

jHIS

v 6.1

Copyright © 2013-2020 TORN Sp. z o.o.



Spis treści

Wprowadzenie....8
Założenia....8
Logowanie....8
Języki....10
Wersje systemu....10
Wiadomości....13
Drukarki fiskalne....14
Nemo-Q....15
jHQ....16
Konto....18
  Zmiana hasła....18
  Komunikaty....18
  Wideokomunikator....19
Administracja....21
  Konfiguracja....21
  Struktura organizacyjna....28
    Jednostki administracji....28
    Opieka medyczna....29
    Uprawnienia....43
    Użytkownicy....44
  Powiadomienia....47
  Dzienniki....51
    Log prób nieautoryzowanego dostępu do systemu....51
    Historia....52
    Historia logowania....53
  Konta eWUŚ....54
  Cenniki....55
  Medycyna pracy....63
    Grupy czynników szkodliwych....64
    Organy krytyczne....64
    Badania....65
    Czynniki szkodliwe i uciążliwe....66
    Instytucje....68
    Stanowiska....76
  Słowniki....80
    Typy wizyt....81
    Usługi komercyjne....82
    Grupy badań diagnostycznych....84
    Badania diagnostyczne....85
    Zakresy badań diagnostycznych....86
    Świadczenia rehabilitacyjne....87
    Baza numerów REGON....89
    Role personelu....90
    Magazyny....91
    Dostawcy....92
    Szczepionki....92
    Środki do realizacji świadczeń....93
    Miejsca przechowywania dokumentacji....94

Miejsca przechowywania dokumentacji specjalistycznej....95
Miejsca archiwizacji dokumentacji....96
Czynniki interakcji....97
Typy nieobecności....97
Dni wolne....98
Rodzaje informacji w historii pacjenta....100
Zbiory leków....101
Kroplówki....104
Materiały higieniczne....105
Nemo-Q....106
jHQ....110
Wyświetlacze....110
Instancje....120
Slajdy....121
Zbiory gabinetów....123
Termometry....124
Portal....127
Media....127
Treści....129
Rejestry (RODO)....135
Certyfikaty (własne)....138
Drukarki fiskalne....140
Tryb serwisowy....141
Wersje językowe....142
Rejestracja....143
Nowy pacjent....143
Dane pacjenta....144
Adres zamieszkania....144
Adres zameldowania....145
Adres zamieszkania w UE....145
Dane kontaktowe....146
Dane zakładu pracy....147
Inne....147
Pacjenci (karty aktywne)....147
Pacjent....150
Kontakt....157
Ubezpieczenia....160
Deklaracje....162
Skierowania....166
Upoważnienia....169
Ostrzeżenia....172
Informacje....174
Historia....175
Płatności....177
Dokumenty....187
Wizyty....190
Zatrudnienie....192
Leki....194
EDM....194
Pobyty....195

Druki....196
Parametry....196
Recepty....197
ZOL....198
Pacjenci (karty nieaktywne)....201
Pacjenci (zgłoszenia internetowe)....203
Ewidencja ogólna....204
Księga rejestrowa....206
Księga przyjęć....207
Deklaracje....208
Płatności zrealizowane....211
Płatności niezrealizowane....214
Pobieranie pieniędzy z kas....217
Kasy....218
Cenniki....220
Baza personelu i jednostek zewnętrznych....223
Dofinansowania....224
Komunikator....226
Zawiadomienia....229
Korygowanie dokumentów finansowych....230
Skróty klawiaturowe....232
Personel....233
Personel....233
Pule recept....239
Grafiki personelu....241
Grafiki aparatury....250
Kontrakty....258
Dystans placówek....273
Termometry....274
Szczepionki....274
Dostawy....274
Stany magazynowe....276
Przeniesienia międzymagazynowe....277
Wydawanie....278
Brakowanie....280
Blokowanie....281
Ostrzeżenia....282
Historia....282
Środki do realizacji świadczeń....284
Dostawy....284
Stany magazynowe....286
Przeniesienia międzymagazynowe....287
Wydawanie....288
Brakowanie....289
Blokowanie....290
Ostrzeżenia....291
Historia....291
Zasoby....293
Dostawy....293
Stany magazynowe....296

Przeniesienia międzymagazynowe....297
Wydawanie....298
Brakowanie....300
Blokowanie....301
Ostrzeżenia....302
Historia....303
Certyfikaty (eZLA)....304
Rezerwacja / Unieważnianie numerów (eZLA)....306
Mój terminarz....306
Zestawienia....309
Godziny przyjęć....310
Wizyty....310
Wizyty planowe....310
Wizyty dodatkowe....333
Wizyty do odwołania....335
Braki ubezpieczeń....336
Rehabilitacja....336
Wersja standardowa modułu rehabilitacyjnego....336
Wersja uproszczona modułu rehabilitacyjnego....349
Pakiety rehabilitacyjne....358
Medycyna pracy....359
Księgi medycyny pracy....367
Rejestr orzeczeń lekarskich....367
Księga podejrzeń i rozpoznań chorób zawodowych....367
Księga udzielonych konsultacji....368
Księga odwołań od treści orzeczeń lekarskich....369
Księga wizytacji stanowisk pracy....372
Wizyty na dziś....373
Zestawienia....374
Gabinet....377
Gabinet lekarski / pielęgniarski....377
Informacje....389
Wywiad....390
Badanie....394
Dokumenty....396
ICD9 / ICD10....397
Leki....398
E-recepta....406
Zalecenia....414
Zlecenia....416
Skierowania....419
eZLA....427
MP....432
Kodowanie....436
Szczepienia....437
Dyspozycje....438
Pobyt....439
Załączniki....441
eZWM....442
Świadczenia....445

Cytologie....445
RTG....446
Podsumowanie....447
Gabinet terapeutyczny....451
Punkt pobrań....453
Punkt szczepień....468
Leki....474
Macierz dostępu do EDM....477
Szablony formularzy....478
Szablony dokumentów....481
Konfiguracja....493
Statystyki....496
Wskazania chorobowe....497
Interakcje leków....498
Archiwum EDM....500
Zlecenia....501
Świadczenia....502
NFZ....506
Kodowanie wizyt....506
Zarządzanie usługami....515
Kodowanie badań diagnostycznych....518
Zarządzanie badaniami diagnostycznymi....520
Zaopatrzenie....523
Słowniki....529
ICD-10....529
ICD-9....531
Usługi NFZ-owe....532
Zaopatrzenie w wyroby medyczne....533
Komunikaty....535
Eksport....537
Usługi (SWX)....537
Badania diagnostyczne (WBX)....538
Zaopatrzenie (ZPX)....539
Deklaracje (PDX)....540
Listy oczekujących (KLX)....542
Dane zbiorcze POZ (PZX)....543
Rachunki i faktury (RFX)....546
E-Faktury (EFX)....551
E-Noty (ENX)....552
E-Rachunki (ERX)....553
Import....554
Umowy (UMX)....554
Potwierdzenia usług (SWZ)....555
Badania diagnostyczne (WBZ)....555
Zaopatrzenie (ZPZ)....556
Potwierdzenia deklaracji (PZP)....556
Weryfikacje deklaracji (PZW)....557
Rozliczenia deklaracji (PZR)....557
Potwierdzenia list oczekujących (KLZ)....558
Szablony rachunków (ZRZ)....558

Dane....558
Umowy (UMX)....559
Deklaracje (PDX)....560
Rozliczenia deklaracji (PZR)....561
Listy oczekujących (KLX)....561
Potwierdzenia list oczekujących (KLZ)....562
Rachunki i faktury (RFX)....563
E-Faktury (EFX)....565
E-Noty (ENX)....566
E-Rachunki (ERX)....567
Szablony rachunków (ZRZ)....568
Pliki....570
Szpital....570
Przyjęcia....571
Oddział....574
Wypisy....585
Operacje....588
Blok operacyjny....596
Słowniki....598
Grupy narzędzi....598
Narzędzia....599
Zestawy narzędzi....601
Zestawy....602
Przygotowywanie zestawów....602
Gotowe zestawy....604
Wycofywanie zestawów....605
Użyte zestawy....607
Księgi....608
Księga zabiegów....608
Księga główna przyjęć i wypisów....608
Księga odmów przyjęć i porad udzielanych w izbie przyjęć....609
Księga chorych oddziału....609
Księga bloku operacyjnego albo sali operacyjnej....610
Księga raportów lekarskich....610
Księga raportów pielęgniarskich....612
Księga pracowni diagnostycznej....614
ZOL....614
Przyjęcia....614
Pobyty....617
Wypisy....635
Jadłospis....638
Procesy i mechanizmy....639
Wizyty....639
Zabiegi rehabilitacyjne....640
Operacje....640
Rozliczenia z NFZ....641
Rozliczenia komercyjne....641
Portal dla pacjentów....644
Hasło....648
Wizyty....649

Badania....656
Recepty....656
Portal dla instytucji....656
Hasło....658
Kontrakty....658
jHDR....661
jERP....664
ZnanyLekarz....665
BugBase....667
Zgłaszanie problemów....667
Obsługa problemów....668
Podsumowanie....674

Wprowadzenie

jHIS to system przeznaczony do kompleksowej obsługi tak publicznych jak i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w zakresie zarządzania danymi pacjentów i personelu, planowania grafików pracy personelu i użytkowania aparatury, umawiania i obsługi wizyt i zabiegów ambulatoryjnych i domowych oraz jednodniowych hospitalizacji i pobytów w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, obsługi gabinetowej pacjenta (gabinet lekarski ogólny, stomatologiczny, okulistyczny, terapeutyczny, pielęgniarski, punkt pobrań, gabinet można potraktować także karetkę pogotowia czy śmigłowiec lotniczego ratownictwa medycznego), rozliczeń z NFZ, z pacjentami i z zakładami pracy pacjentów.

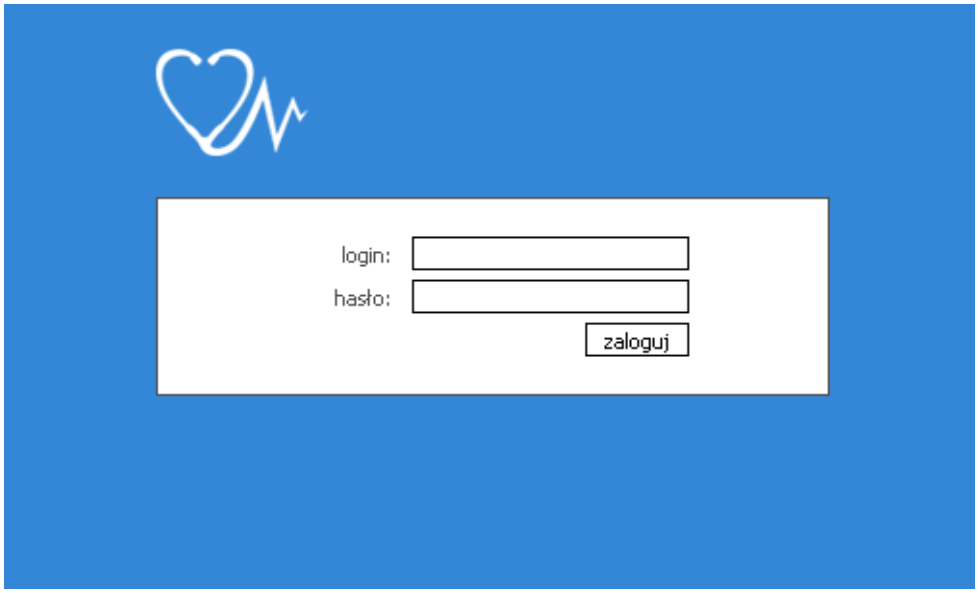
Założenia

Założenia dotyczące funkcjonowania systemu jHIS:

- historia wszelkich zmian danych (z wyjątkiem danych słownikowych) jest rejestrowana
- dane są usuwane z bazy danych logicznie a nie fizycznie (usunięte dane są możliwe do odzyskania)
- dostęp do poszczególnych funkcjonalności aplikacji przez zalogowanego użytkownika zależy od posiadanych przez niego uprawnień zwanych rolami (rola jest zbiorem predefiniowanych przywilejów, z których każdy zapewnia dostęp do określonego elementu systemu)
- pola, których wypełnienie w formularzach jest obowiązkowe są otoczone niebieską obwódką
- system działa w oparciu o przeglądarkę internetową Mozilla Firefox oraz Google Chrome

Logowanie

Aby skorzystać z aplikacji należy uruchomić przeglądarkę, w pasku adresu wpisać adres i przejść pod wpisany adres. Wówczas wyświetli się strona logowania do systemu jHIS.



Dostęp do aplikacji wymaga zalogowania indywidualnym loginem i hasłem. Loginy i hasła nadaje administrator systemu. Po wpisaniu loginu i hasła i kliknięciu przycisku „zaloguj” wyświetla się jedna z następujących stron:

- ponownie strona logowania z informacją o błędnym loginie/haśle (oznacza to, że użytkownik pomylił się przy wpisywaniu loginu/hasła – w tej sytuacji należy wprowadzić prawidłowy login i hasło i ponownie kliknąć przycisk „zaloguj”)
- ponownie strona logowania z informacją że użytkownik jest zablokowany (oznacza to, że administrator zablokował użytkownikowi dostęp do systemu)
- formularz zmiany hasła jeżeli od ostatniej zmiany hasła użytkownika minęło 30 dni (w tej sytuacji należy wprowadzić w formularzu swoje aktualne hasło i dwukrotnie powtórzone nowe hasło jakiego użytkownik chce używać, a następnie zatwierdzić przyciskiem – wówczas nastąpi zmiana hasła i będzie można zalogować się do aplikacji nowym hasłem; nowe hasło musi spełniać następujące wymogi polityki bezpieczeństwa: musi składać się co najmniej z 8 znaków, musi zawierać małe i wielkie litery oraz cyfry lub znaki specjalne, musi różnić się od ostatnio używanego hasła co najmniej trzema znakami, musi różnić się od każdego z trzech ostatnio używanych haseł co najmniej jednym znakiem)
- strona startowa aplikacji właściwa dla logującego się użytkownika jeżeli zalogowanie nastąpiło prawidłowo

Strona startowa aplikacji zawiera:

- nagłówek powtarzający się na każdej stronie systemu, a w nim
  - logo systemu - po kliknięciu na logo następuje przejście do strony startowej użytkownika (niezależnie od tego na jakiej stronie użytkownik aktualnie się znajduje gdy klika na logo)
  - menu umożliwiające dostęp do poszczególnych funkcjonalności systemu
  - odnośniki do wersji językowych umożliwiające przełączanie się pomiędzy różnymi wersjami językowymi interfejsu użytkownika
  - login użytkownika
  - ikonkę dostępu do systemu kolejkowego Nemo-Q (o ile system jHIS został zintegrowany z systemem kolejkowym Nemo-Q)
  - ikonkę ostrzeżeń o zbliżającym się terminie wygasania haseł do kont eWUŚ (tylko dla administratora systemu)
  - ikonkę wiadomości - tylko w przypadku gdy w systemie istnieją wiadomości adresowane do użytkownika
  - odnośnik umożliwiający wylogowanie się z aplikacji
- treść właściwą dla zalogowanego użytkownika
  - lista ostrzeżeń o kończących się datach ważności szczepionek jeżeli użytkownik posiada przywilej bycia ostrzeganym o kończeniu się dat ważności szczepionek i istnieją szczepionki, których daty ważności się kończą oraz/lub lista ostrzeżeń o kończących się środkach przeznaczonych na dofinansowania o ile taka sytuacja zachodzi
  - strona startowa zalogowanego użytkownika lub pusta strona jeśli użytkownik nie ma zdefiniowanej strony startowej

- stopkę powtarzającą się na każdej stronie systemu, a w niej
  - nazwę i wersję systemu - po kliknięciu na nazwie systemu otwiera się okno z informacjami o zmianach wprowadzonych w kolejnych wersjach systemu i odnośnikiem do dokumentacji
  - odnośnik do repozytorium produktów leczniczych jHDR
  - logo technologii jPALIO - po kliknięciu na logo w nowym oknie/zakładce przeglądarki otwiera się strona producenta oprogramowania

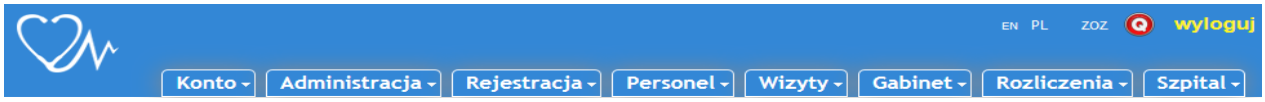
Aplikacja składa się z następujących modułów funkcjonalnych, których nazwy odpowiadają pozycjom w menu:

- Konto
- Administracja
- Rejestracja
- Personel
- Wizyty
- Gabinet
- NFZ
- Szpital
- ZOL

Moduł „Konto” jest dostępny dla każdego zalogowanego użytkownika niezależnie od posiadanych uprawnień. Dostępność pozostałych modułów dla zalogowanych użytkowników jest uzależniona od posiadanych uprawnień.

Języki

System posiada różne wersje językowe interfejsu użytkownika. Do przełączania się pomiędzy wersjami językowymi służą odnośniki z kodami języków widoczne w nagłówku strony (np. PL – polski, EN – angielski). Odnośnik aktualnie używanej wersji językowej jest wyświetlany powiększoną czcionką.



Wersje systemu

Niniejsza dokumentacja opisuje system jHIS w pełnym zakresie jego funkcjonalności. W zależności od wykupionej licencji zakres dostępnych funkcjonalności może być węższy niż ujęty w dokumentacji.

Wersja podstawowa systemu jHIS obejmuje następujące moduły i funkcjonalności:

- Konto – zmiana hasła i przeglądanie wiadomości od administratora systemu
- Administracja – konfiguracja systemu z wyjątkiem konfiguracji modułu rehabilitacyjnego, konfiguracji systemu kolejkowego jHQ i konfiguracji mechanizmów integracji z systemem jERP, zarządzanie strukturą organizacyjną z wyjątkiem możliwości określania parametrów i rodzajów zabiegów rehabilitacyjnych na poziomie poradni i aparatur, zarządzanie uprawnieniami, zarządzanie użytkownikami, zarządzanie powiadomieniami, zarządzanie słownikami z wyjątkiem katalogu świadczeń rehabilitacyjnych i słowników medycyny pracy, przeglądanie logu prób nieautoryzowanego dostępu do systemu, przeglądanie historii zmian danych w systemie, zarządzanie kontami dostępu do systemu eWUŚ, zarządzanie cennikami usług komercyjnych
- Rejestracja – dodawanie pacjentów, zarządzanie danymi pacjentów aktywnych i nieaktywnych z wyjątkiem historii zatrudnienia, przeglądanie zestawień dotyczących deklaracji pacjenta, przeglądanie ewidencji ogólnej oraz ksiąg rejestrowych i przyjęć, przeglądanie zestawień płatności zrealizowanych i niezrealizowanych, pobieranie pieniędzy z kas, przeglądanie cenników, zarządzanie bazą personelu i jednostek zewnętrznych, zarządzanie dofinansowaniami, komunikator
- Personel – zarządzanie danymi personelu medycznego z wyjątkiem wskazywania zabiegów rehabilitacyjnych jakich personel nie realizuje, planowanie grafików pracy personelu i aparatury z możliwością definiowania dystansu pomiędzy placówkami, zarządzanie pulami recept, zarządzanie kontraktami personelu
- Wizyty – umawianie i obsługa wizyt planowych i dodatkowych, w tym odwoływanie wizyt i uzupełnianie informacji o ubezpieczeniu
- Gabinet – konfiguracja gabinetu, w tym konfiguracja podręcznej apteczki leków i zlecanych badań diagnostycznych oraz konfiguracja dostępu do EDM, definiowanie szablonów dokumentów i formularzy, gabinet lekarski ogólny bez obsługi diagramu uzębienia i diagramu oka oraz bez wskazywania zestawów badań i zestawów pacjenta przy kierowaniu na zabieg / operację, przeglądanie statystyk użytkowania modułu gabinetowego
- NFZ – zarządzanie słownikami ICD-9 i ICD-10

Wersja podstawowa może być rozszerzona o następujące moduły i funkcjonalności:

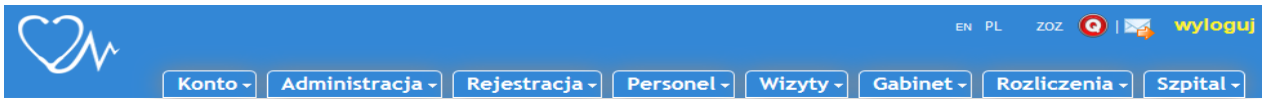
- NFZ – kodowanie wizyt i badań diagnostycznych zgodnie z wytycznymi NFZ, zarządzanie usługami i badaniami diagnostycznymi, eksportowanie i importowanie oraz przeglądanie danych komunikatów wymienianych pomiędzy systemem jHIS a systemem NFZ SZOI, zarządzanie słownikiem usług NFZ-owych
- Rehabilitacja – konfiguracja modułu rehabilitacyjnego na poziomie całego systemu oraz możliwość określania parametrów i rodzajów zabiegów rehabilitacyjnych na poziomie poradni i aparatur, zarządzanie katalogiem świadczeń rehabilitacyjnych, wskazywanie zabiegów rehabilitacyjnych jakich personel nie realizuje, planowanie i obsługa zabiegów rehabilitacyjnych, gabinet terapeutyczny
- Medycyna pracy – zarządzanie słownikami medycyny pracy, historia zatrudnienia pacjenta, planowanie i obsługa medycyny pracy, księgi medycyny pracy
- Stomatologia – obsługa diagram uzębienia w gabinecie stomatologicznym
- Okulistyka – obsługa diagramu oka w gabinecie okulistycznym
- Punkt pobrań – obsługa punktu pobrań

- MARCEL – mechanizmy integracji systemu jHIS z systemem MARCEL obsługującym m.in. laboratorium diagnostyczne ALAB Laboratoria Sp. z o.o. (integracja w oparciu o protokół HL7 Version 2.3; funkcjonalność możliwa do wykorzystania jedynie wraz z obsługą punktu pobrań)
- Nemo-Q – mechanizmy integracji systemu jHIS z systemem kolejkowym NEMO-Q
- Szpital – zarządzanie słownikami i zestawami narzędzi i pacjenta, planowanie i obsługa operacji (izba przyjęć, oddział jednodniowy, blok operacyjny), prowadzenie i przeglądanie ksiąg, wskazywanie w ramach obsługi gabinetowej w izbie przyjęć zestawów badań i zestawów pacjenta przy kierowaniu na zabieg / operację
- ZOL – obsługa przyjęć do zakładu opiekuńczo-leczniczego, pobytów w zakładzie opiekuńczo-lecznicznym w tym tworzenia jadłospisów, wypisów z zakładu opiekuńczo-leczniczego, przeglądania historii pobytów w zakładzie opiekuńczo-leczniczym
- eLab – mechanizmy integracji systemu jHIS z systemem eLab obsługującym m.in. laboratorium diagnostyczne Diagnostyka Sp. z o. o. (integracja w oparciu o WebService i protokół HL7 CDA; funkcjonalność możliwa do wykorzystania jedynie wraz z obsługą punktu pobrań)
- Termometry – mechanizmy monitorowania termometrów internetowych, rejestrowania pomiarów temperatury i powiadamiania o odchyleniach od normy i nieprawidłowościach działania
- Drukarki fiskalne – mechanizmy drukowania paragonów na drukarkach fiskalnych online
- Portal dla pacjentów – portal internetowy umożliwiający pacjentom samodzielne umawianie się na wizyty i odwoływanie wizyt oraz funkcjonalności zarządzania treściami prezentowanymi w portalu i weryfikowania internetowych zgłoszeń rejestracyjnych pacjentów
- Portal dla instytucji – portal internetowy umożliwiający instytucjom samodzielne umawianie pracowników na wizyty medycyny pracy
- Szczepienia – zarządzanie słownikami magazynów, dostawców i szczepionek, obsługa dostaw szczepionek, przeniesień międzymagazynowych, brakowania i ostrzegania o zbliżającym się końcu terminu ważności szczepionek, wystawianie zleceń na szczepienia, obsługa punktu szczepień
- Środki do realizacji świadczeń – zarządzanie słownikami magazynów, dostawców i środków do realizacji świadczeń, obsługa dostaw środków do realizacji świadczeń, przeniesień międzymagazynowych, brakowania i ostrzegania o zbliżającym się końcu terminu ważności środków, wystawianie i obsługa zleceń na realizację świadczeń komercyjnych
- Zasoby – zarządzanie słownikami magazynów i dostawców, obsługa dostaw zasobów, przeniesień międzymagazynowych, brakowania i ostrzegania o zbliżającym się końcu terminu ważności zasobów, określanie zapotrzebowania na zasoby przy realizacji usług komercyjnych
- Interakcje – zarządzanie słownikiem czynników interakcji, zarządzanie bazą interakcji, wykrywanie i wyświetlanie interakcji w gabinecie lekarskim
- jHQ – wbudowany system kolejkowy jPALIO Hybrid Queuer
- jERP – mechanizmy integracji systemu jHIS z systemem finansowo-księgowym jERP w zakresie przekazywania z jHIS do jERP danych kontrahentów i faktur pierwotnych

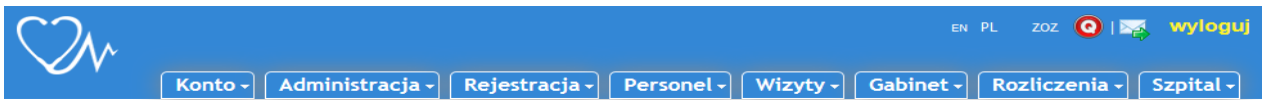
- ZnanyLekarz – mechanizmy integracji systemu jHIS z serwisem ZnanyLekarz w zakresie publikowania wolnych terminów z systemu jHIS w serwisie ZnanyLekarz i rejestrowania w systemie jHIS wizyt umówionych za pośrednictwem serwisu ZnanyLekarz

Wiadomości

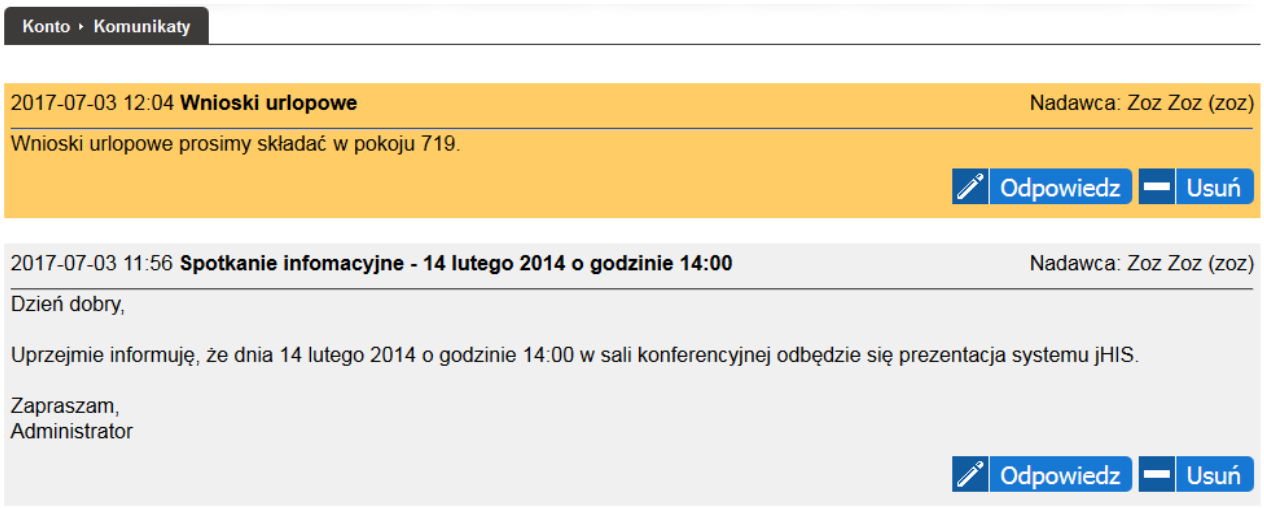
W systemie istnieje możliwość wysyłania różnego rodzaju wiadomości i powiadomień do użytkowników systemu. Jeżeli istnieją jakiekolwiek wiadomości adresowane do zalogowanego użytkownika, w nagłówku strony pojawia się ikonka wiadomości. Jeżeli istnieją wiadomości nieprzeczytane strzałka na ikonce wiadomości ma kolor pomarańczowy.



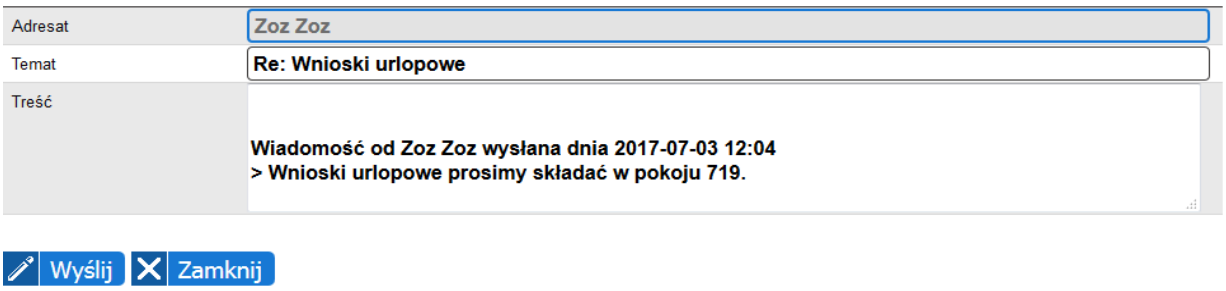
Jeżeli istnieją wiadomości adresowane do zalogowanego użytkownika ale wszystkie zostały już przeczytane, wówczas strzałka na ikonce wiadomości ma kolor zielony.



Po kliknięciu na ikonce wiadomości otwiera się strona z wiadomościami adresowanymi do zalogowanego użytkownika. Każda nieprzeczytana wiadomość ma tło koloru pomarańczowego, wiadomości przeczytane mają tło szare. Przy każdej wiadomości wyświetlają się przyciski „Odpowiedz” i „Usuń”.



Po kliknięciu przycisku „Odpowiedz” otwiera się nowe okno z formularzem umożliwiającym wysłanie odpowiedzi na wiadomość.



Po kliknięciu zaś przycisku „Usuń” wiadomość znika z listy wyświetlanych wiadomości.

Drukarki fiskalne

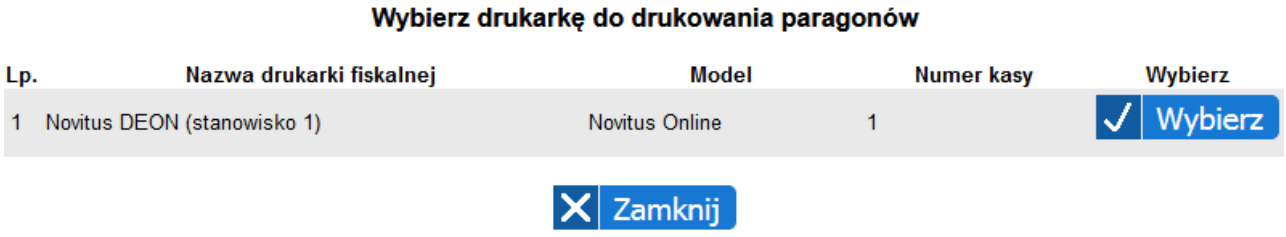
System jHIS został zintegrowany z drukarkami fiskalnymi Novitus Online w zakresie drukowania paragonów. Dla użytkowników posiadających uprawnienia do obsługi płatności wyświetlana jest w prawym górnym rogu okna ikonka wyboru drukarki fiskalnej, na której będą drukowane paragony wystawiane przez zalogowanego użytkownika. Jeżeli zalogowany użytkownik nie wybrał jeszcze drukarki fiskalnej ikonka ma tło białe.



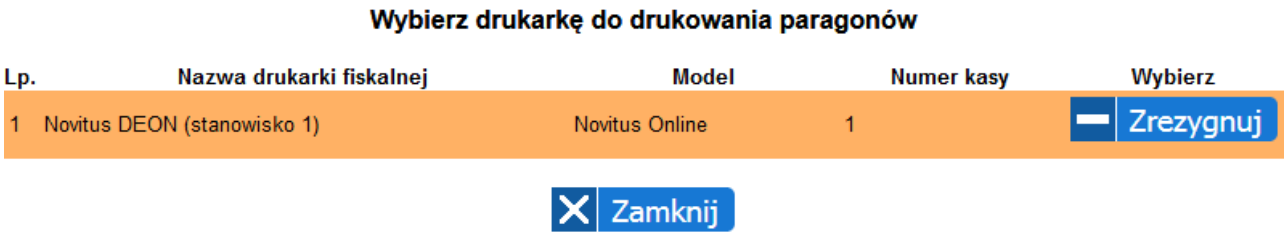
Jeżeli zalogowany użytkownik wybrał już drukarkę fiskalną, ikonka ma tło pomarańczowe.



Po kliknięciu na ikonkę wyboru drukarki fiskalnej otwiera się nowe okno z listą dostępnych drukarek. Przy każdej drukarce możliwej do wybrania wyświetla się przycisk „Wybierz”.



Po kliknięciu przycisku „Wybierz” przy danej drukarce, system zapamiętuje ją jako drukarkę używaną przez zalogowanego użytkownika. Tak wybrana drukarka jest podświetlana na pomarańczowo i wyświetla się przy niej przycisk „Rezygnuj”.

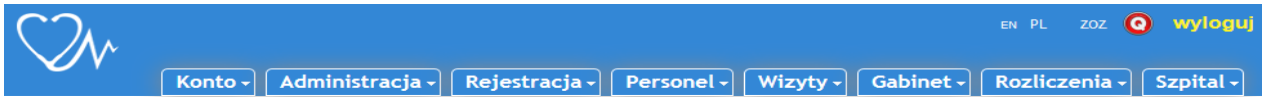


Kliknięcie przycisku „Rezygnuj” powoduje, że drukarka ta przestaje być wybrana jako drukarka używana przez zalogowanego użytkownika.

Od chwili gdy pewna drukarka zostanie wybrana przez użytkownika do drukowania paragonów, każdy wystawiany paragon będzie automatycznie drukowany na wybranej drukarce.

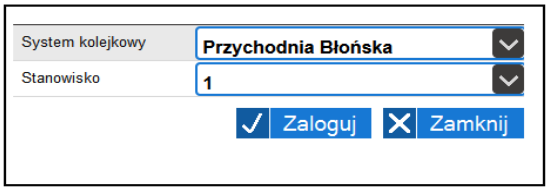
Nemo-Q

System jHIS został zintegrowany z systemem kolejkowym Nemo-Q. Dla użytkowników posiadających dostęp do systemu Nemo-Q wyświetlana jest w systemie jHIS w prawym górnym rogu okna (przy nazwie użytkownika) ikonka z literą „Q” otwierająca w nowym oknie panel systemu kolejkowego.

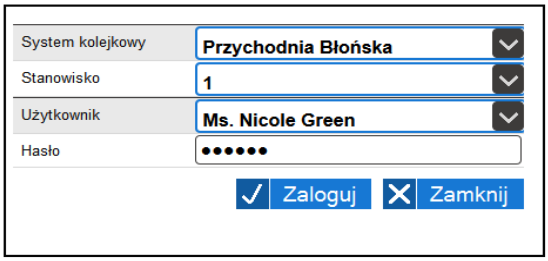


Po kliknięciu na tej ikonce otwiera się okno panelu systemu kolejkowego. W oknie widoczny jest formularz logowania do systemu kolejkowego, w którym wskazuje się system kolejkowy i stanowisko. Po wybraniu stanowiska system jHIS sprawdza w systemie Nemo-Q czy dane stanowisko wymaga logowania i jeśli wymaga wyświetla dodatkowe pola do wybrania użytkownika i podania jego hasła. W obu przypadkach po wypełnieniu formularza należy nacisnąć przycisk „Zaloguj”.

Stanowisko nie wymagające autoryzacji

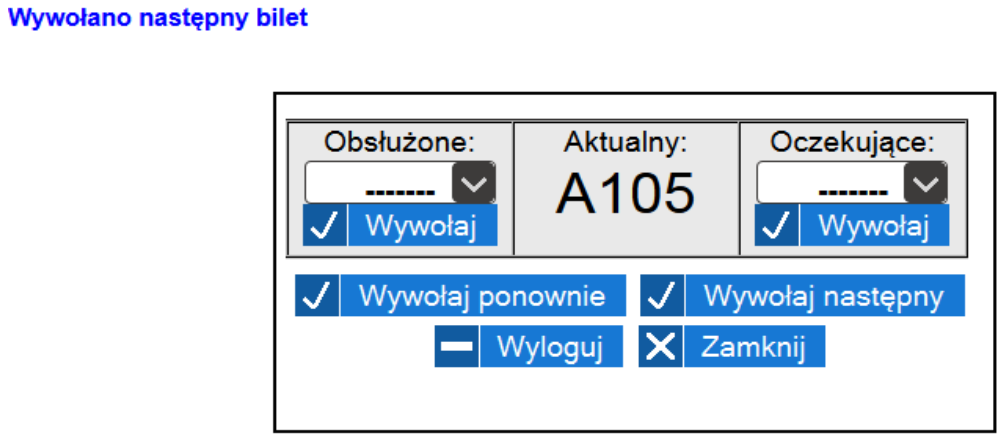


Stanowisko wymagające autoryzacji



Po zalogowaniu wyświetlany jest formularz przywoływania biletów. Jeśli był już przywoływany jakikolwiek bilet to jego numer wyświetla się w formularzu. Z poziomu formularza możliwe jest przywołanie następnego biletu, ponowne przywołanie ostatnio wywołanego biletu a także przywołanie dowolnego już obsłużonego lub dowolnego jeszcze oczekującego biletu (po wybraniu z listy i naciśnięciu przycisku „Wywołaj” pod listą). W momencie przywoływania biletu w

formularzu wyświetla się numer przywoływanego biletu a nad formularzem stosowna informacja o wykonanej czynności, i na wyświetlaczu systemu kolejkowego również wyświetla się numer przywoływanego biletu (który dodatkowo miga a przy tym system kolejkowy emituje sygnał dźwiękowy).



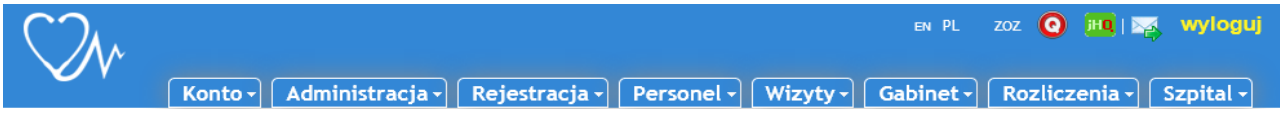
Z poziomu formularza można się wylogować z systemu kolejkowego i zamknąć okno. Zamknięcie okna bez wylogowania z systemu kolejkowego nie skutkuje zerwaniem połączenia z systemem kolejkowym – po ponownym otwarciu okna (czyli po kliknięciu na ikonkę „Q" przy nazwie użytkownika w prawym górnym rogu okna systemu jHIS) widoczny jest formularz przywoływania biletu z widocznym ostatnio przywoływanym numerem.

UWAGA!

- Jeżeli przywoływanie biletów odbywa się z poziomu systemu jHIS wówczas należy całkowicie zrezygnować z korzystania z aplikacji WinPanel (stanowiącej część systemu Nemo-Q). Korzystanie na niektórych stanowiskach z systemu jHIS a na niektórych z aplikacji WinPanel może doprowadzić do rozspójniania sesji użytkowników a w efekcie błędów w działaniu oprogramowania jHIS.

jHQ

Jeżeli zalogowany użytkownik posiada przywilej do korzystania z systemu kolejkowego jHQ i w konfiguracji systemu jHIS włączono widoczność ikonek do przywoływania biletów w ramach systemu kolejkowego jHQ, wówczas na górze strony (obok loginu użytkownika) wyświetlana jest ikonka z logo systemu jHQ.



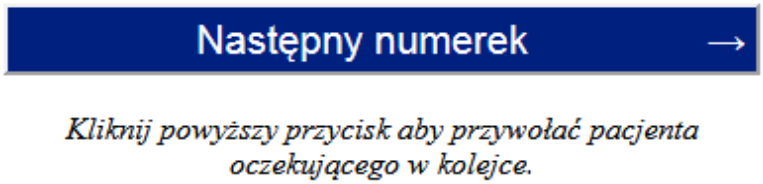
Po kliknięciu tej ikonki otwiera się nowe okno do przywoływania biletów do stanowisk obsługi. W oknie tym wyświetla się lista przycisków odpowiadających nazwom instancji systemu kolejkowego jHQ. W pierwszej kolejności należy więc kliknąć przycisk z nazwą instancji systemu kolejkowego z którego będziemy korzystać.



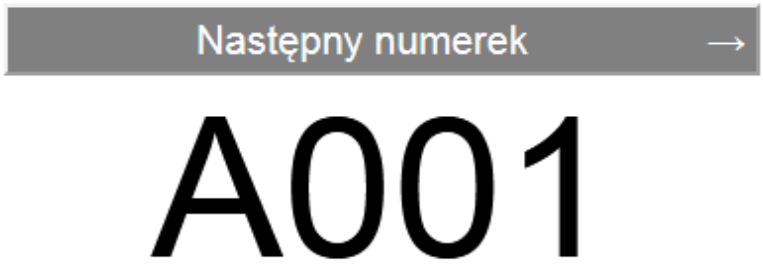
Po wybraniu instancji wyświetli się lista przycisków z nazwami stanowisk zdefiniowanych w ramach wybranej instancji systemu kolejkowego jHQ. Aby wybrać stanowisko z którego użytkownik będzie korzystał należy kliknąć przycisk z jego nazwą.



Po wybraniu stanowiska wyświetli się przycisk do przywoływania biletów do stanowiska. Przycisk ma kolor granatowy jeśli jakiekolwiek bilety oczekują na przywołanie do stanowiska, zaś szary jeśli nie ma biletów oczekujących.



Kliknięcie na przycisku "Następny numerek" skutkuje przywołaniem przez system kolejkowy następnego spośród oczekujących numerów biletów a więc wyświetleniem jego numeru na wyświetlaczu przy stanowisku oraz wyświetleniem jego numeru w okienku przywoływania (lub wyświetleniem napisu BRAK jeśli żaden bilet nie oczekuje na przywołanie).



Okienko należy utrzymywać przez cały czas otwarte w celu przywoływania sukcesywnego kolejnych numerów biletów do stanowiska.

Konto

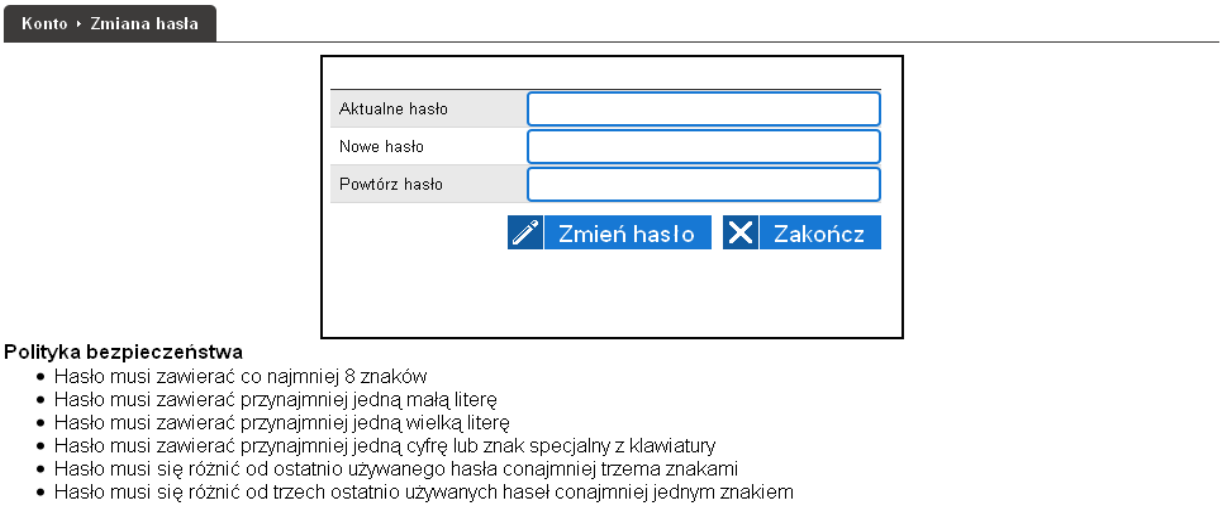
Każdy zalogowany użytkownik ma dostęp do modułu „Konto”, w którym udostępnione zostały funkcjonalności zmiany własnego hasła oraz dostępu do listy wiadomości adresowanych do zalogowanego użytkownika.

Zmiana hasła

Korzystając z funkcjonalności „Zmiana hasła” w menu aplikacji „Konto” zalogowany użytkownik ma możliwość zmiany własnego aktualnie używanego hasła dostępu do aplikacji. Aby zmienić hasło należy w formularzu wprowadzić swoje aktualne hasło oraz dwukrotnie powtórzyć nowe hasło. Nowe hasło musi spełniać następujące wymogi polityki bezpieczeństwa:

- musi składać się co najmniej z 8 znaków
- musi zawierać małe i wielkie litery oraz cyfry lub znaki specjalne
- musi różnić się od ostatnio używanego hasła co najmniej trzema znakami
- musi różnić się od każdego z trzech ostatnio używanych haseł co najmniej jednym znakiem

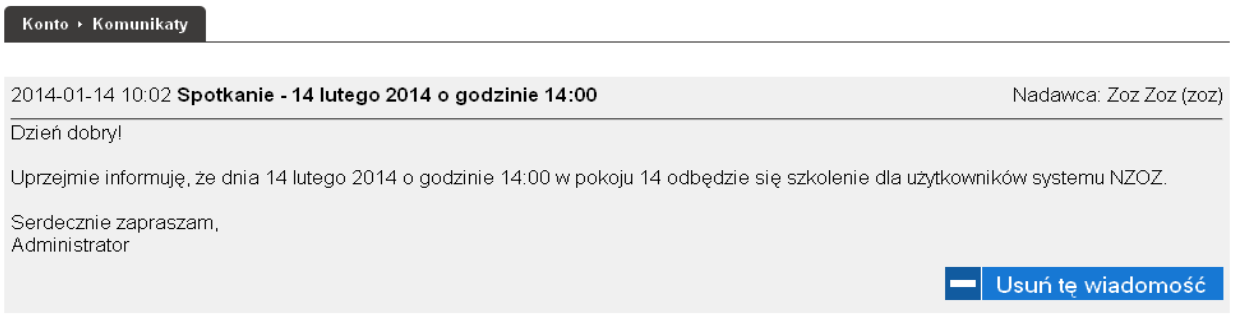
Po wypełnieniu formularza i naciśnięciu przycisku „Zmień hasło” system weryfikuje poprawność wprowadzonych w formularzu danych. Jeśli weryfikacja przebiegnie pomyślnie, wówczas hasło zostaje zmienione i wyświetlana jest informacja o pomyślnej zmianie hasła. Jeśli natomiast weryfikacja nie powiedzie się, wówczas zostanie wyświetlony komunikat błędu informujący o nieprawidłowym wypełnieniu formularza (ze wskazaniem rodzaju nieprawidłowości). W tej sytuacji należy wypełnić formularz ponownie zgodnie z informacją zawartą w komunikacie i ponowić próbę zmiany hasła.



Po zmianie hasło będzie ważne przez 30 dni.

Komunikaty

Korzystając z funkcjonalności „Komunikaty” w menu aplikacji „Konto” zalogowany użytkownik ma dostęp do listy adresowanych do niego wiadomości. Ta sama lista jest dostępna po kliknięciu ikonki wiadomości w nagłówku strony.

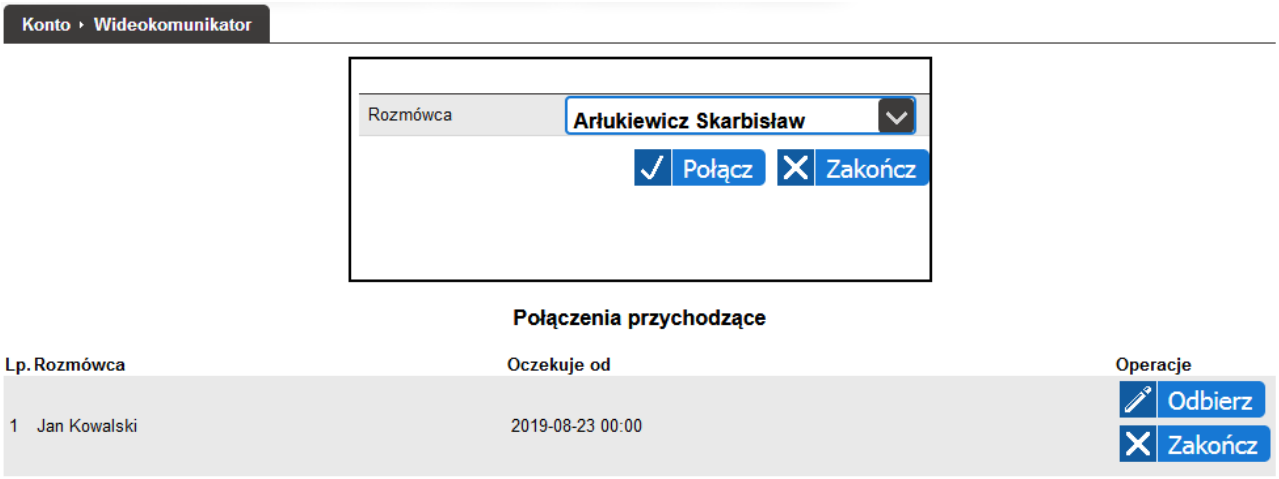


Każda nieprzeczytana wiadomość ma tło koloru pomarańczowego, wiadomości przeczytane mają tło szare. Przy każdej wiadomości wyświetla się przycisk „Usuń tę wiadomość”. Po przeczytaniu i usunięciu wiadomości nie będzie ona więcej wyświetlana (zniknie z listy wiadomości).

Wideokomunikator

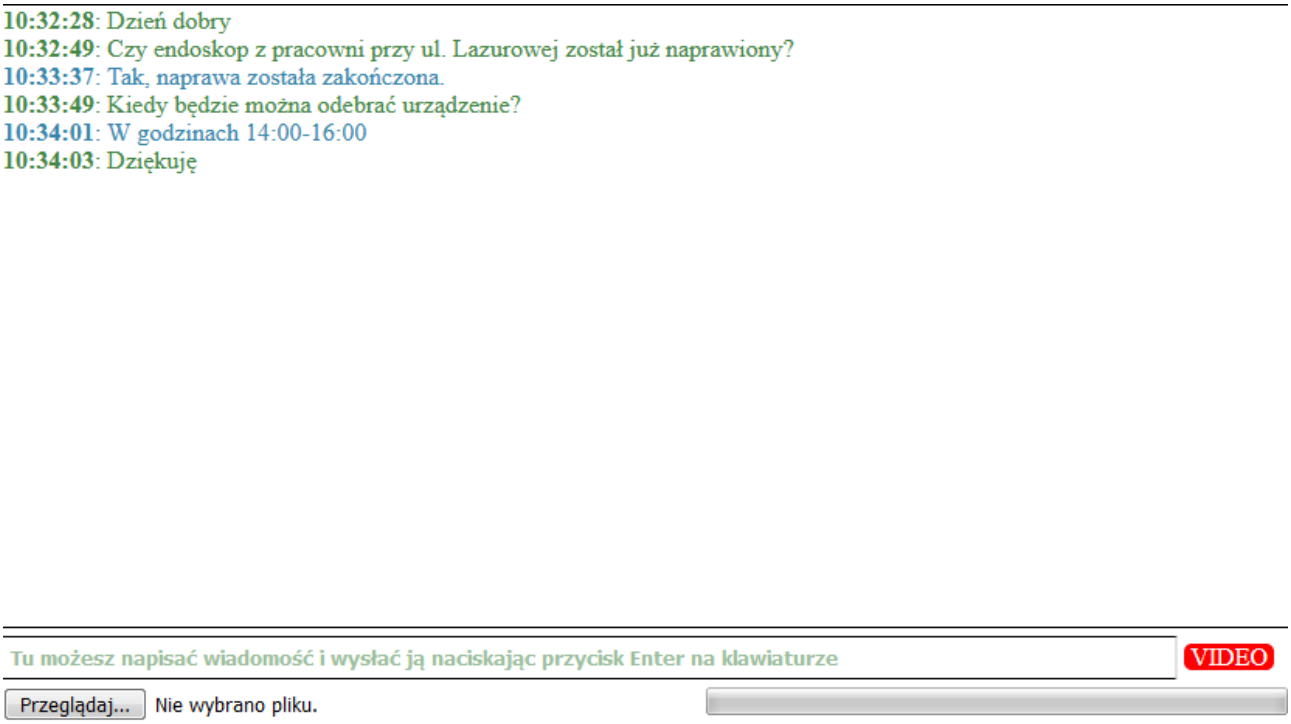
Korzystając z funkcjonalności „Wideokomunikator” w menu aplikacji „Konto” zalogowany użytkownik ma możliwość prowadzenia wideokomunikacji z innymi użytkownikami systemu. Po wybraniu tej funkcjonalności widoczna jest lista użytkowników z przyciskiem nawiązywania połączenia wychodzącego do wybranego użytkownika oraz lista połączeń przychodzących do zalogowanego użytkownika z przyciskami umożliwiającymi odebranie połączenia.

Aby nawiązać połączenie z innym użytkownikiem należy wybrać użytkownika z listy rozwijanej i kliknąć przycisk „Połącz”.



W zależności od konfiguracji systemu otworzy się wówczas okno chatu z możliwością przełączenia w tryb wideokomunikacji lub okno wideokomunikatora. Jeśli system został skonfigurowany w taki sposób aby otwierało się okno chatu, wówczas na dole okna znajduje się pole do wpisywania wymienianych wiadomości tekstowych (wysłanie wiadomości następuje po kliknięciu przycisku Enter na klawiaturze) oraz pole do przesyłania plików (przesłanie pliku następuje po wskazaniu pliku z dysku; pasek postępu wskazuje postęp przesyłania pliku). Obok pola do wpisywania wymienianych wiadomości tekstowych znajduje się przycisk „VIDEO” umożliwiający przełączenie

komunikatora w tryb wideokomunikacji.



Jeśli system został skonfigurowany w taki sposób żeby otwierało się okno chatu i kliknięto w nim przycisk „VIDEO” albo jeżeli system został skonfigurowany w taki sposób żeby otwierało się okno wideokomunikatora, wówczas otworzy się okno wideokomunikatora, w którym możliwe będzie prowadzenie wideorozmowy, chata oraz przesyłania plików. W jego lewej górnej części wyświetla się imię i nazwisko rozmówcy oraz obraz z kamery rozmówcy (jeżeli wskaźnik przy nazwisku rozmówcy jest czerwony, oznacza to że rozmówca jeszcze nie włączył wideokomunikatora, jeśli jest zielony, to znaczy że rozmówca nawiązał połączenie), w prawej górnej części wyświetla się imię i nazwisko oraz obraz z kamery własnej zalogowanego użytkownika (tak jak będzie widział go rozmówca), w dolnej części znajduje się chat i pole do wpisywania wymienianych wiadomości tekstowych (wysłanie wiadomości następuje po kliknięciu przycisku Enter na klawiaturze) oraz pole do przesyłania plików (przesłanie pliku następuje po wskazaniu pliku z dysku; pasek postępu wskazuje postęp przesyłania pliku). Połączenie w wideokomunikatorze jest nawiązywane automatycznie po włączeniu wideokomunikatorów przez obie strony. Aby uruchomić komunikację wideo niezbędna jest przeglądarka Firefox 61+, Chrome 67+, Opera 67+ lub Safari 12+.



Aby odebrać oczekujące połączenie nawiązane przez innego użytkownika należy kliknąć przycisk „Odbierz” przy takim połączeniu. Otworzy się wówczas okno wideokomunikatora identyczne jak w przypadku nawiązywania połączenia. Po zakończeniu rozmowy należy zamknąć okno wideokomunikatora i kliknąć przycisk „Zakończ” przy odebranym połączeniu – zniknie ono wówczas z listy połączeń oczekujących.

Administracja

Moduł „Administracja” służy do konfigurowania i monitorowania systemu a także zarządzania uprawnieniami i użytkownikami.

Konfiguracja

Funkcjonalność „Konfiguracja” w menu „Administracja” umożliwia administratorowi zmianę wartości następujących stałych systemowych:

- liczba rekordów na stronie dla tabel stronicowanych – we wszystkich tabelach wyświetlanych w aplikacji z podziałem na strony na każdej stronie prezentowana będzie liczba wierszy nieprzekraczająca wartości określonej w tym parametrze
- maksymalna liczba rekordów w wynikach wyszukiwania dla tabel specjalnych – parametr określa maksymalną liczbę rekordów jaka może być wyświetlana w tabelach prezentujących dane których może być bardzo dużo; parametr jest używany w celu ograniczenia ilości wyników wyszukiwania – jeżeli liczba wyników wyszukiwania przekroczyłaby wartość tego parametru wówczas system poprosi o zawężenie kryteriów wyszukiwania w celu ograniczenia liczby wyników wyszukiwania

- weryfikacja ubezpieczeń w eWUŚ – parametr określa czy komunikacja systemu jHIS z systemem eWUŚ w celu weryfikacji uprawnień pacjentów do świadczeń jest włączona czy wyłączona; parametr ma istotne znaczenie w przypadku awarii systemu eWUŚ – jeżeli system eWUŚ przestaje odpowiadać wówczas należy wyłączyć komunikację systemu jHIS z systemem eWUŚ aby nie doprowadzić do przeciążenia systemu jHIS i aby użytkownicy systemu jHIS otrzymywali informację o tym, że system eWUŚ nie działa wobec czego powinni przyjmować od pacjentów oświadczenia o ubezpieczeniu (gdy awaria działania systemu eWUŚ zostanie usunięta należy komunikację systemu jHIS z systemem eWUŚ ponownie włączyć)
- wersja modułu rehabilitacyjnego – parametr określa która wersja modułu rehabilitacyjnego jest używana w systemie – w wersji standardowej możliwe jest planowanie terminów każdego zabiegu z osobna (każdy zabieg z jednego dnia = osobny termin), w wersji uproszczonej możliwe jest planowanie terminów grup zabiegów (wszystkie zabiegi z danego dnia = jeden termin)
- domyślny rodzaj wizyty w uproszczonej wersji modułu rehabilitacyjnego – rodzaj wizyty domyślnie wybierany przez system (z możliwością zmiany w razie potrzeby) przy umawianiu zabiegów rehabilitacyjnych w uproszczonej wersji modułu rehabilitacyjnego
- domyślne warunki rehabilitacji w uproszczonej wersji modułu rehabilitacyjnego – warunki realizacji zabiegów rehabilitacyjnych domyślnie wybierane przez system (z możliwością zmiany w razie potrzeby) przy umawianiu zabiegów rehabilitacyjnych w uproszczonej wersji modułu rehabilitacyjnego
- tryb obliczania ceny w uproszczonej wersji modułu rehabilitacyjnego – sposób obliczania należności za zabiegi komercyjne w uproszczonej wersji modułu rehabilitacyjnego (ręczny – osoba planująca zabiegi sama wybiera usługi komercyjne z cennika; automatyczny – usługi z cennika są wybierane automatycznie na podstawie powiązań pomiędzy tymi usługami a świadczeniami rehabilitacyjnymi utworzonych w słowniku usług komercyjnych)
- możliwość umawiania wizyt z poziomu modułu gabinetowego – parametr określający czy lekarz korzystający z modułu gabinetowego powinien możliwość samodzielnego umawiania do siebie pacjentów na wizyty planowe i dodatkowe
- liczba dni przed wygaśnięciem konta eWUŚ od kiedy należy powiadamiać użytkownika – parametr określający na ile dni przed wygaśnięciem hasła do konta dostępu do systemu eWUŚ system powinien powiadomić użytkownika o tym że hasło wygaśnie w związku z czym należy pamiętać aby zmienić hasło do tego konta przedłużając tym samym jego ważność
- liczba dni przed szacowanym wyczerpaniem się numerów recept od kiedy należy powiadamiać lekarza – parametr określający na ile dni przed szacowanym wyczerpaniem się możliwych do wykorzystania numerów recept system powinien powiadamiać lekarza o konieczności zaimportowania do systemu większej ilości numerów recept
- minimalny odstęp czasu pomiędzy dwoma kolejnymi identycznymi powiadomieniami wysyłanymi przez SMS – odstęp czasu (w minutach) jaki system powinien odczekać przed ponownym wysłaniem identycznego jak ostatnio powiadomienia o odchyleniach temperatury zanotowanych przez termometr lub awarii zasilania / sieci / termometru
- domyślne laboratorium diagnostyczne – laboratorium wybierane automatycznie jako domyślne przy realizowaniu zleceń na badania diagnostyczne
- blokowanie przyjmowania pacjentów nie posiadających upoważnień (dotyczy POZ) –

parametr określający czy brak wymaganych upoważnień w karcie pacjenta ma blokować przyjęcie pacjenta przez lekarza w przypadku wizyt NFZ-owych w POZ

- widoczność ikonki do przywoływania biletów w ramach systemu kolejkowego jHQ – parametr określający czy ikonka do przywoływania biletów do rejestracji w ramach użytkowania systemu kolejowego jHQ ma być widoczna dla uprawnionych użytkowników
- widoczność ikonek do przywoływania pacjentów w ramach systemu kolejkowego jHQ – parametr określający czy ikonki do przywoływania pacjentów do gabinetów w ramach użytkowania systemu kolejowego jHQ mają być widoczne dla personelu medycznego
- widoczność numerów wizyt w ramach systemu kolejkowego jHQ – parametr określający czy system ma prezentować numery wizyt w komunikatach kończących proces umawiania wizyt w systemie jHIS i w portalu, w komunikatach prezentujących statusy wizyt w portalu, na listach pacjentów zapisanych na wizytę w systemie jHIS, na druku podsumowania wizyty wydawanym pacjentowi jako potwierdzenie umówienia wizyty (znajomość numerów wizyt jest niezbędna do uruchomienia opcji potwierdzania przybycia na wizytę dla pacjentów w ramach użytkowania systemu kolejkowego jHQ)
- widoczność ikonki do przywoływania biletów w ramach systemu kolejkowego Nemo-Q – parametr określający czy ikonka do przywoływania biletów do rejestracji w ramach użytkowania systemu kolejowego Nemo-Q ma być widoczna dla uprawnionych użytkowników
- numer kolejny następnej faktury pierwotnej – numer kolejny jaki zostanie nadany następnej (najbliższej) fakturze pierwotnej jaka zostanie wystawiona w systemie jHIS (w przypadku gdy nie są włączone mechanizmy integracji z systemem jERP); modyfikowanie wartości tego parametru umożliwia przesuwanie numeracji faktur (np. rozpoczęcie numeracji od konkretnego numeru w sytuacji kontynuacji numeracji rozpoczętej w inny systemie, rozpoczęcie numeracji od 1 z początkiem nowego roku, itp.); należy zachować ostrożność przy modyfikowaniu tego parametru dlatego jego wartość zostanie przez system zmieniona tylko jeśli zostanie zaznaczone pole checkbox przy tym parametrze
- numer kolejny następnej faktury korygującej – numer kolejny jaki zostanie nadany następnej (najbliższej) fakturze korygującej jaka zostanie wystawiona w systemie jHIS (w przypadku gdy nie są włączone mechanizmy integracji z systemem jERP); modyfikowanie wartości tego parametru umożliwia przesuwanie numeracji faktur (np. rozpoczęcie numeracji od konkretnego numeru w sytuacji kontynuacji numeracji rozpoczętej w inny systemie, rozpoczęcie numeracji od 1 z początkiem nowego roku, itp.); należy zachować ostrożność przy modyfikowaniu tego parametru dlatego jego wartość zostanie przez system zmieniona tylko jeśli zostanie zaznaczone pole checkbox przy tym parametrze
- automatycznie oznaczaj przeszłe nieobsłużone wizyty jako niezrealizowane – parametr umożliwiający włączenie mechanizmu automatycznego oznaczania przez system przeszłych nieobsłużonych wizyt jako niezrealizowanych
- automatycznie anuluj przeterminowane zlecenia badań diagnostycznych – parametr umożliwiający włączenie mechanizmu automatycznego anulowania przeterminowanych (starszych niż 30 dni) zleceń badań diagnostycznych
- ukryj zakładkę adresu zameldowania w formularzu dodawania nowego pacjenta – parametr umożliwiający ukrycie zakładki „Adres zameldowania” w formularzu dodawania nowego pacjenta
- ukryj zakładkę adresu w Unii Europejskiej w formularzu dodawania nowego pacjenta –

parametr umożliwiający ukrycie zakładki „Adres zamieszkania w UE” w formularzu dodawania nowego pacjenta

- ukryj zakładkę zakładu pracy w formularzu dodawania nowego pacjenta – parametr umożliwiający ukrycie zakładki „Dane zakładu pracy” w formularzu dodawania nowego pacjenta
- ukryj zakładkę innych informacji w formularzu dodawania nowego pacjenta – parametr umożliwiający ukrycie zakładki „Inne” w formularzu dodawania nowego pacjenta
- przychodnia ma znaczenie przy sprawdzaniu czy pacjent posiada deklarację w POZ – parametr określający w jaki sposób system ma weryfikować posiadanie przez pacjenta deklaracji przy umawianiu wizyty w POZ – wartość „tak” oznacza że system ma sprawdzać czy pacjent posiada deklarację złożoną w przychodni do której jest zapisywany na wizytę, wartość „nie” oznacza że system ma sprawdzać czy pacjent posiada deklarację złożoną w dowolnej przychodni
- wysyłaj pacjentom kody dostępu do e-recept przez SMS - parametr określający czy system ma automatycznie wysyłać pacjentom (nie korzystającym z Internetowego Konta Pacjenta) wiadomości SMS z kodami dostępu do wystawianych e-recept
- określenie RANO w odniesieniu do ZOL odpowiada w przybliżeniu godzinie – określenie jakiej w przybliżeniu godzinie odpowiada określenie „RANO” w kontekście podawania leków w zakładzie opiekuńczo-leczniczym
- określenie W POŁUDNIE w odniesieniu do ZOL odpowiada w przybliżeniu godzinie – określenie jakiej w przybliżeniu godzinie odpowiada określenie „W POŁUDNIE” w kontekście podawania leków w zakładzie opiekuńczo-leczniczym
- określenie WIECZOREM w odniesieniu do ZOL odpowiada w przybliżeniu godzinie – określenie jakiej w przybliżeniu godzinie odpowiada określenie „WIECZOREM” w kontekście podawania leków w zakładzie opiekuńczo-leczniczym
- adres na jaki serwis ZnanyLekarz ma wysyłać powiadomienia – pole informacyjne (nie może być edytowane) zawierające adres na jaki serwis ZnanyLekarz ma wysyłać powiadomienia o wizytach o ile mechanizmy integracji systemu jHIS z serwisem ZnanyLekarz są włączone
- login dla mechanizmów integracyjnych do autoryzacji w serwisie ZnanyLekarz – login (inaczej „client id”) jakim system jHIS ma się autoryzować w serwisie ZnanyLekarz o ile mechanizmy integracji systemu jHIS z serwisem ZnanyLekarz są włączone
- hasło dla mechanizmów integracyjnych do autoryzacji w serwisie ZnanyLekarz – hasło (inaczej „secret”) jakim system jHIS ma się autoryzować w serwisie ZnanyLekarz o ile mechanizmy integracji systemu jHIS z serwisem ZnanyLekarz są włączone
- godziny automatycznego odpytywania eWUŚ – godziny w których system będzie automatycznie sprawdzał w systemie eWUŚ statusy ubezpieczenia pacjentów zapisanych na dziś na wizytę
- identyfikator systemu informatycznego świadczeniodawcy nadany przez płatnika – identyfikator systemu informatycznego ZOZ nadany przez NFZ i przekazywany w atrybucie **id-inst-nad** znacznika **komunikat** komunikatów XML wymienianych z NFZ
- *identyfikator systemu informatycznego płatnika nadany przez płatnika – identyfikator systemu informatycznego NFZ nadany przez NFZ; nieużywany (obecnie już nie przekazywany w komunikatach XML wymienianych z NFZ), zachowany ze względu na kompatybilność wsteczną*
- wewnętrzny identyfikator systemu informatycznego świadczeniodawcy – wewnętrzny

identyfikator systemu informatycznego ZOZ przekazywany w atrybutach **nfz:info-aplik-nad** oraz **nfz:info-kontakt-nad** znacznika **komunikat** oraz w atrybucie **nfz:info-kontakt** znacznika **swiadczeniodawca** komunikatów XML wymienianych z NFZ

- wewnętrzny identyfikator świadczeniodawcy – wewnętrzny identyfikator ZOZ przekazywany w atrybucie **kod-swd** znaczników **komunikat** i **komorka** w pliku UMX umowy z NFZ
- dane dostawcy do umieszczenia na fakturze dla NFZ – dane ZOZ umieszczane na fakturach wystawianych Narodowemu Funduszowi Zdrowia
- dane odbiorcy do umieszczenia na fakturze dla NFZ – dane oddziału NFZ umieszczane na fakturach wystawianych Narodowemu Funduszowi Zdrowia
- dane nabywcy do umieszczenia na fakturze dla NFZ – dane NFZ umieszczane na fakturach wystawianych Narodowemu Funduszowi Zdrowia
- nazwa dostawcy do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ - nazwa ZOZ do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ
- NIP dostawcy do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ - NIP ZOZ do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ
- REGON dostawcy do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ - REGON ZOZ do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ
- ulica, numer budynku i numer lokalu dostawcy do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ - ulica, numer budynku i numer lokalu siedziby ZOZ do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ
- kod pocztowy dostawcy do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ - kod pocztowy siedziby ZOZ do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ
- miejscowość dostawcy do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ - miejscowość siedziby ZOZ do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ
- telefon dostawcy do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ - telefon do siedziby ZOZ do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ
- nazwa odbiorcy do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ - nazwa OW NFZ do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ
- NIP odbiorcy do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ - NIP OW NFZ do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ
- REGON odbiorcy do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ - REGON OW NFZ do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ
- ulica, numer budynku i numer lokalu odbiorcy do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ - ulica, numer budynku i numer lokalu siedziby OW NFZ do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ
- kod pocztowy odbiorcy do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ - kod pocztowy siedziby OW NFZ do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ
- miejscowość odbiorcy do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ - miejscowość siedziby OW NFZ do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ
- telefon odbiorcy do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ - telefon do siedziby OW NFZ do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ

- nazwa nabywcy do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ - nazwa NFZ do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ
- NIP nabywcy do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ - NIP NFZ do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ
- REGON nabywcy do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ - REGON NFZ do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ
- ulica, numer budynku i numer lokalu nabywcy do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ - ulica, numer budynku i numer lokalu siedziby NFZ do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ
- kod pocztowy nabywcy do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ - kod pocztowy siedziby NFZ do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ
- miejscowość nabywcy do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ - miejscowość siedziby NFZ do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ
- telefon nabywcy do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ - telefon do siedziby NFZ do umieszczenia na e-fakturze dla NFZ
- domyślny kod usługi dla wizyt w POZ – kod usługi z umowy POZ z NFZ, jaki powinien być domyślnie podpowiadany lekarzowi przy realizacji wizyty
- domyślne miejsce wystawienia faktury dla pacjenta - domyślne miejsce wystawienia faktury za usługi komercyjne dla pacjenta (lub dla zakładu pracy pacjenta)
- nazwa sprzedawcy do umieszczenia na fakturze dla pacjenta
- adres sprzedawcy do umieszczenia na fakturze dla pacjenta - adres sprzedawcy do umieszczenia na fakturze za usługi komercyjne dla pacjenta (lub dla zakładu pracy pacjenta)
- NIP sprzedawcy do umieszczenia na fakturze dla pacjenta - NIP sprzedawcy do umieszczenia na fakturze za usługi komercyjne dla pacjenta (lub dla zakładu pracy pacjenta)
- format wyświetlania numeru NIP sprzedawcy na fakturze dla pacjenta – sposób rozdzielania (bądź nie rozdzielania) kreskami cyfr numeru NIP przy umieszczaniu go na fakturze dla pacjenta
- REGON sprzedawcy do umieszczenia na fakturze dla pacjenta - REGON sprzedawcy do umieszczenia na fakturze za usługi komercyjne dla pacjenta (lub dla zakładu pracy pacjenta)
- BDO sprzedawcy do umieszczenia na fakturze dla pacjenta – BDO sprzedawcy do umieszczenia na fakturze za usługi komercyjne dla pacjenta (lub dla zakładu pracy pacjenta)
- nazwa banku sprzedawcy do umieszczenia na fakturze dla pacjenta - nazwa banku sprzedawcy do umieszczenia na fakturze za usługi komercyjne dla pacjenta (lub dla zakładu pracy pacjenta)
- numer konta sprzedawcy do umieszczenia na fakturze dla pacjenta - numer konta sprzedawcy do umieszczenia na fakturze za usługi komercyjne dla pacjenta (lub dla zakładu pracy pacjenta)
- identyfikator regionu w systemie jERP
- identyfikator użytkownika odpowiedzialnego za dokumenty w systemie jERP
- identyfikator stanu początkowego faktury w systemie jERP
- identyfikator typu operacji dla faktury w systemie jERP

- kod typu faktury w systemie jERP
- kod statusu faktury w systemie jERP
- kod statusu pozycji faktury w systemie jERP
- kod typu płatności GOTÓWKA w systemie jERP
- kod typu płatności KARTA w systemie jERP
- kod typu płatności PRZELEW w systemie jERP
- kod typu płatności CZEK w systemie jERP
- kod oznaczenia statusu opłacenia faktury w systemie jERP
- rok klasyfikacji PKWiU używanej aktualnie w systemie jERP
- symbol jednostki miary w systemie jERP
- symbol grupy numeracji w systemie jERP
- kod stawki VAT 'zw.' w systemie jERP
- kod stawki VAT '0%' w systemie jERP
- kod stawki VAT '5%' w systemie jERP
- kod stawki VAT '8%' w systemie jERP
- kod stawki VAT '23%' w systemie jERP
- adres serwera SMTP za pośrednictwem którego będą wysyłane powiadomienia przez email
- numer portu serwera SMTP za pośrednictwem którego będą wysyłane powiadomienia przez email
- login do serwera SMTP za pośrednictwem którego będą wysyłane powiadomienia przez email
- hasło do serwera SMTP za pośrednictwem którego będą wysyłane powiadomienia przez email
- adres email na serwerze SMTP za pośrednictwem którego będą wysyłane powiadomienia przez email jaki ma być używany jako adres nadawcy
- email administratora systemu jHIS na jaki będą wysyłane komunikaty systemowe
- login do SMSAPI do wysyłanie powiadomień przez SMS
- hasło do SMSAPI do wysyłanie powiadomień przez SMS
- nazwa nadawcy zdefiniowana w SMSAPI jaka ma być używana przy wysyłaniu powiadomień przez SMS

Poza ustawieniem wartości stałych systemowych w konfiguracji aplikacji administrator ma możliwość także wprowadzenia następujących plików graficznych:

- logo ZOZ do raportów - logo zakładu opieki zdrowotnej używane w nagłówkach raportów generowanych przez system
- grafika do stopki raportów - grafika używana w stopkach raportów generowanych przez system

- *tło recepty - tło wydruku recepty; nieużywane, zachowane ze względu na kompatybilność wsteczną*
- tło zaleceń dla pacjenta - tło wydruku zaleceń wydawanych pacjentowi przez lekarza w trakcie wizyty
- tło skierowania do specjalisty/szpitala - tło wydruku skierowania do specjalisty lub szpitala
- *tło skierowania na leczenie uzdrowiskowe - tło wydruku skierowania na leczenie uzdrowiskowe; nieużywane, zachowane ze względu na kompatybilność wsteczną*
- kalendarz szczepień – grafika przedstawiająca aktualnie obowiązujący kalendarz szczepień

Stałe systemowe oraz grafiki muszą być wprowadzone przed udostępnieniem aplikacji do korzystania użytkownikom. W trakcie użytkowania aplikacji mogą być modyfikowane. Zmiana stałych systemowych oraz logotypów następuje poprzez wprowadzenie wartości do formularza i zatwierdzenie zmian.

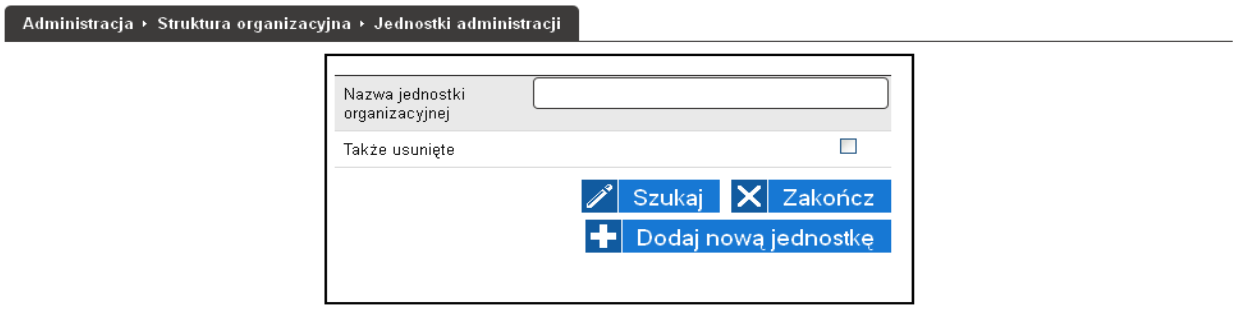
Struktura organizacyjna

Struktura organizacyjna składa się z dwóch gałęzi stanowiących odrębne funkcjonalności:

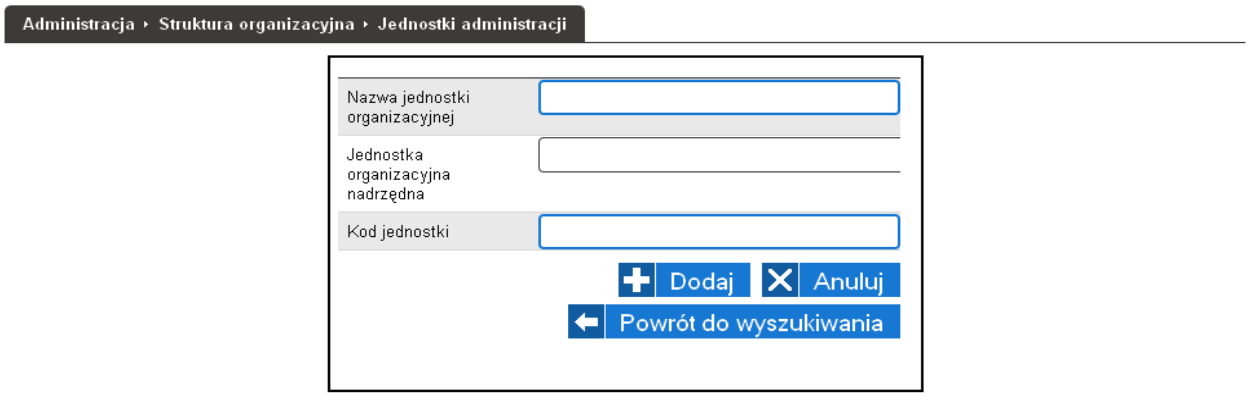
- jednostki administracji
- opieka medyczna

Jednostki administracji

Po wybraniu z menu „Administracja” w podmenu „Struktura organizacyjna” funkcjonalności „Jednostki administracji” wyświetlana jest wyszukiwarka jednostek administracyjnych z dodatkowym przyciskiem dodawania nowej jednostki administracyjnej.

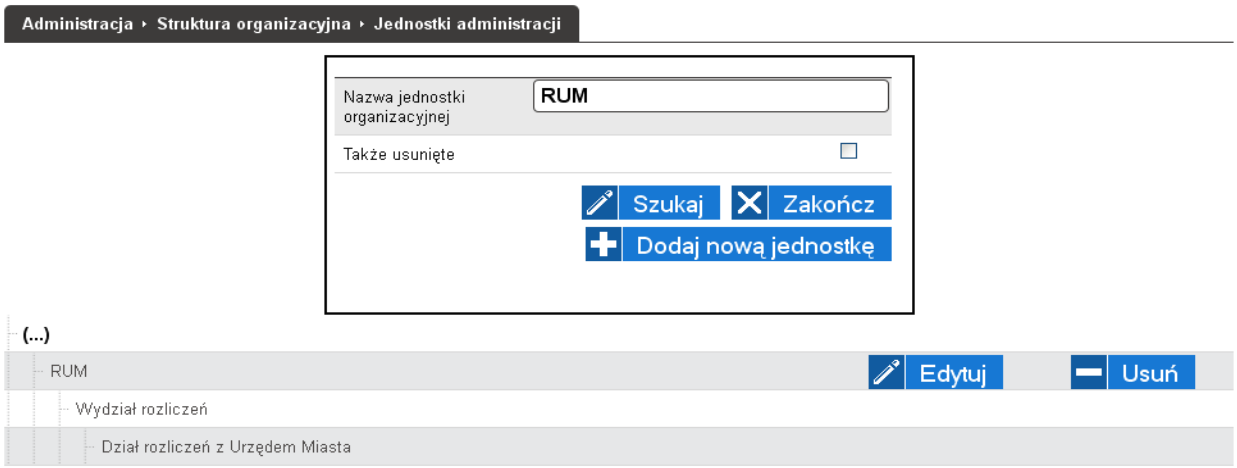


Po kliknięciu na przycisk dodawania nowej jednostki administracyjnej wyświetla się formularz dodawania nowej jednostki. Jednostki tworzą strukturę drzewa – każda jednostka może (ale nie musi) mieć jedną jednostkę nadrzędną.



Po wypełnieniu formularza dodawania jednostki administracyjnej należy nacisnąć przycisk „Dodaj” aby zapisać wprowadzone informacje do bazy danych.

Aby zmodyfikować lub usunąć jednostkę administracyjną należy ją odnaleźć korzystając z wyszukiwarki. Jednostki administracji wyszukiwane są po nazwie. W wyszukiwarce można wpisać fragment nazwy (wielkość liter nie ma znaczenia). Po naciśnięciu przycisku „Szukaj” wyświetlane są w formie gałęzi drzewa jednostki administracyjne spełniające kryteria wyszukiwania wraz z ze wszystkimi jednostkami podrzędnymi lub wyświetlany jest komunikat o braku takich jednostek. Jeżeli istnieją jednostki spełniające kryteria wyszukiwania wówczas w wynikach wyszukiwania po najechaniu kursorem myszy na dowolną jednostkę wyświetlają się przy niej przyciski „Edytuj” i „Usuń”.



Naciśnięcie przycisku „Edytuj” powoduje wyświetlenie formularza z danymi jednostki administracji, umożliwiającego wprowadzenie i zapisanie zmian w danych jednostki. Naciśnięcie przycisku „Usuń” powoduje wyświetlenie formularza z danymi jednostki administracyjnej tylko do odczytu, umożliwiającego usunięcie jednostki. Usunięcie jednostki ze struktury organizacyjnej administracji jest możliwe tylko wówczas, gdy nie istnieje żadna jednostka podrzędna względem danej oraz nie ma w systemie żadnego użytkownika przypisanego do danej jednostki.

Opieka medyczna

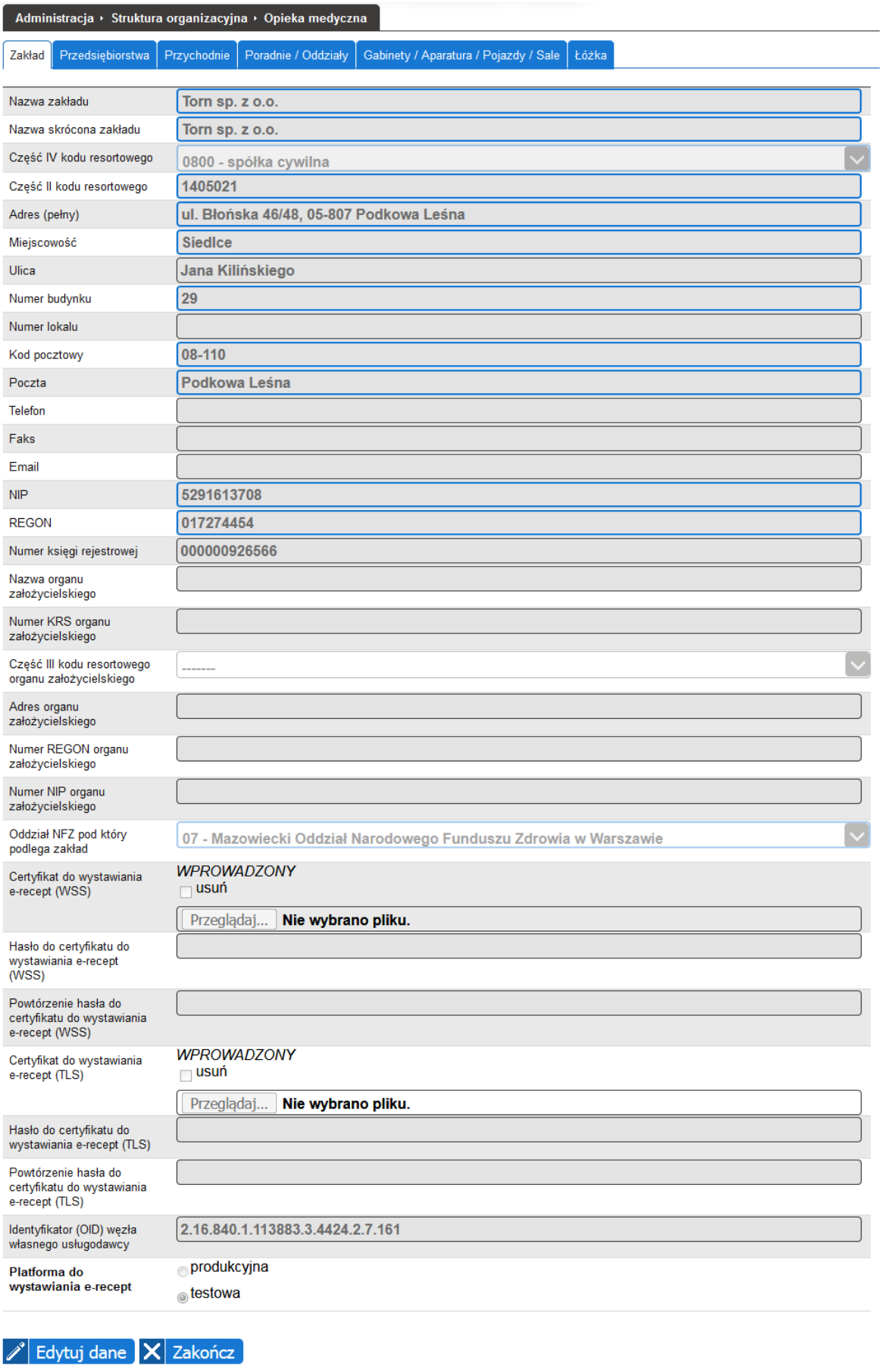
Po wybraniu z menu „Administracja” w podmenu „Struktura organizacyjna” funkcjonalności „Opieka medyczna” wyświetlanych jest sześć zakładek odpowiadających poszczególnym

poziomom struktury organizacyjnej:

- Zakład
- Przedsiębiorstwa
- Przychodnie
- Poradnie / Oddziały
- Gabinety / Aparatura / Pojazdy / Sale
- Łóżka

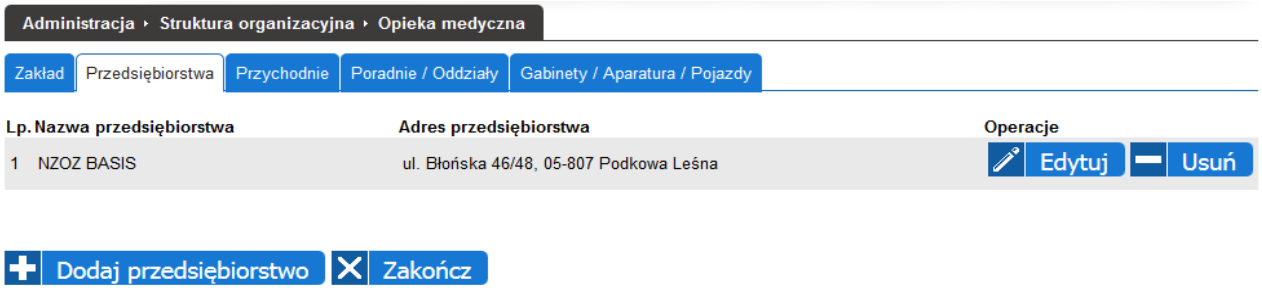
z których otwarta jest zakładka „Zakład”.

W zakładce „Zakład” dostępne są dane zakładu opieki zdrowotnej oraz jego organu założycielskiego. Dane domyślnie są wyświetlone w trybie tylko do odczytu. Aby zmodyfikować dane zakładu należy nacisnąć przycisk „Edytuj dane” (nastąpi wówczas przełączenie w tryb edycji), a następnie wprowadzić zmiany w formularzu i zatwierdzić przyciskiem „Uaktualnij”. Aby umożliwić lekarzom wystawianie e-recept na zakład opieki zdrowotnej istotne jest wprowadzenie w formularzu certyfikatów do wystawiania e-recept, określenia haseł do nich oraz podania identyfikatora (OID) węzła własnego usługodawcy i wybrania platformy do wystawiania e-recept.


Administracja ▸ Struktura organizacyjna ▸ Opieka medyczna
Zakład
Przedsiębiorstwa
Przychodnie
Poradnie / Oddziały
Gabinety / Aparatura / Pojazdy / Sale
Łóżka
Nazwa zakładu
Torn sp. z o.o.
Nazwa skrócona zakładu
Torn sp. z o.o.
Część IV kodu resortowego
0800 - spółka cywilna
Część II kodu resortowego
1405021
Adres (pełny)
ul. Błońska 46/48, 05-807 Podkowa Leśna
Miejscowość
Siedlce
Ulica
Jana Kilińskiego
Numer budynku
29
Numer lokalu
Kod pocztowy
08-110
Poczta
Podkowa Leśna
Telefon
Faks
Email
NIP
5291613708
REGON
017274454
Numer księgi rejestrowej
000000926566
Nazwa organu założycielskiego
Numer KRS organu założycielskiego
Część III kodu resortowego organu założycielskiego

Adres organu założycielskiego
Numer REGON organu założycielskiego
Numer NIP organu założycielskiego
Oddział NFZ pod który podlega zakład
07 - Mazowiecki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie
Certyfikat do wystawiania e-recept (WSS)
WPROWADZONY
usuń
Przeglądaj...
Nie wybrano pliku.
Hasło do certyfikatu do wystawiania e-recept (WSS)
Powtórzenie hasła do certyfikatu do wystawiania e-recept (WSS)
Certyfikat do wystawiania e-recept (TLS)
WPROWADZONY
usuń
Przeglądaj...
Nie wybrano pliku.
Hasło do certyfikatu do wystawiania e-recept (TLS)
Powtórzenie hasła do certyfikatu do wystawiania e-recept (TLS)
Identyfikator (OID) węzła własnego usługodawcy
2.16.840.1.113883.3.4424.2.7.161
Platforma do wystawiania e-recept
produkcyjna
testowa
Edytuj dane
Zakończ

W zakładce „Przedsiębiorstwa” widoczna jest lista wszystkich przedsiębiorstw z zakładu opieki zdrowotnej. Przy każdym z nich dostępne są dwa przyciski „Edytuj” (przejście do trybu edycji przedsiębiorstwa) i „Usuń” (przejście do trybu usuwania przedsiębiorstwa”). Pod listą przedsiębiorstw dostępny jest przycisk dodawania nowego przedsiębiorstwa.



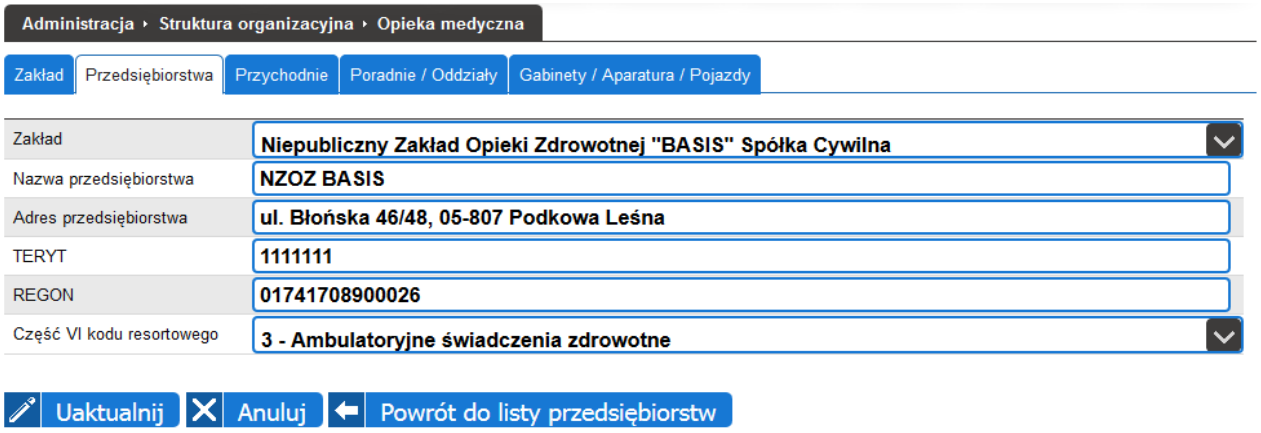
Aby dodać przedsiębiorstwo należy nacisnąć przycisk „Dodaj przedsiębiorstwo” pod listą przedsiębiorstw. Wyświetli się wówczas formularz dodawania nowego przedsiębiorstwa. Należy wypełnić formularz i zapisać dane przyciskiem dodawania przedsiębiorstwa.

UWAGA!

- W systemie może istnieć tylko jedno przedsiębiorstwo z danym numerem REGON (numery REGON wszystkich przedsiębiorstw muszą być unikalne).

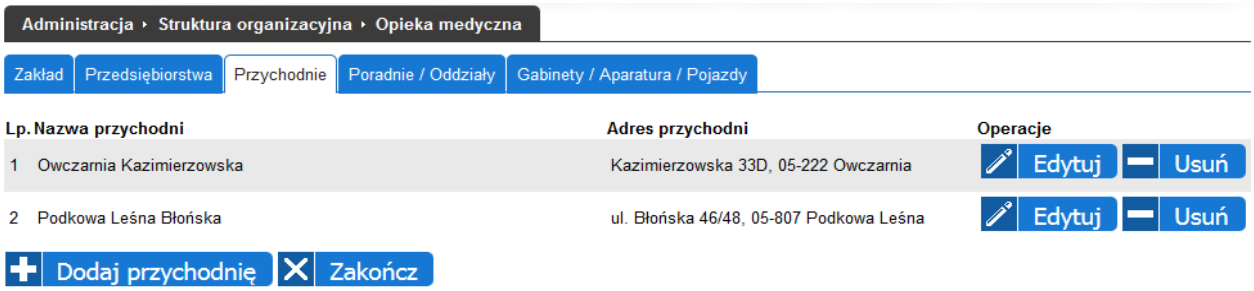
Aby zmodyfikować dane przedsiębiorstw należy nacisnąć przycisk „Edytuj” przy odpowiednim przedsiębiorstwie na liście przedsiębiorstw. Wyświetli się wówczas formularz danych przedsiębiorstwa o strukturze identycznej jak formularz dodawania nowego przedsiębiorstwa. Formularz danych przedsiębiorstwa umożliwia wprowadzenie i zapisanie zmian w danych.

Aby usunąć przedsiębiorstwo należy nacisnąć przycisk „Usuń” przy odpowiednim przedsiębiorstwie na liście przedsiębiorstw. Wyświetli się wówczas formularz danych przedsiębiorstwa tylko do odczytu, umożliwiający usunięcie przedsiębiorstwa. Usunięcie przedsiębiorstwa jest możliwe tylko jeśli nie ma żadnej przychodni przypisanej do danego przedsiębiorstwa.



W zakładce „Przychodnie” widoczna jest lista wszystkich przychodni z zakładu opieki zdrowotnej. Przy każdej przychodni dostępne są dwa przyciski „Edytuj” (przejście do trybu edycji przychodni) i „Usuń” (przejście do trybu usuwania przychodni). Pod listą przychodni dostępny jest przycisk

dodawania nowej przychodni.



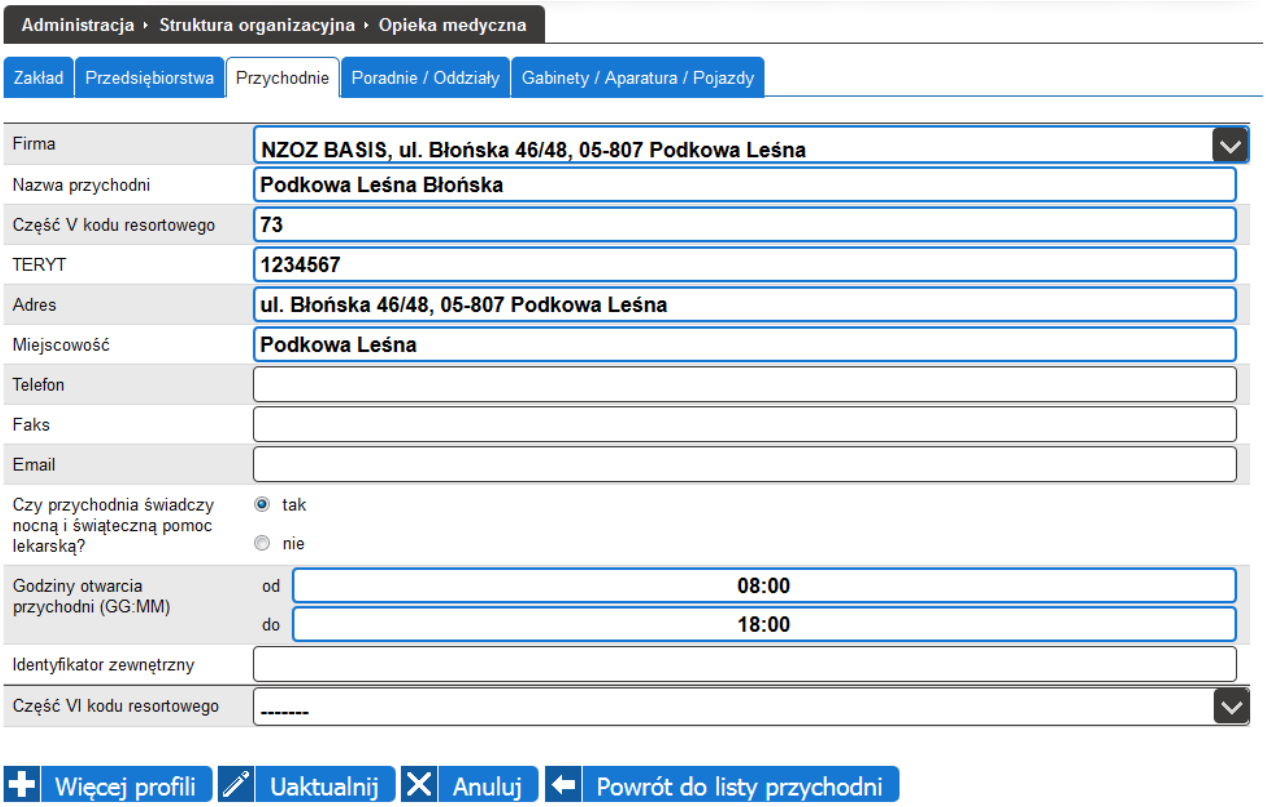
Aby dodać przychodnię należy nacisnąć przycisk „Dodaj przychodnię" pod listą przychodni. Wyświetli się wówczas formularz dodawania nowej przychodni. Należy wypełnić formularz (co najmniej pola obowiązkowe). Pole identyfikatora zewnętrznego nie jest używane, zostało zachowane ze względu na kompatybilność wsteczną. Jeżeli włączone są mechanizmy integracji systemu jHIS z serwisem ZnanyLekarz i dana przychodnia funkcjonuje w serwisie ZnanyLekarz, wówczas w polu „Placówka w serwisie ZnanyLekarz" należy wskazać placówkę odpowiadającą danej w serwisie ZnanyLekarz. Dla przychodni możliwe jest wprowadzenie dowolnej liczby profili (profil przychodni określa VI część kodu resortowego) – korzystając z przycisku „Więcej profili" można wyświetlić dowolną liczbę pól do wprowadzenia profili. Po wypełnieniu formularza należy zapisać dane przyciskiem dodawania przychodni.

UWAGA!

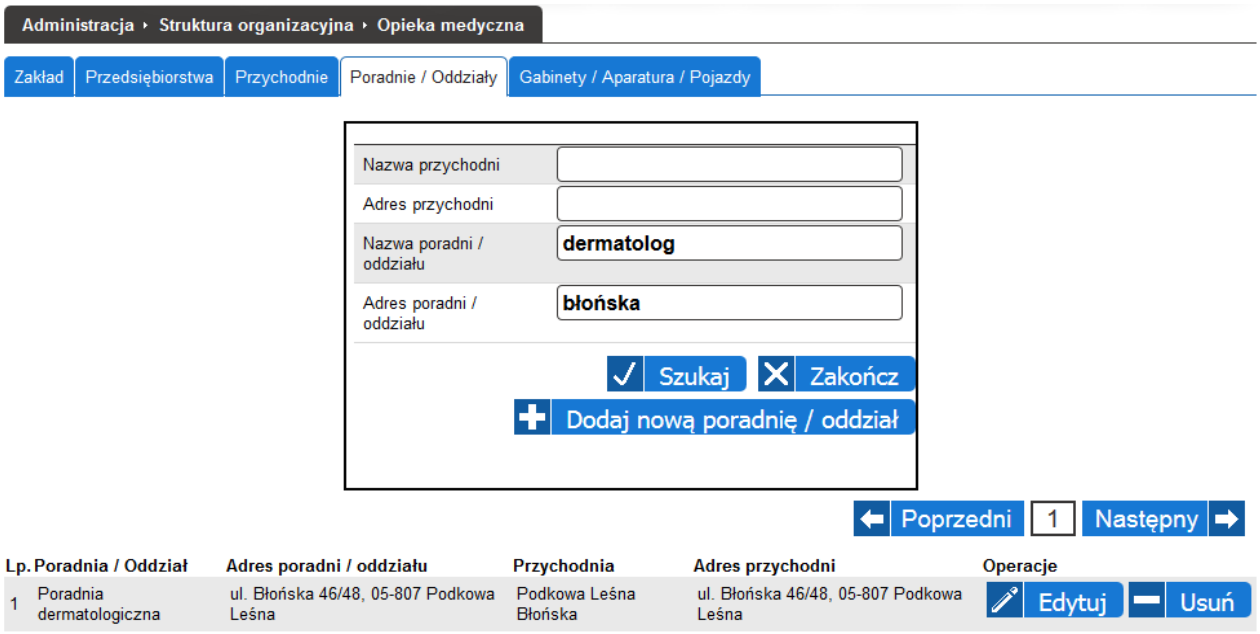
- W systemie może istnieć tylko jedna przychodnia identyfikowana daną V częścią kodu resortowego (V części kodu resortowego wszystkich przychodni muszą być unikalne).

Aby zmodyfikować dane przychodni należy nacisnąć przycisk „Edytuj" przy odpowiedniej przychodni na liście przychodni. Wyświetli się wówczas formularz danych przychodni o strukturze identycznej jak formularz dodawania nowej przychodni. Formularz danych przychodni umożliwia wprowadzenie i zapisanie zmian w danych.

Aby usunąć przychodnię należy nacisnąć przycisk „Usuń" przy odpowiedniej przychodni na liście przychodni. Wyświetli się wówczas formularz danych przychodni tylko do odczytu, umożliwiający usunięcie przychodni. Usunięcie przychodni jest możliwe tylko jeśli nie ma żadnej poradni / oddziału przypisanej do danej przychodni, żadnego użytkownika przypisanego do danej przychodni, ani żadnej deklaracji złożonej w danej przychodni.



W zakładce „Poradnie / Oddziały” dostępna jest wyszukiwarka poradni / oddziałów. Wyszukiwanie poradni / oddziałów jest możliwe według nazwy i adresu oraz według nazwy i adresu przychodni w której dana poradnia / oddział się znajduje. W każdym polu wyszukiwarki można wpisać dowolny fragment nazwy lub adresu, przy czym wielkość liter nie ma znaczenia. Po wprowadzeniu kryteriów wyszukiwania i naciśnięciu przycisku „Szukaj” wyświetla się pod wyszukiwarką lista poradni / oddziałów spełniających kryteria wyszukiwania. Przy każdej poradni / oddziale na liście dostępne są przyciski „Edytuj” i „Usuń”. Pod wyszukiwarką dostępny jest także przycisk dodawania nowej poradni / oddziału.



Aby dodać poradnię / oddział należy nacisnąć przycisk „Dodaj nową poradnię / oddział" pod wyszukiwarką. Wyświetli się wówczas formularz dodawania nowej poradni / oddziału. Należy wypełnić formularz (co najmniej pola obowiązkowe), w tym wskazać w jakiej przychodni dana poradnia / oddział się znajduje. Pole skrótu nazwy poradni jest używane do monitoringu umów z NFZ. Do formularza można dołączyć plik tekstowy z opisem zasad korzystania z poradni / oddziału. Pole identyfikatora zewnętrznego nie jest już używane, zostało zachowane ze względu na kompatybilność wsteczną. Jeżeli włączone są mechanizmy integracji systemu jHIS z serwisem ZnanyLekarz i dana poradnia funkcjonuje w serwisie ZnanyLekarz, wówczas w polu „Adres w serwisie ZnanyLekarz" należy wskazać adres odpowiadający danej poradni w serwisie ZnanyLekarz. Dla poradni rehabilitacyjnych można określić limity (maksymalne liczby) zabiegów realizowanych w danej poradni. Dla poradni / oddziału możliwe jest wprowadzenie dowolnej liczby profili (profil poradni tworzy para złożona z IX i X części kodu resortowego) – korzystając z przycisku „Więcej profili" można wyświetlić dowolną liczbę pól do wprowadzenia kolejnych profili. Przy wprowadzaniu VIII, IX i X części kodu resortowego po wpisaniu w polu co najmniej dwóch znaków (kodu lub nazwy) wyświetla się lista podpowiedzi – właściwy kod należy wybrać z listy podpowiedzi. Dane adresowe poradni (jeżeli są takie same jak dane przychodni, w ramach której dana poradnia funkcjonuje) można w szybki sposób wypełnić klikając przycisk „Inicjalizuj dane adresowe adresem przychodni". Po wypełnieniu formularza należy zapisać dane przyciskiem dodawania poradni / oddziału.

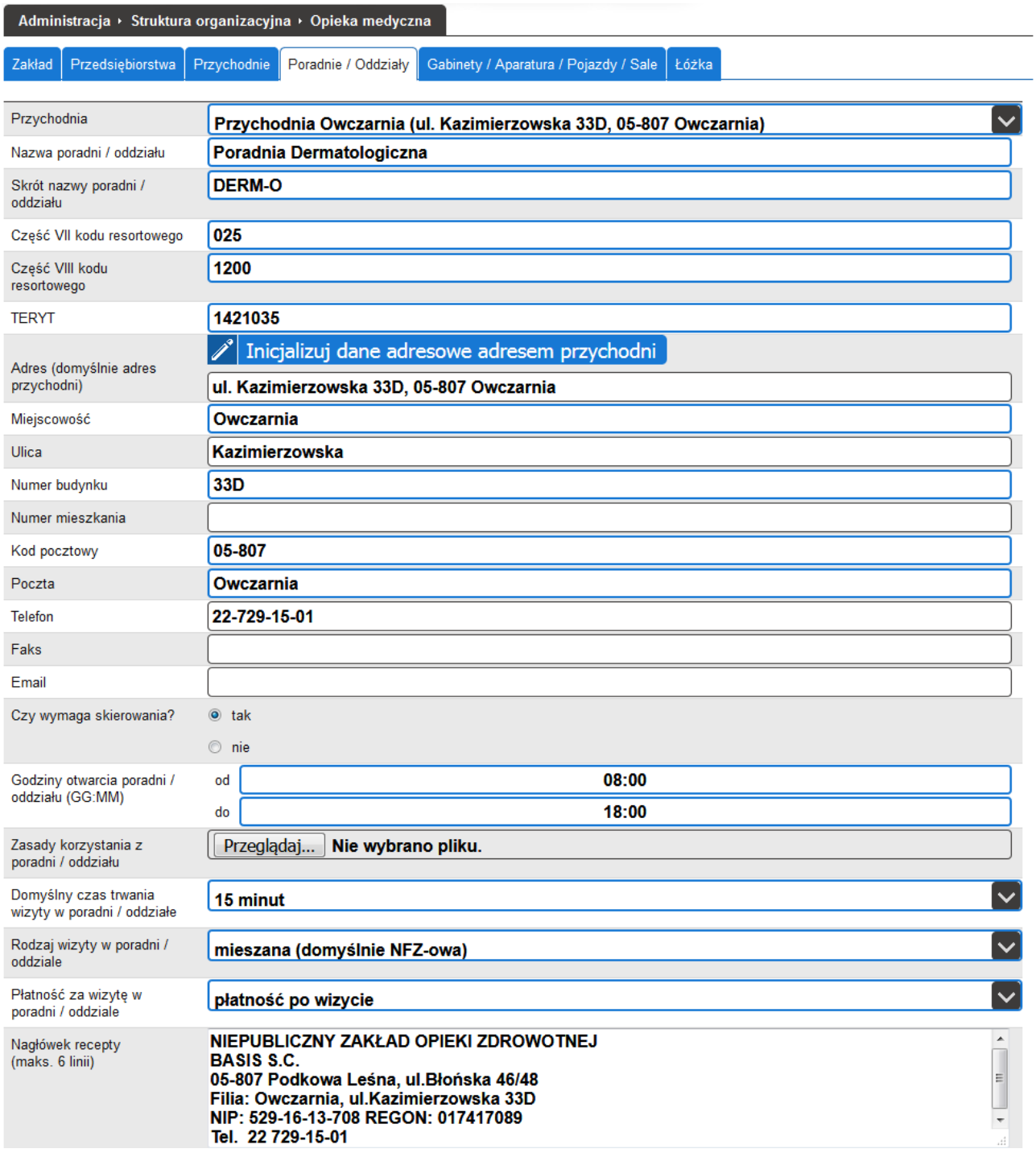
UWAGA!

- W systemie może istnieć tylko jedna poradnia / oddział o danej VII i VIII części kodu resortowego.
- Godziny otwarcia poradni / oddziału mają wpływ na rozpiętość czasową grafiku pracy personelu czy aparatury w danej poradni. Po zaplanowaniu grafików w danej poradni / oddziale nie będzie możliwości zawężenia godzin jej pracy jeśli zaplanowane już terminy znalazłyby się poza nowymi godzinami pracy.
- Po zaplanowaniu grafików nie będzie możliwości zmiany rodzaju wizyty w poradni / oddziale.

Aby zmodyfikować dane poradni / oddziału należy nacisnąć przycisk „Edytuj" przy odpowiedniej

poradni / oddziale na liście poradni / oddziałów (w wynikach wyszukiwania). Wyświetli się wówczas formularz danych poradni / oddziału o strukturze identycznej jak formularz dodawania nowej poradni / oddziału. Formularz danych poradni / oddziału umożliwia wprowadzenie i zapisanie zmian do tych danych.

Aby usunąć poradnię / oddział należy nacisnąć przycisk „Usuń” przy odpowiedniej poradni / oddziale na liście poradni / oddziałów (w wynikach wyszukiwania). Wyświetli się wówczas formularz danych poradni / oddziału tylko do odczytu, umożliwiający usunięcie poradni / oddziału. Usunięcie poradni / oddziału jest możliwe jedynie gdy nie ma żadnego gabinetu / aparatury / pojazdu przypisanych do danej poradni / oddziału, ani nie ma żadnego grafiku utworzonego w danej poradni / oddziale, ani nie ma żadnego wpisu do kolejki oczekujących do danej poradni / oddziału, ani nie ma zaimportowanej żadnej umowy z NFZ powiązanej z daną poradnią / oddziałem, ani żadnej usługi zrealizowanej w danej poradni / oddziale.

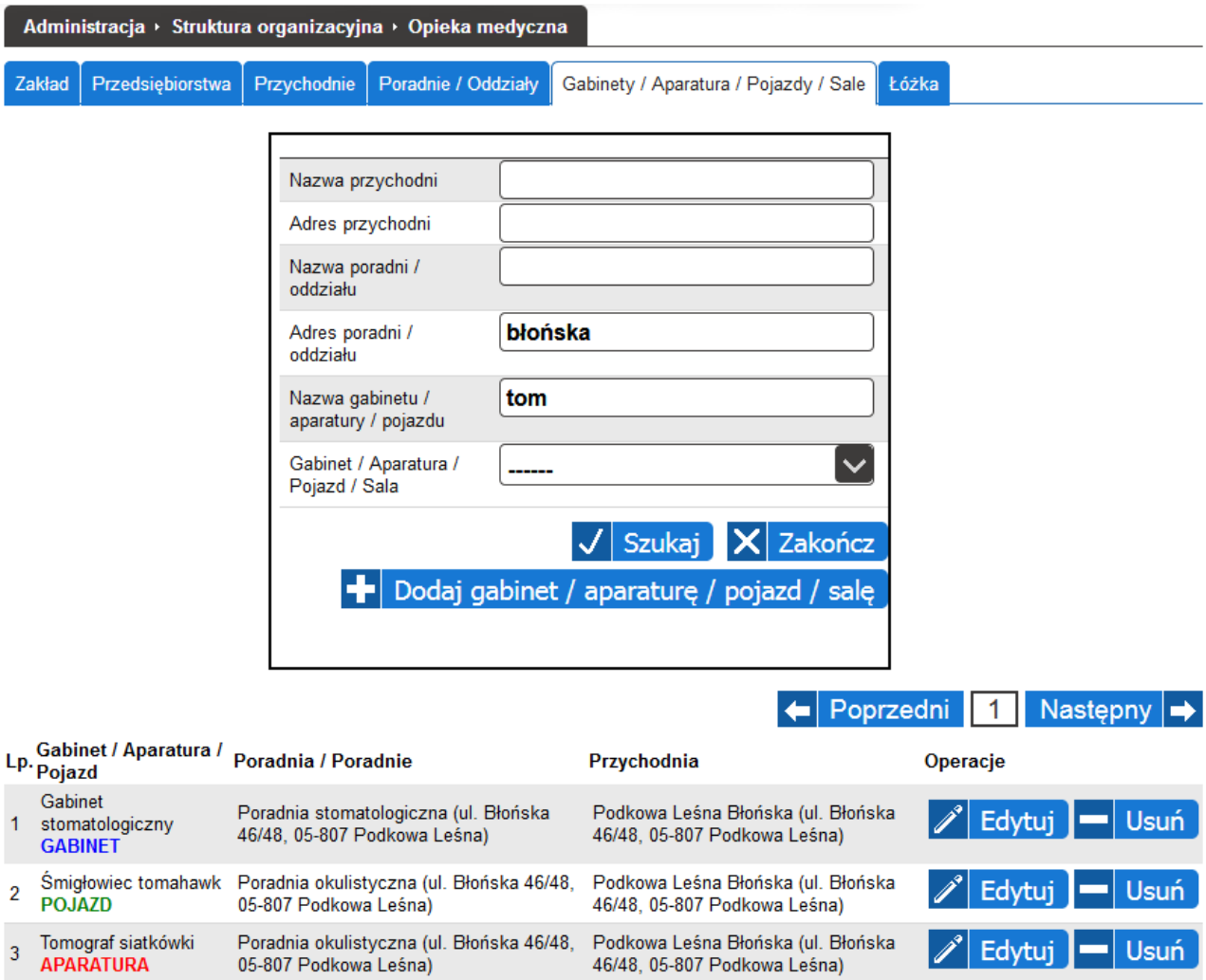

Administracja ‣ Struktura organizacyjna ‣ Opieka medyczna
Zakład
Przedsiębiorstwa
Przychodnie
Poradnie / Oddziały
Gabinety / Aparatura / Pojazdy / Sale
Łóżka
Przychodnia
Przychodnia Owczarnia (ul. Kazimierzowska 33D, 05-807 Owczarnia)
Nazwa poradni / oddziału
Poradnia Dermatologiczna
Skrót nazwy poradni / oddziału
DERM-O
Część VII kodu resortowego
025
Część VIII kodu resortowego
1200
TERYT
1421035
Inicjalizuj dane adresowe adresem przychodni
Adres (domyślnie adres przychodni)
ul. Kazimierzowska 33D, 05-807 Owczarnia
Miejscowość
Owczarnia
Ulica
Kazimierzowska
Numer budynku
33D
Numer mieszkania
Kod pocztowy
05-807
Poczta
Owczarnia
Telefon
22-729-15-01
Faks
Email
Czy wymaga skierowania?
tak
nie
Godziny otwarcia poradni / oddziału (GG:MM)
od
08:00
do
18:00
Zasady korzystania z poradni / oddziału
Przeglądaj...
Nie wybrano pliku.
Domyślny czas trwania wizyty w poradni / oddziale
15 minut
Rodzaj wizyty w poradni / oddziale
mieszana (domyślnie NFZ-owa)
Płatność za wizytę w poradni / oddziale
płatność po wizycie
Nagłówek recepty (maks. 6 linii)
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
BASIS S.C.
05-807 Podkowa Leśna, ul.Błońska 46/48
Filia: Owczarnia, ul.Kazimierzowska 33D
NIP: 529-16-13-708 REGON: 017417089
Tel. 22 729-15-01

Maksymalna liczba zabiegów rehabilitacyjnych na skierowanie w warunkach ośrodka dziennego	
Maksymalna liczba zabiegów rehabilitacyjnych na skierowanie w warunkach ambulatoryjnych	
Maksymalna liczba zabiegów rehabilitacyjnych na skierowanie w warunkach domowych	
Maksymalna liczba indywidualnych zabiegów rehabilitacyjnych realizowanych dziennie przez terapeutę	
Maksymalna liczba nieindywidualnych zabiegów rehabilitacyjnych realizowanych równocześnie przez terapeutę	
Liczba łóżek - łóżko zwykłe	
Liczba łóżek - łóżko intensywnej opieki medycznej	
Liczba łóżek - łóżko intensywnego nadzoru kardiologicznego	
Liczba łóżek - łóżko dla noworodków	
Liczba łóżek - inkubator	
Liczba łóżek - łóżko intensywnej terapii	
Liczba łóżek - łóżko intensywnej opieki oparzeń	
Liczba łóżek - łóżko intensywnej opieki toksylogicznej	
Liczba łóżek - łóżko intensywnej terapii noworodka	
Liczba łóżek - łóżko opieki ciagłej dla noworodków po sztucznej wentylacji	
Liczba łóżek - łóżko opieki pośredniej dla noworodków niewymagajacych wsparcia oddechowego	
Liczba łóżek - łóżko nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej	
Liczba stanowisk dializacyjnych	
Liczba miejsc pobytu dziennego	
Część IX i X kodu resortowego	

Więcej profili

Uaktualnij Anuluj Powrót do wyszukiwania poradni / oddziału

W zakładce „Gabinety / Aparatura / Pojazdy / Sale” dostępna jest wyszukiwarka gabinetów, aparatur, pojazdów (karetek pogotowia, śmigłowców lotniczego ratownictwa medycznego, łodzi ratownictwa wodnego) i sal szpitalnych. Wyszukiwanie jest możliwe według nazwy gabinetu / aparatury / pojazdu / sali, nazwy i adresu poradni / oddziału w której dany gabinet / aparatura / pojazd / sala funkcjonuje oraz nazwy i adresu przychodni w której ta poradnia / oddział się znajduje. W każdym polu wyszukiwarki można wpisać dowolny fragment nazwy lub adresu, przy czym wielkość liter nie ma znaczenia. Możliwe jest ponadto zawężenie wyszukiwania do samej aparatury, samych gabinetów, samych pojazdów lub samych sal. Po wprowadzeniu kryteriów wyszukiwania i naciśnięciu przycisku „Szukaj” wyświetla się pod wyszukiwarką lista gabinetów / aparatur / pojazdów / sal spełniających kryteria wyszukiwania. Przy każdym gabinecie / aparaturze / pojeździe / sali na liście dostępne są przyciski „Edytuj” i „Usuń”. Pod wyszukiwarką dostępny jest także przycisk dodawania nowego gabinetu / aparatury / pojazdu / sali.

