



Patient File

Benutzerhandbuch

Version 1.0

2024-07-15

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung.....	3
1.1. Patient File wird gestartet	3
1.2. Auswahl eines Patienten	3
2. Struktur der Patient File	4
2.1. Navigationsbereich.....	4
2.2. Datenbereich.....	5
2.3. Befehlsleiste	7
3. Dateneingabe.....	8
3.1. Beispiele für die Dateneingabe	8
3.1.1. Dropdown-Listen	10
3.1.2. Mehrfachauswahl	10
3.1.3. Verwandte Felder	11
3.1.4. Freitextfelder.....	11
3.1.5. Auswahlfenster	11
3.1.6. Codefinder-Aufruf.....	13
3.1.7. Noten der Krankenschwester.....	14
3.1.8. Deaktivierte Felder.....	15
3.2. Geschwisterseiten.....	16
3.3. Dedizierte Workflows	19
3.3.1. Verknüpfungen „Bett wechseln“ und „Isolierung“	19
3.3.2. Allergien/Unverträglichkeiten	21
3.3.3. Verletzungen/Hautläsionen	24
3.3.4. Klinische Entlassung	30



Zu Informationen über die Produktumgebung, Vorsichtsmaßnahmen, Warnungen und den Verwendungszweck siehe *USR DEU Digistat Care* und/oder *USR DEU Digistat Docs* (abhängig von den installierten Modulen - für die *Digistat Suite EU*) oder *USR ENG Digistat Suite NA* (für die *Digistat Suite NA*). Die Kenntnis und das Verständnis des entsprechenden Dokuments sind für eine korrekte und sichere Verwendung der in diesem Dokument beschriebenen *Patient File* obligatorisch.

1. Einführung

Digistat Patient File bietet eine vollständige digitale Patientendokumentation in einer einfach zu navigierenden Webumgebung. Die Patienteninformationen sind intuitiv in allgemeinen Bereichen und spezifischen Abschnitten organisiert, die zu den klinischen Arbeitsabläufen der Abteilung passen.



Dieses Modul ist Teil von *Digistat Docs*, dem nicht-medizinischen Produkt der *Digistat Suite*. Stellen Sie sicher, dass Sie die beabsichtigte Verwendung von *Digistat Docs* lesen, bevor Sie an dem Modul arbeiten.

1.1. Patient File wird gestartet

So starten Sie die Digistat-Patient File:

- Klicken Sie auf das  Symbol in der Seitenleiste.

Ein Bildschirm wird angezeigt, der die Daten des aktuell ausgewählten Patienten anzeigt. Wenn derzeit kein Patient ausgewählt ist, wird ein leerer Bildschirm angezeigt, auf dem ein Patient ausgewählt werden muss. Siehe Abschnitt 1.2.

1.2. Auswahl eines Patienten

Um einen Patienten auszuwählen:

- Klicken Sie auf die in Abb. 1 angegebene Schaltfläche **Patient**.



Abb. 1

Das Modul Patient Explorer Web wird geöffnet. Weitere Anweisungen zu den Patientenverwaltungsfunktionen finden Sie im *Digistat® Patient Explorer Web-Benutzerhandbuch (USR DEU Patient Explorer Web)*.

Wenn ein Patient ausgewählt wird, zeigt das Modul die Daten des ausgewählten Patienten an. Die standardmäßig angezeigte Seite ist das Formular „Persönliche Daten“.



Andere Module können für die Patientenauswahl anstelle von *Patient Explorer Web* konfiguriert werden, abhängig von den Entscheidungen der Gesundheitsorganisation. In diesen Fällen finden Sie Anweisungen in der spezifischen Dokumentation.

2. Struktur der Patient File

Jede Seite besteht aus drei Hauptabschnitten:

- Ein seitliches Navigationsfeld, mit dem Sie schnell auf die spezifischen Seiten (Abb. 2 **A**) zugreifen können.
- Der Datenbereich, der die Kontextdaten anzeigt (Abb. 2 **B**).
- Eine Befehlsleiste, die die Bedienung des Seiteninhalts (Abb. 2 **C**) ermöglicht.

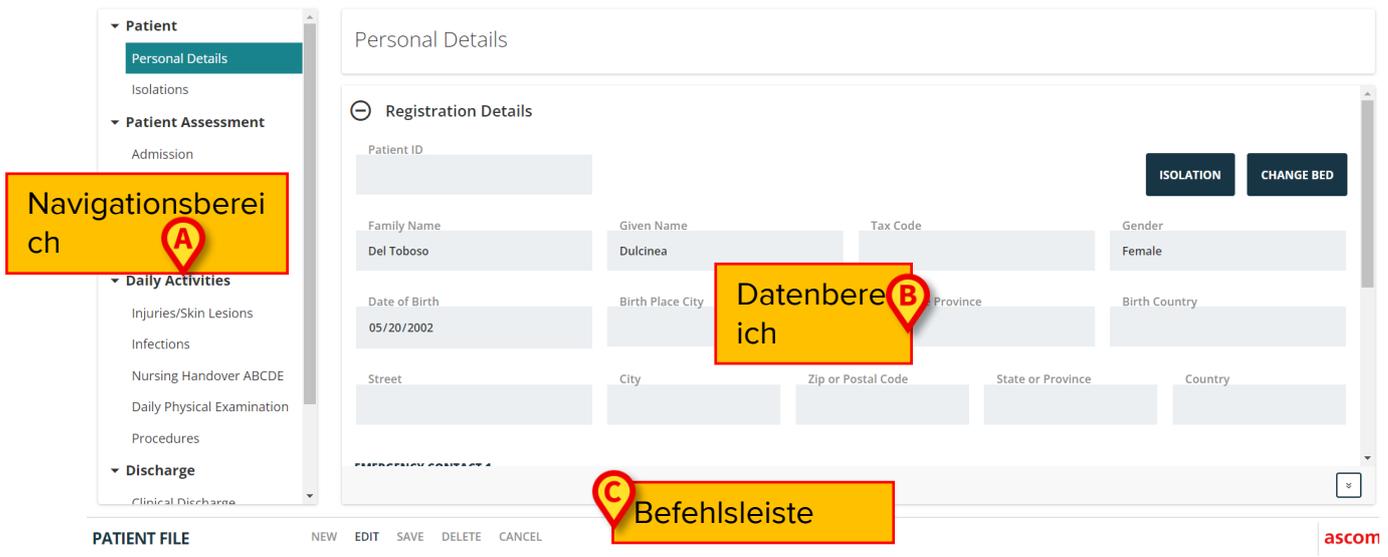


Abb. 2

2.1. Navigationsbereich

Auf der linken Seite ist ein Navigationsbereich verfügbar, in dem alle verfügbaren Seiten aufgelistet sind (Abb. 2 **A**, Abb. 3).

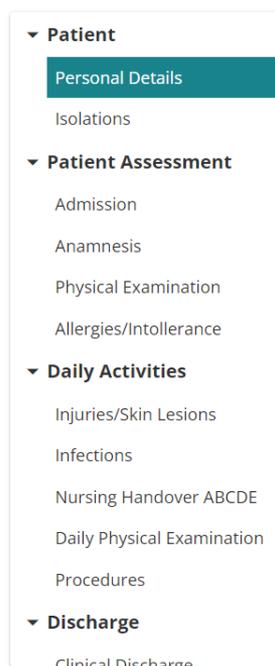


Abb. 3

Die verschiedenen Seiten sind in 5 Abschnitte unterteilt: Patient, Beurteilung, tägliche Aktivitäten, Entlassung, Dienstprogramme.

Jeder Abschnitt enthält verschiedene Formulare, die jeweils einem bestimmten Thema gewidmet sind.

