



Moduł Hospitalizacje

Hospitalizacja długoterminowa

Instrukcja użytkownika

Spis treści

Rozdział 1	Rozpoczęcie pracy z modulem	2
1.1	Uruchomienie modułu w programie	2
1.2	Konfiguracja modułu	3
1.3	Konfiguracja komórki organizacyjnej	4
1.4	Konfiguracja ksiąg	5
1.5	Definicja słowników	6
1.5.1	Słownik schematów planu opieki pielęgniarskiej	8
Rozdział 2	Wprowadzanie danych w module	10
2.1	Szablony tekstów standardowych	11
Rozdział 3	Utworzenie hospitalizacji	12
3.1	Rezerwacja terminu w Terminarzu	12
3.2	Nowa hospitalizacja	13
3.3	Hospitalizacja - lista pacjentów	14
3.4	Wydruk paska identyfikacyjnego	16
Rozdział 4	Przyjęcie	18
4.1	Triaż	18
4.1.1	Odmowa przyjęcia	19
4.1.2	Dane podstawowe hospitalizacji	19
4.1.3	Dokumenty medyczne hospitalizacji	22
4.1.4	Dokumentacja pacjenta	23
4.2	Wywiad pielęgniarski	24
4.3	Upoważnienia	25
4.4	Zgoda na leczenie	26
4.5	Ocena ryzyka zakażenia	27
4.6	Skala Barthel	28
4.7	Skala Glasgow	29
4.8	Skala VES-13	30
4.9	Ocena i plan rehabilitacji	31
4.10	Przyjęcie lekarskie	31
4.10.1	Przyjęcie pacjenta na oddział	33
4.10.2	Odmowa przyjęcia na oddział	33
4.11	Procedury ICD-9	34
Rozdział 5	Hospitalizacja	35
5.1	Przebieg leczenia pacjenta	35
5.1.1	Rozpoznanie, wywiady, badania	36
5.1.2	Zdarzenia niepożądane	37

5.2	Przepustki.....	38
5.3	Zgoda na leczenie.....	39
5.4	Wkłucia obwodowe.....	40
5.5	Ocena ryzyka NRS.....	41
5.6	Kwalifikacja do leczenia żywieniowego.....	42
5.7	Leczenie żywieniowe.....	42
5.8	Terapia.....	45
5.8.1	Terapia grupowa - tryb zbiorczy.....	47
5.9	Porady psychologiczne.....	48
5.10	Zlecenie zabiegów.....	49
5.10.1	Zlecenie zabiegów - tryb zbiorczy.....	50
5.11	Wykonanie zabiegów.....	51
5.11.1	Wykonanie zabiegów - tryb zbiorczy.....	51
5.12	Profilaktyka ŻChZZ.....	52
5.13	Zlecenie leków.....	54
5.14	Podanie leków.....	56
5.15	Protokół przetoczenia krwi.....	58
5.16	Zgłoszenie zakażenia.....	59
5.17	Skale ocen.....	60
5.17.1	Skala Barthel.....	61
5.17.2	Zmodyfikowana skala Barthel.....	62
5.17.3	Skala Glasgow.....	63
5.17.4	Skala VES-13.....	64
5.17.5	Skala Norton.....	65
5.18	Cewnikowanie.....	66
5.19	Obserwacje.....	67
5.20	Ocena natężenia bólu.....	71
5.21	Plan opieki pielęgniarstwa.....	72
5.21.1	Ręczne dodanie planu opieki.....	73
5.22	Wykonanie planu opieki.....	74
5.23	Przegląd wykonania planu opieki.....	76
5.24	Kwalifikacja do kontynuacji opieki.....	77
5.25	Raporty z przebiegu leczenia.....	77
5.26	Skierowania/zwolnienia.....	80
5.27	Dane medyczne.....	81
5.28	Historia choroby.....	82
Rozdział 6	Wypis.....	84
6.1	Wypis.....	84
6.1.1	Przekazanie do podpisu.....	87
6.1.2	Wypis z powodu zgonu pacjenta.....	87
6.2	Skierowania/recepty/zwolnienia.....	88
6.3	Podsumowanie.....	88

6.4	Wypis pielęgniarzski.....	89
6.5	List do POZ.....	89
6.6	Informacje pielęgniarzskie.....	89
6.7	Sprawdzenie przed wypisem.....	90
Rozdział 7	Historia.....	91
Rozdział 8	Scalenie hospitalizacji długoterminowej z hospitalizacją ewidencjonowaną poza modulem.....	92

Wstęp

Moduł Hospitalizacje rozszerza możliwości wersji mMedica Standard i Standard+ o obsługę następujących hospitalizacji:

- Hospitalizacja w trybie jednodniowym (tzw. hospitalizacja jednego dnia)
- Hospitalizacja długoterminowa
- Hospitalizacja planowana

Rozwiązanie umożliwia ewidencję danych medycznych i rozliczeniowych w placówkach realizujących świadczenia stacjonarne bez ruchu międzyoddziałowego.

Do ewidencji poszczególnych pobyków przygotowano różne funkcjonalności i formatki, które uruchamiane są na podstawie kodu resortowego cz. IX komórki organizacyjnej, w której realizowane są świadczenia. Ze względu na występujące różnice w rozwiązaniu, dla każdego rodzaju hospitalizacji przygotowano odrębną dokumentację.

Niniejsza instrukcja opisuje funkcjonalność **hospitalizacji długoterminowej** odpowiadającej zakresowi **HC.3... (długoterminowa opieka pielęgnacyjna)** funkcji ochrony zdrowia. Moduł umożliwia szczegółową ewidencję całego pobytu pacjenta na oddziale od przyjęcia, ewidencję przebiegu leczenia, planowanie i ewidencję podawania leków, planowanie opieki pielęgnarskiej aż do wypisu pacjenta.

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

Rozdział

1

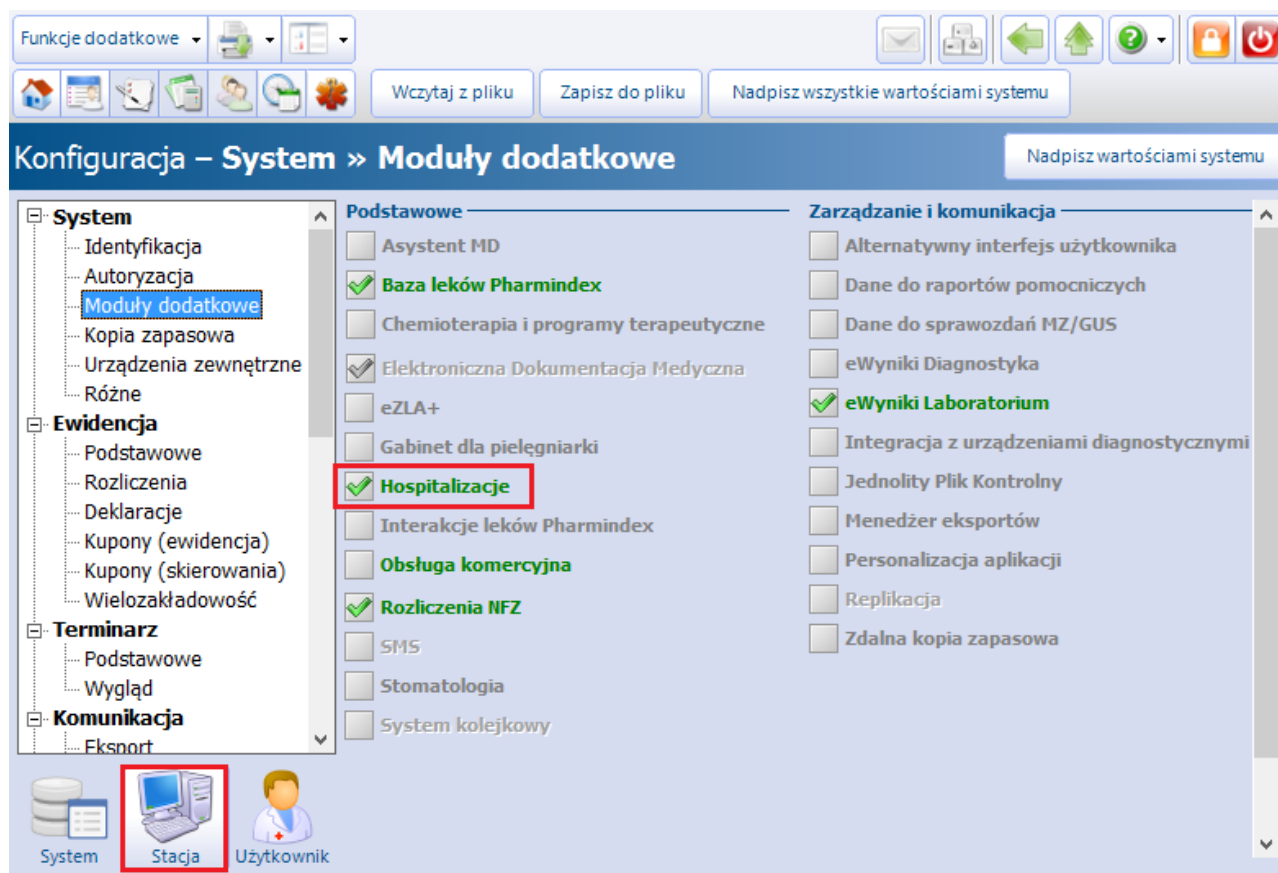
Rozpoczęcie pracy z modulem

Przed rozpoczęciem pracy z modulem zaleca się jego konfigurację, polegającą na zdefiniowaniu m.in. komórek organizacyjnych, ksiąg leczniczych, słowników itd.

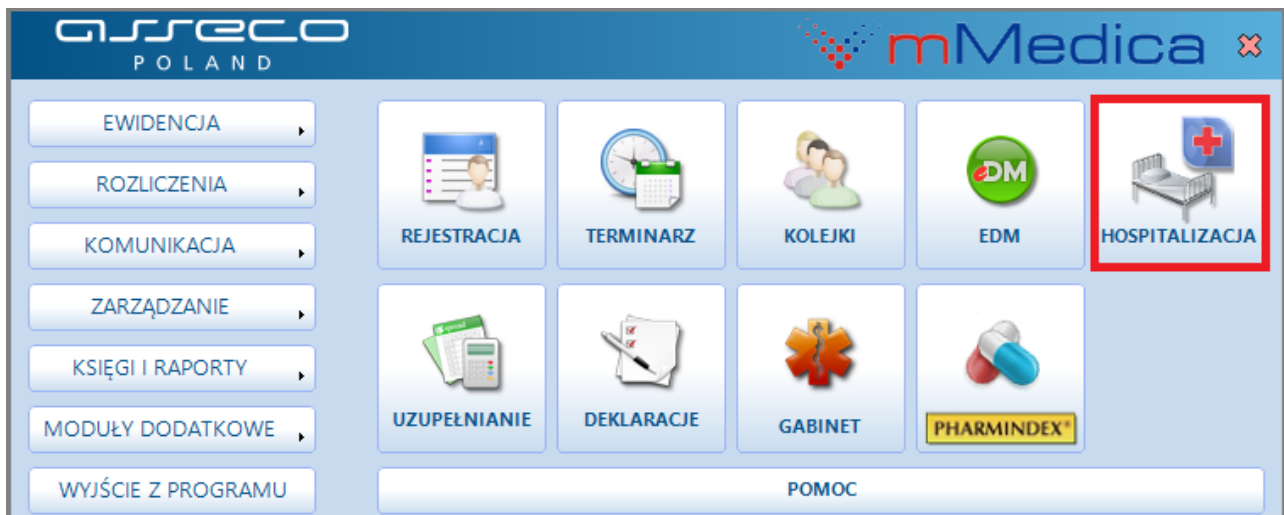
1.1 Uruchomienie modułu w programie

Szczegółowa instrukcja włączenia modułu:

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



Po poprawnym uruchomieniu modułu, można rozpocząć z nim pracę. Obsługa hospitalizacji planowanej jest dostępna z poziomu okna startowego programu mMedica, po kliknięciu w ikonę zaznaczoną na poniższym rzucie ekranu.



Od wersji 8.2.0 użytkownik ma dostęp do okna modułu również poprzez ścieżkę: [Ewidencja](#) > [Gabinety](#) > [Hospitalizacja](#).

1.2 Konfiguracja modułu

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [Moduły dodatkowe](#) > [Hospitalizacja](#)

Po dokonaniu uruchomienia modułu dodatkowego należy odpowiednio skonfigurować program. Po przejściu do powyższej ścieżki w sekcji *Godziny rozpoczęcia dyżurów na oddziale* określa się godzinę rozpoczęcia dyżurów dziennych i nocnych. Dane te wykorzystywane są w funkcjonalności [wykonania planu opieki](#) pielęgniarzkiej. Jeżeli godzina rozpoczęcia dyżuru nocnego została ustalona na 19.00, natomiast data rozpoczęcia dyżuru dziennego na 7.00, to rozkład dyżurów będzie wyglądał następująco:

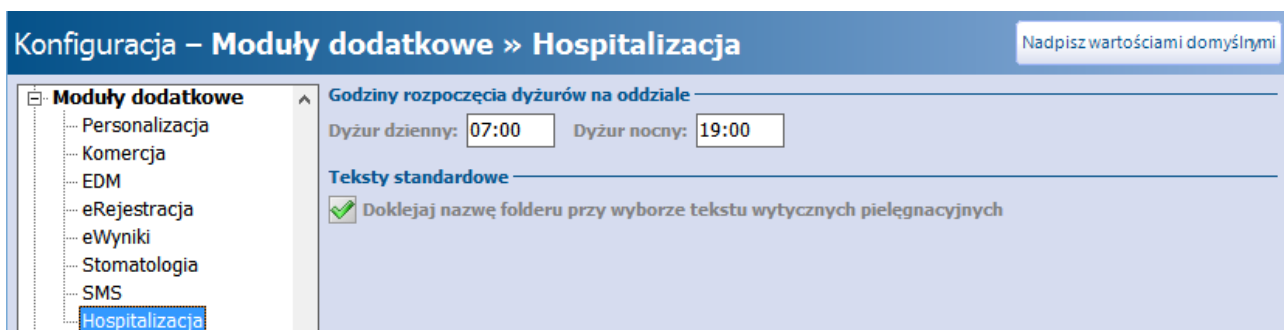
31.12.2016 19.00 – 01.01.2017 7.00, **Dyżur nocny dla 31.12.2016**

01.01.2017 7.00 – 01.01.2017 19.00, **Dyżur dzienny dla 01.01.2017**

01.01.2017 19.00 – 02.01.2017 7.00, **Dyżur nocny dla 01.01.2017** itd.

Wartości te ustanawia się w kontekście systemu, czyli po wybraniu ikony **System** w lewym dolnym rogu Konfiguratora.

Z kolei zaznaczenie parametru "Doklejaj nazwę folderu przy wyborze tekstu wytycznych pielęgnacyjnych" będzie powodować dodanie nazwy folderu do tekstu wybranego z szablonu tekstów standardowych. Funkcjonalność ta przeznaczona jest dla okna [Informacje pielęgniarzkie](#) i sekcji *Wytyczne pielęgnacyjne*.



Ponadto w sekcji *Przyciski na paskach nawigacji...* istnieje możliwość konfiguracji kolejności i dostępności zakładek w hospitalizacji planowanej. Zakładki, 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.

Rozpoczęcie pracy z modułem

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 hospitalizacji.

Przyciski na paskach nawigacji w hospitalizacji planowanej i długoterminowej

Przyjęcie:	Hospitalizacja:	Wypis:
☒ Triage	☒ Przebieg leczenia	☒ Wypis
☒ Wywiad pielęgniarski	☐ Profilaktyka ŻChZZ	☒ Recepty
☒ Upoważnienia	☒ Zlecenie leków	☒ Skierowania
☒ Ocena ryzyka zakażenia	☒ Podanie leków	☒ Zwolnienia
☒ Zgoda na zabieg	☒ Obserwacje	☒ Podsumowanie
☒ Przyjęcie	☒ Ocena natężenia bólu	☒ Wypis pielęgniarski
☒ Procedury	☐ Plan opieki	☒ List do POZ
	☐ Wykonanie planu opieki	☒ Informacje pielęgniarskie
	☒ Raporty z przebiegu lecz.	☒ Sprawdzenie przed wypisem
	☒ Skierowania	
	☒ Historia choroby	

1.3 Konfiguracja komórki organizacyjnej

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Struktura organizacyjna](#)

Ewidencja danych hospitalizacji wymaga utworzenia komórki organizacyjnej z kodem resortowym odpowiadającym leczeniu w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej i przypisania jej do poszczególnych ksiąg, w których będą zapisywane wprowadzane dane.

Po przejściu do powyższej ścieżki należy podświetlić na liście komórkę (lub utworzyć nową), w której będą ewidencjonowane dane hospitalizacji i wprowadzić następujące dane:

1. Na zakładce *1. Dane podstawowe* uzupełnić kod resortowy cz. IX odpowiadający funkcji ochrony zdrowia:

HC.3.1. Stacjonarna długoterminowa opieka pielęgnacyjna

HC.3.2. Długoterminowa dzienna opieka pielęgnacyjna

HC.3.3. Długoterminowa opieka pielęgnacyjna świadczona w domu pacjenta

HC.3.4. Długoterminowa opieka pielęgnacyjna świadczona w trybie hostelowym

Komórka: Oddział urazowo-ortopedyczny

1. Dane podstawowe	2. Dane adresowe	3. Dane dodatkowe	4. Kody	5. Lokalizacja
Kod: *	7	Kod edycyjny: *	ORTOP	
Nazwa: *	Oddział urazowo-ortopedyczny			
Kod resortowy cz. III:	...			
Kod resortowy cz. VI:	...			
Kod resortowy cz. V: *	001	Nazwa jednostki org.:		
Kod resortowy cz. IX:	HC.3.1	Stacjonarna długoterminowa opieka pielęgnacyjna		
Kod resortowy cz. X:	...			
Czy aktualne	☒			

2. Na zakładce *5. Lokalizacja* wprowadzić numery sal oraz opcjonalnie numery łóżek.

1. Dane podstawowe	2. Dane adresowe	3. Dane dodatkowe	4. Kody	5. Lokalizacja
★	Numer sali	Numery łóżek		
▶	10	20, 21, 22, 23		
	11	24, 25, 26, 27		
	12	28, 29, 30		

1.4 Konfiguracja ksiąg

Ścieżka: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Rejestr ksiąg](#)

Kolejnym etapem konfiguracji jest przypisanie komórki organizacyjnej, w której będą realizowane hospitalizacje, do następujących ksiąg:

- Księgi głównej przyjęć i wypisów
- Księgi oddziału
- Księgi raportów lekarskich
- Księgi raportów pielęgniarских

W celu utworzenia nowej księgi należy przejść do powyższej ścieżki i wykonać następujące czynności:

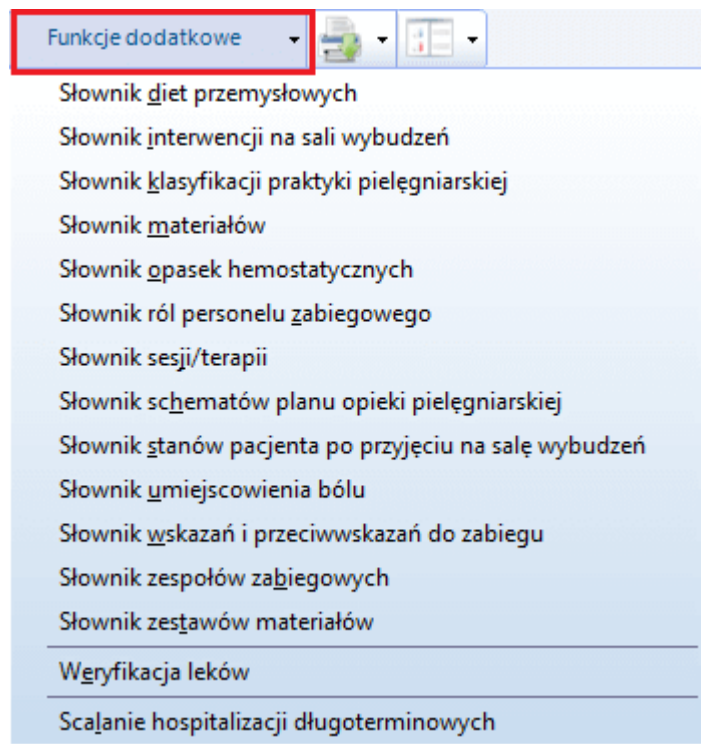
1. Wybrać przycisk **Nowa księga** w górnym panelu formatki.
2. Uzupełnić pola znajdujące się w sekcji *Dane podstawowe* zgodnie z poniższym opisem:
 - **Kod** - numer identyfikujący księgę w bazie danych. Wartość jest dowolnym ciągiem znaków i powinna być unikalna.
 - **Typ** - określa charakter dodawanej księgi. Należy utworzyć 5 odrębnych ksiąg, których nazwy wymienione zostały powyżej.
 - **Numer** - identyfikator techniczny księgi, pole nieobowiązkowe.
 - **Nazwa** - pole tekstowe, w którym użytkownik wpisuje rozbudowany opis własny.
3. W sekcji *Komórki organizacyjne* za pomocą przycisku **Dodaj** dodać komórki organizacyjne, które zostaną powiązane z księgą.

Szczegółowe informacje dotyczące definicji i funkcjonalności ksiąg znajdują się w [instrukcji obsługi](#) programu mMedica.

1.5 Definicja słowników

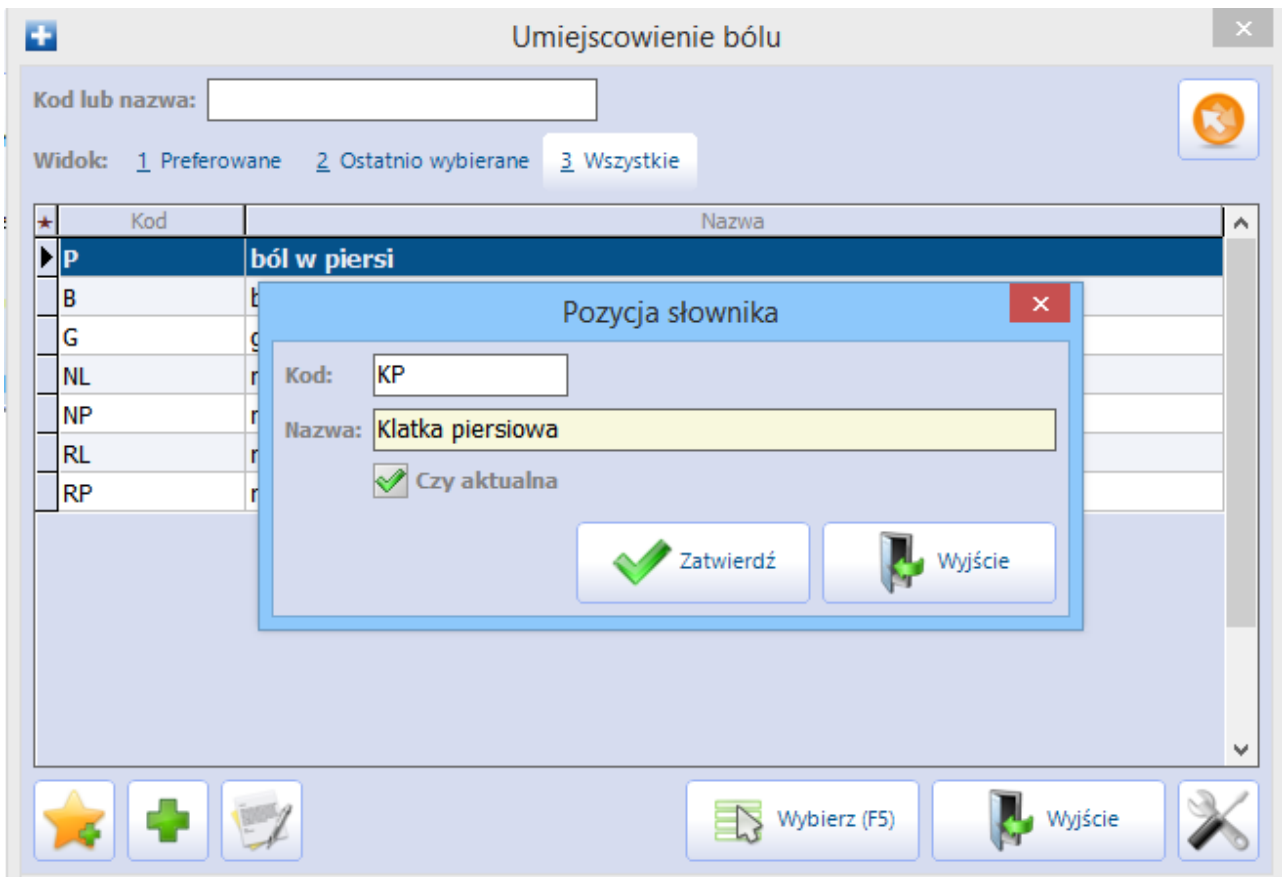
Ścieżka: [Hospitalizacja](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#)

W Module Hospitalizacji funkcjonuje szereg słowników, przy pomocy których wprowadza się dane. Część słowników została wstępnie zdefiniowana przez producenta programu. W razie konieczności ich rozszerzenia o dodatkowe pozycje, należy wybrać menu "Funkcje dodatkowe" znajdujące się w lewym górnym rogu okna *Hospitalizacja - lista pacjentów*, wybrać odpowiedni słownik i uzupełnić go o dodatkowe dane.



Aby dodać pozycję do słownika należy:

1. Wybrać menu "Funkcje dodatkowe" i słownik, który będzie podlegał modyfikacji.
2. W otwartym oknie dialogowym wybrać przycisk  **Dodaj**, znajdujący się w lewym dolnym rogu okna.
3. W oknie np. *Pozycja słownika* wprowadzić pozycję słownika poprzez nadanie jej kodu i nazwy.
4. Zmiany zatwierdzić.



Z kolei pozycje istniejące już w słowniku można dowolnie modyfikować, przy użyciu przycisku .

W wersji 7.2.0 aplikacji mMedica nazwa słownika **"Słownik klasyfikacji praktyki pielęgniarskiej"** zastąpiła funkcjonującą w poprzednich wersjach nazwę **"Słownik ICNP"**. W słowniku tym umożliwiono również dodawanie własnych pozycji oraz ich edycję.

W wersji 9.10.0 aplikacji mMedica umożliwiono eksport "Słownika klasyfikacji praktyki pielęgniarskiej" do pliku csv oraz jego import (w tym formacie). Do tego celu na dole okna słownika udostępniono dedykowane przyciski. Funkcjonalność służy do importu pozycji utworzonych przez użytkownika lub przenoszenia słownika zdefiniowanego przez użytkownika pomiędzy instalacjami mMedica.

Uwaga! Wykorzystanie tego mechanizmu do importu danych/słowników innych niż utworzone przez użytkownika wymaga przestrzegania warunków (licencji, zasad użytkowania, itp.) określonych przez właściciela tych danych/słowników.

Obsługę słownika ICNP przejął Snomed na podstawie umowy z ICN.

Polska jest członkiem SNOMED: <https://www.snomed.org/member/poland>

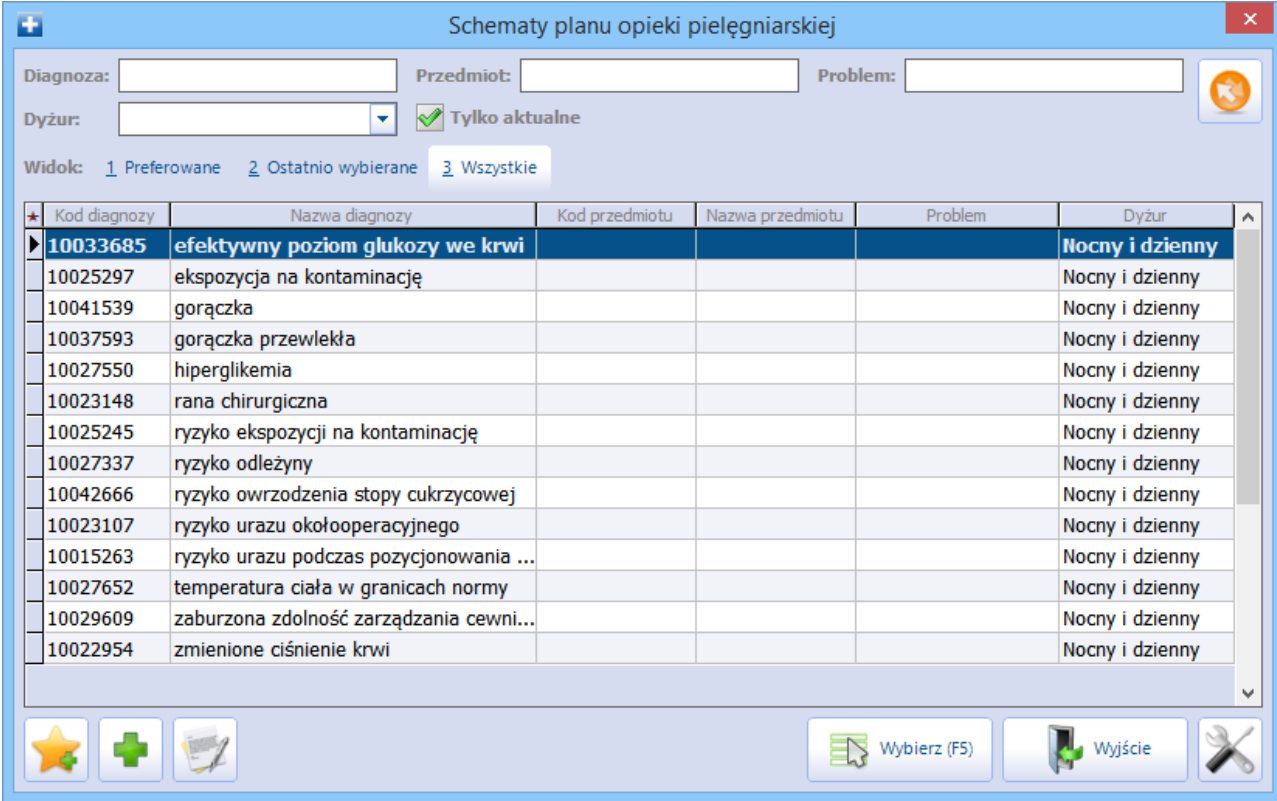
Z informacji na stronie wynika, że użytkowanie ICNP w krajach członkowskich nie podlega opłatom: <https://www.snomed.org/get-snomed>, <https://www.snomed.org/licensing>

1.5.1 Słownik schematów planu opieki pielęgniarskiej

Ścieżka: [Hospitalizacja](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Słownik schematów planu opieki pielęgniarskiej](#)

Schematy wykorzystywane są do tworzenia planów opieki pielęgniarskiej w oknie [Plan opieki pielęgniarskiej](#). Przy ich pomocy można w szybki i sprawny sposób utworzyć plan opieki, a następnie zaewidencjonować jego wykonanie.

Dostępne schematy można dowolnie modyfikować za pomocą przycisku  lub tworzyć nowe, do czego służy przycisk .



Schematy planu opieki pielęgniarskiej

Diagnoza: Przedmiot: Problem:

Dyżur: ☒ Tylko aktualne

Widok: 1 Preferowane 2 Ostatnio wybierane 3 Wszystkie

Kod diagnozy	Nazwa diagnozy	Kod przedmiotu	Nazwa przedmiotu	Problem	Dyżur
10033685	efektywny poziom glukozy we krwi				Nocny i dzienny
10025297	ekspozycja na kontaminację				Nocny i dzienny
10041539	gorączka				Nocny i dzienny
10037593	gorączka przewlekła				Nocny i dzienny
10027550	hiperglikemia				Nocny i dzienny
10023148	rana chirurgiczna				Nocny i dzienny
10025245	ryzyko ekspozycji na kontaminację				Nocny i dzienny
10027337	ryzyko odleżyny				Nocny i dzienny
10042666	ryzyko owrzodzenia stopy cukrzycowej				Nocny i dzienny
10023107	ryzyko urazu okołoperacyjnego				Nocny i dzienny
10015263	ryzyko urazu podczas pozycjonowania ...				Nocny i dzienny
10027652	temperatura ciała w granicach normy				Nocny i dzienny
10029609	zaburzona zdolność zarządzania cewni...				Nocny i dzienny
10022954	zmienione ciśnienie krwi				Nocny i dzienny

Wybierz (F5) Wyjście

Aby podejrzeć szczegółowe dane wybranego schematu opieki pielęgniarskiej należy podświetlić go na liście i

wybrać przycisk . W otwartym oknie dialogowym zostaną wyświetlone dane schematu, które można poddać dowolnej modyfikacji. Poniżej opisano znaczenie pól, znajdujących się w omawianym oknie:

Schemat planu opieki pielęgniarstwa

Diagnoza: 10027337 ... ryzyko odleżyny Przedmiot: ...

Lokalizacja: ... Problem: ...

Dyżur: Dzienny i nocny Dostępność: Publiczny ☒ Aktualny

Interwencje

Kod	Nazwa	Kod	Nazwa	Czas wykonania	Godziny	Liczba wykonań
10...	ocenianie ryzyka odleż...			Liczba wykonań		
10...	prewencja odleżyny			Godziny	12:00, 18:00	

Środki

Kod	Nazwa	Ilość

Czynności

Kod	Nazwa

Zatwierdź Wyjście

- **Diagnoza** - kod i nazwa diagnozy pielęgniarstwa wybieranej ze słownika klasyfikacji praktyki pielęgniarstwa.
- **Przedmiot** - kod i nazwa przedmiotu wybierana ze słownika klasyfikacji praktyki pielęgniarstwa.
- **Lokalizacja** - kod i nazwa lokalizacji bólu/problemu wybierana ze słownika klasyfikacji praktyki pielęgniarstwa.
- **Problem** - uszczegółowienie problemu poprzez wpisanie tekstu w przygotowane pole tekstowe.
- **Dyżur** - rodzaj dyżuru, na którym będzie realizowany plan opieki: dzienny, nocny, dzienny i nocny.
- **Dostępność** - określa możliwość korzystania z planu opieki i jego modyfikacji. Możliwe wartości do wyboru: publiczny, prywatny, publiczny bez modyfikacji. Pole aktywne jest tylko dla planów utworzonych przez użytkownika - wszystkie plany domyślnie dodane do programu są publiczne, a więc skierowane do wszystkich użytkowników.
- **Interwencje** - kod i nazwa interwencji wybierana ze słownika klasyfikacji praktyki pielęgniarstwa. Kolumna "Procedura" umożliwia powiązanie interwencji z odpowiednią procedurą ICD-9.
W planie opieki można zawrzeć kilka interwencji i dla każdej zaplanować liczbę lub godzinę wykonań. Istnieje również możliwość oznaczenia interwencji jako doraźnej. W wersji 10.4.0 aplikacji mMedica dodano kolumnę "Dni" (na końcu tabeli), w której wykonanie interwencji można ograniczyć do wybranych dni tygodnia, poprzez ich zaznaczenie na liście rozwijalnej (dotyczy interwencji ze wskazanymi godzinami lub z liczbą wykonań).
- **Środki** - kod i nazwa środka, który będzie wykorzystywany do zrealizowania danej interwencji, wybierana ze słownika klasyfikacji praktyki pielęgniarstwa.
- **Czynności** - czynność zrealizowana do danej interwencji. Słownik czynności w planie opieki pielęgniarstwa należy utworzyć samodzielnie poprzez nadanie kodu i nazwy pozycji słownika.

