



# **Patient File Manuale Utente**

**Versione 1.0**

**2024-07-17**

# Sommario

<b>1. Introduzione</b> .....	<b>3</b>
1.1. Avvio di Patient File .....	3
1.2. Selezione del paziente .....	3
<b>2. Struttura di Patient File</b> .....	<b>4</b>
2.1. Pannello di navigazione .....	4
2.2. Area dati .....	5
2.3. Barra dei comandi .....	7
<b>3. Inserimento dati</b> .....	<b>8</b>
3.1. Esempi di inserimento dati.....	8
3.1.1. Menù a discesa .....	10
3.1.2. Scelta multipla .....	10
3.1.3. Campi correlati .....	11
3.1.4. Campi di testo libero.....	11
3.1.5. Finestra di selezione.....	11
3.1.6. Chiamata Codefinder .....	13
3.1.7. Nurse Scores.....	14
3.1.8. Campi disabilitati.....	15
3.2. Pagine “sorelle” .....	15
3.3. Flussi di lavoro dedicati .....	19
3.3.1. “Cambia letto” e “Isolamento” .....	19
3.3.2. Allergie/intolleranze .....	21
3.3.3. Ferite/lesioni cutanee .....	24
3.3.4. Dimissione medica .....	28



Per informazioni sull'ambiente del Prodotto, sulle precauzioni, sulle avvertenze e sull'uso previsto, consultare i documenti USR ITA Digistat Care e/o USR ITA Digistat Docs (a seconda dei moduli installati - per la Digistat Suite EU) o USR ENG Digistat Suite NA (per la Digistat Suite NA). La conoscenza e la comprensione del documento appropriato sono obbligatorie per un uso corretto e sicuro di "Patient File", descritto in questo documento.

# 1. Introduzione

Digistat Patient File fornisce una documentazione digitale completa del paziente su un ambiente web di facile navigazione. Le informazioni relative al paziente sono organizzate in modo intuitivo in aree generali e sezioni specifiche che corrispondono ai flussi di lavoro clinici del reparto.



Questo modulo fa parte di Digistat Docs, il prodotto della Digistat Suite che non è un dispositivo medico. Prima di utilizzare Patient File assicurarsi di aver letto e compreso l'uso previsto ("Intended use") di Digistat Docs.

## 1.1. Avvio di Patient File

Per lanciare Digistat Patient File:

- Fare clic sull'icona  nella barra laterale.

Viene visualizzata una schermata che mostra i dati del paziente attualmente selezionato. Se non è stato selezionato alcun paziente, viene visualizzata una schermata vuota che richiede la selezione di un paziente. Si veda il paragrafo 1.2.

## 1.2. Selezione del paziente

Per selezionare un paziente,

- Cliccare il pulsante **Paziente** indicato in Fig 1 A.



Fig 1

Si aprirà il modulo Patient Explorer Web. Per ulteriori istruzioni sulle funzionalità di gestione dei pazienti, consultare il manuale d'uso di Digistat® Patient Explorer Web (*USR ENG Patient Explorer Web*). Quando si seleziona un paziente, il modulo visualizza i dati del paziente selezionato. La pagina visualizzata di default è il modulo "Dati personali".



È possibile configurare moduli diversi da Patient Explorer Web per la selezione dei pazienti, secondo le scelte dell'organizzazione sanitaria. In questo caso si faccia riferimento, per le istruzioni, alla documentazione specifica.

## 2. Struttura di Patient File

Le schermate sono costituite da tre sezioni principali:

- Un pannello di navigazione laterale, che consente di accedere rapidamente alle pagine specifiche (Fig 2 **A**).
- L'area dei dati, che visualizza contestualmente i dati (Fig 2 **B**).
- Una barra comandi che consente di operare sui contenuti delle diverse pagine (Fig 2 **C**).

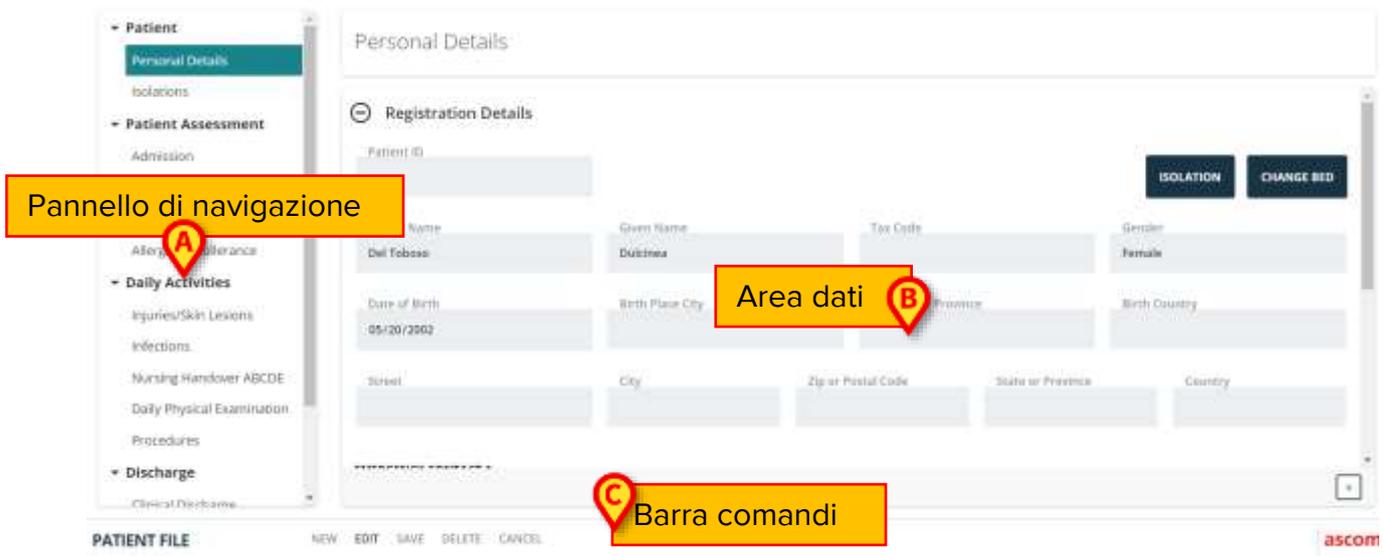


Fig 2

### 2.1. Pannello di navigazione

A sinistra è disponibile un pannello di navigazione che elenca le pagine disponibili (Fig 2 **A**, Fig 3).



Fig 3

Le diverse pagine sono organizzate in 5 sezioni: Paziente, Valutazione, Attività quotidiane, Dimissione, Utilità.

Ogni sezione contiene diverse pagine, ciascuna dedicata a un insieme specifico di dati:

- **Paziente** → Dati paziente, Isolamento.
- **Valutazione clinica** → Ammissione, Anamnesi, Esame obiettivo, Allergie/Intolleranze.
- **Attività quotidiane** → Ferite/Lesioni cutanee, Infezioni, Consegne infermieristiche, Visita medica, Procedure.
- **Dimissione** → Dimissione medica, Dimissione infermieristica.
- **Utilità** → Stampa documenti.



*Non tutte le sezioni/pagine sono sempre disponibili, a causa della configurazione e/o dei permessi degli utenti. Questo manuale descrive una configurazione standard completa per utenti con tutti i permessi.*

I nomi delle sezioni possono essere cliccati per chiudere/espandere le pagine correlate. Si veda, ad esempio, Fig 4.



**Fig 4**

La pagina attualmente selezionata viene evidenziata (Fig 4 **A**).

- Fare clic sul nome di una pagina per selezionarla e visualizzarne i contenuti.

