

ascom

Patient File Manuale Utente

Versione 3.0

8/22/2025

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	6
2.3. Barra dei comandi	7
3. Inserimento dati	8
3.1. Esempi di inserimento dati.....	8
3.1.1. Menù a discesa	10
3.1.2. Scelta multipla	11
3.1.3. Campi correlati	11
3.1.4. Campi di testo libero.....	11
3.1.5. Finestra di selezione.....	12
3.1.6. Chiamata Codefinder	13
3.1.7. Nurse Scores.....	15
3.1.8. Campi disabilitati.....	15
3.2. Storico	16
3.3. Pagine “sorelle”	17
3.4. Flussi di lavoro dedicati	20
3.4.1. “Cambia letto” e “Isolamento”	20
3.4.2. Allergie/intolleranze	22
3.4.3. Ferite/lesioni cutanee	25
3.4.4. Dimissione medica	29



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**).

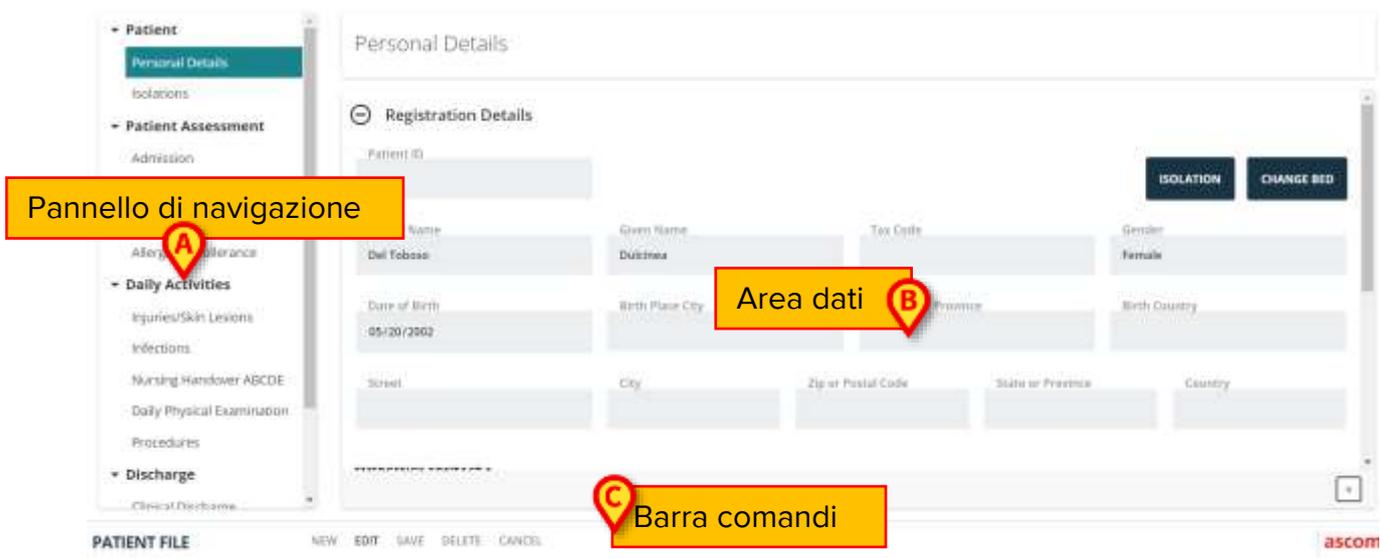


Fig 2

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.

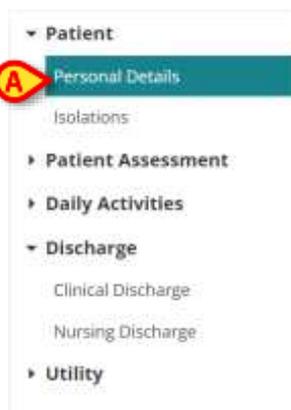


Fig 4

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

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

Inoltre, per facilitare la navigazione, un pulsante “Indietro” è presente a fianco dell’intestazione della pagina su quei documenti che sono “Figli” di una pagina di ordine superiore. Un esempio sono i documenti esistenti relativi a un consenso (Fig 5).



Fig 5

Quando la freccia a sinistra indicata in Fig 5 **A** è presente sull’intestazione, è possibile

- Cliccare su di essa per ritornare al documento di ordine superiore.

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 6).

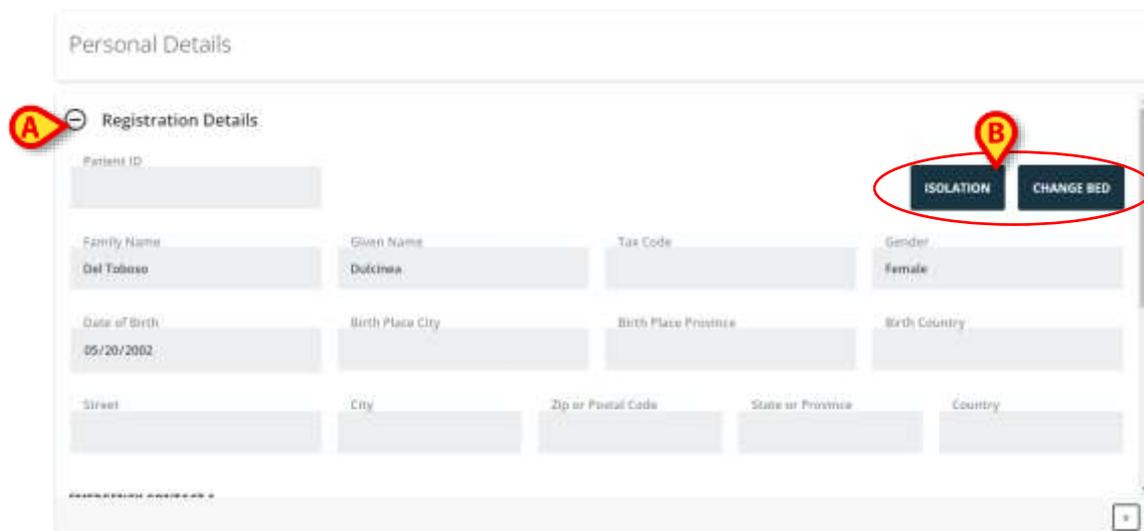


Fig 6

In ogni pagina, i dati sono raggruppati per argomento. Ogni "sezione tematica" è definita da un titolo (Fig 6 **A**).

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

In Fig 7, ad esempio, la sezione "Registration details" è chiusa (Fig 7 **A**).

