierpień Wrzesień

Wybór opcji "Zawsze" spowoduje domyślne zaznaczenie wymagalności wpisu do harmonogramu przyjęć w każdej rezerwacji/rejestracji tworzonej do tej komórki organizacyjnej w *Terminarzu*, a także automatyczne dodawanie wpisu pacjenta do harmonogramu przyjęć z kategorią świadczeniobiorcy "Przyjęty na bieżąco" przy otwarciu wizyty bez rezerwacji/rejestracji w *Gabinie*.

### Uwaga!

Wybór opcji "Zawsze" zalecany jest w przypadku, kiedy wszystkie wpisy do harmonogramów przyjęć zaplanowanych pozycji oraz ich realizacja odbywają się w powiązaniu z [Terminarzem](#).

Natomiast jeżeli pozycje dodawane są bezpośrednio do harmonogramu przyjęć z pominięciem Terminarza, a wizyty wprowadzane są poprzez *Gabinet* również bez powiązania z wpisami w Terminarzu, to aby było możliwe wykreślanie zrealizowanych pozycji harmonogramu w powiązaniu z takimi wizytami, w powyższym polu powinna być wybrana opcja "Nigdy". W przeciwnym wypadku wprowadzanie wizyt poprzez *Gabinet* będzie skutkowało automatycznym tworzeniem powiązanych z nimi wpisów w harmonogramie przyjęć z kategorią świadczeniobiorcy "Przyjęty na bieżąco", blokując tym samym możliwość wykreślenia z przyczyną

"zrealizowane świadczenie" wpisów wcześniejszych.

W wersji 6.6.0 w aplikacji mMedica wprowadzono zmianę polegającą na tym, że w wyżej opisanej sytuacji, jeżeli zostanie ustawiona wymagalność wpisu do harmonogramu "Zawsze" i dany pacjent jest wprowadzony do harmonogramu przyjęć dla tej komórki z planowanym terminem realizacji równym dacie bieżącej, po wprowadzeniu wizyty tego pacjenta w *Gabiniecie* nie zostanie dodany odrębny wpis w harmonogramie przyjęć, tylko powinno nastąpić wykreślenie istniejącej pozycji jako zrealizowanej w powiązaniu z tą wizytą.

W Konfiguratorze programu ([Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#)), w pozycji: [Ewidencja](#) > [Podstawowe](#), w sekcji *Harmonogram przyjęć* znajduje się parametr "Pozwalaj dodać lub wykreślić pozycję harmonogramu z datą starszą niż 3 miesiące od bieżącej", który warunkuje dodanie lub wykreślenie pacjenta z datą powyżej trzech miesięcy wstecz. Brak włączonego parametru skutkować będzie następującym komunikatem:

Data wpisu/skreślenia poza dozwolonym okresem sprawozdawczym.

### Uwaga!

W wersji 6.3.0 z aplikacji mMedica został usunięty parametr "Pozwalaj wpisać pacjenta do kolejki oczekujących więcej niż jeden raz". W celu dostosowania ewidencji do aktualnych wytycznych dodane zostały domyślne walidacje działające w zależności od wprowadzanych danych.

## 8.2 Dodanie nowego harmonogramu przyjęć

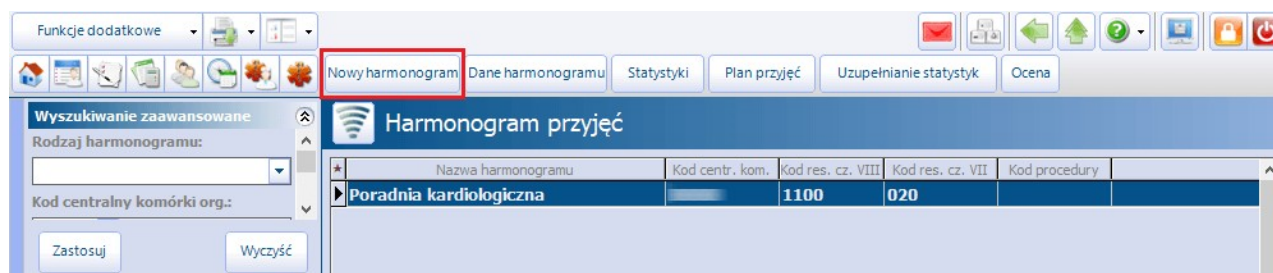
Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Nowy harmonogram](#)

Aby dodać harmonogram przyjęć należy wybrać przycisk **Nowy harmonogram**, znajdujący się w górnym panelu formatki *Harmonogram przyjęć*.

W programie mMedica istnieje możliwość dodania harmonogramów w dwóch rodzajach:

**K** - harmonogram przyjęć do [komórek](#) organizacyjnych.

**P** - harmonogram przyjęć do [procedur](#) medycznych i programów terapeutycznych.



## 8.2.1 Dodanie harmonogramu przyjęć do komórki organizacyjnej

Aby dodać w programie nowy harmonogram przyjęć do komórki organizacyjnej, należy uzupełnić następujące pola:

- **Nazwa** - nazwa harmonogramu, która będzie funkcjonowała w programie.
- **Rodzaj** - z listy rozwijanej należy wybrać wartość: "Dla komórek organizacyjnych".
- **Centralny kod komórki** - za pomocą przycisku [...] wybrać komórkę organizacyjną, do której prowadzony będzie harmonogram przyjęć.  
Wybranie komórki org. spowoduje automatyczne uzupełnienie kodów resortowych cz. VII i VIII.

**Uwaga!** Jeśli dane harmonogramu przyjęć nie mają być eksportowane do Funduszu, należy usunąć zaznaczenie w polu "Eksportuj do OW NFZ".

Wprowadzone dane należy zapisać za pomocą przycisku **Zatwierdź**.

**Harmonogram przyjęć**

**Harmonogram**

Nazwa: Długoterminowa opieka domowa

Rodzaj: Dla komórek organizacyjnych

Procedura: ...

☒ Eksportuj do OW NFZ

☐ Automatycznie dodawaj pozycję w kategorii „Kontynuujący leczenie” po realizacji pozycji w kategorii „Oczekujący”

Harmonogram podlega sprawozdawczości komunikatem danych o listach oczekujących

**Komórka organizacyjna**

Centralny kod komórki: ...

Kod resortowy cz. VII: 001

Kod resortowy cz. VIII: 2140 ... Zespół długoterminowej opieki domowej

☒ W komórce są udzielane świadczenia dla dzieci

**Pierwszy wolny termin**

Data przygotowania: ... Wyznacz

Przypadki pilne: ... Status: Nowa pozycja

Przypadki stabilne: ... Historia Wyślij

**Data oceny**

Data oceny: ... Wyślij

Zatwierdź Wyjście



Omówienie pozostałych parametrów znajdujących się w oknie:

- **Automatycznie dodawaj pozycję w kategorii "Kontynuujący leczenie" po realizacji pozycji w kategorii "Oczekujący"** - pole dostępne do zaznaczenia dla komórek o VIII cz. kodu resortowego równej: 2140-2142, 2180, 2181, 2184, 5160, 5161, 5170, 5171. W przypadku zaznaczenia parametru, jeśli w harmonogramie przyjęć zostanie dodana pozycja w kategorii "Oczekujący", po realizacji wizyty program automatycznie doda nowy wpis do harmonogramu przyjęć w kategorii "Kontynuujący leczenie".
- **Harmonogram podlega/nie podlega sprawozdawczości komunikatem danych o listach oczekujących** - informacja dla użytkownika o tym, czy harmonogram przyjęć wysyłany jest komunikatem danych o listach oczekujących (LIOCH). Informacja wyświetlana jest na podstawie sprawdzenia czy kod resortowy cz. VIII wskazany w definicji harmonogramu występuje w słowniku komórek i świadczeń podlegających sprawozdawczości z kolejek oczekujących publikowanym przez NFZ.
- **W komórce są udzielane świadczenia dla dzieci** - parametr zaznacza się, jeśli komórka organizacyjna, w której prowadzony jest harmonogram przyjęć wskazuje na udzielanie świadczeń osobom dorosłym, a komórka udziela świadczeń także dzieciom.

### 8.2.2 Dodanie harmonogramu przyjęć do procedury

Świadczeniodawcy zobowiązani do prowadzenia harmonogramów przyjęć z zakresu procedur medycznych lub programów terapeutycznych wymienionych w publikowanych przez NFZ słownikach powinni mieć w programie utworzony harmonogram przejęć w rodzaju "Dla procedur medycznych i programów terapeutycznych".

Aby dodać w programie tego typu harmonogram, należy uzupełnić następujące pola:

- **Nazwa** - nazwa harmonogramu, która będzie funkcjonowała w programie.
- **Rodzaj** - z listy rozwijanej należy wybrać wartość: "Dla procedur medycznych i programów terapeutycznych".
- **Procedura** - wskazać odpowiedni kod procedury lub świadczenia wysokospecjalistycznego za pomocą przycisku .
- **Centralny kod komórki** - za pomocą przycisku  wybrać komórkę organizacyjną, dla której prowadzony będzie harmonogram przyjęć.

Wybranie komórki org. spowoduje automatyczne uzupełnienie kodów resortowych cz. VII i VIII.

**Uwaga!** Jeśli dane harmonogramu nie mają być eksportowane do Funduszu, należy usunąć zaznaczenie w polu "Eksportuj do OW NFZ".

Wprowadzone dane nowego harmonogramu przyjęć należy zapisać za pomocą przycisku **Zatwierdź**.



**Harmonogram przyjęć**

---

**Harmonogram**

Nazwa:

Rodzaj:

Procedura:  ...

☒ Eksportuj do OW NFZ

☐ Automatycznie dodawaj pozycję w kategorii „Kontynuujący leczenie” po realizacji pozycji w kategorii „Oczekujący”

Harmonogram NIE podlega sprawozdawczości komunikatem danych o listach oczekujących

**Komórka organizacyjna**

Centralny kod komórki:  ...

Kod resortowy cz. VII:

Kod resortowy cz. VIII:  ...

☐ W komórce są udzielane świadczenia dla dzieci

**Pierwszy wolny termin**

Data przygotowania:  Wyznacz

Przypadki pilne:  Status: **Nowa pozycja**

Przypadki stabilne:  Historia Wyślij

**Data oceny**

Data oceny:  Wyślij

☒ Zatwierdź
 ☐ Wyjście

Omówienie pozostałych parametrów znajdujących się w oknie:

- **Automatycznie dodawaj pozycję w kategorii "Kontynuujący leczenie" po realizacji pozycji w kategorii "Oczekujący"** - pole dostępne do zaznaczenia dla komórek o VIII cz. kodu resortowego równej: 2140-2142, 2180, 2181, 2184, 5160, 5161, 5170, 5171. W przypadku zaznaczenia parametru, jeśli w harmonogramie przyjęć zostanie dodana pozycja w kategorii "Oczekujący", po realizacji wizyty program automatycznie doda nowy wpis do harmonogramu przyjęć w kategorii "Kontynuujący leczenie".
- **Harmonogram podlega/nie podlega sprawozdawczości komunikatem danych o listach oczekujących** - informacja dla użytkownika o tym, czy harmonogram przyjęć wysyłany jest komunikatem danych o listach oczekujących (LIO CZ). Informacja wyświetlana jest na podstawie sprawdzenia czy kod resortowy cz. VIII wskazany w definicji harmonogramu występuje w słowniku komórek i świadczeń podlegających sprawozdawczości z kolejek oczekujących publikowanym przez NFZ.
- **W komórce są udzielane świadczenia dla dzieci** - parametr zaznacza się, jeśli komórka organizacyjna, w której prowadzony jest harmonogram przyjęć wskazuje na udzielanie świadczeń osobom dorosłym, a komórka udziela świadczeń także dzieciom.



## 8.3 Usunięcie harmonogramu przyjęć z programu

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Dane Harmonogramu](#)

Wybranie przycisku **Dane harmonogramu** znajdującego się w górnym panelu [formatki](#) umożliwi podejrzenie jego szczegółowych danych i ich modyfikację, a także usunięcie harmonogramu.



W celu usunięcia harmonogramu należy wybrać przycisk **Usuń**. Całkowite usunięcie jest możliwe tylko w przypadku harmonogramów, które nie zostały jeszcze wyeksportowane do NFZ. Jeśli harmonogram został co najmniej raz wyeksportowany, to skorzystanie z przycisku **Usuń** spowoduje jedynie jego dezaktywację.

**Uwaga!** Zaleca się bardzo rozważne korzystanie z przycisku **Usuń**, gdyż po usunięciu harmonogramu i jego wyeksportowaniu nie będzie już możliwości jego przywrócenia!

## 8.4 Przywrócenie usuniętego harmonogramu przyjęć

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Dane harmonogramu](#)

Aby przywrócić dezaktywowany harmonogram przyjęć, należy wyszukać go poprzez usunięcie zaznaczenia w polu "Tylko aktywne" w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*.

Panel wyszukiwania zaawansowanego zawiera następujące pola:

- Rodzaj harmonogramu: [pole wyboru]
- Kod centralny komórki org.: 190275 ... Poradnia stomatologiczna
- Kod procedury: [pole wyboru]
- ☐ Tylko aktywne (zaznaczenie do odznaczenia)
- Przyciski: Zastosuj, Wyczyść

Panel główny "Harmonogram przyjęć" zawiera następującą tabelę:

Nazwa harmonogramu	Kod centr. kom.	Kod res
▶ Poradnia stomatologiczna	190275	1800

Dezaktywowany harmonogram należy podświetlić na liście i wybrać przycisk **Dane harmonogramu** znajdujący się w górnym panelu formatki. W otwartym oknie dialogowym wybrać przycisk **Przywróć**, który spowoduje jego aktywację.

Harmonogram przyjęć – usunięta

**Harmonogram**

Nazwa:

Rodzaj:

Procedura:

☒ Eksportuj do OW NFZ

Harmonogram podlega sprawozdawczości komunikatem danych o listach oczekujących

**Komórka organizacyjna**

Centralny kod komórki:

Kod resortowy cz. VII:

Kod resortowy cz. VIII:

**Pierwszy wolny termin**

Data przygotowania:

Przypadki pilne:  Status: **Nowa pozycja**

Przypadki stabilne:

**Data oceny**

Data oceny:

**Uwaga!** Jeśli informacja o usunięciu harmonogramu przyjęć została przekazana do OW NFZ (po jego usunięciu wykonano eksport), omawiany przycisk będzie nieaktywny, uniemożliwiając użytkownikowi przywrócenie harmonogramu.

## 8.5 Dodanie pacjenta do harmonogramu przyjęć

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Nowa pozycja](#)

Wpis do harmonogramu przyjęć można wprowadzić poprzez:

- skorzystanie z przycisku **Nowa pozycja** znajdującego się na dole okna przeglądu harmonogramów przyjęć,
- przez wykonanie rezerwacji lub rejestracji w *Terminarzu*,
- poprzez wprowadzenie wizyty w *Gabiniecie*,
- w oknie obsługi eRezerwacji (w przypadku korzystania z modułu dodatkowego eRejestracja).

W celu dodania pacjenta do harmonogramu przyjęć bezpośrednio w oknie *Harmonogram przyjęć* należy podświetlić na liście wybrany harmonogram i w dolnym panelu formatki wybrać przycisk **Nowa pozycja**.

Nowy harmonogram Dane harmonogramu Statystyki Plan przyjęć Uzupełnianie statystyk Ocena

**Wyszukiwanie zaawansowane**

Rodzaj harmonogramu:

Kod centralny komórki org.:

Zastosuj Wyczyść

**Wyszukiwanie podrzędnych**

ID pacjenta:

Nazwisko:

PESEL:

Data planowana od - do:

Data wpisu od - do:

Data skreślenia od - do:

Dokładność planowania:

Zastosuj Wyczyść


**Harmonogram przyjęć**

Nazwa harmonogramu	Kod...	Kod res. cz. VIII	Kod...	Kod procedury	Nazw
Poradnia ginekologiczna	18...	1452	0..		
Poradnia neurologiczna	18...	1220	0..	71002	REHABILITACJA NEUROLOGICZNA
Poradnia stomatologiczna	19...	1800	0..		

**Poradnia stomatologiczna (190275)**

Nr	Rok	Data wpisu	Dokl. plan.	Kategoria świadczeniobiorcy	Termin dost. skier.	Data dost. skier.
1	2019	17-10-2019 09:47	Dzień	Oczekujący		
2	2019	17-10-2019 09:47	Dzień	Oczekujący		

Nowa pozycja Dane pozycji Zmień termin lub kategorię Wykreśl z harmonogramu Przywróć do harmonogramu

Na formatce *Nowa pozycja harmonogramu przyjęć* należy uzupełnić wszystkie niezbędne dane, w tym dane pacjenta. Pacjenta można wybrać ze słownika pacjentów, korzystając z przycisku  lub wpisując ręcznie jego dane w polu "Nazwisko i imię/PESEL".

**Nowa pozycja harmonogramu przyjęć**

Harmonogram przyjęć

Harmonogram: 190275 ... Poradnia stomatologiczna Procedura:

**Dane świadczeniobiorcy**

Nazwisko i imię / PESEL: Telefon:

Dokument identyfikujący: Inny kontakt:

Adres zamieszkania:

**Pozycja harmonogramu**

Kategoria świadczeniobiorcy: Oczekujący Uprawnienie dodatkowe: Kategoria medyczna: Przypadek stabilny

Planowany termin realizacji: 28-11-2019 09:47 Dokładność planowania: Dzień

☐ Termin na życzenie pacjenta Wcześniejszy termin realizacji proponowany przez świadczeniodawcę:

Data wpisu do harmonogramu u świadczeniodawcy, który zakończył realizację danego świadczenia:

Jeśli pacjent, którego numer PESEL wpisano w polu "Nazwisko i imię/PESEL", nie znajduje się w bazie, pojawi się komunikat o możliwości dodania go z domyślnymi danymi osobowymi:

W Kartotece pacjentów nie ma pacjenta o numerze PESEL "\*\*\*\*\*"

Czy chcesz dodać nowego pacjenta o tym numerze PESEL i domyślnych pozostałych danych osobowych?

- Wybranie przycisku **Tak** spowoduje dodanie pacjenta do bazy z domyślnymi danymi osobowymi (tzn. w *Kartotece* zostanie wprowadzony nr PESEL, data urodzenia, płeć oraz oddział NFZ). Przy najbliższej okazji użytkownik programu powinien zweryfikować poprawność tych danych i uzupełnić pozostałe informacje.
- Wybranie przycisku **Nie** spowoduje otwarcie formatki [Nowy pacjent](#) w celu dokładnego wprowadzenia danych pacjenta do systemu mMedica.

W przypadku, kiedy wybrany pacjent nie ma wypełnionych wszystkich danych, które wymagane są do ewidencji i sprawozdawczości harmonogramu przyjęć, wyświetlony zostanie stosowny komunikat. Aby uzupełnić brakujące dane, należy wybrać przycisk **Dane pacjenta** znajdujący się u góry ekranu.

Brak następujących danych pacjenta:

- nr domu w adresie zamieszkania.
- Aby uzupełnić, wejdź w dane pacjenta.

## 8.5.1 Szczegółowe dane pozycji

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Dane pozycji](#)

Aby podejrzeć szczegółowe dane wybranej pozycji harmonogramu przyjęć, należy:

- Zaznaczyć na liście harmonogramu przyjęć, do którego wpisano pozycję.
- Odszukać i zaznaczyć na liście pacjenta, którego dane będą przeglądane/modyfikowane.
- Wybrać przycisk **Dane pozycji** znajdujący się w dolnym panelu formatki.

Wykonanie powyższych czynności spowoduje otwarcie formatki *Pozycja harmonogramu przyjęć*. Za pomocą przycisków znajdujących się w górnym panelu można wykonać następujące działania:

- Usunąć pozycję - opcja dostępna dla pozycji, które nie zostały jeszcze przesłane.
- [Zmienić planowany termin](#) realizacji świadczenia.
- [Zmienić kategorię](#).
- [Wykreślić pacjenta](#) z harmonogramu przyjęć.
- [Przywrócić pacjenta](#) do harmonogramu przyjęć, jeśli został już z niej wcześniej wykreślony.
- Podejrzeć i zmodyfikować dane pacjenta.
- Podejrzeć historię zmian pozycji harmonogramu wraz ze szczegółowymi informacjami o użytkowniku dokonującym modyfikacji oraz przyczynie zmiany.

**Uwaga!** W przypadku, gdy pozycja w harmonogramie przyjęć jest powiązana z rezerwacją wizyty pacjenta, to usunięcie pozycji spowoduje również usunięcie rezerwacji.

## Harmonogramy przyjęć

Funkcje dodatkowe

Usuń Zmień termin lub kategorię Wykreśl z harmonogramu Przywróć do harmonogramu Historia zmian Dane pacjenta

Pozycja harmonogramu przyjęć – Kowalski Jan (M), 50 lat

**Harmonogram przyjęć**

Harmonogram: 189760 ... Poradnia neurologiczna Procedura: 71002 – REHABILITACJA NEUROLOGICZNA

**Dane świadczeniobiorcy**

Nazwisko i imię: Kowalski Jan Telefon:   
Dokument identyfikujący: Poprawny nr PESEL : Inny kontakt:   
Adres zamieszkania:

**Pozycja harmonogramu**

Kategoria świadczeniobiorcy: Oczekujący Uprawnienie dodatkowe: Kategoria medyczna: Przypadek stabilny   
Planowany termin realizacji: 09.11.2019 09:20 Dokładność planowania: Dzień   
☐ Termin na życzenie pacjenta Wcześniejszy termin realizacji proponowany przez świadczeniodawcę:   
Data wpisu do harmonogramu u świadczeniodawcy, który zakończył realizację danego świadczenia:

**Rozpoznanie/powód przyjęcia**

Kod rozpoznania: G60.0 Powód przyjęcia:   
Operowana strona: Okolica ciała: Nazwa

**Skierowanie**

e-Skierowanie:   
Termin dostarczenia: Dostarczono w dniu: Wysłano pocztą Zwrócono w dniu:

**Wpis do harmonogramu**

Data i godzina: 21.10.2019 09:20 Użytkownik: NOWAKA ... Nowak Anna Numer pozycji na liście: 1 W roku: 2019

**Ostatnia zmiana terminu i/lub kategorii**

Data i godzina: Przyczyna:

**Wykreślenie z harmonogramu**

Data i godzina: Przyczyna:

**Przywrócenie do harmonogramu**

Data i godzina: Przyczyna:

**Uwagi**

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26. czerwca 2019 roku rozszerzono możliwość ewidencji o dane takie jak:

- kategoria świadczeniobiorcy,
- uprawnienie dodatkowe – dla posiadających prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej,
- wcześniejszy termin realizacji proponowany przez świadczeniodawcę – dla terminów na życzenie pacjenta,
- okolica ciała – słownik dla pozycji przekazywanych do AP-KOLCE (informacja przekazywana od 01.10.2019),
- numer skierowania / karty DiLO.

Szczegółowy opis poszczególnych pól:

- **Kategoria świadczeniobiorcy** - pole rozwijalne. Umożliwia wybór pozycji zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia.



- **Kategoria medyczna** - pole edytowalne tylko dla kategorii świadczeniobiorcy "Oczekujący".

Domyślnie podpowiadana kategoria to "przypadek stabilny". W razie potrzeby należy wybrać inną kategorię, dostępną po rozwinięciu listy.

- **Planowany termin realizacji** - planowana data i godzina realizacji świadczenia.

Jeśli kategoria świadczeniobiorcy ma wartość „Oczekujący”, w polu tym podpowiada się planowany termin realizacji ostatniej aktywnej pozycji w harmonogramie dla wybranej kategorii medycznej, bez uwzględnienia pozycji oznaczonych jako „Termin na życzenie”. Jeśli brak jest takiej pozycji albo jej termin dotyczy przeszłości, podpowiada się data bieżąca. W razie konieczności podpowiadany termin może być zmieniony przez użytkownika.

Jeśli kategoria świadczeniobiorcy ma wartość inną niż „Oczekujący”, żaden termin nie zostaje podpowiadany. Użytkownik musi go wskazać.

W przypadku harmonogramów przyjęć utworzonych dla komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu opieki długoterminowej o kodach resortowych cz. VIII:

2140, 2141, 2142, 2180, 2181, 2184, 5160, 5161, 5170, 5171

nie jest wymagane uzupełnienie planowanego terminu realizacji przy dodawaniu pozycji pacjenta.

- **Dokładność planowania** - domyślnie ustawiona wartość to "Dzień". Inną dostępną wartością jest "Tydzień".

Pole jest możliwe do edycji, jeśli wybrano kategorię świadczeniobiorcy „Oczekujący” lub „Oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty DiLO”.

- **Uprawnienie dodatkowe** - pole aktywne do edycji, jeśli w polu „Kategoria świadczeniobiorcy” wybrano wartość „Posiadający prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej”.

W polu są dostępne uprawnienia z części III tabeli nr 13 załącznika nr 3 do rozporządzenia. Dla powyższej kategorii świadczeniobiorcy uprawnienie wypełni się automatycznie na podstawie danych pacjenta w kartotece, jeśli wcześniej zostało tam uzupełnione.

- **Termin na życzenie pacjenta** - do zaznaczenia, gdy termin wizyty wyznacza się na wyraźne życzenie pacjenta i jest on różny od terminu proponowanego przez placówkę.

**Uwaga!** Rezerwacje z zaznaczeniem tego pola będą pomijane podczas wyznaczania pierwszego wolnego terminu i jego sprawozdawania. Będą pomijane również w przypadku podpowiadania kolejnego wolnego terminu w kolejce oczekujących.

- **Wcześniejszy termin realizacji proponowany przez świadczeniodawcę** - pole dostępne do edycji, przy zaznaczonej opcji "Termin na życzenie pacjenta".
- **Data wpisu do harmonogramu u świadczeniodawcy, który zakończył realizację danego świadczenia** - uzupełniana w przypadku zgłoszenia się pacjenta z zaświadczeniem od świadczeniodawcy,


który zakończył wykonywanie umowy o udzielenie świadczeń.


Pole jest dostępne do edycji tylko dla kategorii świadczeniobiorcy „Oczekujący” lub „Oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty DiLO”.


- **Kod rozpoznania** lub **Powód przyjęcia** - wypełnienie jednego z tych pól jest wymagane dla pozycji harmonogramu przyjęć do procedury wysokospecjalistycznej (przesyłanego do AP-KOLCE).
- **Operowana strona** - pole dostępne do edycji tylko dla harmonogramów przyjęć utworzonych dla procedur wysokospecjalistycznych o kodach: 30002, 30003, 30005, 30006, 30007, 40008, 40009, 80003, 80004, 80005, 80006, 90126 oraz kategorii świadczeniobiorcy innej niż „Oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty DiLO”.

Pole te umożliwia wybranie wartości "Lewa" lub "Prawa".

- **Okolica ciała** - pole dostępne do edycji tylko dla harmonogramów przyjęć do procedur wysokospecjalistycznych (przesyłanych do AP-KOLCE).

Po wybraniu przycisku  następuje otwarcie słownika okolic ciała. Pozycja ze słownika może być dodana poprzez dwukrotne kliknięcie na nią lewym przyciskiem myszy lub podświetlenie jej i skorzystanie z przycisku **Wybierz**. W razie potrzeby użytkownik może wprowadzić wiele różnych okolic ciała.

- **e-Skierowanie** - wyświetlony zostaje numer e-Skierowania. Wybranie przycisku  wywołuje listę przyjętych skierowań pacjenta, które są e-Skierowaniami. Dane wybranego skierowania zostaną wyświetlone w polu.

**Uwaga!** Dla kategorii świadczeniobiorcy „Oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty DiLO” pole te przyjmuje nazwę **Karta DiLO**. Wybranie przycisku  wywołuje listę przyjętych skierowań pacjenta typu „Karta DiLO”. Dane wybranej karty zostaną wyświetlone w polu.

- **Termin dostarczenia** - dotyczy wyznaczonego terminu dostarczenia skierowania.

Pole jest zablokowane do edycji. Wypełnia się ono automatycznie, jeśli w kalendarzu pracy komórki, której dotyczy harmonogram, w polu „Skierowanie” wybrano wartość „Zawsze” lub wartość „Tylko dla pacjentów pierwszorazowych”, a pacjent jest pierwszorazowy. Termin wyznacza się jako 14 dni roboczych od dnia wpisu do harmonogramu lub jako planowany termin realizacji (w zależności od tego, który z tych dni jest wcześniejszy).

- **Dostarczono w dniu** - dotyczy rzeczywistego terminu dostarczenia skierowania.

Pole jest odblokowane do edycji przy wyznaczonym wcześniej terminie dostarczenia skierowania. Po jego zaznaczeniu aktywowane jest pole wyboru daty. Domyślnie podpowiada się data bieżąca.

- **Wysłano pocztą** - pole aktywne do edycji przy wyznaczonym terminie dostarczenia skierowania. Zaznacza się je, jeśli pacjent wysłał skierowanie pocztą.
- **Zwrócono w dniu** - pole odblokowane do edycji, jeśli potwierdzono dostarczenie skierowania.
- sekcja Wpis do harmonogramu > pole **Data i godzina** - dotyczy daty i godziny wpisu pacjenta do harmonogramu.

## 8.5.2 Zmiana planowanego terminu

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Zmień termin lub kategorię](#)

W celu zmiany planowanego terminu realizacji świadczenia należy:

1. Zaznaczyć na liście odpowiedni harmonogram przyjęć.
2. Odszukać i zaznaczyć na liście pacjenta, któremu będzie zmieniany termin realizacji świadczenia.
3. Wybrać przycisk **Zmień termin lub kategorię** znajdujący się w dolnym panelu formatki.

Wykonanie powyższych czynności spowoduje otwarcie formatki *Zmiana terminu lub kategorii pozycji w harmonogramie przyjęć*. W polu "Planowany termin realizacji" należy wprowadzić nową planowaną datę i godzinę realizacji świadczenia oraz wskazać odpowiednią wartość w polu "Przyczyna zmiany".

Zmiana terminu lub kategorii pozycji w harmonogramie przyjęć – Kowalski Jan

**Historia zmian**

*	Data wpisu/zmiany	Plan. termin realizacji	Dokł. plan.	Kategoria świadczeniobiorcy
▶	26-04-2021 09:25	27-05-2021 09:25	Dzień	Oczekujący

**Przyczyna zmiany:**

**Pozycja harmonogramu**

**Skierowanie**

Kategoria świadczeniobiorcy: Oczekujący

Uprawnienie dodatkowe:

Kategoria medyczna: Przypadek stabilny

Planowany termin realizacji: 27-05-2021 09:25

Dokładność planowania: Dzień

☐ Termin na życzenie pacjenta

Wcześniejszy termin realizacji proponowany przez świadczeniodawcę:

e-Skierowanie:

Termin dostarczenia:

☐ Dostarczono w dniu:


**Data i przyczyna zmiany**


Data i godzina: 18-05-2021 14:16

Przyczyna zmiany:

Opis:

EDM

 Zatwierdź

 Wyjście

Jeżeli w polu "Przyczyna zmiany" jest wybrana wartość "Inna przyczyna", "Przesunięcie wszystkich osób na liście oczekujących (grupowe)" lub "Z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy", wymagane jest również zamieszczenie opisu zmiany (pole "Opis").

Istnieje możliwość wprowadzenia daty i godziny zmiany. Służy do tego pole "Data i godzina" znajdujące się w sekcji Data i przyczyna zmiany. Program nie pozwoli zatwierdzić zmian, jeżeli wprowadzana w tym polu data będzie późniejsza od daty bieżącej.

**Uwaga!** W przypadku gdy pozycja w harmonogramie jest powiązana z rezerwacją wizyty pacjenta, to zmiana planowanej daty spowoduje również zmianę daty rezerwacji w *Terminarzu*.

Jeżeli pozycja została wprowadzona do harmonogramu przyjęć poprzez rezerwację w *Terminarzu*, zmiany jej planowanego terminu można dokonać także za pomocą opcji zmiany terminu rezerwacji lub poprzez edycję rezerwacji.

W programie dostępna jest funkcjonalność zbiorczej zmiany planowanego terminu. Działa ona dla pozycji z kategorią świadczeniobiorcy "Oczekujący" lub "Oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty DiLO" i tylko takich, które mają uzupełniony planowany termin realizacji. Aby zbiorczo zmienić planowany termin dla wielu pacjentów, posiadających którąś z powyższych kategorii, należy w oknie harmonogramów przyjęć, po wskazaniu odpowiedniego harmonogramu, zaznaczyć na liście pozycje tych pacjentów, na przykład za pomocą myszki i klawisza Ctrl. Kolejnym krokiem jest wybór przycisku **Zmień termin lub kategorię**, znajdującego się w dolnym panelu okna. Po tej czynności wyświetli się okno z informacją o liczbie pozycji ulegającej modyfikacji i równocześnie umożliwiające określenie nowego planowanego terminu.

Zbiorcza zmiana terminu 3 pozycji w harmonogramie przyjęć

Rodzaj zmiany: Przesunięcie o liczbę dni

Liczba dni: 15

Przyczyna zmiany: Przesunięcie wszystkich osób na liście oczekujących (grupowe)

Opis:

Zatwierdź Wyjście

Poprzez wybór odpowiedniej pozycji w polu "Rodzaj zmiany" użytkownik wskazuje, czy termin ma być przesunięty o daną ilość dni, czy na konkretną datę. W zależności od wybranego rodzaju zmiany uaktywni się pole odpowiednio: do wpisania liczby dni przesunięcia lub wyboru daty nowego terminu.

Zbiorcza zmiana terminu 3 pozycji w harmonogramie przyjęć

Rodzaj zmiany: Przesunięcie na dzień

Planowany dzień realizacji: 20-10-2020

Przyczyna zmiany: Przesunięcie wszystkich osób na liście oczekujących (grupowe)

Opis:

Zatwierdź Wyjście



### 8.5.3 Zmiana kategorii świadczeniobiorcy lub kategorii medycznej

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Zmień termin lub kategorię](#)

Aby dokonać zmiany kategorii pozycji harmonogramu przyjęć, należy:

1. Zaznaczyć na liście odpowiedni harmonogram przyjęć.
2. Odszukać i zaznaczyć na liście pozycję, dla której będzie zmieniana kategoria.
3. Wybrać przycisk **Zmień termin lub kategorię** znajdujący się w dolnym panelu formatki.

Wykonanie powyższych czynności spowoduje otwarcie formatki *Zmiana terminu lub kategorii pozycji w harmonogramie przyjęć*. W celu zmiany kategorii świadczeniobiorcy należy wybrać odpowiednią pozycję w polu "Kategoria świadczeniobiorcy".

Dla wybranej kategorii świadczeniobiorcy "Oczekujący" jest możliwość zmiany wartości pola "Kategoria medyczna". W przypadku pozostałych kategorii świadczeniobiorcy pole "Kategoria medyczna" pozostaje puste i zablokowane do edycji.

Zmiana terminu lub kategorii pozycji w harmonogramie przyjęć – Kowalski Jan

**Historia zmian**

Data wpisu/zmiany	Plan. termin realizacji	Dokł. plan.	Kategoria świadczeniobiorcy
26-04-2021 09:25	27-05-2021 09:25	Dzień	Oczekujący

Przyczyna zmiany:

**Pozycja harmonogramu**

**Skierowanie**

Kategoria świadczeniobiorcy: Oczekujący

Uprawnienie dodatkowe:  Kategoria medyczna: Przypadek stabilny

Planowany termin realizacji: 27-05-2021 09:25 Dokładność planowania: Dzień

☐ Termin na życzenie pacjenta

Wcześniejszy termin realizacji proponowany przez świadczeniodawcę:

e-Skierowanie:



Termin dostarczenia:  ☐ Dostarczono w dniu:

**Data i przyczyna zmiany**

Data i godzina: 18-05-2021 14:16

Przyczyna zmiany:

Opis:

EDM  Zatwierdź  Wyjście

Istnieje możliwość wprowadzenia daty i godziny zmiany. Służy do tego pole "Data i godzina" znajdujące się w sekcji **Data i przyczyna zmiany**. Program nie pozwoli zatwierdzić zmian, jeżeli wprowadzana w tym polu data będzie późniejsza od daty bieżącej.

Zmiana kategorii świadczeniobiorcy oraz kategorii medycznej wymaga uzupełniania opisu zmiany w polu "Opis".

Jeżeli pozycja została wprowadzona do harmonogramu przyjęć poprzez rezerwację w *Terminarzu*, zmiany jej kategorii można dokonać także poprzez edycję tej rezerwacji.

## 8.6 Wykreślenie pacjenta z harmonogramu przyjęć

Wykreślenie pacjenta z harmonogramu przyjęć może nastąpić poprzez:

- ręczne wykreślenie pozycji z harmonogramu (przycisk **Wykreśl z harmonogramu**),
- realizację wizyty lub hospitalizacji,
- odwołanie rezerwacji powiązanej z pozycją w harmonogramie przyjęć,
- odmowę przyjęcia do szpitala podczas rozpoczęcia realizacji hospitalizacji w module Hospitalizacje,
- poprzez uzupełnienie daty zgonu w danych pacjenta.

### 8.6.1 Z powodu realizacji świadczenia

Po zrealizowaniu świadczenia świadczeniodawca zobowiązany jest wykreślić pacjenta z harmonogramu przyjęć. Pacjent może być wykreślony z harmonogramu przyjęć z powodu realizacji świadczenia na dwa sposoby:

1. [Automatycznie](#).
2. [Ręcznie](#).

#### 8.6.1.1 Wykreślanie automatyczne

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Ewidencja](#) > [Podstawowe](#)

Jeśli w powyższej ścieżce w sekcji *Wizyty i hospitalizacje* zostanie zaznaczony parametr **"Automatycznie wykreślaj pacjenta z harmonogramu przyjęć przy autoryzacji/zatwierdzeniu danych"**, to wprowadzenie danych wizyty/hospitalizacji dla pacjenta w tej samej komórce, spowoduje automatyczne wykreślenie pozycji z harmonogramu przyjęć podczas jej zatwierdzania. Wykreślenie nastąpi automatycznie, bez dodatkowego komunikatu.

Jeśli zaś powyższy parametr jest wyłączony, to przy zatwierdzeniu wizyty/ hospitalizacji pacjenta wpisanego do harmonogramu przyjęć z odpowiednią kategorią świadczeniobiorcy pojawi się poniższy komunikat, wymagający od użytkownika podjęcia decyzji o wykreśleniu pacjenta z harmonogramu bądź nie:

Pacjent ma aktywną pozycję w harmonogramie przyjęć.

Harmonogram: \*\*\*

Planowana data realizacji: \*\*\*

Czy chcesz wykreślić pacjenta z harmonogramu?

TAK

NIE

Dodatkowo, jeśli pozycja w harmonogramie powiązana jest z elektronicznym skierowaniem, wykreślenie pacjenta z harmonogramu przyjęć spowoduje przekazanie informacji o realizacji e-skierowania do P1 z odpowiednim komunikatem: "Zostanie wysłana informacja o zrealizowaniu świadczenia..." lub "Zostanie wysłana rezygnacja realizacji skierowania..."

### 8.6.1.2 Wykreślanie ręczne

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Wykreśl z harmonogramu](#)

Jeśli z jakichś powodów pacjent nie został wykreślony z harmonogramu przyjęć, należy dokonać jego ręcznego wykreślenia, wykonując poniższe kroki:

1. Zaznaczyć na liście odpowiedni harmonogram przyjęć.
2. Odszukać i zaznaczyć na liście pacjenta, który ma zostać wykreślony.
3. Wybrać przycisk **Wykreśl z harmonogramu** znajdujący się w dolnym panelu formatki.
4. W oknie dialogowym *Wykreślenie pozycji z harmonogramu przyjęć* wykonać:
  - a) W polu "Data skreślenia" wybrać datę realizacji świadczenia.
  - b) W polu "Przyczyna skreślenia" wybrać wartość **Zrealizowanie świadczenia**.
  - c) W polu "ID wizyty realizującej" wybrać przycisk [...], który otworzy okno prezentującej listę wizyt pacjenta w danej komórce organizacyjnej. Na liście należy zaznaczyć odpowiednią wizytę i zatwierdzić zmiany.

Dla przyczyny skreślenia "Zrealizowanie świadczenia" wskazanie identyfikatora wizyty (pole "ID. wizyty realizującej"), podczas której dane świadczenie zostało wykonane, jest wymagane. Identyfikator ten widoczny jest m.in. w danych wizyty w polu "ID wizyty".

## 8.6.2 Z innych przyczyn

Wykreślenia z harmonogramu przyjęć można dokonać również z powodu przyczyn innych niż realizacja świadczenia, np. z powodu niezgłoszenia się pacjenta w wyznaczonym terminie, niedostarczenia oryginału skierowania w ciągu 14 dni itd.

W takich sytuacjach możliwe jest dokonanie tylko ręcznego wykreślenia pacjenta według poniższych kroków:

1. Zaznaczyć na liście odpowiedni harmonogram przyjęć.
2. Odszukać i zaznaczyć na liście pacjenta, który ma zostać wykreślony.
3. Wybrać przycisk **Wykreśl z harmonogramu** znajdujący się w dolnym panelu formatki.
4. W oknie dialogowym *Wykreślenie pozycji z harmonogramu przyjęć* wskazać datę skreślenia.
5. W polu "Przyczyna skreślenia" rozwinąć listę i wybrać przyczynę skreślenia.

Dodatkowo w trakcie wykreślenia pacjenta z harmonogramu można zaznaczyć fakt zwrócenia mu skierowania poprzez zaznaczenie pola "Zwrot". Pole to aktywuje się dla przyczyny skreślenia innej niż realizacja świadczenia, jeśli wcześniej wprowadzono datę dostarczenia skierowania.

Informacja o zwrocie skierowania zostanie odnotowana również w [rejestrze](#) dostępnym z poziomu: [Terminarz/Rejestracja > Funkcje dodatkowe > Rejestr rezerwacji ze skierowaniem](#).

Jeżeli pacjent jest wpisany do harmonogramu przyjęć jako oczekujący na wykonanie świadczenia i zostanie w jego danych w karcie pacjenta uzupełniona data zgonu, wyświetli się komunikat:



Po wybraniu przycisku **Tak** nastąpi wykreślenie pozycji pacjenta z harmonogramu przyjęć z przyczyną: "Zgon osoby wpisanej w harmonogramie przyjęć".

### 8.6.3 Zmiana przyczyny skreślenia

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Zmień przyczynę skreślenia](#)

Aby zmienić przyczynę skreślenia pozycji wykreślonej z harmonogramu przyjęć, należy:

1. Zaznaczyć odpowiedni harmonogram przyjęć.
2. Odszukać i zaznaczyć na liście pacjenta, dla którego ma zostać zmieniona przyczyna skreślenia. W tym celu należy skorzystać z filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie podrzędnych*:
  - a) Wprowadzić dane pacjenta korzystając z dowolnego filtra, np. ID pacjenta, Nazwisko, PESEL.
  - b) We filtrze "Warunki" wybrać jedną z wartości:
    - **Wykreślone niezrealizowane** - aby wyświetlić dane pacjenta wykreślonego z innej przyczyny niż realizacja świadczenia.
    - **Zrealizowane** - aby wyświetlić dane pacjenta wykreślonego z powodu realizacji świadczenia.
3. Wybrać przycisk **Zmień przyczynę skreślenia**, znajdujący się w dolnym panelu formatki.
4. W oknie dialogowym *Zmiana przyczyny skreślenia* w polu "Przyczyna skreślenia" wybrać z listy prawidłową przyczynę (patrz przykład poniżej), a następnie zatwierdzić zmianę przyciskiem **Zatwierdź**.

**Uwaga!** W programie została wprowadzona blokada zmiany przyczyny skreślenia na "Zrealizowane świadczenie". W przypadku wyboru takiej pozycji, wyświetli się komunikat:

Przy zmianie skreślenia nie można wybrać przyczyny:  
Zrealizowanie świadczenia.

**Ok**

**Uwaga!** Aby wykonanie operacji było możliwe dla pozycji przesłanych do AP-KOLCE, zalogowany użytkownik musi posiadać dane logowania do tego systemu.

## 8.7 Przywrócenie pacjenta do harmonogramu przyjęć

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Przywróć do harmonogramu](#)

Aby przywrócić do harmonogramu przyjęć pacjenta, który został omyłkowo z niego wykreślony, należy:

1. Zaznaczyć odpowiedni harmonogram przyjęć.
2. Odszukać i zaznaczyć na liście pacjenta, który ma zostać przywrócony do harmonogramu. W tym celu należy skorzystać z filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie podrzędnych*:
  - a) Wprowadzić dane pacjenta korzystając z dowolnego filtra, np. ID pacjenta, Nazwisko, PESEL.
  - b) We filtrze "Warunki" wybrać jedną z wartości:
    - **Wykreślone niezrealizowane** - aby wyświetlić dane pacjenta wykreślonego z innej przyczyny niż realizacja świadczenia.
    - **Zrealizowane** - aby wyświetlić dane pacjenta wykreślonego z powodu realizacji świadczenia.
3. Wybrać przycisk **Przywróć do harmonogramu** znajdujący się w dolnym panelu formatki.
4. W oknie dialogowym *Przywracanie pozycji do harmonogramu przyjęć* wskazać datę przywrócenia (domyślnie podpowiadana jest bieżąca data) i wpisać przyczynę przywrócenia w przygotowanym polu tekstowym.

Po zatwierdzeniu zmian zostanie wyświetlony komunikat, informujący o konieczności aktualizacji wszystkich statystyk od miesiąca, w którym nastąpiło wykreślenie pacjenta z kolejki. Aktualizacja statystyk została omówiona w rozdziale: [Aktualizacja danych w statystyce](#).

Przywrócenie pozycji wymaga aktualizacji wszystkich statystyk dla harmonogramu od miesiąca \*\*/2019.  
Kontynuować?

TAK

NIE

**Uwaga!** W przypadku harmonogramów przyjęć sprawozdawanych do AP-KOLCE możliwość przywrócenia do harmonogramu istnieje dla pozycji wykreślonych z przyczyną "Niezgłoszenie się przez osobę wpisaną w harmonogramie przyjęć w ustalonym terminie udzielenia świadczenia". Wprowadzono także wyjątek polegający na możliwości przywrócenia pozycji wykreślonej z dowolną przyczyną, pod warunkiem, że została ona przywrócona wcześniej po stronie systemu AP-KOLCE, a przywrócenie w programie jest wykonywane

przez użytkownika posiadającego dane logowania do systemu AP-KOLCE.

## 8.8 Funkcje dodatkowe harmonogramów przyjęć

Harmonogramy przyjęć w programie mMedica posiadają dwie dodatkowe funkcjonalności, opisane poniżej:

- możliwość przenoszenia pacjentów między harmonogramami,
- plan przyjęć, czyli zbiorczą listę osób ze wszystkich harmonogramów prowadzonych przez świadczeniodawcę.

### 8.8.1 Przenoszenie pacjentów między harmonogramami

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Przenoszenie między harmonogramami](#)

W razie konieczności przeniesienia pacjentów z jednego harmonogramu przyjęć do drugiego należy skorzystać z funkcjonalności **Przenoszenie między harmonogramami**. Funkcja dostępna jest w lewym górnym rogu formatki *Harmonogram przyjęć*, po rozwinięciu menu "Funkcje dodatkowe".

**Uwaga!** Przed skorzystaniem z funkcjonalności zalecane jest wykonanie [kopii zapasowej](#).

Formatka *Przenoszenie pacjentów między harmonogramami* podzielona jest na dwa okna:

1. **Z harmonogramu** – w tym oknie z listy rozwijanej wybiera się harmonogram pierwotny, z którego zostaną przeniesieni pacjenci do nowego harmonogramu.
2. **Do harmonogramu** - w tym oknie z listy rozwijanej wybiera się harmonogram, do której zostaną przeniesieni pacjenci.

Po wybraniu harmonogramów przyjęć, pomiędzy którymi zostanie dokonane przeniesienie, w lewym oknie *Z harmonogramu* wyświetlona zostanie lista pacjentów wpisanych do harmonogramu.

Aby przenieść pacjenta do nowego harmonogramu należy zaznaczyć go na liście lewym przyciskiem myszki,



następnie skorzystać z przycisku **Przenieś zaznaczone**. Aby przenieść kilku pacjentów naraz należy przytrzymać na klawiaturze klawisz CTRL i zaznaczyć na liście kilku pacjentów, następnie skorzystać z



przycisku



Wybranie przycisku **Przenieś wszystkie** spowoduje przeniesienie wszystkich pozycji znajdujących się w oknie. Pacjenci przeniesieni do nowego harmonogramu zostaną na liście oznaczeni kolorem zielonym (okno *Do harmonogramu*).

**Przenoszenie pacjentów pomiędzy harmonogramami przyjęć**

**Z harmonogramu**

190275 ... Poradnia stomatologiczna

Nr	Rok	Pacjent	Data wpisu	Planowana data real.	Kategoria świadcze
1	2019		30-10-2019 08:...	31-10-2019 00:00	Kontynuujący leczenie
2	2019		29-10-2019 08:...	04-12-2019 08:33	Oczekujący
4	2019		30-10-2019 08:...	04-12-2019 08:33	Oczekujący

**Do harmonogramu**

189507 ... Poradnia stomatologiczna 2

Nr	Rok	Pacjent	Data wpisu	Planowa
----	-----	---------	------------	---------

**Parametry**

☒ Przenieś pozycje z datą bieżącą ☐ Przenieś pozycje z pierwotną datą wpisu, wykreślając je z datą bieżącą

☐ Przenieś pozycje z datą:  ☐ Przenieś pozycje z pierwotną datą wpisu, wykreślając je z datą:

Przyczyna przeniesienia:

**Uwaga!** Pacjenci przenoszeni są do nowego harmonogramu domyślnie z bieżącą datą wpisu i równocześnie wykreślani są w "starym" harmonogramie z podaniem daty bieżącej. Jeśli istnieje konieczność zmiany tych dat, należy skorzystać z opcji znajdujących się w sekcji Parametry:

- **Przenieś pozycje z pierwotną datą wpisu, wykreślając je z datą bieżącą** - zaznaczenie pola pozwoli przenieść pozycje z ich pierwotną datą wpisu i równocześnie wykreślić je ze źródłowego harmonogramu z datą bieżącą.
- **Przenieś pozycje z datą** - zaznaczenie pola i wybranie daty z kalendarza pozwoli przenieść pozycje z datą wpisu wskazaną przez użytkownika systemu.
- **Przenieś pozycje z pierwotną datą wpisu, wykreślając je z datą** - zaznaczenie pola i wybranie daty z kalendarza pozwoli przenieść pacjenta z pierwotną datą wpisu, a data wykreślenia pacjenta z harmonogramu pierwotnego będzie datą wskazaną przez użytkownika.

Po ewentualnym zaznaczeniu powyższych parametrów należy wprowadzić przyczynę przeniesienia. Można ją wpisać w polu "Przyczyna przeniesienia" bądź skorzystać z przycisku wyboru [...] i utworzyć słownik przyczyn zmian w dokumentacji medycznej, zawierający tę przyczynę. Zapisanie zmian przyciskiem **Zatwierdź** spowoduje przeniesienie pacjentów do wybranego harmonogramu.

## 8.8.2 Plan przyjęć

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć > Plan przyjęć](#)  
lub [Ewidencja > Harmonogramy przyjęć > Plan przyjęć](#)

Plan przyjęć jest dodatkową funkcjonalnością, umożliwiającą podgląd listy osób ze wszystkich harmonogramów przyjęć prowadzonych przez świadczeniodawcę.

Aby otworzyć formatkę *Plan przyjęć* należy przejść do jednej z ww. ścieżek. W otwartym oknie za pomocą filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* można zawęzić warunki wyszukiwania do konkretnego harmonogramu, pacjenta, planowanej daty realizacji świadczenia, kategorii itd. Natomiast przyciski znajdujące się w górnym panelu formatki umożliwiają:

- [Dodanie nowej pozycji](#) do wybranego harmonogramu przyjęć.
- [Podgląd](#) szczegółowych danych pozycji.
- Wydrukowanie zbiorczej listy osób z harmonogramów przyjęć.

## 8.9 Statystyki harmonogramów przyjęć

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Statystyki](#)

Aby przeglądać statystyki poszczególnych harmonogramów przyjęć należy wybrać przycisk **Statystyki** znajdujący się w górnym panelu formatki *Harmonogram przyjęć*. W górnym oknie prezentowana jest lista aktualnych harmonogramów, zaś w dolnym oknie informacje statystyczne dotyczące wybranego harmonogramu.

Aby podejrzeć szczegółowe dane statystyki dla wybranego harmonogramu przyjęć, należy w górnym oknie zaznaczyć harmonogram na liście, a w dolnym oknie zaznaczyć interesującą datę sprawozdawczą. Statystykę otwiera się poprzez dwukrotne kliknięcie myszką lub wybranie przycisku **Dane statystyki**. Zostanie otwarte okno dialogowe *Dane szczegółowe statystyki* prezentujące m.in. liczbę przypadków pilnych i stabilnych, dane statystyczne poszczególnych kategorii świadczeniobiorcy oraz status potwierdzenia statystyki przez NFZ.

The screenshot shows a software interface for managing appointment statistics. The main window is titled 'Harmonogram przyjęć - statystyki'. A dialog box titled 'Dane szczegółowe statystyki' is open, displaying a table of statistics for the period 'Wrzesień 2020' to '30-09-2020'. The table is divided into two main sections: 'Dane statystyczne kategorii medycznej' and 'Dane statystyczne kategorii świadczeniobiorcy'. The first section includes rows for 'Liczba oczekujących', 'Rzeczywisty czas oczekiwania', 'Szacunkowy czas oczekiwania', 'Liczba osób skreślonych w danym miesiącu', 'Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym', 'Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w ostatnich 3/6 miesiącach', and 'Liczba osób ze zmianą terminu na podstawie art. 20 ust. 9a ustawy'. The second section includes rows for 'Przyjęty na bieżąco', 'Oczekujący', 'Oczekujący dłużej', 'Z prawem poza kolejnością', 'Kontynuujący leczenie', and 'Przyjęty w stanie nagłym'. Each row has input fields for numerical values. At the bottom of the dialog, there are buttons for 'Potwierdzenie', 'Status', 'Do eksportu', 'Usuń', 'Zatwierdź', and 'Wyjście'.

### 8.9.1 Dodanie nowej statystyki

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Statystyki](#) > [Nowa statystyka](#)

Statystykę można utworzyć najwcześniej w ostatnim dniu miesiąca sprawozdawczego, za który ma zostać ona przekazana. Przykład: Dopiero 31 października można utworzyć statystykę za miesiąc październik.

Aby utworzyć nową statystykę dla harmonogramu przyjęć należy wykonać poniższe czynności:

1. W górnym oknie formatki *Harmonogram przyjęć - statystyki* zaznaczyć na liście harmonogram, do którego będzie tworzona statystyka.
2. Wybrać przycisk **Nowa statystyka**, znajdujący się w górnym panelu.
3. W oknie dialogowym *Nowa statystyka* uzupełnić pole "Data oceny". Można ją wprowadzić ręcznie lub skorzystać z kalendarza widocznego po rozwinięciu listy. Data oceny musi mieścić się w granicach miesiąca sprawozdawczego.  
Jeśli przed utworzeniem statystyki zostanie dokonana [ocena harmonogramu](#) przyjęć, to pole "Data oceny" zostanie automatycznie uzupełnione datą pobraną z oceny.
4. Zmiany zatwierdzić.



Miesiąc w polu "Okres spr." jest domyślnie podpowiadany i dotyczy zawsze poprzedniego miesiąca sprawozdawczego. Jeżeli istnieje konieczność utworzenia statystyki za poprzednie miesiące, należy rozwinąć listę i wybrać odpowiedni okres sprawozdawczy.

Wartości liczbowe znajdujące się w sekcji *Dane statystyk* wyliczane są na podstawie danych wprowadzonych przez użytkownika systemu.

**Rzeczywisty czas oczekiwania** oblicza się odrębnie dla każdej grupy osób wpisanych na listę oczekujących w poszczególnych komórkach organizacyjnych świadczeniodawcy. Grupy te wyodrębniane są ze względu na kryterium medyczne, o którym mowa w § 8 ust. 1 pkt 6 lit. b rozporządzenia. Czas jest liczony na podstawie osób, które zostały skreślone z kolejki.

Oblicza się go zgodnie z następującym wzorem:  $T = D/L$ , gdzie:

T - średni czas oczekiwania,

D - łączna liczba dni oczekiwania, gdzie  $D = d^1 + d^2 + \dots + d^n$ , gdzie:

$d^n$  - liczba dni oczekiwania każdej osoby skreślonej w okresie ostatnich sześciu miesięcy z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, na które oczekiwała, liczona od daty wpisania na listę oczekujących do daty rozpoczęcia wykonywania świadczenia,

L - łączna liczba osób skreślonych w ostatnich 3 miesiącach z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia.

Tak utworzoną i zatwierdzoną statystykę można sprawozdać do OW NFZ poprzez wykonanie [eksportu](#).

## 8.9.2 Zbiorcze uzupełnianie statystyk

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć > Uzupełnianie statystyk](#)

lub [Ewidencja > Harmonogramy przyjęć > Zbiorcze uzupełnianie statystyk](#)

Formatka *Zbiorcze uzupełnianie statystyk* umożliwia równoczesne uzupełnienie statystyk bądź pierwszych wolnych terminów dla wszystkich harmonogramów przyjęć prowadzonych przez świadczeniodawcę.

Zbiorcze uzupełnianie danych można wykonać dla wszystkich harmonogramów lub dla wybranego harmonogramu przyjęć, wskazanej wcześniej w polu wyszukiwania "Centralny kod komórki".

Aby zbiorczo utworzyć statystyki lub wyznaczyć wolne terminy dla harmonogramów przyjęć, należy wykonać poniższe czynności:

1. Uzupełnić pole "Data oceny". Datę można wprowadzić ręcznie lub skorzystać z kalendarza widocznego po rozwinięciu listy.
2. Zaznaczyć ☒ zakres, dla którego mają zostać uzupełnione dane:
  - **Statystyki** - zostaną uzupełnione statystyki na podstawie danych wprowadzonych w systemie.
  - **Wolne terminy** - zostaną uzupełnione informacje o wolnych terminach na podstawie danych wprowadzonych w systemie.

Zaznaczenie jednej z powyższych opcji (lub dwóch) spowoduje podświetlenie przycisku **Wyznacz**.
3. Wybrać przycisk **Wyznacz**, który spowoduje uzupełnienie informacji o statystykach/wolnych terminach dla przypadków pilnych i stabilnych.
4. Zmiany zatwierdzić.

Centralny kod komórki	Część VIII kodu res.	Część VII kodu res.	Kod procedury	Nazwa harmonogramu	Data przygotowania	Przypadki pilne	Przypadki stabilne	Data sprawozdawcza	Data oceny	Rzecz. czas oczek.
189...	1220	014	71002	Poradnia neurologi...	05-11-2019	19-11-2019	30-11-2019	31-10-2019	31-10-2019	20
190...	1800	013		Poradnia stomatologii...	05-11-2019	05-11-2019	05-11-2019	31-10-2019	31-10-2019	0
189...	1452	012		Poradnia ginekologicz...	05-11-2019	05-12-2019	25-12-2019	31-10-2019	31-10-2019	15

Tak utworzone statystyki i wyznaczone informacje o pierwszym wolnym terminie można sprawozdzać do OW NFZ poprzez wykonanie [eksportów](#).

### 8.9.3 Eksport statystyk

Ścieżka: [Komunikacja](#) > [Eksport danych](#) > [Harmonogramy przyjęć](#)

Poprawny eksport statystyk harmonogramów przyjęć wymaga posiadania ustawionej aktualnie obowiązującej wersji komunikatu eksportu. Jej wyboru dokonuje się w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Komunikacja](#) > [Eksport](#).

Aby wysłać do NFZ informacje o statystykach należy w oknie eksportu harmonogramów przyjęć wykonać poniższe czynności:

1. W polu "Typ danych" wybrać wartość **Statystyka**.
2. W polu "Miesiąc sprawozdawczy" wybrać miesiąc, za który będzie wykonywany eksport. System domyślnie podpowiada poprzedni miesiąc sprawozdawczy.
3. Opcjonalnie w polu "Kody komórek" można rozwinąć listę i usunąć zaznaczenie dla komórek, dla których harmonogramy nie mają być eksportowane. Na liście zostały domyślnie zaznaczone wszystkie kody komórek.
4. Wybrać przycisk **Eksportuj**, który rozpocznie proces przekazywania danych.

Opis wybranych pól z formatki *Eksport harmonogramów przyjęć*:

- **Kody komórek** - po rozwinięciu listy prezentowane są kody wszystkich komórek organizacyjnych, do których utworzono w systemie harmonogramy przyjęć. Zostały one domyślnie zaznaczone, co oznacza, że wszystkie zostaną sprawozdane podczas komunikacji. Jeśli istnieje konieczność sprawozdania danych z wybranych komórek, należy usunąć zaznaczenie przy ich nazwach.
- **Eksportuj ponownie statystyki, które nie otrzymały jeszcze potwierdzenia** - zaznaczenie parametru pozwala ponownie wysłać statystyki oraz pierwsze wolne terminy, które zostały zakwestionowane przez NFZ (posiadają status: Błąd (odrzucona)) lub które zostały wysłane, ale nie zostało zaimportowane dla nich jeszcze żadne potwierdzenie.
- **Wyznacz pierwszy wolny termin na podstawie pozycji w harmonogramie** - zaznaczenie spowoduje wysłanie pierwszych wolnych terminów na podstawie danych pobranych z harmonogramów przyjęć. Jeśli do wyznaczenia pierwszego wolnego terminu użytkownik wprowadził dane ręcznie, zostaną one zignorowane.

## 8.9.4 Aktualizacja danych w statystyce

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Statystyki](#) > [Dane statystyki](#)

Jeśli po wykonaniu eksportu statystyki zaistnieje konieczność jej ponownego sprawozdania do NFZ, należy dokonać jej aktualizacji według poniższych zaleceń.

Aktualizacja danych w statystyce zalecana jest w następujących sytuacjach:

- Jeśli statystyka zostanie odrzucona przez NFZ i otrzyma status "Błąd (odrzucona)".
- Jeśli po zatwierdzeniu statystyki przez NFZ (status "Potwierdzona bez ostrzeżeń"), użytkownik dokonywał zmian w harmonogramie przyjęć, np. dodawał, wykreślał pozycje z harmonogramu w ramach przesłanego miesiąca sprawozdawczego.
- Jeśli istnieje konieczność ponownego przesłania statystyki posiadającej jeden ze statusów: Wyeksportowana, Potwierdzona z ostrzeżeniami, Potwierdzona bez ostrzeżeń.

Aby zaktualizować dane w statystyce należy wykonać poniższe czynności:

1. Przejsć do ścieżki: [Harmonogram przyjęć](#) > [Statystyki](#).
2. W górnym oknie formatki *Harmonogram przyjęć - statystyki* zaznaczyć na liście harmonogram, dla której będzie aktualizowana statystyka.
3. W dolnym oknie formatki zaznaczyć na liście statystykę za dany okres sprawozdawczy i otworzyć ją przyciskiem **Dane statystyki**.
4. Dla otwartego okna *Dane szczegółowe statystyki* przycisnąć na klawiaturze przycisk **F2**.
5. Zatwierdzić zmiany i dokonać ponownego [eksportu](#) statystyki, jeśli to konieczne.

Użycie przycisku F2 na klawiaturze podpowiada aktualne wartości w statystyce na podstawie danych wprowadzonych do harmonogramu przyjęć. Jeśli użytkownik dokonywał zmian na pozycjach harmonogramu, wybranie przycisku F2 powoduje ponowne przeliczenie statystyk przez aplikację i dotychczas wyświetlane dane mogą ulec zmianie. Oprócz tego zmianie ulegnie status potwierdzenia statystyki na "Do eksportu", umożliwiając jej ponowne przesłanie.

Dane szczegółowe statystyki

Poradnia

Okres spr.:   Data oceny:

Dane statystyczne kategorii medycznej			Dane statystyczne kategorii świadczeniobiorcy			
	Przypadki pilne	Przypadki stabilne		Liczba aktywnych pozycji na ostatni dzień miesiąca	Liczba skreślonych w danym okresie rozliczeniowym	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w danym okresie rozliczeniowym
Liczba oczekujących:	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="3"/>	Przyjęty na bieżąco	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Rzeczywisty czas oczekiwania:	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	Oczekujący	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Szacunkowy czas oczekiwania:	<input type="text" value="7"/>	<input type="text" value="10"/>	Oczekujący dilo	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Liczba osób skreślonych w danym miesiącu:	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	Z prawem poza kolejnością	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	Kontynuujący leczenie	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w ostatnich 3/6 miesiącach	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	Przyjęty w stanie nagłym	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
Liczba osób ze zmianą terminu na podstawie art. 20 ust. 9a ustawy	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>				

Potwierdzenia

Status: Do eksportu

F2 - podpowiadanie aktualnych wartości

**Uwaga!** Należy pamiętać, że statystyki są liczone narastająco. W razie aktualizacji statystyki za odległy okres sprawozdawczy (np. sprzed 4 miesięcy), konieczna jest również aktualizacja wszystkich statystyk następujących po tym miesiącu i przesłanie tych danych do NFZ.

## 8.9.5 Usunięcie statystyki

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Statystyki](#) > [Dane statystyki](#) > [Usuń](#)

W celu usunięcia statystyki należy przejść do powyższej ścieżki, otworzyć dwuklikiem wybraną [statystykę](#) i w oknie *Dane szczegółowe statystyki* wybrać przycisk **Usuń**.

**Uwaga!** Można dokonać usunięcia tylko statystyki, która jeszcze nie została eksportowana do NFZ (posiada status "Do eksportu"). Przy próbie usunięcia statystyki z innym statusem zostanie wyświetlony komunikat:



Nie można usunąć statystyki przesłanej do OW NFZ.

## 8.10 Pierwszy wolny termin

Świadczeniodawcy sprawozdający dane z zakresu list oczekujących są zobowiązani do przekazywania informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.

### 8.10.1 Wyznaczanie pierwszego wolnego terminu

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Dane harmonogramu](#)

Aby przygotować informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, należy podświetlić na liście harmonogram przyjęć, następnie wybrać przycisk **Dane harmonogramu** znajdujący się w górnym panelu formatki *Harmonogram przyjęć*.

Otwarte zostanie nowe okno dialogowe, w którego dolnej części znajduje się sekcja *Pierwszy wolny termin*, informująca o:

- dacie przygotowania danych o pierwszym wolnym terminie,
- dacie pierwszego wolnego terminu dla przypadków pilnych,
- dacie pierwszego wolnego terminu dla przypadków stabilnych,
- statusie eksportu.

Opis statusów mogących wystąpić w sekcji *Pierwszy wolny termin*:

- **Nowa pozycja** - oznacza, że żaden termin nie został jeszcze wyznaczony lub po wyznaczeniu nie został nigdy wysłany.
- **Do eksportu** – status nadawany po każdej modyfikacji danych, które wcześniej były wyeksportowane.
- **Wysłana** – status nadany po przesłaniu danych do NFZ.
- **Potwierdzona** – status nadany po odebraniu importu z systemu NFZ, potwierdzającego poprawne sprawozdanie danych.
- **Błąd** – status nadany po odebraniu importu z systemu NFZ, kwestionującego poprawne sprawozdanie danych.

Harmonogram przyjęć

Harmonogram

Nazwa: Długoterminowa opieka domowa

Rodzaj: Dla komórek organizacyjnych

Procedura: ...

☒ Eksportuj do OW NFZ

☐ Automatycznie dodawaj pozycję w kategorii „Kontynuujący leczenie” po realizacji pozycji w kategorii „Oczekujący”

Harmonogram podlega sprawozdawczości komunikatem danych o listach oczekujących

Komórka organizacyjna

Centralny kod komórki: ...

Kod resortowy cz. VII: 001

Kod resortowy cz. VIII: 2140 ... Zespół długoterminowej opieki domowej

☒ W komórce są udzielane świadczenia dla dzieci

Pierwszy wolny termin

Data przygotowania: ... Wyznacz

Przypadki pilne: ... Status: Nowa pozycja

Przypadki stabilne: ... Historia Wyślij

Data oceny

Data oceny: ... Wyślij

☒ Zatwierdź ☐ Wyjście

Użytkownik może wyznaczyć informację o pierwszym wolnym terminie na dwa sposoby:

1. [Automatycznie](#) - za pomocą przycisku **Wyznacz**.
2. [Ręcznie](#).

W programie można również dokonać zbiorczego wyznaczenia pierwszego wolnego terminu dla wszystkich harmonogramów przyjęć prowadzonych przez świadczeniodawcę. Funkcjonalność ta została opisana w rozdziale: [Zbiorcze uzupełnianie statystyk](#).



### 8.10.1.1 Wyznaczanie automatyczne

Do automatycznego wyznaczania pierwszych wolnych terminów służy przycisk **Wyznacz**, znajdujący się w oknie dialogowym *Harmonogram przyjęć*.

Program na podstawie listy osób oczekujących wprowadzonej do programu podpowiada pierwszy wolny termin dla przypadków pilnych i stabilnych. Podczas tego procesu uwzględniany jest kalendarz pracy komórki - w przypadku, gdy pierwszy wolny termin wypada w dzień, który został zdefiniowany w kalendarzu placówki jako wolny, zostanie wyznaczony najwcześniejszy dzień roboczy z [kalendarza komórki](#).

Ponadto pacjenci, którzy zostali [wpisani do harmonogramu](#) przyjęć z zaznaczeniem pola "Termin na życzenie pacjenta" będą pomijani podczas wyznaczania pierwszego wolnego terminu.

W przypadku braku osób oczekujących w harmonogramie przyjęć, daty dla przypadków pilnych i stabilnych równe będą dacie przygotowania sprawozdania. Natomiast data podpowiadana w polu "Data przygotowania" zawsze będzie datą bieżącą.

Wybranie przycisku **Zatwierdź** zapisuje zmiany. Tak wyznaczony pierwszy wolny termin można sprawozdać do OW NFZ poprzez wykonanie [eksportu](#).

**Uwaga!** Zgodnie z aktualnymi wytycznymi, pierwsze wolne terminy wyznaczane są na podstawie pozycji harmonogramu przyjęć posiadających kategorię świadczeniobiorcy: "Oczekujący".

### 8.10.1.2 Wyznaczanie ręczne

Aby ręcznie wyznaczyć pierwszy wolny termin należy w sekcji *Pierwszy wolny termin* dokonać ręcznego wyboru dat w odpowiednich polach. Daty można wprowadzić ręcznie lub skorzystać z kalendarza, dostępnego po rozwinięciu listy w wybranym polu.

The screenshot displays the 'Pierwszy wolny termin' (First free appointment) dialog box. It features a date selection interface for August 2017. The 'Data przygotowania' (Preparation date) field is set to 2017-08-08. A calendar pop-up is open, showing the month of August 2017. The date 2017-08-08 is highlighted with a red circle and labeled 'Dziś: 2017-08-08'. The interface includes buttons for 'Wyznacz' (Determine), 'Do eksportu' (Export), 'Historia' (History), 'Zatwierdź' (Confirm), 'Wyjście' (Exit), and 'Usuń' (Delete).

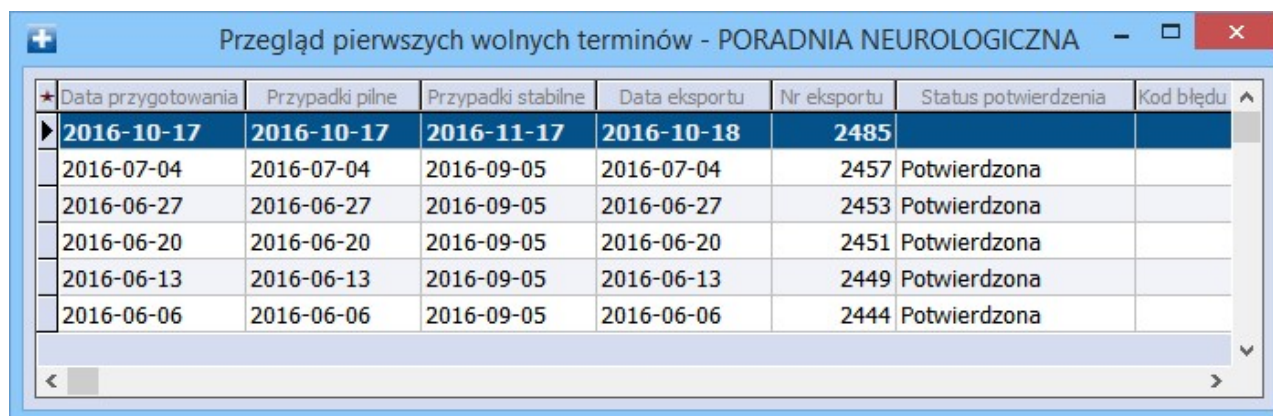
Aby tak wprowadzone i zatwierdzone dane zostały przekazane do OW NFZ, zaleca się wyłączyć parametr **"Wyznacz pierwszy wolny termin na podstawie pozycji w kolejce"** w oknie [eksportu](#).

## 8.10.2 Przegląd pierwszych wolnych terminów

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Dane harmonogramu](#) > [Historia](#)

Aby otworzyć przegląd wysłanych pierwszych wolnych terminów, należy wybrać przycisk **Historia**, znajdujący się w sekcji [Pierwszy wolny termin](#).

Otwarte zostanie nowe okno dialogowe, w którym można uzyskać informacje o dacie przygotowania danych o pierwszym wolnym terminie, o wyznaczonych terminach dla przypadków pilnych i stabilnych, o statusie eksportu itd.



Data przygotowania	Przypadki pilne	Przypadki stabilne	Data eksportu	Nr eksportu	Status potwierdzenia	Kod błędu
2016-10-17	2016-10-17	2016-11-17	2016-10-18	2485		
2016-07-04	2016-07-04	2016-09-05	2016-07-04	2457	Potwierdzona	
2016-06-27	2016-06-27	2016-09-05	2016-06-27	2453	Potwierdzona	
2016-06-20	2016-06-20	2016-09-05	2016-06-20	2451	Potwierdzona	
2016-06-13	2016-06-13	2016-09-05	2016-06-13	2449	Potwierdzona	
2016-06-06	2016-06-06	2016-09-05	2016-06-06	2444	Potwierdzona	

## 8.10.3 Eksport pierwszych wolnych terminów

Ścieżka: [Komunikacja](#) > [Eksport danych](#) > [Harmonogramy przyjęć](#)

Poprawny eksport pierwszych wolnych terminów dla harmonogramów przyjęć wymaga posiadania ustawionej aktualnie obowiązującej wersji komunikatu eksportu. Jej wyboru dokonuje się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [Komunikacja > Eksport](#).

Aby wysłać do NFZ informację o pierwszym wolnym terminie, należy w oknie eksportu harmonogramów przyjęć wykonać poniższe czynności:

1. W polu "Typ danych" wybrać wartość **Terminy**. Wartość ta podpowiada się domyślnie, ze względu na konieczność częstej sprawozdawczości.
2. W polu "Miesiąc sprawozdawczy" wybrać miesiąc, za który będzie wykonywany eksport. System domyślnie podpowiada bieżący miesiąc sprawozdawczy.
3. Opcjonalnie w polu "Kody komórek" można rozwinąć listę i usunąć zaznaczenie dla komórek, dla których inf. o wolnym terminie nie mają być eksportowane. Na liście zostały domyślnie zaznaczone wszystkie kody komórek.
4. Wybrać przycisk **Eksportuj**, który rozpocznie proces przekazywania danych.

Opis wybranych pól formatki i zrzut ekranu znajdują się w rozdziale: [Eksport statystyk](#).

## 8.11 Ocena harmonogramu przyjęć

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Ocena](#)

W aplikacji mMedica dostępna jest funkcjonalność przeprowadzania oceny harmonogramów przyjęć, w związku z koniecznością przekazywania tych danych w comiesięcznej sprawozdawczości.

Harmonogramy przyjęć podlegają okresowej ocenie (co najmniej raz w miesiącu):

- w szpitalu - przez zespół oceny przyjęć powołany przez świadczeniodawcę,
- w AOS - przez kierownika świadczeniodawcy,
- w pozostałych przypadkach - przez świadczeniodawcę.

Do zadań zespołu oceny harmonogramu przyjęć należy przeprowadzenie oceny pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.

Data oceny harmonogramu przyjęć powinna być przekazywana raz w miesiącu poprzez wykonanie eksportu danych do NFZ.

Aby przeglądać oceny poszczególnych harmonogramów, należy wybrać przycisk **Ocena**, znajdujący się w górnym panelu formatki *Harmonogram przyjęć*. W górnym oknie prezentowana jest lista aktualnych harmonogramów przyjęć, z kolei w dolnym oknie szczegółowe informacje o przeprowadzonych ocenach wybranego harmonogramu.

**Harmonogram przyjęć – oceny**

Nazwa harmonogramu	Kod...	Kod res. cz. VIII...	Kod procedury	Nazwa procedury
Poradnia ginekologiczna	18...	1452	0..	
Poradnia neurologiczna	18...	1220	0.. 71002	REHABILITACJA NEUROLOGICZNA
Poradnia stomatologiczna	19...	1800	0..	

**Poradnia stomatologiczna (190275)**

Data oceny	Okres oceny		Łączna liczba		Liczba oczekujących	Średni czas oczekiwania
	od	do	skreślonych	zmienionych		
2019-11-06	01-10-2019	31-10-2019	0	0	6	19

Nowa ocena **Dane oceny**

W celu podejrzenia danych oceny należy w górnym oknie zaznaczyć harmonogram przyjęć na liście, a w dolnym oknie zaznaczyć interesującą datę oceny. Dane oceny otwiera się poprzez wybranie przycisku **Dane oceny**. Zostanie otwarte okno dialogowe *Ocena listy oczekujących w ramach harmonogramu przyjęć* prezentujące dane oceny harmonogramu. Zatwierdzonych danych nie można modyfikować. W razie konieczności poprawienia oceny, należy dokonać jej usunięcia i ponownego wyznaczenia. W tym celu należy otworzyć szczegółowe dane oceny i wybrać przycisk **Usuń**.

## 8.11.1 Dodanie oceny harmonogramu przyjęć

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Ocena](#) > [Nowa ocena](#)

Aby utworzyć nową ocenę dla harmonogramu przyjęć, należy wykonać poniższe czynności:

- Przejsć do powyższej ścieżki i w oknie *Harmonogram przyjęć - oceny* zaznaczyć na liście harmonogram, który będzie oceniany. Następnie wybrać przycisk **Nowa ocena**, znajdujący się w dolnym panelu okna.
- W oknie *Ocena listy oczekujących w ramach harmonogramu przyjęć* uzupełnić nast. dane:
  - Dane osób tworzących zespół oceniających kolejkę. W przygotowanych polach: **Przewodniczący, Osoba 1, Osoba 2** wybrać z dostępnego słownika osoby personelu, które tworzą zespół oceniający.  
Podczas dodawania kolejnej oceny dla kolejki, program będzie podpowiadał skład zespołu wybrany poprzednim razem.
  - Okres, za który będzie tworzona ocena w polu "**Okres oceny od**". Okres oceny zawsze dotyczy jednego miesiąca, dlatego system automatycznie podpowiada ostatni dzień miesiąca w polu "Okres oceny do".
- Wybrać przycisk **Generuj ocenę**. Na podstawie danych ewidencjonowanych w programie zostaną wyświetlone dane dotyczące liczby osób (szczegóły poniżej).
- W przygotowanym polu tekstowym można wprowadzić dodatkowe uwagi, następnie zapisać dane przyciskiem **Zatwierdź**.

Po wygenerowaniu oceny, w oknie zostaną wyświetlone dane statystyczne harmonogramu przyjęć za wskazany okres oceny tj.:

- Liczba oczekujących - osoby aktywne wpisane do kolejki.
- Średni czas oczekiwania - wynik algorytmu wykorzystywanego w statystykach do obliczenia średniego czasu oczekiwania.
- Łączna liczba osób skreślonych - liczba osób skreślonych w ocenianym okresie.

- Łączna liczba zmian - liczba osób, którym zmieniono termin lub kategorię.

Ponadto, w dostępnych tabelkach zostaną wyświetlone podsumowane powody skreśleń oraz zmian, jakie zostały zaewidencjonowane w ocenianym okresie.

W dostępnym polu tekstowym "Uwagi" można wprowadzić dodatkowy opis dotyczący dokonanej oceny.

**Uwaga!** Jeśli w pierwszej kolejności zostanie dokonana ocena harmonogramu przyjęć, to podczas [tworzenia statystyki](#) do tego harmonogramu program automatycznie uzupełni pole "Data oceny".

## 8.12 Integracja z systemem AP-KOLCE

W programie mMedica dostępna jest funkcjonalność obsługi systemu AP-KOLCE dla harmonogramów przyjęć do procedur wysokospecjalistycznych.

**Uwaga!** W celu poprawnej komunikacji programu mMedica z systemem AP-KOLCE należy nadać użytkownikom, którzy dokonują operacji na harmonogramach przyjęć (wpis, modyfikacja itd.), następujące uprawnienia:

- a) **w programie mMedica** - wprowadzić dane użytkownika z odpowiednimi uprawnieniami w systemie AP-KOLCE w sekcji *Systemy NFZ* w ścieżce: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > [2. eRejestracja / Systemy NFZ](#).
- b) **na Portalu Świadczeniodawcy** - nadać pracownikowi uprawnienia do zarządzania systemem AP-KOLCE w sekcji *Edycja uprawnień użytkowników - dla systemów DILO, KOLCE*, zaznaczając opcję "Zarządzanie modułem kolejek centralnych".

Aby włączyć funkcjonalność, należy zaznaczyć parametr "**Komunikacja z AP-KOLCE**" znajdujący się w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Komunikacja](#) > [Inne](#). Od tego momentu wykonywanie wymienionych poniżej operacji na harmonogramach przyjęć, będzie powodować przekazywanie danych do systemu AP-KOLCE:

- a) dodanie nowej pozycji do harmonogramu przyjęć dla procedury wysokospecjalistycznej,
- b) modyfikacja pozycji tj. zmiana terminu, kategorii, wykreślenie pozycji, przywrócenie pozycji,
- c) wyznaczenie daty oceny harmonogramu przyjęć,
- d) wyznaczenie pierwszego wolnego terminu.

Jeżeli zalogowany użytkownik programu mMedica jest powiązany z użytkownikiem posiadającym uprawnienia do systemu AP-KOLCE (zgodnie z wcześniejszym opisem), wykonywanie przez niego operacji na harmonogramie przyjęć do procedury wysokospecjalistycznej będzie powodować przekazywanie poprzez webservice do systemu AP-KOLCE informacji o zmianach w trybie bieżącym. W przeciwnym wypadku, a także w sytuacji wystąpienia problemu z połączeniem z systemem AP-KOLCE lub błędów blokujących komunikację, dane gromadzone są na zasadzie "kolejkowania" do późniejszej zbiorczej wysyłki poprzez usługę mmService zainstalowaną na serwerze. Zbiorcza synchronizacja danych z systemem AP-KOLCE wykonywana jest automatycznie przez usługę mmService domyślnie co 3 godziny. Użytkownicy posiadający dodatkowy moduł Menedżer eksportów mogą zaplanować częstszą automatyczną synchronizację danych poprzez modyfikację zadania "Synchronizacja z AP-KOLCE" w Harmonogramie Zadań mMedica.

Wysyłka informacji do systemu AP-KOLCE dokonuje się "w tle". Dodatkowe komunikaty wyświetlane są tylko w przypadku wystąpienia błędów.

### Uwaga!

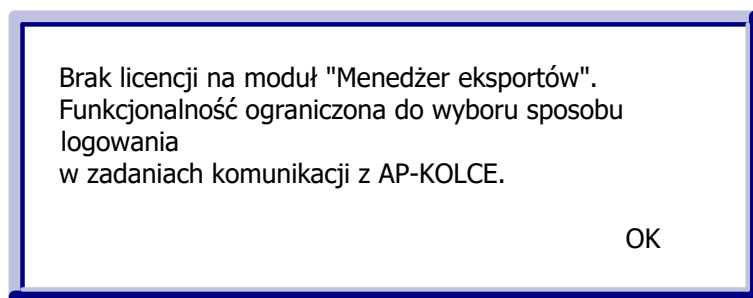
W aplikacji mMedica istnieje wymóg powiązania zadań automatycznej synchronizacji danych z użytkownikiem posiadającym odpowiednie uprawnienia w systemie AP-KOLCE. W przypadku jego niespełnienia automatyczna synchronizacja danych przez usługę mmService nie będzie możliwa. W celu powiązania zadań z użytkownikiem należy wykonać następujące kroki:

1. Przejść do: [Zarządzanie](#) > [Operacje techniczne](#) > [Harmonogram zadań](#).

Dostęp do powyższej opcji możliwy jest również przy braku aktywnego modułu dodatkowego "Menedżer



eksportów". W takim wypadku pojawi się komunikat:



Należy zatwierdzić go przyciskiem **OK**.

2. W oknie *Harmonogram zadań* wyświetlą się zadania synchronizacji z systemem AP-KOLCE. Należy zaznaczyć odpowiednie zadanie i w oknie jego danych uzupełnić sekcję Sposób logowania do serwera NFZ.

**Harmonogram zadań**

	Typ	Data rozpoczęcia	
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Synchronizacja pozycji z AP-Kolce</b>	17-08-2017 00:00	Co kilk
<input type="checkbox"/>	Synchronizacja słowników CSIOZ	27-12-2018 00:00	Co kilk
<input type="checkbox"/>	Komunikacja z ZSMOPL	27-03-2019 00:01	Co kilk
<input type="checkbox"/>	Synchronizacja pierwszych wolnych terminów z AP-Kolce	19-07-2019 00:00	W wyt
<input type="checkbox"/>	Synchronizacja dat ocen z AP-Kolce	19-07-2019 00:00	Co mie

**[Wybrana pozycja]**

Rodzaj: Synchronizacja pozycji z AP-Kolce

Prześlij raport na:

Wykonaj: Co kilka godzin Data rozpoczęcia: 2017-08-17 00:00

Co 3 godzin

**Sposób logowania do serwera NFZ**

☒ **Użytkownik:**

☐ **Login:** **Hasło:** **Typ świadczeniodawca**

**Id lekarza:**

Sposób logowania może być uzupełniony poprzez wskazanie użytkownika aplikacji mMedica, powiązanego z użytkownikiem posiadającym uprawnienia do systemu AP-KOLCE, (parametr **Użytkownik**) lub poprzez bezpośrednie wypełnienie danych użytkownika z uprawnieniami w systemie AP-KOLCE (parametr **Login**).

**Uwaga!** W przypadku skorzystania z opcji **Użytkownik** zadanie pobiera parametry logowania do systemu AP-KOLCE wprowadzone w danych użytkownika. W takiej sytuacji wystarczająca jest aktualizacja hasła w danych wskazanego użytkownika, w rejestrze użytkowników systemu mMedica ([Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu](#)). Natomiast jeżeli sposób logowania został uzupełniony poprzez zaznaczenie parametru **Login** i wpisanie w odpowiednich polach loginu i hasła, należy pamiętać o aktualizacji hasła

bezpośrednio w tym miejscu (w danych zadania) każdorazowo po jego zmianie po stronie systemu NFZ.

Edycja innych danych powyższych zadań będzie możliwa tylko w przypadku posiadania na stacji aktywnego modułu dodatkowego "Menedżer eksportów".

Historię automatycznej synchronizacji oraz jej ewentualne błędny można podejrzeć po zaznaczeniu harmonogramu przyjęć w oknie *Harmonogram przyjęć* i wybraniu w lewym górnym rogu ekranu opcji: [Funkcje dodatkowe > Raport z synchronizacji AP-KOLCE](#).

W przypadku aktywnego modułu dodatkowego "Menedżer eksportów" historię wykonania poszczególnych zadań automatycznej synchronizacji można sprawdzić po zaznaczeniu zadania w oknie *Harmonogram zadań* ([Zarządzanie > Operacje techniczne > Harmonogram zadań](#)) i wybraniu przycisku **Historia wykonania** zlokalizowanego w górnej części okna.

## 8.12.1 Dodanie pacjenta do harmonogramu przyjęć - wpis do AP-KOLCE

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć > Nowa pozycja](#)

Aby dodać pacjenta jednocześnie do harmonogramu przyjęć w programie mMedica i do systemu AP-KOLCE należy:

1. Na Portalu Świadczeniodawcy posiadać uprawnienia do systemu KOLCE, a w programie mMedica posiadać uzupełnione dane logowania do systemu eWUŚ.
2. Wykonać czynności opisane w rozdziale: [Dodanie pacjenta do harmonogramu przyjęć](#), w szczególności:
  - a) Wskazać harmonogram przyjęć do procedury wysokospecjalistycznej.
  - b) Na formatce *Nowa pozycja harmonogramu przyjęć* wypełnić wymagane dane, a w szczególności dane wymagane przez system AP-KOLCE (rozdział [Szczegółowe dane pozycji](#)).
3. Po wprowadzeniu danych zapisać je za pomocą przycisku **Zatwierdź**.

Dodanie pozycji do harmonogramu przyjęć w programie mMedica skutkuje przekazaniem tej informacji do systemu AP-KOLCE na zasadach określonych w opisie sposobu [integracji z systemem AP-KOLCE](#).

Pozycje w harmonogramie przyjęć, które zostały powiązane/wysłane do systemu AP-KOLCE posiadają oznaczenie na liście pozycji danego harmonogramu:

PORADNIA DERMATOLOGICZNA (189473)								
★	Data skreślenia	Przyczyna skr...	Data modyfikacji	Pilny	Identyfikator	Kod, res. VII	Kod, res. VIII	Termin na z... AP-KOLCE
➤					26126	020	1200	
					26809	020	1200	
					26810	020	1200	✓
					26811	020	1200	
					26820	020	1200	✓
					27075	020	1200	
					27063	020	1200	
					27244	020	1200	

### 8.12.2 Data oceny harmonogramu przyjęć - AP-KOLCE

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Dane harmonogramu](#)

Aby uzupełnić datę oceny harmonogramu przyjęć do procedury wysokospecjalistycznej, należy podświetlić go na liście, następnie wybrać przycisk **Dane harmonogramu** znajdujący się w górnym panelu formatki *Harmonogram przyjęć*. Otwarte zostanie nowe okno dialogowe, w którego dolnej części znajduje się sekcja *Data oceny*. Datę można wprowadzić ręcznie lub skorzystać z kalendarza, dostępnego po rozwinięciu listy w wybranym polu.

Zatwierdzenie danych, po wyznaczeniu daty oceny harmonogramu, a następnie naciśnięcie zamieszczonego w sekcji przycisku **Wyślij** spowoduje uruchomienie automatycznej wysyłki danych do systemu AP-KOLCE w czasie rzeczywistym.

Wyznaczona wcześniej przez użytkownika data oceny przesyłana jest automatycznie poprzez usługę mmService raz w miesiącu. Użytkownicy, posiadający dodatkowy moduł "Menedżer eksportów", mają dostęp do edycji terminów wykonywania tego zadania w Harmonogramie Zadań mMedica.

### 8.12.3 Pierwszy wolny termin - AP-KOLCE

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > [Dane harmonogramu](#)

Program mMedica posiada funkcjonalność przekazywania danych o pierwszym wolnym terminie do systemu AP-KOLCE.

Aby wyznaczyć pierwszy wolny termin dla harmonogramu przyjęć do procedury wysokospecjalistycznej, należy podświetlić go na liście, następnie wybrać przycisk **Dane harmonogramu**, znajdujący się w górnym panelu formatki *Harmonogram przyjęć*. Otwarte zostanie nowe okno dialogowe, gdzie w sekcji *Pierwszy wolny termin* dokonuje się wyznaczenia danych. Użytkownik może wyznaczyć informację o pierwszym wolnym terminie na dwa sposoby:

1. [Automatycznie](#) - za pomocą przycisku **Wyznacz**.
2. [Ręcznie](#).

Dane, które zostaną wprowadzone w sekcji *Pierwszy wolny termin*, zostaną przesłane do systemu AP-KOLCE w trybie bieżącym po naciśnięciu przycisku **Wyślij**.

Pierwszy wolny termin jest również wyznaczany i przesyłany automatycznie poprzez usługę mmService (działającą na serwerze) codziennie od poniedziałku do piątku, domyślnie o godzinie 00:00 lub po uruchomieniu usługi mmService. Użytkownicy, posiadający dodatkowy moduł "Menedżer eksportów", mają możliwość ustawienia innych dni i godziny wykonywania tego zadania w Harmonogramie Zadań mMedica.

W oknie edycji danych powyższego zadania dostępny jest parametr **"Wyznacz pierwszy wolny termin na podstawie pozycji w harmonogramie"**.

Rodzaj:	Synchronizacja pierwszych wolnych terminów z AP-Kolce			Aktywny
Prześlij raport na adres:			Prześlij raport:	Zawsze
Wykonaj:	W wybranych dniach	Data rozpoczęcia:	2019-07-19 00:00	
W dniach:	Poniedziałek, Wtorek, Środa, Czwartek, Piątek			
<b>Sposób logowania do serwera NFZ</b>				
<input checked="" type="radio"/> Użytkownik:				
<input type="radio"/> Login:		Hasło:		Typ świadczeniodawca <input type="checkbox"/>
		Id lekarza:		
<b>Pierwszy wolny termin</b>				
<input checked="" type="checkbox"/>	Wyznacz pierwszy wolny termin na podstawie pozycji w harmonogramie			
<b>Szczegóły ostatniego wykonania</b>				

Parametr ten jest domyślnie włączony. Jego wyłączenie powoduje, że podczas wykonywania zadania przez usługę mmService pierwszy wolny termin nie jest wyznaczany automatycznie, tylko przesyłane są daty wyznaczone przez użytkownika w danych harmonogramu przyjęć.

W celu zmiany ustawienia parametru należy przejść do

[Zarządzanie > Operacje techniczne > Harmonogram zadań](#)

i po zaznaczeniu zadania "Synchronizacja pierwszych wolnych terminów z AP-Kolce" na dole, w oknie jego danych, odznaczyć/zaznaczyć pole przy nazwie parametru.

Dokonanie powyższej zmiany nie wymaga posiadania modułu Menedżer Eksportów.

## 8.12.4 Usunięcie harmonogramu przyjęć - AP-KOLCE

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć > Dane harmonogramu](#)

Aby usunąć harmonogram przyjęć do procedury wysokospecjalistycznej, należy wykonać czynności opisane w rozdziale: [Usunięcie harmonogramu przyjęć z programu](#). Dodatkowo, usunięcie takiego harmonogramu wymaga określenia przyczyny poprzez wybranie jednej z opcji, które zostaną wyświetlone w oknie dialogowym:

- **Zaprzestanie wykonywania świadczenia danego rodzaju przez danego świadczeniodawcę** - harmonogram otrzyma status "Nieaktualny", a pacjenci zostaną wykreśleni z podaniem przyczyny "Zaprzestanie wykonywania świadczenia danego rodzaju". Informacja ta zostanie przekazana do AP-KOLCE.
- **Przeniesienie osoby wpisanej na listę oczekujących na inną listę oczekujących u danego świadczeniodawcy** - otwarta zostanie funkcjonalność [przeniesienia pacjentów](#) między harmonogramami przyjęć. Informacja ta zostanie przekazana do AP-KOLCE.

### 8.12.5 Ręczna synchronizacja danych

Ścieżka: [Harmonogram przyjęć](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Synchronizacja z AP-KOLCE](#)

Po przejściu do powyższej ścieżki i wybraniu opcji "Synchronizacja z AP-KOLCE", dokonuje się ręcznej synchronizacji danych pomiędzy systemami mMedica oraz AP-KOLCE. Wywołanie tej funkcji powoduje dwustronne działanie:

- pobranie danych z systemu AP-KOLCE i zapisanie ich w aplikacji (tylko aktywnych pozycji),
- powiązanie pozycji harmonogramu przyjęć dodanych w programie mMedica z odpowiadającymi im pozycjami zaewidencjonowanymi bezpośrednio w systemie AP-KOLCE,
- zakolejkowanie pozycji, które nie mają swoich odpowiedników po stronie systemu AP-KOLCE, do przekazania ich do AP-KOLCE poprzez zadanie automatycznej synchronizacji opisane w rozdziale [Integracja z systemem AP-KOLCE](#).



## Rozdział

## 9

## Deklaracje POZ

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#)



lub przycisk **DEKLARACJE** w oknie startowym programu

Na formatce *Lista deklaracji* prezentowana jest lista wszystkich aktywnych deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej środowiskowej złożonych w placówce podstawowej opieki zdrowotnej. Deklaracje posortowane są w kolejności alfabetycznej, a pozycje na liście mogą się powtarzać, ponieważ jedna osoba może mieć złożone deklaracje do kilku list aktywnych.

Funkcjonalność służy do:

1. Wykonywania działań na deklaracjach:
  - Dodanie nowej deklaracji
  - Podejrzenie danych wybranej deklaracji
  - Usunięcie deklaracji, która nie została jeszcze wyeksportowana
  - Zbiorcze wycofanie wybranych deklaracji
  - Zbiorcze kopiowanie wybranych deklaracji
  - Zmiana daty wycofania deklaracji
2. Wykonywania innych działań związanych z deklaracjami:
  - Wydrukowanie formularza deklaracji wyboru, zawierającego już dane pacjenta
  - Sprawdzenie statusu eWUŚ dla wybranych osób z listy deklaracji
  - [Zbiorcze dodawanie wizyt](#) dla osób wybranych z listy - funkcjonalność dostępna w wersji **mMedica +**

Z kolei, za pomocą menu ["Funkcje dodatkowe"](#) znajdującego się w lewym górnym rogu formatki, można wykonywać dodatkowe działania na deklaracjach jak: zbiorcza zmiana roku szkolnego, zbiorcze uzupełnienie danych w deklaracjach itd.

Aby prawidłowo przekazać do NFZ informacje o złożonych deklaracjach należy kolejno:

1. Dodać nową deklarację wyboru.
2. Utworzyć osobne sprawozdanie POZ dla każdej z list aktywnych.
3. Wykonać eksport deklaracji POZ dla każdej z list aktywnych.

## 9.1 Konfiguracja deklaracji

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#)

Przed rozpoczęciem pracy zalecane jest skonfigurowanie programu, co może znacząco wpłynąć na komfort pracy.

Sekcja: Przegląd i edycja

- **Wyświetlaj dane medycyny szkolnej** - zaznaczenie parametru spowoduje wyświetlanie dodatkowych kolumn z danymi (szkoła, klasa, fluoryzacja) w oknach zawierających informacje o deklaracjach np. [Kartoteka pacjentów](#) > [Deklaracje](#) lub Deklaracje.
- **Drukuj podczas zatwierdzania** - podczas zatwierdzania wprowadzanej deklaracji (poprzez użycie przycisku **Zatwierdź**) zostanie wydrukowana deklaracja wyboru, po uprzednim zatwierdzeniu komunikatu:

Sekcja: Obsługiwane listy aktywne

W sekcji zaznacza się listy aktywne, które są obsługiwane w placówce medycznej. Na podstawie dokonanego wyboru, w oknie dodawania nowej deklaracji będą wyświetlane zakładki, odpowiadające wybranym listom aktywnym. Przykład: jeśli placówka nie realizuje świadczeń medycyny szkolnej można usunąć zaznaczenie w polu "Medycyna szkolna".

**Nowa deklaracja**

**Pacjent**

PESEL: \*   Status: \*  Data ur.: \*

Nazwisko: \*  Nazwisko rodowe:  Imię: \*

**Adres zamieszkania** ☐ Brak danych **Adres do korespondencji**

Ulica i numer:  \*  /  Ulica i numer:

Kod poczt.:  Gmina:  Kod poczt.:

Miejscowość: \*   Tel.:   Miejscowość:

**Listy aktywne**

**1 Lekarze** **2 Pielęgniarki**

**Wybór świadczeniodawcy**

Data wyboru:   Który raz w tym roku: ☒ Pierwszy lub drugi ☐ Trzeci i kolejny

Powód kolejnego wyboru:   Przyczyna:

## 9.2 Dodanie deklaracji

Ścieżka: [Deklaracje > Nowa deklaracja](#)

lub [Ewidencja > Deklaracje > Przegląd deklaracji > Nowa deklaracja](#)

lub [Kartoteka pacjentów > Deklaracje > Nowa deklaracja](#)

Aby wprowadzić do programu nową deklarację należy wykonać poniższe czynności:

1. Przejść do formatki *Lista deklaracji* i wybrać przycisk **Nowa deklaracja**.
2. Uzupełnić dane pacjenta, któremu będzie dodawana deklaracja wyboru:
  - a) Jeśli pacjent został już wprowadzony do programu, należy w polu "PESEL" wybrać przycisk  i wskazać pacjenta ze słownika, do którego zostanie przekierowany użytkownik.
  - b) Jeśli pacjent nie został jeszcze wprowadzony do programu, należy w polu "PESEL" wpisać ręcznie jego PESEL i uzupełnić pozostałe pola jego danymi osobowymi. Zatwierdzenie danych spowoduje równoczesne dodanie pacjenta do bazy i złożenie mu deklaracji.
3. Następnie w sekcji *Listy aktywne* należy wybrać odpowiednią zakładkę, odpowiadającą liście aktywnej. Wypełnienie zakładek pozwoli złożyć jednocześnie kilka różnych deklaracji (dla wybranych list aktywnych) dla jednego pacjenta.
4. Uzupełnić obowiązkowe pola, które zostały oznaczone (\*).

**Deklaracja: Kowalski Jan (M)** 0000000000

**Pacjent**

PESEL: \* 0000000000   Status: \* U – cudzoziemiec z UE Data ur.: \* 1968-09-16 Płeć: \* Mężczyzna

Nazwisko: \* Kowalski Nazwisko rodowe:  Imię: \* Jan Drugie imię:

**Adres zamieszkania** ☐ Brak danych **Adres do korespondencji** ☒ Taki sam jak adres zamieszkania

Ulica i numer: Wojewódzka \* 1 /  Ulica i numer: Wojewódzka 1 /


Kod poczt.: 41-110 Gmina: 2469011 M. Katowice (miasto) Kod poczt.: 41-110 Gmina: \* 2469011 M. Katowice (miasto)

Miejscowość: \* 0937474 ... Katowice Tel.: 100-000-000 Miejscowość: 0937474 ... Katowice Tel.: 100-000-000

Opis wybranych pól znajdujących się w dolnej części okna:

- **Data wyboru** - data wyboru świadczeniodawcy przez pacjenta. Od wersji 9.0.0 aplikacji mMedica pole te jest widoczne tylko w danych wcześniej wprowadzonych deklaracji, w których informacja o dacie

wyboru została uzupełniona. Natomiast nie pojawia się już w oknie nowo dodawanej deklaracji.

- **Który raz w tym roku** - ilość razy w ciągu roku, kiedy pacjent złożył deklarację wyboru świadczeniodawcy. Należy zaznaczyć właściwe pole.
- **Powód kolejnego wyboru** - pole aktywne do edycji w przypadku 3. i każdego następnego wyboru w roku. Należy wskazać odpowiednią pozycję na liście rozwijalnej.
- **Miejsce złożenia** - domyślnie podpowiadana jest wartość "N - nie dotyczy".
- **Dokument** - pole podświetla się w przypadku dodawania deklaracji pacjentowi, któremu nie nadano nr PESEL. Jeśli wraz z deklaracją wymagane jest przekazanie do NFZ dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie zdrowotne, należy skorzystać z przycisku wyboru . Szczegóły w rozdziale: [Deklaracja pacjenta z UE](#).
- **Data zgłoszenia** - data złożenia deklaracji przez pacjenta.
- **Powód kolejnego zgłoszenia** - działanie analogiczne jak w przypadku pola "Powód kolejnego wyboru".

**Listy aktywne**

1 Lekarze 2 Pielęgniarki 3 Położne 4 Medycyna szkolna

**Wybór świadczeniodawcy**

Data wyboru:  Który raz w tym roku: ☒ Pierwszy lub drugi ☐ Trzeci i kolejny

Powód kolejnego wyboru:  Przyczyna:

**Dane deklaracji**

Kategoria podopiecznego:  Podtyp szkoły/wskaźnik:

Miejsce złożenia: \* N  Nie dotyczy  Placówka: \* 000  Poradnia

Powód kolejnego zgłoszenia:  Przyczyna:

Miejsce nauki:

Dokument:

Data zgłoszenia: \*  Który raz w tym roku: \* ☒ Pierwszy lub drugi ☐ Trzeci i kolejny

**Pacjent ma aktywną deklarację na liście Lekarze**

Personel: \*

W przypadku kiedy pacjent ma już złożoną deklarację, w sekcji *Dane deklaracji* pojawi się komunikat, który o tym poinformuje (zdj. powyżej). Wprowadzenie nowej deklaracji spowoduje automatyczne wycofanie deklaracji pacjenta istniejącej już w systemie, co zostanie potwierdzone komunikatem:

Pacjent ma już aktywne deklaracje na wybrane listy.  
Czy chcesz dodać nowe deklaracje i wycofać stare?

Tak


Nie

## 9.2.1 Deklaracja pacjenta z UE

Aby złożyć deklarację POZ pacjentowi bez nadanego numeru PESEL, uprawnionemu na podstawie przepisów o koordynacji należy dodatkowo wskazać jeden z poniższych dokumentów ubezpieczeniowych:

- Poświadczenie formularza typu **E106**
- Poświadczenie formularza typu **E109**

W tym celu należy wykonać poniższe kroki:

1. Wprowadzić do bazy pacjenta zgodnie z instrukcją ['Dodanie pacjenta z UE'](#).
2. Uzupełnić dane na deklaracji wyboru zgodnie z instrukcją ['Dodanie deklaracji'](#).
3. W sekcji *Dane deklaracji* wybrać przycisk  znajdujący się w polu "Dokument". Zostanie otwarte okno *Słownik dokumentów UE*, prezentujące dokumenty ubezpieczeniowe danego pacjenta.
4. Zaznaczyć na liście odpowiedni dokument i zatwierdzić wybór przyciskiem **Wybierz**, znajdującym się w górnym panelu okna.
5. Zatwierdzić wprowadzaną deklarację.

**Deklaracja: Kowalski Jan (M)** 0000000000

---

**Pacjent**

PESEL: \* 00000000000  Status: \* U – cudzoziemiec z UE Data ur.: \* 1968-09-16 Płeć: \* Mężczyzna

Nazwisko: \* Kowalski Nazwisko rodowe: Imię: \* Jan Drugie imię:

**Adres zamieszkania** ☐ Brak danych **Adres do korespondencji** ☒ Tak sam jak adres zamieszkania

Ulica i numer: Wojewódzka \* 1 / Kod poczt.: 41-110 Gmina: 2469011 M. Katowice (miasto)

Miejscowość: \* 0937474 ... Katowice Tel.: 100-000-000

**Listy aktywne**

1 Lekarze 2 **Pielęgniarki** 3 Położne 4 Medycyna szkolna

**Wybór świadczeniodawcy**


Data wyboru: Który raz w tym roku: 1

**Dane deklaracji**

Kategoria podopiecznego: Podtyp szkoły/wskaźnik:

Miejsce złożenia: \* N ... Nie dotyczy Płacówka: \*

Miejsce nauki:

**Dokument:** 

Data zgłoszenia: \* Który raz w tym roku: \* 1

## 9.2.2 Deklaracja pacjenta z Ukrainy

Zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ 104/2015/DI z dnia 29 grudnia 2015 r. od 01 lutego 2015 r. obowiązuje wersja komunikatu eksportu DEKL 5;1.7. Umożliwia ona przekazywanie deklaracji w przypadku cudzoziemców bez nadanego numeru PESEL i posiadających prawo do świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

**Uwaga!** Warunkiem koniecznym do prawidłowego sprawozdania deklaracji POZ dla takiego pacjenta jest uzupełnienie serii i numeru dowodu osobistego lub paszportu w [danych pacjenta](#). W przypadku niewprowadzenia tych danych podczas zatwierdzania deklaracji, pojawi się komunikat:

Brak innego identyfikatora pacjenta.

Poniższa instrukcja przedstawia sposób ewidencji pacjenta spoza UE, posiadającego **zgode na pobyt czasowy**. Pozostałe przypadki zostały opisane w następujących rozdziałach:



- [Dodanie pacjenta z Ukrainy](#)
- [Pacjent z Kartą pobytu](#)

Aby złożyć deklarację POZ pacjentowi spoza UE, bez nadanego numeru PESEL, posiadającego zgodę na pobyt czasowy należy wprowadzić go do systemu zgodnie z instrukcją: [Dodanie pacjenta z Ukrainy](#). Jedyną różnicą jest rodzaj ewidencjonowanego dokumentu ubezpieczeniowego. Na zakładce *Ubezpieczenie* należy wybrać przycisk **Zgoda na pobyt czasowy**. W nowo otwartym oknie należy zaznaczyć opcję **"Zgoda na pobyt czasowy"** i uzupełnić wymagane pola (oznaczone \*) o informacje zawarte w okazywanym przez pacjenta dokumencie.

Tak wprowadzonemu pacjentowi można dodać [deklarację POZ](#) dla wybranej listy aktywnej.

**Uwaga!** Dokument zgody na pobyt czasowy przekazywany jest tylko w komunikacie DEKL. Do rozliczenia świadczeń udzielonych pacjentowi z Ukrainy, konieczne jest przekazanie innych dokumentów ubezpieczeniowych, opisanych w rozdziale: [Dodanie pacjenta z Ukrainy](#).

W związku z komunikatem NFZ z dnia 17.05.2022 r., dotyczącym deklaracji medycyny szkolnej dzieci z Ukrainy, które przybyły na terytorium RP po dniu 24.02.2022 r. w związku z konfliktem zbrojnym, w wersji 8.1.4 aplikacji mMedica wprowadzono możliwość sprawozdawania [deklaracji medycyny szkolnej](#) składanych takim uczniom bez nadanego numeru PESEL. Dokładne informacje na ten temat zawiera rozdział [Dodanie pacjenta z Ukrainy \(ustawa z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy\)](#).

### 9.2.3 Deklaracja noworodka po nadaniu PESEL

Uzupełnienie nr PESEL noworodkowi spowoduje wycofanie deklaracji złożonej z peselem zerowym i złożenie nowej deklaracji z nadanym już nr PESEL. Wycofanie i dodanie nowej deklaracji następuje automatycznie w momencie wprowadzenia numeru PESEL i zatwierdzeniu zmian. Prawidłowy sposób postępowania został przedstawiony poniżej.

1. Przejdź do [Rejestracja > Dane pacjenta](#).
2. W polu "PESEL" skasować pesel zerowy i wprowadzić nadany numer. Zapisać zmiany przyciskiem **Zatwierdź**. Pojawi się komunikat:

Pacjent powiązany z aktywnymi deklaracjami. Zmiana danych spowoduje wycofanie deklaracji z datą wycofania wybraną przez użytkownika.

Kontynuować?

Tak      Nie

3. Wybranie przycisku **Tak** spowoduje wywołanie okna, w którym należy wprowadzić datę wycofania deklaracji złożonej na zerowym numerze PESEL.

Wycofanie deklaracji

Proszę wpisać datę wycofania deklaracji, nie wcześniejszą niż 2014-08-29:

2015-07-09

Zatwierdź      Anuluj

4. Wybranie przycisku **Zatwierdź** powoduje wycofanie starej i dodanie nowej deklaracji. Zostanie to potwierdzone komunikatem:

Nastąpiła zmiana danych identyfikacyjnych pacjenta.  
Wszystkie jego aktywne deklaracje zostały wycofane, a następnie złożone z nowymi danymi.

Proszę dokonać odpowiednich zmian w deklaracjach papierowych.

OK

**Nowa deklaracja zostanie złożona z datą równą dacie wycofania pierwotnej deklaracji.**

**Uwaga!** W przypadku, gdy deklaracja noworodka z peselem zerowym została złożona, ale jeszcze nie wyeksportowana do OW NFZ, to zmiana nr PESEL w *Kartotece pacjenta* dokona jedynie zmiany danych na deklaracji. Taka deklaracja zostanie tylko zaktualizowana, system nie dokona jej wycofania.

## 9.3 Deklaracje medycyny szkolnej

Deklaracje medycyny szkolnej wymagają uzupełnienia dodatkowych danych, takich jak: nazwa szkoły, typ szkoły, numer klasy, objęcie profilaktyką fluorkową, rok szkolny, kategoria podopiecznego. Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, zostały oznaczone: (\*).

**Uwaga!** Zakres danych, które użytkownik wybiera w polach:

- Kategoria podopiecznego
- Typ szkoły
- Klasa

jest ściśle uzależniony od placówki wskazywanej w polu "Szkoła". W związku z tym, przed rozpoczęciem wprowadzania deklaracji do oprogramowania mMedica, należy dokonać importu [słownika szkół](#) i ewentualnej definicji wybranych placówek według poniższych zaleceń.

Aby dokonać konfiguracji wybranej szkoły należy:

1. Przejść do ścieżki: [Zarządzanie > Konfiguracja > Słownik szkół](#).
2. Zaznaczyć na liście szkołę, która jest objęta opieką pielęgniarki szkolnej.
3. Przejść na zakładkę 2. *Typ szkoły* i po wybraniu przycisku **Dodaj** określić:
  - a) Typ szkoły,
  - b) Maksymalny numer klasy dla danego typu szkoły.
 Jeśli szkoła składa się z kilku typów, należy dodać odpowiednią ilość rekordów i dla każdego typu określić maksymalny numer klasy.
4. Kolejnym krokiem jest przejście na zakładkę 3. *Typ podopiecznego* i określenie za pomocą przycisku **Dodaj** typów podopiecznych.

**Słownik szkół**

NIP	Regon	Nazwa szkoły	Rodzaj	Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu
24064...		ZESPÓŁ SZKÓŁ TECHNICZNYCH W CIESZ...	Publiczna	43-400	Cieszyn	FRYSZTACKA		
100026...		KATOLICKA SZKOŁA ZAWODOWA SPECJALNA	Niepubliczn...	42-200	Częstochowa	OKÓLNA 17/19		
150002...		KATOLICKA SZKOŁA PRZYSPOSOBIENIA DO...	Niepubliczn...	42-200	Częstochowa	OKÓLNA	17	19
150002...		GIMNAZJUM SPECJALNE KATOLICKIE	Niepubliczn...	42-200	Częstochowa	OKÓLNA	17/19	

**ZESPÓŁ SZKÓŁ TECHNICZNYCH W CIESZYNIE**

1. Dane szkoły    2. Typ szkoły    3. Typ podopiecznego

Kod typu szkoły	Nazwa typu szkoły	Maksymalny numer klasy	Status aktualności
00009	Technikum, liceum i szkoła równorzędna na podbudowie 8-letniej szkoły podstawowej	4	Aktualna
00014	Liceum ogólnokształcące	3	Aktualna
00015	Liceum profilowane	3	Aktualna
00016	Technikum	4	Aktualna
00017	Liceum ogólnokształcące uzupełniające dla absolwentów zasadniczych szkół zawodowych	3	Aktualna
00018	Technikum uzupełniające dla absolwentów zasadniczych szkół zawodowych	3	Aktualna
00019	Szkoła policealna (ponadgimnazjalna)	3	Aktualna
00073	Szkoła specjalna przysposabiająca do pracy na podbudowie 8-letniej szkoły podstawowej	3	Aktualna

Dodaj  
Usuń

### 9.3.1 Import deklaracji z pliku XLS

Ścieżka: [Deklaracje](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Import deklaracji medycyny szkolnej](#)  
lub [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#) > [Import deklaracji z pliku XLS](#)

Deklaracje medycyny szkolnej można wprowadzić do programu dwoma sposobami:



- [ręcznie](#),
- poprzez import deklaracji medycyny szkolnej z wcześniej przygotowanego pliku .XLS.

Użytkownicy, którzy korzystali wcześniej z innego oprogramowania lub posiadają dane deklaracji zapisane w pliku .xls, mogą do aplikacji mMedica zaimportować dane pacjentów i deklaracji za pomocą specjalnie przygotowanego szablonu w formacie .XLS - **"Szablon importu deklaracji medycyny szkolnej"**.

Szablon importu tych danych został przygotowany przez producenta oprogramowania i umieszczony jest w katalogu programu mMedica (domyślnie: dysk C:\Program Files\Asseco\mMedica\doc lub dysk C:\Pliki programów (x86)\Asseco\mMedica\doc) w folderze **"doc"**, podczas instalacji aplikacji.

Szablon importu deklaracji medycyny szkolnej zawiera kilkanaście kolumn, w których wkleja się poszczególne dane, dotyczące pacjentów oraz ich deklaracji. Kolumny, których wypełnienie jest obowiązkowe zostały w nagłówku oznaczone szarym kolorem. Dane dotyczące deklaracji wprowadza się w arkuszu "UCZNIOWIE", z kolei arkusz "LEGENDA" zawiera szczegółowe wyjaśnienie pól i kodów, które należy w nie wprowadzić.

Uzupełniony szablon należy zaczytać do aplikacji mMedica w nast. sposób:

1. Przejsć do jednej z ww. ścieżek, np. [Deklaracje](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Import deklaracji medycyny szkolnej](#).
2. W polu "Ścieżka do pliku XLS z danymi do importu" podać ścieżkę dostępu do uzupełnionego pliku .XLS za pomocą przycisku .
3. W polu "Data podpisania deklaracji" ręcznie lub za pomocą kalendarza wprowadzić datę podpisania deklaracji.
4. W polu "Data wycofania deklaracji" ręcznie lub za pomocą kalendarza wprowadzić datę wycofania deklaracji.
5. W polu "Placówka" za pomocą przycisku  wybrać komórkę org., do której zostaną złożone deklaracje.

6. W razie potrzeby włączyć lub wyłączyć parametry odpowiadające za import pacjentów i deklaracji.
7. Wybrać przycisk **Zatwierdź**, który rozpocznie proces zaczytywania danych do programu.

Importowane dane podlegają weryfikacji, której rezultat zostanie wyświetlony po zakończeniu importu z podaniem ewentualnego błędu.

**Uwaga!** Warunkiem poprawnego zaczytania szablonu jest posiadanie zainstalowanego programu MS Excel lub Open Office na stacji roboczej, na której dokonywany jest import.

**Import deklaracji medycyny szkolnej z pliku XLS**

Ścieżka do pliku XLS z danymi do importu:

C:\Users\...\Desktop\Kopia Szablon importu deklaracji medycyny szkolnej...

Numer instalacji: 270

☐ Importuj też pozostałe pliki XLS znajdujące się w podanym katalogu

☒ Import pacjentów

☒ Przy zgłaszaniu aktualizuj znalezionych pacjentów, przy aktualizacji dodaj brakujących pacjentów

☒ Przy zgłaszaniu i aktualizacji pacjentów ustaw adres zamieszkania taki jak zameldowania

☒ Import deklaracji

☒ Przy zgłaszaniu aktualizuj znalezione deklaracje, przy aktualizacji dodaj brakujące deklaracje

☐ Wycofaj i dodaj znalezione deklaracje zamiast aktualizacji

Data podpisania deklaracji: 2017-09-01 Data wycofania deklaracji: 2017-07-04

Placówka: PLR1 ... PORADNIA LEKARZA POZ

Import z pliku Kopia Szablon importu deklaracji medycyny szkolnej.xls zakończony powodzeniem.

Raport importu:

Zatwierdź Anuluj Zapisz raport

Import deklaracji rozpoczęty: 2017-07-04 11:35:54, wersja: 5.8.6.18498  
 Import z pliku: Kopia Szablon importu deklaracji medycyny szkolnej.xls rozpoczęty 2017-07-04 11:35:54  
 Typ dokumentu: Zapisanie  
 Liczba wpisów: 2  
 Ostrzeżenie: Nie znaleziono miejscowości "BYTOM" w gminie "BYTOM" (kod woj. ) z danych podopiecznego Szymon (pesel  
 Zaktualizowane pole asz\_kod\_poczt podopiecznego Szymon (pesel  
 Zaktualizowane pole asz\_miasto podopiecznego Szymon (pesel 02  
 Zaktualizowane pole asz\_ulica podopiecznego Szymon (pesel 022  
 Zaktualizowane pole asz\_nr\_domu podopiecznego Szymon (pesel

## 9.3.2 Import słownika szkół

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Słownik szkół](#)

Słownik szkół wykorzystywany jest w programie podczas dodawania deklaracji medycyny szkolnej. Aplikacja mMedica umożliwia zaczytywanie słownika szkół z plików CSV (format pliku obsługiwany od wersji aktualizacji 9.0.0), udostępnianych na stronie [rejestrów szkół i placówek oświatowych](#).

W celu zaczytania słownika szkół należy:


1. Ze strony internetowej MEN (link powyżej) pobrać i zapisać na dysku komputera słownik szkół w formacie CSV dla danego województwa.
2. W aplikacji mMedica przejść do: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Słownik szkół](#).
3. Wybrać przycisk **Import z pliku CSV** znajdujący się u góry ekranu.
4. W oknie *Otwieranie* wskazać plik pobrany ze strony MEN.
5. Wybrać przycisk **Otwórz**, który rozpocznie proces zaczytywania słownika do programu.

## 9.3.3 Zmiana roku szkolnego

Ścieżka: [Ewidencja > Deklaracje > Zmiana roku szkolnego](#)  
lub [Deklaracje > Funkcje dodatkowe > Zmiana roku szkolnego](#)

Przed rozpoczęciem nowego roku szkolnego należy dokonać zmiany roku szkolnego w złożonych deklaracjach.

W celu zmiany roku szkolnego należy wykonać poniższe czynności:

1. Przejsz do formatki *Deklaracje* i w menu "Funkcje dodatkowe" wybrać opcję "Zmiana roku szkolnego".
2. W polu "Szkoła" za pomocą przycisku  wskazać szkołę, dla której dokonywana będzie zmiana roku.
3. W polu "Typ szkoły" z listy rozwijanej wybrać typ szkoły. Jeśli szkoła posiada zdefiniowany jeden typ szkoły, to podpowie się on automatycznie. W przypadku kiedy jest ich więcej, należy wybrać jeden typ z listy rozwijanej.
4. W polu "Rok szkolny" wpisać rok szkolny, dla którego będą modyfikowane deklaracje. Program domyślnie podpowiada bieżący rok szkolny. Można go zmienić poprzez ręczne wykasowanie i wpisanie odpowiedniego roku w pierwszym polu.  
Na podstawie danych w tym polu aplikacja podpowiada nowy rok szkolny w polu "Nowy rok szkolny".
5. W polu "Data wycofania" wprowadzić datę wycofania deklaracji uczniów będących w ostatniej klasie (kończących naukę w szkole). Data wycofania nie może być datą z przyszłości i nie może być późniejsza niż 31 sierpnia br.
6. Uruchomić proces zmiany roku szkolnego poprzez wybranie przycisku **Zatwierdź**.  
Wyświetlony zostanie komunikat, proszący o ostateczne potwierdzenie zamiaru zmiany roku szkolnego dla wybranych deklaracji, a następnie komunikat podsumowujący operację zmiany roku szkolnego:

Liczba deklaracji do zmiany roku szkolnego: 1  
Błędy przy zmianie roku szkolnego lub wycofaniu: 0  
Ogółem zmienionych deklaracji: 1  
Czy zatwierdzić zmiany?

Tak      Nie

**Uwaga!** Jeżeli OW NFZ wymaga co roku zmiany daty podpisania deklaracji lub wycofania starej i złożenia nowej deklaracji, należy przed zatwierdzeniem danych zaznaczyć odpowiednie pola w sekcji *Czynności* i *Ostatnie klasy*. Znaczenie pól zostało opisane poniżej.



#### Sekcja: Czynności

- **Złóż nową deklarację** - wycofanie dotychczasowych deklaracji i złożenie nowych. Deklaracje zostaną wycofane z datą wskazaną w polu "Data wycofania" i dodane z datą wskazaną w polu "Data podpisania".
- **Zmień datę podpisania** - zmiana dat podpisania deklaracji zgodnie z datą wskazaną w polu "Data podpisania".

#### Sekcja: Ostatnie klasy

- **Data wycofania** - pole wymagane. Data wycofania deklaracji uczniów będących w ostatniej klasie (kończących naukę w szkole). Data wycofania nie może być datą z przyszłości i nie może być późniejsza niż 31 sierpnia br.

## 9.4 Wycofanie deklaracji

Ścieżka: [Deklaracje](#) > [Zbiorne wycofanie deklaracji](#)

Aby wycofać wybraną deklarację lub kilka deklaracji należy skorzystać z przycisku **Zbiorne wycofanie deklaracji**, znajdującego się w dolnym panelu okna *Lista deklaracji*.

W razie konieczności wycofania większej liczby deklaracji należy dokonać ich uprzedniego wyselekcjonowania za pomocą filtrów, znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane/Szukaj szczegółowo*. Można również zaznaczyć je bezpośrednio na liście deklaracji za pomocą myszki i przytrzymując klawisz CTRL.

Można dokonać wycofania deklaracji posiadających następujące statusy eksportu: wysłana, potwierdzona, błąd. Deklaracje, które nie zostały jeszcze wysłane do NFZ (w statusie "Do eksportu") można usunąć za pomocą przycisku **Usuń deklarację**, znajdującego się w górnym panelu okna.

**Uwaga!** Zaleca się ostrożne korzystanie z funkcjonalności, gdyż wycofanie deklaracji jest czynnością nieodwracalną.

Funkcje dodatkowe

Nowa deklaracja Dane deklaracji Usuń deklarację Dane pacjenta Wdruk - złożenie eWUŚ

**Wyszukiwanie zaawansowane**

ID pacjenta:

Nr instalacji:

Lista aktywna: **Lekarze**

Status deklaracji:

Data złożenia dekl. od - do:

Data wycofania dekl. od - do:

Personel:  **Nowak Anna**

☐ Tylko bez uzupeł. pers.

Miasto:

Zastosuj Wyczyść

**Lista deklaracji**

Nr instalacji	ID	Data zgłoszenia	Nazwisko i imię	Status deklaracji	Lista aktywna	Personel	Status eksportu
270	19969	2016-08-01	Kowalski Jan	złożona	Lekarze	Nowak Anna	Wysłana
270	20002	2017-06-06	Ukraina Ukraina	złożona	Lekarze	Nowak Anna	Nowa pozycja
270	20001	2017-06-01	Ukraina Ukraina	wycofana	Lekarze	Nowak Anna	Nowa pozycja

**Kowalski Jan (M)** 00000000000

**INFORMACJE O PACJENCIE**

Data ur.: 1968-09-16 (48 lat)

PESEL: 00000000000

Adres: 41-110 Katowice ul. Wojewódzka 1

Telefon: 100-000-000

Upow.: stan zdrowia – KOWALSKA BEATA ROZALIA

**LECZENIE**

**Deklaracje:**

L: Anna Nowak (2016-08-01)

O: HALINA (2017-03-15)

P: BEATA (2016-08-01)

**Ostatnie wizyty:**

2016-01-01: A. Nowak; B81.3

2017-05-25: A. Nowak

2017-04-25: A. Nowak

**INNE**

**OW NFZ:**

Kraje UE

**eWUŚ:**

[Pobierz status uprawnienia...](#)

**Ubezpieczenie:**

Dokument UE

**Recenty:**

Zbiórce Wycofanie Deklaracji Zbiórce Kopiowanie Deklaracji Nowe wizyty zbiorczo Zmiana daty wycofania

Wybranie przycisku Zbiórce wycofanie deklaracji otworzy okno dialogowe, w którym należy uzupełnić zakres deklaracji, status oraz datę wycofania. Znaczenie poszczególnych pól zostało opisane poniżej.

**Zbiórce wycofanie deklaracji**

Numer instalacji: 270

**Zakres deklaracji**

☐ zaznaczone pozycje (1)

☒ wszystkie pozycje (3)

**Dane wycofania**

Status deklaracji: wycofana

Data wycofania: 2017-07-03

☒ Usun nowe pozycje zamiast wycofywania

Zapisz raport Wycofaj (F9) Wyjście

Wycofano deklarację 20002  
Wycofano deklarację 20001  
Podsumowanie:  
Deklaracje do wycofania: 3  
Wycofane deklaracje: 1  
Usunięte deklaracje: 2  
Błędy przy wycofywaniu: 0  
Zatwierdzono wycofanie deklaracji

Sekcja: Zakres deklaracji

Określa zakres deklaracji do wycofania. Liczby w nawiasach informują o liczbie deklaracji, które zostaną

wycofane.:

- **Zaznaczone pozycje** - zostaną wycofane tylko te pozycje, które zostały zaznaczone na liście przez użytkownika.
- **Wszystkie pozycje** - zostaną wycofane wszystkie pozycje, które wyświetlają się w oknie *Lista deklaracji*.

Sekcja: Dane wycofania

- **Status deklaracji** - określić status deklaracji, który zostanie nadany po jej wycofaniu. Możliwe wartości do wyboru:
  - a) Wycofana
  - b) Wycofana w związku z pismem
- **Data wycofania** - data, z którą zostaną wycofane deklaracje. Datę wprowadza się ręcznie lub za pomocą kalendarza, dostępnego po rozwinięciu listy.
- **Usuń nowe pozycje zamiast wycofania** - zaznaczenie opcji spowoduje usunięcie deklaracji, które nie zostały jeszcze wyeksportowane do NFZ (w statusie "Do eksportu").

W celu rozpoczęcia procesu wycofywania deklaracji należy wybrać przycisk **Wycofaj**, następnie potwierdzić komunikat o zamiarze wycofania deklaracji. Po zakończeniu procesu zostanie wyświetlony raport, informujący o liczbie wycofanych deklaracji.

## 9.5 Rozliczenie sprawozdań POZ

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#) > [Sprawozdania POZ](#)

Do finansowego rozliczenia podstawowej opieki zdrowotnej konieczne jest utworzenie i przekazanie do OW NFZ sprawozdań POZ. Utworzenia następujących sprawozdań dokonuje się po przejściu do powyższej ścieżki:

- [Deklaracje POZ](#)
- [Sprawozdanie zbiorcze](#) z wykonanych świadczeń POZ
- [Załącznik nr 3c](#) do umowy POZ (sprawozdanie z wykonanych badań diagnostycznych)

Rodzaj Sprawozdania	Rok	Nr umowy	Lista aktywna	Miesiąc	Numer wersji	Status eksportu	Data eksportu
Deklaracje POZ	2017	125/	Lekarze	Czerwiec	2	Wysłana	2017-06-05
Załącznik nr 3c do Umowy POZ	2017	125/		Czerwiec	0	Nowa pozycja	
<b>Sprawozdanie zbiorcze z wykonanych świadczeń POZ</b>	<b>2017</b>	<b>125/</b>		<b>Czerwiec</b>	<b>0</b>	<b>Nowa pozycja</b>	
Załącznik nr 3a do umowy POZ	2017	125/		Czerwiec	1	Nowa pozycja	
Załącznik nr 3b do umowy POZ	2017	125/		Czerwiec	1	Nowa pozycja	
Załącznik nr 3b do umowy POZ (TS)	2017	125/		Czerwiec	1	Nowa pozycja	
Załącznik nr 4 do umowy POZ (NiŚOZ)	2017	125/		Czerwiec	1	Nowa pozycja	

Sposób utworzenia i rozliczenia poszczególnych sprawozdań został przedstawiony poniżej.

## 9.5.1 Rozliczenie deklaracji POZ

### 9.5.1.1 Utworzenie sprawozdania dla deklaracji

Sprawozdanie z deklaracji POZ tworzy się w bieżącym miesiącu sprawozdawczym. W celu utworzenia sprawozdania dla deklaracji POZ należy wykonać nast. czynności:

1. Przejść do ścieżki: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#) > [Sprawozdania POZ](#).
2. Wybrać przycisk **Nowe sprawozdanie**, znajdujący się w górnym panelu okna.
3. W oknie dialogowym *Nowe sprawozdanie POZ* uzupełnić nast. pola:
  - a) W polu "Rodzaj sprawozdania" z listy rozwijanej wybrać wartość: Deklaracje POZ.
  - b) W polu "Umowa" za pomocą przycisku [...] wybrać numer umowy POZ.
  - c) Rozwinąć pole "Lista aktywna" i zaznaczyć ☒ listy aktywne, dla których zostaną utworzone sprawozdania.

W polach "Miesiąc" oraz "Data sporządzenia" podpowiadają się bieżące wartości. Jeśli istnieje konieczność zmiany tych danych, należy jej dokonać.
4. Zapisać zmiany przyciskiem **Zatwierdź**.

Po zatwierdzeniu zmian, na formatce *Sprawozdania POZ* zostaną wyświetlone sprawozdania dla poszczególnych list aktywnych. W dostępnych kolumnach prezentowane są istotne informacje dotyczące eksportu sprawozdań. Ich znaczenie zostało opisane poniżej:

- **Numer wersji** - numer wersji sprawozdania danej listy aktywnej. Utworzone sprawozdanie posiada numer wersji 0, a każdy kolejny eksport listy aktywnej podwyższa tą wartość o 1.
- **Status eksportu** - status eksportu sprawozdania danej listy aktywnej. Wyróżniamy następujące statusy eksportu:
  - **Nowa pozycja** - status sprawozdania utworzonego, niewyeksportowanego.
  - **Wysłana** - status sprawozdania po wykonaniu eksportu.
  - **Potwierdzona** - status sprawozdania po odebraniu pozytywnego wyniku weryfikacji.
  - **Błąd** - status sprawozdania po odebraniu negatywnego wyniku weryfikacji.
- **Opis** - opis błędu przekazanego przez OW NFZ w wyniku weryfikacji.



Funkcje dodatkowe

Nowe sprawozdanie Lista porad POZ Zamknij sprawozdanie Dane Usuń

Wyszukiwanie zaawansowane

Umowa:

Rodzaj sprawozdania: Deklaracje POZ

Miesiąc: Styczeń

Zastosuj Wyczyść

*	Rodzaj Sprawozdania	Rok	Nr umowy	Lista aktywna	Miesiąc	Numer wersji	Status eksportu	Data eksportu
▶	Deklaracje POZ	2016	125/	Pielęgniarki środ...	Styczeń	1	Potwierdzona	2016-01-...
	Deklaracje POZ	2016	125/	Położne	Styczeń	1	Potwierdzona	2016-01-07
	Deklaracje POZ	2016	125/	Lekarze	Styczeń	1	Potwierdzona	2016-01-07
	Deklaracje POZ	2016	125/	Lekarze	Styczeń	0	Nowa pozycja	


Po utworzeniu sprawozdań dla list aktywnych POZ należy dokonać ich [eksportu](#).

**Uwaga!** Jeśli po wykonaniu eksportu zaistniała konieczność modyfikacji sprawozdania, np. poprzez dopisanie nowych deklaracji, nie należy usuwać sprawozdania, gdyż dane odświeżane są dynamicznie. W takiej sytuacji należy po prostu ponownie wyeksportować daną listę aktywną.

### 9.5.1.2 Eksport listy deklaracji POZ

Ścieżka: [Komunikacja](#) > [Eksport danych](#) > [Deklaracje POZ](#)

W celu wyeksportowania sprawozdań do OW NFZ dla list aktywnych należy:

1. Przejsć do ścieżki: [Komunikacja](#) > [Eksport danych](#) > [Deklaracje POZ](#).
2. W polu "Umowa nr" za pomocą przycisku  wybrać numer umowy POZ.
3. W polu "Lista aktywna" z listy rozwijanej wybrać listę aktywną, która zostanie eksportowana.
- Uwaga!** Dla każdej listy aktywnej POZ należy wykonać odrębny eksport (np. lekarze, położne...).
4. W polu "Miesiąc" podpowiadany jest bieżący miesiąc, za który dokonuje się sprawozdawczości. Jeśli istnieje konieczność eksportu danych za inny miesiąc, należy wybrać jego nazwę z listy rozwijanej.
5. Wybrać przycisk **Eksport** w celu rozpoczęcia eksportu danych.

Eksport danych można w każdym momencie przerwać za pomocą przycisku **Anuluj eksport**, a po jego wykonaniu zapisać raport na dysku komputera, do czego służy przycisk **Zapisz raport**.

Funkcje dodatkowe

Eksportuj Anuluj eksport Zapisz raport

Ścieżka pliku eksportu:

C:\Users\... Desktop\Eksport ...

Umowa nr: 125/... Lista aktywna: Lekarze Miesiąc: Lipiec

Status: -

Wersja eksportu [DEKL]: 5;1.7  
Ostatni eksport wykonano w dniu: 2017-06-05 13:26:54

☐ Szyfruj plik  
☒ Kompresuj plik  
☒ Wyślij plik pocztą elektroniczną  
☐ Walidacja XML i XSD eksportowanych pozycji



**Uwaga! Wyjaśnienie dotyczące ostrzeżenia, mogącego pojawiać się podczas eksportu deklaracji "[Ostrzeżenie] Nie przekazano dokumentu potwierdzającego uprawnienie":**

W programie mMedica został wdrożony mechanizm eksportu dokumentów ubezpieczeniowych wraz z deklaracjami. Funkcjonalność powstała w oparciu o wytyczne opublikowane w zarządzeniu nr 8/2015/DI Prezesa NFZ z dnia 29.01.2015 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych xml dotyczących deklaracji POZ/KAOS, zwrotnych wyników weryfikacji deklaracji POZ/KAOS, zwrotnego rozliczenia deklaracji POZ/KAOS.

Aplikacja, w czasie wykonywania eksportu deklaracji, automatycznie przeszukuje bazę danych w celu weryfikacji istnienia dokumentów ubezpieczeniowych eksportowanych pacjentów. W przypadku wykrycia dokumentu, podłączany jest on pod deklarację i eksportowany do OW NFZ.

W przypadku braku dokumentów ubezpieczeniowych w bazie, aplikacja umieszczać będzie ostrzeżenia o ich braku, zdj. poniżej:

```
[Informacja] Liczba deklaracji do wyeksportowania: xxxxx
[Ostrzeżenie] Pacjent: xxxxxx xxxxxxxx Nr instytucji RUM: xxxxxxxx Identyfikator deklaracji: xxxxxx
[Ostrzeżenie] Nie przekazano dokumentu potwierdzającego uprawnienie
[Ostrzeżenie] Pacjent: xxxxxx xxxxxxxx Nr instytucji RUM: xxxxxxxx Identyfikator deklaracji: xxxxxx
[Ostrzeżenie] Nie przekazano dokumentu potwierdzającego uprawnienie
[Ostrzeżenie] Pacjent: xxxxxx xxxxxxxx Nr instytucji RUM: xxxxxxxx Identyfikator deklaracji: xxxxxx
[Ostrzeżenie] Nie przekazano dokumentu potwierdzającego uprawnienie
[Ostrzeżenie] Pacjent: xxxxxx xxxxxxxx Nr instytucji RUM: xxxxxxxx Identyfikator deklaracji: xxxxxx
[Ostrzeżenie] Nie przekazano dokumentu potwierdzającego uprawnienie
[Błąd] Nie podano identyfikatora rodzica albo opiekuna dla noworodka
Pacjent:xxxxxxxx xxxxxxxxxx Nr instytucji RUM: xxxxxxxx Identyfikator deklaracji: xxxxxxxx
Nie podano identyfikatora rodzica albo opiekuna dla noworodka
[Ostrzeżenie] Pacjent: xxxxxx xxxxxxxx Nr instytucji RUM: xxxxxxxx Identyfikator deklaracji: xxxxxx
[Ostrzeżenie] Nie przekazano dokumentu potwierdzającego uprawnienie
[Informacja] Liczba deklaracji zawierających błędy: 1
[Informacja] Trwa aktualizacja deklaracji...
[Informacja] Trwa zapisywanie deklaracji...
[Informacja] Liczba deklaracji wyeksportowanych poprawnie: xxxx, niewyeksportowanych: 1
[Informacja] Pominęto składowanie bazy danych.
[Informacja] 2015-02-13 05:22:52 Eksport zakończony
```

**Pozycje oznaczone ostrzeżeniem również są eksportowane do systemu OW NFZ!**

Aplikacja mMedica dołącza do deklaracji nast. dokumenty ubezpieczeniowe:

- a) **Oświadczenie** – data złożenia oświadczenia nie może być późniejsza niż pierwszy dzień miesiąca, za który wykonywany jest eksport deklaracji. Program weryfikuje istnienie oświadczeń pacjenta złożonych w ostatnich 6 miesiącach.
- b) **Inne dokumenty ubezpieczeniowe** – decyzja, legitymacja, zgłoszenie, zaświadczenie itd. Program weryfikuje istnienie dokumentów pacjenta złożonych od 01.01.2015 r.

W ścieżce [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), [Komunikacja > Eksport > Deklaracje \(DEKL\)](#) został dodany parametr: **Wyświetlaj ostrzeżenie o braku dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie**. Jego wyłączenie spowoduje, że program nie będzie generował powyższych ostrzeżeń podczas eksportu deklaracji.

### 9.5.1.3 Potwierdzenia deklaracji POZ

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#) > [Potwierdzenie deklaracji POZ](#)

Na formatce *Potwierdzenia deklaracji POZ* prezentowane są informacje zwrotne przekazane przez OW NFZ. Poprawność deklaracji (w sensie kompletności i prawidłowości wypełnionych danych) sprawdzana jest przez NFZ na bieżąco i po wykonaniu importu z poczty, istnieje możliwość odczytania komunikatów.

Otrzymane komunikaty mogą być informacjami typu:

- Błąd
- Ostrzeżenie
- Informacja

Opis błędu wyświetlany jest w dolnym oknie formatki *Informacje o deklaracji POZ*, po podświetleniu wybranego rekordu na liście potwierdzeń deklaracji. Wybierając przycisk **Dane deklaracji**, znajdujący się w górnym panelu okna, można dokonać zmian w deklaracjach tj. uzupełnić braki, poprawić wykazane błędy.

The screenshot shows a software interface for managing POZ declarations. At the top, there's a toolbar with icons for various functions and a button labeled 'Dane deklaracji'. Below this is a header for 'Potwierdzenia deklaracji POZ' with a search bar. The main part of the window contains a table with the following data:

Numer instalacji	Id. deklaracji	Lista aktywna	Status deklaracji	Data zgłoszenia	Nazwisko	Imię	PESEL	Data urodzenia
16835	O	1	2013-09-27	BRYAN		2013-09-23		
11607	O	1	2010-05-21	JOANNA		1987-11-06		
12866	O	6	2010-12-30	Aleksander		2010-12-29		
2129	P	1	2007-04-25	CEZARY		1979-04-06		
3864	P	1	2007-09-11	PATRYK		2007-09-06		

Below the table, there's a section titled 'Informacje o deklaracji POZ 16835' which displays error details:

Kod błędu	Opis błędu
2	Błędny pesel dla pici osoby
8	Pusta data urodzenia

Deklaracje, które zostały pozytywnie potwierdzone przez NFZ, przechodzą do kolejnego etapu, jakim jest [weryfikacja deklaracji](#).

### 9.5.1.4 Wyniki weryfikacji deklaracji POZ

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#) > [Weryfikacje deklaracji POZ](#)

Weryfikacja deklaracji przez OW NFZ odbywa się raz w miesiącu, a jej wyniki zaczytywane są do programu poprzez wykonanie importu z poczty. Deklaracje, które przeszły weryfikację pozytywnie, znajdują się na szablonie rachunku.

Formatka *Weryfikacje deklaracji POZ* umożliwia:

- Podgląd zaimportowanych wyników weryfikacji deklaracji POZ
- Wydruk [raportu personalnego](#) uwzględniającego listy aktywne
- [Zbiornicze wycofanie](#) deklaracji odrzuconych przez NFZ

Aby przejrzeć wyniki weryfikacji deklaracji POZ należy przejść do powyższej ścieżki i w polu "Miesiąc weryfikacji" (w górnym oknie formatki) wybrać miesiąc. W oknie poniżej pojawi się lista weryfikacji, które w momencie importu zostały zaczytane do bazy. Zaznaczenie jakiegokolwiek pozycji spowoduje wyświetlenie

wyników weryfikacji w dolnym oknie formatki *Wyniki weryfikacji deklaracji POZ*.

Przy dużej liczbie danych można skorzystać z panelu nawigacji znajdującego się po lewej stronie ekranu (*Wyszukiwanie zaawansowane/Wyszukiwanie podrzędnych*) i zawęzić warunki selekcji.

W oknie *Wyniki weryfikacji deklaracji POZ* prezentowane są nast. dane: Id deklaracji, status weryfikacji, kod problemu, opis problemu, status deklaracji, dane pacjenta...

The screenshot shows two windows from a medical software interface. The top window, titled 'Weryfikacje deklaracji POZ 2016', has a sidebar with filters for 'Umowa', 'Raport osobisty', and 'Lista aktywna'. The main area shows a table of verification data for June 2016. The bottom window, titled 'Wyniki weryfikacji deklaracji POZ', shows a detailed table of verification results with columns for ID, version, status, reason for withdrawal, date, weight, code, and description. The table lists several entries with status '0 Deklaracja nie została zaliczona' and various error codes like 2335, 2333, and 2080.

* Id weryfikacji	Miesiąc	Numer umowy	Rok weryfikacji	Zakres	Moment weryfikacji	Moment importu
22543	Czerwiec	125/...	2016			2016-06-30 11:23:43
22544	Czerwiec	125/...	2016			2016-06-30 11:23:43
22545	Czerwiec	125/...	2016			2016-06-30 11:23:43
22689	Czerwiec	125/...	2016			2016-06-30 11:23:43
22690	Czerwiec	125/...	2016			2016-06-30 11:23:43
22691	Czerwiec	125/...	2016			2016-06-30 11:23:43

* Id d...	Nr wersji	Status weryfikacji	Przyczyna wycofania	Data wycofania	Waga problemu	Kod problemu	Opis problemu
18511	0	Deklaracja nie została zaliczona			Błąd	2335	Wer. centralna (34) - osoba nie żyje
18568	0	Deklaracja nie została zaliczona			Błąd	2333	Wer. centralna (33)3 - osoba nieubezpiecz...
18611	0	Deklaracja nie została zalic...			Błąd	2333	Wer. centralna (33)3 - osoba nieubez...
18688	0	Deklaracja nie została zaliczona			Błąd	2080	Wer. centralna (80) - istnieje nowsza dekla...
18841	0	Deklaracja nie została zaliczona			Błąd	2333	Wer. centralna (33)3 - osoba nieubezpiecz...
18890	0	Deklaracja nie została zaliczona			Błąd	2333	Wer. centralna (33)3 - osoba nieubezpiecz...
18974	0	Deklaracja nie została zaliczona			Błąd	2333	Wer. centralna (33)3 - osoba nieubezpiecz...
19006	0	Deklaracja nie została zaliczona			Błąd	2335	Wer. centralna (34) - osoba nie żyje
19056	0	Deklaracja nie została zaliczona			Błąd	2333	Wer. centralna (33)3 - osoba nieubezpiecz...

Najczęściej występującymi kodami weryfikacji deklaracji są:

- 2080 - Wer. centralna (80) - istnieje nowsza deklaracja z tym samym nr PESEL
- 2335 - Wer. centralna (34) - osoba nie żyje
- 2329 - Wer. centralna (33) - brak uprawnień do świadczeń zdrowotnych

Od miesiąca lutego 2015 NFZ weryfikuje deklaracje na podstawie posiadania przez pacjenta ubezpieczenia zdrowotnego. W związku z tym wprowadzone zostały nowe kody weryfikacji deklaracji, z którymi może spotkać się świadczeniodawca:

- 2331 - Wer. centralna (33)23 - składki z ZUS, brak zgłoszenia
- 2332 - Wer. centralna (33)24 - składki z KRUS, brak zgłoszenia
- 2333 - Wer. centralna (33)3 - osoba nieubezpieczona
- 2337 - Wer. centralna (33)7 - osoba zgłoszona przez NFZ
- 2339 - Wer. centralna (33)9 - brak informacji o ubezpieczeniu

Aby podejrzeć dane wybranej deklaracji należy podświetlić ją na liście, następnie wybrać przycisk **Dane deklaracji**, znajdujący się w dolnym panelu okna.

Deklaracje, które w wyniku weryfikacji nie zostały zaliczone można wycofać za pomocą przycisku **Zbiorcze wycofanie deklaracji**.

### 9.5.1.5 Rachunki deklaracji POZ

Od 01.01.2014 zmienił się sposób wystawiania rachunków za deklaracje POZ. Obecnie jedynym obowiązującym komunikatem jest wyłącznie R\_UMX.

Aby wystawić rachunek należy pobrać z Portalu Świadczeniobiorcy plik szablonu, zapisać go na dysku komputera, a następnie wczytać do programu poprzez ścieżkę: [Komunikacja > Import danych > Import z pliku](#). W niektórych oddziałach pliki szablonów zamieszczane są bezpośrednio na skrzynce pocztowej świadczeniodawcy. W takim wypadku wystarczy wczytać go poprzez pobranie importu z poczty: [Komunikacja > Import danych > Import z poczty](#).

Szczegółowy opis tworzenia i eksportowania rachunków znajduje się w nast. rozdziałach:

- [Szablony rachunków](#)
- [Rachunki](#)
- [Eksport eFaktury/eRachunku](#)


Korekty do rachunków za deklaracje POZ generowane są identycznie jak rachunki podstawowe, czyli poprzez utworzenie rachunku z otrzymanego szablonu korekty.

## 9.5.2 Rozliczenie sprawozdania zbiorczego POZ

### 9.5.2.1 Utworzenie sprawozdania zbiorczego

Sprawozdanie zbiorcze z wykonanych świadczeń POZ tworzy się za ubiegły miesiąc sprawozdawczy, po jego zakończeniu.

W celu utworzenia sprawozdania zbiorczego z wykonanych świadczeń POZ należy:

1. Przejsć do ścieżki: [Ewidencja > Deklaracje > Sprawozdania POZ](#).
2. Wybrać przycisk **Nowe sprawozdanie**, znajdujący się w górnym panelu okna.
3. W oknie dialogowym *Nowe sprawozdanie POZ* uzupełnić nast. pola:
  - a) W polu "Rodzaj sprawozdania" z listy rozwijanej wybrać wartość: Sprawozdanie zbiorcze z wykonanych świadczeń POZ.
  - b) W polu "Umowa" za pomocą przycisku  wybrać numer umowy POZ.
  - c) W polu "Miesiąc" z listy rozwijanej wybrać miesiąc ubiegły. Jeśli istnieje konieczność utworzenia sprawozdania za dalszy okres sprawozdawczy, należy wybrać nazwę właściwego miesiąca.

W polu "Data sporządzenia" podpowiadają się bieżące wartości. Jeśli istnieje konieczność zmiany tych danych, należy jej dokonać.
4. Zapisać zmiany przyciskiem **Zatwierdź**.



**Nowe sprawozdanie POZ**

**Rok 2017**

**Rodzaj sprawozdania:** Sprawozdanie zbiorcze z wykonan

**Umowa:** 125/

**Miesiąc:** Czerwiec

**Data sporządzenia:** 2017-07-06

Zatwierdź
Wyjście

Po zatwierdzeniu zmian, na formatce *Sprawozdania POZ* zostaną wyświetlone nast. pozycje:

- **Sprawozdanie zbiorcze z wykonanych świadczeń POZ** - pełni funkcję nagłówka sprawozdania, który zamyka się po zamknięciu pozostałych załączników.
- **Załącznik nr 3a do umowy POZ** - wykaz świadczeń POZ z realizacji umów o udzielanie świadczeń lekarza, pielęgniarki i położnej POZ. Załącznik ma charakter informacyjny - dane w nim zawarte przekazywane są do NFZ komunikatem SWIAD, tj. I fazą.
- **Załącznik nr 3b do umowy POZ** - jw. Wartości liczbowe w załączniku zliczają się automatycznie na podstawie danych wprowadzanych w: [Uzupełnianie świadczeń > Świadczenia POZ](#). Jeśli wartości w załączniku są zerowe, należy wprowadzić je ręcznie w kolumnie "Wartość".
- **Załącznik nr 3b do umowy POZ (TS)** - wykaz świadczeń POZ z realizacji umów o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego. Wartości liczbowe w załączniku zliczają się automatycznie... (jw.)
- **Załącznik nr 4 do umowy POZ (NiSOZ)** - wykaz świadczeń POZ z realizacji umów o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Wartości liczbowe w załączniku zliczają się automatycznie... (jw.)

Funkcje dodatkowe

Nowe sprawozdanie Lista porad POZ **Zamknij sprawozdanie** Dane Usun

**Wyszukiwanie zaawansowane**

**Umowa:**

**Rodzaj sprawozdania:**

**Miesiąc:** Czerwiec

**Zastosuj** **Wyczyść**

**Sprawozdania POZ 2017**

Rodzaj Sprawozdania	Rok	Nr umowy	Miesiąc	Numer wersji	Status eksportu
► <b>Sprawozdanie zbiorcze z wykonanych świadczeń POZ</b>	2017	125/	Czerwiec	0	<b>Nowa pozycja</b>
Załącznik nr 3a do umowy POZ	2017	125/	Czerwiec	1	Nowa pozycja
Załącznik nr 3b do umowy POZ	2017	125/	Czerwiec	1	Do eksportu
Załącznik nr 4 do umowy POZ (NiSOZ)	2017	125/	Czerwiec	1	Do eksportu
Załącznik nr 3b do umowy POZ (TS)	2017	125/	Czerwiec	1	Do eksportu

Aby podejrzeć dane w poszczególnym załączniku, należy podświetlić go na liście i wybrać przycisk **Dane**, znajdujący się w górnym panelu formatki.

**Uwaga!** Występowanie pozycji w poszczególnych załącznikach uzależnione jest od rodzaju umowy na udzielanie świadczeń, posiadanej przez użytkownika. Np. świadczeniodawca nie udzielający świadczeń z zakresu transportu sanitarnego będzie posiadał pusty załącznik nr 3b do umowy POZ (TS).

Po utworzeniu sprawozdania należy wykonać kolejne czynności:




5. Zweryfikować czy w załącznikach, które świadczeniodawca jest zobowiązany sprawozdawać (zał. 3b lub 4), znajdują się prawidłowe wartości. Jeśli program nie podpowiada ich automatycznie, należy wprowadzić je samodzielnie.
6. Zamknąć wszystkie załączniki znajdujące się na liście, poprzez podświetlenie załącznika i wybranie przycisku **Zamknij sprawozdanie**.

Po zamknięciu załączników do umowy POZ należy dokonać ich [eksportu](#).

### 9.5.2.2 Eksport sprawozdania zbiorczego

Ścieżka: [Komunikacja](#) > [Eksport danych](#) > [Dane zbiorcze o świadczeniach udzielonych w ramach POZ](#)

W celu wyeksportowania sprawozdania zbiorczego z wykonanych świadczeń POZ należy:

1. Przejść do ww. ścieżki.
2. W polu "Miesiąc" z listy rozwijanej wybrać miesiąc, za który dokonuje się sprawozdawczości.
3. W polu "Umowa nr" za pomocą przycisku  wybrać numer umowy POZ.
4. W polu "Zakres" wybrać wartość: **Ankiety**.
5. Wybrać przycisk **Eksport** w celu rozpoczęcia eksportu danych.


W wersji 9.0.0 aplikacji mMedica w oknie eksportu danych zbiorczych został udostępniony parametr **"Eksportuj ponownie pozycje, do których nie otrzymano jeszcze potwierdzenia"**. Po jego zaznaczeniu i naciśnięciu **Eksportuj** eksportowane są sprawozdania zbiorcze posiadające status "Wysłano" lub "Błąd potwierdzenia", spełniające jednocześnie warunki określone w wyżej wymienionych polach.

Eksport danych można w każdym momencie przerwać za pomocą przycisku **Anuluj eksport**, a po jego wykonaniu zapisać raport na dysku komputera, do czego służy przycisk **Zapisz raport**.

## 9.5.3 Rozliczenie załącznika 3c

### 9.5.3.1 Utworzenie załącznika 3c

Sprawozdanie z wykonanych badań diagnostycznych tworzy się po upływie każdego półrocza roku kalendarzowego. W celu utworzenia sprawozdania należy wykonać nast. czynności:

1. Przejść do ścieżki: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#) > [Sprawozdania POZ](#).
2. Wybrać przycisk **Nowe sprawozdanie**, znajdujący się w górnym panelu okna.
3. W oknie dialogowym *Nowe sprawozdanie POZ* uzupełnić nast. pola:
  - a) W polu "Rodzaj sprawozdania" z listy rozwijanej wybrać wartość: Załącznik nr 3c do Umowy POZ.
  - b) W polu "Umowa" za pomocą przycisku  wybrać numer umowy POZ.
  - c) W polu "Miesiąc" wybrać miesiąc odpowiadający półroczu, tj. czerwiec lub grudzień.
  - d) W polu znajdującym się obok pola "Miesiąc" wybrać wartość: Półroczne.

W polach "Miesiąc" oraz "Data sporządzenia" podpowiadają się bieżące wartości. Jeśli istnieje konieczność zmiany tych danych, należy jej dokonać.
4. Zapisać zmiany przyciskiem **Zatwierdź**.

**Nowe sprawozdanie POZ**

**Rok 2017**

Rodzaj sprawozdania: Załącznik nr 3c do Umowy POZ

Umowa: 125

Miesiąc: Czerwiec Półroczne

Data sporządzenia: 2017-07-04

Zatwierdź Wyjście

Po zatwierdzeniu zmian, na formatce *Sprawozdania POZ* zostanie wyświetlona pozycja "Załącznik nr 3c do Umowy POZ" posiadający numer wersji 0. Każdy kolejny eksport załącznika będzie podwyższał tą wartość o 1.

Po otwarciu załącznika prezentowana jest lista badań diagnostycznych i liczba ich wykonania, wyświetlana w kolumnie "Wartość". Wartości liczbowe w załączniku zliczają się automatycznie na podstawie danych wprowadzanych do aplikacji i gromadzonych na formatce [Zestawienie wykonanych badań](#).

**Załącznik do sprawozdania POZ**

Rodzaj sprawozdania: B - Załącznik nr 3c do Umowy POZ

Nr umowy POZ: 125 Miesiąc: Czerwiec

Data sporządzenia: 2017-07-07 Liczba populacji zadekl. na koniec okresu rozl.: 3643 Przelicz ponownie

Lp.	Kod	Nazwa	Wartość
1.1	1001100007	Morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi	24
1.2	1001100006	Morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi	56
1.3	1001100003	Retikulocyty	0
1.4	1001100004	Odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)	125
1.5	1001100005	Poziom glikozylacji hemoglobiny (HbA1c)	0
10.1	1002000001	Spirometria	14
2.1	1001200012	Albumina	110
2.2	1001200022	Aminotransferaza alaninowa (ALT)	0

**Uwaga!** Wartości w załączniku będą zerowe, jeśli świadczeniodawca nie ewidencjonuje inf. o wykonanych badaniach w programie mMedica. Wtedy dane te należy wprowadzić ręcznie, wpisując liczbę wykonanych badań w kolumnie "Wartość".

Przycisk **Przelicz ponownie** powoduje odświeżenie informacji o liczbie wykonanych badań. Należy z niego skorzystać, jeśli po utworzeniu załącznika dokonywano jeszcze wstecznej ewidencji badań.

W polu "Liczba populacji zadekl. na koniec okresu rozl." wyświetlany jest stan deklaracji aktywnych (wszystkie deklaracje bez rozróżnienia na rodzaj listy aktywnej) na ostatni dzień okresu sprawozdawczego - zgodnie z wymogami tworzenia załącznika 3c będzie to ostatni dzień miesiąca czerwca i grudnia.

Po utworzeniu załącznika 3c należy wykonać kolejne czynności:

5. Zweryfikować czy w załączniku znajdują się prawidłowe wartości. Jeśli program nie podpowiada ich automatycznie, należy wprowadzić je samodzielnie.


6. Zamknąć załącznik 3c poprzez jego podświetlenie i wybranie przycisku **Zamknij sprawozdanie**.

Po zamknięciu załącznika należy dokonać jego [eksportu](#).

### 9.5.3.2 Eksport załącznika 3c

Ścieżka: [Komunikacja](#) > [Eksport danych](#) > [Dane zbiorcze o świadczeniach udzielonych w ramach POZ](#)

W celu wyeksportowania sprawozdania zbiorczego z wykonanych świadczeń POZ należy:

1. Przejść do ww. ścieżki.
2. W polu "Miesiąc" z listy rozwijanej wybrać miesiąc odpowiadający półroczu, tj. czerwiec lub grudzień.
3. W polu "Umowa nr" za pomocą przycisku  wybrać numer umowy POZ.
4. W polu "Zakres" wybrać wartość: **Badania diagn.**
5. Wybrać przycisk **Eksport** w celu rozpoczęcia eksportu danych.

W wersji 9.0.0 aplikacji mMedica w oknie eksportu danych zbiorczych został udostępniony parametr **"Eksportuj ponownie pozycje, do których nie otrzymano jeszcze potwierdzenia"**. Po jego zaznaczeniu i naciśnięciu **Eksportuj** eksportowane są sprawozdania zbiorcze posiadające status "Wysłano" lub "Błąd potwierdzenia", spełniające jednocześnie warunki określone w wyżej wymienionych polach.

Eksport danych można w każdym momencie przerwać za pomocą przycisku **Anuluj eksport**, a po jego wykonaniu zapisać raport na dysku komputera, do czego służy przycisk **Zapisz raport**.

## 9.5.4 Zestawienie wykonanych badań POZ

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#) > [Zestawienie wykonanych badań POZ](#)

Formatka *Zestawienie wykonanych badań POZ* umożliwia ewidencjonowanie wykonanych badań POZ bez powiązania z wizytą. Prezentuje również informacje o badaniach wykonanych i wprowadzonych do programu w ramach danego miesiąca. Ewidencjonowania informacji o badaniach POZ dokonuje się w nast. miejscach w programie:

- Na formatce Uzupełnianie świadczeń po wybraniu przycisku [Badania POZ](#)
- W [danych medycznych](#) pacjenta w powiązaniu ze skierowaniem wystawionym w Gabinetce
- Poprzez zaimportowanie wyników badań z laboratorium (przy wykorzystaniu modułu dodatkowego eWyniki Lab)
- Na omawianej formatce poprzez wybranie przycisku **Dodaj zestaw badań**

Formatka podzielona jest na dwa okna. W górnym oknie prezentowane są dane pacjentów, natomiast w dolnym oknie wyświetlana jest lista badań wykonanych danemu pacjentowi. Badania zewidencjonowane na wizycie realizowanej w Gabinetce będą posiadały numer w polu "Id świadczenia", zdj. poniżej. Edycji lub usunięcia tych badań można dokonać jedynie z poziomu wizyty – przyciski **Edytuj badanie** oraz **Usuń badanie** w tym wypadku będą nieaktywne.

Funkcje dodatkowe

Dodaj zestaw badań

Drukuj zestawienie

Wyszukiwanie zaawansowane

Miesiąc:

Czerwiec

Nazwisko i imię / PESEL:

Nr umowy:

Id zestawu:

Status:

Typ badania

Zastosuj

Wyczyść

Wyszukiwanie podrzędnych

Realizujący

Zastosuj

Wyczyść

Zestawienie wykonanych badań POZ

Nazwisko	Imiona	Data ur.	PESEL	Nr umowy	Status	Id zestawu
WANDA		1934-08-20		125/		
EUGENIUSZ		1937-01-...		125/		
ARTUR		1978-06-15		125/		
ANNA MARIA		1980-10-25		125/		
Gosia ANNA		1983-01-14		125/		

EUGENIUSZ

Id świadczenia	ICD9	Kod NFZ	Nazwa	Data wykonania	Krotność	CH
0000115696042685...	I99	1001200014	Cholesterol całkowity	2017-06-07	1	
0000115696042685...	G11	1001500002	Czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	2017-06-07	1	
0000115696042685...	K21	1001200027	Czynnik reumatoidalny (RF)	2017-06-07	1	
0000115696042685...	A23	1001400001	Badanie ogólne	2017-06-07	1	

Dodaj badanie

Edytuj badanie

Usuń badanie

Dane wizyty

Za pomocą filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* można dokonać zawężenia wyników wyszukiwania. Przycisk **Drukuj zestawienie** znajdujący się w górnej części ekranu umożliwia wydruk zestawienia z wykonanych badań POZ z podziałem na: kod badania, nazwę badania, kod procedury ICD-9, wagę (pkt), sumę badań i sumę punktów. Funkcja ta jest dostępna dla użytkowników posiadających dodatkowy moduł "Raporty pomocnicze".


Opis przycisków znajdujących się w dolnym panelu okna:

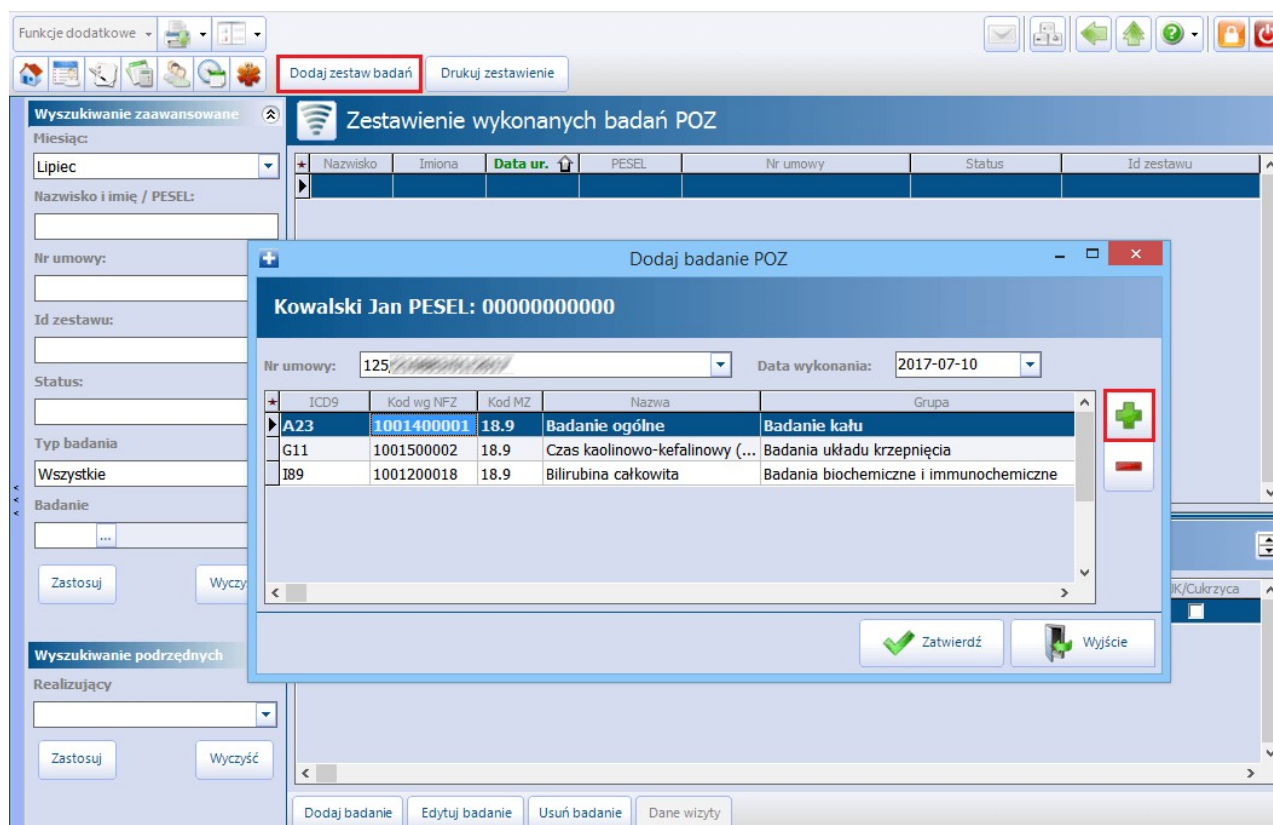
- **Dodaj badanie** – dodanie kolejnego badania dla pacjenta, który ma już zaewidencjonowany zestaw badań w danym miesiącu.
- **Edytuj badanie** – edycja wprowadzonego badania, podświetlonego na liście, tj. zmiana nr umowy, daty wykonania, krotności.
- **Usuń badanie** – usunięcie błędnie wprowadzonego badania, będącego składową zestawu badań pacjenta.
- **Dane wizyty** - otwiera okno danych wizyty pacjenta. Jeśli badanie zostało dodane bez powiązania z wizytą, przycisk będzie nieaktywny.

**Uwaga!** Dzięki funkcjonalności automatycznego dodawania wyniku badania laboratoryjnego lub diagnostycznego, ręczne dodanie wyniku badań w *Danych medycznych* pacjenta lub zaimportowanie z laboratorium przy użyciu modułu eWyniki, powodować będzie dodanie odpowiednich pozycji do *Zestawienia wykonanych badań POZ*.

### 9.5.4.1 Dodanie zestawu badań

Formatka Zestawienie wykonanych badań POZ umożliwia dodanie informacji o wykonanych badaniach POZ. W tym celu należy wykonać następujące czynności:

- Wybrać przycisk **Dodaj zestaw badań** znajdujący się w górnym panelu formatki.
- Z okna *Słownik pacjentów* dwuklikiem wybrać pacjenta, dla którego zostaną wprowadzone badania.
- W otwartym oknie dialogowym *Dodaj badanie POZ* wykonać nast. czynności:
  - W polu "Numer umowy" wybrać numer umowy POZ z listy rozwijanej.  
Jeśli placówka posiada jedną umowę na udzielanie świadczeń POZ, będzie ona podpowiadać się domyślnie. W przypadku kilku umów POZ, podpowiadany będzie numer umowy na podstawie złożonej deklaracji do lekarza POZ (numer umowy z [ustawień domyślnych personelu](#), do którego pacjent ma złożoną deklarację).
  - W polu "Data wykonania" wprowadzić datę wykonania badania ręcznie lub za pomocą dostępnego kalendarza.
  - Wybrać przycisk  **Nowy** i z okna *Badania POZ - wielowybór* wybrać badania laboratoryjne bądź diagnostyczne, które zostały wykonane pacjentowi. Jeśli pacjentowi wykonano więcej niż 1 badanie, należy przytrzymać klawisz CTRL na klawiaturze komputera i kolejno zaznaczyć badania na liście. Zatwierdzić wybór przyciskiem **Wybierz**.
- Po dodaniu badań do okna *Dodaj badanie POZ* zapisać dane przyciskiem **Zatwierdź**.



The screenshot shows the 'Dodaj badanie POZ' (Add POZ test) dialog box. The patient's name is 'Kowalski Jan' and the PESEL number is '00000000000'. The 'Nr umowy' (Contract number) is '125' and the 'Data wykonania' (Date of performance) is '2017-07-10'. A table of selected tests is displayed:

ICD9	Kod wg NFZ	Kod MZ	Nazwa	Grupa
A23	1001400001	18.9	Badanie ogólne	Badanie kału
G11	1001500002	18.9	Czas kaolinowo-kefalinowy (...)	Badania układu krzepnięcia
J89	1001200018	18.9	Bilirubina całkowita	Badania biochemiczne i immunochemiczne

Buttons at the bottom right include 'Zatwierdź' (Confirm) and 'Wyjście' (Exit). The background shows the 'Zestawienie wykonanych badań POZ' (Summary of performed POZ tests) window with search filters and a list of tests.

W przypadku konieczności zmiany daty wykonania badania lub zmiany krotności badania, należy w dolnym oknie formatki zaznaczyć rekord z badaniem, następnie wybrać przycisk **Edytuj badanie**. W oknie *Edytuj badanie POZ* będzie istniała możliwość modyfikacji danych.



## 9.5.5 Raport personalny deklaracji POZ

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#) > [Weryfikacje deklaracji POZ](#)

Na podstawie prawidłowo zweryfikowanych deklaracji można utworzyć i wydrukować raport personalny, który przedstawia ilość deklaracji z podziałem na osoby personelu i nast. grupy wiekowe:

- Ubezpieczeni 7-19 r. ż.
- Ubezpieczeni 20-39 r. ż.
- Ubezpieczeni 40-65 r. ż.
- Ubezpieczeni powyżej 65 r. ż.

Aby przejrzeć/wydrukować raport personalny należy wybrać przycisk **Raport personalny**, znajdujący się w górnym panelu okna.

**Uwaga!** W module Plus (+) programu mMedica można wykonać raport z porad udzielonych osobom chorym na ChUK i cukrzycę. Raport ten wykazuje dane na dzień przeprowadzenia przez NFZ weryfikacji deklaracji (jest to pierwszy dzień miesiąca rozliczeniowego) i tylko według rozliczeń zatwierdzonych w tym dniu przez NFZ.

Aby wykonać raport należy zaznaczyć pole "Grupuj w/g wyższej grupy", następnie wybrać przycisk **Raport personalny**. Raport jest dostępny w programie do końca 2014 r., gdyż od 2015 r. NFZ zrezygnował z rozliczania wyższej grupy kapitałowej.

## 9.6 Funkcje dodatkowe deklaracji

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

W lewym górnym rogu *Listy deklaracji* znajduje się menu *Funkcje dodatkowe*, po rozwinięciu którego można skorzystać z następujących funkcji:

- Wygenerowanie [zestawienia deklaracji](#) według wybranych warunków.
- Zbiorcze [kopiowanie deklaracji](#) na nowe listy aktywne i dla wskazanego personelu.
- Zbiorcze [uzupełnienie danych](#) w deklaracjach.
- Wydrukowanie formularza deklaracji wyboru z naniesionymi już danymi pacjenta.
- [Zmiana roku szkolnego](#) dla deklaracji medycyny szkolnej.
- [Import deklaracji medycyny szkolnej](#) z pliku zapisanego w formacie \*.xls.

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

## 9.6.1 Zestawienie deklaracji

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#) > [Zestawienie deklaracji](#)  
lub [Deklaracje](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Zestawienie deklaracji](#)

Formatka *Zestawienie deklaracji* umożliwia wygenerowanie zestawienia deklaracji POZ według dostępnych kryteriów widocznych na screenie poniżej.

W górnej części okna w sekcji *Grupowanie, sortowanie* wskazuje się kryteria, poprzez zaznaczenie odpowiedniego pola ☒, według których zostanie utworzone zestawienie deklaracji. Zaznaczenie kolejnych pozycji określa precyzyjnie warunki wyświetlania według ściśle określonych parametrów. Numeracja poszczególnych pól, pojawiająca się po jego zaznaczeniu, określa kolejność występowania kolumn w zestawieniu.

Przykład:

(1) - Wg daty podpisania, (2) - Wg statusu deklaracji, (3) - Wg typu podopiecznego. Taka numeracja oznacza, że pozycje będą zliczane i prezentowane według daty podpisania, a w jej obrębie według statusu deklaracji, a dalej zawężone zostaną do typu podopiecznego.

Po wybraniu szczegółowych warunków należy wybrać przycisk **Zlicz**, który wyświetli dane w dolnej części okna *Zestawienie deklaracji*.

**Wyszukiwanie podrzędnych**

PESEL podopiecznego:

PESEL zgłaszającego:

Data podpisania deklaracji:  
od:  do:

Data wycofania deklaracji:  
od:  do:

Status weryfikacji:

Miesiąc weryfikacji:

Numer instalacji:

Personel:

**Zestawienie deklaracji**

**Grupowanie, sortowanie**

☐ Wg rodzaju listy aktywnej ☐ Wg numeru REGON szkoły (2) ☒ Wg statusu deklaracji

☐ Wg personelu ☐ Wg typu szkoły ☐ Wg statusu weryfikacji

(1) ☒ Wg daty podpisania ☐ Wg roku szkolnego ☐ Wg miesiąca weryfikacji

(3) ☒ Wg typu podopiecznego ☐ Wg klasy ☐ Wg roku weryfikacji

☐ Wg płci podopiecznego ☐ Wg symbolu klasy ☐ Wg statusu eksportu

☐ Wg placówki ☐ Wg profilaktyki fluorkowej

☐ Wg roku urodzenia ☐ Wg miejscowości zamieszkania

**Zestawienie deklaracji**

*	Data podpisania	Status deklaracji	Podopieczny	Liczba
▶	2006-08-09	złożona	-	2
	2006-08-09	wycofana	-	1
	2006-08-10	złożona	-	10
	2006-08-10	wycofana	-	1
	2006-08-11	złożona	-	3
	2006-08-12	złożona	-	2
	2006-08-14	złożona	-	18

W celu zawężenia danych koniecznych do otrzymania zestawienia, można skorzystać z filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie podrzędnych*.

## 9.6.2 Zbiornicze kopiowanie deklaracji

Ścieżka: [Deklaracje](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Zbiornicze kopiowanie deklaracji](#)  
lub [Deklaracje](#) > [Zbiornicze kopiowanie deklaracji](#)

Omawiana funkcja umożliwia zbiornicze kopiowanie deklaracji do nowej listy aktywnej lub nowej osoby personelu, bez konieczności przepisywania indywidualnych deklaracji pojedynczo.

Deklaracje, które mają zostać skopiowane, należy uprzednio wyselekcjonować za pomocą filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane/Szukaj szczegółowo* lub wskazać bezpośrednio na liście deklaracji. Wybrane deklaracje zaznacza się na liście za pomocą myszki i przytrzymując klawisz CTRL na klawiaturze.

W celu zbiorniczego skopiowania danych deklaracji należy:


1. Przejsć do okna *Deklaracje* i dokonać wyfiltrowania danych, które mają zostać skopiowane.
2. Zaznaczyć na liście deklaracji lewym przyciskiem myszki dowolny rekord.
3. W lewym górnym rogu okna wybrać przycisk **Funkcje dodatkowe** i opcję "Zbiornicze kopiowanie deklaracji".
4. W oknie *Zbiornicze kopiowanie deklaracji*:
  - a) W sekcji *Zakres kopiowania* zaznaczyć opcję "Wszystkie deklaracje" - operacji będą podlegać wszystkie deklaracje, które zostały wyfiltrowane.
  - b) W pozostałych sekcjach zaznaczyć parametry zgodnie z oczekiwanymi rezultatami.
  - c) Rozpocząć proces kopiowania deklaracji poprzez wybranie przycisku **Kopiuj**.

**Uwaga!** Ze względu na niemożność przedstawienia jednolitej ścieżki postępowania (odnośnie punktu b), opisano poniżej znaczenie poszczególnych parametrów, które użytkownik powinien zaznaczyć w zależności od efektów, jakie chce osiągnąć. **Jeżeli kopiowane deklaracje mają otrzymać nową datę podpisania, należy wskazać ją w polu "Data podpisania" ręcznie lub za pomocą kalendarza.**

Sekcja: [Data podpisania](#)

- **Ustaw datę z kopiowanych deklaracji** - po zaznaczeniu parametru data podpisania nowych deklaracji będzie taka sama, jak data podpisania deklaracji kopiowanych.  
Jeśli użytkownik chce sam wskazać datę podpisania nowych deklaracji, pole należy pozostawić puste, a datę wpisać ręcznie lub za pomocą kalendarza w polu "Data podpisania".

Sekcja: Data wycofania


- **Ustaw datę z kopiowanych deklaracji** - pole domyślnie zaznaczone. Oznacza, że data wycofania deklaracji wycofywanych będzie taka sama, jak data ich podpisania.  
Jeśli użytkownik chce sam wskazać datę wycofania starych deklaracji, pole należy pozostawić puste, a odpowiednią datę wpisać ręcznie lub za pomocą kalendarza w polu "Data wycofania".
- **Wycofaj tylko deklaracje kolidujące** - po zaznaczeniu tej opcji stare deklaracje nie są wycofywane przy kopiowaniu. Wycofane zostaną jedynie w przypadku, gdy deklaracje kopiowane kolidują z inną deklaracją pacjenta na tą samą listę aktywną.
- **Nowa lista aktywna** - z listy rozwijanej wskazuje się grupę personelu, do której zostaną skopiowane deklaracje (lekarze, medycyna szkolna, położne...). Spowoduje to zawężenie listy personelu w kolejnym polu "Personel".
- **Personel** - za pomocą przycisku  wybiera się osobę personelu, do której zostaną skopiowane deklaracje.

### 9.6.3 Zbiornicze uzupełnienie danych w deklaracjach


Ścieżka: [Deklaracje](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Zbiornicze uzupełnienie danych w deklaracjach](#)

Funkcjonalność umożliwia zbiornicze uzupełnienie danych lub ich modyfikację w złożonych już deklaracjach, bez konieczności ich wycofywania.

W celu zbiorniczego uzupełnienia danych w deklaracjach należy:

1. Przejść do okna *Deklaracje* i dokonać wyfiltrowania deklaracji, które mają zostać uzupełnione. W tym celu należy skorzystać z filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*.
2. Zaznaczyć na liście deklaracji lewym przyciskiem myszki dowolny rekord.
3. W lewym górnym rogu okna wybrać przycisk **Funkcje dodatkowe** i opcję "Zbiornicze uzupełnienie danych w deklaracjach".
4. W oknie *Uzupełnianie danych w deklaracjach*:
  - a) W sekcji *Zakres modyfikacji* zaznaczyć opcję "Wszystkie deklaracje" - operacji będą podlegać wszystkie deklaracje, które zostały wyfiltrowane.
  - b) W pozostałych sekcjach zaznaczyć zakres deklaracji, który będzie podlegał zmianie np. "Personel".
  - c) Za pomocą przycisku  wybrać nową wartość, która zostanie uzupełniona w deklaracjach.
  - d) Rozpocząć proces uzupełniania danych poprzez wybranie przycisku **Zatwierdź**.

#### Przykład:

W razie konieczności zmiany osoby personelu, do której pierwotnie złożone zostały deklaracje, należy zaznaczyć checkbox znajdujący się pod zakresem "Personel", a następnie za pomocą przycisku  wybrać z listy nową osobę personelu.

**Uzupełnianie danych w deklaracjach**

Numer instalacji:

Zakres modyfikacji

☐ zaznaczone pozycje (1)

☒ wszystkie deklaracje (5)

Data zgłoszenia

☐

**Personel**

☒  Nowak Anna

**Status PESEL**

☐

**Placówka**

☐

**Kapitacja**

☐

**Kategoria podpiecznego**

☐

**Szkoła**

☐

**Typ szkoły**

☐

**Podtyp szkoły**

☐

**Profilaktyka fluorkowa**

☐ ☐ Tak ☐ Nie

**Rok szkolny** ☐

**Klasa** ☐

**Symbol klasy** ☐

Zatwierdź Wyjście



## 9.7 Migracja pacjentów i deklaracji między instalacjami

Użytkownicy posiadający instalację wielostanowiskową mogą przysyłać do lokalizacji rozproszonych informacje o pacjentach i deklaracjach, a w przypadku migracji danych przy użyciu poczty elektronicznej, również informacje o wyniku weryfikacji deklaracji POZ.

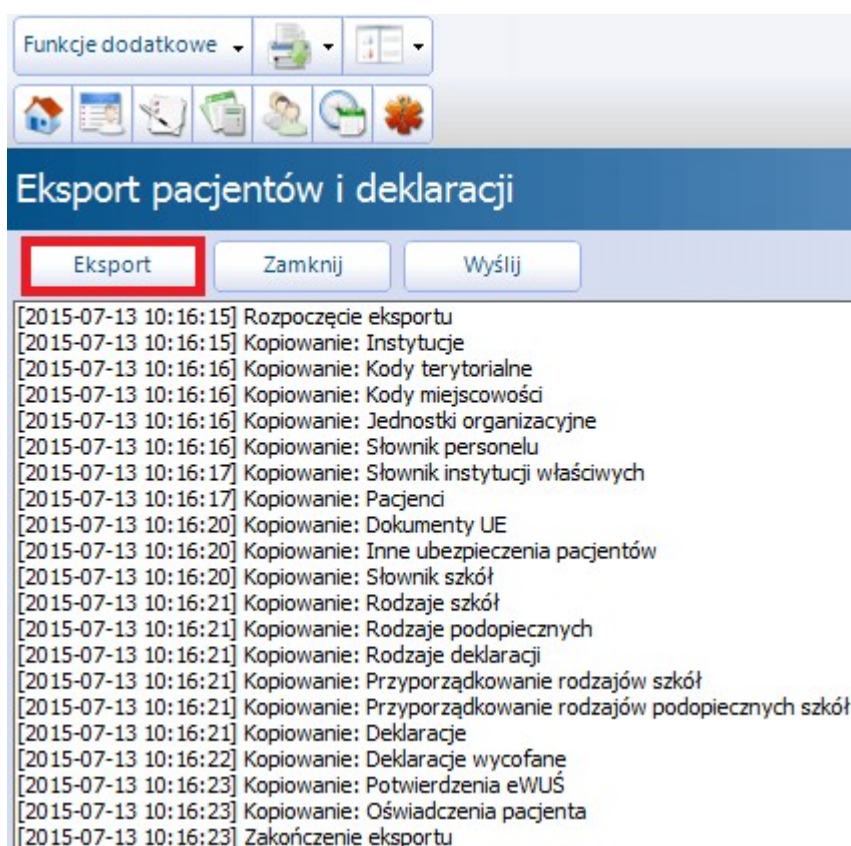
### 9.7.1 Migracja poprzez plik .mme (mM +)

**Uwaga!** Aby dokonać migracji danych pacjentów i deklaracji niezbędne jest posiadanie programu mMedica w wersji PLUS w obu bazach: tej, z której dokonywane jest przeniesienie jak i tej, do której będą importowane dane.

#### 1. Eksport:

Należy przejść do ścieżki: [Komunikacja](#) > [Migracja danych](#) > [Migracja między instalacjami mMedica](#) > [Eksport pacjentów i deklaracji](#)

W celu wyeksportowania danych należy wybrać przycisk **Eksport**, następnie określić nazwę pliku z rozszerzeniem .mme, który będzie zawierał zaszyfrowane dane pacjentów i deklaracji do przeniesienia i wczytania w innej instalacji programu mMedica.



Szacunkowy czas eksportu to kilka minut. Powyższy przykład zawiera eksport danych dla ok. 13000 deklaracji wraz z informacjami o czasie trwania eksportu. Czas eksportu uzależniony jest od konfiguracji sprzętu, na którym wykonywana jest migracja.

#### 2. Import:

Importu danych z pliku .mme dokonuje się na bazie docelowej, w której dane mają się znaleźć, po przejściu do ścieżki: [Komunikacja](#) > [Migracja danych](#) > [Migracja między instalacjami mMedica](#) > [Import pacjentów i deklaracji](#).

Poprzez zaznaczenie pól należy określić zakres danych importowanych w tabelach (wyjaśnienie poniżej), następnie wybrać przycisk **Import** i wskazać plik .mme, który powstał w trakcie eksportu z poprzedniej bazy mMedica. Po zatwierdzeniu zostanie wykonany import danych.

Zaznaczenie opcji "Migracja do nowej instalacji (cesja)" powoduje zacytowanie/import deklaracji z numerem instalacji zgodnym z licencją bazy, do której zacytywane są deklaracje.

### Sekcja: Dane do importu

Określa zakres danych, które mają być wczytane do aktualnej bazy danych. Część pozycji jest od siebie zależna i przykładowo, aby zaimportować deklaracje wymagany jest również import słownika szkół i deklaracji wycofanych. Właściwe zaznaczenia są uzupełniane przez aplikację automatycznie.

### Sekcja: Aktualizuj znalezione pozycje

W sekcji określa się czy w przypadku znalezienia w bazie takich samych pozycji (np. pacjenta z takim samym nr PESEL), dane mają być aktualizowane na podstawie importowanych danych czy nie.

Zaznaczenie w sekcji ☒ oznacza, że znalezione pozycje będą aktualizowane.

### Sekcja: Dodaj nowe niewymagane pozycje

W sekcji określa się czy dane (które są niewymagane), które nie występują w bazie, do której plik jest wczytywany, będą do niej importowane. Przykładowo, jeżeli w grupie opcji "Dane do importu" wszystkie opcje zostaną zaznaczone, to w grupie opcji "Dodaj nowe niewymagane pozycje" można określić, które spośród dostępnych danych są niezbędne i mają zostać zaimportowane do bazy.

Zaznaczenie w sekcji ☒ oznacza, że będą dodawane wszystkie pozycje, niezależnie czy są wymagane przez kolejne importowane zakresy danych.

**Uwaga!** Aktualnie migracja pacjentów i deklaracji przenosi personel bez powiązania z użytkownikiem systemu. Użytkownicy systemu z reguły różnią się w różnych instalacjach. W przypadku gdy w obu instalacjach jest lekarz o takim samym numerze prawa wykonywania zawodu lub nr PESEL, przy migracji personelu dane osoby personelu (ewentualnie po zaznaczeniu opcji "Aktualizuj znalezione pozycje") zostaną

uaktualnione, ale powiązanie z użytkownikiem systemu nie zostanie zmienione.

Należy pamiętać, że w przypadku pierwszej migracji możliwe jest tylko ręczne uzupełnienie personelu wewnętrznego.

## 9.7.2 Migracja poprzez pocztę elektroniczną

Mechanizm migracji pacjentów i deklaracji umożliwia przesyłanie do lokalizacji rozproszonych informacji o deklaracjach, ich statusie oraz wyniku weryfikacji przekazanej przez OW NFZ za pomocą poczty elektronicznej.

Aby móc przekazywać informacje o weryfikacji danych do lokalizacji odległych, należy wcześniej skonfigurować program, określając parametry skrzynek mailowych poszczególnych lokalizacji.

Użytkownik (świadczeniodawca) wykorzystuje do wymiany danych z systemami OW NFZ konta techniczne, posiadające nazewnictwo: xxxxxxxx@nfz-yyyyyy.zz i wpisywane w pole "Adres e-mail".

Adres serwera poczty przychodzącej (POP3):	xxxxxxxx
Adres serwera poczty wychodzącej (SMTP):	xxxxxxxx
Adres e-mail:	xxxxxxxx@nfz-yyyyyy.zz

Konfiguracji dokonuje się na serwerze w lokalizacji rozproszonej, z której migrowane są dane do lokalizacji macierzystej (lokalizacji, z której wykonywany jest eksport deklaracji do systemu OW NFZ).

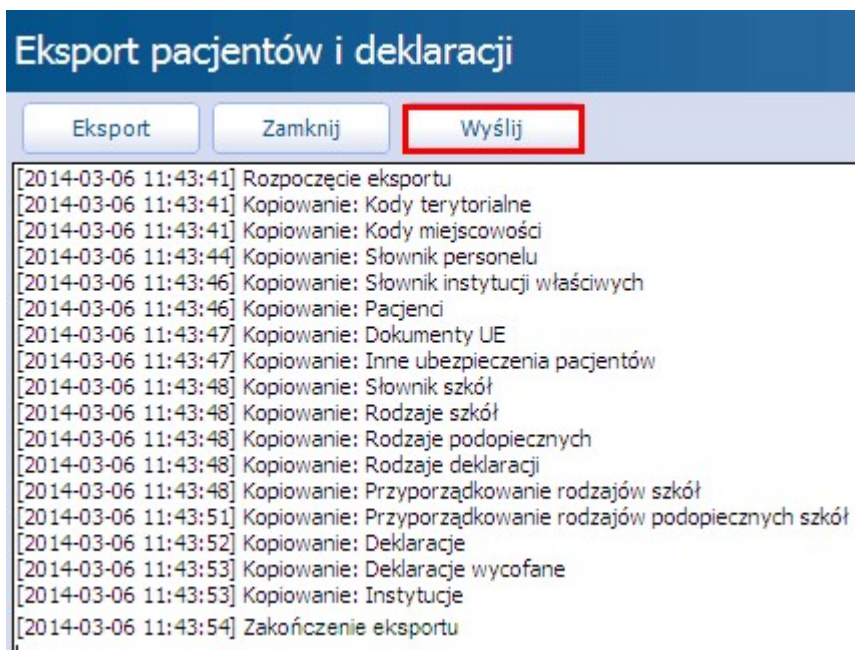
W lokalizacji rozproszonej należy przejść do: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Komunikacja](#) > [Pocztą NFZ](#) i określić adres skrzynki mailowej w polu "Adres e-mail dla deklaracji".

W tym polu należy wpisać wartość odpowiadającą zawartości pola "Adres email" (zdz. powyżej), który znajduje się w lokalizacji macierzystej (lokalizacji, z której wykonywana jest wysyłka deklaracji do systemu OW NFZ).

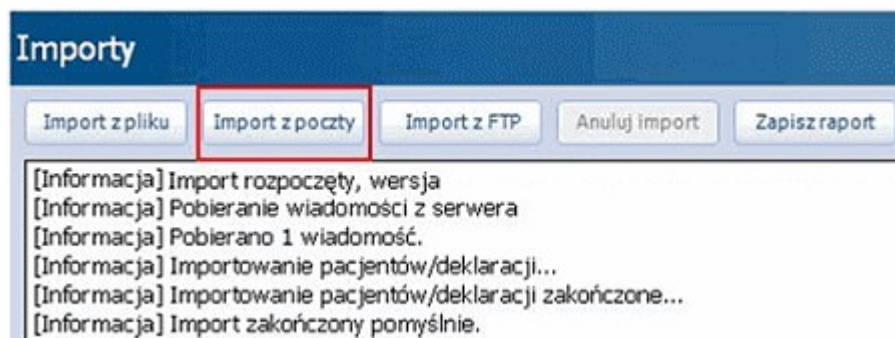
Adres e-mail dla świadczeń:	
Adres e-mail dla deklaracji:	

Operację migracji przeprowadza się w następujący sposób:

1. Na serwerze w lokalizacji rozproszonej przejść do: [Komunikacja](#) > [Migracja danych](#) > [Migracja danych między instalacjami](#) > [Eksport pacjentów i deklaracji](#).
2. Wybrać przycisk **Wyślij**, który uruchomi wysyłkę danych.



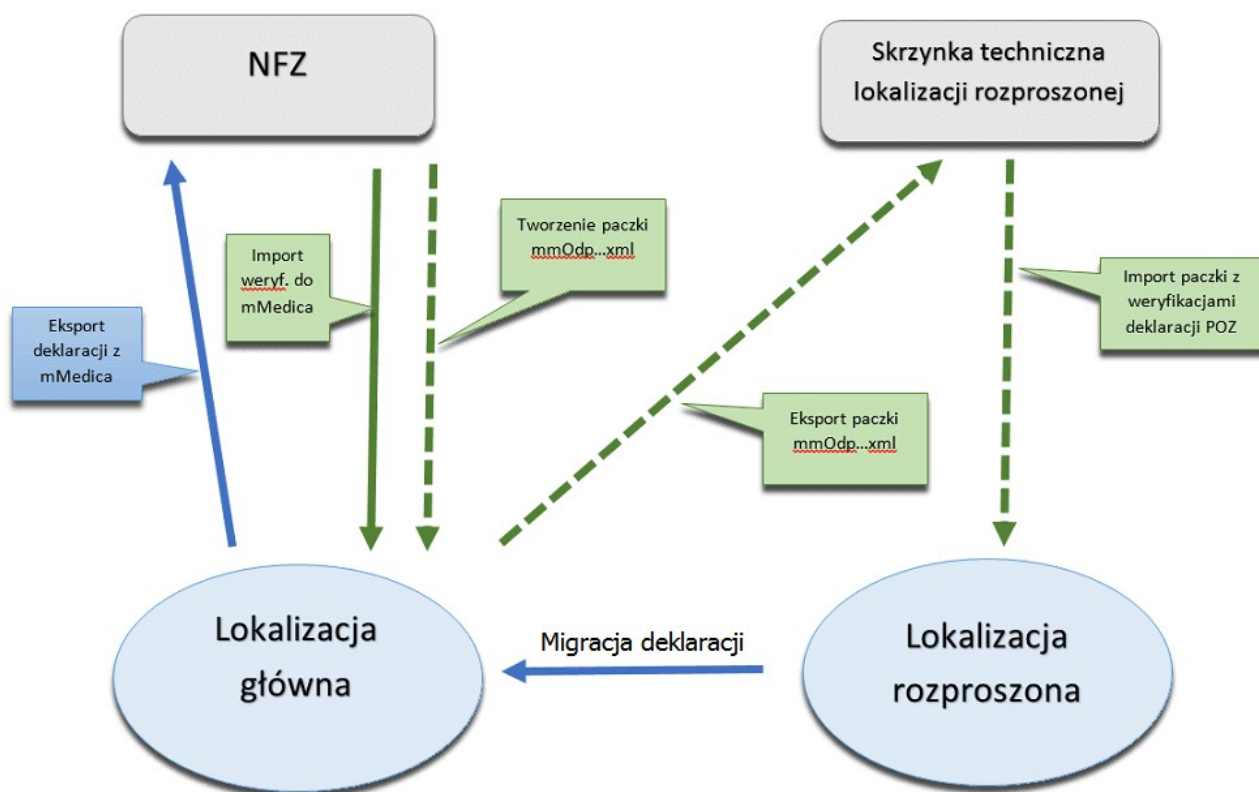
- Na serwerze w lokalizacji macierzystej (lokalizacji, z której wykonywana jest wysyłka deklaracji do systemu OW NFZ) dokonać importu danych poprzez: [Komunikacja > Import danych > Import z poczty](#).



- Wykonać standardowy eksport deklaracji do systemu OW NFZ.
- W okresie przekazywania weryfikacji (zazwyczaj pod koniec miesiąca) dokonać importu weryfikacji na serwerze w lokalizacji macierzystej poprzez: [Komunikacja > Import danych > Import z poczty](#). Dane zostaną zweryfikowane i przekazane do poszczególnych lokalizacji rozproszonych automatycznie. Plik importu deklaracji pobierany przez lokalizację macierzystą powoduje uruchomienie procedury tworzenia paczki odpowiedzi, przekazywanej do instalacji rozproszonej. Pliki jakie powstają podczas automatycznego eksportu do stacji rozproszonej oznaczone są nazwą: mmOdp0.xml, mmOdp1.xml, mmOdp2.xml itd.
- Na serwerze w lokalizacji rozproszonej przejść w: [Komunikacja > Import danych](#) i wybrać przycisk **Import z poczty**. Czynność ta uruchomi proces pobierania informacji o przekazanych weryfikacjach.

Omawiana funkcjonalność została przedstawiona graficznie na poniższej ilustracji:





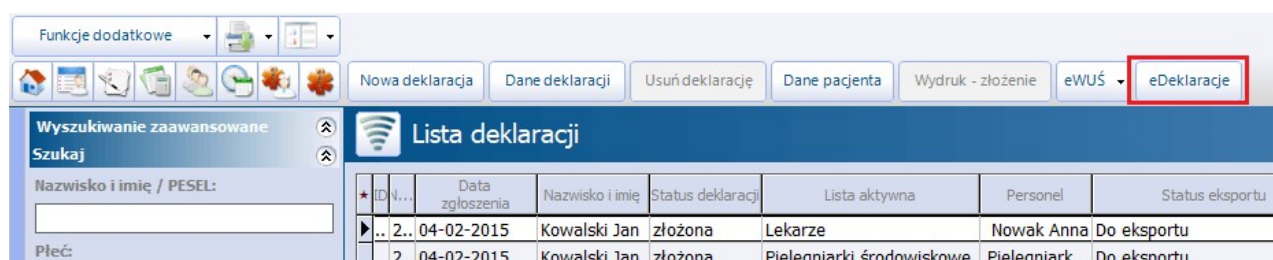
## 9.8 Import e-Deklaracji

Ścieżka: [Deklaracje](#) > przycisk **eDeklaracje**

Aplikacja mMedica posiada funkcjonalność importu z systemu P1 deklaracji złożonych w sposób elektroniczny (przez IKP).

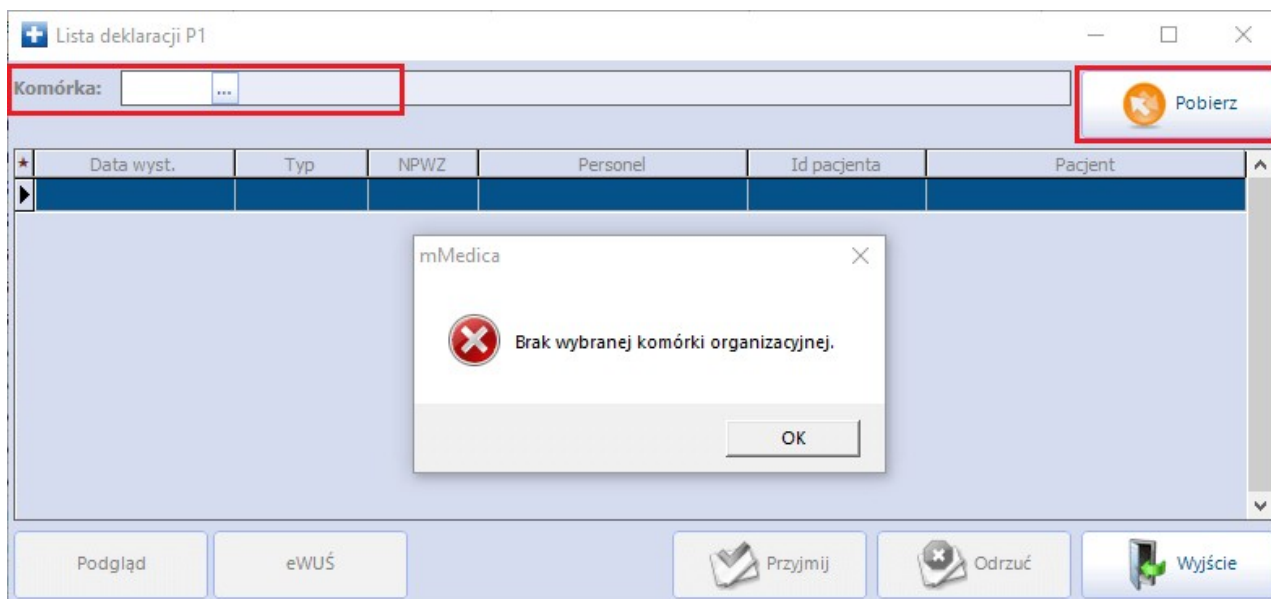
**Uwaga!** Sposób konfiguracji programu, umożliwiającej import e-Deklaracji z systemu P1, w tym zaczytania odpowiednich certyfikatów, został opisany w rozdziale [Konfiguracja e-Recepty](#). Jeżeli w bazie świadczeniodawcy są aktualnie wystawiane e-Recepty/e-Skierowania, nie ma potrzeby wykonywania dodatkowej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

Aby pobrać z systemu P1 deklaracje złożone elektronicznie, należy w oknie przeglądu deklaracji wybrać przycisk **eDeklaracje**.



W wyniku powyższej czynności otwarte zostanie okno *Lista deklaracji P1*. W celu pobrania listy e-Deklaracji, złożonych do świadczeniodawcy, należy wybrać przycisk **Pobierz**.





Aby pobranie e-Deklaracji było możliwe, w polu "Komórka" konieczne jest wskazanie placówki, do której zostaną przypisane przyjęte deklaracje. Podpowie się ona z ustawień domyślnych zalogowanego personelu, jeśli została w nich wybrana. Jeżeli pole "Komórka" nie będzie uzupełnione, przy próbie pobrania deklaracji pojawi się stosowny komunikat (patrz przykład powyżej).

Natomiast jeżeli operacja pobrania e-Deklaracji zakończy się pozytywnie, ich lista wyświetli się w powyższym oknie. Na liście w odpowiednich kolumnach widoczne będą istotne dane dotyczące poszczególnych pozycji.

W wersji 8.3.0 aplikacji mMedica na końcu wyświetlanej tabeli dodano kolumny: "eWUŚ", prezentującą aktualny status eWUŚ pacjenta w programie, oraz "Aktywna deklaracja (personel)", prezentującą personel z istniejącej w programie aktywnej deklaracji pacjenta.

W wersji 8.3.0 programu na dole okna *Import e-Deklaracji* dodano przycisk **eWUŚ**, po wyborze którego następuje pobranie statusów eWUŚ dla pacjentów znajdujących się na liście.