## 2.2. Area dati

Ogni pagina contiene dati relativi a un argomento specifico. Sono disponibili diverse modalità di inserimento e visualizzazione dei dati, a seconda del tipo di dati specificati contestualmente. Tali strumenti sono descritti nella sezione 3.1. Ad esempio, nella pagina "Dati paziente" vengono visualizzati i dati personali del paziente e quelli relativi a eventuali ricoveri precedenti (Fig 5).





# 3. Inserimento dati

Per inserire i dati:

- Fate clic sul pulsante **Edit** (Modifica) nella barra dei comandi (Fig 8).



Fig 8

La pagina passa alla “Modalità di modifica”. Il pulsante **Edit** (Modifica) è evidenziato (Fig 9 **A**). I pulsanti **Save** (Salva) e **Cancel** (Annulla) sono abilitati (Fig 9 **B - C**).

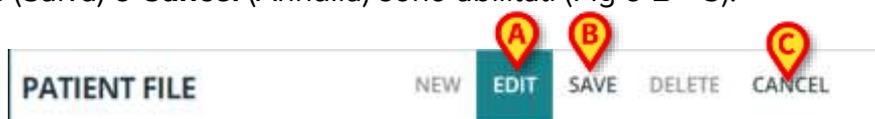


Fig 9

- Inserire i dati.
- Fare clic su **Salva** per salvare le modifiche apportate o su **Annulla** per annullarle.

Esistono diverse modalità di inserimento dei dati, a seconda del tipo di dato e del contesto. Tali modalità sono descritte nella sezione seguente.

## 3.1. Esempi di inserimento dati

Per esemplificare le modalità più comuni di inserimento dei dati viene qui descritta la pagina di ammissione del paziente.

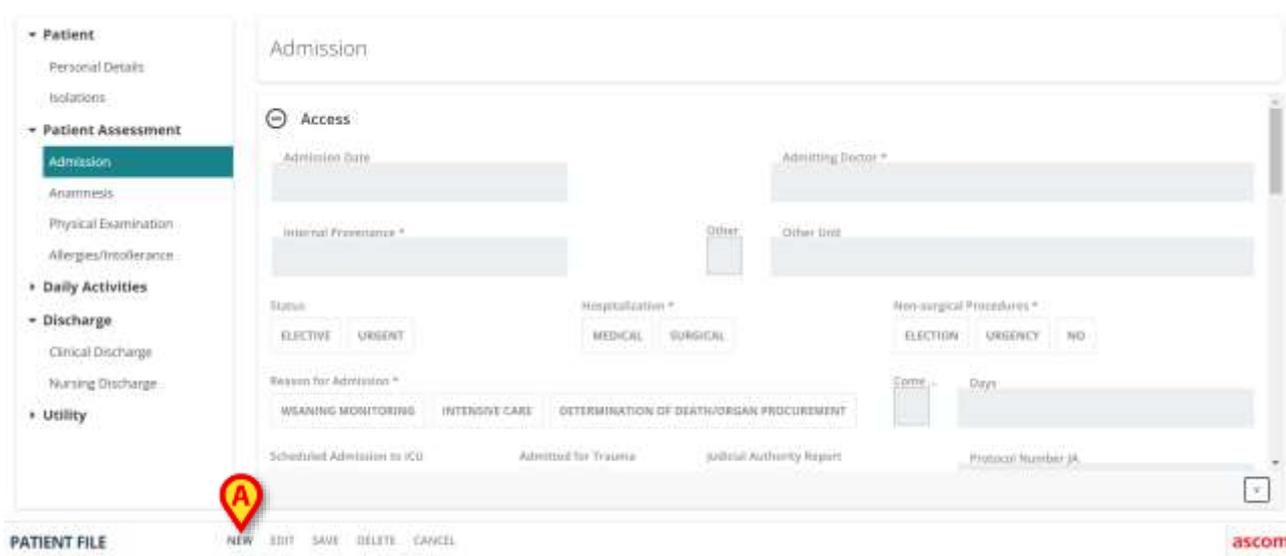


Fig 10

- Fare clic sul pulsante **New** (Nuovo) sulla barra dei comandi per creare un nuovo fascicolo di ricovero per il paziente (Fig 10 **A**).

Lo schermo passa in questo modo alla "Modalità di modifica", nella quale è abilitato l'inserimento dei dati. Sulla barra dei comandi, il pulsante **New** (Nuovo) è evidenziato, i pulsanti **Save** (Salva) e **Cancel** (Annulla) sono abilitati (Fig 11).

**Fig 11**

Il campo nel quale è specificata la data di ricovero è compilato automaticamente se il paziente è già ricoverato (Fig 11 **A**).

I campi contrassegnati da un asterisco sono obbligatori, come ad esempio "Admitting doctor" (Fig 11 **B**, Fig 12).

**Fig 12**

Non è possibile salvare una pagina se non sono stati compilati tutti i campi obbligatori. Se si cerca di salvare un record con dati incompleti, viene visualizzata una finestra pop/up che elenca tutte le informazioni mancanti (Fig 13).

**Fig 13**

Inoltre, i campi obbligatori mancanti sono evidenziati (Fig 14).

Access

Admission Date  
16/04/24, 14:30

Admitting Doctor \*

Internal Provenance \*

Status  
ELECTIVE URGENT

Hospitalization \*  
MEDICAL SURGICAL

Non-surgical Procedures \*  
ELECTION URGENCY NO

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

Fig 14

### 3.1.1. Menù a discesa

Sui menù a discesa,

- Fare clic su un nome dell'elenco per inserire un elemento nel campo corrispondente.

Il medico di accettazione, ad esempio, può essere selezionato da un menu contenente i nomi di tutti quelli che possono coprire tale ruolo (Fig 15).

Admitting Doctor \*

English Doctor

English Doctor

FARDI, D.F.C.

Fig 15

### 3.1.2. Scelta multipla

In caso di campi a scelta multipla, come quello mostrato in Fig 16 **A**,

- Fare clic su un'opzione per selezionarla.

Admission

Admission Date  
05/06/24, 09:00

Admitting Doctor \*  
English Doctor

Internal Provenance \*  
Hospital Unit 1

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

Fig 16

### 3.1.3. Campi correlati

Alcune opzioni abilitano la possibilità di ulteriori specifiche. È il caso, ad esempio, delle caselle "Other" ("Altro") e "Comeback" ("Rientro") che, se selezionate, richiedono l'indicazione del reparto di provenienza e del numero di giorni dopo i quali il paziente è tornato. Oppure, se viene indicata la presenza di un rapporto dell'autorità giudiziaria, viene abilitato il campo "Numero di protocollo" (Fig 17 **A - B - C**).

Other  Other Unit \*  
Other department

Non-surgical Procedures \*  
ELECTION URGENCY NO

Comeback  Days  
5

Judicial Authority Report  
YES NO  
Protocol Number JA  
AG55765XY

Fig 17

### 3.1.4. Campi di testo libero

Digitare il testo richiesto per riempire il campo. Si veda ad esempio la Fig 18.

Diagnosis at Admission \*  
Type here the diagnosis at admission. This is a textual field etc...

Epicrisis/Recent Clinical History

Problems List at Admission

Fig 18

### 3.1.5. Finestra di selezione

Alcuni campi aprono una finestra di selezione che consente di specificare le informazioni richieste. Si veda, ad esempio, la specifica della "malattia all'ammissione" sulla pagina di ammissione.

Disease At Admission

No disease added yet.