Ilość danych zapisywana w schemacie planu opieki pielęgniarstwa jest kwestią indywidualną, jednak należy pamiętać, że wybranie schematu w oknie [Plan opieki](#) będzie powodować uzupełnienie pól danymi zapisanymi w schemacie. Pola, których uzupełnienie jest wymagane to: diagnoza oraz przedmiot lub lokalizacja lub problem lub interwencja.

Rozdział

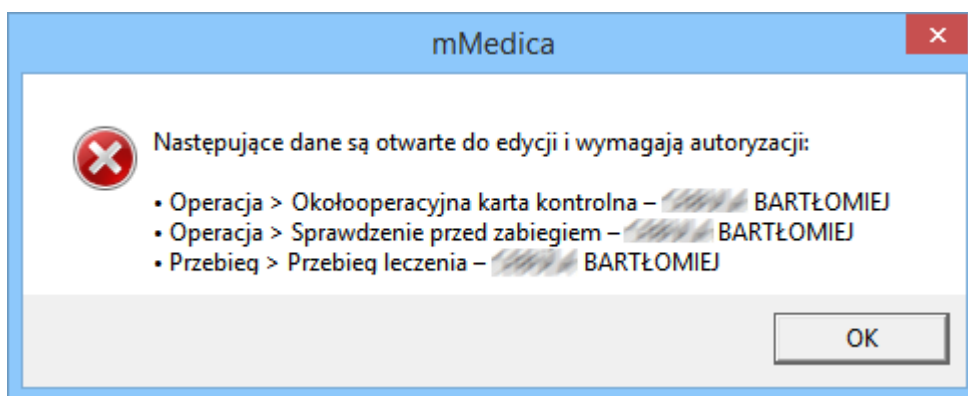
2

Wprowadzanie danych w module

Każde okno Modułu Hospitalizacja jest domyślnie zablokowane do edycji. Aby móc rozpocząć ewidencję

danych w wybranym oknie należy wybrać przycisk  lub  znajdujący się prawym dolnym rogu ekranu, który spowoduje odblokowanie pól. Odblokowanie pól do edycji w konkretnym oknie przez jednego użytkownika, uniemożliwia modyfikację tych danych pozostałym użytkownikom - mogą je jedynie przeglądać. Dopiero autoryzacja danych umożliwi ich edycję przez innego użytkownika.

Uwaga! Wprowadzone dane należy każdorazowo zapisywać przyciskiem . W przypadku braku autoryzacji choć jednego z okien, użytkownik nie będzie mógł zakończyć jednego z etapów hospitalizacji np. wypisu, co zostanie zakomunikowane w nast. sposób:



Do wprowadzania danych służą standardowe funkcjonalności wykorzystywane w aplikacji mMedica tj.:

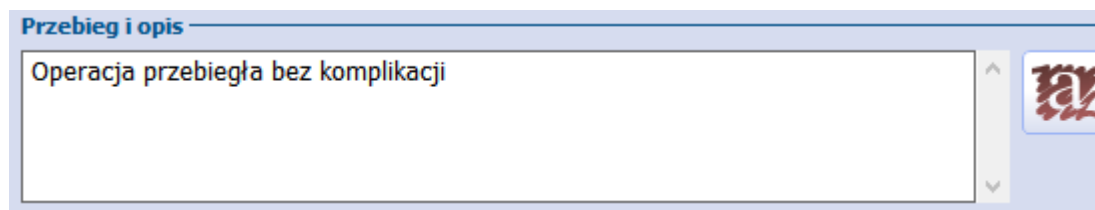
- pola wyboru 
- przyciski, np. 
- pola tekstowe
- [szablony tekstów](#) standardowych
- checkboxy i pola do zaznaczenia 

W celu przyspieszenia procesu ewidencji danych, większość informacji jest dziedziczona/powielana z okien, w których zostały już uprzednio wprowadzone. Pomimo tego, dane te mogą być dowolnie modyfikowane przez użytkowników programu.

2.1 Szablony tekstów standardowych

W wielu oknach Modułu Hospitalizacji znajduje się funkcjonalność szablonów tekstów standardowych,

obrazowana za pomocą ikony , umieszczanej obok pól opisowych. Umożliwia ona wybranie gotowych tekstów, wcześniej przygotowanych przez użytkownika i dodanie ich do właśnie uzupełnianego okna. Teksty podpowiadane są na podstawie pól, dla których zostały zdefiniowane, tzn. skorzystanie z funkcjonalności w oknie *Wywiady*, wyświetli teksty dotyczące tylko i wyłącznie wywiadów.



Zbiór tekstów standardowych znacznie przyspiesza wprowadzanie niezbędnych informacji, dlatego zaleca się korzystanie z funkcjonalności w codziennej pracy. Szczegółowy opis funkcjonalności znajduje się w [instrukcji obsługi](#) programu mMedica w rozdziale "Teksty standardowe w polach opisowych".

Rozdział

3

Utworzenie hospitalizacji

Hospitalizację można zaplanować wcześniej tworząc rezerwację w Terminarzu lub w dniu przyjęcia pacjenta, poprzez skorzystanie z funkcji rejestracji wizyty czy też bezpośrednio z poziomu [formatki hospitalizacji](#).

3.1 Rezerwacja terminu w Terminarzu

Ścieżka: [Terminarz](#) > przycisk: [Nowa rejestracja](#)
[Kartoteka pacjentów](#) > przycisk: [Rejestruj](#)

W celu rejestracji pobytu należy przejść do Terminarza, wybrać przycisk **Nowa rejestracja** i uzupełnić wymagane pola:

- **Komórka org.** – wskazać komórkę organizacyjną, w której będzie realizowany pobyt. Na podstawie IX kodu resortowego aplikacja domyślnie podpowie następujące pola:
 - a) Wizyta – Hospitalizacja długoterminowa,
 - b) Przyjęcie – Przyjęcie planowe na podstawie skierowania (tryb przyjęcia najczęściej występujący w hospitalizacji). Można dokonać jego zmiany, wybierając inny tryb z listy rozwijanej.
- **Personel** – wskazać osobę personelu. Jeśli na etapie rejestracji nie wiadomo jeszcze, kto będzie lekarzem prowadzącym, należy pozostawić puste pole. Podczas otwarcia hospitalizacji program podpowie automatycznie lekarza prowadzącego i będzie nim osoba aktualnie zalogowana do aplikacji. Dane te będzie można zmienić po otwarciu hospitalizacji.

Pozostałe pola należy uzupełnić zgodnie z wymogami, zapisując zmiany przyciskiem **Zatwierdź**.

Nowa rejestracja – **SEBASTIAN (M)**, 47 lat

Termin

Komórka org.: 8 Oddział urazowo-ortopedyczny

Personel: NOWAKA Nowak Anna

Miejsce:

Data: 2017-08-16 Godzina: 14:41 Długość: 10

Wizyta

Wizyta: Hospitalizacja długoterminowa

Tryb przyjęcia: Przyjęcie planowe na podstawie skierowania

Rodzaj:

☐ Komercyjna/prywatna ☐ Pierwszorazowa

Uwagi

Dostępne terminy

☒ Tylko wolne

	ANNA	ANDRZEJ
	Wolne: 0	Wolne: 0
7 00		
8 00		
9 00		
10 00		
11 00		
12 00		

Aby utworzyć rejestrację na hospitalizację komercyjną, rozliczaną ze środków prywatnych pacjenta, należy zaznaczyć checkbox "Komercyjna/prywatna", następnie dokonać rejestracji usług prywatnych.

Funkcjonalność rezerwacji/rejestracji, a następnie rozliczenia wizyt prywatnych jest dostępna tylko dla użytkowników posiadających włączony dodatkowy Moduł Komercyjny. Szczegółowy opis rezerwacji usług komercyjnych znajduje się w instrukcji Modułu Komercyjnego dostępnej na [stronie internetowej](#) produktu.

3.2 Nowa hospitalizacja

Utworzenia nowej hospitalizacji można dokonać również z poziomu formatki *Hospitalizacja - lista pacjentów*, poprzez wybranie przycisku **Nowa**. Użytkownik zostanie przekierowany do okna *Słownika pacjentów*, w celu wybrania pacjenta, któremu będzie tworzona hospitalizacja. Kolejnym krokiem jest uzupełnienie pól, znajdujących się w oknie dialogowym zaprezentowanym poniżej.

The screenshot shows the 'Hospitalizacja - lista pacjentów' window. In the top toolbar, the 'Nowa' button is highlighted with a red box. The main window displays a table of patients. Overlaid on this is the 'Nowa hospitalizacja' dialog box. The dialog box has the following fields:

- Oddział / komórka org.:** Oddział urazowo-ortopedyczny
- Sala:** 10
- Lekarz prowadzący:** Nowak Anna
- Tryb przyjęcia:** Przyjęcie w trybie nagłym - inne przypadki
- ☐ **Komercyjna/prywatna**

At the bottom of the dialog box are two buttons: 'Zatwierdź' (with a green checkmark icon) and 'Wyjście' (with a door icon).

Opis poszczególnych pól z okna *Nowa hospitalizacja*:

- **Oddział / komórka org.** - w której będzie realizowana hospitalizacja. Na liście rozwijanej wyświetlane są komórki, których kod resortowy cz. IX wynosi - HC 3.1., 3.2, 3.3 lub 3.4. Komórka podpowiadana jest domyślnie na podstawie ustawień domyślnych personelu lub na podstawie wartości wybranej we filtrze w panelu *Nawigacja*.
- **Sala** - numer sali, w której będzie przebywał pacjent. Numery sal definiuje się dla poszczególnej komórki w [Strukturze organizacyjnej](#) programu. Jeśli istnieje tylko jedna sala, program podpowie jej numer automatycznie.
- **Komercyjna/prywatna** - utworzenie hospitalizacji prywatnej, finansowanej przez pacjenta. Funkcjonalność ewidencji świadczeń komercyjnych i możliwość ich rozliczenia dostępna jest w Module Komercyjnym.

W celu rozliczenia hospitalizacji prywatnej należy wybrać przycisk **Rozlicz**, znajdujący się w górnym panelu okna. Szczegółowe informacje dot. rozliczenia wizyty prywatnej znajdują się w [instrukcji obsługi](#) modułu Komercyjnego.

3.3 Hospitalizacja - lista pacjentów



Ścieżka: przycisk **HOSPITALIZACJA** ze strony startowej programu

Od wersji 8.2.0: [Ewidencja](#) > [Gabinety](#) > [Hospitalizacja](#)

Wybranie przycisku **Hospitalizacja** na stronie startowej programu otwiera formatkę *Hospitalizacja – lista pacjentów*, która jest odpowiednikiem formatki gabinetowej *Lista pacjentów do Gabinetu*. W górnym oknie formatki wyświetlana jest lista pacjentów, którym wyznaczono termin w Terminarzu lub utworzono ręcznie hospitalizację z tego poziomu. Rekordy mogą zostać wyróżnione nast. kolorami:

- **Pomarańczowy** - hospitalizacje, którym zaplanowano interwencje do wykonania w ramach bieżącego dyżuru.

W ramach Modułu Personalizacyjnego w Konfiguratorze ([Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#)), w pozycji [Moduły dodatkowe](#) > [Hospitalizacje](#), w sekcji [Lista pacjentów](#) dostępny jest parametr **"Wyróżniaj hospitalizacje z niewykonanymi interwencjami pielęgniarскими"**. Jego odznaczenie spowoduje wyłączenie wyróżniania kolorem wspomnianych wyżej pozycji.

- **Zielony** - hospitalizacje komercyjne/prywatne.
- **Szary** (od wersji 11.4.0 aplikacji mMedica) - hospitalizacje pacjentów, którzy w czasie bieżącego dyżuru przebywają na przepustce lub poza oddziałem.

Hospitalizacje mogą posiadać następujące statusy:

- **Planowana do przyjęcia** – pozycja po dokonaniu rezerwacji terminu w Terminarzu. Na formatce wyświetlane są tylko aktualne rezerwacje, czyli zaplanowane na dzień bieżący - ustawiony w filtrze "Data".
- **Do przyjęcia** – pozycja po dokonaniu rejestracji terminu w Terminarzu.
- **W przyjęciu** – hospitalizacja z niezakończonym procesem "Przyjęcie".
- **Zamknięta** - przyjęcie zakończone odmową (bez wypisu) z poziomu wstępnej oceny pielęgniarской (okno "Triaż").
- **W hospitalizacji** – hospitalizacja w przebiegu (realizacji).
- **Do wypisu** – przyjęcie zakończone "Odmową" przyjęcia lub pacjent został nie zakwalifikowany do hospitalizacji.
- **Do podpisu** – hospitalizacja po zakończeniu "Wypisu". Dokumenty wypisu przekazywane są do podpisu kierownika oddziału.
- **Zakończona** – hospitalizacja po podpisaniu dokumentów wypisu przez kierownika oddziału.
- **Usunięta** - hospitalizacja, która została usunięta za pomocą przycisku **Usuń**. Usuniętą hospitalizację można otworzyć w celu przeglądu danych, bez możliwości ich modyfikacji.

Hospitalizacja – lista pacjentów

Nazwisko i imię	Wiek	Data planowana	Data przyjęcia	Data wypisu	Status	Miejsce	Lekarz prowadzący
Jasiński Michał	31 lat	2017-04-25 10:25	2017-04-25 10:25		W przyjęciu	10	Nowak Anna
Kowalski Jan	50 lat	2017-04-25 12:23	2017-04-25 12:23		Do przyjęcia		Nowak Anna
Bela Ewa	90 lat	24-07-2017 12:23	24-07-2017 12:23		W hospitaliz...	1	

Kowalski Jan (M), 00000000000, 50 lat

INFORMACJE O PACJENCIE

Data ur.: 1967-04-07 (50 lat)

PESEL: 00000000000

Adres: 40-001
ul. Wojewódzka 1

Telefon: 111-222-333

Upow.: stan zdrowia – BRAK
DOKUMENTU
dokumentacja – BRAK
DOKUMENTU

[Pokaż dane osobowe](#)

UBEZPIECZENIE

OW NFZ:

Kraje UE

eWUŚ:

uprawniony do świadczeń

Ubezpieczenie:

Dokument UE

[Pokaż dokumenty ubezpieczenia](#)

DOKUMENTY

Zgoda na zabieg: BRAK

W dolnej części formatki znajdują się 3 okna, w których wyświetlane są informacje podstawowe o pacjencie, jego ubezpieczeniu oraz dokumentach medycznych.

Z lewej strony formatki znajduje się panel nawigacji z filtrami ułatwiającymi wyszukiwanie. Dzięki nim można w prosty sposób wyselekcjonować hospitalizacje na podstawie daty, komórki organizacyjnej, statusu, nazwiska pacjenta, lekarza przyjmującego itd.

Z kolei w górnym panelu formatki znajdują się nast. przyciski:

- **Nowa** - tworzy [nową](#) hospitalizację.
- **Dane** – otwiera hospitalizację, która została zaznaczona na liście.
- **Usuń** – usuwa hospitalizację zaznaczoną na liście. Przycisk jest aktywny dla pozycji otwartych w statusie innym niż "Planowane do przyjęcia", "Do przyjęcia" i "Zakończone".
- **Rozlicz** – otwiera formatkę rozliczeniową hospitalizacji. Przycisk jest aktywny dla pozycji otwartych w statusie innym niż "Planowane do przyjęcia", "Do przyjęcia" i "Zakończone". Formatka rozliczeniowa hospitalizacji została szczegółowo opisana w ogólnej [instrukcji obsługi](#) programu, w rozdziale "Omówienie formatki hospitalizacji". Z poziomu danych rozliczeniowych można dokonać podziału na pobyty (szczegóły w ogólnej [instrukcji obsługi](#) programu, w rozdziale "Podział na pobyty").
- **Kwalifikacje i konsultacje** - opcja przeznaczona dla funkcjonalności hospitalizacji 1-go dnia.
- **Tryb zbiorczy** – umożliwia zaewidencjonowanie danych hospitalizacji w trybie zbiorczym. Dokładny jej opis znajduje się w instrukcji dla Hospitalizacji 1-go dnia, w rozdziale "Tryb zbiorczy w hospitalizacji".
- **Statystyka oddziału** - przycisk przekierowuje do okna księgi raportów pielęgniarских, w którym lista wyświetlonych pozycji jest zawężona do utworzonych statystyk oddziału.

Hospitalizacja – lista pacjentów

Nazwisko i imię	PESEL	Wiek	Data planowana	Data
-----------------	-------	------	----------------	------

W przypadku wcześniejszego wyboru w oknie *Hospitalizacja - lista pacjentów* komórki organizacyjnej, domyślnie zostaną wyfiltrowane statystyki dotyczące tej komórki. Użytkownik będzie miał możliwość dodania nowej statystyki, a także edycji lub usunięcia istniejącej.

W wersji 10.8.0 aplikacji mMedica do **Statystyki oddziału** dodano nowe pozycje: Liczba osób w szpitalu, Liczba osób gorączkujących, Liczba osób na żywieniu dojelitowym, Liczba osób z przerwą w żywieniu dojelitowym.

3.4 Wydruk paska identyfikacyjnego

Ścieżka: [Hospitalizacja](#) > menu: [Funkcje dodatkowe](#) > [Wydruk paska identyfikacyjnego](#)

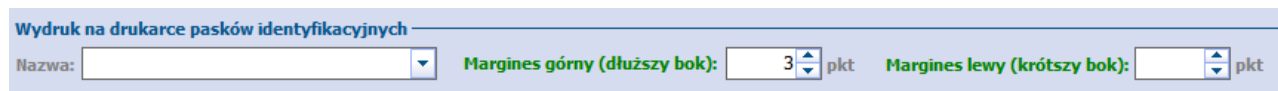
W aplikacji istnieje możliwość wydruku paska identyfikacyjnego pacjenta, który owija się wokół nadgarstka lub kostki chorego. Pod kodem kreskowym drukowanym na opasce zamieszczono ID pacjenta, zapewniając szybkie i bezpieczne odczytanie danych pacjenta. Dodatkowo, numer opaski jest wyświetlany w kolumnie "Opaska" na formacie *Hospitalizacja - lista pacjentów*.

Od wersji 11.1.0 aplikacji mMedica na pasku identyfikacyjnym drukowane są także imię, nazwisko oraz data urodzenia pacjenta.

Aby wydrukować pasek identyfikacyjny, należy w oknie otwartej hospitalizacji wybrać zamieszczony u góry

ekranu przycisk , a następnie opcję **Pasek identyfikacyjny**. Wydruku pasków identyfikacyjnych dokonuje się na drukarce Zebra, po uprzednim podłączeniu jej do stacji roboczej i zdefiniowaniu w Konfiguratorze programu mMedica. W tym celu należy przejść do: [Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#), pozycja: [System](#) > [Urządzenia zewnętrzne](#).

Uwaga! Przed rozpoczęciem wydruku pasków zaleca się zapoznanie z instrukcją obsługi drukarki Zebra i określenie rodzaju paska, jaki zostanie użyty do wydruku.

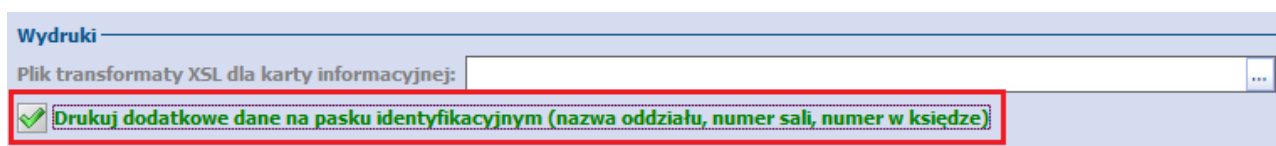


Ze względu na różnorodność występujących na rynku rodzajów opasek i ich wielkości, w Konfiguratorze przygotowano parametry odpowiadające za przesunięcie kodu kreskowego na opasce wzdłuż wybranych marginesów (zdj. powyżej). W związku z koniecznością precyzyjnego określenia przesunięcia kodu względem marginesów opaski, zastosowano wartość punktową. Punkt wylicza się dzieląc rozdzielczość drukarki przez 25,4 mm (1 cal). Otrzymana wartość określa ilość punktów, jaką naniesie drukarka na obszarze 1 cala (szczegóły poniżej).

W celu uzyskania najlepszych rezultatów wydruku i umieszczenia kodu kreskowego w centralnej części opaski należy wykonać poniższe czynności:

1. Obliczyć ilość punktów, jaką drukuje dany model drukarki na obszarze 1 cala:
 - a) Ze sterownika drukarki Zebra odczytać wysokość dpi. W przykładzie użyto dpi 300.
 - b) Podzielić wysokość dpi przez 25,4 mm (1 cal) i zaokrąglić wynik do liczby całkowitej:
$$300 / 25,4 = 11,81 = 12 \text{ pkt}$$
Określono, że drukarka na obszarze 1 cala nanosi 12 punktów obrazu.
2. Na wykorzystywanej opasce identyfikacyjnej określić obszar zadruku, opierając się na dokumentacji producenta drukarki.
3. Wyznaczony obszar zadruku podzielić na 3 równe części.
4. Obliczyć odległość od pozycji wyjściowej nośnika do linii, która została określona na 1/3 odległości obszaru zadruku (pkt 3 tej instrukcji). Według dokumentacji drukarki Zebra "pozycja wyjściowa wynosi 25,4 mm (1 cal) od krawędzi prowadzącej drukarki".
5. Wynik otrzymany w punkcie 4 przemnożyć przez ilość punktów otrzymaną w punkcie 1.
6. Uzyskany wynik wprowadzić w pole "Margines górny (dłuższy bok)" i zapisać zmiany. Dokonać próbnego wydruku opaski identyfikacyjnej w celu weryfikacji poprawnego umiejscowienia kodu kreskowego na opasce.

Istnieje możliwość określenia, czy na pasku identyfikacyjnym mają być drukowane dodatkowe dane, takie jak: nazwa oddziału, numer sali, numer w księdze. Służy do tego parametr **Drukuj dodatkowe dane na pasku identyfikacyjnym (nazwa oddziału, numer sali, numer w księdze)**, dostępny w Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w [Moduły dodatkowe > Hospitalizacje](#), w sekcji [Wydruki](#).



Wydruki

Plik transformaty XSL dla karty informacyjnej:

☒ Drukuj dodatkowe dane na pasku identyfikacyjnym (nazwa oddziału, numer sali, numer w księdze)

Rozdział

4

Przyjęcie

4.1 Triage

Okno *Triage* służy do dokonania przez pielęgniarkę wstępnej oceny przed przyjęciem pacjenta na oddział. Na załączonej liście pytań zaznacza się odpowiedzi pacjenta, poprzez kliknięcie w odpowiedni checkbox: "Tak" lub "Nie".

Może się zdarzyć, że tuż po otwarciu okna część pól będzie domyślnie zaznaczonych. Wynika to z wcześniejszego zaewidencjonowania części danych, np. jeśli podczas rezerwacji terminu wprowadzono dane skierowania, zostanie zaznaczone pole 1a) "Pacjent posiada skierowanie do szpitala".

Kowalski Jan (M), 000000000...
Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak An...
Przyj. 2017-04-26 10:59

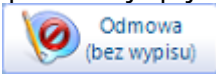
Rozpoznanie: **M51.2 ~ Inne określone ...**
Zaplanowane zabiegi: **(brak)**

Triage

- Pacjent posiada:
 - Skierowanie do szpitala ☒ TAK ☐ NIE
 - Wyniki badań dodatkowych ☐ TAK ☐ NIE
 - Dowód osobisty lub inny dowód tożsamości ☐ TAK ☒ NIE
- Jest na czczo ☐ TAK ☐ NIE
- Zażywa na stałe Acard/Polocard ☐ TAK ☐ NIE
Odstawił Acard/Polocard zgodnie z zaleceniami lekarza ☐ TAK ☐ NIE
- W ciągu ostatniego tygodnia przebył infekcję/przeziębienie ☐ TAK ☐ NIE
- W ciągu ostatniego tygodnia leczył się z infekcji/przeziębienia m. in. aspiryną, polopiryną ☐ TAK ☐ NIE
- Aktualnie zgłasza katar, ból gardła ☐ TAK ☐ NIE
- Choruje na choroby przewlekłe
 - Wie, z powodu jakich schorzeń jest leczony ☐ TAK ☐ NIE
 - Zna nazwy leków zażywanych na stałe ☐ TAK ☐ NIE
 - Zażył rano swoje leki ☐ TAK ☐ NIE
 - Potrafi wymienić nazwy leków, które zażył ☐ TAK ☐ NIE
- Pacjent jest uczulony, np. na leki, pokarmy ☐ TAK ☐ NIE

Wyniki badań, konsult, skier. Dane podstawowe Drukuj ocenę Wyczyść Autoryzuj Odmowa (bez wypisu)

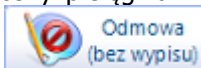
Po uzupełnieniu wszystkich pól, pielęgniarka decyduje o zakwalifikowaniu pacjenta do przyjęcia na oddział, poprzez zaznaczenie odpowiedniej opcji w sekcji *Kwalifikacja do przyjęcia*. W przypadku [odmowy przyjęcia](#)

należy wybrać przycisk , znajdujący się w prawym dolnym rogu okna.

Za pomocą przycisków znajdujących się w dolnym panelu okna można dokonać wydruku wstępnej oceny pielęgniarskiej, podglądu i modyfikacji [podstawowych danych](#) hospitalizacji oraz [dokumentów medycznych](#).

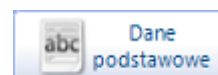
4.1.1 Odmowa przyjęcia

Jeśli wynik wstępnej oceny pielęgniarzki jest negatywny i nie kwalifikuje pacjenta do przyjęcia na oddział



należy wybrać przycisk , znajdujący się w prawym dolnym rogu okna *Triaż*. Hospitalizacja otrzyma status "Zamknięta" i edycja jej danych nie będzie już możliwa. Jeśli pacjent posiada wpis w kolejce oczekujących, to zostanie z niej wykreślony z podaniem przyczyny „Pacjent nie kwalifikuje się do operacji”.

4.1.2 Dane podstawowe hospitalizacji



W celu otwarcia okna z danymi podstawowymi hospitalizacji należy wybrać przycisk znajdujący się zawsze w dolnym panelu okna. Otwarte zostanie okno *Podstawowe dane hospitalizacji*, które umożliwia przegląd i modyfikację wprowadzonych danych. Dane prezentowane w oknie w większości podpowiadane są domyślnie, na podstawie wcześniej dokonanej rezerwacji/rejestracji.

Uwaga! W każdej hospitalizacji występuje lekarz przyjmujący, lekarz prowadzący oraz lekarz wypisujący. Użytkownik zalogowany do aplikacji, który rozpoczyna proces przyjęcia pacjenta jest domyślnie podpowiadany jako lekarz przyjmujący, a jeśli w procesie rezerwacji/rejestracji nie wskazano personelu - również jako prowadzący. Jeśli lekarzem przyjmującym/prowadzącym będzie inna osoba, niż ta podpowiadana przez system, należy dokonać zmian właśnie w danych podstawowych hospitalizacji.

Opis poszczególnych pól z zakładki *1. Realizacja*:

- **Tryb przyjęcia** – podpowiadany na podstawie danych wprowadzonych w rezerwacji/rejestracji.
- **Lekarz przyjmujący** – domyślnie jest nim użytkownik zalogowany do aplikacji, który rozpoczyna proces przyjęcia, czyli otwiera hospitalizację. Można go zmienić, wybierając z listy rozwijanej odpowiednią osobę personelu.
- **Lekarz prowadzący** – jest nim osoba personelu, do której została wykonana rezerwacja/rejestracja hospitalizacji. Można go zmienić, wybierając z listy rozwijanej odpowiednią osobę personelu.
- **Sala** – numer sali, w której znajduje się pacjent.
- **Łóżko** – numer łóżka pacjenta. Numery wprowadza się w strukturze organizacyjnej programu. *Od wersji 11.1.0 aplikacji mMedica zapamiętywana jest zajętość łóżek.* Łóżka zweryfikowane przez program jako zajęte przez innych pacjentów będą pomijane na liście wyboru dostępnej w polu.
- **Kod świadczenia** - pole umożliwia wprowadzenie kodu świadczenia wg MZ.
- **Nr karty depozytowej** – dane uzupełniane na potrzeby Księgi głównej przyjęć i wypisów. Po uzupełnieniu podpowiedzą się w rozliczeniu hospitalizacji.
- **Pobrano opłatę** – dane uzupełniane na potrzeby Księgi głównej przyjęć i wypisów.

Na zakładce 2. *Skierowanie* prezentowane są dane dotyczące skierowania. Jeśli podczas rezerwacji/rejestracji uzupełniono dane skierowania, dane te zostaną uzupełnione domyślnie. Jeśli hospitalizacja została utworzona poprzez wybranie przycisku **Nowa**, dane skierowania należy uzupełnić ręcznie, jeśli wymaga tego tryb przyjęcia lub pobrać elektroniczne skierowanie z systemu P1 na podstawie danych dostępowych otrzymanych przez pacjenta.

W wersji 6.9.9 aplikacji mMedica dodano funkcjonalność pobrania eSkierowania z systemu P1 bezpośrednio w podstawowych danych hospitalizacji. Aby móc wykonywać tą czynność użytkownik programu musi spełniać poniższe wymagania, jak:

- nadane uprawnienie funkcjonalne "Realizacja eSkierowań P1" w: [Zarządzanie > Konfiguracja > Użytkownicy systemu > 5. Uprawnienia funkcjonalne > gałąź "Obsługa rejestru pacjentów"](#),
- użytkownik nieposiadający NPWZ musi być skonfigurowany w programie jako asystent medyczny lub pracownik administracyjny (szczegółowa instrukcja znajduje się w [instrukcji obsługi](#) programu mMedica).

Aby pobrać eSkierowanie należy wybrać przycisk **Pobierz eSkierowanie z P1**, oznaczony na poniższym zdjęciu. W nowo otwartym oknie dialogowym wpisać 4-cyfrowy kod dostępu podany przez pacjenta lub wprowadzić klucz dostępu np. poprzez zeskanowanie go czytnikiem z przekazanego wydruku wizualizacji. Po wybraniu przycisku **Pobierz eSkierowanie** aplikacja pobierze dane z systemu P1 i uzupełni je automatycznie w oknie skierowania.

The screenshot shows the 'Podstawowe dane hospitalizacji' window with the '2. Skierowanie' tab selected. A modal dialog box titled 'Pobranie eSkierowania z P1' is open in the center. The dialog has three input fields: 'Klucz dostępu:', 'Kod dostępu:', and 'PESEL:'. The 'PESEL' field contains the value '0000000000'. At the bottom of the dialog are two buttons: 'Pobierz eSkierowanie' (with a green checkmark icon) and 'Wyjście' (with a green exit icon). The background window shows various form fields for patient data, including 'Rodzaj:', 'Data wystawienia:', 'Instytucja kierująca:', 'Personel kierujący:', 'Kod res. cz. V', 'Rozpoznanie', 'Uwagi:', and 'Załącznik:'. A sidebar on the right contains several icons, with one icon (a red flower-like shape) highlighted by a red rectangle, corresponding to the 'Pobierz eSkierowanie z P1' function.

Potwierdzeniem poprawnego pobrania skierowania jest wyświetlenie jego statusu na zakładce 2. *Skierowanie* 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. Wybranie przycisku "Wyjście" anuluje wprowadzone dane i skierowanie zostanie zwrócone do systemu P1.

W celu podejrzenia wizualizacji pobranego eSkierowania należy wybrać przycisk **Podgląd pobranego skierowania** .

Podstawowe dane hospitalizacji

1. Realizacja **2. Skierowanie**

Rodzaj: Skierowanie Nr skierowania: 000000000000mm1655 ☐ Cito

Data wystawienia: 27-01-2021 Typ zleceńodawcy: Podmiot leczniczy

Instytucja kierująca: ID -1 ... Przychodnia

Personel kierujący: ID 365117 ... Adam317 Leczniczy

Kod res. cz. V: 01 Nazwa jedn. org.:

Kod res. cz. VII: 001 Nazwa kom. org.: PORADNIA NEUROLOGICZNA

Kod res. cz. VIII: 4900 ... Izba przyjęć szpitala

Rozpoznanie: S42 ... Złamanie barku i ramienia

Strona ciała: ☐ Refundacja NFZ **Status P1: Wystawione**

Uwagi: Proszę o przyjęcie na / do Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej
Cel wydania: Operacja barku

Komentarze z eSkierowania:

 Zatwierdź  Wyjście

Jeśli po przyjęciu eSkierowania pojawi się konieczność jego zwrotu np. z powodu rezygnacji pacjenta ze świadczeń bądź z innej przyczyny, należy wybrać przycisk **Wyczyść** , a następnie w wyświetlonym oknie *Odmowa przyjęcia skierowania do realizacji* wskazać przyczynę odmowy. Na liście rozwijanej znajdują się 2 przyczyny:

- Rezygnacja pacjenta
- Brak zleconych świadczeń w ofercie placówki

Jeśli występuje inny powód zwrotu należy wpisać go ręcznie w pole "Przyczyna" i zatwierdzić przyciskiem **Odrzuć eSkierowanie**.

