



Karta pacjenta

Instrukcja obsługi

Wersja 3.0

8/22/2025

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.....	6
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	12
3.1.6. Wywołanie Codefindera	13
3.1.7. Wyniki pielęgniarek.....	15
3.1.8. Wyłączone pola.....	15
3.2. Historia	16
3.3. Strony pokrewne	17
3.4. Dedykowane przepływy pracy	20
3.4.1. Skróty „Zmień łóżko” i „Izolacja”	20
3.4.2. Alergie/nietolerancje	22
3.4.3. Urazy/zmiany skórne	25
3.4.4. Wypis kliniczny	30



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.



Rys. 1

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

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

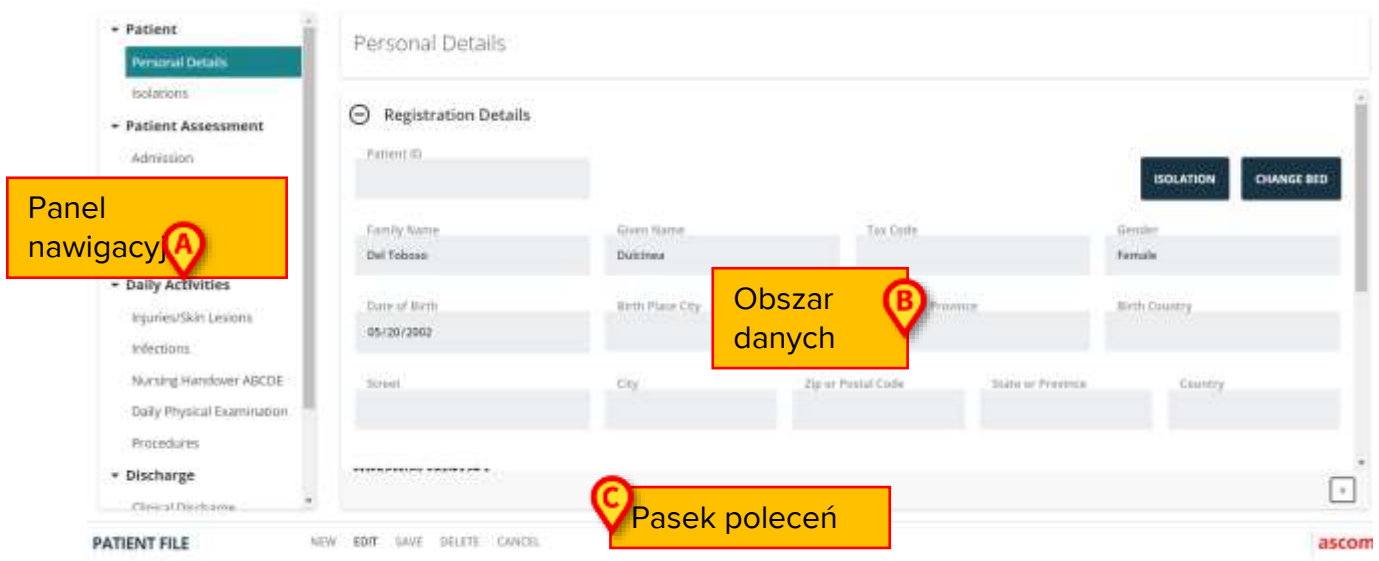


Zamiast aplikacji Patient Explorer Web można skonfigurować inne moduły do wyboru pacjentów, w zależności od decyzji organizacji opieki zdrowotnej. W takim przypadku należy zapoznać się z odpowiednią dokumentacją w celu uzyskania instrukcji.

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**).



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 → Dane osobowe, Izolacja.

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

Codzienne czynności → Urazy/zmiany skórne, infekcje, przekazanie opieki pielęgniarskiej, codzienne badania, procedury.

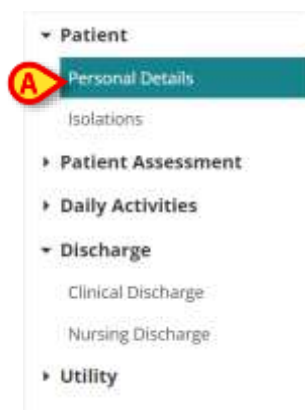
Wypis → Wypis kliniczny, wypis pielęgniarski.

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.



Rys. 4

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

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

Ponadto, aby ułatwić nawigację, w nagłówku strony znajduje się przycisk powrotu do zapisów, które są „Dziećmi” określonego formularza. Przykładem mogą być zapisy dotyczące konkretnych „Zgód” (Rys. 5).



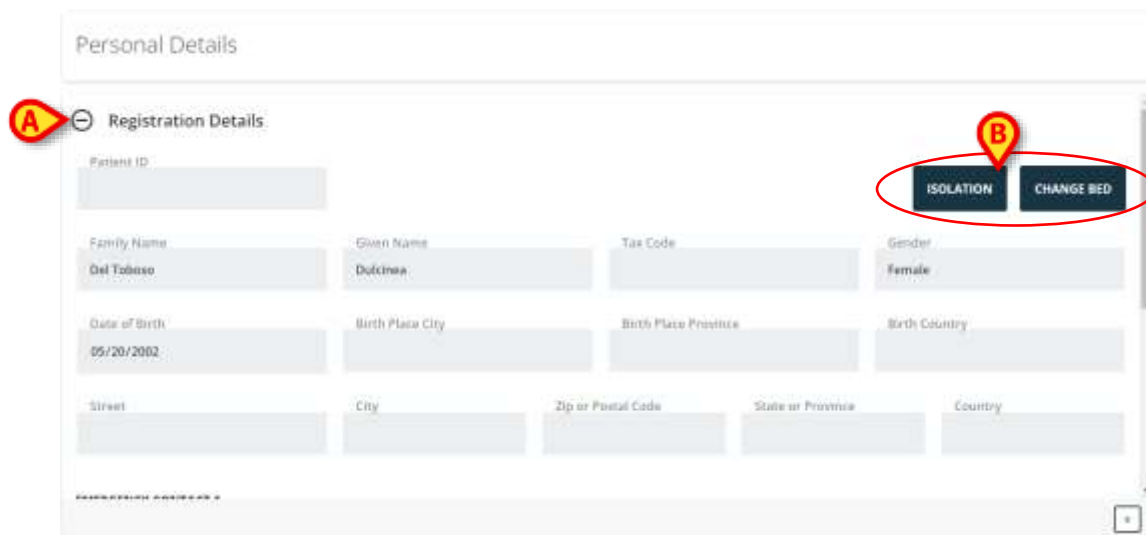
Rys. 5

Za każdym razem, gdy strzałka w lewo wskazana na Rys. 5 **A** jest obecna w nagłówku, można