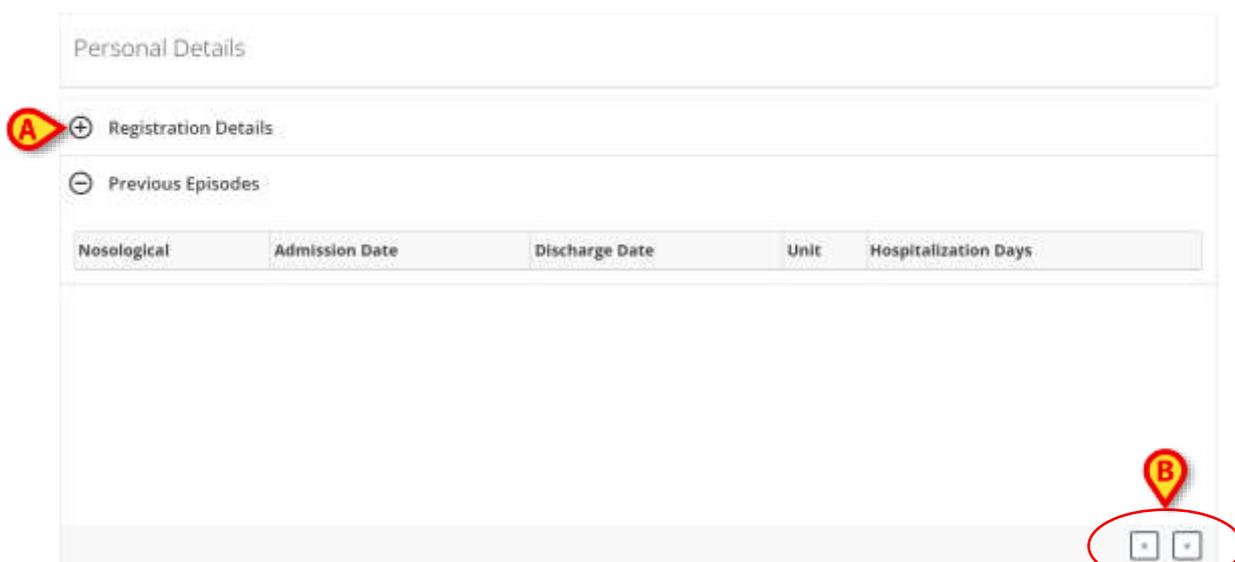


Fig 7

- Utilizzare i pulsanti indicati in Fig 7 **B** per espandere (☒) o chiudere (☑) tutte le sezioni.

3. Inserimento dati

La prima volta in cui si accede ad un determinato documento per un paziente selezionato, il pulsante **New** (Nuovo) è abilitato sulla barra comandi. Quando si accede successivamente allo stesso documento, se è una pagina che viene compilata una volta sola, il pulsante **New** (Nuovo) è disabilitato mentre è abilitato il pulsante **Edit** (Modifica) che permette di modificare i dati sulla pagina esistente. Per quelle pagine che sono compilate numerose volte (ad esempio, la “Visita Giornaliera”), il pulsante **New** (Nuovo) rimane abilitato anche agli accessi successivi.

Per inserire i dati:

- Fate clic sul pulsante **Edit** (Modifica) o sul pulsante **New** (Nuovo) nella barra dei comandi (Fig 9).



PATIENT FILE NEW EDIT SAVE DELETE CANCEL

Fig 9

La pagina passa alla “Modalità di modifica”. Il pulsante **Edit** (Modifica) è evidenziato (Fig 10 **A**). I pulsanti **Save** (Salva) e **Cancel** (Annulla) sono abilitati (Fig 10 **B - C**).



PATIENT FILE NEW EDIT SAVE DELETE CANCEL

Fig 10

- 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.

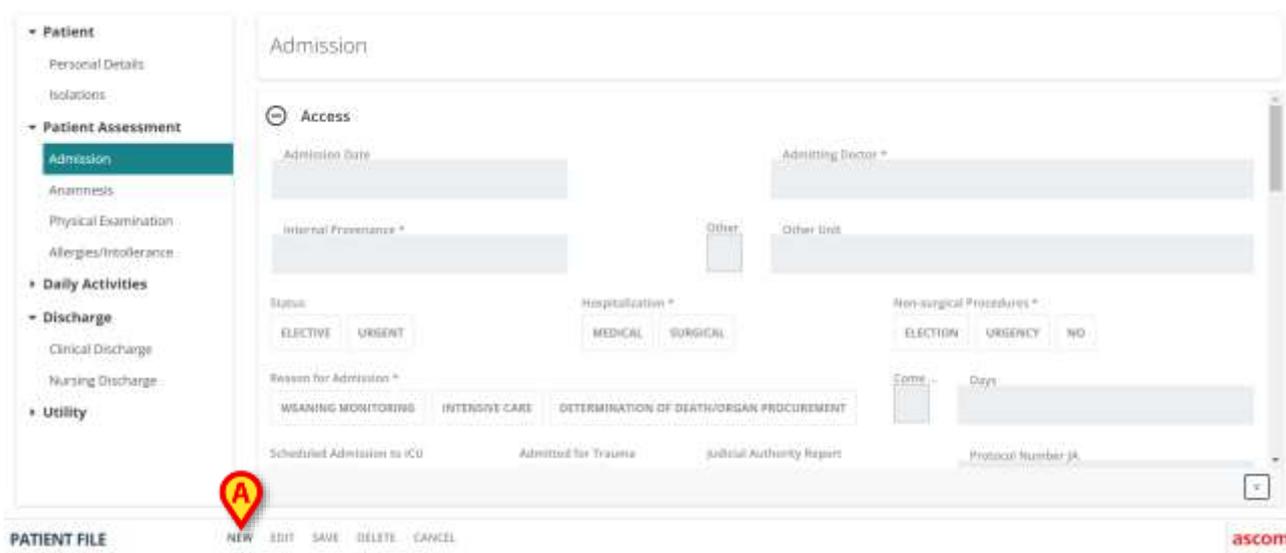


Fig 11

- Fare clic sul pulsante **New** (Nuovo) sulla barra dei comandi per creare un nuovo fascicolo di ricovero per il paziente (Fig 11 **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 12).

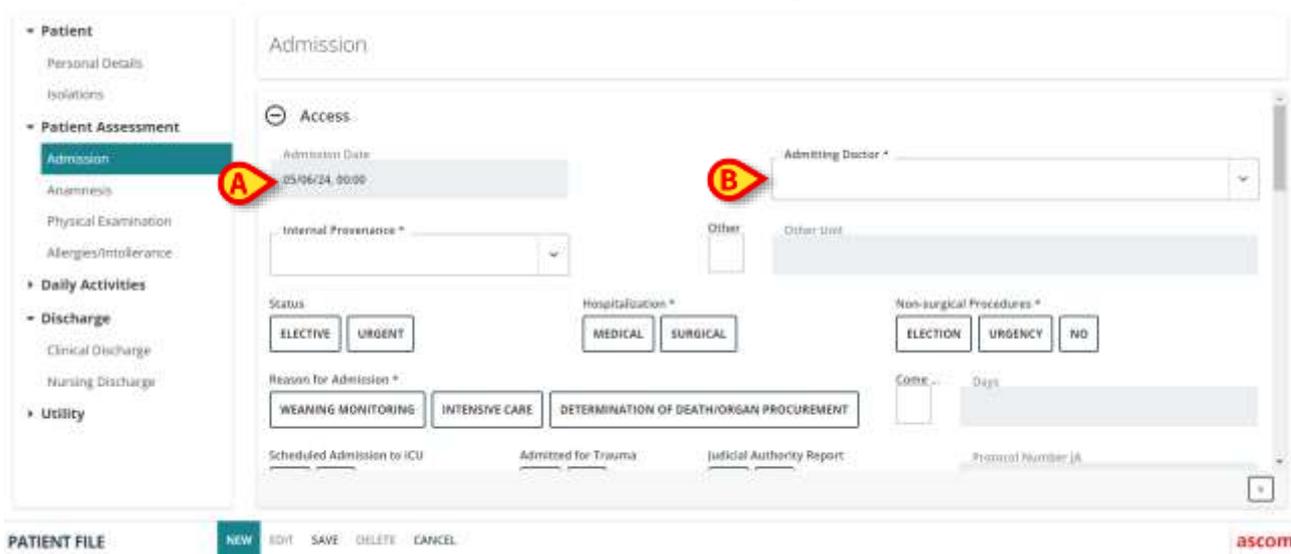


Fig 12

Il campo nel quale è specificata la data di ricovero è compilato automaticamente se il paziente è già ricoverato (Fig 12 **A**).

I campi contrassegnati da un asterisco sono obbligatori, come ad esempio "Admitting doctor" (Fig 12 **B**, Fig 13).