Persönliche Patientendaten, Isolation.

Klinische Bewertung Aufnahme, Anamnese, körperliche Untersuchung, Allergien/Unverträglichkeiten.

Tägliche Aktivitäten  Verletzungen/Hautläsionen, Infektionen, Übergabe der Krankenpflege, tägliche Untersuchung, Verfahren.

Entlassung  Klinische Entlassung, Entlassung aus der Krankenpflege.

Dienstprogramme Dokumente drucken.



Aufgrund der Konfiguration und/oder der Benutzerberechtigungen sind nicht immer alle Abschnitte/Seiten verfügbar. Dieses Handbuch beschreibt eine vollständige Standardkonfiguration für Benutzer mit allen Berechtigungen.

Die Abschnittsnamen können angeklickt werden, um die zugehörigen Seiten zu verkleinern/erweitern. Siehe zum Beispiel Abb. 4.

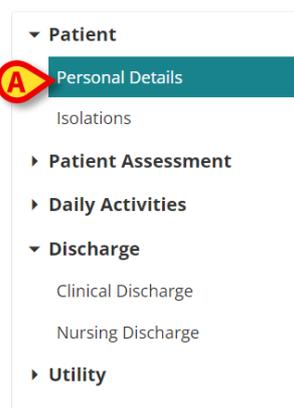


Abb. 4

Die aktuell ausgewählte Seite ist hervorgehoben (Abb. 4 **A**).

- Klicken Sie auf den Namen einer Seite, um sie auszuwählen und direkt zu einem bestimmten Inhalt zu navigieren.

2.2. Datenbereich

Jede Seite enthält Daten zu einem bestimmten Thema. Je nach Art der kontextuell vorgegebenen Daten stehen verschiedene Tools, Dateneingabemodi und Datenanzeigemodi zur Verfügung. Diese sind im Kapitel beschrieben 3.1. Auf der Seite „Persönliche Daten“ werden beispielsweise die persönlichen Daten des Patienten und Daten zu möglichen früheren Aufnahmen angezeigt (Abb. 5).

Abb. 5

Auf jeder Seite werden die Daten nach Themen gruppiert. Jeder „Themenabschnitt“ wird durch eine Überschrift (Abb. 5 **A**) definiert.

- Klicken Sie auf die Überschrift, um einen Abschnitt zu erweitern/zu verkleinern.

In Abb. 6 beispielsweise der Abschnitt „Registrierungsdetails“ eingeblendet (Abb. 6 **A**).

Abb. 6

- Verwenden Sie die in Abb. 6 **B** angegebenen Schaltflächen, um entweder alle Abschnitte zu erweitern (⌆) oder zu verkleinern (⌵).

Spezielle Schaltflächen können auf einer Seite verfügbar sein, um auf andere Seiten oder Verfahren zuzugreifen, die sich direkt auf die auf der aktuell angezeigten Seite beziehen. Dies ist der Fall bei den ISOLATIONS- und WECHSELBETTASTEN, die in Abb. 5 **B** angegeben sind (siehe Abschnitt 3.3.1).

2.3. Befehlsleiste

Die Befehlsleiste (Abb. 7) enthält die Schaltflächen, mit denen der Bildschirminhalt bedient werden kann.

PATIENT FILE NEW EDIT SAVE DELETE CANCEL

Abb. 7

Der Name des Moduls (Patient File) wird links angezeigt. Die Schaltflächen sind:

Neu – Ermöglicht das Erstellen eines neuen Formulars. Dies kann entweder dann geschehen, wenn „Schwester“-Seiten möglich sind (dies ist beispielsweise bei „Pflegeübergaben“ der Fall, bei denen am Ende jeder Schicht in der Regel eine neue Übergabe erstellt wird), oder wenn eine Seite zum ersten Mal bearbeitet wird (beispielsweise wenn die Aufnahme­daten für einen Patienten zum ersten Mal eingegeben werden).

Bearbeiten – Ermöglicht die Dateneingabe (die Seite wechselt in den „Bearbeitungsmodus“).

Speichern – Ermöglicht das Speichern der Änderungen nach der Bearbeitung.

Löschen – Ermöglicht das Löschen einer Seite, wenn möglich.

Abbrechen – Ermöglicht es, die an einer Seite vorgenommenen Änderungen zu verwerfen.

Die Schaltflächen auf der Befehlsleiste werden je nach Kontext (z. B.: Die Schaltfläche **Speichern** ist nur im „Bearbeitungsmodus“ aktiviert) und/oder Benutzerberechtigungen (d. h. einige Verfahren können nur von bestimmten Benutzern ausgeführt werden) aktiviert/deaktiviert.

3. Dateneingabe

Um Daten einzugeben:

- Klicken Sie auf die Schaltfläche **Bearbeiten** in der Befehlsleiste (Abb. 8).

PATIENT FILE

NEW EDIT SAVE DELETE CANCEL

Abb. 8

Die Seite wechselt in den „Bearbeitungsmodus“. Die Schaltfläche **Bearbeiten** ist hervorgehoben (Abb. 9 A). Die Schaltflächen **Speichern** und **Abbrechen** sind aktiviert (Abb. 9 B - C).

PATIENT FILE

NEW EDIT SAVE DELETE CANCEL

Abb. 9

- Geben Sie Daten ein.
- Klicken Sie auf **Speichern**, um die vorgenommenen Änderungen zu speichern, oder klicken Sie auf **Abbrechen**, um die Änderungen zu verwerfen.

Abhängig von der Art der eingegebenen Daten gibt es verschiedene mögliche Dateneingabemodi. Diese werden im folgenden Abschnitt beschrieben.

3.1. Beispiele für die Dateneingabe

Die Seite „Patientenaufnahme“ wird hier beschrieben, um die gängigsten Dateneingabemodi zu veranschaulichen.

PATIENT FILE

NEW EDIT SAVE DELETE CANCEL

ascom

Abb. 10

- Klicken Sie in der Befehlsleiste auf **Neu**, um einen neuen Aufnahmedatensatz für den Patienten zu erstellen (Abb. 10 **A**).

Der Bildschirm wechselt in den „Bearbeitungsmodus“; die Dateneingabe ist aktiviert. Auf der Befehlsleiste wird die Schaltfläche **Neu** hervorgehoben, die Schaltflächen **Speichern** und **Abbrechen** sind aktiviert (Abb. 11).

Abb. 11

Das Feld Aufnahmedatum wird automatisch ausgefüllt, wenn der Patient bereits aufgenommen ist (Abb. 11 **A**).

Die Felder mit einem Sternchen sind erforderlich, wie zum Beispiel „Einweisende Arzt“ (Abb. 11 **B**, Abb. 12).

Abb. 12

Eine Seite kann nicht gespeichert werden, wenn nicht alle erforderlichen Felder ausgefüllt sind. Wenn ein Benutzer versucht, einen Datensatz mit unvollständigen Daten zu speichern, wird ein Pop-up-Fenster angezeigt, in dem alle fehlenden erforderlichen Informationen aufgelistet werden (Abb. 13).

Abb. 13

Außerdem werden die fehlenden Pflichtfelder hervorgehoben (Abb. 14).

⊖ Access

Admission Date
10/04/24, 14:30

Admitting Doctor *

Admitting Doctor field is required

Internal Provenance *

Internal Provenance field is required

Other

Other Unit

Status
ELECTIVE URGENT

Hospitalization *
MEDICAL SURGICAL

Hospitalization field is required

Non-surgical Procedures *
ELECTION URGENCY NO

Non-surgical Procedures field is required

Reason for Admission *
WEANING MONITORING INTENSIVE CARE DETERMINATION OF DEATH/ORGAN PROCUREMENT

Reason for Admission field is required

Come... Days

Abb. 14

3.1.1. Dropdown-Listen

- Klicken Sie auf einen Namen in der Liste, um das Dropdown-Listenfeld auszufüllen.