- kliknąć ją, aby powrócić do formularza wyższego poziomu „Matka”.

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. 6).

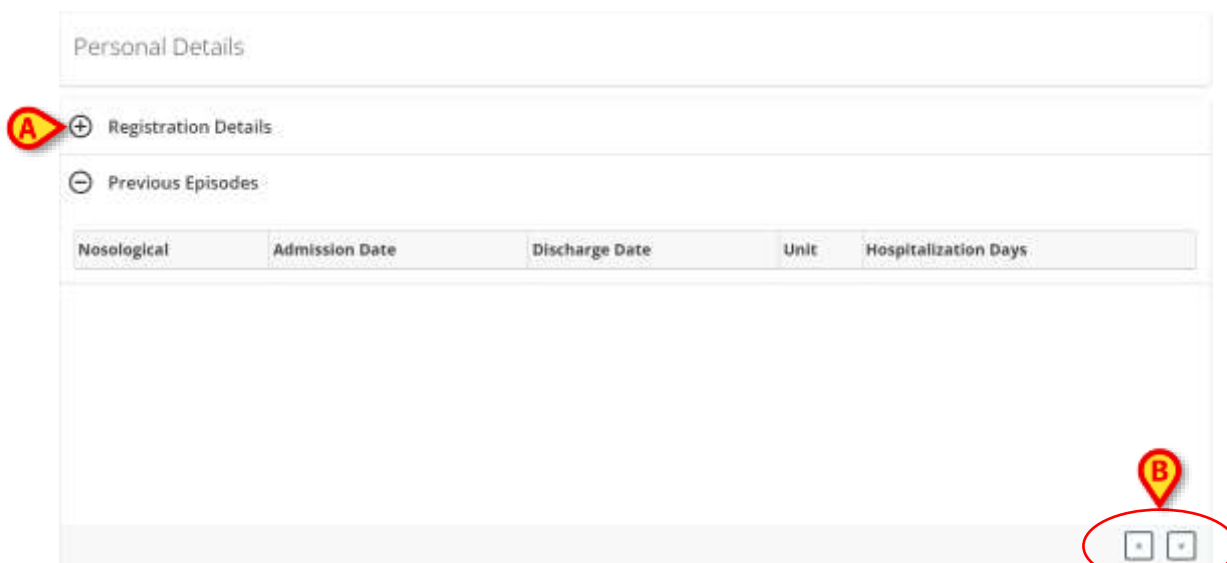


Rys. 6

Na każdej stronie dane są pogrupowane tematycznie. Każda „sekcja tematyczna” jest definiowana przez nagłówek (Rys. 6 A).

- Kliknij nagłówek, aby rozwinąć/zwinąć sekcję.

W Rys. 7, na przykład, rozdział „Szczegóły rejestracji” jest zwinięty (Rys. 7 A).



Rys. 7

- Użyj przycisków wskazanych w Rys. 7 B, aby albo rozwinąć (⌵) lub zwinąć (⌶) 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. 6 B (patrz rozdział 3.4.1).

2.3. Pasek poleceń

Pasek poleceń (Rys. 8) zawiera przyciski umożliwiające operowanie zawartością ekranu.



PATIENT FILE NEW EDIT SAVE DELETE CANCEL

Rys. 8

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 pielęgniarzkiej”, 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

Przy pierwszym dostępie do zapisu pacjenta przycisk **Nowy** na pasku poleceń jest włączony, umożliwiając utworzenie nowego zapisu dla tego pacjenta. Przy kolejnych dostępach, dla stron, które są wypełniane tylko raz, przycisk **Nowy** jest wyłączony, a przycisk **Edytuj** jest włączony, umożliwiając modyfikację danych na istniejącej stronie. W przypadku zapisów z wieloma instancjami (na przykład: zapis „Codzienna wizyta”) przycisk **Nowy** pozostaje włączony również w kolejnych momentach.

Aby wprowadzić dane:

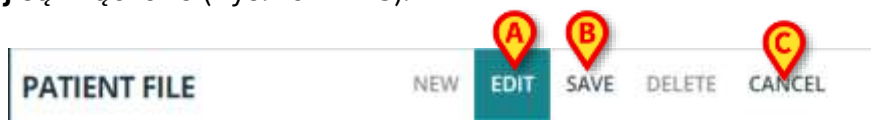
- Kliknij przycisk **Edytuj** lub **Nowy** na pasku poleceń, w zależności od kontekstu (Rys. 9).

PATIENT FILE

NEW EDIT SAVE DELETE CANCEL

Rys. 9

Strona zmienia się w „Tryb edycji”. Podświetlony jest przycisk **Edytuj** (Rys. 10 A). Przyciski **Zapisz** i **Anuluj** są włączone (Rys. 10 B – C).



Rys. 10

- 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.

