

# Karta pacjenta Instrukcja obsługi

Wersja 1.0

2024-07-15

Ascom UMS s.r.l. Unipersonale Via Amilcare Ponchielli 29, 50018, Scandicci (FI), Włochy Tel.: (+39) 055 0512161 – Faks: (+39) 055 829030 www.ascom.com

# Spis treści

1. Wstęp	3
1.1. Wodowanie Karta pacjenta	3
1.2. Wybór pacjenta	3
2. Struktura karty pacjenta	4
2.1. Panel nawigacyjny	4
2.2. Obszar danych	5
2.3. Pasek poleceń	7
3. Wprowadzenie danych	8
3.1. Przykłady wprowadzenia danych	8
3.1.1. Listy rozwijane	10
3.1.2. Wielokrotny wybór	10
3.1.3. Dziedziny pokrewne	11
3.1.4. Wolne pola tekstowe	11
3.1.5. Okno wyboru	11
3.1.6. Wywołanie Codefindera	13
3.1.7. Wyniki pielęgniarek	14
3.1.8. Wyłączone pola	15
3.2. Strony pokrewne	16
3.3. Dedykowane przepływy pracy	19
3.3.1. Skróty "Zmień łóżko" i "Izolacja"	19
3.3.2. Alergie/nietolerancje	21
3.3.3. Urazy/zmiany skórne	24
3.3.4. Wypis kliniczny	29

Informacje na temat środowiska Produktu, środków ostrożności, ostrzeżeń i przeznaczenia znajdują się w dokumentach USR POL Digistat Care i/lub USR POL Digistat Docs (w zależności od zainstalowanych modułów – dla Digistat Suite EU) lub USR ENG Digistat Suite NA (dla Digistat Suite NA). Znajomość i zrozumienie odpowiedniego dokumentu są obowiązkowe dla prawidłowego i bezpiecznego korzystania z "Karty pacjenta", opisanej w tym dokumencie.

# 1. Wstęp

Digistat karty pacjenta zapewnia kompletną cyfrową dokumentację pacjenta w łatwym w nawigacji środowisku sieciowym. Informacje o pacjencie są intuicyjnie zorganizowane w obszarach ogólnych i szczegółowych, które odpowiadają procesom pracy na oddziale klinicznym.



Moduł ten jest częścią Digistat Docs, produktu niemedycznego wchodzącego w skład pakietu Digistat Suite. Przed przystąpieniem do pracy nad modułem należy zapoznać się z przeznaczeniem dokumentacji Digistat Docs.

# 1.1. Wodowanie Karta pacjenta

Aby uruchomić plik pacjenta Digistat:

Kliknij ikonę na pasku bocznym.

Wyświetlony zostanie ekran przedstawiający dane obecnie wybranego pacjenta. Jeżeli aktualnie nie wybrano żadnego pacjenta, wyświetlony zostanie pusty ekran, wymagający wybrania pacjenta. Patrz rozdział 1.2.

# 1.2. Wybór pacjenta

Aby wybrać pacjenta,

> Kliknij przycisk Pacjent widoczny w Rys. 1 A.



ADM 12:56 PM ⑦

Rys. 1

Otworzy się moduł sieciowy Patient Explorer. Dalsze instrukcje dotyczące funkcji zarządzania pacjentami można znaleźć w podręczniku użytkownika Digistat<sup>®</sup> Patient Explorer Web (*USR POL Patient Explorer Web*).

Po wybraniu pacjenta moduł wyświetla dane wybranego pacjenta. Domyślnie wyświetlaną stroną jest formularz "Dane osobowe".



Zamiast aplikacji Patient Explorer Web można skonfigurować inne moduły do wyboru pacjentów, w zależności od decyzji organizacji opieki zdrowotnej. W takim przypadku należy zapoznać się z odpowiednią dokumentacją w celu uzyskania instrukcji.

# 2. Struktura karty pacjenta

Każda strona zawiera trzy główne sekcje:

- Boczny panel nawigacyjny, pozwalający na szybki dostęp do poszczególnych stron (Rys. -2 **A**).
- Obszar danych, wyświetlający dane kontekstowe (Rys. 2 B). \_
- Pasek poleceń, umożliwiający operowanie na zawartości strony (Rys. 2 C). \_

✓ Patient	Personal Details						
Personal Details Isolations Patient Assessment	Registration Details						
Admission	Patient ID						
nel						ISOLATION	CHANGE BED
	Family Name	Given Name		Tax Code		Gender	
wigacy	Del Toboso	Dulcinea				Female	
<ul> <li>Daily Activities</li> </ul>			Obszar	B			
Injuries/Skin Lesions	Date of Birth	Birth Place City	005201	Provin	ce	Birth Country	
Infections	0572072002		danych				
Nursing Handover ABCDE	Street	City	Zip or P	ostal Code	State or Province	Country	
Daily Physical Examination							
Procedures							
▼ Discharge		<b>^</b>					
Clinical Discharge		<b>C</b> Dacak	nolocoń				
		Y Pasek	polecen				

Rys. 2

# 2.1. Panel nawigacyjny

Po lewej stronie dostępny jest panel nawigacyjny, zawierający listę wszystkich dostępnych stron (Rys. 2 A, Rys. 3).



Rys. 3

Różne strony są podzielone na 5 sekcji: Pacjent, Ocena, Codzienne czynności, Wypis, Narzędzia.

W każdej sekcji znajdują się różne formularze, każdy poświęcony konkretnemu tematowi. **Pacjent**  $\rightarrow$  Dane osobowe, Izolacja.

**Ocena kliniczna** → przyjęcie, wywiad, badanie fizykalne, alergie/nietolerancje.

**Codzienne czynności**  $\rightarrow$  Urazy/zmiany skórne, infekcje, przekazanie opieki pielęgniarskiej, codzienne badania, procedury.

**Wypis** → Wypis kliniczny, wypis pielęgniarski.

Narzędzia → Drukuj dokumenty.