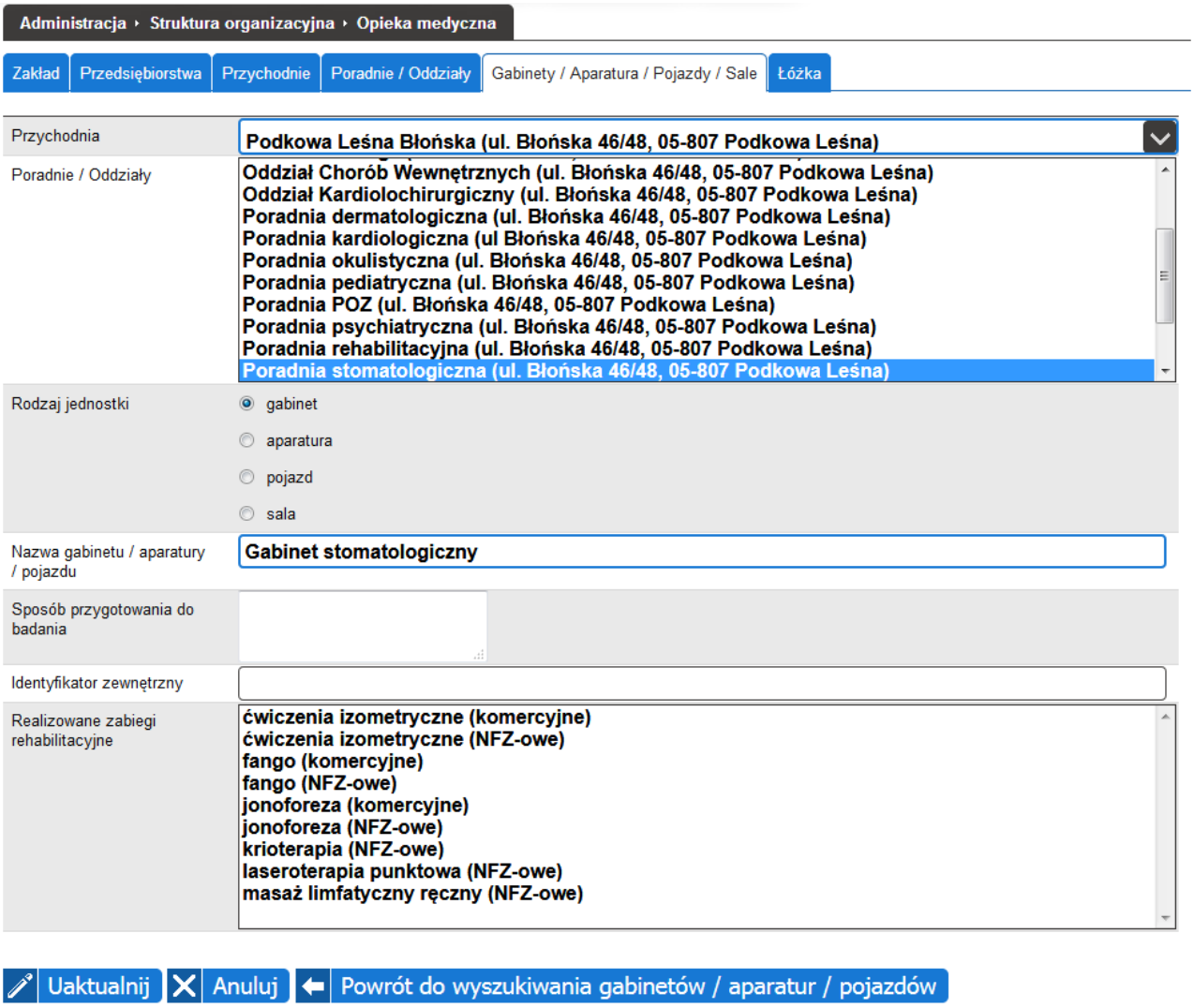


Aby dodać gabinet / aparaturę / pojazd / salę należy nacisnąć przycisk „Dodaj nowy gabinet / aparaturę / pojazd / salę” pod wyszukiwarką gabinetów / aparatury / pojazdów / sal. Wyświetli się wówczas formularz dodawania nowego gabinetu / aparatury / pojazdu / sali. Należy wypełnić formularz (co najmniej pola obowiązkowe), w tym wskazać w jakiej przychodni a następnie w jakiej poradni / poradniach / oddziale / oddziałach w tej przychodni dany gabinet / aparatura / pojazd / sala funkcjonuje. Dla gabinetu / aparatury możliwe jest też opisanie sposobu

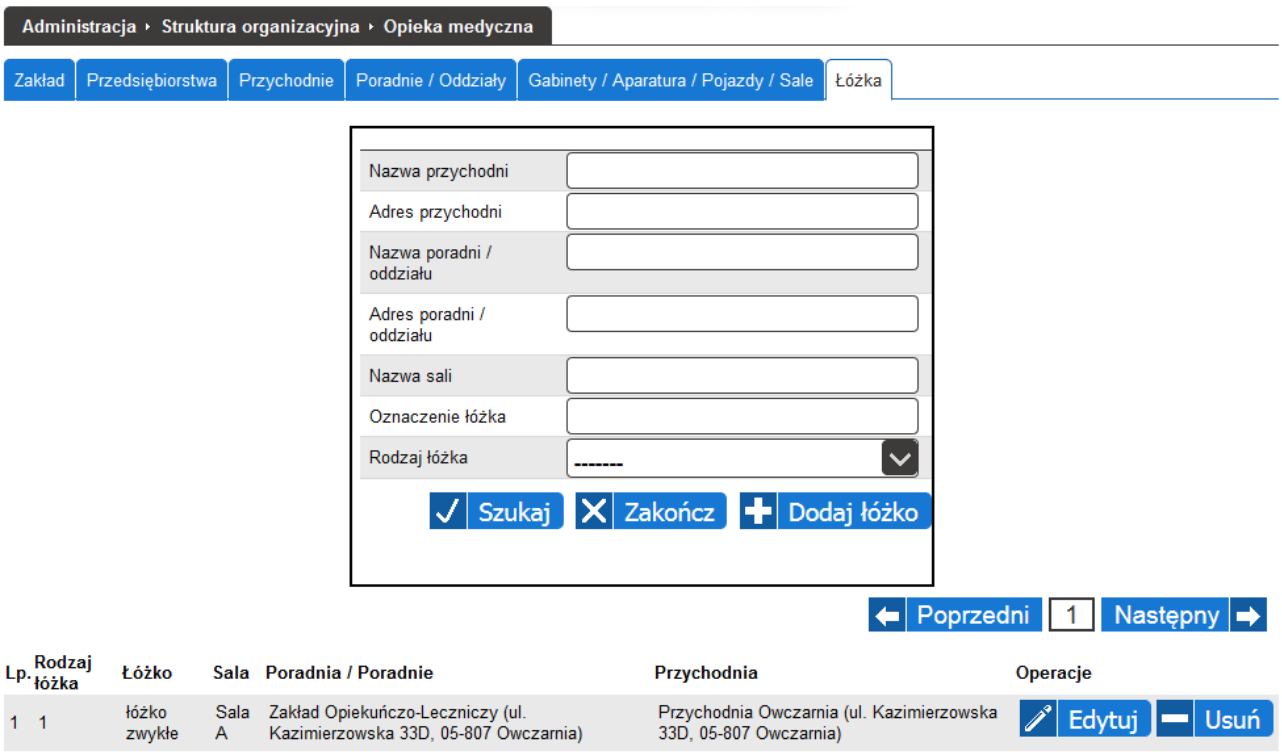
przygotowania się pacjenta na wizytę w danym gabinecie / zabieg na danej aparaturze. Pole identyfikatora zewnętrznego nie jest używane, zostało zachowane ze względu na kompatybilność wsteczną. W przypadku dodawania aparatury rehabilitacyjnej należy wskazać realizowane za pomocą tej aparatury zabiegi rehabilitacyjne (należy przy tym pamiętać że jeśli aparatura umożliwia obsługę wielu pacjentów na raz to nie powinna być wprowadzona do systemu jako jedna aparatura ale jako kilka aparatur np. fizyczna aparatura typu UGUL powinna być wprowadzona do systemu jako kilka logicznych aparatur – UGUL do ćwiczeń w zawieszeniu, UGUL do ćwiczeń w leżeniu, itd., zaś w przypadku kabin sytuacja jest odwrotna – jedna kabina to kilka aparatur, ale ponieważ w kabinie można obsługiwać tylko jednego pacjenta na raz, więc kabina powinna być w systemie jedną aparaturą z większym zakresem świadczeń z katalogu). Po wypełnieniu formularza należy zapisać dane przyciskiem dodawania gabinetu / aparatury / pojazdu / sali.

Aby zmodyfikować dane gabinetu / aparatury / pojazdu / sali należy nacisnąć przycisk „Edytuj” przy odpowiednim gabinecie / aparaturze / pojeździe / sali na liście gabinetów / aparatur / pojazdów / sal (w wynikach wyszukiwania) pod wyszukiwarką. Wyświetli się wówczas formularz danych gabinetu / aparatury / pojazdu / sali o strukturze identycznej jak formularz dodawania nowego gabinetu / aparatury / pojazdu / sali wypełniony danymi. Formularz ten umożliwia wprowadzenie i zapisanie zmian do danych gabinetu / aparatury / pojazdu / sali.

Aby usunąć gabinet / aparaturę / pojazd / salę należy nacisnąć przycisk „Usuń” przy odpowiednim gabinecie / aparaturze / pojeździe / sali na liście gabinetów / aparatur / pojazdów / sal (w wynikach wyszukiwania) pod wyszukiwarką. Wyświetli się wówczas formularz danych gabinetu / aparatury / pojazdu / sali tylko do odczytu, umożliwiający usunięcie gabinetu / aparatury / pojazdu / sali. Usunięcie gabinetu / pojazdu / sali jest możliwe jedynie gdy nie ma żadnego grafiku, w którym byłyby zaplanowane wizyty / pobyty w tym gabinecie / pojeździe / sali. Usunięcie aparatury jest możliwe jedynie gdy nie ma żadnego grafiku zaplanowanego dla danej aparatury.



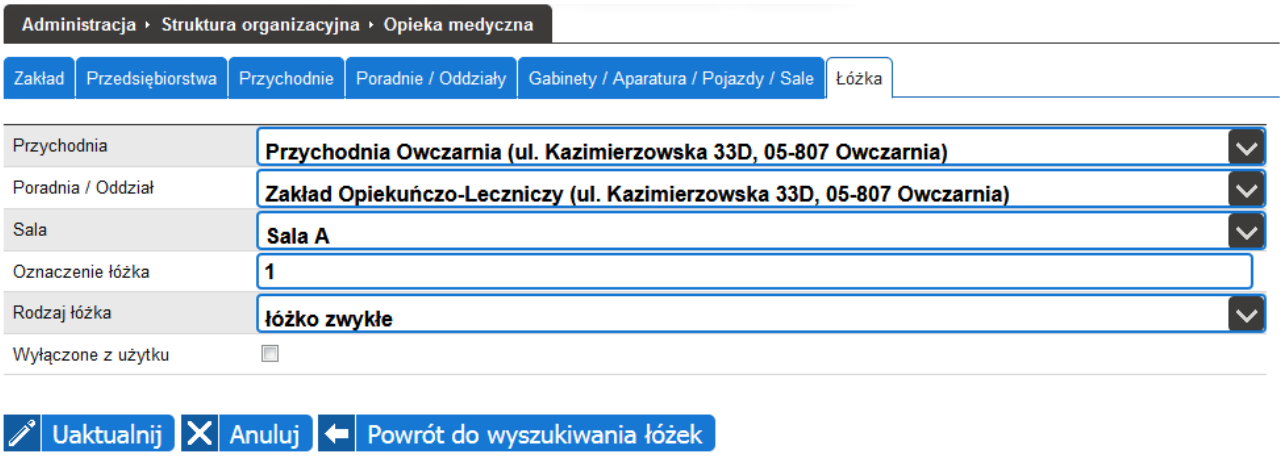
W zakładce „Łóżka” dostępna jest wyszukiwarka łóżek na salach szpitalnych / salach zakładów opiekuńczo-leczniczych. Wyszukiwanie jest możliwe według nazwy oznaczenia łóżka, rodzaju łóżka, nazwy sali na której łóżko się znajduje, nazwy i adresu poradni / oddziału w której sala funkcjonuje oraz nazwy i adresu przychodni w której ta poradnia / oddział się znajduje. W każdym polu wyszukiwarki można wpisać dowolny fragment nazwy lub adresu, przy czym wielkość liter nie ma znaczenia. Po wprowadzeniu kryteriów wyszukiwania i naciśnięciu przycisku „Szukaj” wyświetla się pod wyszukiwarką lista łóżek spełniających kryteria wyszukiwania. Przy każdym łóżku na liście dostępne są przyciski „Edytuj” i „Usuń”. Pod wyszukiwarką dostępny jest także przycisk dodawania nowego łóżka.



Aby dodać łóżko należy nacisnąć przycisk „Dodaj łóżko” pod wyszukiwarką łóżek. Wyświetli się wówczas formularz dodawania nowego łóżka. Należy wypełnić formularz (co najmniej pola obowiązkowe), w tym wskazać w jakiej przychodni a następnie w jakiej poradni / oddziale w tej przychodni i dalej w której sali dane łóżko się znajduje. Jeżeli łóżko jest tymczasowo niedostępne (z powodów innych niż jego zajęcie przez pacjenta), wówczas należy zaznaczyć pole „wyłączone z użytku”. Po wypełnieniu formularza należy zapisać dane przyciskiem dodawania łóżka.

Aby zmodyfikować dane łóżka należy nacisnąć przycisk „Edytuj” przy odpowiednim łóżku na liście łóżek (w wynikach wyszukiwania) pod wyszukiwarką. Wyświetli się wówczas formularz danych łóżka o strukturze identycznej jak formularz dodawania nowego łóżka z tym że wypełniony danymi. Formularz ten umożliwia wprowadzenie i zapisanie zmian do danych łóżka.

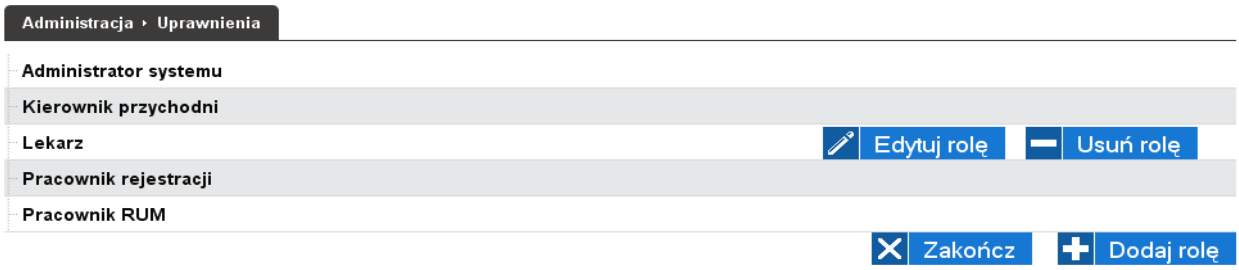
Aby usunąć łóżko należy nacisnąć przycisk „Usuń” przy odpowiednim łóżku na liście łóżek (w wynikach wyszukiwania) pod wyszukiwarką. Wyświetli się wówczas formularz danych łóżka tylko do odczytu, umożliwiający usunięcie łóżka.



Uprawnienia

Dostęp do poszczególnych funkcjonalności aplikacji gwarantuje predefiniowany zestaw przywilejów wynikający z zakresu funkcjonalności aplikacji. Administrator ma możliwość tworzenia grup przywilejów, noszących nazwę ról, które w dalszej kolejności będą nadawane użytkownikom aplikacji.

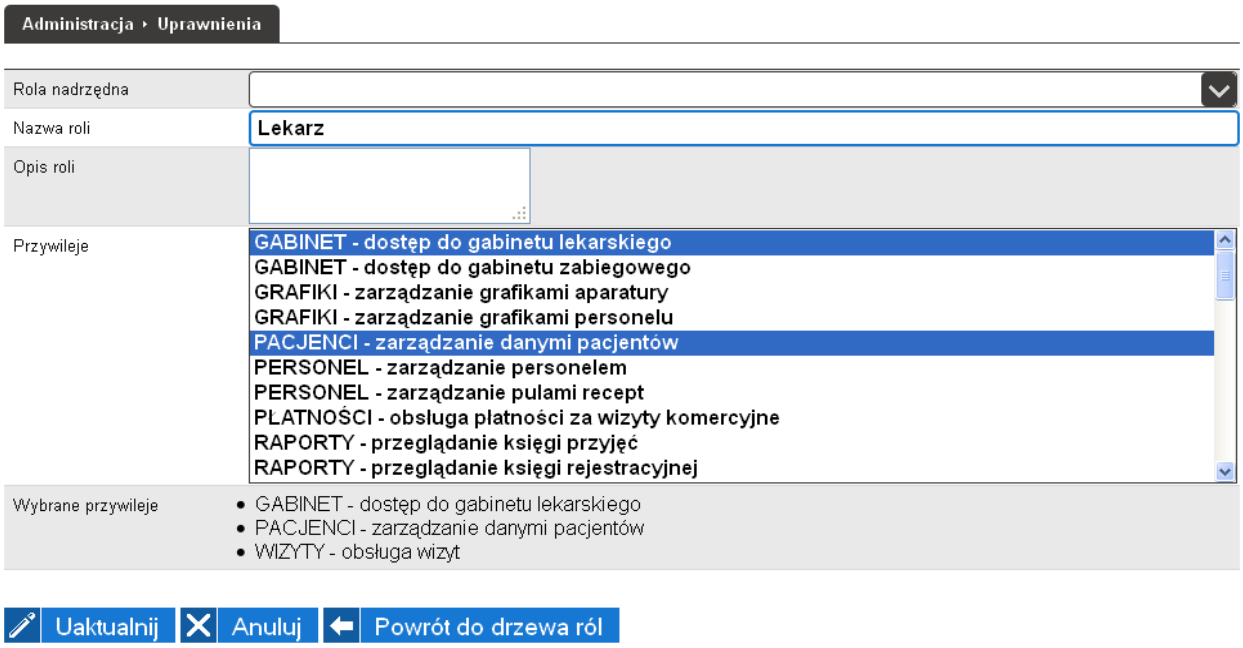
Do zarządzania uprawnieniami służy funkcjonalność „Uprawnienia" w menu „Administracja". Dla zapewnienia przejrzystości role mają strukturę drzewa. Przy każdej z ról w drzewie (z wyjątkiem roli „Administrator systemu") po najechaniu kursorem myszy widoczne są przyciski „Edytuj rolę" i „Usuń rolę", zaś poniżej drzewa dostępny jest przycisk „Dodaj rolę". Rola „Administrator" jest predefiniowana i zapewnia dostęp do wszystkich funkcjonalności w systemie, w tym do menu „Administracja" (jest to jedyna rola zapewniająca dostęp do tego menu, żadna inna rola nie zapewni dostępu do tego menu).



Aby dodać nową rolę należy nacisnąć przycisk „Dodaj rolę" widoczny pod drzewem ról. Wyświetli się wówczas formularz dodawania roli. Aby wskazać przywileje składające się na daną rolę należy przytrzymać wciśnięty na klawiaturze przycisk Ctrl i jednocześnie klikając myszą na właściwych przywilejach w formularzu zaznaczyć wybrane. Lista wszystkich wybranych przywilejów wyświetla się dodatkowo informacyjnie pod formularzem. Po wypełnieniu formularza należy zapisać dane przyciskiem dodawania roli.

Aby zmodyfikować dane roli należy nacisnąć przycisk „Edytuj rolę" przy odpowiedniej roli w drzewie ról. Wyświetli się wówczas formularz danych roli o strukturze identycznej jak formularz dodawania nowej roli. Formularz danych roli umożliwia wprowadzenie i zapisanie zmian do tych danych. Zaznaczenie/odznaczenie przywilejów danej roli skutkuje nadaniem/odebraniem tych przywilejów wszystkim użytkownikom posiadającym daną rolę. Zmiany uprawnień nie są widoczne (skuteczne) dla zalogowanych użytkowników – stają się skuteczne w momencie rozpoczęcia nowej sesji (po ponownym zalogowaniu do systemu) przez użytkownika.

Aby usunąć rolę należy nacisnąć przycisk „Usuń rolę" przy odpowiedniej roli w drzewie ról. Wyświetli się wówczas formularz danych roli tylko do odczytu, umożliwiający usunięcie roli. Usunięcie roli skutkuje odebraniem wszystkich jej przywilejów użytkownikom posiadającym tę rolę. Usunięcie roli nie jest widoczne (skuteczne) dla zalogowanych użytkowników – staje się skuteczne w momencie rozpoczęcia nowej sesji (po ponownym zalogowaniu do systemu) przez użytkownika.



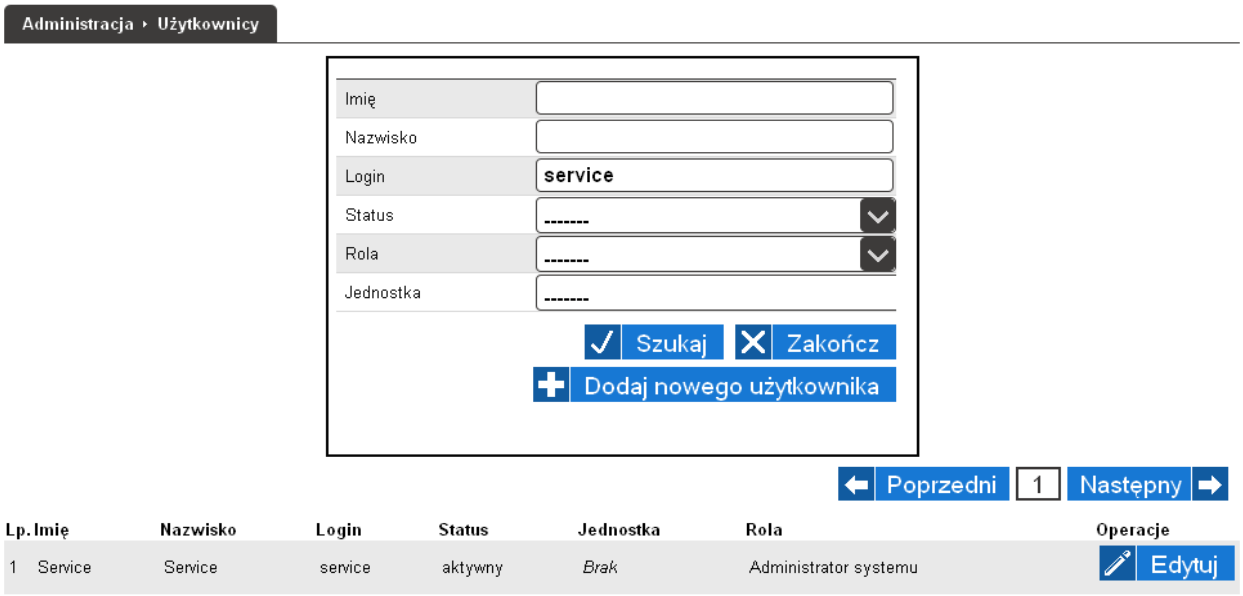
Użytkownicy

Administrator systemu ma możliwość zarządzania użytkownikami posiadającymi dostęp do systemu: dodawania nowych użytkowników, modyfikacji danych użytkowników oraz blokowania/odblokowywania dostępu użytkowników do systemu. Usuwanie użytkowników nie jest możliwe.

Do zarządzania użytkownikami służy funkcjonalność „Użytkownicy” w menu „Administracja”. Na stronie głównej funkcjonalności zarządzania użytkownikami widoczna jest wyszukiwarka użytkowników oraz przycisk dodawania nowego użytkownika. Wyszukiwanie użytkowników jest możliwe według dowolnej kombinacji następujących kryteriów:

- imię – imię lub początek imienia użytkownika; wielkość liter nie ma znaczenia
- nazwisko – nazwisko lub początek nazwiska użytkownika; wielkość liter nie ma znaczenia
- login – login lub początek loginu użytkownika; wielkość liter nie ma znaczenia
- status – status użytkownika (aktywny lub zablokowany)
- rola – rola jaką posiada użytkownik
- jednostka – jednostka administracyjna użytkownika

Po wprowadzeniu kryteriów i naciśnięciu przycisku szukaj wyświetla się pod wyszukiwarką lista użytkowników spełniających kryteria wyszukiwania. Przy każdym użytkowniku na liście widoczny jest przycisk „Edytuj” umożliwiający przejście do edycji danych użytkownika.



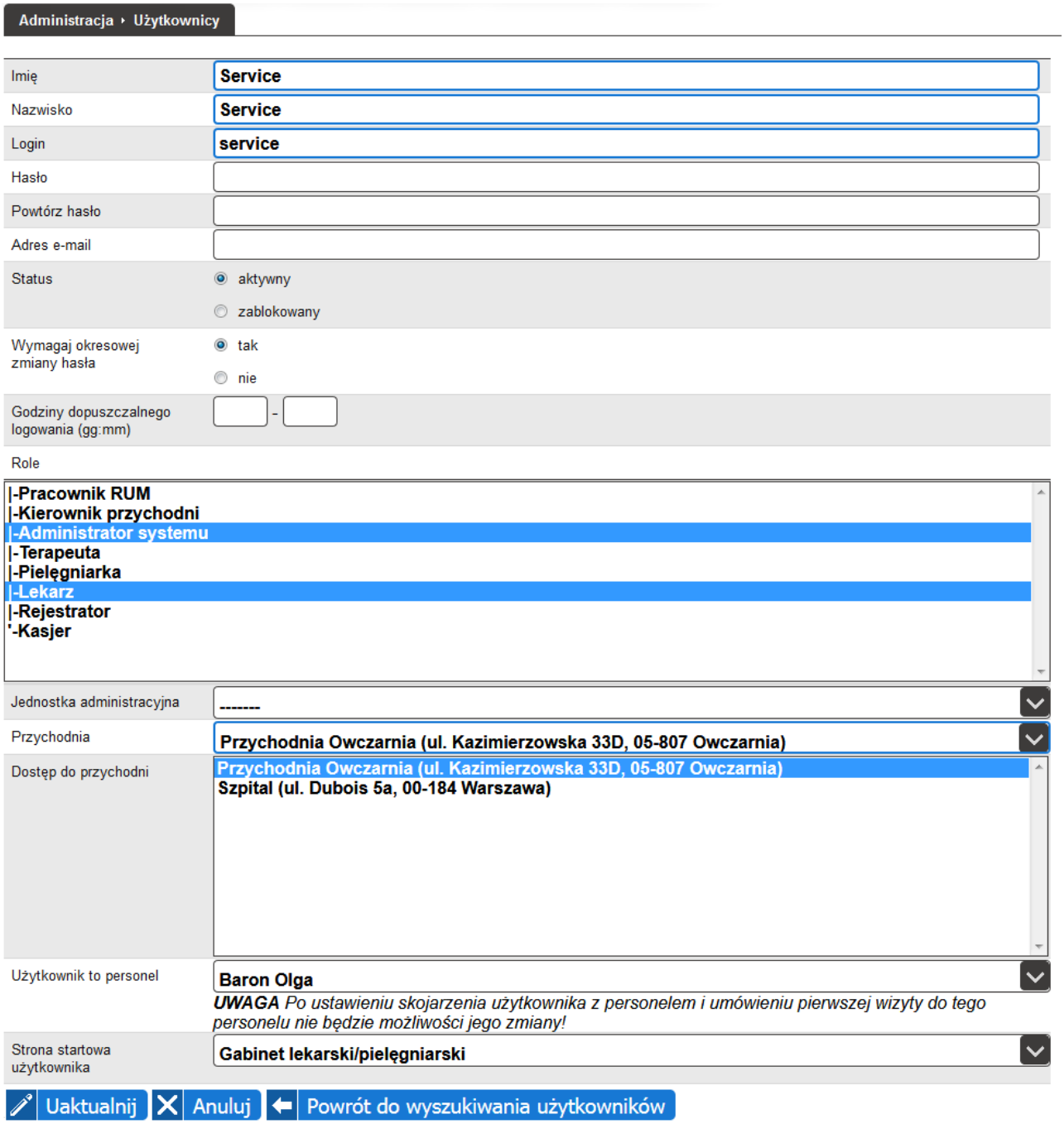
Aby dodać nowego użytkownika należy nacisnąć przycisk „Dodaj nowego użytkownika” pod wyszukiwarką użytkowników. Wyświetli się wówczas formularz dodawania użytkownika. Każdy użytkownik musi posiadać unikalny login oraz hasło spełniające następujące wymogi polityki bezpieczeństwa:

- hasło musi składać się co najmniej z 8 znaków
- hasło musi zawierać małe i wielkie litery oraz cyfry lub znaki specjalne
- hasło musi różnić się od ostatnio używanego hasła co najmniej trzema znakami
- hasło musi różnić się od każdego z trzech ostatnio używanych haseł co najmniej jednym znakiem

Jeżeli dla tworzonego użytkownika zostanie wskazany status „aktywny” wówczas będzie on mógł się zalogować do systemu, w przeciwnym przypadku nie będzie miał dostępu do systemu do momentu odblokowania jego konta przez administratora. Jeżeli dla tworzonego użytkownika zostanie zaznaczone wymaganie okresowej zmiany hasła wówczas co 30 dni system będzie wymuszał dla takiego użytkownika ustawową zmianę hasła. Jeżeli dla tworzonego użytkownika zostaną określone godziny dopuszczalnego logowania, wówczas będzie on mógł się zalogować do systemu jedynie w podanych godzinach. Użytkownik może posiadać jedną lub więcej ról. Aby zaznaczyć więcej niż jedną rolę należy wcisnąć na klawiaturze przycisk Ctrl a następnie klikając myszą na nazwach ról zaznaczyć właściwe role przytrzymując wciśnięty przycisk Ctrl. Dla użytkownika należy wskazać przychodnię w której pracuje oraz przychodnie do których ma mieć dostęp (przy umawianiu wizyt, kodowaniu wizyt i zarządzaniu usługami). Jeżeli użytkownik ma mieć dostęp do więcej niż jednej przychodni należy wcisnąć na klawiaturze przycisk Ctrl a następnie klikając myszą na nazwach ról zaznaczyć właściwe role przytrzymując wciśnięty przycisk Ctrl. Jeżeli użytkownik jest personelem wówczas należy powiązać go z odpowiednią osobą z personelu medycznego, przy czym należy pamiętać, że nie ma możliwości aby ta sama osoba z personelu medycznego miała więcej niż jedno konto w systemie oraz że **po ustawieniu skojarzenia użytkownika z personelem i umówieniu pierwszej wizyty do tego personelu nie będzie już możliwości zmiany tego skojarzenia**! (Gdyby zmiana skojarzenia użytkownika z personelem była możliwa, wówczas mogłoby dojść do sytuacji, w której użytkownik po takiej zmianie mógłby edytować historię chorób zapisaną przez inny personel.) Możliwe jest także wskazanie strony startowej użytkownika, czyli pierwszej strony jaka będzie się otwierać po

zalogowaniu przez użytkownika do systemu.

Aby zmodyfikować, zablokować lub odblokować konto użytkownika należy nacisnąć przycisk „Edytuj” przy właściwym użytkowniku na liście użytkowników (w wynikach wyszukiwania) pod wyszukiwarką. Wyświetli się wówczas formularz edycji danych użytkownika o strukturze identycznej jak formularz dodawania nowego użytkownika. Aby zmienić użytkownikowi hasło należy dwukrotnie wprowadzić nowe hasło w polach „Hasło” i „Powtórz hasło” (pozostawienie tych pól pustych oznacza, że w momencie zapisu danych użytkownika hasło nie zostanie zmienione, użytkownik będzie korzystał z dotychczasowego hasła). Aby zablokować / odblokować użytkownika należy wprowadzić zmianę w polu „Status”. Nadanie odebranie użytkownikowi ról nie jest widoczne (skuteczne) dla zalogowanych użytkowników – staje się skuteczne w momencie rozpoczęcia nowej sesji (po ponownym zalogowaniu do systemu) przez danego użytkownika. Po wprowadzeniu zmian należy je zapisać naciskając przycisk „Uaktualnij”.



Użytkownicy nie posiadający roli administratora systemu ale posiadający pozwalający na zarządzanie użytkownikami o uprawnieniach nie szerszych niż własne również mają możliwość korzystania z niniejszej funkcjonalności ale w ograniczonym zakresie. Mogą oni zarządzać wyłącznie użytkownikami posiadającymi identyczne role jak zalogowany użytkownik oraz użytkownikami posiadającymi role podrzędne w stosunku do ról zalogowanego użytkownika a także użytkownikami nie posiadającymi żadnych ról.

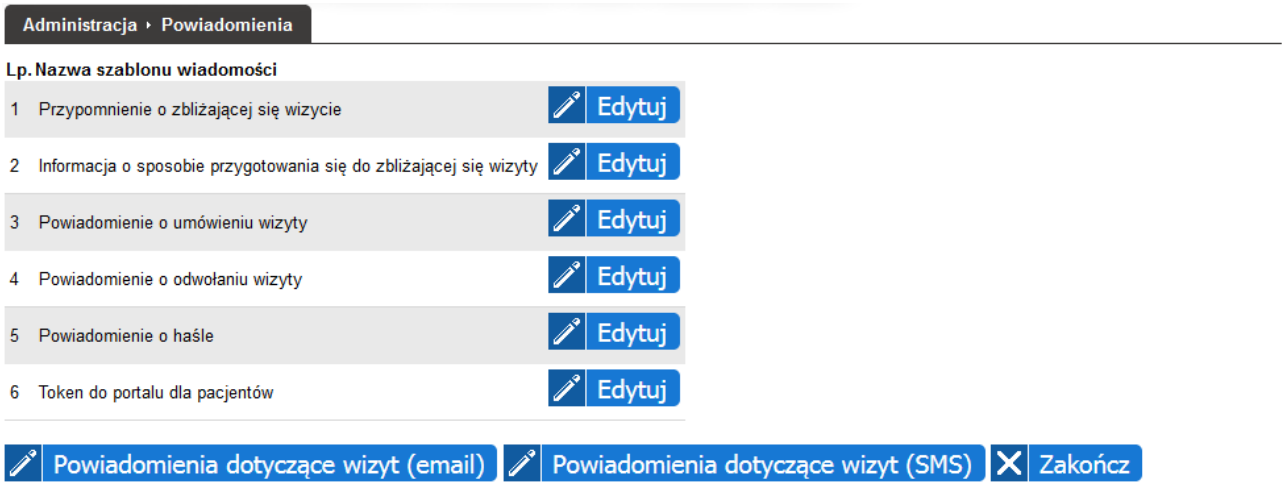
Powiadomienia

System umożliwia definiowanie i wysyłanie powiadomień do pacjentów. Powiadomienia wysyłane są przez SMS i/lub przez e-mail, zależnie od ustawień zapisanych w karcie pacjenta. Powiadomienia nie są wysyłane natychmiast, ale trafiają do kolejki, skąd są pobierane i wysyłane

partiami.

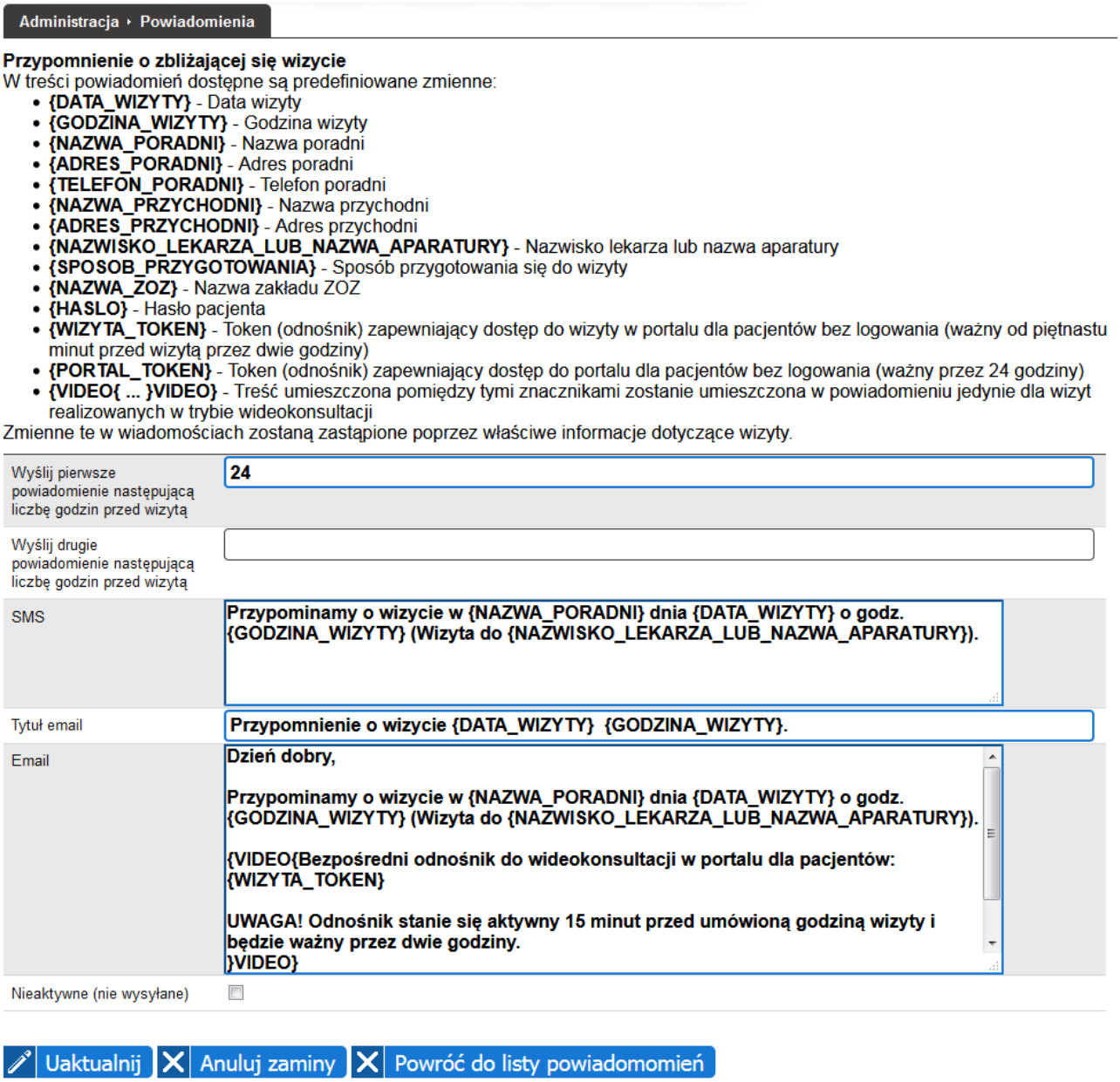
W systemie zdefiniowano 6 rodzajów powiadomień:

- Przypomnienie o zbliżającej się wizycie – powiadomienie wysyłane do pacjenta ustaloną na etapie wdrażania systemu liczbę godzin przed wizytą przypominające o zbliżającej się wizycie i zawierające informacje o tej wizycie.
- Informacja o sposobie przygotowania się do zbliżającej się wizyty – powiadomienie wysyłane do pacjenta ustaloną na etapie wdrażania systemu liczbę godzin godzin przed wizytą i zawierające informację o sposobie przygotowania się do wizyty. Jeśli dla danej wizyty nie zdefiniowano żadnych informacji o sposobie przygotowania się do wizyty, takie powiadomienie nie jest wysyłane.
- Powiadomienie o umówieniu wizyty – powiadomienie wysyłane do pacjenta w momencie zapisu (umówienia) dla niego wizyty podsumowujące zapis i zawierające informacje o umówionej wizycie.
- Powiadomienie o odwołaniu wizyty – powiadomienie wysyłane do pacjenta w momencie odwołania umówionej dla niego wizyty z informacją, że wizyta została odwołana.
- Powiadomienie o haśle – powiadomienie wysyłane do pacjenta w momencie wygenerowania dla niego hasła do rejestracji internetowej (przy dodawaniu nowego pacjenta z zaznaczoną opcją „Dostęp do rejestracji internetowej” oraz po naciśnięciu przycisku „Wygeneruj nowe hasło do rejestracji internetowej” w zakładce „Kontakt” w karcie pacjenta który ma zaznaczoną opcję „Dostęp do rejestracji internetowej”).
- Token do portalu dla pacjentów – powiadomienie wysyłane do pacjenta na żądanie zawierające odnośnik zapewniający dostęp do rejestracji internetowej bez logowania (po naciśnięciu przycisku „Wygeneruj nowy token do rejestracji internetowej” w zakładce „Kontakt” w karcie pacjenta który ma zaznaczoną opcję „Dostęp do rejestracji internetowej”)



Aby zobaczyć bądź wyedytować treść dowolnego ze zdefiniowanych powiadomień należy wybrać z menu „Administracja” funkcjonalność „Powiadomienia” a następnie w tabeli powiadomień wybrać przycisk „Edytuj” znajdujący się w wierszu odpowiadającym danemu powiadomieniu. Wyświetlona strona pozwoli edytować treści powiadomienia osobno dla kanału SMS i osobno dla kanału e-mail. Dla przypomnienia o zbliżającej się wizycie można dodatkowo określić jedną lub

dwie pory wysyłki (na ile godzin przed wizytą system ma wysyłać dane powiadomienia). Jeżeli wysyłka danego powiadomienia ma być wstrzymana wówczas należy zaznaczyć w formularzu pole „Nieaktywne (nie wysłane)”. Po wprowadzeniu / zmodyfikowaniu danych należy je zapisać klikając przycisk „Uaktualnij”.



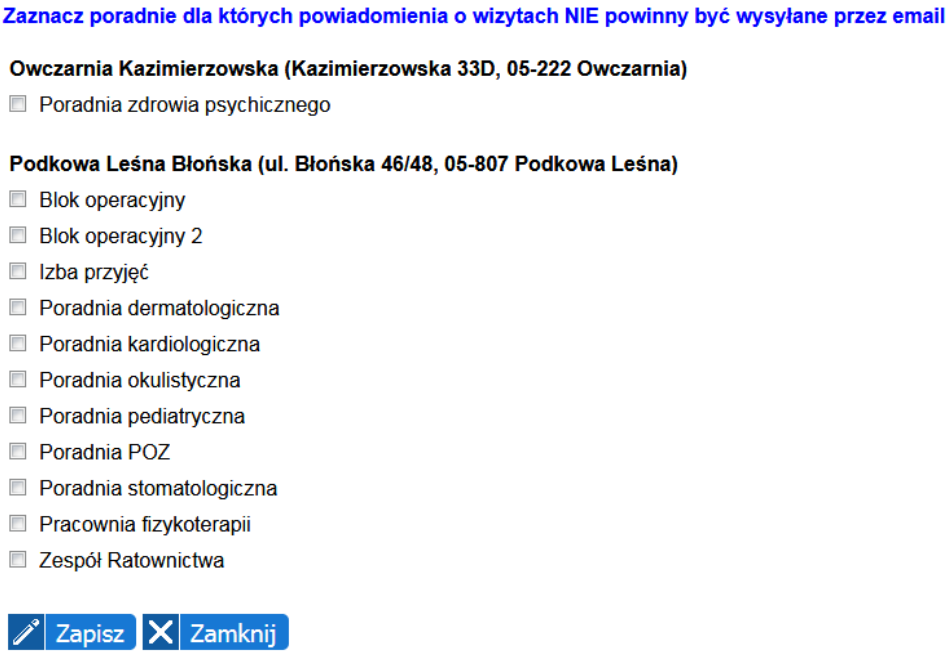
Przy definiowaniu treści powiadomień można skorzystać ze zdefiniowanych w systemie znaczników, które w rzeczywistym powiadomieniu zostaną zastąpione odpowiednimi wartościami, które reprezentują. Wszystkie znaczniki są napisami pisanymi wielkimi literami oraz ujętymi w nawiasy klamrowe. Przy używaniu tych znaczników zależy zachować bezwzględną zgodność, co do znaków nazwy zmiennej. W systemie zdefiniowano następujące znaczniki:

- {DATA_WIZYTY} – znacznik zostanie zastąpiony datą wizyty
- {GODZINA_WIZYTY} – znacznik zostanie zastąpiony godziną wizyty

- {NAZWA_PORADNI} – znacznik zostanie zastąpiony nazwą poradni, do której zapisana jest wizyta
- {ADRES_PORADNI} – znacznik zostanie zastąpiony adresem poradni, do której zapisana jest wizyta
- {TELEFON_PORADNI} – znacznik zostanie zastąpiony telefonem poradni, do której zapisana jest wizyta
- {NAZWA_PRZYCHODNI} – znacznik zostanie zastąpiony nazwą przychodni, do której zapisana jest wizyta
- {ADRES_PRZYCHODNI} – znacznik zostanie zastąpiony adresem przychodni, do której zapisana jest wizyta
- {NAZWISKO_LEKARZA_LUB_NAZWA_APARATURY} – znacznik zostanie zastąpiony nazwiskiem lekarza powiązanego z wizytą lub nazwą aparatury, jeśli wizyta jest zabiegiem na aparaturze
- {SPOSOB_PRZYGOTOWANIA} – znacznik zostanie zastąpiony opisem przygotowania się do wizyty - jest to scalony opis sposobu przygotowania się do wizyty określonego dla gabinetu / aparatury oraz sposobu przygotowania się do wizyty określonego dla typu wizyty (jeśli w żadnym z miejsc nie określono informacji o sposobie przygotowania się do wizyty wstawiona zostanie wartość „Brak”)
- {NAZWA_ZOZ} – znacznik zostanie zastąpiony nazwą zakładu opieki zdrowotnej
- {HASLO} – znacznik zostanie zastąpiony hasłem dostępu pacjenta do rejestracji internetowej
- {WIZYTA_TOKEN} – znacznik zostanie zastąpiony tokenem (odnośnikiem) zapewniającym dostęp do wizyty w portalu dla pacjentów bez logowania, który będzie ważny od piętnastu minut przed wizytą przez dwie godziny
- {PORTAL_TOKEN} – znacznik zostanie zastąpiony tokenem (odnośnikiem) zapewniającym dostęp do portalu dla pacjentów bez logowania, który będzie ważny przez 24 godziny
- {VIDEO{ ... }VIDEO} – treść umieszczona pomiędzy tymi znacznikami zostanie umieszczona w powiadomieniu jedynie dla wizyt realizowanych w trybie wideokonsultacji

Po wprowadzeniu treści należy je zapisać korzystając z przycisku „Uaktualnij”.

Jeżeli powiadomienia dotyczące wizyt dla pewnych poradni nie powinny być wysyłane, należy kliknąć przycisk „Powiadomienia dotyczące wizyt (email)” lub „Powiadomienia dotyczące wizyt (SMS)” (zależnie od kanału wysyłania powiadomień) widoczny pod listą powiadomień. Otworzy się wówczas nowe okno z listą poradni gdzie należy zaznaczyć te poradnie dla których powiadomienia NIE powinny być wysyłane danym kanałem i zapisać dane klikając przycisk „Zapisz”.

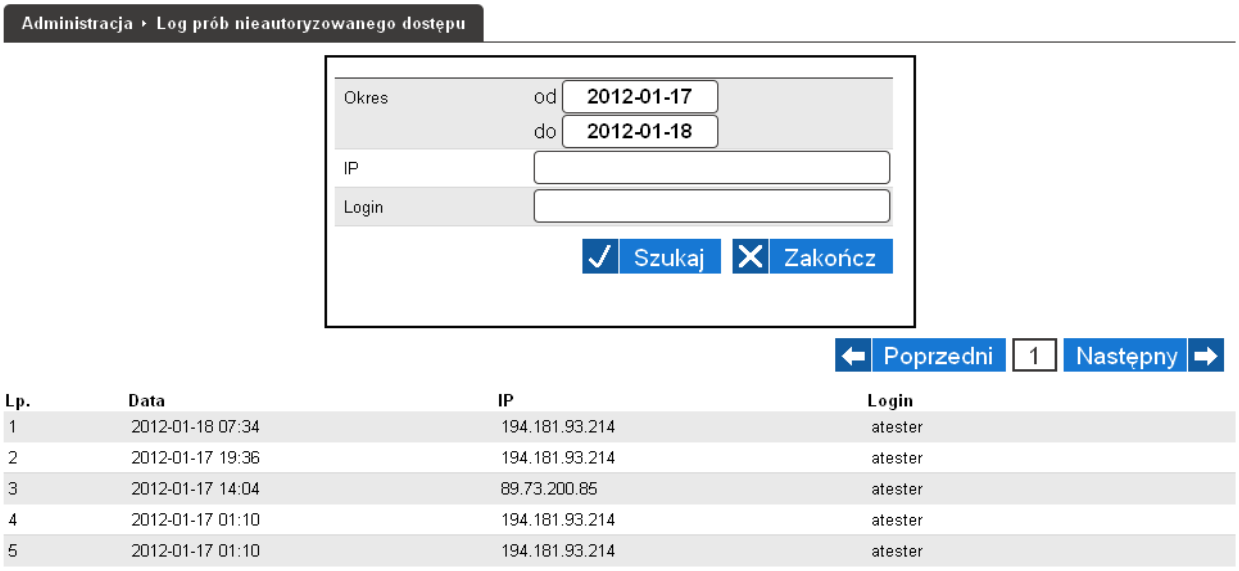


Dzienniki

Funkcjonalności z podmenu „Dzienniki” w menu „Administracja” służą do przeglądania różnego rodzaju logów gromadzonych w systemie.

Log prób nieautoryzowanego dostępu do systemu

Każda próba nieautoryzowanego dostępu do aplikacji poprzez wprowadzenie nieprawidłowego loginu i/lub hasła jest rejestrowana. W ramach monitoringu aplikacji administrator aplikacji poprzez funkcjonalność „Log prób nieautoryzowanego dostępu do systemu” z podmenu „Dzienniki” w menu „Administracja” ma dostęp do logu prób nieautoryzowanego dostępu, który może filtrować po okresie zdarzenia, adresie IP komputera z którego podjęto próbę zalogowania oraz wprowadzonym loginie. Po wprowadzeniu ograniczeń w filtrze i naciśnięciu przycisku „Szukaj” wyświetlana jest stronicowana tabela zdarzeń spełniających kryteria z filtru. Prezentowane są: czas zdarzenia, adres IP komputera oraz wprowadzony login. Domyślnie zdarzenia ułożone są w kolejności od najświeższego do najdawniejszego, kolejność wyświetlania można jednak zmienić klikając na nagłówek odpowiedniej kolumny tabeli z listą zdarzeń. Na liście zdarzeń prezentowane są następujące informacje: termin zdarzenia, adres IP komputera oraz wprowadzony login.

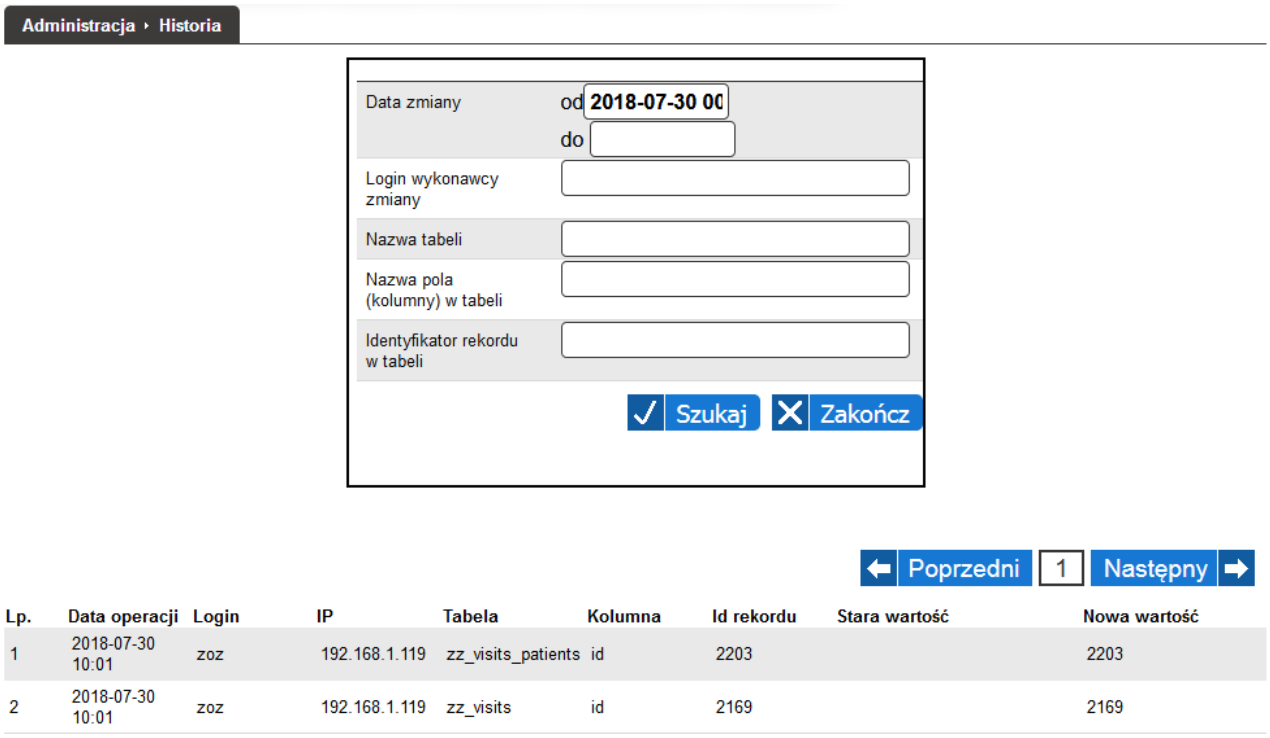


Historia

Wszelkie zmiany w danych wykonywane przez użytkowników aplikacji są rejestrowane w postaci historii zmian. Administrator aplikacji poprzez funkcjonalność „Historia" z podmenu „Dzienniki" w menu „Administracja" ma dostęp do rejestru tych zmian z możliwością jego filtrowania i przeglądania. Możliwe jest filtrowanie według dowolnej kombinacji następujących kryteriów:

- data zmiany – okres w jakim została wykonana zmiana (od ... do ...)
- login wykonawcy zmiany – nazwa użytkownika, który dokonał zmiany
- nazwa tabeli – nazwa tabeli bazodanowej, w której została wykonana zmiana; przy wpisywaniu nazwy tabeli wyświetlają się podpowiedzi
- nazwa pola (kolumny) w tabeli – nazwa kolumny (pola), którego wartość została zmieniona; przy wpisywaniu nazwy pola wyświetlają się podpowiedzi
- identyfikator rekordu w tabeli – identyfikator wiersza (rekordu), który został zmodyfikowany

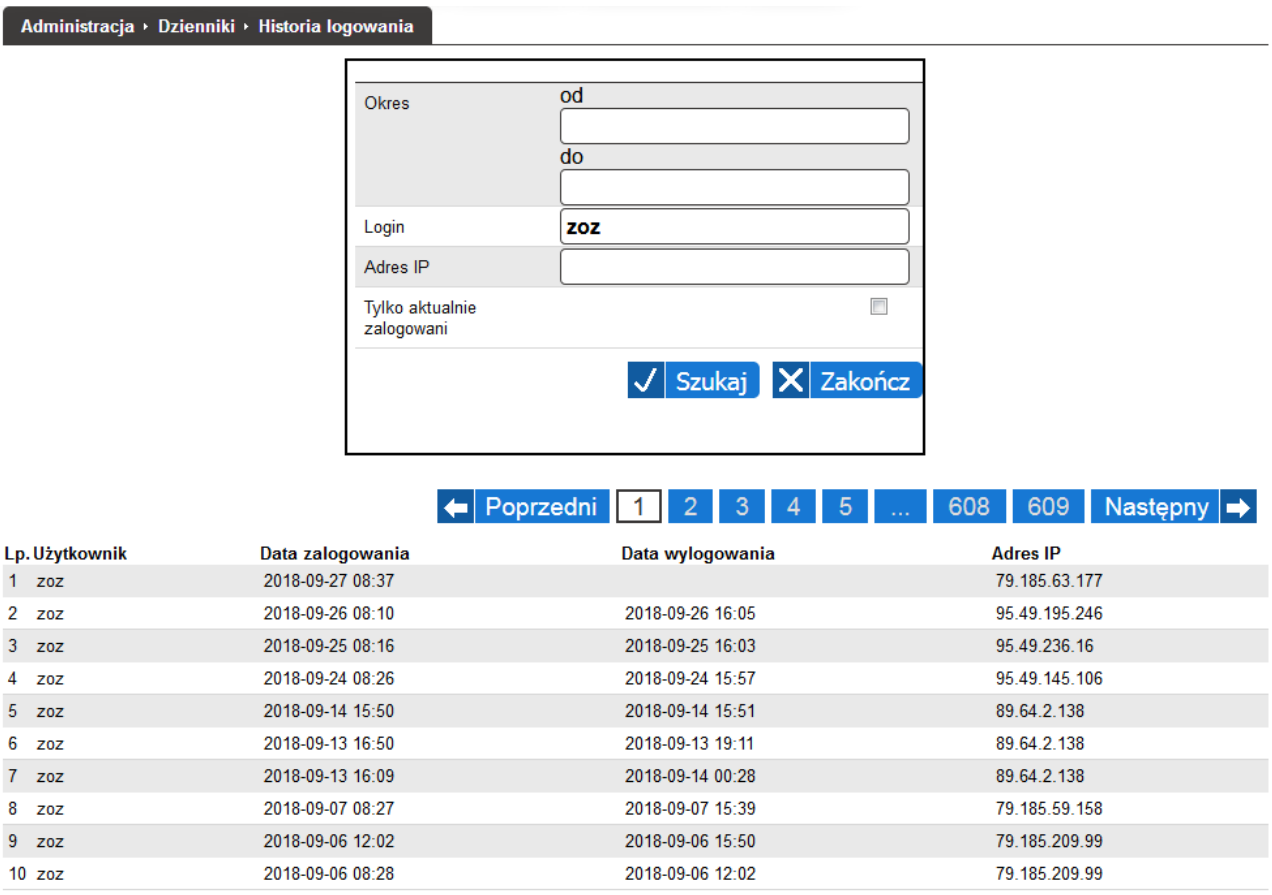
Po wprowadzeniu ograniczeń w filtrze i naciśnięciu przycisku wyświetlana jest stronicowana tabela zarejestrowanych zmian spełniających kryteria z filtru. Domyślnie zmiany wyświetlane są w kolejności od najświeższej do najdawniejszej, kolejność wyświetlania można jednak zmienić klikając na nagłówek odpowiedniej kolumny tabeli z listą zmian. Na liście zmian prezentowane są następujące informacje: data zmiany, login wykonawcy zmiany, nazwa tabeli, nazwa pola (kolumny) w tabeli, identyfikator rekordu w tabeli, wartość przed zmianą, wartość po zmianie. Jeśli pole, na którym wykonana została zmiana, to "id" i wartość przed zmianą jest pusta a wartość po zmianie jest taka sama jak identyfikator rekordu wówczas oznacza to utworzenie nowego rekordu w tabeli. Jeśli pole, na którym wykonana została zmiana, to "status" i wartość przed zmianą to "N" a wartość po zmianie to "D" wówczas oznacza to usunięcie (logiczne) rekordu z tabeli.



Lp.	Data operacji	Login	IP	Tabela	Kolumna	Id rekordu	Stara wartość	Nowa wartość
1	2018-07-30 10:01	zoz	192.168.1.119	zz_visits_patients	id	2203		2203
2	2018-07-30 10:01	zoz	192.168.1.119	zz_visits	id	2169		2169

Historia logowania

Każde zalogowanie użytkownika do systemu i jego wylogowanie z systemu jest rejestrowane w bazie danych. Administrator aplikacji poprzez funkcjonalność „Historia logowania” z podmenu „Dzienniki” w menu „Administracja” ma dostęp do rejestru prezentującego historię logowania użytkowników. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka umożliwiająca zawężenie zakresu poszukiwanych informacji do konkretnego okresu w którym nastąpiło zalogowanie, konkretnego loginu użytkownika, konkretnego adresu IP z którego nastąpiło logowanie a także do listy użytkowników aktualnie zalogowanych. Po wprowadzeniu kryteriów wyszukiwania i kliknięciu przycisku „Szukaj” pod wyszukiwarką wyświetla się historia logowania ze wskazaniem loginu, terminu zalogowania, terminu wylogowania oraz adresu IP z którego nastąpiło logowanie.

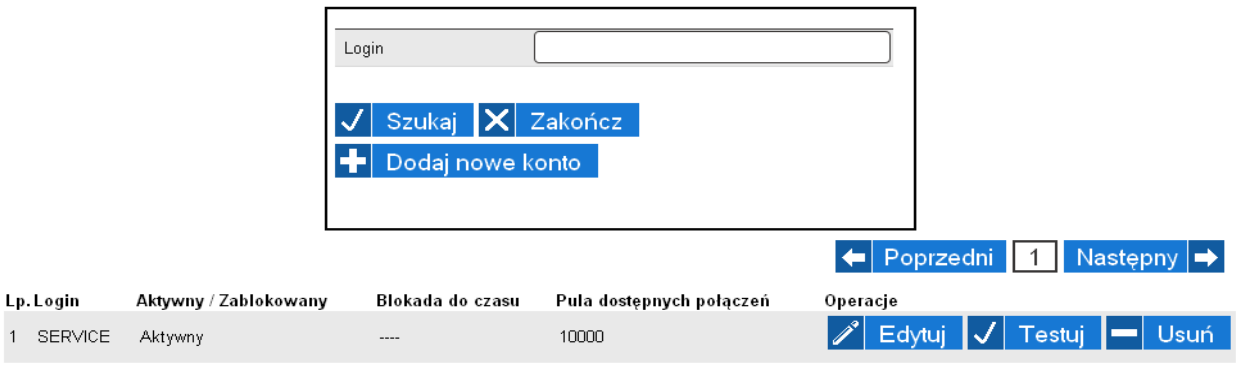


Lp.	Użytkownik	Data zalogowania	Data wylogowania	Adres IP
1	zoz	2018-09-27 08:37		79.185.63.177
2	zoz	2018-09-26 08:10	2018-09-26 16:05	95.49.195.246
3	zoz	2018-09-25 08:16	2018-09-25 16:03	95.49.236.16
4	zoz	2018-09-24 08:26	2018-09-24 15:57	95.49.145.106
5	zoz	2018-09-14 15:50	2018-09-14 15:51	89.64.2.138
6	zoz	2018-09-13 16:50	2018-09-13 19:11	89.64.2.138
7	zoz	2018-09-13 16:09	2018-09-14 00:28	89.64.2.138
8	zoz	2018-09-07 08:27	2018-09-07 15:39	79.185.59.158
9	zoz	2018-09-06 12:02	2018-09-06 15:50	79.185.209.99
10	zoz	2018-09-06 08:28	2018-09-06 12:02	79.185.209.99

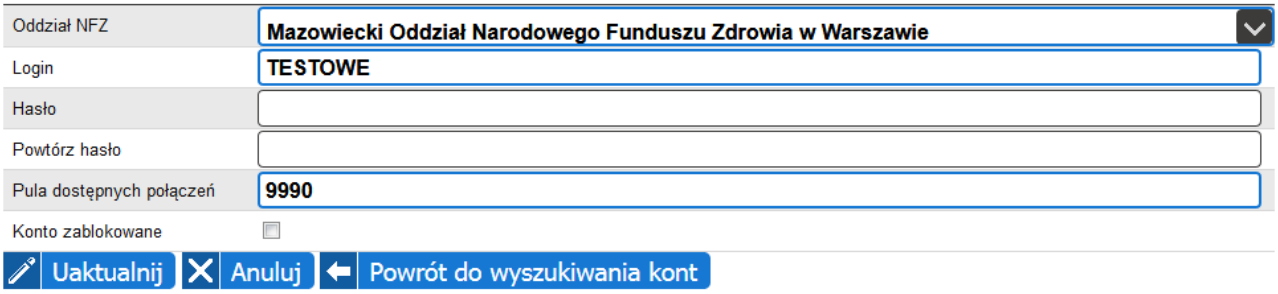
Konta eWUŚ

System jHIS posiada wbudowane mechanizmy komunikacji z systemem elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) służącym do weryfikacji ubezpieczenia pacjenta na podstawie numer PESEL pacjenta (lub jego opiekuna). System eWUŚ wymaga autoryzacji, dlatego dane do autoryzacji muszą zostać zapisane w systemie jHIS. Do zarządzania kontami przy pomocy których system jHIS będzie się autoryzował w eWUŚ służy funkcjonalność „Konta eWUŚ” w menu „Administracja”. Funkcjonalność umożliwia dodawanie, edycję, usuwanie i testowanie kont założonych wcześniej na portalu NFZ SZOI. Z każdego konta możliwe jest wykonanie 10000 zapytań dziennie (ograniczenie systemu eWUŚ), w związku z czym jeśli przewidywana dzienna liczba zapytań o ubezpieczenie jest większa należy do systemu jHIS wprowadzić dane odpowiednio większej ilości kont.

Po wybraniu funkcjonalności „Konta eWUŚ” wyświetla się wyszukiwarka umożliwiająca wyszukiwanie kont po loginie (wielkość liter nie ma znaczenia). Przy wyszukiwarce dostępny jest też przycisk, który wyświetla formularz dodawania nowego konta.

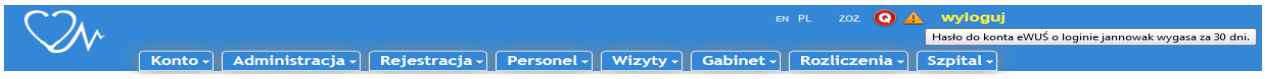


Po określeniu kryteriów wyszukiwania i naciśnięciu przycisku „Szukaj" wyświetla się lista wprowadzonych kont (o ile jakiekolwiek zostały wprowadzone). Przy każdym koncie dostępne są przyciski umożliwiające edycję i usunięcie konta a także przycisk umożliwiający przetestowanie czy konto funkcjonuje prawidłowo - po jego naciśnięciu wyświetlany jest stosowny komunikat informujący o statusie konta.



Przy edycji konta istnieje możliwość jego zablokowania. Jeżeli konto jest zablokowane system nie będzie korzystał z niego do autoryzacji w eWUŚ (do czasu aż konto zostanie odblokowane).

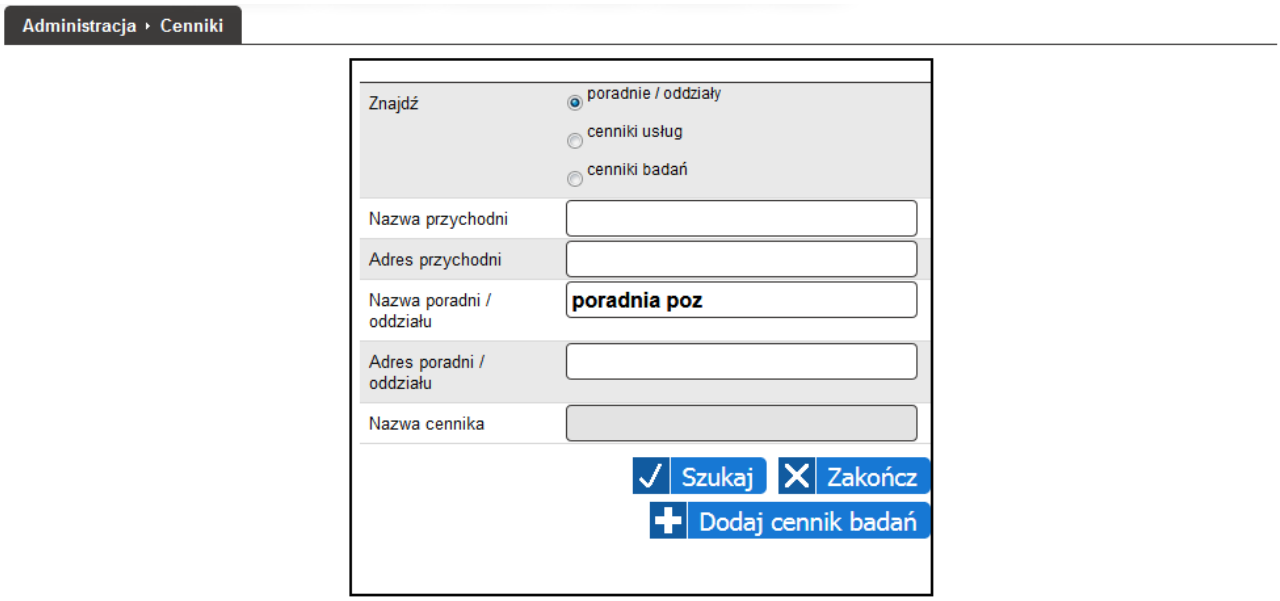
Co 30 dni w NFZ SZOI wymaga jest zmiana haseł dla kont używanych do autoryzacji w eWUŚ. Zmieniając hasło w systemie NFZ SZOI należy pamiętać, aby zmienić je także w systemie jHIS. Jeżeli zbliża się termin wygasania hasła do konta eWUŚ, wówczas system jHIS wyświetla w nagłówku strony ikonkę ostrzeżenia (tylko dla administratora systemu) – po najechaniu kursorem myszy na tę ikonkę pojawia się szczegółowa informacja które hasła wygasają i za ile dni.



Cenniki

Dla usług komercyjnych świadczonych przez zakład opieki zdrowotnej oraz badań diagnostycznych wykonywanych przez zakład opieki zdrowotnej definiowane są cenniki. Cenniki usług komercyjnych definiowane są w ramach poradni (dla każdej poradni osobno), dla badań diagnostycznych definiowane są cenniki niezależne od poradni. Do zarządzania cennikami służy funkcjonalność „Cenniki" w menu „Administracja". Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka poradni / cenników. Oprócz możliwości wyszukiwania poradni / cenników w

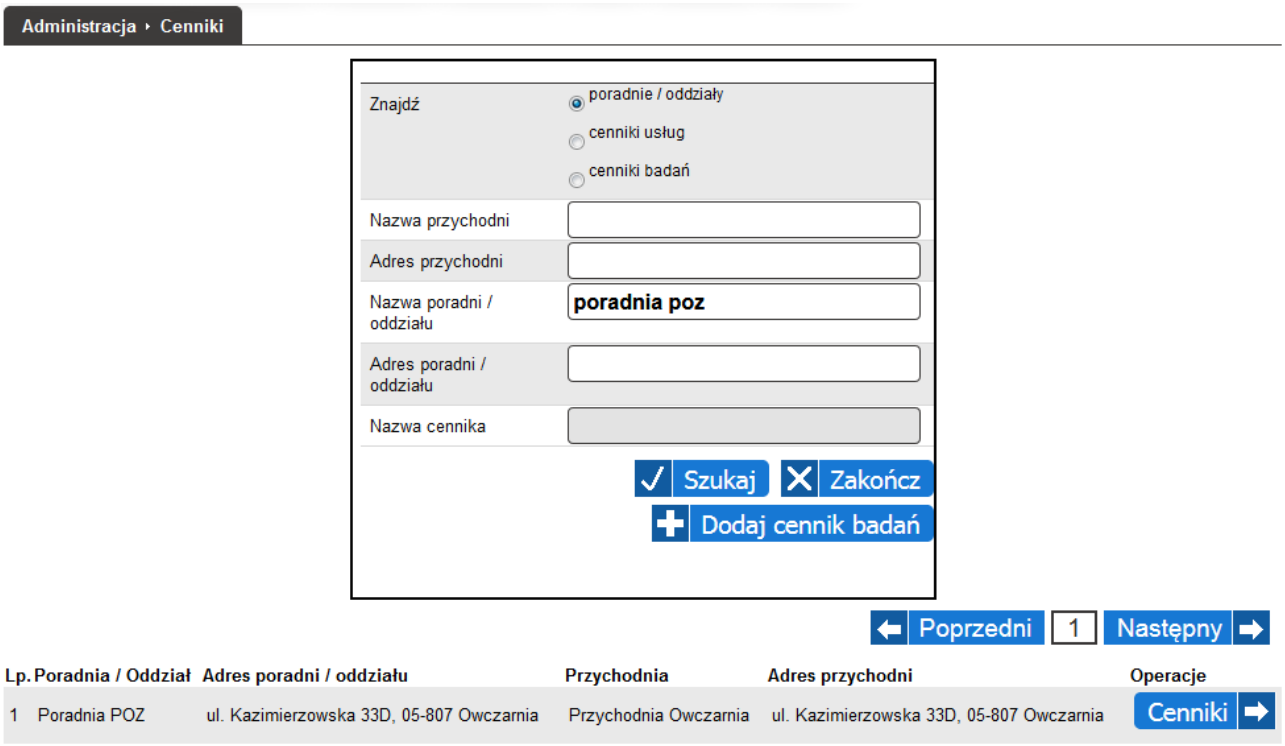
wyszukiwarce dostępny jest przycisk dodawania cenników badań.



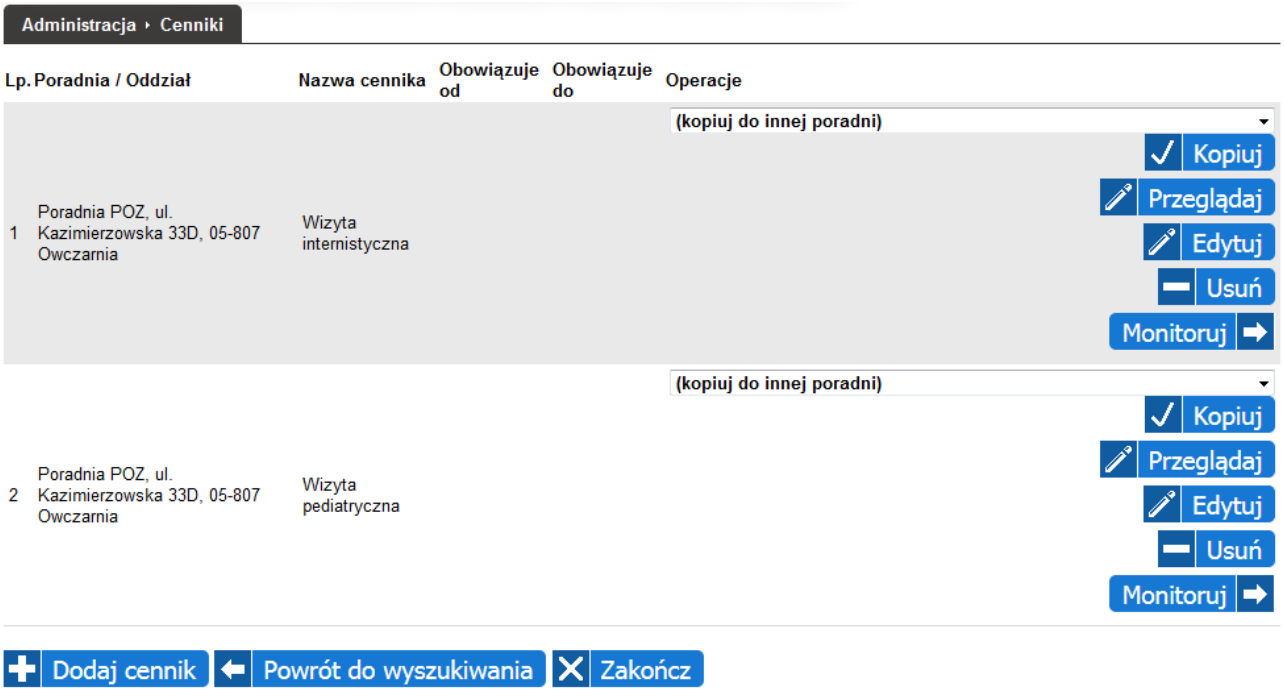
Pierwszym krokiem przy tworzeniu nowego cennika usług komercyjnych jest wyszukanie właściwej poradni. Wyszukiwanie jest możliwe w oparciu o dowolną kombinację następujących kryteriów (wielkość liter nie ma znaczenia):

- nazwa przychodni w której znajduje się poradnia (niedostępna przy wyszukiwaniu cenników badań)
- adres przychodni w której znajduje się poradnia (niedostępny przy wyszukiwaniu cenników badań)
- nazwa poradni (niedostępna przy wyszukiwaniu cenników badań)
- adres poradni (niedostępny przy wyszukiwaniu cenników badań)
- nazwa cennika (niedostępna przy wyszukiwaniu poradni / oddziałów)

Po zaznaczeniu w polu „Znajdź” opcji „poradnie / oddziały”, określeniu kryteriów wyszukiwania i naciśnięciu przycisku „Szukaj” wyświetla się lista poradni spełniających kryteria wyszukiwania lub komunikat o braku takich poradni. Przy każdej poradni dostępny jest przycisk „Cenniki”, który kieruje do drugiego kroku procesu tworzenia cenników dla danej poradni.

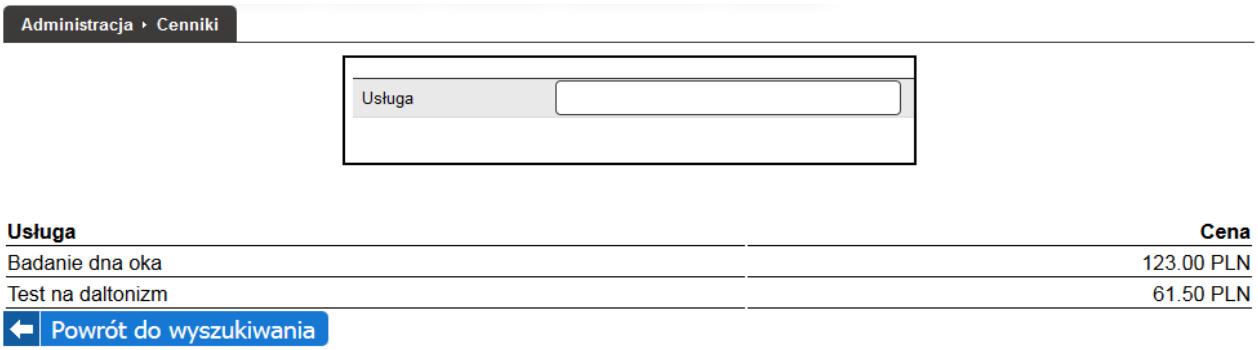


Po naciśnięciu przycisku „Cenniki” wyświetla się lista cenników w wybranej poradni. Przy każdym cenniku dostępne są przyciski przeglądania, kopiowania, edycji, usuwania cennika i monitorowania realizacji umowy jaką dany cennik reprezentuje a pod listą przycisk dodawania nowego cennika.



Przycisk „Przeglądaj” umożliwia szybkie przeglądanie zawartości cennika. Po jego kliknięciu wyświetla się lista usług w cenniku oraz pole umożliwiające zawężanie tej listy. Po wpisaniu w tym polu fragmentu nazwy usługi system zawęzi listę usług do tych, które zawierają wpisany fragment

nazwy.



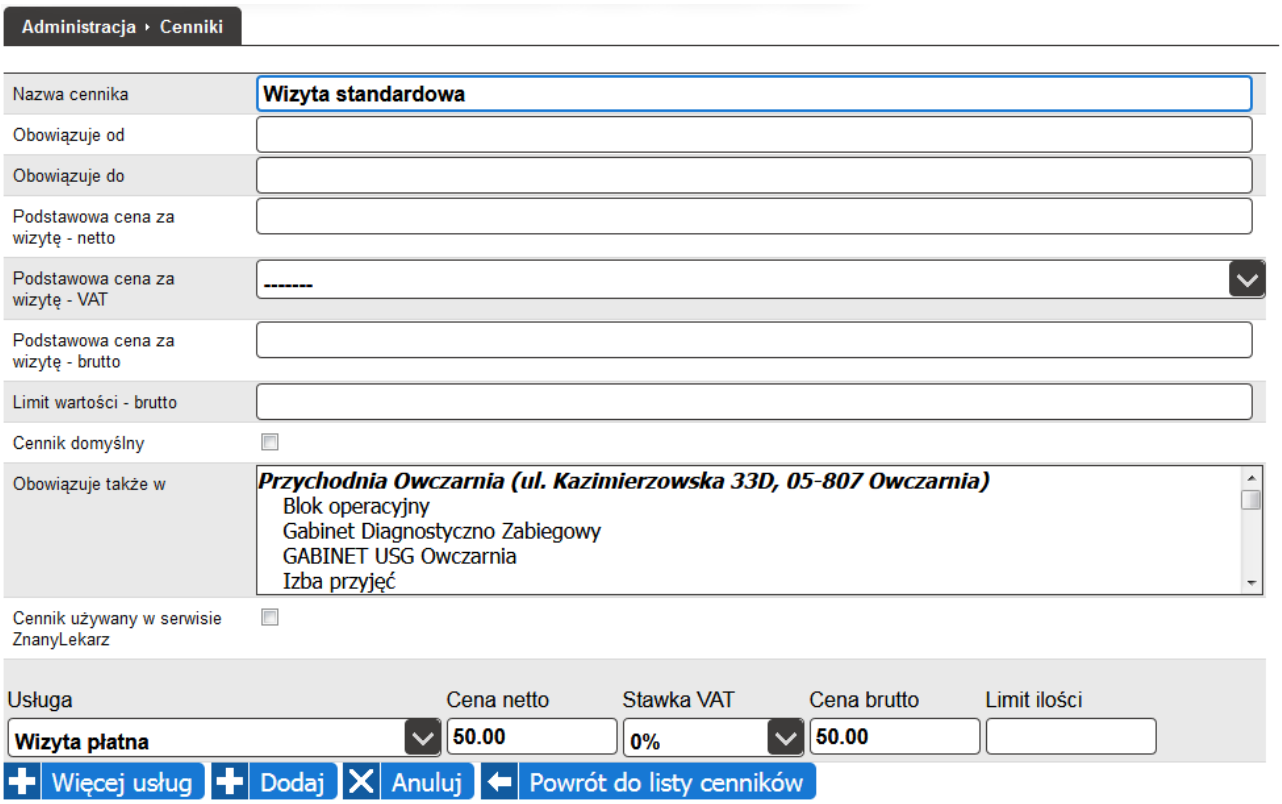
Przycisk „Kopiuj” umożliwia szybkie utworzenie kopii danego cennika – po jego naciśnięciu system prosi o podanie nazwy dla kopii cennika a następnie tworzy nowy cennik o podanej nazwie stanowiący kopię cennika przy którym naciśnięto przycisk „Kopiuj”. Jeżeli na liście rozwijanej, widocznej nad przyciskiem „Kopiuj” nie wybrano żadnej poradni, wówczas kopia cennika jest tworzona w tej samej poradni, jeśli zaś na liście rozwijanej wybrano inną poradnię, wówczas kopia cennika jest tworzona we wskazanej poradni. Kopia cennika pojawia się zawsze w jednej poradni (jeśli przy kopiowanym cenniku zostały wskazane dodatkowe poradnie, w których cennik także obowiązuje, są one przy kopiowaniu ignorowane).

Przyciski „Dodaj cennik”, „Edytuj” i „Usuń” kierują do formularza cennika. W formularzu cennika można wskazać okres jego obowiązywania. Jeśli wprowadzona zostanie tylko data początkowa okresu obowiązywania, wówczas cennik będzie obowiązywał w każdym dniu począwszy od tej daty. Jeśli wprowadzona zostanie tylko data końcowa okresu obowiązywania, wówczas cennik będzie obowiązywał w każdym dniu skończywszy na tej dacie. Jeśli nie zostanie wprowadzony okres obowiązywania cennik będzie obowiązywał zawsze. W poradniach rehabilitacyjnych cennik oznaczony jako domyślny jest automatycznie wybierany przy planowaniu zabiegów rehabilitacyjnych jeśli została włączona uproszczona wersja modułu rehabilitacyjnego i jeśli został włączony tryb automatycznego obliczania ceny za zabiegi.

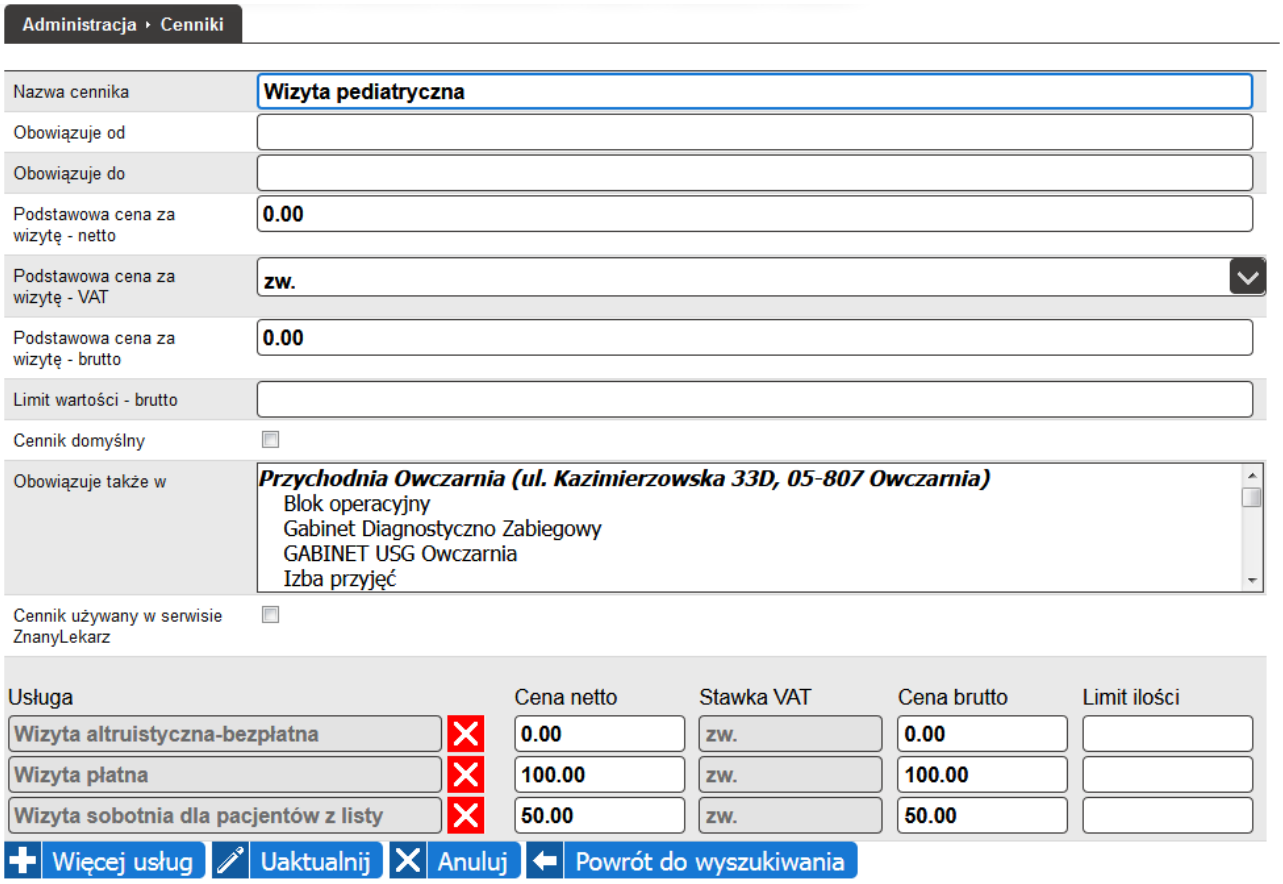
Jeżeli włączone są mechanizmy integracji systemu jHIS z serwisem ZnanyLekarz i dany cennik ma obowiązywać w serwisie ZnanyLekarz, wówczas należy zaznaczyć pole „Cennik używany w serwisie ZnanyLekarz”. W każdej poradni może być tylko jeden cennik oznaczony w taki sposób. Ponadto jeśli jakaś usługa występuje w dwóch różnych cennikach oznaczonych w taki sposób to w obydwu musi mieć taką samą cenę.

W cenniku określa się podstawową cenę za wizytę w danej poradni (w szczególności cena ta może być zerowa) oraz ceny poszczególnych usług. Przy wpisywaniu ceny netto, cena brutto wypełnia się automatycznie stosownie do wybranej stawki VAT i odwrotnie - przy wpisywaniu ceny brutto cena netto wypełnia się automatycznie stosownie do wybranej stawki VAT. Przy zmianie stawki VAT cena brutto aktualizuje się automatycznie stosownie do wprowadzonej ceny netto i wybranej stawki VAT. Ponadto w cenniku można określić limit wartości umowy, jaką dany cennik reprezentuje oraz limity ilości poszczególnych usług (wartości limitów nie są obowiązkowe). Limity nie blokują możliwości świadczenia usług z cennika, a jedynie pozwalają monitorować stan realizacji umowy, jaką dany cennik reprezentuje. W formularzu można wskazać także inne poradnie, w których dany cennik ma obowiązywać.

Umieszczony pod formularzem przycisk „Więcej usług” pozwala dodawać kolejne pozycje do cennika.

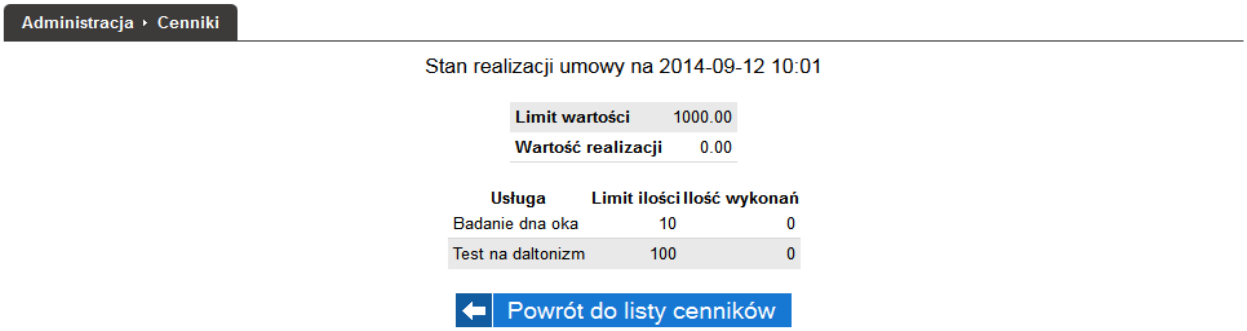


W przypadku edycji danych cennika formularz wygląda nieco inaczej – przy pozycjach zapisanych w cenniku nie ma możliwości zmiany usługi i stawki VAT, jest natomiast przycisk ze znakiem „×” pozwalający usunąć daną pozycję. Jeżeli więc zachodzi potrzeba zmiany usługi lub stawki VAT danej pozycji należy taką pozycję usunąć i za pomocą przycisku „Więcej usług” dodać nową pozycję z pożądanymi wartościami.



Po wprowadzeniu danych należy je zapisać (przyciskiem „Dodaj” w przypadku dodawania nowego cennika a przyciskiem „Uaktualnij” w przypadku edycji cennika stworzonego wcześniej).

Przycisk „Monitoruj”, widoczny przy każdym cenniku na liście cenników, pozwala wyświetlić stan realizacji umowy, jaką dany cennik reprezentuje. Po naciśnięciu tego przycisku wyświetlane są informacje o wartości realizacji umowy w odniesieniu do limitu jej wartości oraz informacje o ilości wykonanych usług w odniesieniu do limitów ich ilości według stanu na chwilę obecną. Jeżeli wartość realizacji jest większa od limitu wartości, wówczas jest ona wyróżniana kolorem czerwonym. Podobnie ilość wykonań usługi większa od limitu ilości jest wyróżniana kolorem czerwonym.

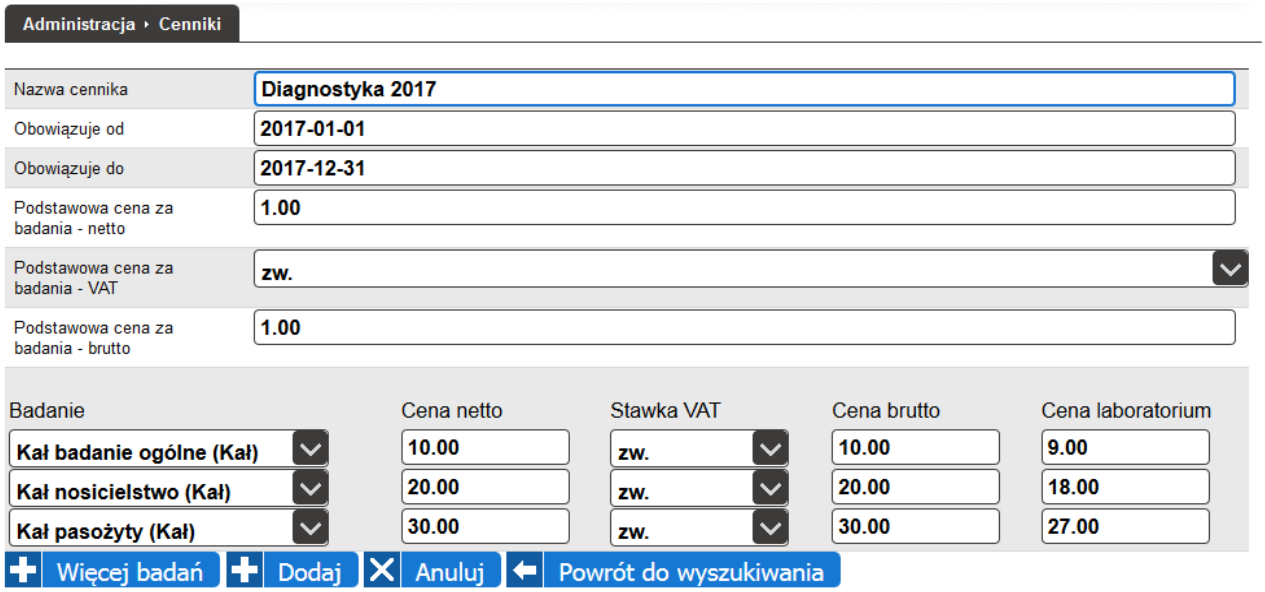


Tworzenie nowego cennika badań diagnostycznych odbywa się przy użyciu przycisku „Dodaj cennik badań” widocznego w wyszukiwarce. Po kliknięciu tego przycisku system wyświetla się formularz cennika. W formularzu cennika można wskazać okres jego obowiązywania (okresy

obowiązywania cenników badań diagnostycznych nie mogą się pokrywać). Jeśli wprowadzona zostanie tylko data początkowa okresu obowiązywania, wówczas cennik będzie obowiązywał w każdym dniu począwszy od tej daty. Jeśli wprowadzona zostanie tylko data końcowa okresu obowiązywania, wówczas cennik będzie obowiązywał w każdym dniu skończywszy na tej dacie. Jeśli nie zostanie wprowadzony okres obowiązywania cennik będzie obowiązywał zawsze.

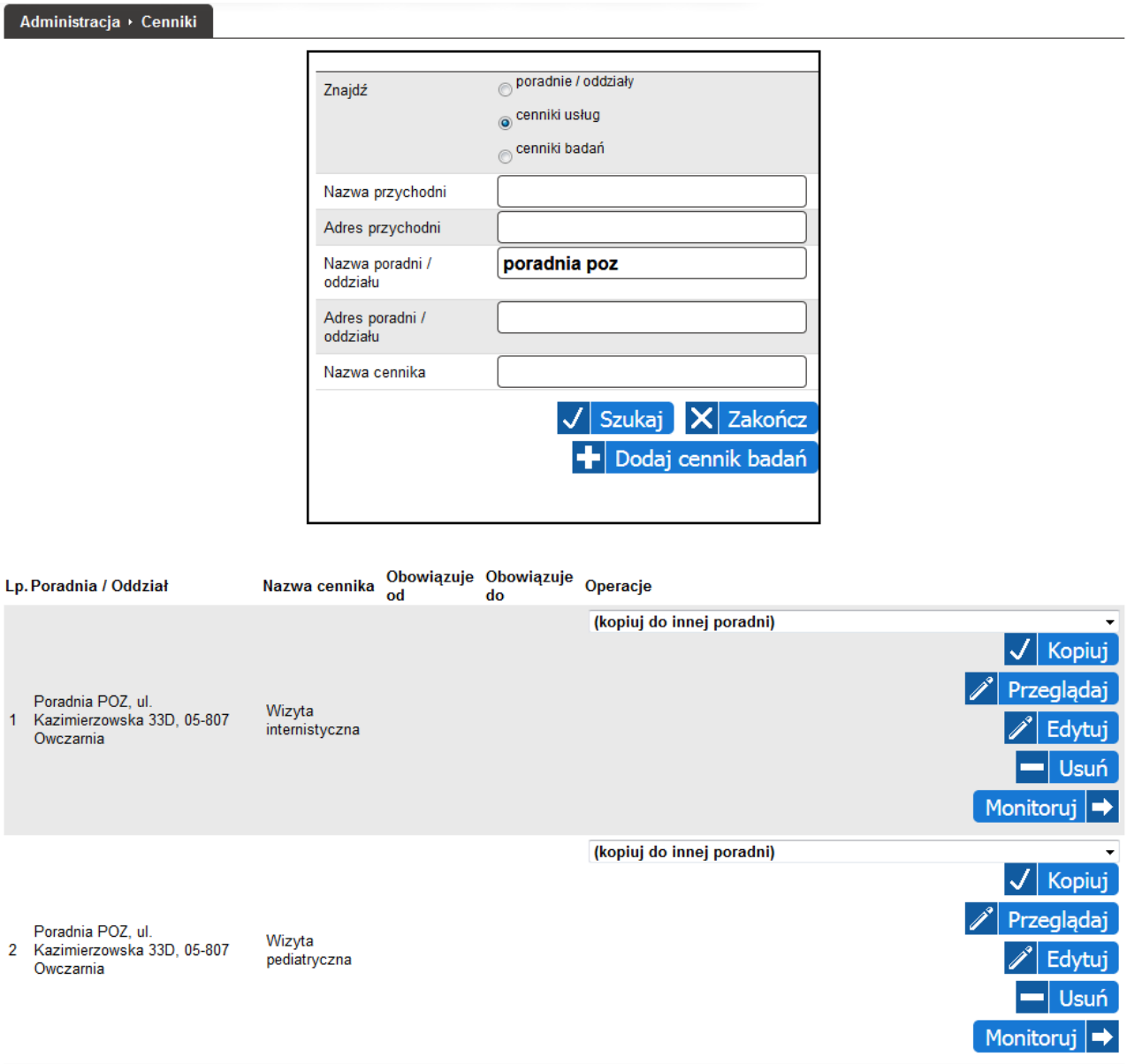
W cenniku określa się podstawową cenę za pojedyncze zlecenie badań (w szczególności cena ta może być zerowa) oraz ceny poszczególnych badań. Przy wpisywaniu ceny netto, cena brutto wypełnia się automatycznie stosownie do wybranej stawki VAT i odwrotnie - przy wpisywaniu ceny brutto cena netto wypełnia się automatycznie stosownie do wybranej stawki VAT. Przy zmianie stawki VAT cena brutto aktualizuje się automatycznie stosownie do wprowadzonej ceny netto i wybranej stawki VAT. Ponadto w cenniku można określić cenę laboratorium, czyli cenę jaką zakład opieki zdrowotnej musi zapłacić laboratorium wykonującemu badania diagnostyczne (wartość ta może służyć do celów kontrolnych).

Umieszczony pod formularzem przycisk „Więcej badań” pozwala dodawać kolejne pozycje do cennika.

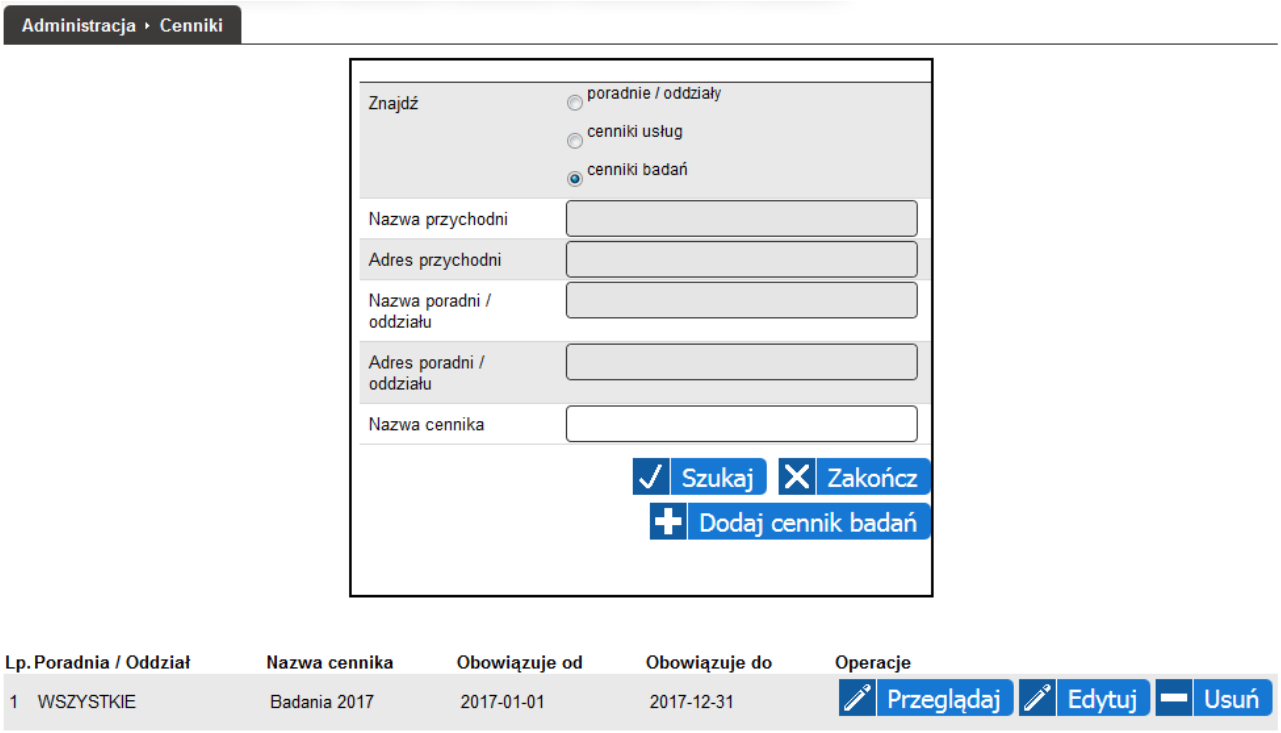


Po wprowadzeniu danych należy je zapisać (przyciskiem „Dodaj” w przypadku dodawania nowego cennika a przyciskiem „Uaktualnij” w przypadku edycji cennika stworzonego wcześniej).

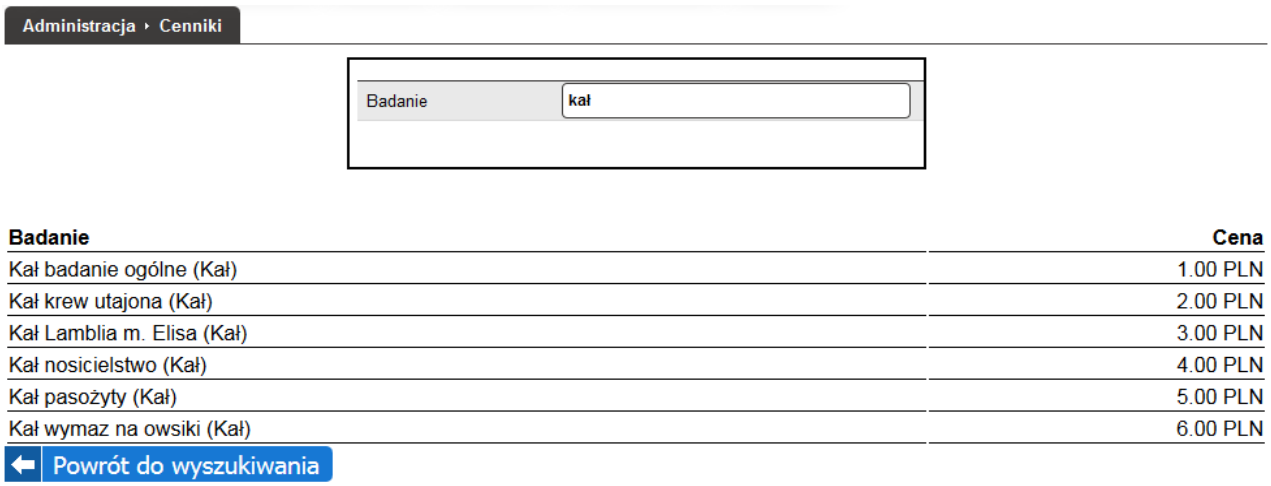
Aby wyszukać już zdefiniowany cennik usług komercyjnych można posłużyć się jedną z dwu opcji – wyszukać i wybrać poradnię w której dany cennik się znajduje (tak jak opisano na początku niniejszego rozdziału) lub wyszukać sam cennik. W drugim przypadku należy w wyszukiwarce w polu „Znajdź” zaznaczyć opcję „cenniki usług” i wprowadzić kryteria wyszukiwania (mogą to być zarówno dane przychodni / poradni jak też i nazwa cennika lub jej fragment). Po wprowadzeniu kryteriów i kliknięciu przycisku „Szukaj” wyświetla się lista cenników usług komercyjnych a przy każdym z nich przyciski „Przeglądaj”, „Kopiuj”, „Edytuj”, „Usuń”, „Monitoruj” funkcjonujące tak jak to opisano wcześniej w niniejszym rozdziale.



Aby wyszukać już zdefiniowany cennik badań diagnostycznych należy w wyszukiwarce w polu „Znajdź” zaznaczyć opcję „cenniki badań” i ewentualnie wprowadzić kryteria wyszukiwania (nazwę cennika lub jej fragment). Po wprowadzeniu kryteriów i kliknięciu przycisku „Szukaj” wyświetla się lista cenników badań diagnostycznych a przy każdym z nich przyciski „Przeglądaj”, „Edytuj” i „Usuń” .



Przycisk „Przeglądaj” umożliwia szybkie przeglądanie zawartości cennika. Po jego kliknięciu wyświetla się lista badań w cenniku oraz pole umożliwiające zawężanie tej listy. Po wpisaniu w tym polu fragmentu nazwy badania system zawęzi listę badań do tych, które zawierają wpisany fragment nazwy.



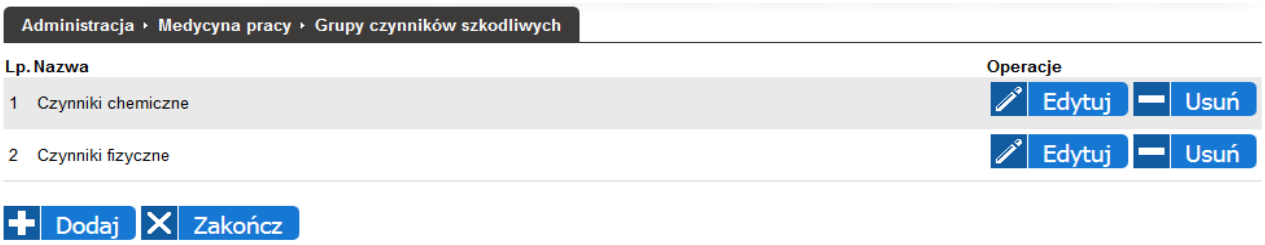
Przyciski „Edytuj” i „Usuń” kierują do formularza cennika takiego jak opisano przy tworzeniu cennika z tym że wypełnionego danymi. W przypadku pierwszego przycisku możliwe jest wprowadzenie i zapisanie zmian w cenniku, w przypadku drugiego przycisku możliwe jest potwierdzenie zamiaru usunięcia cennika.

Medycyna pracy

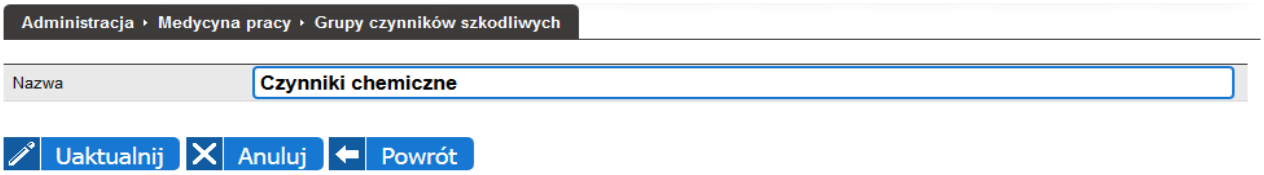
W systemie dostępna jest funkcjonalność zarządzania słownikami wykorzystywanymi na ogół do wypełniania list rozwijanych przy planowaniu wizyt medycyny pracy oraz rejestrowaniu historii zatrudnienia pacjenta.

Grupy czynników szkodliwych

Słownik pozwala wprowadzić nazwy grup czynników szkodliwych i uciążliwych wymienionych w wykazie wskazówek metodycznych określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. Po wybraniu funkcjonalności „Grupy czynników szkodliwych" z podmenu „Medycyna pracy" w menu „Administracja" wyświetla się lista grup czynników szkodliwych i uciążliwych. Przy każdej pozycji na liście widoczne są przyciski umożliwiające edycję lub usunięcie danej pozycji, pod listą dostępny jest przycisk umożliwiający dodanie nowej pozycji.



Kliknięcie przycisku „Dodaj" wyświetla pusty formularz, kliknięcie przycisku „Edytuj" wyświetla formularz wypełniony danymi wybranej grupy czynników szkodliwych lub uciążliwych w trybie do edycji, a kliknięcie przycisku „Usuń" wyświetla formularz wypełniony danymi wybranej grupy czynników szkodliwych lub uciążliwych w trybie do odczytu.



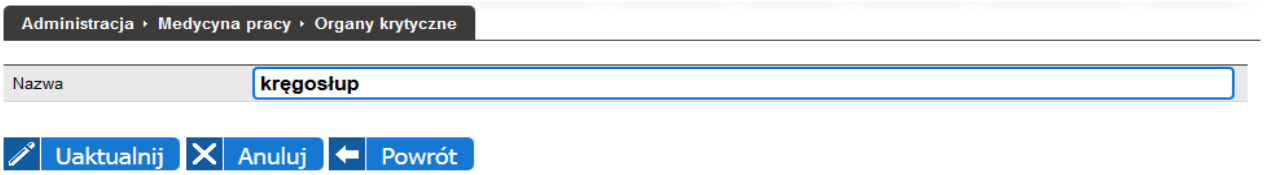
Aby dodać grupę czynników szkodliwych lub uciążliwych należy wprowadzić jej nazwę w formularzu i zatwierdzić przyciskiem „Dodaj". Aby zmodyfikować dane grupy czynników szkodliwych lub uciążliwych należy zmienić jej nazwę w formularzu i zatwierdzić przyciskiem „Uaktualnij". Aby usunąć grupę czynników szkodliwych lub uciążliwych należy po prostu kliknąć przycisk „Usuń" w formularzu.

Organy krytyczne

Słownik pozwala wprowadzić nazwy organów krytycznych wymienionych w wykazie wskazówek metodycznych określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. Po wybraniu funkcjonalności „Organy krytyczne" z podmenu „Medycyna pracy" w menu „Administracja" wyświetla się lista organów krytycznych. Przy każdej pozycji na liście widoczne są przyciski umożliwiające edycję lub usunięcie danej pozycji, pod listą dostępny jest przycisk umożliwiający dodanie nowej pozycji.



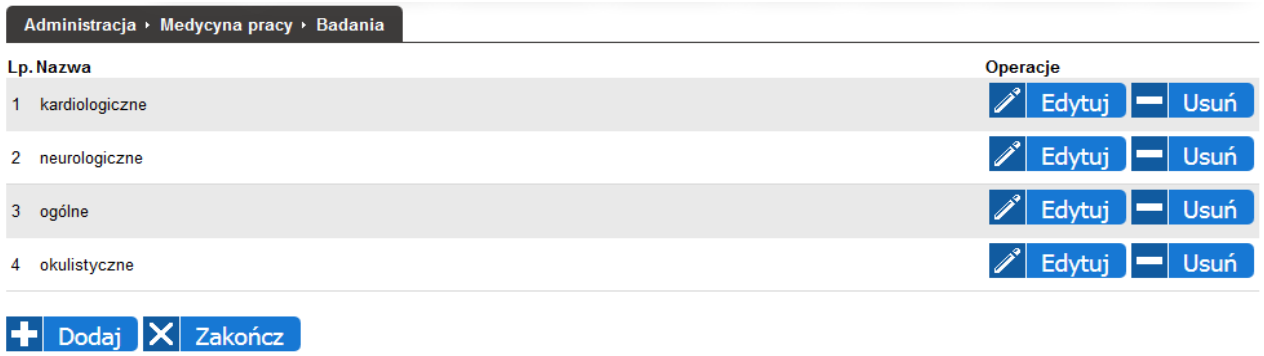
Kliknięcie przycisku „Dodaj” wyświetla pusty formularz, kliknięcie przycisku „Edytuj” wyświetla formularz wypełniony danymi wybranego organu krytycznego w trybie do edycji, a kliknięcie przycisku „Usuń” wyświetla formularz wypełniony danymi wybranego organu krytycznego w trybie do odczytu.



Aby dodać organ krytyczny należy wprowadzić jego nazwę w formularzu i zatwierdzić przyciskiem „Dodaj”. Aby zmodyfikować dane organu krytycznego należy zmienić jego nazwę w formularzu i zatwierdzić przyciskiem „Uaktualnij”. Aby usunąć organ krytyczny należy po prostu kliknąć przycisk „Usuń” w formularzu.

Badania

Słownik pozwala wprowadzić nazwy badań medycyny pracy wymienionych w wykazie wskazówek metodycznych określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. Po wybraniu funkcjonalności „Badania” z podmenu „Medycyna pracy” w menu „Administracja” wyświetla się lista badań. Przy każdej pozycji na liście widoczne są przyciski umożliwiające edycję lub usunięcie danej pozycji, pod listą dostępny jest przycisk umożliwiający dodanie nowej pozycji.



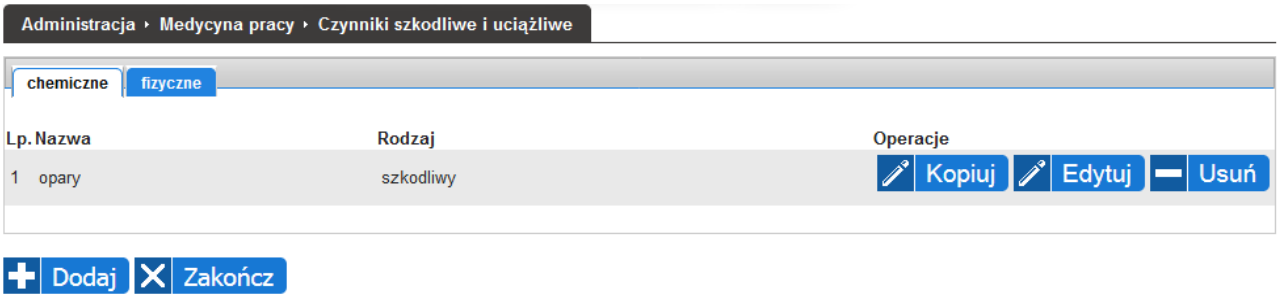
Kliknięcie przycisku „Dodaj” wyświetla pusty formularz, kliknięcie przycisku „Edytuj” wyświetla formularz wypełniony danymi wybranego badania w trybie do edycji, a kliknięcie przycisku „Usuń” wyświetla formularz wypełniony danymi wybranego badania w trybie do odczytu.



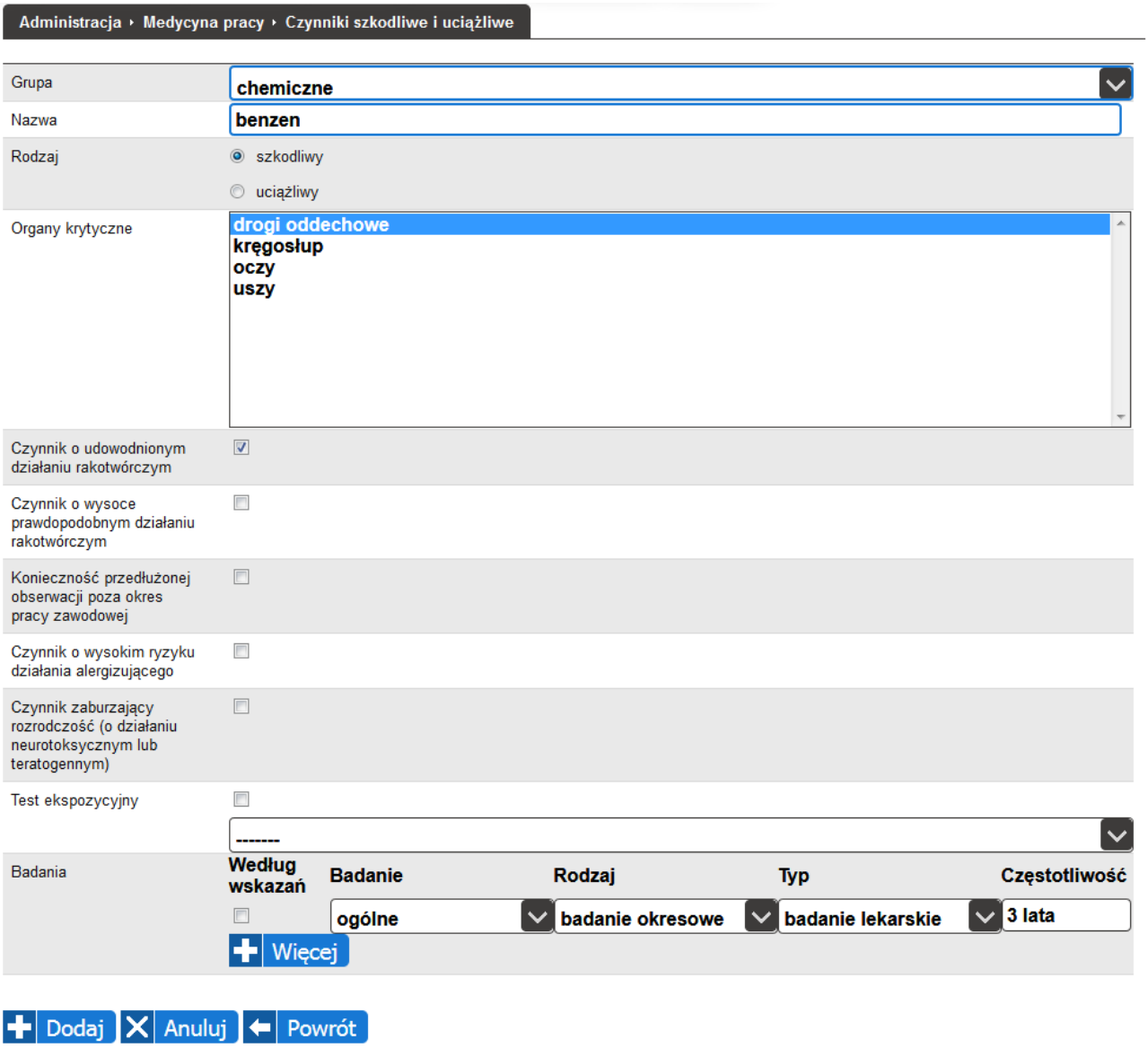
Aby dodać badanie należy wprowadzić jego nazwę w formularzu oraz ewentualnie wskazać odpowiadającą mu usługę komercyjną i zatwierdzić przyciskiem „Dodaj”. Aby zmodyfikować dane badania należy zmienić jego nazwę w formularzu i zatwierdzić przyciskiem „Uaktualnij”. Aby usunąć badania należy po prostu kliknąć przycisk „Usuń” w formularzu. Usługa komercyjna wskazana przy badaniu zostanie automatycznie wybrana z cennika przy planowaniu wizyty medycyny pracy, na której dane badanie ma być wykonane.

Czynniki szkodliwe i uciążliwe

Słownik pozwala wprowadzić dane czynników szkodliwych i uciążliwych wymienionych w wykazie wskazówek metodycznych określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. Po wybraniu funkcjonalności „Czynniki szkodliwe i uciążliwe” z podmenu „Medycyna pracy” w menu „Administracja” wyświetlają się zakładki odpowiadające poszczególnym grupom czynników szkodliwych i uciążliwych (zdefiniowanym w słowniku „Grupy czynników uciążliwych opisanym wcześniej) a w każdej zakładce wyświetla się lista czynników szkodliwych i uciążliwych z danej grupy. Przy każdej pozycji na liście widoczne są przyciski umożliwiające kopiowanie, edycję lub usunięcie danej pozycji, pod listą dostępny jest przycisk umożliwiający dodanie nowej pozycji.



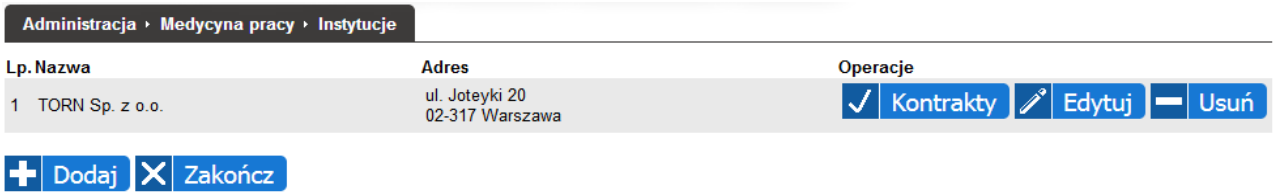
Kliknięcie przycisku „Dodaj” wyświetla pusty formularz, kliknięcie przycisku „Edytuj” wyświetla formularz wypełniony danymi wybranego czynnika szkodliwego lub uciążliwego w trybie do edycji, a kliknięcie przycisku „Usuń” wyświetla formularz wypełniony danymi wybranego czynnika szkodliwego lub uciążliwego w trybie do odczytu. Kliknięcie przycisku „Kopiuj” wyświetla okno z prośbą o podanie nazwy pod jaką ma być zapisana kopia czynnika a po wprowadzeniu tej nazwy i zatwierdzeniu przyciskiem „OK” tworzony jest nowy czynnik o podanej nazwie a definicji identycznej jak czynnik kopiowany.