Patient

- Personal Details
- Isolations
- Patient Assessment**
 - Admission**
 - Anamnesis
 - Physical Examination
 - Allergies/Intolerance
- Daily Activities
- Discharge
 - Clinical Discharge
 - Nursing Discharge
- Utility

Admission

Access

Admission Date: [Field]

Admitting Doctor *: [Field]

Internal Prevalence *: [Field]

Other: [Field]

Other Unit: [Field]

Status: ELECTIVE URGENT

Hospitalization *: MEDICAL SURGICAL

Non-surgical Procedures *: ELECTION URGENCY NO

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

Scheduled Admission to ICU: [Field]

Admitted for Trauma: [Field]

Judicial Authority Report: [Field]

Protocol Number JA: [Field]

PATIENT FILE NEW EDIT SAVE DELETE CANCEL ascom

Rys. 11

- Kliknij **Nowy** na pasku poleceń, aby utworzyć nowy zapis przyjęcia pacjenta (Rys. 11 **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. 12).

Patient

- Personal Details
- Isolations
- Patient Assessment**
 - Admission**
 - Anamnesis
 - Physical Examination
 - Allergies/Intolerance
- Daily Activities
- Discharge
 - Clinical Discharge
 - Nursing Discharge
- Utility

Admission

Access

Admission Date: 05/06/24, 00:00

Admitting Doctor *: [Field]

Internal Prevalence *: [Field]

Other: [Field]

Other Unit: [Field]

Status: ELECTIVE URGENT

Hospitalization *: MEDICAL SURGICAL

Non-surgical Procedures *: ELECTION URGENCY NO

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

Scheduled Admission to ICU: [Field]

Admitted for Trauma: [Field]

Judicial Authority Report: [Field]

Protocol Number JA: [Field]

PATIENT FILE NEW EDIT SAVE DELETE CANCEL ascom

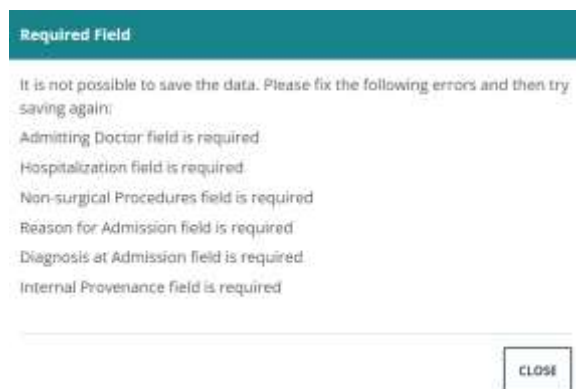
Rys. 12

Pole daty przyjęcia jest wypełniane automatycznie, gdy pacjent został już przyjęty (Rys. 12 **A**). Pola oznaczone gwiazdką są wymagane, jak przykładowo „Lekarz przyjmujący” (Rys. 12 **B**, Rys. 13).

Admitting Doctor *

Rys. 13

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. 14).



Rys. 14

Podświetlane są również brakujące pola wymagane (Rys. 15).

Rys. 15

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. 16).

Rys. 16

3.1.2. Wielokrotny wybór

W przypadku pól wielokrotnego wyboru, jak w Rys. 17 A,

- Kliknij opcję, aby ją wybrać.

Rys. 17

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. 18 **A** – **B** – **C**).

Rys. 18

3.1.4. Wolne pola tekstowe

Wpisz wymagany tekst, aby wypełnić pole. Zobacz, na przykład, Rys. 19.

Rys. 19

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.

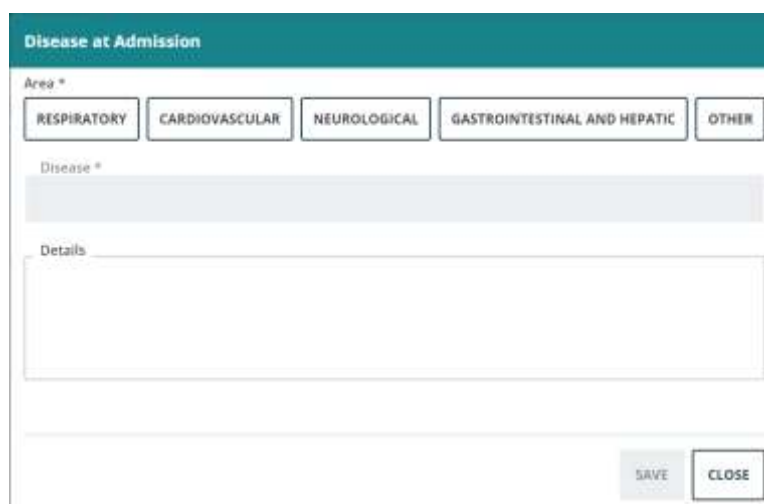


Rys. 20

Określenie choroby

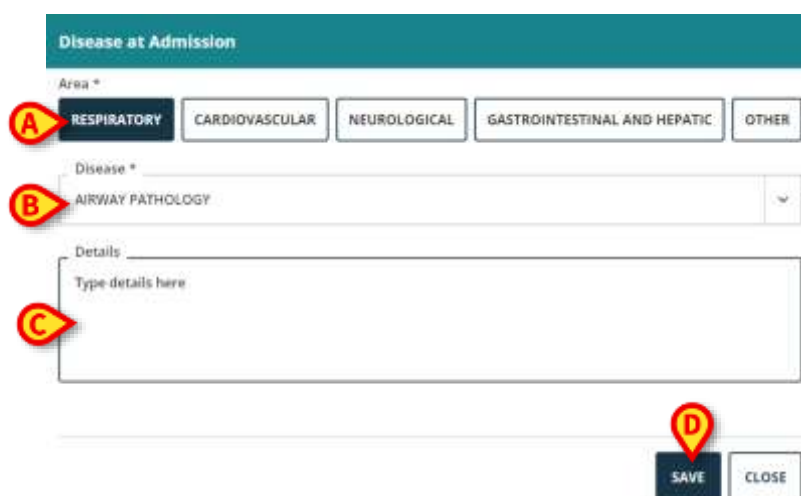
- Kliknij przycisk **Dodaj nową chorobę** (Rys. 20 **A**).