Aby otworzyć wizualizację danej pozycji, należy ją podświetlić na liście i wybrać przycisk **Podgląd**.

W celu zaimportowania e-Deklaracji pacjenta należy po jej podświetleniu wybrać przycisk **Przyjmij**.

Od wersji 8.3.0 aplikacji mMedica po wyborze powyższego przycisku wyświetlane jest okno weryfikacji danych pacjenta. Jeżeli jest to nowy pacjent, którego nie ma jeszcze w *Kartotece pacjentów*, wyświetli się pojedyncze okno, prezentujące dane z zaczytywanej e-Deklaracji. Natomiast jeśli pacjent istnieje już w bazie danych programu, wyświetlone okno będzie zawierało dane z programu mMedica i z zaczytywanej e-Deklaracji (patrz przykład poniżej).

Weryfikacja danych pacjenta z eDeklaracji

**Dane z mMedica**

**Dane osobowe**

Nazwisko: Kowalski

Imię: Jan      Drugie imię:

PESEL:      Data ur.:

Dokument:

**Adres zamieszkania**

Kod poczt.:      Miasto:

Kod teryt.:

Kod miejsc.:

Ulica:


Nr domu:      Nr lokalu:

Telefon kom.:      Telefon dod.:

E-mail:

Powiadamianie:

**Uwaga! Brak danych kontaktowych niezbędnych do wysyłki powiadomienia**



**Dane z eDeklaracji**

**Dane osobowe**

Nazwisko: Kowalski

Imię: Jan

PESEL:      Data ur.:

Dokument:

**Adres zamieszkania**

Kod poczt.:      Miasto:

Kod teryt.: ...

Ulica:

Telefon kom.:

E-mail:

Potwierdź   Wyjście

W przypadku nieaktualnych danych istnieje możliwość ich zmiany. Aby przepisać dane z e-Deklaracji, należy skorzystać z przycisku z symbolem strzałki, zaznaczonego na powyższym zdjęciu. Za pomocą znajdujących się na dole przycisków **Potwierdź** i **Wyjście** można zatwierdzić wprowadzone zmiany lub wyjść z okna bez dokonywania modyfikacji.

Od wersji aplikacji 8.4.0 podczas przyjmowania deklaracji program weryfikuje istnienie w *Rejestrze personelu* większej ilości wpisów posiadających NPWZ identyczny z tym, jaki ma personel w zacytywanym dokumencie. Jeżeli istnieje więcej niż jedna taka pozycja, wyświetli się okno *Wybór personelu*, umożliwiające wskazanie personelu, do którego ma być przypisana przyjmowana deklaracja (przykład poniżej). Aby tego dokonać, należy podświetlić odpowiedni wiersz i skorzystać z zamieszczonego na dole przycisku **Wybierz**.

W wersjach aktualizacji programu o numerach do 8.7.0 włącznie w oknie dostępny jest również przycisk **Dodaj personel na podstawie dokumentu**. Jego wybór spowoduje dodanie w *Rejestrze personelu* nowego personelu zewnętrznego z danymi z zacytywanej deklaracji i umożliwi powiązanie z nim tej deklaracji w bazie danych. W wersji 9.0.0 przycisk ten został usunięty.

**Uwaga!** W związku z tym, że deklaracje w programie powinny być powiązane z personelem wewnętrznym, w przypadku wyboru przycisku **Dodaj personel na podstawie dokumentu** i powiązania przyjętej deklaracji z nowo dodanym personelem zewnętrznym, należy dokonać stosownej modyfikacji, na przykład zmiany tego personelu w *Rejestrze personelu* na wewnętrznego (utworzenie użytkownika i jego wybór w danych personelu po zmianie grupy na: "Personel wewnętrzny").

Wybór personelu

Dane personelu przekazane w dokumencie

Testowy Lekarz  
NPWZ:   
PESEL: nie podano

Aktualny	Nazwisko	Imię	NPWZ	PESEL
<input checked="" type="checkbox"/>	Nowak	Jan		
<input checked="" type="checkbox"/>	Testowy	Lekarz		

Wybierz personel wystawiający dokument

Dodaj personel na podstawie dokumentu Wybierz

W kolejnym kroku, po rozpoczęciu czynności przyjęcia deklaracji, nastąpi otwarcie okna [dodania deklaracji](#) z odpowiednio uzupełnionymi polami. W polu "Placówka" podpowie się komórka organizacyjna wybrana wcześniej w oknie *Lista deklaracji P1*.

Podtyp szkoły/wskaźnik:

Placówka: 00 Poradnia

Przyczyna:

Po zatwierdzeniu danych (przycisk **Zatwierdź** w prawym dolnym rogu) deklaracja zostanie zaczytana do bazy danych.

**Uwaga!** Program uniemożliwi przyjęcie e-Deklaracji złożonej do personelu, który nie istnieje w bazie danych świadczeniodawcy. W takim wypadku po naciśnięciu **Przyjmij** użytkownik spotka się z komunikatem:

Brak w bazie personelu o numerze NPWZ:(...)

**OK**

**Uwaga!** W przypadku braku pacjenta w kartotece pacjentów zostanie on do niej dodany podczas importu jego deklaracji.

W celu odrzucenia e-Deklaracji pacjenta należy podświetlić ją na liście i wybrać przycisk **Odrzuć**.

W wersji aplikacji 8.3.0 w oknie przeglądu deklaracji dodano kolumnę "eDeklaracja", w której dla zaimportowanych e-Deklaracji będzie się wyświetlać znacznik .

## Rozdział

## 10

## Rozliczenia świadczeń

W styczniu 2011 roku uruchomiony został nowy system rozliczania świadczeniodawców z Płatnikiem.

Aby możliwe było ewidencjonowanie i rozliczanie świadczeń realizowanych podczas wizyty pacjenta należy:

- zaimportować elektroniczną wersję umowy (umów) z NFZ: [Import umów z NFZ](#),
- w czasie rejestrowania danych wizyty wprowadzić dane rozliczeniowe: [Wprowadzanie i modyfikacja danych o rozliczeniach](#),
- wykonać eksport danych ewidencyjnych do NFZ: [Eksport danych ewidencyjnych do NFZ \(I faza\)](#),
- wykonać import potwierdzeń I fazy: [Import potwierdzeń I fazy](#),
- dokonać czynności rozliczeniowych w systemie Płatnika prowadzących do uzyskania szablonu rachunku,
- zaimportować szablon rachunku,
- wygenerować rachunek: [Rachunki](#),
- wyeksportować rachunek i zamieścić go w systemie Płatnika.

Sposób rozliczenia świadczeń opisuje dokument opublikowany na stronach OOWNFZ o tytule: Likwidacja\_II\_fazy. Na stronie 4-tej dokumentu znajduje się instrukcja, której treść została zamieszczona poniżej:

### Przebieg procesu rozliczeń:

1. Przesłanie komunikatu I fazy – tak jak dotychczas.
2. Loader generuje odpowiedź P\_SWI – tak jak dotychczas.
3. Świadczeniodawca otrzymuje odpowiedź na skrzynkę – tak jak dotychczas.
4. Oddział uruchamia proces weryfikacji świadczeń. Świadczenia, które nie przeszły pomyślnie procesu weryfikacji regułami centralnymi i oddziałowymi, nie biorą udziału w dalszym procesie rozliczeń.
5. Świadczeniodawca może ponownie otrzymać komunikat P\_SWI z wynikami weryfikacji (na Portalu Świadczeniodawcy). Pobieranie opisane zostało w rozdziale "Pobieranie komunikatów z wynikami weryfikacji (P\_SWI)".
6. Świadczeniodawca uruchamia proces naliczania świadczeń (Portal Świadczeniodawcy). Uruchamianie procesu opisane jest w rozdziale "Uruchamianie procesu naliczania świadczeń".
7. Na początku procesu naliczania system sprawdza czy nie nastąpiły zdarzenia wymagające skorygowania już naliczonych świadczeń. Generuje wtedy szablony korygujące.
8. Jeśli wygenerowane zostały jakiegokolwiek szablony korygujące proces naliczania kończy swoją działalność. Wtedy świadczeniodawca zobowiązany jest przedstawić rachunki korygujące, zanim rozpocznie dalszy proces rozliczania.
9. Po zakończonym procesie naliczania świadczeniodawca pobiera komunikat R\_UMX z Portalu. Plik ten należy zaczytać w aplikacji mMedica poprzez: [Komunikacja > Import danych > Import z pliku](#), a następnie na jego podstawie utworzyć rachunek w [Rozliczenia > Przegląd szablonów](#).
10. Świadczeniodawca przesyła komunikaty REF do otrzymanych szablonów.
11. Podczas importu komunikatu REF następuje ponowne uruchomienie procesu korygowania świadczeń w kontekście całej umowy.
12. Operator w oddziale zatwierdza rachunki. Podczas procesu zatwierdzania wykonywany jest szereg walidacji twardych, miękkich i dodatkowych oraz znów wywoływany jest proces naliczania korekt.
13. Jeśli wszystkie sprawdzenia przebiegną pomyślnie – rachunek zostaje zatwierdzony - jeśli nie, może otrzymać status: Sprawdzony oczekuje na korektę.

# 10.1 Etapy rozliczenia wybranych zakresów

W poniższym rozdziale zostały skrótkowo omówione ścieżki rozliczeń dla:

- Porad POZ
- Deklaracji POZ
- Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej
- Lecznictwa stacjonarnego (chirurgia krótkoterminowa, ZOL, ZPO i inne)

## 10.1.1 Deklaracje POZ

Czynności jakie należy wykonać, aby rozliczyć deklaracje POZ:

1. Wprowadzić (zaimportować) deklaracje.
2. Utworzyć nowe sprawozdanie: [Ewidencja > Deklaracje > Sprawozdania POZ > Nowe sprawozdanie](#). W polu **Rodzaj sprawozdania** wybrać "Deklaracje POZ", uzupełnić numer umowy i pole „Miesiąc”.
3. Wykonać eksport sprawozdania: [Komunikacja > Eksport danych > Deklaracje POZ](#).

### Uwaga!

Aby skutecznie wykonać eksport muszą być wprowadzone takie same numery umów w następujących miejscach:

- Eksport deklaracji POZ – pole: „Umowa nr”,
- Przy tworzeniu sprawozdania POZ w polu „Umowa”,
- W Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Ewidencja > Deklaracje > "Obsługiwane listy aktywne"](#) należy wybrać z listy/zaznaczyć właściwe numery umów, dla których będą wykonywane eksporty.

Program pozwala na wykonanie eksportu bez wczytanej umowy. W takiej sytuacji we wszystkich wyżej wymienionych polach należy wprowadzić „ręcznie” numer umowy.

4. Odebrać potwierdzenia: [Komunikacja > Import danych](#).
5. Sprawdzić potwierdzenia wysłanych deklaracji: [Ewidencja > Deklaracje > Potwierdzenia deklaracji POZ](#) (w tabeli pojawiają się wyłącznie pozycje błędne).
6. Sprawdzić wyniki weryfikacji deklaracji: [Ewidencja > Deklaracje > Weryfikacje deklaracji POZ](#).
7. Poprawić lub wycofać deklaracje potwierdzone błędnie.
8. Powtórzyć czynności opisane w punktach 3 do 7, aż do uzyskania potwierdzeń dla wszystkich deklaracji.
9. Wygenerować i eksportować rachunek: [Rozliczenia > Przegląd szablonów > Nowy rachunek](#), następnie przekazać go do NFZ.

Szczegółowy opis tworzenia i eksportu sprawozdań POZ znajduje się w rozdziale: [Rozliczenie sprawozdań POZ](#).

## 10.1.2 Porady POZ

Czynności jakie należy wykonać, aby rozliczyć porady POZ:

1. Wprowadzić dane o wykonanych poradach na formatce **Uzupełnianie świadczeń**. W tym celu w polu "Wizyta" należy wybrać wartość "POZ", następnie uzupełnić dane za zakładkę "Świadczenia POZ". Zakładkę "Rozliczenia" należy uzupełnić w przypadku posiadania umowy podpisanej z Oddziałem NFZ, zawierającej świadczenia rozliczane punktowo.
2. Wykonać eksport I fazy - [Eksport danych ewidencyjnych do NFZ \(I faza\)](#).
3. Wykonać import I fazy - [Import potwierdzeń I fazy](#).
4. Sprawdzić czy świadczenia zostały poprawnie potwierdzone przez NFZ (powinny mieć status „Oczekujące na weryfikację”) w [Rozliczenia > Przegląd wizyt](#), poprawić ewentualne błędy.



5. Wygenerować i eksportować rachunek: [Rozliczenia](#) > [Przegląd szablonów](#) > [Nowy rachunek](#), następnie przekazać go do NFZ.

### 10.1.3 Sprawozdanie zbiorcze POZ

Czynności jakie należy wykonać, aby wyeksportować sprawozdanie zbiorcze z wykonanych świadczeń POZ:

1. Wprowadzić dane o wykonanych świadczeniach na formatce **Uzupełnianie świadczeń**. W tym celu w polu "Wizyta" należy wybrać wartość "POZ", następnie uzupełnić dane za zakładkę "Świadczenia POZ".
2. Utworzyć sprawozdanie POZ: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#) > [Sprawozdania POZ](#), przy okazji zostaną automatycznie utworzone załączniki.
3. Jeśli dane nie zostały wprowadzone w wizycie POZ można je uzupełnić w załącznikach do [Sprawozdania POZ](#).
4. Zamknąć wszystkie załączniki do sprawozdania (nawet jeśli wszystkie nie są uzupełniane - puste załączniki nie są eksportowane).
5. Zamknąć sprawozdanie zbiorcze.
6. Wykonać eksport sprawozdania: [Komunikacja](#) > [Eksport danych](#) > [Dane zbiorcze o świadczeniach udzielonych w ramach POZ](#), w polu "Zakres" wybierając wartość **Ankiety**.

### 10.1.4 Sprawozdanie z wykonanych badań diagnostycznych

Czynności jakie należy wykonać, aby wyeksportować sprawozdanie z wykonanych badań diagnostycznych - załącznik nr 3c do umowy POZ:

1. Wprowadzić dane o wykonanych badaniach POZ na formatce **Uzupełnianie świadczeń**. W tym celu w polu "Wizyta" należy wybrać wartość "POZ", następnie uzupełnić dane za zakładkę "Badania POZ". Alternatywą jest możliwość wprowadzenia badań bez wizyty w: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#) > [Zestawienie badań POZ](#).
2. Utworzyć sprawozdanie do załącznika 3c w: [Ewidencja](#) > [Deklaracje](#) > [Sprawozdania POZ](#). Należy wybrać wartość "Półroczne" i miesiąc odpowiadający półroczu (tj. czerwiec lub grudzień).
3. Jeśli dane nie zostały wprowadzone na wizycie w zakładce „Badania POZ”, można dane te wpisać sumarycznie na sprawozdaniu.
4. Zatwierdzić zmiany wprowadzone na sprawozdaniu.
5. Wykonać eksport sprawozdania: [Komunikacja](#) > [Eksport danych](#) > [Dane zbiorcze o świadczeniach udzielonych w ramach POZ](#), w polu "Zakres" wybierając wartość **Badania diagn.**

**Uwaga!** Komunikat dla świadczeniodawców dotyczący sprawozdawczości zbiorczej komunikatem XML typu ZBOZ z dnia 30.05.2016 r. opublikowany na stronie Centrali: <http://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow,6867.html> znosi sprawozdawczość indywidualną przekazywaną dotychczas komunikatem SWIAD (I faza). Od dnia 01.07.2016 r. obowiązuje półroczna sprawozdawczość zbiorcza komunikatem ZBPOZ.

Jeśli OW NFZ wymaga przekazywania również sprawozdawczości miesięcznej, w polu "Miesiąc" należy wybrać miesiąc, za który ma zostać przekazane sprawozdanie, a następnie wartość "Miesięczne".

### 10.1.5 Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

Kolejne czynności jakie należy wykonać, aby rozliczyć świadczenia z AOS:

1. Wprowadzić dane o rozliczeniach na formatce **Uzupełnianie świadczeń** - [Wprowadzanie danych o rozliczeniach](#).
2. Wykonać eksport I fazy - [Eksport danych ewidencyjnych do NFZ \(I faza\)](#).
3. Wykonać import I fazy - [Import potwierdzeń I fazy](#).
4. Sprawdzić czy świadczenia zostały poprawnie potwierdzone przez NFZ (powinny mieć status „Oczekujące na weryfikację”) w: [Rozliczenia > Przegląd wizyt](#), poprawić ewentualne błędy.
5. W systemie Płatnika sprawdzić weryfikacje wysłanych pozycji, wykonać naliczanie świadczeń i pobrać szablon rachunku R\_UMX.
6. Zaimportować szablon do programu: [Komunikacja > Import danych > Import z pliku](#).
7. Wygenerować i eksportować rachunek w: [Rozliczenia > Przegląd szablonów](#), a następnie zaimportować go w systemie Płatnika.

### 10.1.6 Lecznictwo stacjonarne

Kolejne czynności jakie należy wykonać, aby rozliczyć świadczenia realizowane w trybie stacjonarnym:

1. Wprowadzić dane dotyczące pobytu i wskazać świadczenia do rozliczenia - [Obsługa hospitalizacji](#).
2. Wykonać eksport I fazy - [Eksport danych ewidencyjnych do NFZ \(I faza\)](#).
3. Wykonać import I fazy - [Import potwierdzeń I fazy](#).
4. Sprawdzić czy świadczenia zostały poprawnie potwierdzone przez NFZ (powinny mieć status „Oczekujące na weryfikację”) w: [Rozliczenia > Przegląd wizyt](#), poprawić ewentualne błędy.
5. Na Portalu Świadczeniodawcy sprawdzić weryfikacje wysłanych pozycji, wykonać naliczanie świadczeń i pobrać szablon rachunku R\_UMX.
6. Zaimportować szablon do programu: [Komunikacja > Import danych > Import z pliku](#).
7. Wygenerować i eksportować rachunek: [Rozliczenia > Przegląd szablonów](#), a następnie zaimportować go w systemie Płatnika.

### 10.1.7 Tworzenie korekty do sprawozdania

**Opis dotyczy świadczeń rozliczanych według starego modelu rozliczeń obowiązującego do końca 2010 r.**

#### Uwaga!

Korekty wykonuje się wyłącznie do zamkniętych sprawozdań.

Aby dokonać korekty świadczeń wg starego modelu rozliczeń należy zmienić **Wersję komunikatu eksportu** na wartość **5;1.5** w [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Komunikacja > Eksport](#).

#### Zamknięcie sprawozdania:

[Rozliczenia > Przegląd sprawozdań > Zamknij sprawozdanie](#)

Przed zamknięciem sprawozdania należy sprawdzić statusy wszystkich pozycji rozliczeniowych, który powinny być w statusie „Potwierdzone poprawnie”. Akceptowany jest także status „Błędnie potwierdzone”, ale pozycje o takim statusie nie wejdą do sprawozdania - będą mogły być rozliczone w następnym miesiącu lub na korekcie sprawozdania. Jeśli lista zawiera pozycje o statusie „Wysłane potwierdzenie”, zamknięcie sprawozdania nie będzie możliwe do czasu otrzymania potwierdzenia do wszystkich pozycji na liście.

#### Korekta sprawozdania:

1. Należy usunąć pozycje rozliczeniowe, które nie powinny były znaleźć się na sprawozdaniu w [Rozliczenia > Przegląd wizyt](#). W tym celu należy wskazać świadczenie, które ma zostać usunięte i wybrać przycisk **Usuń rozliczenie**.

Program automatycznie wygeneruje pozycję korygującą na minus, oznaczoną kolorem **zielonym** (zdz. poniżej), która będzie wyświetlona w wizycie, przeglądzie wizyt oraz przeglądzie rozliczeń. Pozycja korygowana wyświetlona będzie na **czzerwono**. Kolorem czarnym oznaczone będą pozycje dodawane "na plus". Po uzyskaniu potwierdzeń I fazy, pozycja korygująca pojawi się na korekcie sprawozdania do miesiąca, w którym rozliczono pozycję korygowaną.

The screenshot shows the 'Wizyty 2009' interface. On the left, there's a sidebar with search filters like 'Pacjent: 5855', 'Data wizyty od - do:', and 'Wizyta:'. The main area displays a table of visits with columns for patient ID, name, PESEL, start/end dates, and service codes. Below this, the 'Dane rozliczeniowe wizyty' section shows a detailed table of billing items.

* Id. rozlicz...	Id rozliczenia korygowanego	Nume...	Rok	Miesiąc	Produkt	Wyr.	Krotność	Świadczenie	Data od	Data do	Miesiąc rozliczeniowy	Status powie...
115189	054...	2009	Czerwiec	05.131...	1	10	5.11.01...	2009-05-...	2009-0...	Grudzień	Naliczona	
115187	054...	2009	Czerwiec	05.1310...	1	10	5.11.01...	2009-05-20	2009-06-...	Grudzień	Naliczona	
90341	054...	2009	Czerwiec	05.1310...	1	10	5.11.01...	2009-05-20	2009-06-...	Czerwiec	Naliczona	
90340	054...	2009	Czerwiec	05.1310...	1	10	5.11.01...	2009-05-20	2009-06-...	Czerwiec	Naliczona	
115186	90339	054...	2009	Czerwiec	05.1310...	1	-20	5.11.01...	2009-05-20	2009-06-...	Czerwiec	Naliczona
90339	054...	2009	Czerwiec	05.1310...	1	20	5.11.01...	2009-05-20	2009-06-...	Czerwiec	Naliczona	
115188	90338	054...	2009	Czerwiec	05.1310...	1	-20	5.11.01...	2009-05-20	2009-06-...	Czerwiec	Naliczona
90338	054...	2009	Czerwiec	05.1310...	1	20	5.11.01...	2009-05-20	2009-06-...	Czerwiec	Naliczona	

Jeśli wystąpiła konieczność poprawienia pozycji rozliczeniowej na rozliczeniu, nie trzeba jej usuwać. W takim wypadku wystarczy poprawić dane na pozycji, a system sam wygeneruje pozycję korygującą i wstawi nową pozycję z wprowadzonymi poprawnymi wartościami.

Kolejne czynności jakie należy wykonać, aby utworzyć korektę do sprawozdania:

1. Poprawić dane bezpośrednio na pozycji rozliczeniowej.
2. Wykonać eksport I fazy - [Eksport danych ewidencyjnych do NFZ \(I faza\)](#).
3. Wykonać import I fazy - [Import potwierdzeń I fazy](#).
4. Sprawdzić czy świadczenia zostały poprawnie potwierdzone przez NFZ (powinny mieć status „Oczekujące na weryfikację”) w: [Rozliczenia > Przegląd wizyt](#), poprawić ewentualne błędy.
5. Wybrać sprawozdanie, do którego ma być wykonana korekta: [Rozliczenia > Przegląd sprawozdań](#). Należy pamiętać, że pozycja korygująca będzie rozliczona na korekcie do sprawozdania, w którym wcześniej rozliczono pozycję korygowaną.
6. Następnie należy wygenerować korektę - podświetlić korygowane sprawozdanie, wybrać przycisk **Nowe** i zatwierdzić komunikat. W tym momencie system utworzy nagłówek korekty do wskazanego sprawozdania.
7. Wybrać przycisk **Oznacz pozycje**, znajdujący się w górnej części okna. Następnie na dole ekranu wybrać przycisk **Szczegóły**, który otworzy okno "Oznaczanie pozycji do sprawozdania". W tabeli pojawią się wyłącznie pozycje, które można rozliczyć w ramach tej korekty. Na liście mogą znaleźć się zarówno pozycje korygujące jak i pozycje dodające, które w tym wypadku mogą być nadwykonaniami z poprzednich miesięcy. Pozycje korygujące można rozpoznać po kolorze czcionki - są oznaczone kolorem zielonym. Jeśli na korekcie mają wystąpić tylko pozycje korygujące, należy oznaczyć tylko pozycje zielone („zaptaszkować”).
8. Po oznaczeniu pozycji należy oznaczyć na liście ręcznie (poprzez zaznaczenie w polu [✓]) lub skorzystać z pomocy systemu, zaznaczając pole **Korygujące** i zatwierdzając przyciskiem **Oznacz pozycje**.
8. Wykonać eksport II fazy.

9. Wykonać import.
10. Sprawdzić czy pozycje zostały potwierdzone przez NFZ: [Rozliczenia > Przegląd sprawozdań](#).
11. Zamknąć sprawozdanie: [Rozliczenia > Przegląd sprawozdań](#) poprzez przycisk **Zamknij sprawozdanie**.
12. Wydrukować dokumenty wymagane przez OW NFZ.

### Opis dotyczy świadczeń rozliczanych według nowego modelu rozliczeń obowiązującego od stycznia 2011 r.

1. W celu usunięcia pozycji należy przejść do [Rozliczenia > Przegląd wizyt](#), wskazać świadczenie, które ma zostać usunięte i wybrać przycisk **Usuń rozliczenie**.

Jeśli wystąpiła konieczność poprawienia pozycji rozliczeniowej, nie należy jej usuwać i na nowo dodawać. W takim wypadku wystarczy zmienić dane na pozycji, a system sam wygeneruje nową pozycję z poprawnymi wartościami.

Historię modyfikacji danej pozycji można zobaczyć poprzez wybranie przycisku **Archiwum rozliczenia** znajdującego się w [Rozliczenia > Przegląd rozliczeń](#).

2. Następnie należy wykonać eksport I fazy - [Eksport danych ewidencyjnych do NFZ \(I faza\)](#).
3. Wykonać import I fazy - [Import potwierdzeń I fazy](#).
4. Sprawdzić czy świadczenia zostały poprawnie potwierdzone przez NFZ (powinny mieć status „Oczekujące na weryfikację”) w: [Rozliczenia > Przegląd wizyt](#), poprawić ewentualne błędy.
5. Pobrać z systemu Płatnika szablon rachunku korygującego i zaimportować do programu w: [Komunikacja > Import danych > Import z pliku](#).
6. Wygenerować i eksportować rachunek korygujący: [Rozliczenia > Przegląd szablonów](#), a następnie zaimportować go w systemie Płatnika.
7. Wydrukować dokumenty wymagane przez OW NFZ.

#### Uwaga!

Dla świadczeń rozliczanych według nowego modelu rozliczeń nie ma możliwości wygenerowania nagłówka korekty do sprawozdania. Wszystkie pozycje ujęte w szablonie rachunku korygującego zostaną powiązane z istniejącym nagłówkiem sprawozdania za dany miesiąc dla danej umowy.

## 10.2 Informacje szczegółowe

W poniższym rozdziale opisane zostały funkcjonalności dotyczące obszaru rozliczeniowego. Szczegółowo omówiono proces importu umów z NFZ i przegląd danych umowy, jako warunek konieczny do poprawnego ewidencjonowania świadczeń. Wprowadzone do aplikacji świadczenia prezentowane są na formatkach m.in. przeglądu wizyt i przeglądu rozliczeń, a informacje o ewentualnych błędach i nieprawidłowościach wykrytych przez loadery NFZ odczytać można w oknie "Wynik weryfikacji".

Oprócz tego opisano funkcjonalności przeglądu realizacji planu umowy i raportu z wykonanych świadczeń, które umożliwiają bieżące monitorowanie realizacji wybranej umowy.

W związku z przekazywaniem przez Fundusz umów-ugód i aneksów zmieniających warunki umowy przygotowano mechanizmy, które w prosty sposób pozwalają zbiorczo przepisać świadczenia na nowe dane, co opisane zostało w niniejszym rozdziale.



## 10.2.1 Import umów z NFZ

Aby możliwe było ewidencjonowanie i rozliczanie świadczeń, należy uprzednio zaimportować do programu mMedica elektroniczną wersję umowy, uzyskaną od OW NFZ.

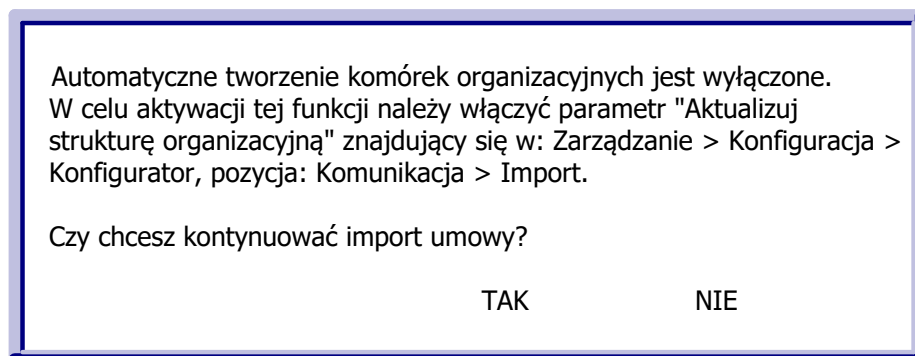
**Uwaga!** Przed wykonaniem tej czynności zalecane jest włączenie parametru, który odpowiada za automatyczne tworzenie i aktualizowanie struktury organizacyjnej, podczas zaczytywania pliku umowy do aplikacji mMedica.

W celu aktywacji bądź dezaktywacji mechanizmu należy:

1. Przejsć do: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [Komunikacja > Import](#).
2. Zaznaczyć [✓] parametr "Aktualizuj strukturę organizacyjną".
3. Zatwierdzić zmiany i przystąpić do zaczytania umowy.



W przypadku, gdy powyższy parametr nie został włączony, podczas importu umowy pojawi się następujący komunikat:



Jeśli użytkownik wybierze przycisk:

- **TAK** - umowa zostanie zaimportowana bez automatycznego zaktualizowania/dodania nowych komórek. Użytkownik będzie musiał dokonać ręcznej aktualizacji [struktury organizacyjnej](#).
- **NIE** - import umowy zostanie przerwany. Użytkownik ma możliwość włączenia parametru.

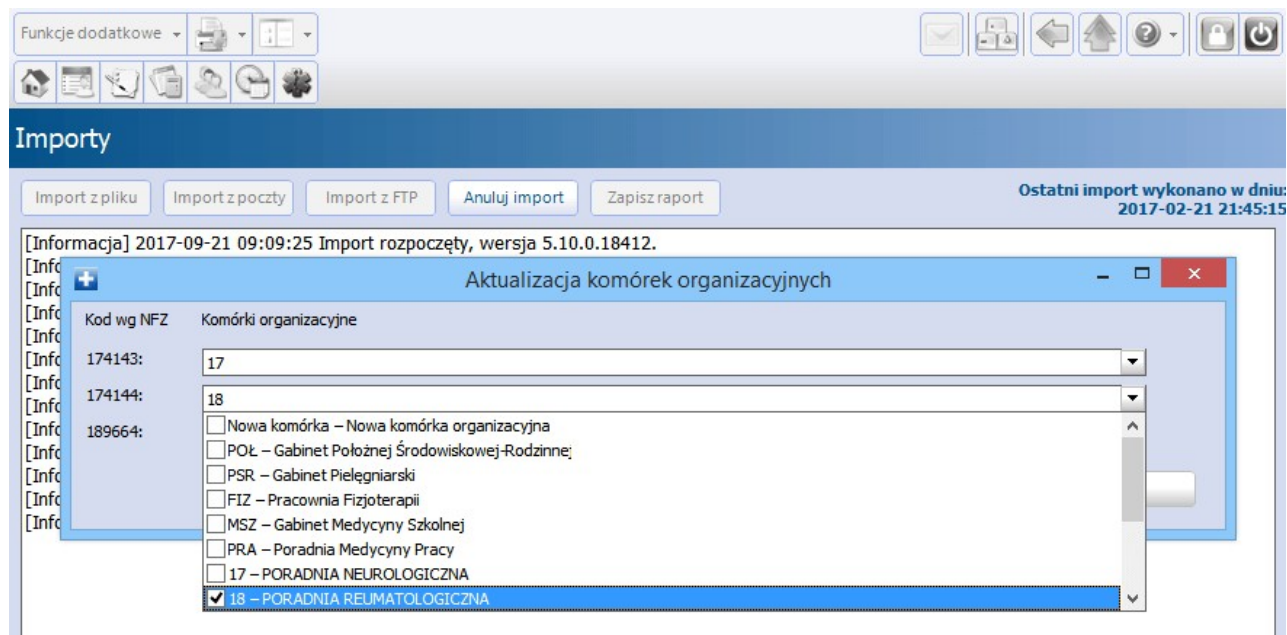
Opis czynności do wykonania w celu importu umowy elektronicznej:

1. Ze strony Portalu Świadczeniodawcy pobrać plik umowy.
2. W programie mMedica przejść do ścieżki: [Komunikacja > Import danych](#) i wybrać przycisk **Import z pliku**.
3. W oknie *Otwieranie* w polu "Pliki typu" wybrać wartość **Pliki UMX (umowa)**, następnie wskazać plik pobrany ze strony Portalu i zapisany na dysku komputera.
4. Wybrać przycisk **Otwórz**, który rozpocznie proces importowania umowy do programu.

Jeśli parametr dotyczący automatycznej aktualizacji struktury org. został włączony, to w trakcie importu umowy zostanie wyświetlone okno dialogowe *Aktualizacja komórek organizacyjnych*, prezentujące listę komórek, które zostaną zaktualizowane w programie. Po rozwinięciu listy zostanie uwidocziona nazwa



komórki organizacyjnej, poprzedzona kodem edycyjnym komórki, dla której zostanie dopisany kod wg NFZ.



Jeśli umowa zawiera komórkę organizacyjną, która nie istniała wcześniej w programie, to zostanie ona automatycznie utworzona. Decyduje o tym zaznaczenie opcji "Nowa komórka organizacyjna", widocznej po rozwinięciu listy.

Jeśli użytkownik nie chce aktualizować kodów dotychczas istniejącej komórki, powinien usunąć zaznaczenie widniejące przy nazwie poradni. Z kolei, jeśli chce, aby została dodana zupełnie nowa komórka organizacyjna, powinien zaznaczyć opcję "Nowa komórka organizacyjna".

### 10.2.2 Przegląd danych umowy

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Katalog umów](#)

Po przejściu do powyższej ścieżki wyświetlana jest lista umów elektronicznych dla danego roku rozliczeniowego, które zostały zaimportowane do programu mMedica. W kolumnach znajdujących się w górnym oknie formatki prezentowane są informacje o rodzaju świadczeń, których dotyczy wybrana umowa, kwocie umowy, okresie obowiązywania, numerze aneksu. W oddziałach wojewódzkich rozliczających się w SZOI (np. małopolski, wielkopolski...) dodatkowo wyświetlany jest numer pierwotny umowy. Z kolei w dolnym oknie wyświetlane są szczegółowe informacje o zakresach świadczeń zawartych we wskazanej umowie.

Funkcje dodatkowe

Przegląd planu umowy

**Wyszukiwanie zaawansowane**

Nr umowy:

Rodzaj świadczeń:

Zastosuj Wyczyść

**Katalog umów 2018**

Rok	Numer umowy	Numer aneksu	Data podpisania	Data początku	Data końca	Kwota	Rodzaj świadczeń
2018	...	1	2018-01-17	2018-01-01	2018-12-31	0	PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA
2018	...	1	2017-12-22	2018-01-01	2018-06-30	55202...	AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJA...
2018	...	1	2017-12-20	2018-01-01	2018-06-30	62926,2	OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENI...

Plan umowy nr ..., z roku 2018, aneks nr 1

Miesiąc	Zakres świadczeń	Wyróżnik	Liczba	Cena	Wartość	Nazwa zakresu świadczeń
1	02.1020.001.02	1	5400	0,97	5238	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DIABETOLOGII
1	02.1020.401.02	1	346	0,97	335,62	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DIABETOLOGII-ŚWIAD
1	02.1030.001.02	1	6773	1	6773	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ENDOKRYNOLOGII
1	02.1030.301.02	1	159	1	159	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ENDOKRYNOLOGII-DIA
1	02.1030.401.02	1	1029	1	1029	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ENDOKRYNOLOGII-ŚW
1	02.1070.001.02	1	2417	1,06	2562,02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE HEMATOLOGII
1	02.1070.401.02	1	329	1,06	348,74	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE HEMATOLOGII-ŚWIAD

W celu podejrzenia planu umowy należy zaznaczyć na liście umowę i wybrać przycisk **Przegląd planu umowy**. W nowym oknie *Plan umowy nr ...* zostaną wyświetlone szczegółowe dane wskazanej umowy, takie jak: nazwy zakresów świadczeń, wyróżniki, przyznana liczba punktów możliwa do realizacji, cena za punkt oraz określona wartość finansowa świadczeń z dokładnością do miesiąca.

Każdy zakres świadczeń przypisany jest do komórki organizacyjnej, która wyróżniana jest w aplikacji za pomocą centralnego kodu komórki. Informację tę odczytuje się w dolnym oknie *Miejsca realizacji* w kolumnie "Centralny kod komórki". Zgodnie z przykładem zaprezentowanym na poniższym screenie, aby móc realizować świadczenia z zakresu hematologii, należy w strukturze organizacyjnej utworzyć komórkę o kodzie centralnym równym 65634. Nazwa komórki powiązanej z kodem centralnym prezentowana będzie w wydzielonym oknie po prawej stronie np. "Poradnia hematologiczna".

Funkcje dodatkowe

Przegląd pozycji pakietu

**Wyszukiwanie zaawansowane**

Miesiąc:

Zakres świadczeń:

Zastosuj Wyczyść

Plan umowy nr ..., z roku 2018, aneks nr 1

Miesiąc	Zakres świadczeń	Wyróżnik	Liczba	Cena	Wartość	Nazwa zakresu świadczeń
3	02.1070.401.02	1	329	1,06	348,74	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE HEMATOLOGII-ŚWIADCZENIA
4	02.1070.401.02	1	329	1,06	348,74	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE HEMATOLOGII-ŚWIADCZENIA
5	02.1070.401.02	1	329	1,06	348,74	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE HEMATOLOGII-ŚWIADCZENIA

**Miejsca realizacji**

Centralny kod komórki	Liczba	Nazwa komórki
189469	329	PORADNIA HEMATOLOGICZNA

Aby sprawdzić jakie świadczenia znajdują się w zakresie świadczeń dla danego miesiąca, należy podświetlić na liście odpowiednią pozycję, następnie wybrać przycisk **Przegląd pozycji pakietu** w górnym panelu formatki. W kolejnym oknie zostaną wyświetlone pozycje pakietu świadczeń z informacjami o: schemacie krotności rozliczenia, schemacie wyliczenia miesiąca, wadze efektywnej, współczynniku.

## 10.2.3 Przegląd wizyt

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Przegląd wizyt](#)

Formatka umożliwia przeglądanie wszystkich wprowadzonych do programu wizyt, otwierając się domyślnie z filtrem na wizyty zrealizowane w bieżącym miesiącu.

Formatka "**Wizyty...**" podzielona jest na dwa okna. W górnym oknie znajduje się lista wizyt z bieżącego miesiąca. Aby wyfiltrować wizyty z innego miesiąca rozliczeniowego, w polu "**Warunki: Zrealizowane w**" z listy rozwijanej należy wybrać odpowiedni miesiąc.

W dolnym oknie "**Dane rozliczeniowe wizyty**" prezentowane są szczegółowe dane pozycji rozliczeniowych podświetlonej wizyty. Kolumna "**Status potwierdzenia**" informuje o statusie pozycji rozliczeniowych - szczegółowy opis statusów znajduje się w rozdziale: [Sprawozdawczość rozliczeniowa](#).

Opis przycisków znajdujących się w górnym panelu okna:

- **Dane** - otwarta zostanie formatka "Uzupełnianie świadczeń" prezentująca dane zaznaczonej wizyty.
- **Dane pacjenta** - otwarta zostanie formatka "Dane pacjenta" prezentująca dane zaznaczonego pacjenta.
- **Gabinet** - przycisk aktywuje się, jeśli wybrana wizyta zrealizowana została w module Gabinet. Po jego wybraniu otwarta zostanie formatka wizyty gabinetowej. Przycisk dostępny jest w module mMedica Plus (+).
- **Stomatologia** - dla użytkowników posiadających włączony moduł dodatkowy Stomatologia, otwarte zostanie okno z diagramem zębowym pacjenta.
- **Wynik weryfikacji** - pozwala odczytać komunikaty błędów dla wizyty odrzuconej przez loader NFZ, a także wewnętrzny wynik weryfikacji poprawności wprowadzonych danych.
- **Usuń** - przycisk usuwa wizyty, które zaznaczone zostały na liście. Możliwe jest usunięcie tylko nowo wprowadzonych wizyt, które nie zostały jeszcze eksportowane do NFZ (w statusie "Wprowadzona"). W innych przypadkach użytkownik spotka się ze stosownym komunikatem (zdz. poniżej). W takiej sytuacji wymagane jest usunięcie pozycji rozliczeniowych za pomocą przycisku "Usuń rozliczenie".

Nie można usunąć wizyty posiadającej aktywne pozycje rozliczeniowe.

Opis przycisków znajdujących się w dolnym panelu okna:

- **Nowe rozliczenie** - otwarta zostanie formatka "Pozycja rozliczeniowa", której uzupełnienie doda nową pozycję rozliczeniową do wizyty.
- **Nowe rozliczenia zbiorczo** - przycisk aktywuje się, jeśli na liście zaznaczone zostaną co najmniej dwie wizyty. Pozwala zbiorczo dodawać te same pozycje rozliczeniowe dla wybranych wizyt. Funkcja dostępna jest w module mMedica Plus (+).
- **Dane rozliczenia** - przycisk aktywuje się, jeśli zaznaczona na liście wizyta posiada pozycje rozliczeniowe. Otwarta zostanie formatka "Pozycja rozliczeniowa" umożliwiająca pogląd/modyfikację danych rozliczenia.
- **Archiwum rozliczenia** - przycisk aktywuje się, jeśli zaznaczona na liście wizyta posiada pozycje rozliczeniowe. Otwarta zostanie formatka "Archiwalne dane rozliczeniowe" umożliwiająca podgląd wprowadzonych i usuniętych pozycji rozliczeniowych.
- **Usuń rozliczenie** - przycisk aktywuje się, jeśli zaznaczona na liście wizyta posiada pozycje rozliczeniowe i usuwa zaznaczone pozycje rozliczeniowe. Usunięcie pozycji powoduje zmianę jej statusu - poniżej podano przykładowe statusy pozycji rozliczeniowych przed i po usunięciu:
  - a) Wprowadzona - pozycja zostanie bezpowrotnie usunięta.
  - b) Oczekująca na walidację/Błąd walidacji - usunięta pozycja uzyska status "Usunięta bez rozliczenia".
  - c) Zafakturowana - usunięcie spowoduje wygenerowanie korekty, a pozycja uzyska status "Zmodyfikowana po rozliczeniu". Użytkownik zostanie poinformowany o tym fakcie nast. komunikatem:

Nastąpi usunięcie pozycji już rozliczonej poprzez wygenerowanie korekty.

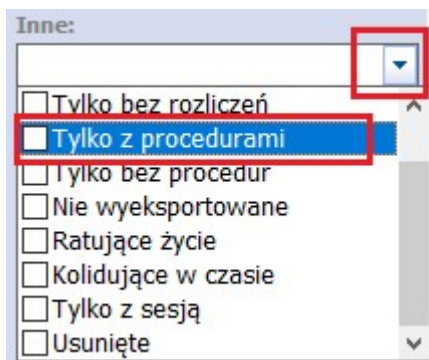
Czy na pewno usunąć pozycję rozliczeniową?

Tak

Nie

W panelu nawigacji znajdującym się po lewej stronie ekranu, tj. **"Wyszukiwanie zaawansowane"** znajduje się szereg filtrów, za pomocą których można wyselekcjonować poszczególne wizyty. Najczęściej używanymi filtrami są: pacjent, data wizyty od-do, przyjęcie, tryb przyjęcia, procedura, rozpoznanie główne, sesja, miejsce realizacji, świadczenie, umowa, ID wizyty itd.

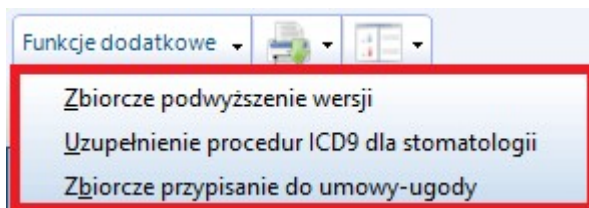
We wspomnianym panelu na liście rozwijalnej w polu "Inne" dostępne są pola umożliwiające wyszukiwanie wizyt spełniających określone kryteria, np. usuniętych, z uzupełnionymi procedurami ICD-9, itd..



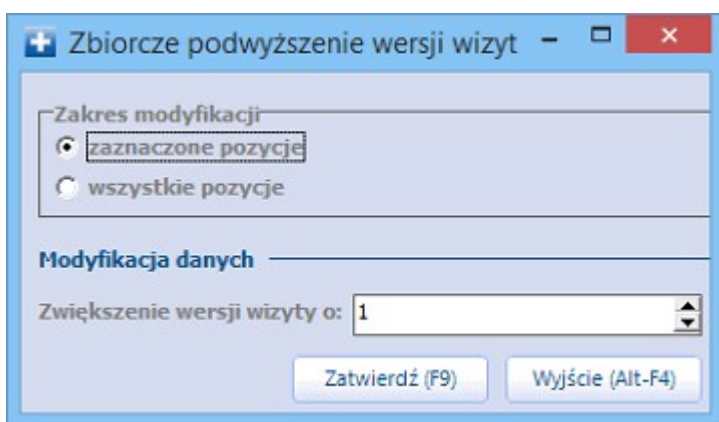
Za pomocą **Funkcji dodatkowych** znajdujących się w lewym górnym rogu ekranu, można wykonać nast.



działania:



- **Zbiornicze podwyższenie wersji** - funkcjonalność pozwala na zbiorcze podniesienie wersji zestawów świadczeń, w celu ponownego wyeksportowania ich I fazą. Podwyższenie wersji dotyczy części statystycznej wizyty i nie ma wpływu na część rozliczeniową. Po wyborze powyższej opcji otwarte zostanie okno, w którym należy wybrać zakres modyfikowanych danych oraz zaznaczyć o jaką liczbę wersji ma zostać dokonane podwyższenie - domyślnie podpowiadana jest cyfra 1 i zazwyczaj jest to wystarczająca liczba wersji.



- **Uzupełnienie procedur ICD-9 dla stomatologii** - funkcjonalność pozwala na zbiorcze uzupełnienie procedur ICD-9 w wybranych wizytach, na podstawie wprowadzonych rozliczeń. Opcja dostępna jest dla użytkowników posiadających włączony moduł dodatkowy Stomatologia.
- **Zbiornicze przypisanie do umowy-ugody** - za pomocą funkcji można zbiorczo przypisać wprowadzone świadczenia do nowej umowy-ugody. Szczegółowy opis znajduje się w rozdziale: [Przypisanie świadczeń do umowy-ugody](#).

### 10.2.4 Weryfikacja wizyt

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Przegląd wizyt](#) > [Wynik weryfikacji](#)

Świadczenia przesłane do OW NFZ przechodzą przez szereg walidacji i weryfikacji, uruchamianych w celu wykrycia błędów i nieprawidłowości. Ewentualne komunikaty błędów zaczytane do aplikacji po pobraniu importu I fazy, odczytać można poprzez wybranie przycisku **"Wynik weryfikacji"**.

Oprócz tego za pomocą filtra w polu **Wynik weryfikacji** można wyszukiwać wizyty z nast. wynikiem weryfikacji:

- bez błędów
- błędy walidacji
- błędy potwierdzenia fazy rejestracji (I fazy)
- informacje i ostrzeżenia potwierdzenia fazy rejestracji (I fazy)
- wszystkie błędy

Użytkownik ma również możliwość wyselekcjonowania wizyt z oczekiwanym statusem potwierdzenia, np. błąd walidacji. W tym celu w panelu nawigacji **"Wyszukiwanie zaawansowane"** we filtrze **"Status rozliczenia"** należy wybrać wartość **"Błąd walidacji NFZ"**. Po zastosowaniu zmian, w głównym oknie



wyświetlone zostaną wszystkie wizyty, które w danym miesiącu otrzymały status potwierdzenia "Błąd walidacji".

Wybranie przycisku **"Wynik weryfikacji"** otworzy okno, w którym można odczytać szczegółowy komunikat błędu zwrócony przez NFZ.

W wersji 8.1.0 aplikacji mMedica umożliwiono bezpośrednie przechodzenie pomiędzy wynikami weryfikacji wyświetlonych wizyt. Służą do tego przyciski **Poprzednia wizyta** i **Następna wizyta**.

Na zakładce **1. Wewnętrzna** znajdują się błędy, które zostały wykryte przez aplikację mMedica podczas wykonywania eksportu I fazy. W programie istnieje szereg walidacji (utworzonych na podstawie walidacji istniejących po stronie NFZ), które już w momencie wykonywania eksportu komunikują użytkownikowi wykryte nieścisłości. Dzięki temu już na wczesnym etapie sprawozdawczości, można uzupełnić brakujące dane i ponownie sprawozdawać je do NFZ.

Na zakładce **2. Błędy potw. fazy rej.** znajdują się błędy, które zostały zwrócone przez loader NFZ. Na ich podstawie dane w wizytach należy uzupełnić/poprawić i ponownie sprawozdawać do NFZ.



W programie istnieje funkcjonalność umożliwiającą wyeksportowanie jednej, wybranej wizyty - bez konieczności wykonywania eksportu całościowego. W tym celu w oknie "Wynik weryfikacji" należy wybrać przycisk **"Eksportuj"**.

## 10.2.5 Przegląd danych o rozliczeniach

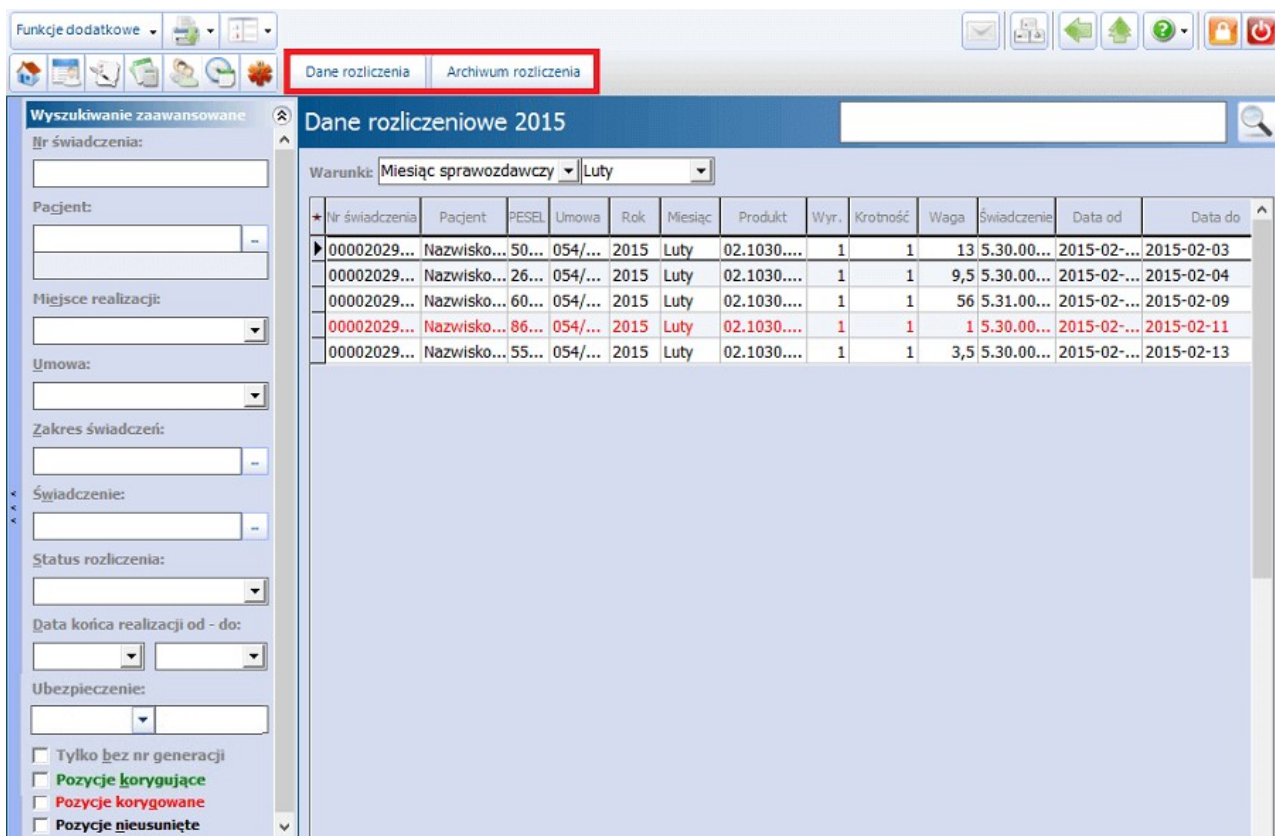
Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Przegląd rozliczeń](#)

Formatka umożliwia przeglądanie wszystkich wprowadzonych do programu pozycji rozliczeniowych, otwierając się domyślnie z filtrem na wizyty zrealizowane w bieżącym miesiącu.

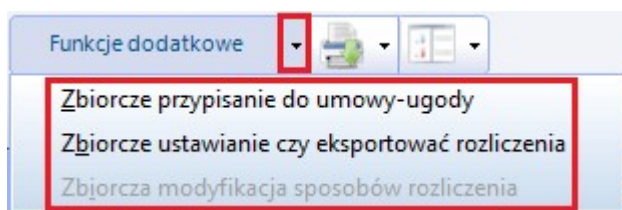
W panelu nawigacji znajdującym się po lewej stronie ekranu, tj. **"Wyszukiwanie zaawansowane"** znajduje się szereg filtrów, za pomocą których można wyszukać poszczególne wizyty.

W górnej części okna znajdują się dwa przyciski:

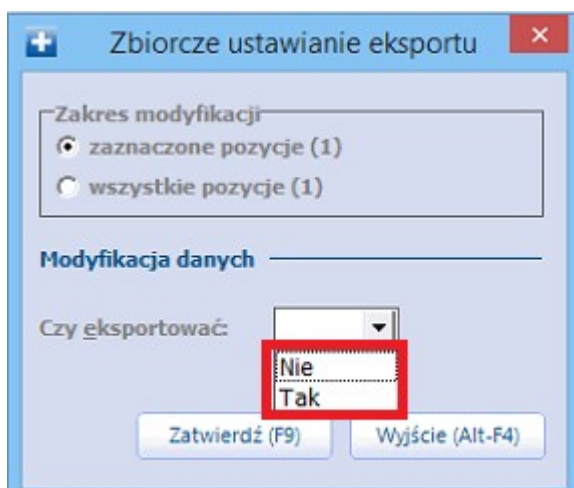
- **Dane rozliczenia** - otwiera formatkę "Pozycja rozliczeniowa", gdzie można podejrzeć lub dokonać modyfikacji danych rozliczenia.
- **Archiwum rozliczenia** - otwiera formatkę "Archiwalne dane rozliczeniowe" umożliwiającą podgląd wprowadzonych i usuniętych pozycji rozliczeniowych.



Za pomocą **Funkcji dodatkowych** znajdujących się w lewym górnym rogu ekranu, można wykonać nast. działania:



- **Zbiornicze przypisanie do umowy-ugody** - za pomocą funkcji można zbiorczo przypisać wprowadzone świadczenia do nowej umowy-ugody. Szczegółowy opis znajduje się w rozdziale: [Przypisanie świadczeń do umowy-ugody](#).
- **Zbiornicze ustawianie czy eksportować rozliczenia** - za pomocą funkcji można zbiorczo zablokować lub odblokować świadczenia do eksportu. Po wyborze opcji otwarte zostanie okno, w którym należy wybrać zakres modyfikowanych danych. W sekcji "Modyfikacja danych - Czy eksportować" należy wybrać odpowiednią wartość: Tak lub Nie.



Funkcja jest bardzo przydatna w przypadku, gdy kilka pozycji zostało zablokowanych do eksportu, czyli na pozycji rozliczeniowej wybrano wartość "Nie" w polu "Czy eksportować". Takie pozycje można wyfiltrować za pomocą statusu rozliczenia "Zablokowana", a następnie zbiorczo zmienić parametry dotyczące eksportu.

- **Zbiornicza modyfikacja sposobów rozliczenia** - działanie funkcji zostało opisane w rozdziale [Zbiornicza modyfikacja sposobów rozliczenia](#).

## 10.2.6 Przypisanie świadczeń do umowy-ugody

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Przegląd wizyt](#) > [Funkcje dodatkowe](#) > [Zbiornicze przypisanie do umowy-ugody](#)  
lub [Rozliczenia](#) > [Przegląd rozliczeń](#) > [Funkcje dodatkowe](#) > [Zbiornicze przypisanie do umowy-ugody](#)

Przejdźcie do jednej z powyższych lokalizacji umożliwia zbiorcze przypisanie świadczeń do umowy ugody. Przed wykonaniem przypisania świadczeń, konieczne jest zacytowanie do aplikacji elektronicznej wersji umowy-ugody pozyskanej od OW NFZ. Zalecane jest również wykonanie kopii zapasowej bazy danych w: [Zarządzanie](#) > [Operacje techniczne](#) > [Wykonanie kopii zapasowej](#).

Poniższa instrukcja opisuje czynności konieczne do wykonania w celu przypisania świadczeń do umowy-ugody. Przykład przedstawia sytuację, gdy świadczeniodawca otrzymał ugody za ubiegły rok, czyli 2014.

1. Ze strony Portalu Świadczeniodawcy należy pobrać plik umowy-ugody i zaczytać do programu:



Komunikacja > Import danych > Import z pliku. Zazwyczaj umowa-ugoda posiada w swojej nazwie dodatkowe oznaczenie "U".

2. Zmienić rok rozliczeniowy na ubiegły, tj. 2014 w: Rozliczenia > Rok rozliczeniowy.

3. Przejść w: Rozliczenia > Przegląd rozliczeń.

4. W polu **Warunki: Miesiąc sprawozdawczy** wybrać:

- puste pole - jeśli przepisane mają zostać świadczenia z całego roku,
- odpowiedni miesiąc z którego mają zostać przepisane świadczenia.

5. W panelu nawigacji **Wyszukiwanie zaawansowane** wybrać:

a) **Miejsce realizacji** - komórka organizacyjna w której realizowane były świadczenia. Jeśli ugoda jest do całej umowy (nie ma rozbicia na komórki), nie należy wybierać miejsca realizacji.

b) **Umowa** - numer umowy dla której przygotowana została ugoda,

c) **Status rozliczenia** - do eksportu, zakwestionowane, oczekujące. Na umowę-ugodę mogą zostać przepisane świadczenia, których statusy zawierają się w wymienionych grupach. Przepisanie świadczeń rozliczonych może spowodować wygenerowanie korekty!

6. Wybrać: Funkcje dodatkowe > Zbiorcze przypisanie do umowy-ugody:

a) w sekcji **Zakres modyfikacji** zaznaczyć wartość **Wszystkie pozycje**,

b) w polu **Numer umowy ugody** wybrać z listy rozwijanej numer umowy-ugody,

c) w polu wybrać z listy odpowiedni wyróżnik. Należy pamiętać, że jeżeli umowa-ugoda dotyczy tylko wybranych komórek, to zazwyczaj wyróżnik z umowy podstawowej odpowiada wyróżnikowi z umowy-ugody. W kwestiach wątpliwych należy dopytać pracownika w lokalnym OW NFZ.

7. Po zatwierdzeniu danych należy wykonać eksport I fazy ze wskazaniem numeru umowy-ugody: Komunikacja > Eksport danych > Dane ewidencyjne (I faza).

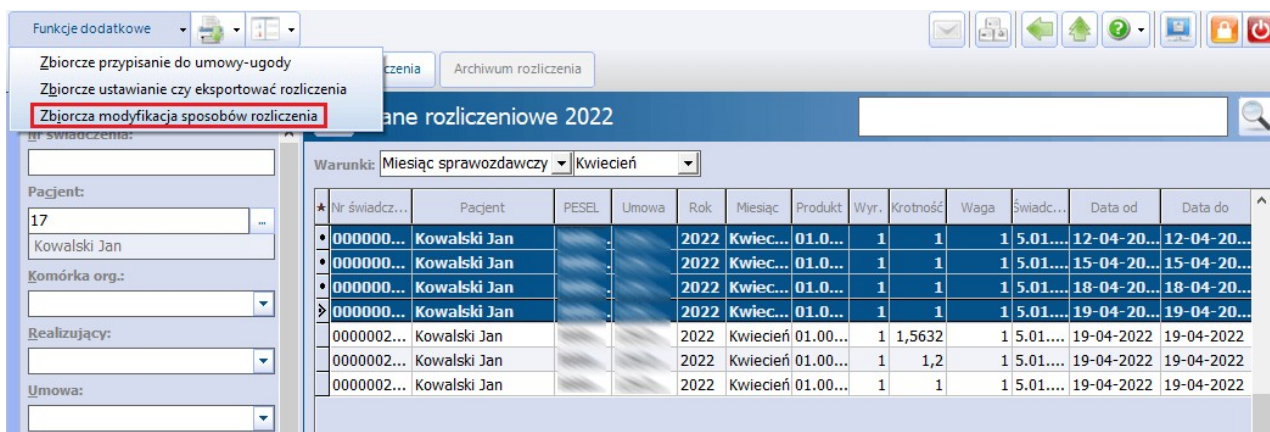
## 10.2.7 Zbiorcza modyfikacja sposobów rozliczenia

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Przegląd rozliczeń](#) > [Funkcje dodatkowe](#) > [Zbiorcza modyfikacja sposobów rozliczenia](#)

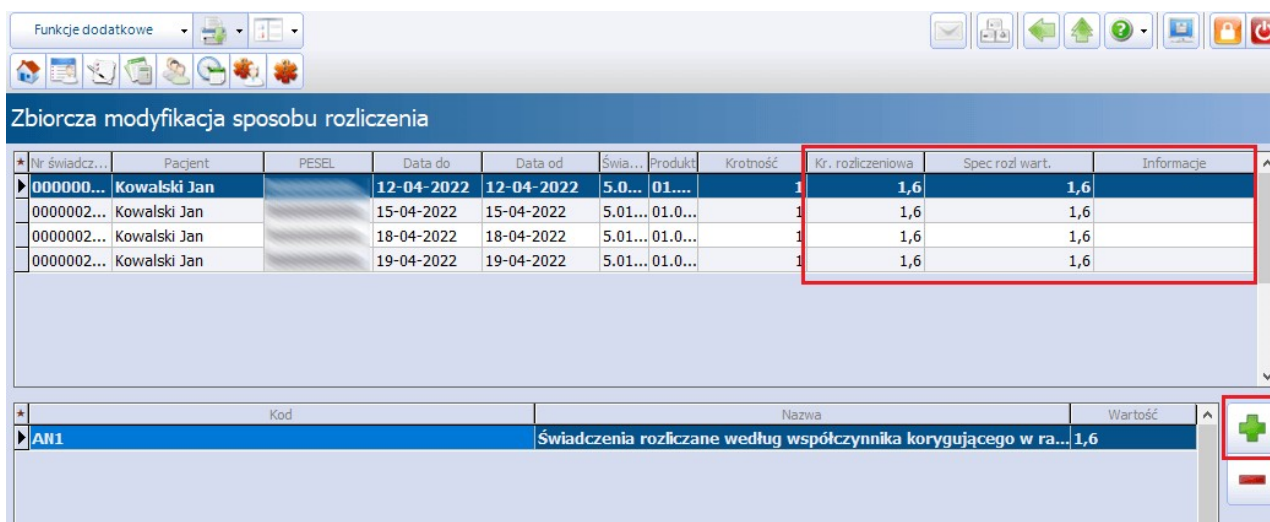
W aplikacji mMedica została udostępniona funkcjonalność zbiorczej modyfikacji sposobów rozliczenia, wprowadzonych w danych pozycji rozliczeniowych na zakładce **Sposób rozl.**.

Dokładne informacje dotyczące wspomnianej zakładki zawiera rozdział [Dodanie pozycji rozliczeniowej](#).

Aby dokonać omawianej modyfikacji, należy w oknie przeglądu rozliczeń wyszukać, a następnie zaznaczyć pozycje, które mają ulec zmianie, korzystając odpowiednio z klawisza Ctrl lub Shift na klawiaturze i lewego przycisku myszy, a następnie w menu "Funkcje dodatkowe" wybrać pozycję **"Zbiorcza modyfikacja sposobów rozliczenia"**.




Wyświetlił się wówczas okno *Zbiorcza modyfikacja sposobu rozliczenia*, którego przykład prezentuje poniższe zdjęcie.




W górnej części okna widoczne będą modyfikowane pozycje rozliczeniowe. Jeżeli posiadają one identyczne dane na zakładce **Sposób rozl.**, jej zawartość wyświetli się w dolnej części okna. W przeciwnym wypadku nie podpowiedzą się tam żadne pozycje, o czym użytkownik zostanie wcześniej poinformowany stosownym komunikatem.

W celu zbiorczego przypisania wybranym pozycjom rozliczeniowych nowego sposobu rozliczenia należy

wybrać przycisk . Po tej czynności otwarty zostanie słownik *Sposób rozliczenia*, zawierający kody specjalnego rozliczenia. Należy w nim zaznaczyć odpowiednią pozycję i nacisnąć **Wybierz**. Korzystając z tej metody, użytkownik ma możliwość wprowadzenia większej ilości kodów. Przy dodawaniu kolejnej pozycji program weryfikuje, czy według aktualnych wytycznych dany sposób rozliczenia może łączyć się z innymi.



Jeżeli nie, wyświetli się komunikat o tym informujący.

Aby usunąć powiązanie rozliczeń z danym kodem specjalnego rozliczenia należy skasować jego pozycję, korzystając z przycisku .

Na podstawie wprowadzonych zmian na liście modyfikowanych pozycji rozliczeniowych zostanie wyświetlona odpowiednia wartość w kolumnach "Kr. rozliczeniowa" oraz "Spec rozl wart.". Jeżeli dla którejś z pozycji wyznaczenie wspomnianej wartości okaże się problematyczne, w kolumnie "Informacje" wyświetli się informacja o przyczynie zaistniałego problemu.

Po wyborze przycisku **Zatwierdź**, zamieszczonego w prawym dolnym rogu ekranu, nastąpi zbiorcza modyfikacja sposobów rozliczenia wybranych pozycji oraz automatyczne przekierowanie użytkownika do okna przeglądu rozliczeń.

### 10.2.8 Przegląd realizacji planu umowy

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Przegląd realizacji planu umowy](#)

Formatka *Realizacja planu umowy* pozwala na bieżąco monitorować realizację wybranej umowy.

Aby zweryfikować stan realizacji umowy należy w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* wybrać odpowiedni numer umowy w polu "Umowa" i zatwierdzić przyciskiem **Zastosuj**. W górnym oknie formatki zostanie wyświetlona lista zakresów świadczeń dla wybranej umowy i w odniesieniu do poszczególnego miesiąca. Dla każdego świadczenia prezentowana jest jego cena, wynikająca z zawartej umowy, maksymalna ilość punktów do wykonania w ramach miesiąca oraz kwota. Ponadto, w kolejnych kolumnach użytkownik uzyska informacje o ilości punktów/kwocie zrealizowanych, do zrealizowania ogólnie oraz w rozbiciu na poszczególne statusy rozliczenia (szczegóły poniżej).

Może zdarzyć się, iż w kolumnie "Do wykonania" zostaną zaprezentowane wartości minusowe - oznacza to, że świadczeniodawca przekroczył limit ustalony dla zakresu.

W dolnej części okna *Realizacja planu umowy* znajduje się rekord "Razem", w którym prezentowana jest zsumowana wartość dla każdej z kolumn.

W dolnym oknie formatki *Rozliczenia* wyświetlana jest lista pacjentów, u których wykonano świadczenia w ramach wybranej umowy i zakresu świadczeń. Aby przejrzeć szczegóły wybranego rozliczenia należy wybrać przycisk **Dane rozliczenia**, znajdujący się w dolnym panelu ekranu.

W panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* został dodany parametr **"Pomiń pozycje z szablonów o typie planu S i FM"**. Po jego zaznaczeniu i zastosowaniu opcji wyszukiwania w danych wyświetlonych w oknie nie zostaną uwzględnione pozycje rozliczeniowe, które znajdują się na szablonie dotyczącym planu spłaty lub Funduszu Medycznego.

Wyszukiwanie zaawansowane

Umowa:

Data od – do:

Zakres świadczeń:

Wyróżnik:

Komórka org.:

Realizujący:

☐ Pomiń pozycje z szablonów o typie planu S i FM

Zastosuj

Wyczyść

Wyszukiwanie podrzędnych

Data końca realizacji:

Świadczenie:

Status rozliczenia:

☐ Nie pokazuj pozycji z wagą 0

Zastosuj

Wyczyść

Realizacja planu umowy 2017

Miesiąc	Kod zakresu	Wyróżnik	Nazwa zakresu	Kod komórki	Cena	Limit		Do wykonania		Wykonanie		Do eksportu	
						Punkty	Kwota	Punkty	Kwota	Punkty	Kwota	Punkty	Kwota
1	02.1030.00...	1	ŚWIADCZENIA ...62714		9,00	3 127	28 143,00	2 244	20 196,00	883	7 947,00	0	0,00
2	02.1030.001...	1	ŚWIADCZENIA O...62714		9,00	3 127	28 143,00	1 322	11 898,00	1 805	16 245,00	0	0,00
3	02.1030.001...	1	ŚWIADCZENIA O...62714		9,00	3 127	28 143,00	3 127	28 143,00	0	0,00	0	0,00
4	02.1030.001...	1	ŚWIADCZENIA O...62714		9,00	3 127	28 143,00	3 127	28 143,00	0	0,00	0	0,00
Razem:						12 508	112 572,00	9 820	88 380,00	2 688	24 192,00	9 820	0,00

Rozliczenia – zakres 02.1030.001.021, miesiąc 1


Pacjent	PESEL	Data od	Data do	Krotność	Waga	Cena	Status	Kod świadczenia	Nazwa świadczenia
840...	2017-01-...	2017-01-...	1	1	9,00	Naliczona	5.30.00.0000012	W12 ŚWIADCZENIE SPECJALISTYCZ	
490...	2017-01-04	2017-01-04	1	1	9,00	Naliczona	5.30.00.0000012	W12 ŚWIADCZENIE SPECJALISTYCZ	
430...	2017-01-04	2017-01-04	1	1	9,00	Naliczona	5.30.00.0000012	W12 ŚWIADCZENIE SPECJALISTYCZ	
530...	2017-01-04	2017-01-04	1	1	9,00	Naliczona	5.30.00.0000012	W12 ŚWIADCZENIE SPECJALISTYCZ	
470...	2017-01-04	2017-01-04	1	1	9,00	Naliczona	5.30.00.0000012	W12 ŚWIADCZENIE SPECJALISTYCZ	
420...	2017-01-04	2017-01-04	1	1	9,00	Naliczona	5.30.00.0000012	W12 ŚWIADCZENIE SPECJALISTYCZ	
510...	2017-01-02	2017-01-02	1	1	9,00	Naliczona	5.31.00.0000110	Z110 ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE - G	
800...	2017-01-02	2017-01-02	1	1	9,00	Naliczona	5.30.00.0000011	W11 ŚWIADCZENIE SPECJALISTYCZ	
570...	2017-01-02	2017-01-02	1	1	9,00	Naliczona	5.30.00.0000011	W11 ŚWIADCZENIE SPECJALISTYCZ	

Znaczenie wartości w poszczególnych kolumnach:

- **Limit punkty** - limit punktowy dla zakresu świadczeń w ramach miesiąca.
- **Limit kwota** - limit kwotowy dla zakresu świadczeń w ramach miesiąca.
- **Do wykonania punkty** - zsumowana ilość punktów, która pozostała do wykonania dla zakresu świadczeń w ramach miesiąca. To różnica wartości w kolumnie "Limit punkty" i "Wykonanie punkty".
- **Do wykonania kwota** - zsumowana kwota, która pozostała do wykonania dla zakresu świadczeń w ramach miesiąca. To różnica wartości w kolumnie "Limit kwota" i "Wykonanie kwota".
- **Wykonanie punkty** - zsumowana ilość wykonanych punktów dla zakresu świadczeń w ramach miesiąca. To suma punktów z kolumn: Do eksportu punkty, Oczekujące punkty, Błędne punkty, Rozliczone punkty.
- **Wykonanie kwota** - zrealizowana kwota dla zakresu świadczeń w ramach miesiąca. To iloczyn wartości w kolumnie "Wykonanie punkty" i "Cena".
- **Do eksportu punkty** - zsumowana ilość punktów dla zakresu świadczeń, który w ramach miesiąca nie został wyeksportowany z programu. Świadczenia do eksportu to pozycje rozliczeniowe o nast. statusach: wprowadzona, zmodyfikowana, zmodyfikowana po rozliczeniu.
- **Do eksportu kwota** - zsumowana kwota dla zakresu świadczeń, który w ramach miesiąca nie został wyeksportowany z programu. To iloczyn wartości w kolumnie "Do eksportu punkty" i "Cena".
- **Oczekujące punkty** - zsumowana ilość punktów/kwota dla zakresu świadczeń, który w ramach miesiąca został wysłany z programu, ale nie został potwierdzony przez NFZ. Świadczenia oczekujące to pozycje rozliczeniowe o nast. statusach: oczekujące na walidację, oczekujące na weryfikację, do naliczenia.
- **Oczekujące kwota** - zsumowana kwota dla zakresu świadczeń, który w ramach miesiąca został wysłany z programu, ale nie został potwierdzony przez NFZ. To iloczyn wartości w kolumnie "Oczekujące punkty" i "Cena".
- **Błędne punkty** - zsumowana ilość punktów dla zakresu świadczeń, który w ramach miesiąca został zwrócony przez NFZ jako zakwestionowany. Świadczenia błędne to pozycje rozliczeniowe o nast. statusach: błąd walidacji, błąd weryfikacji, skorygowane przez NFZ.
- **Błędne kwota** - zsumowana kwota dla zakresu świadczeń, który w ramach miesiąca został zwrócony przez NFZ jako zakwestionowany. To iloczyn wartości w kolumnie "Błędne punkty" i "Cena".
- **Rozliczone punkty** - zsumowana ilość punktów dla zakresu świadczeń, który w ramach miesiąca został prawidłowo rozliczony. Świadczenia rozliczone to pozycje rozliczeniowe o nast. statusach: naliczona, zafakturowana.
- **Rozliczone kwota** - zsumowana kwota dla zakresu świadczeń, który w ramach miesiąca został

prawidłowo rozliczony. To iloczyn wartości w kolumnie "Rozliczone punkty" i "Cena".

Dostęp do omawianej funkcjonalności warunkują dwa uprawnienia: "Raport z wykonanych świadczeń" oraz "Raport z wykonanych świadczeń (cena, waga, wartość)".

Wydruk raportu z realizacji planu umowy dostępny jest po wybraniu ikony  w lewym górnym rogu formatki. Na raporcie drukowanym w orientacji poziomej zawarto najważniejsze informacje, pozwalające ocenić stan realizacji wybranej umowy tj. wysokość limitu, wykonania, rozliczenia świadczeń oraz ilość, jaka pozostała do wykonania. Raport można wygenerować dla wybranych miesięcy i zakresów świadczeń, wybierając odpowiednie pozycje we filtrach w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*. Na ostatniej stronie raportu umieszczono podsumowanie punktowe oraz kwotowe z wykonania dla poszczególnych wartości.






### 10.2.9 Raport z wykonanych świadczeń







Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Raport z wykonanych świadczeń](#)

W celu utworzenia raportu z wykonanych świadczeń należy określić warunki, na podstawie których wygenerowany zostanie wykaz. W górnej części okna znajduje się kilkanaście filtrów, za pomocą których użytkownik może wyselekcjonować potrzebne dane.

Po wybraniu zakresu danych należy wybrać przycisk **"Pokaż"** znajdujący się w dolnym panelu ekranu, który spowoduje wygenerowanie raportu. W dolnej części ekranu wyświetlone zostaną pozycje rozliczeniowe spełniające wybrane warunki.

Funkcje dodatkowe

Raport z wykonanych świadczeń

Rok: 2022
Miesiąc realizacji: Kwiecień
Miesiąc rozliczeniowy:
Umowa:

Wykonanie w okresie od: do:
Status: Do eksportu

Realizujący:
Rodzaj personelu:

Zakres świadczeń/wyróżnik:

Świadczenie: (produkt jednostkowy)

Kod świadczenia:

Zakład leczniczy:

Jednostka wyk.:

Pacjent:
Rozpoznanie:

Oddział NFZ pacjenta:
świadczenia:

Na podstawie przepisów o koordynacji:
Numer dokumentu UE:

Na podstawie zgody decyzji wójta/burmistrza:
Numer zgody wójta/burm.:

Na podstawie zgody indywidualnej:
Sygnatura pisma zgody:

☐ Pokaż korekty
☐ Grupuj wg pacjentów
Sort. na wydruku: wg nazwiska pacjenta

[Wybrana pozycja]

Miesiąc	Kod produktu	Nazwa produktu	Wyróżnik	Kod świadczenia	Nazwa świadczenia
4	01.0010.094.01	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	1	5.01.00.00000	PORADA LEKARSKA DIAGN-TERAP., W MIE
6	01.0010.094.01	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	1	5.01.00.0000102	PORADA PATRONAŻOWA LEKARZA POZ ZREALI
8	01.0010.094.01	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	1	5.01.00.0000103	PORADA PATRONAŻOWA LEKARZA POZ ZREALI
8	01.0010.094.01	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	1	5.01.00.0000075	PORADA LEKARSKA DIAGN-TERP., W MIEJSCU
7	01.0010.094.01	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	1	5.01.00.0000104	BILANS ZDROWIA
10	01.0010.094.01	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	1	5.01.00.0000077	PORADA LEKARSKA DIAGN-TERAP., W MIEJSCU

Pokaż

Podgląd wydruku

Podgląd zestawienia

Dane rozliczenia

Opis przycisków znajdujących się w dolnym panelu:

- Pokaż** - generuje raport z wykonanych świadczeń na podstawie określonych warunków.
- Podgląd wydruku** - otwiera podgląd wydruku raportu z wykonanych świadczeń. Wydruk zawierać będzie nast. informacje: nr w księdze głównej, nazwisko i imię, PESEL, OW NFZ, data rozp. i zak.

realizacji, ratująca życie, kod świadczenia, nazwa, krotność, waga, wartość punktowa, cena, wartość.

- **Podgląd zestawienia** - otwiera podgląd wydruku zestawienia, czyli zsumowanej wartości punktowej wybranych świadczeń.
- **Dane rozliczenia** - otwiera formatkę "Dane rozliczeniowe" prezentującą dane rozliczenia podświetlonego na liście.

#### Uwaga!

Aby wyfiltrować rozliczenia zrealizowane w konkretnym miesiącu, należy skorzystać z filtra "**Miesiąc realizacji**" (zdj. powyżej).

Sposób posortowania danych na wydruku określić można w polu "**Sort. na wydruku**" (zdj. powyżej).

## 10.2.10 Zbiorcze przeliczanie pozycji rozliczeniowych

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Zbiorcze przeliczanie pozycji rozliczeniowych](#)

W przypadku wystąpienia rozbieżności pomiędzy zaewidencjonowanymi rozliczeniami a aktualnymi parametrami umowy (np. po zacytaniu aneksu, który je zmienił), można dokonać modyfikacji pozycji rozliczeniowych w powyższej lokalizacji.

Funkcjonalność można zastosować dla pozycji rozliczeniowych o wszystkich statusach, jednak zaleca się, aby w pierwszej kolejności przeliczać pozycje, które nie zostały jeszcze rozliczone (chyba że lokalny OW NFZ wymaga inaczej).

Czynności jakie należy wykonać aby przeliczyć pozycje rozliczeniowe różniące się parametrami z aktualnymi parametrami umowy:

1. Wybrać odpowiedni rok, miesiąc oraz numer umowy, na którym wprowadzone zostały świadczenia.
2. W polu **Różnice** wybrać odpowiednią wartość, w zależności od tego jakie dane w umowie uległy zmianie. Dostępne są nast. opcje:
  - tylko pozycje różniące się ceną
  - tylko pozycje różniące się wagą
  - tylko pozycje różniące się schematem krotności
  - tylko pozycje różniące się schematem miesiąca
  - tylko pozycje nieaktualne w planie umowy
  - tylko pozycje usunięte aneksem wstecznym

Uzupełnienie pola „Różnice” jest opcjonalne. Jeżeli pole to pozostanie puste, w wyniku wyszukiwania pojawią się wszystkie pozycje, w których wykryto różnice z aktualnym planem umowy.

3. W polu **Warunki** wybrać jedną z wartości:

a) **Pozycje otwarte do przeliczenia** - gdy wprowadzone pozycje rozliczeniowe nie zostały jeszcze rozliczone.

b) **Pozycje zamknięte do skorygowania** - gdy wprowadzone pozycje rozliczeniowe zostały już rozliczone po stronie OW NFZ.

W wersji 8.4.0 aplikacji mMedica w omawianym polu dodano możliwość wyboru wartości pustej, co daje możliwość wyszukania pozycji niezależnie od ich statusu rozliczenia.

4. Wybranie przycisku "**Pokaż**" spowoduje pojawienie się w dolnym oknie "Wykaz pozycji rozliczeniowych" pozycji do przeliczenia.

5. Wybranie przycisku "**Skoryguj pozycje rozliczeniowe**" uruchomi proces przeliczania. Program przeliczy 100 pozycji z liczby wyświetlonych.

6. Powtórzyć krok 3 i 4 aż do uzyskania braku pozycji w dolnym oknie.

7. Zmodyfikowane świadczenia przesłać komunikatem I fazy: [Komunikacja](#) > [Eksport danych](#) > [Dane ewidencyjne \(I faza\)](#).



Funkcje dodatkowe

Pokaż

### Przeliczenie pozycji rozliczeniowych różniących się parametrami z aktualnymi parametrami umowy

Rok: 2015

Miesiąc: Styczeń

Umowa: 054/\*\*\*\*\*

Zakres świadczeń:

...

Świadczenie:

...

Jednostka wyk.:

...

Różnice: tylko pozycje różniące się ceną

Warunki: pozycje otwarte do przeliczenia

Legenda

- otwarte pozycje rozliczeniowe do przeliczenia
- zamknięte pozycje do skorygowania
- pozycje rozliczeniowe, dotyczące produktów usuniętych aneksem wstecznym
- pozycje rozliczeniowe, dotyczące nieaktualnych produktów
- parametry pozycji rozliczeniowej
- parametry umowy

### Wykaz pozycji rozliczeniowych

Numer umowy	Rok	Miesiąc	Data początku realizacji	Data końca realizacji	Produkt	Wyr.	Świadczenie	Krotność	Numer korekty	Status potw.	Waga

Skoryguj pozycje rozliczeniowe

Dane rozliczenia

Dla ułatwienia, pozycje z różnymi statusami rozliczenia oznaczono różnymi kolorami:

- otwarte pozycje rozliczeniowe do przeliczenia zaznaczone są kolorem zielonym,
- zamknięte pozycje do skorygowania zaznaczone są kolorem czarnym,
- zamknięte pozycje oczekujące na potwierdzenie z OW NFZ zaznaczono kolorem czerwonym,
- pozycje rozliczeniowe dotyczące produktów usuniętych aneksem wstecznym zaznaczone są na niebiesko,
- pozycje rozliczeniowe dotyczące nieaktualnych produktów zaznaczono kolorem fioletowym.

W ramach każdej pozycji użyto koloru jasno-niebieskiego dla oznaczenia różniących się parametrów pozycji rozliczeniowej. Kolorem różowym oznaczono parametry umowy.



## 10.2.11 Zbiorcze usuwanie i ponowne generowanie pozycji rozliczeniowych

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Zbiorcze usuwanie i ponowne generowanie pozycji rozliczeniowych](#)

Za pomocą tej funkcjonalności można zbiorczo usunąć pozycje rozliczeniowe i równocześnie wygenerować je ponownie z tymi samymi danymi.

W oknie filtrowania należy wybrać kryteria, na podstawie których program wyszuka pozycje do usunięcia i ponownego dodania. Po wprowadzeniu odpowiednich danych w górnej części okna, należy wybrać przycisk "Pokaż" umiejscowiony w górnym panelu.

Po wykonaniu powyższych czynności, w dolnej części okna pojawią się interesujące pozycje rozliczeniowe.

**Zbiorcze usuwanie i ponowne generowanie pozycji rozliczeniowych**

Zakres pozycji:

Rok sprawozdawczy:  Miesiąc realizacji:  Miesiąc rozliczeniowy:

Umowa:  PESEL pacjenta:

Korekta:  Id. zestawu świadczeń:

Wykonanie w okresie od:  do:  Id. rozliczenia:

Zakres świadczeń:

Świadczenie (produkt jednostkowy):  Wyróżnik:

Jednostka wyk.:

Realizujący:

Oddział:

Uprawnienie:

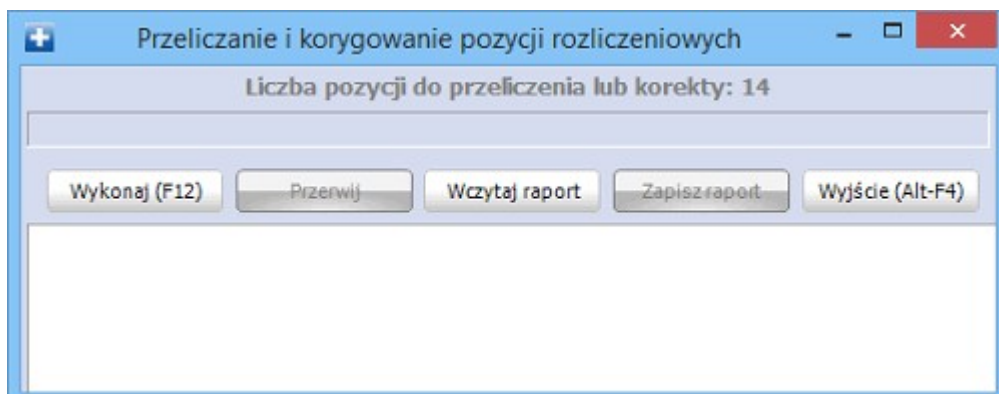
**[Wybrana pozycja]**

Nr korekty	Miesiąc	Kod produktu	Nazwa produktu	Wyróżnik	Kod świadczenia	Nazwa świadczenia	Data realizacji od	Data realizacji do
6		02.1220.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEU 1		5.30.00.000001	W11 ŚWIADCZENIE SPECJALIS	2014-06-03	2014-06-03
6		02.1220.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEU 1		5.30.00.000000	W11 ŚWIADCZENIE SPECJALIS	2014-06-03	2014-06-03
6		02.1220.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEU 1		5.30.00.000001	W11 ŚWIADCZENIE SPECJALIS	2014-06-03	2014-06-03
6		02.1220.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEU 1		5.30.00.000001	W11 ŚWIADCZENIE SPECJALIS	2014-06-03	2014-06-03
6		02.1220.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEU 1		5.30.00.000001	W11 ŚWIADCZENIE SPECJALIS	2014-06-03	2014-06-03
6		02.1030.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE END 1		5.30.00.000001	W11 ŚWIADCZENIE SPECJALIS	2014-06-02	2014-06-02

W zależności od potrzeby, można zbiorczo usunąć i równocześnie dodać wszystkie wyszukane rozliczenia lub tylko niektóre, wskazane pozycje. W tym celu należy skorzystać z przycisków znajdujących się w dolnym panelu: **"Usuń i ponownie wygeneruj wszystkie pozycje rozliczeniowe"** lub **"Usuń i ponownie wygeneruj zaznaczone pozycje rozliczeniowe"**.

Przed wyborem opcji „Usuń i ponownie wygeneruj zaznaczone pozycje rozliczeniowe” należy zaznaczyć na liście odpowiednie pozycje. Aby zaznaczyć równocześnie kilka wierszy należy przytrzymać klawisz CTRL i wskazać wybrane pozycje poprzez kliknięcie na nie myszką.

Po wyborze jednego z dwóch powyższych przycisków otwarte zostanie okno:



Wybór przycisku "**Wykonaj (F12)**" spowoduje rozpoczęcie procesu zbiorczego usuwania i ponownego generowania wybranych pozycji rozliczeniowych.

### Uwaga!

Zastosowanie opcji zbiorczego usuwania i ponownego generowania pozycji rozliczeniowych dla pozycji rozliczonych spowoduje ich skorygowanie – zostaną wygenerowane pozycje korygujące i trzeba będzie przeprowadzić do końca cały proces korekty. Dodatkowo na podstawie korygowanych pozycji, zostaną wygenerowane nowe pozycje dodające.

W związku z powyższym należy rozważyć wybierając warunki wyszukiwania pozycji, dla których ma być zastosowana opcja „Zbiorcze usuwanie i ponowne generowanie pozycji rozliczeniowych”.

## 10.3 Wprowadzanie danych o rozliczeniach

W poniższym rozdziale opisane zostały różne funkcjonalności i działania konieczne do poprawnego rozliczenia świadczeń. Poruszono temat ewidencjonowania i rozliczania JGP w Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej, a także import słowników koniecznych do bezbłędnego rozliczenia takich świadczeń.

W związku z wprowadzeniem przez NFZ nowych produktów do umów świadczeniodawców, opisano szczegółowo ewidencję wydania Karty DiLO w POZ oraz ewidencję porad pierwszorazowych.

Oprócz tego w rozdziale opisane zostały funkcjonalności, które w znaczny sposób mogą przyspieszyć i ułatwić proces wprowadzania świadczeń do aplikacji, a są nimi: schematy wizyt, ustawienia domyślne personelu, zbiorcze dodawanie wizyt.

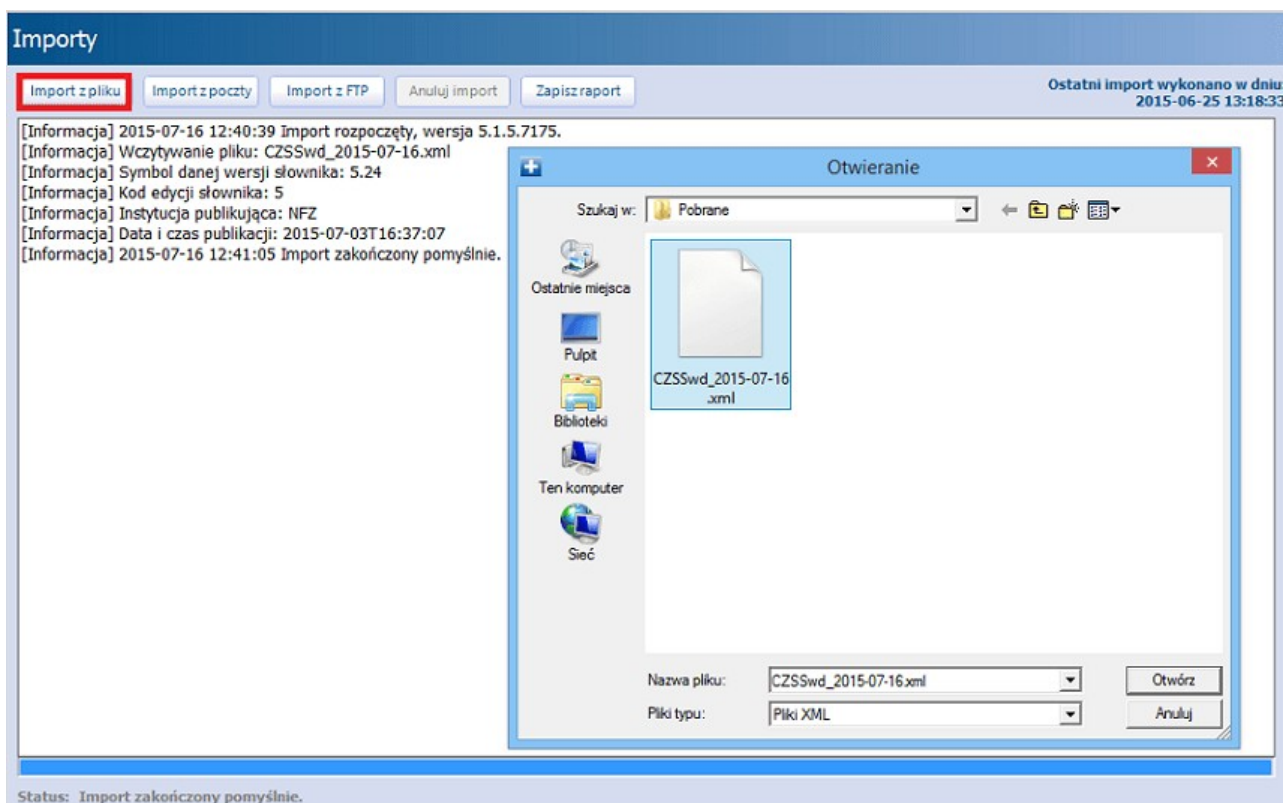
### 10.3.1 Import słownika ICD9

Ścieżka: [Komunikacja](#) > [Import danych](#) > [Import z pliku](#)

Dla poprawnego ewidencjonowania i sprawozdawania świadczeń konieczne jest posiadanie aktualnego słownika procedur ICD-9. Słownik należy samodzielnie, regularnie zaczytywać do aplikacji mMedica, po uprzednim pobraniu go ze strony NFZ.

Aby zaczytać do programu słownik procedur ICD-9 należy:

1. Ze [strony NFZ](#) pobrać aktualny plik słownika w formacie **XML** i zapisać na dysku komputera.
2. Przejść do ścieżki: [Komunikacja](#) > [Import danych](#) i wybrać przycisk **Import z pliku**.
3. W oknie *Otwieranie* odszukać plik pobrany ze strony NFZ.
4. Wybrać przycisk **Otwórz**, który rozpocznie proces zaczytywania słownika do programu



## 10.3.2 Ewidencja danych z wyznaczeniem JGP

Aplikacja mMedica wyposażona jest w dwa mechanizmy ewidencji danych z wyznaczeniem JGP, a o sposobie ewidencji decyduje sam świadczeniodawca.

Mechanizm pierwszy - wykorzystanie przycisku "Wyznacz JGP":

1. Utworzenie nowej wizyty wybranemu pacjentowi.
2. Ewidencja danych poprzez uzupełnienie formatki **Realizacja** i innych wymaganych.
3. Zapisanie wprowadzonych informacji poprzez przycisk **"Zatwierdź"**, który uaktywni przycisk **Wyznacz JGP**.

The screenshot displays the 'Uzupełnianie świadczeń' (Completing services) window in the mMedica application. The interface is divided into several sections:

- Top Bar:** Contains icons for 'Schematy wizyt' (Visit Schemes), a green plus icon, and a printer icon.
- Patient Information:** Fields for 'Nr świadczenia' (Service No.), 'ID wizyty' (Visit ID), 'Pacjent' (Patient), '47 lat' (47 years old), and 'Ubezpieczenie' (Insurance) with a '100% eWUŚ' status.
- Service Details:** Fields for 'Rozp. główne' (Main Diagnosis), 'Wizyta' (Visit), 'Kont. lecz.' (Continuation of treatment), 'Data od' (From), 'do' (To), 'Dni' (Days), 'Przyjęcie' (Admission), 'Tryb' (Mode), 'Realizujący' (Performing), 'Kod świadcz.' (Service Code), 'Podtyp' (Subtype), and 'Wersja' (Version).
- Procedury (Procedures):** A table with columns: Kod, Nazwa, Edycja, i Data. It lists two procedures: '89.00 Porada lekarska, kons...' and '99.591 Testy skórne'.
- Rozliczenia (Billing):** A table with columns: Błąd, ID rozl., ID rozl. kor., Nr umowy, Rok, Miesiąc, and Zakres św. It includes a 'Razem:' (Total) field.
- Buttons:** A vertical sidebar on the left contains icons for 'Realizacja', 'ICD9', 'Procedury', 'Rozp. współ.', 'POZ', 'Świadczenia POZ', 'Badania POZ', 'Sesja/Cykl', 'Ratownictwo', 'Skierowanie', and 'Chemia/Radio'. A red box highlights the 'JGP' button in the bottom right corner.

4. Wybranie przycisku **"Wyznacz JGP"** uruchamia symulację podpowiadającą grupy, które mogą posłużyć do rozliczenia zaewidencjonowanych danych.

Katalog	Elem. kier.	Świadczenie	Gruper	Wersja grupera	Taryfa	Taryfa dod.	Waga	Krotność	Punkty	Już wybrana	
AOS	Procedur	W40 - 5.30.00.0000040 - Świa	+	AOS.2.8	6	0	1	1	6	<input checked="" type="checkbox"/>	Poradn
AOS	Procedur	W02 - 5.30.00.0000002 - Świadcze	+	AOS.2.8	1	0	1	1	1	<input type="checkbox"/>	Poradn
AOS	Procedur	W11 - 5.30.00.0000011 - Świadcze	+	AOS.2.8	3,5	0	1	1	3,5	<input type="checkbox"/>	Poradn
AOS	Procedur	W31 - 5.30.00.0000031 - Porada u	+	AOS.2.8	7,5	0	1	1	7,5	<input type="checkbox"/>	Poradn

**Katalog** - oznaczenie z jakiego katalogu pochodzi świadczenie (JGP oznacza katalog 1a, pozostałe to katalogi 1b, 1c, 1d itd).

**Świadczenie** - Kod świadczenia (dla katalogu 1a uzupełniony o kod grupy JGP).

**Gruper** - odpowiedź lokalnego grupera: "-" (minus) - dopisana pozycja odrzucona przez gruper lokalny, "+" (plus) - gruper lokalny wskazuje, że taka grupa może być wybrana, "?" - pozycja nie weryfikowana, "P" - dopisana pozycja jest wskazana przez gruper lokalny jako poprawna.

**Taryfa** - taryfa bazowa grupy jednorodnej.

**Taryfa dod.** - taryfa dodatkowa wynikająca z przeliczenia mechanizmem osobodni.

**Punkty** - sumaryczna liczba punktów dla świadczenia (krotność \* waga \* (taryfa + taryfa dod.)).

**Już wybrane** - świadczenie już dopisane do rozliczeń.

**Zielony** - świadczenie zgodne z planem umowy.

**Niebieski** - świadczenie możliwe do wyboru po zmianie rozpoznań wypisowych

☒ **Legenda** Wybierz Wyjście

W powyższej tabeli wyświetlane są tylko pozycje znajdujące się w planie umowy zaczytanej do bazy świadczeniodawcy.

5. Wybranie grupy świadczenia poprzez jego podświetlenie i zatwierdzenie przyciskiem **"Wybierz"**. Operacja ta spowoduje automatyczne przejście do danych pozycji rozliczeniowej i domyślne wypełnienie wymaganych pól.



**Pozycja rozliczeniowa**

**Data realizacji**

Od: 2015-07-17 do: 2015-07-17 Miesiąc: Lipiec Rok: 2015 Czy eksportować: Tak

**Dane realizacji**

Miejsce realizacji: Poradnia alergologiczna

Zakres świadczeń: 02.1010.001.02 ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ALERGOLOGII

Świadczenie: 5.30.00.0000011 W11 ŚWIADCZENIE SPECJALISTYCZNE 1-GO TYPU

Wyróżnik: 1 Waga: 1 Współczynnik: Świadczenie ratujące życie: Nie

Numer umowy: 054/\*\*\*\*\* Sposób rozliczenia: Pełne rozliczenie (100%)

Krotność faktyczna: 1 Kr. rozliczeniowa: 1 Dopłata: Liczba wyk. jedn.: 3,5 Koszt:

Taryfa: 3,5 Współczynnik: 1

**Dokumenty upoważniające do realizacji świadczenia**

Ubezpieczyciel: Kraje Unii Europejskiej

1. Stomatologia 2. Hemodializa 3. Dane POZ/SPO 4. Dane AOS 5. JGP 6. Dokumenty dod. 7. Sygnatura 10. Leki

Nr wersji grupera: AOS.2.8 1

Przelicznik krotności wyliczony na podstawie sposobu rozliczenia (KROTNOŚĆ)


Wartości podstawowe	Wartości po przemnożeniu
Taryfa: 3,5	3,5
Taryfa dodatkowa: 0	0
Suma taryf: 3,5	3,5

Wyznacz taryfę

Zatwierdź (F9) Anuluj

6. Wybranie przycisku "**Zatwierdź**" spowoduje dodanie pozycji rozliczeniowej do wizyty i zakańcza proces wyznaczania JGP.

Mechanizm drugi - wykorzystanie przycisku "Dodaj nowe rozliczenie":

1. Utworzenie nowej wizyty wybranemu pacjentowi.
2. Ewidencja danych poprzez uzupełnienie formatki **Realizacja** i innych wymaganych.
3. Wybranie ikony **Rozliczenia**, a następnie przycisku "Dodaj" .
4. Ewidencja danych poprzez ręczne określenie produktu kontraktowego i produktu jednostkowego określającego grupę do rozliczenia.

**Pozycja rozliczeniowa**

**Data realizacji**

Od: 2015-07-17 do: 2015-07-17 Miesiąc: Lipiec Rok: 2015 Czy eksportować: Tak

**Dane realizacji**

Miejsce realizacji: Poradnia alergologiczna

Zakres świadczeń: 02.1010.001.02 ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ALERGOLOGII

Świadczenie: 5.30.00.0000011 W11 ŚWIADCZENIE SPECJALISTYCZNE 1-GO TYPU

Wyróżnik: 1 Waga: 1 Współczynnik: Świadczenie ratujące życie: Nie

Numer umowy: 054/\*\*\*\*\* Sposób rozliczenia: Pełne rozliczenie (100%)

Krotność faktyczna: 1 Kr. rozliczeniowa: 1 Dopłata: Liczba wyk. jedn.: 3,5 Koszt:

Taryfa: 3,5 Współczynnik: 1

**Dokumenty upoważniające do realizacji świadczenia**

Ubezpieczyciel: Kraje Unii Europejskiej

5. Aplikacja automatycznie uzupełni pola definiujące **Taryfę JGP** na podstawie zaczytanego pliku parametryzującego i umowy.

6. Wybranie przycisku "**Zatwierdź**" spowoduje dodanie pozycji rozliczeniowej do wizyty i zakańcza proces wyznaczania JGP.

Jeśli użytkownik nie chce korzystać z automatycznego podpowiadania grupera, może sam dokonać wpisania taryfy poprzez określenie pól: Nr wersji grupera, Taryfa, Taryfa dodatkowa (zdz. powyżej).

W takim wypadku należy wypełnić pola:

- Nr wersji grupera** - wprowadzić wartość dla aktualnego grupera,
- Taryfa** - wprowadzić wartość na podstawie załącznika do zarządzenia Nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2014 r.

#### Uwaga!

Ręczne uzupełnianie pól dotyczących taryfy JGP niezgodnie z w/w załącznikiem może spowodować, iż wysyłka takich świadczeń do systemu OW NFZ zostanie zwrócona z komunikatem:

<problem waga="B" kod="2040483" opis="Błąd określenia grupy JGP. Kod:8 Nieprawidłowa taryfa dla produktu jednostkowego x.xx.xx.xxxxxxx w rozliczeniu xx/xx/xx do xx/xx/xx.

W przypadku otrzymania powyższego komunikatu błędu, należy sprawdzić poprawność wprowadzonych danych.

### 10.3.3 Rozliczanie JGP w AOS

W celu wykonania prawidłowego rozliczenia za pomocą JGP w Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej należy:

- [Zaimportować](#) charakterystykę JGP dla grupera AOS.
- Zaimportować aktualizację [słownika ICD9](#) publikowaną przez NFZ.
- Zaimportować aktualną umowę z NFZ na świadczenia w rodzaju AOS.

W zarządzeniu czytamy:

„Świadczenie specjalistyczne kompleksowe podlega rozliczeniu po podjęciu decyzji diagnostycznej i terapeutycznej wobec świadczeniobiorcy, wraz ze skompletowaniem wyników procedur diagnostycznych wymaganych w charakterystykach poszczególnych świadczeń. Nie podlegają odrębnemu rozliczeniu wizyty w poradni związane ze zlecaniem i dostarczaniem kolejnych wyników badań dodatkowych.”

Aby umożliwić rozliczenie porady kompleksowej z uwzględnieniem badań zleconych, wykonanych i dostarczonych w ramach wcześniejszych wizyt pacjenta, w systemie mMedica udostępniono funkcjonalność wskazywania badań z innych wizyt. Wskazane pozycje sprawozdawane będą w ramach danej wizyty pacjenta. Dzięki temu możliwe będzie wyznaczenie odpowiedniej JGP dla wizyty kompleksowej.

Funkcjonalność umożliwia przypięcie poszczególnych badań do wizyty oraz dodatkowo wskazanie, które z tych badań mają być sprawozdawane w ramach tej wizyty. Badania wykonane bezpośrednio w ramach danej wizyty będą domyślnie sprawozdawane do systemu NFZ.

Aby skorzystać z funkcjonalności należy wybrać przycisk "Dodaj archiwalną"  znajdujący się po prawej stronie okna **Procedury** na formatce **Uzupełnianie świadczeń**.

**Uzupełnianie świadczeń**

Nr świadczenia: ID wizyty: Pacjent: 47 lat Ubezpieczenie: 100% eWUŚ

PESEL: 00000000000 Kowalski Jan

Rozp. główne: Wizyta: Specjalistyczna Kont. lecz.:

Data od: 2015-07-16 14:48 do: 2015-07-16 14:48 Dni: 1 Przyjęcie: Ze skierowaniem Tryb: Planowane ze skier.

Realizujący: ID NOWAKA Nowak A... Lekarz Kod świadcza: 4.4 Leczenie amb. spec. - porada

Komórka org.: NEUR1 Poradnia neurologiczna Podtyp: Wersja: rozp. MZ 20.06.200

Uprawnienie: Dodatkowe:

☒ Eksportuj ☐ Ratująca życie

**Procedury**

Nazwa
Porada lekarska, konsultacja, asysta

**Rozliczenia**

Błąd	ID rozl.	ID rozl. kor.	Nr umowy
------	----------	---------------	----------

Otwarte zostanie okno **Procedury archiwalne** zawierające informacje o wszystkich procedurach ICD-9 zaewidencjonowanych dotychczas pacjentowi w tej poradni specjalistycznej.

**Procedury archiwalne – 2015-07-16, Poradnia neurologiczna**

Kod	Nazwa	Edycja	Krotność	Data	ID wizyty
88.934	RM kanału rdzeniowego - rdzeń kręgowy	V	1	2015-04-16	218366
89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta	V	1	2015-04-16	218366

**Uwaga: procedury zostały zaewidencjonowane w innych wizytach. Ich wybór może wpłynąć na rozliczenie wizyt pierwotnych.**

☒ Wybierz

Wybranie procedury i zatwierdzenie przyciskiem **"Wybierz"** spowoduje przypisanie jej do wizyty i oznaczenie kolorem zielonym, biorąc tym samym udział w wyznaczeniu JGP. W kolumnie **ID wiz. zewn.** zapisane zostanie ID wizyty pierwotnej, z której pobrano procedurę.



**Uzupełnianie świadczeń**

Nr świadczenia: 00002032190404860501 ID wizyty: 218367 Pacjent: PESEL 00000000000 Kowalski Jan

Rozp. główne: R82.4 Acetonuria

Data od: 2015-07-16 14:58 do: 2015-07-16 14:58 Dni: 1

Realizujący: ID NOWAKA Nowak Anna Lekarz

Komórka org.: NEUR1 Poradnia neurologiczna

Uprawnienie: Dodatkowe:

**Procedury**


Kod	Nazwa	Edycja	Krotność	Data	ID wiz. zewn.
88.934	RM kanału rdzeniowego - rdzeń kręgowy	V	1	2015-04-16	218366
89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta	V	1	2015-07-16	

Natomiast w wizycie pierwotnej procedura ta zostanie zablokowana do edycji i oznaczona szarym kolorem. W kolumnie **ID wiz. zewn.** zapisane zostanie ID wizyty, do której przypisano procedurę.

**Procedury**

Kod	Nazwa	Edycja	Krotność	Data	ID wiz. zewn.
88.934	RM kanału rdzeniowego - rdzeń...	V	1	2015-04-16	218367
89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta	V	1	2015-04-16	

#### Uwaga!

Należy pamiętać, iż procedura przepięcia może wpłynąć na rozliczenie wizyty pierwotnej. W związku z tym po takiej operacji należy zweryfikować rozliczenia. Dodaną procedurę archiwalną można w każdej chwili usunąć poprzez przycisk , a procedura będzie ponownie sprawozdawana w ramach swojej „wizyty pierwotnej”.

W celu zabezpieczenia użytkownika przed nadmiernym przepisywaniem badań między wizytami, została wprowadzona walidacja blokująca przepięcie, jeśli badanie zostało już raz przepięte. W takim wypadku raz użyta procedura nie będzie wyświetlana w oknie **Procedury archiwalne**. Przepięcie procedury do kolejnej wizyty będzie możliwe dopiero w momencie odłączenia jej w wizycie wcześniejszej.

### 10.3.4 Przekodowanie procedur ICD9

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Słowniki](#) > [Przekodowanie procedur ICD9](#)

W wersji aplikacji **mMedica Plus (+)** udostępniono funkcjonalność, pozwalającą przekodować procedury ICD-9. Funkcjonalność ta została przygotowana w związku z wydaniem przez NFZ nowej V edycji słownika w lipcu 2008 r. Wcześniej obowiązywała II edycja i po tej zmianie użytkownicy mieli możliwość przekodowania wprowadzonych już procedur wg nowego słownika. W chwili obecnej funkcjonalność ta przestała być używana, jednak może być wykorzystywana na potrzeby korekt za tamten okres.

W programie udostępniono słownik ICD-9 w dwóch edycjach II i V. Użytkownikowi pozostawiono decyzję jakiego słownika będzie używał, bazując na swojej wiedzy merytorycznej odnośnie ewidencji świadczeń. Od czasu uruchomienia mechanizmu walidacji przesyłanych świadczeń w NFZ, uniemożliwiono rozliczanie

świadczeń ewidencjonowanych w II edycji słownika ICD-9.

Aby przekodować procedury ICD-9 z edycji II na V należy w pierwszej kolejności wybrać zakres danych. W panelu nawigacji **Wyszukiwanie zaawansowane** należy wprowadzić nast. dane:

- **Klasyfikacja źródłowa** - wybrać wartość II, jeśli przekodowanie ma nastąpić ze słownika II.
- **Procedura źródłowa** - za pomocą przycisku wyboru [...] wybrać procedurę ze słownika, która ma zostać przekodowana.
- **Klasyfikacja docelowa** - wybrać wartość V, jeśli procedury mają zostać przekodowane na tę edycję.
- **Procedura docelowa** - za pomocą przycisku wyboru [...] wybrać docelową procedurę ze słownika.

Wybranie przycisku **"Zastosuj"** spowoduje wyświetlenie w głównym oknie odpowiednich procedur, które zostaną przekodowane po wybraniu przycisku **"Wypełnij automatycznie"**.

### 10.3.5 Powiązania dla procedur ICD9

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Słowniki](#) > [Powiązania dla procedur ICD9](#)

W aplikacji mMedica została udostępniona funkcjonalność definiowania powiązań pomiędzy danymi wprowadzanymi w badaniu fizykalnym w Gabinecie a procedurami ICD-9. Uzupełnienie **ciśnienia** lub **glikemii** w oknie **Badanie fizykalne** spowoduje automatyczne dodanie powiązanej procedury ICD-9 na wizycie.

Omawiana funkcjonalność obejmuje również zabiegi wprowadzane w module [Gabinet pielęgniarstwa](#). Od wersji 8.3.0 programu są nią objęte także dane ewidencji przebiegu leczenia w module "Hospitalizacje", takie jak wywiad i badanie przedmiotowe.

Aby funkcjonalność działała poprawnie, należy ją odpowiednio skonfigurować poprzez powiązanie badania/zabiegu z wybraną procedurą ICD-9, czego dokonuje się w oknie **Powiązania dla procedur ICD-9**.



**Powiązania dla procedur ICD-9**

Rodzaj danych	Kod proc.	Nazwa pr...	Komórka	Data od	Data do
Wizyta – badanie fizykalne – ciśnienie	89.61	Monit...	Porad...	08-08-2022	08-09-2022

**Dane powiązania**

Rodzaj danych: \* Wizyta – badanie fizykalne – ciśnienie

Procedura: \* 89.61 ... Monitorowanie systemowego ciśnienia tętniczego

Komórka org.: 000 ... Poradnia

Data od: 08-08-2022 Data do: 08-09-2022

Aby dodać powiązanie należy wybrać przycisk **"Dodaj"** znajdujący się w górnej części ekranu, a następnie w dolnym oknie **"Dane powiązania"** uzupełnić nast. pola:

- **Rodzaj danych** - z listy rozwijanej wybrać rodzaj danych, na podstawie którego będzie funkcjonować powiązanie. Do wyboru są wartości:
  - Hospitalizacja - przebieg leczenia - badanie przedmiotowe**
  - Hospitalizacja - przebieg leczenia - wywiad**
  - Wizyta - badania fizykalne - ciśnienie**
  - Wizyta - badania fizykalne - glikemia**
  - Zabieg - opatrunek**
  - Zabieg - pobranie materiału**
  - Zabieg - podanie leku**

Rodzaje a) i b) zostały dodane w wersji 8.3.0 aplikacji mMedica i dotyczą wywiadu oraz badania przedmiotowego wprowadzanych na zakładce *Przebieg leczenia* hospitalizacji otwartej w module "Hospitalizacje".

Rodzaje c) i d) dotyczą danych wprowadzanych w oknie wizyty otwartej w Gabinetecie.

Rodzaje e), f) i g) dotyczą zabiegów wprowadzanych na wizycie realizowanej w module [Gabinet pielęgniarki](#).

- **Procedura** - za pomocą przycisku wyboru [...] wybrać procedurę ICD-9 ze słownika, która zostanie powiązana z wybranym rodzajem danych.
- **Komórka org.** - za pomocą przycisku wyboru [...] wybrać komórkę organizacyjną, której będzie dotyczyć powiązanie. W przypadku braku wskazania komórki organizacyjnej, powiązanie dotyczyć będzie wszystkich komórek organizacyjnych.
- **Data od-do** - ręcznie lub za pomocą kalendarza wybrać datę obowiązywania powiązania od-do. W przypadku braku uzupełnienia dat, powiązanie funkcjonować będzie bezterminowo.

W przedstawionym przykładzie utworzono powiązanie dla badania fizykalnego - ciśnienia i procedury 89.61. Oznacza to, że po utworzeniu wizyty w Gabinetecie w komórce "Poradnia" i po wprowadzeniu pomiaru ciśnienia w oknie "Badania fizykalne", na wizycie automatycznie dodana zostanie procedura ICD-9: 89.61 - Monitorowanie systemowego ciśnienia tętniczego (zdj. poniżej).

Funkcje dodatkowe

Dane pacjenta Dokumenty ubezpieczenia Aktualizuj dane Status eWUŚ Rozliczenie wizyty

**Kowalski Jan (M), 00000000000, 47 lat**  
2015-11-12 09:14 – 09:29, Gabinet lekarza POZ, Nowak Anna

Badania lab. Badania diag. Stale pod. leki Konsultacje Hospitalizacje Rehabilitacje Szczepienia Antropometria

**Choroby przewlekłe**

Nazwa	Op. cz.
J46 – Stan astmatycz...	

**Czynniki ryzyka i wywiady**

**Uzależnienia**  
papierosy; kawa

**Uczulenia**  
Trawa, kurz, białko kurze

**Grupy dyspenseryjne**  
Alergie; Choroba wrzodowa

**Grupa krwi**  
AB Rh+

**Urazy z przeszłości**  
Wstrząs mózgu

**Ostatnie wizyty**

**Wizyta:** dnia 2015-11-10 od 09:40 do 09:55  
**Komórka org.:** Gabinet lekarza POZ  
**Realizujący:** Nowak Anna; Lekarz - chirurgia ogólna; NPWZ: ~~NPWZ~~

**Badanie fizykalne:**  
Ciśnienie: 60/120 mmHg

**Soczewki okularowe**

**Wywiad**

**Badanie fizykalne**

Ciśnienie: 120 / 80 Tętno: 80

Glikemia: Temp:

**Rozpoznanie**

Nazwa	Główne
-------	--------

Dodaj rozpoznanie:

Funkcje dodatkowe

Dane pacjenta Dokumenty ubezpieczenia Aktualizuj dane Status eWUŚ Rozliczenie wizyty

**Kowalski Jan (M), 00000000000, 47 lat**  
2015-11-12 09:14 – 09:29, Gabinet lekarza POZ, Nowak Anna

**Kod Nazwa Edycja Kratność**

89.61	Monitorowanie systemowego ciśnienia tętniczego	V	1
-------	--	---	---

**Edycja:**  
V

**ICD9**

**Procedury**

## 10.3.6 Ewidencja zbiorcza

Ścieżka: [Uzupełnianie świadczeń](#) > [Rozliczenia](#)

W wersji aplikacji **mMedica Plus (+)** istnieje możliwość uzupełnienia rozliczeń zbiorczo, po zaznaczeniu w kalendarzu dni z miesiąca rozliczeniowego, w których były wykonane.

W tym celu należy utworzyć pacjentowi wizytę i przejść na formatkę **Rozliczenia**. Wybranie przycisku **"Zbiorczo rozliczenia wg dat"** znajdującego się w górnym panelu okna, otwiera okno kalendarza.

Wybierz daty

**Czerwiec 2015**

Tydz.	Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
23	1	2	3	4	5	6	7
24	8	9	10	11	12	13	14
25	15	16	17	18	19	20	21
26	22	23	24	25	26	27	28
27	29	30	1	2	3	4	5
28	6	7	8	9	10	11	12

☒ Tylko dni robocze ☐ Zapamiętaj wybór

Wybierz Wyjście

Za pomocą myszki i klawisza CTRL należy zaznaczyć daty, dla których mają zostać dodane pozycje rozliczeniowe i zatwierdzić wybór przyciskiem **"Wybierz"**.

Zakres dat widniejących na kalendarzu zależy od dat, które zostały wprowadzone przez użytkownika na formatce **Realizacja**.

Zaznaczenie parametru **Tylko dni robocze** zawęża wyświetlanie dat na kalendarzu tylko do dni roboczych, natomiast zaznaczenie parametru **Zapamiętaj wybór** powoduje zapamiętanie wybranych dat. Przy uzupełnianiu następnej wizyty i wybraniu przycisku "Zbiórce rozliczenia wg dat", na kalendarzu oznaczają się wcześniej wybrane daty.

Zatwierdzenie wyboru dat na kalendarzu powoduje zmianę koloru formatki na zielono, co wskazuje, że system jest w statusie zbiorczego dodawania. Następnie należy uzupełnić dane w wymaganych polach i zatwierdzić wprowadzone zmiany. Dla wybranych dni z kalendarza zostaną utworzone takie same pozycje rozliczeniowe.



## 10.3.7 Zbiorcze dodawanie wizyt

Ścieżka: [Rejestracja > Wizyty > Nowe wizyty zbiorczo](#)  
lub [Deklaracje > Nowe wizyty zbiorczo](#)

W wersji aplikacji **mMedica Plus (+)** istnieje możliwość dodawania wizyt zbiorczo dla jednego lub kilku pacjentów, po zaznaczeniu w kalendarzu dni z miesiąca rozliczeniowego, w których były wykonane.

Aby skorzystać z funkcjonalności należy przejść do Rejestracji, podświetlić pacjenta na liście, wybrać przycisk **"Wizyty"** znajdujący się w dolnym panelu okna, następnie przycisk **"Nowe wizyty zbiorczo"**. Otwarta zostanie formatka **Zbiorcze dodawanie wizyt...** podzielona na trzy mniejsze ekrany:

**Zbiorcze dodawanie wizyt 2015**

**Pacjenci**

Nazwisko i imię	PESEL	Uprawnienie	Upr. dod.
Kowalski Jan	00000000000		

**Wizyty**

Data od	Data do	Liczba dni	Ubezp.
2015-07-06 11:17	2015-07-22 11:17	17	100%

**Rozliczenia**

Błąd	Nr umowy	Rok	Miesiąc	Zakres świadczeń	Świadczenie	Wyr.	Krotność	Liczba wyk. jedn.	J... P...	Data od	Data do
	054/...	2015	7	02.1010.001.02	5.30.00.00...	1	1	3,5		2015-07-...	2015-07-22

Razem: 1 3,5

**(1) - Pacjenci** - wyświetlane są dane pacjenta, który wskazany został w Kartotece pacjentów i dla którego wprowadzane będą wizyty w trybie zbiorczym. Za pomocą przycisku możliwe jest dodanie większej ilości pacjentów, którym ewidencjonowane będą te same dane.

**(2) - Wizyty** - wyświetlane są dane wizyty tj. daty wizyty, liczba dni trwania wizyty, pokrycie ubezpieczenia pacjenta. Dla wizyt długoterminowych w oknie wyświetlany będzie jeden rekord zawierający zakres dat od-do (jak na zdj. powyżej). Dla wizyt jednodniowych z kalendarza w oknie wyświetlanych będzie kilka/kilkaście rekordów z datami wskazanymi przez użytkownika (jak na zdj. poniżej).

Wybranie ikony "Modyfikuj daty" otwiera okno **Daty wizyt**, w którym określa się daty dla wizyty jednodniowej, długoterminowej bądź wizyt jednodniowych z kalendarza.



Daty wizyt

☐ **Wizyta jednodniowa**

Data od:  Długość wizyty (min):

☐ **Wizyta długoterminowa**

Data od:  Data do:

☒ **Wizyty jednodniowe z kalendarza**

**Lipiec 2015**

Tydz.	Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
27	29	30	1	2	3	4	5
28	6	7	8	9	10	11	12
29	13	14	15	16	17	18	19
30	20	21	22	23	24	25	26
31	27	28	29	30	31	1	2
32	3	4	5	6	7	8	9

Wybranych dni: 13 (od 2015-07-06 do 2015-07-22)

Godz. od:  Długość wizyty (min):  ☒ **Cykl**



☒ **Zatwierdź**

- **Wizyta jednodniowa** - zaznaczenie pola spowoduje jego podświetlenie. Wprowadzona zostanie wizyta jednodniową z datą wpisaną przez użytkownika ręcznie lub za pomocą kalendarza.
- **Długość wizyty (min)** - ręcznie lub za pomocą strzałek należy wybrać długość trwania wizyty w minutach. Maksymalna długość wizyty to 99 minut.
- **Wizyta długoterminowa** - zaznaczenie pola spowoduje jego podświetlenie. Wprowadzona zostanie wizyta długoterminowa w zakresie dat podanych przez użytkownika.
- **Wizyty jednodniowe z kalendarza** - zaznaczenie pola spowoduje podświetlenie kalendarza. Za pomocą myszki i klawisza CTRL należy zaznaczyć daty wizyty. Wprowadzone zostaną wizyty jednodniowe dla dni wskazanych przez użytkownika.
- **Godz. od** - można wprowadzić datę rozpoczęcia wizyty. Domyślnie podpowiadana jest bieżąca godzina.
- **Cykl** - zaznaczenie parametru oznacza wizyty jako cykl leczenia, tj. jeśli pierwsza wizyta zostanie wprowadzona ze skierowaniem, to pozostałe wizyty wprowadzone zostaną jako jej kontynuacja.

Jeśli użytkownik wprowadzi na formatce przyjęcie **Ze skierowaniem** i wprowadzi dane skierowania, to po zatwierdzeniu danych na pozostałych wizytach zostanie automatycznie wprowadzone przyjęcie **Kontynuacja ze skierowaniem** oraz podpisane skierowanie z pierwszej wizyty.


#### Uwaga!

Jeśli wizyty tworzone są dla kilku pacjentów, nie ma możliwości dodania informacji o skierowaniu, gdyż jest ono dokumentem indywidualnym. W takiej sytuacji na formatce **Realizacja** w polu **Przyjęcie** nie będzie można wybrać wartości: Ze skierowaniem, Kontynuacja ze skierowaniem.

Wybranie ikony "Dokumenty ubezpieczeniowe wizyty"  otwiera okno **Ubezpieczenie**, w którym prezentowane są aktualne dokumenty ubezpieczeniowe pacjenta. Za pomocą przycisku  wyświetla listę

rozwijaną, z której można wybrać odpowiedni dokument ubezpieczeniowy i dodać go do ewidencjonowanych wizyt.



**(3) - Rozliczenia** - wyświetlane są dane pozycji rozliczeniowej, jeśli została dodana. Wybranie przycisku  otwiera formatkę „Pozycja rozliczeniowa”, gdzie należy wprowadzić dane rozliczenia. Szczegółowy opis znajduje się w rozdziale: [Pozycja rozliczeniowa](#).

Po wybraniu pacjentów i wprowadzeniu informacji o datach, należy przejść do uzupełnienia pozostałych danych wizyty poprzez wybór odpowiednich formatek znajdujących się w lewym panelu okna (Realizacja, Świadcz. POZ, Badania POZ, Sesja/Cykl, Skierowanie). Szczegółowy opis formatek znajduje się w rozdziale: [Uzupełnianie świadczeń](#).

### 10.3.8 Wydanie Karty DiLO w POZ

Od 1 stycznia 2015 r. wprowadzono kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego, która może zostać wydana przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), jeśli podejrzewa u pacjenta nowotwór złośliwy. Wraz z jej wydaniem użytkownik powinien zaewidencjonować w aplikacji poradę na formatce *Pozycja rozliczeniowa*, wybierając:

- **Zakres świadczeń** – Świadczenia lekarza POZ – porady związane z wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.
- **Świadczenie** – Porada lekarska związana z wydaniem karty.

Po uzupełnieniu powyższych pól, zostanie aktywowane pole "Współczynnik", w którym należy wprowadzić współczynnik WRN (Współczynnik Rozpoznawania Nowotworów). Współczynnik ten jest określany (wyliczany) indywidualnie dla każdego świadczeniodawcy - system obliczania indywidualnego WRN określa właściwe rozporządzenie.

Aby wartość WRN w polu "Współczynnik" podpowiadała się automatycznie, należy zdefiniować jej wysokość w kontekście danego miesiąca w ścieżce: [Ewidencja > Słowniki > Edycja wskaźnika WRN](#).

W celu wprowadzenia informacji o numerze karty DiLO, należy:

1. Wybrać zakładkę **6. Dokumenty dod.**
2. W polu **Kod systemu** wybrać wartość DILO.
3. W polu **Id dokumentu** wprowadzić numer karty DiLO pozyskany z Portalu Świadczeniodawcy.

Jeśli pacjent został wprowadzony na listę oczekujących na świadczenia udzielane na podstawie karty onkologicznej, to datę wpisu do kolejki można wprowadzić w danych dokumentu dodatkowego w kolumnie **Wersja/Data (rok-miesiąc-dzień)**, zdj. poniżej.

### Uwaga!

Poradnie specjalistyczne, które przyjmują pacjenta na podstawie skierowania-Karty DiLO zobowiązane są sprawozdawać do OW NFZ dodatkowe dane.

W związku z komunikatem Centrali NFZ z dnia 26.06.2015 r. sprawozdawanie i rozliczanie świadczeń udzielonych na podstawie Karty DiLO powinno odbywać się ze wskazaniem odpowiedniego kodu trybu przyjęcia:

- **14** - przyjęcie na podstawie Karty DiLO (osoba, której udzielono świadczenia zdrowotnego w przypadku udzielenia świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej)
- **11** - przyjęcie na podstawie Karty DiLO (osoba, której udzielono świadczenia zdrowotnego w przypadku pobytu w oddziale szpitalnym)

oraz z podaniem kodu tytułu uprawnienia dodatkowego **"32aDILO"**.

Na zdjęciu poniżej przedstawiono miejsca w aplikacji (formatka "Uzupełnianie świadczeń" lub "Hospitalizacja"), w których dane te należy zaznaczyć.

## 10.3.9 Ewidencja porad pierwszorazowych

Ścieżka: [Rejestracja](#) > [Wizyty](#) > [Nowa wizyta](#)

Pacjent pierwszorazowy zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ\_to świadczeniobiorca, który w ciągu poprzedzających 730 dni nie korzystał ze świadczeń w danym zakresie (komórce org.) i otrzymuje świadczenie w trybie nagłym lub ze skierowaniem.

Warunkiem rozliczenia wizyty pierwszorazowej podwyższonym współczynnikiem 1,1 jest zaewidencjonowanie porady początkowej (produkt jednostkowy WP1) i zdiagnozowanie choroby w ciągu 42 dni. Po zachowaniu powyższych warunków świadczeniodawca ewidencjonuje poradę pierwszorazową (produkty z zakresu grup W40-W50), której wartość mMedica automatycznie zwiększa o współczynnik 1,1.

W przypadku braku porady początkowej WP1, podczas zatwierdzania wizyty, zostanie wyświetlony poniższy komunikat ostrzegawczy. Wybranie przycisku **Tak** spowoduje automatyczne dodanie świadczenia "WP1

porada początkowa - świadczenia pierwszorazowe".

Brak pozycji rozliczeniowej dla porady początkowej u pacjenta pierwszorazowego.

Czy chcesz ją dodać?

TAK

NIE

ANULUJ

W wersji 8.3.0 aplikacji mMedica została wprowadzona możliwość ustawienia, aby we wspomnianej sytuacji pozycja rozliczeniowa dla porady WP1 dodawała się automatycznie, bez wyświetlania przez program powyższego komunikatu. Służy do tego parametr **"Automatycznie dodawaj pozycję rozliczeniową porady początkowej WP1 przy autoryzacji/zatwierdzaniu danych"**, dostępny w Konfiguratorze programu ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w pozycji: [Ewidencja > Podstawowe](#), w sekcji [Wizyty i hospitalizacje](#).

Poniższa instrukcja przedstawia przykład ewidencji dla grupy W40 dla dwóch przypadków:

- Diagnoza zostaje postawiona na pierwszej wizycie pacjenta (wizycie początkowej).
- Diagnoza zostaje postawiona na drugiej wizycie pacjenta.

Ewidencja porad pierwszorazowych, gdy diagnoza zostaje postawiona na pierwszej wizycie pacjenta:

- Ewidencja porady początkowej – na formatce *Pozycja rozliczeniowa* należy zaewidencjonować **poradę WP1** w nast. polach:

- Zakres świadczeń** – wybrać zakres dotyczący świadczeń pierwszorazowych.
- Świadczenie** – wybrać świadczenie "WP1 porada początkowa - świadczenia pierwszorazowe".

**Pozycja rozliczeniowa**

Data realizacji: Od: 2015-05-13 do: 2015-05-13 Miesiąc: Maj Rok: 2015 Czy eksportować: Tak

Dane realizacji

Miejsce realizacji: PORADNIA ALERGOLOGICZNA

Zakres świadczeń (produkt kontraktowy): 02.1010.401.02 ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ALERGOLOGII-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE

Świadczenie (produkt jednostkowy): 5.01.28.0000001 WP1 PORADA POCZĄTKOWA-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE

Wyróżnik: 1 Waga: 0 Współczynnik: Świadczenie ratujące życie: Nie

Numer umowy: 054... Sposób rozliczenia: Pełne rozliczenie (100%)

Krotność faktyczna: 1 Kr. rozliczeniowa: 1 Dopłata: Liczba wyk. jedn.: 0 Koszt:

Taryfa: Współczynnik: 1

Dokumenty upoważniające do realizacji świadczenia

Ubezpieczyciel: Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia Id dodatkowej dokumentacji:

1. Stomatologia 2. Hemodializa 3. Dane POZ/SPO 4. Dane AOS 5. JGP 6. Dokumenty dod. 7. Sygnatura 10. Lek

Nr wersji grupera: 1

Przelicznik krotności wyliczony na podstawie sposobu rozliczenia (KROTNOŚĆ)

Wartości podstawowe

Taryfa: 0

Taryfa dodatkowa: 0

Suma taryf: 0

Wartości po przemnożeniu

0

0

0

Wyznacz taryfę

- Ewidencja porady początkowej – jeśli decyzja diagnostyczna i terapeutyczna zostały podjęte na tej samej wizycie u lekarza specjalisty, należy dodać drugą pozycję rozliczeniową z przedziału grup W40-W50:

- Zakres świadczeń** - wybrać zakres dotyczący świadczeń pierwszorazowych.



- **Świadczenie** – wybrać świadczenie z przedziału grup W40-W50.

**Pozycja rozliczeniowa**

Data realizacji: Qd: 2015-05-13 gdo: 2015-05-13 Miesiąc: Maj Rok: 2015 Czy eksportować: Tak

Dane realizacji

Miejsce realizacji: PORADNIA ALERGOLOGICZNA

Zakres świadczeń: 02.1010.401.02 ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ALERGOLOGII-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE

Świadczenie: 5.30.00.0000040 W40 ŚWIADCZENIE PIERWSZORAZOWE 1-GO TYPU

Wyróżnik: 1 Waga: 1 Współczynnik: Świadczenie ratujące życie: Nie

Numer umowy: 054... Sposób rozliczenia: Pełne rozliczenie (100%)

Krotność faktyczna: 1 Kt. rozliczeniowa: 1 Dopłata: Liczba wyk. jedn.: 6,6 Koszt:

Taryfa: 6 Współczynnik: 1,1

Dokumenty upoważniające do realizacji świadczenia

Ubezpieczyciel: Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia Id dodatkowej dokumentacji:

1. Stomatologia 2. Hemodializa 3. Dane POZ/SPO 4. Dane AOS 5. JGP 6. Dokumenty dod. 7. Sygnatura 10. Lek

Nr wersji grupera: AOS.2.8 1

Przelicznik krotności wyliczony na podstawie sposobu rozliczenia (KROTNOŚĆ)

Wartości podstawowe

Taryfa: 6

Taryfa dodatkowa: 0

Suma taryf: 6,6

Wartości po przemnożeniu

6

0

6,6

Wyznacz taryfę

Dodanie drugiej pozycji rozliczeniowej umożliwia rozliczenie wizyty poprzez podwyższony współczynnik 1,1. W polu "Taryfa" będzie wyświetlana taryfa bazowa dla grupy W40, natomiast w polu "Suma taryf" wartość po przemnożeniu przez program (po uwzględnieniu współczynnika 1,1).

**Uzupełnianie świadczeń**

Komórka organizacyjna: Realizujący: Data: 2015-05-13

Nr świadczenia: ID wizyty: Pacjent: 48 lat Ubezpieczenie: 0% eWUŚ

PESEL: 00000000000 Kowalski Jan

Błąd	ID rozl.	ID rozl. kor.	Nr umowy	Rok	Miesiąc	Zakres świadczeń	Świadczenie	Wyr.	Krotność	Liczba wyk. jedn.	Umiejscowienie
			054/	2015	5	02.1010.401.02	5.01.28.0000001	1	1	0	
			054/	2015	5	02.1010.401.02	5.30.00.0000040	1	1	6,6	

Sesja/Cykl

Ratowanie

Skierowanie

Chemo/Radio

Rozliczenia

JGP

Ewidencja porad pierwszorazowych, gdy diagnoza zostaje postawiona na drugiej wizycie pacjenta:

1. Ewidencja porady początkowej – na formatce *Pozycja rozliczeniowa* należy zaewidencjonować **poradę WP1** w nast. polach:
  - **Zakres świadczeń** – wybrać zakres dotyczący świadczeń pierwszorazowych.
  - **Świadczenie** – wybrać świadczenie "WP1 porada początkowa - świadczenia pierwszorazowe".
2. Ewidencja porady początkowej – jeśli decyzja diagnostyczna i terapeutyczna zostały podjęte na kolejnej wizycie u lekarza specjalisty (z zachowaniem warunku 42 dni), należy dodać pozycję rozliczeniową z przedziału grup W40-W50:
  - **Zakres świadczeń** - wybrać zakres dotyczący świadczeń pierwszorazowych.
  - **Świadczenie** – wybrać świadczenie z przedziału grup W40-W50.

**Uwaga!** Jeśli pomiędzy poradą początkową WP1, a kolejną wizytą upłynęło więcej niż 42 dni, to na



zakładce 5. JGP w polu "Suma taryf" wartość pozostanie niezmienną – warunkiem rozliczenia wizyty przez wyższy wskaźnik jest zachowanie warunku 42 dni!

Oprócz tego w przypadku świadczeń pierwszorazowych świadczeniodawca zobligowany jest przekazać od OW NFZ informację o sposobie kontynuacji leczenia. W tym celu należy uzupełnić pole *Kontynuacja leczenia*, które znajduje się na formatce [Realizacja](#). Możliwe wartości do wyboru:

### 10.3.10 Schematy wizyt

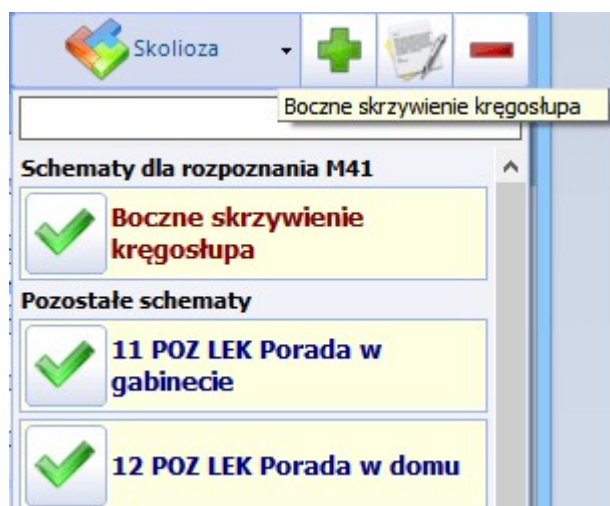
Wersja mMedica Plus (+) posiada funkcjonalność, umożliwiającą zapisywanie danych z wizyt w schematach. Dzięki temu można w sposób szybki i sprawny wprowadzać wizyty, które posiadają powtarzalne dane, poprzez wybranie wcześniej zdefiniowanego schematu.

**Uwaga!** Omawiana funkcjonalność zapamiętuje w schematach wszystkie dane wprowadzone w Uzupełnianiu świadczeń. Jeśli użytkownik uzupełni pola znajdujące się na formatce np. Sesja/Cykl, Skierowanie, Rozliczenia, to te dane również zostaną zapisane w schemacie wizyty.

Aby utworzyć schemat należy wykonać poniższe czynności:

1. Otworzyć formatkę *Uzupełnianie świadczeń* i uzupełnić danymi wszystkie pola, które mają znaleźć się w schemacie.
2. W prawym górnym rogu formatki wybrać przycisk plusa (zdj. poniżej), które otworzy okno *Schemat wizyty*.

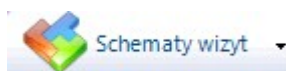
3. W oknie *Schemat wizyty* wprowadzić:
  - a) Nazwę schematu, która po wyborze będzie wyświetlana w prawym górnym rogu formatki (zdj. powyżej).
  - b) Dodatkowy opis schematu, który wyświetlany na liście dostępnych schematów wizyt, po jej rozwinięciu. W przypadku braku opisu, na liście schematów wyświetlana będzie tylko jego nazwa (zdj. poniżej).



4. Zdefiniować pozostałe ustawienia schematu, jak np. dostępność, domyślność, wyświetlanie schematu w komórce, w której został utworzony. Znaczenie poszczególnych opcji zostało opisane poniżej.

- **Dostępność** - określającą dostęp użytkowników do utworzonych schematów. Możliwe do wyboru są 3 wartości:
  - a) **Prywatny** - schemat będzie widoczny tylko dla użytkownika, który go utworzył. Przez niego będzie mógł być modyfikowany i usuwany.
  - b) **Publiczny** - schemat będzie widoczny dla wszystkich użytkowników programu, którzy mogą go dowolnie modyfikować i usuwać.
  - c) **Publiczny bez modyfikacji** - schemat będzie widoczny dla wszystkich użytkowników, ale prawo do jego modyfikacji i usunięcia będzie miał tylko ten użytkownik, który go utworzył.

- **Domyślny** – zaznaczenie pola zdefiniuje schemat wizyty jako domyślny. Po otwarciu wizyty (Uzupełnianie/Gabinet) dane ze schematu będą automatycznie podpowiadane w polach wizyty.
- **Uwzględniaj puste wartości** – zaznaczenie powoduje, że pola, które w schemacie zapisane zostały jako puste, po wybraniu schematu przepiszą się jako puste - nawet jeśli na wizycie wprowadzono w nie już jakieś dane.  
Brak zaznaczenia w polu powoduje, że przepisane zostaną tylko te pola, w których zapamiętano jakieś wartości. Pozostałe pola pozostaną niezmienione.
- **Wyświetlaj tylko w podanej komórce** - po zaznaczeniu pola, wybrany schemat będzie widoczny na liście schematów tylko w tej komórce organizacyjnej, w której został zapisany. Informacja o komórce, w której utworzono schemat wyświetlana jest w polu "Komórka org."
- **Rozpoznania związane ze schematem** – w polu można wprowadzić kod rozpoznania wg słownika ICD-10 (lub kilka kodów oddzielonych przecinkami) w celu powiązania rozpoznania ze schematem wizyty.  
Jeśli w pierwszej kolejności na wizycie wprowadzony zostanie kod ICD-10 w polu, to po wyborze przycisku **Schematy wizyty**, jako pierwszy na liście pojawi się schemat powiązany z tym rozpoznaniem (zdj. poniżej).
- **Wyświetlanie** – w celu wyróżnienia schematu na liście, można skorzystać z narzędzi tekstowych takich jak: pogrubienie, kursywa, podkreślenie, kolor tekstu, kolor tła.



– wybranie przycisku rozwija listę istniejących schematów wizyt. Aby wybrać dany schemat należy kliknąć lewym przyciskiem myszy na ikonie [✓], znajdującej się obok nazwy schematu. Jeśli na wizycie zostało wprowadzone rozpoznanie lub zakres rozpoznań, związane wcześniej ze schematem, jako pierwsze na liście pojawią się schematy zawierające to rozpoznanie (zdj. powyżej).



– wybranie przycisku **Edytuj schemat** otwiera okno *Schemat wizyty*, w którym można dokonać modyfikacji wybranego schematu. Przycisk aktywuje się po uprzednim wybraniu schematu.



– przycisk **Usuń schemat** aktywuje się po uprzednim wybraniu schematu wizyty i powoduje jego usunięcie z listy.

**Uwaga!** Aby użytkownik miał uprawnienia do modyfikacji i usuwania schematów publicznych utworzonych przez innych użytkowników oraz mógł tworzyć schematy publiczne, musi posiadać uprawnienie **"Zarządzanie globalnymi schematami danych"** nadawane w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > 5. [Uprawnienia funkcjonalne](#) > [Administracja systemem](#).

## 10.4 Sprawozdawczość rozliczeniowa

Program mMedica umożliwia rozliczanie się z Narodowym Funduszem w tzw. otwartym formacie wymiany danych.

W roku 2011 został uruchomiony nowy system rozliczania Świadczeniodawców z Płatnikiem, w wyniku czego zlikwidowano II fazę i część czynności rozliczeniowych przeniesiono do wykonania w systemach Płatnika. Z czynności rozliczeniowych, które należy dokonać w programie pozostały: eksport i import I fazy, generowanie rachunków na podstawie szablonów i wydruk dokumentów wymaganych przez NFZ.

Zgodnie z nowym modelem, pozycja rozliczeniowa może być naliczona do rozliczenia tylko w sytuacji, gdy zostanie prawidłowo zwalidowana i zweryfikowana. Procesy walidacji i weryfikacji działają w odseparowaniu od siebie, w związku z tym cały proces odbywa się dwuetapowo: najpierw pozycja powinna otrzymać pozytywny status walidacji, a następnie pozytywny status weryfikacji.

Pozytywny status walidacji nadawany jest przez system NFZ w momencie importu pozycji rozliczeniowej przekazanej w komunikacie SWIAD i jest równoważny z wczytaniem danej pozycji do systemu NFZ. Aplikacja informację o statusie walidacji otrzymuje w komunikacie zwrotnym P\_SWI. Na obszarach OW NFZ, gdzie komunikacja odbywa się za pomocą poczty elektronicznej, dane są automatycznie importowane w standardowym procesie komunikacji. Status weryfikacji możliwy jest do zaimportowania **tylko i wyłącznie** poprzez jawne pobranie pliku z weryfikacją z Portalu Świadczeniodawcy lub SZOI. W Portalu Świadczeniodawcy funkcjonalność ta dostępna jest z poziomu: Pobieranie plików z wynikami weryfikacji świadczeń przed rozliczeniem. Wczytywanie do systemu plików P\_SWI z wynikami weryfikacji nie jest obowiązkowe, należy sobie jednak zdawać sprawę z tego, że w takiej sytuacji informacje o rzeczywistym statusie weryfikacji nie będą w systemie dostępne (patrz uwagi dla statusów: oczekujący na weryfikację, błąd weryfikacji NFZ, do naliczenia).

Poniżej wyjaśniono znaczenie poszczególnych statusów pozycji rozliczeniowej. Statusy pozycji są rozłączne, tzn. w danym momencie pozycja może znaleźć się tylko w jednym z poniżej opisanych statusów. Część statusów pogrupowano, umożliwiając filtrowanie danych po całych grupach, w skład których wchodzi. Wydzielone grupy to pozycje: do eksportu, zakwestionowane, oczekujące i rozliczone, które również zostały ujęte w poniższym opisie.

**Świadczenia wysyłane do NFZ mogą przyjmować następujące statusy rozliczenia:**

Status	Opis	Uwagi
Zablokowana	Pozycja z zablokowanym eksportem do NFZ. Pozycja nie będzie eksportowana do NFZ dopóki użytkownik nie zmieni statusu eksportu pozycji.	Należy weryfikować czy blokada eksportu jest uzasadniona.
<b>Do eksportu</b>	<b>Grupa statusów dla pozycji, które oczekują na eksport do NFZ.</b>	<b>Pozycje z tej grupy oczekują na wykonanie eksportu.</b>
Wprowadzona	Pozycja wprowadzona do systemu w okresie późniejszym niż 3 dni. Dane nie były jeszcze ani razu eksportowane do NFZ.	Duża liczba pozycji o statusie wprowadzona może wskazywać, że: - w ciągu kilku dni nie wykonywano eksportów, - wykonywane eksporty ograniczone były tylko do pewnego zakresu danych, uniemożliwiając jednocześnie eksport wskazanych pozycji; W takiej sytuacji należy zweryfikować przyczynę, w wyniku której pozycje nie eksportują się na bieżąco.
Zmodyfikowana	Pozycja zmodyfikowana.	Pozycja zmodyfikowana różni się tym od wprowadzonej, że pozycja

		zmodyfikowana, to pozycja, która przynajmniej jeden raz została wyeksportowana do NFZ. Duża liczba pozycji o statusie zmodyfikowana, może wskazywać, że: - w ciągu kilku dni nie wykonywano eksportów, - wykonywane eksporty ograniczone były tylko do pewnego zakresu danych, uniemożliwiając jednocześnie eksport wskazanych pozycji;
<b>Zakwestionowane</b>	<b>Grupa pozycji posiadająca błędy na różnych poziomach walidacji i weryfikacji danych</b>	<b>Pozycje z tej grupy wymagają ingerencji ze strony użytkownika. Należy wyeliminować problemy zgłoszone do poszczególnych pozycji.</b>
Błąd walidacji NFZ	Pozycja została wyeksportowana do NFZ, ale NFZ nie wczytał tej wersji danych do swojego systemu, ze względu na wykryte błędy (nieprawidłowości).	W przypadku pierwszego eksportu danych (po ich wprowadzeniu do systemu), dane nie znajdują się w systemie NFZ. W przypadku przesłania kolejnej wersji danych (po modyfikacji w systemie) – dane w systemie NFZ nie zostały zsynchronizowane (w systemie NFZ istnieje wcześniejsza wersja danych w stosunku do danych w systemie Świadczeniodawcy).
Błąd weryfikacji NFZ	Pozycja została zakwestionowana w NFZ, na podstawie przeprowadzonej weryfikacji.	Ze względu na negatywną weryfikację NFZ, pozycja nie będzie mogła być naliczona. W systemie NFZ istnieje aktualna wersja danych w stosunku do wersji w systemie Świadczeniodawcy, gdyż dane zostały wcześniej zaimportowane i nie zgłoszono błędów walidacji. Użytkownik powinien poprawić zgłoszone błędy, aby umożliwić eksport danych do NFZ. <b>Uwaga!</b> System nie będzie pokazywał pozycji z tym statusem, jeżeli nie będą wczytywane komunikaty P_SWI z wynikami weryfikacji
Skorygowane przez NFZ	Pozycja została zakwestionowana w NFZ po wcześniejszym jej rozliczeniu.	NFZ naliczył dana pozycję (wygenerował szablon), ale w wyniku późniejszej weryfikacji wstecznej, zakwestionował świadczenie. W wyniku zakwestionowania, system automatycznie wygenerował szablon korygujący do pozycji z przyczyną korekty, 02 – pozycja negatywnie zweryfikowana. Użytkownik powinien skorygować pozycję rozliczeniową w swoim systemie.
<b>Oczekujące</b>	<b>Grupa statusów związanych z oczekiwaniem na „dalszy rozwój sytuacji”.</b>	<b>Użytkownik nie musi (a nawet nie powinien) modyfikować danych, ze względu na to, że pozycja jest w trakcie</b>



		<b>walidacji, weryfikacji lub czeka na naliczenie.</b>
Oczekująca na walidację	Pozycja została wysłana do NFZ, ale nie odebrano jeszcze komunikatu potwierdzenia P_SWI, dotyczącego tej pozycji.	Po wczytaniu pliku potwierdzeń P_SWI pozycja otrzyma status walidacji zgodny z odpowiedzią NFZ: - błąd walidacji NFZ, jeżeli pozycja zostanie negatywnie zwalidowana przez NFZ, - oczekująca na weryfikację, jeżeli pozycja zostanie poprawnie zwalidowana przez NFZ, - naliczona, jeżeli od razu wczytany zostanie szablon z pominięciem fazy potwierdzenia.
Oczekująca na weryfikację	Pozycja została wysłana, prawidłowo zwalidowana i wczytana do NFZ, ale nie została jeszcze zweryfikowana lub nie do systemu wyniku weryfikacji pozycji.	Komunikaty związane z wynikami weryfikacji nie są przekazywane przez NFZ pocztą elektroniczną. W związku z tym, aby w systemie istniała informacja o wyniku weryfikacji pozycji, użytkownik powinien samodzielnie pobrać taki wynik i wczytać go do swojego systemu (komunikat P_SWI pobrany z Portalu Świadczeniodawcy lub SZOI). <b>Uwaga!</b> Wczytywanie wyników weryfikacji do systemu nie jest obligatoryjne. Jeżeli użytkownik nie wczytuje wyników weryfikacji do systemu to: - dla pozycji pozytywnie zweryfikowanej - po otrzymaniu szablonu do pozycji, pozycja automatycznie zmieni status na naliczona. - dla pozycji negatywnie zweryfikowanej, informacja o błędzie dostępna będzie jedynie na Portalu Świadczeniodawcy lub SZOI.
Do naliczenia	Pozycja została prawidłowo zwalidowana i zweryfikowana. Oczekuje na naliczenie.	Pozycja pozytywnie przeszła proces walidacji i weryfikacji. Nie ma przeciwwskazań, aby po uruchomieniu przez Świadczeniodawcę procesu naliczania, system NFZ wygenerował szablon dla takiej pozycji. <b>Uwaga:</b> system nie będzie pokazywał pozycji z tym statusem, jeżeli nie będą wczytywane komunikaty P_SWI z wynikami weryfikacji.
<b>Rozliczone</b>	<b>Grupa statusów związanych z pozycjami znajdującymi się na szablonach.</b>	
Naliczona	Pozycja znajduje się na szablonie, ale nie wygenerowano jeszcze rachunku do szablonu.	W celu doprowadzenia do ostatecznego rozliczenia pozycji, użytkownik powinien wygenerować rachunek na podstawie szablonu.
Zafakturowana	Pozycja znajduje się na szablonie, do którego wygenerowano rachunek.	Docelowy, oczekiwany status dla wszystkich pozycji.

	Rachunek ten jest w statusie: Zatwierdzony.	<b>Uwaga!</b> Status nie informuje, czy dla Rachunku wygenerowano i wyeksportowano komunikat REF oraz czy rachunek został przekazany do NFZ.
--	--	--

Kolejne czynności jakie należy wykonać aby rozliczyć świadczenia:

1. Wprowadzić dane o rozliczeniu na formatce "Uzupełnianie" - [Wprowadzanie danych o rozliczeniach](#)
2. Wykonać eksport I fazy - [Eksport danych ewidencyjnych do NFZ \(I faza\)](#)
3. Wykonać import I fazy - [Import potwierdzeń I fazy](#)
4. Sprawdzić czy świadczenia zostały poprawnie potwierdzone przez NFZ (powinny mieć status "Oczekujące na weryfikację") w [Rozliczenia > Przegląd wizyt](#) i poprawić ewentualne błędy.
5. W systemie Płatnika sprawdzić weryfikacje wysłanych pozycji, wykonać naliczanie świadczeń i pobrać szablon rachunku R\_UMX.
6. Zaimportować szablon do programu [Komunikacja > Import danych > Import z pliku](#).
7. Wygenerować i eksportować rachunek [Rozliczenia > Przegląd szablonów](#), a następnie zaimportować w systemie Płatnika.

### 10.4.1 Eksport danych ewidencyjnych do NFZ (I faza)

Ścieżka: [Komunikacja > Eksport danych > Dane ewidencyjne \(I faza\)](#)

Wyboru aktualnie obowiązującej wersji komunikatu eksportu dokonuje się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [Komunikacja > Eksport](#).

Aby dokonać poprawnego eksportu danych należy:

- zawsze posiadać zdefiniowaną aktualną wersję komunikatu SWIAD
- wskazać ścieżkę zapisu na dysku komputera pliku eksportu oraz pliku kopii zapasowej, która wykonuje się podczas eksportu danych
- zaznaczyć odpowiednie parametry, np. szyfrowanie pliku, zgodnie z wytycznymi OW NFZ

**Uwaga!** Szyfrowanie oraz przekazywanie plików przy wykorzystaniu poczty elektronicznej (parametry "Szyfruj plik" i "Wyślij plik pocztą elektroniczną") wymagane jest w nast. OW NFZ: dolnośląski, śląski, opolski, pomorski, łódzki, małopolski, podkarpacki, lubuski.

Aby w/w ustawienia podpowiadały się domyślnie, należy dokonać odpowiedniej konfiguracji w Konfiguratorze programu mMedica.

W celu wysłania do OW NFZ informacji o zrealizowanych świadczeniach należy:

1. Dokonać odpowiednich ustawień eksportu zgodnie z zaleceniami opisanymi powyżej.
2. W polu "Miesiąc" wskazać zakres miesiący, za który będzie wykonywany eksport (system domyślnie podpowiada miesiąc bieżący).
3. W polu "Nr umowy" wybrać z dostępnej listy numer umowy, dla której będzie wykonywany eksport.
4. Istnieje możliwość wskazania komórek realizujących, z których świadczenia mają być wyeksportowane. Na liście rozwijalnej w polu "Kody komórek" wyświetlą się kody centralne ze wskazanej umowy. Będzie można zaznaczyć te, do których wysyłka ma być zawężona. W przeciwnym wypadku, wyeksportują się świadczenia ze wszystkich miejsc realizacji powiązanych z daną umową.
5. W polu "Obszar sprawozdawczości" wybrać wartość **Świadczenia**.
6. Wybrać przycisk **Eksportuj** w celu rozpoczęcia wysyłki świadczeń.

**Uwaga!** Przed rozpoczęciem eksportu w pierwszej kolejności pobierany jest import potwierdzeń z NFZ.

7. Po zakończeniu eksportu można zapisać raport z tego działania za pomocą przycisku **Zapisz raport**. W dokumencie zostaną zapisane wszystkie informacje, które pojawiają się w oknie podczas wykonywania eksportu tj. wersja programu, liczba eksportowanych zestawów świadczeń, ewentualne błędy.

**Eksport danych ewidencyjnych (I-wszej fazy) - 2020**

☒ Szyfruj plik
 ☐ Kompresuj plik
 Wersja eksportu [SWIAD]: 9:9.1  
Ostatni eksport wykonano w dniu:

Ścieżka pliku eksportu:

☒ Wyślij plik pocztą elektroniczną
 ☐ Walidacja XML i XSD eksportowanych pozycji

Miesiąc:  do:  Nr umowy: 
 Kody komórki: 
 Obszar sprawozdawczości:

☒ Eksportuj ponownie pozycje, do których nie otrzymano jeszcze potwierdzenia  
☐ Eksportuj tylko autoryzowane hospitalizacje i zamknięte wizyty  
☒ Zablokuj eksport zestawów świadczeń bez numeru kuponu  
☒ Zablokuj eksport zestawów świadczeń bez pełnego pokrycia okresu

[Informacja] 21-10-2020 10:37:13 Eksport rozpoczęty, wersja 6.8.0.19825.  
 [Informacja] Liczba zestawów świadczeń do wyeksportowania: 1  
 [Informacja] Liczba zestawów świadczeń wyeksportowanych poprawnie: 1  
 [Informacja] Liczba zestawów świadczeń, które nie zostały wyeksportowane: 0

Opis parametrów znajdujących się w oknie *Eksport danych ewidencyjnych (I-wszej fazy)*:

- **Eksportuj ponownie pozycje, do których nie otrzymano jeszcze potwierdzenia** – po zaznaczeniu [✓] wysłane zostaną świadczenia, które nie zostały potwierdzone po stronie OW NFZ. Będą to pozycje rozliczeniowe w statusie: oczekujące na walidację oraz błąd walidacji.
- **Eksportuj tylko autoryzowane hospitalizacje i zamknięte wizyty** – po zaznaczeniu [✓] wysłane zostaną tylko wizyty z uzupełnioną datą "do" oraz zautoryzowanych wizyty gabinetowe.
- **Zablokuj eksport zestawów świadczeń bez numeru kuponu** – zaznaczenie [✓] zablokuje eksport świadczeń nieposiadających numeru kuponu (wyłącznie dla woj. śląskiego).
- **Zablokuj eksport zestawów świadczeń bez pełnego pokrycia okresu** – zaznaczenie [✓] zablokuje eksport świadczeń nieposiadających ubezpieczenia.

Aby wykonać eksport jednej, wybranej wizyty, należy zaznaczyć ją na liście w: [Rozliczenia > Przegląd wizyt](#), następnie wybrać przycisk **Wynik weryfikacji**. Szczegółowy opis znajduje się w rozdziale: [Weryfikacja wizyt](#).

## 10.4.2 Import danych

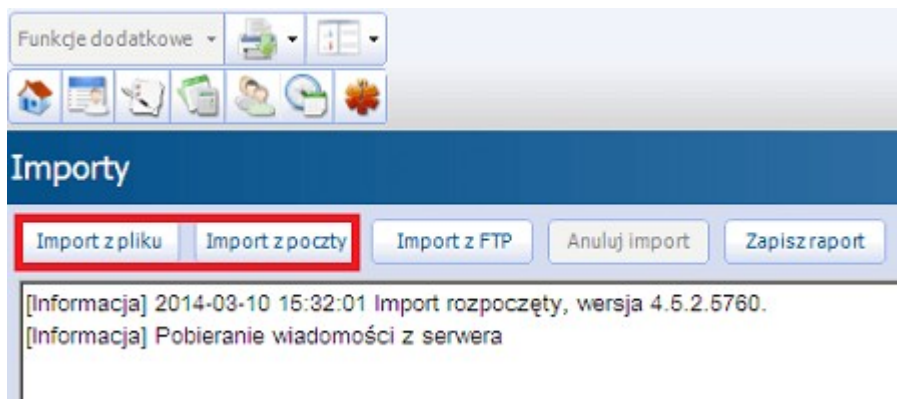
Ścieżka: [Komunikacja > Import danych](#)

Po wyeksportowaniu danych do systemu NFZ, należy pobrać import danych w celu zweryfikowania poprawności przekazanych informacji.

Import potwierdzeń z NFZ pobierany jest każdorazowo podczas wykonywania eksportu danych. Poza tym po przejściu do wymienionej lokalizacji można dokonać "ręcznego importu" danych poprzez wybranie jednego z przycisków:

- **Import z pliku** - służy do zaczytywania plików znajdujących się na dysku komputera.
- **Import z poczty** - służy do zaczytywania plików bezpośrednio ze skrzynki technicznej świadczeniodawcy.
- **Import z FTP** - służy do zaczytywania plików za pomocą protokołu komunikacyjnego udostępnionego przez NFZ.

Rekomendowany sposób to import bezpośrednio z poczty.



Istnieje możliwość ręcznego importu błędów pobranych z Portalu Świadczeniodawcy z sekcji "Kompleksowy przegląd wyników weryfikacji świadczeń". Importowane pliki muszą posiadać format .XLS.

### 10.4.3 Dzienniki importów i eksportów

Ścieżka: [Komunikacja > Dziennik importów](#)  
[Komunikacja > Dziennik eksportów](#)

Dzienniki zawierają listę wszystkich wykonanych operacji eksportów i importów danych.

Za pomocą panelu nawigacji znajdującego się po lewej stronie ekranu, można dokonać sortowania pozycji z określeniem ich kolejności, daty, typu komunikatu, statusu, numeru umowy wykonywanego eksportu, miesiąca i roku eksportu.

Możliwe statusy wykonanych importów:

- **Błędny** - z powodu błędu importu plik nie został zaczytany do aplikacji.
- **Odebrany** - poprawne zaczytanie pliku do aplikacji.
- **Realizowany** - wykonano eksport, ale nie odebrano jeszcze odpowiedzi zwrotnej z OW NFZ.

W przypadku dziennika eksportów znaczenie statusów jest analogiczne.

Wybranie przycisku "Folder importów" otworzy folder z plikami importów.

* Id importu	Miesiąc	Data eksportu	Id eksportu	Data importu	Typ komunikatu	Wersja komunikatu	Status importu	Numer generacji	☐
5170				2015-01-22 14:33:02	Słownik Pharmir 3.0	3.0	Odebrany	56 20	
5169				2015-01-22 14:33:02	Słownik Pharmir 3.0	3.0	Realizowany	56 20	
5168				2015-01-20 08:33:34	Słownik Pharmir 3.0	3.0	Odebrany	55 20	
5167				2015-01-20 08:33:34	Słownik Pharmir 3.0	3.0	Realizowany	55 20	
5166				2015-01-15 16:05:21	Plik parametryzu 1.07	1.07	Odebrany	108 20	
5165				2015-01-15 11:04:12	Słownik procedu 1.0	1.0	Odebrany	24 20	
5164			0	2015-01-14 13:54:53	Kom. zwrotny sz 2.5	2.5	Odebrany	295800 20	
5163			0	2015-01-14 13:54:49	Kom. zwrotny sz 2.5	2.5	Odebrany	295801 20	
5162			0	2015-01-13 23:52:46	Potwierdzenie o 1	1	Odebrany	3304 20	
5161		2015-01-13 20	3304	2015-01-13 23:52:45	Kom. potw. dany 7;6.0	7;6.0	Odebrany	5872955 20	
5160			0	2015-01-13 23:52:45	Potwierdzenie o 1	1	Odebrany	3302 20	
5159		2015-01-13	3302	2015-01-13 23:52:45	Kom. potw. dany 7;6.0	7;6.0	Odebrany	5872952 20	
5158		2015-01-13 10	3300	2015-01-13 20:35:26	Kom. potw. dany 7;6.0	7;6.0	Odebrany	5872482 20	
5157	Styczeń	2015-01-12 22	3298	2015-01-13 20:35:23	Kom. potw. dany 5;1.5	5;1.5	Odebrany	430806 20	
5156	Styczeń	2015-01-12 22	3299	2015-01-13 20:35:19	Kom. potw. dany 5;1.5	5;1.5	Odebrany	430809 20	
5155		2015-01-12 14	3294	2015-01-13 20:35:19	Kom. potw. dany 7;5.0	7;5.0	Odebrany	5872013 20	
5154	Styczeń	2015-01-12 21	3297	2015-01-13 20:35:17	Kom. potw. dany 5;1.5	5;1.5	Odebrany	430802 20	
5153	Styczeń	2015-01-12 21	3296	2015-01-13 20:35:12	Kom. potw. dany 5;1.5	5;1.5	Odebrany	430799 20	
5152		2015-01-12 10	3293	2015-01-13 20:34:34	Kom. potw. dany 7;5.0	7;5.0	Odebrany	5871964 20	



## 10.4.4 Tworzenie sprawozdań rozliczeniowych dla NFZ

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Przegląd sprawozdań](#)

Celem wymiany danych pomiędzy świadczeniodawcą a płatnikiem w otwartym formacie jest przygotowanie sprawozdania finansowego. Warunkiem wygenerowania nowego sprawozdania jest określenie miesiąca i umowy, której ma ono dotyczyć.

W tym celu w oknie **Sprawozdania...** należy określić miesiąc rozliczeniowy, a w panelu nawigacji "Wyszukiwanie zaawansowane" w polu **Numer umowy** wybrać właściwą umowę. Po wybraniu przycisku "**Nowe**" i zaakceptowaniu komunikatu, utworzone zostanie nowe sprawozdanie.

Aby utworzyć nagłówki sprawozdań dla wszystkich umów w ramach danego miesiąca, należy skorzystać z przycisku "**Generowanie nagłówków**".

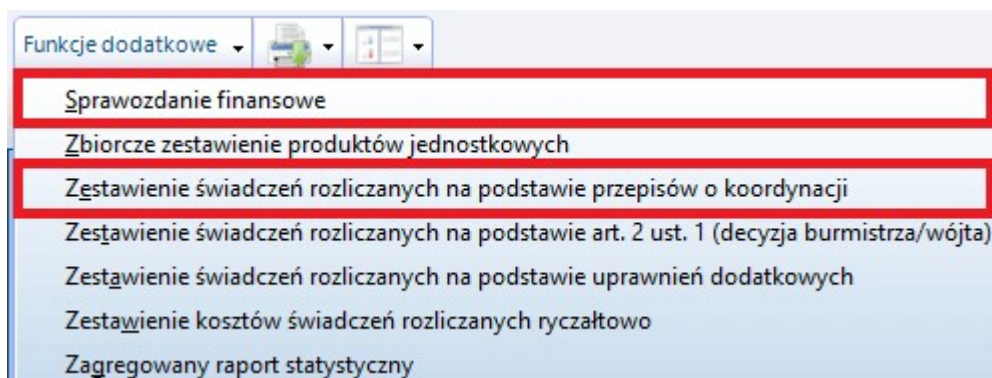
Nagłówki sprawozdań znajdują się w górnej części okna. W dolnej części okna zatytułowanej **Dane rozliczeniowe: Sprawozdanie z realizacji umowy numer [...]** znajdują się świadczenia, które uzyskały potwierdzenie w I fazie i zostały uwzględnione w zaimportowanym do programu szablonie rachunku.

### Uwaga!

W związku z wprowadzeniem nowego modelu rozliczeń obowiązującego od stycznia 2011 roku nagłówek sprawozdania finansowego jest generowany jedynie w celu ewentualnej konieczności wykonania wydruku. Nie ma możliwości, ani też konieczności jego zamknięcia.

W celu wydrukowania sprawozdania finansowego należy wybrać przycisk "Funkcje dodatkowe" znajdujący się w lewym górnym rogu ekranu a następnie opcję **Sprawozdanie finansowe**.





### Zestawienie świadczeń rozliczanych na podstawie przepisów o koordynacji

W przypadku konieczności wydruku zestawienia za świadczenia udzielone pacjentom posiadającym ubezpieczenie unijne (inaczej: **Sprawozdanie p710a**), należy utworzyć sprawozdanie za odpowiedni miesiąc, a następnie wybrać przycisk **Funkcje dodatkowe > Zestawienie świadczeń rozliczanych na podstawie przepisów o koordynacji** (zdj. powyżej).

W nowo otwartym oknie w polu **Szablon** należy wybrać numer szablonu, na podstawie którego wydrukowane zostanie zestawienie. Aplikacja domyślnie podpowiada tylko te szablony, które zawierają rozliczenie pacjentów unijnych. W dalszym kroku za pomocą przycisku wyboru [...] należy wskazać pacjenta. Jeśli w danym miesiącu przyjęto kilku pacjentów rozliczanych na podstawie przepisów o koordynacji, można ten krok pominąć, dzięki czemu na zestawieniu ujęci zostaną wszyscy pacjenci.

W celu wydrukowania zestawienia należy wybrać przycisk "Podgląd wydruku" znajdujący się w górnej części okna.

### Uwaga!

W sytuacji gdy podstawą ubezpieczenia rozliczanych pacjentów jest poświadczenie druku E109/E121 należy zaznaczyć parametr "Uwzględnij pozycje rozliczane na podstawie poświadczenia druku E109/E121". W przypadku braku zaznaczenia pacjenci ci mogą zostać nie wykazani na w/w zestawieniu.

## 10.4.5 Szablony rachunków

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Przegląd szablonów](#)

Po otrzymaniu pozytywnych potwierdzeń dla świadczeń rozliczanych I fazą, do programu importowane są szablony rachunków, na podstawie których wystawia się faktury. W zależności od Oddziału NFZ szablony zapisują się w aplikacji automatycznie po zaczytaniu importu z poczty lub należy pobrać je ze strony Portalu Świadczeniodawcy ręcznie i [zaczytać do programu](#).

Na liście prezentowane są szablony, które zostały wygenerowane w określonym roku rozliczeniowym. Szczegółowe informacje dotyczące szablonu tj. jego typu, powiązania go z rachunkiem znajdują się w nast. kolumnach:

- **Typ dokumentu** - istnieją nast. typy dokumentów:
  - 1 - szablon podstawowy
  - 2 - szablon korygujący
  - 3 - szablon podstawowy do ugody
  - 4 - szablon korygujący do ugody
- **Typ rachunku** - wskazuje z jakiej podstawy ubezpieczenia rozliczane są pozycje znajdujące się na szablonie. Numer wyświetlany w kolumnie oznacza rodzaj dokumentu. Zgodnie z ogólnymi warunkami umów są to:
  - 11 - dokument za świadczenia udzielone ubezpieczonemu,
  - 12 - dokument za świadczenia udzielone pacjentowi na podstawie dokumentu potwierdzającego jego prawo do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji,
  - 13 - dokument za świadczenia udzielone świadczeniobiorcy innemu niż ubezpieczony na podstawie wydanej zgody wójta/burmistrza gminy,
  - 14 - dokument za świadczenia udzielone świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 punkt 3 ustawy,
  - 15 - dokument za świadczenia udzielone osobom, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art. 12 punkt 2 ustawy,
  - 16 - dokument za świadczenia udzielone osobom, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art. 12 punkt 3 ustawy,
  - 17 - dokument za świadczenia udzielone osobom, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art. 12 punkt 4 ustawy,
  - 18 - dokument za świadczenia udzielone osobom, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art. 12 punkt 6 ustawy,
  - 19 - dokument za świadczenia udzielone osobom, nie będącym ubezpieczonymi, posiadającymi uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustawy, o których mowa w art. 12 pkt 9 ustawy.
- **Numer rachunku** - wygenerowanego z danego szablonu. Brak numeru oznacza, że dla danego szablonu nie utworzono jeszcze rachunku.
- **Status rachunku** - brak wartości w polu oznacza, że dla danego szablonu nie utworzono jeszcze rachunku. Wyróżniamy dwa rodzaje statusów:
  - **Wprowadzony** - rachunek został utworzony, ale nie został zatwierdzony.
  - **Zatwierdzony** - rachunek został utworzony i zatwierdzony przyciskiem **Zatwierdź** w [Przeglądzie rachunków](#).

Za pomocą przycisków znajdujących się w górnym panelu formatki można dokonać nast. czynności:

- dodać nowy rachunek na podstawie wybranego szablonu - w tym celu należy podświetlić na liście szablon, dla którego nie utworzono jeszcze rachunku (kolumna "Numer rachunku" jest pusta), następnie wybrać przycisk **Nowy rachunek**. Opis czynności koniecznych do [wystawienia rachunku](#) znajduje się w kolejnym rozdziale.
- podejrzeć dane szablonu - poprzez wybranie przycisku **Dane**.

W przypadku trudności z odnalezieniem konkretnego szablonu zaleca się skorzystanie z filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*. Za pomocą filtra "Typ dokumentu" można wyszukać tylko te dokumenty, które są fakturą bądź korektą. Zaznaczenie pola "Szablony bez rachunków" spowoduje wyświetlenie szablonów, na podstawie których nie utworzono jeszcze rachunków/faktur.

### 10.4.5.1 Usunięcie szablonu

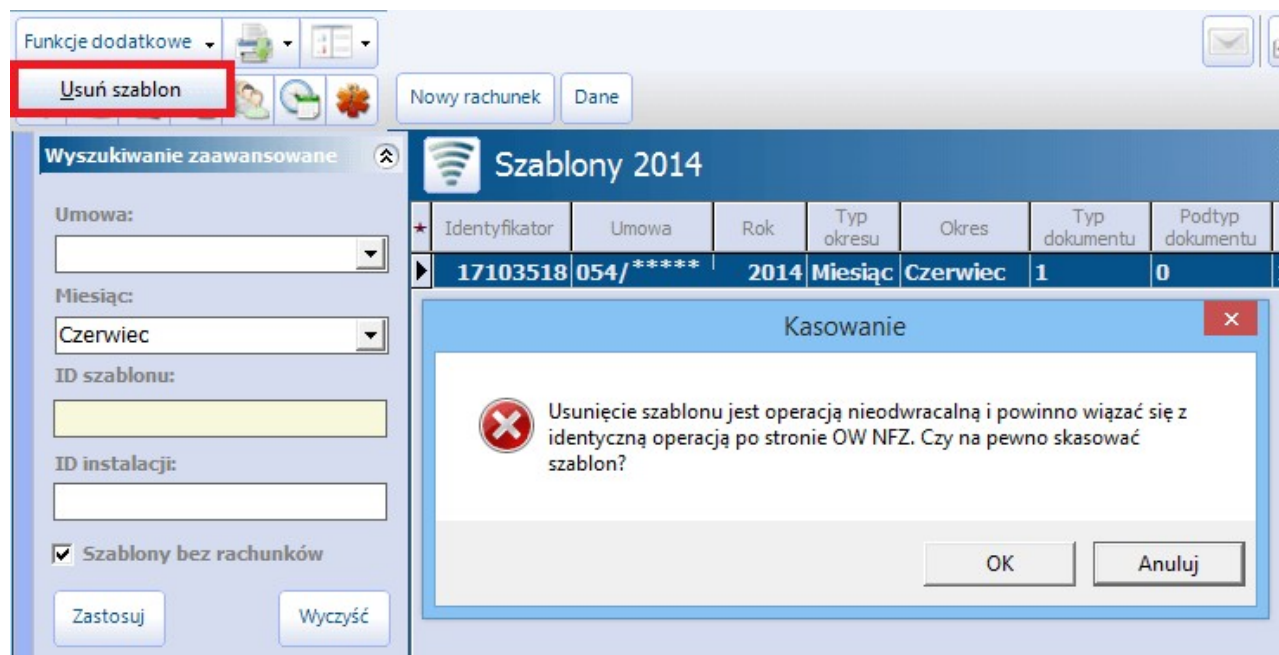
W programie została udostępniona funkcjonalność pozwalająca na usunięcie szablonów rozliczeniowych. Operacja ta powoduje usunięcie wskazanego szablonu po stronie aplikacji i przywrócenie świadczeń rozliczonych w tym szablonie do stanu po potwierdzeniu I fazy.

Nie ma możliwości usunięcia szablonu, do którego zostały wykonane korekty.

W celu usunięcia szablonu należy:

1. Przejść do ścieżki: [Rozliczenia](#) > [Przegląd szablonów](#).
2. Zaznaczyć na liście szablon, który ma zostać usunięty z programu. W celu sprawnego odszukania szablonu na liście należy skorzystać z filtrów w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*.
3. Wybrać menu "Funkcje dodatkowe", a następnie opcję **Usuń szablon**.
4. Zatwierdzić komunikat o usunięciu szablonu.

**Uwaga!** Należy bezwzględnie pamiętać, że dane po stronie aplikacji i systemu OW NFZ muszą być spójne, dlatego usunięcie szablonu po stronie aplikacji mMedica powinno wiązać się z identyczną operacją systemu NFZ. Jeśli nie jest wymagane usunięcie szablonu z systemu, nie zalecamy korzystania z tej funkcjonalności w ramach programu. Konsekwencje używania funkcjonalności anulowania szablonów rozliczeniowych w sposób niezgodny z opisanymi zasadami ponosi użytkownik.



### 10.4.6 Wystawianie rachunków

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Przegląd rachunków](#)

Na formatce *Przegląd rachunków* prezentowana jest lista wszystkich wystawionych rachunków w danym roku rozliczeniowym. Szczegółowe informacje dotyczące rachunku tj. wysokość opłaty NFZ, data wystawienia, status rachunku oraz numer szablonu, na podstawie którego został utworzony rachunek, znajdują się w poszczególnych kolumnach.

Z tego poziomu można dokonać zatwierdzenia rachunku, jego edycji, wycofania oraz skasowania.

Opis przycisków znajdujących się w górnym panelu formatki:

- **Zatwierdź** – zatwierdza wybrany rachunek, zmieniając jego status z "Wprowadzony" na "Zatwierdzony". Status "Zatwierdzony" jest potwierdzeniem, że wszystkie dane zostały poprawnie wprowadzone i rachunek gotowy jest do przekazania do OW NFZ. Zatwierdzanie rachunków nie jest wymogiem - może być wykorzystywane do poprawienia organizacji pracy i zabezpieczenia rachunków przed edycją, przypadkowym usunięciem.
- **Korekta** – zaszłość. Służy do tworzenia korekt rachunków POZ, które do grudnia 2013 r. tworzone były na podstawie raportów populacyjnych generowanych przez NFZ. Przycisk uaktywni się w przypadku, gdy rachunek podstawowy został wystawiony do grudnia 2013 r. za świadczenia POZ i jest w statusie "Zatwierdzony".
- **Kasuj** – usuwa wybrany rachunek w statusie "Wprowadzony".
- **Nowy** – tworzy nowy rachunek, który nie będzie zawierał danych szablonu R\_UMX.
- **Edycja** – otwiera dane rachunku umożliwiając jego edycję np. datę wystawienia, datę sprzedaży, numer rachunku, opis dodatkowy. Edytować można jedynie rachunek w statusie "Wprowadzony".
- **Dane** – umożliwia podgląd danych rachunku.

#### 10.4.6.1 Utworzenie rachunku na podstawie szablonu

Wystawienie rachunku, którego podstawą jest szablon przekazany przez OW NFZ, przebiega w programie mMedica dwuetapowo. W pierwszej kolejności do programu [zacztytuje się szablon](#) rachunku, a następnie na jego podstawie generuje rachunek.

Aby utworzyć rachunek na podstawie szablonu należy:

1. Zacztytać szablon rachunku do programu w jeden z nast. sposobów, w zależności od sposobu dystrybucji ich przez oddział NFZ:
  - a) Poprzez import z poczty
  - b) Poprzez import z pliku, po uprzednim pobraniu go z portalu SZOI
2. Przejść do ścieżki: [Rozliczenia](#) > [Przegląd szablonów](#).
3. Podświetlić na liście szablon, który został zaimportowany w punkcie 1 i wybrać przycisk **Nowy rachunek** w górnym panelu formatki.
4. W nowo otwartym oknie *Nowy rachunek* uzupełnić wymagane pola, które zostały oznaczone (\*).
5. Po zapisaniu danych można dokonać [eksportu](#) rachunku.



Funkcje dodatkowe

Drukuj fakturę Eksportuj REF Eksportuj eFakturę

### Nowy rachunek

Jedn. rozliczeniowa: Termin zapłaty: Duplikat Wystawiono:

Podstawa zwol. z VAT: Usługi zwolnione na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 18 ustawy o VAT - PKWiU 86

Opis dodatkowy:

Numer rachunku: 01/2018 Status: Wprowadzony Data wystawienia: 2018-01-31

Rok: 2018 Umowa: Miesiąc: Styczeń Data sprzedaży: 2018-01-31

*	Kod produktu	Nazwa produktu	Wyr.	Limit	Cena jedn.	Wykonani	Ilość	Opłata NFZ	Dopłata pacjenta	Jednostka rozliczeniowa	Rea umov
▶	02.1020.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DIABETO	1	0,00 jedn	0,97 zł	3870,0000	3870,0000	3753,90 zł	0,00 zł	PUNKT	S
	02.1020.401.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DIABETO	1	0,00 jedn	0,97 zł	308,0000	308,0000	298,76 zł	0,00 zł	PUNKT	S
	02.1030.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ENDOKRY	1	0,00 jedn	1,00 zł	6753,0000	6753,0000	6753,00 zł	0,00 zł	PUNKT	S
	02.1030.401.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ENDOKRY	1	0,00 jedn	1,00 zł	957,0000	957,0000	957,00 zł	0,00 zł	PUNKT	S
	02.1070.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE HEMATO	1	0,00 jedn	1,06 zł	1592,0000	1592,0000	1687,52 zł	0,00 zł	PUNKT	S
	02.1070.401.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE HEMATO	1	0,00 jedn	1,06 zł	280,0000	280,0000	296,80 zł	0,00 zł	PUNKT	S
	02.1200.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DERMAT	1	0,00 jedn	0,78 zł	4652,0000	4652,0000	3628,56 zł	0,00 zł	PUNKT	S
	02.1200.401.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DERMAT	1	0,00 jedn	0,78 zł	4117,8000	4117,8000	3211,88 zł	0,00 zł	PUNKT	S
	02.1220.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEUROL	1	0,00 jedn	0,89 zł	9776,0000	9776,0000	8700,64 zł	0,00 zł	PUNKT	S

Opłata NFZ 74 654,06 zł Dopłata pacjenta 0,00 zł

Zatwierdź Anuluj

Opis poszczególnych pól na formatce *Nowy rachunek*:

- **Duplikat** - w przypadku gdy tworzony rachunek jest duplikatem, należy zaznaczyć pole. W pliku przesyłanym do OW NFZ i na wydruku rachunku umieszczona zostanie stosowna informacja.
- **Podstawa zwol. z VAT** - z listy rozwijanej wybiera się odpowiednią podstawę zwolnienia z VAT. W aplikacji przygotowane zostały 3 podstawy:
  - a) Usługi zwolnione na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 18 ustawy o VAT - PKWiU 86
  - b) Usługi zwolnione na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 19 ustawy o VAT - PKWiU 86
  - c) Usługi zwolnione na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 20 ustawy o VAT - PKWiU 86
- **Opis dodatkowy** - pole tekstowe do ręcznego wprowadzenia dodatkowego opisu do rachunku np. w przyczyną wystawienia korekty.
- **Numer rachunku** - unikalny numer rachunku (dla całej bazy).
- **Data wystawienia/Data sprzedaży** - system domyślnie podpowiada daty, którymi jest ostatni dzień miesiąca sprawozdawczego, z który tworzony jest rachunek. Daty można zmienić ręcznie lub za pomocą kalendarza.

### 10.4.6.2 Rachunek podwyżkowy dla pielęgniarek

Aby rozliczyć dodatkowe środki na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne należy ręcznie utworzyć rachunek według poniższej instrukcji:

1. Przejsć do ścieżki: [Rozliczenia > Przegląd rachunków](#) i wybrać przycisk **Nowy**.
2. W polu "Numer rachunku" wprowadzić numer rachunku.
3. W polu "Umowa" rozwinąć listę i wybrać z niej odpowiedni numer umowy z NFZ.
4. Uzupełnić wartości w następujących polach: Data wystawienia, Miesiąc, Data sprzedaży.  
Po uzupełnieniu tych danych zostanie wyświetlona lista produktów wynikających z umowy.
5. Zaznaczyć na liście produkt podwyżkowy o nazwie "Koszty świadczeń wynikające z rozporządzenia..." i w kolumnie "Ilość" wprowadzić liczbę odpowiadającą liczbie etatów.
6. Zweryfikować czy w lewym górnym rogu okna zostało uzupełnione pole "Jedn. rozliczeniowa". Jeśli pole jest puste, należy ręcznie wpisać wartość: Punkt rozliczeniowy.



7. Zatwierdzić zmiany.

### 10.4.6.3 Konfiguracja e-Faktury/e-Rachunku

Aby prawidłowo eksportować elektroniczne faktury, należy skonfigurować program według następujących punktów:

- Przejdź do ścieżki: [Ewidencja](#) > [Słowniki](#) > [Słownik produktów kontraktowych](#) i zweryfikować czy opis jednostki miary dla każdego produktu kontraktowego, wyświetlany w kolumnie "J.m.", składa się z maksymalnie 10 znaków.  
Jeśli opis jest dłuższy należy dokonać jego skrócenia - kliknąć dwukrotnie lewym przyciskiem myszy w polu w kolumnie "J.m." i wpisać nową wartość. Np. zamiast słowa "Punkt rozliczeniowy" wpisać "Punkt".

Produkty kontraktowe z roku 2018					
★	Kod	Nazwa	Status	PKWiU	J.m.
▶	02.1640.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE UROLOGII	A		PUNKT ROZLICZENIOWY
	02.1270.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE GRUŹLICY I CHOROÓB PŁA	A		PUNKT
	02.1600.101.02	ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE W OKULISTYCE -ZAKRES	A		PUNKT
	02.1030.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ENDOKRYNOLOGII	A		PUNKT
	02.1220.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEUROLOGII	A		PUNKT
	04.9998.002.02	KOSZTY ŚWIADCZEŃ WYNIKAJĄCE Z ROZPORZĄDZEN	A		PUNKT

- Przejdź do ścieżki: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Rejestr instytucji](#) i uzupełnić NIP odbiorcy faktury tj. lokalnego oddziału NFZ.

W tym celu we filtrze "Nazwa" w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* należy wpisać nazwę swojego oddziału NFZ, następnie na zakładce *1. Dane podstawowe* wprowadzić właściwy NIP.

- Dodatkowo zaleca się weryfikację nazwy podmiotu leczniczego, wprowadzanej w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Dane Świadczeniodawcy](#) > [1. Podmiot leczniczy](#) z danymi podanymi na Portalu Świadczeniodawcy.

Wprowadzenie niewłaściwej nazwy podmiotu w polu "Nazwa" może skutkować pojawieniem się ostrzeżenia na Portalu Świadczeniodawcy o treści: "Niepoprawna lub nieaktualna nazwa sprzedawcy (45088). W dokumencie przesłano: Błędna nazwa podmiotu". W przypadku uzyskania ostrzeżenia należy skontaktować się z lokalnym OW NFZ w celu ustalenia poprawnej wartości dla pola "Nazwa".

Aby drukować na rachunku/fakturze tylko dane podmiotu jako sprzedającego, należy zaznaczyć parametr „**Drukuj tylko dane podmiotu (sprzedawcy)**” w [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Ewidencja > Rozliczenia](#).

#### 10.4.6.4 Eksport e-Faktury/e-Rachunku

Ścieżka: [Rozliczenia > Przegląd szablonów](#)  
[Rozliczenia > Przegląd rachunków](#)

Aby dokonać eksportu eFaktury należy przejść do jednej z powyższych lokalizacji i po utworzeniu rachunku lub po jego otwarciu, należy wybrać przycisk **"Eksportuj eFakturę"** (zdj. poniżej). Przycisk może zawierać dwojaką nazwę ("Eksportuj eFakturę" lub "Eksportuj eRachunek") w zależności od ustawień programu. Wyboru rodzaju druku dokonuje się w [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Ewidencja > Rozliczenia](#).

Otwarte zostanie okno **"Eksport faktury..."**, w którym w polu **Interpretacja** należy wskazać jedną z dwóch wyświetlanych wartości, których definicje opisane są poniżej:

- **Dane elektroniczne** – Dokument nie jest fakturą elektroniczną w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2011 r. Nr 177, poz. 1054 z późn. zm.) i przepisów wydanych na jej podstawie.

- **eDokument** – Dokument jest fakturą elektroniczną w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2011 r. Nr 177, poz. 1054 z późn. zm.) i przepisów wydanych na jej podstawie lub rachunkiem elektronicznym lub notą elektroniczną.

Wybranie przycisku „**Eksportuj**” spowoduje zapisanie pliku na dysku komputera według ścieżki podanej w polu „Ścieżka pliku eksportu”.

Podczas eksportu generowane są dwa pliki: z rozszerzeniem .xml i .efx (dla eFaktury) lub .erx (dla eRachunku). Wygenerowany plik **.efx** lub **.erx** jest właściwym plikiem przesyłanym do Funduszu.

Zaznaczenie pola **"Wyślij plik pocztą elektroniczną"** i wybranie przycisku **"Eksportuj"** spowoduje uruchomienie wysyłki pliku na skrzynkę pocztową OW NFZ i również zapisanie go na dysku komputera. Dane adresowe skrzynki e-mail pobierane są z parametru "Adres e-mail dla świadczeń" znajdującego się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Komunikacja > Poczta NFZ](#).

### 10.4.6.5 Wycofanie zatwierdzonego rachunku

Aby wycofać zatwierdzony rachunek (dokonać zmiany ze statusu „Zatwierdzony” na „Wprowadzony”) należy skorzystać z przycisku **Funkcje dodatkowe**, znajdującego się w lewym górnym rogu i wybrać opcję **„Wycofaj zatwierdzony rachunek”**. Rachunek zostanie wycofany, pozwalając tym samym na jego edycję lub skasowanie.



#### Uwaga!

Do wycofania zatwierdzonego rachunku użytkownik musi posiadać uprawnienie **„Wycofanie zatwierdzonego rachunku”**, które nadaje się w [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu](#). Na liście należy podświetlić użytkownika, który nie posiada powyższego uprawnienia i na zakładce 5. Uprawnienia funkcjonalne nadać mu wspomniane uprawnienie.

## 10.4.6.6 Korekta rachunku

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Przegląd szablonów](#)

W celu utworzenia korekty do rachunku stworzonego na podstawie szablonu należy przejść do powyższej lokalizacji i podświetlić na liście odpowiedni szablon korekty. Szablony korekt w kolumnie **Typ dokumentu** posiadają zawsze wartość **2** (zdz. poniżej).

* Identyfikator	Umowa	Rok	Typ okresu	Okres	Typ dokumentu	Podtyp dokumentu	Typ rachunku	Numer rachunku	Stał rach.
199 ****	054/*****	2014	Miesiąc	Grudzień	2	0	11		

Za pomocą przycisku „Nowy rachunek” otwarte zostanie okno kolejnej formatki, w której należy wprowadzić numer rachunku korekty oraz datę wystawienia.

### Uwaga!

Korektę można utworzyć tylko do rachunku, który został wcześniej zatwierdzony. W przypadku braku zatwierdzenia rachunku podstawowego wyświetlony zostanie stosowny komunikat:

Korygowany rachunek nie jest zatwierdzony. Proszę go zatwierdzić z poziomu Przeglądu rachunków.

OK

W programie wdrożono funkcjonalność automatycznego uzupełniania pola „**Przyczyna korekty**” na podstawie danych z szablonu. Pole to jest edycyjne, więc użytkownik może również wprowadzić własną przyczynę korekty.

**Korekta rachunku**

Jedn. rozliczeniowa: [dropdown] Termin zapłaty: [dropdown] Duplikat [checkbox] Wystawiono: [dropdown]

Podstawa zwol. z VAT: Usługi zwolnione na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 18 ustawy o VAT - PKWiu 86

Opis dodatkowy: [dropdown]

**Przyczyna korekty:** Wystornowanie poz. 1-szą fazą

**Korekta do rachunku:**

Numer rachunku: 114/NFZ/2014 Status: Zatwierdzony Data wystawienia: 2014-12-31 00:00

Rok: 2014 Umowa: 054/\*\*\*\*\* Miesiąc: Grudzień Data sprzedaży: 2014-12-31

Numer rachunku: [red box] Status: Wprowadzony Data wystawienia: [red box]

Rok: 2014 Umowa: 054/\*\*\*\*\* Miesiąc: Grudzień Data sprzedaży: 2014-12-31

Korekta rachunku za kapitał:

Poniższe informacje odnoszą się do rachunków POZ, które do grudnia 2013 r. tworzone były na podstawie raportów populacyjnych generowanych przez NFZ. Od stycznia 2014 r. zmianie uległ raport zwrotny, w



którym przekazywane są do świadczeniodawców wyniki weryfikacji POZ, będące podstawą rozliczenia. Obecnie obowiązującym komunikatem jest wyłącznie R\_UMX.

Od stycznia świadczeniodawca otrzymuje szablon rachunku dla kapitanacji, na podstawie którego generuje rachunek. W przypadku korekt sposób postępowania jest analogiczny.

Jeżeli rachunek pierwotny z danego miesiąca nie był tworzony na podstawie szablonu, kolumna **Nr szablonu** nie będzie zawierała danych. W tym wypadku, aby dokonać korekty należy w [Rozliczenia > Przegląd rachunków](#) zatwierdzić podświetlony rachunek poprzez użycie przycisku „Zatwierdź”, co spowoduje uaktywnienie przycisku „Korekta”.

Po jego wybraniu należy wprowadzić numer korekty, datę wystawienia oraz samemu określić ilość po korekcie w kolumnie **Ma być ilość** lub ewentualnie nową cenę w kolumnie **Ma być cena** (jeżeli zmieniła się cena po zaczytaniu aneksu).

Po wprowadzeniu stosownych zmian należy uzupełnić wymagane pola oznaczone (\*), a w polu **Przyczyna korekty** ręcznie wprowadzić opis dotyczący przyczyny wykonania korekty.

**Korekta rachunku**

Jedn. rozliczeniowa: KAPITACJA Termin zapłaty: Duplikat: Wystawiono:

Podstawa zwol. z VAT: Usługi zwolnione na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 18 ustawy o VAT - PKWU 86

Opis dodatkowy:

Przyczyna korekty:

**Korekta do rachunku:**

Numer rachunku: 104/NFZ/2013 Status: Zatwierdzony Data wystawienia: 2013-12-31 00:00

Rok: 2013 Umowa: 054/\*\*\*\*\* Miesiąc: Grudzień Data sprzedaży: 2013-12-31

Numer rachunku: Status: Wprowadzony Data wystawienia:

Rok: 2013 Umowa: 054/\*\*\*\*\* Miesiąc: Grudzień Data sprzedaży: 2013-12-31

*	Kod produktu	Nazwa produktu	Wyr.	Limit	Cena jedn.	Wykonani	Było cena	Ma być cena	Było ilość	Ma być ilość	C
▶	01.0032.147.01	ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARKI POZ	1	0,00 jedn	zł		zł	zł	.0000	.0000	1

*	Rok	Zakres świadczeń	Wyr.	Świadczenie	Nr aneksu	Było ilość	Ma być ilość
▶	2013	01.0032.147.01	1	5.01.00.00000026	4		
	2013	01.0032.147.01	1	5.01.00.00000027	4		
	2013	01.0032.147.01	1	5.01.00.00000064	4		

## 10.4.7 Menedżer eksportów

Ścieżka: [Komunikacja > Menedżer eksportów](#)

"Menedżer eksportów" jest dodatkowym modułem, umożliwiającym sekwencyjne uruchamianie wielu eksportów, planowanie automatycznego uruchamiania eksportów oraz wyłączenie wykonywania kopii zapasowej podczas eksportu.

Planowania eksportów dokonuje się za pomocą funkcjonalności definiowania schematów różnych eksportów (DEKL, SWIAD, ZBPOZ, LIO CZ etc.). Program mMedica umożliwia zarówno ręczne uruchamianie eksportów z poziomu *Menedżera eksportów*, jak i automatyczne wykonywanie wysyłek poprzez wskazanie schematu w *Harmonogramie zadań*.

Szczegółowa instrukcja modułu Menedżer eksportów znajduje się na [stronie internetowej](#) produktu mMedica.



## 10.4.8 Wydruk sprawozdania finansowego i inne wydruki

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Przegląd sprawozdań](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#)

Po przejściu do formatki *Sprawozdania* i wybraniu menu "Funkcje dodatkowe" zostaną wyświetlone dodatkowe wydruki, przydatne podczas pracy z programem w zakresie sprawozdawczości rozliczeniowej. Należą do nich:

- Sprawozdanie finansowe,
- Zbiorcze zestawienie produktów jednostkowych,
- Zestawienie świadczeń rozliczanych na podstawie przepisów o koordynacji,
- Zestawienie świadczeń rozliczanych na podstawie art. 2 ust. 1 (decyzja burmistrza/wójta),
- Zestawienie świadczeń rozliczanych na podstawie uprawnień dodatkowych,
- Zestawienie kosztów świadczeń rozliczanych ryczałtowo,
- Zagregowany raport statystyczny.

Aby móc podejrzeć/wydrukować dane wybranego sprawozdania, należy uprzednio utworzyć sprawozdanie poprzez wybór przycisku **"Nowe"**. Przed wydrukowaniem sprawozdania można skorzystać z przycisku **Podgląd wydruku**, gdzie można określić m.in. ustawienia wydruku lub liczbę kopii.

W związku z tym, że niektóre z Lokalnych Oddziałów NFZ wymagają przekazywania sprawozdań finansowych z dokładnością co do numeru szablonu, w aplikacji mMedica została wprowadzona funkcjonalność umożliwiająca taki wydruk. Korzystając z panelu wyszukiwania zaawansowanego użytkownik może zawęzić zakres danych, które będą uwzględnione na sprawozdaniu finansowym:

**Wyszukiwanie zaawansowane**

Status:

Data zatwierdzenia:

**Sprawozdanie**

Wszyscy pacjenci

Korekta:

**Szablon:**

Wygląd  
☐ 7 kolumn  
☐ 8 kolumn  
☒ 11 kolumn

Wydruk na podstawie  
☐ zamkn. sprawozdań/korekt  
☐ pozycji potwierdzonych  
☐ pozycji niezerowych

W polu **Sprawozdanie** można określić czy wydruk będzie obejmował rozliczenia wszystkich pacjentów, czy też tylko jedną z poniższych grup:

- Podstawowe
- Ubezpieczonych
- Uprawnionych UM
- Uprawnionych AL
- Uprawnionych NA
- Uprawnionych PS
- Uprawnionych CU
- Uprawnionych ZA
- Uprawnionych RP
- Uprawnionych I
- Z tytułu OC

## Rozdział

## 11

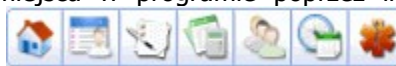
## Uzupełnianie świadczeń

Ścieżka: [Rejestracja](#) > [Wizyty](#) > [Nowa wizyta](#)



lub przycisk **UZUPEŁNIANIE** w oknie startowym programu.

Do **Uzupełniania** można wejść z każdego miejsca w programie poprzez ikonę szybkiego dostępu, znajdującą się w lewym górnym rogu ekranu



lub ze strony startowej



**UZUPEŁNIANIE**. Od wersji 8.2.0 aplikacji mMedica dostęp do niego istnieje ze strony startowej również poprzez ścieżkę: [Rozliczenia](#) > [Uzupełnianie świadczeń](#).

Formatka umożliwia wprowadzenie do systemu danych statystycznych i rozliczeniowych wizyty w celu rozliczenia z Funduszem. Dla wpisów w [Terminarzu](#) jest ona uruchamiana po wyborze przycisku **Rozlicz**, natomiast w [Gabiniecie](#) poprzez przycisk **Rozlicz**, dla zaznaczonej pozycji w oknie *Lista pacjentów do gabinetu*, lub przycisk **Rozliczenie wizyty** w oknie otwartej wizyty.

W programie istnieje uprawnienie funkcjonalne warunkujące możliwość dodania przez użytkownika nowej wizyty z poziomu formatki *Uzupełnianie świadczeń*. W przypadku braku uprawnienia niemożliwe będzie przejście do pustej formatki *Uzupełniania świadczeń* (czyli niepowiązanej z wizytą, kuponem) oraz wybranie przycisku **Nowa wizyta** z poziomu *Kartoteki pacjentów*. Uprawnienie "Dodanie wizyty" znajduje się w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > [5. Uprawnienia funkcjonalne](#) > [Rozliczenia](#).

## 11.1 Realizacja

Po uruchomieniu formatki **Uzupełnianie** strona automatycznie otwiera się na **Realizacji**, gdzie należy uzupełnić podstawowe dane wizyty, takie jak: Pacjent, Rozpoznanie główne, Data od-do, Realizujący, Komórka organizacyjna, Wizyta, Przyjęcie, Kod świadczenia itd. Pola, których uzupełnienie jest bezwzględnie wymagane, oznaczone zostały (\*).

W celu przyspieszenia ewidencji świadczeń wprowadzono możliwość skonfigurowania ustawień domyślnych personelu w [Zarządzanie > Konfiguracja > Ustawienia domyślne personelu](#). Informacje tam wprowadzone podpowiedzą się domyślnie na formatkach: **Realizacja**, **Skierowanie**, **Rozliczenia** po wybraniu danej osoby personelu. Szczegółowy opis funkcjonalności znajduje się w rozdziale: [Ustawienia domyślne personelu](#).

Opis formatki Realizacja:

- **Nr świadczenia** – nadany zostanie po zatwierdzeniu wizyty. W woj. śląskim należy wprowadzić nr kuponu ręcznie lub za pomocą czytnika kodów kreskowych.
- **ID wizyty** – nadane zostanie po zatwierdzeniu wizyty.
- **Pacjent** – pacjenta można wybrać ze słownika pacjentów poprzez przycisk wyboru [...] lub wpisując ręcznie jego nr PESEL. Jeśli pacjent nie znajduje się w Kartotece, to po wpisaniu nr PESEL pojawi się komunikat o możliwości dodania go do bazy z domyślnymi danymi osobowymi.


W Kartotece pacjentów nie ma pacjenta o numerze PESEL "881204\*\*\*\*\*"

Czy chcesz dodać nowego pacjenta o tym numerze PESEL i domyślnych pozostałych danych osobowych?

Tak

Nie

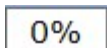
- Wybranie przycisku „**Tak**” dodaje pacjenta do bazy z domyślnymi danymi osobowymi (tzn. w Kartotece zostanie wprowadzony nr PESEL, data urodzenia, płeć oraz oddział NFZ). Przy najbliższej okazji użytkownik programu powinien zweryfikować poprawność tych danych i uzupełnić pozostałe informacje.
- Wybranie przycisku „**Nie**” otwiera formatkę „Nowy pacjent”, w celu dokładnego wprowadzenia danych pacjenta do systemu mMedica.

Wybranie przycisku  otwiera okno z danymi pacjenta.

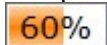
- **Ubezpieczenie** – ikona „Ubezpieczenie eWUŚ” obrazuje procentowe pokrycie wizyty dokumentami ubezpieczeniowymi. Zaraz po otwarciu wizyty i do momentu dodania pozycji rozliczeniowej, ikona ubezpieczenie wskazuje 100%. Po dodaniu pozycji rozliczeniowej system sprawdza istnienie dokumentów ubezpieczeniowych, zawierających się w datach wizyty.

 100%

wizyta posiada pełne pokrycie dokumentami ubezpieczeniowymi.

 0%

wizyta nie posiada pokrycia dokumentami ubezpieczeniowymi. W przypadku pobrania negatywnego potwierdzenia eWUŚ, należy na formatce **Ubezpieczenie** dodać inny dokument ubezpieczeniowy.

 60%

wizyta nie posiada pełnego pokrycia dokumentami ubezpieczeniowymi. Taka sytuacja może wystąpić w przypadku wizyty kilkudniowej – należy sprawdzić, czy na każdy dzień udzielenia świadczenia pobrane zostało ubezpieczenie.