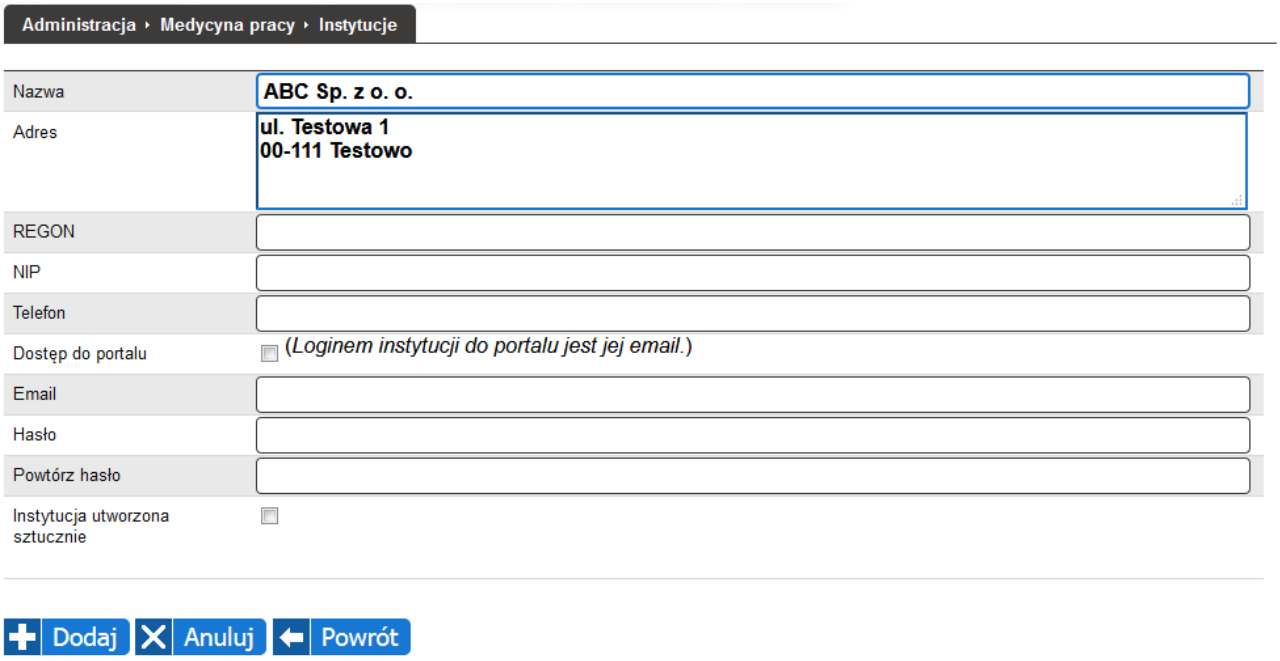
Aby dodać czynnik uciążliwy lub szkodliwy należy wskazać grupę do której czynnik należy, wprowadzić jego nazwę, określić czy jest to czynnik szkodliwy czy uciążliwy, wskazać organy krytyczne na jakie dany czynnik oddziałuje oraz badania medycyny pracy jakie powinny być wykonane pracownikowi / studentowi / uczniowi narażonemu na działanie danego czynnika. Organy krytyczne zaznacza się i odznacza trzymając wciśnięty na klawiaturze przycisk Ctrl i klikając na ich nazwach. Dla każdego badania należy wybrać nazwę, rodzaj i typ a także (opcjonalnie) określić częstotliwość jego wykonywania. Domyślnie wyświetla się jeden wiersz pól umożliwiający wprowadzenie jednego badania. Aby wprowadzić więcej badań należy skorzystać z przycisku „Więcej", którego każde kliknięcie powoduje wyświetlenie dodatkowego wiersza do wprowadzenia badania. Wiersze pozostawione puste są ignorowane przy zapisywaniu danych. Po wprowadzeniu wszystkich danych w formularzu należy je zatwierdzić przyciskiem „Dodaj". Analogicznie wprowadza się zmiany w danych czynnika szkodliwego lub uciążliwego zatwierdzając je później przyciskiem „Uaktualnij". Aby usunąć czynnik szkodliwy lub uciążliwy należy po prostu kliknąć przycisk „Usuń" w formularzu.

Instytucje

Słownik pozwala wprowadzić nazwy i adresy instytucji których pracownicy / studenci / uczniowie będą poddawani badaniom medycyny pracy. Po wybraniu funkcjonalności „Instytucje” z podmenu „Medycyna pracy” w menu „Administracja” wyświetla się lista instytucji. Przy każdej pozycji na liście widoczne są przyciski umożliwiające edycję lub usunięcie danej pozycji oraz zarządzenie kontraktami, pod listą dostępny jest przycisk umożliwiający dodanie nowej pozycji.



Kliknięcie przycisku „Dodaj” wyświetla pusty formularz, kliknięcie przycisku „Edytuj” wyświetla formularz wypełniony danymi wybranej instytucji w trybie do edycji, a kliknięcie przycisku „Usuń” wyświetla formularz wypełniony danymi wybranej instytucji w trybie do odczytu.



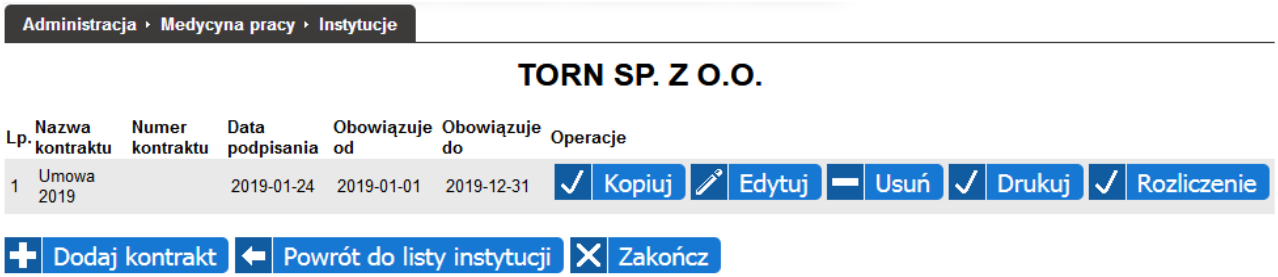
Aby dodać instytucję należy wprowadzić jej dane w formularzu i zatwierdzić przyciskiem „Dodaj” (aby zapewnić instytucji dostęp do portalu internetowego należy wprowadzić adres email, który będzie stanowił login oraz hasło). Aby zapewnić możliwość przeprowadzania badań medycyny pracy na rzecz osób zgłaszających się na własny wniosek czyli aby utworzyć generyczny zbiór stanowisk niezależnych od instytucji należy oznaczyć instytucję jako utworzoną sztucznie (dla takiej instytucji nie będzie możliwości definiowania kontraktów). Aby zmodyfikować dane instytucji należy zmienić jej dane w formularzu i zatwierdzić przyciskiem „Uaktualnij”. Aby usunąć instytucję należy po prostu kliknąć przycisk „Usuń” w formularzu.

Aby przejść do funkcjonalności zarządzania kontraktami instytucji należy kliknąć przycisk „Kontrakty” przy danej instytucji na liście. Wyświetli się wówczas lista kontraktów a przy każdym

z nich przyciski:

- Kopiuj – umożliwia szybkie tworzenie kopii kontraktu
- Edytuj – umożliwia edycję danych kontraktu
- Usuń – umożliwia usunięcie kontraktu
- Drukuj – umożliwia pobranie pliku PDF z treścią kontraktu do wydrukowania
- Rozliczenie – umożliwia podgląd i wydruk stanu realizacji kontraktu z opłatami należnymi z tytułu realizacji tego kontraktu

Pod listą kontraktów widoczny jest przycisk „Dodaj kontrakt” umożliwiający dodanie nowego kontraktu.



Aby dodać nowy kontrakt należy kliknąć przycisk „Dodaj kontrakt”. Po kliknięciu tego przycisku wyświetla się formularz dodawania nowego kontraktu, w którym obok podstawowych danych kontraktu możliwe jest wprowadzenie także jego treści oraz pozycji odpowiadających warunkom rozliczania kontraktu. Wprowadzanie treści odbywa się za pomocą edytora umożliwiającego formatowanie tekstu (zmiana rozmiaru czcionki, wyrównanie, pogrubienie, pochylenie, podkreślenie, przekreślenie, indeks dolny, indeks górny), tworzenie wypunktowań (numerowanych i nienumerowanych), wstawianie symboli i tabel na zasadzie takiej jak edytory typu OpenOffice, LibreOffice czy Microsoft Word. Umieszczenie w treści kontraktu znaczników **{DATA}**, **{NUMER}**, **{OD}** i **{DO}** spowoduje że zostaną one automatycznie zastąpione odpowiednio przez datę podpisania kontraktu, numer kontraktu, datę początku obowiązywania kontraktu i datę końca obowiązywania kontraktu. Umieszczenie w treści kontraktu znacznika **{X}** spowoduje, że na wydruku kontraktu znacznik ten zostanie zastąpiony automatycznie wygenerowanymi zapisami odpowiadającymi poszczególnym pozycjom kontraktu. W formularzu dodawania kontraktu należy wskazać pracowników wraz ze stanowiskami i zakresami medycyny pracy których obsługę kontrakt obejmuje. Aby dodać pracownika należy wybrać stanowisko z zakresem medycyny pracy (stanowiska i właściwe dla nich zakresy medycyny pracy muszą być wcześniej zdefiniowane – patrz kolejny rozdział!) a następnie w polu z zielonym tłem zacząć wpisywać dane pracownika (pacjenta) – może to być imię (wielkość liter nie ma znaczenia), nazwisko (wielkość liter nie ma znaczenia), PESEL i/lub data urodzenia w formacie RRRR-MM-DD a wówczas system wyświetli na liście podpowiedzi osoby z pasującymi danymi – właściwą osobę należy wybrać klikając nią na liście podpowiedzi. W ten sposób można wprowadzić dowolną liczbę osób. Przy każdej z wprowadzonych w ten sposób osób wyświetla się zaznaczone pole typu checkbox – jeżeli którakolwiek z osób została dodana przez pomyłkę, wówczas należy pole to odznaczyć przed zapisaniem danych a osoba taka zostanie pominięta przy zapisie. W formularzu dodawania kontraktu możliwe jest zdefiniowanie dowolnej ilości pozycji kontraktu dwóch rodzajów:

- pozycje kontraktu w odniesieniu do wizyt komercyjnych

- pozycje kontraktu w odniesieniu do usług komercyjnych

Pozycje kontraktu w odniesieniu do wizyt komercyjnych określają stawki według których instytucja pokryje koszty realizacji wizyt komercyjnych spełniających określone warunki. Stawki mogą być definiowane w formie kwoty za wizytę (opłata jest uzależniona od ilości wizyt medycyny pracy zrealizowanych na rzecz pracowników instytucji), kwoty za godzinę (opłata jest uzależniona od czasu trwania wizyt medycyny pracy zrealizowanych na rzecz pracowników instytucji), procentu za wizytę (opłata jest odsetkiem należności za wizyty medycyny pracy zrealizowane na rzecz pracowników instytucji), formuła za wizytę (opłata jest uzależniona od należności za wizytę zrealizowaną na rzecz pracownika instytucji i wyliczana według zdefiniowanego wzoru operującego na tej należności). Dla każdej stawki można określić warunki przy jakich powinna być realizowana opłata według danej stawki. Warunki mogą być określane jako dowolne kombinacje następujących kryteriów:

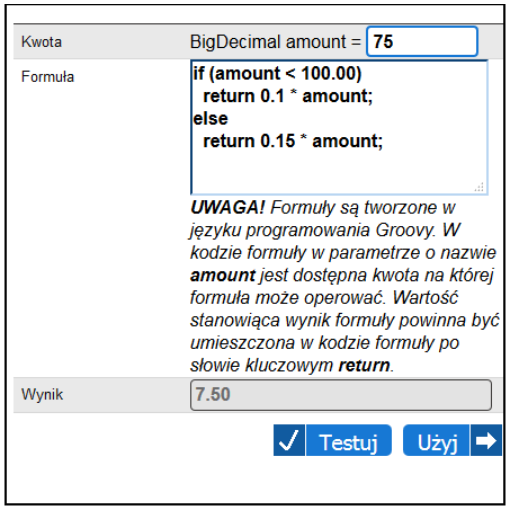
- placówka – wskazanie placówki oznacza że opłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla wizyt zrealizowanych we wskazanej placówce
- specjalność – wskazanie specjalności oznacza że opłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla wizyt zrealizowanych w poradniach o danej specjalności
- rodzaj wizyty – wskazanie rodzaju wizyty oznacza że opłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla wizyt zrealizowanych danego rodzaju (planowe, dodatkowe)
- typ wizyty – wskazanie typu wizyty oznacza że opłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla wizyt zrealizowanych danego typu; lista typów wizyt możliwych do wybrania jest dostępna dopiero po wybraniu specjalności
- procedura – wskazanie kodu procedury (ICD-9) oznacza że opłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla wizyt zrealizowanych na których personel wykonał procedurę o danym kodzie
- dni – wskazanie rodzaju dni oznacza że opłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla wizyt zrealizowanych we wskazane dni (dni robocze, dni wolne, określony dzień tygodnia, dni świąteczne, określony dzień); w przypadku gdy stawka ma dotyczyć wizyt zrealizowanych określonego dnia należy podać konkretną datę której sytuacja taka ma dotyczyć
- godziny – wskazanie zakresu godzin oznacza że opłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla wizyt zrealizowanych w określonych godzinach

Pozycje kontraktu w odniesieniu do usług komercyjnych określają stawki według których instytucja pokryje koszty realizacji usług komercyjnych spełniających określone warunki. Stawki mogą być definiowane w formie kwoty za usługę (opłata jest uzależniona od ilości usług zrealizowanych w ramach wizyt medycyny pracy na rzecz pracowników instytucji), procentu za usługę (opłata jest odsetkiem należności za usługę zrealizowaną w ramach wizyty medycyny pracy na rzecz pracownika instytucji), formuła za usługę (opłata jest uzależniona od należności za usługę zrealizowaną w ramach wizyty medycyny pracy i wyliczana według zdefiniowanego wzoru operującego na tej należności). Dla każdej stawki można określić warunki przy jakich powinna być realizowana opłata według danej stawki. Warunki mogą być określane jako dowolne kombinacje następujących kryteriów:

- placówka – wskazanie placówki oznacza że opłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla usług zrealizowanych we wskazanej placówce
- typ świadczenia – wskazanie typu świadczenia oznacza że opłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla usług zrealizowanych w poradniach danego typu

- cennik – wskazanie cennika oznacza że opłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla usług zrealizowanych wybranych ze wskazanego cennika
- usługa – wskazanie usługi oznacza że opłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla usług zrealizowanych takiego typu jak wskazana
- procedura – wskazanie kodu procedury (ICD-9) oznacza że opłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla usług zrealizowanych na wizytach na których personel wykonał procedurę o danym kodzie
- dni – wskazanie rodzaju dni oznacza że opłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla usług zrealizowanych we wskazane dni (dni robocze, dni wolne, określony dzień tygodnia, dni świąteczne, określony dzień); w przypadku gdy stawka ma dotyczyć usług zrealizowanych określonego dnia należy podać konkretną datę której sytuacja taka ma dotyczyć
- godziny – wskazanie zakresu godzin oznacza że opłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla usług zrealizowanych w określonych godzinach

Stawki określane jako kwota lub procent to liczby zmiennoprzecinkowe określane z dokładnością do maksymalnie dwóch miejsc po kropce dziesiętnej. Stawki określane jako formuła (dla wizyt i usług komercyjnych) tworzone są jako fragmenty kodu źródłowego w języku programowania Groovy (http://www.groovy-lang.org/documentation.html). W treści formuły w parametrze o nazwie **amount** jest dostępna kwota należności za wizytę / usługę na której formuła może operować. Wartość stanowiąca wynik formuły powinna być umieszczona w treści formuły po słowie kluczowym **return**. Przy każdym polu stawki umożliwiającym wprowadzenie formuły widoczny jest przycisk „Sprawdź”. Przycisk ten staje się aktywny po wybraniu formuły jako rodzaju stawki i ułatwia tworzenie i testowanie formuł. Po kliknięciu tego przycisku otwiera się nowe okno z polem do wpisania formuły oraz polem do wprowadzenia testowej kwoty. Aby mieć pewność prawidłowego działania formuły po wpisaniu testowej kwoty i treści formuły należy kliknąć przycisk „Testuj”. Jeśli treść formuły nie jest prawidłowym kodem w języku programowania Groovy, wówczas system zgłosi błąd, jeśli zaś jest prawidłowym kodem w języku programowania Groovy wówczas w polu „Wynik” pojawi się wynik wyliczenia formuły przy użyciu podanej kwoty testowej. Wprowadzając ewentualne poprawki do treści formuły i ponawiając test dla różnych kwot testowych można zyskać pewność prawidłowego stworzenia formuły. Kliknięcie przycisku „Użyj” zamyka okno testowania formuły a ostateczna treść formuły jest automatycznie wstawiana do formularza danych kontraktu.



W sekcji formularza danych kontraktu właściwej dla każdego z dwóch rodzajów pozycji dostępny jest także przycisk „Więcej”, którego kolejne kliknięcia wyświetlają kolejne wiersze w formularzu umożliwiające wprowadzenie większej ilości pozycji kontraktu. Pozycje kontraktu nie muszą być rozłączne – można zdefiniować kilka pozycji kontraktu z tytułu których będzie wyliczana wypłata za tę samą wizytę / usługę (np. zdefiniowanie stawki za każdą wizytę komercyjną i stawki za każdą usługę komercyjną spowoduje że dla każdej wizyty komercyjnej zostanie obliczona wypłata według pierwszej stawki a dodatkowo za każdą usługę komercyjną zrealizowaną w ramach tejże wizyty zostanie wyliczona dodatkowa wartość wypłaty według drugiej stawki). Takie rozwiązanie pozwala na budowanie wieloskładnikowych mechanizmów naliczania prowizji.

Administracja › Medycyna pracy › Instytucje

TORN SP. Z O.O.

Nazwa kontraktu	**Kontrakt 2019**
Numer kontraktu	
Data podpisania	**2019-01-11**
Obowiązuje od	**2019-01-01**
Obowiązuje do	**2019-12-31**
Treść kontraktu	Rozmiar czcio… Ścieżka: p

UWAGA! *Jeżeli umieścisz w treści kontraktu znacznik **{X}** wówczas system zastąpi go automatycznie wygenerowanymi zapisami odpowiadającymi zdefiniowanym pozycjom kontraktu. Znaczniki **{DATA}**, **{NUMER}**, **{OD}**, **{DO}** zostaną zastąpione odpowiednio przez datę podpisania kontraktu, numer kontraktu, datę początku obowiązywania kontraktu i datę końca obowiązywania kontraktu.*

Pacjenci i stanowiska	☑ Jakub Orłowski (PESEL 56121284416) - Monter (badanie profilaktyczne, badanie okresowe, monitoring stanu zdrowia, objęcie opieką jako pracownik) **Monter (badanie profilaktyczne, badanie okresowe, monitoring stanu zdrowia, objęcie opieką jak**

Pozycje kontraktu w odniesieniu do wizyt komercyjnych

Placówka Specjalność Rodzaj wizyty Typ wizyty Procedura	Dni Określony dzień Od godziny Do godziny	Rodzaj stawki Stawka
-------	-------	**kwota za wizytę**
-------		**100**
-------	-------	
-------	-------	Sprawdź

Więcej

Pozycje kontraktu w odniesieniu do usług komercyjnych

Placówka Typ świadczenia Cennik Usługa Procedura	Dni Określony dzień Od godziny Do godziny	Rodzaj stawki Stawka
-------	-------	-------

-------	-------	
-------	-------	Sprawdź

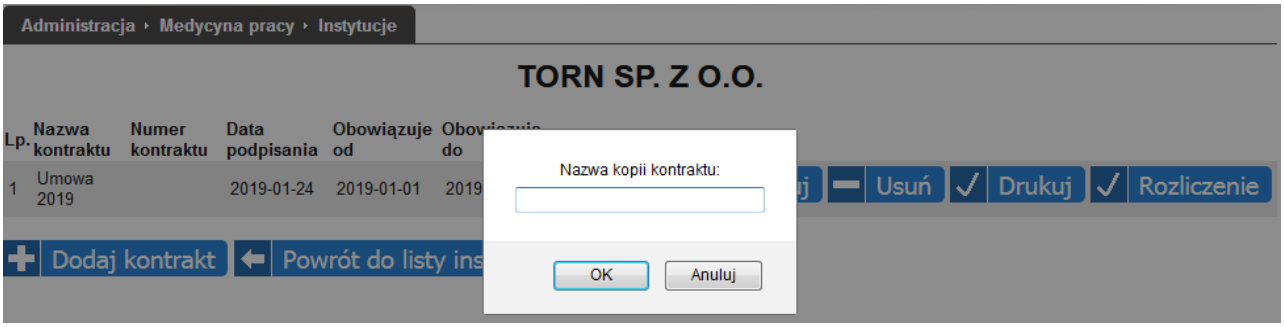
Więcej

UWAGA! *Pozycje kontraktu bez określonego rodzaju stawki zostaną ignorowane przy zapywaniu danych z formularza.*

Dodaj | Anuluj | Powrót do listy kontraktów

Po wprowadzeniu wszystkich danych należy je zapisać klikając przycisk „Dodaj”. Pozycje kontraktu które nie mają określonego rodzaju stawki są pomijane przy zapisywaniu danych. Po zapisaniu formularz danych kontraktu jest znów pusty umożliwiając tym samym wprowadzenie kolejnego kontraktu. Aby zrezygnować z wprowadzania kolejnego kontraktu należy kliknąć przycisk „Powrót do listy kontraktów”. Dodany kontrakt staje się widoczny na liście kontraktów instytucji.

Jeżeli zachodzi potrzeba wprowadzenia nowego kontraktu, który w niewielkim stopniu będzie różnił się od już istniejącego, wówczas najłatwiej jest utworzyć kopię istniejącego kontraktu a następnie zmodyfikować dane tej kopii. Aby stworzyć kopię kontraktu należy kliknąć przycisk „Kopiuj” przy danym kontrakcie na liście. Pojawi się wówczas okienko z prośbą o wprowadzenie nazwy kopii kontraktu.



Po wprowadzeniu nazwy kopii kontraktu i potwierdzeniu przyciskiem „OK” na liście kontraktów pojawi się nowo utworzona kopia. Kopia różni się od oryginalnego kontraktu tylko nazwą. Aby zmodyfikować jej pozostałe dane należy kliknąć przy niej przycisk „Edytuj”.

Jeżeli zachodzi potrzeba zmodyfikowania danych kontraktu należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy danym kontrakcie na liście. Wyświetli się wówczas formularz danych kontraktu identyczny jak przy dodawaniu nowego kontraktu tylko wypełniony danymi. Po wprowadzeniu zmian (przy edycji danych kontraktu obowiązują te same zasady jak przy dodawaniu nowego kontraktu) należy je zapisać klikając przycisk „Zapisz” widoczny pod formularzem.

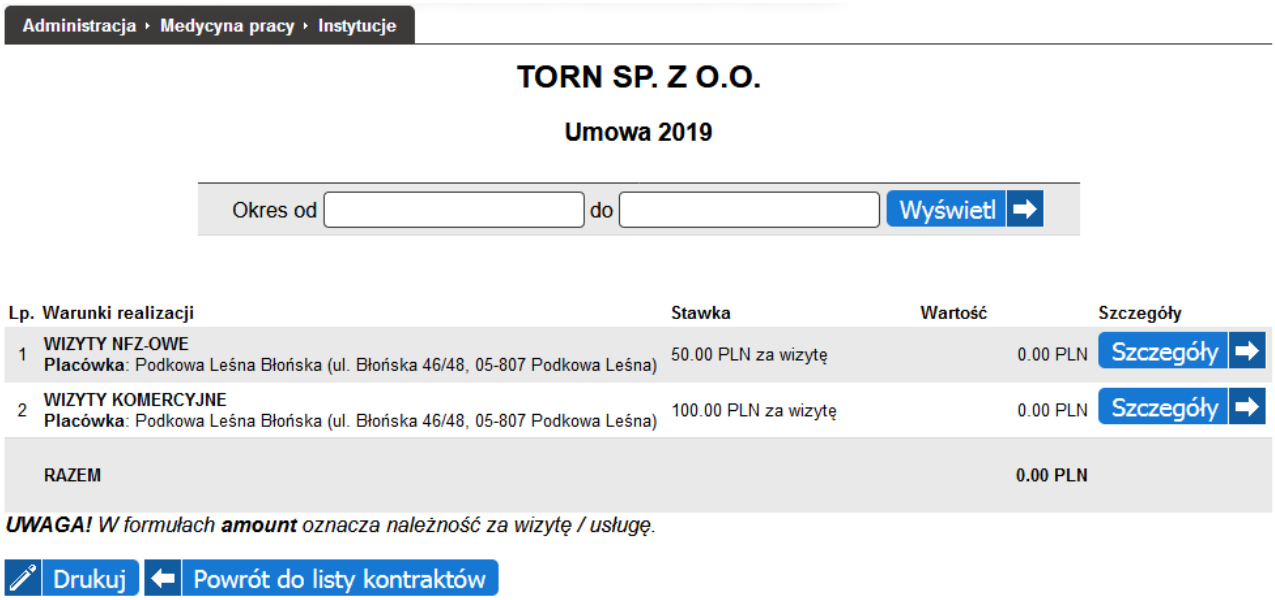
Jeżeli zachodzi potrzeba usunięcia kontraktu należy kliknąć przycisk „Usuń” przy danym kontrakcie na liście. Wyświetli się wówczas formularz danych kontraktu identyczny jak przy edycji danych kontraktu z tym że w trybie tylko do odczytu. Naciśnięcie przycisku „Usuń” widocznego pod formularzem usuwa dany kontrakt z systemu.

Aby wydrukować kontrakt należy kliknąć przycisk „Drukuj” przy danym kontrakcie na liście. Otworzy się wówczas dokument PDF z treścią kontraktu do wydrukowania. Jeśli w treści kontraktu był umieszczony znacznik **{X}** jest on zastąpiony automatycznie wygenerowanymi zapisami odpowiadającymi poszczególnym pozycjom kontraktu.

Aby sprawdzić stan realizacji kontraktu należy kliknąć przycisk „Rozliczenie” przy danym kontrakcie na liście. Wyświetli się wówczas tabela z listą pozycji kontraktu. Dla każdej pozycji podane są:

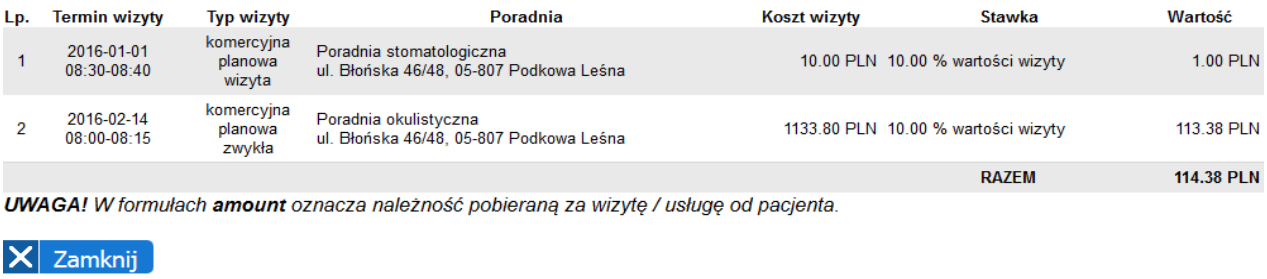
- warunki realizacji
- stawka według której jest wyliczana wartość opłaty ponoszonej przez instytucję z tytułu realizacji wizyt / usług spełniających podane warunki
- wartość opłaty ponoszonej przez instytucję z tytułu realizacji wizyt / usług spełniających

podane warunki



Przy każdej pozycji kontraktu w tabeli widoczny jest także przycisk „Szczegóły” umożliwiający podgląd (w nowym oknie) zrealizowanych wizyt / usług składających się na kwotę opłaty ponoszonej przez instytucję.

W przypadku pozycji kontraktu odnoszących się do wizyt komercyjnych w szczegółach dla każdej wizyty widoczny jest termin, typ, poradnia, koszt wizyty, stawka i wartość opłaty ponoszonej przez instytucję z tytułu realizacji danej wizyty.



W przypadku pozycji kontraktu odnoszących się do usług komercyjnych w szczegółach dla każdej usługi widoczny jest termin wizyty, typ wizyty, poradnia, nazwa usługi, ilość wykonań, cena jednostkowa, stawka i wartość opłaty ponoszonej przez instytucję z tytułu realizacji danej wizyty.

Lp.	Termin wizyty	Typ wizyty	Poradnia	Nazwa usługi	Ilość	Cena jednostkowa	Stawka	Wartość
1	2016-02-14 08:00-08:15	komercyjna planowa zwykła	Poradnia okulistyczna ul. Błońska 46/48, 05-807 Podkowa Leśna	NMR głowy	1	1000.00	if (amount < 100.00) return 0.2 * amount; else return 0.25 * amount;	250.00 PLN
2	2016-02-14 08:00-08:15	komercyjna planowa zwykła	Poradnia okulistyczna ul. Błońska 46/48, 05-807 Podkowa Leśna	EEG	1	123.00	if (amount < 100.00) return 0.2 * amount; else return 0.25 * amount;	30.75 PLN
							RAZEM	280.75 PLN

***UWAGA!** W formułach **amount** oznacza należność pobieraną za wizytę / usługę od pacjenta.*

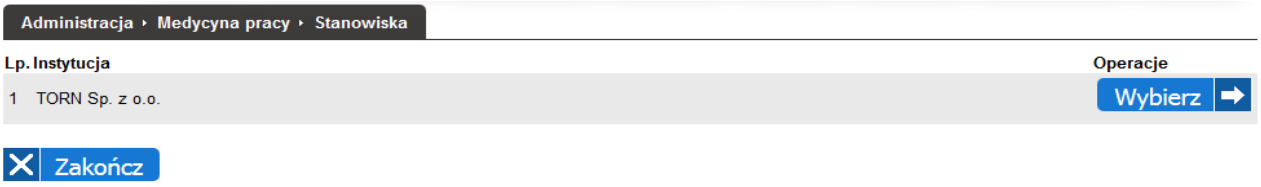
Zamknij

Nad tabelą przedstawiającą stan realizacji kontraktu znajduje się formularz umożliwiający wyświetlenie stanu realizacji kontraktu w dowolnym okresie. Aby obejrzeć stan realizacji kontraktu w zadanym okresie należy w formularzu ustawić daty graniczne okresu i nacisnąć przycisk „Wyświetl” – wówczas tabela przedstawiająca stan realizacji kontraktu zostanie ograniczona do wizyt / usług zrealizowanych w zadanym okresie. Podgląd stanu realizacji kontraktu w dowolnym okresie znajduje zastosowanie w przypadku miesięcznych okresów rozliczania kontraktu.

Pod tabelą przedstawiającą stan realizacji kontraktu widoczny jest przycisk „Drukuj”, po którego kliknięciu otwiera się dokument PDF prezentujący stan realizacji kontraktu z rozbiciem na poszczególne pozycje i szczegółami wizyt / usług zrealizowanych w ramach danej pozycji kontraktu.

Stanowiska

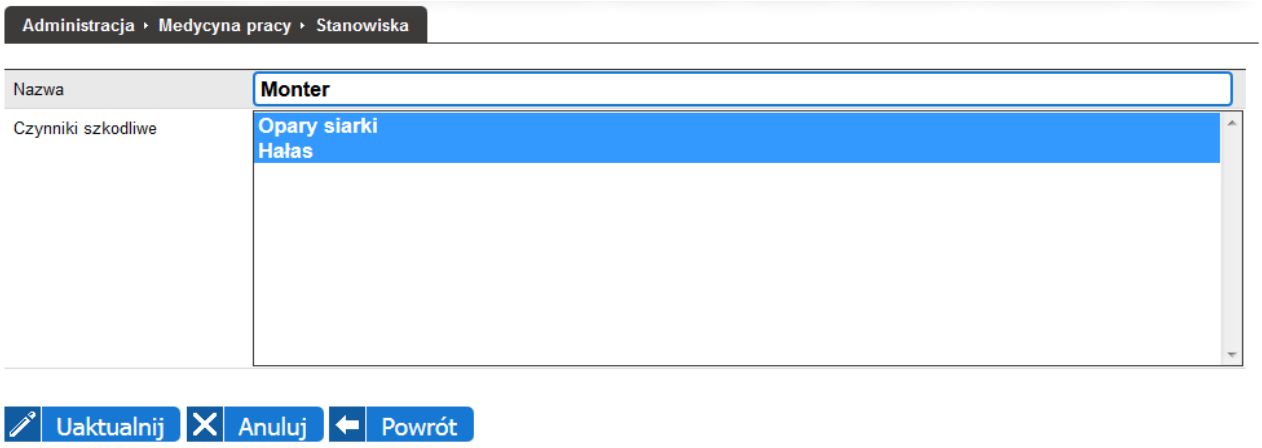
Słownik pozwala wprowadzić dane stanowisk / kierunków, na których praca / nauka odbywa się w narażeniu na działanie czynników szkodliwych lub uciążliwych. Po wybraniu funkcjonalności „Stanowiska” z podmenu „Medycyna pracy” w menu „Administracja” wyświetla się lista zdefiniowanych wcześniej instytucji, których pracownicy / studenci / uczniowie będą poddawani badaniom medycyny pracy. Przy każdej pozycji na liście widoczny jest przycisk umożliwiający wybór danej instytucji.



Po kliknięciu przycisku „Wybierz” przy danej instytucji wyświetla się lista stanowisk / kierunków w danej instytucji. Przy każdej pozycji na liście widoczne są przyciski umożliwiające edycję lub usunięcie danej pozycji oraz przycisk do definiowania badań medycyny pracy, pod listą dostępny jest przycisk umożliwiający dodanie nowej pozycji.

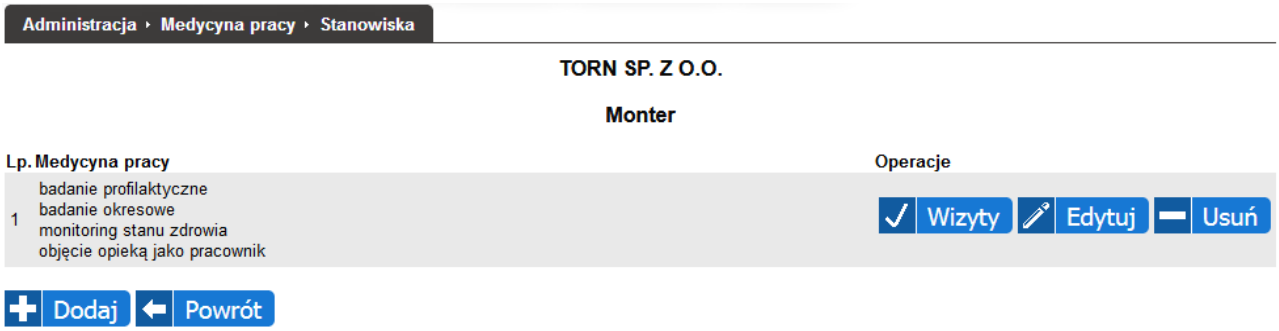


Kliknięcie przycisku „Dodaj” wyświetla pusty formularz, kliknięcie przycisku „Edytuj” wyświetla formularz wypełniony danymi wybranego stanowiska / kierunku w trybie do edycji, a kliknięcie przycisku „Usuń” wyświetla formularz wypełniony danymi wybranego stanowiska / kierunku w trybie do odczytu.

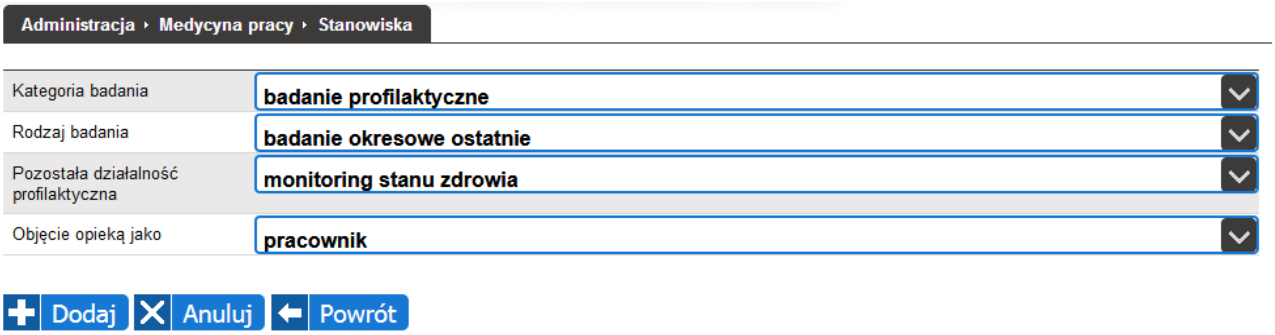


Aby dodać stanowisko / kierunek należy wprowadzić w formularzu jego nazwę, wskazać czynniki szkodliwe na jakie narażona jest praca / nauka na danym stanowisku / kierunku i zatwierdzić przyciskiem „Dodaj”. Aby zmodyfikować dane stanowiska / kierunku należy zmienić jego nazwę i/lub czynniki szkodliwe w formularzu i zatwierdzić przyciskiem „Uaktualnij”. Aby usunąć stanowisko / kierunek należy po prostu kliknąć przycisk „Usuń” w formularzu.

Aby zdefiniować jakie badania medycyny pracy powinny być realizowane na danym stanowisku (co jest niezbędne do definiowania kontraktów – patrz poprzedni rozdział!) należy kliknąć przycisk „Badania” przy danym stanowisku na liście stanowisk. Wyświetli się wówczas lista zakresów medycyny pracy na danym stanowisku z przyciskami umożliwiającymi modyfikację / usunięcie każdego zakresu oraz przyciskiem umożliwiającym zdefiniowanie wizyt w ramach których badania zostaną zrealizowane, pod listą dostępny jest przycisk umożliwiający dodanie nowego zakresu.



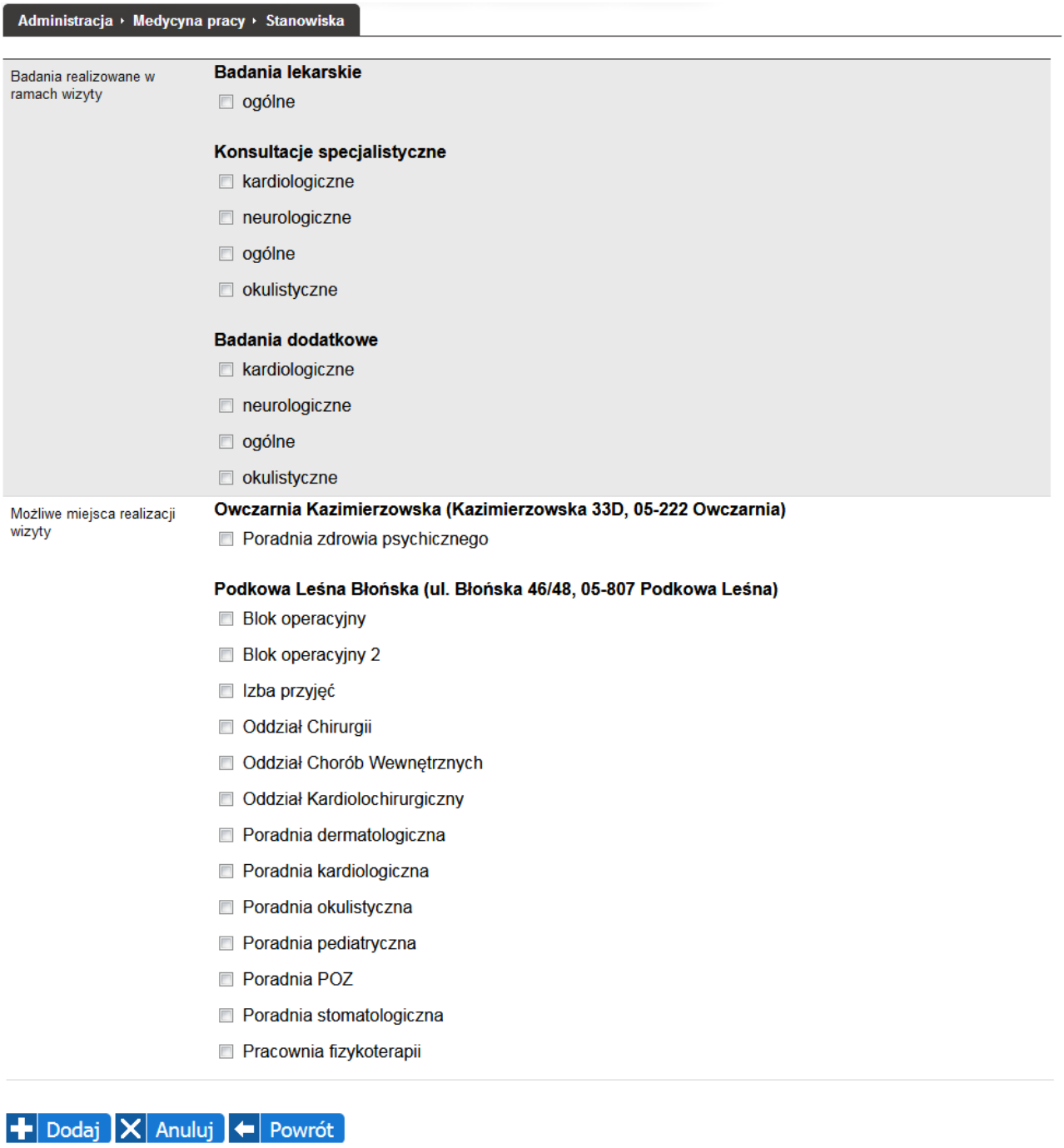
Aby dodać nowy zakres medycyny pracy na danym stanowisku należy kliknąć przycisk „Dodaj". Wyświetli się wówczas formularz dodawania zakresu medycyny pracy. Po jego wypełnieniu należy dane zatwierdzić przyciskiem „Dodaj".



Aby zmodyfikować dane zakresu medycyny pracy należy kliknąć przycisk „Edytuj" przy danym zakresie medycyny pracy na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku dodawania nowego zakresu z tym że wypełniony danymi modyfikowanego zakresu. Po wprowadzeniu modyfikacji należy je zatwierdzić przyciskiem „Uaktualnij". Aby usunąć zakres medycyny pracy należy kliknąć przycisk „Usuń" przy danym zakresie medycyny pracy na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku modyfikacji zakresu medycyny pracy z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcia zakresu należy potwierdzić przyciskiem „Usuń". Aby zdefiniować wizyty medycyny pracy z danego zakresu należy kliknąć przycisk „Wizyty" przy danym zakresie medycyny pracy na liście. Wyświetli się wówczas lista definicji wizyt medycyny pracy. Na definicję wizyty medycyny pracy składa się określenie jakie badanie / badania zostaną podczas wizyty zrealizowane i w jakiej poradni / poradniach wizyta może być zrealizowana. Przy każdej definicji wizyty widoczne są przyciski umożliwiające modyfikację i usunięcie danej definicji, pod listą znajduje się przycisk umożliwiający dodanie nowej definicji wizyty.



Aby dodać nową definicję wizyty medycyny pracy należy kliknąć przycisk „Dodaj”. Wyświetli się wówczas formularz dodawania definicji wizyty (domyślnie są w nim zaznaczone wszystkie badania wynikające z czynników szkodliwych i uciążliwych właściwych dla danego stanowiska). Po jego wypełnieniu należy dane zatwierdzić przyciskiem „Dodaj”.



Aby zmodyfikować dane definicji wizyty należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy danej definicji wizyty na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku dodawania nowej definicji wizyty z tym że wypełniony danymi modyfikowanej definicji wizyty. Po wprowadzeniu modyfikacji należy je zatwierdzić przyciskiem „Uaktualnij”. Aby usunąć definicję wizyty należy kliknąć przycisk „Usuń” przy danej definicji wizyty na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku modyfikacji definicji wizyty z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcia definicji wizyty należy potwierdzić przyciskiem „Usuń”.

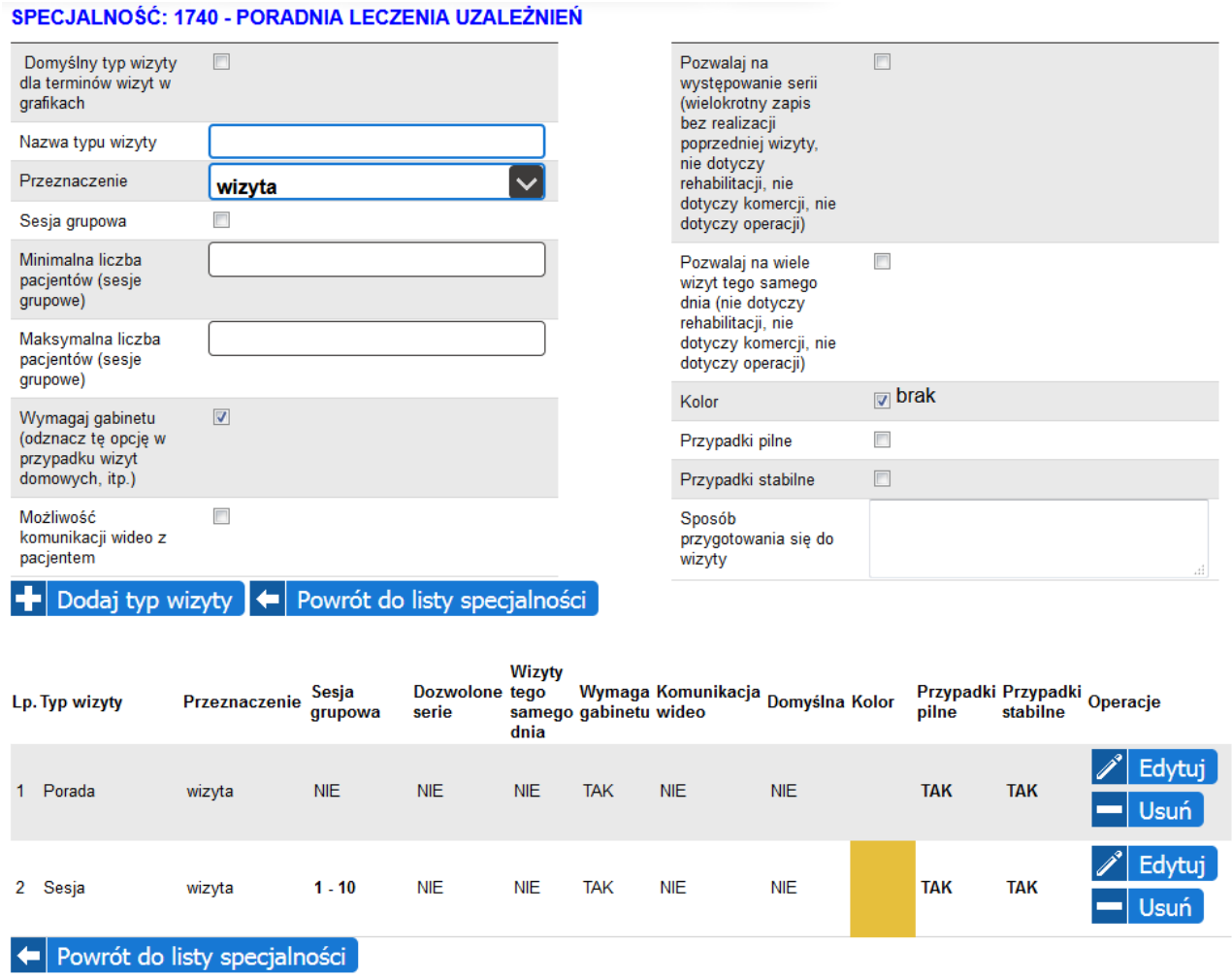
Słowniki

W systemie dostępna jest funkcjonalność zarządzania słownikami wykorzystywanymi na ogół do

wypełniania list rozwijanych w formularzach wyświetlanych w różnych miejscach systemu.

Typy wizyt

Typy wizyt służą do klasyfikowania wizyt (np. pierwszorazowa, standardowa, itd.) a także określają kryteria zapisu na wizytę (np. sesja, domowa). Słownik typów wizyt jest dostępny po wybraniu funkcjonalności „Typy wizyt" z podmenu „Słowniki" w menu „Administracja", gdzie wyświetla się lista specjalności wszystkich poradni występujących w strukturze organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej. Po wybraniu specjalności wyświetlany jest formularz dodawania nowego typu wizyty a pod nim lista wszystkich zdefiniowanych dla danej specjalności typów wizyt a przy każdym z nich przycisk umożliwiający edycję lub usunięcie danego typu wizyty.



Dla każdego z typów wizyt możliwe jest określenie następujących parametrów:

- Przeznaczenie – określa czy dany typ wizyty jest używany przy umawianiu wizyt czy przy planowaniu operacji (domyślnie wybrane jest przeznaczenie „wizyta")
- Sesja grupowa – domyślnie wszystkie wizyty są indywidualne (możliwe jest zapisanie jednego pacjenta na wizytę), jeżeli zostanie zaznaczone pole „Sesja grupowa" wówczas na wizytę będzie można zapisać więcej niż jednego pacjenta
- Minimalna liczba pacjentów – jeżeli zaznaczone zostało pole „Sesja grupowa", wówczas

należy określić minimalną liczbę pacjentów którzy muszą być zapisani na wizytę aby mogła się ona odbyć

- Maksymalna liczba pacjentów – jeżeli zaznaczone zostało pole „Sesja grupowa”, wówczas należy określić maksymalną liczbę pacjentów których można zapisać na wizytę
- Wymagaj gabinetu – opcja domyślnie zaznaczona oznacza wizyty ambulatoryjne, dla których musi być wskazany gabinet w którym wizyta ma się odbyć; opcję tę należy odznaczyć w przypadku wizyt domowych
- Możliwość komunikacji wideo z pacjentem – zaznaczenie tej opcji pozwala na włączenie trybu wideokonsultacji pacjenta korzystającego z portalu systemu jHIS z lekarzem korzystającym z modułu gabinetowego w systemie jHIS; opcja nie jest dostępna dla sesji grupowych
- Pozwalaj na występowanie serii – w przypadku wizyt NFZ-owych domyślnie system funkcjonuje w taki sposób, że pacjenta można zapisać na tylko jedną wizytę do danej specjalności (na kolejną będzie można zapisać dopiero gdy ta pierwsza się odbędzie, zostanie odwołana lub jej termin minie); zaznaczenie opcji „Pozwalaj na występowanie serii” umożliwia dokonywanie zapisów na więcej niż jedną wizytę NFZ-ową (ale każdą innego dnia); pole nie ma znaczenia w przypadku wizyt komercyjnych, przy których zapisy nie mają ograniczeń, ani w przypadku operacji
- Pozwalaj na wiele wizyt tego samego dnia – zaznaczenie tej opcji obok poprzedniej umożliwia dokonywanie zapisów na więcej niż jedną wizytę NFZ-ową bez ograniczeń (czyli można umawiać dowolnie wiele takich wizyt zarówno w różnych dniach jak i tego samego dnia); pole nie ma znaczenia w przypadku wizyt komercyjnych, przy których zapisy nie mają ograniczeń, ani w przypadku operacji
- Kolor – pozwala określić kolor jakim będą w grafikach i terminarzach wyróżniane sloty i wizyty danego typu; domyślnie typ wizyty nie jest wyróżniony kolorem (jest zaznaczona opcja „brak”, którą można odznaczyć a wówczas pojawia się pole wyboru koloru z palety)
- Przypadki pilne – przy sprawozdawaniu do NFZ pierwszych wolnych terminów dla przypadków pilnych (w ramach sprawozdawczości list oczekujących) będą brane pod uwagę tylko terminy z typami wizyt przy których zaznaczono niniejszą opcję
- Przypadki stabilne – przy sprawozdawaniu do NFZ pierwszych wolnych terminów dla przypadków stabilnych (w ramach sprawozdawczości list oczekujących) będą brane pod uwagę tylko terminy z typami wizyt przy których zaznaczono niniejszą opcję

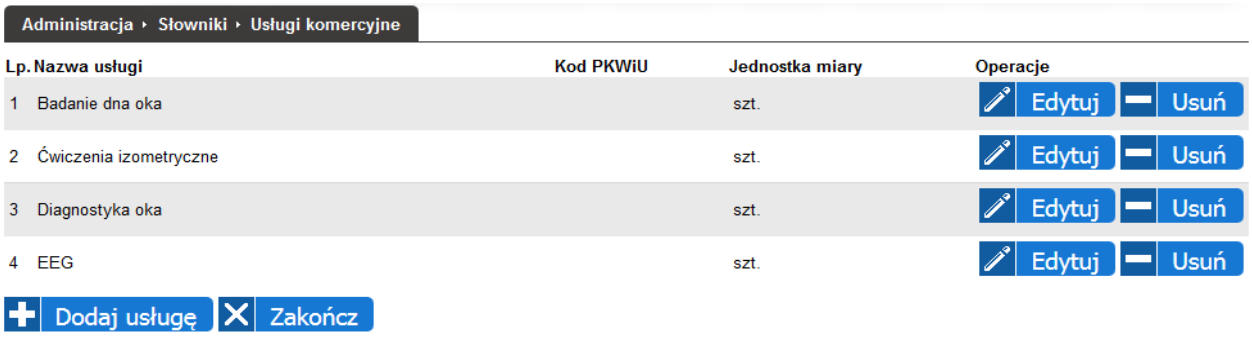
Typ wizyty oznaczony jako domyślny będzie automatycznie wybierany przy planowaniu terminów przyjęć w grafikach pracy personelu i aparatury (z możliwością zmiany na inny jeśli istnieje więcej niż jeden typ wizyty).

Aby zmodyfikować typ wizyty należy nacisnąć przy nim przycisk „Edytuj” - wówczas formularz dodawania typu wizyty n górze strony zmieni się w formularz edycji wybranego typu wizyty - wystarczy więc wprowadzić zmiany i zapisać je przyciskiem „Uaktualnij typ wizyty”. Można także na bazie danego danego typu wizyty stworzyć nowy typ wprowadzając zmiany i zatwierdzając je przyciskiem „Dodaj typ wizyty”.

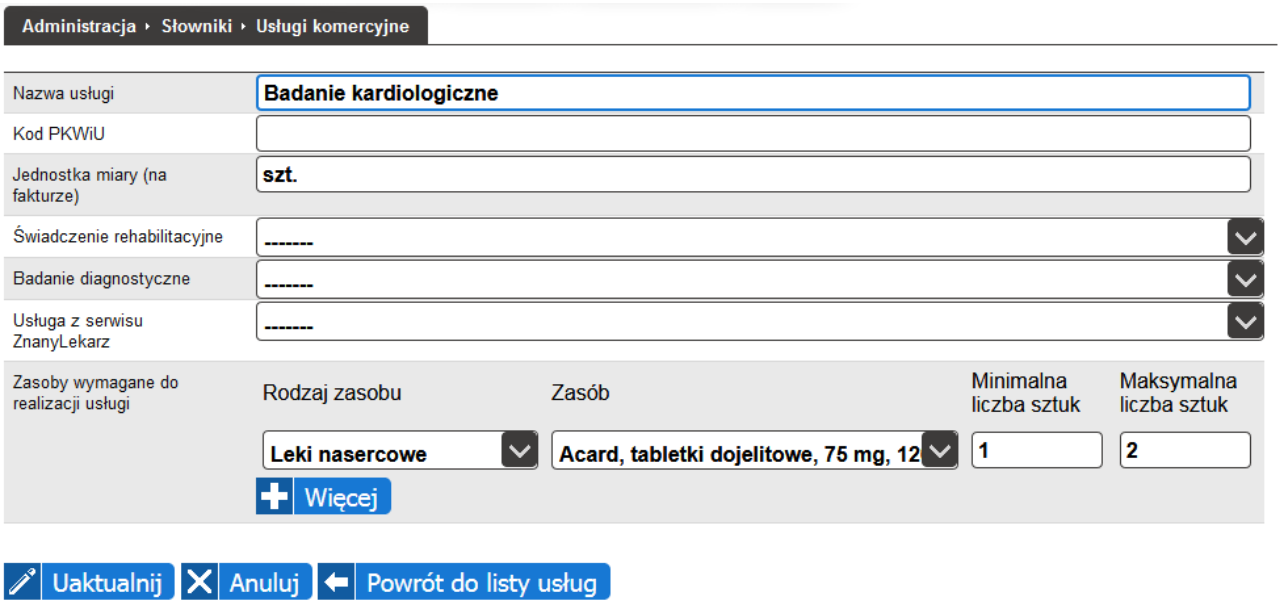
Usługi komercyjne

Słownik usług komercyjnych definiuje listę usług świadczonych odpłatnie przez zakład opieki zdrowotnej. Po wybraniu funkcjonalności „Usługi komercyjne” z podmenu „Słowniki” w menu

„Administracja” wyświetlana jest lista zdefiniowanych usług, a przy każdej z nich przyciski umożliwiające edycję lub usunięcie. Poniżej listy dostępny jest przycisk umożliwiający dodanie nowej usługi.



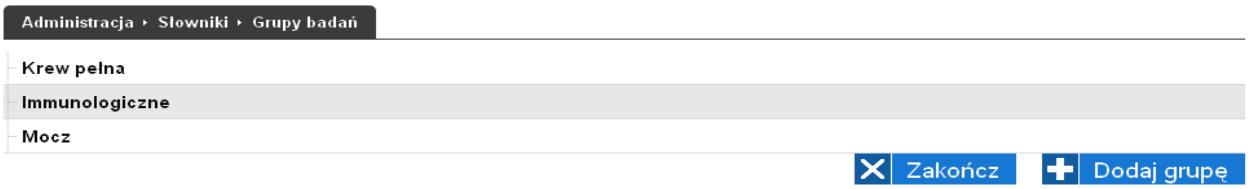
Każdy ze wspomnianych przycisków prowadzi do formularza danych usługi, w którym określa się jej nazwę, kod PKWiU oraz jednostkę miary, używane przy wystawianiu faktur za realizację usługi. Jeżeli w konfiguracji aplikacji została ustawiona uproszczona wersja modułu rehabilitacyjnego z automatycznym obliczaniem cen za zabiegi (patrz opis w podrozdziale „Konfiguracja”) wówczas dla każdej z usług świadczonych w poradniach rehabilitacyjnych należy wskazać jakiemu zabiegowi z katalogu świadczeń rehabilitacyjnych odpowiada dana usługa komercyjna co jest niezbędne do automatycznego określenia ceny zabiegu rehabilitacyjnego. Jeżeli usługa komercyjna jest tożsama z badaniem diagnostycznym wówczas należy wskazać odpowiadające jej badanie diagnostyczne (realizacja takiej usługi podczas wizyty spowoduje wliczenie ceny usługi do ceny wizyty oraz spowoduje wygenerowanie zlecenia na odpowiadające jej badanie diagnostyczne ale już bez naliczania opłaty za to badanie). Jeżeli włączone są mechanizmy integracji systemu jHIS z serwisem ZnanyLekarz i dana usługa funkcjonuje w serwisie ZnanyLekarz, wówczas w polu „Usługa z serwisu ZnanyLekarz” należy wskazać usługę odpowiadającą danej w serwisie ZnanyLekarz. Dla usługi istnieje także możliwość określenia zasobów niezbędnych do jej realizacji. Dla każdego zasobu należy określić minimalną i maksymalną liczbę sztuk wymaganych do realizacji usługi. Domyślnie wyświetlany jest jeden wiersz z polami umożliwiającymi wprowadzenie jednego zasobu. Aby wprowadzić więcej zasobów należy skorzystać z przycisku „Więcej”, którego każde kolejne kliknięcie spowoduje wyświetlenie kolejnego wiersza z polami do wprowadzenia kolejnego zasobu. Wiersze, w których wszystkie pola przeznaczone do wprowadzenia danych zasobu zostaną pozostawione puste, zostaną zignorowane przy zapisywaniu danych. **UWAGA! Zdefiniowanie zasobów niezbędnych do realizacji usługi spowoduje, że lekarz w celu zamknięcia wizyty komercyjnej będzie musiał wskazać odpowiednie zasoby a żeby mógł to zrobić zasoby te będą musiały być wprowadzone wcześniej na stan magazynowy.**



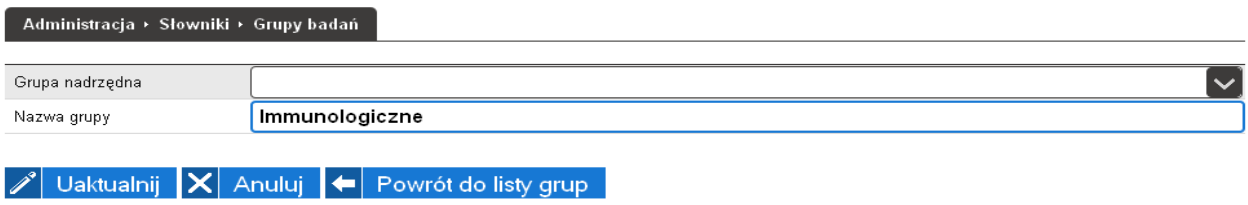
Po wypełnieniu formularza lub wprowadzeniu zmian do formularza dane należy zatwierdzić przyciskiem.

Grupy badań diagnostycznych

System pozwala na definiowanie badań diagnostycznych jakich wykonanie będą mogli zlecać lekarze pracujący w zakładzie opieki zdrowotnej. Badania te dla czytelności mogą być grupowane. Funkcjonalność „Grupy badań diagnostycznych" z podmenu „Słowniki" w menu „Administracja" umożliwia definiowane grup badań. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetlane jest drzewo grup badań. Poniżej drzewa dostępny jest przycisk dodawania nowej grupy, a przy każdej pozycji w drzewie po najechaniu na nią kursorem myszy wyświetlają się przyciski edycji i usuwania danej grupy.



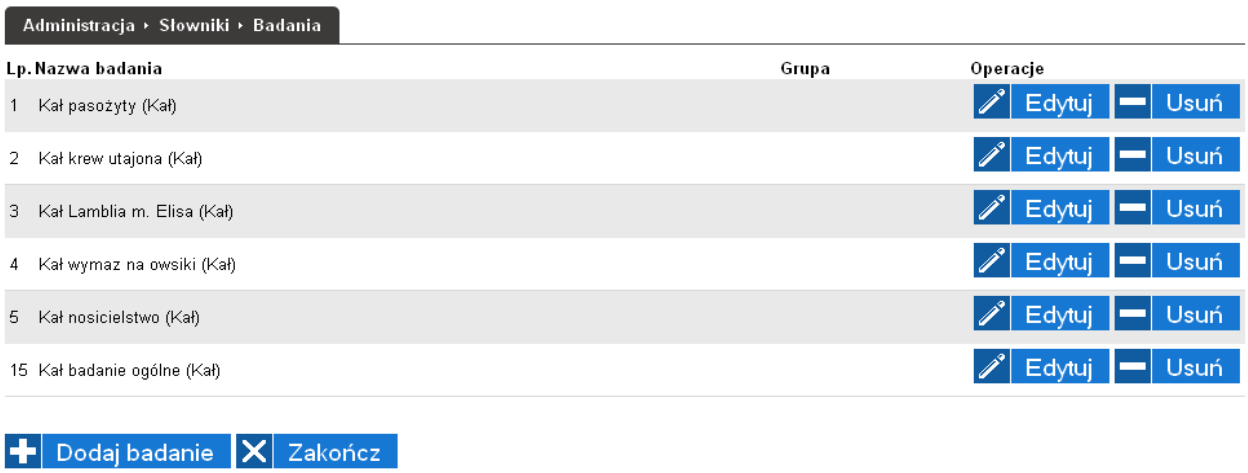
Każdy z wymienionych przycisków kieruje do formularza danych grupy.



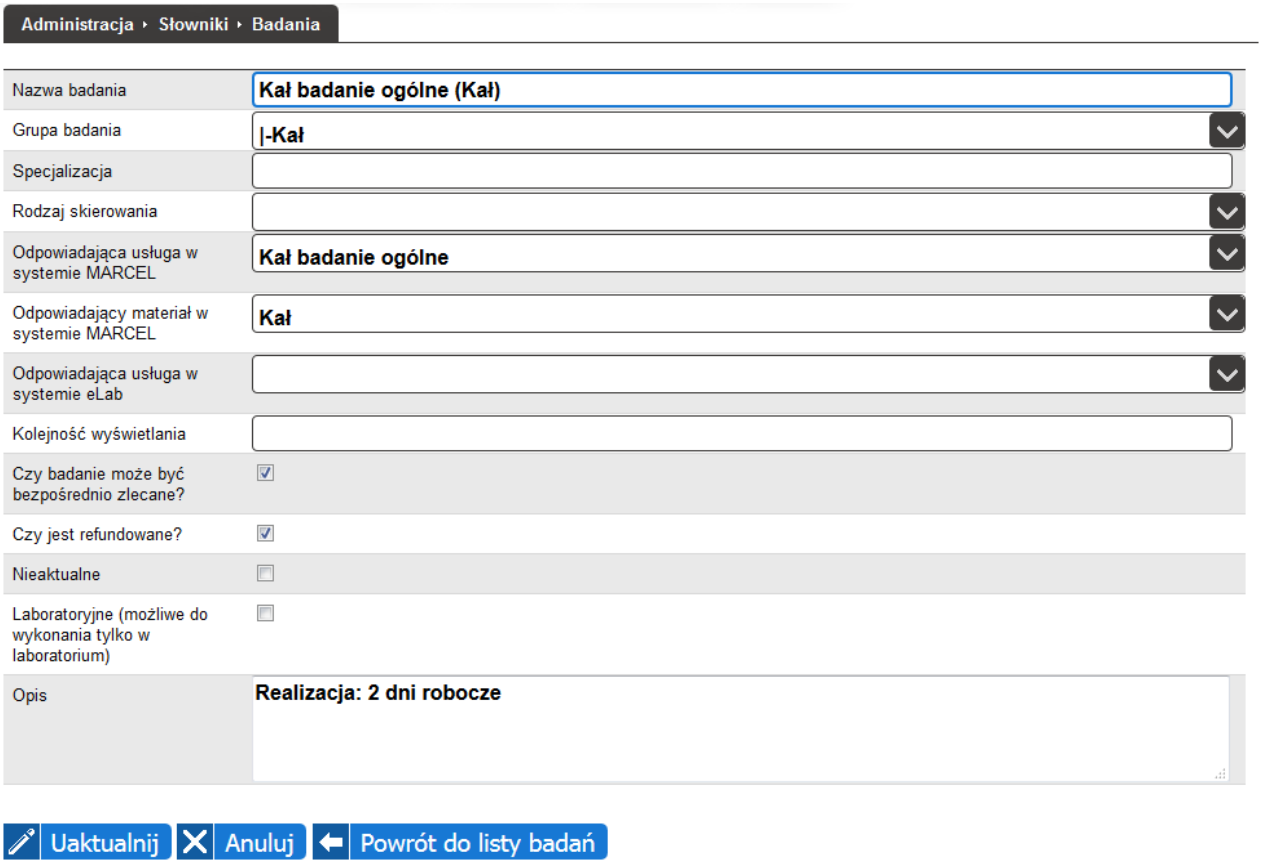
Po wypełnieniu formularza lub wprowadzeniu zmian do formularza dane należy zatwierdzić przyciskiem.

Badania diagnostyczne

Do definiowania badań zlecanych przez lekarzy zakładu opieki zdrowotnej służy funkcjonalność „Badania diagnostyczne” z podmenu „Słowniki” w menu „Administracja”, gdzie prezentowana jest lista zdefiniowanych badań. Przy każdym badaniu na liście wyświetlają się przyciski edycji i usuwania badania a poniżej listy dostępny jest przycisk dodawania nowego badania.



Każdy ze wspomnianych przycisków kieruje do formularza danych badania.



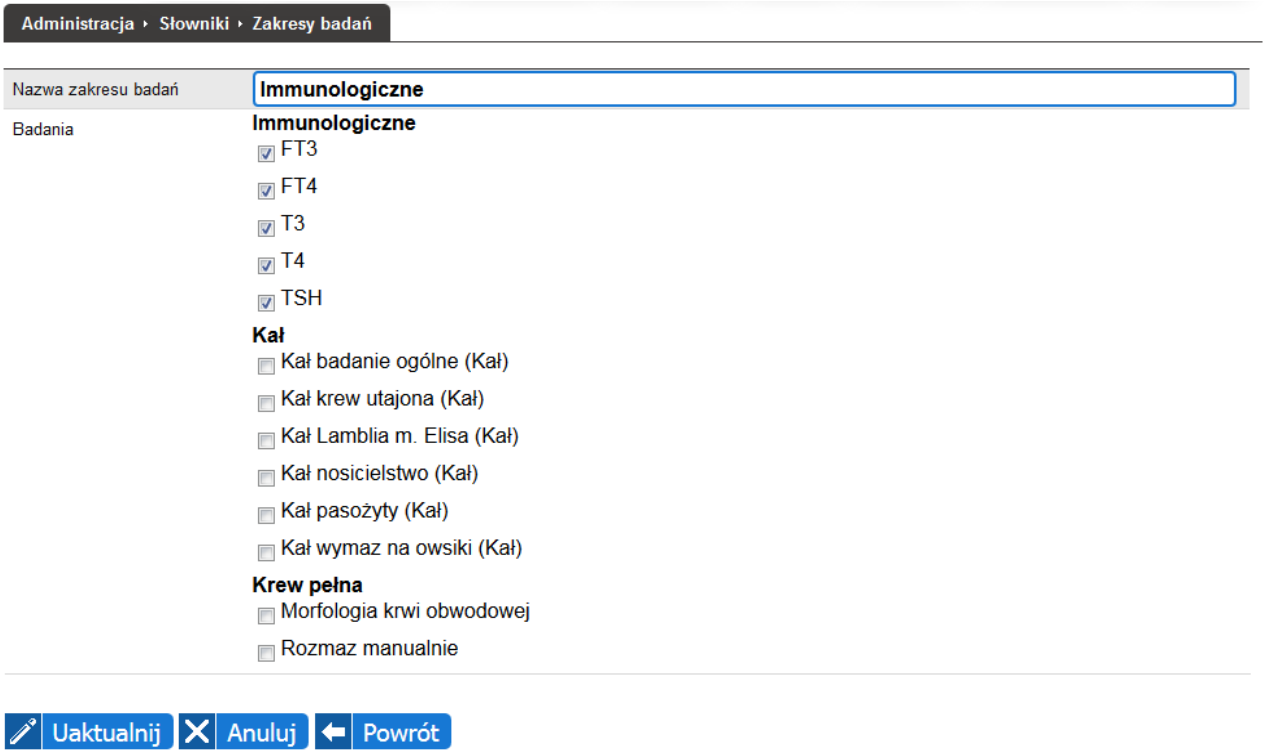
W formularzu badanie można przypisać do jednej ze zdefiniowanych wcześniej grup. Ponadto można wskazać jeden z predefiniowanych rodzajów skierowania (badania przypisane do różnych rodzajów skierowań przy zlecaniu będą drukowane na osobnych drukach). Jeżeli system jHIS został skonfigurowany do komunikowania się z systemem MARCEL, wówczas dla badania należy wskazać odpowiadające badanie i materiał w systemie MARCEL. Jeżeli system jHIS został skonfigurowany do komunikowania się z systemem eLab, wówczas dla badania należy wskazać odpowiadające badanie w systemie eLab. Dodatkowo w formularzu można wpisać numer określający kolejność wyświetlania badania na liście (badania wyświetlane są w kolejności numerów a jeśli nie mają podanych numerów wówczas są wyświetlane w kolejności alfabetycznej). Jeżeli badanie nie może być zlecane przez lekarzy (np. badania dodatkowe wykonywane zawsze przez laboratorium razem z określonym badaniem zlecanym przez lekarzy) należy odznaczyć odpowiednią opcję w formularzu. Jeżeli badanie jest refundowane należy zaznaczyć właściwą opcję w formularzu. Jeżeli badanie jest już nieaktualne (przestało być realizowane przez laboratoria), wówczas należy zaznaczyć opcję „Nieaktualne" a system nie pozwoli zlecić więcej takiego badania. Jeżeli badanie (z pobraniem materiału włącznie) jest możliwe do wykonania tylko w laboratorium należy zaznaczyć opcję „Laboratoryjne". Po wypełnieniu formularza bądź wprowadzeniu zmian dane należy zapisać właściwym dla danego formularza przyciskiem.

Zakresy badań diagnostycznych

Funkcjonalność „Zakresy badań diagnostycznych" z podmenu „Słowniki" w menu „Administracja" służy do zarządzania słownikiem zakresów zlecanych badań. Zakresy badań widoczne są jako dodatkowe zakładki formularza zlecania badań w gabinecie lekarskim. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetlana jest lista zdefiniowanych zakresów badań a przy każdym z nich przyciski „Edytuj" i „Usuń", pod listą widoczny jest natomiast przycisk „Dodaj".



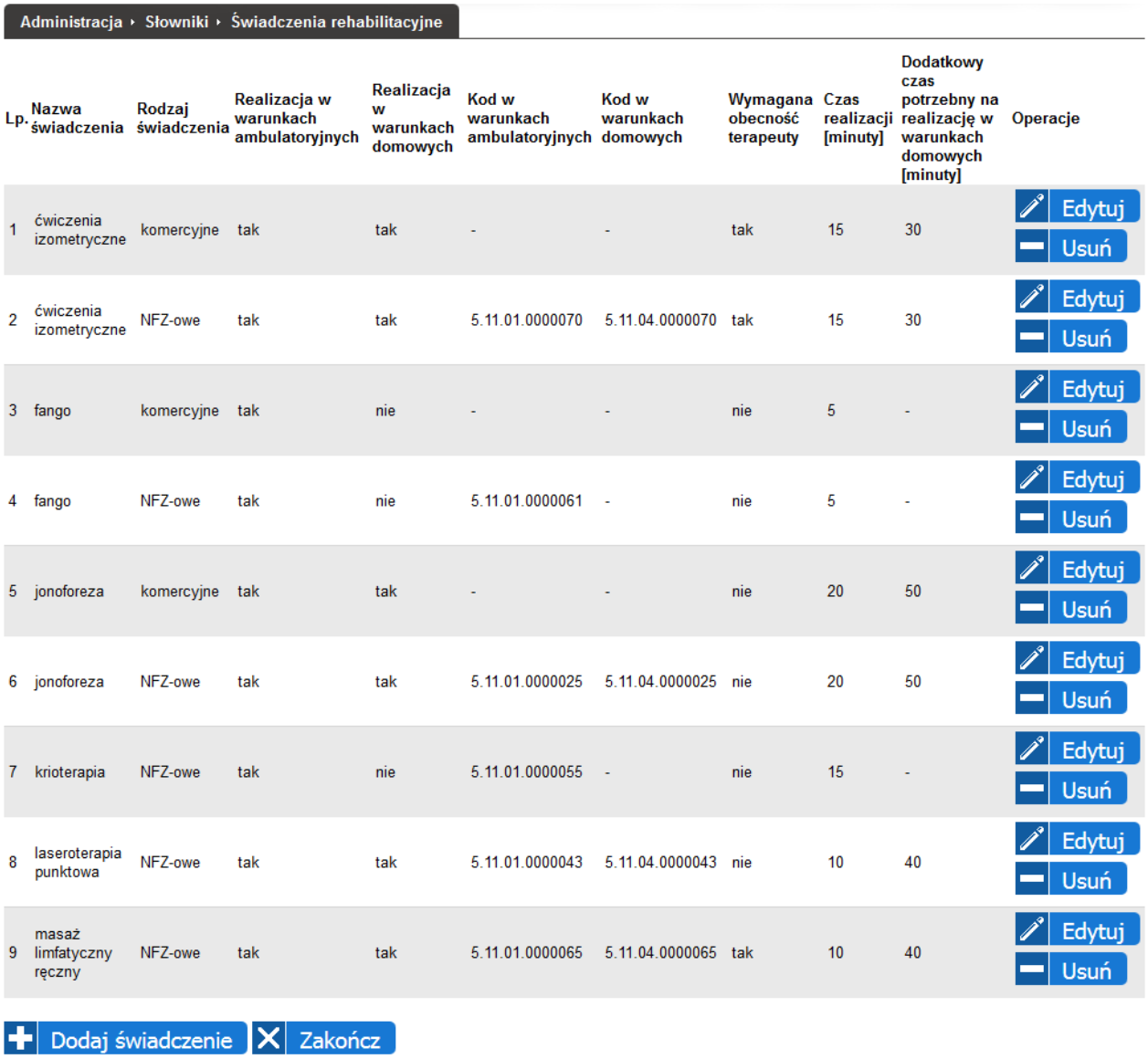
Każdy ze wspomnianych przycisków kieruje do formularza danych zakresu badań.



W formularzu określa się nazwę zakresu badań oraz wskazuje badania, które dany zakres obejmuje. Po wypełnieniu formularza bądź wprowadzeniu zmian dane należy zapisać właściwym dla danego formularza przyciskiem.

Świadczenia rehabilitacyjne

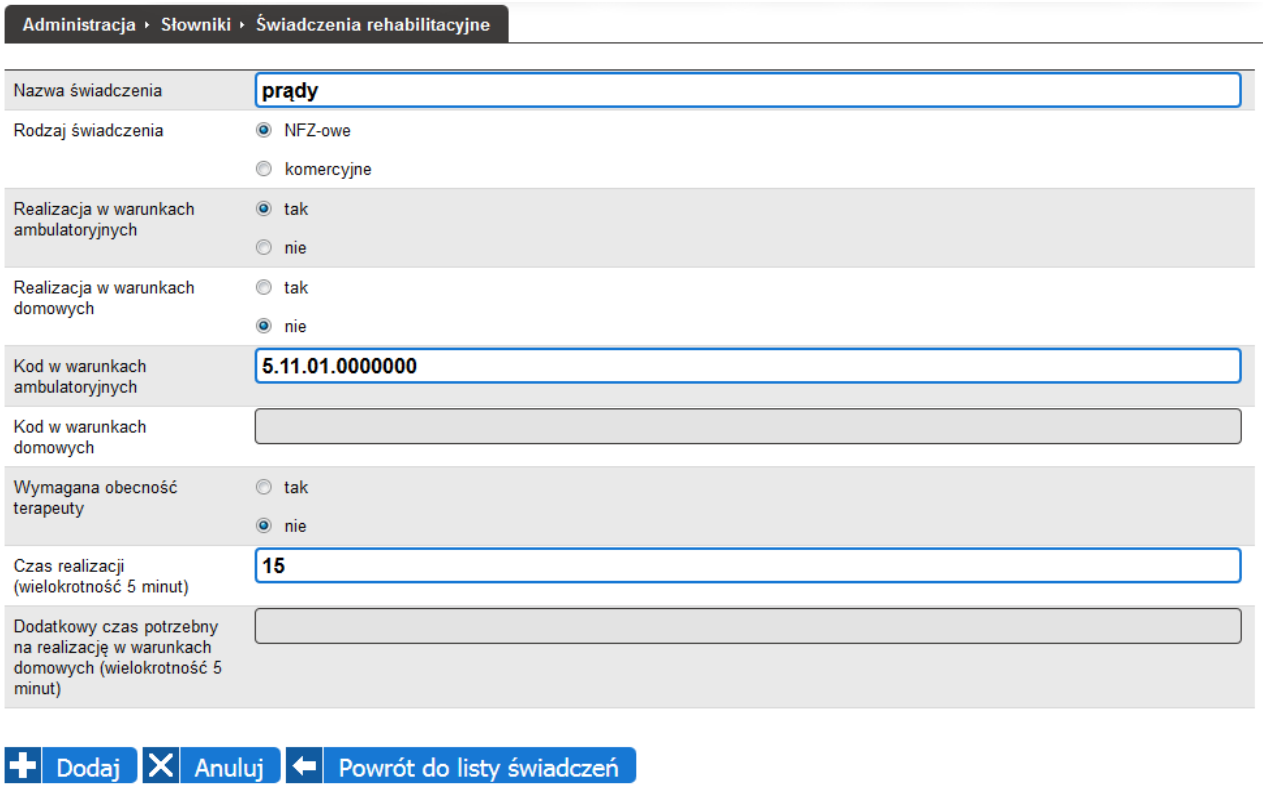
Funkcjonalność „Świadczenia rehabilitacyjne” z podmenu „Słowniki” w menu „Administracja” służy do zarządzania słownikiem rodzajów świadczeń rehabilitacyjnych. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetlana jest lista zdefiniowanych świadczeń rehabilitacyjnych a przy każdym z nich przyciski „Edytuj” i „Usuń”, pod listą widoczny jest natomiast przycisk „Dodaj świadczenie”.



Aby dodać nowe świadczenie należy kliknąć przycisk „Dodaj świadczenie”. Wyświetli się wówczas formularz danych świadczenia a w nim:

- nazwa świadczenia
- rodzaj świadczenia – świadczenia NFZ-owe i świadczenia komercyjne są definiowane niezależnie
- realizacja w warunkach ambulatoryjnych – określa czy dane świadczenie może być realizowane w warunkach ambulatoryjnych
- realizacja w warunkach domowych – określa czy dane świadczenie może być realizowane w warunkach domowych
- kod w warunkach ambulatoryjnych – kod świadczenia realizowanego w warunkach ambulatoryjnych z umowy z NFZ (dotyczy tylko usług NFZ-owych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych)
- kod w warunkach domowych – kod świadczenia realizowanego w warunkach domowych z umowy z NFZ (dotyczy tylko usług NFZ-owych realizowanych w warunkach domowych)

- wymagana obecność terapeuty – określa czy przez cały czas trwania zabiegu jest wymagana stała obecność terapeuty przy pacjencie (jeśli jest wymagana terapeuta nie będzie mógł realizować równolegle z danym zabiegiem innych zabiegów)
- czas realizacji – czas realizacji zabiegu włącznie z przygotowaniem i zmianą aparatury na kolejną (musi być wielokrotnością 5 minut)
- dodatkowy czas potrzebny na realizację w warunkach domowych – dodatkowy czas potrzebny na dojazd do domu pacjenta w celu wykonania zabiegu i powrót po wykonaniu zabiegu do zakładu opieki zdrowotnej (musi być wielokrotnością 5 minut)



Po wypełnieniu formularza należy zapisać dane klikając przycisk „Dodaj”.

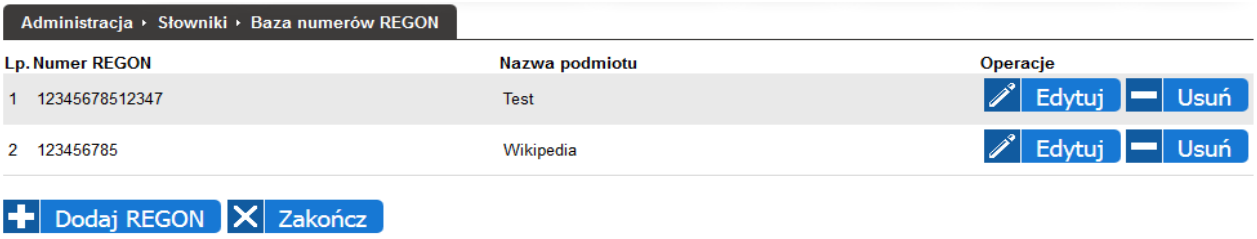
Aby zmodyfikować dane świadczenia należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy danym świadczeniu na liście. Wyświetli się wówczas wypełniony formularz danych świadczenia identyczny jak w przypadku dodawania nowego świadczenia. Po wprowadzeniu zmian należy dane zapisać klikając na przycisk „Uaktualnij”.

Aby usunąć świadczenie należy kliknąć przycisk „Usuń” przy danym świadczeniu na liście. Wyświetli się wówczas wypełniony formularz danych świadczenia identyczny jak w przypadku dodawania nowego świadczenia z tym że tylko do odczytu. Aby potwierdzić zamiar usunięcia świadczenia należy kliknąć na przycisk „Usuń”.

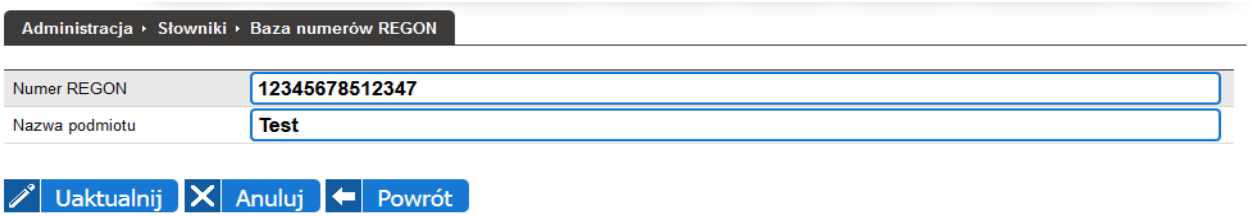
Baza numerów REGON

Do stworzenia bazy numerów REGON służy funkcjonalność „Baza numerów REGON” z podmenu „Słowniki” w menu „Administracja”, gdzie prezentowana jest lista wprowadzonych do bazy numerów REGON. Przy każdym numerze REGON na liście wyświetla się odpowiadająca mu

nazwa podmiotu oraz przyciski edycji i usuwania podmiotu a poniżej listy dostępny jest przycisk dodawania nowego numeru REGON.



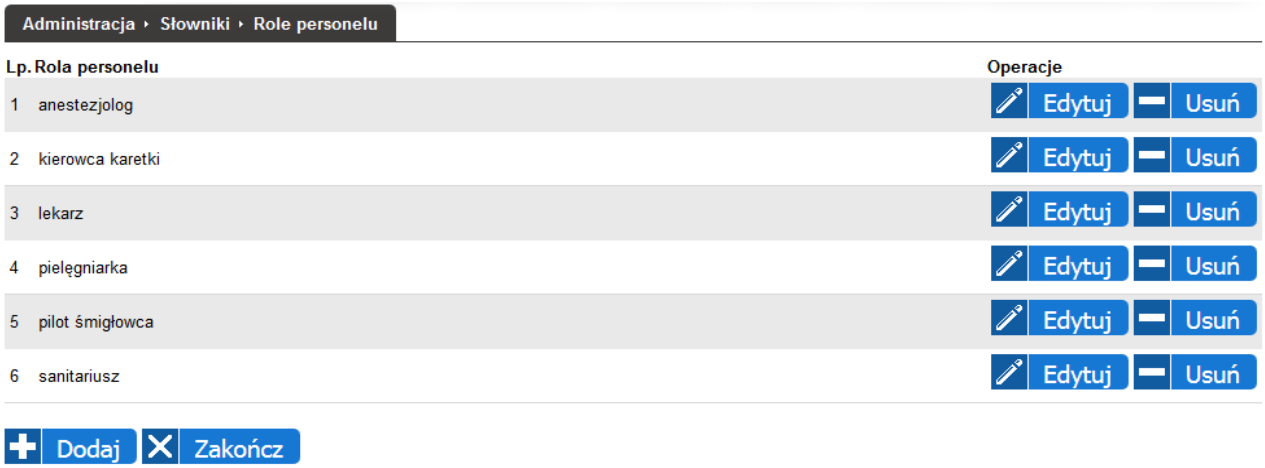
Każdy ze wspomnianych przycisków kieruje do formularza numeru REGON.



Po wypełnieniu formularza bądź wprowadzeniu zmian dane należy zapisać właściwym dla danego formularza przyciskiem.

Role personelu

Funkcjonalność „Role personelu” z podmenu „Słowniki” w menu „Administracja” służy do zarządzania słownikiem ról personelu medycznego i niemedycznego uczestniczącego w działaniach leczniczych. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetlana jest lista zdefiniowanych ról personelu a przy każdej z nich przyciski „Edytuj” i „Usuń”, pod listą widoczny jest natomiast przycisk „Dodaj”.



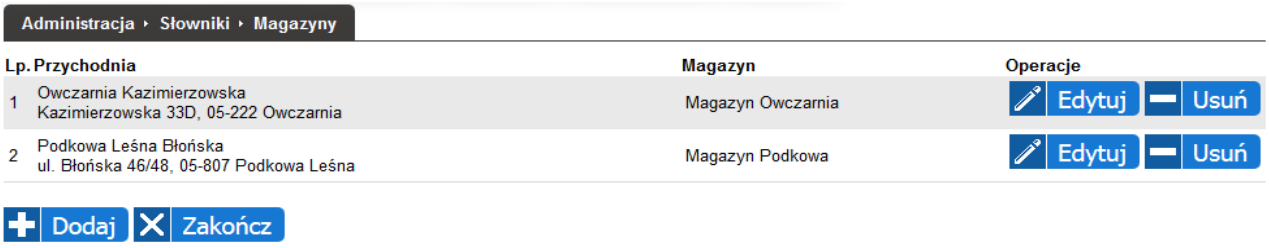
Każdy ze wspomnianych przycisków kieruje do formularza nazwy roli personelu.



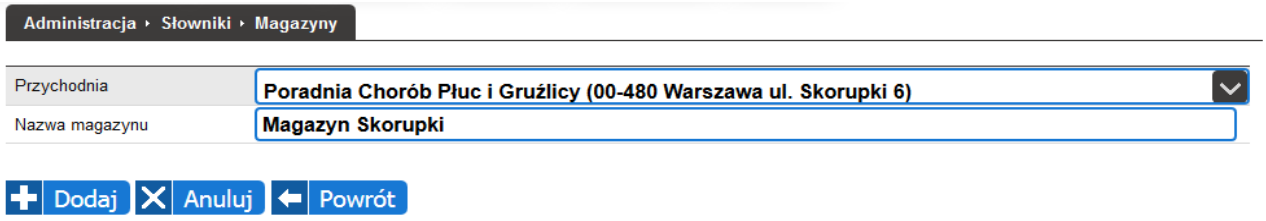
Po wypełnieniu formularza bądź wprowadzeniu zmian dane należy zapisać właściwym dla danego formularza przyciskiem.

Magazyny

Funkcjonalność „Magazyny” z podmenu „Słowniki” w menu „Administracja” służy do zarządzania słownikiem magazynów funkcjonujących w zakładzie opieki zdrowotnej. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista magazynów a przy każdym z nich przyciski „Edytuj” i „Usuń”. Pod listą magazynów wyświetla się przycisk „Dodaj”.



Aby dodać nowy magazyn należy kliknąć przycisk „Dodaj”. Wyświetli się wówczas formularz danych magazynu. Po wprowadzeniu danych należy je zapisać klikając przycisk „Dodaj”.



Aby zmodyfikować dane magazynu należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy danym magazynie na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku dodawania magazynu z tym że wypełniony danymi wybranego magazynu. Po wprowadzeniu zmian należy dane zapisać klikając na przycisk „Uaktualnij”.

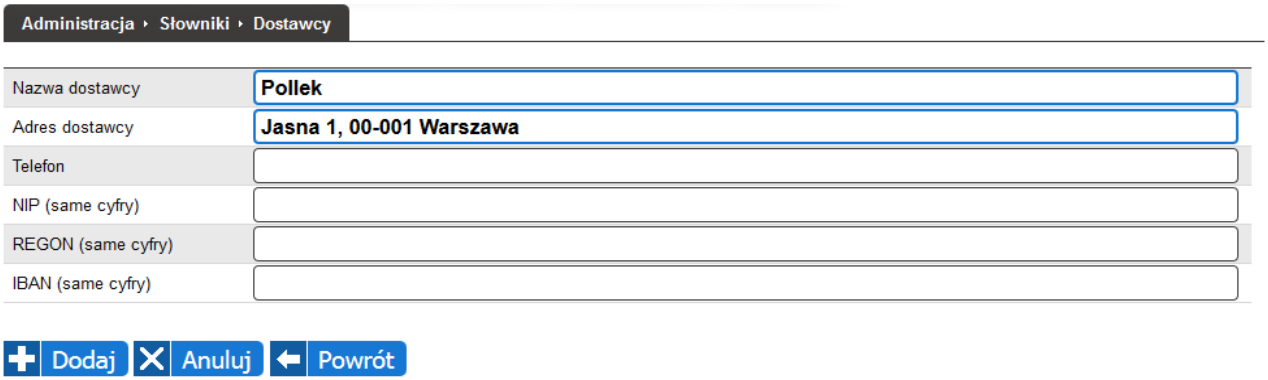
Aby usunąć magazyn należy kliknąć przycisk „Usuń” przy danym magazynie na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji danych magazynu z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcia magazynu należy potwierdzić klikając na przycisk „Usuń”.

Dostawcy

Funkcjonalność „Dostawcy” z podmenu „Słowniki” w menu „Administracja” służy do zarządzania słownikiem dostawców świadczących zaopatrzenie dla zakładu opieki zdrowotnej. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista dostawców a przy każdym z nich przyciski „Edytuj” i „Usuń”. Pod listą dostawców wyświetla się przycisk „Dodaj”.



Aby dodać nowego dostawcę należy kliknąć przycisk „Dodaj”. Wyświetli się wówczas formularz danych dostawcy. Po wprowadzeniu danych należy je zapisać klikając przycisk „Dodaj”.



Aby zmodyfikować dane dostawcy należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy danym dostawcy na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku dodawania dostawcy z tym że wypełniony danymi wybranego dostawcy. Po wprowadzeniu zmian należy dane zapisać klikając na przycisk „Uaktualnij”.

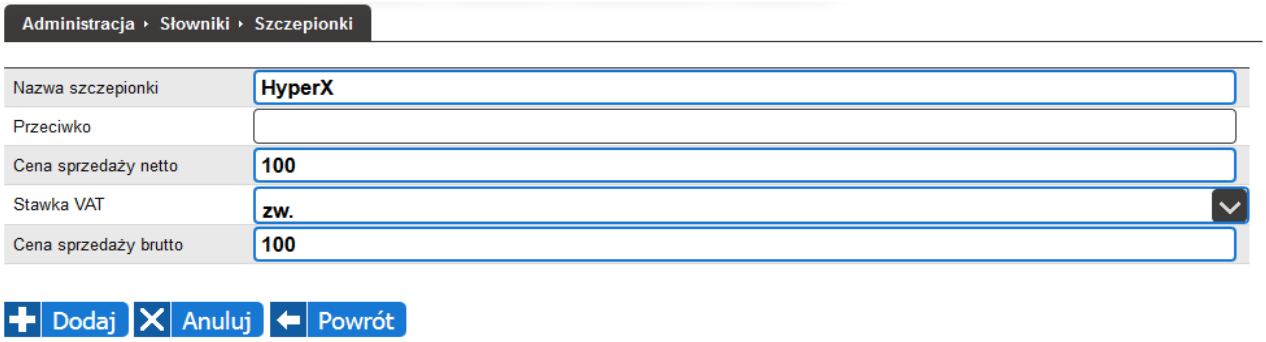
Aby usunąć dostawcę należy kliknąć przycisk „Usuń” przy danym dostawcy na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji danych dostawcy z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcia dostawcy należy potwierdzić klikając na przycisk „Usuń”.

Szczepionki

Funkcjonalność „Szczepionki” z podmenu „Słowniki” w menu „Administracja” służy do zarządzania słownikiem szczepionek. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista szczepionek a przy każdej z nich przyciski „Edytuj” i „Usuń”. Pod listą szczepionek wyświetla się przycisk „Dodaj”.



Aby dodać nową szczepionkę należy kliknąć przycisk „Dodaj”. Wyświetli się wówczas formularz danych szczepionki. Po wprowadzeniu danych należy je zapisać klikając przycisk „Dodaj”.

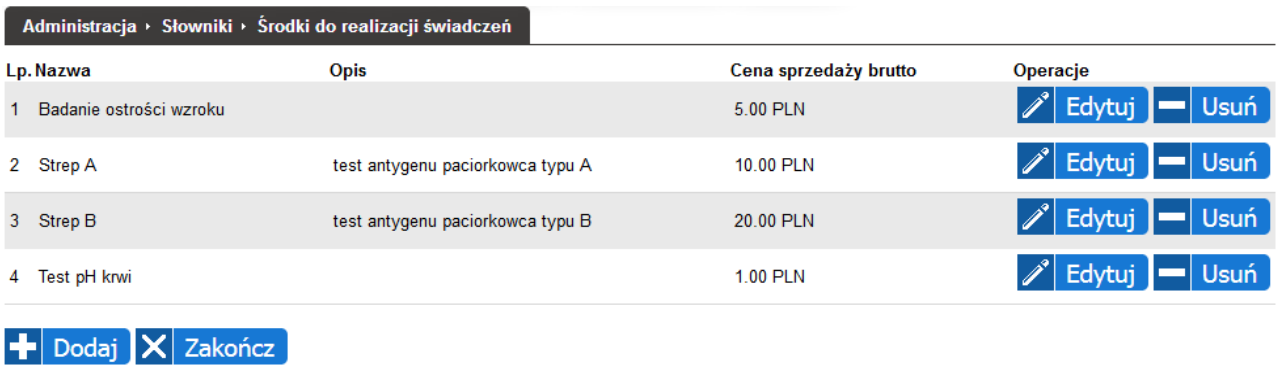


Aby zmodyfikować dane szczepionki należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy danej szczepionce na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku dodawania szczepionki z tym że wypełniony danymi wybranej szczepionki. Po wprowadzeniu zmian należy dane zapisać klikając na przycisk „Uaktualnij”.

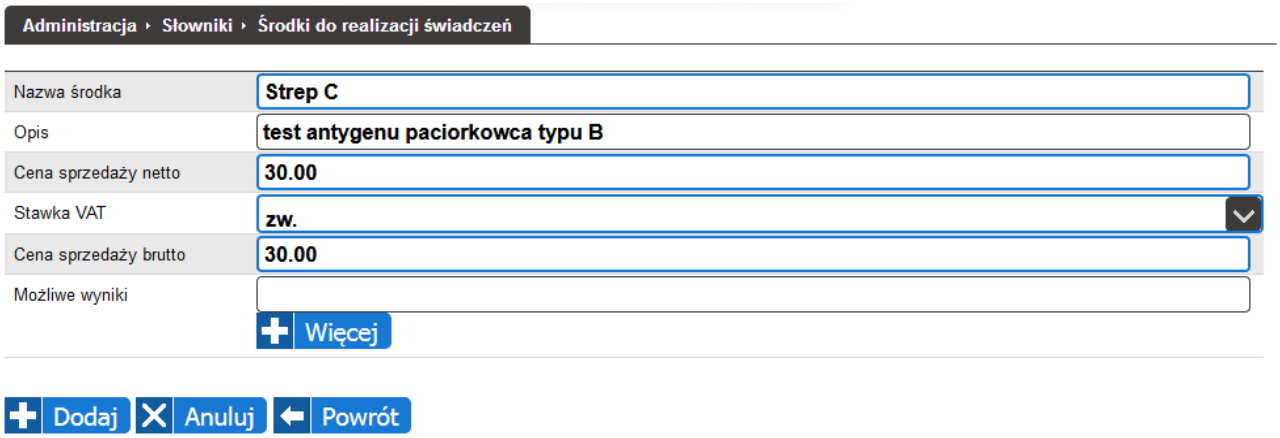
Aby usunąć szczepionkę należy kliknąć przycisk „Usuń” przy danej szczepionce na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji danych szczepionki z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcia szczepionki należy potwierdzić klikając na przycisk „Usuń”.

Środki do realizacji świadczeń

Funkcjonalność „Środki do realizacji świadczeń” z podmenu „Słowniki” w menu „Administracja” służy do zarządzania słownikiem środków do realizacji świadczeń komercyjnych. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista środków a przy każdego z nich przyciski „Edytuj” i „Usuń”. Pod listą środków wyświetla się przycisk „Dodaj”.



Aby dodać nowy środek należy kliknąć przycisk „Dodaj”. Wyświetli się wówczas formularz danych środka. W formularzu obok danych środka istnieje możliwość wprowadzenia możliwych wyników świadczeń zrealizowanych przy wykorzystaniu danego środka – domyślnie wyświetla się jedno pole do wprowadzenia jednego wyniku; aby wyświetlić więcej pól należy skorzystać z przycisku „Więcej”; pola pozostawione puste zostaną zignorowane przy zapisie. Po wprowadzeniu danych należy je zapisać klikając przycisk „Dodaj”.



Aby zmodyfikować dane środka należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy danym środku na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku dodawania środka z tym że wypełniony danymi wybranego środka. Po wprowadzeniu zmian należy dane zapisać klikając na przycisk „Uaktualnij”.

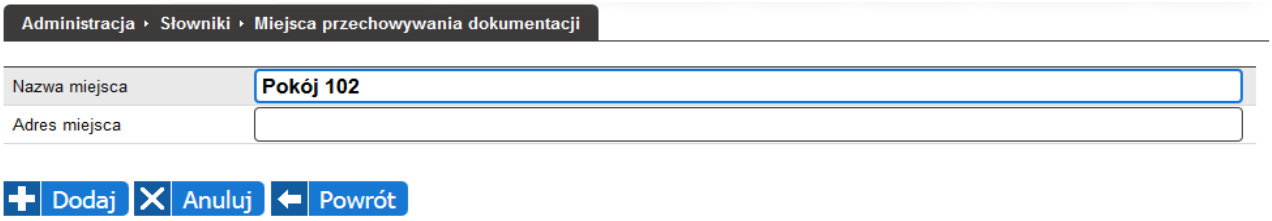
Aby usunąć środek należy kliknąć przycisk „Usuń” przy danym środku na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji danych środka z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcia środka należy potwierdzić klikając na przycisk „Usuń”.

Miejsca przechowywania dokumentacji

Funkcjonalność „Miejsca przechowywania dokumentacji” z podmenu „Słowniki” w menu „Administracja” służy do zarządzania słownikiem miejsc przechowywania papierowej dokumentacji medycznej. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista miejsc przechowywania a przy każdym z nich przyciski „Edytuj” i „Usuń”. Pod listą miejsc przechowywania wyświetla się przycisk „Dodaj”.



Aby dodać nowe miejsce przechowywania należy kliknąć przycisk „Dodaj”. Wyświetli się wówczas formularz danych miejsca przechowywania. Po wprowadzeniu danych należy je zapisać klikając przycisk „Dodaj”.

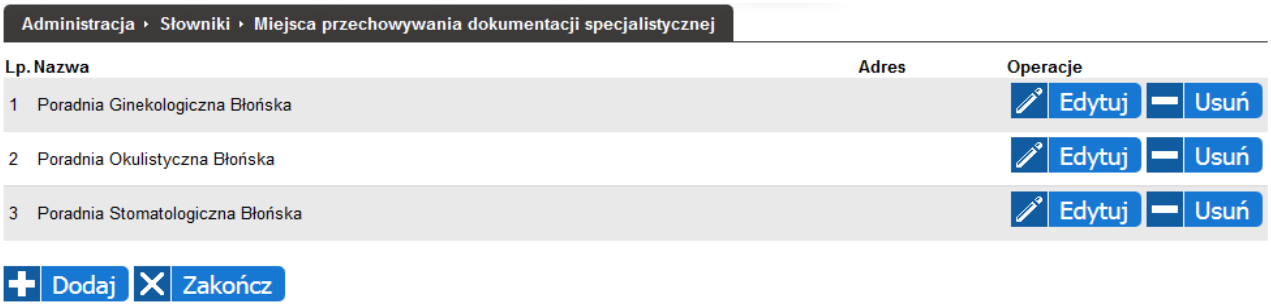


Aby zmodyfikować dane miejsca przechowywania należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy danym miejscu przechowywania na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku dodawania miejsca przechowywania z tym że wypełniony danymi wybranego miejsca przechowywania. Po wprowadzeniu zmian należy dane zapisać klikając na przycisk „Uaktualnij”.

Aby usunąć miejsce przechowywania należy kliknąć przycisk „Usuń” przy danym miejscu przechowywania na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji danych miejsca przechowywania z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcia miejsca przechowywania należy potwierdzić klikając na przycisk „Usuń”.

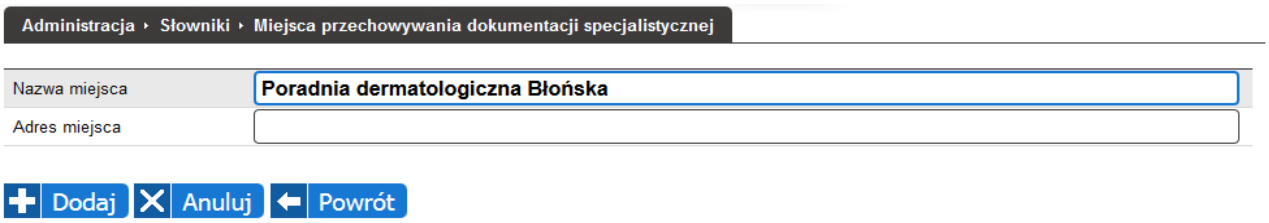
Miejsca przechowywania dokumentacji specjalistycznej

Funkcjonalność „Miejsca przechowywania dokumentacji specjalistycznej” z podmenu „Słowniki” w menu „Administracja” służy do zarządzania słownikiem miejsc przechowywania papierowej specjalistycznej dokumentacji medycznej (okulistycznej, stomatologicznej, dermatologicznej, itd.). Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista miejsc przechowywania a przy każdym z nich przyciski „Edytuj” i „Usuń”. Pod listą miejsc przechowywania wyświetla się przycisk „Dodaj”.



Aby dodać nowe miejsce przechowywania należy kliknąć przycisk „Dodaj”. Wyświetli się

wówczas formularz danych miejsca przechowywania. Po wprowadzeniu danych należy je zapisać klikając przycisk „Dodaj”.

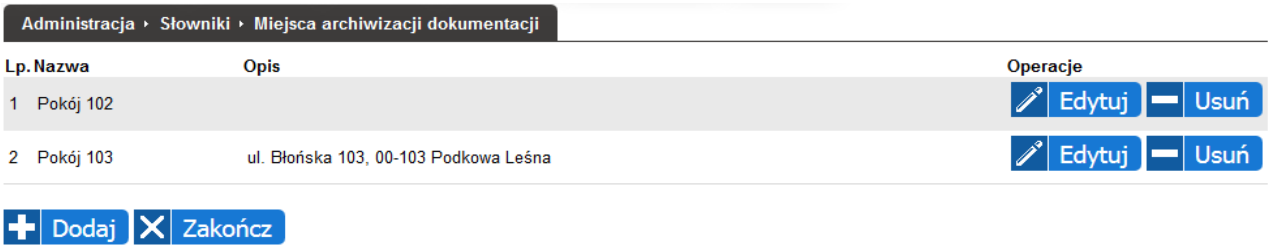


Aby zmodyfikować dane miejsca przechowywania należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy danym miejscu przechowywania na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku dodawania miejsca przechowywania z tym że wypełniony danymi wybranego miejsca przechowywania. Po wprowadzeniu zmian należy dane zapisać klikając na przycisk „Uaktualnij”.

Aby usunąć miejsce przechowywania należy kliknąć przycisk „Usuń” przy danym miejscu przechowywania na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji danych miejsca przechowywania z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcia miejsca przechowywania należy potwierdzić klikając na przycisk „Usuń”.

Miejsca archiwizacji dokumentacji

Funkcjonalność „Miejsca archiwizacji dokumentacji” z podmenu „Słowniki” w menu „Administracja” służy do zarządzania słownikiem miejsc archiwizacji papierowej dokumentacji medycznej. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista miejsc archiwizacji a przy każdym z nich przyciski „Edytuj” i „Usuń”. Pod listą archiwów wyświetla się przycisk „Dodaj”.



Aby dodać nowe miejsce archiwizacji należy kliknąć przycisk „Dodaj”. Wyświetli się wówczas formularz danych miejsca archiwizacji. Po wprowadzeniu danych należy je zapisać klikając przycisk „Dodaj”.

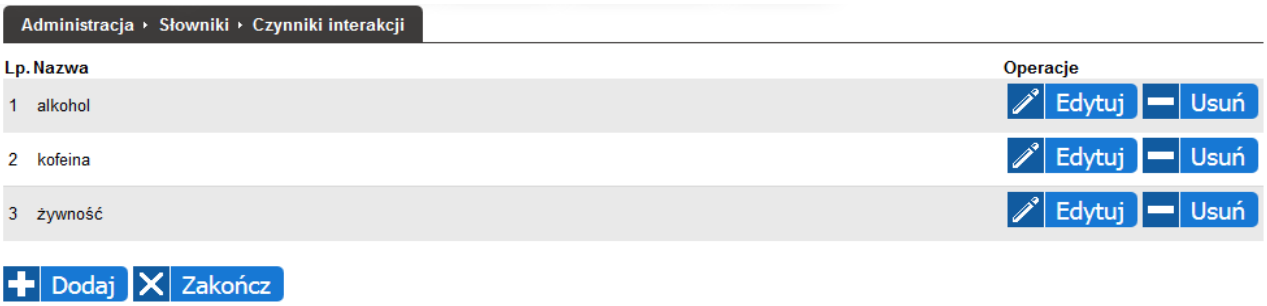


Aby zmodyfikować dane miejsca archiwizacji należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy danym miejscu archiwizacji na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku dodawania miejsca archiwizacji z tym że wypełniony danymi wybranego miejsca archiwizacji. Po wprowadzeniu zmian należy dane zapisać klikając na przycisk „Uaktualnij”.

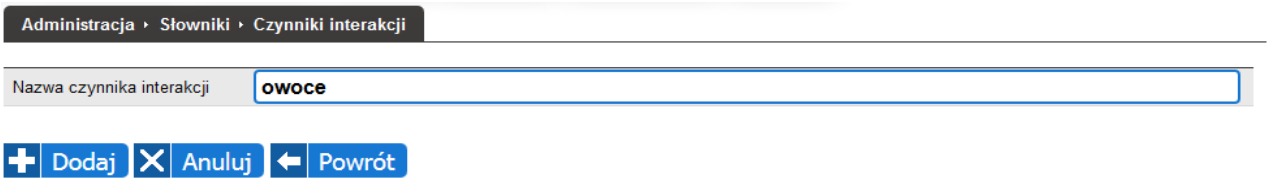
Aby usunąć miejsce archiwizacji należy kliknąć przycisk „Usuń” przy danym miejscu archiwizacji na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji danych miejsca archiwizacji z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcia miejsca archiwizacji należy potwierdzić klikając na przycisk „Usuń”.

Czynniki interakcji

Funkcjonalność „Czynniki interakcji” z podmenu „Słowniki” w menu „Administracja” służy do zarządzania słownikiem czynników z którymi leki wchodzą w interakcje. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista czynników a przy każdym z nich przyciski „Edytuj” i „Usuń”. Pod listą czynników wyświetla się przycisk „Dodaj”.



Aby dodać nowy czynnik należy kliknąć przycisk „Dodaj”. Wyświetli się wówczas formularz danych czynnika. Po wprowadzeniu nazwy należy ją zapisać klikając przycisk „Dodaj”.



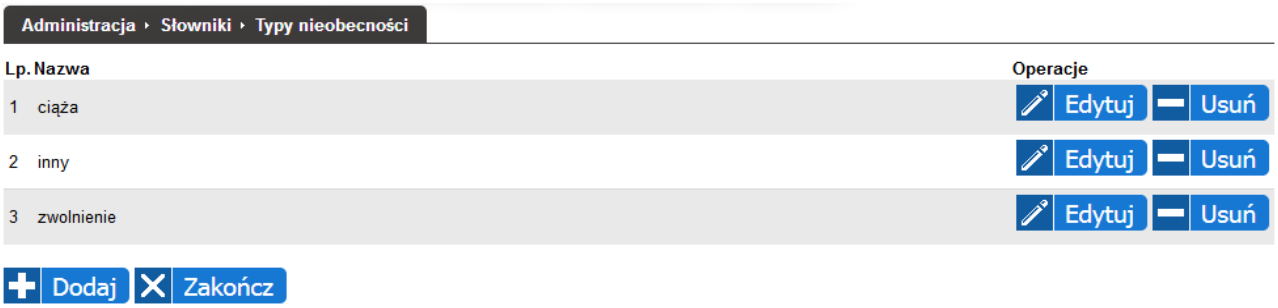
Aby zmodyfikować nazwę czynnika należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy danym czynniku na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku dodawania czynnika z tym że z wypełnioną nazwą wybranego czynnika. Po wprowadzeniu zmian należy nazwę zapisać klikając na przycisk „Uaktualnij”.

Aby usunąć czynnik należy kliknąć przycisk „Usuń” przy danym czynniku na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji nazwy czynnika z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcia czynnika należy potwierdzić klikając na przycisk „Usuń”.

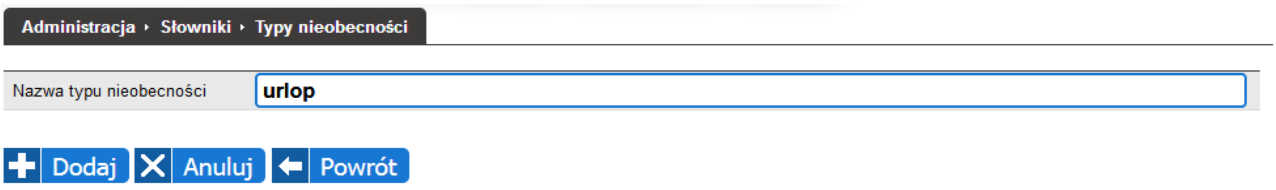
Typy nieobecności

Funkcjonalność „Typy nieobecności” z podmenu „Słowniki” w menu „Administracja” służy do zarządzania słownikiem typów nieobecności personelu i niedostępności sprzętu używanym do

zaznaczania nieobecności w grafikach pracy personelu i grafikach działania aparatury. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista typów nieobecności a przy każdym z nich przyciski „Edytuj” i „Usuń”. Pod listą typów nieobecności wyświetla się przycisk „Dodaj”.



Aby dodać nowy typ nieobecności należy kliknąć przycisk „Dodaj”. Wyświetli się wówczas formularz danych typu nieobecności. Po wprowadzeniu nazwy należy ją zapisać klikając przycisk „Dodaj”.

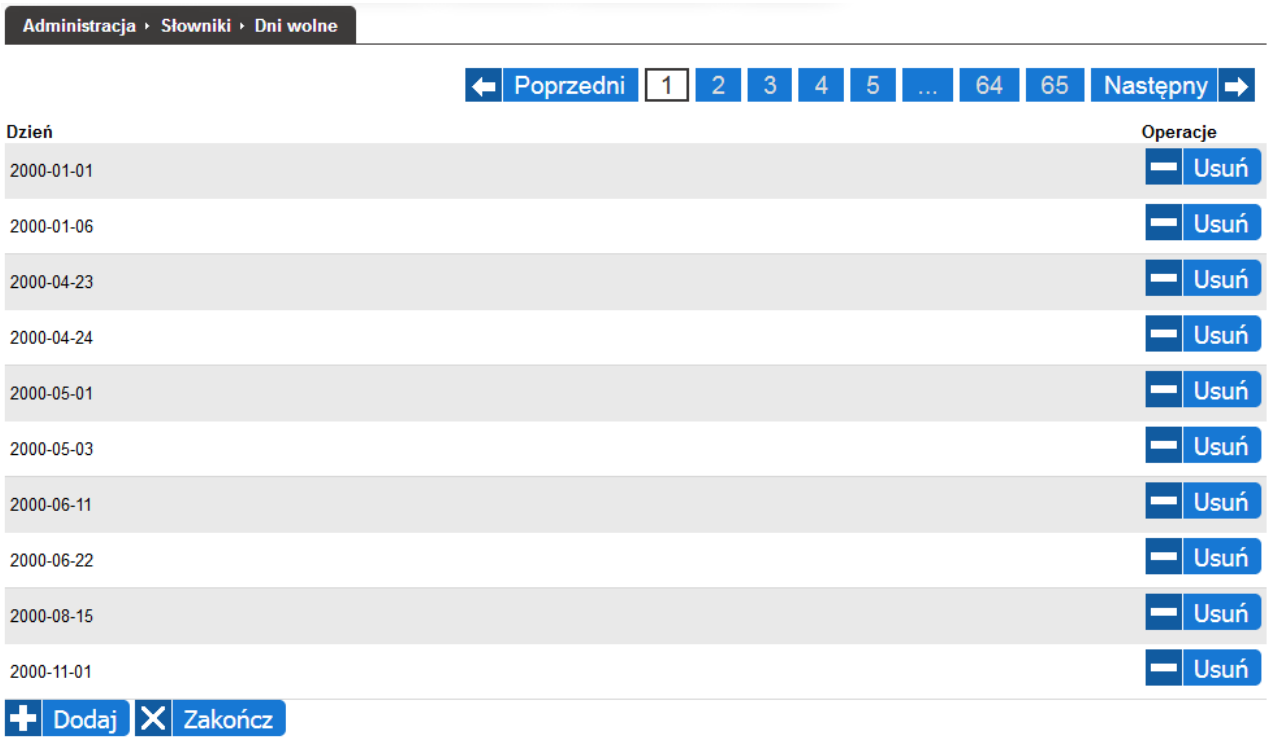


Aby zmodyfikować nazwę typu nieobecności należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy danym typie nieobecności na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku dodawania typu nieobecności z tym że z wypełnioną nazwą wybranego typu nieobecności. Po wprowadzeniu zmian należy nazwę zapisać klikając na przycisk „Uaktualnij”.

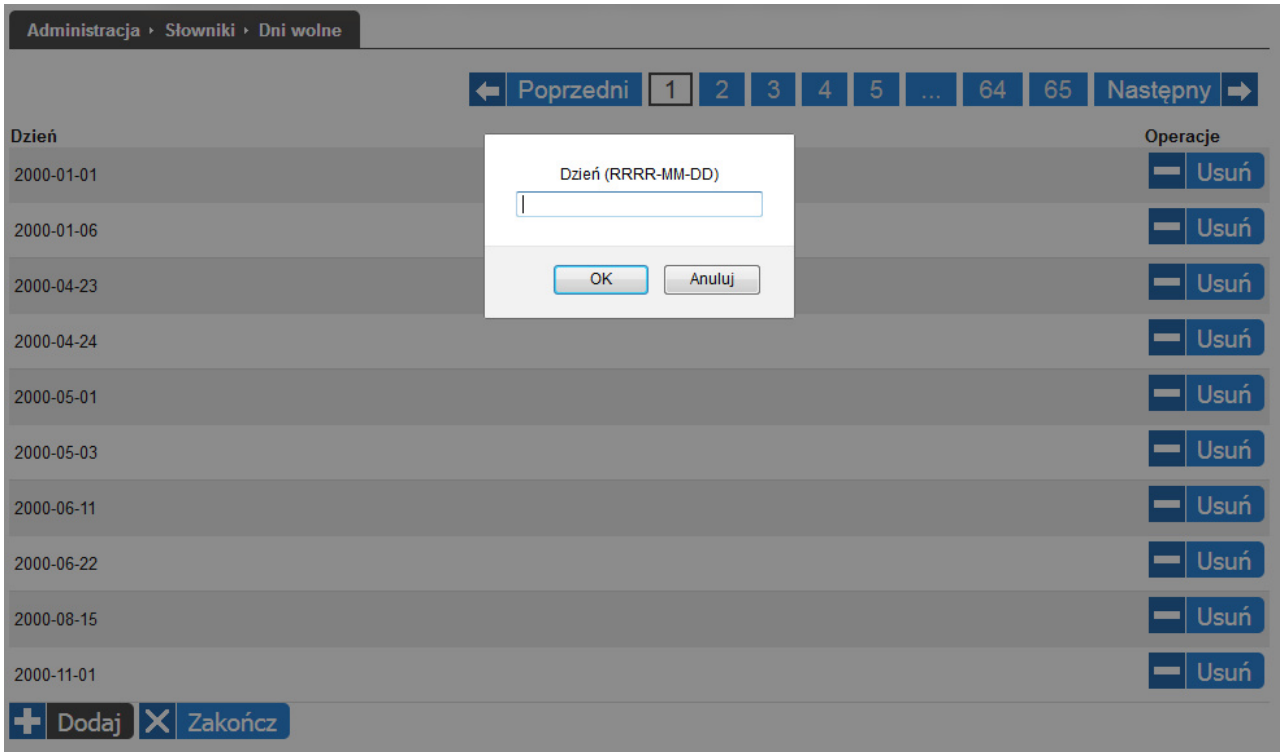
Aby usunąć typ nieobecności należy kliknąć przycisk „Usuń” przy danym typie nieobecności na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji nazwy typu nieobecności z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcia typu nieobecności należy potwierdzić klikając na przycisk „Usuń”.

Dni wolne

Funkcjonalność „Dni wolne” z podmenu „Słowniki” w menu „Administracja” służy do zarządzania słownikiem dni wolnych od pracy (dni świątecznych; nie dotyczy sobót i niedziel) używanym w grafikach pracy personelu i grafikach działania aparatury. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista dni wolnych a przy każdym z nich przycisk „Usuń”. Pod listą dni wolnych wyświetla się przycisk „Dodaj”. Słownik jest domyślnie wypełniony listą dni świątecznych na lata 2000-2049.