Der Aufnahmearzt kann beispielsweise in einem Dropdown-Menü ausgewählt werden, das die Namen aller Personen enthält, die als Aufnahmeärzte dienen können (Abb. 15).

Admitting Doctor *

English Doctor

English Doctor

English Doctor

Abb. 15

3.1.2. Mehrfachauswahl

Bei Mehrfachauswahl/Feldern, wie in Abb. 16 A,

- Klicken Sie auf eine Option, um sie auszuwählen.

Admission

Admission Date
05/06/24, 00:00

Admitting Doctor *
English Doctor

Internal Provenance *
Hospital Unit 1

Other

Other Unit

Status
ELECTIVE URGENT

Hospitalization *
MEDICAL SURGICAL

Non-surgical Procedures *
ELECTION URGENCY NO

Reason for Admission *
WEANING MONITORING INTENSIVE CARE DETERMINATION OF DEATH/ORGAN PROCUREMENT

Scheduled Admission to ICU
YES NO

Admitted for Trauma
YES NO

Judicial Authority Report
YES NO

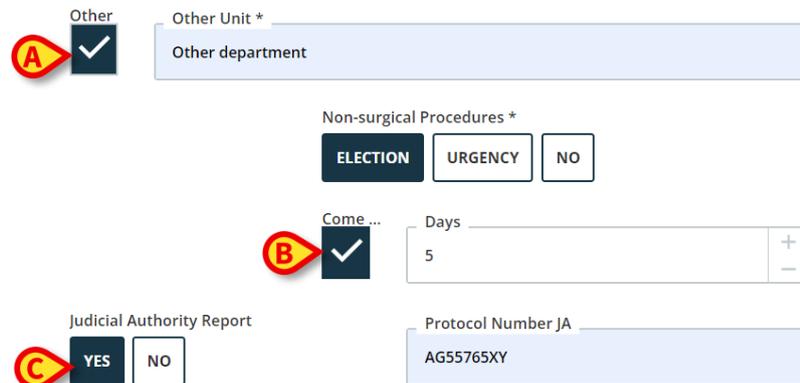
Protocol Number JA

A

Abb. 16

3.1.3. Verwandte Felder

Einige Optionen ermöglichen eine weitere Spezifikation. Dies gilt beispielsweise für die Kontrollkästchen „Andere“ und „Zurückkehren“, die, wenn sie aktiviert sind, die Angabe der Herkunftsabteilung und der Anzahl der Tage, nach denen der Patient zurückgekehrt ist, erfordern. Wenn ein Bericht der Justizbehörden als vorhanden angezeigt wird, ist auch das Feld „Protokollnummer“ aktiviert (Abb. 17 **A - B - C**).



The screenshot shows a form with three highlighted areas:

- A:** A checkbox labeled "Other" is checked, and the "Other Unit *" field is active, containing "Other department".
- B:** A checkbox labeled "Come..." is checked, and the "Days" field is active, containing "5".
- C:** A checkbox labeled "Judicial Authority Report" is checked, and the "Protocol Number JA" field is active, containing "AG55765XY".

Abb. 17

3.1.4. Freitextfelder

Geben Sie den erforderlichen Text ein, um das Feld auszufüllen. Siehe zum Beispiel Abb. 18.



The screenshot shows three text input fields:

- Diagnosis at Admission *:** A text area with the placeholder text "Type here the diagnosis at admission. This is a textual field etc...".
- Epicrisis/Recent Clinical History:** An empty text area.
- Problems List at Admission:** An empty text area.

Abb. 18

3.1.5. Auswahlfenster

Einige Felder öffnen ein Auswahlfenster, in dem die erforderlichen Informationen angegeben werden können. Siehe zum Beispiel die Angabe der Krankheit bei der Aufnahme auf der Aufnahmeseite.



The screenshot shows a dropdown menu for "Disease At Admission" with a minus sign icon. Below the menu, it says "No disease added yet." To the right, there is a button labeled "ADD NEW DISEASE +" with a plus sign icon.

Abb. 19

Um eine Krankheit anzuzeigen

- Klicken Sie auf die Schaltfläche **Neue Krankheit hinzufügen** (Abb. 19 **A**).

Es öffnet sich ein eigenes Auswahlfenster (Abb. 20).

Disease at Admission

Area *

RESPIRATORY CARDIOVASCULAR NEUROLOGICAL GASTROINTESTINAL AND HEPATIC OTHER

Disease *

Details

SAVE CLOSE

Abb. 20

- Wählen Sie den Bereich (Abb. 21 **A**).

Disease at Admission

Area *

A RESPIRATORY CARDIOVASCULAR NEUROLOGICAL GASTROINTESTINAL AND HEPATIC OTHER

Disease *

B AIRWAY PATHOLOGY

Details

Type details here

D SAVE CLOSE

Abb. 21

- Wählen Sie die Krankheit in der kontextbezogenen Dropdown-Liste (Abb. 21 **B**) aus.
- Geben Sie ggf. eine detailliertere Beschreibung ein (Abb. 21 **C**).
- Klicken Sie auf **Speichern** (Abb. 21 **D**).

Die ausgewählten Elemente werden in einer Tabelle (Abb. 22 **A**) aufgelistet.

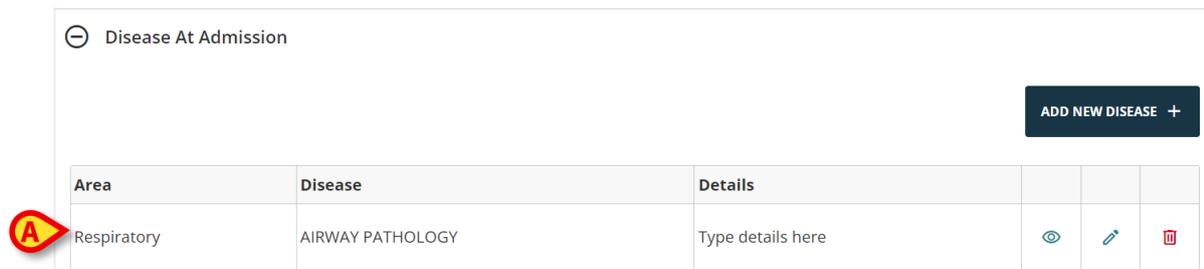


Abb. 22

- Klicken Sie auf das  Symbol, um die Details vollständig anzuzeigen.
- Klicken Sie auf das  Symbol, um das vorhandene Element zu bearbeiten.
- Klicken Sie auf das  Symbol, um das Element zu löschen.

3.1.6. Codefinder-Aufruf

Die ICD9-Diagnose und -Verfahren können über das Digistat-Codefinder-Webmodul ausgewählt werden. In diesen Fällen ruft eine bestimmte Schaltfläche das Codefinder-Modul auf (siehe Dokument *USR ENG Codefinder Web* für die Beschreibung des Codefinder-Moduls). Das folgende Beispiel zeigt das Diagnoseauswahlverfahren auf der Seite „Aufnahme“ (Abb. 23).