Nie wszystkie sekcje/strony są zawsze dostępne ze względu na konfigurację i/lub uprawnienia użytkownika. Niniejsza instrukcja opisuje pełną standardową konfigurację dla użytkowników posiadających wszystkie uprawnienia.

Nazwy sekcji można kliknąć, aby zwinąć/rozwinąć powiązane strony. Zobacz, na przykład, Rys. 4.



Aktualnie wybrana strona jest podświetlona (Rys. 4 A).

> Kliknij nazwę strony, aby ją wybrać i bezpośrednio przejść do określonej treści.

### 2.2. Obszar danych

Każda strona zawiera dane dotyczące konkretnego tematu. Dostępne są różne narzędzia, tryby wprowadzania danych i tryby wyświetlania danych, w zależności od rodzaju danych określonych kontekstowo. Są one opisane w rozdziale 3.1. Na przykład, na stronie "Dane osobowe" wyświetlane są dane osobowe pacjenta oraz dane dotyczące ewentualnych poprzednich przyjęć (Rys. 5).

Personal Details								
Registration Details     Patient ID					-	SOLATION	CHANGE BED	>
Family Name Del Toboso	Given Name Dulcinea		Tax Code		Gender Female			
Date of Birth 05/20/2002	Birth Place City	Birth Place Province			Birth Co	ountry		
Street	City	Zip or Po	ostal Code	State or Province		Country		
								Ŧ
		Rv	s. 5				×	

ys. 5

Na każdej stronie dane są pogrupowane tematycznie. Każda "sekcja tematyczna" jest definiowana przez nagłówek (Rys. 5 A).

Kliknij nagłówek, aby rozwinąć/zwinąć sekcję.

W Rys. 6, na przykład, rozdział "Szczegóły rejestracji" jest zwinięty (Rys. 6 A).

Image: A constraint of the second	Perso	onal Details					
Nosological       Admission Date       Discharge Date       Unit       Hospitalization Days	A + Re	gistration Detail	S				
Nosological       Admission Date       Discharge Date       Unit       Hospitalization Days         Image: Image Date       Image Date       Image Date       Image Date       Image Date       Image Date         Image Date       Image Date       Image Date       Image Date       Image Date       Image Date       Image Date         Image Date       Image Date       Image Date       Image Date       Image Date       Image Date       Image Date         Image Date       Image Date       Image Date       Image Date       Image Date       Image Date       Image Date         Image Date       Im	⊖ Pr	evious Episodes					
	Nosolo	ogical	Admission Date	Discharge Date	Unit	Hospitalization Days	
							<b>B</b>

Użyj przycisków wskazanych w Rys. 6 B, aby albo rozwinąć (<sup>(A)</sup>) lub zwinąć (<sup>(A)</sup>) wszystkie rozdziały.

Na stronie mogą być dostępne specjalne przyciski, umożliwiające dostęp do innych stron lub procedur, które są bezpośrednio powiązane z tymi na aktualnie wyświetlanej stronie. Dzieje się tak w przypadku przycisków IZOLACJA i ZMIANA ŁÓŻKA podanych w Rys. 5 B (patrz rozdział 3.3.1).

### 2.3. Pasek poleceń

Pasek poleceń (Rys. 7) zawiera przyciski umożliwiające operowanie zawartością ekranu.

PATIENT FILE	NEW	EDIT	SAVE	DELETE	CANCEL

Rys. 7

Nazwa modułu (Karta pacjenta) jest wyświetlana po lewej stronie. To są przyciski:

**Nowy** – umożliwia utworzenie nowego formularza. Może się to zdarzyć, gdy możliwe są strony "pokrewne" (na przykład, w przypadku "Przekazania opieki pielęgniarskiej", gdzie nowe przekazanie jest zwykle tworzone na koniec każdej zmiany) lub przy pierwszej edycji strony (na przykład, przy pierwszym wprowadzeniu danych w czasie przyjęcia pacjenta).

Edytuj – umożliwia wprowadzenie danych (strona przechodzi do "Trybu edycji").

Zapisz – pozwala zapisać zmiany po edycji.

- **Usuń** umożliwia usunięcie strony, jeśli jest to możliwe.
- **Anuluj** umożliwia odrzucenie zmian dokonanych na stronie.

Przyciski na pasku poleceń są włączane/wyłączane w zależności od kontekstu (na przykład: przycisk **Zapisz** jest włączony tylko gdy działa "Tryb edycji") i/lub w trybie uprawnień użytkownika (tj.: niektóre procedury mogą być wykonywane tylko przez określonych użytkowników).

# 3. Wprowadzenie danych

Aby wprowadzić dane:

> Kliknij przycisk **Edytuj** na pasku poleceń (Rys. 8).



Strona zmieni się w "Tryb edycji". Podświetlony jest przycisk **Edytuj** (Rys. 9 **A**). Przyciski **Zapisz** i **Anuluj** są włączone (Rys. 9 **B** – **C**).



- > Wprowadzenie danych.
- Kliknij Zapisz, aby zapisać wprowadzone zmiany, lub kliknij Anuluj, aby odrzucić zmiany.

W zależności od rodzaju wprowadzonych danych możliwe są różne tryby wprowadzenia danych. Zostały one opisane w poniższym rozdziale.

### 3.1. Przykłady wprowadzenia danych

Strona przyjęcia pacjenta została tutaj opisana jako przykład najpopularniejszych trybów wprowadzenia danych.