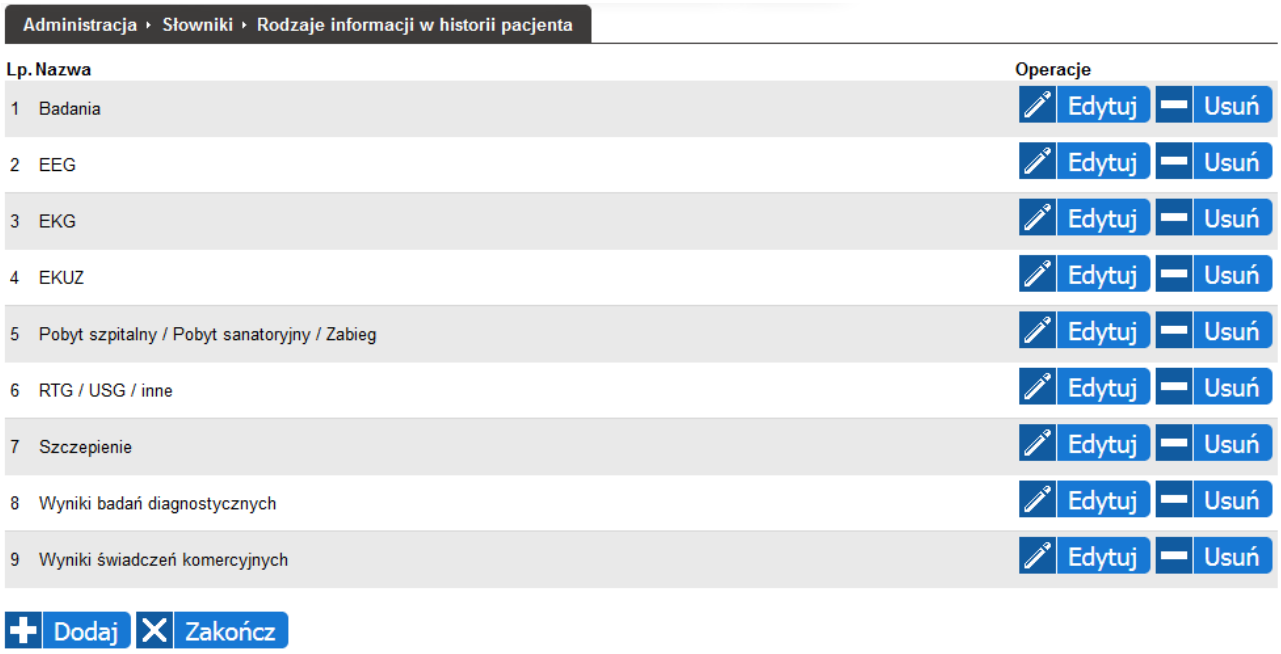
Aby dodać nowy dzień wolny należy kliknąć przycisk „Dodaj”. Wyświetli się wówczas okienko z prośbą o wprowadzenie daty. Po wprowadzeniu daty należy ją zatwierdzić klikając przycisk „OK”.



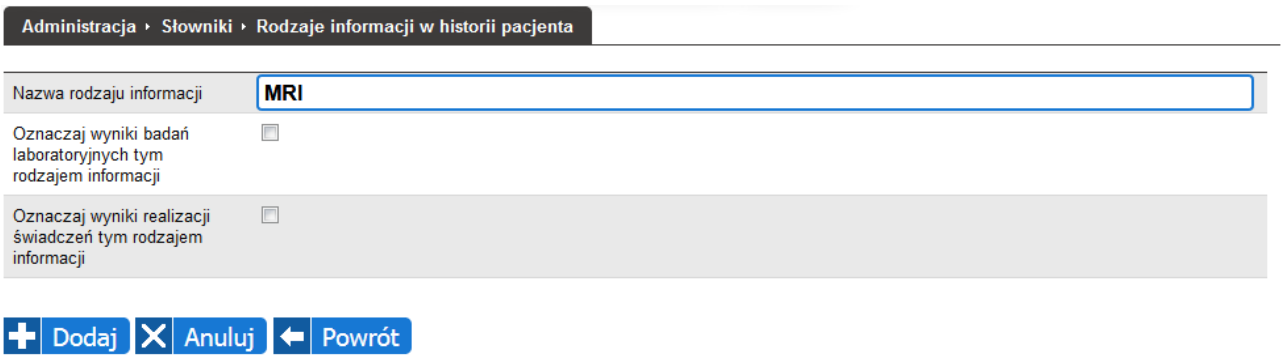
Aby usunąć dzień wolny należy kliknąć przycisk „Usuń” przy danym dniu wolnym na liście. Wyświetli się wówczas okienko z prośbą o potwierdzenie zamiaru usunięcia dnia wolnego. Zamiar usunięcia dnia wolnego należy potwierdzić klikając przycisk „OK”.

Rodzaje informacji w historii pacjenta

Funkcjonalność „Rodzaje informacji w historii pacjenta” z podmenu „Słowniki” w menu „Administracja” służy do zarządzania słownikiem rodzajów informacji gromadzonych w formie załączników w zakładce „Historia” w karcie pacjenta. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista rodzajów informacji a przy każdej z nich przyciski „Edytuj” i „Usuń”. Pod listą rodzajów informacji wyświetla się przycisk „Dodaj”.



Aby dodać nowy rodzaj informacji należy kliknąć przycisk „Dodaj”. Wyświetli się wówczas formularz danych rodzaju informacji. W formularzu należy wprowadzić nazwę rodzaju informacji, ponadto jeżeli odbierane elektronicznie z laboratorium wyniki badań diagnostycznych mają automatycznie trafiać do kart pacjentów i być kojarzone z danym rodzajem informacji należy dodatkowo zaznaczyć pole „Oznaczaj wyniki badań laboratoryjnych tym rodzajem informacji”, analogicznie jeżeli wyniki świadczeń komercyjnych mają automatycznie trafiać do kart pacjentów i być kojarzone z danym rodzajem informacji należy dodatkowo zaznaczyć pole „Oznaczaj wyniki realizacji świadczeń tym rodzajem informacji”, na koniec należy zapisać dane klikając przycisk „Dodaj”.



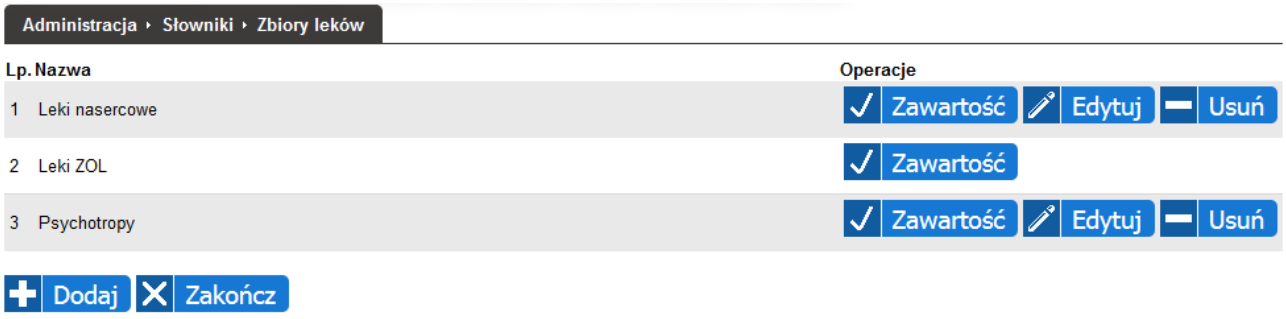
Aby zmodyfikować dane rodzaju informacji należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy danym rodzaju informacji na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku dodawania rodzaju informacji z tym że wypełniony danymi wybranego rodzaju informacji. Po wprowadzeniu zmian należy je zapisać klikając na przycisk „Uaktualnij”.

Aby usunąć rodzaj informacji należy kliknąć przycisk „Usuń” przy danym rodzaju informacji na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji danych rodzaju informacji z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcia rodzaju informacji należy potwierdzić klikając na przycisk „Usuń”.

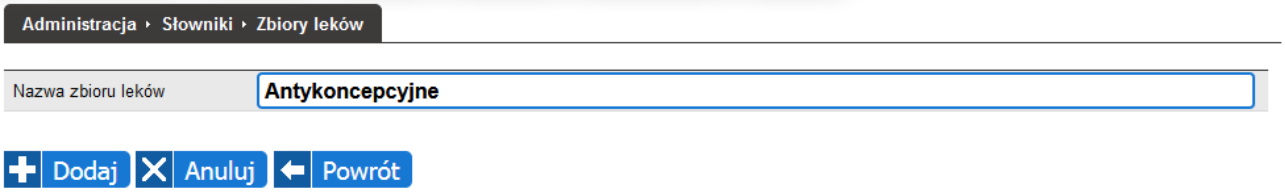
UWAGA! Wyniki badań diagnostycznych mogą być skojarzone tylko z jednym rodzajem informacji w związku z tym zaznaczenie pola „Oznaczaj wyniki badań laboratoryjnych tym rodzajem informacji” przy danym rodzaju informacji spowoduje automatyczne odznaczenie tego pola przy wszystkich innych rodzajach informacji. Wyniki świadczeń komercyjnych mogą być skojarzone tylko z jednym rodzajem informacji w związku z tym zaznaczenie pola „Oznaczaj wyniki realizacji świadczeń tym rodzajem informacji” przy danym rodzaju informacji spowoduje automatyczne odznaczenie tego pola przy wszystkich innych rodzajach informacji.

Zbiory leków

Funkcjonalność „Zbiory leków” z podmenu „Słowniki” w menu „Administracja” służy do definiowania zbiorów leków jako podzbiorów ogólnej bazy leków. Utworzone zbiory leków podlegają mechanizmom gospodarki magazynowej zasobami. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista zdefiniowanych zbiorów leków a przy każdym z nich przyciski „Zawartość”, „Edytuj” i „Usuń” (ostatnie dwa tylko przy zbiorach, które nie są predefiniowane), zaś pod listą dostępny jest przycisk „Dodaj”.



Aby dodać nowy zbiór należy kliknąć przycisk „Dodaj”. Wyświetli się wówczas formularz w którym należy podać nazwę zbioru i zapisać dane klikając przycisk „Dodaj”.

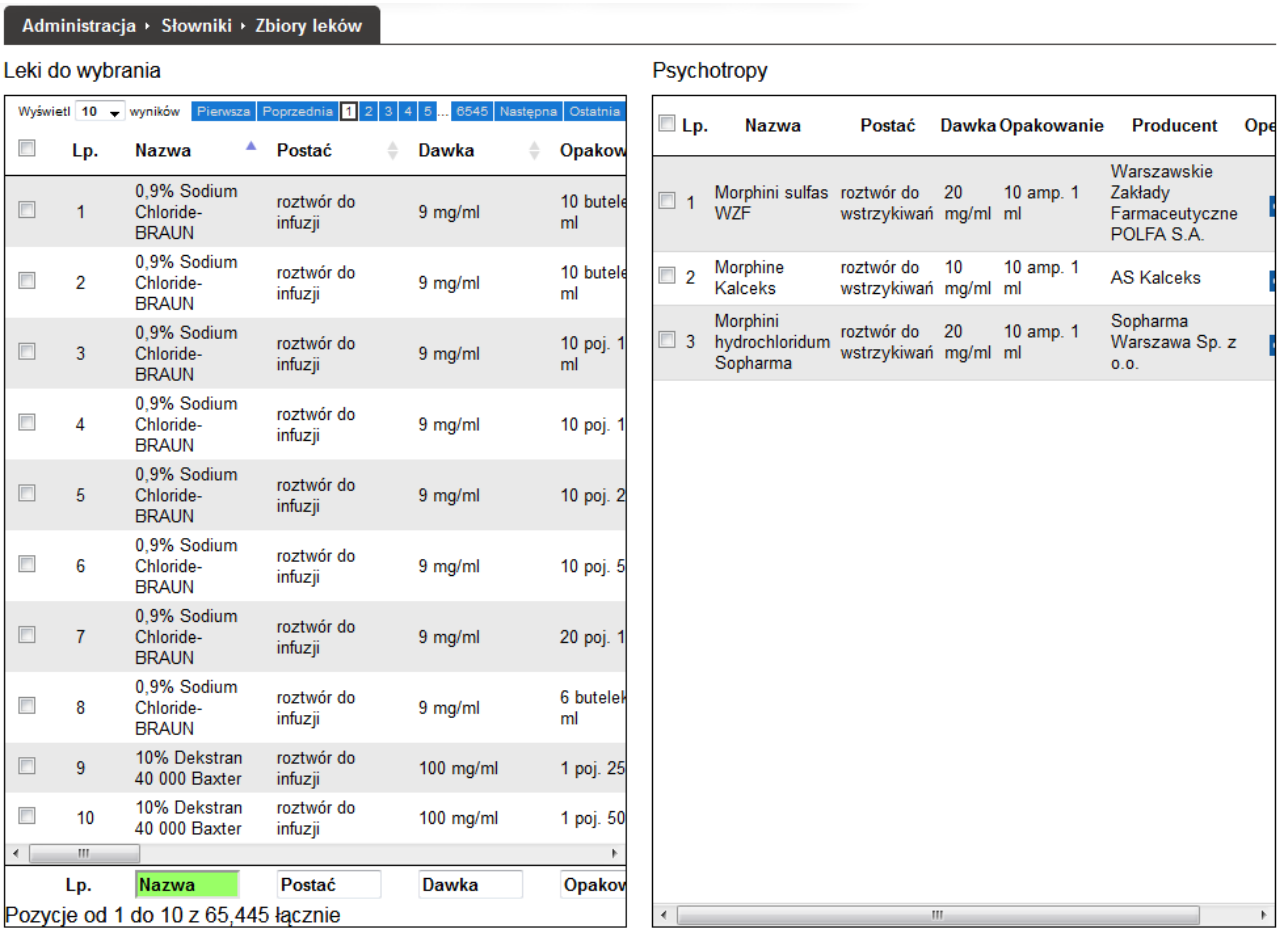


Aby zmodyfikować dane zbioru należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy danym zbiorze na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku dodawania zbioru z tym że

wypełniony danymi wybranego zbioru. Po wprowadzeniu zmian należy je zapisać klikając na przycisk „Uaktualnij”.

Aby usunąć zbiór należy kliknąć przycisk „Usuń” przy danym zbiorze na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji danych zbioru z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcia zbioru należy potwierdzić klikając na przycisk „Usuń”.

Aby móc zarządzać zawartością zbioru należy kliknąć przycisk „Zawartość” przy danym zbiorze na liście. Wyświetli się wówczas widok z dwiema kolumnami. Lewa kolumna to lista wszystkich leków na bazie których można stworzyć zbiór. Prawa kolumna to lista leków tworzących zbiór.

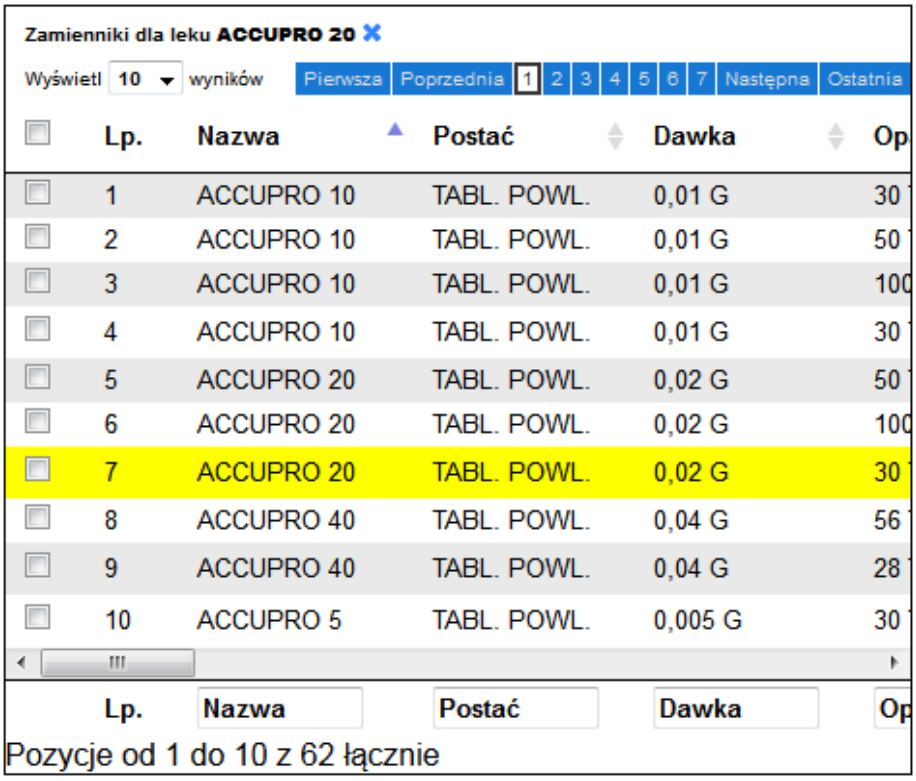


W lewej kolumnie domyślnie wyświetlają się wszystkie dostępne leki. Przy każdym leku prezentowane są następujące informacje:

- nazwa
- postać
- opakowanie
- producent
- odpłatność
- czy jest to lek dopuszczony do obrotu
- czy jest to lek antykoncepcyjny

- grupa prekursorów
- kategoria dostępności
- nazwa międzynarodowa
- charakterystyka – jeżeli lek posiada charakterystykę wówczas w polu charakterystyki wyświetlany jest przycisk ze strzałką w dół „↓” umożliwiający pobranie pliku PDF z charakterystyką leku
- zamienniki - przy każdym leku dostępny jest przycisk „Wyświetl”, który pozwala wyświetlić zamienniki dla danego leku

Naciśnięcie przycisku wyświetlania zamienników przy dowolnym leku przełącza widok z listy leków na listę zamienników wybranego leku a lek ten na liście zamienników jest podświetlony na żółto. W górnej części kolumny wyświetla się dodatkowo informacja o tym jakiego leku zamienniki są aktualnie wyświetlane a przy tej informacji niebieski znak „×”. Kliknięcie znaku „×” kończy wyświetlanie zamienników i przywraca poprzedni widok leków.



Listę leków wyświetlanych w lewej kolumnie można zawężać wpisując fragment nazwy, postaci, opakowania, producenta, nazwy międzynarodowej w polach widocznych w dolnej części kolumny i/lub wybierając odpowiednie wartości z list rozwijanych również widocznych w dolnej części kolumny. Przy wpisywaniu fragmentu nazwy, postaci, opakowania, producenta, nazwy międzynarodowej i/lub wybieraniu wartości z list rozwijanych system automatycznie wyświetli tylko leki spełniające zadane kryteria. Aby dodać lek do zbioru należy najechać kursorem myszy na dany lek (w lewej kolumnie), wcisnąć lewy przycisk myszy i przytrzymując wciśnięty lewy przycisk przeciągnąć kursor do prawej kolumny po czym zwolnić lewy przycisk myszy. W ten sposób lek zostanie przeniesiony z lewej do prawej kolumny, czyli trafi do zbioru. Przy lekach w lewej kolumnie widoczne są pola umożliwiające zaznaczanie leków. Służą one do tego aby możliwe

było dodawanie wielu leków na raz do zbioru. Aby do zbioru dodać kilka leków na raz wystarczy je zaznaczyć w lewej kolumnie, najechać kursorem myszy na którykolwiek z tych leków, wcisnąć lewy przycisk myszy i przytrzymując wciśnięty lewy przycisk przeciągnąć kursor do prawej kolumny po czym zwolnić lewy przycisk myszy. W ten sposób leki zostaną przeniesione z lewej do prawej kolumny, czyli trafią do zbioru. Nad listą leków w lewej kolumnie również jest widoczne pole zaznaczenia służące do zaznaczania/odznaczania w szybki sposób wszystkich widocznych leków. Klikając z kolei na nagłówki kolumn nad listą leków można posortować je alfabetycznie względem danej kolumny (kolejne kliknięcia zmieniają kolejność sortowania z rosnącej na malejącą i odwrotnie). W górnej części lewej kolumny widoczny jest ponadto panel nawigacyjny umożliwiający zmianę ilości leków widocznych na jednym ekranie jak również przełączanie się pomiędzy kolejnymi ekranami jeśli leki nie mieszczą się na jednym.

W prawej kolumnie widoczna jest lista tworzących zbiór. Przy każdym leku dostępny jest przycisk ze znakiem „-" umożliwiający usunięcie leku ze zbioru. Przy wszystkich lekach widoczne są też pola umożliwiające zaznaczanie leków. Służą one do tego aby możliwe było usuwanie wielu leków na raz ze zbioru. Po zaznaczeniu przynajmniej jednego leku w dolnej części prawej kolumny pojawia się przycisk „Usuń zaznaczone" umożliwiający usunięcie wszystkich zaznaczonych leków ze zbioru. Nad listą leków w prawej kolumnie również jest widoczne pole zaznaczenia służące do zaznaczania/odznaczania w szybki sposób wszystkich widocznych leków. Kolejność leków w prawej kolumnie można zmieniać na zasadzie przeciągania i upuszczania. Aby przesunąć lek w prawej kolumnie w inne miejsce należy najechać kursorem myszy na dany lek, wcisnąć lewy przycisk myszy i przytrzymując wciśnięty lewy przycisk przeciągnąć kursor w inne miejsce prawej kolumny po czym zwolnić lewy przycisk myszy a lek zostanie przeniesiony we wskazane miejsce.

Predefiniowane zbiory leków:

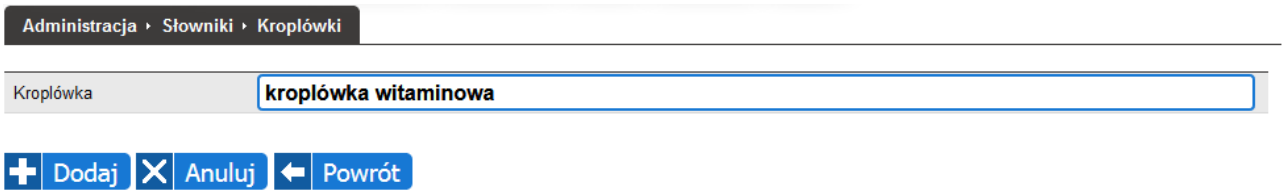
- Leki ZOL – leki, które będą stosowane w zakładzie opiekuńczo-leczniczym; ilość sztuk w dostawie takich leków powinna być określona ilością dawek (np. ilością tabletek) ze względu na sposób w jaki będą one wydawane

Kroplówki

Funkcjonalność „Kroplówki" z podmenu „Słowniki" w menu „Administracja" służy do definiowania rodzajów kroplówek. Kroplówki podlegają mechanizmom gospodarki magazynowej zasobami. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista zdefiniowanych kroplówek a przy każdej z nich przyciski „Edytuj" i „Usuń", zaś pod listą dostępny jest przycisk „Dodaj".



Aby dodać nowy rodzaj kroplówki należy kliknąć przycisk „Dodaj". Wyświetli się wówczas formularz w którym należy podać nazwę kroplówki i zapisać dane klikając przycisk „Dodaj".

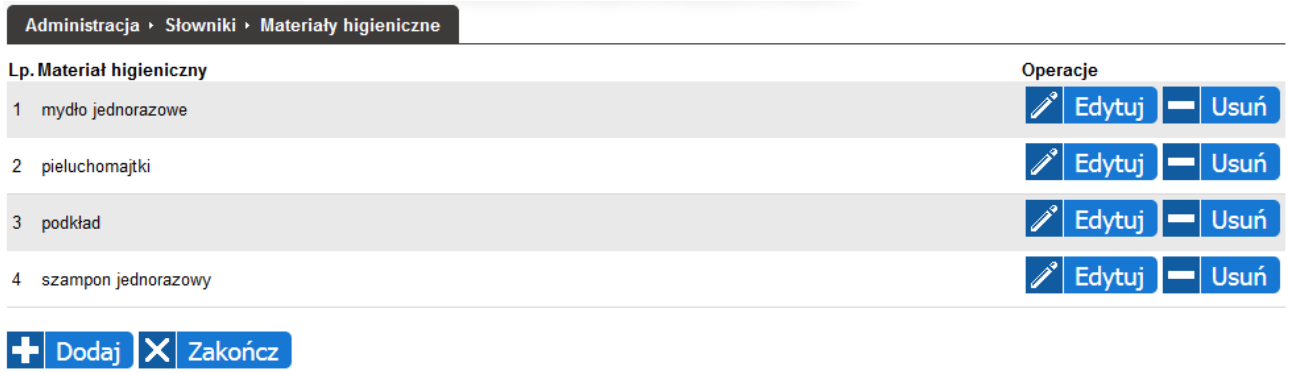


Aby zmodyfikować dane kroplówki należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy danym rodzaju kroplówki na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku dodawania kroplówki, z tym że wypełniony danymi wybranej kroplówki. Po wprowadzeniu zmian należy je zapisać klikając na przycisk „Uaktualnij”.

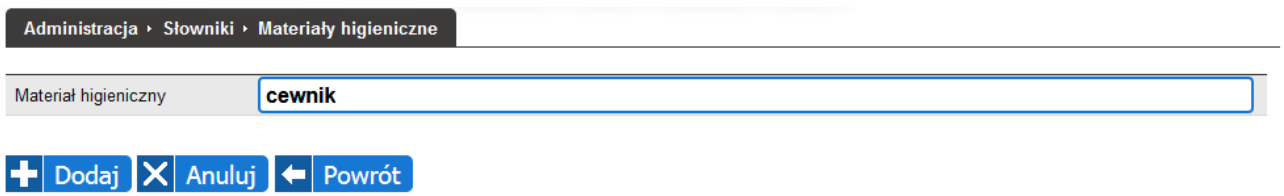
Aby usunąć kroplówkę należy kliknąć przycisk „Usuń” przy danym rodzaju kroplówki na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji danych kroplówki z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcia kroplówki należy potwierdzić klikając na przycisk „Usuń”.

Materiały higieniczne

Funkcjonalność „Materiały higieniczne” z podmenu „Słowniki” w menu „Administracja” służy do definiowania rodzajów materiałów higienicznych i akcesoriów jednorazowego użytku. Materiały higieniczne podlegają mechanizmom gospodarki magazynowej zasobami. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista zdefiniowanych materiałów higienicznych a przy każdym z nich przyciski „Edytuj” i „Usuń”, zaś pod listą dostępny jest przycisk „Dodaj”.



Aby dodać nowy rodzaj materiału higienicznego należy kliknąć przycisk „Dodaj”. Wyświetli się wówczas formularz w którym należy podać nazwę materiału higienicznego i zapisać dane klikając przycisk „Dodaj”.



Aby zmodyfikować dane materiału higienicznego należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy danym

rodzaju materiału higienicznego na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku dodawania materiału higienicznego, z tym że wypełniony danymi wybranego materiału higienicznego. Po wprowadzeniu zmian należy je zapisać klikając na przycisk „Uaktualnij".

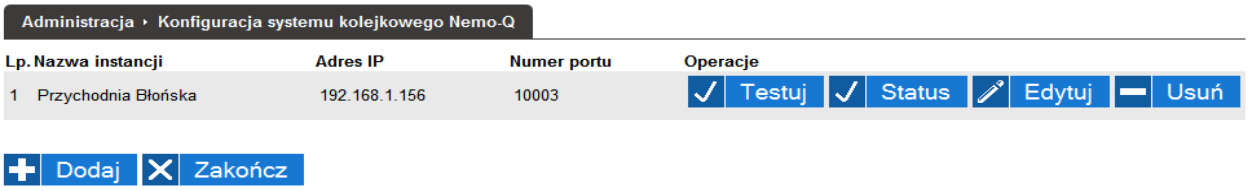
Aby usunąć materiał higieniczny należy kliknąć przycisk „Usuń" przy danym rodzaju materiału higienicznego na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji danych materiału higienicznego z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcia materiału higienicznego należy potwierdzić klikając na przycisk „Usuń".

Nemo-Q

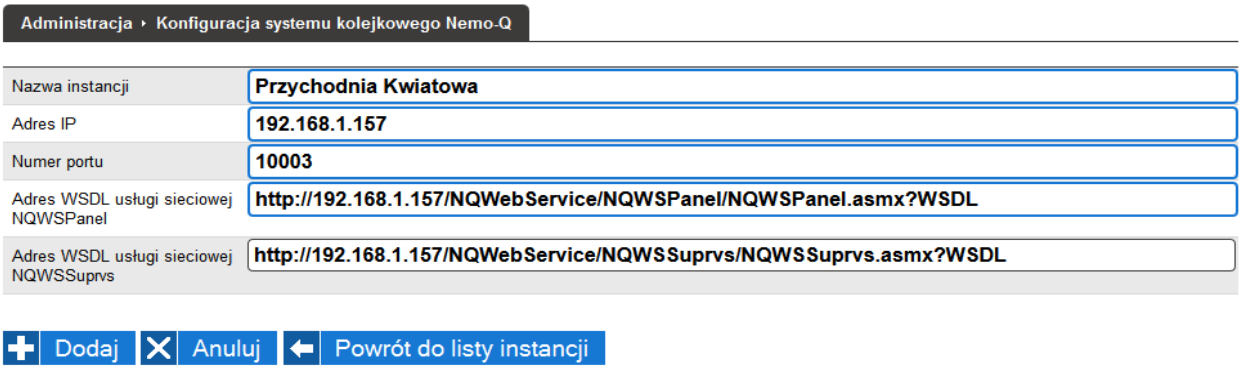
System jHIS jest przygotowany do współpracy z systemem kolejkowym Nemo-Q. Możliwa jest współpraca jednocześnie z wieloma instancjami systemu kolejkowego (np. jeżeli system jHIS działa w zakładzie opieki zdrowotnej posiadającym kilka placówek a w każdej placówce działa osobny system kolejkowy Nemo-Q). Funkcjonalność „Nemo-Q" z menu „Administracja" służy do konfigurowania dostępu do poszczególnych instancji systemu kolejkowego. Po wybraniu tej funkcjonalności pojawia się lista zdefiniowanych już instancji systemów kolejkowych (o ile jakiekolwiek zostały już zdefiniowane), a przy każdym z nich przyciski:

- Testuj – sprawdza czy połączenie z systemem kolejkowym jest fizycznie możliwe
- Status – wyświetla statystyki z systemu kolejkowego (dostępność przycisku zależy od konfiguracji systemu Nemo-Q)
- Edytuj – wyświetla formularz edycji instancji systemu kolejkowego
- Usuń – wyświetla formularz usuwania instancji systemu kolejkowego

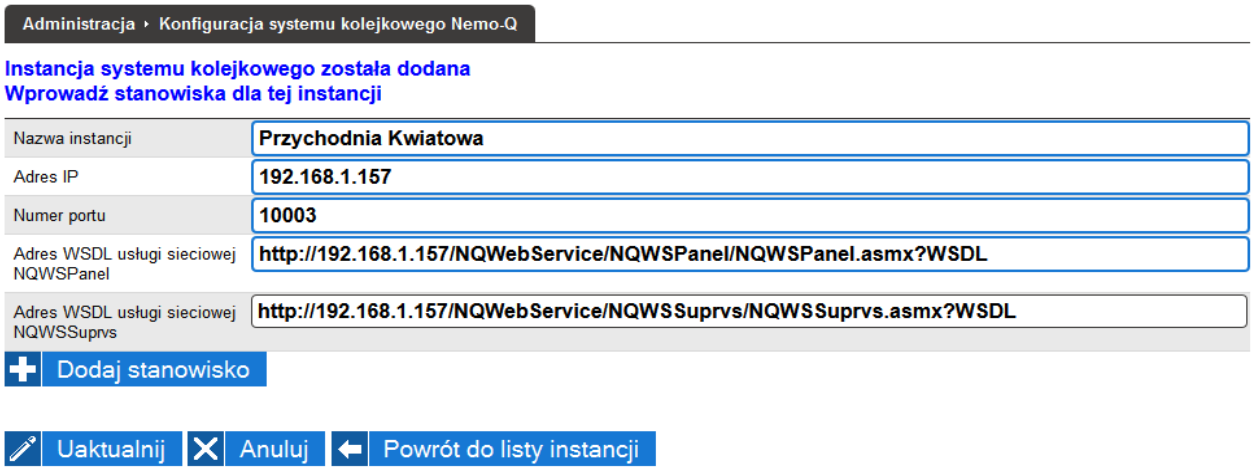
Pod listą wyświetla się przycisk „Dodaj" wyświetlający formularz dodawania nowej instancji systemu kolejkowego.



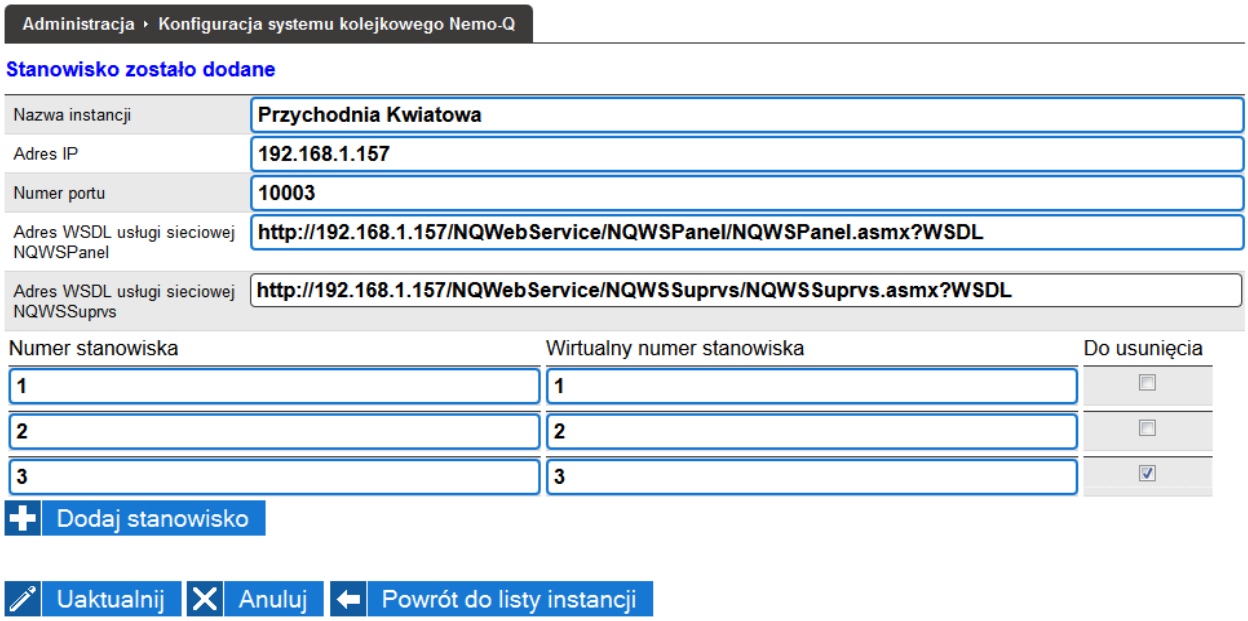
Aby dodać nową instancję systemu kolejkowego należy skorzystać z przycisku „Dodaj". Po jego naciśnięciu wyświetli się formularz dodawania nowej instancji systemu kolejkowego, który należy wypełnić i zatwierdzić przyciskiem „Dodaj". Nazwa instancji będzie typowo nazwą lokalizacji.



Po dodaniu nowego systemu kolejkowego formularz danych systemu przełącza się automatycznie w tryb jego edycji aby możliwe było wprowadzenie stanowisk funkcjonujących w danym systemie kolejkowym.



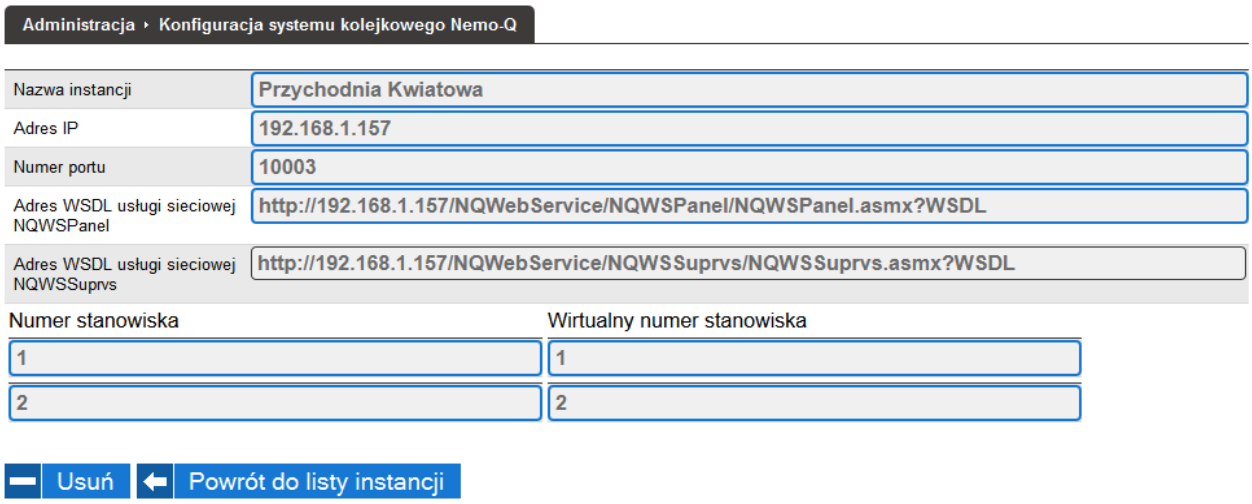
Klikając przycisk „Dodaj stanowisko” system poprosi o podanie numeru stanowiska a następnie o podanie wirtualnego numeru stanowiska. Po ich wprowadzeniu pod formularzem danych systemu kolejkowego pojawią się dane dodanego stanowiska. Można dodać dowolną liczbę stanowisk, jednak należy mieć na uwadze, że muszą one odpowiadać stanowiskom skonfigurowanym w systemie Nemo-Q.



Jeżeli zachodzi potrzeba zmodyfikowania danych systemu kolejkowego lub któregokolwiek ze stanowisk należy w formularzu wprowadzić zmiany i zatwierdzić je przyciskiem „Uaktualnij". Jeżeli zachodzi potrzeba usunięcia stanowiska lub stanowisk należy zaznaczyć przy tych stanowiskach checkbox w kolumnie „Do usunięcia" i zatwierdzić przyciskiem „Uaktualnij".

Aby zmodyfikować dane istniejącej instancji systemu kolejkowego należy na liście instancji systemu kolejkowego kliknąć przy właściwej instancji przycisk „Edytuj". Wyświetli się wówczas formularz edycji identyczny jak opisano powyżej.

Aby usunąć instancję systemu kolejkowego należy na liście instancji systemu kolejkowego kliknąć przy właściwej instancji przycisk „Usuń". Wyświetli się wówczas formularz danych instancji systemu kolejkowego w trybie tylko do odczytu – kliknięcie przycisku „Usuń" pod tym formularzem zatwierdza usunięcie danej instancji systemu kolejkowego.



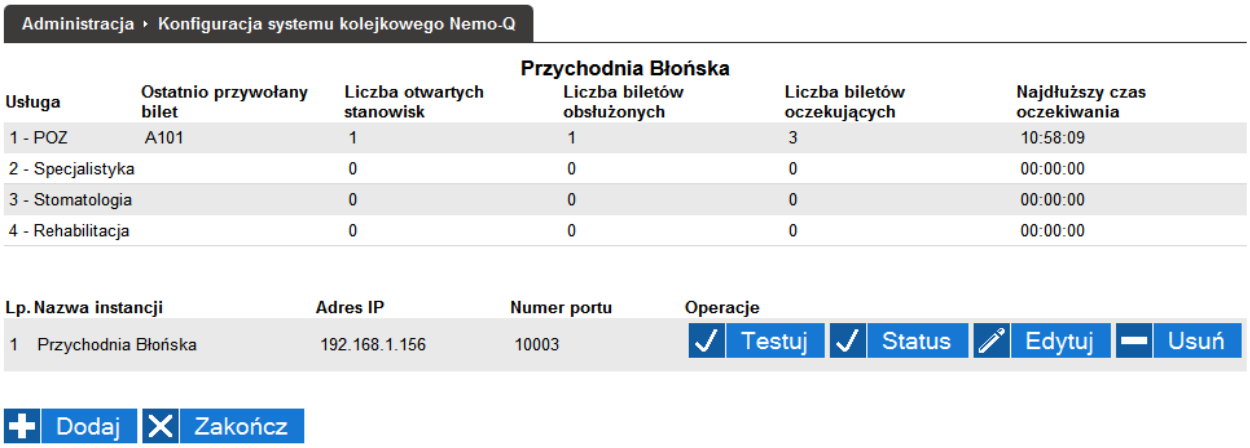
Po dodaniu nowej instancji systemu kolejkowego lub zmodyfikowaniu istniejącej instancji należy dla pewności sprawdzić jej dostępność. W tym celu należy skorzystać z przycisku „Testuj" przy właściwej instancji na liście wszystkich instancji. Po jego naciśnięciu system jHIS próbuje

nawiązać połączenie z danym adresem IP na danym porcie oraz sprawdzić czy adres WSDL jest dostępny po czym wyświetla stosowny komunikat o dostępności lub niedostępności danej instancji systemu kolejkowego.



Jeżeli system jHIS zgłosi, że dana instancja systemu kolejkowego jest niedostępna oznacza to, że albo błędnie zostały wprowadzone dane tej instancji (wobec czego należy je poprawić) albo system kolejkowy nie został prawidłowo skonfigurowany (co należy poprawić w systemie kolejkowym Nemo-Q).

Aby wyświetlić statystyki dla danej instancji systemu kolejkowego należy skorzystać z przycisku „Status” przy właściwej instancji na liście wszystkich instancji. Po jego naciśnięciu wyświetlane są odpowiednie statystyki (o ile został zdefiniowany dla danej instancji adres WSDL usługi sieciowej NQWSSuprvs).



W statystykach dla każdego rodzaju biletu istniejącego w systemie kolejkowym wyświetlane są następujące informacje:

- numer ostatnio przywołanego biletu danego typu
- liczba otwartych stanowisk (obsługujących pacjentów w danej chwili) zdolnych do obsługi pacjentów z biletami danego typu
- liczba biletów (pacjentów) obsłużonych w kolejce głównej
- liczba biletów (pacjentów) oczekujących w kolejce głównej
- najdłuższy czas oczekiwania biletu (pacjenta) w kolejce głównej

jHQ

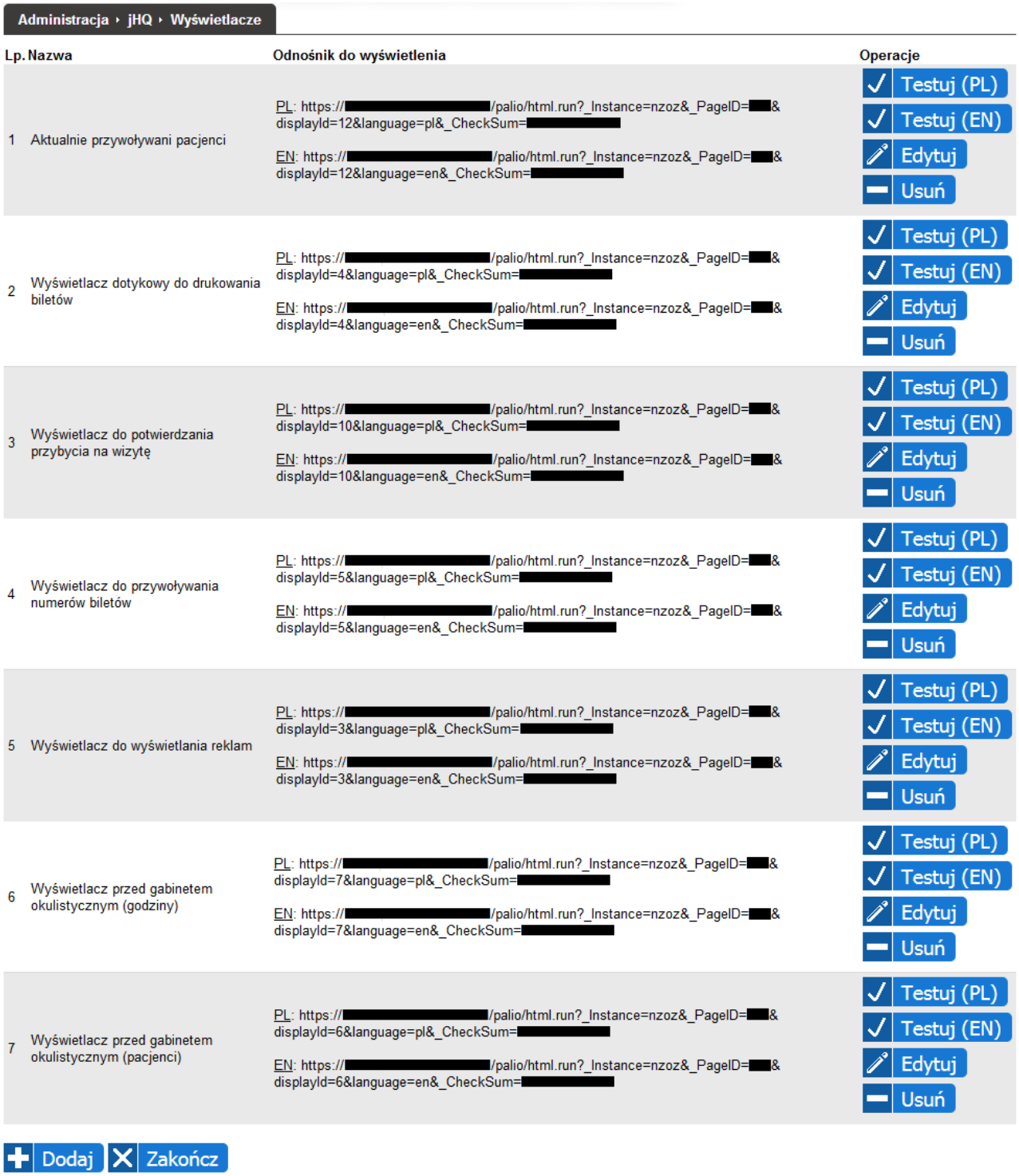
jHQ (jPALIO Hybrid Queuer) jest wbudowanym w jHIS systemem kolejkowym umożliwiającym kompleksowe kierowanie ruchem pacjentów i zarządzanie treściami informacyjnymi dla pacjentów. Logicznie system jHQ jest obsługiwany z poziomu systemu jHIS przez administratora. Fizycznie system jHQ może składać się z dowolnych urządzeń posiadających wyświetlacz (w przypadku drukowania biletów i potwierdzania przybycia na wizytę musi on posiadać ekran dotykowy), przeglądarkę internetową Firefox lub Chrome i dostęp do serwera na którym zainstalowany jest system jHIS (mogą to być komputery all-in-one, komputery PC stick + monitory, tablety, ...). Dla każdego z takich urządzeń w systemie jHIS definiuje się wyświetlaną treść do której system jHIS generuje odnośnik. Po umieszczeniu takiego odnośnika w oknie przeglądarki właściwego urządzenia i włączeniu w przeglądarce trybu pełnoekranowego urządzenie jest gotowe do pracy pod kontrolą systemu kolejkowego jHQ. Zakres treści możliwych do wyświetlenia jest następujący:

- slajdy informacyjne - grafiki informacyjne dla pacjentów (np. promocja zdrowia, plan przychodni, aktualne informacje, reklamy)
- godziny pracy personelu w gabinecie - nazwiska personelu i godziny pracy w danym gabinecie w dniu dzisiejszym
- pacjenci zapisani do gabinetu - lista pacjentów zapisanych na wizytę do danego gabinetu w dniu dzisiejszym wraz ze statusami przyjęć
- drukowanie biletów - przyciski drukowania biletów (wymagane jest aby urządzenie na którym mają być wyświetlane przyciski posiadało ekran dotykowy i skonfigurowane połączenie z drukarką biletów)
- numery biletów - numery przywoływanych biletów
- potwierdzanie przybycia na wizytę - wprowadzanie identyfikatora umówionej wizyty w celu potwierdzenia stawienia się na wizyt (wymagane jest aby urządzenie na którym mają być wyświetlane przyciski posiadało ekran dotykowy)
- pacjenci aktualnie przywoływani do gabinetów - lista pacjentów przywoływanych w danym momencie do określonych gabinetów (np. wszystkich gabinetów w przychodni, wszystkich gabinetów na danym piętrze przychodni, itp.)

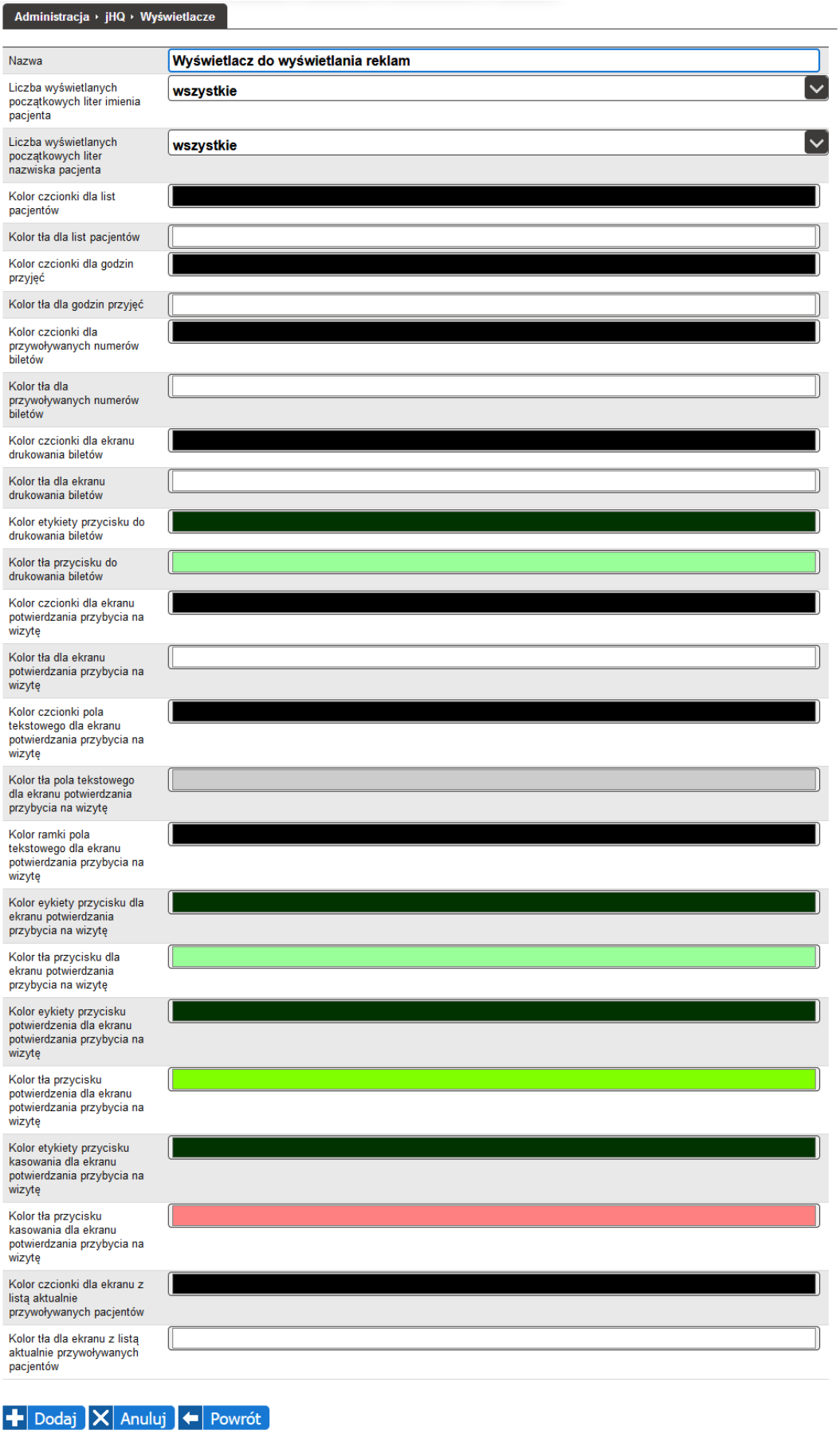
Istnieje możliwość wskazania kilku zakresów treści do wyświetlania na jednym urządzeniu: w takim przypadku są one zmieniane cyklicznie według zdefiniowanego harmonogramu. Jeżeli zaś na jednym urządzeniu ma być wyświetlany tylko jeden zakres treści, wówczas istnieje możliwość określenia czasu odświeżania wyświetlanej zawartości.

Wyświetlacze

Funkcjonalność "Wyświetlacze" z podmenu "jHQ" w menu "Administracja" służy do definiowania zawartości wyświetlaczy działających w ramach systemu kolejkowego jHQ. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista zdefiniowanych wyświetlaczy a przy każdym z nich przyciski "Testuj" (w takich wersjach językowych jak interfejs użytkownika systemu jHIS), "Edytuj" i "Usuń". Przy każdym wyświetlaczu prezentowany jest ponadto odnośnik, który należy skopiować i umieścić w oknie przeglądarki na urządzeniu obsługującym dany wyświetlacz. Pod listą wyświetlaczy wyświetla się przycisk "Dodaj".



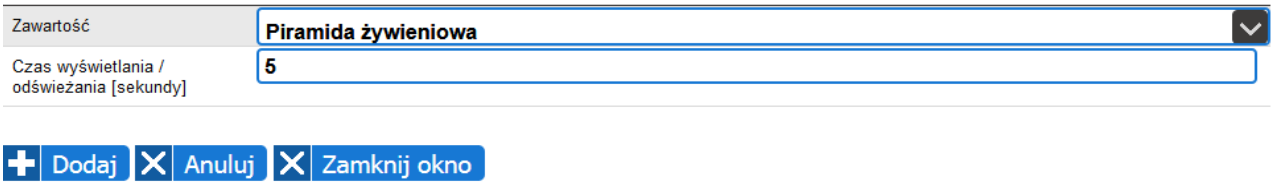
Aby dodać nowy wyświetlacz należy kliknąć przycisk "Dodaj". Wyświetli się wówczas formularz dodawania wyświetlacza gdzie należy wprowadzić jego nazwę, wskazać sposób wyświetlania imion i nazwisk pacjentów na listach pacjentów zapisanych do gabinetów (np. pełne imię i pełne nazwisko, pełne imię i pierwsza litera nazwiska, inicjały, ...), zdefiniować kolory używane do wyświetlania różnych treści (domyślne kolory są wstępnie wprowadzone) i kliknąć przycisk "Dodaj".


Administracja › jHQ › Wyświetlacze
Nazwa
Wyświetlacz do wyświetlania reklam
Liczba wyświetlanych początkowych liter imienia pacjenta
wszystkie
Liczba wyświetlanych początkowych liter nazwiska pacjenta
wszystkie
Kolor czcionki dla list pacjentów
Kolor tła dla list pacjentów
Kolor czcionki dla godzin przyjęć
Kolor tła dla godzin przyjęć
Kolor czcionki dla przywoływanych numerów biletów
Kolor tła dla przywoływanych numerów biletów
Kolor czcionki dla ekranu drukowania biletów
Kolor tła dla ekranu drukowania biletów
Kolor etykiety przycisku do drukowania biletów
Kolor tła przycisku do drukowania biletów
Kolor czcionki dla ekranu potwierdzania przybycia na wizytę
Kolor tła dla ekranu potwierdzania przybycia na wizytę
Kolor czcionki pola tekstowego dla ekranu potwierdzania przybycia na wizytę
Kolor tła pola tekstowego dla ekranu potwierdzania przybycia na wizytę
Kolor ramki pola tekstowego dla ekranu potwierdzania przybycia na wizytę
Kolor eykiety przycisku dla ekranu potwierdzania przybycia na wizytę
Kolor tła przycisku dla ekranu potwierdzania przybycia na wizytę
Kolor eykiety przycisku potwierdzenia dla ekranu potwierdzania przybycia na wizytę
Kolor tła przycisku potwierdzenia dla ekranu potwierdzania przybycia na wizytę
Kolor etykiety przycisku kasowania dla ekranu potwierdzania przybycia na wizytę
Kolor tła przycisku kasowania dla ekranu potwierdzania przybycia na wizytę
Kolor czcionki dla ekranu z listą aktualnie przywoływanych pacjentów
Kolor tła dla ekranu z listą aktualnie przywoływanych pacjentów
Dodaj
Anuluj
Powrót

Po kliknięciu przycisku "Dodaj" system automatycznie przełączy się w tryb edycji zawartości wyświetlacza, gdzie oprócz danych jakie były dostępne w formularzu dodawania wyświetlacza widoczna jest sekcja do definiowania ekranów prezentowanych na wyświetlaczu. Dla każdego wyświetlacza można zdefiniować jeden lub więcej ekranów. Na definicję ekranu składa się jego zawartość i czas wyświetlania / odświeżania. Jeżeli dla jednego wyświetlacza zostanie zdefiniowany jeden ekran wówczas będzie się on wyświetlał stale przy czym widok będzie odświeżany co podany czas. Odświeżanie ma na celu aktualizację treści ekranu np. ekrany prezentujące numery przywoływanych biletów czy listy pacjentów zapisanych do gabinetu muszą być odświeżane jako że numery przywoływanych biletów i statusy pacjentów zmieniają się w czasie wobec czego zawartość takich ekranów musi być odświeżana (aktualizowana). W przypadku ekranów wyświetlających przyciski do drukowania biletów czy slajdy informacyjne odświeżanie jest zbyteczne - w takich przypadkach należy podać czas dostatecznie długi aby odświeżanie nie następowało.


Administracja › jHQ › Wyświetlacze
Nazwa
Wyświetlacz do wyświetlania reklam
Liczba wyświetlanych początkowych liter imienia pacjenta
wszystkie
Liczba wyświetlanych początkowych liter nazwiska pacjenta
wszystkie
Kolor czcionki dla list pacjentów
Kolor tła dla list pacjentów
Kolor czcionki dla godzin przyjęć
Kolor tła dla godzin przyjęć
Kolor czcionki dla przywoływanych numerów biletów
Kolor tła dla przywoływanych numerów biletów
Kolor czcionki dla ekranu drukowania biletów
Kolor tła dla ekranu drukowania biletów
Kolor etykiety przycisku do drukowania biletów
Kolor tła przycisku do drukowania biletów
Kolor czcionki dla ekranu potwierdzania przybycia na wizytę
Kolor tła dla ekranu potwierdzania przybycia na wizytę
Kolor czcionki pola tekstowego dla ekranu potwierdzania przybycia na wizytę
Kolor tła pola tekstowego dla ekranu potwierdzania przybycia na wizytę
Kolor ramki pola tekstowego dla ekranu potwierdzania przybycia na wizytę
Kolor eykiety przycisku dla ekranu potwierdzania przybycia na wizytę
Kolor tła przycisku dla ekranu potwierdzania przybycia na wizytę
Kolor eykiety przycisku potwierdzenia dla ekranu potwierdzania przybycia na wizytę
Kolor tła przycisku potwierdzenia dla ekranu potwierdzania przybycia na wizytę
Kolor etykiety przycisku kasowania dla ekranu potwierdzania przybycia na wizytę
Kolor tła przycisku kasowania dla ekranu potwierdzania przybycia na wizytę
Kolor czcionki dla ekranu z listą aktualnie przywoływanych pacjentów
Kolor tła dla ekranu z listą aktualnie przywoływanych pacjentów
Ekrany
Zawartość
Czas wyświetlania / odświeżania [sekundy]
Piramida żywieniowa
5
Szczepienia ochronne
5
Szczotkowanie zębów
5
Uaktualnij
Anuluj
Powrót

Aby dodać nowy ekran należy kliknąć zielony przycisk "+". Otworzy się wówczas nowe okno z formularzem dodawania ekranu, w którym należy wskazać zawartość ekranu, określić czas jego wyświetlania/odświeżania w sekundach i zapisać dane klikając przycisk "Dodaj".

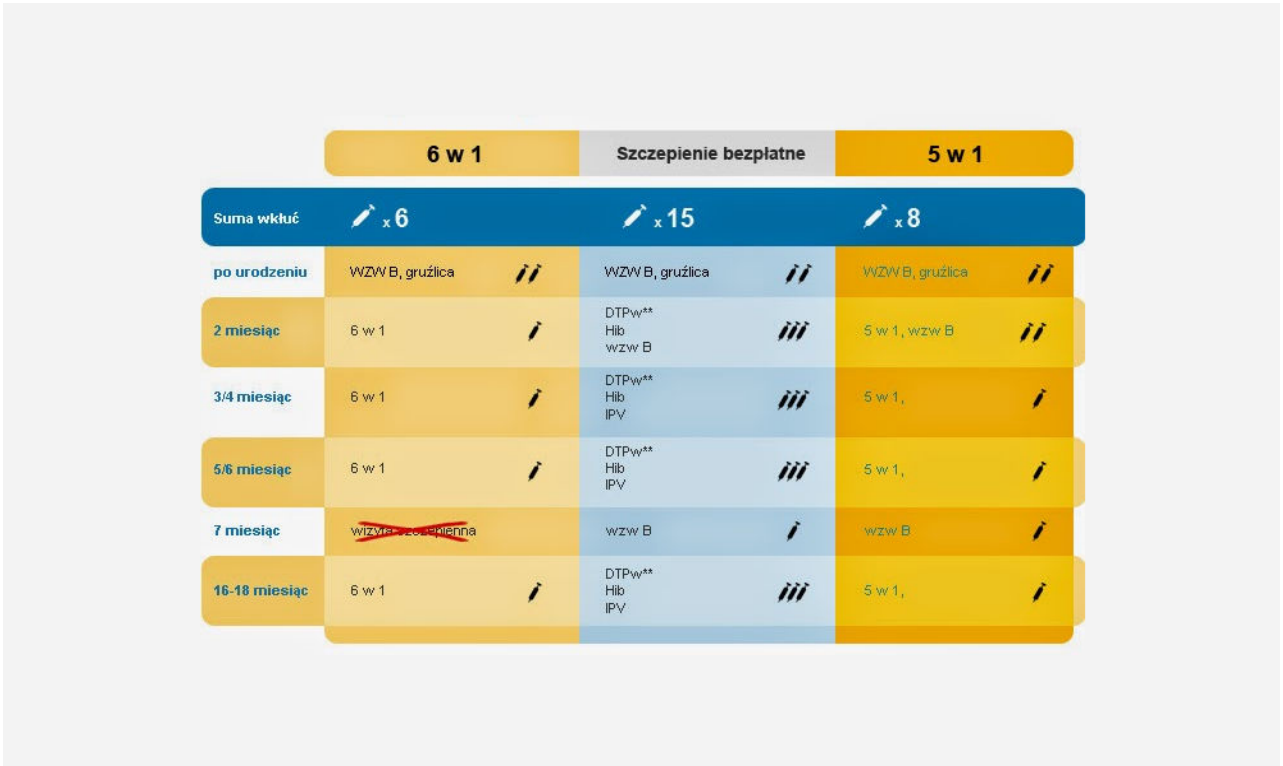


Aby usunąć ekran należy kliknąć czerwony przycisk "×" i potwierdzić zamiar klikając przycisk "OK" w okienku z prośbą o potwierdzenie.

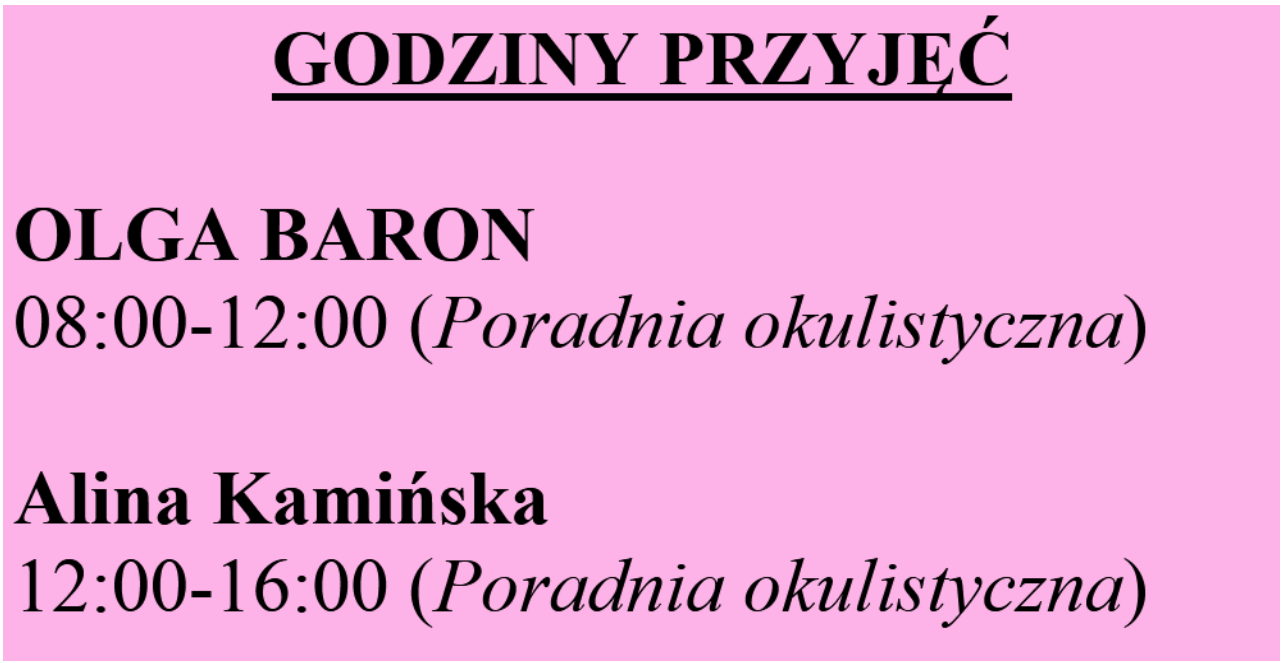
Jeżeli dla wyświetlacza zdefiniowano kilka ekranów wówczas kolejność ich wyświetlania można zmieniać przesuwając je poprzez klikanie niebieskich przycisków z symbolami strzałek w górę lub w dół.

Zawartość i czasy dla już wprowadzonych ekranów można modyfikować w sekcji "Ekrany" formularza danych wyświetlacza pamiętając o tym aby po wprowadzeniu modyfikacji zapisać je klikając przycisk "Uaktualnij".

Aby sprawdzić jak wygląda zawartość wyświetlacza należy kliknąć przycisk "Testuj" przy danym wyświetlaczu na liście. Otworzy się wówczas w nowym oknie aktualna zawartość wyświetlacza. W przypadku slajdów informacyjnych grafika jest wyświetlana na środku ekranu. Jeżeli rozmiar obrazu jest większy niż rozmiar ekranu wówczas obraz jest automatycznie skalowany tak aby mieścił się na ekranie. Jeżeli obraz nie zajmuje całego ekranu wówczas pozostała część ekranu jest wypełniona kolorem tła zdefiniowanym dla slajdu.



W przypadku godzin pracy personelu w gabinecie na ekranie prezentowane są dla każdej osoby przyjmującej w dniu dzisiejszym w danym gabinecie godziny przyjęć wraz ze wskazaniem poradni w ramach której przyjęcia w danych godzinach w danym gabinecie się odbywają. Wielkość czcionki do prezentacji godzin przyjęć jest dobierana automatycznie w taki sposób aby informacja o godzinach pracy wypełniała jak największą przestrzeń na ekranie w całości się na nim mieszcząc.

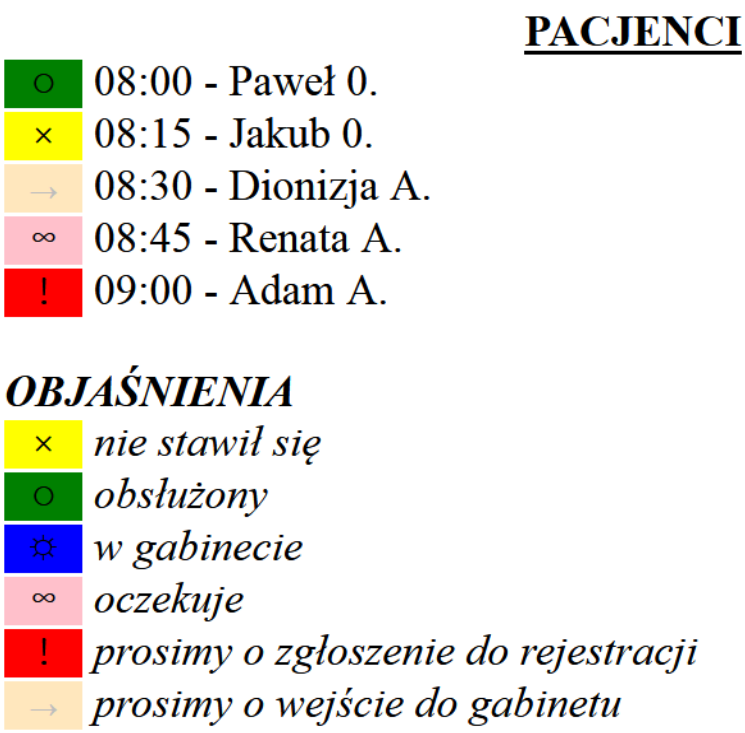


W przypadku listy pacjentów zapisanych do gabinetu na ekranie prezentowane się statusy przyjęć, godziny wizyt i personalia pacjentów zapisanych na wizyty a pod listą pacjentów znajdują się objaśnienia oznaczeń poszczególnych statusów przyjęć. Statusy przyjęć mają formę ikonek różniących się symbolem i kolorem tła. Istnieją następujące statusy przyjęć:

- nie stawił się - pacjent nie stawił się na wizytę i wizyta została oznaczona jako "niezrealizowana"
- obsłużony - pacjent stawił się na wizytę, został przyjęty i wizyta została oznaczona jako "zrealizowana"
- w gabinecie - pacjent aktualnie przebywa w gabinecie, trwa jego wizyta
- oczekuje - pacjent oczekuje (lub powinien oczekiwać) na wizytę przed gabinetem
- prosimy o zgłoszenie do rejestracji - pacjent nie dopełnił wszystkich wymaganych formalności w związku z czym przed wizytą powinien udać się do rejestracji celem uzupełnienia
- prosimy o wejście do gabinetu - pacjent jest proszony o wejście do gabinetu na wizytę; ikonka tego statusu jako jedyna miga aby była łatwo zauważalna dla pacjenta na wyświetlaczu, jednocześnie pojawia się sygnał dźwiękowy (dźwięk jest odtwarzany tylko w przypadku przeglądarki Firefox i trwa 3 sekundy więc czas wyświetlania / odświeżania ekranu nie powinien być krótszy niż 3 sekundy aby dźwięk został odtworzony w całości)

Personalia pacjentów mogą być prezentowane w różnej formie pełnego imienia lub tylko jego początkowych liter oraz pełnego nazwiska lub tylko jego początkowych liter zgodnie z definicją

wyświetlacza (np. pełne imię i pierwsza litera nazwiska, inicjały pacjenta, ...). Wielkość czcionki do prezentacji listy pacjentów jest dobierana automatycznie w taki sposób aby lista pacjentów wypełniała jak największą przestrzeń na ekranie w całości się na nim mieszcząc.



W przypadku drukowania biletów na ekranie prezentowane są przyciski z nazwami rodzajów biletów a dotknięcie (na ekranie dotykowym) odpowiedniego przycisku skutkuje wydrukowaniem na właściwej dlań drukarce biletu dla pacjenta. Przyciski są rozmieszczone na ekranie w taki sposób że każdy zajmuje całą szerokość ekranu a wszystkie razem zajmują całą wysokość ekranu zaś rozmiar czcionki napisów na przyciskach jest dobierany automatycznie w taki sposób aby każdy cały napis mieścił się na przycisku w jednej linii. W obecnej wersji systemu oprogramowany został interfejs drukowania biletów "Standardowa drukarka" pozwalający na drukowanie biletów na tradycyjnej drukarce domyślnej dla danego urządzenia. W przypadku interfejsu "Standardowa drukarka" sugerowane jest użycie na urządzeniu, na którym będą wyświetlane przyciski do drukowania biletów, przeglądarki Chrome uruchomionej w taki sposób aby po dotknięciu przez pacjenta na ekranie dotykowym przycisku drukowania biletu drukowanie następowało natychmiast bez wyświetlania podglądu wydruku i okna właściwości drukowania. Aby przeglądarka Chrome działała w taki właśnie sposób należy zakończyć wszystkie procesy chrome za pomocą menedżera zadań a następnie uruchomić przeglądarkę poniższym poleceniem (zwracając uwagę na dwie spacje przed opcją --disable-print-preview):

"C:\Program Files (x86)\Google\Chrome\Application\chrome.exe" --disable-print-preview –kiosk-printing

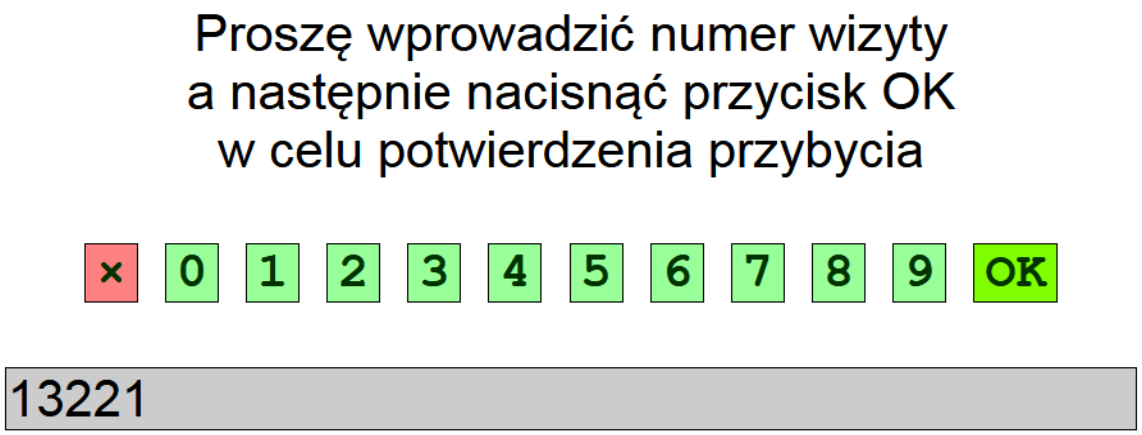
POZ

Specjalistyka

W przypadku numerów biletów wielkość czcionki używanej do wyświetlenia numeru biletu jest dobierana automatycznie w taki sposób aby numer biletu wypełniał jak największą przestrzeń na ekranie. Za każdym razem kiedy numer biletu na ekranie się zmienia (czyli gdy przywoływany jest kolejny numer biletu) numer na ekranie przez trzy sekundy miga i pojawia się sygnał dźwiękowy (dźwięk jest odtwarzany tylko w przypadku przeglądarki Firefox i trwa 3 sekundy więc czas wyświetlania / odświeżania ekranu nie powinien być krótszy niż 3 sekundy aby dźwięk został odtworzony w całości).



W przypadku potwierdzania przybycia na wizytę na ekranie prezentowane są przyciski z cyframi umożliwiające wprowadzenie numeru umówionej wizyty oraz przyciski "OK" i "×", z których pierwszy pozwala potwierdzić przybycie na wizytę o danym numerze (po jego wprowadzeniu) a drugi pozwala rozpocząć wprowadzanie numeru od nowa (w przypadku pomyłki w trakcie jego wprowadzania). Jeżeli w konfiguracji systemu jHIS włączono widoczność numerów wizyt w ramach systemu kolejkowego jHQ, wówczas numer wizyty pojawia się każdorazowo w komunikacie świadczącym o umówieniu wizyty oraz w oknie szczegółów wizyty przy każdym pacjencie zapisanym na wizytę a także na wydruku podsumowania umówionej wizyty dla pacjenta, wobec czego powinien on zostać pacjentowi przekazany od razu po umówieniu wizyty. Po wprowadzeniu numeru wizyty i zatwierdzeniu go przyciskiem "OK" (poprzez dotykanie przycisków na ekranie dotykowym) w miejsce wprowadzonego numeru wyświetlany jest stosowny komunikat (informujący o powodzeniu lub niepowodzeniu próby zarejestrowania potwierdzenia przybycia na wizytę), który po trzech sekundach samoczynnie znika.



W przypadku pacjentów aktualnie przywoływanych do gabinetów, na ekranie prezentowana jest lista godzin wizyt wraz z personaliami pacjentów przywoływanych w danej chwili przez personel medyczny do gabinetów z określonego zbioru (np. wszystkich gabinetów w przychodni, wszystkich gabinetów na danym piętrze przychodni, itp.) a przy każdym z pacjentów wyświetla się nazwa gabinetu do którego pacjent jest wzywany. Personalia pacjentów mogą być prezentowane w różnej formie pełnego imienia lub tylko jego początkowych liter oraz pełnego nazwiska lub tylko jego początkowych liter zgodnie z definicją wyświetlacza (np. pełne imię i pierwsza litera nazwiska, inicjały pacjenta, ...). Wielkość czcionki do prezentacji listy pacjentów jest dobierana automatycznie w taki sposób aby lista pacjentów wypełniała jak największą przestrzeń na ekranie w całości się na nim mieszcząc. Ekran taki może być użyteczny dla pacjentów oczekujących w jednej poczekalni na wizyty do różnych gabinetów - w takiej sytuacji na jednym ekranie widoczna jest informacja który pacjent w którym momencie do którego z gabinetów jest wzywany.

PACJENCI PROSZENI DO GABINETÓW

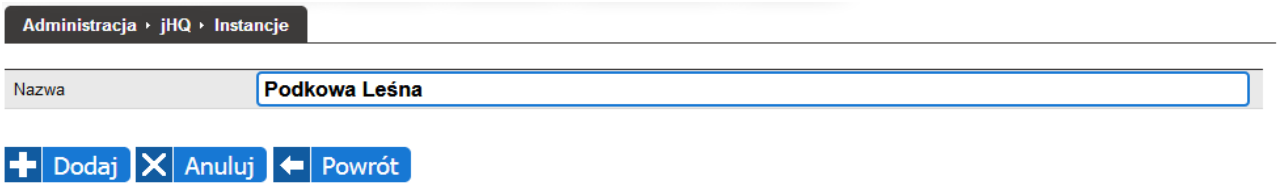
08:30 - Dionizja A. ⇒ Gabinet okulistyczny

Instancje

Funkcjonalność "Instancje" z podmenu "jHQ" w menu "Administracja" służy do definiowania instancji systemu kolejkowego jHQ. Zasadniczo instancja systemu jHQ wiąże się z jego lokalizacją (np. system kolejkowy w konkretnej przychodni). Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista zdefiniowanych instancji systemu kolejkowego a przy każdej z nich przyciski "Edytuj" i "Usuń". Pod listą instancji wyświetla się przycisk "Dodaj".



Aby dodać nową instancję należy kliknąć przycisk "Dodaj". Wyświetli się wówczas formularz dodawania instancji gdzie należy wprowadzić jej nazwę i kliknąć przycisk "Dodaj".

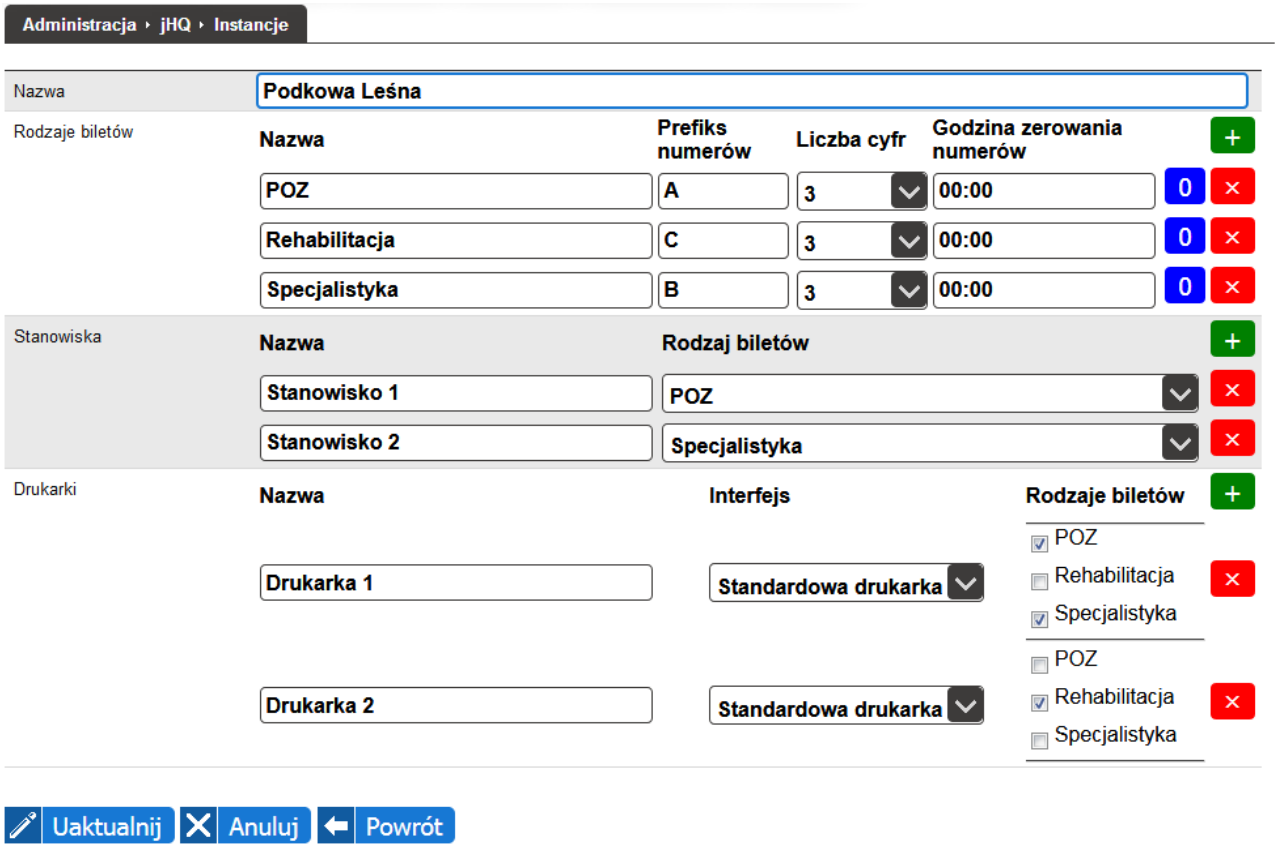


Po kliknięciu przycisku "Dodaj" system automatycznie przełączy się w tryb edycji instancji z sekcjami do wprowadzenia

- rodzajów drukowanych biletów (np. rejestracja do POZ, rejestracja specjalistyczna, rejestracja dla dzieci, …)
- stanowisk pracy rejestracji z których będzie następowało przywoływanie biletów
- drukarek za pomocą których będzie się odbywało drukowanie biletów

Każda z powyższych sekcji zorganizowana jest na podobnej zasadzie: zielony przycisk "+" umożliwia dodanie nowego elementu do danej sekcji: rodzaju biletów / stanowiska / drukarki, czerwony przycisk "×" umożliwia usunięcie elementu: rodzaju biletów / stanowiska / drukarki przy której się znajduje. Aby dodać nowy rodzaj biletów / stanowisko / drukarkę należy kliknąć zielony przycisk "+" we właściwej sekcji. Wówczas system będzie wyświetlał okienka prosząc krok po kroku o wprowadzenie danych nowego elementu. W przypadku rodzajów biletów numer biletu

danego rodzaju jest tworzony przez sklejenie prefiksu (wprowadzonego w polu "Prefiks numerów") z kolejnym numerem biletu (wygenerowanym automatycznie) uzupełnionym na początku zerami do podanej liczby cyfr (wskazanej w polu "Liczba cyfr") zaś numeracja biletów rozpoczyna się od nowa każdego dnia o godzinie podanej w polu "Godzina zerowania numerów" (jeżeli godzina nie zostanie podana, wówczas numeracja biletów będzie ciągła kontynuując każdego dnia numerację z dnia poprzedniego). Numerację biletów można w każdej chwili wyzerować ręcznie klikając niebieski przycisk "0" widoczny przy danym rodzaju biletów i potwierdzając zamiar wyzerowania. W przypadku stanowisk wskazuje się rodzaj biletów przywoływany z danego stanowiska. W przypadku drukarek określa się interfejs wskazujący na mechanizm komunikacji z drukarką oraz wskazuje się rodzaje biletów jakie będą na danej drukarce drukowane. Oprócz dodawania i usuwania rodzajów biletów / stanowisk / drukarek ich dane widoczne w formularzu można modyfikować a modyfikacje zatwierdzać przyciskiem "Uaktualnij".



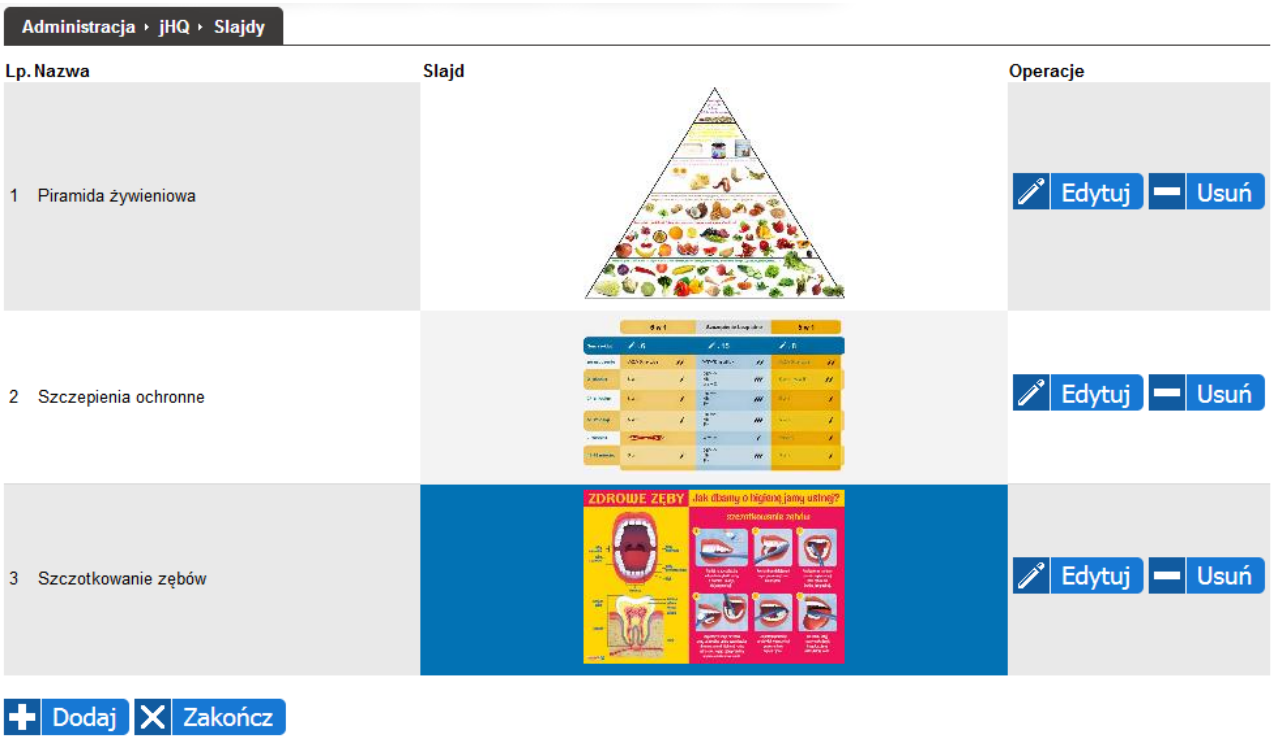
Aby zmodyfikować dane instancji systemu kolejkowego należy kliknąć przycisk "Edytuj" przy danej instancji na liście. Wyświetli się wówczas formularz edycji instancji z jej danymi. W formularzu można wprowadzić zmiany zgodnie z opisem z poprzedniego akapitu. Wprowadzone zmiany należy zapisać klikając przycisk "Zapisz".

Aby usunąć instancję należy kliknąć przycisk "Usuń" przy danej instancji na liście. Wyświetli się wówczas formularz z danymi instancji w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcia instancji należy potwierdzić klikając przycisk "Usuń.

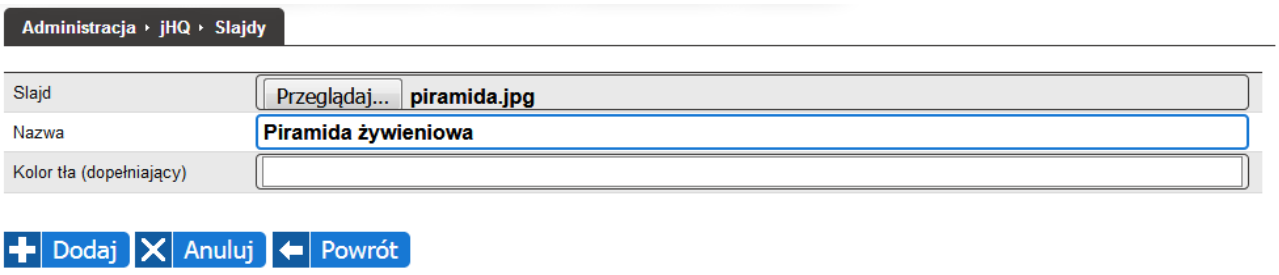
Slajdy

Funkcjonalność "Slajdy" z podmenu "jHQ" w menu "Administracja" służy do zarządzania slajdami

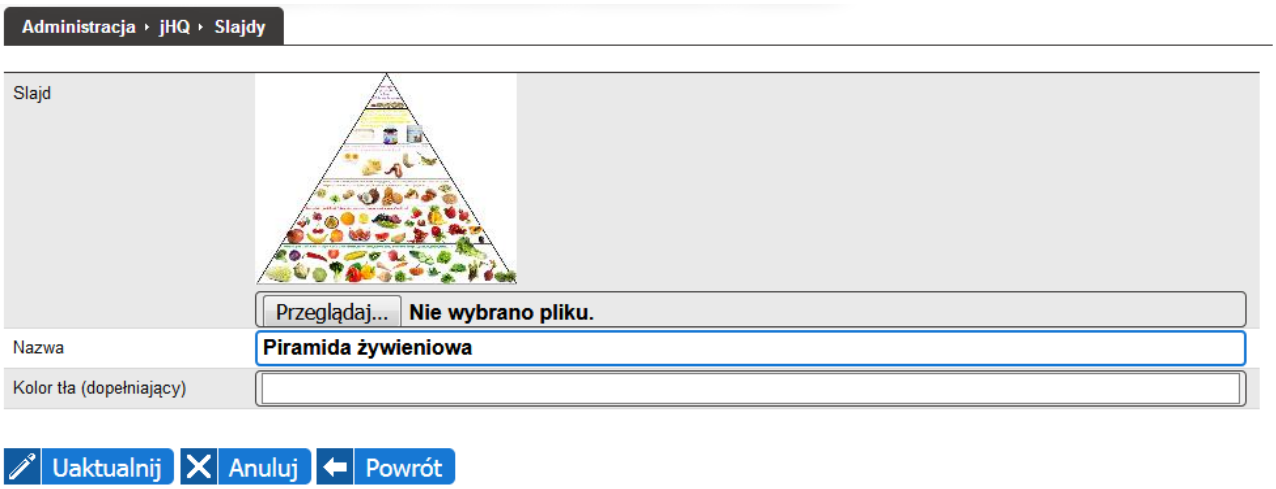
informacyjnymi (grafikami) wyświetlanymi na urządzeniach składających się na system kolejkowy jHQ. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista miniaturek slajdów a przy każdym z nich przyciski "Edytuj" i "Usuń". Pod listą slajdów wyświetla się przycisk "Dodaj".



Aby dodać nowy slajd należy kliknąć przycisk "Dodaj". Wyświetli się wówczas formularz dodawania slajdu gdzie należy wybrać z dysku plik graficzny slajdu, podać nazwę slajdu i wybrać dopełniający kolor tła (kolor ten zostanie użyty jako kolor tła okna przeglądarki jeżeli slajd nie zajmie całego okna). Po wprowadzeniu danych do formularza należy je zapisać klikając przycisk "Dodaj".



Aby zmodyfikować slajd należy kliknąć przycisk "Edytuj" przy danym slajdzie na liście. Wyświetli się wówczas formularz edycji slajdu z jego miniaturką i danymi. W formularzu można zmienić plik graficzny, nazwę slajdu i dopełniający kolor tła. Wprowadzone zmiany należy zapisać klikając przycisk "Zapisz".



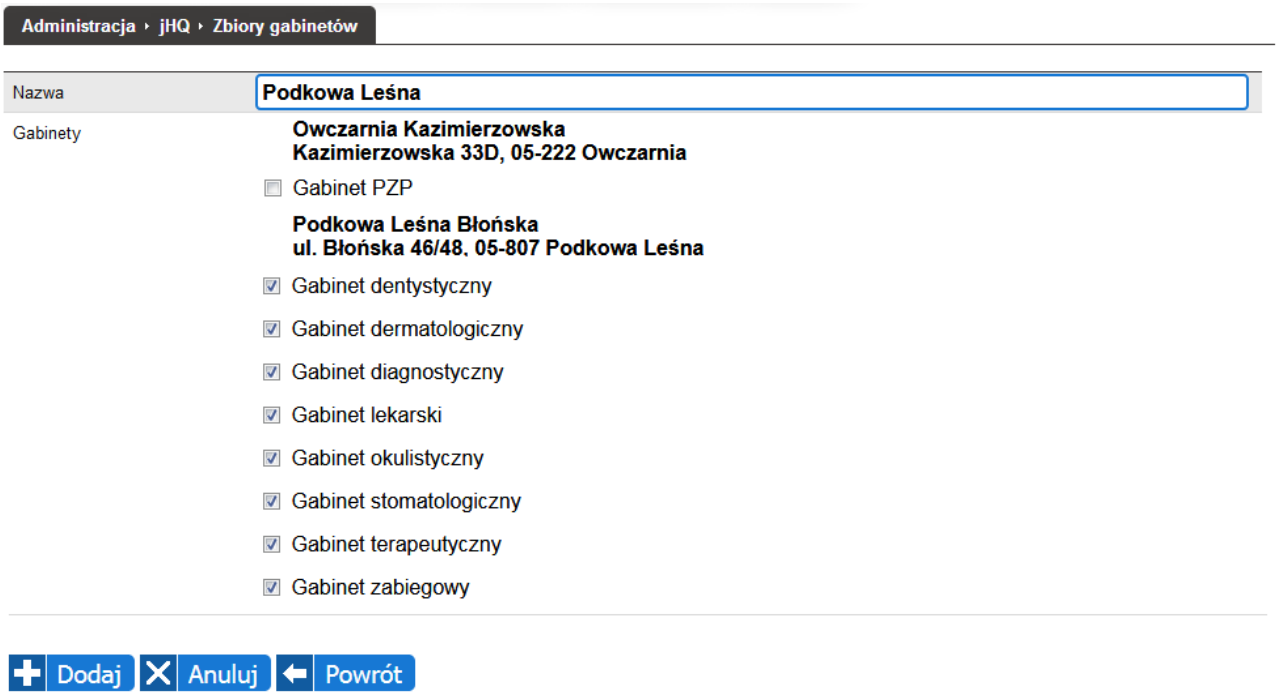
Aby usunąć slajd należy kliknąć przycisk "Usuń" przy danym slajdzie na liście. Wyświetli się wówczas formularz z miniaturką i danymi slajdu w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcia slajdu należy potwierdzić klikając przycisk "Usuń.

Zbiory gabinetów

Funkcjonalność "Zbiory gabinetów" z podmenu "jHQ" w menu "Administracja" służy do definiowania zbiorów gabinetów używanych do zbiorczego przywoływania pacjentów w systemie kolejkowym jHQ. Zdefiniowanie grupy gabinetów pozwala później zdefiniować ekran na którym będą prezentowane personalia pacjentów przywoływanych do wszystkich gabinetów z danej grupy. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista zbiorów gabinetów a przy każdej z nich przyciski "Edytuj" i "Usuń". Pod listą zbiorów gabinetów wyświetla się przycisk "Dodaj".



Aby dodać nowy zbiór gabinetów należy kliknąć przycisk "Dodaj". Wyświetli się wówczas formularz dodawania zbioru gabinetów gdzie należy podać nazwę zbioru i wskazać gabinety wchodzące w jego skład. Po wprowadzeniu danych do formularza należy je zapisać klikając przycisk "Dodaj".



Aby zmodyfikować zbiór gabinetów należy kliknąć przycisk "Edytuj" przy danym zbiorze gabinetów na liście. Wyświetli się wówczas formularz edycji zbioru gabinetów z jego danymi. W formularzu można zmienić nazwę zbioru gabinetów i zakres gabinetów wchodzących w jego skład. Wprowadzone zmiany należy zapisać klikając przycisk "Zapisz".

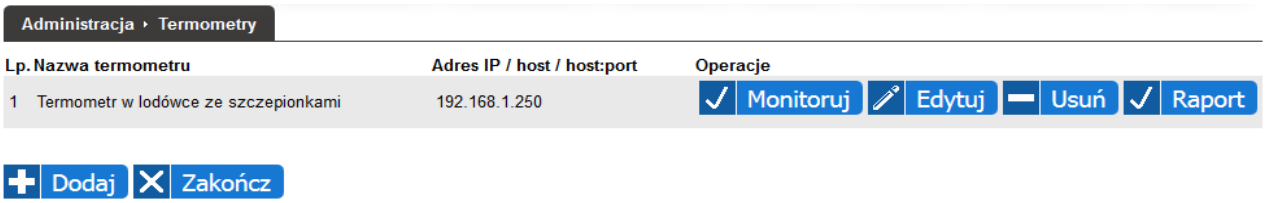
Aby usunąć zbiór gabinetów należy kliknąć przycisk "Usuń" przy danym zbiorze gabinetów na liście. Wyświetli się wówczas formularz z danymi zbioru gabinetów w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcia zbioru gabinetów należy potwierdzić klikając przycisk "Usuń.

Termometry

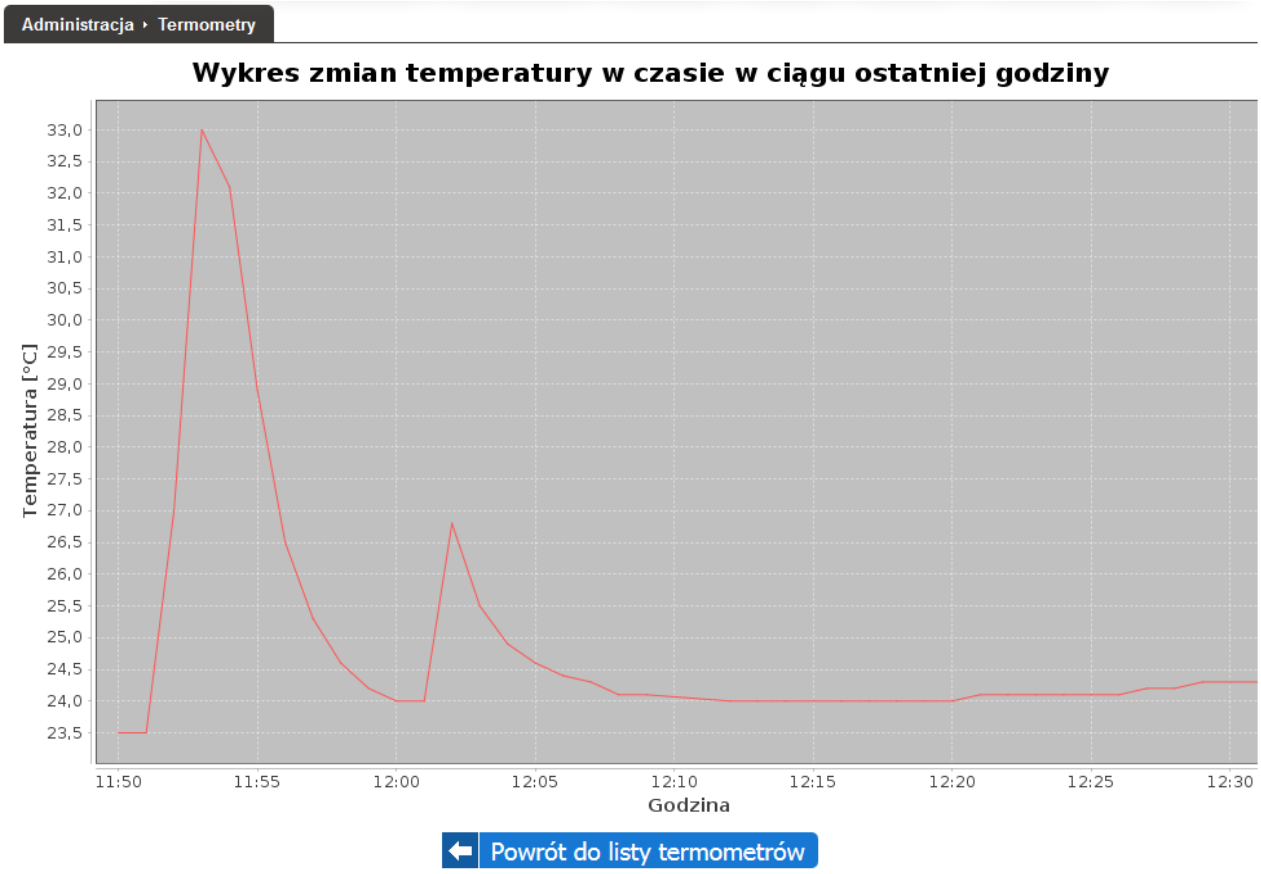
W systemie jHIS zostały zaimplementowane mechanizmy odczytywania temperatury z termometrów internetowych (aktualnie obsługiwane są termometry TME). Rejestracja temperatury odbywa się automatycznie co 30 sekund. Funkcjonalność „Termometry” z menu „Administracja” pozwala na zarządzanie termometrami podlegającymi monitorowaniu. Po wybraniu tej funkcjonalności pojawia się lista monitorowanych termometrów a przy każdym z nich przyciski

- Monitoruj - umożliwia podgląd zmian temperatury rejestrowanej przez termometr w ciągu ostatniej godziny
- Edytuj - umożliwia modyfikację danych termometru
- Usuń - umożliwia usunięcie termometru.
- Raport – umożliwia wygenerowanie raportu w formie wykresu zmian temperatury w okresie dowolnie wybranego miesiąca

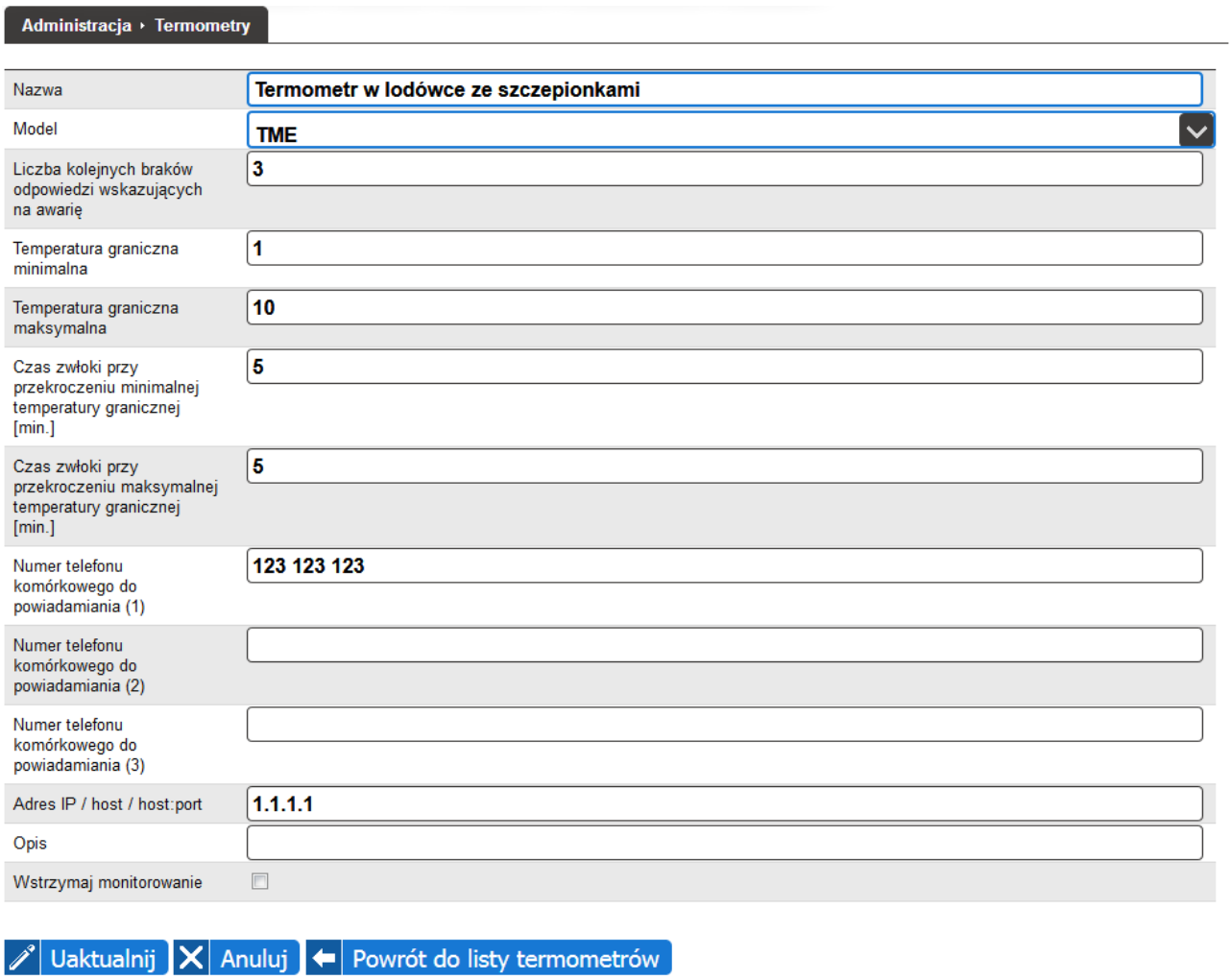
Pod listą termometrów dostępny jest przycisk „Dodaj” umożliwiający dodanie nowego termometru.



Po kliknięciu przycisku „Monitoruj” wyświetla się wykres zmian temperatury w czasie w ciągu ostatniej godziny.

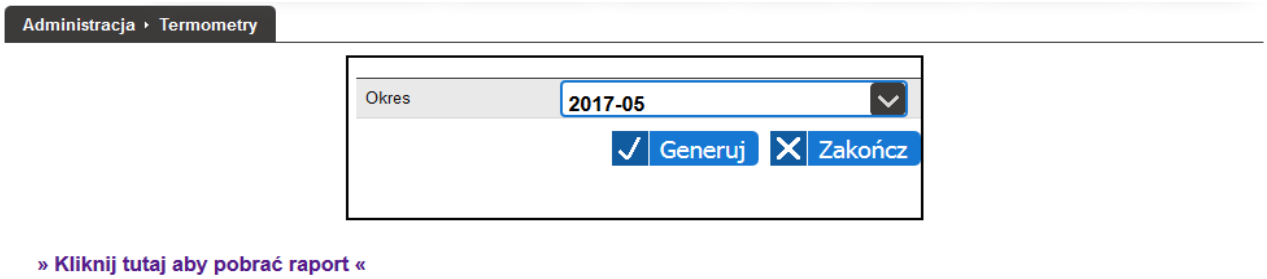


Po kliknięciu przycisku „Dodaj”, „Edytuj” lub „Usuń” wyświetla się formularz danych termometru (w przypadku przycisku dodawania jest no pusty, w przypadku edycji jest wypełniony danymi termometru, które można zmodyfikować, zaś w przypadku usuwania jest wypełniony danymi termometru i wyświetlony w trybie tylko do odczytu).



W formularzu należy obowiązkowo podać nazwę termometru (wskazującą na jego lokalizację) i wskazać model. Jeżeli podany zostanie adres IP lub host lub host i port wówczas termometr będzie automatycznie monitorowany (o ile nie zaznaczono pola „”Wstrzymaj monitorowanie”) a zarejestrowane przezeń temperatury będą zapisywane w bazie danych systemu. Jeżeli zostanie określona temperatura graniczna minimalna, wówczas spadek temperatury poniżej tego progu będzie skutkował wysłaniem powiadomienia na podane numery telefonów komórkowych. Jeżeli został określony czas zwłoki przy przekroczeniu minimalnej temperatury granicznej, wówczas powiadomienie będzie wysyłane jeżeli spadek temperatury poniżej progu będzie się utrzymywał przez taki właśnie czas. Jeżeli nie został określony czas zwłoki przy przekroczeniu minimalnej temperatury granicznej lub czas ten został określony jako zerowy, wówczas powiadomienie będzie wysyłane niezwłocznie po zanotowaniu spadku temperatury poniżej progu. Jeżeli zostanie określona temperatura graniczna maksymalna, wówczas wzrost temperatury powyżej tego progu będzie skutkował wysłaniem powiadomienia na podane numery telefonów komórkowych. Jeżeli został określony czas zwłoki przy przekroczeniu maksymalnej temperatury granicznej, wówczas powiadomienie będzie wysyłane jeżeli wzrost temperatury powyżej progu będzie się utrzymywał przez taki właśnie czas. Jeżeli nie został określony czas zwłoki przy przekroczeniu maksymalnej temperatury granicznej lub czas ten został określony jako zerowy, wówczas powiadomienie będzie wysyłane niezwłocznie po zanotowaniu wzrostu temperatury powyżej progu. Ponadto jeżeli próba odczytania temperatury z termometru nie powiedzie się tyle razy z kolei ile wskazano w polu „Liczba kolejnych braków odpowiedzi wskazujących na awarię”, wówczas wysyłane jest powiadomienie o awarii zasilania / sieci / termometru.

Po kliknięciu przycisku „Raport” wyświetla się formularz z listą okresów w których termometr był monitorowany. Po wybraniu okresu i kliknięciu przycisku „Generuj” pod formularzem pojawia się odnośnik, którego kliknięcie pozwala pobrać i wydrukować raport w formie pliku PDF z wykresem zmian temperatury w okresie wybranego miesiąca i tabelarycznym zestawieniem pomiarów temperatury każdego dnia danego miesiąca o godzinie 08:00 i o godzinie 17:30.

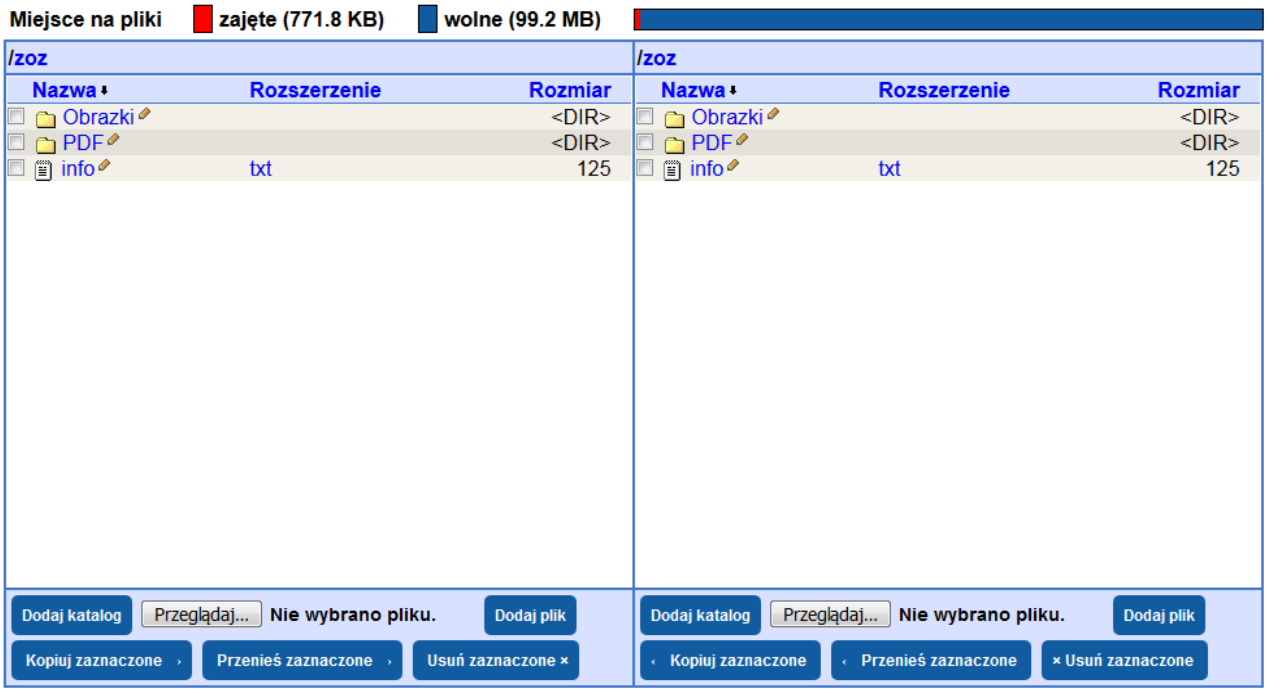


Portal

Funkcjonalności z podmenu „Portal” w menu „Administracja” służą do zarządzania mediami i treściami wyświetlanymi w portalu internetowym dla pacjentów i w portalu internetowym dla instytucji.

Media

Funkcjonalność „Media” z podmenu „Portal” w menu „Administracja” służy do zarządzania mediami zamieszczanymi w treściach wyświetlanych w portalu internetowym dla pacjentów i w portalu internetowym dla instytucji. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się manager plików zalogowanego użytkownika. Manager pozwala na poruszanie się po strukturze katalogowej i przeglądanie zawartości katalogów oraz dodawanie, zmienianie nazw, kopiowanie, przenoszenie i usuwanie katalogów i plików. Nad managerem widoczna jest informacja o ilości zajętego i dostępnego miejsca na pliki. Manager składa się z dwóch paneli – lewego i prawego. W każdym z nich wyświetlona jest zawartość wirtualnego katalogu domowego zalogowanego użytkownika. W górnej części każdego panelu widoczna jest ścieżka dostępu do aktualnie wyświetlanego w danym panelu katalogu – klikając w nazwy katalogów w ścieżce można w szybki sposób przechodzić do tych katalogów w celu wyświetlenia ich zawartości. Poniżej ścieżki widoczny jest nagłówek tabeli prezentującej zawartość aktualnie wyświetlanego katalogu – przez klikanie na napisach „Nazwa”, „Rozszerzenie”, „Rozmiar” widocznych w tym nagłówku można zmieniać kolejność wyświetlania zawartości katalogu w kolejności według nazw, rozszerzeń lub rozmiarów a klikając na danym napisie kolejny niż raz można przełączać pomiędzy kolejnością rosnącą a malejącą. Domyślna kolejność wyświetlania jest według nazwy rosnąco. Dla porządku katalogi są zawsze wyświetlane przed plikami. Kliknięcie na nazwie katalogu w którymkolwiek panelu pozwala wyświetlić zawartość tego katalogu w danym panelu. We wszystkich podkatalogach widoczna jest pozycja „[..]”, której kliknięcie pozwala na wyświetlenie zawartości katalogu nadrzędnego (katalogu w którym dany podkatalog się znajduje). Kliknięcie na nazwie pliku pozwala otworzyć dany plik lub zapisać go na dysk komputera. W dolnej części każdego panelu widoczne są przyciski umożliwiające wykonywanie operacji dodawania, zmieniania nazw, kopiowania, przenoszenia i usuwania katalogów i plików.



Aby dodać nowy katalog należy w dowolnym panelu przejść do katalogu w którym nowy katalog ma być utworzony a następnie kliknąć przycisk „Dodaj katalog" widoczny na dole danego panelu. Pojawi się wówczas okienko z prośbą o podanie nazwy katalogu. Po jej wprowadzeniu i potwierdzeniu w danym panelu pojawi się nowy katalog.

Aby dodać nowy plik należy w dowolnym panelu przejść do katalogu w którym nowy katalog ma być utworzony, następnie kliknąć przycisk „Przeglądaj" widoczny na dole danego panelu i wskazać plik na dysku komputera po czym kliknąć przycisk „Dodaj plik" widoczny obok. W danym panelu pojawi się wówczas nowy plik.

Aby zmienić nazwę katalogu/pliku należy kliknąć ikonkę ołówka przy nazwie katalogu/pliku. Pojawi się wówczas okienko z prośbą o podanie nowej nazwy (domyślnie wypełnione aktualną nazwą). Po wprowadzeniu nowej nazwy i potwierdzeniu nazwa katalogu/pliku zostanie zmieniona.

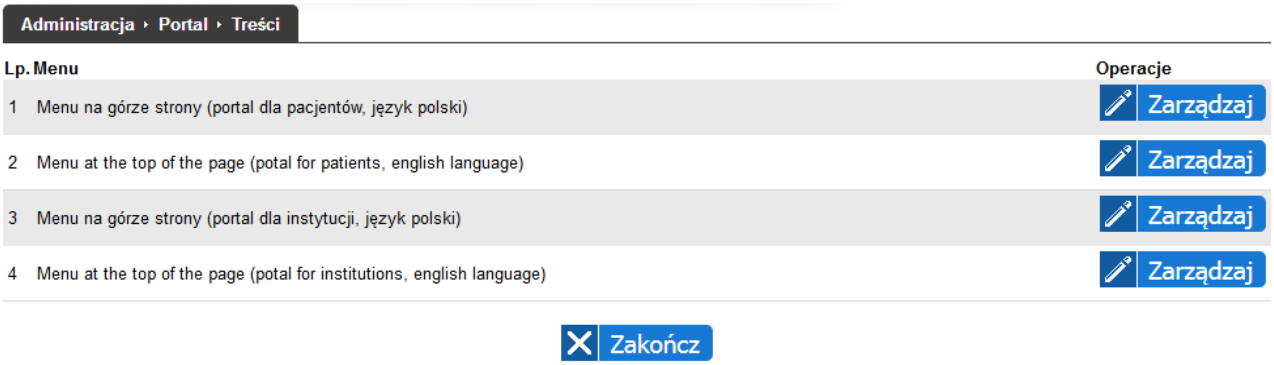
Aby skopiować katalogi/pliki należy w jednym z paneli zaznaczyć te, które mają być skopiowane (służą do tego pola zaznaczenia widoczne przed ikonkami katalogów/plików) a w drugim z paneli przejść do katalogu do którego zaznaczone katalogi/pliki mają być skopiowane. Następnie w pierwszym z paneli należy kliknąć przycisk „Kopiuj zaznaczone" i po potwierdzeniu zaznaczone katalogi (wraz z zawartością) i zaznaczone pliki zostaną skopiowane do katalogu widocznego w drugi panelu.

Aby przenieść katalogi/pliki należy w jednym z paneli zaznaczyć te, które mają być przeniesione (służą do tego pola zaznaczenia widoczne przed ikonkami katalogów/plików) a w drugim z paneli przejść do katalogu do którego zaznaczone katalogi/pliki mają być przeniesione. Następnie w pierwszym z paneli należy kliknąć przycisk „Przenieś zaznaczone" i po potwierdzeniu zaznaczone katalogi (wraz z zawartością) i zaznaczone pliki zostaną przeniesione do katalogu widocznego w drugi panelu.

Aby usunąć katalogi/pliki należy w dowolnym z paneli zaznaczyć te, które mają być usunięte (służą do tego pola zaznaczenia widoczne przed ikonkami katalogów/plików) a następnie kliknąć przycisk „Usuń zaznaczone" widoczny na dole danego panelu. Pojawi się wówczas okienko z prośbą o potwierdzenie zamiaru. Po potwierdzeniu zaznaczone katalogi (wraz z zawartymi w nich podkatalogami i plikami) oraz pliki zostaną usunięte i znikną z panelu.

Treści

Funkcjonalność „Treści” z podmenu „Portal” w menu „Administracja” służy do zarządzania treściami wyświetlanymi w portalu internetowym dla pacjentów i w portalu internetowym dla instytucji. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista menu portalu internetowego a przy każdym z nich przycisk „Zarządzaj”.



Po kliknięciu przycisku „Zarządzaj” przy wybranym menu pojawia się struktura danego menu w postaci drzewa stron (pozycji występujących w menu; pogrubione z ikonką katalogu) i artykułów stanowiących treść tych stron (pochylone z ikonką dokumentu). Pozycje „Start”, „Hasło”, „Wizyty” i „Badania” są predefiniowane, odpowiadają stałym pozycjom menu portalu i nie mogą być usuwane. Nie należy też dodawać artykułów na stronach „Hasło”, „Wizyty” i „Badania” ponieważ nie zostaną one wyświetlone na tych stronach jako że treści tych stron realizują określone z góry funkcjonalności. Pozostałe pozycje są to pozycje utworzone przez użytkownika.



Przy każdej stronie/artykule jest widoczny szereg ikonek (nazwy określające znaczenie każdej z nich wyświetlają się w formie dymka po najechaniu kursorem myszy na daną ikonkę):

- Dodaj stronę – dodaje nową stronę (pozycję menu) jako ostatnią z kolei
- Dodaj stronę przed niniejszą – dodaje nową stronę (pozycję menu) umieszczając ją przed stroną (pozycją menu) przy której znajduje się dana ikonka

- Dodaj stronę za niniejszą – dodaje nową stronę (pozycję menu) umieszczając ją za stroną (pozycją menu) przy której znajduje się dana ikonka
- Dodaj artykuł – otwiera okno umożliwiające dodanie nowego artykułu jako ostatniego na stronie przy której dana ikonka się znajduje
- Dodaj artykuł przed niniejszym – otwiera okno umożliwiające dodanie nowego artykułu przed artykułem przy którym znajduje się dana ikonka
- Dodaj artykuł za niniejszym – otwiera okno umożliwiające dodanie nowego artykułu za artykułem przy którym znajduje się dana ikonka
- Przesuń w górę – zmienia kolejność stron (pozycji w menu) / artykułów na stronie w ten sposób że przesuwa stronę (pozycję menu) przy której dana ikonka się znajduje przed stronę (pozycję menu) dotychczas ją poprzedzającą lub przesuwa artykuł przy którym dana ikonka się znajduje przed artykuł dotychczas go poprzedzający
- Przesuń w dół – zmienia kolejność stron (pozycji w menu) / artykułów na stronie w ten sposób że przesuwa stronę (pozycję menu) przy której dana ikonka się znajduje za stronę (pozycję menu) dotychczas po niej następującą lub przesuwa artykuł przy którym dana ikonka się znajduje za artykuł dotychczas po nim następujący
- Zmień nazwę – zmienia nazwę strony (pozycji menu) przy której dana ikonka się znajduje
- Edytuj – otwiera okno umożliwiające edycję danych i treści artykułu przy którym dana ikonka się znajduje
- Usuń – usuwa stronę (pozycję menu) przy której dana ikonka się znajduje wraz z artykułami w niej zawartymi lub usuwa artykuł przy którym dana ikonka się znajduje

Aby dodać nową stronę (pozycję menu) należy kliknąć jedną z ikonek „Dodaj stronę", „Dodaj stronę przed niniejszą" lub „Dodaj stronę za niniejszą" w zależności od tego w którym miejscu menu dana strona (pozycja menu) ma zostać umieszczona. Pojawi się wówczas okienko z prośbą o podanie nazwy strony (pozycji menu). Po jej wprowadzeniu i potwierdzeniu nowa strona (pozycja menu) pojawi się w drzewie stron i artykułów.