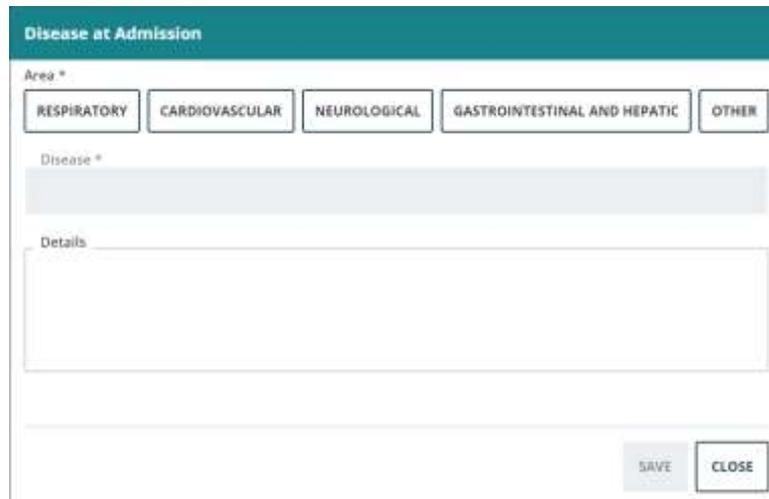
ADD NEW DISEASE +

Fig 19

Per indicare una malattia

- Fare clic sul pulsante **Add new disease** (Aggiungi nuova malattia - Fig 19 **A**).

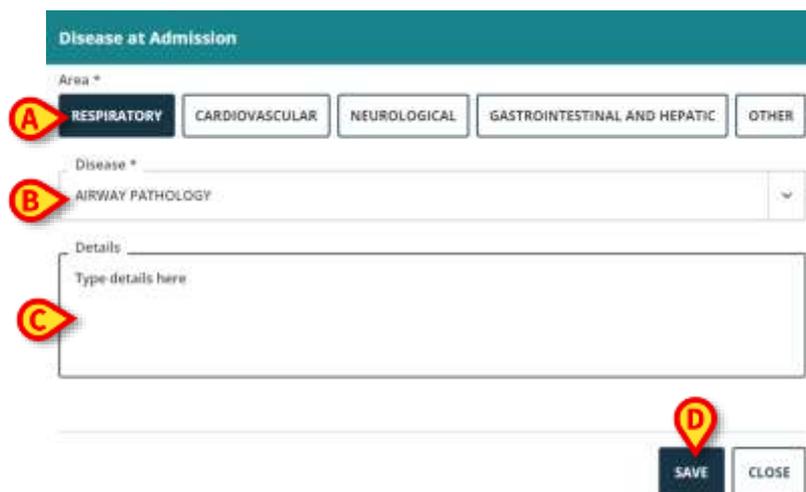
Si aprirà una apposita finestra di selezione (Fig 20).



The screenshot shows a form titled "Disease at Admission". It has a teal header. Below the header, there is a section labeled "Area \*" with five buttons: "RESPIRATORY", "CARDIOVASCULAR", "NEUROLOGICAL", "GASTROINTESTINAL AND HEPATIC", and "OTHER". Below this is a "Disease \*" field with a dropdown arrow. Below that is a "Details" field with a text input area. At the bottom right, there are "SAVE" and "CLOSE" buttons.

**Fig 20**

- Selezionare l'area (Fig 21 **A**).



The screenshot shows the same form as Fig 20, but with annotations. A red circle with a yellow 'A' points to the "RESPIRATORY" button. A red circle with a yellow 'B' points to the "AIRWAY PATHOLOGY" dropdown in the "Disease \*" field. A red circle with a yellow 'C' points to the "Type details here" text in the "Details" field. A red circle with a yellow 'D' points to the "SAVE" button.

**Fig 21**

- Selezionare la malattia nel contestuale elenco a discesa (Fig 21 **B**).
- Digitare una descrizione più dettagliata, se necessario (Fig 21 **C**).
- Fare clic su **Salva** (Fig 21 **D**).

Le voci selezionate saranno elencate in una tabella (Fig 22 **A**).

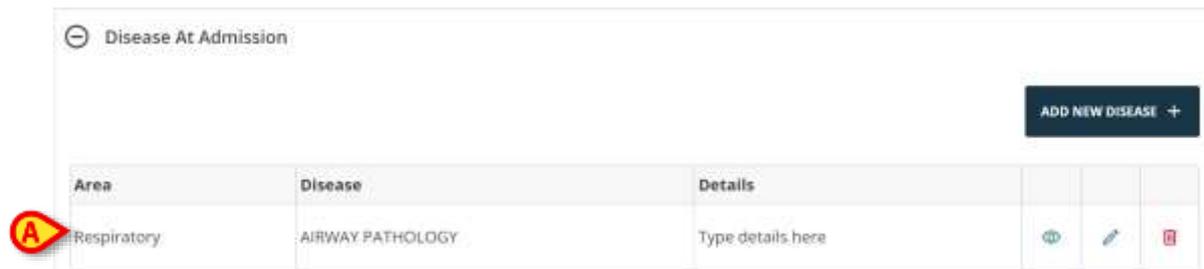


Fig 22

- Fare clic sull'icona  per visualizzare i dettagli per intero.
- Fare clic sull'icona  per modificare l'elemento inserito.
- Fare clic sull'icona  per eliminare l'elemento.

### 3.1.6. Chiamata Codefinder

Le diagnosi e le procedure ICD9 possono essere selezionate tramite il modulo Digistat Codefinder Web. In questi casi, un pulsante specifico richiama il modulo Digistat Codefinder (per la descrizione del modulo Codefinder, si veda il documento *USR ENG Codefinder Web*). L'esempio seguente mostra la procedura di selezione della diagnosi sulla pagina "Ammissione" (Fig 23).

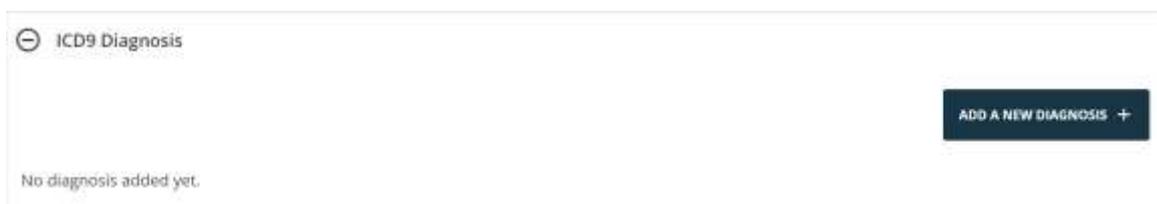


Fig 23

- Fare clic sul pulsante **Add a new diagnosis** (Aggiungi una nuova diagnosi - Fig 23 **A**).

Si aprirà il modulo Codefinder (Fig 24)



Fig 24

- Ricercare la diagnosi (Fig 25)



Fig 25

- Fare clic sulla diagnosi desiderata per selezionarla (Fig 25 **A**).

La voce selezionata verrà visualizzata su “Patient File”, in una tabella che elenca tutte le voci selezionate (Fig 26).

Code	Description
003.1	SETTICEMIA DA SALMONELLA
004.0	SHIGELLA DYSENTERIAE
005.1	BOTULISMO

Fig 26

- Utilizzare l'icona  per eliminare un elemento della tabella (Fig 26 **A**).

### 3.1.7. Nurse Scores



*Di default, Patient File mostra esempi pre-configurati di scores infermieristici (Nurse scores) che possono poi essere modificati dall'utente in fase di configurazione. Questi scores sono definiti all'interno del configuratore di Vitals Web e hanno solamente uno scopo documentativo.*

È possibile documentare diversi “Scores”, contestualmente, su diverse pagine. Si veda ad esempio, nella pagina di ammissione, lo ISS (Injury Severity Score - Fig 27).

**Fig 27**

Per documentare un punteggio:

- Inserire tutte le valutazioni richieste (Fig 28 **A**).

**Fig 28**

- Fare clic sul pulsante **Calculate** (Calcolo - Fig 28 **B**).

Il punteggio complessivo verrà visualizzato in un campo apposito (Fig 28 **C**).