<ul> <li>▼ Patient</li> <li>Personal Details</li> </ul>	Admission				
Isolations  Patient Assessment  Admission  Anamnesis	Admission Date		Admitting Doctor *		•
Physical Examination Allergies/Intollerance	Internal Provenance *	Other	Other Unit		
<ul> <li>Daily Activities</li> <li>Discharge</li> <li>Clinical Discharge</li> </ul>	Status ELECTIVE URGENT	Hospitalization * MEDICAL SURGICAL	Non-surgica ELECTION	URGENCY NO	
Nursing Discharge  Utility	Reason for Admission *           WEANING MONITORING         INTENSIVE CARE           Scheduled Admission to ICU         Admitti	DETERMINATION OF DEATH/ORGAN PR	OCUREMENT	Days	
Ø				Protocol Number JA	×
PATIENT FILE NEW	EDIT SAVE DELETE CANCEL				ascom

Rys. 10

 Kliknij Nowy na pasku poleceń, aby utworzyć nowy zapis przyjęcia pacjenta (Rys. 10 A). Ekran zmieni się w "Tryb edycji"; wprowadzanie danych jest włączone. Na pasku poleceń podświetlony jest przycisk **Nowy**, włączone są przyciski **Zapisz** i **Anuluj** (Rys. 11).

▼ Patient	Admission			
Personal Details	Admission			
Isolations	2			A
<ul> <li>Patient Assessment</li> </ul>	Access			
Admission	Admission Date		Admitting Doctor *	
Anamnesis (A	05/06/24, 00:00	B		¥
Physical Examination	Internal Provenance *	Other	Other Unit	
Allergies/Intollerance	~			
Daily Activities				
▼ Discharge		Hospitalization *	Non-surgical Procedures *	
Clinical Discharge	ELECTIVE	MEDICAL		NO
Nursing Discharge	Reason for Admission *		Come Days	
▶ Utility	WEANING MONITORING INTENSIVE CARE D	ETERMINATION OF DEATH/ORGAN PRO	DCUREMENT	
	Scheduled Admission to ICU Admittee	for Trauma Judicial Autho	prity Report Protocol Number	
				*
PATIENT FILE NEW	EDIT SAVE DELETE CANCEL			ascom

Rys. 11

Pole daty przyjęcia jest wypełniane automatycznie, gdy pacjent został już przyjęty (Rys. 11 **A**). Pola oznaczone gwiazdką są wymagane, jak przykładowo "Lekarz przyjmujący" (Rys. 11 **B**, Rys. 12).

_ Admitting Doctor *	
	~

Rys. 12

Strony nie można zapisać, jeśli nie są wypełnione wszystkie wymagane pola. Jeśli użytkownik spróbuje zachować zapis z niekompletnymi danymi, wyświetli się wyskakujące okienko z listą wszystkich brakujących informacji wymaganych (Rys. 13).

It is not possible to save the saving again:	data. Please fix the followir	າg errors and then trງ
Admitting Doctor field is rec	uired	
Hospitalization field is requi	red	
Non-surgical Procedures fie	ld is required	
Reason for Admission field i	s required	
Diagnosis at Admission field	is required	
Internal Provenance field is	required	
		CLOSE
	Rvs. 13	

Podświetlane są również brakujące pola wymagane (Rys. 14).

Access				
Admission Date		_ Admitting Doctor *		
10/04/24, 14:30				~
		Admitting Doctor field is re	quired	
Internal Provenance *	Other	Other Unit		
Status	Hospitalization *		Non-surgical Procedures *	
ELECTIVE	MEDICAL SURGICAL Hospitalization field is required		ELECTION URGENCY NO Non-surgical Procedures field is required	
Reason for Admission *			Come Days	
WEANING MONITORING INTENSIVE CARE	ETERMINATION OF DEATH/ORGAN	PROCUREMENT		
Reason for Admission field is required	_			



#### 3.1.1. Listy rozwijane

> Kliknij nazwę na liście, aby wypełnić pole z listy rozwijanej.

Na przykład, lekarza przyjmującego można wybrać z rozwijanego menu, zawierającego nazwiska wszystkich osób, które mogą pełnić funkcję lekarzy przyjmujących (Rys. 15).

_ Admitting Doctor *	
	~
English Doctor	
Instante locaro	
Protect to a re-	



#### 3.1.2. Wielokrotny wybór

W przypadku pól wielokrotnego wyboru, jak w Rys. 16 A,

Kliknij opcję, aby ją wybrać.

	Admission							
	Admission Date			Admitting Doctor	*			^
	05/06/24, 00:00			English Doctor			*	I
	Hospital Unit 1	~	Other	Other Unit				Ì
	Status ELECTIVE URGENT	Hospitalization MEDICAL	surgical		Non-surgical	Procedures *		
A	Reason for Admission *           WEANING MONITORING         INTENSIVE CARE         DETERMINATION OF DEATH/ORGAN PROCUREMENT				Come	Days		
	Scheduled Admission to ICU	Admitted for Trauma	Judicial Aut	hority Report		Protocol Number JA		+
L							×	]



#### 3.1.3. Dziedziny pokrewne

Niektóre opcje umożliwiają dalszą specyfikację. Dotyczy to, na przykład, pól wyboru "Inne" i "Wróć", które, jeśli są zaznaczone, wymagają określenia oddziału początkowego i liczby dni, po których pacjent powrócił. Ponadto, jeśli raport organów sądowych jest wskazany jako obecny, aktywne jest pole "Numer protokołu" (Rys. 17  $\mathbf{A} - \mathbf{B} - \mathbf{C}$ ).

Other Other Unit *	
	Non-surgical Procedures *           ELECTION         URGENCY         NO
B	Come Days
Judicial Authority Report	Protocol Number JA
	Rys. 17

#### 3.1.4. Wolne pola tekstowe

Wpisz wymagany tekst, aby wypełnić pole. Zobacz, na przykład, Rys. 18.





#### 3.1.5. Okno wyboru

Niektóre pola otwierają okno wyboru, umożliwiające określenie wymaganych informacji. Zobacz, na przykład, wyszczególnienie Choroby w momencie przyjęcia na stronie Przyjęcie.

<ul> <li>Disease At Admission</li> </ul>		
		ADD NEW DISEASE +
No disease added yet.		
ála sta sta svala s	Rys. 19	

#### Określenie choroby

Kliknij przycisk Dodaj nową chorobę (Rys. 19 A).

Otworzy się dedykowane okno wyboru (Rys. 20).