Fig 13

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 14).

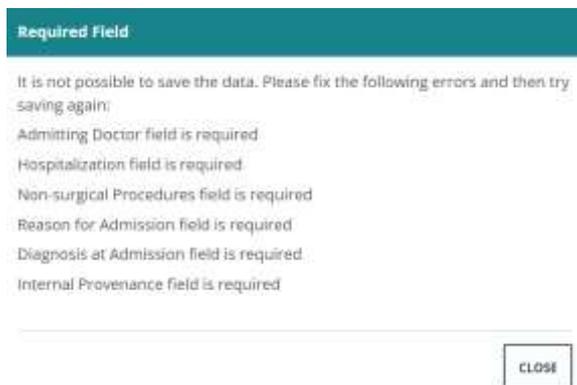


Fig 14

Inoltre, i campi obbligatori mancanti sono evidenziati (Fig 15).

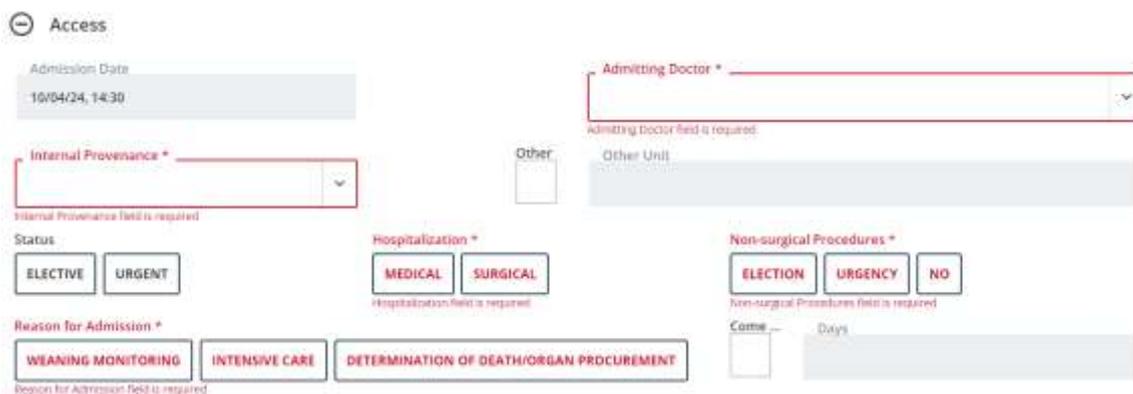


Fig 15

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 16).



Fig 16

3.1.2. Scelta multipla

In caso di campi a scelta multipla, come quello mostrato in Fig 17 **A**,

- Fare clic su un'opzione per selezionarla.

The screenshot shows the 'Admission' form with the following fields and options:

- Admission Date: 05/06/24, 00:00
- Admitting Doctor: English Doctor
- Internal Provenance: Hospital Unit 1
- Other:
- Other Unit:
- Status: **ELECTIVE** (highlighted with 'A'), URGENT
- Hospitalization: MEDICAL, **SURGICAL**
- Non-surgical Procedures: **ELECTION**, URGENCY, NO
- Reason for Admission: WEANING MONITORING, **INTENSIVE CARE**, DETERMINATION OF DEATH/ORGAN PROCUREMENT
- Come: Days:
- Scheduled Admission to ICU: **YES**, NO
- Admitted for Trauma: YES, **NO**
- Judicial Authority Report: YES, **NO**
- Protocol Number JA:

Fig 17

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

The close-up shows the following fields and options:

- A** Other: Other Unit: Other department:
- Non-surgical Procedures: **ELECTION**, URGENCY, NO
- B** Come: Days: 5
- C** Judicial Authority Report: **YES**, NO
- Protocol Number JA: AG55765XY

Fig 18

3.1.4. Campi di testo libero

Digitare il testo richiesto per riempire il campo. Si veda ad esempio la Fig 19.

Diagnosis at Admission *

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

Epicrisis/Recent Clinical History

Problems List at Admission

Fig 19

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.

A ADD NEW DISEASE +

Fig 20

Per indicare una malattia

- Fare clic sul pulsante **Add new disease** (Aggiungi nuova malattia - Fig 20 **A**).

Si aprirà una apposita finestra di selezione (Fig 21).

Disease at Admission

Area *

RESPIRATORY CARDIOVASCULAR NEUROLOGICAL GASTROINTESTINAL AND HEPATIC OTHER

Disease *

Details

SAVE CLOSE

Fig 21

- Selezionare l'area (Fig 22 **A**).

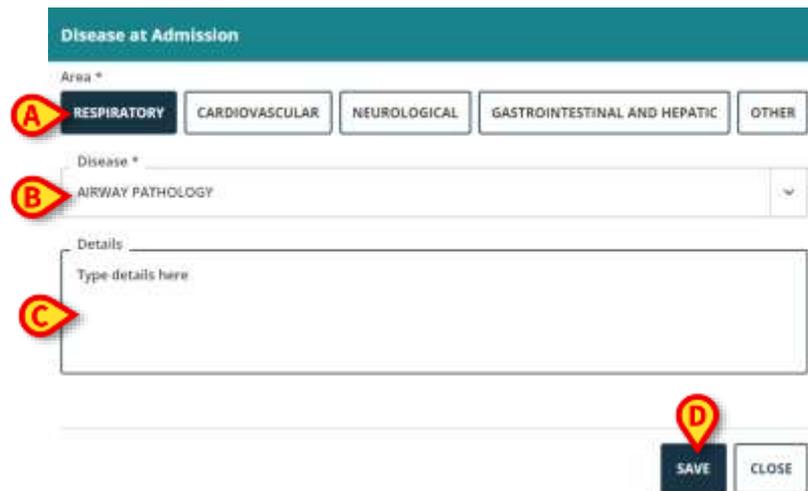
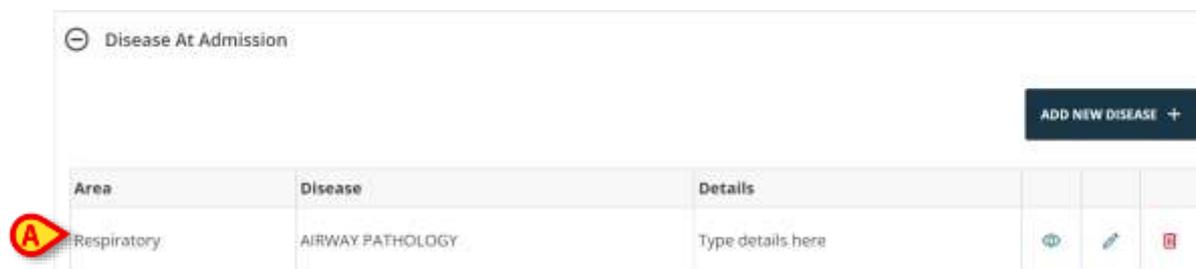


Fig 22

- Selezionare la malattia nel contestuale elenco a discesa (Fig 22 B).
- Digitare una descrizione più dettagliata, se necessario (Fig 22 C).
- Fare clic su **Salva** (Fig 22 D).

Le voci selezionate saranno elencate in una tabella (Fig 23 A).



Area	Disease	Details			
Respiratory	AIRWAY PATHOLOGY	Type details here			

Fig 23

- 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 24).