Otworzy się dedykowane okno wyboru (Rys. 21).



Rys. 21

- Wybierz obszar (Rys. 22 **A**).



Rys. 22

- Wybierz chorobę z kontekstowej listy rozwijanej (Rys. 22 **B**).
- W razie potrzeby dodaj bardziej szczegółowy opis (Rys. 22 **C**).
- Kliknij **Zapisz** (Rys. 22 **D**).

Wybrane pozycje są wymienione w tabeli (Rys. 23 **A**).



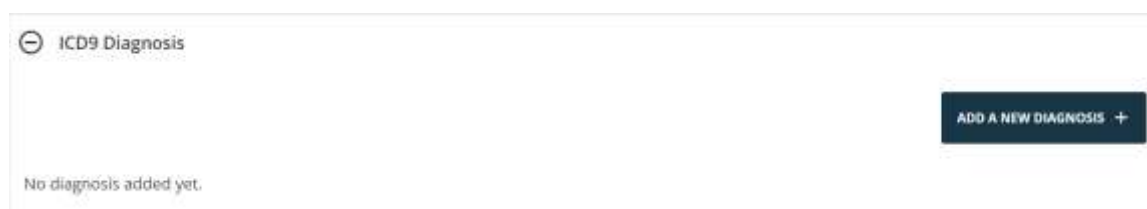
Area	Disease	Details			
Respiratory	AIRWAY PATHOLOGY	Type details here			

Rys. 23

- 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. 24).



Rys. 24

- Kliknij przycisk **Dodaj nową diagnozę** (Rys. 24 **A**).

Otworzy się moduł Codefinder (Rys. 25)

Rys. 25

- Wyszukaj wymaganą diagnozę (Rys. 26)

Rys. 26

- Kliknij żdaną diagnozę, aby ją wybrać (Rys. 26 **A**).

Wybrana pozycja zostanie wyświetlona w module Karta pacjenta, w tabeli zawierającej listę wszystkich wybranych pozycji (Rys. 27).

Code	Description
003.1	SETTICEMIA DA SALMONELLA
004.0	SHIGELLA DYSENTERIAE
005.1	BOTULISMO

Rys. 27

- Użyj ikonę , aby usunąć element z tabeli (Rys. 27 **A**).

3.1.7. Wyniki pielęgniarek



Domyślnie „Neonatal Patient File” wyświetla wstępnie skonfigurowane przykłady wyników od pielęgniarek, które można modyfikować podczas konfiguracji. Te wyniki pielęgniarek są konfigurowane w aplikacji konfiguracyjnej Vitals Web (patrz dokument CFG ENG Digistat Suite). 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. 28).

ISS Score

Head-Neck Face Thorax

Abdomen Extremity External

ISS Score

CALCULATE

Rys. 28

Aby udokumentować wynik:

- Wprowadź wszystkie wymagane oceny (Rys. 29 A).

ISS Score

Head-Neck Face Thorax

Minor No Injury Moderate

Abdomen Extremity External

Serious No Injury No Injury

ISS Score

14

CALCULATE

Rys. 29

- Kliknij przycisk **Oblicz** (Rys. 29 B).

Ogólny wynik jest następnie wyświetlany w polu wyniku (Rys. 29 C).

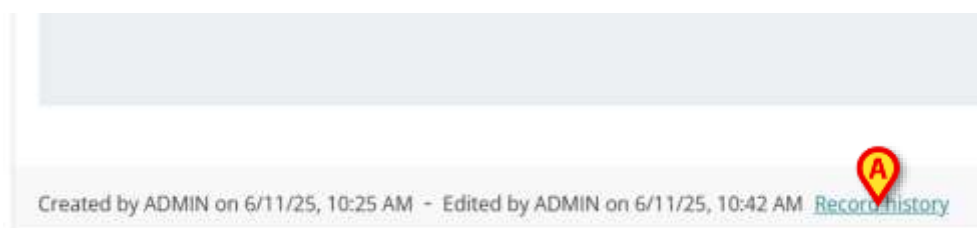
3.1.8. Wyłączone pola

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).

3.2. Historia

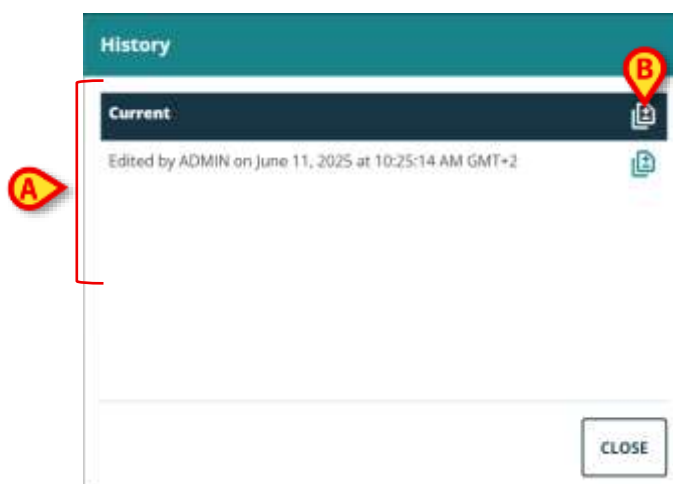
Dane dotyczące utworzenia zapisu i ostatniej edycji są zawsze wyświetlane w lewym dolnym rogu każdego zapisu.

Ponadto użytkownicy, posiadający odpowiednie uprawnienia, mogą uzyskać dostęp do historii zmian wprowadzonych w zapisie. Gdy ta możliwość jest włączona, na stronie obok informacji o utworzeniu i edycji (Rys. 30 **A**) wyświetlany jest specjalny link „Zapisana historia”.