Aby zmienić nazwę strony (pozycji menu) należy kliknąć ikonkę „Zmień nazwę" przy tej stronie (pozycji menu). Pojawi się wówczas okienko z prośbą o podanie nowej nazwy strony (pozycji menu). Po jej wprowadzeniu i potwierdzeniu strona (pozycja menu) ze zmienioną nazwą pojawi się w drzewie stron i artykułów.

Aby usunąć stronę (pozycję menu) wraz z artykułami należy kliknąć ikonkę „Usuń" przy tej stronie (pozycji menu). Pojawi się wówczas okienko z prośbą o potwierdzenie. Po potwierdzeniu usunięta strona (pozycja menu) wraz z artykułami zniknie z drzewa stron i artykułów.

Aby dodać nowy artykuł na danej stronie należy kliknąć jedną z ikonek „Dodaj artykuł", „Dodaj artykuł przed niniejszym" lub „Dodaj artykuł za niniejszym" w zależności od tego w którym miejscu na stronie dany artykuł ma zostać umieszczony. Otworzy się wówczas nowe okno z formularzem umożliwiającym wprowadzenie danych i treści artykułu. Po wypełnieniu formularza, zapisaniu go i zamknięciu okna nowy artykuł pojawi się w drzewie stron i artykułów.

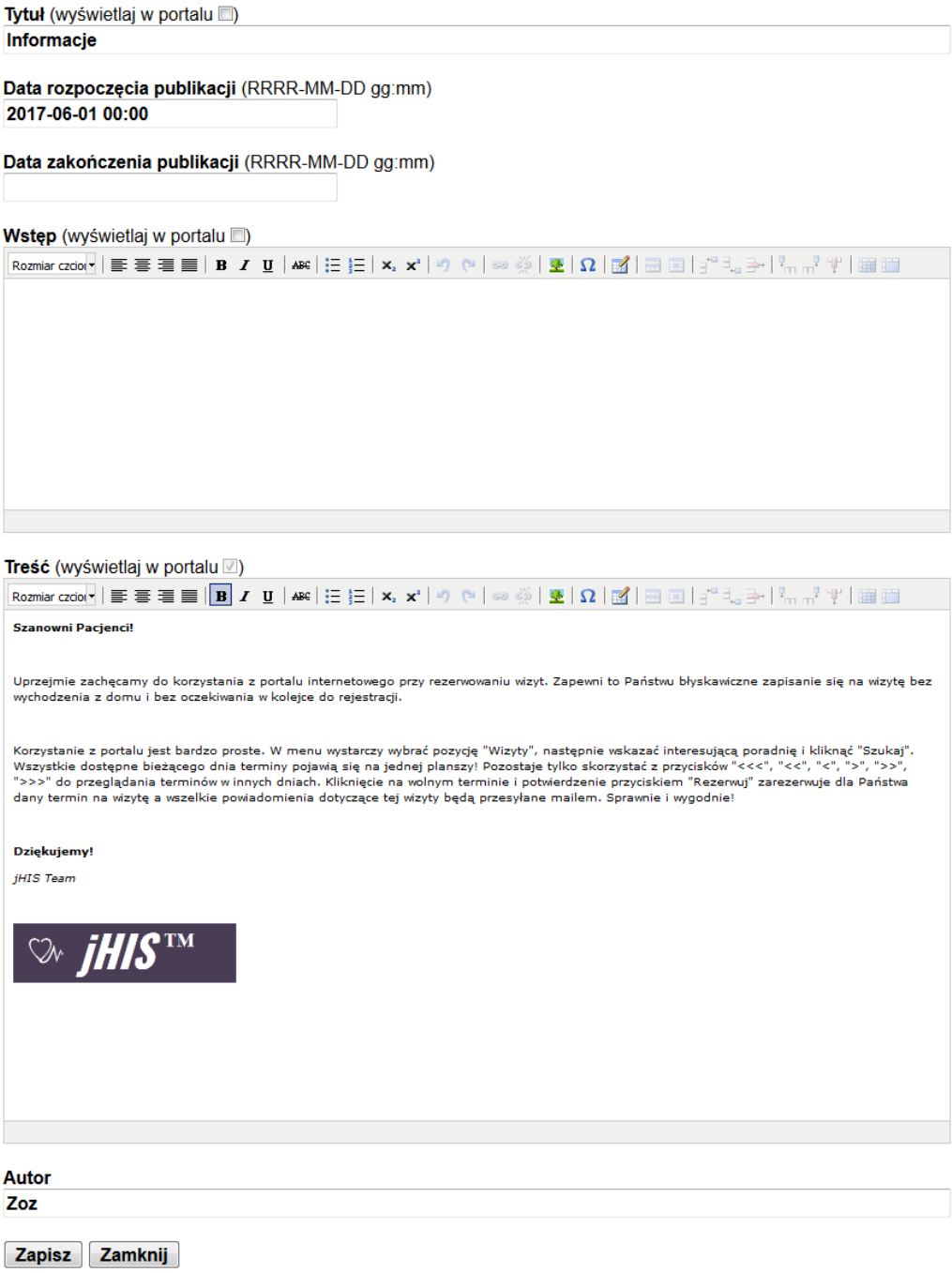
Aby zmodyfikować dany artykuł należy kliknąć ikonkę „Edytuj" przy danym artykule. Otworzy się wówczas nowe okno z formularzem umożliwiającym wprowadzenie zmian do danych i do treści artykułu. Po wprowadzeniu zmian, ich zapisaniu i zamknięciu okna zmodyfikowany artykuł pojawi się w drzewie stron i artykułów.

Aby usunąć artykuł należy kliknąć ikonkę „Usuń" przy tym artykule. Pojawi się wówczas okienko z prośbą o potwierdzenie. Po potwierdzeniu usunięty artykuł zniknie z drzewa stron i artykułów.

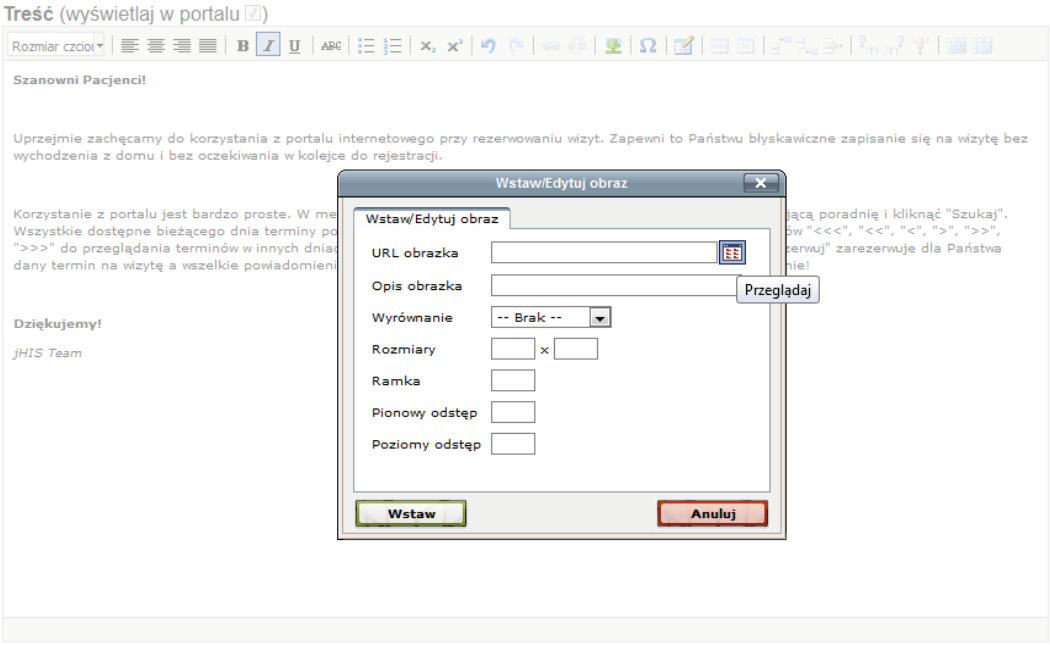
Aby zmienić kolejność wyświetlania stron (pozycji menu) / artykułów należy skorzystać z ikonek „Przesuń w górę” i „Przesuń w dół” służących do tego właśnie celu.

Formularz dodawania / edycji artykułu umożliwia wprowadzenie następujących danych:

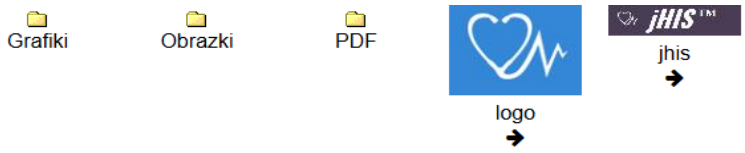
- tytuł – tytuł artykułu, nie może być pusty, aby tytuł nie był wyświetlany w portalu należy odznaczyć pole „wyświetlaj w portalu”
- data rozpoczęcia publikacji – data i godzina kiedy artykuł ma zostać opublikowany w portalu, nie może być pusta, przy dodawaniu artykułów domyślnie bieżąca, wstawienie daty przyszłej spowoduje że artykuł nie będzie się wyświetlał w portalu aż do tej daty
- data zakończenia publikacji – data i godzina kiedy artykuł ma zniknąć z portalu, może być pusta, jeśli będzie pusta wówczas artykuł będzie wyświetlany w portalu na stałe (o ile nie zostanie usunięty), jeśli będzie niepusta wówczas artykuł będzie wyświetlany do tej daty po czym zniknie z portalu
- wstęp – zapowiedź artykułu, jeżeli przy zapowiedzi będzie zaznaczone pole „wyświetlaj w portalu” wówczas w portalu wyświetlona zostanie zapowiedź i odnośnik „Więcej” umożliwiający wyświetlenie pełnej treści artykułu, w przeciwnym razie w portalu od razu zostanie wyświetlona pełna treść artykułu
- treść – pełna treść artykułu
- autor – personalia autora artykułu



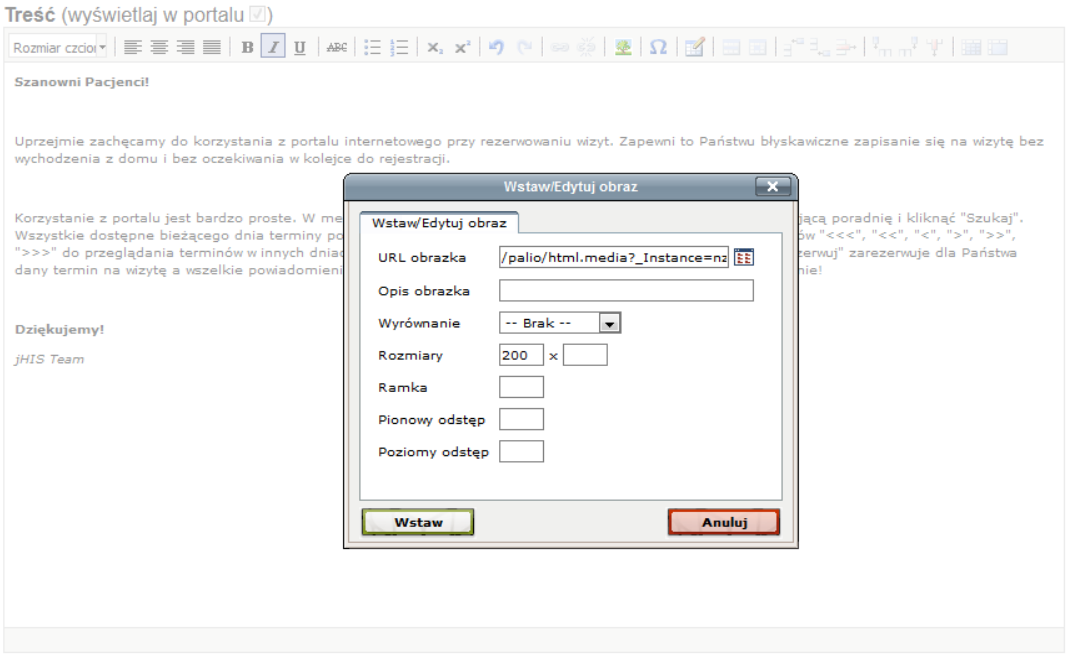
Zapowiedź i pełna treść artykułu są redagowane za pomocą wbudowanego edytora tekstu, analogicznego do typowych edytorów z pakietów biurowych, umożliwiającego formatowanie treści (rozmiar czcionki, wyrównanie, pogrubienie, pochylenie, podkreślenie, przekreślenie, indeks górny, indeks dolny), wstawianie wypunktowań, obrazów, odnośników (linków), tabel i symboli. Korzystanie z edytora jest intuicyjne, komentarza wymagać może wstawianie obrazów i odnośników.



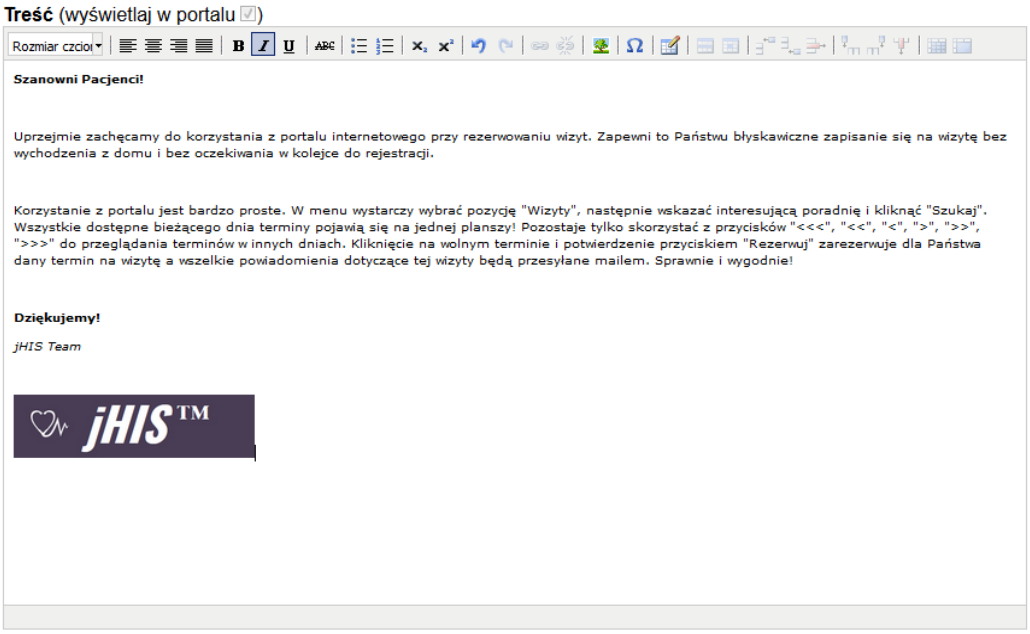
Przy wstawianiu obrazów po kliknięciu ikonki „Wstaw/edytuj obraz” pojawi się nowe okienko z parametrami obrazu. Analogicznie przy wstawianiu odnośników po kliknięciu ikonki „Wstaw/edytuj odnośnik” pojawi się nowe okienko z parametrami odnośnika. W tym okienku przy wstawianiu obrazów obok pola „URL obrazka” a przy wstawianiu odnośników obok pola „Link URL” widoczny jest przycisk „Przeglądaj”. Kliknięcie tego przycisku otwiera w nowym oknie przeglądarkę plików użytkownika (wprowadzonych przez managera opisanego w poprzednim rozdziale). Przeglądarka umożliwia wstawianie do treści artykułów obrazów znajdujących się wśród plików użytkownika i odnośników do plików użytkownika.



Aby wstawić obraz lub odnośnik do pliku należy odnaleźć w strukturze katalogowej odpowiedni obraz lub plik (klikając na katalogi można do nich przechodzić) a następnie kliknąć na czarną strzałkę skierowaną w prawo umieszczoną przy jego nazwie obrazu lub pliku. Wówczas przeglądarka plików zniknie a w polu „URL obrazka” / „Link URL” pojawi się odnośnik do wybranego obrazu / pliku.



Po wprowadzeniu pozostałych parametrów i kliknięciu „Wstaw", obraz / odnośnik trafia do treści artykułu.



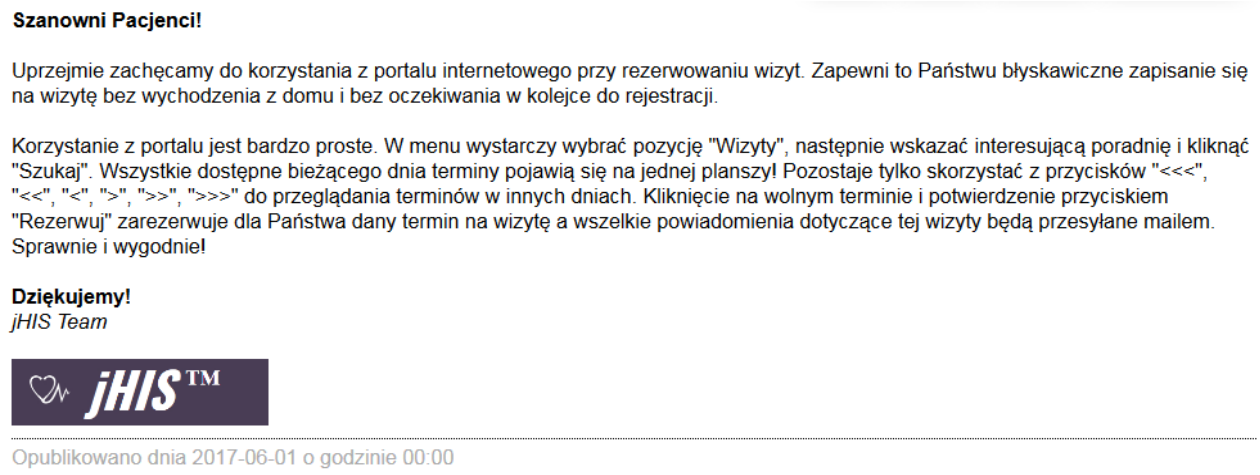
UWAGA!

- Aby zapewnić prawidłowe wyświetlanie obrazów użytkownika i prawidłowe działanie odnośników do plików użytkownika należy tak skonfigurować środowisko, żeby zapewnić widoczność serwera na którym jest zainstalowany system jHIS z serwera na którym jest zainstalowany portal internetowy dla pacjentów i portal internetowy dla instytucji.

Po wprowadzeniu danych i treści artykułu należy je zapisać klikając na przycisk „Zapisz" widoczny na dole formularza a po zakończeniu pracy nad artykułem zamknąć okno klikając na przycisk

„Zamknij” także widoczny na dole formularza.

Artykuł o danych i treści jak widoczne na ostatniej grafice powyżej zostanie zaprezentowany w portalu jak poniżej.



Obrazy w treści artykułów wyświetlanych w portalu po kliknięciu są wyświetlane w powiększeniu do pełnego rozmiaru.



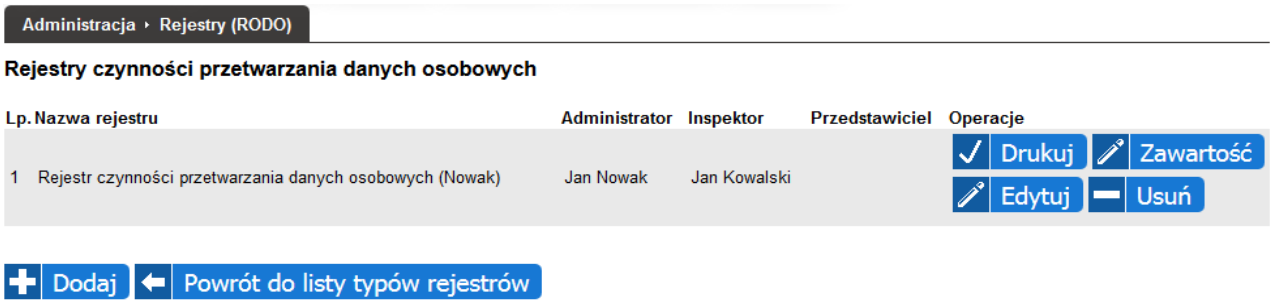
Powiększony obraz można zamknąć klikając w dowolnym miejscu okna przeglądarki.

Rejestry (RODO)

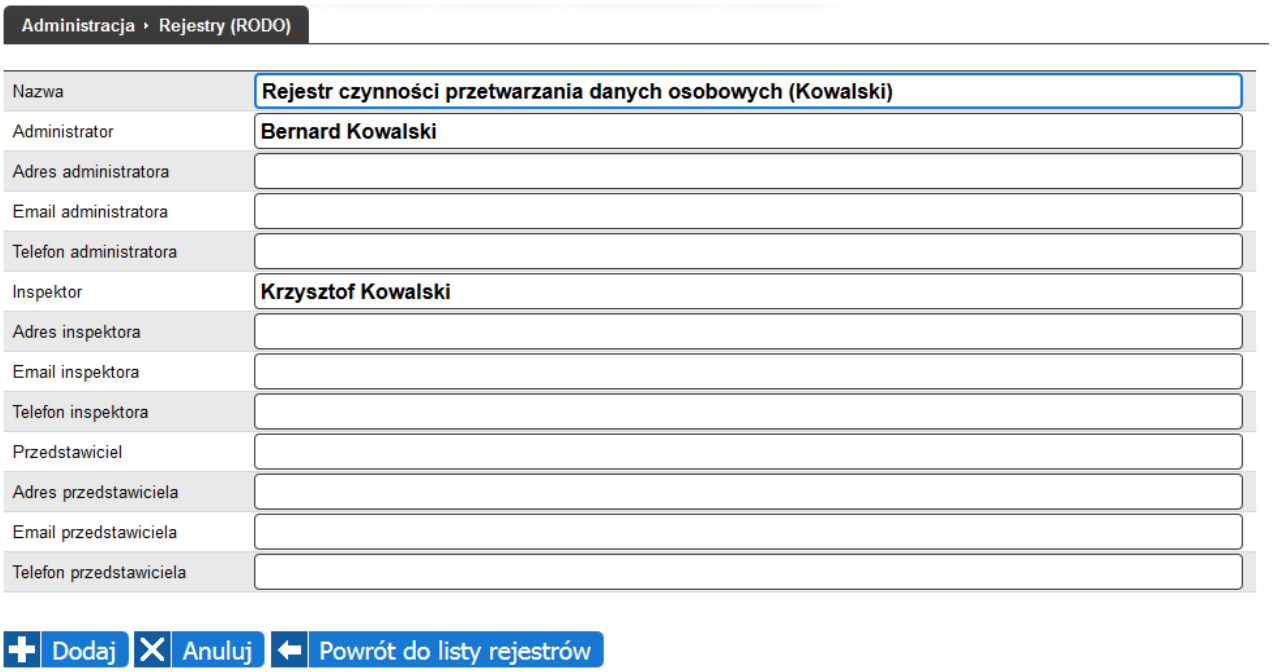
Funkcjonalność „Rejestry (RODO)” służy do prowadzenia rejestrów czynności przetwarzania danych osobowych oraz rejestrów kategorii czynności przetwarzania danych osobowych wprowadzonych w związku z wejściem w życie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (RODO). Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista typów rejestrów a przy każdym z nich przycisk „Wybierz”.



Po kliknięciu przycisku „Wybierz” przy danym typie rejestrów wyświetla się lista rejestrów danego typu a przy każdym z nich przyciski „Drukuj”, „Zawartość”, „Edytuj”, „Usuń”, zaś pod listą rejestrów wyświetla się przycisk „Dodaj”.



Aby dodać nowy rejestr należy kliknąć przycisk „Dodaj”. Wyświetli się wówczas formularz dodawania rejestru, który należy wypełnić i zapisać dane klikając przycisk „Dodaj”.



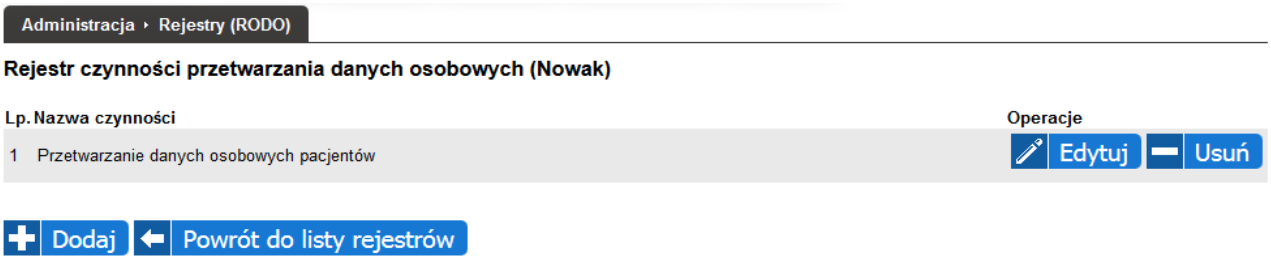
Aby zmodyfikować dane rejestru należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy danym rejestrze na liście.

Wyświetli się wówczas formularz rejestru wypełniony jego danymi. Dane rejestru można zmodyfikować a po zmodyfikowaniu należy zapisać klikając przycisk „Zapisz”.

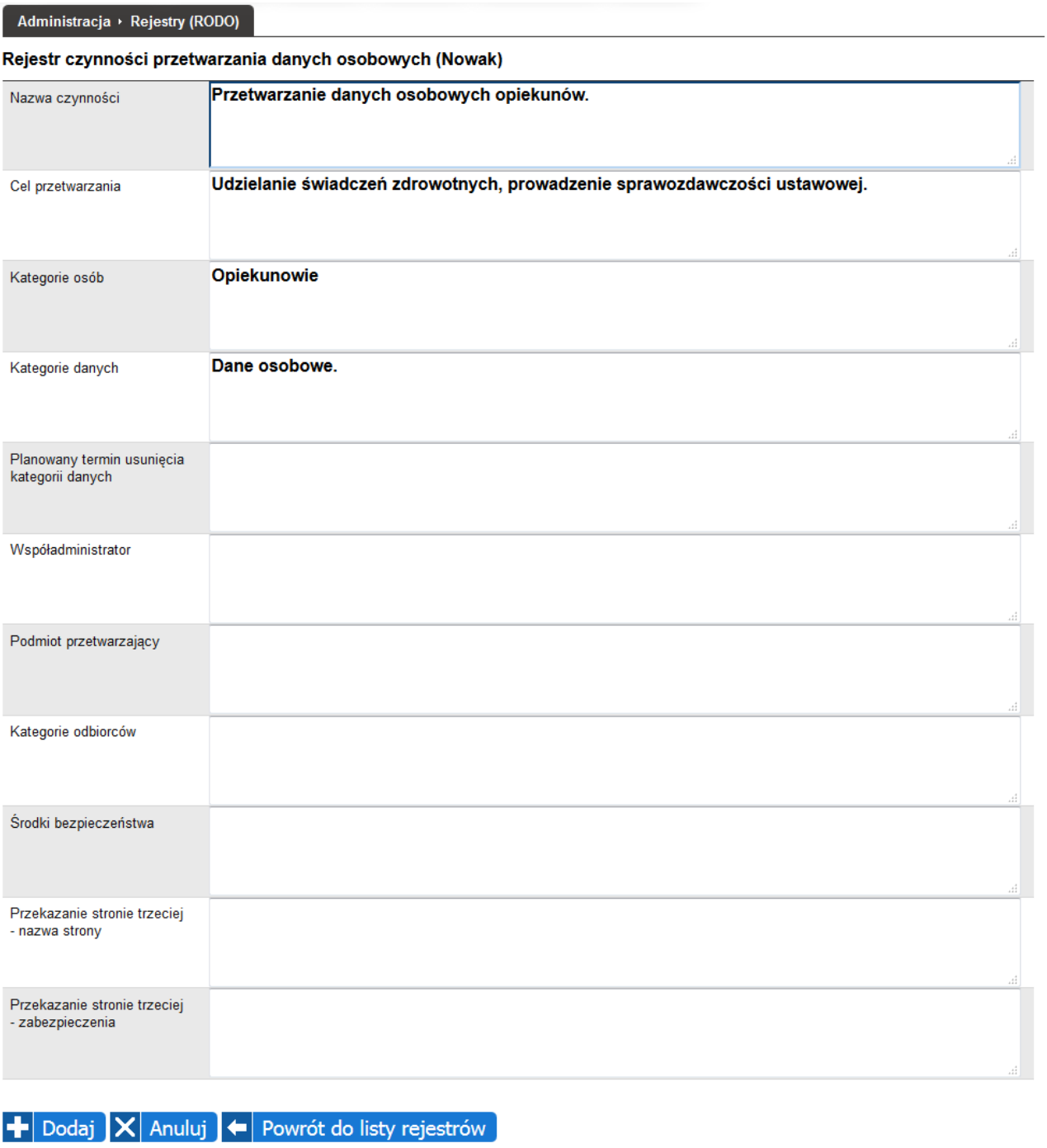
Aby usunąć rejestr należy kliknąć przycisk „Usuń” przy danym rejestrze na liście. Wyświetli się wówczas formularz rejestru wypełniony jego danymi w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcia rejestru należy potwierdzić klikając przycisk „Usuń”.

Aby pobrać i wydrukować zawartość rejestru należy kliknąć przycisk „Drukuj” przy danym rejestrze na liście. Pojawi się wówczas okno pobierania pliku PDF z zawartością rejestru, który będzie można zapisać na dysk i/lub wydrukować.

Aby zarządzać zawartością rejestru należy kliknąć przycisk” Zawartość” przy danym rejestrze na liście. Wyświetli się wówczas lista wpisów w rejestrze a przy każdym z nich przyciski „Edytuj” i „Usuń”, zaś pod listą wpisów wyświetla się przycisk „Dodaj”.



Aby dodać nowy wpis do rejestru należy kliknąć przycisk „Dodaj”. Wyświetli się wówczas formularz dodawania wpisu. Po wprowadzeniu danych należy je zapisać klikając przycisk „Dodaj”.



Aby zmodyfikować dane wpisu w rejestrze należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy danym wpisie. Wyświetli się wówczas formularz wpisu wypełniony jego danymi. Dane te można zmodyfikować a po zmodyfikowaniu należy zapisać klikając przycisk „Zapisz”.

Aby usunąć wpis należy kliknąć przycisk „Usuń” przy danym wpisie na liście. Wyświetli się wówczas formularz wpisu wypełniony jego danymi w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcia wpisu należy potwierdzić klikając przycisk „Usuń”.

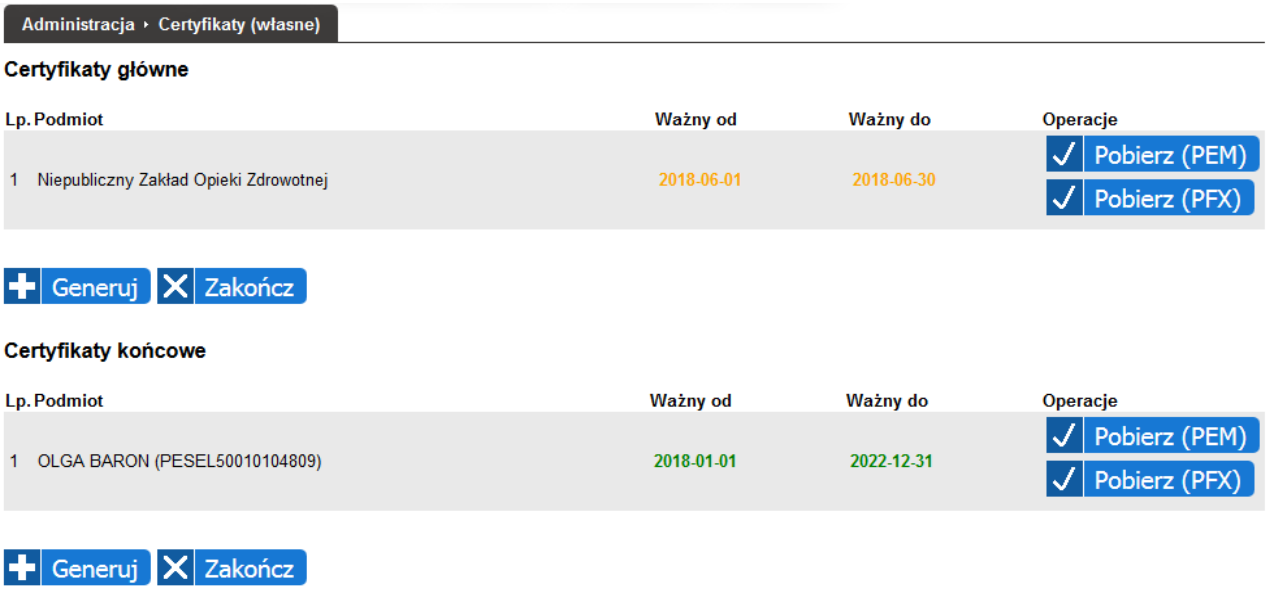
Certyfikaty (własne)

Funkcjonalność „Certyfikaty (własne)” służy do generowania certyfikatów do podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetlają się dwie listy

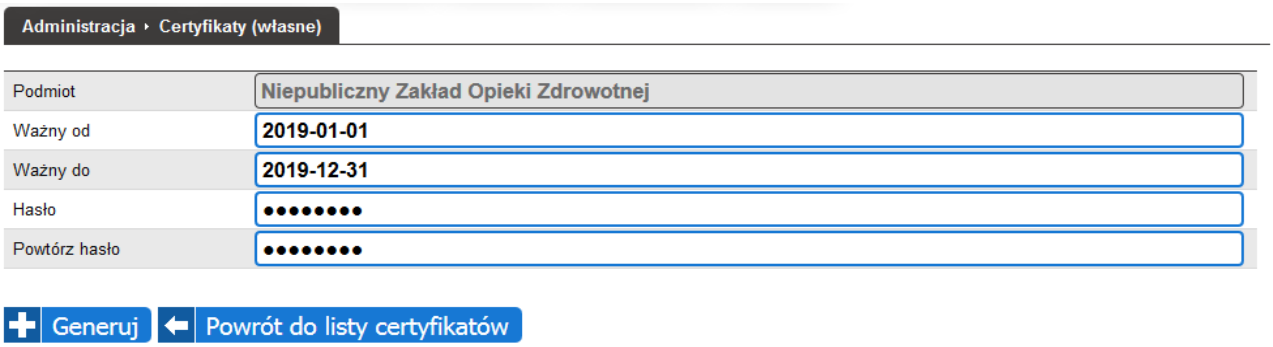
certyfikatów:

- certyfikaty główne – certyfikaty zakładu opieki zdrowotnej służące do podpisywania certyfikatów końcowych
- certyfikaty końcowe – certyfikaty personelu medycznego służące do podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej

Przy każdym certyfikacie podany jest jego okres ważności. Jeśli do końca okresu ważności certyfikatu pozostało więcej niż 30 dni wówczas okres ważności wyświetla się na zielono, jeśli mniej niż 30 dni – na pomarańczowo, jeśli certyfikat jest nie ważny – na czerwono. Ponadto przy każdym certyfikacie widoczne są przyciski umożliwiające pobranie certyfikatu w dwóch formatach: PEM i PFX. Pod każdą z list certyfikatów widoczny jest przycisk „Generuj" umożliwiający wygenerowanie nowego certyfikatu.

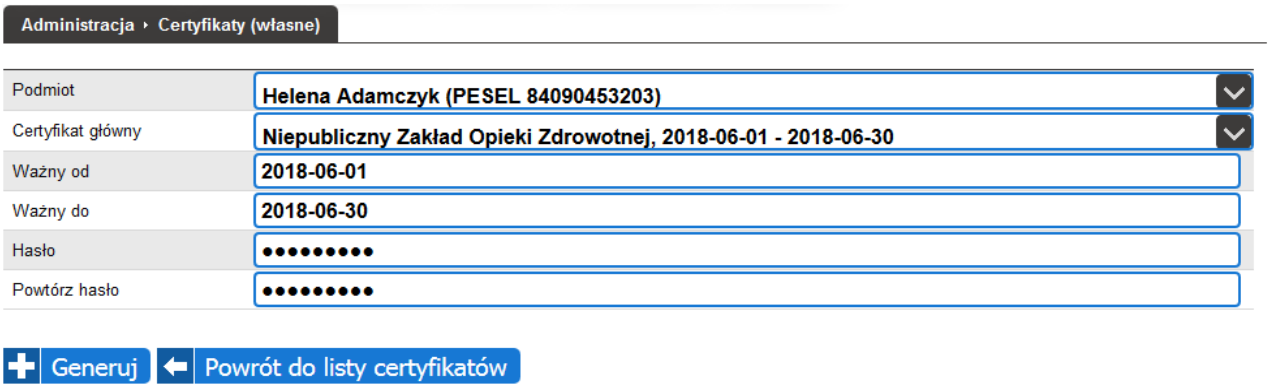


Aby wygenerować certyfikat główny należy kliknąć przycisk „Generuj" pod listą certyfikatów głównych. Wyświetli się wówczas formularz danych certyfikatu. Podmiot jest wypełniony automatycznie i niezmienny (jest nim zakład opieki zdrowotnej). Należy wprowadzić okres ważności certyfikatu i hasło a następnie zatwierdzić przyciskiem „Generuj".



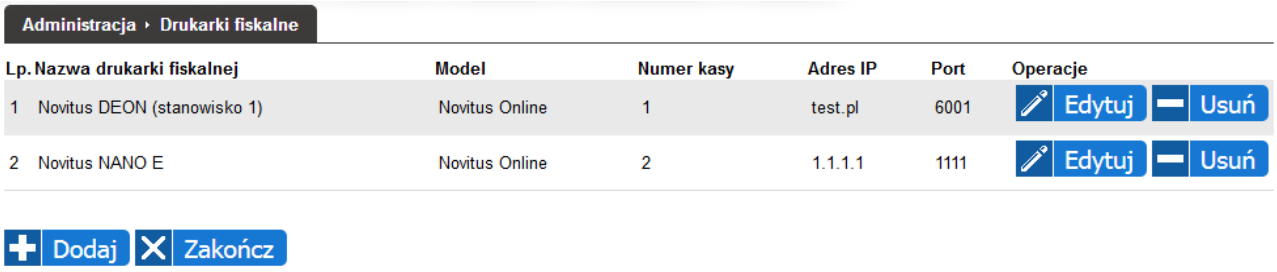
Aby wygenerować certyfikat końcowy należy kliknąć przycisk „Generuj" pod listą certyfikatów

końcowych. Wyświetli się wówczas formularz danych certyfikatu, który należy wypełnić i zatwierdzić przyciskiem „Generuj”.



Drukarki fiskalne

W systemie jHIS zostały zaimplementowane mechanizmy komunikacji z drukarkami fiskalnymi online w zakresie drukowania paragonów (aktualnie obsługiwane są drukarki fiskalne Novitus Online). Funkcjonalność „Drukarki fiskalne” z menu „Administracja” pozwala na zarządzanie drukarkami fiskalnymi podłączonymi do systemu. Po wybraniu tej funkcjonalności pojawia się lista drukarek fiskalnych a przy każdej z nich przyciski „Edytuj” (umożliwiający modyfikację danych drukarki fiskalnej) i „Usuń” (umożliwiający usunięcie drukarki fiskalnej). Pod listą drukarek fiskalnych dostępny jest przycisk „Dodaj” umożliwiający dodanie nowej drukarki fiskalnej.



Po kliknięciu przycisku „Dodaj”, „Edytuj” lub „Usuń” wyświetla się formularz danych drukarki fiskalnej (w przypadku przycisku dodawania jest on pusty, w przypadku edycji jest wypełniony danymi drukarki fiskalnej, które można zmodyfikować, zaś w przypadku usuwania jest wypełniony danymi drukarki fiskalnej i wyświetlony w trybie tylko do odczytu).



Aby dodać drukarkę należy wypełnić formularz i zapisać dane klikając przycisk „Dodaj". Aby zmodyfikować dane drukarki należy wprowadzić zmiany w formularzu i zapisać je klikając przycisk „Zapisz". Aby usunąć drukarkę należy w formularzu kliknąć przycisk „Usuń".

UWAGA! *Każda podłączona do systemu drukarka fiskalna powinna mieć skonfigurowane nagłówki i stopki paragonów oraz następujące stawki VAT: A - 23%, B - 8%, C - 5%, D - 0%, E – zwolnienie.*

Tryb serwisowy

Funkcjonalność „Tryb serwisowy" służy do przełączania systemu pomiędzy trybem serwisowym a trybem normalnym. Tryb serwisowy służy do przeprowadzania czynności utrzymaniowo-naprawczych podczas których korzystanie z systemu przez użytkowników nie jest możliwe. Przełączenie w tryb serwisowy skutkuje natychmiastowym wylogowaniem z systemu wszystkich zalogowanych użytkowników (oprócz użytkownika dokonującego przełączenia w tryb serwisowy) i zablokowaniem dostępu do systemu wszystkim użytkownikom do czasu przywrócenia trybu normalnego (oprócz użytkownika dokonującego przełączenia w tryb serwisowy).

Aby przełączyć system w tryb serwisowy należy wybrać funkcjonalność „Tryb serwisowy" z menu „Administracja" i kliknąć przycisk „Przełącz w tryb serwisowy".

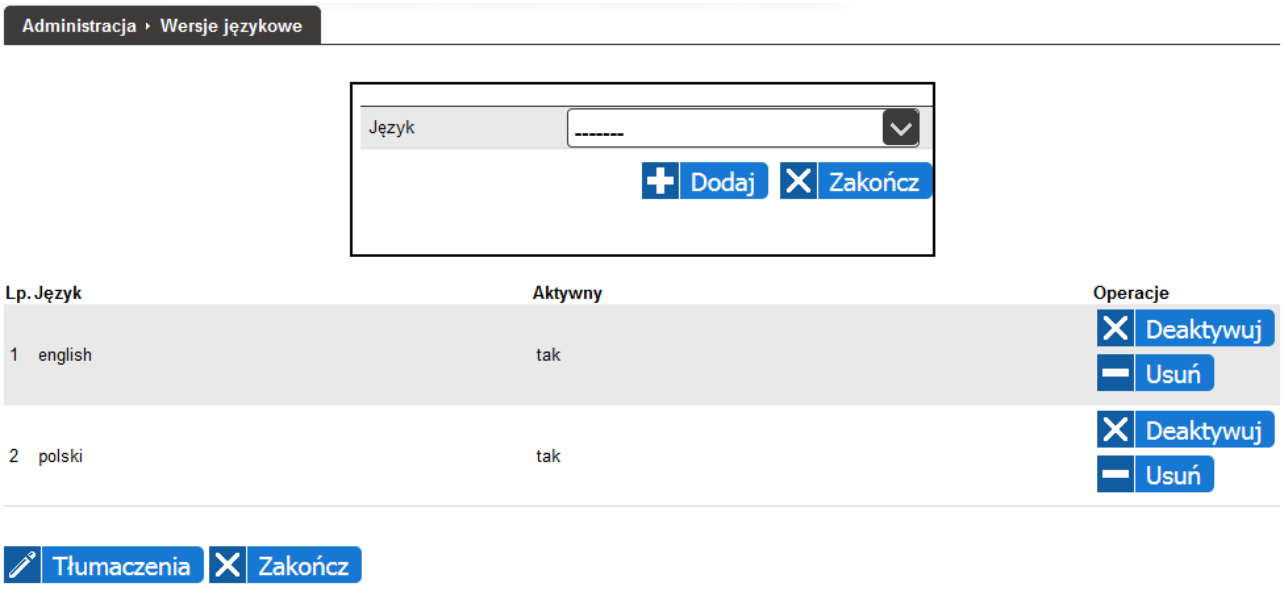


W trybie serwisowym w nagłówku każdej strony systemu pojawia się wyraźny napis „**TRYB SERWISOWY!**". Jeżeli system pracuje w trybie serwisowym, wówczas aby przywrócić normalny tryb pracy należy wybrać funkcjonalność „Tryb serwisowy" z menu „Administracja" i kliknąć przycisk „Przywróć tryb normalny".



Wersje językowe

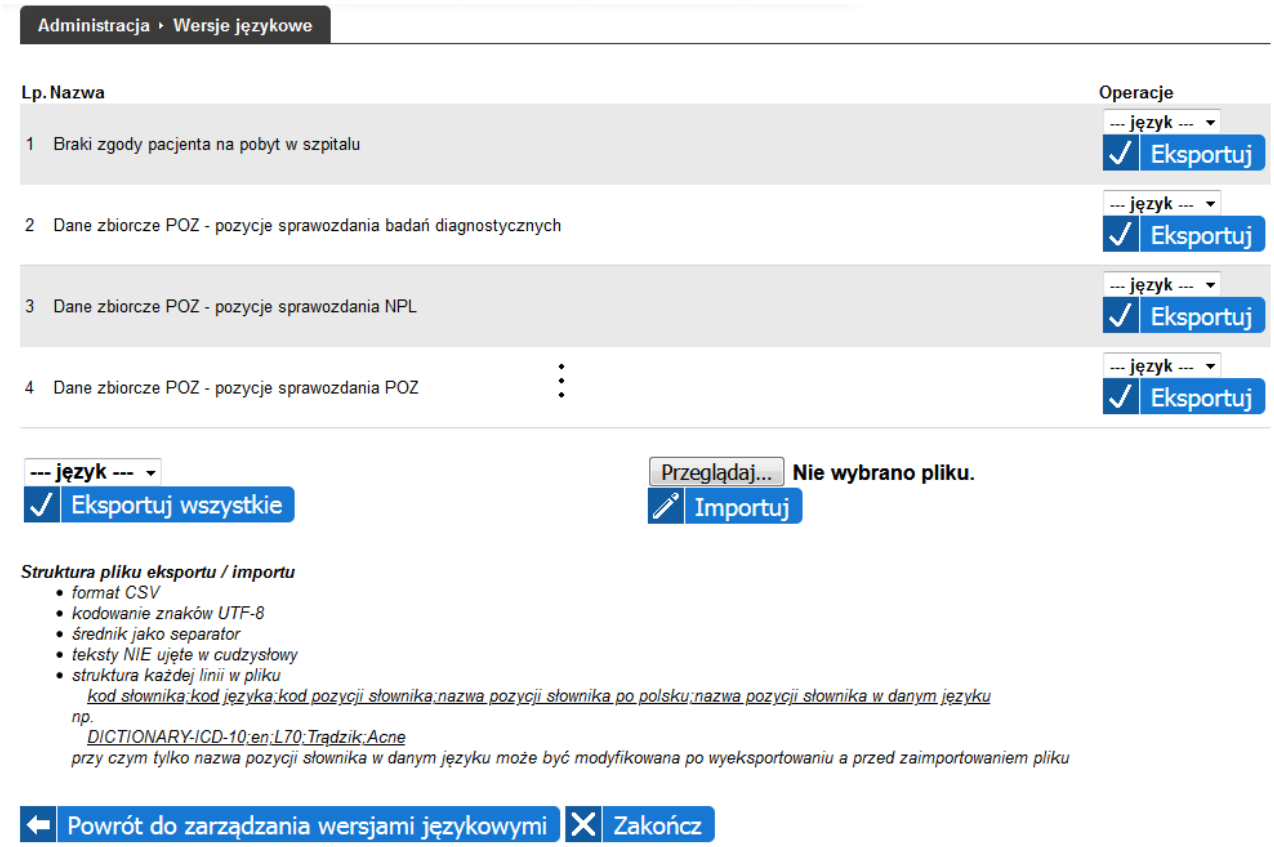
Funkcjonalność „Wersje językowe” służy do zarządzania wersjami językowymi interfejsu użytkownika i słowników stałych używanych w systemie. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz dodawania wersji językowych a pod nim lista zdefiniowanych wersji językowych. Przy każdej z wersji językowych na liście widoczne są przyciski „Deaktywuj” (jeśli wersja językowa jest aktywna) lub „Aktywuj” (jeśli wersja językowa jest nieaktywna) oraz przycisk „Usuń”. Pod listą wersji językowych widoczny jest jeszcze przycisk „Tłumaczenia” umożliwiający przejście do strony zarządzania tłumaczeniami.



Aby dodać nową wersję językową należy wybrać język z listy a następnie kliknąć przycisk „Dodaj”. Dodana wersja językowa pojawi się na liście poniżej formularza jako aktywna. Aktywne wersje językowe są wyświetlane w nagłówku każdej strony systemu jHIS umożliwiając zalogowanemu użytkownikowi się przełączanie się pomiędzy nimi. Aby wersja językowa przestała być wyświetlana w nagłówkach stron należy ją deaktywować klikając przycisk „Deaktywuj” przy danej wersji językowej na liście. Nieaktywną wersję można w każdej chwili ponownie aktywować kliakjąc przycisk „Aktywuj” przy danej wersji językowej na liście. Dopóki dla danej wersji językowej nie zostaną wprowadzone tłumaczenia interfejsu użytkownika istnieje możliwość jej usunięcia z systemu poprzez kliknięcie przycisku „Usuń” przy danej wersji językowej na liście.

Aby przejść do strony zarządzania tłumaczeniami słowników należy kliknąć przycisk „Tłumaczenia”. Wyświetli się wówczas lista słowników wielojęzycznych. Przy każdym słowniku widoczny jest formularz eksportowania tłumaczeń danego słownika w wybranej wersji językowej do pliku CSV, zaś pod listą słowników dostępny jest identyczny formularz umożliwiający wyeksportowanie tłumaczeń wszystkich słowników w wybranej wersji językowej do pliku CSV. Po wybraniu wersji językowej i kliknięciu przycisku „Eksportuj” system generuje plik CSV i umożliwia zapisanie go na dysku komputera. Plik taki można otworzyć w dowolnym programie obsługującym arkusze kalkulacyjne i wprowadzić do niego tłumaczenia. Danych w pierwszych czterech kolumnach w pliku **nie wolno zmieniać**, uzupełniać / modyfikować można jedynie dane w piątej kolumnie a więc tłumaczenia w danym języku. Po uzupełnieniu / zmodyfikowaniu tłumaczeń z pliku CSV, plik taki należy zaimportować do systemu korzystając z formularza widocznego pod listą słowników. W formularzu tym należy wskazać plik CSV i kliknąć przycisk „Importuj”. System

zaimportuje wówczas uzupełnione / zmodyfikowane tłumaczenia ze wskazanego pliku CSV.



Zarządzanie tłumaczeniami interfejsu użytkownika nie z poziomu systemu nie jest możliwe, jako że tłumaczenia te są integralną częścią kodu źródłowego systemu.

Rejestracja

Moduł „Rejestracja” jest przeznaczony przede wszystkim dla rejestratorek i służy do zarządzania danymi pacjentów oraz drukowania księgi rejestracyjnej i ksiąg przyjęć.

Nowy pacjent

W sytuacji kiedy do rejestracji zgłasza się nowy pacjent, którego danych jeszcze nie ma w systemie należy wprowadzić jego dane do systemu korzystając z funkcjonalności „Nowy pacjent” w menu „Rejestracja”.

UWAGA!

- Zawsze przed dodaniem nowego pacjenta należy upewnić się, czy pacjenta takiego jeszcze nie ma w systemie. Aby sprawdzić czy pacjent już jest czy jeszcze go nie ma w systemie należy skorzystać z wyszukiwarki pacjentów opisanej w podrozdziale „Pacjenci (karty aktywne)”.

Formularz danych nowego pacjenta składa się z następujących zakładek:

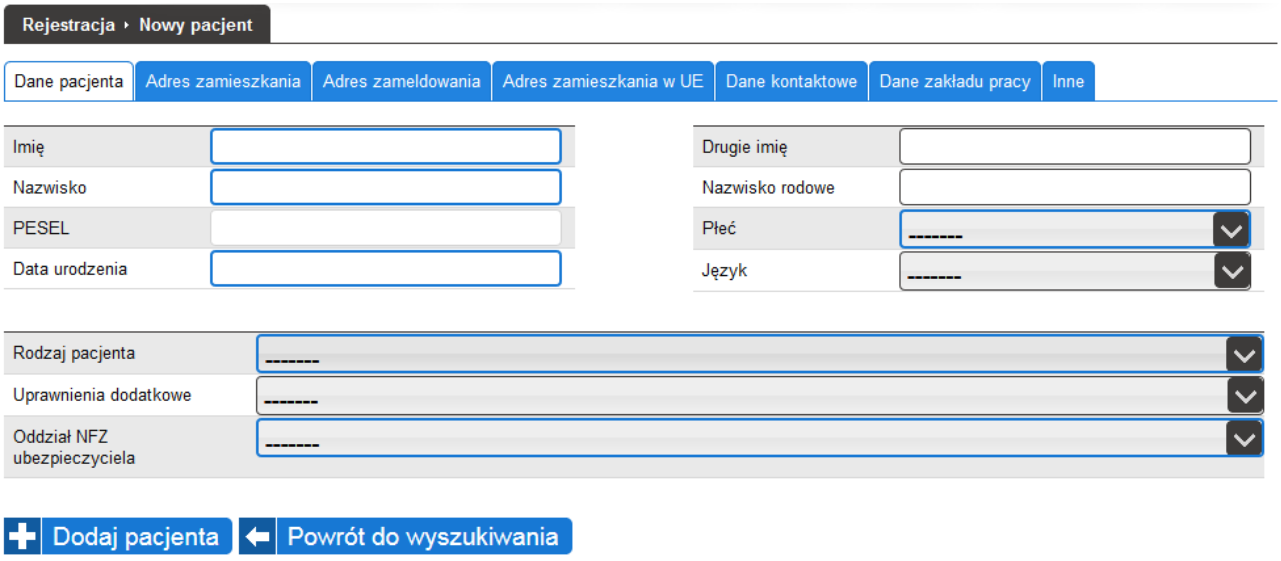
- Dane pacjenta

- Adres zamieszkania
- Adres zameldowania
- Adres zamieszkania w UE
- Dane kontaktowe
- Dane zakładu pracy
- Inne

Pomiędzy zakładkami można się przełączać klikając na nie kursorem myszy. Zapisanie danych dodawanego pacjenta (przycisk „Dodaj pacjenta") można wykonać dopiero po wypełnieniu wymaganych danych we wszystkich zakładkach.

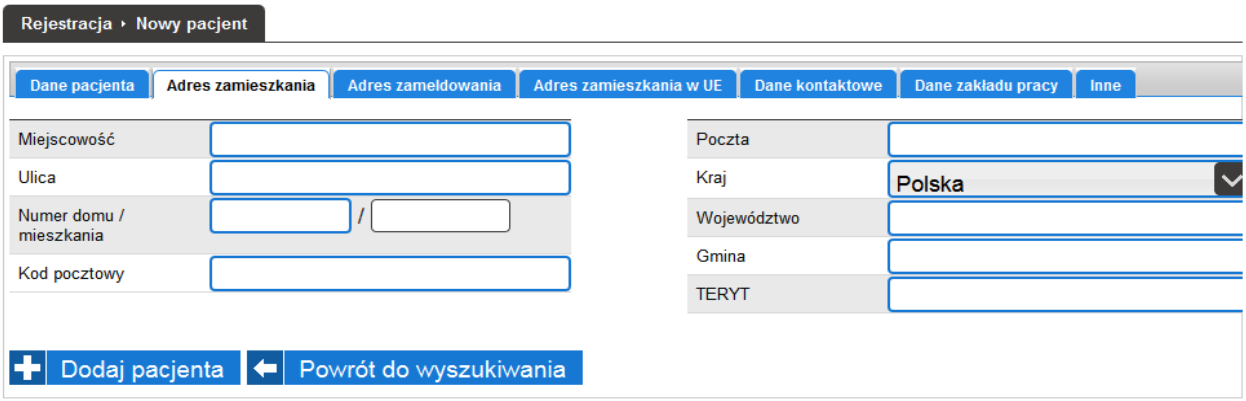
Dane pacjenta

W formularzu danych pacjenta zawarte są dane osobowe i identyfikacyjne pacjenta. W przypadku pacjentów posiadających numer PESEL po wpisaniu numeru PESEL automatycznie wypełniane są pola płci, daty urodzenia i rodzaju pacjenta. W przypadku wpisania błędnego numeru PESEL ramka wokół pola zmienia kolor na czerwony.



Adres zamieszkania

Adres zamieszkania pacjenta jest obowiązkowym do wypełnienia adresem zamieszkania w Polsce. Kod pocztowy może być wpisywany zarówno z kreską jak i bez kreski (wówczas system automatycznie zmieni jego format dodając kreskę między drugą a trzecią cyfrą). Po wpisaniu prawidłowego kodu pocztowego poczta, kraj, województwo, gmina i TERYT są wypełniane automatycznie. Przy wpisywaniu nazwy miejscowości i nazwy gminy wyświetlane są podpowiedzi. Przy wybieraniu gminy z listy podpowiedzi TERYT jest wypełniany automatycznie.



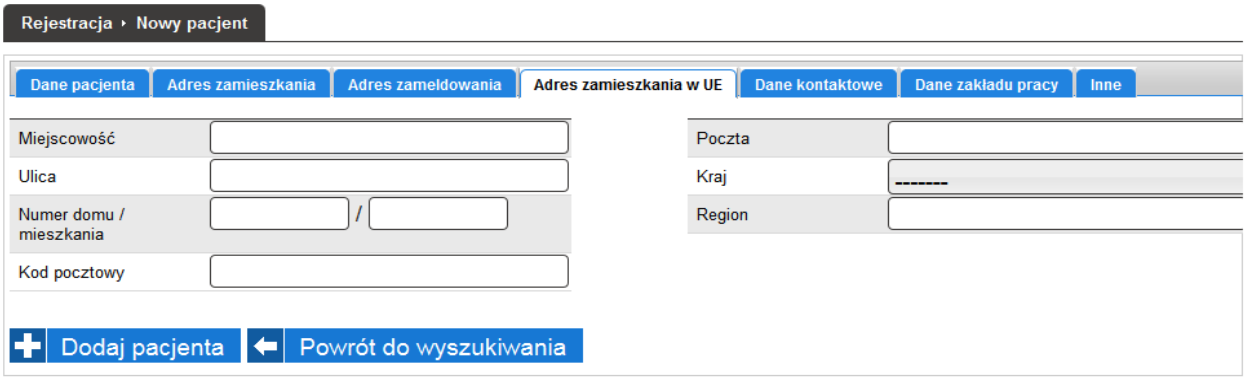
Adres zameldowania

Przy wypełnianiu adresu zameldowania funkcjonują identyczne mechanizmy jak w przypadku adresu zamieszkania. Jeżeli adres zameldowania pacjenta jest taki sam jak adres zamieszkania pacjenta, wówczas w bardzo prosty sposób można skopiować dane z adresu zamieszkania do adresu zameldowania zaznaczając w zakładce „Adres zameldowania" pole „taki sam jak adres zamieszkania".



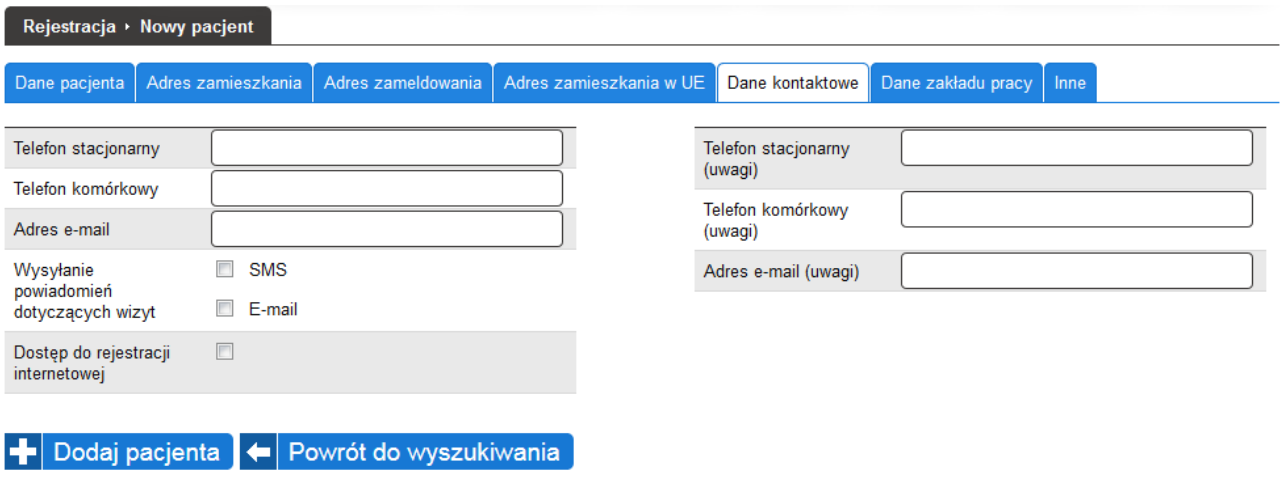
Adres zamieszkania w UE

Adres zamieszkania w Unii Europejskiej ma znaczenie w przypadku pacjentów ubezpieczonych na podstawie przepisów o koordynacji. Przy jego wypełnianiu nie są stosowane mechanizmy podpowiedzi ani automatycznych uzupełnień.



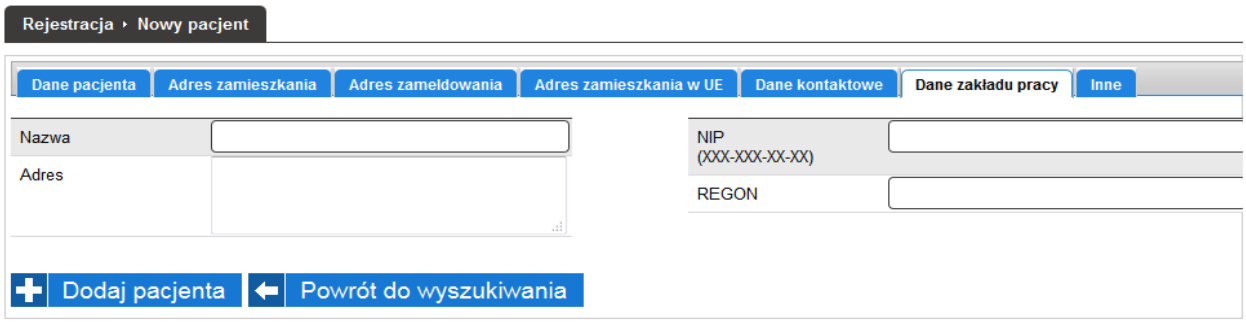
Dane kontaktowe

Dane kontaktowe to numery telefonów oraz adres e-mail pacjenta wraz z ewentualnymi uwagami dotyczącymi tych danych (np. „telefon matki”). Tu również można zaznaczyć jakimi kanałami pacjent życzy sobie otrzymywać powiadomienia o wizytach (SMS, e-mail), o ile pacjent chce otrzymywać jakiekolwiek powiadomienia. Wypełnienie danych kontaktowych nie jest obowiązkowe, jednak jeśli pacjent życzy sobie otrzymywać powiadomienia przez SMS, wówczas podanie numeru telefonu komórkowego stanie się obowiązkowe i analogicznie jeśli pacjent życzy sobie otrzymywać powiadomienia przez e-mail, wówczas podanie adresu e-mail będzie obowiązkowe, jeśli obydwoma kanałami, wówczas podanie zarówno numeru telefonu jak i adresu e-mail będzie wymagane. Również w danych kontaktowych można zaznaczyć czy pacjent życzy sobie dostępu do rejestracji internetowej (rejestracja internetowa daje pacjentowi możliwość umawiania się samemu na wizyty przez internet). Zaznaczając tę opcję należy jednocześnie wprowadzić adres e-mail pacjenta, który będzie jego loginem do rejestracji internetowej. Jeżeli opcja „Dostęp do rejestracji internetowej” zostanie zaznaczona, wówczas w momencie zapisywania danych pacjenta zostanie automatycznie wygenerowane i wysłane na jego adres e-mail hasło dostępu do rejestracji internetowej. Przy wpisywaniu numeru telefonu komórkowego automatycznie zaznacza opcję „SMS” a przy wpisywaniu adresu e-mail opcję „E-mail” w polu „Wysyłanie powiadomień dotyczących wizyt” (zaznaczenie to można oczywiście usunąć, system jedynie sugeruje możliwość wysyłania powiadomień).



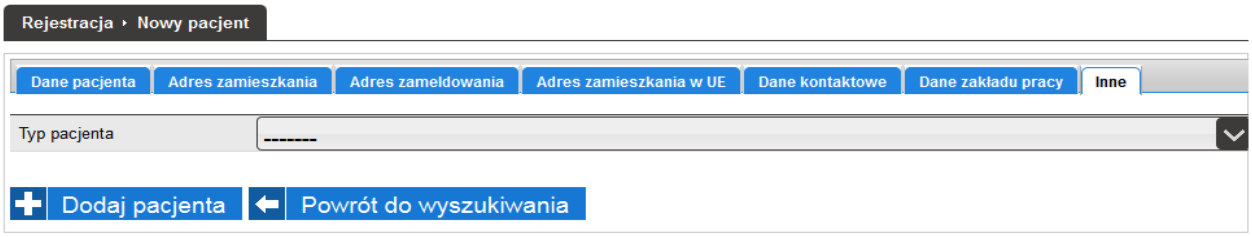
Dane zakładu pracy

Jeżeli pacjent będzie leczył się w zakładzie opieki zdrowotnej na koszt swojego pracodawcy, wówczas należy wprowadzić dane zakładu pracy, które posłużą do wystawiania faktur.



Inne

W niniejszej zakładce istnieje możliwość określenia typu pacjenta (np. VIP).



Pacjenci (karty aktywne)

W sytuacji kiedy zachodzi potrzeba weryfikacji, aktualizacji, modyfikacji bądź uzupełnienia danych osobowych, identyfikacyjnych, kontaktowych, ubezpieczeniowych, deklaracji, skierowań, upoważnień, ostrzeżeń, informacji dodatkowych, załączników dotyczących historii zdrowia i choroby pacjenta lub też weryfikacji / przyjęcia / zwrotu płatności pacjenta należy skorzystać z funkcjonalności „Pacjenci (karty aktywne)” w menu aplikacji „Rejestracja”. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka pacjentów.

Możliwe jest wyszukiwanie pacjentów za pomocą dowolnej kombinacji następujących kryteriów:

- zapytanie – w polu można wpisać dowolne dane identyfikujące szukanego pacjenta – system będzie próbował dopasować wpisane w tym polu dane do początku imienia, początku każdego członu nazwiska, numeru PESEL i daty urodzenia pacjenta; wielkość liter nie ma znaczenia
- imię – w polu można wpisać imię lub początek imienia szukanego pacjenta; wielkość liter nie ma znaczenia
- nazwisko – w polu można wpisać nazwisko lub początek nazwiska szukanego pacjenta; wielkość liter nie ma znaczenia
- PESEL – w polu można wpisać numer PESEL szukanego pacjenta; po wprowadzeniu

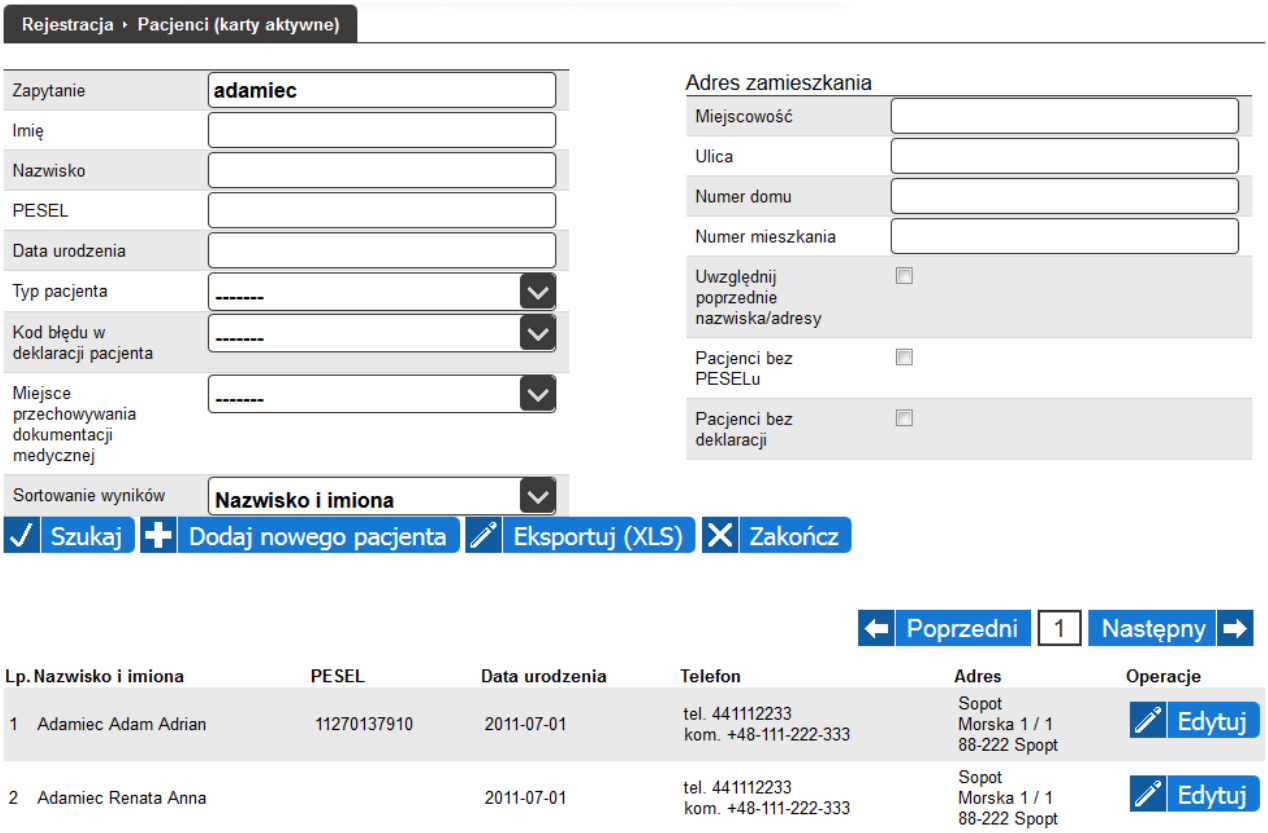
numeru PESEL i przejściu do kolejnego pola formularza wyszukiwania następuje weryfikacja wpisanego numeru PESEL - jeżeli wpisany PESEL jest niepoprawny wówczas ramka pola numeru PESEL zmieni kolor na czerwony

- data urodzenia – w polu można wprowadzić datę urodzenia szukanego pacjenta; po kliknięciu w polu daty urodzenia wyświetla się kalendarz wyboru daty
- typ pacjenta – w polu można wybrać typ pacjenta
- kod błędu w deklaracji pacjenta – w polu można wskazać kod błędu w deklaracji pacjenta (do wyszukiwania pacjentów posiadających deklarację z określonym kodem błędu)
- miejsce przechowywania dokumentacji medycznej – miejsce przechowywania papierowej dokumentacji medycznej pacjenta
- adres zamieszkania – w polach można wprowadzić: nazwę lub początek nazwy miejscowości, nazwę lub początek nazwy ulicy, numer domu, numer mieszkania szukanego pacjenta; wielkość liter nie ma znaczenia
- uwzględnij poprzednie nazwiska / adresy – po zaznaczeniu tej opcji przy wyszukiwaniu system będzie uwzględniał także poprzednie nazwiska i adresy pacjenta (jeśli były zmieniane, np. nazwisko mogło zostać zmienione w systemie po wyjściu za mąż pacjentki, adres mógł zostać zmieniony w systemie po zmianie miejsca zamieszkania przez pacjenta)
- pacjenci bez PESELu – po zaznaczeniu tej opcji przy wyszukiwaniu system będzie uwzględniał wyłącznie pacjentów nie posiadających numeru PESEL
- pacjenci bez deklaracji – po zaznaczeniu tej opcji przy wyszukiwaniu system będzie uwzględniał wyłącznie pacjentów nie posiadających deklaracji (deklaracje wycofane nie są brane pod uwagę)

Po wprowadzeniu kryteriów wyszukiwania i naciśnięciu przycisku „Szukaj” mogą wystąpić trzy sytuacje:

- jeżeli nie istnieje żaden pacjent aktywny spełniający wszystkie wprowadzone kryteria wyszukiwania, wówczas pod wyszukiwarką zostanie wyświetlony komunikat o braku pacjentów spełniających podane kryteria
- jeżeli istnieje dokładnie jeden pacjent aktywny spełniający wszystkie wprowadzone kryteria wyszukiwania albo posiadający kartę o zeskanowanym numerze, wówczas nastąpi automatycznie przejście do karty tego pacjenta
- jeżeli istnieje więcej niż jeden pacjent aktywny spełniający wszystkie wprowadzone w formularzu kryteria wyszukiwania, wówczas pod wyszukiwarką zostanie wyświetlona lista odszukanych pacjentów, a przy każdym z nich przycisk umożliwiający przejście do edycji karty pacjenta

Ponadto pod wyszukiwarką pojawia się dodatkowy przycisk „Eksportuj (XLS)” którego kliknięcie umożliwia pobranie pliku XLS z listą pacjentów spełniających kryteria wyszukiwania.



Jeżeli wyszukiwarka nie odnajdzie pacjenta o podanych kryteriach oznacza to, że takiego pacjenta nie ma jeszcze w systemie. Wówczas należy dodać nowego pacjenta korzystając z funkcjonalności „Nowy pacjent" w menu „Rejestracja" lub korzystając z przycisku „Dodaj nowego pacjenta" widocznego pod wyszukiwarką (obie te funkcjonalności są tożsame).

Jeżeli jest tylko jeden pacjent spełniający kryteria wyszukiwania lub jeżeli jest więcej niż jeden taki pacjent i przy właściwym naciśnięto przycisk „Edytuj", wówczas wyświetli się karta danego pacjenta, składająca się z następujących zakładek:

- Pacjent
- Kontakt
- Ubezpieczenia
- Deklaracje
- Skierowania
- Upoważnienia
- Ostrzeżenia
- Informacje
- Historia
- Płatności
- Wizyty
- Zatrudnienie

- Leki
- EDM
- Pobyty
- Druki
- Parametry
- Recepty
- ZOL

Pacjent

W zakładce „Pacjent” znajduje się formularz z danymi osobowymi i identyfikacyjnymi pacjenta. Nad formularzem umieszczone są ikony informacyjne. Liczba ikon jest uzależniona od danych pacjenta. Zakres ikon jest następujący:

- niepełnoletność pacjenta – ikonką oznaczani są pacjenci do ukończenia 18 roku życia oraz pacjenci po ukończeniu 18 roku życia posiadający specjalną zgodę na korzystanie z poradni dla dzieci



- notoryczne nie stawianie się na wizyty – ikonką oznaczani są pacjenci, którzy nie stawili się na co najmniej 3 kolejne umówione wizyty



- wprowadzona deklaracja do lekarza rodzinnego – ikonką oznaczani są pacjenci posiadający wprowadzoną (jeszcze niewysłaną do NFZ) deklarację do lekarza rodzinnego



- wprowadzona deklaracja do pielęgniarki – ikonką oznaczani są pacjenci posiadający wprowadzoną (jeszcze niewysłaną do NFZ) deklarację do pielęgniarki



- wprowadzona deklaracja do położnej - ikonką oznaczani są pacjenci posiadający wprowadzoną (jeszcze niewysłaną do NFZ) deklarację do położnej



〉 wprowadzona deklaracja z zakresu medycyny szkolnej - ikonką oznaczani są pacjenci posiadający wprowadzoną (jeszcze niewysłaną do NFZ) deklarację z zakresu medycyny szkolnej



〉 wysłana do NFZ deklaracja do lekarza rodzinnego – ikonką oznaczani są pacjenci posiadający wysłaną do NFZ (jeszcze nie zweryfikowaną) deklarację do lekarza rodzinnego



〉 wysłana do NFZ deklaracja do pielęgniarki – ikonką oznaczani są pacjenci posiadający wysłaną do NFZ (jeszcze nie zweryfikowaną) deklarację do pielęgniarki



〉 wysłana do NFZ deklaracja do położnej – ikonką oznaczani są pacjenci posiadający wysłaną do NFZ (jeszcze nie zweryfikowaną) deklarację do położnej



〉 wysłana do NFZ deklaracja z zakresu medycyny szkolnej – ikonką oznaczani są pacjenci posiadający wysłaną do NFZ (jeszcze nie zweryfikowaną) deklarację z zakresu medycyny szkolnej



〉 wysłana do NFZ deklaracja do lekarza rodzinnego która to deklaracja wcześniej była aktywna – ikonką oznaczani są pacjenci posiadający wysłaną do NFZ (jeszcze nie zweryfikowaną) deklarację do lekarza rodzinnego która to deklaracja wcześniej była aktywna



〉 wysłana do NFZ deklaracja do pielęgniarki która to deklaracja wcześniej była aktywna – ikonką oznaczani są pacjenci posiadający wysłaną do NFZ (jeszcze nie zweryfikowaną) deklarację do pielęgniarki która to deklaracja wcześniej była aktywna



〉 wysłana do NFZ deklaracja do położnej która to deklaracja wcześniej była aktywna – ikonką oznaczani są pacjenci posiadający wysłaną do NFZ (jeszcze nie zweryfikowaną) deklarację do położnej która to deklaracja wcześniej była aktywna



〉 wysłana do NFZ deklaracja z zakresu medycyny szkolnej która to deklaracja wcześniej była aktywna – ikonką oznaczani są pacjenci posiadający wysłaną do NFZ (jeszcze nie zweryfikowaną) deklarację z zakresu medycyny szkolnej która to deklaracja wcześniej była aktywna



〉 wysłana do NFZ deklaracja do lekarza rodzinnego która to deklaracja wcześniej była odrzucona – ikonką oznaczani są pacjenci posiadający wysłaną do NFZ (jeszcze nie zweryfikowaną) deklarację do lekarza rodzinnego która to deklaracja wcześniej była odrzucona



〉 wysłana do NFZ deklaracja do pielęgniarki która to deklaracja wcześniej była odrzucona – ikonką oznaczani są pacjenci posiadający wysłaną do NFZ (jeszcze nie zweryfikowaną) deklarację do pielęgniarki która to deklaracja wcześniej była odrzucona



〉 wysłana do NFZ deklaracja do położnej która to deklaracja wcześniej była odrzucona – ikonką oznaczani są pacjenci posiadający wysłaną do NFZ (jeszcze nie zweryfikowaną) deklarację do położnej która to deklaracja wcześniej była odrzucona



〉 wysłana do NFZ deklaracja z zakresu medycyny szkolnej która to deklaracja wcześniej była odrzucona – ikonką oznaczani są pacjenci posiadający wysłaną do NFZ (jeszcze nie zweryfikowaną) deklarację z zakresu medycyny szkolnej która to deklaracja wcześniej była odrzucona



〉 aktywna deklaracja do lekarza rodzinnego – ikonką oznaczani są pacjenci posiadający aktywną (zaakceptowaną przez NFZ) deklarację do lekarza rodzinnego



〉 aktywna deklaracja do pielęgniarki – ikonką oznaczani są pacjenci posiadający aktywną (zaakceptowaną przez NFZ) deklarację do pielęgniarki



〉 aktywna deklaracja do położnej - ikonką oznaczani są pacjenci posiadający aktywną (zaakceptowaną przez NFZ) deklarację do położnej



〉 aktywna deklaracja z zakresu medycyny szkolnej - ikonką oznaczani są pacjenci posiadający aktywną (zaakceptowaną przez NFZ) deklarację z zakresu medycyny szkolnej



〉 odrzucona deklaracja do lekarza rodzinnego – ikonką oznaczani są pacjenci posiadający odrzuconą przez NFZ deklarację do lekarza rodzinnego



〉 odrzucona deklaracja do pielęgniarki – ikonką oznaczani są pacjenci posiadający odrzuconą przez NFZ deklarację do pielęgniarki



〉 odrzucona deklaracja do położnej - ikonką oznaczani są pacjenci posiadający odrzuconą przez NFZ deklarację do położnej



〉 odrzucona deklaracja z zakresu medycyny szkolnej - ikonką oznaczani są pacjenci posiadający odrzuconą przez NFZ deklarację z zakresu medycyny szkolnej



〉 konieczność aktualizacji danych pacjenta – ikonką oznaczani są pacjenci posiadający deklarację w przychodni w której zadeklarowany personel już nie pracuje



〉 istnienie ostrzeżeń dotyczących (osoby lub leczenia) pacjenta – ikonką oznaczani są pacjenci dla których w zakładce „Ostrzeżenia" zostały wprowadzone ostrzeżenia; po kliknięciu na ikonkę następuje automatyczne przełączenie do zakładki „Ostrzeżenia" w karcie pacjenta w celu poznania szczegółów



〉 typ pacjenta – informacją tą oznaczeni są pacjenci zaklasyfikowani do określonego typu np. pacjenci typu VIP



〉 pacjent zarejestrowany przez serwis ZnanyLekarz - sprawdź / uzupełnij jego dane – ikonką tą oznaczeni są pacjenci dodani do systemu jHIS przy umawianiu wizyty za pośrednictwem serwisu ZnanyLekarz, których dane powinny być sprawdzone / uzupełnione przez rejestrację w dniu zgłoszenia się pacjenta na wizytę



〉 pacjent zarejestrowany przez serwis ZnanyLekarz – ikonką tą oznaczeni są pacjenci dodani do systemu jHIS przy umawianiu wizyty za pośrednictwem serwisu ZnanyLekarz, których dane zostały sprawdzone / uzupełnione przez rejestrację w dniu zgłoszenia się pacjenta na wizytę



Po najechaniu kursorem myszy na każdą z ikonek pojawia się podpowiedź co dana ikonka oznacza.

Ponadto dla pacjentów posiadających numer PESEL (lub numer PESEL opiekuna w przypadku noworodków) nad formularzem wyświetlana jest informacja o statusie ubezpieczenia pacjenta w eWUŚ na dzień dzisiejszy - jeżeli pacjent jest ubezpieczony informacja o tym wyświetla się na zielono, jeżeli pacjent nie jest ubezpieczony lub wystąpiły problemy w komunikacji z eWUŚ stosowna informacja jest wyświetlana w kolorze czerwonym. Obok informacji o ubezpieczeniu może pojawić się dodatkowo informacja o objęciu pacjenta kwarantanną.

Formularz umożliwia wprowadzenie zmian w danych pacjenta. Po wpisaniu numeru PESEL jeżeli numer PESEL jest nieprawidłowy ramka wokół pola zmienia kolor na czerwony, a jeżeli jest prawidłowy, wówczas automatycznie zostają wypełnione pola data urodzenia, płeć i rodzaj pacjenta (jeśli nie zostały wypełnione przed wpisaniem numeru PESEL).

Nad formularzem dostępny jest przycisk umożliwiający wystawianie oświadczeń o ubezpieczeniu pacjenta wydawanych pacjentowi do podpisania w sytuacji błędnej odpowiedzi systemu eWUŚ. Oświadczenia mają format PDF.

OŚWIADCZENIE NR 11

o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

I. Składający oświadczenie											
1. Imię i nazwisko		Adam Powiadamialski									
2. Adres zamieszkania		ulica Aaa				nr domu 12			nr mieszkania		
		kod i miejscowość 00-643, Warszawa (Śródmieście)									
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)		6	5	0	1	2	3	6	7	9	1	2
4. Dokument potwierdzający tożsamość	rodzaj	[ ] dowód osobisty [ ] paszport [ ] prawo jazdy									
	seria i numer										
II. Treść oświadczenia											
Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych											
1. Podpis osoby składającej oświadczenie		2. Data złożenia oświadczenia (rrrr/mm/dd) 2014/01/01				3. Data udzielenia świadczenia – wypełniane tylko w przypadku gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielania świadczenia 1) od (rrrr/mm/dd) do (rrrr/mm/dd)					

Z kolei pod formularzem dostępne są następujące przyciski:

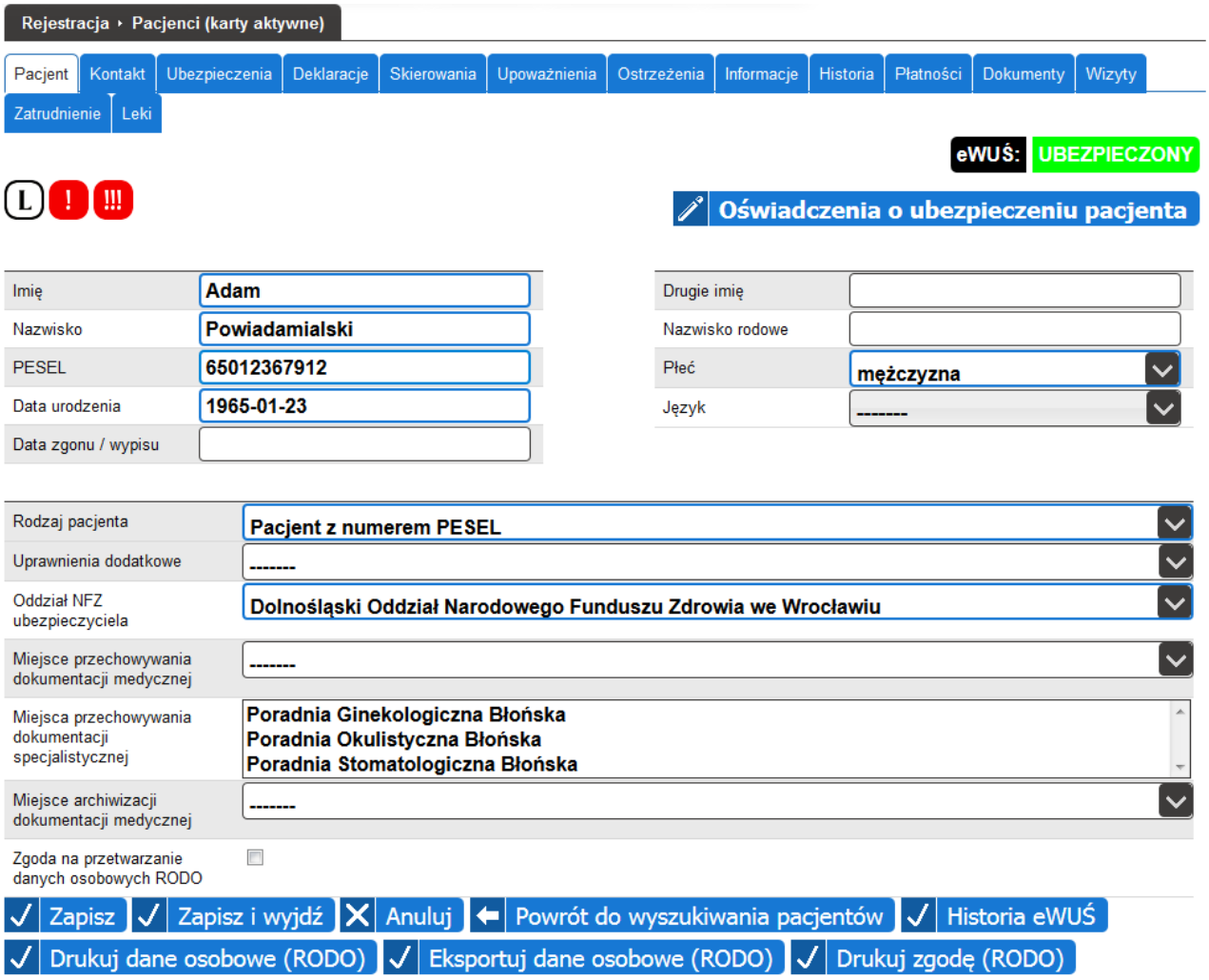
- Zapisz – zapisanie zmian i pozostanie w zakładce „Pacjent” karty pacjenta
- Zapisz i wyjdź – zapisanie zmian i powrót do wyszukiwarki pacjentów
- Anuluj – wycofanie zmian i pozostanie w zakładce „Pacjent” karty pacjenta
- Powrót do wyszukiwania pacjentów – powrót do wyszukiwarki pacjentów bez zapisywania zmian

Niezależnie od użytego przycisku zapisu przed zapisaniem danych do bazy danych system weryfikuje ich poprawność. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wyświetlany jest komunikat o błędzie wskazujący co należy w formularzu poprawić. W przypadku takiego komunikatu należy poprawić w formularzu dane zgodnie z treścią komunikatu i ponowić próbę zapisu. Prawidłowy zapis kończy się wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji i wyświetleniem formularza danych pacjenta (w przypadku gdy do zapisania danych użyto przycisku „Zapisz" i w formularzu nie wprowadzono daty zgonu pacjenta) lub wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji i wyświetleniem wyszukiwarki pacjentów (w przypadku gdy do zapisania danych użyto przycisku „Zapisz i wyjdź" lub gdy do zapisania danych użyto przycisku „Zapisz" i w formularzu wprowadzono datę zgonu pacjenta). W sytuacji gdy w formularzu wprowadzono datę zgonu pacjenta, pacjent ten automatycznie staje się nieaktywny i wprowadzanie dalszych modyfikacji w jego karcie nie jest możliwe.

Dodatkowo pod formularzem widoczny jest przycisk „Historia eWUŚ" prezentujący historię sprawdzania ubezpieczenia pacjenta w systemie eWUŚ. Po kliknięciu tego przycisku otwiera się nowe okno z listą terminów i statusów sprawdzeń.



W związku z wejściem w życie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (RODO), na dole zakładki umieszczono przyciski realizujące wymogi Rozporządzenia. Przycisk „Drukuj dane osobowe (RODO)" pozwala wydrukować na żądanie pacjenta jego dane osobowe przetwarzane w systemie. Przycisk „Eksportuj dane osobowe (RODO)" pozwala wyeksportować dane osobowe pacjenta do interoperacyjnego formatu (HL7 CDA) w celu ich przekazania innemu podmiotowi. Przycisk „Drukuj zgodę (RODO)" umożliwia wydrukowanie zgody na przetwarzanie danych osobowych do podpisania przez pacjenta (po podpisaniu zgody należy ten fakt odnotować w systemie zaznaczając w formularzu pole „Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (RODO)" i zapisując dane).



1.

Kontakt

W zakładce „Kontakt” znajduje się formularz z danymi adresowymi i kontaktowymi pacjenta.

Formularz umożliwia wprowadzenie trzech adresów: (zamieszkania w Polsce, zameldowania, zamieszkania w Unii Europejskiej), trzech danych kontaktowych (numer telefonu stacjonarnego, numer telefonu komórkowego, adres email) oraz dwóch kanałów powiadomień dla pacjenta.

Adres zamieszkania pacjenta jest obowiązkowym do wypełnienia adresem zamieszkania w Polsce. Kod pocztowy może być wpisywany zarówno z kreską jak i bez kreski (wówczas system automatycznie zmieni jego format dodając kreskę między drugą a trzecią cyfrą). Po wpisaniu prawidłowego kodu pocztowego poczta, kraj, województwo, gmina i TERYT są wypełniane automatycznie. Przy wpisywaniu nazwy miejscowości i nazwy gminy wyświetlane są podpowiedzi. Przy wybieraniu gminy z listy podpowiedzi TERYT jest wypełniany automatycznie.

Przy wypełnianiu adresu zameldowania funkcjonują identyczne mechanizmy jak w przypadku adresu zamieszkania. Jeżeli adres zameldowania pacjenta jest taki sam jak adres zamieszkania pacjenta, wówczas w bardzo prosty sposób można skopiować dane z adresu zamieszkania do adresu zameldowania zaznaczając w zakładce „Adres zameldowania” pole „taki sam jak adres zamieszkania”.

Adres zamieszkania w Unii Europejskiej ma znaczenie w przypadku pacjentów ubezpieczonych na

podstawie przepisów o koordynacji. Przy jego wypełnianiu nie są stosowane mechanizmy podpowiedzi ani automatycznych uzupełnień.

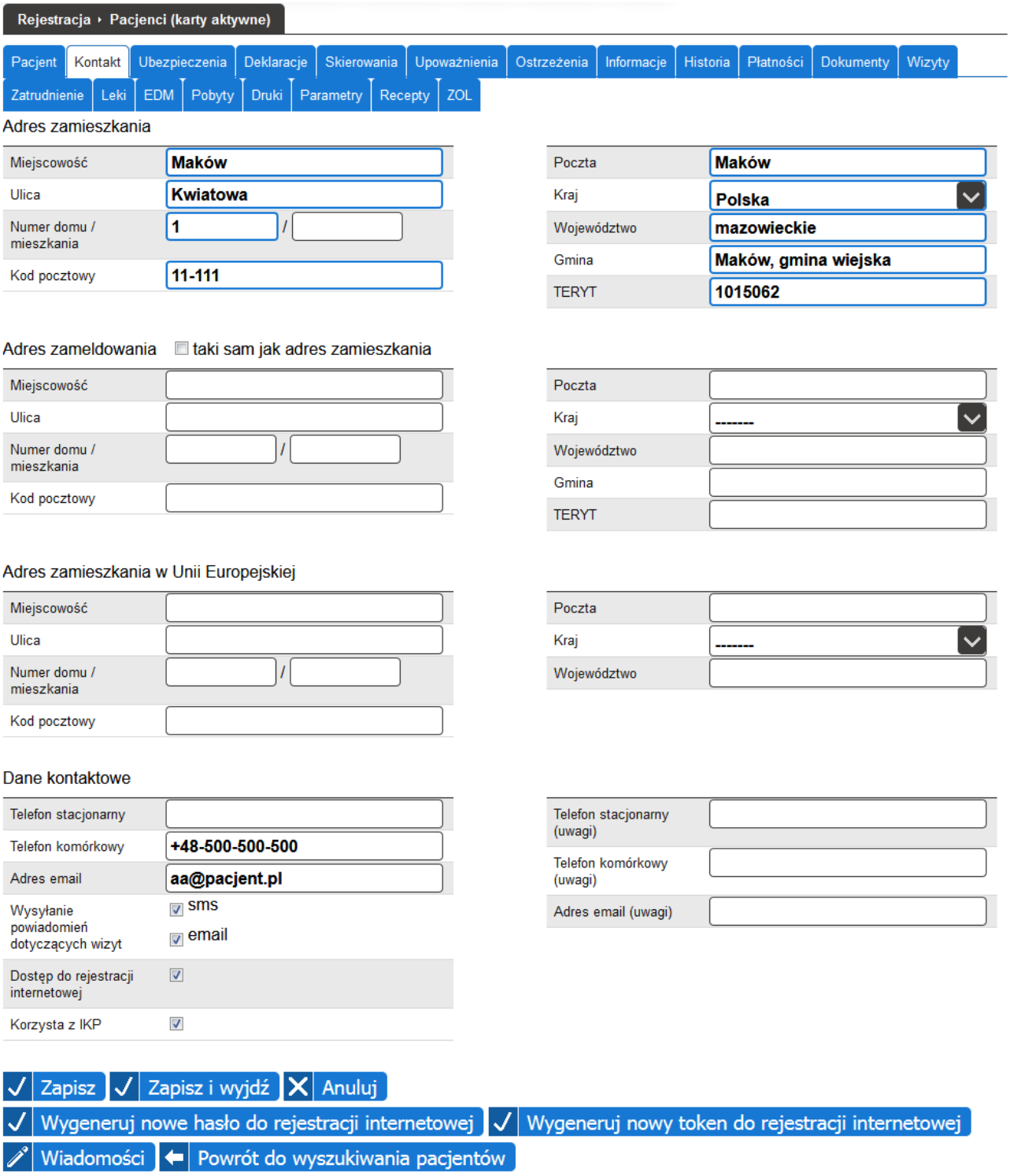
Dane kontaktowe to numery telefonów oraz adres e-mail pacjenta wraz z ewentualnymi uwagami dotyczącymi tych danych (np. „telefon matki"). Tu również można zaznaczyć jakimi kanałami pacjent życzy sobie otrzymywać powiadomienia o wizytach (SMS, e-mail), o ile pacjent chce otrzymywać jakiekolwiek powiadomienia. Wypełnienie danych kontaktowych nie jest obowiązkowe, jednak jeśli pacjent życzy sobie otrzymywać powiadomienia przez SMS, wówczas podanie numeru telefonu komórkowego stanie się obowiązkowe i analogicznie jeśli pacjent życzy sobie otrzymywać powiadomienia przez e-mail, wówczas podanie adresu e-mail będzie obowiązkowe, jeśli obydwoma kanałami, wówczas podanie zarówno numeru telefonu jak i adresu e-mail będzie wymagane. Również w danych kontaktowych można zaznaczyć czy pacjent życzy sobie dostępu do rejestracji internetowej (rejestracja internetowa daje pacjentowi możliwość umawiania się samemu na wizyty przez internet). Zaznaczając tę opcję należy jednocześnie wprowadzić adres e-mail pacjenta, który będzie jego loginem do rejestracji internetowej. Po zaznaczeniu opcji „Dostęp do rejestracji internetowej" (jeśli nie była ona zaznaczona) i zapisaniu danych należy skorzystać z przycisku „Wygeneruj nowe hasło dostępu do rejestracji internetowej" aby wygenerować i wysłać pacjentowi na jego adres e-mail hasło dostępu do rejestracji internetowej.

Jeżeli pacjent korzysta z Internetowego Konta Pacjenta, wówczas należy zaznaczyć pole „Korzysta z IKP", co będzie wskazówką dla lekarza wystawiającego e-recepty, że nie ma potrzeby drukować pacjentowi papierowych wersji e-recept.

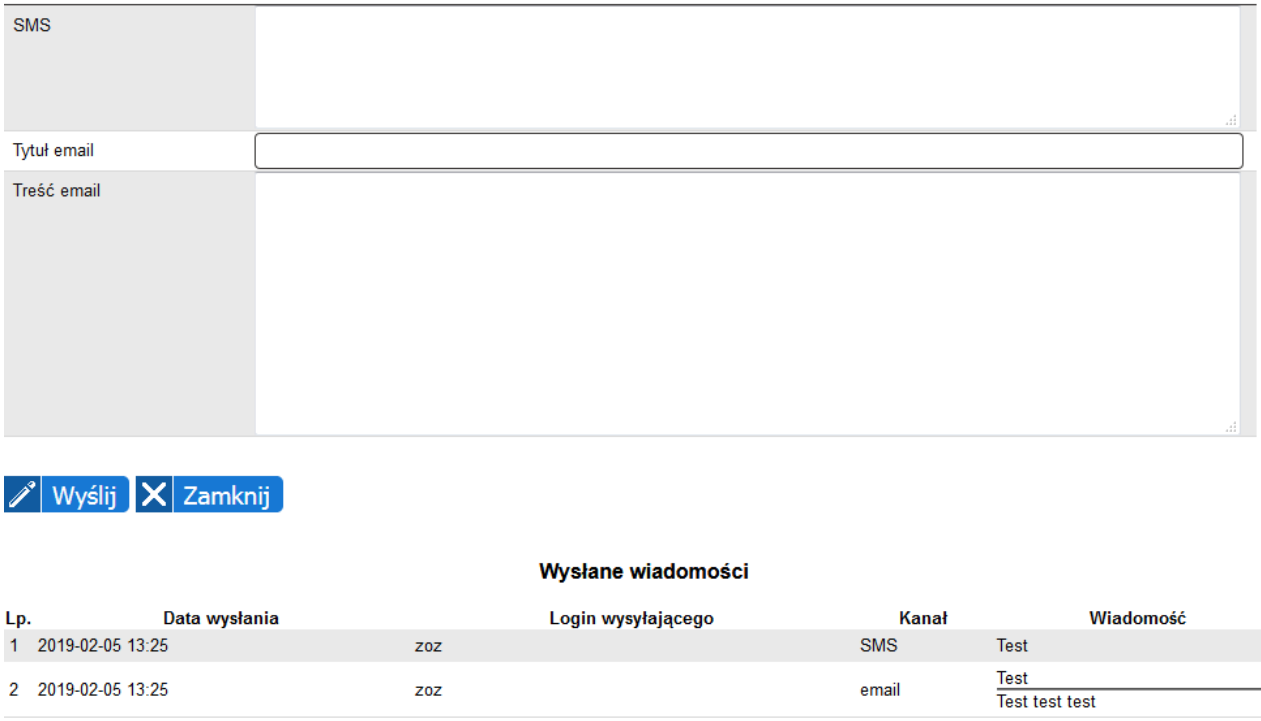
Pod formularzem dostępne są następujące przyciski:

- Zapisz – zapisanie zmian i pozostanie w zakładce „Kontakt" karty pacjenta
- Zapisz i wyjdź – zapisanie zmian i powrót do wyszukiwarki pacjentów
- Anuluj – wycofanie zmian i pozostanie w zakładce „Kontakt" karty pacjenta
- Wygeneruj nowe hasło dostępu do rejestracji internetowej – wygenerowanie i wysłanie na adres e-mail pacjenta nowego hasła dostępu do rejestracji internetowej
- Wygeneruj nowy token dostępu do rejestracji internetowej – wygenerowanie i wysłanie na adres e-mail pacjenta nowego tokenu (odnośnika) umożliwiającego tymczasowy dostęp do rejestracji internetowej bez logowania
- Wiadomości – wysyłanie wiadomości email / SMS do pacjenta oraz podgląd wiadomości wysłanych
- Powrót do wyszukiwania pacjentów – powrót do wyszukiwarki pacjentów bez zapisywania zmian

Niezależnie od użytego przycisku zapisu przed zapisaniem danych do bazy danych system weryfikuje ich poprawność. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wyświetlany jest komunikat o błędzie wskazujący co należy w formularzu poprawić. W przypadku takiego komunikatu należy poprawić w formularzu dane zgodnie z treścią komunikatu i ponowić próbę zapisu. Prawidłowy zapis kończy się wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji i wyświetleniem formularza danych kontaktowych pacjenta (w przypadku gdy do zapisania danych użyto przycisku „Zapisz") lub wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji i wyświetleniem wyszukiwarki pacjentów (w przypadku gdy do zapisania danych użyto przycisku „Zapisz i wyjdź").



Aby wysłać wiadomość email / SMS do pacjenta należy kliknąć przycisk „Wiadomości”. Otworzy się wówczas nowe okno z formularzem do wysyłania wiadomości. W formularzu dostępne są pola umożliwiające zredagowanie wiadomości email (jeśli pacjent posiada adres email) oraz wiadomości SMS (jeśli pacjent posiada numer telefonu komórkowego). Po wprowadzeniu treści wiadomości i kliknięciu przycisku „Wyślij” jest ona wysyłana do pacjenta. Pod formularzem wyświetla się zaś lista wszystkich wiadomości wysłanych do pacjenta z tego poziomu.



Ubezpieczenia

W zakładce „Ubezpieczenia” znajduje się formularz dodawania nowego dokumentu ubezpieczeniowego pacjenta a pod nim lista wszystkich dokumentów ubezpieczeniowych pacjenta (o ile jakiekolwiek zostały wprowadzone) z dostępem do formularza danych każdego z nich po kliknięciu na pasku informacji o dokumencie.

Aby dodać nowy dokument ubezpieczeniowy w formularzu dodawania dokumentu ubezpieczeniowego należy wskazać rodzaj ubezpieczenia i wypełnić co najmniej wszystkie pola otoczone granatową pogrubioną ramką (zależnie od wybranego rodzaju ubezpieczenia różne pola stają się obowiązkowe). W polach dat wystawienia i ważności dokumentu ubezpieczeniowego wartości są wybierane z kalendarzy – po kliknięciu w polu daty pojawia się kalendarz umożliwiający wybranie właściwej daty. NIP pacjenta należy wprowadzać bez kresek (same cyfry). W przypadku nazwy gminy wyświetlane są podpowiedzi: wpisując nazwę gminy (po wpisaniu 3 pierwszych liter) wyświetla się lista gmin zawierających wpisywany fragment nazwy – właściwą gminę należy wybrać klikając myszą na liście podpowiedzi, wraz z wyborem gminy automatycznie wybrany zostanie właściwy dla niej TERYT.

Pod formularzem dodawania nowego dokumentu ubezpieczeniowego dostępne są następujące przyciski:

- Dodaj – dodanie dokumentu i pozostanie w zakładce „Ubezpieczenia” karty pacjenta
- Dodaj i wyjdź – dodanie dokumentu i powrót do wyszukiwarki pacjentów
- Anuluj – usunięcie danych wprowadzonych do formularza (wyczyszczenie formularza) i pozostanie w zakładce „Ubezpieczenia” karty pacjenta
- Powrót do wyszukiwania pacjentów – powrót do wyszukiwarki pacjentów bez dodawania dokumentu

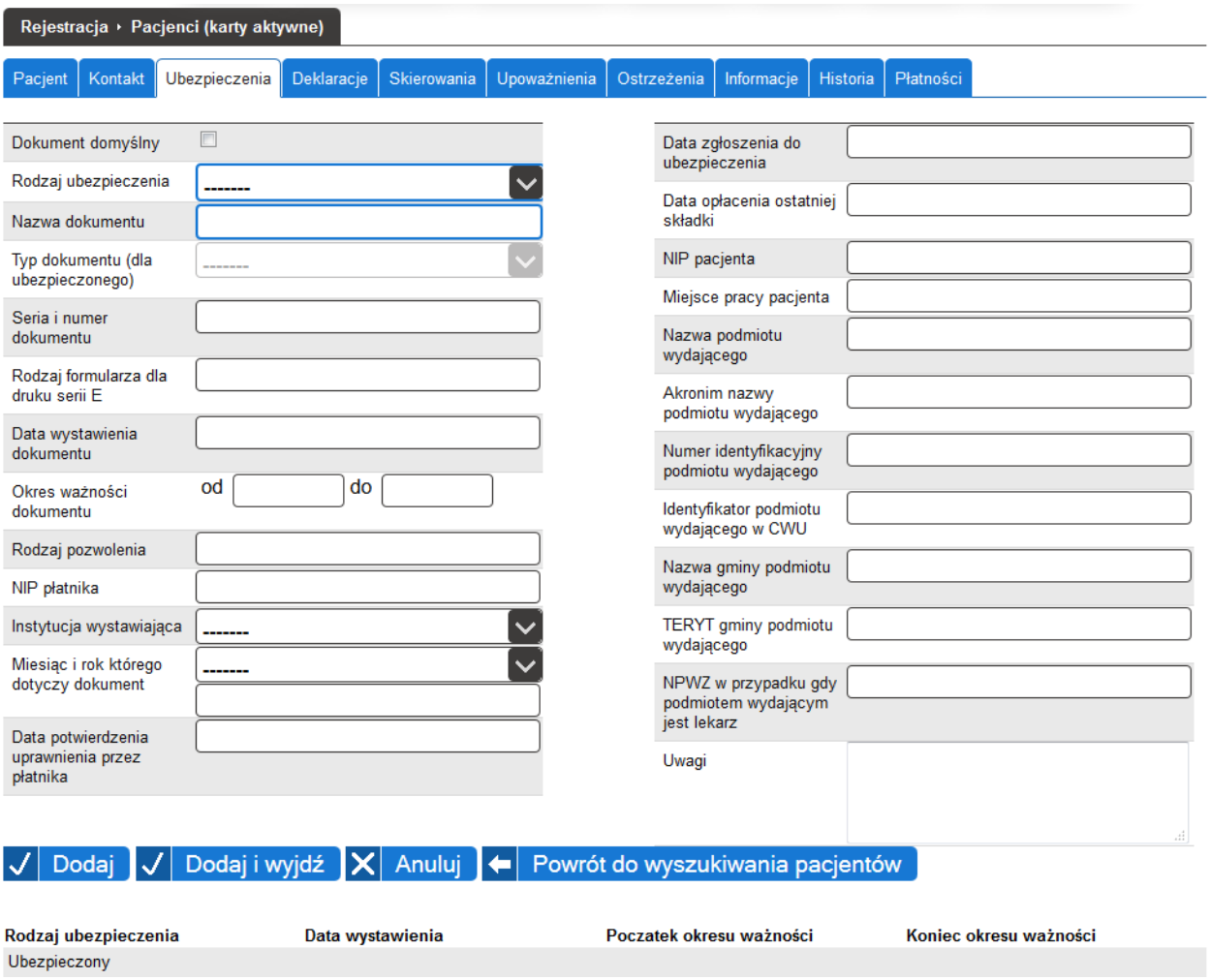
Niezależnie od użytego przycisku dodawania przed dodaniem dokumentu do bazy danych system

weryfikuje poprawność danych z formularza. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wyświetlany jest komunikat o błędzie wskazujący co należy w formularzu poprawić. W przypadku takiego komunikatu należy poprawić w formularzu dane zgodnie z treścią komunikatu i ponowić próbę dodania dokumentu. Prawidłowe dodanie dokumentu do bazy danych kończy się wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji, wyświetleniem pustego formularza dodawania dokumentu ubezpieczeniowego a pod nim listy wszystkich dokumentów ubezpieczeniowych pacjenta, w tym właśnie dodanego (w przypadku gdy do dodawania dokumentu użyto przycisku „Dodaj") lub wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji i wyświetleniem wyszukiwarki pacjentów (w przypadku gdy do dodawania dokumentu użyto przycisku „Dodaj i wyjdź").

Poniżej formularza dodawania nowego dokumentu ubezpieczeniowego wyświetlana jest lista wszystkich dokumentów ubezpieczeniowych pacjenta. Dla każdego dokumentu widoczny jest pasek informacji z podstawowymi danymi dokumentu: rodzajem ubezpieczenia, datą wystawienia, początkiem okresu ważności, końcem okresu ważności. Aby zmodyfikować dowolny z tych dokumentów należy kliknąć na pasku informacji o wybranym dokumencie. Po kliknięciu pod paskiem informacji rozwinie się pełny formularz wypełniony danymi dokumentu o identycznej strukturze i zasadach wypełniania jak formularz dodawania nowego dokumentu. Pod formularzem danych wybranego dokumentu znajdują się przyciski:

- Zapisz – zapisanie zmian i pozostanie w zakładce „Ubezpieczenia" karty pacjenta
- Zapisz i wyjdź – zapisanie zmian i powrót do wyszukiwarki pacjentów
- Anuluj – wycofanie zmian i pozostanie w zakładce „Ubezpieczenia" karty pacjenta
- Powrót do wyszukiwania pacjentów – powrót do wyszukiwarki pacjentów bez zapisywania zmian

Niezależnie od użytego przycisku zapisu przed zapisaniem zmian w bazie danych system weryfikuje poprawność danych z formularza. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wyświetlany jest komunikat o błędzie wskazujący co należy w formularzu poprawić. W przypadku takiego komunikatu należy poprawić w formularzu dane zgodnie z treścią komunikatu i ponowić próbę zapisu. Prawidłowy zapis do bazy danych kończy się wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji, wyświetleniem pustego formularza dodawania dokumentu ubezpieczeniowego a pod nim listy wszystkich dokumentów ubezpieczeniowych pacjenta, w tym właśnie zmodyfikowanego (w przypadku gdy do zapisu użyto przycisku „Zapisz") lub wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji i wyświetleniem wyszukiwarki pacjentów (w przypadku gdy do zapisania danych użyto przycisku „Zapisz i wyjdź").



Deklaracje

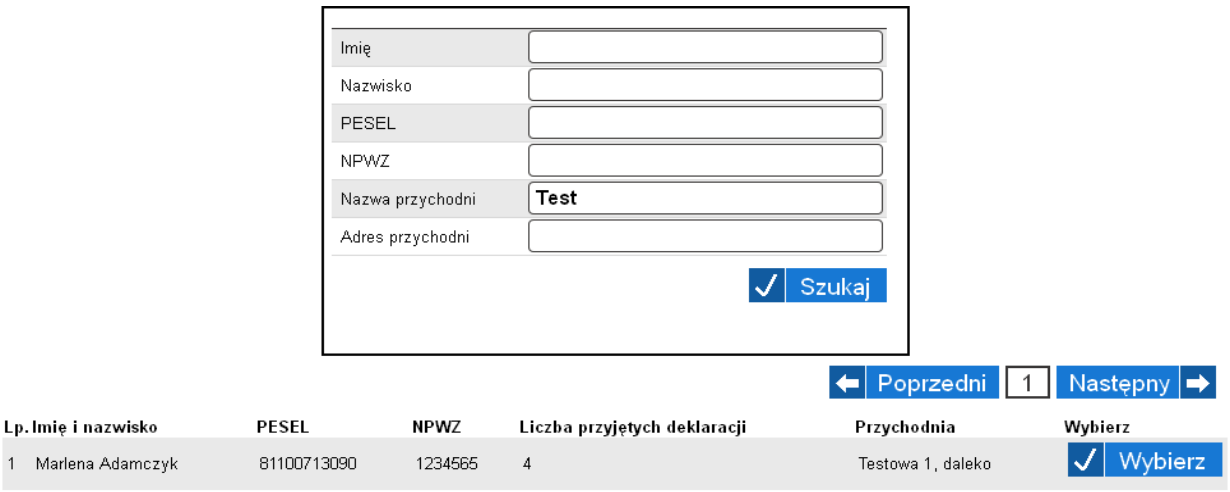
W zakładce „Deklaracje” znajduje się formularz dodawania nowej/nowych deklaracji pacjenta a pod nim lista wszystkich deklaracji złożonych przez pacjenta (o ile jakiekolwiek zostały złożone) z dostępem do danych każdej z nich po kliknięciu na pasku informacji o danej deklaracji.

Formularz dodawania nowej/nowych deklaracji umożliwia wprowadzenie jednocześnie czterech deklaracji (do lekarza rodzinnego, do pielęgniarki, do położnej, do pielęgniarki medycyny szkolnej) jeżeli różnią się jedynie personelem i ewentualnie przychodnią. Aby wprowadzić nową deklarację (lub zestaw nowych deklaracji) w formularzu dodawania deklaracji należy wskazać personel zależnie od rodzaju/rodzajów wprowadzanych deklaracji i wypełnić co najmniej wszystkie pola otoczone niebieską pogrubioną ramką. Aby wybrać personel należy kliknąć ikonkę okienka umieszczoną przy polu personelu. Otworzy się wówczas nowe okno z wyszukiwarką personelu. Wyszukiwanie personelu jest możliwe według dowolnej kombinacji następujących kryteriów:

- imię – w polu można wpisać imię lub początek imienia personelu; wielkość liter nie ma znaczenia
- nazwisko – w polu można wpisać nazwisko lub początek nazwiska personelu; wielkość liter nie ma znaczenia
- PESEL – w polu można wpisać numer PESEL personelu

› NPWZ – w polu można wpisać numer prawa wykonywania zawodu lekarza

Po wprowadzeniu kryteriów wyszukiwania i naciśnięciu przycisku „Szukaj” pod wyszukiwarką wyświetli się lista personelu spełniającego wprowadzone kryteria wyszukiwania (lub komunikat o braku personelu spełniającego kryteria wyszukiwania). Przy każdej osobie z personelu jest wyświetlany przycisk „Wybierz”.



Po naciśnięciu przycisku „Wybierz” okno wyszukiwania zostaje zamknięte a wybrany personel pojawia się w polu personelu w formularzu dodawania nowej deklaracji (aby usunąć wybrany personel z pola należy kliknąć ikonkę zmiotki przy tym polu).

W polu „REGON szkoły” można zacząć wpisywać numer REGON lub nazwę szkoły jeśli zostały one zdefiniowane w bazie numerów REGON – system wyświetli wówczas listę podpowiedzi umożliwiającą wybór właściwego numeru REGON. Po wpisaniu kodu pocztowego automatycznie wypełniana jest poczta, kraj, województwo, gmina i TERYT. Po wybraniu kraju „Polska” przy wypełnianiu województwa i gminy wyświetlane są podpowiedzi: wpisując województwo wyświetla się lista województw zawierających wpisywany fragment nazwy – właściwe województwo należy wybrać klikając myszą na liście podpowiedzi; wpisując nazwę gminy (po wpisaniu 3 pierwszych liter) wyświetla się lista gmin zawierających wpisywany fragment nazwy – właściwą gminę należy wybrać klikając myszą na liście podpowiedzi, wraz z wyborem gminy automatycznie wybrany zostanie właściwy dla niej TERYT.

Pod formularzem dodawania deklaracji dostępne są następujące przyciski:

› Dodaj – dodanie deklaracji i pozostanie w zakładce „Deklaracje” karty pacjenta

› Dodaj i wyjdź – dodanie deklaracji i powrót do wyszukiwarki pacjentów

› Anuluj – usunięcie danych wprowadzonych do formularza (wyczyszczenie formularza) i pozostanie w zakładce „Deklaracje” karty pacjenta

› Powrót do wyszukiwania pacjentów – powrót do wyszukiwarki pacjentów bez dodawania dokumentu

Niezależnie od użytego przycisku dodawania przed dodaniem deklaracji do bazy danych system weryfikuje poprawność danych z formularza. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wyświetlany jest komunikat o błędzie wskazujący co należy w formularzu poprawić. W przypadku takiego komunikatu należy poprawić w formularzu dane zgodnie z treścią komunikatu i ponowić

próbę dodania deklaracji. Prawidłowe dodanie deklaracji do bazy danych kończy się wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji, wyświetleniem pustego formularza dodawania deklaracji a pod nim listy wszystkich deklaracji pacjenta, w tym właśnie dodanej/dodanych (w przypadku gdy do dodawania deklaracji użyto przycisku „Dodaj") lub wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji i wyświetleniem wyszukiwarki pacjentów (w przypadku gdy do dodawania deklaracji użyto przycisku „Dodaj i wyjdź"). Pacjent może mieć tylko jedną inną niż wycofana deklarację danego rodzaju, w związku z czym przy dodawaniu nowej deklaracji wszystkie deklaracje pacjenta tego samego rodzaju z wyjątkiem tej o najświeższej dacie są automatycznie wycofywane (zmieniają status na „wycofana").

Poniżej formularza dodawania deklaracji wyświetlana jest lista wszystkich deklaracji pacjenta posortowana według statusu w kolejności: aktywne, wysłane, wprowadzone, odrzucone, wycofane. Dla każdej deklaracji widoczny jest pasek informacji z podstawowymi danymi deklaracji: rodzajem deklaracji, przychodnią w której została złożona, zadeklarowanym personelem medycznym, datą złożenia i statusem deklaracji (wyróżnionym kolorem). Deklaracje mogą posiadać następujące statusy:

- wprowadzona – nowa deklaracja wprowadzona do systemu (kolor niebieski)
- wysłana – deklaracja wysłana do NFZ (kolor żółty); jeżeli deklaracja przed wysłaniem miała status „aktywna" wówczas przy statusie „wysłana" pojawia się dodatkowa adnotacja o tym w kolorze zielonym; jeżeli deklaracja przed wysłaniem miała status „odrzucona" wówczas przy statusie „wysłana" pojawia się dodatkowa adnotacja o tym w kolorze czerwonym
- aktywna – deklaracja zaakceptowana przez NFZ (kolor zielony)
- odrzucona – deklaracja odrzucona przez NFZ (kolor czerwony)
- wycofana – deklaracja wycofana przez ZOZ (brak wyróżnienia)

Aby uzyskać dostęp do danych dowolnej z wprowadzonych deklaracji należy kliknąć na pasku informacji o wybranej deklaracji. Po kliknięciu pod paskiem informacji rozwinie się pełny formularz wypełniony danymi deklaracji oraz lista problemów zgłoszonych przez NFZ dotyczących danej deklaracji (jeśli NFZ deklarację odrzucił). Formularz danych deklaracji ma podobną strukturę jak formularz dodawania deklaracji, przy czym:

- formularz zawiera dane pojedynczej deklaracji, wobec czego jest w nim informacja o rodzaju deklaracji i tylko jedno pole wyboru personelu i jedno pole wyboru przychodni
- tylko dane deklaracji ze statusem „wprowadzona" mogą być modyfikowane (system nie pozwala modyfikować deklaracji z innym statusem wyświetlając formularz danych takich deklaracji tylko do odczytu)
- rodzaj deklaracji nie może być w żadnym przypadku zmieniany (system nie pozwala na zmianę blokując pole wyboru rodzaju deklaracji)

Na liście problemów zgłoszonych przez NFZ (o ile jakiekolwiek zostały zgłoszone) jest umieszczona data zgłoszenia problemu, waga problemu (błąd, ostrzeżenie, informacja), kod problemu i opis problemu. W zależności od wagi problemu stosowane są różne kolory wyróżnienia:

- czerwony w przypadku błędów
- pomarańczowy w przypadku ostrzeżeń
- zielony w przypadku informacji.