Disease at Admission		
Area *           RESPIRATORY         CARDIOVASCULAR         NEUROLOGICAL         GASTROINTESTINAL AN           Disease *         Disease *         Disease *         Disease *	D HEPATIC	OTHER
Details		
	SAVE	CLOSE
Rvs 20		

➢ Wybierz obszar (Rys. 21 ▲).

Disease at Ac	Imission		
	CARDIOVASCULAR	GASTROINTESTINAL AND HEPATIC OTHER	]
Disease *	DLOGY	~	
Type details h	erë		
		SAVE CLOSE	]



- > Wybierz chorobę z kontekstowej listy rozwijanej (Rys. 21 B).
- > W razie potrzeby dodaj bardziej szczegółowy opis (Rys. 21 C).
- Kliknij Zapisz (Rys. 21 D).

Wybrane pozycje są wymienione w tabeli (Rys. 22 A).

			ADD	NEW DISE	ASE +
Area	Disease	Details			
Respiratory	AIRWAY PATHOLOGY	Type details here	0	ø	Ū

Kliknij ikonę
 Kliknij ikonę
 , aby w pełni wyświetlić szczegóły.
 Kliknij ikonę
 , aby edytować istniejący element.
 Kliknij ikonę
 , aby usunąć element.

#### 3.1.6. Wywołanie Codefindera

Diagnozę i procedury ICD9 można wybrać za pomocą modułu sieciowego Digistat Codefinder Web Module. W takich przypadkach określony przycisk wywołuje moduł Codefinder (zobacz dokument *USR POL Codefinder Web*, zawierający opis modułu Codefinder). Poniższy przykład przedstawia procedurę wyboru diagnozy na stronie "Przyjęcie" (Rys. 23).

O ICD9 Diagnosis	
	ADD A NEW DIAGNOSIS +
No diagnosis added yet.	
Rys. 23	
Kliknij przycisk Dodaj nową diagnozę (Rys. 23 A).	
worzy się moduł Codefinder (Rys. 24)	
ICD9 Diagnosis	

ICD9	Diagnosis					
All	Hierachy arch	Favorites	Frequents	Recents	SEARCH	
				Rys. 24		CLOSE

Wyszukaj wymaganą diagnozę (Rys. 25)

Sea	rch	
003.	.1	SEARCH
(	Codo	Description
	Loue	
	JU3.1	SETTICEMIA DA SALMONELLA

Rys. 25

Kliknij żądaną diagnozę, aby ją wybrać (Rys. 25 A).

Wybrana pozycja zostanie wyświetlona w module Karta pacjenta, w tabeli zawierającej listę wszystkich wybranych pozycji (Rys. 26).

		ADD A NEW DIAGNOSIS
Code	Description	
003.1	SETTICEMIA DA SALMONELLA	ធ
004.0	SHIGELLA DYSENTERIAE	Ū
005.1	BOTULISMO	
	Rys. 26	

#### 3.1.7. Wyniki pielęgniarek



Domyślnie, Karta pacjenta wyświetla wstępnie skonfigurowane przykłady wyników od pielęgniarek, które użytkownik może modyfikować podczas konfiguracji. Te oceny pielęgniarek są konfigurowane w konfiguratorze sieciowym Vitals Web. Wyniki te służą wyłącznie celom dokumentacyjnym.

Różne wyniki pielęgniarek można kontekstowo udokumentować na różnych stronach. Zobacz, na przykład, na stronie "Przyjęcie" wskaźnik ciężkości urazu (ISS – Rys. 27).

⊖ ISS Score		
Head-Neck	_ Face	Thorax
×	~	×
Abdomen	Extremity	External
~	~	×
ISS Score		
		CALCULATE C



#### Aby udokumentować wynik:

> Wprowadź wszystkie wymagane oceny (Rys. 28 A).

S Score					
-Neck		Face		Thorax	
r	~	No Injury	~	Moderate	~
men		Extremity		External	
us	~	No Injury	~	No Injury	~
ore					
				CALCULATE	G
	S Score	S Score	S Score Neck Face No Injury nen Extremity No Injury ore	S Score Neck Face Vo Injury  men Extremity No Injury  ore	S Score Neck   Face  No Injury   Face  No Injury   Face  No Injury   Face  No Injury   CALCULATE  CALCULATE



Kliknij przycisk Oblicz (Rys. 28 B).

Ogólny wynik jest następnie wyświetlany w polu wyniku (Rys. 28 C).

#### 3.1.8. Wyłączone pola

Niektóre pola mogą być wyłączone lub przeznaczone tylko do odczytu. Na przykład, dane osobowe pacjenta w rozdziale "Dane pacjenta" są dziedziczone ze szpitalnego ADT i są dostępne tylko do odczytu w module Karta pacjenta. Pola można wyłączyć ze względu na uprawnienia użytkownika (w przypadku, jeśli użytkownik nie może wykonać określonej procedury) lub dlatego, że nie są one istotne dla konkretnego pacjenta.

# 3.2. Strony pokrewne

Niektóre czynności wykonywane są wielokrotnie podczas pobytu pacjenta. Powoduje to utworzenie wielu zapisów tego samego typu dla tego samego pacjenta. Tak jest, na przykład, w przypadku protokołu przekazania opieki pielęgniarskiej, który zwykle jest wypełniany i zapisywany przez personel pielęgniarski na koniec każdej zmiany (Rys. 29).