### 3.1.8. Campi disabilitati

Alcuni campi possono essere disabilitati o di sola lettura. I dati personali del paziente nella sezione "Dati del paziente", ad esempio, sono ereditati dall'ADT dell'ospedale e sono di sola lettura su Patient File. I campi possono essere disabilitati a causa dei permessi dell'utente (nel caso in cui un utente non sia autorizzato a eseguire una procedura specifica) o perché non rilevanti per un determinato paziente.

## 3.2. Pagine “sorelle”

Alcune attività vengono svolte più volte durante la degenza del paziente. Ciò comporta la presenza di più documenti dello stesso tipo per lo stesso paziente. È il caso, ad esempio, del documento di passaggio delle consegne, che di solito viene compilato e salvato dal personale infermieristico alla fine di ogni turno (Fig 29).

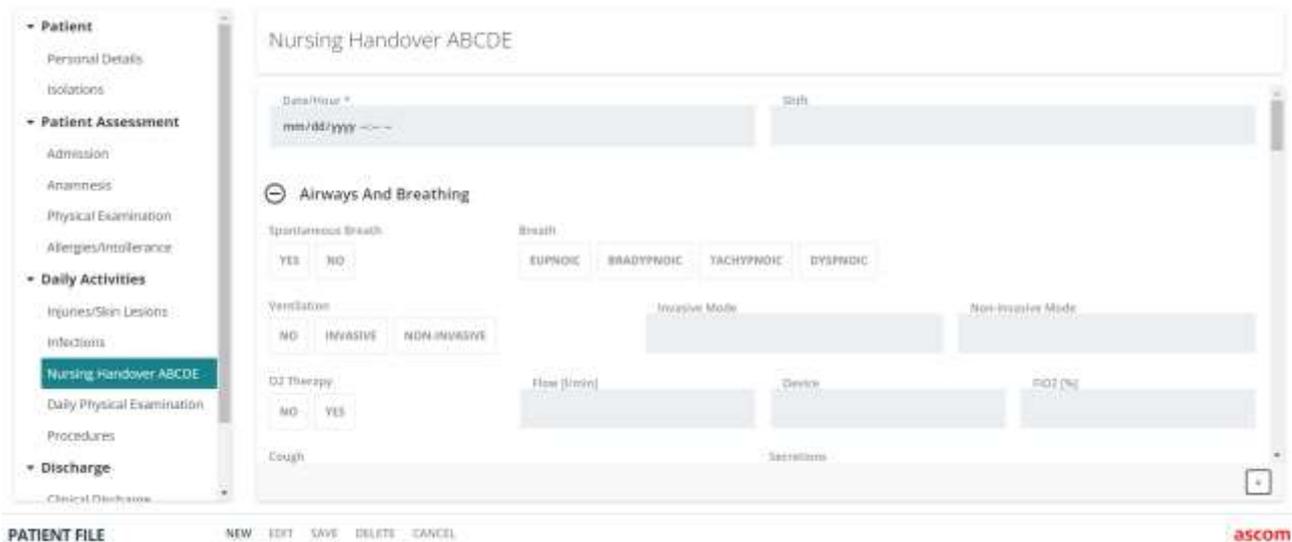


Fig 29

Per creare un nuovo “passaggio di consegne”

- Fare clic sul pulsante **New** (Nuovo) sulla barra dei comandi (Fig 29 A).

La pagina passa alla “Modalità di modifica” (Fig 30).

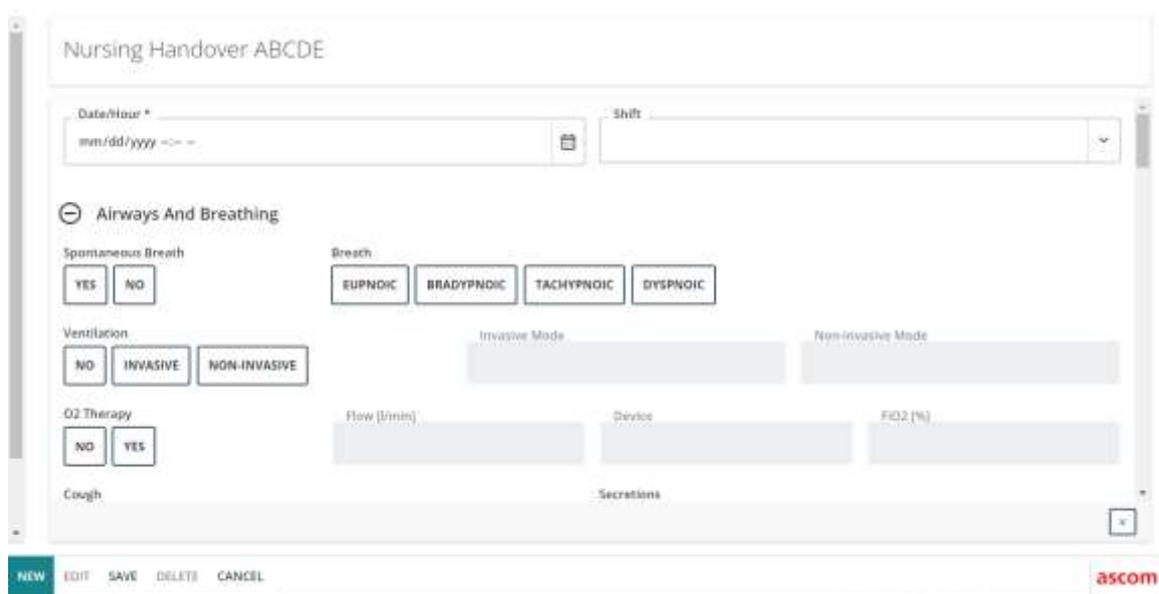
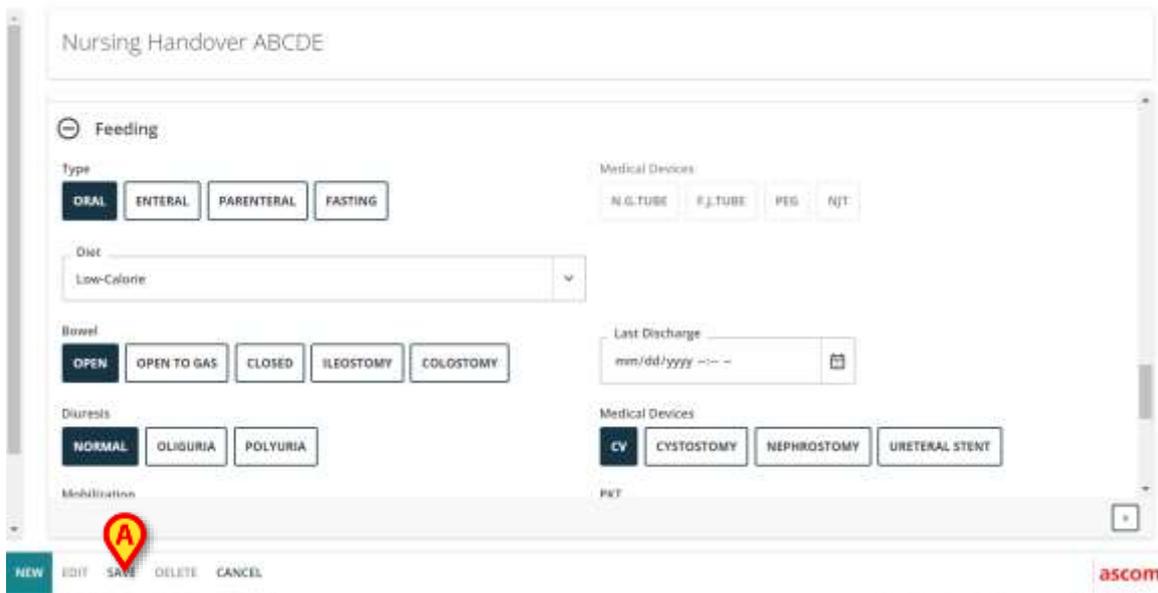


