



Patient File

Benutzerhandbuch

Version 3.0

8/22/2025

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.....	6
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	12
3.1.6. Codefinder-Aufruf.....	13
3.1.7. Pflegescores.....	15
3.1.8. Deaktivierte Felder.....	15
3.2. Verlauf.....	16
3.3. Geschwisterseiten.....	17
3.4. Dedizierte Workflows	20
3.4.1. Verknüpfungen „Bett wechseln“ und „Isolierung“	20
3.4.2. Allergien/Unverträglichkeiten	22
3.4.3. Verletzungen/Hautläsionen	25
3.4.4. Klinische Entlassung	31



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.

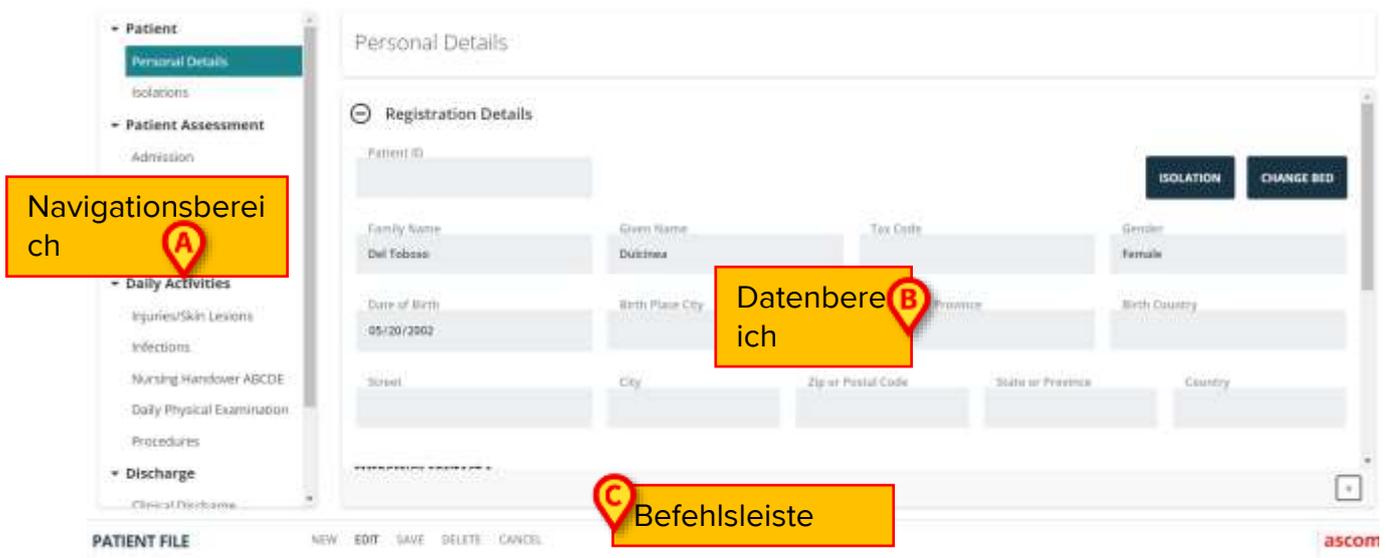


Abb. 2

2.1. Navigationsbereich

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

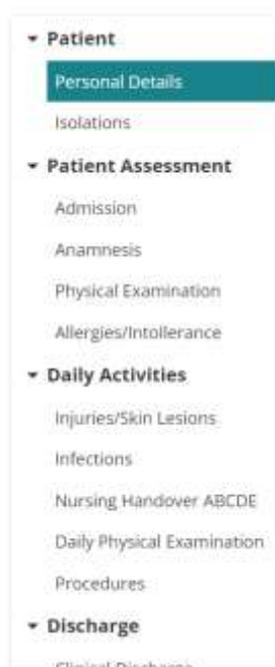


Abb. 3

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.

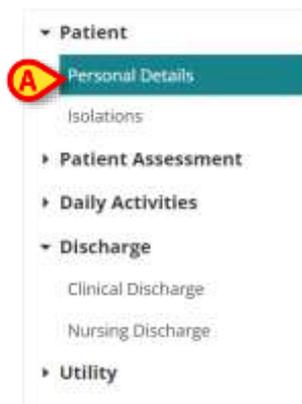


Abb. 4

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.

Um die Navigation zu erleichtern, wird in der Überschrift der Seite bei Datensätzen, die „Kinder“ eines bestimmten Formulars sind, eine Zurück-Schaltfläche bereitgestellt. Beispiele sind die Aufzeichnungen, die sich auf bestimmte „Einwilligungen“ beziehen (Abb. 5).



Abb. 5

Wenn der in Abb. 5 **A** angezeigte Pfeil nach links in der Überschrift vorhanden ist, können Sie

- Klicken Sie darauf, um zum übergeordneten „Mutter“-Formular zurückzukehren.

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. 6).

Abb. 6

Auf jeder Seite werden die Daten nach Themen gruppiert. Jeder „Themenabschnitt“ wird durch eine Überschrift (Abb. 6 **A**) definiert.

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

In Abb. 7 wird beispielsweise der Abschnitt „Registrierungsdetails“ eingeblendet (Abb. 7 **A**).

Abb. 7

- Verwenden Sie die in Abb. 7 **B** angegebenen Schaltflächen, um entweder alle Abschnitte zu erweitern (☒) oder zu verkleinern (☒).

3. Dateneingabe

Wenn zum ersten Mal auf einen Datensatz für einen Patienten zugegriffen wird, ist die Schaltfläche „**Neu**“ in der Befehlsleiste aktiviert, wodurch ein neuer Datensatz für diesen Patienten erstellt werden kann. Bei aufeinanderfolgenden Zugriffen ist für Seiten, die nur einmal ausgefüllt werden, die Schaltfläche „**Neu**“ deaktiviert, während die Schaltfläche „**Bearbeiten**“ aktiviert ist, was die Änderung der Daten auf der vorhandenen Seite ermöglicht. Für Datensätze mit mehreren Instanzen (zum Beispiel der Datensatz „Tägliche Visite“) bleibt die Schaltfläche „**Neu**“ auch zu aufeinanderfolgenden Zeitpunkten aktiviert.

Um Daten einzugeben:

- Klicken Sie in der Befehlsleiste je nach Kontext entweder auf die Schaltfläche „**Bearbeiten**“ oder auf die Taste „**Neu**“ (Abb. 9).