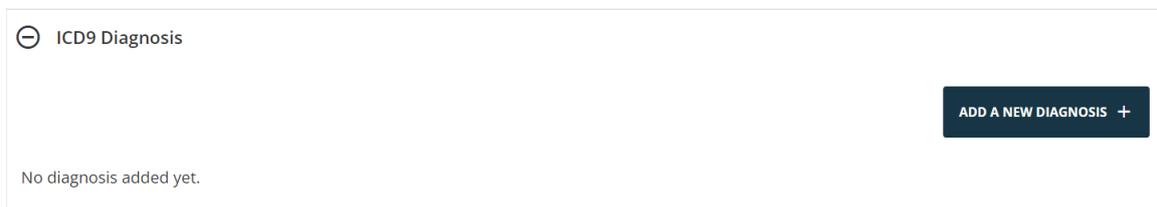


Abb. 23

- Klicken Sie auf die Schaltfläche **Neue Diagnose hinzufügen** (Abb. 23 A).

Das Codefinder-Modul öffnet (Abb. 24)

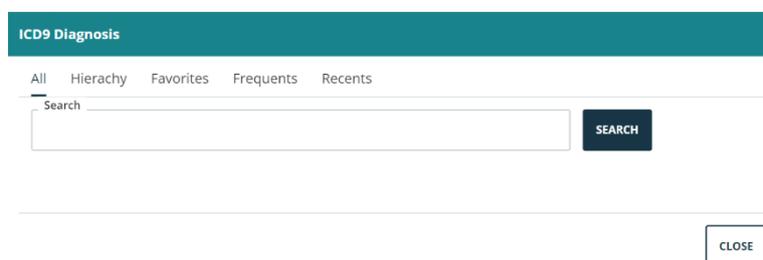


Abb. 24

- Suchen Sie die erforderliche Diagnose (Abb. 25)

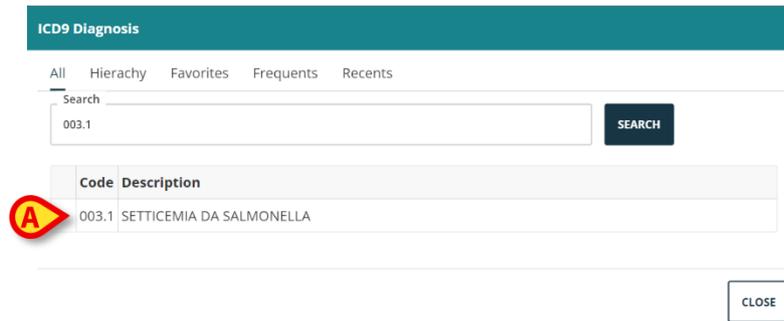


Abb. 25

- Klicken Sie auf die gewünschte Diagnose, um sie auszuwählen (Abb. 25 **A**).

Das ausgewählte Element wird im Patient File modul in einer Tabelle angezeigt, in der alle ausgewählten Elemente aufgelistet sind (Abb. 26).

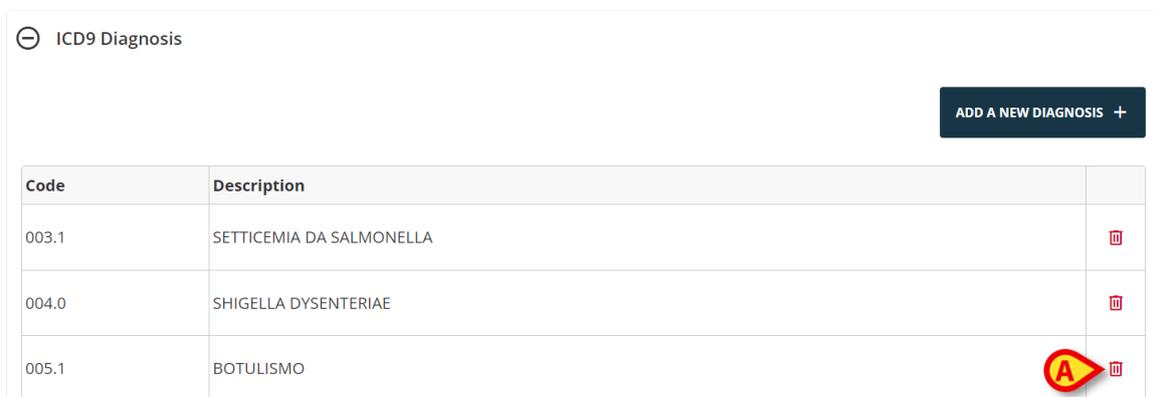


Abb. 26

- Verwenden Sie das  Symbol, um ein Element in der Tabelle (Abb. 26 **A**) zu löschen.

3.1.7. Noten der Krankenschwester



Standardmäßig zeigt die Patient File vorkonfigurierte Beispiele für die Bewertung von Krankenschwestern, die vom Kunden während der Konfiguration geändert werden können. Diese Pflegebewertungen werden im Vitals-Web-Konfigurator konfiguriert. Diese Punktzahlen dienen nur zu Dokumentationszwecken.

Unterschiedliche Noten der Krankenschwester können kontextuell auf verschiedenen Seiten dokumentiert werden. Siehe zum Beispiel auf der Seite „Aufnahme“ den Verletzungsschweregrad (ISS - Abb. 27).

⊖ ISS Score

Head-Neck	Face	Thorax
Abdomen	Extremity	External

ISS Score

CALCULATE ↻

Abb. 27

Um eine Punktzahl zu dokumentieren:

- Fügen Sie alle erforderlichen Auswertungen (Abb. 28 **A**) ein.

⊖ ISS Score

Head-Neck Minor	Face No Injury	Thorax Moderate
Abdomen Serious	Extremity No Injury	External No Injury

ISS Score

14

CALCULATE ↻

Abb. 28

- Klicken Sie auf die Schaltfläche **Berechnen** (Abb. 28 **B**).

Die Gesamtpunktzahl wird dann in einem Ergebnisfeld (Abb. 28 **C**) angezeigt.

3.1.8. Deaktivierte Felder

Einige Felder können deaktiviert oder schreibgeschützt sein. Die personenbezogenen Daten des Patienten im Abschnitt „Patientendaten“ werden beispielsweise von der Krankenhaus-ADT übernommen und sind im Modul „Patient File“ schreibgeschützt. Felder können entweder aufgrund von Benutzerberechtigungen (falls ein Benutzer ein bestimmtes Verfahren nicht durchführen darf) oder weil sie für einen bestimmten Patienten nicht relevant sind, deaktiviert werden.

3.2. Geschwisterseiten

Einige Aktivitäten werden während des Aufenthalts des Patienten mehrmals durchgeführt. Dies führt zu mehreren Datensätzen desselben Typs für denselben Patienten. Es handelt sich beispielsweise um das Pflegeübergabeprotokoll, das in der Regel am Ende jeder Schicht vom Pflegepersonal ausgefüllt und gespeichert wird (Abb. 29).

The screenshot shows the 'Nursing Handover ABCDE' form within the 'PATIENT FILE' application. The left sidebar contains a navigation menu with categories: Patient (Personal Details, Isolations), Patient Assessment (Admission, Anamnesis, Physical Examination, Allergies/Intolerance), Daily Activities (Injuries/Skin Lesions, Infections, Nursing Handover ABCDE, Daily Physical Examination, Procedures), and Discharge (Clinical Discharge). The main form area includes fields for 'Date/Hour *' (mm/dd/yyyy --:-- --) and 'Shift'. Below these is a section titled 'Airways And Breathing' with sub-sections: 'Spontaneous Breath' (YES/NO buttons), 'Breath' (EUPNOIC, BRADYPNOIC, TACHYPNOIC, DYSPNOIC buttons), 'Ventilation' (NO, INVASIVE, NON-INVASIVE buttons), 'Invasive Mode' and 'Non-invasive Mode' (text input fields), 'O2 Therapy' (NO, YES buttons), 'Flow [l/min]', 'Device', and 'FIO2 [%]' (text input fields), and 'Cough' and 'Secretions' (text input fields). The bottom of the application shows a menu with 'NEW', 'EDIT', 'SAVE', 'DELETE', and 'CANCEL' buttons, and the 'ascom' logo in the bottom right corner.