Fig 30

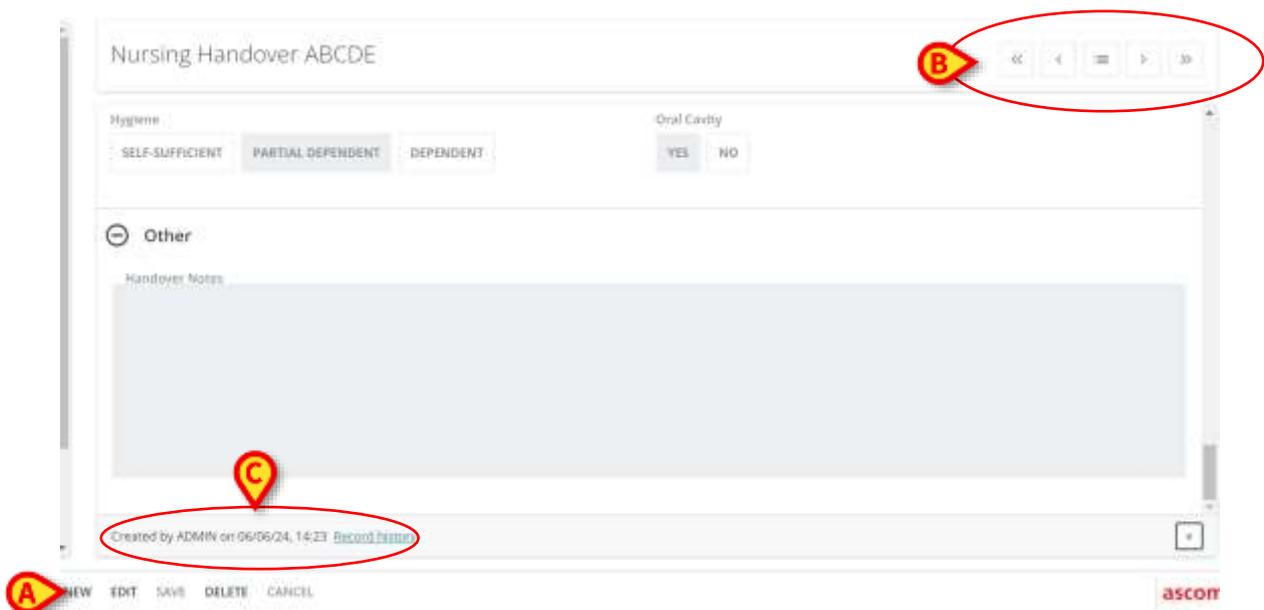
- Compilare tutti i campi necessari (Fig 31).



**Fig 31**

➤ Al termine, fare clic su **Save** (Salva - Fig 31 **A**).

Il documento è così salvato (Fig 32).



**Fig 32**

Sulla barra dei comandi sono abilitati i seguenti pulsanti (Fig 32 **A**):

**New** (Nuovo) - permette di creare un nuovo documento dello stesso tipo. Quando si crea un nuovo documento è possibile scegliere se copiare o meno i dati esistenti sul nuovo documento.

**Edit** (Modifica) - consente di modificare un record esistente.

**Delete** (Elimina) - consente di eliminare un record.

Quando sono presenti più documenti, è possibile navigare tra i vari documenti utilizzando i pulsanti indicati in Fig 32 **B**.

- Fare clic sul pulsante  per visualizzare il documento successivo.
- Fare clic sul pulsante  per visualizzare il documento precedente.
- Fare clic sul pulsante  per visualizzare l'ultimo documento (il più recente).
- Fare clic sul pulsante  per visualizzare il primo documento (il più vecchio).
- Fare clic sul pulsante  per visualizzare una tabella che elenca tutti i documenti esistenti (Fig 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

**Fig 33**

La riga gialla indica il documento attualmente visualizzato. Fare clic su una riga per visualizzare il documento corrispondente.

Per ogni documento sono indicati l'autore e la data/ora di creazione. Se un documento è stato modificato, vengono indicati anche l'autore della modifica e la data/ora. Il link "Cronologia documenti" apre la cronologia dettagliata delle modifiche (Fig 32 **C**, Fig 34).

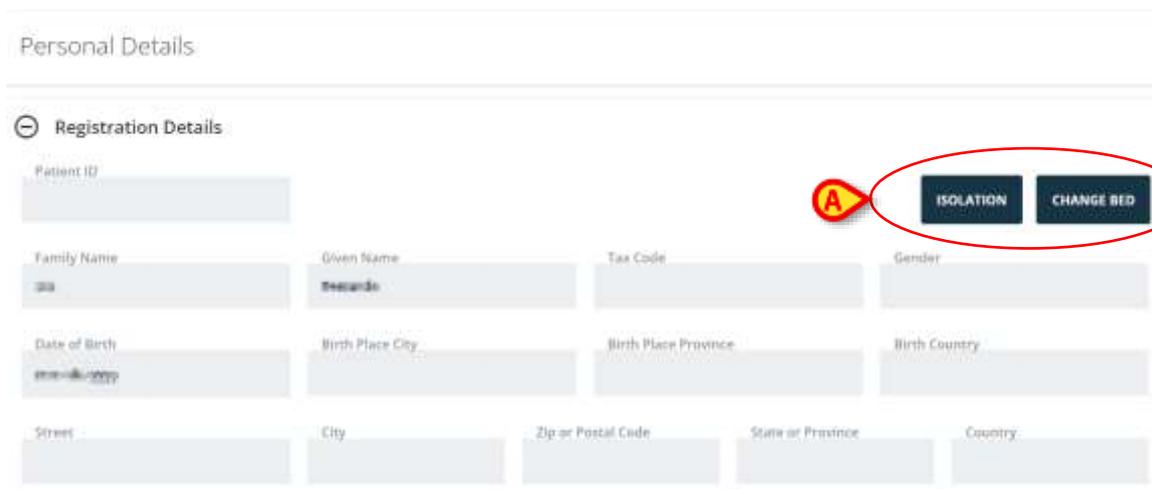
Created by ADMIN on 06/06/24, 14:47 - Edited by ADMIN on 06/06/24, 14:48 [Record history](#)

**Fig 34**

## 3.3. Flussi di lavoro dedicati

### 3.3.1. “Cambia letto” e “Isolamento”

In alcune pagine sono presenti pulsanti specifici che funzionano da accesso rapido a procedure correlate. Si vedano, ad esempio, nella pagina "Personal Detail", i pulsanti **Change Bed** (Cambia letto) e **Isolation** (Isolamento - Fig 35 **A**).



Personal Details

Registration Details

Patient ID

Family Name: 324

Given Name: 324324324

Tax Code

Gender

Date of Birth: 2000-01-01

Birth Place City

Birth Place Province

Birth Country

Street

City

Zip or Postal Code

State or Province

Country

ISOLATION CHANGE BED

Fig 35

#### Cambia letto

Il pulsante Cambia letto può essere utilizzato per registrare rapidamente il trasferimento del paziente in un altro letto.

- Fare clic su **Change Bed** (Cambia letto) per aprire la finestra "Sposta paziente".