Pod formularzem danych wybranej deklaracji mogą znajdować się następujące przyciski (w

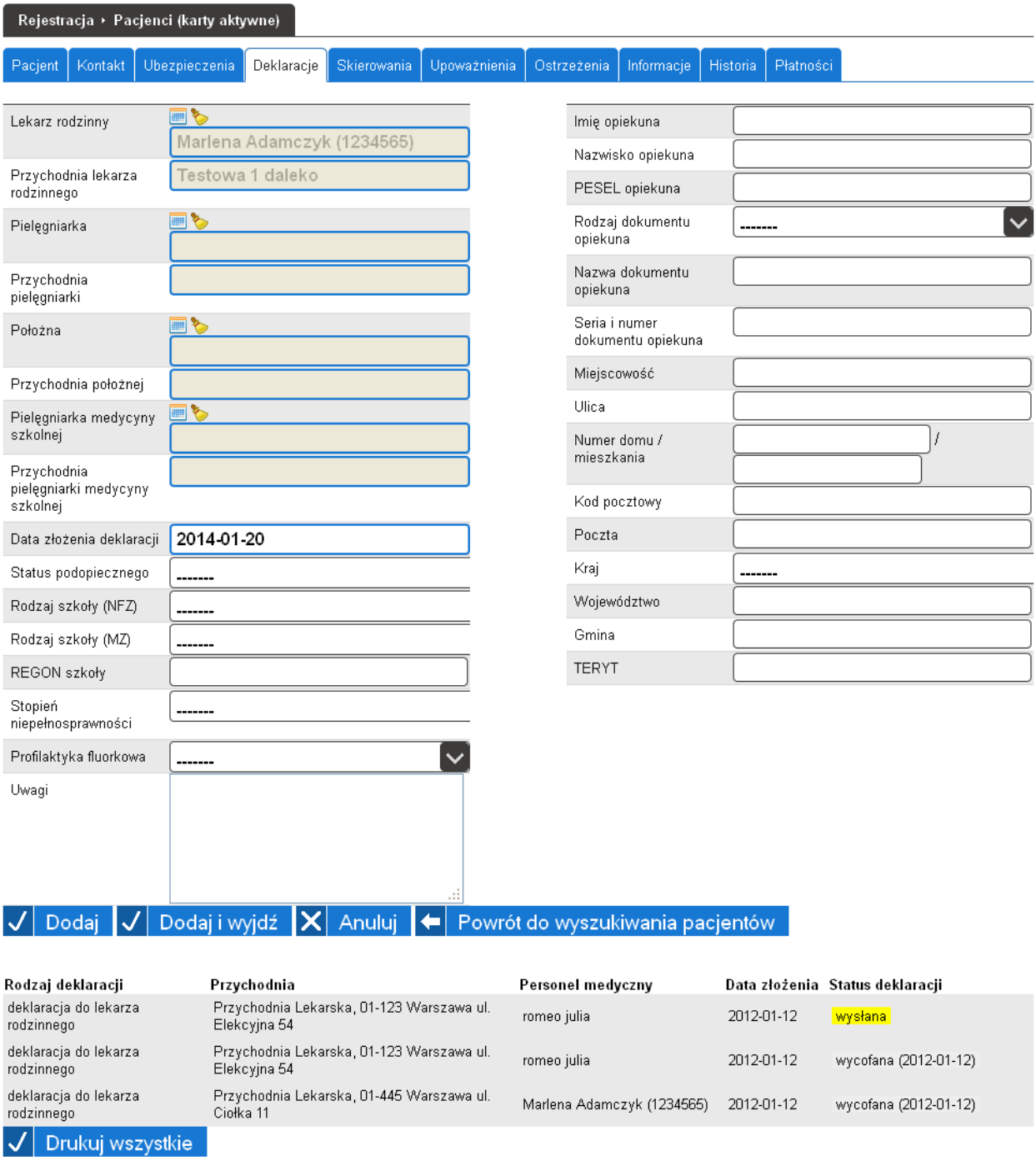
zależności od statusu deklaracji):

- Drukuj – otwieranie/pobieranie pliku PDF z danymi deklaracji do wydrukowania; przycisk dostępny niezależnie od statusu deklaracji
- Zapisz – zapisanie zmian i pozostanie w zakładce „Deklaracje" karty pacjenta; przycisk dostępny tylko przy deklaracjach ze statusem „wprowadzona"
- Zapisz i wyjdź – zapisanie zmian i powrót do wyszukiwarki pacjentów; przycisk dostępny tylko przy deklaracjach ze statusem „wprowadzona"
- Anuluj – wycofanie zmian i pozostanie w zakładce „Deklaracje" karty pacjenta
- Wycofaj – wycofywanie deklaracji (zmiana statusu deklaracji na „wycofana") i pozostanie w zakładce „Deklaracje" karty pacjenta; przycisk dostępny przy deklaracjach ze statusami „wprowadzona", „wysłana", „aktywna" i „odrzucona"
- Użyj danych do nowej deklaracji – rozpoczęcie tworzenia nowej deklaracji wstępnie wypełnionej danymi deklaracji przy której przycisk ten się znajduje; przycisk dostępny przy deklaracjach ze statusami „wysłana", „aktywna", „odrzucona" i „wycofana"
- Powrót do wyszukiwania pacjentów – powrót do wyszukiwarki pacjentów bez zapisywania zmian

Przycisk „Użyj danych do nowej deklaracji" rozpoczyna czynność wprowadzania nowej deklaracji pacjenta – po naciśnięciu tego przycisku dane deklaracji przy której przycisk ten się znajduje zostają skopiowane do formularza dodawania nowej deklaracji. Użytkownik może je poprawić / uzupełnić (jeżeli jest taka konieczność) i zapisać tworząc w ten sposób nową deklarację.

Niezależnie od użytego przycisku zapisu przed zapisaniem zmian w bazie danych system weryfikuje poprawność danych z formularza. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wyświetlany jest komunikat o błędzie wskazujący co należy w formularzu poprawić. W przypadku takiego komunikatu należy poprawić w formularzu dane zgodnie z treścią komunikatu i ponowić próbę zapisu. Prawidłowy zapis do bazy danych kończy się wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji, wyświetleniem pustego formularza dodawania deklaracji a pod nim listy wszystkich deklaracji pacjenta, w tym właśnie zmodyfikowanej (w przypadku gdy do zapisu użyto przycisku „Zapisz") lub wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji i wyświetleniem wyszukiwarki pacjentów (w przypadku gdy do zapisania danych użyto przycisku „Zapisz i wyjdź").

Poniżej listy wszystkich deklaracji dostępny jest przycisk „Drukuj wszystkie" umożliwiający wydrukowanie wszystkich typów deklaracji pacjenta na jednym formularzu.



Skierowania

W zakładce „Skierowania” znajduje się formularz dodawania nowego skierowania pacjenta a pod nim lista wszystkich skierowań wystawionych dla pacjenta (o ile jakiekolwiek zostały wystawione) z dostępem do danych każdego z nich po kliknięciu na pasku informacji o skierowaniu.

Aby wprowadzić nowe skierowanie w formularzu dodawania nowego skierowania należy wypełnić co najmniej wszystkie pola z granatową pogrubioną ramką. W polach dat wystawienia i ważności skierowania wartości są wybierane z kalendarzy – po kliknięciu w polu daty pojawia się kalendarz umożliwiający wybranie właściwej daty. W przypadku kodów rozpoznań ICD-10 wyświetlane są podpowiedzi: wpisując kod, fragment nazwy lub skrót do kodu (w nawiasach okrągłych) wyświetla

się lista rozpoznań zawierających wpisywany fragment nazwy, kodu lub identyfikowanych wpisanym skrótem – właściwy kod rozpoznania należy wybrać klikając myszą na liście podpowiedzi. Jeżeli lekarz wystawiający skierowanie istnieje w bazie danych zakładu opieki zdrowotnej wówczas pola „typ świadczeniodawcy", „lekarz kierujący", „NPWZ lekarza kierującego", „jednostka lekarza kierującego", „REGON jednostki lekarza kierującego", „VII część kodu resortowego jednostki lekarza kierującego" i „VIII część kodu resortowego jednostki lekarza kierującego" można wypełnić automatycznie poprzez kliknięcie przycisku „Wstaw dane lekarza i jednostki z bazy danych" a następnie wyszukanie lekarza wraz z jego jednostką za pomocą wyszukiwarki widocznej w nowo otwartym oknie oraz zatwierdzenie wyboru przyciskiem „Wybierz" przy lekarzu kierującym. Wyszukiwanie lekarzy i jednostek jest możliwe według dowolnej kombinacji następujących kryteriów:

- Imię – początek imienia lekarza kierującego (wielkość liter nie ma znaczenia)
- Nazwisko – początek nazwiska lekarza kierującego (wielkość liter nie ma znaczenia)
- NPWZ – numer prawa wykonywania zawodu lekarza kierującego
- Nazwa jednostki – fragment nazwy poradni w której pracuje lekarz kierujący (wielkość liter nie ma znaczenia)
- Adres jednostki – fragment adresu poradni w której pracuje lekarz kierujący (wielkość liter nie ma znaczenia)



Po kliknięciu przycisku „Wybierz" okno jest zamykane a dane lekarza i poradni są wstawiane do formularza dodawania skierowania.

Pod formularzem dodawania nowego skierowania dostępne są następujące przyciski:

- Dodaj – dodanie skierowania i pozostanie w zakładce „Skierowania" karty pacjenta
- Dodaj i wyjdź – dodanie skierowania i powrót do wyszukiwarki pacjentów
- Anuluj – usunięcie danych wprowadzonych do formularza (wyczyszczenie formularza) i pozostanie w zakładce „Skierowania" karty pacjenta
- Powrót do wyszukiwania pacjentów – powrót do wyszukiwarki pacjentów bez dodawania dokumentu

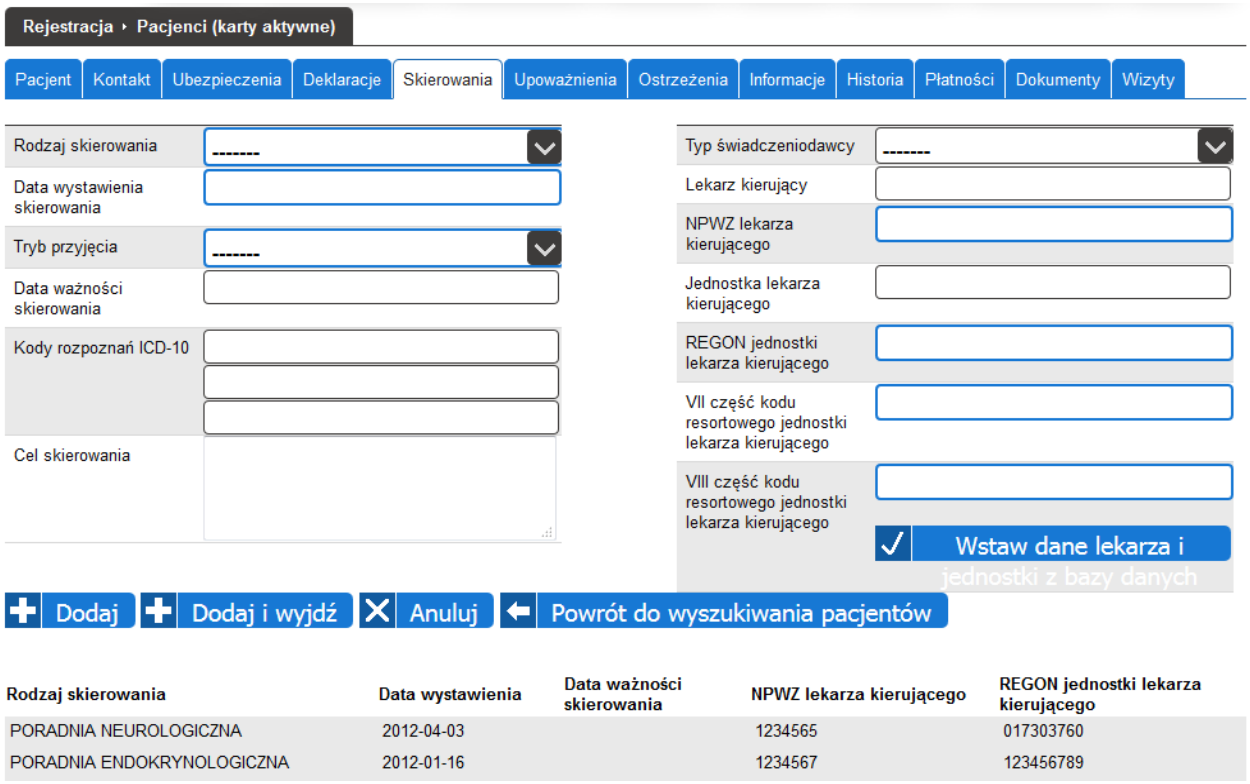
Niezależnie od użytego przycisku dodawania przed dodaniem skierowania do bazy danych system weryfikuje poprawność danych z formularza. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości

wyświetlany jest komunikat o błędzie wskazujący co należy w formularzu poprawić. W przypadku takiego komunikatu należy poprawić w formularzu dane zgodnie z treścią komunikatu i ponowić próbę dodania skierowania. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowego (nieistniejącego) numeru NPWZ lekarza kierującego i/lub nieprawidłowego (nieistniejącego) numeru REGON jednostki lekarza kierującego system ostrzega o tym, ale mimo wszystko umożliwia dodanie takiego skierowania (praktyka pokazuje, że NPWZ i REGON często są trudne do poprawnego odczytania z pieczątki na skierowaniu, ale mimo to skierowanie do systemu musi zostać wprowadzone). Prawidłowe dodanie skierowania do bazy danych kończy się wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji, wyświetleniem pustego formularza dodawania skierowania a pod nim listy wszystkich skierowania wystawionych dla pacjenta, w tym właśnie dodanego (w przypadku gdy do dodawania skierowania użyto przycisku „Dodaj") lub wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji i wyświetleniem wyszukiwarki pacjentów (w przypadku gdy do dodawania skierowania użyto przycisku „Dodaj i wyjdź").

Poniżej formularza dodawania nowego skierowania wyświetlana jest lista wszystkich skierowań wystawionych dla pacjenta. Dla każdego skierowania widoczny jest pasek informacji z podstawowymi danymi skierowania: rodzajem skierowania, numerem NPWZ lekarza kierującego, numerem REGON jednostki lekarza kierującego, datą wystawienia, datą ważności. Aby zmodyfikować dowolne z tych skierowań należy kliknąć na pasku informacji o wybranym skierowaniu. Po kliknięciu pod paskiem informacji rozwinie się pełny formularz wypełniony danymi skierowania o identycznej strukturze i zasadach wypełniania jak formularz dodawania nowego skierowania. Dodatkowo nad formularzem wyświetla się informacja o statusie danego skierowania. Pod formularzem danych wybranego skierowania znajdują się przyciski:

- Zapisz – zapisanie zmian i pozostanie w zakładce „Skierowania" karty pacjenta
- Zapisz i wyjdź – zapisanie zmian i powrót do wyszukiwarki pacjentów
- Anuluj – wycofanie zmian i pozostanie w zakładce „Skierowania" karty pacjenta
- Powrót do wyszukiwania pacjentów – powrót do wyszukiwarki pacjentów bez zapisywania zmian

Niezależnie od użytego przycisku zapisu przed zapisaniem zmian w bazie danych system weryfikuje poprawność danych z formularza. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wyświetlany jest komunikat o błędzie wskazujący co należy w formularzu poprawić. W przypadku takiego komunikatu należy poprawić w formularzu dane zgodnie z treścią komunikatu i ponowić próbę zapisu. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowego (nieistniejącego) numeru NPWZ lekarza kierującego i/lub nieprawidłowego (nieistniejącego) numeru REGON jednostki lekarza kierującego system ostrzega o tym, ale mimo wszystko umożliwia zapisanie takiego skierowania. Prawidłowy zapis do bazy danych kończy się wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji, wyświetleniem pustego formularza dodawania skierowania a pod nim listy wszystkich skierowań wystawionych dla pacjenta, w tym właśnie zmodyfikowanego (w przypadku gdy do zapisu użyto przycisku „Zapisz") lub wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji i wyświetleniem wyszukiwarki pacjentów (w przypadku gdy do zapisania danych użyto przycisku „Zapisz i wyjdź").



Upoważnienia

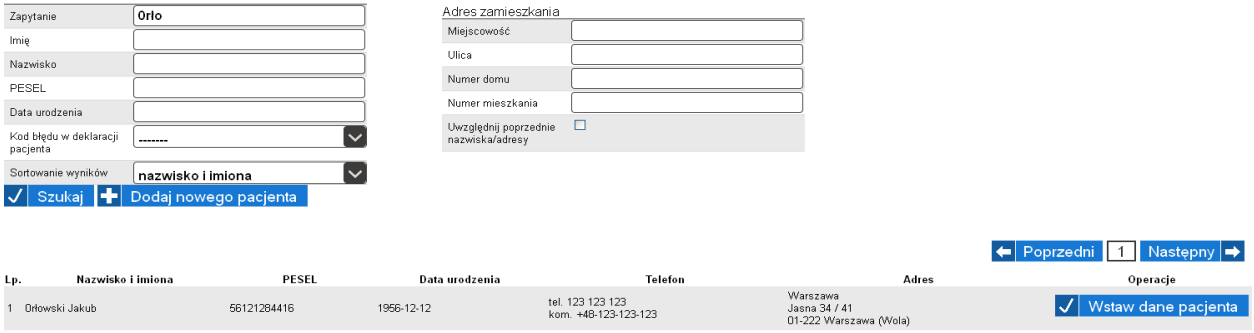
W zakładce „Upoważnienia” znajduje się formularz dodawania nowego upoważnienia wystawionego przez pacjenta (z możliwością dodania kilku upoważnień dla tej samej osoby jednocześnie lub kilku upoważnień w których pacjent stwierdza że nie upoważnia nikogo). Pod tym formularzem znajduje się lista wszystkich upoważnień wystawionych przez pacjenta (o ile jakiekolwiek zostały wystawione) z dostępem do danych każdego z nich po kliknięciu na pasku informacji o upoważnieniu.

Aby wprowadzić nowe upoważnienie w formularzu dodawania nowego upoważnienia/upoważnień należy wybrać rodzaj upoważnienia. Jeżeli pacjent wystawia kilka rodzajów upoważnień dla tej samej osoby lub kilka rodzajów upoważnień w których pacjent stwierdza że nie upoważnia nikogo, wówczas można od razu zaznaczyć kilka rodzajów upoważnień. Istnieją cztery rodzaje upoważnień:

- oświadczenie upoważniające do otrzymywania informacji o stanie zdrowia Pacjenta i udzielonych świadczeniach medycznych
- oświadczenie upoważniające do uzyskiwania dokumentacji medycznej

W polu daty upoważnienia wartość jest wybierana z kalendarza – po kliknięciu w polu daty pojawia się kalendarz umożliwiający wybranie właściwej daty. Pacjent może upoważnić bądź określoną osobę bądź nie upoważnić nikogo. Jeżeli nie upoważnia nikogo należy zaznaczyć wskazujące na to pole w formularzu, jeżeli upoważnia określoną osobę, należy wypełnić wszystkie pola danych tej osoby otoczone granatową pogrubioną ramką. Po wpisaniu kodu pocztowego automatycznie wypełniana jest poczta, kraj, województwo, gmina, TERYT. Po wybraniu kraju „Polska” przy wprowadzaniu województwa i gminy wyświetlane są podpowiedzi: wpisując województwo wyświetla się lista województw zawierających wpisywany fragment nazwy – właściwe województwo należy wybrać klikając myszą na liście podpowiedzi; wpisując nazwę gminy (po wpisaniu 3 pierwszych liter) wyświetla się lista gmin zawierających wpisywany fragment nazwy –

właściwą gminę należy wybrać klikając myszą na liście podpowiedzi, wraz z wyborem gminy automatycznie wybrany zostanie właściwy dla niej TERYT. Jeżeli osoba upoważniana jest również pacjentem ZOZ wówczas zamiast wprowadzać jej dane można skorzystać z przycisku „Wstaw dane innego pacjenta". Po naciśnięciu tego przycisku otwiera się okno z wyszukiwarką pacjentów, gdzie można odnaleźć upoważnianą osobę i przyciskiem „Wstaw dane pacjenta" wstawić jej dane do formularza upoważnienia.



Przycisk „Wstaw dane innego pacjenta" zamyka okno wyszukiwania pacjenta i wypełnia formularz dodawania upoważnienia/upoważnień danymi tego pacjenta jako osoby upoważnionej.

Pod formularzem dodawania nowego upoważnienia/upoważnień dostępne są następujące przyciski:

- Dodaj – dodanie upoważnienia/upoważnień i pozostanie w zakładce „Upoważnienia" karty pacjenta
- Dodaj i wyjdź – dodanie upoważnienia/upoważnień i powrót do wyszukiwarki pacjentów
- Anuluj – usunięcie danych wprowadzonych do formularza (wyczyszczenie formularza) i pozostanie w zakładce „Upoważnienia" karty pacjenta
- Powrót do wyszukiwania pacjentów – powrót do wyszukiwarki pacjentów bez dodawania upoważnienia/upoważnień

Niezależnie od użytego przycisku dodawania przed dodaniem upoważnienia/upoważnień do bazy danych system weryfikuje poprawność danych z formularza. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wyświetlany jest komunikat o błędzie wskazujący co należy w formularzu poprawić. W przypadku takiego komunikatu należy poprawić w formularzu dane zgodnie z treścią komunikatu i ponowić próbę dodania upoważnienia/upoważnień. Prawidłowe dodanie upoważnienia/upoważnień do bazy danych kończy się wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji, wyświetleniem pustego formularza dodawania upoważnienia/upoważnień a pod nim listy wszystkich upoważnień wystawionych przez pacjenta, w tym właśnie dodanego/dodanych (w przypadku gdy do dodawania upoważnienia/upoważnień użyto przycisku „Dodaj") lub wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji i wyświetleniem wyszukiwarki pacjentów (w przypadku gdy do dodawania upoważnienia/upoważnień użyto przycisku „Dodaj i wyjdź").

Poniżej formularza dodawania nowego upoważnienia wyświetlana jest lista wszystkich upoważnień wystawionych przez pacjenta. Dla każdego upoważnienia widoczny jest pasek informacji z podstawowymi danymi upoważnienia: rodzajem upoważnienia, datą upoważnienia, osobą upoważnioną, statusem upoważnienia. Aby zmodyfikować dowolne z tych upoważnień należy kliknąć na pasku informacji o wybranym upoważnieniu. Po kliknięciu pod paskiem informacji rozwinie się pełny formularz wypełniony danymi upoważnienia o identycznej strukturze i zasadach

wypełniania jak formularz dodawania nowego upoważnienia (z ograniczeniem wyboru rodzaju upoważnienia do jednej opcji). Pod formularzem danych wybranego upoważnienia znajdują się przyciski:

- Zapisz – zapisanie zmian i pozostanie w zakładce „Upoważnienia" karty pacjenta
- Zapisz i wyjdź – zapisanie zmian i powrót do wyszukiwarki pacjentów
- Anuluj – wycofanie zmian i pozostanie w zakładce „Upoważnienia" karty pacjenta
- Powrót do wyszukiwania pacjentów – powrót do wyszukiwarki pacjentów bez zapisywania zmian
- Drukuj – drukowanie upoważnienia
- Unieważnij – unieważnianie upoważnienia

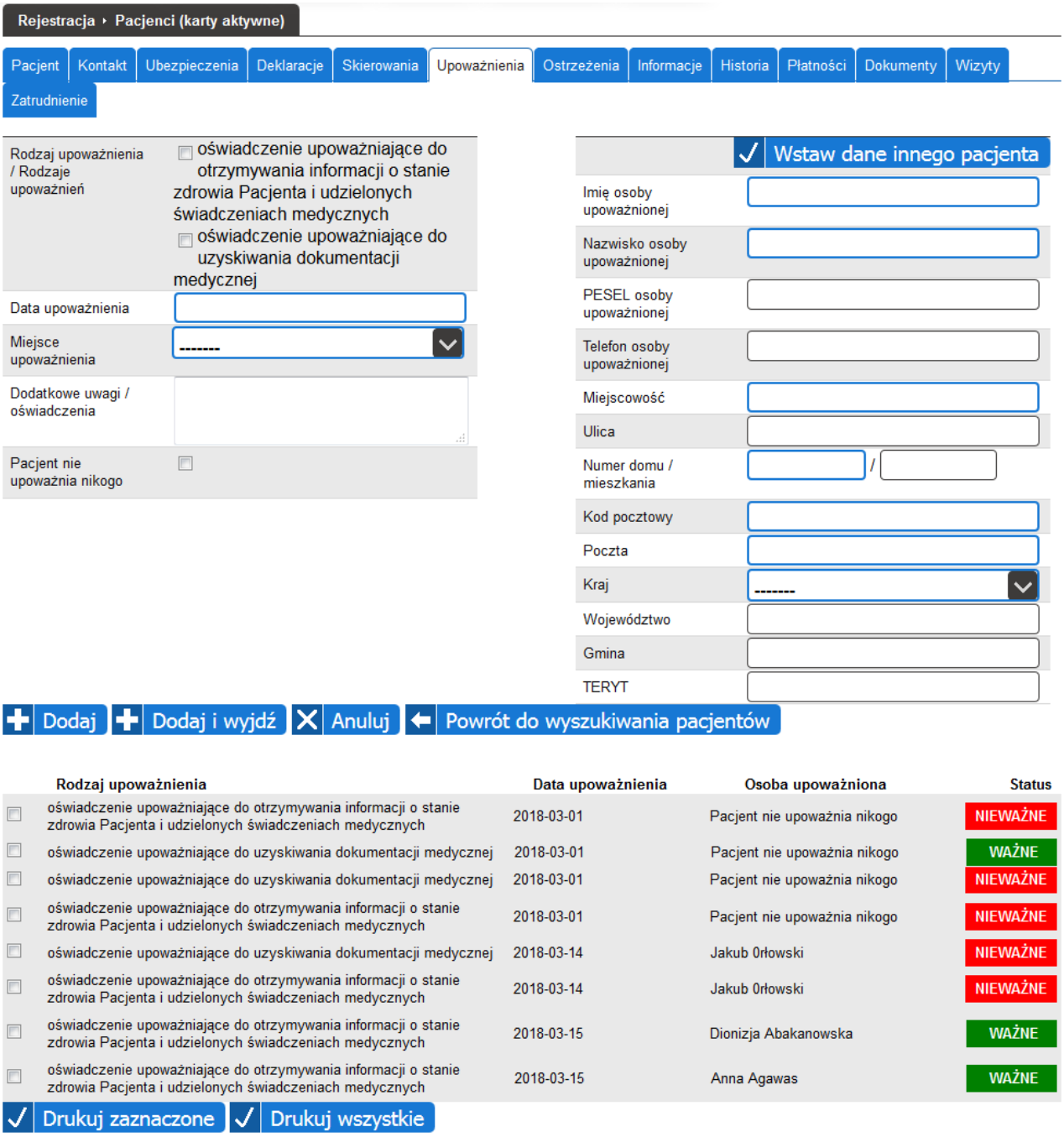
Niezależnie od użytego przycisku zapisu przed zapisaniem zmian w bazie danych system weryfikuje poprawność danych z formularza. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wyświetlany jest komunikat o błędzie wskazujący co należy w formularzu poprawić. W przypadku takiego komunikatu należy poprawić w formularzu dane zgodnie z treścią komunikatu i ponowić próbę zapisu. Prawidłowy zapis do bazy danych kończy się wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji, wyświetleniem pustego formularza dodawania upoważnienia/upoważnień a pod nim listy wszystkich upoważnień wystawionych przez pacjenta, w tym właśnie zmodyfikowanego (w przypadku gdy do zapisu użyto przycisku „Zapisz") lub wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji i wyświetleniem wyszukiwarki pacjentów (w przypadku gdy do zapisania danych użyto przycisku „Zapisz i wyjdź").

Poniżej listy wszystkich upoważnień wystawionych przez pacjenta znajdują się dodatkowe przyciski:

- Drukuj zaznaczone – otwiera gotowy do wydrukowania dokument z listą upoważnień wystawionych przez pacjenta, które zostały zaznaczone na liście upoważnień
- Drukuj wszystkie – otwiera gotowy do wydrukowania dokument z listą wszystkich upoważnień wystawionych przez pacjenta

Każde upoważnienie posiada status ważnego lub nieważnego. Upoważnienie można unieważnić klikając na przycisk „Unieważnij" w formularzu danego upoważnienia. Upoważnienia są też unieważniane automatycznie:

- w przypadku dodawania upoważnienia w którym pacjent nie upoważnia nikogo unieważniane są wszystkie inne upoważnienia tego samego rodzaju
- w przypadku dodawania upoważnienia w którym pacjent upoważnia konkretną osobę unieważniane są wszystkie inne upoważnienia tego samego rodzaju w których pacjent nie upoważnia nikogo
- w przypadku zmiany danych ważnego upoważnienia w taki sposób że pacjent nie będzie upoważniał nikogo unieważniane są wszystkie inne upoważnienia tego samego rodzaju
- w przypadku zmiany danych ważnego upoważnienia w taki sposób że pacjent będzie upoważniał konkretną osobę unieważniane są wszystkie inne upoważnienia tego samego rodzaju w których pacjent nie upoważnia nikogo



Ostrzeżenia

W zakładce „Ostrzeżenia” znajduje się formularz dodawania nowego ostrzeżenia dotyczącego (leczenia lub osoby) pacjenta a pod nim lista wszystkich ostrzeżeń dotyczących (leczenia lub osoby) danego pacjenta (o ile jakiekolwiek zostały wpisane) z dostępem do danych każdego z nich po kliknięciu na pasku informacji o ostrzeżeniu.

Aby wprowadzić nowe ostrzeżenie w formularzu dodawania nowego ostrzeżenia należy wprowadzić jego treść i ewentualnie zaznaczyć że ostrzeżenie ma się wyświetlać lekarzom w gabinecie przy nazwisku pacjenta (istotne ostrzeżenia zaznaczone w ten sposób lekarz będzie widział w gabinecie jeszcze przed rozpoczęciem obsługi pacjenta).

Pod formularzem dodawania nowego ostrzeżenia dostępne są następujące przyciski:

- Dodaj – dodanie ostrzeżenia i pozostanie w zakładce „Ostrzeżenia” karty pacjenta
- Dodaj i wyjdź – dodanie ostrzeżenia i powrót do wyszukiwarki pacjentów
- Anuluj – usunięcie danych wprowadzonych do formularza (wyczyszczenie formularza) i pozostanie w zakładce „Ostrzeżenia” karty pacjenta
- Powrót do wyszukiwania pacjentów – powrót do wyszukiwarki pacjentów bez dodawania dokumentu

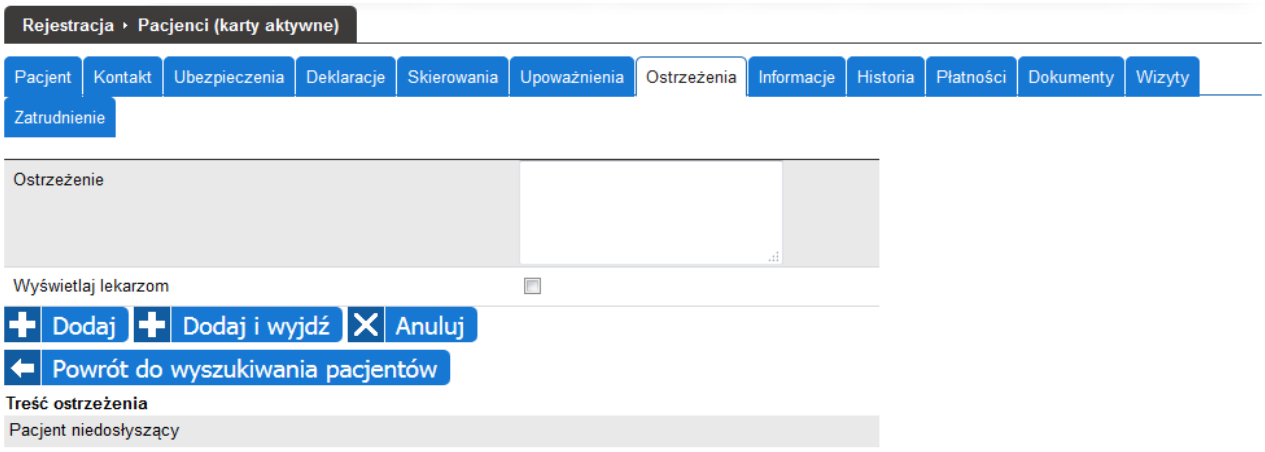
Niezależnie od użytego przycisku dodawania przed dodaniem ostrzeżenia do bazy danych system weryfikuje poprawność danych z formularza. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wyświetlany jest komunikat o błędzie wskazujący co należy w formularzu poprawić. W przypadku takiego komunikatu należy poprawić w formularzu dane zgodnie z treścią komunikatu i ponowić próbę dodania ostrzeżenia. Prawidłowe dodanie ostrzeżenia do bazy danych kończy się wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji, wyświetleniem pustego formularza dodawania ostrzeżenia a pod nim listy wszystkich ostrzeżeń dotyczących (leczenia) pacjenta, w tym właśnie dodanego (w przypadku gdy do dodawania ostrzeżenia użyto przycisku „Dodaj”) lub wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji i wyświetleniem wyszukiwarki pacjentów (w przypadku gdy do dodawania ostrzeżenia użyto przycisku „Dodaj i wyjdź”).

Poniżej formularza dodawania nowego ostrzeżenia wyświetlana jest lista wszystkich ostrzeżeń dotyczących (leczenia) pacjenta. Dla każdego ostrzeżenia widoczny jest pasek informacji z treścią ostrzeżenia. Aby zmodyfikować dowolne z tych ostrzeżeń należy kliknąć na pasku informacji o wybranym ostrzeżeniu. Po kliknięciu pod paskiem informacji rozwinie się pełny formularz wypełniony treścią ostrzeżenia. Pod formularzem danych wybranego ostrzeżenia znajdują się przyciski:

- Zapisz – zapisanie zmian i pozostanie w zakładce „Ostrzeżenia” karty pacjenta
- Zapisz i wyjdź – zapisanie zmian i powrót do wyszukiwarki pacjentów
- Anuluj – wycofanie zmian i pozostanie w zakładce „Ostrzeżenia” karty pacjenta
- Usuń – usunięcie ostrzeżenia i pozostanie w zakładce „Ostrzeżenia” karty pacjenta
- Usuń i wyjdź – usunięcie ostrzeżenia i powrót do wyszukiwarki pacjentów
- Powrót do wyszukiwania pacjentów – powrót do wyszukiwarki pacjentów bez zapisywania zmian

Niezależnie od użytego przycisku zapisu przed zapisaniem zmian w bazie danych system weryfikuje poprawność danych z formularza. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wyświetlany jest komunikat o błędzie wskazujący co należy w formularzu poprawić. W przypadku takiego komunikatu należy poprawić w formularzu dane zgodnie z treścią komunikatu i ponowić próbę zapisu. Prawidłowy zapis do bazy danych kończy się wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji, wyświetleniem pustego formularza dodawania ostrzeżenia a pod nim listy wszystkich ostrzeżeń wystawionych dla pacjenta, w tym właśnie zmodyfikowanego (w przypadku gdy do zapisu użyto przycisku „Zapisz”) lub wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji i wyświetleniem wyszukiwarki pacjentów (w przypadku gdy do zapisania danych użyto przycisku „Zapisz i wyjdź”).

Aby usunąć ostrzeżenie należy skorzystać z jednego z przycisków „Usuń” lub „Usuń i wyjdź” pod formularzem danego ostrzeżenia. Po naciśnięciu przycisku wyświetlona zostanie prośba o potwierdzenie usunięcia a usunięcie nastąpi po potwierdzeniu.



Informacje

W zakładce „Informacje” znajduje się formularz następujących informacji dodatkowych dotyczących pacjenta:

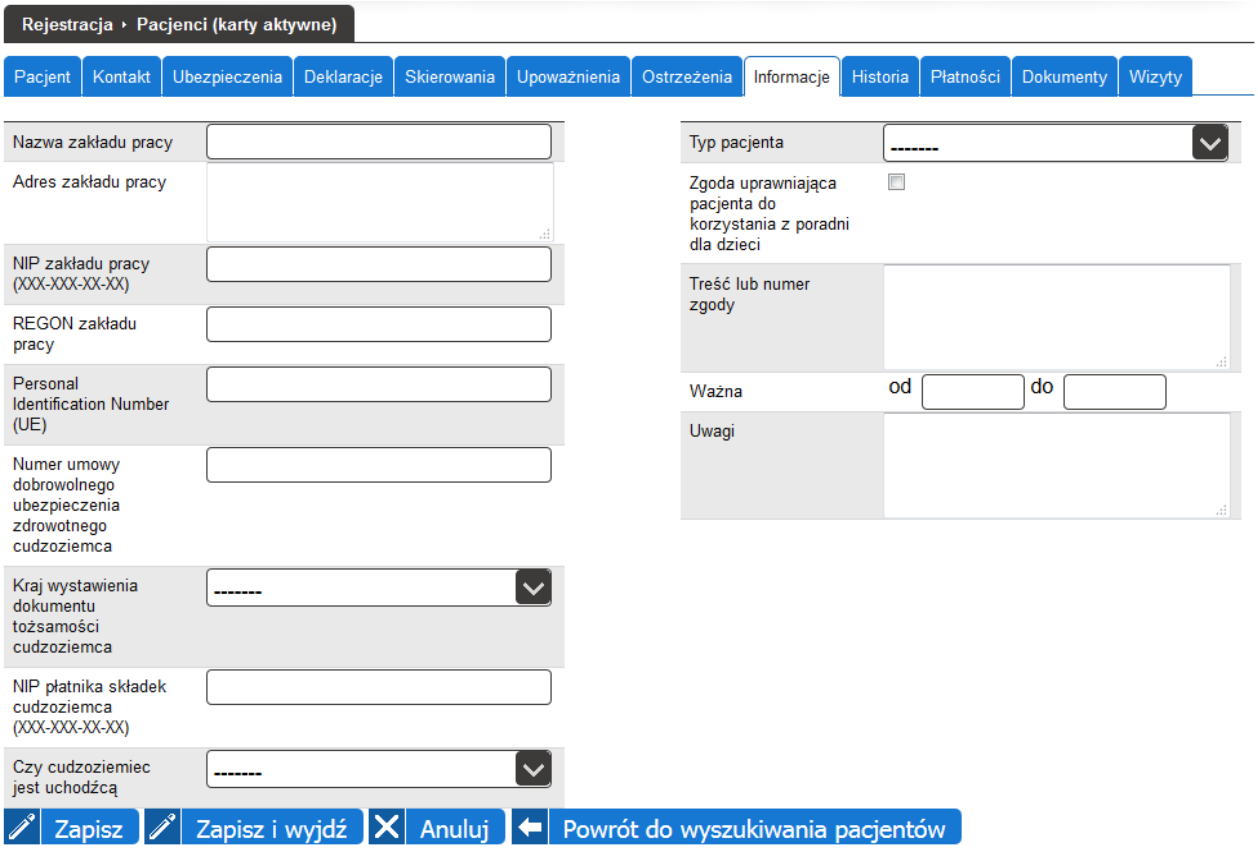
- dane zakładu pracy
- Personal Identification Number (UE) – identyfikator pacjenta w Unii Europejskiej
- numer umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego cudzoziemca – numer ten jest używany do identyfikacji cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL ale posiadającego umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego przy sprawozdawaniu do NFZ deklaracji POZ takiego cudzoziemca
- kraj wystawienia dokumentu tożsamości cudzoziemca – nazwa ta jest używana do identyfikacji cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL i nieposiadającego umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego przy sprawozdawaniu do NFZ deklaracji POZ takiego cudzoziemca
- NIP płatnika składek cudzoziemca – numer ten jest używany do identyfikacji cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL i nieposiadającego umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego przy sprawozdawaniu do NFZ deklaracji POZ takiego cudzoziemca
- czy cudzoziemiec jest uchodźcą – oznaczenie to jest używane do identyfikacji cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL i nieposiadającego umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego przy sprawozdawaniu do NFZ deklaracji POZ takiego cudzoziemca
- typ pacjenta – przynależność pacjenta do określonej grupy
- zgoda uprawniająca pacjenta do korzystania z poradni dla dzieci – zaznaczenie że pacjent posiada zgodę uprawniającą go do korzystania z poradni dla dzieci wraz z podaniem treści i okresu obowiązywania zgody
- uwagi – dowolne dodatkowe uwagi o pacjencie

Pod formularzem dostępne są następujące przyciski:

- Zapisz – zapisanie zmian i pozostanie w zakładce „Informacje” karty pacjenta
- Zapisz i wyjdź – zapisanie zmian i powrót do wyszukiwarki pacjentów
- Anuluj – wycofanie zmian i pozostanie w zakładce „Informacje” karty pacjenta

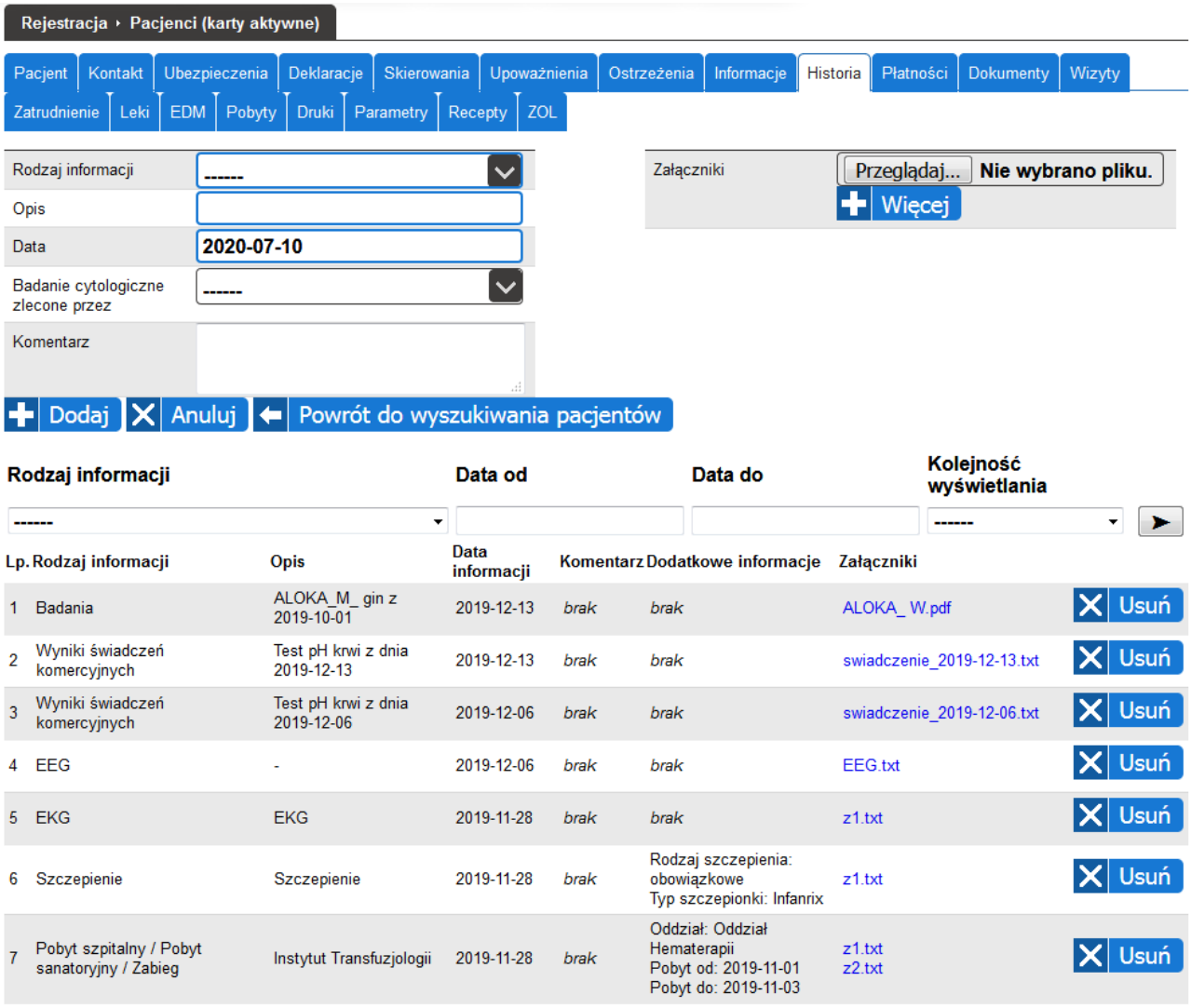
〉 Powrót do wyszukiwania pacjentów – powrót do wyszukiwarki pacjentów bez zapisywania zmian

Niezależnie od użytego przycisku zapisu przed zapisaniem danych do bazy danych system weryfikuje ich poprawność. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wyświetlany jest komunikat o błędzie wskazujący co należy w formularzu poprawić. W przypadku takiego komunikatu należy poprawić w formularzu dane zgodnie z treścią komunikatu i ponowić próbę zapisu. Prawidłowy zapis kończy się wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji i wyświetleniem formularza informacji dodatkowych pacjenta (w przypadku gdy do zapisania danych użyto przycisku „Zapisz") lub wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji i wyświetleniem wyszukiwarki pacjentów (w przypadku gdy do zapisania danych użyto przycisku „Zapisz i wyjdź").



Historia

W zakładce „Historia" znajduje się formularz umożliwiający wprowadzanie dokumentacji zdarzeń z historii zdrowia i choroby pacjenta w formie załączników. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz dodawania informacji do historii zdrowia i choroby pacjenta oraz lista informacji już wprowadzonych do historii zdrowia i choroby pacjenta wraz z filtrem umożliwiającym zawężanie zawartości tej listy do pozycji spełniających kryteria określone w filtrze.



Aby dodać nową informację do historii zdrowia i choroby pacjenta należy w formularzu widocznym w górnej części zakładki wybrać rodzaj informacji, wypełnić niezbędne dla danego rodzaju informacji dane (po wybraniu rodzaju informacji formularz zmienia się na właściwy dla danego rodzaju informacji), oraz wybrać załączniki. Domyślnie w formularzu wyświetla się jedno pole umożliwiające wybranie jednego załącznika. Jeśli istnieje potrzeba wybrania większej ilości załączników, wówczas należy skorzystać z przycisku „Więcej" - każde jego kliknięcie skutkuje wyświetleniem kolejnego pola umożliwiającego wybranie kolejnego załącznika (pola pozostawione puste zostaną zignorowane przy zapisie). W przypadku badań cytologicznych należy dodatkowo wskazać przez kogo dane badanie zostało zlecone – badania cytologiczne ze wskazaną osobą zlecającą są automatycznie wyświetlane lekarzom ginekologom w gabinecie lekarskim. Po wypełnieniu formularza należy zapisać dane klikając przycisk „Dodaj". Dodana informacja pojawi się na liście w dolnej części zakładki.

Na liście informacji wprowadzonych do historii zdrowia i choroby pacjenta domyślnie wyświetlają się wszystkie wprowadzone informacje wraz z odnośnikami do załączników umożliwiającymi ich pobranie i obejrzenie. Aby możliwe było obejrzenie załącznika, na komputerze użytkownika musi być zainstalowane oprogramowanie obsługujące format w jakim został zapisany załącznik np. dla większości formatów obrazów (w tym DICOM) może to być przeglądarka IrfanView z pakietem IrfanViewPlugins. Zakres danych wyświetlanych na wspomnianej liście można ograniczyć do informacji konkretnego rodzaju z konkretnego okresu korzystając z filtra widocznego nad tą listą.

Również kolejność wyświetlania danych na tej liście można zmienić korzystając z tego samego filtra. Aby ograniczyć zakres danych wyświetlanych na liście i / lub zmienić kolejność ich wyświetlania należy wprowadzić pożądane kryteria w filtrze i kliknąć przycisk ze znakiem „➤”.

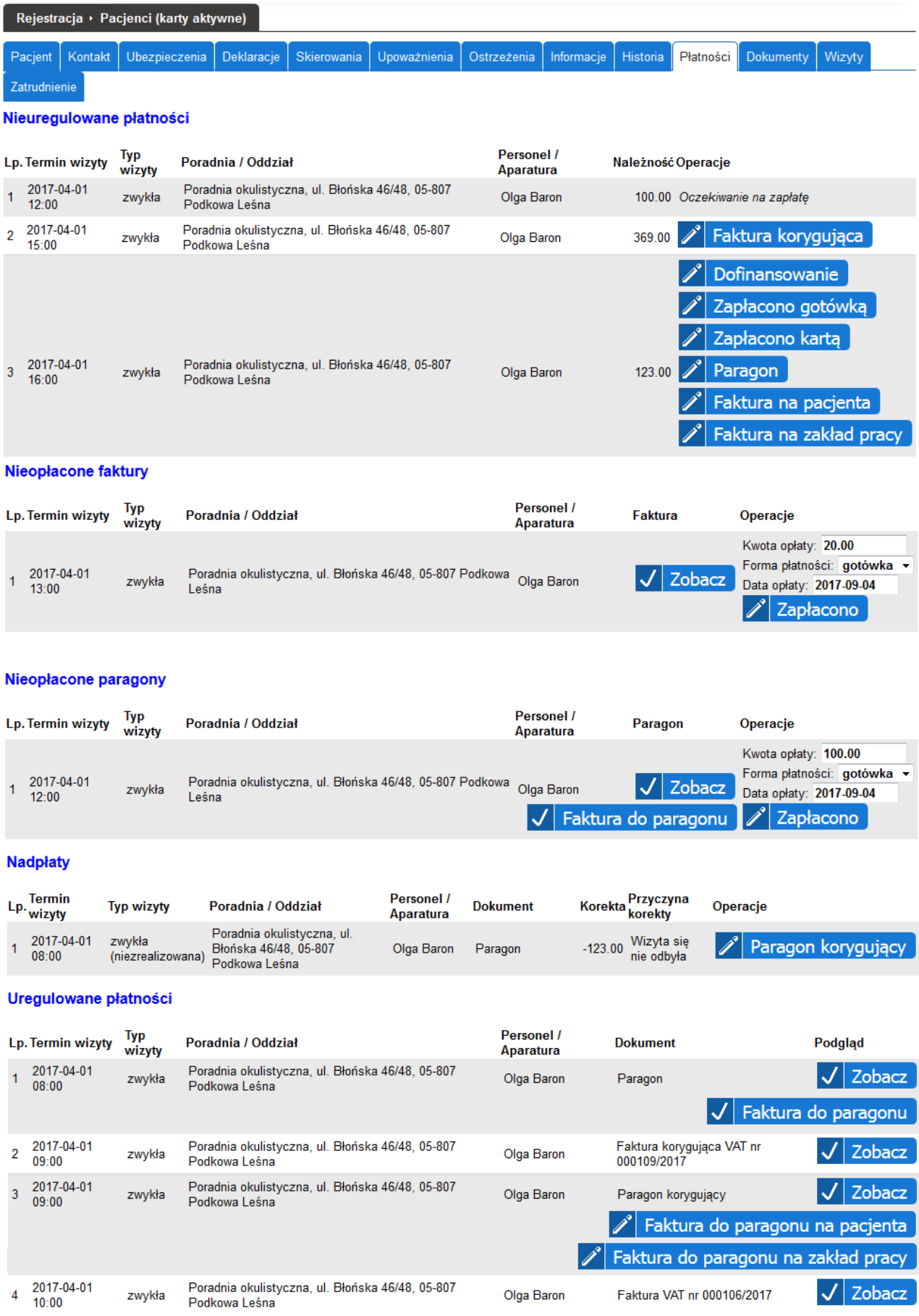
Na liście informacji wprowadzonych do historii zdrowia i choroby pacjenta przy każdym wpisie wyświetla się przycisk „Usuń” umożliwiający usunięcie informacji wprowadzonej do karty pacjenta omyłkowo.

Płatności

W zakładce „Płatności” znajduje się lista płatności pacjenta za wizyty komercyjne (w tym cykle rehabilitacyjne zaplanowane z użyciem pakietów), za badania diagnostyczne i za szczepienia podzielona na następujące sekcje:

- nieuregulowane płatności - płatności za wizyty, operacje, cykle zabiegowe i pobyty oczekujące na wystawienie rachunku (faktury, paragonu) lub dodatniej korekty (dla pacjenta oznaczające konieczność dokonania zapłaty lub dopłaty) oraz faktury i paragony oczekujące na zapłatę
- nieopłacone faktury - wystawione faktury za wizyty, operacje, cykle zabiegowe i pobyty dla których nie odnotowano jeszcze wpłaty lub odnotowano częściową (niepełną) wpłatę
- nieopłacone paragony - wystawione paragony za wizyty, operacje, cykle zabiegowe i pobyty dla których nie odnotowano jeszcze wpłaty lub odnotowano częściową (niepełną) wpłatę
- nadpłaty - faktury i paragony za wizyty, operacje, cykle zabiegowe i pobyty wymagające wystawienia ujemnej korekty (oznaczające dla zakładu opieki zdrowotnej konieczność dokonania zwrotu wpłaty)
- uregulowane płatności - faktury i paragony za wizyty, operacje, cykle zabiegowe i pobyty opłacone
- płatności za badania diagnostyczne – uregulowane i nieuregulowane płatności za badania diagnostyczne
- płatności za szczepienia – uregulowane i nieuregulowane płatności za szczepienia
- płatności za świadczenia – uregulowane i nieuregulowane płatności za świadczenia komercyjne
- dofinansowania – dofinansowania przyznane pacjentowi oraz możliwości przyznania dofinansowań pacjentowi

Te spośród powyższych sekcji, które nie zawierają żadnych informacji nie są wyświetlane.


Rejestracja ‣ Pacjenci (karty aktywne)
Pacjent
Kontakt
Ubezpieczenia
Deklaracje
Skierowania
Upoważnienia
Ostrzeżenia
Informacje
Historia
Płatności
Dokumenty
Wizyty
Zatrudnienie
Nieuregulowane płatności
Lp. Termin wizyty Typ wizyty Poradnia / Oddział Personel / Aparatura Należność Operacje
1 2017-04-01 12:00 zwykła Poradnia okulistyczna, ul. Błońska 46/48, 05-807 Podkowa Leśna Olga Baron 100.00 Oczekiwanie na zapłatę
2 2017-04-01 15:00 zwykła Poradnia okulistyczna, ul. Błońska 46/48, 05-807 Podkowa Leśna Olga Baron 369.00 Faktura korygująca
3 2017-04-01 16:00 zwykła Poradnia okulistyczna, ul. Błońska 46/48, 05-807 Podkowa Leśna Olga Baron 123.00
Dofinansowanie
Zapłacono gotówką
Zapłacono kartą
Paragon
Faktura na pacjenta
Faktura na zakład pracy
Nieopłacone faktury
Lp. Termin wizyty Typ wizyty Poradnia / Oddział Personel / Aparatura Faktura Operacje
1 2017-04-01 13:00 zwykła Poradnia okulistyczna, ul. Błońska 46/48, 05-807 Podkowa Leśna Olga Baron Zobacz
Kwota opłaty: 20.00
Forma płatności: gotówka
Data opłaty: 2017-09-04
Zapłacono
Nieopłacone paragony
Lp. Termin wizyty Typ wizyty Poradnia / Oddział Personel / Aparatura Paragon Operacje
1 2017-04-01 12:00 zwykła Poradnia okulistyczna, ul. Błońska 46/48, 05-807 Podkowa Leśna Olga Baron Zobacz
Faktura do paragonu
Kwota opłaty: 100.00
Forma płatności: gotówka
Data opłaty: 2017-09-04
Zapłacono
Nadpłaty
Lp. Termin wizyty Typ wizyty Poradnia / Oddział Personel / Aparatura Dokument Korekta Przyczyna korekty Operacje
1 2017-04-01 08:00 zwykła (niezrealizowana) Poradnia okulistyczna, ul. Błońska 46/48, 05-807 Podkowa Leśna Olga Baron Paragon -123.00 Wizyta się nie odbyła Paragon korygujący
Uregulowane płatności
Lp. Termin wizyty Typ wizyty Poradnia / Oddział Personel / Aparatura Dokument Podgląd
1 2017-04-01 08:00 zwykła Poradnia okulistyczna, ul. Błońska 46/48, 05-807 Podkowa Leśna Olga Baron Paragon Zobacz
Faktura do paragonu
2 2017-04-01 09:00 zwykła Poradnia okulistyczna, ul. Błońska 46/48, 05-807 Podkowa Leśna Olga Baron Faktura korygująca VAT nr 000109/2017 Zobacz
3 2017-04-01 09:00 zwykła Poradnia okulistyczna, ul. Błońska 46/48, 05-807 Podkowa Leśna Olga Baron Paragon korygujący Zobacz
Faktura do paragonu na pacjenta
Faktura do paragonu na zakład pracy
4 2017-04-01 10:00 zwykła Poradnia okulistyczna, ul. Błońska 46/48, 05-807 Podkowa Leśna Olga Baron Faktura VAT nr 000106/2017 Zobacz

Płatności za badania diagnostyczne

Lp.	Data zlecenia	Lekarz zlecający	Należność	Operacje
1	2017-04-05 14:48	Olga Baron	7.00	Zobacz
2	2017-04-05 14:49	Olga Baron	47.00	Kwota opłaty: 40.00 Forma płatności: gotówka Data opłaty: 2017-09-04 Zapłacono Zobacz

Płatności za szczepienia

Lp.	Data zlecenia	Lekarz zlecający	Należność	Operacje
1	2017-11-22 10:06	Olga Baron	-135.00	Paragon korygujący
2	2017-11-22 10:06	Olga Baron	169.60	Zobacz
3	2017-11-23 16:11	Olga Baron	10.00	Dofinansowanie Zapłacono gotówką Zapłacono kartą Paragon Faktura na pacjenta Faktura na zakład pracy

Płatności za świadczenia

Lp.	Data zlecenia	Wystawiający zlecenie	Należność	Operacje
1	2019-08-05 11:07	Zoz Zoz	20.00	Zobacz
2	2019-08-20 14:45	Zoz Zoz	20.00	Dofinansowanie Zapłacono gotówką Zapłacono kartą Paragon Faktura na pacjenta Faktura na zakład pracy

Dofinansowania

Lp.	Płatnik / Akcja	Dofinansowanie	Środki do wykorzystania	Historia
1	Urząd Miasta - akcja grypa	10.00 PLN	0.00 PLN	Dokument uprawniający: - Zapisz Historia
2	Urząd Miasta - cytologia	100.00 PLN	100.00 PLN	Dokument uprawniający: 1/2018 Zapisz Historia
3	Urząd Miasta - full opcja	*pełne*	*brak*	Dokument uprawniający: - Zapisz Historia

Powrót do wyszukiwania pacjentów

Przy płatnościach nieuregulowanych dostępne mogą być następujące przyciski:

- Dofinansowanie – przycisk przyznawania dofinansowania do wizyty / zlecenia
- Zapłacono gotówką - przycisk szybkiego odnotowywania wpłaty gotówką
- Zapłacono kartą - przycisk szybkiego odnotowywania wpłaty kartą kredytową
- Paragon - przycisk wystawiania paragonu do wydruku na drukarce komputerowej (w zależności od konfiguracji systemu)
- Faktura na pacjenta - przycisk wystawiania faktury na pacjenta
- Faktura na zakład pracy - przycisk wystawiania faktury na zakład pracy pacjenta
- Faktura korygująca - przycisk wystawiania faktury korygującej wcześniej wystawioną fakturę (dostępny jeśli faktura została opłacona przed wizytą a w trakcie wizyty zostały wykonane usługi za większą kwotę a więc wymagana jest dopłata)
- Paragon korygujący - przycisk wystawiania paragonu korygującego wcześniej wystawiony paragon (dostępny jeśli paragon został opłacony przed wizytą a w trakcie wizyty zostały wykonane usługi za większą kwotę a więc wymagana jest dopłata)

W przypadku nieuregulowanych płatności dla których wystawiono fakturę ale nie odnotowano jeszcze wpłaty, nie wyświetla się żaden przycisk tylko informacja o treści: „Oczekiwanie na zapłatę za fakturę".

Przycisk „Dofinansowanie" służy do przyznawania dofinansowania do danej wizyty / zlecenia. Przycisk jest widoczny tylko przy tych wizytach / zleceniach dla których jeszcze nie przyznano żadnego dofinansowania. Przycisk nie jest widoczny przy cyklach rehabilitacyjnych umówionych z użyciem pakietu (w tej sytuacji zniżka zdefiniowana w pakiecie stanowi niejako odpowiednik dofinansowania). Po kliknięciu tego przycisku otwiera się nowe okno a w nim pojawia się tabela w której wiersze oznaczają poszczególnych płatników / poszczególne akcje z których środków może być zrealizowane dofinansowanie, zaś kolumny oznaczają pozycje podlegające opłacie. Przy każdym płatniku / każdej akcji prezentowana jest informacja o dostępnych (pozostałych do wykorzystania) środkach (wartość ta jest wyróżniona na czerwono jeśli środki się kończą) oraz o kwocie dofinansowania przysługującej pacjentowi. Przy każdej pozycji podlegającej opłacie prezentowana jest ilość i cena jednostkowa. Zadaniem użytkownika jest zaznaczyć które pozycje podlegające opłacie w ramach których płatników / akcji będą finansowane. Pola zaznaczenia są skonstruowane w taki sposób że w razie omyłkowego zaznaczenia można dane pole odznaczyć klikając je powtórnie. Po zaznaczeniu właściwych dofinansowań należy kliknąć przycisk „Zapisz" aby przyznać pożądane dofinansowanie. System automatycznie przydzieli odpowiednie kwoty dofinansowania do zaznaczonych pozycji podlegających opłacie zgodnie z następującymi zasadami:

- kwota dofinansowania jest kwotą brutto
- dofinansowanie pełne przysługuje pacjentowi tylko raz (może być przyznane tylko dla jednej wizyty / zlecenia)
- dofinansowanie z określoną kwotą przysługuje pacjentowi tylko raz w tej kwocie ale kwota ta może być rozdysponowana pomiędzy różne wizyty / zlecenia pacjenta
- kwota dofinansowania oraz kwota dofinansowania netto muszą spełniać zależności:

  kjd = z2(kjdn * (1 + vat / 100))

  cjp – kjd = z2((cjpn – kjdn) * (1 + vat / 100))

gdzie

z2(...) - zaokrąglenie wartości do dwóch miejsc po przecinku

cjp – cena jednostkowa pozycji podlegającej dofinansowaniu

kjd – kwota jednostkowa dofinansowania

cjpn – cena jednostkowa pozycji netto

kjdn – kwota jednostkowa dofinansowania netto

vat – stawka podatku VAT

ijp – ilość jednostek pozycji podlegającej dofinansowaniu

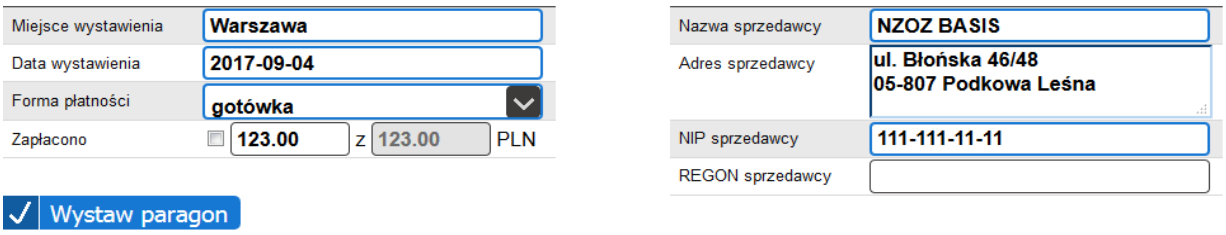
z czego dane są cjp, cjpn, vat, ijp.

Wraz z przyznaniem dofinansowania system pomniejszy wartość dostępnych w ramach danego płatnika / danej akcji środków o wartość kjd * ijp. (Wartość dostępnych w ramach danego płatnika / danej akcji środków może być także automatycznie powiększana, co ma miejsce w następujących sytuacjach: usunięcia ze zlecenia szczepienia / badania na które przyznano wcześniej dofinansowanie, automatycznego anulowania zlecenia szczepień dla którego przyznano wcześniej dofinansowanie, odwołanie lub oznaczenie jako niezrealizowanej wizyty dla której przyznano wcześniej dofinansowanie, zmniejszenie krotności lub oznaczenie jako niezrealizowanych usług komercyjnych na które przyznano wcześniej dofinansowanie.)



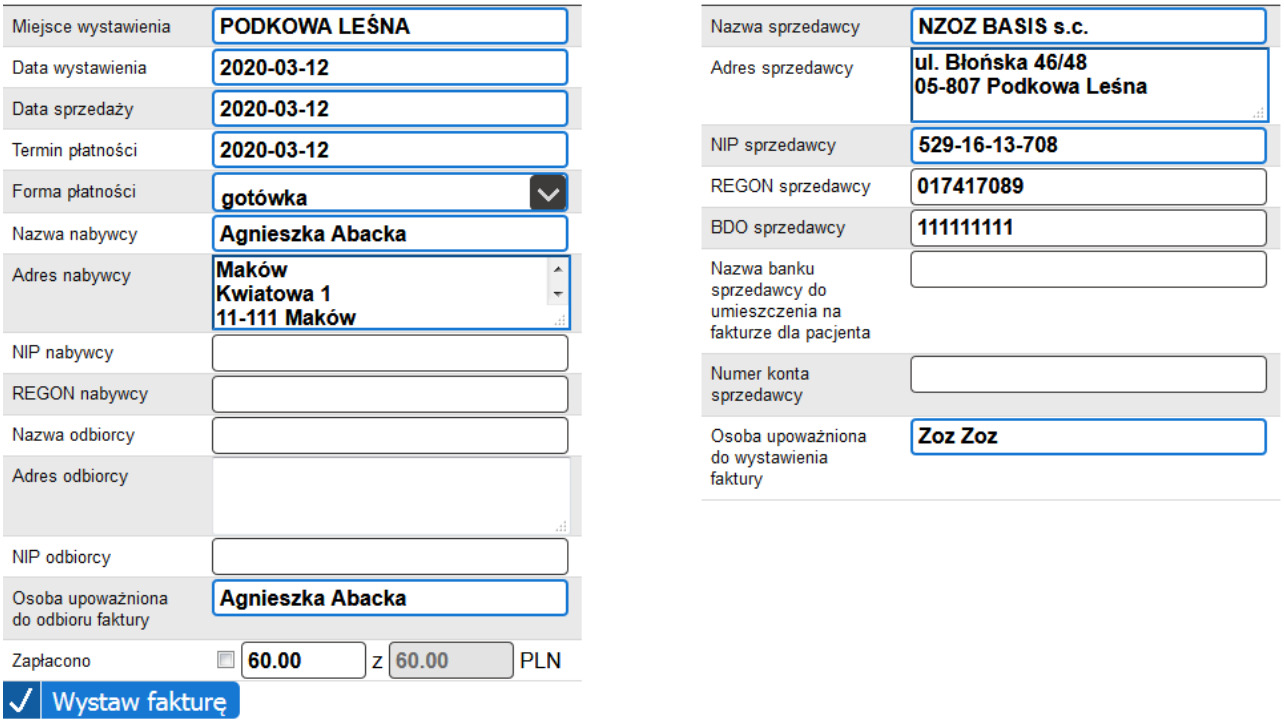
Przyciski „Zapłacono gotówką” i „Zapłacono kartą” służą do szybkiego zarejestrowania wpłaty, czyli de facto zarejestrowania w systemie paragonu wystawionego z wartościami domyślnymi i z pominięciem jego drukowania. Po kliknięciu przycisku „Zapłacono gotówką” / „Zapłacono kartą” otwiera się na chwilę nowe okienko z komunikatem informującym o zarejestrowaniu płatności, po chwili okienko znika.

Przycisk „Paragon” otwiera okno wystawiania paragonu do wydrukowania na drukarce komputerowej. W oknie wystawiania paragonu wyświetla się formularz domyślnie wypełniony danymi.



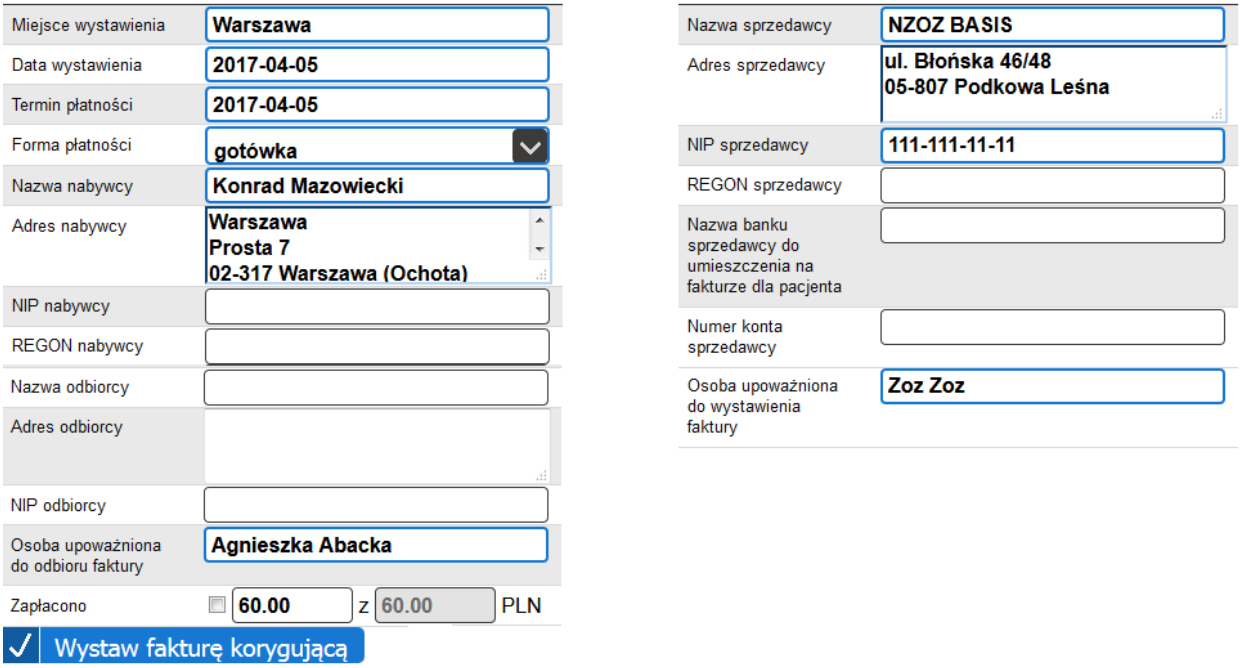
Należy zweryfikować dane i uzupełnić brakujące. Jeżeli paragon zostaje opłacony od razu (w całości lub częściowo) wówczas należy zaznaczyć pole „Zapłacono" i wpisać wpłaconą kwotę (w polu domyślnie wstawiona jest pełna należna kwota). Po naciśnięciu przycisku „Wystaw paragon" tworzony jest druk paragonu (w formacie PDF) i wyświetlany odnośnik umożliwiający jego pobranie i wydrukowanie.

Przyciski „Faktura na pacjenta" i „Faktura na zakład pracy" otwierają okno wystawiania faktury, które jest domyślnie wypełnione danymi (w zależności od użytego przycisku nabywcą będzie pacjent lub zakład pracy pacjenta).



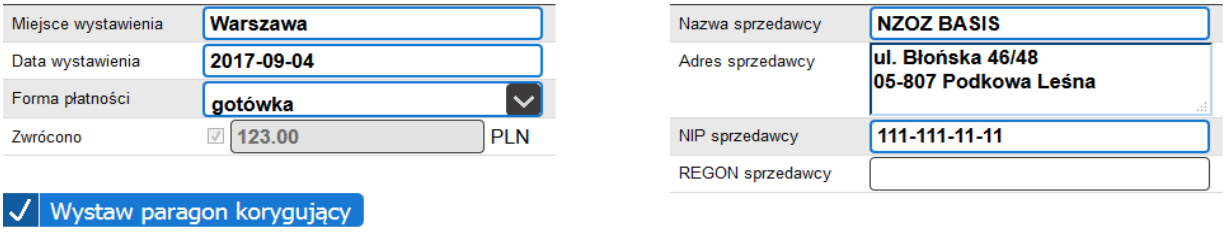
Należy zweryfikować dane i uzupełnić brakujące. Jeżeli faktura zostaje opłacona od razu (w całości lub częściowo) wówczas należy zaznaczyć pole „Zapłacono" i wpisać wpłaconą kwotę (w polu domyślnie wstawiona jest pełna należna kwota). Po naciśnięciu przycisku „Wystaw fakturę" tworzony jest druk faktury (w formacie PDF) i wyświetlany odnośnik umożliwiający jego pobranie i wydrukowanie.

Przycisk „Faktura korygująca" otwiera okno wystawiania faktury korygującej, które jest domyślnie wypełnione danymi. Jeżeli faktura podstawowa była wystawiona na pacjenta, również faktura korygująca zostanie wystawiona na pacjenta, jeżeli zaś była wystawiona na zakład pracy pacjenta, tak samo będzie z fakturą korygującą.



Należy zweryfikować dane i uzupełnić brakujące. Jeżeli faktura korygująca zostaje opłacona od razu (w całości lub częściowo) wówczas należy zaznaczyć pole „Zapłacono” i wpisać wpłaconą kwotę (w polu domyślnie wstawiona jest pełna należna kwota). Po naciśnięciu przycisku „Wystaw fakturę korygującą” tworzony jest druk faktury korygującej (w formacie PDF) i wyświetlany odnośnik umożliwiający jego pobranie i wydrukowanie.

Przycisk „Paragon korygujący” otwiera okno wystawiania paragonu korygującego, które jest domyślnie wypełnione danymi.

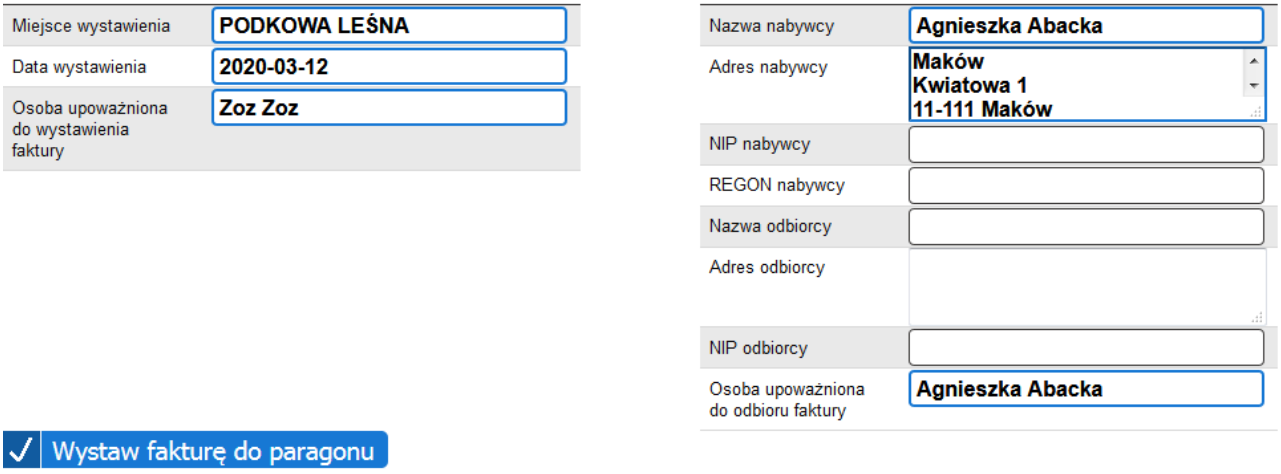


Należy zweryfikować dane i uzupełnić brakujące. Jeżeli paragon korygujący zostaje opłacony od razu (w całości lub częściowo) wówczas należy zaznaczyć pole „Zapłacono” i wpisać wpłaconą kwotę (w polu domyślnie wstawiona jest pełna należna kwota). Po naciśnięciu przycisku „Wystaw paragon korygujący” tworzony jest druk paragonu korygującego (w formacie PDF) i wyświetlany odnośnik umożliwiający jego pobranie i wydrukowanie.

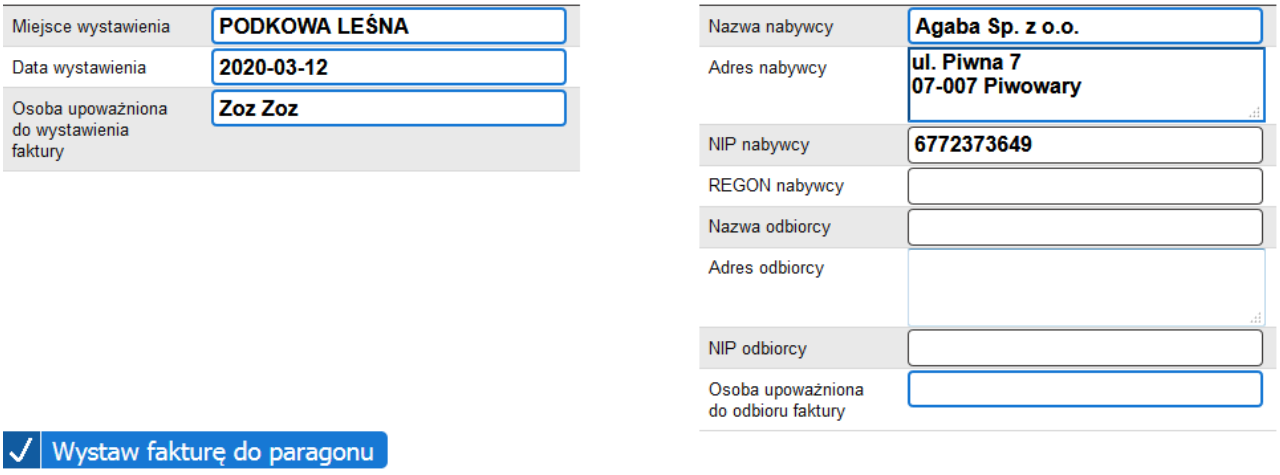
Pozycje z kwotą zerową nie są umieszczane na paragonach i fakturach (są pomijane).

Jeżeli istnieją paragony (pierwotne i korygujące) wystawione ale nieopłacone lub opłacone częściowo, wówczas w zakładce „Płatności” pojawia się sekcja „Nieopłacone paragony”, gdzie jest dostępny podgląd każdego paragonu (przycisk „Zobacz”) i gdzie należy odznaczyć wpłatę kiedy taka wpłynie wskazując kwotę opłaty, formę płatności i datę opłaty i klikając przycisk „Zapłacono”

(domyślnie w polu kwoty opłaty wstawiona jest pełna należna kwota pozostająca do zapłaty a w polu daty opłaty wstawiona jest data bieżąca). Istnieje także możliwość wystawienia faktury do paragonu. Jeżeli faktura do paragonu nie została jeszcze wystawiona, wówczas obok przycisku „Zobacz" widoczne są przyciski „Faktura do paragonu na pacjenta" i „Faktura do paragonu na zakład pracy" umożliwiające wystawienie faktury do paragonu, jeżeli zaś faktura do paragonu została wystawiona, wówczas obok przycisku „Zobacz" widoczny jest przycisk „Faktura do paragonu" umożliwiający pobranie i wydrukowanie wystawionej faktury. Aby wystawić fakturę do paragonu na pacjenta należy kliknąć przycisk „Faktura do paragonu na pacjenta". Wyświetli się wówczas nowe okno z formularzem wystawiania faktury do paragonu domyślnie wypełniony danymi. Należy zweryfikować dane i uzupełnić brakujące. Po naciśnięciu przycisku „Wystaw Fakturę do paragonu" tworzony jest druk faktury do paragonu (w formacie PDF) i wyświetlany odnośnik umożliwiający jego pobranie i wydrukowanie.



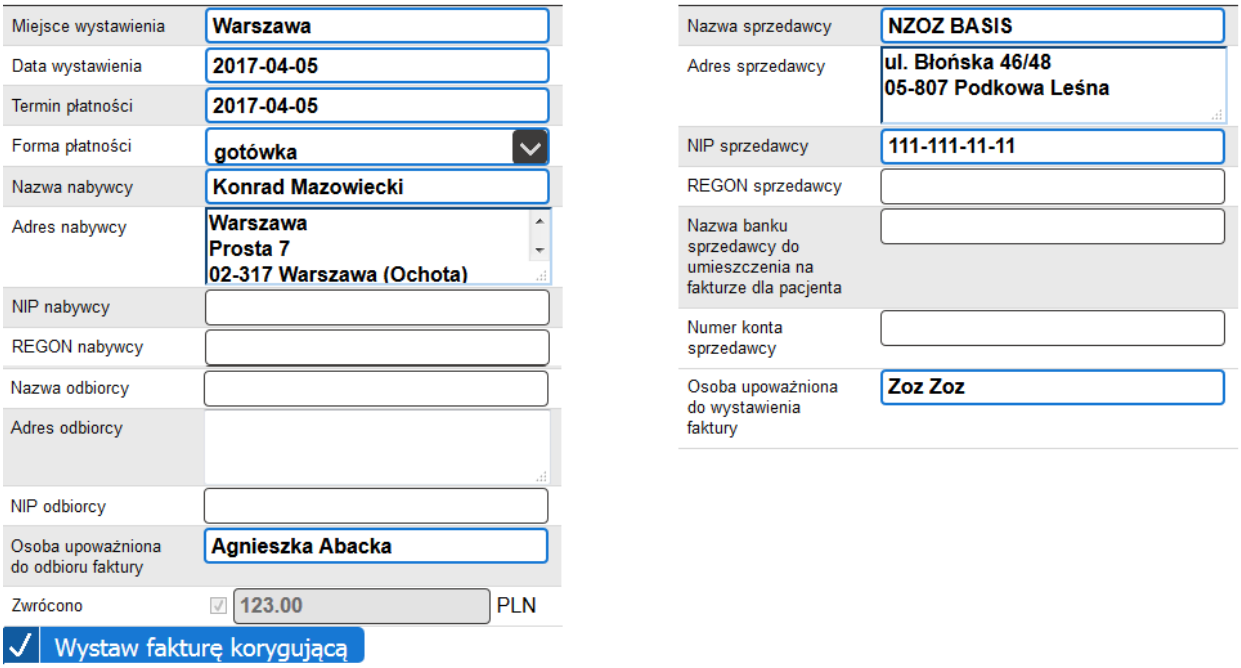
Aby wystawić fakturę do paragonu na zakład pracy pacjenta należy kliknąć przycisk „Faktura do paragonu na zakład pracy". Wyświetli się wówczas nowe okno z formularzem wystawiania faktury do paragonu domyślnie wypełniony danymi. Należy zweryfikować dane i uzupełnić brakujące. Po naciśnięciu przycisku „Wystaw Fakturę do paragonu" tworzony jest druk faktury do paragonu (w formacie PDF) i wyświetlany odnośnik umożliwiający jego pobranie i wydrukowanie.



Jeżeli istnieją faktury (pierwotne i korygujące) wystawione ale nieopłacone lub opłacone częściowo, wówczas w zakładce „Płatności” pojawia się sekcja „Nieopłacone faktury”, gdzie jest dostępny podgląd każdej faktury (przycisk „Zobacz”) i gdzie należy odznaczyć wpłatę kiedy taka wpłynie wskazując kwotę opłaty, formę płatności i datę opłaty i klikając przycisk „Zapłacono” (domyślnie w polu kwoty opłaty wstawiona jest pełna należna kwota pozostająca do zapłaty a w polu daty opłaty wstawiona jest data bieżąca).

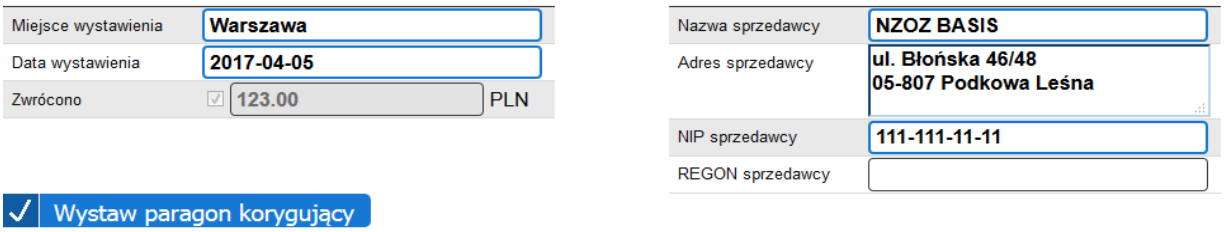
W sytuacji gdy opłata za wizytę została dokonana przed wizytą a podczas wizyty wykonano usługi za mniejszą kwotę, wówczas nadpłatę należy zwrócić pacjentowi (lub zakładowi pracy pacjenta jeżeli opłata za wizytę została wniesiona na podstawie faktury wystawionej na zakład pracy pacjenta). Nadpłaty pojawiają się w zakładce „Płatności” w sekcji „Nadpłaty”. Przy każdej z nich dostępny jest przycisk „Faktura korygująca” lub „Paragon korygujący” (w zależności od tego jakiego rodzaju dokumentem był rachunek pierwotny).

Przycisk „Faktura korygująca” otwiera okno wystawiania faktury korygującej, które jest domyślnie wypełnione danymi. Jeżeli faktura podstawowa była wystawiona na pacjenta, również faktura korygująca zostanie wystawiona na pacjenta, jeżeli zaś była wystawiona na zakład pracy pacjenta, tak samo będzie z fakturą korygującą.



Należy zweryfikować dane i uzupełnić brakujące. System zakłada że przy wystawianiu faktury korygującej nadpłata jest zwracana pacjentowi (lub zakładowi pracy pacjenta) dlatego pole „Zwrócono” jest zaznaczone (nie ma możliwości jego odznaczenia), podana jest też kwota podlegająca zwrotowi. Po naciśnięciu przycisku „Wystaw fakturę korygującą” tworzony jest druk faktury korygującej (w formacie PDF) i wyświetlany odnośnik umożliwiający jego pobranie i wydrukowanie.

Przycisk „Paragon korygujący” otwiera okno wystawiania paragonu korygującego, które jest domyślnie wypełnione danymi.



Należy zweryfikować dane i uzupełnić brakujące. System zakłada że przy wystawianiu paragonu korygującego nadpłata jest zwracana pacjentowi dlatego pole „Zwrócono" jest zaznaczone (nie ma możliwości jego odznaczenia), podana jest też kwota podlegająca zwrotowi. Po naciśnięciu przycisku „Wystaw paragon korygujący" tworzony jest druk paragonu korygującego (w formacie PDF) i wyświetlany odnośnik umożliwiający jego pobranie i wydrukowanie. System zakłada, że w przypadku paragonów korygujących nadpłata jest wypłacana pacjentowi (lub zakładowi pracy pacjenta) od razu.

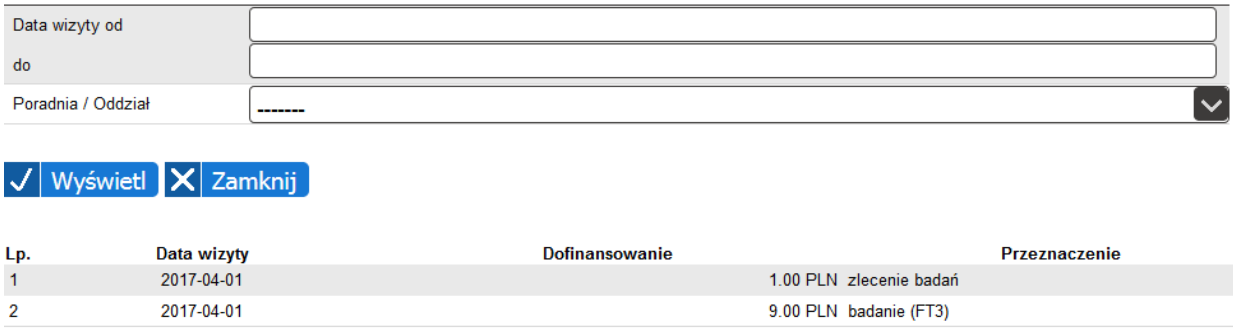
Sekcja „Uregulowane płatności" zawiera zestawienie rachunków (faktur i paragonów pierwotnych i korygujących), które zostały opłacone. Przy każdym rachunku dostępny jest przycisk „Zobacz" umożliwiający podgląd rachunku (w formacie PDF) a w przypadku paragonów dodatkowo przyciski do wystawiania / podglądu faktur do paragonów tak jak to opisano przy omawianiu sekcji „Nieopłacone paragony".

Sekcja „Płatności za badania diagnostyczne" zawiera zestawienie zleceń na badania diagnostyczne zarówno tych za które płatność została uregulowana jak i tych za które płatność nie została jeszcze uregulowana. Przy każdym zleceniu za które płatność została uregulowana wyświetla się przycisk „Zobacz", którego kliknięcie umożliwia podgląd wystawionego rachunku (w formacie PDF) a w przypadku paragonów wyświetlają się dodatkowo przyciski do wystawiania / podglądu faktur do paragonów tak jak to opisano przy omawianiu sekcji „Nieopłacone paragony". Przy każdym zleceniu, za które wystawiono paragon lub fakturę ale opłata jeszcze nie wpłynęła wyświetla się formularz umożliwiający odnotowanie wpłynięcia zapłaty, którego działanie jest analogiczne jak opisano przy omawianiu sekcji „Nieopłacone paragony" i „Nieopłacone faktury". Przy każdym zleceniu, dla którego jeszcze nie wystawiono rachunku widoczne są przyciski: „Dofinansowanie", „Zapłacono gotówką", „Zapłacono kartą", „Paragon", „Faktura na pacjenta", „Faktura na zakład pracy", których działanie jest analogiczne jak opisano przy omawianiu sekcji „Nieuregulowane płatności" lub przycisk „Paragon korygujący" / „Faktura korygująca", którego działanie jest analogiczne jak opisano przy omawianiu sekcji „Nadpłaty".

Sekcja „Płatności za szczepienia" zawiera zestawienie zleceń na szczepienia zarówno tych za które płatność została uregulowana jak i tych za które płatność nie została jeszcze uregulowana. Przy każdym zleceniu za które płatność została uregulowana wyświetla się przycisk „Zobacz", którego kliknięcie umożliwia podgląd wystawionego rachunku (w formacie PDF) a w przypadku paragonów wyświetlają się dodatkowo przyciski do wystawiania / podglądu faktur do paragonów tak jak to opisano przy omawianiu sekcji „Nieopłacone paragony". Przy każdym zleceniu, za które wystawiono paragon lub fakturę ale opłata jeszcze nie wpłynęła wyświetla się formularz umożliwiający odnotowanie wpłynięcia zapłaty, którego działanie jest analogiczne jak opisano przy omawianiu sekcji „Nieopłacone paragony" i „Nieopłacone faktury". Przy każdym zleceniu, dla którego jeszcze nie wystawiono rachunku widoczne są przyciski: „Dofinansowanie", „Zapłacono gotówką", „Zapłacono kartą", „Paragon", „Faktura na pacjenta", „Faktura na zakład pracy", których działanie jest analogiczne jak opisano przy omawianiu sekcji „Nieuregulowane płatności" lub przycisk „Paragon korygujący" / „Faktura korygująca", którego działanie jest analogiczne jak opisano przy omawianiu sekcji „Nadpłaty".

Sekcja „Płatności za świadczenia” zawiera zestawienie zleceń na świadczenia komercyjne zarówno tych za które płatność została uregulowana jak i tych za które płatność nie została jeszcze uregulowana. Przy każdym zleceniu za które płatność została uregulowana wyświetla się przycisk „Zobacz”, którego kliknięcie umożliwia podgląd wystawionego rachunku (w formacie PDF) a w przypadku paragonów wyświetlają się dodatkowo przyciski do wystawiania / podglądu faktur do paragonów tak jak to opisano przy omawianiu sekcji „Nieopłacone paragony”. Przy każdym zleceniu, za które wystawiono paragon lub fakturę ale opłata jeszcze nie wpłynęła wyświetla się formularz umożliwiający odnotowanie wpłynięcia zapłaty, którego działanie jest analogiczne jak opisano przy omawianiu sekcji „Nieopłacone paragony” i „Nieopłacone faktury”. Przy każdym zleceniu, dla którego jeszcze nie wystawiono rachunku widoczne są przyciski: „Dofinansowanie”, „Zapłacono gotówką”, „Zapłacono kartą”, „Paragon”, „Faktura na pacjenta”, „Faktura na zakład pracy”, których działanie jest analogiczne jak opisano przy omawianiu sekcji „Nieuregulowane płatności” lub przycisk „Paragon korygujący” / „Faktura korygująca”, którego działanie jest analogiczne jak opisano przy omawianiu sekcji „Nadpłaty”.

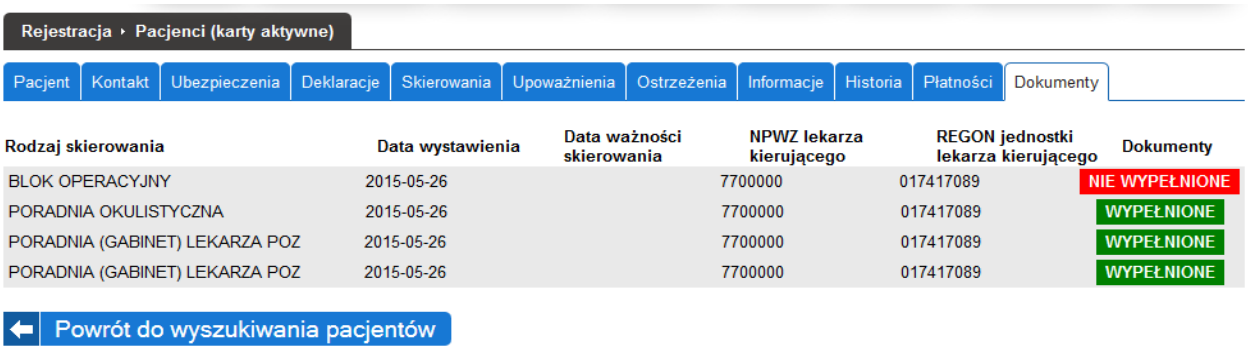
Sekcja „Dofinansowania” zawiera zestawienie płatników / akcji dofinansowujących świadczenia a przy każdym z nich prezentowana jest kwota świadczenia oraz środki możliwe do wykorzystania w ramach tej kwoty przez danego pacjenta, pole „Dokument uprawniający” do wprowadzenia numeru dokumentu uprawniającego do skorzystania z danego dofinansowania i przycisk „Zapisz” do zapisania tego numeru (pacjent może korzystać tylko z tych dofinansowań dla których wprowadzono numer dokumentu uprawniającego) oraz przycisk „Historia” umożliwiający podgląd historii przyznawania danego dofinansowania pacjentowi. Po kliknięciu przycisku „Historia” przy określonym dofinansowaniu otwiera się nowe okno z filtrem umożliwiającym zawężenie historii przyznawania dofinansowania do zadanego okresu i poradni. Po wprowadzeniu kryteriów do filtru i kliknięciu przycisku „Wyświetl” prezentowana jest tabelka z datami, kwotami i przeznaczeniem przyznanych dofinansowań.



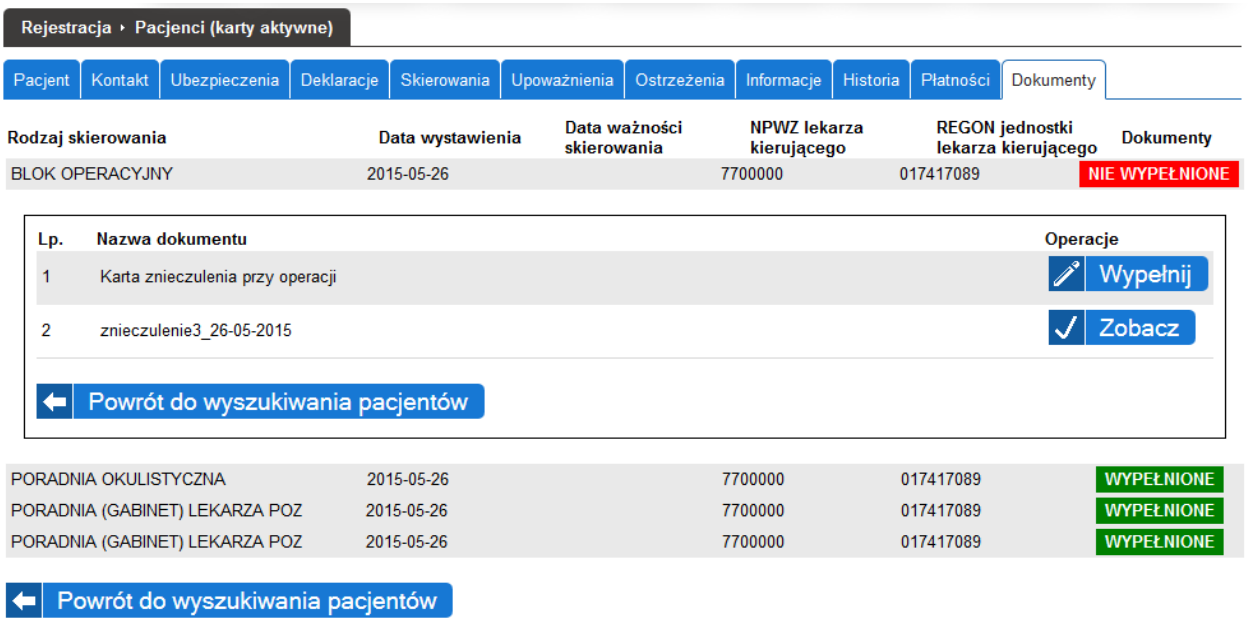
Dokumenty

W zakładce „Dokumenty” znajduje się lista dokumentów jakie pacjent musi podpisać decydując się na zabieg / operację (zarówno dokumenty już wypełnione jak też dokumenty do wypełnienia). W zakładce wyświetla się lista skierowań pacjenta i przy każdym z nich umieszczona jest informacja o statusie dokumentów powiązanych z tym skierowaniem:

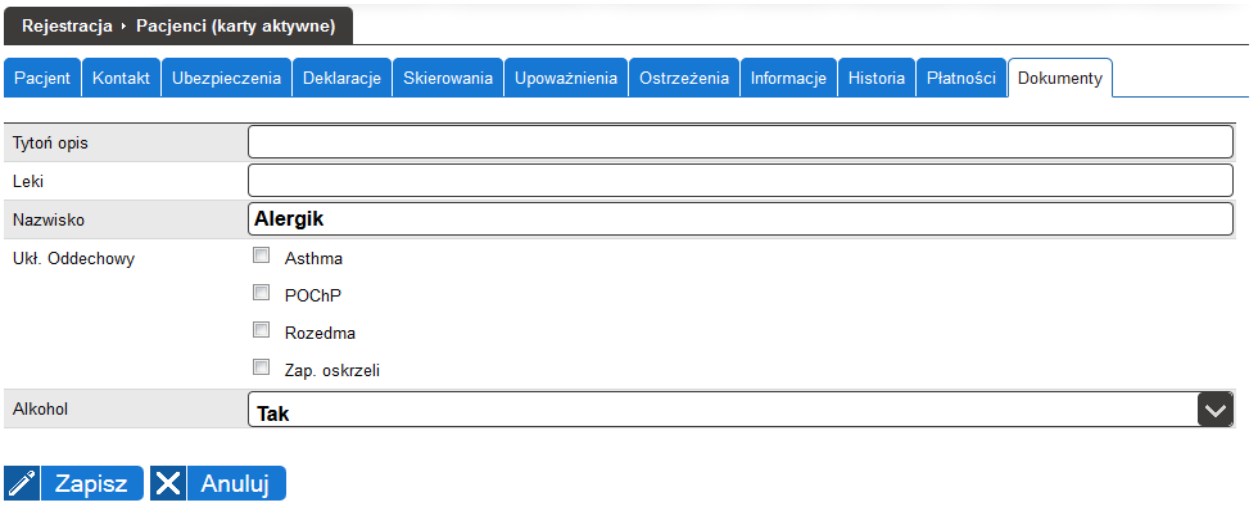
- NIE WYPEŁNIONE (czerwone) – jeśli przy skierowaniu istnieje przynajmniej jeden dokument który nie został jeszcze wypełniony
- WYPEŁNIONE (zielone) – jeśli przy skierowaniu wszystkie dokumenty są wypełnione



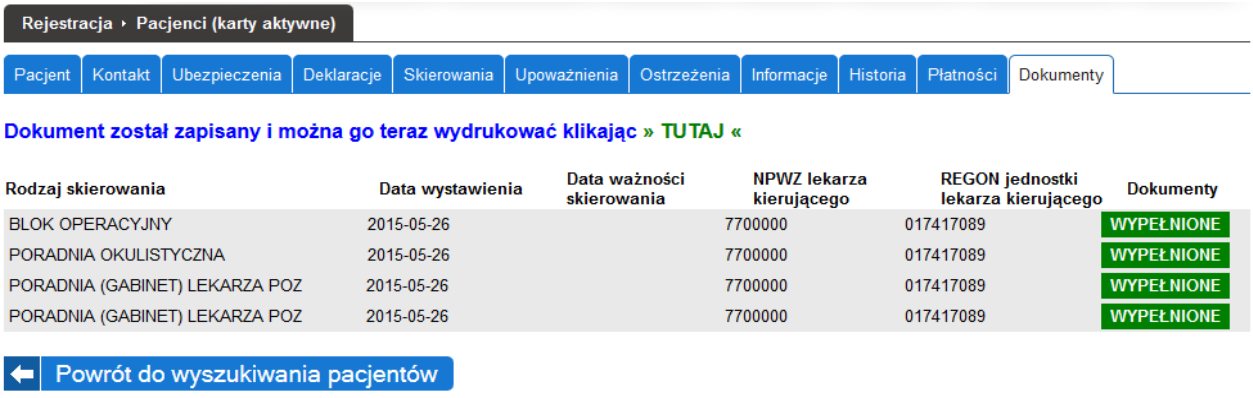
Po kliknięciu na szarym pasku z informacjami o skierowaniu rozwija się lista dokumentów powiązanych z takim skierowaniem. Przy każdym niewypełnionym dokumencie widoczny jest przycisk „Wypełnij" umożliwiający wyświetlenie formularza wypełniania dokumentu a przy każdym wypełnionym przycisk „Zobacz" umożliwiający wyświetlenie dokumentu w formie pliku PDF i wydrukowanie go.



Po kliknięciu przycisku „Wypełnij" przy dokumencie do wypełnienia wyświetla się formularz danych zależny od szablonu dokumentu z przyciskiem „Zapisz" służącym do zapisania danych po ich wprowadzeniu do formularza. Pola tekstowe w takim formularzu mają wbudowany wskaźnik kontroli zapełnienia treścią: jeżeli treść wpisana w polu tekstowym zajmuje mniej niż 90% przeznaczonego na nią miejsca w szablonie dokumentu, wówczas tło pola tekstowego jest białe, jeśli zajmuje od 90% do 95% miejsca - tło zmienia się na żółte, jeśli zajmuje od 95% do 100% miejsca - tło zmienia się na pomarańczowe, jeśli zajmuje więcej niż 100% miejsca - tło zmienia się na czerwone.



Po wprowadzeniu i zapisaniu danych wyświetla się ponownie widok listy skierowań pacjenta ze statusami dokumentów powiązanych. Dla wygody, aby nie trzeba było szukać właśnie wypełnionego dokumentu przy właściwym skierowaniu, na górze strony wraz z informacją o zapisaniu danych dokumentu wyświetlany jest odnośnik umożliwiający wyświetlenie dokumentu w formie pliku PDF i wydrukowanie go.



Oprócz dokumentów powiązanych ze skierowaniami w dolnej części zakładki wyświetla się lista innych dokumentów powiązanych z pacjentem. Aktualnie jest to jeden dokument:

- karta zgonu

Sposób wypełniania, otwierania i drukowania tych dokumentów jest identyczny jak opisano dla dokumentów powiązanych ze skierowaniami.



Wizyty

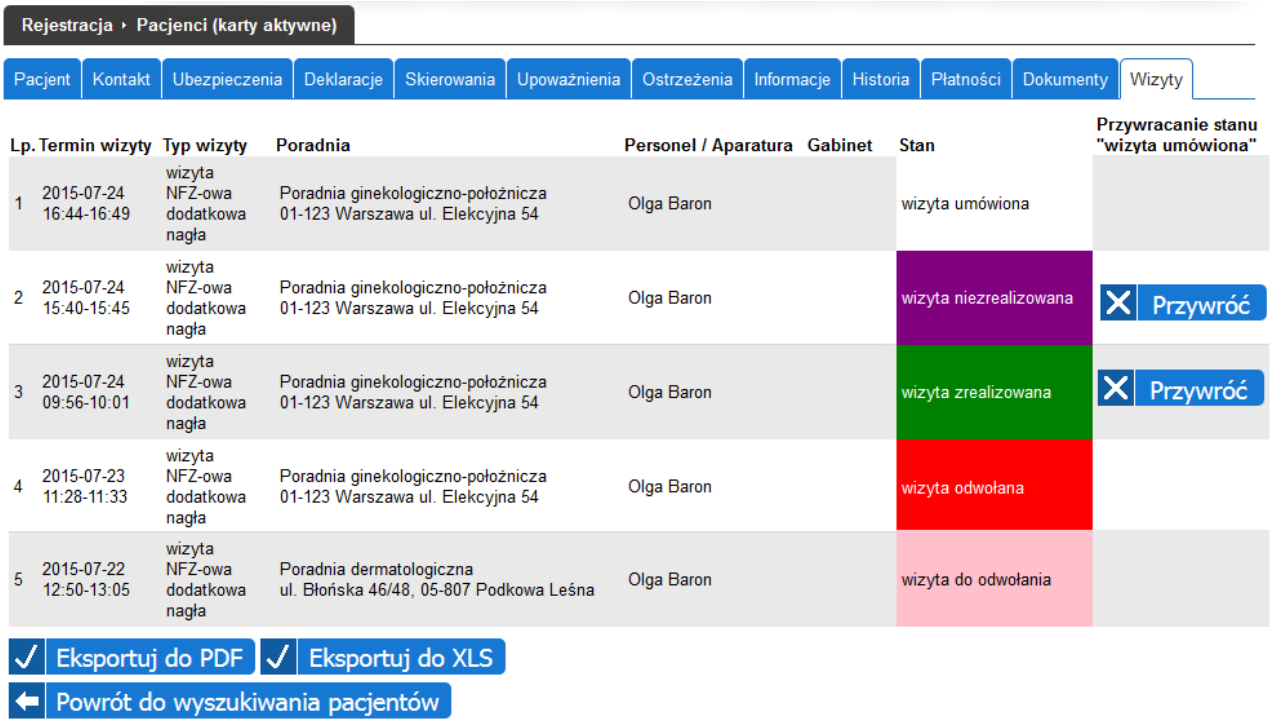
W zakładce „Wizyty” znajduje się lista wszystkich wizyt pacjenta w kolejności chronologicznej od najświeższej do najstarszej. Dla każdej wizyty wyświetlany jest:

- termin wizyty
- typ wizyty, rodzaj wizyty, czy jest to wizyt dodatkowa, czy jest to wizyta nagła
- poradnia w której wizyta została zaplanowana
- personel realizujący wizytę lub aparatura na którą została zaplanowana wizyta
- gabinet w którym została zaplanowana wizyta
- stan wizyty (w przypadku wizyty odwołanej dodatkowo data, żądający i powód odwołania jeśli podano)

Stany wizyt dla większej czytelności wyróżniane są kolorami:

- wizyta umówiona – kolor biały
- wizyta zrealizowana – kolor zielony
- wizyta niezrealizowana – kolor fioletowy
- wizyta odwołana – kolor czerwony
- wizyta do odwołania – kolor różowy

Dla użytkowników posiadających odpowiednie uprawnienia wyświetlana jest dodatkowo na liście wizyt kolumna z przyciskami przywracania stanu „wizyta umówiona” dla wizyt w stanie „wizyta zrealizowana” lub „wizyta niezrealizowana”. Jeżeli zdarzy się sytuacja że wizyta zostanie omyłkowo oznaczona jako „wizyta zrealizowana” lub jako „wizyta niezrealizowana”, wówczas klikając przy niej przycisk „Przywróć” można przywrócić takiej wizycie stan „wizyta umówiona”. Mechanizm przywracania stanu odnosi się wyłącznie do wizyt NFZ-owych przy których nie wykazano jeszcze usług do rozliczenia z NFZ oraz wizyt komercyjnych dla których nie wystawiono jeszcze dokumentów księgowych. Należy przy tym zaznaczyć że w momencie gdy wizyta dla której przyznano dofinansowanie otrzymuje stan „wizyta niezrealizowana” przyznane dofinansowanie jest zwracane do puli środków przeznaczonych na dofinansowania – przywrócenie stanu takiej wizyty nie przywraca dofinansowania tej wizyty!



Dla użytkowników posiadających uprawnienia do przeglądania historii zmian w elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta wyświetlana jest na liście dodatkowo kolumna „Historia zmian w EDM" z przyciskami podglądu zmian jakie lekarz wprowadzał w elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta w trakcie wizyty a także po wizycie.



Po kliknięciu przycisku „Przeglądaj" w kolumnie „Historia zmian w EDM" przy wybranej wizycie otwiera się nowe okno z wykazem dokonanych zmian.

Pacjent Agnieszka Abacka
Poradnia Poradnia POZ, ul. Kazimierzowska 33D, 05-807 Owczarnia
Lekarz Olga Baron
Termin wizyty 2019-10-01 15:00

Lp.	Operacja	Przedmiot operacji	Pole którego wartość zmieniono	Wartość pola przed zmianą	Wartość pola po zmianie	Data wykonania operacji	Wykonawca operacji	Adres IP wykonawcy operacji
1	dodanie	**Rodzaj przedmiotu:** dokument utworzony na podstawie szablonu dokumentu **Nazwa dokumentu:** Zalecenia (różne poziomy) **Rodzaj dokumentu:** zalecenie				2019-10-17 11:04:34	zoz	5.184.42.229
2	usunięcie	**Rodzaj przedmiotu:** dokument utworzony na podstawie szablonu dokumentu **Nazwa dokumentu:** Zalecenia (różne poziomy) **Rodzaj dokumentu:** zalecenie				2019-10-17 11:04:45	zoz	5.184.42.229
3	dodanie	**Rodzaj przedmiotu:** dokument utworzony na podstawie szablonu dokumentu **Nazwa dokumentu:** Zalecenia (różne poziomy) **Rodzaj dokumentu:** zalecenie				2019-10-17 11:04:45	zoz	5.184.42.229
4	dodanie	**Rodzaj przedmiotu:** dokument utworzony na podstawie szablonu dokumentu **Nazwa dokumentu:** MZ/L-1 zaświadczenie lekarskie **Rodzaj dokumentu:** skierowanie / druk dla pacjenta				2019-10-17 11:05:05	zoz	5.184.42.229
5	dodanie	**Rodzaj przedmiotu:** formularz utworzony na podstawie szablonu formularza **Nazwa formularza:** chory pediatra **Rodzaj formularza:** wywiad				2019-10-17 12:49:33	zoz	5.184.42.229
6	dodanie	**Rodzaj przedmiotu:** formularz utworzony na podstawie szablonu formularza **Nazwa formularza:** mleko pediatra **Rodzaj formularza:** wywiad				2019-10-17 12:56:04	zoz	5.184.42.229
7	dodanie	**Rodzaj przedmiotu:** pole formularza utworzonego na podstawie szablonu formularza **Nazwa formularza:** mleko pediatra **Rodzaj formularza:** wywiad **Nazwa pola:** 1 **Wartość w polu:** Dieta bezmleczna z powodu alergii na białko mleka krowiego.				2019-10-17 12:56:04	zoz	5.184.42.229
8	modyfikacja	**Rodzaj przedmiotu:** formularz utworzony na podstawie szablonu formularza **Nazwa formularza:** mleko pediatra **Rodzaj formularza:** wywiad	nazwa	mleko-pediatra	mleko pediatra	2019-10-17 12:56:15	zoz	5.184.42.229

Na liście zmian pojawia się rodzaj operacji wykonanej na elektronicznej dokumentacji medycznej (dodawanie, modyfikacja, usuwanie), przedmiot operacji (na którym danej operacji dokonano), w przypadku operacji modyfikacji pole którego wartość zmieniono wraz z podaniem wartości przed zmianą i po zmianie, data wykonania operacji, login wykonawcy operacji, adres IP komputera z którego dokonano operacji.

W dolnej części zakładki widoczne są przyciski „Eksportuj do PDF” i „Eksportuj do XLS” umożliwiające pobranie listy wizyt pacjenta w formie pliku PDF i XLS odpowiednio.

Zatrudnienie

W zakładce „Zatrudnienie” znajduje się formularz dodawania zatrudnienia /kształcenia pacjenta a pod nim historia zatrudnienia / kształcenia pacjenta (o ile została wpisana) z dostępem do danych każdego zatrudnienia / kształcenia po kliknięciu na pasku informacji o zatrudnieniu / kształceniu.

Aby wprowadzić nowe zatrudnienie / kształcenie w formularzu dodawania nowego zatrudnienia / kształcenia należy wypełnić co najmniej wszystkie pola z granatową pogrubioną ramką. W polach okresów i dat wartości są wybierane z kalendarzy – po kliknięciu w polu daty pojawia się kalendarz umożliwiający wybranie właściwej daty. Pod formularzem dodawania nowego zatrudnienia / kształcenia dostępne są następujące przyciski:

- Dodaj – dodanie zatrudnienia / kształcenia i pozostanie w zakładce „Zatrudnienie” karty pacjenta
- Dodaj i wyjdź – dodanie zatrudnienia /kształcenia i powrót do wyszukiwarki pacjentów
- Anuluj – usunięcie danych wprowadzonych do formularza (wyczyszczenie formularza) i pozostanie w zakładce „Zatrudnienie” karty pacjenta
- Powrót do wyszukiwania pacjentów – powrót do wyszukiwarki pacjentów bez dodawania zatrudnienia / kształcenia

Niezależnie od użytego przycisku dodawania przed dodaniem zatrudnienia /kształcenia do bazy danych system weryfikuje poprawność danych z formularza. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wyświetlany jest komunikat o błędzie wskazujący co należy w formularzu poprawić. W przypadku takiego komunikatu należy poprawić w formularzu dane zgodnie z treścią

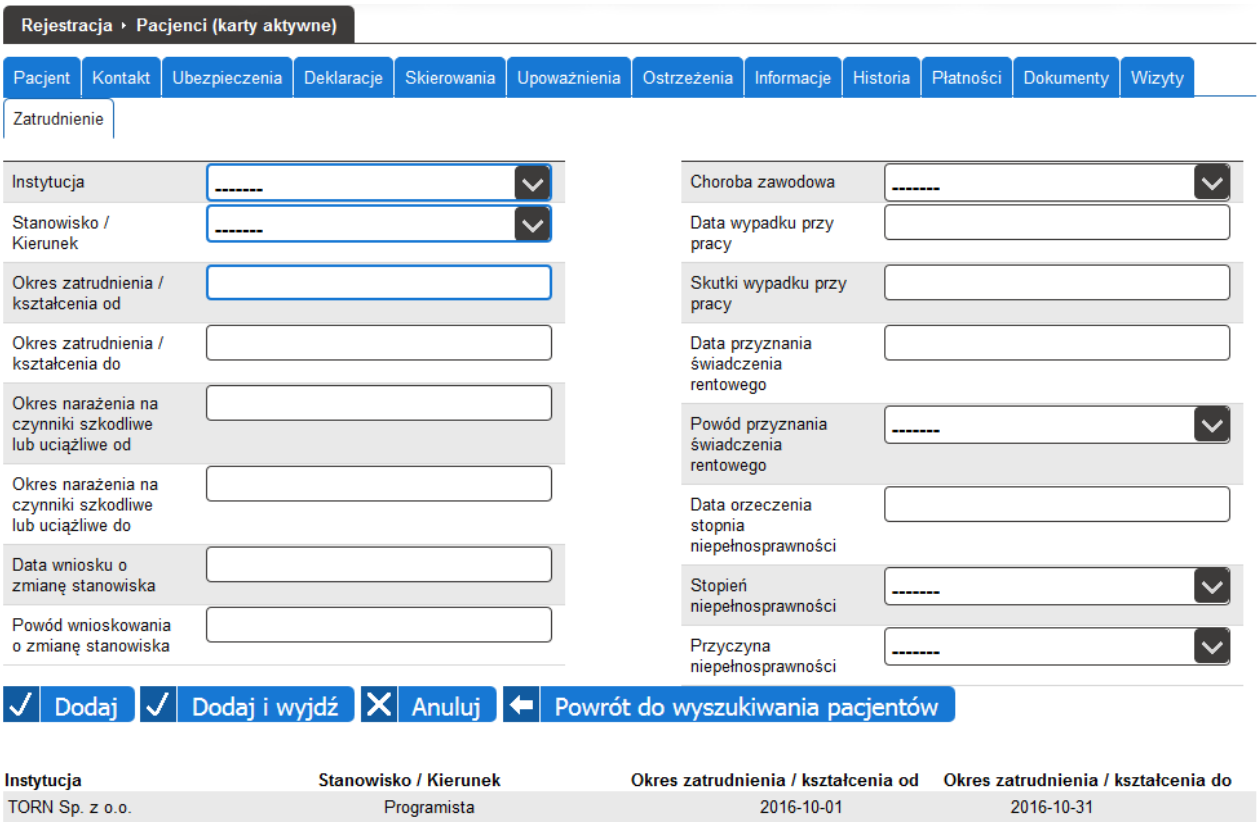
komunikatu i ponowić próbę dodania zatrudnienia / kształcenia. Prawidłowe dodanie zatrudnienia / kształcenia do bazy danych kończy się wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji, wyświetleniem pustego formularza dodawania zatrudnienia / kształcenia a pod nim historii zatrudnienia / kształcenia pacjenta, w tym właśnie dodanego (w przypadku gdy do dodawania zatrudnienia użyto przycisku „Dodaj") lub wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji i wyświetleniem wyszukiwarki pacjentów (w przypadku gdy do dodawania zatrudnienia użyto przycisku „Dodaj i wyjdź").

Poniżej formularza dodawania nowego zatrudnienia / kształcenia wyświetlana jest historia zatrudnienia / kształcenia pacjenta. Dla każdego zatrudnienia / kształcenia widoczny jest pasek informacji z podstawowymi danymi zatrudnienia / kształcenia: nazwą instytucji, nazwą stanowiska / kierunku i okresem zatrudnienia / kształcenia. Aby zmodyfikować dane dowolnego zatrudnienia / kształcenia należy kliknąć na pasku informacji o wybranym zatrudnieniu / kształceniu. Po kliknięciu pod paskiem informacji rozwinie się pełny formularz wypełniony danymi zatrudnienia / kształcenia o identycznej strukturze i zasadach wypełniania jak formularz dodawania nowego zatrudnienia / kształcenia. Pod formularzem danych wybranego zatrudnienia /kształcenia znajdują się przyciski:

- Zapisz – zapisanie zmian i pozostanie w zakładce „Zatrudnienie" karty pacjenta
- Zapisz i wyjdź – zapisanie zmian i powrót do wyszukiwarki pacjentów
- Anuluj – wycofanie zmian i pozostanie w zakładce „Zatrudnienie" karty pacjenta
- Usuń – usunięcie ostrzeżenia i pozostanie w zakładce „Zatrudnienie" karty pacjenta
- Usuń i wyjdź – usunięcie ostrzeżenia i powrót do wyszukiwarki pacjentów
- Powrót do wyszukiwania pacjentów – powrót do wyszukiwarki pacjentów bez zapisywania zmian

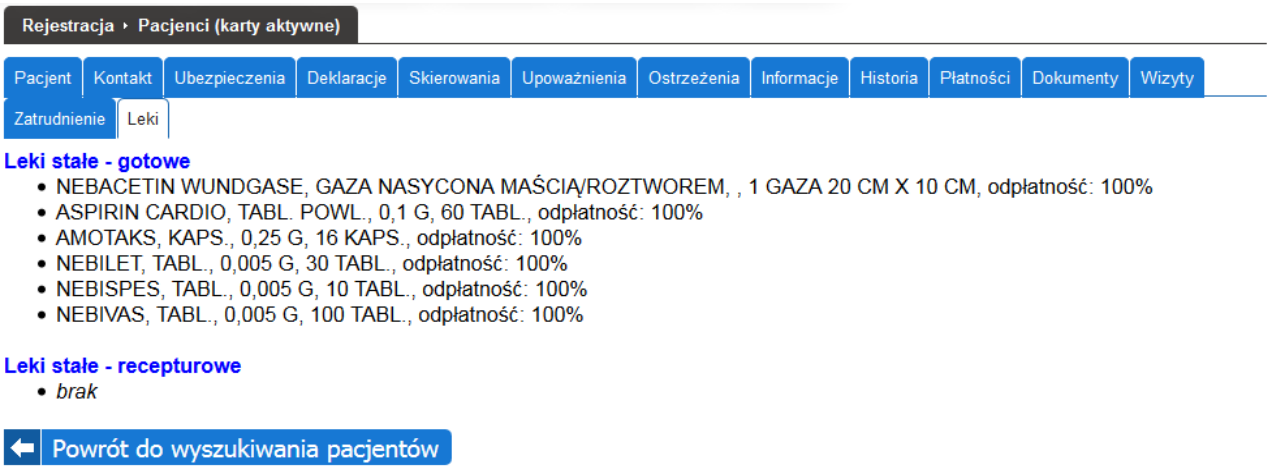
Niezależnie od użytego przycisku zapisu przed zapisaniem zmian w bazie danych system weryfikuje poprawność danych z formularza. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wyświetlany jest komunikat o błędzie wskazujący co należy w formularzu poprawić. W przypadku takiego komunikatu należy poprawić w formularzu dane zgodnie z treścią komunikatu i ponowić próbę zapisu. Prawidłowy zapis do bazy danych kończy się wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji, wyświetleniem pustego formularza dodawania zatrudnienia / kształcenia a pod nim historii zatrudnienia / kształcenia pacjenta, w tym właśnie zmodyfikowanego (w przypadku gdy do zapisu użyto przycisku „Zapisz") lub wyświetleniem komunikatu o pomyślnym zakończeniu operacji i wyświetleniem wyszukiwarki pacjentów (w przypadku gdy do zapisania danych użyto przycisku „Zapisz i wyjdź").

Aby usunąć zatrudnienie / kształcenie należy skorzystać z jednego z przycisków „Usuń" lub „Usuń i wyjdź" pod formularzem danego zatrudnienia. Po naciśnięciu przycisku wyświetlona zostanie prośba o potwierdzenie usunięcia a usunięcie nastąpi po potwierdzeniu.