Abb. 9

Die Seite wechselt in den „Bearbeitungsmodus“. Die Schaltfläche **Bearbeiten** ist hervorgehoben (Abb. 10 **A**). Die Schaltflächen **Speichern** und **Abbrechen** sind aktiviert (Abb. 10 **B - C**).

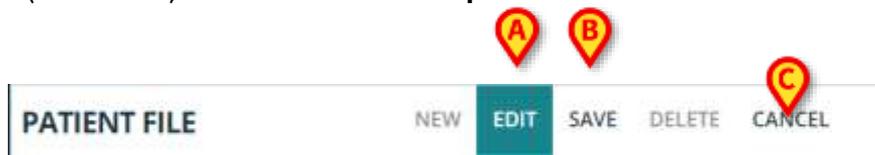


Abb. 10

- 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.

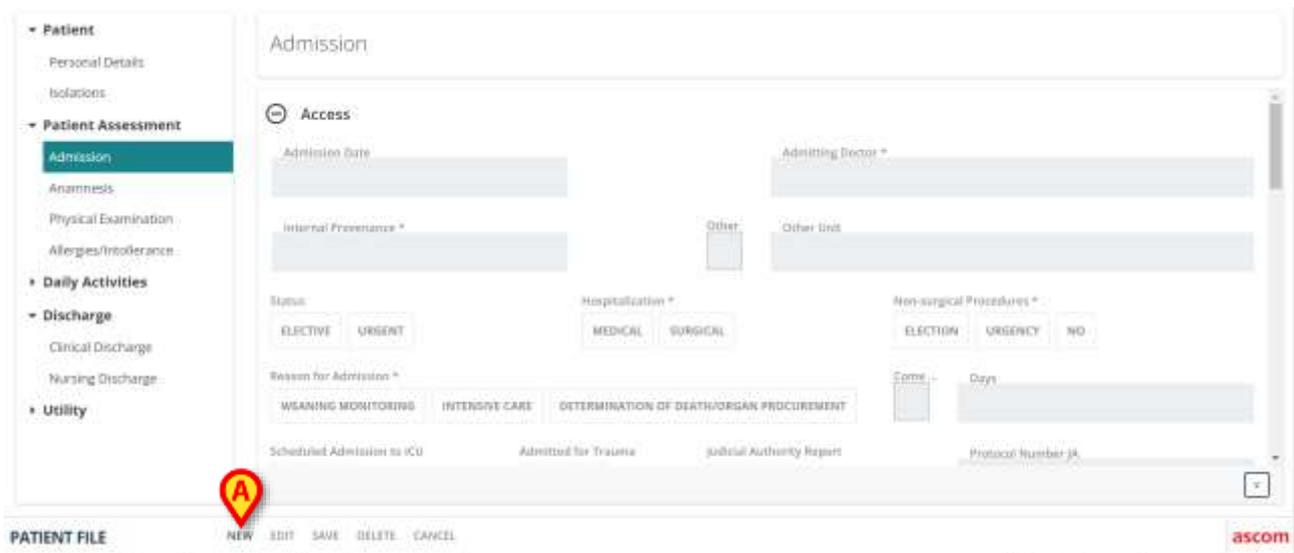


Abb. 11

- Klicken Sie in der Befehlsleiste auf **Neu**, um einen neuen Aufnahmedatensatz für den Patienten zu erstellen (Abb. 11 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. 12).

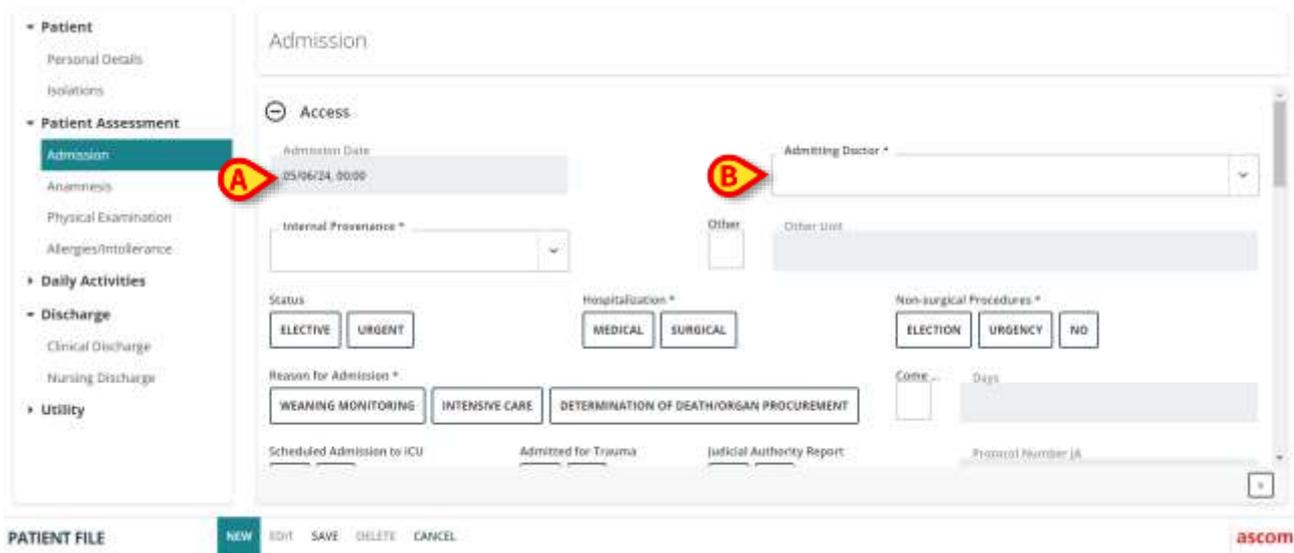


Abb. 12

Das Feld Aufnahmedatum wird automatisch ausgefüllt, wenn der Patient bereits aufgenommen ist (Abb. 12 A).

Die Felder mit einem Sternchen sind erforderlich, wie zum Beispiel „Einweisende Arzt“ (Abb. 12 B, Abb. 13).



Abb. 13

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. 14).

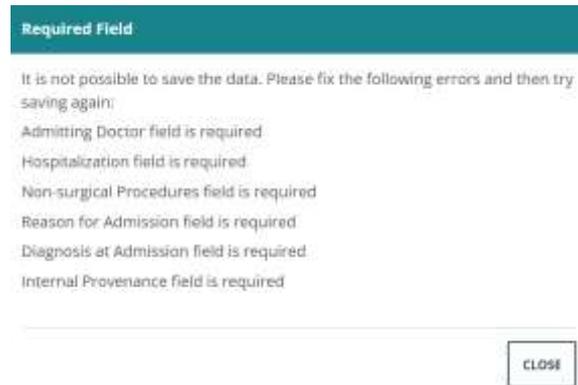


Abb. 14

Außerdem werden die fehlenden Pflichtfelder hervorgehoben (Abb. 15).