Rys. 30

- Kliknij łącze, aby wyświetlić następujące okno (Rys. 31)



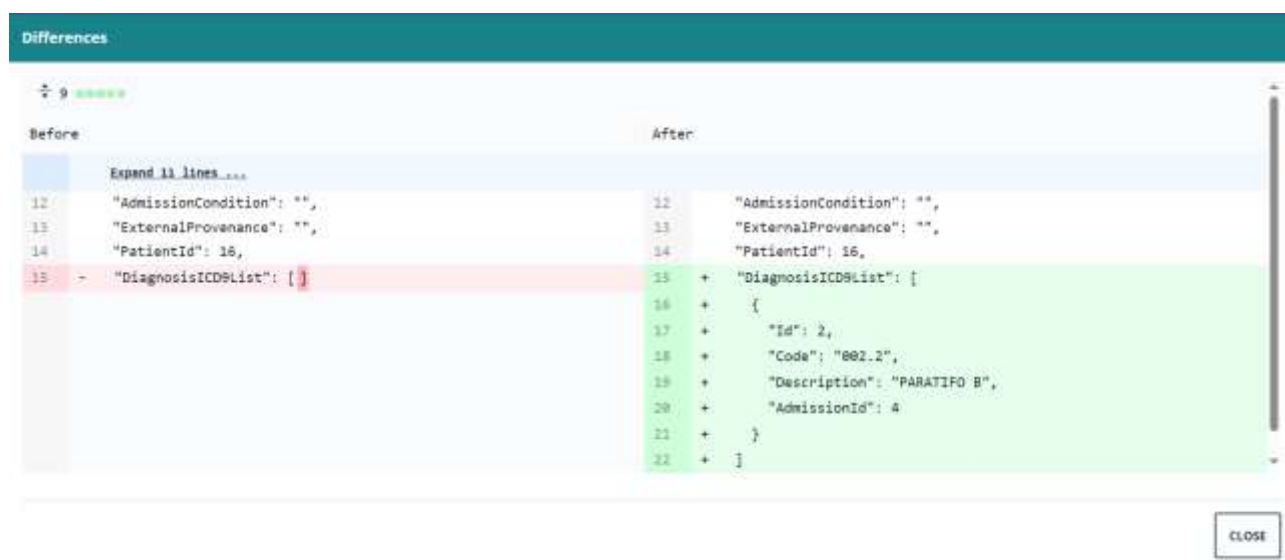
Rys. 31

Okno zawiera listę wszystkich edycji dokonanych w zapisie. Każdy wiersz odpowiada określonej edycji (Rys. 31 **A**). Na górze znajduje się aktualna wersja. Jest to możliwe:

- Kliknij wiersz, aby wyświetlić poprzednią wersję zapisu.

Poprzednie wyświetlane wersje są tylko do odczytu.

Ikona po prawej stronie każdego wiersza (Rys. 31 **B**) otwiera okno, które porównuje wybraną wersję z poprzednią wersją (Rys. 32). Ikona jest widoczna tylko dla użytkowników posiadających określone uprawnienia.



Rys. 32

3.3. 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. 33).

Rys. 33

Aby utworzyć nowe przekazanie opieki pielęgniarskiej

- Kliknij przycisk **Nowy** na pasku poleceń (Rys. 33 **A**).

Strona zmieni się w „Tryb edycji” (Rys. 34).

Nursing Handover ABCDE

Date/Time * Shift

Airways And Breathing

Spontaneous Breath

Breath

Ventilation

O2 Therapy

Cough

Secretions

Flow (l/min) Device FIO2 (%)

Invasive Mode Non-invasive Mode

NEW EDIT SAVE DELETE CANCEL ascom

Rys. 34

- Wypełnij wszystkie wymagane pola (Rys. 35).

Nursing Handover ABCDE

Feeding

Type

Medical Devices

Diet

Bowel

Last Discharge

Diuretics

Medical Devices

Mobilization

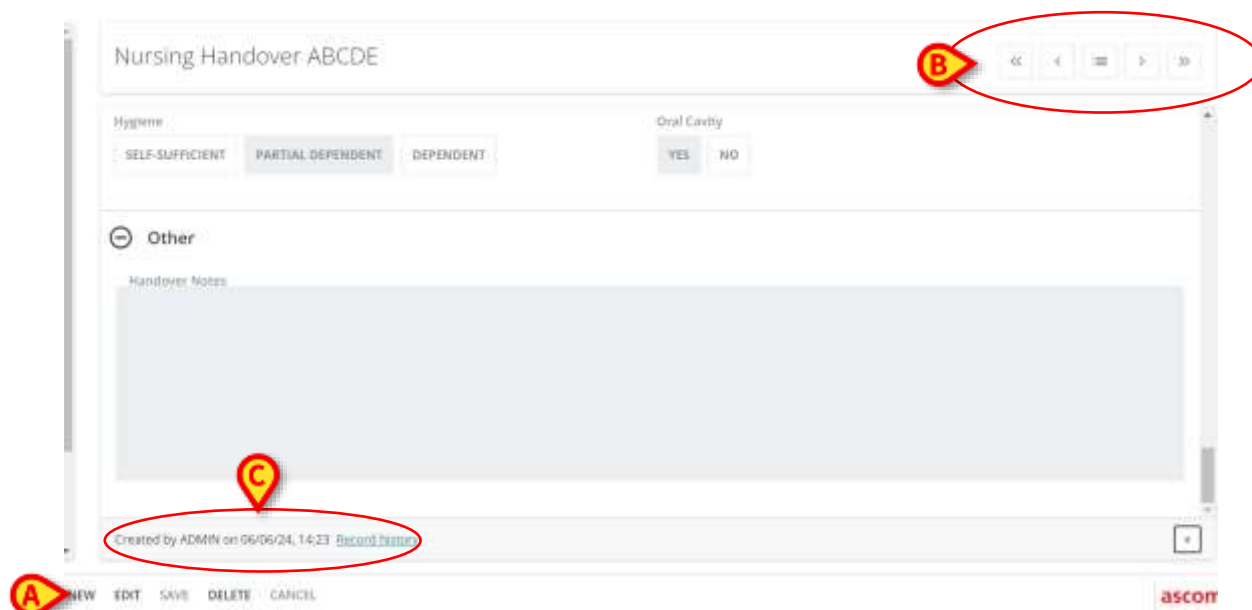
PRT

NEW EDIT **SAVE** DELETE CANCEL ascom

Rys. 35

- Po zakończeniu kliknij **Zapisz** (Rys. 35 **A**).