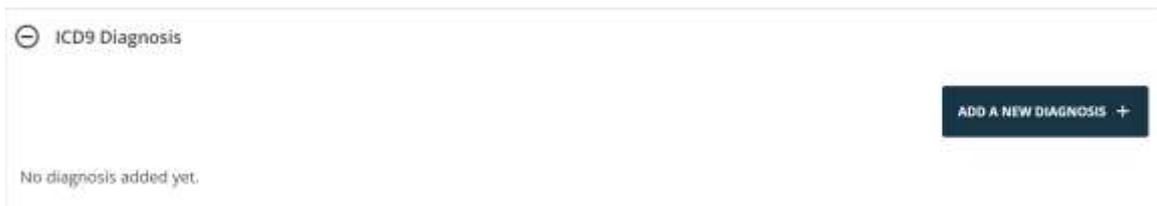


Fig 24

- Fare clic sul pulsante **Add a new diagnosis** (Aggiungi una nuova diagnosi - Fig 24 **A**).

Si aprirà il modulo Codefinder (Fig 25)

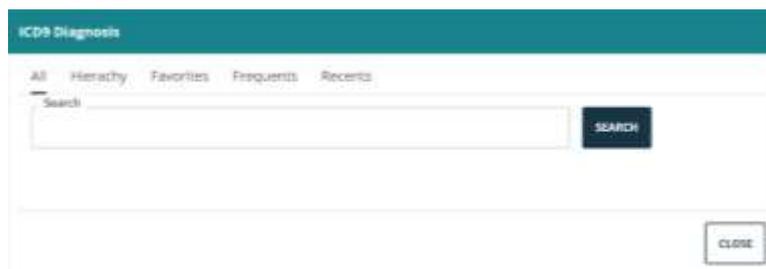


Fig 25

- Ricercare la diagnosi (Fig 26)



Fig 26

- Fare clic sulla diagnosi desiderata per selezionarla (Fig 26 **A**).

La voce selezionata verrà visualizzata su "Patient File", in una tabella che elenca tutte le voci selezionate (Fig 27).



Fig 27

- Utilizzare l'icona  per eliminare un elemento della tabella (Fig 27 **A**).

3.1.7. Nurse Scores



Di default, Patient File mostra esempi pre-configurati di scores infermieristici (Nurse scores) che possono poi essere modificati in fase di configurazione. Questi scores sono definiti all'interno del configuratore di Vitals Web (si veda il documento CFG ENG Digistat Suite) 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 28).



The screenshot shows the 'ISS Score' form with six dropdown menus arranged in a 2x3 grid. The top row contains 'Head-Neck', 'Face', and 'Thorax'. The bottom row contains 'Abdomen', 'Extremity', and 'External'. Below the dropdowns is a text field for the 'ISS Score' and a 'CALCULATE' button with a refresh icon.

Fig 28

Per documentare un punteggio:

- Inserire tutte le valutazioni richieste (Fig 29 **A**).



The screenshot shows the 'ISS Score' form with values entered in the dropdown menus. Callout 'A' points to the dropdown menus, 'B' points to the 'CALCULATE' button, and 'C' points to the 'ISS Score' field which displays '14'.

Fig 29

- Fare clic sul pulsante **Calculate** (Calcolo - Fig 29 **B**).

Il punteggio complessivo verrà visualizzato in un campo apposito (Fig 29 **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).

3.2. Storico

I dati relativi alla creazione di un documento e all'ultima modifica effettuata sono sempre visualizzati nell'angolo in basso a sinistra del documento.

Inoltre, gli utenti con i permessi adeguati possono accedere allo storico dei cambiamenti eseguiti su un documento. Quando questa possibilità è abilitata, un link "Record History" è visualizzato accanto alle informazioni relative alla creazione e all'ultima modifica (Fig 30 **A**).

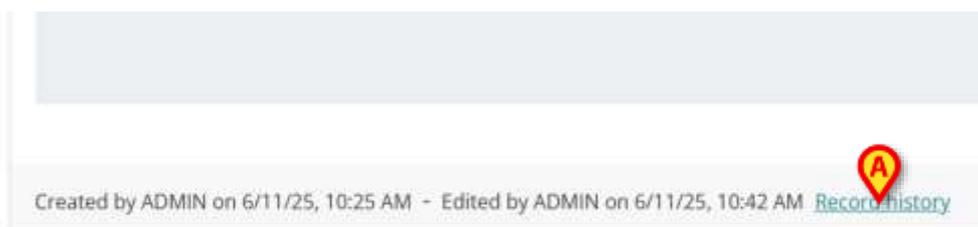


Fig 30

- Cliccare sul link per visualizzare la seguente finestra (Fig 31)

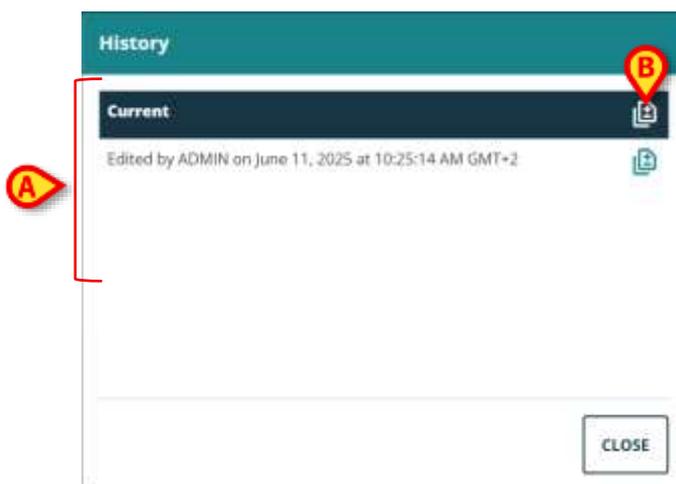


Fig 31

La finestra elenca tutte le modifiche effettuate al documento. Ogni riga corrisponde a una modifica (Fig 31 **A**). La riga in alto si riferisce alla versione corrente. È possibile:

- Cliccare una riga per visualizzare la versione precedente del documento.

Le versioni precedenti sono in sola lettura.

L'icona posta sulla destra di ogni riga (Fig 31 **B**) apre una finestra che compara la versione selezionata con quella ad essa precedente (Fig 32). L'icona è visibile solamente per utenti aventi il permesso specifico.

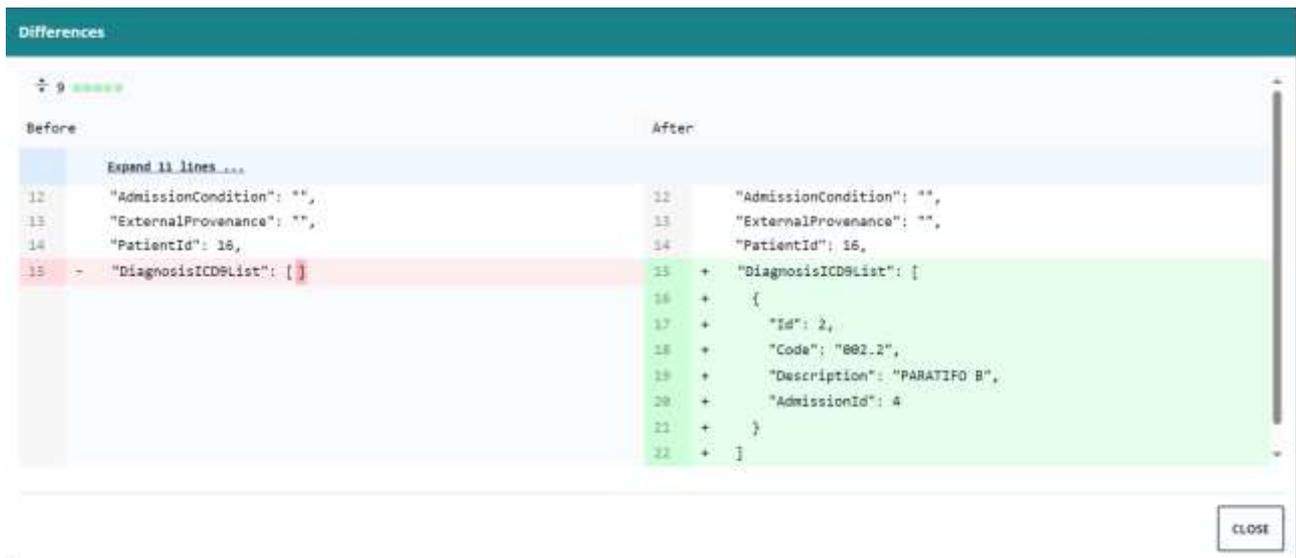


Fig 32

3.3. 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 33).

