

Patient File Manuale Utente

Versione 1.0

2024-07-17

Ascom UMS s.r.l. Unipersonale Via Amilcare Ponchielli 29, 50018, Scandicci (FI), Italia Tel. (+39) 055 0512161 - Fax (+39) 055 829030 www.ascom.com

Sommario

1. Introduzione	3
1.1. Avvio di Patient File	3
1.2. Selezione del paziente	3
2. Struttura di Patient File	4
2.1. Pannello di navigazione	4
2.2. Area dati	5
2.3. Barra dei comandi	7
3. Inserimento dati	8
3.1. Esempi di inserimento dati	
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	

 \wedge

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**.



ADM 12:56 PM ⑦ 🚱

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).

Patient Personal Details	Personal Details					
bolations - Patient Assessment Admission	Registration Details Patient ©				ISOLATION	CHANGE BED
nnello di navigazio	ne National Annie	Giorn Name Dubines	Tex Cyde		Gerder	
Daily Activities Injuries/Skin Lesions Indections	Core of Birth 05/20/2002	Reth Place Coy	Area dati 👔	WILE	Birth Country	
Norsing Handover ABCDE Doity Physical Examination	Screel.	Cty	Zip ur Pastal Code	State or Province	Country	
Procedures Discharge Clinical Discharge		C Darra o	amandi			
PATIENT FILE	EW EDIT SAVE DELETE CANCEL	Y Barra Co	Smandi			asc

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).



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



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).

Registration Details				ß
Patient ID				ISOLATION CHANGE B
Family Name	Gwen Name	Tas Eode		Gender
Chel Tobuso	Dutcinea			Female
Oute of Birth 05/20/2002	Birth Placa City	Birth Place Pre	white	Bordy Celandry
tirent	Cny	Zip or Postal Code	State or Province	Country

In ogni pagina, i dati sono raggruppati per argomento. Ogni "sezione tematica" è definita da un titolo (Fig 5 **A**).

> Fare clic sull'intestazione per espandere/collassare una sezione.

In Fig 6, ad esempio, la sezione "Registration details" è chiusa (Fig 6 A).

Registration L	Details				
Previous Episo	odes				
Nosological	Admission Date	Discharge Date	Unit	Hospitalization Days	
					ß

Utilizzare i pulsanti indicati in Fig 6 B per espandere () o chiudere () tutte le sezioni.

In una pagina possono essere disponibili pulsanti speciali che permettono di accedere ad altre pagine o procedure direttamente correlate a quelle della pagina attualmente visualizzata. Questo è il caso dei pulsanti ISOLATION (Isolamento) e CHANGE BED (Cambia letto) indicati in Fig 5 **B** (vedere la sezione 3.3.1).

2.3. Barra dei comandi

La barra dei comandi (Fig 7) contiene i pulsanti che consentono di operare sui contenuti presenti sulla schermata.

PATIENT FILE	NEW	EDIT	SAVE	DELETE	CANCEL
--------------	-----	------	------	--------	--------

Fig 7

Il nome del modulo (Patient File) è visualizzato a sinistra. I pulsanti sono:

New (Nuovo) - consente di creare un nuovo elemento di un certo tipo. Questo può accadere sia nel caso in cui siano possibili più pagine dello stesso tipo (è il caso, ad esempio, di "Passaggi di consegne infermieristiche", dove di solito viene creato un nuovo passaggio di consegne alla fine di ogni turno), sia la prima volta che viene modificata una pagina (ad esempio, la prima volta che vengono inseriti i dati di ammissione di un paziente).

Edit (Modifica) - abilita l'inserimento dei dati (la pagina passa alla "Modalità di modifica").

Save (Salva) - consente di salvare le modifiche effettuate.

Delete (Elimina) - consente di eliminare una pagina, se possibile.

Cancel (Annulla) - consente di annullare le modifiche apportate a una pagina.

I pulsanti della barra dei comandi sono abilitati/disabilitati in base al contesto (ad esempio, il pulsante **Salva** è abilitato solo in "Modalità di modifica") e/o ai permessi degli utenti (alcune procedure possono essere eseguite solo da utenti specifici).