Wpis został zapisany (Rys. 36).



Rys. 36

Na pasku poleceń włączone są następujące przyciski (Rys. 36 **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. 36 **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. 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

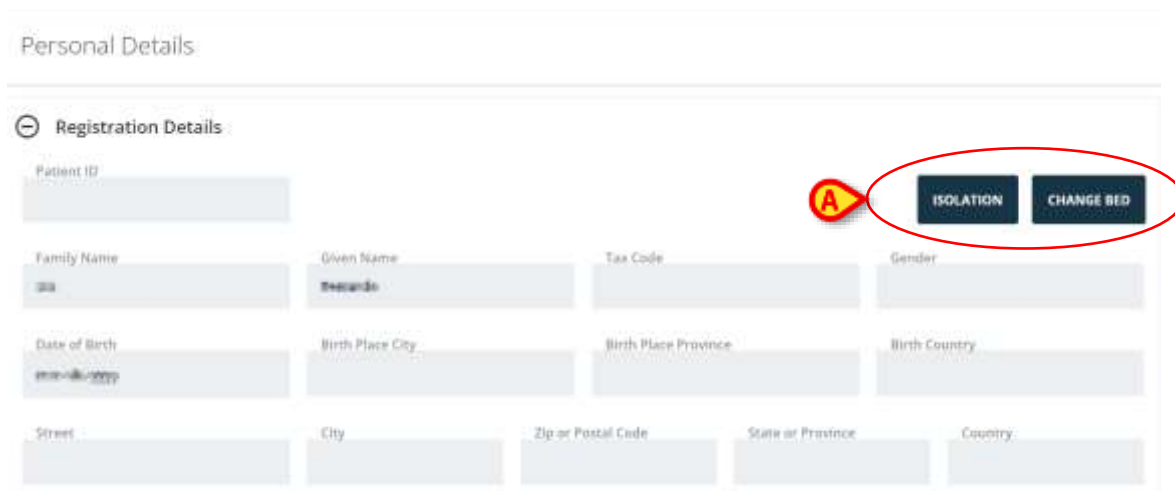
Rys. 37

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

3.4. Dedykowane przepływy pracy

3.4.1. 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. 38 A).



Rys. 38

Zmień łóżko

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

- Kliknij **Zmień łóżko**, aby otworzyć okno „Przenieś pacjenta”.

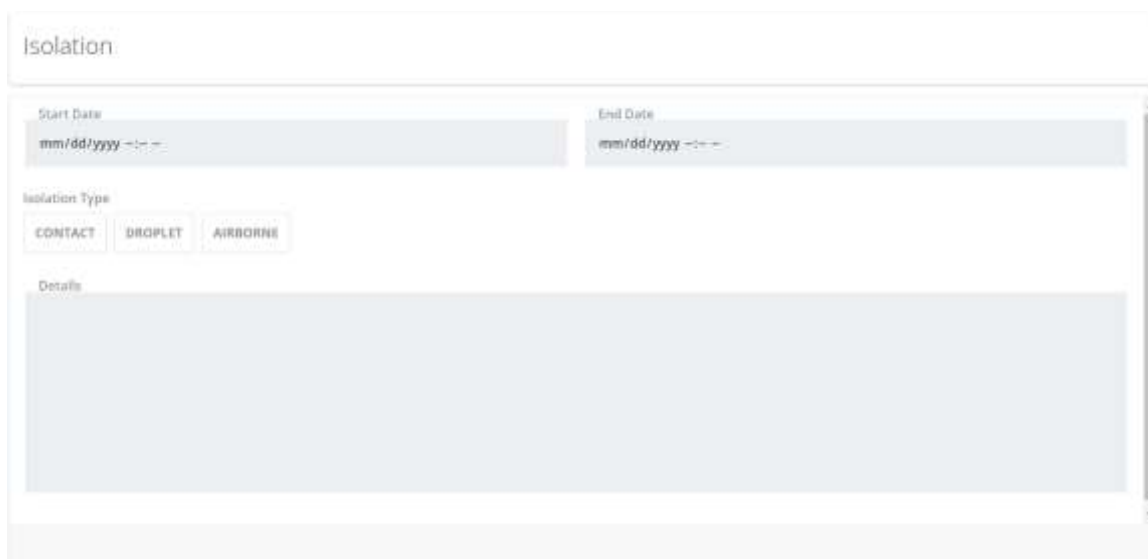


Rys. 39

- Wybierz w oknie docelowy oddział i łóżko, a następnie kliknij **Przenieś** (Rys. 39 A).

Izolacja

- Kliknij **Izolacja**, aby uzyskać bezpośredni dostęp do strony „Izolacje”, która pozwala dokumentować okresy izolacji pacjenta (Rys. 40).



Rys. 40

Jeżeli okres izolacji rozpoczął się (określono datę rozpoczęcia), ale nie zakończył się (nie określono daty zakończenia), jak w Rys. 41,



Rys. 41

następnie przycisk Izolacja zostanie podświetlony na czerwono na stronie „Dane osobowe” (Rys. 42).



Rys. 42

3.4.2. Alergie/nietolerancje

Specjalny proces poświęcony jest dokumentowaniu alergii i nietolerancji u pacjenta.