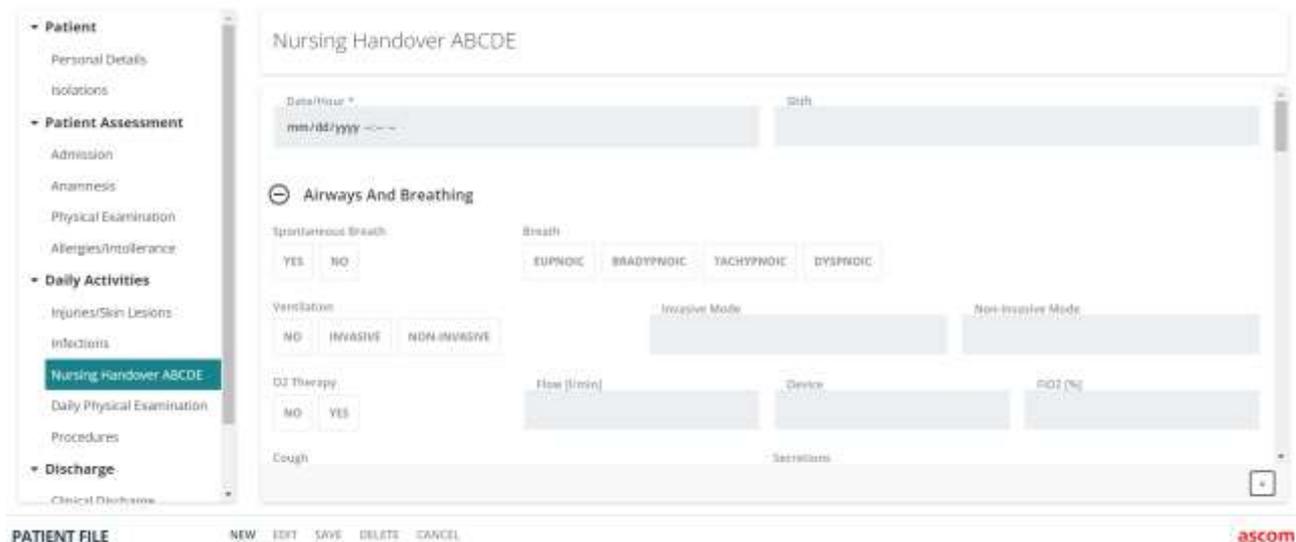


Fig 33

Per creare un nuovo “passaggio di consegne”

- Fare clic sul pulsante **New** (Nuovo) sulla barra dei comandi (Fig 33 **A**).

La pagina passa alla “Modalità di modifica” (Fig 34).

Fig 34

- Compilare tutti i campi necessari (Fig 35).

Fig 35

- Al termine, fare clic su **Save** (Salva - Fig 35 **A**).

Il documento è così salvato (Fig 36).

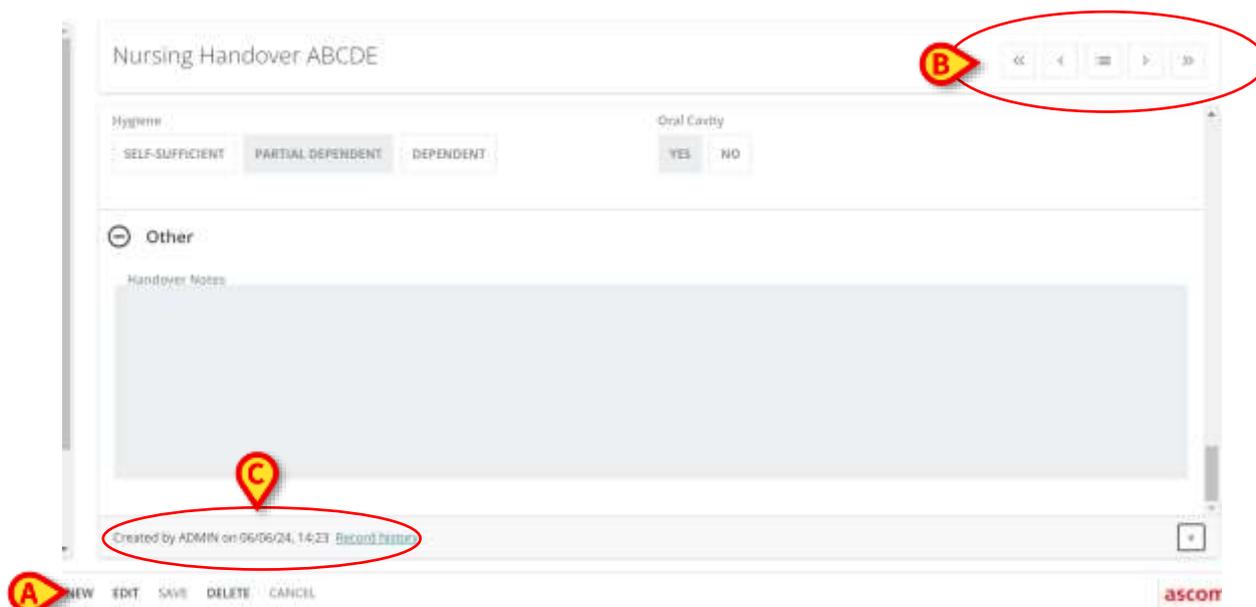


Fig 36

Sulla barra dei comandi sono abilitati i seguenti pulsanti (Fig 36 **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 36 **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 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

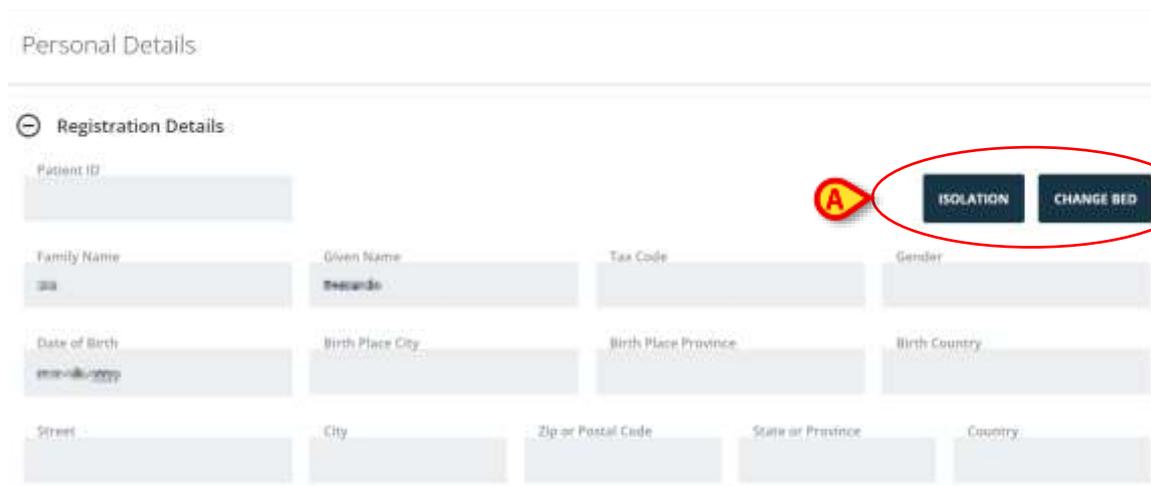
Fig 37

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

3.4. Flussi di lavoro dedicati

3.4.1. “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 38 A).