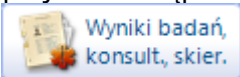
Odmowa przyjęcia skierowania do realizacji

Przyczyna: Rezygnacja pacjenta

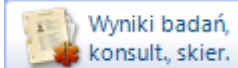
 Odrzuć eSkierowanie  Wyjście

4.1.3 Dokumenty medyczne hospitalizacji

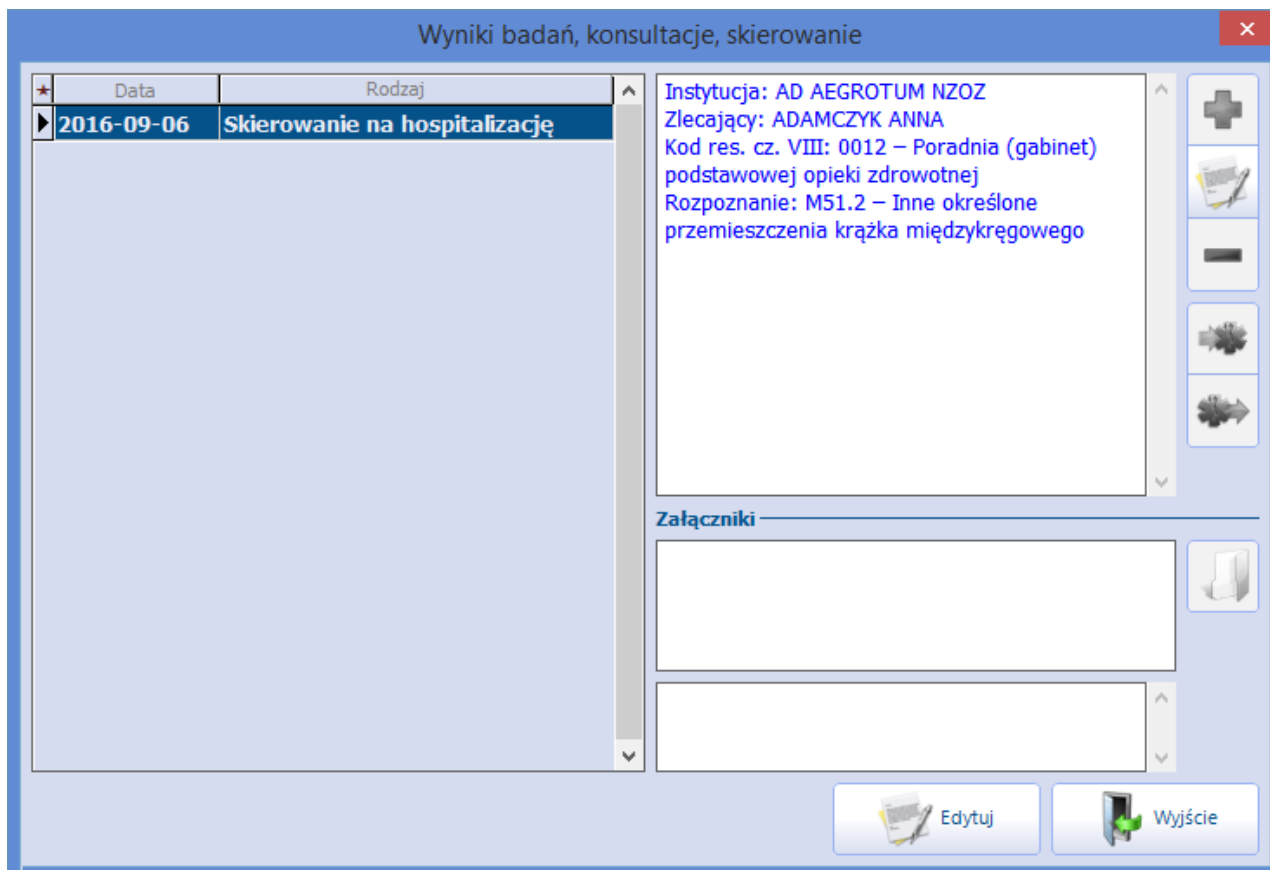
Dokumenty medyczne pacjenta dostępne są w trakcie trwania całej hospitalizacji. W celu ich podglądu

należy wybrać przycisk  znajdujący się zawsze w dolnym panelu okna. Otwarte zostanie okno prezentujące wszystkie dokumenty medyczne pacjenta.

Przy każdorazowym otwarciu hospitalizacji system sprawdza obecność nowych dokumentów medycznych i jeśli takowe są, wyświetlone zostaną w oknie powiadamiania, otwieranym automatycznie. W wersji 8.3.0 aplikacji mMedica wprowadzono wyjątek dla hospitalizacji realizowanej w komórce organizacyjnej o kodzie resortowym cz. IX = HC.3.1. Dla takiej hospitalizacji nie wyświetla się automatycznie okno powiadomienia o

nowych dokumentach, natomiast w przypadku ich istnienia przycisk  jest oznaczony kolorem czerwonym.

Po przejściu do okna podglądu dokumentów medycznych i naciśnięciu **Edytuj** użytkownik ma możliwość dopisania wybranego dokumentu do hospitalizacji za pomocą zamieszczonego po prawej stronie przycisku

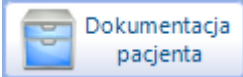



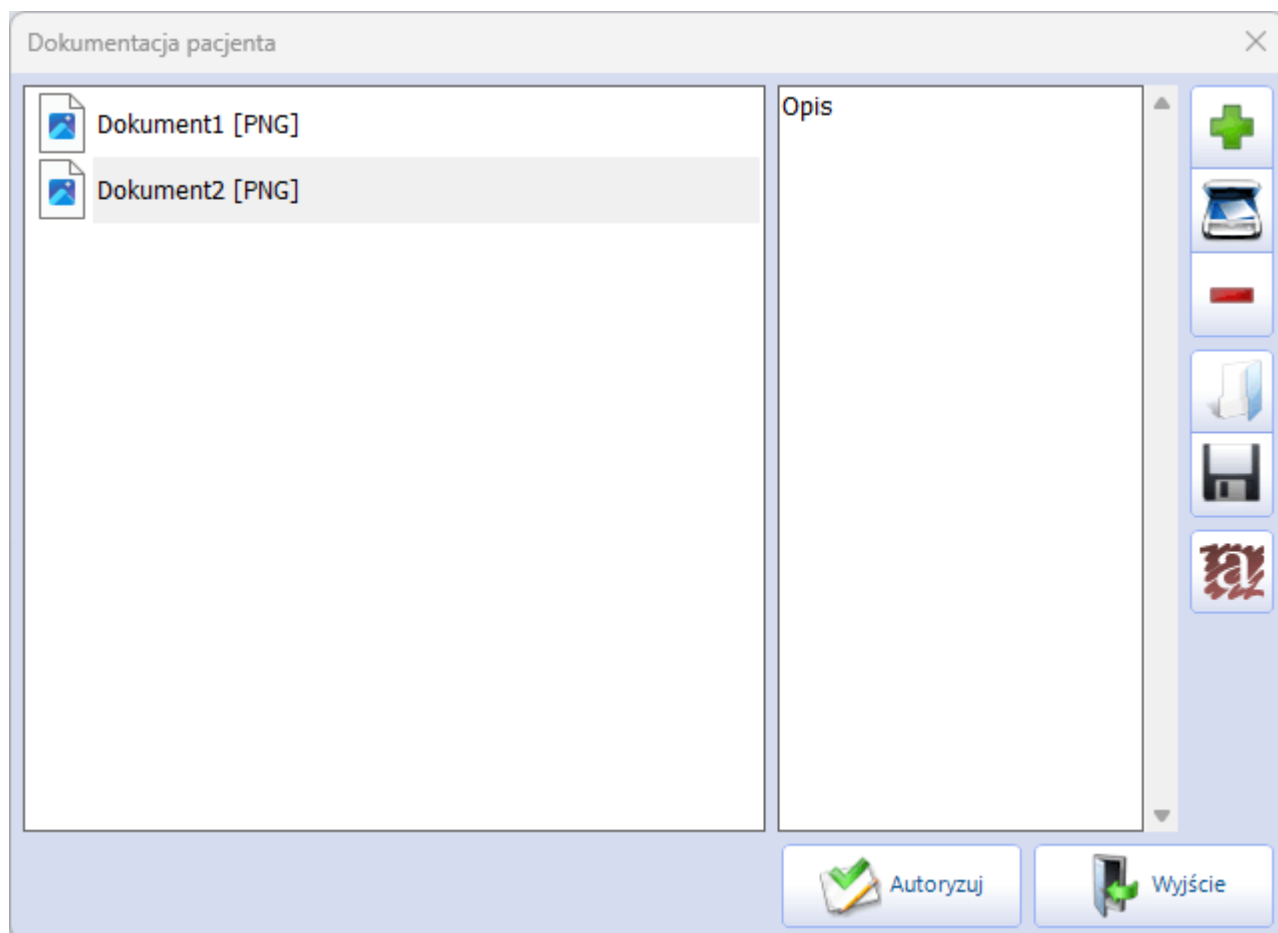
W celu dodania do hospitalizacji nowego dokumentu medycznego, należy wybrać przycisk  i wskazać odpowiedni rodzaj:

- Badanie diagnostyczne
- Badanie laboratoryjne
- Konsultacja

4.1.4 Dokumentacja pacjenta

W wersji 10.5.0 aplikacji mMedica została udostępniona możliwość dołączenia do hospitalizacji dokumentów

medycznych dostarczonych przez pacjenta. Służy do tego przycisk  , zamieszczony w dolnym panelu okna hospitalizacji, dostępny na każdym jej etapie. Po jego wyborze wyświetlone zostanie okno *Dokumentacja pacjenta* (zdj. poniżej).



Aby dodać dokument, należy wybrać przycisk  , a następnie wskazać odpowiedni plik. Dokument może zostać również dodany poprzez jego zeskanowanie, do czego służy przycisk z symbolem skanera. Załączone w powyższy sposób dokumenty wyświetlą się w lewej części okna *Dokumentacja pacjenta*. Aby wprowadzić opis dokumentu, należy go zaznaczyć i zamieścić odpowiedni tekst w polu znajdującym się po prawej stronie. Przy wprowadzaniu opisu można korzystać z szablonów tekstów standardowych.

Po prawej stronie okna dostępne są również przyciski umożliwiające usunięcie, podgląd lub zapisanie we wskazanym miejscu zaznaczonego dokumentu.

W celu zatwierdzenia zmian należy nacisnąć **Autoryzuj**.

4.2 Wywiad pielęgniarzski

Po wstępnym zakwalifikowaniu pacjenta do hospitalizacji, pielęgniarka przeprowadza z nim obszerny wywiad dotyczący jego przeszłości medycznej i ocenia funkcjonowanie poszczególnych układów. Do ewidencji tych danych służy okno *Wywiad pielęgniarzski*, które zostało dodatkowo podzielone na dwie zakładki:

- *Wywiad pielęgniarzski*
- *Ocena układów*

Na zakładce *Wywiad pielęgniarzski* wprowadza się dane uzyskane z wywiadu przeprowadzonego z pacjentem i wyniki przeprowadzonego badania fizykalnego.

W wersji 8.5.0 aplikacji mMedica w sekcji Badanie fizykalne dodano pola do wyświetlania centyli, widoczne w przypadku pacjenta niepełnoletniego, oraz pole "Saturacja".

Zakładka *Ocena* służy do ustalenia stanu pacjenta, określenia sprawności funkcjonowania poszczególnych układów i narządów. Po wybraniu zakładki wyświetlanych jest kilkanaście sekcji (np. Skóra, Wzrok, Słuch), które są domyślnie zwinięte. W celu wprowadzenia danych, należy je rozwinąć klikając w przycisk

Kowalski Jan (M), 0000000000, 50 ... Rozpoznanie: **M51.2 – Inne określone przemie...**
 Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak Anna Zaplanowane zabiegi: **(brak)**
 Przyj. 2017-04-26 10:59

Wywiad pielęgniarzki **Ocena układów**

Skóra

Odleżyny według skali Norton

Wzrok

☐ Prawidłowy ☐ Niedowidzenie ☐ Ślepota

☒ Stosowanie okularów ☐ Stosowanie soczewek Inna korekta wzroku:

Dolegliwości:

Diagnozy

Kod	Nazwa

Słuch

Węch

Smak

Układ nerwowy i funkcje poznawcze

4.3 Upoważnienia

Przed przyjęciem pacjenta na oddział konieczne jest pobranie od niego dokumentów upoważniających do uzyskania informacji o stanie zdrowia przez wskazaną osobę i upoważnienie o uzyskaniu dokumentacji. W przypadku braku wyrażenia zgody przez pacjenta również należy odnotować ten fakt.

W sekcji *Dane osoby bliskiej, którą należy powiadomić w razie potrzeby* wpisuje się ręcznie dane osoby bliskiej.

Kowalski Jan (M), 0000000000... Rozpoznanie: **M51.2 – Inne określone p...**
 Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak Anna Zaplanowane zabiegi: **(brak)**
 Przyj. 2017-04-26 10:59

Dane osoby bliskiej, którą należy powiadomić w razie potrzeby

Nazwisko i imię:

Adres:

Telefon:

Dokumenty upoważniające / oświadczenia

Rodzaj: ☒ Tylko aktualne

Data	Rodzaj	Nazwisko i imię	Kontakt	Komórka	Akt.	Załącznik
2017-04-26	Upoważnienie do u...	Paper Krzysztof			✓	

W wersji 8.3.0 aplikacji mMedica wprowadzono podpowiadanie danych osoby bliskiej na podstawie dodanego dokumentu upoważniającego. Jeżeli sekcja **Dane osoby bliskiej, którą należy powiadomić w**

razie potrzeby nie zawiera żadnych danych i zostanie dodany dokument upoważniający (przycisk  po prawej stronie okna), pola w sekcji wypełnią się automatycznie wprowadzonymi w dokumencie danymi upoważnionego lub danymi przedstawiciela ustawowego, w przypadku braku uzupełnienia tych wcześniejszych.

4.4 Zgoda na leczenie

Do ewidencji zgód na leczenie służy zakładka *Zgody* (nazwa zmieniona w wersji 10.1.0 aplikacji mMedica) dostępna zarówno na etapie przyjęcia pacjenta (panel **Przyjęcie**), jak i w przebiegu hospitalizacji (panel **Hospitalizacja**).

W celu wprowadzenia zgody pacjenta należy w sekcji Bieżąca zgoda wskazać jej datę, a następnie uzupełnić pozostałe pola i wybrać przycisk . Do wprowadzanej zgody użytkownik ma możliwość dodania załącznika (sekcja Załącznik).

W sekcjach Zgoda oraz Opis istnieje możliwość wyboru w polu "Tytuł" samodzielnie zdefiniowanego opisu. W celu jego definicji należy wybrać przycisk , a następnie w oknie *Tytuł zgody na leczenie* wprowadzić w kolejnej linii stosowny tekst. Wszystkie wprowadzone w ten sposób pozycje wyświetlą się na liście rozwijalnej omawianego pola.

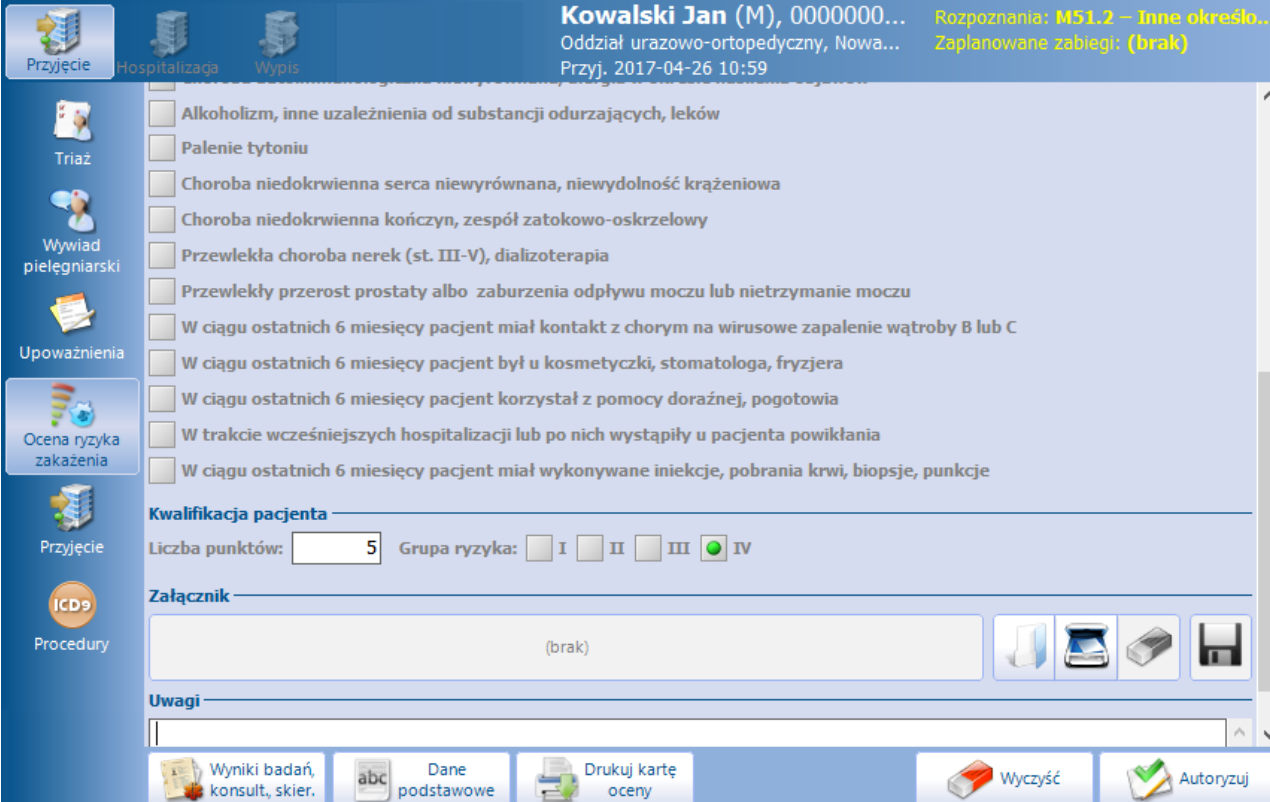
Wprowadzone zgody pacjenta będą widoczne w sekcji Wszystkie zgody. Usunięcia zgody dokonuje się poprzez zaznaczenie odpowiedniej pozycji na liście i wybór przycisku .

Aby podejrzeć lub zmienić dane zgody, należy podświetlić ją na liście, a następnie nacisnąć . Czynność ta spowoduje wyświetlenie jej danych w sekcji Bieżąca zgoda. Będą one możliwe do edycji. Ewentualne zmiany należy zatwierdzić przyciskiem .

4.5 Ocena ryzyka zakażenia

Każdy pacjent przy przyjęciu do szpitala wypełnia ankietę, której celem jest określenie poziomu ryzyka zakażenia podczas hospitalizacji. Okno *Ocena ryzyka zakażenia* umożliwia wprowadzenie danych do programu mMedica na podstawie dokumentu uzupełnionego przez pacjenta.

Czynniki ryzyka wybiera się poprzez zaznaczenie  odpowiedniej opcji. Na podstawie zaznaczonych danych w tabeli, aplikacja podsumuje liczbę punktów i wyznaczy grupę ryzyka w sekcji *Kwalifikacja pacjenta*. Użytkownik może w każdej chwili dokonać modyfikacji tych danych ręcznie.



Przyjęcie Hospitalizacja Wypis

Kowalski Jan (M), 0000000...
Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowa...
Przyj. 2017-04-26 10:59

Rozpoznanie: **M51.2 – Inne określo...**
Zaplanowane zabiegi: **(brak)**

Triaż

Wywiad pielęgniarstwa

Upoważnienia

Ocena ryzyka zakażenia

Przyjęcie

ICD9

Procedury

☐ Alkoholizm, inne uzależnienia od substancji odurzających, leków

☐ Palenie tytoniu

☐ Choroba niedokrwienna serca niewyrównana, niewydolność krążeniowa

☐ Choroba niedokrwienna kończyn, zespół zatokowo-oskrzelowy

☐ Przewlekła choroba nerek (st. III-V), dializoterapia

☐ Przewlekły przerost prostaty albo zaburzenia odpływu moczu lub nietrzymanie moczu

☐ W ciągu ostatnich 6 miesięcy pacjent miał kontakt z chorym na wirusowe zapalenie wątroby B lub C

☐ W ciągu ostatnich 6 miesięcy pacjent był u kosmetyczki, stomatologa, fryzjera

☐ W ciągu ostatnich 6 miesięcy pacjent korzystał z pomocy doraźnej, pogotowia

☐ W trakcie wcześniejszych hospitalizacji lub po nich wystąpiły u pacjenta powikłania

☐ W ciągu ostatnich 6 miesięcy pacjent miał wykonywane iniekcje, pobrania krwi, biopsje, punkcje

Kwalifikacja pacjenta

Liczba punktów: Grupa ryzyka: ☐ I ☐ II ☐ III ☒ IV

Załącznik

(brak)

Uwagi

Wyniki badań, konsult, skier. Dane podstawowe Drukuj kartę oceny Wyczyść Autoryzuj

4.6 Skala Barthel

Na etapie przyjęcia do hospitalizacji długoterminowej istnieje możliwość wprowadzenia oceny samodzielności i sprawności ruchowej pacjenta według skali Barthel.

 Zgoda na leczenie  Ocena ryzyka zakażenia  Skala Barthel  Skala Glasgow  Skala VES-13  Przyjęcie  Procedury	☒ 5 – Niezależny lub pod prysznicem
	Poruszanie się po powierzchniach płaskich
	☐ 0 – Nie porusza się lub do 50 m ☐ 5 – Niezależny na wózku; wliczając zakręty powyżej 50 m ☐ 10 – Spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby, powyżej 50 m ☒ 15 – Niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. 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 oceny	
Liczba punktów: 85	
Uwagi	
 Wyniki badań, konsult, skier.  Drukuj	

Na podstawie zaznaczonych odpowiedzi w sekcji Wynik oceny zostanie wyświetlona zsumowana liczba punktów.

W wersji 11.3.0 aplikacji mMedica na dole okna ewidencji oceny udostępniono sekcję Podpisy, służącą do zamieszczenia informacji o personelu autoryzującym. Aktywność znajdujących się w niej pól uzależniona jest od rodzaju zalogowanego personelu.

Podpisy

☒ Autoryzacja lekarza

☐ Autoryzacja pielęgniarki

Jeżeli zalogowany jest lekarz, może on zaznaczyć jedynie pole "Autoryzacja lekarza". W przypadku zalogowanej pielęgniarki aktywne jest tylko pole "Autoryzacja pielęgniarki". Po oznaczeniu autoryzacji w polu obok wyświetli się imię i nazwisko personelu, bez możliwości edycji tych danych.

Po wyborze przycisku **Drukuj** nastąpi wydruk dokumentu "Karta oceny świadczeniobiorcy przyjmowanego do zakładu opiekuńczego", zawierającego uzupełnioną skalę.

4.7 Skala Glasgow

W wersji 6.1.0 w aplikacji mMedica w hospitalizacji długoterminowej została dodana możliwość uzupełnienia oceny stanu świadomości pacjenta według skali Glasgow. Służy do tego zakładka *Skala Glasgow*.

Kowalski Jan (M), 51 lat **Rozpoznanie: (brak)**
Oddział urazowo - ortopedyczny, Nowak Anna
Przyj. 24-05-2019 15:02, sala 1

Przyjęcie Hospitalizacja Wypis

Triaż
Wywiad
Wywiad pielęgniarski
Upoważnienia
Ocena ryzyka zakażenia
GSGW
Skala Glasgow
Przyjęcie
ICD9
Procedury

Reakcja otwierania oczu

- ☒ Spontaniczna
- ☐ Na polecenia
- ☐ Na bodźce bólowe
- ☐ Nie otwiera oczu

Reakcja słowna (mowa)

- ☒ Logiczna (pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby)
- ☐ Odpowiedź splątana (pacjent zdezorientowany)
- ☐ Odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk
- ☐ Niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie
- ☐ Brak reakcji słownej

Reakcja ruchowa (motoryczna)

- ☒ Spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych
- ☐ Ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy
- ☐ Reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego
- ☐ Patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych)
- ☐ Patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdżenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy)
- ☐ Bez reakcji

Punktacja w skali Glasgow

Liczba punktów: Ocena zaburzenia przytomności pacjenta wg GCS: łagodne zaburzenia przytomności

Wyniki badań, konsult, skier. Drukuj skalę Wyczyść Autoryzuj

Na podstawie zaznaczonych odpowiedzi jest automatycznie sumowana liczba punktów. W celu wydruku oceny należy wybrać przycisk **Drukuj skalę** znajdujący się na dole okna.

4.8 Skala VES-13

W wersji 7.2.0 aplikacji mMedica w przyjęciu hospitalizacji długoterminowej dodano możliwość uzupełnienia skali VES-13, służącej do oceny pacjenta geriatrycznego.

Wiek

☐ 60-74 lat ☐ 75-84 lat ☒ 85 lat lub powyżej

Samoocena stanu zdrowia

☒ Wspaniałe lub dobre ☐ Przeciętne lub złe

Znaczne trudności w samodzielnym wykonaniu czynności z powodu stanu zdrowia

☒ Zakupy (produkty toaletowe, leki)

☐ Rozporządzanie własnymi pieniędzmi (śledzenie wydatków, opłacanie rachunków)

☐ Wykonywanie lekkich prac domowych (zmywanie, ścieranie kurzu)

☐ Przejście przez pokój (przy pomocy kuli, laski, o ile używa)

☒ Kąpiel (w wannie lub pod prysznicem)

☐ Pochylanie, kucanie, klękanie

☒ Podnoszenie, dźwiganie ciężaru o wadze około 4,5 kg

☐ Pisanie lub utrzymanie drobnych przedmiotów

☐ Sięganie lub wyciąganie ramion powyżej barku

☒ Przejście około 1,5 km

☐ Wykonanie ciężkiej pracy domowej (mycie podłóg, okien)

Wynik oceny

Liczba punktów: Ryzyko znacznego pogorszenia stanu zdrowia, sprawności
Rekomendacja do przeprowadzenia COG.

Wyniki badań, konsult., skier. Drukuj

Na podstawie zaznaczonych odpowiedzi w sekcji Wynik oceny zostanie wyświetlona zsumowana liczba punktów. Od wersji 11.3.0 aplikacji mMedica w przypadku liczby punktów większej niż 2 wyświetlana jest informacja o ryzyku wraz z odpowiednią rekomendacją.

W celu wydruku uzupełnionej skali należy wybrać przycisk **Drukuj**.

4.9 Ocena i plan rehabilitacji

W wersji 9.7.0 aplikacji mMedica udostępniono okno do ewidencji oceny i planu rehabilitacji, wyświetlane po wyborze ikony *Ocena i plan rehabilitacji*.

W oknie, w dedykowanych polach istnieje możliwość wprowadzenia opisu badania oraz oceny i opisu rozwoju psychoruchowego.

Aby dodać ocenę ICF lub planowany zabieg, należy w stosownej sekcji wybrać przycisk , a następnie w słowniku, który się wyświetli ("Międzynarodowa klasyfikacja funkcjonowania ICF" lub "Zabiegi rehabilitacyjne - wielowybór"), wskazać odpowiednią pozycję.

W wierszu utworzonym po dodaniu oceny ICF lub planowanego zabiegu należy w odpowiednich kolumnach uzupełnić pozostałe istotne dane.

W prawym górnym rogu sekcji Planowane zabiegi dostępny jest przycisk służący do jej maksymalizacji (zaznaczony na powyższym zdjęciu). Po jego wyborze okno sekcji zostanie rozszerzone na cały ekran.

4.10 Przyjęcie lekarskie

W oknie *Przyjęcie* wprowadza się wszelkie informacje dotyczące przyjęcia pacjenta na oddział. W wersji 9.4.0 aplikacji mMedica okno zostało podzielone na trzy zakładki:

- *Rozpoznanie wstępne / Ocena ICF*
- *Wywiad / Badanie przedmiotowe*
- *Zgłaszane dolegliwości / Uzasadnienie przyjęcia / Ocena stanu psychicznego*
- *Ocena kwalifikacyjna* - od wersji 10.8.0 aplikacji mMedica

Na zakładce **Rozpoznanie wstępne / Ocena ICF** ewidencjonuje się dane dotyczące rozpoznania głównego i współistniejącego, określonego przez lekarza podczas przyjęcia. Dokonuje się tego za pomocą

przycisku . Dostępne są również pola służące do określenia stopnia zaawansowania choroby.

Od wersji 9.4.0 aplikacji mMedica istnieje możliwość wprowadzenia ocen ICF przy wykorzystaniu słownika "Międzynarodowej klasyfikacji funkcjonowania ICF".

Na zakładce **Wywiad / Badanie przedmiotowe** znajdują się okna służące do ewidencji danych m.in. do wprowadzenia szczegółowego wywiadu i opisanie przeprowadzonego badania przedmiotowego. Treść można wprowadzić ręcznie w oknach tekstowych lub skorzystać z szablonów tekstów standardowych, po ich wcześniejszym zdefiniowaniu.

W sekcji **Wywiad** w polu "Uczulenia/uzależnienia..." wyświetlane są informacje, które zostały wprowadzone wcześniej w danych medycznych pacjenta na formatce *Czynniki ryzyka*. Informacje o uczuleniach można

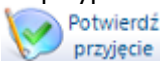


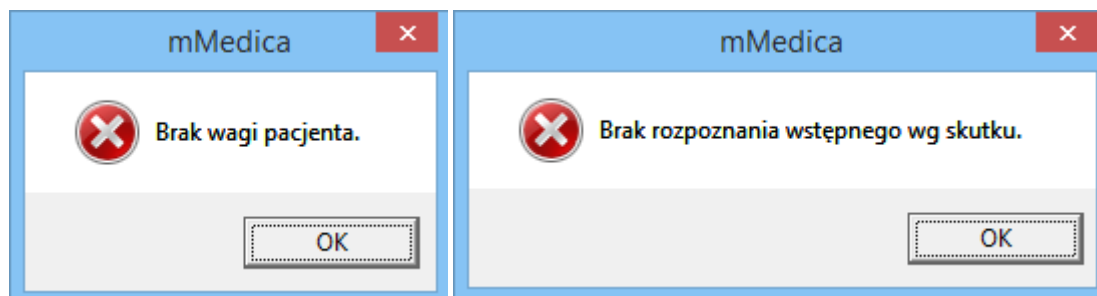
dodać również za pomocą przycisku

Na zakładce **Zgłaszane dolegliwości / Uzasadnienie przyjęcia...** istnieje możliwość wprowadzenia rozbudowanego opisu zgłaszanych dolegliwości w zakresie innych układów, uzasadnienia przyjęcia i oceny stanu psychicznego pacjenta.

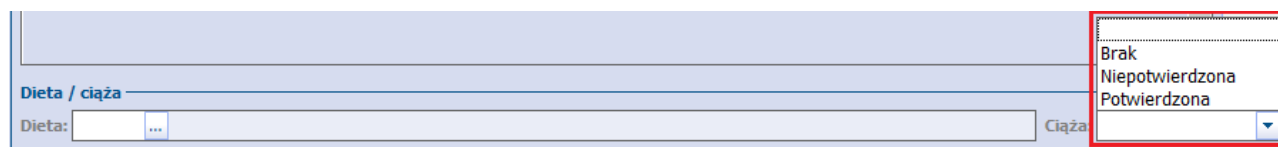
Aby móc potwierdzić przyjęcie pacjenta na oddział, wymagane jest wprowadzenie następujących danych:

- Rozpoznanie główne
- Waga pacjenta
- Numer sali (wprowadzany po wybraniu przycisku **Dane podstawowe**)

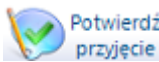
W przypadku braku uzupełnienia powyższych informacji, w momencie zapisywania danych przyciskiem , wyświetlony zostanie stosowny komunikat, np.:



W hospitalizacji realizowanej kobiecie w dolnej części zakładki **Wywiad / Badanie przedmiotowe** wyświetlane jest dodatkowe pole "Cięża". Umożliwia ono wprowadzenie informacji o ciąży poprzez wybór odpowiedniej wartości z dostępnej listy rozwijalnej (zdz. poniżej).



4.10.1 Przyjęcie pacjenta na oddział

Po wprowadzeniu wszystkich wymaganych danych, w celu przyjęcia pacjenta na oddział należy wybrać przycisk , znajdujący się w prawym dolnym rogu formatki. Potwierdzenie przyjęcia pacjenta spowoduje:

- dodanie wpisu w Księdze głównej przyjęć i wypisów,
- dodanie wpisu w Księdze oddziału,
- wykreślenie pacjenta z kolejki oczekujących z podaniem przyczyny „Zrealizowanie świadczenia”, jeśli został do niej dodany.

Ponadto zostanie otwarte kolejne okno - [Hospitalizacja](#), umożliwiając dalsze ewidencjonowanie danych. Hospitalizacja otrzyma status "W hospitalizacji".

4.10.2 Odmowa przyjęcia na oddział

W przypadku odmowy przyjęcia pacjenta na oddział należy wybrać przycisk , znajdujący się w prawym dolnym rogu okna. Hospitalizacja otrzyma status "Do wypisu", a program automatycznie otworzy okno [Wypis](#), umożliwiając jej zakończenie.

W dodatku odmowa przyjęcia pacjenta spowoduje:

- dodanie wpisu w Księdze głównej przyjęć i wypisów,
- wykreślenie pacjenta z kolejki oczekujących z podaniem przyczyny „Pacjent nie kwalifikuje się do operacji”, jeśli został do niej dodany.

4.11 Procedury ICD-9

Okno *Procedury ICD-9* służy do ewidencji procedur medycznych wg międzynarodowej klasyfikacji ICD-9, wykonanych w procesie przyjęcia pacjenta na oddział.

Dodawanie procedur medycznych może odbywać się poprzez wybór ze słownika procedur medycznych lub przez ręczne wprowadzenie kodu w polu w kolumnie "Kod", jeżeli użytkownik zna kody procedur. Słownik

zawierający procedury ICD-9 otwierany jest poprzez wybranie przycisku , znajdującego się po prawej stronie okna.

Rozdział

5

Hospitalizacja

5.1 Przebieg leczenia pacjenta

Okno *Przebieg leczenia* otwierane jest automatycznie po potwierdzeniu przyjęcia pacjenta na oddział. Okno zostało podzielone na 2 zakładki:

- [Rozpoznanie / Wywiady / Badania przedmiotowe](#)
- [Zdarzenia niepożądane](#)

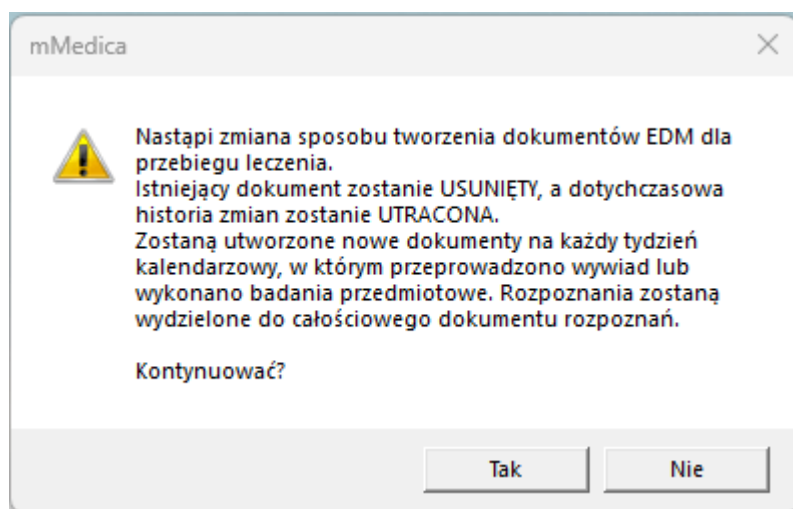
W wersji 11.5.0 aplikacji mMedica w ramach dodatkowego modułu **Elektroniczna Dokumentacja Medyczna** udostępniono możliwość określenia sposobu tworzenia dokumentu EDM dla przebiegu leczenia w hospitalizacji długoterminowej. Dokonuje się tego w Konfiguratorze ([Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#)), w pozycji: [Moduły dodatkowe](#) > EDM, w polu "**Sposób tworzenia dokumentów przebiegu leczenia**".

W polu tym domyślnie wybraną wartością jest "Jeden dokument na hospitalizację". Istnieje możliwość wskazania drugiego sposobu - "Jeden dokument na każdy tydzień kalendarzowy".