3. Inserimento dati

Per inserire i dati:

> Fate clic sul pulsante **Edit** (Modifica) nella barra dei comandi (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**).



- 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.

Patient Personal Details	Admission			
Holations Patient Assessment Admitsion Anamnesis	Access Adminion Date	Admitting D	octor +]
Physical Examination Allergees/IntoGerance	Internal Provenance *	Other Other Unit		
Daily Activities Discharge Clinical Discharge	NUTURE NUTURE STREEMY	Hespitalization * MEDICAL GUNGEDIL	Non-surgical Protectives * ELECTION URGENICY NO	
Nursing Discharge • Utility	Resum for Admission * WEANING MONITORING INTERSIVE CARD	DETERMINATION OF DEATH/ORGAN PROCUNDWENT	Come . Days	
	Scheduliet Admission to ICU A	dentical for Trauma guildual Authority Report	Protocol Number JA	
PATIENT FILE	NEW EDIT SAVE DÉLETE CAVEEL			ascom

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).

 Patient Personal Oetaits 	Admission	
isolations • Patient Assessment	⊖ Access	i
Admoston Anamnesis	Admitting Data Admitting Data *	•
Physical Examination Allergies/Intollerance	Uther Unit	
Daily Activities Discharge	Scatus Non-surgical Precidures * Non-surgical Precidures * ELECTIVE URGENT MEDICAL SURGICAL ELECTION URGENCY N	•
Nursing Discharge	Beason for Admission * Come - Dugs Weaking MONITORING INTENSIVE CARE DETERMINATION OF DEATH/ORGAN PROCUREMENT	_
	Scheduled Admission to iCU Admitted for Tysuma Judicial Authority Report Promoti Number JA	
PATIENT FILE	NOW KON SAVE CHLETE CANCEL	ascom

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).

Admitting Doctor *		
		×
	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).

It is not possible to s saving again:	ave the data. Please fix the following errors and then try
Admitting Doctor fie	ld is required
Hospitalization field	is required
Non-surgical Proced	ures field is required
Reason for Admissio	n field is required
Diagnosis at Admissi	on field is required
Internal Provenance	field is required



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

Admission Date		Admitting Doctor	- C.	3
10/04/24, 14:30				.*
		Admitting Dector field-ton	oq.inod.	
Internal Provenance *	Other	Other Unit		
tiamal Prinemature Retillis regulated				
tatus	Hospitalization *		Non-surgical Procedures *	
ELECTIVE URGENT	MEDICAL SURGICAL		ELECTION URGENCY NO	
	Anothelization field in secured		Street-supported Descendances Bailting transford	
eason for Admission *			Come Days	
WEANING MONITORING INTENSIVE CARE	DETERMINATION OF DEATH/ORGAN	PROCUREMENT		
WEAKING MONITORING INTERSIVE CARE	DETERMINATION OF DEATHDORDAN	PROCOREMENT		

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).

	-
Engran Doctor	
114-160 (2017)	
Caller Thinks	

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.

Administra Date 05/06/24,00:00			Admitting Doctor *		
Internal Provenance *	*	Other	Other Unix		
Status	Hoyetai	22009 *	Norma	gical Procedures *	
ELECTIVE URGENT	MEDIC	SUNGICAL	. ELECT		
WEANING MONITORING	SIVE CARE DETERMINAT	ION OF DEATH/ORGAN	PROCUREMENT	Dige	



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	E)	
	Non-surgical Procedures *	
	ELECTION URGENCY NO	
	Come Dave	
B	Come Days	+
Judicial Authority Report	Come Days5	+

3.1.4. Campi di testo libero

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



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.



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).

RESPIRATORY	CARDIOVASCULA	R NEUROLOGICAL	GASTROINTESTINAL A	ND HEPATIC OT
Disease *				
Details				

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

RESPIRATORY	CARDIOVASCULAR	NEUROLOGICAL	GASTROINTESTIN	AL AND HEPATIC	0
Disease *					
AIRWAY PATHOLO	GY				
_ Details					
Type details here					
>					
				0	
				(D)	

- 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).