•					Ľ
Cough		Sec	retions		•
NO YES					
O2 Therapy	Flow [l/min]	C	levice	FIO2 [%]	
NO INVASIVE NON-INVASIVE					
Ventilation		Invasive Mode		Non-invasive Mode	
YES NO	EUPNOIC BRAD	PNOIC TACHYPNOIC	DYSPNOIC		
Spontaneous Breath	Breath				
<ul> <li>Airways And Breathing</li> </ul>					
mm/dd/yyyy:					
Date/Hour *		S	hift		
Nursing Handover ABCD	1E				
	Date/Hour * mm/dd/yyyy -: O Airways And Breathing Spontaneous Breath YES NO Ventilation NO INVASIVE NON-INVASIVE O2 Therapy NO YES Cough	Date/Hour *       mm/dd/yyyy -:       O Airways And Breathing       Spontaneous Breath       YES       NO       INVASIVE       NO       YES       Cough	Date/Hour *     S       mm/dd/yyyy -:     S       O Airways And Breathing     S       Spontaneous Breath     Breath       YES     NO       NO     INVASIVE       NO     INVASIVE       NO     YES       Cough     Sec	Date/Hour *     Shift       mm/dd/yyyy -:     Shift       O Airways And Breathing     Spontaneous Breath       Spontaneous Breath     Breath       YES     NO       Ventilation     Invasive Mode       NO     INVASIVE       NO     INVASIVE       NO     YES       Cough     Secretions	Null Sing Handbover ABCDE         Date/Hour *         mm/dd/yyyy -:

Rys. 29

Aby utworzyć nowe przekazanie opieki pielęgniarskiej

> Kliknij przycisk **Nowy** na pasku poleceń (Rys. 29 **A**).

Strona zmieni się w "Tryb edycji" (Rys. 30).

Date/Hour *		Shift		
mm/dd/yyyy:				•
<ul> <li>Airways And Breathing</li> </ul>				
Spontaneous Breath	Breath			
YES NO	EUPNOIC BRADYPNOIC	TACHYPNOIC		
Ventilation	Inva	sive Mode	Non-invasive Mode	
NO INVASIVE NON-INVASIVE				
O2 Therapy	Flow [l/min]	Device	FiO2 [%]	
NOYES				
Cough		Secretions		
-				

Rys. 30

> Wypełnij wszystkie wymagane pola (Rys. 31).

⊖ Feeding		
Туре	Medical Devices	
ORAL ENTERAL PARENTERAL FASTING	N.G.TUBE F.J.TUBE PEG NJT	
Diet		
Low-Calorie	~ ·	
Bowel	Last Discharge	
OPEN OPEN TO GAS CLOSED ILEOSTOMY COLOSTOMY	mm/dd/yyyy -: 🛅	
Diurasie	Modical Davisor	
NORMAL OLIGURIA POLYURIA	CV CYSTOSTOMY NEPHROSTOMY URETERAL STENT	
Mobilization	PKT	

Rys. 31

Po zakończeniu kliknij Zapisz (Rys. 31 A).

Wpis został zapisany (Rys. 32).

	Oral Cavity	
SELF-SUFFICIENT PARTIAL DEPENDENT DEPENDENT	YES NO	
⊖ Other		
Handover Notes		
Q		
Ø		



Na pasku poleceń włączone są następujące przyciski (Rys. 32 A):

**Nowy** – pozwala na utworzenie nowego zapisu tego samego typu. Podczas tworzenia nowego zapisu można wybrać, czy istniejące dane zostaną skopiowane do nowego zapisu, czy też nie.

Edytuj – umożliwia edycję istniejącego zapisu.

**Usuń** – umożliwia usunięcie zapisu.

Jeśli dostępnych jest wiele zapisów, możliwe jest przejście do różnych zapisów za pomocą przycisków wskazanych w Rys. 32 **B**.

Kliknij przycisk 🛁, aby wyświetlić następny zapis.
Kliknij przycisk, aby wyświetlić poprzedni zapis.
Kliknij przycisk 🔊, aby wyświetlić ostatni zapis (najświeższy).
Kliknij przycisk 🤍, aby wyświetlić pierwszy zapis (najstarszy).
Kliknij przycisk , aby wyświetlić tabelę, zawierającą listę wszystkich istniejących zapisów
(Rys. 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
	D	



Żółty wiersz wskazuje aktualnie wyświetlany zapis. Kliknij wiersz, aby wyświetlić odpowiadający mu zapis.

Przy każdym zapisie podany jest autor oraz data/godzina utworzenia. Jeśli zapis jest edytowany, wskazany jest również autor edycji oraz data/godzina. Link "Historia zapisów" otwiera szczegółową historię edycji (Rys. 32 **C**,Rys. 34).

Created by ADMIN on 06/06/24, 14:47 - Edited by ADMIN on 06/06/24, 14:48 Record history.

Rys. 34

# 3.3. Dedykowane przepływy pracy

#### 3.3.1. Skróty "Zmień łóżko" i "Izolacja".

Na niektórych stronach znajdują się określone przyciski stanowiące skróty do powiązanych procedur. Zobacz, na przykład, na stronie "Dane osobowe" przyciski Zmień łóżko i Izolacja (Rys. 35 **A**).

Personal Details					
Registration Details     Patient ID				ISOLATION CHANG	ie Bed
Family Name	Given Name	Tax Code	-	Gender	
Date of Birth	Birth Place City	Birth Place Province		Birth Country	
Street	City	Zip or Postal Code	State or Province	Country	

Rys. 35

#### Zmień łóżko

Przycisk Zmień łóżko umożliwia szybkie odnotowanie faktu przeniesienia pacjenta na inne łóżko.

Kliknij Zmień łóżko, aby otworzyć okno "Przenieś pacjenta".

Move Patient		
_ Location *		
ICU		~
Bed *		~
	A	
	Duc 26	

Rys. 36

> Wybierz w oknie docelowy oddział i łóżko, a następnie kliknij Przenieś (Rys. 36 A).

#### Izolacja

> Kliknij Izolacja, aby uzyskać bezpośredni dostęp do strony "Izolacje", która pozwala dokumentować okresy izolacji pacjenta (Rys. 37).

Isolation	
Start Date mm/dd/yyyy:	End Date mm/dd/yyyy -:
Isolation Type CONTACT DROPLET AIRBORNE Details	
Detans	

Rys. 37

Jeżeli okres izolacji rozpoczął się (określono datę rozpoczęcia), ale nie zakończył się (nie określono daty zakończenia), jak w Rys. 38,

Isolation		
_ Start Date * 06/06/2024 12:00 AM	End Date mm/dd/yyyy -:	
Isolation Type * CONTACT DROPLET AIRBORNE		

Rys. 38

następnie przycisk Izolacja zostanie podświetlony na czerwono na stronie "Dane osobowe" (Rys. 39).