Ponadto w oknie hospitalizacji w menu "Funkcje dodatkowe" udostępniono opcję "**Zmień sposób tworzenia dokumentów EDM**". Jest ona widoczna, jeżeli spełnione są następujące warunki:

1. Moduł Elektroniczna Dokumentacja Medyczna jest włączony.
2. Hospitalizacja jest objęta zapisem do EDM (została utworzona po włączeniu wspomnianego wyżej modułu lub została zmigrowana do EDM).
3. W hospitalizacji został utworzony dokument przebiegu leczenia.
4. Dokument EDM przebiegu leczenia obejmuje całą hospitalizację.

Pozycja będzie aktywna do wyboru z poziomu okna *Przebieg leczenia* (jeżeli zostało otwarte do edycji przez zalogowanego użytkownika). Jej wybór spowoduje wyświetlenie w pierwszej kolejności komunikatu informującego o nieodwracalności operacji i zalecającego wykonanie kopii zapasowej. Po jego zatwierdzeniu pojawi się okno ze szczegółowym opisem zmian (zdzjęcie poniżej). Aby zostały one wprowadzone, należy wybrać przycisk **Tak**.



Po ponownym uruchomieniu okna hospitalizacji, dla której powyższa operacja została prawidłowo wykonana, pozycja **"Zmień sposób tworzenia dokumentów EDM"** będzie w menu "Funkcje dodatkowe" niewidoczna.

W efekcie opisanych wyżej działań czas autoryzacji danych w oknie *Przebieg leczenia* może ulec skróceniu.

5.1.1 Rozpoznanie, wywiady, badania

Na pierwszej zakładce ewidencjonuje się rozpoznania pacjenta, które są automatycznie przenoszone do rozliczenia hospitalizacji (widoczne po wybraniu przycisku **Rozliczenie** w górnym panelu okna).

Rozpoznanie dodaje się za pomocą przycisków:

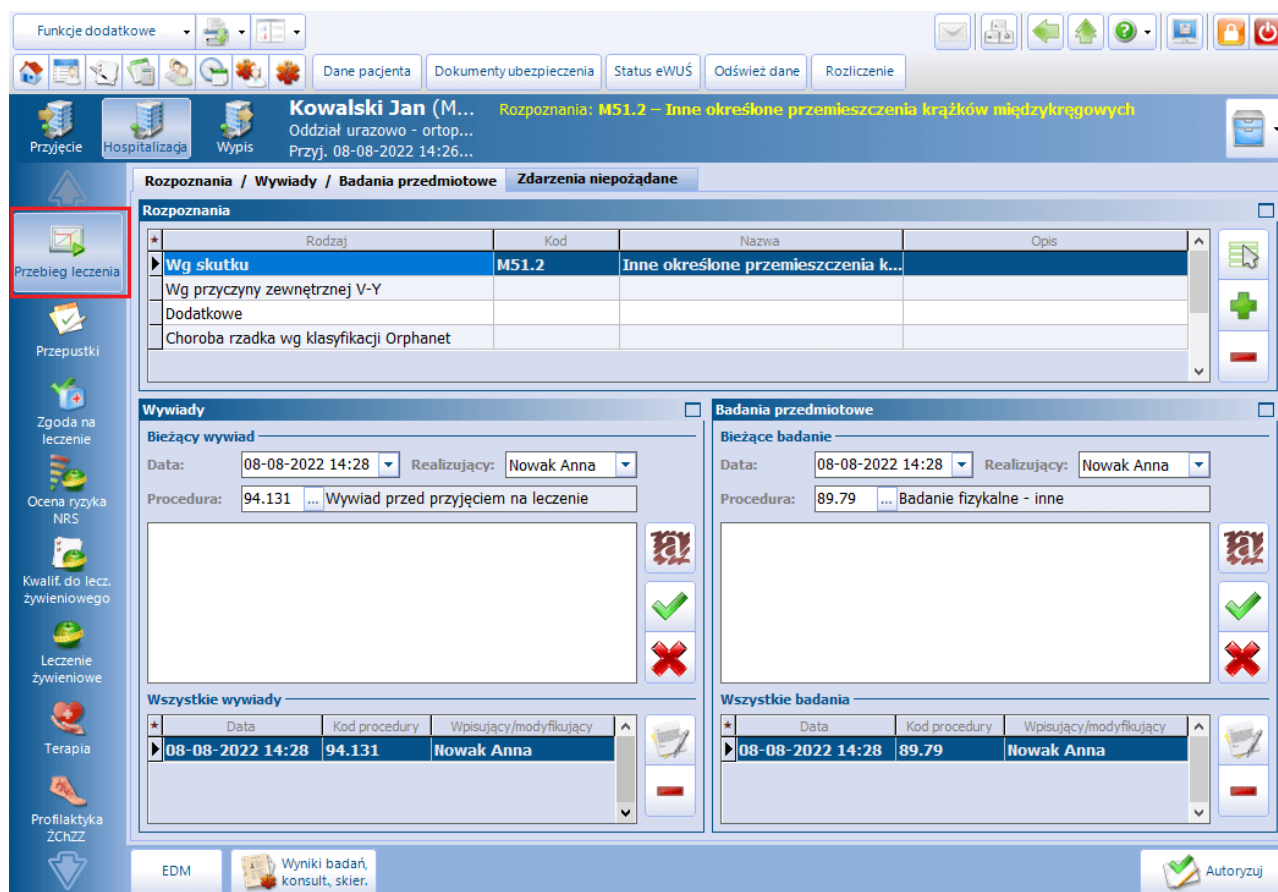


- dodaje rozpoznanie wg skutku ze słownika klasyfikacji chorób ICD-10. Rozpoznanie wg skutku podpowiadane jest automatycznie na podstawie rozpoznania głównego określonego podczas [przyjęcia](#).



- dodaje rozpoznanie współistniejące ze słownika klasyfikacji chorób ICD-10. Rozpoznanie współistniejące podpowiadane jest automatycznie na podstawie rozpoznania współ. określonego podczas [przyjęcia](#)

lub klikając w pole w kolumnie "Kod" i wybierając przycisk .



Rodzaj	Kod	Nazwa	Opis
Wg skutku	M51.2	Inne określone przemieszczenia krążków międzykręgowych	
Wg przyczyny zewnętrznej V-Y			
Dodatkowe			
Choroba rzadka wg klasyfikacji Orphanet			

Data	Kod procedury	Wpisujący/modyfikujący
08-08-2022 14:28	94.131	Nowak Anna

Data	Kod procedury	Wpisujący/modyfikujący
08-08-2022 14:28	89.79	Nowak Anna

Poniżej rozpoznań znajdują się pola służące do ewidencji danych wywiadu oraz badania przedmiotowego (po wykonaniu przez lekarza obchodu na oddziale). Treść w dedykowanych polach tekstowych można wprowadzić ręcznie lub skorzystać z szablonów tekstów standardowych po ich wcześniejszym zdefiniowaniu. Rozpoczęcie edycji tekstu powoduje uzupełnienie pola "Data" datą i czasem wprowadzanych danych.

W wersji 8.3.0 aplikacji mMedica dodano pole "Realizujący" oraz "Procedura". Po wyborze odpowiedniej procedury ICD-9 w polu "Procedura" zostaje automatycznie uzupełnione pole "Realizujący" danymi zalogowanego personelu.

W wersji 8.3.0 programu wprowadzono również funkcjonalność podpowiadania procedury ICD-9 dotyczącej wywiadu lub badania przedmiotowego na podstawie zdefiniowanych powiązań dla procedur ICD-9. Dokładne informacje dotyczące definiowania takich powiązań znajdują się w ogólnej [instrukcji obsługi](#) programu, w rozdziale "Powiązania dla procedur ICD-9".

W celu zapisania wprowadzonych danych należy wybrać przycisk **Zapisz zmiany**  znajdujący się z prawej strony okna.

Zapisać dane wyświetlane będą w oknach poniżej, tj. *Wszystkie wywiady* oraz *Wszystkie badania*, gdzie można je przeglądać i modyfikować. W celu zmodyfikowania tekstu należy podświetlić go na liście i wybrać



przycisk **Edytuj**. Modyfikowany tekst zostanie wyświetlony w oknie powyżej, gdzie należy dokonać odpowiednich poprawek i ponownie zapisać go przyciskiem .

Uwaga! Uprawnienia do modyfikacji zapisanego już wywiadu/badania przedmiotowego ma tylko użytkownik, który go wprowadził. Wpisy wprowadzone przez innych użytkowników programu są zablokowane do edycji.

5.1.2 Zdarzenia niepożądane

Zakładka *Zdarzenia niepożądane* służy do ewidencji zdarzeń niepożądanych w trakcie przebiegu hospitalizacji, np. błędne podanie leków, reakcja uczuleniowa na lek, sepsa po zabiegu operacyjnym.

Rozpoczęcie edycji danych na zakładce spowoduje uzupełnienie pola "Data" bieżącą datą i godziną.

Ze względu na możliwość wystąpienia kilku zdarzeń podczas trwania hospitalizacji, każde odnotowane zdarzenie należy zatwierdzić za pomocą przycisku **Zapisz zmiany** . Zapisane dane będą wyświetlane w oknie po prawej stronie ekranu, tj. *Wszystkie zdarzenia*, gdzie można je przeglądać i modyfikować.

5.2 Przepustki

W przebiegu hospitalizacji długoterminowej istnieje możliwość ewidencji przepustek.

The screenshot displays the 'Przepustki' (Leave of Absence) module. The main content area is divided into several sections:

- Bieżąca przepustka** (Current leave of absence): Includes fields for 'Numer' (Number), 'Data od' (From date), and 'Data do' (To date).
- Leki do stosowania w okresie przepustki** (Medications to be used during the leave of absence): A table with columns for 'Data zlecenia' (Prescription date), 'Nazwa leku' (Medication name), 'Ilość' (Quantity), 'Droga podania' (Route of administration), and 'Uwagi/zalecenia' (Remarks/recommendations). To the right of the table are icons for adding (+) and deleting (-) medications, and a red 'X' icon.
- Uwagi dla pacjenta lub opiekunów** (Remarks for the patient or caregiver): A text area for entering remarks.
- Załącznik** (Attachment): A field for attaching documents, with a '(brak)' (none) status and icons for adding and deleting attachments.
- Wszystkie przepustki** (All leave of absence): A table listing all leave of absence records with columns for 'Numer', 'Data od', 'Data do', 'Data wpisu/modyfikacji' (Date of entry/modification), and 'Wpisujący/modyfikujący' (Entered/modified by).

The bottom bar contains buttons for 'Wyniki badań, konsult, skier.' (Test results, consultation, referral), 'Drukuj kartę pobytu' (Print stay card), and 'Autoryzuj' (Authorize).

W celu wprowadzenia przepustki należy w sekcji Bieżąca przepustka wskazać jej daty (numer przepustki powinien się nadać automatycznie).

Po wyborze przycisku , zamieszczonego po prawej stronie sekcji Leki do stosowania w okresie przepustki, wyświetli się okno *Zlecone leki* z listą leków zleconych podczas hospitalizacji. Należy wybrać w nim te, które mają być stosowane podczas przepustki. Każdy wybrany lek wyświetli się jako kolejna pozycja

tabeli. Aby usunąć daną pozycję, należy ją zaznaczyć i nacisnąć .

Dodatkowo umożliwiono wprowadzenie uwag dla pacjenta lub opiekunów, a także dodanie załącznika.

Aby zatwierdzić wprowadzone dane, należy wybrać przycisk .

Wprowadzone przepustki pacjenta będą widoczne w sekcji Wszystkie przepustki. Usunięcia przepustki dokonuje się poprzez zaznaczenie odpowiedniej pozycji na liście i wybór przycisku .

Aby zmienić dane przepustki, należy podświetlić ją na liście, a następnie nacisnąć . Czynność ta spowoduje wyświetlenie jej danych w sekcji Bieżąca przepustka. Będą one możliwe do edycji. Ewentualne zmiany należy zatwierdzić przyciskiem .

W celu wydruku karty pobytu na przepustce należy podświetlić odpowiednią pozycję w sekcji Wszystkie przepustki, a następnie wybrać przycisk **Drukuj kartę pobytu**.

Zakładka **Pobyty poza oddziałem** służy ona do ewidencji danych dotyczących skierowania pacjenta z zakładu opiekuńczo-leczniczego do szpitala z powodu pogorszenia jego stanu zdrowia.

Przepustki **Pobyty poza oddziałem**

Bieżący pobyt

Data od: 18-10-2021 00:00 Data do:

Miejsce: Personel kierujący:

Uwagi:

Wszystkie pobyty

Data od	Data do	Oddział	Data wpisu/modyfikacji	Wpisujący/modyfikujący
04-10-2021 00:00	08-10-2021 00:00	Oddział kardiologiczny	08-11-2021 10:55	Nowak Anna

Sposób ewidencji danych na powyższej zakładce jest taki sam jak na zakładce **Przepustki**.

Od wersji 9.5.0 aplikacji mMedica pacjent, który zgodnie z wprowadzoną informacją przebywa aktualnie na przepustce lub poza oddziałem, nie jest uwzględniany podczas generacji zbiorczego raportu podania leków (funkcjonalność opisana w instrukcji obsługi Hospitalizacji 1-go dnia, w rozdziale "Zbiorcze podanie leków"). W wersji tej wprowadzono także wyświetlanie komunikatu informującego o przebywaniu pacjenta na przepustce lub poza oddziałem przy uruchamianiu edycji danych w oknach: Przebieg leczenia, Wklucia obwodowe, Ocena ryzyka NRS, Kwalif. do lecz. żywieniowego, Leczenie żywieniowe, Podanie leków, Przetoczenie krwi, Skale ocen, Obserwacje, Ocena natężenia bólu, Terapia, Wykonanie planu opieki, Raporty lekarskie, Raporty pielęgniarskie, Skierowania.

5.3 Zgoda na leczenie

Do ewidencji zgód na leczenie służy zakładka *Zgody*, dostępna zarówno na etapie przyjęcia pacjenta (panel **Przyjęcie**), jak i w przebiegu hospitalizacji (panel **Hospitalizacja**). Dokładny opis tej zakładki znajduje się w rozdziale [Przyjęcie > Zgoda na leczenie](#).

5.4 Wkłucia obwodowe

W wersji 9.4.0 aplikacji mMedica została udostępniona możliwość ewidencji danych dotyczących wkłuć obwodowych. Dokonuje się jej po wyborze dedykowanej ikony dostępnej w panelu bocznym.

W górnej części formatki, w sekcji Bieżące wkłucie obwodowe należy zaznaczyć rodzaj wykonanej czynności oraz uzupełnić jej datę (podpowiadana jest bieżąca). W przypadku zaznaczenia rodzaju "**Obserwacja**" lub "**Usunięcie / wymiana**" w polu "Doba od założenia" wyświetli się odpowiednia ilość dni.

Poniżej znajdują się sekcje, których aktywność jest uzależniona od zaznaczonych czynności.

Sekcja Przyjęcie / założenie staje się aktywna do edycji po zaznaczeniu czynności "**Przyjęcie / założenie**". Jeżeli pacjent został przyjęty z wkłuciem założonym przed przyjęciem, należy zaznaczyć pole "**Przyjęcie z wkłuciem**" i uzupełnić datę założenia, która musi być wcześniejsza od daty przyjęcia.

W sekcji znajdują się również pola służące do ewidencji miejsca wkłucia oraz typu dostępu. Użytkownik może wpisać w nich odpowiedni tekst lub z listy rozwijalnej wybrać jeden z gotowych, zdefiniowanych wcześniej opisów. Aby dodać opis do listy rozwijalnej, należy skorzystać z przycisku i w oknie, które się wyświetli, zamieścić w nowej linii stosowny tekst.

Zaznaczenie czynności "**Obserwacja**" lub "**Usunięcie / wymiana**" aktywuje pola ich dotyczące ("Ocena" w sekcji Obserwacja, "Przyczyna" w sekcji Usunięcie / wymiana). Od wersji 10.3.0 aplikacji mMedica pola te uzupełnia się poprzez wybór odpowiedniej pozycji ze słownika otwieranego przyciskiem . Użytkownik, posiadający odpowiednie uprawnienia, może do niego samodzielnie dodawać brakujące pozycje.

W sekcji Uwagi istnieje możliwość zamieszczenia ogólnych uwag.

Wprowadzone dane należy zapisać poprzez wybór przycisku , znajdującego się po prawej stronie okna.

Przycisk powoduje wyczyszczenie uzupełnionych pól. Zapisane dane wyświetlone zostaną w postaci rekordu w sekcji Wszystkie wkłucia obwodowe, znajdującej się w dolnej części formatki.

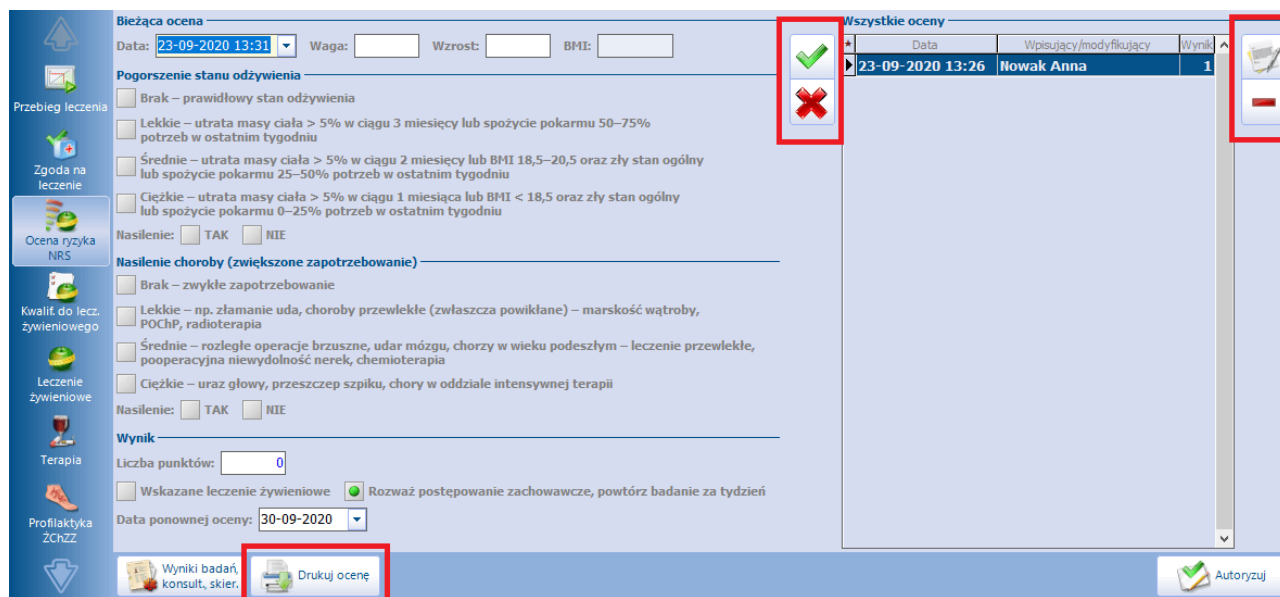


W celu modyfikacji danych lub ich podglądu należy zaznaczyć odpowiedni rekord i wybrać przycisk . Po tej czynności dane wskazanej pozycji wyświetlą się w górnej części okna. Ich ewentualna edycja i zatwierdzenie zmian przebiega zgodnie z wcześniejszym opisem.

Usunięcia zaznaczonej pozycji dokonuje się przyciskiem .

5.5 Ocena ryzyka NRS

W wersji 6.6.0 aplikacji mMedica w hospitalizacji długoterminowej dodano możliwość wprowadzenia oceny ryzyka związanego ze stanem odżywienia (NRS).



Aby wprowadzić ocenę, należy w sekcji Bieżąca ocena wskazać jej datę, a następnie uzupełnić pozostałe dane i wybrać przycisk .

Wprowadzone oceny pacjenta będą widoczne w tabeli w sekcji Wszystkie oceny. Usunięcia oceny dokonuje się poprzez zaznaczenie odpowiedniej pozycji na liście i wybór przycisku .



Aby podejrzeć lub zmienić dane wybranej oceny, należy podświetlić ją na liście, a następnie nacisnąć . Czynność ta spowoduje wyświetlenie jej danych w sekcji Bieżąca ocena. Będą one możliwe do edycji. Ewentualne zmiany należy zatwierdzić przyciskiem .

W celu wydruku oceny należy wybrać przycisk **Drukuj ocenę**.

5.6 Kwalifikacja do leczenia żywieniowego

Od wersji 6.6.0 aplikacji mMedica w hospitalizacji długoterminowej użytkownik ma możliwość uzupełnienia karty kwalifikacji do leczenia żywieniowego. Służy do tego zakładka *Kwalif. do lecz. żywieniowego*.

5.7 Leczenie żywieniowe

Możliwość ewidencji karty leczenia żywieniowego istnieje po wyborze dedykowanej ikony (zdej. poniżej).

Aby wprowadzić dane leczenia żywieniowego pacjenta, należy po wskazaniu daty podania uzupełnić pozostałe informacje dotyczące leczenia i wybrać przycisk

Wprowadzone leczenie żywieniowe pacjenta będą widoczne w sekcji **Wszystkie leczenia żywieniowe**.

Usunięcia danej pozycji dokonuje się poprzez zaznaczenie jej na liście i wybór przycisku



Aby podejrzeć lub zmienić dane leczenia, należy podświetlić je na liście, a następnie nacisnąć . Czynność ta spowoduje wyświetlenie jego danych w polach ewidencji. Będą one możliwe do edycji. Ewentualne zmiany należy zatwierdzić przyciskiem .

Od wersji 10.10.0 aplikacji mMedica istnieje możliwość wprowadzenia bieżącego leczenia żywieniowego na podstawie danych wcześniejszego. Aby tego dokonać, należy w sekcji Wszystkie leczenie żywieniowe



zaznaczyć pozycję, która ma zostać skopiowana, a następnie wybrać przycisk . Po tej czynności w oknie edycji bieżącego leczenia żywieniowego, po lewej stronie ekranu, podpowiedzą się wartości pozycji kopiowanej, natomiast w polu "Data podania" wyświetli się data aktualna. Dane te będzie można zmodyfikować. Po ich zatwierdzeniu zostanie utworzona nowa pozycja leczenia żywieniowego.

Przy wypełnianiu karty leczenia żywieniowego użytkownik ma możliwość skorzystania ze słownika diet przemysłowych. W tym celu w polu "Dieta" należy wybrać przycisk , a następnie w oknie *Diety przemysłowe* wybrać odpowiednią, wcześniej dodaną do słownika pozycję. Świadczeniodawca poszczególne diety dodaje do słownika samodzielnie za pomocą przycisku , zlokalizowanego w dolnej części jego okna (patrz zdjęcie poniżej).

Dla wybranego rodzaju diety uwzględniającego dodatki, w oknie definicji diety uaktywni się sekcja Skład/dodatki. Dodatki diety wprowadza się, naciskając i wybierając odpowiednie pozycje ze słownika dodatków do diety przemysłowej.

Dodatki do diety przemysłowej - wielowybór

Kod lub nazwa:

★	Kod	Nazwa
▶	F	Fosforany
	I	Insulina jedn.
	M	Magnez
	L	Pierwiastki śladowe
	P	Potas
	S	Sód
	A	Wapń
	B	Witamina B1
	W	Witaminy

Wybierz (F5)

Wyjście

Do powyższego słownika użytkownik, posiadający odpowiednie uprawnienia w programie, może również wprowadzać zdefiniowane przez siebie pozycje.

Dodatki można uzupełnić także w głównym oknie ewidencji leczenia w sekcji **Skład/dodatki**.

Dla danego leczenia żywieniowego jest możliwość wprowadzenia badań kontrolnych (sekcja **Badania kontrolne**). Przy uzupełnianiu tej sekcji użytkownik wykorzystuje słownik badań laboratoryjnych,

wywoływany przyciskiem .

5.8 Terapia

Zakładka *Terapia* umożliwia wprowadzanie informacji o sesjach terapeutycznych.

Bieżąca sesja/terapia

Rodzaj:

Data od: 10-01-2022 17:45 Data do: 10-01-2022 18:15 Czas trwania: 30 (min)

Procedura: 94.44 ... Terapia grupowa - inne Krotność: 1

Realizujący: Nowak Anna

Wszystkie sesje/terapie

Rodzaj: Procedura:

Data od: Data do: Personel:

Data od	Data do	Kod procedury	Nazwa procedury	Rodzaj	Wpisujący/modyfikujący
10-01-2022 1...	10-01-2022 1...	94.44	Terapia grupowa - inne	Terapia psycholo...	Nowak Anna

Wprowadzenia danych sesji dokonuje się w sekcji Bieżąca sesja/terapia, znajdującej się w górnej części okna.

Czas trwania sesji wyliczany jest się na podstawie wprowadzonych dat i godzin rozpoczęcia oraz zakończenia.

Od wersji 9.10.0 aplikacji mMedica uzupełnienie czasu trwania terapii oraz daty i godziny jej zakończenia w przypadku hospitalizacji długoterminowej nie jest wymagane.

W polu "Rodzaj" można uzupełnić rodzaj wprowadzanej sesji/terapii poprzez wybór odpowiedniej pozycji ze słownika. W tym celu należy wybrać przycisk , a następnie w oknie *Rodzaj sesji/terapii* zaznaczyć odpowiednią pozycję i nacisnąć **Wybierz (F5)**.

+

Rodzaj sesji/terapii

×

Kod lub nazwa:

✓ Tylko aktualne

Atrybut:

▼

Widok:

1 Preferowane

2 Ostatnio wybierane

3 Wszystkie

*	Nazwa	Kod proc.	Nazwa proc.
▶	Fizjoterapia		
	Terapia neurologopedyczna		
	Terapia psychologiczna		
	Terapia tyflopedagogiczna		

★

+

+

Wybierz (F5)

Wyjście

Użytkownik, posiadający uprawnienie do powyższego słownika, może poszerzać go o kolejne pozycje, dodając je za pomocą przycisku . Edycji pozycji słownika dokonuje się po jej zaznaczeniu i wyborze

przycisku , przy czym dla pozycji predefiniowanych możliwa jest tylko (od wersji 9.10.0) modyfikacja dotycząca procedury ICD-9. W wersji 9.10.0 aplikacji mMedica wprowadzono możliwość powiązania rodzaju sesji/terapii z procedurą ICD-9 poprzez wybór w oknie jego danych odpowiedniej pozycji ze słownika procedur.

W polu "Procedura" podpowiadana jest procedura ICD-9 powiązana ze wskazanym rodzajem. W przypadku braku takiego powiązania można ją wybrać z dostępnego słownika.

Jeżeli zalogowany użytkownik jest przypisany do osoby personelu, jej dane podpowiedzą się w polu "Realizujący". W przeciwnym wypadku należy w nim wybrać odpowiednią pozycję z listy rozwijalnej.

Poniżej pola "Realizujący" znajduje się pole umożliwiające wprowadzenie opisu sesji/terapii. Po prawej jego

stronie dostępny jest przycisk , pozwalający na skorzystanie z funkcjonalności szablonów tekstów standardowych. Funkcjonalność ta opisana jest szczegółowo w ogólnej instrukcji obsługi programu mMedica w rozdziale: "Teksty standardowe w polach opisowych".

Po uzupełnieniu danych i wybraniu przycisku  **Zapisz zmiany** sesja zostanie dodana i pojawi się w postaci rekordu w sekcji Wszystkie sesje/terapie znajdującej się poniżej, a pola służące do ewidencji danych zostaną wyczyszczone dla potrzeb wprowadzenia kolejnej sesji. Aby dokonać usunięcia danych sesji na etapie jej wprowadzania, należy skorzystać z przycisku .

W sekcji Wszystkie sesje/terapie widoczne są rekordy odpowiadające wprowadzonym sesjom/terapiom. Powyżej dostępne są pola umożliwiające filtrowanie pozycji według wybranych kryteriów.

W celu modyfikacji danych sesji lub ich podglądu należy zaznaczyć odpowiedni rekord i wybrać przycisk



. Po tej czynności dane wskazanej sesji pojawią się w górnej części okna w sekcji Bieżąca sesja/terapia. Ich ewentualna edycja i zatwierdzenie zmian przebiega zgodnie z wcześniejszym opisem.

Usunięcia zaznaczonej sesji dokonuje się za pomocą przycisku .

W wersji 8.3.0 aplikacji mMedica dodano możliwość utworzenia nowej pozycji sesji/terapii na podstawie

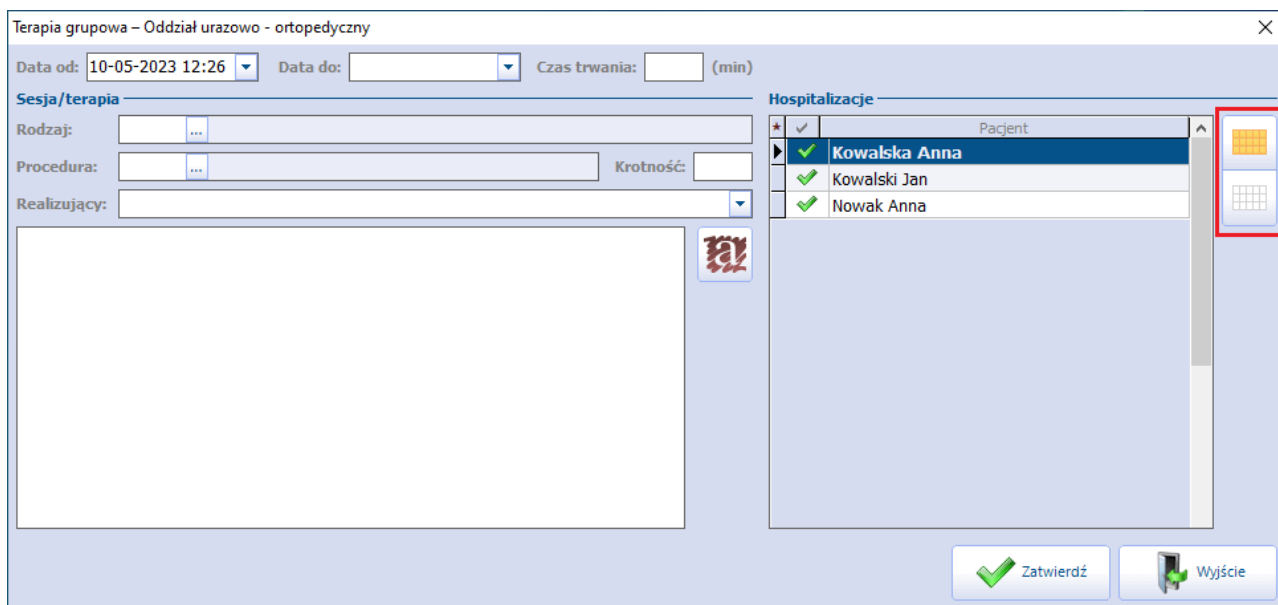


danych innej pozycji. Do tego celu w sekcji Wszystkie sesje/terapie został udostępniony przycisk . Powoduje on skopiowanie danych podświetlonej na liście pozycji do pól w sekcji Bieżąca sesja/terapia. Kopiowane są wszystkie dane oprócz dat. Te wyznacza się na podstawie daty bieżącej i wartości w polu "Czas trwania". Podpowiedziane dane można modyfikować. Po ich zatwierdzeniu utworzy się nowa pozycja terapii/sesji.

5.8.1 Terapia grupowa - tryb zbiorczy

Istnieje możliwość wprowadzenia danych sesji terapii grupowej zbiorczo dla wielu pacjentów. Aby z niej skorzystać, należy w oknie [Hospitalizacja - lista pacjentów](#) w panelu nawigacji wskazać oddział/komórkę organizacyjną, a następnie wybrać dostępny na górze ekranu przycisk **Tryb zbiorczy** i opcję **"Terapia grupowa"**.

Powyższa czynność spowoduje otwarcie okna *Terapia grupowa - (nazwa komórki organizacyjnej)*.



Terapia grupowa - Oddział urazowo - ortopedyczny

Data od: 10-05-2023 12:26 Data do: Czas trwania: (min)

Sesja/terapia

Rodzaj: Procedura: Krotność: Realizujący:

Hospitalizacje

Pacjent
☒ Kowalska Anna
☒ Kowalski Jan
☒ Nowak Anna

Zatwierdź Wyjście

W lewej części okna, w polu "Data od:", dotyczącym daty początku sesji terapii, podpowiedzą się aktualna data i godzina. Dane te można zmienić. Należy uzupełnić termin końca sesji w polu "Data do:". Czas trwania sesji zostanie wyznaczony automatycznie. W przypadku wypełnienia w pierwszej kolejności pola "Czas

trwania:" wartość w polu "Data do:" zostanie podpowiedziana na jego podstawie oraz na podstawie uzupełnionej daty początkowej.

W polu "Rodzaj" z dostępnego słownika należy wybrać odpowiedni rodzaj sesji/terapii.

Od wersji 9.10.0 aplikacji mMedica w polu "Procedura" podpowiadana jest procedura ICD-9 powiązana ze wskazanym rodzajem. W przypadku braku takiego powiązania istnieje możliwość jej wyboru z dostępnego słownika procedur ICD-9. W polu "Krotność" wyświetli się wartość "1" - można ją zmienić.

Po uzupełnieniu procedury ICD-9 podpowiadany jest w polu "Realizujący", jeżeli nie zostało wcześniej wypełnione, aktualnie zalogowany personel (możliwość zmiany).

Poniżej znajduje się pole opisowe z dostępem do szablonów tekstów standardowych.

W prawej części okna, w sekcji Hospitalizacje widoczni są pacjenci, dla których istnieją hospitalizacje będące w trakcie realizacji we wskazanym dniu oraz w wybranej komórce organizacyjnej, posiadające status "W hospitalizacji" lub "Do wypisu (ponownie)".

Należy pozostawić zaznaczenie w pierwszej kolumnie dla tych pacjentów, dla których ma zostać dodana sesja/terapia. Domyślnie zaznaczone są wszystkie pozycje. Do zbiorczego zaznaczenia lub odznaczenia pozycji służą przyciski wskazane na powyższym zdjęciu.

Po wyborze przycisku **Zatwierdź** rozpocznie się operacja zbiorczego dodania zdefiniowanej w omawianym oknie sesji/terapii do danych hospitalizacji wskazanych pacjentów.

Dodana w wyżej opisany sposób sesja/terapia będzie widoczna w danych hospitalizacji na formacie [Terapia](#) jako nowa pozycja na liście w sekcji Wszystkie sesje/terapie.

5.9 Porady psychologiczne

W wersji 10.12.0 aplikacji mMedica została udostępniona możliwość ewidencji danych porad psychologicznych realizowanych pacjentowi w trakcie trwania hospitalizacji. Dokonuje się jej po wyborze ikony *Porady psychologiczne*.

*	Data od	Data do	Realizujący	Wpisujący/modyfikujący
▶	05-12-2024 14:50	05-12-2024 15:17	Nowak Jan	Nowak Jan
	04-12-2024 15:15	04-12-2024 15:30	Nowak Jan	Nowak Jan

Dane porady wprowadza się w górnej części okna, w sekcji Bieżąca porada.