			ADD N	IEW DISE	ASE
Area	Disease	Details			
Respiratory	AIRWAY PATHOLOGY	Type details here	0	1	1
		Fig 22			

- Fare clic sull'icona per modificare l'elemento inserito.
- > Fare clic sull'icona ^b 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).

⊖ ICD9 Diagnosis		
		ADD A NEW DIAGNOSIS +
No diagnosis added yet.		
	Fia 23	

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

Si aprirà il modulo Codefinder (Fig 24)

Herachy	Favorites	Proquents	Recenta		
Search				SEARCH	
					9

Ricercare la diagnosi (Fig 25)

Il Hierachy Favorities Fi	requents Recents	
5647CB		SEARCH
Code Description		
003.1 SETTICEMIA DA SALM	ONELLA	

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).

		ADD A NEW DIAGNOSIS +
Code	Description	
003.1	SETTICEMIA DA SALMONELLA	0
004.0	SHIGELLA DYSENTERIAE	8
005.1	BOTULISMO	
	Fig 26	

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).

Head-Neck		Face		Thorac	
	v		*		18
Abdomen		Extremity		_ External	
	*		~		
ISS Score					
					CALCULATE C



Per documentare un punteggio:

Inserire tutte le valutazioni richieste (Fig 28 A).

Head-Neck	Face		Thorax	
Minor	 No Injury	1	Moderate	
Abdomen	Extremity		External	
Serious	 No Injury	~	No injury	

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).

Cherical Dischasson					
* Discharge	Cough		- Sacrations		
Procedures	Tassac				
Daily Physical Examination	MO YES				
Nursing Handover ABCDE	DJ Therapy	Flow (Unrin)	Device	E03 (%)	
Intections	NO INVASIVE NON-INVASIVE				
Injunes/Skin Lesions	Ventlation	Invasive h	lofe	Non-invester Mode	
 Daily Activities 					
AlleigiesAntoReracce	YE3 NO	EUPNOIC BRADYPNOIC	ACHYPMOR DYSPWIDIC		
Physical Examination	Sporthamous Breach	Houseful			
Anamnesis	Airways And Breathing				
Admission					
 Patient Assessment 	mm/dd/yyyy				
isolations	Data/Mour *		puh		
Personal Details					
Patient	Nursing Handover ABCD	E			

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).

		Shift		
mm/dd/yyyy ->		8		8
 Airways And Breathing 				
Spontaneous Breath	Breath			
YES NO	EUPNOIC	TACHYPNOIC DYSPNOIC		
Ventilation	Inva	ive Mode	Non-Irivative Mode	
NO INVASIVE NON-INVASIVE				
02 Therapy	Flow [I/min]	Device	FID2 (%)	
and are				
NO TES				
Cough		Secretione		

Fig 30

> Compilare tutti i campi necessari (Fig 31).

Feeding		
Type	Medical Devices	
ORAL ENTERAL PARENTERAL FASTING	N.G.TUBE FLIDE PES NJT	
Low-Calorie	w.	
	Last Discharge	
OPEN OPEN TO GAS CLOSED ILEOSTOMY COLOSTOMY	mm/dd/yyyy	
Diuresis	Medical Devices	
NORMALI OLISURIA POLYURIA	CY CYSTOSTOMY NEPHROSTOMY URETERAL STENT	
Mobilitation	PAT	
Mobilization	PAT	

Fig 31

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

Il documento è così salvato (Fig 32).

Hyghene	Oral Cavity	
SELF-SUFFICIENT PARTIAL DEPENDENT DEPENDENT	YES NO	
Other		
Handover Notes		
Handover Notas		
Handover Notes		
Handover Notes		
Handover Notes		

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 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					ISOLATION	CHANGE BED
Family Name	Given Name Recurds		Tax Code		Gender	
Date of Brth	Birth Place City		Birth Place Prov	ince.	Birth Country	
Street	City	Zip or P	ostal Code	State at Province	Country	

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".