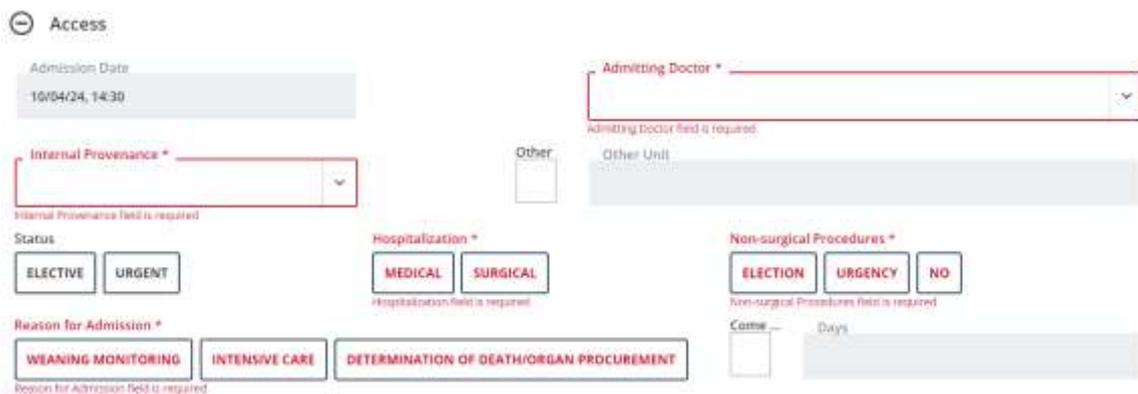


Abb. 15

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. 16).



Abb. 16

3.1.2. Mehrfachauswahl

Bei Mehrfachauswahl/Feldern, wie in Abb. 17 A,

- Klicken Sie auf eine Option, um sie auszuwählen.

Abb. 17

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. 18 **A - B - C**).

Abb. 18

3.1.4. Freitextfelder

Geben Sie den erforderlichen Text ein, um das Feld auszufüllen. Siehe zum Beispiel Abb. 19.

Diagnosis at Admission *

Type here the diagnosis at admission. This is a textual field etc...

Epicrisis/Recent Clinical History

Problems List at Admission

Abb. 19

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.

⊖ Disease At Admission

No disease added yet.

ADD NEW DISEASE +

Abb. 20

Um eine Krankheit anzuzeigen

- Klicken Sie auf die Schaltfläche **Neue Krankheit hinzufügen** (Abb. 20 **A**).

Es öffnet sich ein eigenes Auswahlfenster (Abb. 21).

Disease at Admission

Area *

RESPIRATORY CARDIOVASCULAR NEUROLOGICAL GASTROINTESTINAL AND HEPATIC OTHER

Disease *

Details

SAVE CLOSE

Abb. 21

- Wählen Sie den Bereich (Abb. 22 **A**).

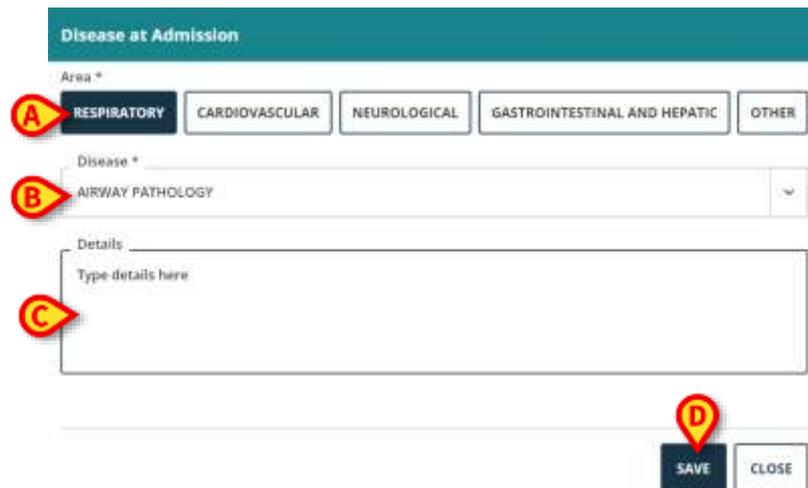
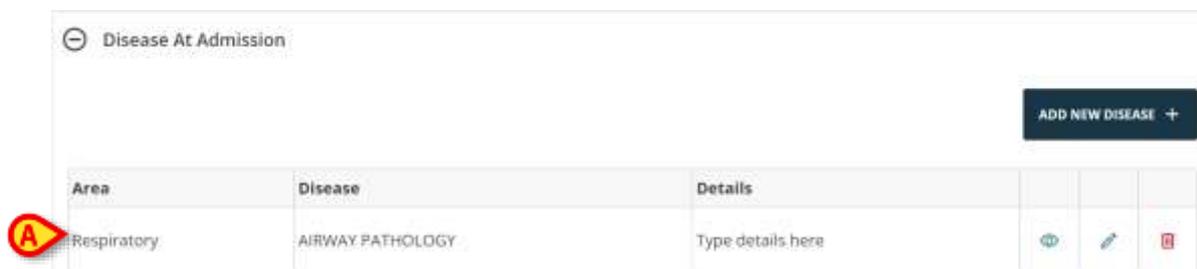


Abb. 22

- Wählen Sie die Krankheit in der kontextbezogenen Dropdown-Liste (Abb. 22 **B**) aus.
- Geben Sie ggf. eine detailliertere Beschreibung ein (Abb. 22 **C**).
- Klicken Sie auf **Speichern** (Abb. 22 **D**).

Die ausgewählten Elemente werden in einer Tabelle (Abb. 23 **A**) aufgelistet.



Area	Disease	Details			
Respiratory	AIRWAY PATHOLOGY	Type details here	⊕	✎	🗑️

Abb. 23

- 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. 24).