Move Patient

Location \*

ICU

Bed \*

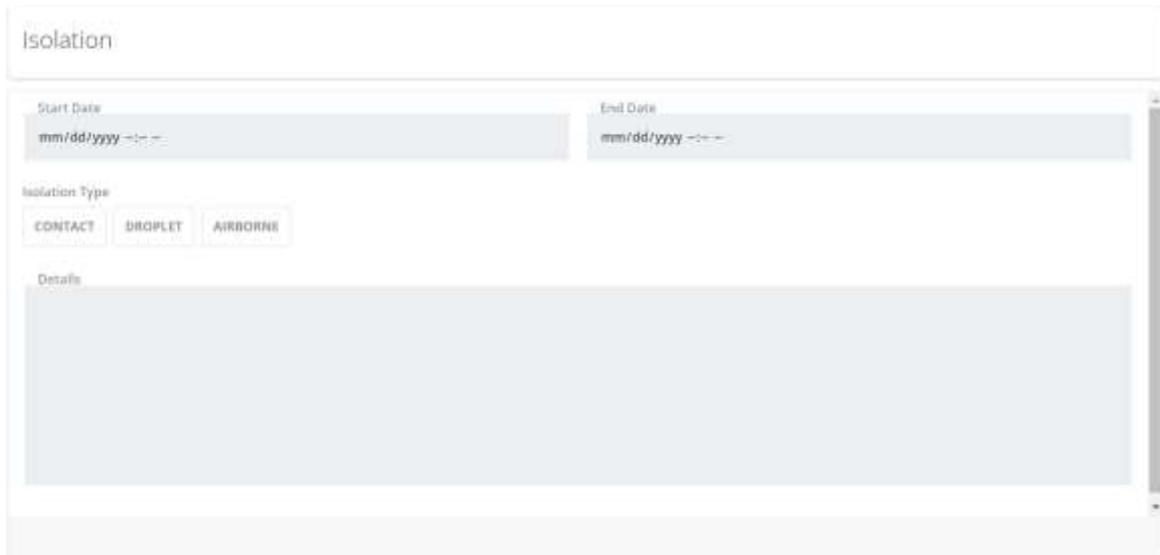
MOVE CANCEL

Fig 36

- Selezionare il reparto e il letto di destinazione sulla finestra, quindi fare clic su **Move** (Sposta - Fig 36 **A**).

#### Isolamento

- Fare clic su **Isolamento** per accedere direttamente alla pagina correlata, che consente di documentare i periodi di isolamento del paziente (Fig 37).



**Fig 37**

Se un periodo di isolamento è stato avviato (la data di inizio è specificata) ma non è terminato (la data di fine non è specificata) come in Fig 38,



**Fig 38**

il pulsante **Isolation** è evidenziato in rosso sulla pagina "Personal Details" (Fig 39).



**Fig 39**

### 3.3.2. Allergie/intolleranze

Un flusso di lavoro specifico è dedicato alla documentazione delle allergie e delle intolleranze del paziente.



Fig 40

Per indicare le allergie e le intolleranze

- Fare clic sul pulsante **Nuovo** sulla barra comandi (Fig 40 **A**).

Lo schermo passerà alla modalità di modifica (Fig 41).

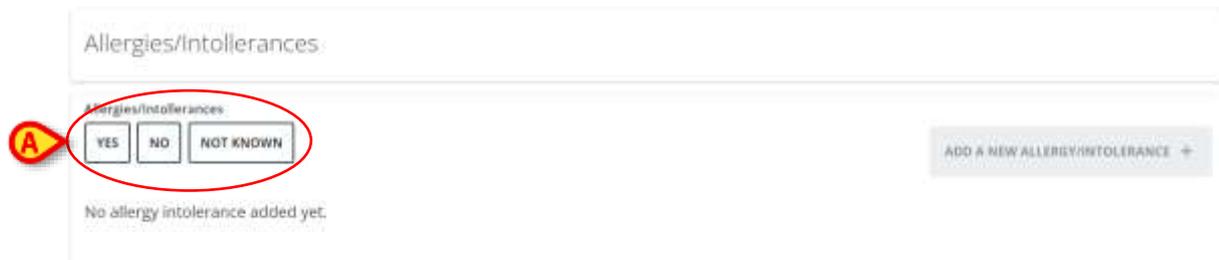


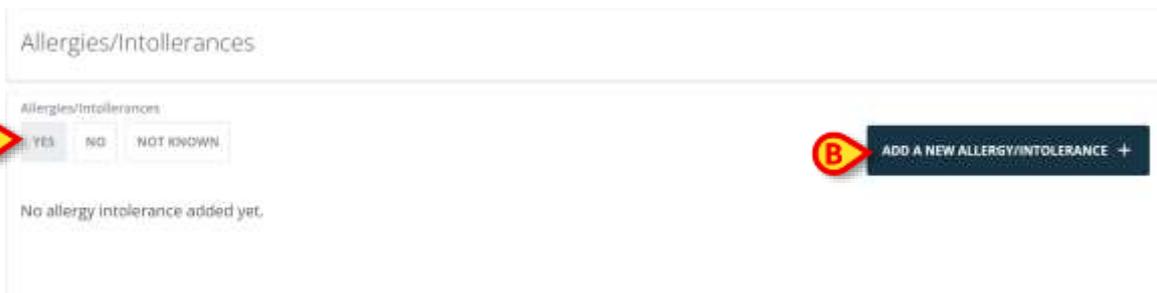
Fig 41

- Selezionare una delle opzioni indicate in Fig 41 **A**. La scelta sarà salvata automaticamente.



*Qualsiasi opzione venga selezionata nella pagina "Allergie", viene immediatamente e automaticamente salvata. Non è necessario fare clic sul pulsante **Save** (Salva) per salvare la selezione effettuata. La selezione può in seguito essere modificata con la procedura di modifica.*

Dopo aver selezionato l'opzione **Yes** (Fig 42 **A** - che significa che ci sono allergie/intolleranze), si attiva il pulsante **Add a new allergy/Intolerance** (Aggiungi nuova allergia/intolleranza - Fig 42 **B**).



**Fig 42**

Per specificare le allergie del paziente

- Fare clic sul pulsante **Aggiungi nuova allergia/intolleranza**.

Viene visualizzato un modulo apposito (Fig 43)

**Fig 43**

- Compilare il documento (Fig 44 – per questo scopo è disponibile una finestra Codefinder appositamente configurata).

< Allergies/Intolerances - New

Category:

Code: 260172004

Description: Aglio

Seriousness:

Reactions:

Reactions description

ascom

Fig 44

- Fare clic su **Save** (Salva) sulla barra comandi (Fig 44 **A**).

Le voci selezionate vengono visualizzate in una tabella (Fig 45).

Allergies/Intolerances

Allergies/Intolerances

Seriousness	Category	Code	Description	Reactions
Allergy	Food	260172004	Aglio	Reactions description

Fig 45

### 3.3.3. Ferite/lesioni cutanee

Una procedura specifica è dedicata alla documentazione delle ferite e lesioni cutanee del paziente (Fig 46).



Fig 46

Per indicare una lesione:

- Fare clic sul pulsante **New lesion** (Nuova lesione - Fig 46 **A**). La schermata cambia nel modo seguente (Fig 47).