- **Rozp. główne** – należy wybrać schorzenie określone kodem ICD-10.
- **Wizyta** – należy wybrać rodzaj wizyty:
  - Inna
  - POZ
  - Ratownictwo
  - Specjalistyczna
- **Umowa** – pole aktywuje się tylko dla wizyt POZ. Należy wybrać odpowiedni nr umowy.
- **Kontynuacja leczenia** – pole aktywuje się tylko dla wizyt specjalistycznych. Należy wybrać odpowiednią wartość:
  - Dalsze leczenie w podstawowej opiece zdrowotnej
  - Pozostawienie pod opieką poradni specjalistycznej
  - Skierowanie do lekarza AOS w innej dziedzinie medycyny
  - Skierowanie do szpitala
  - Zakończenie leczenia specjalistycznego
- **Data od-do** – należy wybrać datę/daty realizacji świadczeń.  
Jeśli w placówce udzielane są wyłącznie świadczenia jednodniowe można zaznaczyć parametr „**Pozwalaj wprowadzać tylko wizyty jednodniowe**” w [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Ewidencja > Podstawowe](#).



- **Przyjęcie** – należy wybrać rodzaj przyjęcia:
  - Bez skierowania
  - Kontynuacja leczenia
  - Kontynuacja ze skierowaniem
  - Ze skierowaniem
- **Tryb** – należy wybrać tryb wizyty:
  - Leczenie obowiązkowe bez wymagania skierowania
  - Leczenie obowiązkowe ze skierowaniem
  - Leczenie przymusowe
  - Nagły przypadek
  - Planowane bez wymagania skierowania (art. 57 ust. 2)
  - Planowane poza kolejnością ze skierowaniem
  - Planowane ze skierowaniem
  - Planowane bez wymagania skierowania (art. 57. ust. 2), poza kolejnością
  - Przyjęcie na podstawie karty DiLO
  - Przyjęcie w celu wykonania świadczenia zgodnie z planem leczenia

### Uwaga!

Dla wizyt POZ pole "Tryb" jest nieaktywne.

- **Realizujący** – za pomocą przycisku wyboru [...] należy wybrać personel realizujący wizytę. Po prawej stronie znajduje się pole, w którym wyświetla się rodzaj personelu (grupa zawodowa) realizującego świadczenie. Jeśli personel ma kilka grup zawodowych (np. psycholog i psychoterapeuta) z listy rozwijanej należy wybrać odpowiedni rodzaj.

Realizujący: *	ID	▼	ANOWAK	...	Nowak Anna	Psychoterapi	▼
Komórka org.: *	POZ1	...	PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ			Psycholog	▼
						Psychoterapeuta	

- **Kod świadc.** – należy wybrać odpowiedni kod świadczenia.
- **Komórka org.** – za pomocą przycisku wyboru [...] należy wybrać komórkę organizacyjną, w której realizowana jest wizyta. Szczegółowy opis definiowania komórek organizacyjnych znajduje się w rozdziale: [Struktura organizacyjna](#).
- **Podtyp** – w celu dodatkowego doprecyzowania rodzaju świadczeń należy wybrać podtyp badania:
  - angiografia
  - endoskopia
  - inne obrazowe
  - rentgenodiagnostyka
  - rezonans magnetyczny
  - scyntygrafia
  - tomografia komputerowa
  - USG
- **Wersja** – wersja słownika kodów funkcji ochrony zdrowia.
- **Uprawnienie** – w polu podpowie się uprawnienie, jeśli wcześniej zostało dodane w Danych pacjenta. Szczegółowy opis dodawania uprawnień znajduje się w rozdziale: [Uprawnienia dodatkowe](#).
- **Dodatkowe** – należy wybrać uprawnienie dodatkowe, jeśli rozszerza ono zakres udzielanych świadczeń lub uprawnia do uzyskania świadczenia poza kolejnością. Aby uprawnienie dodatkowe podpowiadane było pacjentowi na stałe, należy zaznaczyć je w [Danych pacjenta](#). W celu podpięcia do wizyty dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe, należy wybrać

ikonę  i wskazać odpowiedni dokument, poprzez zaznaczenie w kolumnie [✓].

- **Eksportuj** – pole jest domyślnie zaznaczone. Brak zaznaczenia w polu powoduje blokadę eksportu części statystycznej wizyty.
- **Ratująca życie** – po zaznaczeniu pola [✓], w paczce eksportu przekazana zostanie taka informacja. Wizyty ratujące życie (pilne) są w pierwszej kolejności rozliczane przez NFZ.

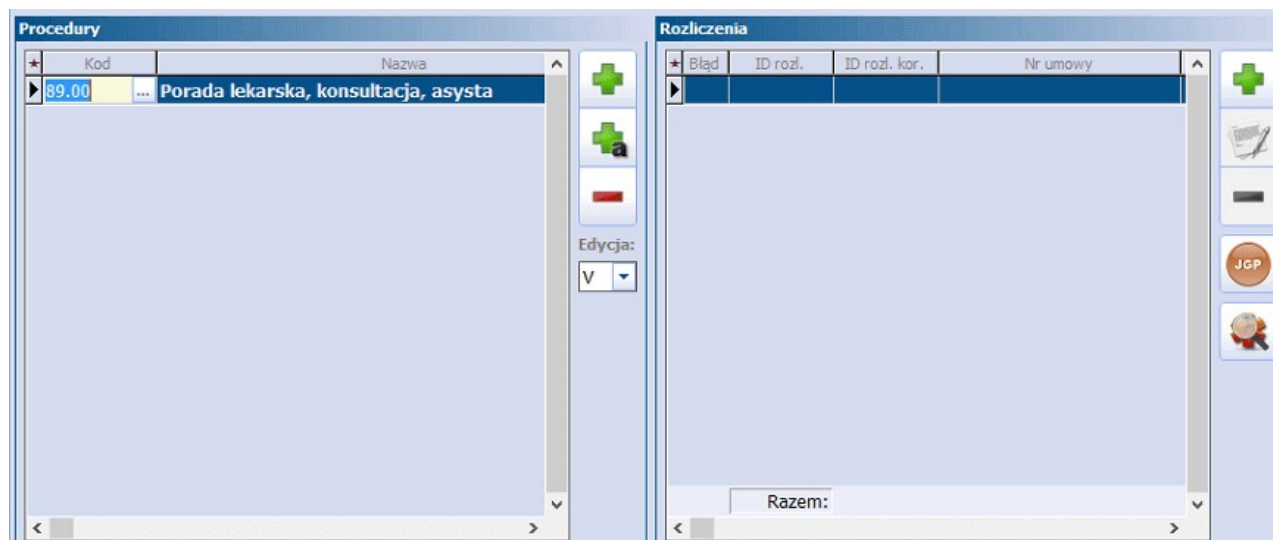
Formatka **Realizacja** podzielona jest na dwa okna, domyślnie po lewej stronie znajduje się okno **Procedury**, a po prawej stronie okno **Rozpoznania współlistniejące**.

Zawartość okien można modyfikować według indywidualnych upodobań użytkownika w [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Ewidencja > Podstawowe > Widok lewy/Widok prawy](#).

W widoku lewym i prawym można według własnego uznania wskazać dane, które uzupełniane będą na formatce **Realizacja**. Jeśli świadczeniodawca w zakresie udzielanych porad nie wprowadza danych o rozpoznaniach współlistniejących, wygodniej będzie skonfigurować prawe okno np. jako Rozliczenia.

W tym momencie cała ewidencja wizyty sprowadza się do pracy w jednym oknie (Realizacja), bez konieczności nadmiernego przełączania formatek.

Poniższe zdjęcie przedstawia układ okien skonfigurowanych jako: Procedury – Rozliczenia. Dane wprowadzone w tych oknach zostaną również wyświetlone na zakładkach, znajdujących się w lewym panelu.



Opis przycisków znajdujących się w górnej części ekranu:



- **Usuń** – przycisk aktywuje się tylko dla zapisanych/zatwierdzonych wizyt i powoduje usunięcie wizyty.  
Jeśli wizyta nie posiada pozycji rozliczeniowych, po wybraniu przycisku wyświetlony zostanie komunikat, potwierdzający chęć usunięcia wizyty.  
Jeśli wizyta posiada pozycje rozliczeniowe, wyświetlony zostanie komunikat:

Wizyta posiada pozycje rozliczeniowe.  
Czy na pewno usunąć wizytę?

Tak

Nie

### Uwaga!

Nie można usunąć wizyty, która została już wyeksportowana do NFZ (pozycja rozliczeniowa znajduje się w statusie: oczekująca na walidację, błąd walidacji, zafakturowana itp.). Podczas próby usunięcia takiej wizyty, wyświetlony zostanie komunikat:

Nie można usunąć wizyty posiadającej aktywne pozycje rozliczeniowe.

OK

W takiej sytuacji należy w pierwszej kolejności usunąć aktywne pozycje rozliczeniowe, przesłać te informacje do NFZ komunikacją I fazy i po odebraniu importu usunąć wizytę.

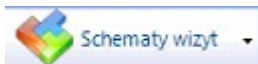
- **Kopiuje dane podstawowe z poprzedniej wizyty (F4)** – przycisk aktywuje się po wprowadzeniu i zapisaniu danych wizyty. Wszystkie dane z wizyty (dane podstawowe), oprócz pacjenta, zostaną skopiowane do nowej wizyty.

### Uwaga!

Zakres kopiowanych danych można skonfigurować w [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Ewidencja > Podstawowe](#).

Rodzaje danych uwzględnianych przez funkcję „Kopiuje dane podstawowe z poprzedniej wizyty”:		
<input checked="" type="checkbox"/> Skierowanie	<input type="checkbox"/> Procedury	<input type="checkbox"/> Rozliczenia
<input type="checkbox"/> Badania POZ	<input type="checkbox"/> Świadczenia POZ	<input type="checkbox"/> Rozpoznania współistniejące
<input checked="" type="checkbox"/> Ratownictwo	<input type="checkbox"/> Chemo- i radioterapia	<input checked="" type="checkbox"/> Identyfikator sesji/cyklu

- **Kopiuje wszystkie dane z poprzedniej wizyty (Shift+F4)** - przycisk aktywuje się po wprowadzeniu i zapisaniu danych wizyty. Wszystkie dane z wizyty (dane podstawowe i rozliczeniowe), oprócz pacjenta, zostaną skopiowane do nowej wizyty.



- **Schematy wizyt** – przycisk umożliwiający definiowanie **Schematów wizyt** dostępny jest w module mMedica Plus (+). Szczegółowy opis funkcjonalności znajduje się w rozdziale: [Schematy wizyt](#).

## 11.2 Procedure ICD-9

Użytkownik dodaje procedury medyczne wg międzynarodowej klasyfikacji ICD-9, jeśli NFZ tego wymaga. Dla prawidłowej sprawozdawczości wymagane jest posiadanie aktualnego słownika ICD-9, publikowanego przez NFZ. Instrukcja dotycząca importu słownika znajduje się w rozdziale: [Import słownika procedur ICD-9](#).

Dodawanie procedur medycznych może odbywać się poprzez wybór ze słownika procedur medycznych lub przez ręczne wprowadzenie kodu w polu **Kod**, jeżeli użytkownik zna kody procedur.

Podczas wprowadzania kodu procedury (z klawiatury) system sam podpowiada znak „kropki” po dwóch lub trzech znakach. Dla procedur zaczynających się od cyfry 10 kropka nie jest wstawiana, ponieważ nie ma jednoznaczności czy chodzi o dwu, czy o trzy znakowy kod procedury (przed kropką).

Procedury						
★	Kod	Nazwa	Edycja	Krotność	Data	ID wiz. zewn. ^
	89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta	V	1	2015-06-20	
*	87.	...	V	1	2015-05-20	

Aby dodać kolejną procedurę ICD-9 należy skorzystać z klawisza TAB lub nacisnąć dolną strzałkę na klawiaturze, co utworzy nowy rekord do uzupełnienia.

Funkcje dodatkowe

Usuń

Kopiuj dane podstawowe z poprzedniej wizyty

Kopiuj wszystkie dane z poprzedniej wizyty

Uzupełnianie świadczeń

Komórka organizacyjna

Gabinet fizjoterap

Realizujący:

Nowak Anna

Data:

2015-06-01

Zmiany

zwyrodnieniowe

kregoslupa

Nr świadczenia:

ID wizyty:

Pacjent:

48 lat

Ubezpieczenie:

PESEL

00000000000

...

Kowalski Jan

100%

eWUŚ

Kod	Nazwa	Edycja	krótn...	Data	ID wiz. zewn.
89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta	V	1	2015-06-01	
93.3940	Laseroterapia punktowa	V	1	2015-06-01	
93.3912	Masaż klasyczny - częściowy	V	1	2015-06-01	
93.3983	Pole magnetyczne stałe i niskiej częstotliwości	V	1	2015-06-01	

Realizacja

ICD9

Procedury

Rozp. współ.

POZ

Świadcz. POZ

POZ

Badania POZ

Sesja/Cykl

Ratownictwo

Edycja:

V

Stomatologia

Zatwierdź i czyść (F9)

Zatwierdź (Shift+F9)

Wyczyść

Kolumny znajdujące się w oknie **Procedury**:

- **Kod** – w polu wyświetlany jest kod wybranej procedury. Kod można wprowadzić ręcznie lub ze



słownika.

- **Nazwa** – w polu wyświetlana jest nazwa wybranej procedury.
- **Edycja** – oznacza wersję Bazowej Edycji Słownika ICD-9 publikowanej przez NFZ. Obecnie obowiązuje wersja V.
- **Krotność** – oznacza liczbę wykonanych procedur. Po dodaniu procedury, system domyślnie podpowiada krotność „1”. Jeśli procedura została wykonana większą ilość razy, liczbę należy zmienić ręcznie.
- **Data** – oznacza datę wykonania procedury. Data podpowiada się automatycznie na podstawie dat zawartych w realizacji wizyty.
- **ID wiz. zewn.** - w polu wyświetlone zostanie ID wizyty zewnętrznej, z której przepięte zostały procedury. Szczegółowy opis funkcjonalności znajduje się w rozdziale: [Rozliczanie JGP w AOS](#).



– po wybraniu przycisku, otwarte zostanie okno ze słownikiem procedur medycznych wg klasyfikacji ICD-9.

Klasyfikacja procedur ICD9 edycja V

Kod lub nazwa: mikro Data obowiązywania: 2015-05-20

Widok: 1 Preferowane 2 Wszystkie 3 Foldery

Kod	Nazwa
90.5	Mikroskopowe badanie krwi
90.56	Mikroskopowe badanie krwi - badanie pakietu komórek i cytologia metodą Papanicolaou
90.59	Mikroskopowe badanie krwi - inne badania mikroskopowe
90.54	Mikroskopowe badanie krwi - parazytologia
90.53	Mikroskopowe badanie krwi - posiew i antybiogram
90.51	Mikroskopowe badanie krwi - rozmaz bakterii
90.55	Mikroskopowe badanie krwi - toksykologia
90.52	Mikroskopowe badanie krwi -posiew
90.6	Mikroskopowe badanie materiału ze śledziony i szpiku kostnego
90.66	Mikroskopowe badanie materiału ze śledziony i szpiku kostnego - badanie pakietu ko...
90.69	Mikroskopowe badanie materiału ze śledziony i szpiku kostnego - inne badania mikros...
90.64	Mikroskopowe badanie materiału ze śledziony i szpiku kostnego - parazytologia
90.62	Mikroskopowe badanie materiału ze śledziony i szpiku kostnego - posiew
90.63	Mikroskopowe badanie materiału ze śledziony i szpiku kostnego - posiew i antybiogram
90.61	Mikroskopowe badanie materiału ze śledziony i szpiku kostnego - rozmaz bakterii
90.65	Mikroskopowe badanie materiału ze śledziony i szpiku kostnego - toksykologia

Wybierz (F4) Wyjście

- **Kod lub nazwa** – pole służy do wyszukiwania procedur w słowniku. Jeżeli w polu wpisany zostanie fragment nazwy lub kodu procedury, poniżej pojawi się lista wszystkich procedur zawierających ten ciąg znaków w swojej nazwie lub kodzie.
- **Widok** – dostępne widoki: preferowane, wszystkie, foldery. Za pomocą widoków można wybrać sposób prezentacji procedur, które mogą być pogrupowane w folderach lub wyświetlone jako wszystkie. Oznaczanie procedur jako pozycje preferowane opisane zostało w rozdziale: [Pozycje preferowane w słownikach](#).

Za pomocą myszki i klawisza CTRL można zaznaczyć jednocześnie kilka procedur ze słownika, a po wybraniu przycisku „Wybierz (F4)” zostaną one dodane do aktualnie wprowadzanych danych. Wraz z wyborem



procedury uzupełnione zostaną kolumny, znajdujące się w oknie "Procedury".

Kod	Nazwa
93.1205	Ćwiczenia czynne w odciążeniu
• 93.1202	Ćwiczenia czynne wolne
93.1131	Ćwiczenia czynno-bierne
93.1813	Ćwiczenia oddechowe czynne z oporem
93.1909	Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne
93.1133	Ćwiczenia prowadzone
➤ 93.1901	Ćwiczenia równoważne
93.1204	Ćwiczenia samowspomagane
93.1903	Ćwiczenia sprawności manualnej
93.3401	Diatermia krótkofalowa
93.3986	Drenaż limfatyczny miejscowy
89.141	Elektroencefalografia (EEG)
89.522	Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem)
89.394	Elektromiografia
04.13	Elektroneurografia
• 93.3989	Elektrostymulacja funkcjonalna (FES)
93.3944	Fonoforeza
L11	Fosfataza alkaliczna
L23	Fosforan nieorganiczny

W module **mMedica Plus (+)** istnieje możliwość uzupełniania procedur zbiorczo, po zaznaczeniu w kalendarzu dni z miesiąca rozliczeniowego, w których były wykonane. W tym celu należy wybrać przycisk „Wybierz z kalendarza”, zdj. powyżej, który otwiera okno kalendarza.

W otwartym oknie za pomocą myszki i klawisza CTRL można zaznaczyć jednocześnie kilka dni.

- **Krotność** – oznacza liczbę wykonanych procedur. Wprowadzona krotność podpowie się zbiorczo do wybranych procedur.
- **Tylko dni robocze** – zaznaczenie pola zawęży wyświetlanie dat na kalendarzu tylko do dni roboczych.
- **Zapamiętaj wybór** – zaznaczenie pola powoduje zapamiętanie wybranych dat. Przy uzupełnianiu następnej wizyty i wybraniu przycisku „Wybierz z kalendarza”, na kalendarzu oznaczą się wcześniej wybrane daty.

Wybierz daty

**Czerwiec 2015**

Tydz.	Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
23	1	2	3	4	5	6	7
24	8	9	10	11	12	13	14
25	15	16	17	18	19	20	21
26	22	23	24	25	26	27	28
27	29	30	1	2	3	4	5
28	6	7	8	9	10	11	12

Krotność: 2 ☒ Tylko dni robocze ☐ Zapamiętaj wybór

Wybierz Wyjście



– pozwala na dodanie procedur archiwalnych, wykonanych w ramach wcześniejszych wizyt pacjenta. Szczegółowy opis funkcjonalności znajduje się w rozdziale: Rozliczanie JGP w AOS.



– wybranie przycisku „Usuń” pozwala usunąć wybraną procedurę ICD-9.

## 11.3 Rozpoznanie współistniejące

Jeśli oprócz schorzenia głównego pacjentowi dolega inna przypadłość, informację o chorobie można zaewidencjonować jako rozpoznanie współistniejące.

Uzupełnianie świadczeń

Komórka organizacyjna: PORADNIA (GABINET) LEJ Realizujący: Nowak Anna Data: 2015-05-22

Mr świadczenia: ID wizyty: Pacjent: 48 lat Ubezpieczenie: 100% eWUŚ

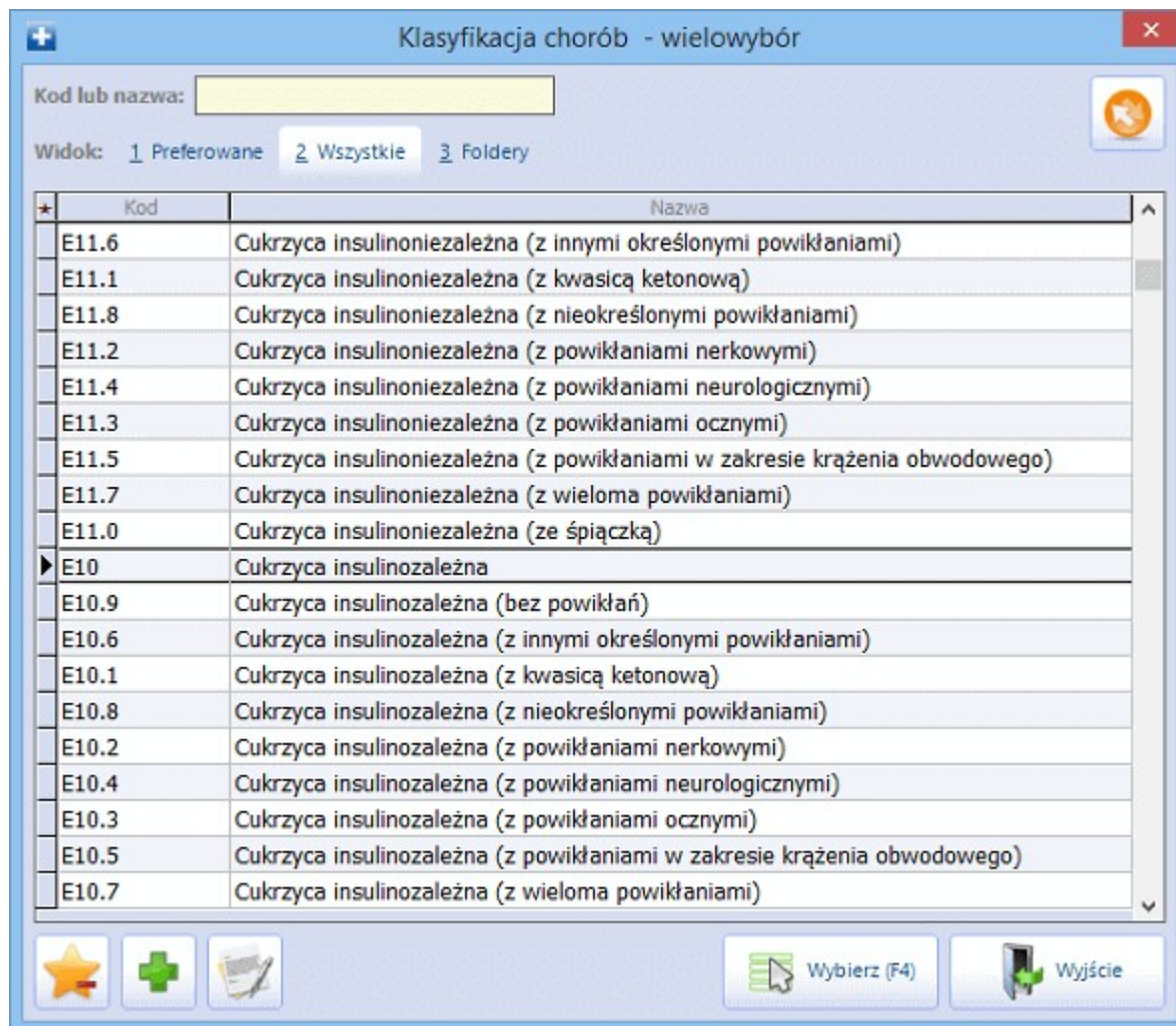
PESEL: 00000000000 Kowalski Jan

Kod	Nazwa
G43.3	Migrena powikłana

Realizacja ICD9 Procedury Rozp. współ. POZ Świadc. POZ Badania POZ Sesja/Cykl Ratownictwo

Zatwierdź i czyść (F9) Zatwierdź (Shift+F9) Wyczyść

 - wybranie przycisku „Dodaj” otwiera okno „Klasyfikacja chorób”, w którym należy wybrać odpowiednie schorzenie, określone kodem ICD-10.



Kod	Nazwa
E11.6	Cukrzyca insulinozależna (z innymi określonymi powikłaniami)
E11.1	Cukrzyca insulinozależna (z kwasicy ketonową)
E11.8	Cukrzyca insulinozależna (z nieokreślonymi powikłaniami)
E11.2	Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami nerkowymi)
E11.4	Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami neurologicznymi)
E11.3	Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami ocznymi)
E11.5	Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami w zakresie krążenia obwodowego)
E11.7	Cukrzyca insulinozależna (z wieloma powikłaniami)
E11.0	Cukrzyca insulinozależna (ze śpiączką)
E10	Cukrzyca insulinozależna
E10.9	Cukrzyca insulinozależna (bez powikłań)
E10.6	Cukrzyca insulinozależna (z innymi określonymi powikłaniami)
E10.1	Cukrzyca insulinozależna (z kwasicy ketonową)
E10.8	Cukrzyca insulinozależna (z nieokreślonymi powikłaniami)
E10.2	Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami nerkowymi)
E10.4	Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami neurologicznymi)
E10.3	Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami ocznymi)
E10.5	Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami w zakresie krążenia obwodowego)
E10.7	Cukrzyca insulinozależna (z wieloma powikłaniami)

- **Kod lub nazwa** – pole służy do wyszukiwania rozpoznań w słowniku. Jeżeli w polu wpisany zostanie fragment nazwy lub kodu ICD-10, poniżej pojawi się lista wszystkich procedur zawierających ten ciąg znaków w swojej nazwie lub kodzie.
- **Widok** – dostępne widoki: preferowane, wszystkie, foldery. Za pomocą widoków można wybrać sposób prezentacji procedur, które mogą być pogrupowane w folderach lub wyświetlone jako wszystkie. Oznaczanie procedur jako pozycje preferowane opisane zostało w rozdziale: Pozycje preferowane w słownikach.

Za pomocą myszki i klawisza CTRL można zaznaczyć jednocześnie kilka rozpoznań ze słownika, a po wybraniu przycisku „Wybierz (F4)” zostaną one dodane do aktualnie wprowadzanych danych. Wraz z wyborem rozpoznania uzupełnione zostaną kolumny, znajdujące się na formatce Rozpoznanie współistniejące.

 - wybranie przycisku „Usuń” pozwala usunąć wybrane rozpoznanie współistniejące.



## 11.4 Świadczenia POZ

Formatka aktywuje się, jeżeli ewidencjonowana jest wizyta POZ. W pozostałych przypadkach formatka jest niedostępna.

Wizyta:	<input type="text" value="POZ"/>	Umowa:	<input type="text" value="054..."/>
Przyjęcie:	<input type="text" value="Bez skierowania"/>	Tryb:	<input type="text"/>

Formatka „Świadczenia POZ” zawiera listę wszystkich świadczeń POZ udzielanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, podzielonych ze względu na rodzaj jednostki sprawozdawanej:

- Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna,
- Pielęgniarka (kapitacyjna forma finansowania),
- Pielęgniarka szkolnej,
- Położna,
- Transport sanitarny.

Nr świadczenia:	ID wizyty:	Rodzaj danych:	Pacjent:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dane dodatkowe			
Wzrost (cm):	Waga (kg):	Palenie:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Wystawiono receptę papierową <input type="checkbox"/> Wystawiono skierowanie papierowe w liczbie: <input type="text"/>			
Porada pielęgniarki/położnej			
Zakres:	Wersja: rozp. MZ 11.09.2020		
Świadczenia			
Wyk.	Krotność	Kod	Opis
<b>Nocna i Świąteczna opieka zdrowotna</b>			
		101404	Porada lekarska udzielona telefonicznie
<b>Pielęgniarki (kapitacyjna forma finansowania)</b>			
		100202	Pozostałe wizyty domowe zrealizowane w okresie sprawozdawczym
<input checked="" type="checkbox"/>	1	100203	Pozostałe wizyty zrealizowane w okresie sprawozdawczym w gabinecie pielęgniarki poz
		100204	Świadczenia profilaktyczne zrealizowane w okresie sprawozdawczym
		100205	Świadczenia diagnostyczne zrealizowane w okresie sprawozdawczym
<input checked="" type="checkbox"/>	1	100206	Świadczenia pielęgnacyjne zrealizowane w okresie sprawozdawczym
		100207	Świadczenia lecznicze zrealizowane w okresie sprawozdawczym
<input checked="" type="checkbox"/>	1	100208	Świadczenia rehabilitacyjne zrealizowane w okresie sprawozdawczym
		100210	Iniekcje i zabiegi zrealizowane w okresie sprawozdawczym na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
		100211	Świadczeniobiorcy, u których w okresie sprawozdawczym wykonane zostały testy przesiewowe

Opis kolumn znajdujących się na formatce **Świadczenia POZ**:

- **Wyk.** – aby wprowadzić do systemu informacje o udzielonych świadczeniach należy przy nazwie danego świadczenia zaznaczyć [✓], zdj. powyżej.  
W celu usunięcia zaznaczenia, należy ponownie kliknąć myszką w kolumnie **Wyk.**, aż zaznaczenie [✓] zniknie.
- **Krotność** – oznacza liczbę wykonanych świadczeń. Po zaznaczeniu świadczenia, system domyślnie podpowiada krotność „1”. Jeśli świadczenie zostało wykonane większą ilość razy, liczbę należy zmienić ręcznie.
- **Kod** – kod świadczenia wg NFZ.
- **Świadczenie** – nazwa świadczenia obowiązującego dla sprawozdań z realizacji umów o udzielanie świadczeń POZ.

Badania wprowadzane na omawianej formatce zostają później automatycznie zliczane przez system na Sprawozdaniu z wykonanych świadczeń POZ. Szczegółowy opis dotyczący tworzenia sprawozdań znajduje się w rozdziale: [Rozliczenie załącznika 3C](#).

Opis sekcji **Dane dodatkowe**:

W związku z koniecznością przekazywania przez świadczeniodawców Podstawowej Opieki Zdrowotnej informacji o wystawionej, podczas udzielonej porady, recepty papierowej i elektronicznej dodano pole **"Wystawiono receptę papierową"**. Należy je zaznaczyć w sytuacji, gdy świadczeniodawca chce wysłać do Narodowego Funduszu Zdrowia informację, że na wizycie wystawił receptę papierową, a wystawił ją poza programem mMedica.

Jeżeli świadczeniodawca przy wprowadzaniu wizyt i wystawianiu recept korzysta z funkcjonalności *Gabinetu*, działanie aplikacji będzie następujące:

- po wydrukowaniu recepty na wizycie pole „Wystawiono receptę papierową” zaznaczy się automatycznie, a przy eksporcie pierwszej fazy komunikatem SWIAD od wersji 9;9.1 zostanie przekazana do OW NFZ stosowna informacja,
- po wystawieniu recepty elektronicznie (e-Recepta) przy eksporcie pierwszej fazy komunikatem SWIAD (od wersji 9;9.1) zostaną przekazane do OW NFZ wymagane dane dotyczące e-Recepty.

### Uwaga!

W aplikacji mMedica wprowadzono funkcjonalność powiązywania recepty wystawionej poza wizytą, w *Kartotece pacjentów*, poprzez opcję: [Funkcje dodatkowe > Wydruk recept z lekami](#), z wizytą wprowadzoną poza *Gabinetem*, bezpośrednio poprzez okno **Uzupełniania świadczeń**. Jeżeli wizyta i recepta będą wprowadzone we wspomniany sposób i ich dane, takie jak: komórka, pacjent, realizujący oraz data, będą zgodne, w komunikacji pierwszej fazy wraz z tą wizytą zostanie odpowiednio przekazana informacja o wystawieniu recepty.

W związku z zarządzeniem 95/2020/DSOZ w powyższej sekcji dodano pole **"Wystawiono skierowanie papierowe w liczbie:"**. Jeżeli wizyta zostanie wprowadzona w *Gabinecie* i będą na niej wystawione skierowania papierowe w rodzaju: na badania diagnostyczne określonego w zarządzeniu typu, do specjalisty lub do szpitala, pole te zostanie domyślnie zaznaczone i uzupełni się w nim ilość skierowań. W przypadku wystawienia tego rodzaju skierowań poza programem użytkownik może pole aktywować samodzielnie i wpisać w nim odpowiednią liczbę. Informacja ta zostanie przekazana komunikatem I fazy (SWIAD), zgodnie z wytycznymi.

Dla potrzeb sprawozdawczości zostało również dodane pole **"Palenie"**. Wartość wybrana w nim z listy rozwijalnej zostanie wysłana wraz z wizytą komunikatem SWIAD (od wersji 9;9.1). Pole te uzupełni się automatycznie na podstawie informacji wprowadzonej w oknie [Czynników ryzyka](#) (na zakładce [2. Uzależnienie / Czynniki ryzyka / Grupa krwi](#)) w [Danych medycznych](#) pacjenta lub na wizycie otwartej w *Gabinecie*. Informacja o paleniu, uzupełniona w oknie czynników ryzyka w *Danych medycznych* pacjenta, podpowiada się w danych wprowadzanej wizyty jednokrotnie w ciągu roku (zgodnie z zasadą sprawozdawczości).

Uzupełnione dane w polach **"Wzrost"** i **"Waga"** eksportują się wraz z wizytą I fazą od wersji 9;9.1 komunikatu SWIAD. Dla wizyty wprowadzonej poprzez *Gabinet* pola te powinny uzupełnić się automatycznie na podstawie danych wyniku badania antropometrycznego dopisanego do wizyty pod warunkiem, że data wyniku jest równa dacie wizyty.

W wersji 8.2.0 aplikacji mMedica w Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w pozycji [Gabinet > Różne](#), został dodany parametr **"W wizytach POZ sprawdzaj uzupełnienie antropometrii i danych na temat palenia"**. Po jego zaznaczeniu program za pomocą odpowiedniego komunikatu będzie informował o konieczności uzupełnienia danych antropometrycznych, takich jak wzrost i waga, oraz weryfikacji aktualności informacji na temat palenia przy otwarciu w *Gabinecie* pierwszej wizyty POZ pacjenta w danym roku kalendarzowym. W przypadku braku uzupełnienia danych antropometrycznych będzie się wyświetlać stosowne ostrzeżenie dla kolejnych wizyt.

Na podstawie opublikowanych zmian komunikatu I fazy (SWIAD), obowiązujących od 1.10.2021 r., dotyczących przesyłania dodatkowych danych porady pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, została dodana sekcja **Porada pielęgniarki/położnej POZ**. W przypadku wizyty typu **POZ** realizowanej przez personel w rodzaju **Pielęgniarka** lub **Położna**, dla której został wybrany kod świadczenia **4 - Porada**, po rozwinięciu listy w polu "Zakres" wyświetlą się pozycje dla zakresu porady pielęgniarki lub położnej, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2020 r. (tabela 19 i 20). Wyboru



pozycji dokonuje się poprzez ich zaznaczenie za pomocą kliknięcia w odpowiednie pole lewym przyciskiem myszy.

## 11.5 Badania POZ

Formatka aktywuje się, jeżeli ewidencjonowana jest wizyta POZ. W pozostałych przypadkach formatka jest niedostępna.

Wizyta:	<input type="text" value="POZ"/>	Umowa:	<input type="text" value="054..."/>
Przyjęcie:	<input type="text" value="Bez skierowania"/>	Tryb:	<input type="text"/>

Formatka *Badania POZ* pozwala na wprowadzenie do systemu informacji o badaniach wykonanych w podstawowej opiece zdrowotnej.



- wybranie przycisku **Dodaj** otwiera okno *Badania POZ-wielowybór*, w którym należy wybrać odpowiednie badanie.

W oknie jako pozycje aktualne (zaznaczone pole "Tylko aktualne") wyświetlane są wszystkie badania zawarte w słowniku badań POZ udostępnianym przez NFZ. Odznaczenie pola "Tylko aktualne" spowoduje wyświetlenie wszystkich badań, m.in. tych, które zostały dodane przez użytkownika.

+

Badania POZ - wielowybór

×

Kod lub nazwa:

✓

Tylko aktualne

Widok:

1 Preferowane

2 Ostatnio wybierane

3 Wszystkie

*	Nazwa	Kod badania	Kod NFZ	Grupa	ICD9
	Albumina	I09.09	1001200012	Badania biochemiczne ...	I09
	Aminotransferaza alaninowa (ALT)	I17.09	1001200022	Badania biochemiczne ...	I17
	Aminotransferaza asparaginianowa (AST)	I19.09	1001200021	Badania biochemiczne ...	I19
•	Amylaza	I25.09	1001200024	Badania biochemicz...	I25
	Antygen HBs-AgHBs	V.09.81.09	1001200030	Badania biochemiczne ...	V39
	Badanie ogólne	A23.05	1001400001	Badanie kału	A23
	Białko C-reaktywne (CRP)	I81.09	1001600004	Badania biochemiczne ...	I81
»	Białko całkowite	I77.09	1001200010	Badania biochemicz...	I77
	Bilirubina bezpośrednia	I87.09	1001200019	Badania biochemiczne ...	I87
	Bilirubina całkowita	I89.09	1001200018	Badania biochemiczne ...	I89
•	Cholesterol-HDL	K01.09	1001200015	Badania biochemicz...	K01
	Cholesterol-LDL	K03.09	1001200016	Badania biochemiczne ...	K03
	Cholesterol całkowity	I99.09	1001200014	Badania biochemiczne ...	I99
	Czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	G11.102	1001500002	Badania układu krzepn...	G11
	Czynnik reumatoidalny (RF)	K21.09	1001200027	Badania biochemiczne ...	K21
	EKG w spoczynku	89.501	1001700001	Badania elektrokardiog...	89.51
	Fibrynogen	G53.102	1001500003	Badania układu krzepn...	G53

☆


Wybierz (F5)

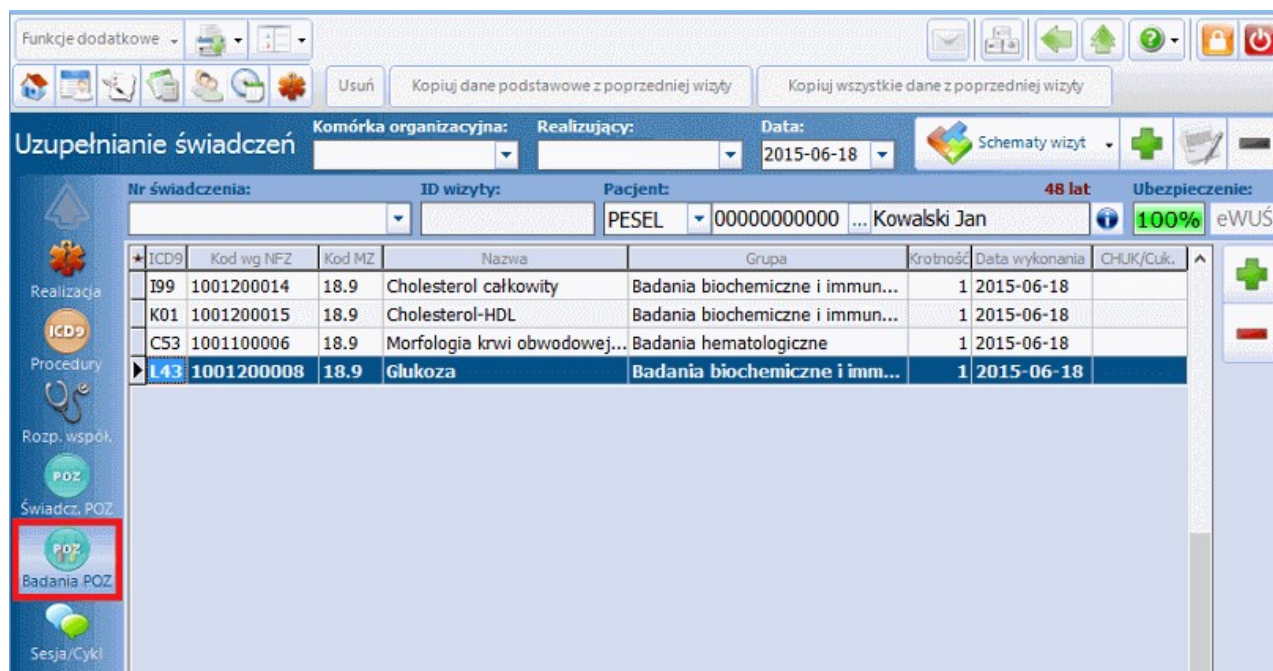
Wyjście

⚙

- **Kod lub nazwa** – pole służy do wyszukiwania badań w słowniku. Jeżeli w polu wpisany zostanie fragment nazwy lub kodu badania, poniżej pojawi się lista wszystkich badań zawierających ten ciąg znaków w swojej nazwie lub kodzie.

Za pomocą myszki i klawisza CTRL można zaznaczyć kilka badań ze słownika. Wybranie przycisku „Zatwierdź” spowoduje dodanie ich do aktualnie wprowadzanych danych.

 - wybranie przycisku „Usuń” pozwala usunąć wybrane badanie.



ICD9	Kod wg NFZ	Kod MZ	Nazwa	Grupa	Krotność	Data wykonania	CHUK/Cuk.
I99	1001200014	18.9	Cholesterol całkowity	Badania biochemiczne i immun...	1	2015-06-18	
K01	1001200015	18.9	Cholesterol-HDL	Badania biochemiczne i immun...	1	2015-06-18	
C53	1001100006	18.9	Morfologia krwi obwodowej...	Badania hematologiczne	1	2015-06-18	
<b>L43</b>	<b>1001200008</b>	<b>18.9</b>	<b>Glukoza</b>	<b>Badania biochemiczne i imm...</b>	<b>1</b>	<b>2015-06-18</b>	

Opis kolumn znajdujących się na formatce:

- **ICD-9** – kod procedury diagnostycznej wg międzynarodowej klasyfikacji ICD-9 odpowiadający danemu badaniu.
- **Kod wg NFZ** – kod świadczenia wg Narodowego Funduszu Zdrowia.
- **Kod MZ** – kod świadczenia wg Ministerstwa Zdrowia.
- **Nazwa** – nazwa badania diagnostycznego.
- **Grupa** – grupa, do której należy badanie diagnostyczne. Możliwe grupy:
  - Badania hematologiczne,
  - Badania biochemiczne i immunochemiczne,
  - Badania moczu,
  - Badania kału,
  - Badania układu krzepnięcia,
  - Badania mikrobiologiczne,
  - Badania elektrokardiologiczne (EKG),
  - Badania ultrasonograficzne,
  - Badania radiologiczne.
- **Krotność** – oznacza liczbę wykonanych badań. Po wybraniu badania, system domyślnie podpowiada krotność „1”. Jeśli badanie zostało wykonane większą ilość razy, liczbę należy zmienić ręcznie.
- **Data wykonania** – oznacza datę wykonania badania. Data podpowiada się automatycznie na podstawie dat zawartych w realizacji wizyty.
- **CHUK/Cuk.** – zaznaczenie [✓] w kolumnie oznacza badania jako związane z diagnozą cukrzycy i

chorobami układu krążenia.

## 11.5.1 Ewidencja badań w programie POZ PLUS

W aplikacji mMedica na formatce *Badania POZ* dodano kolumnę "Schorzenie", zgodnie z wymogiem przekazywania informacji komunikatem SWIAD o wykonanych badaniach w ramach zdiagnozowanego schorzenia w programie POZ PLUS.

Aby wybranemu badaniu POZ przyporządkować chorobę, należy zaznaczyć rekord, następnie rozwinąć listę w polu "Schorzenie" i wybrać właściwą nazwę np. POCHP, cukrzyca typu II, zespoły bólowe kręgosłupa.

Wprowadzone dane zostaną przesłane komunikatem I fazy (SWIAD) dla umowy z obszaru POZ PLUS (gdzie w pliku umowy w elemencie: typ-pozycji-umowy = „G”), jeżeli w oknie komunikacji w polu "Obszar sprawozdawczości" zostanie wybrana pozycja **"Badania POZ"**.

Uzupełnianie świadczeń

Nr świadczenia: 00000000030000000000 ID wizyty: 4 Pacjent: Kowalski Jan 50 lat Ubezpieczenie: 100% eWUŚ

ICD9	Kod wg NFZ	Kod MZ	Nazwa	Grupa	Krotność	Data wykonania	Schorzenie
89.51	100170...	20.9	EKG w spoczynku	Badania elektrokardiograficzne ...	1	2018-07-26	Asthma oskrzelowa

W przypadku posiadania zacytanej umowy dla POZ PLUS, jest możliwość eksportu, w wyżej opisany sposób, badań z przypisanym schorzeniem, dodanych na wizytach również z zakresu pozostałych umów POZ.

Dodatkowo świadczeniodawca, który nie posiada umowy dla POZ PLUS, może wysyłać komunikatem SWIAD badania dodane na wizytach w ramach posiadanej umowy POZ wg następujących zasad:

1. Jeżeli w Konfiguratorze w pozycji **Komunikacja > Eksport** jest włączony parametr **"Eksportuj badania POZ"**, komunikatem SWIAD są wysyłane tylko badania wyszczególnione w tabeli nr 17 załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie gromadzenia danych.
2. Jeżeli powyższy parametr będzie wyłączony, komunikatem SWIAD zostaną sprawozdanie wszystkie badania wskazane na wizycie.

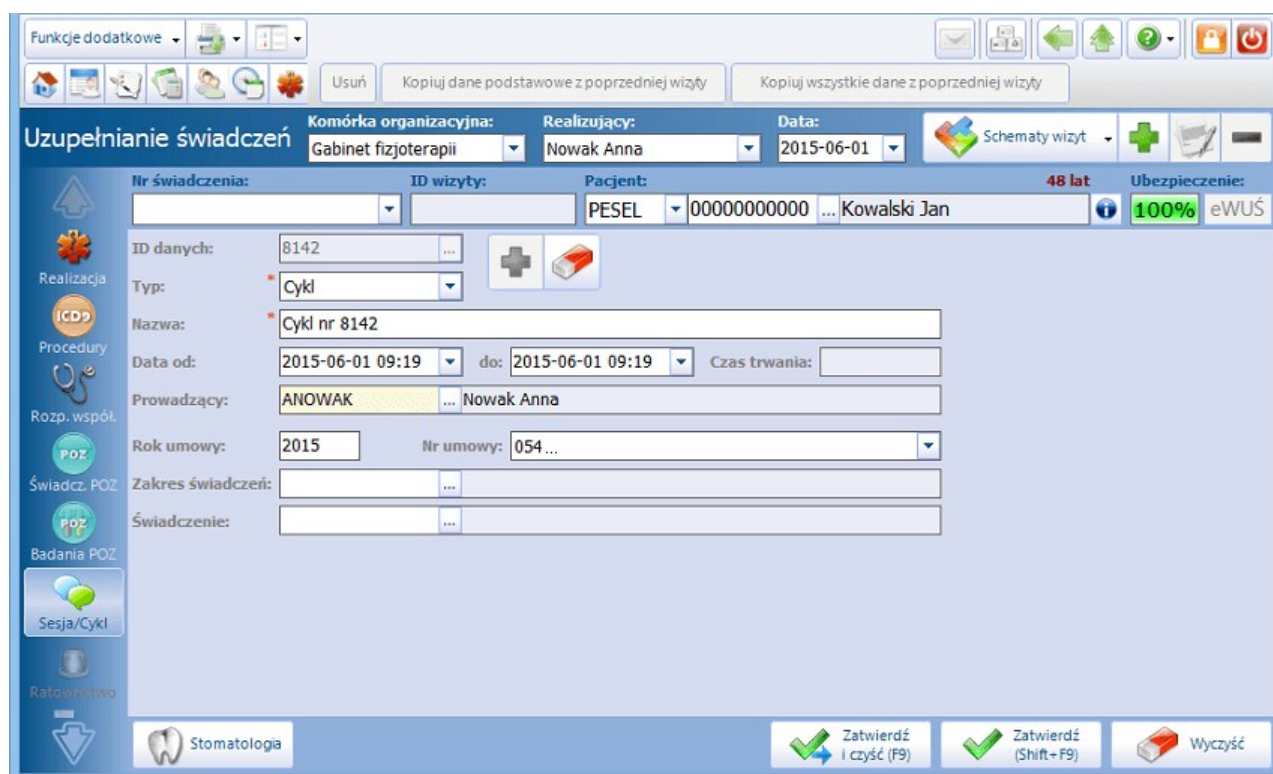
**Uwaga!** Jeżeli świadczeniodawca ma zacytaną aktywną umowę POZ PLUS, eksport badań komunikatem I fazy (SWIAD) dla tej umowy, a także dla innych posiadanych umów POZ, będzie niezależny od parametru **"Eksportuj badania POZ"**. W takim wypadku wyeksportują się wszystkie badania z przypisanych schorzeniem.

## 11.6 Sesja/Cykl

Jeżeli Fundusz wymaga przesyłania informacji o sesji, cyklu, procesie diagnostycznym/terapeutycznym lub realizowanym programie zdrowotnym, należy uzupełnić formatkę **Sesja/Cykl**.

Dodania informacji o sesji/cyklu dokonuje się poprzez wybór przycisku .

Skorzystanie z przycisku powoduje uzupełnienie pól znajdujących się na formatce danymi pobranymi z wizyty.



The screenshot shows the 'Uzupełnianie świadczeń' (Completing services) form in the mMedica system. The form is titled 'Uzupełnianie świadczeń' and contains fields for patient information, service details, and insurance status. The patient is 'Kowalski Jan', 48 years old, with a 100% insurance status. The service is 'Cykl nr 8142' (Cycle no. 8142) performed by 'ANOWAK Anna' on '2015-06-01 09:19'. The form also includes a sidebar with icons for various medical functions and a bottom bar with buttons for 'Zatwierdź i czyść (F9)', 'Zatwierdź (Shift+F9)', and 'Wyczyść'.

Opis pól znajdujących się na formatce:

- **ID danych** – w polu pojawi się ID wprowadzanych danych po dodaniu nowej sesji/cyklu za pomocą przycisku dodaj „+”.  
Po wybraniu przycisku wyboru [...], znajdującego się obok **ID danych**, otwarte zostanie okno **Sesje/cykle leczenia**, w którym znajdują się wprowadzone do programu sesje. Wyboru zaznaczonej sesji dokonuje się poprzez przycisk **Wybierz** lub dwukrotnym kliknięciem lewym przyciskiem myszy na daną sesję.



The screenshot shows a window titled "Sesje/cykle leczenia". At the top, there are filters: "Data od:" with a date picker set to "2015-01-01", "Data do:" with a date picker set to "2015-06-01", and two checkboxes: "Tylko dzisiejsze" and "Tylko sesje pacjenta". Below the filters is a table with the following columns: "Id sesji", "Nazwa", "Data od", "Data do", and "Prowadzący". The table contains five rows of data:

Id sesji	Nazwa	Data od	Data do	Prowadzący
8128	Cykl nr 8128	2015-05-26 09:09	2015-05-26 09:09	Nowak Anna
8127	Sesja nr 8127	2015-05-26 09:08	2015-05-26 09:08	Nowak Anna
8126	Sesja nr 8126	2015-05-26 09:07	2015-05-26 09:07	Nowak Anna
8117	Sesja nr 8117	2015-03-13 10:19	2015-03-13 10:19	Lekarz 5807
8113	Sesja nr 8113	2015-01-14 14:43	2015-01-14 14:58	Lekarz 5800

At the bottom of the window, there are icons for adding a new session (green plus), a document icon, and buttons for "Wybierz (F4)" and "Wyjście".

- **Tylko dzisiejsze** – zaznaczenie parametru ograniczy zakres wyświetlanych sesji/cykli do tych zrealizowanych w dniu dzisiejszym.
- **Tylko sesje pacjenta** – zaznaczenie parametru ograniczy zakres wyświetlanych sesji/cykli do tych, które zostały zrealizowane danemu pacjentowi.
- **Typ** – możliwe typy do wyboru:
  - sesja,
  - cykl,
  - proces diagnostyczny,
  - proces terapeutyczny,
  - transport COVID.

Wybranie przycisku „+” podpowiada typ na podstawie ostatnio wprowadzanych danych. Przykład: jeżeli ostatnim ewidencjonowanym typem sesji/cyklu był cykl, po wybraniu przycisku „+” podpowiedziany zostanie typ: cykl.

The screenshot shows a form with fields for "Typ:", "Nazwa:", "Data od:", and "Prowadzący:". The "Typ:" field is highlighted with a red box, and its dropdown menu is open, showing the following options: "Sesja", "Cykl", "Proces diagnostyczny", "Proces terapeutyczny", "Sesja" (highlighted in blue), and "Transport COVID".

- **Nazwa** – w polu wyświetla się nazwa i kolejny numer danych sesji/cyklu.
- **Data od-do** – oznacza datę odbycia się sesji/cyklu. Data podpowiada się automatycznie na podstawie dat zawartych w realizacji wizyty.
- **Prowadzący** – w polu wyświetlają się dane osoby personelu realizującej sesję/cykl, pobierane z danych wizyty. Za pomocą przycisku wyboru [...] można dokonać zmiany osoby prowadzącej.
- **Rok umowy** – rok umowy podpowiadany jest na podstawie wybranego w programie roku



- rozliczeniowego i wskazanych dat na wizycie.
- Nr umowy** – numer umowy podpowiadany jest na podstawie zdefiniowanych ustawień domyślnych personelu. Nr umowy można również wybrać ręcznie.
- Zakres świadczeń** – zakres świadczeń podpowiadany jest na podstawie zdefiniowanych ustawień domyślnych personelu. Dane można wprowadzić również za pomocą przycisku wyboru [...].
- Świadczenie** - świadczenie podpowiadane jest na podstawie zdefiniowanych ustawień domyślnych personelu. Dane można wprowadzić również za pomocą przycisku wyboru [...].



– przycisk „Wyczyść” usuwa wszystkie dane znajdujące się na formatce Sesja/cykl.

## 11.7 Ratownictwo

Formatka aktywuje się, jeżeli ewidencjonowana jest wizyta "Ratownictwo". W pozostałych przypadkach formatka jest niedostępna.

Wizyta:	* Ratownictwo	Umowa:	
Przyjęcie:	* Bez skierowania	Tryb:	* Planowane bez wymagań

Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, oznaczone zostały: (\*). Część pól uzupełni się automatycznie danymi, które wprowadzone zostały na formatce *Realizacja*, bądź podpowiedzą się automatycznie na podstawie powiązanej [księgi ratownictwa medycznego](#). Pozostałe dane wymagają samodzielnego uzupełnienia.

Uzupełnianie świadczeń
Schematy wizyt

Realizacja	Nr świadczenia:	ID wizyty:	Rodzaj danych:	Pacjent:	51 lat	Ubezpieczenie:
ICD9			W S R	PESEL	Kowal...	100% eWUŚ
Procedury	Rok księgi:	Nr księgi:	Nr w księdze:			
Rozp. współ.	2021	1	1			
POZ	Nr powiadomienia:	Kod zespołu:				
Świadc. POZ	1BT/2019	NEUR1				
POZ	Dane wzywającego:	Telefon:				
Badania POZ	Przyjmujący wezwanie:	Kod dyspozytora:				
Setia/Cykl	Adam					
Ratownictwo	Członek zespołu 1:	Kierownik				
Skierowanie	Anna	<input checked="" type="checkbox"/>				
Dodatkowe	Członek zespołu 2:	Kierownik				
Rozliczenia	Jan	<input type="checkbox"/>				
Ubezpieczenie	Członek zespołu 3:	Kierownik				
Wyst. zlecenia		<input type="checkbox"/>				
	Członek zespołu 4:	Kierownik				
		<input type="checkbox"/>				
	Członek zespołu 5:	Kierownik				
		<input type="checkbox"/>				
	Przyczyna wyjazdu:					
	Nagłe zachorowanie					
	Miejsce zdarzenia:	Miejscowość:				
	Dom	0121169 ... Kraków				
	Miejsce czynności:					
	W obrębie rejonu					
	<input type="checkbox"/> Wyjazd poza miasto powyżej 10 tysięcy mieszkańców	<input type="checkbox"/> Wyjazd transgraniczny				
	Data powiadomienia o zdarzeniu:	Data przybycia na miejsce zdarzenia:				
	28-10-2021 12:38	28-10-2021 12:38				
	Data przekazania dyspozycji wyjazdu:	Data przekazania opieki:				
	28-10-2021 12:38	28-10-2021 12:38				
	Data wyjazdu zespołu:	Data zakończenia czynności:				
	28-10-2021 12:38	28-10-2021 12:38				
	Tryb zakończenia:					
	Os., której udzielono świadc. na miejscu zdarzenia, nie przewożąc jej do szp. oddz. ratunkowego					
	Instytucja przyjmująca:					
	Przyjęcie:					
	Zgon:					

Opis poszczególnych pól znajdujących się na formatce:


- **Nr księgi** – numer księgi ratownictwa medycznego na podstawie komórki organizacyjnej wybranej w polu "Komórka org." na formatce *Realizacja*. Warunkiem podpowiadania się księgi jest [powiązanie jej z komórką org.](#), w której ewidencjonowane są udzielone czynności przez ratownictwo medyczne.
- **Nr w księdze** – w polu wyświetla się kolejny nr w księdze ratownictwa medycznego, jeśli [włączono parametr](#) "Włącz automatyczną numerację w księdze ratownictwa medycznego".  
Jeśli powyższy parametr nie zostanie włączony, w polu należy ręcznie wprowadzić numer w księdze.
- **Kod zespołu** – w polu podpowiada się kod edycyjny komórki organizacyjnej, w której ewidencjonowany jest wyjazd.
- **Członek zespołu** – dane członków zespołu ratownictwa medycznego uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych. Pierwszy członek zespołu podpowiadany jest przez system i jest nim osoba realizująca wizytę, wprowadzona na formatce *Realizacja*. Pozostałe osoby należy wybrać z listy personelu za pomocą przycisku wyboru [...].

## 11.8 Skierowanie

Formatka aktywuje się, jeżeli ewidencjonowana jest wizyta z następującym trybem przyjęcia: „Ze skierowaniem” lub „Kontynuacja ze skierowaniem”. W pozostałych przypadkach formatka jest niedostępna.

Opis pól znajdujących się na skierowaniu:


- **ID skierowania** - za pomocą przycisku [...] dokonuje się wyboru skierowania pacjenta, na podstawie którego kontynuuje się jego leczenie.
- **Rodzaj** – do wyboru:
  - Skierowanie
  - Karta DiLO
- **Nr skierowania** – unikalny numer skierowania wprowadzany ręcznie lub automatycznie. Aby aplikacja nadawała numer automatycznie należy włączyć parametr "Włącz automatyczną numerację skierowań" znajdujący się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [Ewidencja > Podstawowe](#). Numer skierowania składa się z: numeru narastającego, kodu resortowego cz VIII komórki oraz roku np. 1/001/2018.

- **Data wystawienia** – data wystawienia skierowania wybierana za pomocą kalendarza lub wprowadzana ręcznie.
- **Typ zleceniodawcy** - do wyboru:
  - **Podmiot leczniczy** - każda placówka świadcząca usługi zdrowotne.
  - **Instytucja** – pozostałe instytucje, które nie świadczą usług zdrowotnych, ale mają możliwość skierowania pacjenta do placówki ochrony zdrowia np. sąd.
  - **Osoba fizyczna wykonująca działalność gospodarczą**
  - **Praktyka zawodowa**
  - **Lekarz wykonujący zawód w UE** - pozycja dodana w związku z opublikowanymi zmianami dla komunikatu SWIAD. Dla tego typu zleceniodawcy nie jest wymagane uzupełnienie personelu kierującego.
- **Instytucja kierująca** – instytucja kierująca pacjenta na leczenie. Jej wyboru dokonuje się za pomocą przycisku .
- **Personel kierujący** - personel kierujący (wystawiający skierowanie).
- **Kod resortowy cz. VII** – 3-znakowy kod resortowy, identyfikujący komórkę organizacyjną wykonującą świadczenia zdrowotne w ramach zakładu. Kod zawiera się w przedziale od 001 do 999.
- **Kod resortowy cz. VIII** – 4-znakowy kod resortowy, charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej.
- **Uwagi** – w polu wyświetlane są uwagi, które zostały wprowadzone w Terminarzu lub w danych pacjenta w Kartotece pacjentów.

Wszystkie skierowania zgromadzone w bazie programu mMedica są prezentowane w ścieżce: [Ewidencja > Specjalne > Przegląd skierowań na wizytę](#).

Jeżeli wizyta rozliczana jest poprzez *Terminarz* lub *Gabinet* i w danych skierowania został dodany załącznik (podczas rezerwacji/rejestracji lub bezpośrednio na wizycie w *Gabiniecie*), na zakładce skierowania w oknie



*Uzupełnianie świadczeń* uwidoczniony zostanie dla niej przycisk , umożliwiający podgląd tego załącznika.

Opis formatki *Skierowanie* dla trybu przyjęcia "Kontynuacja ze skierowaniem":

W przypadku, gdy wprowadzana wizyta jest kontynuacją leczenia, przy czym mają być w niej zawarte dane skierowania wprowadzonego we wcześniejszej wizycie, w polu "Przyjęcie" należy wybrać wartość "Kontynuacja ze skierowaniem".

Wtedy na formatce *Skierowanie* system automatycznie podpowie skierowanie z poprzedniej wizyty.

Nr świadczenia: ID wizyty: Rodzaj danych: Pacjent: 48 lat Ubezpieczenie: 100% eWUŚ

ID skierowania: 229062 Rodzaj danych: Skierowanie Nr skierowania:

Data wystawienia: 2016-01-03 Typ zleceńodawcy: Podmiot leczniczy

Instytucja kierująca: REGON 278012909 "LOGMED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością - Niepublicznym...

Personel kierujący: ID 36489 ADAMCZYK DANUTA

Kod res. cz. VII: 001

Kod res. cz. VIII: 0032 Poradnia (gabinet) pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej

Uwagi:

Pozostałe dane powiązane ze skierowaniem

Data	Rodzaj	Komórka org.	Realizujący
2016-01-18 11:59	Wizyta	Oddział urazowo-ortopedyczny	Nowak Anna
2016-01-19 11:59	Wizyta	Oddział urazowo-ortopedyczny	Nowak Anna
2016-01-20 11:59	Wizyta	Oddział urazowo-ortopedyczny	Nowak Anna
2016-01-21 11:59	Wizyta	Oddział urazowo-ortopedyczny	Nowak Anna
2016-01-22 11:59	Wizyta	Oddział urazowo-ortopedyczny	Nowak Anna
2016-01-25 11:59	Wizyta	Oddział urazowo-ortopedyczny	Nowak Anna

W polu "ID skierowania" podpowie się ID skierowania na wizytę, na podstawie którego pacjent kontynuuje leczenie. System podpowiada ostatnio dodane skierowanie w danej komórce organizacyjnej dla tego samego rozpoznania głównego. Jeśli istnieje konieczność zmiany skierowania, na podstawie którego realizowana będzie wizyta, należy wybrać przycisk [...] obok pola "ID skierowania". Otwarte zostanie okno *Wybór skierowania na wizytę*, dając użytkownikowi możliwość wyboru odpowiedniego skierowania.

Wybór skierowania na wizytę – 2015-05-21, Gabinet fizjoterapii

Komórka realizująca: 45 – Gabinet fizjoterapii

Data wyst.	Kod rozp.	Personel kierujący	Instytucja kierująca	Kod res. cz. VII/VIII	ID skier.	DiLO
2015-05-05	M47	Lekarz 87054	NZOZ Sante	001/1310	218327	

Wybierz Wyjście

W przypadku, gdy pacjent miał zrealizowanych więcej wizyt ze skierowaniem w tej komórce organizacyjnej, w oknie zostanie wyświetlonych kilka pozycji. Po podświetleniu odpowiedniego skierowania i wybraniu przycisku **Wybierz**, pola na formatce *Skierowanie* wypełnią się automatycznie danymi wybranego skierowania.

W dolnej części formatki znajduje się tabela **Pozostałe wizyty i rezerwacje powiązane ze skierowaniem** (zdz. powyżej). Prezentowane są w niej dane dotyczące wszystkich wizyt pacjenta powiązanych ze skierowaniem. Dzięki temu użytkownik w sposób szybki i przejrzysty może podejrzeć dane dotyczące np. pierwszej wizyty, na której zostało zaewidencjonowane skierowanie.

**Uwaga!** W przypadku ewidencji wizyty z przyjęciem „Kontynuacja ze skierowaniem”, pola znajdujące się na formatce *Skierowanie* są nieaktywne – użytkownik nie może zmieniać znajdujących się na niej danych. W celu zmiany danych dotyczących skierowania, należy odszukać i otworzyć pierwszą wizytę pacjenta, na której dane skierowania zostały wprowadzone (będzie to wizyta z przyjęciem „Ze skierowaniem”). Następnie wybrać przycisk **Edytuj** (zdz. powyżej), który spowoduje wyświetlenie stosownego komunikatu:



Modyfikacja danych skierowania wpłynie na wszystkie wizyty i rezerwacje powiązane z tym skierowaniem.  
Kontynuować?

TAK

NIE

Wybranie przycisku **Tak** aktywuje pola, aby użytkownik mógł dokonać zmiany danych. Zatwierdzenie modyfikacji danych skierowania wpłynie na wszystkie wizyty i rezerwacje powiązane z tym skierowaniem.

## 11.9 Dodatkowe

Aktywność poszczególnych pól i sekcji na formatce uzależniona jest od rodzaju wizyty, wybranego w polu "Wizyta" na zakładce [Realizacja](#).

Wizyta: *	Specjalistyczna	Kont. lecz.:	Pozostawienie pod opieką pora
Przyjęcie: *	Ze skierowaniem	Tryb: *	Planowane ze skierowaniem

Dla wskazanego rodzaju wizyty "Specjalistyczna" formatka *Dodatkowe* pozwala na ewidencję oceny sprawności wg skali Zubroda-ECOG-WHO wykonywanej przed każdym cyklem chemioterapii i radioterapii oraz na ewidencję terapeutycznych programów zdrowotnych.

W związku z Zarządzeniem nr 23/2023/DI Prezesa NFZ (zawierającym wytyczne dla komunikatu SWIAD 10;10,2) w wersji 9.0.0 aplikacji mMedica została dodana sekcja **Personel realizujący**, umożliwiającą wprowadzenie dodatkowego personelu realizującego wizytę. Domyślnie wyświetlany jest w niej personel realizujący wybrany na zakładce [Realizacja](#). Aby dodać kolejnego realizującego, należy skorzystać z



przycisku i ze słownika personelu wewnętrznego, który się wyświetli, wybrać odpowiednią pozycję. Dla utworzonych rekordów można uzupełnić kolumny "Data od" oraz "Data do", przy czym należy również określić dokładną godzinę i minuty początku i końca realizacji. Brak uzupełnienia tych kolumn będzie interpretowany jako czas trwania realizacji identyczny z czasem trwania wizyty.

Istnieje możliwość dodania kilku pozycji tego samego personelu, pod warunkiem, że ich okresy realizacji są rozbieżne. Zasada ta nie dotyczy różnych realizujących.

**Uwaga!** Jeżeli wizyta wprowadzona została w [Gabiniecie](#), to po uzupełnieniu w jej danych rozliczeniowych dodatkowego personelu realizującego zablokowana będzie możliwość zmiany realizującego w oknie danych podstawowych wizyty (przycisk **Dane podstawowe** na formatce wizyty w Gabinecie). Ponadto, jeżeli dla przynajmniej jednej pozycji personelu zostaną uzupełnione kolumny "Data od" i "Data do", niemożliwa będzie również zmiana daty wizyty we wspomnianym oknie.



**Realizacja**

**ICD9**

**Procedury**

**Rozp. współ.**

**Świadcza POZ**

**POZ**

**Badania POZ**

**Sesja/Cykl**

**Ratownictwo**

**Skierowanie**

**Dodatkowe**

**Rozliczenia**

**Ubezpieczenie**

**Wyst. zlecenia**

**Badanie genetyczne materiału archiwalnego**

Pierwotna data pobrania materiału:

**Transport sanitarny**

Cel przewozu:  Dopłata pacjenta:

**Ocena sprawności wg skali Zubroda-ECOG-WHO**

**Personel realizujący**

Nazwisko i imię	Rodzaj	Data od	Data do

**Zakwaterowanie**

Miejsce	Data od	Data do

**Programy leczenia**

Kod	Nazwa	Data rozp.

**Ocena ICF**


Kod	Nazwa	Rozpoczęcie			Zakończenie		
		K1	K2	K3	K1	K2	K3

W sekcji *Zakwaterowanie* wprowadza się szczegółowe informacje o datach i miejscu zakwaterowania pacjenta (np. pomieszczenie podmiotu leczniczego).

W przypadku uczestnictwa pacjenta w programie leczenia (terapeutycznym programie zdrowotnym) należy wprowadzić nazwę programu i datę rozpoczęcia leczenia w sekcji *Programy leczenia*. W tym celu należy kliknąć w przycisk wyboru [...] znajdujący się w kolumnie "Kod" i ze słownika programów leczenia wybrać odpowiedni program. Jeśli w dostępnym słowniku brakuje realizowanego programu leczenia, można dodać go do słownika znajdującego się w ścieżce: [Ewidencja](#) > [Słowniki](#) > [Słownik programów leczenia](#).

W aplikacji mMedica istnieje funkcja podpowiadania daty rozpoczęcia leczenia w programie, który został już wcześniej zaewidencjonowany.

Na formatce *Dodatkowe* została dodana sekcja *Ocena ICF*, umożliwiającą wprowadzenie oceny stanu pacjenta przy wykorzystaniu słownika Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Pozwala to na ewidencję danych zgodnie z wytycznymi dla świadczeń z zakresu fizjoterapii, opublikowanymi w komunikacie SWIAD. W kolumnie "Rozpoczęcie" oraz "Zakończenie" pod nagłówkami "K1", "K2", "K3" umożliwiono wybór odpowiednich kwalifikatorów dla rozpoczęcia i zakończenia cyklu.

Aktywacji pól wyboru w powyższych sekcjach dokonuje się za pomocą przycisku  umiejscowionego po prawej stronie każdej z nich.

Dla potrzeb sprawozdawczości komunikatem I fazy (SWIAD) danych z zakresu transportu sanitarnego, dodano pola "Cel przewozu" oraz "Dopłata pacjenta". Pola te są aktywne dla wybranego rodzaju wizyty "Inna".

Wizyta: \* Inna

Nr świadczenia: ID wizyty: Rodzaj danych: Pacjent: PESEL:

Badanie genetyczne materiału archiwalnego

Pierwotna data pobrania materiału:

Transport sanitarny

Cel przewozu: Dopłata pacjenta:

Ocena sprawności

Inny cel

Konieczność odbycia leczenia, jeżeli dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwia korzystanie ze środków transportu publicznego

Konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym

Potrzeba zachowania ciągłości leczenia

Zakwaterowanie

Programy leczenia

Kod	Nazwa	Data rozp.

Ocena ICF

Kod	Nazwa	Rozpoczęcie			Zakończenie		
		K1	K2	K3	K1	K2	K3

Dodatkowe

Rozliczenia

Pole "Dopłata pacjenta" będzie aktywne do uzupełnienia po wybraniu z listy rozwijalnej odpowiedniego celu przewozu.

## 11.10 Rozliczenia

Do pełnego rozliczenia wizyty konieczne jest uzupełnienie jej o informacje dotyczące świadczeń, które zostały pacjentowi udzielone. W tym celu należy wybrać ikonę **Rozliczenia**, znajdującą się w lewym panelu formatki *Uzupełniania świadczeń*.

W oknie będą wyświetlane [pozycje rozliczeniowe](#), odpowiadające świadczeniom wskazanym z umowy elektronicznej, jeśli zostaną dodane przez użytkownika. W dolnej części okna *Rozliczenia* znajduje się rekord "Razem", w którym prezentowana jest zsumowana wartość krotności i liczby wykonanych jednostek dla wszystkich pozycji rozliczeniowych.

Błąd	ID rozl.	ID rozl. kor.	Nr umowy	Rok	Miesiąc	Zakres świadczeń	Świadczenie	Wyr.	Krotność	Liczba wyk. jedn.	Data od	Data do	Status	
	6		000/00000...	2018	7	02.1220.001...	5.05.00....	1	1	10	2018-07-26	2018-07-26	Wprowadzona	
	5		000/000000/...	2018	7	02.1220.001.02	5.06.00....	1	1	45	2018-07-26	2018-07-26	Wprowadzona	
	4		000/000000/...	2018	7	02.1220.001.02	5.05.00....	1	1	7	2018-07-26	2018-07-26	Wprowadzona	
Razem:										3	62			

W wersji 8.1.0 aplikacji mMedica na liście pozycji rozliczeniowych dodano wyświetlanie dodatkowej kolumny "Wartość", prezentującej dla każdej pozycji wartość iloczynu liczby wykonanych jednostek oraz ceny z umowy, a także w pozycji "Razem" dodatkowego (trzeciego) pola z sumą wartości wszystkich nieusuniętych pozycji. Dane te są widoczne dla użytkownika posiadającego uprawnienie funkcjonalne: **"Przegląd danych umów (cena i wartość świadczenia, wartość umowy)"**. Możliwość aktywacji tego uprawnienia dostępna jest w ścieżce: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#), w danych użytkownika na zakładce **Uprawnienia funkcjonalne**, w gałęzi [Rozliczenia](#).

Znaczenie przycisków znajdujących się w prawym panelu okna:



- otwiera formatkę *Pozycja rozliczeniowa*, umożliwiając dodanie [pozycji rozliczeniowej](#) do wizyty.



- otwiera formatkę z danymi rozliczeniowymi pozycji, która została zaznaczona na liście.



- usuwa wskazaną pozycję rozliczeniową.



- uruchamia symulację do [wyznaczenia grup JGP](#), mogących posłużyć do rozliczenia wprowadzonych danych.



- podgląd [wyniku weryfikacji](#) przeprowadzonej przez NFZ dla wskazanej pozycji rozliczeniowej.



- otwiera [kartę informacyjną](#) o udzielonych świadczeniach z możliwością jej wydrukowania. Przycisk dostępny wyłącznie na wizytach realizowanych pacjentom posiadającym ubezpieczenie unijne.

## 11.10.1 Dodanie pozycji rozliczeniowej

Wybranie przycisku **Dodaj** w oknie *Rozliczenia* otwiera formatkę *Pozycja rozliczeniowa*, na której ewidencjonuje się szczegółowe dane dotyczące rozliczenia wizyty m.in. poprzez dodanie produktów z umowy elektronicznej.

Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe zostały oznaczone: (\*). Część pól na formatce zostanie uzupełniona automatycznie na podstawie danych, które zostały wprowadzone na formatce *Realizacja* (np. data i miejsce realizacji), bądź dane podpowiedzą się z [ustawień domyślnych](#) personelu. Pozostałe pola wymagają samodzielnego uzupełnienia.

Po uzupełnieniu danych należy zapisać zmiany za pomocą przycisku **Zatwierdź**, w prawym dolny rogu formatki. Na tej podstawie w oknie [Rozliczenia](#) zostanie dodany rekord z pozycją rozliczeniową.

Opis poszczególnych pól znajdujących się na formatce:

- **Czy eksportować** – w polu domyślnie ustawiona jest wartość "Tak". Wybranie wartości "Nie" powoduje blokadę eksportu części rozliczeniowej wizyty do OW NFZ.
- **Wyróżnik** – określa miejsce udzielania świadczeń (wyróżnik wynika z definicji umowy elektronicznej). Jeśli gabinet ma kilka miejsc udzielania świadczeń, należy wybrać odpowiedni wyróżnik.
- **Krotność faktyczna** – wynika ze schematu krotności, jaki odpowiada danemu świadczeniu. Dla świadczeń jednodniowych krotność zazwyczaj wynosi 1 i podpowiada się automatycznie po wyborze świadczenia. Dla świadczeń stacjonarnych krotność odpowiada liczbie osobodni.

Znaczenie przycisków znajdujących się w górnym panelu formatki:

- **Nowy** - dodaje nową pozycję rozliczeniową. Przycisk aktywny, jeśli dotychczas wprowadzana pozycja została zapisana.
- **Usuń** - usuwa pozycję rozliczeniową. Przycisk aktywny, jeśli dotychczas wprowadzana pozycja została zapisana.
- **Zatwierdź i kopiuj** - przycisk wybiera się, jeśli istnieje konieczność dodania kilku rozliczeń z tymi samymi danymi. Spowoduje to dodanie pozycji rozliczeniowej, bez wychodzenia z okna, i skopiowanie dotychczas wprowadzonych danych do kolejnego zatwierdzenia.
- **Zbiorczo rozliczenia wg dat** - zbiorcze dodawanie rozliczeń dla dat wskazanych w kalendarzu. Funkcja dostępna w wersji PLUS aplikacji mMedica.

## Uzupełnianie świadczeń

Funkcje dodatkowe

Nowy Usun Zatwierdź i kopij Zbiorczo rozliczenia wg dat

### Pozycja rozliczeniowa

Data realizacji

Od: \* 27-01-2022 do: \* 27-01-2022 Miesiąc: \* Styczeń Rok: \* 2022 Czy eksportować: Tak

Dane realizacji

Miejsce realizacji: Poradnia neurologiczna

Zakres świadczeń: \* 02.1220.001.02 ... ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEUROLOGII

Świadczenie: \* 5.03.00.0000006 ... USG DOPPLER DUPLEX Z KOLOROWYM OBRAZOWANIEM PRZEPŁYWU

Wyróżnik: \* 1 Waga: 12 Świadczenie ratujące życie: Nie

Numer umowy: \* 000/000000/02/1/2018

Krotność faktyczna: \* 1 Kr. rozliczeniowa: 1 Dopłata: Liczba wyk. jedn.: 12 Koszt:

Taryfa: Współczynnik: 1

Dokumenty upoważniające do realizacji świadczenia

Ubezpieczyciel: Kraje Unii Europejskiej Id dodatkowej dokumentacji:

1. Sposób rozl. 2. Stomatologia 3. Hemodializa 4. Dane POZ/SPO 5. Dane AOS 6. JGP 7. Dokumenty 8. Zgody 9. Faktury zak. 10. Leki

Umiejscowienie: Powierzchnia zęba: Wyczyść

Zatwierdź Anuluj

Oprócz danych, których uzupełnienie jest obligatoryjne, może istnieć konieczność ewidencji i przekazania do OW NFZ dodatkowych informacji, co wynika z zasad rozliczania poszczególnych zakresów. Przykładowo, podczas rozliczania wybranych świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii, istnieje wymóg przekazania informacji o efekcie udziału w programie badań prenatalnych - do czego służy zakładka 3. Dane POZ/SPO. Z kolei w przypadku udzielania świadczeń stomatologicznych odnotowuje się informacje o umiejscowieniu oraz powierzchni zęba, którego dotyczy usługa.

Poniżej opisano krótko poszczególne zakładki znajdujące się na formatce *Pozycja rozliczeniowa*.


Zakładka: Sposób rozl.

Zakładka została dodana w wersji 8.0.0 aplikacji mMedica i zastąpiła wcześniej istniejące pole o tej samej nazwie.

1. Sposób rozl. 2. Stomatologia 3. Hemodializa 4. Dane POZ/SPO 5. Dane AOS 6. JGP 7. Dokumenty 8. Zgody 9. Faktury zak. 10. Leki

Kod	Nazwa	Wartość
WKW	Świadczenia rozliczane według współczynnika korygującego (wiek)	1,5

+ -

Dodania kodu specjalnego rozliczenia dokonuje się poprzez naciśnięcie , a następnie wybranie odpowiedniej pozycji ze słownika. W związku z zarządzeniem nr 128/2021/DSOZ Prezesa NFZ na zakładce została udostępniona możliwość wprowadzenia wielu kodów. Przy dodawaniu kolejnej pozycji program weryfikuje, czy zgodnie z aktualnymi wytycznymi dany sposób rozliczenia może się łączyć z innymi. Jeżeli nie, wyświetli się stosowny komunikat.

Na podstawie wybranych sposobów rozliczenia zostanie wyznaczona zgodnie z obowiązującym algorytmem wartość w polu "Kr. rozliczeniowa".

Zakładka: Stomatologia

Dane uzupełniane w przypadku realizacji świadczeń z zakresu stomatologii:

- **Umiejscowienie** – z dostępnego słownika wskazuje się umiejscowienie realizacji świadczenia.
- **Powierzchnia zęba** – pole aktywowane po wskazaniu wybranych umiejscowień.



W wersji 8.2.0 aplikacji mMedica w ramach funkcjonalności Modułu Stomatologicznego w Konfiguratorze został udostępniony parametr pozwalający na ustawienie domyślnego wyświetlania zakładki [Stomatologia](#) jako otwartej po uruchomieniu okna pozycji rozliczeniowej. Więcej informacji na ten temat zawiera [instrukcja obsługi](#) wspomnianego modułu.

Zakładka: [Hemodializa](#)

Dane uzupełnianie w przypadku realizacji świadczeń z zakresu hemodializy.

Zakładka: [Dane POZ/SPO](#)

Uzupełniana, jeśli przekazuje się do OW NFZ informacje o objęciu pacjenta opieką środowiskową (skala Barthel) lub o efekcie udziału w programie profilaktycznym:

- gruźlicy,
- chorób odtytoniowych,
- badań prenatalnych.

Aby wynik skali Barthel automatycznie podpowiadał się na kolejnych wizytach pacjenta, informację o skali należy dodać w [czynniki ryzyka](#) w danych medycznych pacjenta. W oknie *Czynniki ryzyka i wywiady* należy przejść na zakładkę 3. Wywiady i w polu "Wynik wg zmodyf. skali Barthel" wprowadzić odpowiednią wartość.

Zakładka: [Dane AOS](#)

Dane uzupełnianie m.in. w przypadku realizacji świadczeń z zakresu opieki okołoporodowej, psychiatrii i leczenia uzależnień lub okulistyki.

Pole "Czy student" oznaczane będzie automatycznie, jeśli w danych pacjenta zaznaczono, że pacjent jest studentem (checkbox "Student" na zakładce 1. Dane pacjenta).

Na podstawie wytycznych komunikatu SWIAD w sekcji [Okulistyka](#) wprowadzono podział na oko lewe i prawe.

Zakładka: [JGP](#)

Na zakładce prezentowane są dane dotyczące Jednorodnych Grup Pacjentów. Szczegółowy opis [wyznaczania grup JGP](#) znajduje się w odrębnym rozdziale.

Zakładka: Dokumenty

Na zakładce ewidencjonuje się dokumenty dodatkowe pacjenta, których przekazanie do OW NFZ jest wymagane.

- Kod systemu – na przykład: CBE, KOL, UDA, DiLO, SKdokument
- Id dokumentu



Zakładka: Zgody

Uzupełnianie, jeśli udzielone świadczenia mają zostać rozliczone na podstawie indywidualnej zgody wydanej pacjentowi przez NFZ.

### 11.10.2 Karta informacyjna UE

Podstawą rozliczenia świadczeń udzielonych ubezpieczonym z państw członkowskich UE jest Karta informacyjna o udzielonych świadczeniach - dostępna w programie mMedica wyłącznie na wizytach

realizowanych pacjentom posiadającym ubezpieczenie unijne pod postacią ikony **Karta UE** .

Okno dialogowe *Karta informacyjna o udzielonych świadczeniach* składa się z trzech zakładek, zawierających nast. informacje:

1. **Dane podstawowe** - dane świadczeniodawcy oraz dane pacjenta i jego dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie.
2. **Rodzaj udzielonego świadczenia** - informacje dot. udzielonego świadczenia np. data wizyty, rodzaj świadczenia, tryb przyjęcia, rozpoznanie. Wymienione dane podpowiadane są na podstawie danych wprowadzonych w wizycie pacjenta.
3. **Opis udzielonego świadczenia** - szczegółowe informacje dotyczące udzielonego świadczenia, takie jak: badania przedmiotowe, podmiotowe, przebieg choroby, zastosowane leczenie, zalecone leki. W dostępnych polach można ręcznie wprowadzić odpowiedni opis.

**Uwaga!** W przypadku wizyty POZ pole **Tryb przyjęcia** na karcie nie jest uzupełniane. Aby na wydruku karty uzyskać informację o trybie przyjęcia należy przejść na zakładkę 2. *Rodzaj udzielonego świadczenia* i ręcznie zaznaczyć tryb przyjęcia - nagły lub planowy.

Po uzupełnieniu wszystkich wymaganych danych można dokonać wydruku karty, poprzez wybranie przycisku **Drukuj**.

Karta informacyjna o udzielonych świadczeniach

1. Dane podstawowe

2. Rodzaj udzielonego świadczenia

3. Opis udzielonego świadczenia

Dane świadczenia

Data udzielonego świadczenia: od 2018-08-24 12 do 2018-08-24 13

Rodzaj świadczenia

☒ podstawowa opieka zdrowotna  
☐ ambulatoryjna opieka specjalistyczna  
☐ leczenie stomatologiczne  
☐ leczenie szpitalne  
☐ rehabilitacja lecznicza  
☐ ratownictwo i transport medyczny  
☐ świadczenia odrębnie kontraktowane  
☐ inne:

Tryb przyjęcia

☒ Nagły  
☐ Planowy

Rozpoznanie: J11 ... Grypa wywołana niezidentyfikowanym wirusem

☐ Dopasuj wysokości pól opisowych do zawartości

Drukuj

Wyjście


Dane z Karty informacyjnej o udzielonych świadczeniach pobierane są do wydruku zbiorczego zestawienia świadczeń rozliczanych na podstawie przepisów o koordynacji (tzw. [sprawozdanie p710a](#)) dostępnego w ścieżce: [Rozliczenia](#) > [Przegląd sprawozdań](#) > [Funkcje dodatkowe](#).

## 11.11 Ubezpieczenie

Formatka umożliwia podejrzenie dodanych na wizycie dokumentów ubezpieczeniowych pacjenta, a także pozwala na dodanie nowych dokumentów.

The screenshot shows the 'Uzupełnianie świadczeń' window in the mMedica application. At the top, there are buttons for 'Funkcje dodatkowe', 'Usuń', 'Kopij dane podstawowe z poprzedniej wizyty', and 'Kopij wszystkie dane z poprzedniej wizyty'. Below these are fields for 'Nr świadczenia:', 'ID wizyty:', 'Pacjent:', '48 lat', and 'Ubezpieczenie: 100% eWUŚ'. A table with columns 'Rodzaj', 'Data od', and 'Data do' is visible, containing one entry: 'Dokument UE' from '2015-06-01' to '2015-06-01'. A dropdown menu is open, listing various insurance documents: 'Brak ubezpieczenia', 'Decyzja wójta, burmistrza, prezydenta', 'Dokument UE', 'Dokument uprawniający', 'Imienny raport miesięczny (IMIR)', 'Inny dokument', 'Karta pobytu', 'Legitymacja rencisty/emeryta', 'Legitymacja ubezpieczeniowa', 'Oświadczenie pacjenta', 'Zaświadczenie', and 'Zgłoszenie do ubezpieczenia (ZUA, ZZA, ZCNA)'. The left sidebar shows icons for 'badania POZ', 'Sesja/Cykl', 'Ratownictwo', 'Skierowanie', 'Chemo/Radio', 'Rozliczenia', 'Ubezpieczenie' (highlighted with a red box), and 'Dane USG'.

- **Rodzaj** – w kolumnie wyświetla się nazwa dodanego dokumentu ubezpieczeniowego, np. eWUŚ.
- **Data od-do** - oznacza datę ważności dokumentu. Okres obowiązywania dokumentu ubezpieczeniowego ustala się w trakcie jego dodawania.

 - wybranie przycisku „Dodaj” wyświetla listę rozwijaną, z której można wybrać odpowiedni dokument ubezpieczeniowy. Dokumenty dostępne w programie mMedica zostały zaprezentowane na powyższym screenie.

Instrukcja dotycząca ewidencji poszczególnych dokumentów ubezpieczeniowych znajduje się w rozdziale: [Dodanie pacjenta](#).

Instrukcja dotycząca pobierania statusu eWUŚ znajduje się w rozdziale: [Sposoby weryfikacji w eWUŚ](#).



– wybranie przycisku „Pokaż dane” otwiera okno z danymi dokumentu ubezpieczeniowego.

## 11.12 Dane techniczne

Formatka zawiera informacje dotyczące danych technicznych wizyty wprowadzanej do systemu mMedica. Dzięki niej można uzyskać informacje np. o użytkowniku wprowadzającym i modyfikującym świadczenia.

The screenshot shows the 'Uzupełnianie świadczeń' (Completing services) interface in the mMedica system. The form is divided into several sections:

- Top Bar:** Includes 'Funkcje dodatkowe' (Additional functions) and navigation icons.
- Form Fields:**
  - Nr świadczenia:** 00002031640304860501
  - ID wizyty:** 218328
  - Pacjent:** PESEL 00000000000, Kowalski...
  - 48 lat** (Age)
  - Ubezpieczenie:** 100% eWUŚ
- Świadczenia (Services) Section:**
  - Data wpisu:** 2015-06-01 09:51:04
  - Użytkownik wpisujący:** Nowak Anna
  - Data modyfikacji:** 2015-06-01 10:21:16
  - Użytkownik modyfikujący:** Administrator Pierwszy
- Eksport (Export) Section:**
  - Nr wersji danych:** 1
  - Nr wersji danych wyeksportowanych:** 0
- Left Sidebar:** Contains icons for various medical functions. The 'Dane tech.' (Technical data) icon is highlighted with a red rectangle.

Opis pól znajdujących się na formatce:

### Sekcja: Świadczenia

- **Data wpisu** – data i godzina wprowadzenia wizyty do systemu.
- **Użytkownik wpisujący** – imię i nazwisko użytkownika, który wprowadził wizytę do systemu.
- **Data modyfikacji** – data i godzina ostatniej modyfikacji wizyty.
- **Użytkownik modyfikujący** – imię i nazwisko użytkownika, który jako ostatni zmodyfikował wprowadzoną wizytę.

### Sekcja: Eksport

- **Nr wersji danych** – numer wersji danych wizyty. Po zatwierdzeniu wizyty nr wersji danych wynosi 1. Aby część statystyczna wizyty eksportowana była do NFZ, nr wersji danych musi być zawsze wyższy od nr wersji danych wyeksportowanych. Instrukcja dotycząca podniesienia wersji wizyty znajduje się w rozdziale: [Przegląd wizyt](#).
- **Nr wersji danych wyeksportowanych** – wskazuje ile razy wizyta była już eksportowana do NFZ. Po zatwierdzeniu wizyty nr wersji danych wyeksportowanych wynosi 0, a każdy eksport podbija wersję o 1.



## 11.13 Wystawione zlecenia

Formatka widoczna jest tylko dla użytkowników mMedici rozliczających się w śląskim OW NFZ, którzy mają włączoną obsługę kuponów RUM.

W śląskim OW NFZ wizyty, recepty i skierowania dla ubezpieczonych pacjentów realizowane są na kuponach (numerach) wygenerowanych przy użyciu karty ubezpieczenia zdrowotnego (KUZ).

Formatka **Wystawione zlecenia** zawiera informacje o receptach i skierowaniach powiązanych z wizytą pacjenta, a także umożliwia podgląd do wszystkich wcześniej wystawionych recept i skierowań.

Formatka podzielona jest na dwa okna. W górnym oknie znajdują się dane zleceń powiązanych z wizytą. Najczęściej taka sytuacja będzie występować w przypadku wizyt gabinetowych, na których wystawione zostały skierowania lub recepty.

The screenshot shows the 'Wystawione zlecenia' window. The top section contains a table with the following data:

Numer	Rodzaj	Kod rozp.
00000003020656382709	Skierowanie	G44.2
00000003030356382709	Skierowanie	G43
	Recepta	

The bottom section, 'Zlecenia nieprzypisane do wizyty', is currently empty.

Opis kolumn znajdujących się w górnej części okna:

- **Numer** - w polu wyświetlony zostanie numer kuponu/recepty. Dla recepty wystawionej w Gabinetcie numer nie będzie wyświetlany.
- **Rodzaj** - występują dwa rodzaje zleceń:
  - a) Skierowanie** - wyświetlone zostanie skierowanie wystawione pacjentowi na wizycie realizowanej w Gabinetcie lub kupon skierowanie przypisane do wizyty.
  - b) Recepta** - wyświetlona zostanie recepta wystawiona pacjentowi na wizycie realizowanej w Gabinetcie.
- **Kod rozpoznania** - w polu wyświetlony zostanie kod rozpoznania głównego dla zlecenia w rodzaju: Skierowanie.

W dolnym oknie **"Zlecenia nieprzypisane do wizyty"** prezentowane są zlecenia (recepty i skierowania), które zostały wygenerowane, ale nie są powiązane z żadną wizytą. W celu przypisania takich kuponów do wizyty należy zaznaczyć dane zlecenie, poprzez zaznaczenie go w kolumnie [✓]. Po zatwierdzeniu wizyty zaznaczone zlecenie zostanie przypisane do wizyty.

- **[✓]** - zaznaczenie pola [✓] w kolumnie powoduje powiązanie wybranego zlecenia z wizytą.
- **Numer** - w polu wyświetlony zostanie numer kuponu/recepty.
- **Rodzaj** - występują dwa rodzaje zleceń:
  - a) **Skierowanie** - wyświetlony zostanie kupon skierowanie, który został wygenerowany pacjentowi, ale nieprzypisany do wizyty.
  - b) **Recepta** - wyświetlona zostanie recepta, która została wygenerowana pacjentowi, ale nieprzypisana do wizyty.
- **Data wyst.** - data wystawienia/wygenerowania zlecenia.
- **Komórka org.** - nazwa komórki organizacyjnej, w której wystawione zostało zlecenie.
- **Wystawiający** - imię i nazwisko osoby wystawiającej zlecenie.
- **Kod rozp.** - kod rozpoznania głównego dla zlecenia w rodzaju: Skierowanie.

# Rozdział

# 12

## Funkcjonalności uzupełniające

W niniejszym rozdziale opisane zostały dodatkowe funkcjonalności dostępne w programie mMedica:

- [Ewidencja świadczeń COVID-19 \(WYK-BAD\)](#)
- [Edycja wskaźnika WRN \(Karta DiLO\)](#)
- [Edycja wskaźników e-Skierowań](#)
- [Pozycje preferowane w słownikach](#)
- [Przegląd dokumentów UE](#)
- [Przegląd zwolnień lekarskich](#)
- [Pocztą wewnętrzną](#)
- [Kwalifikacja pacjentów do profilaktyki zdrowotnej](#)
- [Powiadomienia e-mailowe](#)
- [Wprowadzanie tekstów standardowych w polach opisowych](#)
- [Zbiorcza zamiana kodów terytorialnych](#)
- [Obsługa eRejestracji w mMedica](#)
- [Wizualizacja kanałów komunikacyjnych ustawionych przez pacjenta w IKP](#)
- [Rejestr przechowywanych kart uodpornienia](#)

## 12.1 Ewidencja świadczeń COVID-19 (WYK-BAD)

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [COVID-19](#) > [Wykonane świadczenia COVID-19](#)

Aplikacja mMedica posiada funkcjonalność sprawozdawczości produktów rozliczeniowych COVID-19 poprzez komunikat SWIAD: WYK-BAD.

Do ewidencji tego typu produktów służy przycisk **Nowe**, dostępny w górnej części okna *Wykonane świadczenia COVID-19*.

The screenshot shows the 'Wykonane świadczenia COVID-19 2021' window. At the top, there are three buttons: 'Nowe' (highlighted with a red box), 'Dane', and 'Usuń'. Below these is a search panel titled 'Wyszukiwanie zaawansowane' with fields for 'Miesiąc', 'Pacjent', 'Produkt', 'Nr umowy', 'Status', and 'ID zestawu', along with 'Zastosuj' and 'Wyczyść' buttons. The main area contains a table with columns: 'Data od', 'Data do', 'Kod', 'Nazwa', and 'Pacjent'.

Po wybraniu powyższego przycisku użytkownik zostanie przeniesiony do kartoteki pacjentów. Po wskazaniu w niej pacjenta wyświetli się okno *Nowe wykonane świadczenie COVID-19*, w którym należy wybrać umowę, daty wykonania świadczenia oraz pozostałe wymagane dane.

The screenshot shows the 'Nowe wykonane świadczenie COVID-19' dialog box. It contains the following fields: 'Pacjent: Kowalski Jan', 'Data od: 30-06-2021', 'Data do: 30-06-2021', 'Krotność: 1', 'Nr umowy: 000/000000/COV/04/2021', 'Produkt:' (highlighted with a red box), 'Zakres:', and 'Wyróżnik:'. At the bottom are 'Zatwierdź' and 'Wyjście' buttons.

W celu dostosowania ewidencji do aktualnych wytycznych komunikatu SWIAD WYK-BAD w powyższym oknie dodano pole "Zakres", odnoszące się do zakresu świadczeń, oraz "Wyróżnik". W polu "Wyróżnik" dostępna jest lista wyróżników wynikająca z planu wybranej umowy dla wskazanego roku, miesiąca i zakresu.

W polu "Nr umowy" dostępne są umowy w rodzaju 19- CHOROBY ZAKAŻNE I STANY NADZWYCZAJNE. Pole "Produkt" zawiera słownik produktów rozliczeniowych COVID-19 przekazywanych komunikatem "WYK-BAD".

Po wprowadzeniu wszystkich wymaganych danych należy wybrać przycisk **Zatwierdź**.

Dla każdego wprowadzonego w powyższy sposób świadczenia utworzy się osobny rekord tabeli w oknie *Wykonane świadczenia COVID-19*.

Do podglądu danych zaznaczonej pozycji służy przycisk **Dane**, natomiast do jej usunięcia - przycisk **Usuń**.

Przekazanie danych do lokalnego systemu OW NFZ następuje poprzez wysyłkę [I fazy](#) ze wskazaniem:

- Nr umowy z zakresu 19 - CHOROBY ZAKAŻNE I STANY NADZWYCZAJNE
- Obszaru sprawozdawczości "Badania POZ/Covid-19"

Statusy eksportu poszczególnych świadczeń będą widoczne w oknie *Wykonane świadczenia COVID -19* w kolumnie "Status". Mogą one przyjąć jedną z poniższych wartości:

- Niepotwierdzone** - wprowadzone świadczenie nie zostało jeszcze wysłane,
- Wysłane potwierdzenie** - świadczenie zostało wysłane, ale nie otrzymało jeszcze potwierdzenia,
- Potwierdzenie poprawne** - świadczenie zostało wysłane, a następnie potwierdzone poprawnie,
- Potwierdzenie błędne** - świadczenie zostało wysłane, a następnie został zwrócony dla niego błąd.

W panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* dodano pole "Status" umożliwiające wyszukiwanie świadczeń z danym statusem potwierdzenia.

## 12.2 Edycja wskaźnika WRN (Karta DiLO)

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Słowniki](#) > [Edycja wskaźnika WRN](#)

Zgodnie z zarządzeniem nr 43/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 26.06.2017 r. od dnia 1 lipca 2017 r. nie określa się wysokości Współczynnika Rozpoznawania Nowotworów.

Do 30.06.2017 Współczynnik Rozpoznawania Nowotworów (WRN) był wyliczany indywidualnie - jego wartość zależała od wyznaczonego uśrednionego wskaźnika WRN dla świadczeniodawcy/lekarza, a sposób jego obliczania określało właściwe rozporządzenie. Aby wartość współczynnika podpowiadała się automatycznie podczas ewidencji wizyty, na której została wydana [Karta DiLO](#), została przygotowana formatka *Edycja wskaźnika WRN*, na której definiuje się wysokość wskaźnika w kontekście danego miesiąca.

Zgodnie ze zmianami wprowadzonymi przez zarządzenie nr 43/2017/DSOZ, wartości uzupełnione na formacie od miesiąca lipca wzwyż nie są uwzględniane przez aplikację podczas rozliczania wizyty. Wartości w polu "Współczynnik" należy uzupełnić do miesiąca czerwca, w przypadku konieczności wykonania korekt.

Aby zmienić wartość wskaźnika WRN należy:

- Podświetlić linię odpowiadającą danemu miesiącowi.
- W kolumnie "Wskaźnik" w danej linii kliknąć dwukrotnie lewym przyciskiem myszki.
- Wpisać prawidłową wartość wskaźnika.



4. Zapisać zmiany przyciskiem **Zatwierdź**.

Na podstawie wprowadzonego wskaźnika, program podpowie odpowiednią wartość w kolumnie "Współczynnik".

Edycja wskaźnika WRN na rok 2017			
*	Miesiąc	Wskaźnik	Współczynnik
	1	0,1250	1,28
	2	1,0000	2,14
	3	2,4000	2,14
	4	1,0000	2,14
	5	1,0000	2,14
▶	6	0,0833	0,57
	7	0,1000	1,00
	8	1,0000	2,14
	9	1,0000	2,14
	10	1,0000	2,14
	11	1,0000	2,14
	12	1,0000	2,14

Dzięki temu zdefiniowany współczynnik będzie podpowiadał się automatycznie na pozycji rozliczeniowej w polu "Współczynnik" wraz z dodaniem świadczenia: "Porada lekarska związana z wydaniem karty".

**Pozycja rozliczeniowa**

Data realizacji: Od: \* 2017-03-14 do: \* 2017-03-14 Miesiąc: \* Marzec Rok: \* 2017

Dane realizacji:

Miejsce realizacji: PORADNIA LEKARZA POZ

Zakres świadczeń: \* 01.0010.994.01 ... ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ - PORADY ZWIĄZANE Z WYDANIEM KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

Świadczenie: \* 5.01.00.0000001 ... PORADA LEKARSKA ZWIĄZANA Z WYDANIEM KARTY

Wyróżnik: \* 1 Waga:

Numer umowy: \* 125 Sposób rozliczenia: Pełne rozliczenie (100%)

Krotność faktyczna: \* 1 Kr. rozliczeniowa: 1 Dopłata:

Taryfa: Współczynnik: 2,4

Dokumenty upoważniające do realizacji świadczenia

Ubezpieczyciel: Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia



## 12.4 Kwalifikacja do profilaktyki zdrowotnej

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Kwalifikacja do profilaktyki zdrowotnej](#)

Formatka *Kwalifikacja do profilaktyki zdrowotnej* umożliwia import listy osób z pliku .XLS zakwalifikowanych do nast. rodzajów profilaktyk: ChUK, cytologii, mammografii. Do programu importowani są tylko pacjenci, którzy znajdują się w bazie danych aplikacji i w pliku XLS posiadają status "Do przebadania".

Aby poprawnie zaczytać do aplikacji plik z kwalifikacją należy na stanowisku, na którym wczytywany jest plik, posiadać zainstalowany pakiet MS Office lub Open Office.

W celu zaczytania do programu listy osób należy wykonać poniższe czynności:

1. Z portalu SIMP pobrać listę pacjentów zakwalifikowanych do programu profilaktycznego (wybrać listę rozszerzoną, dotyczącą wszystkich trzech rodzajów profilaktyk) i zapisać na dysku komputera.
2. Przejść do powyższej ścieżki i wybrać przycisk **Import z pliku XLS**.
3. W oknie *Otwieranie* wskazać plik pobrany zgodnie z pkt. 1.
4. Wybrać przycisk **Otwórz**, który rozpocznie proces zaczytywania listy do programu.

Po zaczytaniu pliku na formatce wyświetlana będzie lista osób z podaniem szczegółowych informacji jak: nazwisko i imię, PESEL, data wpisu na listę w programie oraz rodzaj programu.

**Import z pliku XLS**

**Wyszukiwanie zaawansowane**

Nazwisko / PESEL:

Rodzaj:


Zastosuj Wyczyść

Nazwisko i imię	PESEL	Data wpisu	Rodzaj
Zofia		2018-02-14 07:42	ChUK
Agata		2018-02-14 07:42	Cytologia
Agata		2018-02-14 07:42	Mammografia
Jan		2018-02-14 07:42	ChUK
Jan		2018-02-14 07:42	ChUK
Bogusława		2018-02-14 07:42	ChUK
Joanna		2018-02-14 07:42	ChUK

## 12.4.1 Profilaktyka ChUK

Informacje o kwalifikacji pacjenta do programu profilaktyki ChUK wyświetlane są w oknie Terminarza, podczas dokonywania rezerwacji/rejestracji terminu wizyty. Konieczne do tego jest spełnienie nast. warunków:

- Tworzona rezerwacja/rejestracja dotyczy wizyty POZ.
- Pacjent posiada złożoną, aktywną deklarację do lekarza POZ.
- Pacjent nie posiada żadnej wizyty z rozpoznaniem z zakresu I00-I99.
- Pacjent znajduje się na liście w: [Ewidencja > Specjalne > Kwalifikacja do profilaktyki zdrowotnej](#).

Pacjent, który został zakwalifikowany do programu profilaktyki ChUK zostanie oznaczony w Gabinetce dodatkową ikoną: . Szczegółowe informacje znajdują się w rozdziale: [Utworzenie karty ChUK](#).

## 12.4.2 Profilaktyka cytologii/mammografii

Informacja o kwalifikacji pacjenta do programu profilaktyki raka szyjki i/lub raka piersi wyświetlane są w dodatkowym oknie, tuż po otwarciu wizyty gabinetowej, realizowanej w komórkach o kodach resortowych cz. VIII równych: 0010, 0012, 0014, 0032, 0034, 0036, 0038, 0040, 1450, 1452. Oprócz tego w górnym panelu formatki Gabinetu wyświetlane są następujące ikony:



Kwalifikacja do profilaktyki raka szyjki macicy



Kwalifikacja do profilaktyki raka piersi




## 12.5 Pozycje preferowane w słownikach

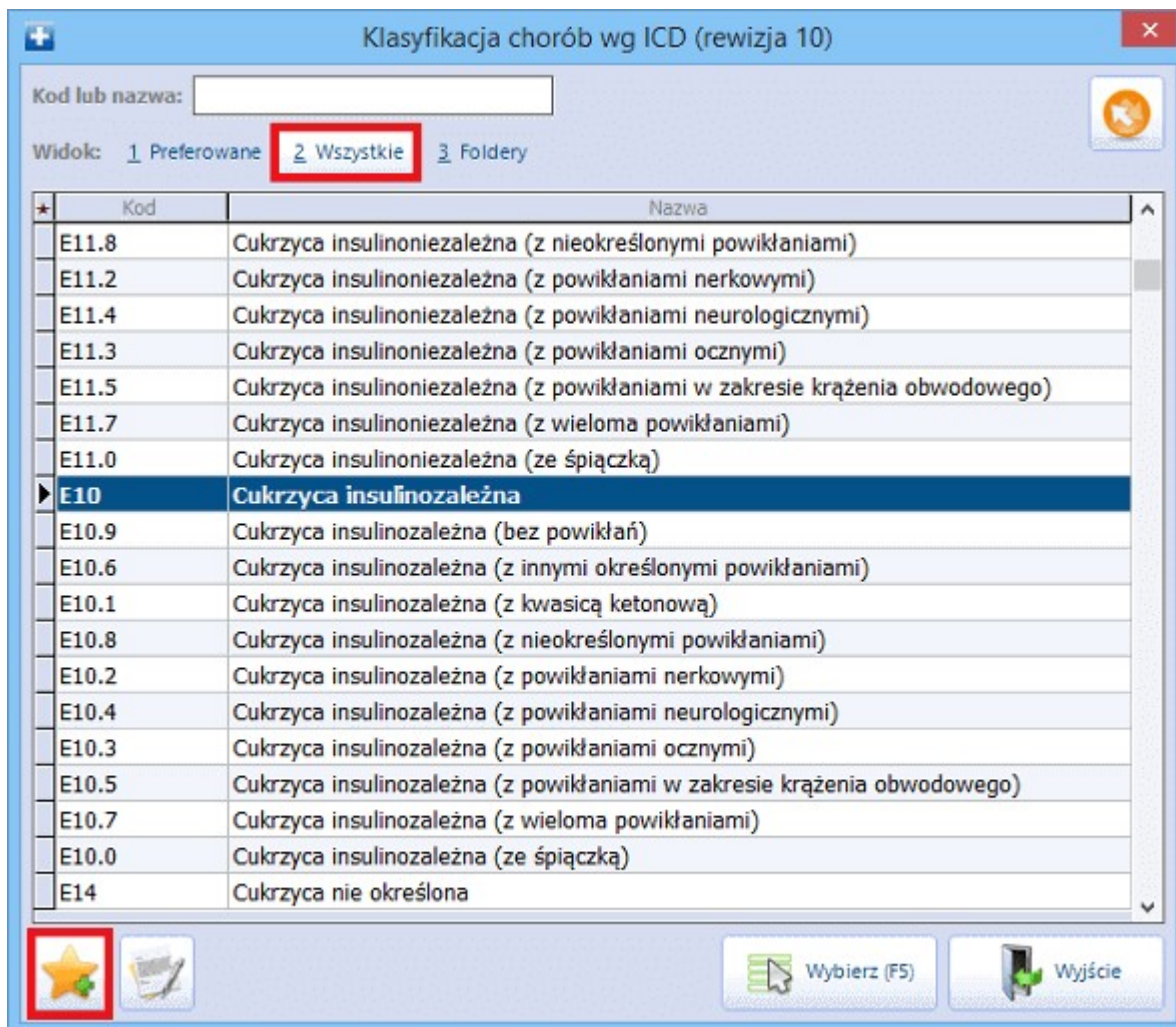
W słownikach podstawowych znajdujących się w programie mMedica, istnieje możliwość oznaczania wybranych pozycji jako preferowanych.

W każdym słowniku podstawowym (np. procedur ICD-9, rozpoznań ICD-10, kodów świadczeń, kodów terytorialnych) znajduje się sekcja **Widok** z następującymi wartościami:

1. **Preferowane** - w widoku znajdują się pozycje, które oznaczone zostały jako preferowane.
2. **Wszystkie** - w widoku znajdują się wszystkie pozycje danego słownika.
3. **Foldery** - w widoku znajdują się pozycje posegregowane w folderach tematycznych.

Słownik otwierany jest domyślnie na zakładce **2. Wszystkie**, w której prezentowane są wszystkie dane ze słownika posegregowane w kolejności alfabetycznej. Aby ułatwić ewidencję danych i nie musieć każdorazowo wyszukiwać tych samych pozycji w słowniku, można skorzystać z funkcji oznaczenia pozycji jako preferowanych.

W tym celu należy podświetlić na liście rekord i wybrać przycisk **"Dodaj do preferowanych"**  znajdujący się w lewym dolnym rogu okna.




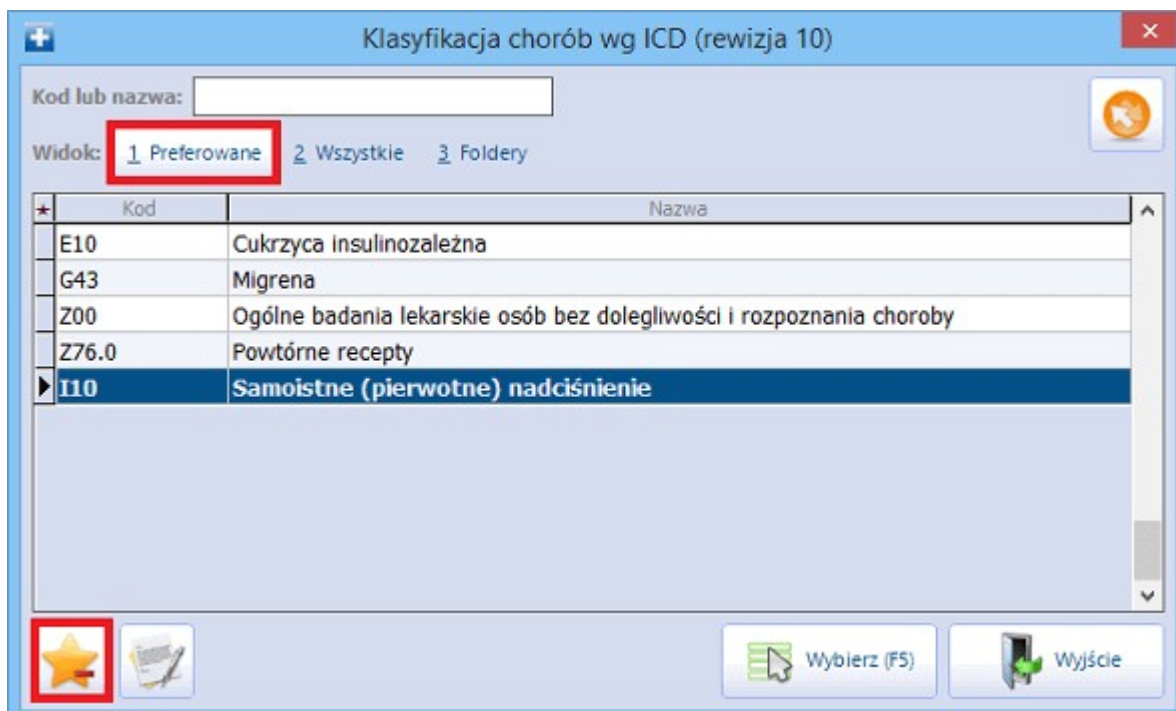
Po wybraniu przycisku wyświetlony zostanie komunikat, potwierdzający dodanie wybranej pozycji do preferowanych:



Pozycja została dodana do preferowanych.

OK

Aby usunąć pozycję z preferowanych należy w sekcji **Widok** wybrać zakładkę **1. Preferowane**, następnie zaznaczyć na liście rekord i wybrać przycisk **"Usuń preferowanych"**  znajdujący się w lewym dolnym rogu okna.



Po wybraniu przycisku wyświetlony zostanie komunikat, potwierdzający usunięcie wybranej pozycji z preferowanych:

Pozycja została usunięta z preferowanych.

OK

## 12.6 Przegląd dokumentów UE

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Przegląd dokumentów z UE](#)

No formatce *Przegląd dokumentów UE* prezentowane są dane wszystkich dokumentów unijnych, jakie zostały wprowadzone do programu mMedica. Z tego poziomu można je dowolnie modyfikować, a także usuwać za pomocą przycisku **Usuń**, znajdującego się w dolnej części okna.

**Przegląd dokumentów UE**

ID	Rodzaj dokumentu	Typ form.	Nr dokumentu	Nr ewidencyjny upoważnionego	Nazwisko członka rodziny	Imiona członka rodziny	Data wystawienia	Data ważności od	Data ważności do	Instytucja właściwa	Kraj inst. wł.	Nazwisko	Imię
8...	poświadc...	E106	123	123	nazwiskoC...	ImieC_8616...	2012-01-...	2012-01-...	2014-12-...	105313145	DE	nazwisko_8...	Imie_861649
8...	poświadc...	E106	123	123	nazwiskoC...	ImieC_8616...	2015-01-...	2015-01-...		104212505	DE	nazwisko_8...	Imie_861650
8...	EKUZ	123	123	123	nazwiskoC...	ImieC_8617...			2015-02-...	105313145	DE	nazwisko_8...	Imie_861724
8...	EKUZ	123456789	123456789	123456789	nazwiskoC...	ImieC_8648...			2020-05-...	104127692	DE	nazwisko_8...	Imie_864829
8...	EKUZ	12345678	0987654321		Kowalski	Jan			2016-0...	105313145	DE	Kowalski	Jan

**Dokument UE**

Słownik dokumentów upoważniających UE / Identyfikator dokumentu: 867578

**1. Dokument UE** **2. Dane upoważnionego** **3. Dane członka rodziny**

**Dokument upoważniający**

Rodzaj: E - EKUZ Typ formularza: Data wystawienia:

Nr formularza: 12345678

Data obowiązywania: do: 2016-08-21 Data obowiązywania w systemie mMedica: do: 2016-08-21

Kod kraju instytucji właściwej: DE NIEMCY

Kod instytucji właściwej: 105313145 AOK-DIE GESUNDHEITSKASSE IN HE... Kod CWU: 5507

Akronim instytucji właściwej:

Status zatrudnienia:

Artykuł prawny:

Podmiot finansujący: Status: Aktualny

Załącznik: (brak)

**Usuń dokument**

## 12.7 Przegląd zwolnień lekarskich

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Zwolnienia lekarskie \(e-ZLA\)](#)  
[Gabinet](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Przegląd zwolnień lekarskich](#)

Na formatce *Wystawione zlecenia* prezentowane są informacje o wszystkich zwolnieniach lekarskich, jakie zostały wystawione pacjentom na wizycie realizowanej w Gabinetcie. Ponadto, w dodatkowym module eZLA (+) istnieje możliwość elektronicznej dokumentacji zwolnienia wystawionych w trybie alternatywnym.

Formatka podzielona jest na dwa okna. W górnym oknie wyświetlana jest lista wszystkich zwolnień lekarskich, wystawionych przez osobę personelu aktualnie zalogowaną do aplikacji. Z kolei w dolnym oknie *Dokumenty e-ZLA* prezentowane są dane dokumentów do elektronicznej dokumentacji (oryginał i kopia) z informacją o dacie zwolnienia oraz serii i numerze dokumentu wystawionego w trybie alternatywnym.

Opis przycisków znajdujących się w górnym panelu formatki:

- **Dane zwolnienia** - w oknie modalnym zostaną zaprezentowane dane zwolnienia lekarskiego wystawionego przez lekarza w Gabinetce. Zwolnienie wyświetlane jest wyłącznie w celach poglądowych, nie ma możliwości jego edycji.
- **Dane pacjenta** - dane pacjenta podświetlonego na liście.
- **Wypisano** - przycisk aktywny dla zwolnienia, które zostało oznaczone w Gabinetce jako "Do wypisania" i posiada ten sam status. Po wypisaniu zwolnienia przez pracownika należy odnotować ten fakt poprzez wybranie przycisku.
- **Drukuj** - wydruk oryginału oraz kopii zwolnienia lekarskiego.
- **Elektronizuj** - przycisk dostępny w wersji mMedica eZLA (+), aktywny dla zwolnień w statusie "Do elektronizacji". Powoduje wysłanie zwolnień wystawionych w trybie alternatywnym do PUE.

## 12.8 Rejestr przechowywanych kart uodpornienia

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Rejestr przechowywanych kart uodpornienia](#)

Świadczeniodawca, realizujący szczepienia ochronne, ma możliwość prowadzenia elektronicznego rejestru wydanych oraz otrzymanych kart uodpornienia pacjentów. Funkcjonalność jest dostępna w wersji **PLUS** programu. Użytkownik, który chce z niej korzystać, musi posiadać w swoich danych w rejestrze użytkowników ([Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#)), na zakładce **Uprawnienia funkcjonalne**, w gałęzi [Administracja systemem](#) zaznaczone uprawnienie **"Przegląd rejestru przechowywanych kart uodpornienia"**.

Aby w oknie rejestru dodać nową pozycję dla wydanej/otrzymanej karty, należy wybrać przycisk **Nowy**, zamieszczony na górze ekranu. Po tej czynności w dolnej części ekranu, w oknie *Nowa karta*, uaktywnią się pola do wprowadzenia danych.

**Rejestr przechowywanych kart uodpornienia**

Nu...	Rodzaj	Data otrzymania / wydania	Nadawca/Odbiorca	PESEL	Data urod...	Nazwisko i imię
1	Otrzymanie	02-02-2022	Przychodnia	00...	16-02-1...	Kowalski Jan
2	Przekazanie	03-02-2022	Przychodnia	00...	16-02-...	Kowalski Jan

**Nowa karta**

Rodzaj:  Numer:

Data wydania karty:  Odbiorca:

Uwagi:

**Dane pacjenta**

Pacjent:

Adres:

Data urodzenia:  PESEL:

**Wprowadzający / Modyfikujący**

Data wprowadzenia:  Wprowadzający(a):

Data modyfikacji:  Modyfikujący(a):

W polu "Rodzaj" należy z listy rozwijalnej wybrać odpowiednią wartość, jedną z dwóch dostępnych: "Otrzymanie" lub "Przekazanie", w zależności od tego, czy ewidencja dotyczy otrzymania, czy przekazania karty. Kolejnym krokiem jest uzupełnienie pozostałych wymaganych danych, takich jak: numer, data wydania/otrzymania karty, odbiorca lub nadawca (poprzez wybór odpowiedniego podmiotu ze słownika instytucji), a także dane pacjenta, którego karta dotyczy. Aby wprowadzić dane pacjenta, należy wybrać przycisk  zamieszczony po prawej stronie sekcji Dane pacjenta, następnie w oknie kartoteki pacjentów, które się wyświetli, wskazać odpowiednią pozycję.

W razie potrzeby użytkownik może zamieścić istotne uwagi (pole "Uwagi").

Zapisania danych dokonuje się przyciskiem **Zatwierdź**.

Aby zmodyfikować dodaną pozycję rejestru, należy podświetlić ją na liście i wprowadzić odpowiednie zmiany w znajdującym się poniżej oknie jej danych (okno *Dane karty nr [...]*).

Informacja o dacie wprowadzenia/modyfikacji oraz użytkownika wprowadzający/modyfikującym będzie widoczna w oknie danych poszczególnych pozycji w sekcji Wprowadzający / Modyfikujący.

W celu usunięcia pozycji należy ją zaznaczyć i wybrać u góry ekranu przycisk **Usuń**.

## 12.9 Poczta wewnętrzna

Funkcjonalność poczty wewnętrznej jest dostępna tylko w wersjach programu mMedica Plus (+) i służy do przesyłania wiadomości tekstowych między użytkownikami aplikacji mMedica.

Podstawowymi funkcjonalnościami poczty wewnętrznej są:

- Wysyłanie wiadomości tekstowych i załączników do jednego lub więcej użytkowników programu
- Powiadamianie o nieprzeczytanych wiadomościach
- Przegląd odebranych i wysłanych wiadomości
- Drukowanie wybranych wiadomości
- Tworzenie grup odbiorców wiadomości

Przycisk dostępu do poczty znajduje się w prawym górnym rogu ekranu każdego okna w programie -->



. Obrazowany jest za pomocą koperty:



**Poczta** - przycisk dostępu do poczty. Po najechaniu kursorem na przycisk zostaje wyświetlona podpowiedź "Poczta", jeśli brak nieprzeczytanych wiadomości.



**1 nieprzeczytana wiadomość** - czerwony kolor koperty oznacza otrzymanie nowej wiadomości. Po najechaniu kursorem na przycisk zostaje wyświetlona liczba nieprzeczytanych wiadomości "X nieprzeczytana wiadomość", jeśli takie istnieją. Po przeczytaniu wiadomości koperta znów uzyska biały kolor.

Kliknięcie ikony koperty powoduje otwarcie formatki przeglądu poczty (zdz. poniżej). Formatka *Poczta* podzielona jest na dwa okna. W górnym oknie znajduje się lista wiadomości, zgodnie z wartością wybraną we filtrze *Pokaż wiadomości*, np. Nieprzeczytane, Odebrane, Wysłane. W dolnym oknie wyświetlana jest treść wiadomości zaznaczonej powyżej.



Opis przycisków znajdujących się w górnym panelu formatki:

- **Nowa wiadomość** - [wysłanie](#) nowej wiadomości do wybranego odbiorcy lub grupy odbiorców.
- **Odpowiedz** - otwiera formatkę tworzenia wiadomości, która będzie odpowiedzią na wiadomość zaznaczoną w górnym oknie. Dane odbiorcy i temat zostaną pobrane automatycznie z zaznaczonej wiadomości.

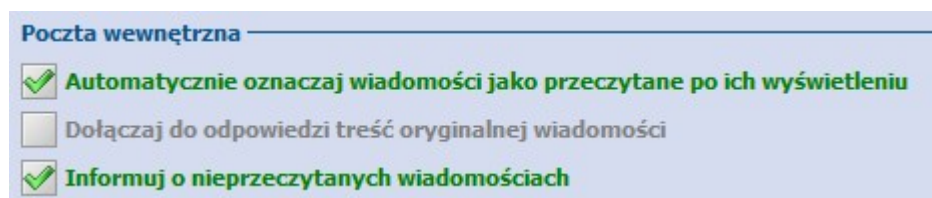


- **Oznacz jako przeczytane** - oznacza zaznaczoną wiadomość jako przeczytaną. Przycisk jest nieaktywny dla wiadomości odebranych i wysłanych.
- **Usuń** - usuwa zaznaczone wiadomości.
- **Drukuj** - drukuje zaznaczoną wiadomość.
- **Grupy odbiorców** - pozwala tworzyć i usuwać [grupy odbiorców](#) wiadomości.

## 12.9.1 Konfiguracja poczty wewnętrznej w programie

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), sekcja: [Komunikacja](#) > [Poczta inna](#)

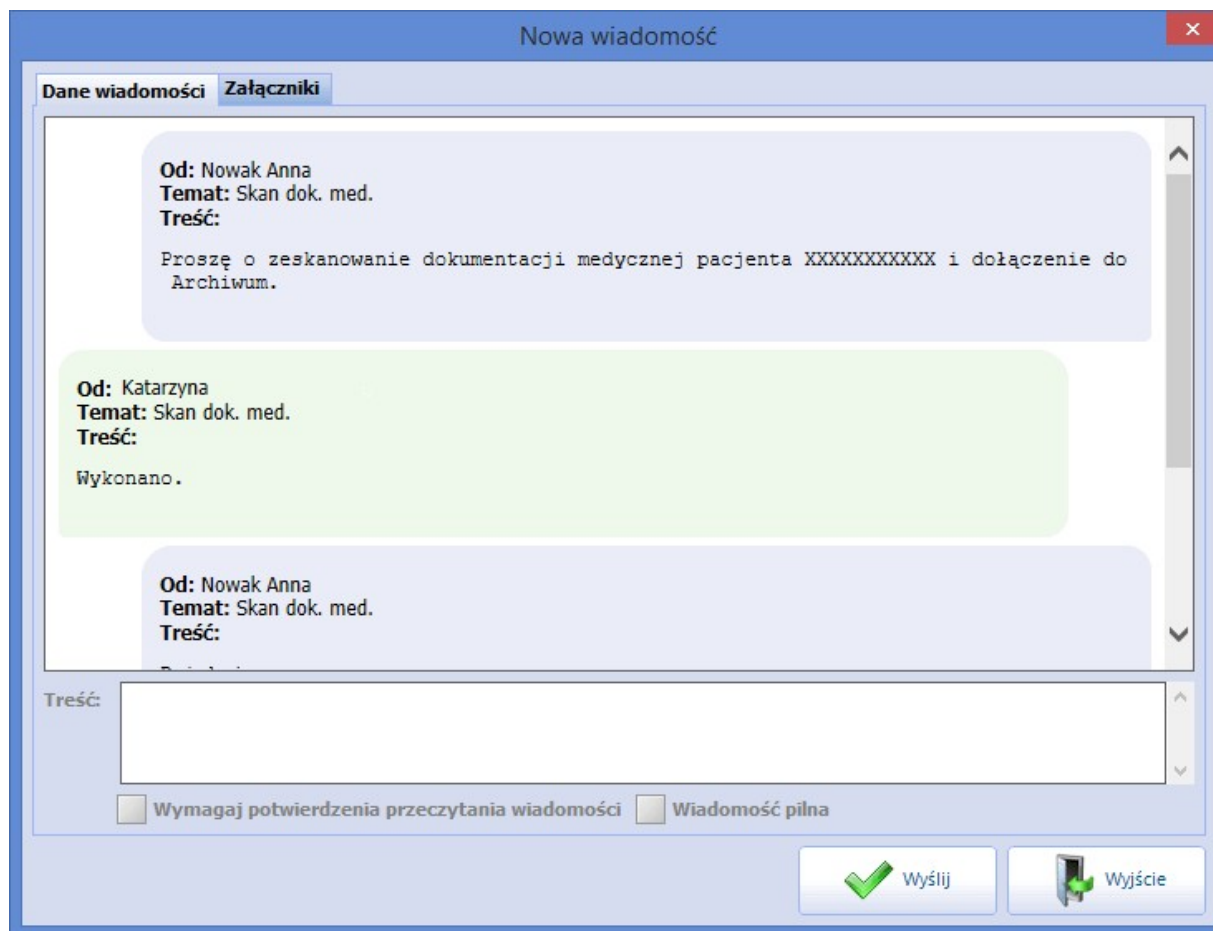
Konfiguracji poczty wewnętrznej w programie mMedica dokonuje się po przejściu do powyższej ścieżki w sekcji *Poczta wewnętrzna*.



**Poczta wewnętrzna**

- ☒ Automatycznie oznaczaj wiadomości jako przeczytane po ich wyświetleniu
- ☐ Dołączaj do odpowiedzi treść oryginalnej wiadomości
- ☒ Informuj o nieprzeczytanych wiadomościach

- Zaznaczenie opcji "Dołączaj do odpowiedzi treść oryginalnej wiadomości" będzie powodować dołączanie historii korespondencji do każdej odpowiedzi. Każda odpowiedź wyświetlana jest w osobnym polu, wyróżnionym kolorem. Taka forma prezentacji uzależniona jest od włączenia omawianego parametru.



**Nowa wiadomość**

**Dane wiadomości** **Załączniki**



**Od:** Nowak Anna  
**Temat:** Skan dok. med.  
**Treść:**  
 Proszę o zeskanowanie dokumentacji medycznej pacjenta XXXXXXXXXX i dołączenie do Archiwum.

**Od:** Katarzyna  
**Temat:** Skan dok. med.  
**Treść:**  
 Wykonano.

**Od:** Nowak Anna  
**Temat:** Skan dok. med.  
**Treść:**

**Treść:**

☐ Wymagaj potwierdzenia przeczytania wiadomości ☐ Wiadomość pilna

 Wyślij  Wyjście

- Z kolei, jeśli zostanie zaznaczona opcja "**Automatycznie oznaczaj wiadomości jako przeczytane po ich wyświetleniu**", to otwarcie wiadomości będzie powodowało oznaczenie jej jako przeczytanej, bez konieczności wybierania przycisku **Oznacz jako przeczytane**.
- W programie została dodana funkcja informowania o nieprzeczytanych wiadomościach. Jeśli wiadomość nie zostanie odczytana przez użytkownika, to podczas kolejnego zalogowania do programu zostanie wyświetlona użytkownikowi w dodatkowym oknie dialogowym (tak jak w przypadku [pilnych wiadomości](#)).

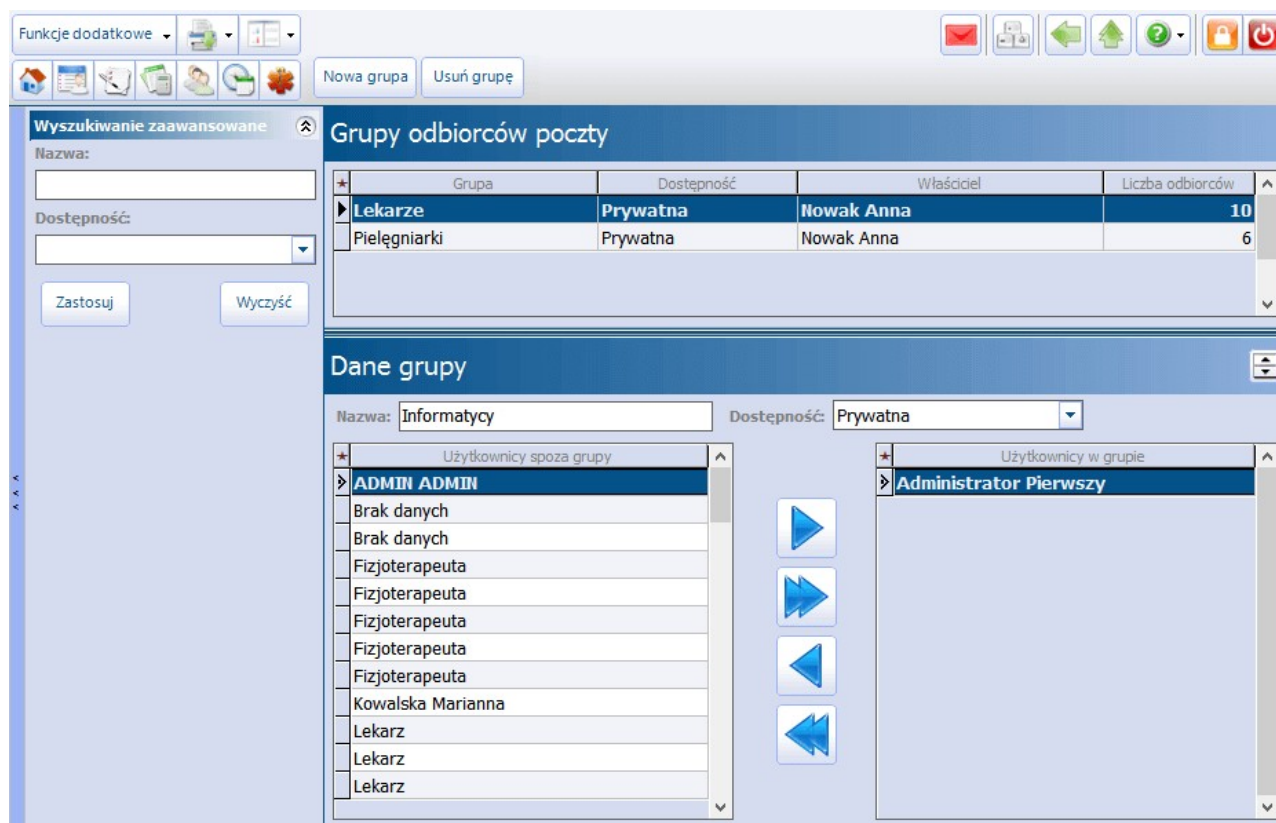
### 12.9.2 Tworzenie grup odbiorców poczty

W razie konieczności wysłania wiadomości do konkretnej grupy użytkowników, np. zgodnie z pełnioną przez nich funkcją, istnieje możliwość utworzenia własnych grup odbiorców. W tym celu należy wykonać nast. czynności:

1. W górnym panelu okna *Poczta* wybrać przycisk **Grupy odbiorców**.
2. W otwartym oknie *Grupy odbiorców poczty* wybrać przycisk **Nowa grupa**.
3. W dolnej części okna w polu "Nazwa" wpisać nazwę grupy.
4. Za pomocą dostępnych przycisków przenieść wybranych użytkowników programu do okna *Użytkownicy w grupie*, znajdującego się po prawej stronie.
  - Aby dodać użytkownika do grupy należy zaznaczyć go na liście, następnie skorzystać z przycisku ">".
  - Aby przenieść kilku użytkowników naraz należy przytrzymać na klawiaturze klawisz CTRL, zaznaczyć na liście kilku użytkowników, następnie skorzystać z przycisku ">".
  - W celu przeniesienia wszystkich użytkowników do utworzonej grupy, należy wybrać przycisk ">>".Nazwiska użytkowników, którzy zostali dodani do nowej grupy zostaną wyświetlone w oknie *Użytkownicy w grupie*.

Dodatkowo, w polu "Dostępność" można określić dostęp użytkowników do utworzonej grupy, poprzez wybranie odpowiedniej wartości z listy rozwijanej:

- **Prywatny** - grupa będzie widoczna tylko dla użytkownika, który ją utworzył i przez niego będzie mogła być modyfikowana i usuwana.
- **Publiczny** - grupa będzie widoczna dla wszystkich użytkowników programu, którzy mogą ją dowolnie modyfikować i usuwać.
- **Publiczny bez modyfikacji** - grupa będzie widoczna dla wszystkich użytkowników, ale prawo do jej modyfikacji i usunięcia będzie miał tylko ten użytkownik, który ją utworzył.



### 12.9.3 Wysłanie wiadomości

W celu utworzenia nowej wiadomości należy wykonać następujące czynności:

1. W górnym panelu okna *Poczta* wybrać przycisk **Nowa wiadomość**.
2. W polu "Do" wskazać odbiorcę(-ów) wiadomości. W tym celu należy rozwinąć listę i wybrać użytkownika(-ów) poprzez dodanie zaznaczenia ☒ obok nazwiska. Użytkownicy, którzy są aktualnie zalogowani do programu mMedica, są wyróżnieni na liście zieloną, pogrubioną czcionką (zdz. poniżej). Zaznaczenie checkboxa "Wszyscy" spowoduje wysłanie wiadomości do wszystkich użytkowników, znajdujących się na liście rozwijanej.  
Z kolei po zaznaczeniu nazwy grupy w sekcji "**Grupy**", wiadomość zostanie wysłana do wszystkich osób, które zostały przypisane do danej grupy.

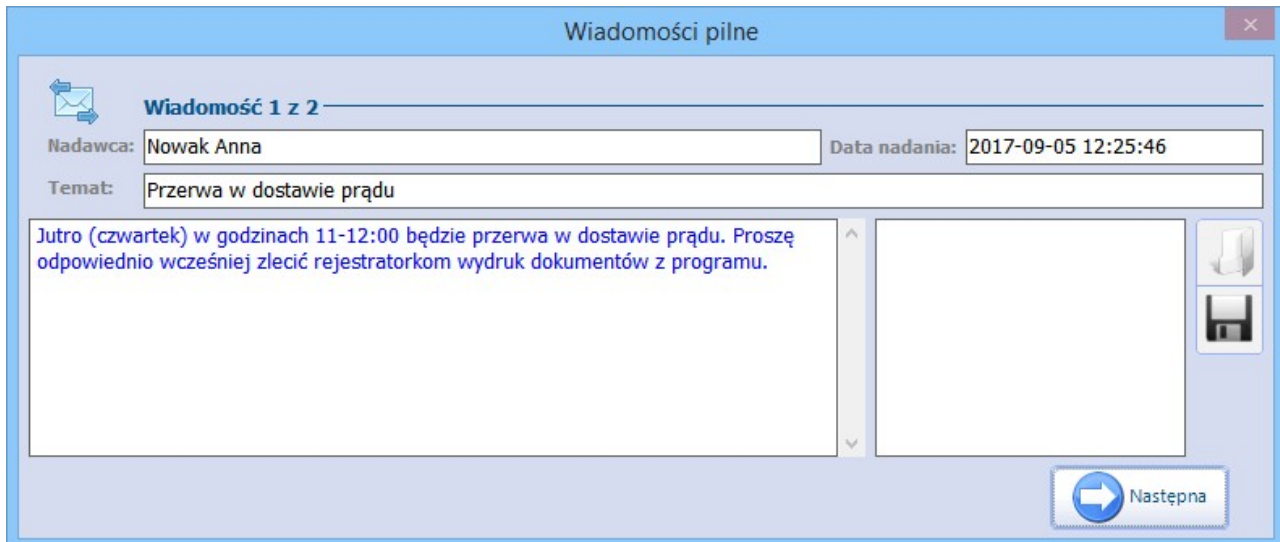
- Następnie uzupełnić pola "Temat" oraz "Treść". Do wysyłanej wiadomości można dołączyć dowolne załączniki (zeskanowane dokumenty, zdjęcia itd.), czego dokonuje się na zakładce *Załączniki*.

Zaznaczenie checkboxa **"Wymagaj potwierdzenia przeczytania wiadomości"** włącza potwierdzenie odczytu, a więc powiadomienie nadawcy o przeczytaniu wiadomości przez odbiorcę. Nadawca wiadomości otrzyma stosowną wiadomość, potwierdzającą odczytanie informacji przez odbiorcę. Zaznaczenie **"Wiadomość pilna"** nada wiadomości wysoki priorytet.


## 12.9.4 Wiadomość pilna

Jeśli podczas tworzenia wiadomości zostanie zaznaczony checkbox **"Wiadomość pilna"**, to wiadomość taka zostanie wysłana do użytkownika w specjalnym trybie.

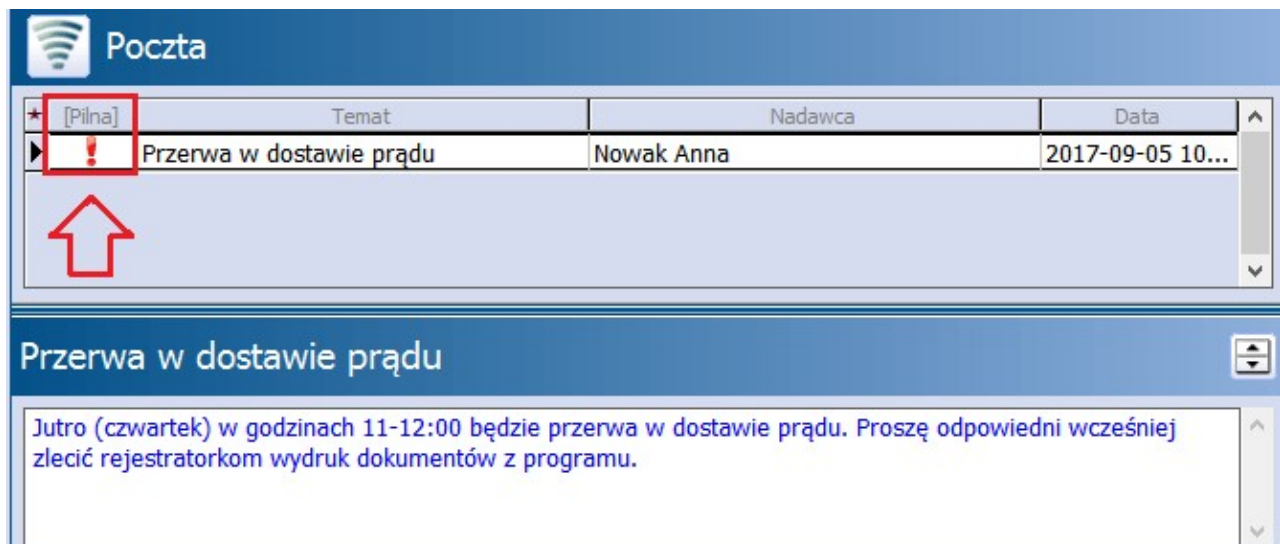
Treść wiadomości zostanie wyświetlona użytkownikowi w dodatkowym oknie dialogowym, tuż po zalogowaniu do programu mMedica:



W przypadku otrzymania więcej niż 1 wiadomości zostanie wyświetlony przycisk **Następna**, przekierowujący do kolejnego okna z wiadomością pilną. Po zapoznaniu się z treścią wiadomości, użytkownik powinien

zamknąć okno za pomocą przycisku .

Dodatkowo, w oknie poczty wiadomości pilne wyróżniane są ikoną czerwonego wykrzyknika:



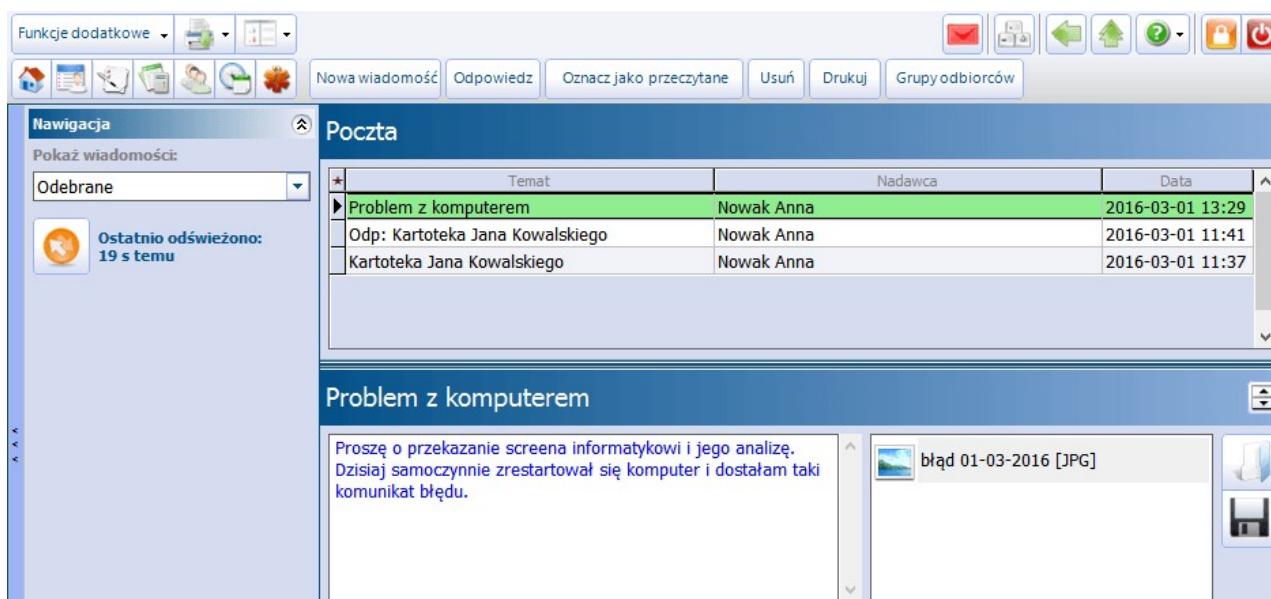


## 12.9.5 Odebranie wiadomości

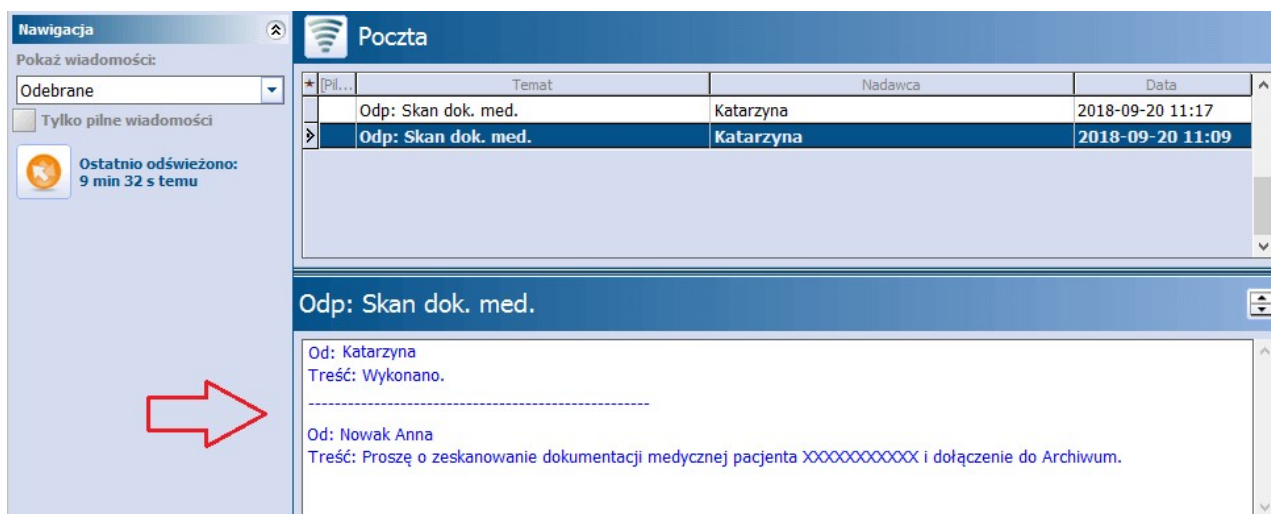
Aplikacja mMedica sprawdza nadejście nowych wiadomości co 2 minuty. Nadejście nowej wiadomości sygnalizowane jest poprzez:

- Sygnał dźwiękowy - jest nim dźwięk skonfigurowany w panelu sterowania systemu Windows dla nowej wiadomości poczty,
- Zmianę koloru koperty - z białej na czerwoną.

Nowa, nieodczytana wiadomość oznaczana jest na liście wiadomości kolorem zielonym (zdz. poniżej). Odebranie wiadomości poprzez kliknięcie przycisku **Oznacz jako przeczytane**, powoduje usunięcie zielonego podświetlenia i zmianę koloru koperty - z czerwonej na białą.



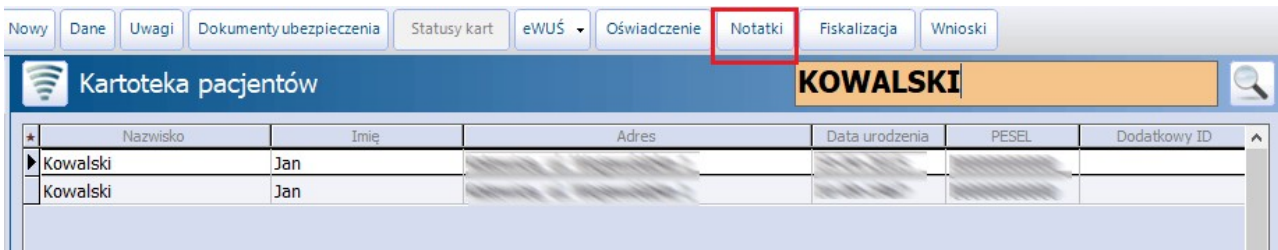
W dolnym oknie formatki wyświetlana jest pełna historia korespondencji. Wiadomości prezentowane są od najnowszej do najstarszej.



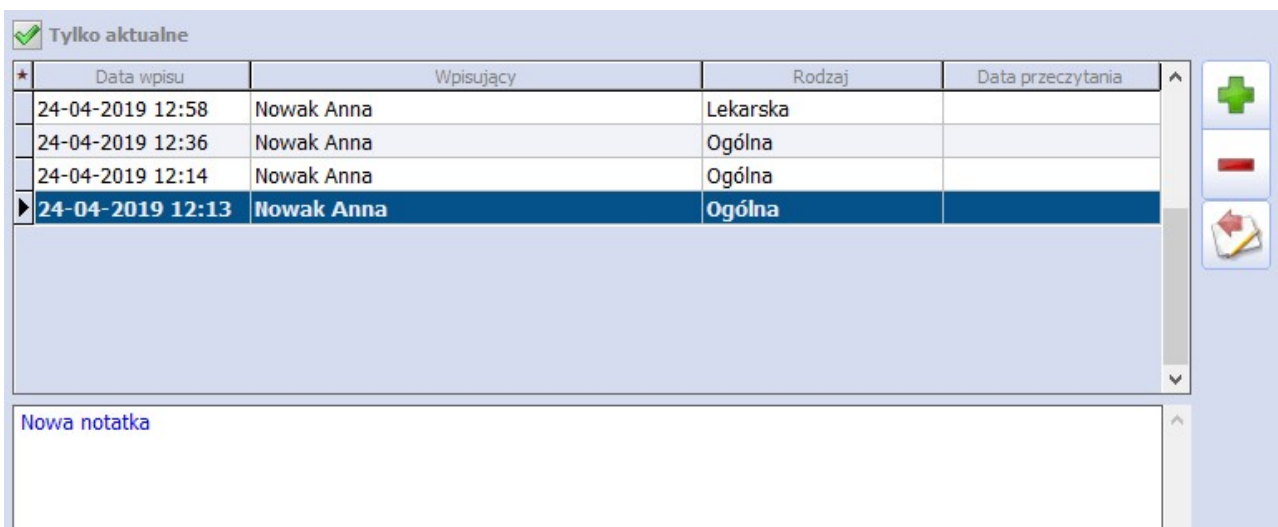
## 12.10 Notatki


W programie istnieje możliwość dodawania krótkich notatek dotyczących pacjenta. Funkcja opiera się na rozwiązaniu powiadomień - dodana notatka będzie wyświetlana po wskazaniu pacjenta w wybranych miejscach programu, do czasu oznaczenia jej jako przeczytanej.

Możliwość dodania notatki została wprowadzona w trzech miejscach w aplikacji: *Kartotece pacjentów*, *Terminarzu* - dla czynności rejestracji i rezerwacji oraz na wizycie realizowanej w *Gabiniecie*. Adnotacja wprowadzona w ramach danego pacjenta może być wykorzystywana w celu przekazania istotnych informacji osobie realizującej świadczenie lub rejestratorce dokonującej zapisu na wizytę.




W górnym panelu każdej z wyżej wymienionych formatek znajduje się przycisk **Notatki**, uruchamiający okno podglądu wprowadzonych wcześniej dla wybranego pacjenta notatek. Treść wskazanej na liście notatki wyświetli się w dolnej części okna.



Po wybraniu przycisku  pojawi się okno dodawania nowej notatki (zdz. poniżej). Do wprowadzania notatek można wykorzystać funkcjonalność szablonów [tekstów standardowych](#), do czego służy przycisk



W celu usunięcia zaznaczonej notatki należy wybrać przycisk . Aby notatka przestała się wyświetlać dla danego pacjenta, należy oznaczyć ją jako nieaktualną (przeczytaną) za pomocą przycisku **Oznacz jako**



**nieaktualna**. Domyślnie na liście prezentowane są tylko aktualne notatki dotyczące pacjenta. Aby wyświetlić również nieaktualne, należy wyłączyć parametr **Tylko aktualne**.

Dodatkowo w Gabinetce istnieje możliwość określenia rodzaju wprowadzanej notatki. Dokonuje się tego poprzez zaznaczenie jednego z parametrów: **Ogólna** lub **Lekarska**, dostępnych w górnej części okna edycji notatki (zdz. powyżej). Parametry te nie będą dostępne z poziomu *Terminarza* oraz *Kartoteki pacjentów*. Notatki wprowadzane w tych oknach będą domyślnie traktowane jako ogólne.

Notatka w rodzaju **Ogólna** będzie wyświetlać się dla pacjenta we wszystkich miejscach, gdzie funkcjonalność ta jest dostępna. Natomiast notatka w rodzaju **Lekarska** będzie dostępna tylko w oknie wizyty realizowanej w *Gabinetce* w ramach komórki organizacyjnej, w której ta notatka została wystawiona.

Notatki dotyczące danego pacjenta będą się automatycznie wyświetlać, z uwzględnieniem wyżej opisanych zasad dotyczących rodzajów notatek, przy wprowadzaniu jego rezerwacji/rejestracji w *Terminarzu* oraz przy otwieraniu jego wizyty w *Gabinetce*. W oknie, które się pojawi, będzie możliwość podglądu, kiedy i przez kogo dana notatka była wystawiona oraz jaka jest jej treść.

Informacje o wszystkich notatkach dodanych w ramach pacjenta gromadzone są w [Kartoteka pacjentów > Dane > 11. Notatki](#). Na liście prezentowane są notatki, jakie zostały utworzone z informacją o dacie wpisu, osobie wpisującej notatkę oraz dacie jej przeczytania. Podgląd treści notatki widoczny jest w dolnym oknie, po podświetleniu wybranej notatki. Z tego poziomu istnieje również możliwość dodania nowej notatki oraz usunięcia istniejącej.

## 12.11 Powiadomienia e-mailowe

Aplikacja mMedica umożliwia wysyłanie informacji i powiadomień do pacjentów w formie wiadomości e-mail, po uprzedniej konfiguracji programu. Funkcjonalność kontaktowania się z pacjentem drogą e-mailową jest dostępna w każdej wersji programu mMedica (PS-STD+) i nie wymaga posiadania żadnego dodatkowego modułu. Wysyłka może odbywać się w sposób automatyczny, po wystąpieniu określonego zdarzenia lub ręczny do indywidualnie wybranej grupy odbiorców.

Powiadomienia e-mail są automatycznie wysyłane z aplikacji mMedica między innymi w następujących sytuacjach:

- W przypadku dokonania rezerwacji wizyty w Terminarzu
- W przypadku zmiany terminu rezerwacji z poziomu Terminarza
- W przypadku odwołania rezerwacji pacjenta z poziomu Terminarza

- W przypadku wystawienia recepty na wizycie receptowej podczas autoryzacji wizyty realizowanej w Gabinecie

Ponadto kilka dni przed wizytą pacjenci mogą otrzymać przypomnienie o zbliżającej się wizycie, o konieczności doniesienia skierowania, o upływie terminu jego dostarczenia lub przypomnienie o terminie szczepienia.

Dzięki funkcjonalności wysyłania zbiorczych powiadomień do wybranych grup marketingowych, placówka uzyskuje sposobność prowadzenia różnorodnych akcji informacyjnych i promocyjnych, kierując je do odpowiednich grup odbiorców.

	Nazwisko	Imię	Email	Telefon	Powiadomienie
<input checked="" type="checkbox"/>	Kowalski	Jan			E-mail
<input checked="" type="checkbox"/>	Kowalski	Jan			SMS

Szczegółowe informacje dotyczące konfiguracji powiadomień e-mail oraz sposobu działania zostały opisane w instrukcji Modułu mPowiadomienia, znajdującej się na [stronie internetowej](#) produktu mMedica.

## 12.12 Teksty standardowe w polach opisowych

W codziennej pracy pomocnym może okazać się zbiór tekstów standardowych, który przyspiesza wprowadzanie niezbędnych informacji w większości pól opisowych, znajdujących się w programie mMedica. Wcześniej stworzone przez użytkownika teksty wybiera się z dostępnej listy i dodaje do właśnie uzupełnianego okna.

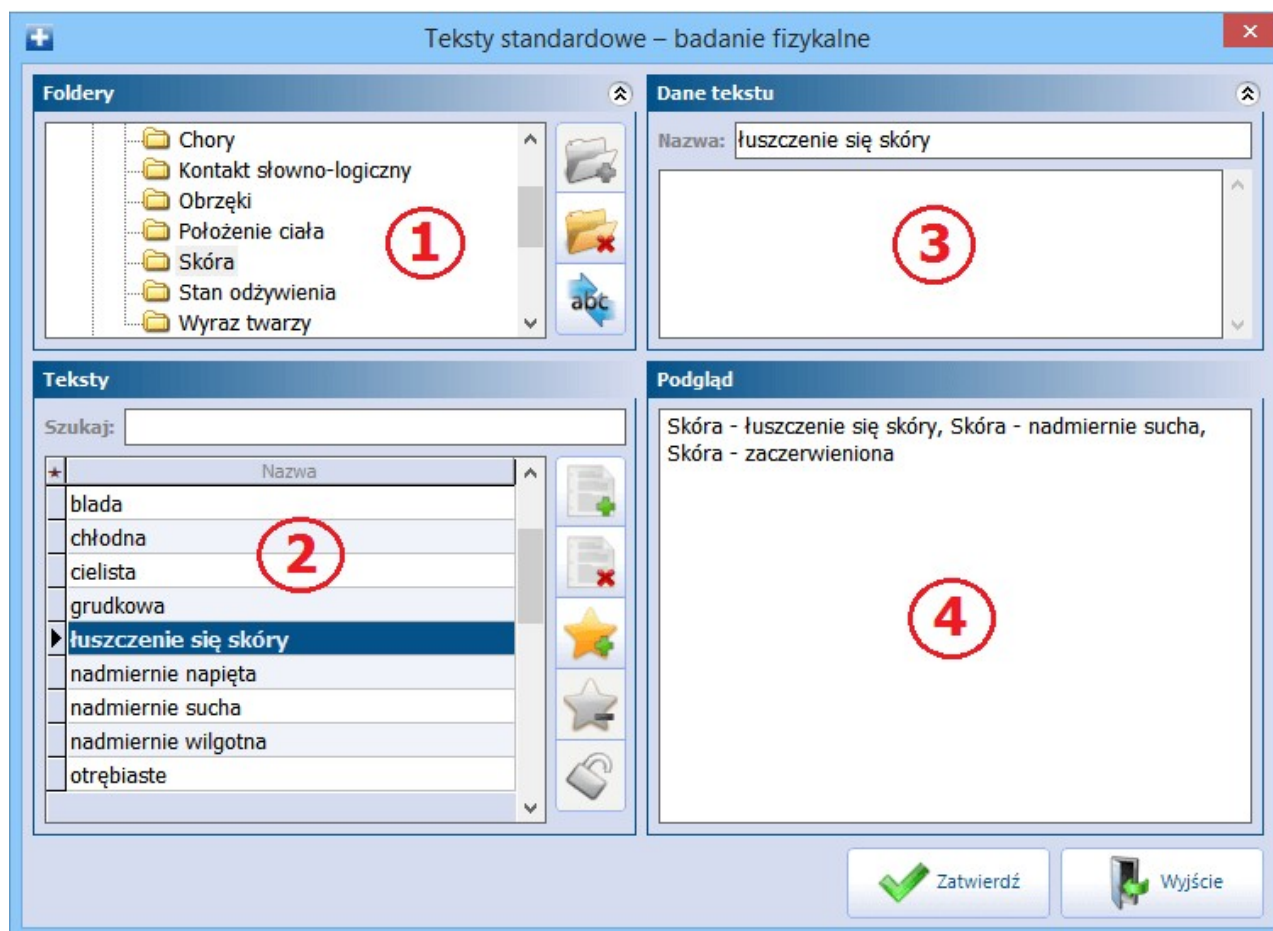
Funkcjonalność najczęściej wykorzystywana jest podczas pracy w [Gabiniecie](#) podczas uzupełniania wywiadu, badania fizykalnego, wystawiania skierowań, a także podczas uzupełniania danych medycznych pacjenta. Możliwość skorzystania z funkcjonalności szablonów tekstów standardowych obrazowana jest za pomocą



ikony, umieszczanej obok pól opisowych. Poniższy zrzut ekranowy obrazuje okno wywiadu znajdujące się w Gabinecie:

Wybranie omawianego przycisku otwiera okno dialogowe *Teksty standardowe*, dotyczące uzupełnianego obszaru. Okno podzielone jest na 4 mniejsze okna, omówione poniżej.


W oknie *Foldery* (1) znajduje się drzewo folderów domyślnie zdefiniowanych w programie mMedica, a w oknie *Teksty* (2) lista tekstów zamieszczonych w wybranym folderze. Twórca oprogramowania zdefiniował domyślne teksty standardowe dla wywiadu i badania fizykalnego wprowadzanego w Gabinecie. Szablony tekstów standardowych odnoszące się do pozostałych pól opisowych (np. w skierowaniach) użytkownik musi skonfigurować samodzielnie.



Opis pól znajdujących się w oknie *Teksty standardowe*:


- 1) **Foldery** - lista folderów, w których znajdują się gotowe teksty. Użytkownik może tworzyć własne foldery tematyczne, do czego służy przycisk **Dodaj folder**.
- 2) **Teksty** - lista tekstów utworzonych/zapisanych w danym folderze. Za pomocą przycisków znajdujących się po prawej stronie okna można wykonywać operacje na tekstach - opis poniżej.
- 3) **Dane tekstu** - w polu wyświetlana jest treść wybranego tekstu (zaznaczonego w oknie *Teksty* (2)). W przypadku wybrania gotowego tekstu istnieje możliwość jego modyfikacji. Natomiast w przypadku dodawania nowego tekstu wprowadza się jego nazwę/tytuł i rozszerzoną treść tekstu, jeśli jest taka potrzeba.
- 4) **Podgląd** - pole stanowi rzeczywisty podgląd zawartości okna, w którym zostaną wprowadzone dane. Wyświetlane są w nim wszystkie teksty, które zostały wybrane przez użytkownika.

Opis przycisków znajdujących się w oknie *Teksty*:

 **Dodaj tekst** - dodaje nowy tekst. W oknie *Dane tekstu* (3) należy wprowadzić nazwę/tytuł tekstu i jego rozszerzoną treść, jeśli jest taka potrzeba.

 **Usuń tekst** - usuwa tekst zaznaczony w oknie *Teksty* (2).

 **Dodaj do preferowanych** - zaznaczony tekst (2) zostanie dodany do preferowanych. Będzie dostępny w folderze (1) "Preferowane".

 **Usuń z preferowanych** - zaznaczony tekst (2) zostanie usunięty z preferowanych. Zostanie usunięty z folderu (1) "Preferowane".





**Oznacz jako publiczny** - zaznaczony tekst (2) zostanie oznaczony jako publiczny i będzie dostępny dla wszystkich użytkowników programu. Każdy nowo dodany tekst jest domyślnie oznaczany jako publiczny.



**Oznacz jako prywatny** - zaznaczony tekst (2) zostanie oznaczony jako prywatny i będzie dostępny tylko dla użytkownika, który go utworzył.

Sposób działania pola do wyszukiwania tekstu w polu "Szukaj" w oknie *Teksty* (2) określa się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [Gabinet > Różne](#). W sekcji *Teksty standardowe* w polu "Szukaj tekstu według" dostępne są dwie wartości:

- **Początku nazwy** - tekst wyszukiwany będzie po początku wprowadzonej nazwy.
- **Dowolnego fragmentu nazwy** - tekst wyszukiwany będzie po dowolnym fragmencie wprowadzonej nazwy. Przykładowo: po wpisaniu słowa "sienny" aplikacja mMedica wyszuka wszystkie teksty zawierające w swojej nazwie to słowo.

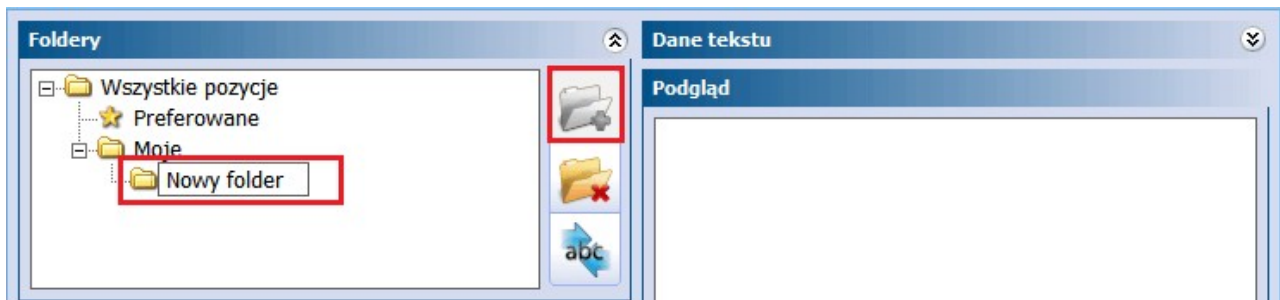
## 12.12.1 Dodanie nowego tekstu

Ścieżka: [Gabinet > Pacjent > okno "Wywiad"](#)

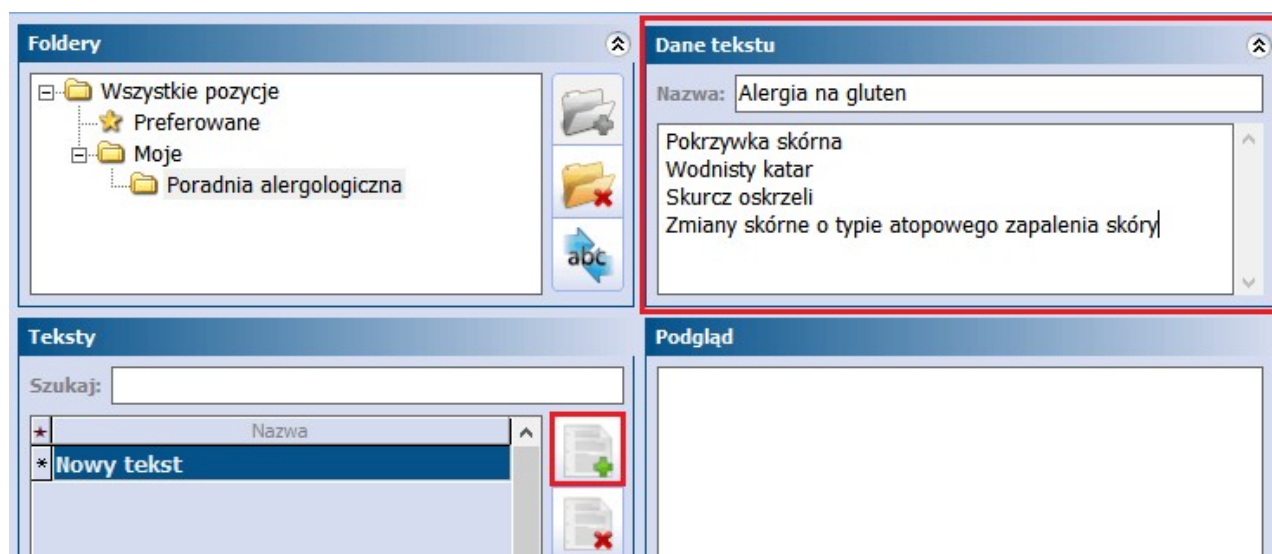


Aby rozpocząć proces tworzenia tekstów standardowych należy wybrać przycisk znajdujący się po prawej stronie okna tekstowego. W ramach przykładu zostanie omówiony proces dodania nowego folderu i tekstu standardowego w oknie *Wywiad* znajdującym się w Gabinetce.

1. W oknie *Foldery* dodać nowy folder za pomocą przycisku **Dodaj folder** i nadać mu nazwę. Dla przykładu utworzono folder "Poradnia alergologiczna".



2. W oknie *Teksty* wybrać przycisk **Dodaj tekst**. W prawym górnym rogu aktywuje się okno *Dane tekstu*, w którym należy wprowadzić:
  - W polu "Nazwa" wpisać nazwę/tytuł tekstu. Nazwa ta będzie wyświetlana potem na liście wszystkich tekstów w oknie *Teksty*.
  - W polu tekstowym poniżej wpisać treść tekstu.



3. Wybranie przycisku **Zatwierdź** zapisuje zmiany i zamyka okno.

Tak wprowadzony tekst będzie można wybrać i dodać do okna wywiadu podczas kolejnego korzystania z funkcjonalności tekstów standardowych.

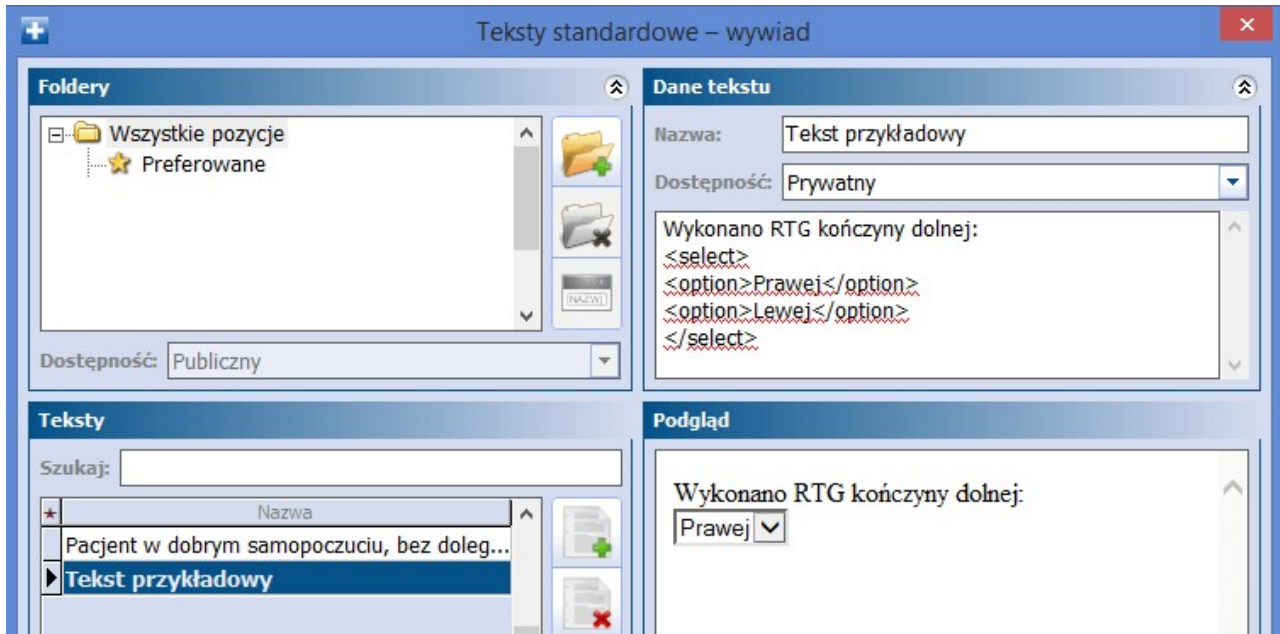
## 12.12.2 Dodanie znacznika w tekście standardowym

Do definiowania tekstów standardowych można wykorzystać funkcjonalność dodawania znaczników. Polega ona na definiowaniu pól w szablonie, które następnie będą uzupełniane lub zaznaczane przez lekarza przed naniesieniem tekstu do np. okna wywiadu.

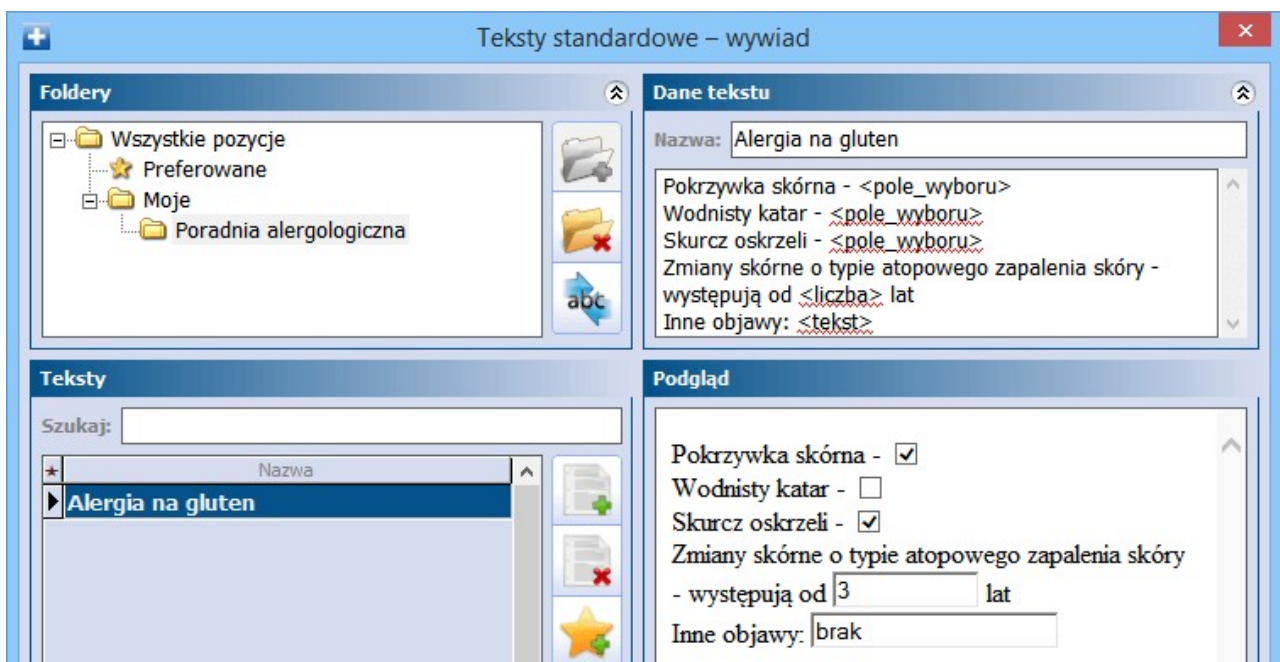
Do utworzenia nowego tekstu standardowego można wykorzystać następujące znaczniki:

- <tekst>** - znacznik dodaje pole tekstowe, w którym można wprowadzić zarówno tekst jak i cyfry.
- <liczba>** - znacznik dodaje pole liczbowe, w którym można wprowadzić jedynie cyfry.
- <pole\_wyboru>** - znacznik dodaje pole wyboru do zaznaczenia przez użytkownika:
  - ☐ Brak zaznaczenia - w uzupełnianym oknie tekstowym zostanie podpowiedziana wartość NIE.
  - ☒ Zaznaczenie - w uzupełnianym oknie tekstowym zostanie podpowiedziana wartość TAK.

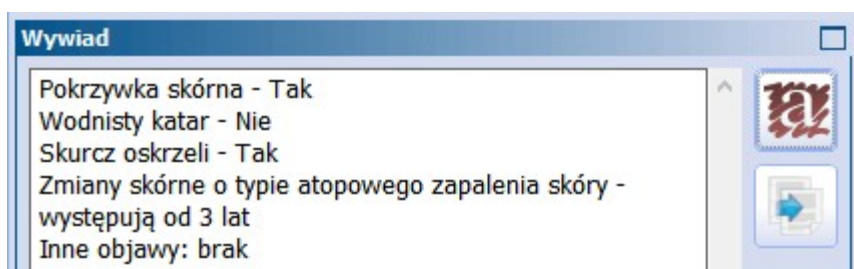
W aplikacji mMedica dodano obsługę standardowych znaczników html `<select>` oraz `<select multiple>`, umożliwiających umieszczenie w tekście listy wyboru jedno i wielokrotnego. Przykład poniżej:



Ww. znaczniki wprowadza się w oknie *Dane tekstu* jako dodatkowy element tekstu (zdej. poniżej). Po wybraniu tekstu przez użytkownika, w polu *Podgląd* zostaną wyświetlone odpowiednie pola do uzupełnienia.



Po ich uzupełnieniu i zatwierdzeniu zmian, w uzupełnianym polu tekstowym zostaną podpowiedziane dane z wybranego szablonu:



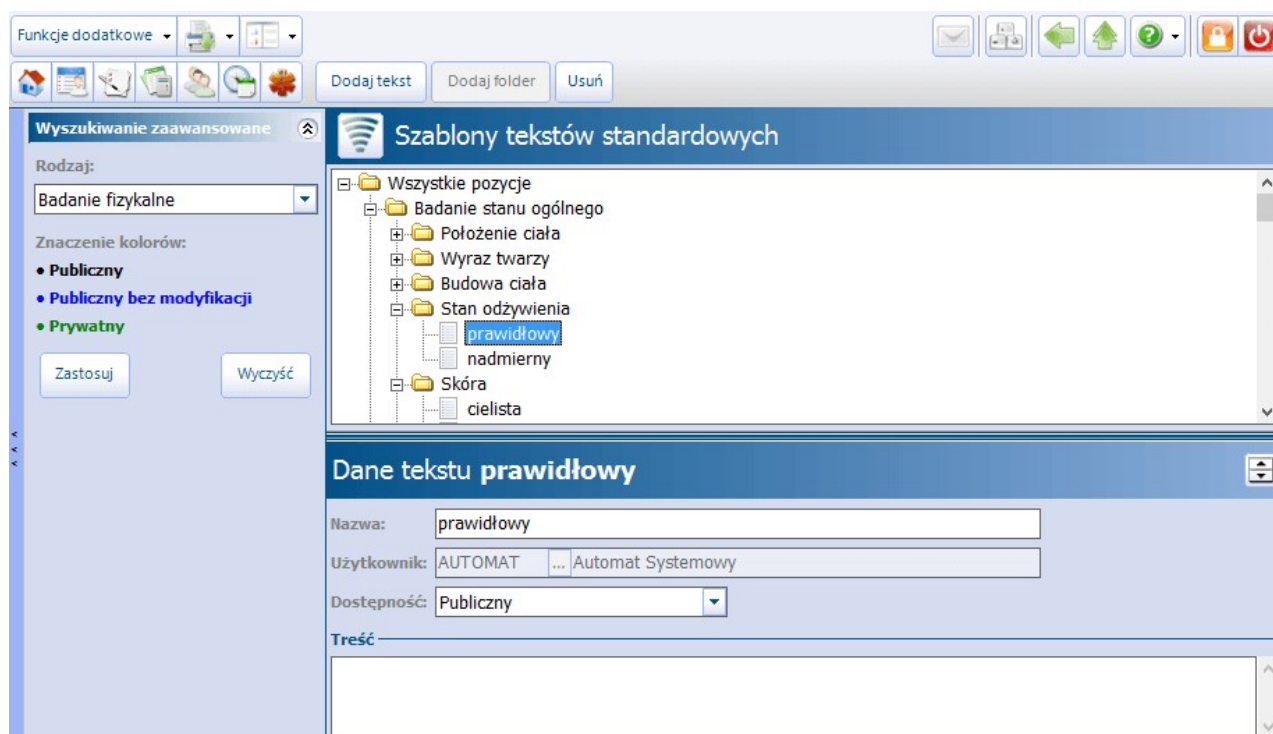
## 12.12.3 Zarządzanie szablonami tekstów standardowych

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Słowniki](#) > [Szablony tekstów standardowych](#)

Funkcjonalność stanowi zbiór wszystkich szablonów tekstów standardowych, jakie istnieją w programie mMedica. Administrator systemu posiadający uprawnienie "Zarządzanie szablonami tekstów standardowych" nadawane w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > [5. Uprawnienia funkcjonalne](#) będzie miał możliwość nadzoru nad wszystkimi aktualnie funkcjonującymi szablonami (bez względu na status ich prywatności) oraz prawo do ich modyfikacji.

Formatka *Szablony tekstów standardowych* podzielona jest na dwa okna. W górnej części okna wyświetlane jest drzewo folderów, czyli układ folderów i podfolderów danego rodzaju tekstów standardowych. Ze względu na to, że w aplikacji mMedica istnieje kilka funkcjonalności, dla których można tworzyć teksty standardowe, ich wyszukiwania dokonuje się za pomocą filtra "Rodzaj". Formatka zostaje domyślnie otwarta na filtrze "Rodzaj: Badania fizykalne", prezentując foldery tekstów standardowych z zakresu badań fizykalnych.

I tak oto dodanie przez użytkownika nowego tekstu standardowego w Gabinetecie na formatce skierowań, spowoduje przyporządkowanie szablonu tekstu do rodzaju "Skierowania".



W dolnym oknie *Edycja* wyświetlane są szczegółowe dane tekstu, który został zaznaczony na drzewie folderów. W polu "Użytkownik" wyświetlany jest login użytkownika, który jest autorem tekstu.

Dzięki dostępnym funkcjom administrator może wykonywać następujące czynności:

- Modyfikować drzewo folderów tekstów standardowych (poprzez zmianę nazwy folderów, ich dodawanie i usuwanie).
- Edytować treści istniejących tekstów standardowych (modyfikować istniejące teksty, dodawać nowe, usuwać teksty).
- Modyfikować sposób dostępności tekstu (prywatny, publiczny lub publiczny bez modyfikacji).

Szczegółowy opis dotyczący tworzenia tekstów standardowych znajduje się w: [Teksty standardowe](#).

## 12.13 Aktualizacja słownika miejscowości

W aplikacji mMedica istnieje możliwość aktualizacji słownika miejscowości, wykorzystywanego przy wprowadzaniu danych adresowych.

W celu aktualizacji omawianego słownika należy postąpić zgodnie z poniższą instrukcją:

1. Pobrać wersję podstawową aktualnych słowników kodów terytorialnych publikowanych na [stronie GUS-u](#):
  - a) Słownik TERC (system identyfikatorów i nazw jednostek podziału terytorialnego),
  - b) Słownik SIMC (system identyfikatorów i nazw miejscowości).
2. Pobrane słowniki rozpakować na dysku komputera za pomocą programu archiwizującego np. WinRAR lub 7-Zip.
3. Dokonać zacytowania słowników w formacie .XML do aplikacji mMedica w ścieżce: [Komunikacja](#) > [Import danych](#) > [Import z pliku](#).

W module dodatkowym "Menedżer eksportów" istnieje możliwość utworzenia zadania automatycznej aktualizacji słownika miejscowości.

Aby utworzyć takie zadanie, w przypadku posiadania wyżej wspomnianego modułu, należy przejść do: [Zarządzanie](#) > [Operacje techniczne](#) > [Harmonogram zadań](#), a następnie wybrać przycisk **Nowy**, zamieszczony w górnym panelu ekranu. W dolnej części ekranu, w oknie definicji danych pozycji, należy:

1. Wybrać z listy rozwijalnej w polu "Rodzaj" pozycję **"Synchronizacja słowników kodów terytorialnych/miejscowości"**.
2. W polach do tego przeznaczonych określić częstotliwość wykonywania zadania.
3. W sekcji [Sposób logowania](#) wpisać login i hasło. W celu pozyskania tych danych należy dokonać rejestracji zgodnie z wytycznymi opublikowanymi na stronie <https://api.stat.gov.pl/Home/TerytApi>.

Szczegółowe informacje na temat funkcjonalności harmonogramu zadań znajdują się w [instrukcji obsługi](#) modułu "Menedżer eksportów".

Od wersji 8.4.0 aplikacji mMedica, jeżeli wprowadzone w danych pacjenta kody terytorialny oraz miejscowości są niezgodne z najnowszym, zacytowanym do programu słownikiem, informacja o ich nieaktualności pojawi się w oknie weryfikacji danych pacjenta, wyświetlanym przy jego rezerwacji/rejestracji w Terminarzu. Dokładne informacje na temat funkcjonalności wyświetlania tego okna zawiera rozdział [Aktualizacja danych pacjenta na podstawie komunikatu eWUŚ](#).




## 12.14 Zamiana kodów terytorialnych

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Słowniki](#) > [Zamiana kodów terytorialnych](#)

Skorzystanie z funkcjonalności zaleca się w przypadku urzędowej zmiany kodów terytorialnych. Aplikacja, na podstawie wprowadzonych warunków, wyfiltruje pacjentów posiadających pierwotny kod terytorialny wprowadzony w adresie zamieszkania i/lub adresie zameldowania i dokona jego zamiany na nowy kod, wskazany przez użytkownika.

Przed skorzystaniem z funkcjonalności należy zaczytać do aplikacji mMedica najnowsze słowniki kodów terytorialnych, zgodnie z instrukcją zawartą w rozdziale [Aktualizacja słownika miejscowości](#).

W celu zamiany kodów terytorialnych należy:

1. Przejsć do ścieżki: [Ewidencja](#) > [Słowniki](#) > [Zamiana kodów terytorialnych](#).
2. W panelu "Wyszukiwanie zaawansowane" za pomocą przyciska słownikowego  wybrać:
  - a) Aktualny, dotychczasowy kod terytorialny,
  - b) Aktualny, dotychczasowy kod miejscowości,
  - c) Nowy, docelowy kod terytorialny,
  - d) Nowy, docelowy kod miejscowości.
3. Potwierdzić wybór przyciskiem **Zastosuj**. Na podstawie danych wprowadzonych w punktach a-b, aplikacja wyświetli pacjentów, którzy w adresie zamieszkania lub adresie zameldowania posiadają wprowadzony kod terytorialny i miejscowości.
4. Wybrać przycisk **Zamień automatycznie**, znajdujący się w górnym panelu formatki. Po jego wybraniu w odpowiednich kolumnach formatki podpowiedzą się nowe kody terytorialne.
5. W celu zapisania zmian należy wybrać przycisk **Zatwierdź** w prawym dolnym rogu formatki.
6. Potwierdzić komunikat o zamianie kodów terytorialnych pacjentów:

Czy na pewno zamienić kody terytorialne dla wyświetlonych pacjentów?

**Wyszukiwanie zaawansowane**

Aktualny kod terytorialny: 1014011 ... Sieradz

Aktualny kod miejscowości: 0976050 ... Sieradz

Docelowy kod terytorialny: 1014011 ... Sieradz (miasto)

Docelowy kod miejscowości: 0976050 ... Sieradz

Zastosuj Wyczyść

**Zamiana kodów terytorialnych**

Zamień automatycznie

	Nazwisko	Imiona	PESEL	Kod terytorialny	Kod miejscowości	Kod terytorialny zameldowania	Kod miejscowości zameldowania
*	Urszula		4905...	1014011	0976050	1014011	0976050
	Leszek		3311...	1014011	0976050	1014011	0976050
	Teresa		5705...	1014011	0976050	1014011	0976050
	Alicja		3806...	1014011	0976050	1014011	0976050
	Anna		7402...	1014011	0976050	1014011	0976050
	Maria		4911...	1014011	0976050	1014011	0976050
	Jerzy Tadeusz		4911...	1014011	0976050	1014011	0976050
	Konrad Jan		7711...	1014011	0976050	1014011	0976050
	Joanna		7004...	1014011	0976050	1014011	0976050
	Agnieszka		8007...	1014011	0976050	1014011	0976050
	Danuta		3406...	1014011	0976050	1014011	0976050
	Maciej		8104...	1014011	0976050	1014011	0976050
	Małgorzata		5905...	1014011	0976050	1014011	0976050
	Marcin Bogdan		7407...	1014011	0976050	1014011	0976050
	Monika Agata		7504...	1014011	0976050	1014011	0976050

Zatwierdź Anuluj

## 12.15 Eksport Jednolitego Pliku Kontrolnego

Ścieżka: [Komunikacja](#) > [Eksport danych](#) > [Plik JPK dla faktur](#)

Aplikacji mMedica posiada funkcjonalność eksportu JPK (Jednolitego Pliku Kontrolnego). Rozwiązanie zostało utworzone na prośbę użytkowników, którzy chcą wykorzystać pliki JPK wyeksportowane z aplikacji mMedica do scalenia w jeden plik w programie księgowym, jeśli umożliwia takie operacje. Plik JPK eksportowany z mMedica jest plikiem XML zgodnym ze strukturą JPK\_VAT(3) opublikowaną na stronie Ministerstwa Finansów.

Plik JPK to zestaw informacji o sprzedaży dokonanych w mMedica, wynikający z ewidencji wystawionych faktur za dany okres. Dane do utworzenia JPK\_VAT są pobierane z zaewidencjonowanych w aplikacji faktur NFZ, pacjentów komercyjnych oraz kontrahentów za wskazany miesiąc oraz rok.

**Uwaga!** Omawiana funkcjonalność jest dostępna w ramach modułu dodatkowego **Jednolity Plik Kontrolny** (JPK). Po zacytaniu do aplikacji licencji zawierającej moduł należy dokonać jego włączenia w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [System](#) > [Moduły dodatkowe](#), w sekcji [Zarządzanie i komunikacja](#) na każdej stacji roboczej, na której będzie wykorzystywany.

Aby wyeksportować plik JPK należy wykonać poniższe czynności:

- Przejdź do ścieżki: [Komunikacja](#) > [Eksport danych](#) > [Plik JPK dla faktur](#).
- W oknie dialogowym wskazać:
  - Ścieżkę zapisu pliku oraz jego nazwę. Aplikacja domyślnie podpowiada ścieżkę zapisu na podstawie danych zdefiniowanych w: [Konfigurator](#) > [Komunikacja](#) > [Eksport](#) > "Folder na pliki wyjściowe".
  - Rodzaj faktur jakie zostaną sprawozdane:
    - Faktury NFZ
    - Faktury kontrahentów - jeśli jest wykorzystywany Moduł Komercyjny
    - Faktury pacjentów - jeśli jest wykorzystywany Moduł Komercyjny
  - Okres, za który zostaną wysłane faktury (miesiąc i rok). Domyślnie podpowiadany jest miesiąc poprzedni.
- Uruchomić eksport danych za pomocą przycisku **Eksportuj**.

**Eksport faktur do Jednolitego Pliku Kontrolnego**

**Plik wyjściowy**

Ścieżka do pliku: C:\Users\Desktop\Eksporty, importy\JPK\1\2018

**Zakres sprawozdania**

Faktury NFZ ☒      Miesiąc: Styczeń      Rok: 2018

Faktury kontrahentów ☒

Faktury pacjentów ☒

Eksportuj (F9)      Wyjście

W ramach modułu dodatkowego Jednolity Plik Kontrolny (JPK) dodano funkcjonalność eksportu wybranego rachunku do pliku JPK\_FA. Struktura tego pliku jest zgodna z opublikowaną przez Ministerstwo Finansów na dedykowanej stronie internetowej.

Powyższa opcja jest dostępna z poziomu:

- przeglądu rachunków wystawionych dla NFZ - ścieżka: [Rozliczenia > Przegląd rachunków](#),
- przeglądu rachunków kontrahentów w [Module Komercyjnym](#),
- przeglądu rachunków pacjentów w [Module Komercyjnym](#).

W celu utworzenia pliku JPK\_FA dla rachunku należy zaznaczyć go na liście i wybrać zamieszczony na górze ekranu przycisk **Eksportuj do pliku JPK**.

Nr rachunku	Rok rozlicz.	Miesiąc rozlicz.	Numer umowy	Rok	Miesiąc	Status	Data wystawienia	Oplata NFZ	Kwota korekty
1/2021	2020	Lipiec		2020	Lipiec	Zatwierdzony	10-08-2020	32,01 zł	
2/2020	2020	Lipiec		2020	Lipiec	Wprowadzony	10-08-2020	0,00 zł	32,01 zł


W przypadku rachunków dotyczących rozliczeń z NFZ powyższy przycisk jest aktywny tylko dla pozycji ze statusem **Zatwierdzony**. Status ten nadawany jest po wybraniu dla wskazanego rachunku przycisku **Zatwierdź**.

Po zaznaczeniu na liście rachunku i wybraniu przycisku **Eksportuj do pliku JPK** pojawi się komunikat:

Czy chcesz utworzyć plik JPK do zaznaczonego rachunku?

Tak      Nie

Po naciśnięciu **Tak** wyświetli się okno umożliwiające zapis pliku na dysku komputera we wskazanej przez użytkownika ścieżce.

Aby generacja powyższego pliku była możliwa, w danych świadczeniodawcy ([Zarządzanie > Konfiguracja > Dane świadczeniodawcy](#)) na zakładce **3. Dane dodatkowe** musi być uzupełnione pole "Urząd Skarbowy". W polu tym należy, po skorzystaniu z przycisku , wybrać odpowiednią pozycję ze słownika urzędów

skarbowych.

## 12.16 Obsługa eRejestracja w mMedica

eRejestracja jest dodatkowo płatnym modułem, umożliwiającym pacjentom umawianie się na wizyty drogą elektroniczną. Instalacji i konfiguracji rozwiązania dokonuje się przede wszystkim w odrębnej aplikacji webowej - Portalu, który jest stroną internetową udostępnianą użytkownikom (pacjentom i administratorom). Instrukcje opisujące instalację, konfigurację oraz sposób użytkowania modułu eRejestracja znajdują się na [witrynie internetowej](#) produktu mMedica.

W niniejszej instrukcji opisano funkcje dotyczące modułu eRejestracja, dostępne z poziomu aplikacji mMedica. Są nimi m.in.:

- Konfiguracja połączenia programu mMedica z Portalem eRejestracja
- Dodanie pacjenta do eRejestracja
- Reset hasła pacjenta w eRejestracja
- Lista rezerwacji wymagających wpisu do kolejki oczekujących
- [Udostępnianie harmonogramu pracy lekarza w eRejestracja](#)
- [Obsługa wniosków przekazanych za pomocą Portalu eRejestracja](#)

### 12.16.1 Konfiguracja połączenia

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Moduły dodatkowe](#) > [eRejestracja](#)

Po zainstalowaniu Portalu eRejestracja i wszystkich wymaganych komponentów należy skonfigurować parametry połączenia z oprogramowaniem mMedica. W tym celu należy przejść do Konfiguratora programu i wprowadzić adresy usług sieciowych oraz hasło.

Szczegółowy opis postępowania znajduje się w rozdziale "Konfiguracja programu mMedica" w [instrukcji instalacji i konfiguracji Modułu eRejestracji](#) opublikowanej na witrynie internetowej produktu.

## 12.16.2 Dodanie pacjenta do eRejestracja

Ścieżka: [Kartoteka pacjentów](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Dodaj pacjenta do serwisu eRejestracja](#)

Pacjent chcący rezerwować terminy wizyt drogą internetową, musi założyć konto w serwisie eRejestracja. Może dokonać tego samodzielnie, logując się na stronę internetową udostępnianą przez placówkę lub poprosić o to pracownika, przy okazji pobytu w przychodni.

W celu zarejestrowania pacjenta na Portalu eRejestracja wymagane jest uzupełnienie w programie jego danych adresowych tj. ulica, numer domu oraz adresu e-mail, na który zostanie wysłany link aktywacyjny. Dane te wprowadza się w danych pacjenta na zakładce 2. *Adres*.

Aby dodać pacjenta do serwisu eRejestracja należy:

1. Na formatce *Kartoteka pacjentów* odszukać pacjenta i podświetlić go na liście.
2. W lewym górnym rogu wybrać przycisk **Funkcje dodatkowe** i opcję **Dodaj pacjenta do serwisu eRejestracja**.  
Przycisk jest nieaktywny, jeśli pacjent posiada już konto na Portalu eRejestracja.
3. W wyświetlonym oknie wprowadzić nazwę użytkownika podaną przez pacjenta i zatwierdzić przyciskiem **OK**. Nazwa użytkownika będzie wykorzystywana przez pacjenta do logowania na swoje konto.

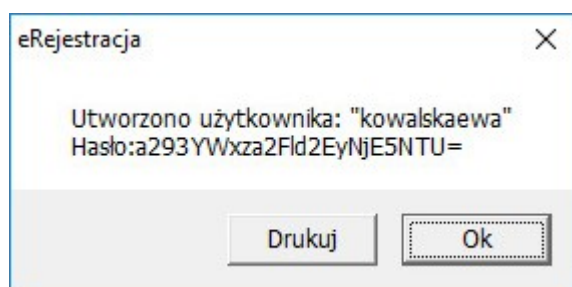


Podaj nazwę użytkownika eRejestracja

Nazwa

Poprawne założenie konta na Portalu eRejestracja zostanie potwierdzone komunikatem, a pacjent na podany adres e-mail otrzyma wiadomość z linkiem aktywacyjnym. Po kliknięciu w link aktywacyjny konto pacjenta zostanie aktywowane, umożliwiając mu logowanie do serwisu eRejestracja.

Dodatkowo, w oknie potwierdzającym rejestrację zostanie wyświetlone tymczasowe hasło, przy użyciu którego pacjent dokonuje pierwszego logowania na swoje konto. Informacje o nazwie użytkownika i hasle można wydrukować i wręczyć pacjentowi - te same dane zostały wysłane na jego adres e-mail.



eRejestracja

Utworzono użytkownika: "kowalskaewa"  
Hasło: a293YWxza2Fld2E5NTU=

Informacja o loginie pacjenta wykorzystywanym na Portalu eRejestracja prezentowana jest w danych pacjenta w polu "Login eRejestracja", jak na poniższym zrzucie:



Dane pacjenta: **Kowalska Ewa (K)** 88

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

**Dane osobowe**

☐ Pacjent nieznany Przyczyna i okoliczności uniemożliwiające ustalenie tożsamości:

Nazwisko: \*  Imię: \*  Drugie imię:

PESEL: \*  Status PESEL: \*  Data urodzenia: \*  Płeć: \*

Data zgonu:  Miejsce zgonu:

**Ubezpieczyciel**

Oddział NFZ: \*  Status potwierdzenia ubezpieczenia:

Uprawnienie:  Uprawnienia dod.:

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

☐ Ewidencja danych pacjenta komercyjnego

**Dodatkowe dokumenty (seria i numer)**

Dowód osobisty:  Paszport:  Kraj wydania:

Karta stałego pobytu:  Inny:  ☐ Uchodźca

**Informacje dodatkowe**

Nazwisko rodowe:  Imię ojca:  Imię matki:

Wykształcenie:  NIP:  Dodatkowy ID:

Zawód:  Pacjent archiwalny: ☐ **Login eRejestracja:**

### 12.16.3 Reset hasła pacjenta

Ścieżka: [Kartoteka pacjentów](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Reset hasła pacjenta w serwisie eRejestracja](#)

W razie konieczności zresetowania hasła pacjenta w serwisie eRejestracja należy wykonać poniższe czynności:

1. Na formatce *Kartoteka pacjentów* odszukać pacjenta i podświetlić go na liście.
2. W lewym górnym rogu wybrać przycisk **Funkcje dodatkowe** i opcję **Reset hasła pacjenta w serwisie eRejestracja**. Przycisk jest nieaktywny, jeśli pacjent nie posiada konta na Portalu eRejestracja.
3. Zresetowanie hasła zostanie potwierdzone odpowiednim komunikatem.

Na adres e-mail podany przez pacjenta podczas rejestracji zostanie wysłana wiadomość z nowym, jednorazowym hasłem, umożliwiającym logowanie do serwisu eRejestracja. Pacjent po wpisaniu hasła w Portalu eRejestracji jest następnie proszony o wprowadzenie własnego hasła do konta.

### 12.16.4 Lista eRezerwacji

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Rezerwacja](#) > [eRejestracja](#)

Na formatce *eRezerwacje wymagające wpisu do harmonogramu przyjęć* prezentowane są rezerwacje utworzone przy wykorzystaniu systemu eRejestracja do komórek organizacyjnych, do których w programie mMedica prowadzone są harmonogramy przyjęć. Użytkownik z tego poziomu dokonuje dodania pacjenta do harmonogramu przyjęć za pomocą przycisku **Dodaj do harmonogramu**.

W kolumnach dostępnych na formatce wyświetlane są szczegółowe informacje dotyczące zaplanowanego terminu np. data utworzenia rezerwacji (moment rezerwacji terminu przez pacjenta na portalu eRejestracja), zaplanowana data wizyty, oznaczenie czy wizyta jest pierwszorazowa, dane pacjenta.

Rezerwacje mogą posiadać następujące statusy:

- **Do aktualizacji** - rezerwacje powiązane z aktywną pozycją w harmonogramie przyjęć, wymagające aktualizacji danych. Konieczność poprawy danych wynika z różnicy w datach - w dacie zaplanowanej wizyty i dacie realizacji pozycji w harmonogramie. Pozycje w tym statusie wyróżnione są zieloną czcionką.
- **Do wpisania** - rezerwacje wymagające dodania pozycji do harmonogramu przyjęć. Pozycja otrzymuje status "Do wpisania", jeśli została zaplanowana w Terminarzu do komórki organizacyjnej, dla której istnieje w systemie harmonogram przyjęć.
- **Do wykreślenia** - rezerwacje powiązane z aktywną pozycją w harmonogramie przyjęć, które zostały odwołane w Terminarzu (rezerwacje w statusie "Odwołana"). Pozycje należy wykreślić z harmonogramu. Pozycje w tym statusie wyróżnione są czerwoną czcionką.

Data utworzenia	Data rezerwacji	Pierw.	Harmonogram	Pacjent
24-09-2019 09:31	25-09-2019 10:45			
24-09-2019 13:15	26-09-2019 10:05			
24-09-2019 13:16	26-09-2019 10:25			

Opis przycisków znajdujących się w górnym panelu formatki:

- **Dane pozycji** - otwiera podgląd pozycji z harmonogramu przyjęć. Przycisk aktywny dla rezerwacji w statusie "Do aktualizacji" i "Do wykreślenia".
- **Dodaj do harmonogramu** - dodaje pozycję do harmonogramu przyjęć powiązanego z komórką organizacyjną, do której dokonano rezerwacji. Przycisk aktywny dla rezerwacji w statusie "Do wpisania".
- **Aktualizuj termin** - otwiera okno zmiany terminu pozycji w harmonogramie, umożliwiając zmianę planowanej daty realizacji pozycji - powinna być równa dacie rezerwacji. Przycisk aktywny dla rezerwacji w statusie "Do aktualizacji".
- **Wykreśl z harmonogramu** - otwiera okno wykreślenia pozycji z harmonogramu przyjęć. Przycisk aktywny dla rezerwacji w statusie "Do wykreślenia".
- **Zbiórce uzupełnienie harmonogramów** - zbiorcza aktualizacja pozycji w harmonogramach przyjęć dla eRezerwacji wyświetlonych na formatce. Przy tej operacji pomijane są pozycje dotyczące harmonogramów przyjęć do procedur wysokospecjalistycznych (AP-KOLCE) oraz rezerwacje z datą z przeszłości.

## 12.17 Wizualizacja kanałów komunikacyjnych ustawionych przez pacjenta w IKP

W aplikacji mMedica zostało dodane wyświetlanie ikony informującej o posiadaniu przez pacjenta konta IKP oraz o ustawionych na nim kanałach komunikacyjnych.