Rys. 39

### 3.3.2. Alergie/nietolerancje

Specjalny proces poświęcony jest dokumentowaniu alergii i nietolerancji u pacjenta.

<ul> <li>▼ Patient</li> <li>Personal Details</li> <li>Isolations</li> </ul>	Allergies/Intollerances	
<ul> <li>Patient Assessment</li> </ul>	YES NO NOT KNOWN	ADD A NEW ALLERGY/INTOLERANCE +
Admission		
Anamnesis	No allergy intolerance added yet.	
Physical Examination		
Allergies/Intollerance		
<ul> <li>Daily Activities</li> </ul>		
Injuries/Skin Lesions		
Infections		
Nursing Handover ABCDE		
Daily Physical Examination		
Procedures		
▼ Discharge		
Clinical Discharge	(A)	
PATIENT FILE	NEW EDIT SAVE DELETE CANCEL	ascom

Rys. 40

Wskazanie alergii i nietolerancji

> Kliknij przycisk **Nowy** na pasku poleceń (Rys. 40 **A**).

Ekran przejdzie do trybu Edytuj (Rys. 41).

Allergies/Intollerances	
YES NO NOT KNOWN	ADD A NEW ALLERGY/INTOLERANCE +
No allergy intolerance added yet.	
Rvs. 41	

> Wybierz jedną z opcji wskazanych w Rys. 41 A. Wybór zostanie automatycznie zapisany.



Niezależnie od tego, jaką opcję wybierzesz na stronie "Alergie", zostanie ona natychmiast i automatycznie zapisana. Aby zapisać dokonany wybór, nie ma potrzeby klikania przycisku **Zapisz**. Wybór można następnie zmienić za pomocą procedury **Edytuj**.

Po wybraniu **TAK** (Rys. 42 **A** – oznacza, że występują alergie/nietolerancje), przycisk **Dodaj nową alergię/nietolerancję** jest włączony (Rys. 42 **B**).

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

Rys. 42

Określenie alergii u pacjenta

> Kliknij Dodaj nową Alergię/Nietolerancję przycisk.

Wyświetlony zostanie dedykowany formularz (Rys. 43)

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

Rys. 43

> Wypełnij formularz (Rys. 44 – do tego celu służy specjalnie skonfigurowane okno Codefinder).

DRUGS FOOD AMBIENTALI	OTHER	
Code	Description	
260172004	Aglio	
Reactions description		

Kliknij Zapisz na pasku poleceń (Rys. 44 A).

Wybrane elementy zostaną wyświetlone w tabeli (Rys. 45).

Allergies/Intollerances										
Allergies/Intollerances YES NO NOT KNOWN				ADD A NEW ALLERGY/INTOLERANCE +						
Seriousness	Category	Code	Description	Reactions						
Allergy	Food	260172004	Aglio	Reactions description						

Rys. 45

#### 3.3.3. Urazy/zmiany skórne

Specjalna procedura poświęcona jest dokumentacji urazów i zmian skórnych u pacjenta (Rys. 46).

<ul> <li>Patient</li> <li>Personal Details</li> <li>Isolations</li> <li>Patient Assessment</li> <li>Admission</li> <li>Anamnesis</li> <li>Physical Examination</li> <li>Allergies/Intollerance</li> <li>Daily Activities</li> <li>Injuries/Skin Lesions</li> <li>Infections</li> </ul>	Injuries/Skin Lesions Show all assessments New Lesion	NEW ASSESSMENT NEW DRESSING	Select an assessment	
Nursing Handover ABCDE Daily Physical Examination Procedures				
				•
PATIENT FILE NEW	EDIT SAVE DELETE CANCEL			ascom

Rys. 46

Wskazanie zmiany chorobowej:

Kliknij przycisk Nowa zmiana (Rys. 46 A). Ekran zmienia się w następujący sposób (Rys. 47).

NEW ASSESSMENT		
Area *           HEAD         TRUNK         UPPER LIMBS	LOWER LIMBS OTHER	
Etiology *           AERTERIAL VASCULAR LESION         AUTO           DIABETIC FOOT NEURO ISCHAEMIC LESI           NEOPLASTIC LESION         PERISTOMAL L	DIMMUNE LESION BURN DERMATOLOGICAL LESION DIABETIC FOOT ISCHEMIC INJURY DN DIABETIC FOOT NEUROPATHIC LESION DIAPER RELATED DERMATITIS ESION PRESSURE LESION SURGICAL WOUNDS TRAUMATIC INJURY VASCULAR MIXED LESION	]
VENOUS VASCULAR LESION		
Present at Admission *	Laterality *	

Rys. 47

> Wpisz wymagane informacje (Rys. 48).