Location *	
ICU	~
Bed *	•
	A

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).

Isolation		
Start Date mm/dd/yyyy -:	Evel Date mmi/dd/yyyy -:	
Isolation Type		
CONTACT DROPLET AIRDORNE		
Details		

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,

Start Date *	1.5.1	End Date	
06/06/2024 12:00 AM		mm/dd/yyyy	0

Fig 38

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

Personal Details			
Registration Details Patient (0)			ISOLATION CHANGE BED
Family Name	Given Name Treasers	Tax Code .	Schder
		Fig 39	

3.3.2. Allergie/intolleranze

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

Patient Personal Details	Allergies/Intollerances	
isolations	Allerges/Impferances	
 Patient Assessment 	YES NO NOT RHOWN	and a article or employed arrest resident at
Admission		AND A MER ALLERGING CONTRACT.
Anamnesis	No allergy intolerance added yet.	
Physical Examination		
Allergies/IttoBerance		
- Daily Activities		
injuries/Skin Lesions		
Infections.		
Nursing Handover ABCDE		
Daily Physical Examination		
Procedures		
- Discharge		
Clinical Distribution	A)	
ATIENT FILE	EDIT SAVE DELETE CANCEL	asco

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).

Allergies/Intollerances	
VES NO NOT KNOWN	ADD & NEW ALLEREVANTOLERANCE +
No allergy intolerance added yet.	



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**).

Allergies/Intollerances		
Allergies/Intollerances		<u> </u>
YES NO NOT KNOWN		ADD A NEW ALLERGY/INTOLERANCE +
No allergy intolerance added yet.		
	Fig 42	

Per specificare le allergie del paziente

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

Viene visualizzato un modulo apposito (Fig 43)

< Allergies/Intollerances - New	
Category DRUGS FOOD AMBIENTALI OTHER	
Code	Description
Seriousness	
Reactions	

Fig 43

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

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

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

Allergies/Intolle	rances			
Allergies/Intollerances	IOWN			ADD A NEW ALLERGY/INTOLERANCE +
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).

PATIENT FILE	W EDIT SAVE DELITE	CANCEL.			ascom
Oloical Dischaete					
- Discharge					
Procedures					
Deity Physical Stamination					
Nursing Handover ABCDE					
Infections					
Injunes/Skin Lesions				Select an assessment	
* Daily Activities					
Altergies/Intollerance					
Physical Examination					
Anamhesis					
Admission					
+ Patient Assessment					
isolations			And and and and a second		2
Personal Details	ingen rest stort ee	A			
* Patient	Injuries/Skin Le	sinds			

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).

ALAN STELEVISION.					
Area * HEAD TRUNK UPPER LIMES LOWER					
Etislogy *					
AERTERIAL VASCULAR LESION AUTOIMMUN	ELESION BURN DER	MATOLOGICAL LESION	DIABETIC FOOT IS	CHEMIC INJURY	
DIABETIC FOOT NEURO ISCHAEMIC LESION	DIABETIC FOOT NEUROPATHI	C LESION DIAPER RI	LATED DERMATITIS	INCONTINENCE RELATED	DERMATITIS
NEOPLASTIC LESION FERISTOMAL LESION	PRESSURE LESION SUI	REICAL WOUNDS T	AUMATIC INJURY	VASCULAR MIXED LESION	
VENOUS VASCULAR LESION					
Present at Admession *	Laterality *				
			TTRAL		

Fig 47

Inserire le informazioni richieste (Fig 48).

	11 () () () () () () () () () (
Area * HEAD T	RUNK UPPER LIMBS OTHER OTHER
SACRUM	GLUTEUS GENITALS ANTERIOR THIGH POSTERIOR THIGH LEG KNEE CALF DUTER CALF MALLEOULUS INSTEP HEE
HALLUX	2ND TOIL 2RD TOE 4TH TOE STH TOE TOE
AERTERIAL	ASCULAR LESION AUTOIMMUNE LESION BURN DERMATOLOGICAL LESION DIABETIC FOOT ISCHEMIC INJURY
C	OT NEURO ISCHAEMIC LESION DIABETIC FOOT NEUROPATHIC LESION DIAPER RELATED DERMATITIS
DIABETIC FO	

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

I dati vengono salvati (Fig 49).