Należy uzupełnić informacje dotyczące terminu jej rozpoczęcia oraz zakończenia (pola "Data od", "Data do").

W polu "Realizujący" podpowiadany jest zalogowany personel. Istnieje możliwość jego zmiany.

Dostępne pola opisowe służą do zamieszczenia treści wywiadu, oceny postępów leczenia oraz wniosków i zaleceń.

Przy wprowadzaniu wykonanych procedur (tabela Procedury) użytkownik korzysta ze słownika procedur ICD-9.

Po uzupełnieniu danych i wybraniu przycisku  **Zatwierdź** porada zostanie dodana i wyświetli się w postaci rekordu w sekcji Wszystkie porady, znajdującej się poniżej.

Do wyczyszczenia pól w sekcji Bieżąca porada służy przycisk .

W sekcji Wszystkie porady widoczne są rekordy odpowiadające wprowadzonym poradom. W celu modyfikacji

danych porady lub ich podglądu należy zaznaczyć odpowiedni rekord i wybrać przycisk . Po tej czynności jej dane wyświetlą się w sekcji Bieżąca porada.

Usunięcia zaznaczonej porady dokonuje się przyciskiem .

5.10 Zlecenie zabiegów

W wersji 9.7.0 aplikacji mMedica w przebiegu hospitalizacji długoterminowej udostępniono okno dla ewidencji zleconych zabiegów.

W oknie podpowiadane są zabiegi dodane na etapie przyjęcia w Ocena i plan rehabilitacji.

	Nazwa	Czas trwania	Parametry	Okolica ciała	Od - do dnia/daty zab.	Data wpisu/modyfikacji	Wpisuje
	Masaże ręczne	15			Od: 13-07-2023	13-07-2023 15:38	Nowak Jan
	Światłolecznictwo	15			Od: 13-07-2023	13-07-2023 15:38	Nowak Jan

Istnieje możliwość wprowadzenia nowych pozycji, poprzez wybór przycisku  i skorzystanie ze słownika zabiegów, który się wyświetli.

Aby edytować istniejącą pozycję, należy po jej zaznaczeniu nacisnąć . W otwartym oknie *Zlecony zabieg* użytkownik będzie mógł wprowadzić/zmienić dane dotyczące wykonania zabiegu.

Zlecony zabieg

Nazwa:

Czas trwania: (min) Liczba powtórzeń:

Parametry:

Okolica ciała:

Okres wykonania

Od dnia: Do dnia:

Data:

 Zatwierdź
 Wyjście

Wybierz daty

Marzec 2024

Tydz.	Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
9	26	27	28	29	1	2	3
10	4	5	6	7	8	9	10
11	11	12	13	14	15	16	17
12	18	19	20	21	22	23	24
13	25	26	27	28	29	30	31
14	1	2	3	4	5	6	7

☐ Tylko dni robocze

 Wybierz
 Wyjście

W oknie danych zabiegu, w sekcji Okres wykonania istnieje możliwość określenia zakresu dat wykonywania zabiegu (pola "Od dnia", "Do dnia"). W wersji 10.3.0 aplikacji mMedica we wspomnianej sekcji dodano pole "Daty:". Można w nim określić konkretne daty, w których zabieg ma być wykonany. W tym celu należy wybrać przycisk zaznaczony na powyższym zdjęciu, a następnie w kalendarzu, który się wyświetli, za pomocą klawisza Ctrl na klawiaturze i lewego przycisku myszy zaznaczyć odpowiednie dni i nacisnąć **Wybierz**. Wskazane dni prezentowane będą w polu "Daty:". Aby je usunąć, należy skorzystać z przycisku



5.10.1 Zlecenie zabiegów - tryb zbiorczy

Funkcjonalność zbiorczego zlecenia zabiegów rehabilitacyjnych została udostępniona w wersji 11.2.0 aplikacji mMedica. Aby z niej skorzystać, należy w oknie Hospitalizacja - lista pacjentów w panelu nawigacji wskazać oddział/komórkę organizacyjną, a następnie wybrać dostępny u góry ekranu przycisk **Tryb zbiorczy** i opcję **"Zlecenie zabiegów"**.

W efekcie tej czynności wyświetlone zostanie okno *Zbiorcze zlecenie zabiegów rehabilitacyjnych - (nazwa komórki organizacyjnej)* (zdj. poniżej).

W sekcji Okres wykonania w polu "Od dnia" podpowiadana jest aktualna data (możliwość zmiany). Należy uzupełnić pozostałe informacje dotyczące okresu wykonania zleczanych zabiegów.

Sekcja Zabiegi umożliwia wprowadzenie danych zleczanych zabiegów.

W prawej części okna, w sekcji Pacjenci wyświetlą się pacjenci, dla których istnieją otwarte hospitalizacje długoterminowe oraz hospitalizacje planowane bez zabiegu/operacji, realizowane we wskazanej komórce organizacyjnej. Należy pozostawić zaznaczenie w pierwszej kolumnie dla tych pacjentów, którym mają zostać zlecone zabiegi. Domyślnie zaznaczone są wszystkie pozycje. Do zbiorczego zaznaczenia lub odznaczenia pozycji służą przyciski wskazane na powyższym zdjęciu.

Pod listą zleczanych zabiegów dostępne jest pole Uwagi. Zamieszczona w nim treść uwag będzie później widoczna dla odpowiednich pozycji w oknie zlecenia zabiegów.

Po wyborze przycisku **Zatwierdź** w danych hospitalizacji zaznaczonych na liście pacjentów w oknie Zlecenie zabiegów zostaną automatycznie utworzone odpowiednie pozycje zleceń.

5.11 Wykonanie zabiegów

W wersji 9.7.0 aplikacji mMedica w przebiegu hospitalizacji długoterminowej zostało dodane okno dla ewidencji wykonania zleconych zabiegów, dostępne po wyborze ikony *Wykonanie zabiegów*.

*	Nazwa	Czas trwania	Parametry	Okolica ciała	Wyk.	Godz. wyk.	Uwagi	Wpisujący
1	Masaże ręczne	15			✓	16:01		Nowak Jan
	Światłolecznictwo	15						

Na formatce widoczna jest lista zabiegów, wprowadzonych w omówionym wcześniej oknie [zlecenia zabiegów](#), na której można zaznaczyć wykonanie zabiegu poprzez kliknięcie lewym przyciskiem myszy w odpowiednie pole w kolumnie "Wyk."- wówczas w kolumnie obok wyświetli się godzina wykonania (pole edycyjne). Użytkownik będzie miał także możliwość wprowadzenia uwag (kolumna "Uwagi").



Znajdujący się po prawej stronie przycisk **Wykonaj wszystkie** służy do zbiorczego oznaczenia wszystkich zabiegów jako wykonanych.

Informację o wykonaniu zabiegu wprowadza się dla dnia wyświetlonego w polu "Data" (domyślnie wyświetla się bieżący). Pole te jest aktywne do edycji przed wyborem zamieszczonego na dole ekranu przycisku **Edytuj**. W celu oznaczenia wykonania zabiegów dla daty wcześniejszej należy wskazać tę datę, a dopiero później wybrać przycisk **Edytuj**.

5.11.1 Wykonanie zabiegów - tryb zbiorczy

W celu dokonania zbiorczej ewidencji wykonania zabiegów należy w oknie [Hospitalizacja - lista pacjentów](#) w panelu nawigacji wskazać oddział/komórkę organizacyjną, a następnie wybrać dostępny u góry ekranu przycisk **Tryb zbiorczy** i opcję **"Wykonanie zabiegów"**.

Wówczas wyświetlone zostanie okno *Wykonanie zabiegów - (nazwa komórki organizacyjnej)* (zdj. poniżej).

*	✓	Nazwa	Okolica ciała
1	✓	Masaż ciśnieniowy	Kręgosłup - lędźw...
	✓	Masaże ręczne	Kręgosłup - szyjny

*	✓	Pacjent
1	✓	Kowalska Anna
	✓	Kowalski Jan

W polach "Data" i "Godzina" należy ustawić datę i godzinę zabiegu (podpowiadana jest data i godzina bieżąca).

W prawej części okna, w sekcji Pacjenci wyświetlą się pacjenci, którzy w ramach hospitalizacji, realizowanej we wskazanej komórce organizacyjnej, mają na wybrany dzień zlecony i jeszcze niewykonany przynajmniej jeden zabieg. Należy pozostawić zaznaczenie w pierwszej kolumnie dla tych pacjentów, dla których ma zostać wprowadzone wykonanie zabiegu (lub zabiegów). Domyślnie zaznaczone są wszystkie pozycje. Do zbiorczego zaznaczenia lub odznaczenia pozycji służą przyciski wskazane na powyższym zdjęciu.

Zbiorcza lista zabiegów zleconych do wykonania w danym dniu pacjentom wyświetlonym w sekcji Pacjenci prezentowana będzie w lewej części okna, w sekcji Zlecone zabiegi. W wersji 10.10.0 aplikacji mMedica dodano w niej przyciski umożliwiające zaznaczenie/odznaczenie wszystkich pozycji (identyczne jak w sekcji Pacjenci). Dodano również kolumnę, w której można zaznaczyć lub odznaczyć pojedyncze zabiegi. Zaznaczone pozycje zostaną uwzględnione w zbiorczej ewidencji.

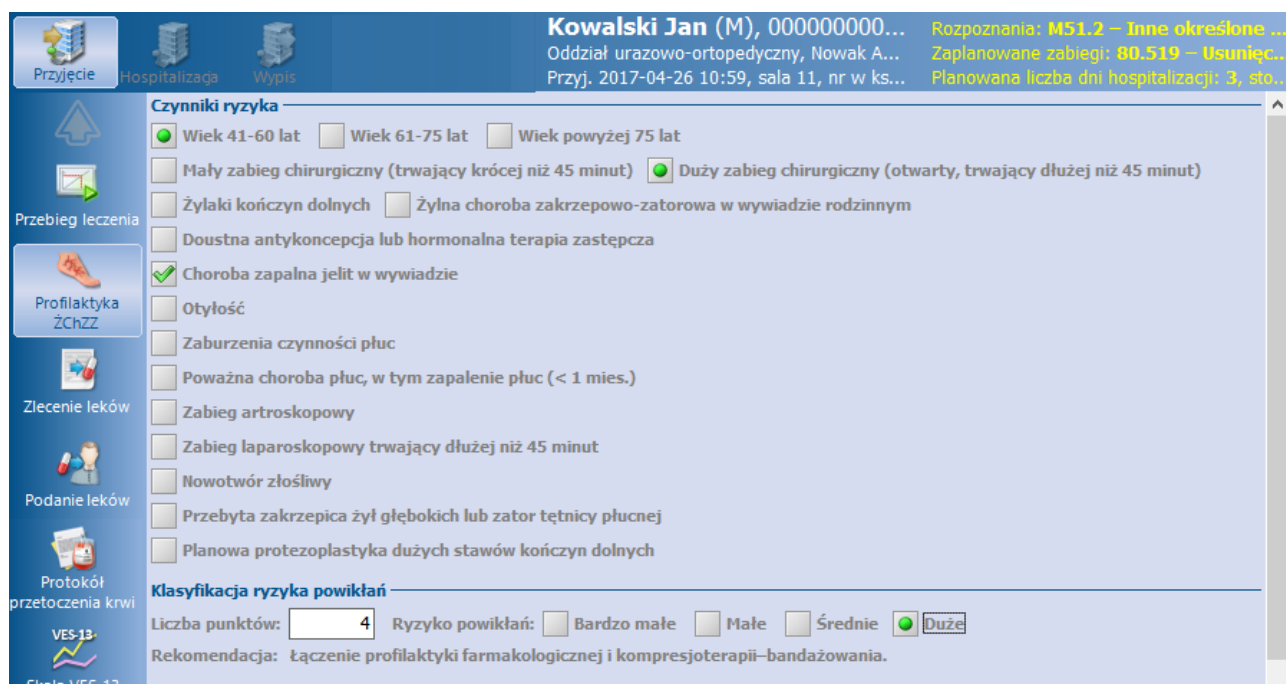
Pod listą zleconych zabiegów dostępne jest pole Uwagi. Zamieszczona w nim treść uwag będzie później widoczna przy odpowiednich pozycjach w oknie wykonania zabiegów.

Po wyborze przycisku **Zatwierdź** w danych hospitalizacji zaznaczonych na liście pacjentów w oknie Wykonanie zabiegów zostanie automatycznie uzupełnione wykonanie zleconych zabiegów dla wskazanego dnia.

5.12 Profilaktyka ŻChZZ

Okno *Profilaktyka żylnych chorób zakrzepowo-zatorowej* dedykowana jest oddziałom zabiegowym.

Czynniki ryzyka wybiera się poprzez zaznaczenie  odpowiedniej opcji. Na podstawie zaznaczonych danych w tabeli, aplikacja podsumuje liczbę punktów i na jej podstawie wyznaczy grupę ryzyka w sekcji *Klasyfikacja ryzyka powikłań*, np.: 0-1 punkt - Bardzo małe ryzyko. Na podstawie ryzyka powikłań podpowiadana jest odpowiednia rekomendacja np. łączenie profilaktyki farmakologicznej i kompresjoterapii-bandażowania. Użytkownik może w każdej chwili dokonać modyfikacji tych danych ręcznie.



Kowalski Jan (M), 000000000...
Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak A...
Przyj. 2017-04-26 10:59, sala 11, nr w ks...

Rozpoznanie: **M51.2 – Inne określone ...**
Zaplanowane zabiegi: **80.519 – Usunięcie ...**
Planowana liczba dni hospitalizacji: **3, sto...**

Czynniki ryzyka

- ☒ Wiek 41-60 lat ☐ Wiek 61-75 lat ☐ Wiek powyżej 75 lat
- ☐ Mały zabieg chirurgiczny (trwający krócej niż 45 minut) ☒ Duży zabieg chirurgiczny (otwarty, trwający dłużej niż 45 minut)
- ☐ Żyłki kończyn dolnych ☐ Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa w wywiadzie rodzinnym
- ☐ Doustna antykoncepcja lub hormonalna terapia zastępcza
- ☒ Choroba zapalna jelit w wywiadzie
- ☐ Otyłość
- ☐ Zaburzenia czynności płuc
- ☐ Poważna choroba płuc, w tym zapalenie płuc (< 1 mies.)
- ☐ Zabieg artroskopowy
- ☐ Zabieg laparoskopowy trwający dłużej niż 45 minut
- ☐ Nowotwór złośliwy
- ☐ Przebyta zakrzepica żył głębokich lub zator tętnicy płucnej
- ☐ Planowa protezoplastyka dużych stawów kończyn dolnych

Klasyfikacja ryzyka powikłań

Liczba punktów: Ryzyko powikłań: ☐ Bardzo małe ☐ Małe ☐ Średnie ☒ Duże

Rekomendacja: łączenie profilaktyki farmakologicznej i kompresjoterapii-bandażowania.

W wersji 9.4.0 aplikacji mMedica w Konfiguratorze (Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator), w pozycji: Moduły dodatkowe > Hospitalizacje, dodano parametr **"Zastosuj Padewską skalę czynników ryzyka"** (zdj. poniżej).

Profilaktyka ŻChZZ



Zastosuj Padewską skalę czynników ryzyka

Po jego zaznaczeniu w omawianym oknie będą się wyświetlać czynniki ryzyka wg Skali Padewskiej.

 Leczenie żywnościowe	Czynniki ryzyka – skala Padewska
 Terapia	☐ Czynna choroba nowotworowa (z przerzutami po chemio/radioterapii do 6 mies.)
 Profilaktyka ŻChZZ	☐ Przebyta ŻChZZ (poza zakrzepicą żył powierzchniowych)
 Zlecenie leków	☐ Unieruchomienie (przebywanie w łóżku, poza korzyst. z toalety/łazienki ≥ 3 dni)
 Podanie leków	☐ Trombofilia (niedobór antytrombiny, białka C lub S, czynnik V Leiden, mutacja G20210A genu protrombiny lub zespół antyfosfolipidowy)
	☐ Uraz lub zabieg operacyjny w ostatnim miesiącu
	☐ Wiek ≥ 70 lat
	☐ Niewydolność serca lub oddechowa
	☐ Świeży zawał serca lub uraz niedokrwieny mózgu
	☐ Ostre zakażenie lub choroba reumatologiczna
	☐ Otyłość (BMI ≥ 30)
	☐ Leczenie hormonalne
	Klasyfikacja ryzyka powikłań
	Liczba punktów: 0 ☐ Duże ryzyko powikłań
	Czynniki zwiększonego krwawienia

5.13 Zlecenie leków

Zlecenia leków do podania pacjentowi dokonuje się w oknie *Zlecenie leków*.

W górnej części okna na zakładce *Zlecenie* znajdują się pola umożliwiające zamieszczenie informacji dotyczących diety oraz uczuleń pacjenta, natomiast w dolnej jego części prezentowana jest lista zleconych leków.

W górnym panelu okna dostępne są także zakładki ze słownikami leków, z których lekarz może wybierać leki do zlecenia. W przypadku braku leków w słownikach zewnętrznych, lekarz może skorzystać ze słownika leków własnych, który tworzy samodzielnie na zakładce *Leki preferowane*. W wersji 8.2.0 aplikacji mMedica w oknie definicji leku własnego dodano pola: "Rozpuszczalnik" oraz "Alergeny". Istnieje w nich możliwość korzystania ze słownika substancji czynnych.

Kowalski Jan (M), 51 lat
Oddział urazowo - ortopedyczny, Nowak Anna
Przyj. 16-05-2019 15:30, sala 1, nr w księdze 4/2019

Rozpoznanie: MS1.2 – Inne określone przemieszczenia krążka międzykręgowego
Uczulenia: leki; jad owada

Zlecenie Leki preferowane Baza leków Baza leków Leki recepturowe Historia leków

Dane ogólne

Dieta: ...

Uczulenia: leki; jad owada

Zlecone leki

Nazwa	Ilość	Droga podania	Uwagi/zalecenia	Od dnia	Do dnia
Atarax tabl. powł. 10 mg	10	drogą doustną		16-05-2019	16-05-2019

Wyniki badań, konsult, skier. Drukuj zlecenie Edytuj

Aby dodać lek na zlecenie należy wybrać jedną z zakładek, np. Baza leków Pharmindex, następnie dwukliknięciem wybrać odpowiedni lek z listy. Otwarte zostanie okno *Lek na zleceniu*, gdzie dodatkowo można wprowadzić ilość leku, jaka ma zostać podana, a także wpisać uwagi/zalecenia. W wersji 8.2.0 programu w omawianym oknie dodano pola: "Objętość", "Stężenie" oraz "Rozpuszczalnik". Dane w nich uzupełnione, a także wartość wpisana w polu "Ilość leku" zostaną wyświetlone na liście zleconych leków w kolumnie "Ilość". Pole "Rozpuszczalnik" jest zablokowane do edycji. W przypadku leku wybieranego ze słownika leków własnych podpowie się w nim informacja wprowadzona w danych tego leku w słowniku.

Lek na zleceniu

Nazwa: Zyrtec tabl. powł. 10 mg

Opakowanie: 20 szt.

Ilość leku:

Objętość:

Stężenie:

Rozpuszczalnik:

Droga podania:

Uwagi/zalecenia:

Okres podania

Od dnia: 21-11-2024 Od godziny: 14:54

Do dnia: 28-11-2024 Do godziny:

☐ Cały pobyt

Czas podania

☒ Godziny

☐ 00:00	☐ 06:00	☐ 12:00	☐ 18:00
☐ 01:00	☐ 07:00	☐ 13:00	☐ 19:00
☐ 02:00	☐ 08:00	☐ 14:00	☐ 20:00
☐ 03:00	☐ 09:00	☐ 15:00	☐ 21:00
☐ 04:00	☐ 10:00	☒ 16:00	☐ 22:00
☐ 05:00	☐ 11:00	☐ 17:00	☐ 23:00

☐ Liczba podań na dobę

☐ Doraźnie Maksymalna liczba podań na dobę:

☐ Wlew ciągły

Dni: ŚR, PT

Niestandardowy:

Zatwierdź Wyjście

Każdy lek na zleceniu musi mieć określony dokładny czas podania. W związku z tym w sekcji "Czas podania" należy wskazać dni i godziny, kiedy lek ma zostać podany pacjentowi. Czas podania leków można określić bardzo szczegółowo, poprzez zaznaczenie konkretnych godzin podania. Na podstawie zlecenia na formatce *Podanie leków* zostaną wtedy wyświetlone leki w liczbie rekordów równej czasowi podania. Osoba podająca leki zaznacza dla każdej godziny zlecenia podanie bądź niepodanie leku.

Jeśli nie ma konieczności uszczegóławiania godzin, można określić jedynie liczbę podań leku/ów na dobę. Wtedy zlecenia leków na formatce *Podanie leków* oznaczane są kolorem oliwkowym i nie mają określonych godzin podania.

Istnieje możliwość zlecenia doraźnego podania leków. W tym celu należy zaznaczyć checkbox "Doraźnie" i określić maksymalną liczbę podań na dobę. Na formatce *Podanie leków* zostanie wyświetlone jedno zlecenie, wyróżnione kolorem fioletowym. Jeśli zostanie określona większa liczba podań leku na dobę (min. 2), kolejne zlecenie zostanie wyświetlone dopiero po oznaczeniu podania/niepodania leku dla poprzedniego zlecenia.

W wersji 10.11.0 programu umożliwiono zlecenie podania leku w formie wlewu ciągłego (pole "Wlew ciągły"). Zlecenie takie nie będzie miało określonych godzin podania. W oknie *Podanie leków* po jego oznaczeniu wyświetli się dla niego kolejna pozycja (możliwa do oznaczenia) w ramach tej samej daty.

W wersji 10.7.0 aplikacji mMedica dodano pole "Dni", w którym użytkownik może wskazać, zaznaczając odpowiednie pozycje na liście rozwijalnej, dni tygodnia, w których lek ma zostać podany.

Po zatwierdzeniu danych, wybrany lek zostanie wyświetlony po prawej stronie ekranu, gdzie za pomocą dostępnych przycisków można dokonać jego edycji lub usunięcia. Po wybraniu wszystkich leków, zmiany

należy zapisać przyciskiem  Autoryzuj. Po ponownym przejściu do zakładki *Zlecenia*, w dolnej części okna wyświetlane będą zleczone leki.

Wprowadzane w oknie zlecenia leków pozycje są wyróżniane następującymi kolorami:

- Bordowym - leki z niestandardowym czasem podania.
- Oliwkowym - leki z podaną ilością na dobę.
- Fioletowym - zlecenie doraźnego podania leku.
- Brak wyróżnienia - standardowe zlecenie podania leku.

Przycisk **Drukuj zlecenie**, znajdujący się u dołu ekranu, pozwoli wydrukować aktualne zlecenie leków. W wersji 9.6.0 aplikacji mMedica na przycisku dodano listę rozwijalną, z której można wybrać format wydruku: A4, A5 lub "Recepta".

Również w wersji 9.6.0 w Konfiguratorze (Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator), w pozycji: Moduły dodatkowe > Hospitalizacje, dodano parametr **"Domyślny format dla zlecenia leków"**, umożliwiający wskazanie domyślnego formatu wydruku zlecenia.

Na zakładce *Historia leków* istnieje możliwość przeglądu historii zleconych leków.

Lek	Data zlecenia	Zlecający	Data wycofania	Wycofuje
Atarax tabl. powł. 10 mg	16-05-2019 15:33	Nowak Anna		

Czynność	Data	Personel	Ilość	Droga p...	Uwagi/zalec...	Od dnia	Do dnia	Czas podania
Modyfikacja	16-05-2019 15:33	Nowak A...				16-05-2019	16-05-2019	godz. 20:00
Zlecenie	16-05-2019 15:33	Nowak Anna				16-05-2019	16-05-2019	godz. 19:00

Po zaznaczeniu leku w sekcji Leki wyświetli się poniżej, w sekcji Historia leku, lista wprowadzonych dla niego zmian. Rodzaj tych zmian będzie określony w kolumnie "Czynność".

5.14 Podanie leków

Na zakładce *Podanie leków* wyświetlane są leki z zakładki *Zlecenie leków*.

Okno podania leków podzielone jest na dwie sekcje. W sekcji *Aktualne zlecenie* znajduje się aktualne zlecenie z informacją o nazwie leku, ilości, drodze podania, uwagach/zaleceniach i zleconej dacie.

Zlecone leki mogą być wyróżnione następującymi kolorami:

- Bordowym - leki z niestandardowym czasem podania.
- Oliwkowym - leki z podaną ilością na dobę.
- Fioletowym - zlecenie doraźnego podania leku.
- Brak wyróżnienia - standardowe zlecenie podania leku.

W wersji 8.2.0 aplikacji mMedica w górnej części okna zostało dodane pole "Data". Dodatkowo zawężono listę wyświetlanych leków do tych, których podanie zaplanowane jest na wybrany w tym polu dzień. Domyślnie wyświetlana jest w nim data aktualna, jednak istnieje możliwość jej zmiany. W celu zmiany daty na wcześniejszą lub późniejszą można posłużyć się dostępnymi obok przyciskami przełączania.

W dolnym oknie formatki wyświetlana jest historia podań z dodatkowymi informacjami o podaniu oraz dacie podania, a w przypadku niepodania o przyczynie niezaaplikowania leku.

Aktualne zlecenie

Data: 21-11-2024 << >>

Nazwa leku	Ilość	Droga podania	Uwagi/zalecenia	Niestd. czas pod...	Data zlecona	Podano lek/kontrola podania		Nie podano leku
						Data	Wymiana pompy	
Zyrtec tabl. ...					21-11-2024 16:00	✓ 21-11-2024 16:00		
Tresuvi roztw...					wlew ciągły			

Historia podań

Data podania od: Data podania do: Nazwa leku:

Nazwa leku	Ilość	Droga podania	Uwagi/zalecenia	Niestd. czas podania	Data zlecona
Zyrtec tabl. powł. 10 mg					21-11-2024 16:00
Zyrtec tabl. powł. 10 mg					20-11-2024 16:00

Aby wprowadzić do programu informacje o podaniu leków należy dodać zaznaczenie ☒ w kolumnie "Podano lek". Pole "Data" zostanie domyślnie uzupełnione datą aktualną i godziną podaną w zleceniu.

W wersji 10.11.0 aplikacji mMedica dodano kolumnę "Wymiana pompy". Jest ona możliwa do oznaczenia tylko w przypadku zlecenia w rodzaju "Wlew ciągły".

W przypadku niepodania leku pacjentowi należy dodać zaznaczenie ☒ w kolumnie "Nie podano leku". Następnie wpisać przyczynę niepodania w polu tekstowym znajdującym się obok.

Autoryzacja wprowadzonych danych spowoduje wyświetlenie danych w dolnej części formatki *Historia podań*.

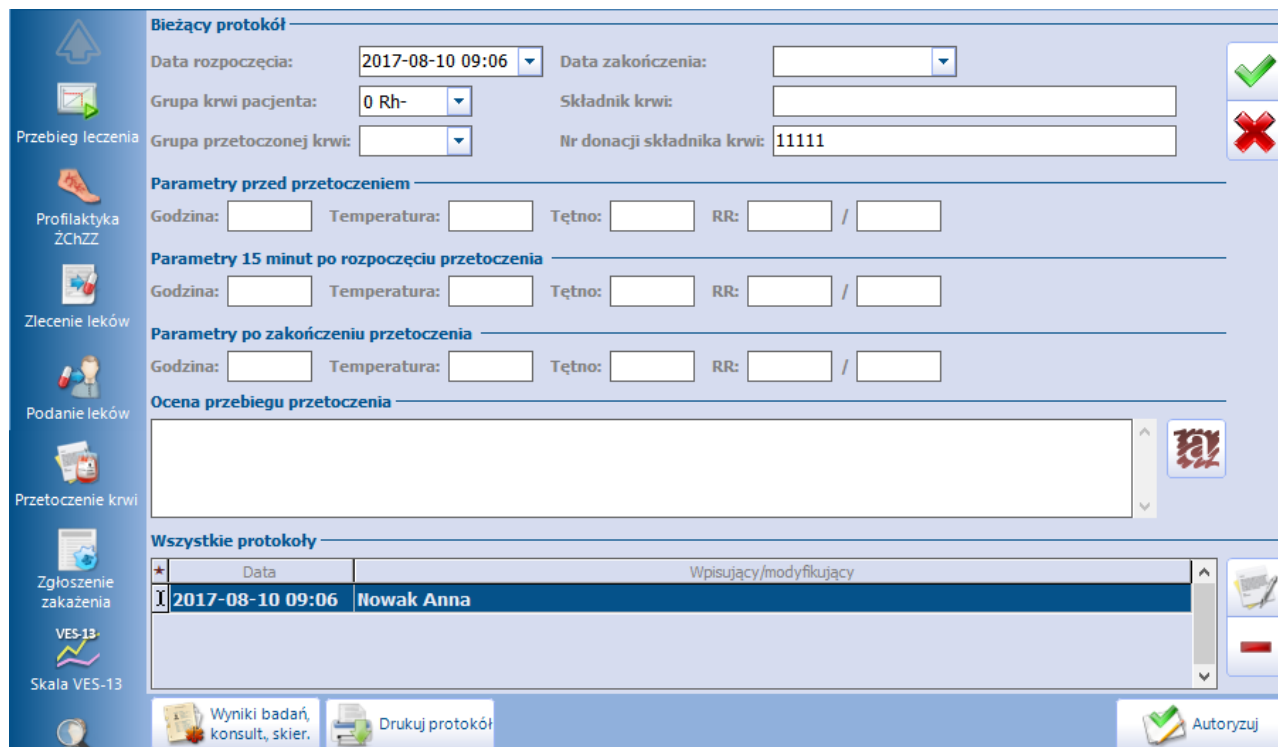
Na dole formatki dostępny jest przycisk **Drukuj zlecenie**, za pomocą którego można dokonać wydruku aktualnego zlecenia leków w wybranym formacie (szczegóły w rozdziale "Zlecenie leków").

W wersji 9.10.0 aplikacji mMedica w ramach dodatkowego modułu **Elektroniczna Dokumentacja Medyczna** udostępniono możliwość określenia sposobu tworzenia dokumentu EDM dla podania leków w hospitalizacji długoterminowej. Dokonuje się tego w Konfiguratorze ([Zarządzanie](#) > [Konfiguracja](#) > [Konfigurator](#)), w pozycji: [Moduły dodatkowe](#) > EDM, w polu **"Sposób tworzenia dokumentów podania leków"**.

Ponadto (od wspomnianej wyżej wersji programu) w celu przyspieszenia autoryzacji danych w oknie *Podanie leków* istnieje możliwość zastosowania funkcji **"Zmień sposób tworzenia dokumentów EDM"**. Jej działanie będzie analogiczne jak w przypadku dokumentów wykonania planu opieki (szczegóły w rozdziale [Wykonanie planu opieki](#)).

5.15 Protokół przetoczenia krwi

Na formatce ewidencjonuje się obserwacje pacjenta w trakcie i po przetoczeniu mu krwi.



Bieżący protokół

Data rozpoczęcia: 2017-08-10 09:06 Data zakończenia:

Grupa krwi pacjenta: 0 Rh- Składnik krwi:

Grupa przetoczanej krwi: Nr donacji składnika krwi: 11111

Parametry przed przetoczeniem

Godzina: Temperatura: Tętno: RR: /

Parametry 15 minut po rozpoczęciu przetoczenia

Godzina: Temperatura: Tętno: RR: /

Parametry po zakończeniu przetoczenia

Godzina: Temperatura: Tętno: RR: /

Ocena przebiegu przetoczenia

Wszystkie protokoły

Data	Wpisujący/modyfikujący
2017-08-10 09:06	Nowak Anna

Wyniki badań, konsult, skier. Drukuj protokół Autoryzuj

W celu zapisania wprowadzonych danych należy wybrać przycisk . Zapisany protokół prezentowany jest w dolnej sekcji okna *Wszystkie protokoły*. Aby dokonać modyfikacji protokołu należy podświetlić na liście

wybrany rekord i wybrać przycisk . Modyfikowane dane zostaną wyświetlone powyżej, gdzie należy dokonać odpowiednich poprawek i ponownie je zapisać.

Po wprowadzeniu danych można dokonać wydruku protokołu przebiegu przetoczenia składników krwi, do czego służy przycisk .

5.16 Zgłoszenie zakażenia

W przypadku wystąpienia zakażenia szpitalnego należy uzupełnić dane w oknie *Zgłoszenie zakażenia* i wydrukować odpowiedni dokument.

Część danych podpowiadana jest na podstawie informacji wprowadzanych w kolejnych etapach hospitalizacji pacjenta.

W powyższym oknie istnieje możliwość wprowadzenia wielu zgłoszeń.

Aby zatwierdzić dane bieżącego zgłoszenia, należy wybrać przycisk . Do wyczyszczenia uzupełnionych pól służy przycisk .

Po zatwierdzeniu zgłoszenia zostanie ono dodane jako odrębny rekord w sekcji Wszystkie zgłoszenia, znajdującej się po prawej stronie okna. W sekcji tej prezentowane są wszystkie zgłoszenia wprowadzone w ramach hospitalizacji pacjenta. W celu wyświetlenia danych wybranego zgłoszenia oraz ich ewentualnej

zmiany należy zaznaczyć odpowiednią pozycję, a następnie wybrać przycisk . Wtedy dane tego zgłoszenia wyświetlą się po lewej stronie okna i będą możliwe do edycji. W przypadku wprowadzenia zmian należy zatwierdzić je przyciskiem .

Aby dokonać wydruku zgłoszenia, należy zaznaczyć odpowiednią pozycję w sekcji Wszystkie zgłoszenia i wybrać przycisk **Drukuj zgłoszenie** znajdujący się na dole okna.

Do usunięcia zaznaczonego zgłoszenia służy przycisk .

W wersji 10.6.0 aplikacji mMedica wprowadzono automatyczne numerowanie kart zgłoszenia zakażenia. Przy tworzeniu nowego zgłoszenia w polu "Numer karty zgłoszenia" podpowiadany jest kolejny numer, pod warunkiem, że wcześniejsze zgłoszenie, wprowadzone w programie, ma uzupełniony numer karty i jest on liczbą naturalną. Jeżeli tworzone zgłoszenie jest pierwszym zgłoszeniem lub wcześniejsze zgłoszenie nie ma uzupełnionego numeru karty, w polu "Numer karty zgłoszenia" podpowie się wartość "1".

Ponadto w wersji 10.6.0 programu dodano pola umożliwiające oznaczenie, czy zgłaszane jest zakażenie, czy też czynnik alarmowy (pola **"Zakażenie"/"Czynnik alarmowy"**).

W wersji 11.2.0 aplikacji mMedica w omawianym oknie umożliwiono tworzenie i wysyłanie do systemu P1 zgłoszeń ZLK-1. Dokonuje się tego na zakładce **Zgłoszenie ZLK-1** (zdj. poniżej).

Dokładny opis sposobu uzupełnienia zgłoszenia ZLK-1 oraz jego wysyłki zawarty jest w [głównej instrukcji](#) obsługi programu, w rozdziale "Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia/choroby zakaźnej (ZLK-1)".