IENT						
TRUNK UPPER LIMBS	LOWER LIMBS OTHER					
GLUTEUS GENITALS	ANTERIOR THIGH POS		KNEE CALF	OUTER CALF	MALLEOULUS	INSTEP
2ND TOE 2RD TOE		DE				
L VASCULAR LESION	IMMUNE LESION BURN	DERMATOLOGICA	L LESION DIABET	IC FOOT ISCHEMIC IN	IJURY	
FOOT NEURO ISCHAEMIC LESIO	N DIABETIC FOOT NEUR	OPATHIC LESION	DIAPER RELATED DER		TINENCE RELATED I	DERMATITIS
		SURGICAL WOUN	DS TRAUMATIC I	NIURY VASCULA	R MIXED LESION	
	TRUNK UPPER LIMBS GLUTEUS GENITALS ZND TOE 2RD TOE L VASCULAR LESION AUTOI FOOT NEURO ISCHAEMIC LESIO	TRUNK UPPER LIMBS LOWER LIMBS OTHER GLUTEUS GENITALS ANTERIOR THIGH POS 2ND TOE 2RD TOE 4TH TOE 5TH TOE TO L VASCULAR LESION AUTOIMMUNE LESION BURN FOOT NEURO ISCHAEMIC LESION DIABETIC FOOT NEUR	TRUNK UPPER LIMBS LOWER LIMBS OTHER GLUTEUS GENITALS ANTERIOR THIGH POSTERIOR THIGH LEC 2ND TOE 2RD TOE 4TH TOE 5TH TOE TOE L VASCULAR LESION AUTOIMMUNE LESION BURN DERMATOLOGICAL FOOT NEURO ISCHAEMIC LESION DIABETIC FOOT NEUROPATHIC LESION	TRUNK UPPER LIMBS LOWER LIMBS OTHER GLUTEUS GENITALS ANTERIOR THIGH POSTERIOR THIGH LEG KNEE CALF 2ND TOE 2RD TOE 4TH TOE STH TOE TOE L VASCULAR LESION AUTOIMMUNE LESION BURN DERMATOLOGICAL LESION DIABET FOOT NEURO ISCHAEMIC LESION DIABETIC FOOT NEUROPATHIC LESION DIAPER RELATED DER TICLESION DEPISTOMAL LESION PRESSURE LESION SUBGICAL MOLINDS TRAINATICH	TRUNK UPPER LIMBS LOWER LIMBS OTHER GLUTEUS GENITALS ANTERIOR THIGH POSTERIOR THIGH LEG KNEE CALF OUTER CALF 2ND TOE 2RD TOE 4TH TOE 5TH TOE TOE L VASCULAR LESION AUTOIMMUNE LESION BURN DERMATOLOGICAL LESION DIABETIC FOOT ISCHEMIC IN FOOT NEURO ISCHAEMIC LESION DIABETIC FOOT NEUROPATHIC LESION DIAPER RELATED DERMATITIS INCON THE LESION DEDISTIONAL LESION RESSURE LESION SUBGICAL WOUNDES TRAIMATIC INUERY VASCULA	TRUNK UPPER LIMBS LOWER LIMBS OTHER GLUTEUS GENITALS ANTERIOR THIGH POSTERIOR THIGH LEG KNEE CALF OUTER CALF MALLEOULUS 2ND TOE 2RD TOE 4TH TOE 5TH TOE TOE L VASCULAR LESION AUTOIMMUNE LESION BURN DERMATOLOGICAL LESION DIABETIC FOOT ISCHEMIC INJURY FOOT NEURO ISCHAEMIC LESION DIABETIC FOOT NEUROPATHIC LESION DIAPER RELATED DERMATITIS INCONTINENCE RELATED I TICLESION DEDISTIONAL LESION RESSURE LESION SURGICAL WOUNDS. TRAIMATIC INJURY VASCULAR MIXED LESION

Rys. 48

Kliknij przycisk Zapisz (Rys. 48 A).

Dane zostaną zapisane (Rys. 49).

NEW ASSESSM	MENT											
Area *												
HEAD	TRUNK	PER LIMBS	LOWER LIMBS	OTHER								
Site *												
SACRUM	GLUTEUS	GENITALS	ANTERIOR THIGH	POST	ERIOR THIGH	LEG	KNEE	CALF	OUTER CAL	FMALLEOULU	S INSTEP	HEEL
HALLUX	2ND TOE	2RD TOE	4TH TOE 5TH T	ОЕ ТО	=							
Etiology *												
AERTERIAI	L VASCULAR LES	ION AUTO	DIMMUNE LESION	BURN	DERMATOLO	GICAL L	ESION	DIABETIC	FOOT ISCHEM	IC INJURY		
DIABETIC I	FOOT NEURO IS	CHAEMIC LESI	ON DIABETIC F	DOT NEURO	PATHIC LESION	I DI	APER RELA	TED DERM	ATITIS	CONTINENCE RELA	TED DERMATITIS	5

Rys. 49

Można teraz udokumentować ocenę wskazanej zmiany (kliknij przycisk **Nowa ocena** – Rys. 49 **A**) lub wróć do strony podsumowania uszkodzeń/urazów (Rys. 50 – kliknij przycisk **Wstecz** strzałka wskazana wRys. 49 **B**).

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

Użyj ponownie przycisku **Nowa zmiana**, aby udokumentować dodatkowe zmiany. Wszystkie udokumentowane uszkodzenia/urazy są wymienione na stronie (Rys. 51).

#### Injuries/Skin Lesions

	SHOW ALL ASSESSMENTS NEW LESION NEW ASSESSMENT NEW DRESSING								
A	🂫 🗹 Head - Nose - Traumatic Injury								
	🕜 Trunk - Thorax - Surgical Wounds								
	🕜 Lower Limbs - Sacrum - Pressure Lesion								

#### Rys. 51

Dla każdej zmiany można dokumentować okresowe oceny. Aby tego dokonać:

- Wybierz zmianę, która ma zostać oceniona. Odpowiedni wiersz jest podświetlony (Rys. 51 A).
- Kliknij przycisk Nowa ocena (Rys. 51 B)

Otworzy się formularz "Ocena".

> Wprowadź wymagane informacje i kliknij **Zapisz** na pasku poleceń.

W ten sposób zapisywane są dane oceny (Rys. 52).

< Skin Lesions - Assessn	nent - View		
Area: <b>Head</b> Laterality: <b>NA</b>	Site: <b>Nose</b> Present at Admission: <b>YES</b>	Etiology: Traumatic Injury	ĺ
PUSH TOOL Lesion Height [cm] 2 Tissue Type CLOSED EPITHELIAL TISSUE GR	2 ANULATION TISSUE SLOUGH NECKC	Exudate       NONE     LIGHT       MODERATE     HEAVY	
Created by ADMIN on 07/06/24 12:28 - Ec	ited by ADMIN on 07/06/24, 12:30. Record bisto	Push Too CALCULATE C 8	bl
Created by Abiania 01107/00/24, 12.20 - Et	Rea by Abrini on 07700/24, 12.30 <u>Record Histo</u>	<sup></sup> lys. 52	

Oceny są wymienione na stronie urazów/uszkodzeń, w sekcji powiązanego urazu (Rys. 53)



Ewentualne kolejne opatrunki można udokumentować w celu szczegółowej oceny. Aby tego dokonać:

> Kliknij odpowiednią ocenę. Odpowiedni wiersz jest podświetlony (Rys. 54 A).