Abb. 29

Um eine neue Pflegeübergabe zu erstellen

- Klicken Sie auf die Schaltfläche **Neu** in der Befehlsleiste (Abb. 29 **A**).

Die Seite wechselt in den „Bearbeitungsmodus“ (Abb. 30).

This screenshot shows the same 'Nursing Handover ABCDE' form as in Abb. 29, but in 'Bearbeitungsmodus' (Edit mode). The 'NEW' button in the bottom left corner of the application bar is highlighted in green. The form fields are now active, with a calendar icon next to the 'Date/Hour *' field and a dropdown arrow next to the 'Shift' field. The 'Airways And Breathing' section and its sub-sections are visible and ready for data entry. The 'ascom' logo is in the bottom right corner.

Abb. 30

- Füllen Sie alle erforderlichen Felder aus (Abb. 31).

Nursing Handover ABCDE

Feeding

Type: ORAL, ENTERAL, PARENTERAL, FASTING

Medical Devices: N.G.TUBE, F.J.TUBE, PEG, NJT

Diet: Low-Calorie

Bowel: OPEN, OPEN TO GAS, CLOSED, ILEOSTOMY, COLOSTOMY

Last Discharge: mm/dd/yyyy -- --

Diuresis: NORMAL, OLIGURIA, POLYURIA

Medical Devices: CV, CYSTOSTOMY, NEPHROSTOMY, URETERAL STENT

Mobilization: PKT

NEW EDIT SAVE DELETE CANCEL

ascor

Abb. 31

➤ Klicken Sie auf **Speichern**, wenn Sie fertig sind (Abb. 31 **A**).

Der Datensatz wird gespeichert (Abb. 32).

Nursing Handover ABCDE

Hygiene: SELF-SUFFICIENT, PARTIAL DEPENDENT, DEPENDENT

Oral Cavity: YES, NO

Other

Handover Notes

Created by ADMIN on 06/06/24, 14:23 [Record history](#)

NEW EDIT SAVE DELETE CANCEL

ascor

Abb. 32

Auf der Befehlsleiste sind die folgenden Schaltflächen aktiviert (Abb. 32 **A**):

Neu – Ermöglicht das Erstellen eines neuen Datensatzes desselben Typs. Beim Anlegen eines neuen Datensatzes kann ausgewählt werden, ob die vorhandenen Daten in den neuen Datensatz kopiert werden sollen oder nicht.

Bearbeiten – Ermöglicht das Bearbeiten eines vorhandenen Datensatzes.

Löschen – Ermöglicht das Löschen eines Datensatzes.

Wenn mehrere Datensätze vorhanden sind, ist es möglich, mit den in Abb. 32 **B** angegebenen Schaltflächen zu den verschiedenen Datensätzen zu navigieren.

Klicken Sie auf die  Schaltfläche, um den nächsten Datensatz anzuzeigen.

Klicken Sie auf die  Schaltfläche, um den vorherigen Datensatz anzuzeigen.

Klicken Sie auf die  Schaltfläche, um den letzten Datensatz (den aktuellsten) anzuzeigen.

Klicken Sie auf die  Schaltfläche, um den ersten Datensatz (den ältesten) anzuzeigen.

Klicken Sie auf die  Schaltfläche, um eine Tabelle anzuzeigen, die alle vorhandenen Datensätze auflistet (Abb. 33).

Created On	Shift	Date/Hour
06/06/2024	Morning	05/06/2024
06/06/2024	Afternoon	05/06/2024
06/06/2024	Night	05/06/2024

Abb. 33

Die gelbe Zeile zeigt den aktuell angezeigten Datensatz an. Klicken Sie auf eine Zeile, um den entsprechenden Datensatz anzuzeigen.

Für jeden Datensatz werden der Autor und das Erstellungsdatum/die Erstellungszeit angegeben. Wenn ein Datensatz bearbeitet wird, werden auch der Bearbeitungsautor und Datum/Uhrzeit angegeben. Der Link „Datensatzhistorie“ öffnet die detaillierte Bearbeitungshistorie (Abb. 32 **C**, Abb. 34).

Created by ADMIN on 06/06/24, 14:47 - Edited by ADMIN on 06/06/24, 14:48 [Record history](#)

Abb. 34

3.3. Dedizierte Workflows

3.3.1. Verknüpfungen „Bett wechseln“ und „Isolierung“

Bestimmte Schaltflächen sind auf einigen Seiten als Verknüpfungen zu verwandten Verfahren vorhanden. Siehe zum Beispiel auf der Seite „Persönliche Daten“ die Schaltflächen „**Bett wechseln**“ und „**Isolation**“ (Abb. 35 A).

Personal Details

Registration Details

Patient ID

Family Name Given Name Tax Code Gender

Date of Birth Birth Place City Birth Place Province Birth Country

Street City Zip or Postal Code State or Province Country

ISOLATION CHANGE BED

Abb. 35

Bett wechseln

Die Schaltfläche „Bett wechseln“ kann verwendet werden, um schnell zu erfassen, dass der Patient in ein anderes Bett gebracht wurde.

- Klicken Sie auf **Bett wechseln**, um das Fenster „Patient bewegen“ zu öffnen

Move Patient

Location *
ICU

Bed *

MOVE CANCEL

Abb. 36

- Wählen Sie im Fenster die Zielabteilung und das Bett aus und klicken Sie dann auf **Verschieben** (Abb. 36 A).

Isolation

- Klicken Sie auf **Isolation**, um direkt auf die Seite „Isolationen“ zuzugreifen, auf der die Isolationsperioden des Patienten dokumentiert werden können (Abb. 37).

Isolation

Start Date
mm/dd/yyyy --:-- --

End Date
mm/dd/yyyy --:-- --

Isolation Type

CONTACT DROPLET AIRBORNE

Details

Abb. 37

Wurde eine Isolationsperiode begonnen (das Startdatum ist angegeben), aber nicht beendet (Enddatum nicht angegeben) wie in Abb. 38,

Isolation

Start Date *
06/06/2024 12:00 AM

End Date
mm/dd/yyyy --:-- --

Isolation Type *

CONTACT DROPLET AIRBORNE

Abb. 38

dann wird die Schaltfläche Isolation auf der Seite „Persönliche Daten“ rot hervorgehoben (Abb. 39).

Personal Details

Registration Details

Patient ID

Family Name

Given Name

Tax Code

Gender

ISOLATION CHANGE BED

Abb. 39

3.3.2. Allergien/Unverträglichkeiten

Ein spezifischer Workflow widmet sich der Dokumentation der Allergien und Unverträglichkeiten des Patienten.