The screenshot shows a 'Personal Details' form with a 'Registration Details' section. The form contains several input fields for patient information. At the top right of the registration details section, there are two buttons: 'ISOLATION' and 'CHANGE BED'. These buttons are circled in red, and a yellow callout icon with the letter 'A' points to the 'ISOLATION' button.

Fig 38

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".



The screenshot shows a 'Move Patient' dialog box. It features two dropdown menus: 'Location *' with 'ICU' selected and 'Bed *'. At the bottom, there are 'MOVE' and 'CANCEL' buttons. A yellow callout icon with the letter 'A' points to the 'MOVE' button.

Fig 39

- Selezionare il reparto e il letto di destinazione sulla finestra, quindi fare clic su **Move** (Sposta - Fig 39 A).

Isolamento

- Fare clic su **Isolamento** per accedere direttamente alla pagina correlata, che consente di documentare i periodi di isolamento del paziente (Fig 40).

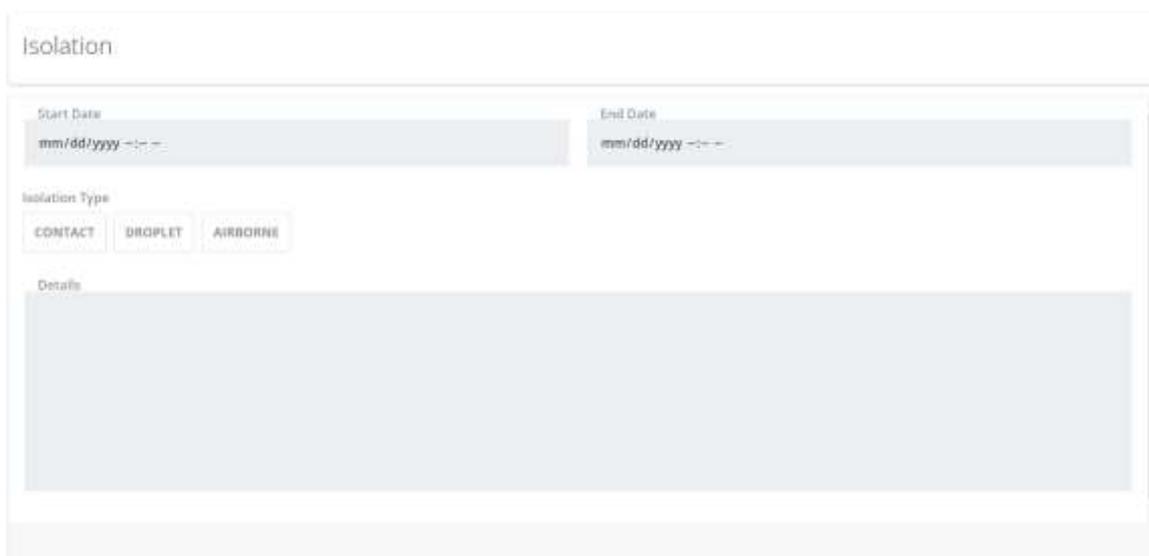


Fig 40

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 41,



Fig 41

il pulsante **Isolation** è evidenziato in rosso sulla pagina "Personal Details" (Fig 42).



Fig 42

- Fare nuovamente clic sul pulsante per accedere di nuovo alla pagina e specificare la data di fine.

È possibile creare più documenti di "Isolamento". La condizione necessaria per crearne uno nuovo è che l'isolamento precedente sia terminato (cioè deve avere una data di fine).

3.4.2. Allergie/intolleranze

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

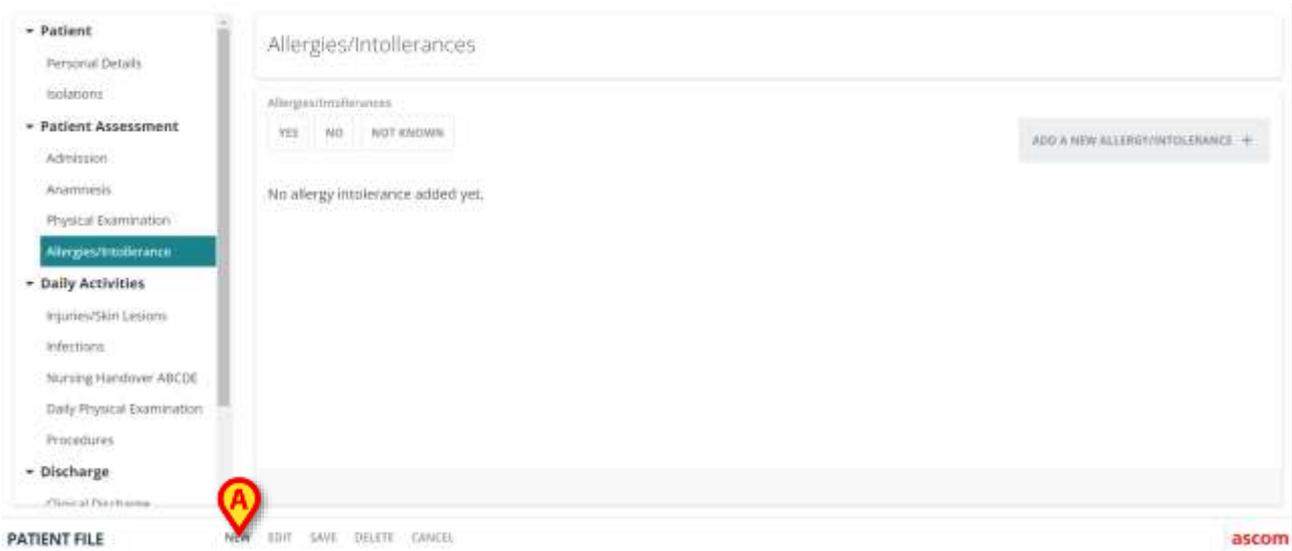


Fig 43

Per indicare le allergie e le intolleranze

- Fare clic sul pulsante **Nuovo** sulla barra comandi (Fig 43 **A**).

Lo schermo passerà alla modalità di modifica (Fig 44).

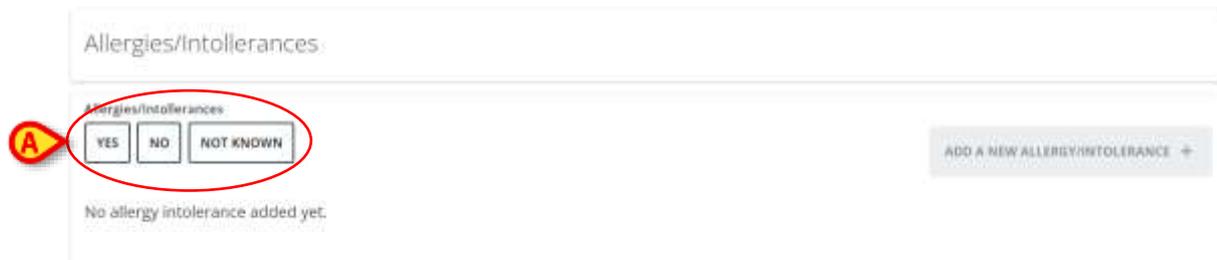


Fig 44

- Selezionare una delle opzioni indicate in Fig 44 **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 45 **A** - che significa che ci sono allergie/intolleranze), si attiva il pulsante **Add a new allergy/Intolerance** (Aggiungi nuova allergia/intolleranza - Fig 45 **B**).