Local P												
HEAD	TRUNK	PPER LIMBS	LOWER LIME	OTHER								
Site *												
SACRUM	GLUTEUS	GENITALS	ANTERIOR 1	нибн РОЗТ	ERIOR THIGH	LEG	KNEE	CALF	OUTER CALF	MALLEOULUS	INSTER	HEEL
HALLUX	2ND TOE	2RD TOE	ATH TOE	TH TOE TO	Æ							
viology *												
AERTERIA	L VASCULAR L	ESION AUT	DIMMUNE LESI	DN BURN	DERMATOL	HICAL LI	SION	DIABITIC	OOT ISOHEMIC	INTERA		
DIABETIC	FOOT NEURO	ISCHAEMIC LES	ION DUABIT	IC FOOT NEUR	OPATHIC LESID	N DIA	PRRMELA	TED DERMA	TITIS INCO	NTINENCE RELATED	DERMATITE	

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**).

Injuries/Skin Lesions			
SHOW ALL ASSESSMENTS NEW LESION NEW ASSESSMENT VIEW	W DRESSING		
Lower Limbs - Sacrum - Pressure Lesion			

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

njuries/Skin Le	esions			
SHOW ALL ASSESSMENTS	NEW LESION		NEW DRESSING	
Head - Nose - Tr	aumatic Inj	jury		
Trunk - Thorax	- Surgical W	ounds		
🛿 Lower Limbs - S	acrum - Pre	ssure Lesion		

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).

the Preside	Sile: Nase	Foology Traumatic Injury	
aterality: NA	Present at Admission: YES		
USH TOOL			
Lesson Height (cm)	Central Wildfib [cm]	Emulate	
2	2	NONE LIGHT MODERATE HEAVY	
Tissue Type			
CLOSED EPITHELIAL TISSUE	GRANULATION TISSUE SLOUGH	NECROTIC TISSUE	
		Push Ta	àÌ
		CALCULATE (C) 8	

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

Head - Nose - Traumatic Injury	Assessment 6/7/2024, 12:28:43 PM	
/7/2024, 12:33 PM - Healed Injury: No - Staging 1		
77/2024, 12:28 PM - Healed Injury: No - Staging 1	Ne Drezende	
g Trunk - Thorax - Surgical Wounds		
/7/2024, 12:34 PM - Healed Injury: No - Staging 2	đ	
f Lower Limbs - Sacrum - Pressure Lesion		

> 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).

	u. *	Executed by *						
06/07/2024 12:27	:09 PM	trust						
Dressing Oetails								
many Dressing								
ETADINE GAUZE	PARAFFIN GAUZE	STERLI GAUZE	MOISTURING CREAM	SILVER ALGINATE	ZINC COODIE	OTHER		
ordary Dressing								
YDROCOLLOID 3	MM HYDROCOLLOI	D-5 MM POLYUR	ETHANE FOAM BORDERED	STERILE GAUZE	MEDICATED	ATCH	COHESIVE BENDAGE	
LASTIC MIGH	COMPRESSIVE BENDAG	E PATCH OT	HER.					

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

g Head - Nose - Traumatic Injury		Assessment 6/7/2024	I, 12:28:43 PM	
6/7/2024, 12:35 PM - Healed Injury: No - Staging 1	12	Date/Time Dressing	Executed by	Primary Dressing
🕫 Trunk - Thorax - Surgical Wounds		6/7/2024, 12:27:09 PM		Sterile Gauze
6/7/2624, 12:34 PM - Healed Injury: No - Staging 2	ß			

Fig 56

Per accedere e modificare rapidamente qualsiasi elemento:

Fare clic sull'icona opsta 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. i

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).



Le tarapie 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 popup (Fig 59).



Per farlo:

•

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