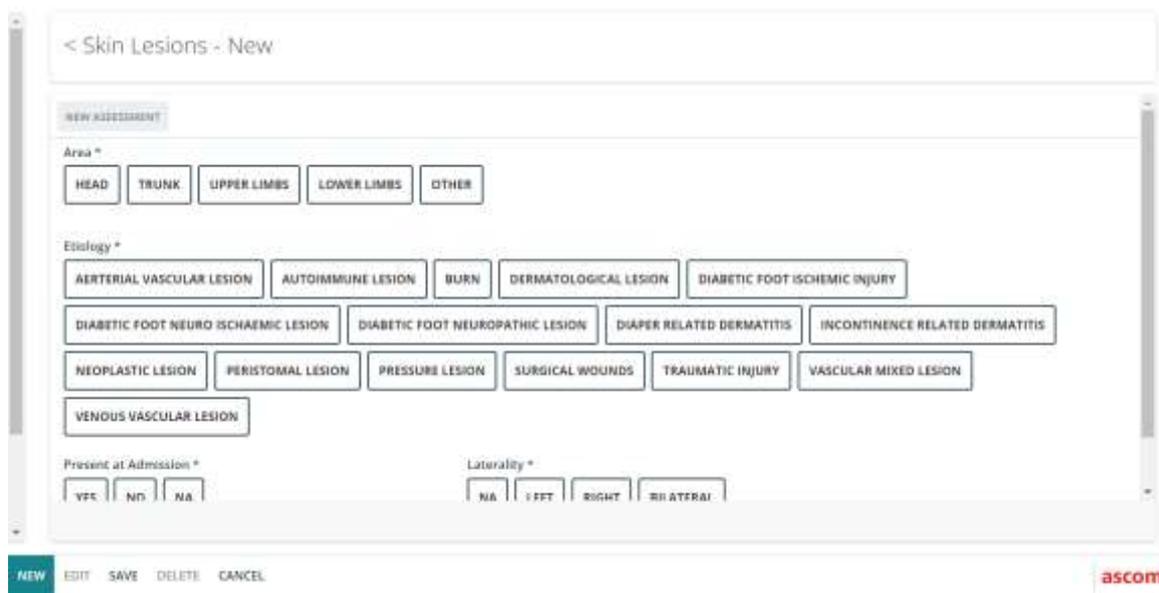


Fig 47

- Inserire le informazioni richieste (Fig 48).

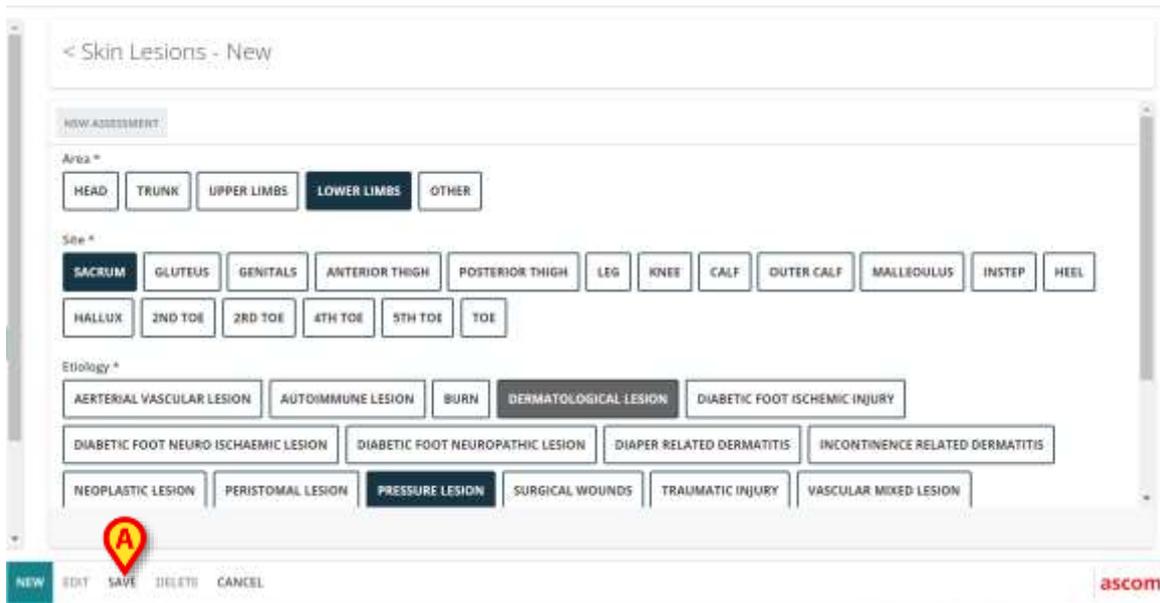


Fig 48

- Fare clic sul pulsante **Save** (Salva - Fig 48 **A**).

I dati vengono salvati (Fig 49).

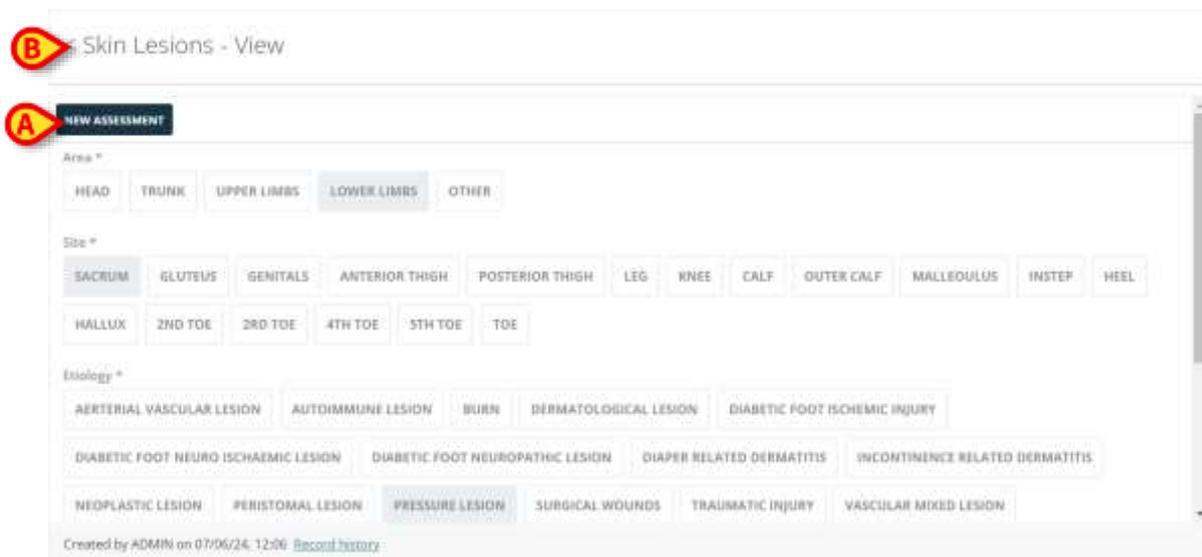


Fig 49

È ora possibile documentare una valutazione per la lesione indicata (fare clic sul pulsante New Assessment / Nuova valutazione - Fig 49 **A**) o tornare alla pagina di riepilogo delle lesioni (Fig 50 - fare clic sulla freccia **Indietro** indicata in Fig 49 **B**).



Fig 50

Utilizzare nuovamente il pulsante **New lesion / Nuova lesione** per documentare altre lesioni. Tutte le lesioni documentate sono elencate nella pagina (Fig 51).

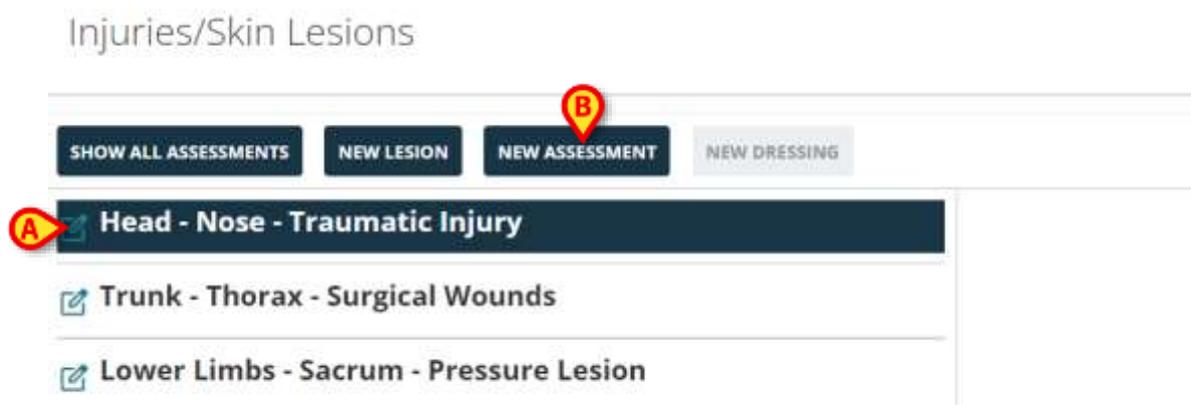


Fig 51

È possibile documentare valutazioni periodiche per ogni lesione. Per farlo:

- Selezionare la lesione da valutare. La riga corrispondente è evidenziata (Fig 51 **A**).
- Cliccare il pulsante **New Assessment / Nuova valutazione** (Fig 51 **B**).