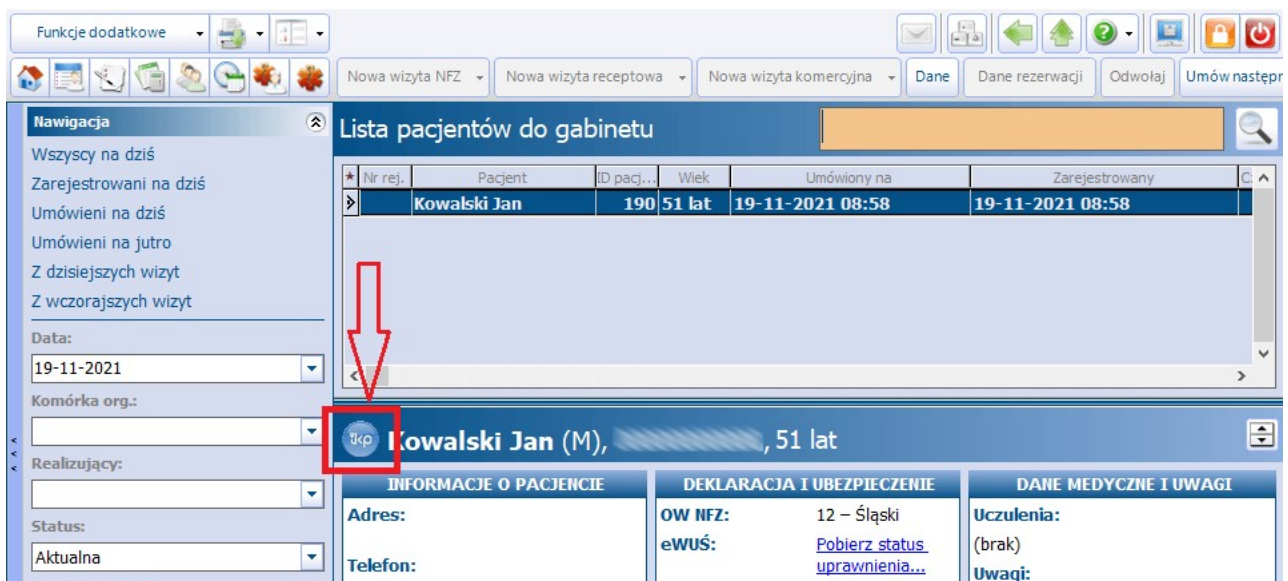
Aplikacja mMedica pobiera powyższe informacje, jeżeli spełnione są następujące warunki:

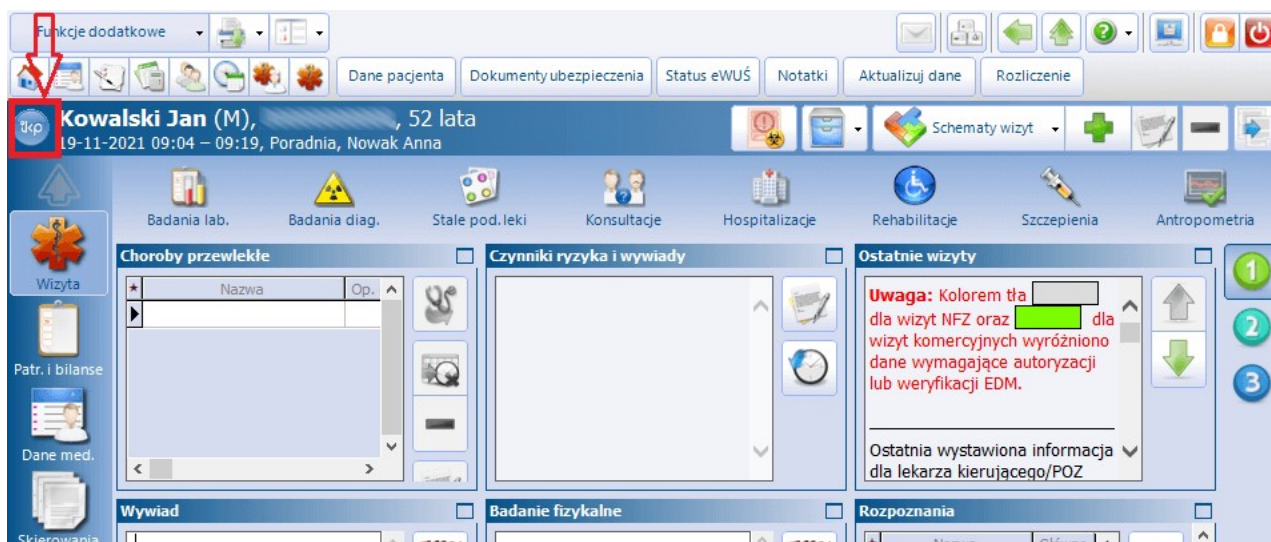
1. W programie została przeprowadzona konfiguracja umożliwiająca komunikację z systemem P1 (opisana w rozdziale [Konfiguracja e-Recepty](#)).
2. Od wersji 8.2.0 aktualizacji sprawdzane jest uprawnienie zalogowanego użytkownika. Musi posiadać on w swoich danych, w ścieżce: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#), na zakładce: **5. Uprawnienia funkcjonalne**, w gałęzi: [Obsługa rejestru pacjentów](#), zaznaczoną pozycję **"Aktualizacja danych pacjenta z systemem P1"**.

Pobranie informacji na temat konta IKP pacjenta następuje po utworzeniu dla niego rejestracji lub po rozpoczęciu jego wizyty.

Ikona wyświetlana jest w oknie informacji o pacjencie po jego zaznaczeniu na liście do gabinetu, a także w lewym górnym rogu ekranu wizyty otwartej w: Gabinetie lekarza, Gabinetie pielęgniarki, Gabinetie rehabilitacyjnym, Pracowni diagnostycznej. Podobny sposób prezentacji wprowadzono dla hospitalizacji otwartej w module "Hospitalizacje". Ikona wyświetlana jest także w oknie danych medycznych pacjenta oraz w kartotece pacjentów (w oknie informacji o pacjencie).

Poniższe zdjęcia przedstawiają umiejscowienie ikony na przykładzie Gabinetu lekarza.





Możliwy wygląd ikony i jego znaczenie:



- Pacjent na swoim koncie IKP ma ustawione kanały komunikacji: e-mail, SMS.



- Pacjent na swoim koncie IKP ma ustawiony jako kanał komunikacji tylko e-mail.



- Pacjent na swoim koncie IKP ma ustawiony jako kanał komunikacji tylko SMS.



- Pacjent posiada konto IKP bez ustawionych kanałów komunikacji.



- Pacjent nie posiada konta IKP.

Informacja o statusie konta IKP oraz ustawionych na nim kanałach komunikacyjnych wyświetlana jest w prawym panelu okna Terminarza, po zaznaczeniu rezerwacji/rejestracji pacjenta. Więcej informacji na ten temat zawiera rozdział [Omówienie okna Terminarza](#).

## Rozdział

## 13

## Wielozakładowość

Na podstawie Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, z późn. zm., w aplikacji mMedica wprowadzono funkcjonalność umożliwiającą prowadzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej zgodnie z zapisami tej ustawy. Funkcjonalność dostępna jest w wersjach PLUS (+) programu mMedica, po uprzednim włączeniu parametru w Konfiguratorze programu.

Zakłady lecznicze w programie mMedica funkcjonują pod jednym kodem świadczeniodawcy i numerem instalacji, a ich identyfikacja następuje na podstawie numeru REGON.

### 13.1 Konfiguracja wielozakładowości

Po odpowiednim skonfigurowaniu danych podmiotu i zakładu(ów) leczniczego(ych) wszystkie dokumenty wystawiane w systemie będą zawierały prawidłowe dane w nagłówkach.

#### 13.1.1 Domyślny zakład leczniczy

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Ewidencja](#) > [Wielozakładowość](#)

W celu włączenia funkcjonalności w aplikacji należy przejść do powyższej ścieżki, wybrać ikonę **Systemu** lub **Stacji** w lewym dolnym rogu okna i zaznaczyć parametr "Włącz obsługę wielu zakładów leczniczych". Aby aplikacja mMedica domyślnie podpowiadała zakład leczniczy i drukowała jego dane na [dokumentach](#), należy wybrać ikonę **Stacja** w lewym dolnym rogu okna i w ramach stacji roboczej zdefiniować domyślny zakład leczniczy.



Dzięki temu, wybrany zakład będzie domyślnie podpowiadany we filtrach wyszukiwania znajdujących się w aplikacji i podczas wydruku dokumentów oświadczeń/upoważnień.



Funkcje dodatkowe

Nowy Usun

Wyszukiwanie zaawansowane

Nazwa:

Rok:

2017

Nr umowy:

Zakład leczniczy:

AOS Zespół Poradni Wielospecj...

☒ Tylko aktualne

Zastosuj Wyczyść

Przegląd struktury organizacyjnej

Kod	Kod edycyjny	Nazwa	Zakład leczniczy
1	PLR1	PORADNIA LEKARZA POZ	AOS Zespół Poradni Wielospe...

Komórka: **PORADNIA LEKARZA POZ**

1. Dane podstawowe 2. Dane adresowe 3. Dane dodatkowe 4. Kody 5. Lokalizacja

Kod: \* 1 Kod edycyjny: \* PLR1

Nazwa: \* PORADNIA LEKARZA POZ

Kod resortowy cz. III: ...

Wydruk oświadczenia/upoważnienia

Zakład leczniczy:

AOS Zespół Poradni Wielospecjalistycznych

☒ PORADNIA LEKARZA POZ

Wybierz komórki organizacyjne, których dotyczy oświadczenie/upoważnienie  
(brak wyboru oznacza, że dokument dotyczy wszystkich komórek):

Drukuj... Wyjście

W przypadku braku zdefiniowania domyślnego zakładu leczniczego, użytkownik przed wydrukiem dokumentów będzie musiał każdorazowo wskazywać zakład leczniczy.

## 13.2 Dodanie zakładu leczniczego

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Dane świadczeniodawcy](#)

Informacje o podmiocie i zakładach leczniczych wprowadza się w powyższej ścieżce, po wybraniu dedykowanych zakładerek. Na podstawie danych podmiotu wprowadzonych na zakładce 1. *Podmiot leczniczy*, program domyślnie utworzy zakład leczniczy na drugiej zakładce i dopisze do niego wszystkie komórki organizacyjne istniejące w programie.

**Dane świadczeniodawcy**

1. Podmiot leczniczy    2. Zakłady lecznicze    3. Dane dodatkowe

**Zakłady lecznicze**

Akt.	Nazwa zakładu	Adres	Regon
<input checked="" type="checkbox"/>	NZOZ "Eskulap"	Wojewódzka, Katowice 40-001	000111222


**Komórki**

Kod	Nazwa
10	POZ komercja
111	11
2	ZESPÓŁ LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO (DOMOWEGO)
3	PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO
33	Gabinet stomatologiczny

Zatwierdź    Wyjście

Jeśli w ramach podmiotu leczniczego funkcjonuje kilka zakładów leczniczych, należy dokonać ich dodania. Możliwość dodawania i usuwania zakładów leczniczych warunkowana jest przez uprawnienie "Modyfikacja struktury organizacyjnej", które nadaje się w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > 5. [Uprawnienia funkcjonalne](#) > [Zarządzanie instytucją](#).

W celu dodania zakładu leczniczego należy:

- Przejsć do danych świadczeniodawcy i do zakładki 2. *Zakłady lecznicze*.
- Wybrać przycisk  **Dodaj zakład** i w otwartym oknie dialogowym dokonać uzupełnienia danych zakładu leczniczego jak: Nazwa, REGON, dane adresowe, dane do korespondencji itd. i informacje o kodach resortowych.
- Zapisać zmiany przyciskiem **Zatwierdź**.

**Zakład leczniczy**

**1. Zakład leczniczy**    **2. Kody resortowe**

**Dane identyfikacyjne**

Nazwa: \* AOS Zespół Poradni Wielospecjalistycznych

REGON: 111222333    NIP:    Nr konta:   

Bank:   

**Adres**

Ulica: Bankowa    Kod poczt.: 40-001    Miejscowość: Katowice



Kod teryt.:    ...


Telefon:    Fax:    E-mail:   


**Adres do korespondencji**

Ulica:    Kod poczt.:    Miejscowość:   

Telefon:    Fax:    E-mail:   

 **Zatwierdź**    
  **Wyjście**

W razie konieczności zmiany danych zakładu leczniczego należy skorzystać z przycisku  **Edytuj zakład**, znajdującego się w oknie *Dane świadczeniodawcy*.


Za pomocą przycisku  **Usuń zakład** dokonuje się usunięcia zakładu, który został zaznaczony na liście. Jeśli zakład leczniczy nie posiadał przypisanych komórek organizacyjnych, to zostanie bezpowrotnie usunięty z bazy danych programu mMedica. Jeśli przypisano do niego komórki, to usunięcie zakładu nie będzie możliwe. W tej sytuacji należy dokonać [przypisania](#) komórek do innego, aktywnego zakładu leczniczego, a dopiero potem usunąć zakład.

## 13.2.1 Powiązanie komórki z zakładem

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Struktura organizacyjna](#)

W przypadku gdy każdy z zakładów leczniczych udziela świadczeń medycznych o innym zakresie, należy dokonać powiązania komórek organizacyjnych z poszczególnymi zakładami. Dzięki temu rozróżnieniu na dokumentach drukowanych z programu mMedica (recepty, skierowania, kupony, upoważnienia itp.) będą widnieć dane odpowiedniego zakładu leczniczego.

Aby dokonać dodania komórki organizacyjnej do zakładu leczniczego należy:

1. Przejść do powyższej ścieżki i do zakładki *2. Zakłady lecznicze*.
2. Podświetlić na liście właściwy zakład leczniczy i w dolnym oknie *Komórki* wybrać przycisk  **Dodaj komórkę**.
3. W oknie dialogowym *Jednostki organizacyjne - wielowybór* zaznaczyć na liście odpowiednią komórkę organizacyjną. W razie konieczności wyboru kilku komórek należy przytrzymać klawisz CTRL i lewym przyciskiem myszki zaznaczać kolejno komórki na liście.
4. Zapisać zmiany.

Dane świadczeniodawcy

1. Podmiot leczniczy    2. Zakłady lecznicze    3. Dane dodatkowe

**Zakłady lecznicze**

Akt.	Nazwa zakładu	Adres	Regon
<input checked="" type="checkbox"/>	AOS Zespół Poradni Wielospecjalistycznej	Bankowa, Katowice 40-001	111222333
<input checked="" type="checkbox"/>	NZOZ "Eskulap"	Wojewódzka, Katowice 40-001	000111222

**Komórki**

Kod	Nazwa
ONKO	PORADNIA ONKOLOGICZNA
KAR	PORADNIA KARDIOLOGICZNA
9	Poradnia dermatologiczna
33	Gabinet stomatologiczny

Akt ☒

Zatwierdź    Wyjście

**Uwaga!** Komórka organizacyjna może być powiązana tylko z 1 zakładem leczniczym. Jeśli wybrana komórka była pierwotnie powiązana z zakładem A, to po przepisaniu do zakładu B, zostanie automatycznie usunięta z zakładu A.

Jeśli komórka "przenoszona" między zakładami leczniczymi jest powiązana z księgą medyczną, to przypisanie komórki do nowego zakładu spowoduje usunięcie jej z Rejestru ksiąg. Szczegóły w rozdziale: [Powiązanie komórki z księgą medyczną](#).

### 13.2.2 Powiązanie komórki z księgą medyczną

Jeśli komórka organizacyjna przypisywana do nowego zakładu leczniczego jest powiązana z księgą medyczną (np. księgą przyjęć, księgą zabiegów itd.), to podczas operacji dodawania komórki zostanie wyświetlony komunikat:

Wybrane komórki są przypisane do księgi.  
Przypisanie do zakładu spowoduje usunięcie ich z księgi.  
Czy kontynuować?

Tak                      Nie

Wybranie przycisku **Tak** spowoduje usunięcie przenoszanej komórki organizacyjnej z księgi w Rejestrze ksiąg. Wpisy, które dotychczas zostały dokonane w księdze medycznej zostaną zachowane, jednak użytkownik musi pamiętać o ponownym dodaniu komórki organizacyjnej do wybranej księgi. Czynność tą należy wykonać w ścieżce: [Zarządzanie > Konfiguracja > Rejestr ksiąg](#).

**Rejestr ksiąg**

Kod	Nazwa	Numer	Typ
1	Główna	1	Księga główna przyjęć i wypisów
111	Księga przyjęć POZ	111	Księga przyjęć
6	Księga zabiegowa	6	Księga zabiegów
2	Oddziału		Księga oddziału

**Księga przyjęć POZ**

**Dane podstawowe**

Kod: \* 111 Typ: \* Księga przyjęć Numer: 111

Nazwa: \* Księga przyjęć POZ

**Komórki organizacyjne**

Kod	Nazwa	Zakład leczniczy
PLR1	PORADNIA LEKARZA POZ	AOS Zespół Poradni Wielospecj...

## 13.3 Dane zakładu na dokumentach

Zgodnie z wytycznymi rozporządzenia MZ z dnia 9.11.2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania na dokumentach drukowanych z programu mMedica zamieszczamy:

„oznaczenie podmiotu:

- nazwę podmiotu,
- kod resortowy, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
- nazwę przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego,
- nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono jednostki organizacyjne,
- nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono komórki organizacyjne;
- adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych"

Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych rozumiany jest jako adres komórki organizacyjnej, w której zostało udzielone świadczenie. Jeśli w danych komórki nie wprowadzono danych adresowych, na dokumencie będzie drukowany adres zakładu leczniczego.

Powyższe zasady uwzględniane są na wszystkich dokumentach drukowanych z programu, np.:

- rachunki/faktury,
- dokumenty drukowane w Gabinecie (skierowania, druki, dane medyczne, zalecenia, historia wizyt, podsumowanie wizyty itd.),
- deklaracje,
- wykazy, raporty definiowanie, raporty pomocnicze,
- księgi medyczne,
- dokumenty upoważniające, uprawniające, oświadczenia

itd.



## Rozdział

## 14

## Podpis elektroniczny

Aplikacja mMedica wykorzystuje zaawansowany podpis elektroniczny:

- **Podpis kwalifikowany**

- podpis złożony przy pomocy karty kryptograficznej (np. Certum, KIR)
- podpis w chmurze (np. SimplySign)
- podpis z wykorzystaniem e-dowodu - funkcjonalność wprowadzona w wersji 9.0.0 aplikacji mMedica

- **Podpis niekwalifikowany**

- podpis złożony przy pomocy klucza zapisanego w pliku (ZUS)
- profil zaufany ePUAP

W myśl ustawy bezpieczny podpis elektroniczny weryfikowany za pomocą certyfikatu kwalifikowanego jest równoważny pod względem skutków prawnych podpisowi własnoręcznemu. Składany jest on za pomocą bezpiecznego urządzenia, pozostającego pod wyłączną kontrolą osoby składającej podpis. Do odczytu kart można wykorzystywać:

- czytniki lub tokeny dostarczone przez podmioty świadczące usługi certyfikacyjne,
- czytniki kart chipowych wykorzystywane w woj. śląskim (np. SCR-3310, Cloud 2700), dedykowane dużym kartom kryptograficznym np. KIR Szafir.

mMedica współpracuje z różnymi dostawcami podpisu elektronicznego np. Eurocert, Enigma, Unizeto, CenCert, Kir, Sigillum.

**Uwaga!** Przed zakupem certyfikatu należy zapoznać się wymaganiami technicznymi dostawcy podpisu, niezbędnymi do prawidłowej pracy zestawu.

### 14.1 Porównanie podpisów elektronicznych w mMedica

W poniższych tabelkach przedstawiono porównanie podpisów elektronicznych wykorzystywanych w aplikacji mMedica (zestawienie cech oraz funkcjonalności).

Porównanie cech podpisów elektronicznych				
Główne cechy	Kwalifikowany		Niekwalifikowany	
	SimplySign (podpis w chmurze)	Karta kryptograficzna	ePUAP	Certyfikat ZUS

Podpisywanie dokumentów medycznych	✓	✓	✓	✓
Podpisywanie dokumentacji niemedycznej	✓	✓	✓	X
Nie wymaga czytnika kart kryptograficznych	✓	X	✓	✓
Rozwiązania mobilne	✓	X	X	X

Porównanie funkcji podpisów elektronicznych			
	Podpisy niekwalifikowane		Podpis kwalifikowany
	PUE ZUS	Podpis zaufany (ePUAP)	
Podpisywanie zwolnień lekarskich	✓	✓	✓
Podpisywanie dokumentacji medycznej	✓	✓	✓
Podpisywanie skierowań	X (wkrótce)	X (wkrótce)	X (wkrótce)
Wystawianie recept	✓	✓	✓
Zlecanie leków, badań laboratoryjnych, zabiegów	X	X	✓
Sprawy urzędowe	X	✓	✓
Relacje biznesowe	X	X	✓
Czynności cywilno-prawne: umowy o pracę, zlecenia...	X	X	✓
Dokumentacja pracownicza	X	X	✓
Interoperacyjność i transgraniczność	X	X	✓

Prosta integracja z innym funkcjonującym systemem IT	X	X	✓
Wsparcie techniczne	X	X	✓

## 14.2 Wybór rodzaju podpisu elektronicznego dla użytkownika

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > [3. Autoryzacja](#)

Wyboru rodzaju podpisu elektronicznego, którym będzie posługiwał się użytkownik, dokonuje się w jego danych na zakładce **3. Autoryzacja** w polu "Rodzaj podpisu".

The screenshot shows the '3. Autoryzacja' tab selected. Under the 'Active Directory' section, there are input fields for 'Domena' and 'Nazwa użytkownika'. Below this, the 'ePodpis' section contains a 'Rodzaj podpisu:' label and a dropdown menu. The dropdown menu is open, displaying a list of electronic signature types: eDowód, ePUAP, Kwalifikowany, SimplySign, and ZUS. The 'ZUS' option is highlighted with a red rectangular box.

Szczegółowy opis zacytowania do aplikacji certyfikatu ZUS i ePUAP został zamieszczony w [instrukcji obsługi](#) Modułu e-ZLA+.


Konfiguracja podpisu SimplySign oraz podpisu elektronicznego została opisana w następnych rozdziałach niniejszej instrukcji.

## 14.3 Konfiguracja podpisu SimplySign

Ścieżka: Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 3. Autoryzacja

W programie mMedica wprowadzono możliwość korzystania z podpisu SimplySign. W celu jego konfiguracji należy w danych użytkownika na zakładce **3. Autoryzacja** w polu "Rodzaj podpisu" wybrać z listy pozycję "SimplySign".

Kolejnym krokiem będzie wpisanie nazwy użytkownika w usłudze SimplySign w polu "Nazwa użytkownika"

oraz pobranie jego aktualnych certyfikatów za pomocą przycisku  **Pobierz listę certyfikatów.** Następnie, po pobraniu listy certyfikatów, należy w polu "Domyślny certyfikat" wybrać certyfikat, który ma być wykorzystywany w programie mMedica. Zarówno przy pobieraniu certyfikatów, jak i każdorazowo przy autoryzacji podpisem SimplySign, pojawi się wymóg wprowadzenia tokena z aplikacji SimplySign, zainstalowanej na urządzeniu mobilnym.

W polu "Dane certyfikatu" wyświetlą się dane zaczytanego certyfikatu, między innymi daty jego ważności.

Pełne informacje na temat działania, instalacji i konfiguracji podpisu SimplySign zawarte są na stronie jego producenta: <https://simplysign.certum.pl/>.

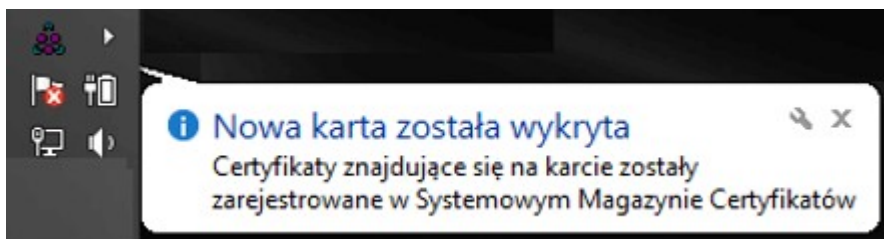
Przydatne linki:

Aktywacja podpisu elektronicznego: <https://www.certum.pl/pl/aktywacja-podpisu-elektronicznego/>

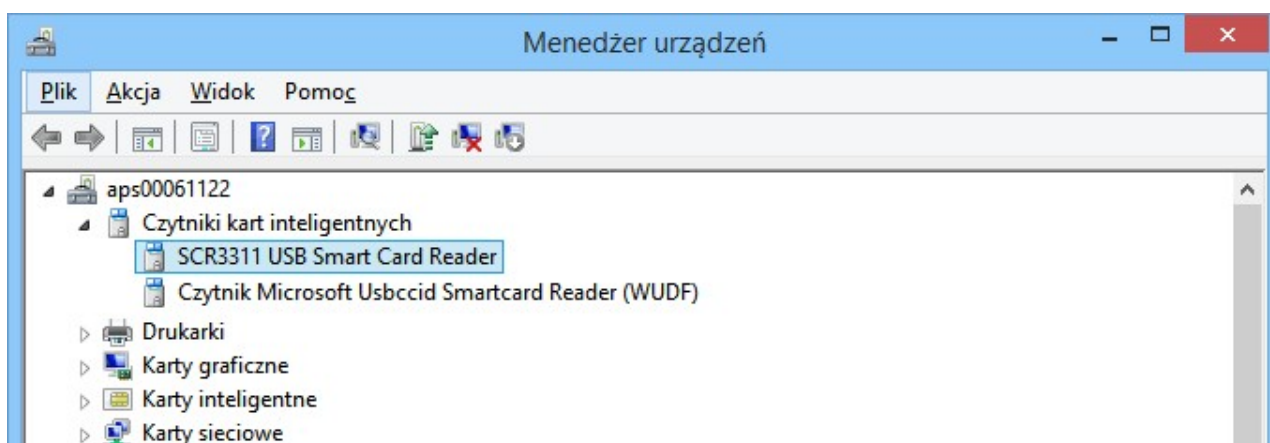
Aktywacja odnowienia podpisu elektronicznego: <https://www.certum.pl/pl/aktywacja-odnowienia-podpisu-elektronicznego/>

## 14.4 Instalacja podpisu cyfrowego

Dostawca podpisu elektronicznego przekazuje użytkownikowi zestaw do składania kwalifikowanego podpisu wraz z instrukcją postępowania. Postępując zgodnie z otrzymaną instrukcją należy zainstalować oprogramowanie dołączone do zestawu, aktywować kartę kryptograficzną oraz zarejestrować certyfikat w systemie Windows. Poprawna rejestracja karty w Magazynie Certyfikatów Windows zostanie potwierdzona nast. komunikatem:



Z kolei prawidłowo zainstalowany i podłączony do stacji klienckiej czytnik kart inteligentnych powinien być wyświetlany na liście menedżera urządzeń systemu Windows:



Po zainstalowaniu wszystkich wymaganych komponentów należy podłączyć czytnik/token do używanego komputera i przystąpić do [konfiguracji](#) programu mMedica.

## 14.5 Konfiguracja podpisu elektronicznego


Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [System](#) > [Urządzenia zewnętrzne](#)

Przed rozpoczęciem pracy z podpisem elektronicznym należy określić zakres danych, które będą podlegały uwierzytelnianiu przy jego użyciu. Ustawień tych dokonuje się po przejściu do powyższej ścieżki, w sekcji *Podpis elektroniczny*.

Aplikacja mMedica umożliwia wykorzystywanie podpisu elektronicznego w następujących funkcjonalnościach:

- W zakresie logowania do aplikacji - opcja dostępna w każdej wersji programu mMedica.
- Podczas udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta - opcja dostępna w module dodatkowym EDM.
- Podczas eksportu eFaktury/eRachunku - opcja dostępna w każdej wersji programu mMedica.



W celu włączenia wybranej funkcji, należy dodać zaznaczenie  w odpowiednim polu.



Po zainstalowaniu czytnika i włączeniu funkcjonalności w aplikacji może zostać wyświetlony następujący komunikat błędu:

ePodpis: Nie odczytano certyfikatów do podpisywania (kod błędu: 2017). Sprawdź, czy czytnik jest podpięty do komputera oraz czy karta z podpisem jest włożona do czytnika.

OK

W tej sytuacji należy zweryfikować, czy do komputera został podpięty token lub czytnik z włożoną kartą oraz czy dany producent podpisu kwalifikowanego został odblokowany w pliku konfiguracyjnym 'providers.xml'.

W aplikacji mMedica wprowadzono mechanizm wykonywania podpisów XAdES (podpis XML) za pomocą podpisu kwalifikowanego (w formie: kart chipowych wkładanych do czytnika, jednolitych urządzeń klucz-usb), który nie wymaga zainstalowanego środowiska uruchomieniowego Java.

Nowy mechanizm podpisu kwalifikowanego posiada następujące wbudowane sterowniki do kart:

- Sigillum PWPW / KIR Carbon: CCP11s
- KIR Graphite: Graphitep11
- Sigillum PWPW Dark: asepkcs
- EuroCert: enigmap11
- CenCert: cmP11
- Asseco Certum: cryptoCertum3PKCS

Struktura katalogów odpowiedzialna za mechanizm podpisu wygląda następująco:

- ds\_drivers – katalog z plikami konfiguracyjnymi oraz sterownikami do kart.
  - settings.xml – plik z listą kluczy publicznych. **Uwaga!** W przeciwieństwie do poprzednich wersji mMedica w tym pliku nie należy nic modyfikować.
  - providers.xml – plik konfiguracyjny z listą obsługiwanych sterowników do kart. Biblioteka automatycznie dobiera stosowny sterownik na podstawie listy sterowników w pliku providers.xml.

- o x32 – folder ze sterownikami do kart oraz plikami zależnymi.

Mechanizm podpisu umożliwia personalizację poprzez dodanie własnego sterownika do karty lub przyspieszenie procesu podpisu przez usunięcie zbędnych sterowników do kart. Przypadki personalizacji:

- a) Dodanie nowej wersji sterownika, który jest wymieniony w pliku providers.xml: podmienić plik sterownika w katalogu ds\_drivers\x32.
- b) Dodanie nowego sterownika do karty: dodanie pliku sterownika do folderu ds\_drivers\x32 oraz rozszerzenie listy obsługiwanych sterowników w pliku ds\_drivers\providers.xml (należy pamiętać o zachowaniu struktury XML).
- c) Usunięcie nieużywanego sterownika karty: usunięcie wpisu zawierającego nazwę sterownika z pliku ds\_drivers\providers.xml (z zachowaniem struktury XML) oraz opcjonalnie usunięcie plików sterowników z katalogu ds\_drivers\x32.

**Uwaga!** Wszystkie podmieniane lub dodawane sterowniki do kart muszą być w wersji 32-bitowej.

Usunięcie zbędnych sterowników do kart może przyspieszyć proces wykonywania podpisów, ponieważ mechanizm podpisu automatycznie dopasowuje sterownik do karty na podstawie wszystkich wymienionych sterowników w ds\_drivers\providers.xml.

Instalator mMedica, wykonując aktualizację pliku ds\_drivers\providers.xml, będzie wykonywał zmianę wersji pliku, która jest zapisana w atrybucie „version” w elemencie „HardwareProviders”. Istnieje możliwość zablokowania edycji pliku ds\_drivers\providers.xml (np. po personalizacji ustawień) przez instalator. W tym celu należy przestawić atrybut „notUpdate” w elemencie „HardwareProviders” na wartość „true”.

W folderze ds\_drivers\x32 mogą znajdować się pliki, których nazwy nie występują w pliku ds\_drivers\settings.xml, co wynika z zależności bibliotek sterowników od innych plików. Podobnie w przypadku dodawania nowego sterownika należy upewnić się, czy nie wymaga on dodatkowych plików.

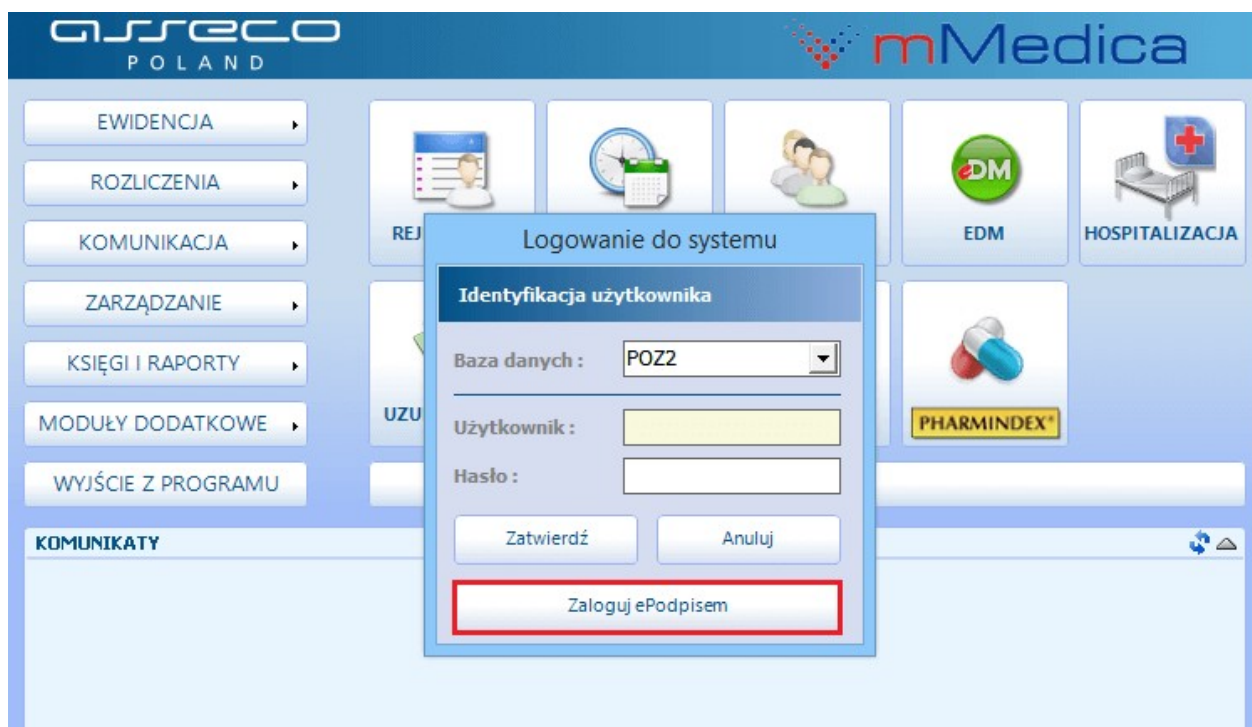
W wersji 9.0.0 aplikacji mMedica została dodana obsługa podpisu kwalifikowanego CenCert Thales IdPrime. Korzystanie z podpisu CenCert Thales IdPrime wymaga instalacji oficjalnego oprogramowania do podpisu CenCert o nazwie PEM-HEART Signature (w wersji 32-bitowej), udostępnionego na stronie <https://www.cencert.pl/do-pobrania/oprogramowanie-do-podpisu/>. Oprogramowanie instaluje wszystkie niezbędne zależności do sterownika dla kart CenCert Thales IdPrime. Po instalacji oprogramowania zalecane jest ponowne uruchomienie komputera.

## 14.6 Logowanie do mMedica za pomocą podpisu

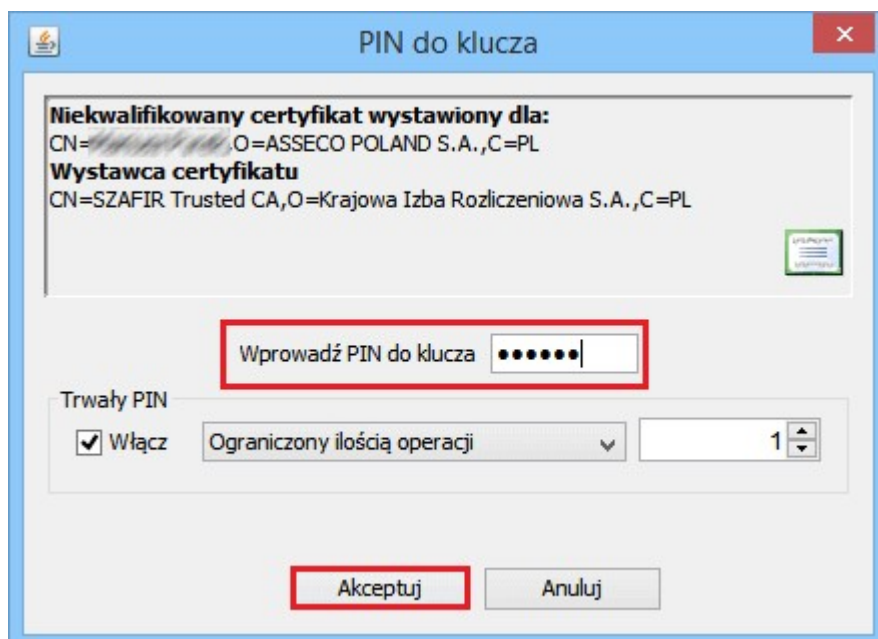
Użytkownicy wykorzystujący w swojej pracy podpis elektroniczny, mogą logować się do programu mMedica przy użyciu opcji **Zaloguj ePodpisem**.

Podczas pierwszego logowania aplikacja będzie wymagała dokonania jednorazowego [powiązania użytkownika](#) z wykorzystywanym podpisem elektronicznym. Dzięki temu, podczas kolejnych logowań do programu można wykorzystywać jedynie podpis, bez konieczności wprowadzania loginu i hasła użytkownika. Wtedy logowanie do programu powinno przebiegać następująco:

1. W oknie logowania do programu wybrać przycisk **Zaloguj ePodpisem**. Pola "Użytkownik" i "Hasło" mogą pozostać nieuzupełnione, jeśli czytnik z włożoną kartą został podpięty do komputera.



2. W oknie dialogowym *Pin do klucza* wprowadzić PIN do klucza otrzymany wraz z podpisem.
3. Zatwierdzić przyciskiem **Akceptuj**.



Poprawne zalogowanie elektronicznym podpisem będzie skutkowało uruchomieniem programu. W przypadku wpisania nieprawidłowego kodu PIN, w oknie dialogowym zostanie wyświetlone ostrzeżenie: "**Wprowadzono niepoprawny PIN!!!**". Należy pamiętać, iż kilkukrotne podanie błędnego kodu PIN spowoduje zablokowanie karty - wtedy do jej odblokowania wykorzystywany jest kod PUK.

Wybranie przycisku **Anuluj** w oknie *Pin do klucza* spowoduje zaniechanie logowania ePodpisem i wyświetlenie poniższego komunikatu:

ePodpis: Nie wprowadzono hasła dostępu do klucza prywatnego (kod błędu: 2002)

OK

Korzystanie z opcji **Zaloguj ePodpisem** wymaga, aby do użytkowanego komputera podpięty był token lub czytnik z włożoną kartą. W przypadku ich braku zostanie wyświetlony komunikat:

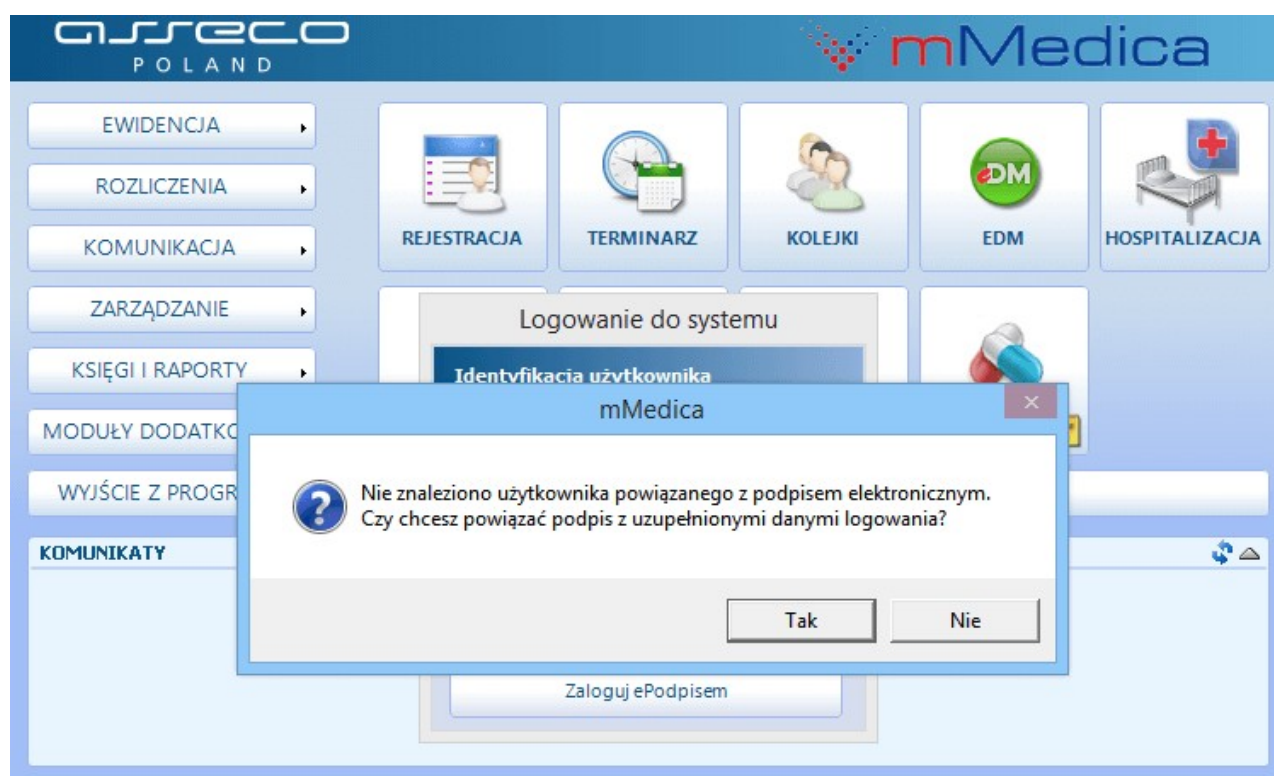
ePodpis: Nie odczytano certyfikatów do podpisywania (kod błędu: 2017). Sprawdź, czy czytnik jest podpięty do komputera oraz czy karta z podpisem jest włożona do czytnika.

OK

### 14.6.1 Powiązanie użytkownika z podpisem

Podczas pierwszego logowania aplikacja będzie wymagała dokonania jednorazowego powiązania użytkownika z podpisem elektronicznym.

Po wprowadzeniu danych logowania w polach "Użytkownik" oraz "Hasło" i po wybraniu przycisku **Zaloguj ePodpisem**, zostanie wyświetlony poniższy komunikat:



Aby powiązać wykorzystywany podpis z uzupełnionymi danymi logowania należy wybrać przycisk **Tak**. Poprawne wykonanie operacji zostanie potwierdzone komunikatem:

Podpis elektroniczny został pomyślnie powiązany z użytkownikiem NOWAKA.

OK

Oznaczenie powiązania użytkownika z podpisem prezentowane jest w danych użytkownika na zakładce 3. *Autoryzacja*, poprzez zaznaczenie checkboxa w polu "Logowanie za pomocą certyfikatu kwalifikowanego". W razie konieczności usunięcia powiązania, należy usunąć zaznaczenie w polu.

## 14.7 Autoryzacja dokumentów podpisem

Każdorazowo przy autoryzacji dokumentów podpisem elektronicznym należy podać kod PIN. Stanowi on zabezpieczenie klucza prywatnego przechowywanego na karcie i przekazywany jest użytkownikowi wraz z wykupionym certyfikatem.

Okno dialogowe umożliwiające wpisanie PIN-u, otwierane jest przez aplikację automatycznie, po wybraniu odpowiedniej funkcji.

W programie mMedica wprowadzono funkcjonalność podpisu elektronicznego między innymi dla następujących dokumentów:

- [Dokumentacji medycznej](#) tworzonej przy wykorzystaniu Modułu EDM.
- Dokumentu [eFaktury/eRachunku](#).



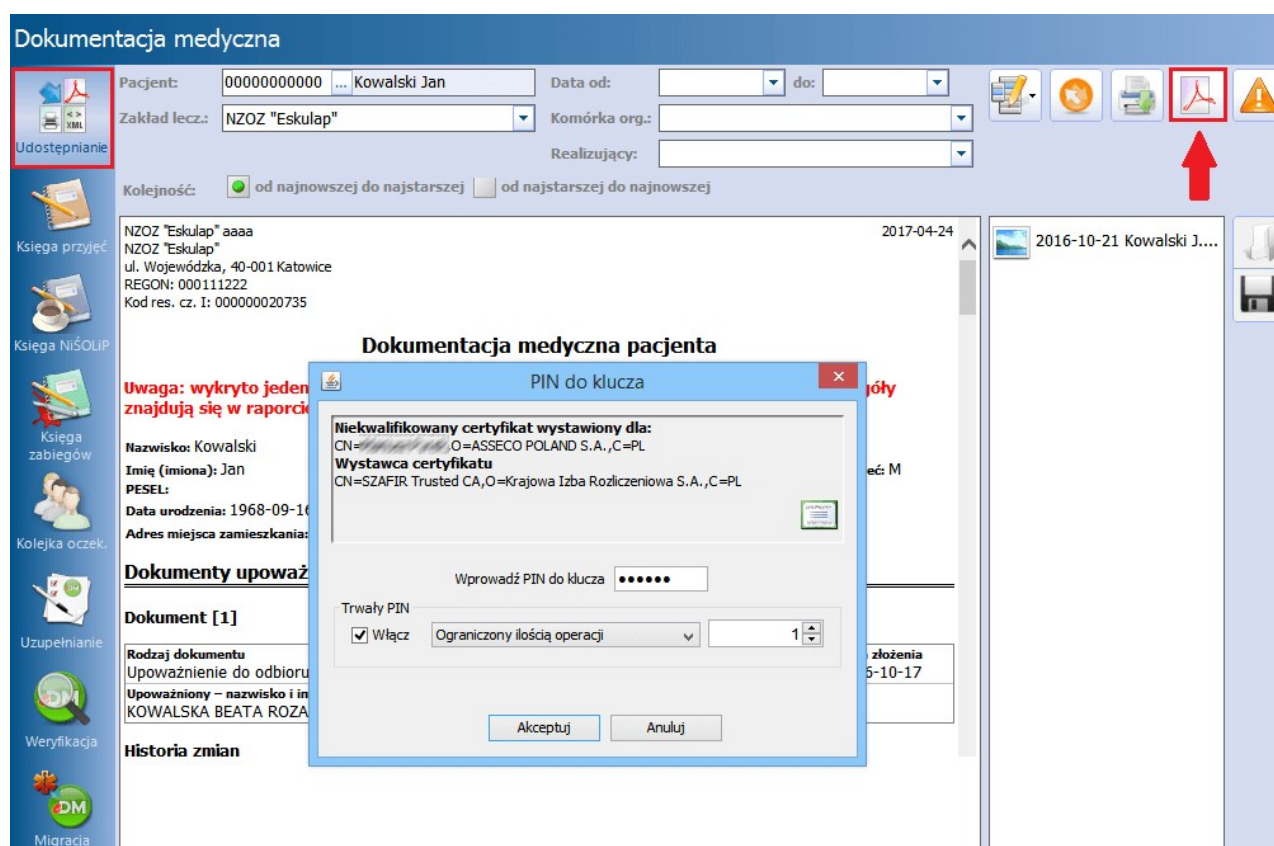
W celu korzystania z powyższych funkcjonalności należy dokonać ich aktywacji w [Konfiguratorze](#) programu, poprzez zaznaczenie odpowiedniego parametru.

## 14.7.1 Podpisywanie dokumentacji EDM

Ścieżka: EDM > Udostępnianie > opcja: **Zapisz jako PDF**

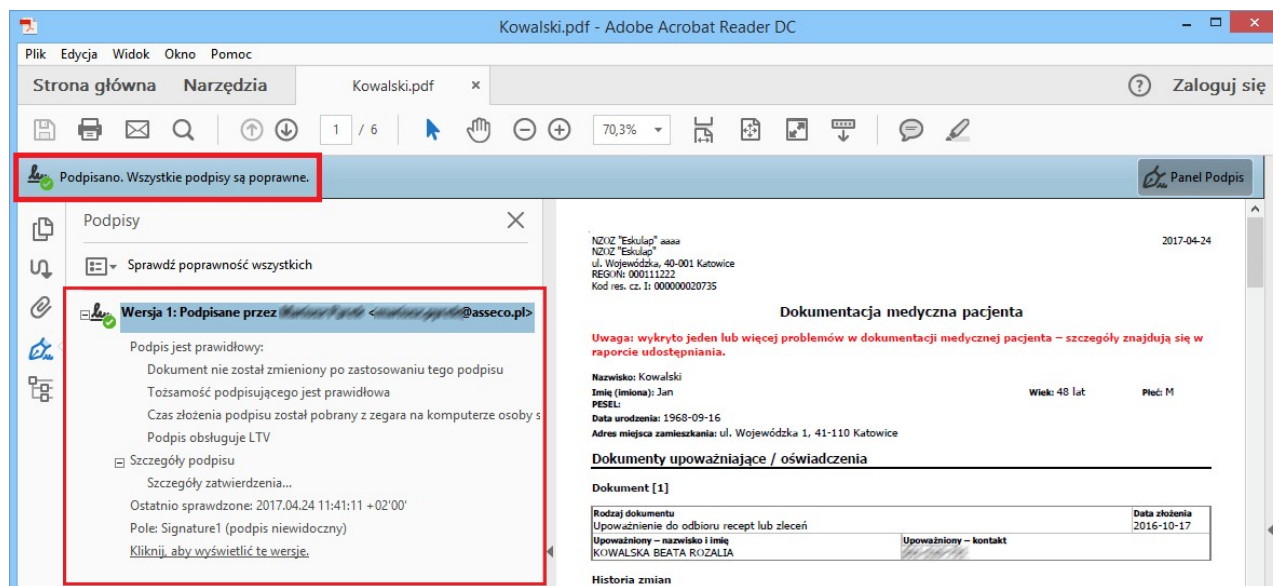
Aplikacja mMedica wykorzystuje ePodpis do podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej, udostępnianej pacjentowi w formie pliku PDF.

W celu podpisania dokumentu należy przejść do powyższej ścieżki i za pomocą dostępnych filtrów wybrać pacjenta oraz określić zakres dokumentacji medycznej, która zostanie udostępniona. Następnie wybrać przycisk **Zapisz jako PDF...** znajdujący się w prawym górnym rogu formatki. Kolejnym krokiem jest wskazanie miejsca zapisu pliku PDF, który zostanie wygenerowany i wprowadzenie kodu PIN w celu podpisania dokumentu.



Poprawnie podpisany dokument PDF zawiera szczegółowe informacje:

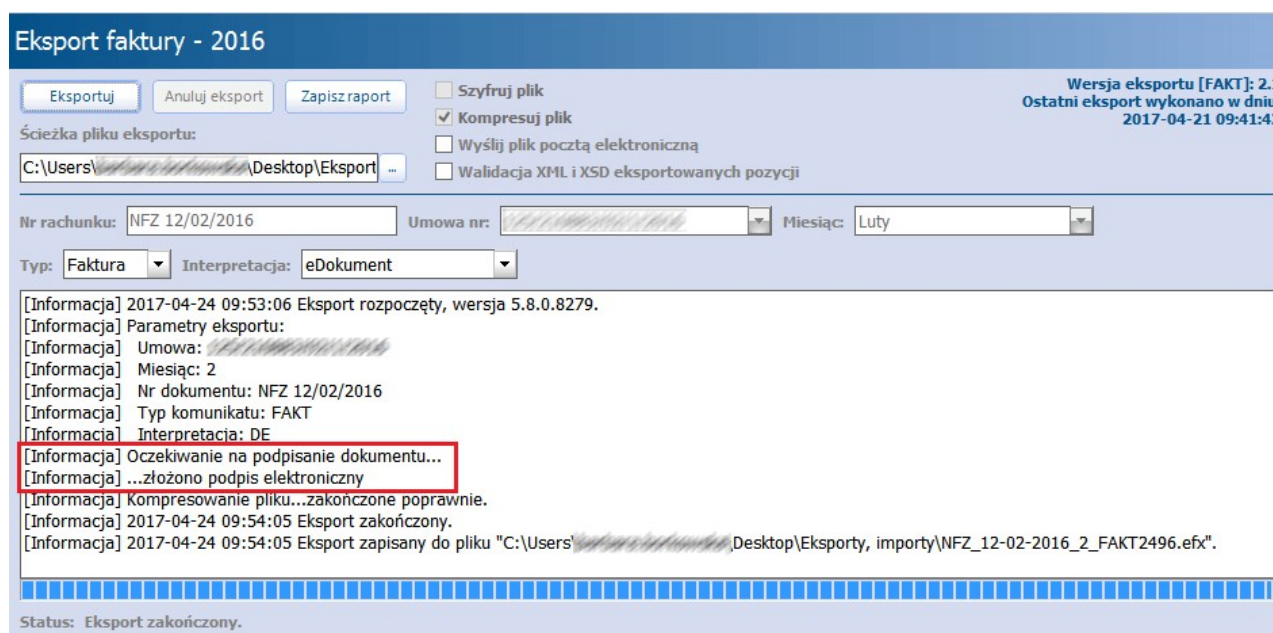
- o autorze,
- o poprawności użytego podpisu elektronicznego,
- o zmianach dokonywanych w dokumencie po zastosowaniu podpisu,
- inne dodatkowe informacje - np. o dacie złożenia podpisu elektronicznego.



### 14.7.2 Podpisywanie eFaktury

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Przegląd rachunków](#) > przycisk: [Eksportuj eFakturę](#)

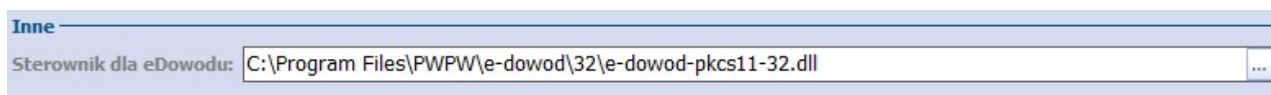
Podpisywanie dokumentu eFaktury lub eRachunku następuje podczas eksportu dokumentu, po wybraniu przycisku **Eksportuj**. W otwartym oknie dialogowym użytkownik zostanie poproszony o wpisanie kodu PIN. Informacja potwierdzająca złożenie podpisu elektronicznego wyświetlana jest w oknie z komunikatami.



## 14.8 Autoryzacja e-dowodem

W wersji 9.0.0 aplikacji mMedica została wprowadzona możliwość logowania do aplikacji oraz podpisywania dokumentów za pomocą e-dowodu. Podstawowym warunkiem korzystania z niej jest posiadanie e-dowodu z podpisem kwalifikowanym wraz z obsługującym go czytnikiem oraz zainstalowanego oprogramowania **E-dowód menadżer**, udostępnianego na stronie <https://www.gov.pl/web/mswia/oprogramowanie-do-pobrania>.

W Konfiguratorze (Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator), w pozycji: System > Urządzenia zewnętrzne, w sekcji Inne podpowiadana jest domyślna ścieżka dla sterownika e-dowodu (wymagany 32-bitowy), instalowanego wraz z powyższym oprogramowaniem. W przypadku zmiany jego lokalizacji należy w tym miejscu wskazać prawidłową ścieżkę.



Korzystanie z e-dowodu wymaga podania numeru CAN, który wpisuje się w dedykowanym oknie aplikacji **E-dowód menadżer**, wyświetlanym po położeniu e-dowodu na podpiętym do komputera czytniku. Pominięcie tego kroku będzie skutkowało pojawianym się przy wykonywaniu późniejszych czynności komunikatem:

"Brak odpowiedniego sterownika obsługi lub niepodłączone urządzenie do podpisu dowodem osobistym".

### 14.8.1 Logowanie za pomocą e-dowodu

W oknie logowania do programu dostępny jest przycisk **Zaloguj eDowodem**, umożliwiający logowanie za pomocą e-dowodu (przy użyciu czytnika, po wprowadzeniu numeru CAN).

 A screenshot of a login window titled 'Logowanie do systemu'. It has a blue header bar with the text 'Identyfikacja użytkownika'. Below the header, there is a dropdown menu for 'Baza danych:' with 'MMEDICA' selected. There are two input fields: 'Użytkownik:' and 'Hasło:'. Below these fields are four buttons: 'Zatwierdź', 'Anuluj', 'Zaloguj ePodpisem', and 'Zaloguj eDowodem'. The 'Zaloguj eDowodem' button is highlighted with a red rectangular border. At the bottom left, there is a link that says 'Zapomniałem hasła'.

Podczas pierwszego tego typu logowania konieczne jest wpisanie danych użytkownika (uzupełnienie pól "Użytkownik" i "Hasło"), który zostanie powiązany z e-dowodem. Po wprowadzeniu danych użytkownika, a następnie wybraniu wspomnianego przycisku i podaniu składającego się z sześciu cyfr numeru PIN do e-dowodu wyświetli się komunikat.

Nie znaleziono użytkownika powiązanego z podpisem elektronicznym. Czy chcesz powiązać podpis z uzupełnionymi danymi logowania?

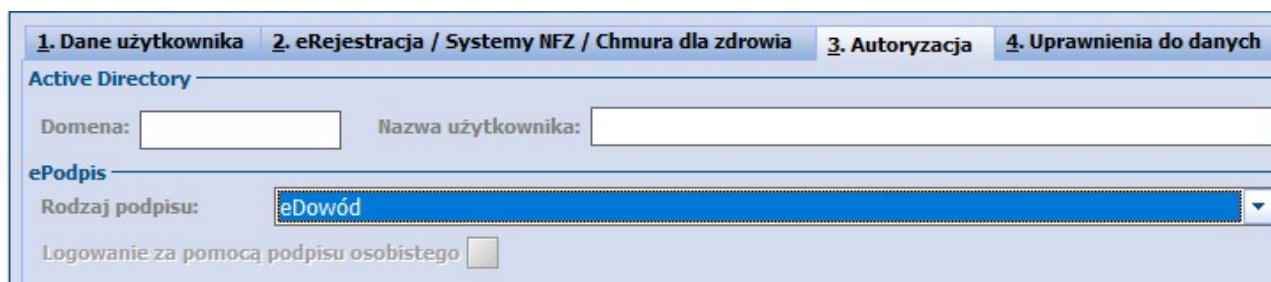
Tak      Nie

Wybór przycisku **Tak** umożliwi powiązanie podanego użytkownika aplikacji z e-dowodem. Operacja ta spowoduje automatyczne zaznaczenie w jego danych, w rejestrze użytkowników ([Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu](#)), na zakładce **3. Autoryzacja** parametru "**Logowanie za pomocą podpisu osobistego**", widocznego po wyborze w polu "Rodzaj podpisu" wartości "eDowód". W razie konieczności można usunąć te powiązanie poprzez odznaczenie parametru.

Opisane powiązanie spowoduje, że kolejne logowania e-dowodem nie będą wymagały podawania danych logowania do aplikacji. Po położeniu e-dowodu na czytniku i wprowadzeniu numeru CAN, a następnie wyborze przy uruchamianiu aplikacji przycisku **Zaloguj eDowodem** i podaniu numeru PIN nastąpi zalogowanie na właściwego użytkownika.

### 14.8.2 Podpisywanie dokumentów e-dowodem

Aby użytkownik mógł wykorzystywać w programie mMedica e-dowód do podpisywania dokumentów (na przykład e-Recepty, e-Skierowania, Informacji dla lekarza kierującego itd.), należy w jego danych, w rejestrze użytkowników ([Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu](#)), na zakładce **3. Autoryzacja** w polu "Rodzaj podpisu" ustawić wartość "eDowód".



Podpisanie dokumentu e-dowodem dokonuje się (przy wykorzystaniu czytnika) poprzez wprowadzenie w dedykowanym oknie 6-cyfrowego numeru PIN do e-dowodu.

## Rozdział

## 15

## Terminarz

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Rezerwacja](#) > [Przegląd terminarza](#)



lub przycisk  w oknie startowym programu

Przed rozpoczęciem pracy z Terminarzem mMedica zaleca się jego konfigurację, poprzez zdefiniowanie następujących elementów:

- [Kalendarza pracy](#)
- [Szablonów](#) harmonogramów pracy
- [Wygenerowanie harmonogramów](#) pracy

W oknie **Terminarza** prezentowany jest harmonogram pracy dla określonego personelu, komórki lub miejsca z wyróżnieniem terminów wolnych i już zarezerwowanych. Z tego poziomu można wykonać następujące czynności:

- Przejrzeć listę wolnych terminów dla wybranego personelu, komórki lub miejsca
- Utworzyć nową rezerwację
- Utworzyć nową rejestrację
- Zarejestrować na dzień bieżący zarezerwowaną wizytę pacjenta
- Podejrzeć dane istniejącej rezerwacji/rejestracji
- Zmienić dane istniejącej rezerwacji/rejestracji (zmiana terminu, godziny, lekarza itp.)
- Sprawdzić eWUŚ zbiorczo dla pacjentów posiadających rezerwację na dzień dzisiejszy
- Wprowadzić i wydrukować oświadczenie o przysługującym pacjentowi prawie do świadczeń opieki zdrowotnej
- Rozliczyć wizytę poprzez przejście do danych rozliczeniowych (przycisk dostępny w wariancie **mMedica+**)
- Odświeżyć e-Rezerwacje (przycisk dostępny dla aktywnego modułu e-Rejestracja)

Wszystkie powyższe czynności można wykonać za pomocą przycisków, znajdujących się w górnej części ekranu. Działanie przycisków zostało opisane w dalszej części tej instrukcji.



Za obsługę Terminarza odpowiadają uprawnienia: **Modyfikacja terminarza** oraz **Przegląd terminarza**. Uprawnienia nadawane są w ścieżce: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > [5. Uprawnienia funkcjonalne](#) w gałęzi "Terminarz". Użytkownik posiadający uprawnienie "Przegląd terminarza" będzie miał kompetencje wyłącznie do przeglądania zapisów w Terminarzu, bez możliwości tworzenia rezerwacji/rejestracji, modyfikacji istniejących już wpisów.



## 15.1 Aktualizacja Terminarza do wersji 5.7.0

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Poprawa błędów w konfiguracji](#)

Przed wykonaniem aktualizacji do wersji 5.7.0 zalecana jest weryfikacja poprawności konfiguracji Terminarza. **Wykonuje się ją na aplikacji w wersji 5.6.1.**

Podczas wykonywania aktualizacji instalator sprawdza poprawność konfiguracji dotychczas używanego Terminarza. W przypadku wykrycia błędów konfiguracyjnych, użytkownik zostanie poinformowany o tym stosownym komunikatem i aktualizacja zostanie wycofana. Aby uniknąć takiej sytuacji zalecane jest wykonanie poniższych czynności przed aktualizacją programu:

1. Jeśli program jest w wersji niższej niż 5.6.1, należy dokonać jego aktualizacji do wymaganej wersji.
2. Zalogować się do programu mMedica.
3. Przejść do ścieżki: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Poprawa błędów w konfiguracji](#).
4. Zaznaczyć jedną z zakładek zaznaczonych na zrzucie ekranu i wybrać przycisk **Generuj raport**, który rozpocznie proces sprawdzania poprawności danych. W zależności od wielkości bazy generacja raportu może trwać do kilkudziesięciu minut. W tym czasie aplikacja może przestać odpowiadać. Czynność tą należy wykonać kolejno dla każdej z zakładek.

W przypadku braku błędów można przystąpić do aktualizacji programu do wersji 5.7.0.

Poprawa błędów w konfiguracji

Zasoby personelu Szablony harmonogramu **Blokady harmonogramu** Harmonogram pracy

Poprawa powiązań zasobów personelu z personelem wewnętrznym. Dla wyświetlonych zasobów należy wskazać osobę personelu wewnętrznego, której dotyczy zasób. Zasoby bez wskazanego powiązania nie zostaną zmodyfikowane.

Generuj raport Zapisz raport Zatwierdź zmiany

Kliknij „Generuj raport”, aby wyświetlić dane

5. W przypadku wykrycia błędów, zostaną one wyświetlone w poniższym oknie. W tej sytuacji należy wykonać czynności opisane w legendzie, następnie rozpocząć proces naprawy poprzez wybranie przycisku **Zatwierdź zmiany**.

Poprawa błędów w konfiguracji

Zasoby personelu Szablony harmonogramu **Blokady harmonogramu** Harmonogram pracy

Usunięcie blokad harmonogramu obowiązujących w tym samym czasie. Należy zaznaczyć prawidłowe blokady. Blokady niezaznaczone zostaną usunięte.

LEGENDA

Generuj raport Zapisz raport Zatwierdź zmiany

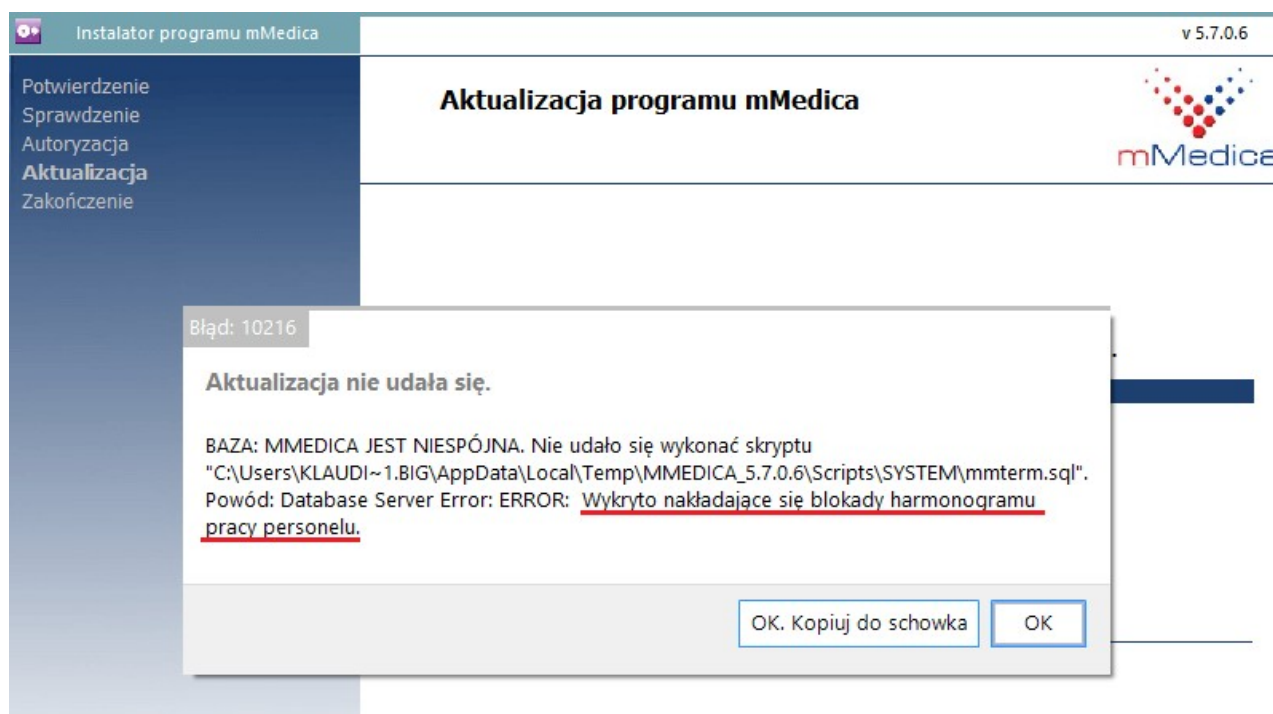
<b>Nowak Anna (NOWAKA)</b>	
<input type="checkbox"/> 2017-02-20 – 2017-02-23, rodzaj: Delegacja	<input checked="" type="checkbox"/> 2017-02-22 – 2017-02-23, rodzaj: Urlop
<b>Nowak Anna (NOWAKA)</b>	
<input type="checkbox"/> 2017-02-20 – 2017-02-23, rodzaj: Delegacja	<input type="checkbox"/> 2017-02-20 – 2017-02-20, rodzaj: Rezerwacja przez internet

6. Po poprawieniu wszystkich błędów można przystąpić do aktualizacji programu do najnowszej wersji instalatorem 5.7.0.

## 15.1.1 Poprawa błędów aktualizacji

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Poprawa błędów w konfiguracji](#)

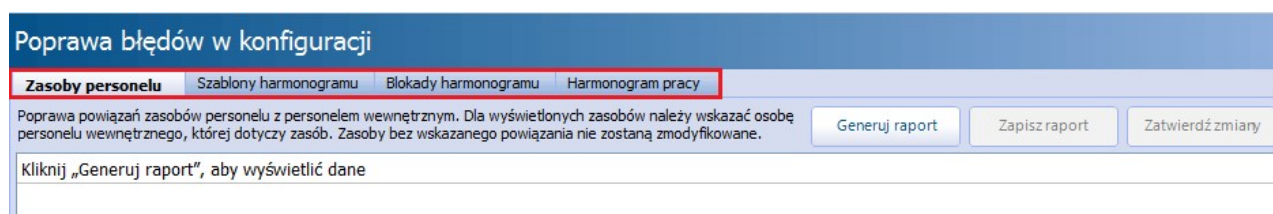
Jeśli przed wykonaniem aktualizacji do wersji 5.7.0 użytkownik nie skorzystał z funkcjonalności poprawy błędów w konfiguracji, podczas aktualizacji programu instalator może wykryć błędy konfiguracyjne i wycofać aktualizację. W przypadku wystąpienia takiej sytuacji należy zanotować komunikat błędu wyświetlany przez instalator (podkreślony czerwoną linią na poniższym zrzucie ekranu), następnie dokonać poprawy tych błędów.



W tym celu należy wykonać poniższe czynności:

1. Zalogować się do programu mMedica.
2. Przejść do ścieżki: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Poprawa błędów w konfiguracji](#). Funkcjonalność ta dostępna jest od wersji 5.6.1 programu mMedica. Jeżeli posiadana wersja programu jest niższa od wymaganej, należy wykonać aktualizację do wersji 5.6.1, następnie wykonać opisywane czynności.
3. Wybrać zakładkę, do której odnosił się błąd aktualizacji.

Na omawianym przykładzie instalator wykrył nakładające się blokady harmonogramu pracy personelu, w związku z tym należy przejść na zakładkę *Blokady harmonogramu*.



4. Wybrać przycisk **Generuj raport**, który szczegółowo wykaże błędne dane.  
W zależności od wielkości bazy generacja raportu może trwać do kilkudziesięciu minut. W tym czasie aplikacja może przestać odpowiadać.
5. Kolejnym krokiem jest wykonanie czynności opisanych w legendzie.  
Zgodnie z omawianym przykładem należy zaznaczyć tylko prawidłowe blokady. Te niezaznaczone

zostaną usunięte przez program po wybraniu przycisku **Zatwierdź zmiany**.

**Poprawa błędów w konfiguracji**

**LEGENDA**

Zasoby personelu Szablony harmonogramu **Blokady harmonogramu** Harmonogram pracy

Usunięcie blokad harmonogramu obowiązujących w tym samym czasie. Należy zaznaczyć prawidłowe blokady. Blokady niezaznaczone zostaną usunięte.

Generuj raport Zapisz raport **Zatwierdź zmiany**

**Nowak Anna (NOWAKA)**

☐ 2017-02-20 – 2017-02-23, rodzaj: Delegacja ☒ 2017-02-22 – 2017-02-23, rodzaj: Urlop

**Nowak Anna (NOWAKA)**

☐ 2017-02-20 – 2017-02-23, rodzaj: Delegacja ☐ 2017-02-20 – 2017-02-20, rodzaj: Rezerwacja przez internet

- Wybranie przycisku **Zatwierdź zmiany** rozpocznie proces zapisywania zmian do bazy danych.
- Po poprawieniu wszystkich błędów można przystąpić do aktualizacji programu do najnowszej wersji instalatorem 5.7.0.

## 15.2 Omówienie okna Terminarza

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Rezerwacja](#) > [Przegląd terminarza](#)



lub przycisk **TERMINARZ** w oknie startowym programu

Formatka Terminarza podzielona jest na trzy obszary:

**1) Nawigacja**



**2)**

**3)**

### 1) Nawigacja

W tym obszarze znajdują się filtry, za pomocą których wprowadza się szczegółowe dane rezerwacji jak: data, komórka, personel, miejsce i zajętość terminów (wolne, zajęte lub wszystkie). Aby wyświetlić wybrany harmonogram pracy i móc rozpocząć zapisywanie pacjentów na wizyty, należy w dostępnych filtrach za pomocą przycisków wybrać komórkę lub personel. Wybrana komórka organizacyjna zapamiętywana jest po wyłączeniu aplikacji i będzie domyślnie podpowiadana podczas kolejnego uruchomienia programu mMedica. Jeśli we filtrach nie zostanie wskazana żadna wartość, w Terminarzu zostaną wyświetlone

wszystkie rezerwacje i wolne terminy z bieżącego dnia dla wszystkich komórek, osób personelu oraz miejsc.

Nad filtrami znajduje się **kalendarz**, za pomocą którego można wybierać poszczególne daty do rezerwacji. Na kalendarzu domyślnie wyświetlany jest miesiąc bieżący, a zaznaczenie daty na kalendarzu spowoduje podświetlenie jej na kolor niebieski i wyświetlenie w polu "Data" w poniższym filtrze. Za pomocą strzałek przewijania   umieszczonych po bokach kalendarza można wyświetlić następny lub poprzedni miesiąc. Aby szybko przejść do wybranego miesiąca lub roku wystarczy kliknąć np. na nazwie miesiąca i z listy rozwijanej wybrać odpowiednią wartość.

Poszczególne dni na kalendarzu mogą być oznaczone kolorem (domyślnie zdefiniowanym przez producenta oprogramowania), w zależności od dostępności terminu:

- **Zielonym** – istnieją jeszcze wolne godziny; możliwość dodania rezerwacji.
- **Żółtym** – przekroczono limit wizyt na dany dzień, określony w harmonogramie. Istnieje możliwość dodania kolejnej rezerwacji, po zatwierdzeniu komunikatu: "Przekroczono limit wizyt dla harmonogramu. Kontynuować?".
- **Szarym** - brak wolnych godzin; istnieje możliwość dodania rezerwacji, jeśli godzina rezerwacji zostanie wprowadzona ręcznie. Wyświetlony zostanie komunikat "Rezerwacja poza obowiązującym harmonogramem. Czy kontynuować?".
- **Czerwonym** – zablokowanie terminu poprzez wcześniej dodaną [blokadę](#) harmonogramu pracy lekarza lub zdefiniowanie dnia wolnego w [kalendarzu](#) pracy. Istnieje możliwość dodania rezerwacji, po zatwierdzeniu komunikatu: "Rezerwacja w dniu wolnym od pracy komórki. Rezerwacja poza harmonogramem. Kontynuować?".

Pod kalendarzem został umieszczony przycisk **Pierwszy wolny termin**, po wybraniu którego system zaznaczy pierwszy wolny slot dla wybranej komórki organizacyjnej i/lub osoby osoby personelu, jeśli została wskazana. Przycisk można rozwinąć, aby wyszukiwać wolne terminy zgodnie z zasadami prowadzenia list oczekujących dla [harmonogramów przyjęć](#). Po kliknięciu w prawą część przycisku zostanie rozwinięta lista z następującymi opcjami:

- **Harmonogram przyjęć - przypadki stabilne** - system wyszuka pierwszy wolny termin w Terminarzu zgodnie z wpisami w prowadzonym harmonogramie przyjęć dla przypadków stabilnych.
- **Harmonogram przyjęć - przypadki pilne** - system wyszuka pierwszy wolny termin w Terminarzu zgodnie z wpisami w prowadzonym harmonogramie przyjęć dla przypadków pilnych.

W przypadku nieodnalezienia terminu wg. zadanych kryteriów wyszukiwania, zostanie wyświetlony poniższy komunikat. Powodem wystąpienia komunikatu może być również brak wygenerowanego harmonogramu pracy dla terminu, dla którego na liście oczekujących harmonogramu przyjęć widnieje ostatni wpis (np. ostatni wpis na liście oczekujących dotyczy terminu 2020-04-01, a harmonogram pracy wygenerowano do dnia 2019-12-31).

Nie odnaleziono wolnego terminu w harmonogramie.

## 2) Terminarz

W środkowym oknie Terminarza prezentowana jest lista terminów (godzin), spośród których można wybrać godzinę planowanej wizyty pacjenta. Puste sloty przygotowane do rezerwacji, które powstały na podstawie harmonogramu pracy, oznaczone są dwoma kolorami:

- **Niebieskim** - sloty dotyczące wizyt refundowanych przez NFZ.
- **Zielonym** - sloty dotyczące wizyt komercyjnych, opłacanych przez pacjenta.

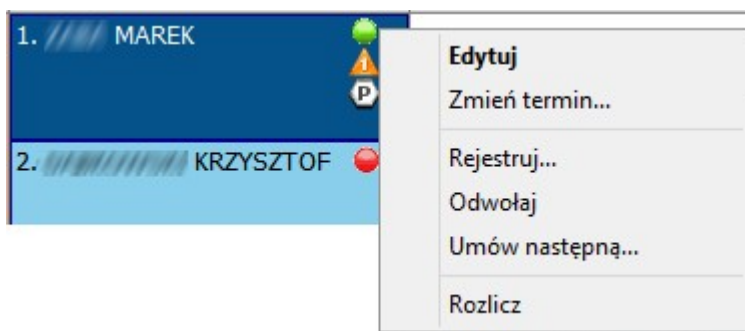
Dostępne sloty odpowiadające wolnym godzinom, oznaczone są jasnym kolorem. W przypadku dokonania rezerwacji terminu, kolor zmieni barwę na bardziej intensywną, a na slotcie wyświetli się imię i nazwisko



pacjenta.

Blokady harmonogramu pracy oznaczane są kolorem czerwonym wraz z podaniem przyczyny nałożenia blokady. Z kolei brak slotów i białe tło oznaczają brak wygenerowanego harmonogramu pracy na ten dzień. Na slotach z rezerwacją przed nazwiskiem pacjenta wyświetlane są numery kolejnych rezerwacji (liczba porządkowa), ułatwiając określenie liczby zarejestrowanych pacjentów.

Po najechnięciu kursorem myszy na slot z dokonaną rezerwacją, zostaną wyświetlone jej szczegóły (zdz. powyżej). Funkcje dostępne w menu, otwieranym prawym przyciskiem myszy, są zależne od statusu wybranego slotu:



Na slotach z rezerwacją na dzień bieżący wyświetlane są ikony, obrazujące status ubezpieczenia pacjenta:

- brak weryfikacji ubezpieczenia eWUŚ.
- pozytywna weryfikacja eWUŚ - pacjent jest uprawniony do świadczeń.
- negatywna weryfikacja eWUŚ - pacjent nie posiada uprawnień do świadczeń.
- istnienie dokumentu ubezpieczeniowego innego niż eWUŚ (np. EKUZ, legitymacja ubezpieczeniowa itd.).

Oraz następujące ikony:

- pacjent pierwszorazowy.
- dane wprowadzone do Terminarza przez system eRejestracji.
- uwagi wprowadzone podczas rezerwacji/rejestracji wizyty.
- wizyta domowa (na podstawie wartości wybieranej w polu "Miejsce" podczas tworzenia rez/rej.).
- teleporada
- pozycja powiązana z e-Skierowaniem.
- informuje o tym, że dla rezerwacji został przez portal eRejestracji przekazany 4-cyfrowy kod dostępu dla e-Skierowania. Kod ten podpowie się w danych rezerwacji po uruchomieniu opcji pobierania e-Skierowania z systemu P1.

Dodanie pacjenta do harmonogramu przyjęć:

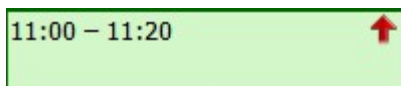
- powiązanie rezerwacji dla kategorii świadczeniobiorcy "Oczekujący" z harmonogramem przyjęć - przypadek stabilny.
- powiązanie rezerwacji dla kategorii świadczeniobiorcy "Oczekujący" z harmonogramem przyjęć - przypadek pilny.
- powiązanie rezerwacji z harmonogramem przyjęć dla świadczeń onkologicznych.

W oknie Terminarza dla wpisów powiązanych z harmonogramem przyjęć wprowadzono wyświetlanie ikonek wskazujących na wybraną w pozycji harmonogramu kategorię świadczeniobiorcy inną niż "Oczekujący":

- Harmonogram przyjęć – przyjęty na bieżąco
- Harmonogram przyjęć – kontynuujący leczenie
- Harmonogram przyjęć – przyjęty w stanie nagłym
- Harmonogram przyjęć – poza kolejnością



Osiągnięcie [limitu](#) rezerwacji na dany dzień (czyli maksymalnej liczby pacjentów, jaką lekarz jest w stanie przyjąć w danym dniu), obrazowane jest poprzez oznaczenie pozostałych slotów czerwoną strzałką (zdej. poniżej). Po przekroczeniu tej liczby, podczas dodawania kolejnej rezerwacji zostanie wyświetlony komunikat "Przekroczono limit wizyt dla harmonogramu. Kontynuować?".



W górnym panelu formatki *Terminarz* wyświetlane są kolumny, określające daty i dni tygodnia. Liczba wyświetlanych kolumn zależy od parametru, definiowanego w [kalendarzu](#) dla komórki - domyślnie jest to 5 kolumn (5 dni tygodnia). Oprócz tego wyświetlane są dane lekarzy, którzy posiadają harmonogramy do wybranej komórki organizacyjnej.

**Przykład:** terminarz poradni ortopedycznej dla czwartku został podzielony na dwie kolumny, ponieważ lekarz Kowalski J. i Nowak A. posiadają harmonogram w tej komórce na ten dzień.

Terminarz			
<<	2016-12-07 (Śr)	2016-12-08 (Cz)	
	Kowalski Jan	Kowalski Jan	Nowak Anna
9:00 05	Konferencja	1. / MAREK	

### 3) Dane pacjenta - podgląd

Po prawej stronie formatki użytkownik ma podgląd na najważniejsze dane pacjenta, po podświetleniu w Terminarzu wybranej rezerwacji/rejestracji.




Szczególnie pomocne w pracy rejestratorów medycznych mogą okazać się pola dotyczące deklaracji oraz "Uwagi".


Informacje o deklaracjach dla poszczególnych list aktywnych wyświetlane są w osobnych, odpowiednio opisanych wierszach (Dekl. L/O/P). W wersji 8.4.0 aplikacji mMedica wprowadzono oznaczenie wpisów dotyczących deklaracji kolorami:

- fioletowym - dla deklaracji odrzuconej w weryfikacji NFZ. Dodatkowo wyświetlany jest dopisek "odrzucona". Po najechniu na niego kursorem myszy prezentowana jest treść otrzymanej z NFZ informacji o przyczynie odrzucenia.
- czerwonym - dla deklaracji wycofanej. Dodatkowo wyświetlany jest dopisek "wycofana".

Tekst prezentowany w polach "Uwagi..." pobierany jest z uwag, wpisywanych podczas dodawania nowej [rezerwacji/rejestracji](#) i z uwag wpisywanych w danych pacjenta w Kartotece. Podgląd na dane pacjenta można ukryć za pomocą przycisku znajdującego się po prawej stronie okna.

Dodano również wyświetlanie informacji o złożonych [zgodach](#) w Kartotece pacjentów - marketingowa lub zgoda dot. usług elektronicznych.

Pacjent	██████: ALEKSANDRA
PESEL	██████████
Data ur.	1981-07-03 (35 lat)
Adres	41-110 Katowice ul. Wojewódzka
ID pacjenta	25976
Dod. ID	K 234
Zgody	Marketing Usługi elektroniczne
Grupy	Szkoła rodzenia
Kontakt	111-111-111
Status	Zaplanowana   
Uwagi z rezerwacji	Pobrać upoważnienie
Uwagi z kartoteki	będzie RTG kolana
Dekl. L:	Jan Nowak
Upr. dod.	47CZ (2022-03-21)
IKP	AKTYWNE-eMail



Oprócz tego, na podglądzie danych pacjenta prezentowany jest status rezerwacji/rejestracji i ikony, których znaczenie zostało już wyjaśnione powyżej.

Wyświetlana jest także informacja o wprowadzonych dokumentach [uprawnień dodatkowych](#) (pole "Upr. dod.") oraz o statusie konta IKP pacjenta i ustawionych na nim kanałach komunikacyjnych (pole "IKP"). Więcej informacji na temat prezentacji tych danych w programie mMedica zawiera rozdział [Wizualizacja kanałów komunikacyjnych ustawionych przez pacjenta w IKP](#).

## 15.3 Konfiguracja Terminarza

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Terminarz](#) > [Podstawowe](#)

przycisk  w oknie Terminarza

Na pozycji [Terminarz](#) > [Podstawowe](#) poprzez dodanie lub usunięcie zaznaczenia w poszczególnych polach można dokonać włączenia/wyłączenia komunikatów, informujących o braku złożenia wymaganych dokumentów. Dodatkowo można włączyć/wyłączyć walidacje działające w zakresie dokonywania rezerwacji i rejestracji wizyt.

**Rezerwacja i rejestracja**

- ☒ Wyświetlaj okno weryfikacji danych pacjenta podczas dodawania rezerwacji lub rejestracji
- ☒ Wyświetlaj informację o braku oświadczenia/upoważnienia pacjenta podczas dodawania rejestracji
- ☐ Wyświetlaj informację o braku danych przedstawiciela ustawowego podczas dodawania rejestracji
- ☐ Traktuj sobotę jako dzień roboczy przy wyznaczaniu terminu dostarczenia skierowania
- ☒ Wyświetlaj informację o braku ankiety kwalifikacji wstępnej

**Walidacja danych rezerwacji i rejestracji**

- ☐ Wymagaj personelu w rezerwacji
- ☐ Wymagaj zgodności płatnika z harmonogramem
- ☐ Zablokuj możliwość tworzenia rezerwacji i rejestracji kolidujących
- ☐ Zablokuj możliwość tworzenia rezerwacji i rejestracji poza harmonogramem
- ☒ Ostrzegaj o braku złożonych deklaracji dla wizyty POZ
- ☐ Wymagaj wypełnienia ankiety kwalifikacji wstępnej w rejestracji

**Główne okno**

Automatycznie odświeżaj listę co:  (min)

Domyślna czynność dla wolnego terminu w dniu bieżącym:  ▼

- ☐ Ukryj wpisy dla wizyt utworzonych w gabinecie (bez wcześniejszej rezerwacji ani rejestracji)

**Słowniki**

- ☐ Podpowiadaj datę w polu „Z harmonogramem na dzień” w słowniku personelu

**Plan wizyt**

- ☐ Drukuj tylko pierwszą literę nazwiska pacjenta

Znaczenie poszczególnych parametrów:

Sekcja: [Rezerwacja i rejestracja](#)

- Traktuj sobotę jako dzień roboczy przy wyznaczaniu terminu dostarczenia skierowania** - dla włączonego parametru [✓] aplikacja będzie uwzględniała sobotę jako dzień roboczy, przy wyznaczaniu terminu dostarczenia skierowania do placówki. Program wyznacza 14 dni roboczych, licząc od następnego dnia po dniu dokonania rezerwacji.

Sekcja: [Walidacja danych rezerwacji i rejestracji](#)

- **Wymagaj zgodności płatnika z harmonogramem** - podczas tworzenia rezerwacji program będzie wymagał zgodności płatnika (wizyty NFZ i wizyty komercyjne/prywatne) z utworzonym harmonogramem pracy. Np. w przypadku zaznaczenia checkboxa "Komercyjna/prywatna" dla rezerwacji tworzonej dla harmonogramu NFZ, zostanie wyświetlony komunikat:

Rezerwacja w harmonogramie przeznaczonym na wizyty NFZ.

- **Zablokuj możliwość tworzenia rezerwacji i rejestracji kolidujących** - niemożność utworzenia rezerwacji/rejestracji dla terminu, który został już zajęty. Podczas próby zarezerwowania terminu zostanie wyświetlony poniższy komunikat:

Rezerwacja w konflikcie z inną rezerwacją do personelu (10:00 - 10:15 Kowalski Jan).

- **Zablokuj możliwość tworzenia rezerwacji i rejestracji poza harmonogramem** - parametr dodany w wersji 8.4.0 aplikacji mMedica. Jego włączenie spowoduje, że przy tworzeniu rezerwacji lub rejestracji, których terminy nie pokrywają się lub pokrywają się tylko częściowo z utworzonym harmonogramem pracy, będzie się wyświetlał komunikat blokujący ich zatwierdzenie (twarda walidacja), jeden z zamieszczonych poniżej. W przypadku nieaktywnego parametru komunikat zostanie wyświetlony, ale nie będzie blokował zatwierdzenia danych (miękka walidacja).

Rezerwacja/rejestracja poza harmonogramem.

Rezerwacja/rejestracja częściowo poza harmonogramem.

- **Ostrzegaj o braku złożonych deklaracji dla wizyty POZ** - podczas dodawania rezerwacji/rejestracji pacjentowi bez złożonej deklaracji do lekarza POZ zostanie wyświetlony stosowny komunikat.

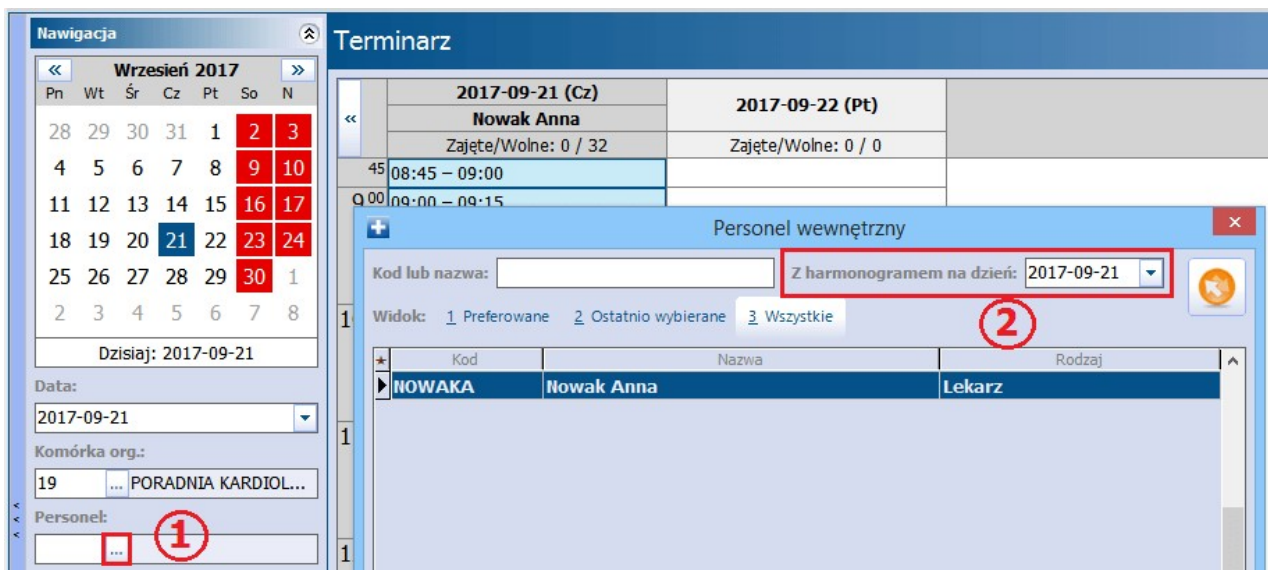
Sekcja: Główne okno

- **Domyślna czynność dla wolnego terminu w dniu bieżącym** - określa się domyślną czynność - rezerwację lub rejestrację terminu, która będzie wywoływana poprzez dwukrotne kliknięcie lewym przyciskiem myszki na wolnym slotie w Terminarzu. Parametr jest dostępny od wersji **Standard** programu mMedica.
- **Ukryj wpisy dla wizyt utworzonych w Gabinetach (bez wcześniejszej rezerwacji ani rejestracji)** - w przypadku włączenia parametru [✓] w głównym oknie Terminarza ukrywane będą sloty rezerwacji, które powstają na skutek utworzenia wizyty bezpośrednio z Gabinetu za pomocą przycisku "Nowa wizyta", z pominięciem ścieżki rejestracji pacjenta.

Sekcja: Słowniki

- **Podpowiadaj datę w polu "Z harmonogramem na dzień" w słowniku personelu** - dla

włączonego parametru [✓] aplikacja będzie podpowiadać bieżącą datę w polu "Z harmonogramem na dzień" (2) po otwarciu słownika z personelem w oknie Terminarza (1). Skutkuje to wyświetlaniem tylko tych osób personelu, które na dzień bieżący posiadają wygenerowany harmonogram pracy.



Sekcja: Plan wizyt

- **Drukuj tylko pierwszą literę nazwiska pacjenta** - dotyczy danych pacjenta na wydruku [planu wizyt](#).

### 15.3.1 Definicja kolorów w Terminarzu

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Terminarz](#) > [Wygląd](#)

W sekcji *Kolory predefiniowane* definiuje się kolory, które oznaczają dostępność terminu i status rezerwacji w głównym oknie Terminarza. Dostawca oprogramowania określił domyślne kolory, jednak użytkownik może dokonać ich modyfikacji. W celu zmiany koloru należy dwukrotnie kliknąć lewym przyciskiem myszki w prostokąt z kolorem i w oknie dialogowym *Kolory* wybrać dowolny kolor z dostępnej palety.



**Uwaga!** Użytkownicy posiadający dodatkowy Moduł Personalizacyjny mogą zdefiniować własne kolory i przyporządkować do nich poszczególne rodzaje wizyt np. pierwszorazowe, komercyjne, ze względu na status realizacji, rodzaj wizyty itd, a także dokonać przypisania ikonki do rodzaju wizyty. Szczegółowe informacje znajdują się w [instrukcji obsługi](#) Modułu Personalizacyjnego.



W sekcji *Różne* można dokonać zmiany rozmiaru tekstu wyświetlanego w slotach Terminarza (domyślnie 10). Zdjęcie poglądowe poniżej dla ustawień czcionki o rozmiarze 12:

	2017-07-11 (Wt)	2017-07-12 (Śr)
<<	Nowak Anna	Nowak Anna
	Zajęte/Wolne: 1 / 37	Zajęte/Wolne: 0 / 38
8 <sup>00</sup>	1. Kowalski Jan 	08:00 – 08:15
15	08:15 – 08:30	08:15 – 08:30
30	08:30 – 08:45	08:30 – 08:45

Włączenie parametru **"Rozszerzaj kolumny przy większej liczbie rezerwacji w tym samym wierszu"** powoduje rozszerzenie kolumny w środkowym oknie Terminarza, gdzie prezentowana jest lista terminów (godzin), w przypadku istnienia co najmniej 2 rezerwacji w tym samym wierszu, tj. na tą samą godzinę.

## 15.4 Kalendarz pracy

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Kalendarz pracy](#)

Funkcjonalność kalendarza pracy umożliwia zdefiniowanie czasu pracy i dni wolnych od pracy placówki medycznej jak i poszczególnych komórek organizacyjnych. Na formatce *Kalendarz pracy* prezentowany jest kalendarz dla bieżącego roku z podziałem na poszczególne miesiące. Zmiany roku kalendarzowego można dokonać za pomocą listy rozwijanej, znajdującej się w prawym górnym rogu okna. Maksymalny możliwy okres czasu, dla którego można zdefiniować kalendarz pracy placówki to 2025 rok.

Ustawienia kalendarza pracy dokonuje się dla [przychodni](#) (zakładka *Świadczeniodawca*) i dla [komórek](#) organizacyjnych. Ustawienia zdefiniowane dla przychodni domyślnie dziedziczą komórki organizacyjne. Jednak w przypadku odmiennego czasu pracy komórek, istnieje możliwość dokonania dla nich indywidualnych ustawień terminarza (zakładka *Komórki organizacyjne*).

W wersji 8.4.0 aplikacji mMedica u góry okna kalendarza został dodany przycisk **Kopiuje z poprzedniego roku** (zaznaczony na poniższym zdjęciu). Jego wybór powoduje skopiowanie do kalendarza dla danego roku, aktualnie wyświetlonego, ustawień kalendarza z roku go poprzedzającego.

Przykładowo, jeżeli w oknie wyświetlony jest kalendarz dla roku 2021, zastosowanie przycisku umożliwi skopiowanie do niego danych kalendarza z roku 2020.

W ramach funkcjonalności kopiowane są ustawienia dla świadczeniodawcy oraz dla aktywnych komórek organizacyjnych, dla wszystkich dni oprócz 29 lutego.

**Uwaga!** Jeżeli dla wybranego roku został już utworzony kalendarz, skorzystanie z przycisku spowoduje jego nadpisanie lub wyczyszczenie, jeśli dla roku poprzedniego nie było żadnych ustawień.

Ponadto kalendarz pracy umożliwia zdefiniowanie podstawowych parametrów wizyt w komórkach organizacyjnych, jak:

- długości wizyt,
- dane wymagane podczas tworzenia rezerwacji,
- liczba dni wyświetlana na formatce Terminarza.

Funkcje dodatkowe

Kopiuuj z poprzedniego roku

### Kalendarz pracy

Świadczeniodawca Komórki organizacyjne

2022

2016  
2017  
2018  
2019  
2020  
2021  
2022  
2023  
2024  
2025

Styczeń							Luty							Marzec						
pon.	wt.	śr.	czw.	pt.	sob.	niedz.	pon.	wt.	śr.	czw.	pt.	sob.	niedz.	pon.	wt.	śr.	czw.	pt.	sob.	niedz.
					1	2		1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5	6
3	4	5	6	7	8	9	7	8	9	10	11	12	13	7	8	9	10	11	12	13
10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20	14	15	16	17	18	19	20
17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	26	27	21	22	23	24	25	26	27
24	25	26	27	28	29	30	28							28	29	30	31			
31																				

Kwiecień							Maj							Czerwiec						
pon.	wt.	śr.	czw.	pt.	sob.	niedz.	pon.	wt.	śr.	czw.	pt.	sob.	niedz.	pon.	wt.	śr.	czw.	pt.	sob.	niedz.
					1	2						1				1	2	3	4	5
4	5	6	7	8	9	10	2	3	4	5	6	7	6	7	8	9	10	11	12	
11	12	13	14	15	16	17	9	10	11	12	13	14	13	14	15	16	17	18	19	
18	19	20	21	22	23	24	16	17	18	19	20	21	20	21	22	23	24	25	26	
25	26	27	28	29	30		23	24	25	26	27	28	27	28	29	30				
							30	31												


  

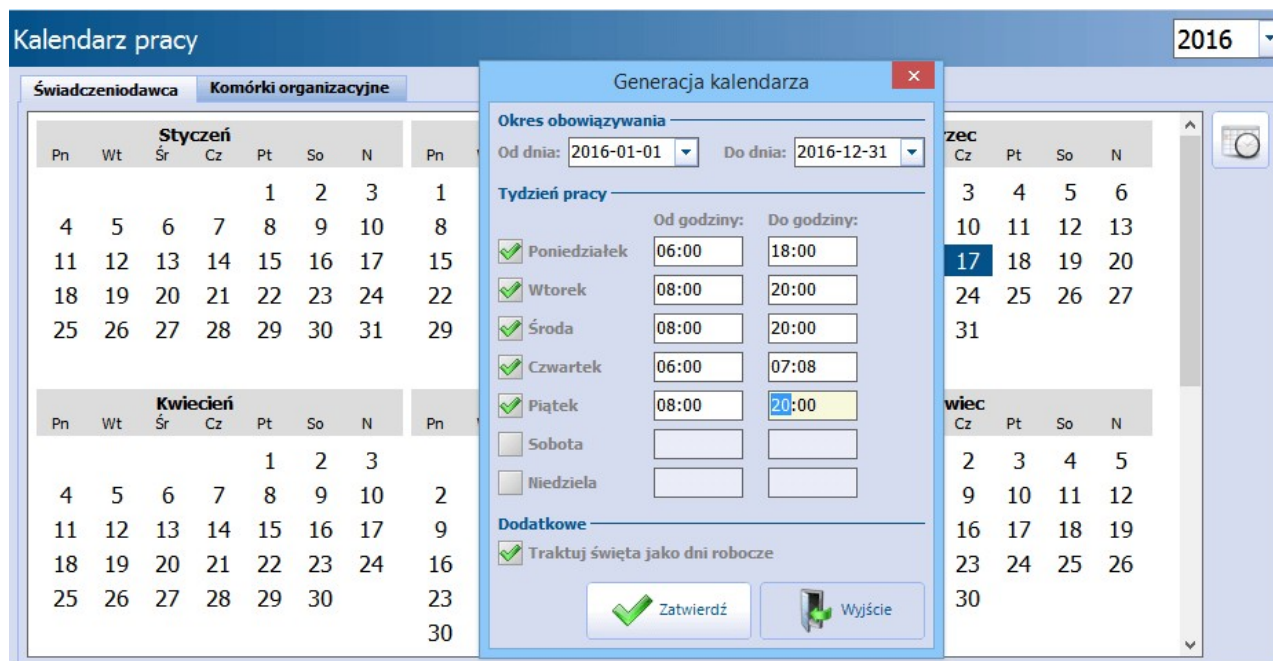
Lipiec							Sierpień							Wrzesień						
pon.	wt.	śr.	czw.	pt.	sob.	niedz.	pon.	wt.	śr.	czw.	pt.	sob.	niedz.	pon.	wt.	śr.	czw.	pt.	sob.	niedz.
					1	2	1	2	3	4	5	6				1	2	3	4	
4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	5	6	7	8	9	10	11	

## 15.4.1 Kalendarz dla przychodni

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Kalendarz pracy](#) > zakładka [Świadczeniodawca](#)

Na zakładce [Świadczeniodawca](#) dokonuje się ustawień kalendarza w odniesieniu do całej przychodni. Pierwszym krokiem jest wskazanie roku, dla którego będzie definiowany kalendarz, poprzez wybranie go z

listy rozwijanej w prawym górnym rogu okna. Następnie należy wybrać przycisk  **Generuj kalendarz**, który otworzy okno modalne *Generacja kalendarza*.



Okno "Kalendarz pracy" zawiera zakładki "Świadczeniodawca" i "Komórki organizacyjne". W prawym górnym rogu znajduje się lista rozwijana z rokiem "2016". W tle widoczne są kalendarze dla stycznia i kwietnia. Okno modalne "Generacja kalendarza" ma następujące pola:

- Okres obowiązywania:** "Od dnia: 2016-01-01" i "Do dnia: 2016-12-31".
- Tydzień pracy:**
  - ☒ **Poniedziałek** 06:00 - 18:00
  - ☒ **Wtorek** 08:00 - 20:00
  - ☒ **Środa** 08:00 - 20:00
  - ☒ **Czwartek** 06:00 - 07:08
  - ☒ **Piątek** 08:00 - 20:00
  - ☐ **Sobota**
  - ☐ **Niedziela**
- Dodatkowe:**
  - ☒ **Traktuj święta jako dni robocze**
- Przyciski: **Zatwierdź** i **Wyjście**.

- **Okres obowiązywania** - zakres dat obowiązywania kalendarza pracy. Domyślnie podpowiadany jest okres roku czasu, na podstawie roku wskazanego w prawym górnym rogu okna. Okres obowiązywania można dowolnie modyfikować, poprzez wybranie innej wartości z listy rozwijanej.
- **Tydzień pracy** - określenie dni i godzin pracy placówki medycznej. Domyślnie zdefiniowano tydzień pracy od poniedziałku do piątku. Aby zaznaczyć na kalendarzu dni tygodnia, w których pracuje przychodnia należy dodać zaznaczenie w odpowiednim polu np. ☒ **Poniedziałek**. Brak zaznaczenia w polu rozumiane jest jako dzień wolny od pracy. Ponadto w każdym dniu pracującym należy określić godziny pracy przychodni, poprzez uzupełnienie pól "Od godziny" i "Do godziny".
- **"Traktuj święta jako dni robocze"** - znaczenie parametru:
  - ☐ brak zaznaczenia - daty świąt wolnych od pracy zostaną zaznaczone na kalendarzu jako dni wolne.
  - ☒ zaznaczenie - daty świąt wolnych od pracy zostaną potraktowane jako dni robocze placówki.

Po wprowadzeniu danych należy je zapisać za pomocą przycisku **Zatwierdź**. Na wygenerowanym kalendarzu pracy kolorem **zielonym** zostaną oznaczone dni robocze placówki, natomiast kolorem **czerwonym** dni wolne od pracy.



Zapisany kalendarz można ponownie zdefiniować, pamiętając jednak, że każda kolejna generacja spowoduje jego nadpisanie:

W wybranym okresie już istnieje zdefiniowany kalendarz.  
Ponowne generacja spowoduje jego nadpisanie.  
Kontynuować?

TAK NIE

W razie konieczności zmodyfikowania wybranego dnia na kalendarzu, należy kliknąć na nim prawym przyciskiem myszki i wybrać jedną z opcji:

- **Oznacz jako roboczy** - oznacza dzień jako roboczy; opcja dostępna po zaznaczeniu dnia wolnego.
- **Oznacz jako wolny** - oznacza dzień jako wolny; opcja dostępna po zaznaczeniu dnia roboczego.
- **Zmień godziny pracy** - otwiera okno *Godziny pracy* w celu ich modyfikacji - opcja dostępna po zaznaczeniu dnia roboczego.

- **Usuń** - usuwa zdefiniowane dane. Niezdefiniowany dzień w kalendarzu jest zaznaczony kolorem białym.
- **Zaznacz wszystkie** - zaznacza wszystkie dni w kalendarzu, umożliwiając wykonywanie zbiorczych czynności. Zaznaczenie obrazowane jest niebieskim kolorem.



## 15.4.2 Kalendarz dla komórki

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Kalendarz pracy](#) > zakładka [Komórki organizacyjne](#)

Na zakładce *Komórki organizacyjne* dokonuje się indywidualnych ustawień kalendarza i parametrów wizyt dla poszczególnych komórek organizacyjnych.

W przypadku, gdy dni lub godziny pracy wybranych poradni różnią się od czasu pracy placówki, należy dokonać indywidualnych ustawień kalendarza komórek organizacyjnych. Jeżeli utworzono wcześniej kalendarz pracy dla [przychodni](#), to zgodnie z funkcją dziedziczenia dane te zostaną skopiowane do kalendarza komórek i oznaczone jasnym kolorem **(2)**. Dokonanie indywidualnych ustawień dla komórki wpłynie na intensywność kolorów prezentowanych na kalendarzu (zdj. poniżej).

Aby zdefiniować indywidualny kalendarz dla komórki, należy podświetlić ją na liście komórek organizacyjnych **(1)**. W przypadku istnienia wielu komórek w bazie, można posłużyć się polem do wyszukiwania "Kod lub nazwa". Kolejnym krokiem jest zdefiniowanie na podglądzie kalendarza pracy **(2)** indywidualnych dni lub godzin pracy komórki. Modyfikacji wybranego dnia dokonuje się przy użyciu menu, dostępnego po kliknięciu prawym przyciskiem myszy na wybranej dacie. Szczegółowy opis znajduje się w rozdziale: [Kalendarz dla przychodni](#).

**Uwaga!** Podczas [wyznaczania pierwszego wolnego terminu](#) dla harmonogramów przyjęć, aplikacja uwzględni dni pracy komórki zdefiniowane w kalendarzu pracy.

Dodatkowo, dla każdej komórki organizacyjnej można zdefiniować podstawowe parametry wizyt, wykorzystywane podczas tworzenia [rezerwacji](#) w Terminarzu:

Sekcja: [Typowe długości wizyty \(min\)](#)

Określenie 5 możliwych czasów trwania wizyty, podawane w minutach. Maksymalna długość wizyty to 480 minut (8h). Wartości domyślnie podpowiadane przez aplikację są jedynie propozycją i użytkownik może zmienić je według własnego uznania.

- **Domyślna** - domyślna długość wizyty, która jest automatycznie podpowiadana podczas generowania szablonu, harmonogramu pracy oraz w oknie *Nowa rezerwacja* podczas dodawania rezerwacji.



- **Pozostałe** - cztery pozostałe długości wizyty wybierane podczas dodawania rezerwacji w oknie *Nowa rezerwacja*.

Sekcja: Dane wymagane podczas tworzenia rezerwacji

- **Skierowanie** - parametr definiuje wymóg otrzymania/wprowadzenia skierowania podczas rezerwacji terminu. Możliwe wartości do wyboru, dostępne po rozwinięciu listy:
  - **Nigdy** - brak wymogu. W polu "Przyjęcie" będzie podpowiadana wartość "Bez skierowania". Wyjątkiem jest sytuacja, gdy pacjent miał już w danej komórce realizowaną wizytę, w której w polu "Kont. lecz." wprowadzono wartość "Pozostawienie pod opieką poradni specjalistycznej" - wtedy będzie podpowiadany tryb "Kontynuacja leczenia".
  - **Tylko dla pacjentów pierwszorazowych** - wymagane skierowanie dla pacjentów pierwszorazowych, czyli takich, którzy w ciągu poprzedzających 730 dni nie korzystali ze świadczeń w danym zakresie (komórce org.). W polu "Przyjęcie" będzie podpowiadana wartość "Ze skierowaniem", w przypadku tworzenia rezerwacji dla pacjenta 1-razowego.
  - **Zawsze** - wymagane skierowanie podczas każdej rezerwacji terminu. W polu "Przyjęcie" będzie podpowiadana wartość "Ze skierowaniem".
- **Wpis do harmonogramu przyjęć** - parametr definiuje wymóg wpisania pacjenta do [harmonogramu przyjęć](#). Do wyboru są dwie pozycje:
  - **Nigdy** - brak wymogu.
  - **Zawsze** - wymagane dodanie pacjenta do harmonogramu przyjęć. Wybranie tej pozycji spowoduje domyślne zaznaczanie opcji wymagalności wpisu do harmonogramu przyjęć przy wprowadzaniu rezerwacji/rejestracji, a także automatyczne dodanie do harmonogramu przyjęć dla tej komórki pozycji pacjenta z kategorią świadczeniobiorcy "Przyjęty na bieżąco" każdorazowo przy utworzeniu wizyty bez rezerwacji/ rejestracji w *Gabiniecie*.

Sekcja: Parametry dodatkowe

W polu "Liczba dni wyświetlanych w widoku terminarza" określa się liczbę dni wybranego harmonogramu pracy, która będzie prezentowana w głównym oknie Terminarza. Maksymalnie można zdefiniować 5 dni. Na poniższym screenie przedstawiony jest widok Terminarza dla skonfigurowanych 2 dni:

Terminarz			
«	2016-12-07 (Śr)	2016-12-08 (Cz)	
	Kowalski Jan	Kowalski Jan	Nowak Anna
9 <sup>00</sup>	Konferencja	1. <del>1111</del> MAREK	
05			

Parametr "Dzienny limit wizyt pierwszorazowych" określa, ilu pacjentów pierwszorazowych można zaplanować do komórki w ramach jednego dnia.

W przypadku przekroczenia ustalonej liczby rezerwacji dla pacjentów pierwszorazowych, podczas dodawania kolejnej rezerwacji zostanie wyświetlony komunikat "Przekroczono limit wizyt dla harmonogramu. Kontynuować?".

## 15.5 Zasoby miejsca

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Zasoby miejsca](#)

Pod pojęciem "Zasoby miejsca" należy rozumieć miejsca, w których świadczone są usługi zdrowotne (np. przychodnia, szpital), a także każdy inny zasób przychodni, do którego można dopisać osobę i określić harmonogram czasu wykorzystania. W programie mMedica zasoby miejsca są wykorzystywane podczas tworzenia [szablonu](#) i [harmonogramu](#) pracy lekarza.

W górnym oknie formatki *Zasoby miejsca* wyświetlane są zasoby domyślnie utworzone przez dostawcę oprogramowania. Natomiast w dolnym oknie prezentowane są szczegółowe dane wybranej pozycji. Systemowe zasoby miejsca są nieedytowalne, można je jedynie dezaktywować poprzez usunięcie zaznaczenia w polu "Aktualne".

Za pomocą przycisku **Nowy** użytkownik może dodać swój własny zasób.

### 15.5.1 Dodanie nowego zasobu

W celu dodania nowego zasobu miejsca należy wybrać przycisk **Nowy**, znajdujący się w górnym panelu formatki. W dolnym oknie należy uzupełnić dane miejsca:

- **Kod** - kod zasobu miejsca nadany przez użytkownika, identyfikujący zasób w bazie danych. Wartość jest dowolnym ciągiem znaków i powinna być unikalna.
- **Nazwa** - nazwa zasobu nadana przez użytkownika.
- Parametr **"Maksymalna liczba osób personelu w tym samym czasie"** - maksymalna liczba osób personelu, dla których można wygenerować harmonogram pracy, dotyczący tego samego miejsca i tych samych godzin.  
Przykład: Dwóch rehabilitantów korzysta z sali zabiegowej w godzinach 10:00-15:00. W związku z tym należy określić maksymalną liczbę osób = 2.
- Parametr **"Maksymalna liczba pacjentów w tym samym czasie"** - maksymalna liczba pacjentów, którym można utworzyć rezerwację na tę samą godzinę do tego samego miejsca.  
Przykład: W sali zabiegowej o godzinie 10:00 przyjmuje dwóch rehabilitantów. Na tę godzinę mogą przyjąć tylko 2 pacjentów. W przypadku próby dodania rezerwacji dla trzeciej osoby na tę godzinę,

aplikacja wyświetli komunikat: "Przekroczono limit pacjentów dla miejsca. Kontynuować?".

**Zasoby miejsca**

Kod	Nazwa	Akt.
PRZYCH	Przychodnia	✓
SALAZ	Sala zabiegowa	✓
SZPIT	Szpital	✓
WDOMU	Wizyta domowa	✓

**Dane miejsca – Sala zabiegowa**

Kod: SALAZ  
Nazwa: Sala zabiegowa  
Maksymalna liczba osób personelu w tym samym czasie: 2  
Maksymalna liczba pacjentów w tym samym czasie: 2  
☒ Aktualne

W celu usunięcia danego zasobu z listy należy go podświetlić, następnie wybrać przycisk **Usuń**. Usuwać można wyłącznie zasoby miejsca, utworzone przez użytkownika. Zasoby systemowe nie mogą zostać usunięte, można je jedynie oznaczyć jako nieaktualne, poprzez usunięcie zaznaczenia w polu "Aktualne".

## 15.6 Szablony harmonogramu pracy

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Szablony harmonogramu](#)

Szablon harmonogramu jest traktowany jako wzór, na podstawie którego w dalszej kolejności zostanie wygenerowany harmonogram pracy lekarza. W szablonie definiuje się miejsce i komórkę organizacyjną, w której personel będzie udzielał świadczeń oraz grafik pracy lekarza. Za pomocą dodatkowych opcji można określić dostępność szablonu (program mMedica, portal eRejestracji), płatnika świadczeń (NFZ, komercyjny/prywatny) oraz domyślną długość wizyty.

**Uwaga!** Tworzenie szablonu harmonogramu nie jest obowiązkowe! Harmonogram pracy lekarza można wygenerować ręcznie bez użycia szablonu. Szablon jest jedynie ułatwieniem, bazą, na podstawie której użytkownik będzie generował harmonogram dla wybranego okresu czasu.

Formatka *Szablony harmonogramu* służy do tworzenia, przeglądania oraz modyfikowania szablonu harmonogramu pracy lekarzy. W głównym oknie wyświetlana jest lista szablonów utworzonych przez użytkownika. Prezentowane dane można zawęzić za pomocą filtrów, znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*. Ponadto z poziomu formatki można dokonać [wygenerowania](#) i [usunięcia](#) harmonogramu pracy dla utworzonych już szablonów, do czego służą przyciski **Generuj harmonogram** i **Usuń harmonogram**.

### 15.6.1 Tworzenie szablonu

W celu dodania szablonu harmonogramu należy wybrać przycisk **Nowy**, znajdujący się w górnym panelu formatki i korzystając z dostępnych słowników i list rozwijanych wykonać następujące czynności:

1. W polu "Nazwa" wpisać dowolną nazwę szablonu. Jeśli pole nie zostanie uzupełnione, aplikacja automatycznie nada nazwę, którą będzie imię i nazwisko osoby personelu.
2. W polu "Komórka org." wskazać komórkę organizacyjną, w której przyjmuje lekarz.
3. W polu "Personel" wskazać osobę personelu.
4. W polu "Miejsce" wskazać miejsce (zasób miejsca), w którym świadczone będą usługi zdrowotne.
5. W polu "Rodzaj" wybrać rodzaj wizyty z dostępnego słownika.

**Uwaga!** Do utworzenia szablonu wymagane jest zdefiniowanie co najmniej dwóch danych: komórki org. i personelu lub komórki org. i miejsca. Temat omówiono szerzej w rozdziale: [Dodanie rezerwacji](#).

6. Zdefiniować dodatkowe parametry szablonu:

- **Dostępność** - określenie dostępności harmonogramu pracy lekarza w przypadku korzystania z modułu eRejestracja. Możliwe wartości do wyboru:
  - **mMedica** - domyślnie podpowiadana. Oznacza, że harmonogram pracy lekarza jest dostępny tylko z poziomu aplikacji - w przypadku aktywnego modułu eRejestracja grafik nie zostanie udostępniony na Portalu eRejestracji.
  - **eRejestracja** - harmonogram pracy lekarza będzie udostępniony tylko na Portalu eRejestracji (grafik offline).
  - **mMedica i eRejestracja** - harmonogram pracy będzie dostępny z poziomu aplikacji mMedica i z poziomu Portalu eRejestracji.
- **Płatnik** - określenie płatnika świadczeń. Możliwe wartości do wyboru:
  - **NFZ** - domyślnie podpowiadany płatnik. Oznacza, że tworzony jest szablon dla komórki/personelu realizującego kontrakt z NFZ. Blok czasu dotyczący wizyt, dla których płatnikiem jest NFZ, oznaczany jest na szablonie kolorem niebieskim.
  - **Komercyjny/prywatny** - oznacza, że tworzony jest harmonogram dla komórki/personelu komercyjnego. Opcja dostępna tylko dla włączonego modułu Komercyjnego. Blok czasu dotyczący wizyt komercyjnych oznaczany jest na szablonie kolorem zielonym.
- **Długość wizyty** - określenie średniego czasu trwania wizyty - maksymalna wartość to 120 minut. Długość wizyty jest podpowiadana z domyślnej długości wizyty zdefiniowanej w komórce w [Kalendarzu pracy](#).

6. Wypełnić szablon godzinami pracy lekarza.

**Szablon harmonogramu**

Nazwa:  Rodzaj:

Komórka org.:   Zabieg:

Personel:   Dostępność:  Płatnik:

Miejsce:   Długość wizyty:  (min) ☒ Aktualny

	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota	Niedziela
7 <sup>00</sup>							
8 <sup>00</sup>	08:00 – 09:00	08:00 – 17:00			08:00 – 16:00		
9 <sup>00</sup>							
10 <sup>00</sup>							
11 <sup>00</sup>							
12 <sup>00</sup>							
13 <sup>00</sup>							
14 <sup>00</sup>				14:00 – 20:00			
15 <sup>00</sup>							
16 <sup>00</sup>							
17 <sup>00</sup>							
18 <sup>00</sup>							
19 <sup>00</sup>							
20 <sup>00</sup>							
21 <sup>00</sup>							
22 <sup>00</sup>							

Aby uzupełnić szablon grafiką pracy lekarza należy, w polach reprezentujących tygodniowy rozkład godzin pracy, określić zakres czasu pracy poprzez:

- Dwukrotne kliknięcie lewym przyciskiem myszy w pole odpowiadające godzinie rozpoczęcia pracy. Na szablonie pojawi się granatowy prostokąt, który należy przeciągnąć w dół aż do godziny zakończenia pracy tzn. najechać kursorem myszki na dolny bok prostokąta (bloku czasu) do pojawienia się strzałki z dwoma grotami, następnie przytrzymując lewy przycisk myszy przeciągnąć w dół slot czasu. Na utworzonym słocie wyświetli się zakres godzin pracy lekarza dla danego dnia tygodnia.

	Poniedziałek
7 <sup>00</sup>	
8 <sup>00</sup>	08:00 – 09:00
9 <sup>00</sup>	

- Dwukrotne kliknięcie lewym przyciskiem myszy w dowolne pole na szablonie do pojawienia się granatowego prostokąta. Następnie należy kliknąć dwukrotnie lewym przyciskiem myszy w granatowy blok czasu i w otwartym oknie dialogowym wybrać dzień tygodnia i godziny pracy lekarza.

**Pozycja szablonu harmonogramu**

Dzień:

Od godziny:  Do godziny:

☒ Zatwierdź

- Kliknięcie prawym przyciskiem myszy w pole odpowiadające wybranemu dniu tygodnia i godzinie pracy lekarza i wybranie opcji "Dodaj". W otwartym oknie dialogowym należy zdefiniować godzinę zakończenia pracy.



	Poniedziałek	
7 <sup>00</sup>		
8 <sup>00</sup>		
9 <sup>00</sup>	Dodaj...	
10 <sup>00</sup>	Edytuj	
11 <sup>00</sup>	Usuń	

W przypadku pomyłki należy podświetlić dany blok czasu, następnie dokonać jego usunięcia za pomocą klawisza DELETE na klawiaturze komputera lub poprzez kliknięcie prawym przyciskiem myszy na slotcie i wybranie opcji "Usuń" z menu. Aby usunąć kilka slotów jednocześnie należy zbiorczo zaznaczyć wybrane bloki czasu, przytrzymując na klawiaturze klawisz CTRL.

## 15.6.2 Kopiowanie grafika z innego szablonu

Istnieje możliwość utworzenia szablonu harmonogramu na podstawie innego, wcześniej zdefiniowanego



szablonu. Służy do tego przycisk **Kopiuj z innego szablonu**, z którego należy skorzystać po uzupełnieniu podstawowych danych szablonu.

**Szablon harmonogramu**

Nazwa:  Rodzaj:

Komórka org.:   Zabieg:

Personel:   Dostępność:  Płatnik:

Miejsce:   Długość wizyty:  (min) ☒ Aktualny

	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota	Niedziela
7 <sup>00</sup>							
8 <sup>00</sup>	08:00 – 09:00	08:00 – 17:00			08:00 – 11:00		
9 <sup>00</sup>							
10 <sup>00</sup>							
11 <sup>00</sup>							

Z otwartego okna dialogowego *Szablony harmonogramu* zawierającego wszystkie istniejące szablony, użytkownik wybiera jeden szablon i zatwierdza wybór przyciskiem **Wybierz**.

**Szablony harmonogramu**

Nazwa:  ☒ Tylko aktualne

Widok: 1 Preferowane 2 Ostatnio wybierane 3 Wszystkie

Nazwa	Komórka	Personel	Miejsce
Kowalski Jan	Poradnia ortopedyczna	Kowalski Jan	Przychodnia
Nowak Grzegorz	Poradnia neurologiczna	Nowak Grzegorz	Sala zabiegowa
Sala zabiegowa	Poradnia zdrowia psychicznego	Nowak Anna	Sala zabiegowa

Wybierz (F5) Wyjście

W przypadku gdy na szablonie wprowadzono już jakieś pozycje, wyświetlony zostanie komunikat informujący o nadpisaniu istniejących danych, wartościami skopiowanymi z wybranego szablonu.

Szablon już zawiera pozycje. Skopiowanie danych spowoduje ich nadpisanie.  
Kontynuować?

TAK

NIE

### 15.6.3 Usunięcie szablonu

Usunięcia wybranego szablonu dokonuje się z poziomu formatki *Szablony harmonogramu*, poprzez zaznaczenie go na liście i wybranie przycisku **Usuń**. Zalecane jest rozważne korzystanie z tej funkcji, gdyż nie ma możliwości przywrócenia usuniętego szablonu.

Funkcje dodatkowe

Nowy Dane **Usuń** Generuj harmonogram Usuń harmonogram

Wyszukiwanie zaawansowane

Nazwa:

Komórka org.:

Personel:

**Szablony harmonogramu**

Nazwa	Komórka org.	Personel	Miejsce	Akt.
Kowalski Jan	Poradnia ortopedyczna	Kowalski Jan	Przychodnia	✓
Nowak Grzegorz	Poradnia neurologiczna	Nowak Grzegorz	Sala zabiegowa	✓
Sala zabiegowa	Poradnia zdrowia psychicznego	Nowak Anna	Sala zabiegowa	✓

## 15.7 Harmonogramy pracy

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Harmonogram pracy](#)

Harmonogram pracy określa czas pracy personelu medycznego w komórce organizacyjnej dla danego okresu czasu. Harmonogram pracy wykorzystywany jest w Terminarzu do planowania wizyt pacjentów. Na formatce *Harmonogramy pracy* użytkownik uzyska informacje o istniejących harmonogramach pracy dla personelu i miejsca, datach ich obowiązywania i ewentualnych blokadach.

W górnym oknie formatki wyświetlane są aktualne harmonogramy pracy, jakie zostały utworzone dla personelu i dla miejsca. Natomiast w dolnym oknie *Pozycje harmonogramu* prezentowana jest lista wygenerowanych pozycji (dni pracy) dla danego harmonogramu. Pozycje harmonogramu wyświetlane są domyślnie do końca bieżącego miesiąca, jednak użytkownik może zmienić zakres dat za pomocą filtra "Data od-do", znajdującego się w panelu *Wyszukiwanie podrzędnych*.

Dane prezentowane na formatce można zawęzić za pomocą filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*. Zaznaczenie checkboxa "Tylko z pozycjami" powoduje wyświetlenie tylko tych harmonogramów, dla których zostały utworzone pozycje.

Na formatce *Harmonogram pracy* można wykonywać następujące działania:

- [Wygenerować](#) harmonogram pracy lekarza na podstawie wcześniej utworzonego szablonu
- [Ręcznie](#) wygenerować harmonogram pracy
- [Edytować](#) istniejący już harmonogram
- [Przedłużyć/powtórzyć](#) harmonogram pracy na kolejny okres
- [Usunąć](#) harmonogram lub wybraną pozycję (dzień)
- Ustalić [blokadę](#) harmonogramu pracy (w przypadku, gdy personel nie jest do dyspozycji pacjenta)
- [Wydrukować](#) harmonogram pracy wybranego lekarza/miejsca

Wszystkie wymienione czynności zostały szczegółowo opisane w dalszej części tego rozdziału.

## 15.7.1 Tworzenie harmonogramu pracy

Harmonogram pracy w aplikacji mMedica można wygenerować na dwa sposoby:

- [ręcznie](#) - poprzez zdefiniowanie dni i godzin pracy personelu oraz innych szczegółowych parametrów
- [na podstawie szablonu](#) - poprzez wskazanie utworzonego wcześniej szablonu

O sposobie generacji harmonogramu decyduje użytkownik. W przypadku personelu/miejsca, którego grafik pracy jest stały, wygodniejsze może okazać się utworzenie jednego szablonu i generowanie na jego podstawie kolejnych harmonogramów pracy. Z kolei w przypadku personelu posiadającego elastyczny grafik pracy, często podlegający zmianom, zalecane jest korzystanie z funkcjonalności ręcznego generowania harmonogramu.

Możliwość wykonywania operacji na harmonogramach pracy warunkują uprawnienia ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator > 5. Uprawnienia funkcjonalne](#), sekcja: [Terminarz](#)):

- Generowanie harmonogramów
- Zarządzanie harmonogramami - w zakresie modyfikacji oraz usuwania harmonogramów.
- Zarządzanie blokadami - w zakresie dodawania, modyfikacji oraz usuwania blokad harmonogramów pracy.

### 15.7.1.1 Generowanie ręczne

Ścieżka: [Zarządzanie > Terminarz > Harmonogram pracy](#)

Przed przystąpieniem do ręcznego generowania harmonogramu pracy, należy wyświetlić wszystkie dostępne w mMedica zasoby personelu i miejsca, co dokonuje się poprzez usunięcie zaznaczenia w polu "Tylko z pozycjami" w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*. Kolejnym krokiem jest podświetlenie wybranej osoby personelu lub miejsca i wybór przyciskiem **Edytuj** lub dwukrotnym kliknięciem myszą.

Personel lub miejsce	Aktualny	Data od	Data do	Blokady
Kowalski Jan	✓			
Nowak Anna	✓			
Nowak Grzegorz	✓	2016-11-21	2016-12-25	✓
Przychodnia	✓			
Sala zabiegowa	✓	2016-11-21	2016-12-25	
Szpital	✓			
Wizyta domowa	✓			

Na nowej formatce zostanie wyświetlony pusty harmonogram dotyczący bieżącego tygodnia pracy. Zmiany widoku tygodnia dokonuje się poprzez wybór daty z kalendarza wyświetlanego po rozwinięciu listy w polu

**2016-11-23** lub poprzez skorzystanie z przycisków **<<** **>>**, wyświetlających następny lub poprzedni tydzień.

Aby uzupełnić harmonogram grafiką pracy lekarza należy, w polach reprezentujących tygodniowy rozkład godzin pracy, określić zakres czasu pracy i dodatkowe dane poprzez:

- Dwukrotne kliknięcie lewym przyciskiem myszy w pole odpowiadające dniu tygodnia i godzinie rozpoczęcia pracy. W otwartym oknie dialogowym *Nowa pozycja harmonogramu* (zdj. powyżej) należy uzupełnić szczegółowe dane harmonogramu jak np. komórka org., miejsce, dostępność, które zostały szczegółowo opisane w rozdziale: [Tworzenie szablonu](#).

Opis poszczególnych pól znajdujących się w oknie *Nowa pozycja harmonogramu*:

- Godz. od** - godzina rozpoczęcia pracy podpowiadana jest z pola, w którym użytkownik postawił kursor myszy i wywołał okno dialogowe. Godzina może być modyfikowana przez użytkownika. W sposób analogiczny podpowiadane są dane w polu "Data".
- Godz. do** - należy pamiętać o ręcznym wprowadzeniu godziny końca pracy w danym dniu.
- Limit wizyt** - określenie maksymalnej liczby pacjentów, jaką lekarz jest w stanie przyjąć w danym dniu. Po przekroczeniu tej liczby, podczas dodawania kolejnej rezerwacji w Terminarzu zostanie wyświetlony odpowiedni komunikat.

- Kliknięcie prawym przyciskiem myszy w pole odpowiadające dniu tygodnia i godzinie rozpoczęcia pracy i wybranie opcji "Dodaj" z dostępnego menu. W otwartym oknie dialogowym należy uzupełnić szczegółowe dane harmonogramu.

Aby [edytować](#) dodany już blok czasu, należy kliknąć na nim dwukrotnie lewym przyciskiem myszy. Wszystkie dodatkowe czynności, które można wykonać na formatce *Harmonogram pracy* jak dodawanie, kopiowanie, usuwanie i przesuwanie bloków czasu, zostały opisane w rozdziale: [Edycja harmonogramu](#).

**Uwaga!** Jeśli harmonogram definiowany jest na dłuższy okres czasu, a personel posiada stały grafik pracy, wystarczy zdefiniować jeden tydzień pracy lekarza, a następnie skorzystać z opcji [powtarzania](#)



[harmonogramu](#). Wybranie przycisku **Powtarzaj** umożliwi przedłużenie, powielenie harmonogramu pracy na wybrany okres czasu (np. miesiąc, kwartał, pół roku).

### 15.7.1.2 Generowanie na podstawie szablonu

Ścieżka: [Zarządzanie > Terminarz > Szablony harmonogramu](#)  
[Zarządzanie > Terminarz > Harmonogram pracy](#)

Aby wygenerować harmonogram pracy na podstawie wcześniej utworzonego szablonu, należy skorzystać z przycisku **Generuj**, który otworzy okno dialogowe *Generacja harmonogramu*. Do wygenerowania harmonogramu konieczne jest określenie czasu jego obowiązywania przy wykorzystaniu jednego z dostępnych pól:

- **Okres obowiązywania** - okres czasu na jaki zostanie utworzony harmonogram pracy. Możliwe wartości do wyboru po rozwinięciu listy: tydzień, miesiąc, kwartał, pół roku, rok.
- **Data od-do** - data "od" podpowiadana jest przez system domyślnie i jest nią zawsze bieżąca data. Data "do" uzupełni się automatycznie po wskazaniu okresu lub można zdefiniować ją samodzielnie, wybierając datę z kalendarza.
- **Co drugi tydzień** - zaznaczenie pola ☒ spowoduje, że harmonogram zostanie wygenerowany z 2-tygodniową częstotliwością (co 2 tygodnie).

Kolejnym krokiem jest wybranie szablonu, na podstawie którego zostanie utworzony harmonogram. Lista wszystkich szablonów zdefiniowanych w programie mMedica wyświetlana jest w oknie zaznaczonym na poniższym zrzucie ekranu. Zakres wyświetlanych szablonów można zawęzić korzystając z filtrów: komórka org., personel oraz miejsce.

Wybrania szablonu dokonuje się poprzez dodanie zaznaczenia ☒ w pierwszej kolumnie. W celu wygenerowania harmonogramów dla kilku osób personelu/miejsc należy po prostu dodać zaznaczenia przy wybranych nazwach szablonów.

**Generacja harmonogramu**

**Parametry**

Okres obowiązywania: Rok Data od: 2016-11-23 Data do: 2017-11-22

☒ Co drugi tydzień

**Szablony harmonogramu**

Komórka org.: Personel: Miejsce: SALAZ Sala zabiegowa

*	Nazwa	Komórka org.	Personel	Miejsce
<input checked="" type="checkbox"/>	Nowak Grzegorz	Poradnia neurologiczna	Nowak Grzegorz	Sala zabiegowa
<input checked="" type="checkbox"/>	Sala zabiegowa	Poradnia zdrowia psychiczn...	Nowak Anna	Sala zabiegowa

Zatwierdź Wyjście

Jeżeli w danym okresie czasu istnieje już wygenerowany harmonogram dla personelu/miejsca, aplikacja wyświetli stosowne ostrzeżenie. Wybranie przycisku "Tak" spowoduje nadpisanie dotychczas istniejącego harmonogramu nowym.

W wybranym okresie już istnieje harmonogram dla następujących osób personelu:

- Nowak Grzegorz

Czy chcesz usunąć ten harmonogram przed wygenerowaniem nowego?

TAK

NIE

Pomyślne wygenerowanie harmonogramu zostanie potwierdzone komunikatem:

Harmonogram został pomyślnie wygenerowany.

Podczas generacji harmonogramu mogą wystąpić konflikty zasobów miejsca lub personelu, które zostały szczegółowo opisane w rozdziale: [Konflikty harmonogramu](#).

### 15.7.1.3 Konflikty harmonogramu

Podczas generowania harmonogramu pracy należy pamiętać o zachowaniu dwóch podstawowych zasad:

1. Personel pracujący w tych samych godzinach powinien mieć rozróżnione miejsce udzielania świadczeń (konflikt miejsca).
2. Personel może posiadać tylko jeden harmonogram pracy w tym samych godzinach (konflikt personelu).

W odniesieniu do punktu 1 - istnieje możliwość zdefiniowania maksymalnej liczby osób personelu, które w tym samym czasie będą pracować w jednym miejscu udzielania świadczeń. Po przekroczeniu tej liczby aplikacja mMedica wyświetli konflikt miejsca i nie wygeneruje harmonogramów dla osób, które przekroczą ustalony limit. Omawiany parametr **"Maksymalna liczba osób personelu w tym samym czasie"** znajduje się w: [Zarządzanie > Terminarz > Zasoby miejsca](#).

W przypadku niezastosowania się do powyższych zasad, po wygenerowaniu harmonogramu zostanie wyświetlone okno błędów, obrazujące konflikty dla miejsca lub personelu. Konflikty oznaczane są czerwonym kolorem w kolumnie odpowiadającej rodzajowi konfliktu.

Błędy podczas tworzenia harmonogramu

Data	Godz. od	Godz. do	Komórka org.	Personel	Miejsce
2016-11-25	08:00	16:00	Poradnia ortopedyczna	Nowak Anna	Sala zabiegowa
	08:00	16:00	Poradnia neurologiczna	Nowak Grzegorz	Sala zabiegowa
2016-11-29	08:00	16:00	Poradnia ortopedyczna	Nowak Anna	Sala zabiegowa
	08:00	16:00	Poradnia neurologiczna	Nowak Grzegorz	Sala zabiegowa
2016-12-02	08:00	16:00	Poradnia ortopedyczna	Nowak Anna	Sala zabiegowa
	08:00	16:00	Poradnia neurologiczna	Nowak Grzegorz	Sala zabiegowa
2016-12-06	08:00	16:00	Poradnia ortopedyczna	Nowak Anna	Sala zabiegowa
	08:00	16:00	Poradnia neurologiczna	Nowak Grzegorz	Sala zabiegowa
2016-12-09	08:00	16:00	Poradnia ortopedyczna	Nowak Anna	Sala zabiegowa
	08:00	16:00	Poradnia neurologiczna	Nowak Grzegorz	Sala zabiegowa
2016-12-13	08:00	16:00	Poradnia ortopedyczna	Nowak Anna	Sala zabiegowa
	08:00	16:00	Poradnia neurologiczna	Nowak Grzegorz	Sala zabiegowa

Wyjście

W prezentowanym przykładzie wystąpił konflikt miejsca, gdyż dwóch lekarzy Nowak Anna i Grzegorz w tym samym terminie i godzinach (25-11-2016 8:00-16:00) mają pracować w tym samym miejscu - sali zabiegowej. W tej sytuacji należy poprawić wykazane błędy tj. zmienić miejsce pracy dla jednego z lekarzy i przystąpić do ponownego wygenerowania harmonogramu pracy.

## 15.7.2 Udostępnianie terminów w eRejestracji

Aby umożliwić pacjentom umawianie się na wizyty do wybranych lekarzy drogą elektroniczną, należy odpowiednio zdefiniować szablony/harmonogramy pracy lekarzy w mMedica. Podstawową rzeczą jest określenie godzin, które zostaną udostępnione pacjentom do rezerwacji na Portalu eRejestracji. Dostępność harmonogramu pracy lekarza określa się w polu "Dostępność" poprzez wybór jednej z dostępnych wartości:

- **mMedica** - domyślnie podpowiadana. Oznacza, że harmonogram pracy lekarza jest dostępny tylko z poziomu aplikacji - w przypadku aktywnego modułu eRejestracja grafik nie zostanie udostępniony na Portalu eRejestracji.
- **eRejestracja** - harmonogram pracy lekarza będzie udostępniony tylko na Portalu eRejestracji (grafik offline).
- **mMedica i eRejestracja** - harmonogram pracy będzie dostępny z poziomu aplikacji mMedica i z poziomu Portalu eRejestracji.

**Uwaga!** W przypadku konieczności jawnego rozdzielenia terminów wizyt refundowanych od komercyjnych na Portalu eRejestracji, wymagane jest posiadanie dodatkowego Modułu Komercyjnego. Tylko wtedy podczas definiowania szablonu lub harmonogramu pracy jest możliwość wskazania płatnika świadczeń.

**Szablon harmonogramu**

Nazwa:  Rodzaj:

Komórka org.:   Zabieg:

Personel:   Dostępność:  Płatnik:

Miejsce:  Długość wizyty:  (min) ☒ Aktualny

	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota	Niedziela
30			08:30 – 18:30				
9 <sup>00</sup>							
30							
10 <sup>00</sup>							
30							

Oprócz możliwości rejestracji na wizytę, pacjent może dokonać zamówienia recepty drogą internetową. Aby mu to umożliwić należy po stronie Portalu eRejestracji dokonać aktywowania funkcjonalności, a w aplikacji mMedica:

- oznaczyć leki jako [stale podawane](#) w ramach pacjenta,
- terminy udostępnione w eRejestracji przypisać do miejsca "Wizyta receptowa". Podczas zamawiania recept wyświetlane są wyłącznie terminy, które zostały skonfigurowane w Terminarzu jako przypisane do predefiniowanego miejsca "Wizyta receptowa".

**Pozycja harmonogramu**

Personel:

Data:  Godz. od:  Godz. do:

Komórka org.:

Miejsce:

Rodzaj:

Zabieg:

Dostępność:  Długość wizyty:  (min)

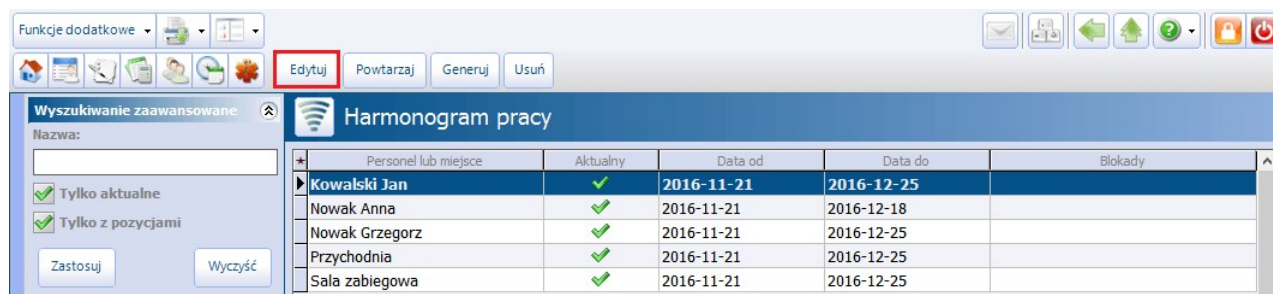
Płatnik:  Limit wizyt:

☒ Zatwierdź

## 15.7.3 Edycja harmonogramu

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Harmonogram pracy](#)

Na wygenerowanym harmonogramie pracy można w każdym momencie nanieść zmiany. Aby przejść do trybu edycji należy podświetlić wybrany harmonogram na liście i otworzyć go dwuklikiem lub skorzystać z przycisku **Edytuj**.



Na nowej formatce zostanie wyświetlony harmonogram personelu/miejsca, dotyczący bieżącego tygodnia pracy, który można poddać modyfikacji.

Harmonogram pracy – Kowalski Jan							
	Poniedziałek 2016-11-21	Wtorek 2016-11-22	Środa 2016-11-23	Czwartek 2016-11-24	Piątek 2016-11-25	Sobota 2016-11-26	Niedziela 2016-11-27
7:00							
8:00	08:00 – 14:00						
9:00	Poradnia ortopedyczna						
10:00	Przychodnia						
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							

Edycja harmonogramu pracy dostępna jest po kliknięciu prawym przyciskiem myszy w dowolnym polu/bloku na harmonogramie:

- **Dodanie nowego bloku** - dodanie nowego bloku zostało opisane w rozdziale: [Generowanie ręczne](#).
- **Edycja** - aby edytować dodany już blok czasu należy kliknąć na nim dwukrotnie lewym przyciskiem myszy lub wybrać opcję "Edytuj". Otwarte zostanie okno *Pozycja harmonogramu*, w którym należy dokonać zmian. Szczegóły w: [Generowanie ręczne](#).
- **Usunięcie** - usunięcia wybranego bloku dokonuje się za pomocą klawisza DELETE na klawiaturze komputera lub opcji "Usuń". Aby usunąć kilka slotów jednocześnie należy zbiorczo zaznaczyć wybrane bloki czasu, przytrzymując na klawiaturze klawisz CTRL.
- **Kopiowanie i wklejanie** - utworzony blok czasu można skopiować, wybierając opcję "Kopiuj", a następnie wkleić w inne miejsce harmonogramu (dzień) wybierając opcję "Wklej".

Ponadto istnieje możliwość przeniesienia bloku w inne miejsce harmonogramu - w tym celu należy kliknąć lewym przyciskiem myszy na bloku i przytrzymując przycisk (pojawi się kursor jak na zdj. poniżej) przenieść blok w wybraną kolumnę odpowiadającą dniu tygodnia, następnie puścić przycisk myszy.



Harmonogram pracy – Kowalski Jan		
	Poniedziałek 2016-11-21	Wtorek 2016-11-22
7 <sup>00</sup>		
8 <sup>00</sup>	08:00 – 14:00	
9 <sup>00</sup>	Poradnia	
10 <sup>00</sup>	ortopedyczna	
11 <sup>00</sup>	Przychodnia	
12 <sup>00</sup>		
13 <sup>00</sup>		

Dokonane zmiany należy zapisać i ponownie wygenerować harmonogram.

### 15.7.4 Powtarzanie harmonogramu

Ścieżka: [Zarządzanie > Terminarz > Harmonogram pracy](#)  
[Zarządzanie > Konfiguracja > Rejestr personelu](#) > przycisk **Harmonogram**

Funkcjonalność powtarzania harmonogramu umożliwia przedłużenie, powielenie harmonogramu pracy na kolejny okres. Zalecana jest głównie dla przedłużenia harmonogramów utworzonych ręcznie, gdyż w przypadku harmonogramów przygotowanych na podstawie szablonu wystarczy dokonać ponownej [generacji](#) na kolejny okres obowiązywania.

W celu powtórzenia harmonogramu należy zaznaczyć na liście właściwy harmonogram pracy, następnie wybrać przycisk **Powtarzaj**.

Funkcje dodatkowe

Edytuj

Powtarzaj

Generuj

Usuń

Wyszukiwanie zaawansowane

Nazwa:

☒ Tylko aktualne

☐ Tylko z pozycjami

Zastosuj

Wyczyść

Harmonogram pracy

Personel lub miejsce	Aktualny	Data od	Data do	Blokady
KAMIŃSKA KORNELIA	✓	2016-11-21	2016-11-27	
► Kowalski Jan	✓	2016-11-21	2016-12-25	
Nowak Anna	✓	2016-11-21	2016-12-18	
Nowak Grzegorz	✓	2016-11-21	2016-12-25	
Przychodnia	✓	2016-11-21	2016-12-25	
Sala zabiegowa	✓	2016-11-21	2016-12-25	


W otwartym oknie dialogowym *Powtarzanie harmonogramu* należy zdefiniować warunki powtórzenia harmonogramu.

Sekcja: Zakres danych do powtórzenia

W tej sekcji za pomocą dat określa się zakres danych, które mają zostać powtórzone.

- **Okres** - okres czasu z harmonogramu, który zostanie powtórzony. Możliwe wartości do wyboru:
  - **Dzień** - wybrany dzień zdefiniowany w harmonogramie, który zostanie powielony. Konkretny dzień wskazuje się w polu "Data" ręcznie lub za pomocą kalendarza.
  - **Tydzień** - domyślnie podpowiadany. Konkretny tydzień pracy lekarza/komórki, który zostanie powielony. Zmiany tygodnia dokonuje się poprzez wyznaczenie daty w polu "Data". Na podstawie tej daty system wyświetli zakres dat tygodnia od poniedziałku do piątku.

Sekcja: Parametry

- **Okres** - okres czasu na jaki zostanie powielony harmonogram pracy. Możliwe wartości do wyboru po rozwinięciu listy: tydzień, miesiąc, kwartał, pół roku, rok. W przypadku niewybrania żadnej z wartości należy uzupełnić pole "Data od-do".
- **Data od-do** - data "od" podpowiadana jest przez system domyślnie i jest nią kolejny dzień po ostatnim dniu wskazanym w polu "Tydzień". Data "do" uzupełni się automatycznie po wskazaniu okresu lub można zdefiniować ją samodzielnie, wybierając datę z kalendarza.
- **Dni tygodnia** - określenie dni tygodnia z harmonogramu, które mają zostać powtórzone. Domyślnie podpowiadają się wszystkie dni tygodnia. Po rozwinięciu listy można usunąć zaznaczenie przy wybranych dniach.
- **Co drugi tydzień** - zaznaczenie pola  spowoduje, że harmonogram zostanie powtórzony z 2-tygodniową częstotliwością (co 2 tygodnie).

Wybranie przycisku **Zatwierdź** uruchamia proces powtarzania harmonogramu. Jeśli w podanym okresie czasu istnieje już harmonogram, zostanie wyświetlone stosowne ostrzeżenie. Wybranie przycisku "Tak" spowoduje usunięcie dotychczasowego harmonogramu i utworzenie nowego.

## 15.7.5 Blokada harmonogramu

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Terminarz](#) > [Harmonogram pracy](#)

Blokady harmonogramu pracy są bardzo przydatną funkcją w planowaniu harmonogramu pracy personelu i planowaniu wizyt pacjentów w Terminarzu. Jeżeli wybrana osoba personelu nie jest do dyspozycji pacjentów w określonym czasie (z powodu delegacji, konferencji, urlopu itp.), to należy założyć blokadę harmonogramu na ten okres. Funkcja ta może być również wykorzystywana do tworzenia blokad dla wybranych zasobów miejsca (np. przychodnia, sala zabiegowa).

Założone blokady prezentowane są w dolnym oknie formatki *Harmonogram pracy* za pomocą czerwonej czcionki/czerwonych pól (w zależności od zaznaczenia) wraz z podaniem przyczyny blokady, a także z poziomu Terminarza w postaci czerwonych kwadratów na kalendarzu.

The screenshot shows the 'Harmonogram pracy' (Work Schedule) interface. On the left, there are search filters for 'Wyszukiwanie zaawansowane' (Advanced search) and 'Wyszukiwanie podrzędnych' (Subordinate search). The main area displays a table of blocks for 'Kowalski Jan'.

Personel lub miejsce	Aktualny	Data od	Data do	Blokady
Kowalski Jan	✓	2016-11-21	2017-03-26	✓
Przychodnia	✓	2016-11-21	2017-03-26	
Nowak Grzegorz	✓	2016-11-21	2016-12-25	

Below this is a section for 'Pozycje harmonogramu – Kowalski Jan' (Schedule positions – Kowalski Jan), which shows a detailed view of the schedule with dates, times, and reasons for blocks. A calendar on the right shows the month of December 2016, with red squares indicating blocked dates.


Aby dodać blokadę harmonogramu należy zaznaczyć na liście harmonogramu personelu/miejsca, następnie wybrać przycisk **Nowa blokada**, znajdujący się w dolnym panelu formatki. W nowym oknie dialogowym należy ręcznie lub za pomocą kalendarza określić przedział czasowy obowiązywania blokady. W polu "Rodzaj" wskazuje się przyczynę blokady, możliwe wartości do wyboru:

- Delegacja
- Konferencja
- Urlop
- Zwolnienie lekarskie
- Wcześniejsze wyjście
- Inna

The screenshot shows the 'Nowa blokada harmonogramu' (New schedule block) dialog box. It contains the following fields:

- Personel:** Kowalski Jan
- Data od:** 26-10-2022 00:00
- Data do:** 30-10-2022 00:00
- Rodzaj:** U ... Urlop
- ☒ **Wstrzymaj wysyłanie przypomnień** (highlighted with a red box)
- Zatwierdź** (green checkmark button)
- Wyjście** (green exit button)

W wersji 8.4.0 aplikacji mMedica w oknie definicji blokady dodano parametr **"Wstrzymaj wysyłanie przypomnień"**. Należy go włączyć, jeżeli dla rezerwacji, których blokada dotyczy, nie mają być wysyłane do pacjentów przypomnienia o zbliżającej się wizycie. Dokładne informacje na temat funkcjonalności przesyłania przypomnień zawiera instrukcja obsługi modułu [mPowiadomienia](#).

Istnieje możliwość wydrukowania raportu blokad harmonogramu pracy wybranej osoby personelu. Raport dostępny jest na formacie *Harmonogram pracy* po wybraniu przycisku  i opcji **"Blokady harmonogramu"**.

Aby dodać blokadę harmonogramu pracy bezpośrednio w oknie Terminarza, należy kliknąć na wybranym slotcie godzinowym prawym przyciskiem myszki i wybrać opcję **"Zablokuj"**. Następnie określić rodzaj blokady i czas jej trwania.

	2017-09-21 (Cz)	2017-09-22 (Pt)	
<<	Nowak Anna	Nowak Anna	
	Zajęte/Wolne: 0 / 48	Zajęte/Wolne: 0 / 48	
8 00	08:00 – 08:10	08:00 – 08:10	Dzi
10	08:10 – 08:20		
20	08:20 – 08:30		
30	08:30 – 08:40		
40	08:40 – 08:50		
50	08:50 – 09:00		








Rezerwuj...  
 Rejestruj...  
**Zablokuj...**  
 Wydruk terminu wizyty na drukarce fiskalnej

Możliwość zarządzania blokadami harmonogramu pracy warunkuje uprawnienie "Zarządzanie blokadami":  
[Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator > 5. Uprawnienia funkcjonalne](#), sekcja: [Terminarz](#).

## 15.7.6 Usunięcie harmonogramu

Ścieżka: [Zarządzanie > Terminarz > Harmonogram pracy](#)  
[Zarządzanie > Konfiguracja > Rejestr personelu](#) > przycisk **Usuń harmonogram**

W celu usunięcia harmonogramu należy zaznaczyć na liście właściwy harmonogram pracy, następnie wybrać przycisk **Usuń**.

Funkcje dodatkowe		      			
Edytuj   Powtarzaj   Generuj <b>Usuń</b>					
<b>Wyszukiwanie zaawansowane</b> Nazwa: <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tylko aktualne <input checked="" type="checkbox"/> Tylko z pozycjami Zastosuj   Wyczyść		<b>Harmonogram pracy</b>			
	Personel lub miejsce	Aktualny	Data od	Data do	Blokady
	KAMIŃSKA KORNELIA	✓	2016-11-21	2016-12-04	
	► Kowalski Jan	✓	2016-11-21	2017-03-26	✓
	Nowak Anna	✓	2016-11-21	2016-12-18	
	Nowak Grzegorz	✓	2016-11-21	2016-12-25	
	Przychodnia	✓	2016-11-21	2017-03-26	

W otwartym oknie dialogowym *Usuwanie harmonogramu* należy zdefiniować warunki usunięcia. Wymagane jest określenie zakresu czasu, dla którego ma zostać usunięty harmonogram oraz kryterium usunięcia: komórka org., personel, miejsce.

**Uwaga!** Do usunięcia harmonogramu wymagane jest wskazanie co najmniej jednego z kryteriów tj. komórki, personelu lub miejsca. **Należy pamiętać, że zbyt ogólne zdefiniowanie warunków usunięcia, może spowodować usunięcie większej ilości harmonogramów pracy.** Np. wybranie tylko komórki organizacyjnej



spowoduje usunięcie wszystkich harmonogramów, które zostały utworzone dla tej komórki.

**Przykład:** lekarz Kowalski J. posiada 2 harmonogramy dla 2 różnych komórek organizacyjnych. Zdefiniowanie w oknie *Usuwanie harmonogramu* tylko zakresu dat i personelu, spowoduje usunięcie harmonogramu w obydwóch komórkach organizacyjnych. Jeśli użytkownik chce usunąć harmonogram tylko z jednej komórki, powinien zawęzić warunki usunięcia do tej konkretnej komórki.

- **Okres obow.** - okres obowiązywania harmonogramu, który zostanie usunięty. Możliwe wartości do wyboru po rozwinięciu listy: tydzień, miesiąc, kwartał, pół roku, rok. W przypadku niewybrania żadnej z wartości należy uzupełnić pole "Data od-do".
- **Data od-do** - data "od" podpowiadana jest przez system domyślnie i jest nią zawsze bieżąca data. Data "do" uzupełni się automatycznie, po wskazaniu okresu lub można zdefiniować ją samodzielnie, wybierając datę z kalendarza.
- **Dni tygodnia** - określenie wybranych dni tygodnia z harmonogramu, które mają zostać usunięte. Domyślnie podpowiadają się wszystkie dni tygodnia. Po rozwinięciu listy można usunąć zaznaczenie przy wybranych dniach.
- **Komórka org.** - komórka organizacyjna, dla której zostanie usunięty harmonogram/y.
- **Personel** - personel, dla którego zostanie usunięty harmonogram/y.
- **Miejsce** - zasób miejsca, dla którego zostanie usunięty harmonogram/y.

Wybranie przycisku **Zatwierdź** rozpocznie proces usuwania harmonogramu/ów zgodnie z określonymi warunkami. Jeśli w podanym okresie czasu istnieją zaplanowane rezerwacje w Terminarze, zostanie wyświetlone stosowne ostrzeżenie:

**Uwaga!** Usunięcie harmonogramu **nie powoduje** usunięcia zaplanowanych wizyt w Terminarze.



## Rozdział

## 16

## Planowanie wizyt w Terminarzu

W niniejszym rozdziale omówiono różne sposoby planowania wizyt w Terminarzu, ich odwoływanie i rozliczanie. Przedstawiono również dodatkowe funkcjonalności Terminarza, które wpływają na poprawę organizacji pracy w rejestracji medycznej.

### 16.1 Rezerwacja wizyty

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Rezerwacja](#) > [Przegląd terminarza](#)



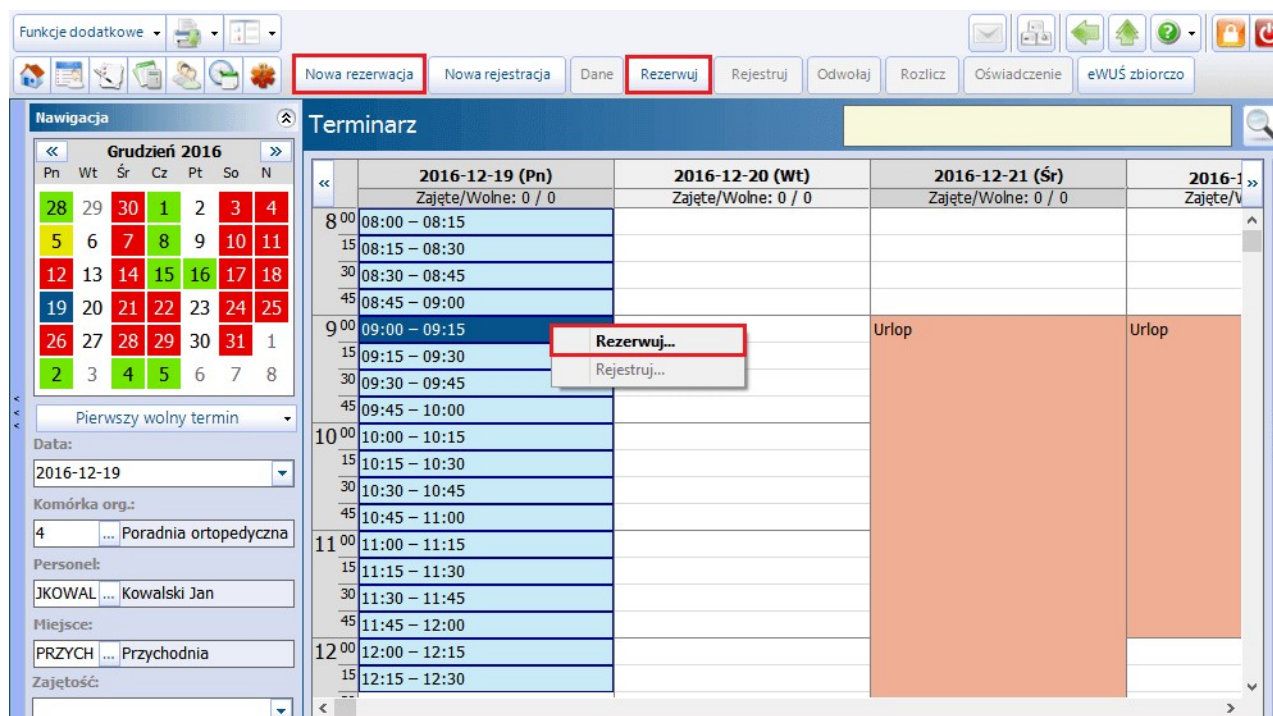
lub przycisk **TERMINARZ** w oknie startowym programu

Rezerwacja wizyty rozumiana jest jako wcześniejsze umówienie terminu wizyty. Wizyta taka ma nastąpić w przyszłości, a więc co najmniej następnego dnia.

Poniżej przedstawiono krótką instrukcję tworzenia rezerwacji w programie mMedica:

1. Przejsz do okna Terminarza korzystając z jednej z powyższych ścieżek.
2. Wyznaczyć termin rezerwowanej wizyty za pomocą kalendarza lub poprzez wprowadzenie daty w polu "Data".
3. Wybrać komórkę organizacyjną lub personel.
4. Wybrać godzinę wizyty z prezentowanego harmonogramu pracy (zalecane) lub ze slotu poza harmonogramem. Można tego dokonać w następujący sposób:
  - a) Wybrać przycisk **Nowa rezerwacja** i uzupełnić wymagane dane. W tym wypadku tworzona rezerwacja nie odnosi się do żadnego harmonogramu, a więc większość danych należy wprowadzić samodzielnie, jak np. godzina i data wizyty.
  - b) Zaznaczyć na liście slot odpowiadający wolnej godzinie, następnie wybrać przycisk **Rezerwuj**.
  - c) Kliknąć prawym przyciskiem myszy na slot odpowiadającym danej godzinie i z otwartego menu wybrać opcję "Rezerwuj".
  - d) Kliknąć dwukrotnie lewym przyciskiem myszy na slot odpowiadającym danej godzinie.
5. Uzupełnić pozostałe dane rezerwacji.

Tworzenie rezerwacji według opisu przedstawionego w punktach b) - d) powoduje podpowiedzenie na formatce *Nowa rezerwacja* godziny i daty wizyty na podstawie zaznaczonego slotu (punkt 4).




### 16.1.1 Dodanie rezerwacji

Wykonanie jednej z czynności omówionych w rozdziale [Rezerwacja wizyty](#) spowoduje otwarcie formatki *Nowa rezerwacja*, na której ustala się szczegóły rezerwacji terminu wizyty wybranemu pacjentowi.

Większość pól znajdujących się na formatce zostaje uzupełniona przez program automatycznie, na podstawie:

- wybranego harmonogramu pracy lekarza (sekcja *Termin*)
- daty i godziny wybranej z harmonogramu pracy (sekcja *Termin*)
- indywidualnych ustawień komórek dokonanych w Kalendarzu pracy (pole "Wpis do harmonogramu przyjęć" i "Skierowanie")
- ustawień domyślnych personelu (sekcja *Wizyta*)

W tej sytuacji użytkownik jest zobowiązany jedynie do wskazania pacjenta, któremu rezerwuje termin wizyty, poprzez kliknięcie w przycisk  obok pola "PESEL" i wybranie go ze słownika pacjentów. Dodatkowo w polu "Uwagi" może wpisać ważne informacje dotyczące wizyty. Uwagi będą wyświetlane w podglądzie danych pacjenta w Terminarzu i na liście pacjentów do Gabinetu.

**Nowa rezerwacja**

**Dane podstawowe**

**Skierowanie**

**Wizyt receptowa**

**Rezerwacja usług**

**Historia usług**

**Termin**

Komórka org.: 101 ... Poradnia endokrynologiczna

Personel: NOWAKA ... Nowak Anna

Miejsce: PRZYCH ... Przychodnia

Data: 20.11.2019 Godzina: 10:30 Długość: 15

**Pacjent**

PESEL:  Kontakt:

Nazwisko i imię:

**Wizyta**

Wizyta: Specjalistyczna

Tryb przyjęcia: Bez skierowania

Rodzaj: 50 ... Pierwsza wizyta

☐ Komercyjna/prywatna ☐ Pierwszorazowa

**Rehabilitacja**

Urządzenie:

Zabieg:

Parametry:

Okolica ciała:

**Harmonogram przyjęć**

☐ Wymagany

Kat. świadcz.:

Uprawn. dod.:

Kat. medyczna:  Ostatni wpis:

☐ Termin na życzenie pacjenta

Wcześniejszy termin proponowany przez świadcz.:

**Dostarczenie skierowania**

Termin dost.:  ☐ Dostarczono w dniu:

☐ Wysłano pocztą

**Uwagi**

Należy zwrócić uwagę, że dodawanie rezerwacji poprzez przycisk **Nowa rezerwacja** nie odnosi się do żadnego slotu harmonogramu pracy. Spowoduje to otwarcie praktycznie pustej formatki *Nowej rezerwacji*, gdzie pozostałe dane użytkownik musi uzupełnić samodzielnie.

Wymóg uzupełnienia poszczególnych pól uzależniony jest od wielu czynników, np. od typu rezerwowanej wizyty i trybu przyjęcia. Jednak dzięki systemowi walidacji, użytkownik informowany jest dodatkowymi komunikatami o danych, które wymagają uzupełnienia:

Brak personelu lub miejsca.

Ikony znajdujące się w lewym panelu okna aktywowane zostają w momencie spełnienia odpowiednich warunków, np. wybranie trybu przyjęcia "Ze skierowaniem" aktywuje ikonę *Skierowanie*, umożliwiając tym samym jego ewidencję. Szczegółowy opis poszczególnych ikon i ich funkcjonalności znajduje się w dalszej części tego dokumentu.

Jeśli proponowany termin nie odpowiada pacjentowi, można wyznaczyć nowy termin wizyty zgodny z jego oczekiwaniami i harmonogramem pracy lekarza, do czego służy przycisk **Wybierz termin**, znajdujący się w górnym panelu okna. Przekierowuje on do formatki *Wybór terminu*, umożliwiając wybranie innego terminu wizyty. Zaznaczenie checkboxa **"Tylko wolne"** powoduje wyświetlenie tylko wolnych terminów - terminy zajęte zostaną ukryte poprzez zaznaczenie białym rekordem. Termin wizyty wybiera się poprzez dwukrotne kliknięcie lewym przyciskiem myszy lub podświetlenie i potwierdzenie przyciskiem **Wybierz**.

Funkcje dodatkowe

**Wybierz**

**Nawigacja**

**Wybór terminu**

**Grudzień 2016**

Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	N
28	29	30	1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	1
2	3	4	5	6	7	8

Data: 2016-12-15

Komórka org.: 4 ... Poradnia ortopedyczna

	2016-12-15 (Cz)	2016-12-16 (Pt)	2016-12-17 (So)
8:00		08:00 – 08:15	
15		08:15 – 08:30	
30		08:30 – 08:45	
45		08:45 – 09:00	
9:00	09:00 – 09:15	09:00 – 09:15	
15	09:15 – 09:30	09:15 – 09:30	
30	09:30 – 09:45	09:30 – 09:45	
45	09:45 – 10:00	09:45 – 10:00	
10:00	10:00 – 10:15	10:00 – 10:15	
15	10:15 – 10:30	10:15 – 10:30	
30	10:30 – 10:45	10:30 – 10:45	
45	10:45 – 11:00	10:45 – 11:00	

Po uzupełnieniu wszystkich danych, należy zapisać rezerwację przyciskiem **Zatwierdź**.

### 16.1.2 Dodanie rezerwacji bez określenia personelu

Istnieje możliwość utworzenia rezerwacji/rejestracji do konkretnej komórki organizacyjnej i miejsca, ale bez wskazania personelu realizującego wizytę. W tej sytuacji lekarz realizujący zostanie dopisany do wizyty dopiero w momencie jej otwarcia w Gabinecie i będzie nim personel aktualnie zalogowany do programu mMedica. Aby móc skorzystać z tej funkcjonalności należy wyłączyć parametr "Wymagaj personelu w rezerwacji" znajdujący się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [Ewidencja > Terminarz](#).

Tych specyficznych ustawień można dokonać już na etapie definiowania [szablonu](#) i [harmonogramu](#) pracy personelu. Aby w Terminarzu wyświetlić tak utworzony harmonogram pracy, należy w panelu nawigacji skorzystać z filtra "Komórka org." i za pomocą przycisku wybrać komórkę organizacyjną, do której będzie tworzona rezerwacja/rejestracja. Jeśli utworzono wcześniej harmonogram pracy dla komórki i miejsca, nazwa zasobu miejsca będzie wyświetlana w nagłówku kolumny.






### 16.1.3 Rezerwacja z wpisem do harmonogramu przyjęć

W programie mMedica istnieje możliwość dodania pacjenta do [harmonogramu przyjęć](#) podczas dokonywania rezerwacji wizyty. Jeśli w danej komórce organizacyjnej wymagane jest prowadzenie harmonogramu przyjęć, warto skonfigurować w programie parametr dotyczący domyślnego wpisu do harmonogramu przyjęć. W tym celu należy wykonać poniższe czynności:


1. Przejsz w: **Zarządzanie > Terminarz > Kalendarz pracy** > zakładka: **Komórki organizacyjne**.
2. Zaznaczyć na liście komórkę organizacyjną, która będzie konfigurowana.
3. W polu "Wpis do harmonogramu przyjęć" wybrać jedną z wartości:
  - **Nigdy** - brak wymogu wpisania pacjenta do harmonogramu przyjęć.
  - **Zawsze** - wymagane dodanie pacjenta do harmonogramu przyjęć podczas każdej rezerwacji terminu.

W zależności od dokonanych ustawień, na formatce *Nowa rezerwacja* zaznaczany będzie checkbox **"Wymagana"** w sekcji [Harmonogram przyjęć](#).

Aby dodać pacjenta do harmonogramu przyjęć podczas rezerwacji terminu wizyty, należy wykonać następujące czynności:

1. Uzupełnić wszystkie wymagane pola rezerwacji terminu.
2. W sekcji [Harmonogram przyjęć](#) zaznaczyć checkbox **"Wymagany"** i kliknąć w przycisk .
3. W otwartym oknie dialogowym *Harmonogramy przyjęć* wybrać z listy harmonogram przyjęć, do którego zostanie dodany pacjent.
4. Określić kategorię świadczeniobiorcy. Jej rodzaj podpowiada się automatycznie na podstawie danych pacjenta, trybu przyjęcia oraz planowanej daty. W przypadku, gdy ma być ona inna niż automatycznie wyznaczona przez program, należy wybrać odpowiednią pozycję z listy w polu "Kat. świadcz."
5. Określić kategorię medyczną w przypadku kategorii świadczeniobiorcy "Oczekujący". Domyślnie podpowiadaną wartością jest "Przypadek stabilny".



6. Zapisać wprowadzone dane przyciskiem .
7. Program automatycznie otworzy formatkę *Nowa pozycja harmonogramu przyjęć*, na której należy uzupełnić wymagane dane.
8. Zapisać wprowadzone dane.

W oknie rezerwacji dostępne jest pole **"Termin na życzenie pacjenta"**. Zaznacza się je, gdy termin wizyty wyznacza się na wyraźne życzenie pacjenta i jest on różny od terminu proponowanego przez placówkę. Zaznaczenie przenoszony jest do pozycji harmonogramu przyjęć.

W polu **"Ostatni wpis"** wyświetlana jest data ostatniego wpisu do wybranego harmonogramu przyjęć dla wskazanej kategorii medycznej z pominięciem pozycji na życzenie pacjenta. Dzięki temu, użytkownik już we wstępnym etapie rezerwacji otrzymuje informację o okresie oczekiwania i może tę informację przekazać pacjentowi.

Większość danych znajdujących się na formatce *Nowa pozycja harmonogramu przyjęć* podpowiadana jest automatycznie, na podstawie danych wprowadzonych podczas rezerwacji terminu. Po stronie użytkownika leży uzupełnienie pozostałych danych wymaganych w zależności od rodzaju harmonogramu przyjęć. Szczegółowy opis okna pozycji harmonogramu przyjęć znajduje się w rozdziale [Szczegółowe dane pozycji](#).

**Nowa pozycja harmonogramu przyjąć**

Harmonogram przyjąć

Harmonogram: 189507 ... Poradnia endokrynologiczna Procedura:

**Dane świadczeniobiorcy**

Nazwisko i imię / PESEL: Kowalski Jan Telefon:

Dokument identyfikujący: Inny kontakt:

Adres zamieszkania:

**Pozycja harmonogramu**

Kategoria świadczeniobiorcy: Oczekujący Uprawnienie dodatkowe: Kategoria medyczna: Przypadek stabilny

Planowany termin realizacji: 20-11-2019 08:00 Dokładność planowania: Dzień





☐ Termin na życzenie pacjenta Wcześniejszy termin realizacji proponowany przez świadczeniodawcę:

Data wpisu do harmonogramu u świadczeniodawcy, który zakończył realizację danego świadczenia:

Rezerwacja z wpisem do harmonogramu przyjąć dla pacjenta z kategorią świadczeniobiorcy "Oczekujący" oznaczana jest w podglądzie danych pacjenta w [Terminarzu](#) następującymi ikonami:

- Zaplanowana  - dla przypadków stabilnych
- Zaplanowana  - dla przypadków pilnych

W oknie Terminarza dla wpisów powiązanych z harmonogramem wprowadzono wyświetlanie ikonek wskazujących na wybraną w pozycji harmonogramu kategorię świadczeniobiorcy inną niż "Oczekujący":

-  Harmonogram przyjąć – przyjęty na bieżąco
-  Harmonogram przyjąć – kontynuujący leczenie
-  Harmonogram przyjąć – przyjęty w stanie nagłym
-  Harmonogram przyjąć – poza kolejnością

### 16.1.4 Rezerwacja wizyty ze skierowaniem

W programie mMedica istnieje możliwość ewidencji danych skierowania, podczas dokonywania rezerwacji wizyty. Tak dodane skierowanie będzie podpowiadać się na wizycie, bez konieczności jego ponownej ewidencji.

Jeśli do realizacji wizyty w danej komórce organizacyjnej wymagane jest dostarczenie przez pacjenta skierowania, warto skonfigurować w programie parametr, który będzie go domyślnie wymagał. W tym celu należy wykonać poniższe czynności:

- Przejsz w: [Zarządzanie > Terminarz > Kalendarz pracy](#) > zakładka: [Komórki organizacyjne](#).
- Zaznaczyć na liście komórkę organizacyjną, która będzie konfigurowana.
- W polu "Skierowanie" wybrać jedną z wartości:
  - **Nigdy** - brak wymogu dostarczenia skierowania. W polu "Przyjęcie" podczas rezerwacji będzie podpowiadana wartość **"Bez skierowania"**.
  - **Tylko dla pacjentów pierwszorazowych** - wymagane skierowanie dla pacjentów pierwszorazowych. W polu "Przyjęcie" będzie podpowiadana wartość **"Ze skierowaniem"** w przypadku tworzenia rezerwacji dla pacjenta 1-razowego.
  - **Zawsze** - wymagane skierowanie podczas każdej rezerwacji terminu. W polu "Przyjęcie" będzie podpowiadana wartość **"Ze skierowaniem"**.

Dzięki powyższym ustawieniom wymagalność skierowania będzie podpowiadana przez program automatycznie.

Aby dokonać ewidencji skierowania podczas rezerwacji terminu wizyty, należy wykonać następujące czynności:

1. W polu "Tryb przyjęcia" wybrać wartość **Ze skierowaniem**.
2. Wybrać ikonę *Skierowanie* dostępną w lewym panelu okna. Ikona aktywuje się, jeśli zostanie wybrane przyjęcie "Ze skierowaniem" lub "Kontynuacja ze skierowaniem", umożliwiając ewidencję danych skierowania lub podejrzenia już istniejącego.

**Nowa rezerwacja**

Dane podstawowe

**Skierowanie**

Wizyta receptowa

Rezerwacja usług

Historia usług

**Termin**

Komórka org.: 101 ... Poradnia endokrynologiczna

Personel: NOWAKA ... Nowak Anna

Miejsce: ...

Data: 20-11-2019 Godzina: 14:00 Długość: 15

**Pacjent**

PESEL: ... Kontakt: ...

Nazwisko i imię: ...

**Wizyta**

Wizyta: Specjalistyczna

**Tryb przyjęcia:** Ze skierowaniem

Rodzaj: ...

☐ Komercyjna/prywatna ☐ Pierwszorazowa

**Rehabilitacja**

Urządzenie: ...

Zabieg: ...

Parametry: ...

Okolica ciała: ...

**Harmonogram przyjęć**

☐ Wymagany ...

Kat. świadcz.: ...

Uprawn. dod.: ...

Kat. medyczna: ... Ostatni wpis: ...

☐ Termin na życzenie pacjenta

Wcześniejszy termin proponowany przez świadcz.: ...

**Dostarczenie skierowania**

Termin dost.: ... ☐ Dostarczone w dniu: ...

☐ Wysłano pocztą

**Uwagi**

3. Wprowadzić do systemu dane otrzymanego skierowania za pomocą przycisku . Szczegółowy opis ewidencji skierowań znajduje się w rozdziale: [Skierowanie](#).

**Nowa rezerwacja**

Dane podstawowe

**Skierowanie**

Wizyta receptowa

Rezerwacja usług

Rodzaj: ...

Data wystawienia: ...

Instytucja kierująca: REGON ...

Personel kierujący: ID ...

Kod res. cz. V: ...

Kod res. cz. VII: ...

Kod res. cz. VIII: ...

Rozpoznanie: ...


Uwagi: ...


Nr skierowania: ...


Typ zleceńodawcy: ...

Nazwa jedn. org.: ...


Nazwa kom. org.: ...







W przypadku, gdy skierowanie na wizytę znajduje się już w bazie programu mMedica lub gdy dokonywana jest rezerwacja wizyty dla trybu przyjęcia "Kontynuacja ze skierowaniem", należy dokonać wyboru skierowania ze słownika skierowań pacjenta. Wszystkie skierowania zgromadzone w bazie programu mMedica są prezentowane w ścieżce: [Ewidencja](#) > [Specjalne](#) > [Przegląd skierowań na wizytę](#).

W tym celu należy wybrać przycisk , który otworzy okno dialogowe, prezentujące wszystkie dotychczas wprowadzone skierowania pacjenta. Skierowania można posortować za pomocą filtrów "Komórka org." oraz

"Nr skierowania". Po wybraniu odpowiedniego skierowania, pola na formatce *Skierowanie* wypełnią się automatycznie danymi wskazanego skierowania.

**Uwaga!** Przyjęcie "Kontynuacja ze skierowaniem" będzie podpowiadało się automatycznie w polu "Tryb przyjęcia", jeśli na ostatniej wizycie pacjenta w tej samej komórce organizacyjnej w polu "Kont. lecz." wybrano wartość "Pozostawienie pod opieką poradni specjalistycznej."

Jeżeli tworzona jest [rezerwacja z wpisem do harmonogramu przyjęć](#) i kategorią świadczeniobiorcy "Oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty DiLO", wymagane jest uzupełnienie informacji o karcie DiLO. W tym celu w polu "Rodzaj" należy wybrać pozycję "Karta DiLO", a następnie wypełnić pozostałe wymagane dane.

Jeżeli rezerwacja powiązana jest z wpisem do harmonogramu przyjęć, wprowadzenie skierowania spowoduje automatyczne uzupełnienie sekcji Dostarczenie skierowania, znajdującej się w danych podstawowych rezerwacji, danymi wprowadzonymi na zleceniu.

**Uwaga!** Pola znajdujące się w sekcji Dostarczenie skierowania (termin, dostarczono w dniu, wysłano pocztą) zostają aktywowane jedynie podczas dokonywania rezerwacji powiązanej z wpisem do harmonogramu przyjęć.

Skierowanie wprowadzone w rezerwacji będzie podpowiadane podczas rozliczenia wizyty w *Uzupełnianiu świadczeń*. Wszystkie skierowania wprowadzone w programie mMedica gromadzone są w [Rejestrze skierowań](#).

## 16.1.5 Rezerwacja wizyty dla pacjenta pierwszorazowego

Pacjent pierwszorazowy zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ to świadczeniobiorca, który w ciągu poprzedzających 730 dni nie korzystał ze świadczeń w danym zakresie (komórce org.) i otrzymuje świadczenie w trybie nagłym lub ze skierowaniem. Pacjent pierwszorazowy musi posiadać skierowanie (poza komórkami, do których nie jest ono wymagane, tj. ginekologia i położnictwo, stomatologia, onkologia, psychiatria), którego oryginał zobowiązany jest dostarczyć do 14 dni roboczych od dnia rezerwacji (pod rygorem wykreślenia z kolejki oczekujących).

W programie mMedica funkcjonuje mechanizm, który sprawdza, czy w ciągu 730 dni w danej komórce została pacjentowi zrealizowana wizyta. Jeśli nie, pacjent kwalifikowany jest jako pierwszorazowy, co zostaje zakomunikowane użytkownikowi poprzez zaznaczenie checkboxa "Pierwszorazowa".

W aplikacji dostępny jest parametr **"Wyznaczaj pierwszorazowość na podstawie danych w terminarzu"**, znajdujący się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [Ewidencja > Podstawowe](#), w sekcji *Wizyty i hospitalizacje*. Po jego włączeniu i ręcznym zaznaczeniu checkboxa "Pierwszorazowa" podczas dokonywania rezerwacji/rejestracji terminu, program mMedica będzie traktował tę informację jako nadrzędną wyznaczając pierwszorazowość. To oznacza, że wizyta pacjenta zostanie rozliczona z podwyższonym współczynnikiem 1,1. Włączenie parametru zaleca się użytkownikom nie posiadającym historii leczenia pacjenta np. rozpoczynającym pracę z programem.

W celu przyspieszenia procesu rezerwacji pacjenta pierwszorazowego warto skonfigurować program wg poniższych kroków:

1. Przejsz w: [Zarządzanie > Terminarz > Kalendarz pracy](#) > zakładka: [Komórki organizacyjne](#).
2. Zaznaczyć na liście komórkę organizacyjną, która będzie konfigurowana.
3. W polu "Skierowanie" wybrać wartość: **Tylko dla pacjentów pierwszorazowych**.



Dzięki temu podczas tworzenia rezerwacji, program będzie automatycznie podpowiadał przyjęcie ze skierowaniem. Należy również pamiętać, że świadczeniodawca jest zobowiązany wpisać pacjenta pierwszorazowego na listę oczekujących - szczegóły w: [Rezerwacja z wpisem do harmonogramu przyjęć](#).

Pacjent pierwszorazowy jest zobowiązany dostarczyć do placówki oryginał skierowania do 14 dni roboczych od dnia rezerwacji terminu. W związku z tym wymogiem wprowadzono do programu sekcję [Dostarczenie skierowania](#):

- **Termin** – w polu wyświetlany jest termin, do kiedy pacjent powinien dostarczyć skierowanie do placówki. Program wyznacza 14 dni roboczych, licząc od następnego dnia po dniu dokonania rezerwacji. Sposób obliczania terminu warunkuje parametr "[Traktuj sobotę](#) jako dzień roboczy przy wyznaczaniu terminu dostarczenia skierowania".
- **Dostarczono w dniu** – pole zaznacza się w momencie otrzymania skierowania od pacjenta - datę dostarczenia wprowadza się w polu obok. Dodania tej informacji dokonuje się również w [Rejestrze skierowań](#).
- **Wysłano pocztą** - należy zaznaczyć, jeśli pacjent dostarczył skierowanie pocztą.

Jeśli pacjent w momencie rezerwowania terminu posiada skierowanie, należy pobrać je od niego i wprowadzić do systemu, poprzez przejście na zakładkę *Skierowanie*, znajdującą się w lewym panelu okna. Szczegółowy opis ewidencji skierowań znajduje się w rozdziale: [Rezerwacja wizyty ze skierowaniem](#).

Rezerwacja wizyty dla pacjenta pierwszorazowego oznaczana jest na słocie rezerwacji i w podglądzie danych pacjenta w [Terminarzu](#) następującą ikoną:

### 16.1.6 Rezerwacja wizyty receptowej

Pacjenci kontynuujący leczenie mogą otrzymać receptę, bez konieczności poddania się badaniu lekarskiemu. W programie mMedica istnieje możliwość dokonania rezerwacji/rejestracji na wizytę receptową w komórkach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) oraz komórkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

Warunkiem poprawnego utworzenia rezerwacji/rejestracji pacjentowi jest wybranie stale podawanych leków lub zleceń na zaopatrzenie comiesięczne, wcześniej wprowadzonych do systemu, na które lekarz wystawi zlecenie.

Aby dodać rezerwację wizyty receptowej, należy wykonać następujące czynności:

1. W polu "Wizyta" wybrać jedną z wartości po rozwinięciu listy:
  - a) **Receptowa** - porada receptowa realizowana w AOS.



b) **Receptowa (POZ)** - porada receptowa realizowana w POZ.

- Wybrać ikonę *Wizyta receptowa* dostępną w lewym panelu okna. Ikona aktywuje się na podstawie danych wybranych w punkcie 1, umożliwiając wskazanie leków/zleceń do przepisania przez lekarza.

**Nowa rezerwacja**

**Termin**  
 Komórka org.: 101 Poradnia endokrynologiczna  
 Personel: NOWAKA Nowak Anna  
 Miejsce:   
 Data: 22-11-2019 Godzina: 10:00 Długość: 15



**Pacjent**  
 PESEL: Kontakt:   
 Nazwisko i imię:   
**Wizyta**  
 Wizyta: Receptowa  
 Tryb przyjęcia: Bez skierowania  
 Rodzaj:

**Harmonogram przyjęć**  
☐ Wymagany   
 Kat. świadc.:   
 Uprawn. dod.:   
 Kat. medyczna: Ostatni wpis:   
☐ Termin na życzenie pacjenta  
 Wcześniejszy termin proponowany przez świadc.:

**Dostarczenie skierowania**  
 Termin dost.: ☐ Dostarczono w dniu:   
☐ Wysłano pocztą

**Uwagi**

- Kolejne okno zawiera dwie sekcje:

- Stale podawane leki** - jeśli pacjent posiada leki oznaczone jako stale podawane, będą wyświetlać się na liście wraz z informacjami o: nazwie, opakowaniu, odpłatności, ostatniej przepisanej ilości. Aby wybrać lek z listy należy dodać zaznaczenie  w pierwszej kolumnie. Ilość leku do przepisania definiuje się w kolumnie "Ilość".
- Zlecenia na zaopatrzenie comiesięczne** - jeśli pacjent posiada stałe zlecenie na zaopatrzenie medyczne, będzie wyświetlać się na liście wraz z informacjami o: nazwie wyrobu medycznego, liczbie sztuk, dacie ostatniego zlecenia, ostatnim wystawionym miesiącu. Aby wybrać zlecenie z listy należy dodać zaznaczenie  w pierwszej kolumnie.

Dzięki zaznaczeniu omawianych pozycji, lekarz po otwarciu wizyty gabinetowej otrzyma informacje o zleceniu, które ma wystawić pacjentowi.

- Informacje wprowadzone w polu "Uwagi" zostaną wyświetlone lekarzowi po otwarciu wizyty gabinetowej.

**Nowa rezerwacja**

**Stale podawane leki**

	Nazwa	Opakowanie	Odpł.	Ilość
<input checked="" type="checkbox"/>	Ofen UNO tabl. o zmodyfikowanym uwalnian...	10 szt.	100%	1

**Zlecenia na zaopatrzenie comiesięczne**


	Wyrób medyczny	Sztuk	Data ost. zlec.	Ost. miesiąc
<input checked="" type="checkbox"/>	M.60 – Orteza (sznurówka) lędźwiowo-k...	1	2016-12-01	listopad

**Uwagi**  
 Pacjent prosi o 2 op. leku

**Uwaga!** Recepty wystawione na wizycie receptowej mogą zostać odebrane zarówno przez pacjenta jak i przez osoby do tego uprawnione. W tym celu wymagane jest pobranie od pacjenta:

- Upoważnienia do odbioru recept lub zleceń (upoważnienie konkretnej, wskazanej osoby) lub
- Oświadczenia o sposobie realizacji prawa do odbioru recept lub zleceń (uprawnienie dowolnej osoby).

Wydruk powyższych dokumentów można dokonać z poziomu *Kartoteki pacjentów* poprzez wybranie

przycisku  w lewym górnym rogu formatki. Natomiast ewidencji dokumentów w programie mMedica

dokonywane w: [Kartoteka pacjentów](#) > przycisk [Dane](#) > 5. [Upoważn./oświadcz./uprawn.](#), sekcja: [Dokumenty upoważniające/oświadczenia](#).

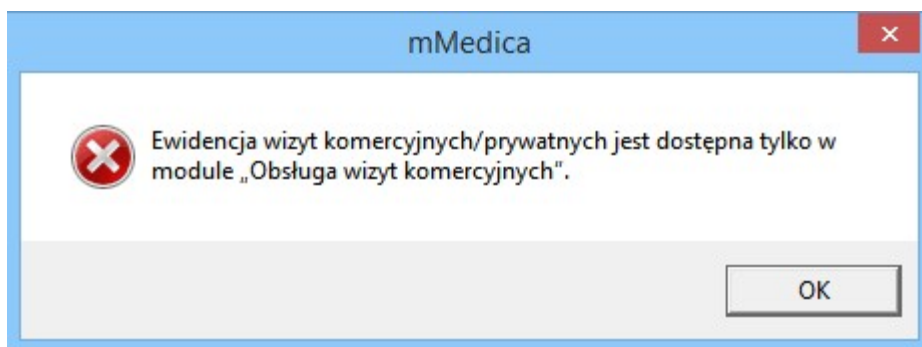
W związku z powyższym, jeśli pacjent nie posiada złożonych ww. dokumentów, w momencie zatwierdzania rezerwacji użytkownik może spotkać się z komunikatem:

Brak złożonego oświadczenia/upoważnienia do odbioru recept lub zleceń.  
Kontynuować?

TAK NIE

### 16.1.7 Rezerwacja wizyty prywatnej

Funkcjonalność rezerwacji/rejestracji, a następnie rozliczenia wizyt prywatnych jest dostępna tylko dla użytkowników posiadających włączony dodatkowy Moduł Komercyjny. Należy mieć świadomość, że otwarcie wizyty gabinetowej dla rezerwacji, która została wykonana z zaznaczeniem checkboxa "Komercyjna/prywatna", bez posiadania włączonego modułu, nie będzie możliwa. Przy próbie otwarcia rezerwacji w Gabinetce, zostanie wyświetlony następujący komunikat:



W przypadku komórek organizacyjnych, które udzielają wyłącznie świadczeń komercyjnych, warto zdefiniować prywatne [szablony](#) lub [harmonogramy](#) pracy poprzez określenie płatnika "Komercyjny/prywatny". Takie harmonogramy dla rozróżnienia oznaczone są w Terminarzu kolorem zielonym.

#### Nowa rezerwacja

Dane podstawowe

Skierowanie

Wizyta receptowa

**Rezerwacja usług**

Termin

Komórka org.: 101 ... Poradnia endokrynologiczna

Personel: NOWAKA ... Nowak Anna

Miejsce:

Data: 22.11.2019 Godzina: 15:00 Długość: 15

Pacjent

PESEL: Kontakt:

Nazwisko i imię:

Wizyta

Wizyta: Specjalistyczna

Tryb przyjęcia: Bez skierowania

Rodzaj: ☒ Komercyjna/prywatna ☐ Pierwszorazowa

Harmonogram przyjęć

☐ Wymagany

Kat. świadcz.:

Uprawn. dod.:

Kat. medyczna: Ostatni wpis:

☐ Termin na życzenie pacjenta

Wcześniejszy termin proponowany przez świadcz.:

Dostarczenie skierowania

Termin dost.:

☐ Dostarczono w dniu:

☐ Wysłano pocztą

Uwagi

Dla rezerwacji oznaczonej jako "Komercyjna/prywatna" sekcja dotycząca wpisu do harmonogramu przyjęć

jest nieaktywna do edycji.

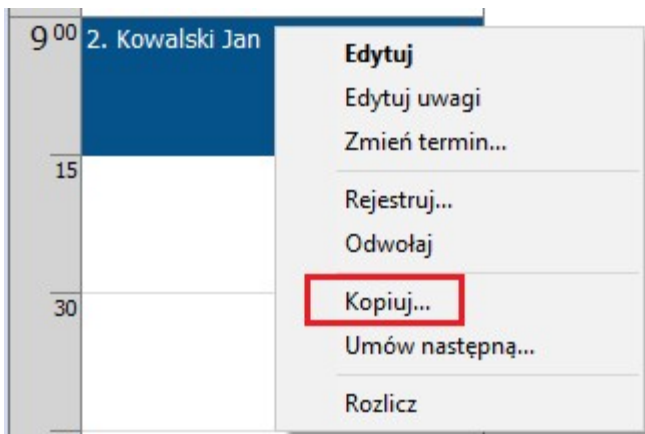
Szczegółowy opis rezerwacji usług komercyjnych znajduje się w instrukcji Modułu Komercyjnego dostępnej na [stronie internetowej](#) produktu.

### 16.1.8 Kopiowanie rezerwacji

W wersji 8.3.0 aplikacji mMedica została udostępniona funkcjonalność kopiowania rezerwacji pacjenta. Umożliwia ona utworzenie rezerwacji zbiorczo, dla wybranych dat, na podstawie rezerwacji już istniejącej. Stosuje się ją w sytuacji, gdy pacjent ma mieć wykonaną wielokrotnie, w różnych dniach, taką samą wizytę. Funkcjonalność jest dostępna w wersji programu mMedica **Plus (+)**. Dotyczy rezerwacji wizyt typu: "POZ", "Specjalistyczna", "Inna", "Rehabilitacja" bez wybranego urządzenia, które posiadają status **Zaplanowana**, i tylko takich, w których danych pacjent został wybrany z *Kartoteki pacjentów*.

Aby skopiować rezerwację pacjenta, należy w Terminarzu kliknąć w jej pole lewym przyciskiem myszy i w oknie, które się wyświetli, wybrać opcję **"Kopiuj"**.

Opcja będzie nieaktywna w przypadku niespełnienia któregoś z wcześniej wymienionych warunków, dotyczących rezerwacji.



Powyższa czynność spowoduje wyświetlenie okna kalendarza, w którym użytkownik za pomocą klawisza Ctrl na klawiaturze i lewego przycisku myszy może wskazać daty tworzonych rezerwacji.

Wybierz daty

**Wrzesień 2022**

Tydz.	Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
36	29	30	31	1	2	3	4
37	5	6	7	8	9	10	11
38	12	13	14	15	16	17	18
39	19	20	21	22	23	24	25
40	26	27	28	29	30	1	2
41	3	4	5	6	7	8	9

☐ Tylko dni robocze
☐ Zapamiętaj wybór

Wybierz

Wyjście

Na dole okna dostępne są pola "Tylko dni robocze" oraz "Zapamiętaj wybór". Zaznaczenie pierwszego z nich blokuje na kalendarzu możliwość wyboru dni wolnych od pracy. Zaznaczenie drugiego powoduje zapamiętanie dokonanego wyboru, aby odpowiedział się przy kolejnej operacji kopiowania.

Po naciśnięciu **Wybierz** zostaną utworzone nowe rezerwacje dla wskazanych dat z danymi pobranymi z pierwotnej rezerwacji i z trybem przyjęcia "Kontynuacja leczenia" lub "Kontynuacja ze skierowaniem", jeżeli kopiowana rezerwacja posiadała skierowanie.

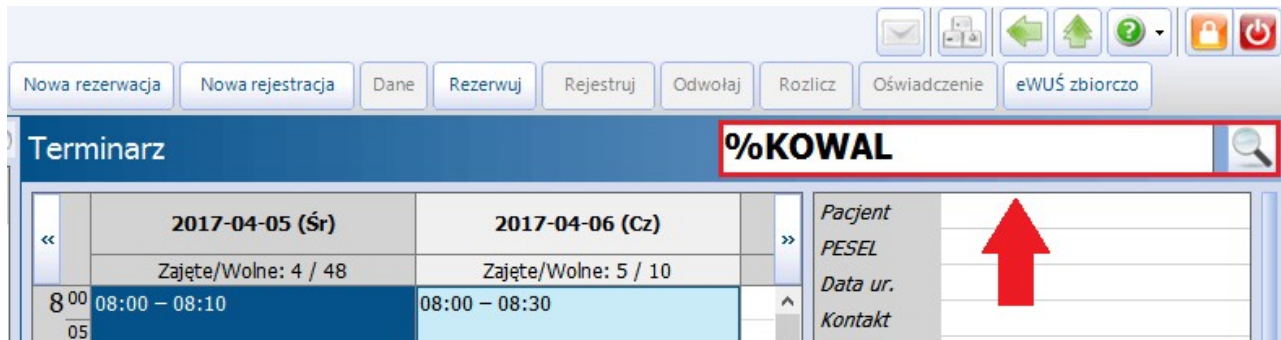
W przypadku powiązania kopiowanej rezerwacji [z wpisem do harmonogramu przyjęć](#) dla nowo dodanych rezerwacji utworzą się w *Harmonogramie przyjęć* odpowiednie, powiązane z nimi wpisy z kategorią świadczeniobiorcy "Kontynuujący leczenie".

Podczas operacji kopiowania rezerwacji sprawdzany jest szereg dodatkowych warunków, wpływających na możliwość jej wykonania. W przypadku ich niespełnienia zostaną wyświetlone stosowne komunikaty.

## 16.2 Wyszukiwanie rezerwacji pacjenta

W aplikacji mMedica istnieje możliwość wyszukiwania zaplanowanych rezerwacji pacjenta. W tym celu użytkownik może skorzystać z:

1. Pola wyszukiwania, znajdującego się w prawym górnym rogu formatki Terminarza.



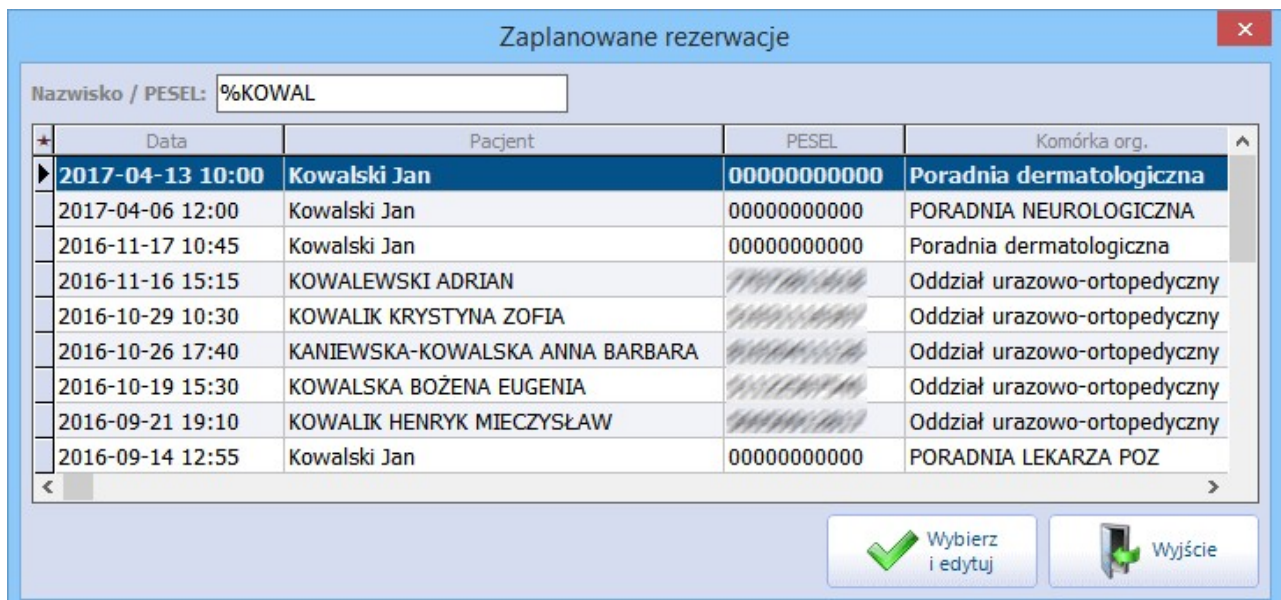
W polu wyszukiwania należy wpisać nazwisko lub numer PESEL danego pacjenta lub ich fragmenty i



zatwierdzić przyciskiem lub klawiszem ENTER na klawiaturze komputera.

Przykład: po wpisaniu słowa „KOWAL” system wyświetli wszystkich pacjentów o nazwisku Kowal oraz tych, których nazwisko zaczyna się od słowa „Kowal”, np. Kowalski. W przypadku wpisania fragmentu nazwiska poprzedzonego znakiem % (np. %OWALSKI), system wyświetli wszystkich pacjentów, których nazwisko kończy się lub zawiera ciąg liter „OWALSKI”.

W otwartym oknie dialogowym *Zaplanowane rezerwacje* zostaną wyświetlone rezerwacje, spełniające wprowadzone warunki wyszukiwania. Wybranie przycisku **Wybierz i edytuj** otworzy formatkę danych rezerwacji, umożliwiając jej edycję.



2. Opcji **"Lista rezerwacji pacjenta"**, znajdującej na liście wyboru w menu *Funkcje dodatkowe*, dostępnym w lewym górnym rogu okna Terminarza. *Opcja została dodana w wersji 8.3.0 aplikacji mMedica.* Jej opis zawarty jest w rozdziale [Funkcje dodatkowe Terminarza](#).



## 16.3 Rejestracja wizyty

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Rezerwacja](#) > [Przegląd terminarza](#)



lub przycisk **TERMINARZ** w oknie startowym programu

Rejestracja wizyty rozumiana jest jako zapisanie pacjenta na wizytę, która ma odbyć się w dniu bieżącym. Poniżej przedstawiono krótką instrukcję tworzenia rejestracji w programie mMedica:

1. Przejść do okna Terminarza korzystając z jednej z powyższych ścieżek.
2. Zaznaczyć na kalendarzu datę bieżącą.
3. Wybrać komórkę organizacyjną lub personel.
4. Wybrać godzinę wizyty z prezentowanego harmonogramu pracy (zalecane) lub ze slotu poza harmonogramem. Można tego dokonać w następujący sposób:
  - a) Wybrać przycisk **Nowa rejestracja** i uzupełnić wymagane dane. W tym wypadku tworzona rejestracja nie odnosi się do żadnego harmonogramu, a więc większość danych należy wprowadzić samodzielnie, jak np. godzina i data wizyty.
  - b) Zaznaczyć na liście slot odpowiadający wolnej godzinie, następnie wybrać przycisk **Rejestruj**.
  - c) Kliknąć prawym przyciskiem myszy na slot odpowiadającym danej godzinie i z otwartego menu wybrać opcję "Rejestruj".
  - d) Zaznaczyć na liście dokonaną wcześniej rezerwację i wykonać czynności z punktu b) lub c).
5. Uzupełnić pozostałe dane rejestracji.

Tworzenie rejestracji według opisu przedstawionego w punktach b) - d) powoduje podpowiedzenie na formatce *Nowa rejestracja* godziny i daty wizyty na podstawie zaznaczonego slotu (punkt 4).

The screenshot shows the 'Terminarz' (Appointment Calendar) window. At the top, there's a toolbar with buttons like 'Nowa rezerwacja', 'Nowa rejestracja', 'Dane', 'Rezerwuj', 'Rejestruj', 'Odwolaj', 'Rozlicz', 'Oświadczenie', and 'eWUŚ zbiorczo'. The 'Rejestruj' button is highlighted with a red box. Below the toolbar is a navigation pane on the left showing a calendar for November 2016. The main area displays a grid of appointments for November 30 and December 1. A red box highlights the 'Rejestruj...' button in the appointment grid. The right pane shows patient details like 'Pacjent', 'PESEL', 'Data ur.', 'Kontakt', 'Status', and 'Uwagi'.

**Uwaga!** Użytkownicy korzystający z funkcjonalności Gabinetu, powinni rejestrować wizyty, które zostały zarezerwowane w Terminarzu. W tym celu należy podświetlić na liście Terminarza slot z dodaną rezerwacją i skorzystać z przycisku **Rejestruj**. Rejestracja wizyty w dniu jej realizacji jest potwierdzeniem przybycia pacjenta do placówki i okazją na ewentualne dokonanie zmian w danych rejestracji, np. zmiany godziny wizyty, dopisanie istotnych uwag.

Ponadto rejestracja wizyty wpływa na zmianę statusu wizyty gabinetowej (z "Zaplanowana" na "Do realizacji") oraz umożliwia wykorzystanie funkcjonalności wyświetlania czasu oczekiwania pacjenta na przyjęcie do Gabinetu.

W aplikacji mMedica istnieje funkcjonalność zapamiętywania danych ostatnio wykonanej rejestracji z poziomu Kartoteki pacjentów. Oznacza to, że w przypadku dokonywania rejestracji poprzez ścieżkę: [Kartoteka pacjentów](#) > [Rejestruj](#) program będzie podpowiadał komórkę, personel i miejsce na podstawie wartości z poprzednio zatwierdzonej rejestracji.

### 16.3.1 Dodanie rejestracji

Wykonanie jednej z czynności omówionych w rozdziale [Rejestracja wizyty](#) spowoduje otwarcie formatki *Nowa rejestracja*, na której ustala się szczegóły dzisiejszej wizyty.

Większość pól znajdujących się na formatce zostaje uzupełniona przez program automatycznie, na podstawie:

- wybranego harmonogramu pracy lekarza (sekcja *Termin*)
- daty i godziny wybranej z harmonogramu pracy (sekcja *Termin*)
- ustawień domyślnych personelu (sekcja *Wizyta*)

W tej sytuacji użytkownik jest zobowiązany jedynie do wskazania pacjenta, któremu rejestruje wizytę. Pacjenta wybiera się ze słownika pacjentów, do którego program automatycznie przekierowuje tuż po otwarciu rejestracji. Po wybraniu pacjenta otwarte zostanie okno *Nowa rejestracja* z uzupełnionymi danymi. Należy zwrócić uwagę, że dodawanie rejestracji poprzez przycisk **Nowa rejestracja** nie odnosi się do żadnego slotu harmonogramu pracy. Spowoduje to otwarcie praktycznie pustej formatki *Nowej rejestracji*, gdzie pozostałe dane użytkownik musi uzupełnić samodzielnie.