Leki

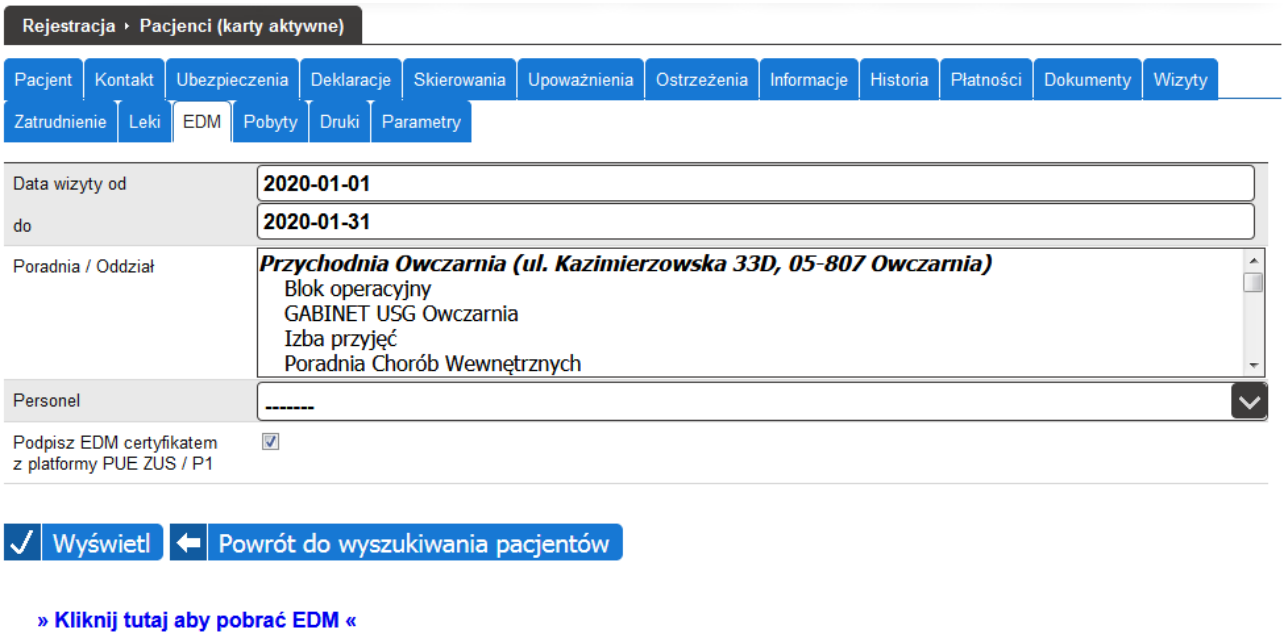
W zakładce „Leki” znajduje się lista leków stałych pacjenta z podziałem na leki gotowe i leki recepturowe (lista tworzona jest automatycznie z danych wizyt lekarskich pacjenta).



EDM

Zakładka „EDM” pozwala na szybki dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta. Aby uzyskać dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta należy w filtrze określić ewentualne kryteria jak zakres dat wizyt i/lub wskazać jedną lub więcej poradni z których

dokumentacja nas interesuje i/lub wybrać lekarza który zrealizował wizytę a następnie kliknąć przycisk „Wyświetl”. Wyświetli się wówczas odnośnik umożliwiający pobranie (w formie pojedynczego pliku PDF) elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta z zadanego okresu i/lub poradni. Jeżeli oczekiwane jest, że plik PDF z elektroniczną dokumentacją medyczną będzie podpisany cyfrowo certyfikatem zalogowanego użytkownika (pobranym wcześniej z platformy PUE ZUS lub platformy P1 i zaimportowanym do systemu jHIS), wówczas przed naciśnięciem przycisku „Wyświetl” należy zaznaczyć w formularzu pole „Podpisz EDM certyfikatem z platformy PUE ZUS / P1”.



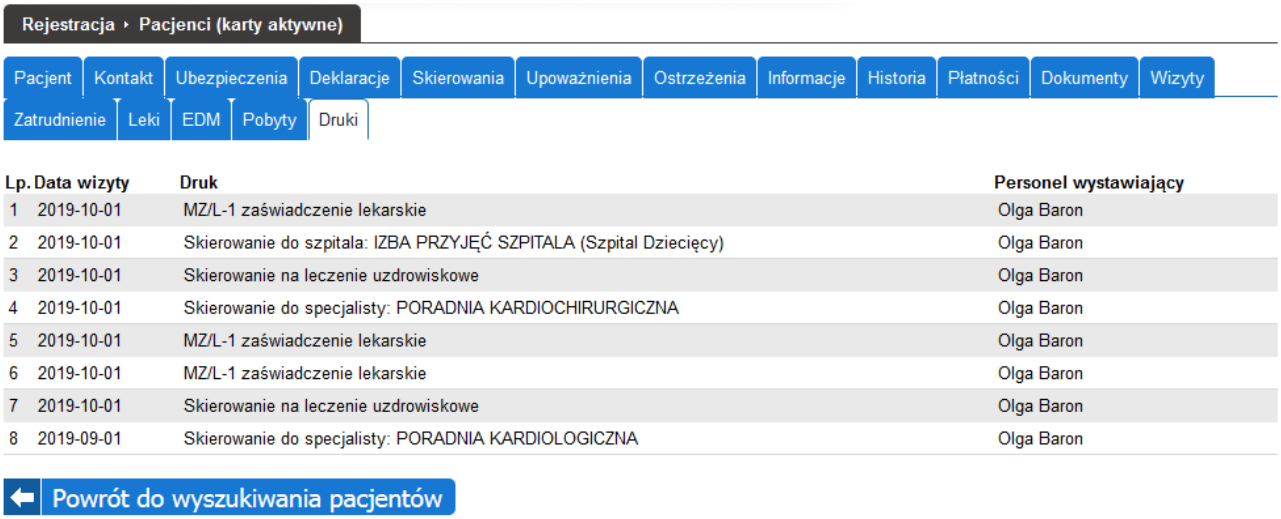
Pobyty

Zakładka „Pobyty” pozwala na szybki dostęp do historii pobytów szpitalnych pacjenta. Po wybraniu tej zakładki wyświetla się lista wszystkich (tak zakończonych jak i trwających) pobytów szpitalnych pacjenta a przy każdym z nich widoczny jest przycisk „Historia leczenia” którego kliknięcie umożliwia pobranie w formie pliku PDF pełnej historii leczenia pacjenta w trakcie danego pobytu szpitalnego.



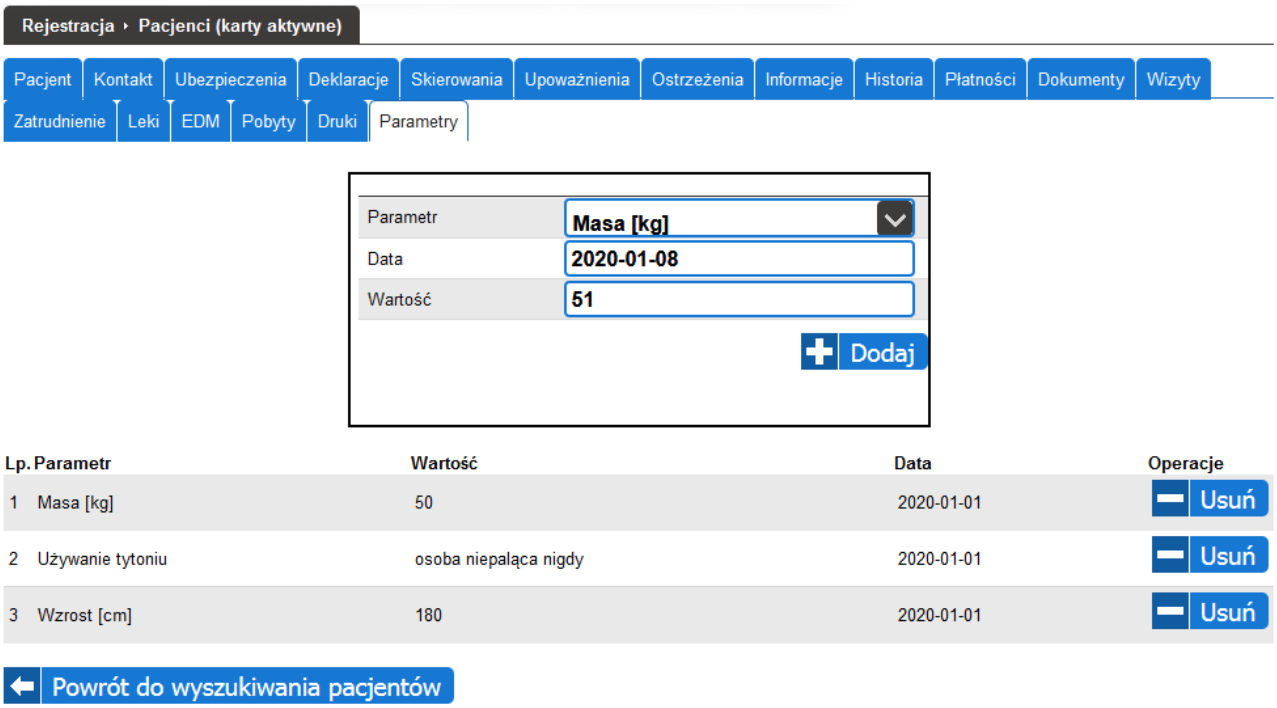
Druki

Zakładka „Druki” pozwala na szybki podgląd jakie druki zostały wystawione dla pacjenta na wizytach lekarskich za pośrednictwem zakładki „Skierowania” w oknie wizyty w gabinecie lekarskim.



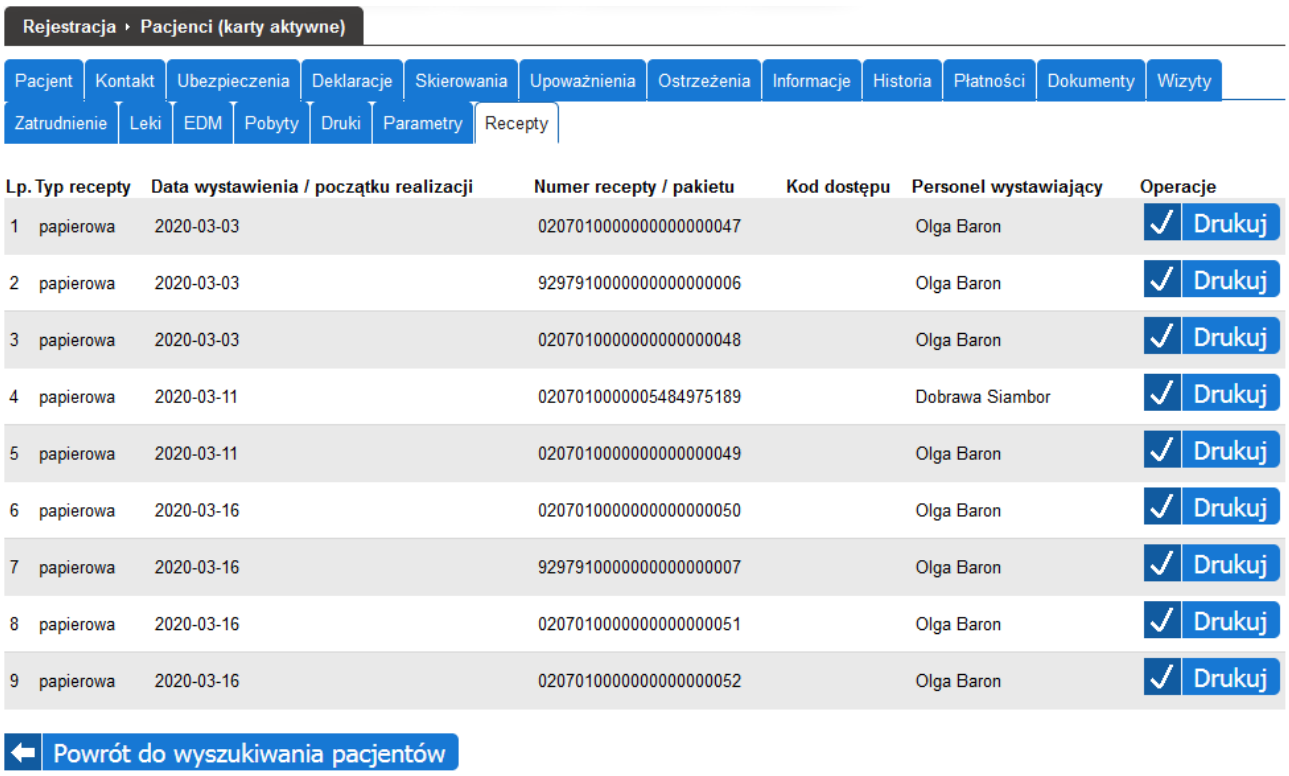
Parametry

Zakładka „Parametry” pozwala na wprowadzanie do karty pacjenta podstawowych parametrów pacjenta (takich jak masa, wzrost, itp.). W zakładce wyświetla się formularz umożliwiający wprowadzanie do karty pacjenta wartości poszczególnych parametrów wraz z określeniem daty, kiedy dana wartość została zarejestrowana. Po wybraniu parametru pole daty domyślnie jest wypełniane datą bieżącą. W zależności od typu parametru jego wartość należy wprowadzić albo wybrać ze słownika. Na koniec dane należy zapisać klikając przycisk „Dodaj”. Pod formularzem dodawania parametrów wyświetla się lista zarejestrowanych parametrów a przy każdym jest widoczny z nich przycisk „Usuń” umożliwiający usunięcie danego parametru.



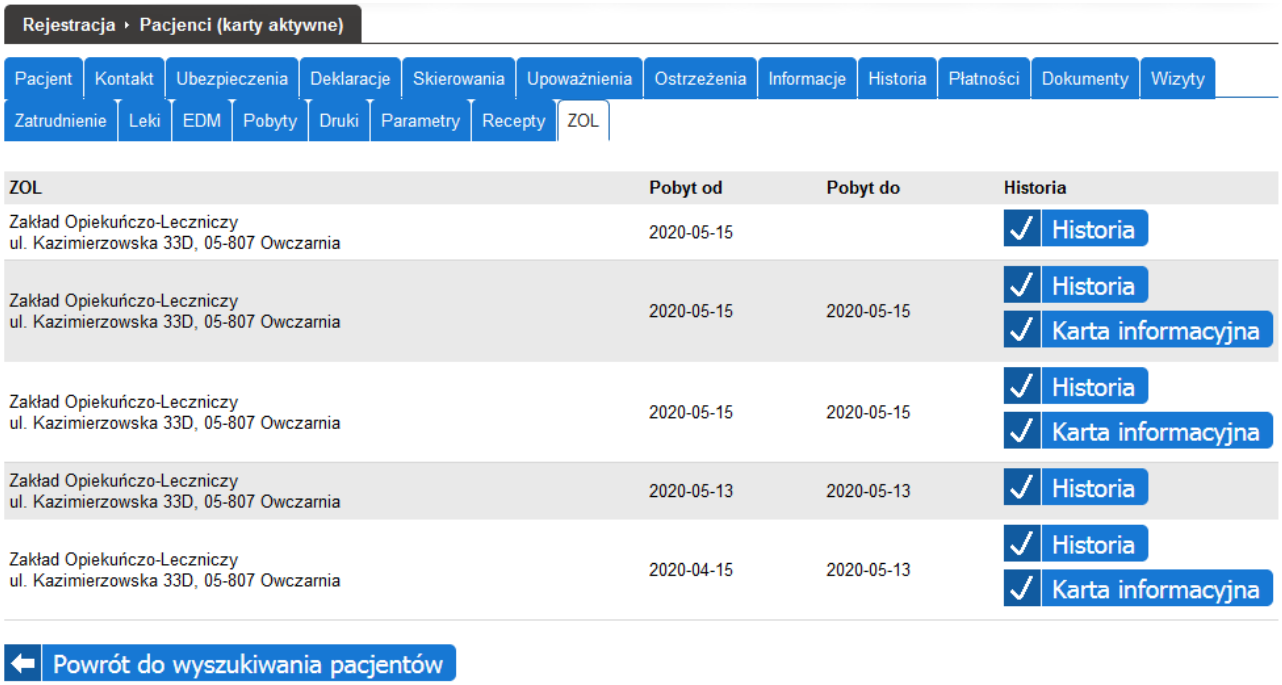
Recepty

Zakładka „Recepty” pozwala na szybki podgląd listy recept (papierowych i elektronicznych) wystawionych pacjentowi, których data ważności jeszcze nie wygasła. Po wybraniu tej zakładki wyświetla się lista recept z podaniem typu recepty, daty wystawienia / realizacji, numeru, kodu dostępu (w przypadku e-recept) i personelu wystawiającego. Istnieje tu także możliwość wydrukowania recepty czemu służy przycisk "Drukuj" widoczny przy każdej z recept.



ZOL

Zakładka „ZOL” pozwala wgląd do historii pobytów pacjenta w ZOL. Po wybraniu tej zakładki wyświetla się lista wszystkich pobytów pacjenta w ZOL. Przy każdym pobycie widoczny jest przycisk „Historia”, a dla pobytów zakończonych mogą wyświetlać się także przyciski „Karta informacyjna” (jeżeli został dokonany wypis) oraz „Karta zgonu” (jeśli została wypełniona karta zgonu pacjenta).



Aby obejrzeć historię pobytu pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym należy kliknąć przycisk „Historia” przy danym pobycie. Otworzy się wówczas nowe okno umożliwiające wyszukiwanie zdarzeń zaistniałych w trakcie pobytu pacjenta. Funkcjonalność tego okna została jest identyczna jak opisana w rozdziale „ZOL” w podrozdziale „Pobyty”, jedyną różnicą jest brak możliwości edycji i usuwania zdarzeń.



Zdarzenie	Czas	Wykonawca	Informacje	Pomiar
	2020-05-15 12:08 *piątek*	Zoz Zoz		
	2020-05-15 11:53 *piątek*	Zoz Zoz		
	2020-05-15 11:52 *piątek*	Zoz Zoz		200 ml
	2020-05-15 11:51 *piątek*	Zoz Zoz	całość (*masło 50g, chleb 200g*)	
	2020-05-15 11:49 *piątek*	Zoz Zoz		
	2020-05-15 11:48 *piątek*	Zoz Zoz		
	2020-05-15 11:48 *piątek*	Zoz Zoz		
	2020-05-15 11:48 *piątek*	Zoz Zoz		
	2020-05-15 11:48 *piątek*	Zoz Zoz		
spowiedź, namaszczenie	2020-05-15 11:47 *piątek*	ks. Jan Nowak		
	2020-05-15 11:46 *piątek*	Zoz Zoz		
	2020-05-15 11:46 *piątek*	Zoz Zoz		
	2020-05-15 11:46 *piątek*	Zoz Zoz		
	2020-05-15 11:46 *piątek*	Zoz Zoz		
1 × podkład, nr ser. -	2020-05-15 11:45 *piątek*	Zoz Zoz		
	2020-05-15 11:45 *piątek*	Zoz Zoz		
1 × sól fizjologiczna, nr ser. NaCl4422, ważn. 2022-02-02	2020-05-15 11:45 *piątek*	Zoz Zoz		
1 × Cardiamidum, krople doustne, roztwór, 250 mg/ml, 1 butelka 100 ml, nr ser. -, ważn. 2024-12-31	2020-05-15 11:44 *piątek*	Zoz Zoz		
	2020-05-15 11:18 *piątek*	Zoz Zoz		
	2020-05-15 11:18 *piątek*	Zoz Zoz		
1 × szampon jednorazowy, nr ser. -	2020-05-15 11:18 *piątek*	Zoz Zoz		
1 × mydło jednorazowe, nr ser. - *1 × podkład, nr ser. -*	2020-05-15 11:17 *piątek*	Zoz Zoz		
	2020-05-15 11:11 *piątek*	Zoz Zoz		normalna
	2020-05-15 11:11 *piątek*	Zoz Zoz		200 ml
	2020-05-15 11:11 *piątek*	Zoz Zoz		100 mg/dL
	2020-05-15 11:11 *piątek*	Zoz Zoz		120/80 mmHg
	2020-05-15 11:00 *piątek*	Zoz Zoz		36.8 °C
	2020-05-15 10:00 *piątek*	Zoz Zoz		37.0 °C
	2020-05-15 09:30 *piątek*	Zoz Zoz		36.6 °C
	2020-05-15 09:00 *piątek*	Zoz Zoz		

Zamknij

Aby pobrać do wglądu lub wydruku kartę informacyjną (plik w formacie PDF) należy kliknąć przycisk „Karta informacyjna” przy danym pobycie.

Aby pobrać do wglądu lub wydruku kartę zgonu (plik w formacie PDF) należy kliknąć przycisk „Karta zgonu” przy danym pobycie.

Pacjenci (karty nieaktywne)

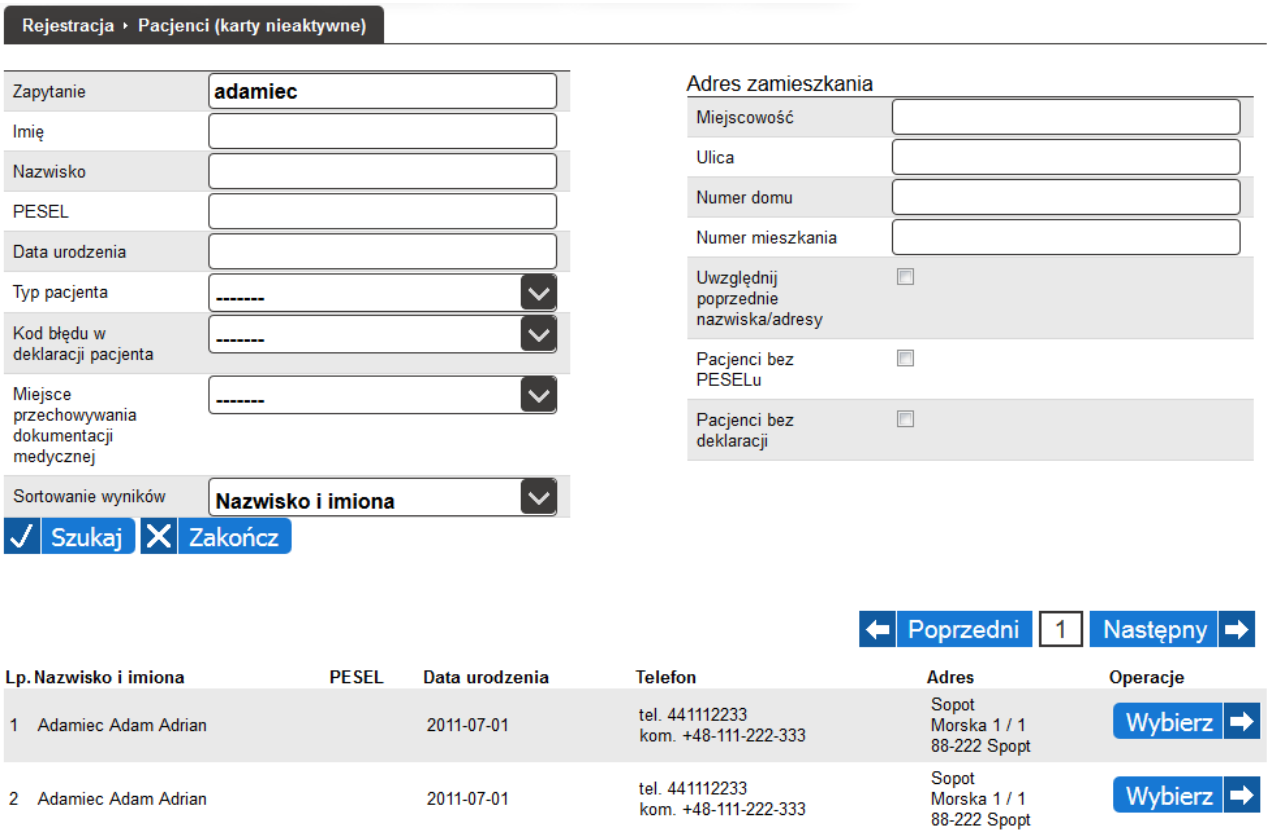
Dane wszystkich pacjentów zmarłych, którzy niegdyś korzystali z usług zakładu opieki zdrowotnej, są dostępne z poziomu funkcjonalności „Pacjenci (karty nieaktywne)” w menu aplikacji „Rejestracja”. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka pacjentów.

Możliwe jest wyszukiwanie pacjentów za pomocą dowolnej kombinacji następujących kryteriów:

- zapytanie – w polu można wpisać dowolne dane identyfikujące szukanego pacjenta – system będzie próbował dopasować wpisane w tym polu dane do początku imienia, początku każdego członu nazwiska, numeru PESEL i daty urodzenia pacjenta; wielkość liter nie ma znaczenia
- imię – w polu można wpisać imię lub początek imienia szukanego pacjenta; wielkość liter nie ma znaczenia
- nazwisko – w polu można wpisać nazwisko lub początek nazwiska szukanego pacjenta; wielkość liter nie ma znaczenia
- PESEL – w polu można wpisać numer PESEL szukanego pacjenta; po wprowadzeniu numeru PESEL i przejściu do kolejnego pola formularza wyszukiwania jeżeli wpisany PESEL jest niepoprawny wówczas ramka pola numeru PESEL zmieni kolor na czerwony
- data urodzenia – w polu można wprowadzić datę urodzenia szukanego pacjenta; po kliknięciu w polu daty urodzenia wyświetla się kalendarz wyboru daty
- typ pacjenta – w polu można wybrać typ pacjenta
- kod błędu w deklaracji pacjenta – w polu można wskazać kod błędu w deklaracji pacjenta (przy wyszukiwaniu pacjentów posiadających deklarację z określonym kodem błędu)
- miejsce przechowywania dokumentacji medycznej – miejsce przechowywania papierowej dokumentacji medycznej pacjenta
- adres zamieszkania – w polach można wprowadzić: nazwę lub początek nazwy miejscowości, nazwę lub początek nazwy ulicy, numer domu, numer mieszkania szukanego pacjenta; wielkość liter nie ma znaczenia
- uwzględnij poprzednie nazwiska / adresy – po zaznaczeniu tej opcji przy wyszukiwaniu system będzie uwzględniał także poprzednie nazwiska i adresy pacjenta (jeśli były zmieniane, np. nazwisko mogło zostać zmienione w systemie po wyjściu za mąż pacjentki, adres mógł zostać zmieniony w systemie po zmianie miejsca zamieszkania przez pacjenta)
- pacjenci bez PESELu – po zaznaczeniu tej opcji przy wyszukiwaniu system będzie uwzględniał wyłącznie pacjentów nie posiadających numeru PESEL
- pacjenci bez deklaracji – po zaznaczeniu tej opcji przy wyszukiwaniu system będzie uwzględniał wyłącznie pacjentów nie posiadających deklaracji (deklaracje wycofane nie są brane pod uwagę)

Po wprowadzeniu kryteriów wyszukiwania i naciśnięciu przycisku „Szukaj” mogą wystąpić trzy sytuacje:

- jeżeli nie istnieje żaden pacjent aktywny spełniający wszystkie wprowadzone kryteria wyszukiwania, wówczas pod wyszukiwarką zostanie wyświetlony komunikat o braku pacjentów spełniających podane kryteria
- jeżeli istnieje dokładnie jeden pacjent aktywny spełniający wszystkie wprowadzone kryteria wyszukiwania albo posiadający kartę o zeskanowanym numerze, wówczas nastąpi automatycznie przejście do karty tego pacjenta
- jeżeli istnieje więcej niż jeden pacjent aktywny spełniający wszystkie wprowadzone w formularzu kryteria wyszukiwania, wówczas pod wyszukiwarką zostanie wyświetlona lista odszukanych pacjentów, a przy każdym z nich przycisk umożliwiający przejście do karty pacjenta

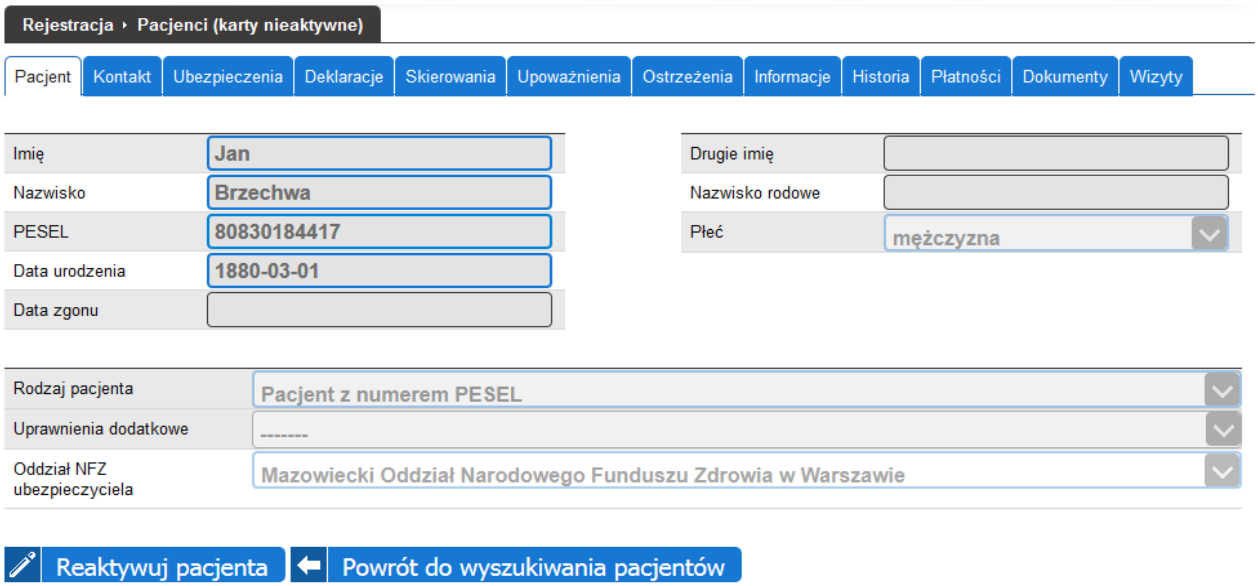


Karta pacjenta nieaktywnego składa się z następujących zakładek:

- Pacjent
- Kontakt
- Ubezpieczenia
- Deklaracje
- Skierowania
- Upoważnienia
- Ostrzeżenia
- Informacje

- Historia
- Płatności
- Dokumenty
- Wizyty
- Zatrudnienie
- Leki
- EDM
- Pobyty
- Druki
- Parametry
- Recepty
- ZOL

Zakładki mają identyczną zawartość jak analogiczne zakładki w przypadku pacjentów aktywnych, z tym że dane tu prezentowane są tylko do wglądu (bez możliwości edycji). Jeżeli pacjentowi została omyłkowo wpisana data zgonu można go przywrócić z pacjentów nieaktywnych do aktywnych naciskając przycisk „Reaktywuj pacjenta" widoczny na dole każdej zakładki karty pacjenta (o ile nie został wprowadzony do systemu pacjent z takim samym numerem PESEL jak ten, którego próbujemy reaktywować). W chwili reaktywacji pacjenta następuje powrót do wyszukiwarki pacjentów, jako że karta pacjenta nie jest już nieaktywna i nie powinna być widoczna z poziomu funkcjonalności „Pacjenci (karty nieaktywne)".



Pacjenci (zgłoszenia internetowe)

Funkcjonalność „Pacjenci (zgłoszenia internetowe)" w menu „Rejestracja" służy do weryfikacji internetowych zgłoszeń rejestracyjnych pacjentów. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się

pełna lista zgłoszeń pacjentów pragnących zarejestrować się w celu korzystania z portalu. Wyświetlane są pełne dane każdego zgłoszenia (aby nie było potrzeby przechodzić do podglądu zgłoszenia w celu jego oceny). Przy każdym zgłoszeniu widoczne są dwa przyciski: „Akceptuj” i „Odrzuć”.



Aby zaakceptować zgłoszenie należy kliknąć przycisk „Akceptuj” przy tym zgłoszeniu. Kliknięcie przycisku oznacza utworzenie w systemie aktywnej karty pacjenta z danymi ze zgłoszenia, oznaczenie tego pacjenta jako korzystającego z portalu i otrzymującego powiadomienia przez email oraz wysłanie hasła dostępu do portalu na email pacjenta. Po akceptacji zgłoszenie znika z listy.

Aby odrzucić zgłoszenie należy kliknąć przycisk „Odrzuć” przy tym zgłoszeniu. Zgłoszenie po odrzuceniu zostaje zignorowane i znika z listy.

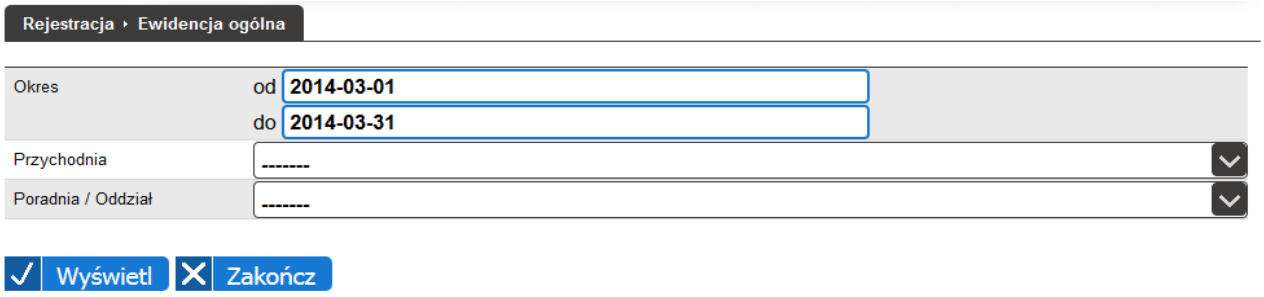
System może być skonfigurowany również w taki sposób aby umożliwić również automatyczną weryfikację zgłoszeń. Jeżeli automat do weryfikacji zgłoszeń jest włączony wówczas zgłoszenia spełniające poniższe kryteria są automatycznie weryfikowane pozytywnie i akceptowane:

- imię pochodzi z bazy imion i pasuje do płci
- drugie imię (jeśli pacjent posiada) pochodzi z bazy imion i pasuje do płci
- nazwisko pochodzi z bazy nazwisk (utworzonej na podstawie ogólnopolskiego rejestru PESEL) i pasuje do płci
- czy miejscowość pasuje do kodu pocztowego, gminy i województwa (na podstawie bazy kodów pocztowych)
- czy gmina pasuje do województwa (na podstawie bazy TERYT)
- czy zachodzi zgodność numeru PESEL (jeśli podano) z datą urodzenia i płcią

Pozostałe zgłoszenia muszą być zweryfikowane ręcznie.

Ewidencja ogólna

Funkcjonalność „Ewidencja ogólna” w menu „Rejestracja” pozwala na tworzenie na żądanie i drukowanie ewidencji ogólnej zakładu opieki zdrowotnej. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetlany jest formularz umożliwiający określenie kryteriów określających zawartość oczekiwanej ewidencji. Konieczne jest wskazanie okresu jaki ewidencja ma obejmować a ponadto opcjonalnie można zawęzić ewidencję do konkretnej przychodni i poradni.



Po określeniu kryteriów i naciśnięciu przycisku „Wyświetl” otwiera się ewidencja ogólna w formie dokumentu PDF. Zawiera ona następujące informacje:

- numer wpisu (do wypełnienia po wydrukowaniu)
- data i godzina wizyty
- imię, nazwisko i adres pacjenta
- PESEL i data urodzenia pacjenta
- imię, nazwisko i PWZ personelu udzielającego świadczenia
- kody wykazanych na wizycie rozpoznań ICD-10
- kod produkt kontraktowego (zakresu świadczeń)
- kody produktów jednostkowych (świadczeń)
- ministerialny rodzaj świadczenia
- typ porady (gabinetowa, domowa)
- tryb przyjęcia (ze skierowaniem, bez skierowania)

	Ewidencja ogólna
	Data generacji raportu: 2016-07-27 10:44

Informacje o raporcie

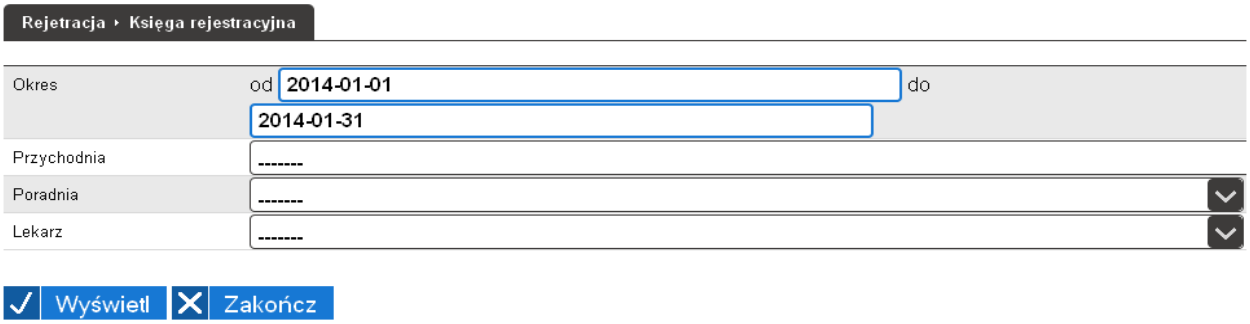
Okres	2014-03-01 - 2014-03-31
Przychodnia	-
Poradnia / Oddział	-

2014-03-01

Lp.	Nr wpisu	data godz.	Imię i nazwisko Adres	Pesel data ur	Udzielający świadczenia PWZ	ICD10	prod. kontr. prod. jedn.	rodz. św. typ porady	tryb przyj.
1		2014-03-01 08:00	Bożydar Bakłażanowski Warszawa, 28	81101010103 1981-10-10					bez skier.
2		2014-03-01 08:15	Marzena Antosiewicz Opole, Opolska 3 / 4	11111122222 1990-09-01					bez skier.
3		2014-03-01 09:00	Bożydar Bakłażanowski Warszawa, 28	81101010103 1981-10-10	Helena Abakus 8800000	J11 S02.5 Y00.0 J11 J11 Y11 K11 G12.8 S02.5 J11 G11 Y09 J00 J00	07.0000.218.02 5.13.00.2322050 5.13.00.2315020 5.13.00.2301010 5.13.00.2317010 5.13.00.2312010 5.13.00.2312020 5.13.00.2331170 5.13.00.2311010 5.13.00.2315020 5.13.00.2304010 5.13.00.2303010 5.13.00.0000002 5.13.00.0000007 5.13.00.2331020	3.4 gabinetowa gabinetowa gabinetowa gabinetowa gabinetowa gabinetowa gabinetowa gabinetowa gabinetowa gabinetowa gabinetowa gabinetowa gabinetowa gabinetowa gabinetowa	bez skier.
4		2014-03-01 09:30	Marzena Antosiewicz Opole, Opolska 3 / 4	11111122222 1990-09-01	Helena Abakus 8800000	J11 J11 Y00 J11	07.0000.218.02 5.13.00.2301010 5.13.00.2301010 5.13.00.2301021 5.13.00.2301010	3.4 gabinetowa gabinetowa gabinetowa gabinetowa	bez skier.

Księga rejestrowa

Funkcjonalność „Księga rejestrowa” w menu „Rejestracja” pozwala na tworzenie na żądanie i drukowanie księgi rejestrowej zakładu opieki zdrowotnej. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetlany jest formularz umożliwiający określenie kryteriów określających zawartość oczekiwanej księgi rejestrowej. Konieczne jest wskazanie okresu jaki księga ma obejmować a ponadto opcjonalnie można zawęzić księgę do konkretnej przychodni, poradni i lekarza.



Po określeniu kryteriów i naciśnięciu przycisku „Wyświetl” otwiera się księga rejestrowa w formie dokumentu PDF, który należy wydrukować i przechowywać w formie papierowej dla celów kontroli. Księga rejestrowa zawiera następujące informacje:

- numer wpisu (do wypełnienia po wydrukowaniu)
- data i godzina wizyty
- imię, nazwisko i adres pacjenta
- PESEL i data urodzenia pacjenta
- imię, nazwisko i PWZ personelu udzielającego świadczenia
- kody wykazanych na wizycie rozpoznań ICD-10
- kody wykonanych na wizycie procedur ICD-9
- tytuł uprawnienia (U - umowa z NFZ)
- krotności świadczeń
- grupa JGP (pole puste)
- kod produkt kontraktowego (zakresu świadczeń)
- kody produktów jednostkowych (świadczeń)
- ministerialny rodzaj świadczenia
- typ porady (gabinetowa, domowa)
- tryb przyjęcia (ze skierowaniem, bez skierowania)
- PWZ personelu kierującego (w przypadku trybu przyjęcia ze skierowaniem)
- REGON jednostki personelu kierującego (w przypadku trybu przyjęcia ze skierowaniem)
- data skierowania (w przypadku trybu przyjęcia ze skierowaniem)

〉 kod rozpoznania ICD-10 ze skierowania (w przypadku trybu przyjęcia ze skierowaniem)

〉 uwagi (pole puste)

Informacje o raporcie

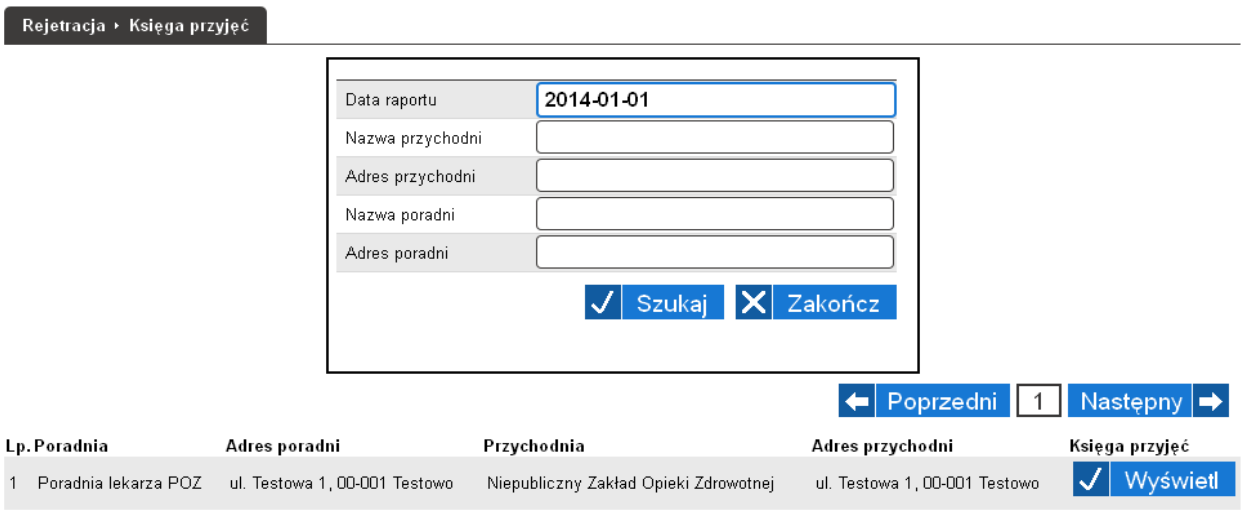
Okres	2014-01-01 - 2014-01-31
Przychodnia	-
Poradnia	-
Lekarz	-

Lp.	Nr wpisu	data godz.	Imię i nazwisko Adres	Pesel data ur	Udzielający świadczenia PWZ	ICD10	ICD9	tyt. upr.	krot.	gr. JGP	prod. kontr. prod. jedn.	rodz. św. typ porady	tryb przyj. PWZ kier REGON jedn. kier.	tryb przyj. data skier. ICD10 skier.	uwagi
1		2014-01-03 00:00	Jan Nowak Olkusz, Jasna 1 55-555 Olkusz	88080888882 1988-08-08	Janina Nowakowska 1234565	J11 J11		U U	1.00 1.00		02.1450.001.02 5.30.00.0000021 5.30.00.0000012	4.4 gabinetowa gabinetowa	ze skier. 7777772 017417089	2014-01-01	

Księga przyjęć

Funkcjonalność „Księga przyjęć” w menu „Rejestracja” pozwala na przeglądanie i drukowanie ksiąg przyjęć z poszczególnych poradni zakładu opieki zdrowotnej. Księgi przyjęć tworzone są automatycznie, każdej nocy (obejmując dane z dnia poprzedniego). Istnieje możliwość takiego skonfigurowania systemu jHIS aby księgi przyjęć generowały się z opóźnieniem (np. trzydniowym).

Po wybraniu funkcjonalności „Księga przyjęć” wyświetla się wyszukiwarka ksiąg przyjęć, w której należy obowiązkowo wskazać datę księgi a opcjonalnie można określić kryteria wyszukiwanej poradni (możliwe jest wyszukiwanie po fragmencie nazwy i adresu poradni oraz po fragmencie nazwy i adresu przychodni w której poradnia się znajduje, wielkość liter przy wyszukiwaniu nie ma znaczenia). Po określeniu kryteriów i naciśnięciu przycisku „Szukaj” wyświetlana jest lista poradni dla których za wskazany dzień utworzona została księga przyjęć.



Przy każdej poradni wyświetlany jest przycisk „Wyświetl” po naciśnięciu którego otwierana jest księga przyjęć w formie dokumentu PDF z możliwością wydrukowania. Księga przyjęć zawiera następujące informacje:

〉 termin zgłoszenia pacjenta

〉 imię i nazwisko pacjenta

〉 numer PESEL pacjenta

〉 seria i numer dokumentu tożsamości pacjenta

〉 adres zamieszkania pacjenta

〉 imię nazwisko udzielającego świadczenia

〉 tytuł zawodowy udzielającego świadczenia

〉 specjalizacje udzielającego świadczenia

〉 numer prawa wykonywania zawodu udzielającego świadczenia

〉 rodzaj udzielonego świadczenia (typ wizyty)

〉 imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu



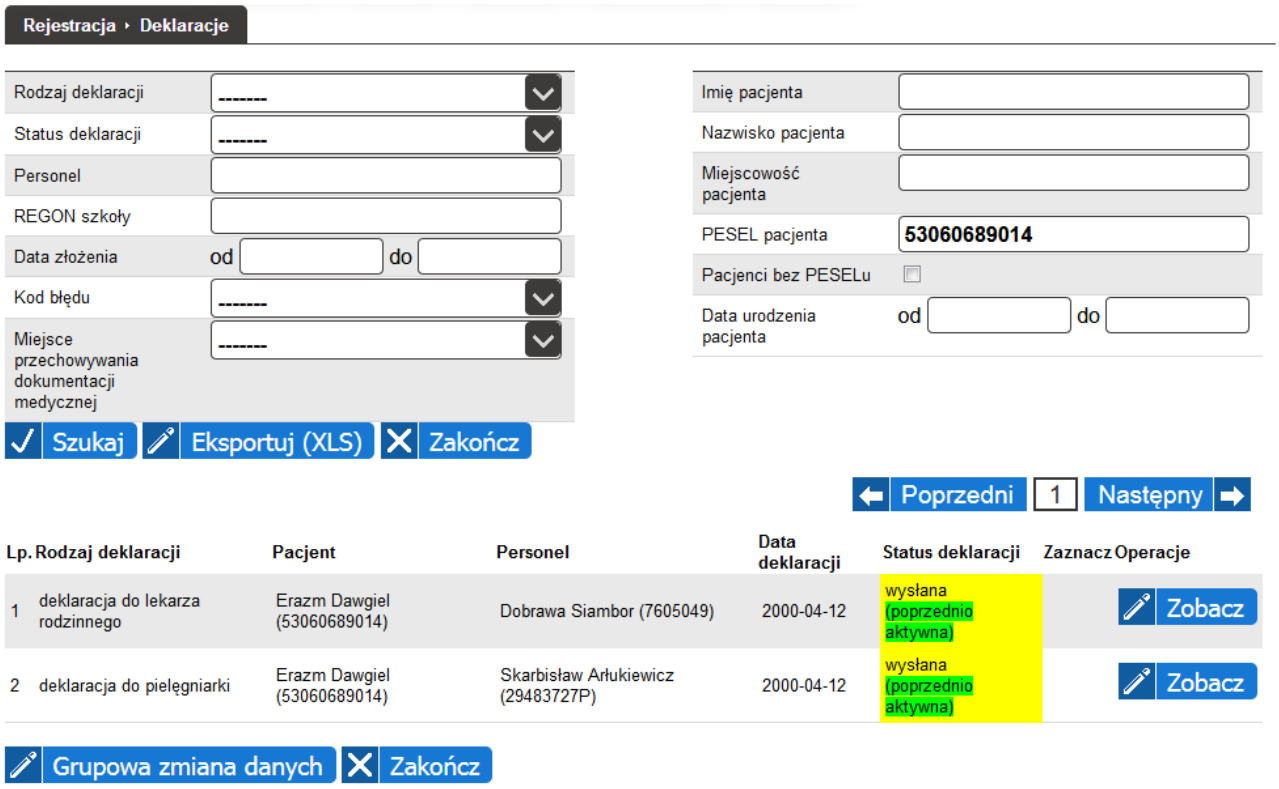
Deklaracje

Funkcjonalność „Deklaracje” w menu „Rejestracja” służy do zarządzania deklaracjami pacjentów. Po wybraniu tej funkcjonalności dostępna jest wyszukiwarka umożliwiająca wyszukiwanie deklaracji według następujących kryteriów:

- rodzaj deklaracji
- status deklaracji
- personel – w polu można wpisać NPWZ, PESEL, imię, nazwisko deklarowanego personelu
- REGON szkoły – w polu można zacząć wpisywać numer REGON lub nazwę szkoły jakiej dotyczy deklaracja i jeśli taki REGON lub szkoła zostały zdefiniowane w bazie numerów REGON system wyświetli listę podpowiedzi i pozwoli wybrać właściwy
- data złożenia deklaracji – w polu można wpisać okres z jakim zostały złożone interesujące użytkownika deklaracje; jeśli zostanie wprowadzona tylko data początkowa okresu wówczas system wyświetli wszystkie deklaracje złożone od danego dnia do chwili bieżącej; jeśli zostanie wprowadzona tylko data końcowa okresu wówczas system wyświetli deklaracje złożone od początku funkcjonowania systemu do danego dnia
- kod błędu deklaracji – pole umożliwia wyszukiwanie deklaracji z określonym kodem błędu zgłoszonym dla deklaracji przez NFZ
- miejsce przechowywania dokumentacji medycznej – przychodnia w której jest przechowywana papierowa dokumentacja medyczna pacjenta
- imię pacjenta – w polu można wpisać imię lub jego początek; wielkość liter nie ma znaczenia
- nazwisko pacjenta – w polu można wpisać nazwisko lub jego początek; wielkość liter nie ma znaczenia
- miejscowość pacjenta – w polu można wpisać nazwę miejscowości z adresu zamieszkania lub jej początek; wielkość liter nie ma znaczenia

- PESEL pacjenta – w polu można wpisać PESEL lub jego początek
- pacjenci bez PESELu – zaznaczenie tego pola spowoduje wyświetlenie wyłącznie deklaracji pacjentów nie posiadających numeru PESEL
- data urodzenia pacjenta – w polu można wpisać zakres dat urodzenia pacjentów

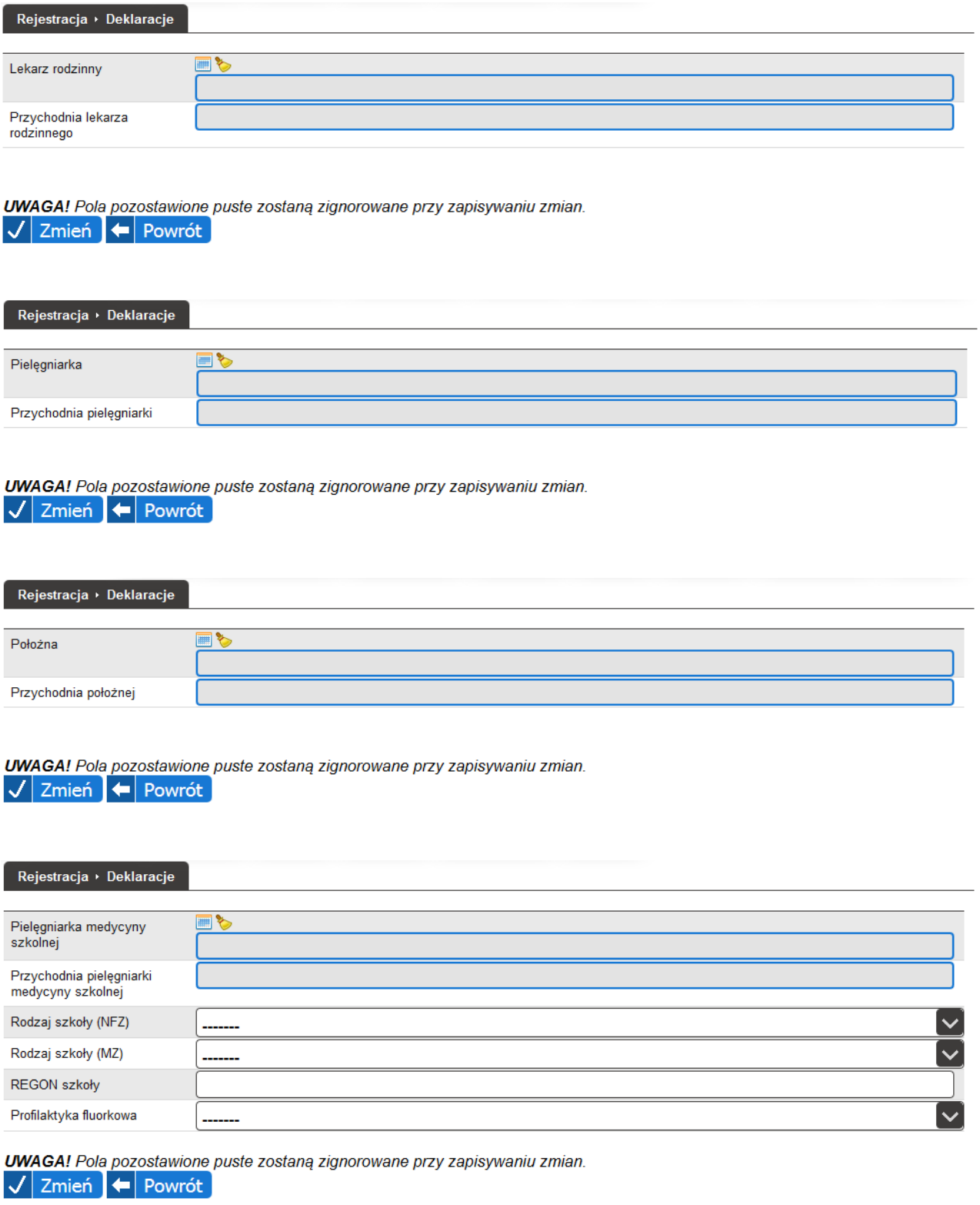
Po wprowadzeniu kryteriów wyszukiwania i naciśnięciu przycisku „Szukaj" wyświetla się lista deklaracji spełniających kryteria wyszukiwania. Ponadto po wyszukaniu deklaracji pod wyszukiwarką pojawia się dodatkowy przycisk „Eksportuj (XLS)" którego kliknięcie umożliwia pobranie pliku XLS z listą deklaracji spełniających kryteria wyszukiwania.



Przy każdej deklaracji widoczny jest przycisk „Zobacz" którego kliknięcie otwiera w nowym oknie zakładkę „Deklaracje" w karcie pacjenta. Przy każdej deklaracji (z wyjątkiem deklaracji wycofanych i wysłanych) widoczne jest jeszcze pole zaznaczenia (domyślnie pole to jest zaznaczone przy wszystkich deklaracjach na liście wyników wyszukiwania z wyjątkiem deklaracji wycofanych i wysłanych) a pod listą deklaracji widnieje przycisk „Grupowa zmiana danych". Przycisk ten umożliwia hurtową zmianę danych w zaznaczonych deklaracjach. Grupowa zmiana danych jest możliwa tylko w sytuacji gdy wszystkie zaznaczone deklaracje są tego samego rodzaju. Po kliknięciu tego przycisku wyświetla się formularz zmiany danych deklaracji. Formularz tej jest inny dla każdego rodzaju deklaracji, i tak:

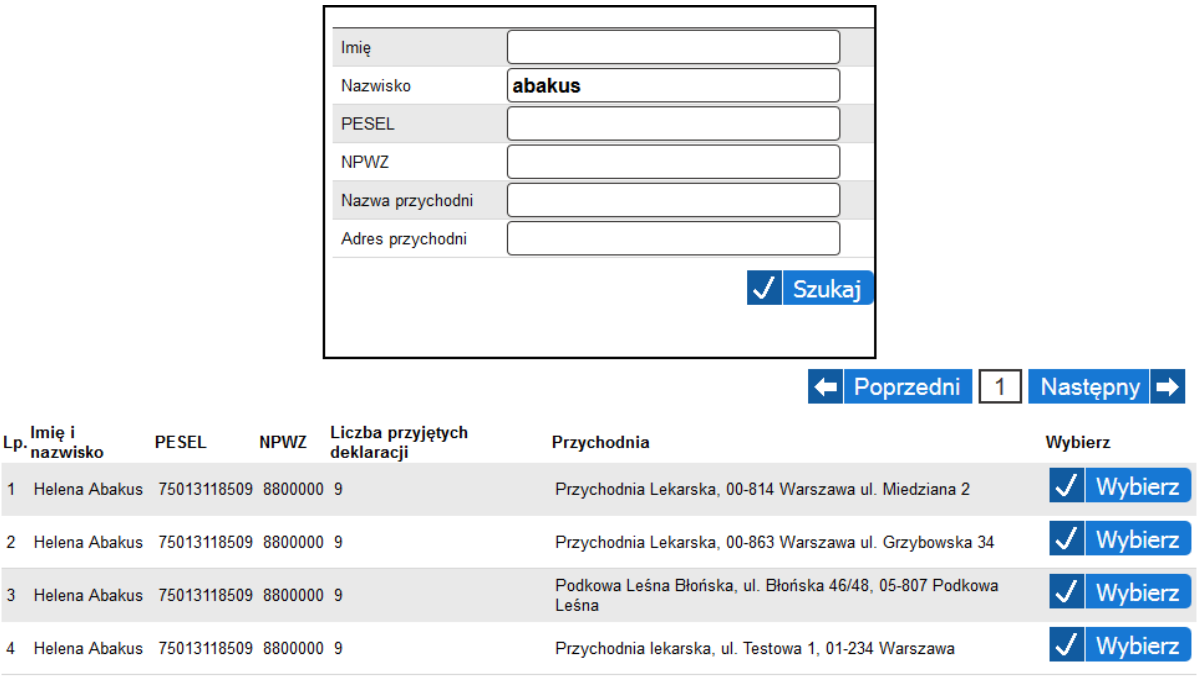
- w przypadku deklaracji do lekarza możliwa jest zmiana lekarza i przychodni
- w przypadku deklaracji do pielęgniarki możliwa jest zmiana pielęgniarki i przychodni
- w przypadku deklaracji do położnej możliwa jest zmiana położnej i przychodni
- w przypadku deklaracji medycyny szkolnej możliwa jest zmiana pielęgniarki, przychodni, rodzaju szkoły według NFZ, rodzaju szkoły według MZ, numeru REGON szkoły,

profilaktyki fluorkowej.

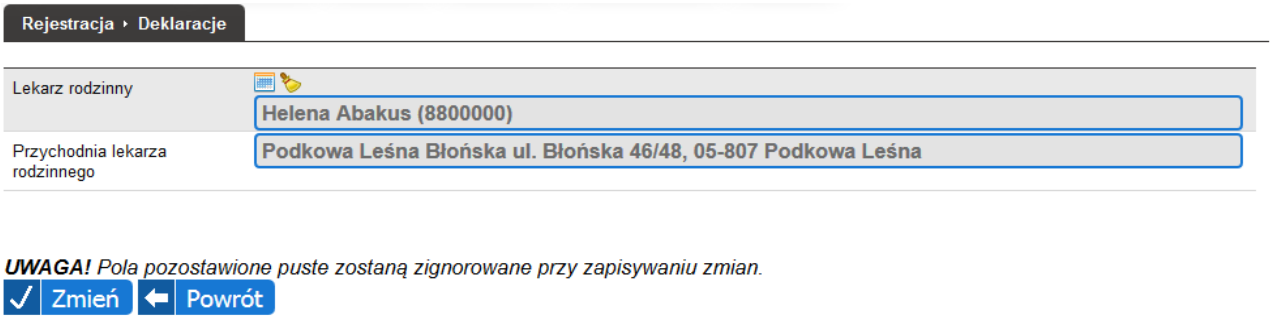


Aby zmienić lekarza / pielęgniarkę / położną i przychodnię należy kliknąć ikonkę kalendarza. Otworzy się wówczas nowe okno z wyszukiwarką personelu, w której należy wprowadzić kryteria wyszukiwania i kliknąć przycisk „Szukaj”. Wówczas pod wyszukiwarką wyświetli się lista

personelu spełniającego kryteria wyszukiwania a przy każdej z osób przycisk „Wybierz”.



Kliknięcie przycisku „Wybierz” przy właściwej osobie spowoduje wstawienie jej do formularza grupowej zmiany danych deklaracji i zamknięcie okna wyszukiwania personelu.



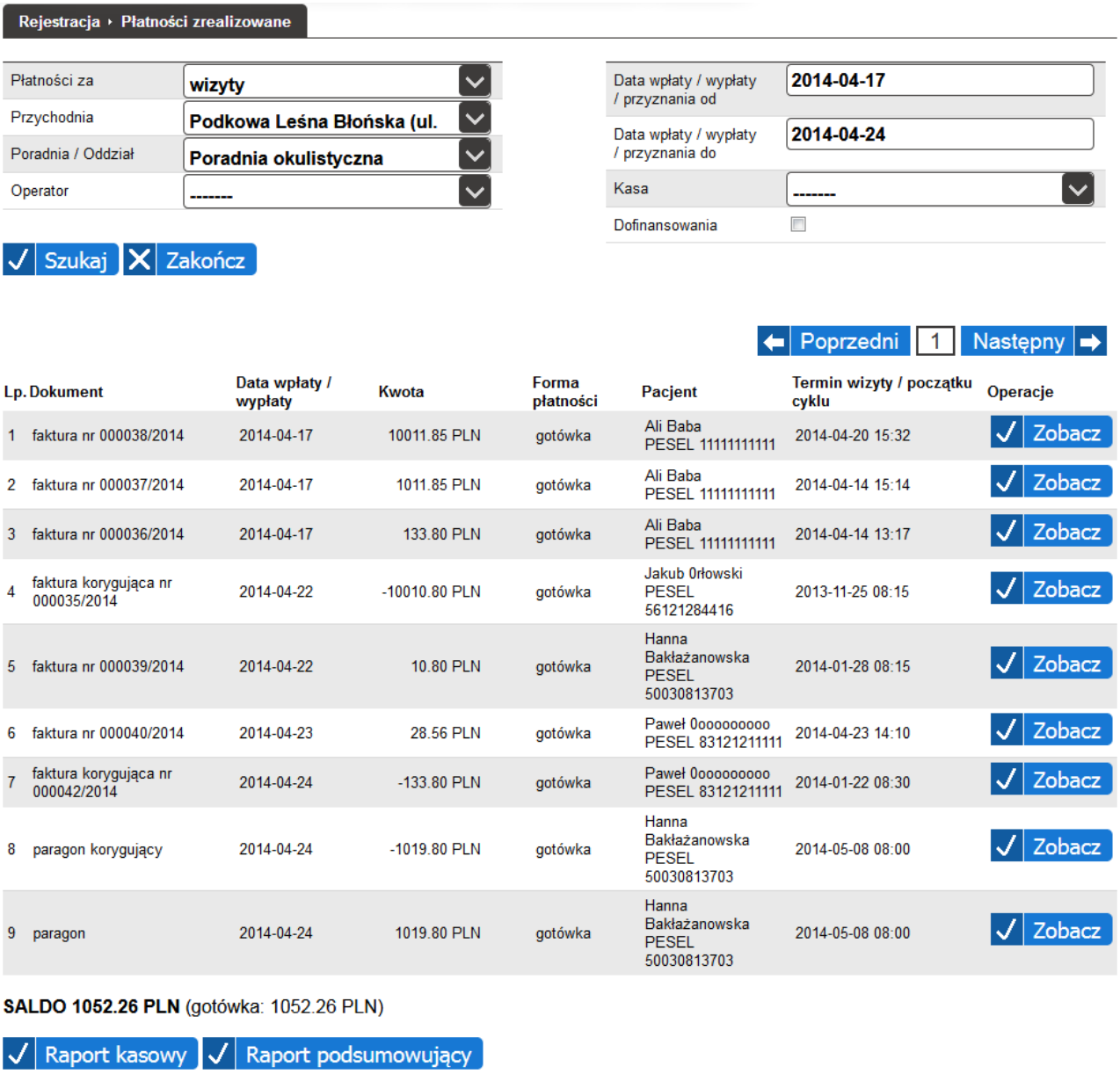
Aby usunąć dane lekarza / pielęgniarki / położnej i przychodni z formularza należy kliknąć ikonkę szczotki-zmiotki.

Wprowadzone do formularza zmiany należy zatwierdzić klikając na przycisk „Zmień” - system poinformuje o dokonaniu zmiany wyświetlając stosowny komunikat. Pozostawienie którychkolwiek pól w formularzu pustych spowoduje brak zmiany odpowiadających im wartości w danych deklaracji.

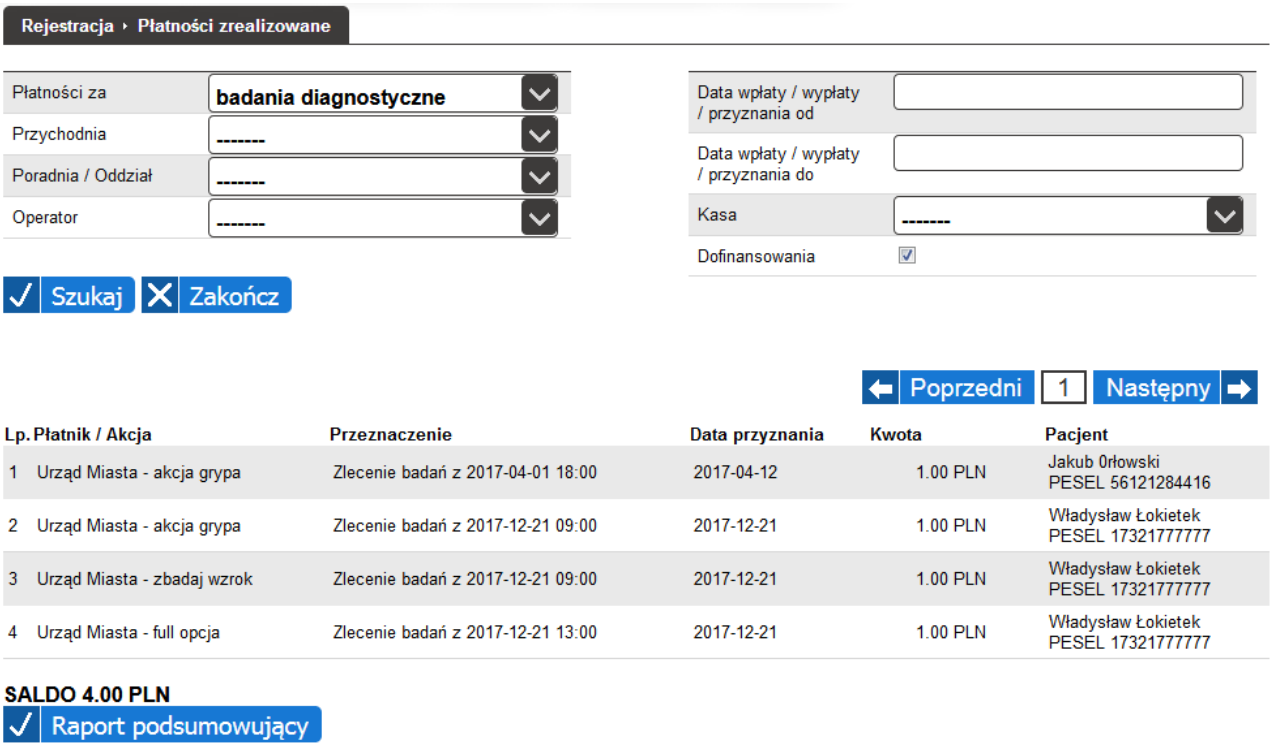
Płatności zrealizowane

Funkcjonalność „Płatności zrealizowane” w menu „Rejestracja” służy do generowania zestawienia wpłat przyjętych od pacjentów za wizyty komercyjne (w tym cykle rehabilitacyjne umówione z użyciem pakietów), badania diagnostyczne, szczepienia, świadczenia komercyjne, pobyty szpitalne

i pobyty w ZOL oraz zwrotów wpłat za niezrealizowane wizyty komercyjne i zaplanowane a niezrealizowane usługi podczas pobytów szpitalnych i pobytów w ZOL. W szczególności może ono służyć do kontroli stanu kasy na koniec każdego dnia. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka umożliwiająca ograniczenie zakresu danych ujętych w zestawieniu do konkretnego rodzaju płatności (płatności za wizyty, płatności za badania, płatności za szczepienia, płatności za świadczenia, płatności za pobyty szpitalne, płatności za pobyty w ZOL), przychodni, poradni / oddziału (wybór poradni / oddziału jest możliwy dopiero po wybraniu przychodni; wybór przychodni i poradni / oddziału ma sens wyłącznie w odniesieniu do płatności za wizyty komercyjne, pobyty szpitalne i pobyty w ZOL a w przypadku pobytów szpitalnych i pobytów w ZOL dotyczy miejsca rozpoczęcia pobytu), operatora (osoby która przyjęła spłatę / dokonała wypłaty), okresu dokonania wpłaty / zwrotu i kasy (wybór kasy jednoznacznie wskazuje na płatności określonego rodzaju / rodzajów z określonych poradni dlatego po wybraniu kasy pola wyboru rodzaju płatności, przychodni i poradni stają się nieaktywne). Po określeniu kryteriów i kliknięciu przycisku „Szukaj” wyświetla się lista dokumentów spełniających kryteria wyszukiwania a przy każdym z nich przycisk „Zobacz” umożliwiający podgląd dokumentu (a w przypadku gdy dokumentem tym jest paragon do którego została wystawiona faktura, dodatkowo wyświetla się przycisk „Faktura do paragonu” umożliwiający podgląd faktury). Pod listą dokumentów wyświetlane jest saldo będące sumą kwot z poszczególnych dokumentów (także w rozbiciu na poszczególne formy płatności) oraz przyciski „Raport kasowy” umożliwiający pobranie (w formacie PDF) i wydrukowanie (w formacie recepty) raportu kasowego stworzonego w oparciu o wprowadzone kryteria wyszukiwania oraz „Raport podsumowujący” umożliwiający pobranie (w formacie PDF) i wydrukowanie (w formacie recepty) zestawienia płatności w rozbiciu na poradnie.

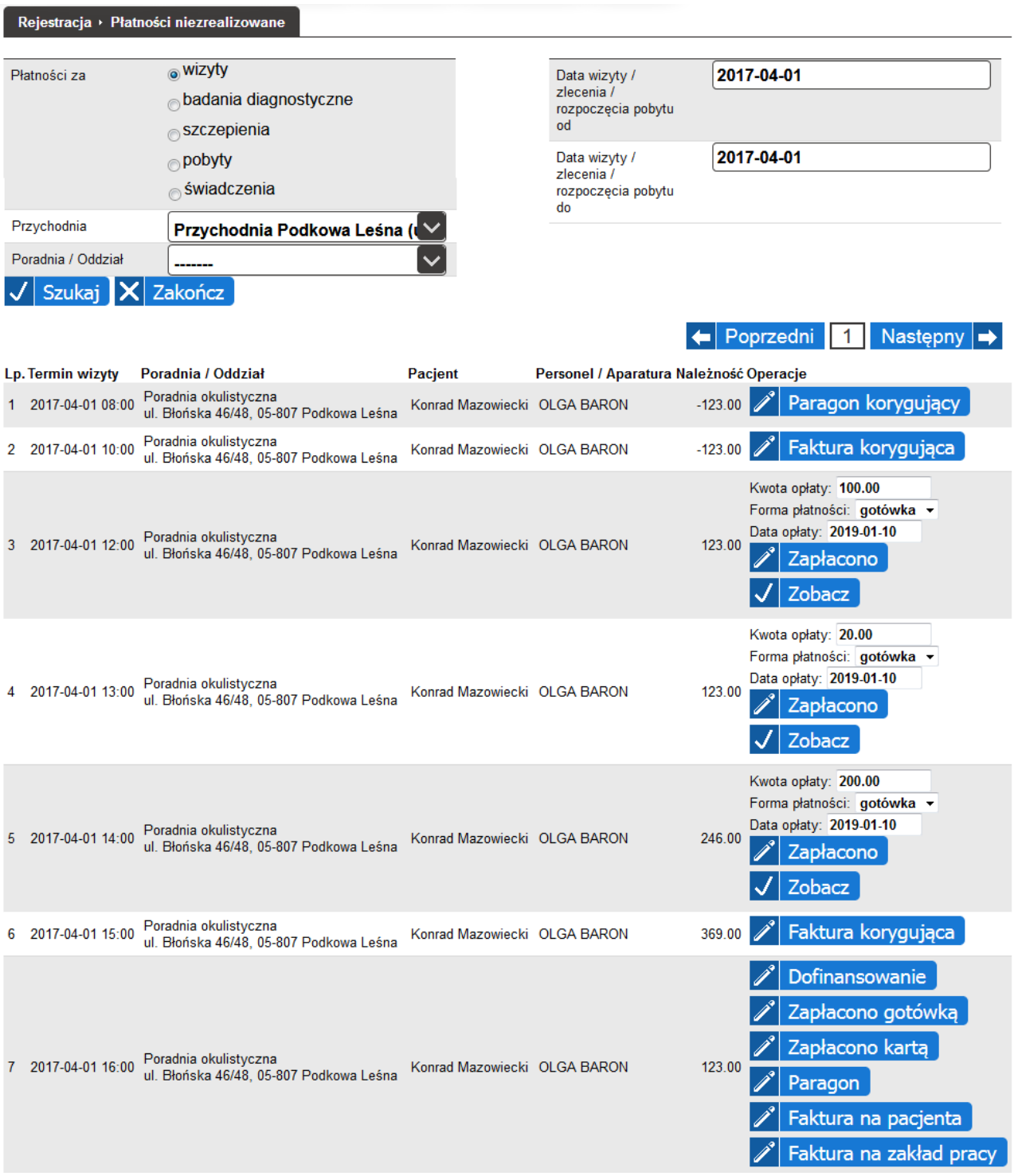


Drugim zastosowaniem niniejszej funkcjonalności jest kontrola pokrycia kosztów wizyt, badań i szczepień z dofinansowań. Aby wykorzystać niniejszą funkcjonalność w tym właśnie celu należy w wyszukiwarce zaznaczyć pole „Dofinansowania", określić pozostałe kryteria wyszukiwania (w przypadku dofinansowań pola dat oznaczają daty przyznania dofinansowania) i kliknąć przycisk „Szukaj". Wyświetli się wówczas lista przyznanych dofinansowań. Pod listą dofinansowań wyświetlane jest saldo będące sumą kwot z poszczególnych dofinansowań oraz przycisk „Raport podsumowujący" umożliwiający pobranie (w formacie PDF) i wydrukowanie (w formacie recepty) zestawienia dofinansowań w rozbiciu na poradnie.



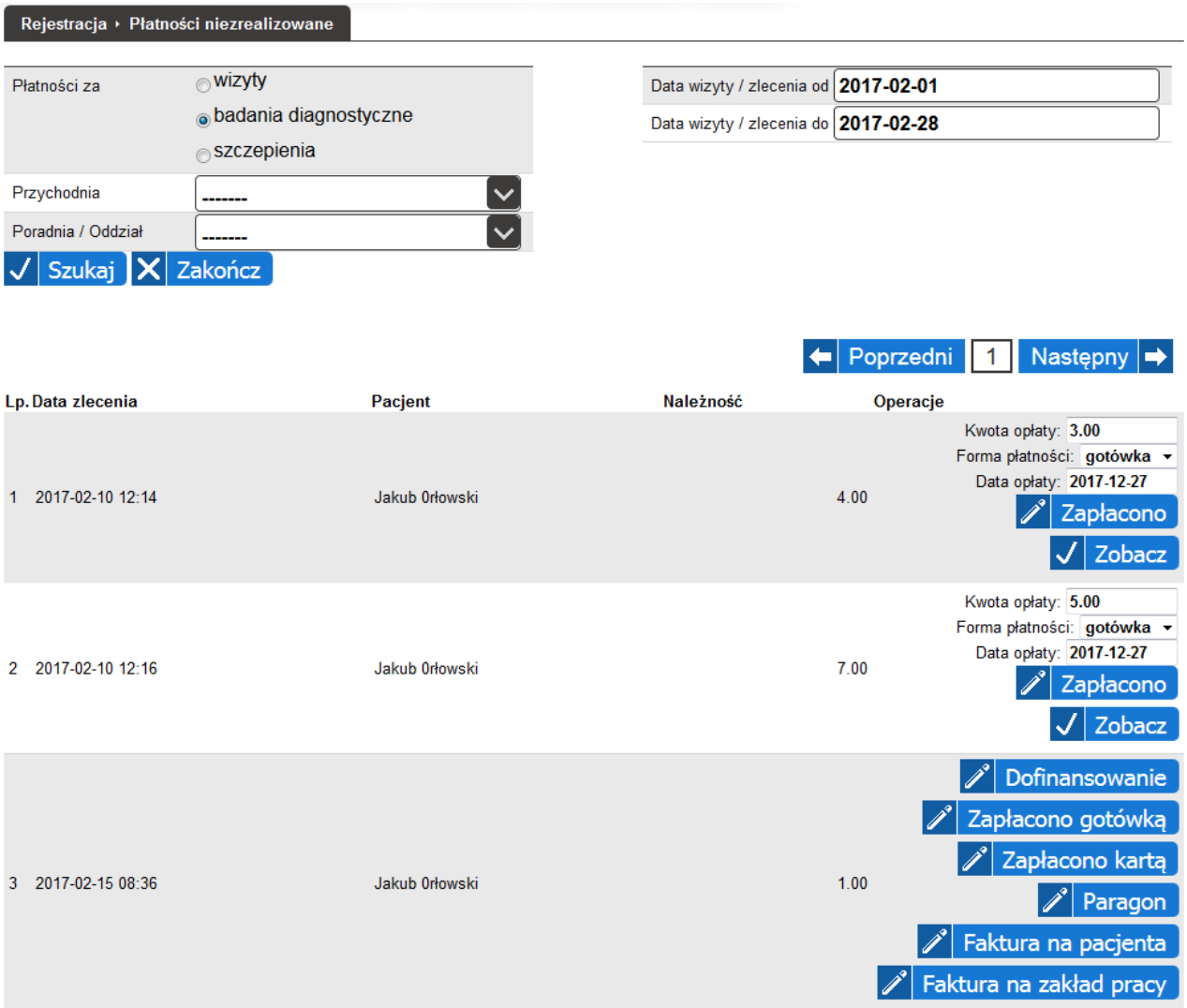
Płatności niezrealizowane

Funkcjonalność „Płatności niezrealizowane” w menu „Rejestracja” służy do generowania zestawienia nieuregulowanych płatności pacjentów, nieopłaconych faktur, nieopłaconych paragonów oraz nadpłat wymagających dokonania zwrotu. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka umożliwiająca ograniczenie zakresu danych ujętych w zestawieniu do konkretnego rodzaju płatności (za wizyty komercyjne, za badania diagnostyczne, za szczepienia, za pobyty szpitalne, za pobyty w ZOL, za świadczenia), konkretnej przychodni i poradni / oddziału (wybór poradni / oddziału jest możliwy dopiero po wybraniu przychodni; w przypadku pobytów szpitalnych / pobytów w ZOL dotyczy miejsca rozpoczęcia pobytu) oraz okresu realizacji wizyt / zleceń / rozpoczęcia pobytów. Po określeniu kryteriów i kliknięciu przycisku „Szukaj” wyświetla się lista niezrealizowanych płatności. W przypadku płatności za wizyty komercyjne przy każdej pozycji wyświetlają się przyciski „Dofinansowanie”, „Zapłacono gotówką”, „Zapłacono kartą”, „Paragon”, „Faktura na pacjenta” i „Faktura na zakład pracy” albo przycisk „Paragon korygujący” lub „Faktura korygująca” umożliwiające przyznanie dofinansowania i wystawienie dokumentu księgowego (zgodnie z opisem zakładki „Płatności” w karcie pacjenta dla płatności nieuregulowanych i nadpłat). W przypadku cykli rehabilitacyjnych umówionych z użyciem pakietu wyświetlają się takie same przyciski jak w przypadku wizyt komercyjnych z wyjątkiem przycisku „Dofinansowanie”. W przypadku nieopłaconych faktur pacjentów przy każdej z nich wyświetla się formularz umożliwiający odnotowanie otrzymania wpłaty za fakturę oraz przycisk „Zobacz” umożliwiający podgląd faktury (zgodnie z opisem zakładki „Płatności” w karcie pacjenta dla nieopłaconych faktur). W przypadku nieopłaconych paragonów pacjentów przy każdym z nich wyświetla się formularz umożliwiający odnotowanie otrzymania wpłaty za paragon, przycisk „Zobacz” umożliwiający podgląd paragonu oraz przyciski „Faktura do paragonu na pacjenta” i „Faktura do paragonu na zakład pracy” umożliwiające wystawienie faktury do paragonu, o ile taka nie została jeszcze wystawiona” lub przycisk „Faktura do paragonu” umożliwiający podgląd faktury do paragonu, o ile taka została już wystawiona (zgodnie z opisem zakładki „Płatności” w karcie pacjenta dla nieopłaconych paragonów).

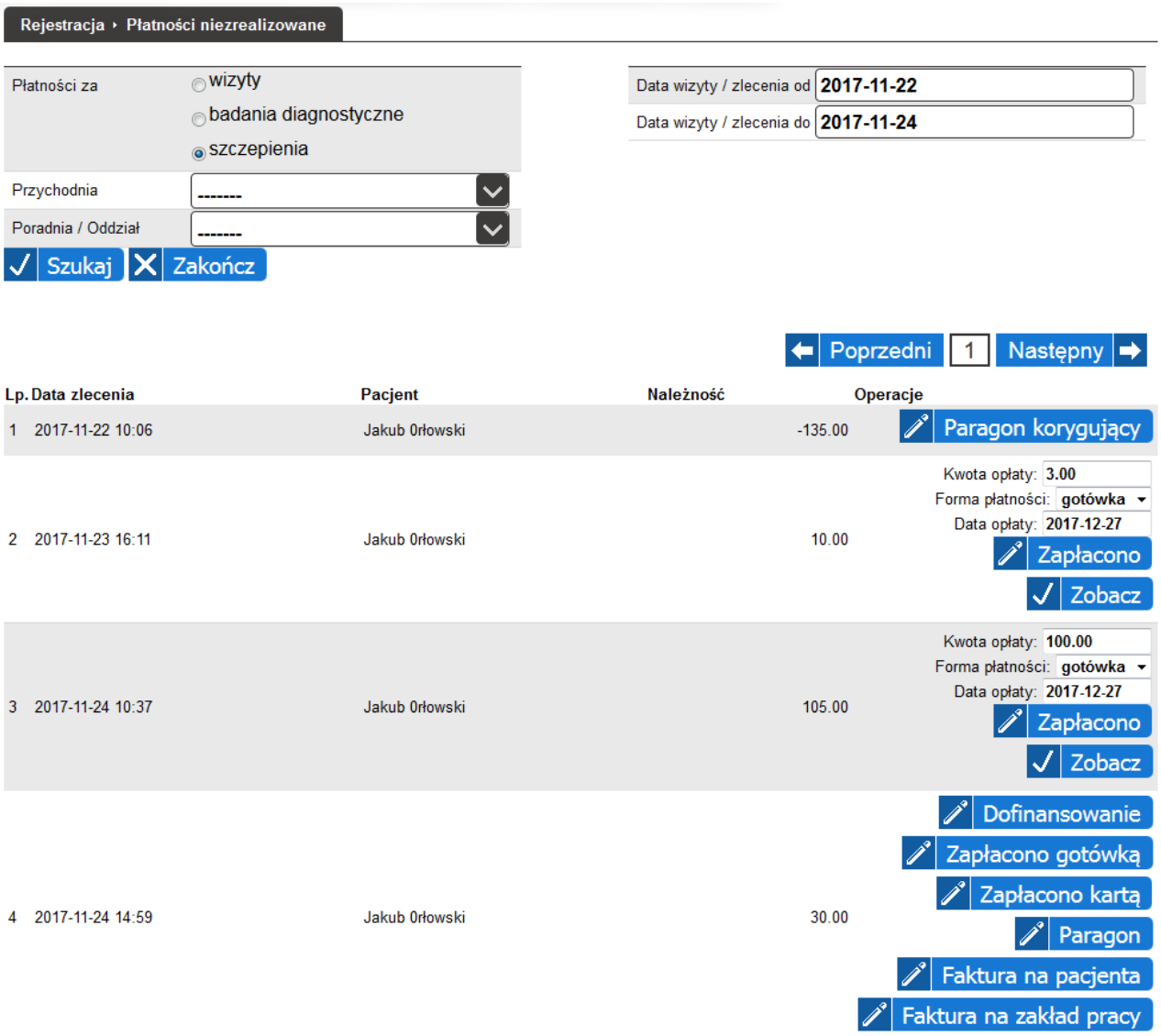


W przypadku płatności za badania diagnostyczne przy każdej pozycji wyświetlają się przyciski „Dofinansowanie”, „Zapłacono gotówką”, „Zapłacono kartą”, „Paragon”, „Faktura na pacjenta” i „Faktura na zakład pracy” lub przycisk „Paragon korygujący” / „Faktura korygująca” umożliwiające przyznanie dofinansowania i wystawienie dokumentu księgowego (zgodnie z opisem zakładki „Płatności” w karcie pacjenta) oraz nieopłaconych faktur i nieopłaconych paragonów pacjentów a przy każdym z nich formularz umożliwiający odnotowanie otrzymania wpłaty za fakturę / paragon oraz przycisk „Zobacz” umożliwiający podgląd faktury / paragonu a w przypadku paragonu przyciski „Faktura do paragonu na pacjenta” i „Faktura do paragonu na zakład

pracy” umożliwiające wystawienie faktury do paragonu, o ile taka nie została jeszcze wystawiona lub przycisk „Faktura do paragonu” umożliwiający podgląd faktury do paragonu, o ile taka została już wystawiona (zgodnie z opisem zakładki „Płatności” w karcie pacjenta).



W przypadku płatności za szczepienia przy każdej pozycji wyświetlają się przyciski „Dofinansowanie”, „Zapłacono gotówką”, „Zapłacono kartą”, „Paragon”, „Faktura na pacjenta” i „Faktura na zakład pracy” lub przycisk „Paragon korygujący” / „Faktura korygująca” umożliwiające przyznanie dofinansowania i wystawienie dokumentu księgowego (zgodnie z opisem zakładki „Płatności” w karcie pacjenta) oraz nieopłaconych faktur i nieopłaconych paragonów pacjentów a przy każdym z nich formularz umożliwiający odnotowanie otrzymania wpłaty za fakturę / paragon oraz przycisk „Zobacz” umożliwiający podgląd faktury / paragonu a w przypadku paragonu przyciski „Faktura do paragonu na pacjenta” i „Faktura do paragonu na zakład pracy” umożliwiające wystawienie faktury do paragonu, o ile taka nie została jeszcze wystawiona lub przycisk „Faktura do paragonu” umożliwiający podgląd faktury do paragonu, o ile taka została już wystawiona (zgodnie z opisem zakładki „Płatności” w karcie pacjenta).



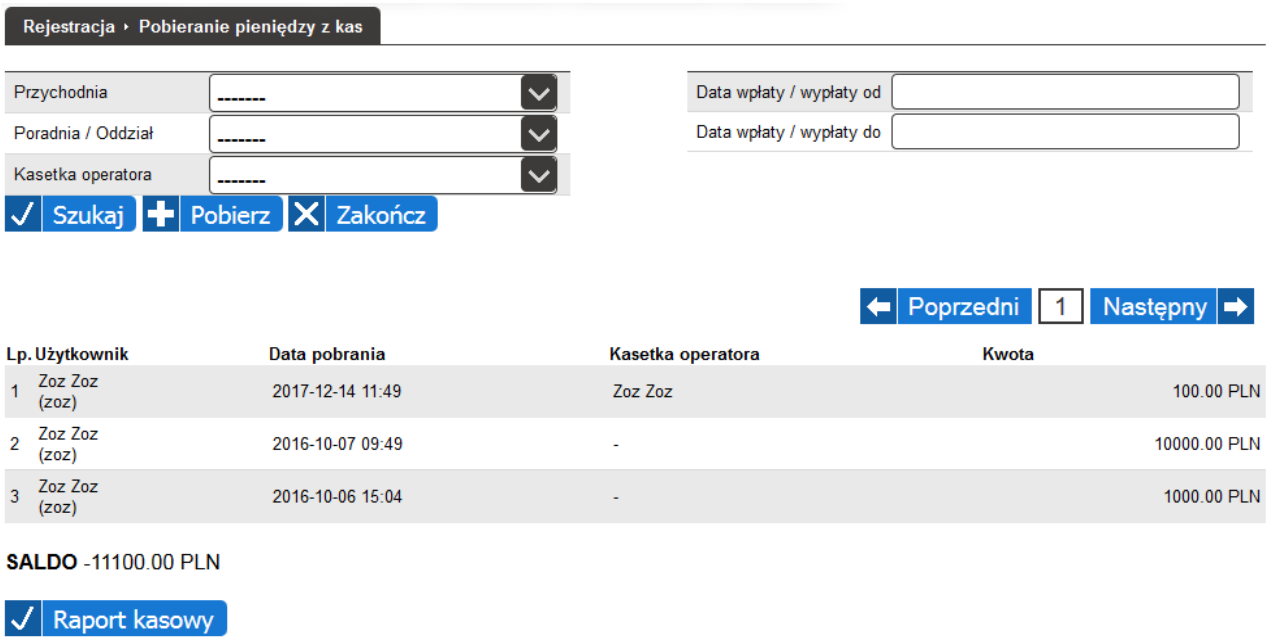
W przypadku płatności za pobyty szpitalne i pobyty w ZOL sytuacja wygląda niemal identycznie jak w przypadku płatności za wizyty komercyjne z jedną tylko różnicą że dla pobytów szpitalnych nie jest widoczny przycisk „Dofinansowanie”.

W przypadku płatności za świadczenia przy każdej pozycji wyświetlają się przyciski „Dofinansowanie”, „Zapłacono gotówką”, „Zapłacono kartą”, „Paragon”, „Faktura na pacjenta” i „Faktura na zakład pracy” lub przycisk „Paragon korygujący” / „Faktura korygująca” umożliwiające przyznanie dofinansowania i wystawienie dokumentu księgowego (zgodnie z opisem zakładki „Płatności” w karcie pacjenta) oraz nieopłaconych faktur i nieopłaconych paragonów pacjentów a przy każdym z nich formularz umożliwiający odnotowanie otrzymania wpłaty za fakturę / paragon oraz przycisk „Zobacz” umożliwiający podgląd faktury / paragonu a w przypadku paragonu przyciski „Faktura do paragonu na pacjenta” i „Faktura do paragonu na zakład pracy” umożliwiające wystawienie faktury do paragonu, o ile taka nie została jeszcze wystawiona lub przycisk „Faktura do paragonu” umożliwiający podgląd faktury do paragonu, o ile taka została już wystawiona (zgodnie z opisem zakładki „Płatności” w karcie pacjenta).

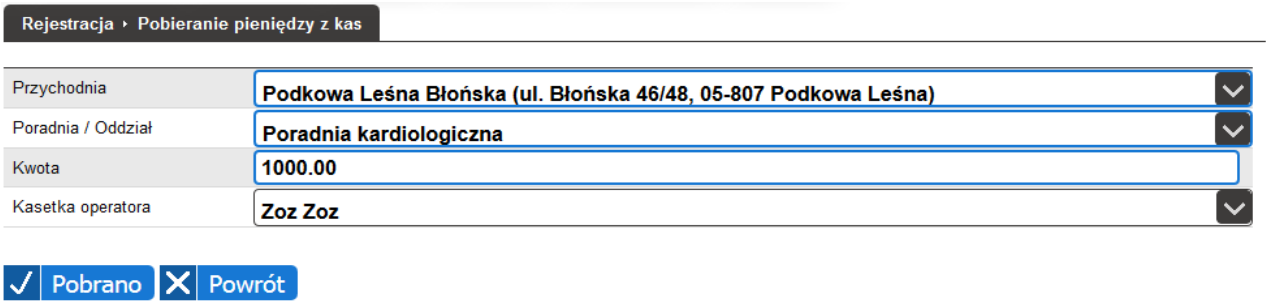
Pobieranie pieniędzy z kas

Funkcjonalność „Pobieranie pieniędzy z kas” w menu „Rejestracja” służy do odnotowywania

faktów pobierania pieniędzy z kas oraz przeglądania historii takich pobrań. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka umożliwiająca ograniczenie zakresu informacji o dokonanych pobraniach do konkretnej przychodni i poradni / oddziału (wybór poradni / oddziału jest możliwy dopiero po wybraniu przychodni), operatora (osoby która przyjmując wpłaty zgromadziła środki z których nastąpiło pobranie) oraz okresu realizacji wizyt. Po określeniu kryteriów i kliknięciu przycisku „Szukaj" wyświetla się lista dokonanych pobrań pieniędzy z kas. Pod listą pobrań wyświetlane jest saldo będące sumą kwot z poszczególnych dokumentów oraz przycisk „Raport kasowy" umożliwiający pobranie (w formacie PDF) i wydrukowanie (w formacie recepty) raportu kasowego stworzonego w oparciu o wprowadzone kryteria wyszukiwania.



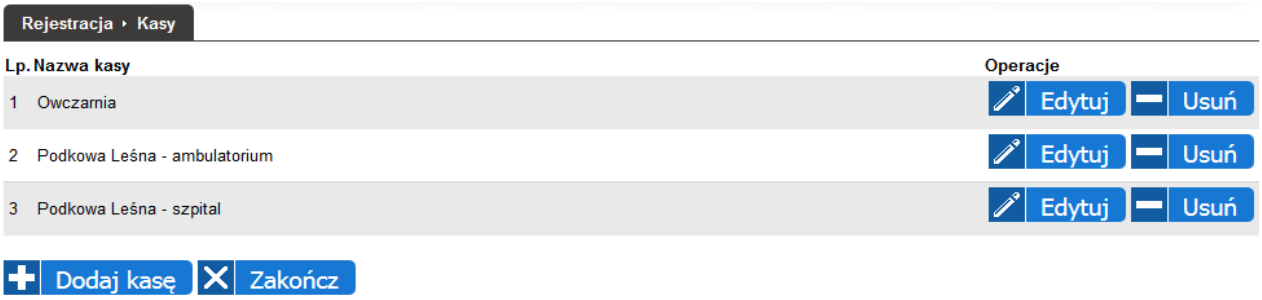
Pod wyszukiwarką widoczny jest także przycisk „Pobierz" umożliwiający odnotowanie faktu pobrania pieniędzy z kasy. Po kliknięciu tego przycisku wyświetla się formularz w którym należy wskazać przychodnię i poradnię z której kasy nastąpiło pobranie pieniędzy, kwotę jaka została pobrana oraz ewentualnie operatora z którego środków następuje pobranie, a następnie zatwierdzić fakt dokonania pobrania przyciskiem „Pobrano".



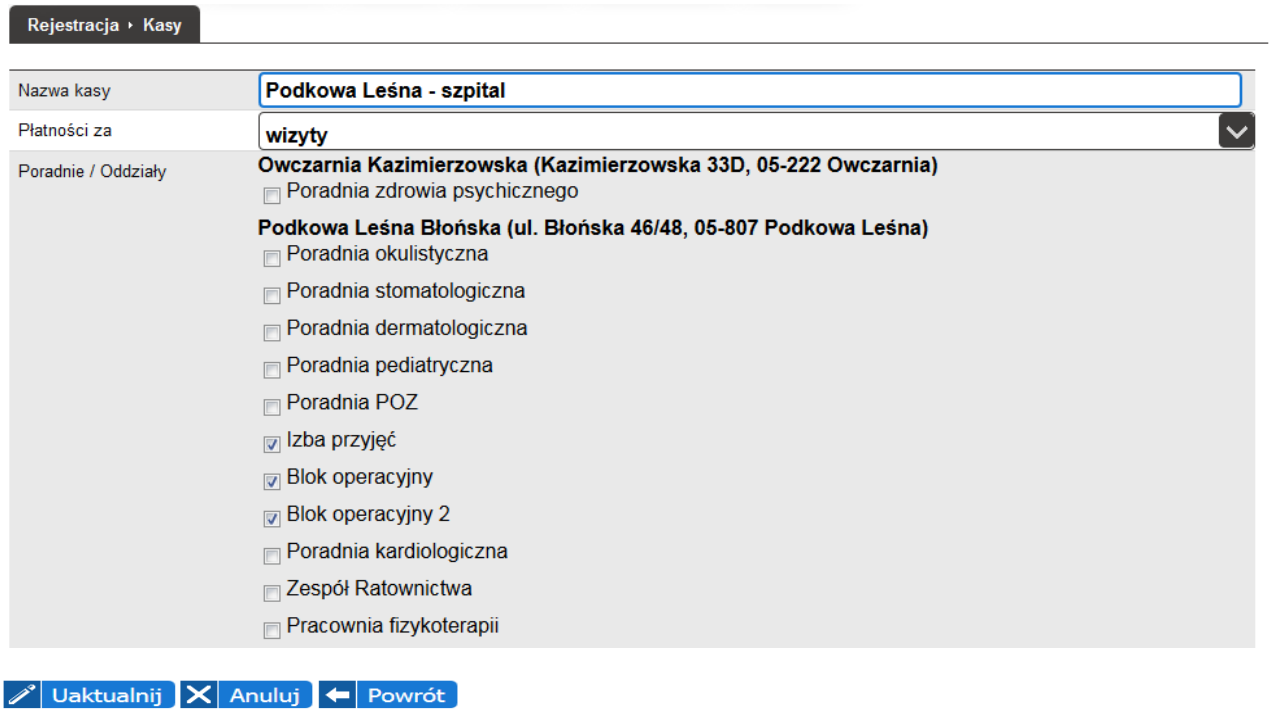
Kasy

Funkcjonalność „Kasy" z menu „Rejestracja" służy do definiowania kas funkcjonujących w

zakładzie opieki zdrowotnej. Kasa jest rozumiana jako zbiór płatności za wizyty komercyjne z określonej grupy poradni. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetlana jest lista zdefiniowanych kas. Przy każdej z nich widoczne są przyciski umożliwiające zmodyfikowanie lub usunięcie danej kasy a pod listą kas widoczny jest przycisk umożliwiający dodanie nowej kasy.



Aby dodać nową kasę należy kliknąć przycisk „Dodaj kasę". Wyświetli się wówczas formularz, w którym należy podać nazwę kasy i zaznaczyć które poradnie obejmuje a następnie zatwierdzić przyciskiem „Dodaj".

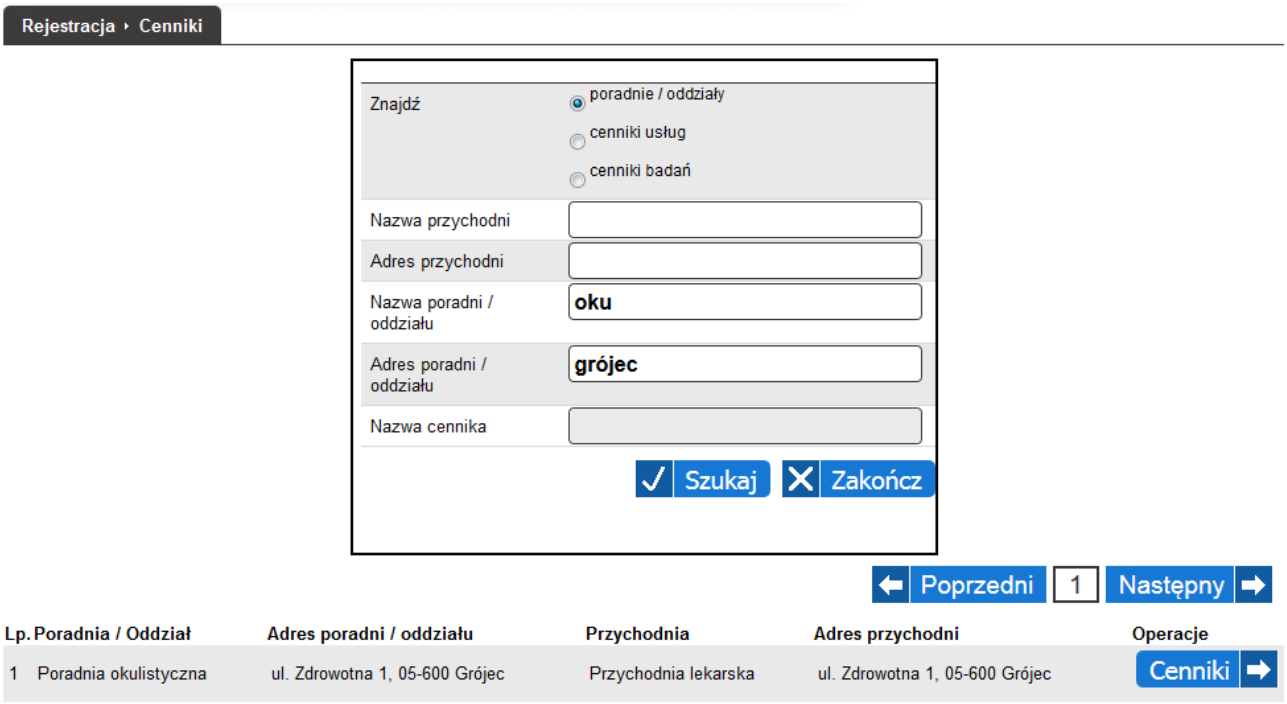


Aby zmodyfikować dane kasy należy kliknąć przycisk „Edytuj" przy danej kasie na liście kas. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku dodawania nowej kasy z tą różnicą, że będzie on wypełniony danymi zdefiniowanej kasy. W formularzu można wprowadzić modyfikacje, które należy zatwierdzić przyciskiem „Uaktualnij" widocznym na dole formularza.

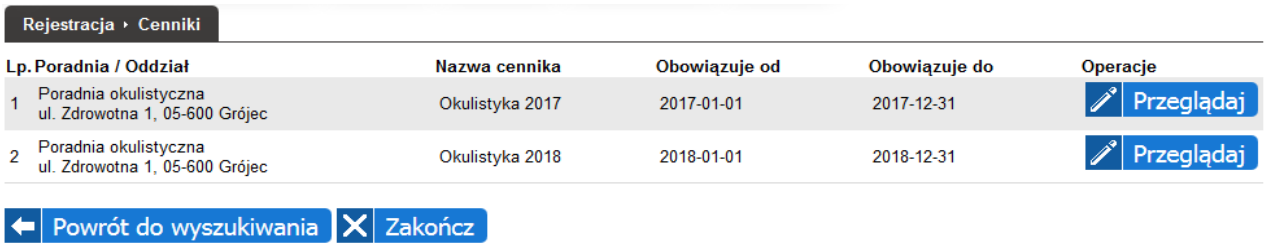
Aby usunąć kasę należy kliknąć przycisk „Usuń" przy danej kasie na liście kas. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji danych kasy z tą różnicą, że będzie on wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcia kasy należy zatwierdzić przyciskiem „Usuń" widocznym na dole formularza.

Cenniki

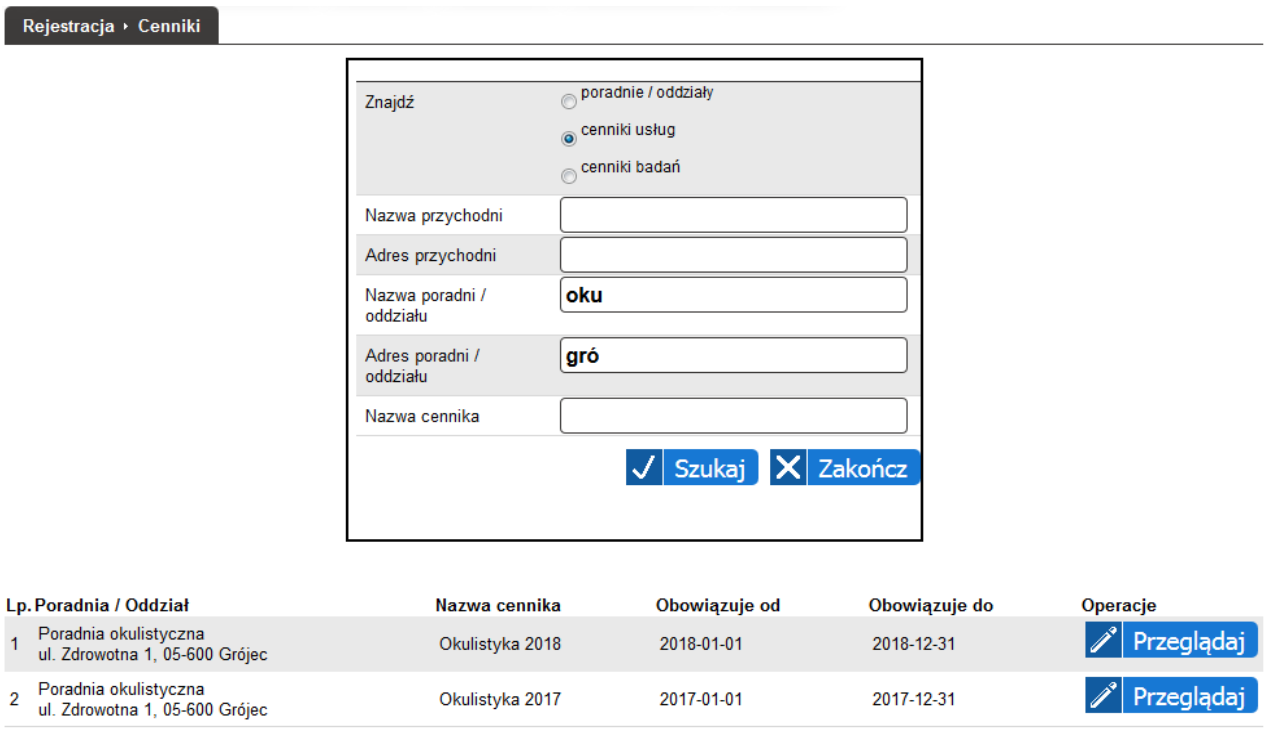
Funkcjonalność „Cenniki” z menu „Rejestracja” służy do szybkiego przeglądania zawartości cenników usług komercyjnych i badań diagnostycznych zdefiniowanych w systemie. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka poradni / cenników. Cenniki usług komercyjnych można wyszukiwać na dwa sposoby: poprzez zaznaczenie opcji „poradnie / oddziały” i wprowadzenie kryteriów odnoszących się do poradni / oddziału w której poszukiwany cennik funkcjonuje lub poprzez zaznaczenie opcji „cenniki usług” i wprowadzenie kryteriów odnoszących się do poradni / oddziału w której poszukiwany cennik i nazwy poszukiwanego cennika a następnie kliknięcie przycisku „Szukaj”. W pierwszym przypadku wyświetla się lista poradni / oddziałów spełniających kryteria wyszukiwania a przy każdej z nich przycisk „Cenniki”.



Po naciśnięciu przycisku „Cenniki” przy danej poradni wyświetla się lista cenników w tej poradni.



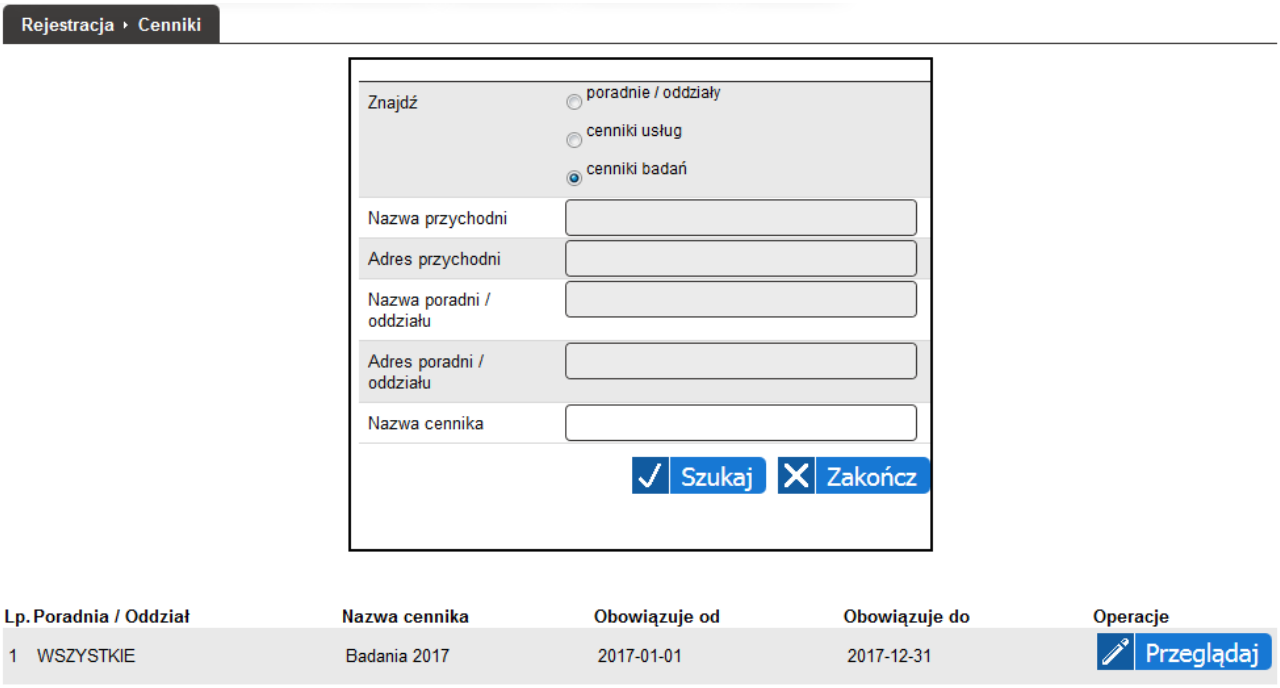
W drugim przypadku od razu wyświetla się lista cenników spełniających kryteria wyszukiwania.



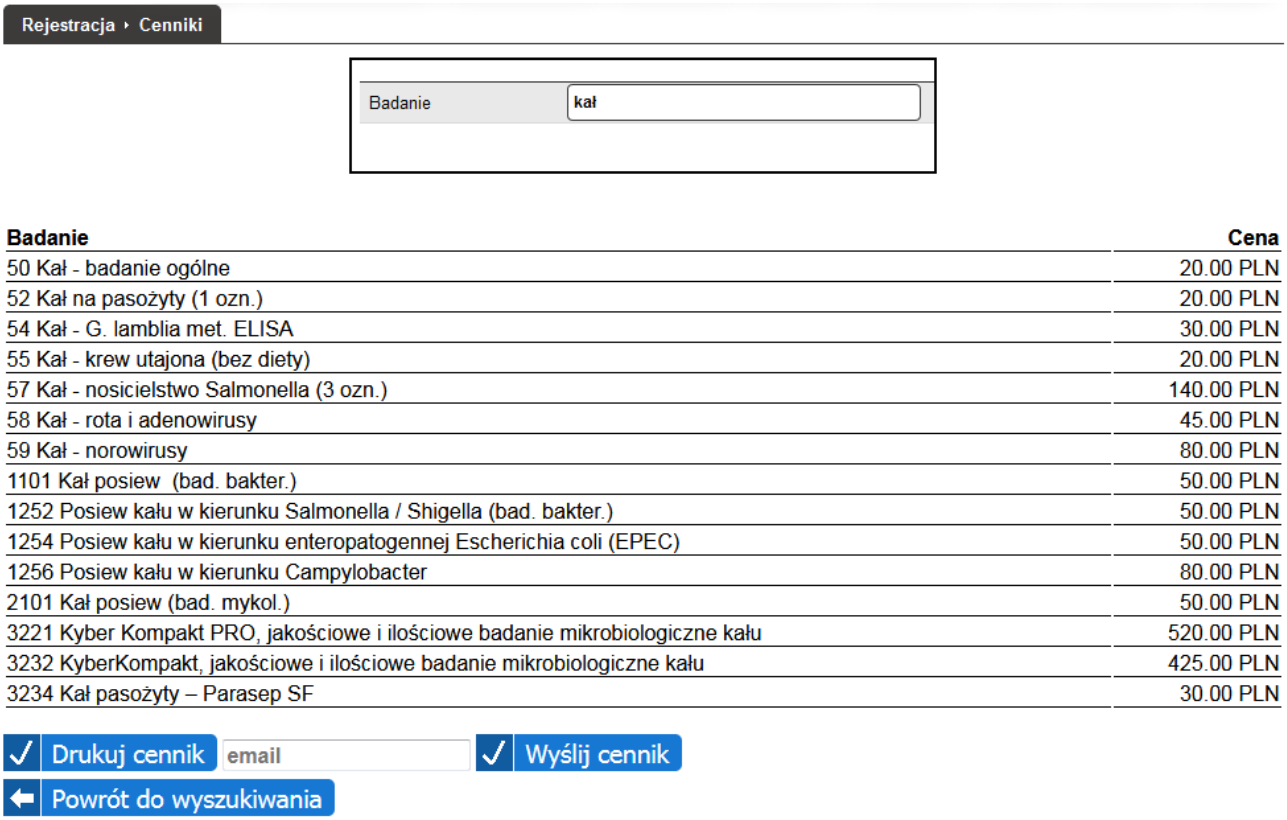
Niezależnie od metody użytej do wyszukania cennika usług przy każdym odnalezionym cenniku wyświetla się przycisk „Przeglądaj" którego kliknięcie pozwala na wyświetlenie zawartości cennika. Pod kliknięciu przycisku „Przeglądaj" wyświetla się lista usług w cenniku. Nad listą pozycji w cenniku wyświetla się pole, w którym można wpisać fragment nazwy usługi – w trakcie jego wpisywania system automatycznie zawęzi listę usług w cenniku o tych zawierających podany fragment w nazwie. Pod listą pozycji w cenniku widoczne są dwa przyciski: „Drukuj cennik" umożliwiający pobranie (w formie pliku PDF) i wydrukowanie cennika oraz „Wyślij cennik" umożliwiający wysłanie cennika (w formie plik PDF) na adres email wpisany w polu przy tym przycisku.



Aby wyszukać cennik badań diagnostycznych należy w wyszukiwarce zaznaczyć opcję „cenniki badań" i ewentualnie wprowadzić fragment nazwy poszukiwanego cennika. Po kliknięciu przycisku „Szukaj" wyświetla się lista cenników badań spełniających kryteria wyszukiwania.



Przy każdym odnalezionym cenniku wyświetla się przycisk „Przeglądaj” którego kliknięcie pozwala na wyświetlenie zawartości cennika. Pod kliknięciu przycisku „Przeglądaj” wyświetla się lista badań w cenniku. Nad listą pozycji w cenniku wyświetla się pole, w którym można wpisać fragment nazwy badania – w trakcie jego wpisywania system automatycznie zawęzi listę badań w cenniku o tych zawierających podany fragment w nazwie. Pod listą pozycji w cenniku widoczne są dwa przyciski: „Drukuj cennik” umożliwiający pobranie (w formie pliku PDF) i wydrukowanie cennika oraz „Wyślij cennik” umożliwiający wysłanie cennika (w formie plik PDF) na adres email wpisany w polu przy tym przycisku.

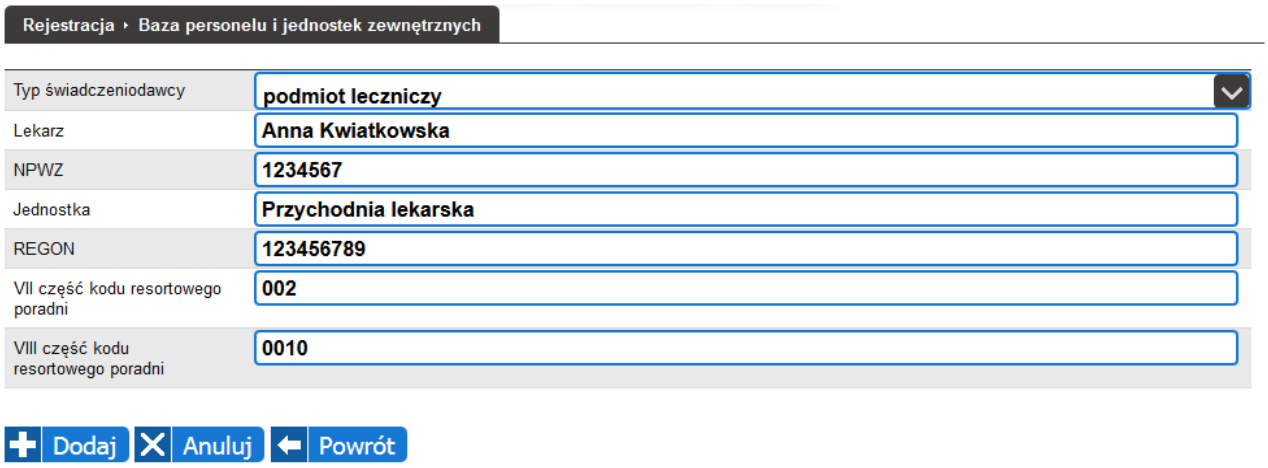


Baza personelu i jednostek zewnętrznych

Funkcjonalność „Baza personelu i jednostek zewnętrznych” w menu „Rejestracja” służy do tworzenia bazy lekarzy nie pracujących w innych zakładach opieki zdrowotnej wystawiających skierowania i jednostek w których ci lekarze pracują. Stworzenie takiej bazy ułatwia wprowadzanie do systemu skierowań wystawionych przez lekarzy z zewnątrz. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista lekarzy a przy każdym z nich dwa przyciski „Edytuj” i „Usuń”. Pod listą lekarzy wyświetla się przycisk „Dodaj”.



Aby dodać nowego lekarza do bazy należy kliknąć przycisk „Dodaj”. Wyświetli się wówczas formularz danych lekarza i jednostki w której lekarz pracuje. Po wprowadzeniu danych i kliknięciu przycisku „Dodaj” lekarz zostaje dodany do bazy i wyświetla się na liście lekarzy.



Aby zmodyfikować dane lekarza należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy odpowiednim lekarzu na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku dodawania nowego lekarza z tym że wypełniony danymi lekarza. Po wprowadzeniu zmian należy je zatwierdzić klikając na przycisk „Uaktualnij” widoczny pod formularzem.

Aby usunąć lekarza z bazy należy kliknąć przycisk „Usuń” przy odpowiednim lekarzu na liście. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku dodawania nowego lekarza z tym że wypełniony danymi lekarza i widoczny w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcia lekarza należy potwierdzić klikając na przycisk „Usuń” widoczny pod formularzem.