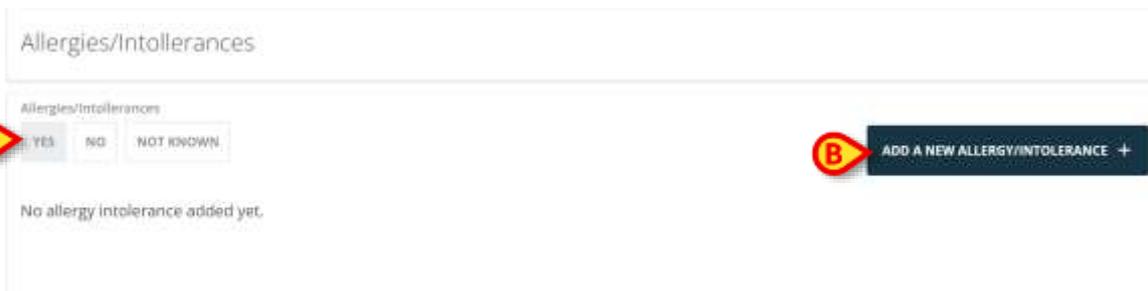


Fig 45

Per specificare le allergie del paziente

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

Viene visualizzato un modulo apposito (Fig 46)

Fig 46

- Compilare il documento (Fig 47 – per questo scopo è disponibile una finestra Codefinder appositamente configurata).

< Allergies/Intolerances - New

Category

Code: 260172004 Description: Aglio

Seriousness

Reactions

Reactions description

ascom

Fig 47

- Fare clic su **Save** (Salva) sulla barra comandi (Fig 47 **A**).

Le voci selezionate vengono visualizzate in una tabella (Fig 48).

Allergies/Intolerances

Seriousness	Category	Code	Description	Reactions
Allergy	Food	260172004	Aglio	Reactions description

Fig 48

3.4.3. Ferite/lesioni cutanee

Una procedura specifica è dedicata alla documentazione delle ferite e lesioni cutanee del paziente (Fig 49).



Fig 49

Per indicare una lesione:

- Fare clic sul pulsante **New lesion** (Nuova lesione - Fig 49 **A**). La schermata cambia nel modo seguente (Fig 50).

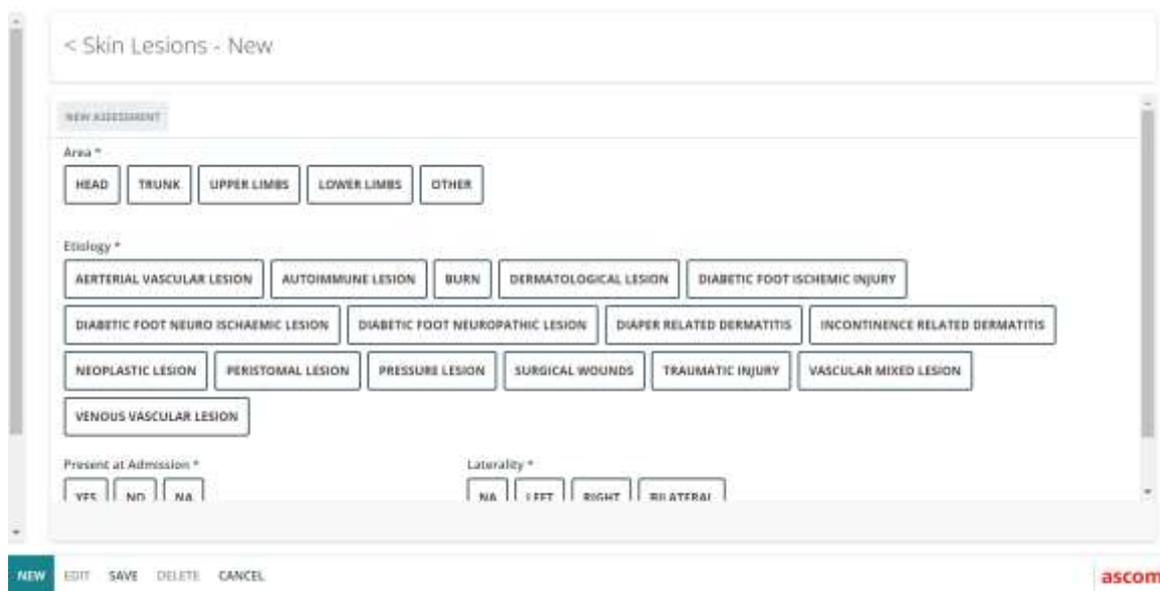


Fig 50

- Inserire le informazioni richieste (Fig 51).

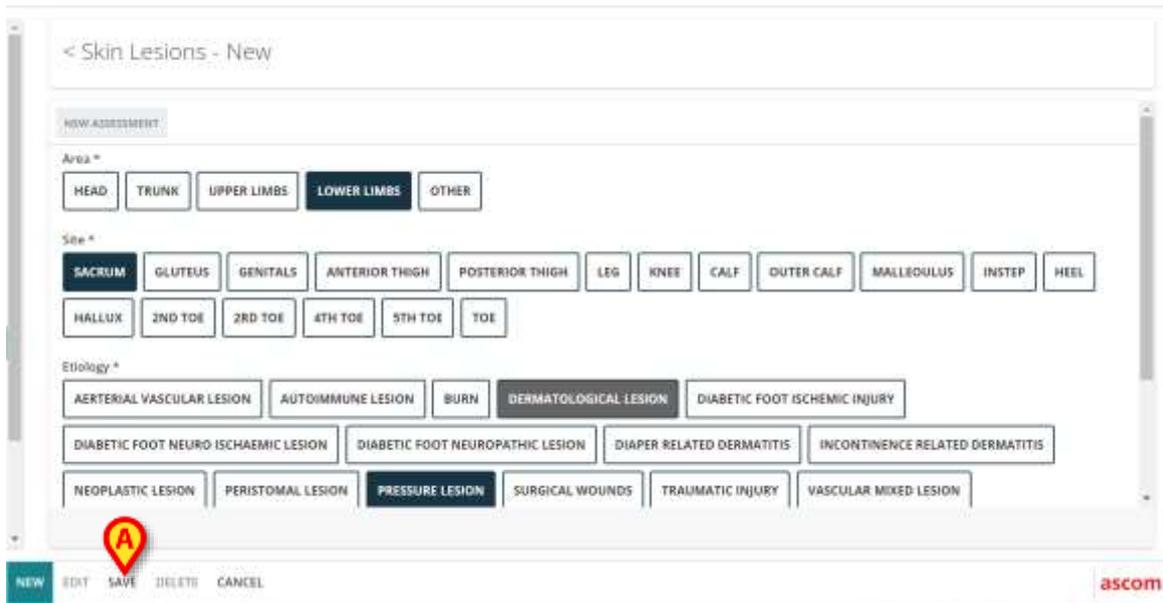


Fig 51

- Fare clic sul pulsante **Save** (Salva - Fig 51 **A**).

I dati vengono salvati (Fig 52).