Drukuj kupon
Rejestruj kupon
Puste kupony
Notatki

## Nowa rejestracja – Kowalski Jan (M), 52 lata

Dane podstawowe

Skierowanie

Wizyta receptowa

Rejestracja usług

Ubezpieczenie komercyjne

Historia usług

**Termin**  
Komórka org.: 101 ... Poradnia endokrynologiczna  
Personel: NOWAKA ... Nowak Anna  
Miejsce: ...  
Data: 22.11.2019 Godzina: 11:30 Długość: 15

**Wizyta**  
Wizyta: Specjalistyczna  
Tryb przyjęcia: Bez skierowania  
Rodzaj: ...  
☐ Komercyjna/prywatna ☐ Pierwszorazowa

**Rehabilitacja**  
Urządzenie: ...  
Zabieg: ...  
Parametry: ...  
Okolica ciała: ...

**Harmonogram przyjęć**  
☒ Wymagany 189507 ... Poradnia endokrynologiczna  
Kat. świadc.: Przyjęty na bieżąco  
**Dostarczenie skierowania**  
Termin dost.: ... ☐ Dostarczone w dniu: ...

**Uwagi**

**Dostępne terminy**  
☒ Tylko wolne

Nowak Anna	
Wolne: 18	
11 <sup>30</sup>	11:30 – 11:45
45	11:45 – 12:00
12 <sup>00</sup>	12:00 – 12:15
15	12:15 – 12:30
30	12:30 – 12:45
45	12:45 – 13:00
13 <sup>00</sup>	13:00 – 13:15
15	13:15 – 13:30
30	13:30 – 13:45
45	13:45 – 14:00
14 <sup>00</sup>	14:00 – 14:15
15	14:15 – 14:30
30	14:30 – 14:45
45	14:45 – 15:00
15 <sup>00</sup>	15:00 – 15:15
15	15:15 – 15:30
30	15:30 – 15:45
45	15:45 – 16:00

Jeśli podczas rejestracji konieczna jest zmiana godziny przyjęcia pacjenta przez lekarza, należy dokonać jej modyfikacji. W tym celu należy skorzystać z harmonogramu pracy lekarza, znajdującego się w sekcji *Dostępne terminy*. Domyślnie zaznaczony checkbox "Tylko wolne" powoduje wyświetlenie tylko wolnych slotów godzin. W celu wskazania innej godziny wizyty należy kliknąć dwukrotnie na wybranym slotcie - wybrana godzina podpowie się w polu "Godzina" w sekcji *Termin*.

Informacje wprowadzone w polu "Uwagi" będą wyświetlane w podglądzie danych pacjenta w Terminarzu i na liście pacjentów do Gabinetu.

Za pomocą przycisków znajdujących się w górnym panelu okna można wykonać następujące czynności:

- **Drukuj kupon** - wydruk kuponów wolnych pacjenta bez użycia karty chipowej. Kupon będzie zawierał dane pacjenta, poradni i lekarza.
- **Rejestruj kupon** - rejestracja wolnego kuponu w celu powiązania go z pacjentem. Numer kuponu wprowadza się ręcznie lub przy użyciu czytnika kodów kreskowych.
- **Puste kupony** - wyświetlenie listy pustych kuponów z podaniem ich liczby i nazwy poradni, do której zostały przypisane.

**Uwaga!** Możliwość wydruku kuponów dostępna jest dla użytkowników mMedici, którzy mają włączoną obsługę kuponów RUM (np. woj. śląskie).

Po uzupełnieniu wszystkich danych, należy zapisać rezerwację przyciskiem **Zatwierdź**.

W aplikacji mMedica umożliwiono dodanie pacjenta do [Harmonogramu przyjęć](#) podczas dokonywania jego rejestracji. Odbywa się ono podobnie jak w przypadku tworzenia [rezerwacji z wpisem do harmonogramu przyjęć](#). Analogicznie jak przy tworzeniu rezerwacji, aby nastąpiło automatyczne wywołanie dodania wpisu do harmonogramu przyjęć na podstawie rejestracji po jej zatwierdzeniu, w sekcji [Harmonogram przyjęć](#) musi być zaznaczone pole "Wymagany" oraz wskazany odpowiedni harmonogram przyjęć. Domyślne zaznaczenie wymagalności harmonogramu przyjęć jest uzależnione od ustawień w [Kalendarzu pracy](#) dla komórki organizacyjnej.

Wpis do harmonogramu przyjęć wymaga określenia poprawnej kategorii świadczeniobiorcy (pole "Kat. świadcz."). Kategoria świadczeniobiorcy jest podpowiadana przez program na podstawie trybu przyjęcia oraz rodzaju skierowania. W razie konieczności można ją zmienić, wybierając odpowiednią pozycję z listy rozwijalnej. Podczas dokonywania rejestracji można wskazać jedną z trzech kategorii świadczeniobiorcy:

- Oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty DiLO,
- Przyjęty na bieżąco,
- Przyjęty w stanie nagłym.

### Uwaga!

Sekcja dotycząca wpisu do harmonogramu przyjęć będzie nieaktywna do edycji dla [rejestracji wizyty komercyjnej](#). Natomiast w przypadku dokonywania rejestracji na podstawie rezerwacji powiązanej z wpisem do harmonogramu przyjęć, dane dotyczące tego wpisu wyświetlą się, jednak nie będzie możliwości ich zmiany.

## 16.3.2 Rejestracja wizyty prywatnej

Funkcjonalność rejestracji umożliwia zarejestrowanie pacjenta na wizytę w dniu bieżącym. Dodatkową funkcją rejestracji jest obsługa płatności za usługi komercyjne i weryfikacja ubezpieczenia komercyjnego. Opcje te są dostępne tylko dla użytkowników posiadających wykupiony i włączony dodatkowy Moduł Komercyjny.

Szczegółowy opis rejestracji usług komercyjnych znajduje się w instrukcji Modułu Komercyjnego dostępnej na [stronie internetowej](#) produktu.

Nowa rejestracja – Kowalski Jan (M), 00000000000, 48 lat eWUŚ

Dane podstawowe

Skierowanie

Wpis recepty

**Rejestracja usług**

Ubezpieczenie komercyjne

**Termin**  
 Komórka org.:  ... Poradnia stomatologiczna  
 Personel:  ... Nowak Anna  
 Miejsce:  ... Przychodnia  
 Data:  Godzina:  Długość:   
**Wizyta**  
 Wizyta:   
 Tryb przyjęcia:   
 Rodzaj:   
☒ **Komercyjna/prywatna** ☐ Pierwszorazowa  
 Uwagi:

**Dostępne terminy**  
☒ Tylko wolne  

Nowak Anna	
9 <sup>00</sup>	
30	
10 <sup>00</sup>	
30	10:30 – 11:00
11 <sup>00</sup>	11:00 – 11:30
30	11:30 – 12:00
12 <sup>00</sup>	12:00 – 12:30
30	12:30 – 13:00

## 16.4 Zmiana terminu wizyty

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Rezerwacja](#) > [Przegląd terminarza](#)



lub przycisk **TERMINARZ** w oknie startowym programu

W aplikacji mMedica istnieje funkcjonalność zmiany terminu wizyty dla wizyt w statusie "Zaplanowana". Funkcja **Zmień termin** znajduje się w menu dostępnym po kliknięciu prawym przyciskiem myszki na slotcie odpowiadającym danej rezerwacji.

2017-08-11 (Pt)	2017-08-12 (So)	>>	
Zajęte/Wolne: 1 / 39	Zajęte/Wolne: 0 / 0		
08:00 – 08:15			
08:15 – 08:30			
08:30 – 08:45			
08:45 – 09:00			
1. Kowalski Jan			
09:15 – 09:30			
09:30 – 09:45			
09:45 – 10:00			
10:00 – 10:15			
10:15 – 10:30			
10:30 – 10:45			

Edytuj...  
Rejestruj...  
**Zmień termin...**  
Odwołaj  
Rozlicz

Otwarta zostanie formatka *Wybór terminu*, prezentująca wolne terminy w Terminarzu, umożliwiając wskazanie użytkownikowi nowego terminu.

## 16.5 Odwołanie wizyty

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Rezerwacja](#) > [Przegląd terminarza](#)

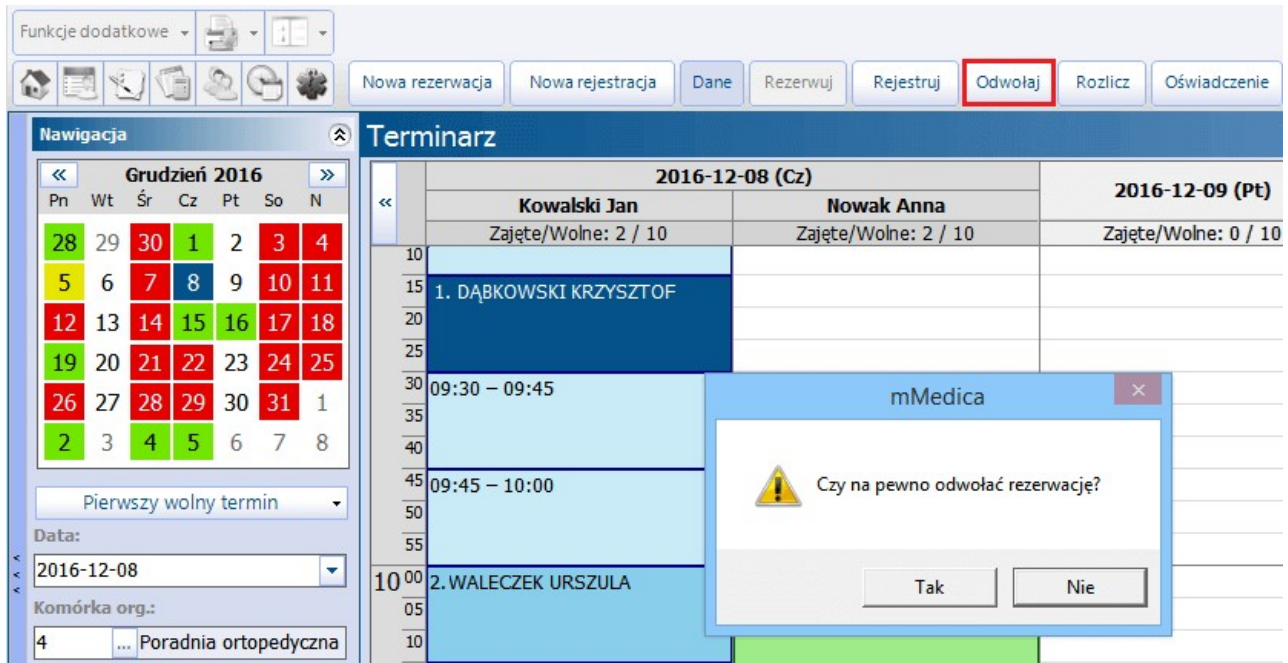


lub przycisk **TERMINARZ** w oknie startowym programu

W przypadku odwołania wizyty przez pacjenta, należy fakt ten odnotować w programie mMedica. Odwołania można dokonać tylko dla wizyt w statusie "Zaplanowana" i "Do realizacji".

Odwołania zaznaczonej wizyty dokonuje się za pomocą przycisku **Odwołaj**, znajdującego się w górnym panelu formatki *Terminarz*. Spowoduje to zwolnienie slotu harmonogramu, umożliwiając rezerwację tego terminu innemu pacjentowi.





W celu odwołania wizyt powiązanych z harmonogramem przyjęć, konieczne jest wykreślenie pozycji z harmonogramu. W tej sytuacji po wybraniu przycisku **Odwołaj** zostanie wyświetlone poniższe okno dialogowe:

Rezerwacja jest powiązana z harmonogramem przyjęć.  
Odwołanie rezerwacji wymaga wykreślenia pozycji z harmonogramu.

Dodatkowo konieczne będzie wskazanie przyczyny odwołania rezerwacji. Po jej wskazaniu pojawi się okno wykreślenia pacjenta z harmonogramu przyjęć.

## 16.6 Umówienie następnej wizyty

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Rezerwacja](#) > [Przegląd terminarza](#)



lub przycisk **TERMINARZ** w oknie startowym programu

W programie dostępna jest funkcjonalność umówienia kolejnej wizyty pacjentowi w tej samej poradni. Umówienia kolejnej wizyty dokonuje się poprzez kliknięcie prawym przyciskiem myszy na słocie z rezerwacją pacjenta i wybranie z dostępnego menu opcji **"Umów następną..."**. Spowoduje to otwarcie formatki *Nowa rezerwacja* z domyślnie uzupełnionymi danymi o komórce organizacyjnej oraz personelu na podstawie bieżącej rezerwacji.

## 16.7 Rozliczenie wizyty w Terminarzu

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Rezerwacja](#) > [Przegląd terminarza](#)



lub przycisk **TERMINARZ** w oknie startowym programu

Za pomocą przycisku **Rozlicz**, znajdującego się w górnym panelu formatki *Terminarz*, można dokonać rozliczenia wizyty z poziomu Terminarza. W przypadku wizyt NFZ zostanie otwarta formatka [Uzupełnianie świadczeń](#), umożliwiając wprowadzenie do systemu danych statystycznych i rozliczeniowych wizyty.

Rozliczenia można również dokonać klikając prawym przyciskiem myszki na słocie rezerwacji/rejestracji pacjenta i wybierając opcję "Rozlicz" z listy rozwijanej.

**Uwaga!** Aby aplikacja automatycznie wykreślała pacjenta z harmonogramu przyjęć w przypadku, gdy dokonano rezerwacji z wpisem do harmonogramu, należy rozliczyć wizytę za pomocą przycisku **Rozlicz** lub zrealizować ją z poziomu Gabinetu.

### 16.7.1 Rozliczenie wizyty prywatnej

W przypadku wizyt prywatnych/komercyjnych istnieje możliwość rozliczenia płatności z poziomu Terminarza za pomocą przycisku **Rozlicz**, znajdującego się w górnej części ekranu. Przycisk jest aktywny dla wizyt w statusie "Do realizacji", "W realizacji" oraz "Zrealizowana", tylko w przypadku włączonego Modułu Komercyjnego.

Wybranie przycisku powoduje otwarcie okna *Rozliczenie wizyty*, w którym prezentowane są szczegóły usług zrealizowanych na wizycie. Aby rozliczyć usługi należy skorzystać z przycisków znajdujących się po prawej stronie okna *Usługi wybrane*.

Data	Kod	Nazwa	Krotność	Oplata pac.	Oplata kontr.	Ko
2016-12-06	KIRET O	Kiretaż otwarty	1	150,00	150,00	Poradnia sto
2016-12-01	KIRET O	Kiretaż otwarty	1	150,00	150,00	Poradnia stom
Razem:				300,00	300,00	

Kod	Nazwa	Cena jedn. pac.	Rabat	%	Kwota
KIRET O	Kiretaż otwarty	150,00			
PIASKO	Piaskowanie	50,00			

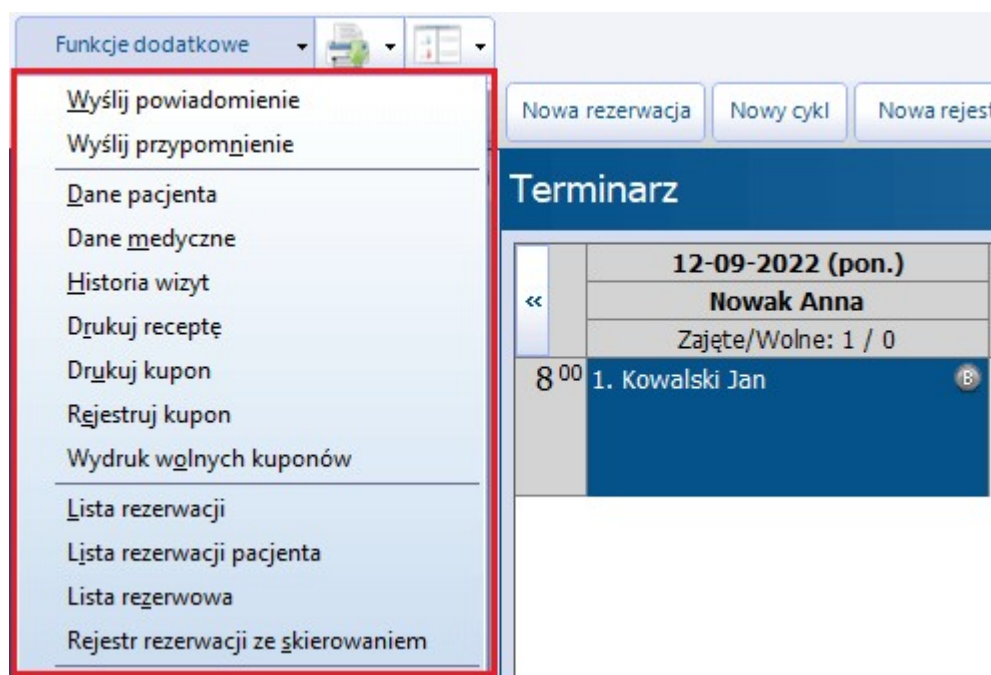
Kod	Nazwa	Cena pac.	Cena kontr.
KAM	Usunięcie kamienia nązębnego ultradźwiękami	50,00	50,00
KAM + PIASKO		75,00	
	Usunięcie kamienia wraz z piaskowaniem	75,00	
KIRET O	Kiretaż otwarty	150,00	
KIRET Z	Kiretaż zmknięty (ćwiartka)	75,00	
PIASKO	Piaskowanie	50,00	

Szczegółowe informacje dot. rozliczenia wizyty prywatnej znajdują się w [instrukcji obsługi](#) modułu Komercyjnego.

## 16.8 Funkcje dodatkowe Terminarza

W lewym górnym rogu Terminarza znajduje się menu *Funkcje dodatkowe*, po rozwinięciu którego można skorzystać z następujących funkcji:

- **Wyślij powiadomienie** - możliwość wysłania powiadomienia o dowolnej treści do wybranej grupy odbiorców. Funkcjonalność wysyłania powiadomień drogą mailową dostępna jest w każdej wersji programu mMedica, natomiast wysyłanie innych form wiadomości wymaga posiadania odpowiednich modułów dodatkowych. Szczegółowy opis funkcjonalności znajduje się w [instrukcji](#) modułu mPowiadomienia.
- **Wyślij przypomnienie** - możliwość wysłania przypomnienia o zbliżającej się wizycie lub o konieczności doniesienia skierowania. Funkcjonalność wysyłania przypomnień... jw.
- **Dane pacjenta** - otwiera formatkę *Dane pacjenta* w celu ich podglądu/modyfikacji.
- **Dane medyczne** - otwiera formatkę *Dane medyczne* pacjenta, którego rezerwacja/rejestracja została zaznaczona w Terminarzu. Dane medyczne pacjenta można otworzyć również przy użyciu klawisza szybkiego dostępu: kliknąć w menu "Funkcje dodatkowe" i na klawiaturze wybrać **przycisk M**.
- **Historia wizyt** - [historia](#) wszystkich wizyt pacjenta zaewidencjonowanych w programie mMedica.
- **Drukuj receptę** - wydruk [pustych recept](#) dla pacjenta, którego rezerwacja/rejestracja została zaznaczona w Terminarzu.
- **Drukuj kupon** - wydruk [kuponów wolnych](#) pacjenta bez użycia karty chipowej. Funkcja dostępna jest dla użytkowników mMedica, którzy mają włączoną obsługę kuponów RUM (np. woj. śląskie).
- **Rejestruj kupon** - [rejestracja wolnego kuponu](#) w celu powiązania go z pacjentem.
- **Wydruk wolnych kuponów** - wydruk kuponów wolnych bez użycia karty chipowej. Kupon będzie zawierał tylko dane poradni i lekarza.
- **Lista rezerwacji** - lista wszystkich rezerwacji zaplanowanych w Terminarzu. Więcej informacji w rozdziale: [Lista wszystkich rezerwacji](#).
- **Lista rezerwacji pacjenta** - **funkcja dodana w wersji 8.3.0 programu**. Służy do wyświetlenia listy rezerwacji wybranego pacjenta. Po zaznaczeniu rezerwacji/rejestracji danego pacjenta w oknie Terminarza i wybraniu omawianej opcji wyświetli się okno *Lista rezerwacji pacjenta* z domyślnie wyfiltrowanymi rezerwacjami tego pacjenta. Działanie okna jest analogiczne do działania wspomnianego we wcześniejszym punkcie okna *Lista wszystkich rezerwacji*.
- **Lista rezerwowa** - lista pacjentów oczekujących na zwolnienie terminu i wcześniejsze przyjęcie. Więcej informacji w rozdziale: [Lista rezerwowa](#).
- **Rejestr rezerwacji ze skierowaniem** - więcej informacji w rozdziale: [Rejestr rezerwacji ze skierowaniem](#).



Wybranie przycisku  i opcji **Konfiguracja** wywołuje okno [konfiguracji](#) Terminarza.

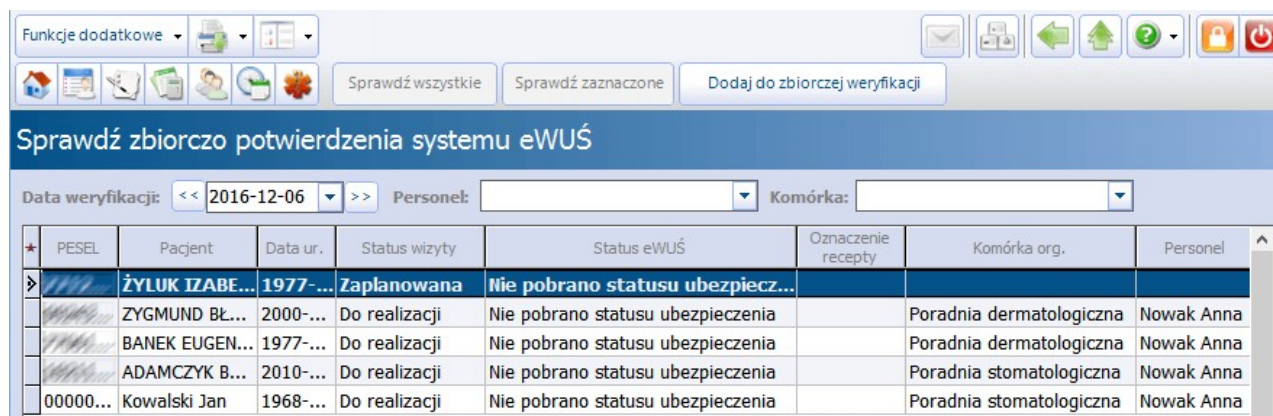
Dodatkową funkcjonalnością Terminarza są również [wydruki](#), przydatne do organizacji pracy w placówce: plan wizyt oraz wydruk harmonogramu pracy lekarza oraz możliwość zbiorczego sprawdzenia potwierdzenia [eWUŚ](#).

### 16.8.1 Sprawdzanie potwierdzenia eWUŚ

Aplikacja mMedica umożliwia sprawdzanie potwierdzeń uprawnień do świadczeń dla pacjentów, którzy zostali zaplanowani na dzień bieżący. Aby dokonać zbiorczej weryfikacji systemu eWUŚ należy wybrać przycisk **eWUŚ zbiorczo**, znajdujący się w górnym panelu formatki *Terminarz*.

Do listy zbiorczego potwierdzenia systemu eWUŚ dodawani są pacjenci, którym zaplanowano wizytę na dzień bieżący, a więc:

- pacjenci, którym zarezerwowano termin (rezerwacja w statusie "Zaplanowana")
- pacjenci, którym zarejestrowano wizytę (rejestracja w statusie "Do realizacji")



Wybranie przycisku **Sprawdź wszystkie** spowoduje weryfikację ubezpieczenia pacjentów, którzy nie posiadają jeszcze pobranego eWUŚ na dzień bieżący.



## 16.8.2 Rejestr rezerwacji ze skierowaniem

Ścieżka: [Terminarz > Funkcje dodatkowe > Rejestr rezerwacji ze skierowaniem](#)  
[Rejestracja > Funkcje dodatkowe > Rejestr rezerwacji ze skierowaniem](#)

Zgodnie ze zmianami obowiązującymi od stycznia 2015 r., pacjent zobligowany jest dostarczyć świadczeniodawcy oryginał skierowania, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących. W związku z tym przygotowano funkcjonalność, która pozwala na bieżąco i w przejrzysty sposób monitorować ważność rezerwacji, dla których pacjent zobowiązany jest dostarczyć skierowanie.

Przejsie do jednej z powyższych ścieżek otworzy formatkę *Rejestr rezerwacji ze skierowaniem*, dzięki której można podejrzeć przeterminowane skierowania, wprowadzić do systemu jego dane, oznaczyć dostarczenie lub zwrot pacjentowi.

Data utworzenia	Data rezerwacji	Pacjent	PESEL	Komórka org.	Personel	Termin dost. skier.	Data dost. skier.
26-04-2021 12:16	26-04-2021 12:30	Kowalski Jan		Poradnia	Nowak Anna		
26-04-2021 11:49	26-04-2021 10:00	Kowalski Jan		Poradnia	Nowak Anna		
26-04-2021 11:03	26-04-2021 10:00	Kowalski Jan		Poradnia	Nowak Anna		
29-03-2021 10:28	29-03-2021 10:00	Kowalski Jan		Poradnia	Nowak Anna		

Zakres danych można zawęzić za pomocą filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*:

- **Nazwisko/PESEL** - wpisanie nazwiska lub nr PESEL pacjenta pozwoli na szybkie odszukanie jego rezerwacji.
- **Harmonogram przyjęć** - po wybraniu harmonogramu przyjęć wyszukane zostaną rezerwacje, które zostały z nim powiązane.
- **Data rezerwacji od - do**
- **Przeterminowane** - możliwość wyszukania rezerwacji, dla których minął termin dostarczenia skierowania. Możliwe filtry do wyboru:
  - **Dzisiaj** - rezerwacje, dla których termin dostarczenia skierowania upływa w dniu dzisiejszym.
  - **Wszystkie** - przeterminowane rezerwacje, dla których termin dostarczenia skierowania już upłynął.
  - **Za 3 dni** - rezerwacje, dla których termin dostarczenia skierowania upływa za max. 3 dni.
  - **Puste pole** - rezerwacje powiązane z harmonogramem przyjęć, wymagające dodania skierowania.
- **Rodzaj skierowania** - służy do wyszukiwania rezerwacji powiązanych ze skierowaniem danego rodzaju, wystawionym wewnętrznie w placówce na wizycie realizowanej w *Gabiniecie*.
- **Tylko eSkierowanie** - możliwość wyszukania rezerwacji powiązanych z e-Skierowaniem.

W kolumnach "Rodzaj skierowania" oraz "Badanie, poradnia lub oddział" wyświetlane są odpowiednie dane dotyczące skierowań wystawionych wewnętrznie w placówce.

Kolumna "Status P1" prezentuje statusy e-Skierowań dla rezerwacji, dla których pobrano skierowania elektroniczne.

W górnym panelu okna znajdują się przyciski, za pomocą których można wykonywać dodatkowe działania na skierowaniach. Znaczenie przycisków:



- **Dane skierowania** - pozwala podejrzeć dane skierowania już zaewidencjonowanego lub dodać informacje o otrzymanym skierowaniu.
- **Dostarczenie skierowania** - pozwala dodać informacje o dacie dostarczenia skierowania przez pacjenta.  
Jeśli pacjent dostarczył skierowanie w innym dniu, niż następuje jego ewidencja, użytkownik powinien najpierw uzupełnić datę dostarczenia skierowania, dopiero później przejść do jego ewidencji.
- **Zwrot skierowania** - przycisk aktywny jest tylko dla rezerwacji, które posiadają wprowadzone skierowanie.  
Zwrócenie oryginału skierowania pacjentowi związane jest z wykreśleniem pacjenta z harmonogramu przyjęć oraz odwołaniem rezerwacji, o czym informuje stosowny komunikat:

Zwrócenie skierowania spowoduje wykreślenie pacjenta z harmonogramu przyjęć oraz odwołanie rezerwacji.  
Kontynuować?

TAK

NIE

Po zatwierdzeniu komunikatu, w nowo otwartym oknie należy wskazać datę oraz przyczynę zwrotu:

- a) Rezygnacja pacjenta z oczekiwania.
- b) Zaprzestanie wykonywania świadczeń danego rodzaju – dla tej przyczyny zostanie wydrukowane zaświadczenie o wpisaniu na listę oczekujących, które powinno zostać wydane pacjentowi wraz z oryginałem skierowania.

### 16.8.3 Lista wszystkich rezerwacji

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Rezerwacja](#) > [Lista rezerwacji](#)  
[Terminarz](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Lista rezerwacji](#)

Przejdzie do powyższej ścieżki otworzy formatkę *Lista rezerwacji* domyślnie prezentującą listę wszystkich zaplanowanych rezerwacji na dzień bieżący.

Dzięki filtrom znajdującym się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* można wyszukiwać rezerwacje według interesujących warunków. Np. wyszukać rezerwacje konkretnego pacjenta, w zadanym okresie czasu, do personelu, komórki organizacyjnej. Ponadto można wyfiltrować rezerwacje ze względu na płatnika (NFZ i komercyjne/prywatne), powiązanie z kolejką oczekujących lub posiadające konkretny status (odwołana, usunięta, zrealizowana itd.).

Data	Od godz.	Do godz.	Długość	Pacjent	PESEL	Kontakt	Uwagi	Status	Kom.	eRej
2017-02-09	10:30	10:45	15	Kaliński Wojciech	00000...	100-000-...	Prywatnie - pilne	Zaplanowana		✓
2017-02-09	09:00	09:15	15	Adamczyk Henryk	00000...	100-000-...		Zaplanowana		
2017-02-09	08:15	08:30	15	Kowalski Jan	00000...	100-000-...		Zaplanowana		
2017-02-09	08:00	08:15	15	Nowak Alicja	00000...	100-000-...		Zaplanowana		

Przyciski znajdujące się w górnym panelu formatki umożliwiają wykonanie szeregu czynności dotyczących rezerwacji, jak dodanie nowej rezerwacji, rejestracji i ich odwołanie. Przycisk [Historia zmian](#) ukazuje informacje dotyczące zmian dokonywanych na wybranej rezerwacji/rejestracji.

## 16.8.4 Zbiorcza modyfikacja rezerwacji

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Rezerwacja](#) > [Lista rezerwacji](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Zbiorcza modyfikacja rezerwacji](#)

Aplikacja mMedica posiada funkcjonalność zbiorczej modyfikacji rezerwacji w zakresie personelu, miejsca lub urządzenia. Funkcja może zostać wykorzystana wyłącznie do modyfikacji rezerwacji w statusie "Zaplanowana".

Aby przepisać rezerwacje do innej osoby personelu, innego miejsca realizacji lub urządzenia należy wykonać poniższe czynności:

- Przejsć do ścieżki: [Ewidencja](#) > [Rezerwacja](#) > [Lista rezerwacji](#).
- W panelu Wyszukiwanie zaawansowane skorzystać z filtrów (np. "Personel" i/lub "Miejsce") i dokonać wyświetlenia rezerwacji spełniających wybrane warunki.
- Zaznaczyć na liście rezerwacje, które mają zostać zmodyfikowane.  
Aby zaznaczyć wszystkie rezerwacje znajdujące się w oknie należy za pomocą lewego przycisku myszki zaznaczyć jeden rekord (zostanie podświetlony granatowym kolorem), a następnie na klawiaturze przycisnąć równocześnie przyciski CTRL + A.
- W lewym górnym rogu formatki kliknąć w menu "Funkcje dodatkowe" i wybrać opcję **Zbiorcza modyfikacja rezerwacji**.
- W otwartym oknie *Zbiorcza modyfikacja rezerwacji* wskazać dane, które mają ulec zmianie:
  - Zmień personel** - z dostępnego słownika personelu wewnętrznego należy wybrać osobę personelu, do którego zostaną przepisane wybrane rezerwacje.
  - Zmień miejsce** - z dostępnego słownika zasobów miejsca należy wybrać miejsce, do którego zostaną przepisane wybrane rezerwacje.
  - Zmień urządzenie** - **połączone w wersji 8.2.0 aplikacji mMedica**. Pozwala zbiorczo zmienić urządzenie w rezerwacjach utworzonych w module [Rehabilitacja ambulatoryjna](#). W tym celu należy wybrać odpowiednią pozycję z dostępnego słownika zasobów urządzeń.
- Po zatwierdzeniu zmian dane zostaną zmienione wraz z podsumowaniem liczby zmienionych rezerwacji.

**Wyszukiwanie zaawansowane**

Pacjent:

Nazwisko / PESEL:

Data od - do:

Komórka org.:

Personel:  **NOWAK/ ... Nowak Anna**

Miejsce:

Tryb przyjęcia:

Status:  **Zaplanowana**

**Lista rezerwacji**

Data	Od godz.	Do godz.	Długość	Pacjent	PESEL	Kontakt	Uwagi
2019-02-11	13:00	13:15	15	HELENA	24		
2019-02-11	14:00	14:15	15	BARBARA PATRYCJA	99		

**Zbiórka modyfikacja rezerwacji**

Liczba pozycji: 2

☒ Zmień personel

☐ Zmień miejsce

☐ Zmień urządzenie

## 16.8.5 Historia zmian rezerwacji

Ścieżka: [Ewidencja](#) > [Rezerwacja](#) > [Lista rezerwacji](#) > [Historia zmian](#)

Aby uzyskać szczegółowe informacje dotyczące zmian dokonywanych na wybranej rezerwacji/rejestracji, należy na formatce *Lista rezerwacji* zaznaczyć ją na liście, następnie wybrać przycisk **Historia zmian** w górnym panelu formatki.

W kolejnym oknie zostanie wyświetlona historia zmian z podaniem nazwy użytkownika, daty i nazwy stacji roboczej, na której zostały wprowadzone modyfikacje.

Historia zmian rezerwacji					
Data	Użytkownik	Stacja robocza	Pole	Stara wartość	Nowa wartość
2017-02-09 09:24:35	SZEWczyk MAREK	APS00061122	Data i godzina	2017-02-09 10:15	2017-02-09 10:30
2017-02-09 09:22:56	Nowak Anna	APS00061122	Data i godzina	2017-02-09 08:15	2017-02-09 10:15
			Uwagi		Dać do wypełnienia upowż. do odbioru recept

## 16.8.6 Lista rezerwowa

Ścieżka: [Terminarz](#) > [Funkcje dodatkowe](#) > [Lista rezerwowa](#)  
[Terminarz](#) > [Rejestruj / Nowa rejestracja](#) > [Wybierz z listy rejestrowej](#)

W aplikacji mMedica istnieje możliwość prowadzenia listy rezerwowej. Na listę zapisywani są pacjenci z pilnymi potrzebami, których termin wizyty jest odległy, a w razie zwolnienia miejsca, mogą dostać się do lekarza wcześniej.

Dodania pacjenta do listy rezerwowej dokonuje się w Terminarzu, poprzez wybranie opcji **Lista rezerwowa** dostępnej w menu "Funkcje dodatkowe" w lewym górnym rogu formatki. Zostanie otwarta formatka *Lista rezerwowa* prezentująca listę wszystkich pacjentów, którzy zostali wpisani na tzw. "listę rezerwową". Dzięki filtrom znajdującym się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* można wyświetlać pozycje listy rezerwowej według interesujących warunków, np. wyszukać konkretnego pacjenta, wyświetlić listę pacjentów zapisanych do lekarza lub poradni.

W celu dodania pacjenta do listy rezerwowej należy wykonać poniższe czynności:

1. Wybrać przycisk **Nowa pozycja** znajdujący się w górnym panelu formatki.
2. Z okna *Słownik pacjentów* dwukliknięciem wybrać pacjenta, który prosi o wpisanie na listę rezerwową.  
W nagłówku dolnego okna zostaną wyświetlone dane wybranego pacjenta tj. imię, nazwisko, płeć,

PESEL oraz wiek.

3. W dolnym oknie należy uzupełnić informacje o poradni oraz lekarzu w polach: Komórka org., Personel. Dodatkowo, w polu "Uwagi" można wprowadzić komentarz.
4. Zapisać zmiany przyciskiem **Zatwierdź**.

W przypadku dwukrotnego wpisania pacjenta na listę rezerwową, zostanie wyświetlone stosowne ostrzeżenie.

**Uwaga!** Należy pamiętać, że wpisanie pacjenta na listę rezerwową nie jest tożsame z rezerwacją terminu na wizytę!

W sytuacji zwolnienia terminu do lekarza, pracownik rejestracji medycznej może w pierwszej kolejności zweryfikować, czy na liście rezerwowej są zapisani pacjenci, oczekujący na termin. Jeśli tak, wybiera osobę z listy i zapisuje ją w wolne miejsce w Terminarzu.

Sposób wskazania pacjenta z listy rezerwowej uzależniony jest od wykonywanej czynności w Terminarzu - rezerwacji lub rejestracji. Poniżej krótki opis.

Aby wybrać pacjenta z listy rezerwowej podczas **rezerwacji** terminu należy:

1. Otworzyć okno [rezerwacji](#) wizyty w Terminarzu przy wykorzystaniu przycisków: Nowa rezerwacja lub Rezerwuj.
2. W sekcji Pacjent kliknąć w przycisk obok pola "PESEL". Użytkownik zostanie przekierowany do formatki *Słownik pacjentów*.
3. W górnym panelu formatki wybrać przycisk **Wybierz z listy rezerwowej**, który otworzy okno *Lista rezerwowa - wybór pozycji*.
4. Odszukać na liście rezerwowej pacjenta i wybrać go dwuklikiem lub za pomocą przycisku **Wybierz**. Wskazany pacjent zostanie podpowiedziany w oknie tworzenia rezerwacji i jednocześnie usunięty z listy rezerwowej.

Aby wybrać pacjenta z listy rezerwowej podczas **rejestracji** terminu należy:

1. Otworzyć okno rejestracji wizyty w Terminarzu przy wykorzystaniu przycisków: Nowa rejestracja lub Rejestruj. Użytkownik zostanie przekierowany do formatki *Słownik pacjentów*.
2. W górnym panelu formatki wybrać przycisk **Wybierz z listy rezerwowej**, który otworzy okno *Lista rezerwowa - wybór pozycji*.
3. Odszukać na liście rezerwowej pacjenta i wybrać go dwuklikiem lub za pomocą przycisku **Wybierz**. Wskazany pacjent zostanie podpowiedziany w oknie tworzenia rejestracji i jednocześnie usunięty z listy

rezerwowej.



### 16.8.7 Wydruki

W programie mMedica można wydrukować następujące raporty, dotyczące Terminarza:

- Plan wizyt na wybrany dzień,
- Harmonogram pracy.

Wydruk raportów dostępny jest po wybraniu ikony , znajdującej się w lewym górnym rogu Terminarza lub formatki *Harmonogram pracy*.

Istnieje możliwość wydruku informacji o rezerwacji na drukarce fiskalnej.



### 16.8.7.1 Plan wizyt

Wydruk planu wizyt dostępny jest z poziomu Terminarza, formatki *Harmonogram pracy* oraz *Kartoteka pacjentów*.

Wydruk planu wizyt

**Zakres danych**

Personel:
Miejsce:
Komórka org.:
Rodzaj:
Data/data od: 08-09-2020
Data do: 12-10-2020
Płatnik:
Dostępność:
Status:
☐ Wolne terminy
☒ Tylko zaplanowane

**Format wydruku**

Układ strony: Pionowy
Kolejność: Wg godzin
Rozmiar tekstu: 8
Grupowanie:
☒ Wg personelu i miejsca

**Dane na wydruku**

Termin:
☒ Godzina
☐ Personel
☐ Miejsce
☒ Rodzaj wizyty
☐ Płatnik
Pacjent:
☒ Nazwisko i imię
☒ Adres i kontakt
☐ PESEL
☐ ID pacjenta
☐ Dodatkowy ID
☐ Pierwszorazowy
☐ Ubezpieczenie
☐ Kod kreskowy PESEL
Uwagi:
☒ Z rezerwacji
☐ Z kartoteki
Inne:
☐ Notatki

Do wydruku planu wizyt konieczne jest uzupełnienie co najmniej jednego z pól znajdujących się w sekcji *Zakres danych*, a więc personelu, miejsca lub komórki organizacyjnej. Należy również wskazać, dla jakich dat ma on być wygenerowany. Jeżeli wydruk planu wizyt ma dotyczyć jednego dnia, wystarczy uzupełnić tylko pole "Data/data od:" - domyślnie podpowiada się w nim data bieżąca. Pole "Data do" umożliwia generację wydruku planu wizyty dla dowolnego okresu czasu.

Przed wydrukiem użytkownik może zdecydować o układzie strony wydruku (pionowa, pozioma), kolejności wydruku (według godzin wizyt lub nazwisk pacjentów) oraz o rozmiarze czcionki, jaka zostanie zastosowana. Ponadto użytkownik ma wpływ na ilość danych, jakie zostaną umieszczone na wydruku, poprzez dodanie lub usunięcie zaznaczenia pól w sekcji *Dane na wydruku*.

Opis poszczególnych pól znajdujących się w sekcji *Zakres danych*:

- **Dostępność** - określa sposób wprowadzenia rezerwacji do systemu mMedica. Możliwe wartości do wyboru:
  - **mMedica** - w raporcie zostaną uwzględnione tylko te rezerwacje, które zostały wprowadzone w

programie mMedica.

- **eRejestracja** - w raporcie zostaną uwzględnione tylko te rezerwacje, które zostały wprowadzone przez pacjenta w portalu eRejestracja.
- **mMedica i eRejestracja** - w raporcie zostaną uwzględnione rezerwacje wprowadzone w programie mMedica i poprzez portal eRejestracji.
- **Status: Wolne terminy** - w raporcie zostaną uwzględnione dane zaplanowanych wizyt i dane dotyczące wolnych terminów w zadanym okresie czasu. Dla wolnych terminów zostaną wydrukowane puste linijki do ręcznego uzupełnienia.
- **Status: Tylko zaplanowane** - w raporcie zostaną uwzględnione dane zaplanowanych wizyt.
- **Płatnik** - możliwość ograniczenia danych na raporcie do wizyt realizowanych przez płatnika komercyjnego/prywatnego lub publicznego.

W Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w [Terminarz > Podstawowe](#), został dodany parametr **"Drukuj tylko pierwszą literę nazwiska pacjenta"**. Po jego zaznaczeniu wydruk planu wizyt zamiast pełnych nazwisk pacjentów będzie zawierał tylko ich pierwsze litery.

### 16.8.7.2 Wydruk harmonogramu pracy

Wydruku harmonogramu pracy dla lekarza, komórki lub miejsca można dokonać z poziomu formatki *Harmonogram pracy*.

The screenshot shows a window titled "Wydruk harmonogramu pracy" with a close button (X) in the top right corner. Inside the window, there are four rows of input fields, each with a label on the left and a dropdown menu on the right. The first row is "Data od:" with the value "2016-12-01". The second row is "Data do:" with the value "2016-12-31". The third row is "Personel:" with the value "JKOWALSKI" and a small "..." button, followed by the text "Kowalski Jan". The fourth row is "Miejsce:" with the value "PRZYCH" and a small "..." button, followed by the text "Przychodnia". Below these fields is a fifth row labeled "Komórka org.:" with the value "4" and a small "..." button, followed by the text "Poradnia ortopedyczna". At the bottom of the window, there are two buttons: "Zatwierdź" (with a green checkmark icon) and "Wyjście" (with a green arrow icon pointing out of a box).

Do wydruku harmonogramu pracy konieczne jest uzupełnienie co najmniej jednego z pól: personel, miejsce lub komórka organizacyjna. Wydruk może dotyczyć dowolnego okresu czasu, na który został wygenerowany harmonogram. Zakres dat ustala się w polach "Data od" oraz "Data do" ręcznie lub za pomocą kalendarza. Na wydruku harmonogramu pracy, oprócz ustalonych dat i godzin pracy, znajdują się informacje o istniejących blokadach harmonogramu oraz o zaplanowanej liczbie wizyt i ustalonym limicie na dany dzień.

### 16.8.7.3 Dane terminu (wydruk na paragonie fiskalnym)

W aplikacji mMedica istnieje możliwość wydruku informacji o rezerwacji na drukarce fiskalnej. Rozwiązanie dostępne jest dla użytkowników posiadających Moduł Komercyjny i włączoną obsługę drukarki fiskalnej w Konfiguratorze programu.

W celu dokonania wydruku należy w głównym oknie Terminarza zaznaczyć na liście pacjenta, któremu dodano rezerwację, następnie w lewym górnym rogu formatki wybrać ikonę drukarki i opcję **"Dane terminu (drukarka fiskalna)"**. Na paragonie fiskalnym zostaną wydrukowane następujące dane: nazwa i telefon poradni, dane lekarza, planowany termin i godzina wizyty oraz imię i nazwisko pacjenta.

## 16.8.8 System kolejkowy - numerki

W aplikacji mMedica dostępna jest funkcjonalność numerowania zarejestrowanych wizyt tzw. system kolejkowy. Rozwiązanie może być wykorzystywane do wywoływania pacjentów oczekujących przed gabinetem lekarskim. Lekarz może wezwać na wizytę pacjenta, wyczytując unikalny numer przyznany podczas rejestracji na potrzebę zrealizowania zaplanowanej wizyty.

**Uwaga!** Aby funkcjonalność była dostępna, należy dokonać rozszerzenia posiadanej licencji na program o moduł dodatkowy **mKolejka**.

Działanie modułu polega na nadawaniu stałego numeru zarejestrowanej wizycie, podczas [rejestracji](#) w Terminarzu. Numer wyświetlany jest:

- W panelu z podglądem danych pacjenta w Terminarzu (po prawej stronie okna) – dodano nowe pole „**Nr rej.**”
- Na liście pacjentów do Gabinetu w kolumnie „Nr rej.” (nowa kolumna, umieszczona przed nazwiskiem pacjenta)

Numery są niezmiennie, nadawane według kolejności rejestracji. Oznacza to, że podczas nadawania kolejnego numeru, brana jest pod uwagę godzina dokonania rejestracji przez pracownika. W przypadku odwołania rejestracji, wykorzystany numer nie zostaje zwolniony.

Terminarz

2018-11-09 (Pt)

Wojciech

Zajęte/Wolne: 6 / 0

1. BARBARA BEATA

2. BOLESŁAW

3. DANUTA

4. HANNA

Pacjent

PESEL

Data ur. (44 lata)

Adres

ID pacjenta

Kontakt

Status

Nr rej. 3

Uwagi z rezerwacji

Uwagi z kartoteki

Deklaracje

Lista pacjentów do gabinetu

Nr rej.	Pacjent	ID pacjenta	Wiek	Umówiony na	Zarejestrowany	Czas
1	BARBARA BEATA		44 lata	2018-11-09 11:16	2018-11-09 11:18	
	Bolesław		63 lata	2018-11-09 11:26	2018-11-09 11:26	
	DANUTA		68 lat	2018-11-09 11:30	2018-11-09 11:18	
3	HANNA		44 lata	2018-11-09 11:35	2018-11-09 11:28	
2	BOŻENA EWA		61 lat	2018-11-09 11:50	2018-11-09 11:27	
	RENATA BARBARA		46 lat	2018-11-09 12:00	2018-11-09 11:19	

# Rozdział

# 17

## Obsługa gabinetu lekarskiego

Ścieżka:



przycisk **GABINET** ze strony startowej programu

Od wersji 8.2.0 dodatkowo: [Ewidencja](#) > [Gabinety](#) > [Gabinet](#)

Obsługa gabinetu lekarskiego dostępna jest w wariantach **Standard i Komercja** programu mMedica. Gabinet jest funkcjonalnością pozwalającą na szybkie i proste ewidencjonowanie danych wizyty podczas udzielania świadczeń pacjentowi. Dane prezentowane są na przejrzystych i czytelnych ekranach, przedstawiających ważne informacje z historii leczonego pacjenta: stale podawane leki, choroby przewlekłe, czynniki ryzyka i inne. Informacje i funkcje pogrupowane zostały tematycznie, tak aby elementy wykorzystywane na określonym etapie pracy (np. wystawianie recepty) były łatwe i szybko dostępne. Natomiast wdrożony system tekstów standardowych i szablonów wizyt pozwala na szybkie i sprawne zapisanie potrzebnych informacji.

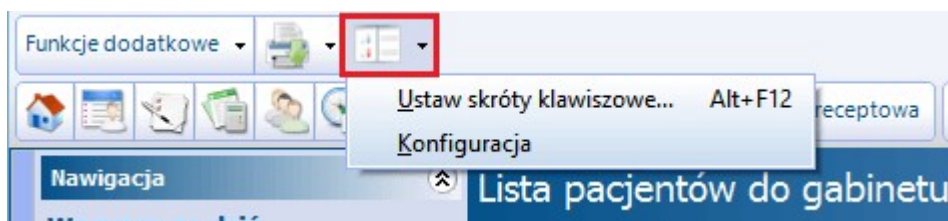
Podstawowymi funkcjonalnościami **Gabinetu** są:

- Podgląd do danych ostatnich wizyt pacjenta
- Obsługa i wydruk skierowań na wzorach przedstawionych przez NFZ w trzech dostępnych formatach: recepty, A5 i A4
- Dostęp do Bazy Leków Pharmindex w wersji podstawowej
- Uproszczona obsługa wydruku recept, w tym leków stale podawanych
- Wydruk podsumowania wizyty i zaleceń dot. przepisanych leków i wydanych skierowań/druków
- Możliwość ewidencji Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego
- Automatyczne dopisywanie wyniku badania zleconego w Gabinecie (Standard+)
- Ewidencja zabiegów przeprowadzanych na wizycie lekarskiej w Gabinecie

## 17.1 Konfiguracja Gabinetu

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

Przed rozpoczęciem pracy zaleca się dokonania samodzielnej konfiguracji ustawień Gabinetu za pomocą opcji, dostępnych po przejściu do powyższej ścieżki lub po wybraniu przycisku w lewym górnym rogu formatki Gabinetu i opcji "Konfiguracja".



Konfiguracja Gabinetu została podzielona na poszczególne kategorie, dostępne w lewym panelu okna Konfiguratora. W następnych podrozdziałach opisano każdą z kategorii i omówiono najważniejsze parametry oraz opcje z nią związane.

Funkcjonalności, które zostały już opisane we wcześniejszych rozdziałach instrukcji, zostały oznaczone hiperłączem, po kliknięciu którego czytelnik zostanie przeniesiony do właściwego rozdziału.

- Wygląd
- Wizyta
- [Recepta](#)
- [Skierowanie](#)
- Historia wizyt
- Wydruki różne
- [Różne](#)

### 17.1.1 Wygląd Gabinetu

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

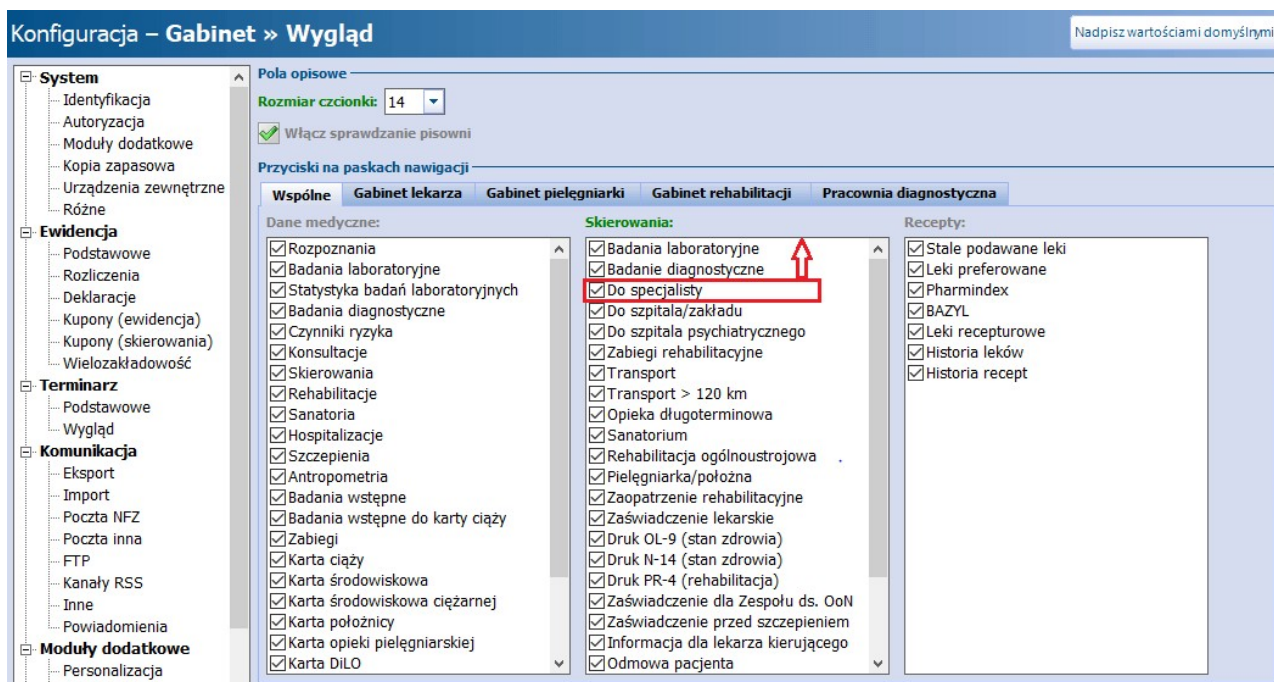
Konfiguracja wyglądu polega na możliwości ukrycia ikon/funkcji, z których użytkownik nie korzysta podczas pracy w Gabinetecie oraz na zmianie kolejności ich wyświetlania.

W sekcji *Pola opisowe* można dokonać zmiany rozmiaru tekstu wpisywanego w oknach tekstowych np. Wywiad, Badanie fizykalne (domyślnie 10).

- **Włącz sprawdzanie pisowni** - parametr dostępny w wersji PLUS (+) programu mMedica. Poprawność ortograficzna danych wpisywanych w oknach tekstowych weryfikowana jest za pomocą funkcjonalności autokorekty (zaznaczenie wyrazów czerwonym podkreśleniem).

Sekcja *Przyciski na paskach nawigacji* dedykowana jest dla wersji PLUS (+) programu mMedica. Umożliwia ona konfigurację kolejności i dostępności ikon prezentowanych na wizycie gabinetowej np. w panelu z ikonami po lewej stronie ekranu lub w danych medycznych pacjenta. Ikony/funkcje, z których nie korzysta użytkownik można ukryć, poprzez usunięcie zaznaczenia w polu ☒. Ukrycie ikony nie wyklucza ponownego włączenia funkcjonalności - w dowolnym momencie można ponownie włączyć wybrany przycisk nawigacji. Oprócz tego można zmienić kolejność wyświetlania ikon poszczególnych przycisków. Aby zmienić kolejność należy „złapać” myszką nazwę przycisku nawigacji i przenieść w interesujące miejsce. W rezultacie nastąpi zmiana widoku w panelach nawigacji w Gabinetecie.





W sekcji wprowadzono podział na zakładki. Dostępność poszczególnych zakładek jest uzależniona od posiadanej przez świadczeniodawcę licencji.

W związku z powyższym:

- zakładki **Wspólne** i **Gabinet lekarza** są dostępne zawsze,
- zakładka **Gabinet pielęgniarstwa** jest dostępna przy aktywnym module dodatkowym [Gabinet pielęgniarstwa](#),
- zakładka **Gabinet rehabilitacji** jest dostępna przy aktywnym module dodatkowym [Rehabilitacja ambulatoryjna](#),
- zakładka **Pracownia diagnostyczna** jest dostępna przy aktywnym module dodatkowym "Pracownia diagnostyczna".

Dostępność pozycji na zakładkach jest zgodna ze specyfiką poszczególnych gabinetów.

W przypadku aktywnego modułu [Medycyna pracy](#) na zakładce **Gabinet lekarza** będzie widoczna dodatkowa sekcja umożliwiająca konfigurację przycisków w oknie wizyty orzecznika medycyny pracy.

Przyciski na paskach nawigacji

Wspólne    **Gabinet lekarza**    Gabinet pielęgniarstwa    Gabinet rehabilitacji    Pracownia diagnostyczna

**Główne:**

- ☒ Wizyta
- ☒ POZ – ChUK
- ☒ Patronaż i bilanse
- ☒ Dane medyczne
- ☒ Skierowania
- ☒ Skala Barthel
- ☒ Skala Becka
- ☒ Druki
- ☒ Recepty
- ☒ Zwolnienia
- ☒ Stomatologia
- ☒ Procedury
- ☒ Historia wizyt
- ☒ Stan zdrowia
- ☒ Przegląd EDM
- ☒ Dokumentacja archiwalna

**Główne w wizycie receptowej:**

- ☒ Wizyta
- ☒ Dane medyczne
- ☒ Recepty
- ☒ Zaopatrzenie
- ☒ Historia wizyt
- ☒ Stan zdrowia

**Główne w wizycie orzecznika medycyny pracy:**

- ☒ Wizyta
- ☒ Dane medyczne
- ☒ Skierowania
- ☒ Karta badania
- ☒ Recepty
- ☒ Procedury
- ☒ Historia wizyt
- ☒ Stan zdrowia
- ☒ Przegląd EDM
- ☒ Dokumentacja archiwalna

**Wizyta:**

- ☒ Badania laboratoryjne
- ☒ Badania diagnostyczne
- ☒ Stale podawane leki
- ☒ Konsultacje
- ☒ Hospitalizacje
- ☒ Rehabilitacje
- ☒ Szczepienia
- ☒ Antropometria

## 17.1.2 Ekran wizyty

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

Funkcjonalność dostępna po wykupieniu dodatkowego Modułu Personalizacyjnego. Umożliwia modyfikację widoku okna wizyty gabinetowej według indywidualnych upodobań użytkownika.

Więcej informacji znajduje się w [instrukcji obsługi](#) Modułu Personalizacyjnego, udostępnionej na stronie internetowej produktu mMedica.

## 17.1.3 Wyświetlanie historii wizyt

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

Z uwagi na zróżnicowane wymagania użytkowników udostępniono parametry określające sposób wyświetlania [historii wizyt](#) pacjenta. Istnieją dwie możliwości definicji wyświetlanych zakresów danych:

1. Od najnowszej do najstarszej - w tym przypadku w polu "Wizyty nie starsze niż" należy podać liczbę dni, jaka ma być wyświetlana.
2. Od najstarszej do najnowszej (wizyty zapamiętanej w systemie).

Okno *Wyświetlane dane* (zaznaczone na zdj. poniżej) dedykowane jest dla użytkowników posiadających wersję PLUS (+) programu mMedica. Mogą w nim określić, jakie elementy będą wyświetlane w historii wizyt pacjenta, poprzez dodanie lub usunięcie zaznaczenia w polu ☒.

Konfiguracja – Gabinet » Historia wizyt Nadpisz wartościami domyślnymi

**Domyślny filtr**

Kolejność danych: Od najnowszej do najstarszej Wizyty nie starsze niż: 1 (dni)

**Wyświetlane dane:**

<input checked="" type="checkbox"/> Badanie fizykalne	<input checked="" type="checkbox"/> Diagramy zębowe - wszystkie	<input checked="" type="checkbox"/> Powiązane dokumenty	<input checked="" type="checkbox"/> Skale ocen
<input checked="" type="checkbox"/> Choroby przewlekłe	<input checked="" type="checkbox"/> Druki	<input checked="" type="checkbox"/> Procedury	<input checked="" type="checkbox"/> Skierowania
<input checked="" type="checkbox"/> Dane rozliczeniowe	<input checked="" type="checkbox"/> Komentarz do wizyty	<input checked="" type="checkbox"/> Recepty	<input checked="" type="checkbox"/> Stale podawane leki
<input checked="" type="checkbox"/> Dane wizyty	<input checked="" type="checkbox"/> Odwołane wizyty	<input checked="" type="checkbox"/> Recepty bez wizyty	<input checked="" type="checkbox"/> Usługi komercyjne
<input checked="" type="checkbox"/> Diagramy zębowe - ostatni	<input checked="" type="checkbox"/> Orzec. med. pracy	<input checked="" type="checkbox"/> Rozpoznanie	<input checked="" type="checkbox"/> Wyniki badań

**Stronicowanie**

☐ Włącz stronicowanie Liczba pozycji na stronie:

**Panel „Ostatnie wizyty” w głównym oknie wizyty**

Liczba wizyt:

Pokaż wizyty: Z bieżącej komórki

☒ Pokaż ostatnio wystawione informacje dla lekarza kierującego/POZ w wizycie POZ

**Różne**

Rozmiar czcionki: 10 Drukarka:

### Sekcja: Stronicowanie

Sekcja została dodana w wersji 9.0.0 aplikacji mMedica i zawiera pola umożliwiające ustawienie stronicowania w oknie historii wizyt. Zaznaczenie pola **"Włącz stronicowanie"** pozwala zdefiniować ilość wizyt wyświetlanych na jednej stronie. Ilość tą należy wprowadzić w polu **"Liczba pozycji na stronie"**. W przypadku włączenia stronicowania w oknie historii wizyt, po prawej stronie, widoczne będą przyciski umożliwiające przechodzenie pomiędzy kolejnymi stronami (zdj. poniżej).



### Sekcja: Panel "Ostatnie wizyty" w głównym oknie wizyty

W sekcji dokonuje się ustawień dla okna "Ostatnie wizyty" znajdującego się na głównej formatce wizyty gabinetowej. W polu "Liczba wizyt" określa się liczbę ostatnich wizyt, które będą wyświetlane w oknie wizyty.

Pole "Pokaż wizyty" pozwala określić zakres wyświetlanych wizyt, poprzez wybór z listy rozwijalnej jednej z wartości:

- "Z bieżącej komórki" (ustawiona domyślnie) - wyświetlane będą ostatnie wizyty pacjenta zrealizowane w tej komórce organizacyjnej, w której realizowana jest bieżąca wizyta w Gabinetecie,
- "Z komórek o tej samej specjalności" - wyświetlane będą ostatnie wizyty pacjenta zrealizowane w komórkach organizacyjnych o tej samej specjalności (kod resortowy cz VIII),
- "Z wszystkich dostępnych komórek".

Parametr **"Pokaż ostatnio wystawione informacje dla lekarza kierującego/POZ w wizycie POZ"** (domyślnie zaznaczony) dotyczy tylko i wyłącznie wizyt realizowanych w komórkach POZ. Jeśli parametr zostanie wyłączony, to na wizycie POZ nie będzie wyświetlana informacja o wystawieniu omawianego dokumentu.

### Sekcja: Różne

Parametr **"Rozmiar czcionki"** określa rozmiar czcionki dla wydruku "Historii wizyt", a także w oknie "Ostatnie wizyty" i na zakładce **Historia wizyt**.

W polu "Drukarka" dokonuje się wyboru domyślnej drukarki dla wydruku "Historii wizyt".

## 17.1.4 Wydruki w Gabinetcie

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

Opcja pozwala na wybranie domyślnych formatów oraz widoków danych różnych wydruków dostępnych w Gabinetcie, np. podsumowanie wizyty, wynik badania, zalecenia. W tym miejscu można również określić wielkość marginesów oraz rozmiar czcionki dla poszczególnych wydruków.

- **Czy druk uproszczony** - zaznaczenie [☒] powoduje włączenie uproszczonego druku podsumowania wizyty, zawierającego w nagłówku: imię i nazwisko pacjenta, PESEL, płeć, datę urodzenia, datę wizyty, dane realizującego. W standardowym podsumowaniu są dodatkowo drukowane informacje o danych podmiotu, OW NFZ, adresie pacjenta, przyjęciu i rodzaju wizyty.

W sekcji Zwolnienie lekarskie istnieje możliwość sterowania nadrukiem danych na zwolnieniu lekarskim. Po wyborze drukarki należy wprowadzić wartość wyrażoną w milimetrach, która przesunie nadruk danych na druk w żadaną stronę, aby wydruk był prawidłowy.

W aplikacji mMedica funkcjonuje skrót klawiszowy odpowiadający za wydruk dokumentów w Gabinetcie : **CTRL + P**. W zależności od formatki, na której pracuje użytkownik, po wybraniu skrótu klawiszowego zostanie wydrukowany odpowiedni dokument np. podsumowanie wizyty na formatce Wizyta, skierowanie na formatce Skierowanie, diagram zębowy pacjenta na formatce Stomatologia itd.

W sekcji Wynik badania diagnostycznego istnieje możliwość ustawienia sposobu wydruku załączników do wyniku badania diagnostycznego. Służy do tego pole rozwijalne "Rozmiar załączników", w którym do wyboru dostępne są następujące formaty wydruku:

- **Standardowy** - ustawiony domyślnie. Przy tego typu wyborze obraz załącznika drukowany jest na osobnej stronie wyniku badania.
- **Miniatury** - załączniki drukowane są w formie miniatur.
- **Brak** - załączniki nie są drukowane.

## 17.1.5 Inne ustawienia

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

Na pozycji [Gabinet](#) > [Różne](#) zostały zebrane pozostałe ustawienia Gabinetu, dotyczące głównie konfiguracji słowników leków oraz funkcjonalności tekstów standardowych. Poniżej wyjaśniono znaczenie poszczególnych parametrów.

Sekcja: Listy pacjentów/wizyt

- **Wyróżniaj wizyty oczekujące na realizację dłużej niż ... (min)** - w polu wprowadza się wartość minutową, po przekroczeniu której, wizyty oczekujące na realizację w Gabinetcie podświetlone zostaną na czerwono. Na liście pacjentów do Gabinetu wprowadzono kolumnę "Czas oczekiwania", w której wyświetlany jest odstęp czasu między momentem utworzenia rejestracji a godziną bieżącą. Jeśli czas oczekiwania danej wizyty przekroczy wartość wprowadzoną w w/w polu, wizyta ta zostanie oznaczona czerwonym kolorem.

Sekcja: Teksty standardowe

- **Doklejaj nazwę folderu przy wyborze tekstu badania fizykalnego** - zaznaczenie [☒] powoduje, że w opisie badania fizykalnego oprócz wybranego tekstu będzie dodawana również nazwa folderu, z którego pochodzi. Przykład: z folderu "żrenice" wybieramy tekst "szerokie". Na wizycie zostanie dodany

tekst: "Źrenice szerokie".

- **Szukaj tekstu według** - określa sposób wyszukiwania tekstu w oknie *Teksty standardowe* w funkcjonalności szablonów [tekstów standardowych](#) dostępnych w Gabinetecie.

Sekcja: [Słowniki leków](#)

W sekcji dokonuje się włączenia obsługi słownika leków [Pharmindex](#).

Sekcja: [Rozliczenie wizyty](#)

- **Automatycznie generuj numer świadczenia (kuponu)** - zaznaczenie [✓] powoduje, że wizyty wprowadzane w Gabinetecie będą powiązane z kuponami wygenerowanymi dla pacjenta w Rejestracji. Jeśli pacjent nie posiada żadnych pustych kuponów, to przy otwarciu wizyty, numer zostanie automatycznie wygenerowany przez program. Parametr dotyczy użytkowników z śląskiego OW NFZ.

Sekcja: [Rozpoczęcie wizyty](#)

- **Wyświetlaj potwierdzenie rozpoczęcia wizyty** - zaznaczenie [✓] powoduje, że przy otwarciu w Gabinetecie wizyty na podstawie wprowadzonej wcześniej rezerwacji/rejestracji będzie się wyświetlał komunikat:

Wizyta nie została jeszcze rozpoczęta.  
Czy chcesz rozpocząć jej realizację?  
**Tak      Nie**

- **W wizytach POZ sprawdzaj uzupełnienie antropometrii i danych na temat palenia** - parametr dodany w wersji 8.2.0 aplikacji mMedica. Po jego zaznaczeniu program za pomocą odpowiedniego komunikatu będzie informował o konieczności uzupełnienia danych antropometrycznych, takich jak wzrost i waga, oraz weryfikacji aktualności informacji na temat palenia przy otwarciu w Gabinetecie pierwszej wizyty POZ pacjenta w danym roku kalendarzowym. W przypadku braku uzupełnienia danych antropometrycznych będzie się wyświetlać stosowne ostrzeżenie dla kolejnych wizyt.

Sekcja: [Autoryzacja wizyty](#)

- **Wymuszaj wypełnienie druku zgłoszenia choroby zakaźnej** - zaznaczenie będzie powodować wymuszenie wypełnienia druku zgłoszenia choroby zakaźnej przy autoryzacji wizyt otwartych w Gabinetecie z wprowadzonym kodem rozpoznania choroby zakaźnej.
- **Wyświetlaj potwierdzenie autoryzacji wizyty** - odpowiada za wyświetlanie przez program przy autoryzacji wizyty w Gabinetecie komunikatu:

Czy na pewno chcesz autoryzować  
wizytę?  
**Tak      Nie**

- **Włącz modyfikację daty zakończenia wizyty** - pozwala określić sposób wyznaczania czasu zakończenia wizyty przy jej autoryzacji. Na znajdującej się w nim liście rozwijalnej są do wyboru następujące pozycje: "Zakończ wizytę z czasem rzeczywistym", "Zakończ wizytę z czasem rzeczywistym bez wyświetlania komunikatu powiadomienia" oraz pusta wartość (domyślnie wybrana). W przypadku wyboru pustej wartości czas zakończenia wizyty będzie wyznaczany przez program na podstawie Terminarza.



Sekcja: Procedury medyczne

- **Uzupełnianie procedur** - pole dodane w wersji 8.3.0 aplikacji mMedica. Służy do konfiguracji sposobu automatycznego dodawania procedur ICD-9, powiązanych z badaniami, przy dopisywaniu wyników badań do wizyty. Na znajdującej się w nim liście rozwijalnej dostępne są do wyboru następujące pozycje: "Dodaj procedury z datą wyniku", "Dodaj procedury z datą wizyty", "Nie dodawaj procedur", pusta wartość (domyślnie wybrana).

W przypadku ustawienia pustej wartości każdorazowo przy dopisywaniu do wizyty wyniku, posiadającego datę wcześniejszą niż data wizyty, wyświetli się okno, w którym użytkownik będzie musiał wskazać, czy dodawane procedury mają mieć datę wyniku, datę wizyty, czy też nie mają być w ogóle dodane. Dokładne informacje na ten temat zawiera rozdział [Dodanie wyniku badania](#).

Dla pozostałych wartości, wskazanych w omawianym polu, dodawanie procedur będzie wykonywane przez program automatycznie, zgodnie z ustawionym sposobem, bez wyświetlania dodatkowego komunikatu.

Sekcja: Dane medyczne

- **Podpowiadaj komórkę ze skierowania podczas podpisywania danych medycznych zawierających załącznik** - parametr dodany w wersji 8.5.0 aplikacji mMedica. Po jego włączeniu przy podpisywaniu wyniku z załącznikiem, wprowadzanego w powiązaniu ze skierowaniem do danych medycznych pacjenta na zakładce wyników badań laboratoryjnych/diagnostycznych, pobytów uzdrowiskowych, hospitalizacji lub konsultacji, będzie podpowiadana komórka organizacyjna poradni, która wystawiła skierowanie. Komórka ta zostanie wyświetlona w dedykowanym polu na zakładce załączników w oknie dodawania wyniku.

## 17.2 Lista pacjentów oczekujących do Gabinetu



Wybranie ikony **GABINET** ze strony startowej programu powoduje otwarcie okna *Lista pacjentów do gabinetu*. Użytkownik (będący lekarzem realizującym) zalogowany do programu, po wejściu do Gabinetu będzie widział listę pacjentów, którzy zostali do niego [zarejestrowani](#) w Terminarzu.

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

Funkcje dodatkowe

Nawigacja

Wszyscy na dziś

Zarejestrowani na dziś

Umówieni na dziś

Umówieni na jutro

Z dzisiejszych wizyt

Z wczorajszych wizyt

Data:

2018-07-09

Komórka org.:

PORADNIA PULMONOLOGICZNA

Realizujący:

Nowak Anna

Status:

Aktualna

Nazwisko / PESEL:

Ostatnio odświeżono: 8 s temu

Nowa wizyta NFZ

Nowa wizyta receptowa

Nowa wizyta komercyjna

Dane

Dane rezerwacji

Odwolaj

Umów następną

Usuń

Rozlicz

Lista pacjentów do gabinetu

Pacjent	ID pacjenta	Wiek	Umówiony na	Zarejestrowany	Czas oczekiwania	Wizyta	Rodzaj	Status	Uwagi	Kom.
Kowalski Jan	42632	50 lat	2018-07-09 14:00	2018-07-09 09:54	9 min	Specjalis...		Do realizacji		✓
JERZY JAN	41552	68 lat	2018-07-09 15:00			Specjalis...		Zaplanowana	KS	
JAN ANDRZEJ	33863	75 lat	2018-07-09 15:05			Specjalis...		Zaplanowana	IS	
BRONISŁAW	24054	71 lat	2018-07-09 15:10			Specjalis...		Zaplanowana	IS	
HELEN...	442	71 lat	2018-07-09 15:20	2018-07-09 09:59	4 min	Specjalis...		Do realizacji	ZM	

Kowalski Jan (M), 00000000000, 50 lat

INFORMACJE O PACJENCIE

Adres:

41-100 Siemianowice Śląskie

Telefon:

(brak)

Upow.:

Stan zdrowia – BRAK DOKUMENTU  
Dokumentacja – BRAK DOKUMENTU  
Odbiór recept – BRAK DOKUMENTU

DEKLARACJA I UBEZPIECZENIE

OW NFZ:

Kraje UE

eWUŚ:

[Pobierz status uprawnień...](#)

Data podpisania:

(brak)

Do:

(brak)

DANE MEDYCZNE I UWAGI

Uczulenia:

(brak)

Uwagi:

(brak)

Zaplanowane szczepienia:

(brak)

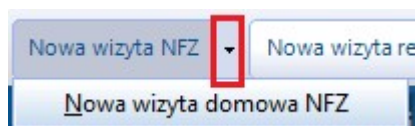
Formatka podzielona jest na dwa okna. W górnym oknie wyświetlana jest lista pacjentów, uporządkowana według planowanej godziny przyjęcia. Jeśli pacjent umówił się wcześniej na wizytę i zostało to odnotowane w systemie pod postacią rezerwacji w Terminarzu, pojawi się on na liście oczekujących ze statusem "Zaplanowana". Godzina, na którą pacjent został zapisany, wyświetlana jest w kolumnie "Umówiony na". Jeżeli przed wejściem do gabinetu pacjent zgłosi się i zarejestruje w punkcie przyjęć/rejestracji, to wówczas w kolumnie "Zarejestrowany" pojawi się stosowna adnotacja (data i godzina rejestracji), a status wizyty zmieni się na "Do realizacji". Na tym etapie można jeszcze zmienić lub odwołać każdą rezerwację korzystając z przycisków dostępnych w górnej części okna (tj. Zmień, Odwołaj).

W kolumnie "Czas oczekiwania" wyświetlany jest odstęp czasu między momentem utworzenia rejestracji a godziną bieżącą. W Konfiguratorze istnieje parametr, przy użyciu którego można wyróżniać na liście wizyty, które oczekują na realizację dłużej, niż zdefiniowana ilość czasu w parametrze. Mowa o opcji **"Wyróżniaj wizyty oczekujące na realizację dłużej niż ... (min)"** znajdującej się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [Gabinet > Różne](#). Jeśli czas oczekiwania danej wizyty na realizację przekroczy wartość wprowadzoną w parametrze, wizyta ta zostanie oznaczona na liście czerwonym kolorem (zdz. powyżej).

Z kolei w dolnym oknie formatki *Lista pacjentów do Gabinetu* wyświetlane są [podstawowe informacje](#) o pacjencie, jego ubezpieczeniu i danych medycznych.

Opis przycisków znajdujących się w górnym panelu:

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

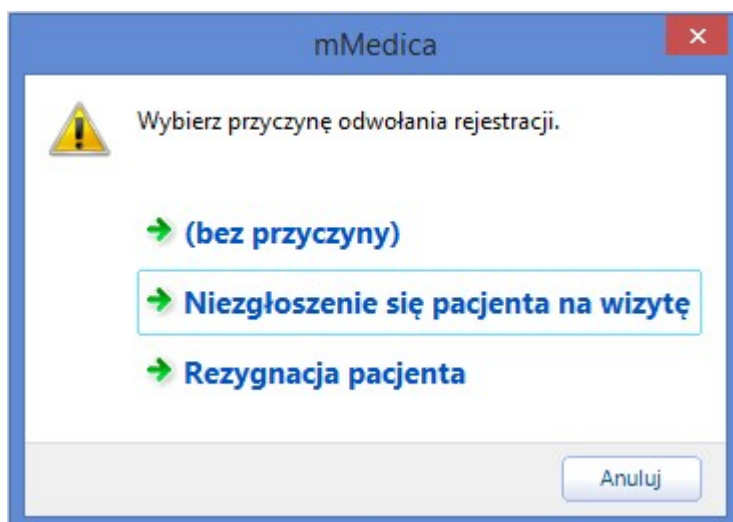


- **Nowa wizyta receptowa** - tworzy [wizytę receptową](#). W aplikacji umożliwiono tworzenie komercyjnych wizyt receptowych - użytkownicy posiadający dodatkowy Moduł Komercyjny, tworzą ją poprzez kliknięcie w element znajdujący się po prawej stronie przycisku i wybranie opcji **Nowa wizyta receptowa komercyjna**.



- **Nowa wizyta komercyjna** - tworzy wizytę komercyjną/prywatną. Przycisk widoczny jest dla użytkowników posiadających Moduł Komercja. [Od wersji 9.0.0 aplikacji mMedica po rozwinięciu listy na przycisku dostępna jest opcja Nowa wizyta domowa komercyjna](#). Umożliwia ona utworzenie wizyty komercyjnej z domyślnym miejscem realizacji "Wizyta domowa".
- **Dane** - otwiera wizytę gabinetową. W przypadku wizyty w statusie "Zaplanowana/Do realizacji" wybranie przycisku spowoduje rozpoczęcie wizyty, a więc zmianę jej statusu na "W realizacji".
- **Dane rezerwacji** - otwiera okno rezerwacji terminu w celu dokonania zmiany danych rezerwacji/rejestracji. Przycisk aktywny tylko dla wizyt w statusie "Do realizacji".
- **Odwołaj** - odwołuje rezerwację i wycofuje rejestrację. Przycisk aktywny tylko dla wizyt w statusie "Zaplanowana/Do realizacji".

Po wybraniu przycisku zostanie otwarte okno dialogowe (zdz. poniżej), w którym wskazuje się przyczynę. Przyczyna odwołania odnotowywana jest na [liście rezerwacji](#).



- **Umów następną** - otwiera okno nowej rezerwacji w celu umówienia kolejnej wizyty wybranemu pacjentowi do tego samego lekarza.
- **Usuń** - usuwa wizytę. Przycisk aktywny tylko dla wizyt w statusie "W realizacji/Zrealizowana".
- **Rozlicz** - otwiera formatkę *Uzupełnianie świadczeń* w celu uzupełnienia danych rozliczeniowych wizyty. Przycisk aktywny tylko dla wizyt w statusie "W realizacji/Zrealizowana".

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

- **Aktualna** - zostaną wyświetlone wszystkie pozycje za wyjątkiem usuniętych wizyt.
- **Do realizacji** - wizyta, która została wcześniej zarejestrowana w Terminarzu. Nie została jeszcze rozpoczęta przez lekarza.
- **Usunięta** - wizyta usunięta.
- **W realizacji** - wizyta rozpoczęta przez lekarza, która nie została jeszcze autoryzowana/zapisana.
- **W realizacji (ponownie)** - autoryzowana/zapisana wizyta, która została ponownie otwarta do edycji.
- **Zaplanowana** - wizyta, która została wcześniej zarezerwowana w Terminarzu. Nie została jeszcze rozpoczęta przez lekarza.
- **Zrealizowana** - wizyta, która została już zrealizowana i autoryzowana przez lekarza. W aplikacji wyświetlany jest status **"Zrealizowana, rozliczona"** dla wizyt, które zostały autoryzowane i posiadają dodaną co najmniej 1 pozycję rozliczeniową lub w przypadku wizyt komercyjnych - dodaną usługę.

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

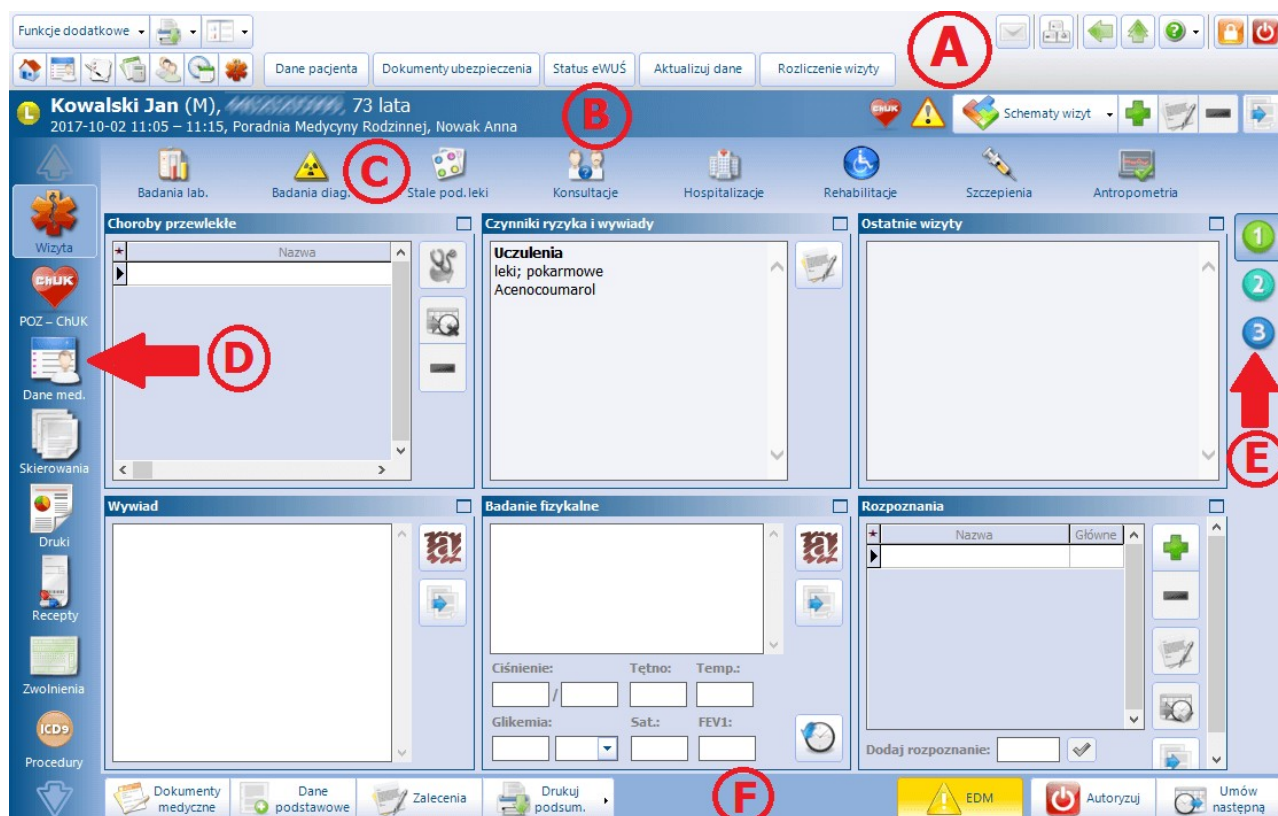
Oprócz tego w panelu *Nawigacja* znajdują się domyślnie zdefiniowane parametry wyszukiwania wizyt, na podstawie których system wyświetli listę:

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

- **Z wczorajszych wizyt** - wszystkich wczorajszych zrealizowanych wizyt (w statusie "Zrealizowana").

## 17.3 Omówienie formatki Gabinetu

Po wybraniu pacjenta z listy osób zarejestrowanych do poradni i lekarza (dwuklikiem lub poprzez użycie przycisku **Dane**) zostanie otwarta formatka wizyty. Formatka podzielona jest domyślnie na 6 okien, które zostały szczegółowo omówione w rozdziale: [Omówienie okna wizyty lekarskiej](#).



### A) Przyciski w górnym panelu formatki



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

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

Po prawej stronie okna znajdują się przyciski służące do obsługi schematów wizyty.



Sposób definicji i działania schematów wizyt w *Gabiniecie* jest podobny jak w przypadku [schematów wizyt](#) w oknie uzupełniania świadczeń.

### B) Podstawowe dane pacjenta i wizyty



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

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



- deklaracja lekarza POZ



- deklaracja pielęgniarki POZ



- deklaracja położnej POZ



- pacjent bez aktywnej deklaracji POZ

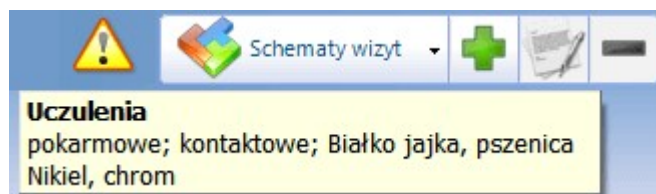
Dodatkowo mogą zostać wyświetlone nast. ikony:



- pacjent pierwszorazowy.



- ostrzega o występowaniu uczuleń, które zostały zaewidencjonowane w [czynnikiach ryzyka](#) w danych medycznych pacjenta. Po najechaniu kursorem na ikonę, wyświetlą się szczegółowe informacje o uczuleniach:



- pacjent zakwalifikowany do [profilaktyki ChUK](#)



- pacjentka zakwalifikowana do [profilaktyki](#) raka szyjki macicy



- pacjentka zakwalifikowana do profilaktyki raka piersi



- pacjent został objęty opieką nad chorymi przewlekłymi w ramach deklaracji wyboru lekarza POZ. Ikona została dodana w wersji 8.5.0 aplikacji mMedica. Wyświetla się, jeżeli pacjent znajduje się na ostatnim zacytanym szablonie rachunku POZ, przypisany do świadczenia 5.01.00.0000142. **Uwaga!** Jeżeli świadczeniodawca posiada kilka baz danych, należy zaimportować szablon rachunku do każdej bazy, w której ikona ma być dla pacjentów wyświetlana.

### C) Najważniejsze dane medyczne pacjenta

Wybierając poszczególne ikony można w szybki sposób uzyskać dostęp do danych tam zgromadzonych m.in. wyników badań laboratoryjnych i diagnostycznych, leków stale podawanych pacjentowi, przeprowadzonych konsultacjach z innymi specjalistami, przebytych hospitalizacjach pacjenta itd. Pełny dostęp do [danych medycznych](#) pacjenta uzyskuje się poprzez wybranie ikony w lewym panelu formatki **(D)**.

Zawartość zakładki w górnym panelu okna jest zmienna, gdyż jest zależna od przycisku/funkcji wybieranej w lewym panelu formatki **(D)**.

### D) Główny panel Gabinetu

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



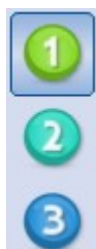
Sanatorium, Do szpitala itd. Użytkownicy wersji PLUS (+) programu mMedica mają możliwość [ukrycia przycisków](#) na paskach nawigacji, z których nie korzystają w codziennej pracy.

Wszystkie funkcjonalności głównego panelu z przyciskami zostały szczegółowo omówione w dalszej części tego rozdziału.

### E) Okna Gabinetu

Po prawej stronie formatki Gabinetu znajdują się przyciski, umożliwiające przełączanie się między oknami:

1. [Wizyty](#)
2. [Zabiegów](#)
3. [Soczewek okularowych](#)



### F) Przyciski w dolnym panelu formatki

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



- **Dokumenty medyczne** - otwiera okno prezentujące wszystkie dokumenty medyczne pacjenta powiązane z wizytą. Wprowadzenie przed wizytą danych typu: wyniki badań laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji, skierowanie na wizytę, badania wstępne, powoduje, że po otwarciu wizyty jako pierwsze otworzy się okno *Dokumenty medyczne*, gdzie zostaną wyświetlone wcześniej wprowadzone dane. Celem jest powiadomienie lekarza o nowych, istotnych dla realizowanego świadczenia danych medycznych, które lekarz powinien obejrzeć oraz dopisać do e-dokumentacji.

Wyniki dopisuje się do wizyty, używając przycisku **Dopisz do wizyty**. Nowe wyniki z wykonanych badań będą wyświetlane na czerwono, dopóki nie zostaną dopisane do wizyty.

- **Dane podstawowe** - otwiera okno *Dane wizyty* umożliwiające przegląd i modyfikację danych dotyczących realizacji i skierowania. Dane prezentowane w oknie w większości podpowiadane są domyślnie na podstawie rezerwacji/rejestracji lub ustawień domyślnych personelu. Użytkownik z uprawnieniami może, korzystając z dostępnych tam funkcjonalności, zmienić lub uzupełnić dane typu: data ewidencjonowanej wizyty, realizujący, komórka org., miejsce realizacji, sposób przyjęcia (np. ze skierowaniem) oraz szczegółowe dane skierowania. W oknie danych podstawowych wizyty jest także możliwość uzupełnienia kodu świadczenia wg MZ.

Na podstawie opublikowanych zmian komunikatu I fazy (SWIAD), obowiązujących od 1.10.2021 r., dotyczących przesyłania dodatkowych danych porady pielęgniarstwa i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, została dodana sekcja **Porada pielęgniarstwa/położnej POZ**. W przypadku wizyty typu **POZ** realizowanej przez personel w rodzaju **Pielęgniarka** lub **Położna**, dla której został wybrany kod świadczenia **4 - Porada**, po rozwinięciu listy w polu "Zakres" wyświetlą się pozycje dla zakresu porady pielęgniarstwa lub położnej, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2020 r. (tabela 19 i 20). Wyboru pozycji dokonuje się poprzez ich zaznaczenie za pomocą kliknięcia w odpowiednie pole lewym przyciskiem myszy. Wybrane pozycje podpowiedzą się później w oknie uzupełniania danych rozliczenia wizyty na zakładce [Świadczenia POZ](#) oraz zostaną przesłane do NFZ podczas eksportu [I fazy](#). Aby eksport zawierał wszystkie wymagane dane, w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), w pozycji: [Komunikacja > Eksport](#) powinna być wybrana aktualnie obowiązująca wersja komunikatu I fazy (SWIAD).

Sekcja [Porada pielęgniarstwa/położnej POZ](#) jest również dostępna w oknie danych podstawowych wizyty

realizowanej w module [Gabinet pielęgniarki](#).

Dane wizyty

1. Realizacja 2. Skierowanie 3. Dodatkowe dane do rozliczenia

Data od: 29-10-2021 09:38 do: 29-10-2021 09:53 Wizyta: POZ

Komórka org.: Poradnia Miejsce real.: Porada ambulatoryjna

Realizujący: Nowak Anna Przyjęcie: Bez skierowania

**Świadczenie**

Kod: 4 ... Porada

Podtyp: Wersja: rozp. MZ 23.12.2019

**Porada pielęgniarki/położnej POZ**

Zakres: Wersja: rozp. MZ 11.09.2020

**Nocna i świąteczna opieka lekarska i pielęgniarska**

Przyczyna zgłoszenia:

Uzasadnienie odmowy:

**Daty dla wizyty w miejscu przebywania świadczeniobiorcy**

Przyjęcie zgłoszenia: Wyjazd: Powrót:

Zatwierdź Wyjście

**Uwaga!** Należy pamiętać o tym, że zmiana daty i godziny wizyty, realizującego, komórki org. ma wpływ na wystawiane w trakcie wizyty dokumenty jak: skierowania i druki, podsumowanie, recepty, L4, historia wizyt. W związku z tym należy korzystać z tej funkcjonalności tylko w wyjątkowych przypadkach. Zmiana którejkolwiek danej po wydrukowaniu dokumentu może skutkować błędem spójności dokumentacji.

- **Zalecenia** - otwiera okno zaleceń z bieżącej wizyty. Zawiera ono między innymi informację dla pacjenta o przepisanych na wizycie lekach wraz z dawkowaniem i stosowaniem, informację o wydanych na wizycie skierowaniach/drukach, terminie następnej wizyty (jeśli została już dokonana rezerwacja w Terminarzu). Ponadto lekarz może dopisać inne zalecenia dla pacjenta ręcznie lub korzystając ze schematów zaleceń. Zalecenia można wydrukować na papierze w formacie recepty, A5, A4 lub korzystając z własnego szablonu.

W dolnej części okna zaleceń znajdują się parametry:

- **Wydruk skrócony** - zaznaczenie powoduje wydruk zaleceń w uproszczonej formie. W porównaniu z pełnym wydrukiem, wydruk skrócony zawiera ograniczone informacje dotyczące przepisanych na wizycie leków. Nie będą widniały na nim dane takie jak: odpłatność, uwagi, data realizacji. Pomijana jest również informacja o postaci leku i jego ilości w opakowaniu. Ponadto w nagłówku nie zostaną wydrukowane dane jednostki organizacyjnej.

Zaznaczenie tego parametru jest zapamiętywane i podpowiadane w kontekście użytkownika.

- **Rozpoznanie główne** - pozwala określić, czy na wydruku zaleceń ma być widoczne rozpoznanie główne.
- **Zalecenia ze skierowań** - określa, czy wydruk ma zawierać zalecenia zamieszczone na wystawionym skierowaniu na badania laboratoryjne lub diagnostyczne.
- **Stale podawane leki** - służy do określenia, czy wydruk ma obejmować stale podawane leki.

Na zaleceniach wyświetlają się kody dostępu prawidłowo przesłanych e-Recept oraz e-Skierowań, a także identyfikator elektronicznego zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne.


- **Drukuj podsumowanie wizyty** - otwiera okno podglądu wydruku "Historii zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych". Podsumowanie można wydrukować na papierze w formacie A4, A5, A5 - poziomo lub korzystając z własnego szablonu. Istnieje również możliwość wydruku uproszczonego podsumowania wizyty, zawierającego mniejszą ilość informacji - w tym celu należy zaznaczyć parametr **"Czy druk uproszczony"** w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [Gabinet > Wydruki różne](#).
- **Autoryzuj** - zapisuje wizytę, która otrzyma status "Zrealizowana".
- **Umów następną** - otwiera okno *Rezerwacja terminu* w celu zarezerwowania terminu kolejnej wizyty.

## 17.4 Funkcje dodatkowe Gabinetu

W lewym górnym rogu formatki *Lista pacjentów do Gabinetu* oraz Gabinetu znajduje się menu Funkcje dodatkowe, po rozwinięciu którego można skorzystać z następujących funkcji:

- Uzyskanie informacji o [historii](#) wizyt pacjenta.
- Przegląd [zwolnień](#) lekarskich, jakie zostały wystawione pacjentom na wizycie realizowanej w Gabinetcie.
- Podgląd słownika badań diagnostycznych wykorzystywanego w Gabinetcie do wystawiania skierowań.
- Podgląd słownika badań laboratoryjnych wykorzystywanego w Gabinetcie do wystawiania skierowań.
- Podgląd i edycja słownika grup dyspanseryjnych - na podstawie dokonanych powiązań rozpoznań z wybraną grupą dyspanseryjną, pacjent zostanie do niej przyporządkowany.
- Podgląd zbiorczego słownika leków, na który składa się słownik leków własnych, recepturowych oraz Pharmindex, z możliwością dodania nowego leku własnego lub recepturowego.
- Podgląd słownika procedur ICD-9.
- Dostęp do słownika rozpoznań ICD-10.



Po wybraniu przycisku  można dokonać wydruk podsumowania wizyty w formacie A4 lub A5 dla pacjenta zaznaczonego na liście, któremu zrealizowano wizytę. Istnieje również możliwość zbiorczego wydruku podsumowania wizyt kilku pacjentów. W tym celu należy zaznaczyć na liście pacjentów do Gabinetu kilka rekordów (poprzez przytrzymanie przycisku CTRL na klawiaturze i lewy przycisk myszy) i wybrać jedną z opcji wydruku podsumowania. Warunkiem poprawnego działania funkcjonalności jest posiadanie uprawnienia "Przegląd danych medycznych pacjenta" w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 5. Uprawnienia funkcjonalne > Dane medyczne](#).

## 17.5 Omówienie okna wizyty lekarskiej

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

### 1) Choroby przewlekłe

W oknie prezentowane są rozpoznania, które w historii choroby pacjenta zostały zaznaczone jako przewlekłe. Znacznik w kolumnie "Op. cz." oznacza, że pacjent został objęty opieką czynną. W kolumnie "Data diagnozy" można wprowadzić datę zdiagnozowania choroby przewlekłej.

W wersji 8.5.0 aplikacji mMedica została dodana kolumna "Data ost. wizyty". Wyświetla się w niej data ostatniej wizyty, na której zaewidencjonowano rozpoznanie oznaczone jako choroba przewlekła.

Znaczenie przycisków znajdujących się po prawej stronie okna:



**Dodaj do rozpoznań** - rozpoznanie oznaczone jako choroba przewlekła zostanie dodane jako rozpoznanie główne w bieżącej wizycie.



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



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



**Opis choroby przewlekłej** - wyświetli się okno do wprowadzenia opisu choroby przewlekłej.


Pozycja, dla której zostanie wprowadzony, będzie oznaczona symbolem . Aby podejrzeć treść wprowadzonego opisu, należy najechać na ikonkę symbolu kursorem myszy. W celu jego edycji należy skorzystać z omawianego przycisku.



**Przesuń chorobę przewlekłą w górę/dół** - przyciski dodane w wersji 8.3.0 aplikacji mMedica. Umożliwiają zmianę kolejności wyświetlania chorób przewlekłych pacjenta. Aby przenieść dany rekord o pozycję wyżej lub niżej, należy go podświetlić i wybrać przycisk wskazujący odpowiedni kierunek zmiany.

## 2) Czynniki ryzyka i wywiady

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

Lekarz może zdecydować, które ze zgromadzonych informacji są dla niego istotne i podjąć decyzję o ich ukryciu, bądź wyświetleniu w oknie wizyty gabinetowej. Dokonuje się tego, poprzez zaznaczenie  wybranej kategorii w danych medycznych pacjenta.

## 3) Ostatnie wizyty

W oknie prezentowane są dane historyczne z 3 ostatnich wizyt pacjenta, które odbyły się w tej samej poradni, w której realizowana jest bieżąca wizyta. Ilość wyświetlanych wizyt definiuje się w [Konfiguratorze](#) programu.

Okno zawiera dwa przyciski, umożliwiające pokazywanie kolejnych/poprzednich wizyt zgodnie z ilością określoną w Konfiguratorze.

Ponadto, w przypadku poradni POZ i specjalistycznych wyświetlane są komunikaty o wystawieniu dokumentu "Informacja dla lekarza kierującego/POZ":

- a) **na wizycie POZ** - komunikaty o braku wystawienia dokumentu wyświetlane są czerwoną czcionką odrębnie dla każdego skierowania. W nagłówku wyświetlana jest nazwa poradni, do której został skierowany pacjent oraz rozpoznanie wybrane na skierowaniu (zdz. powyżej).

Jeśli lekarz specjalista wystawi dokument, na wizycie POZ wyświetlane będą nast. informacje wyróżnione niebieską czcionką: nazwa poradni specjalistycznej, rozpoznanie, data wystawienia dokumentu oraz wytyczne dla dalszego postępowania medycznego (zdz. poniżej).

W Konfiguratorze dostępny jest [parametr](#) warunkujący wyświetlanie tych informacji na wizycie POZ: "Pokaż ostatnio wystawione informacje dla lekarza kierującego/POZ w wizycie POZ".

- b) **na wizycie specjalistycznej** - realizowanej w trybie przyjęcia "Ze skierowaniem" lub "Kontynuacja ze skierowaniem" wyświetlany jest jedynie komunikat o braku wystawienia dokumentu, wyróżniony czerwoną czcionką.

Po wystawieniu dokumentu zostanie wyświetlona informacja o dacie wystawienia dokumentu oraz wytycznych dla dalszego postępowania medycznego.

Ostatnia wystawiona informacja dla lekarza kierującego/POZ

**Poradnia alergologiczna** (146 – Stan astmatyczny)

Data: 2018-01-02 (dzisiaj)

Wytyczne: Pozostawienie pod opieką poradni specjalistycznej

## 4) Wywiad

Przygotowane okno tekstowe służy do wprowadzania informacji z wywiadu przeprowadzonego z pacjentem. Tekst można wprowadzić ręcznie, skopiować z poprzedniej wizyty lub skorzystać z szablonów [tekstów standardowych](#).

Znaczenie przycisków znajdujących się po prawej stronie okna:





**Szablony tekstów standardowych** - otwiera okno *Teksty standardowe-wywiad* w celu wybrania gotowego tekstu i zamieszczenia go w oknie.



**Kopiuj z poprzedniej wizyty** - kopiuje wywiad z poprzedniej wizyty tego pacjenta, realizowanej w tej samej komórce organizacyjnej. W wersji 8.3.0 aplikacji mMedica na przycisku *udostępniono listę rozwijalną*. Zawiera ona 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 (zdej. poniżej).

Lista wywiadów z poprzednich wizyt

Data od - do: [ ] Realizujący: Nowak Anna Komórka org.: Poradnia

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

tekst 1

Wybierz Wyjście

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

W wersji 8.3.0 programu na dole okna wywiadu dodano pole "Cięża", wyświetlane tylko na wizycie realizowanej kobiecie. W celu uzupełnienia informacji o ciąży należy wybrać odpowiednią wartość z dostępnej w nim listy rozwijalnej (patrz zdjęcie poniżej).

Cięża: Niepotwierdzona

## 5) Badanie fizykalne

Przygotowane okno tekstowe służy do wprowadzania informacji z przeprowadzonego badania fizykalnego. Dodatkowo w dolnej części okna dodano pola do wprowadzania danych z pomiaru ciśnienia, tętna, glikemii, temperatury ciała pacjenta i saturacji, a także do ewidencji wyniku spirometrii (FEV1), wyniku INR i dawkowania leków przeciwkrzepliwych (pola "Dawkowanie" oraz "Lek", które odwołuje się do słownika stałe podawanych leków pacjenta).

W omawianym miejscu dodano także pole dla ewidencji oceny pacjenta wg skali Rankina. Zawiera ono listę

rozwijalną, z której użytkownik wybiera odpowiednią wartość z zakresu od 0 do 5.

Użytkownicy wykorzystujący do pracy Moduł Personalizacyjny mają [możliwość zdefiniowania](#), które pola do wprowadzania danych będą wyświetlane w oknie *Badanie fizyczne*.

Jeśli zdefiniowano w aplikacji [powiązania dla procedur ICD-9](#), to uzupełnienie ciśnienia lub glikemii spowoduje automatyczne dodanie powiązanej procedury ICD-9 na wizycie pacjenta.

Znaczenie przycisków:




**Kopiuż z poprzedniej wizyty** - kopiuje badanie fizyczne z poprzedniej wizyty tego pacjenta, realizowanej w tej samej komórce organizacyjnej. **W wersji 8.3.0 umożliwiono kopiowanie badania fizycznego z wizyt pacjenta zrealizowanych w dowolnej komórce organizacyjnej i przez dowolnego lekarza.** Sposób korzystania z tej funkcjonalności jest analogiczny jak dla sekcji wywiadu, opisanej w punkcie 4).



**Historia badań fizycznych** - otwiera okno *Historia...* w celu podejrzenia pomiarów zaewidencjonowanych na poprzednich wizytach pacjenta.


## 6) Rozpoznanie

W oknie ewidencjonuje się rozpoznania, jakie zostały postawione podczas wizyty lekarskiej. Można tego dokonać w nast. sposób:

- Poprzez wybranie przycisku  i wybranie odpowiedniej pozycji ze słownika.
- Poprzez ręczne wpisanie kodu ICD-10 w polu "Dodaj rozpoznanie" i zatwierdzenie przyciskiem Enter na klawiaturze.
- Poprzez skopiowanie rozpoznania z poprzedniej wizyty pacjenta zrealizowanej w tej samej komórce



org. za pomocą przycisku

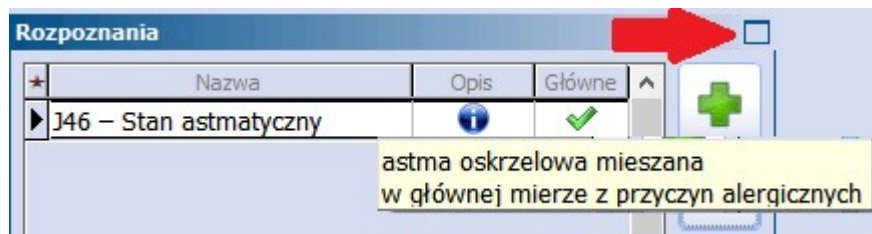
W przypadku wprowadzenia więcej niż 1 rozpoznania na wizycie, istnieje możliwość oznaczenia wybranego rozpoznania jako głównego. Aby oznaczyć rozpoznanie jako główne należy kliknąć myszką w kolumnie **"Główne"**, co spowoduje oznaczenie rozpoznania .

Znaczenie przycisku:




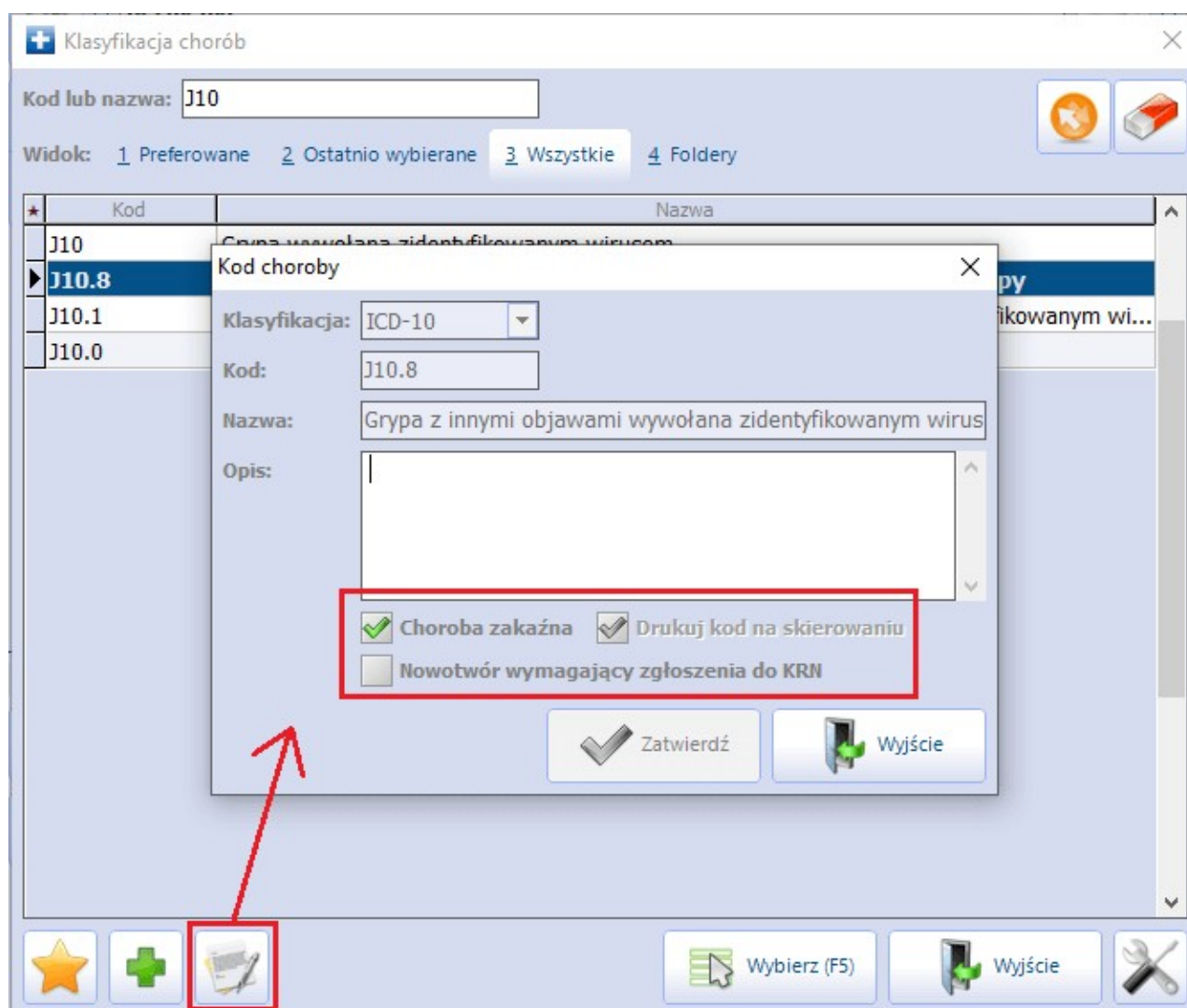
**Opis rozpoznania** - umożliwia precyzyjne opisanie rozpoznania pacjenta w dodatkowym oknie. Rozszerzony opis będzie wyświetlany na wszystkich formatkach wizyty gabinetowej, w których występuje pole z rozpoznaniem oraz drukowany na nast. dokumentach: historia wizyt, podsumowanie wizyty, zalecenia, karta ciąży. W oknie *Rozpoznanie* zostanie dodana kolumna "Opis", a po najechaniu kursorem

myszki na ikonę  wyświetli się pełny opis rozpoznania.



**Dodaj do chorób przewlekłych** - oznacza zaznaczone rozpoznanie jako chorobę przewlekłą. Tak oznaczone rozpoznanie będzie występowało na liście chorób przewlekłych w każdej kolejnej wizycie tego pacjenta.

Po otwarciu słownika rozpoznań poprzez przycisk  i przejściu do danych wybranego rozpoznania, jest możliwość zaznaczenia, że dotyczy ono choroby zakaźnej (parametr **Choroba zakaźna**).



Dla niektórych rozpoznań powyższy parametr został w programie włączony domyślnie.

Po wybraniu rozpoznania oznaczonego jako choroba zakaźna zostanie wyświetlone powiadomienie o konieczności zgłoszenia rozpoznania do odpowiedniej jednostki epidemiologicznej oraz możliwość przejścia do okna formularza zgłoszenia choroby zakaźnej w celu jego wypełnienia. Dokładniejsze informacje na ten temat zawarte są w rozdziale [Druki](#).

W danych rozpoznania istnieje możliwość zaznaczenia, że dotyczy ono nowotworu wymagającego zgłoszenia do KRN (opcja włączona domyślnie dla pewnej grupy rozpoznań). Wybór tak oznaczonego rozpoznania spowoduje wyświetlenie komunikatu:

Wybrane rozpoznanie " " kwalifikuje do wystawienia karty zgłoszenia nowotworu.  
Czy chcesz przejść do edycji karty?

Tak

Nie


Wybór przycisku **Tak** spowoduje otwarcie formularza karty zgłoszenia nowotworu złośliwego.

**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 (zdj. powyżej).

## 17.6 Wizyta lekarska

### 17.6.1 Utworzenie karty ChUK



W Gabinetcie lekarskim istnieje funkcjonalność obsługi karty ChUK, dostępnej po wybraniu przycisku **POZ - ChUK** w głównym panelu Gabinetu.

Potwierdzeniem kwalifikacji pacjenta do programu profilaktyki ChUK jest wyświetlanie ikony  w górnym panelu formatki Gabinetu (na pasku z prezentowanymi podstawowymi danymi pacjenta). Ikonka będzie wyświetlana, jeśli zostaną spełnione nast. warunki:

- Pacjent posiada złożoną, aktywną deklarację do lekarza POZ.
- Wizyta realizowana jest w komórce o typie "POZ".
- W ciągu ostatnich 5 lat pacjent nie miał wystawionej karty ChUK.
- Pacjent nie posiada żadnej wizyty z rozpoznaniem z zakresu I00-I99.
- Pacjent został zakwalifikowany do profilaktyki ChUK - na podstawie zacytanej do aplikacji [listy osób zakwalifikowanych](#) w programie.



Z kolei przycisk **POZ - ChUK** umożliwiający otwarcie karty ChUK do uzupełnienia, znajdujący się w lewym panelu formatki, aktywny jest, jeśli realizowana jest wizyta w komórce POZ pacjentowi, który posiada złożoną deklarację.

Po przejściu do okna zostanie wyświetlona pusta formatka karty do uzupełnienia. Jeśli karta nie istnieje jeszcze w systemie, należy ją dodać za pomocą przycisku . Jeśli na wcześniejszej wizycie pacjenta dodano już kartę ChUK, to dane z karty zostaną podpowiadane, a przycisk  będzie powodował dodanie kolejnej wizyty do karty. Każdy lekarz POZ może edytować kartę, która została wystawiona przez innego lekarza.

Część danych w polach znajdujących się na formatce podpowiadana jest przez program automatycznie na podstawie danych, które zostały wcześniej zaewidencjonowane np.:

Sekcja: Obciążenia rodzinne i Papierosy

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

Sekcja: Badanie fizykalne

Dane podpowiadane z karty badania antropometrycznego uzupełnianego na wizycie gabinetowej. W przypadku braku uzupełnienia tych danych na wizycie podpowiedzą się one dla nowo dodanej karty z danych medycznych pacjenta, jeżeli istnieje w nich wynik takiego badania z datą równą dacie wizyty.

Sekcja: Ciśnienie i tętno

Dane podpowiadane z okna *Badanie fizykalne* uzupełnianego na formatce "Wizyta". W przypadku braku uzupełnienia tych danych na wizycie podpowiedzą się one z wyniku badania wstępnego istniejącego w danych medycznych pacjenta, posiadającego datę równą dacie wizyty.

Wartość średnia wyliczana jest na podstawie II oraz IV pomiaru.



Sekcja: Badania biochemiczne

W polach będą podpowiadane wyniki z wykonanych badań, jeśli do realizowanej wizyty zostały przypisane wyniki badań laboratoryjnych dot. cholesterolu, trójglicerydów i glukozy.

Na podstawie wprowadzonych danych w sekcji *Ocena ryzyka chorób układu krążenia* obliczane jest ryzyko incydentu sercowo-naczyniowego według algorytmu SCORE. Wynik wyrażony jest w procentach i z odpowiednim oznaczeniem kolorystycznym, obrazującym ryzyko zgonu w ciągu następnych 10 lat.

**Kowalski Jan (M), 73 lata**  
2017-10-02 11:05 – 11:15, Poradnia Medycyny Rodzinnej, Nowak Anna

**Dane podstawowe**  
Data pierwszej wizyty: 2017-10-02 11:34 Termin wizyty u lekarza: 2017-10-12 11:30 Data wprowadzenia do SIMP: 2017-10-02

**Obciążenia rodzinne**  
U ojca rozpoznano przed 55. rokiem życia: Zawał serca w wieku: 52 Udar mózgu w wieku: U matki rozpoznano przed 60. rokiem życia: Zawał serca w wieku: Udar mózgu w wieku:

**Papierosy**  
☐ Nigdy nie palił(a) ☒ Palił(a) w przeszłości ☐ Pali Rok rozpoczęcia: 2000 Rok zakończenia: 2006  
Lat palenia: 6 Miesiące palenia: Średnio na dzień: Maksymalnie na dzień:

**Ćwiczenia fizyczne**  
☒ Wykonuje ćwiczenia fizyczne dłużej niż 30 minut Ile razy: 4

**Badanie fizykalne**  
Wzrost (cm): 194 Waga (kg): 85 BMI: 22,6 Obwód pasa (cm): Obwód ramienia (cm):

**Ciśnienie i tętno**  
Data: Ciśnienie: Tętno:  
Pomiar I: 2017-09-02 110 / 60 70  
Pomiar II: 2017-09-12 120 / 50 85  
Pomiar III: 2017-09-25 125 / 70 65  
Pomiar IV: 2017-10-02 110 / 55  
Wartość średnia: 115 / 52,5

**Badania biochemiczne**  
Data: Wartość:  
Cholesterol całkowity: 2017-09-05 270 mg/dl  
Cholesterol HDL: 2017-09-05 150 mg/dl  
Cholesterol LDL: 2017-09-05 70 mg/dl  
Trójglicerydy: 2017-09-05 100 mg/dl  
Glukoza (na czczo): 2017-09-05 125 mg/dl

**Ocena ryzyka chorób układu krążenia**  
Wynik wg skali SCORE: 12

Po przeprowadzeniu wszystkich koniecznych badań oraz po uzyskaniu wyniku wg skali SCORE można

dokonać zamknięcia karty za pomocą przycisku . Po zamknięciu karty ChUK można otworzyć ją

ponownie do edycji, poprzez wybranie przycisku **Otwórz do edycji**  (przycisk pojawi się w miejscu przycisku zamknięcia karty). Po zamknięciu karty nie ma możliwości jej usunięcia.

Istnieje możliwość dodatnie do karty ChUK załącznika poprzez bezpośrednie zeskanowanie go do bazy lub wskazanie pliku z danego miejsca na dysku. Sekcja dodawania załącznika zlokalizowana jest w dolnej części okna edycji danych karty.

**Załącznik**  
(brak)

W aplikacji mMedica dostępny jest raport wykazujący wizyty, w ramach których utworzono karty ChUK. Raport o nazwie **"Wizyty, w ramach których realizowane były karty ChUK"** znajduje się w: [Księgi i raporty](#) > [Raporty definiowane](#) > [Wykazy](#) > [Świadczenia](#) > [Wizyty](#).



## 17.6.2 Skala Barthel

W aplikacji mMedica istnieje funkcjonalność oceny samodzielności i sprawności ruchowej pacjenta poprzez

uzupełnienie skali Barthel. Jest ona dostępna po wybraniu przycisku **Skala Barthel** w głównym panelu Gabinetu.



Skala Barthel pomaga określić, jakie czynności chory jest w stanie wykonywać samodzielnie i w jakim zakresie potrzebuje pomocy. Wywiad z pacjentem przeprowadza lekarz (np. geriatra) lub/ oraz pielęgniarka środowiskowa w celu określenia, czy pacjent wymaga skierowania do ośrodka opieki długoterminowej.

Na formatce wyświetlany jest formularz do uzupełnienia, składający się z czynności wykonywanych przez pacjenta wraz z punktami określającymi samodzielność osoby badanej. Na podstawie zaznaczonych odpowiedzi w sekcji *Wynik kwalifikacji* zostanie wyświetlona zsumowana liczba punktów.

Na podstawie otrzymanego wyniku osoba personelu określa, czy pacjent wymaga skierowania do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej lub do zakładu opiekuńczego, poprzez zaznaczenie jednej z wartości.

**Kowalski Jan (M),** lat 2019-02-11 10:20 – 10:35, PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ, Nowak Anna

10 – spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby, powyżej 50 m

☒ 15 – Niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski powyżej 50 m

**Wchodzenie i schodzenie po schodach**

☐ 0 – Nie jest w stanie

☒ 5 – Potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie

☐ 10 – Samodzielny

**Ubieranie się i rozbieranie**

☐ 0 – Zależny

☒ 5 – Potrzebuje pomocy, ale może wykonać połowę czynności bez pomocy

☐ 10 – Niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.

**Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu**

☐ 0 – Nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw

☐ 5 – Czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)

☒ 10 – Panuje, utrzymuje stolec

**Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego**

☐ 0 – Nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny

☒ 5 – Czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)

☐ 10 – Panuje, utrzymuje mocz

**Wynik kwalifikacji**

Liczba punktów:  Pacjent wymaga skierowania: ☒ Do pielęgniarstwa długoterminowego domowego ☐ Do zakładu opiekuńczego

**Uwagi**

\_\_\_\_\_

Dokumenty medyczne Dane podstawowe Zalecenia Drukuj... Autoryzuj Umów następną

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

## 17.6.3 Skala Becka

W oknie wizyty realizowanej w Gabinetcie istnieje możliwość ewidencji skali depresji Becka.

**Uwaga!** Aby funkcjonalność była dostępna, świadczeniodawca musi posiadać w swojej licencji dodatkowy moduł "Gabinet Lekarza Specjalisty". W celu jego aktywacji należy w Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w sekcji: **System > Moduły dodatkowe**, włączyć parametr: **Gabinety specjalistyczne**.

Po wyborze dedykowanej ikony, znajdującej w panelu bocznym, otwarte zostanie okno uzupełnienia skali.

0 – Mam apetyt nie gorszy niż dawniej  
☒ 1 – Mam trochę gorszy apetyt  
☐ 2 – Apetyt mam wyraźnie gorszy  
☐ 3 – Nie mam w ogóle apetytu

**Pytanie 19**  
☐ 0 – Nie tracę na wadze (w ostatnim miesiącu)  
☒ 1 – Straciłem na wadze więcej niż 2 kg  
☐ 2 – Straciłem na wadze więcej niż 4 kg  
☐ 3 – Straciłem na wadze więcej niż 6 kg

**Pytanie 20**  
☒ 0 – Nie martwię się o swoje zdrowie bardziej niż zawsze  
☐ 1 – Martwię się swoimi dolegliwościami, mam rozstrój żołądka, zaparcia, bóle  
☐ 2 – Stan mojego zdrowia bardzo mnie martwi, często o tym myślę  
☐ 3 – Tak bardzo martwię się o swoje zdrowie, że nie mogę o niczym innym myśleć

**Pytanie 21**  
☒ 0 – Moje zainteresowania seksualne nie uległy zmianom  
☐ 1 – Jestem mniej zainteresowany sprawami płci (seksu)  
☐ 2 – Problemy płciowe wyraźnie mniej mnie interesują  
☐ 3 – Utraciłem wszelkie zainteresowanie sprawami seksu

**Wynik oceny**  
 Liczba punktów:  Brak depresji

**Uwagi**

Dokumenty medyczne Dane podstawowe Zalecenia **Drukuj ocenę** EDM Autoryzuj Umów następną

Na podstawie zaznaczonych odpowiedzi na dole okna wyświetli się wynik oceny w postaci sumy punktów i opisu.

Istnieje również możliwość zamieszczenia przez użytkownika jego uwag.

W celu wydruku uzupełnionej skali należy wybrać przycisk **Drukuj ocenę**.

## 17.6.4 Wizyta receptowa

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Nowa wizyta receptowa](#)

Ewidencja wizyty receptowej w **POZ** jest analogiczna do ewidencji wizyty receptowej w specjalistycie. Jedyną różnicą jest brak ograniczeń czasowych pomiędzy wizytami (brak walidacji opisanych poniżej).

**Uwaga!** Recepty wystawione na wizycie receptowej mogą zostać odebrane zarówno przez pacjenta jak i przez osoby do tego uprawnione. W tym celu wymagane jest pobranie od pacjenta:

- Upoważnienia do odbioru recept lub zleceń (upoważnienie konkretnej osoby),  
lub
- Oświadczenia o sposobie realizacji prawa do odbioru recept lub zleceń (uprawnienie dowolnej osoby).

Dodania i wydruku powyższych dokumentów dokonuje się w: [Rejestracja](#) > [Dane](#) > [5.Upoważn./oświadcz./uprawn.](#), sekcja: [Dokumenty upoważniające/oświadczenia](#).

Wizytę receptową w Gabinetcie można utworzyć na dwa sposoby:

1. Wybierając pacjenta z listy osób zarejestrowanych do poradni (w kolumnie "Wizyta" powinien widnieć rodzaj "Receptowa" - dla specjalisty i rodzaj "Receptowa (POZ)" - dla POZ).
2. Poprzez wybór przycisku **Nowa wizyta receptowa** i wskazanie pacjenta ze słownika.

The screenshot shows the 'Nowa wizyta receptowa' button in the top navigation bar. Below it, a table titled 'Lista pacjentów do gabinetu' lists patients with columns for Patient, Age, Appointment, Registration, Waiting Time, and Visit Type. The visit type 'Receptowa (POZ)' is highlighted in the table.

Pacjent	Wiek	Umówiony na	Zarejestrowany	Czas oczekiwania	Wizyta
Kowalski Jan	50 lat	2017-09-28 12:14	2017-09-28 12:14		Receptowa (POZ)

Rozpoczęcie realizacji wizyty receptowej w Gabinetcie powoduje automatyczne dopisanie rozpoznania o kodzie **Z76.0 Wydanie powtórnej recepty**, jako rozpoznania głównego dla wizyt receptowych i receptowych POZ.

**Uwaga!** Zgodnie z warunkami zawartymi w zarządzeniu Prezesa NFZ nr 79/2014/DSOZ z dn. 05.12.2014 § 15, pkt 4: "Nie kwalifikuje się do rozliczenia porady receptowej, wykonywanej częściej niż co 90 dni, lub wykonywanej w odstępie krótszym niż 14 dni w stosunku do innych typów porad." dodano w programie następujące walidacje:

Pacjent ma już zaewidencjonowaną wizytę receptową w ciągu ostatnich 90 dni. Kontynuować?

Tak Nie

Pacjent ma już zaewidencjonowaną wizytę receptową w ciągu ostatnich dwóch tygodni. Kontynuować?

Tak Nie

Jeśli pacjent nie posiada leków oznaczonych jako stale podawane lub zleceń na comiesięczne zaopatrzenie w

wyroby medyczne, wyświetlony zostanie komunikat:

Brak stale podawanych leków oraz zleceń na comiesięczne zaopatrzenie w wyroby medyczne.  
Czy na pewno utworzyć wizytę receptową?

Tak                      Nie

Zaakceptowanie komunikatu spowoduje otwarcie okna wizyty receptowej, ograniczonej do:

- Wystawiania recept
- Wystawiania zleceń na zaopatrzenie rehabilitacyjne
- Przeglądu danych medycznych pacjenta
- Przeglądu historii wizyt pacjenta
- Przeglądu stanu zdrowia pacjenta


The screenshot shows a medical software window for patient 'Kowalski Jan (M)', 53 years old, dated 31-01-2023. The interface is divided into several panels:

- Top Panel:** Patient information and navigation icons.
- Left Sidebar:** Icons for 'Wizyta' (Appointment), 'Dane med.' (Medical data), 'Recepty' (Prescriptions), 'Zaopatrzenie' (Supply), 'Historia wizyt' (Visit history), and 'Stan zdrowia' (Health status).
- Main Area:**
  - Do przepisania/zlecenia (1):** A table for entering prescriptions with columns for 'Nazwa' (Name), 'Ilość' (Quantity), and 'Odpł.' (Payment).
  - Uwagi z rezerwacji/rejestracji (2):** A text area for remarks related to the reservation or registration.
  - Rozpoznanie (3):** A table for diagnosis with columns for 'Nazwa' (Name) and 'Główne' (Main).
  - Ostatnie wizyty (4):** A section for the last visits, including a warning about NFZ and commercial data, and visit details like date, time, and location.
  - Ostatnie wizyty receptowe (5):** A section for the last prescription visits, similar to the previous one but for prescriptions.
- Bottom Panel:** Navigation buttons like 'Dokumenty medyczne', 'Dane podstawowe', 'Zalecenia', 'Drukuj podsum.', and status indicators like 'EDM', 'Autoryzuj', and 'Umów następną'.

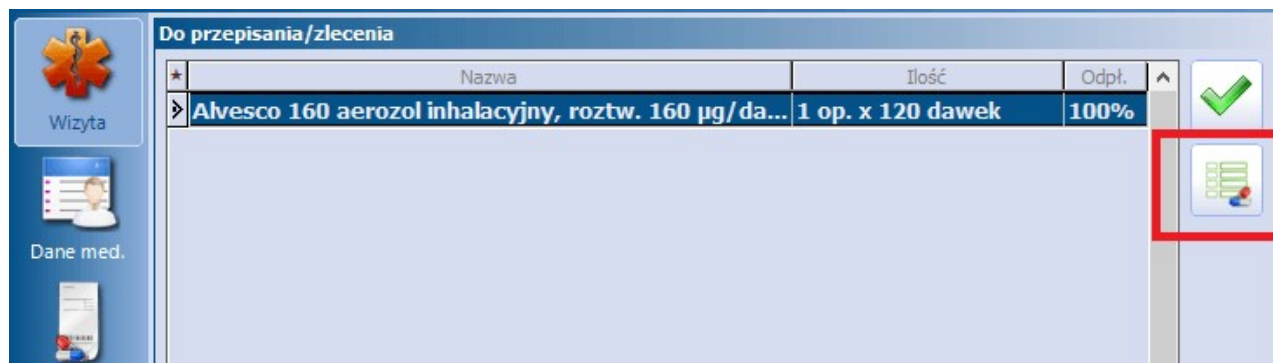
Formatka wizyty (zdj. powyżej) podzielona jest na 5 okien:

### 1) Do przepisania/zlecenia

Zawiera informacje o lekach do przepisania i zleceniach do wystawienia pacjentowi na wizycie. Informacje te będą wyświetlać się jedynie w przypadku, gdy zostały dodane podczas [rezerwacji/rejestracji wizyty](#) w Terminarzu.

Z poziomu tego okna można dokonać przepisania leków na receptę - wystarczy dwukrotnie kliknąć lewym przyciskiem myszy na nazwę leku, a zostanie on automatycznie przepisany na receptę. Kolejnym krokiem jest wystawienie recepty, co dokonuje się po wybraniu przycisku **Recepty**. Jeśli w oknie *Do przepisania/zlecenia* znajduje się więcej niż jeden lek, można dokonać równoczesnego przepisania kilku leków na receptę. W tej sytuacji należy przytrzymać na klawiaturze klawisz CTRL, zaznaczyć leki na liście, następnie wybrać przycisk , który aktywuje się po prawej stronie okna.

W omawianym oknie dodano możliwość podglądu elektronicznych recept wystawionych pacjentowi i przekazanych do systemu P1.




Po zaznaczeniu leku i wybraniu przycisku  wyświetli się okno *Pobranie recept pacjenta*. Jego funkcjonalność opisana jest dokładnie w rozdziale [Podgląd e-Recept pacjenta w P1](#).

### 2) Uwagi z rezerwacji/rejestracji

W oknie prezentowane będą uwagi, które zostały wprowadzone przez rejestratorkę medyczną podczas rezerwacji/rejestracji wizyty w Terminarzu.

### 3) Rozpoznanie

Nazwa okna została zmieniona w wersji 9.0.0 aplikacji mMedica (wcześniejsza nazwa to "Choroby przewlekłe"). W oknie *Rozpoznanie* domyślnie podpowiadane jest rozpoznanie **Z76.0 - Wydanie powtórnej recepty**, oznaczone jako rozpoznanie główne wizyty. Prezentowane są również rozpoznania dot. chorób przewlekłych pacjenta. Istnieje możliwość zaznaczenia wybranej choroby , co spowoduje dodanie jej do rozpoznań współistniejących w wizycie.

### 4) Ostatnie wizyty


W oknie prezentowane są dane historyczne z 3 ostatnich wizyt pacjenta, które odbyły się w tej samej poradni, w której realizowana jest bieżąca wizyta. Ilość wyświetlanych wizyt definiuje się w [Konfiguratorze](#) programu.

Okno zawiera dwa przyciski umożliwiające pokazywanie kolejnych/poprzednich wizyt zgodnie z ilością określoną w Konfiguratorze

### 5) Ostatnie wizyty receptowe

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

Jeśli na poprzednich wizytach pacjenta wystawiano zlecenia na zaopatrzenie medyczne, to informacja taka będzie wyświetlana w sekcji *Poprzednie zlecenia*, po przejściu na zakładkę **Zaopatrzenie**. Poprzednio wystawione zlecenie można skopiować poprzez dwukrotne kliknięcie na nim lewym przyciskiem myszki lub

poprzez wybranie przycisku  z prawej strony formatki. Z poprzedniego zlecenia zostaną przepisane nast. dane: rozpoznanie, nr ewidencyjny, kod wyrobu, liczba sztuk, dodatkowe informacje, zaopatrzenie.

Informacje o wszystkich wizytach receptowych zrealizowanych w Gabinetie gromadzone są w rejestrze dostępnym po przejściu do ścieżki: [Kartoteka pacjentów](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Rejestr wizyt](#)



[receptowych.](#)

## 17.6.5 Ewidencja badań POZ

W celu przyspieszenia ewidencji wykonanych badań laboratoryjnych i diagnostycznych, wdrożono funkcjonalność automatycznego dodawania procedur ICD-9 oraz badań na formacie *Badania POZ*, podczas dopisywania wyniku zleconego badania do wizyty w Gabinetce.

Warunkiem poprawnego działania funkcjonalności jest wydanie skierowania na badania laboratoryjne lub diagnostyczne w komórce POZ, a następnie wprowadzenie otrzymanych wyników w **Danych medycznych** pacjenta w Kartotece. Tak zaewidencjonowane wyniki badań zleconych należy dopisać na kolejnej wizycie gabinetowej. Sposób postępowania przedstawiono w poniższej instrukcji dla skierowania na badania laboratoryjne.

### 1. Wydanie skierowania na badania laboratoryjne.

Z listy pacjentów zarejestrowanych do poradni i lekarza należy wybrać pacjenta lub wskazać go ze słownika pacjentów, korzystając z przycisku „Nowa wizyta NFZ”.

W otwartym oknie wizyty w oknie **Rozpoznanie** wprowadzić rozpoznanie główne, następnie wybrać formatkę **Skierowania** znajdującą się w lewym panelu.

Na zakładce **Badania laboratoryjne** dodać odpowiednie badania i autoryzować wizytę. Szczegółowy opis wystawiania skierowań znajduje się w rozdziale: [Badania laboratoryjne](#) oraz [Badania diagnostyczne](#).

### 2. Ewidencja wyników badań w Danach medycznych pacjenta.

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

Otrzymane wyniki zleconych badań laboratoryjnych należy zaewidencjonować w danych medycznych pacjenta.

W tym celu należy przejść do Kartoteki pacjentów, podświetlić na liście odpowiedniego pacjenta i wybrać przycisk „Dane medyczne” znajdujący się u dołu ekranu.

**Kartoteka pacjentów** **KOWALSKI JAN**

Nazwisko	Imię	Data urodzenia	PESEL	Adres
Kowalski	Jan	1967-05-11	0000000000	Katowice, ul. Wojewódzka 114/15

**Kowalski Jan (M)** 0000000000

**INFORMACJE O PACJENCIE**  
 Data ur.: 1967-05-11 (48 lat)  
 PESEL: 0000000000  
 Adres: Katowice, ul. Wojewódzka 114/15  
 Telefon: (brak)  
 Upow.: stan zdrowia – BRAK DOKUMENTU, dokumentacja – BRAK DOKUMENTU, odbiór recept – BRAK DOKUMENTU

**LECZENIE**  
 Deklaracje: (brak)  
 Ostatnie wizyty: 2015-05-13: A. Nowak; E11, 2015-05-13: A. Nowak, 2015-05-11: A. Nowak; D73.0  
 Zaplanowane szczepienia: (brak)  
 Pozycje kolejki:

**INNE**  
 OW IIFZ: 12 - Śląski  
 eWUŚ: [Pobierz status uprawnień...](#)  
 Uwagi: (brak)

Deklaracje Wizyty **Dane medyczne** Rezerwacje Rejestruj Dodaj do kolejki Drukuj receptę Wydruk recept z lekami

Zakładka **Badania lab.**, znajdująca się w górnym panelu, służy do wprowadzania wyników wykonanych badań i wiązania ich z wystawionym skierowaniem.

Aby dodać wynik badania laboratoryjnego należy wybrać przycisk „+”, znajdujący się po prawej stronie ekranu. Otwarte zostanie okno „Wybierz skierowanie”, w którym należy wskazać skierowanie, do którego przypisane zostaną wyniki badań.

**Kowalski Jan (M), 0000000000, 48 lat**

Rozpoznanie **Badania lab.** Badania diag. Czynniki ryzyka Konsultacje Skierowania Rehabilitacje Sanatoria Hospitalizacje Szczepienia Antropo

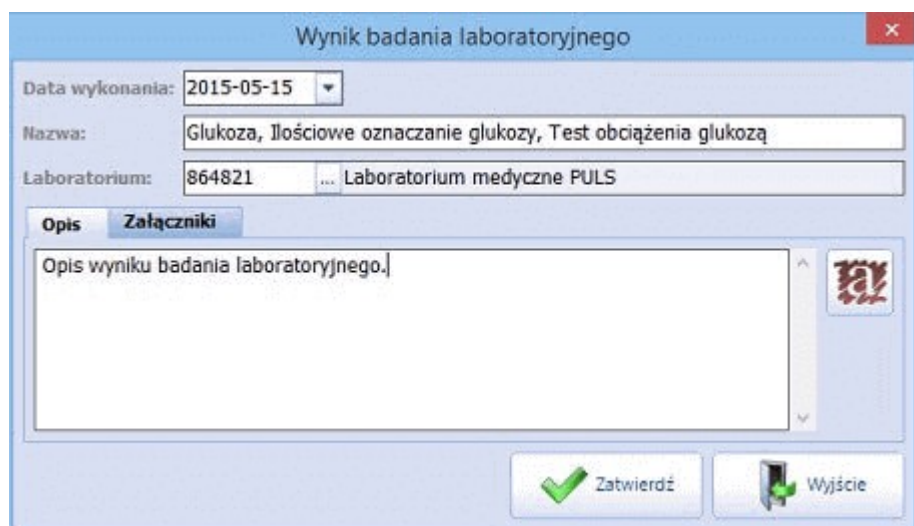
Data wykonania Nazwa

**Wybierz skierowanie**

Data wyst.	Zlecający	Badania
2015-05-04	Nowak Anna	Glukoza, Ilościowe oznaczenie glukozy, Test obciążenia gl...

Oznacz jako nieaktualne Wybierz Bez skierowania Wyjście

W oknie *Wyniki badania laboratoryjnego* można wprowadzić opis wyniku badania (zakładka *Opis*) lub dodać zeskanowany załącznik (zakładka *Załączniki*).



### 3. Dopisanie wyniku zleconego badania w Gabinetcie.

W celu odczytania wyników badań i postawienia diagnozy, pacjent udaje się ponownie do lekarza, który zlecił wykonanie badań. Jeśli wyniki badań zostaną wprowadzone do systemu z poziomu Danych medycznych pacjenta, po wejściu do kolejnej wizyty gabinetowej tego pacjenta, lekarz otrzyma informację o wyniku.

Po wejściu do wizyty otwarte zostanie okno *Dokumenty medyczne wizyty* zawierające informacje o wynikach badań, wprowadzone wcześniej w Danych medycznych. Aby dopisać wynik badania zleconego do wizyty, należy skorzystać z przycisku „Dopisz do wizyty” (1), zdj. poniżej.

Przycisk **Dopisz do wizyty** powoduje dopisanie do wizyty odpowiednich procedur ICD-9 oraz badań na formacie *Badania POZ*, zgodnie z tym, co zostało zlecone na skierowaniu.

Dla wyników posiadających datę wcześniejszą niż data wizyty istnieje możliwość określenia, jaka ma być data dopisywanych procedur. Więcej informacji na ten temat zawiera rozdział [Dodanie wyniku badania](#).

Informacja o wizycie, do której dopisano wynik badania wyświetlana będzie na formatkach z listami wyników badań laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji i hospitalizacji z poziomu **Danych medycznych** w Kartotece i z poziomu zakładki *Wizyta* w Gabinetce. W przypadku niedopisania wyniku do wizyty, pole tekstowe **Wizyta** pozostanie puste (zdz. poniżej).



The screenshot displays the mMedica application interface. At the top, there is a navigation bar with icons for 'Rozpoznanie', 'Badania lab.', 'Badania diag.', 'Czynniki ryzyka', 'Konsultacje', 'Skierowania', 'Rehabilitacje', and 'Sanatoria'. The main window is divided into two panes. The left pane shows the date '2015-09-03' and the title 'Wynik badania laboratoryjnego'. The right pane contains a table of laboratory test results:


lir	Kod	Nazwa	Wyni
1.	PBA_3592296	Aminotransferaza alaninowa	3
2.	PBA_3592402	Aminotransferaza asparaginianowa	3
3.	PBA_3592368	Bilirubina całkowita	0,8
4.	PBA_3592354	OB	
5.	PBA_3592075	Leukocyty	9,
6.	PBA_3592074	Granulocyty	6,
7.	PBA_3592051	Granulocyty %	62,
8.	PBA_3592069	Limfocyty	2,
9.	PBA_3592053	Limfocyty%	30,
10.	PBA_3592068	Monocyty	0,
11.	PBA_3592047	Monocyty%	6,
12.	PBA_3592064	Erytrocyty	4,5
13.	PBA_3592063	Hemoglobina	14,
14.	PBA_3592062	Hematokryt	44,
15.	PBA_3592061	MCV	9
16.	PBA_3592060	MCH	32,
17.	PBA_3592059	MCHC	33,
18.	PBA_3592058	RDW	12,

Below the table, there is a section for 'Załączniki' (Attachments) and a 'Wizyta' (Consultation) section. The 'Wizyta' section is highlighted with a red box and contains the following information:

Wizyta  
2015-09-04 14:02, PRZYPAD NR 6  
Nowak Anna

W aplikacji mMedica dodana została funkcjonalność oznaczania czerwonym kolorem wyniku badania laboratoryjnego, którego norma została przekroczona (zdz. powyżej).

## 17.6.6 Okno: Zabieg

Wybranie przycisku , znajdującego się w prawym górnym rogu okna *Wizyta*, otwiera okno zabiegów. Jego funkcjonalność została zmodyfikowana w wersji 8.4.0 aplikacji mMedica. Obecnie okno *Zabieg* dedykowane jest ewidencji danych wizyty ambulatoryjnej, na której wykonywany jest zabieg. Dostępna wcześniej ewidencja danych badania diagnostycznego została przeniesiona na odrębną zakładkę **Badania diag.**

We wspomnianym oknie istnieje możliwość szczegółowego zapisu informacji o rodzaju zabiegu, jego przebiegu, a w przygotowanych polach tekstowych można wprowadzić rozbudowany opis zabiegu i wskazówki dla dalszego leczenia.

Jeśli świadczenie związane z wykonanym zabiegiem ma zostać odnotowane w księdze zabiegów, przed wprowadzeniem jego danych należy utworzyć [księgę zabiegów](#) dla komórki, w której jest ona wykonywany.




Opis pól znajdujących się w oknie:


- **Przebieg** - z listy rozwijanej wybiera się przebieg zabiegu/badania. Możliwe wartości do wyboru:
  - Nie wykonano badania ze względu na brak tolerancji ze strony pacjenta
  - Pacjent źle toleruje badanie, ocena niepełna
  - Przebieg badania bez powikłań

Wymienione powyżej wartości są jedynie propozycją. Użytkownik może dodać własne opisy przebiegu zabiegu/badania poprzez wybranie przycisku wyboru i ręczne dodanie własnych opisów.
- **Rodzaj** - wybór badania ze słownika "Rodzaj zabiegu", który użytkownik tworzy samodzielnie. Istnieje możliwość powiązania definiowanego w nim zabiegu z procedurą ICD-9.
- **Opis** - w przygotowanym polu tekstowym wprowadza się opis zabiegu ręcznie lub za pomocą szablonów tekstów standardowych.
- Oznacza się sposób kontynuacji leczenia pacjenta poprzez zaznaczenie jednego z pól:
  - **Wymaga dalszego leczenia**
  - **Nie wymaga dalszego leczenia**
  - **Wydano skierowanie na hospitalizację**
- **Wskazówki w zakresie diagnostyki/farmakoterapii/inne** - w przygotowanych polach tekstowych wprowadza się wskazówki dla dalszego leczenia lub inne. Opis można wprowadzić ręcznie lub za pomocą szablonów tekstów standardowych.

Istnieje możliwość dołączenia załącznika poprzez bezpośrednie zeskanowanie go do bazy lub wskazanie pliku z danego miejsca i dołączenie do dokumentacji medycznej pacjenta.

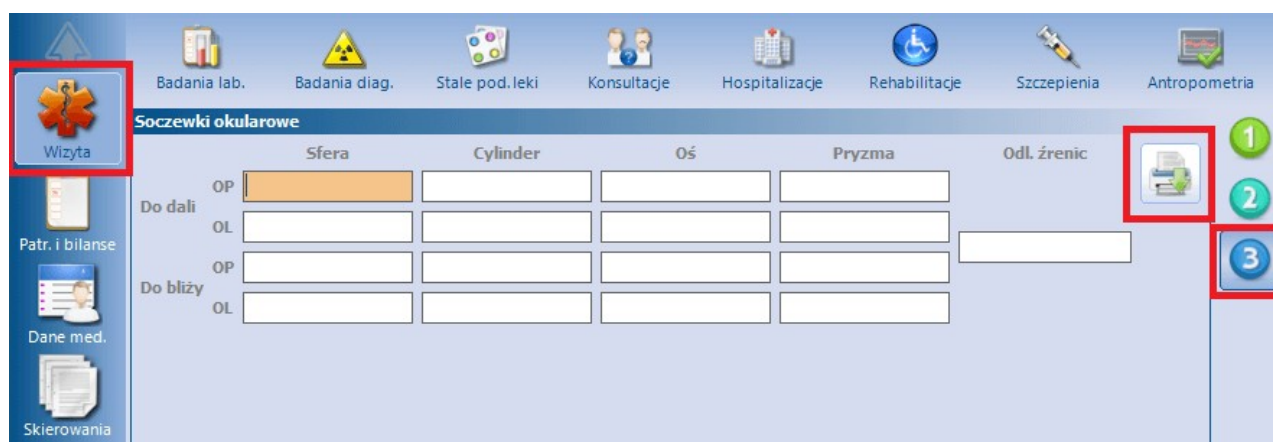
Wprowadzone dane zabiegu można wydrukować, korzystając z ikony drukarki . Po rozwinięciu dostępnej na niej listy możliwe jest wskazanie formatu wydruku - A4 lub A5.

## 17.6.7 Okno: Soczewki okularowe/ Diagnozy psychologiczne/ Zaawansowanie choroby nowotworowej


Wybranie przycisku  znajdującego się w prawym górnym rogu okna **Wizyta** otwiera okno do ewidencji danych dotyczących:

### 1. Soczewek okularowych

Okno **Soczewki okularowe** dedykowane jest do ewidencji wartości szkieł korekcyjnych w poradni okulistycznej. We wspomnianym oknie istnieje możliwość szczegółowego zapisu informacji z przeprowadzonego badania fizykalnego jak: sfera, cylinder, oś, pryzma, odległość żrenic.



Okno **Soczewki okularowe** zawiera menu po lewej stronie z opcjami: **Wizyta**, Patr. i bilanse, Dane med., Skierowania. Górna część zawiera paski narzędziowe z ikonami: **Badania lab.**, **Badania diag.**, **Stale pod. leki**, **Konsultacje**, **Hospitalizacje**, **Rehabilitacje**, **Szczepienia**, **Antropometria**. Główna część zawiera tabelę z nagłówkami: **Sfera**, **Cylinder**, **Oś**, **Pryzma**, **Odł. żrenic**. Tabela ma cztery wiersze danych z kolumnami **OP** i **OL** dla **Do dali** i **Do bliży**. W prawym górnym rogu znajduje się przycisk drukowania i przycisk **3**.

W powyższym oknie umożliwiono wydruk wprowadzonych danych w formie recepty okularowej. Służy do tego przycisk .

Oprócz tego dane wprowadzone w oknie **Soczewki okularowe** są automatycznie podpowiadane na nowo dodanym zleceniu na zaopatrzenie w wyroby medyczne. Po wybraniu ikony **Skierowania** a następnie **Zaopatrzenie rehab.** dane dotyczące soczewek okularowych korekcyjnych uzupełnią się we właściwych polach (zdz. poniżej).

**Kowalski Jan (M)**, 00000000000, 47 lat  
2015-11-10 09:40 – 09:55, Gabinet lekarza POZ, Nowak Anna

Rehabilitacja ogólnostr.
 Pielęgniarka / Położna
 **Zaopatrzenie rehab.**
 Zaśw. lekarskie
 Druk N-9 (stan zdrowia)
 Druk N-14 (stan zdrowia)
 Zaśw. dla Zespołu ds. OoN
 Zaśw. prz. szczepień

1 (nowe)

Rozpoznanie:

**Wyrób medyczny**

Kod wyrobu:

Liczba sztuk:

Dodatkowe informacje:

Zaopatrzenie: ☐ Lewostronne ☐ Prawostronne

**Soczewki okularowe korekcyjne**

	Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma	Odległość źrenic (mm)
Do dali OP	-1,25	+0,5	38		62
OL	-1,0	+0,75	167		
Do blizy OP	+1,0	+0,5	38		60
OL	+1,25	+0,75	167		

**Miesiące**


☐ Styczeń
 ☐ Luty
 ☐ Marzec
 ☐ Kwiecień
 ☐ Maj
 ☐ Czerwiec  
☐ Lipiec
 ☐ Sierpień
 ☐ Wrzesień
 ☐ Październik
 ☐ Listopad
 ☐ Grudzień


## 2. Diagnoz psychologicznych

## 3. Zaawansowania choroby nowotworowej


**Uwaga!** Funkcjonalności wymienione w punktach **2.** i **3.** zostały udostępnione w ramach dodatkowego modułu "Gabinet lekarza specjalisty". Aby móc korzystać z którejs z nich, świadczeniodawca musi posiadać wspomniany moduł w swojej licencji. W celu jego aktywacji należy w Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w sekcji: [System > Moduły dodatkowe](#), włączyć parametr: **Gabinety specjalistyczne**.

Aby okno **Diagnozy psychologiczne** było aktywne do edycji, w danych podstawowych wizyty (przycisk **Dane podstawowe**) musi być wskazany typ wizyty: "Specjalistyczna". W celu dodania diagnozy należy

naciśnąć , a następnie wybrać odpowiednią pozycję (lub kilka pozycji) z uruchomionego w wyniku tej czynności słownika *Diagnozy psychologiczne - wielowybór*. Każda wybrana pozycja zostanie dodana jako odrębny rekord tabeli.

Usunięcia wskazanego rekordu dokonuje się przyciskiem .

Istnieje możliwość kopiowania diagnoz psychologicznych z poprzedniej wizyty pacjenta. Służy do tego

przycisk , zamieszczony po prawej stronie okna. Kopiowane są diagnozy, które zostały dodane na poprzedniej wizycie pacjenta, zrealizowanej przez tego samego lekarza i w tej samej komórce organizacyjnej lub w komórce o tym samym kodzie resortowym cz. VIII, w zależności od ustawień parametru **"Pokaż wizyty"**, dostępnego w Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w [Gabinet > Historia wizyt](#). Parametr ten został opisany szczegółowo w rozdziale [Wyświetlanie historii wizyt](#).

Ewidencja danych zaawansowania choroby nowotworowej jest możliwa w przypadku typu wizyty "Specjalistyczna" i pod warunkiem wyboru w danych wizyty rozpoznania głównego o kodzie z zakresu: C18–C20, C34, C50, C56, C61.

W oknie **Zaawansowanie choroby nowotworowej** należy zaznaczyć rodzaj klasyfikacji, według której będzie dokonana ocena, a następnie uzupełnić odpowiednio dostępne dla tej klasyfikacji pola.

Uzupełnione dane dotyczące diagnoz psychologicznych bądź stopnia zaawansowania choroby nowotworowej zostaną przesłane do NFZ podczas eksportu [I fazy](#), zgodnie z wytycznymi komunikatu SWIAD. Jednym z warunków poprawnego eksportu jest ustawienie w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), w pozycji: [Komunikacja > Eksport](#) aktualnie obowiązującej wersji komunikatu I fazy (SWIAD).

## 17.6.8 Badania diagnostyczne

Od wersji 8.4.0 aplikacji mMedica ewidencji danych badania diagnostycznego, przeprowadzonego na wizycie, dokonuje się po wyborze ikony **Badania diag.**, znajdującej się w lewym panelu okna wizyty.

Jeśli świadczenie związane z badaniem ma zostać odnotowane w księdze zabiegów, przed zaewidencjonowaniem badania należy utworzyć [księgę zabiegów](#) dla komórki, w której jest ono wykonywane.

### Opis dostępnych pól:

- **Badanie** - należy wybrać odpowiednią pozycję z dostępnego słownika badań diagnostycznych.
- **Przebieg** - z listy rozwijanej wybiera się opis przebiegu badania. Możliwe wartości do wyboru:
  - Nie wykonano badania ze względu na brak tolerancji ze strony pacjenta
  - Pacjent źle toleruje badanie, ocena niepełna
  - Przebieg badania bez powikłań

Użytkownik może również zdefiniować własne opisy po wyborze przycisku .

- **Pomiar** - należy zaznaczyć, jeśli badanie jest pomiarem.
- **Opis** - pole tekstowe służące do wprowadzenia opisu badania (ręcznie lub za pomocą szablonów tekstów standardowych).
- **Załącznik** - umożliwia dodanie załącznika (lub załączników).

Do wydruku danych badania służy przycisk **Drukuj**, zamieszczony na dole ekranu. Na dostępnej na nim liście rozwijalnej istnieje możliwość wskazania formatu wydruku - A4 lub A5.



## 17.6.9 Karta DiLO

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Karta DiLO](#)

Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego wydawana jest przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), jeśli podejrzewa u pacjenta nowotwór złośliwy. Kartę wydać może również lekarz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej, a także lekarz udzielający świadczeń w szpitalu (SZP).

Od wersji 8.4.0 aplikacji mMedica istnieje możliwość ewidencji wydanej Karty DiLO bezpośrednio w oknie wizyty otwartej w Gabinetach, po wyborze dedykowanej ikony dostępnej w panelu bocznym.

Z uwagi na to, że karta może być wystawiana przez różnych lekarzy, umożliwiono edycję poszczególnych sekcji karty oraz dodano funkcjonalność dołączania zeskanowanych części kart, przyniesionych przez pacjenta od innego lekarza.

Ze względu na to, niniejsza instrukcja zawierać będzie opis poszczególnych sekcji karty i etapów, na których może zostać uzupełniana: przez lekarza POZ oraz lekarza AOS.

### Podstawowe informacje:


- Karty DiLO są wystawiane i ewidencjonowane na Portalu Świadczeniodawcy, tam też nadawany jest im unikalny numer identyfikacyjny. Numer ten wprowadza się w programie mMedica.
- Aby dodać kartę DiLO w mMedica rozpoznanie główne w wizycie musi dotyczyć nowotworu złośliwego lub nowotworu o niepewnym/nieznanym charakterze, tj. C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0, D32, D33.0-D33.4, D35 2, D35.4, D45, D37 – D44, D46, D47.0-D47.7, D47.9, D48, D75.2, D76.0.
- W celu rozpoczęcia kolejnego etapu leczenia onkologicznego należy zakończyć dotychczas ewidencjonowany, za pomocą przycisku **Zakończ etap**.

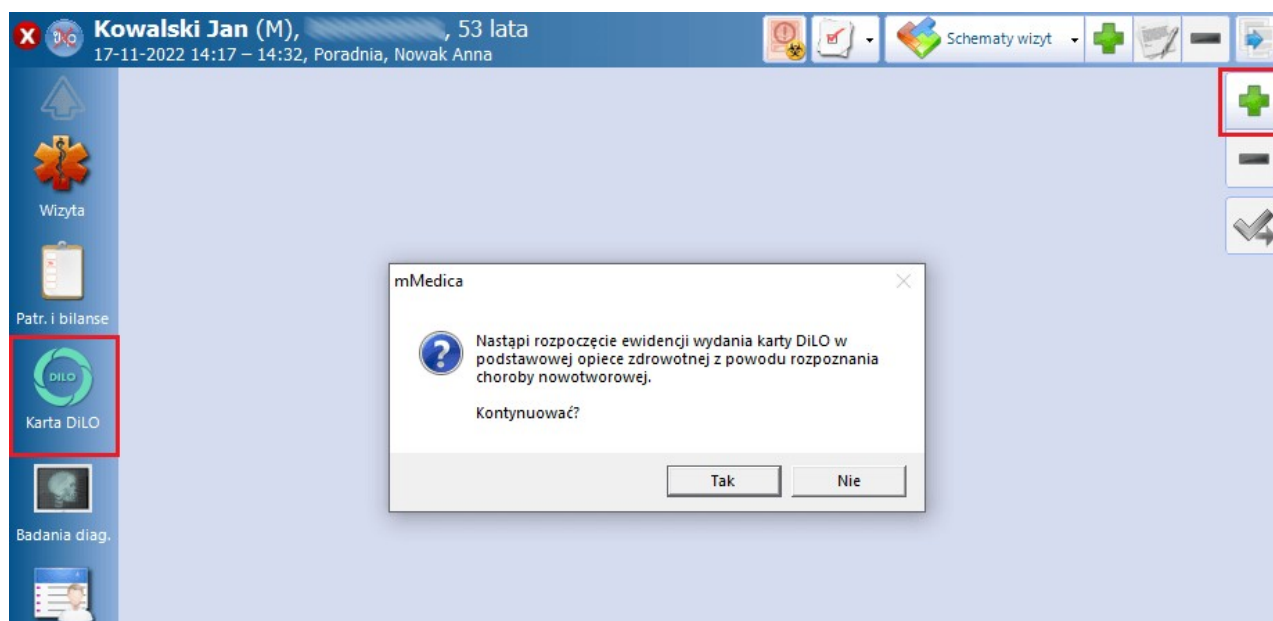
Do wydruku karty służy przycisk **Drukuj kartę**, znajdujący się na dole okna.

Poniższa instrukcja opisuje sytuację, gdy karta DiLO zostaje wystawiona przez lekarza POZ, a pacjent przechodzi przez kolejne etapy diagnostyki onkologicznej.

## 17.6.9.1 Diagnostyka podstawowa

Poniżej opisano etap wydania Karty DiLO przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

1. Na wizycie realizowanej w komórce POZ dodać rozpoznanie dotyczące nowotworu złośliwego lub nowotworu o niepewnym/nieznanym charakterze (lista kodów ICD-10 powyżej).
2. W lewym panelu formatki wybrać ikonę **Karta DiLO**.
3. Po prawej stronie ekranu wybrać przycisk  **Dodaj kartę**, który wywoła okno ewidencji wydania karty DiLO, poprzedzając to komunikatem:



Utworzona karta będzie posiadać trzy aktywne formatki: *Wydanie karty*, *Diagnostyka podstawowa*, *Diag. podst. – wyniki* oraz formatkę *Wizyta*, na której wyświetlana jest lista wszystkich wizyt powiązanych z kartą DiLO.

Na formatce *Załącznik* można dodać zeskanowane dokumenty medyczne, a także w przejrzysty sposób obejrzeć dodane załączniki i ich opisy.


Opis poszczególnych pól na formatce: [Wydanie karty](#)

- **Numer karty** - numer pozyskany na Portalu Świadczeniodawcy. Wprowadza się ręcznie lub skanuje przy użyciu czytnika, jeśli pacjent przychodzi na wizytę z kartą wystawioną w innej placówce.
- **Nr umowy** – podpowiadany jest nr umowy powiązanej z komórką organizacyjną, w której realizowana jest wizyta.

Po wprowadzeniu danych należy przejść na formatkę *Diagnostyka podstawowa*.

Opis poszczególnych pól na formatce: Diagnostyka podstawowa


Formatka dostępna zarówno w komórkach podstawowej opieki zdrowotnej jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

- **Rozpoznanie choroby nowotworowej** – podpowiadane rozpoznanie główne z wizyty. Można dokonać jego zmiany za pomocą przycisku .
- **Dalsze postępowanie** - określenie dalszego postępowania leczniczego:
  - **Diagnostyka wstępna w poradni** - aktywne dla karty wydanej z powodu podejrzenia nowotworu (rozpoznanie główne z zakresu: D37-D44, D47.9, D48),
  - **Diagnostyka pogłębiona w poradni** - aktywne dla karty wydanej z powodu rozpoznania nowotworu.

Opis poszczególnych pól na formatce: Diagnostyka podstawowa - wyniki


Na formatce prezentowane są wyniki badań laboratoryjnych i diagnostycznych wykonanych w ciągu 30 dni poprzedzających wizytę pacjenta. Opis badań wraz z załącznikami wyświetlany jest w tabeli prawej stronie ekranu.




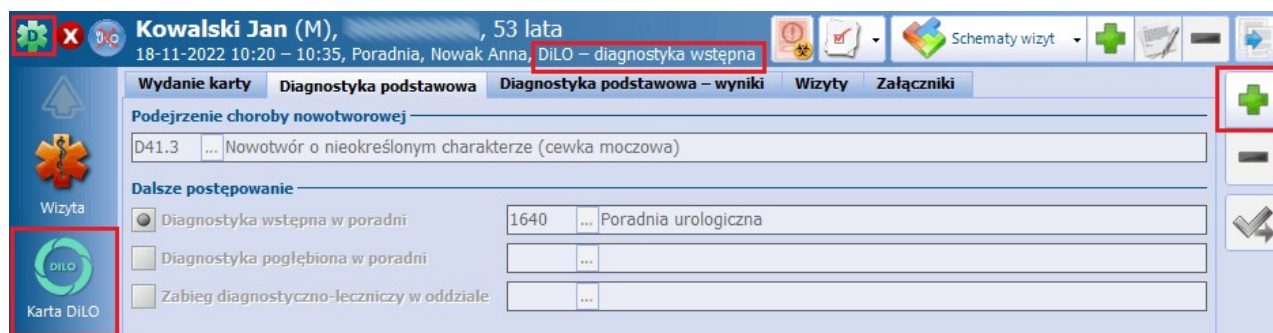
Wybranie przycisku  **Zakończ etap**, zamieszczonego po prawej stronie okna, kończy wydanie karty DiLO w POZ i nadaje karcie status "Skierowanie na diagnostykę wstępną" bądź "Skierowanie na diagnostykę pogłębioną" w zależności od wskazań dla dalszego postępowania. Po zakończeniu etapu możliwy jest tylko podgląd danych wprowadzonych na karcie, bez prawa do edycji.

## 17.6.9.2 Diagnostyka wstępna

Poniżej opisano etap diagnostyki wstępnej wykonywany przez lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Podstawą realizacji wizyty, której celem jest rozpoczęcie diagnostyki wstępnej nowotworu, jest otrzymanie od pacjenta skierowania-karty DiLO. Na tej podstawie w górnym panelu formatki Gabinetu będzie wyświetlany napis "DiLO - diagnostyka wstępna", a w lewym górnym rogu ikona .

Po wybraniu w lewym panelu formatki ikony **Karta DiLO** zostaną wyświetlone do podglądu dane karty dotyczące przeprowadzonej diagnostyki podstawowej. W celu rozpoczęcia diagnostyki wstępnej należy dopisać do karty kolejną wizytę poprzez wybranie przycisku  **Dopisz wizytę do karty**.



Zaakceptowanie poniższego komunikatu spowoduje otwarcie karty do dalszej ewidencji:

Nastąpi dopisanie wizyty do karty DiLO w celu rozpoczęcia diagnostyki wstępnej. Kontynuować?

Tak

Nie

W przypadku braku zarejestrowanego skierowania DiLO, wyświetlony zostanie następujący komunikat:


Wizyta musi być realizowana na podstawie skierowania-karty DiLO.

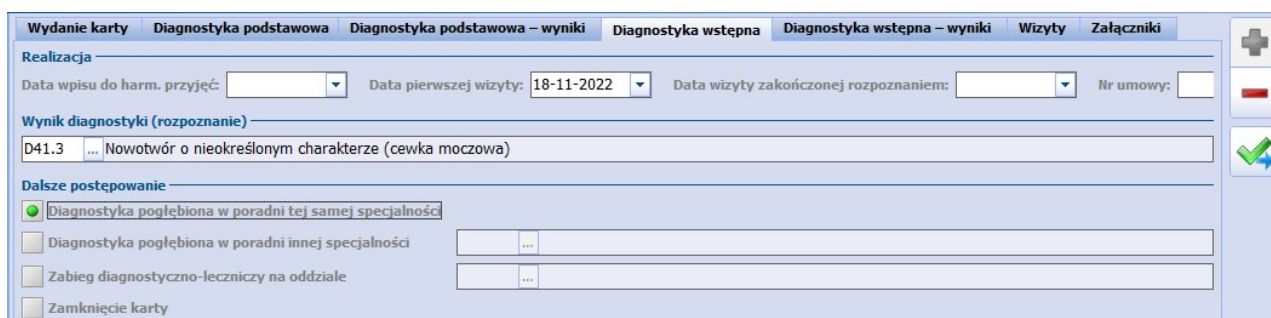
OK


W oknie karty dostępne będą formatki: *Wydanie karty*, *Diagnostyka podstawowa*, *Diagnostyka podstawowa - wyniki*, służące jedynie do podglądu wprowadzonych wcześniej danych. Na kolejnych formatkach: *Diagnostyka wstępna*, *Diagnostyka wstępna - wyniki*, *Załączniki* ewidencjonuje się informacje pozyskiwane na tym etapie rozpoznania choroby. Na formatce *Wizyty* prezentowana jest lista wszystkich wizyt pacjenta powiązanych z wydaną Kartą DiLO.

Opis poszczególnych pól na formatce: Diagnostyka wstępna

- **Data wpisu do harmonogramu przyjęć** - pole uzupełnianie automatycznie, jeśli karta została wystawiona w POZ, a pacjent wpisany na listę oczekujących.
- **Data pierwszej wizyty** - data pierwszej wizyty w komórce AOS. System domyślnie podpowiada datę bieżącą.

- **Data wizyty zakończonej rozpoznaniem** – pole zostanie uzupełnione datą bieżącą po wybraniu przycisku **Zakończ etap**.
- **Wynik diagnostyki (rozpoznanie)** – podpowiadane rozpoznanie główne z wizyty, jeśli zostało wprowadzone. Można dokonać jego zmiany za pomocą przycisku .
- **Dalsze postępowanie** - określenie dalszego postępowania leczniczego:
  - **Diagnostyka pogłębiona w poradni tej samej specjalności**
  - **Diagnostyka pogłębiona w poradni innej specjalności**
  - **Zabieg diagnostyczno-leczniczy na oddziale**
  - **Zamknięcie karty** - pole zaznaczy się automatycznie, jeśli wprowadzono rozpoznanie spoza zakresu: C00–C43, C45–C97, D00–D03, D05–D09, D11.0, D14.0, D32, D33.0–D33.4, D35.2, D35.4, D37–D48, D75.2, D76.0.





Wybranie przycisku  **Zakończ etap** kończy etap realizacji diagnostyki wstępnej na karcie DiLO, nadając jej status "Skierowanie na diagnostykę pogłębioną" bądź "Skierowanie na zabieg diagnostyczno-leczniczy" w zależności od wskazań dla dalszego postępowania. Po zakończeniu etapu możliwy jest tylko podgląd danych wprowadzonych na karcie, bez prawa do edycji.

### 17.6.9.3 Diagnostyka pogłębiona

Poniżej opisano ostatni etap Karty DiLO - etap diagnostyki pogłębionej.

Podstawą realizacji wizyty, której celem jest rozpoczęcie diagnostyki pogłębionej nowotworu jest otrzymanie od pacjenta skierowania-karty DiLO. Na tej podstawie w górnym panelu formatki Gabinetu będzie wyświetlany napis "DiLO - diagnostyka pogłębiona".

Po wybraniu w lewym panelu formatki ikony **Karta DiLO** zostaną wyświetlone do podglądu dane karty dotyczące wcześniejszych etapów diagnostyki. W celu rozpoczęcia diagnostyki pogłębionej należy dopisać do

karty kolejną wizytę poprzez wybranie przycisku  **Dopisz wizytę do karty**.


W oknie karty dostępne będą formatki odpowiadające poprzednim etapom diagnostyki, służące jedynie do podglądu wprowadzonych wcześniej danych. Na formatkach: *Diagnostyka pogłębiona*, *Diagnostyka pogłębiona - wyniki*, *Załączniki* ewidencjonuje się informacje pozyskiwane na tym etapie rozpoznania choroby. Na formatce *Wizyty* prezentowana jest lista wszystkich wizyt pacjenta powiązanych z wydaną Kartą DiLO.

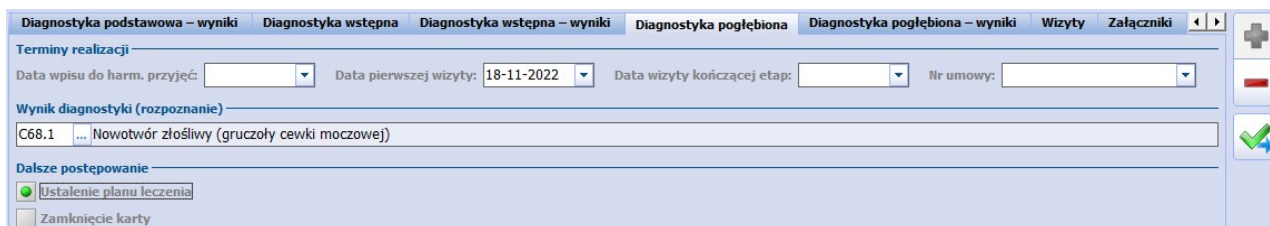
Opis poszczególnych pól na formatce: Diagnostyka pogłębiona

- **Data wpisu do harmonogramu przyjęć** - pole uzupełnianie automatycznie, jeśli realizowana wizyta powiązana jest z pozycją na liście oczekujących.
- **Data pierwszej wizyty** – data pierwszej wizyty w komórce AOS. System domyślnie podpowiada datę bieżącą.
- **Data wizyty kończącej etap** – pole zostanie uzupełnione datą bieżącą po wybraniu przycisku



**Zakończ etap.**

- **Wynik diagnostyki (rozpoznanie)** – podpowiadane rozpoznanie główne z wizyty, jeśli zostało wprowadzone. Można dokonać jego zmiany za pomocą przycisku .
- **Dalsze postępowanie** - określenie dalszego postępowania leczniczego:
  - **Ustalenie planu leczenia** - pole zaznaczy się automatycznie, jeśli wprowadzono rozpoznanie z zakresu: C00–C43, C45–C97, D00–D03, D05–D09, D11.0, D14.0, D32, D33.0–D33.4, D35.2, D35.4, D45–D46, D47.0–D47.7, D75.2, D76.0.
  - **Zamknięcie karty** - pole zaznaczy się automatycznie, jeśli wprowadzono rozpoznanie spoza powyższego zakresu.



Diagramyka podstawowa – wyniki   Diagnostyka wstępna   Diagnostyka wstępna – wyniki   Diagnostyka pogłębiona   Diagnostyka pogłębiona – wyniki   Wizyty   Załączniki

Terminy realizacji

Data wpisu do harm. przyjęć:  Data pierwszej wizyty: 18-11-2022 Data wizyty kończącej etap:  Nr umowy:

Wynik diagnostyki (rozpoznanie)

C68.1 ... Nowotwór złośliwy (gruczoły cewki moczowej)

Dalsze postępowanie


☒ Ustalenie planu leczenia

☐ Zamknięcie karty

Opis poszczególnych pól na formatce: Diagnostyka pogłębiona - wyniki

Na formatce prezentowane są wyniki badań laboratoryjnych i diagnostycznych wykonanych w ciągu 28 dni poprzedzających wizytę pacjenta. Opis badań wraz z załącznikami wyświetlany jest w tabeli prawej stronie ekranu.



Wybranie przycisku  **Zakończ etap** kończy etap realizacji diagnostyki pogłębionej na karcie DiLO, nadając jej status "Ustalenie planu leczenia" bądź "Zamknięta" w zależności od wskazań dla dalszego postępowania. Po zakończeniu etapu możliwy jest tylko podgląd danych wprowadzonych na karcie, bez prawa do edycji.

Diagnostyka pogłębiona jest ostatnim etapem pakietu onkologicznego, który można zaewidencjonować w mMedica. Pozostałe części karty dotyczące leczenia szpitalnego, konsylium, planu leczenia onkologicznego mogą zostać zeskanowane i dołączone do wizyty POZ, jeśli pacjent wróci z kartą po zakończeniu leczenia onkologicznego.

## 17.7 Dane medyczne

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

Wybranie w głównym panelu ikony **Dane medyczne**, daje dostęp do wszystkich danych medycznych pacjenta zgromadzonych w systemie. Z tego poziomu oprócz przeglądania danych, można wprowadzić nowe informacje dotyczące danych medycznych.

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



W rozdziale zostały opisane dokumenty medyczne, których utworzenie jest możliwe jedynie z poziomu wizyty gabinetowej. Pozostałe zakładki znajdujące się na formatce danych medycznych zostały opisane w rozdziale: [Dane medyczne](#).

## 17.7.1 Badania wstępne do karty ciąży

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Dane medyczne](#) > [Badania wstępne do karty ciąży](#)

Jeśli wyniki badania zostaną wprowadzone przez rejestratorkę/położną z poziomu kartoteki pacjentów ([Rejestracja](#) > [Dane medyczne](#) > [Badania wstępne do karty ciąży](#)) w tym samym dniu co data wizyty, to po otwarciu wizyty w Gabinetie lekarz otrzyma w pierwszej kolejności informację o wynikach badania.

The screenshot shows a software window titled "Dokumenty medyczne wizyty". On the left, there is a table with two columns: "Data" and "Rodzaj". The first row is highlighted in red and contains the date "2016-03-30" and the text "Badanie wstępne do karty ciąży". To the right of this table, the details of the selected examination are displayed in a list:

- Waga: 67 kg
- Wzrost: 174 cm
- BMI: 22,1
- Obwód brzucha: 96 cm
- Ciśnienie: 120/80 mmHg
- Tętno: 70/min
- Tętno płodu: 120/min
- Temperatura: 36,8°C
- Glikemia: 75 mg/dl

Below this list are two empty text input fields under the heading "Załączniki". At the bottom right, there is a "Status" section with the text "Nie dopisany do żadnej wizyty". A "Wyjście" button with a green arrow icon is located at the bottom right of the window.



Jeśli pacjentce utworzono wcześniej kartę ciąży, to lekarz za pomocą przycisku **"Dopisz do wizyty"** będzie mógł powiązać wyniki badań z wizytą. Dzięki temu dane wprowadzone w dokumencie "Badanie wstępne do karty ciąży", zostaną przepisane w odpowiednie pola wizyty i karty ciąży, t.j.:

- Ciśnienie, tętno - zostanie dopisane do badań fizykalnych i karty ciąży
- Temperatura, glikemia - zostanie dopisana do badań fizykalnych
- Masa ciała, wzrost, obwód brzucha, BMI, tętno płodu - zostanie dopisane do karty ciąży

W przypadku gdy pacjentce nie założono karty ciąży, nie będzie możliwości dopisania wyników do karty, o czym użytkownik zostanie poinformowany stosownym komunikatem.


Pacjentka nie ma aktywnej karty ciąży.  
Wyniki nie zostaną przepisane do danych medycznych.

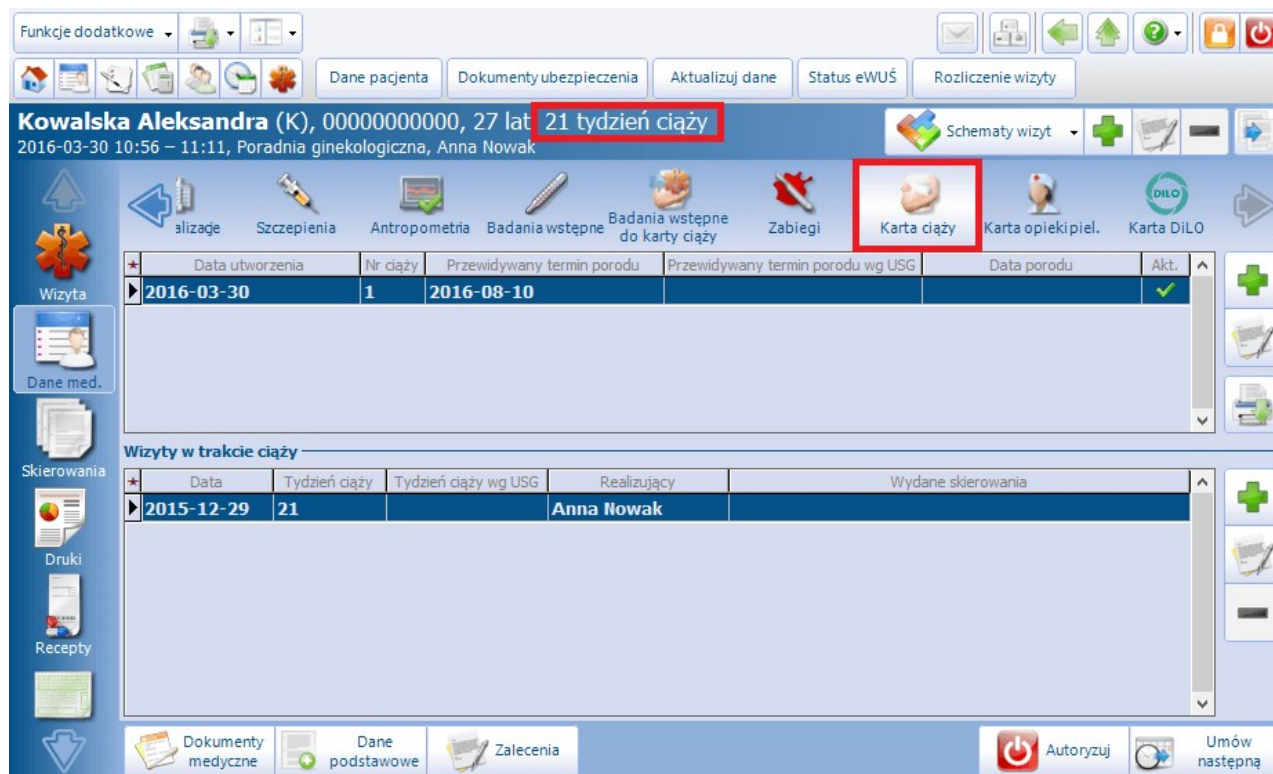
OK

## 17.7.2 Karta ciąży

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Dane medyczne](#) > [Karta ciąży](#)

Formatka **Karta ciąży** zostaje aktywowana na wizycie realizowanej kobiecie. W górnej części okna prezentowane są dane karty ciąży, jeżeli została utworzona. Natomiast w dolnej części okna *Wizyty w trakcie ciąży* prezentowane są wizyty, które zostały zrealizowane pacjentce w trakcie ciąży i powiązane z kartą.

Pacjentka może mieć jednocześnie tylko jedną aktualną kartę ciąży. Aby wprowadzić do systemu kartę ciąży należy wybrać przycisk **"Nowa karta"** , znajdujący się po prawej stronie ekranu.



**Kowalska Aleksandra (K)**, 00000000000, 27 lat **21 tydzień ciąży**  
2016-03-30 10:56 – 11:11, Poradnia ginekologiczna, Anna Nowak

**Wizyty w trakcie ciąży**

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

**Wizyty w trakcie ciąży**

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

Formatka *Karta ciąży* obejmuje informacje zgromadzone na siedmiu zakładkach: Dane ogólne, Wizyty, Badania laboratoryjne, Badania diagnostyczne, Konsultacje, Hospitalizacje, Leczenie ambulatoryjne.

Karta ciąży – Kowalska Aleksandra (K), 00000000000, 27 lat, 21 tydzień ciąży

Dane ogólne
 Wizyty
 Badania lab.
 Badania diag.
 Konsultacje
 Hospitalizacje
 Leczenie amb.

Data ostatniej miesiączki: \*  Data porodu:  Liczba poprzednich ciąż: \*  Grupa krwi matki:   
 Przewidywany termin porodu:  Data rozp. ciąży:  Liczba porodów: \*  Grupa krwi ojca:   
 Data ostatniej miesiączki wg USG:  Tydzień rozp. ciąży:  Liczba ur. dzieci żywych: \*  Waga (kg):   
 Przewidywany termin porodu wg USG:  ☐ Ciąża mnoga Liczba ur. dzieci martwych: \*  Wzrost (cm):   
☐ Martwe urodzenie Liczba poronień: \*

Czynniki ryzyka:  Badanie ginekologiczne w momencie rozpoznania ciąży:

☒ Czy aktualna

Pola, których uzupełnienie jest obowiązkowe oznaczone zostały (\*). Przewidywany termin porodu oraz tydzień ciąży jest wyznaczany na podstawie daty ostatniej miesiączki. Informacja o tygodniu ciąży będzie wyświetlana w górnym pasku okna obok danych pacjentki we wszystkich wizytach i komórkach organizacyjnych, dopóki karta ciąży nie zostanie zamknięta.

W wersji aplikacji 8.3.0 na zakładce *Dane ogólne* dodano pola: "Ciąża mnoga", "Martwe urodzenie".

Na zakładkach *Badania lab.*, *Badania diag.*, *Konsultacje*, *Hospitalizacje*, *Leczenie amb.* znajdują się dokumenty medyczne, które zostały dodane wcześniej do danych medycznych pacjenta i dopięte do wizyty lub ręcznie wprowadzone przez lekarza.

Zakładka *Wizyty* służy do ewidencji wszystkich wizyt kontrolnych, jakie odbywają się w czasie ciąży. Aby dodać nowy wpis należy wybrać przycisk **"Nowy wpis"** w sekcji *Wizyty w trakcie ciąży*.

Wizyty w trakcie ciąży				
★	Data	Tydzień ciąży	Tydzień ciąży wg USG	Realizujący
▶	2015-12-29	21		Anna Nowak

Otwarta zostanie nowe okno na zakładce *Wizyty*, umożliwiając ewidencję porady ginekologicznej. Część danych znajdujących się na zakładce zostanie uzupełniona automatycznie na podstawie wcześniej przepisanych leków czy zaewidencjonowanych danych.

Po lewej stronie okna prezentowane są daty wizyt, które zostały powiązane z kartą ciąży. Zaznaczenie na liście wybranej daty, spowoduje wyświetlenie danych wizyty. Tekst w przygotowanych oknach tekstowych można wprowadzić ręcznie lub skorzystać z szablonów tekstów standardowych, wcześniej zdefiniowanych przez użytkownika.

Karta ciąży – Kowalska Aleksandra (K), 00000000000, 27 lat, 21 tydzień ciąży

Dane ogólne   Wizyty   Badania lab.   Badania diag.   Konsultacje   Hospitalizacje   Leczenie amb.

2016-03-30   Tydzień ciąży: 21   Tydzień ciąży wg USG:   Rozpoznanie główne: Z32.1   Ciąża potwierdzona

2016-03-30   Wywiad   Badanie ginekologiczne   Czynniki ryzyka

2016-12-29

USG PŁODU - Aparat Voluson Expert E8  
 Łożysko: Lokalizacja (ściana): tylna  
 Płyn owodniowy (ilość): prawidłowa  
 Ruchy płodu: prawidłowe  
 Położenie : podłużne główkowe

**Wyniki**

Waga (kg): 67   Obrzęki: brak  
 Wzrost (cm): 174   Żyłki: brak  
 BMI: 22,1   Dno macicy:  
 Obwód brzucha (cm): 96   Szyjka macicy:  
 Ciśnienie: 120 / 90   Kwalif. do opieki perinatalnej:  
 Tętno: 80  
 Tętno płodu: 120

Morfologia:  
 RBC 3,5 mln/ mm<sup>3</sup>  
 HGB 12 g/dl  
 L, WBC 13,5 tys./ mm<sup>3</sup>

Badanie moczu:

**Przepisane leki**   **Wydane skierowania**   **Zalecenia**

• Acidum folicum Richter; tabl. 15 mg; 2 op. x 30 szt.; Odpl.: 100%  
 • Prenalen Magnez-Fol; tabl. powł.; 1 op. x 30 szt.; Odpl.: 100%

Skierowanie do specjalisty - Poradnia endokrynologiczna

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne rekomenduje wykonanie 3 badań ultrasonograficznych- przesiewowych w ciąży : 11-14 tydzień , 20 tydzień( +/- 2 hbd), 30 tydzień(+/-2 hbd). Jednocześnie informujemy, że w okresie życia płodowego niektóre anomalie mogą pozostać niewykryte w badaniu usg,

Opis poszczególnych pól znajdujących się na zakładce *Wizyty*:

- **Tydzień ciąży/wg USG** - tydzień ciąży wyznaczany jest na podstawie daty ostatniej miesiączki wprowadzonej na zakładce *Dane ogólne*
- **Rozpoznanie główne** - kod rozpoznania uzupełni się automatycznie, jeśli zostanie wprowadzony na formatce *Wizyta w Gabinetce*. Można również wybrać go ręcznie za pomocą przycisku wyboru [...].
- **Wyniki** - wyniki badań wstępnych do karty ciąży uzupełnią się automatycznie, jeśli zostaną wprowadzone wcześniej w danych medycznych pacjentki i dopisane do wizyty. Wyniki dotyczące morfologii, badania moczu, obrzęków, żyłaków itd. należy wprowadzić ręcznie.
- **Przepisane leki** - wyświetlą się informacje o lekach, które zostały przepisane pacjentce na wizycie.
- **Wydane skierowania** - wyświetlą się informacje o skierowaniach, jakie zostały wystawione na wizycie.

Po zakończeniu 42 tygodnia ciąży, podczas otwierania wizyty w Gabinetce, każdorazowo wyświetlany będzie komunikat informujący o konieczności zamknięcia aktualnej karty ciąży:

Pacjentka ma aktywną kartę ciąży.  
 Należy uzupełnić datę porodu albo oznaczyć kartę jako nieaktualną.

OK



W celu dezaktywowania, zamknięcia karty ciąży należy wybrać przycisk **Zamknij kartę**, znajdujący się w prawym panelu formatki. Ponadto uzupełnienie daty porodu na zakładce *Dane ogólne* również spowoduje zamknięcie karty ciąży. Aby tego dokonać należy dodać nowy wpis w sekcji *Wizyty w trakcie ciąży*.

Informacje o opiece okołoporodowej wyświetlane są również na pozycji rozliczeniowej (zdz. poniżej).



1. Stomatologia 2. Hemodializa 3. Dane POZ/SPO 4. Dane AOS 5. JGP

Rozliczenia z tytułu OC \_\_\_\_\_

Status: \_\_\_\_\_

Nr pisma: \_\_\_\_\_

Opieka okołoporodowa \_\_\_\_\_

Tydzień ciąży: 1 Termin porodu: 2016-07-05

### 17.7.3 Karta opieki pielęgniarskiej

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Dane medyczne](#) > [Karta opieki pielęgniarskiej](#)

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

Data utworzenia	Lekarz POZ	Pielęgniarka POZ	Akt.
2017-04-18	EWA	ANNA	✓

Data	Realizujący	Opis
2017-04-18	Nowak Anna	

Aby dodać kartę należy wybrać przycisk **Nowa karta** znajdujący się po prawej stronie ekranu. Otwarte zostanie nowe okno *Karta opieki pielęgniarskiej*, które obejmuje informacje zgromadzone na pięciu zakładkach:

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

Karta opieki pielęgniarskiej – Kowalski Jan (M), 51 lat

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

**Stan pacjenta**  
☒ Zdrowy  
 ☐ Chory  
 ☐ Nosicielstwo HBs

**Występujące alergie**  
 pokarmowe

**Nałogi**  
 papierosy

**Choroby zasadnicze**  
 Z chorób przewlekłych:
 

Kod	Nazwa

 Inne: EQZ - Choroby tarczycy, inne

**Choroby współistniejące**  
 Z chorób przewlekłych:
 

Kod	Nazwa

 Inne:

Zatwierdź  
 Anuluj

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

Sekcja: Występujące alergie / Nałogi

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

Sekcja: Lekarz POZ / Pielęgniarka POZ

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

Sekcja: Przebyte choroby


Rozpoznanie podpowiadane z historii rozpoznań dotychczas zaewidencjonowanych w Gabinetie lekarskim.


Sekcja: Przyjmowane leki

Informacje o lekach stale podawanych z ostatnich 3 miesięcy.

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

Założoną kartę można uzupełniać o dodatkowe wpisy i informacje na kolejnych wizytach realizowanych pacjentowi. W tym celu należy w sekcji *Udzielone świadczenia* (zaprezentowanej na 1 zrzucie ekranu)

wybrać przycisk , który do istniejącej karty doda kolejną wizytę, umożliwiając jej dalszą ewidencję. Karta dostępna jest również z poziomu danych medycznych pacjenta Kartoteki pacjentów, ale tylko do odczytu ([Kartoteka pacjentów](#) > [Dane medyczne](#) > [Karta opieki piel.](#)).

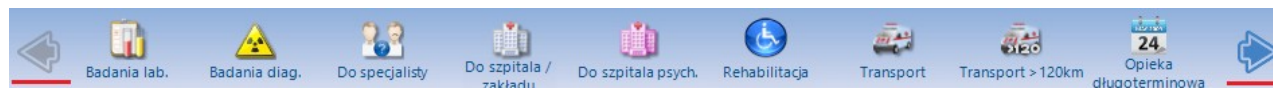
Dezaktywacji karty dokonuje się za pomocą przycisku  **Zamknij kartę**. Dane nieaktywnej karty są zapisywane w danych medycznych pacjenta i tam dostępne do przeglądu. Z kolei możliwość utworzenia nowej karty opieki pielęgniarskiej istnieje na kolejnej wizycie pacjenta.

## 17.8 Skierowania

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#)

Wybranie w głównym panelu ikony **Skierowania** umożliwia wystawienie i wydrukowanie pacjentowi skierowania na drukach zgodnych ze wzorami publikowanymi przez NFZ.

U góry ekranu prezentowana jest lista wszystkich dostępnych skierowań, zleceń i innych potrzebnych wydruków, wystawianych w gabinecie lekarskim. Z uwagi na to, że lista skierowań jest długa i nie mieści się w całości na ekranie, dodano strzałki przewijania, które znajdują się z lewej i prawej strony paska zakładek/przycisków.



W wersji programu Standard dostępne są następujące skierowania:

- na badania laboratoryjne
- na badania diagnostyczne
- do specjalisty
- do szpitala
- na rehabilitację

które zostały przygotowane do wydruku w trzech formatach: A4, A5 i w formacie recepty. Te i pozostałe zlecenia/druki są dostępne tylko w wersji **mMedica PLUS**: do szpitala psychiatrycznego, na transport i transport powyżej 120 km, na opiekę długoterminową, zaopatrzenie rehabilitacyjne, do sanatorium, na rehabilitację leczniczą KRUS, do pielęgniarki/położnej, zaświadczenie lekarskie, druk OL-9 (stan zdrowia), druk N-14 (stan zdrowia), druk PR-4 (rehabilitacja), zaświadczenie dla zespołu ds. OoN, zaświadczenie przed szczepieniem, informacja dla lekarza kierującego, odmowa pacjenta, na badania cytologiczne, na badania prenatalne, na badania histopatologiczne.

Aby wystawić pacjentowi skierowanie należy w górnej części ekranu wybrać odpowiednią ikonę, następnie uzupełnić przygotowane pola. Część danych wprowadzonych wcześniej na zakładce **Wizyta** jest automatycznie przenoszona w odpowiednie pola na skierowaniu (np. wprowadzone rozpoznanie podpowie się domyślnie na skierowaniu na badania diagnostyczne).

Istnieje możliwość podejrzenia informacji medycznych dotyczących pacjenta z poziomu wystawianego skierowania. W zależności od wybranego rodzaju skierowania, program uzupełnia na nim informacje o wynikach badań pacjenta, przebytych hospitalizacjach, pobytach w sanatorium, przeprowadzonych konsultacjach. W celu wyświetlenia tych informacji należy kliknąć dwukrotnie lewym przyciskiem myszki na wybranej informacji medycznej lub wybrać przycisk **Pokaż dane** z prawej strony ekranu.

### 17.8.1 Konfiguracja skierowań

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

Przed rozpoczęciem pracy w Gabinecie zalecane jest skonfigurowanie programu, co może znacząco wpłynąć na komfort pracy i jakość wydruków skierowań.

Każde skierowanie/druk można wydrukować w wybranym formacie (recepty, A4, A5) lub wykorzystać do tego własny szablon wydruku, poprzez wybranie przycisku **Drukuj skierowanie**, znajdującego się zawsze w dolnym panelu formatki.

Ustawienia dotyczącego domyślnego formatu wydruku definiuje się w Konfiguratorze. Dodatkowo istnieje możliwość ustawienia szerokości marginesów i zaznaczenia danych, które będą umieszczane przez aplikację na wydruku skierowań (zdj. poniżej).

Konfiguracja – Gabinet » Skierowania Nadpisz wartościami domyślnymi

- Pocztą NFZ
- Pocztą inną
- FTP
- Kanały RSS
- Inne
- Powiadomienia
- Moduły dodatkowe**
  - Personalizacja
  - Komercja
  - EDM
  - eRejestracja
  - eWyniki
  - Stomatologia
  - SMS
  - Hospitalizacje
- Gabinet**
  - Wygląd
  - Wizyta
  - Recepty
  - Skierowania
  - Historia wizyt
  - Wydruki różne
  - Różne

**Marginesy**

Format A4:  (mm)    Format A5:  (mm)

**Dane na wydruku**

☐ Nazwa podmiotu leczniczego

☒ REGON

☐ NIP

☒ VIII część kodu resortowego

☒ Dane lekarza

☒ **Kody i nazwy z przekodowania słownika badań (skierowanie na badania laboratoryjne i badanie diagnostyczne)**

☒ **Kod kreskowy z numerem skierowania (skierowanie na badania laboratoryjne, badanie diagnostyczne, do specjalisty, do szpitala i na rehabilitację)**

☒ **Kod kreskowy z PESEL-em pacjenta (skierowanie na badania laboratoryjne, badanie diagnostyczne, do specjalisty, do szpitala, do szpitala psychiatrycznego, na rehabilitację i do pielęgniarstwa/położnej)**

☒ **Informacja o braku refundacji na skierowaniu wystawionym w wizycie komercyjnej/prywatnej (skierowanie na badania laboratoryjne, badanie diagnostyczne, do specjalisty i na rehabilitację)**

Treść informacji:

**Informacja dla lekarza kierującego/POZ**

Domyślny format:     Widok szablonów wydruku:  ...

Domyślne wytyczne:

**Odmowa pacjenta**

Domyślny format:     Widok szablonów wydruku:  ...

System

Stacja

Użytkownik

Znaczenie poszczególnych parametrów:

- **Kody i nazwy z przekodowania słownika badań** - zaznaczenie powoduje wydruk na skierowaniu kodu i nazwy zewnętrznej badania z przekodowania słownika. Parametr ten prawidłowo funkcjonuje dla aktywnej licencji na moduł dodatkowy eWyniki Lab i eWyniki Diag.
- **Informacja o braku refundacji na skierowaniu wystawionym w wizycie komercyjnej/prywatnej** - zaznaczenie powoduje wydruk na skierowaniu (w lewym górnym rogu) dopisku o braku refundacji - treść pobierana jest z pola "Treść informacji", w którym domyślnie podpowiadana jest wartość "Płatnik: świadczenie nie będzie finansowane ze środków publicznych". Tekst ten jest tylko propozycją i może zostać dowolnie zmieniony przez użytkownika. Warunkiem poprawnego działania parametru jest utworzenie wizyty komercyjnej.

Na dole okna dodano parametr **"Zablokuj możliwość edycji danych wydrukowanego skierowania"** - po jego włączeniu i po dokonaniu wydruku skierowania zostanie zablokowana możliwość edycji danych wystawionego skierowania.


## 17.8.2 Kopiowanie skierowań

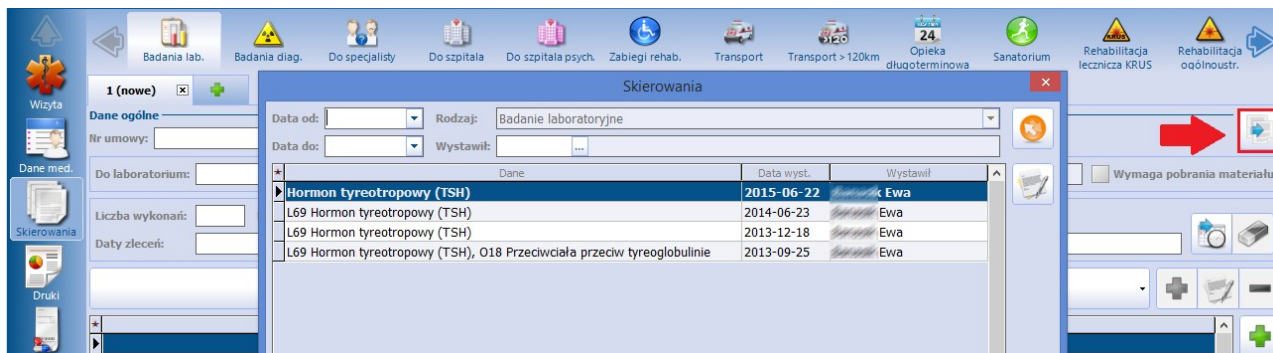
W aplikacji mMedica istnieje funkcjonalność kopiowania danych z wcześniej wystawionych skierowań. Na razie rozwiązanie zostało przygotowane dla następujących skierowań:

- Badania laboratoryjne,
- Badania diagnostyczne,
- Zabiegi rehabilitacyjne,
- Sanatorium,
- Zaopatrzenie rehabilitacyjne,
- Zaświadczenie lekarskie,
- Druk OL-9, N-14, PR-4,
- Zaświadczenie dla zespołu ds. OoN,
- Informacja dla lekarza kierującego.

Przycisk umożliwiający skopiowanie danych z wybranego, wcześniej wystawionego skierowania znajduje się



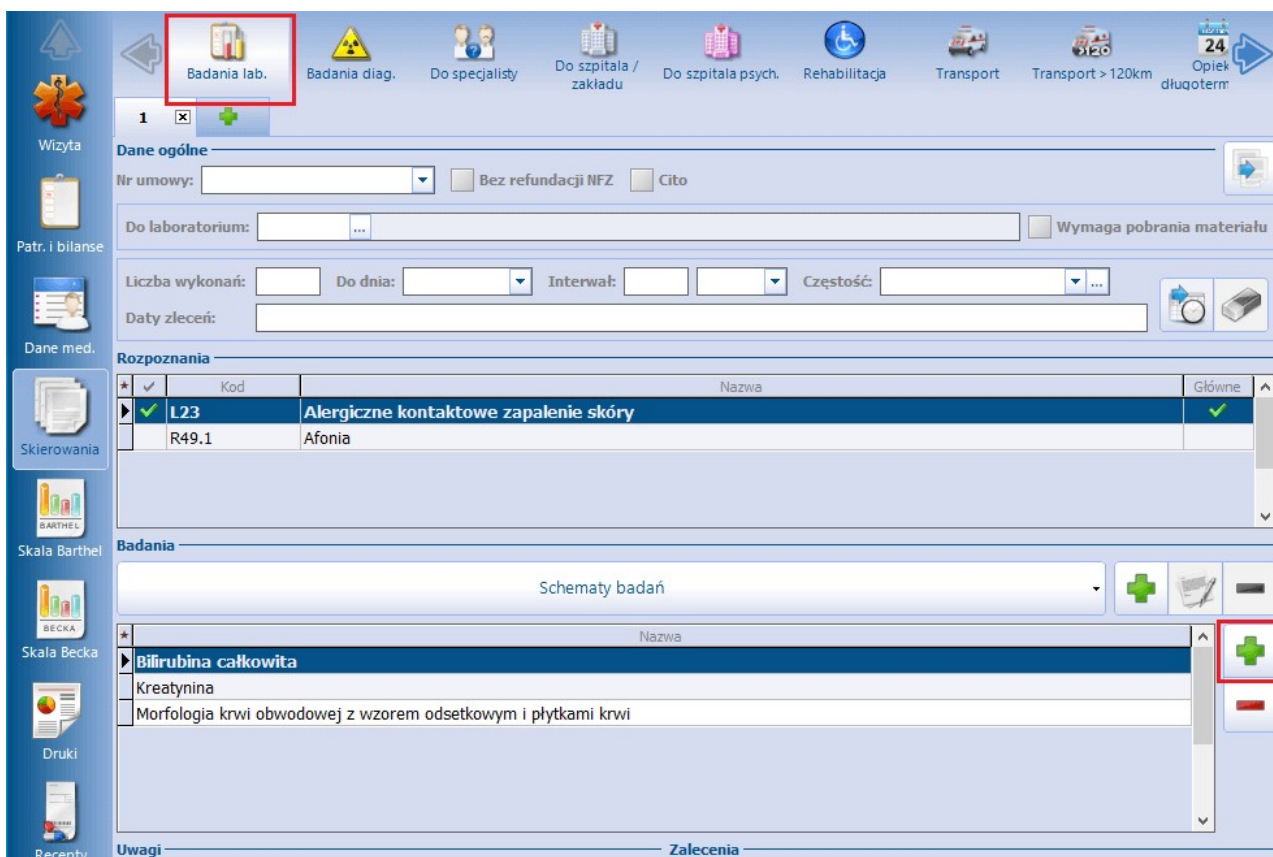
w prawym górnym rogu jednego z w/w skierowań: . Po jego wybraniu zostanie otwarte okno *Skierowania* prezentujące listę wszystkich skierowań w danym rodzaju wystawionych pacjentowi. Wybranie odpowiedniego skierowania z listy spowoduje uzupełnienie pól na formatce, informacjami z wybranego skierowania.




### 17.8.3 Badania laboratoryjne

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Badania laboratoryjne](#)

W celu wystawienia skierowania na badania laboratoryjne należy w głównym panelu wybrać ikonę **Skierowania**, a następnie zakładkę **Badania lab.** znajdującą się w górnym panelu. System wyświetli formatkę, na której należy uzupełnić dane.





Aby dodać badanie, należy wybrać przycisk , zaznaczony na powyższym zdjęciu. Otwarte zostanie okno *Badania laboratoryjne - wielowybór* (zjd. poniżej), zawierające słownik badań laboratoryjnych. Na



prezentowanej liście należy zaznaczyć badania, które mają znaleźć się na skierowaniu i zatwierdzić wybór przyciskiem **Wybierz**.

Kod	Nazwa	Materiał	Grupa	Procedura
AA	AA	Krew	Badania biochemi...	
BIS001	Albumina	Surowica	Badania biochemi...	I09
BIS002	Aminotransferaza alaninowa (...)	Surowica	Badania biochemi...	I17
BIS003	Aminotransferaza asparaginia...	Surowica	Badania biochemi...	I19
BIS004	Amylaza	Surowica	Badania biochemi...	I25
BIS005	Antygen HBs-AgHBs	Surowica	Badania biochemi...	V39
BIS006	Białko C-reaktywne (CRP)	Surowica	Badania biochemi...	I81
BIS007	Białko całkowite	Surowica	Badania biochemi...	I77
BIS012	Cholesterol całkowity	Surowica	Badania biochemi...	I99
BIS013	Czynnik reumatoidalny (RF)	Surowica	Badania biochemi...	K21
BIS014	Fosfataza alkaliczna (ALP)	Surowica	Badania biochemi...	L11
BIS015	Fosfataza kwasna całkowita (...)	Surowica	Badania biochemi...	L15
BIS016	FT3	Surowica	Badania biochemi...	O55
BIS017	FT4	Surowica	Badania biochemi...	O69



W razie potrzeby, istnieje możliwość dodania badania do słownika poprzez wybór przycisku  lub zmiany

istniejącego przez wybór przycisku .

Opis poszczególnych pól znajdujących się na formatce **Badania lab.:**

- **Numer umowy** - aby numer umowy drukował się na skierowaniu, należy wybrać go z listy rozwijanej. Numer umowy będzie podpowiadał się w polu automatycznie, jeśli zostanie wskazany w Ustawieniach domyślnych personelu.
- **Bez refundacji NFZ** - należy zaznaczyć, jeśli badanie nie będzie opłacane przez NFZ. Jeśli w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Gabinet > Skierowania](#) zaznaczony zostanie parametr "Informacja o braku refundacji na skierowaniu wystawionym na wizycie komercyjnej/ prywatnej..." na wydruku skierowania zostanie dodany opis: "Płatnik: świadczenie nie będzie finansowane ze środków publicznych". W tym miejscu można również wprowadzić własną treść informacji o braku refundacji, która drukowana będzie na skierowaniu.
- **Do laboratorium** - za pomocą przycisku wyboru [...] można wybrać laboratorium, do którego zostanie skierowany pacjent. Dane instytucji wprowadza się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Rejestr instytucji](#), gdzie na zakładce 4. *Rodzaje* należy zaznaczyć wartość "Laboratorium". Aby nazwa jednostki podpowiadała się domyślnie, bez konieczności każdorazowego wybierania ze słownika, w Rejestrze instytucji należy zaznaczyć checkbox **"Czy domyślny"** wg. powyższej ścieżki.
- **Liczba wykonai, Do dnia, Częstość** - w celu wydrukowania skierowania cyklicznego należy określić liczbę wykonai, datę "do dnia" oraz częstość.
- **Cito** - zaznaczenie spowoduje wydrukowanie na skierowaniu dopisku "Tryb wykonania: CITO". W przypadku braku zaznaczenia na wydruku pojawi się wartość: "Tryb wykonania: normalny".