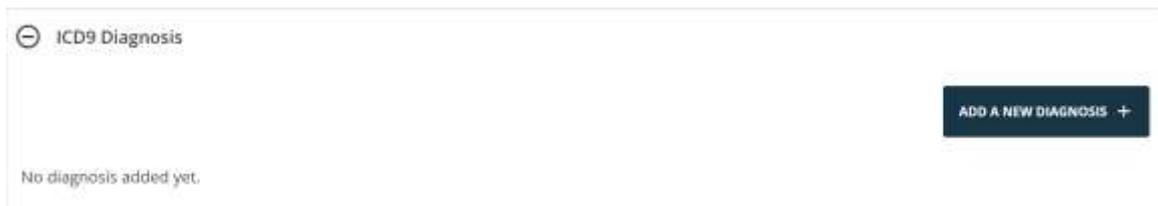


Abb. 24

- Klicken Sie auf die Schaltfläche **Neue Diagnose hinzufügen** (Abb. 24 **A**).

Das Codefinder-Modul öffnet (Abb. 25)

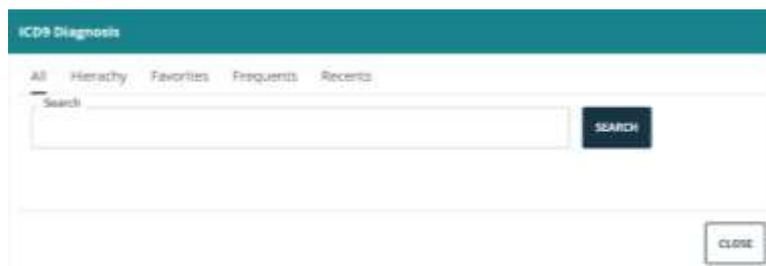


Abb. 25

- Suchen Sie die erforderliche Diagnose (Abb. 26)



Abb. 26

- Klicken Sie auf die gewünschte Diagnose, um sie auszuwählen (Abb. 26 **A**).

Das ausgewählte Element wird im Patient File modul in einer Tabelle angezeigt, in der alle ausgewählten Elemente aufgelistet sind (Abb. 27).



Abb. 27

- Verwenden Sie das  Symbol, um ein Element in der Tabelle (Abb. 27 **A**) zu löschen.

3.1.7. Pflegescores



Standardmäßig zeigt „Neonatal Patient File“ vorkonfigurierte Beispiele von Pflegebewertungen, die während der Konfiguration angepasst werden können. Diese Pflegescores werden in der Vitals Web-Konfigurationsanwendung konfiguriert (Siehe das Dokument CFG ENG Digistat Suite). 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. 28).



Abb. 28

Um eine Punktzahl zu dokumentieren:

- Fügen Sie alle erforderlichen Auswertungen (Abb. 29 **A**) ein.



Abb. 29

- Klicken Sie auf die Schaltfläche **Berechnen** (Abb. 29 **B**).

Die Gesamtpunktzahl wird dann in einem Ergebnisfeld (Abb. 29 **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).

3.2. Verlauf

Die Daten bezüglich der Erstellung und letzten Bearbeitung des Datensatzes werden immer in der unteren linken Ecke jedes Datensatzes angezeigt.

Außerdem können Benutzer mit entsprechenden Berechtigungen auf die Historie der an einem Datensatz vorgenommenen Änderungen zugreifen. Wenn diese Möglichkeit aktiviert ist, wird ein spezieller Link „Verlauf aufzeichnen“ auf der Seite neben den Erstellungs- und Bearbeitungsinformationen angezeigt (Abb. 30 **A**).

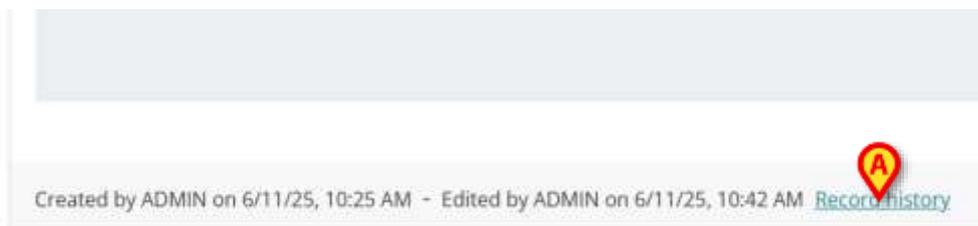


Abb. 30

- Klicken Sie auf den Link, um das folgende Fenster anzuzeigen (Abb. 31)



Abb. 31

Das Fenster listet alle an dem Datensatz vorgenommenen Bearbeitungen auf. Jede Zeile entspricht einer spezifischen Bearbeitung (Abb. 31 **A**). Oben ist die aktuelle Version. Es ist möglich:

- Auf eine Zeile klicken, um eine frühere Version des Datensatzes anzuzeigen.

Die vorherigen angezeigten Versionen sind schreibgeschützt.

Das Symbol rechts von jeder Zeile (Abb. 31 **B**) öffnet ein Fenster, das die ausgewählte Version mit der vorherigen Version (Abb. 32) vergleicht. Das Symbol ist nur für Benutzer mit bestimmten Berechtigungen sichtbar.



Abb. 32

3.3. 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. 33).

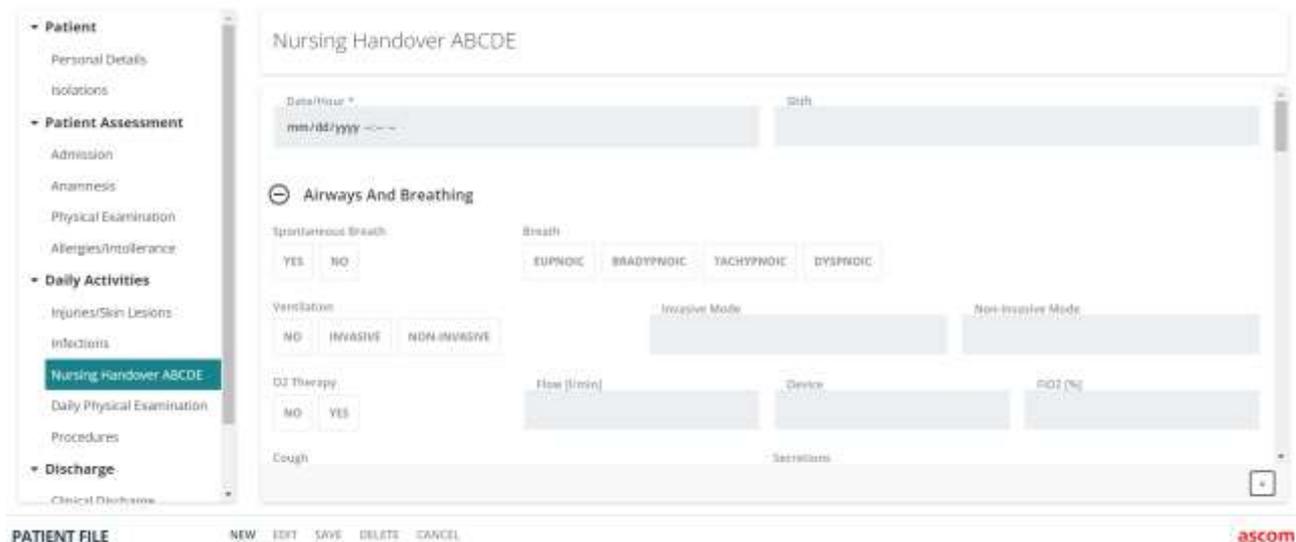


Abb. 33

Um eine neue Pflegeübergabe zu erstellen

- Klicken Sie auf die Schaltfläche **Neu** in der Befehlsleiste (Abb. 33 **A**).