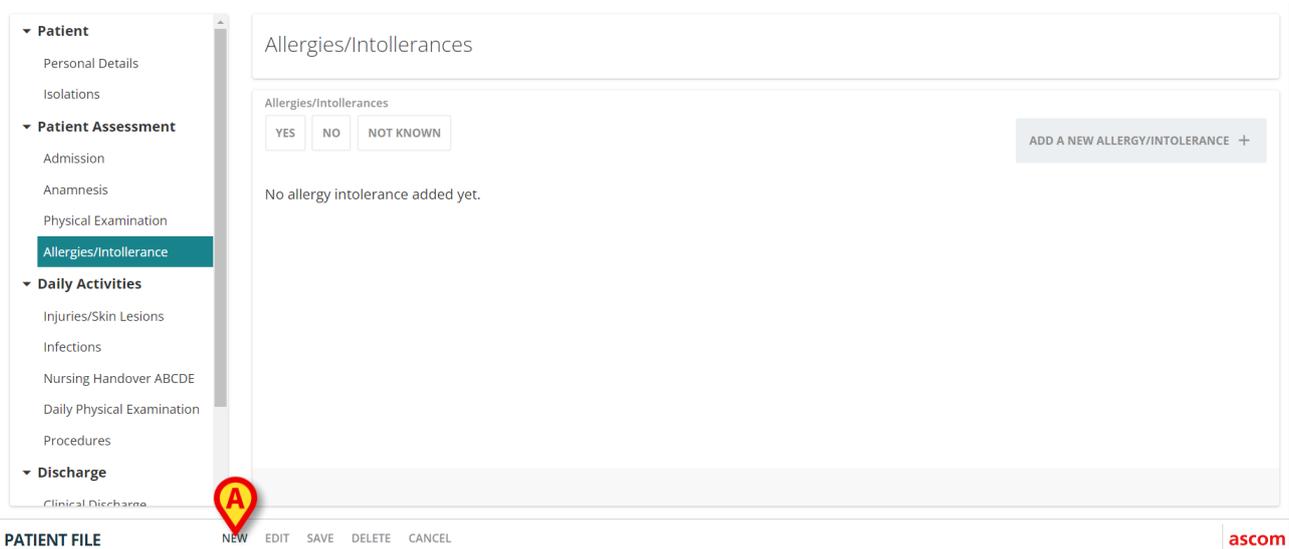


Abb. 40

Um die Allergien und Unverträglichkeiten anzuzeigen

- Klicken Sie auf die Schaltfläche **Neu** in der Befehlsleiste (Abb. 40 **A**).

Der Bildschirm wechselt in den **Bearbeitungsmodus** (Abb. 41).

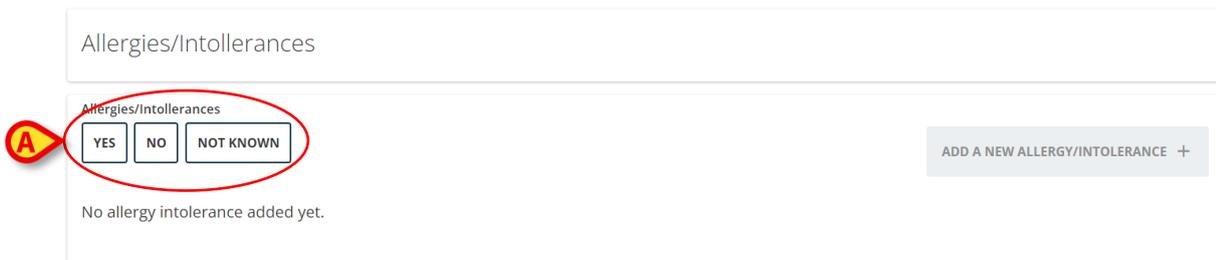


Abb. 41

- Wählen Sie eine der in Abb. 41 **A** angegebenen Optionen. Die Auswahl wird automatisch gespeichert.



*Welche Option auch immer auf der Seite „Allergien“ ausgewählt ist, sie wird sofort und automatisch gespeichert. Es ist nicht erforderlich, auf die Schaltfläche **Speichern** zu klicken, um die getroffene Auswahl zu speichern. Die Auswahl kann dann über das **Bearbeitungsverfahren** geändert werden.*

Nach der Auswahl von **JA** (Abb. 42 **A** - bedeutet, dass es Allergien/Unverträglichkeiten gibt) wird die Schaltfläche „**Neue Allergie/Unverträglichkeit hinzufügen**“ aktiviert (Abb. 42 **B**).

Abb. 42

Um die Allergien des Patienten anzugeben

- Klicken Sie auf die **Schaltfläche** Neue Allergie/Intoleranz hinzufügen.

Ein spezielles Formular wird angezeigt (Abb. 43)

Abb. 43

- Füllen Sie das Formular aus (Abb. 44- zu diesem Zweck wird ein speziell konfiguriertes Codefinder-Fenster bereitgestellt).

< Allergies/Intolerances - New

Category

Code: 260172004 Description: Aglio

Seriousness

Reactions description

ascom

Abb. 44

➤ Klicken Sie in der Befehlsleiste (Abb. 44) auf **Speichern**.

Die ausgewählten Elemente werden in einer Tabelle (Abb. 45) angezeigt.

Allergies/Intolerances

Allergies/Intolerances

Seriousness	Category	Code	Description	Reactions
Allergy	Food	260172004	Aglio	Reactions description

Abb. 45

3.3.3. Verletzungen/Hautläsionen

Ein spezifisches Verfahren ist der Dokumentation von Patientenverletzungen und Hautläsionen gewidmet (Abb. 46).

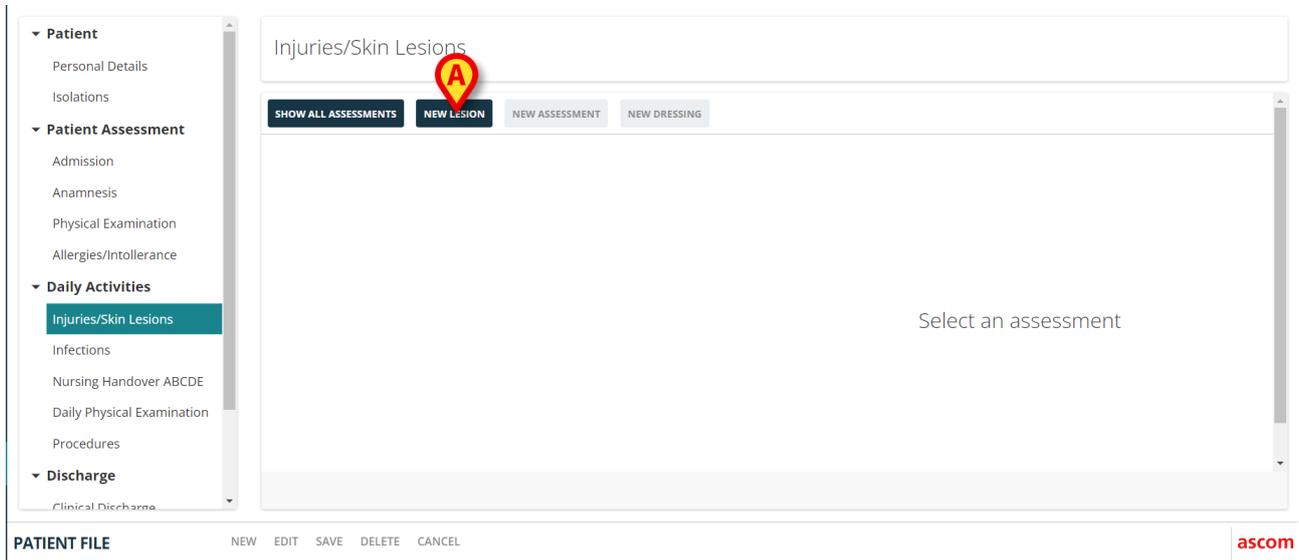


Abb. 46

Um eine Läsion anzuzeigen:

- Klicken Sie auf die Schaltfläche **Neue Läsion** (Abb. 46 **A**). Der Bildschirm ändert sich wie folgt (Abb. 47).