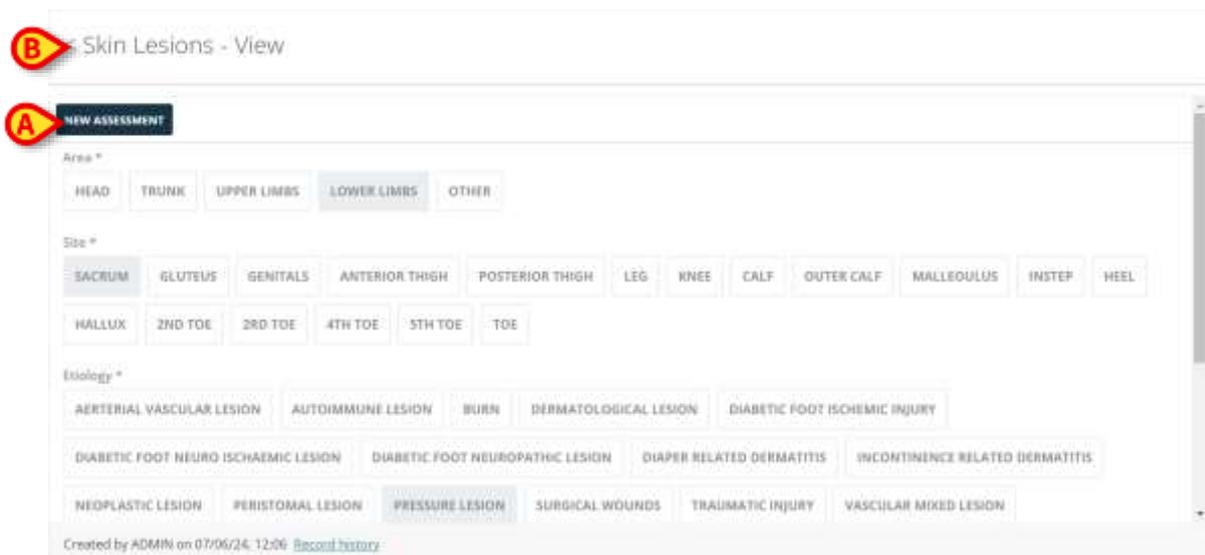


Fig 52

È ora possibile documentare una valutazione per la lesione indicata (fare clic sul pulsante New Assessment / Nuova valutazione - Fig 52 **A**) o tornare alla pagina di riepilogo delle lesioni (Fig 53 - fare clic sulla freccia **Indietro** indicata in Fig 52 **B**).



Fig 53

Utilizzare nuovamente il pulsante **New lesion / Nuova lesione** per documentare altre lesioni. Tutte le lesioni documentate sono elencate nella pagina (Fig 54).

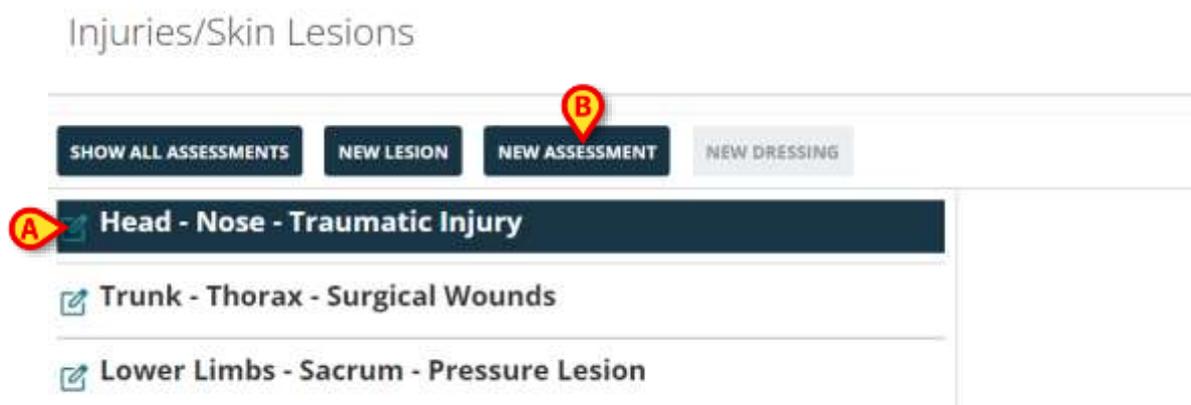


Fig 54

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

- Selezionare la lesione da valutare. La riga corrispondente è evidenziata (Fig 54 **A**).
- Cliccare il pulsante **New Assessment / Nuova valutazione** (Fig 54 **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 55).

Fig 55

Le valutazioni sono elencate nella pagina "Ferite/lesioni cutanee", sotto la relativa lesione (Fig 56).



Fig 56

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

- Fare clic sulla valutazione. La riga corrispondente è evidenziata (Fig 57 A).

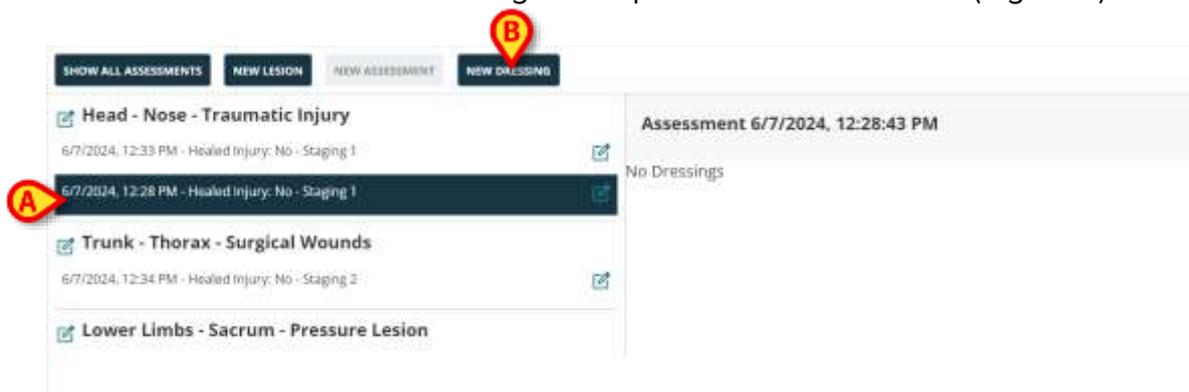


Fig 57

- Fare clic sul pulsante **New Dressing** / **Nuova medicazione** (Fig 57 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 58).

< 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 58

I dati relativi alle medicazioni vengono visualizzati nella pagina principale "Ferite/Lesioni" quando si seleziona la valutazione corrispondente (Fig 59 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 59

Per accedere e modificare rapidamente qualsiasi elemento:

- Fare clic sull'icona  posta accanto all'elemento (vedere, ad esempio, Fig 59 **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.

3.4.4. 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 60 **A**).



Fig 60

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 61).

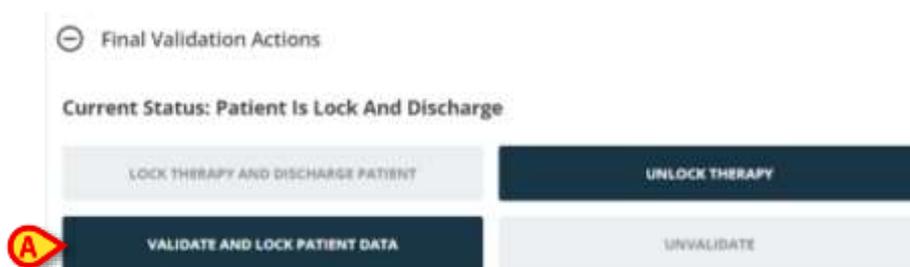


Fig 61

- Fare clic su **Validate and lock patient data** (Convalida e blocca dati paziente - Fig 61 **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 62).



Fig 62

Per farlo:

- Digitare il motivo nel campo testuale indicato in Fig 62 **A**.
- Fare clic su **Confirm** (Conferma - Fig 62 **B**).