Sposób tworzenia dokumentów ZLK-1 na omawianej zakładce jest identyczny ze sposobem ewidencji zgłoszeń na zakładce Zgłoszenie zakażenia (opisanym we wcześniejszej części tego rozdziału).

Do wysłania lub wydruku bieżącego zgłoszenia (wyświetlanego w sekcji Bieżące zgłoszenie) służą przyciski odpowiednio: **Wyślij** oraz **Drukuj**.



Edycja zgłoszenia, które zostało wcześniej wysłane, będzie możliwa po wyborze przycisku , znajdującego się po prawej stronie sekcji Bieżące zgłoszenie.

5.17 Skale ocen

Na zakładce *Skale ocen* dostępne są następujące skale:

- skala Barthel,
- zmodyfikowana skala Barthel,
- skala Glasgow,
- skala Ves-13,
- skala Norton.

5.17.1 Skala Barthel

Ścieżka: [Skale ocen](#) > [Skala Barthel](#)

W przebiegu hospitalizacji długoterminowej dostępna jest ewidencja oceny samodzielności i sprawności ruchowej pacjenta według skali Barthel.

W górnej części okna jest możliwość wyboru daty oceny. Poniżej znajduje się formularz do uzupełnienia. Na podstawie zaznaczonych odpowiedzi w sekcji Wynik oceny zostanie wyświetlona zsumowana liczba punktów. Na podstawie otrzymanego wyniku osoba personelu określa poprzez zaznaczenie odpowiedniego pola, czy pacjent wymaga dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym.

Aby zatwierdzić dane wprowadzonej oceny, należy wybrać przycisk . Do wyczyszczenia zaznaczonych pól służy przycisk .

Po zatwierdzeniu oceny zostanie ona dodana jako odrębny rekord w sekcji Wszystkie oceny, znajdującej się po prawej stronie okna. W sekcji tej prezentowane są wprowadzone oceny pacjenta wg skali Barthel. W celu wyświetlenia danych oceny oraz ich ewentualnej zmiany należy zaznaczyć odpowiednią pozycję, a następnie

wybrać przycisk . Wtedy dane oceny wyświetlą się po lewej stronie okna, w sekcji Bieżąca ocena, i będą możliwe do edycji. W przypadku dokonania zmian należy zatwierdzić je przyciskiem .

Aby dokonać wydruku oceny, należy zaznaczyć odpowiednią pozycję w sekcji Wszystkie oceny i wybrać przycisk **Drukuj skalę** znajdujący się na dole okna.

Do usunięcia zaznaczonej oceny służy przycisk .

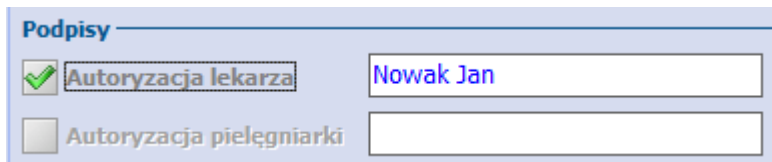
Istnieje możliwość wprowadzenia nowej oceny na podstawie danych oceny wcześniejszej. Aby tego dokonać, należy w sekcji Wszystkie oceny zaznaczyć ocenę, która ma zostać skopiowana, a następnie wybrać przycisk

. Po tej czynności w oknie edycji bieżącej oceny, po lewej stronie ekranu, odpowiedzą się wartości

oceny kopiowanej, natomiast w polu "Data" wyświetli się data aktualna. Dane te będzie można zmodyfikować. Po ich zatwierdzeniu zostanie utworzona nowa pozycja oceny.

W sekcji Wszystkie oceny, w kolumnie "Wynik" prezentowane są ilości punktów poszczególnych ocen.

Na dole okna ewidencji oceny udostępniono sekcję Podpisy, służącą do zamieszczenia informacji o personalu autoryzującym. Aktywność znajdujących się w niej pól uzależniona jest od rodzaju zalogowanego personelu.

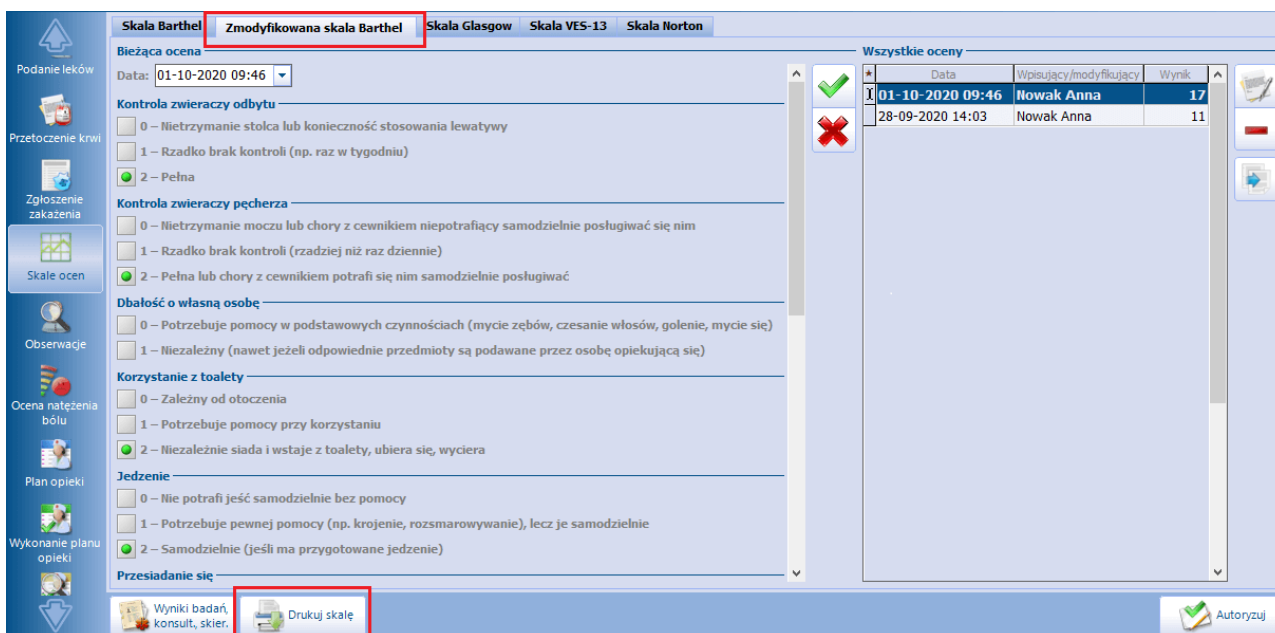


Jeżeli zalogowany jest lekarz, może on zaznaczyć jedynie pole "Autoryzacja lekarza". W przypadku zalogowanej pielęgniarki aktywne jest tylko pole "Autoryzacja pielęgniarki". Po oznaczeniu autoryzacji w polu obok wyświetli się imię i nazwisko personelu.

5.17.2 Zmodyfikowana skala Barthel

Ścieżka: [Skale ocen](#) > [Zmodyfikowana skala Barthel](#)

W ramach hospitalizacji długoterminowej istnieje możliwość uzupełniania ocen według zmodyfikowanej skali Barthel (Barthel ADL). Funkcjonalność wprowadzono dla potrzeb ewidencji danych pobytów pacjentów na oddziałach rehabilitacyjnych.



Sposób ewidencji danych ocen wg powyższej skali jest taki sam jak dla [skali Barthel](#).

W celu wydruku wskazanej oceny należy wybrać przycisk **Drukuj skalę**.

W wersji 10.6.0 aplikacji mMedica umożliwiono wprowadzenie nowej oceny na podstawie danych oceny wcześniejszej. Aby tego dokonać, należy w sekcji Wszystkie oceny zaznaczyć ocenę, która ma zostać



skopiowana, a następnie wybrać przycisk . Po tej czynności w oknie edycji bieżącej oceny, po lewej stronie ekranu, podpowiedzą się wartości oceny kopiowanej, natomiast w polu "Data" wyświetli się data aktualna. Dane te będzie można zmodyfikować. Po ich zatwierdzeniu zostanie utworzona nowa pozycja oceny.

5.17.3 Skala Glasgow

Ścieżka: [Skale ocen](#) > [Skala Glasgow](#)

W przebiegu hospitalizacji długoterminowej istnieje możliwość ewidencji ocen stanu świadomości pacjenta według skali Glasgow.

W górnej części okna jest możliwość wyboru daty oceny. Poniżej znajduje się formularz do uzupełnienia. Na podstawie zaznaczonych odpowiedzi w sekcji Wynik oceny zostanie wyświetlona zsumowana liczba punktów.

Aby zatwierdzić dane wprowadzonej oceny, należy wybrać przycisk . Do wyczyszczenia zaznaczonych pól służy przycisk .

Po zatwierdzeniu oceny zostanie ona dodana jako odrębny rekord w sekcji Wszystkie oceny, znajdującej się po prawej stronie okna. W sekcji tej prezentowane są wprowadzone oceny pacjenta wg skali Glasgow. W celu wyświetlenia danych oceny oraz ich ewentualnej zmiany należy zaznaczyć odpowiednią pozycję, a

następnie wybrać przycisk . Wtedy dane oceny wyświetlą się po lewej stronie okna, w sekcji Bieżąca ocena, i będą możliwe do edycji. W przypadku dokonania zmian należy zatwierdzić je przyciskiem .

Aby dokonać wydruku oceny, należy zaznaczyć odpowiednią pozycję w sekcji Wszystkie oceny i wybrać przycisk **Drukuj skalę** znajdujący się na dole okna.

Usunięcia zaznaczonej oceny dokonuje się przyciskiem .

W sekcji Wszystkie oceny w kolumnie "Wynik" prezentowane są ilości punktów poszczególnych ocen.

W wersji 10.6.0 aplikacji mMedica umożliwiono wprowadzenie nowej oceny na podstawie danych oceny wcześniejszej. Aby tego dokonać, należy w sekcji Wszystkie oceny zaznaczyć ocenę, która ma zostać

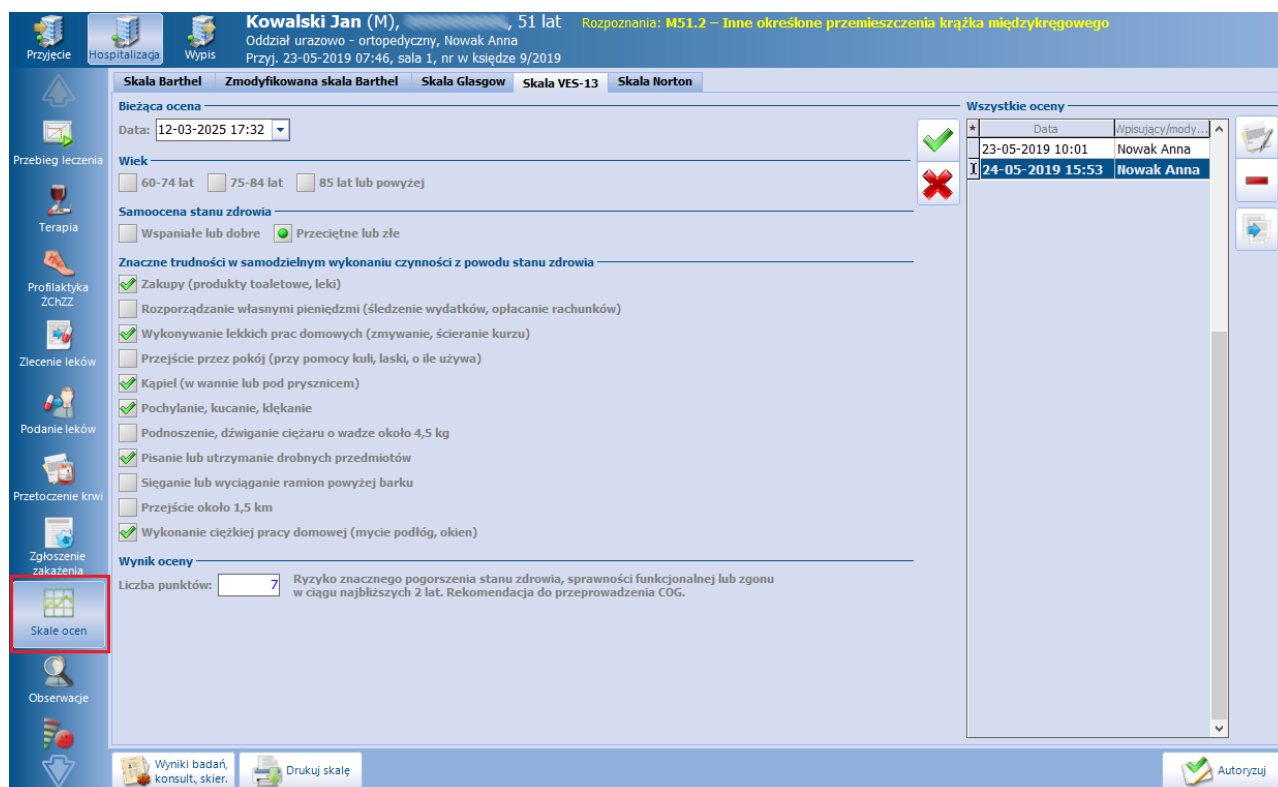


skopiowana, a następnie wybrać przycisk . Po tej czynności w oknie edycji bieżącej oceny, po lewej stronie ekranu, podpowiedzą się wartości oceny kopiowanej, natomiast w polu "Data" wyświetli się data aktualna. Dane te będzie można zmodyfikować. Po ich zatwierdzeniu zostanie utworzona nowa pozycja oceny.

5.17.4 Skala VES-13

Ścieżka: [Skale ocen](#) > [Skala VES-13](#)

Skala VES-13 służy do oceny pacjenta geriatrycznego. Uzupełnia się ją na zakładce *Skala VES-13*.



W górnej części okna jest możliwość wyboru daty oceny. Poniżej znajduje się formularz do uzupełnienia. Na podstawie zaznaczonych odpowiedzi w sekcji Wynik oceny zostanie wyświetlona zsumowana liczba punktów. Od wersji 11.3.0 aplikacji mMedica w przypadku liczby punktów większej niż 2 wyświetlana jest informacja o ryzyku wraz z odpowiednią rekomendacją.

Aby zatwierdzić dane wprowadzonej oceny, należy wybrać przycisk . Do wyczyszczenia zaznaczonych pól służy przycisk .

Po zatwierdzeniu oceny zostanie ona dodana jako odrębny rekord w sekcji Wszystkie oceny, znajdującej się po prawej stronie okna. W sekcji tej prezentowane są wprowadzone oceny pacjenta wg skali VES-13. W celu wyświetlenia danych oceny oraz ich ewentualnej zmiany należy zaznaczyć odpowiednią pozycję, a następnie



wybrać przycisk . Wtedy dane oceny wyświetlą się po lewej stronie okna, w sekcji Bieżąca ocena, i będą możliwe do edycji. W przypadku dokonania zmian należy zatwierdzić je przyciskiem .

Aby dokonać wydruku oceny, należy zaznaczyć odpowiednią pozycję w sekcji Wszystkie oceny i wybrać przycisk **Drukuj skalę** znajdujący się na dole okna.

Do usunięcia zaznaczonej oceny służy przycisk .

W sekcji Wszystkie oceny w kolumnie "Wynik" prezentowane są ilości punktów poszczególnych ocen.

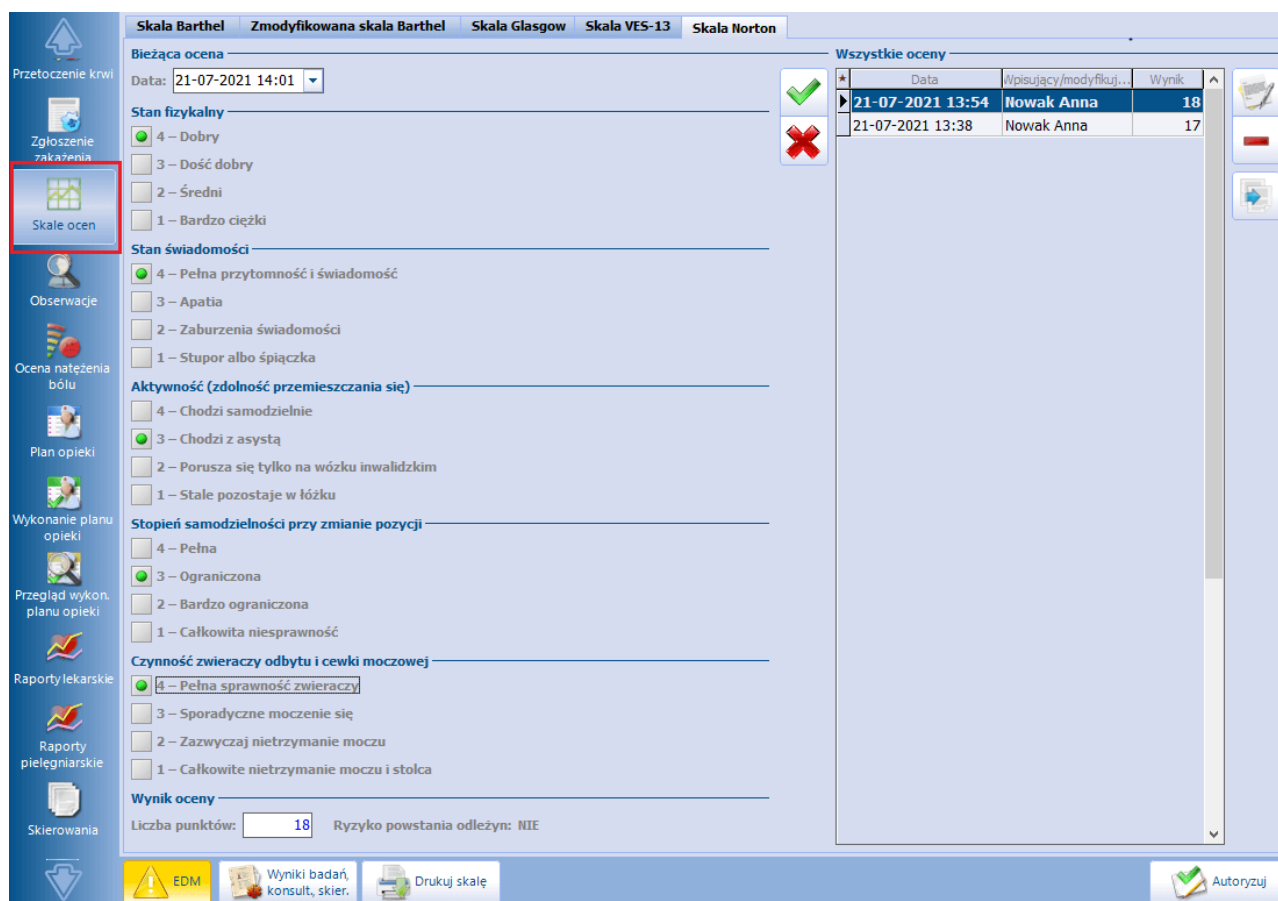
W wersji 10.6.0 aplikacji mMedica umożliwiono wprowadzenie nowej oceny na podstawie danych oceny wcześniejszej. Aby tego dokonać, należy w sekcji Wszystkie oceny zaznaczyć ocenę, która ma zostać

skopiowana, a następnie wybrać przycisk . Po tej czynności w oknie edycji bieżącej oceny, po lewej stronie ekranu, podpowiedzą się wartości oceny kopiowanej, natomiast w polu "Data" wyświetli się data aktualna. Dane te będzie można zmodyfikować. Po ich zatwierdzeniu zostanie utworzona nowa pozycja oceny.

5.17.5 Skala Norton

Ścieżka: [Skale ocen](#) > [Skala Norton](#)

W przebiegu hospitalizacji długoterminowej istnieje możliwość ewidencji ocen ryzyka wystąpienia odleżyn według skali Norton.



Skala Norton

Bieżąca ocena

Data: 21-07-2021 14:01

Stan fizyczny

☒ 4 – Dobry

☐ 3 – Dość dobry

☐ 2 – Średni

☐ 1 – Bardzo ciężki

Stan świadomości

☒ 4 – Pełna przytomność i świadomość

☐ 3 – Apatia

☐ 2 – Zaburzenia świadomości

☐ 1 – Stupor albo śpiączka

Aktywność (zdolność przemieszczania się)

☒ 4 – Chodzi samodzielnie

☐ 3 – Chodzi z asystą

☐ 2 – Porusza się tylko na wózku inwalidzkim

☐ 1 – Stałe pozostaje w łóżku

Stopień samodzielności przy zmianie pozycji

☒ 4 – Pełna

☐ 3 – Ograniczona

☐ 2 – Bardzo ograniczona

☐ 1 – Całkowita niesprawność

Czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej

☒ 4 – Pełna sprawność zwieraczy

☐ 3 – Sporadyczne moczenie się

☐ 2 – Zazwyczaj nietrzymanie moczu

☐ 1 – Całkowite nietrzymanie moczu i stolca

Wynik oceny

Liczba punktów: 18 Ryzyko powstania odleżyn: NIE

Wszystkie oceny

Data	Wpisujący/modyfikuj...	Wynik
21-07-2021 13:54	Nowak Anna	18
21-07-2021 13:38	Nowak Anna	17

W górnej części okna jest możliwość wyboru daty oceny. Poniżej znajduje się formularz do uzupełnienia. Na podstawie zaznaczonych odpowiedzi w sekcji Wynik oceny zostanie wyświetlona zsumowana liczba punktów oraz informacja, czy istnieje ryzyko powstania odleżyn u pacjenta.

Aby zatwierdzić dane wprowadzonej oceny, należy wybrać przycisk . Do wyczyszczenia zaznaczonych pól służy przycisk .

Po zatwierdzeniu oceny zostanie ona dodana jako odrębny rekord w sekcji Wszystkie oceny, znajdującej się po prawej stronie okna. W sekcji tej prezentowane są wprowadzone oceny pacjenta wg skali Norton. W celu wyświetlenia danych oceny oraz ich ewentualnej zmiany należy zaznaczyć odpowiednią pozycję, a następnie



wybrać przycisk . Wtedy dane oceny wyświetlą się po lewej stronie okna, w sekcji Bieżąca ocena, i będą możliwe do edycji. W przypadku dokonania zmian należy zatwierdzić je przyciskiem .

Aby dokonać wydruku oceny, należy zaznaczyć odpowiednią pozycję w sekcji Wszystkie oceny i wybrać przycisk **Drukuj skalę** znajdujący się na dole okna.

Do usunięcia zaznaczonej oceny służy przycisk .

W wersji 10.6.0 aplikacji mMedica umożliwiono wprowadzenie nowej oceny na podstawie danych oceny wcześniejszej. Aby tego dokonać, należy w sekcji Wszystkie oceny zaznaczyć ocenę, która ma zostać



skopiowana, a następnie wybrać przycisk . Po tej czynności w oknie edycji bieżącej oceny, po lewej stronie ekranu, podpowiedzą się wartości oceny kopiowanej, natomiast w polu "Data" wyświetli się data aktualna. Dane te będzie można zmodyfikować. Po ich zatwierdzeniu zostanie utworzona nowa pozycja oceny.

5.18 Cewnikowanie

W wersji 10.7.0 aplikacji mMedica została udostępniona możliwość ewidencji danych dotyczących cewnikowania. Dokonuje się jej po wyborze dedykowanej ikony dostępnej w panelu bocznym.

Przetoczenie krwi

Zgłoszenie zakażenia

Skale ocen

Cewnikowanie

Obserwacje

Ocena natężenia bólu

Plan opieki

Wykonanie planu opieki

Przegląd wykon.

Bieżące cewnikowanie

Data: 03-07-2024 14:02

Doba od założenia:

☐ Przyjęcie / założenie
 ☐ Obserwacja
 ☐ Usunięcie / wymiana

Przyjęcie / założenie

☐ Przyjęcie z cewnikiem

Data:

Przyczyna założenia:

Miejsce założenia:

Rodzaj cewnika:

Obserwacja

Ocena:

Usunięcie / wymiana

Przyczyna:

Wykonane procedury

*	Kod	Nazwa
▶		

+

-

Uwagi

Wszystkie cewnikowania

*	Data	Rodzaj	Miejsce	Ocena	Przyczyna wymiany/usunięcia	Wpisujący / modyfikujący
▶	03-07-2024 13:55	Obserwacja		oc...		Nowak Jan
	02-07-2024 13:57	Założenie				Nowak Jan

Wyniki badań, konsult, skier.

Dokumentacja archiwalna

Dokumentacja pacjenta

Autoryzuj

W górnej części formatki w sekcji Bieżące cewnikowanie należy zaznaczyć rodzaj wykonanej czynności oraz uzupełnić jej datę (podpowiadana jest bieżąca). W przypadku zaznaczenia rodzaju **"Obserwacja"** lub **"Usunięcie / wymiana"** w polu "Doba od założenia" wyświetli się odpowiednia ilość dni.

Poniżej znajdują się sekcje, których aktywność jest uzależniona od zaznaczonych czynności.

Sekcja Przyjęcie / założenie staje się aktywna do edycji po zaznaczeniu czynności **"Przyjęcie / założenie"**. Jeżeli pacjent został przyjęty z cewnikiem założonym przed przyjęciem, należy zaznaczyć pole **"Przyjęcie z cewnikiem"** i uzupełnić datę założenia, która musi być wcześniejsza od daty przyjęcia.

W sekcji znajdują się również pola służące do ewidencji przyczyny i miejsca założenia oraz rodzaju cewnika. Użytkownik może wpisać w nich odpowiedni tekst lub z listy rozwijalnej wybrać jeden z gotowych, zdefiniowanych wcześniej opisów. Aby dodać opis do listy rozwijalnej, należy skorzystać z przycisku  i w oknie, które się wyświetli, zamieścić w nowej linii stosowny tekst.

Zaznaczenie czynności **"Obserwacja"** lub **"Usunięcie / wymiana"** aktywuje pola ich dotyczące ("Ocena" w sekcji Obserwacja, "Przyczyna" w sekcji Usunięcie / wymiana).

W sekcji Wykonane procedury użytkownik korzysta ze słownika procedur ICD-9, natomiast w sekcji Uwagi istnieje możliwość zamieszczenia ogólnych uwag.

Wprowadzone dane należy zapisać poprzez wybór przycisku , znajdującego się po prawej stronie okna.

Przycisk  powoduje wyczyszczenie uzupełnionych pól. Zapisane dane wyświetlone zostaną w postaci rekordu w sekcji Wszystkie cewnikowania, znajdującej się w dolnej części formatki.



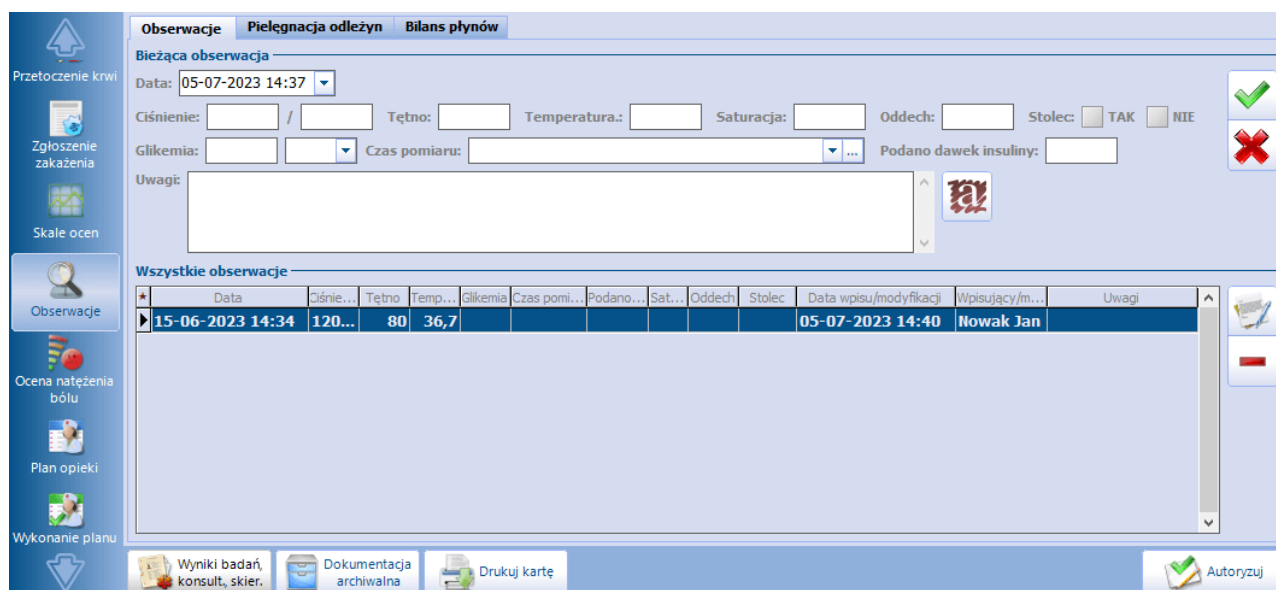
W celu modyfikacji danych lub ich podglądu należy zaznaczyć odpowiedni rekord i wybrać przycisk . Po tej czynności dane wskazanej pozycji wyświetlą się w górnej części okna. Ich ewentualna edycja i zatwierdzenie zmian przebiega zgodnie z wcześniejszym opisem.

Usunięcia zaznaczonej pozycji dokonuje się przyciskiem .

5.19 Obserwacje

W oknie, w dedykowanych polach istnieje możliwość wprowadzenia danych wykonanych pomiarów i obserwacji.

Edycja przynajmniej jednego z pól spowoduje domyślne uzupełnienie daty i godziny wartościami bieżącymi.



Data	Ciepłota	Tętno	Temp.	Glikemia	Czas pomi.	Podano...	Sat...	Oddech	Stolec	Data wpisu/modyfikacji	Wpisujący/m...	Uwagi
15-06-2023 14:34	120...	80	36,7							05-07-2023 14:40	Nowak Jan	

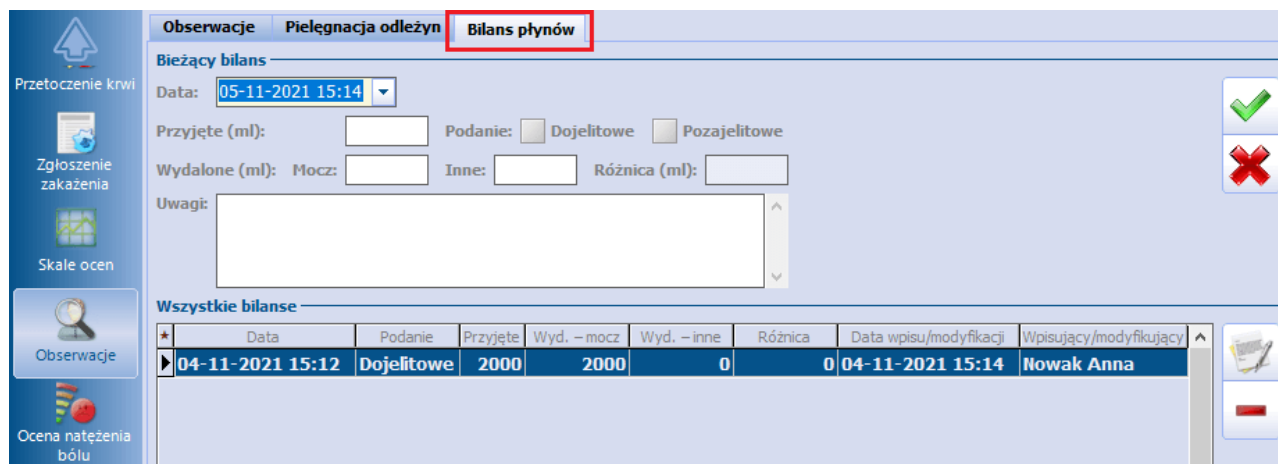
W celu zapisania wprowadzonych danych należy wybrać przycisk . Zapisane dane prezentowane są w dolnej sekcji okna Wszystkie obserwacje. Aby dokonać ich modyfikacji należy podświetlić na liście wybrany



rekord i wybrać przycisk . Modyfikowane dane zostaną wyświetlone powyżej, gdzie należy dokonać odpowiednich poprawek i ponownie je zapisać.

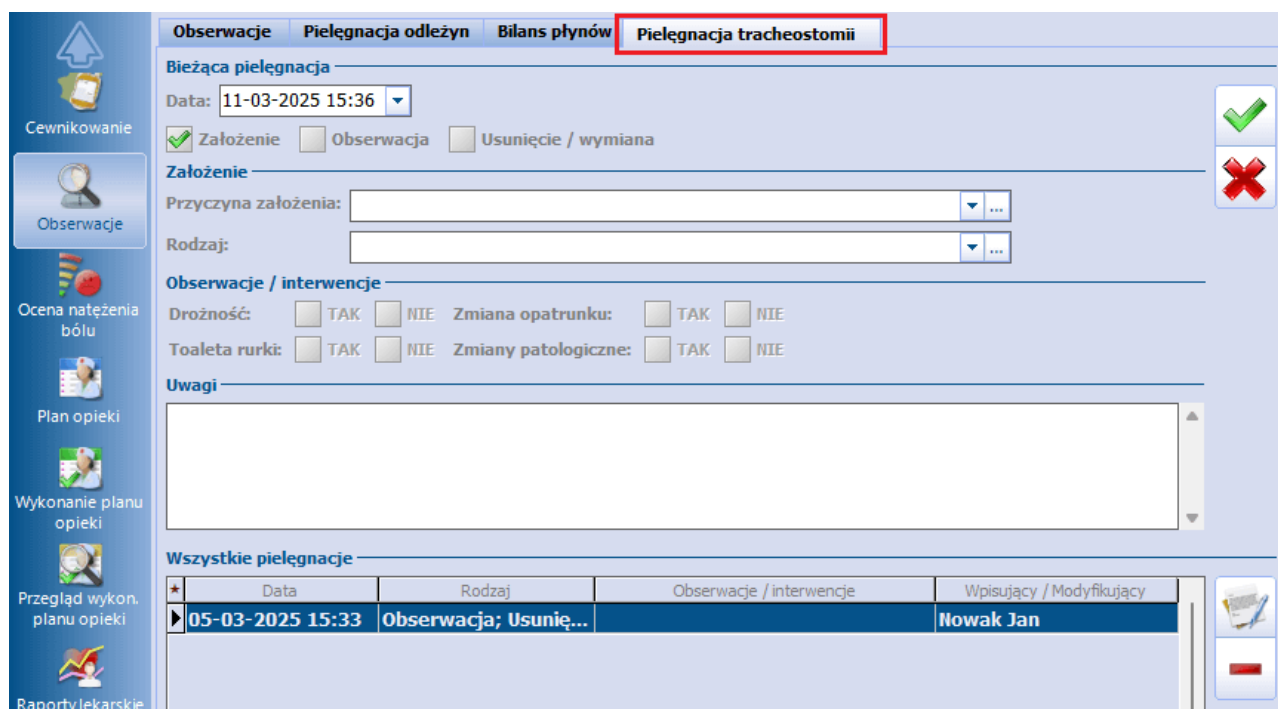
Aby wydrukować kartę obserwacji, należy wybrać przycisk **Drukuj kartę**.