Si aprirà il modulo "Valutazione".

- Inserire le informazioni richieste e fare clic su **Save / Salva** nella barra dei comandi.

I dati della valutazione vengono così salvati (Fig 52).

Fig 52

Le valutazioni sono elencate nella pagina "Ferite/lesioni cutanee", sotto la relativa lesione (Fig 53).



Fig 53

Eventuali medicazioni successive possono essere documentate per ogni valutazione. Per farlo:

- Fare clic sulla valutazione. La riga corrispondente è evidenziata (Fig 54 **A**).

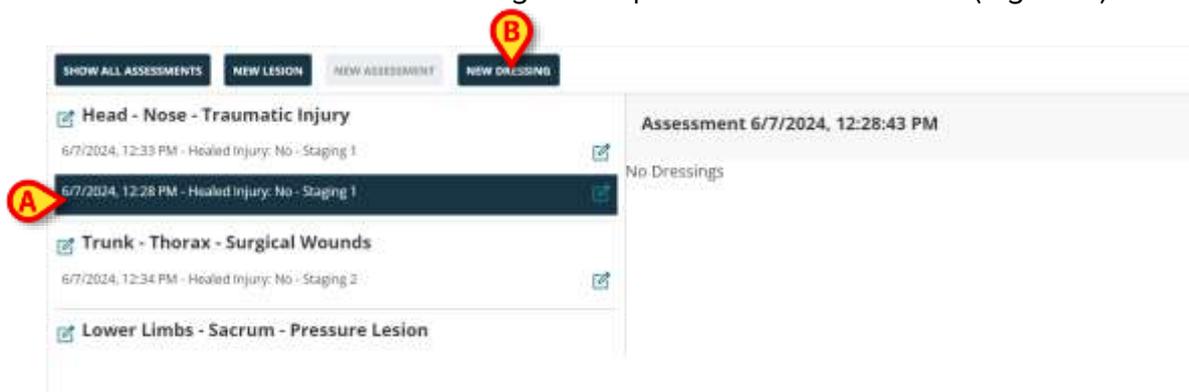


Fig 54

- Fare clic sul pulsante **New Dressing / Nuova medicazione** (Fig 54 **B**).

Si aprirà la schermata "Medicazioni".

- Inserire le informazioni richieste e fare clic su **Save / Salva** sulla barra dei comandi.

I dati della medicazione vengono così salvati (Fig 55).

< Skin Lesions - Dressing - View

Date/Time Dressing \* 06/07/2024 12:27:09 PM Executed by \* trust

Dressing Details

Primary Dressing

BETADINE GAUZE PARAFFIN GAUZE **STERILE GAUZE** MOISTURING CREAM SILVER ALGINATE ZINC OXIDE OTHER

Secondary Dressing

HYDROCOLLOID 3 MM HYDROCOLLOID 5 MM POLYURETHANE FOAM BORDERED STERILE GAUZE **MEDICATED PATCH** COHESIVE BENDAGE

ELASTIC MESH COMPRESSIVE BENDAGE PATCH OTHER

Painfulness \* Procedural Pain \*

Created by ADMIN on 07/06/24, 12:46 - Edited by ADMIN on 07/06/24, 12:46 [Record history](#)

Fig 55

I dati relativi alle medicazioni vengono visualizzati nella pagina principale "Ferite/Lesioni" quando si seleziona la valutazione corrispondente (Fig 56 a destra).

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

Fig 56

Per accedere e modificare rapidamente qualsiasi elemento:

- Fare clic sull'icona  posta accanto all'elemento (vedere, ad esempio, Fig 56 **A**).



La documentazione "Ferite/lesioni cutanee" è strutturata in questo modo:

- Per un paziente possono essere documentate ferite/lesioni multiple.
- Per una ferita/lesione possono essere documentate più valutazioni.
- Per una valutazione è possibile documentare più medicazioni.

### 3.3.4. Dimissione medica

Le procedure di inserimento dei dati sulla schermata "Clinical Discharge" / "Dimissione medica" sono simili a quelle descritte nei paragrafi precedenti. Alla fine della documentazione della dimissione, dopo aver indicato tutte le informazioni pertinenti, è però richiesta una procedura specifica.

Su questa schermata le informazioni relative alle terapie attive sono ereditate dal modulo Digistat Therapy Web, mentre le informazioni relative alle visite/consultazioni sono ereditate dal modulo Digistat Diary Web.



La procedura di dimissione richiede che almeno una terapia sia attiva per il paziente sul modulo Digistat "Therapy Web" e che le note del diario clinico (Diary Web) siano configurate correttamente. Per ulteriori informazioni, consultare il manuale d'uso di Digistat Therapy Web (USR ENG Therapy Web) e il manuale d'uso di Diary Web (USR ENG Diary Web).

Al termine della degenza del paziente, quando tutti i campi del modulo "Dimissione" sono stati compilati, è necessario eseguire una procedura di validazione finale. A tal fine, nella sezione "Azioni di convalida finale" sulla schermata di dimissione medica,

- Fare clic sul pulsante **Lock therapy and discharge patient** (Blocca terapia e dimetti paziente - Fig 57 **A**).



Fig 57

Le terapie attive del paziente saranno così bloccate sul modulo Digistat Therapy Web. I pulsanti **Unlock Therapy** (Sblocca terapia) e **Validate and lock patient data** (Convalida e blocca dati paziente) saranno abilitati (Fig 58).

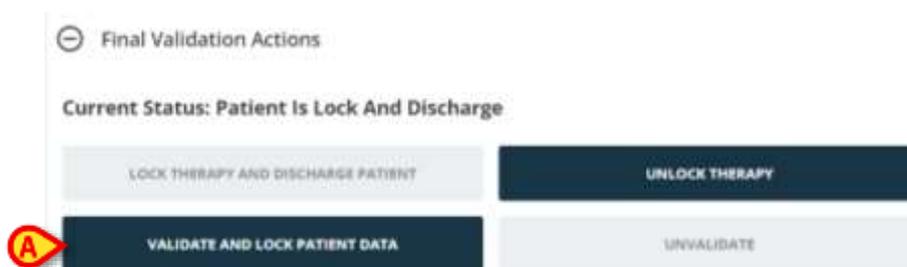


Fig 58

- Fare clic su **Validate and lock patient data** (Convalida e blocca dati paziente - Fig 58 **A**).

La cartella clinica viene così convalidata. I dati presenti sulle diverse schermate di Patient File passano alla modalità di sola lettura. Il pulsante **Unvalidate** (Togli validazione) è abilitato.

Utilizzare i pulsanti **Sblocca terapia** e **Non convalidare** come pulsanti "Annulla" per le procedure **Unlock Therapy** (Sblocca terapia) e **Unvalidate** (Togli validazione). In entrambi i casi, il motivo deve essere esplicitamente specificato dall'utente su un'apposita finestra pop-up (Fig 59).



**Fig 59**

Per farlo:

- Digitare il motivo nel campo testuale indicato in Fig 59 **A**.
- Fare clic su **Confirm** (Conferma - Fig 59 **B**).