Die Seite wechselt in den „Bearbeitungsmodus“ (Abb. 34).

Nursing Handover ABCDE

Date/Time * mm/dd/yyyy -- -- Shift

Airways And Breathing

Spontaneous Breath YES NO

Breath EUPNOIC BRADYPNOIC TACHYPNOIC DYSPNOIC

Ventilation NO INVASIVE NON-INVASIVE

O2 Therapy NO YES

Cough

Invasive Mode Non-invasive Mode

Flow (l/min) Device FIO2 (%)

Secretions

NEW EDIT SAVE DELETE CANCEL ascom

Abb. 34

- Füllen Sie alle erforderlichen Felder aus (Abb. 35).

Nursing Handover ABCDE

Feeding

Type ORAL ENTERAL PARENTERAL FASTING

Medical Devices N.G.TUBE P.J.TUBE PEG NJT

Diet Low-Calorie

Bowel OPEN OPEN TO GAS CLOSED ILEOSTOMY COLOSTOMY

Last Discharge mm/dd/yyyy -- --

Diurests NORMAL OLIGURIA POLYURIA

Medical Devices CV CYSTOSTOMY NEPHROSTOMY URETERAL STENT

Mobilization

NEW EDIT SAVE DELETE CANCEL ascom

Abb. 35

- Klicken Sie auf **Speichern**, wenn Sie fertig sind (Abb. 35 **A**).

Der Datensatz wird gespeichert (Abb. 36).

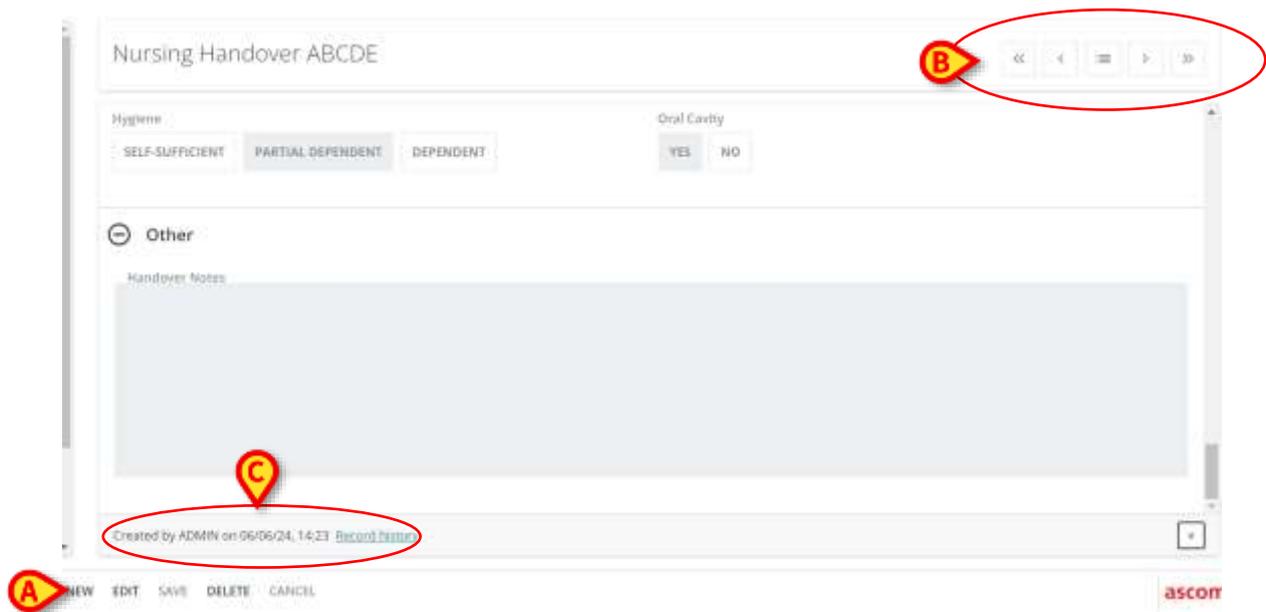


Abb. 36

Auf der Befehlsleiste sind die folgenden Schaltflächen aktiviert (Abb. 36 **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. 36 **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. 37).

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. 37

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

3.4. Dedizierte Workflows

3.4.1. 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. 38 A).

Personal Details

Registration Details

Patient ID

Family Name: Müller

Given Name: Max

Tax Code

Gender

Date of Birth: 1990-01-01

Birth Place City

Birth Place Province

Birth Country

Street

City

Zip or Postal Code

State or Province

Country

ISOLATION CHANGE BED

Abb. 38

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. 39

- Wählen Sie im Fenster die Zielabteilung und das Bett aus und klicken Sie dann auf **Verschieben** (Abb. 39 A).

Isolation

- Klicken Sie auf **Isolation**, um direkt auf die Seite „Isolationen“ zuzugreifen, auf der die Isolationsperioden des Patienten dokumentiert werden können (Abb. 40).

The screenshot shows a web form titled "Isolation". It contains two date input fields: "Start Date" with a value of "mm/dd/yyyy -- --" and "End Date" with a value of "mm/dd/yyyy -- --". Below these are three buttons for "Isolation Type": "CONTACT", "DROPLET", and "AIRBORNE". A "Details" section is visible below the buttons but is currently empty.

Abb. 40

Wurde eine Isolationsperiode begonnen (das Startdatum ist angegeben), aber nicht beendet (Enddatum nicht angegeben) wie in Abb. 41,

This screenshot shows the "Isolation" form with the "Start Date" field populated with "06/06/2024 12:00 AM" and a calendar icon. The "End Date" field is empty, showing "mm/dd/yyyy -- --" and a calendar icon. The "Isolation Type" buttons are "CONTACT", "DROPLET", and "AIRBORNE". The "CONTACT" button is highlighted in dark blue.