Na ostatniej trzeciej zakładce dokonuje się ewidencji bilansu płynów.



*	Data	Podanie	Przyjęte	Wyd. - mocz	Wyd. - inne	Różnica	Data wpisu/modyfikacji	Wpisujący/modyfikujący
▶	04-11-2021 15:12	Dojelitowe	2000	2000	0	0	04-11-2021 15:14	Nowak Anna

W wersji 11.3.0 aplikacji mMedica została dodana zakładka służąca do ewidencji danych dotyczących tracheostomii (zdz. poniżej).



*	Data	Rodzaj	Obserwacje / interwencje	Wpisujący / Modyfikujący
▶	05-03-2025 15:33	Obserwacja; Usunię...		Nowak Jan

Sposób zatwierdzania i edycji danych na powyższych zakładkach jest taki sam jak na zakładce **Obserwacje**.

Zakładka **Pielęgnacja odleżyn** służy do wprowadzania obserwacji dotyczących odleżyn.

W wersji 11.1.0 aplikacji mMedica sposób ewidencji danych na zakładce został zmodyfikowany. Obecnie umiejscowienie odleżyny można zaznaczać na udostępnionej do tego celu grafice obrazującej sylwetkę człowieka. Aby oznaczyć wystąpienie odleżyny u pacjenta, należy kliknąć lewym przyciskiem myszy w symbol pustego kółka, znajdujący się w danym miejscu. Kliknięcie w naniesioną odleżynę prawym przyciskiem myszy wyświetli okno umożliwiające określenie jej stopnia (zdz. poniżej). Wskazanie stopnia spowoduje

oznaczenie odleżyny odpowiednim kolorem. Kolory odpowiadające poszczególnym stopniom to: I - różowy, II - czerwony, III - żółty, IV i V - czarny.

W celu usunięcia oznaczenia odleżyny z danego miejsca należy wybrać opcję **"Usuń umiejscowienie"**.

W efekcie nanoszonych na grafikę zmian uzupełniana będzie automatycznie stosownymi pozycjami znajdująca się po lewej stronie tabela Umiejscowienia. Z kolei wprowadzenie danych bezpośrednio w tabeli spowoduje automatyczne oznaczenie grafiki w odpowiedni sposób. W trzeciej kolumnie tabeli dla dodanych pozycji można wprowadzić informację dotyczącą zastosowanego opatrunku.

Sposób zapisu i edycji zapisanych danych jest taki sam jak na pozostałych zakładkach.

Bieżąca pielęgnacja

Data: 29-01-2025 15:30 Pozycja: Płasko

Uwagi:

Umiejscowienia

Umiejscowienie	Stopień	Opatrunek
brzuch	II	
plecy	III	
ręka	I	
stopa	IV	

Wszystkie pielęgnacje

Data	Data wpisu/modyfikacji	Wpisujący/modyfikujący
29-01-2025 15:09	29-01-2025 15:37	Nowak Jan

Context menu options:

- Usuń umiejscowienie
- Stopień I
- Stopień II
- Stopień III
- Stopień IV
- Stopień V

Aby możliwe było korzystanie z funkcjonalności, w pierwszej kolejności należy powiązać pozycje słownika umiejscowień z odpowiednim położeniem na grafice. W celu definicji takiego powiązania należy przejść do

słownika umiejscowień, korzystając z przycisku , zaznaczonego powyżej. Następnie w oknie słownika należy wybrać przycisk **Edytuj położenia**, wskazany na poniższym zdjęciu.

+

Klasyfikacja praktyki pielęgniarskiej - wielowybór

×

Kod lub nazwa:

Oś:

L – Lokalizacja

▼

Atrybut:

▼

Widok:

1 Preferowane

2 Ostatnio wybierane

3 Wszystkie

★	Kod	Nazwa	Nazwa dodatkowa	Oś
▶	2	brzuch		L
	4	głowa		L
	1	plecy		L
	3	ręka		L
	100...	stopa		L

★

+

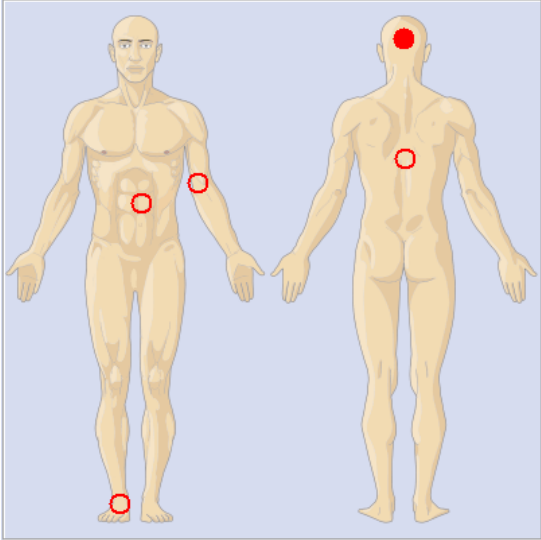
+

Wybierz (F5)

Wyjście

Spowoduje to otwarcie okna, w którego lewej części wyświetli się grafika, natomiast w prawej części widoczna będzie lista umiejscowień (zdj. poniżej).

Edycja położenia słownika odleżyn



*	Kod	Nazwa	Nazwa dodatkowa
✓	100...	stopa	
✓	2	brzuch	
✓	1	plecy	
▶	4	głowa	
✓	3	ręka	

Zamknij Zapisz

Podświetlenie umiejscowienia na liście i kliknięcie lewym przyciskiem myszy w dane miejsce na grafice spowoduje powiązanie ze sobą tych dwóch elementów. Równocześnie w odpowiedniej pozycji na liście pojawi się w pierwszej kolumnie znacznik . Zdefiniowane położenie zostanie oznaczone na grafice symbolem kółka. W celu zmiany położenia umiejscowienia można przesunąć jego symbol, korzystając z lewego przycisku myszy. Usunięcia położenia umiejscowienia dokonuje się poprzez kliknięcie w nie prawym przyciskiem myszy i wybór opcji "Usuń umiejscowienie".

5.20 Ocena natężenia bólu

Okno służy do ewidencji danych o występowaniu u pacjenta bólu w trakcie trwania hospitalizacji. Rozpoczęcie edycji sekcji *Bieżąca ocena* spowoduje domyślne uzupełnienie pola "Data" bieżącą datą i godziną (możliwość zmiany).

W wersji 9.5.0 aplikacji mMedica umożliwiono wskazanie stopnia natężenia bólu w oparciu o skalę VAS. Dokonuje się tego poprzez zaznaczenie jednego z pól od "0" do "10". W dolnej części ekranu wyświetlany jest wykres prezentujący wartości poziomu bólu z ocen wykonanych w ciągu ostatnich 30 dni.

Bieżąca ocena

Data: 18-05-2023 14:09 Natężenie bólu (NRS/VAS): 1

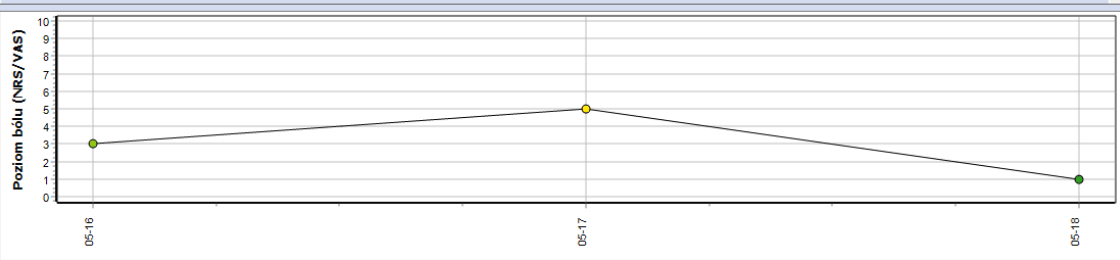
Brak Łagodny Średni Silny

Objawy po zastosowaniu leków przeciwbólowych: ☐ Niepożądane ☐ Ciężkie niepożądane Nadmierna sedacja: ☐ TAK ☐ NIE Nudności: ☐ TAK ☐ NIE Wymioty: ☐ TAK ☐ NIE Świąd: ☐ TAK ☐ NIE

Wszystkie oceny

Data	Natężenie bólu	Zdarzenie	Sedacja	Nudności	Wymioty	Świąd	Data wpisu/modyfikacji	Wpisujący/modyfikujący
18-05-2023 14:09	1						18-05-2023 14:10	Nowak Jan
17-05-2023 14:09	5						18-05-2023 14:09	Nowak Jan
16-05-2023 14:08	3						18-05-2023 14:08	Nowak Jan

Wykres linii przedstawiający poziom bólu (NRS/VAS) w czasie:



Wyniki badań, konsult, skier. Dokumentacja archiwalna Drukuj ocenę Autoryzuj

Po uzupełnieniu sekcji Bieżąca ocena należy zapisać zmiany, korzystając z przycisku . Przycisk  powoduje wyczyszczenie uzupełnionych pól.

Zapisane dane zostaną wyświetlone w postaci rekordu w sekcji *Wszystkie oceny*.

W celu podglądu danych oceny lub ich modyfikacji należy zaznaczyć odpowiedni rekord i wybrać przycisk



. Po tej czynności wyświetlą się one w sekcji Bieżąca ocena.

Usunięcia zaznaczonej pozycji dokonuje się przyciskiem .

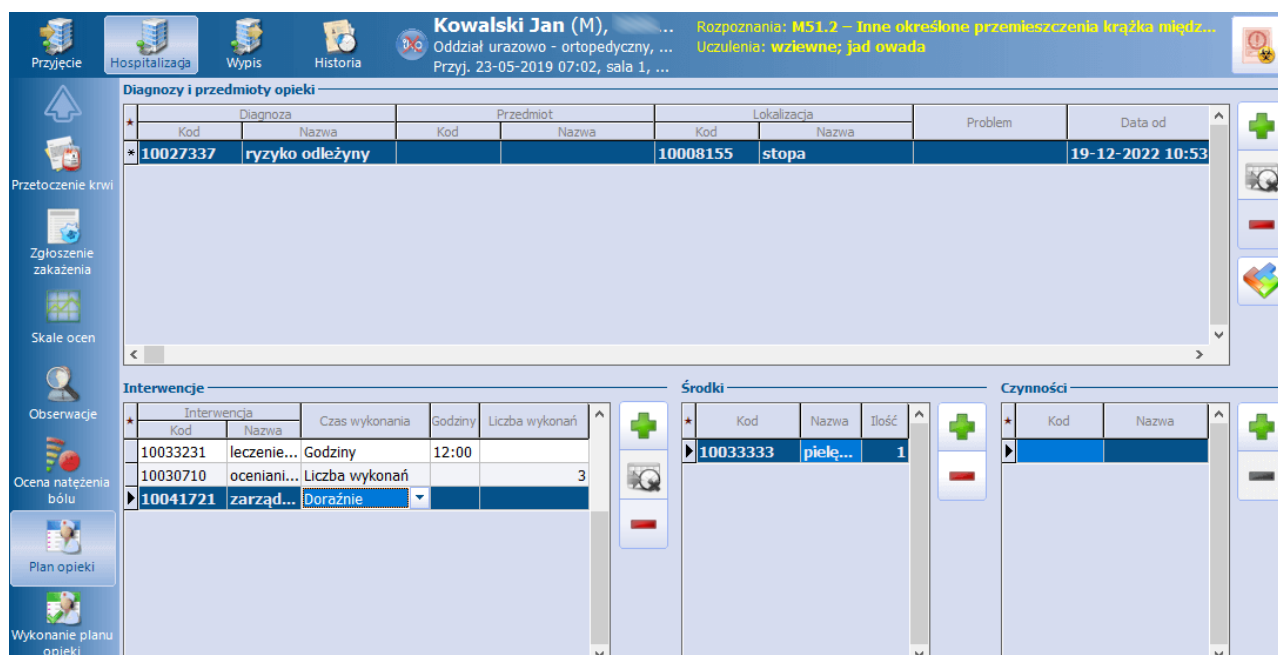
Do wydruku wprowadzonych ocen służy przycisk **Drukuj oceny**, dostępny na dole ekranu.

5.21 Plan opieki pielęgniarskiej

Okno *Plan opieki pielęgniarskiej* służy do tworzenia planu/ów opieki pielęgniarskiej nad pacjentem. Okno zostało podzielone na dwie części: w górnej wyświetlane są diagnozy pielęgniarskie, natomiast w dolnej części okna znajdują się interwencje, które zostały zaplanowane do wykonania w ramach wybranej diagnozy. W dolnej części okna dokonuje się również zdefiniowania środków i czynności, przy wykorzystaniu których będą realizowane poszczególne interwencje.



Przycisk umożliwia dezaktywację diagnozy/interwencji, dla której istnieją zaewidencjonowane wykonania.



Diagnoza		Przedmiot		Lokalizacja		Problem	Data od
Kod	Nazwa	Kod	Nazwa	Kod	Nazwa		
10027337	ryzyko odleżyny			10008155	stopa		19-12-2022 10:53

Interwencja		Czas wykonania	Godziny	Liczba wykonań
Kod	Nazwa			
10033231	leczenie...	Godziny	12:00	
10030710	oceniani...	Liczba wykonań		3
10041721	zarząd...	Doraźnie		

Kod	Nazwa	Ilość
10033333	pielę...	1

Kod	Nazwa
-----	-------

Do utworzenia planu opieki pielęgniarskiej można wykorzystać gotowe schematy, wybierane za pomocą



przycisku **Schematy planu opieki**. W przypadku istnienia kilku diagnoz pielęgniarskich można dokonać jednokrotnego wybrania kilku schematów, poprzez przytrzymanie klawisza CTRL i zaznaczenia kilku schematów na liście. Wybranie schematu spowoduje uzupełnienie pól w oknie danymi, które zostały zapisane w schemacie. Dane to można dowolnie modyfikować, usuwać oraz dodawać nowe pozycje, jeśli istnieje taka potrzeba.

Hospitalizacje, którym zaplanowano interwencje do wykonania w ramach bieżącego dyżuru wyróżniane są pomarańczowym kolorem na formacie [Hospitalizacja - lista pacjentów](#). Dodatkowo w kolumnie "Opieka" wyświetlany jest napis "Interwencja".

5.21.1 Ręczne dodanie planu opieki

Jeśli użytkownik nie korzysta z gotowych schematów planu opieki, musi zdefiniować plan opieki ręcznie poprzez określenie diagnozy, interwencji, środków i czynności. W tym celu należy:

1. W sekcji *Diagnozy i przedmioty opieki* wybrać przycisk  i wybrać diagnozę z dostępnego słownika klasyfikacji praktyki pielęgniarskiej. Program w górnej części okna doda nowy rekord z wybraną diagnozą.
2. Uszczegółowić plan opieki dla wybranej diagnozy poprzez określenie przedmiotu, lokalizacji, zakresu dat i rodzaju dyżuru, na którym będzie on realizowany. Dane te wprowadza się w odpowiednich kolumnach za pomocą dostępnych słowników, list rozwijanych i kalendarzy.

Diagnozy i przedmioty opieki								
Diagnoza		Przedmiot		Lokalizacja		Problem	Data od	Data do
Kod	Nazwa	Kod	Nazwa	Kod	Nazwa			Dyżur
10041539	gorączka	10007916	gorączka	10008688	głowa		2017-05-10 19:00	2017-05-11 19:00
								Dzienny i nocny

3. W sekcji *Interwencje* zaplanować interwencje i godziny ich wykonań lub liczbę wykonań. Interwencje

dodaje się ze słownika klasyfikacji praktyki pielęgniarskiej, otwieranego za pomocą przycisku . W kolumnie "Czas wykonania" z listy rozwijalnej należy wybrać odpowiednią wartość - "Godziny", "Liczba wykonań" lub "Doraźnie". W przypadku dwóch pierwszych wymagane jest uzupełnienie w odpowiednich kolumnach godziny (godzin) lub liczby wykonań. W wersji 10.4.0 aplikacji mMedica dodano kolumnę "Dni" (na końcu tabeli), w której wykonanie interwencji można ograniczyć do wybranych dni tygodnia, poprzez ich zaznaczenie na liście rozwijalnej (dotyczy interwencji ze wskazanymi godzinami lub z liczbą wykonań).

Interwencje							
Interwencja		Procedura		Czas wykonania	Godziny	Liczba wykon...	
Kod	Nazwa	Kod	Nazwa				
10033231	leczenie z...			Godziny	12:00		
10030710	ocenianie ...			Doraźnie			
10041721	zarządza...			Liczba wykonań		3	

4. W sekcji *Środki* wskazać środki/narzędzia i liczbę ich wykonań. Dane te wprowadza się przy użyciu słownika klasyfikacji praktyki pielęgniarskiej, otwieranego za pomocą przycisku .

Uwaga! Środki i czynności definiuje się w ramach danej interwencji! W przypadku istnienia kilku interwencji należy kolejno dla każdej z nich zaplanować środki/narzędzia i czynności, jakie zostaną użyte do jej realizacji.

5. W sekcji *Czynności* wskazać czynności do interwencji. Dane te wprowadza się przy użyciu słownika "Czynności w planie opieki pielęgniarskiej", który definiowany jest przez użytkownika programu samodzielnie.

Środki			Czynności		
Kod	Nazwa	Ilość	Kod	Nazwa	
10013333	pielęgniarka	1	10006173	Dokumentowanie	
10014522	lekarz	1	10011813	Pomiar	

6. Zapisać dane przyciskiem **Autoryzuj**, aby móc w kolejnym etapie dokonać ewidencji jego wykonania.

Wykonanie planu opieki ewidencjonuje się w kolejnym oknie [Wykonanie planu opieki](#).

5.22 Wykonanie planu opieki

W oknie *Wykonanie planu opieki* znajdują się wszystkie interwencje, które zostały zdefiniowane w [planie opieki](#).

Jeśli plan opieki nad pacjentem obejmuje więcej niż 1 dzień, zaplanowane interwencje można przeglądać za pomocą przycisków znajdujących się w górnej części okna << >> (zdj. poniżej). Za pomocą pola "Dyżur" można dokonać wyfiltrowania tych interwencji, które zostały zaplanowane na dyżur dzienny i na dyżur nocny. Godziny trwania poszczególnych dyżurów wyświetlane są w polu obok, na podstawie danych zdefiniowanych w [konfiguratorze](#) programu.

Data:		2017-05-11	Dyżur:	Nocny	<< >>		2017-05-11 19:00 - 2017-05-12 07:00			
★ Wyk.		Godz. plan. / Nr wyk.		Dzienny		Godzina wyk.	Kod ewaluacji	Nazwa ewaluacji	Obserwacje	Wpisujący/modyfikujący
▶		1		Nocny						
		1		technika przemieszcza...						
		1		ocenianie integralności skóry						
		1		ocenianie ryzyka odleżyny						
		1		ocenianie skóry						

W celu zaznaczenia wykonania planu opieki należy wybrać przycisk , który aktywuje pola znajdujące się w oknie. Interwencje wypełniane są indywidualnie dla każdego dyżuru w dniu bieżącym lub wstecz - nie ma możliwości ewidencji interwencji, które zostały zaplanowane na przyszłość.

Aby zaznaczyć wykonaną interwencję należy dla odpowiedniego rekordu (linii) kliknąć w pole w kolumnie "Wyk.". Czynność ta spowoduje dodanie bieżącej godziny w kolumnie "Godzina wyk.". Dodatkowo, w kolumnie "Kod ewaluacji" za pomocą przycisku  dodaje się informacje o ewaluacji, a w kolumnie "Obserwacje" wpisuje dodatkowe uwagi i obserwacje.

Po zaznaczeniu interwencji jako wykonanej w kolumnach "Kod procedury" i "Nazwa procedury" podpowiedzą się dane procedury ICD-9 z planu opieki, jeżeli została ona tam dla tej interwencji uzupełniona. Kolumny te mogą również zostać uzupełnione przez użytkownika poprzez wybór odpowiedniej pozycji z dostępnego słownika procedur ICD-9.

W celu zaznaczenia wszystkich interwencji należy skorzystać z przycisku  **Wykonaj wszystkie**, znajdującego się po prawej stronie okna. Przy korzystaniu z tej metody pomijane są interwencje oznaczone jako doraźne.

The screenshot shows the 'Hospitalizacja' form in the mMedica application. The form includes a header with patient data and a table of interventions. Two buttons on the right side of the form are highlighted with red boxes: 'Kopuj z poprzedniego dyżuru dziennego' and 'Kopuj z poprzedniego dyżuru nocnego'.

Przyciski **Kopuj z poprzedniego dyżuru dziennego** oraz **Kopuj z poprzedniego dyżuru nocnego**, zaznaczone na powyższym zdjęciu, służą do skopiowania z poprzedniego dyżuru dziennego/nocnego oznaczenia wykonania interwencji innych niż doraźne. Od wersji 11.3.0 aplikacji mMedica, w przypadku zgodności dyżurów, dla interwencji ilościowych kopiowane są również godziny wykonania, o ile nie są one z przyszłości (w przeciwnym wypadku podpowiadana jest godzina aktualna).

W ramach dodatkowego modułu **Elektroniczna Dokumentacja Medyczna** udostępniono możliwość określenia sposobu tworzenia dokumentu EDM dla wykonania planu opieki w hospitalizacji długoterminowej. Dokonuje się tego w Konfiguratorze (**Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator**), w pozycji: **Moduły dodatkowe > EDM**, w polu **"Sposób tworzenia dokumentów wykonania planu opieki pielęgniarskiej"**.

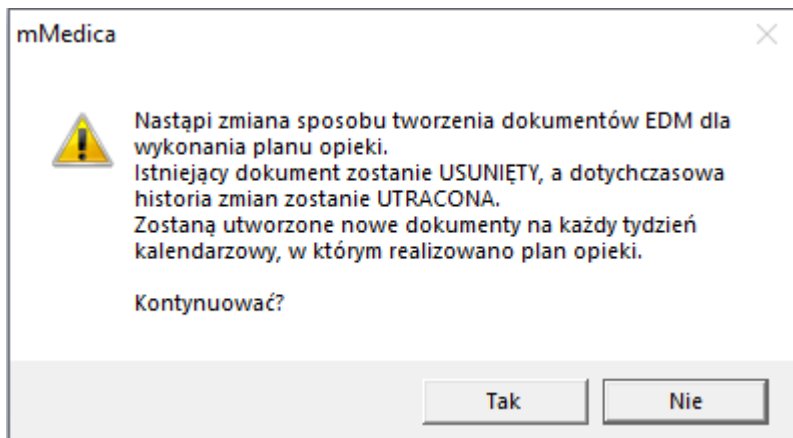
The screenshot shows the 'Konfiguracja - Moduły dodatkowe > EDM' form in the mMedica application. The form includes a sidebar with navigation options and a main area with configuration settings. A dropdown menu for 'Sposób tworzenia dokumentów wykonania planu opieki pielęgniarskiej' is highlighted with a red box, showing three options: 'Jeden dokument na hospitalizację', 'Jeden dokument na każdy tydzień kalendarzowy', and 'Jeden dokument na każdy tydzień kalendarzowy'.

Domyślnie wybraną wartością jest "Jeden dokument na hospitalizację". Istnieje możliwość wskazania drugiego sposobu - "Jeden dokument na każdy tydzień kalendarzowy".

Ponadto w oknie hospitalizacji w menu "Funkcje dodatkowe" udostępniono opcję **"Zmień sposób tworzenia dokumentów EDM"**. Jest ona widoczna, jeżeli spełnione są następujące warunki:

1. Moduł Elektroniczna Dokumentacja Medyczna jest włączony.
2. Hospitalizacja jest objęta zapisem do EDM (została utworzona po włączeniu wspomnianego wyżej modułu lub została zmigrowana do EDM).
3. W hospitalizacji wprowadzono przynajmniej jedno wykonanie planu opieki.
4. Dokument EDM wykonania planu opieki obejmuje całą hospitalizację.

Pozycja będzie aktywna do wyboru tylko z poziomu okna *Wykonanie planu opieki* (jeżeli zostało otwarte do edycji przez zalogowanego użytkownika). Jej wybór spowoduje wyświetlenie w pierwszej kolejności komunikatu informującego o nieodwracalności operacji i zalecającego wykonanie kopii zapasowej. Po jego zatwierdzeniu pojawi się okno ze szczegółowym opisem zmian (zdjęcie poniżej). Aby zostały one wprowadzone, należy wybrać przycisk **Tak**.



Po ponownym uruchomieniu okna hospitalizacji, dla której powyższa operacja została prawidłowo wykonana, pozycja **"Zmień sposób tworzenia dokumentów EDM"** będzie w menu "Funkcje dodatkowe" niewidoczna.

W efekcie opisanych wyżej działań czas autoryzacji danych w oknie *Wykonanie planu opieki* może ulec skróceniu.

5.23 Przegląd wykonania planu opieki

Na formatce wyświetlane są interwencje, które zostały oznaczone jako wykonane z podaniem szczegółowych informacji o dacie wykonania interwencji, wprowadzonych obserwacjach i użytkowniku wykonującym plan opieki.



Obserwacje



Ocena natężenia bólu



Plan opieki



Wykonanie planu opieki



Przegląd wykon. planu opieki

Data wykonania od:

Data wykonania do:

Wpisujący/modyfikujący:

Interwencja:

☐ Tylko z obserwacjami



*	Data wykonania	Kod interwencji	Nazwa interwencji	Obserwacje	Wpisujący/modyfikujący
▶	2018-01-03 10:53	10030710	ocenie ryzyka odleżyny		Nowak Anna
	2018-01-03 10:53	10041126	ocenie skóry		Nowak Anna
	2018-01-03 10:53	10032757	pielęgnacja skóry		Nowak Anna
	2018-01-03 10:53	10014761	pozycjonowanie pacjenta		Nowak Anna
	2018-01-03 10:53	10033922	ocenie integralności skóry		Nowak Anna
	2018-01-03 10:54	10040224	prewencja odleżyny		Nowak Anna
	2018-01-03 10:54	10033231	leczenie zmian chorobowych skóry		Nowak Anna

W wersji 10.5.0 aplikacji mMedica na dole okna dodano przycisk **Drukuj wykonanie**. Umożliwia on wydruk dokumentu *Wykonanie planu opieki*, zawierającego informacje o wykonanych interwencjach (na podstawie danych wyświetlonych w omawianym oknie).

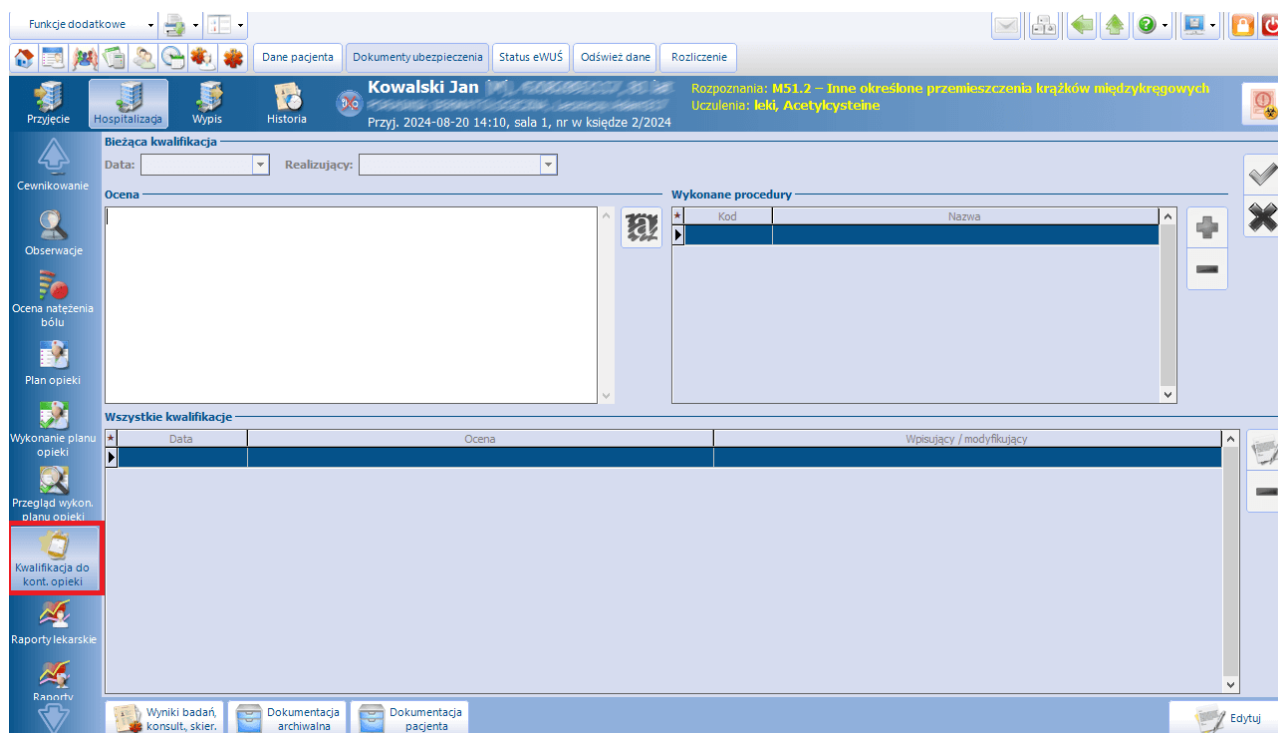
5.24 Kwalifikacja do kontynuacji opieki

W wersji 10.8.0 aplikacji mMedica udostępniono okno umożliwiające ewidencję danych kwalifikacji do kontynuacji opieki na oddziale opieki paliatywnej.

Pole "Realizujący" jest automatycznie uzupełniane danymi zalogowanego personelu po wybraniu procedury. Zakładka **Ocena** służy do wprowadzenia oceny opisowej ręcznie lub można skorzystać z szablonów tekstów

standardowych , po ich wcześniejszym zdefiniowaniu. Na zakładce **Wykonane procedury** użytkownik wskazuje odpowiednią pozycję z dostępnego słownika procedur ICD-9. Dodane procedury są automatycznie przenoszone do rozliczenia hospitalizacji. Aby zapisać wprowadzone dane należy wybrać przycisk **Zapisz zmiany**  znajdujący się po prawej stronie okna. W dolnej części znajdują się **Wszystkie kwalifikacje**,

które zostały wprowadzone pacjentowi. Z tego miejsca można je edytować  lub usunąć  za pomocą ikon po prawej stronie ekranu.



5.25 Raporty z przebiegu leczenia

Raporty lekarskie i pielęgniarskie wprowadzane są na odrębnych zakładkach:

- **Raporty lekarskie** - dostęp do jej edycji ma tylko użytkownik będący lekarzem,
- **Raporty pielęgniarskie** - może być edytowana tylko przez pielęgniarkę lub położną.



Okno raportów służy do ewidencji zdarzeń, incydentów występujących na dyżurach lekarskich i pielęgniarskich.

W tym celu przygotowane zostały trzy okna tekstowe: Opis zdarzenia, Okoliczności, Podjęte działania. Treść można wprowadzić ręcznie lub skorzystać z szablonów tekstów standardowych, po ich wcześniejszym zdefiniowaniu. Wprowadzenie tekstu w jednym z omawianych okien spowoduje uzupełnienie pola "Data" bieżącą datą i godziną oraz zaznaczenie pola "Wpisz do księgi raportów".

Jeśli personelem zalogowanym do aplikacji i edytującym tekst jest lekarz, system dopisze wprowadzone dane do księgi raportów lekarskich. Natomiast jeśli personelem zalogowanym do aplikacji jest pielęgniarka, to system dopisze dane do księgi raportów pielęgniarskich.

Wprowadzone dane należy zapisać poprzez wybranie przycisku . Przycisk powoduje wyczyszczenie uzupełnionych pól. Wszystkie zapisane dane wyświetlone zostaną w sekcji „Wszystkie raporty”.

W sekcji Wszystkie raporty dostępny jest przycisk kopiowania . Powoduje on skopiowanie treści podświetlonego na liście raportu do pól edycji bieżącego raportu w sekcji Bieżący raport.

Wpisy widoczne w księdze raportów pielęgniarskich dotyczą danych wprowadzanych w omawianym oknie, a także statystyk oddziału, których ewidencja odbywa się za pomocą przycisku **Nowa statystyka oddziału**, znajdującego się na górze okna księgi. Edycja lub usunięcie zaznaczonej na liście statystyki są możliwe po wyborze przycisku **Dane statystyki oddziału**.

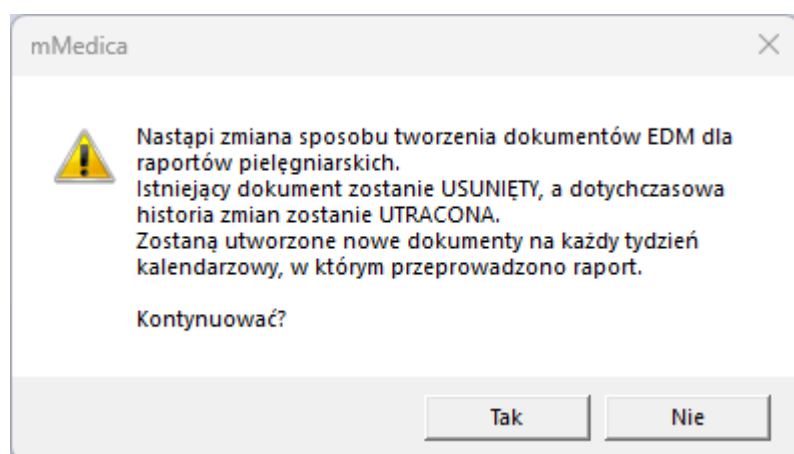
W wersji 11.6.0 aplikacji mMedica w ramach dodatkowego modułu **Elektroniczna Dokumentacja Medyczna** udostępniono możliwość określenia sposobu tworzenia dokumentu EDM dla raportów pielęgniarских w hospitalizacji długoterminowej. Dokonuje się tego w Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w pozycji: [Moduły dodatkowe > EDM](#), w polu "**Sposób tworzenia dokumentów raportów pielęgniarских**".

W polu tym domyślnie wybraną wartością jest "Jeden dokument na hospitalizację". Istnieje możliwość wskazania drugiego sposobu - "Jeden dokument na każdy tydzień kalendarzowy".

Ponadto w oknie hospitalizacji w menu "Funkcje dodatkowe" udostępniono opcję "**Zmień sposób tworzenia dokumentów EDM**". Jest ona widoczna, jeżeli spełnione są następujące warunki:

1. Moduł Elektroniczna Dokumentacja Medyczna jest włączony.
2. Hospitalizacja jest objęta zapisem do EDM (została utworzona po włączeniu wspomnianego wyżej modułu lub została zmigrowana do EDM).
3. W hospitalizacji został utworzony dokument raportów pielęgniarских.
4. Dokument EDM raportów pielęgniarских obejmuje całą hospitalizację.

Pozycja będzie aktywna do wyboru z poziomu okna *Raportów pielęgniarских* (jeżeli zostało otwarte do edycji przez zalogowanego użytkownika). Jej wybór spowoduje wyświetlenie w pierwszej kolejności komunikatu informującego o nieodwracalności operacji i zalecającego wykonanie kopii zapasowej. Po jego zatwierdzeniu pojawi się okno ze szczegółowym opisem zmian (zdjęcie poniżej). Aby zostały one wprowadzone, należy wybrać przycisk **Tak**.