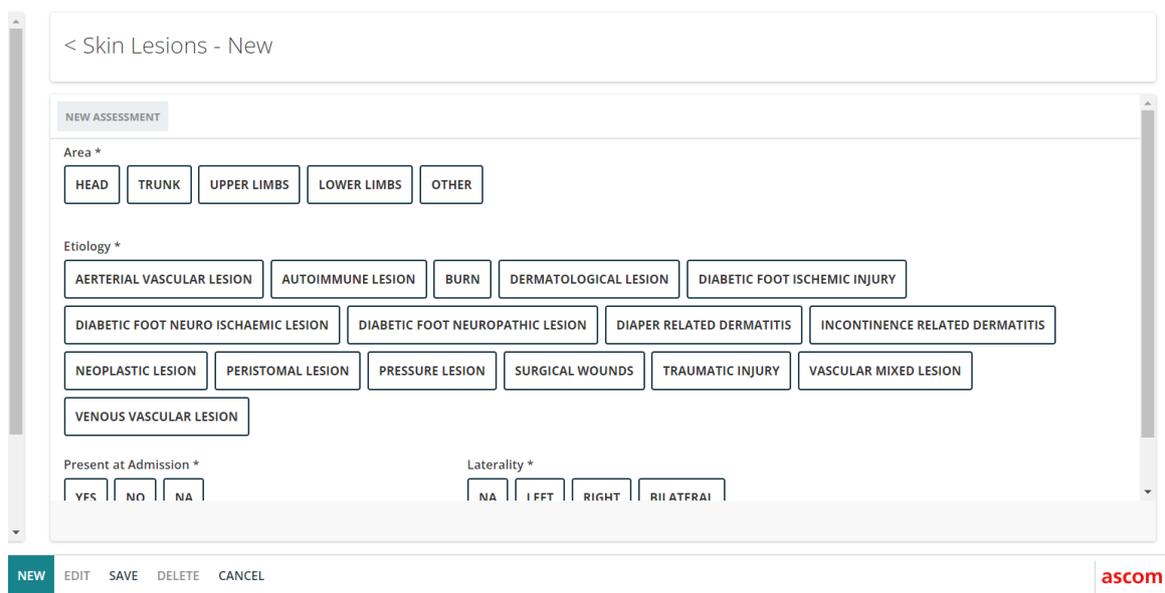


Abb. 47

- Geben Sie die erforderlichen Informationen ein (Abb. 48).

Abb. 48

- Klicken Sie auf die Schaltfläche **Speichern** (Abb. 48 **A**).

Daten werden gespeichert (Abb. 49).

Abb. 49

Es ist nun möglich, entweder eine Bewertung für die angezeigte Läsion zu dokumentieren (klicken Sie auf die Schaltfläche **Neue Bewertung** – Abb. 49 **A**) oder zur Übersichtsseite für Läsionen/Verletzungen zurückkehren (Abb. 50 klicken Sie auf den in Abb. 49 **B** angezeigten **Zurück**-Pfeil).

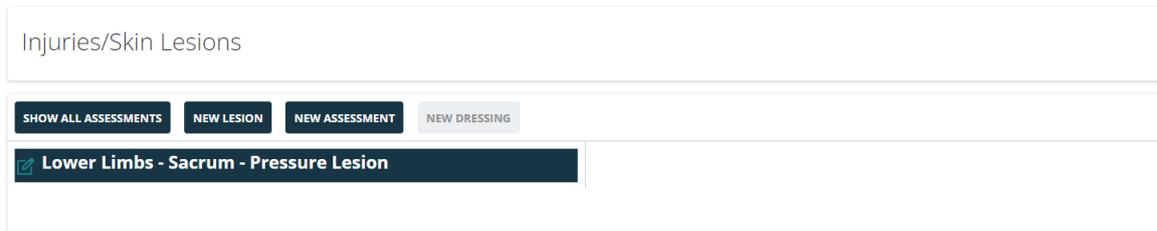


Abb. 50

Verwenden Sie erneut die Schaltfläche **Neue Läsion**, um weitere Läsionen zu dokumentieren. Alle dokumentierten Läsionen/Verletzungen sind auf der Seite (Abb. 51) aufgeführt.

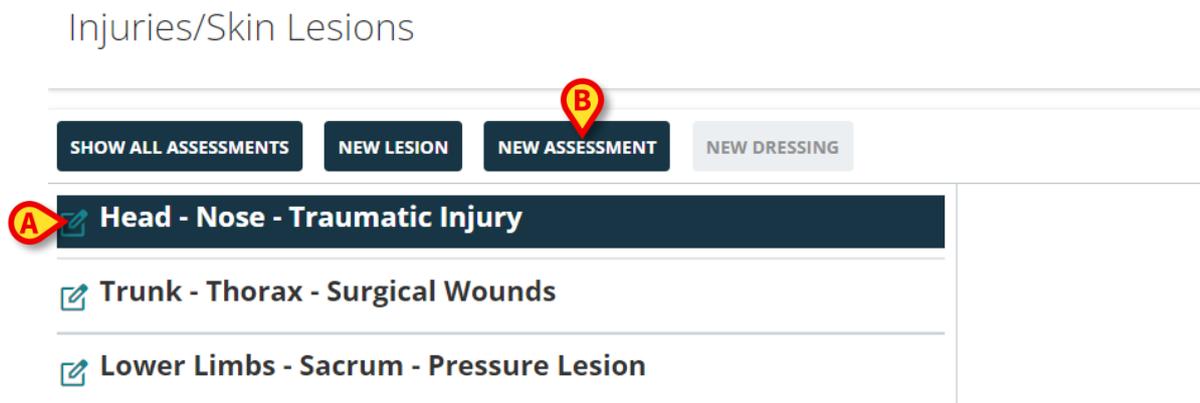


Abb. 51

Für jede Läsion können regelmäßige Beurteilungen dokumentiert werden. Gehen Sie dazu wie folgt vor:

- Wählen Sie die zu beurteilende Läsion aus. Die entsprechende Zeile ist hervorgehoben (Abb. 51 **A**).
- Klicken Sie auf die Schaltfläche **Neue Bewertung** (Abb. 51 **B**)

Das Formular „Bewertung“ wird geöffnet.

- Fügen Sie die erforderlichen Informationen ein und klicken Sie in der Befehlsleiste auf **Speichern**.

Die Bewertungsdaten werden auf diese Weise gespeichert (Abb. 52).

< Skin Lesions - Assessment - View

Area: **Head** Site: **Nose** Etiology: **Traumatic Injury**
 Laterality: **NA** Present at Admission: **YES**

PUSH TOOL

Lesion Height [cm] Lesion Width [cm] Exudate
 NONE LIGHT MODERATE HEAVY

Tissue Type
 CLOSED EPITHELIAL TISSUE GRANULATION TISSUE SLOUGH NECROTIC TISSUE

Push Tool

Created by ADMIN on 07/06/24, 12:28 - Edited by ADMIN on 07/06/24, 12:30 [Record history](#)

Abb. 52

Die Beurteilungen sind auf der Seite Verletzungen/Läsionen unter der entsprechenden Verletzung aufgeführt (Abb. 53)

Injuries/Skin Lesions

[SHOW ALL ASSESSMENTS](#) [NEW LESION](#) [NEW ASSESSMENT](#) [NEW DRESSING](#)

 Head - Nose - Traumatic Injury
6/7/2024, 12:33 PM - Healed Injury: No - Staging 1 
6/7/2024, 12:28 PM - Healed Injury: No - Staging 1 
 Trunk - Thorax - Surgical Wounds
6/7/2024, 12:34 PM - Healed Injury: No - Staging 2 
 Lower Limbs - Sacrum - Pressure Lesion

Abb. 53

Mögliche aufeinanderfolgende Verbände können für eine spezifische Bewertung dokumentiert werden. Gehen Sie dazu wie folgt vor:

- Klicken Sie auf die entsprechende Bewertung. Die entsprechende Zeile ist hervorgehoben (Abb. 54 **A**).