Abb. 41

dann wird die Schaltfläche Isolation auf der Seite „Persönliche Daten“ rot hervorgehoben (Abb. 42).

The screenshot shows the "Personal Details" page. Under the "Registration Details" section, there are input fields for "Patient ID", "Family Name", "Given Name", "Tax Code", and "Gender". The "Patient ID" field contains "123456789". The "Family Name" field contains "123456789". The "Given Name" field contains "123456789". The "Tax Code" field is empty. The "Gender" field is empty. To the right of the "Patient ID" field, there are two buttons: "ISOLATION" (highlighted in red) and "CHANGE BED" (dark blue).

Abb. 42

3.4.2. Allergien/Unverträglichkeiten

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

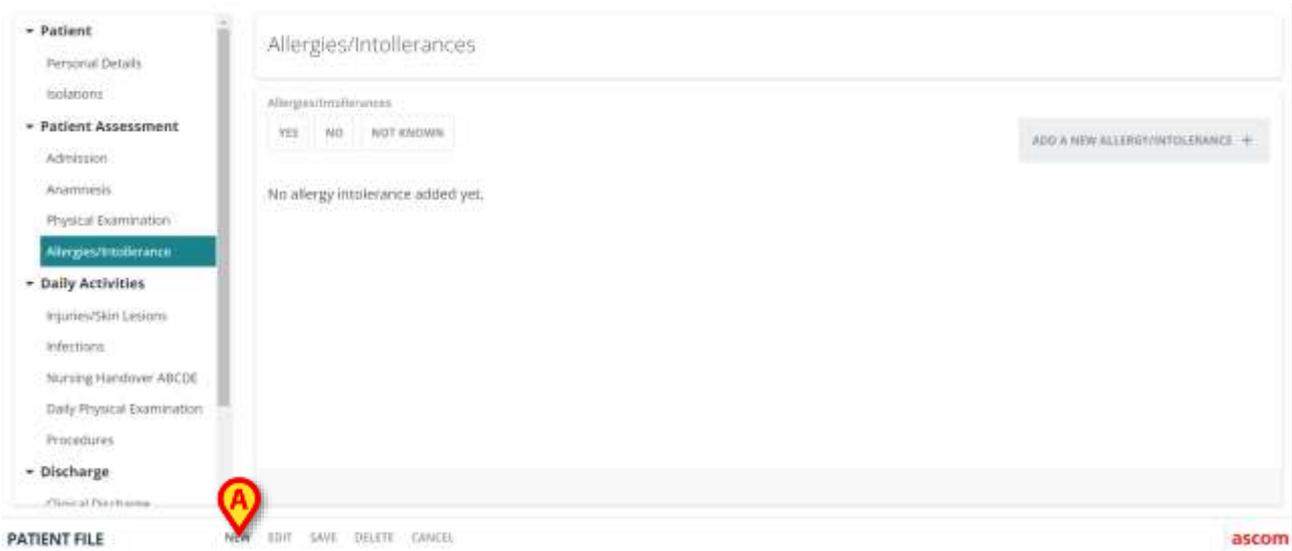


Abb. 43

Um die Allergien und Unverträglichkeiten anzuzeigen

- Klicken Sie auf die Schaltfläche **Neu** in der Befehlsleiste (Abb. 43 **A**).

Der Bildschirm wechselt in den **Bearbeitungsmodus** (Abb. 44).

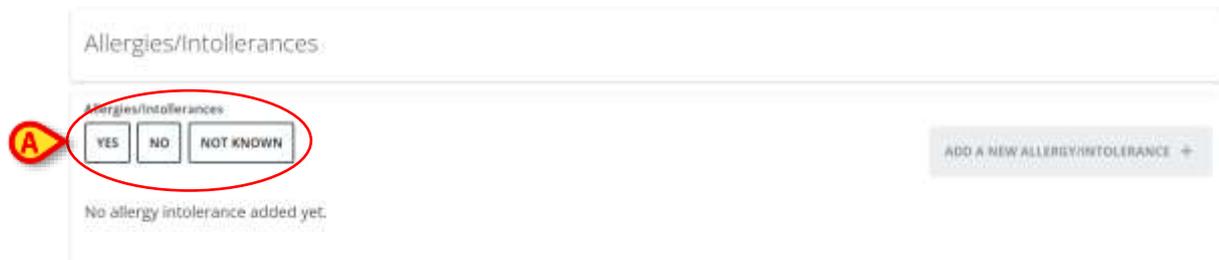


Abb. 44

- Wählen Sie eine der in Abb. 44 **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. 45 **A** - bedeutet, dass es Allergien/Unverträglichkeiten gibt) wird die Schaltfläche „**Neue Allergie/Unverträglichkeit hinzufügen**“ aktiviert (Abb. 45 **B**).

Abb. 45

Um die Allergien des Patienten anzugeben

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

Ein spezielles Formular wird angezeigt (Abb. 46)

Abb. 46

- Füllen Sie das Formular aus (Abb. 47- zu diesem Zweck wird ein speziell konfiguriertes Codefinder-Fenster bereitgestellt).

< Allergies/Intolerances - New

Category

Code: 260172004 Description: Aglio

Seriousness

Reactions

Reactions description

ascom

Abb. 47

- Klicken Sie in der Befehlsleiste (Abb. 47) auf **Speichern**.

Die ausgewählten Elemente werden in einer Tabelle (Abb. 48) angezeigt.

Allergies/Intolerances

Allergies/Intolerances

Seriousness	Category	Code	Description	Reactions
Allergy	Food	260172004	Aglio	Reactions description

Abb. 48

3.4.3. Verletzungen/Hautläsionen

Ein spezifisches Verfahren ist der Dokumentation von Patientenverletzungen und Hautläsionen gewidmet (Abb. 49).



Abb. 49

Um eine Läsion anzuzeigen:

- Klicken Sie auf die Schaltfläche **Neue Läsion** (Abb. 49 **A**). Der Bildschirm ändert sich wie folgt (Abb. 50).