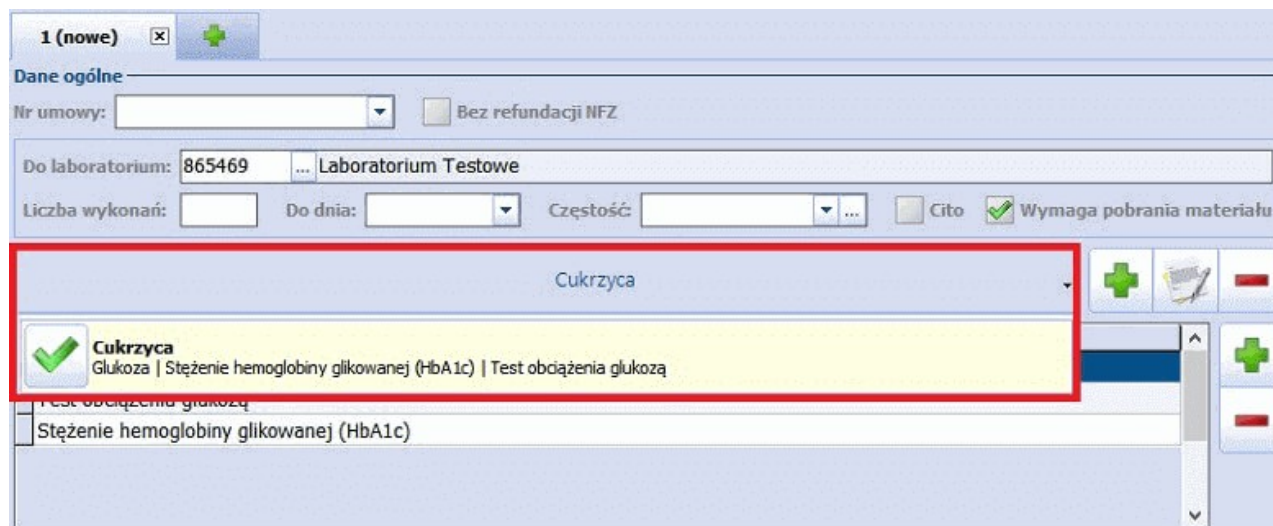
- **Wymaga pobrania materiału** - zaznaczenie spowoduje wydrukowanie na skierowaniu dopisku "Materiał pobierany u świadczeniodawcy". W przypadku braku zaznaczenia na wydruku pojawi się wartość: "Materiał pobierany w laboratorium".  
W przypadku posiadania włączonego modułu eWyniki Lab, zaznaczenie parametru spowoduje skierowanie zlecenia do Punktu pobrań ([Moduły dodatkowe](#) > [Integracja](#) > [Punkt pobrań](#)) w celu pobrania materiału.
- **Rozpoznanie** - pole dodane w wersji 8.4.0 aplikacji mMedica. Na wyświetlonej liście podpowiadają się rozpoznania z bieżącej wizyty, jeśli zostały one w niej uzupełnione. W skierowaniu zostaną ujęte te z nich, które posiadają zaznaczenie [✓] w pierwszej kolumnie tabeli. Zaznaczenia/odznaczenia pozycji dokonuje się poprzez kliknięcie lewym przyciskiem myszy w odpowiednie pole.

Funkcjonalność schematów badań umożliwia zapamiętywanie najczęściej zlecanych badań w schematach. W tym celu należy dodać do skierowania badania (za pomocą przycisku  "Dodaje badanie(a)"), które mają zostać zapisane w schemacie. Następnie wybrać przycisk  **Dodaj schemat** znajdujący się po prawej stronie przycisku "Schematy badań". Otwarte zostanie okno *Schemat badań laboratoryjnych*:



- **Nazwa** - należy wprowadzić nazwę schematu. Nazwa wyświetlana będzie po wyborze schematu.
- **Dostępność** - z listy rozwijanej należy wybrać wartość, określającą dostęp użytkowników do utworzonych schematów. Do wyboru możliwe są 3 wartości:
  - a) Prywatny** - będzie widoczny tylko dla użytkownika, który go utworzył i przez niego będzie mógł być modyfikowany i usuwany.
  - b) Publiczny** - będzie widoczny dla wszystkich użytkowników programu, którzy mogą go dowolnie modyfikować i usuwać.
  - c) Publiczny bez modyfikacji** - będzie widoczny dla wszystkich użytkowników, ale prawo do jego modyfikacji i usunięcia będzie miał tylko ten użytkownik, który go utworzył.

Zapisany schemat dostępny będzie na liście rozwijanej, po wyborze przycisku **Schematy badań** (zdz. poniżej).




Ponadto w przygotowanych polach tekstowych (Uwagi, Zalecenia...) użytkownik ma możliwość wpisania dodatkowych informacji, które wydrukowane zostaną na skierowaniu.

## 17.8.4 Badania diagnostyczne

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Badania diagnostyczne](#)

W celu wystawienia skierowania na badania diagnostyczne należy w głównym panelu wybrać ikonę **Skierowania**, a następnie zakładkę **Badania diag.** znajdującą się w górnym panelu. System wyświetli formatkę, na której należy uzupełnić dane.

W polu "Badanie diagnostyczne" należy wybrać przycisk , a następnie w otwartym oknie *Badania diagnostyczne* zaznaczyć badanie diagnostyczne, na które kierowany jest pacjent, i zatwierdzić wybór przyciskiem **Wybierz**. Nazwa wybranego badania zostanie wyświetlona we wspomnianym polu.

Opis poszczególnych pól znajdujących się na zakładce:

- **Numer umowy** - aby numer umowy drukował się na skierowaniu, należy wybrać go z listy rozwijanej. Numer umowy będzie podpowiadał się w polu automatycznie, jeśli zostanie wskazany w Ustawieniach domyślnych personelu.
- **Bez refundacji NFZ** - zaznacza się, jeśli badanie nie będzie opłacane przez NFZ. Jeśli w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Gabinet](#) > [Skierowania](#) zaznaczony zostanie parametr "Informacja o braku refundacji na skierowaniu wystawionym na wizycie komercyjnej/prywatnej..." na wydruku skierowania zostanie dodany opis: "Płatnik: świadczenie nie będzie finansowane ze środków publicznych". W tym miejscu można również wprowadzić własną treść informacji o braku refundacji, która będzie drukowana na skierowaniu.
- **Cito** - zaznaczenie spowoduje wystawienie skierowania z trybem wykonania: CITO.
- **Do pracowni diagnostycznej** - za pomocą przycisku wyboru [...] wskazuje się pracownię, do której zostanie skierowany pacjent. Aby nazwa jednostki podpowiadała się w polu domyślnie, bez konieczności każdorazowego wybierania jej ze słownika, w [Rejestrze instytucji](#) należy zaznaczyć checkbox "Czy domyślny" na zakładce 4. Rodzaje.
- **Badanie diagnostyczne** - należy wskazać w nim, korzystając ze słownika badań diagnostycznych,

badanie, na które kierowany jest pacjent.

- **Okolica ciała** - skorzystanie z dostępnego w nim przycisku wyboru [...] powoduje wyświetlenie słownika okolic ciała, w którym należy wskazać odpowiednią pozycję.
- **Strona ciała** - dokonuje się w nim wyboru z listy rozwijalnej jednej z następujących wartości: Lewa, Prawa, Prawa i lewa.
- **Rozpoznanie** - na liście rozpoznań podpowiadają się rozpoznania z bieżącej wizyty i z historii chorób przewlekłych, jeśli takowe istnieją. Aby skierowanie zawierało informację o rozpoznaniach, należy dokonać ich zaznaczenia [✓] w przygotowanej do tego kolumnie (zdj. poniżej).

Rozpoznanie			
<input checked="" type="checkbox"/>	Kod	Nazwa	Główne
<input checked="" type="checkbox"/>	M50.1	Choroba krążka międzykręgowego szyjnego z uszkodzeniem korzeni nerwów ...	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	J46	Stan astmatyczny	

Stronę ciała można również określić w odniesieniu do rozpoznania. Służy do tego pole "Strona ciała" zamieszczone pod tabelą rozpoznań.

Ponadto w przygotowanych polach opisowych użytkownik ma możliwość wpisania dodatkowych informacji o celu przeprowadzenia badania, zaleceniach przed zabiegiem czy dodatkowych uwag. Jeśli w polu "Opis przygotowań przed zabiegiem" wprowadzony zostanie tekst, system wydrukuje go na osobnej kartce. Natomiast zalecenia drukują się jednocześnie ze skierowaniem.

Jeśli u danego pacjenta były wcześniej wykonywane badania diagnostyczne, lista tych badań będzie wyświetlana w sekcji *Badania diagnostyczne dotychczas wykonane*. Aby skierowanie zawierało informację o dotychczas wykonanych badaniach, należy dodać zaznaczenie [✓] przy wybranym badaniu. Aby zbiorczo zaznaczyć/odznaczyć badania dotychczas wykonane, należy prawym przyciskiem myszy kliknąć w pole z badaniami i wybrać odpowiednią opcję (zdj. poniżej).

Badania dotychczas wykonane		
	Data	Nazwa
<input checked="" type="checkbox"/>	2015-10-23	Obrazowanie rezonansu magnetycznego, klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii...
<input checked="" type="checkbox"/>	2015-09-18	Tomografia komputerowa, głowa lub mózg; bez k
Zdjęcie czaszki - 2012-09-22		

Wybierz wszystkie  
Usuń wybór

W sekcji *Badania laboratoryjne dotychczas wykonane*, prezentowane są wszystkie badania laboratoryjne, które zostały wykonane pacjentowi.

Jeśli w systemie mMedica brak jest informacji o innych badaniach wykonanych pacjentowi, informację taką można dopisać ręcznie w polu tekstowym "Inne".



## 17.8.5 Do specjalisty

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Do specjalisty](#)

W celu wystawienia skierowania do specjalisty należy w głównym panelu wybrać ikonę **Skierowania**, a następnie zakładkę **Do specjalisty** znajdującą się w górnym panelu. System wyświetli formatkę, na której należy uzupełnić dane.

**Dane med.**

Nr umowy:

Poradnia:   ☐ Porada ☒ Objęcie leczeniem specjalistycznym ☐ Cito

**Rozpoznanie**

Kod	Nazwa	Główne
M50.1	Choroba krążka międzykręgowego szyjnego z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych	<input checked="" type="checkbox"/>
J46	Stan astmatyczny	<input type="checkbox"/>

**Cel porady**

**Badania laboratoryjne dotychczas wykonane**

Data	Nazwa	Wynik
2015-10-14	Amylaza, Badanie ogólne, Biliru...	
2015-09-16	Białko C-reaktywne (CRP), Białk...	Opis zeskanowany, dostępny w archiwum

**Badania diagnostyczne dotychczas wykonane**

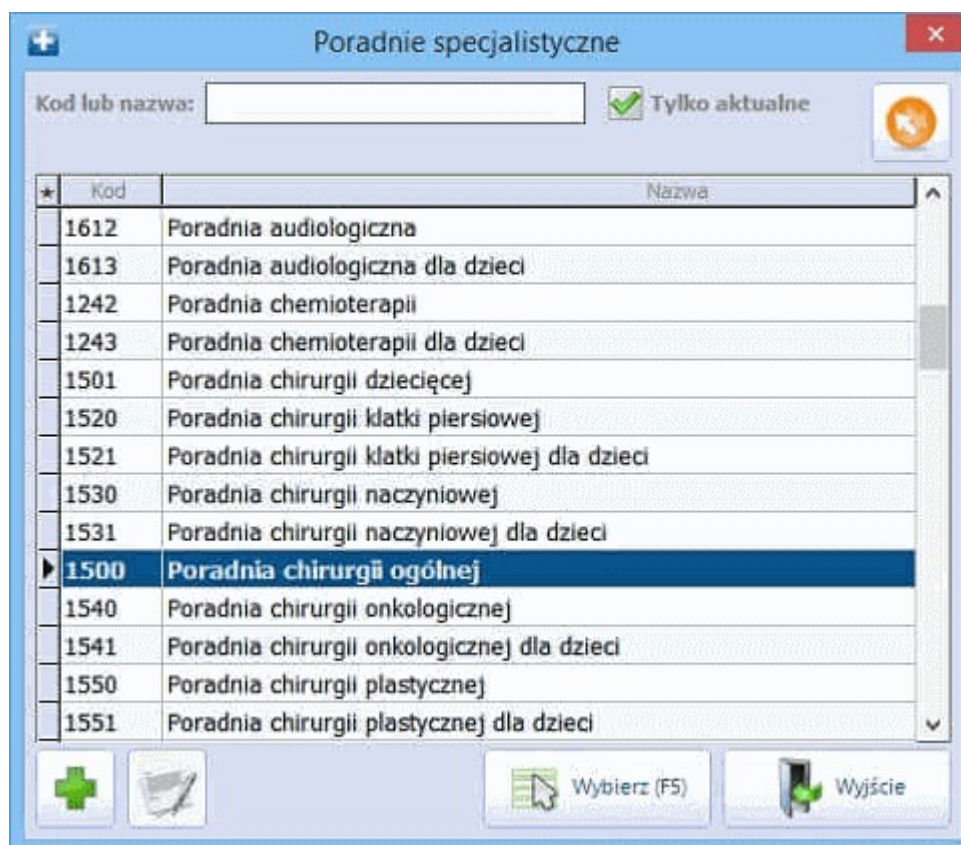
Data	Nazwa	Wynik
2015-10-23	Obrazowanie rezonansu magne...	Badania KT KLP wykonano w warstwach 7mm od poziomu szczytów płuc do ich podst.
2015-09-18	Tomografia komputerowa, głó...	



**Stale podawane leki**

Nazwa	Opakowanie	Dawkowanie
Abaktal roztw. do inf. 400 mg/5 ml	10 amp. 5 ml	1 x 1 hfghghjg...
Abra test paskowy	50 szt.	2 x 2 tabl., fgj...
Zyrtec krople doustne, roztwór 10 mg/ml	but. 20 ml	

Aby wystawić skierowanie do specjalisty należy obligatoryjnie wskazać poradnię, do której kierowany jest pacjent. W tym celu w polu **Poradnia** należy wybrać przycisk wyboru [...]. Otwarte zostanie okno "Poradnie specjalistyczne" (zdz. poniżej), w którym należy odnaleźć właściwą poradnię i wybrać ją dwuklikiem lub poprzez przycisk "Wybierz".





W razie potrzeby, istnieje możliwość dodania nowej poradni do słownika poprzez wybór przycisku  lub zmiany istniejącego przez wybór przycisku .

Opis poszczególnych pól znajdujących się na formacie **Do specjalisty**:

- **Numer umowy** - aby numer umowy drukował się na skierowaniu, należy wybrać go z listy rozwijanej. Numer umowy będzie podpowiadał się w polu automatycznie, jeśli zostanie wskazany w Ustawieniach domyślnych personelu.
- **Porada** - zaznaczenie spowoduje wydrukowanie na skierowaniu dopisku "Proszę o poradę specjalistyczną".
- **Objęcie leczeniem specjalistycznym** - zaznaczenie spowoduje wydrukowanie na skierowaniu dopisku "Proszę o objęcie leczeniem specjalistycznym".
- **Cito** - zaznaczenie spowoduje wydrukowanie na skierowaniu dopisku "PILNE!". W przypadku braku zaznaczenia na wydruku pojawi się wartość: "Tryb wykonania: normalny".
- **Do pracowni diagnostycznej** - za pomocą przycisku wyboru [...] można wybrać pracownię, do której zostanie skierowany pacjent. Dane instytucji wprowadza się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Rejestr instytucji](#), gdzie na zakładce 4. *Rodzaje* należy zaznaczyć wartość "Pracownia diagnostyczna". Aby nazwa jednostki podpowiadała się domyślnie, bez konieczności każdorazowego wybierania ze słownika, w Rejestrze instytucji należy zaznaczyć checkbox **"Czy domyślny"** wg. powyższej ścieżki.
- **Rozpoznanie** - na liście rozpoznań podpowiadają się rozpoznania z bieżącej wizyty i z historii chorób przewlekłych, jeśli takowe istnieją. Aby na skierowaniu wydrukować informacje o rozpoznaniach, należy zaznaczyć [✓] w przygotowanej do tego kolumnie (zdz. poniżej).

Rozpoznanie			
✓	Kod	Nazwa	Główne
✓	M50.1	Choroba krążka międzykręgowego szyjnego z uszkodzeniem korzeni nerwów ...	✓
	J46	Stan astmatyczny	

W przygotowanym polu opisowym **Cel porady** użytkownik ma możliwość wpisania dodatkowych informacji o celu porady.

W polach **Badania lab/diag dotychczas wykonane** i **Stale podawane leki** będą wyświetlane dane o pozycjach już wprowadzonych w dotychczasowej historii wizyt pacjenta oraz o lekach oznaczonych jako stale podawane. Aby na skierowaniu została wydrukowana informacja o dotychczas wykonanych badaniach lub lekach stale przyjmowanych przez pacjenta, należy zaznaczyć [✓] przy wybranej pozycji. Aby zbiorczo zaznaczyć/odznaczyć np. badania dotychczas wykonane, należy prawym przyciskiem myszy kliknąć w pole z badaniami i wybrać odpowiednią opcję (zdj. poniżej).

Badania laboratoryjne dotychczas wykonane			
	Data	Nazwa	Wynik
<input type="checkbox"/>	2015-10-14	Amylaza, Badanie ogólne, Biliru...	
<input checked="" type="checkbox"/>	2015-09-16	Białko C-reaktywne (CRP), Białk...	Opis zeskanowany, dostępny w archiwum
I N N E	Wybierz wszystkie		
	Usuń wybór		

Jeśli w systemie mMedica brak jest informacji o innych badaniach wykonanych pacjentowi, informację taką można dopisać ręcznie w polu tekstowym "Inne".

## 17.8.6 Na rehabilitację

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Rehabilitacja](#)

W wersji 8.0.4 aplikacji mMedica skierowanie na rehabilitację (ikona **Rehabilitacja**) zastąpiło wcześniej funkcjonujące skierowania: na zabiegi rehabilitacyjne (ikona **Zabiegi rehab.**) oraz na rehabilitację ogólnoustrojową (ikona **Rehabilitacja ogólnoustr.**).

**Dane ogólne**

Nr umowy:  ☐ W warunkach domowych ☐ Cito

Poradnia/oddział/ośrodek: 1300

**Rozpoznanie**

Kod	Nazwa	Główne
T11	Inne urazy kończyny górnej, poziom nieokreślony	✓

**Zabiegi**

Schematy zabiegów

Nazwa	Liczba powt.	Czas trwania	Parametry	Okolica ciała
Masaże ręczne	10	15		kończyna
Światłolecznictwo	10	15		kończyna

**Cel zabiegów, określenie dysfunkcji**

**Choroby przebyte i współistniejące oraz inne czynniki mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji**

**Badania laboratoryjne**

W przypadku skierowania wystawianego w formie elektronicznej (e-Skierowania) obligatoryjne jest wypełnienie pola "Poradnia/oddział/ośrodek". W tym celu należy nacisnąć  i ze słownika "Poradnie, oddziały i ośrodki rehabilitacji", który się wyświetli (patrz zdjęcie poniżej), wybrać odpowiednią pozycję.

Poradnie, oddziały i ośrodki rehabilitacji X

Kod lub nazwa:

Widok: 1 Preferowane 2 Ostatnio wybierane 3 Wszystkie

Kod	Nazwa
1330	Dział (pracownia) balneoterapii
1331	Dział (pracownia) balneoterapii dla dzieci
1310	Dział (pracownia) fizjoterapii
1311	Dział (pracownia) fizjoterapii dla dzieci
1312	Dział (pracownia) fizykoterapii
1313	Dział (pracownia) fizykoterapii dla dzieci
1316	Dział (pracownia) hydroterapii
1317	Dział (pracownia) hydroterapii dla dzieci
1314	Dział (pracownia) kinezyterapii
1315	Dział (pracownia) kinezyterapii dla dzieci
1318	Dział (pracownia) krioterapii
1319	Dział (pracownia) krioterapii dla dzieci
1320	Dział (pracownia) masażu leczniczego
1321	Dział (pracownia) masażu leczniczego dla dzieci
2702	Oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny
2703	Oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci
4756	Oddział rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejący...
4757	Oddział rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejący...
4308	Oddział rehabilitacji kardiologicznej

Wybierz (F5) Wyjście

Dostępne u góry zakładki parametry **"W warunkach domowych"** oraz **"Cito"** pozwalają określić, czy rehabilitacja ma odbyć się w warunkach domowych, a także czy skierowanie ma być zrealizowane w trybie pilnym.

W sekcji Rozpoznania podpowiadają się rozpoznania z bieżącej wizyty i z historii chorób przewlekłych, jeśli takowe istnieją. Rozpoznania, które mają być uwzględnione w skierowaniu, należy zaznaczyć [✓] w przygotowanej do tego kolumnie. Czynność ta jest wymagana w przypadku e-Skierowania.

Wprowadzenia informacji o zabiegu/zabiegach dokonuje się w sekcji Zabiegi. W wersji 8.2.0 programu **zmienił się w niej sposób ewidencji danych**. Obecnie w celu dodania zabiegu należy wybrać przycisk . Czynność ta spowoduje wyświetlenie słownika zabiegów rehabilitacyjnych, z którego należy wybrać właściwą pozycję. Każdy dodany zabieg będzie się wyświetlał jako odrębny rekord tabeli. W celu zbiorczego wybrania ze słownika wielu pozycji, należy je najpierw zaznaczyć, korzystając z klawisza Ctrl na klawiaturze i lewego przycisku myszy, a następnie nacisnąć **Wybierz**. Dla każdego dodanego zabiegu można w odpowiednich polach uzupełnić dane, takie jak: liczba powtórzeń, czas trwania, parametry, okolica ciała. Dane te podpowiedzą się ze słownika zabiegów, jeżeli wcześniej zostały w nim zdefiniowane.

Do usunięcia dodanego zabiegu służy przycisk . Za pomocą przycisków strzałek można zmieniać kolejność zabiegów na liście. Aby przenieść zabieg o pozycję wyżej lub niżej, należy go podświetlić i wybrać odpowiednio skierowaną strzałkę.

Istnieje także możliwość utworzenia schematu zabiegów. Sposób jego tworzenia oraz późniejszego użycia

jest analogiczny jak w przypadku schematu badań na skierowaniu do laboratorium, opisanego w rozdziale [Badania laboratoryjne](#).

W polach **Badania lab/diag** i **Stale podawane leki** będą wyświetlane dane o pozycjach już wprowadzonych w dotychczasowej historii wizyt pacjenta oraz o lekach oznaczonych jako stale podawane. Aby skierowanie zawierało informację o dotychczas wykonanych badaniach lub lekach stale przyjmowanych przez pacjenta, należy zaznaczyć [✓] przy wybranej pozycji. Aby zbiorczo zaznaczyć/odznaczyć np. badania dotychczas wykonane, należy prawym przyciskiem myszy kliknąć w pole z badaniami i skorzystać z opcji "Wybierz wszystkie".



## 17.8.7 Informacja dla lekarza kierującego

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Informacja dla lekarza kierującego](#)


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

The screenshot displays a medical software interface with a sidebar on the left containing icons for various functions like 'Wizyta', 'Dane med.', 'Skierowania', 'Druki', 'Recepty', 'Zwolnienia', 'Procedury', 'Skierowania', 'Historia wizyt', 'Recepty', 'Zwolnienia', 'Procedury', 'Skierowania', 'Historia wizyt'. The main window shows the 'Informacja dla lekarza kierującego' form. At the top, there is a toolbar with icons for 'Pielęgniarka / Położna', 'Zaopatrzenie rehab.', 'Zaśw. lekarskie', 'Druk N-9 (stan zdrowia)', 'Druk N-14 (stan zdrowia)', 'Zaśw. dla Zespołu ds. OoN', 'Zaśw. przed szczepieniem', and 'Informacja dla lekarza kier.' (highlighted with a red box). Below the toolbar, the form is organized into sections: 'Dane ogólne' with a dropdown for 'Nr umowy'; 'Poprzednie informacje' with a table showing a previous visit on 2015-12-23 for 'J46 - Stan astmatyczny' with the description 'Alergicznego nieżyt nosa, alergicznego zapalenie spojówek'; 'Dalsze postępowanie' with a dropdown for 'Wytłumaczenie' set to 'Pozostawienie pod opieką poradni specjalistycznej' and a field for 'Poradnia specjalistyczna' set to '1010 ... Poradnia alergologiczna'; 'Rozpoznanie' with a table showing 'J46 - Stan astmatyczny'; 'Opis udzielonego świadczenia' with the text 'Alergicznego nieżyt nosa, alergicznego zapalenie spojówek. Świszczący oddech, wieczorne napady duszącego kaszlu'; 'Wykonane badania laboratoryjne' with a table showing two tests from 2015-10-14 and 2015-09-16; 'Wykonane badania diagnostyczne' with a table showing two tests from 2015-10-23 and 2015-09-18; and three sections for 'Wskazówki w zakresie diagnostyki', 'Wskazówki w zakresie farmakoterapii', and 'Wskazówki inne'. At the bottom, there is a toolbar with icons for 'Dokumenty medyczne', 'Dane podstawowe', 'Zalecenia', 'Drukuj informacje', 'EDM', 'Autoryzuj', and 'Umów następną'.

Opis poszczególnych pól znajdujących się na formatce **Informacja dla lekarza kier.:**

- **Numer umowy** - aby numer umowy drukował się na skierowaniu, należy wybrać go z listy rozwijanej. Numer umowy będzie podpowiadał się w polu automatycznie, jeśli zostanie wskazany w Ustawieniach domyślnych personelu.

Sekcja "Poprzednie informacje" - w polu wyświetlane będą dane dotyczące poprzednich informacji dla

lekarza kierującego, o ile takie były wystawione. Wybranie przycisku  spowoduje skopiowanie do bieżącej wizyty opisu udzielonego świadczenia.

#### Sekcja "Dalsze postępowanie"

- **Wytyczne** - należy wskazać wytyczne dotyczące dalszego postępowania w leczeniu pacjenta. Domyślnie podpowiada jest wartość "Pozostawienie pod opieką poradni specjalistycznej", którą można zmienić w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), sekcja: [Gabinet](#) > [Skierowania](#) w polu **Domyślne wytyczne**. Możliwe wartości do wyboru:
  - Pusta wartość - na skierowaniu nie będzie podpowiadana żadna wartość
  - Dalsze leczenie w podstawowej opiece zdrowotnej
  - Pozostawienie pod opieką poradni specjalistycznej
  - Skierowanie do lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w innej dziedzinie medycyny
  - Skierowanie do szpitala\./zx
  - Zakończenie leczenia specjalistycznego
- **Poradnia specjalistyczna** - za pomocą przycisku wyboru [...] należy wybrać poradnię specjalistyczną.
- **Rozpoznanie** - na liście rozpoznań podpowiadają się rozpoznania z bieżącej wizyty i z historii chorób przewlekłych, jeśli takowe istnieją. Aby na skierowaniu wydrukować informacje o rozpoznaniach, należy zaznaczyć [✓] w przygotowanej do tego kolumnie (zdz. poniżej).

W przygotowanym polu opisowym **Opis udzielonego świadczenia** użytkownik ma możliwość wpisania dodatkowych informacji o udzielonym świadczeniu. Jeśli na wizycie wprowadzony został wywiad lub badania

fizyczne, treść z tych pól można skopiować za pomocą przycisków .

W polach **Wykonane badania lab/diag** wyświetlane będą dane o pozycjach już wprowadzonych w dotychczasowej historii wizyt pacjenta. Aby na skierowaniu została wydrukowana informacja o dotychczas wykonanych badaniach, należy zaznaczyć [✓] przy wybranej pozycji. Aby zbiorczo zaznaczyć/odznaczyć np. badania dotychczas wykonane, należy prawym przyciskiem myszy kliknąć w pole z badaniami i wybrać odpowiednią opcję (zdz. poniżej).

Badania laboratoryjne dotychczas wykonane				
	Data	Nazwa	Wynik	
<input type="checkbox"/>	2015-10-14	Amylaza, Badanie ogólne, Biliru...		
<input checked="" type="checkbox"/>	2015-09-16	Białko C-reaktywne (CRP), Białk...	Opis zeskanowany, dostępny w archiwum	
I N N E			Wybierz wszystkie	
			Usuń wybór	

W razie konieczności przekazania lekarzowi kierującemu dodatkowych wskazówek w zakresie diagnostyki lub farmakoterapii, należy wpisać je w przygotowane pola tekstowe.

## 17.8.8 Badanie cytologiczne


Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Badanie cytologiczne](#)

Skierowanie na badanie cytologiczne dostępne jest w wersji Standard+ oraz Komercja+.

W celu wystawienia skierowania na badanie cytologiczne należy w lewym panelu wybrać ikonę **Skierowania**, a następnie w górnym panelu zakładkę **Badanie cytologiczne**. Formatka zostaje aktywowana tylko na wizycie realizowanej kobiecie.

Do wystawienia skierowania konieczne jest zaznaczenie odpowiednich parametrów i wpisanie danych w przygotowanych polach tekstowych, jeśli jest to wymagane. Wpisanie tygodnia ciąży w polu "Hdb" powoduje automatyczne zaznaczenie pola "Ciąża".

W sekcji [Badania](#) istnieje możliwość wyboru badań ze słownika badań cytologicznych, wyświetlanego po

wyborze przycisku . Słownik ten zawiera badania przypisane do grupy: "Badanie cytologiczne". Użytkownik, posiadający odpowiednie uprawnienia, ma możliwość dodania do niego brakujących pozycji.

W górnej części formatki dostępne jest pole do oznaczenia trybu pilnego ("Cito"), natomiast w sekcji dotyczącej pobrania materiału umożliwiono wprowadzenie dodatkowych informacji, takich jak: data pobrania, data utrwalenia oraz sposób utrwalenia materiału.

W wersji 8.5.0 programu została dodana sekcja [Rozpoznania](#). Na wyświetlonej w niej liście podpowiadają się rozpoznania z bieżącej wizyty. W skierowaniu zostaną ujęte te z nich, które posiadają zaznaczenie [✓] w pierwszej kolumnie tabeli. Zaznaczenia/odznaczenia pozycji dokonuje się poprzez kliknięcie lewym przyciskiem myszy w odpowiednie pole.

Po wprowadzeniu wszystkich danych można wydrukować skierowanie w formacie A5 lub recepty. [Od wersji 9.0.0 aplikacji mMedica istnieje również możliwość skorzystania z samodzielnie zdefiniowanego szablonu wydruku.](#)

**Badanie cytologiczne**

**Dane ogólne**

Nr umowy:  Cito ☐

Do laboratorium:

**Rozpoznanie**

* ✓	Kod	Nazwa	Główne
✓	L24	Kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia	✓
	R49.1	Afonia	

**Rozpoznanie kliniczne / przebyte zabiegi chirurgiczne**

Nr preparatu:  Nr próbki:

☐ Badanie profilaktyczne ☐ Ektopia ☐ Polip ☐ Stan zapalny

Inne:

☐ Cięża ☐ Hbd ☐ Pológ ☐ IUD ☐ HTZ ☐ Terapia hormonalna

Data ostatniej miesiączki:  Cykle miesięczne: ☐ Regularne ☐ Nieregularne ☐ Po menopauzie

**Badania**

* ✓	Nazwa

**Pobrany materiał**

Miejsce: ☐ Z kanału szyjki i tarczy cz. pochwowej ☐ Ze sklepienia pochwy Data pobrania:

Utrwalono w: ☐ Roztwór formaliny ☐ Roztwór alkoholu etylowego Data utrwalenia:

☐ Inny

**Wcześniej nieprawidłowy wymaz**

☐ Nie ☐ Tak Kiedy:

W aplikacji mMedica umożliwiono ewidencję otrzymanego wyniku badania cytologicznego w powiązaniu ze skierowaniem. Aby wprowadzić do programu wynik badania np. w postaci zeskanowanego dokumentu, należy przejść do [danych medycznych](#) pacjenta i wybrać rodzaj "Badania laboratoryjne". W oknie dodawania wyniku badania należy wskazać skierowanie, na podstawie którego wykonano badanie - nazwą skierowania będzie zawsze "Cytologiczne badanie wymazu z pochwy".

## 17.8.9 Badania prenatalne

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Badania prenatalne](#)

W wersji 8.3.0 aplikacji mMedica została udostępniona możliwość wystawienia skierowania na badania prenatalne. Skierowanie to jest dostępne w wersji Standard+ oraz Komercja+.

W celu wystawienia omawianego skierowania należy w lewym panelu wybrać ikonę **Skierowania**, a następnie w górnym panelu zakładkę **Badania prenatalne**. Formatka zostaje aktywowana tylko na wizycie realizowanej kobiecie.

Pola wymagane do uzupełnienia na skierowaniu to:

- **Tydzień ciąży** - wartość w nim podpowie się z karty ciąży, jeżeli wizyta powiązana jest z takim dokumentem.
- **Rozpoznanie** - podpowie się w nim rozpoznanie główne z wizyty. W dostępnym słowniku do wyboru będą rozpoznania wskazane na wizycie oraz choroby przewlekłe pacjenta.
- **Wskazania** - należy z listy rozwijalnej wybrać jedną z pięciu pozycji (patrz zdjęcie powyżej).

Ponadto istnieje możliwość uzupełnienia numeru umowy NFZ oraz dodatkowego opisu.

Po wypełnieniu danych skierowania można dokonać jego wydruku za pomocą przycisku **Drukuj skierowanie**, dostępnego na dole ekranu. Wydruk będzie posiadał format A5.




## 17.8.10 Badanie histopatologiczne

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Badanie histopatologiczne](#)

Skierowanie na badanie histopatologiczne dostępne jest w wersji Standard+ oraz Komercja+.

W celu wystawienia skierowania na badania histopatologiczne należy w lewym panelu wybrać ikonę **Skierowania**, a następnie w górnym panelu zakładkę **Badanie histopatologiczne**.

Do wystawienia skierowania konieczne jest zaznaczenie odpowiednich parametrów i wpisanie danych w przygotowanych polach tekstowych, jeśli jest to wymagane.

W polach "Rodzaj", "Lokalizacja zmiany" oraz "Inny" wykorzystano funkcjonalność słowników, które użytkownik tworzy samodzielnie. W polu "Rodzaj" definiuje rodzaj pobranego materiału do badania, a w polu "Inny" sposób utrwalenia materiału do badania histopatologicznego. W celu dodania pozycji do słownika należy wybrać przycisk , w otwartym oknie wprowadzić dane i zapisać zmiany. Jeśli istnieje konieczność wprowadzenia kilku pozycji do słownika, każda z nich powinna rozpoczynać się od nowej linii (należy posłużyć się przyciskiem Enter). Wprowadzone pozycje będą dostępne do wyboru po rozwinięciu listy (zdzj. powyżej).

W oknie skierowania dostępne są także pola "Data pobrania" oraz "Data utrwalenia". Drugie z nich staje się aktywne do edycji po wcześniejszym wskazaniu rodzaju użytego utrwalacza.




W wersji aplikacji 8.3.0 udostępniono możliwość wpisania liczby pobranych wycinków (pole "Liczba wycinków"), a także umożliwiono wprowadzenie informacji dotyczącej oznaczenia receptorów (sekcja Oznaczenie receptorów). Dodano także pole "Pacjent onkologiczny", służące do oznaczenia pacjenta onkologicznego.

Po wprowadzeniu wszystkich danych można wydrukować skierowanie w formacie A4, A5 lub recepty. Od wersji 9.0.0 aplikacji mMedica istnieje również możliwość skorzystania z samodzielnie zdefiniowanego szablonu wydruku.

W aplikacji mMedica umożliwiono ewidencję otrzymanego wyniku badania histopatologicznego w powiązaniu ze skierowaniem. Aby wprowadzić do programu wynik badania np. w postaci zeskanowanego dokumentu, należy przejść do danych medycznych pacjenta i wybrać rodzaj "Badania laboratoryjne". W oknie dodawania wyniku badania należy wskazać skierowanie, na podstawie którego wykonano badanie - nazwą skierowania będzie zawsze "Badanie histopatologiczne" i nazwa materiału, jaki został wybrany na skierowaniu.

Wybierz skierowanie

Data wyst.	Zlecający	Badanie	Numer skierowania
2018-11-08	Nowak Anna	Badanie histopatologiczne, Guz wycinek	
2018-10-24	Nowak Anna	Badanie ogólne	00004461470044342709
2018-07-30	Nowak Anna	Borrelia IgM	00004460950044342709
2018-05-28	Nowak Anna	Białko C-reaktywne (CRP), Chlamydia pneumonia...	00004460260444342709
2018-05-28	Nowak Anna	Białko C-reaktywne (CRP), Chlamydia pneumonia...	00004460270144342709

 Oznacz jako nieaktualne
  Wybierz
 Bez skierowania
  Wyjście

## 17.8.11 Obsługa e-Skierowań

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Badania diag./Do specjalisty/Do szpitala \(zakładu\)/Rehabilitacja](#)

System mMedica posiada funkcjonalność obsługi e-Skierowań. Wymagany przez nią sposób konfiguracji programu, w tym zaczytania certyfikatów, opisany jest w rozdziale [Konfiguracja e-Recepty](#).

Aktualnie program obsługuje następujące typy e-Skierowań:

- na badania diagnostyczne - dla wybranych grup badań na podstawie znacznika (dokładny opis poniżej),
- do specjalisty,
- do szpitala,
- na rehabilitację

Badania diagnostyczne, dla których jest możliwość wystawienia e-Skierowania, identyfikowane są na podstawie odpowiedniego oznaczenia sposobu wysyłki na przypisanej grupie badań w słowniku badań diagnostycznych.

W wersji 8.3.0 aplikacji mMedica w oknie danych grupy dodano pole "Sposób wysyłki". Dla badań, dla których ma być generowane e-Skierowanie, powinna być w nim wskazana wartość "eSkierowanie".

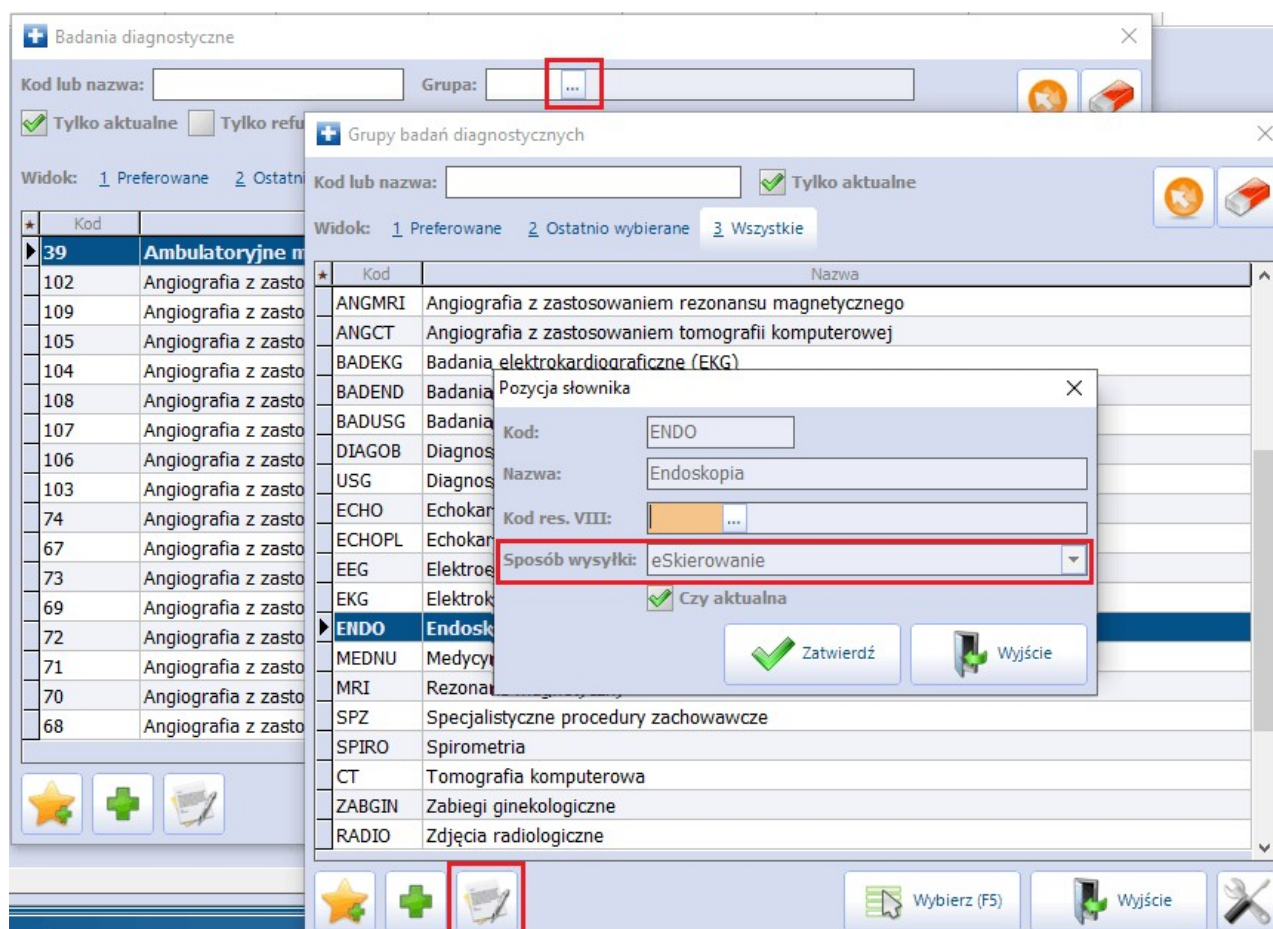
Podgląd danych grupy badań możliwy jest po przejściu do słownika badań diagnostycznych według jednej ze ścieżek:

[Gabinet](#) > [Funkcje dodatkowe](#) > [Słownik badań diagnostycznych](#),

[Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Badania diag.](#) > [Słownik badań diagnostycznych](#).

W celu otwarcia słownika grup badań diagnostycznych należy w oknie słownika badań w polu "Grupa"

wybrać przycisk . Podgląd danych wskazanej grupy jest możliwy przez wybór przycisku  **Pokaż dane pozycji słownika.**



Domyślnie aplikacja umożliwia wystawienie e-Skierowania dla następujących grup badań diagnostycznych:

- Tomografia komputerowa – dla skierowania refundowanego i bez refundacji,
- Medycyna nuklearna - dla skierowania refundowanego i bez refundacji,
- Rezonans magnetyczny – dla skierowania refundowanego,
- Endoskopia, badania endoskopowe - dla skierowania refundowanego,
- Echokardiografia płodu - dla skierowania refundowanego.

Dla wyżej wymienionych pozycji sposób wysyłki "eSkierowanie" jest wybrany domyślnie i nie ma możliwości zmiany tego ustawienia. Dla pozostałych grup istnieje w nim możliwość wyboru z listy rozwijalnej jednej z wartości: "Brak", "eSkierowanie", "Pracownia diag."

### 17.8.11.1 Wystawienie e-Skierowania

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Badania diag./Do specjalisty/Do szpitala \(zakładu\)/Rehabilitacja](#)

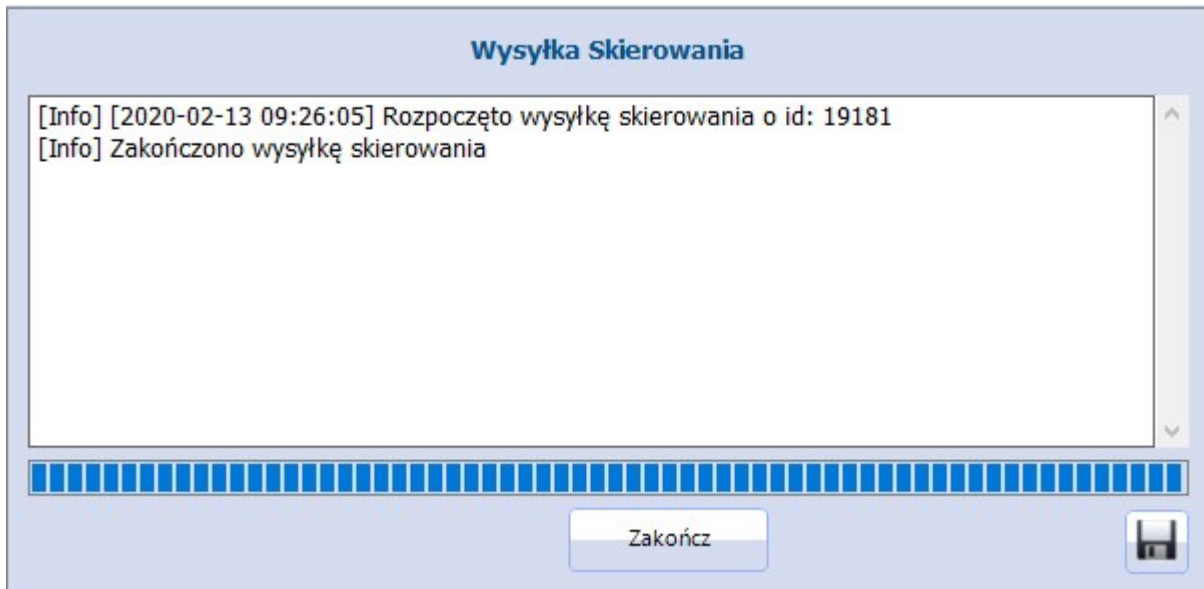
W celu wysłania skierowania w formie elektronicznej należy przejść do jednej z powyższych ścieżek, odpowiedniej dla rodzaju wystawianego skierowania, następnie uzupełnić wymagane dane i wybrać przycisk **Wyślij skierowanie**.

e-Skierowanie może wystawić użytkownik będący lekarzem. Może tego dokonać w imieniu lekarza również [asystent medyczny](#).

Poniższy przykład prezentuje wystawienie e-Skierowania do specjalisty.





The screenshot shows a web-based medical application interface for issuing e-referrals. The top navigation bar includes icons for 'Badania lab.', 'Badania diag.', 'Do specjalisty', 'Do szpitala / zakładu', 'Do szpitala psych.', and 'Rehabilitacja'. The left sidebar contains icons for 'Wizyta', 'Dane med.', 'Skierowania', 'Skala Barthel', 'Druki', 'Recepty', 'Zwolnienia', and 'Stomatologia'. The main form area is titled '1 (nowe)' and contains several sections: 'Dane ogólne' with a dropdown for 'Nr umowy' and a 'Cito' checkbox; 'Rozpoznanie' with a table showing a diagnosis 'K31 Inne choroby żołądka i dwunastnicy'; 'Strona ciała' with a dropdown menu; 'Cel porady' with a text input field; and 'Badania laboratoryjne dotychczas wykonane' with a table for recording lab tests. At the bottom of the form, there are five buttons: 'Dokumenty medyczne', 'Dane podstawowe', 'Zalecenia', 'Wyślij skierowanie' (which is highlighted with a red rectangular box), and 'Drukuj skierowanie'.

Po wybraniu powyższego przycisku zostanie otwarte okno dialogowe *Podaj hasło do certyfikatu*, w którym należy wprowadzić hasło do wykorzystywanego certyfikatu podpisu elektronicznego. Wybór przycisku **OK** finalizuje proces wysłania e-Skierowania do systemu P1.



Poprawne wysłanie e-Skierowania do P1 zostanie potwierdzone komunikatem "Zakończono wysyłkę skierowania" (zdj. powyżej), a system automatycznie wygeneruje wydruk informacyjny, którego przykład został zamieszczony poniżej.



<b>e-skierowanie</b> Skierowanie do specjalisty <b>Poradnia gastroenterologiczna (1050)</b>  10032886837330330297719585073821581226591020 <small>ID zb. w 2.16.840.1.113883.3.4424.2.7.26 00000000000000mm1996915</small>	
Kod dostępu <b>0000</b>	Wystawiono 13.02.2020
Pacjent	
Wystawca	
<b>Rozpoznanie</b> <b>Inne choroby żołądka i dwunastnicy (K31)</b>	
<b>Inne informacje</b> Proszę o konsultację specjalistyczną w Poradnia gastroenterologiczna (1050)	
<b>Osoba wystawiająca</b>   ..... (podpis osoby wystawiającej) <small>Niniejszy dokument (tzw. informacja o e-skierowaniu) opatrzony podpisem osoby wystawiającej e-skierowanie, jest równoważny ze skierowaniem w postaci papierowej. Wejdź na pacjent.gov.pl i poznaj szczegóły</small>	

Wydruk informacyjny można od razu wręczyć pacjentowi. Aby ponownie go wygenerować, należy wybrać przycisk **Drukuj skierowanie** dostępny w dolnej części okna wystawionego skierowania. W razie konieczności należy odnaleźć i otworzyć wizytę w oknie *Gabinetu*, a następnie przejść do okna tego skierowania i skorzystać ze wspomnianego przycisku.

W nagłówku zakładki wystawionego e-Skierowania wyświetli się jego status, który będzie uzależniony od rodzaju odpowiedzi uzyskanej zwrotnie z P1 (patrz przykład poniżej).

Wizyta

Badania lab. Badania diag. Do specjalisty Do szpitala

**1 (P1:Wysłane)** [X] +

Dane ogólne

Nr umowy: [dropdown] Cito

Poradnia: 1050 ... Poradnia gastroenterologiczna

Rozpoznanie

✓	Kod	
✓	K31	Inne choroby żołądka i dwunastnicy

Skierowania

Skala Barthel

Możliwe statusy i ich znaczenie:

- **nowe** - nie została jeszcze wykonana czynność wysłania skierowania,
- **P1:Wystawione** - wysyłka skierowania zakończyła się pozytywnie,
- **P1:Wystawione z ostrzeżeniem** - dla przesłanego skierowania system P1 wygenerował ostrzeżenie.

Istnieje możliwość podglądu treści otrzymanego ostrzeżenia. W tym celu należy kliknąć lewym przyciskiem myszy w odnośnik **Ostrzeżenia P1** znajdujący się na zakładce e-Skierowania (patrz zdjęcie poniżej).

Wizyta

Badania lab. Badania diag. Do specjalisty Do szpitala / zakładu Do szpitala psych.

**1 (P1: Wystawione z ostrzeżeniem)** [X] +

Dane ogólne

Nr umowy: [dropdown] Cito [Ostrzeżenia P1](#)

Patr. i bilanse

Dane med.

Poradnia: 1010 ... Poradnia alergologiczna

W wyniku powyższej czynności wyświetli się okno *LogiP1* zawierające treść ostrzeżenia.

W programie istnieje funkcjonalność automatycznego wysyłania powiadomień do pacjentów o wystawionym e-Skierowaniu, zawierających 4-cyfrowy kod dostępu dla jego realizacji. Aby była ona aktywna, w Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w pozycji: [Komunikacja > Powiadomienia](#), w sekcji: [Powiadamianie automatyczne](#), musi być włączony parametr **"O wysłaniu eSkierowania"**. Warunkiem automatycznego wysyłania powiadomień do pacjenta jest wskazanie w jego danych w [kartotece pacjentów](#) na zakładce **2.Adres** w polu "Powiadamianie" sposobu powiadamiania oraz wypełnienie odpowiednich danych kontaktowych, a także w przypadku sposobów powiadamiania: SMS, Aplikacja IM - posiadanie licencji na odpowiednie moduły dodatkowe i ich konfiguracja. Sposób konfiguracji dla poszczególnych rodzajów powiadomień jest opisany w instrukcji obsługi [Modułu mPowiadomienia](#).

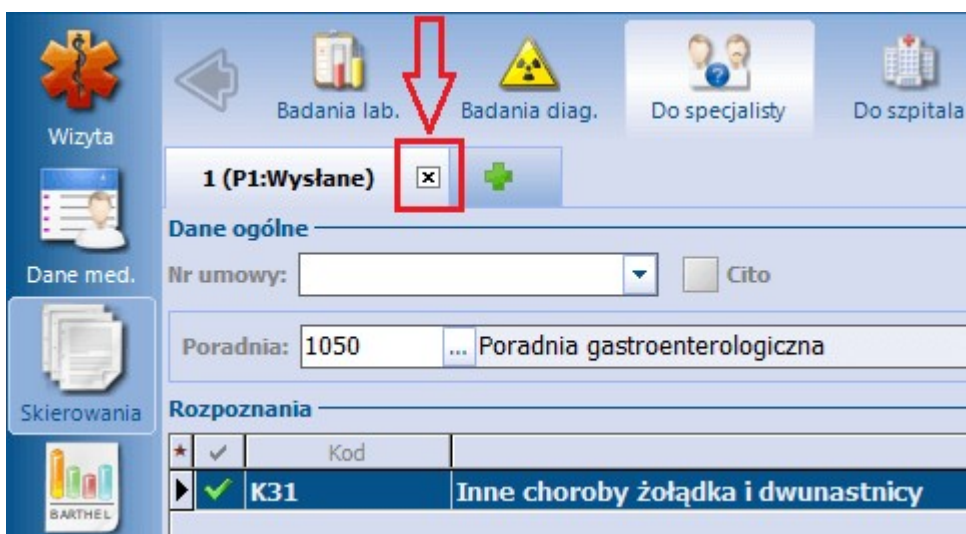
**Uwaga!** Jeżeli, pomimo spełnienia powyższych warunków, po poprawnym wysłaniu e-Skierowań powiadomienia automatyczne się nie generują, należy zweryfikować, czy w przeglądzie [struktury organizacyjnej](#) w danych komórki, w której są one wystawiane, na zakładce **3.Dane dodatkowe** nie jest przypadkiem wyłączona opcja "Czy aktywne powiadomienia".

Kod dostępu e-Skierowania wyświetli się na zaleceniach (przycisk **Zalecenia** w oknie wizyty otwartej w *Gabiniecie*). Jest on również umieszczany na wydruku podsumowania wizyty, na której e-Skierowanie zostało wystawione.

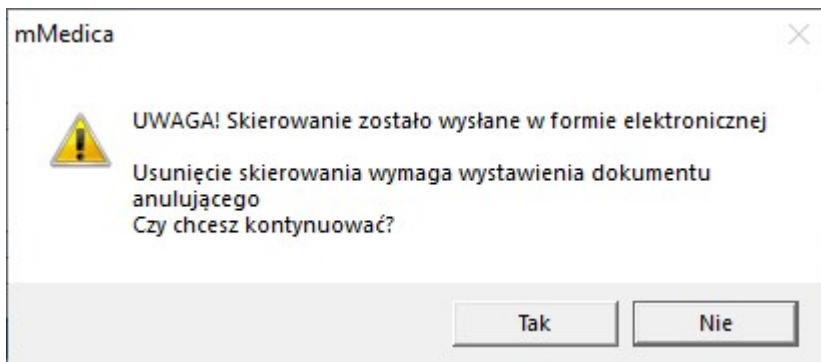
### 17.8.11.2 Anulowanie e-Skierowania

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Badania diag./Do specjalisty/Do szpitala \(zakładu\)/Rehabilitacja](#)

W celu anulowania e-Skierowania należy na zakładce, na której zostało ono wystawione, wybrać przycisk usuwania "x" (patrz zdjęcie poniżej).



Po tej czynności pojawi się komunikat:



Generacja dokumentu anulującego wymaga wprowadzenia hasła do wykorzystywanego certyfikatu. Po tej czynności rozpocznie się proces jego wysyłki do systemu P1. W oknie, które się pojawi, wyświetli się informacja o jej pozytywnym lub negatywnym zakończeniu.

**Uwaga!** W przypadku konieczności poprawy e-Skierowania należy je anulować w wyżej opisany sposób, a następnie ponownie dodać i przesłać do systemu P1.

### 17.8.11.3 Realizacja e-Skierowania

Pobrania e-Skierowania pacjenta z systemu P1 dokonuje się poprzez:

- okno rezerwacji lub rejestracji wprowadzanej z trybem "Ze skierowaniem",
- okno danych podstawowych wizyty otwartej w *Gabiniecie*.

**Uwaga!** Aby użytkownik mógł pobierać eSkierowania z systemu P1, musi posiadać poniższe uprawnienia:

- a) nadane uprawnienie funkcjonalne "Realizacja eSkierowań P1" w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 5. Uprawnienia funkcjonalne > gałąź "Obsługa rejestru pacjentów"](#),
- b) użytkownik nieposiadający NPWZ musi być skonfigurowany w programie jako [asystent medyczny](#) lub [pracownik administracyjny](#).

#### Sposób pobrania e-Skierowania z poziomu rezerwacji/rejestracji:

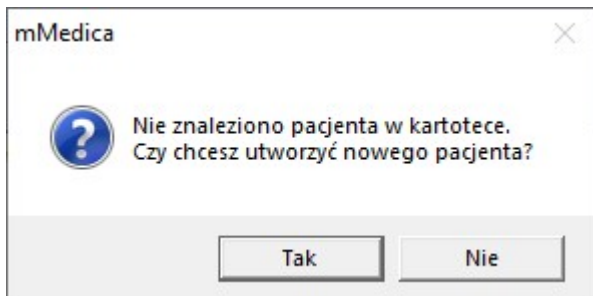
Dokładny opis sposobu ewidencji rezerwacji i rejestracji zawiera rozdział [Planowanie wizyt w Terminarzu](#).

Aby pobrać e-Skierowanie pacjenta z systemu P1, w oknie otwartej rezerwacji/rejestracji należy wypełnić jej podstawowe dane oraz w polu "Tryb przyjęcia" ustawić wartość **Ze skierowaniem**, następnie przejść do formatki uzupełniania danych skierowania poprzez wybór ikony *Skierowanie* dostępnej w lewym panelu okna.

Kolejnym krokiem jest wybór zlokalizowanego po prawej stronie przycisku **Pobierz eSkierowanie z P1**, a następnie w oknie *Pobieranie eSkierowania z P1* wpisanie klucza dostępu (długi numer) lub kodu dostępu (czterocyfrowy numer PIN) zaczytywanego e-Skierowania i wybranie przycisku **Pobierz eSkierowanie**. Jeżeli dane rezerwacji nie zawierają numeru PESEL pacjenta, należy go wpisać w oknie pobierania e-Skierowania w przypadku użycia czterocyfrowego kodu dostępu.

Jeżeli rezerwacja została wprowadzona przez portal eRejestracji i tam został dla niej przekazany kod dostępu e-Skierowania, kod ten podpowie się w oknie *Pobranie eSkierowania z P1* w danych tej rezerwacji otwartej w aplikacji mMedica.

W programie istnieje możliwość pobrania e-Skierowania dla rezerwacji, w której nie został uzupełniony numer PESEL pacjenta (na zakładce *Dane podstawowe* w sekcji Pacjent). W takim wypadku, jeżeli e-Skierowanie dotyczy pacjenta istniejącego w kartotece pacjentów, po zaczytaniu e-Skierowania uzupełni się automatycznie sekcja Pacjent w danych podstawowych rezerwacji. Natomiast jeżeli pacjenta nie ma w kartotece pacjentów, pojawi się komunikat:



Po wyborze przycisku **Tak** otworzy się okno weryfikacji danych pacjenta pobranych z e-Skierowania. W celu ich aktualizacji/uzupełnienia należy wprowadzić odpowiednie zmiany i wybrać zamieszczony na dole okna przycisk **Aktualizuj**. Jeżeli mają one pozostać niezmienione, należy wybrać przycisk **Dalej**.

Po wykonaniu jednej z powyższych czynności dane pacjenta uzupełnią się automatycznie w rezerwacji. Zostanie on również dodany do kartoteki pacjentów.

W przypadku wyboru w danych podstawowych rezerwacji/rejestracji komórki organizacyjnej posiadającej kod resortowy cz. VIII inny niż wskazany w pobieranym skierowaniu wyświetli się okno ze stosownym komunikatem.

Na podstawie kodu resortowego cz. VIII placówki docelowej, określonego w zaczytywanym e-Skierowaniu, w danych rezerwacji/rejestracji podpowiadany jest odpowiedni typ wizyty (pole "Wizyta" na zakładce *Dane podstawowe*). Przykładowo, jeżeli kod ten dotyczy poradni specjalistycznej, jako typ wizyty podpowie się "Specjalistyczna". Jeżeli we wspomnianym polu zostanie wcześniej wybrany inny typ wizyty niż ten, na który będzie wskazywać kod w zaczytywanym e-Skierowaniu, program wyświetli komunikat z propozycją jego zmiany.

W aplikacji mMedica dodano funkcjonalność wyboru instytucji zlecającej w momencie przyjmowania eSkierowania w przypadku, gdy w rejestrze instytucji znajdują się podobne wpisy. Aplikacja po pobraniu danych z elektronicznego skierowania sprawdza, czy w [rejestrze instytucji](#) znajduje się instytucja z takim samym kodem resortowym cz. I, jak ta, która wystawiła skierowanie. Jeśli nie ma takiego wpisu, program dodaje instytucję automatycznie i w tle bez dodatkowego angażowania użytkownika.

W przypadku gdy w rejestrze istnieje już instytucja o tym samym kodzie resortowym cz. I co w skierowaniu, zostanie wyświetlone okno *Wybór instytucji*. W oknie zostaną zaprezentowane dane instytucji ze skierowania oraz dane instytucji istniejących już w rejestrze mMedica. Użytkownik zostanie poproszony o wskazanie instytucji z listy, której dane zostaną uzupełnione/poprawione o informacje przekazane w skierowaniu. Wybór instytucji należy potwierdzić przyciskiem **Wybierz**.




Wybór instytucji.

Dane instytucji przekazane na skierowaniu

Nazwa: Asseco Poland S.A.  
 Kod resortowy część I: 000000926927  
 NIP: nie podano  
 REGON: 01033457800005

	Nazwa	NIP	REGON	Kod resort cz. I
▶	Asseco Poland S.A.	5220003782	010334578	000000926927

Wybierz instytucję wystawiającą eSkierowanie




Pobranie e-Skierowania z systemu P1 spowoduje zacytowanie jego danych i wyświetlenie ich w odpowiednich polach na formatce, a do systemu P1 zostanie przekazana informacja o rozpoczętej realizacji e-Skierowania. Potwierdzeniem poprawnego pobrania skierowania jest wyświetlenie jego statusu w polu **"Status P1"** jako "Wystawione". Zatwierdzenie danych traktowane jest jako przyjęcie skierowania, co wiąże się z jednoczesną zmianą jego statusu na "U realizatora" i przesłanie tej informacji do P1.

W przypadku e-Skierowania zacytowanego w oknie rezerwacji do systemu P1 przesyłana jest także informacja o planowanym terminie wizyty. Dzięki temu pacjent może mieć dostęp do tej informacji po zalogowaniu na swoje konto IKP.

Wybranie przycisku "Wyjście" anuluje wprowadzone dane i skierowanie zostanie zwrócone do systemu P1.

**Realizacja skierowania**

[Info] [2020-02-24 08:39:51] Rozpoczęto wysyłkę informacji o rozpoczętej realizacji skierowania  
 [Info] Zakończono wysyłkę informacji o rozpoczętej realizacji skierowania

Zakończ 

Na formatce skierowania umożliwiono podgląd numeru PIN zacytowanego e-Skierowania. W tym celu należy kliknąć lewym przyciskiem myszy w link [Pokaż PIN](#), zamieszczony po prawej stronie wyświetlonego statusu e-Skierowania.

**Uwaga!** Link [Pokaż PIN](#) wyświetla się tylko dla e-Skierowań pobranych w wersji programu 8.1.0 lub wyższej. Dla e-Skierowań pobranych we wcześniejszych wersjach nie będzie on widoczny.

W celu podejrzenia wizualizacji pobranego eSkierowania należy wybrać przycisk **Podgląd pobranego**




**skierowania**. W oknie podglądu dodano przycisk **Drukuj**, umożliwiający wydruk pobranego e-Skierowania.

Pole "Cito" zaznacza się automatycznie po zaczytaniu z sytemu P1 e-Skierowania wystawionego ze znacznikiem "pilne".

Pobrane e-Skierowania będą widoczne w [Rejestrze rezerwacji ze skierowaniem](#).

**Uwaga!** Dane zaczytanego w rezerwacji/rejestracji e-Skierowania podpowiedzą się później w danych wizyty otwartej na jej podstawie. W przypadku rezerwacji/rejestracji z wpisem do [harmonogramu przyjęć](#), informacja o pobranym e-Skierowaniu uzupełni się w powiązanej z nią pozycji harmonogramu.



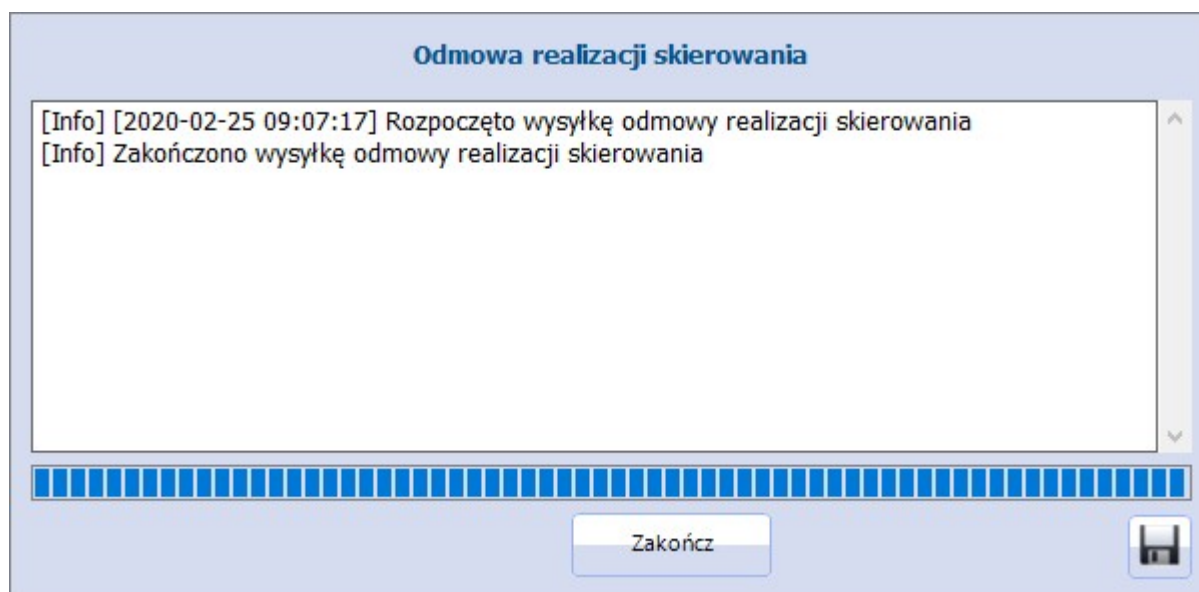
W przypadku konieczności odmowy przyjęcia zaczytanego e-Skierowania, należy wybrać przycisk , a następnie w wyświetlonym oknie *Odmowa przyjęcia skierowania do realizacji* wskazać przyczynę odmowy i wybrać przycisk **Odrzuć eSkierowanie**.

Na liście rozwijalnej w polu "Przyczyna odmowy" będą do wyboru następujące przyczyny odmowy przyjęcia skierowania:

- brak zleconych świadczeń w ofercie placówki,
- rezygnacja pacjenta.

Okno odmowy przyjęcia e-Skierowania pojawi się także przy anulowaniu wprowadzanej rezerwacji/rejestracji, odwołaniu rezerwacji lub wykreśleniu z [harmonogramu przyjęć](#) z przyczyną inną niż zrealizowanie świadczenia pozycji powiązanej z pobranym e-Skierowaniem.

Informacja o odrzuceniu e-Skierowania zostanie przekazana do systemu P1.



Jeżeli przy zaczytywaniu e-Skierowania w oknie rezerwacji zostanie wykryta niezgodność danych pacjenta w e-Skierowaniu z danymi pacjenta wybranego w rezerwacji, nastąpi automatyczne wysłanie odmowy realizacji e-Skierowania. W takim wypadku w oknie wysyłki wyświetli się dodatkowy komunikat: "[Błąd] Skierowanie zostało wystawione dla innego pacjenta".

#### **Pobranie e-Skierowania w oknie wizyty realizowanej w Gabinetce:**

W celu pobrania e-Skierowania bezpośrednio na wizycie otwartej w *Gabinecie* należy przejść do danych podstawowych wizyty, wybierając przycisk **Dane podstawowe**, zamieszczony w na dole ekranu.



Jeżeli w oknie danych podstawowych na zakładce **1. Realizacja** zostanie wybrany rodzaj przyjęcia "Ze skierowaniem", na zakładce **2. Skierowanie** uaktywni się przycisk pobierania e-Skierowania z systemu P1



Dane wizyty

1. Realizacja    **2. Skierowanie**    3. Dodatkowe dane do rozliczenia

Rodzaj:     Nr skierowania:     Cito: ☐

Data wystawienia:     Typ zleceńodawcy:

Instytucja kierująca: ID     ...

Personel kierujący: ID     ...






Kod res. cz. V:     Nazwa jedn. org.:

Kod res. cz. VII:     Nazwa kom. org.:


Kod res. cz. VIII:     ...

Rozpoznanie:     ...

Uwagi:

Icons:     

Po zaczytaniu e-Skierowania wyświetlą się w odpowiednich polach jego dane.

W celu odrzucenia e-Skierowania należy wybrać przycisk  i postąpić zgodnie ze wskazówkami zamieszczonymi we wcześniejszym opisie, dotyczącym okna rezerwacji/rejestracji.

Jeżeli na wizycie zostało pobrane e-Skierowanie i wizyta ta nie jest autoryzowana, to jej usunięcie również spowoduje wywołanie opcji odrzucenia e-Skierowania.

W momencie autoryzacji wizyty, zrealizowanej na podstawie e-Skierowania, bądź po wybraniu przycisku "Rozlicz" w Terminarzu do systemu P1 wysyłana jest automatycznie informacja o zakończeniu realizacji e-Skierowania. W wyniku tego skierowanie w danych podstawowych wizyty uzyskuje status P1: Zrealizowane.

**Uwaga!** Wizyty powiązanej ze zrealizowanym e-Skierowaniem nie można usunąć. Podczas próby usunięcia zostanie wyświetlony komunikat: "Wizyta zrealizowana na podstawie eSkierowania, brak możliwości usunięcia takiej wizyty".

Wykaz e-Skierowań pobranych przez świadczeniodawcę z systemu P1 jest dostępny w ścieżce: [Księgi i raporty](#) > [Raporty definiowane](#) > [Wykazy](#) > [Świadczenia](#) > [Skierowania](#), w pozycji "Wykaz pobranych e-Skierowań". Szczegółowy opis sposobu generowania wykazów zawiera rozdział [Wygenerowanie wykazu](#).

#### 17.8.11.4 Wycofanie realizacji e-Skierowania

W aplikacji mMedica istnieje możliwość wycofania zakończenia realizacji e-Skierowania. Funkcjonalność ma zastosowanie w przypadku powiązania e-Skierowania z błędnie zewidencjonowaną wizytą (na przykład posiadającą nieprawidłową komórkę organizacyjną) i daje możliwość ponownego wykorzystania e-Skierowania w ramach podmiotu, a także usunięcia błędnej wizyty.

We wspomnianej sytuacji, jeżeli po autoryzacji wizyty do systemu P1 została przesłana informacja o zakończeniu realizacji e-Skierowania (status skierowania "Zrealizowane"), operacja ta może zostać wycofana. Aby tego dokonać, po otwarciu w *Gabiniecie* wizyty do edycji (przycisk **Otwórz do edycji** na dole ekranu wizyty) należy przejść do jej danych podstawowych (przycisk **Dane podstawowe**) i na zakładce **2.**



**Skierowanie** wybrać przycisk  **Wycofaj realizację eSkierowania z P1** (zaznaczony na zdjęciu poniżej).

Dane wizyty

**1. Realizacja** **2. Skierowanie**

Rodzaj: Skierowanie Nr skierowania: 000000000 Cito

Data wystawienia: 12-11-2021 Typ zleceńodawcy: Podmiot leczniczy

Instytucja kierująca:






Personel kierujący:

Kod res. cz. V:

Kod res. cz. VII:

Kod res. cz. VIII:

Rozpoznanie:

Icons:     

W wyniku powyższej czynności wyświetli się komunikat:



Skierowanie zostało zrealizowane i zostanie wysłane wycofanie zakończenia realizacji e-Skierowania.  
Kontynuować?

**Tak** **Nie**

Po naciśnięciu **Tak** pojawi się okno *Wycofanie zakończenia realizacji eSkierowania*.

**+** Wycofanie zakończenia realizacji eSkierowania.

Przyczyna:


 Wycofaj real. eSkierowania  Wyjście

W polu "Przyczyna" należy uzupełnić przyczynę wycofania, wpisując odpowiedni tekst lub wybierając z listy rozwijalnej jedną z pozycji:

- Rezygnacja pacjenta
- Brak zleconych świadczeń w ofercie placówki.


Następnie należy wybrać przycisk **Wycofaj real. eSkierowania**, co uruchomi proces wysyłki do systemu P1 informacji o wycofaniu zakończenia realizacji e-Skierowania. Po jego finalizacji status e-Skierowania zmieni się na "U realizatora".

Po wykonaniu powyższych czynności, jeżeli e-Skierowanie ma zostać zwrócone do systemu P1, należy


wybrać znajdujący się na zakładce **2. Skierowanie**, po prawej stronie formatki, przycisk . W wyniku tego wyświetli się okno odmowy realizacji e-Skierowania, którego funkcjonalność została opisana w rozdziale [Realizacja e-Skierowania](#). Czynność tę należy pominąć, jeżeli skierowanie nie ma być zwrócone, lecz wykorzystane w placówce w powiązaniu z inną wizytą.



Jeżeli e-Skierowanie ma zostać wykorzystane w placówce, należy w danych nowej wizyty pacjenta, posiadającej rodzaj przyjęcia "Ze skierowaniem", na zakładce **2. Skierowanie** (w oknie danych

podstawowych) nacisnąć znajdującą się po prawej stronie ikonę . W wyniku tej czynności wyświetli się okno *Wybór skierowania pacjenta*, w którym z listy skierowań należy wybrać odpowiednią pozycję.

Kolejnym krokiem, po przypisaniu e-Skierowania do nowej wizyty, jest przejście do okna danych

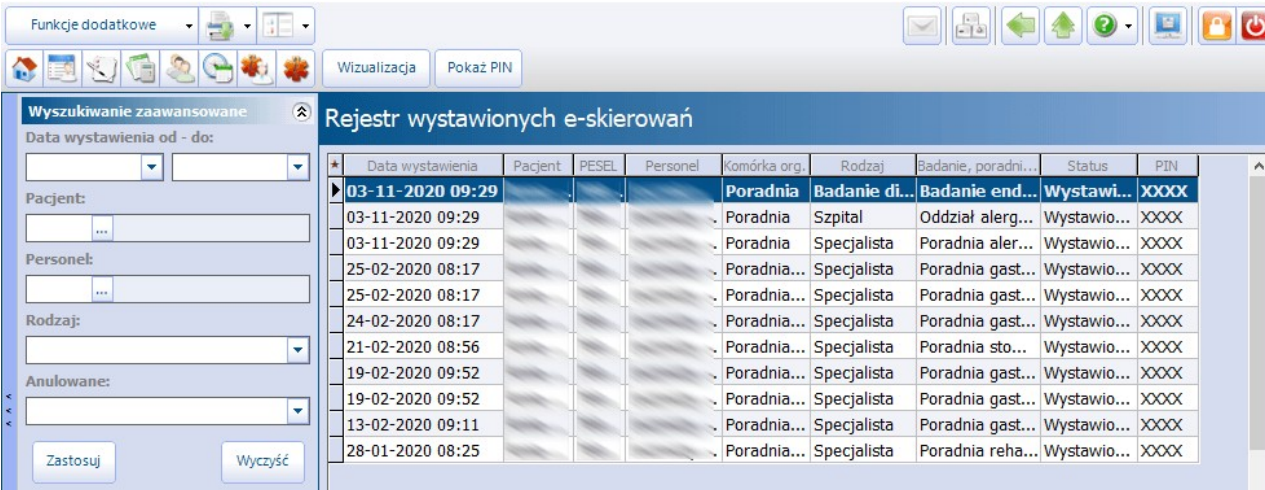
podstawowych wizyty pierwotnej na zakładkę **2. Skierowanie** i wybór przycisku , który wyczyści dane skierowania. Aby możliwe było zatwierdzenie zmian, na zakładce **1. Realizacja** w polu "Przyjęcie" należy wybrać wartość "Bez skierowania". Modyfikacje te pozwolą na usunięcie całej wizyty.

## 17.8.11.5 Rejestr wystawionych e-Skierowań

Użytkownik ma możliwość podglądu wystawionych e-Skierowań po przejściu do ścieżki:

[Rejestracja](#) (Kartoteka pacjentów) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Rejestr wystawionych e-skierowań](#).

W dostępnym oknie istnieje możliwość filtrowania pozycji oraz wywołania podglądu wizualizacji wskazanego e-Skierowania poprzez wybór przycisku **Wizualizacja**.



Data wystawienia	Pacjent	PESEL	Personel	Komórka org.	Rodzaj	Badanie, poradni...	Status	PIN
03-11-2020 09:29				Poradnia	Badanie di...	Badanie end...	Wystawio...	XXXX
03-11-2020 09:29				Poradnia	Szpital	Oddział alerg...	Wystawio...	XXXX
03-11-2020 09:29				Poradnia	Specjalista	Poradnia aler...	Wystawio...	XXXX
25-02-2020 08:17				Poradnia...	Specjalista	Poradnia gast...	Wystawio...	XXXX
25-02-2020 08:17				Poradnia...	Specjalista	Poradnia gast...	Wystawio...	XXXX
24-02-2020 08:17				Poradnia...	Specjalista	Poradnia gast...	Wystawio...	XXXX
21-02-2020 08:56				Poradnia...	Specjalista	Poradnia sto...	Wystawio...	XXXX
19-02-2020 09:52				Poradnia...	Specjalista	Poradnia gast...	Wystawio...	XXXX
19-02-2020 09:52				Poradnia...	Specjalista	Poradnia gast...	Wystawio...	XXXX
13-02-2020 09:11				Poradnia...	Specjalista	Poradnia gast...	Wystawio...	XXXX
28-01-2020 08:25				Poradnia...	Specjalista	Poradnia reha...	Wystawio...	XXXX

Kolumna PIN powyższej tabeli zawiera zaszyfrowane numery PIN poszczególnych e-Skierowań. W celu wyświetlenia właściwego numeru należy zaznaczyć dany rekord, a następnie wybrać przycisk **Pokaż PIN**.

## 17.8.12 Elektroniczne zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Skierowania](#) > [Zaopatrzenie rehab.](#)

Aplikacja mMedica posiada funkcjonalność obsługi elektronicznych zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne. Funkcjonalność ta jest dostępna w wersji **Plus (+)** programu.

Jednym z warunków poprawności wystawiania powyższego typu zleceń jest posiadanie przez użytkownika przypisanych danych logowania, z nadanymi odpowiednimi uprawnieniami w systemie eZWM Narodowego Funduszu Zdrowia. Dane te muszą być uzupełnione w sekcji Systemy NFZ w ścieżce: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 2. eRejestracja / Systemy NFZ](#). W sekcji tej, w polu "Dostępne systemy" należy zaznaczyć pozycję "eZWM".

Istotne jest także posiadanie przez personel wystawiający uprawnień po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia do wystawiania zleceń na wybierany zakres wyrobów medycznych.

W przypadku niespełnienia powyższych warunków, zlecenie zostanie odrzucone przez NFZ ze stosownym komunikatem.

Wystawienia elektronicznego zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne dokonuje się na wizycie otwartej pacjentowi *Gabinecie*. Po przejściu na zakładkę **Zaopatrzenie rehab.** należy wybrać odpowiednią pozycję z listy rozwijalnej w polu "Rodzaj zaopatrzenia", a następnie uzupełnić wszystkie dane wymagane dla wskazanego rodzaju.

The screenshot shows the 'Zaopatrzenie rehab.' form in the mMedica application. Key elements include:

- Top Bar:** Navigation icons for 'Okm', 'Opieka długoterminowa', 'Sanatorium', 'Rehabilitacja ogólnoustr.', 'Pielęgniarka / Położna', 'Zaopatrzenie rehab.' (selected), 'Zaśw. lekarskie', 'Druk OL-9', 'Druk N-14', and 'Druk (rehab)'.
- Form Fields:**
  - '1 (nowe)' button.
  - 'Dane ogólne' section with 'Nr umowy' and 'Rodzaj zaopatrzenia' (dropdown menu).
  - 'Uprawnienia dodatkowe' section with 'Dokument uprawniający'.
  - 'Wyrób medyczny' section with 'Kod wyrobu', 'Liczba sztuk', 'Umiejscowienie' (Lewostronne/Prawostronne), 'Liczba przetok', and 'Rodzaj przetok' (Nefrostomia, Urostomia, Kolostomia, Ileostomia, Przetoka ślinowa).
  - 'Zaopatrzenie comiesięczne' section with 'Liczba sztuk na miesiąc', 'Pierwszy miesiąc' (03-2020), and 'Liczba miesięcy'.
  - 'Uzasadnienie zlecenia' section with 'Rozpoznanie' and 'Kryterium przyznania'.
- Bottom Toolbar:** Buttons for 'Dokumenty medyczne', 'Dane podstawowe', 'Zalecenia', 'Wyślij' (highlighted), 'Drukuj zlecenie', 'EDM', 'Autoryzuj', and 'Umów następną'.

Wybór przycisku **Wyślij** rozpocznie wysyłkę zlecenia do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Po wysłaniu zlecenia przycisk **Wyślij** zmieni nazwę na **Sprawdź status**, a w nagłówku zakładki zlecenia status **"nowe"** zmieni się na odpowiedni w zależności od stanu tego zlecenia po stronie systemu NFZ.

Operacja sprawdzenia statusu następuje automatycznie po wysyłce lub po wybraniu wspomnianego przycisku. Po dokonaniu przez NFZ weryfikacji pojawi się okno z informacją o jej wyniku i ewentualnych błędach.

Poniższa lista prezentuje możliwe statusy zlecenia wyświetlane w programie:

- **NFZ: Zarejestrowane** - zlecenie zostało przyjęte przez system NFZ,
- **NFZ: W weryfikacji** - zlecenie jest weryfikowane przez NFZ,
- **NFZ: Zweryfikowane pozytywnie**,
- **NFZ: Zweryfikowane negatywnie** - zlecenie zweryfikowane przez NFZ jako błędne (komunikaty błędów są wyświetlane w oknie pobierania statusu),
- **NFZ: Zrealizowane** - zlecenie zostało zrealizowane przez pacjenta,
- **NFZ: Anulowane** - zlecenie zostało anulowane po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia.

W celu wydruku zlecenia należy wybrać przycisk **Drukuj zlecenie**. Aby wydruk zawierał informację o statusie weryfikacji, zaleca się wykonanie tej czynności po jej zacytaniu.

Poprawić i ponownie wysłać będzie można jedynie zlecenie ze statusem **"NFZ: Zweryfikowane negatywnie"**. W pozostałych przypadkach błędnie wystawione zlecenie należy anulować i ewentualnie wystawić ponownie.

Anulowanie zlecenia jest wywoływane automatycznie po wyborze przycisku usuwania "x" (zdjęcie poniżej).

The screenshot shows a medical software interface. At the top, there are several tabs: 'Pielęgniarka / Położna', 'Zaopatrzenie rehab.', 'Zaśw. lekarskie', 'Druk OL-9 (stan zdrowia)', 'Druk N-14 (stan zdrowia)', 'Druk PR-4 (rehabilitacja)', and 'Zaśw. dla Zespołu ds. OoN'. Below these, the status '1 (NFZ: W weryfikacji)' is displayed with a red box around the 'x' button and a red arrow pointing to it. The form includes sections for 'Dane ogólne', 'Uprawnienia dodatkowe', 'Wyrób medyczny', 'Zaopatrzenie comiesięczne', and 'Uzasadnienie zlecenia'. The 'Uzasadnienie zlecenia' section shows a list of items, including 'zaopatrzenie w wykonywaną na zamówienie i połączoną z butem ortezę stabilizującą, odcia...'. At the bottom, there are buttons for 'Dokumenty medyczne', 'Dane podstawowe', 'Zalecenia', 'Sprawdź status', 'Drukuj zlecenie', and 'EDM'.

Operacja ta wymaga podania powodu anulowania i skutkuje przesłaniem do Narodowego Funduszu Zdrowia stosownego dokumentu anulującego. W jej wyniku zlecenie uzyska status **"NFZ: Anulowane"**.

Dla zleceń w statusie **"NFZ: Anulowane"** oraz **"NFZ: Zrealizowane"** wykonanie powyższej czynności będzie zablokowane.

Istnieje możliwość anulowania zlecenia częściowo zrealizowanego. Dotyczy to zlecenia w rodzaju "Środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie - zlecenie" oraz "Środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie - kontynuacja". Jeżeli takie zlecenie zostało wystawione na kilka miesięcy i za któryś z nich zostało już

zrealizowane w systemie NFZ, podczas jego usuwania pojawi się komunikat informujący o tym, że zlecenie jest częściowo zrealizowane, po czym nastąpi jego anulowanie za pozostałe miesiące i przekazanie odpowiedniej informacji do systemu NFZ.

W programie istnieje funkcjonalność automatycznego wysyłania powiadomień do pacjentów o wystawionym elektronicznym zleceniu na zaopatrzenie w wyroby medyczne, zawierających numer zlecenia. Aby była ona aktywna, w Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w pozycji: [Komunikacja > Powiadomienia](#), w sekcji: [Powiadamianie automatyczne](#), musi być włączony parametr "**O wysłaniu zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne**". Warunkiem automatycznego wysyłania powiadomień do pacjenta jest wskazanie w jego danych w [kartotece pacjentów](#) na zakładce **2.Adres** w polu "Powiadamianie" sposobu powiadamiania oraz wypełnienie odpowiednich danych kontaktowych, a także w przypadku sposobów powiadamiania: SMS, Aplikacja IM - posiadanie licencji na odpowiednie moduły dodatkowe i ich konfiguracja. Sposób konfiguracji dla poszczególnych rodzajów powiadomień jest opisany w instrukcji obsługi [Modułu mPowiadomienia](#).

Automatyczne powiadomienie jest generowane, jeżeli zlecenie zostało pozytywnie zweryfikowane przez NFZ (status "NFZ:Zweryfikowane pozytywnie").

**Uwaga!** Jeżeli, pomimo spełnienia powyższych warunków, po poprawnym wysłaniu zleceń powiadomienia automatyczne się nie generują, należy zweryfikować, czy w przeglądzie [struktury organizacyjnej](#) w danych komórki, w której są one wystawiane, na zakładce **3.Dane dodatkowe** nie jest przypadkiem wyłączona opcja "Czy aktywne powiadomienia".

Istnieje możliwość zaczytywania do programu aktualnych wersji słownika wyrobów medycznych udostępnianych przez NFZ. Ścieżka postępowania w tym wypadku jest tak sama jak dla [importu słownika procedur ICD-9](#).

Identyfikator przesłanego zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne wyświetli się na zaleceniach ( przycisk **Zalecenia** w oknie wizyty otwartej w Gabinetecie).


**Uwaga!** W związku z aktualnie obowiązującymi wytycznymi w wersji 8.5.0 aplikacji mMedica został wycofany uproszczony wydruk zlecenia w rodzaju "Środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie - kontynuacja". Obecnie w przypadku tego typu zlecenia generowany jest pełny wydruk.

Wykaz wszystkich wystawionych zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne znajduje się: [Ewidencja > Specjalne > Przegląd zleceń na zapatrzenie w wyroby medyczne](#). W oknie tym użytkownik ma możliwość między innymi podglądu statusu wysyłki poszczególnych zleceń, ich wydruku oraz filtrowania.

## 17.9 Druki

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

Wybranie w głównym panelu ikony **Druki** umożliwia wystawienie i wydrukowanie pacjentowi wybranego druku medycznego.

Wybranie przycisku  otworzy okno *Formularze dostępne w Gabinetecie*, prezentujące następujące formularze systemowe:

- Dokument ogólny
- Formularz zgłoszenia niepożądanego odczynu po szczepieniu BCG
- Formularz zgłoszenia niepożądanego odczynu po szczepieniu innym niż BCG
- Karta informacyjna o świadczeniach udzielonych osobie uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji
- Karta konsultacji medycznej
- Karta zgonu
- MZ/N-1a Karta zgłoszenia nowotworu złośliwego
- Niebieska karta - część A



- Odmowa przyjęcia pacjenta przez lekarza
- Orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych
- Orzeczenie lekarskie dotyczące kształcenia i nauki zawodu
- Orzeczenie lekarskie o stanie zdrowia nauczyciela
- Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny
- Zaświadczenie dotyczące specjalistycznych usług opiekuńczych
- Zaświadczenie lekarskie o okresie, w którym konieczne jest sprawowanie opieki nad dzieckiem w wieku do ukończenia 8 lat
- Zaświadczenie lekarskie o przeciwwskazaniu do przewożenia w foteliku
- Zaświadczenie lekarskie o przeciwwskazaniu do używania pasów
- Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka
- Zaświadczenie lekarskie potwierdzające zdolność/niezdolność do stawienia się na wezwanie lub zawiadomienie organu uprawnionego
- Zaświadczenie lekarskie uprawniające do korzystania ze wsparcia dla dziecka
- Zaświadczenie lekarskie / wystawione przez położną, uprawniające do dodatku z tytułu urodzenia dziecka
- Zaświadczenie lekarza specjalisty o stanie zdrowia pacjenta
- Zaświadczenie o stanie zdrowia ucznia
- Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania gruźlicy
- Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zachorowania na chorobę przenoszoną drogą płciową
- Zgłoszenie podejrzenia lub rozliczenia zakażenia HIV / zachorowania na AIDS / zgonu osoby zakażonej HIV / chorej na AIDS
- Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej
- Zgoda pacjenta na wykonanie świadczenia
- Wywiad - choroby żylne - druk dostępny w ramach modułu dodatkowego "Gabinet lekarza specjalisty"
- Kwestionariusz osób uzależnionych od środków psychoaktywnych - **druk dodany w wersji 8.3.0 aplikacji mMedica**. Jest dostępny w wersji **Plus (+)** programu.
- Zaświadczenie lekarskie o związku niezdolności do pracy z chorobą zawodową/wypadkiem - **druk dodany w wersji 8.3.0 aplikacji mMedica**.
- Zaświadczenie o niemożności przybycia na posiedzenie w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności - **druk dodany w wersji 8.3.0 aplikacji mMedica**.

Część danych prezentowanych na formularzu (np. dane podmiotu, pacjenta) uzupełni się automatycznie na podstawie informacji zgromadzonych w systemie. Treść formularza należy uzupełnić ręcznie.

Oprócz funkcjonalności wydruku formularzy aplikacja posiada mechanizm powiadamiania o konieczności zgłoszenia informacji o podejrzeniu lub rozpoznaniu wyżej wymienionych przypadków.

Jeśli użytkownik wprowadzi np. jedno z poniższych rozpoznań:

- A15-A19 - zgłoszenie gruźlicy
- A50-A64 - zgłoszenie choroby przenoszonej drogą płciową
- B20-B24 - zgłoszenie HIV/AIDS

Zostanie wyświetlony następujący komunikat:

Rozpoznanie o kodzie "A15.5" znajduje się na liście zakażeń i chorób zakaźnych. Informację o rozpoznaniu należy zgłosić do odpowiedniej jednostki epidemiologicznej.

Czy chcesz przejść do wypełnienia formularza?

Tak

Nie

Jeśli użytkownik wybierze przycisk **Tak**, zostanie przeniesiony do odpowiedniego formularza, który może uzupełnić i wydrukować.

Jeżeli zostanie wybrany przycisk **Nie**, to przy autoryzacji wizyty ponownie pojawi się informacja dotycząca



wypełnienia powyższego formularza. W zależności od ustawienia parametru **Wymuszaj wypełnienie druku zgłoszenia choroby zakaźnej** opisanego w rozdziale [Inne ustawienia](#) dla konfiguracji Gabinetu, wypełnienie go będzie obligatoryjne lub będzie możliwość pominięcia tej czynności.

**Uwaga!** Do generowania formularzy dostępnych w Gabinecie konieczne jest posiadanie nadanych uprawnień do formularzy w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 5. Uprawnienia do formularzy > Gabinet](#).

## 17.10 Recepty

Ścieżka: [Gabinet > Pacjent > Recepty](#)

Wybranie w głównym panelu ikony **Recepty** otwiera okno funkcjonalności wystawiania recept. Na formatce dostępne są następujące słowniki:

- Stale podawane leki pacjenta
- Leki preferowane - zapamiętywane w kontekście lekarza
- Baza leków Pharmindex
- Leki recepturowe
- Historia leków przepisywanych pacjentowi

przy użyciu których można dokonać wystawienia recepty. Funkcjonalność wydruku recept w Gabinecie została szczegółowo opisana w rozdziale: [Wydruk recept w Gabinecie](#).

## 17.10.1 Stale podawane leki

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Recepty](#) > [Stale podawane leki](#)

Formatka *Stale podawane leki* zostanie automatycznie wyświetlona, jeśli pacjent ma dodane leki oznaczone jako stale podawane. W słowniku leków stale podawanych zapisywane są informacje o ostatnim dawkowaniu, z jakim lekarz przepisał dany lek oraz sposób i czas podawania leku. Informacje te prezentowane są w poszczególnych kolumnach.

Listę w każdym momencie można korygować - tzn. w przypadku wyleczenia pacjenta bądź zmiany farmakoterapii, lek można usunąć z listy lub dodać nowy.

Nazwa	Opakowanie	Dawkowanie	Odpt.
Aerius roztw. doustny 0,5 mg/ml	but. 60 ml	1 x 5 ml	100%
Milukante tabl. do rozgr. i żucia 4 mg	28 szt.	1 x 1	100%

Historia przepisanych leków

Okres: ostatnie 3 miesiące

23-04-2019  
Aerius roztw...

Opis leku    Przepisz zaznaczone    Usuń zaznaczone    Drukuj stale podawane leki

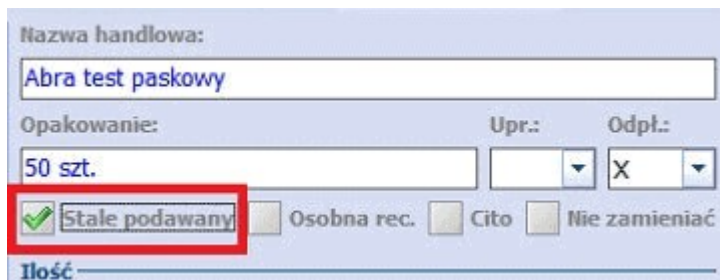
Opis przycisków znajdujących się na formatce:

- **Opis leku** - otwiera okno prezentujące szczegółowe dane wybranego leku, w tym np. cenę, skład, dawkowanie, przeciwwskazania, interakcje. Przycisk ten jest dostępny tylko dla użytkowników posiadających włączony moduł dodatkowy Baza leków Pharmindex.
- **Przepisz zaznaczone** - lek zaznaczony na liście zostanie przepisany na receptę. W celu zaznaczenia kilku leków należy przytrzymać klawisz CTRL na klawiaturze.
- **Usuń zaznaczone** - lek zaznaczony na liście zostanie usunięty z formatki *Stale podawane leki*.
- **Drukuj stale podawane leki** - domyślnie powoduje wydruk wszystkich leków prezentowanych na liście w formie dokumentu "Zalecenia stosowania dla ...". Po rozwinięciu listy zostaną wyświetlone dodatkowe opcje, które umożliwią wydruk wszystkich leków w wybranym formacie (A5 lub recepty) lub tylko tych leków, które zostały zaznaczone na liście.

Użytkownicy posiadający wersję Standard+ lub Komercja+ otrzymają dodatkowo dostęp do [historii przepisanych leków stale podawanych](#). Szczegółowy opis znajduje się w kolejnym podrozdziale.

### 17.10.1.1 Dodanie leku do stale podawanych

Aby oznaczyć lek jako stale podawany, należy wybrać go dwuklikiem z preferowanego słownika leków (np. z Bazy leków Pharminindex) - system przepisze dane o leku do kolejnego okna, które służy do przygotowania leku do wypisania. Następnie należy zaznaczyć pole **"Stale podawany"** i dodać lek na receptę.



Istnieje również funkcjonalność pozwalająca na dodawanie leków do stale podawanych, bez konieczności przepisywania leku na receptę. Dzięki temu lekarz może odnotować w programie informacje o lekach stale

zażywanych przez pacjenta, np. zleconych przez innego lekarza. Służy do tego przycisk znajdujący się w oknie prezentującym szczegółowe dane leku. Lek stale podawany zostanie zapamiętany z nast. danymi:

- Odpłatność
- Osobna recepta
- Cito
- Nie zamieniać
- Ilość
- Dawkowanie
- Sposób i czas podania
- Uwagi i zalecenia



Nazwa handlowa:

Opakowanie:  Upr.:  Odpł.:

☒ Stale podawany ☐ Osobna rec. ☐ Cito ☐ Nie zamieniać

Ilość  
 opak. po

Słownie:

Dawkowanie  
 x po

Liczba dni stosowania leku:

Niestandardowe:

Sposób i czas podania

Uwagi/zalecenia

Po wybraniu przycisku konieczne jest wskazanie daty z jaką następuje dodanie leku do stale podawanych (program umożliwia wprowadzenie daty wstecznej):

**Podaj datę przepisania leku**

Data:

Szczegółowe informacje o stale podawanych lekach niepowiązanych z wizytą prezentowane są po wybraniu ikony **Wizyta** a następnie **Stale pod. leki**:

Stale podawane leki						
	Nazwa	Opakowanie	Dawkowanie	Podanie	Data pierwszej rec.	Data ost. rec.
▶	Abaktal tabl. powł. 400 mg	10 szt.			2016-04-21	2016-04-21
	Abilify roztw. do wstrz. 7,5 mg/ml	fiolka 1,3 ml			2016-06-07	2016-06-07
	Abilify tabl. 10 mg	28 szt.			2016-06-07	2016-06-07
	Abilify tabl. 15 mg	28 szt.			2016-06-07	2016-06-07
	Abra test paskowy	50 szt.			2016-04-13	2016-04-13

Aplikacja mMedica weryfikuje, czy lek dodawany na receptę przy użyciu słownika leków Pharmindex znajduje się na liście stale podawanych leków. Jeśli lek znajduje się na liście, a mimo to wybierany jest z innego słownika leków, podczas dodawania leku na receptę zostanie wyświetlony następujący komunikat:

Lek znajduje się na liście stale podawanych leków pacjenta, ale nie zaznaczono pola "Stale podawany".  
Czy chcesz oznaczyć lek jako stale podawany?

Tak

Nie

Anuluj

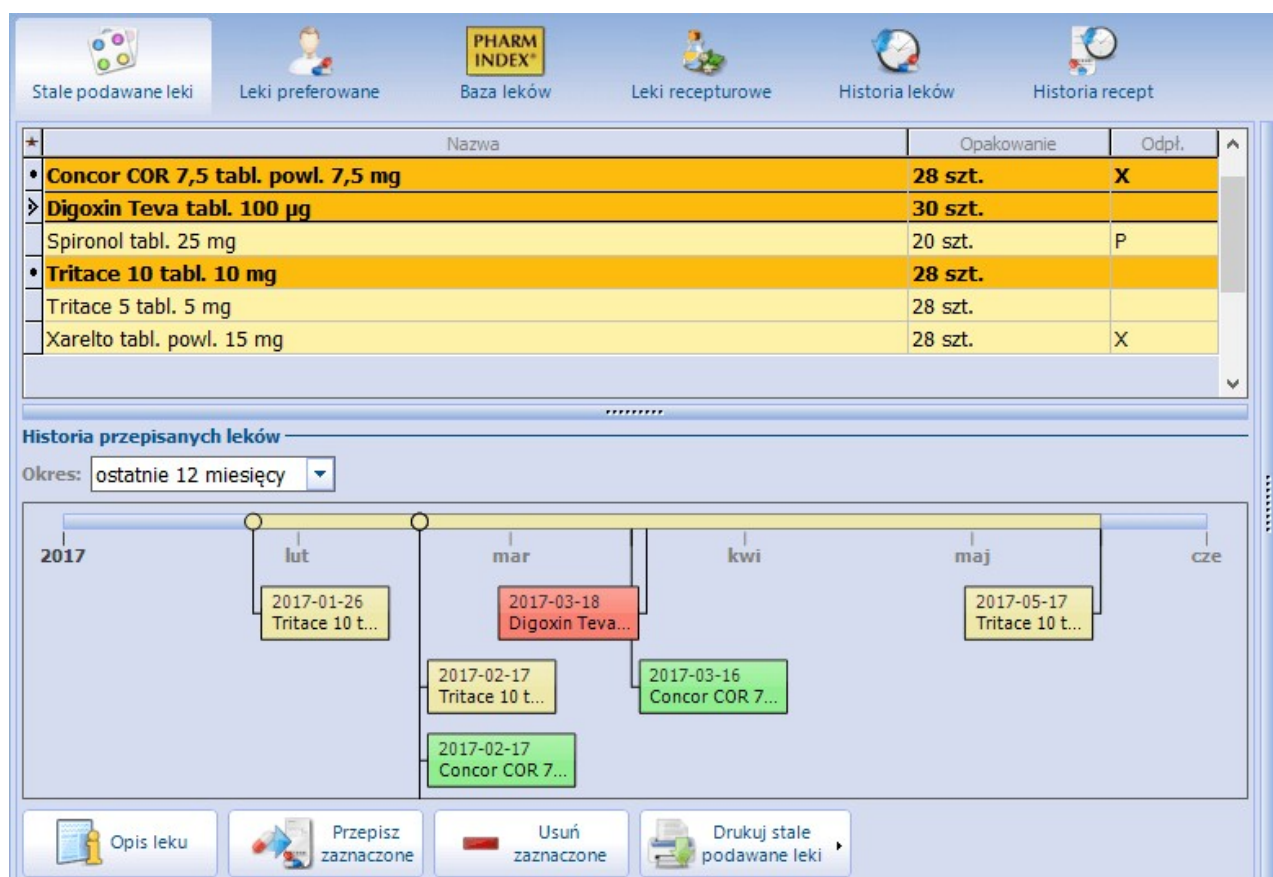
Wybranie przycisku "Tak" spowoduje automatyczne oznaczenie na receptce checkboxa "Stale podawany" i odświeżenie informacji o leku na formatce *Stale podawane leki*. Zaleca się wykorzystywanie funkcjonalności, gdyż np. w przypadku zmiany dawkowania leku, informacja ta zostanie nadpisana i przy kolejnym przepisywaniu leku ze stale podawanych, lek zostanie przepisany z ostatnimi, aktualnymi danymi.



### 17.10.1.2 Historia przepisanych leków stale podawanych

Użytkownicy posiadający wersję Standard+ lub Komercja+ otrzymają dostęp do wykresu historii przepisanych leków, które zostały oznaczone jako stale podawane. Informacje te wyświetlane są w dolnej części formatki *Stale podawane leki*.

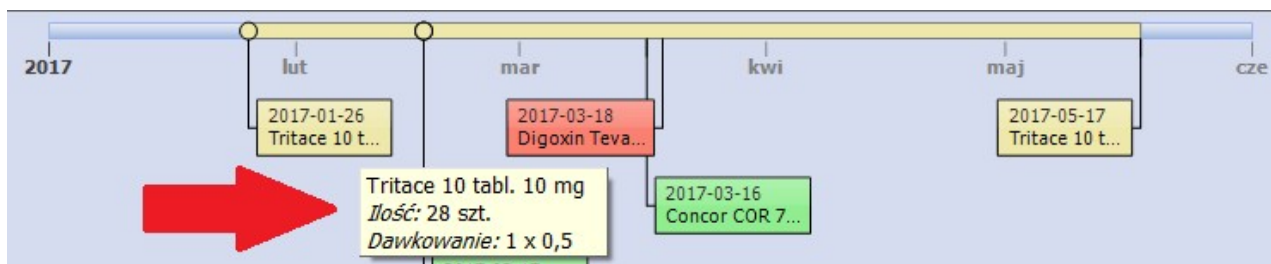
Formatka *Stale podawane leki* podzielona jest na dwa okna. W górnej części wyświetlane są leki, które zostały oznaczone jako stale podawane, zaś w dolnym oknie *Historia przepisanych leków* na osi czasu prezentowany jest lek, który został podświetlony w górnym oknie.



Wybrany lek prezentowany jest na osi czasu dla każdej recepty, która została wystawiona w wybranym okresie: ostatnie 3, 6, 12 miesięcy.

Kółka na osi czasu oznaczają dzień wystawienia recepty lub dzień, od którego można zrealizować receptę. Na podstawie ilości leku w opakowaniu, ilości przepisanych opakowań oraz dawkowania na osi czasu prezentowany jest okres stosowania leku, oznaczony jako kolorowy odcinek na osi. W przypadku zaznaczenia kilku leków stale podawanych, leki na osi czasu zostaną wyróżnione odrębnymi kolorami.

W wyświetlanych etykietach tekstowych prezentowana jest data wystawienia recepty oraz nazwa leku oraz data końca zażywania leku. Po najejchaniu kursorem myszki na etykietę wyświetlane są dodatkowe informacje t.j. ilość leku w opakowaniu oraz dawkowanie, jeśli zostało określone na receptie.



## 17.10.2 Leki preferowane

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Recepty](#) > [Leki preferowane](#)

W słowniku leków preferowanych znajdują się leki, które lekarz realizujący choć raz przepisał na receptę któremukolwiek z pacjentów. Do słowników leków preferowanych nie są dodawane leki recepturowe. Formatka *Leki preferowane* zostanie automatycznie wyświetlona, jeśli pacjent nie ma żadnych leków oznaczonych jako stale podawane.

Na formatce zapisywane są informacje o opakowaniu, odpłatności oraz wskazaniach rejestracyjnych leku, co prezentowane jest w przygotowanych do tego kolumnach. Aby przyspieszyć proces wyszukiwania leku do przepisania na receptę, można skorzystać z pola **Szukaj**. Po wpisaniu nazwy leku w omawianym polu, system automatycznie wyfiltruje na liście leki o tej nazwie. Obok pola **Szukaj** znajduje się lista rozwijana, umożliwiającą filtrowanie leków preferowanych według sposobu ich pochodzenia i aktualności. Wyróżniamy następujące filtry:

- Wszystkie
- Wszystkie aktualne - wyświetlone zostaną leki, które są w aktualnej wersji słownika Pharmindex oraz wszystkie inne leki, które zostały dodane a mają inne pochodzenie niż Pharmindex
- Własne
- Z bazy Pharmindex
- Aktualne z bazy Pharmindex - wyświetlone zostaną tylko i wyłącznie leki, które znajdują się w aktualnej wersji bazy Pharmindex.
- Nieaktualne z bazy Pharmindex - dotyczy pozycji, których nie ma w aktualnej wersji bazy Pharmindex.

W programie dostępna jest funkcja wyświetlania leków preferowanych, które były wykorzystywane przez lekarza w wybranym okresie czasu. W filtrze domyślnie ustawiona jest wartość 6 miesięcy, co oznacza, że na liście wyświetlane będą leki preferowane, które w przeciągu ostatniego półrocza lekarz przepisał na receptę. Wartości dostępne na liście rozwijanej to: ostatni miesiąc, ostatnie 3 miesiące, ostatnie 6 miesięcy, ostatnie 12 miesięcy.

Program zapamiętuje i podpowiada ostatnio wybrany okres czasu w kontekście użytkownika.

Stale podawane leki   **Leki preferowane**   Baza leków   Lek recepturowe   Historia leków   Historia recept

Szukaj:  Wszystkie Ostatnie 6 miesięcy ☐ Pielęgniarka

Nazwa	Opakowanie	Odpl.	Wskazania
<b>4Flex proszek do sporz. roztw. doustnego sm...</b>	<b>30 saszetek</b>		
Abacavir + Lamivudine Mylan tabl. powl. 600 mg+3...	30 szt.		
Abacavir/Lamivudine Teva tabl. powl. 600 mg+300 ...	30 szt. (blister)		
Abaktal roztw. do inf. 400 mg/5 ml	10 amp. 5 ml		
Abaktal tabl. powl. 400 mg	10 szt.		
Abasaglar roztw. do wstrz. 100 j.m./ml	10 wkł. 3 ml	30% / 30...	E10 / E11, E10, E13, E11 +...
Abelcet konc. do sporz. zaw. do inf. 5 mg/ml	10 fiolek 20 ml		
Abilify roztw. do wstrz. 7,5 mg/ml	fiołka 1,3 ml		
Abilify tabl. 15 mg	28 szt.	R / R	F20 / F31
Accu-Chek Performa test paskowy	50 szt.	30% / R	O24, E13, E12, E11, E10 / ...

Opis leku   Słownik leków własnych   Usuń zaznaczone

Ponadto wraz z dodaniem leku na formatkę *Leki preferowane* aplikacja zapamiętuje wybrane dawkowanie leku. W oknie służącym do przygotowania leku do wypisania w polu **Użyte** są zapamiętywane wszystkie dawkowania leku, jakie zostały wcześniej przepisane. W celu usunięcia informacji o dawkowaniu należy rozwinąć pole **Użyte**, a następnie wybrać opcję **Usuń**. Aby zmienić zapamiętane dawkowanie należy z listy dostępnych jednostek/sposobów dawkowania wybrać inną wartość (zdj. poniżej).

Nazwa handlowa:  
Abseamed roztw. do wstrz. 2000 j.m./ml

Opakowanie: 6 amp.-stryk.   Upr.:   Odpl.: X

☐ Stale podawany   ☐ Osobna rec.   ☐ Cito   ☐ Nie zamieniać

Ilość: 1 opak. po 6 amp.

Słownie:  Wstaw

Dawkowanie: 1 x po 1 ml. **Użyte**

Liczba dni stosowania leku:

Niestandardowe:

Sposób i czas podania:   **Użyte**

Uwagi/zalecenia:

Interakcje   Dodaj na receptę

Opis przycisków znajdujących się na formatce:

- **Opis leku** - otwiera okno prezentujące szczegółowe dane wybranego leku, w tym np. cenę, skład, dawkowanie, przeciwwskazania, interakcje. Przycisk ten dostępny jest tylko dla użytkowników posiadających włączony moduł dodatkowy Baza leków Pharmindex.
- **Słownik leków własnych** - otwiera okno *Leki własne*, w którym istnieje możliwość ręcznego utworzenia bazy leków wykorzystywanych przez lekarza. Szczegółowy opis znajduje się poniżej.
- **Usuń zaznaczone** - usuwa z preferowanych leki zaznaczone na liście. Istnieje możliwość zaznaczenia wielu leków (za pomocą lewego przycisku myszy i klawisza Ctrl lub Shift).

Na formatce leków preferowanych znajduje się funkcjonalność tworzenia słownika leków własnych,



wykorzystywanych przez lekarza - służy do tego przycisk . Po jego wybraniu otwarte zostanie okno *Leki własne* prezentujące listę leków własnych, dodanych przez użytkownika programu.

Opis przycisków znajdujących się w oknie **Leki własne**:



- lek zaznaczony na liście zostanie dodany do preferowanych (zostanie skopiowany do folderu **Preferowane**).



- umożliwia dodanie nowej pozycji do słownika. Otwarte zostanie okno "Dane leku" w celu uzupełnienia informacji dotyczących leku własnego.



- otwiera okno "Dane leku" w celu edycji/modyfikacji danych leku własnego.

Aby dodać nowy lek własny należy wybrać przycisk znajdujący się w lewym, dolnym rogu okna. Wybranie przycisku "Dodaj pozycję do słownika" otworzy okno *Dane leku* w celu ręcznego wprowadzenia informacji dotyczących leku własnego, np. nazwy handlowej, postaci, dawki, opakowania. Dodany lek można przyporządkować do grupy leków (pole **Grupa**), dzięki czemu wyszukiwanie leku w słowniku stanie się prostsze i szybsze.

- **Osobna recepta** - zaznaczenie pola [✓] powoduje, że lek za każdym razem będzie drukowany na osobnej receptce.
- **Ilość słownie** - zaznaczenie pola [✓] i uzupełnienie pola "Ilość w opakowaniu" powoduje, że po dodaniu leku na receptę ilość leku słownie będzie uzupełniana przez system automatycznie.




## 17.10.3 Słownik leków Pharmindex

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Recepty](#) > [Baza leków Pharmindex](#)

Program mMedica w wersji **Standard** i **Standard+** jest dostosowany do pracy z podstawową wersją słownika leków Pharmindex. Wersja podstawowa Pharmindex umożliwia korzystanie z bazy leków w zakresie takich informacji jak: nazwa, postać, opakowanie, dawka, producent, odpłatność. Pozostałe informacje o lekach (w tym np. dawkowanie, przeciwwskazania, czy interakcje) zawarte w opisie (przycisk **Opis leku**) są dostępne w ramach pełnej wersji bazy leków Pharmindex, z której można skorzystać po zakupieniu licencji na moduł dodatkowy.

Zakres danych wyświetlanych w oknie bazy leków Pharmindex rozszerzono o kolumnę **"Dostępność"**, prezentującą procentowo informację o dostępności leków. Informacja ta aktualizowana jest cyklicznie poprzez usługę mmService zainstalowaną na serwerze. Świadczeniodawca posiadający licencję na moduł dodatkowy [Menedżer Eksportów](#) będzie miał dostęp do podglądu i edycji zadania pobierania informacji o dostępności leków po przejściu do okna: [Zarządzanie](#) > [Operacje techniczne](#) > [Harmonogram Zadań](#).

Jeżeli dla danego leku istnieje ryzyko pojawienia się problemów związanych z występowaniem specyficznych substancji czynnych, które nie pełnią roli leczniczej, ale mogą wpływać na stan pacjenta (uczulenia),

wówczas w kolumnie **"Substancje pomocnicze"** wyświetli się dla niego symbol ostrzeżenia . W przypadku aktywnego modułu dodatkowego "Pharmindex Bezpieczeństwo" po najechaniu na ikonkę symbolu kursorem myszy i kliknięciu w link, który się pojawi, użytkownik będzie mógł zapoznać się ze szczegółową informacją dotyczącą tych substancji zamieszczoną w opisie leku.

Prezentowane są również kolumny:

- **"Wiek - wpływ na refundację"** - dla danego leku pojawi się w niej symbol ostrzeżenia, jeżeli na poziom refundacji tego leku ma wpływ wiek pacjenta. Przy aktywnym module dodatkowym "Pharmindex Baza leków", po najechaniu na symbol kursorem myszy i kliknięciu w link, otworzy się opis leku ustawiony na sekcji [Zakres wskazań objętych refundacją](#).
- **"Wpływ na badania diagnostyczne"** - pojawi się w niej symbol ostrzeżenia dla leków, które mogą wpływać na wynik badania diagnostycznego. Informacja o wpływie na badania diagnostyczne znajduje się również w opisie leku dostępnym w module "Pharmindex Baza leków".

W celu korzystania ze słownika leków Pharmindex, należy go uruchomić według zaleceń przedstawionych poniżej:

a) użytkownicy posiadający moduł dodatkowy - po zacytaniu opłaconej licencji do aplikacji, moduł należy uruchomić w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), sekcja: [System](#) > [Moduły dodatkowe](#), dostępny jako parametr dla stacji roboczej

b) użytkownicy posiadający wersję programu STD lub STD+ - słownik należy włączyć, zaznaczając opcję **Włącz słownik Pharmindex** w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), sekcja: [Gabinet](#) > [Różne](#)

Po przejściu do lokalizacji: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Recepty](#) > [Baza leków Pharmindex](#) wyświetlona zostanie formatka, prezentująca leki uporządkowane alfabetycznie.



Nazwa	Opakowanie	Wskazania	Odpłatność	Wiek - wpływ na refundację	Substancje pomocnicze	Dostępność	Producent	Wpływ na badania diagnostyczne
4Flex proszek do sporz. zaw. doustnej	30 saszetek 10,02 g					80%	Valeant	
4Flex proszek do sporz. zaw. doustnej	30 saszetek 10,02 g					5%	Valeant	
Abacavir + Lamivudine Mylan tabl. powł. (600 mg+300 mg)	30 szt.				!	Brak danych	Mylan	
Abaktal® tabl. powł. (400 mg) (Skrócone pozw./wstrzymanie w	10 szt.				!	5%	Sandoz	!
Abasaglar roztw. do wstrz. (100 j.m./ml)	10 wkł. 3 ml	WSK/S75+/C	30%/S75+/C	!		50%	Eli Lilly Nederland	
Abelcet konc. do sporz. zaw. do inf. (5 mg/ml)	10 fiolek 20 ml				!	Brak danych	Teva Pharmaceuticals Polska	
ABE płyn na skórę ((89 mg+89 mg)/g)	but. 8 g					100%	Grupa Inco	
Abilify roztw. do wstrz. (7,5 mg/ml)	fiołka 1,3 ml					5%	Otsuka Pharmaceutical Netherlands	
Abilify tabl. (10 mg)	28 szt.				!	5%	Otsuka Pharmaceutical Netherlands	
Abilify tabl. (15 mg)	56 szt.	WSK	R		!	20%	Otsuka Pharmaceutical Netherlands	
Abilify tabl. (15 mg)	14 szt.				!	5%	Otsuka Pharmaceutical Netherlands	
Abilify tabl. (15 mg)	28 szt.	WSK	R		!		Otsuka Pharmaceutical	

Aby wybrać lek należy wpisać jego nazwę lub początkowy fragment nazwy w polu **Szukaj**, następnie wybrać go dwuklikiem. Po określeniu dodatkowych informacji, jak: ilość, dawkowanie, sposób i czas podania, uwagi/zalecenia, uprawnienia wybrany lek należy przenieść na receptę za pomocą przycisku **Dodaj na receptę**. Szczegółowy opis dodawania leków na receptę znajduje się w rozdziale: [Recepty](#).

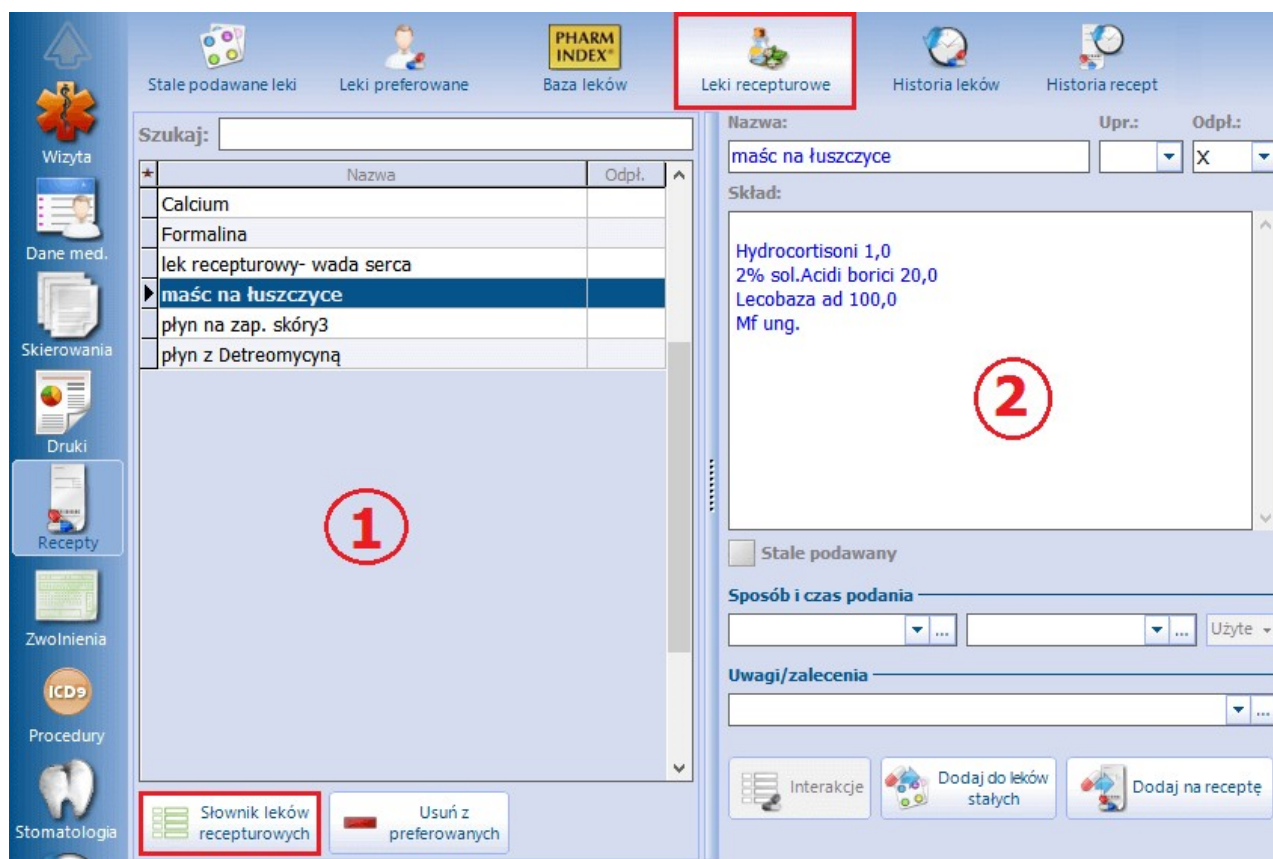
Szczegółowa instrukcja modułu "Baza leków Pharmindex" znajduje się na [stronie internetowej](#) produktu mMedica.

## 17.10.4 Leki recepturowe

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Recepty](#) > [Leki recepturowe](#)

Funkcjonalność daje możliwość korzystania ze słownika leków recepturowych, czyli produktów leczniczych sporządzanych w aptece według recepty lekarskiej i przepisywanie ich na receptę. Słownik może być tworzony przez użytkowników systemu samodzielnie, poprzez dodanie informacji o składzie jakościowym i ilościowym preparatu zgodnie ze stopniem zaawansowania choroby i indywidualnymi cechami chorego. Słownik leków recepturowych jest dodatkowo zasilany danymi leków zacytywanymi podczas aktualizacji bazy leków Pharmindex. Informacje dotyczące sposobu wykonywania tej aktualizacji zawiera rozdział [Powiadomienia programu mMedica](#).

Formatka *Leki recepturowe* domyślnie jest pusta. Zostaną na niej wyświetlone leki, które podczas wyboru ze słownika leków recepturowych zostały oznaczone jako leki preferowane. W przypadku wyświetlania dużej ilości leków na formatce zaleca się skorzystanie z pola "Szukaj", które przyspieszy proces wyszukiwania. Po wpisaniu nazwy w omawianym polu, system automatycznie wyfiltruje na liście leki o tej nazwie. Po najechaniu kursorem myszki na lek recepturowy znajdujący się na liście, zostanie wyświetlone dodatkowe okno prezentujące skład leku.



Wybranie przycisku **Słownik leków recepturowych** (zdz. powyżej) otworzy okno *Leki recepturowe* prezentujące listę leków dodanych do słownika przez użytkownika oraz pobranych podczas aktualizacji bazy leków Pharmindex. Sposób dodawania leków do słownika został omówiony w kolejnym podrozdziale.

**Leki recepturowe**

Nazwa:  Grupa:

Widok: 1 Preferowane 2 Ostatnio wybierane 3 Wszystkie

Nazwa	Grupa
Płyn keratolityczny na odciski z kwasem salicylowym i mlekowym.	
Płyn Lugola.	
Płyn na grzybicę jamy ustnej z nystatyną i benzokainą.	
Płyn na ropne stany zapalne skóry z ichtiolem.	
Płyn przeciwgrzybiczy do butów z formaliną.	
Płyn z hydrokortyzonem, nalewką z arniki i pieprzowca, rezorcyną.	
Pręciki przeciwbakteryjne z biseptolem i kwasem borowym.	
Pręciki z metronidazolem.	
Pręciki z nystatyną i neomycyną.	
Proszki z bromkiem potasu.	
Puder płynny na bazie tlenku cynku, talku i gliceryny i wody oczys...	
Puder płynny na bazie tlenku cynku, talku, gliceryny i wody wapie...	
Puder płynny z neomycyną, tlenkiem cynku, talkiem, siarką i wod...	
Roztwór chlorku wapnia do zabiegów jonoforezy.	
<b>Nazwa: Roztwór do dezynfekcji rąk z chlorheksydyną.</b>	
<b>Skład: Etanol 70° ad 100.00g</b>	
<b>20% roztwór chlorheksydyny diglukonianu 2.50g</b>	
<b>Dawkowanie: D.S. zewnątrznie</b>	
Zawiesina z gentamycyną, hydrokortyzonem, wodorowęglanem s...	
Zawiesina z urotropiną, tlenkiem cynku i talkiem.	


Wybierz (F5) Wyjście

Leki recepturowe zaczytane do słownika wraz z aktualizacją bazy leków Pharmindex są nieaktywne do edycji. W celu wyświetlenia danych takiego leku należy najechać kursorem myszy na odpowiednią pozycję na liście leków.

Aby dodać lek recepturowy na receptę należy:



- Dwuklikiem wybrać lek recepturowy:
  - Z głównego okna formatki, jeśli lek został dodany do preferowanych (1).
  - Ze słownika leków po kliknięciu w przycisk **Słownik leków recepturowych**.  
Wybrany lek zostanie przeniesiony do okna służącego do przygotowania leku do wypisania (2).
- Określić sposób podania leku, wprowadzić dodatkowe zalecenia, jeśli wymagane. Następnie wybrać przycisk **Dodaj na receptę**.
- Dokonać wystawienia recepty.

### 17.10.4.1 Dodanie leku recepturowego do słownika

W aplikacji mMedica istnieje możliwość samodzielnego tworzenia słownika jednostek i oznaczeń skrótów farmaceutycznych tj. conct., dil., q.s., ad. za pomocą przycisku  dostępnego w odpowiedniej kolumnie np. "Oznaczenie".

Poszczególne leki recepturowe mogą być dodawane do słownika przez użytkownika samodzielnie. Korzystając z przygotowanego słownika surowców farmaceutycznych, można w prosty sposób zapisać skład leku recepturowego.

W celu dodania pozycji do słownika należy:

1. Na formatce *Leki recepturowe* wybrać przycisk **Słownik leków recepturowych**.
2. Otwarte zostanie okno *Leki recepturowe*, w którym należy wybrać przycisk  **Dodaj pozycję do słownika**.
3. W oknie *Lek recepturowy* wprowadzić:
  - a) Podstawowe informacje o leku, jak nazwa i odpłatność.
  - b) Ze słownika surowców farmaceutycznych, dostępnego po wybraniu przycisku , wybrać składnik leku.
  - c) W sekcji *Skład* określić jego ilość, jednostkę lub skrót farmaceutyczny w przeznaczonych do tego kolumnach.Informacje o składzie jakościowym i ilościowym leku można również wprowadzić ręcznie, wpisując w polu tekstowym w sekcji *Opis*.
4. Określić dodatkowe parametry wyświetlania leku - wyjaśnienie poniżej:
  - **Grupa** - pozwala przyporządkować lek do grupy utworzonej wcześniej przez użytkownika, a następnie wyszukiwać go po grupie w słowniku leków recepturowych.
  - **Czy prywatny** - zaznaczenie pola [✓] powoduje, że lek recepturowy będzie widoczny tylko dla użytkownika, który go utworzył i przez niego będzie mógł być modyfikowany i usuwany.
  - **Dostępność** - określa dostępność leku recepturowego:
    - Gabinet - lek będzie widoczny w słowniku leków recepturowych na wizycie realizowanej w Gabinetcie.
    - Hospitalizacja - lek będzie widoczny w słowniku leków recepturowych w hospitalizacji.
    - Pusta wartość - lek będzie widoczny zarówno na wizytach gabinetowych, jak i w hospitalizacji.
5. W sekcji Dawkowanie uzupełnić informacje o dawkowaniu leku.
6. Jeżeli lek został oznaczony jako **Rpw**, wpisać nazwę i ilość substancji czynnej w sekcji Substancja czynna.
7. Zapisać lek przyciskiem **Zatwierdź**.

**Lek recepturowy** [X]

Nazwa:

Grupa:  ... Dermatologiczne Dostępność:

Odpłatność:  ☐ Rpw ☐ Czy prywatny

**Substancja czynna:**

Nazwa:

Ilość:

**Skład:**

*	Nazwa	Oznaczenie	Ilość	Jednostka
I	Acidum salicylicum	aa	0,4	g



**Opis:**

Ac. salicylici 0.4  
3% ung. Ac. borici ad 200.0

**Dawkowanie**

x po

Niestandardowe:

 Zatwierdź  Wyjście

Wszystkie dodane leki będą wyświetlane w słowniku leków recepturowych, który omówiono poniżej.










**Leki recepturowe**

Nazwa:  Grupa:

Widok: 1 Preferowane 2 Ostatnio wybierane 3 Wszystkie

Nazwa	Grupa
maść na zap.ok.cewki moczowej	
maść na zap.skóry witaminowa	
maść p-alerg.	
maść p-zapalna z Hydroc.	
maść przeciwzapalna	
▶ maść witaminowa	
maść z Detreomycyną 3	
maść z Gentamycyną	
maść z Gentamycyną 2	
maść z Hydroc.	
maść z Hydroc.	
maść z mocznikiem i Prednisolonem	
maść z Neomyc.i Hydroc.	
maść z Tormentionem i Flucinarem	
maść z vit A i E 2	





 Wybierz (F5)
  Wyjście
 

Opis przycisków znajdujących się w oknie *Leki recepturowe*:



**Dodaj do preferowanych** - dodaje do preferowanych lek zaznaczony na liście (kopiuje do folderu "Preferowane"). Ponadto będzie wyświetlany w głównym oknie leków recepturowych.



**Dodaj pozycję do słownika** - dodaje nowy lek do słownika. Otwarte zostanie okno *Lek recepturowy*, w celu uzupełnienia informacji dotyczących leku recepturowego.



**Dodaj kopię leku** - kopiuje skład leku zaznaczonego na liście. Opcja przydatna w przypadku tworzenia nowej pozycji o podobnym składzie. Przycisk ten jest nieaktywny dla leków zaczytanych do słownika wraz z aktualizacją bazy leków Pahrminindex.



**Pokaż dane pozycji słownika** - otwiera okno *Lek recepturowy* w celu edycji/modyfikacji danych leku recepturowego. Przycisk ten jest nieaktywny dla leków zaczytanych do słownika wraz z aktualizacją bazy leków Pahrminindex

W programie istnieje możliwość samodzielnego tworzenia słownika surowców farmaceutycznych. Aby dodać nową pozycję do słownika, należy w oknie *Lek recepturowy* wybrać przycisk **Dodaj surowiec**. Otwarte zostanie okno *Surowce farmaceutyczne - wielowybór* zawierające listę ponad dwustu surowców zaproponowanych przez dostawcę oprogramowania. Aby dodać własną pozycję do słownika należy wybrać przycisk **Dodaj pozycję do słownika** i w oknie *Surowiec farmaceutyczny* wprowadzić nazwę surowca, zatwierdzić zmiany.

**Surowce farmaceutyczne - wielowybór**

Kod lub nazwa:

☒ Tylko aktualne



Widok: 1 Preferowane 2 Ostatnio wybierane 3 Wszystkie




Nazwa
Absinthii herba
Acaciae gummi dispersione desiccatum
Acaciae gummi dispersione desiccatum
Acidum acetyl
Acidum ascorb
Acidum benzo
Acidum boricu
Acidum boricu
Acidum boricu
Acidum citricum monohydratum
Acidum lacticum
Acidum salicylicum
Acidum salicylicum cum Vaseline albo 1 + 1
Acidum tartaricum
Adeps suillus
Aminophyllinum dihydricum
Ammoniae solutio concentrata 25%
Ammonii anisatus spiritus




**Surowiec farmaceutyczny**

Nazwa surowca:

☒ Czy aktualny

 Zatwierdź  Wyjście

 Wybierz (F5)  Wyjście 

## 17.10.5 Historia leków

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Recepty](#) > [Historia leków](#)

Po wybraniu formatki *Historia leków* użytkownik uzyska informację o wszystkich lekach, jakie kiedykolwiek były przepisywane danemu pacjentowi na receptę. W oknie prezentowane są informacje o nazwie leku, ostatniej przepisanej ilości, ostatniej wybranej odpłatności i dawkowaniu. Dodatkowo, w kolumnie prezentowana jest data ostatniej recepty, na której przepisano dany lek oraz dane personelu, który ją wystawił.

Nazwa	Ost. ilość	Ost. odpł.	Dst. dawkowa...	Data ost. recepty	Ost. personel
Aerius roztw. doustny ...	1 op. x but. 60 ml	100%		23-04-2019	Nowak Anna
Dicoflor krople krople ...	1 op. x but. 5 ml	100%		23-04-2019	Nowak Anna
Ibum zaw. doustna o s...	1 op. x but. 130 g	100%		23-04-2019	Nowak Anna

Aby przyspieszyć proces wyszukiwania leku, można skorzystać z pola "Szukaj". Po wpisaniu nazwy leku w omawianym polu, system automatycznie wyfiltruje na liście leki o tej nazwie.

Obok pola "Szukaj" dostępna jest lista rozwijalna umożliwiająca filtrowanie leków według sposobu ich pochodzenia i aktualności. Wyróżniamy następujące filtry:

- Wszystkie
- Wszystkie aktualne - wyświetlone zostaną leki, które są w aktualnej wersji słownika Pharmindex oraz wszystkie inne leki, które zostały dodane, a mają inne pochodzenie niż Pharmindex
- Własne
- Z bazy Pharmindex
- Aktualne z bazy Pharmindex - wyświetlone zostaną tylko i wyłącznie leki, które znajdują się w aktualnej wersji słownika Pharmindex.

W celu zawężenia wyników wyszukiwania można dodatkowo skorzystać z następujących filtrów:

- **Komórka org.** - nazwa komórki organizacyjnej, w której została wystawiona pacjentowi recepta.
- **Personel** - dane osoby personelu, która wystawiała pacjentowi receptę zawierającą dany lek.
- **Okres** - przedział czasu, z którego zostaną wyświetlone leki wystawione pacjentowi. Wartości możliwe do wyboru:
  - ostatni miesiąc
  - ostatnie 3 miesiące
  - ostatnie 6 miesięcy
  - ostatnie 12 miesięcy

Zaznaczenie checkboxa "Pielęgniarka" w górnej części okna spowoduje wyświetlenie wyłącznie tych leków, do przepisania których posiada uprawnienia pielęgniarka i/lub położna.

Oprócz możliwości podejrzenia historii przepisywanych leków, użytkownik może wybrać dowolny lek z listy i dodać go na receptę. W tym celu, należy zaznaczyć lek na liście i skorzystać z przycisku **Przepisz**

**zaznaczone** lub wybrać go dwuklikiem. Aby przepisać na receptę większą ilość leków, należy zaznaczyć je na liście przytrzymując na klawiaturze przycisk CTRL. Leki wybrane w ten sposób zostaną przeniesione do kolejnego okna, służącego do przygotowania leku do wypisania.

Podczas pracy użytkownik może spotkać się z informacją o treści: "Wybrana konfiguracja systemu nie weryfikuje odpłatności leku z aktualną listą refundacyjną", wyświetlaną w dolnej części formatki. Wskazuje ona na włączenie parametru **Podpowiadaj odpłatność na podstawie ostatnio przepisanego leku** (obejmującego okna *Stale podawane leki*, *Historia leków*, *Historia recept*) w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [Gabinet > Recepty](#).

## 17.10.6 Historia recept

Ścieżka: [Gabinet > Pacjent > Recepty > Historia recept](#)

Na formatce *Historia recept* prezentowane są dane wszystkich recept, jakie zostały wystawione pacjentowi. W górnym oknie wyświetlane są podstawowe dane recept tj. data wystawienia, numer recepty, komórka organizacyjna i personel. W kolumnie "Status" prezentowany jest status recepty w P1, wystawionej w sposób elektroniczny.

Z kolei w dolnym oknie wyświetlane są dane leków, które zostały przepisane na receptę zaznaczonej w górnym oknie formatki.

Użytkownik za pomocą dostępnych filtrów może wyświetlić recepty wystawione przez konkretną osobę personelu, w danej komórce organizacyjnej i w zdanym okresie czasu (ostatni miesiąc, ostatnie 3/6/12 miesięcy).

The screenshot shows the 'Historia recept' window. At the top, there are navigation icons and a search bar. Below the search bar, there are filters for 'Komórka org.', 'Personel', and 'Okres'. The main table lists prescriptions with the following data:

Data recepty	Nr recepty	Komórka org.	Personel	Status
2016-09-15		Poradnia Endokrynologiczna	Iwona	Wysłana z ostrzeżeniem
2016-09-15		Poradnia Endokrynologiczna	Iwona	Wysłana z ostrzeżeniem
2016-02-18		Poradnia Endokrynologiczna	Iwona	Wysłana z ostrzeżeniem
2016-02-18		Poradnia Endokrynologiczna	Iwona	Wysłana z ostrzeżeni...
2016-02-18		Poradnia Endokrynologiczna	Iwona	Błąd wysłania
2015-11-24		Poradnia Endokrynologiczna	Ewa	Wysłana z ostrzeżeniem
2015-08-17		Poradnia Endokrynologiczna	Ewa	Błąd wysłania
2015-08-17	02050000...	Poradnia Endokrynologiczna	k Ewa	
2014-08-26	020500000...	Poradnia Endokrynologiczna	Ewa	
2013-08-19	020500000...	Poradnia Endokrynologiczna	Ewa	

The bottom section shows details for the selected prescription (2015-08-17, 02050000...):

Nazwa	Opakowanie	Odpł.	Dawkowanie
Euthyrox N 112 tabl. 112 µg	50 szt.	R	1 x 1

At the bottom of the window, there are three buttons: 'Przepisz zaznaczone' (highlighted with a red box), 'Wizualizacja e-Recepty', and 'Recepta pacjenta w P1'.

Leki, które zostały kiedyś wystawione pacjentowi, można ponownie przepisać na receptę wraz z zapamiętanym dawkowaniem. W tym celu należy zaznaczyć na liście receptę (lub kilka recept) zawierającą pożądaną lek i wybrać przycisk **Przepisz zaznaczone**.

Przycisk **Wizualizacja e-Recepty** umożliwia wydrukowanie wydruku informacyjnego, przekazywanego pacjentowi w celu realizacji e-Recepty w aptece. Przycisk aktywny wyłącznie dla recept, które zostały wystawione w sposób elektroniczny.

Przycisk [Recepta pacjenta w P1](#) służy do podglądu szczegółowych danych o lekach wystawionych na receptę elektronicznej podświetlonej na liście.



## 17.11 Zwolnienia lekarskie eZLA

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Zwolnienia](#)

Wybranie w głównym panelu ikony **Zwolnienia** umożliwia uzupełnienie danych zwolnienia lekarskiego oraz przekazanie ich do PUE ZUS. Funkcja jest dostępna w następujących wersjach programu mMedica: Standard, Standard+, Komercja, Komercja+.

Do wystawienia eZLA niezbędne jest posiadanie:

- certyfikatu ZUS, profilu ePUAP lub kwalifikowanego podpisu elektronicznego (w celu autoryzacji dokumentów),
- aktywnego profilu lekarza na PUE ZUS,
- aktywnego połączenia z Internetem.

Główne funkcje potrzebne od wystawienia eZLA są dostępne w module Gabinet bezpłatnie. Dodatkowe funkcje związane np. z wystawianiem zwolnień w trybie alternatywnym, w przypadku braku połączenia z platformą ZUS, dostępne są już w module dodatkowym **eZLA+**.

Szczegółowe informacje o funkcjonalności znajdują się w [instrukcji obsługi eZLA+](#).

## 17.12 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia/choroby zakaźnej (ZLK-1)

W wersji 9.0.0 aplikacji mMedica udostępniono możliwość uzupełnienia danych zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej (druk ZLK-1) na dedykowanej formatce, dostępnej w oknie wizyty w *Gabinecie* lekarza. Umożliwiono również wysłanie takiego zgłoszenia do systemu P1.

**Uwaga!** Sposób konfiguracji programu umożliwiającej wysłanie zgłoszenia do systemu P1, w tym zaczytania odpowiednich certyfikatów, został opisany w rozdziale [Konfiguracja e-Recepty](#). Jeżeli w bazie świadczeniodawcy są aktualnie wystawiane e-Recepty/e-Skierowania, nie ma potrzeby wykonywania dodatkowej konfiguracji.

Równocześnie została zablokowana możliwość uzupełnienia formularza takiego zgłoszenia w oknie [Druki](#).

Jeżeli w danych wizyty zostanie wybrane rozpoznanie będące chorobą zakaźną (odpowiednie oznaczenie w danych rozpoznania), wymagającą wypełnienia zgłoszenia ZLK-1, wyświetlony zostanie następujący komunikat:

Rozpoznanie o kodzie (...) znajduje się na liście zakażeń i chorób zakaźnych.  
Informację o rozpoznaniu należy zgłosić do odpowiedniej jednostki epidemiologicznej.  
Czy chcesz przejść do wypełnienia formularza?

Tak


Nie

Wybór przycisku **Tak** spowoduje automatyczne przekierowanie użytkownika na formatkę zgłoszenia ZLK-1. Jeżeli zostanie wybrany przycisk **Nie**, to przy autoryzacji wizyty ponownie pojawi się informacja dotycząca wypełnienia powyższego formularza. W zależności od ustawienia parametru **Wymuszaj wypełnienie druku zgłoszenia choroby zakaźnej**, opisanego w rozdziale [Inne ustawienia](#) dla konfiguracji Gabinetu, wypełnienie go będzie obowiązkowe lub będzie możliwość pominięcia tej czynności.



Przejsię na formatkę zgłoszenia ZLK-1 możliwe jest również poprzez wybór dedykowanej ikony, dostępnej w lewym panelu okna wizyty (zdj. poniżej).

The screenshot shows the 'Kowalski Jan (M)' patient record. The left sidebar has icons for 'Stomatologia', 'Konsultacja przed zniecz.', 'Znieczulenie ogólne', 'ICD9', 'Procedury', 'Zgłoszenie ZLK-1' (highlighted), 'Historia wizyt', 'Stan zdrowia', 'Przegląd EDM', and 'Dok. archiw.'. The main form includes sections for 'Adresat', 'Rozpoznanie/Podejrzenie', 'Data rozpoznania/podejrzenia', 'Podstawa rozpoznania/podejrzenia', 'Miejsce pobytu', 'Dane kontaktowe', 'Szczepienia', and 'Miejsce pracy lub nauki'. The bottom toolbar contains icons for 'Dokumenty medyczne', 'Dane podstawowe', 'Zalecenia', 'Wyślij' (highlighted), 'Drukuj...', 'EDM', 'Autoryzuj', and 'Umów następną'.

Aby dodać zgłoszenie ZLK-1, należy wybrać przycisk , znajdujący się w prawym górnym rogu okna. Czynność ta aktywuje poszczególne pola na formatce do edycji.


Dane, których uzupełnienie jest wymagane, to:

- adresat - w dedykowanym polu należy wybrać ze słownika odpowiednią instytucję. Są w nim dostępne instytucje w rodzaju "Instytucja sanitarna".
- rodzaj zgłoszenia (należy zaznaczyć jedno z pól: "Rozpoznanie" lub "Podejrzenie")
- rozpoznanie (podpowiada się rozpoznanie główne z wizyty, jest możliwość wyboru innego rozpoznania z listy rozpoznań wskazanych na wizycie)
- daty rozpoznania/podejrzenia oraz zachorowania/pierwszych objawów
- podstawa rozpoznania/podejrzenia (zaznaczenie przynajmniej jednej podstawy i uzupełnienie dla niej opisu)
- miejsce pobytu pacjenta

Dodatkowo, aby było możliwe wysłanie zgłoszenia, lekarz zgłaszający powinien w swoich danych w rejestrze personelu ([Zarządzanie > Konfiguracja > Rejestr personelu](#)) mieć uzupełniony numer telefonu.

Wysłania dokumentu do sytemu P1 dokonuje się poprzez wybór przycisku **Wyślij**, zaznaczonego na powyższym zdjęciu. Po tej czynności wyświetlone zostanie okno *Wysyłka zgłoszenia ZLK-1*, w którym prezentowane będą komunikaty informujące o przebiegu eksportu, a w przypadku ewentualnego błędu eksportu - informacja o jego przyczynie.



Edycja przesłanego zgłoszenia jest możliwa po wyborze przycisku . Użycie przycisku **Wyślij** po dokonaniu edycji spowoduje przekazanie do systemu P1 korekty zgłoszenia.



Do usunięcia zgłoszenia służy przycisk .

**Uwaga!** Usunięcie przesłanego zgłoszenia **nie powoduje** jego anulowania po stronie systemu P1.

W celu wydruku uzupełnionego formularza należy wybrać przycisk **Drukuj**.

## 17.13 Historia wizyt

Ścieżka: [Gabinet](#) > [Pacjent](#) > [Historia wizyt](#)

Po wybraniu formatki *Historia wizyt* użytkownik uzyska dostęp do historii wszystkich wizyt pacjenta, zaewidencjonowanych w aplikacji mMedica.

The screenshot displays the 'Historia wizyt' (Visit History) interface for patient Jan Kowalski (M), born 1936-07-12, residing at Wiejska 60, 11-111 Pacjentów. The interface includes a top navigation bar with buttons for 'Dane pacjenta', 'Dokumenty ubezpieczenia', 'Aktualizuj dane', 'Status eWUŚ', and 'Rozliczenie wizyty'. A left sidebar contains icons for 'Wizyta', 'Dane med.', 'Skierowania', 'Druki', 'Recepty', 'Zwolnienia', 'ICD9', 'Procedury', 'Stomatologia', 'Usługi', and 'Historia wizyt' (highlighted with a red box). The main content area shows patient details, including PESEL: 00000000000 and Ubezpieczyciel: 099. A warning message states: 'Uwaga: Kolorem tła [szary] dla wizyt NFZ oraz [niebieski] dla wizyt komercyjnych wyróżniono dane wymagające autoryzacji lub weryfikacji EDM.' The history lists two visits: one on 2016-10-18 (commercial, stomatology) and another on 2014-10-20 (general practice). The bottom bar contains buttons for 'Dokumenty medyczne', 'Dane podstawowe', 'Zalecenia', 'Drukuj historię', 'EDM', 'Autoryzuj', and 'Umów następną'.

Z uwagi na zróżnicowane wymagania użytkowników dodano filtr w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) >

**Konfigurator**, sekcja: [Gabinet > Historia wizyt](#), który określa sposób wyświetlania historii.

Są dwie możliwości definicji wyświetlanych zakresów danych:


- Od najnowszej do najstarszej (wizyty zaewidencjonowanej w systemie). W tym przypadku należy podać liczbę dni, jak ma być wyświetlana, np. 360 dni, jeśli istotny jest dla lekarza okres leczenia w roku albo 90 dni, jeśli ważne są wizyty z ostatnich 3 miesięcy, itp.
- Od najstarszej do najnowszej.

Oczywiście, niezależnie od ustawień domyślnych, w wizycie można zmienić datę i przeglądać całą historię pacjenta według zadanych warunków. Ponadto w Konfiguratorze można zdefiniować domyślną drukarkę dla wydruku historii wizyt.

W aplikacji mMedica wprowadzono kolorowanie na zielono wizyt komercyjnych, w celu ich rozróżnienia.

Za pomocą filtrów znajdujących się w górnym panelu można posortować wizyty według dat, realizującego, komórki organizacyjnej i płatnika - komercyjny/prywatny i NFZ.

Użytkownicy posiadający program w wersji PLUS (+) mogą zawęzić zakres wyświetlanych danych. W tym

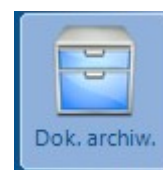
celu należy wybrać przycisk  i na rozwiniętej liście zaznaczyć checkbox'y przy tych danych, które mają zostać wyświetlone (np. badania fizykalne, pozycje rozliczeniowe, recepty). Następnie po zamknięciu okna definicji wybrać przycisk **Odśwież**.

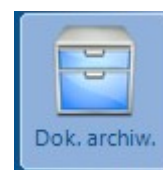
Historię wizyt można wydrukować (przycisk **Drukuj historię**) lub zapisać do pliku w formacie PDF (przycisk



## 17.14 Archiwum

Ścieżka: [Gabinet > Pacjent > Dok. archiw.](#)



W wersji 8.3.0 w oknie dokumentacji archiwalnej, dostępnym po wyborze ikony , został wprowadzony podział na dwie zakładki:



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

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

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

**Komórka: Gabinet lekarza POZ**

1. Dane podstawowe   2. Dane adresowe   3. Dane dodatkowe   4. Kody   5. Lokalizacja

Folder dokumentacji archiwalnej: C:\Archiwum ... **Utwórz strukturę folderów**

Wyliczaj dni udzielania świadczenia dla oddziału dziennego ☒

Informacje dodatkowe:

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

Zostanie utworzony folder nadrzędny oraz foldery podrzędne na archiwalną dokumentację każdego pacjenta. Kontynuować?

Tak   Nie

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

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

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

**Dokumentacja archiwalna – Kowalski Jan (M), 51 lat**

Komórka org.:

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

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

przycisk wyszukiwania

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





liście i wybrać przycisk

## 17.15 Ankieta kwalifikacji wstępnej

Ze względu na sytuację epidemiczną związaną z Covid-19 w aplikacji mMedica została dodana możliwość ewidencji ankiety kwalifikacji wstępnej, zgodnie ze wzorem opublikowanym na stronie [www.gov.pl](http://www.gov.pl).

Program umożliwia uzupełnienie powyższej ankiety z poziomu:

- [rejestracji](#) pacjenta na wizytę,
- wizyty otwartej w *Gabiniecie*,
- hospitalizacji otwartej w module "Hospitalizacje" (od wersji 8.5.0 aplikacji mMedica).

W przypadku braku uzupełnionej ankiety, przy dokonywaniu rejestracji pojawi się komunikat:

Nie uzupełniono ankiety wstępnej kwalifikacji.  
Czy chcesz ją teraz dodać ?

Wybór przycisku **Tak** spowoduje wyświetlenie okna ankiety:

**Ankieta wstępnej kwalifikacji – Kowalski Jan** ✕

Data:

Telefon kom.:  E-mail:

Pacjent / dziecko / podopieczny / któryś z domowników przebywał w okresie ostatnich 14 dni za granicą w rejonach transmisji koronawirusa:

☐ Tak ☒ Nie

Pacjent miał w okresie ostatnich 14 dni kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2:

☐ Tak ☒ Nie

Pacjent w okresie ostatnich 14 dni miał kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa:

☐ Tak ☒ Nie

Pacjent / dziecko / podopieczny / któryś z domowników jest objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna):

☐ Tak ☒ Nie

Obecnie lub w ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały poniższe objawy u kogoś z domowników:

☐ Tak ☒ Nie

Objawy pacjenta:

☐ Gorączka
 ☐ Kaszel
 ☐ Katar
 ☐ Wysypka
 ☐ Bóle mięśni
 ☐ Bóle gardła

☐ Inne

Drukuj...

Zatwierdź

Wyjście




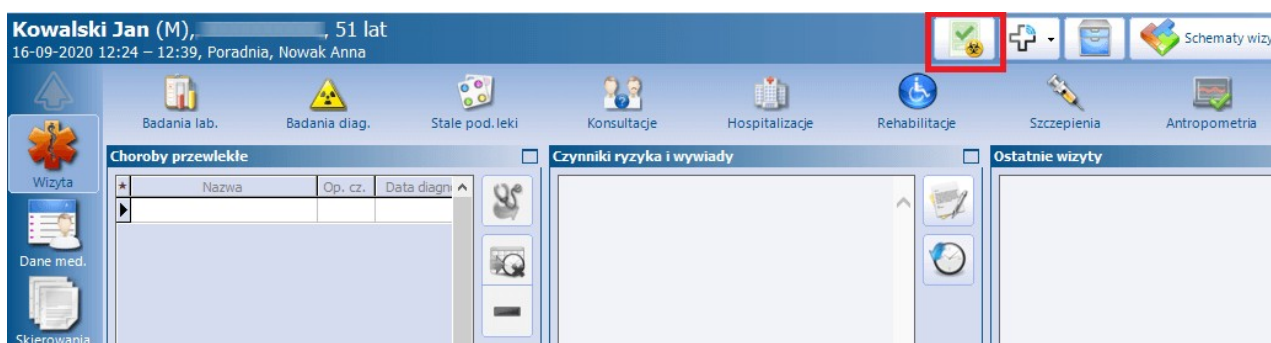
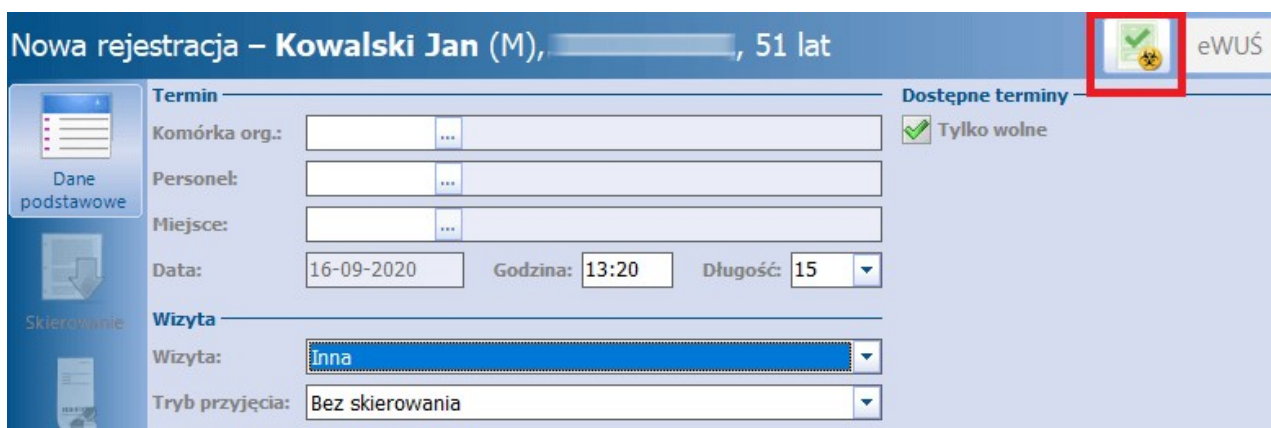
W polu "Telefon kom." oraz "E-mail" odpowiedzą się dane kontaktowe pacjenta uzupełnione w *Kartotece pacjentów*. Edycja numeru telefonu pacjenta lub adresu e-mail w oknie ankiety powoduje ich uaktualnienie na zakładce **"2.Adres"** w danych pacjenta w *Kartotece pacjentów*.

W oknie ankiety dostępny jest przycisk **Drukuj**, umożliwiający jej wydruk.


**Uwaga!** Podczas otwierania wizyty w *Gabiniecie* program wyświetli jedynie informację o braku wypełnionej ankiety. Na tym etapie, w celu wypełnienia ankiety, należy po przejściu do okna wizyty wybrać odpowiedni przycisk, zgodnie z dalszym opisem. **Podobny mechanizm został wprowadzony w wersji 8.5.0 aplikacji mMedica w module "Hospitalizacje"**. W przypadku hospitalizacji informacja o braku wypełnionej ankiety wyświetla się przy potwierdzaniu przyjęcia.

**Uwaga!** Użytkownik może wyłączyć wyświetlanie komunikatu o braku wypełnionej ankiety kwalifikacji wstępnej, odznaczając parametr **"Wyświetlaj informację o braku ankiety kwalifikacji wstępnej"** dostępny w ścieżce: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), w pozycji: [Terminarz > Podstawowe](#).

Po zatwierdzeniu uzupełnionej ankiety, w celu jej podglądu lub modyfikacji, należy wybrać przycisk  zlokalizowany w prawym górnym rogu okna rejestracji lub otwartej w *Gabiniecie* wizyty (patrz zdjęcia poniżej).



W przypadku wprowadzania danych rejestracji lub wizyty bez uprzedniego wypełnienia ankiety kwalifikacji

wstępnej, powyższy przycisk będzie prezentował się następująco: . Jego wybór umożliwi uzupełnienie ankiety na tym etapie ewidencji.

W Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w pozycji: [Terminarz > Podstawowe](#), dostępny jest parametr **"Wymagaj wypełnienia ankiety kwalifikacji wstępnej w rejestracji"**. Po jego aktywacji każdorazowo przy zatwierdzaniu rejestracji bez uzupełnionej ankiety kwalifikacji wstępnej będzie się wyświetlał komunikat:

Brak zaewidencjonowania ankiety kwalifikacji wstępnej.

OK

Zatwierdzenie danych w takim wypadku będzie możliwe dopiero po uzupełnieniu ankiety.

Podgląd wszystkich wprowadzonych do systemu ankiet jest dostępny po przejściu do: [Ewidencja > Specjalne > Przegląd ankiet kwalifikacji wstępnej](#).

Okno to daje możliwość filtrowania ankiet według dostępnych kryteriów, przeglądania ich danych, a także ich wydruku i usuwania.

**Wyszukiwanie zaawansowane**

Data od - do: 09-09-2020

Pacjent: 173 ... Kowalski Jan

☒ Tylko aktualne

**Szukaj szczegółowo**

- ☐ Przebywanie w rejonach transmisji koronawirusa
- ☐ Kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie
- ☐ Kontakt z osobą przebywającą w rejonach transmisji koronawirusa
- ☐ Domownik w kwarantannie
- ☐ Objawy u domownika
- ☐ Gorączka
- ☐ Kaszel
- ☐ Uczucie duszności
- ☐ Katar
- ☐ Wysypka
- ☐ Bóle mięśni
- ☐ Bóle gardła
- ☐ Inne objawy

Zastosuj Wyczyść

**Przegląd ankiet kwalifikacji wstępnej**

Data	Pacjent	PESEL	Telefon	E-mail
16-09-2020	Kowalski Jan			

**Dane ankiety kwalifikacji wstępnej: Kowalski Jan**

Pacjent / dziecko / podopieczny / któryś z domowników przebywał w okresie ostatnich 14 dni za granicą w rejonach transmisji koronawirusa:

☐ Tak ☒ Nie

Pacjent miał w okresie ostatnich 14 dni kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2:

☐ Tak ☒ Nie

Pacjent w okresie ostatnich 14 dni miał kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa:

☐ Tak ☒ Nie

Pacjent / dziecko / podopieczny / któryś z domowników jest objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna):

☐ Tak ☒ Nie

Obecnie lub w ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały poniższe objawy u kogoś z domowników:

☒ Tak ☐ Nie

**Objawy pacjenta:**

☐ Gorączka ☐ Kaszel ☒ Katar ☐ Wysypka ☐ Bóle mięśni ☐ Bóle gardła

☐ Inne:

Informacja o przeprowadzeniu ankiety kwalifikacji wstępnej Covid-19 wyświetli się w historii wizyt pacjenta oraz na podsumowaniu wizyty.

## 17.16 Kwestionariusz przed szczepieniem przeciw COVID-19

W aplikacji mMedica istnieje możliwość wypełnienia i wydruku kwestionariusza wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem przeciw COVID-19.

Dostępne są trzy rodzaje tego dokumentu: dla osoby dorosłej, dla osoby małoletniej w wieku 12-17 lat oraz dla dziecka w wieku 5-11 lat. Poniższe zdjęcie prezentuje formularz dla osoby dorosłej.

**Druk formularza**

Podgląd (F8) **Drukuj** Ustawienia strony Generuj (F5)

Opis: Kwestionariusz przed szczepieniem COVID-19

**Przychodnia**

Imię i nazwisko pacjenta: Jan Kowalski

PESEL lub seria i nr paszportu: [REDACTED]

**Kwestionariusz wstępnego wywiadu przesiewowego przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19**  
**Kwestionariusz należy wypełnić przed wizytą w punkcie szczepień.**

Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli personelowi kwalifikującemu do szczepienia zdecydować czy można u Pani/Pana wykonać w dniu dzisiejszym szczepienie przeciw COVID-19. Odpowiedzi będą wykorzystane w czasie kwalifikacji do szczepienia. Osoba kwalifikująca może zadać dodatkowe pytania. W przypadku niejasności, należy poprosić o wyjaśnienie pracownika medycznego kwalifikującego lub realizującego szczepienie.

Lp.	Pytania wstępne	Tak	Nie
1.	Czy w ciągu ostatnich 30 dni miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2?		<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan bliski kontakt lub mieszka z osobą, która uzyskała dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2 lub mieszka z osobą, która miała w tym okresie objawy COVID-19 (wymienione w pyt. 3-5)?		
3.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?		
4.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni występował u Pani/Pana nowy, utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?		
5.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiła u Pani/Pana utrata węchu lub odczucia smaku?		
6.	Czy otrzymała Pani/otrzymał Pan jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 14 dni?		
7.	Czy Pani/Pan czuje dzisiaj przeziębienie lub ma biegunkę, lub wymioty?		

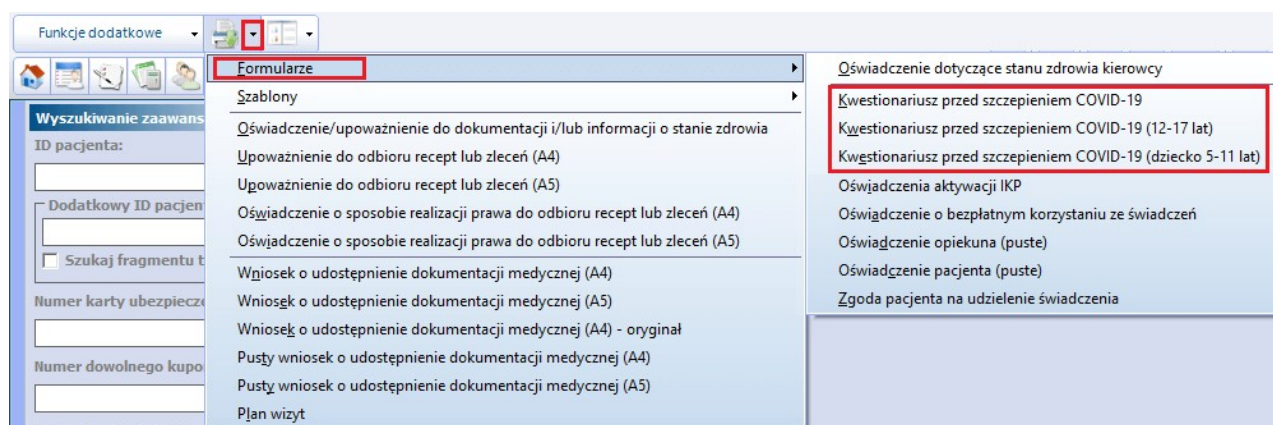
Jeśli odpowiedź na którekolwiek z powyższych pytań jest na TAK (pozytywna), szczepienie przeciw COVID-19 powinno zostać odroczone. Na szczepienie należy zgłosić się wówczas, gdy wszystkie odpowiedzi będą na NIE (negatywne). W razie wątpliwości należy skontaktować się z punktem szczepień.

**Kwestionariusz wywiadu przed szczepieniem osoby dorosłej przeciw COVID-19**

Lp.	Pytania dotyczące stanu zdrowia	Tak <sup>a</sup>	Nie	Nie wiem <sup>a</sup>
1.	Czy dziś czuje się Pani/Pan chora/chory? (pomiar temperatury ciała wykonany w punkcie szczepień: .....°C)			
2.	Czy wystąpiła u Pani/Pana kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu? (dotyczy również pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19)? Jeśli tak, jaka?			

Formularz kwestionariusza dostępny jest z poziomu **Kartoteki pacjentów** (po zaznaczeniu na liście pacjenta), **Terminarza** (po zaznaczeniu rezerwacji/rejestracji) oraz **Gabinetu**, po zaznaczeniu pozycji pacjenta na **Liście pacjentów do Gabinetu**.

Aby do niego przejść, należy rozwinąć ikonę drukarki (zamieszczoną u góry ekranu) i wybrać opcję **Formularze**, a następnie pozycję: **"Kwestionariusz przed szczepieniem COVID-19"**, **"Kwestionariusz przed szczepieniem COVID-19 (12-17 lat)"** lub **"Kwestionariusz przed szczepieniem COVID-19 (dziecko 5-11 lat)"**, w zależności od wieku pacjenta.



W wyniku powyższej czynności wyświetli się okno wyboru komórki organizacyjnej. Po wskazaniu odpowiedniej uruchomiony zostanie formularz kwestionariusza, w którym za pomocą kliknięcia lewym przyciskiem myszy przy poszczególnych pytaniach należy wprowadzić zaznaczenie "X" w odpowiedniej kolumnie: **Tak**, **Nie** lub **Nie wiem**.

Kwestionariusz osoby niepełnoletniej będzie zawierał dodatkowe pola dotyczące danych opiekuna ustawowego. Wypełnią się one automatycznie na podstawie informacji z zakładki **4. Opiekun** z danych pacjenta, jeżeli została ona uzupełniona.

Wydruku kwestionariusza dokonuje się za pomocą przycisku **Drukuj**.

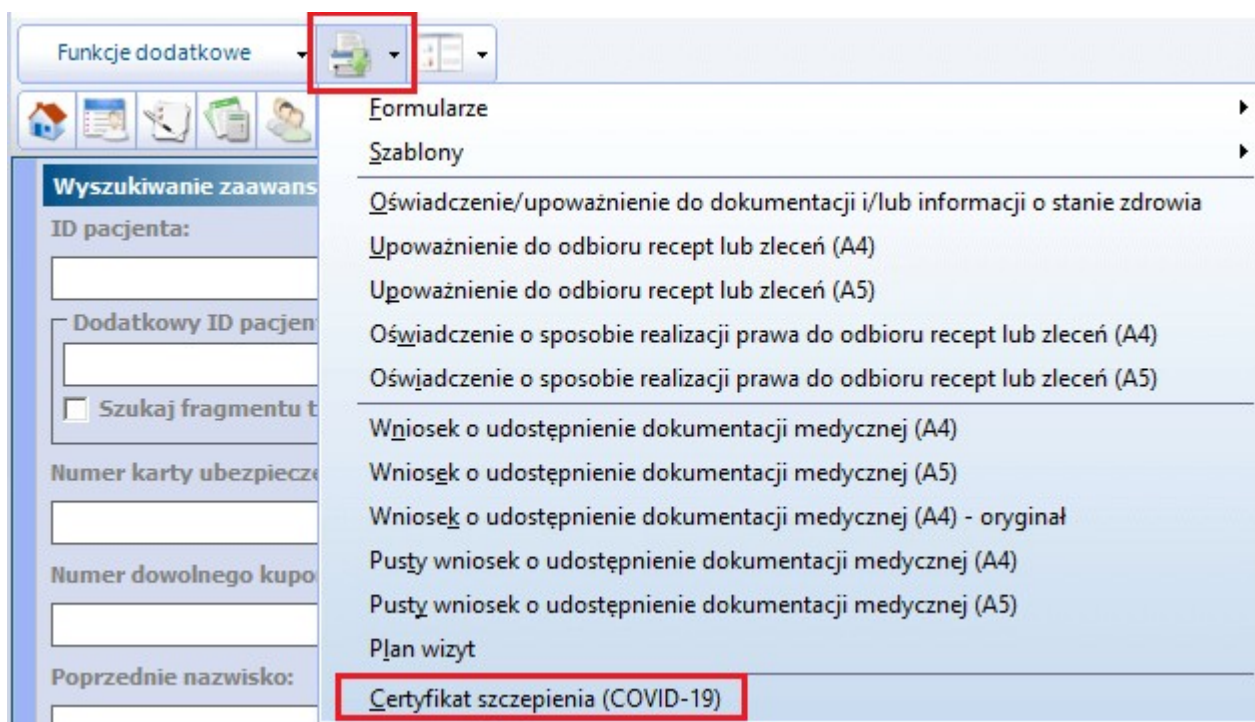
## 17.17 Wydruk Unijnego Certyfikatu COVID

Aplikacja mMedica posiada funkcjonalność pobrania i wydruku Unijnego Certyfikatu COVID, potwierdzającego zaszczepienie pacjenta przeciw COVID-19.

Sposób konfiguracji programu, umożliwiającej wykonanie powyższej czynności, został opisany w rozdziale [Konfiguracja e-Recepty](#). Jeżeli w bazie świadczeniodawcy są aktualnie wystawiane e-Recepty/e-Skierowania, nie ma potrzeby wykonywania dodatkowej konfiguracji.

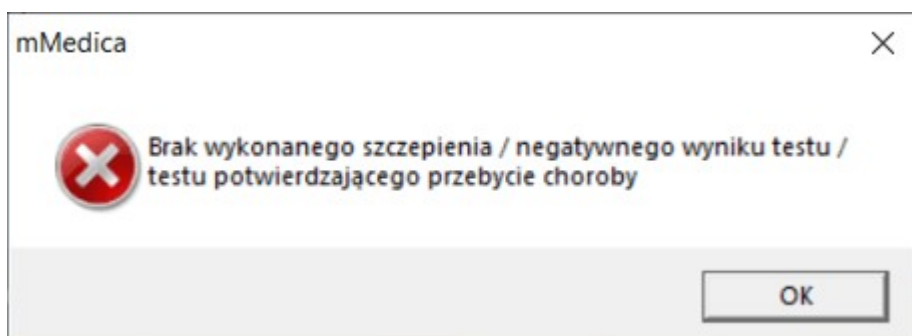
Opcja pobrania certyfikatu jest dostępna z poziomu **Kartoteki pacjentów** (po zaznaczeniu na liście pacjenta), wizyty otwartej w **Gabiniecie** lekarza oraz wizyty otwartej w module [Gabinet pielęgniarstwa](#) po wybraniu ikony drukarki, zamieszczonej u góry ekranu.





Jeżeli dla pacjenta certyfikat jest dostępny, po wyborze pozycji "**Certyfikat szczepienia (COVID-19)**" wyświetli się jego podgląd i będzie możliwość jego wydrukowania.

Natomiast w przypadku braku dostępnego certyfikatu, pojawi się komunikat:





## Rozdział

## 18

## Raportowanie zdarzeń medycznych

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Rejestr zdarzeń medycznych](#)

W związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej, na podstawie art. 11 ust 4a ustawy o Systemie informacji w ochronie zdrowia, wszystkie podmioty realizujące świadczenia medyczne, bez względu na sposób finansowania świadczeń, są zobowiązane do raportowania zdarzeń medycznych do P1.

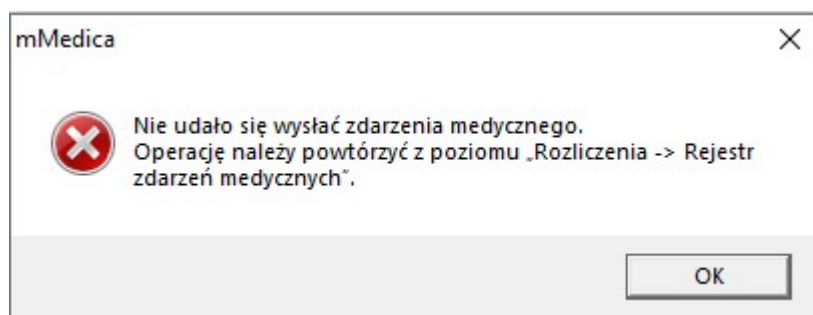
W programie mMedica każde wykonane, zaewidencjonowane w dokumentacji medycznej i autoryzowane świadczenie medyczne związane z wizytą lekarską, pielęgniariską, rehabilitacyjną lub inną, a także hospitalizacją dowolnego typu skutkuje utworzeniem rekordu w rejestrze zdarzeń medycznych, dostępnym w ścieżce: [Rozliczenia](#) > [Rejestr zdarzeń medycznych](#).

**Uwaga!** Funkcjonalność wymaga posiadania aktywnego modułu [Elektroniczna Dokumentacja Medyczna](#) i dotyczy danych wprowadzanych w dedykowanym *Gabiniecie* lub module Hospitalizacje.

**Uwaga!** Sposób konfiguracji programu umożliwiającej raportowanie zdarzeń medycznych, w tym zaczytania odpowiednich certyfikatów, został opisany w rozdziale [Konfiguracja e-Recepty](#). Jeżeli w bazie świadczeniodawcy są aktualnie wystawiane e-Recepty/e-Skierowania, nie ma potrzeby wykonywania dodatkowej konfiguracji.

Wysłanie zdarzenia medycznego następuje automatycznie przy zakończeniu procesu autoryzacji wizyty, hospitalizacji 1-go dnia (podpisanie wypisu) lub przyjęcia na hospitalizację inną niż 1-go dnia. W przypadku hospitalizacji innych niż 1-go dnia, poza przyjęciem na hospitalizację zdarzenia medyczne są raportowane po uzupełnieniu danych Przepustki, Zgłoszenia zakażenia, Protokołu pielęgniarstwa operacyjnej (Operacja i Reoperacja), Terapii, Wypisu, Procedury, Rozpoznania.

Jeżeli w opisanej wyżej sytuacji przy wysyłaniu zdarzenia medycznego wystąpi błąd, wyświetli się następujący komunikat:



Wówczas należy przejść do rejestru zdarzeń medycznych ([Rozliczenia](#) > [Rejestr zdarzeń medycznych](#)) i wykonać eksport tego zdarzenia poprzez zaznaczenie go na liście i wybór przycisku **Wyślij zdarzenie**. W przypadku wystąpienia błędu eksportu wyświetli się jego dokładny komunikat.

## Raportowanie zdarzeń medycznych

Zgodnie z aktualnymi wytycznymi zdarzenie medyczne powinno zostać wysyłane do P1 do 2 dni od momentu jego utworzenia.

Data	Data pierwszej wy...	Identyfikator zdarzenia	Status	Nazwisko i imię	Komórk...	Realizujący	PESEL	Id wizyty
20-10-2021 08:55			Do wysyłki	Kowalski Jan	Porad...	Nowak A...		2745
20-10-2021 08:55			Do wysyłki	Kowalski Jan	Poradnia Nowak Anna			2744
20-10-2021 08:55			Do wysyłki	Kowalski Jan	Poradnia Nowak Anna			2743

Aby dokonać zbiorczego wysłania większej ilości zdarzeń, należy przed wyborem wyżej wspomnianego przycisku zaznaczyć je na liście, korzystając odpowiednio z klawisza Ctrl lub Shift na klawiaturze oraz lewego przycisku myszy.

W Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w sekcji [Komunikacja > Inne](#) został dodany parametr umożliwiający wyłączenie automatycznej wysyłki zdarzeń medycznych podczas autoryzacji wizyty/hospitalizacji (zaznaczony na poniższym zdjęciu).

**Konfiguracja – Komunikacja » Inne**

**eWUŚ**  
Wersja komunikatu: 5.0 ☒ Wymuś zmianę hasła w ostatnim dniu

**Usługi sieciowe**  
Timeout: 3000 (ms)

**AP-KOLCE**  
☐ Komunikacja z AP-KOLCE

**mMWS, MIAM, AMSH**  
Maksymalna liczba błędnych prób logowania:

**Zdarzenia Medyczne**  
☒ Automatyczna wysyłka zdarzeń medycznych podczas autoryzacji wizyty/hospitalizacji  
Data początkowa wysyłki zdarzeń medycznych: 01-07-2021  
Liczba dni objętych sprawozdawczością: 2

Parametr ten jest domyślnie włączony. Po jego wyłączeniu eksportu zdarzeń należy dokonywać w oknie rejestru zdarzeń medycznych, korzystając z przycisku **Wyślij zdarzenie**.

Pozycje w rejestrze zdarzeń medycznych mogą przyjmować następujące statusy (wyświetlane w kolumnie

"Status"):

- **Do wysyłki** - wyświetla się dla zdarzenia, które nigdy nie zostało przesłane do systemu P1.
- **Potwierdzone** - oznacza, że eksport zdarzenia przebiegł prawidłowo.
- **Błąd wysyłki** - wysłane zdarzenie zostało odrzucone z błędem.
- **Do aktualizacji** - dla przesłanego wcześniej zdarzenia zostały wprowadzone zmiany i należy ponownie wykonać eksport w celu jego aktualizacji po stronie systemu P1.
- **Usunięte** - do systemu P1 została przesłana informacja o usunięciu zdarzenia.

W aplikacji zostało wprowadzone przesyłanie do systemu P1 informacji o usunięciu zdarzenia medycznego. W przypadku aktywnego parametru **"Automatyczna wysyłka zdarzeń medycznych podczas autoryzacji wizyty/hospitalizacji"** następuje ono od razu po usunięciu wizyty lub hospitalizacji, dla której zdarzenie zostało wcześniej poprawnie sprawozdane, i jest poprzedzone stosownym ostrzeżeniem. W przypadku wystąpienia błędu wysyłki, wyświetli się komunikat o tym informujący. Wysyłka usunięcia zdarzenia będzie możliwa później z poziomu rejestru zdarzeń medycznych.

- **Do usunięcia** - wyświetla się dla zdarzenia, które wcześniej zostało przesłane i następnie związana z nim wizyta/hospitalizacja została usunięta, a w momencie jej usuwania wyżej wspomniany parametr był nieaktywny lub był aktywny, lecz przy usuwaniu wystąpił błąd wysyłki. Po prawidłowym przesłaniu pozycja taka uzyska status "Usunięte".
- **Wysyłka anulowana** - wyświetla się dla zdarzeń medycznych, dla których został zastosowany przycisk **Anuluj wysyłanie**.

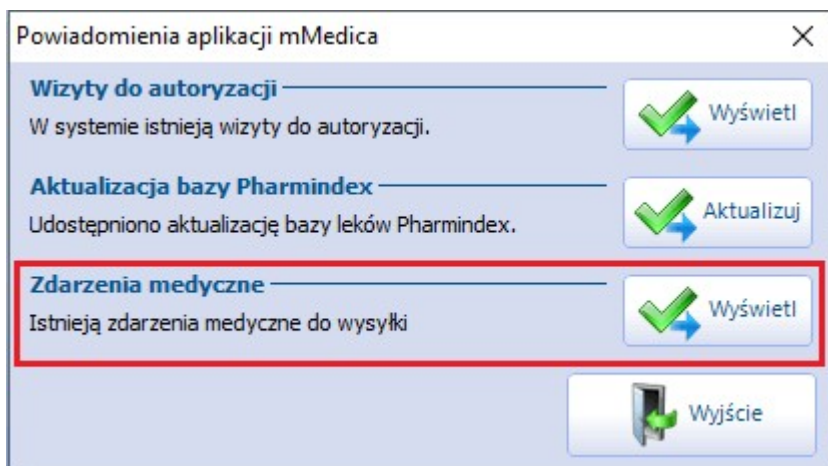
W rejestrze zdarzeń medycznych zostały dodane przyciski **Anuluj wysyłanie** i **Przywróć wysyłanie**. Pierwszy z nich służy do blokowania wysyłania zdarzeń posiadających status: "Do wysyłki", "Błąd wysyłki", "Do aktualizacji" lub "Do usunięcia". Po zaznaczeniu pozycji, posiadającej któryś ze wspomnianych statusów, i wyborze przycisku **Anuluj wysyłanie** pozycja ta otrzyma status "Wysyłka anulowana". Aby przywrócić możliwość jej wysyłania, należy po jej zaznaczeniu wybrać przycisk **Przywróć wysyłanie**. W celu zbiorczego anulowania lub przywrócenia wysyłania wielu pozycji należy je zaznaczyć, korzystając z lewego przycisku myszy i klawisza Ctrl lub Shift, a następnie wybrać odpowiedni przycisk.

- **Do podpisu** - status dodany w wersji 8.4.0 aplikacji mMedica. Wyświetla się dla zdarzeń, w ramach których został przesłany zasób dotyczący informacji o ciąży i które w związku z tym wymagają przekazania podpisu personelu. Okno podpisu wyświetli się po wyborze dla takiej pozycji przycisku **Wyślij zdarzenie**.

Dzięki opcjom filtrowania, dostępnym w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*, użytkownik ma możliwość wyszukania danych według interesujących go kryteriów. Od wersji 8.5.0 aplikacji mMedica w polach "Data od - do" jest domyślnie wyświetlany zakres dat utworzenia zdarzenia zgodny z ustawieniem parametru **"Liczba dni objętych sprawozdawczością"**, o którym jest mowa w rozdziale [Automatyczna wysyłka zdarzeń medycznych - Harmonogram zadań](#). W celu wyświetlenia zdarzeń z innego okresu należy wybrać odpowiednie daty i nacisnąć przycisk **Zastosuj**.

Dane raportowane do P1 w ramach eksportu zdarzeń medycznych to między innymi: dane pacjenta, placówki i komórki realizującej, realizującego-lekarza, pielęgniarki, płatnika, jeśli jest to świadczenie refundowane, data i czas udzielenia świadczenia, rozpoznania, procedury, dane antropometryczne w POZ, szczepienia, patronaże, przepustki.

Informacja o zdarzeniach medycznych do wysyłki dla danego użytkownika wyświetlana jest, po jego zalogowaniu, w oknie [powiadomień aplikacji mMedica](#) (patrz przykład poniżej).



Po wyborze przycisku **Wyświetl** użytkownik zostaje przekierowany do rejestru zdarzeń medycznych, gdzie wyświetlona jest lista jego zdarzeń o statusach kwalifikujących do wysłania.

## 18.1 Automatyczna wysyłka zdarzeń medycznych - Harmonogram zadań

W aplikacji mMedica funkcjonuje zadanie automatycznej wysyłki zdarzeń medycznych poprzez usługę mmService, zainstalowaną na serwerze. Według domyślnych ustawień wykonuje się ono raz dziennie, jednak świadczeniodawca, posiadający moduł [Menedżer Eksportów](#), może dokonać zmiany jego częstotliwości po przejściu do: [Zarządzanie > Operacje techniczne > Harmonogram zadań](#).

Harmonogram zadań				
*	Typ	Data rozpoczęcia	Powtarzaj	Parametry powtarzania
<input checked="" type="checkbox"/>	Synchronizacja wyników badań	29-09-2020 00:00	Co kilka minut	5
<input checked="" type="checkbox"/>	P1 Indeksowanie dokumentów HI ZCDA PIK	30-10-2020 08:18	Co kilka dni	1
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Wysyłka zdarzeń medycznych</b>	<b>02-09-2021 10:23</b>	<b>Co kilka dni</b>	<b>1</b>

[Wybrana pozycja]

Rodzaj: Wysyłka zdarzeń medycznych Aktywny ☒

Prześlij raport na adres:  Prześlij raport: Zawsze

Wykonaj: Co kilka dni Data rozpoczęcia: 2021-09-02 10:23

Co  dni

Szczegóły ostatniego wykonania

Data wykonania: 02-09-2021 10:27 Status: Zakończono poprawnie

W tym celu należy zaznaczyć na liście zadanie "Wysyłka zdarzeń medycznych", a następnie wprowadzić odpowiednią zmianę w oknie jego danych.

Automatyczna wysyłka obejmuje zdarzenia posiadające statusy: **"Do wysyłki"**, **"Błąd wysyłki"**, **"Do aktualizacji"**, **"Do usunięcia"**, według reguł określonych przez niżej opisane parametry, dostępne w Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w sekcji [Komunikacja > Inne](#):

- **"Liczba dni objętych sprawozdawczością"** - Wartość w nim ustawiona (domyślnie "2") wpływa na sposób automatycznej wysyłki przez usługę mmService zdarzeń ze statusami **"Do wysyłki"** i **"Błąd wysyłki"** - zdarzenia o takich statusach zostaną wysłane, jeżeli ich daty mieszczą się w zakresie: ilość dni określona w parametrze wstecz - bieżąca data. **Od wersji 8.5.0 aplikacji mMedica ustawienie parametru ma wpływ także na zakres dat wyświetlany domyślnie w panelu filtrów w oknach rejestru zdarzeń medycznych oraz rejestru logów zdarzeń medycznych.**
- **"Data początkowa wysyłki zdarzeń medycznych"** - Jego działanie polega na zablokowaniu automatycznego wysyłania przez usługę mmService zdarzeń z datą utworzenia lub aktualizacji wcześniejszą niż ta, która jest ustawiona w parametrze. Domyślnie jest to data: 01-07-2021, jednak w razie konieczności istnieje możliwość jej zmiany.

## 18.2 Rejestr logów zdarzeń medycznych

Ścieżka: [Rozliczenia](#) > [Rejestr zdarzeń medycznych](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Rejestr wysyłki zdarzeń medycznych](#)

W dostępnym w powyższej ścieżce oknie *Rejestr logów zdarzeń medycznych* wyświetla się lista zasobów wysłanych w ramach eksportu zdarzeń medycznych do systemu P1. **Od wersji 8.5.0 aplikacji mMedica domyślnie lista zawiera pozycje, których data jest z zakresu zgodnego z ustawieniem parametru "Liczba dni objętych sprawozdawczością", o którym jest mowa w rozdziale [Automatyczna wysyłka zdarzeń medycznych - Harmonogram zadań](#).** W celu wyświetlenia pozycji z innego okresu należy ustawić odpowiednie daty w panelu filtrów i nacisnąć **Zastosuj**.

W dolnej części formatki znajdują się okna *Wiadomość wysłana* i *Wiadomość odebrana*. Wyświetlają się w nich treści wiadomości z komunikacji z systemem P1 dla zaznaczonej na liście pozycji.

W znajdującym się po lewej stronie ekranu panelu filtrów (*Wyszukiwanie zaawansowane*) dostępne są pola pozwalające na wyszukiwanie pozycji według kryteriów, takich jak: data od - do, identyfikator wizyty, identyfikator zdarzenia, status wysyłki, nazwisko/PESEL pacjenta, użytkownik realizujący, treść zawarta w wiadomości wysłanej lub odebranej.

Przycisk **Eksportuj do pliku**, zamieszczony u góry ekranu, umożliwia zapisanie w postaci pliku logów komunikacji dla zaznaczonej na liście pozycji.



## Rozdział

## 19

## Obsługa hospitalizacji

Ścieżka: [Rejestracja](#) > [Wizyty](#) > przycisk: [Nowa hospitalizacja](#)

Wersja **Standard** i **Standard+** oprogramowania mMedica umożliwia podstawową obsługę ewidencji i rozliczeń świadczeń, udzielanych w lecznictwie stacjonarnym (np.: chirurgia krótkoterminowa, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja i inne) przy założeniach, że:

- nie występuje ruch międzyoddziałowy,
- nie występują porody.

W celu poprawnej ewidencji hospitalizacji wymagane jest utworzenie [księgi głównej przyjęć i wypisów](#) i przypisanie jej do komórki organizacyjnej, w której udzielane są świadczenia.

Aby utworzyć hospitalizację należy wykonać nast. czynności:

1. Na formatce *Kartoteka pacjentów* odszukać na liście pacjenta, dla którego będzie tworzona hospitalizacja i zaznaczyć go na liście.
2. Wybrać przycisk **Wizyty** znajdujący się w dolnym panelu formatki.
3. Następnie wybrać przycisk **Nowa hospitalizacja** znajdujący się w dolnym panelu formatki.
4. Uzupełnić dane hospitalizacji. Opis formatek został zawarty w dalszej części niniejszego rozdziału.

Nowy pacjent   Dane pacjenta   Drukuj kupon   Rejestruj kupon   Puste kupony

**Kartoteka pacjentów** **KOWALSKI JAN**

Nazwisko	Imię	Data urodzenia	PESEL	Adres	Nr karty	Dodatkowy ID	ID
Kowalski	Jan	1968-09-16	000000000000	Katowice, ul. Wojewódzka 1			9599
KOWALSKI	JAN MARIAN	1950-04-18		Czeladź, ul. ...			3892

**Wizyty pacjenta**

Nr świadczenia	Kod świadczenia	Miejsce realizacji	Realizujący	Data rozpoczęcia
	39.18	Oddział urazowo-ortopedyczny	Nowak Anna	2016-01-01 08:30:27
0000		PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Anna	2017-01-17 10:38:54
0000		PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Anna	2016-10-18 07:56:06
0000		PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Anna	2016-10-14 12:57:11
0000		PORADNIA LEKARZA POZ	Nowak Anna	2016-09-06 12:20:51
Suma:				

Nowa wizyta   Nowe wizyty zbiorczo   **Nowa hospitalizacja**   Dane   Gabinet

## 19.1 Konfiguracja obsługi hospitalizacji

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Ewidencja](#) > [Podstawowe](#)

W Konfiguratorze programu mMedica znajduje się sekcja, odpowiadająca za ustawienia hospitalizacji. Poprzez dodanie lub usunięcie zaznaczenia w poszczególnych polach, można dokonać włączenia/wyłączenia nast. parametrów:

- **Wymagaj numeru kuponu w danych hospitalizacji** - parametr przeznaczony dla woj. śląskiego. Włączenie parametru skutkuje koniecznością wprowadzenia numeru kuponu w polu "Nr kuponu" na formatce *Uzupełnianie świadczeń* podczas ewidencji danych wizyty. Numer kuponu wprowadza się ręcznie lub za pomocą czytnika kodów kreskowych.
- **Włącz automatyczną numerację wpisów w księdze głównej przyjęć i wypisów** - parametr określa podpowiadanie numeru pozycji w księdze:
  - ☒ zaznaczony parametr - aplikacja automatycznie nada kolejny numer pozycji w księdze. Pole "Nr pozycji" na hospitalizacji będzie nieaktywne, blokując użytkownikowi możliwość ingerencji w nadawane numery.
  - ☐ brak zaznaczenia - pole "Nr pozycji" będzie aktywne, dając tym samym użytkownikowi możliwość samodzielnego, ręcznego wprowadzenia numeru pozycji w księdze.

## 19.2 Import algorytmu dla JGP

Ścieżka: [Komunikacja](#) > [Import danych](#) > [Import z pliku](#)

Dla poprawnego ewidencjonowania i sprawozdawania świadczeń z zakresu lecznictwa stacjonarnego, konieczne jest posiadanie aktualnych plików parametryzujących grupery, które publikowane są na stronie [Centrum Zarządzania Licencjami mMedica](#) w sekcji: [mMedica](#) > [Pobierz mMedica](#).

Poniżej opisano dwa sposoby importu algorytmu do aplikacji mMedica - ręczny oraz automatyczny.

Ręczny import algorytmu do aplikacji mMedica:

1. Ze strony CZL mMedica należy pobrać odpowiednie pliki parametryzujące grupery i zapisać na dysku komputera.
2. W programie mMedica przejść do ścieżki: [Komunikacja](#) > [Import danych](#) i wybrać przycisk Import z pliku.
3. W oknie *Otwieranie* w polu "Pliki typu" wskazać plik pobrany zgodnie z pkt 1.
4. Wybrać przycisk **Otwórz**, który rozpocznie proces zaczytywania słownika do programu.  
Poprawne zaczytanie słownika do programu zostanie potwierdzone stosownym komunikatem.

Automatyczny import algorytmu do aplikacji mMedica:

Aby do aplikacji mMedica automatycznie zaczytywały się grupery JGP należy włączyć parametr **"Automatycznie aktualizuj JGP"** znajdujący się w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [System](#) > [Różne](#). Wtedy, po zalogowaniu do programu pojawi się komunikat o udostępnieniu aktualizacji gruperów JGP do pobrania. Wybranie przycisku "Tak" uruchomi automatyczne zaczytywanie do aplikacji grupera zgodnego z zakresem udzielanych świadczeń (na podstawie umowy elektronicznej, np. AOS, SZP, REH).

Udostępniono aktualizację grupera JGP - AOS.  
Czy chcesz wykonać teraz automatyczną aktualizację?

Tak Nie

## 19.3 Omówienie formatki hospitalizacji

### 19.3.1 Przyjęcie/Wypis

Zakładka *Przyjęcie/Wypis* otwierana jest automatycznie, po wybraniu przycisku **Nowa hospitalizacja** z poziomu Kartoteki pacjentów. Ewidencjonuje się w niej dane dotyczące przyjęcia, skierowania i rozpoznania wstępnego, a po zakończonej hospitalizacji dane dotyczące wypisu. Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, oznaczone zostały: (\*).

Opis wybranych pól znajdujących się na zakładce *Przyjęcie/Wypis*:

Sekcja: Przyjęcie

- **Nr karty depozytowej** - dane uzupełniane na potrzeby rozliczeń dot. transportu. Po uzupełnieniu podpowiedzą się w [rozliczeniu](#) hospitalizacji.
- **Pobrano opłatę** - dane uzupełniane na potrzeby rozliczeń dot. transportu.

Sekcja: Skierowanie

Sekcja aktywuje się, jeśli w polu "Tryb przyjęcia" zostanie wybrana wartość - Przyjęcie planowe na podstawie skierowania. Szczegółowy opis pól znajduje się w rozdziale: [Skierowanie](#).

Sekcja: Przyczyny zgonu

Sekcja aktywuje się, jeśli w polu "Tryb wypisu" zostanie wybrana wartość - Zgon pacjenta.

Sekcja: Rozpoznanie onkologiczne po wypisie

- **Data badania** - pole zostanie aktywowane, po uprzednim wybraniu rozpoznania onkologicznego w polu "Kod".

## 19.3.2 Hospitalizacja

Zakładka *Hospitalizacja* umożliwia wprowadzenie podstawowych danych hospitalizacji, takich jak dane dotyczące realizacji, świadczenia, rozpoznania, zabiegów z zakresu chirurgii naczyniowej.

Część pól znajdujących się na formatce może zostać automatycznie uzupełniona na podstawie dokonanej rezerwacji/rejestracji bądź na podstawie [ustawień domyślnych](#) personelu, jeśli zostały uprzednio zdefiniowane.

Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, oznaczone zostały: (\*).

Opis wybranych pól znajdujących się na zakładce *Hospitalizacja*:

Sekcja: Realizacja

- **Realizujący, Komórka org.** - za pomocą przycisku wyboru [...] wybiera się personel realizujący wizytę i komórkę organizacyjną. Jeśli hospitalizacja została utworzona na podstawie wcześniejszej rezerwacji/rejestracji terminu, pola te uzupełnią się danymi, wprowadzonymi w Terminarzu.
- **Eksportuj** - pole domyślnie zaznaczone. Brak zaznaczenia w polu powoduje blokadę eksportu części statystycznej wizyty.

Sekcja: Wpis w księdze głównej przyjęć i wypisów

- **Księga** - wyświetlana nazwa księgi głównej na podstawie wybranej komórki organizacyjnej w polu "Komórka org.". Warunkiem podpowiadania się [księgi głównej](#) jest powiązanie jej z komórką org., w której realizowana jest hospitalizacja.

- **Rok księgi** - podpowiadany domyślnie na podstawie daty wskazanej w polu "Data przyjęcia".
- **Nr pozycji** - kolejny numer pozycji w księdze. Szczegółowy opis w rozdziale: [Konfiguracja obsługi hospitalizacji](#).
- **Nr dziecka** - pole aktywuje się, jeśli na formatce [Przyjęcie/Wypis](#) zostanie wybrany tryb przyjęcia - Przyjęcie noworodka w wyniku porodu w tym szpitalu. Wtedy z listy rozwijanej wybiera się numer dziecka, odpowiadający ilości urodzonych dzieci. Dla jednego urodzonego noworodka wybiera się cyfrę 1, a cyfrę 2 lub dalszą dla drugiego i kolejnych noworodków, przy ciąży mnogiej.

Dla potrzeb sprawozdawczości komunikatem SWIAD informacji dotyczących stopnia zaawansowania choroby nowotworowej została dodana sekcja [Zaawansowanie choroby nowotworowej](#). Pola w tej sekcji będą aktywne do wypełnienia w przypadku wskazania kodu rozpoznania wg skutku z zakresu: C18–C20, C34, C50, C56, C61.

### 19.3.3 Procedury

Na formatce *Procedury* ewidencjonuje się procedury medyczne wg międzynarodowej klasyfikacji ICD-9, które zostały udzielone pacjentowi podczas trwania hospitalizacji. Szczegółowe informacje znajdują się w rozdziale: [Procedury ICD-9](#).

Procedury wyświetlane są dla bieżącego roku rozliczeniowego. W przypadku hospitalizacji trwających dłużej niż rok, istnieje możliwość wyświetlenia procedur ICD-9 z poprzednich lat za pomocą filtrów "Rok" oraz "Miesiąc".



Jeżeli zostanie wybrana procedura ICD-9, dla której wymagane jest uzupełnienie personelu, podczas zapisywania danych zostanie wyświetlony poniższy komunikat:

Procedura wymaga uzupełnienia danych personelu.



## 19.3.4 Rehabilitacja/Kardiologia

Dane na zakładce *Rehab/Kardio* uzupełnia się w przypadku realizowania świadczeń dla:

- rehabilitacji leczniczej w zakresach stacjonarnej rehabilitacji neurologicznej,
- kardiologii.

W sekcji *Rehabilitacja* odnotowuje się informacje, dotyczące oceny sprawności pacjenta oraz oceny zaburzeń funkcji poznawczo-behawioralnych i oceny zaburzeń zwiększających wymagania rehabilitacyjne/pielęgniacyjne.

W celu wprowadzenia informacji o stopniu oceny zaburzeń należy w odpowiedniej linii kliknąć myszką w pole znajdujące się w kolumnie "Stopień" i z listy rozwijanej wybrać odpowiednią wartość.

**Rehabilitacja stacjonarna**

Liczba dni od wypisu chorego do przyjęcia na oddział rehabilitacji:

Liczba miesięcy od zachorowania:

Kwalifikacja do rehabilitacji ogólnoustrojowej:

☐ nie dotyczy ☐ procedura ICD9 ☒ rozpoznanie ICD10

Ocena wydolności serca wg skali NYHA:

Ocena czynności dnia codziennego wg skali Barthel ADL:

Ocena funkcjonalna wg skali ASIA:

Ocena głębokości niepełnosprawności wg GMFCS:

Ocena stopnia niepełnosprawności wg skali Rankina:

**Ocena zaburzeń funkcji poznawczo-behawioralnych**

Nazwa	Stopień
Zaburzenia emocjonalno-osobowościowe	
Zaburzenia funkcji pamięciowych	
Zaburzenia językowe	1
Zaburzenia komunikacji interpersonalnej (inne niż dyszartria i afa...)	2
Zaburzenia mowy	3
Zaburzenia percepcyjne (agnozje)	4
Zaburzenia połykania (dysfagia)	
Zaburzenia systemów uwagi	
Zaburzenia systemu wykonawczego (programowania i kontroli s...	
Zaburzenia wyższej organizacji ruchu (apraksje)	

**Ocena zaburzeń zwiększających wymagania rehabilitacyjne/pielęgniacyjne**

Nazwa	Stopień
Nabyte zaburzenia funkcji poznawczych	
Opóźnienie lub upośledzenie rozwoju umysłowego	
Padaczka	
Spastyczność kończyn górnej lub dolnej – 4 stopień nasilenia	
Zaburzenia emocjonalno-osobowościowe	
Zaburzenia funkcji kończyn górnych	
Zaburzenia kontroli mikcji i defekacji	
Zaburzenia mowy	
Zaburzenia połykania (dysfagia)	
Zaburzenia widzenia	
Zaburzenia zachowania/konieczność stałego nadzoru	


**Ocena ICF**

Kod	Nazwa	Przyjęcie			Wypis		
		K1	K2	K3	K1	K2	K3

**Kardiologia**

Ocena funkcji skurczowej lewej komory:

Sekcja *Ocena ICF* umożliwia wprowadzenie oceny stanu pacjenta przy wykorzystaniu słownika Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Pozwala to na ewidencję danych zgodnie z wytycznymi dla świadczeń z zakresu rehabilitacji opublikowanymi w komunikacie SWIAD. W kolumnach "Przyjęcie" oraz "Wypis" pod nagłówkami "K1", "K2", "K3" umożliwiono wybór odpowiednich kwalifikatorów dla przyjęcia i wypisu.

Aktywacji pól wyboru w powyższej sekcji dokonuje się za pomocą przycisku  umiejscowionego po jej prawej stronie.

## 19.3.5 Dodatkowe

Formatka *Dodatkowe* umożliwia wprowadzenie danych dotyczących:

- położnictwa,
- leczenia pacjentów w śpiączce,
- badań genetycznych materiału archiwalnego,
- zakażenia klinicznego,
- przepustek,
- oceny sprawności wg skali Zubroda-ECOG-WHO,
- zakwaterowania,
- programów leczenia.

Opis wybranych sekcji znajdujących się na zakładce *Dodatkowe*:

Sekcja: Położnictwo

Sekcja aktywuje się, jeśli na formatce Przyjęcie/Wypis zostanie wybrany tryb przyjęcia - Przyjęcie noworodka w wyniku porodu w tym szpitalu. Wtedy będzie możliwe wprowadzenie informacji o przedwczesnym urodzeniu dziecka i sposobie karmienia.

Sekcja: Program zdrowotny leczenia pacjentów w śpiączce

W polu "Identyfikator" podpowiadane jest ID pierwszej hospitalizacji pacjenta, w której zaznaczono śpiączkę. Z kolei w polu "Data przyjęcia" podpowiadana jest data przyjęcia z pierwszej hospitalizacji pacjenta w śpiączce.

Sekcja: Zakażenie

Służy do ewidencji informacji o zakażeniu klinicznym.

Sekcja: Przepustki

W przypadku wydania pacjentowi przepustki należy odnotować ten fakt, wpisując numer przepustki oraz jej datę.

Sekcja: Program leczenia

W przypadku uczestnictwa pacjenta w programie leczenia (terapeutycznym programie zdrowotnym) należy wprowadzić nazwę programu i datę rozpoczęcia leczenia. Program leczenia dodaje się za pomocą przycisku



**Dodaj** z okna dialogowego *Programy leczenia*, w którym prezentowana jest lista programów leczniczych zgodna z zał. nr 5 do zarz. 14/2015/DGL Prezesa NFZ.

## 19.3.6 Rozliczenia

W oknie *Rozliczenia* wprowadza się informacje dotyczące zakresu udzielonych świadczeń i świadczenia. Szczegółowa instrukcja znajduje się w rozdziale: [Rozliczenia](#).


Na zakładce 5.JGP istnieje możliwość uzupełnienia modyfikatorów taryfy JGP.

Zgodnie z wytycznymi zarządzenia numer 38/2019/DSOZ element ten ma być wykazywany dla świadczeń szpitalnych w ramach produktów „5.51.01.XXXXXXX”, wymienionych w załączniku 1a dla hospitalizacji zakończonych po 31.12.2019.

W danych rozliczenia hospitalizacji długoterminowej, której ewidencja prowadzona jest w module "Hospitalizacje", dla zakresu świadczeń dotyczącego opieki długoterminowej dodano podpowiadanie na zakładce **4. Dane POZ/SPO** w sekcji Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze wyników skali Barthel i Glasgow na podstawie ocen wprowadzonych w danych medycznych hospitalizacji.

Dokładne informacje na temat wprowadzania oceny wg skali Barthel lub Glasgow w przebiegu hospitalizacji długoterminowej w module "Hospitalizacje" znajdują się w instrukcji dla [Hospitalizacji długoterminowej](#), w rozdziale "Skale ocen".

## 19.3.7 Ubezpieczenie

Na zakładce *Ubezpieczenie* prezentowane są wszystkie dokumenty ubezpieczeniowe pacjenta. Za pomocą przycisku  **Dodaj** można dokonać dodania nowych dokumentów. Szczegółowa instrukcja znajduje się w rozdziale: [Ubezpieczenie](#).