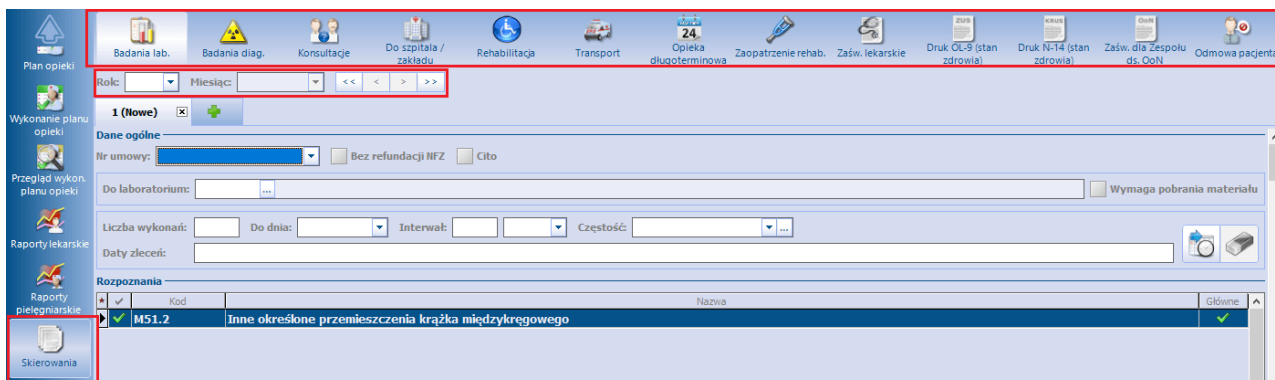


Po ponownym uruchomieniu okna hospitalizacji, dla której powyższa operacja została prawidłowo wykonana, pozycja "**Zmień sposób tworzenia dokumentów EDM**" będzie w menu "Funkcje dodatkowe" niewidoczna.

W efekcie opisanych wyżej działań czas autoryzacji danych w oknie *Raporty pielęgniarские* może ulec skróceniu.

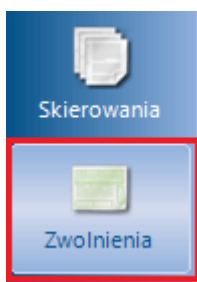
5.26 Skierowania/zwolnienia

Okno *Skierowania* umożliwia wystawienie pacjentowi skierowań, których rodzaje prezentuje poniższe zdjęcie.



Pola "Rok", "Miesiąc" oraz zamieszczone obok nich przyciski przełączania umożliwiają ustawienie okresu, z którego wystawione skierowania mają być widoczne.

W wersji 10.4.0 aplikacji mMedica w przebiegu hospitalizacji długoterminowej udostępniono możliwość wystawiania zwolnień lekarskich. Dokonuje się tego po wyborze ikony *Zwolnienia* (zaznaczonej na zdj. poniżej), a następnie przycisku **Edytuj** dostępnego w prawym dolnym rogu okna.



Szczegółowe informacje dotyczące wystawiania skierowań oraz zwolnień lekarskich zawiera [ogólna instrukcja](#) obsługi programu.

5.27 Dane medyczne

Okno danych medycznych opisane jest szczegółowo w [instrukcji obsługi](#) programu mMedica pod rozdziałem "Dane medyczne pacjenta".

Dane medyczne dostępne z poziomu otwartej hospitalizacji są tylko do podglądu. Nie ma możliwości ich edycji.

The screenshot shows the mMedica software interface. At the top, there is a navigation bar with icons for: Plan opieki, Wykonanie planu opieki, Przegląd wykon. planu opieki, Przebieg leczenia, **Dane medyczne** (highlighted with a red box), and Historia choroby. The main content area displays the 'Dane medyczne' section for a patient with code M51.2. The title is 'Inne określone przemieszczenia krążka międzykręgowego'. Below this, there is a timeline for the year 2019, showing months from lut to gru. A green dot on the timeline indicates a date, 12-08-2019. A legend at the bottom explains the symbols: a green circle for 'rozpoznanie główne', a green diamond for 'rozpoznanie dodatkowe', and a green square for 'choroba przewlekła'. A button at the bottom left says 'Wyniki badań, konsult, skier.'

5.28 Historia choroby

W oknie *Historia choroby* prezentowane są dane z całego przebiegu hospitalizacji pacjenta. W celu wydrukowania historii choroby pacjenta, należy wybrać przycisk **Drukuj historię choroby**, znajdujący się w dolnym panelu okna.

HISTORIA CHOROBY

Data od: do:

Data wystawienia 23-09-2019 Pacjent Hospitalizacja nr 13/2019 Specjalność komórki org. Data hospitalizacji	Wystawca dokumentu Lekarz – specjalista Nowak Anna NPWZ: Miejsce wystawienia Adres Dane kontaktowe
---	--

Wyniki badań, konsult, skier. Zapisz historię jako PDF Drukuj historię choroby

Istnieje możliwość zapisu historii choroby do pliku PDF. Służy do tego przycisk **Zapisz historię jako PDF**.

Do wyświetlenia danych *Historii choroby* z zadanego okresu czasu służą pola "Data od:/ do:", zlokalizowane w górnej części okna.

W celu wskazania, jaki zakres danych ma być zaprezentowany, należy wybrać przycisk , znajdujący się po prawej stronie okna. Po tej czynności pojawi się lista rodzajów danych z możliwością zaznaczenia/odznaczenia wybranych pozycji.



Wybierz wszystkie

Usuń wybór

Przyjęcie	Hospitalizacja
☒ Przyjęcie	☒ Wywiady
☒ Wywiad lekarski	☒ Badania przedmiotowe
☒ Badanie przedmiotowe	☒ Zdarzenia niepożądane
☒ Rozpoznanie wstępne i współistniejące	☒ Terapia
☒ Procedury	☒ Karta profilaktyki żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej
☒ Diagnozy pielęgniarstwa	☒ Zlecone leki
☒ Ocena ryzyka zakażenia	☒ Podane leki
☒ Dane osoby bliskiej, którą należy powiadomić w razie potrzeby	☒ Niepodane leki
☒ Dokumenty upoważniające / oświadczenia	☒ Zgłoszenie zakażenia
☒ Ocena stanu świadomości wg skali Glasgow	☒ Skale ocen
	☒ Obserwacje
	☒ Ocena napięcia bólu
	☒ Skierowania

Po skorzystaniu z powyższych opcji filtrowania danych należy wybrać przycisk  **Odśwież**.

Wypis

Formatka *Wypis* jest dostępna od momentu otwarcia hospitalizacji, gdyż pacjent może zostać skierowany do wypisu zarówno w trakcie przyjęcia jak i podczas trwania hospitalizacji.

W panelu znajdującym się po lewej stronie ekranu są dostępne funkcjonalności wystawiania skierowania, recept, zwolnienia lekarskiego, wydruku karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, wypisu pielęgniarstwa itd. Wybranie jednej z funkcjonalności spowoduje jej otwarcie.

6.1 Wypis

Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, aby zakończyć hospitalizację i przekazać wypis do podpisu:

- **Data wypisu** – wprowadzana przy użyciu klawiatury lub za pomocą kalendarza dostępnego po rozwinięciu listy.
- **Tryb wypisu** – uzupełnia się go, poprzez wybranie odpowiedniej wartości z listy rozwijanej. W wersji 9.12.0 aplikacji mMedica do listy dodano pozycję "Zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego".
- **Lekarz wypisujący** – domyślnie podpowiadany zalogowany użytkownik dokonujący wypisu. Można go zmienić ręcznie, poprzez wybranie odpowiedniej osoby personelu z listy rozwijanej.
- **Rozpoznanie** – domyślnie podpowiadane rozpoznanie z okna *Przebieg leczenia*, jeśli zostało wprowadzone. Dodawanie i usuwanie rozpoznań dokonuje się za pomocą znajdujących się po prawej stronie przycisków "+" i "-". Aby oznaczyć rozpoznanie jako główne, należy kliknąć lewym przyciskiem myszy w kolumnę "Główne" na pozycji tego rozpoznania.

Uwaga! Zaznaczenie parametru **"Rozpoznanie na podstawie art. 9. ust 4. ustawy o prawach pacjenta i RPP"** spowoduje aktywowanie pola tekstowego, znajdującego się pod nim, celem wpisania dodatkowego wyjaśnienia. W myśl ustawy: „4. Pacjent ma prawo żądać, aby lekarz nie udzielił mu informacji, o której mowa w ust 2., tj., informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu”.

W związku z tym na dokumencie wypisu dla pacjenta zamiast rozpoznania ICD-10 wydrukowana zostanie wartość z tego pola tekstowego. Jeśli pole tekstowe nie zostanie uzupełnione, to na dokumencie wypisu nie zostaną uwzględnione informacje o rozpoznaniu.

W sekcji Ocena ICF podpowiedzą się oceny wprowadzone przy przyjęciu pacjenta. Użytkownik będzie mógł w nich uzupełnić kwalifikatory dla wypisu.

Oprócz wypełnienia obowiązkowych pól, można wprowadzić dane dodatkowe, które zostaną wydrukowane na karcie informacyjnej. Służą do tego okna tekstowe *Zastosowane leczenie-dodatkowe uwagi*, *Epikryza*, *Wskazania*, w których treść można wprowadzić ręcznie lub skorzystać z [szablonów tekstów](#) standardowych, po ich wcześniejszym zdefiniowaniu.

Sekcja Wypis na własne żądanie jest aktywna do edycji w przypadku wyboru trybu wypisu **"Wypisanie na własne żądanie"**.

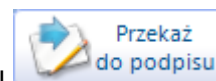
Sekcja zawiera pole tekstowe "Oświadczenie pacjenta", służące do wprowadzenia treści oświadczenia, a także opcję dodania załącznika. Treść wprowadzonego oświadczenia podpowie się, z możliwością modyfikacji, w kolejnej hospitalizacji pacjenta, jeżeli wypis nastąpi ponownie na jego żądanie.

W wersji 10.5.0 aplikacji mMedica została udostępniona możliwość odnotowania dokonania zwrotu dokumentacji pacjenta, do czego służy sekcja Zwrot dokumentacji pacjenta (zaznaczona na zdjęciu powyżej), zawierająca pole tekstowe i umożliwiającą dodanie załącznika.

Na dole ekranu dostępny jest przycisk **Drukuj oświadczenie**, umożliwiający wydruk uzupełnionego oświadczenia w celu jego podpisania przez pacjenta i ewentualnego dodania w formie załącznika w odpowiedniej sekcji. Jeżeli został wskazany tryb wypisu **"Wypisanie na własne żądanie"** po wyborze przycisku generowany jest wydruk "Oświadczenie o wypisie na własne żądanie" w formacie A4. W przeciwnym wypadku drukowane jest we wspomnianym formacie "Oświadczenie o zwrocie dokumentacji pacjenta".

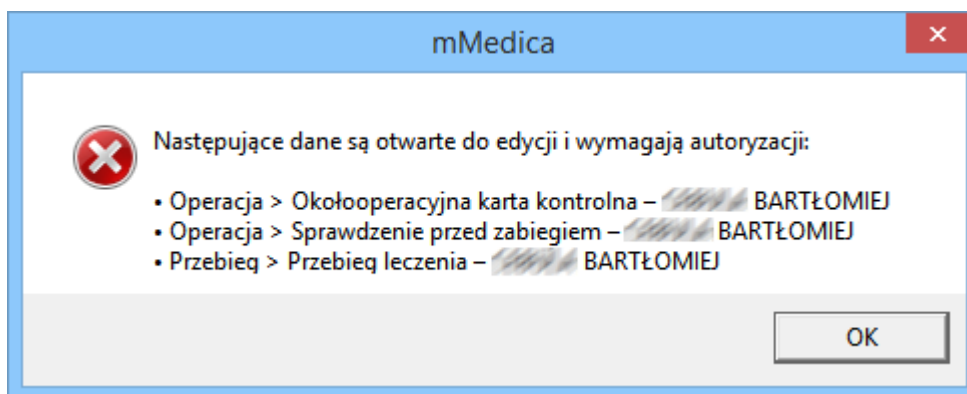
Rozwinięcie listy na przycisku da możliwość wyboru wydruku powyższych dokumentów w formacie A5, przy czym w przypadku trybu wypisu innego niż na własne żądanie będzie dostępny tylko wydruk oświadczenia o zwrocie dokumentacji pacjenta.

6.1.1 Przekazanie do podpisu



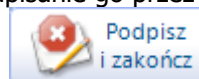
Pierwszym etapem zakończenia wypisu pacjenta jest wybranie przycisku **Przełącz do podpisu**, znajdującego się w prawym dolnym rogu okna *Wypis*. Hospitalizacja otrzyma status "Do podpisu", a użytkownik automatycznie przeniesiony zostanie do formatki [Hospitalizacja – lista pacjentów](#). W przypadku braku autoryzacji choć jednej z formatek funkcjonalności hospitalizacji, podczas akceptacji wypisu zostanie wyświetlony komunikat, informujący o konieczności autoryzacji danych z podaniem informacji o:

- osobie personelu która edytowała te dane,
- formatce hospitalizacji, która wymaga autoryzacji.



W tej sytuacji należy powrócić do formatki [Przyjęcie](#) lub [Hospitalizacja](#) i zweryfikować, czy każde okno, w którym były wprowadzane dane, zostało zapisane poprzez wybranie przycisku **Autoryzuj**.

Drugim i ostatnim etapem zakończenia wypisu pacjenta jest podpisanie go przez kierownika oddziału. W tym celu należy ponownie otworzyć hospitalizację i wybrać przycisk



znajdujący się w prawym dolnym rogu okna.

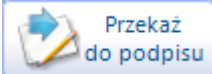
6.1.2 Wypis z powodu zgonu pacjenta

W przypadku wyboru trybu wypisu "Zgon pacjenta" zostaną aktywowane pola, umożliwiające wprowadzenie danych dot. zgonu.

Pola, których wypełnienie jest obowiązkowe, aby zakończyć hospitalizację i przekazać wypis do podpisu zostały opisane w rozdziale [Wypis](#).

W przypadku stwierdzenia śmierci mózgu lub wykonania sekcji zwłok należy zaznaczyć ☒ odpowiednie pola (zdz. poniżej). W sytuacji wykonania bądź niewykonania sekcji zwłok istnieje możliwość wprowadzenia stosownego uzasadnienia, do czego służy przygotowane pole tekstowe. Również w przypadku pobrania od pacjenta komórek, tkanek lub narządów można umieścić odpowiednią adnotację.

W celu wydrukowania karty zgonu należy wybrać przycisk **Karta zgonu**, znajdujący się w dolnej części okna.

Zakończenia wypisu pacjenta dokonuje się poprzez wybranie przycisku  - szczegółowy opis w rozdziale: [Przekazanie do podpisu](#).

6.2 Skierowania/recepty/zwolnienia

Na etapie wypisu można wystawić pacjentowi skierowania, których rodzaje prezentuje poniższe zdjęcie. W wersji 8.4.0 aplikacji mMedica ich zakres został rozszerzony.

Istnieje również możliwość wystawienia recepty i zwolnienia lekarskiego. Szczegółowy opis tych funkcjonalności znajduje się w [instrukcji obsługi](#) programu mMedica.

6.3 Podsumowanie

W oknie *Podsumowanie* znajduje się "Karta informacyjna z leczenia szpitalnego", zawierająca opis choroby i przebieg leczenia pacjenta. W celu jej wydrukowania należy wybrać przycisk **Drukuj kartę informacyjną**, znajdujący się w dolnym panelu okna.

Na dole okna udostępniono parametr pozwalający określić, czy na wydruku mają być uwzględnione informacje zamieszczone w polu "Zastosowane leczenie - dodatkowe uwagi" (w oknie *Wypisu*).

W wersji 8.5.0 aplikacji mMedica dodano parametr **"Drukuj centyle"**, powodujący umieszczenie centyli na wydruku karty.

W oknie wyświetlane są również numery PIN wystawionych e-Recept i e-Skierowań.

Świadczeniodawca, posiadający moduł Hospitalizacje oraz Moduł Personalizacyjny, ma możliwość wykorzystania własnej transformaty do generacji karty informacyjnej z leczenia szpitalnego. W tym celu należy:

1. W katalogu programu mMedica, w folderze "doc" (domyślnie: dysk C:\Program Files\Asseco\mMedica\doc lub dysk C:\Pliki programów (x86)\Asseco\mMedica\doc) odszukać plik o nazwie **HospPodsumowanie** (Arkusz Sylów XLS).
2. Otworzyć wspomniany plik do edycji, na przykład w Notatniku, a następnie odpowiednio zmodyfikować i zapisać zmiany.
3. W Konfiguratorze ([Zarządzanie > Konfiguracja > Konfigurator](#)), w pozycji: [Moduły dodatkowe > Hospitalizacje](#), w polu "Plik transformaty XLS dla karty informacyjnej" wskazać ścieżkę do zmodyfikowanego pliku transformaty.



6.4 Wypis pielęgniarski

W oknie *Wypis pielęgniarski* wpisuje się zalecenia dietetyczne, zalecenia dotyczące zabiegów pielęgnacyjnych, przyjmowanych leków, a także inne wskazówki istotne dla pacjenta i dla innych osób sprawujących nad nim opiekę. Informacje te wprowadza się w przygotowanych polach tekstowych ręcznie lub przy użyciu [szablonów tekstów](#) standardowych, po ich wcześniejszym zdefiniowaniu.

W celu wydrukowania zaleceń należy wybrać przycisk **Drukuj wypis**, znajdujący się w dolnym panelu okna.

6.5 List do POZ

Funkcjonalność wydruku listu do POZ zawierającego podstawowe dane hospitalizacji, informacje o wypisie z oddziału szpitalnego i przekazanych zaleceniach pielęgniarskich.

6.6 Informacje pielęgniarskie

W oknie *Informacje pielęgniarskie* ewidencjonuje m.in. się ocenę podstawowych czynności życiowych pacjenta i jego gotowość do wypisu. Do dokonania tych ocen wykorzystywany jest słownik klasyfikacji praktyki pielęgniarskiej, dostępny po wybraniu przycisku  w kolumnie "Kod diagnozy".

W celu wprowadzenia ww. danych należy:

1. W jednej z dostępnych sekcji wybrać przycisk  **Dodaj**, który utworzy nowy rekord.
2. W kolumnie "Rodzaj" kliknąć w rekord i z dostępnej listy rozwijanej wybrać rodzaj oceny.
3. W kolumnie "Kod diagnozy" wybrać przycisk  i z dostępnego słownika wybrać odpowiednią wartość.
4. W kolumnie "Wynik" wpisać wartość wyniku.

Przyjęcie **Hospitalizacja** **Wypis**

Kowalski Jan (M), 00000000000, 48 lat
 Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak Anna
 Przyj. 2017-05-10 08:00, sala 1, nr w księdze 1/2017

Rozpoznanie: **M51.2 – Inne określone przemieszczenia krążka...**
 Zaplanowane zabiegi: **(brak)**

Dane podstawowe
 Data wypisu: 2017-05-10 09:48 Miejsce przekazania pacjenta: ☒ Pod opiekę rodziny ☐ Do innego szpitala ☐ Na inny oddział ☐ Inne

Ocena podstawowych czynności życiowych (ADL)

Rodzaj	Kod diagnozy	Nazwa diagnozy	Wynik
Chodzenie po korytarzu	10028333	zdolny/a do chodzenia	0
Higiena osobista	10017657	kąpanie się	3

Gotowość do wypisu

Rodzaj	Kod diagnozy	Nazwa diagnozy
Wiedza do kogo się zgłosić, gdy potrzebujesz pom...	10024723	wiedza o procesie zmiany zachowań

Wytyczne pielęgnacyjne
 Data założenia:

Wyniki badań, konsult, skier. Drukuj kartę informacyjną Wyczyść Autoryzuj

Oprócz tego w przygotowanych polach tekstowych można opisać wytyczne pielęgnacyjne, zalecenia dla pacjenta lub osób sprawujących nad nim opiekę, które zostaną zamieszczone na karcie informacyjnej opieki pielęgniarzkiej.

6.7 Sprawdzenie przed wypisem

W oknie Sprawdzenie przed wypisem dokonuje się oznaczenia wykonania czynności przed wypisaniem pacjenta z oddziału m.in. usunięcie wkłucia dożylnego, wręczenie pacjentowi wypisu ze szpitala itd.

W celu wydrukowania dokumentu "Sprawdzenie przed wypisem", podpisywanego przez pielęgniarkę, należy wybrać przycisk **Drukuj**, znajdujący się w dolnym panelu okna.

Przyjęcie **Hospitalizacja** **Wypis**

Kowalski Jan (M), 00000000000, 48 lat
 Oddział urazowo-ortopedyczny, Nowak Anna
 Przyj. 2017-05-10 08:00, sala 1, nr w księdze 1/2017

Rozpoznanie: **M51.2 – Inne określone przemieszczenia krążka...**
 Zaplanowane zabiegi: **(brak)**

Sprawdzenie przed wypisem

Usunięto wkłucie dożylnie	☒ TAK ☐ NIE
Zmieniono opatrunek (tzw. opatrunek wyjściowy)	☒ TAK ☐ NIE
Pacjent otrzymał wypis ze szpitala	☒ TAK ☐ NIE
Pacjent otrzymał list do lekarza POZ	☒ TAK ☐ NIE
Pacjent otrzymał zalecenia lekarskie	☒ TAK ☐ NIE
Pacjent otrzymał zalecenia pielęgniarzkie	☒ TAK ☐ NIE
Pacjent otrzymał zalecenia żywieniowe	☐ TAK ☒ NIE

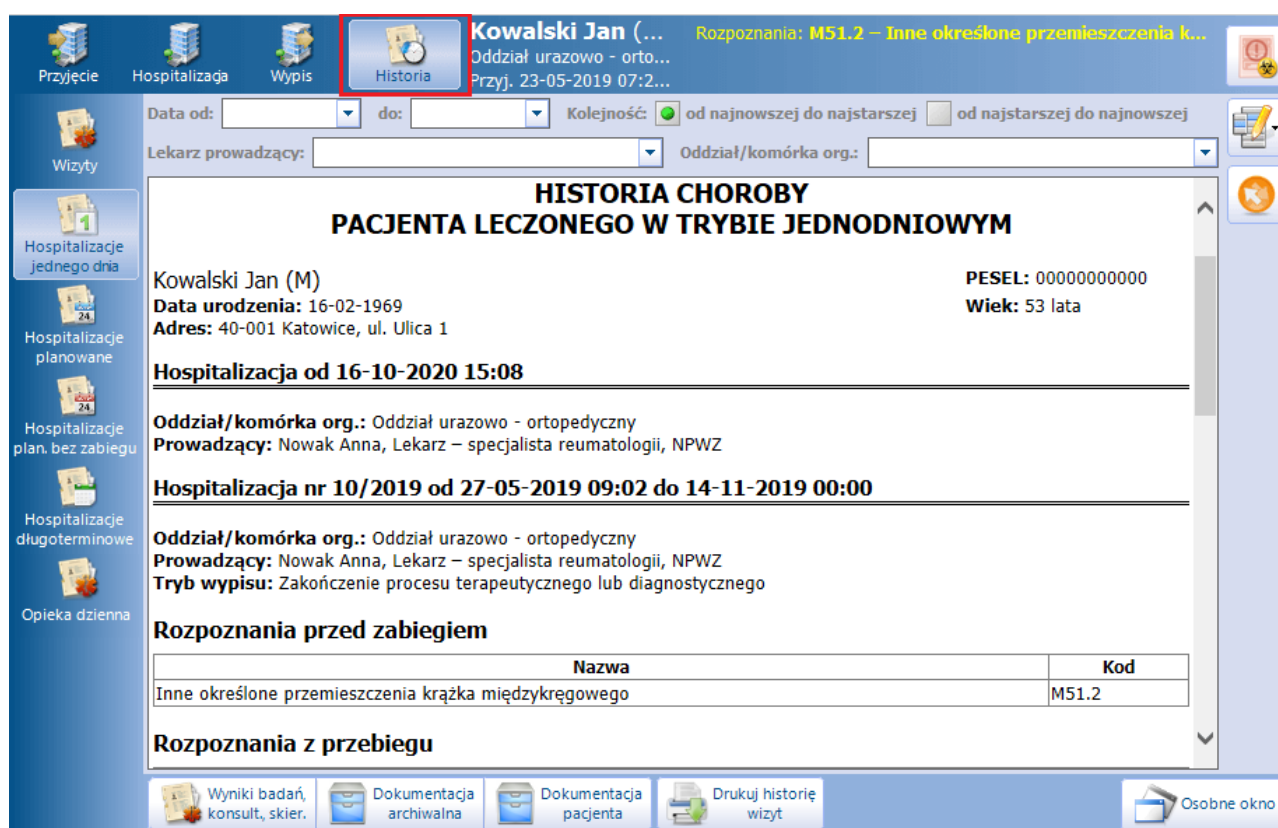
Wyniki badań, konsult, skier. Drukuj

Rozdział

7

Historia

Po wyborze ikony *Historia* istnieje możliwość przeglądu historii wizyt oraz historii hospitalizacji pacjenta. Od wersji 10.10.0 aplikacji mMedica możliwy jest również przegląd historii pobytu pacjenta w opiece dziennej. Aby wyświetlić historię wizyt, hospitalizacji danego rodzaju lub opieki dziennej, należy wybrać odpowiednią ikonę spośród ikon dostępnych po lewej stronie ekranu.



Kowalski Jan (...) Rozpoznanie: M51.2 – Inne określone przemieszczenia k...

Oddział urazowo - orto...
Przyj. 23-05-2019 07:2...

Data od: do: Kolejność: ☒ od najnowszej do najstarszej ☐ od najstarszej do najnowszej

Lekarz prowadzący: Oddział/komórka org.:

**HISTORIA CHOROBY
PACJENTA LECZONEGO W TRYBIE JEDNODNIOWYM**

Kowalski Jan (M) PESEL: 00000000000
Data urodzenia: 16-02-1969 Wiek: 53 lata
Adres: 40-001 Katowice, ul. Ulica 1

Hospitalizacja od 16-10-2020 15:08

Oddział/komórka org.: Oddział urazowo - ortopedyczny
Prowadzący: Nowak Anna, Lekarz – specjalista reumatologii, NPWZ

Hospitalizacja nr 10/2019 od 27-05-2019 09:02 do 14-11-2019 00:00

Oddział/komórka org.: Oddział urazowo - ortopedyczny
Prowadzący: Nowak Anna, Lekarz – specjalista reumatologii, NPWZ
Tryb wypisu: Zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego

Rozpoznanie przed zabiegiem

Nazwa	Kod
Inne określone przemieszczenia krążka międzykręgowego	M51.2

Rozpoznanie z przebiegu

Wyniki badań, konsult., skier. Dokumentacja archiwalna Dokumentacja pacjenta Drukuj historię wizyt Osobne okno

Jeżeli pacjent nie miał realizowanej żadnej hospitalizacji lub świadczeń danego rodzaju, odnosząca się do tego rodzaju ikona będzie niewidoczna.

Użytkownik ma możliwość otwarcia aktualnie przeglądanej historii w osobnym oknie. Służy do tego przycisk **Osobne okno**, zamieszczony w prawym dolnym rogu ekranu.

Rozdział

8

Scalenie hospitalizacji długoterminowej z hospitalizacją ewidencjonowaną poza modulem

W aplikacji mMedica dostępna jest funkcjonalność scalenia hospitalizacji długoterminowej z hospitalizacją utworzoną poza modulem "Hospitalizacje". Jeżeli hospitalizacja została utworzona poza modulem, tylko dla potrzeb rozliczenia z NFZ - poprzez przejście do *Kartoteki pacjentów* (ikona *Rejestracja*), zaznaczenie pacjenta i wybranie przycisku **Wizyty**, następnie **Nowa hospitalizacja**, a później została taka sama hospitalizacja otwarta w module (ikona *Hospitalizacja*), istnieje możliwość scalenia hospitalizacji otwartej w module z danymi rozliczenia hospitalizacji ewidencjonowanej poza nim.

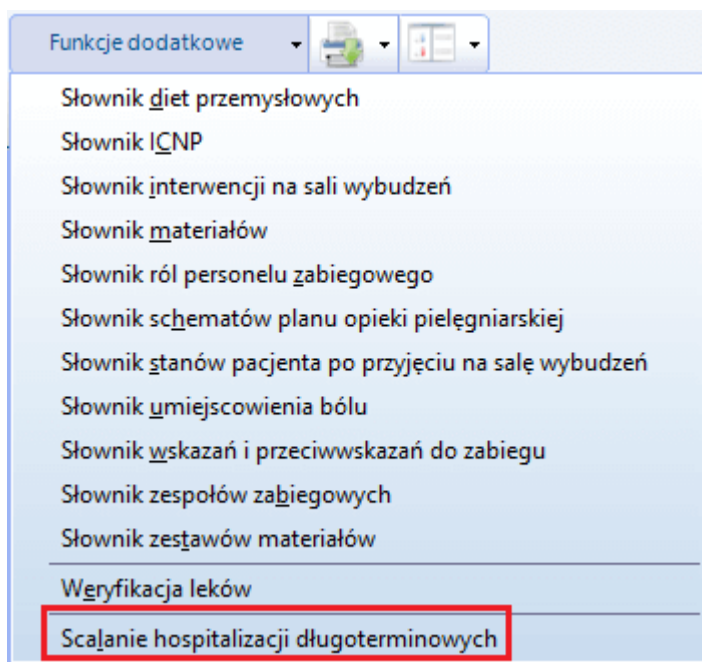
Uwaga! Aby scalenie hospitalizacji było możliwe, hospitalizacja otwarta w module "Hospitalizacje" nie może być zaewidencjonowana w EDM. Jeżeli tak się stało, należy:

1. Usunąć taką hospitalizację.
2. Wyłączyć moduł "Elektroniczna Dokumentacja Medyczna".
3. Wprowadzić ponownie tę hospitalizację w module "Hospitalizacje".
4. Włączyć moduł "Elektroniczna Dokumentacja Medyczna".

Scalenie hospitalizacji jest możliwe pod następującymi warunkami:

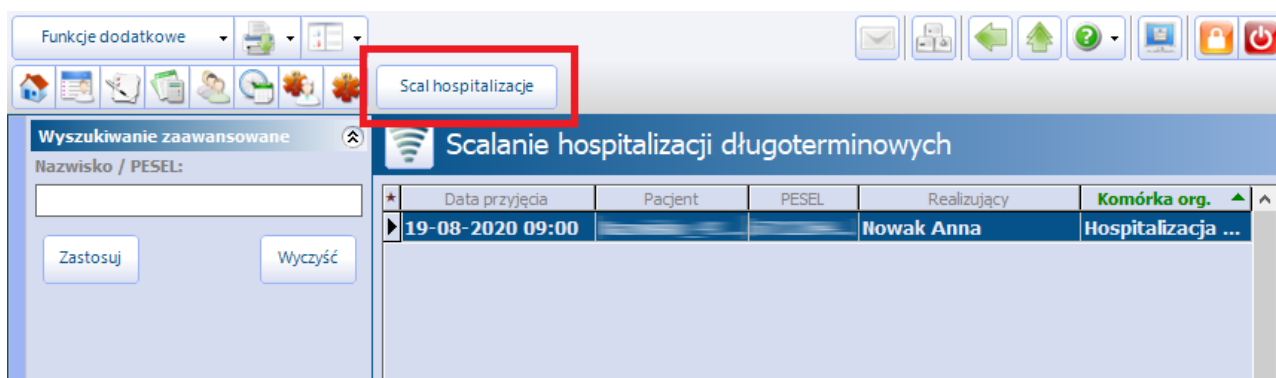
1. Obie hospitalizacje są otwarte dla tego samego **pacjenta**.
2. Obie hospitalizacje są realizowane w tej samej **komórce organizacyjnej** o kodzie resortowym cz. IX=HC.3.1.
3. W obu hospitalizacjach jest ten sam **lekarz prowadzący**.
4. **Data i godzina** rozpoczęcia obu hospitalizacji są zgodne.
5. Obie hospitalizacje mają ten sam **tryb przyjęcia** oraz **rozpoznanie główne** (w danych rozliczenia hospitalizacji - sekcja Rozpoznanie > pole "Wg skutku").
6. Żadna hospitalizacja nie jest zamknięta i nie posiada daty wypisu.
7. Hospitalizacja utworzona w module nie ma dodanych pozycji rozliczeniowych.
8. Dane rozliczenia hospitalizacji wprowadzonej w module nigdy nie były wyeksportowane do NFZ.

W celu scalenia hospitalizacji spełniających powyższe warunki należy w Module Hospitalizacje, w oknie *Hospitalizacja - lista pacjentów*, w menu **Funkcje dodatkowe** wybrać opcję "Scalenie hospitalizacji długoterminowych".

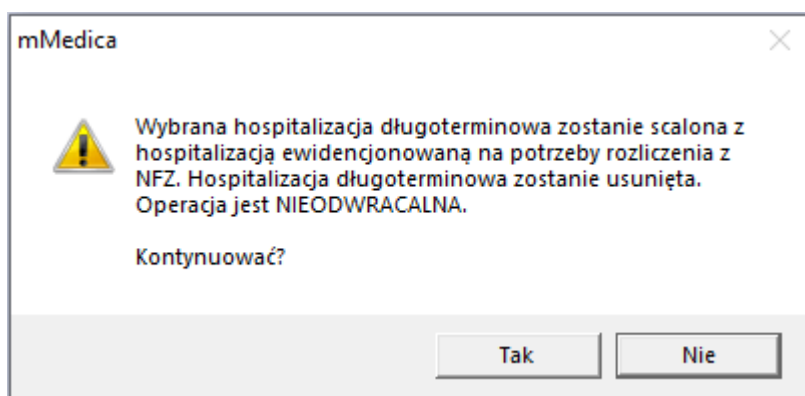


Uwaga! Scalenie hospitalizacji jest operacją nieodwracalną. Przed jego uruchomieniem zalecane jest wykonanie kopii zapasowej bazy danych.

Wybór powyższej opcji spowoduje otwarcie okna *Scalenie hospitalizacji długoterminowych*, w którym wyświetli się pozycja wskazująca na istnienie hospitalizacji pacjenta do scalenia. W razie potrzeby można dokonać wyszukiwania pozycji po nazwisku lub numerze PESEL.



Po jej zaznaczeniu i wyborze przycisku **Scal hospitalizacje** wyświetli się komunikat:



Wybór przycisku **Tak** uruchomi proces scalania.

Scalenie hospitalizacji długoterminowej z hospitalizacją ewidencjonowaną poza modulem

W wyniku powyższej operacji hospitalizacja długoterminowa istniejąca w Module Hospitalizacji zostanie powiązana z hospitalizacją ewidencjonowaną na potrzeby rozliczenia z NFZ. Od tego momentu dla pacjenta prowadzona będzie jedna hospitalizacja.