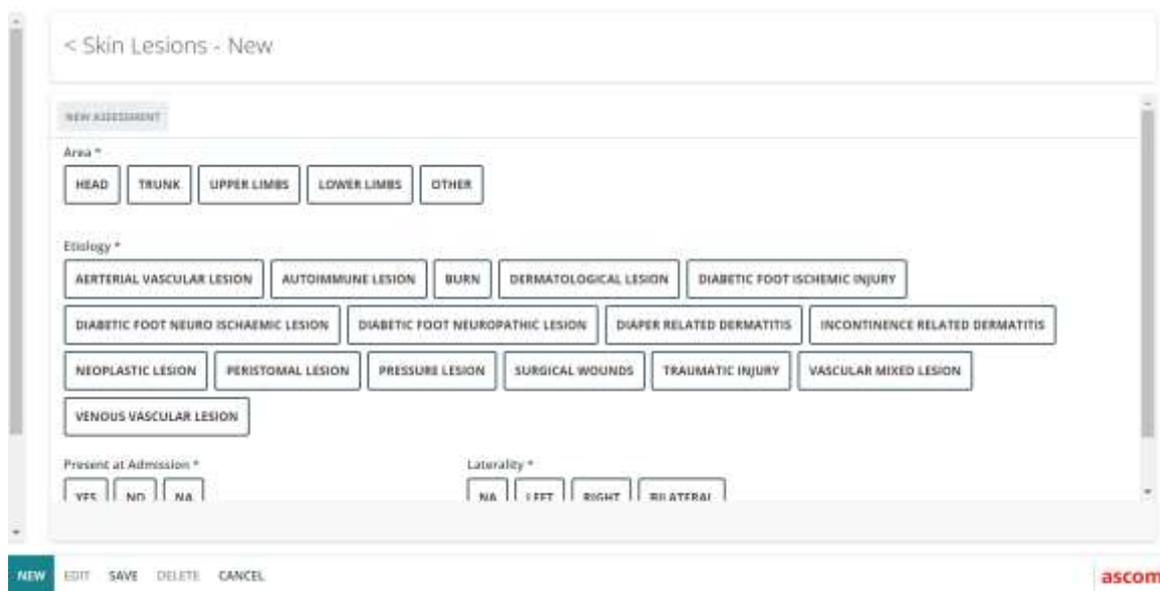


Abb. 50

- Geben Sie die erforderlichen Informationen ein (Abb. 51).

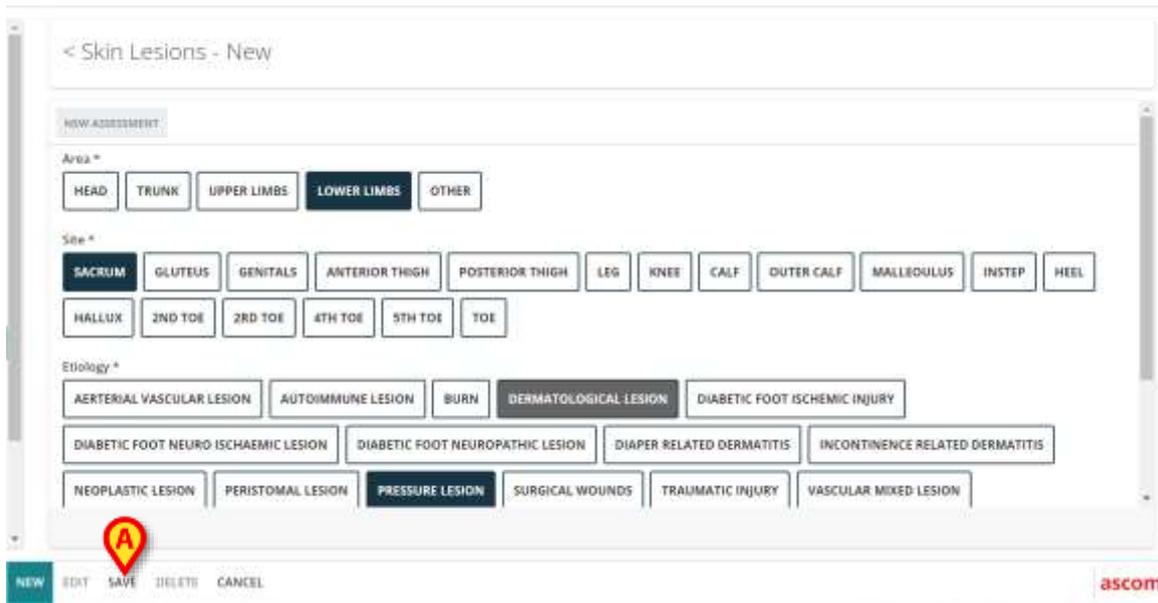


Abb. 51

- Klicken Sie auf die Schaltfläche **Speichern** (Abb. 51 A).

Daten werden gespeichert (Abb. 52).

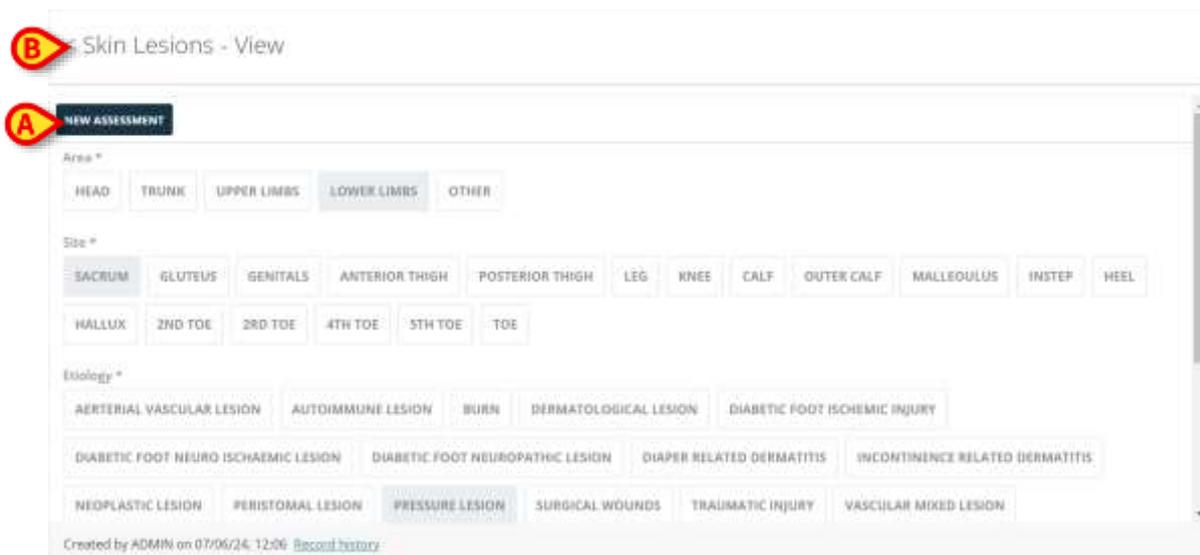


Abb. 52

Es ist nun möglich, entweder eine Bewertung für die angezeigte Läsion zu dokumentieren (klicken Sie auf die Schaltfläche **Neue Bewertung** – Abb. 52 A) oder zur Übersichtsseite für Läsionen/Verletzungen zurückkehren (Abb. 53 klicken Sie auf den in Abb. 52 B angezeigten **Zurück**-Pfeil).