**Uwaga!** W wersji 5.15.5 uległ zmianie sposób wyznaczania okresu pokrycia ubezpieczeniem wizyty długoterminowej/hospitalizacji przez oświadczenie o prawie do świadczeń składane przez pacjenta, zgodnie z art. 50 ust. 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Sposób podpowiadania oświadczenia o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym w przypadku wizyt długoterminowych wygląda następująco:

- jeśli data złożenia oświadczenia zawiera się w tym samym miesiącu co data rozpoczęcia wizyty, oświadczenie jest ważne do końca następnego miesiąca
- jeśli w ramach wizyty zostaje złożone kolejne oświadczenie (np. drugie), jest ono ważne tylko do końca miesiąca kalendarzowego, w którym zostało złożone,

- c) jeśli data złożenia oświadczenia zawiera się w kolejnym miesiącu następującym po miesiącu rozpoczęcia hospitalizacji, to jest ono ważne do końca miesiąca kalendarzowego, w którym zostało złożone.

### 19.3.8 Podział na pobyty

W aplikacji mMedica istnieje możliwość zmiany w trakcie trwania hospitalizacji następujących danych: lekarza realizującego, miejsca realizacji, kodu świadczenia i wersji słownika kodów świadczeń wg MZ.

Jeżeli w czasie trwania hospitalizacji zmienił się lekarz realizujący, kod centralny miejsca realizacji lub kod świadczenia/wersja słownika kodów świadczeń wg MZ, należy, będąc na formatce hospitalizacji, wybrać przycisk **Funkcje dodatkowe**, zamieszczony w lewym górnym rogu ekranu, a następnie opcję **Podział na pobyty**.

The screenshot shows the mMedica application interface. At the top, there is a menu bar with 'Funkcje dodatkowe' (Additional functions) highlighted. Below it, a sub-menu is open, showing 'Podział na pobyty' (Split into stays) as the selected option. Other options in the sub-menu include 'Dodaj pobyt' (Add stay), 'Zmiana danych' (Change data), and 'Usuń' (Delete). The main area of the application displays patient information: 'Hospitalizacja – Kowalski Jan (M), 52 lata'. Below this, there are sections for 'Przyjęcie' (Admission) and 'Skierowanie' (Referral). The 'Przyjęcie' section includes fields for 'Data przyjęcia' (Admission date) set to '05-07-2021 15:44', 'Tryb przyjęcia' (Admission mode) set to 'Przeniesienie z innego szpitala' (Transfer from another hospital), and 'Nr karty depozytowej' (Deposit card number). There are also checkboxes for 'Odleżyny' (Bedsores) and 'Pobrano opłatę' (Paid fee). The 'Skierowanie' section includes a 'Rodzaj' (Type) dropdown menu.

W oknie *Podział hospitalizacji na pobyty*, które się wyświetli, należy poprzez przycisk **Dodaj pobyt** wprowadzić nowy pobyt z datą rozpoczęcia równą dacie początku obowiązywania nowych danych.

Podział hospitalizacji na pobyty

Nr	Data od	Data do	Realizujący	ID pobytu
1	05-07-2021 15:44	07-07-2021	Nowak A...	2571
2	08-07-2021		Nowak Anna	2572

Nowy pobyt

Data ostatniego pobytu od: 08-07-2021 do:

Data nowego pobytu od: 12-07-2021

☒ Zakończ ostatni pobyt w dniu rozpoczęcia nowego

Zatwierdź Wyjście

**Dane pobytu nr 1**

Data od: 05-07-2021 15:44 Data do: 07-07-2021 Liczba dni: 3

Realizujący: Nowak Anna

Kod świadczenia: 3 Pobyt Wersja: rozp. MZ 23.12.2019

Dodaj pobyt... Usuń ostatni pobyt

Zatwierdź Wyjście

W zależności od tego, w jaki sposób skonstruowana jest posiadana przez świadczeniodawcę umowa, użytkownik powinien dokonać odpowiedniego ustawienia parametru **Zakończ ostatni pobyt w dniu rozpoczęcia nowego**. Po zatwierdzeniu zmian nowy pobyt zostanie dodany i będzie się wyświetlał jako odrębny rekord tabeli.

Jeżeli zmienił się lekarz realizujący lub kod świadczenia wg MZ (bądź wersja słownika kodów świadczeń), kolejnym krokiem jest dokonanie odpowiedniej modyfikacji na formacie danych hospitalizacji. Po zatwierdzeniu zmian nowe dane przypiszą się do ostatniego pobytu, natomiast wcześniejszy pobyt będzie zawierał dane poprzednie.

W razie konieczności zmiany danych wcześniejszego pobytu należy go zaznaczyć, a następnie dokonać odpowiedniej modyfikacji w zamieszczonej poniżej sekcji Dane pobytu nr (...).

W przypadku gdy zmianie uległ kod centralny komórki organizacyjnej, należy wprowadzić nowy pobyt, rozpoczynający się w dniu początku obowiązywania nowego kodu. Natomiast w oknie przeglądu [Struktury organizacyjnej](#) w danych komórki na zakładce **4. Kody** należy ustawić odpowiednio okresy obowiązywania starego i nowego kodu centralnego (Kodu wg NFZ).



## 19.4 Eksport danych hospitalizacji

### 19.4.1 Eksport świadczeń leczenia stacjonarnego

Sprawozdania świadczeń z zakresu leczenia stacjonarnego dokonuje się poprzez wykonanie [eksportu I-wszej fazy](#).

### 19.4.2 Eksport karty statystycznej

Ścieżka: [Komunikacja](#) > [Eksport danych](#) > [Karta statystyczna](#)

Program mMedica umożliwia eksport Karty statystycznej do Centrum Zdrowia Publicznego, zapisywanej w formacie XML na dysku komputera w ścieżce wskazanej przez użytkownika. Karta statystyczna tworzona jest na podstawie wpisów dokonanych w Księdze głównej, pobytów otwartych i zakończonych. Karta może być generowana za okres miesiąca, kwartału lub półrocza, zgodnie z wartością wybraną w polu "Okres".

W celu dokonania eksportu Karty na dysk komputera należy:

1. W polu "Okres" wybrać okres czasu, za który mają zostać wyeksportowane dane.
2. W polu "Księga główna" wskazać księgę główną.
3. W sekcji *Dane nadawcy/odbiorcy* uzupełnić numery REGON.
4. Dodatkowo zaznaczyć opcję kompresowania pliku, jeśli jest to wymagane.
5. Wybrać przycisk **Eksportuj**, który uruchomi proces zapisywania danych na dysku.
6. Po zapisaniu pliku na dysku komputera należy umieścić go w zewnętrznym systemie informatycznym zgodnie z wymogami.

**Eksport karty statystycznej do Centrum Zdrowia Publicznego** ✕

---

**Plik wyjściowy**

Ścieżka do pliku:  ...

Kompresuj plik ☐

---

**Zakres sprawozdania**

Data sprawozdania:  ▼ Okres:  ▼ Rok:

Data: od  do

Księga główna:  ▼

---

**Dane nadawcy / odbiorcy**

REGON nadawcy:  REGON odbiorcy:

---

**Postęp**

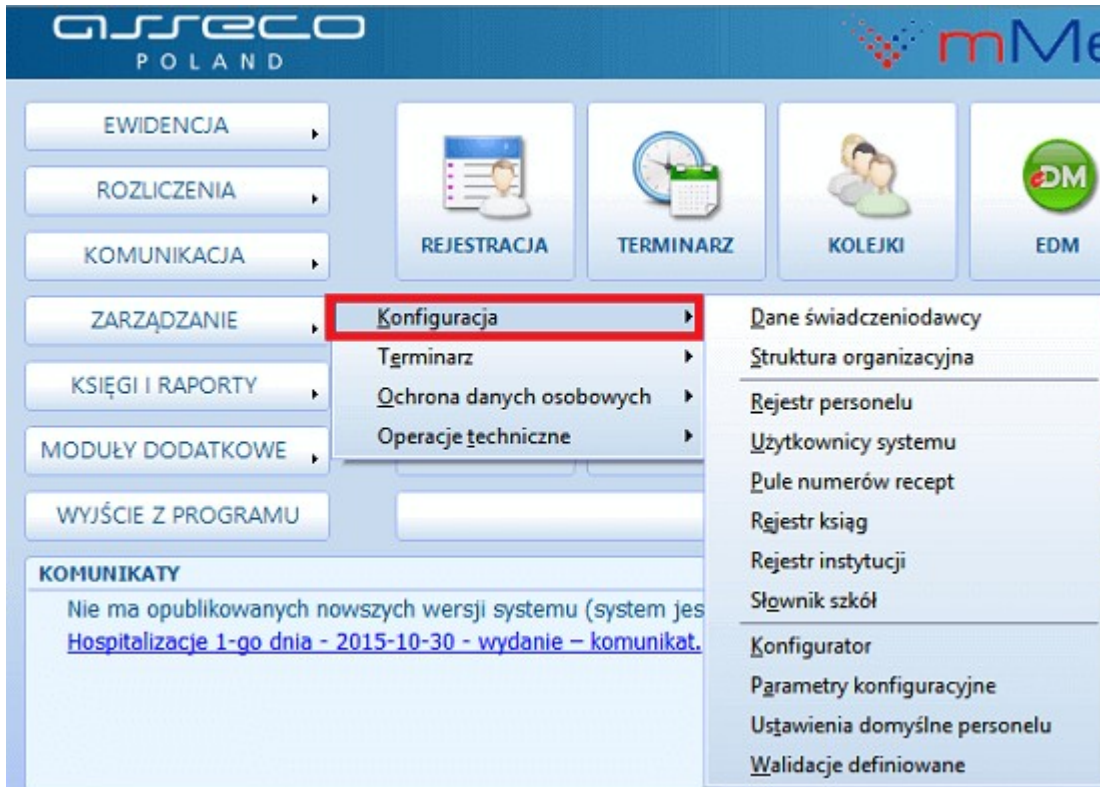
## Konfiguracja programu

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

Przed rozpoczęciem pracy w programie należy dokonać jego poprawnej konfiguracji. W tym celu należy wybrać z menu głównego opcję **Zarządzanie**, a następnie **Konfiguracja**.

W menu **Konfiguracja** są dostępne m.in.:

- Dane Świadczeniodawcy
- Struktura organizacyjna
- Rejestr personelu
- Użytkownicy systemu
- Pule numerów recept
- Rejestr ksiąg
- Rejestr instytucji
- Słownik szkół
- Konfigurator
- Parametry konfiguracyjne
- Ustawienia domyślne personelu
- Walidacje definiowane



Szczegółowy opis w/w sekcji znajduje się w kolejnych podrozdziałach tej instrukcji.

## 20.1 Dane świadczeniodawcy

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Dane Świadczeniodawcy](#)

Na formatce *Dane świadczeniodawcy* wprowadza się podstawowe dane świadczeniodawcy, który użytkuje oprogramowanie mMedica, jak np. nazwa, REGON, dane adresowe placówki, kody resortowe w odniesieniu do podmiotu leczniczego i zakładu leczniczego.

Zostały uwzględnione wytyczne dotyczące wymaganych kodów identyfikacyjnych jednostki organizacyjnej podmiotów leczniczych, zakładów leczniczych i praktyk zawodowych lekarzy, pielęgniarek i położnych (zgodnie z przepisami o działalności leczniczej).

W związku z art. 17 c. ust. 3. ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia w przypadku:

- a) Podmiotu prowadzącego działalność leczniczą wymagane jest uzupełnienie:
  - numeru NIP
  - 9-cio cyfrowego numeru REGON dla podmiotu leczniczego
  - 14-to cyfrowego numeru REGON dla zakładu leczniczego, gdzie pierwszych 9 cyfr jest tożsame z numerem REGON podmiotu
- b) Indywidualnej praktyki lekarskiej lub pielęgniarskiej/położniczej wymagane jest uzupełnienie:
  - numeru NIP praktyki (na zakładce **1. Podmiot leczniczy**)
  - kodu resortowego cz. I (numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą)
  - kod właściwej izby okręgowej (pole "Kod izby")

W wersji 9.0.0 aplikacji mMedica na zakładce **1. Podmiot leczniczy** zostało dodane pole "Rodzaj podmiotu", w którym istnieje możliwość jawnego wskazania odpowiedniego rodzaju podmiotu. Dostępna lista rozwijalna zawiera następujące wartości:

- Podmiot leczniczy
- Praktyka fizjoterapeutyczna
- Praktyka lekarska
- Praktyka pielęgniarska/położnicza

W zależności od wskazanego rodzaju podmiotu przy zapisie danych sprawdzane jest uzupełnienie numeru REGON zakładu leczniczego lub kodu izby.

W wersji 9.0.0 programu wprowadzono zmianę dotyczącą wprowadzania danych praktyki fizjoterapeutycznej. W przypadku wyboru tego rodzaju podmiotu w polu "Kod izby" podpowiadany jest, bez możliwości edycji, kod 98 - Indywidualna Praktyka Fizjoterapeutyczna. Równocześnie blokowana jest edycja pola REGON na zakładce **2. Zakład leczniczy**.

W związku z tym, że dane uzupełniane na zakładkach *Podmiot leczniczy* oraz *Zakład leczniczy* pobierane są do wydruku rachunku/faktury, należy rzetelnie uzupełniać dane na formatce.

Na zakładce **2. Zakład leczniczy** uzupełnia się domyślne kody resortowe cz. VII i VIII, które wykorzystywane są do ewidencji skierowań. W przypadku włączenia w systemie funkcjonalności [wielozakładowości](#), na drugiej zakładce definiuje się dane dla każdego zakładu indywidualnie.

Dane świadczeniodawcy

1. Podmiot leczniczy2. Zakład leczniczy3. Dane dodatkowe

Dane identyfikacyjne

Rodzaj podmiotu: Podmiot leczniczy

Nazwa: \* NZOZ

REGON: 000000000000NIP: 1111111111111111Nr konta:

Bank:BDO:

Adres

Kod poczt.:Miejscowość:Kod teryt.: 2469011 ... Katowice (miasto)

Ulica:Nr domu:Nr lokalu:

Telefon:Fax:E-mail:

Adres do korespondencji

Kod poczt.:Miejscowość:

Ulica:Nr domu:Nr lokalu:

Telefon:Fax:E-mail:

Kod resortowy / wpis do RPWDL

Część I/nr wpisu:Kod izby: ...

Część III: ...

Część IV: ...

Zatwierdź

Wyjście



## 20.2 Struktura organizacyjna

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Struktura organizacyjna](#)

Po przejściu do powyższej lokalizacji zostanie otwarta formatka *Przegląd struktury organizacyjnej*, w której jest prezentowana lista wszystkich komórek organizacyjnych istniejących w programie.

W zależności od ustawionego parametru, struktura organizacyjna będzie aktualizowana automatycznie na podstawie [umowy elektronicznej](#) zaczytanej do mMedica lub użytkownik będzie aktualizował ją ręcznie.

Aby samodzielnie wprowadzić komórkę organizacyjną do struktury, należy wybrać przycisk **"Nowy"**, który spowoduje otwarcie w dolnej części okna pola umożliwiającego edycję (sekcja „Nowa komórka organizacyjna”).

Za pomocą panelu nawigacji **"Wyszukiwanie zaawansowane"** znajdującego się po lewej stronie ekranu, istnieje możliwość wyszukania komórek organizacyjnych na podstawie nazwy, numeru umowy lub roku, w którym dana komórka obowiązywała. Odznaczenie pola **"Tylko aktualne"** powoduje wyświetlenie komórek organizacyjnych, które zostały dezaktywowane poprzez usunięcie zaznaczenia w polu "Czy aktualne" na zakładce **1. Dane podstawowe**.

W danych komórki organizacyjnej istnieje podział na 5 zakładek:

### Zakładka **1. Dane podstawowe**

Na zakładce należy wprowadzić dane dotyczące struktury organizacyjnej zakładu. Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, oznaczone zostały: (\*).

W przypadku dodania nowej komórki organizacyjnej należy wybrać przycisk **"Nowy"** i uzupełnić pole **Kod**, którego wartość powinna być unikalna.

Funkcje dodatkowe

Nowy Usun

Wyszukiwanie zaawansowane

Nazwa:

Rok: 2016

Nr umowy:

☒ Tylko aktualne

Zastosuj Wyczyść

Przegląd struktury organizacyjnej

Kod	Kod edycyjny	Nazwa
497	497	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII
7	POZ1	Gabinet lekarza POZ
501	501	Gabinet pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej
503	503	Gabinet położnej środowiskowo-rodzinnej
498	498	OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ
500	500	Pielęgniarska Opieka Długoterminowa
499	499	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA
494	494	PORADNIA ALERGOLOGICZNA

Komórka: Gabinet lekarza POZ

1. Dane podstawowe 2. Dane adresowe 3. Dane dodatkowe 4. Kody 5. Lokalizacja

Kod: \* 7 Kod edycyjny: \* POZ1

Nazwa: \* Gabinet lekarza POZ

Kod resortowy cz. III: ...

Kod resortowy cz. VI: ...

Kod resortowy cz. V: \* 01 Nazwa jednostki org.: ...

Kod resortowy cz. IX: ...

Kod resortowy cz. X: ...

Czy aktualne ☒

### Zakładka 2. Dane adresowe

Na zakładce należy wprowadzić dane adresowe komórki organizacyjnej.

**Uwaga!** Aby na receptach był drukowany numer telefonu poradni, należy uzupełnić pole **Telefon**.

Komórka: Gabinet lekarza POZ

1. Dane podstawowe 2. Dane adresowe 3. Dane dodatkowe 4. Kody 5. Lokalizacja

Ulica: Wojewódzka

Kod pocztowy: 40-001 Miejscowość: Katowice

Kod terytorialny: 2469011 ... Katowice (miasto)

Telefon: 32 100 00 00 Fax: E-mail:

### Zakładka 3. Dane dodatkowe

Aby uzyskać dostęp do zeskanowanych dokumentów, należy w strukturze organizacyjnej wskazać ścieżkę do folderu dokumentacji archiwalnej. Funkcjonalność została szczegółowo opisana w rozdziale: [Archiwum](#).

Zaznaczenie parametru **"Wyliczaj dni udzielenia świadczenia dla oddziału dziennego"** spowoduje zmianę sposobu wyliczania dni w opiece dziennej - w wyliczaniu dni pomijane będą soboty i dni ustawowo wolne od pracy.

**Komórka: Gabinet lekarza POZ**

1. Dane podstawowe 2. Dane adresowe 3. Dane dodatkowe 4. Kody 5. Lokalizacja

Folder dokumentacji archiwalnej: C:\Archiwum ... Utwórz strukturę folderów

Wyliczaj dni udzielania świadczenia dla oddziału dziennego ☒

Informacje dodatkowe:

#### Zakładka 4. Kody


Na zakładce "4. Kody" dokonuje się powiązania wprowadzonej komórki organizacyjnej z kodem centralnym (Kod wg NFZ) oraz odpowiednimi kodami resortowymi cz. VII i VIII. Istnienie aktualnego kodu wg NFZ na bieżący rok rozliczeniowy w strukturze organizacyjnej jest wymagane do prawidłowego ewidencjonowania wizyt w aplikacji mMedica. W przypadku braku kodu centralnego ewidencja świadczeń w Uzupełnianiu świadczeń lub Gabinetecie będzie niemożliwa.

**Komórka: Poradnia stomatologiczna**

1. Dane podstawowe 2. Dane adresowe 3. Dane dodatkowe 4. Kody 5. Lokalizacja

*	Kod wg NFZ	Kod res. cz. VII	Kod res. cz VIII	Data od	Data do
	161000	000	1800	01-01-2019	31-12-2019
	161000	000	1800	01-01-2020	31-12-2020
▶	161000	000	1800	01-01-2021	31-12-2021

+ -

Aby do wybranej komórki organizacyjnej dodać aktualny kod wg NFZ, należy wybrać przycisk **"Dodaj"** . Otwarte zostanie okno słownikowe "Kody NFZ w strukturze organizacyjnej" zawierające listę kodów zaimportowanych do programu wraz z elektroniczną wersją umowy.

**Kody NFZ w strukturze organizacyjnej**

Kod lub nazwa:  Rok:

Widok: [1 Preferowane](#) [2 Ostatnio wybierane](#) [3 Wszystkie](#)

*	Kod	Nazwa	Kod res. cz. ...	Kod res. cz. VII	Data od	Data do
▶	00000	Komercja				
	161000	PORADNIA STOMATOLOGICZNA	1800	000	01-01-2021	31-12-2021

Wybierz (F5) Wyjście

Z dostępnej listy należy wybrać odpowiednią wartość dwuklikiem lub za pomocą przycisku **"Wybierz (F5)"**. Po dokonaniu wyboru ze słownika, pozycja pojawia się na zakładce **4. Kody** z uzupełnionymi danymi, jak: kod wg NFZ, kod resortowy cz. VII i VIII, daty obowiązywania. Dzięki powiązaniu komórki organizacyjnej z właściwym kodem centralnym będzie można wybrać odpowiedni zakres świadczeń i świadczenie w danych pozycji rozliczeniowej wizyty zrealizowanej w tej komórce.

**Uwaga!** Na zakładce "4. Kody" danej komórki organizacyjnej może znajdować się więcej niż jedna pozycja dotycząca danego roku sprawozdawczego (w zależności od potrzeb wynikających ze zmian). Okresy obowiązywania kodów nie mogą się jednak nakładać. Okres obowiązywania kodu określony jest w kolumnach **"Data od"** i **"Data do"**.

### Usunięcie pozycji

Aby usunąć komórkę ze struktury organizacyjnej, należy zaznaczyć ją na liście i użyć przycisku **"Usuń"** (znajdującego się w górnej części okna). Wyświetlony zostanie komunikat (zdz. poniżej), żądający potwierdzenia chęci usunięcia danych przez użytkownika. Ze względu na występowanie wielu powiązań między komórką a danymi ewidencjonowanymi w programie, nie ma możliwości całkowitego usunięcia komórki. Wybranie przycisku "Tak" spowoduje oznaczenie komórki jako nieaktualnej, dzięki czemu w każdej chwili będzie możliwe jej przywrócenie.

Nie można usunąć danych.  
Czy chcesz ustawić pozycję na nieaktualną?

Tak      Nie

## 20.3 Rejestr personelu

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Rejestr personelu](#)

Przejdźcie do powyższej lokalizacji otworzy formatkę **Przegląd listy personelu**, umożliwiającej dodanie nowej osoby do rejestru personelu - co czyni się zazwyczaj podczas wprowadzania nowego użytkownika systemu. Rejestr personelu jest rozumiany jako personel medyczny, który bierze udział w realizacji świadczeń.

W aplikacji mMedica rozróżnia się 2 grupy personelu:

- **Personel wewnętrzny** - tzw. personel własny, wykazywany jako personel realizujący świadczenia w placówce. Personel wewnętrzny jest zawsze powiązany z użytkownikiem systemu mMedica.
- **Personel zewnętrzny** - personel nie świadczący usług w placówce. Personelem zewnętrznym jest np. lekarz z innej placówki wystawiający skierowanie, z którym zgłasza się pacjent.

**Wyszukiwanie zaawansowane**

Nazwisko:

Nr prawa wyk. zawodu:

Grupa:

Rodzaj personelu:

☒ Tylko aktualne

**Przegląd Listy Personelu**

Nazwisko i imię	PESEL	Nr prawa wyk. zawodu	Rodzaj	Grupa	Telefon
Nowak Anna			Lekarz	Personel wewnętrzny	

**Osoba personelu – Nowak Anna**

1. Dane podstawowe    2. Dane adresowe    3. Dane dodatkowe    4. Uprawnienia

Grupa: \*

Użytkownik: \*  ... Nowak Anna

Nazwisko: \*

Imiona: \*

PESEL:

Rodzaj: \*

Tytuł naukowy:

Numer prawa wyk. zawodu: \*

Czy aktualne ☒

Po lewej stronie ekranu znajduje się panel **Wyszukiwanie zaawansowane**, który pozwala wyszukiwać osoby personelu za pomocą nast. filtrów: nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu, grupa (personel wewnętrzny/zewnętrzny), rodzaj personelu (np. lekarz, psychoterapeuta, logopeda).

W górnej części okna jest prezentowana lista wszystkich osób personelu według zadanych warunków wyszukiwania. Podświetlenie wybranej osoby na liście powoduje wyświetlenie jej danych szczegółowych w dolnym oknie formatki.



Opis przycisków znajdujących się w górnej części okna:

- **Nowy** - dodanie nowej osoby personelu. W dolnej części ekranu pojawi się formatka **Nowa osoba personelu**, którą należy uzupełnić.
- **Usuń** - usunięcie osoby personelu, która została zaznaczona na liście. Jeżeli osoba personelu jest powiązana z aktywnymi rozliczeniami, skierowaniami etc. jej usunięcie jest niemożliwe - w takiej sytuacji personel można oznaczyć jako nieaktualny (zdej. poniżej).

Nie można usunąć personelu, gdyż jest powiązany z:

- wizytami
- zasobami
- deklaracjami.

OK

- **Harmonogram** - harmonogram wybranej osoby personelu. Przycisk będzie nieaktywny, jeśli na liście personelu zostanie zaznaczony personel zewnętrzny.
- **Historia zmian** - historia zmian danych wybranej osoby personelu - prezentująca szczegółowe informacje o dacie i użytkowniku modyfikującym, dane oraz informacje o starej i nowej wartości.

**Uwaga!** W przypadku korzystania z funkcjonalności Terminarz, usunięcie personelu skutkuje usunięciem danych parametrów komórki w Terminarzu.

### 20.3.1 Dodanie personelu

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Rejestr personelu](#)

W celu dodania nowej osoby personelu należy wybrać przycisk **"Nowy"** znajdujący się w górnym panelu okna. W dolnej części okna zostanie otwarta formatka **Nowa osoba personelu**, którą należy uzupełnić - pola bezwzględnie wymagane oznaczono gwiazdką (\*).

### Osoba personelu – Nowak Anna

**1. Dane podstawowe**2. Dane adresowe3. Dane dodatkowe4. Uprawnienia

Grupa:

\*

Personel wewnętrzny

Użytkownik:

\*

NOWAKA

...

Nowak Anna

Nazwisko:

\*

Nowak

Imiona:

\*

Anna

PESEL:

Rodzaj:

\*

Lekarz

Tytuł naukowy:

Numer prawa wyk. zawodu:

\*

5\*\*\*\*\*

Czy aktualne

☒

Opis wybranych pól z zakładki 1. Dane podstawowe:

- **Grupa** - do wyboru są dwie grupy personelu:

- a) **Personel zewnętrzny** - personel konieczny do ewidencji skierowań. Przez personel zewnętrzny należy rozumieć osoby, które nie świadczą usług zdrowotnych w placówce. Personelem zewnętrznym jest np. lekarz innego zakładu, który wystawia skierowanie, z którym pacjent zgłasza się do placówki. Personelu zewnętrznego nie przypisuje się do użytkownika systemu.
- b) **Personel wewnętrzny** - personel własny, zatrudniony w placówce. Personel wewnętrzny jest zawsze powiązany z użytkownikiem systemu mMedica.
- **Użytkownik** - pole jest aktywne w przypadku ewidencji użytkownika wewnętrznego. Po wybraniu przycisku wyboru [...] otwarte zostanie okno "Użytkownicy bez przypisanego personelu", prezentujące listę użytkowników nie powiązanych z personelem. Wybranie użytkownika z listy powoduje powiązanie go z osobą personelu.
- Uwaga!** Użytkownik systemu może zostać przypisany tylko do jednej osoby z rejestru personelu.
- **Rodzaj** - z listy rozwijanej należy wybrać właściwy rodzaj personelu medycznego. Lista zawiera 36 pozycji, np. lekarz, lekarz dentysta, psycholog.
- **Czy aktualne** - pole domyślnie zaznaczone. Usunięcie zaznaczenia powoduje dezaktywację wybranej osoby personelu.

#### Opis wybranych pól z zakładki 2. Dane adresowe:

Na zakładce 2. *Dane adresowe* należy wprowadzić dane adresowe lekarza. Dane te będą drukowane na recepcie komercyjnej, jeśli w puli numerów recept zostanie zaznaczona opcja "Drukuj dane lekarza w nagłówku recepty".

- **Telefon/e-mail** - uzupełnienie nr telefonu lub adresu email konieczne jest do wystawienia recepty transgranicznej. Wprowadzony numer telefonu będzie również drukowany na recepcie refundowanej w sekcji *Dane i podpis lekarza*.
- **Umieść dane kontaktowe na recepcie** - po zaznaczeniu parametru numer telefonu lekarza drukowany będzie na receptach papierowych oraz na wydruku informacyjnym e-Recepty.

#### Opis wybranych pól z zakładki 3. Dane dodatkowe:

- **Grupy zawodowe** - należy dodać grupę zawodową personelu. Jeśli na zakładce 1. *Dane podstawowe* zostanie wybrany rodzaj personelu "Lekarz", to grupa zawodowa zostanie domyślnie uzupełniona. W innym przypadku należy ręcznie dodać grupę zawodową i uzupełnić NPWZ. Wybranie przycisku **Nowy** powoduje dodanie nowego rekordu, gdzie z listy rozwijanej należy wybrać odpowiednią wartość.
- **Specjalności** - należy dodać specjalizację personelu. Wybranie przycisku **Nowy** powoduje dodanie nowego rekordu, gdzie za pomocą przycisku wyboru [...] należy wybrać specjalność zawodową personelu medycznego.

Jeśli nazwa specjalizacji personelu ma być nanoszona na wydrukach recept i skierowań wystawianych w wybranych komórkach org., należy w odpowiednim rekordzie dot. specjalności wybrać wartość w kolumnie "Kod res. cz. VIII". Specjalizacje bez powiązania z komórką organizacyjną będą nanoszone na wydrukach we wszystkich komórkach, w których lekarz realizuje świadczenia.

#### • Niestandardowe opisy:

- **Na recepcie** - wartość wprowadzona w polu będzie drukowana na recepcie w sekcji *Dane i podpis osoby uprawnionej*. W opisie należy wprowadzić pełne dane, które mają znaleźć się w tej sekcji tj. imię i nazwisko lekarza, NPWZ, nazwa specjalizacji.
- **Na skierowaniu i zaleceniach** - wartość wprowadzona w polu będzie drukowana na skierowaniu tuż pod kodem kreskowym, zamiast dotychczasowych danych: imię i nazwisko lekarza, specjalizacja, NPWZ oraz na zaleceniach drukowanych z Gabinetu.
- **W hospitalizacji** - wartość wprowadzona w polu będzie nanoszona na wszystkich dokumentach drukowanych z Modułu Hospitalizacje w polach, gdzie widnieją dane lekarza.

1. Dane podstawowe 2. Dane adresowe 3. Dane dodatkowe 4. Uprawnienia

**Grupy zawodowe**

Nazwa	Nr prawa wykonywania zawodu
I. Lekarz	

**Specjalności**

Nazwa	Stopień	Kod res. cz. VIII
Lekarz – specjalista chorób wewnętrznych		
Lekarz – specjalista chorób płuc		

**Niestandardowe opisy**

Na recepcie: Na skierowaniu i zaleceniach: W hospitalizacji:

### Opis parametrów z zakładki 4. Uprawnienia:

Na podstawie zaznaczenia poszczególnych parametrów, warunkowana jest możliwość wystawiania recept przez wybrane osoby personelu - pielęgniarki i położne lub lekarzy:

- **Wystawianie recept na bezpłatne leki dla osób w wieku 75+** - wystawianie bezpłatnych leków z listy leków refundowanych dla [seniora](#). Na podstawie wieku pacjenta (ukończony 75 rok życia), złożonej deklaracji u świadczeniodawcy i komórki organizacyjnej (POZ) na recepcie drukowane będzie uprawnienie "S". Parametr dostępny wyłącznie dla personelu w rodzaju "Lekarz".
- **Wystawianie recept na bezpłatne leki dla kobiet w ciąży** - wystawianie bezpłatnych leków z listy leków refundowanych dla [kobiet w ciąży](#). Na podstawie uprawnienia dodatkowego nadanego w Kartotece na recepcie drukowane będzie uprawnienie "C".
- **Wystawianie recept w ramach samodzielnej ordynacji** - wystawianie przez pielęgniarki/położne recept na podstawie puli w rodzaju samodzielna ordynacja. Parametr aktywny wyłącznie dla personelu w rodzaju "Pielęgniarka/położna".
- **Wystawianie recept w ramach kontynuacji zleceń lekarskich** - wystawianie przez pielęgniarki/położne recept na podstawie puli w rodzaju kontynuacja. Parametr aktywny wyłącznie dla personelu w rodzaju "Pielęgniarka/położna".

1. Dane podstawowe 2. Dane adresowe 3. Dane dodatkowe 4. Uprawnienia

☒ Wystawianie recept na bezpłatne leki dla osób w wieku 75+

☒ Wystawianie recept na bezpłatne leki dla kobiet w ciąży

☐ Wystawianie recept w ramach samodzielnej ordynacji

☐ Wystawianie recept w ramach kontynuacji zleceń lekarskich

## 20.3.2 Dodanie personelu o różnych kwalifikacjach

Aplikacja mMedica umożliwia przypisanie do jednej osoby personelu kilku różnych kwalifikacji. Funkcjonalność ma na celu umożliwienie rozliczenia świadczeń z różnych poradni/zakresów udzielanych przez jedną osobę personelu.

Niniejsza instrukcja dla przykładu opisuje sposób ewidencji personelu posiadającego kwalifikacje psychologa i psychoterapeuty.

Po dodaniu nowego użytkownika systemu w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu](#), należy dodać nową osobę personelu wg instrukcji: [Dodanie personelu](#).

Następnie należy przejść na zakładkę **3. Dane dodatkowe** i w sekcji **Grupy zawodowe** dodać kwalifikacje personelu. W tym celu należy wybrać przycisk "Nowy" i z listy rozwijanej wybrać odpowiednią grupę zawodową, następnie zmiany zatwierdzić.

The screenshot shows the '3. Dane dodatkowe' tab of the user configuration window. Under the 'Grupy zawodowe' section, there is a list of professions. 'Psycholog' and 'Psychoterapeuta' are highlighted with a red box. To the right of the list, there is a 'Nowy' button, also highlighted with a red box. Below the list, there are fields for 'Niestandardowy opis na recepcie' and 'Niestandardowy opis na skierowaniu i zaleceniach'.

Powyższa konfiguracja pozwala na zmianę grupy zawodowej personelu podczas ewidencjonowania świadczeń, zgodnie z wymogami.

Na formacie Uzupełnianie świadczeń obok pola "Realizujący" znajduje się pole, w którym wyświetlany jest rodzaj personelu (grupa zawodowa) realizującego świadczenia. Domyślnie podpowiadana jest wartość, która została wprowadzona w polu **Rodzaj** w rejestrze personelu ([Zarządzanie > Konfiguracja > Rejestr personelu](#) > zakładka **1. Dane podstawowe**). Natomiast po rozwinięciu listy ukażą się wszystkie grupy zawodowe, jakie zostały dodane.


The screenshot shows the 'Uzupełnianie świadczeń' form. The 'Realizujący' dropdown menu is open, showing a list of professions. 'Psychoterapeuta' is highlighted with a red box. The form includes fields for 'Nr świadczenia', 'ID wizyty', 'Pacjent', 'Rozp. główne', 'Data od', 'do', 'Dni', 'Realizujący', 'Komórka org.', 'Uprawnienie', and 'Dodatkowe'.

## 20.3.3 Asystent medyczny

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Rejestr personelu](#)

Program mMedica udostępnia możliwość skonfigurowania danych asystenta medycznego.

Powyższy rodzaj personelu musi być dodany jako personel wewnętrzny według wytycznych zawartych w rozdziale [Dodanie personelu](#). Dodatkowo należy w jego danych na zakładce **4. Uprawnienia** w polu "Asystent medyczny dla lekarzy" wskazać lekarza (lekarzy), który upoważnił go do wystawiania dokumentów w swoim imieniu.

Dokonuje się tego poprzez wybór przycisku , a następnie w oknie słownika personelu wewnętrznego, który się wyświetli, odszukanie i wybranie danej pozycji.

Aby zbiorczo wybrać kilku lekarzy, należy za pomocą myszki i klawisza CTRL zaznaczyć w słowniku odpowiednie pozycje, a następnie nacisnąć **Wybierz (F5)**.

W kolumnie "Nr upoważnienia do wystawiania" istnieje możliwość wpisania identyfikatorów upoważnień nadanych w Rejestrze Asystentów Medycznych (RAM) dla poszczególnych typów dokumentów elektronicznych. Uzupełnione identyfikatory zostaną uwzględnione w [Elektronicznej Dokumentacji Medycznej](#), zgodnie z wytycznymi Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Jeżeli w przypadku przynajmniej jednego lekarza nie zostanie uzupełniony identyfikator dla żadnego z trzech rodzajów dokumentów, podczas zatwierdzania danych wyświetli się komunikat:

Brak numeru upoważnienia asystenta medycznego dla co najmniej jednego lekarza.  
Kontynuować?

Tak

Nie

**Uwaga!** Osoba personelu będąca asystentem medycznym musi mieć uzupełniony numer PESEL (zakładka **1. Dane podstawowe**).

**Uwaga!** Osobę spoza grupy personelu medycznego, pełniącą funkcję asystenta medycznego, należy dodać do rejestru personelu jako personel wewnętrzny w rodzaju: [Pracownik administracyjny](#). Pozostałej konfiguracji dokonuje się zgodnie z powyższym opisem.



1. Dane podstawowe	2. Dane adresowe	3. Dane dodatkowe	4. Uprawnienia
Grupa:	* Personel wewnętrzny		
Użytkownik:	* NOWAKA ... Nowak Anna		
Nazwisko:	* Nowak		
Imiona:	* Anna		
PESEL:	*		
Rodzaj:	* Pracownik administracyjny		
Tytuł naukowy:			
Numer prawa wyk. zawodu:			
Czy aktualne	<input checked="" type="checkbox"/>		

Użytkownik będący asystentem medycznym ma możliwość:

- [obsługi eZLA](#)
- [obsługi e-Skierowań](#)
- [obsługi e-Recept](#)

przy czym wystawianie dokumentów odbywa się w imieniu lekarza.

Asystent medyczny, aby móc wystawiać dokumenty elektroniczne, musi posiadać swój indywidualny podpis elektroniczny skonfigurowany zgodnie z opisem zamieszczonym w rozdziale [Wybór rodzaju podpisu elektronicznego dla użytkownika](#).

## 20.3.4 Pracownik administracyjny

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Rejestr personelu](#)

W aplikacji mMedica istnieje możliwość konfiguracji danych pracownika administracyjnego.

Taką osobę personelu wprowadza się jako personel wewnętrzny według wytycznych zawartych w rozdziale [Dodanie personelu](#). W jej danych na zakładce **1. Dane podstawowe** z listy rozwijalnej w polu "Rodzaj" należy wybrać pozycję "Pracownik administracyjny" oraz wprowadzić w odpowiednim polu numer PESEL.

1. Dane podstawowe	2. Dane adresowe	3. Dane dodatkowe	4. Uprawnienia
Grupa:	* Personel wewnętrzny		
Użytkownik:	* NOWAKA ... Nowak Anna		
Nazwisko:	* Nowak		
Imiona:	* Anna		
PESEL:	*		
Rodzaj:	* Pracownik administracyjny		
Tytuł naukowy:			
Numer prawa wyk. zawodu:			
Czy aktualne	<input checked="" type="checkbox"/>		

Użytkownik skonfigurowany jako pracownik administracyjny ma możliwość [pobierania e-Skierowań](#).

## 20.4 Użytkownicy systemu

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

Formatka **Użytkownicy systemu** stanowi rejestr wszystkich użytkowników programu wraz z informacją o przypisanych im uprawnieniach. Zarządzanie użytkownikami może wykonywać jedynie osoba z nadanymi uprawnieniami administratora systemu.

Obsługa rejestru użytkowników obejmuje:

- Przegląd rejestru użytkowników
- Wprowadzenie, modyfikację oraz usunięcie pozycji
- Zaawansowane nadawanie uprawnień
- Podgląd statystyki użytkownika i historii zmian
- Zmianę hasła do programu
- Wprowadzenie danych do autoryzacji i zmiana hasła w systemach: eWUŚ, AP-KOLCE, eZWM
- Wprowadzenie danych do autoryzacji usługą [Active Directory](#) oraz konfiguracja [podpisu elektronicznego](#)

W górnej części okna prezentowany jest rejestr użytkowników w postaci listy. Strzałka z lewej strony listy wskazuje, która pozycja jest obecnie przeglądana, a jej szczegółowe dane wyświetlane są w dolnej części okna.

**Zarządzanie użytkownikami systemu**

Użytkownik (login)	Nazwisko, imię	Osoba personelu	Data dodania	Aktywny	Grupa funkcjonalna	Grupa raportów
ADMIN1	Administrator, Pierwszy		04-07-2007 13:07:58	<input checked="" type="checkbox"/>		
UZYTKOWNIK1	Nowak, Jakub	Nowak Jakub	14-11-2022 12:54:5	<input checked="" type="checkbox"/>		Pełne uprawnienia

**Nowak Jakub (UZYTKOWNIK1)**

1. Dane użytkownika 2. eRejestracja / Systemy NFZ 3. Autoryzacja 4. Uprawnienia do danych 5. Uprawnienia funkcjonalne 6. Uprawnienia do raportów

Użytkownik (login): \* UZYTKOWNIK1 Aktywny: ☒

Imię: \* Jakub Nazwisko: \* Nowak

Osoba personelu: 19782 ... Nowak Jakub

Ostatnie logowanie: 14-11-2022 14:10:26 Czas pracy: 0:00:40

Kod kasjera: [pole tekstowe]

Uwagi: [pole tekstowe]

Tel. komórkowy: [pole tekstowe]

e-mail: [pole tekstowe]

Tylko aktywni ☒

Zastosuj Wyczyść

## 20.4.1 Dodanie użytkownika

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > 1. Dane użytkownika

Aby dodać nowego użytkownika programu należy wybrać przycisk **Nowy użytkownik**, znajdujący się w górnej części ekranu. W dolnej części formatki zostanie wyświetlone okno *Nowy użytkownik*, które należy uzupełnić. Pola bezwzględnie wymagane oznaczono gwiazdką (\*).

Opis poszczególnych pól na zakładce 1. Dane użytkownika:

- **Użytkownik (login)** – login użytkownika, za pomocą którego będzie następować logowanie do programu. Login musi składać się z min. 3 znaków.
- **Parametr „Aktywny”** – usunięcie zaznaczenia powoduje dezaktywację użytkownika (nie będzie widoczny na głównej liście użytkowników systemu). Dezaktywowanego użytkownika można w każdej chwili przywrócić, poprzez zaznaczenie pola "Aktywny" [✓].
- **Osoba personelu** – w polu wyświetla się osoba personelu powiązana z użytkownikiem systemu. [Powiązania](#) dokonuje się po utworzeniu użytkownika i przejściu w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Rejestr personelu](#).
- **Kod kasjera** – wykorzystywane w Module Komercyjnym. Wprowadzony kod kasjera (max. 2 cyfrowy)

będzie widnieć na paragonach drukowanych na drukarce fiskalnej za udzielone świadczenia komercyjne.

- **Uwagi** - pole dodane w wersji 8.3.0 aplikacji mMedica. Służy do wprowadzenia dodatkowych uwag dotyczących użytkownika.
- **Tel. komórkowy** oraz **e-mail** - pola dodane w wersji 8.4.0 aplikacji mMedica dla potrzeb funkcjonalności resetowania hasła.

Jeżeli użytkownik posiada uprawnienia do pobierania statusu eWUŚ, należy uzupełnić dane logowania na zakładce 2. eRejestracja /Systemy NFZ. Szczegółowy opis konfiguracji konta eWUŚ znajduje się w rozdziale: [Konfiguracja konta eWUŚ w aplikacji mMedica](#).

Kolejnym krokiem, po uzupełnieniu danych podstawowych na zakładce 1. *Dane użytkownika*, jest nadanie użytkownikowi [uprawnień](#) do systemu - a więc zdefiniowanie dostępu do wybranych funkcji, raportów i formularzy.

W wersji 8.4.0 aplikacji mMedica zmienił się sposób nadawania hasła użytkownikowi. Po zatwierdzeniu danych dodawanego użytkownika wyświetli się okno umożliwiające zdefiniowanie hasła, za pomocą którego użytkownik będzie mógł się zalogować do programu. Hasło musi składać się z min. 12 znaków.

Jeżeli przy pierwszym logowaniu ma zostać wymuszona zmiana hasła, należy zaznaczyć odpowiedni parametr, dostępny na dole okna.

Hasło dla użytkownika UZYTEKOWNIK2

Hasło: [\*\*\*\*\*]

Powtórka hasła: [\*\*\*\*\*]

☐ Zmień pytanie pomocnicze

Pytanie pomocnicze: [ ]

Odpowiedź: [ ]

☒ Wymuś zmianę hasła przy pierwszym logowaniu

Zatwierdź Anuluj

**Uwaga!** Podczas wprowadzania loginu i hasła nie można używać polskich liter. Dozwolone są tylko znaki alfanumeryczne (cyfry i litery).

## 20.4.2 eRejestracja / Systemy NFZ

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

Zakładka **2. eRejestracja / Systemy NFZ** służy do edycji danych logowania personelu do portalu eRejestracji w module eRejestracja + oraz danych logowania do następujących systemów NFZ:

- AP-KOLCE,
- eWUŚ,
- eZWM,

w zależności od tego, do których z nich dana osoba ma uprawnienia.

W sekcji Systemy NFZ w polu "Dostępne systemy", poprzez zaznaczenie odpowiednich pozycji na liście rozwijalnej, należy wskazać, do jakich systemów Narodowego Funduszu Zdrowia użytkownik aplikacji mMedica ma mieć dostęp. W pozostałych polach należy uzupełnić dane logowania użytkownika do tych systemów. Będą one wykorzystywane przez program podczas czynności takich jak:

- weryfikacja statusów uprawnień pacjentów w systemie eWUŚ - w przypadku wyboru jako dostępnego systemu eWUŚ,
- operacje na harmonogramach przyjęć sprawozdawanych do AP-KOLCE- w przypadku wyboru jako dostępnego systemu A-KOLCE,
- wysyłanie elektronicznych zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne - w przypadku wyboru jako dostępnego systemu eZWM.



## 20.4.3 Uprawnienia do danych

Ścieżka: Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 4. Uprawnienia do danych

Wybranemu użytkownikowi systemu można ograniczyć dostęp do danych (statystycznych i rozliczeniowych), poprzez wybór komórek organizacyjnych (poradni) i zakresów świadczeń realizowanych w tych komórkach.

Zakładka 4. *Uprawnienia do danych* podzielona została na dwa okna:

- po lewej stronie znajduje się lista komórek organizacyjnych istniejących w systemie
- po prawej stronie znajduje się lista zakresów świadczeń na podstawie zacytowanej umowy elektronicznej

Pole "Rok" umożliwia filtrowanie komórek po roku ich obowiązywania (domyślnie ustawiony jest bieżący). Po wyborze z dostępnej listy rozwijalnej odpowiedniej pozycji zostaną wyświetlone tylko komórki posiadające w strukturze organizacyjnej kody z okresem obowiązywania obejmującym wskazany rok.

Wszystkie wartości znajdujące się w oknach są domyślnie zaznaczone (w kolumnie "Wybrany" znajduje się zaznaczenie [✓]), co oznacza, że użytkownik posiada pełne uprawnienia. W celu zbiorczego dodania lub usunięcia zaznaczenia należy kliknąć w dowolny rekord prawym przyciskiem myszki i wybrać jedną z dostępnych opcji.

The screenshot shows the '4. Uprawnienia do danych' window. The left pane lists organizational units (Poradnia) with checkboxes in the 'Wybrany' column. The right pane lists service ranges (Świadczenia) with checkboxes in the 'Wybrany' column. A 'Rok' dropdown is set to '2022'. At the bottom, there are checkboxes for 'Wyjątki dla danych medycznych i historii wizyt' and 'Pokazuj dane od wszystkich realizujących'.

Wybrany	Kod	Nazwa
<input checked="" type="checkbox"/>	5	Poradnia neurologiczna
<input type="checkbox"/>	4	Poradnia lekarza POZ
<input type="checkbox"/>	3	Poradnia stomatologiczna
<input checked="" type="checkbox"/>	2	Poradnia ginekologiczna
<input checked="" type="checkbox"/>	1	Poradnia pielęgniarki środowiskowej

Wybrany	Kod	Nazwa
<input checked="" type="checkbox"/>	01.0010.094.01	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ
<input checked="" type="checkbox"/>	01.0010.107.11	ŚWIADCZENIA LEKARZA W POZ W RAMACH
<input checked="" type="checkbox"/>	01.0010.108.11	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ UDZIELANE W :
<input checked="" type="checkbox"/>	01.0010.109.11	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ - STANY NAGŁ
<input checked="" type="checkbox"/>	01.0010.110.11	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ W RAMACH K
<input checked="" type="checkbox"/>	01.0010.111.11	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ - STANY ZACH
<input checked="" type="checkbox"/>	01.0032.147.01	ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARKI POZ
<input checked="" type="checkbox"/>	01.0034.022.11	ŚWIADCZENIA POŁOŻNEJ POZ - STANY NAG

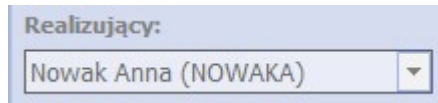
Użytkownicy, którym zostaną zaznaczone komórki organizacyjne (czyli miejsca realizacji) i zakresy świadczeń, będą mieli w systemie dostęp tylko do tych danych, które dotyczą wybranych zakresów i miejsc realizacji.

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

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

Np. Anna Nowak - lekarz alergolog będzie miała dostęp do komórki organizacyjnej o nazwie "PORADNIA ALERGOLOGICZNA" i zakresu świadczeń "Świadczenia w zakresie alergologii". Tak zdefiniowane uprawnienia dla dr Nowak zapewnią jej dostęp do wszystkich świadczeń z zakresu świadczeń alergologicznych, zrealizowanych w poradni alergologicznej.

- **Realizator** - opcja przeznaczona jest dla użytkowników posiadających przypisaną osobę personelu. Zaznaczenie opcji "Realizator" ogranicza uprawnienia wybranego użytkownika tylko do świadczeń zrealizowanych przez niego. Wtedy użytkownik będzie mógł ewidencjonować, przeglądać i modyfikować tylko świadczenia przez siebie realizowane (w nast. miejscach: przegląd wizyt, przegląd rozliczeń, uzupełnianie świadczeń, kartoteka pacjentów > wizyty, przegląd realizacji planu umowy, raport z wykonanych świadczeń, Gabinet).
- Filtry i pola **"Realizujący"** zostaną wyszarzone, bez możliwości zmiany realizującego (zdej. poniżej).



- **Pokazuj dane z wszystkich komórek, Pokazuj dane od wszystkich realizujących** - zaznaczenie daje dostęp do historii wizyt i danych medycznych dla wszystkich komórek i wszystkich realizujących, niezależnie od zaznaczenia checkbox'a w kolumnie "Wybrany". Historia wizyt dostępna jest z poziomu Gabinetu lub Kartoteki pacjentów ([Funkcje dodatkowe](#) > [Historia wizyt](#)).

## 20.4.4 Uprawnienia funkcjonalne

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > 5. Uprawnienia funkcjonalne

Dzięki odpowiedniemu zdefiniowaniu uprawnień funkcjonalnych, można dodać/ograniczyć użytkownikowi dostęp do wykonywania szeregu czynności w systemie mMedica. Przykładowo, osobie odpowiedzialnej za rozliczanie świadczeń należy nadać uprawnienia do rozliczeń i komunikacji, ograniczając tym samym uprawnienia do administracji systemem, które zarezerwowane są dla administratora placówki.

Wyróżniono następujące grupy uprawnień:

- Administracja systemem
- Dane medyczne
- Deklaracje
- eArchiwum
- Elektroniczna Dokumentacja Medyczna
- eRecepta
- eSkierowanie
- eWyniki
- Harmonogram przyjęć
- Komunikacja
- Koszty
- Księgi i raporty
- Moduł obsługi komercyjnej
- Obrót produktami leczniczymi
- Obsługa rejestru pacjentów
- Raporty i druki
- Rozliczenia
- Terminarz
- Zarządzanie instytucją

The screenshot displays the 'Zarządzanie użytkownikami systemu' (System User Management) window. On the left is a search sidebar. The main area shows a table of users and a detailed view for 'Nowak Jakub (UZYTKOWNIK1)'. The 'Grupy uprawnień' (Permission Groups) button is highlighted in red. In the user details, the '5. Uprawnienia funkcjonalne' (Functional Permissions) tab is selected and highlighted in red. It shows a tree of permissions where 'Zarządzanie globalnymi schematami danych' and 'Zarządzanie słownikami' are checked in green, while 'Drukowanie recept RPW' is unchecked in red.

Użytkownik (login)	Nazwisko, imię	Osoba personelu	Data dodania	Aktywny	Grupa funkcjonalna
ADMIN1	Administrator, Pierwszy		2007-07-04 13:07:58	<input checked="" type="checkbox"/>	
NOWAKA	Nowak, Anna		2018-01-09 09:46:56	<input checked="" type="checkbox"/>	P
UZYTKOWNIK1	Nowak, Jakub	Nowak Jakub	2018-01-09 08:36:53	<input checked="" type="checkbox"/>	Kierownik

Nadania uprawnień dokonuje użytkownik posiadający uprawnienia administratora:

1. Poprzez ręczne zaznaczenie na liście odpowiedniego uprawnienia [✓]
2. Poprzez nadanie określonej grupy uprawnień (pole "Grupa użytkowników"). W programie mMedica domyślnie zdefiniowano 5 grup uprawnień:
  - Kierownik
  - Lekarz
  - Pełne uprawnienia
  - Rejestracja i rozliczenia
  - Zewnętrzny personel medyczny

Zgodnie z wprowadzanymi zmianami, nazwy uprawnień są zaznaczane następującymi kolorami:

- kolorem **zielonym** - uprawnienia, które zostały nadane użytkownikowi
- kolorem **czerwonym** - uprawnienia, które zostały odebrane użytkownikowi

Grupy uprawnień są dostępne po rozwinięciu listy, znajdującej się w polu "Grupa użytkowników". Dzięki temu rozwiązaniu można w prosty sposób nadać uprawnienia użytkownikowi, zgodnie z wykonywaną przez niego funkcją (np. lekarzowi nadać grupę **Lekarz**, a pracownikowi rejestracji grupę **Rejestracja i rozliczenia**).

Grupy uprawnień i uprawnienia jakie zostały im nadane, zostały domyślnie zdefiniowane - w celu ich podejrzenia należy wybrać przycisk **Grupy uprawnień**, znajdujący się w górnym panelu formatki. Otwarte zostanie nowe okno *Obsługa grup użytkowników*, prezentujące listę utworzonych grup oraz uprawnienia, jakie zostały im nadane.

Systemowych grup uprawnień nie można modyfikować (lista uprawnień została wyszarzona). Za pomocą przycisku **Nowa grupa** można utworzyć nową, własną grupę i nadać jej odpowiednie uprawnienia.

Funkcje dodatkowe

Nowa grupa Usun grupę

Wyszukiwanie zaawansowane

Nazwa grupy:

Typ grupy:

Zastosuj Wyczyść

### Obsługa grup użytkowników

Kod	Nazwa grupy	Liczba użytkowników	Typ grupy
KIER	Kierownik	3	Grupy funkcjonalne
LEKA	Lekarz	8	Grupy funkcjonalne
ROZL	Rejestracja i rozliczenia	14	Grupy funkcjonalne
ZPM	Zewnętrzny personel medyczny	1	Grupy funkcjonalne

### Grupa: Lekarz

Nazwa grupy: Lekarz

Typ grupy: Grupy funkcjonalne

☒ Uprawnienia

- ☐ Administracja systemem
  - ☐ Dopisanie użytkownika systemu
  - ☐ Modyfikacja rejestru użytkowników systemu
  - ☐ Możliwość wielokrotnego logowania
  - ☐ Prawo administrowania systemem
  - ☐ Zarządzanie globalnymi schematami danych
  - ☐ Zarządzanie słownikami
  - ☐ Zarządzanie walidacjami definiowanymi
  - ☐ Zmiana danych do logowania do systemu eWUŚ
- ☒ Dane medyczne
  - ☒ Autoryzacja danych wizyty/hospitalizacji
  - ☒ Drukowanie recept RPW
  - ☐ Drukowanie recept stale podawanych leków
  - ☒ Modyfikacja danych autoryzowanej wizyty/hospitalizacji
  - ☒ Modyfikacja danych medycznych pacjenta

W przypadku braku posiadania przez użytkownika uprawnień do wykonywania konkretnych czynności, w aplikacji będą wyświetlane odpowiednie komunikaty, informujące również o lokalizacji danego uprawnienia:

Musisz posiadać następujące uprawnienie:

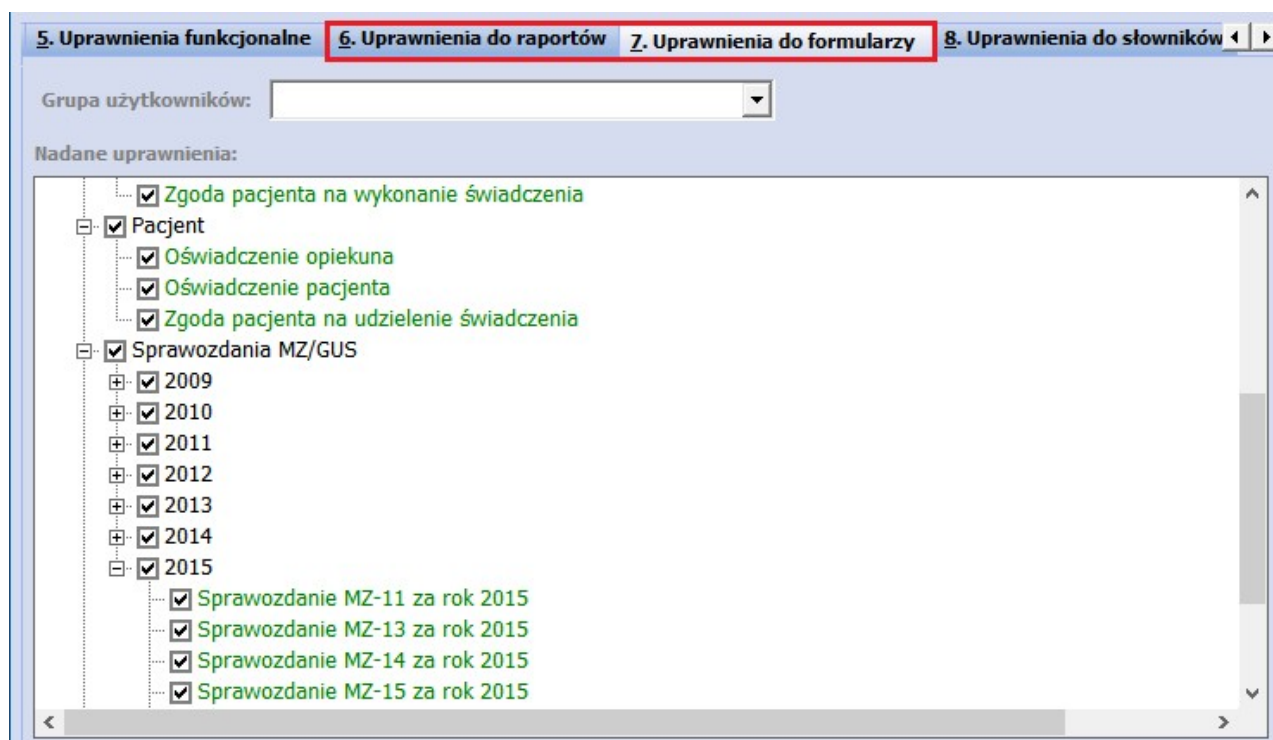
- Rozliczenie > Wycofanie zatwierdzonego rachunku

OK

## 20.4.5 Uprawnienia do raportów i formularzy

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > 6. Uprawnienia do raportów oraz 7. Uprawnienia do formularzy

Uprawnienia do raportów i formularzy to funkcjonalność pozwalająca nadawać użytkownikom uprawnienia do wykonywania raportów i formularzy dostępnych w aplikacji mMedica i wybranych modułach dodatkowych. Dzięki temu rozwiązaniu można również ograniczyć dostęp pozostałym użytkownikom do danych uzyskiwanych z raportów.



Zgodnie z wprowadzanymi zmianami, nazwy uprawnień są zaznaczane następującymi kolorami:

- kolorem **zielonym** - uprawnienia, które zostały nadane użytkownikowi
- kolorem **czerwonym** - uprawnienia, które zostały odebrane użytkownikowi

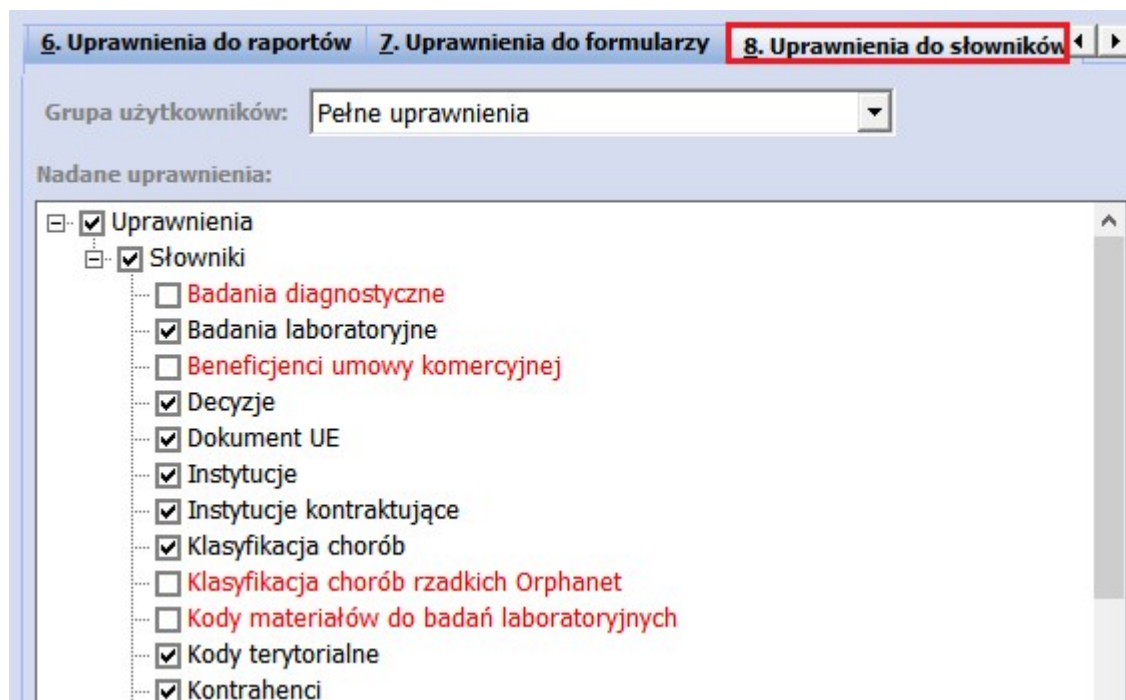
## 20.4.6 Uprawnienia do słowników

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > 8. Uprawnienia do słowników

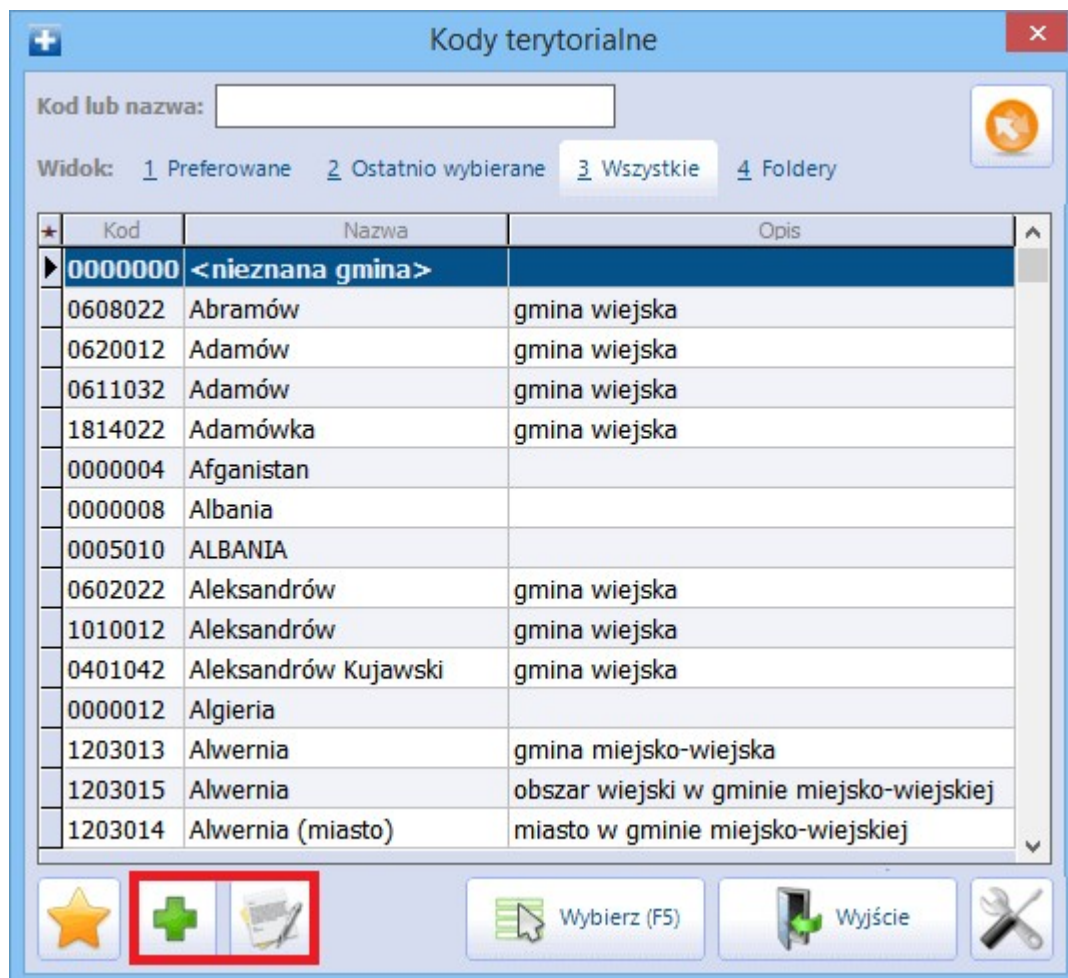
Zakładka 8. Uprawnienia do słowników zawiera listę słowników występujących w programie i aktywna jest tylko w przypadku posiadania uprawnienia do zarządzania słownikami. Uprawnienie to nadaje się w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > 5. Uprawnienia funkcjonalne > Administracja systemem > **"Zarządzanie słownikami"**.

Nadania uprawnień dokonuje użytkownik posiadający uprawnienia administratora, poprzez ręczne zaznaczenie na liście odpowiedniej nazwy słownika [✓].






Nadanie uprawnienia do danego słownika oraz posiadanie przez użytkownika uprawnienia funkcjonalnego do zarządzania słownikami, powoduje wyświetlanie w oknach słownikowych przycisków dodania i edycji pozycji słownika (zdz. poniżej).



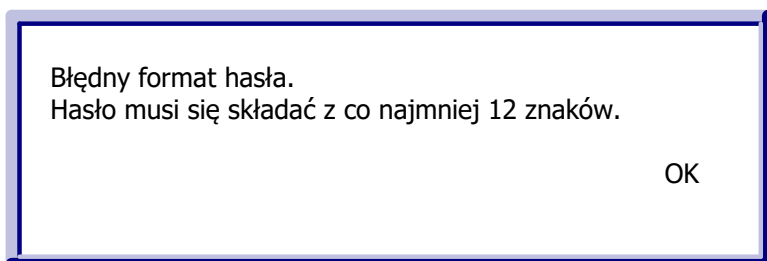
## 20.4.7 Zmiana hasła do programu

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

Aby zmienić hasło logowania do programu mMedica, należy zaznaczyć użytkownika na liście i wybrać przycisk **Zmiana hasła**, znajdujący się w górnej części ekranu. Wyświetlone zostanie nowe okno, gdzie w polu "Hasło" należy wprowadzić nowe hasło, a w polu "Powtórka hasła" ponownie wprowadzić hasło. Przycisk **Zatwierdź** zapisuje zmiany w systemie.



Wymagane jest, aby hasło składało się z minimum 12 znaków. Jest to zgodne z aktualnymi wytycznymi dotyczącymi formatu hasła. Jeśli warunek ten nie będzie spełniony, użytkownik zostanie o tym poinformowany stosownym komunikatem:



Dodatkowo, jeżeli wprowadzane hasło okaże się za słabe lub będzie się znajdować na liście często używanych haseł, program uniemożliwi jego zatwierdzenie, wyświetlając równocześnie komunikat informujący o przyczynie problemu.

W programie został także zniesiony wymóg okresowej zmiany hasła.

Według wymogów zawartych w Rozporządzeniu MSWiA z dn. 29.04.2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych [...], w każdej placówce powinna zostać wskazana osoba odpowiedzialna za przydział haseł. Natomiast użytkownik systemu po otrzymaniu hasła nadanego przez administratora, zobowiązany jest do niezwłocznej jego zmiany. W związku z tym pole "Wymuś zmianę hasła przy pierwszym logowaniu" zaznaczone jest domyślnie.

Od wersji aplikacji 8.4.0 w przypadku uruchomienia okna zmiany hasła dla użytkownika aktualnie zalogowanego do programu istnieje możliwość zdefiniowania, lub zmiany wcześniej zdefiniowanego, pytania pomocniczego, z którego będzie można skorzystać w razie konieczności resetu hasła. W tym celu należy zaznaczyć pole **"Zmień pytanie pomocnicze"**, a następnie uzupełnić odpowiednio pola "Pytanie pomocnicze" i "Odpowiedź". Sposób korzystania z pytania pomocniczego przy resetowaniu hasła został opisany w rozdziale [Reset hasła użytkownika](#).

## 20.4.8 Reset hasła użytkownika

W wersji 8.4.0 aplikacji mMedica została udostępniona funkcjonalność resetu hasła. Jeżeli logujący się do programu użytkownik nie pamięta swojego hasła, może po wprowadzeniu nazwy użytkownika skorzystać z linku **Zapomniałem hasła**, dostępnego na dole okna logowania.

Istnieją następujące sposoby resetu hasła:

### 1. Za pomocą wiadomości SMS

Sposób dostępny w przypadku korzystania z modułu [mPowiadomienia](#) i posiadania aktywnej puli SMS. Dodatkowo użytkownik w swoich danych musi mieć uzupełniony numer telefonu komórkowego (szczegóły w rozdziale [Dodanie użytkownika](#)).

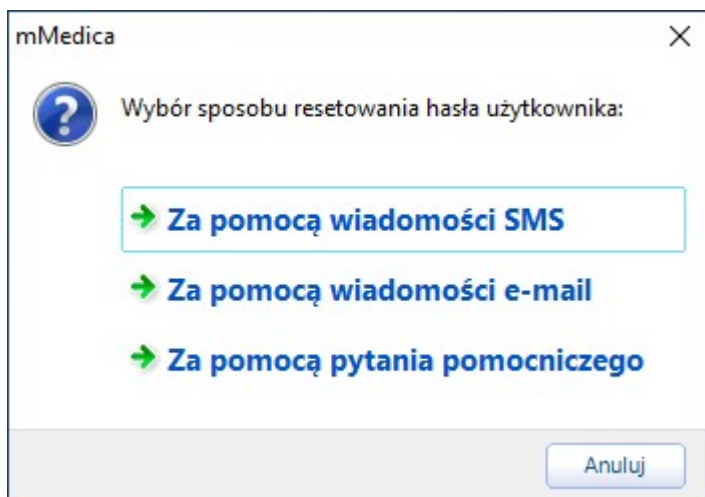
### 2. Za pomocą wiadomości e-mail

Warunkiem dostępności tego sposobu jest posiadanie skonfigurowanego serwera poczty do wysyłania wiadomości (ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Komunikacja](#) > [Poczta inna](#)). Informacje na temat takiej konfiguracji zawiera rozdział [Pozycja: Komunikacja](#). Dodatkowo użytkownik w swoich danych musi mieć uzupełniony adres e-mail (szczegóły w rozdziale [Dodanie użytkownika](#)).

### 3. Za pomocą pytania pomocniczego

Użytkownik będzie mógł skorzystać z tej opcji, jeżeli wcześniej w rejestrze użytkowników w oknie zmiany hasła zdefiniował pytanie pomocnicze wraz z odpowiedzią. Dokładne informacje na temat sposobu definicji pytania pomocniczego zawiera rozdział [Zmiana hasła do programu](#).

Skorzystanie z linku **Zapomniałem hasła** spowoduje uruchomienie okna umożliwiającego wybór sposobu resetu hasła. Dostępność poszczególnych opcji będzie uzależniona od spełnienia wyżej wymienionych warunków. Poniższe zdjęcie prezentuje wygląd okna wyświetlanego w przypadku dostępności wszystkich trzech sposobów.



Po wyborze opcji "**Za pomocą wiadomości SMS**" lub "**Za pomocą wiadomości e-mail**" do użytkownika zostanie wysłana wiadomość na wprowadzony w jego danych nr telefonu lub adres e-mail z nowym, tymczasowym hasłem. Po zatwierdzeniu komunikatu o wysłaniu wiadomości i wprowadzeniu w oknie logowania otrzymanego hasła, a następnie naciśnięciu **Zatwierdź** wyświetli się okno z informacją: "Hasło zostało zmienione przez administratora. Konieczna zmiana hasła."

Po wyborze przycisku **OK**, wyświetli się okno zmiany hasła użytkownika, omówione w rozdziale [Zmiana hasła do programu](#).

Jeżeli użytkownik wybierze pozycję "**Za pomocą pytania pomocniczego**", wyświetli się okno ze zdefiniowanym przez niego wcześniej pytaniem pomocniczym (przykład poniżej).



W dostępnym polu należy wprowadzić przypisaną do pytania odpowiedź. Po tej czynności pojawi się, tak jak w pozostałych dwóch przypadkach, informacja o zmianie hasła przez administratora i konieczności nadania nowego hasła, a po jej zatwierdzeniu wyświetli się okno zmiany hasła użytkownika

## 20.4.9 Statystyka działań użytkownika

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

Na formatce *Zarządzanie użytkownikami systemu* u dołu ekranu znajduje się przycisk **Statystyka**, po wybraniu którego wyświetlane są informacje na temat logowań użytkownika zaznaczonego na liście oraz stworzonych/zmodyfikowanych przez niego obiektów.

Statystyka użytkownika obejmuje dwa zakresy:

### 1. Statystykę obiektów zawierającą informacje o:

- obiekcie (deklaracja, pacjent, rozliczenie, wizyta, pozycja harmonogramu przyjęć)
- identyfikatorze (ID np. wizyty, pacjenta)
- użytkownikowi wprowadzającym/modyfikującym dane
- dacie i czasie wprowadzenia/modyfikacji danych

## 2. Statystykę logowań zawierającą informacje o:

- dacie i czasie zalogowania/wylogowania do/z aplikacji
- użytkownika
- nazwie stacji/IP komputera, z którego nastąpiło logowanie

Omawiana funkcja jest dostępna dla użytkownika posiadającego uprawnienie do administrowania systemem. Uprawnienie to nadaje się w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 5. Uprawnienia funkcjonalne > Administracja systemem](#). Użytkownik nie posiadający w/w uprawnienia, będzie miał dostęp tylko do swojej statystyki - w przypadku pozostałych użytkowników systemu przycisk **Statystyka** będzie nieaktywny.

**Statystyka użytkownika**

Wyszukiwanie zaawansowane

Identyfikator obiektu:

Rodzaj obiektu:

Data wprowadzenia:

Data modyfikacji:

Zastosuj Wyczyść

Rodzaj obiektu	Identyfikator	Użytkownik wprowadzający	Data i czas wprowadzenia	Użytkownik modyfikujący	Data i czas modyfikacji
Pozycja kolejki	9417	Nowak Anna	2015-11-02 12:20:49		
Pozycja kolejki	9415	Nowak Anna	2015-10-06 10:03:53		
Wizyta	218592	Nowak Anna	2016-02-11 11:13:05	Nowak Anna	2016-02-11 11:13:05
Wizyta	218591	Nowak Anna	2016-02-11 10:48:46	Nowak Anna	2016-02-11 10:48:46
Wizyta	218590	Nowak Anna	2016-02-10 09:20:50	Nowak Anna	2016-02-10 09:20:50
<b>Pacjent</b>	<b>32036</b>	<b>Nowak Anna</b>	<b>2015-07-07 15:23:18</b>	<b>Nowak Anna</b>	<b>2016-02-10 07:51:38</b>
Pacjent	32057	Nowak Anna	2016-01-19 09:02:05	Nowak Anna	2016-02-10 07:51:21
Pozycja kolejki	9448	Nowak Anna	2016-01-14 13:29:04	Nowak Anna	2016-01-14 13:29:24
Pacjent	10000	Rusinek Piotr	2010-08-11 11:54:19	Nowak Anna	2016-01-14 13:29:04
Wizyta	218586	Nowak Anna	2016-01-14 12:00:26	Nowak Anna	2016-01-14 12:00:26
Wizyta	218585	Nowak Anna	2016-01-04 12:03:55	Nowak Anna	2016-01-04 12:03:55

## 20.4.10 Historia zmian uprawnień

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

W aplikacji mMedica zapamiętywana jest historia zmian dokonywanych w obszarze uprawnień użytkownika. Dostęp do historii posiadają użytkownicy z nadanym uprawnieniem "Prawo administrowania systemem". W celu wyświetlenia historii zmian uprawnień należy na formatce *Zarządzanie użytkownikami systemu* podświetlić na liście użytkownika, następnie wybrać przycisk **Historia zmian uprawnień** w górnym panelu.

Na formatce *Historia zmian uprawnień* prezentowana jest historia zmian dokonywanych w ramach uprawnień wybranego użytkownika z zakresu uprawnień:

- funkcjonalnych,
- do danych,
- do formularzy,
- do słowników,
- do raportów,
- do komórek organizacyjnych,
- do zakresów świadczeń

oraz szczegółowe informacje jak nazwa uprawnienia, rodzaj operacji (tj. nadanie, odebranie), dane użytkownika dokonującego modyfikacji, data oraz powód zmiany. W rozwiązaniu wykorzystywane są nast. powody zmiany:

- **Modyfikacja grupy uprawnień** - podpowiadany gdy:
  - za pomocą skryptu zostanie dodane nowe uprawnienie, przyporządkowane do 5 domyślnych grup t.j. pełne uprawnienia, kierownik, lekarz, rejestracja i rozliczenia, zewnętrzny personel medyczny,
  - za pomocą skryptu zostaną wydzielone nowe uprawnienia z uprawnienia już istniejącego,
  - z poziomu aplikacji zostanie zmodyfikowana grupa uprawnień, do której są przypisani użytkownicy.



- **Modyfikacja uprawnień użytkownika** - zmiana uprawnień na skutek ręcznej modyfikacji przez innego użytkownika programu.
- **Wprowadzenie funkcji historii uprawnień** - nadawane dla uprawnień zapisanych w historii zmian na dzień aktualizacji bazy danych. Wykorzystywany jednorazowo.

Wyszukiwanie zaawansowane		Historia zmian uprawnień – Nowak Jakub (UZYTKOWNIK1)				
Data operacji od - do:						
Grupa:						
Nazwa:						
Operacja:						
Powód zmiany:						
Zastosuj		Wyczyść				

Data operacji	Grupa	Nazwa	Operacja	Powód zmiany	Login użytkownika
2018-05-09 1...	Funkcjonalne	Administracja systemem > Dopisanie użytkownika s...	Nadanie	Wprowadzenie funkcji histo...	AUTOMAT
2018-05-09 1...	Funkcjonalne	Administracja systemem > Dostępność opcji pilna wiadomo...	Nadanie	Wprowadzenie funkcji histo...	AUTOMAT
2018-05-09 1...	Funkcjonalne	Administracja systemem > Modyfikacja rejestru użytkow...	Nadanie	Wprowadzenie funkcji histo...	AUTOMAT
2018-05-09 1...	Funkcjonalne	Administracja systemem > Możliwość wielokrotnego logow...	Nadanie	Wprowadzenie funkcji histo...	AUTOMAT
2018-05-09 1...	Funkcjonalne	Administracja systemem > Prawo administrowania system...	Nadanie	Wprowadzenie funkcji histo...	AUTOMAT
2018-05-09 1...	Funkcjonalne	Administracja systemem > Przegląd rejestru sprzeciwów	Nadanie	Wprowadzenie funkcji histo...	AUTOMAT
2018-05-09 1...	Funkcjonalne	Administracja systemem > Przegląd rejestru udostępnień	Nadanie	Wprowadzenie funkcji histo...	AUTOMAT
2018-05-09 1...	Funkcjonalne	Administracja systemem > Przegląd rejestru wniosków	Nadanie	Wprowadzenie funkcji histo...	AUTOMAT
2018-05-09 1...	Funkcjonalne	Administracja systemem > Rejestr wysłanych powiadomień	Nadanie	Wprowadzenie funkcji histo...	AUTOMAT
2018-05-09 1...	Funkcjonalne	Administracja systemem > Ręczne wykonanie kopii zapaso...	Nadanie	Wprowadzenie funkcji histo...	AUTOMAT
2018-05-09 1...	Funkcjonalne	Administracja systemem > Zarządzanie globalnymi schema...	Nadanie	Wprowadzenie funkcji histo...	AUTOMAT
2018-05-09 1...	Funkcjonalne	Administracja systemem > Zarządzanie słownikami	Nadanie	Wprowadzenie funkcji histo...	AUTOMAT
2018-05-09 1...	Funkcjonalne	Administracja systemem > Zarządzanie szablonami tekstó...	Nadanie	Wprowadzenie funkcji histo...	AUTOMAT

**Uwaga!** W związku z tym, że dotychczas w oprogramowaniu nie były logowane informacje o zmianie uprawnień użytkowników, zapis historii rozpocznie się wraz z aktualizacją do wersji 5.13.0. Na skutek aktualizacji bazy danych zostaną odnotowane informacje o nadanych uprawnieniach z poniższymi adnotacjami:

- **Data operacji** - data aktualizacji bazy danych do wersji 5.13.0.
- **Operacja** - rodzaj operacji "Nadanie". Zapis uprawnień nadanych użytkownikowi w dniu aktualizacji bazy danych.
- **Powód zmiany** - wszystkim rekordom zostanie nadany powód "Wprowadzenie funkcji historii uprawnień".
- **Użytkownik modyfikujący** - użytkownikiem dokonującym zmiany będzie: Automat/Automat systemowy.

## 20.4.11 Usunięcie użytkownika

Aby usunąć użytkownika należy podświetlić go na liście i wybrać przycisk **Usuń użytkownika**, znajdujący się w górnym panelu okna. Zostanie wyświetlone okno, żądające od użytkownika potwierdzenia usunięcia użytkownika. Należy pamiętać o tym, że usunięcie jest operacją nieodwracalną i takiego użytkownika nie będzie można już przywrócić.

Uwaga! Usunięcie użytkownika jest operacją nieodwracalną.  
Czy na pewno usunąć wybranego użytkownika?

OK      Anuluj

Wyjątkiem jest usunięcie użytkownika, który jest powiązany z deklaracjami bądź świadczeniami. W takim przypadku nie ma możliwości całkowitego usunięcia takiego użytkownika z systemu mMedica - zostanie on oznaczony jako nieaktualny i w każdym momencie może zostać przywrócony, poprzez zaznaczenie pola "Aktywny".

Nie można usunąć użytkownika, gdyż jest powiązany ze świadczeniami bądź deklaracjami.

OK

## 20.5 Rejestr ksiąg

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Rejestr ksiąg](#)

Formatka **Rejestr ksiąg** umożliwia tworzenie następujących ksiąg:

- Księga główna przyjęć i wypisów (dostępna w wersji Std i Std+)
- Księga przyjęć
- Księga nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa
- Księga ratownictwa medycznego
- Księga zabiegów (dostępna w wersji Std i Std+)
- Księga sali operacyjnej (ta i poniższe księgi są dostępne w module "Hospitalizacja 1-go dnia")
- Księga oddziału
- Księga raportów lekarskich
- Księga raportów pielęgniarstwa

W górnej części formatki jest prezentowana lista ksiąg utworzonych w programie mMedica. Podświetlenie wybranej księgi spowoduje wyświetlenie jej szczegółowych danych w dolnej części okna.

**Rejestr ksiąg**

Kod	Nazwa	Numer	Typ
1POZ	Księga przyjęć POZ		Księga przyjęć
ZAB	Księga zabiegowa		Księga zabiegów

**Księga zabiegowa**

**Dane podstawowe**

Kod: \* ZAB Typ: \* Księga zabiegów Numer:

Nazwa: \* Księga zabiegowa

**Komórki organizacyjne**


Kod	Nazwa
54	PORADNIA CHIRURGII

Aby wprowadzić nową księgę należy wybrać przycisk **"Nowa księga"**, który powoduje otwarcie w dolnej części okna pola umożliwiającego edycję. Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, oznaczone zostały: (\*).

Opis pól koniecznych do wypełnienia:

- **Kod** - pole identyfikujące księgę w bazie danych. Wartość jest dowolnym ciągiem znaków i powinna być unikalna.

- **Typ** - pole określa charakter dodawanej księgi. Z listy rozwijanej należy wybrać odpowiedni typ księgi, np. księga przyjęć, oddziału, zabiegów.
- **Numer** - pole zawierające identyfikator techniczny księgi.
- **Nazwa** - pole tekstowe, w którym użytkownik wstawia rozbudowany opis własny.
- **Komórki organizacyjne** - użytkownik określa miejsca realizacji z jakimi powiązana jest dana księga. Za pomocą przycisku **"Dodaj..."** należy dodać komórkę organizacyjną, z którą zostanie powiązana księga.

Po uzupełnieniu powyższych pól należy przypisać komórkę organizacyjną do księgi. W tym celu należy wybrać przycisk  **"Dodaj..."**, który spowoduje otwarcie okna umożliwiającego wybór jednostki organizacyjnej. Dzięki temu wszystkie dane (wizyty/hospitalizacje/zabiegi) zaewidencjonowane we wskazanej komórce organizacyjnej będą przypisywane do danej księgi.



Kod	Nazwa
497	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII
POZ1	Gabinet lekarza POZ
506	GABINET MEDYCyny SZKOLNEJ
501	Gabinet pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej
503	Gabinet położnej środowiskowo-rodzinnej
498	OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ
500	Pielęgniarska Opieka Długoterminowa
494	PORADNIA ALERGOLOGICZNA
491	PORADNIA DIABETOLOGICZNA
493	PORADNIA NEUROLOGICZNA
496	PORADNIA REHABILITACYJNA
495	PRACOWNIA ENDOSKOPII

W otwartym oknie "Komórki organizacyjne..." należy podświetlić komórkę organizacyjną i zatwierdzić wybór przyciskiem **"Wybierz"**. Tak wybrana komórka zostanie dodana do sekcji "Komórki organizacyjne" i powiązana z księgą.

Aby usunąć księgę należy podświetlić na liście pozycję i wybrać przycisk **"Usuń księgę"**, znajdujący się w górnej części ekranu. Wyświetlony zostanie komunikat żądający potwierdzenia chęci usunięcia danych przez użytkownika.

**Uwaga!** Jeżeli do księgi zostały przypisane już pozycje/wpisy, to księga nie może zostać usunięta. Podczas próby usunięcia wyświetlony zostanie komunikat:

Nie można usunąć księgi, w której istnieją lub istniały wpisy.

OK

W takiej sytuacji jedynym rozwiązaniem jest usunięcie komórki organizacyjnej, która została przypisana do księgi. Dzięki temu wizyty/wpisy realizowane w tej komórce nie będą przenoszone już do księgi.

## 20.6 Rejestr instytucji

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Rejestr instytucji](#)

Formatka **Rejestr instytucji** stanowi wykaz świadczeniodawców kierujących na leczenie, płatników, kontrahentów i innych podmiotów, do których może zostać skierowany pacjent. Rejestr instytucji jest tworzony samodzielnie przez użytkowników aplikacji mMedica, poprzez dodanie nowej instytucji do programu i uzupełnienie jej danych.

W górnej części okna prezentowana jest lista instytucji, które zostały wprowadzone do aplikacji mMedica. Strzałka znajdująca się z lewej strony listy wskazuje, która pozycja jest obecnie przeglądana. Dane wybranej pozycji wyświetlane są w dolnej części okna. Za pomocą filtrów znajdujących się w panelu **Wyszukiwanie zaawansowane** można w prosty sposób odszukać konkretną instytucję.

Kod świadc.	Nazwa	REGON	Ulica	Miejscowość
	Lubuski Oddział Wojewódzki Narodow...		ul. Podgórna 9b	Zielona Góra
	Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego ...		ul. Kopcińskiego 58	Łódź
	Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowe...		ul. Ciemna 6	Kraków

**Dane instytucji**

1. Dane podstawowe 2. Dane adresowe 3. Dane dodatkowe 4. Rodzaje 5. Wymiana danych

Kod świadczeniodawcy:  ☒ Czy aktualne

Nazwa: \*

REGON:  NIP/VATIN:

Nazwa banku:  Nr konta:

ID hurtowni farm.:

Kod resortowy (cz. I):  Kod izby:

Kod resortowy (cz. III):

Kod resortowy (cz. IV):

Kod resortowy (cz. V):  Nazwa dla cz. V:

Kod resortowy (cz. VII):  Nazwa dla cz. VII:

Kod resortowy (cz. VIII):

Aby wprowadzić do programu nową instytucję należy skorzystać z przycisku **"Nowy"**, znajdującego się w górnej części okna. W dolnej części formatki otwarte zostanie okno **Nowa instytucja**, zawierające szereg pól do uzupełnienia. Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, oznaczone zostały: (\*).

Na zakładce **1. Dane podstawowe** należy wprowadzić dane podstawowe instytucji, jak np. kod świadczeniodawcy, REGON, NIP, kody resortowe.



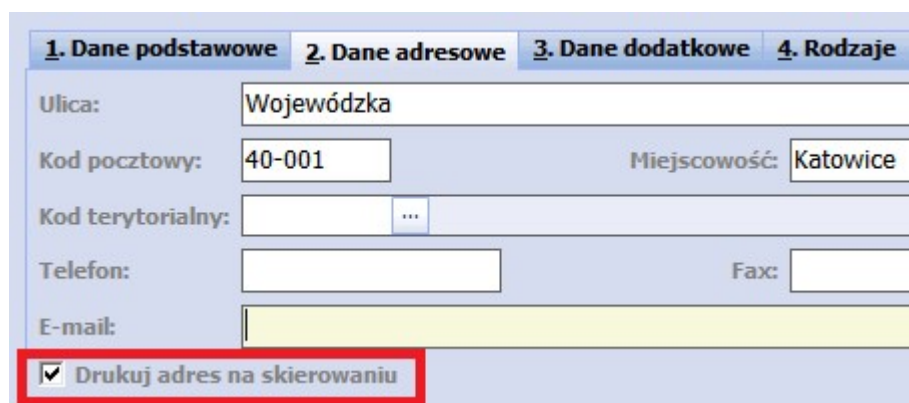
**Uwaga!** Jeżeli w danych instytucji zostaną uzupełnione kody resortowe cz. VII i VIII, to będą one podpowiadać się podczas wypełniania danych skierowania w Uzupełnianiu świadczeń.

Pole "Identyfikator" dodano dla potrzeb ewidencji danych instytucji będącej stroną transakcji, w ramach funkcjonalności modułu dodatkowego [Obrót produktami leczniczymi](#).

Przycisk **"Pobierz z bazy GUS"** uaktywnia się po wprowadzeniu numeru REGON lub NIP. Jego użycie powoduje pobranie z bazy Głównego Urzędu Statystycznego pozostałych danych instytucji, takich jak: nazwa, NIP/REGON, kod pocztowy, miejscowość, kod terytorialny, ulica, nr domu.

W przypadku wprowadzenia w danych instytucji zarówno numeru NIP, jak i REGON, po wyborze przycisku **"Pobierz z bazy GUS"** użytkownik będzie musiał wskazać, dla którego z nich dane z bazy GUS mają być pobrane - wyświetli się okno z odpowiednimi opcjami do wyboru.

Na zakładce **2. Dane adresowe należy** wprowadzić dane adresowe instytucji. Jeżeli zostanie zaznaczone pole **"Drukuj adres na skierowaniu"** (zdj. poniżej), to na wydruku skierowania wystawionego z Gabinetu zostanie wydrukowany adres danej instytucji.



Na zakładce **4. Rodzaje** należy zaznaczyć rodzaj wprowadzanej instytucji, np. szpital, podmiot leczniczy, laboratorium (zdj. poniżej). Podczas dodawania nowej instytucji domyślnie zaznaczany jest rodzaj **"Podmiot leczniczy"**.

Aby np. podczas wystawiania skierowania w Gabiniecie nazwa jednostki podpowiadała się domyślnie, bez konieczności każdorazowego wybierania ze słownika, należy zaznaczyć checkbox [✓] w kolumnie **"Czy domyślny"**.



1. Dane podstawowe 2. Dane adresowe 3. Dane dodatkowe 4. Rodzaje

*	Nazwa	Czy domyślny
<input type="checkbox"/>	Inne	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Instytucja sanitarna	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Laboratorium	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ministerstwo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Osoba fizyczna wykonująca działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Podmiot leczniczy</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Pracownia diagnostyczna	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Praktyka zawodowa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Realizator transportu sanitarnego	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Szpital	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Wojewoda	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ZUS	<input type="checkbox"/>

W celu usunięcia pozycji z rejestru instytucji, należy zaznaczyć ją na liście i wybrać przycisk **"Usuń"**, który spowoduje wyświetlenie komunikatu żądającego potwierdzenia chęci usunięcia danych przez użytkownika. Jeżeli instytucja została powiązana już z jakąś wizytą, to nie może zostać usunięta. Podczas próby usunięcia wyświetlony zostanie komunikat:

Nie można usunąć danych.  
Czy chcesz ustawić pozycję jako aktualną?

Tak      Nie

Wybranie przycisku "Tak" spowoduje oznaczenie instytucji jako nieaktualnej - dzięki temu w każdym momencie będzie istniała możliwość jej przywrócenia, poprzez zaznaczenie pola **"Czy aktualne"** na zakładce **1. Dane podstawowe**.

## 20.7 Słownik szkół

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Słownik szkół](#)

Formatka **Słownik szkół** stanowi wykaz szkół z rejonu, w którym świadczeniodawca świadczy usługi zdrowotne w zakresie medycyny szkolnej. Słownik szkół jest tworzony samodzielnie przez użytkowników aplikacji mMedica, poprzez:

- ręczne dodanie nowej instytucji do programu i uzupełnienie jej danych
- import słownika z plików XLS dostępnych na stronie Centrum Informatyczne Edukacji (szczegółowy opis w rozdziale: [Medycyna szkolna - import słownika szkół](#))

Aby wprowadzić do programu nową szkołę należy skorzystać z przycisku **"Nowy"**, znajdującego się w górnej części okna. W dolnej części formatki otwarte zostanie okno **Nowa pozycja**, zawierające szereg pól do uzupełnienia. Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, oznaczone zostały: (\*).

Na zakładce **1. Dane szkoły** należy wprowadzić dane podstawowe szkoły, jak np. REGON, rodzaj szkoły, nazwa szkoły, miejscowość.

Na zakładce **2. Typ szkoły** należy wprowadzić typ szkoły i maksymalny numer klasy - informacje te są wymagane podczas dodawania deklaracji POZ. Aby dodać informację o typie szkoły należy wybrać przycisk wyboru [...], znajdujący się w kolumnie **Kod typu szkoły**. Otwarte zostanie okno "Słownik typów szkół", z którego należy wybrać odpowiedni typ, np. szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum zawodowe. W kolumnie **Maksymalny numer klasy** należy ręcznie wprowadzić maksymalny numer klasy, jaki występuje dla danego typu szkoły.

Na zakładce **3. Typ podopiecznego** należy wprowadzić kod typu podopiecznego występujący w danej szkole - informacje te są wymagane podczas dodawania deklaracji POZ. W kolumnie **Kod typu podopiecznego** należy wybrać odpowiednią wartość z listy rozwijanej.

## 20.8 Konfigurator

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#)

**Uwaga!** W wersji 5.2.2.0 aplikacji mMedica dokonano modernizacji Konfiguratora. W celu zwiększenia czytelności wprowadzono szereg udogodnień, a mianowicie:

- Przenoszenie parametrów w dół hierarchii pomiędzy kontekstami (system, stacja, użytkownik)
- Zaznaczanie na zielono parametrów obecnie obowiązujących

Niniejszy rozdział zawiera opis poszczególnych sekcji Konfiguratora. W związku z pojawieniem się nowych parametrów, dla zwiększenia czytelności, wszelkie nowości oznaczone zostały w tekście kolorem zielonym.

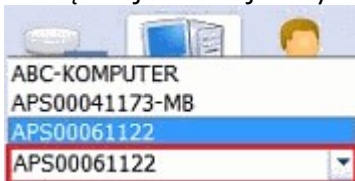
Część parametrów konfiguracyjnych znajdujących się w Konfiguratorze można zdefiniować dla trzech poziomów uprawnień, co symbolizują ikony znajdujące się w lewym dolnym rogu ekranu:



**System** - ustawienia dla **systemu**. Na tym poziomie zdefiniowane są wszystkie parametry w Konfiguratorze. Jeśli na pozostałych poziomach konfiguracji nie przypisano żadnych wartości parametrom, aplikacja będzie pracowała zgodnie z ustawieniami zdefiniowanymi dla systemu.



**Stacja** - ustawienia dla **stacji roboczej**. Jeśli dla danej stacji roboczej zostaną przypisane ustawienia inne niż dla systemu, to po uruchomieniu programu na tej stacji program będzie działał zgodnie z parametrami przypisanymi tej stacji roboczej. Aby zdefiniować ustawienia dla wybranej stacji roboczej, należy wybrać nazwę stacji roboczej z listy rozwijanej (zdej. poniżej).



**Użytkownik** - ustawienia dla **użytkownika**. Jeśli użytkownikowi zostaną przypisane ustawienia inne niż dla systemu, to po zalogowaniu tego użytkownika program będzie działał zgodnie z parametrami przypisanymi temu użytkownikowi.

Większość parametrów w Konfiguratorze zdefiniowana została dla systemu i funkcjonuje w ramach dziedziczenia wartości parametrów pomiędzy wartościami. W przypadku gdy zostanie ustawiony parametr w kontekście systemu, jego wartość zostanie wyświetlona także w kontekstach podrzędnych (stacja, użytkownik), o ile nie został w nich jawnie ustawiony. Jeśli użytkownik dokona indywidualnych ustawień na

pozostałych wartościach tj. dla stacji roboczej lub użytkownika, to ustawienia zdefiniowane dla systemu staną się ustawieniami podrzędnymi. Zgodnie z tym hierarchia odczytywania ustawień przez aplikację będzie następująca: użytkownik, stacja, system.

Kolorem zielonym wyróżniono parametry, które zostały jawnie ustawione przez użytkownika w danym kontekście. Dzięki temu użytkownik jest w stanie odróżnić wartości ustawione przez siebie od wartości dziedziczonych z wyższych kontekstów.

Dane na wydruku

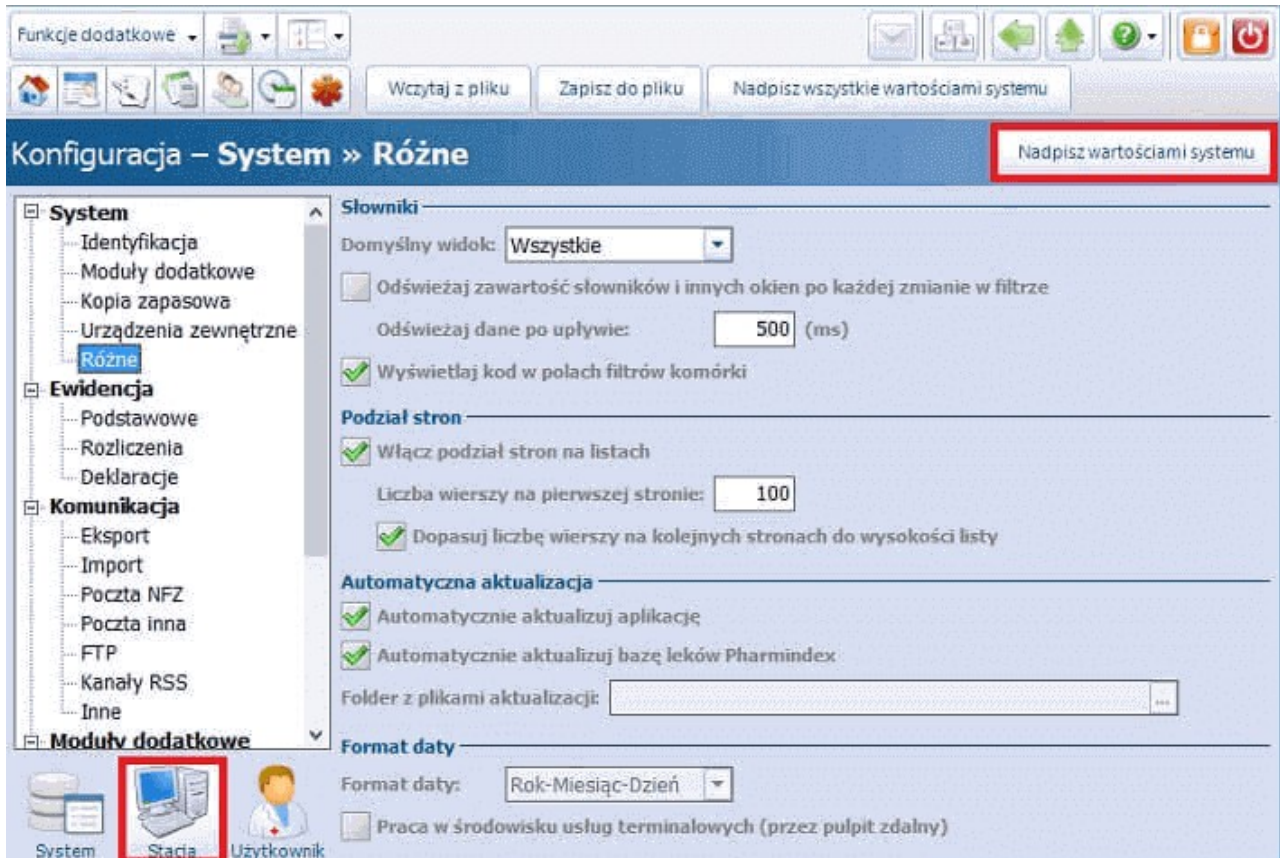
<input checked="" type="checkbox"/>	Nazwa podmiotu leczniczego
<input checked="" type="checkbox"/>	REGON
<input checked="" type="checkbox"/>	NIP
<input checked="" type="checkbox"/>	VIII część kodu resortowego
<input checked="" type="checkbox"/>	Dane lekarza
<input type="checkbox"/>	Kody i nazwy z przekodowania słownika badań (skierowanie na badania laboratoryjne i badanie diagnostyczne)
<input checked="" type="checkbox"/>	Kod kreskowy z numerem skierowania (skierowanie na badania laboratoryjne, badanie diagnostyczne, do specjalisty, do szpitala, na zabiegi rehabilitacyjne i na rehabilitację ogólnoustrojową)
<input type="checkbox"/>	Kod kreskowy z PESEL-em pacjenta (skierowanie na badania laboratoryjne, badanie diagnostyczne, do specjalisty, do szpitala, do szpitala psychiatrycznego, na zabiegi rehabilitacyjne, na rehabilitację ogólnoustrojową i do pielęgniarstwa/łożnej)

Po wybraniu danego poziomu uprawnień, niektóre pola na formatkach Konfiguratora mogą zostać zablokowane do edycji - oznacza to, że konfiguracja programu dla wybranej wartości jest niemożliwa. Przykładem może być sekcja: [System > Moduły dodatkowe](#), która aktywna jest jedynie dla wartości dla stacji roboczej. Jest to związane z zasadami licencjonowania programu, zgodnie z którymi poszczególne moduły dodatkowe włącza się na poszczególnych stacjach roboczych.

Za pomocą przycisków znajdujących się w górnej części ekranu istnieje możliwość nadpisania konfiguracji wartościami systemu. Oprócz tego po wybraniu dowolnego kontekstu można nadpisać konfigurację wartościami pobranymi z kontekstu nadrzędnego, t.j. po wybraniu kontekstu dla stacji roboczej można nadpisać ustawienia z kontekstu systemu do czego służy przycisk **Nadpisz wartościami systemu**, znajdujący się w prawym górnym rogu ekranu (zdz. poniżej). Dzięki temu można zresetować konfigurację do wartości dziedziczonych z wyższego poziomu.

**Uwaga!** Nadpisane zostaną tylko te dane, które znajdują się w wybranej sekcji. Według przykładu zaprezentowanego na screenie, zmianie ulegną dane z sekcji [System > Różne](#).



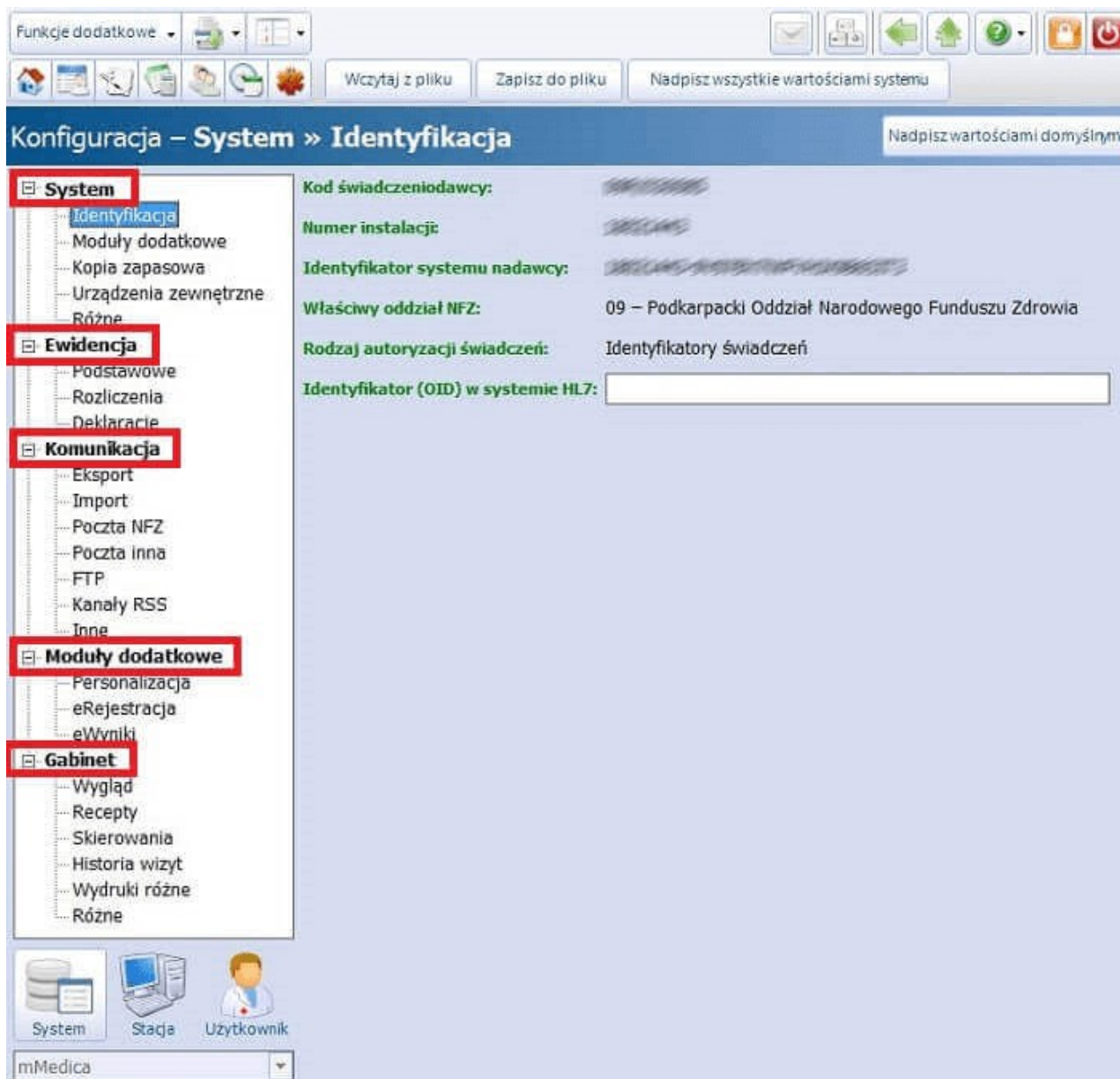


Opis przycisków znajdujących się w górnej części ekranu:

- **Wczytaj z pliku** - otwarte zostanie okno "Otwieranie" w celu zaczytania pliku o rozszerzeniu .INI, zawierającego konfigurację systemu.
- **Zapisz do pliku** - otwarte zostanie okno "Zapisywanie jako" w celu zapisania pliku zawierającego konfigurację systemu.
- **Nadpisz wszystkie wartościami systemu** - wszystkie wartości parametrów dla bieżącej stacji roboczej i użytkownika zostaną nadpisane wartościami dla systemu.

Dane konfiguracyjne w Konfiguratorze zostały podzielone na 5 grup (zdj. poniżej), których opis znajduje się w dalszej części instrukcji.



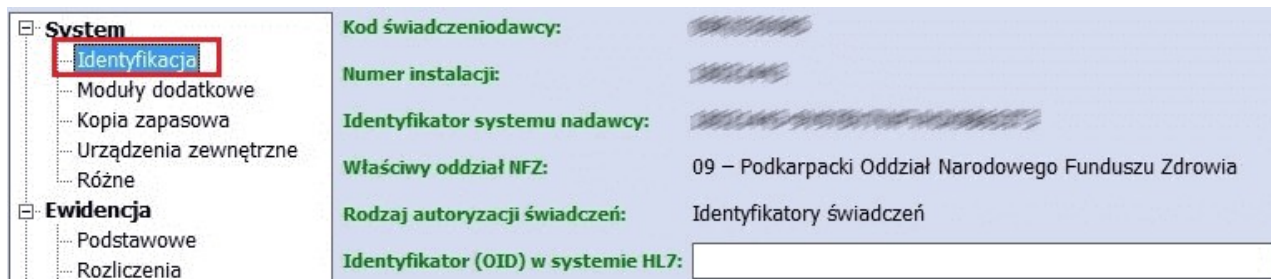


### 20.8.1 Pozycja: System

#### IDENTYFIKACJA

Dane zapisywane w aplikacji wraz z zacytaniem licencji.

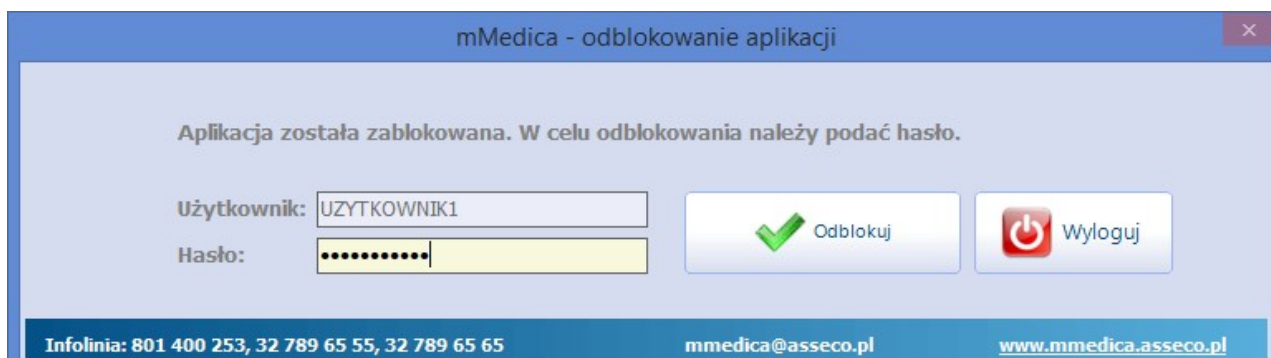
Pole "Identyfikator (OID) w systemie HL7" przeznaczone jest do obsługi e-usług w ramach P1 (eRecepta, eSkierowanie).



#### AUTORYZACJA

W sekcji aktywuje się funkcjonalność logowania do aplikacji przy wykorzystaniu usługi [Active Directory](#) oraz zaczytuje certyfikat ePuap, wykorzystywany do podpisywania wystawianych e-ZLA. Dodatkowo, można zdefiniować parametry odpowiadające za blokowanie aplikacji:

- **Automatycznie blokuj aplikację po czasie bezczynności** – w polu wprowadza się wartość minutową, którą można zdefiniować w ramach całego systemu lub dla poszczególnych użytkowników. Po upływie zadanego czasu i braku aktywności ze strony użytkownika aplikacja zostanie zablokowana. W celu odblokowania programu użytkownik będzie zobowiązany wprowadzić hasło w oknie dialogowym:



- **Włącz możliwość wylogowania z poziomu ekranu blokady** - włączenie parametru umożliwia wylogowanie użytkownika z poziomu okna blokady aplikacji (zdz. powyżej) za pomocą przycisku **Wyloguj**. Wylogowanie użytkownika zwolni sesję na wykorzystywanej stacji roboczej, tym samym umożliwiając innej osobie pracę na programie.

**Uwaga!** Ze względów bezpieczeństwa zaleca się szczególną ostrożność w korzystaniu z funkcji wylogowywania użytkownika z programu mMedica. **W przypadku braku zapisania pracy (np. autoryzacji wizyty), wszystkie wprowadzone zmiany zostaną utracone!** Opcja "Wyloguj" nie jest dostępna, jeśli aplikacja została zablokowana podczas wykonywania eksportu/importu danych lub gdy w tle otwarte okno modalne (np. słownik, okno z błędem).

## MODUŁY DODATKOWE

Możliwość włączenia modułów dodatkowych, poprzez zaznaczenie pola [✓]. Do pełnej aktywacji modułu w programie konieczne jest wcześniejsze załadowanie licencji, uprawniającej do korzystania z tego modułu. W celu włączenia wybranego modułu należy w lewym dolnym rogu wybrać wartość dla stacji roboczej lub dla systemu. Uruchomienie modułu na poziomie systemu spowoduje jego włączenie na wszystkich stacjach roboczych.

## KOPIA ZAPASOWA

Ustawienie (obowiązkowe) ścieżki do katalogu składowania i archiwizacji kopii zapasowych programu mMedica oraz ustawienia (nieobowiązkowe) ścieżki do składowania i archiwizacji plików dodatkowych (np. eksportu i importu danych z systemu NFZ).

Ustawienie częstotliwości i godziny wykonywania kopii zapasowych na w/w ścieżce.

Możliwość określenia ilości zapamiętywanych plików kopii zapasowej bazy danych oraz wykonywania kopii zapasowej bez bazy leków Pharmindex.

## URZĄDZENIA ZEWNĘTRZNE

### Informacje o drukarkach

Opcja odpowiedzialna za skonfigurowanie komunikacji pomiędzy mMedica a podłączonymi do komputera urządzeniami zewnętrznymi, z których korzysta aplikacja do wydruku raportów. Urządzenia te mogą zostać skonfigurowane odrębnie dla każdego komputera (po wybraniu wartości dla stacji roboczej), globalnie dla całego systemu oraz dla użytkownika. W tym miejscu istnieje możliwość ustawienia odrębnych drukarek i

zasobników oraz wydruku dwustronnego:

- do wydruku raportów w formacie A4
- do wydruku raportów w formacie A5
- do wydruków raportów w formacie recepty

oraz opcja włączenia/wyłączenia podglądu wydruku.

### Informacje o skanerze

Opcja ta umożliwia skonfigurowanie połączenia ze skanerem oraz wskazanie domyślnego formatu, pod postacią którego zapisywane będą zeskanowane pliki.

### Informacje o czytniku kart

Opcja obowiązkowa, na chwilę obecną wyłącznie dla świadczeniodawców z obszaru działania Śląskiego OW NFZ. Po jej zaznaczeniu, należy określić numer portu szeregowego RS232, z którego korzystać będzie aplikacja.

The screenshot shows a configuration window with a left sidebar and a main settings area. The sidebar has categories: System, Ewidencja, and Komunikacja. Under System, 'Urządzenia zewnętrzne' is selected. The main area has sections for: 1. 'Drukarka dla raportów w formacie A4' with fields for 'Nazwa' (Microsoft XPS Document Writer), 'Zasobnik papieru' (Domyślny), and 'Druk dwustronny' (Długa krawędź). 2. 'Drukarka dla raportów w formacie A5' with fields for 'Nazwa' (PDFCreator), 'Zasobnik papieru' (Domyślny), and 'Druk dwustronny' (Wyłączony). 3. 'Drukarka dla raportów w formacie recepty' with fields for 'Nazwa' (PDFCreator), 'Zasobnik papieru' (Domyślny), and 'Druk dwustronny' (Wyłączony). 4. 'Ustawienia wydruku' with a checked 'Włącz podgląd wydruku'. 5. 'Skaner' with fields for 'Nazwa' and 'Domyślny format' (JPEG). 6. 'Czytnik kart ubezpieczenia zdrowotnego' with a checked 'Włącz obsługę', 'Model' (Sinake), and 'Port' (COM1).

## RÓŻNE

Konfiguracja dotycząca działania słowników w programie, podziału stron i automatycznej aktualizacji aplikacji oraz bazy leków Pharmindex podczas uruchamiania aplikacji.

- **Folder z plikami aktualizacji** - przeznaczony dla użytkowników posiadających instalację wielostanowiskową - służy do automatycznej aktualizacji aplikacji mMedica na stacjach roboczych, po wykonaniu aktualizacji na serwerze. Po wskazaniu ścieżki do udostępnionego zasobu z instalacją mMedica na serwerze, po ponownym zalogowaniu do aplikacji, nastąpi automatyczna aktualizacja plików na każdej stacji roboczej. Opcja ta odpowiada dotychczasowemu parametrowi konfiguracyjnemu "SCIEZKA\_PLIKOW\_APL".

Aby skorzystać z tego parametru należy:

1. Na serwerze udostępnić katalog z instalacją mMedica w sieci (np. C:\Program Files\ASSECO\mMedica), tak aby był on dostępny dla wszystkich stacji roboczych.
2. W polu "Folder z plikami aktualizacji" przypisać jako wartość, ścieżkę do udostępnionego zasobu (np. \\SERWER1\Udostepniony\_folder). Po zatwierdzeniu zmian i ponownym zalogowaniu do aplikacji, nastąpi automatyczna aktualizacja plików na każdej stacji roboczej.

- **Automatycznie aktualizuj JGP** - zaznaczenie powoduje automatyczne zaimportowanie do programu plików parametryzujących koniecznych do prawidłowego rozliczenia grup JGP (np. AOS, SZP, REH), po opublikowaniu ich na stronie sklepu CZL. Po zalogowaniu do aplikacji pojawi się komunikat o udostępnieniu aktualizacji grup JGP. Wybranie przycisku "Tak" uruchomi automatyczne zaczytywanie do aplikacji grupera zgodnego z zakresem udzielanych świadczeń (na podstawie umowy elektronicznej).

Udostępniono aktualizację grupera JGP - AOS.  
Czy chcesz wykonać teraz automatyczną aktualizację?

Tak      Nie

- **Praca w środowisku usług terminalowych (przez pulpit zdalny)** - zaznaczenie parametru powoduje wyłączenie wyszarzania tła w Gabinetie podczas wyświetlania formatek modalnych.

The screenshot shows the configuration window of the program. On the left is a tree view with categories: System, Ewidencja, Komunikacja, Moduły dodatkowe, and Gabinet. The 'Różne' (Various) option under 'System' is selected. The main panel displays settings for 'Słowniki' (Dictionaries), 'Podział stron' (Page division), 'Automatyczna aktualizacja' (Automatic update), and 'Format daty' (Date format).

**Słowniki**

- Domyślny widok: Wszystkie
- ☐ Odświeżaj zawartość słowników i innych okien po każdej zmianie w filtrze
- Odświeżaj dane po upływie: 500 (ms)
- ☒ Wyświetlaj kod w polach filtrów komórek

**Podział stron**

- ☒ Włącz podział stron na listach
- Liczba wierszy na pierwszej stronie: 100
- ☒ Dopasuj liczbę wierszy na kolejnych stronach do wysokości listy

**Automatyczna aktualizacja**

- ☒ Automatycznie aktualizuj aplikację
- ☒ Automatycznie aktualizuj bazę leków Pharmindex
- Folder z plikami aktualizacji: [empty field]
- ☒ Automatycznie aktualizuj JGP

**Format daty**

- Format daty: Rok-Miesiąc-Dzień
- ☐ Praca w środowisku usług terminalowych (przez pulpit zdalny)

## 20.8.2 Pozycja: Ewidencja

### PODSTAWOWE

Ustawienia domyślne dotyczące numeru wersji (edycji) słownika procedur ICD9 i rozporządzenia MZ, które będą podpowiadały się na formatce wprowadzania wizyty.

Ponadto znajdują się tu ustawienia parametrów dla:

- Wizyt/Hospitalizacji, gdzie istnieje możliwość ustawienia parametrów wprowadzanych wizyt, numerowania ksiąg oraz harmonogramów przyjęć
- Uzupełniania świadczeń, gdzie istnieje możliwość ustawienia widoku w oknie Uzupełniania świadczeń oraz wybrania uwzględnianych pozycji podczas stosowania funkcji „Kopiuje dane podstawowe z poprzedniej wizyty”
- Kartoteki pacjentów
- Terminarza



System

- Identyfikacja
- Autoryzacja
- Moduły dodatkowe
- Kopia zapasowa
- Urządzenia zewnętrzne
- Różne

Ewidencja

- Podstawowe**
- Rozliczenia
- Deklaracje
- Kupony (ewidencja)
- Kupony (skierowania)
- Wielozakładowość

Terminarz

- Podstawowe
- Wygląd

Komunikacja

- Eksport
- Import
- Poczta NFZ
- Poczta inna
- FTP
- Kanały RSS
- Inne
- Powiadomienia

Moduły dodatkowe

Wizyty i hospitalizacje

Wersja słownika procedur ICD-9:

Wersja słownika kodów świadczeń:

☒ Zablokuj możliwość wprowadzania danych z przeszłości

☒ Pozwalaj wprowadzać tylko wizyty jednodniowe

☐ Wyznaczaj pierwszorazowość na podstawie danych w terminarzu

☐ Wymagaj wprowadzania szczegółowych kodów rozpoznań (z cyfrą po kropce)

☒ Automatycznie wykreślaj pacjenta z harmonogramu przyjęć przy autoryzacji/zatwierdzeniu danych

☒ Automatycznie dodawaj pozycję rozliczeniową porady początkowej (WP1) przy autoryzacji/zatwierdzeniu danych

☒ Włącz automatyczną numerację wpisów w księdze ratownictwa medycznego

☐ Włącz automatyczną numerację skierowań

☒ Wymagaj numeru kuponu w danych hospitalizacji

☒ Włącz automatyczną numerację wpisów w księdze głównej przyjęć i wypisów

☐ Podpowiadaj personel na procedurze

Uzupełnianie świadczeń

Widok lewy:

Widok prawy:

Dodatkowe dane uwzględniane przez funkcję „Kopiuj dane podstawowe z poprzedniej wizyty”:

☐ Badania POZ

☐ Procedury

☐ Rozpoznania współistniejące

☐ Dodatkowe

☒ Ratownictwo

☒ Skierowanie

☒ Identyfikator sesji/cyklus

☐ Rozliczenia

☐ Świadczenia POZ

Kartoteka pacjentów

☐ Wywołuj rejestrację pacjenta po włożeniu karty do czytnika

☒ Wymagaj daty urodzenia w danych osobowych pacjenta

☒ Wyświetlaj ostrzeżenie o braku danych przedstawiciela ustawowego dla pacjenta niepełnoletniego

☒ Podpowiadaj ubezpieczyciela pacjenta na podstawie województwa w adresie zamieszkania

☒ Poprawiaj wielkość liter w nazwach własnych

☒ Włącz automatyczną numerację oświadczeń

☐ Włącz automatyczną numerację dodatkowych identyfikatorów pacjentów

Numer początkowy:

Numer bieżący:

Domyślny format wydruku oświadczenia/upoważnienia do dokumentacji i/lub informacji o stanie zdrowia:

Terminarz

☐ Wyświetlaj okno weryfikacji danych pacjenta podczas dodawania rezerwacji lub rejestracji

☐ Wyświetlaj informację o braku oświadczenia/upoważnienia pacjenta podczas dodawania rejestracji

☐ Wyświetlaj informację o braku danych przedstawiciela ustawowego podczas dodawania rejestracji

☒ Traktuj sobotę jako dzień roboczy przy wyznaczaniu terminu dostarczenia skierowania

Rozmiar czcionki na wydruku zestawienia zaplanowanych wizyt w pionie:

Kolejki oczekujących

☐ Pozwalaj wpisać pacjenta do tej samej kolejki więcej niż jeden raz

☒ Pozwalaj dodać lub wykreślić pozycję kolejki z datą starszą niż 3 miesiące od bieżącej

## ROZLICZENIA



Ustawienia domyślne parametrów dla zakresów dotyczących sprawozdań finansowych, generowania rachunków/faktur oraz ich wydruku.

#### Wydruk sprawozdania finansowego

- **Wzór dla komparycji umowy** - parametr pozwala na dostosowanie wydruków sprawozdania finansowego i zestawień świadczeń do wzoru dla komparycji umowy. Wzory te zawierają sformułowania odnoszące się do podmiotu i przedsiębiorstwa leczniczego.

#### Rachunek/faktura

- **Uwzględniaj współczynnik korygujący w** - określenie czy współczynnik korygujący w wartościach finansowych ma być uwzględniany w cenie produktu czy w liczbie świadczeń.
- **Format numeru** - możliwość zdefiniowania domyślnego formatu numeru, który będzie podpowiadał się podczas tworzenia nowego rachunku/faktury. Przykładowo: dla formatu numeru "(nr)/NFZ/(m)/(r)" po utworzeniu nowego rachunku aplikacja automatycznie nada następujący numer: 10/NFZ/11/2015, gdzie numeru rachunku będzie kolejnym numerem w roku.

#### Wydruk rachunku/faktury

- **Podstawa wystawienia korekty** - parametr wskazuje czy pozycje korekty będą wliczane do rachunku pierwotnego, czy do ostatniej korekty.

## DEKLARACJE

Ustawienie rodzaju obsługiwanych list aktywnych, domyślnych numerów umów, oraz personelu - dane te będą podpowiadać się podczas dodawania nowej deklaracji.

**Uwaga!** W wersji 5.2.6.0 aplikacji mMedica umożliwiono zdefiniowanie personelu domyślnego dla deklaracji na poziomie stacji roboczej i użytkownika. Oznacza to, że przykładowo zdefiniowanie personelu domyślnego w kontekście użytkownika o loginie NOWAK, powodować będzie automatyczne podpowiadanie wybranego personelu podczas dodawania nowej deklaracji przez użytkownika NOWAK.

System

- Identyfikacja
- Moduły dodatkowe
- Kopia zapasowa
- Urządzenia zewnętrzne
- Różne

Ewidencja

- Podstawowe
- Rozliczenia
- Deklaracje**
- Kupony (ewidencja)
- Kupony (skierowania)

Komunikacja

- Eksport
- Import
- Poczta NFZ
- Poczta inna
- FTP
- Kanały RSS
- Inne

Moduły dodatkowe

- Personalizacja
- EDM

Przegląd i edycja

Domyślna miejscowość dla nowych pacjentów: 0968300 ... Tomaszów Mazowiecki

☐ Wyświetlaj dane medycyny szkolnej

Obsługiwane listy aktywne

☒ **Lekarz**

Numer umowy:

Personel domyślny: 5198939 ... Nowak Anna

☒ **Pielęgniarka środowiskowa**

Numer umowy:

Personel domyślny: 5044941P ... Pielęgniarka 580452

☒ **Położna**

Numer umowy:

Personel domyślny: 1721875A ... Położna 487934

☐ **Medycyna szkolna**

Numer umowy:

Personel domyślny:

## WIELOZAKŁADOWOŚĆ

Ustawienia dotyczące funkcjonalności [wielozakładowości](#) dostępnej w wersjach mMedica PLUS (+).

## KUPONY (EWIDENCJA)

Ustawienia dotyczące wydruku kuponów (ewidencji) dostępne są dla użytkowników rozliczających się w śląskim oddziale OW NFZ oraz w województwach opolskim, lubuskim i pomorskim. Formatka umożliwia szczegółową konfigurację kuponów do ewidencji.

System

- Identyfikacja
- Moduły dodatkowe
- Kopia zapasowa
- Urządzenia zewnętrzne
- Różne

Ewidencja

- Podstawowe
- Rozliczenia
- Deklaracje
- Kupony (ewidencja)**
- Kupony (skierowania)

Komunikacja

- Eksport
- Import
- Poczta NFZ
- Poczta inna
- FTP
- Kanały RSS
- Inne

Moduły dodatkowe

- Personalizacja
- EDM

Gabinet

- Wygląd
- Recepty
- Skierowania
- Historia wizyt

Drukarka

Nazwa:

Zasobnik papieru:

Papier

Formularz: Żółty samokopiujący (drukarka igłowa)

Sposób druku: Nadruk

Ustawienia strony

Przesunięcie w pionie: 1,0 (mm)

Przesunięcie w poziomie lewego kuponu: 1,0 (mm)

Przesunięcie w poziomie prawego kuponu: 1,0 (mm)

Rozmiar tekstu

Dane świadczeniodawcy: 8

Dane pacjenta: 8

Dane opisu: 9

Elementy umieszczane na wydruku

Seksja „Świadczeniodawca”

☒ Dane świadczeniodawcy

☐ Nazwa podmiotu leczniczego

☒ Numer umowy

☒ Kod kreskowy REGON

☒ I, V i VII cz. kodu resortowego

☒ VIII cz. kodu resortowego

☐ Nazwa dla VIII cz. kodu resortowego

Seksja „Dane i podpis lekarza”

☒ Dane lekarza

☒ Kod kreskowy NPWZ

Seksja „Pacjent”

☒ Kod kreskowy PESEL

☐ Data urodzenia i płeć

☐ Dane matki i przedstawiciela ustawowego

Elementy stałe

☐ Opisy pól

Inne

☐ Generuj numery kuponów bez wykonywania wydruku

☒ Bezpośredni wydruk na kuponie

## KUPONY (SKIEROWANIA)

Ustawienia dotyczące wydruku kuponów (ewidencji) dostępne są dla użytkowników rozliczających się w śląskim oddziale OW NFZ oraz w województwach opolskim, lubuskim i pomorskim, posiadających mMedicę w wersji **Plus (+)**.

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

## 20.8.3 Pozycja: Komunikacja

Niniejsze ustawienia są kluczowe dla poprawności procesu sprawozdawczości, stąd też należy zastosować się do lokalnych wymogów w tym zakresie, nałożonych przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ.

### EKSPORT

Parametry eksportów w otwartym formacie. W tej sekcji należy przede wszystkim zadbać o ustawienie domyślnych ścieżek do katalogów, gdzie składowane będą pliki eksportu i pliki importu. Pozostałe opcje należy zaznaczyć w zależności od ustawień wymaganych przez oddział NFZ.

Wersje komunikatów eksportu należy ustawić zgodnie z wytycznymi NFZ, przekazywanymi najczęściej w formie osobnych komunikatów na stronach WWW.

#### Ustawienia ogólne

- **Zapisuj pliki wyjściowe do osobnych podfolderów** - eksportowane pliki zapisywane będą w osobnych podfolderach zgodnie z rodzajem komunikatu. Podczas eksportu we wskazanym folderze eksportu ("Folder na pliki wyjściowe") utworzone zostaną foldery o nazwie zgodnej z rodzajem eksportowanych danych np. LIO CZ, SWIAD, DEKL.

#### I faza (SWIAD)

- **Eksportuj wizyty bez danych rozliczeniowych** - zaleca się zaznaczenie opcji dla świadczeniodawców, którzy są zobowiązani sprawozdawać świadczenia nie zawierające pozycji rozliczeniowych (np. pielęgniarki POZ).
- **Eksportuj element "dane-osob" dla noworodków** - zaznaczenie powoduje, że przy eksporcie I fazy wizyt noworodków wysyłane jest imię i nazwisko pacjenta.
- **Eksportuj badania POZ** - zaznaczenie powoduje, że komunikatem SWIAD sprawozdawane będą badania wyszczególnione w tabeli nr 17 załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie gromadzenia danych za okres do 31.03.2016 r. Od dnia 01.04.2016 r. i wersji programu 5.4.0 parametr zostaje wyłączony.
- **Ponownie eksportuj wizyty, dla których nie otrzymano potwierdzenia przez ... (dni)** - uzupełnienie pola wartością liczbową spowoduje, iż podczas eksportu I fazy wysyłane będą świadczenia, które przez daną liczbę dni nie otrzymały potwierdzenia ze strony loadera NFZ (znajdują się w statusie: oczekujące na walidację oraz błąd walidacji).



- [-] **System**
  - Identyfikacja
  - Moduły dodatkowe
  - Kopia zapasowa
  - Urządzenia zewnętrzne
  - Różne
- [-] **Ewidencja**
  - Podstawowe
  - Rozliczenia
  - Deklaracje
- [-] **Komunikacja**
  - Eksport**
  - Import
  - Poczta NFZ
  - Poczta Inna
  - FTP
  - Kanały RSS
  - Inne
- [-] **Moduły dodatkowe**
  - Personalizacja
- [-] **Gabinet**
  - Wygląd
  - Recepty
  - Skierowania
  - Historia wizyt
  - Wydruki różne
  - Różne

**Ustawienia ogólne**

☒ Szyfruj plik wyjściowy

☐ Kompresuj plik wyjściowy

☒ Wyślij plik wyjściowy pocztą

☐ Wyświetlaj informację o konieczności nawiązania połączenia VPN

Folder na pliki wyjściowe: C:\Eksporty, kopie mMedica

☐ Zapisuj pliki wyjściowe do osobnych podfolderów

Folder na pliki raportów: C:\Eksporty, kopie mMedica

☒ Automatycznie zapisuj raport po zakończeniu

**I faza (SWIAD)**

Wersja komunikatu: 8;7.0

Plik ze schematem XSD:

Plik ze schematem XSD przestrzeni NFZ:

☐ Eksportuj wizyty bez danych rozliczeniowych

☐ Eksportuj tylko zamknięte (autoryzowane) wizyty i hospitalizacje

☐ Pomiń wizyty bez numeru świadczenia (kuponu)

☒ Pomiń wizyty bez pełnego pokrycia dokumentami ubezpieczenia

☒ Eksportuj element „dane-osob” dla noworodków

☒ Eksportuj badania POZ

☒ Ponownie eksportuj wizyty, dla których nie otrzymano potwierdzenia

Ponownie eksportuj wizyty, dla których nie otrzymano potwierdzenia przez: 30 (dni)

<b>II faza (RRSWI)</b>	
Wersja komunikatu:	1;1.5
Plik ze schematem XSD:	<input type="text"/>
Plik ze schematem XSD przestrzeni NFZ:	<input type="text"/>
<b>Deklaracje (DEKL)</b>	
Wersja komunikatu:	5;1.6
Plik ze schematem XSD:	<input type="text"/>
Plik ze schematem XSD przestrzeni NFZ:	<input type="text"/>
Ostatni dzień okresu sprawozdawczego:	30
<b>Dane zbiorcze POZ (ZBPOZ)</b>	
Wersja komunikatu:	3;1.5
Plik ze schematem XSD:	<input type="text"/>
Plik ze schematem XSD przestrzeni NFZ:	<input type="text"/>
<b>Kolejki oczekujących (LIO CZ)</b>	
Wersja komunikatu:	7;1.7
<b>Kolejki wysokospecjalistyczne (KOL)</b>	
Wersja komunikatu:	2.3
<b>Rachunki refundacyjne (REF)</b>	
Wersja komunikatu:	2.3
Plik ze schematem XSD:	<input type="text"/>

## IMPORT

Ustawienia dotyczące umowy elektronicznej oraz szablonów rozliczeniowych importowanych do programu.

- **Aktualizuj strukturę organizacyjną** - zaznaczenie powoduje, że w trakcie [importu umowy](#) elektronicznej aplikacja zakłada nowe i/lub aktualizuje istniejące komórki w strukturze organizacyjnej.

## POCZTA NFZ

Poniższe opcje są najważniejszymi z punktu widzenia prawidłowej sprawozdawczości, dlatego też należy zachować szczególną ostrożność podczas wprowadzania lub edycji danych.

Objaśnienia dotyczące poszczególnych pól:

- **SSL/TLS** – należy zaznaczyć, jeśli poczta ma być szyfrowana certyfikatem SSL.
- **STARTTLS** - należy zaznaczyć, jeśli poczta ma być szyfrowana certyfikatem TLS.
- **Port** - należy wprowadzić numer portu do komunikacji z oddziałem NFZ.
- **Adres serwera poczty przychodzącej (POP3)** - nazwa serwera pocztowego NFZ, na którym znajduje się skrzynka pocztowa świadczeniodawcy.
- **Adres serwera poczty wychodzącej (SMTP)** - nazwa serwera pocztowego NFZ, na którym znajduje się skrzynka pocztowa świadczeniodawcy.



- **Adres e-mail** - adres skrzynki pocztowej świadczeniodawcy na serwerze NFZ.
- **Użytkownik** - nazwa (login) skrzynki pocztowej świadczeniodawcy na tym serwerze pocztowym.
- **Hasło** - hasło do skrzynki pocztowej świadczeniodawcy.
- **Adres e-mail dla świadczeń** - adres skrzynki pocztowej, na którą mają być wysyłane komunikaty danych ewidencyjnych i rozliczeniowych.
- **Adres e-mail dla deklaracji** - adres skrzynki pocztowej, na które mają być wysyłane komunikaty deklaracji POZ.
- **Adres e-mail dla danych zbiorczych POZ** - adres skrzynki pocztowej, na które mają być wysyłane dane zbiorcze o świadczeniach udzielonych w ramach POZ.
- **Adres e-mail dla kolejek oczekujących** - adres skrzynki pocztowej, na którą mają być wysyłane komunikaty kolejek oczekujących.
- **Folder na pliki załączników** - katalog na dysku komputera, w którym mMedica zapisuje pliki pobrane ze skrzynki świadczeniodawcy (pliki importu).

### Uwaga! Informacja dla świadczeniodawców z łódzkiego OW NFZ:

Od dnia 24.05.2018 r. na serwerze obsługującym wymianę danych w postaci komunikatów XML przekazywanych pomiędzy łódzkim OW NFZ a świadczeniodawcami została włączona wymagalność stosowania szyfrowanego połączenia pomiędzy klientem pocztowym a serwerem raport-xml.nfz-lodz.pl. Szyfrowanie wymaga skonfigurowania protokołu TLS w kliencie pocztowym dla protokołu SMTP (porty 587 lub 25) oraz POP3 (porty 110 lub 995).

Przykładowa konfiguracja aplikacji mMedica przedstawiona została na przykładzie poniżej.

Aby zweryfikować poprawność skonfigurowanego serwera pocztowego należy wybrać przycisk znajdujący się w sekcji *Test połączenia*. W dostępnym oknie zostanie wyświetlony wynik połączenia z serwerami NFZ.

The screenshot shows the 'Konfiguracja – Komunikacja » Poczta NFZ' window. On the left is a tree view with categories: System, Ewidencja, Terminarz, and Komunikacja. Under 'Komunikacja', 'Poczta NFZ' is selected. The main area contains fields for POP3 and SMTP server settings. The POP3 server is 'raport-xml.nfz-lodz.pl' with port 995, SSL/TLS checked, and STARTTLS unchecked. The SMTP server is also 'raport-xml.nfz-lodz.pl' with port 587, SSL/TLS unchecked, and STARTTLS checked. There are checkboxes for using OpenSSL libraries for both POP3 and SMTP. Below these are fields for email addresses: 'Adres e-mail', 'Użytkownik', 'Adres e-mail dla świadczeń', 'Adres e-mail dla deklaracji', 'Adres e-mail dla danych zbiorczych POZ', and 'Adres e-mail dla kolejek oczekujących'. There is also a field for 'Folder na pliki załączników'. At the bottom, there is a 'Test połączenia' button with a red arrow pointing to it. Below the button is a log area showing the results of the test: 'Próba połączenia POP3... Niepoprawny katalog na odebrane załączniki(parametr SYSTEM.NFZMail [KATALOGZAL]). Próba połączenia SMTP... Połączenie SMTP OK'.

## POCZTA INNA

Konfiguracja serwera poczty do wysyłania powiadomień z programu mMedica oraz konfiguracja poczty wewnętrznej dostępnej w wersji mMedica Plus.

Aby otrzymywać powiadomienia o wykonanych zadaniach zdefiniowanych jako automatyczne jak np. wykonanie kopii zapasowej, schematu eksportu lub odpytania eWUŚ poprzez harmonogram zadań, należy skonfigurować w tym miejscu pocztę elektroniczną.

Moduły dodatkowe  
Kopia zapasowa  
Urządzenia zewnętrzne  
Różne  
**Ewidencja**  
Podstawowe  
Rozliczenia  
Deklaracje  
**Komunikacja**  
Eksport  
Import  
Pocztą NFZ  
**Pocztą inną**

**Pocztą do wysyłania powiadomień z aplikacji**

Adres serwera poczty przychodzącej (POP3):  Port:  ☐ Obsługa SSL

Adres serwera poczty wychodzącej (SMTP):  Port:  ☐ Obsługa SSL

Adres e-mail:

Użytkownik:

Hasło:

**Pocztą wewnętrzną**

**Sprawdzaj nadejście nowych wiadomości co:**  (s)

☐ Dołączaj do odpowiedzi treść oryginalnej wiadomości

## FTP

Opcja wymaga ręcznego uzupełnienia przez użytkownika, na podstawie informacji otrzymanych ze swojego oddziału NFZ.

Moduły dodatkowe  
Kopia zapasowa  
Urządzenia zewnętrzne  
Różne  
**Ewidencja**  
Podstawowe  
Rozliczenia  
Deklaracje  
**Komunikacja**  
Eksport  
Import  
Pocztą NFZ  
Pocztą inną  
**FTP**  
Kanały RSS  
Inne

☐ Nawiąż połączenie z siecią przed połączeniem z serwerem FTP

**Adres serwera FTP:**

**Użytkownik serwera FTP:**

**Hasło serwera FTP:**

☐ Tryb pasywny

Metoda dostępu:

Adres serwera proxy:  Port:

Użytkownik serwera proxy:

Hasło serwera proxy:

**Folder na serwerze FTP:**

Folder lokalny:

## KANAŁY RSS

Opcja pozwala na włączenie obsługi kanałów RSS OW NFZ i/lub zdefiniowania własnych. Aby zdefiniować własny komunikat, należy stworzyć własny kanał RSS, a następnie ustawić jego adres w jednym z trzech obsługiwanych kanałów (Dodatkowy...). Mechanizm dostępny jest w wersji mMedica Plus. Dodatkowo istnieje możliwość ustawienia ilości dni, z których komunikaty będą wyświetlane.

## INNE

Określenie wersji komunikatu do połączenia z ewusem oraz wartości timeout'u dla usług sieciowych.

## 20.8.4 Pozycja: Moduły dodatkowe

Ilość modułów wyświetlanych w sekcji **Moduły dodatkowe** zależy jest od licencji posiadanej przez użytkownika i może różnić się od danych prezentowanych na screenach poniżej.

### PERSONALIZACJA

Opcja ta jest dostępna tylko dla użytkowników, którzy wykupili i poprawnie uruchomili w programie dodatkowy moduł personalizacyjny.

W tym miejscu istnieje możliwość definicji zawartości okna podglądu danych pacjenta w Kartotece pacjentów i w Gabinetach, co pozwala na dostosowanie wyświetlanych danych do charakteru placówki. Oprócz tego użytkownik ma możliwość zmiany koloru podświetlenia aktywnych pól tekstowych w programie oraz zmiany wielkości czcionki w tabelach.

### eREJESTRACJA

Opcja ta jest dostępna tylko dla użytkowników, którzy wykupili i poprawnie uruchomili w programie dodatkowy moduł eRejestracja - wypełniana podczas konfiguracji modułu.

## eWYNIKI

Opcja ta jest dostępna tylko dla użytkowników, którzy wykupili i poprawnie uruchomili w programie dodatkowy moduł eWyniki - wypełniana podczas konfiguracji modułu.

### Import

- **Generuj badania POZ na podstawie skierowania** - zaznaczenie powoduje, że badania POZ będą generowane i dopisywane na podstawie wystawionego skierowania, a nie na podstawie wyników badań wczytywanych do aplikacji mMedica.

## EDM

Opcja ta jest dostępna tylko dla użytkowników, którzy wykupili i poprawnie uruchomili w programie dodatkowy moduł EDM.

Data rozpoczęcia pracy z EDM powinna zostać uzupełniona przed rozpoczęciem pracy z modułem.

## KOMERCJA

Opcja ta jest dostępna tylko dla użytkowników, którzy wykupili i poprawnie uruchomili w programie dodatkowy moduł komercyjny.

W tym miejscu istnieje możliwość skonfigurowania połączenia programu z kasą lub drukarką fiskalną, zdefiniowania stawek VAT oraz domyślnych formatów numerów dokumentów.



### STOMATOLOGIA

Opcja ta jest dostępna tylko dla użytkowników, którzy wykupili i poprawnie uruchomili w programie dodatkowy moduł stomatologiczny - wypełniania podczas konfiguracji modułu.

## 20.8.5 Pozycja: Gabinet

Funkcjonalność została omówiona w rozdziale: [Konfiguracja Gabinetu](#).

## 20.9 Parametry konfiguracyjne

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Parametry konfiguracyjne](#)

Parametry konfiguracyjne umożliwiają szczegółową konfigurację aplikacji mMedica dla poszczególnych wartości: systemu, stacji roboczej, użytkownika.

Znaczenie opcji **Pokaż parametry** dla:

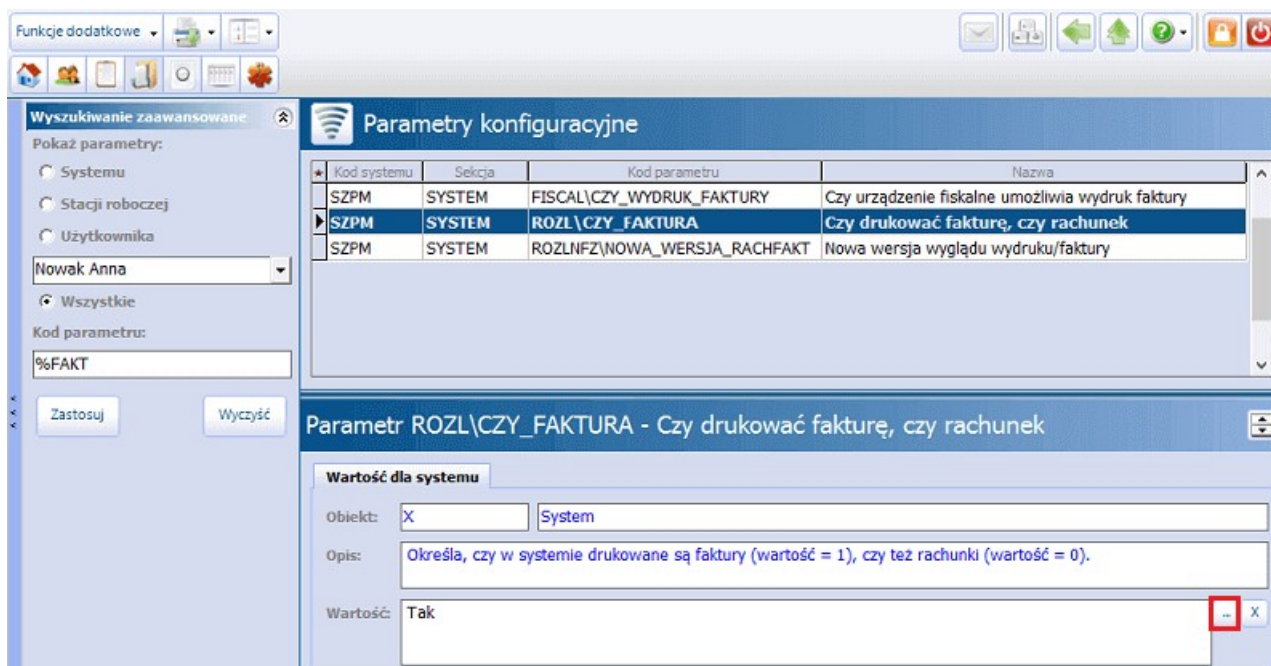
- **Systemu** – widoczna jest wyłącznie zakładka **Wartość dla systemu**. Dla pozostałych parametrów wartości nie są edytowalne (inne zakładki nie są widoczne).
- **Stacji roboczej** – widoczna jest wyłącznie zakładka **Wartość dla stacji roboczej**.
- **Użytkownika** – widoczna jest wyłącznie zakładka **Wartość dla użytkownika**. Po zaznaczeniu tej opcji, z listy rozwijanej można wybrać konkretnego użytkownika, dla którego wykonywana będzie konfiguracja,

Aby uzyskać dostęp do wszystkich parametrów w panelu "Wyszukiwanie zaawansowane" należy zaznaczyć opcję „**Pokaż parametry: Wszystkie**”. Spowoduje to wyświetlenie wszystkich parametrów wraz z podglądem wprowadzonych wartości w dolnej części okna.

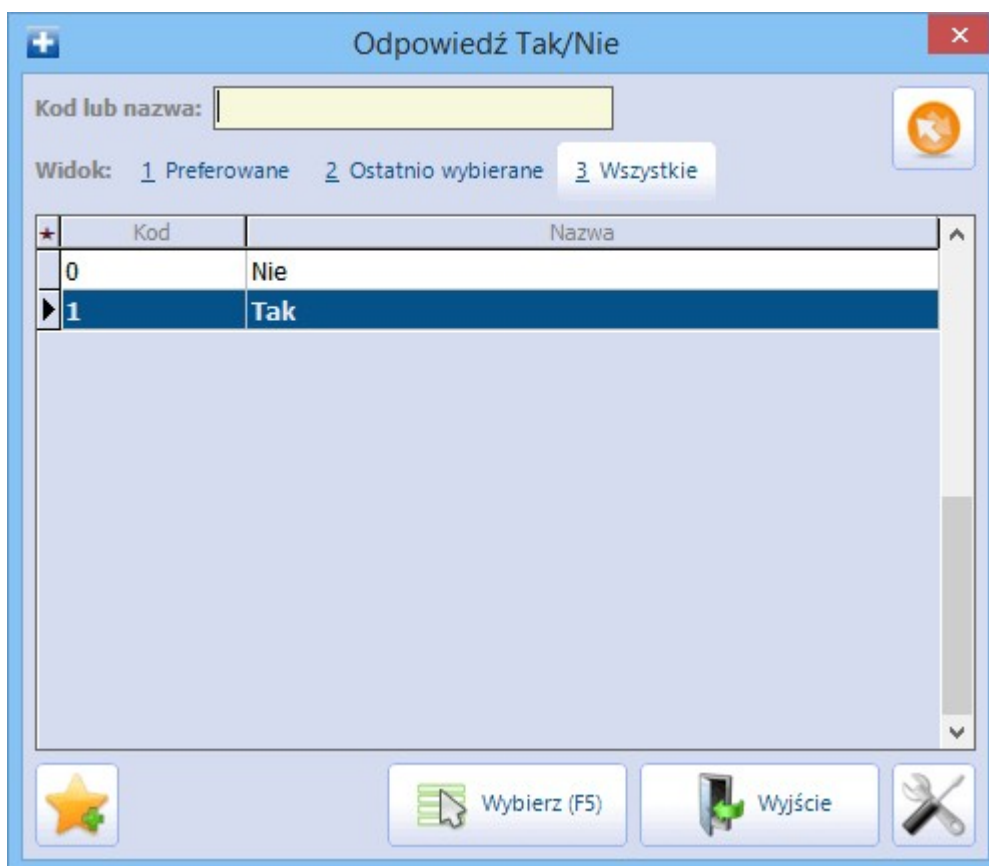
Pole **Kod parametru** pozwala w szybki sposób wyszukać interesujący parametr konfiguracyjny. W tym celu w polu wyszukiwania należy wpisać znak **%** i słowo, które pozwoli zawęzić obszar wyszukiwania. Np. dla wprowadzonej frazy: **%FAKT** system wyświetli wszystkie parametry dotyczące faktury (zdej. poniżej).



Zaznaczenie dowolnej pozycji na liście parametrów konfiguracyjnych powoduje wyświetlenie szczegółowych danych (z możliwością edycji) wraz z zakładkami dodatkowymi dla określonych parametrów.



Aby zmienić wartość dla danego parametru (TAK/NIE), należy zaznaczyć pozycję na liście parametrów konfiguracyjnych. W oknie poniżej wyświetlone zostaną szczegółowe dane, gdzie w polu **Wartość** za pomocą przycisku wyboru [...] można dokonać zmiany wartości.



## 20.10 Ustawienia domyślne personelu

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Ustawienia domyślne personelu](#)

Aby przyspieszyć proces wprowadzania świadczeń do aplikacji można skorzystać z ułatwienia, polegającego na podpowiadaniu się domyślnych danych personelu realizującego wizytę oraz domyślnych danych rozliczeniowych.

W tym celu należy przejść do powyższej lokalizacji i zaznaczyć na liście personelu osobę, dla której definiowane będą ustawienia. W dolnym oknie **Personel...** należy uzupełnić dane, które mają podpowiadać się na wizycie, rozliczeniu lub skierowaniu.

The screenshot displays the 'Ustawienia domyślne personelu 2015' interface. On the left, there's a search panel with filters for 'Nazwisko' (set to NOWAK), 'Nr prawa wykonywania zawodu', 'Grupa' (Personel wewnętrzny), 'Rodzaj personelu' (Lekarz), and 'Grupa uprawnień' (Pełne uprawnienia). The 'Aktualny' checkbox is checked. The main table lists personnel, with 'Nowak Anna' selected. Below the table, the 'Personel: Nowak Anna' configuration form is shown. The 'Personel domyślny' checkbox is checked. The '1. Dane wizyty' tab is active, showing fields for 'Wizyta' (Specjalistyczna), 'Przyjęcie' (Ze skierowaniem), 'Rodzaj wizyty' (BK), 'Komórka org.' (51), 'Kod świadczenia' (4.4), 'Podtyp świadczenia', 'Typ świadczenia w hospitalizacji', and 'Procedury' (89.00, 99.591). The 'Procedury' field is highlighted with a red box.

Dane znajdujące się na zakładce **1. Dane wizyty**:

- Wizyta
- Nr umowy POZ
- Rodzaj wizyty
- Komórka org.
- Kod świadczenia
- Podtyp świadczenia
- Typ świadczenia w hospitalizacji
- **Procedury** - można wprowadzić kilka domyślnych procedur ICD-9. Wprowadza się je ręcznie i oddziela od siebie przecinkami lub kolejno wybiera ze słownika za pomocą przycisku wyboru [...].

Dane znajdujące się na zakładce **2. Dane rozliczeniowe**:

- Zakres świadczeń
- Wyróżnik
- Nr umowy
- Świadczenie
- Sposób rozliczenia

Dane znajdujące się na zakładce **3. Dane skierowania**:

- Typ zleceniodawcy
- Instytucja zlecająca
- Kod res. cz. VIII/VII

**Uwaga!**

Zaznaczenie parametru **Personel domyślny** spowoduje, że w wizycie w polu **Realizujący** automatycznie podpowiadać się będzie wybrana osoba wraz z jej ustawieniami domyślnymi. Jako personel domyślny można oznaczyć tylko jedną osobę.

Ustawienia domyślne personelu określone są w kontekście roku rozliczeniowego, a więc wraz z nastaniem nowego roku należy na nowo zdefiniować ustawienia. W tym celu można skorzystać z przycisku **"Migruj z poprzedniego roku"**, który znajduje się w górnym panelu ekranu. Wybranie przycisku spowoduje nadpisanie ustawień danymi z poprzedniego roku, o czym użytkownik zostanie poinformowany stosownym komunikatem:

Dla personelu "Nowak Anna" obecne ustawienia domyślne zostaną nadpisane. Czy chcesz kontynuować?

Tak      Nie

## 20.11 Walidacje definiowane

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Walidacje definiowane](#)

W wersji aplikacji **mMedica Plus (+)** istnieje funkcjonalność definiowania walidacji, które umożliwiają dynamiczne tworzenie w systemie funkcji sprawdzających wprowadzane dane. Dzięki walidacjom użytkownik jest w stanie weryfikować kompletność wprowadzanych danych do aplikacji i kontrolować udzielanie świadczeń, których rozliczanie jest ograniczone w czasie.

W programie są dostępne następujące walidacje systemowe:

- Brak procedur ICD9 w wizycie gabinetowej
- Brak rozpoznań dla wizyty POZ
- Brak rozpoznania w wizycie gabinetowej
- Kolejna wizyta pacjenta w komórce tego samego dnia
- Limit sesji psychoterapii grupowej
- Limit sesji psychoterapii indywidualnej
- Limit sesji psychoterapii rodzinnej
- Porada kompleksowa
- Porada kompleksowa - świadczenia w zakresie ginekologii i położnictwa udzielanego kobietom w ciąży
- Porada kompleksowa - świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej
- Porada kompleksowa - warunek na wystąpienie porady specjalistycznej w ciągu minionego miesiąca
- Porada kompleksowa (nowa)
- Porada recepturowa
- Stomatologia - ilość świadczeń w ramach jednej wizyty
- Stomatologia - ograniczenie liczby wykonań świadczenia w szczęcie
- Stomatologia - ograniczenie liczby wykonań świadczenia w żuchwie
- Stomatologia - świadczenia roczne
- Stomatologia - uzupełnione umiejscowienie i powierzchnia
- Uzupełnienie procedur ICD9
- Wizyta patronażowa (nowa)

W celu wyświetlenia na liście wszystkich walidacji, również tych nieaktywnych, należy usunąć zaznaczenie w

polu "Tylko aktywne" w panelu Wyszukiwanie zaawansowane. Aby aktywować wybraną walidację należy zaznaczyć ją na liście i zaznaczyć pole "Aktywna", znajdujące się w definicji walidacji.

**Walidacje**

Grupa	Nazwa
Gabinet – autoryzacja wizyty	Brak procedur ICD9 w wizycie gabinetowej
Rozliczenie wizyty NFZ	Brak rozpoznania dla wizyty POZ
Gabinet – autoryzacja wizyty	Brak rozpoznania w wizycie gabinetowej
Rozliczenie wizyty NFZ	Kolejna wizyta pacjenta w komórce tego samego dnia
Rozliczenie wizyty NFZ	Limit sesji psychoterapii grupowej
Rozliczenie wizyty NFZ	Limit sesji psychoterapii indywidualnej
Rozliczenie wizyty NFZ	Limit sesji psychoterapii rodzinnej
Rozliczenie wizyty NFZ	Porada kompleksowa

**Walidacja: Brak procedur ICD9 w wizycie gabinetowej**

Definicja Test

Nazwa: Brak procedur ICD9 w wizycie gabinetowej Grupa: Gabinet – autoryzacja Ważność: Ostrzeżenie (mi) ☒ Aktywna

Komunikat: Nie uzupełniono procedur ICD9

Dodaj Usun

**Walidacja systemowa**

Lp.	Warunek	Nawias	Walidacja	Parametry walidacji	Operator	Wartość	Nawias
10	brak		Wizyta - typ wizyty		nie jest jak	Receptowa	brak
20	oraz	brak	Procedura - kod		nie jest wypełnione lub jes		brak

Opis przycisków w górnym panelu formatki:

- **Nowa walidacja** - w dolnej części okna zostanie wyświetlone okno "Nowa walidacja", umożliwiając zdefiniowanie własnych warunków walidacji.
- **Kopiuj walidację** - kopiuje walidację, która została podświetlona na liście. Wszystkie dane wybranej walidacji (nazwa, warunki itd.) zostaną skopiowane do okna *Nowa walidacja*, które zostanie wyświetlone w dolnej części okna.
- **Usuń walidację** - usuwa walidację. Nie można usunąć walidacji systemowej - po jej podświetleniu na liście, przycisk będzie nieaktywny. Aby usunąć walidację systemową należy usunąć zaznaczenie w polu "Aktywna".

Oprócz walidacji systemowych użytkownik może sam zdefiniować warunki walidacji na wprowadzane dane. W celu utworzenia nowej walidacji należy wybrać przycisk **Nowa walidacja**, znajdujący się w górnym panelu okna. W dolnej części okna zostaną wyświetlone pola do uzupełnienia (zdz. poniżej).

Tworzona definicja walidacji musi posiadać swoją nazwę, mieć określoną grupę oraz komunikat, który będzie wyświetlany w czasie wystąpienia konkretnego przypadku. Komunikat będzie się wyświetlał i informował użytkownika, wprowadzającego dane do aplikacji, o wystąpieniu walidowanego przypadku. Należy określić, czy definiowana walidacja ma być "mięka", co oznacza, że użytkownik podczas wprowadzania danych będzie miał możliwość zadecydowania, czy pomimo wystąpienia błędu walidacji dane mają być zatwierdzone. Domyślnie komunikat błędu nie pozwala na zatwierdzenie danych (tzw. walidacja twarda).

W wersji 9.0.0 aplikacji mMedica dla grupy "Gabinet - autoryzacja wizyty" umożliwiono wybór walidacji "Wizyta - przyjęcie", odnoszącej się do wartości pola "Przyjęcie" w danych wizyty.



**Nowa walidacja**

Definicja Test

Nazwa: położnictwa udzielane kobietom w ciąży Grupa: Rozliczenie wizyty NFZ Ważność: Błąd (twarda wi) ☒ Aktywna

Komunikat: Dla danej pacjentki wprowadzono już 4 wizyty kompleksowe w okresie ostatnich 366 dni

L.p.	Warunek	Nawias	Walidacja	Parametry walidacji	Operator	Wartość	Nawias
10		brak	Rozliczenie - świadcz		dokładnie jak	5.01.01.2000001 – PORADA KOMPLEKSC	brak
20	oraz	brak	Rozliczenie - liczba w	366	większy(a) lub równy(a)	4	brak
30	oraz	(	Wizyta - rozpoznanie		to któraś pozycja z	000 – Ciąża pozamaciczna, 013 – Nadci	brak
40	lub	brak	Wizyta - rozpoznanie		rozpoczyna się od	O12	brak
50	lub	(	Wizyta - rozpoznanie		dokładnie jak lub następny	O20	brak
60	oraz	brak	Wizyta - rozpoznanie		dokładnie jak lub poprzedz	O48Z	)
70	lub	brak	Wizyta - rozpoznanie		rozpoczyna się od	Z34	brak
80	lub	brak	Wizyta - rozpoznanie		rozpoczyna się od	Z35	brak
90	lub	brak	Wizyta - rozpoznanie		rozpoczyna się od	Z32	)

#### Opis pól warunków walidacji:

- **L.p.** – liczba porządkowa określająca kolejność sprawdzania warunków, domyślnie jest zwiększana co 10.
- **Warunek** – dla pierwszej pozycji w definicji warunek nie jest ustawiany, dla kolejnych trzeba wybrać wartość "oraz" albo "lub". Wybranie "oraz" pomiędzy wyrażeniami oznacza, że muszą być spełnione oba wyrażenia. Wybranie "lub" oznacza, że musi być spełnione co najmniej jedno wyrażenie. Wyrażenia należy czytać od góry do dołu, warunek występuje pomiędzy wyrażeniem wyżej, a wyrażeniem z wiersza, w którym wybierany jest warunek.
- **Nawias** – nie jest wymagany, pozwala na grupowanie warunków między wyrażeniami w logiczne grupy, przykładowo: (wizyta - rozpoznanie rozpoczyna się od I00 LUB wizyta - rozpoznanie rozpoczyna się od I20) ORAZ wizyta - data od większa lub równa 2009-01-01.
- **Walidacja** – należy wybrać ze słownika odpowiednie pole, które ma być lewą stroną wyrażenia.
- **Parametr walidacji** – występuje np. dla pola walidacji: "Rozliczenie - Liczba wystąpień świadczenia w ciągu zadanej liczby dni". Wartością parametru jest ilość dni, które będą sprawdzane. Występuje lub nie, w zależności od wybranego pola walidacji.
- **Operator** – operatory są różne w zależności od rodzaju wybranego pola walidacji i pozwalają na porównanie pola z wartością. Np. większy niż, dokładnie jak, zawiera.
- **Wartość** – możliwe do wprowadzenia wartości, podobnie jak operatory, zależą od rodzaju wybranego pola walidacji. Dla części pól wartość może być wybrana ze słownika za pomocą przycisku [...].

Należy pamiętać, że pozytywnie spełnione warunki oznaczają wystąpienie komunikatu błędu walidacji, zaś niespełnione warunki nie spowodują wyświetlenia komunikatu.

Przykładowo: dla włączonej walidacji **Brak rozpoznania dla wizyty POZ**, zatwierdzenie wprowadzonej wizyty bez uzupełnienia pola **Rozp. główne** skutkować będzie komunikatem:

Pacjent nie ma wprowadzonego rozpoznania.  
Kontynuować?

Tak

Nie



## Księgi i raporty

Menu **Księgi i raporty** zawiera szereg przygotowanych zestawień i wykazów, pozwalających na bieżąco monitorować pracę placówki. Ponadto użytkownikom aplikacji udostępniono narzędzia, umożliwiające tworzenie własnych szablonów wydruków według zdefiniowanych warunków. Dostęp do rejestru ksiąg pozwala na prowadzenie elektronicznych ksiąg medycznych placówki z możliwością wydruku danych. Natomiast moduł dodatkowy Dane do sprawozdań rocznych MZ/GUS zawiera komplet raportów umożliwiających zebranie danych, niezbędnych do uzupełnienia sprawozdań przesyłanych do Ministerstwa Zdrowia i Głównego Urzędu Statystycznego.

Na menu **Księgi i raporty** składają się następujące sekcje:

- [Księgi](#)
- [Raporty/zastawienia](#)
- [Raporty definiowane](#)

Szczegółowy opis w/w sekcji znajduje się w kolejnych podrozdziałach tej instrukcji.

## 21.1 Księgi

Ścieżka: [Księgi i raporty](#) > [Księgi](#)

Menu **Księgi** umożliwia dostęp do danych elektronicznych ksiąg medycznych placówki z możliwością wydruku danych.



Formatka **Rejestr ksiąg** umożliwia tworzenie następujących ksiąg:

- Księga główna przyjęć i wypisów (dostępna w wersji Std i Std+)
- Księga przyjęć
- Księga nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarской (dostępna w wersji Std i Std+)
- Księga ratownictwa medycznego
- Księga zabiegów (dostępna w wersji Std i Std+)
- Księga sali operacyjnej (ta i poniższe księgi są dostępne w module "Hospitalizacja 1-go dnia")
- Księga oddziału
- Księga raportów lekarskich
- Księga raportów pielęgniarских

Szczegółowy opis w/w sekcji znajduje się w kolejnych podrozdziałach tej instrukcji.

## 21.1.1 Księga główna przyjęć i wypisów

Ścieżka: [Księgi i Raporty](#) > [Księgi](#) > [Księga główna przyjęć i wypisów](#)

Do prowadzenia ksiąg głównych przyjęć i wypisów zobowiązane są placówki, które realizują świadczenia z zakresu leczenia stacjonarnego lub dziennego w trybie hospitalizacji. Z związku z tym księga główna przyjęć i wypisów jest dostępna w wersji **Standard** i **Standard+** mMedica, gdyż tylko te wersje umożliwiają ewidencjonowanie hospitalizacji.

Po zdefiniowaniu księgi głównej w rejestrze ksiąg (rozdział: [Rejestr ksiąg](#)), wszystkie hospitalizacje wprowadzone do programu będą pojawiać się w księdze głównej przyjęć i wypisów.

Nr	Data przyjęcia	Pacjent	Prowadzący	Nazwa	Kod res.					
		Nazwisko i imię	PESEL	Adres	Nazwisko i imię	NPWZ	Grupa zawodowa	Specjalność	Nazwa	Kod res.
2	2015-10-15 08:14	Kowalski Jan	00000000000	Katowice...	Nowak Anna	51...	Lekarz	Lekarz - ...	Pielęgniarska opi...	050
3	2015-09-18 14:46	Kowalski Jan	00000000000	Katowice...	Nowak Anna	51...	Lekarz	Lekarz - ...	Pielęgniarska opiek...	050
6	2015-10-26 00:00	Nazwisko	6805*****	Pacjentów	Nowak Anna	51...	Lekarz	Lekarz - ...	Pielęgniarska opiek...	050
7	2015-12-16 12:30	Gnyp Alexanja	00000000000	nr 1	Nowak Anna	51...	Lekarz	Lekarz - ...	Oddział urazowo-o...	050

Na formatce **Księga główna przyjęć i wypisów** wyświetlane są wszystkie hospitalizacje, które zostały wprowadzone do programu w bieżącym roku i miesiącu, zaewidencjonowane w komórce organizacyjnej powiązanej z księgą. Aby wyszukać hospitalizacje z poprzednich miesięcy, należy zmienić datę przyjęcia we filtrze **Data przyjęcia**. W celu wyświetlenia hospitalizacji z poprzednich lat, należy zmienić rok rozliczeniowy w polu **Rok** (zjd. powyżej). Jeśli w programie utworzono więcej niż jedną księgę główną, wyświetlanie hospitalizacji można zawęzić do wybranej księgi - w tym celu należy wybrać nazwę księgi w polu **Księga**.

Opis przycisków znajdujących się w górnej części okna:

- **Dane hospitalizacji** - przycisk aktywny dla hospitalizacji ewidencjonowanych w module dodatkowym "Hospitalizacja 1-go dnia". Otwarte zostanie okno modułu, prezentujące dane wybranej hospitalizacji, umożliwiając edycję/modyfikację danych.
- **Rozliczenie** - otwarte zostanie okno z rozliczeniem hospitalizacji, umożliwiając edycję/modyfikację danych.
- **Drukuj** - wydruk wpisów znajdujących się w księdze głównej według warunków zadanych przez użytkownika. Przed wydrukiem istnieje możliwość wyboru kolumn/danych, które zostaną uwzględnione na wydruku.
- **Drukuj wg formatu rozporządzenia** - wydruk księgi głównej według formatu rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Użytkownik nie ma możliwości ingerencji we wzór wydruku.

Dane znajdujące się w księdze głównej można wyselekcjonować za pomocą filtrów znajdujących się w panelu nawigacji **"Wyszukiwanie zaawansowane"**, m.in. numer w księdze, data przyjęcia, data wypisu, komórka org., prowadzący, nazwisko/PESEL pacjenta, tryb przyjęcia, tryb wypisu, zlecający, instytucja zlecająca, status.

Zgodnie z rozporządzeniem MZ każda księga główna przyjęć i wypisów powinna zawierać informację o numerze kolejnym pacjenta w księdze. Podpowiadanie numeru pozycji w księdze zależne jest od parametru **"Włącz automatyczną numerację wpisów w księdze głównej przyjęć i wypisów"** znajdującego się w [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Ewidencja > Podstawowe](#):

- zaznaczony parametr [✓] - aplikacja automatycznie nada kolejny numer pozycji w księdze. Pole **Nr pozycji** w hospitalizacji będzie nieaktywne, blokując użytkownikowi możliwość ingerencji w nadawane numery.
- brak zaznaczenia [ ] - pole Nr pozycji w hospitalizacji będzie aktywne, dając tym samym

użytkownikowi możliwość samodzielnego, ręcznego wprowadzenia numeru pozycji w księdze.

**Eksport karty statystycznej do Centrum Zdrowia Publicznego**

**Plik wyjściowy**

Ścieżka do pliku:

Kompresuj plik ☐

**Zakres sprawozdania**

Data sprawozdania:  Okres:  Rok:

Data: od  do

Księga główna:

**Dane nadawcy / odbiorcy**

REGON nadawcy:

REGON odbiorcy:

**Postęp**

**Uwaga!** Wraz z nastaniem nowego roku rozliczeniowego, numeracja wpisów w księdze głównej przyjęć i wypisów następuje od początku, t.j. od numeru 1.

Aby wyświetlić usunięte hospitalizacje, należy we filtrze **Status** wybrać wartość "Usunięte" (zjd. poniżej). Usunięte hospitalizacje oznaczone są na liście kolorem czerwonym. Usunięcie hospitalizacji powoduje zwolnienie użytego numeru w księdze głównej, dzięki czemu możliwe jest jego ponowne użycie. Aby na usuniętym (zwolnionym) numerze księgi głównej wprowadzić nową hospitalizację należy **WYŁĄCZYĆ** automatyczną numerację wpisów w księdze głównej i oczekiwany numer wprowadzić w hospitalizacji ręcznie.

Wyszukiwanie zaawansowane

Zlecający:

...

Institucja zlecająca:

...

Status:

Usunięte

ZastosujWyczyść

Księga główna przyjęć i wypisów

Księga: GŁÓWNA

Rok: 2015

★	Nr	Data przyjęcia	Pacjent		Prowadzący			Komórka org.				
			Nazwisko i imię	PESEL	Adres	Nazwisko i imię	NPWZ	Grupa zawodowa	Specjalność	Nazwa	Kod res. VII	Kod res.
	2	2015-07-09 00:00	Nazwisko_...	520...	Pacjent...	Nowak Anna	51...	Lekarz	Lekarz - ...	Pielęgniarska opi...	050	001
	4	2015-10-15 08:14	Kowalski Jan	000...	Katowice...	Nowak Anna	51...	Lekarz	Lekarz - ...	Pielęgniarska opiek...	050	001
	5	2015-10-26 00:00	Nazwisko_10...	670...	11-111 P...	Nowak Anna	51...	Lekarz	Lekarz - ...	Pielęgniarska opiek...	050	001
	7	2015-12-03 11:21	Gnyp Alexanja	000...	nr 1	Nowak Anna	51...	Lekarz	Lekarz - ...	Oddział urazowo-o...	050	001
	9	2015-11-26 13:39	Kowalski Jan	000...	Katowice...	Nowak Anna	51...	Lekarz	Lekarz - ...	Oddział urazowo-o...	050	001

## 21.1.2 Księga NiŚOLiP

Ścieżka: [Księgi i Raporty](#) > [Księgi](#) > [Księga NiŚOLiP \(Księga nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgnarskiej\)](#)

Wizyty z zakresu nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgnarskiej realizowane są w Gabinetce, w związku z tym księga NiŚOLiP jest dostępna tylko w wersji **Standard** i **Standard+**.

Po zdefiniowaniu księgi NiŚOLiP w rejestrze ksiąg (rozdział: [Rejestr ksiąg](#)), wszystkie wizyty wprowadzone do programu będą pojawiać się w księdze, jeśli spełnią następujące warunki:

- zostaną zaewidencjonowane i zautoryzowane w module Gabinet
- zostaną zaewidencjonowane w komórce organizacyjnej powiązanej z księgą

Jak wspomniano wcześniej, wizyta z zakresu nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgnarskiej musi zostać zaewidencjonowana w Gabinetce. Na wizycie gabinetowej należy wybrać przycisk "**Dane podstawowe**", znajdujący się na dole okna, następnie w polu **Wizyta** wybrać wartość **NiŚOLiP** (zdz. poniżej).

Do księgi będą dodawane wpisy ze zrealizowanych wizyt, jak również z odmów przyjęć na podstawie uzupełnionego pola "Uzasadnienie odmowy".

Na formatce **Księga nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgnarskiej** wyświetlane są wszystkie wizyty, które zostały wprowadzone do programu w bieżącym roku i zaewidencjonowane w komórce organizacyjnej powiązanej z księgą. W celu wyświetlenia wizyt z poprzednich lat, należy zmienić rok rozliczeniowy w polu **Rok**. Jeśli w programie utworzono więcej niż jedną księgę NiŚOLiP, wyświetlanie wizyt można zawęzić do wybranej księgi - w tym celu należy wybrać nazwę księgi w polu **Księga**.



Opis przycisków znajdujących się w górnej części okna:

- **Dane wizyty** - otwarte zostanie okno prezentujące dane wizyty gabinetowej.
- **Rozliczenie** - otwarta zostanie formatka "Uzupełnianie świadczeń" prezentująca dane rozliczeniowe wizyty.
- **Drukuj** - wydruk wpisów znajdujących się w księdze/wyfiltrowanych przez użytkownika.

Dane znajdujące się w księdze głównej można wyselekcjonować za pomocą filtrów znajdujących się w panelu nawigacji "**Wyszukiwanie zaawansowane**", m.in. numer w księdze, data wizyty, komórka org., realizujący, nazwisko/PESEL pacjenta, status.

Aby wyświetlić usunięte wizyty, należy we filtrze **Status** wybrać wartość "Usunięte". Usunięte wpisy oznaczone są na liście kolorem czerwonym. Nie ma możliwości ponownego wykorzystania usuniętego numeru w księdze NiŚOLiP.

## 21.1.3 Księga przyjęć

Ścieżka: [Księgi i Raporty](#) > [Księgi](#) > [Księga przyjęć](#)

Po zdefiniowaniu księgi przyjęć w rejestrze ksiąg (rozdział: [Rejestr ksiąg](#)), każda wizyta zaewidencjonowana w programie mMedica będzie pojawiać się w księdze.

Wizyty wprowadzane do programu będą pojawiać się w księdze, jeśli spełnią następujące warunki:

- zostaną zaewidencjonowane i zautoryzowane w module Gabinet
- zostaną zaewidencjonowane na formatce Uzupełnianie świadczeń
- zostaną zaewidencjonowane w komórce organizacyjnej powiązanej z księgą

Na formatce **Księga przyjęć** wyświetlane są wszystkie wizyty, które zostały wprowadzone do programu w bieżącym roku i miesiącu, zaewidencjonowane w komórce organizacyjnej powiązanej z księgą. Aby wyszukać wizyty z poprzednich miesięcy, należy zmienić datę we filtrze **Data zgłoszenia**. W celu wyświetlenia wizyt z poprzednich lat, należy zmienić rok rozliczeniowy w polu **Rok** (zdj. poniżej). Jeśli w programie utworzono więcej niż jedną księgę przyjęć, wyświetlanie wizyt można zawęzić do wybranej księgi - w tym celu należy wybrać nazwę księgi w polu **Księga**.

Nr	Data zgłoszenia	Nazwisko i imię	PESEL	Data ur.	Płeć	Wiek	Adres	NFZ	Nazwisko i imię	NPWZ	Grupa z...	Realizujący
1	2016-02-18 09:52	Kowalska Anna	AXD1...	2015-12-11	K	9 tyg.	11-111 Pacjentó...	05	Nowak Anna	51...	Lekarz	Lekarz -
2	2016-02-18 0...	Nastolatek Al...	9905...	1999-05-...	M	16 lat	11-111 Pacjent...	05	Nowak Anna	51...	Lekarz	Lekarz
3	2016-02-18 09:54	Gnyp Alexanja	0000...	1986-05-23	K	29 lat	Dąbrowa, nr 1	04	Nowak Anna	51...	Lekarz	Lekarz -

Opis przycisków znajdujących się w górnej części okna:

- **Dane wizyty** - otwarte zostanie okno prezentujące dane wizyty gabinetowej lub dane wizyty na formacie "Uzupełnianie świadczeń". Przycisk będzie nieaktywny w przypadku podświetlenia na liście usuniętej wizyty.
- **Rozliczenie** - otwarta zostanie formatka "Uzupełnianie świadczeń" prezentująca dane rozliczeniowe wizyty. Przycisk będzie nieaktywny w przypadku podświetlenia na liście usuniętej wizyty.
- **Drukuj** - wydruk wpisów znajdujących się w księdze przyjęć według warunków zadanych przez użytkownika. Przed wydrukiem istnieje możliwość wyboru kolumn/danych, które zostaną uwzględnione na wydruku.
- **Drukuj wg formatu rozporządzenia** - wydruk księgi przyjęć według formatu rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Użytkownik nie ma możliwości ingerencji we wzór wydruku.

Wpisy w księdze przyjęć zostały rozróżnione następującymi kolorami:

- Oliwkowy** - wizyty zrealizowane w ramach kontraktu z NFZ.
- Bordowy** - wizyty komercyjne/prywatne (zrealizowane w Gabinetie za pomocą przycisku "Nowa wizyta komercyjna").
- Czerwony** - wizyty, które zostały usunięte.

Dane znajdujące się w księdze przyjęć można wyselekcjonować za pomocą filtrów znajdujących się w panelu nawigacji **"Wyszukiwanie zaawansowane"**, m.in. numer w księdze, komórka organizacyjna, realizujący, nazwisko/PESEL pacjenta, oddział NFZ, kod świadczenia, data zgłoszenia, procedura, status, rodzaj wizyty.

Aby wyświetlić usunięte wizyty, należy we filtrze **Status** wybrać wartość "Usunięte". Usunięte wpisy oznaczone są na liście kolorem czerwonym. Nie ma możliwości ponownego wykorzystania usuniętego numeru w księdze przyjęć.

### 21.1.4 Księga ratownictwa medycznego

Ścieżka: [Księgi i raporty](#) > [Księgi](#) > [Księga ratownictwa medycznego](#)

Do prowadzenia księgi ratownictwa medycznego zobowiązane są placówki, które realizują świadczenia udzielane przez zespoły ratownictwa medycznego.

Po zdefiniowaniu księgi przyjęć w rejestrze ksiąg (rozdział: [Rejestr ksiąg](#)), wszystkie wizyty wprowadzone do programu będą pojawiać się w księdze, jeśli spełnią następujące warunki:

- na formacie "Uzupełnianie świadczeń" zostanie uzupełniona sekcja **Ratownictwo**
- zostaną zaewidencjonowane w komórce organizacyjnej powiązanej z księgą

Aby wprowadzić do programu informacje o wyjeździe zespołu ratownictwa medycznego należy na formacie Uzupełnianie świadczeń w polu **Wizyta** wybrać wartość **"Ratownictwo"**. Następnie na formacie

"Ratownictwo" należy wprowadzić wymagane dane.

**Uzupełnianie świadczeń**

Komórka organizacyjna:  Realizujący:  Data:

Nr świadczenia:  ID wizyty:  Pacjent:

Rok księgi:  Nr księgi:  Nr w księdze:

Nr powiadomienia:  Kod zespołu:

Członek zespołu 1:  ☒ Kierownik

Członek zespołu 2:  ☐ Kierownik

Członek zespołu 3:  ☐ Kierownik

Członek zespołu 4:  ☐ Kierownik

Członek zespołu 5:  ☐ Kierownik

Na formatce **Księga ratownictwa medycznego** wyświetlane są wszystkie wizyty, które zostały wprowadzone do programu w bieżącym roku i zaewidencjonowane w komórce organizacyjnej powiązanej z księgą. W celu wyświetlenia wizyt z poprzednich lat, należy zmienić rok rozliczeniowy w polu **Rok**. Jeśli w programie utworzono więcej niż jedną księgę ratownictwa medycznego, wyświetlanie wizyt można zawęzić do wybranej księgi - w tym celu należy wybrać nazwę księgi w polu **Księga**.

Funkcje dodatkowe

**Wyszukiwanie zaawansowane**

Nr księgi:

Nazwisko / PESEL pacjenta:

Data przyjęcia od - do:  od  do

**Księga ratownictwa medycznego**

Księga:  Rok:

Numer	Data przyjęcia	Nazwisko i imię	PESEL	Data ur.	Płeć	Adres	Telefon	Przyczyna wyjazdu
1	2016-02-18 11:06	Gnyx Alexanja	0000...	1986-05-...	K	Dąbrowa, nr 1		Nagle zachorowa...
2	2016-02-18 11:09	Kowalski Jan	00000...	1968-06-25	M	11-111 Pacjentów,...		Nagle zachorowanie

Dane znajdujące się w księdze głównej można wyselekcjonować za pomocą filtrów znajdujących się w panelu nawigacji **"Wyszukiwanie zaawansowane"**, m.in. numer w księdze, nazwisko/PESEL pacjenta, data przyjęcia.

W celu wydrukowania wpisów znajdujących się w księdze należy wybrać przycisk **"Drukuj"**. Przed wydrukiem istnieje możliwość wyboru kolumn/danych, które zostaną uwzględnione na wydruku oraz orientacji strony.

Zgodnie z rozporządzeniem MZ każda księga ratownictwa medycznego powinna zawierać informację o numerze kolejnym pacjenta w księdze. Podpowiadanie numeru pozycji w księdze zależne jest od parametru **"Włącz automatyczną numerację wpisów w księdze ratownictwa medycznego"** znajdującego się w [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [Ewidencja > Podstawowe](#):

- zaznaczony parametr ☒ - aplikacja automatycznie nada kolejny numer pozycji w księdze. Pole **Nr w księdze** na formatce "Ratownictwo" będzie nieaktywny, blokując użytkownikowi możliwość ingerencji w nadawane numery.
- brak zaznaczenia ☐ - pole "Nr w księdze" na formatce "Ratownictwo" będzie aktywny, dając tym samym użytkownikowi możliwość samodzielnego, ręcznego wprowadzenia numeru pozycji w księdze.

☒ **Włącz automatyczną numerację wpisów w księdze ratownictwa medycznego**

☐ **Włącz automatyczną numerację wpisów w księdze głównej przyjęć i wypisów**

## 21.1.5 Księga zabiegów

Ścieżka: [Księgi i raporty](#) > [Księgi](#) > [Księga zabiegów](#)

Do prowadzenia ksiąg zabiegowych zobowiązane są placówki, które realizują świadczenia zabiegowe. W związku z tym księga zabiegów jest dostępna w wersji **Standard** i **Standard+** mMedica, gdyż tylko te wersje umożliwiają ewidencjonowanie zabiegów przeprowadzanych w trakcie wizyty ambulatoryjnej w Gabinetcie.

Po zdefiniowaniu księgi zabiegów w rejestrze ksiąg (rozdział: [Rejestr ksiąg](#)), wszystkie zabiegi wprowadzone do programu będą pojawiać się w księdze, jeśli spełnią następujące warunki:

- zostaną zaewidencjonowane w komórce organizacyjnej powiązanej z księgą
- zostaną zaewidencjonowane w danych medycznych pacjenta w Kartotece pacjentów, w danych medycznych lub w oknie zabiegów w Gabinetcie

W programie mMedica przygotowano cztery funkcjonalności umożliwiające ewidencję zabiegów wykonanych u pacjenta. Wprowadzenie danych o zabiegu w sposób opisany poniżej, spowoduje odnotowanie tego faktu w księdze zabiegów:

1. Ewidencja zabiegu w: [Kartoteka pacjentów](#) > [Dane medyczne](#) > [Zabiegi](#). W oknie "Zabiegi wykonane" należy dodać informację o wykonanym zabiegu - ze wskazaniem komórki organizacyjnej, z którą jest powiązana księga zabiegów.
2. Ewidencja zabiegu w: [Gabinet](#) > [Dane medyczne](#) > [Zabiegi](#). W oknie "Zabiegi wykonane" należy dodać informację o wykonanym zabiegu.
3. Ewidencja zabiegu w: [Gabinet](#) > przycisk **2. Zabiegi** (szczegółowy opis: [Zabiegi](#)).
4. Ewidencja zabiegu w: [Moduły dodatkowe](#) > [Integracja](#) > [Punkt pobrań](#). Nadanie numeru próbki i autoryzacja zlecenia powodują dodanie wpisu w księdze (opcja dostępna w Module eWyniki).

Na formatce **Księga zabiegów** wyświetlane są wszystkie wizyty, które zostały wprowadzone do programu w bieżącym roku i zaewidencjonowane w komórce organizacyjnej powiązanej z księgą. W celu wyświetlenia wizyt z poprzednich lat, należy zmienić rok rozliczeniowy w polu **Rok**. Jeśli w programie utworzono więcej niż jedną księgę zabiegów, wyświetlanie wizyt można zawęzić do wybranej księgi - w tym celu należy wybrać nazwę księgi w polu **Księga**.

Nr	Data wykonania	Pacjent	Rodzaj zabiegu	Przebieg	Opis
		Nazwisko i imię	PESEL		
1	2016-02-18	Kowalski Jan	000...	Usunięcie zdewitalizowanej tkanki	Przebieg badania bez powikłań
2	2016-02-18	Gnyp Alexanja	000...	USG naczyń kończyn dolnych	Przebieg badania bez powikłań
3	2016-02-18	Nastolatek Aleksander	990...	szczepienie	Przebieg badania bez powikłań
4	2016-02-18	Nastolatek Aleksa...	990...	podanie leku	

Opis przycisków znajdujących się w górnej części okna:

- **Dane zabiegu** - otwarte zostanie okno danych medycznych "Zabieg", prezentujące dane zabiegu. Przycisk będzie nieaktywny w przypadku podświetlenia na liście usuniętego wpisu lub wizyty
- **Drukuj** - wydruk wpisów znajdujących się w księdze zabiegów według warunków zadanych przez użytkownika. Przed wydrukiem istnieje możliwość wyboru kolumn/danych, które zostaną uwzględnione na wydruku.
- **Drukuj wg formatu rozporządzenia** - wydruk księgi zabiegów według formatu rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Użytkownik nie ma możliwości ingerencji we wzór wydruku.

Dane znajdujące się w księdze głównej można wyselekcjonować za pomocą filtrów znajdujących się w



panelu nawigacji "**Wyszukiwanie zaawansowane**", m.in. numer w księdze, komórka organizacyjna, realizujący, nazwisko/PESEL pacjenta, data wykonania, status.

## 21.2 Raporty/zestawienia

Ścieżka: [Księgi i raporty](#) > [Raporty/zestawienia](#)

W menu **Raporty/zestawienia** znajdują się raporty i zestawienia obejmujące:

- **Sprawozdania MZ/GUS** - opcja dostępna po wykupieniu modułu Dane do sprawozdań rocznych MZ/GUS
- **Raporty pomocnicze** - opcja dostępna po wykupieniu modułu Raporty pomocnicze

Jak wspomniano powyżej, aby uzyskać dostęp do powyższych funkcji, należy wykupić licencje na dodatkowe moduły i aktywować je w programie mMedica. Wymienione moduły zostały opisane w odrębnych instrukcjach, które znajdują się na [stronie internetowej produktu](#) mMedica w sekcji *Dokumentacja*.

## 21.3 Raporty definiowane

Ścieżka: [Księgi i raporty](#) > [Raporty definiowane](#)

W menu **Raporty definiowane** znajduje się szereg zestawień i wykazów, pozwalających na bieżąco monitorować pracę placówki oraz narzędzia umożliwiające tworzenie własnych szablonów wydruku.

Raporty definiowane obejmują:

- [Wykazy](#)
- [Definicja szablonów wydruku](#)
- [Definicja widoków danych](#)

Szczegółowy opis w/w sekcji znajduje się w kolejnych podrozdziałach tej instrukcji.

### 21.3.1 Dostępne wykazy

Ścieżka: [Księgi i raporty](#) > [Raporty definiowane](#) > [Wykazy](#)

Po przejściu do powyższej ścieżki istnieje możliwość skorzystania z dodatkowych wykazów, dzięki którym użytkownik może uzyskać szczegółowe informacje dot. zrealizowanych wizyt pacjentów, wystawionych skierowań, przepisanych leków, ilości wizyt z danym rozpoznaniem i wielu innych. Wykazy zostały uporządkowane pod względem kategorii tematycznych. Po przejściu do jednej ze ścieżek (kategorii) zostanie otwarte okno, zawierające wykazy należące do danej kategorii.

Lista wykazów zaimplementowanych w programie mMedica według dostępnych kategorii:

#### 1. Pacjenci

- Dane teleadresowe pacjenta
- Grupy dyspanseryjne
- Liczba przypadków z rozpoznaniem K21 z podziałem na tygodnie w roku
- Lista pacjentów
- Pacjenci, u których stwierdzono rozpoznanie o kodzie K21
- Pierwszy wolny termin udzielenia świadczenia

#### 2. Deklaracje

- Deklaracje pacjentów



- Weryfikacje deklaracji

### 3. Świadczenia

#### 3.1. Wizyty

- Liczba świadczeń wg realizującego
- Liczba świadczeń wg realizującego i wg rozpoznania
- Wizyty pacjentów - lista wizyt pacjentów
- Wykaz świadczeń - w rozbiciu na PESEL pacjenta, datę świadczenia, kod, nr świadczenia i rozpoznanie
- Wizyty, w ramach których były realizowane karty ChUK
- Raport wizyt bez deklaracji POZ - **dodany w wersji 8.4.0 aplikacji mMedica**

#### 3.2. Skierowania

- Wykaz pobranych e-Skierowań
- Wykaz wystawionych skierowań (lekarz, usługa, rozpoznanie) - podsumowujący liczbę wystawionych skierowań na poszczególne usługi w rozbiciu na lekarza zlecającego i rozpoznanie
- Wykaz wystawionych skierowań (lekarz) - podsumowujący liczbę wystawionych skierowań w rozbiciu na lekarza zlecającego
- Wykaz wystawionych skierowań (usługa, rozpoznanie) - podsumowujący liczbę wystawionych skierowań na poszczególne usługi w rozbiciu na rozpoznania

#### 3.3. Rozpoznanie

- Ilość wizyt z danym rozpoznaniem (bez kropki) - ilość wizyt ze wskazanym rozpoznaniem
- Ilość wizyt z danym rozpoznaniem (z kropką) - jw.
- Liczba rozpoznań dla określonego pacjenta
- Liczba rozpoznań pierwszorazowych (bez kropki) - liczba pacjentów z określonym rozpoznaniem, przy czym dodatkowym warunkiem jest niewystąpienie danego rozpoznania wcześniej
- Liczba rozpoznań pierwszorazowych (z kropką) - jw.

#### 3.4. Leki

- Leki przepisane (nazwa handlowa) - raport za dany okres zliczający liczbę przepisanych leków wg nazwy handlowej preparatu
- Leki przepisane (nazwa międzynarodowa) - raport za dany okres zliczający liczbę przepisanych leków wg nazwy międzynarodowej preparatu
- Leki przepisane dla rozpoznania (nazwa handlowa) - raport za dany okres zliczający liczbę przepisanych leków wg nazwy handlowej preparatu dla określonych rozpoznań

#### 3.5. Badania

- Wyniki badań - wyniki badań wprowadzone do programu i przypisane do wizyty pacjenta
- Wyniki badań bez wizyt - wyniki badań wprowadzone do programu, ale niepowiązane z wizytą pacjenta

### 4. Rozliczenia

- Wykaz rozliczeń

### 5. Personel

- Czas pracy personelu
- Uprawnienia użytkowników do formularzy
- Uprawnienia funkcjonalne użytkowników
- Uprawnienia użytkowników do raportów

### 6. eZlecenia (dla modułu eWyniki)

- Wydruk zlecenia do laboratorium

- Zagregowana lista zleconych badań
- Zbiorcza lista zleconych badań

## 21.3.2 Wygenerowanie wykazu

Wykazy dostępne w aplikacji są wstępnie zdefiniowane i gotowe do wygenerowania. Jednak, jeśli użytkownik chce zawęzić zakres danych do wybranych warunków czy wybrać kolumny, jakie zostaną na nim uwzględnione, może tego dokonać na zakładkach 2. *Dostępne kolumny* oraz 3. *Warunki*. Szczegółowy opis wymienionych zakładek znajduje się w rozdziale [Utworzenie definicji wykazu](#).

Aby wygenerować wykaz należy wykonać poniższe czynności:

1. Na liście raportów dokonać zaznaczenia interesującego wykazu.
2. Na zakładce 2. *Dostępne kolumny* zweryfikować czy wybrane kolumny, które zostaną uwzględnione na wykazie, spełniają oczekiwania. W razie potrzeby można dokonać modyfikacji kolumn, poprzez dodanie ich lub usunięcie z wykazu.
3. Na zakładce 3. *Warunki* zdefiniować warunki, na podstawie których zostaną pobrane dane z bazy i wygenerowany raport.
4. Wybrać przycisk **Wykonaj**, który rozpocznie proces generacji wykazu. W kolejnym oknie zostanie wyświetlona lista danych, spełniających wybrane kryteria.

Otrzymany wykaz można zapisać na dysku komputera bądź wydrukować, do czego służą odpowiednie przyciski.

## 21.3.3 Utworzenie definicji wykazu

Ścieżka: [Księgi i raporty](#) > [Raporty definiowane](#) > [Wykazy](#) > [Raporty własne](#)

W razie potrzeby użytkownik może utworzyć własny wykaz, korzystając z widoków danych istniejących w programie. Aby dodać nową definicję wykazu należy wybrać przycisk **Nowy**, znajdujący się w górnym panelu formatki. W dolnej części formatki zostanie otwarte okno z danymi do uzupełnienia, znajdującymi się na trzech zakładkach.

Na zakładce 1. *Dane* określa się podstawowe dane dotyczące definiowanego wykazu:

- **Kod** - unikalny kod wykazu.
- **Nazwa** - dowolna nazwa wykazu.
- **Rodzaj** - widok danych określający, jakie informacje będą widoczne na wykazie.
- **Szablon** - szablon, który zostanie wykorzystany do wydruku raportu.
- **Opis** - w przygotowanym polu tekstowym wprowadza się opis tworzonego wykazu.
- **Zliczaj powtórzenia** - zaznaczenie [☒] spowoduje zliczenie wszystkich powtarzających się danych na wykazie. Zsumowany wynik będzie prezentowany w kolumnie "Liczba".

**Dane wykazu Wyniki badań bez wizyt**

**1. Dane**   **2. Dostępne kolumny**   **3. Warunki**

Kod: \* BAD\_WYNIKW

Nazwa: \* Wyniki badań bez wizyt

Rodzaj: \* CLWYNIKPAC ... Wynik bez wizyty

Szablon: CLWYNIKPAC ... Wynik badania bez wizyty

Opis: Wyniki badań pacjenta

☒ Grupuj powtarzające się dane

☐ Zliczaj powtórzenia

Przy zliczaniu lub grupowaniu uwzględnij tylko kolumnę: [ ]

Sumuj rekordy według wybranej kolumny: [ ]

Po uzupełnieniu danych podstawowych należy przejść do zakładki 2. *Dostępne kolumny*, która określa, jakie kolumny będą widoczne na podglądzie wykazu.

Widok zakładki został rozdzielony na dwa okna: po lewej stronie znajdują się wszystkie nazwy kolumn, jakie zostały przewidziane dla wybranego widoku danych. Natomiast po prawej stronie są nazwy kolumn, które zostały już wybrane do generacji wykazu.

Aby wybrać nazwę kolumny, która ma zostać uwzględniona na wykazie, należy w lewym oknie zaznaczyć na liście nazwę kolumny i następnie:

- skorzystać z dostępnych przycisków, wskazujących kierunek przeniesienia,
- skorzystać z opcji "przeciągnij-upuść" tj. kliknąć w lewym oknie na wybranej nazwie kolumny i przytrzymując lewy przycisk myszki przenieść do prawego okna w wybrany rekord, następnie puścić przycisk,
- dwukrotnie kliknąć lewym przyciskiem myszki.

Kolejność nazw kolumn znajdujących się w prawym oknie zostanie uwzględniona na wykazie. Aby zmienić kolejność kolumn należy skorzystać z przycisków przenoszenia w górę i w dół bądź z opcji "przeciągnij-upuść".

### Wykaz: Wyniki badań bez wizyt

1. Dane	2. Dostępne kolumny	3. Warunki
Pacjent - e-mail		Bieżący czas
Pacjent - ID pacjenta		Bieżąca data
Pacjent - imię matki		Pacjent - czy pełnoletni
Pacjent - imię ojca		Pacjent - data potwierdzenia karty
Pacjent - kod gminy zameld.		Pacjent - data urodzenia
Pacjent - kod miejscowości zameld.		Pacjent - data ważności karty
Pacjent - kod pocztowy zameld.		Pacjent - imię
Pacjent - miasto zameld.		Pacjent - imię i nazwisko
Pacjent - nazwisko rodowe		Pacjent - kod gminy
Pacjent - NIP		Pacjent - kod miejscowości
Pacjent - nr domu zameld.		Pacjent - kod pocztowy
Pacjent - nr karty		Pacjent - kraj
Pacjent - nr lokalu zameld.		Pacjent - miasto
Pacjent - płeć (kod)		Pacjent - miejsce urodzenia
Pacjent - telefon zameld.		Pacjent - nazwisko
		Pacjent - nr domu
		Pacjent - nr dowodu
		Pacjent - numer EU ubezpieczonego
		Pacjent - nr innego dok.
		Pacjent - nr lokalu
		Pacjent - nr paszportu
		Pacjent - PESEL
		Pacjent - płeć (nazwa)

Na zakładce 3. *Warunki* określa się ściśle warunki generowania wykazu, do czego służą przygotowane listy rozwijalne, słowniki (id pacjenta, czas, data...) oraz wartości liczbowe. Dzięki dostępnym filtrom można sprecyzować wyniki wyszukiwania, a dodawanie kolejnych warunków powoduje zawężenie listy na wykazie wyłącznie do tych, które te warunki spełniają.

Zgodnie z danymi zaprezentowanymi na zdjęciu poniżej, użytkownik chce uzyskać wykaz dot. wyników badań niepowiązanych z wizytą. Aplikacja wykaże wyniki badania amylazy otrzymane od dnia 01-06-2015 do dnia dzisiejszego.

Aby dodać nowy warunek należy wybrać przycisk **Dodaj**, następnie z dostępnych list rozwijanych wybrać odpowiednie wartości. Pola, które nie posiadają list rozwijanych, zostały przygotowane do ręcznego wprowadzania tekstu.

### Dane wykazu Wyniki badań bez wizyt

1. Dane	2. Dostępne kolumny	3. Warunki
<div> <div>Dodaj</div> <div>Usuń</div> </div>		
Warunek	L.p.	Nawias
	10	brak
	20	brak

Kolumna	Operator	Wartość	Nawias
Wynik - data	większy(a) lub równy(a)	2015-06-01	brak
Wynik - rodzaj (nazwa)	dokładnie jak	Amylaza	brak

- **Warunek** - określa stosunek kolejnych warunków względem siebie. Wybranie wartości **"oraz"** oznacza, że każdy z dodanych warunków musi zostać spełniony. W przypadku warunku **"lub"** co najmniej jeden z dodanych warunków musi zostać spełniony.
- **L.p.** - liczba porządkowa określająca kolejność sprawdzania warunków, domyślnie jest zwiększana co 10.
- **Nawias** - nie jest wymagany, pozwala na grupowanie warunków między wyrażeniami w logiczne

grupy.

- **Kolumna** - wartości dostępne na liście rozwijanej są zależne od rodzaju wykazu. Przykładowo: wykaz dotyczący przepisanych leków, będzie zawierał kolumny związane z lekiem, pacjentem, wizytą i realizującym.
- **Operator** - operatory są zależne od wartości wybranej w polu "Kolumna" i pozwalają na porównanie kolumny z wartością. Rodzaje operatorów: większy niż, dokładnie jak, zawiera, jest wypełnione.
- **Wartość** - możliwe do wprowadzenia wartości, podobnie jak operatory, zależą od wartości wybranej w polu "Kolumna". Dla części pól wartość może być wybrana ze słownika za pomocą przycisku wyboru [...], kalendarza lub wpisana ręcznie.