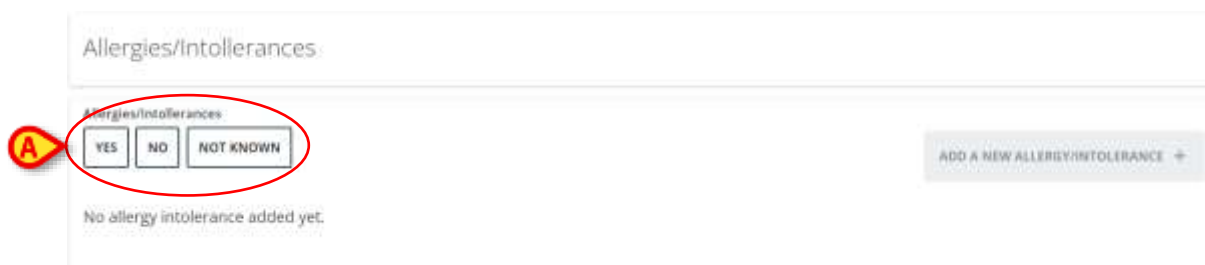


Rys. 43

Wskazanie alergii i nietolerancji

- Kliknij przycisk **Nowy** na pasku poleceń (Rys. 43 **A**).

Ekran przejdzie do trybu **Edytuj** (Rys. 44).



Rys. 44

- Wybierz jedną z opcji wskazanych w Rys. 44 **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. 45 **A** – oznacza, że występują alergie/nietolerancje), przycisk **Dodaj nową alergię/nietolerancję** jest włączony (Rys. 45 **B**).

Allergies/Intolerances

Allergies/Intolerances

YES NO NOT KNOWN

ADD A NEW ALLERGY/INTOLERANCE +

No allergy intolerance added yet.

Rys. 45

Określenie alergii u pacjenta

- Kliknij **Dodaj nową Alergię/Nietolerancję** przycisk.

Wyświetlony zostanie dedykowany formularz (Rys. 46)

< Allergies/Intolerances - New

Category

DRUGS FOOD AMBIENTAL OTHER

Code Description

Seriousness

INTOLERANCE ALLERGY

Reactions

Rys. 46

- Wypełnij formularz (Rys. 47 – do tego celu służy specjalnie skonfigurowane okno Codefinder).

< Allergies/Intolerances - New

Category:

Code: 260172004

Description: Aglio

Seriousness:

Reactions:

Reactions description

NEW EDIT **SAVE** DELETE CANCEL

ascom

Rys. 47

- Kliknij **Zapisz** na pasku poleceń (Rys. 47 **A**).

Wybrane elementy zostaną wyświetlone w tabeli (Rys. 48).

Allergies/Intolerances

Allergies/Intolerances

ADD A NEW ALLERGY/INTOLERANCE +

Seriousness	Category	Code	Description	Reactions
Allergy	Food	260172004	Aglio	Reactions description

Rys. 48

3.4.3. Urazy/zmiany skórne

Specjalna procedura poświęcona jest dokumentacji urazów i zmian skórnych u pacjenta (Rys. 49).

Rys. 49

Wskazanie zmiany chorobowej:

- Kliknij przycisk **Nowa zmiana** (Rys. 49 **A**). Ekran zmienia się w następujący sposób (Rys. 50).

Rys. 50

- Wpisz wymagane informacje (Rys. 51).

< Skin Lesions - New

NEW ASSESSMENT

Area *

HEAD TRUNK UPPER LIMBS LOWER LIMBS OTHER

Site *

SACRUM GLUTEUS GENITALS ANTERIOR THIGH POSTERIOR THIGH LEG KNEE CALF OUTER CALF MALLEOLUS INSTEP HEEL

HALLUX 2ND TOE 2RD TOE 4TH TOE 5TH TOE TOE

Etiology *

AERTERIAL VASCULAR LESION AUTOIMMUNE LESION BURN DERMATOLOGICAL LESION DIABETIC FOOT ISCHEMIC INJURY

DIABETIC FOOT NEURO ISCHAEMIC LESION DIABETIC FOOT NEUROPATHIC LESION DIAPER RELATED DERMATITIS INCONTINENCE RELATED DERMATITIS

NEOPLASTIC LESION PERISTOMAL LESION PRESSURE LESION SURGICAL WOUNDS TRAUMATIC INJURY VASCULAR MIXED LESION

NEW EDIT SAVE DELETE CANCEL

ascom

Rys. 51

- Kliknij przycisk **Zapisz** (Rys. 51 **A**).

Dane zostaną zapisane (Rys. 52).

B Skin Lesions - View

A NEW ASSESSMENT

Area *

HEAD TRUNK UPPER LIMBS LOWER LIMBS OTHER

Site *

SACRUM GLUTEUS GENITALS ANTERIOR THIGH POSTERIOR THIGH LEG KNEE CALF OUTER CALF MALLEOLUS INSTEP HEEL

HALLUX 2ND TOE 2RD TOE 4TH TOE 5TH TOE TOE

Etiology *

AERTERIAL VASCULAR LESION AUTOIMMUNE LESION BURN DERMATOLOGICAL LESION DIABETIC FOOT ISCHEMIC INJURY

DIABETIC FOOT NEURO ISCHAEMIC LESION DIABETIC FOOT NEUROPATHIC LESION DIAPER RELATED DERMATITIS INCONTINENCE RELATED DERMATITIS

NEOPLASTIC LESION PERISTOMAL LESION PRESSURE LESION SURGICAL WOUNDS TRAUMATIC INJURY VASCULAR MIXED LESION

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

Rys. 52

Można teraz udokumentować ocenę wskazanej zmiany (kliknij przycisk **Nowa ocena** – Rys. 52 **A**) lub wróć do strony podsumowania uszkodzeń/urazów (Rys. 53 – kliknij przycisk **Wstecz** strzałka wskazana w Rys. 52 **B**).