Abb. 53

Verwenden Sie erneut die Schaltfläche **Neue Läsion**, um weitere Läsionen zu dokumentieren. Alle dokumentierten Läsionen/Verletzungen sind auf der Seite (Abb. 54) aufgeführt.

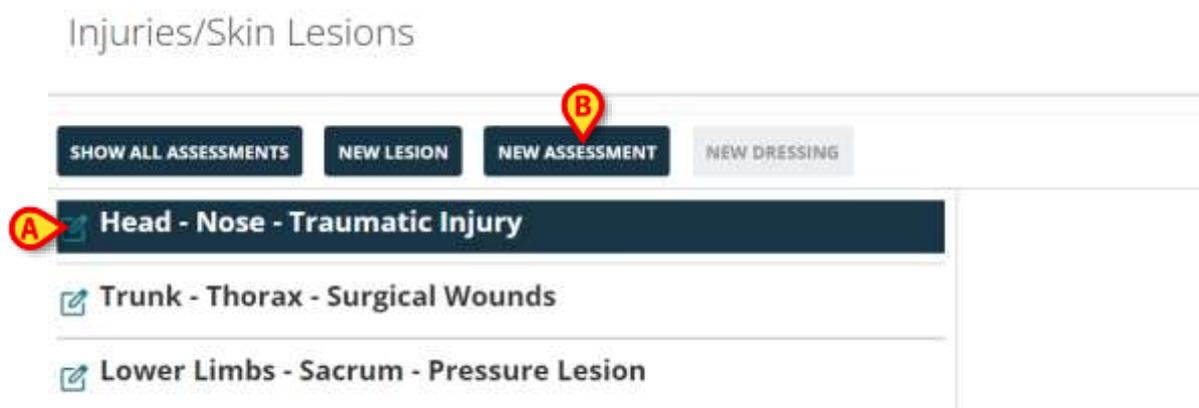


Abb. 54

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. 54 **A**).
- Klicken Sie auf die Schaltfläche **Neue Bewertung** (Abb. 54 **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. 55).

< Skin Lesions - Assessment - View

Area: **Head** Site: **Nose** Ecology: **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:

CALCULATE

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

Abb. 55

Die Beurteilungen sind auf der Seite Verletzungen/Läsionen unter der entsprechenden Verletzung aufgeführt (Abb. 56)

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 <input type="checkbox"/>
6/7/2024, 12:28 PM - Healed Injury: No - Staging 1 <input type="checkbox"/>
Trunk - Thorax - Surgical Wounds
6/7/2024, 12:34 PM - Healed Injury: No - Staging 2 <input type="checkbox"/>
Lower Limbs - Sacrum - Pressure Lesion

Abb. 56

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. 57 **A**).



Abb. 57

- Klicken Sie auf die Schaltfläche **Neuer Verband** (Abb. 57 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. 58).

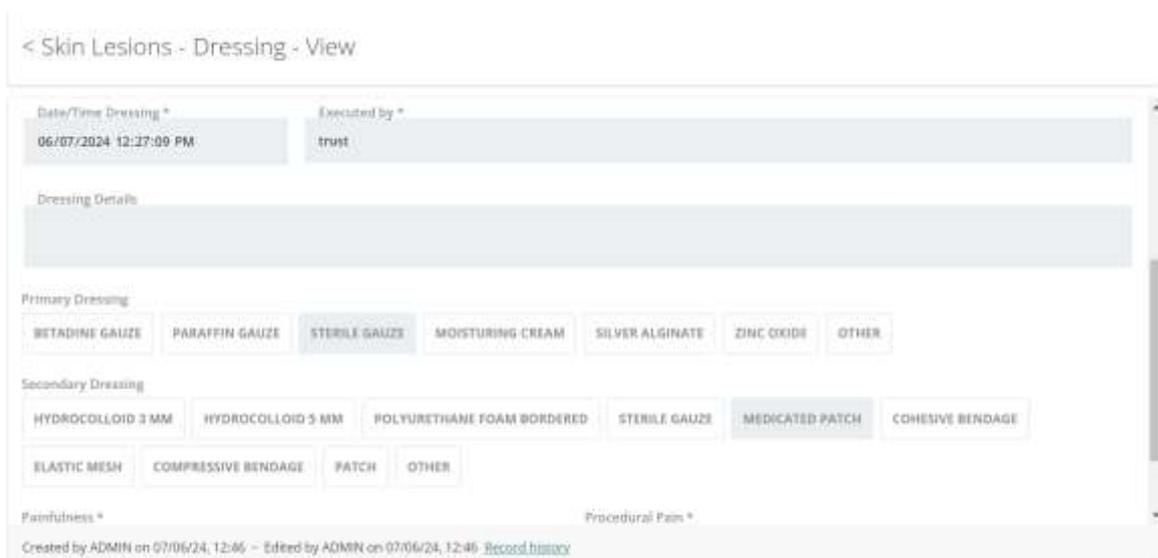


Abb. 58

Die Verbandsdaten werden auf der Hauptseite „Verletzungen/Läsionen“ angezeigt, wenn die entsprechende Bewertung ausgewählt ist (Abb. 59 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. 59

Um schnell auf ein Element zuzugreifen und es zu bearbeiten:

- Klicken Sie  auf das Symbol neben dem Element (siehe z. B. Abb. 59 **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.

3.4.4. 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. 60 **A**) klicken.



Abb. 60

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. 61).



Abb. 61

- Klicken Sie auf **Patientendaten validieren und sperren** (Abb. 61 **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. 62) ausdrücklich einen Grund für die Entsperrung/Aufhebung der Validierung angeben.



Abb. 62

Gehen Sie dazu wie folgt vor:

- Geben Sie den Grund in das in Abb. 62 **A** angegebene Textfeld ein.
- Klicken Sie auf **Bestätigen** (Abb. 62 **B**).