## 21.4 Definicja szablonów wydruku

Ścieżka: [Księgi i raporty](#) > [Raporty definiowane](#) > [Definicja szablonów wydruku](#)

Wszystkie wydruki w programie mMedica zostały zorganizowane przy wykorzystaniu koncepcji tzw. szablonów. Pod pojęciem szablonu wydruku rozumieć należy definiowany przez użytkownika wzorzec wydruku. Użytkownik w takim szablonie określa jakie dane (spośród dopuszczalnego dla każdego typu wydruku zestawu) mają pojawić się na wydruku i jak mają być sformatowane (skonfigurowane).

Formatka **Definicja szablonów wydruku** umożliwia:

- Własnoręczne definiowanie [wykazów](#).
- [Modyfikację](#) szablonów systemowych według własnych oczekiwań/upodobań użytkownika.

**Uwaga!** Użytkownicy posiadający program w wersji plus mają możliwość podejrzenia szczegółowych danych szablonów systemowych i wykorzystania ich jako "bazy" do utworzenia własnego szablonu. Pełna lista szablonów systemowych zostanie wyświetlona po usunięciu zaznaczenia w polu "Tylko moje" w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*.

The screenshot shows the 'Definicja szablonów' (Template Definition) window. On the left is a search panel titled 'Wyszukiwanie zaawansowane' (Advanced Search) with fields for 'Kod', 'Nazwa', and 'Rodzaj'. Below these fields are two checkboxes: 'Tylko moje' (highlighted with a red box) and 'Tylko aktualne'. At the bottom of the search panel are 'Zastosuj' (Apply) and 'Wyczyść' (Clear) buttons. On the right is a table of templates with columns 'Kod', 'Nazwa', and 'Rodzaj'. The table contains several rows, with 'POTW\_WYPL' (Duplikat potwierdzenia wypłaty A5) selected and highlighted in blue. Other visible rows include '11' (Oświadczenie o wyrażeniu zgody na wykonanie badań), 'SW\_CZASPR1' (Czas pracy personelu), 'TERMIN' (Terminarz wizyt), 'PACIENT' (Dane teledresowe pacjenta), 'POTW\_ZAPLA' (Duplikat potwierdzenia zapłaty A5), 'EREJ\_DANE' (Etykieta z danymi logowania do systemu eRejestracji), 'PAC\_ET' (Etykieta z danymi pacjenta), 'EWA' (Ewidencja rodzaju wykonanych zabiegów), 'GAB\_ZALEC' (Gabinet - zalecenia), and 'SW\_GRDYS1' (Grupy dyspenseryjne).



## 21.4.1 Nowy szablon wydruku

Ścieżka: [Księgi i raporty](#) > [Raporty definiowane](#) > [Definicja szablonów wydruku](#)

Aby móc własnoręcznie definiować wykazy należy w pierwszej kolejności zdefiniować szablony wydruku. Aby przygotować nowy szablon należy wybrać przycisk **Nowy**, znajdujący się w górnym panelu okna. W dolnej części formatki aktywowane zostanie okno *Dane szablonu*, w którym należy uzupełnić wszystkie obowiązkowe pola oznaczone (\*):

The screenshot shows the 'Definicje' (Definitions) window. On the left is a search panel 'Wyszukiwanie zaawansowane' with fields for 'Kod:', 'Nazwa:', and 'Rodzaj:'. Below these are checkboxes for 'Tylko moje' and 'Tylko aktualne', and buttons 'Zastosuj' and 'Wyczyść'. The main area has a 'Nowy' button highlighted in red. Below it is a table with columns 'Kod', 'Nazwa', and a third column. The table contains several rows, with 'CLWIZYTAS' selected. Below the table is the 'Dane szablonu Wizyta lekarska - format A5' form. It has fields for 'Kod:', 'Nazwa:', 'Użytkownik:', 'Rodzaj:', and 'Drukarka:'. The 'Rodzaj:' field is highlighted with a red rectangle. At the bottom are checkboxes for 'Aktualny' and 'Prywatny'.

Kod	Nazwa	
SWIADCZ_Z2	Szablon listy świadczeń - rozpoznania [Nie edytuj]	Wizyta
SWIADCZ_ZL	Szablon listy świadczeń - suma dla realizującego	Wizyta
TERTE	tere	Pacjenci
CLWIZYTA	Wizyta lekarska	Wizyta
CLWIZYTAS	Wizyta lekarska - format A5	Wizyta

**Dane szablonu Wizyta lekarska - format A5**

Kod: \* 000

Nazwa: \* Podsumowanie wizyty w Gabinetce - nowe

Użytkownik: \* NOWAKA ... Nowak Anna

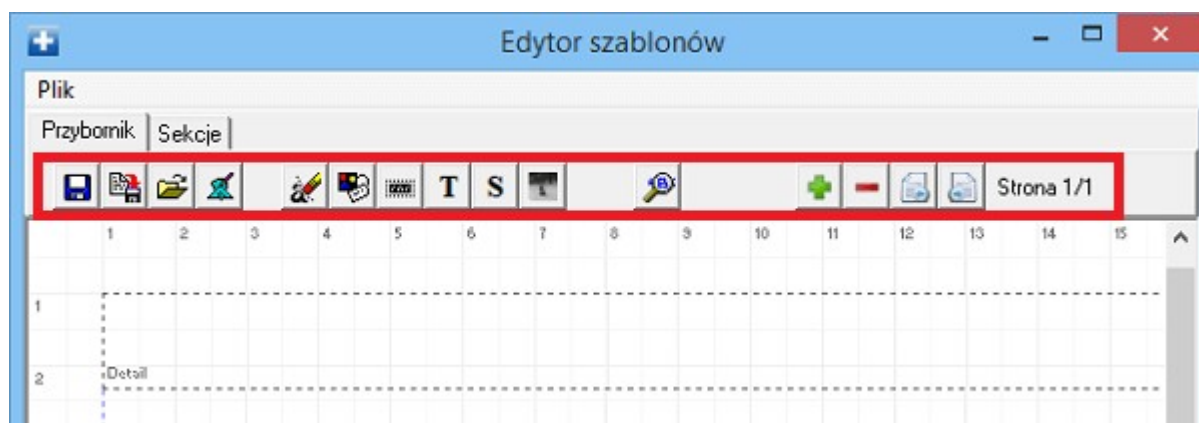
Rodzaj: \* CLWIZYTA ... Wizyta

Drukarka:

☒ Aktualny ☐ Prywatny

- **Kod** - dowolny, unikalny kod szablonu nadany przez użytkownika.
- **Nazwa** - nazwa szablonu nadana przez użytkownika.
- **Użytkownik** - domyślnie podpowiadany jest login użytkownika, który zalogowany jest do programu. Za pomocą przycisku wyboru [...] można wybrać innego użytkownika. Użytkownik ściśle związany jest z polem "Prywatny".
- **Rodzaj** - za pomocą przycisku wyboru [...] wybiera się rodzaj szablonu z pozycji dostępnych w słowniku widoku danych. Wybrany widok danych będzie "bazą" nowego szablonu.
- **Aktualny** - pole domyślnie zaznaczone. Oznacza dostępność/aktualność szablonu w bazie danych.
- **Prywatny** - po zaznaczeniu pola wybrany szablon będzie dostępny tylko dla użytkownika, który go stworzył (login wskazany w polu "Użytkownik").

Po zatwierdzeniu danych należy zdefiniować elementy szablonu w oknie *Edytor szablonów*. W tym celu należy otworzyć szablon dwukliknięciem myszy.



Do definicji szablonu można wykorzystać przybornik (zaznaczony na zdj.). Opis funkcji każdej ikony pojawia się po najechaniu na nią kursorem myszy. Szczegółowe informacje znajdują się w podrozdziale: [Edytor szablonów](#).

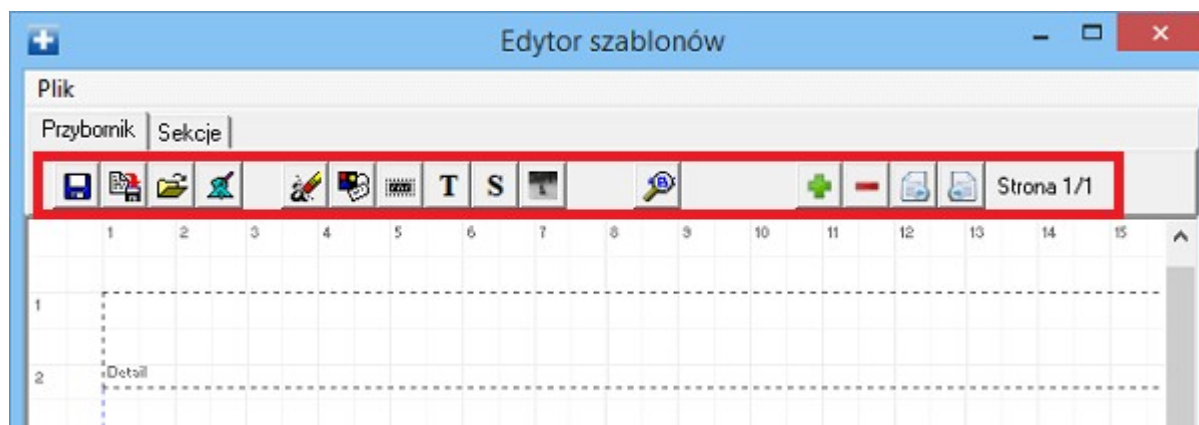
Na kolejnej zakładce *Szkice* można zdefiniować takie obszary wydruku jak: tytuł, nagłówek, stopka strony, podsumowanie.

Tak przygotowane szablony można wykorzystać podczas tworzenia nowych wykazów oraz innych wydruków.

## 21.4.2 Edytor szablonów

Ścieżka: [Księgi i raporty](#) > [Raporty definiowane](#) > [Definicja szablonów wydruku](#)

W celu sformatowania szablonu wydruku należy wybrać pozycję na liście definicji szablonów i otworzyć ją dwuklikiem. Otwarte zostanie okno *Edytor szablonów* zawierające szereg narzędzi, umożliwiających definicję poszczególnych elementów szablonu, np. dodanie tekstu, pola systemowego, dowolnego obrazka.



Aby umieścić nowy element na szablonie (tekst stały lub pole danych), należy wybrać odpowiedni przycisk na zakładce *Przybornik*.

Opis przycisków znajdujących się na zakładce *Przybornik*:



**Usuń wskazany element** - usuwa wybrany element szablonu. Po wybraniu przycisku należy kliknąć w element, który ma zostać usunięty.



**Właściwości wskazanego elementu** - wyświetla właściwości wybranego elementu. Po wybraniu przycisku należy wskazać odpowiedni element (pole, sekcję). Zostanie otwarte okno *Właściwości elementu*, umożliwiające szczegółowe zdefiniowanie położenia, ramek i wysokości elementu.

- Zakładka *Ogólne* - możliwość określenia parametrów dotyczących ułożenia tekstu oraz czcionki.
- Zakładka *Dane* - w przypadku pól danych znajduje się lista z nazwami wszystkich dostępnych w szablonie pól (należy dokonać wyboru pozycji z listy), zaś w przypadku tekstu stałego podaje się treść tego tekstu.
- Zakładka *Położenie i ramki* - możliwość określenia położenia, rozmiaru elementu i postaci otaczających go ramek oraz dokonania definicji sposobu wyrównywania tekstu (tekst może być wyrównywany względem całej sekcji).



**Nowe pole** - dodanie nowego pola z danymi. Po wybraniu przycisku należy kliknąć na szablonie w miejscu, gdzie ten element ma się pojawić. Zostanie otwarte okno *Właściwości elementu*, umożliwiające wybór pola, np. pacjent - imię i nazwisko, usługa - nazwa, wypłacający - nazwa. Nazwy/rodzaje pól zależne są od rodzaju widoku danych, definiowanego podczas tworzenia nowego szablonu.



**Nowy tekst** - dodanie nowego pola tekstowego. Po wybraniu przycisku należy kliknąć na szablonie w miejscu, gdzie ten element ma się pojawić. Zostanie otwarte okno *Właściwości elementu*, umożliwiające wpisanie tekstu, który będzie wyświetlany na szablonie.



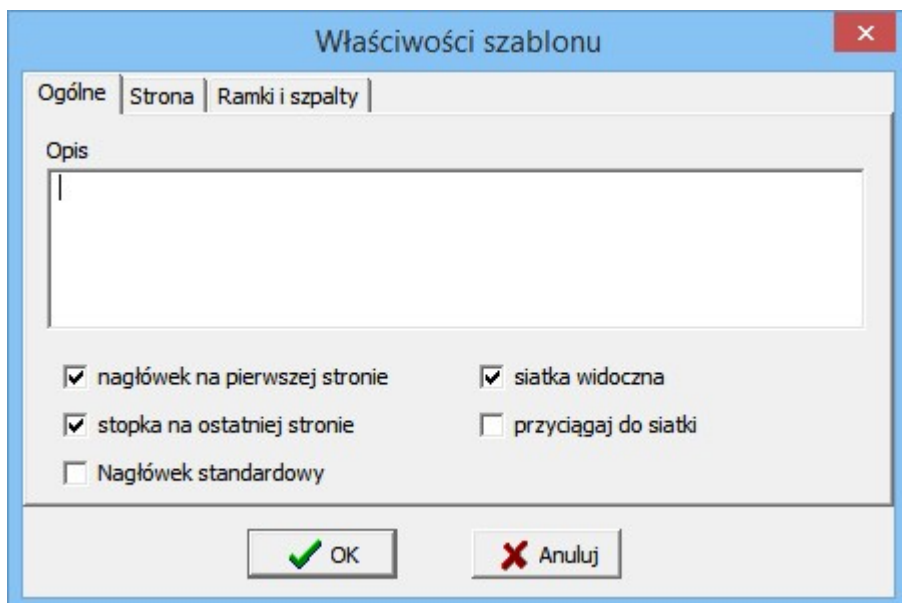
**Nowe pole systemowe** - dodanie nowego pola systemowego. Po wybraniu przycisku należy kliknąć na szablonie w miejscu, gdzie ten element ma się pojawić. Zostanie otwarte okno *Właściwości elementu*, umożliwiające wybór danych prezentowanych w polu, np. czas, data, data i czas, numer strony, numer wiersza.



**Nowy obrazek** - dodanie obrazka. Po wybraniu przycisku należy kliknąć na szablonie w miejscu, gdzie ten element ma się pojawić. Zostanie otwarte okno *Wybierz plik z obrazkiem*, umożliwiające wybór pliku graficznego znajdującego się na dysku komputera.



**Ustawienia szablonu** - wyświetla właściwości danego szablonu. Zostanie otwarte okno *Właściwości szablonu*, umożliwiając definiowanie parametrów wydruku, orientacji, ramek, czcionki itd.



- Zakładka *Ogólne* - możliwość określenia parametrów dotyczących ułożenia tekstu oraz czcionki:
  - czy na pierwszej stronie ma się pojawić nagłówek strony (zwykle na pierwszej stronie jest umieszczany tytuł raportu i wtedy nagłówek jest zbędny),
  - czy na ostatniej stronie ma być umieszczona stopka strony (najczęściej jest zbędna, jeśli jest podsumowanie),
  - czy podczas projektowania ma być widoczna siatka wymiarowania,
  - pozycja "przyciągnij do siatki" wymusza pozycjonowanie elementów.
- Zakładka *Strona* - możliwość określenia parametrów wydruku, marginesów, orientacji wydruku.
- Zakładka *Ramki i szpalty* - możliwość wskazania, czy cały wydruk ma być obramowany ciągłą linią oraz z ilu kolumn powinien się składać. Można również określić domyślną czcionkę używaną w całym definiowanym szablonie (dla poszczególnych elementów można oczywiście określić inną czcionkę).



**Zapisz szablon w bazie** - zapisuje definiowany szablon w bazie danych programu mMedica.

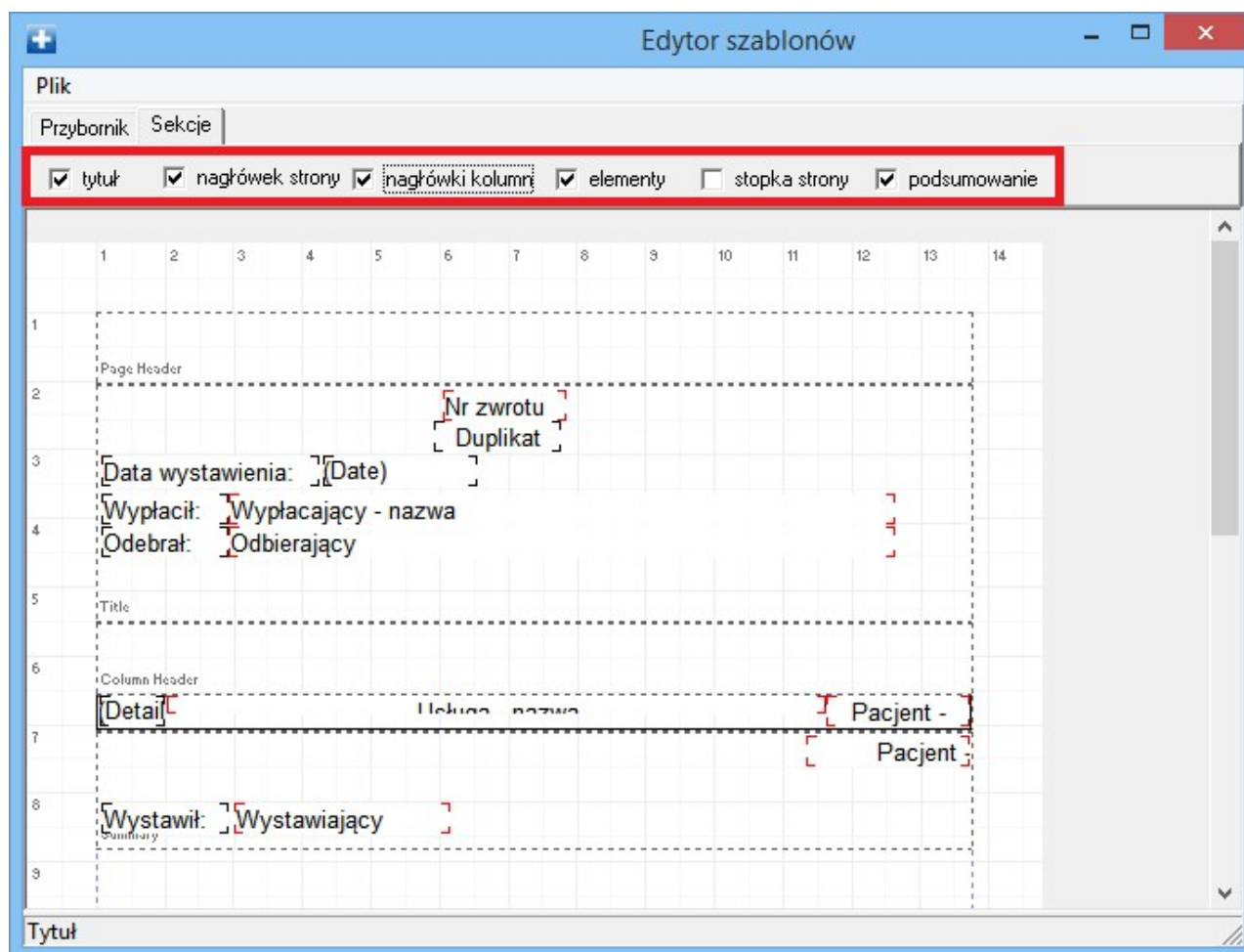


**Zapisz szablon do pliku** - zapisuje utworzony szablon do pliku we wskazanym miejscu na dysku komputera.



**Odczytaj z pliku** - wczytuje szablon, który został zapisany do pliku i zapisany na dysku komputera.

Wydruk podzielony jest na części zwane dalej sekcjami (wstęgami). Każda sekcja to poziomy fragment wydruku stanowiący logiczną całość. Na zakładce *Sekcje* istnieje możliwość wyłączenia poszczególnych sekcji (poprzez usunięcie zaznaczenia ☒ w odpowiednim polu) - oznacza to, że nie będą pojawiać się na wydruku.



- **Tytuł wydruku** - pojawia się tylko na początku wydruku (za nagłówkiem strony, jeśli ten jest drukowany). Należy umieścić tu teksty stałe reprezentujące co wydruk przedstawia lub kryteria, które spełniają drukowane dalej dane.
- **Nagłówek strony** - drukowany jest na samym początku każdej strony. Zazwyczaj umieszcza się tu pewne stałe elementy jak: numer strony, data i godzina wydruku.
- **Nagłówki kolumn** - umieszczane są na początku każdej drukowanej kolumny. W typowym przypadku (wydruk jednokolumnowy) nagłówki drukowane są raz na każdej stronie, za nagłówkiem strony. Należy ich użyć, aby umieścić nazwy kolumn, których wartości drukowane są poniżej.
- **Elementy** - drukowane są tyle razy ile jest wierszy przeznaczonych do wydruku. Np.: na liście pacjentów sekcja z danymi szczegółowymi zostanie wydrukowana dokładnie tyle razy ilu będzie pacjentów. Zwykle w tej sekcji umieszcza się większość danych (np. nazwisko, data urodzenia).
- **Stopka strony** - drukowana na końcu każdej strony (chyba, że użytkownik zdefiniuje ją inaczej). Podobnie jak w przypadku nagłówka strony, umieszcza się tu najczęściej dane: numer strony lub data wydruku.
- **Podsumowanie** - podsumowanie wydruku jest drukowane po wszystkich danych szczegółowych. Zazwyczaj umieszcza się tu różnego rodzaju informacje podsumowujące, np. liczba pacjentów, sumaryczna kwota rachunku itp.



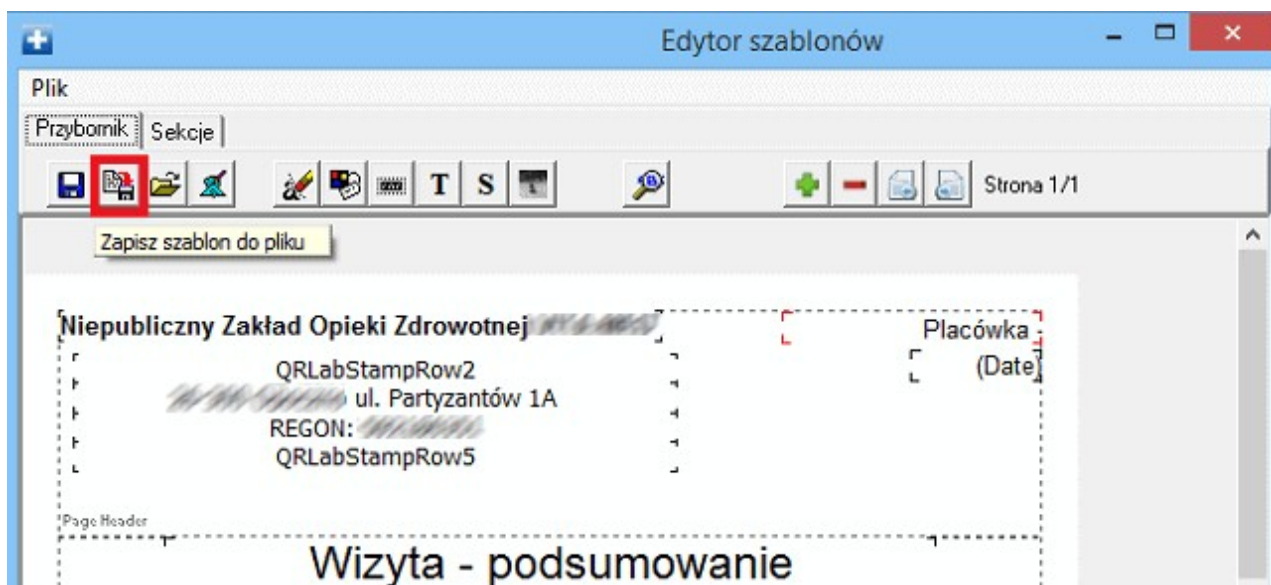
## 21.4.3 Utworzenie szablonu na podstawie szablonu systemowego

W aplikacji mMedica można skorzystać również z gotowych, systemowych szablonów zaimplementowanych w programie. Szablonów systemowych nie można modyfikować, ale można wykorzystać je przy tworzeniu własnego szablonu (jako jego "bazę"). W tym celu szablon systemowy należy zapisać do pliku, a następnie zaczytać go do nowo wygenerowanego szablonu i zmodyfikować według własnego uznania.

**Uwaga!** Omawiana funkcjonalność dostępna jest tylko dla użytkowników korzystających z programu w wersji plus (PS+, STD+, Komercja+).

Dla dokładnego zobrazowania postępowania, przygotowano szczegółowy opis. Przykładem jest druk podsumowania wizyty w Gabinetce - chcemy go uzyskać w położeniu poziomym na formacie A5 i dodać logo placówki.

1. W oknie *Definicje szablonów* odnaleźć na liście szablon **CLWIZYTA5 - Wizyta lekarska - format A5** (na podstawie którego wykonywany jest wydruk podsumowania wizyty w Gabinetce).
2. Otworzyć szablon dwuklikiem. W oknie *Edytor szablonów* przejść na zakładkę *Przybornik* i wybrać ikonę **Zapisz szablon do pliku**.



3. Wskazać nazwę i miejsce zapisu pliku na dysku komputera.
4. W oknie *Definicje szablonów* utworzyć nowy szablon za pomocą przycisku **Nowy**, zmiany zapisać.
  - a) Uzupełnić wszystkie pola obowiązkowe, które oznaczone zostały (\*).
  - b) W polu "Rodzaj" za pomocą przycisku wyboru [...] wybrać widok danych **CLWIZYTA**.

Funkcje dodatkowe

Nowy Usun

Wyszukiwanie zaawansowane

Kod:

Nazwa:

Rodzaj:

☐ Tylko moje

☒ Tylko aktualne

Zastosuj Wyczyść

Definicje

Kod	Nazwa	
SWIADCZ_Z2	Szablon listy świadczeń - rozpoznania [Nie edytow]	Wizyta
SWIADCZ_ZL	Szablon listy świadczeń - suma dla realizującego	Wizyta
TERTE	tere	Pacjenci
CLWIZYTA	Wizyta lekarska	Wizyta
CLWIZYTA5	Wizyta lekarska - format A5	Wizyta

Dane szablonu Wizyta lekarska - format A5

Kod: 000

Nazwa: Podsumowanie wizyty w Gabinetecie - nowe

Użytkownik: NOWAKA Nowak Anna

Rodzaj: CLWIZYTA Wizyta

Drukarka:

☒ Aktualny ☐ Prywatny

- Otworzyć nowo utworzony szablon. W oknie *Edytor szablonów* przejść na zakładkę *Przybownik* i wybrać ikonę **Odczytaj z pliku**. W oknie *Otwórz szablon z pliku* odszukać zapisany szablon (z pkt. 3) i wybrać przycisk **Otwórz**.

Edytor szablonów

Plik

Przybownik Sekcje

Odczytaj z pliku

Otwórz szablon z pliku

Szukaj w: Definicja szablonów

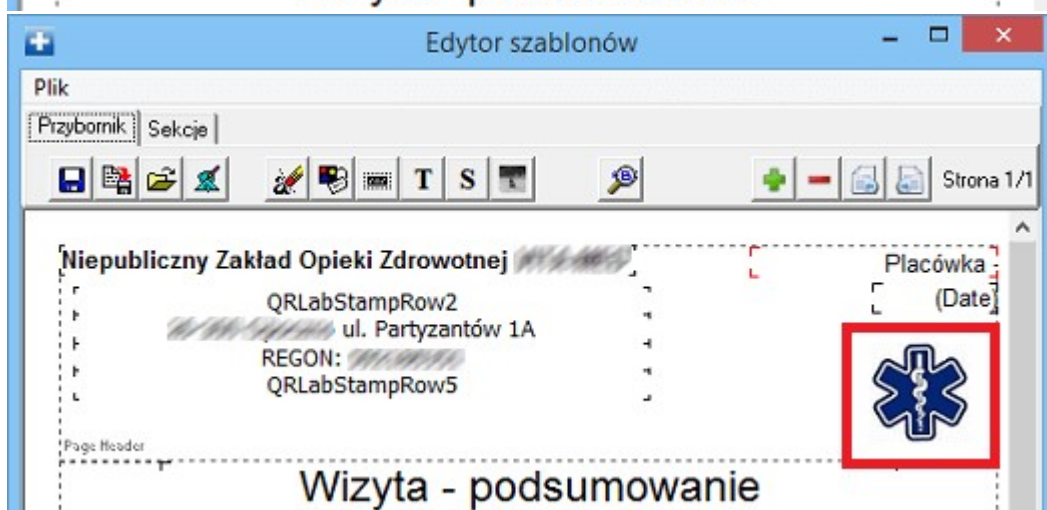
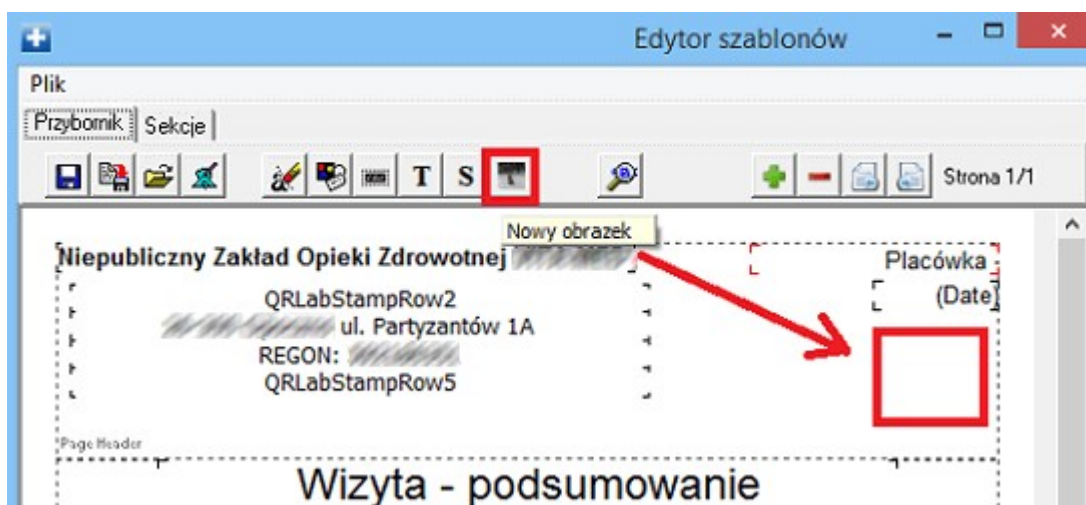
Nazwa	Data modyfikacji	Typ
nowe podsumowanie.szb	2015-08-28 12:03	Plik SZB

Nazwa pliku: nowe podsumowanie.szb

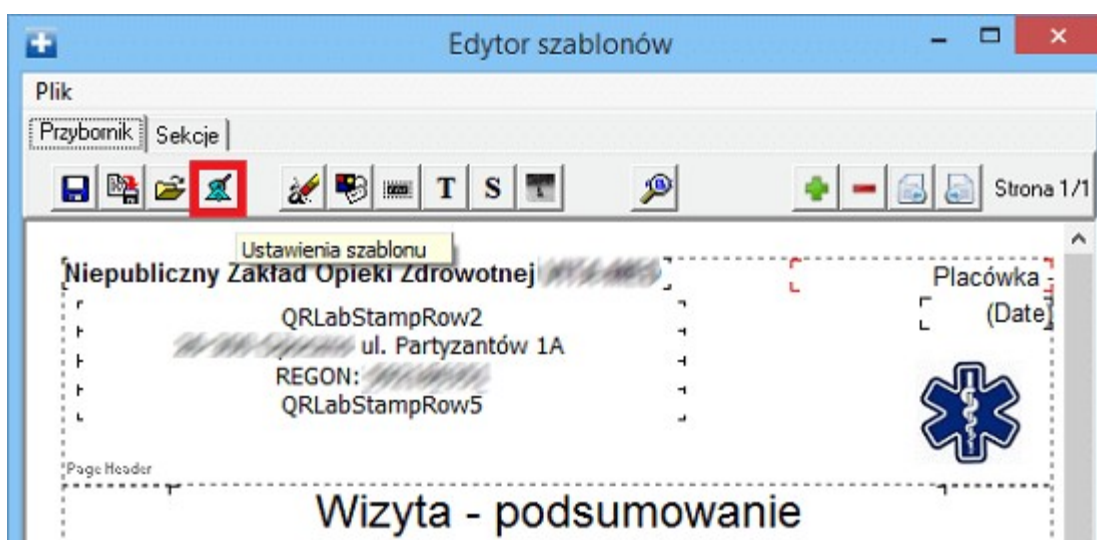
Pliki typu: pliki szablonów (\*.szb)

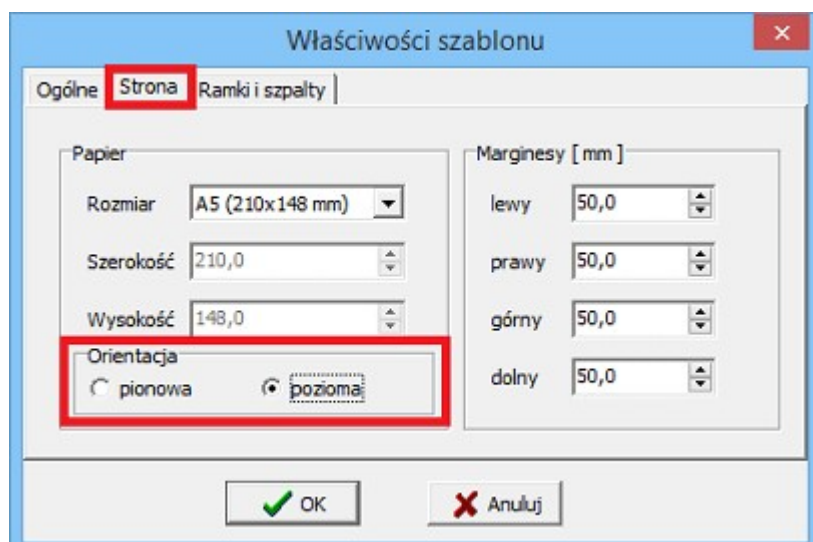
Otwórz Anuluj

6. W celu umieszczenia obrazka wybrać ikonę **Nowy obrazek** i kliknąć myszką w miejscu, gdzie on ma się znaleźć. W oknie *Wybierz plik z obrazkiem* odszukać obrazek i wybrać przycisk **Otwórz**.

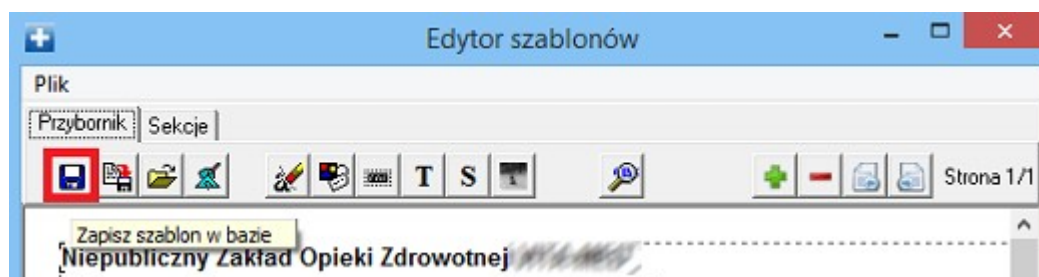


7. W celu zmiany położenia wydruku (pion/poziom) wybrać ikonę **Ustawienia szablonu**. W oknie *Właściwości szablonu* przejść na zakładkę *Strona* i zmienić orientację na poziomą. Zmiany zatwierdzić.

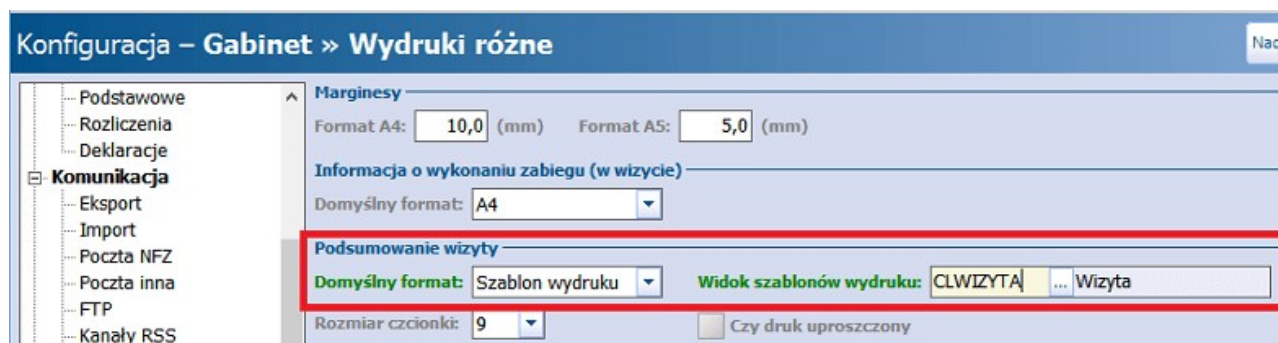




8. Po wprowadzeniu wszystkich zmian, nowy szablon zapisać w bazie za pomocą ikony **Zapisz szablon w bazie**.

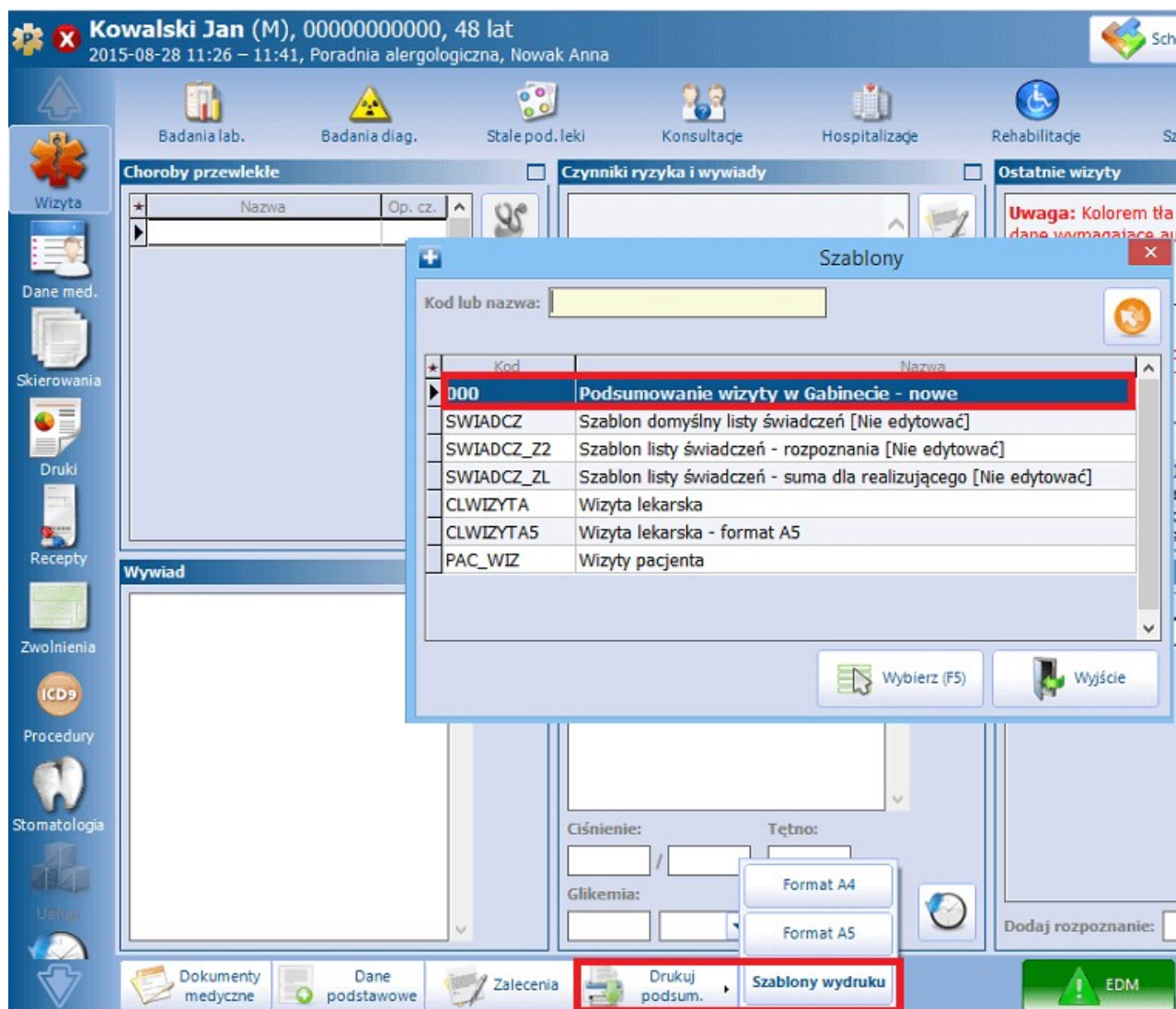


Aby nowy szablon podsumowania wizyty ukazał się na liście szablonów wydruku w Gabinecie, należy wskazać go w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), pozycja: [Gabinet > Wydruki różne](#):




Po wykonaniu wszystkich powyższych kroków, nowy szablon podsumowania wizyty będzie dostępny w Gabinecie po wyborze ścieżki: [Drukuj pods. > Szablony wydruku > Podsumowanie wizyty w Gabinecie - nowe](#).

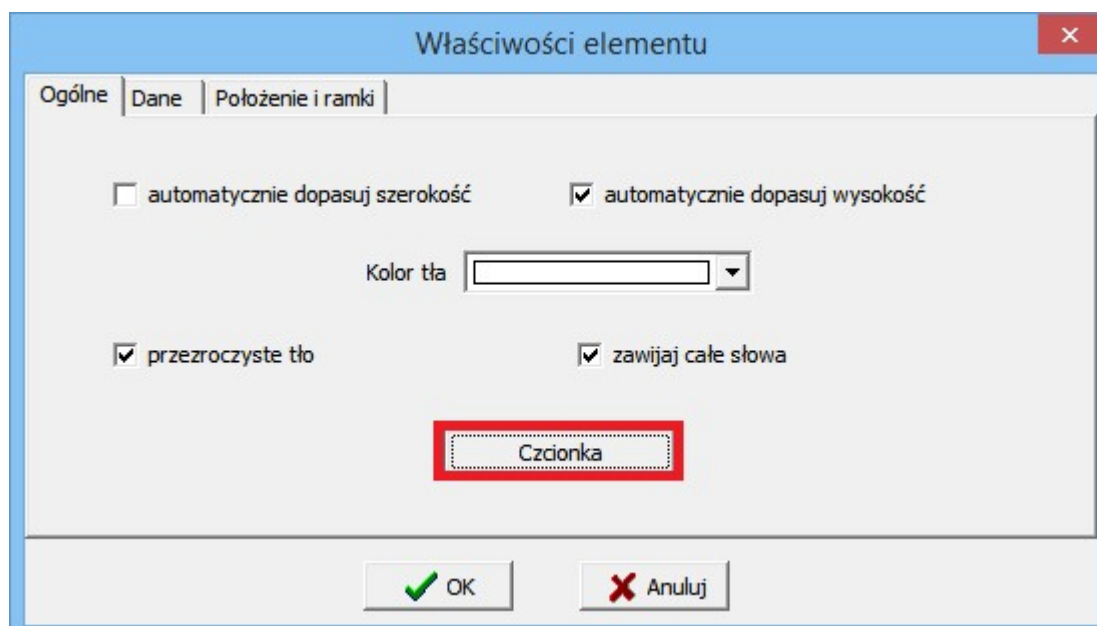




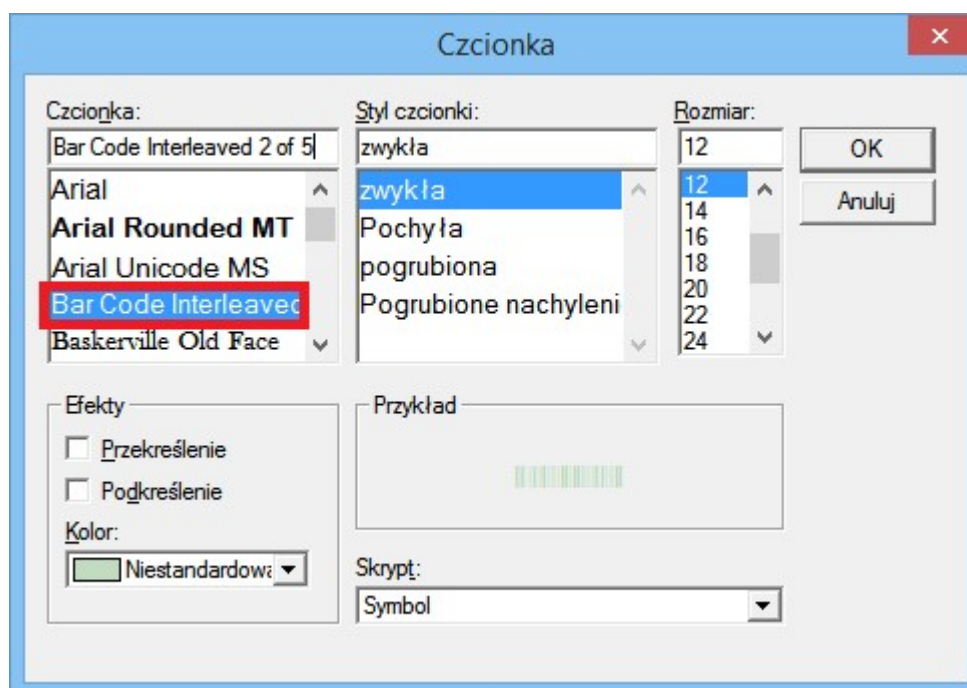
**Uwaga!** Narzędzia dostępne w definicji szablonów wydruku umożliwiają umieszczenie kodu kreskowego na tworzonym szablonie. Poniżej przedstawiono krótką instrukcję postępowania, dzięki której użytkownik może uzyskać np. PESEL pacjenta pod postacią kodu kreskowego.

1. W otwartym oknie *Edytor szablonów* należy wybrać zakładkę *Przybornik*, następnie wybrać ikonę  **Właściwości wskazanego elementu** i kliknąć w element znajdujący się na szablonie, np. pacjent-PESEL.
2. W oknie *Właściwości elementu* przejść na zakładkę *Ogólne* i wybrać przycisk **Czcionka**.

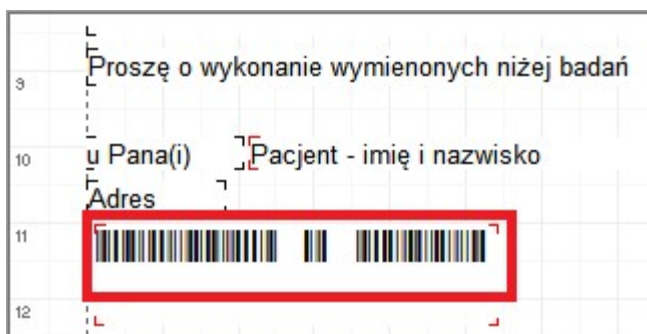




3. W oknie *Czcionka* wybrać rodzaj czcionki **Bar Code Interleaved 2 of 5** i zatwierdzić.



4. Dzięki temu, wybrany element zostanie zastąpiony odpowiednim okodowaniem i będzie mógł być odczytywany przez czytniki kodów kreskowych.



## 21.5 Definicja widoków danych

Ścieżka: [Księgi i raporty](#) > [Raporty definiowane](#) > [Definicja widoków danych](#)

Na formatce *Lista widoków danych* prezentowana jest lista wszystkich widoków danych, jakie znajdują się w programie mMedica. Pozycje widoczne na liście mają specyficzne okodowanie, np. CL... (nazwa), gdzie w miejscu nazwy występuje element precyzujący daną definicję widoku. Przykładowo:

- CLPISMO - definicja danych widocznych na piśmie w zależności od definicji szablonu wydruku.
- CLROZP - definicja danych widocznych na druku rozpoznania.
- CLSKIER - definicja danych widocznych na skierowaniu.

Dolna część okna służy jedynie do podglądu i informuje, które selekty zostały wykorzystane do stworzenia definicji wybranego na liście widoku. Wszystkie widoki danych prezentowane na formatce są widoki systemowymi, zablokowanymi do modyfikacji/edycji.

Aby utworzyć własny widok danych należy wybrać przycisk **Nowy**.

**Lista widoków danych**

Kod	Nazwa
AG_LIS_BAD	Zagregowana lista zleconych badań
RAP_WWBD	Wskaźnik wykonania badań diagnostycznych w POZ
ROZL_STAT	Rozliczenia wg statusów potwierdzeń
RAP_LOGI	Raport z wykorzystania modułów
WYDR_ZLEC	Wydruk zlecenia
EWID_ZAB	Ewidencja rodzaju wykonanych zabiegów

**Dane widoku Zagregowana lista zleconych badań**

1. Dane podstawowe 2. Dostępne pola

Kod: AG\_LIS\_BAD Kategorie: Wydarzenie

Nazwa: Zagregowana lista zleconych badań

Kwerenda:

```
SELECT nr_zlec , pac_iin, pesel,data_zlec, pac_adres, data_wpisu, lek_dane, id_inst,
laboratorium, dane_pobierajacego,
CAST(string_agg(DISTINCT(kod_pobrania), ' ' ) as varchar(450)) AS kod_pobrania,
CAST(string_agg(kodErLab, ' ' ) as varchar(450)) as kodErLab, tryb_badiana, josnazwa,
data_pobrania from
(
select lz.nr_zlec,
CAST(p.imiona|| ' ' ||p.nazwisko as varchar(100)) as pac_iin,
p.pesel,
lz.data_zlec,
CAST(COALESCE(p.kod_poczt,"")|| ' ' ||COALESCE(p.miasto,"") ||', '|| COALESCE(p.ulica,"")|| '
'||COALESCE(p.nr_domu,"")|| ' '||COALESCE(p.nr_lokalu,"") as varchar(180)) as pac_adres,
CAST(lz.data_wpisu as varchar(50)),
```

Widok został zablokowany do modyfikacji, ponieważ został już wykorzystany do definicji szablonu wydruku, wykazu.



## Ochrona danych osobowych

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Ochrona danych osobowych](#)

W menu "Ochrona danych osobowych" znajdują się funkcjonalności wspierające pracę Administratora Danych Osobowych i pozwalające wywiązać mu się z obowiązków narzucanych przez ustawodawstwo m.in. ustawę o ochronie danych osobowych.

W omawianym menu znajdują się następujące funkcjonalności:

- [Obsługa rejestru danych osobowych](#)
- [Obsługa rejestru udostępnień](#)
- [Obsługa rejestru sprzeciwów](#)
- [Rejestr błędów przesłanych do Centrum Serwisowego mMedica](#)

### 22.1 Rejestr danych osobowych

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Ochrona danych osobowych](#) > [Rejestr danych osobowych](#)

Na formatce *Rejestr danych osobowych* prezentowana jest lista danych osobowych przetwarzanych przez użytkownika w programie mMedica w następujących zbiorach: pacjenci, personel, użytkownicy. W poszczególnych kolumnach wyświetlane są informacje o:

- dacie pierwszego wprowadzenia danych osobowych do systemu,
- użytkownika, który wprowadził dane osobowe (imię, nazwisko oraz login użytkownika mMedica),
- informacje o ostatniej modyfikacji danych osobowych (data oraz dane użytkownika),
- źródle pozyskania danych osobowych w przypadku eRejestracji.

Zazwyczaj osobą wprowadzającą dane osobowe pacjenta do aplikacji będzie użytkownik programu. Jednak w związku z wykorzystywaniem przez pacjentów modułu eRejestracji, osobą przekazującą dane będzie sam pacjent, jeśli wcześniej jego dane nie widniały w bazie programu. Jeśli dane osobowe zostały wprowadzone do aplikacji poprzez usługę założenia konta w eRejestracji, w kolumnie "eRejestracja" zostanie dodane zaznaczenie, a osobą wprowadzającą (kolumny "Wprowadził (login)" oraz "Wprowadził (nazwisko i imię)") będzie pacjent.

Za pomocą filtrów znajdujących się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane* można zawęzić wyszukiwane dane. Zmiany wyświetlanego zbioru danych osobowych dokonuje się w polu "Rejestr". Za pomocą przycisku **Drukuj** można dokonać wydruku danych.

Dostęp do formatki warunkowany jest przez posiadanie uprawnienia "Przegląd danych osobowych pacjentów" oraz "Przegląd rejestru personelu medycznego" nadawanych w: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Użytkownicy systemu](#) > 5. [Uprawnienia funkcjonalne](#).

## 22.2 Rejestr wniosków

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Ochrona danych osobowych](#) > [Rejestr wniosków](#)  
[Kartoteka pacjentów](#) > [Wnioski](#)

W aplikacji mMedica dostępna jest funkcjonalność obsługi wniosków dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej, wysyłanych przez pacjentów z konta pacjenta na Portalu eRejestracja. Wnioski wysłane z konta pacjenta w eRejestracji są automatycznie kierowane do aplikacji mMedica i wyświetlane w w/w ścieżce. Z tego poziomu administrator rozpatruje wnioski, nadaje im statusy i informuje pacjenta o sposobie rozpatrzenia, poprzez wysłanie wiadomości e-mail lub sms.

Ponadto, funkcjonalność umożliwia ręczne ewidencjonowanie wniosków, składanych przez pacjentów osobiście w placówce medycznej bądź inną drogą (np. pocztową).

Po przejściu do powyższej ścieżki zostanie wyświetlona formatka *Rejestr wniosków*. Wnioski wysłane przez pacjentów z poziomu konta eRejestracji wyświetlane są na liście z nadanym znacznikiem w kolumnie "eRejestracja" i domyślnie posiadają status "Nowy". Aby wyfiltrować wnioski, które spłynęły do placówki drogą elektroniczną należy zaznaczyć checkbox "Źródło: eRejestracja" znajdujący się w panelu *Wyszukiwanie zaawansowane*. Dodatkowo, przy pomocy dostępnych filtrów można wyszukać wnioski złożone w danym okresie czasu, zrealizowane przez wybranego użytkownika systemu, o określonym statusie, rodzaju itd.

Data zgłoszenia	Status	Pacjent	PESEL	Kontakt	Rodzaj	e-Rejestracja	Realizujący	Data obsługi
2018-05-10	Nowy	Kowalski Michał	850...		Uzyskanie informacji o przetwarzan...			
2018-05-09	Zrealizowany	Kowalski Michał	850...		Udostępnienie dokumentacji medycznej		Nowak Jakub	2018-05-09

Opis przycisków znajdujących się w górnym panelu formatki:

- **Nowy wniosek o UDM** - ewidencja wniosku pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej.
- **Nowy wniosek inny** - ewidencja wniosku pacjenta dotyczącego przetwarzania jego danych osobowych.
- **Dane** - pogląd szczegółowych danych wniosku, który został zaznaczony na liście.
- **Usuń** - usunięcie zaznaczonego wniosku. Przycisk będzie nieaktywny w przypadku wniosku, który został złożony za pośrednictwem portalu eRejestracja.

Aby dodać ręcznie nowy wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej należy wybrać przycisk **Nowy wniosek o UDM**, a w kolejnym kroku wskazać pacjenta z formatki *Rejestru danych osobowych*, którego dotyczy wniosek. Do ewidencji wniosku o wydanie dokumentacji wykorzystywana jest formatka modułu EDM. Na przygotowanych zakładkach wprowadza się szczegółowe dane wniosku, potwierdzenie wydania dokumentacji medycznej, dodaje ewentualne załączniki. Szczegółowy opis ewidencji wniosku o wydanie dokumentacji znajduje się w [instrukcji obsługi Modułu EDM](#).



**Wniosek – Kowalski Jan**

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

**Dane przyjęcia**

Data złożenia: 10-03-2021

Przyjmujący: NOWAKA ... Nowak Anna

**Wnioskujący**

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

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

Adres: ... Instytucja – adres: ...

PESEL: ... Instytucja – telefon: ...

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

**Zakres danych**

Rodzaj danych: ...

Zaznaczenie potwierdzenia odbioru dokumentacji przez pacjenta bądź osobę upoważnioną na zakładce 2. *Realizacja* spowoduje zmianę statusu wniosku na "Zrealizowany". Ponadto, informacja o wydaniu dokumentacji zostanie automatycznie odnotowana w [Rejestrze udostępnień](#).

Na zakładce 2. *Realizacja* dostępne są również parametry umożliwiające nadanie wnioskowi statusu "W przygotowaniu" lub "Do wydania".

**Wniosek – Kowalski Jan ( )**

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

**Realizacja wniosku**

☐ W przygotowaniu

☒ **Do wydania**

☐ Potwierdzenie odbioru dokumentacji

Oплата za udostępnienie dokumentacji:

× = zł

Oплата za wysyłkę dokumentacji:

☐ Potwierdzone za zgodność z oryginałem

☐ Odmowa wydania dokumentacji

Przyczyna odmowy:

☐ Brak uprawnień wnioskodawcy do uzyskania dokumentacji

☐ Zniszczenie dokumentacji ze względu na upływ terminu jej przechowywania

☐ Inna

**Dane odbioru**

Nazwisko i imię odbierającego:

Dowód tożsamości odbierającego:

Uwagi:

W programie istnieje możliwość rejestracji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta, którego nie ma w bazie danych świadczeniodawcy. W tym celu należy rozwinąć pole na przycisku **Nowy**

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

The screenshot shows a top navigation bar with several icons on the left. In the center, there is a dropdown menu with the text 'Nowy wniosek o UDM'. A red rectangle highlights this dropdown. To its right are buttons for 'Nowy wniosek inny', 'Dane', and 'Usuń'. Below the dropdown, a secondary menu is visible, showing the selected option: 'Nowy wniosek o UDM dla osoby niewystępującej w rejestrze pacjentów'. On the far left, there is a button labeled 'Wyszukiwanie zaawansowane'.

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

The screenshot shows the 'Wniosek dla osoby niewystępującej w rejestrze pacjentów' form. The first tab, '1. Wniosek', is active. The form is divided into several sections. The 'Dane przyjęcia' section includes a date field set to '14-10-2020' and a 'Przyjmujący:' field. Below this is the 'Osoba, której dotyczy wniosek' section, which contains fields for 'Nazwisko i imię:', 'PESEL:', 'Adres:', and 'Dowód tożsamości:'. The 'Instytucja wnioskująca' section follows, with fields for 'Nazwa:', 'Adres:', 'Telefon:', and 'e-mail:'. A red rectangle highlights the 'Instytucja wnioskująca' section, and another red rectangle highlights a dropdown arrow icon next to the 'e-mail:' field. At the bottom, the 'Zakres danych' section includes checkboxes for 'Rodzaj danych:' and 'Dokumenty upoważniające / oświadczenia', 'Dokumenty zgody na udzielenie świadczenia', 'Dokumenty uprawniające (św. dod. z art. 43-46 u.s.o.z.f.s.p.)', 'Ogólny stan zdrowia', 'Przebyte choroby', 'Grupy dyspenseryjne', and 'Grupa krwi'.

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

The screenshot shows the same form, but with the second tab, '2. Realizacja', selected. The 'Realizacja wniosku' section is active, featuring a checkbox for 'Odmowa wydania dokumentacji'. Below this is the 'Przyczyna odmowy:' section, which includes checkboxes for 'Brak uprawnień wnioskodawcy do uzyskania dokumentacji', 'Zniszczenie dokumentacji ze względu na upływ terminu jej przechowywania', and 'Inna', followed by a text input field. The 'Dane odbioru' section at the bottom contains fields for 'Nazwisko i imię odbierającego:', 'Dowód tożsamości odbierającego:', and 'Uwagi:'.

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

Forma wyszukiwania wniosków. Zawiera dwa pola wyboru: "Rodzaj:" i "Status:". Poniżej znajdują się dwa przyciski: "Źródło e-Rejestracja" i "Brak osoby w rejestrze", przy czym drugi jest zaznaczony i otoczony czerwonym prostokątem. Na dole znajdują się przyciski "Zastosuj" i "Wyczyść".

Oprócz wydania dokumentacji medycznej pacjent może wnioskować o przekazanie informacji, dotyczących jego danych osobowych przetwarzanych w placówce. Te i inne wnioski ewidencjonuje się po wybraniu przycisku **Nowy wniosek inny**. Po wybraniu pacjenta, który wystosował prośbę, uzupełnia się szczegółowe dane wniosku t.j. datę złożenia wniosku, rodzaj, treść wniosku.

Forma edycji wniosku dla pacjenta Kowalski Michał. Zawiera zakładki "1. Wniosek" i "2. Załączniki". Pola formularza: "Data zgłoszenia:" (2018-05-07), "Rodzaj:" (2 - Sprostowanie przetwarzanych danych osobowych), "Status:" (Zrealizowany), "Data obsługi:" (2018-05-10), "Realizujący:" (Nowak Jakub), "Treść:" (Zmiana nazwiska z "Kowal" na "Kowalski" w związku z urzędową zmianą nazwiska), "Uwagi:" (Zmieniono dane w Kartotece po weryfikacji danych - okazano dowód osobisty), "Data wpisu:" (2018-05-10 10:21:10), "Wpisujący:" (Nowak Jakub), "Data modyfikacji:" (2018-05-10 10:21:10), "Modyfikujący:" (Nowak Jakub).

Opis poszczególnych pól znajdujących się w oknie ewidencji innego wniosku:

- **Data zgłoszenia** - domyślnie podpowiadana bieżąca data. Datę można zmienić ręcznie w polu lub za pomocą kalendarza wyświetlanego po rozwinięciu listy.
- **Rodzaj** - rodzaj wniosku wybierany z dostępnego słownika. Możliwe pozycje do wyboru:
  - Uzyskanie informacji o przetwarzanych danych osobowych,
  - Sprostowanie przetwarzanych danych osobowych.Słownik może być rozbudowywany o nowe pozycje przez użytkownika posiadającego uprawnienia do słownika "Rodzaj wniosku".
- **Status** - status obsługi wniosku przez użytkownika programu. Możliwe statusy do wyboru: Nowy, Do wydania, Odrzucony, W przygotowaniu, Zrealizowany.
- **Data obsługi** - pole aktywowane dla wniosku w statusie "Odrzucony" lub "Zrealizowany".
- **Realizujący** - dane osoby zalogowanej do aplikacji, która realizuje wniosek.

O zrealizowaniu wniosku można poinformować pacjenta, wysyłając wiadomość e-mail lub sms. Funkcja wysyłania powiadomień znajduje się w menu "Funkcje dodatkowe" w lewym górnym rogu formatki.

Dostęp do formatki warunkowany jest przez posiadanie uprawnienia "Przegląd rejestru wniosków" nadawanego w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 5. Uprawnienia funkcjonalne](#).

## 22.3 Rejestr udostępnień

Ścieżka: [Zarządzanie > Ochrona danych osobowych > Rejestr udostępnień](#)

Funkcjonalność rejestru udostępnień umożliwia odnotowanie informacji o każdym udostępnieniu danych osobowych przetwarzanych w programie mMedica. W rejestrze gromadzone są informacje o:

- dacie zgłoszenia wniosku np. o udostępnienie dokumentacji medycznej,
- dacie udostępnienia danych osobowych,
- odbiorcy - osobie bądź instytucji, której dane zostały przekazane,
- użytkownikowi udostępniającym dane,
- zakresie udostępnionych danych.

The screenshot displays the 'Rejestr udostępnień' (Access Register) window. On the left, there is a search panel with fields for 'Data zgłoszenia', 'Data udostępnienia', 'Udostępnił', 'Sprawa', 'Odbiorca', and 'Nazwisko'. The main area shows a table of access records. Below the table, there is a section titled 'Dane udostępnienia' (Access Data) with tabs for '1. Dane podstawowe', '2. Dane osobowe', '3. Dane dodatkowe', and '4. Załączniki'.

Data zgłoszenia	Data udostępnienia	Udostępnił	Sprawa	Odbiorca
2017-01-17 08:26:40	2017-01-19	[User]	1295820169000116	PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Sp
2017-01-12 10:18:05	2017-01-12	Nowa Anna	Pismo 210000/6120-000344	ZUS I Oddział w Łodzi, Wydział Orze
2017-01-10 12:16:27	2017-01-10	[User]	wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej	[User]
2016-12-29 15:34:47	2016-12-28	[User]	wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej	[User]
2016-10-31 20:11:33	2016-11-07	[User]	SGK/OPER z 4-10-2016	Sogecap S.A. oddziałw Polsce, 50-062 v
2016-10-28 14:53:59	2016-10-28	[User]	wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej	[User]

**Dane udostępnienia**

1. Dane podstawowe    2. Dane osobowe    3. Dane dodatkowe    4. Załączniki

Data udostępnienia: 2017-01-12    Data zgłoszenia: 2017-01-12 10:18

Sprawa: Pismo 210000/6120-000344 z dnia 10-01-2017

Odbiorca: ZUS I Oddział w Łodzi, Wydział Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji

Udostępnił: Nowa Anna

Zakres udostępnionych danych: Dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia w związku ZLA od 25.07.2016 do 29.07.2016 przez lek. [User]

Na przygotowanych zakładkach wprowadza się szczegółowe informacje o udostępnieniu. Na zakładce 2. *Dane osobowe* należy uzupełnić dane osoby, której dane zostały udostępnione, korzystając z dostępnych rejestrów danych osobowych: pacjent, użytkownik, personel. W przypadku realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej w większości przypadków odbiorcą będzie pacjent - osoba której dokumentacja jest wydawana. W tej sytuacji, podczas uzupełniania danych udostępnienia, w polu "Odbiorca" należy wskazać pacjenta. Na tej podstawie aplikacja podpowie automatycznie dane pacjenta na zakładce 2. *Dane osobowe*. Jeśli odbiorcą danych osobowych jest np. upoważniona do tego instytucja, jej nazwę należy wprowadzić ręcznie w polu "Odbiorca".

Na zakładce 3. *Dane dodatkowe* można wprowadzić dodatkowe informacje, uwagi, ważne dla sprawy, z kolei na zakładce 4. *Załączniki* dodać załączniki np. w postaci zeskanowanego wniosku.

Za pomocą przycisku **Drukuj** można wydrukować wszystkie zarejestrowane udostępnienia wyfiltrowane w oknie, a w razie konieczności wydrukowania wybranej pozycji należy skorzystać z przycisku **Drukuj pozycję**.

Dostęp do formatki warunkowany jest przez posiadanie uprawnienia "Przegląd rejestru udostępnień" nadawanego w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 5. Uprawnienia funkcjonalne](#).

W rejestrze udostępnień odnotowywane są również informacje o udostępnieniu dokumentacji medycznej, na podstawie danych ewidencjonowanych w Module EDM w ścieżce: [EDM > Wnioski](#). Warunkiem zapisania



informacji o udostępnieniu jest oznaczenie potwierdzenia odbioru dokumentacji przez pacjenta bądź osobę uprawnioną na zakładce 2. *Realizacja* w w/w ścieżce.

Dla takich wniosków w polu "Sprawa" domyślnie podpowiadana jest wartość "Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej", a dane udostępnienia są nieedycyjne. Modyfikacji danych o udostępnieniu bądź usunięcia można dokonać jedynie z poziomu formatki EDM lub Rejestru wniosków. Podczas próby usunięcia z poziomu omawianej formatki zostanie wyświetlony nast. komunikat:

Usunięcie wniosku jest możliwe z poziomu okna: Zarządzanie > Ochrona danych osobowych > Rejestr wniosków.

## 22.4 Rejestr sprzeciwów

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Ochrona danych osobowych](#) > [Rejestr sprzeciwów](#)

Formatka *Rejestr sprzeciwów* służy do ewidencjonowania sprzeciwów wobec przetwarzania danych osobowych zgłaszanych przez osoby, których dane dotyczą. W rejestrze gromadzone są informacje o:

- dacie zgłoszenia sprzeciwu przez osobę,
- zakresie czasu w jakim sprzeciw będzie obowiązywać, jeśli istnieje konieczność jego wyznaczenia,
- sprawie w jakiej sprzeciw został złożony,
- zbiorze danych osobowych, w jakim znajdują się dane osobowe,
- danych osoby, której dotyczy sprzeciw.

Data zgłoszenia	Data sprzeciwu od	Data sprzeciwu do	Osoba	Kontakt	Sprawa
2018-02-21 1...	2018-02-21		...		Sprzeciw wobec ...

**Nowy sprzeciw**

**1. Dane podstawowe** | 2. Dane dodatkowe | 3. Załączniki

Data zgłoszenia: \* 2018-02-13 11:47 | Data sprzeciwu od: \* 2018-02-13 | do: |

Sprawa: \* Sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych w celach marketingowych | ...

Opis: Sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych w celach marketingu produktów własnych niezwiązanych z działalnością medyczną.

Rejestr: \* Pacjenci |


Osoba: \* 17079 | ... Patryk (PESEL)

Kontakt: |

Na przygotowanych zakładkach wprowadza się szczegółowe informacje o sprzeciwie. Na zakładce 1. *Dane podstawowe* w polu "Sprawa" przygotowano słownik z dwoma domyślnymi pozycjami, dostępnymi po rozwinięciu listy:

- Sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych w celach marketingowych,
- Sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych w systemie eRejestracja.



Dostępne rodzaje spraw są jedynie propozycją. Użytkownik może zdefiniować własny słownik wybierając przycisk  i w oknie *Rodzaj sprawy* wprowadzając własny rodzaj sprawy, rozpoczynając zawsze od nowej linii.

**Uwaga!** Należy pamiętać, że decyzję o zaprzestaniu przetwarzania danych osobowych w systemie podejmuje Administrator Danych Osobowych m.in. po analizie zgodności wniosku z celami przetwarzania danych osobowych, które w służbie zdrowia wynikają z przepisów prawa.

Dostęp do formatki warunkowany jest przez posiadanie uprawnienia "Przegląd rejestru sprzeciwów" nadawanego w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 5. Uprawnienia funkcjonalne](#).

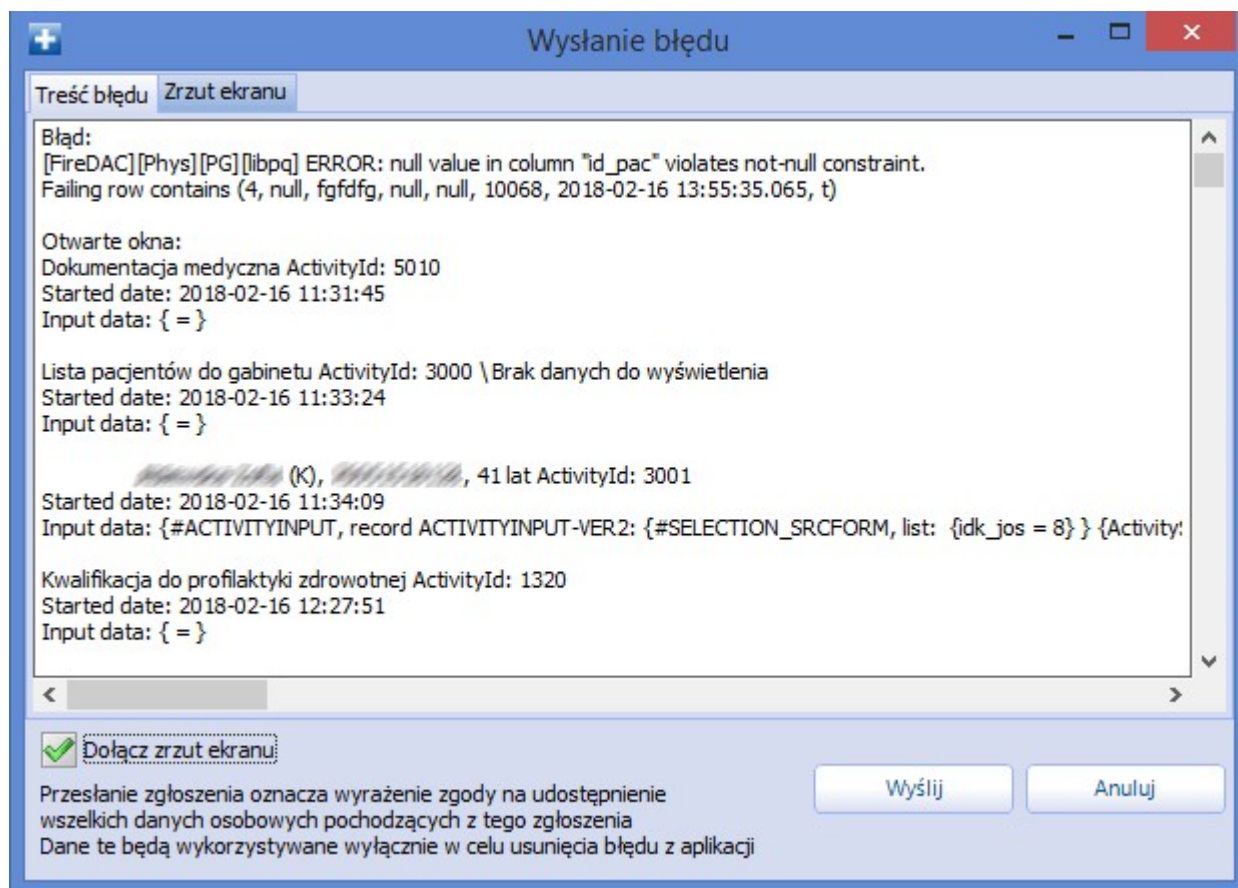
## 22.5 Rejestr błędów przesłanych do Centrum Serwisowego

Ścieżka: [Zarządzanie > Ochrona danych osobowych > Rejestr błędów przesłanych do serwisu mMedica](#)

W programie istnieje funkcjonalność odnotowywania informacji o błędach wysłanych do Centrum Serwisowego mMedica.

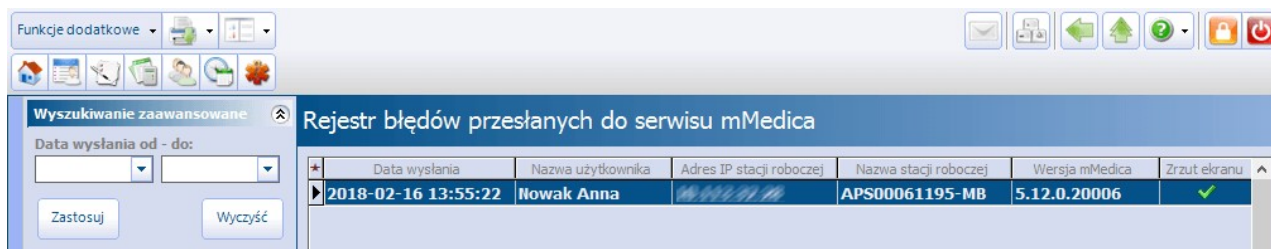
Dbając o niezawodność oprogramowania i chcąc zachować ciągłość jego działania, wdrożono system przekazywania błędów do Centrum Serwisowego mMedica. Podczas pracy w aplikacji mMedica użytkownik może spotkać się z wystąpieniem błędu bazy danych, prezentowanym w dodatkowym oknie dialogowym, jak na zdjęciu poniżej. Wybranie przycisku **Wyślij** wysła treść błędu i zrzutu ekranu, jeśli zaznaczono opcję "Dołącz zrzut ekranu", do Centrum Serwisowego. Na podstawie przesłanych danych podejmowane są prace serwisowe, których celem jest wyeliminowanie błędów.

Przekazanie informacji o błędach bazy danych jest dobrowolne, jednak bieżące sygnalizowanie o występujących usterkach pozwoli twórcy oprogramowania na szybką reakcję i usunięcie niedogodności.



Po przejściu do powyższej ścieżki prezentowany jest rejestr błędów, jakie zostały przekazane do Centrum Serwisowego mMedica. Na wyświetlanej liście odnotowywane są informacje o:

- dacie wysłania błędu do Centrum Serwisowego,
- użytkownika programu dokonującym wysłania błędu,
- adresie IP i nazwie stacji roboczej, z której wysłano błąd,
- wersji aplikacji mMedica, w której wystąpił błąd,
- dołączeniu zrzutu ekranu do wysyłanej informacji.



Data wysłania	Nazwa użytkownika	Adres IP stacji roboczej	Nazwa stacji roboczej	Wersja mMedica	Zrzut ekranu
2018-02-16 13:55:22	Nowak Anna	192.168.1.1	APS00061195-MB	5.12.0.20006	✓

## Rozdział

# 23

## Współpraca z urządzeniami zewnętrznymi

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [System](#) > [Urządzenia zewnętrzne](#)

W niniejszym rozdziale omówiono współpracę programu mMedica z urządzeniami zewnętrznymi, takimi jak:

- drukarki wykorzystywane do wydruku raportów,
- [drukarki do wydruku kuponów RUM](#),
- [czytniki kart chipowych](#),
- [czytniki kodów kreskowych](#),
- [skanery](#).

### 23.1 Drukarki do wydruku raportów

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [System](#) > [Urządzenia zewnętrzne](#)

Drukarki w programie mMedica są wykorzystywane m.in. do wydruku kuponów, planów wizyt, deklaracji wyboru świadczeniodawcy, wszelkich dostępnych w systemie raportów oraz szeregu dokumentów z poziomu wizyty gabinetowej (zalecenia, podsumowanie wizyty itd.).

Konfiguracji odrębnych drukarek, zasobników oraz wydruku dwustronnego można dokonać dla każdego komputera (po wybraniu wartości dla stacji roboczej), globalnie dla całego systemu oraz dla pojedynczego użytkownika w odniesieniu do:

- wydruku raportów w formacie A4,
- wydruku raportów w formacie A5,
- wydruków raportów w formacie recepty.

Po wyborze dokumentu do wydruku i wybraniu przycisku **Drukuj** inicjującego wydruk, system wyświetla okno podglądu wydruku, w którym określa się szczegółowe parametry wydruku. Jeśli użytkownik nie chce korzystać z podglądu wydruku, należy wyłączyć tę opcję, poprzez usunięcie zaznaczenia parametru **"Włącz podgląd wydruku"** w sekcji *Ustawienia wydruku*.

W przypadku braku zdefiniowania drukarek w aplikacji mMedica, polecenie wydruku dokumentu będzie przekazywane do drukarki, która została skonfigurowana na użytkowanym komputerze.

**Filtrowanie nazw drukarek**

Ignoruj część nazw drukarek począwszy od:

**Drukarka dla raportów w formacie A4**

Nazwa:  Zasobnik papieru:  Druk dwustronny:

**Drukarka dla raportów w formacie A5**

Nazwa:  Zasobnik papieru:  Druk dwustronny:

**Drukarka dla raportów w formacie recepty**

Nazwa:  Zasobnik papieru:  Druk dwustronny:

**Wydruk na drukarce pasków identyfikacyjnych**

Nazwa:  Margines górny (dłuższy bok):  pkt Margines lewy (krótszy bok):  pkt

**Ustawienia wydruku**

☒ Włącz podgląd wydruku

W programie dostępny jest parametr odpowiedzialny za filtrowanie nazw drukarek, zmieniających się dynamicznie podczas pracy przy wykorzystaniu pulpitu zdalnego - **"Ignoruj część nazw drukarek począwszy od"**.

W przypadku wykorzystywania rozwiązań terminalowych, do nazwy drukarki zdefiniowanej w Konfiguratorze przydzielany jest numer sesji bieżącego połączenia zdalnego (np. HP Deskjet 5520 series (przekierowana sesja: 20)). Częste nawiązywanie nowych połączeń terminalowych w trakcie czasu pracy, skutkuje nadaniem nowego numeru sesji terminalowej, a co za tym idzie zmianą sufiku doklejanego do nazwy drukarki. W takiej sytuacji mogą pojawić się problemy z przekazaniem wydruku do właściwego urządzenia.

W związku z powyższym dodano funkcję, która w momencie wyszukiwania i ustawiania drukarki do wydruku, wyszukuje drukarkę po początku nazwy i pomija przyrostek (sufix) dodawany podczas połączenia zdalnego. W polu **"Ignoruj część nazw drukarek począwszy od"** należy wpisać nazwę, która będzie pomijana na liście dostępnych drukarek w systemie, np. "przekierowana sesja", "redirected".

Jeśli przed zmianą parametru filtra, w systemie były zdefiniowane drukarki domyślne, to po zmianie wartości we filtrze i ponownym zalogowaniu do aplikacji należy ponownie wybrać/zdefiniować drukarki domyślne.

## 23.2 Drukarki do wydruku kuponów RUM

Kupony obowiązujące m.in. w województwie śląskim, można drukować na specjalnych arkuszach kuponów formatu A4 lub na papierze perforowanym z przebitką. Arkusze A4 kuponów są przeznaczone dla dowolnych drukarek laserowych i atramentowych.

W przypadku wyboru papieru perforowanego do wydruku kuponów należy używać drukarek igłowych. W takim przypadku, aby jak najefektywniej drukować kupony, najlepiej korzystać z drukarki OKI ML3390 (lub ML3391) oraz z zainstalowanego na komputerze sterownika obsługującego tę drukarkę. Można także skorzystać z innych drukarek igłowych, wymienionych w dalszej części tego rozdziału.

Konfiguracji drukarek do wydruku kuponów i raportów dokonuje się w Konfiguratorze. Jeżeli na komputerze nie ma zainstalowanych sterowników, należy je wcześniej zainstalować. W sytuacji, gdy będzie używana jedna drukarka igłowa do wydruku kuponów na papierze perforowanym i do wydruku raportów, sterownik do tej drukarki należy zainstalować dwukrotnie – osobno do drukowania kuponów i raportów.

## 23.2.1 Zmiana ustawień wewnętrznych drukarek

Do wydruku kuponów (obowiązujących np. w woj. śląskim) można używać drukarek igłowych, atramentowych oraz laserowych (wydruk A4). Drukarkami rekomendowanymi i przetestowanymi pod kątem pracy w systemie mMedica są:

- Oki ML3390/ML3391
- Panasonic KX-P2130
- Epson LQ-580

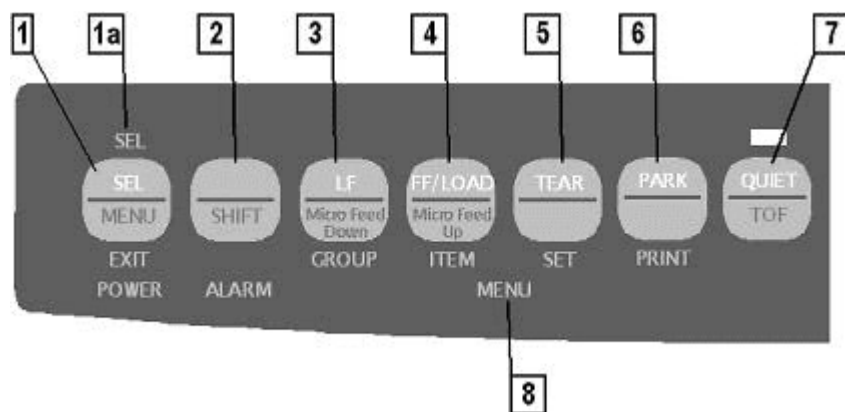
W przypadku zastosowania innych drukarek niż wymienione, należy spróbować zmienić następujące parametry wewnętrzne, o ile to możliwe:

- Wysokość strony papieru podawanego na traktorze - 8 cali.
- Górny margines - maks. 5 mm.
- Automatyczne ustawienie końca strony po wydruku do krawędzi do oddarcia.
- Dwukierunkowy wydruk dużej szybkości.
- Wyłączony lub jak najmniejszy bufor pamięci drukarki.

**Uwaga!** Jeżeli nie ma możliwości ustawienia górnego marginesu na 5 mm i mniej, to drukarka nie nadaje się do wydruku kuponów na papierze ciągłym. Brak innych ustawień wpływa na większą uciążliwość użytkowania drukarki.

## 23.2.2 OKI ML3390 - programowanie ustawień

W celu przeprowadzenia kontroli ustawień drukarki i ewentualnej ich zmiany należy postępować zgodnie z poniższymi instrukcjami.



Rys. Panel czołowy drukarki OKI ML3390

**1.** Przed przystąpieniem do zmian w konfiguracji, należy ustawić górny margines papieru perforowanego na najmniejszy. W tym celu należy:

- a) Załadować papier perforowany – jeżeli jeszcze nie ma. W tym celu: zdjąć pokrywę górnego podajnika kartek pojedynczych i założyć papier perforowany na traktor oraz przesunąć przełącznik, znajdujący się na prawej stronie obudowy drukarki, na pozycję REAR (podajnik tylny – przełącznik w pozycji „do siebie”). Następnie nacisnąć przycisk FF/LOAD (4 – załaduj).
- b) Przytrzymując klawisz SHIFT (2 – przełącznik znaczenia klawiszy) naciskać klawisz LF/MICRO FEED DOWN (3 – mikro przesunięcia papieru w dół) tak długo, aż górna krawędź papieru zostanie przesunięta do najniższej pozycji (ustanie charakterystyczny stukot przesuwanego wałka).



**Uwaga!** W przypadku, gdy po załadowaniu i wydruku każdej strony papier wysuwa się o kilka centymetrów do góry, w celu ustawienia perforacji do pozycji do oddarcia (funkcja Auto Tear-Off), mikro przesunięcia będą dotyczyć pozycji perforacji względem plastikowej krawędzi do oddarcia. W tym przypadku, aby zmienić wielkość górnego marginesu, należy najpierw wyłączyć w menu ustawień funkcję Auto Tear-Off. (grupa Rear Feed, parametr Form Tear-Off, ustawienie Off). Patrz – zmiana ustawień niżej.

**2.** W celu przeprowadzenia kontroli ustawień drukarki należy:

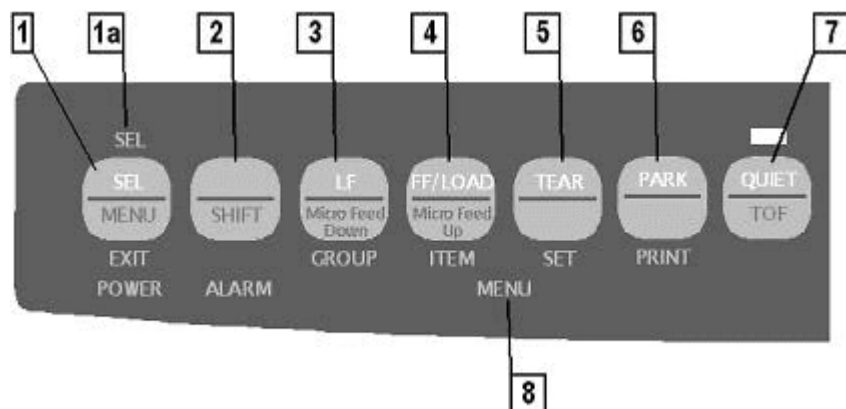
- Zaparkować papier perforowany – nacisnąć przycisk PARK (6 – zaparkuj).
- Przesunąć przełącznik, znajdujący się na prawej stronie obudowy drukarki, na pozycję TOP (przełącznik w pozycji środkowej), podnieść podajnik górny i umieścić w nim zwykłą kartkę formatu A4.
- Poczekać, aż papier automatycznie się załaduje i nacisnąć klawisz SHIFT (2) razem z SEL/MENU (1) – w dolnej części panelu pojawi się podświetlony napis MENU (8). Od tej pory można programować ustawienia wewnętrzne drukarki.
- Nacisnąć klawisz PARK/PRINT (6 – zaparkuj / wydruk ustawień) – nastąpi drukowanie bieżących ustawień.
- Po zakończeniu wydruku można ponownie nacisnąć kombinację klawiszy SHIFT+SEL/MENU (2+1) – nastąpi wyjście z trybu programowania. Kartka z wydrukiem bieżących ustawień zostanie wysunięta.

**3.** Poprawne ustawienia drukarki na potrzeby mMedici podano poniżej:

Grupa	Parametr	Ustawienie
Printer Control	Emulation Mode	Epson LQ
Font	Print Mode	Utility
Font	Pitch	10 CPI
Font	Proportional Spacing	No
Font	Style	Normal
Font	Size	Single
Symbol Sets	Character Set	Set II
Symbol Sets	Language Set	ASCII
Symbol Sets	Zero Character	Unslashed
<b>Symbol Sets</b>	<b>Code Page</b>	<b>East Europe Latin II – 852</b>
Symbol Sets	Slashed Letter 0	No
Rear Feed	Line Spacing	6 LPI
Rear Feed	Form Tear-Off	500ms
Rear Feed	Skip Over Perforation	No
Rear Feed	Page Length	8"
Bottom Feed	Line Spacing	6 LPI
<b>Bottom Feed</b>	<b>Form Tear-Off</b>	<b>500ms</b>
Bottom Feed	Skip Over Perforation	No
<b>Bottom Feed</b>	<b>Page Length</b>	<b>8"</b>
Top Feed	Line Spacing	6 LPI
Top Feed	Bottom Margin	Valid

Grupa	Parametr	Ustawienie
Top Feed	Page Length	11 2/3"
Top Feed	Wait Time	1 sec
Top Feed	Page Length Control	By MENU Setting
<b>Set-Up</b>	<b>Graphics</b>	<b>Bi-directional</b>
<b>Set-Up</b>	<b>Recive Buffer Size</b>	<b>1 Line</b>
Set-Up	Paper Out Override	No
Set-Up	Print Registration	0 – wartość standardowa (ustawienie należy zmienić tak, aby nie było przesunięć na wydruku)
Set-Up	Operator Panel Function	Full Operation
Set-Up	Reset Inhibit	No
Set-Up	Print Suppress Effective	Yes
Set-Up	Auto LF	No
Set-Up	Time Out Print	Valid
<b>Set-Up</b>	<b>Auto Select</b>	<b>Yes</b>
<b>Set-Up</b>	<b>Graphics Speed</b>	<b>High</b>
<b>Set-Up</b>	<b>Centering Position</b>	<b>Mode 1</b>
Parallel I/F	I-Prime	Buffer Print
Parallel I/F	Pin 18	+5v
Parallel I/F	Auto Feed XT	Invalid

Tabela 1. Ustawienia wewnętrzne drukarki Oki ML3390



4. Mając gotowy wydruk aktualnych ustawień drukarki, należy porównać go z powyższym i znaleźć parametr, który uległ zmianie. W podajniku górnym umieszczamy kartkę papieru.

5. Po znalezieniu błędnego parametru można przystąpić do przeprogramowywania ustawień. Proces ten inicjuje się tą samą kombinacją klawiszy jak w punkcie 2, tzn.:

- Po załadowaniu nowej kartki wchodzimy w tryb programowania ustawień drukarki – wybierając SHIFT (2) + SEL/MENU (1).
- Naciskając LF/GROUP (3 – GROUP jak grupa ustawień) przełączamy się pomiędzy grupami ustawień tj. Printer Control, Font, Symbol Sets, Rear Feed, Bottom Feed, Top Feed, Set-Up, Parallel I/F. Aktualna pozycja, na której się znajdujemy, będzie drukowana na kartce włożonej do podajnika.

- c) Po przełączeniu na odpowiednią grupę ustawień, możemy rozpocząć wybieranie parametrów grupy. Robimy to naciskając FF/LOAD/ITEM (4 – ITEM jak parametr). Po każdym naciśnięciu kombinacji klawiszy nastąpi wydruk następnego parametru grupy np.:

Top Feed	Line Spacing	XXX
Top Feed	Page Length Control	XXX
Top Feed	Wait Time	XXX
Top Feed	Page Length	XXX
Top Feed	Bottom Margin	XXX

W tym przykładzie Top Feed jest grupą, Line Spacing itd. to parametry, a XXX oznaczają jakieś ustawione wartości parametrów.

- d) Następnie, po wybraniu parametru określamy jego wartość naciskając przycisk TEAR/SET (5 –zmień ustawienie). Przy każdym naciśnięciu przycisku drukowane jest nowe ustawienie.  
e) Operacje SET, ITEM i GROUP powtarzamy dla każdego następnego parametru i grupy, gdzie należy zmienić ustawienie.

Wskazówka:

Można też nacisnąć przycisk SHIFT (2) razem z GROUP (3), ITEM (4), SET (5), aby przejść do pozycji poprzednich na liście – odpowiednio grup, parametrów i ustawień. Te udogodnienie można wykorzystać, jeżeli podczas programowania ustawień przeskoczyliśmy o jedną pozycję za daleko.

- f) Po wybraniu odpowiednich wartości dla parametrów wychodzimy z trybu programowania drukarki, naciskając klawisze SHIFT (2) i SEL/MENU (1). Nowe ustawienia zostają zapamiętane w drukarce.

Wskazówka :

Jeżeli w trakcie programowania trzeba będzie zmienić kartkę, należy zapamiętać ustawienia wychodząc z trybu programowania, załadować nową kartkę i wejść z powrotem w tryb programowania.

### 23.2.3 Panasonic KX-P2130 - programowanie ustawień

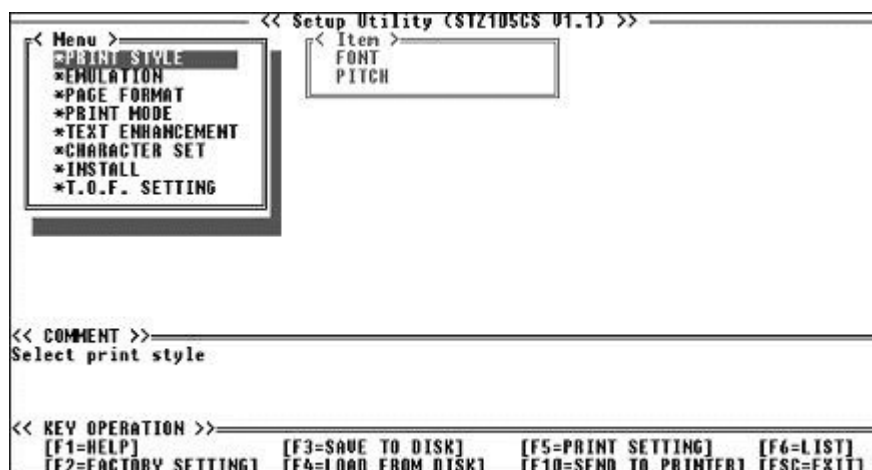
Do zmiany ustawień wewnętrznych drukarki stosuje się program SETUP.EXE dostarczany do drukarki na dyskietce/płyce razem ze sterownikami Windows.

Aby zmienić ustawienia drukarki należy:

1. Uruchomić ponownie komputer w trybie MS-DOS.
2. Uruchomić program SETUP dostarczony na dyskietce razem z drukarką.
3. Wybierając kolejne pozycje menu, zmienić ustawienia kolejnych parametrów.
4. Zmienione ustawienia następnie wysłać do drukarki (klawisz F10).

Aby przystosować drukarkę do wydruku kuponów należy:

1. Skopiować program SETUP.EXE do folderu na dysku twardym lub na dyskietkę startową z systemem operacyjnym MS-DOS.
2. Uruchomić ponownie komputer w trybie MS-DOS (odpowiednia opcja w okienku zamykania systemu Windows) lub uruchomić ponownie komputer z dyskietki startowej.
3. Będąc w trybie wiersza poleceń, wydać polecenie SETUP uruchamiające program z właściwego folderu lub z dyskietki.
4. Skonfigurować wszystkie parametry wg załączonego schematu.
5. Wysłać ustawienia do drukarki – polecenie F10=SEND TO PRINTER. Lampki na drukarce powinny mignąć i powinna ruszyć się lekko głowica drukarki, co daje pewność, że dane zostały przyjęte przez drukarkę.
6. Zamknąć program (klawisz ESC).



Rys. Menu ustawień drukarki w programie Setup.

**Uwaga!** Program Setup można uruchomić w oknie Windows lub w oknie wiersza poleceń, ale program nie nawiąże połączenia z drukarką, gdyż system operacyjny przejmuje kontrolę nad portem równoległym, do którego jest podłączona drukarka. Sprawia to szczególny kłopot w systemach Windows NT, 2000 lub XP, gdzie nie ma trybu MS-DOS ani nie ma możliwości utworzenia dyskietki startowej. Należy wtedy pożyczyć taką dyskietkę i na czas ustawienia drukarki uruchomić z niej system MS-DOS.

W tabeli poniżej przedstawiono ustawienia drukarki zmienione w programie Setup dla wydruku kuponów. Czcionką pogrubioną zaznaczono ustawienia wymagane dla programu mMedica. Jeżeli chcemy wykonać ręcznie konfigurację drukarki na podstawie tabeli, to po systemie menu poruszamy się klawiszami strzałek a ustawienia (Setting) zmieniamy klawiszem ENTER.

Menu	Item – parametr	Setting – ustawienie
PRINT STYLE	FONT	DRAFT
PRINT STYLE	PITCH	10 CPI
EMULATION		EPSON
PAGE/FORMAT	LINE/INCH	6 LPI
PAGE/FORMAT	PAGE LENGTH	<b>8 inch</b>
PAGE/FORMAT	TOP MARGIN	<b>0.00 inch</b>
PAGE/FORMAT	BOTTOM MARGIN	<b>0.00 inch</b>
PAGE/FORMAT	LEFT MARGIN	0 column
PAGE/FORMAT	RIGHT MARGIN	80 column
PAGE/FORMAT	CTR PRINTHEAD	<b>40 column</b>
PRINT MODE	GRAPHIC DIRECTION	<b>BI DIRECTION</b>
PRINT MODE	TEXT DIRECTION	<b>BI DIRECTION</b>
TEXT ENHANCEMENT	BOLD	OFF
TEXT ENHANCEMENT	DOUBLE HIGH	OFF
TEXT ENHANCEMENT	DOUBLE STRIKE	OFF
TEXT ENHANCEMENT	DOUBLE WIDE	OFF
TEXT ENHANCEMENT	ITALICS	OFF
TEXT ENHANCEMENT	OUTLINE	OFF
TEXT ENHANCEMENT	SHADOW	OFF
TEXT ENHANCEMENT	ZERO FONT	NORMAL
CHARACTER SET	COUNTRY	U.S.A.

Menu	Item – parametr	Setting – ustawienie
CHARACTER SET	CHARACTER SET	GRAPHIC 2
CHARACTER SET	CODE PAGE	PC852
INSTALL	AGM/IBM	OFF
INSTALL	AUTO CR/IBM	OFF
INSTALL	AUTO LF	OFF
INSTALL	AUTO LOADING	ON
INSTALL	PAPER OUT DETECT	ON
INSTALL	SUPER QUIET MODE	OFF
INSTALL	TEAR OFF	<b>MANUAL</b>
INSTALL	CSF MODE(OPTION)	OFF
INSTALL	DOWNLOAD	OFF
INSTALL	COLOUR	BLACK
INSTALL	AUTO ON LINE	<b>ON</b>
INSTALL	DATA LENGTH	8 BITS
T.O.F. SETTING	TRACTOR	<b>0 inch</b>
T.O.F. SETTING	FRICTION (Single sheet)	<b>0 inch</b>
T.O.F. SETTING	CUT SHEET FEEDER (Built-in & Option)	<b>0 inch</b>

Tabela 2. Ustawienia wewnętrzne drukarki Panasonic KX-P2130

Zmienione ustawienia należy wysłać do drukarki (klawisz F10 – polecenie SEND TO PRINTER). Można je też zapisać na dyskietkę (klawisz F3 – polecenie SAVE TO DISK).

## 23.2.4 Epson LQ-580 - programowanie ustawień

Zmiany ustawień wewnętrznych drukarki Epson LQ-580 dokonuje się na panelu czołowym drukarki.

Aby zmienić ustawienia drukarki należy:

1. Załadować papier i wyłączyć drukarkę.
2. Trzymając wciśnięty klawisz FONT włączyć drukarkę. Drukarka wejdzie w tryb ustawień początkowych.
3. Po wydruku arkusza wyboru języka, wybrać za pomocą klawisza FONT sekwencję lampek odpowiadającą na arkuszu właściwemu językowi. Zatwierdzić wybór języka naciskając klawisz TEAR OFF/BIN.
4. Po załadowaniu nowej kartki wydrukują się bieżące ustawienia wewnętrzne. Aby pozostawić je niezmienione, wyłączyć drukarkę. Aby je zmienić, należy nacisnąć klawisz TEAR OFF/BIN. Na 3 stronach wydrukuje się arkusz instruktażowy zmiany ustawień wewnętrznych. Opisuje on poszczególne ustawienia i sposób ich zmiany.
5. Po dokonaniu zmian wyłączyć drukarkę.

Ustawienia wewnętrzne drukarki powinny być zgodne z podanymi niżej. Czcionką pogrubioną zaznaczono ustawienia zmienione w stosunku do domyślnych.

Opis drukowany na arkuszu instruktażowym	Ustawienie
<b>Page length for tractor</b>	<b>8 inch</b>
Skip over Perforation	Off
<b>Auto tear Off</b>	<b>On</b>
Auto line feed	Off



Opis drukowany na arkuszu instruktażowym	Ustawienie
Print direction	Bi-D
Software	ESC/P 2
0 slash	0 (wyłączone)
High speed draft	On
I/F mode	Auto
Auto I/F wait time	10 seconds
Parallel I/F bidirectional mode	On
Packet mode	Auto
Auto CR(IBM 2390 Plus)	Off
A.G.M.(IBM 2390 Plus)	Off
<b>Character table</b>	<b>PC 852</b>
International character set for Italic table	Italic U.S.A.
Font	Roman T(PS)
Manual feed wait time	1.5 seconds
Buzzer	On
Roll paper	Off

Tabela 3. Ustawienia wewnętrzne drukarki Epson LO-580

## 23.3 Czytniki kart chipowych

Czytnik kart chipowych jest urządzeniem ściśle współpracującym z funkcjonalnością rejestracji pacjentów i opcjami z nią związanymi. Służy do odczytu i zapisu informacji na kartach elektronicznych zgodnych z normą ISO 7816, ISO 7810. Elektroniczna karta ubezpieczenia zdrowotnego jest nośnikiem zawierającym informacje o ubezpieczonym, a jednocześnie dokumentem potwierdzającym ubezpieczenie zdrowotne. To wygodny sposób na utrzymywanie zawsze aktualnych informacji o pacjencie dostępny jedynie w województwie śląskim.

Z aplikacją mMedica współpracują następujące czytniki:

- [Sinake](#)
- [SCR-3310/3311](#)
- [Identive CLOUD 2700F](#)

Czytniki współpracują z systemem przetwarzania danych za pomocą łączy:

- Szeregowego - czytnik Sinake
- USB - czytniki SCR-3310/3311 oraz czytnik Identive CLOUD 2700F

Do poprawnej eksploatacji czytników konieczne jest spełnienie warunków zawartych w instrukcjach dołączonych do urządzeń. W dalszej części instrukcji opisano sposób instalacji i konfiguracji w/w czytników.

## 23.3.1 Sinake, SCR-3310/3311

W poniższym opisie przedstawiona została konstrukcja czytników **Sinake** i **SCR-3310/3311** oraz ich instalacja i konfiguracja w aplikacji mMedica.

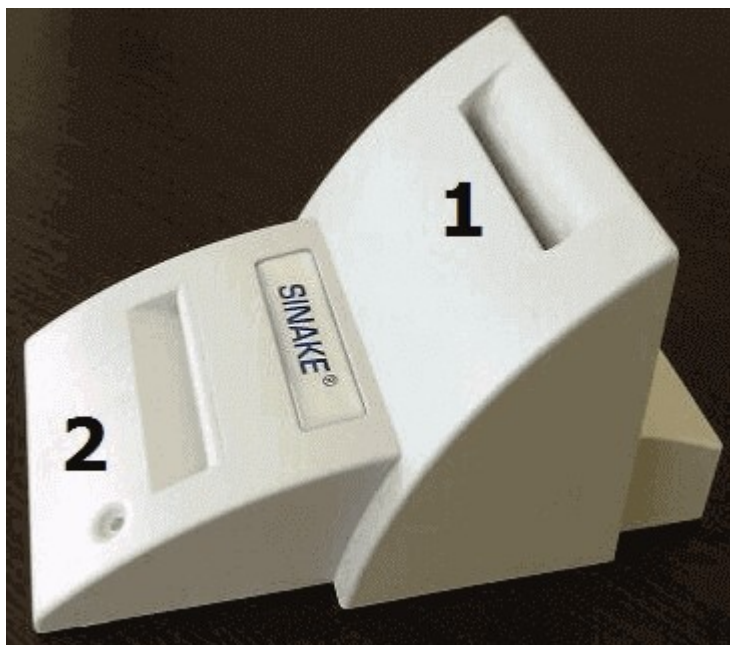
Stan pracy urządzeń sygnalizują:

- a) Czytnik Sinake - dwukolorowa dioda (LED) oraz sygnał dźwiękowy. Po włączeniu zasilania czytnika i wykonaniu procedur instalacyjnych czytnik wysyła cztery krótkie sygnały dźwiękowe i świetlne (w kolorze zielonym).
- b) Czytniki SCR-3310/3311 - jednokolorowa dioda (LED). Po podłączeniu czytnika do portu USB, czytnik wysyła dwa krótkie sygnały świetlne (w kolorze zielonym).

Sterowanie sygnalizacją świetlną i dźwiękową dla czytników odbywa się za pomocą aplikacji zewnętrznej współpracującej z czytnikami - aplikacją mMedica.

### I. Konstrukcja czytników kart chipowych

**Czytnik Sinake:**



W czytniku znajdują się dwie szczeliny przeznaczone do obsługi kart elektronicznych:

- Górna (1) - dla karty pacjenta,
- Dolna (2) - dla karty profesjonalisty (lekarza, pielęgniarki, recepcjonisty, serwisanta, administratora), która od 2011 nie jest wymagana.

Do urządzenia dołączona jest zazwyczaj naklejka (piktogram), który prezentuje sposób wkładania karty pacjenta. Decyzja o umieszczeniu naklejki na urządzeniu należy do użytkownika (może ułatwić przyswojenie procedury).

**Czytnik SCR-3310:**



W czytniku znajduje się jedna szczelina (pozioma) przeznaczona do obsługi kart elektronicznych - kart pacjenta.

#### Czytnik SCR-3311:



W czytniku znajduje się jedna szczelina (pozioma) przeznaczona do obsługi kart elektronicznych - kart pacjenta.

## II. Instalacja czytników kart chipowych

W celu zainstalowania czytników **SCR-3310/3311** należy wykonać następujące czynności:

1. Zainstalować aplikację Microsoft.NET Framework 4, dostępną pod linkiem: [Microsoft.NET Framework4](#)

**Uwaga!** Microsoft.NET Framework 4 zawiera jedynie dodatki do już opublikowanego wcześniej Microsoft.NET Framework 3.5, lecz nie samą aplikację Microsoft.NET Framework w wersji 3.5. Brak zainstalowanej aplikacji Microsoft.NET Framework w wersji 3.5 może skutkować pojawieniem się następującego błędu w momencie logowania do programu mMedica:



W przypadku pojawienia się powyższego komunikatu należy wykonać następujące czynności:

- Odinstalować aplikację: Microsoft.NET Framework 4.
- Dokonać instalacji aplikacji Microsoft.NET Framework 3.5, dostępną pod linkiem: [Microsoft.NET Framework3.5 Service pack 1](#)

- Zainstalować aplikację Microsoft.NET Framework 4, dostępną pod linkiem: [Microsoft.NET Framework4](#)
- Wykonać operację ponownego uruchomienia systemu operacyjnego.

2. Podłączyć czytnik kart SCR-3310/3311 do portu USB. System Windows wykryje urządzenie i zainstaluje sterowniki. Na liście urządzeń powinna pojawić się nast. pozycja:



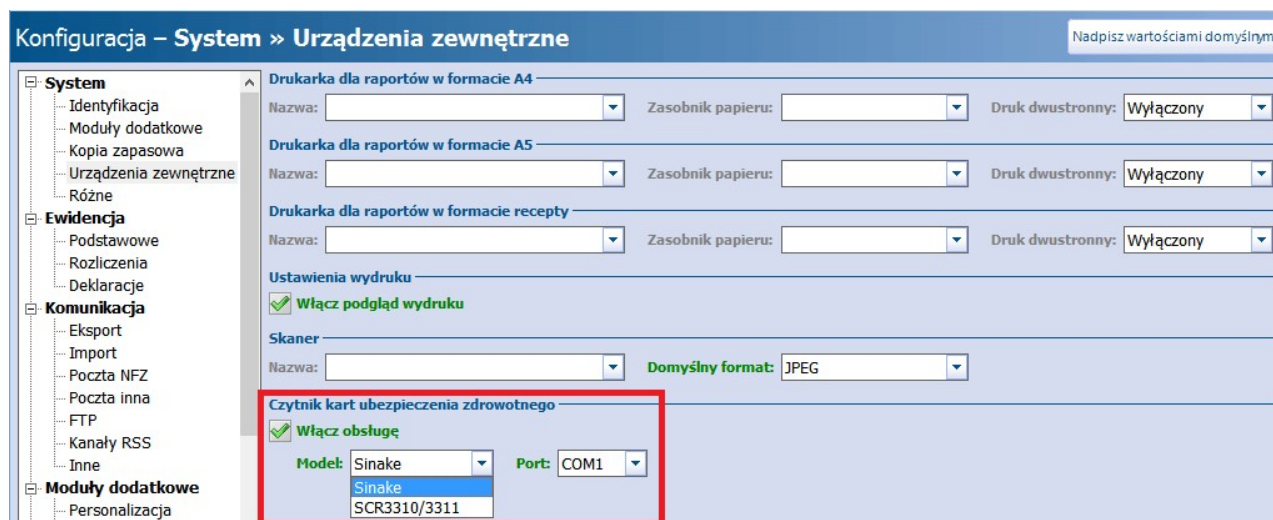
**Uwaga!** Jeśli w menadżerze urządzeń zostanie wyświetlona wartość: "USB Smart Card Reader" zamiast "SCR3311 USB Smart Card Reader" oznacza to, że należy zainstalować dodatkowe sterowniki. Zostały one udostępnione pod linkiem: [RegOW12KPW.bat](#)

Z linku podanego powyżej należy pobrać plik **RegOW12KPW.bat** i umieścić go w katalogu, gdzie zainstalowana jest aplikacja mMedica (domyślnie: dysk C:\Program Files\Asseco\mMedica lub dysk C:\Pliki programów (x86)\Asseco\mMedica). Po umieszczeniu pliku w wymienionym katalogu, należy go uruchomić.

**Uwaga!** Uruchamiając plik RegOW12KPW.bat w systemach Windows Vista i wyższych, należy posiadać uprawnienia administratora. Dodatkowo, uruchomienie pliku w środowisku Windows Vista może utrudniać funkcja "Kontrola konta użytkownika", którą należy wyłączyć na czas uruchamiania pliku.

### III. Konfiguracja czytników kart chipowych

Konfiguracji ustawień czytników na danej stacji roboczej dokonuje się w **Konfiguratorze** (ścieżka: [Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#), sekcja: [System > Urządzenia zewnętrzne](#)), poprzez zaznaczenie [✓] pola **"Włącz obsługę"** i wskazanie odpowiedniego modelu oraz portu, na którym czytnik został zainstalowany.

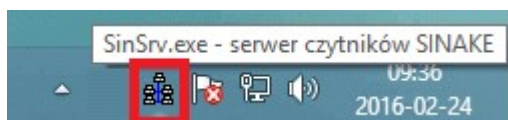


Wykorzystując czytnik kart chipowych:

- a) **Sinake** - w polu "Model" należy wybrać wartość "Sinake", a w polu "Port" z listy rozwijanej wybrać nazwę portu szeregowego, na którym został zainstalowany czytnik.
- b) **SCR 3310/3311**- w polu "Model" należy wybrać wartość "SCR 3310/3311". Nazwy portu nie wybiera się.

Czytnik **Sinake** jest obsługiwany przez odpowiedni program sterujący, który musi być uruchomiony w czasie

pracy czytnika. W przypadku programu mMedica czytnikiem steruje program **SinSrv.exe**, który uruchamiany jest automatycznie po prawidłowym zainstalowaniu czytnika i skonfigurowaniu go w programie. Ikona serwera czytników Sinake znajduje się zawsze w pasku zadań Windowsa (zdz. poniżej). Jeśli z jakiegoś powodu program SinSrv.exe nie uruchamia się automatycznie, należy uruchomić go ręcznie - poprzez otwarcie pliku SinSrv.exe, znajdującego się w katalogu, gdzie zainstalowana jest mMedica.



W przypadku wystąpienia problemów z obsługą czytnika kart chipowych Sinake, należy skorzystać z aplikacji testującej czytnik kart **Sinake TEST**, która znajduje się w katalogu mMedici (domyślnie: dysk C:\Program Files\Asseco\mMedica lub dysk C:\Pliki programów (x86)\Asseco\mMedica).

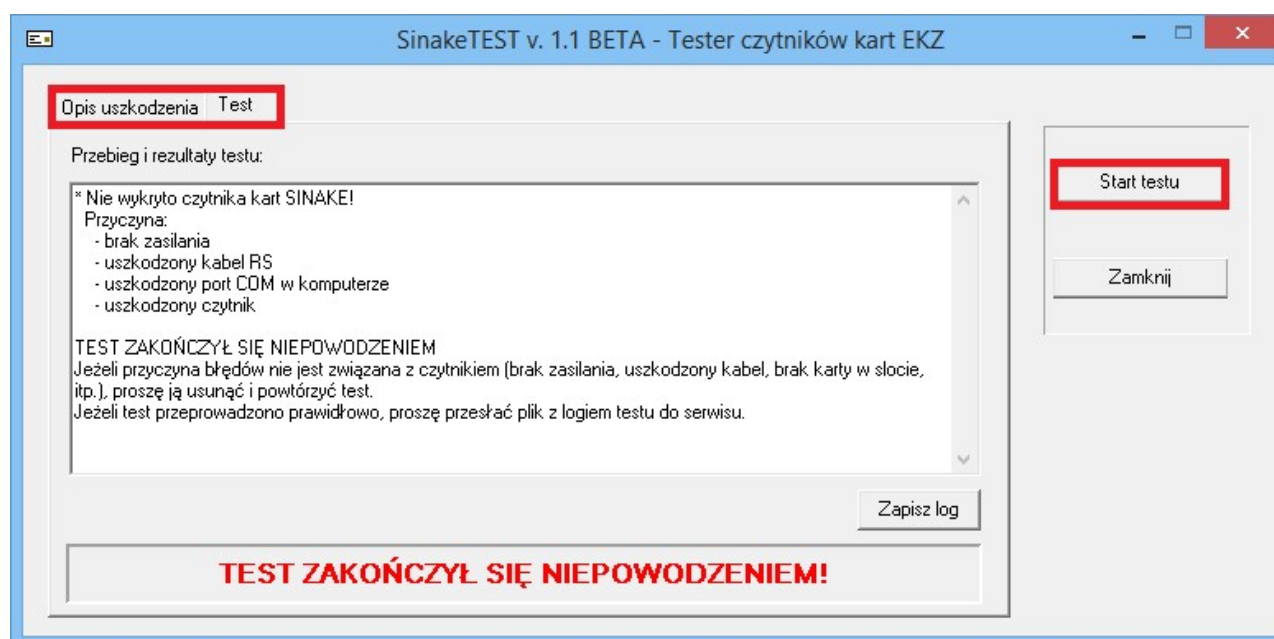
Po przejściu do powyższej ścieżki należy wykonać następujące czynności:

1. Otworzyć dwuklikiem aplikację SinakeTest.
2. Zatrzymać serwer czytników SinSrv.exe uruchomiony w systemie. W tym celu należy otworzyć Menedżer zadań Windows i na zakładce "Szczegóły" zakończyć zadanie dla procesu **sinsrv.exe**.
3. W oknie "SinakeTest" na zakładce "Opis uszkodzenia" wybrać przycisk **Start testu**, a następnie przycisk **Dalej >>**. Wyświetlony zostanie poniższy komunikat, który należy zatwierdzić:

Proszę podłączyć czytnik do komputera, włączyć zasilanie, umieścić kartę profesjonalisty i pacjenta w odpowiednich slotach i nacisnąć OK.

OK      Aunluj

4. Po chwili na zakładce "Test" zostanie wyświetlony wynik testu wraz z zaleceniami, które mogą pomóc usunąć usterkę:



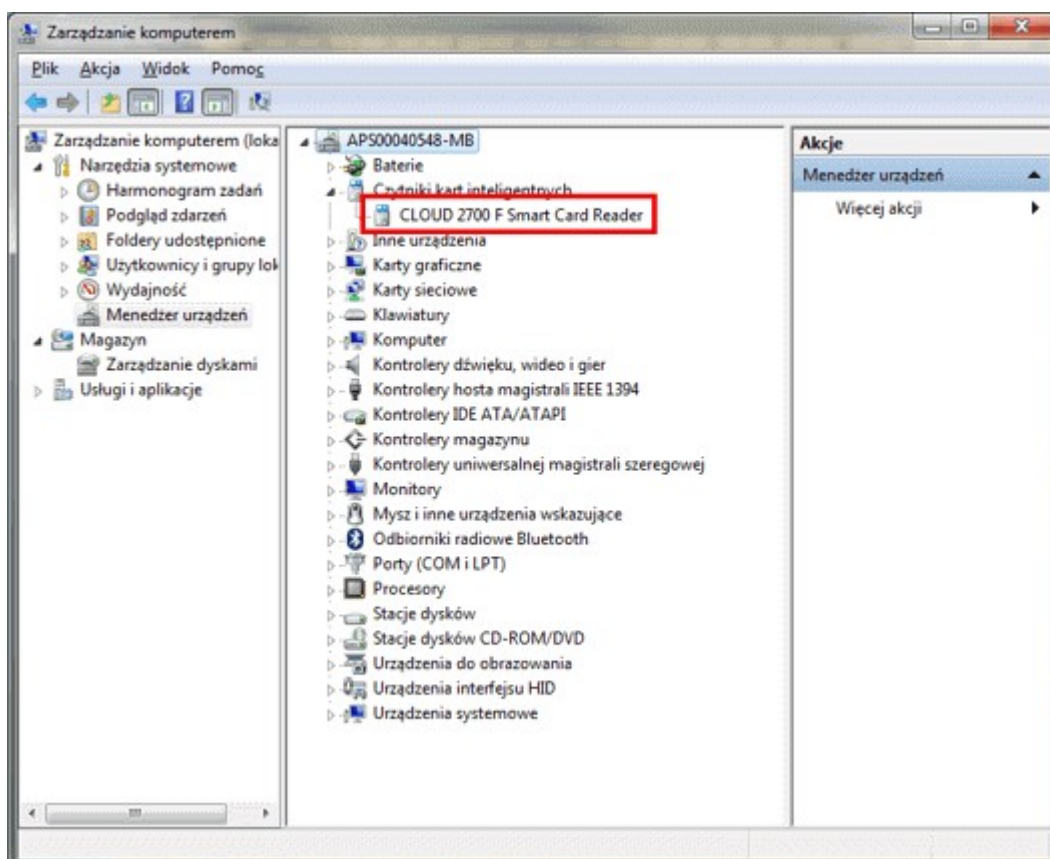


## 23.3.2 Identive CLOUD 2700F

Czytnik **Identive CLOUD 2700F** to unowocześniony następca niedostępnych już czytników SCR-3310/3311. Nowy model jest kompatybilny wstecznie i odczytuje karty chipowe.

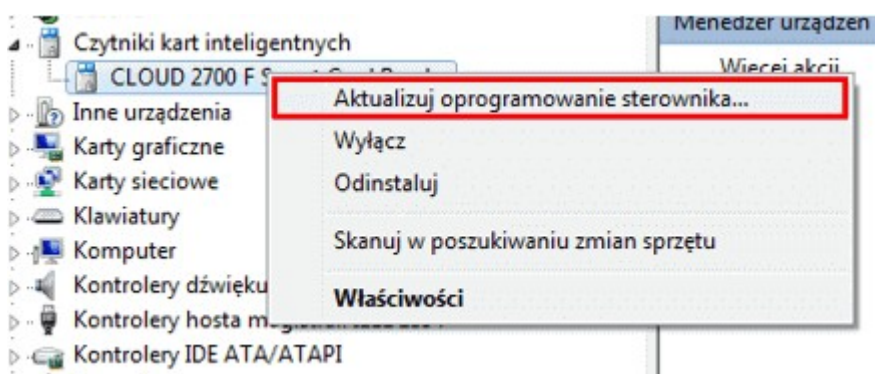
W poniższym opisie przedstawiono instalację czytnika Identive CLOUD 2700F w systemach Windows Vista i Windows 7.

Po podłączeniu czytnika do komputera, na liście urządzeń powinna pojawić się pozycja **CLOUD 2700 F Smart Card Reader**.



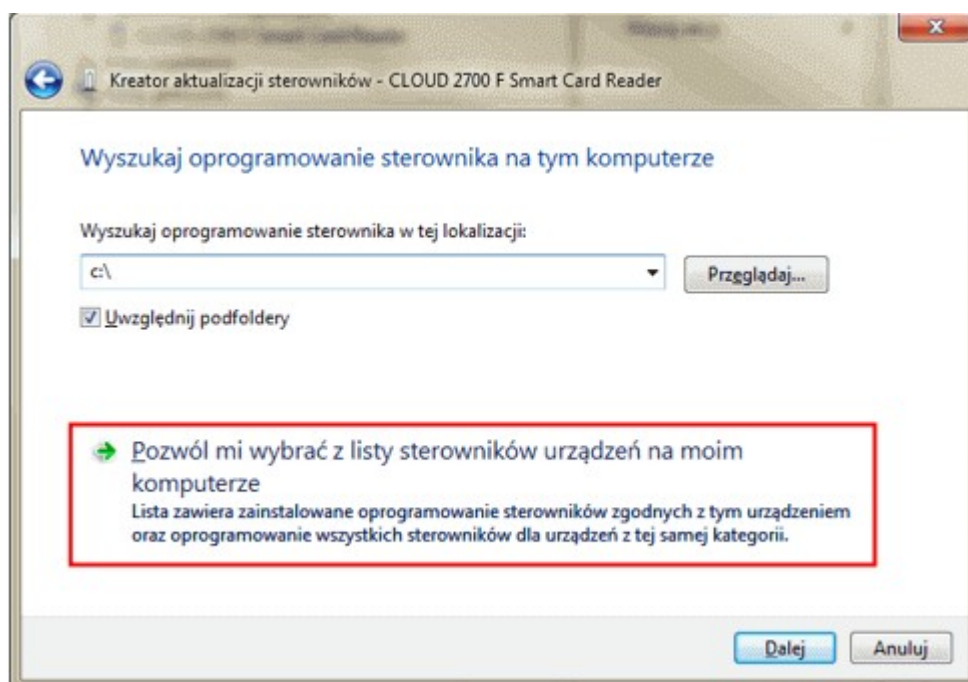
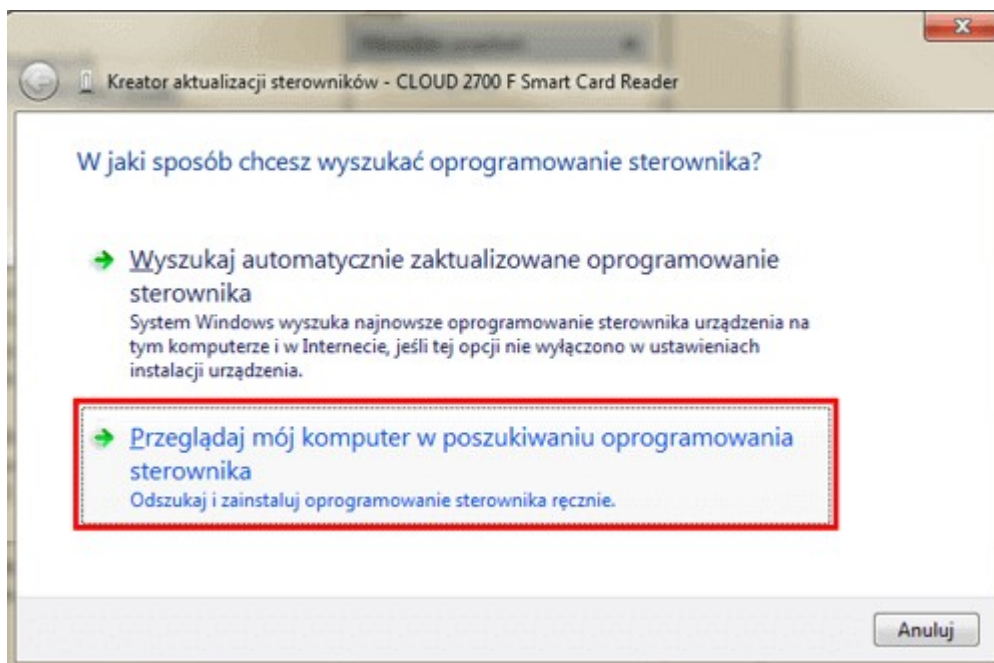
Aby urządzenie działało z aplikacją mMedica musi zostać zainstalowane jako **SCR33x USB Smart Card Reader**. W tym celu należy pobrać sterowniki ze strony: [http://mmedica-download.asseco.pl/inst/inne/SCR3xxx\\_win\\_vista\\_win7\\_drivers.zip](http://mmedica-download.asseco.pl/inst/inne/SCR3xxx_win_vista_win7_drivers.zip)

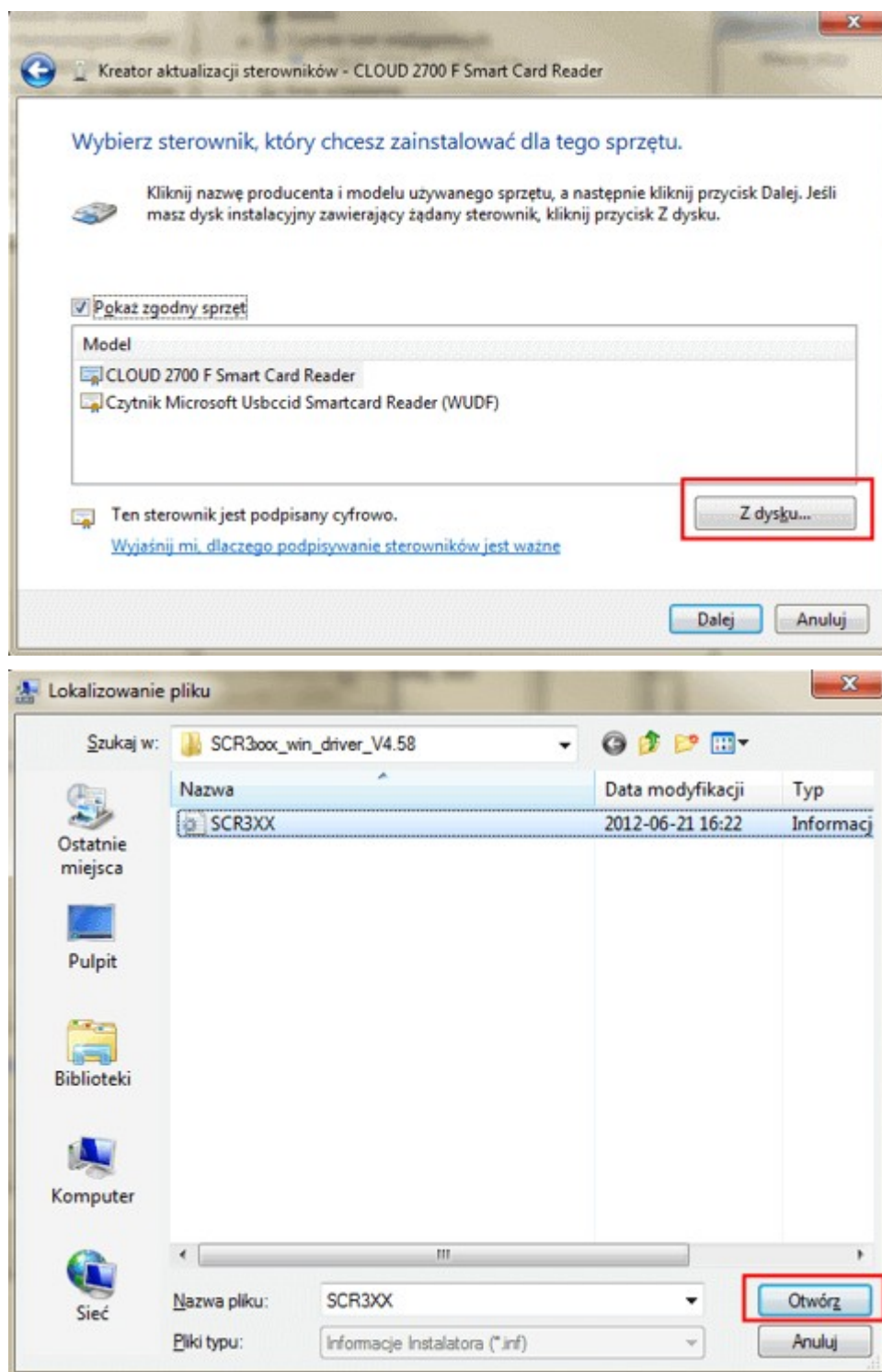
Następnie należy zaktualizować sterownik urządzenia poprzez kliknięcie prawym przyciskiem myszki na nazwie urządzenia oraz wybranie opcji **Aktualizuj oprogramowanie sterownika...**

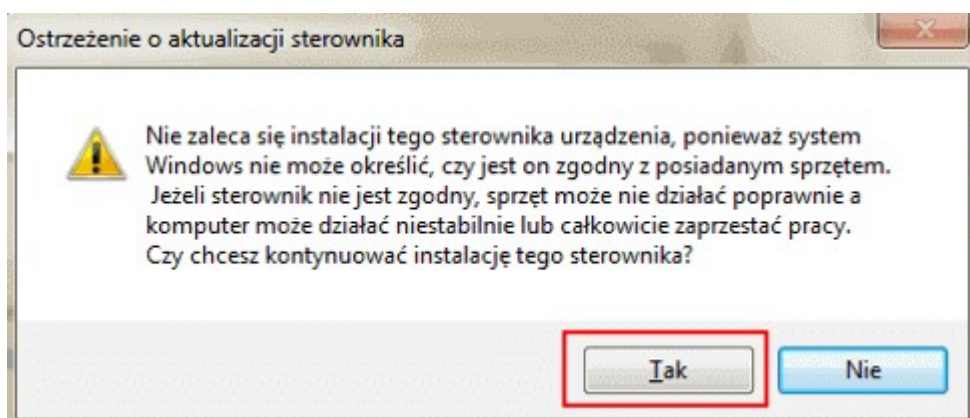
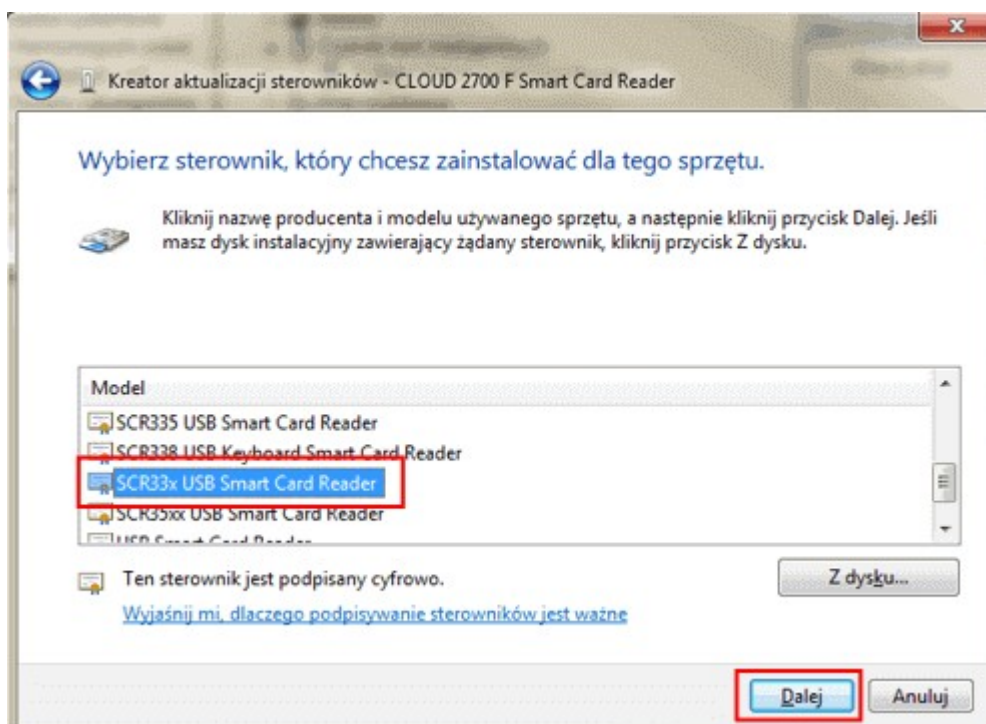


W dalszej kolejności należy postępować zgodnie z instrukcjami oznaczonymi na poniższych screen'ach

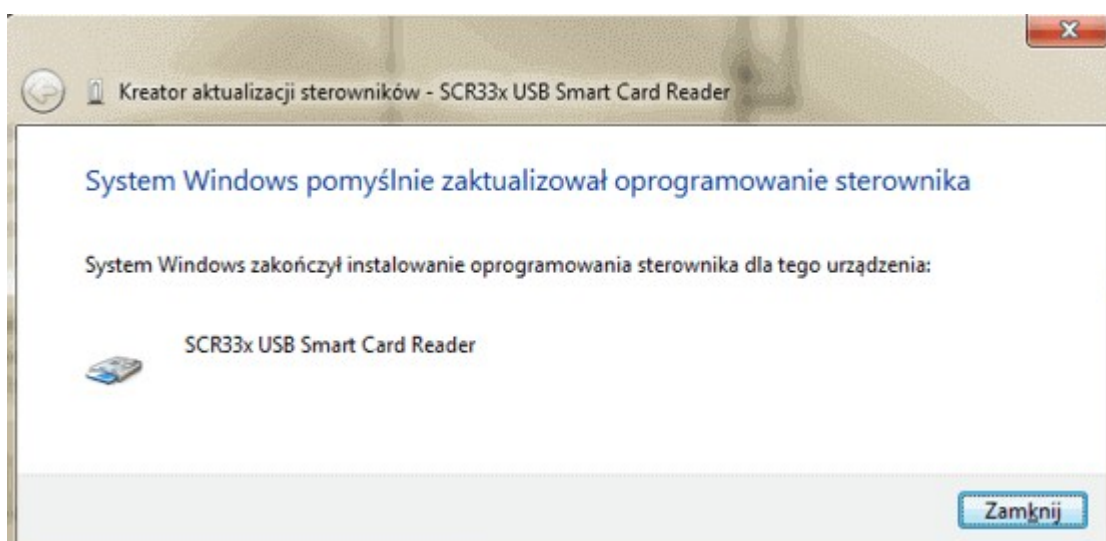
kolorem czerwonym.







W efekcie powyższych działań otrzymujemy zainstalowane na nowo urządzenie.



Po pomyślnym zainstalowaniu czytnika Identive CLOUD 2700F na komputerze, należy wskazać go w

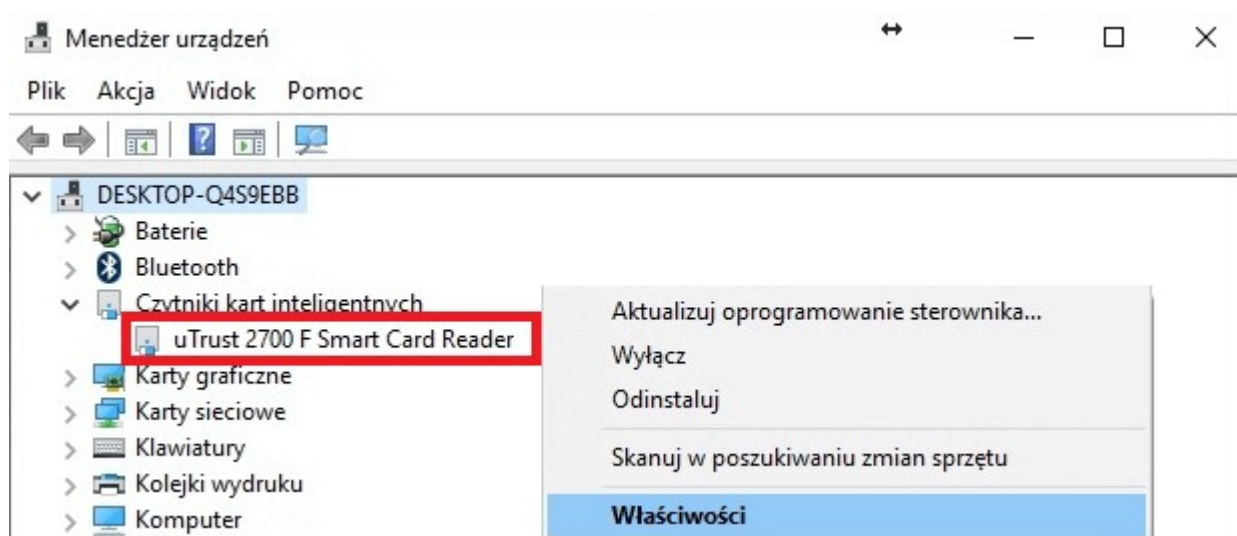


Konfiguratorze programu mMedica zgodnie z instrukcją opisaną w: [Sinake, SCR-3310/3311](#).

### 23.3.3 Instalacja Identive CLOUD w systemach Win. 8 i 10

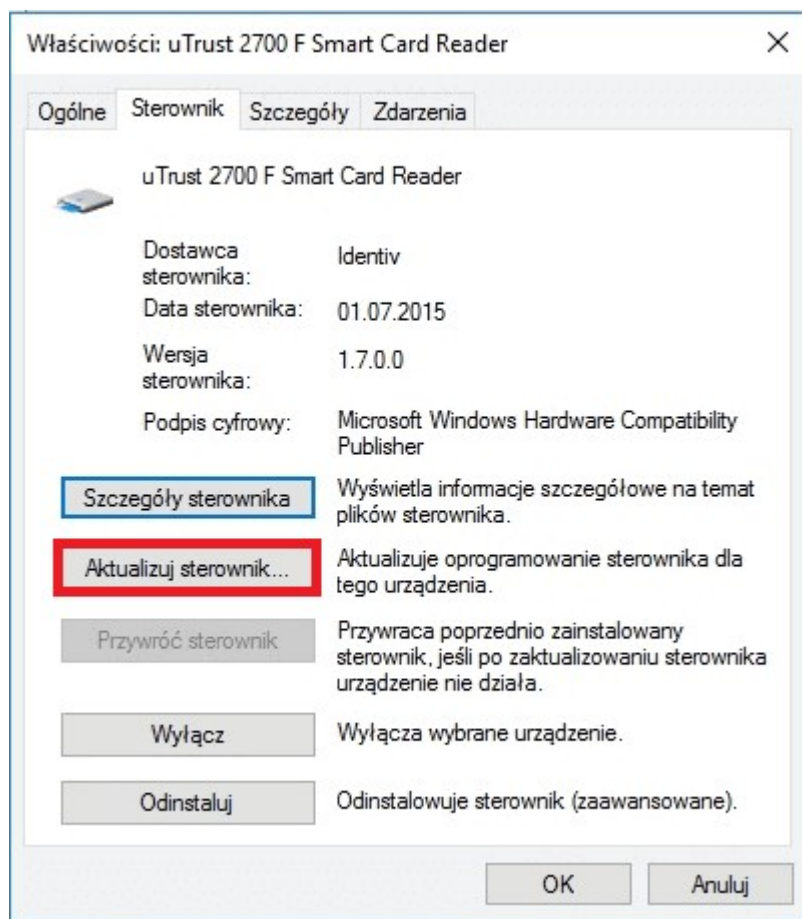
W poniższym opisie przedstawiono instalację czytnika Identive CLOUD 2700F w systemach Windows 8 i 10. Przed rozpoczęciem instalacji należy pobrać sterowniki, dostępne po kliknięciu w link: [http://mmedica-download.asseco.pl/inst/inne/SCR3xxx\\_win\\_8\\_10\\_drivers.zip](http://mmedica-download.asseco.pl/inst/inne/SCR3xxx_win_8_10_drivers.zip)

Po podłączeniu czytnika do portu USB, na liście urządzeń powinna pojawić się pozycja **uTrust 2700 F Smart Card Reader**. Należy kliknąć na nią prawym przyciskiem myszy i wybrać opcję **Właściwości**.



Po przejściu na zakładkę *Sterownik* należy wybrać przycisk **Aktualizuj sterownik**.





W kolejnych oknach wybrać opcje zgodnie z zaznaczeniem przedstawionym na poniższych screenach:



← Kreator aktualizacji sterowników - uTrust 2700 F Smart Card Reader

W jaki sposób chcesz wyszukać oprogramowanie sterownika?

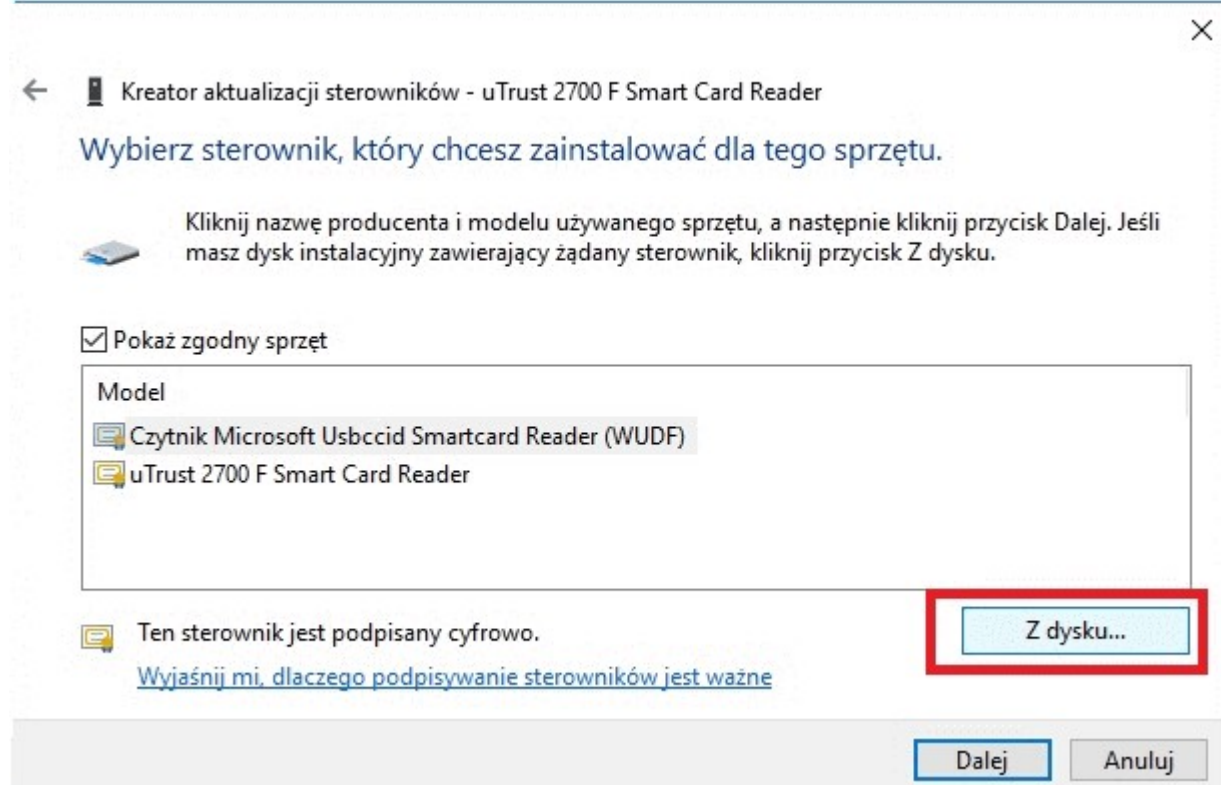
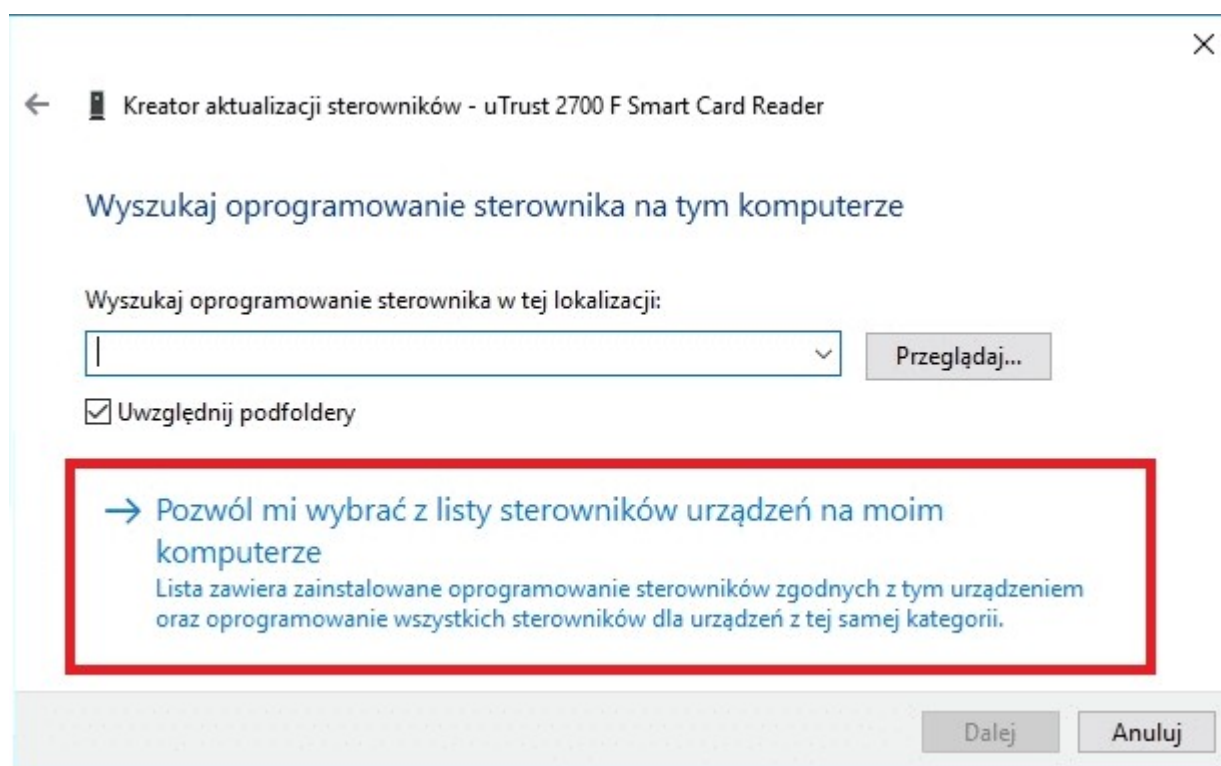
→ Wyszukaj automatycznie zaktualizowane oprogramowanie sterownika

System Windows wyszuka najnowsze oprogramowanie sterownika urządzenia na tym komputerze i w Internecie, jeśli tej opcji nie wyłączono w ustawieniach instalacji urządzenia.

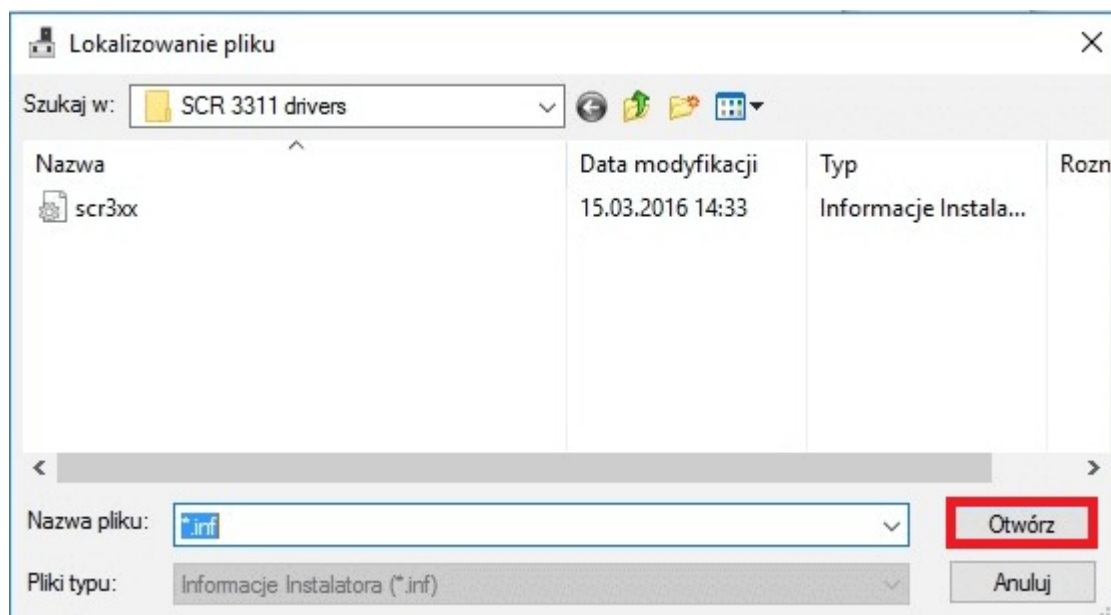
**→ Przeglądaj mój komputer w poszukiwaniu oprogramowania sterownika**

Odszukaj i zainstaluj oprogramowanie sterownika ręcznie.

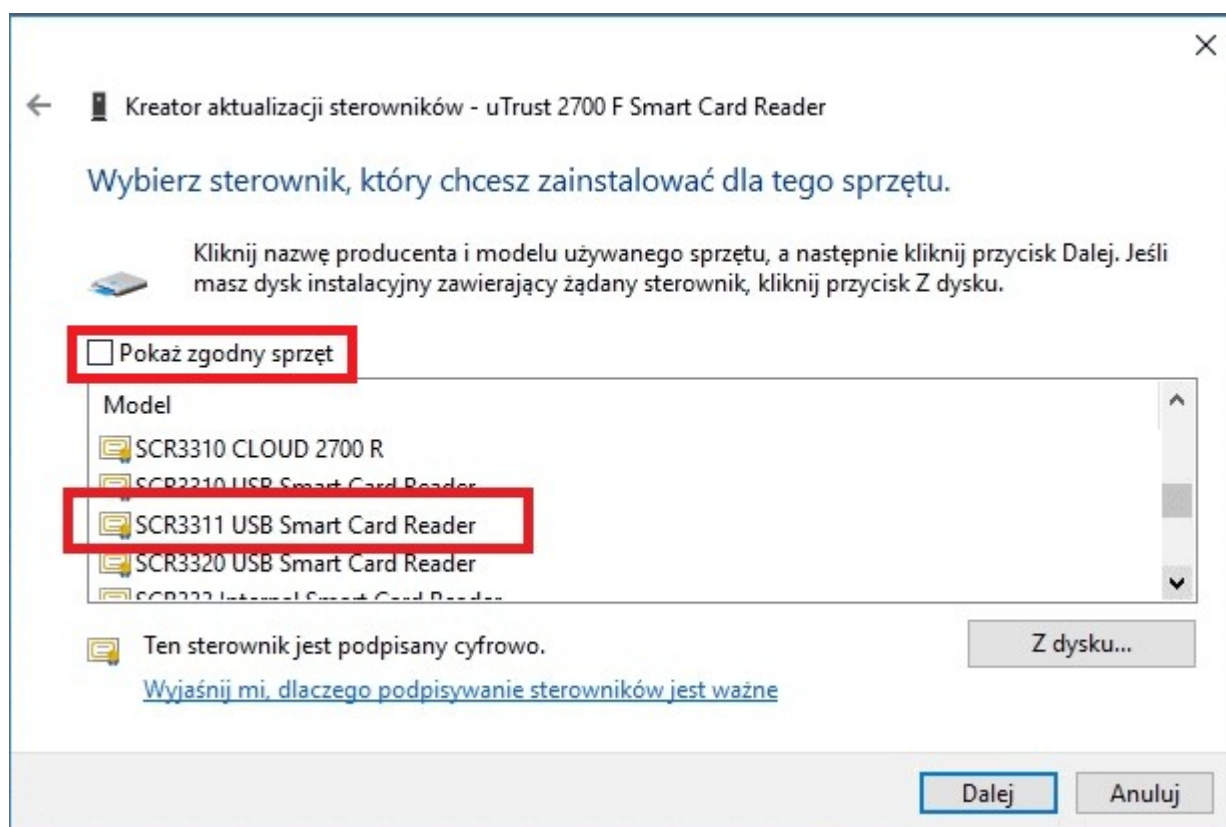
Anuluj



Wskazać folder zawierający drivery dla czytnika SCR3311, pobrany z linku powyżej i zapisany na dysku komputera.



Usunąć zaznaczenie w polu **Pokaż zgodny sprzęt** i zaznaczyć na liście model **SCR3311 USB Smart Card Reader**. Następnie wybrać przycisk **Dalej**.



Potwierdzić ostrzeżenie dotyczące aktualizacji sterownika.

### Ostrzeżenie o aktualizacji sterownika



Nie zaleca się instalacji tego sterownika urządzenia, ponieważ system Windows nie może określić, czy jest on zgodny z posiadanym sprzętem. Jeżeli sterownik nie jest zgodny, sprzęt może nie działać poprawnie a komputer może działać niestabilnie lub całkowicie zaprzestać pracy. Czy chcesz kontynuować instalację tego sterownika?

Tak

Nie

Pomyślne zaktualizowanie oprogramowania sterownika potwierdzone zostanie poniższym komunikatem. Tak zainstalowany czytnik Identive CLOUD 2700F należy wskazać w Konfiguratorze programu mMedica, zgodnie z instrukcją opisaną w: [Sinake, SCR-3310/3311](#).



## 23.4 Czytniki kodów kreskowych

W systemie mMedica można wykorzystać jedynie czytniki kodów kreskowych z diodami świecącymi i podłączane do komputera równolegle z klawiaturą poprzez kabel z przejściówką. Czytniki laserowe oraz podłączane do portu szeregowego nie będą współpracować z systemem.

Czytnik kodów kreskowych należy zaprogramować stosownie do wymogów stawianych przez system. A zatem:

- Musi odczytywać kody kreskowe w standardzie Interleaved 2 of 5.
- Może odczytywać kody o maksymalnej długości 20 znaków.
- Może mieć ustawione ograniczenie od dołu 20 znaków tak, aby odczytywał tylko kody kreskowe numerów kuponów (wtedy nie będzie mógł odczytywać 8-cyfrowych kodów RUM lekarzy z pieczętek, ale też nie będzie "czytał" słoï z drewnianego stołu i innych kodów kreskowych). Można też zastosować dolne ograniczenie 10 znaków, aby odczytywał kody kreskowe numerów kart na kartach identyfikacyjnych pacjenta (w oknie *Rejestracja* jest dostępna opcja wyszukiwania pacjenta po numerze karty).
- Po odczytaniu kodu czytnik musi automatycznie wprowadzić znak ENTER.
- Powinien działać w trybie automatycznego wyzwalania tak, aby podłożony kod został odczytany bez naciskania przez operatora dodatkowych przycisków.
- Warto dodatkowo wyłączyć obsługę kodów kreskowych innych standardów. Ograniczy się w ten sposób

przypadkowe odczyty innych kodów kreskowych.













W niniejszym rozdziale zamieszczono kody programujące dla modeli czytników aktualnie wykorzystywanych w systemie mMedica, które przeszły rygorystyczne testy odczytu kodów słabej jakości, tj.:

- [Pharmascan II](#)
- [DataLogic DLC7070](#)
- [WelchAllyn IT3800 LR \(ScanMed II\)](#)
- [WelchAllyn IT3400 LR](#)
- [HHP 3800G](#)
- [NUMA BC-2000](#)

## 23.4.1 Czytnik Pharmascan II

Wyzwalanie automatyczne z ciągłym oświetleniem.

W celu zaprogramowania czytnika kodów kreskowych Pharmascan II na potrzeby systemu mMedica, należy wczytać wszystkie kody w kolejności od 1 do 20.

			
1	Wejście w tryb programowania	11	ITF min
			
2	Ustaw parametry domyślne	12	0
			
3	IBM PC AT	13	8
			
4	Tryb automatyczny	14	Ustaw
			
5	Opóźnienie między znakami 10 ms	15	ITF max
			
6	Code 39 - nie odczytuj	16	2



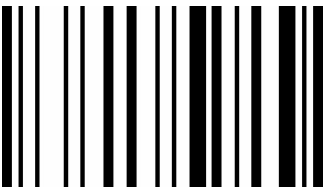

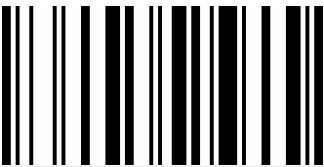
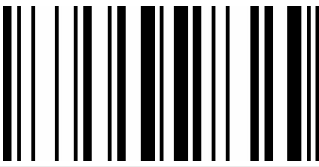

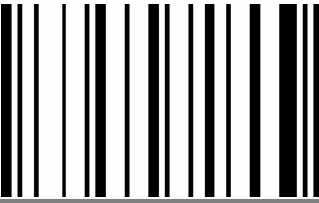
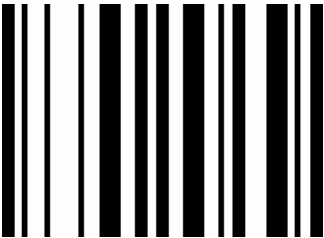
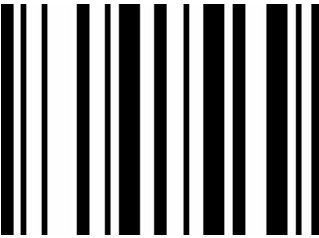
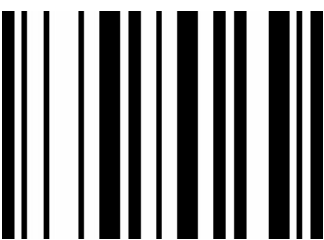


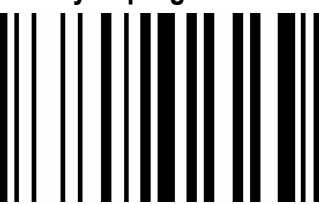
			
7	Codabar – nie odczytuj	17	0
			
8	UPC/EAN – nie odczytuj	18	Ustaw
			
9	Code 128 – nie odczytuj	19	Terminator - Enter
			
10	Code 93 – nie odczytuj	20	Wyjście z trybu programowania

## 23.4.2 Czytnik DLC7070

Wyzwalanie automatyczne z ciągłym oświetleniem.

W celu zaprogramowania czytnika kodów kreskowych DataLogic DLC7070 na potrzeby systemu mMedica, należy wczytać wszystkie kody w kolejności od 1 do 14. Po wejściu w tryb programowania (kod 2), prawidłowe wprowadzenie kodów od 3 do 13 będzie sygnalizowane pojedynczym cichym sygnałem. Jeżeli będzie potrójny cichy sygnał błędu, należy wyjść z trybu programowania (kod 14) i od początku wczytać wszystkie kody.

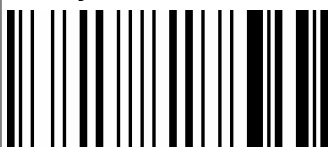
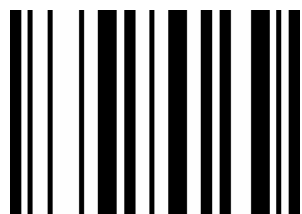
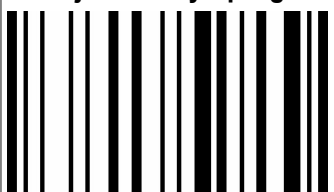

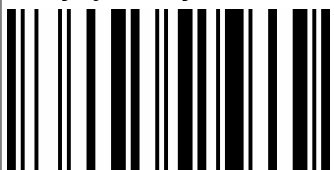
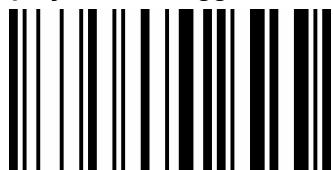
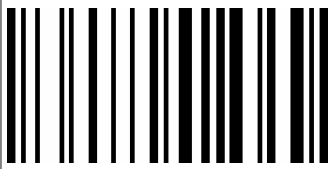
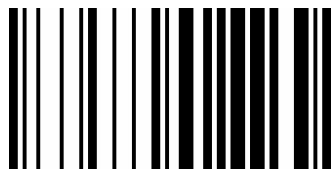
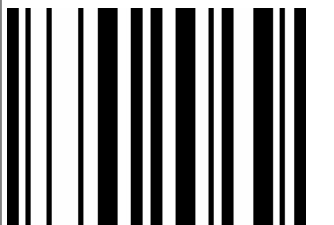
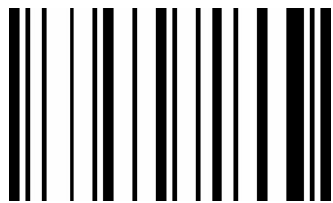
<b>1. Przywróć ustawienia domyślne</b> 	<b>8. Max. 20 znaków</b> 
<b>2. Wejście w tryb programowania</b>	<b>9.</b>

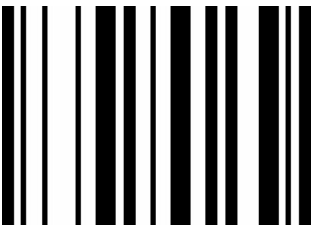

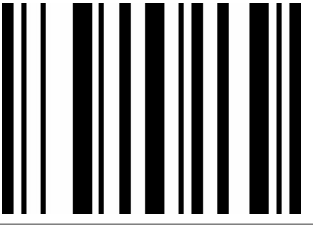
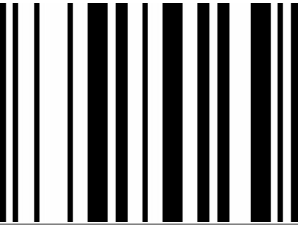
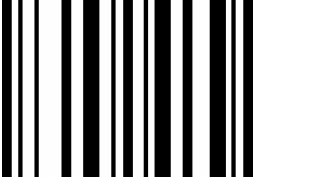
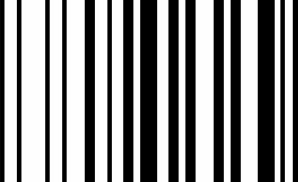
	
3. Wyłącz wszystkie rodziny kodów 	10. Wyzwalanie programowe "Flash" 
4. Odczytuj Interleaved 2 of 5 	11. Opóźn. odczytu tego samego kodu 
5. Bez cyfry kontrolnej 	12. 3,0 sek. 
6. Min. 8 znaków 	13. 
7. 	14. Wyjście z trybu programowania 

Wyzwalanie automatyczne z ręcznym wyłącznikiem oświetlenia.

Poniższe ustawienia czytnika kodów kreskowych DataLogic DLC7070 są podobne do poprzednich, z tym że użytkownik ma dodatkowo możliwość włączania i wyłączania dokuczliwego dla oczu oświetlenia czytnika przyciskiem na ręczce.

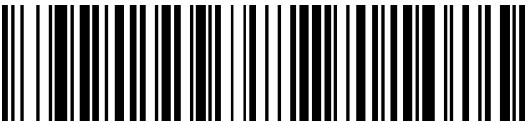




W celu zaprogramowania czytnika, należy wczytać wszystkie kody w kolejności od 1 do 16. Po wejściu w tryb programowania (kod 2), prawidłowe wprowadzenie kodów od 3 do 15 będzie sygnalizowane pojedynczym cichym sygnałem. Jeżeli będzie potrójny cichy sygnał błędu, należy wyjść z trybu programowania (kod 16) i od początku wczytać wszystkie kody.

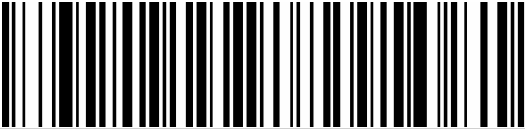
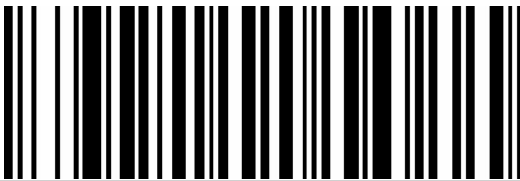

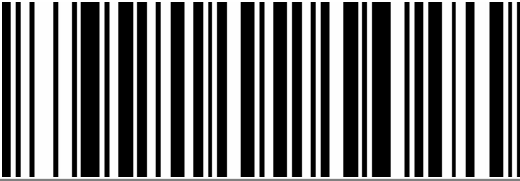
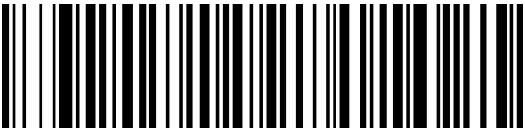


<b>1. Przywróć ustawienia domyślne</b> 	<b>9.</b> 
<b>2. Wejście w tryb programowania</b> 	<b>10. Wyzwalanie sprzętowe</b> 
<b>3. Wyłącz wszystkie rodziny kodów</b> 	<b>11. Działanie przycisku – Trigger Pulse</b> 
<b>4. Odczytuj Interleaved 2 of 5</b> 	<b>12. Wiele odczytów w jednym cyklu</b> 
<b>5. Bez cyfry kontrolnej</b> 	<b>13. Opóźn. odczytu tego samego kodu</b> 
<b>6. Min. 8 znaków</b>	<b>14. 3,0 sek.</b>

	
7. 	15. 
8. Max. 20 znaków 	16. Wyjście z trybu programowania 

### 23.4.3 Czytnik IT3800 LR

W celu zaprogramowania czytnika kodów kreskowych WelchAllyn IT3800 LR – ScanMed II na potrzeby systemu mMedica, należy wczytać wszystkie kody w kolejności od 1 do 13.

1. Opóźnienie pomiędzy kolejnymi odczytami – średnie 	8. 
2. Opóźnienie pomiędzy kolejnymi poprawnymi odczytami - średnie 	9. Zapisz 
3. Tryb wyzwalania czytnika – automatyczny 	10. Maksymalna długość kodu 
4. Znak ENTER jako Suffix 	11. 20 znaków 

	
5. Interleaved 2 of 5 – parametry domyślne 	12. 
6. Minimalna długość kodu 	13. Zapisz 
7. 8 znaków 	

### 23.4.4 Czytnik IT3400 LR

W celu zaprogramowania czytnika kodów kreskowych WelchAllyn IT3400 na potrzeby systemu mMedica, należy wczytać wszystkie kody w kolejności od 1 do 13.

1. 	8. 
2. 	9. 
3. 	10. 



	
4. 	11. 
5. 	12. 
6. 	13. 
7. 	

## 23.4.5 Czytnik HHP 3800G

W celu konfiguracji parametrów skanera należy podłączyć skaner za pomocą portu USB. Następnie należy zeskanować kolejno wszystkie kody znajdujące się w tabeli konfiguracyjnej dla odpowiedniego skanera. Po zeskanowaniu ostatniego kodu, skaner jest gotowy do użycia. Konfiguracje skanerów uwzględniają następujące parametry:

PARAMETR	WARTOŚĆ
Typ kodu	<i>Interleaved 2 z 5</i>
Komunikacja	<i>USB (na port klawiatury)</i>
Opóźnienie między przesyłanymi znakami	<i>10 ms</i>
Znak kończący odczytany kod	<i>ENTER</i>
Typ wyzwiania skanera	<i>Automatyczny</i>

Przywrócenie ustawień fabrycznych

Ustawienie trybu pracy na USB KEYBOARD

Ustawienie trybu pracy na: ciągły (wł./wył. Za pomocą przycisku)

Włączenie znaków kończących kod: CR

Wyłączenie wszystkich typów kodów

Włączenie obsługi odczytu kodu <u>Interleaved 2 z 5</u>

Ustawienie minimalnej długości kodu: 20 znaków

Wprowadzanie wartości parametru


Wprowadzanie wartości parametru

Potwierdzenie konfiguracji

Ustawienie maksymalnej długości kodu: 20 znaków

Wprowadzanie wartości parametru

Wprowadzanie wartości parametru

Potwierdzenie konfiguracji

Ustawienie czasu opóźnienia między znakami: 10 ms

Wprowadzanie wartości parametru


Wprowadzanie wartości parametru



Zakończenie konfiguracji parametrów skanera





## 23.4.6 Czytnik NUMA BC-2000

W celu zaprogramowania czytnika kodów kreskowych NUMA BC-2000 na potrzeby systemu mMedica, należy zeskanować kolejno wszystkie kody znajdujące się w poniższej tabeli konfiguracyjnej.

Rozpoczęcie konfiguracji	
Przywrócenie ustawień fabrycznych	
Zakończenie wprowadzania ustawień fabrycznych	
Rozpoczęcie konfiguracji parametrów skanera	
Ustawienie trybu pracy na USB KEYBOARD	
Ustawienie trybu pracy na: ciągły (flash, wł./wył. Za pomocą przycisku)	
Włączenie znaków kończących kod: CR	
Włączenie obsługi odczytu kodu Interleaved 2 z 5	

Wyłączenie pozostałych typów kodów	
	       
Ustawienie minimalnej długości kodu: 20 znaków	
	
Wprowadzanie wartości parametru	
	

Wprowadzanie wartości parametru

Potwierdzenie konfiguracji

Zakończenie konfiguracji parametrów skanera

Wprowadzanie wartości parametru

Potwierdzenie konfiguracji

Zakończenie konfiguracji parametrów skanera


## 23.5 Skanowanie dokumentów

W programie mMedica istnieje funkcjonalność umożliwiająca zeskanowanie dokumentu, znajdującego się we wskazanym urządzeniu skanującym, a następnie dołączenie go w formie załącznika w wybranym miejscu w programie.

Z programem mMedica współpracuje większość skanerów dostępnych na rynku, po prawidłowym skonfigurowaniu ich w systemie operacyjnym i w programie mMedica. Konfiguracji urządzenia na danej stacji roboczej dokonuje się w Konfiguratorze w ścieżce: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [System](#) > [Urządzenia zewnętrzne](#). W sekcji *Skaner* określa się szczegółowe parametry urządzenia:

- **Nazwa** - skaner zainstalowany w systemie operacyjnym, który będzie wykorzystywany w ramach danej stacji roboczej do skanowania dokumentów.
- **Domyślny format** - domyślny format zapisu zeskanowanych załączników. Możliwe formaty do wyboru: JPEG, PDF, TIFF.
- **Jakość** - domyślna jakość skanowanych dokumentów. Domyślnie podpowiadana jest jakość wynosząca 90%.

Skaner

Nazwa:

Domyślny format:

Jakość:

Bazując na doświadczeniu, dostawca oprogramowania rekomenduje zmianę rozdzielczości skanowania na użytkowanych urządzeniach, w celu wyeliminowania znacznego przyrostu bazy danych. Ze względu na fakt, iż wszystkie zeskanowane dokumenty zapisywane są w bazie danych programu mMedica, zaleca się skanowanie dokumentów tekstowych w jak najmniejszej rozdzielczości, o ile są one dobrej jakości (brak zabrudzeń, zagięć/załamań kartek itp.).

W związku z powyższym opracowano zalecenia w zakresie rozdzielczości i kolorystyki dokumentów skanowanych i dołączanych do bazy programu mMedica.

#### 1. Rozdzielczość skanowanych dokumentów:

- 72-96 dpi (zalecana domyślnie)** - jakość właściwa dla większości dokumentów tekstowych. Nie przyczynia się do nadmiernego rozrostu bazy danych.
- 96-200 dpi (zalecana warunkowo)** - jakość dobra, pozwalająca na odczytanie dokumentów zawierających zawartość mieszaną (tekst + grafika) oraz zawierającą bloki tekstu lub pojedyncze zdania zapisane względnie małą czcionką (np. 8-9). Stosować ją można też w przypadku dokumentów źródłowych gorszej jakości (zamazania, pomięte/wygięte itp.).
- Powyżej 200 dpi (niezalecana)** - bardzo dobra jakość, niezalecana dla większości dokumentów ze względu na nadmierny przyrost bazy danych. Stosować wyłącznie w przypadkach uzasadnionych, np. względy medyczne, lub w sytuacji gdy jakość dokumentu papierowego jest na tyle fatalna, że jedynie w wyższej rozdzielczości będą widoczne istotne medycznie dane.

#### 2. Grafika skanowanych dokumentów:

- Czarno-biała (zalecana domyślnie)** – dla dokumentów tekstowych.
- Skala szarości (zalecana warunkowo)** - dopuszczalna dla grafik oraz dokumentów z treścią mieszaną (tekst + grafika).
- Kolor (niezalecana)** – stosowanie niezalecane, chyba że uzasadnione względy medyczne nakazą dany dokument zeskanować w postaci kolorowej.

Skanowania dokumentów dokonuje się na formatkach i w oknach dialogowych, w których istnieje możliwość dołączenia dokumentów. Do tego celu dedykowana jest zakładka lub sekcja *Załączniki*, która występuje w nast. miejscach:

- Dokumenty ubezpieczeniowe pacjenta - np. oświadczenie, dokument UE, IMIR itd.
- Dane medyczne pacjenta - np. badanie laboratoryjne, sanatoria, hospitalizacje, zabiegi itp.



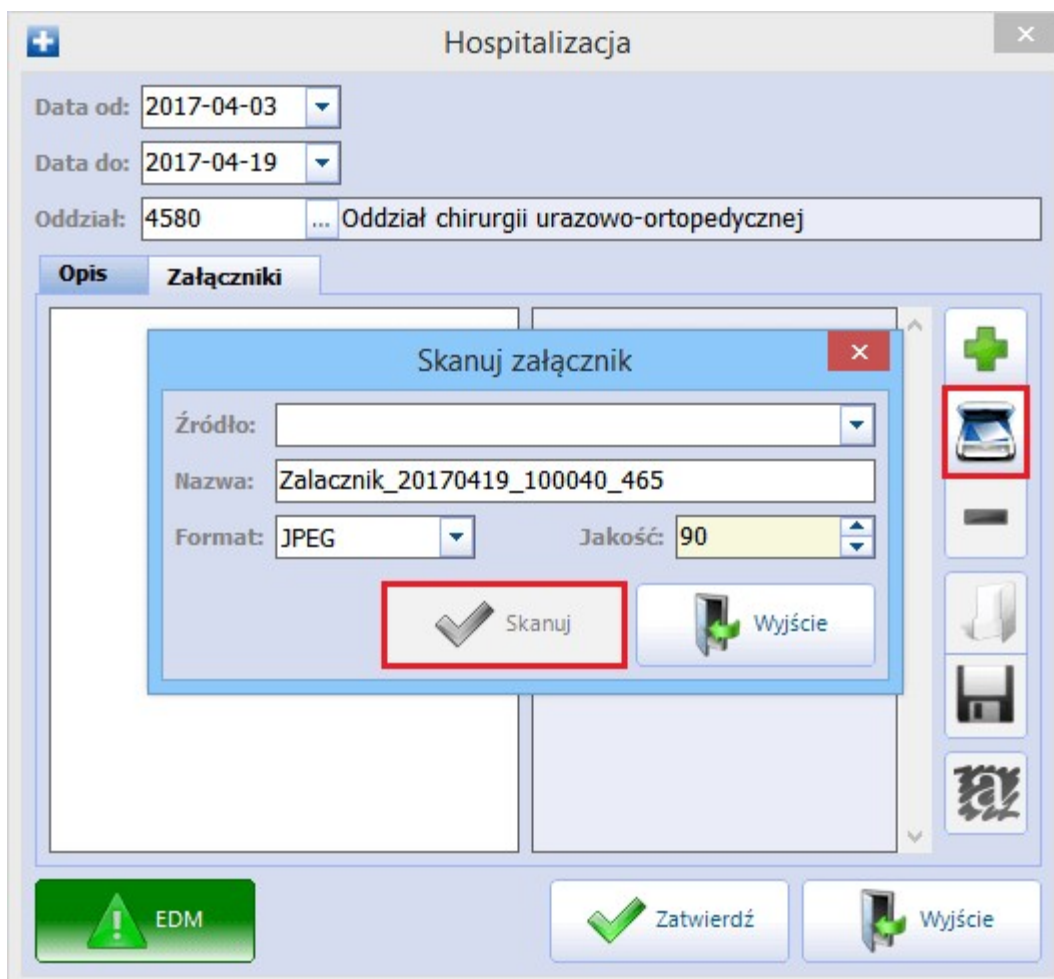
Tam, gdzie możliwe jest zeskanowanie dokumentu będzie również występował przycisk **Skanuj załącznik**.

Aby dokonać równoczesnego zeskanowania i dołączenia dokumentu do elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta, należy wykonać poniższe czynności:

- Przejsć do formatki programu lub wywołać okno dialogowe, w którym istnieje możliwość zeskanowania i dołączenia załącznika. W omawianym przykładzie ewidencjonowana jest hospitalizacja pacjenta w ścieżce: [Kartoteka pacjentów](#) > [Dane medyczne](#) > [Hospitalizacje](#).
- W otwartym oknie dialogowym przejść na zakładkę *Załączniki* i wybrać przycisk **Skanuj załącznik**.
- W oknie *Skanuj załącznik* wskazać:
  - urządzenie skanujące, które będzie wykorzystywane do pracy (pole "Źródło").
  - nadać nazwę skanowanemu załącznikowi. Domyślnie podpowiadana nazwą jest "Załącznik..." wraz z podaniem daty i godziny operacji oraz numer kolejny skanowanego dokumentu.
  - określić format i jakość skanowanego załącznika.

Dane w polach "Źródło", "Format" oraz "Jakość" podpowiadane są automatycznie na podstawie danych zdefiniowanych w Konfiguratorze programu.

4. Włączyć urządzenie skanujące, które będzie wykorzystywane do pracy i włożyć do niego dokument/y.
5. Rozpocząć proces skanowania za pomocą przycisku **Skanuj**.



Prawidłowo zeskanowany załącznik zostanie wyświetlony w wykorzystywanym oknie dialogowym. Za pomocą przycisków znajdujących się po prawej stronie okna można dokonać jego otwarcia, usunięcia lub zapisania we wskazanym miejscu.



## Rozdział

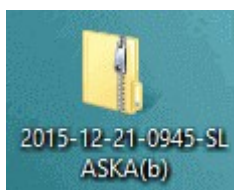
# 24

## Kopia zapasowa programu i wczytanie licencji

Aby zapobiec niekontrolowanej utracie danych, która może nastąpić na skutek awarii komputera, kradzieży, a nawet tak ekstremalnych sytuacji jak pożar czy powódź, należy **regularnie wykonywać kopie zapasowe bazy danych mMedica**. Dzięki posiadaniu prawidłowo wykonanej kopii zapasowej można w każdej chwili, w prosty sposób przywrócić całą bazę danych mMedica.

Plik kopii zapasowej stanowi archiwum całej bazy danych programu mMedica z chwili jej utworzenia. Plik kopii zapasowej zapisywany jest z rozszerzeniem .ZIP i zawiera w nazwie informacje o:

- Dacie utworzenia
- Godzinie utworzenia
- Nazwie bazy danych
- Sposobie utworzenia kopii. Wyróżniamy następujące oznaczenia kopii zapasowych:
  - (a) - kopia utworzona automatycznie na podstawie warunków zdefiniowanych w Konfiguratorze
  - (e) - kopia utworzona podczas eksportu danych
  - (b) - kopia utworzona ręcznie przez użytkownika programu



Przykład:

Do odtworzenia kopii zapasowej należy posłużyć się specjalną aplikacją **mmBackup.exe**, która znajduje się w katalogu mMedica. Instrukcja szczegółowo opisująca proces odtworzenia kopii zapasowej znajduje się na [stronie internetowej](#) produktu.

## 24.1 Automatyczne wykonywanie kopii

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [System](#) > [Kopia zapasowa](#)

Zdefiniowania wykonywania kopii zapasowej dokonuje się w Konfiguratorze, poprzez podanie ścieżki do katalogu, w którym będą przechowywane pliki kopii oraz określenie częstotliwości jej wykonywania.

Ponieważ program mMedica zapewnia obsługę dużej ilości informacji dotyczących personelu, pacjentów, jednostek organizacyjnych, umożliwiono składowanie informacji z bazy danych w osobnych folderach z plikami dodatkowymi. W folderze dodatkowym można przykładowo przechowywać pliki odpowiedzi z NFZ-tu (importy) bądź paczki eksportów.

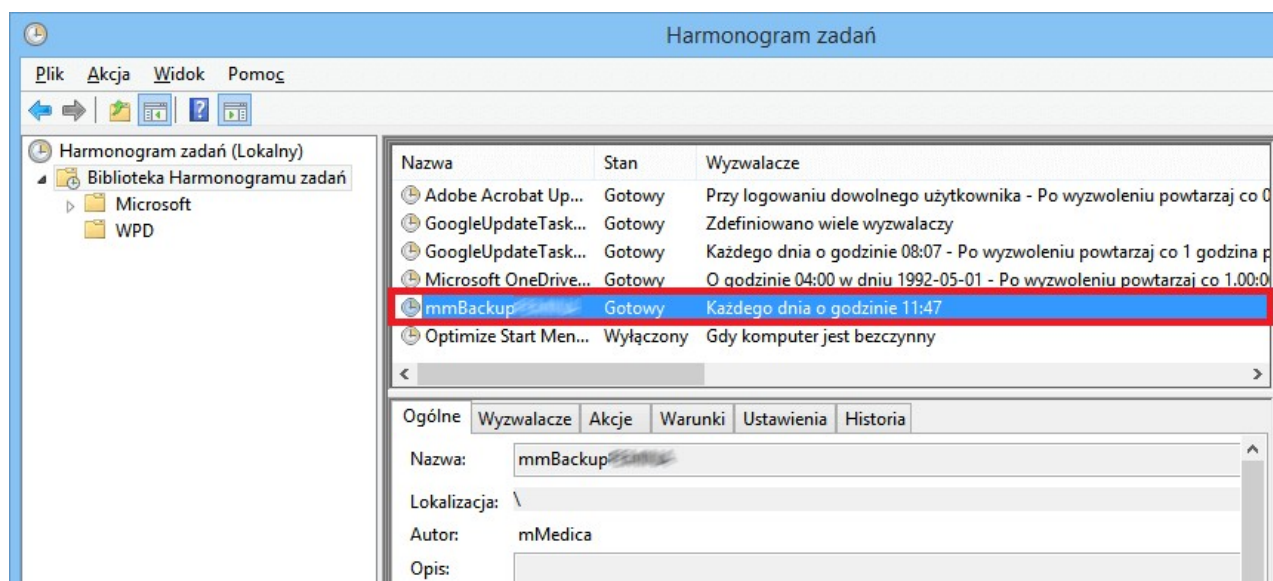
- **Folder na pliki kopii** - za pomocą przycisku wyboru [...] należy wybrać folder znajdujący się na dysku komputera, w którym będą zapisywane pliki kopii zapasowych.
- **Folder z plikami dodatkowymi** - za pomocą przycisku wyboru [...] wybrać folder z plikami dodatkowymi znajdujący się na dysku komputera. Zawartość folderu będzie za każdym razem dołączana do pliku kopii.
- **Folder na pliki tymczasowe** - umożliwia wybór folderu do zapisu plików tymczasowych generowanych przy tworzeniu kopii zapasowej. Funkcjonalność ma zastosowanie w przypadku równoległego tworzenia kopii zapasowych wielu baz danych na jednym serwerze.
- **Częstotliwość wykonywania** - w polu określa się częstotliwość wykonywania kopii zapasowej, z dokładnością do dni. Przykładowo: wpisanie w polu cyfry 1, oznaczać będzie wykonywanie kopii codziennie.
- **Godzina wykonania** - w polu określa się godzinę, o której rozpocznie się proces tworzenia kopii zapasowej do wskazanego folderu. W przypadku dużych placówek można wskazać godzinę wykonania kopii po godzinach pracy jednostki - pozwoli to uniknąć obciążenia systemu w czasie normalnej pracy.
- **Liczba zapamiętywanych plików** - w polu określa się liczbę zapamiętywanych plików kopii zapasowej. Po przekroczeniu tej liczby, najstarsza kopia będzie usuwana i zastępowana nowo utworzonym plikiem.
- **Bez bazy leków Pharmindex** - zaznaczenie [✓] spowoduje wykonanie kopii bez bazy leków Pharmindex. Dzięki zaznaczeniu parametru plik kopii zapasowej będzie mniejszy o mniej więcej 60 MB.
- **Bez załączników** - zaznaczenie [✓] spowoduje wykonanie kopii zapasowej [bez załączników](#).

Kopia zapasowa programu mMedica wykonuje się w tle, oznacza to, że użytkownik nie jest informowany o tym fakcie dodatkowymi komunikatami czy oknami. Zdefiniowanie w Konfiguratorze zadania automatycznego wykonywania kopii, powoduje równoległe utworzenie zadania w harmonogramie zadań Windowsa (zdz. poniżej). W związku z tym do automatycznego wykonania kopii konieczne jest posiadanie włączonego komputera - aplikacja mMedica może być wyłączona.

**Uwaga!** Aby zadanie wykonania kopii zapasowej bazy danych mMedica zostało zapisane również w harmonogramie zadań Windowsa, konfiguracji składowania danych w Konfiguratorze należy dokonać na użytkownika z prawami administratora. W tym celu należy zalogować się do programu mMedica wg poniższych zaleceń:

- a) Na ikonie programu mMedica kliknąć prawym przyciskiem myszy.

- b) Z rozwiniętego menu wybrać opcję "Uruchom jako administrator".
- c) Zalogować się do programu mMedica poprzez wprowadzenie loginu i hasła użytkownika.
- d) Zdefiniować zadanie wykonania kopii w Konfiguratorze.



## 24.2 Ręczne wykonywanie kopii

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Operacje techniczne](#) > [Wykonanie kopii zapasowej](#)

Oprócz funkcjonalności automatycznego wykonywania kopii zapasowej, istnieje możliwość ręcznego utworzenia kopii. W tym celu należy przejść do powyższej ścieżki i w oknie dialogowym *mMedica - kopia zapasowa* zmienić domyślnie podpowiadaną ścieżkę zapisu kopii lub zaznaczyć dodatkowe opcje, jeśli to wymagane. Wybranie przycisku **Start** rozpocznie proces składowania bazy danych.

Opis pól znajdujących się w oknie *mMedica - kopia zapasowa*:

- **Użytkownik, hasło** - dane użytkownika aktualnie zalogowanego do programu.
- **Folder na pliki kopii zapasowych** - ścieżka zapisu kopii zdefiniowana w Konfiguratorze. Za pomocą przycisku wyboru [...] można zmienić folder, w którym zostanie zapisany plik.
- **Folder z plikami dodatkowymi** - jw. Zawartość folderu będzie za każdym razem dołączana do pliku kopii.
- **Sprawdź spójność danych** - domyślnie zaznaczona, powoduje uruchomienie procesu sprawdzania spójności danych w bazie. W przypadku wykrycia braku spójności zostanie wyświetlony stosowny komunikat (w tej sytuacji zaleca się kontakt z infolinią).
- **Nie uwzględniaj w kopii słownika leków Pharmindex** - zaznaczenie [✓] spowoduje wykonanie kopii niezawierającej słownika bazy leków Pharmindex. Dzięki temu plik kopii zapasowej może być mniejszy nawet o 60 MB.
- **Nie uwzględniaj w kopii zawartości załączników** - zaznaczenie dziedziczone z ustawień w Konfiguratorze programu. Zaznaczenie spowoduje wykonanie kopii zapasowej [bez załączników](#).

Nieaktywny parametr oznacza brak załączników w bazie programu mMedica.

**Uwaga!** Użytkownik ręcznie wykonujący kopię zapasową bazy programu mMedica musi posiadać uprawnienie "Ręczne wykonanie kopii zapasowej" nadawane w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 4. Uprawnienia funkcjonalne > Administracja systemem](#).

## 24.3 Kopia bez załączników

W programie mMedica umożliwiono wykonywanie kopii bez załączników, za co odpowiada parametr "Nie uwzględniaj w kopii zawartości załączników". Skorzystanie z tej opcji znacząco skraca czas wykonywania kopii zapasowych baz posiadających duże rozmiary i oczywiście zmniejsza wielkość samego pliku kopii.

**Uwaga!** Należy pamiętać, że tak wykonana kopia zapasowa jest niepełna i po jej odtworzeniu w bazie danych brak będzie informacji o załącznikach. Aby optymalnie i bezpiecznie korzystać z oferowanej funkcji zaleca się wykonywać zarówno kopie z uwzględnieniem załączników jak i bez nich.

Z opcji można skorzystać w następujących funkcjonalnościach aplikacji:

- Automatyczne wykonywanie kopii zapasowej zaplanowanej w Konfiguratorze
- Automatyczne wykonywanie kopii zapasowej zaplanowanej w Module Menedżer Eksportów - instrukcja modułu znajduje się na [stronie internetowej](#) produktu.
- Ręczne wykonywanie kopii zapasowej

Przed rozpoczęciem wykonywania kopii zapasowej, dla zaznaczonego parametru "Nie uwzględniaj w kopii zawartości załączników" zostanie wyświetlone stosowne ostrzeżenie:

Wybrano wykonanie kopii zapasowej bez zawartości załączników.  
Kopia taka powinna być wykonana tylko w specjalnych celach.  
Może prowadzić do utraty danych.

Kontynuować?

TAK

NIE

Z kolei w przypadku odtwarzania kopii bazy danych zawierającej załączniki, użytkownik może zdecydować czy:

- a) odtworzyć kopię bazy danych wraz z załącznikami
- b) odtworzyć tylko kopię bazy danych bez załączników. W tej sytuacji załączniki można odtworzyć do bazy w dowolnym momencie.

Szczegółowy opis tej funkcjonalności znajduje się w instrukcji odtworzenia kopii zapasowej programu mMedica dostępnej na [stronie internetowej](#) produktu.



## 24.4 Kopia z poziomu mmBackup

Ręczne wykonanie kopii zapasowej możliwe jest również bez konieczności logowania się do programu, przy wykorzystaniu aplikacji do odtwarzania bazy danych - mmBackup. Sposób pozyskania i zdefiniowania skrótu aplikacji mmBackup.exe, został opisany w instrukcji ["Odtworzenie kopii zapasowej"](#), znajdującej się na stronie internetowej produktu.

Aby wykonać kopię bazy danych mMedica z poziomu aplikacji mmBackup.exe należy:

1. Na skrócie aplikacji mmBackup.exe kliknąć prawym przyciskiem myszki i wybrać opcję "Właściwości".
2. Otwarte zostanie okno *Właściwości mmBackup - skrót*, gdzie w polu "Element docelowy" należy dopisać frazę **<nazwa bazy> backup**

**<nazwa bazy>** określa bazę, która zostanie zarchiwizowana.

Przykład: "C:\Pliki programów (x86)\ASSECO\mMedica\mmBackup.exe" AOSZDROWIE backup

3. Zapisać zmiany przyciskiem **Zastosuj**.
4. Uruchomić plik skrótu. Otwarte zostanie okno *mMedica - kopia zapasowa*, w którym należy wprowadzić następujące dane:
  - a) Nazwę użytkownika mMedica, który posiada uprawnienia do wykonywania kopii zapasowej. Domyślnie podpowiadany użytkownikiem jest ADMIN1.
  - b) Hasło dla użytkownika, którego login wprowadzono w polu "Użytkownik".
  - c) Opcjonalnie zaznaczyć dodatkowe parametry wykonania kopii np. ze sprawdzeniem spójności danych.

**Uwaga!** Wymagane jest, aby użytkownik wykorzystywany do wykonania kopii z poziomu mmBackup (pole "Użytkownik"), posiadał uprawnienie "Ręczne wykonanie kopii zapasowej" nadawane w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 4. Uprawnienia funkcjonalne > Administracja systemem](#).

## 24.5 Procedury serwisowe

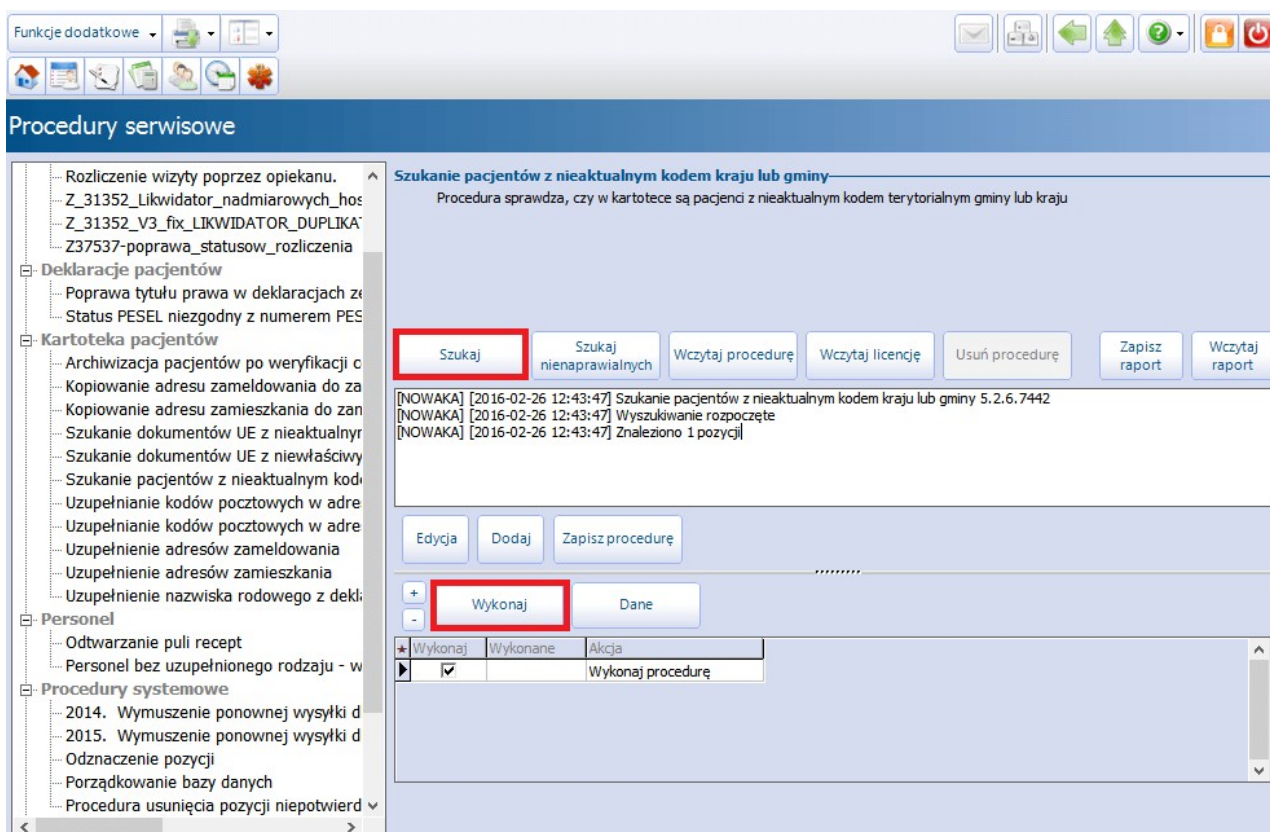
Ścieżka: [Zarządzanie > Operacje techniczne > Procedury serwisowe](#)

Procedury serwisowe są to specjalnie opracowane skrypty, służące użytkownikowi w sytuacjach związanych z diagnostyką i poprawą funkcjonowania aplikacji. Większa część procedur została już zainstalowana wraz z pierwotną instalacją mMedica, inne są dodawane sukcesywnie wraz z rozwojem systemu.

W sytuacjach nie objętych standardowymi procedurami, serwis mMedica oraz wybrani autoryzowani partnerzy serwisowi mogą utworzyć i przekazać klientom specjalne procedury, pomagające rozwiązać losowo występujące utrudnienia w związku z przetwarzanymi danymi.

W przypadku wczytywania procedur tworzonych przez Zespół Serwisu mMedica, należy ściśle przestrzegać zaleceń/instrukcji, które zostają przekazane wraz z plikiem procedury.

Po przejściu do wyżej podanej ścieżki otwarte zostanie okno *Procedury serwisowe*:



Po lewej stronie okna znajduje się lista gotowych do wykonania procedur, zainstalowanych w programie domyślnie. Procedury zostały pogrupowane zgodnie z ich tematyką:

- Wczytane procedury - w tej sekcji są wyświetlane procedury serwisowe, które zostały samodzielnie zacytane od programu przez użytkownika
- Deklaracje pacjentów
- Kartoteka pacjentów
- Personel
- Procedury systemowe
- Wizyty

Aby wykonać procedurę serwisową należy wykonać następujące czynności:

1. Wybrać przycisk:
  - a) **"Wczytaj procedurę"** - jeśli skrypt serwisowy został przekazany poprzez zgłoszenie serwisowe lub drogą mailową. Otwarte zostanie okno "Wybierz plik", poprzez które należy wskazać plik zapisany na dysku komputera.
  - b) Po lewej stronie ekranu zaznaczyć procedurę serwisową, która ma zostać wczytana.
2. Wybrać przycisk **"Szukaj"**. W oknie poniżej pojawi się nazwa procedury oraz informacja o efekcie wyszukiwania, np. znaleziono 1 pozycji.
3. Wybrać przycisk "Wykonaj", który rozpocznie proces wykonywania procedury.
4. Wykonanie procedury zostanie zakończone komunikatem o ilości naprawionych pozycji:

Liczba naprawionych pozycji: 1 z 1.

**Uwaga!** Procedury w zależności od złożoności przetwarzanych danych oraz samego rozmiaru

przetwarzanych danych mogą być wykonywane dłuższą chwilę. W żadnym wypadku nie wolno tego procesu przerywać, gdyż grozić to może, w skrajnych przypadkach, uszkodzeniem lub utratą części danych.

W sekcji "Procedury systemowe" znajduje się procedura **Porządkowanie bazy danych**, której zadaniem jest naprawa indeksów w bazie danych oraz optymalizacja usuniętych wpisów. Zaleca się systematyczne jej wykonywanie, w celu poprawienia wydajności bazy danych. W przypadku instalacji wielostanowiskowej procedurę należy uruchomić na serwerze, po uprzednim upewnieniu się, że pozostałe stacje robocze zakończyły pracę na programie mMedica.

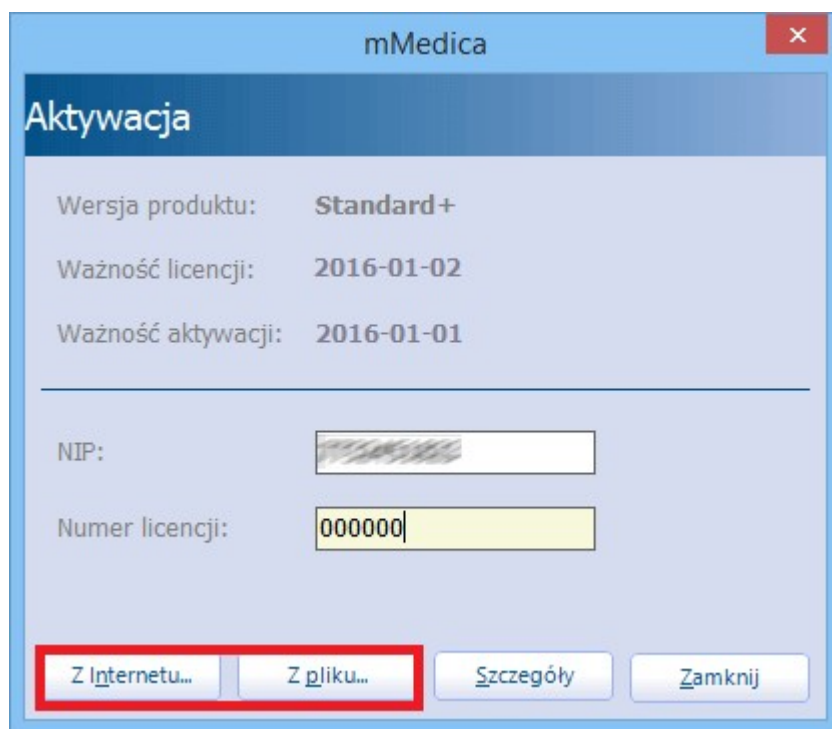
## 24.6 Wczytanie licencji

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Operacje techniczne](#) > [Aktywacja systemu mMedica](#)

Aktywacja licencji polega na wczytaniu do programu mMedica klucza aktywacyjnego, pobranego przez świadczeniodawcę z portalu [Centrum Zarządzania Licencjami](#).

Wczytanie licencji wymagane jest w następujących sytuacjach:

- Podczas pierwszego uruchomienia programu mMedica - aplikacja poprosi o wprowadzenie numeru NIP oraz numeru licencji
- Po rozszerzeniu licencji (w trakcie jej obowiązywania) o kolejne stanowiska, moduły dodatkowe, po zmianie wersji programu podstawowego
- Po przedłużeniu licencji na kolejny rok



W aplikacji mMedica istnieje możliwość wczytania klucza aktywacyjnego na dwa sposoby:

1. Należy pobrać klucz licencyjny w postaci pliku ze strony Centrum Zarządzania Licencjami i zapisać go na dysku komputera. W aplikacji mMedica przejść do w/w ścieżki, wybrać przycisk **Z pliku** i wskazać zapisany wcześniej plik z kluczem licencyjnym.
2. Nie pobierać pliku z kluczem licencyjnym. W aplikacji mMedica przejść do w/w ścieżki i w polu "Numer licencji" wpisać nowy numer licencji, następnie wybrać przycisk **Z Internetu**. Na podstawie poprawnie wprowadzonych danych i dzięki połączeniu z Internetem, aplikacja sama pobierze i wczyta klucz licencyjny.

Wczytany klucz aktywacyjny określa m.in. zakres funkcjonalności, jakie będą dostępne w programie mMedica (wersja zakupionej licencji, moduły dodatkowe) oraz okres czasu, na jaki została wykupiona licencja. Szczegółowe informacje dotyczące licencji są dostępne po wybraniu przycisku **Szczegóły** (zdz. poniżej).

W sekcji *Dane licencji / Moduły (liczba/zajęte)* użytkownik uzyska informacje o ilości wykupionych modułów dodatkowych zawartych w licencji i o ilości stanowisk, na których zostały one uruchomione. Zgodnie z poniższym przykładem, klient posiada licencję na 3 moduły Baza leków Pharmindex, a dotychczas włączył w Konfiguratorze tylko 1 moduł (3/1).

Istnieje możliwość przeglądania informacji o licencjach historycznych, ich okresach ważności oraz modułach, jakie się w niej zawierały. Służy do tego pole "Okres obowiązywania aktywacji", po rozwinięciu którego ukaże się lista dat obowiązywania licencji, które dotychczas zostały zacytane do programu. Po wybraniu jakiegось okresu czasu w polu poniżej zostaną wyświetlone szczegółowe dane licencji.

**Informacje szczegółowe licencji**

**Dane licencji** | **Tekst licencji**

Okres obowiązywania aktywacji: 2016-11-16 – 2017-11-15

<b>Adres lokalizacji</b>	
Ulica	
Kod pocztowy	
Miasto	
Oddział NFZ / województwo	05
Kod świadczeniodawcy	
Nr instalacji NFZ	
Identyfikator systemu nadawcy	
<b>Dane licencji</b>	
<b>Licencja bieżąca</b>	
Nr licencji	
Wersja programu	Standard+
Liczba stanowisk	8
<b>Moduły (liczba / zajęte)</b>	
Dane do sprawozdań MZ/GUS	1 / 1
<b>Baza leków Pharmindex</b>	<b>3 / 1</b>
Menedżer eksportów	1 / 1
EDM	8 / 1
Rozliczenia NFZ	8 / 1
Plus	8 / 1
Gabinet	8 / 1
eWyniki Lab	4 / 1
Hospitalizacja	8 / 1
Data generacji licencji	2015-10-05
Data początkowa aktywacji	2015-10-05
Data końcowa aktywacji	2016-10-08
Termin ważności licencji	2016-10-08

Zamknij

Wczytanie klucza aktywacyjnego do programu powoduje także automatyczne ustawienie kilku niezbędnych parametrów konfiguracyjnych – m.in. identyfikujących świadczeniodawcę i jego system oraz właściwy oddział NFZ.