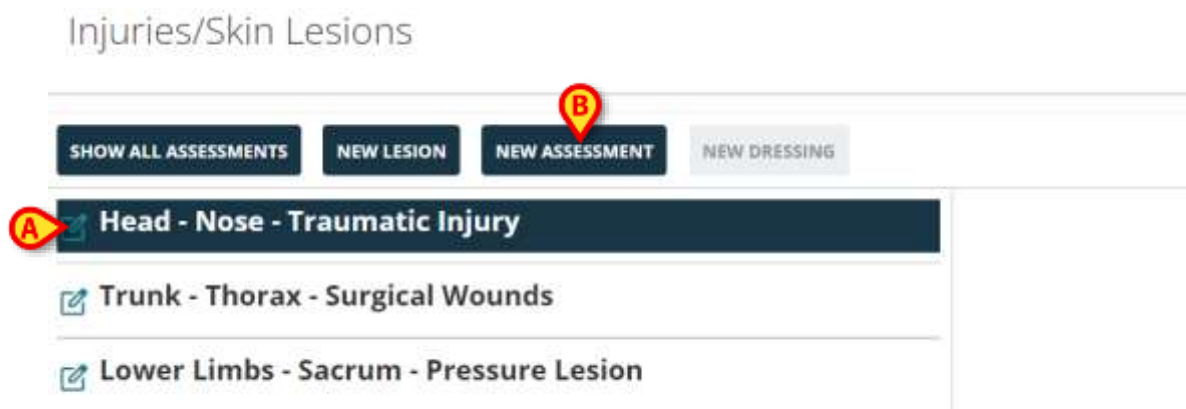
Injuries/Skin Lesions

SHOW ALL ASSESSMENTS NEW LESION NEW ASSESSMENT NEW DRESSING

Lower Limbs - Sacrum - Pressure Lesion

Rys. 53

Użyj ponownie przycisku **Nowa zmiana**, aby udokumentować dodatkowe zmiany. Wszystkie udokumentowane uszkodzenia/urazy są wymienione na stronie (Rys. 54).



Rys. 54

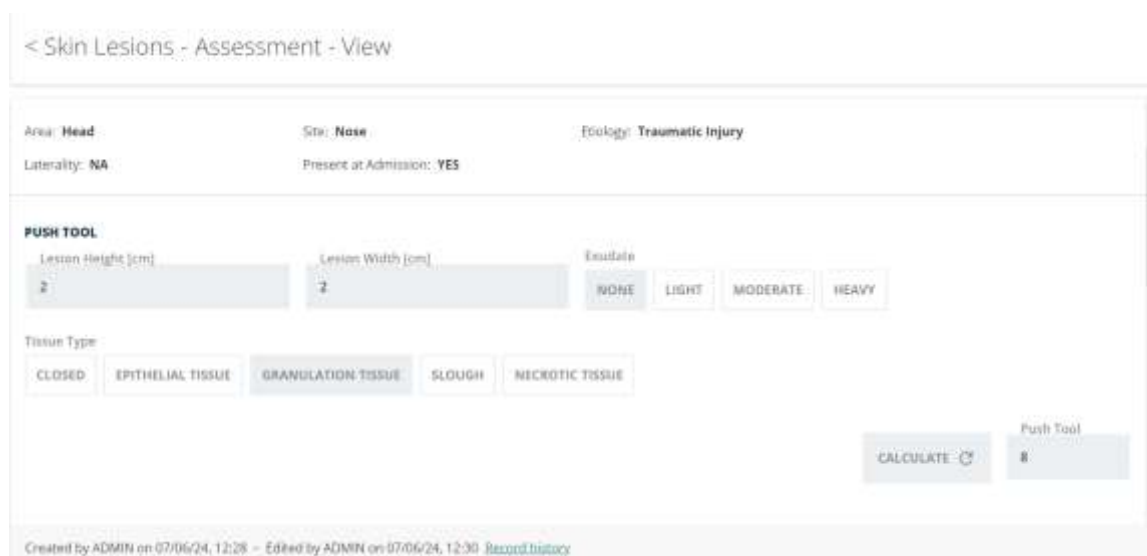
Dla każdej zmiany można dokumentować okresowe oceny. Aby tego dokonać:

- Wybierz zmianę, która ma zostać oceniona. Odpowiedni wiersz jest podświetlony (Rys. 54 **A**).
- Kliknij przycisk **Nowa ocena** (Rys. 54 **B**)

Otworzy się formularz „Ocena”.

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

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



Rys. 55

Oceny są wymienione na stronie urazów/uszkodzeń, w sekcji powiązanego urazu (Rys. 56)

Injuries/Skin Lesions

SHOW ALL ASSESSMENTS NEW LESION NEW ASSESSMENT NEW DRESSING

Head - Nose - Traumatic Injury

6/7/2024, 12:33 PM - Healed Injury: No - Staging 1

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

Rys. 56

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

- Kliknij odpowiednią ocenę. Odpowiedni wiersz jest podświetlony (Rys. 57 **A**).

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

No Dressings

Rys. 57

- Kliknij przycisk **Nowy opatrunek** (Rys. 57 **B**).

Otworzy się formularz „Opatrunek”.

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

W ten sposób zapisywane są dane opatrunku (Rys. 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](#)

Rys. 58

Dane opatrunków wyświetlane są na stronie głównej „Urazy/zmiany chorobowe” po wybraniu odpowiedniej oceny (Rys. 59 z prawej strony).

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

Rys. 59

Aby szybko uzyskać dostęp i edytować dowolny element:

- Kliknij ikonę , umieszczoną obok elementu (zobacz, na przykład, Rys. 59 **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.

3.4.4. 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. 60 **A**).



Rys. 60

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. 61).



Rys. 61

- Kliknij **Sprawdź i zablokuj dane pacjenta** (Rys. 61 **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. 62).



Rys. 62

Aby tego dokonać:

- Wpisz przyczynę w polu tekstowym wskazanym w Rys. 62 **A**.
- Kliknij **Potwierdź** (Rys. 62 **B**).