🛿 Head - Nose - Traumatic Injury		Assessment 6/7/2024, 12:28:43 PM
6/7/2024, 12:33 PM - Healed Injury: No - Staging 1	Ľ	
6/7/2024, 12:28 PM - Healed Injury: No - Staging 1	Ċ	No Dressings
g Trunk - Thorax - Surgical Wounds		
6/7/2024, 12:34 PM - Healed Injury: No - Staging 2	Ľ	
ဒု Lower Limbs - Sacrum - Pressure Lesion		

Kliknij przycisk Nowy opatrunek (Rys. 54 B).

Otworzy się formularz "Opatrunek".

> Wprowadź wymagane informacje i kliknij **Zapisz** na pasku poleceń.

W ten sposób zapisywane są dane opatrunku (Rys. 55).

< Skin Lesions	- Dressing -	View					
Date/Time Dressing *		Executed b	oy *				*
06/07/2024 12:27:09	PM	trust					
Dressing Details							
Primary Dressing							
BETADINE GAUZE	PARAFFIN GAUZE	STERILE GAU	UZE MOISTURING CREAM	SILVER ALGINATE	ZINC OXIDE OTHER		
Secondary Dressing							
HYDROCOLLOID 3 MM	HYDROCOLLOI	D 5 MM PC	OLYURETHANE FOAM BORDERE	D STERILE GAUZE	MEDICATED PATCH	COHESIVE BENDAGE	
ELASTIC MESH COM	MPRESSIVE BENDAG	PATCH	OTHER				- 1
Painfulness *				Procedural Pain *			*
Created by ADMIN on 07/0	06/24, 12:46 - Edited	by ADMIN on	07/06/24, 12:46 Record history				
			Rys	s. 55			

Dane opatrunków wyświetlane są na stronie głównej "Urazy/zmiany chorobowe" po wybraniu odpowiedniej oceny (Rys. 56 z prawej strony).

SHOW ALL ASSESSMENTS NEW LESION NEW ASSESSMENT NEW DRESSING					
Head - Nose - Traumatic Injury		Assessment 6/7/2024, 12:28:43 PM			
6/7/2024, 12:35 PM - Healed Injury: No - Staging 1	Ľ	Date/Time Dressing	Executed by	Primary Dressing	A
🍸 Trunk - Thorax - Surgical Wounds		6/7/2024, 12:27:09 PM		Sterile Gauze	
6/7/2024, 12:34 PM - Healed Injury: No - Staging 2	ľ				
🕜 Lower Limbs - Sacrum - Pressure Lesion					

Rys. 56

Aby szybko uzyskać dostęp i edytować dowolny element:

Kliknij ikonę , umieszczoną obok elementu (zobacz, na przykład, Rys. 56 A).

Dokumentacja "Urazy/zmiany skórne" ma następującą strukturę:

- Można udokumentować wiele urazów u pacjenta.
- Można udokumentować wiele ocen urazu.
- Do oceny można dołączyć wiele opatrunków.

#### 3.3.4. Wypis kliniczny

Procedury wprowadzania danych w formularzu "Wypis kliniczny" są podobne do opisanych w poprzednich akapitach, ale na końcu dokumentacji dot. wypisu, po wskazaniu wszystkich istotnych informacji, wymagana jest specyficzna procedura.

W tym formularzu informacje dotyczące aktywnych terapii są dziedziczone z modułu sieciowego Digistat Therapy Web, natomiast informacje dotyczące badań/konsultacji są dziedziczone z modułu sieciowego Digistat Diary Web.



Procedura wypisu wymaga, aby co najmniej jedna terapia była aktywna dla pacjenta w module Digistat "Therapy Web" oraz aby notatki Diary Web były prawidłowo skonfigurowane. Więcej informacji można znaleźć w podręczniku użytkownika Digistat Therapy Web (USR POL Therapy Web) i podręczniku użytkownika Diary Web (USR POL Diary Web).

Po zakończeniu pobytu pacjenta, kiedy wszystkie pola w formularzu "Wypis" są wypełnione, należy przeprowadzić ostateczną procedurę walidacyjną. W tym celu w rozdziale "Ostateczne działania walidacyjne" w formularzu "Wypis kliniczny" należy wpisać,

> Kliknij Zablokuj przycisk terapii i wypisu pacjenta (Rys. 57 A).



Rys. 57

Pacjent zostaje w ten sposób wypisany, terapie w module Patient Therapy Web są zablokowane. Przyciski **Odblokuj terapię** oraz **Zatwierdź i Zablokuj dane pacjenta** są włączone (Rys. 58).



> Kliknij Sprawdź i zablokuj dane pacjenta (Rys. 58 A).

W ten sposób weryfikowana jest dokumentacja kliniczna. Dane pacjenta w różnych formularzach Karty pacjenta przełączają się w tryb tylko do odczytu. Przycisk **Cofnij walidację** jest włączony.

Użyj przycisków **Odblokuj terapię** i **Cofnij walidację** jako przycisków "Cofnij" w procedurach **Zablokuj terapię** i **Zatwierdź**. W obu przypadkach powód Odblokowania/Cofnięcia walidacji musi być wyraźnie określony przez użytkownika w dedykowanym wyskakującym oknie (Rys. 59).



Aby tego dokonać:

- > Wpisz przyczynę w polu tekstowym wskazanym w Rys. 59 **A**.
- Kliknij Potwierdź (Rys. 59 B).