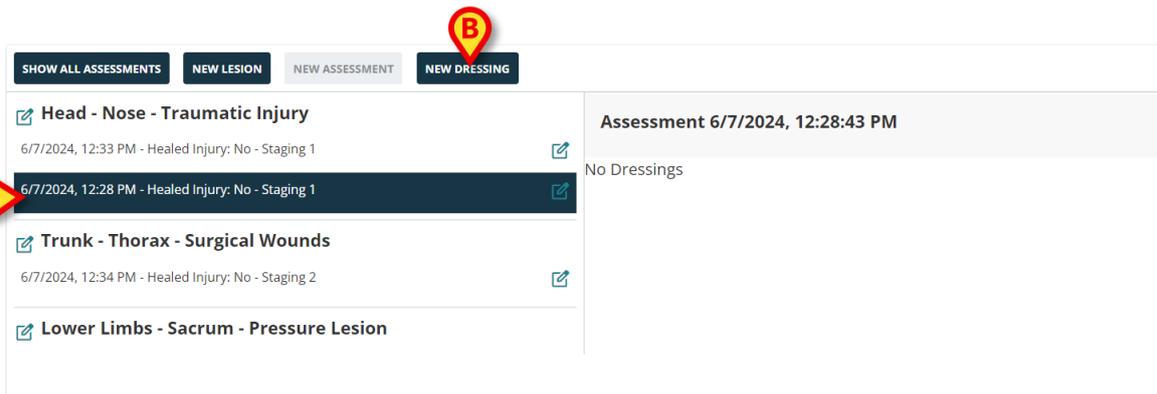


Abb. 54

- Klicken Sie auf die Schaltfläche **Neuer Verband** (Abb. 54 **B**).

Das Formular „Verband“ öffnet sich.

- Fügen Sie die erforderlichen Informationen ein und klicken Sie in der Befehlsleiste auf **Speichern**.

Die Verbandsdaten werden auf diese Weise gespeichert (Abb. 55).

Abb. 55

Die Verbandsdaten werden auf der Hauptseite „Verletzungen/Läsionen“ angezeigt, wenn die entsprechende Bewertung ausgewählt ist (Abb. 56 rechts).

[SHOW ALL ASSESSMENTS](#)
[NEW LESION](#)
[NEW ASSESSMENT](#)
[NEW DRESSING](#)

[Head - Nose - Traumatic Injury](#)
6/7/2024, 12:33 PM - Healed Injury: No - Staging 1

[6/7/2024, 12:28 PM - Healed Injury: No - Staging 1](#)

[Trunk - Thorax - Surgical Wounds](#)
6/7/2024, 12:34 PM - Healed Injury: No - Staging 2

[Lower Limbs - Sacrum - Pressure Lesion](#)

Assessment 6/7/2024, 12:28:43 PM

Date/Time Dressing	Executed by	Primary Dressing
6/7/2024, 12:27:09 PM		Sterile Gauze

Abb. 56

Um schnell auf ein Element zuzugreifen und es zu bearbeiten:

- Klicken Sie  auf das Symbol neben dem Element (siehe z. B. Abb. 56 **A**).



Die Dokumentation „Verletzungen/Hautläsionen“ ist folgendermaßen strukturiert:

- *Für einen Patienten können mehrere Verletzungen dokumentiert werden.*
- *Für eine Verletzung können mehrere Beurteilungen dokumentiert werden.*
- *Für eine Beurteilung können mehrere Verbände dokumentiert werden.*

3.3.4. Klinische Entlassung

Die Dateneingabeverfahren im Formular „Klinische Entlassung“ sind wie in den vorherigen Absätzen beschrieben, aber am Ende der Entlassungsdokumentation, nachdem alle relevanten Informationen angegeben sind, ist ein bestimmtes Verfahren erforderlich.

Auf diesem Formular werden die Informationen zu den aktiven Therapien vom Digistat Therapy Web-Modul übernommen, während die Informationen zu den Untersuchungen/Konsultationen vom Digistat Diary Web-Modul übernommen werden.



Das Entlassungsverfahren erfordert, dass mindestens eine Therapie für den Patienten auf dem Digistat „Therapy Web“-Modul aktiv ist und dass die Tagebuch-Web-Notizen korrekt konfiguriert sind. Weitere Informationen finden Sie im Digistat Therapy Web-Benutzerhandbuch (USR ENG Therapy Web) und im Diary Web-Benutzerhandbuch (USR ENG Diary Web).

Am Ende des Patientenaufenthalts, wenn alle Felder im Formular „Entlassung“ ausgefüllt sind, ist es notwendig, ein abschließendes Validierungsverfahren durchzuführen. Dazu müssen Sie im Abschnitt „Endgültige Validierungsmaßnahmen“ auf dem Formular „Klinische Entlassung“

- Auf die **Schaltfläche** Therapie abschließen und Patient entlassen“ (Abb. 57 **A**) klicken.

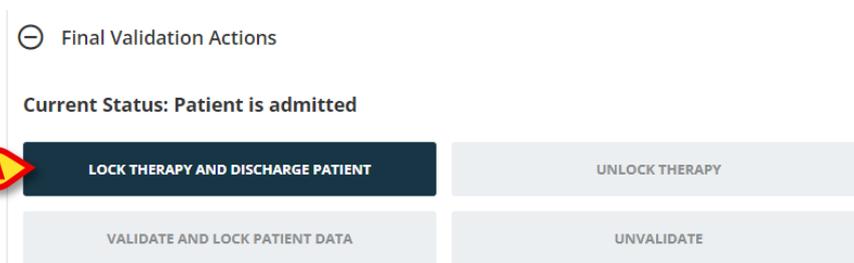


Abb. 57

Der Patient wird auf diese Weise entlassen, die Therapien auf dem Patienten-Therapy Web-Modul sind gesperrt. Die Schaltflächen **Therapie entsperren** sowie **Patientendaten validieren und sperren** sind aktiviert (Abb. 58).

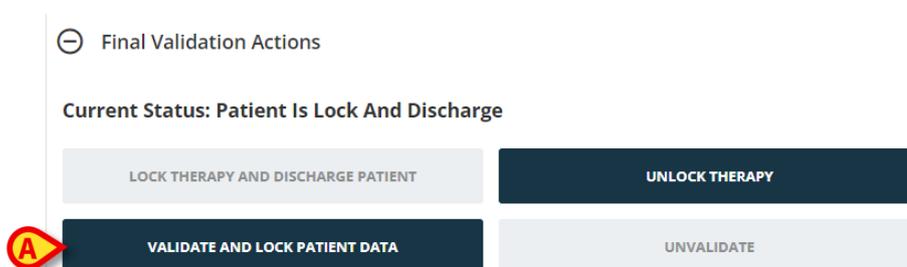


Abb. 58

- Klicken Sie auf **Patientendaten validieren und sperren** (Abb. 58 **A**).

Die klinische Aufzeichnung wird auf diese Weise validiert. Die Patientendaten auf den verschiedenen Patient File formularen schalten in den schreibgeschützten Modus. Die Schaltfläche „**Aufheben**“ ist aktiviert.

Verwenden Sie die Schaltflächen **Therapie entsperren** und **Aufheben** als „Rückgängig“-Schaltflächen für die Verfahren **Therapie sperren** und **Validierung**. In beiden Fällen muss der Benutzer in einem speziellen Popup-Fenster (Abb. 59) ausdrücklich einen Grund für die Entsperrung/Aufhebung der Validierung angeben.



Abb. 59

Gehen Sie dazu wie folgt vor:

- Geben Sie den Grund in das in Abb. 59 **A** angegebene Textfeld ein.
- Klicken Sie auf **Bestätigen** (Abb. 59 **B**).