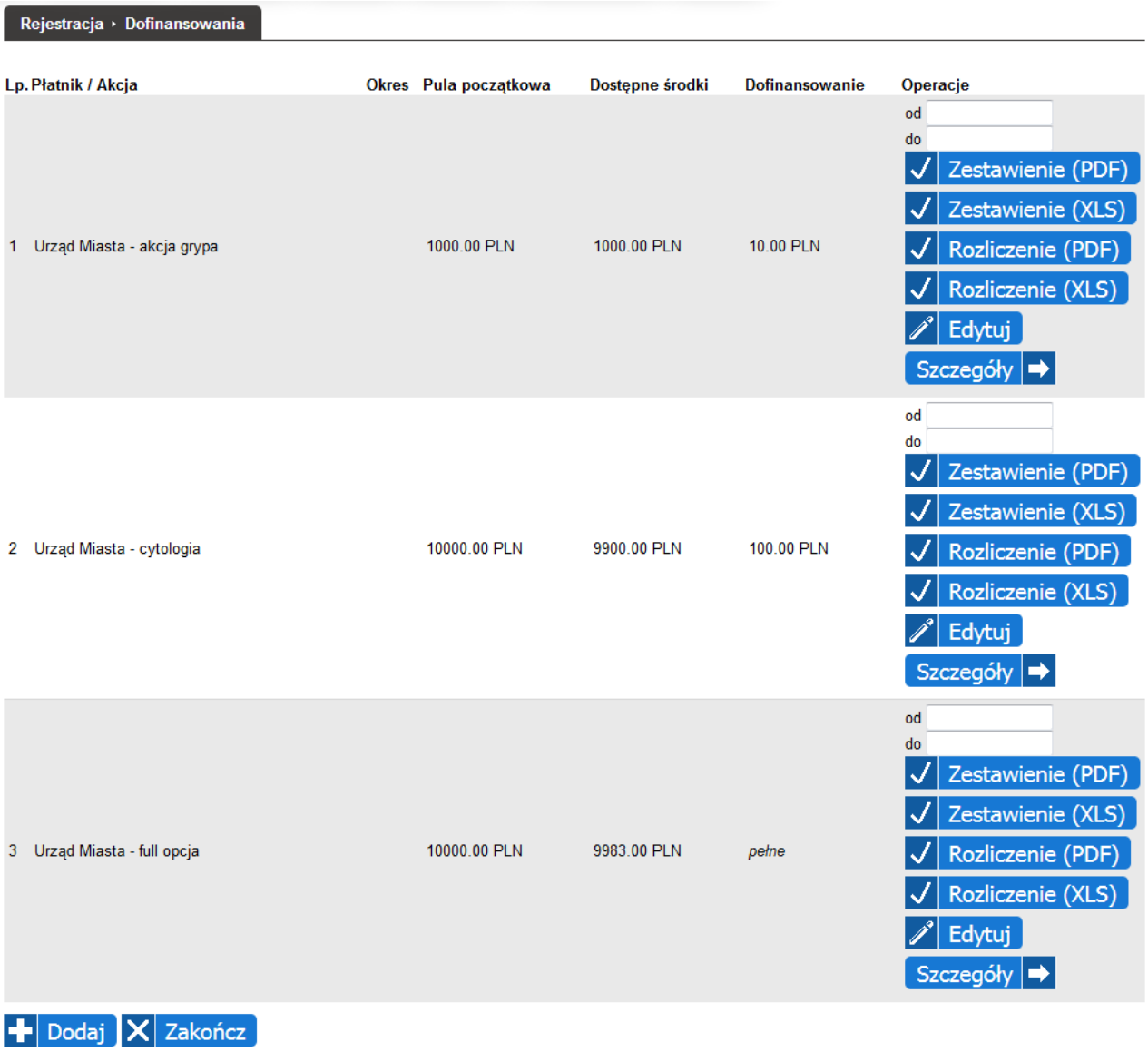
Dofinansowania

Funkcjonalność „Dofinansowania” z menu „Rejestracja” służy do zarządzania płatnikami dofinansowującymi świadczenia zdrowotne / akcjami w ramach których są dofinansowywane świadczenia zdrowotne. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista zdefiniowanych płatników / akcji a przy każdym / każdej z nich przyciski:

- Zestawienie (PDF) – umożliwia wygenerowanie (w formie pliku PDF) i wydrukowanie zestawienia pacjentów którym przyznano dofinansowanie wraz z kwotami dofinansowania (pola widoczne nad tym przyciskiem pozwalają na wpisanie dat w celu zawężenia zestawienia do zadanego okresu naliczenia dofinansowania)
- Zestawienie (XSL) – umożliwia wygenerowanie (w formie pliku XLS) zestawienia pacjentów którym przyznano dofinansowanie wraz z kwotami dofinansowania (pola widoczne powyżej pozwalają na wpisanie dat w celu zawężenia zestawienia do zadanego okresu naliczenia dofinansowania)
- Rozliczenie (PDF) – umożliwia wygenerowanie (w formie pliku PDF) i wydrukowanie dokumentu rozliczeniowego dla płatnika finansującego z listą pacjentów którym przyznano dofinansowanie wraz z kwotami dofinansowania (pola widoczne nad tym przyciskiem pozwalają na wpisanie dat w celu zawężenia zestawienia do zadanego okresu przyznania uprawnienia do skorzystania z dofinansowania)
- Rozliczenie (XSL) – umożliwia wygenerowanie (w formie pliku XLS) dokumentu rozliczeniowego dla płatnika finansującego z listą pacjentów którym przyznano dofinansowanie wraz z kwotami dofinansowania (pola widoczne nad tym przyciskiem pozwalają na wpisanie dat w celu zawężenia zestawienia do zadanego okresu przyznania uprawnienia do skorzystania z dofinansowania)

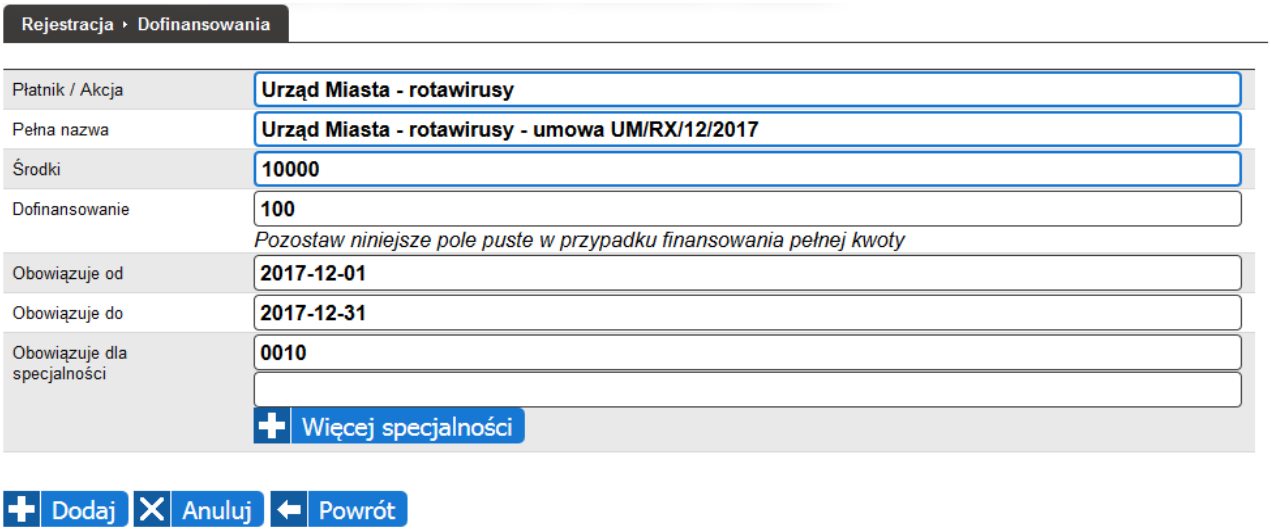
- Edytuj – umożliwia modyfikację danych płatnika / akcji (przycisk jest dostępny tylko w przypadku płatników / akcji z których środków nie przyznano jeszcze żadnego dofinansowania)
- Usuń – umożliwia usunięcie płatnika / akcji (przycisk jest dostępny tylko w przypadku płatników / akcji z których środków nie przyznano jeszcze żadnego dofinansowania)
- Szczegóły – umożliwia podgląd danych płatnika / akcji

Na liście płatników / akcji kończące się środki są automatycznie wyróżniane na czerwono. Pod listą płatników / akcji dostępny jest przycisk „Dodaj" umożliwiający dodanie nowego płatnika / akcji.



Aby dodać płatnika / akcję należy kliknąć przycisk „Dodaj". Wyświetli się wówczas formularz danych płatnika / akcji. Jeżeli w formularzu pole „Dofinansowanie" pozostanie puste wówczas system zinterpretuje to jako dofinansowanie pełnej kwoty świadczenia. Pole oddziaływania płatnika / akcji można ograniczyć do zadanego okresu oraz do poradni o określonych specjalnościach. Przy wprowadzaniu kodów specjalności (w polu można wpisywać fragmenty kodów lub nazw specjalności) system wyświetla podpowiedzi – właściwy kod należy wybrać klikając opcję na liście

podpowiedzi. Domyślnie widoczne jest pole umożliwiające wprowadzenie jednego kodu specjalności, aby wprowadzić więcej kodów należy kliknąć przycisk „Więcej specjalności” - każde kolejne kliknięcie tego przycisku spowoduje wyświetlenie kolejnego pola do wprowadzenia kolejnego kodu specjalności. Pola pozostawione puste zostaną zignorowane przy zapisywaniu danych. Po wprowadzeniu danych należy je zapisać klikając przycisk „Dodaj” pod formularzem.

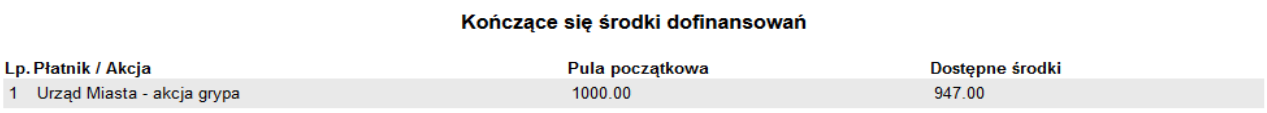


Aby zmodyfikować dane płatnika / akcji należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy danym płatniku / danej akcji. Wyświetli się wówczas formularz danych płatnika / akcji identyczny jak formularz dodawania z tym że wypełniony danymi płatnika / akcji. Po wprowadzeniu zmian należy je zapisać klikając przycisk „Zapisz”.

Aby usunąć płatnika / akcję należy kliknąć przycisk „Usuń” przy danym płatniku / danej akcji. Wyświetli się wówczas formularz danych płatnika / akcji identyczny jak formularz edycji z tym że w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcia akcji / płatnika należy potwierdzić klikając przycisk „Usuń”.

Aby zobaczyć dane płatnika / akcji należy kliknąć przycisk „Szczegóły” przy danym płatniku / danej akcji. Wyświetli się wówczas formularz danych płatnika / akcji identyczny jak formularz edycji z tym że w trybie tylko do odczytu.

Jeżeli zalogowany użytkownik nie posiada przywileju do zarządzania dofinansowaniami ale posiada przywilej „REJESTRACJA - ostrzeganie o kończących się dofinansowaniach” wówczas zamiast tabeli z listą dofinansowań i przycisków do zarządzania nimi pojawia się informacyjna tabela z listą dofinansowań w ramach których kończą się środki.



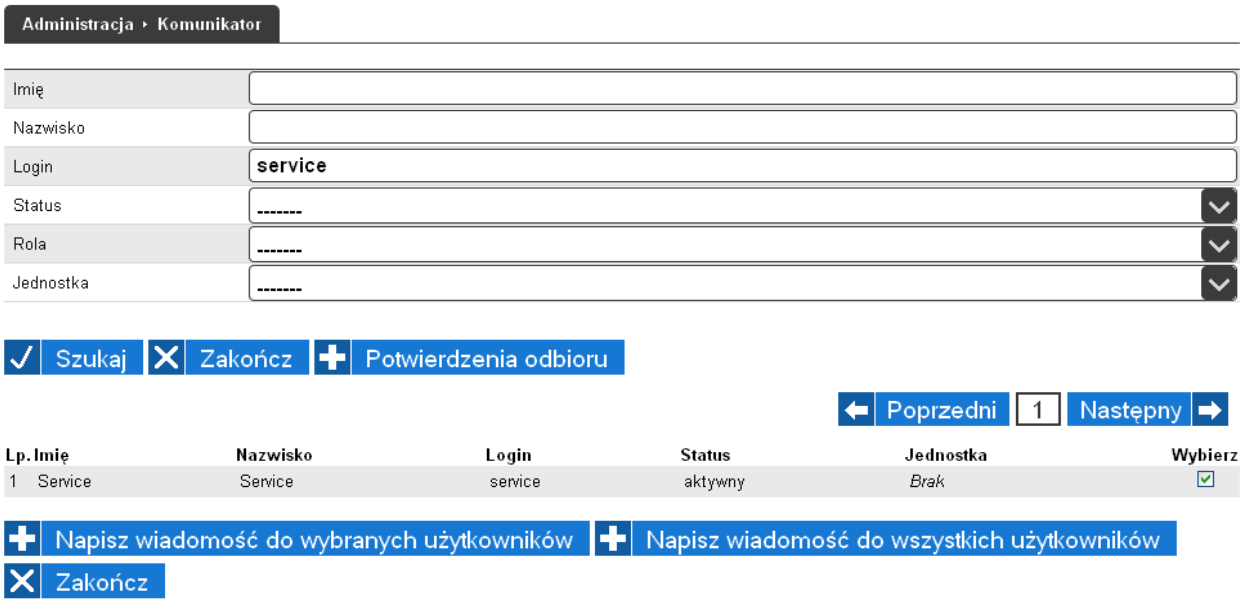
Komunikator

Uprawniony użytkownik aplikacji ma możliwość wysyłania wiadomości do innych użytkowników

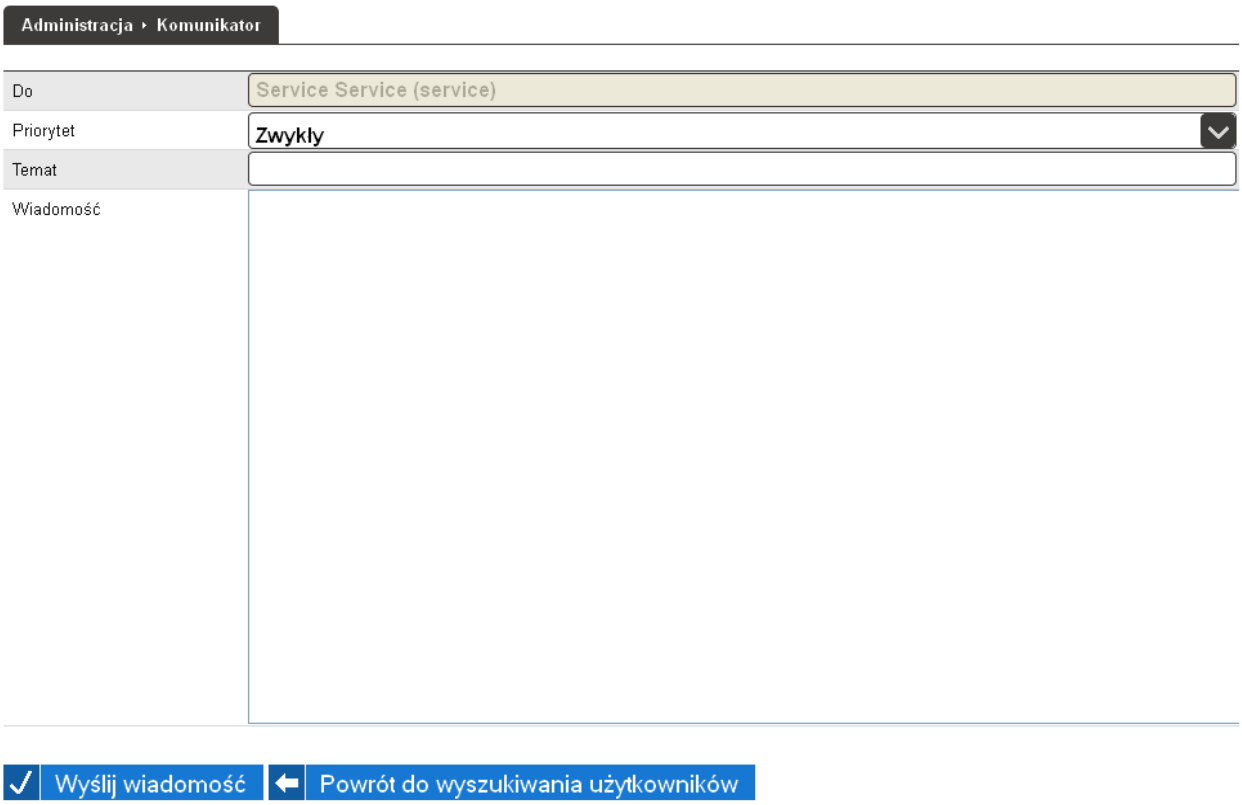
aplikacji. Do tego celu służy funkcjonalność „Komunikator” w menu „Rejestracja”. Na stronie głównej funkcjonalności komunikatora dostępna jest wyszukiwarka użytkowników aplikacji – adresatów wiadomości. Wyszukiwanie użytkowników jest możliwe według dowolnej kombinacji następujących kryteriów:

- imię – imię lub początek imienia użytkownika; wielkość liter nie ma znaczenia
- nazwisko – nazwisko lub początek nazwiska użytkownika; wielkość liter nie ma znaczenia
- login – login lub początek loginu użytkownika; wielkość liter nie ma znaczenia
- status – status użytkownika (aktywny lub zablokowany)
- rola – rola jaką posiada użytkownik
- jednostka – jednostka administracyjna użytkownika

Po wprowadzeniu kryteriów i naciśnięciu przycisku szukaj wyświetla się pod wyszukiwarką lista użytkowników spełniających kryteria wyszukiwania. Przy każdym użytkowniku na liście widoczne jest pole umożliwiające zaznaczenie danego użytkownika jako adresata wiadomości.

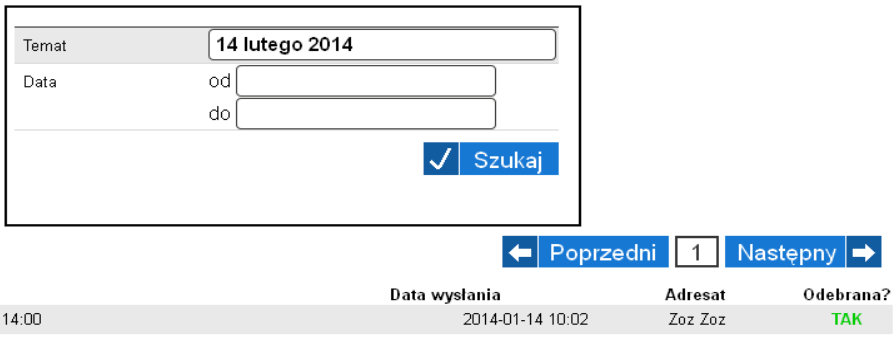


Po zaznaczeniu adresatów i naciśnięciu przycisku „Napisz wiadomość do wybranych użytkowników” lub naciśnięciu przycisku „Napisz do wszystkich” (bez konieczności zaznaczania adresatów, w sytuacji gdy wiadomość ma być wysłana do wszystkich wyszukanych użytkowników) wyświetla się formularz redagowania wiadomości do wybranych / wszystkich adresatów.



Po wprowadzeniu tematu i treści wiadomości oraz ewentualnej zmianie jej priorytetu a następnie naciśnięciu przycisku „Wyślij wiadomość" wiadomość jest wysyłana do każdego z widocznych w formularzu adresatów.

W formularzu wyszukiwarki użytkowników – adresatów wiadomości dostępny jest także przycisk umożliwiający przeglądanie potwierdzeń odebrania wiadomości przez adresatów do których została wysłana. Po naciśnięciu przycisku „Potwierdzenia odbioru" otwiera się nowe okno z wyszukiwarką wiadomości. Wiadomości można wyszukiwać po fragmencie tematu (wielkość liter nie ma znaczenia) oraz po zakresie dat wysłania wiadomości. Po określeniu kryteriów i naciśnięciu przycisku „Szukaj" wyświetla się tabela wiadomości spełniających kryteria wyszukiwania z oznaczeniem dla każdego adresata czy wiadomość została przez niego odebrana (przeczytana) czy też nie.



Zawiadomienia

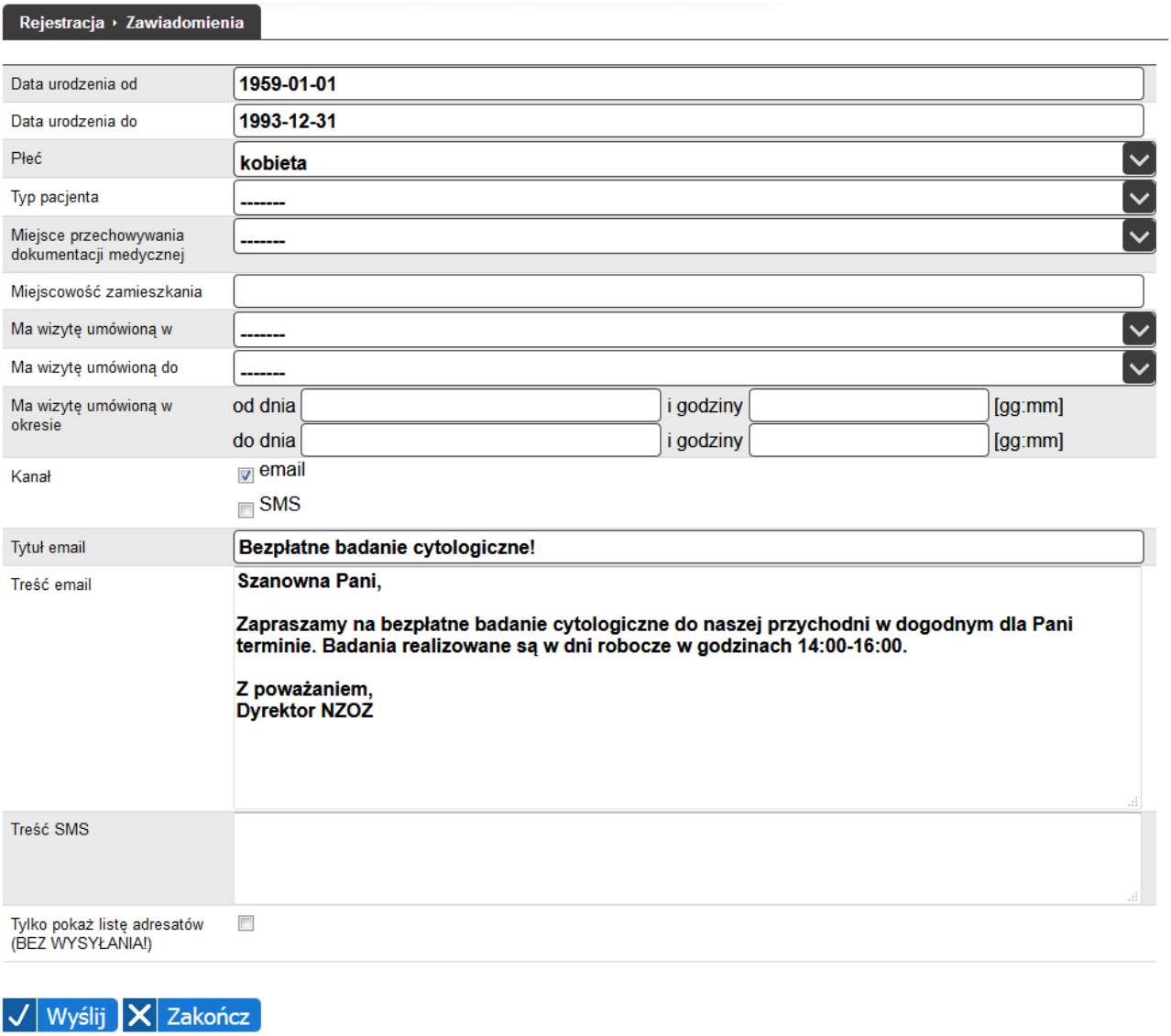
Funkcjonalność „Zawiadomienia” z menu „Rejestracja” służy do wysyłania powiadomień do grup pacjentów spełniających określone kryteria. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz umożliwiający wprowadzenie kryteriów wyboru pacjentów (adresatów), kanałów wysyłki i treści wiadomości. Pacjenci do których adresowana jest wiadomość mogą być wybierani na podstawie następujących kryteriów:

- data urodzenia
- płeć
- typ pacjenta
- miejsce przechowywania dokumentacji medycznej
- miejscowość zamieszkania
- wysyłka do pacjentów którzy mają umówioną wizytę we wskazanej poradni
- wysyłka do pacjentów którzy mają umówioną wizytę do wskazanego lekarza
- wysyłka do pacjentów którzy mają umówioną wizytę we wskazanym okresie

Wiadomość może być wysyłana za pośrednictwem dwóch kanałów:

- email
- SMS

Po określeniu kryteriów wyboru pacjentów i wskazaniu kanałów wysyłki należy zredagować treść wiadomości dla każdego kanału. Przed wysłaniem można jeszcze sprawdzić do kogo wiadomość trafi – w tym celu należy zaznaczyć pole „Tylko pokaż listę adresatów (BEZ WYSYŁANIA!)” i kliknąć przycisk „Wyślij” - wiadomość nie zostanie wysłana, wyświetli się tylko lista adresatów. Pozostawiając pole „Tylko pokaż listę adresatów (BEZ WYSYŁANIA!)” nie zaznaczone i klikając przycisk „Wyślij” wiadomość zostaje wysłana a dodatkowo wyświetlana jest lista pacjentów do których wiadomość została wysłana i lista pacjentów do których wiadomość nie mogła zostać wysłana (czyli pacjentów którzy spełniali kryteria bycia adresatami wiadomości ale nie posiadali adresu email / numeru telefonu komórkowego).



O pomyślnym wysłaniu wiadomości system informuje stosownym komunikatem z informacją o ilości adresatów do których wiadomość została wysłana.

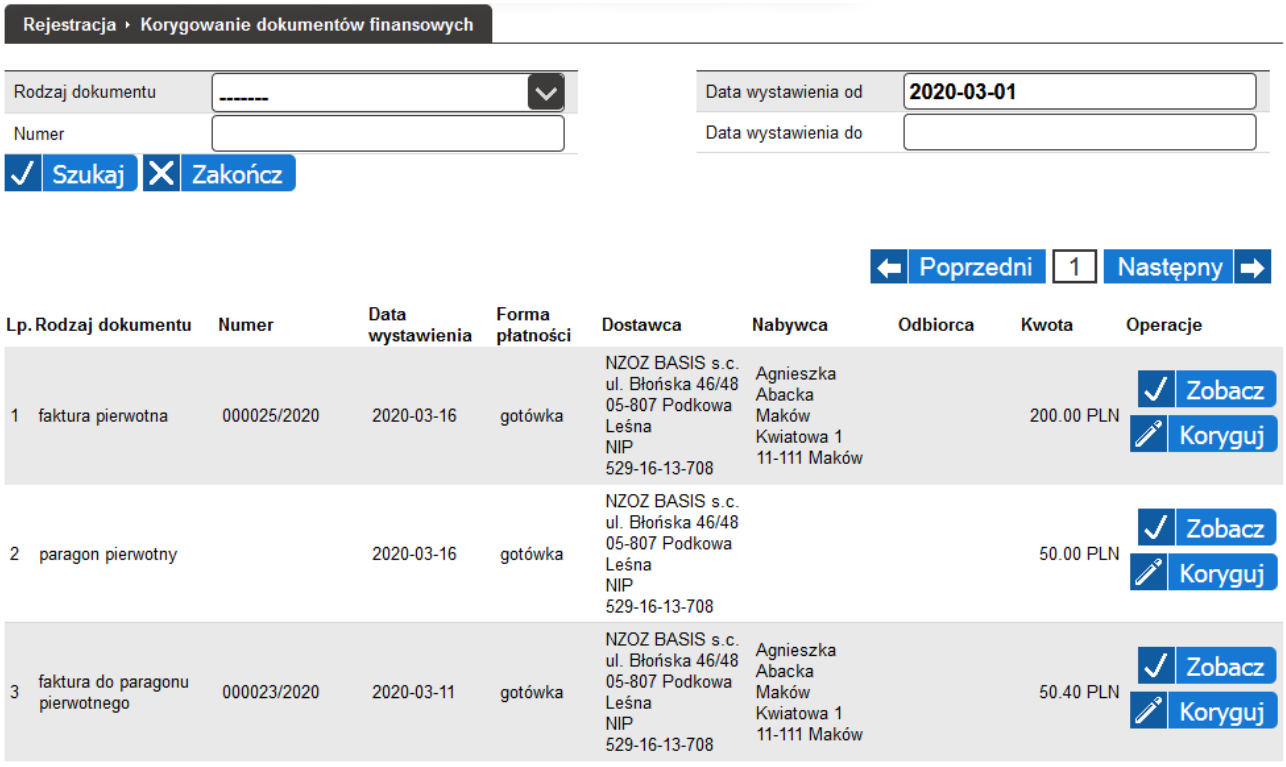
Korygowanie dokumentów finansowych

Funkcjonalność „Korygowanie dokumentów finansowych” z menu „Rejestracja” służy do korygowania omyłek w podstawowych danych dokumentów finansowych, powstałych podczas ich wystawiania. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka dokumentów finansowych. Wyszukiwanie jest możliwe według dowolnej kombinacji następujących kryteriów:

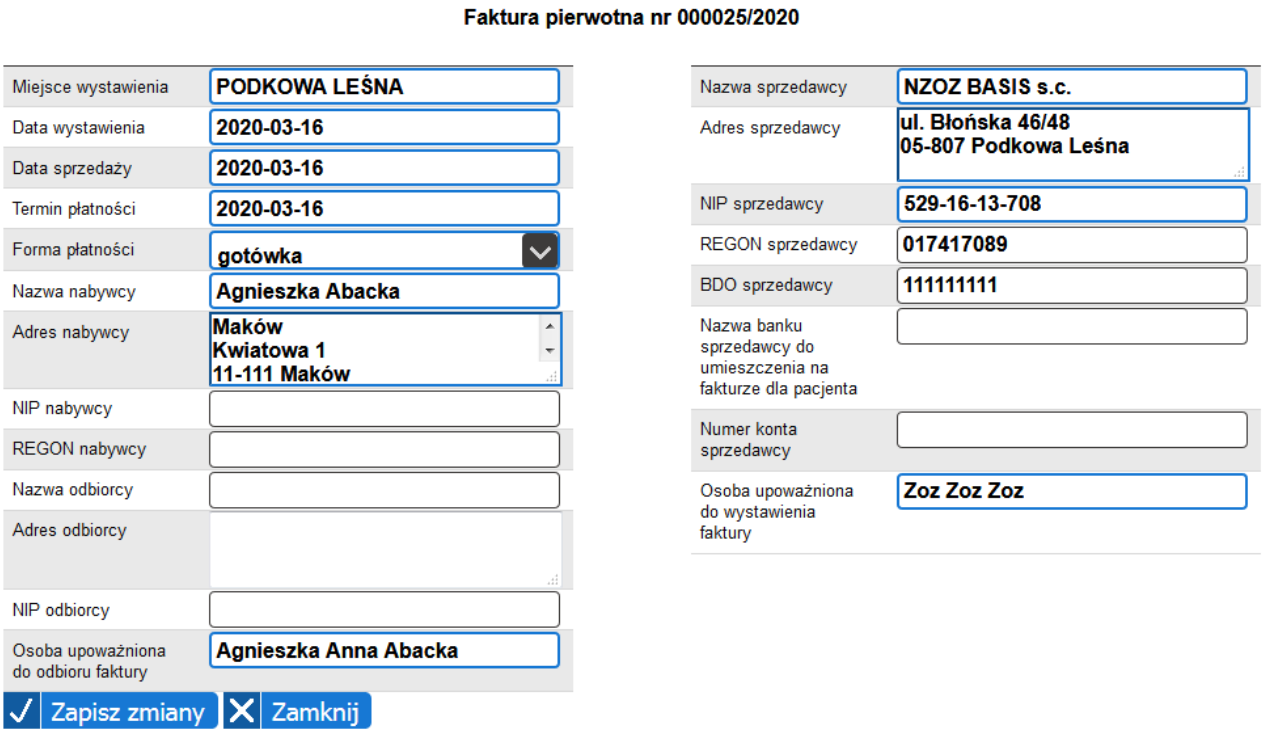
- rodzaj dokumentu
- numer dokumentu (pełny numer lub początek numeru, początkowe zera nie mają znaczenia przy wyszukiwaniu)
- data wystawienia od
- data wystawienia do

Po wprowadzeniu kryteriów wyszukiwania i kliknięciu przycisku „Szukaj”, pod wyszukiwarką

wyświetla się lista dokumentów finansowych spełniających kryteria wyszukiwania a przy każdym z nich przyciski „Zobacz” umożliwiający podgląd dokumentu i „Koryguj” umożliwiający korygowanie podstawowych danych dokumentu.



Aby skorygować dane dokumentu należy kliknąć przycisk „Koryguj” przy danym dokumencie na liście. Wyświetli się wówczas w nowym oknie formularz z danymi wybranego dokumentu, w którym można wprowadzić stosowne korekty. Wprowadzone korekty należy zatwierdzić przyciskiem „Zapisz zmiany”.



Skróty klawiaturowe

W ramach funkcjonalności modułu „Rejestracja” możliwe jest korzystanie ze skrótów klawiaturowych.

W ramach funkcjonalności „Nowy pacjent”:

- Ctrl + P – użycie tej kombinacji klawiszy ma ten sam efekt co kliknięcie przycisku „Dodaj pacjenta”
- Ctrl + F – użycie tej kombinacji klawiszy ma ten sam efekt co kliknięcie przycisku „Powrót do wyszukiwania”
- Ctrl + → – użycie tej kombinacji klawiszy powoduje przełączenie się do następnej zakładki
- Ctrl + ← – użycie tej kombinacji klawiszy powoduje przełączenie się do poprzedniej zakładki

W ramach funkcjonalności „Pacjenci (karty aktywne)”:

- Enter – użycie tego klawisza ma ten sam efekt co kliknięcie przycisku „Szukaj”
- Ctrl + P – użycie tej kombinacji klawiszy ma ten sam efekt co kliknięcie przycisku „Dodaj nowego pacjenta”
- Ctrl + F – użycie tej kombinacji klawiszy ma ten sam efekt co kliknięcie przycisku „Zakończ”
- Ctrl + → – użycie tej kombinacji klawiszy powoduje przełączenie się do następnej podstrony z wynikami wyszukiwania
- Ctrl + ← – użycie tej kombinacji klawiszy powoduje przełączenie się do poprzedniej podstrony z wynikami wyszukiwania

W ramach funkcjonalności „Pacjenci (karty nieaktywne)”:

- Enter – użycie tego klawisza ma ten sam efekt co kliknięcie przycisku „Szukaj”
- Ctrl + F – użycie tej kombinacji klawiszy ma ten sam efekt co kliknięcie przycisku „Zakończ”
- Ctrl + → – użycie tej kombinacji klawiszy powoduje przełączenie się do następnej podstrony z wynikami wyszukiwania
- Ctrl + ← – użycie tej kombinacji klawiszy powoduje przełączenie się do poprzedniej podstrony z wynikami wyszukiwania

W ramach funkcjonalności „Księga rejestracyjna”:

- Ctrl + D – użycie tej kombinacji klawiszy ma ten sam efekt co kliknięcie przycisku „Wyświetl”
- Ctrl + F – użycie tej kombinacji klawiszy ma ten sam efekt co kliknięcie przycisku „Zakończ”

W ramach funkcjonalności „Księga przyjęć”:

- Enter – użycie tego klawisza ma ten sam efekt co kliknięcie przycisku „Szukaj”
- Ctrl + F – użycie tej kombinacji klawiszy ma ten sam efekt co kliknięcie przycisku „Zakończ”
- Ctrl + → – użycie tej kombinacji klawiszy powoduje przełączenie się do następnej podstrony z wynikami wyszukiwania
- Ctrl + ← – użycie tej kombinacji klawiszy powoduje przełączenie się do poprzedniej podstrony z wynikami wyszukiwania

Personel

Moduł „Personel” służy do zarządzania personelem pracującym w zakładzie opieki zdrowotnej, w tym grafikami pracy personelu i pulami recept, a także grafikami aparatury funkcjonującej w zakładzie.

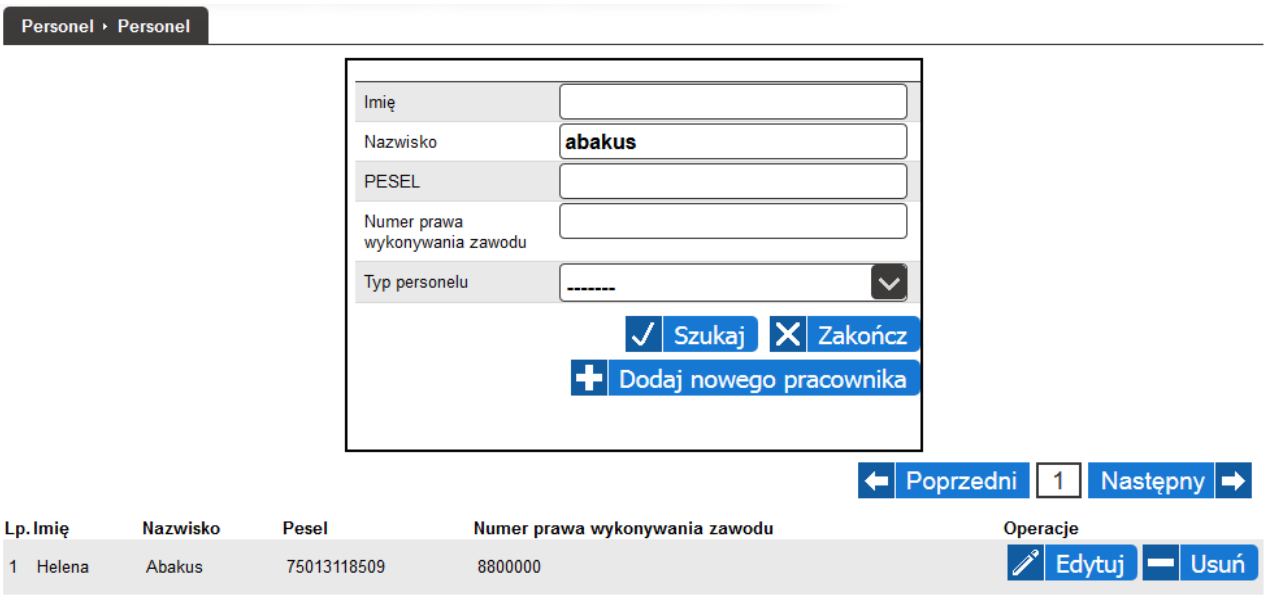
Personel

Funkcjonalność „Personel” w menu „Personel” pozwala na zarządzanie danymi personelu pracującego w zakładzie opieki zdrowotnej. Po wybraniu tej funkcjonalności dostępna jest wyszukiwarka personelu. Wyszukiwanie możliwe jest za pomocą dowolnej kombinacji następujących kryteriów:

- imię
- nazwisko
- PESEL
- numer prawa wykonywania zawodu
- typ personelu

Po wprowadzeniu kryteriów i naciśnięciu przycisku „Szukaj” wyświetlana jest lista pracowników spełniających kryteria wyszukiwania a przy każdym z nich przyciski „Edytuj” i „Usuń”

umożliwiające zmodyfikowanie danych lub usunięcie pracownika odpowiednio. Przy wyszukiwarce dostępny jest także przycisk umożliwiający dodanie nowego pracownika.



Aby dodać nowego pracownika należy nacisnąć przycisk „Dodaj nowego pracownika” i wypełnić formularz który się wówczas wyświetli (przynajmniej wymagane pola; w przypadku lekarzy wymagane jest dodatkowo podanie numeru prawa wykonywania zawodu). Jeżeli w ramach wizyt danego personelu osobą realizującą usługi jest inny personel, wówczas można go wskazać w polu „Realizator usług sprawozdawanych do NFZ” - wówczas taki personel będzie wybierany automatycznie przy kodowaniu wizyt jak realizujący usługę. Jeżeli personel ma mieć możliwość wystawiania recept transgranicznych należy wprowadzić tytuł zawodowy oraz adres email i/lub numer telefonu koniecznie z prefiksem kraju. Przy edycji danych pracownika wyświetlany jest ten sam formularz z tym że jest on już wypełniony danymi pracownika. Przy usuwaniu formularz jest dostępny tylko do odczytu. W formularzu (przy dodawaniu i edycji pracownika) należy wskazać w których poradniach / oddziałach dany pracownik pracuje. Pracownik może pracować w więcej niż jednej poradni / oddziale. Aby można było wskazać więcej niż jedną poradnię / oddział należy skorzystać z przycisku „Więcej poradni / oddziałów”. Przy każdej z przypisanych pracownikowi poradni / oddziale znajduje się z kolei przycisk „Usuń” umożliwiający usunięcie danej poradni / oddziału z listy miejsc pracy pracownika. Przycisk „Więcej poradni / oddziałów” i przyciski „Usuń” przy poszczególnych poradniach / oddziałach nie zapisują zmian - dopiero przycisk „Dodaj” lub „Uaktualnij” (zależnie czy dodajemy nowego pracownika czy aktualizujemy dane już istniejącego pracownika) zapisują dane z formularza. W formularzu (przy dodawaniu i edycji pracownika) można ponadto wskazać jakich zabiegów rehabilitacyjnych dany pracownik nie realizuje (dotyczy to terapeutów; terapeuta realizuje wszystkie zabiegi rehabilitacyjne z wyjątkiem wskazanych w formularzu). Aby można było wskazać więcej niż jeden zabieg należy skorzystać z przycisku „Więcej zabiegów rehabilitacyjnych”. Przy każdym zabiegu znajduje się z kolei przycisk „Usuń” umożliwiający usunięcie danego zabiegu z listy zabiegów nie realizowanych przez pracownika. Przycisk „Więcej zabiegów rehabilitacyjnych” i przyciski „Usuń” przy poszczególnych zabiegach nie zapisują zmian - dopiero przycisk „Dodaj” lub „Uaktualnij” (zależnie czy dodajemy nowego pracownika czy aktualizujemy dane już istniejącego pracownika) zapisują dane z formularza. Jeżeli personel ma otrzymywać automatyczne powiadomienia o wizytach zaplanowanych na jutro albo automatyczne powiadomienia o wizytach na określoną liczbę godzin przed dniem dyżuru wówczas należy w formularzu określić godziny tych

powiadomień (musi być przy tym podany adres email / numer telefonu w zależności od kanału jakim personel ma być powiadamiany). Jeżeli dany personel ma mieć możliwość wystawiania refundowanych e-recept, należy zaznaczyć pole „Może wystawiać e-recepty refundowane", przy czym jednocześnie albo musi istnieć umowa zakładu opieki zdrowotnej z NFZ zaimportowana do systemu jHIS albo w formularzu danych personelu musi być wprowadzony umowy personelu z NFZ i oddział NFZ z którym umowa została podpisana. W polu „Specjalizacje lekarza do umieszczenia na recepcie" można wprowadzić informację o specjalizacji / specjalizacjach lekarza, która to informacja zostanie umieszczona na papierowej recepcie pod nazwiskiem lekarza (np. „specjalista kardiolog"), jeżeli pole to będzie puste, wówczas na recepcie zostanie umieszczona pierwsza ze specjalizacji zaznaczonych w sekcji „Specjalizacje" (o ile jakiekolwiek zostały zaznaczone). Jeżeli dana osoba będzie wystawiać e-recepty na praktykę lekarską wówczas w formularzu należy wprowadzić dane praktyki lekarskiej, w tym zaznaczyć pole „Możliwość wystawiania e-recept na praktykę lekarską" a także wprowadzić stosowne certyfikaty i hasła do nich, zaś przy poradniach / oddziałach w których personel ma wystawiać e-recepty na praktykę lekarską zaznaczyć pole „Wystawiaj e-recepty na praktykę lekarską". Jeżeli pole „Możliwość wystawiania e-recept na praktykę lekarską" w danych praktyki nie będzie zaznaczone wówczas personel będzie wystawiał e-recepty we wszystkich poradniach / oddziałach na dane zakładu opieki zdrowotnej. Jeżeli pole „Możliwość wystawiania e-recept na praktykę lekarską" w danych praktyki będzie zaznaczone, wówczas personel będzie wystawiał e-recepty na praktykę lekarską w poradniach / oddziałach z zaznaczonym polem „Wystawiaj e-recepty na praktykę lekarską", w pozostałych zaś na zakład opieki zdrowotnej. Jeżeli włączone są mechanizmy integracji systemu jHIS z serwisem ZnanyLekarz i dana osoba funkcjonuje w serwisie ZnanyLekarz, wówczas w polu „Osoba w serwisie ZnanyLekarz" należy wskazać osobę odpowiadający danej w serwisie ZnanyLekarz.

Personel › Personel

Tytuł zawodowy	
Imię	Olga
Nazwisko	Baron
PESEL	75030805200
Numer paszportu	
Typ personelu	lekarz
Prawo wykonywania zawodu	6763309
Numer w rejestrze pielęgniarek	
Numer lekarza w NFZ	
Przyjmuje deklaracje	☑
Liczba recept w kończącej się puli, przy której system powinien ostrzegać lekarza (Rp)	10
Liczba recept w kończącej się puli, przy której system powinien ostrzegać lekarza (Rpw)	10
Liczba recept w kończącej się puli, przy której system powinien ostrzegać lekarza (Rpz)	10
Realizator usług sprawozdawanych do NFZ (jeśli inny niż dany)	----------
Może wystawiać e-recepty refundowane	☐
Numer umowy z NFZ	
Oddział NFZ z którym została zawarta umowa	-------
Specjalizacje lekarza do umieszczenia na recepcie	specjalista hipertensjologii

Kraj	Polska
Województwo	
Gmina	
Powiat	
Miasto	
Kod pocztowy	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Telefon	321321321
Adres email	olga@baron.med
Staż naukowy	
Samorząd zawodowy	
Uprawnienie do wystawiania L4	
Data uzyskania uprawnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich	
Godzina wysyłki powiadomienia przez email o wizytach zaplanowanych na następny dzień [gg:mm]	13:00
Godzina wysyłki powiadomienia przez SMS o wizytach zaplanowanych na następny dzień [gg:mm]	
Na ile godzin przed dniem dyżuru ma być wysyłane powiadomienie przez email o wizytach zaplanowanych na ten dzień [gg:mm]	60
Na ile godzin przed dniem dyżuru ma być wysyłane powiadomienie przez SMS o wizytach zaplanowanych na ten dzień [gg:mm]	

Dane praktyki lekarskiej

Nazwa	**OlgaMed**
Miejscowość	**Warszawa**
Ulica	**Piwna**
Numer domu	**1**
Numer mieszkania	
Kod pocztowy	**11-111**
Poczta	**Warszawa**
REGON	**275670517**
NIP	
Telefon stacjonarny	
Okręgowa Izba Lekarska	**Beskidzka Izba Lekarska w**
Rodzaj praktyki lekarskiej	**indywidualna praktyka lekarska**
Część I kodu resortowego	**000213**
Część V kodu resortowego	**11**
Rodzaj prowadzonej działalności	**Ambulatoryjne świadczenia**

Możliwość wystawiania e-recept na praktykę lekarską	☐
Certyfikat do wystawiania e-recept (WSS)	Przeglądaj... **Nie wybrano pliku.**
Hasło do certyfikatu do wystawiania e-recept (WSS)	
Powtórzenie hasła do certyfikatu do wystawiania e-recept (WSS)	
Certyfikat do wystawiania e-recept (TLS)	Przeglądaj... **Nie wybrano pliku.**
Hasło do certyfikatu do wystawiania e-recept (TLS)	
Powtórzenie hasła do certyfikatu do wystawiania e-recept (TLS)	
Identyfikator (OID) węzła własnego usługodawcy	**1**

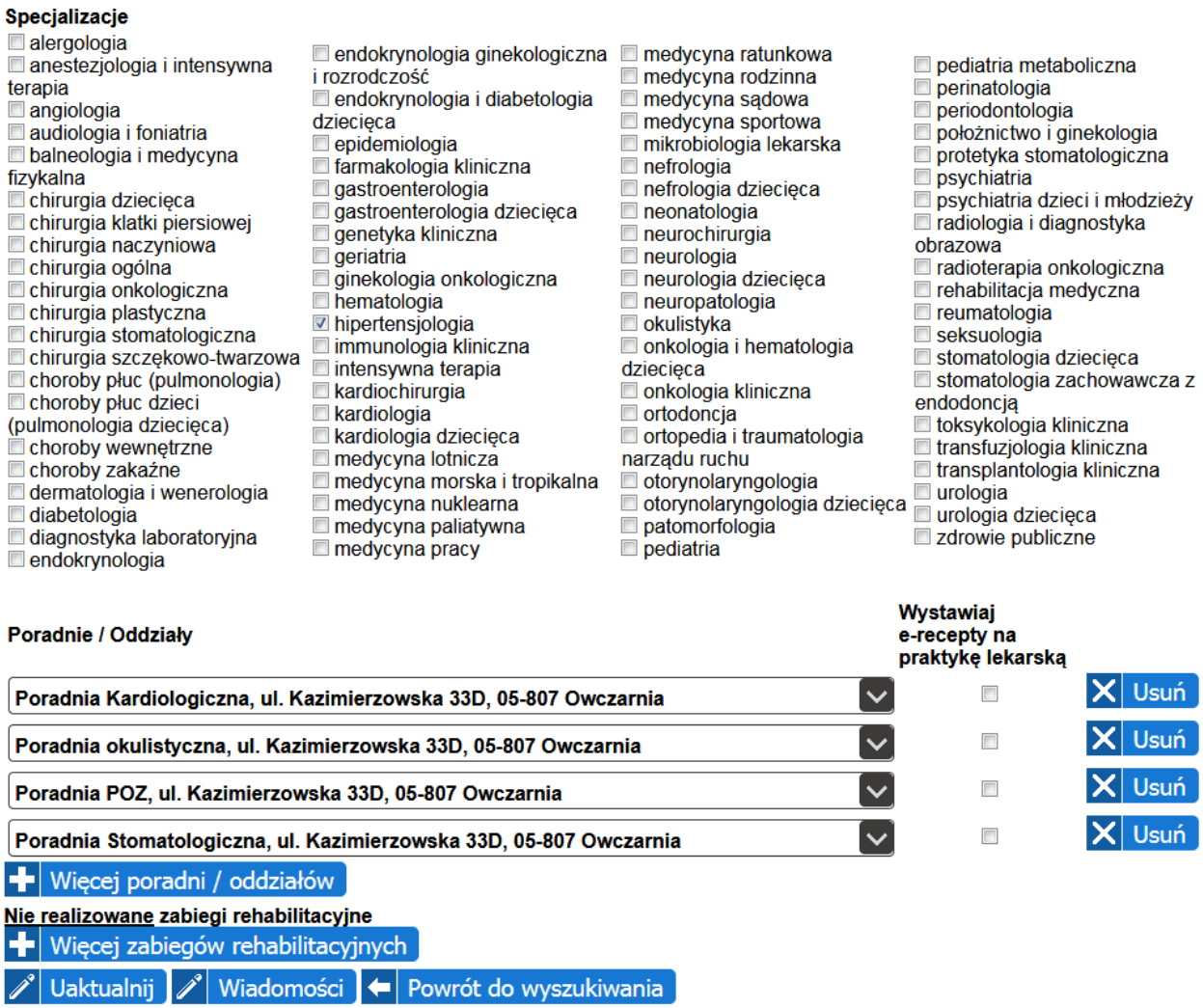
Symbole z pieczęci medycyny pracy

Symbol województwa: **14 - mazowieckie**

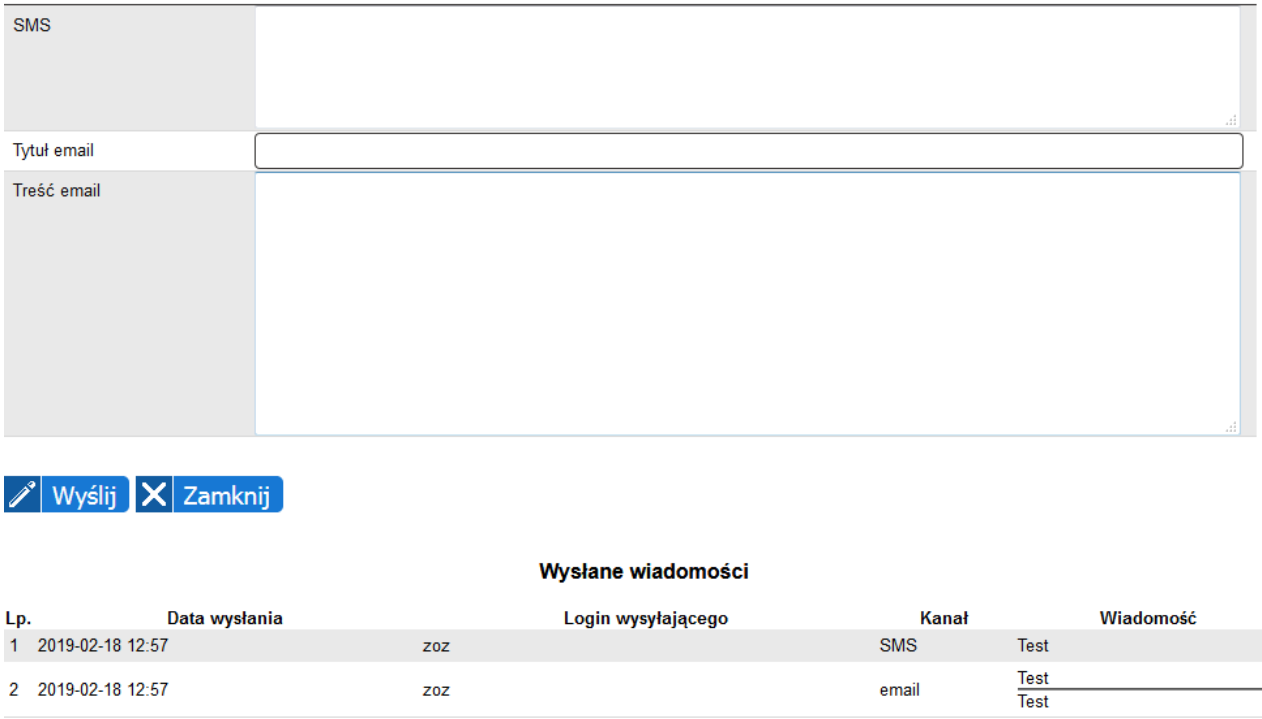
Specjalizacje / Szkolenia: **1**

Liczba porządkowa w rejestrze lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne: **123**

Wprowadź właściwe spośród następujących symboli łącząc je za pomocą myślnika i zastępując XX przez dwie ostatnie cyfry roku ukończenia / upływu okresu ważności (np. 1-6-99-J):
***1** - specjalizacja w dziedzinie medycyny pracy lub medycyny przemysłowej*
***2** - specjalizacja w dziedzinie higieny pracy*
***3** - specjalizacja w dziedzinie medycyny morskiej i tropikalnej*
***4** - specjalizacja w dziedzinie medycyny kolejowej*
***5** - specjalizacja w dziedzinie medycyny lotniczej*
***6-XX** - 6-letni staż pracy*
***7-XX** - odbywanie specjalizacji z zakresu medycyny pracy*
***8-XX** - możliwość przeprowadzenia badań profilaktycznych z ograniczeniem czasowym*
***9** - specjalizacja w dziedzinie medycyny ogólnej lub medycyny rodzinnej*
***J** - przeszkolenie w jednostce badawczo-rozwojowej w dziedzinie medycyny pracy w zakresie badań profilaktycznych pracowników narażonych na działanie promieniowania jonizującego*
***T** - przeszkolenie w Instytucie Medycyny Morskiej i Tropikalnej w zakresie badań profilaktycznych pracowników wykonujących prace w warunkach tropikalnych, morskich i podwodnych oraz pracowników powracających z pracy w warunkach tropikalnych*
***K** - przeszkolenie w Centrum Naukowym Medycyny Kolejowej w zakresie badań pracowników wykonujących prace na stanowiskach związanych z bezpieczeństwem ruchu drogowego*
***M** - możliwość przeprowadzania badań profilaktycznych ograniczona do określonych grup pracowników*

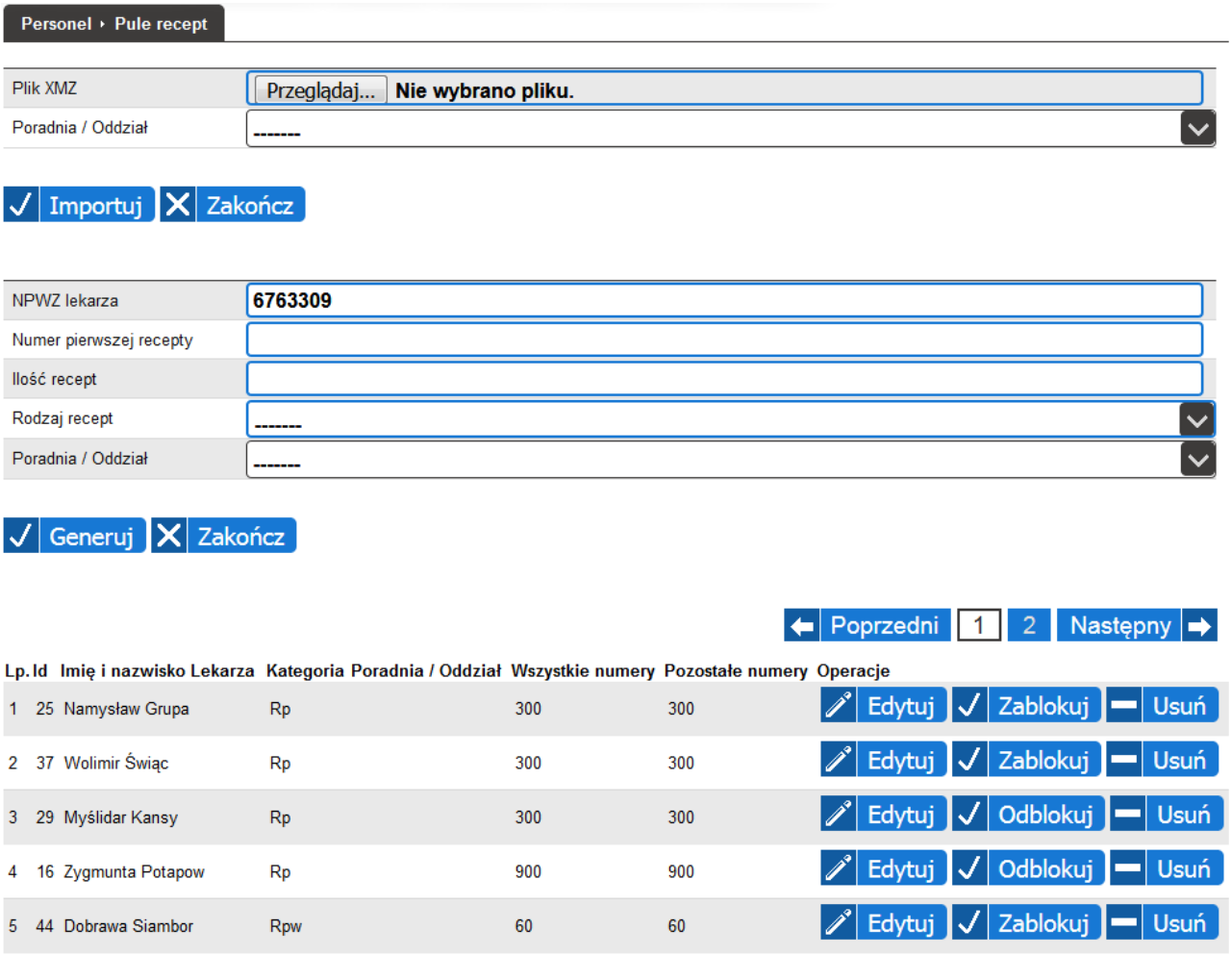


W ramach niniejszej funkcjonalności istnieje możliwość wysyłania wiadomości do personelu. Aby wysłać wiadomość email / SMS do personelu należy kliknąć przycisk „Wiadomości” pod formularzem. Otworzy się wówczas nowe okno z formularzem do wysyłania wiadomości. W formularzu dostępne są pola umożliwiające zredagowanie wiadomości email (jeśli personel posiada adres email) oraz wiadomości SMS (jeśli personel posiada numer telefonu komórkowego). Po wprowadzeniu treści wiadomości i kliknięciu przycisku „Wyślij” jest ona wysyłana do personelu. Pod formularzem wyświetla się zaś lista wszystkich wiadomości wysłanych do personelu z tego poziomu.

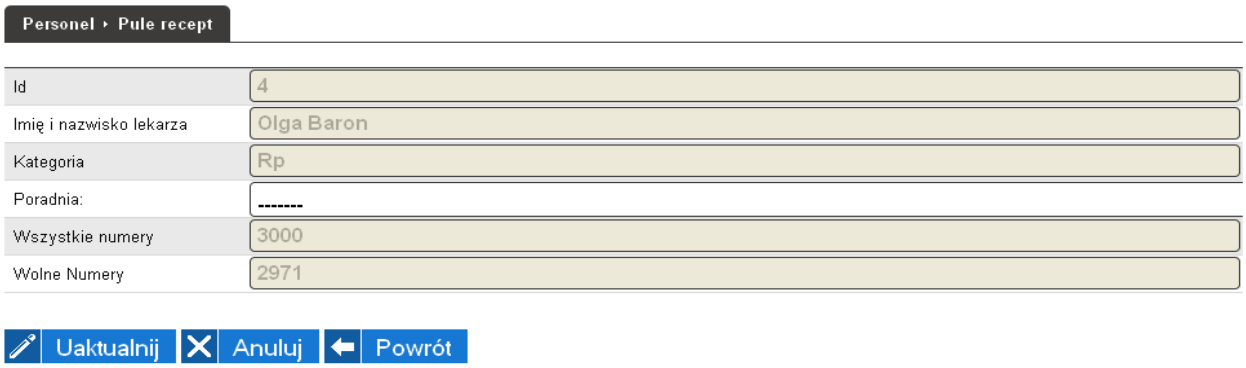


Pule recept

Funkcjonalność „Pule recept” w menu „Personel” pozwala na importowanie pul recept personelu w formie plików XMZ pobranych z systemu NFZ SZOI (zarówno plików starego typu jak i plików typu NR_REC) oraz na generowanie pul recept personelu na podstawie podanego zakresu numerów. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetlany jest formularz importowania puli recept, formularz generowania puli recept, a pod nimi lista zaimportowanych już pul recept. Jeżeli zalogowany użytkownik posiada uprawnienia administratora, wówczas lista zaimportowanych pul recept zawiera wszystkie pule recept wszystkich lekarzy, w przeciwnym wypadku zawiera wszystkie pule recept wyłącznie zalogowanego lekarza. Aby zaimportować pulę recept w formularzu importowania należy wskazać plik XMZ pobrany wcześniej z systemu NFZ SZOI i ewentualnie poradnię w której dana pula recept ma być dostępna a następnie zatwierdzić przyciskiem „Importuj”. System na podstawie informacji zawartych w pliku XMZ automatycznie powiąże daną pulę z właściwym lekarzem. Jeżeli w formularzu wskazano poradnię / oddział, lekarz będzie mógł wystawiać recepty z numerami z danej puli tylko w ramach wizyt realizowanych w tej poradni / oddziale, jeżeli zaś nie wskazano poradni / oddziału, wówczas pula recept będzie możliwa do wykorzystania we wszystkich poradniach / oddziałach, w których lekarz pracuje. Aby wygenerować pulę recept na podstawie podanego zakresu należy w formularzu generowania puli recept wprowadzić NPWZ lekarza, numer pierwszej recepty (numer początku zakresu numerów recept do wygenerowania), określić ilość recept do wygenerowania oraz ewentualnie wskazać poradnię / oddział w której lekarz będzie mógł korzystać z danej puli i zatwierdzić przyciskiem „Generuj”. System na podstawie wprowadzonych danych wygeneruje odpowiednią pulę i powiąże ją z właściwym lekarzem.



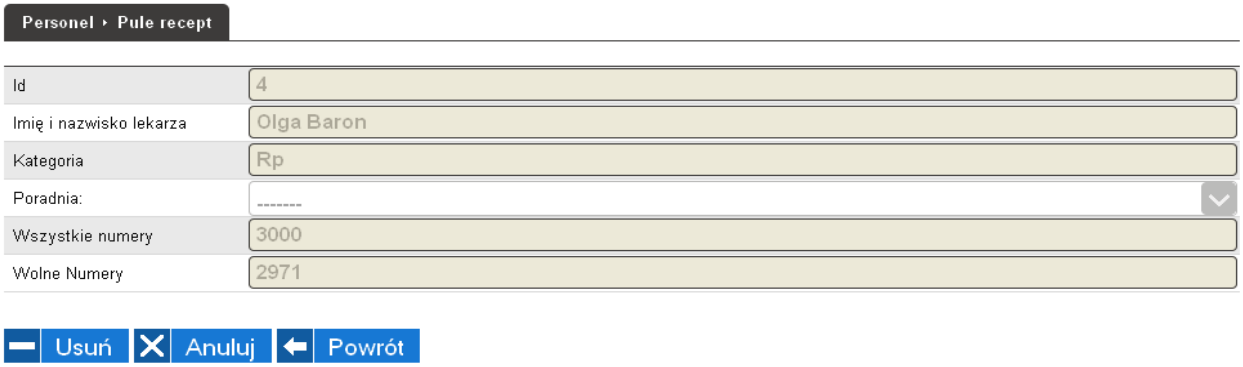
Zaimportowane pule recept można edytować, blokować/odblokowywać i usuwać. Do tego celu przeznaczone są są przyciski „Edytuj”, „Zablokuj”/”Odblokuj” i „Usuń” widoczne na liście zaimportowanych pul recept przy każdej puli. Po naciśnięciu przycisku „Edytuj” wyświetla się formularz danych puli, w którym można wskazać lub zmienić poradnię, w ramach której dana pula recept ma być dostępna. W szczególności można nie wskazywać żadnej poradni - wówczas pula recept będzie dostępna we wszystkich poradniach w których lekarz pracuje. Po wprowadzeniu zmian należy je zatwierdzić przyciskiem „Uaktualnij”.



Po zatwierdzeniu zmian system z powrotem wyświetla widok formularza importowania pul recept i

listy zaimportowanych pul recept.

Aby usunąć pulę recept należy skorzystać z przycisku „Usuń” widocznego przy danej puli na liście zaimportowanych pul recept. Po naciśnięciu tego przycisku wyświetla się formularz danych puli do wglądu (bez możliwości edycji), z przyciskiem „Usuń”, którego naciśnięcie usuwa pulę recept z systemu.



Po usunięciu puli system z powrotem wyświetla widok formularza importowania pul recept i listy zaimportowanych pul recept.

Aby zablokować pulę recept należy skorzystać z przycisku „Zablokuj” widocznego przy danej puli na liście zaimportowanych pul recept (o ile pula nie jest zablokowana). Po naciśnięciu tego przycisku pula zostaje zablokowana i staje się niedostępna dla lekarza do czasu jej odblokowania.

Aby odblokować pulę recept należy skorzystać z przycisku „Odblokuj” widocznego przy danej puli na liście zaimportowanych pul recept (o ile pula jest zablokowana). Po naciśnięciu tego przycisku pula jest odblokowywana i staje się dostępna dla lekarza.

Grafiki personelu

Funkcjonalność „Grafiki personelu” służy do planowania grafików pracy personelu w poszczególnych poradniach / oddziałach zakładu opieki zdrowotnej. Grafiki planowane są w każdej poradni / oddziale osobno. Wyróżniamy następujące rodzaje grafików:

- grafik wzorcowy - tygodniowy schematu pracy pracownika medycznego w poradni / oddziale
- wersja grafiku wzorcowego - zapis stanu (snapshot) grafiku wzorcowego z określonej chwili
- grafik bieżący - rzeczywisty grafik pracy pracownika medycznego

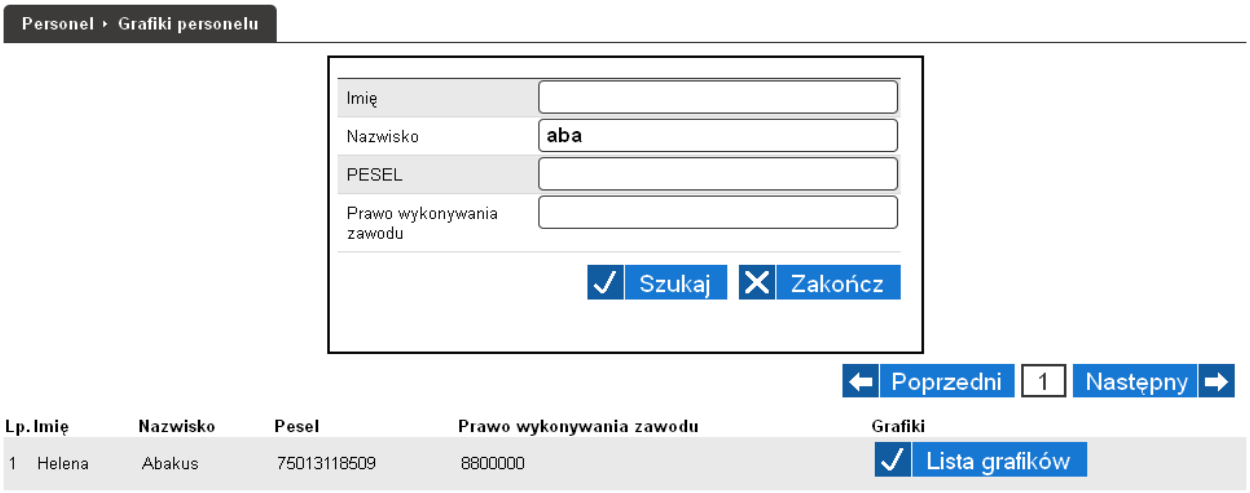
Grafiki wzorcowe reprezentują schematy pracy personelu medycznego (powtarzające się cyklicznie w kolejnych tygodniach terminy przyjęć). W grafikach wzorcowych nie ma określenia dat a tylko dni tygodnia. Stan grafiku wzorcowego w dowolnym momencie może być zapamiętany w postaci wersji grafiku wzorcowego. Terminy przyjęć z dowolnej wersji grafiku wzorcowego można kopiować do grafiku bieżącego powielając niejako to co zostało zaplanowane w danej wersji grafiku wzorcowego na kolejne tygodnie pracy personelu. W ten sposób powstaje rzeczywisty grafik pracy personelu w zadanym okresie. Wyjątki w pracy personelu (nieobecności, urlopy, zmiany godzin pracy w konkretnych dniach) wprowadzane są już na grafiku bieżącym.

Po wybraniu funkcjonalności „Grafiki personelu” z menu „Personel” wyświetla się wyszukiwarka personelu medycznego. Wyszukiwanie możliwe jest za pomocą dowolnej kombinacji następujących

kryteriów:

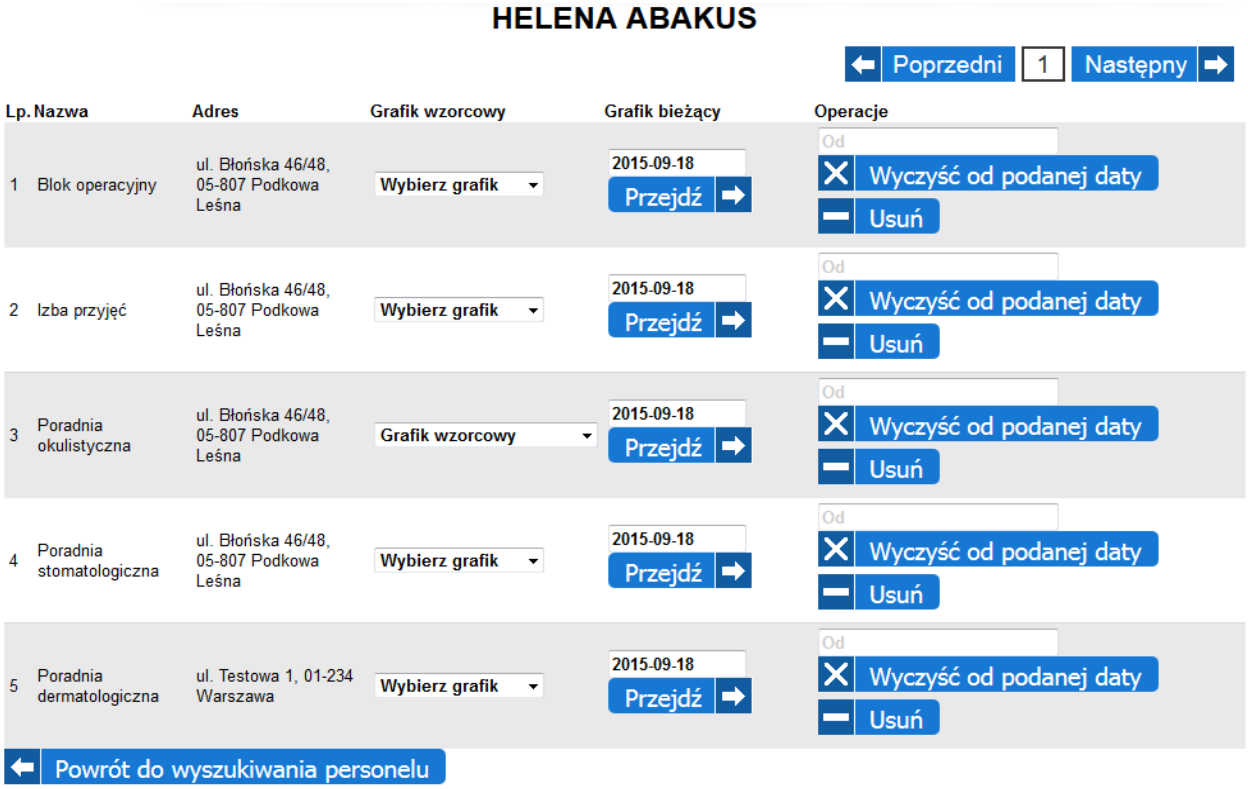
- imię - początek imienia pracownika medycznego (wielkość liter nie ma znaczenia)
- nazwisko - początek nazwiska pracownika medycznego (wielkość liter nie ma znaczenia)
- PESEL - PESEL pracownika medycznego
- numer prawa wykonywania zawodu - numer PWZ pracownika medycznego

Po wprowadzeniu kryteriów i naciśnięciu przycisku „Szukaj” wyświetlana jest lista pracowników spełniających kryteria wyszukiwania a przy każdym z nich przycisk „Lista grafików” umożliwiający wyświetlenie listy grafików danej osoby.



Po naciśnięciu przycisku „Lista grafików” przy wybranym personelu wyświetla się lista poradni / oddziałów w których dana osoba pracuje a przy każdej z nich:

- lista wyboru grafiku wzorcowego lub jednej z jego wersji umożliwiająca wyświetlenie takiego grafiku/wersji
- przycisk „Przejdź” umożliwiający wyświetlenie grafiku bieżącego
- przycisk „Wyczyść od podanej daty” umożliwiający usunięcie wszystkich zaplanowanych w grafiku terminów od dowolnie wskazanej daty w przyszłość (jeżeli na którykolwiek z usuwanych terminów była zaplanowana wizyta, wówczas taka wizyta otrzyma status „do odwołania”)
- przycisk „Usuń” umożliwiający usunięcie grafików (wzorcowego, wersji i bieżącego) w danej poradni / oddziale (jeżeli na jakikolwiek z usuwanych terminów była zaplanowana wizyta, wówczas taka wizyta otrzyma status „do odwołania”)



Po wybraniu z listy rozwijanej widocznej w kolumnie „Grafik wzorcowy” pozycji „Grafik wzorcowy” system wyświetla siatkę do planowania grafiku wzorcowego. Siatka ma siedem kolumn odpowiadających kolejnym dniom tygodnia (od poniedziałku do niedzieli). Wiersze odpowiadają możliwym godzinom przyjęć (siatka jest ograniczona do godzin pracy poradni / oddziału a każda godzina podzielona jest na 12 części po 5 minut).

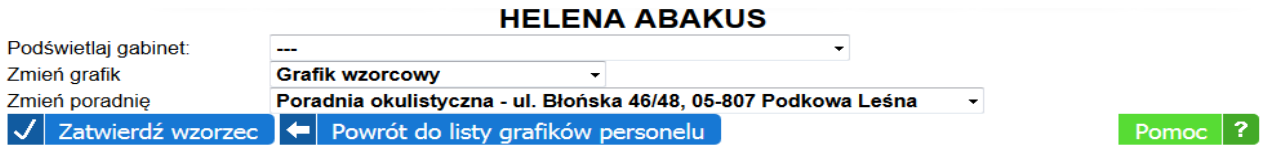


Nad siatką znajduje się formularz a w nim dostępne są następujące opcje:

- Podświetlaj gabinet - umożliwia wybranie gabinetu z listy gabinetów funkcjonujących w danej poradni po czym zaznacza na grafiku (kolorem jasnopomarańczowym) godziny w

których dany gabinet jest już zajęty - jest to wskazówką dla planującego grafik kiedy z danego gabinetu można skorzystać a kiedy nie

- Zmień grafik - umożliwia przełączanie się pomiędzy grafikiem wzorcowym a wersjami grafiku wzorcowego (o ile jakiekolwiek zostały utworzone)
- Zmień poradnię - umożliwia wyświetlenie wzorcowego grafiku pracy personelu w innej poradni (jeśli pracownik pracuje w kilku poradniach)
- Zatwierdź wzorzec - umożliwia zapisanie aktualnego stanu grafiku wzorcowego jako wersji grafiku wzorcowego
- Powrót do listy grafików personelu - umożliwia powrót do listy grafików danego pracownika
- Pomoc - umożliwia wyświetlenia okienka objaśniającego znaczenie poszczególnych kolorów na grafiku



Tworzenie grafiku wzorcowego odbywa się na zasadzie przeciągania kursora myszy (z wciśniętym lewym przyciskiem myszy) nad siatką grafiku. W momencie zwolnienia lewego przycisku myszy pojawia się okno z parametrami slotu (zestawu planowanych terminów wizyt, okresu dostępności personelu do przyjmowania pacjentów / prowadzenia operacji lub przerwy w pracy personelu):

- godzina rozpoczęcia - wypełniona wartością gdzie na siatce zaczyna się planowany slot, godzinę tę można zmienić
- godzina zakończenia - wypełniona wartością gdzie na siatce kończy się planowany slot, godzinę tę można zmienić
- typ - określa czy jest to czas przewidziany na wizytę, czy jest to czas dostępności personelu (do przyjmowania pacjentów / prowadzenia operacji / realizowania zabiegów rehabilitacyjnych), czy też jest to przerwa w pracy personelu (domyślnie wybrana jest wizyta)
- dostępność dla rehabilitacji – jeśli jako typ slotu wybrano dostępność wówczas pojawia się pole „dostępność dla rehabilitacji" umożliwiające określenie jakich warunków realizacji zabiegów rehabilitacyjnych dana dostępność dotyczy (o ile dostępność ma dotyczyć realizacji zabiegów rehabilitacyjnych); tylko dostępności dla których wypełniono pole „dostępność dla rehabilitacji" będą widoczne przy planowaniu zabiegów rehabilitacyjnych
- typ wizyty - określa typ wizyty możliwy do wybrania spośród typów zdefiniowanych dla danej poradni (jeżeli poradnia ma określony domyślny typ wizyty wówczas jest on od razu wybrany)
- rodzaj wizyty (NFZ-owa, komercyjna) - określa jak będzie wyglądał proces zapisu na wizytę; opcje wyboru dostępne w zależności od rodzaju wizyty przypisanego do danej poradni:
  - jeżeli poradnia ma przypisany rodzaj wizyty NFZ-owa lub komercyjna wówczas dostępny jest tylko ten rodzaj wizyty

- jeżeli poradnia ma przypisany rodzaj wizyty mieszana wówczas dostępne są obydwa rodzaje NFZ-owa i komercyjna

〉 gabinet - gabinet w którym ma się odbyć wizyta (jeżeli jest tylko jeden gabinet w poradni a domyślny typ wizyty wymaga określenia gabinetu wówczas ten gabinet jest domyślnie wybrany)

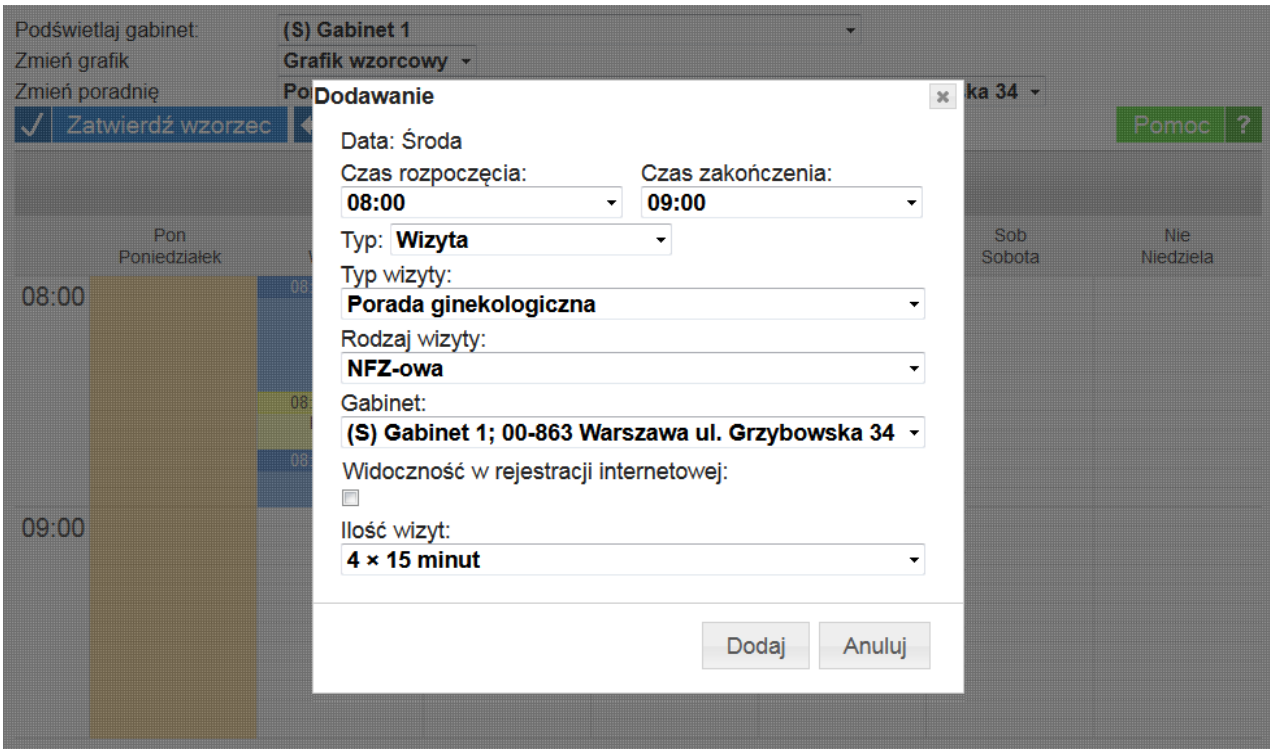
〉 widoczność w rejestracji internetowej - określa czy dany termin / zestaw terminów ma być widoczny w portalu internetowym dla pacjentów (pacjenci będą mogli sami przez internet umawiać się na wizyty w takich terminach)

〉 widoczność w serwisie ZnanyLekarz – określa czy dany termin / zestaw terminów ma być widoczny w serwisie ZnanyLekarz (pacjenci będą mogli sami za pośrednictwem serwisu ZnanyLekarz umawiać się na wizyty w takich terminach)

〉 ilość wizyt - określa ile wizyt zostanie zaplanowanych w danym przedziale czasu (jeżeli dany przedział czasu da się podzielić na części po tyle minut ile wynosi domyślny czas trwania wizyty w danej poradni, wówczas taka ilość wizyt zostanie domyślnie wybrana)

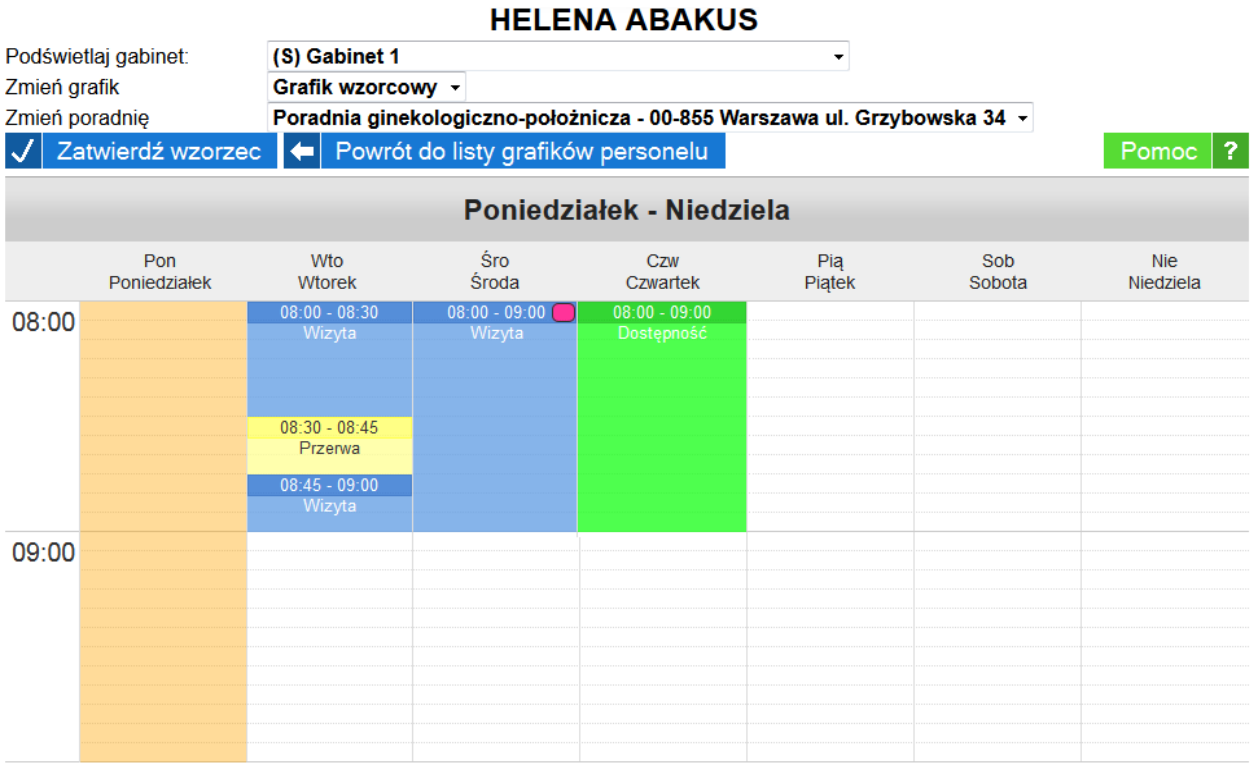
UWAGA!

Sloty z zaznaczonym polem „widoczność w rejestracji internetowej” będą widoczne w portalu dla pacjentów wyłącznie w sytuacji gdy wskazany przy slocie typ wizyty będzie miał w słowniku typów wizyt wskazane przeznaczenie „wizyta” i nie będzie oznaczony jako „sesja grupowa”. Ponadto jeżeli przy slocie wskazano, że jest on przeznaczony na wizyty komercyjne wówczas należy zadbać o to aby w danej poradni istniał domyślny aktualnie obowiązujący cennik. W portalu wyświetlane są tylko sloty z terminami począwszy od dnia jutrzejszego (terminy przeszłe i z dnia dzisiejszego nie są wyświetlane).



Po uzupełnieniu / zweryfikowaniu parametrów slotu należy je zatwierdzić przyciskiem „Dodaj”. Wówczas okno z parametrami znika a na siatce pojawia się zaplanowany slot. Jeżeli dla typu

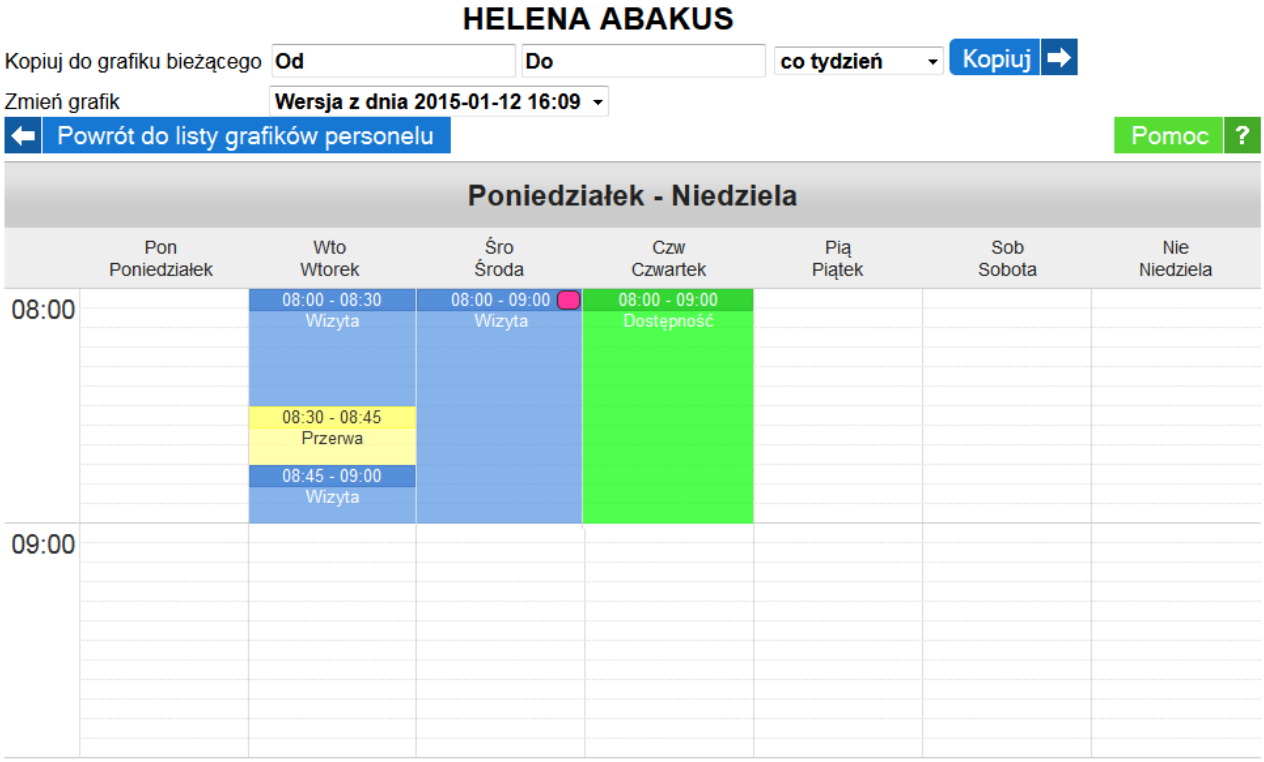
wizyty wybranego przy dodawaniu slotu został zdefiniowany kolor wyróżnienia, wówczas w prawym górnym rogu slotu pojawia się plamka w tym kolorze.



Zaplanowane w grafiku sloty można modyfikować, wydłużać, skracać, przenosić, kopiować i usuwać. Aby zmodyfikować lub usunąć slot należy kliknąć na nim myszą - pojawi się wówczas okienko z parametrami slotu - wówczas można zmodyfikować parametry i zapisać je przyciskiem „Zapisz” lub usunąć slot przyciskiem „Usuń”. Jeżeli umieścimy kursor myszy na dolnej krawędzi slotu wówczas przytrzymując wciśnięty lewy przycisk myszy można zmienić długość slotu (wydłużyć go lub skrócić) - zmiana zostanie zatwierdzona po zwolnieniu lewego przycisku myszy (slot można wydłużyć lub skrócić jedynie o wielokrotność czasu trwania wizyty określonego w parametrach slotu). Jeżeli umieścimy kursor myszy na nagłówku slotu wówczas przytrzymując wciśnięty lewy przycisk myszy można przesunąć slot w inne miejsce siatki (na inną godzinę, na inny dzień) - zmiana zostanie zatwierdzona po zwolnieniu lewego przycisku myszy. Jeżeli zaś umieścimy kursor myszy na nagłówku slotu i przytrzymamy na klawiaturze wciśnięty przycisk Shift wówczas przytrzymując równocześnie wciśnięty lewy przycisk myszy można skopiować slot w inne miejsce siatki (na inną godzinę, na inny dzień) - zmiana zostanie zatwierdzona po zwolnieniu lewego przycisku myszy.

Aby na postawie grafiku wzorcowego utworzyć grafik bieżący należy zatwierdzić grafik wzorcowy przyciskiem widocznym w formularzu nad grafikiem (zostanie wówczas utworzona wersja grafiku wzorcowego opatrzona datą i godziną utworzenia), a następnie z listy „Zmień grafik” w tym samym formularzu wybrać utworzoną wersję. Zostanie wówczas wyświetlona wybrana wersja grafiku wzorcowego a nad nią formularz umożliwiający skopiowanie danych z tej wersji do grafiku bieżącego. Sloty w wersjach grafiku wzorcowego nie mogą być modyfikowane ani usuwane - można jedynie uzyskać podgląd parametrów slotu klikając na takim slocie lewym przyciskiem myszy. Formularz nad wersją grafiku wzorcowego pozwala skopiować (powielić) sloty zaplanowane w tej wersji do grafiku bieżącego na wskazany okres (pełnymi tygodniami), z

możliwością kopiowania co tydzień, co dwa tygodnie, co trzy tygodnie, itd. Kopiowanie co określoną ilość tygodni może być użyteczne jeśli pracownik ma różne schematy czasu pracy używane naprzemiennie w kolejnych tygodniach - należy wówczas stworzyć różne wersje grafiku wzorcowego i każdą skopiować na inne tygodnie.



Aby skopiować dane z wersji grafiku wzorcowego do grafiku bieżącego należy w formularzu na górze strony wskazać zakres tygodni (i ewentualnie zaznaczyć co ile tygodni ma się odbywać kopiowanie) a następnie nacisnąć przycisk „Kopiuj". System poprosi jeszcze o potwierdzenie - prośba o potwierdzenie zostanie wyświetlona nad formularzem kopiowania (należy zatwierdzić kopiowanie korzystając z przycisku „Tak" lub zrezygnować z kopiowania korzystając przycisku „Nie"). Po zakończeniu kopiowania system poinformuje o tym stosownym komunikatem. Ponadto jeżeli w trakcie kopiowania pojawiły się jakieś konflikty pomiędzy poszczególnymi grafikami bieżącymi danego personelu / aparatury z różnych poradni, wówczas system wyświetli także informację o zaistniałych konfliktach – takie konflikty należy usunąć ręcznie w grafikach bieżących.

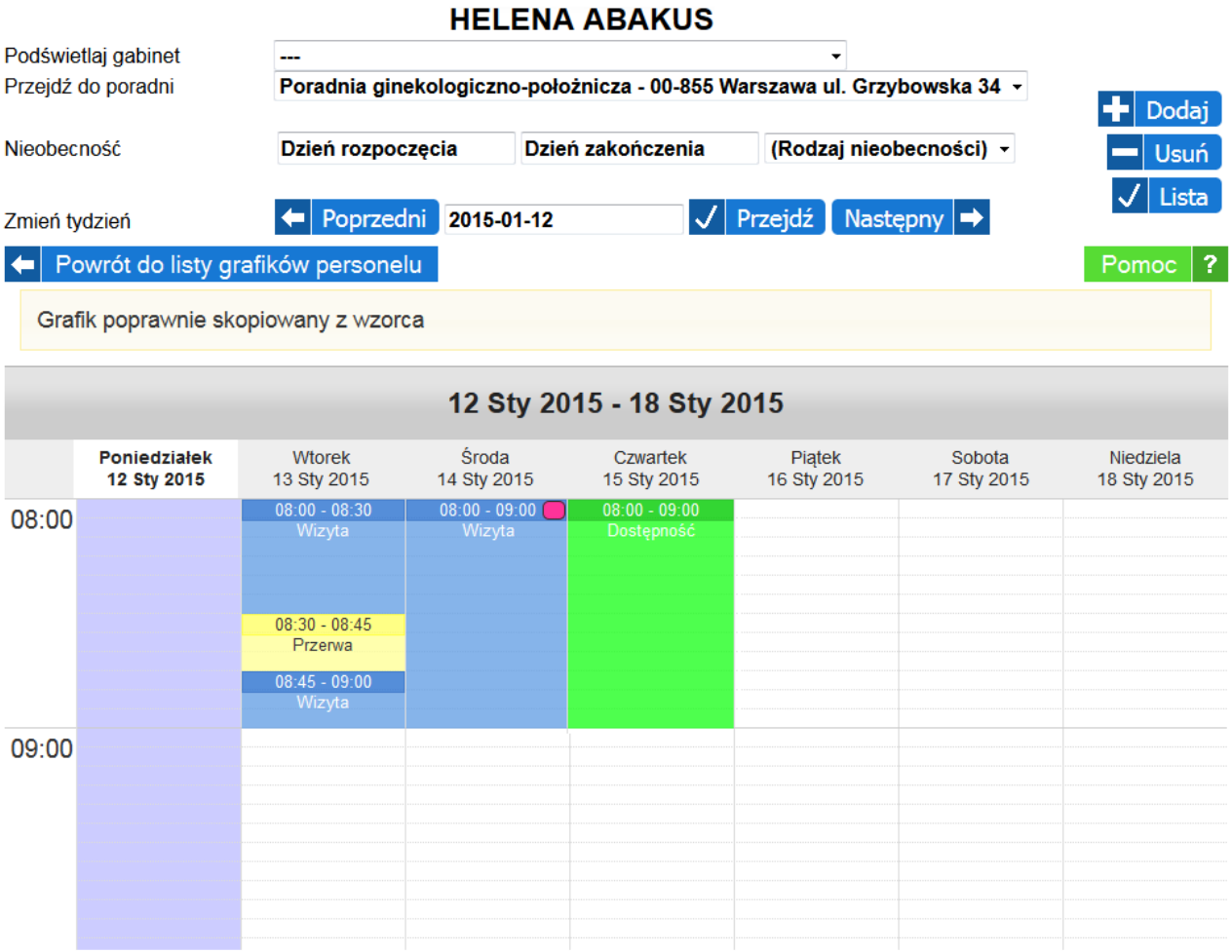
Konsekwencje kopiowania są następujące:

- we wszystkich tygodniach w grafiku bieżącym gdzie nie było wykonywanych żadnych ręcznych zmian (dodawania/modyfikacji/usuwania pojedynczych slotów w konkretnych dniach, dodawania nieobecności) w okresie na który następowało kopiowanie wszystkie wcześniej istniejące terminy są usuwane a tworzone są nowe takie jak w wersji grafiku wzorcowego
  - jeżeli w wyniku kopiowania z grafiku bieżącego jest usuwany jakiś termin a w jego miejsce pojawia się nowy nie ma to wpływu na umówione wizyty
  - jeżeli w wyniku kopiowania z grafiku bieżącego jest usuwany jakiś termin a w jego

miejsce nie pojawia się nowy, wówczas wizyty zaplanowane w tym terminie są oznaczane „do odwołania” - zadaniem pracowników rejestracji jest powiadomić pacjentów i odwołać tak oznaczone wizyty

- we wszystkich tygodniach w grafiku bieżącym gdzie były wykonywane ręczne zmiany (dodawanie/modyfikacja/usuwanie pojedynczych slotów w konkretnych dniach, dodawanie nieobecności) przy kopiowaniu nie są wprowadzane żadne zmiany - takie tygodnie są przy kopiowaniu pomijane z tego względu, że wykonane ręcznie zmiany na grafiku bieżącym (zwykle są to sytuacje wyjątkowe) mają wyższy priorytet niż powtarzalny schemat

Widok grafiku bieżącego jest zbliżony do widoku grafiku wzorcowego z tą różnicą, że mamy tu do czynienia już z konkretnymi datami a nad siatką grafiku wyświetla się informacja na temat danego tygodnia - czy został on skopiowany z wersji grafiku wzorcowego czy też był tworzony / modyfikowany ręcznie. Inny jest także formularz nad grafikiem.



W formularzu nad grafikiem dostępne są następujące opcje:

- Podświetlaj gabinet - umożliwia wybranie gabinetu z listy gabinetów funkcjonujących w danej poradni po czym zaznacza na grafiku (kolorem jasnopomarańczowym) godziny k których dany gabinet jest już zajęty - jest to wskazówką dla planującego grafik kiedy z danego gabinetu można skorzystać a kiedy nie
- Przejdź do poradni - umożliwia wyświetlenie bieżącego grafiku pracy personelu w innej

poradni (jeśli pracownik pracuje w kilku poradniach)

- Nieobecność (z przyciskami „Dodaj”, „Usuń”, „Lista”) - umożliwia dodawanie, usuwanie i podgląd nieobecności personelu (w przeciwieństwie do przerw nieobecności dotyczą całych dni)
- Zmień tydzień - umożliwia poruszanie się pomiędzy różnymi tygodniami grafiku bieżącego (aby przejść do innego tygodnia należy kliknąć w polu daty, wskazać w kalendarzu dowolny dzień z tygodnia do którego chcemy przejść i nacisnąć przycisk „Przejdź”; aby przejść do poprzedniego tygodnia względem aktualnie wyświetlanego należy nacisnąć przycisk „Poprzedni”; aby przejść do następnego tygodnia względem aktualnie wyświetlanego należy nacisnąć przycisk „Następny”)
- Powrót do listy grafików personelu - umożliwia powrót do listy grafików danego pracownika
- Pomoc - umożliwia wyświetlenia okienka objaśniającego znaczenie poszczególnych kolorów na grafiku

Aby dodać nieobecność należy wskazać dzień rozpoczęcia nieobecności, dzień zakończenia nieobecności (w jednym i drugim przypadku klikając w polu i wybierając datę z kalendarza), rodzaj nieobecności (z listy rozwijanej) i potwierdzić przyciskiem „Dodaj”. Nieobecność pojawi się na grafiku jako jasnożółte podświetlenie kolumn odpowiadających dniom nieobecności. Aby usunąć nieobecność należy wskazać dzień rozpoczęcia nieobecności, dzień zakończenia nieobecności (w jednym i drugim przypadku klikając w polu i wybierając datę z kalendarza) i potwierdzić przyciskiem „Usuń”. Usuwać można także część nieobecności w przypadku nieobecności kilkudniowej wskazując w formularzu krótszy okres. Aby zobaczyć listę zaplanowanych nieobecności lekarza należy kliknąć przycisk „Lista” - otworzy się wówczas w nowym oknie lista zaplanowanych nieobecności lekarza w danej poradni.



Zasady dodawania, edycji, usuwania, wydłużania, skracania, przesuwania i kopiowania slotów w grafiku bieżącym są identyczne jak w grafiku wzorcowym.

Sloty w grafikach mogą mieć następujące kolory:

- niebieski – sloty w tym kolorze oznaczają prawidłowo zaplanowane terminy przyjęć
- czerwony – sloty w tym kolorze oznaczają zaplanowane terminy przyjęć ale gabinet w którym zaplanowano przyjęcie jest w tym samym czasie już zajmowany przez inny personel
- zielony – sloty w tym kolorze oznaczają zaplanowane okresy dostępności
- żółty – sloty w tym kolorze oznaczają zaplanowane przerwy w pracy personelu
- różowy – sloty w tym kolorze oznaczają pracę personelu w innych poradniach oraz czas niezbędny na przemieszczenie się personelu pomiędzy placówkami, sloty takie są wyświetlane tylko informacyjnie (wynikają z innych zaplanowanych grafików pracy

personelu więc nie mogą być dodawane, edytowane ani usuwane), po kliknięciu na takim slocie pojawia się okienko z informacją o miejscu pracy personelu w tym czasie lub z informacją że jest to czas potrzebny przemieszczenie się personelu pomiędzy placówkami, jeżeli poradnia której odpowiada różowy slot znajduje się w innej placówce wówczas przed różowym slotem odpowiadającym czasowi pracy w innej placówce pojawia się dodatkowy różowy slot o czasie trwania takim jak czas potrzebny na przemieszczenie się personelu z do tej placówki (z placówki dla której grafik jest wyświetlany) i po różowym slocie odpowiadającym czasowi pracy w innej placówce pojawia się dodatkowy różowy slot o czasie trwania takim jak czas potrzebny na przemieszczenie się personelu z tej placówki (do placówki dla której grafik jest wyświetlany), czasy te są definiowane zgodnie z opisem w rozdziale „Dystans placówek”

Tło kolumn w grafiku może mieć następujące kolory:

- fioletowy – tło w tym kolorze oznacza dzień bieżący (dzisiejszy)
- brzoskwiniowy – tło w tym kolorze oznacza dzień wolny
- jasnożółty – tło w tym kolorze oznacza nieobecność personelu
- jasnopomarańczowy – tło w tym kolorze oznacza zajętość gabinetu wybranego w formularzu nad grafikiem
- szary – tło w tym kolorze jest stosowane w poradniach POZ i oznacza że w tym czasie w danej poradni nie ma zaplanowanych żadnych slotów wśród personelu pracującego w tej poradni i aparatury działającej w danej poradni
- ciemnozielony – tło w tym kolorze jest stosowane w poradniach POZ i oznacza że w tym czasie w danej poradni jest zaplanowany przynajmniej jeden slot wśród personelu pracującego w tej poradni i aparatury działającej w danej poradni

Grafiki aparatury

Funkcjonalność „Grafiki aparatury” służy do planowania grafików pracy aparatury w poszczególnych poradniach / oddziałach zakładu opieki zdrowotnej. Grafiki aparatury planowane są w sytuacji gdy nie jest istotne kto będzie dane urządzenie (np. aparat rentgenowski) obsługiwał, ale kiedy będzie można wykonać zabieg na tym urządzeniu. Grafiki planowane są w każdej poradni / oddziale osobno. Wyróżniamy następujące rodzaje grafików:

〉 grafik wzorcowy - tygodniowy schematu pracy aparatury medycznej w poradni / oddziale

〉 wersja grafiku wzorcowego - zapis stanu (snapshot) grafiku wzorcowego z określonej chwili

〉 grafik bieżący - rzeczywisty grafik pracy aparatury medycznej

Grafiki wzorcowe służą do planowania powtarzających się (cyklicznie w kolejnych tygodniach) terminów pracy aparatury medycznej. Stan grafiku wzorcowego w dowolnym momencie może być zapamiętany w postaci wersji grafiku wzorcowego. Terminy pracy z dowolnej wersji grafiku wzorcowego można skopiować do grafiku bieżącego powielając niejako to co zostało zaplanowane w danej wersji grafiku wzorcowego na kolejne tygodnie pracy aparatury. W ten sposób powstaje rzeczywisty grafik pracy aparatury w zadanym okresie. Wyjątki w pracy aparatury (niedostępności z powodu konserwacji czy naprawy, zmiany godzin pracy w konkretnych dniach) wprowadzane są już na grafiku bieżącym.

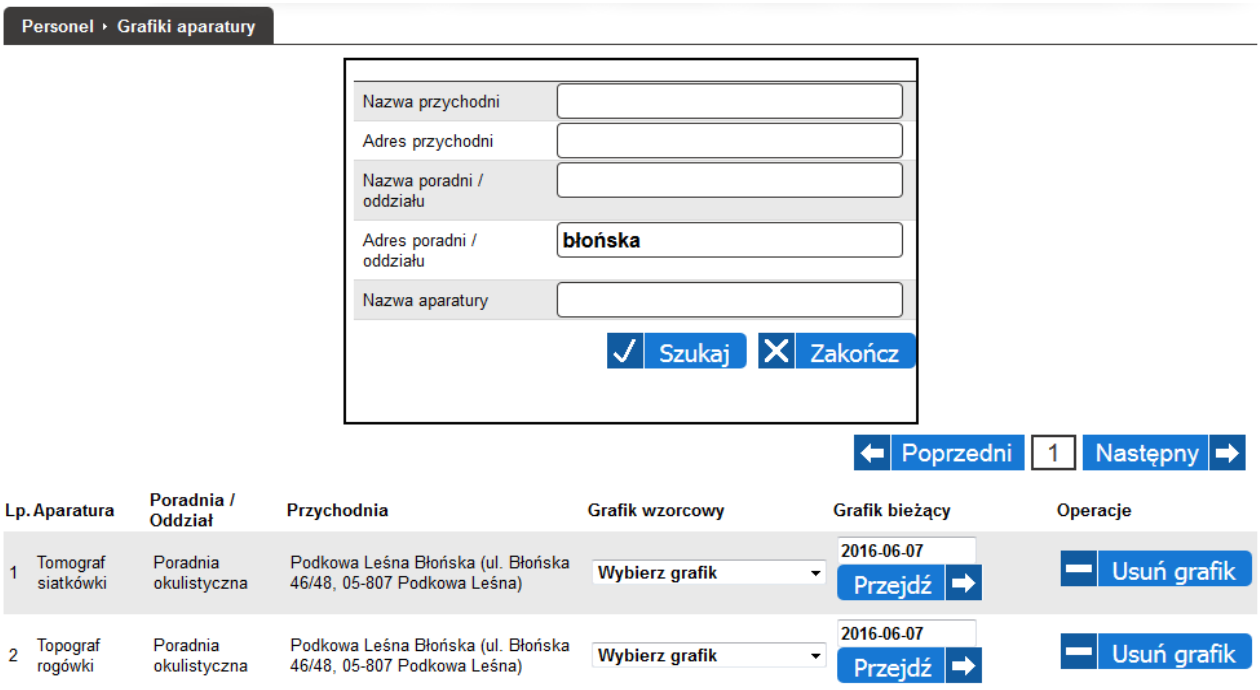
Po wybraniu funkcjonalności „Grafiki aparatury” z menu „Personel” wyświetla się wyszukiwarka aparatury medycznej. Wyszukiwanie możliwe jest za pomocą dowolnej kombinacji następujących

kryteriów:

- nazwa przychodni - fragment nazwy przychodni (wielkość liter nie ma znaczenia)
- adres przychodni - fragment adresu przychodni (wielkość liter nie ma znaczenia)
- nazwa poradni / oddziału - fragment nazwy poradni / oddziału (wielkość liter nie ma znaczenia)
- adres poradni / oddziału - fragment adresu poradni / oddziału (wielkość liter nie ma znaczenia)
- nazwa aparatury - fragment nazwy aparatury (wielkość liter nie ma znaczenia)

Po wprowadzeniu kryteriów i naciśnięciu przycisku „Szukaj" wyświetlana jest lista aparatur spełniających kryteria wyszukiwania a przy każdej z nich:

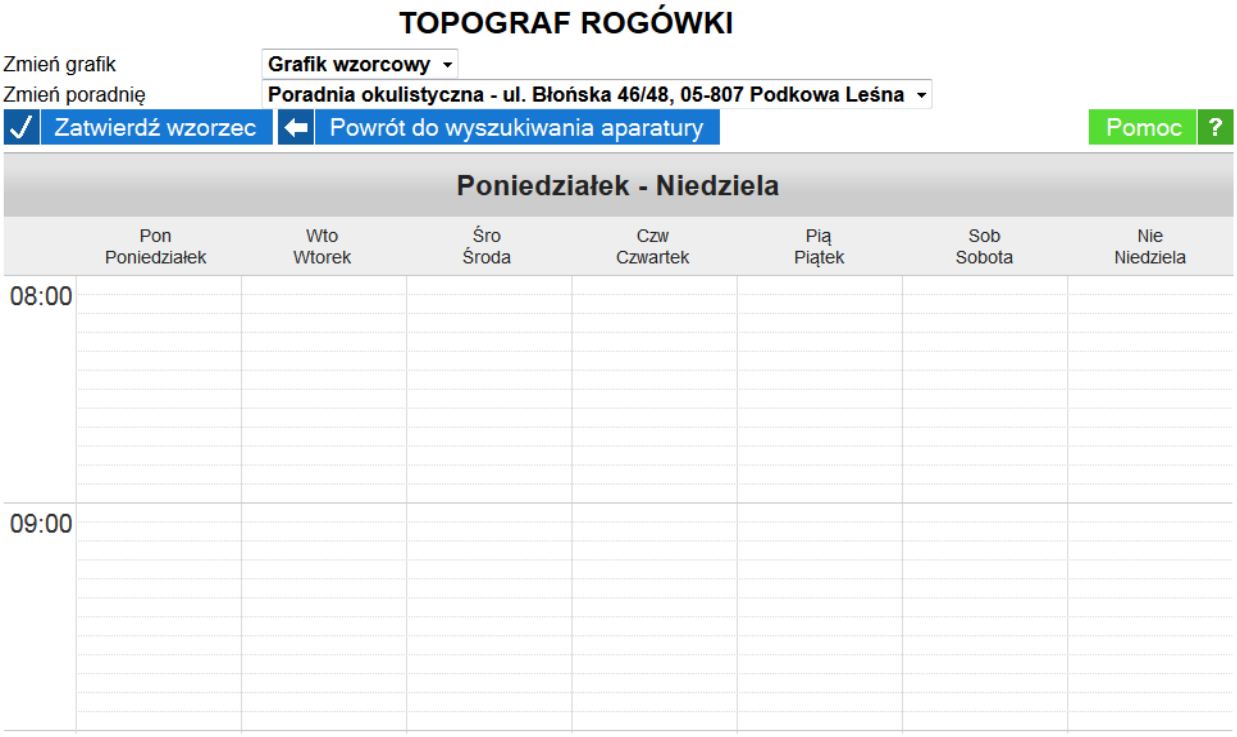
- lista wyboru grafiku wzorcowego lub jednej z jego wersji umożliwiająca wyświetlenie takiego grafiku/wersji (o ile dla danej aparatury w danej poradni / oddziale został już utworzony grafik)
- przycisk „Przejdź" umożliwiający wyświetlenie grafiku bieżącego (o ile dla danej aparatury w danej poradni / oddziale został już utworzony grafik)
- przycisk „Utwórz grafik" umożliwiający utworzenie grafiku pracy aparatury w danej poradni / oddziale (o ile dla danej aparatury w danej poradni / oddziale nie został jeszcze utworzony grafik)
- przycisk „Usuń grafik" umożliwiający usunięcie grafiku pracy aparatury w danej poradni / oddziale (jeżeli na jakikolwiek z usuwanych terminów była zaplanowana wizyta, wówczas taka wizyta otrzyma status „do odwołania") (o ile dla danej aparatury w danej poradni / oddziale został już utworzony grafik)



Jeżeli dla danej aparatury nie istnieje jeszcze grafik pracy w danej poradni / oddziale wówczas

wystarczy kliknąć przycisk „Utwórz grafik” przy tej aparaturze aby taki grafik został utworzony. Analogicznie można usunąć już utworzony grafik klikając na przycisk „Usuń grafik” przy danej aparaturze.

Po wybraniu z listy rozwijanej widocznej w kolumnie „Grafik wzorcowy” pozycji o tej samej nazwie system wyświetla siatkę do planowania grafiku wzorcowego. Siatka ma siedem kolumn odpowiadających kolejnym dniom tygodnia (od poniedziałku do niedzieli). Wiersze odpowiadają możliwym godzinom pracy (siatka jest ograniczona do godzin pracy poradni / oddziału a każda godzina podzielona jest na 12 części po 5 minut).

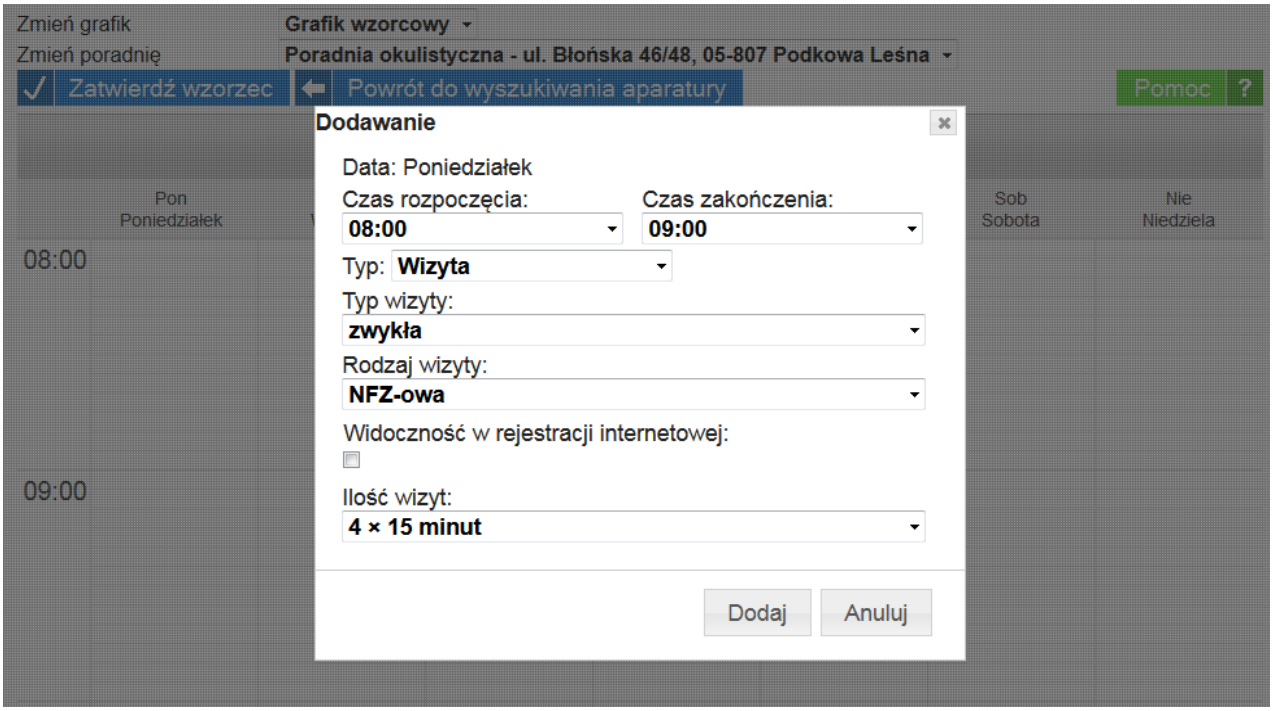


Nad siatką znajduje się formularz a w nim dostępne są następujące opcje:

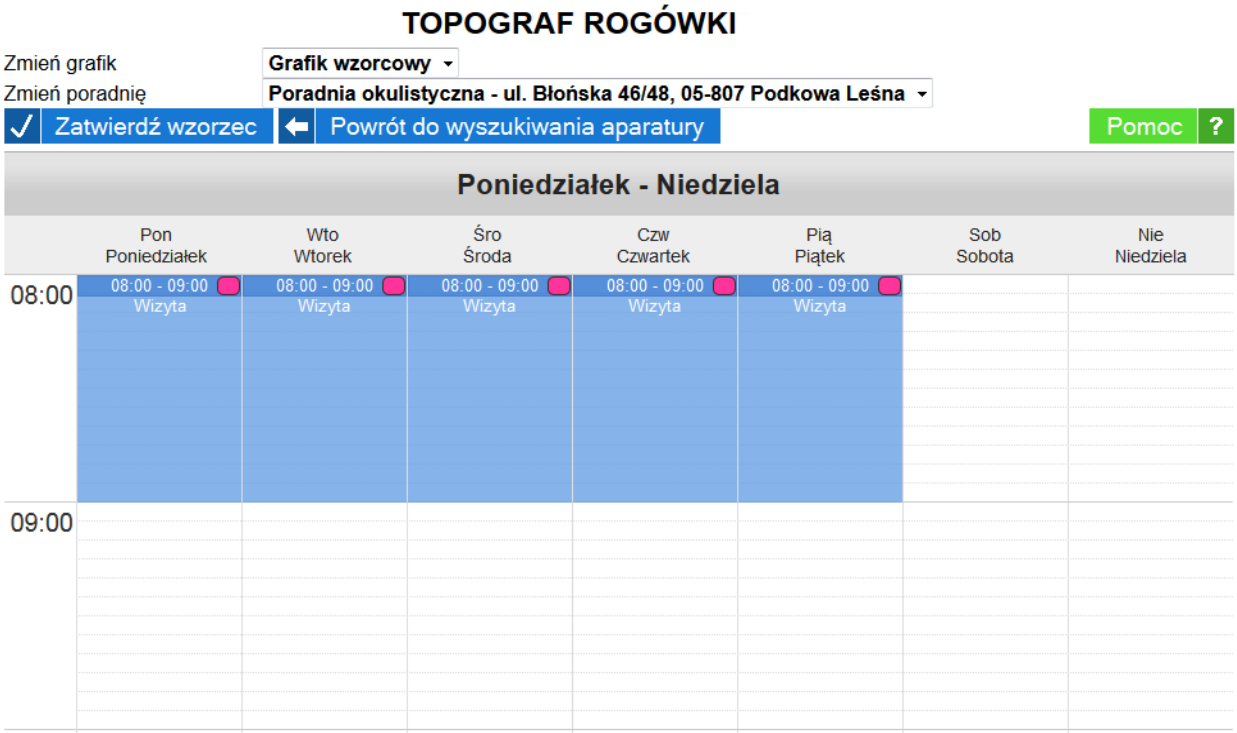
- Zmień grafik - umożliwia przełączanie się pomiędzy grafikiem wzorcowym a wersjami grafiku wzorcowego (o ile jakiekolwiek zostały utworzone)
- Zmień poradnię - umożliwia wyświetlenie wzorcowego grafiku pracy aparatury w innej poradni (jeśli aparatura funkcjonuje w kilku poradniach)
- Zatwierdź wzorzec - umożliwia zapisanie aktualnego stanu grafiku wzorcowego jako wersji grafiku wzorcowego
- Powrót do wyszukiwania aparatury - umożliwia powrót do wyszukiwarki aparatury
- Pomoc - umożliwia wyświetlenia okienka objaśniającego znaczenie poszczególnych kolorów na grafiku

Tworzenie grafiku wzorcowego odbywa się na zasadzie przeciągania kursora myszy (z wciśniętym lewym przyciskiem myszy) nad siatką grafiku. W momencie zwolnienia lewego przycisku myszy pojawia się okno z parametrami slotu (zestawu planowanych terminów wizyt, okresu dostępności aparatury do obsługiwania pacjentów / przeprowadzania operacji lub przerwy w działaniu aparatury):

- godzina rozpoczęcia - wypełniona wartością gdzie na siatce zaczyna się planowany slot, godzinę tę można zmienić
- godzina zakończenia - wypełniona wartością gdzie na siatce kończy się planowany slot, godzinę tę można zmienić
- typ - określa czy jest to czas przewidziany na wizytę, czy jest to czas dostępności aparatury (do obsługiwania pacjentów / przeprowadzania operacji przy jej użyciu / realizowania zabiegów rehabilitacyjnych przy jej użyciu), czy też jest to przerwa w działaniu aparatury (domyślnie wybrana jest wizyta)
- dostępność dla rehabilitacji – jeśli jako typ slotu wybrano dostępność wówczas pojawia się pole „dostępność dla rehabilitacji" umożliwiające określenie jakich warunków realizacji zabiegów rehabilitacyjnych dana dostępność dotyczy (o ile dostępność ma dotyczyć realizacji zabiegów rehabilitacyjnych); tylko dostępności dla których wypełniono pole „dostępność dla rehabilitacji" będą widoczne przy planowaniu zabiegów rehabilitacyjnych
- typ wizyty - określa typ wizyty możliwy do wybrania spośród typów zdefiniowanych dla danej poradni (jeżeli poradnia ma określony domyślny typ wizyty wówczas jest on od razu wybrany)
- rodzaj wizyty (NFZ-owa, komercyjna) - określa jak będzie wyglądał proces zapisu na wizytę; opcje wyboru dostępne w zależności od rodzaju wizyty przypisanego do danej poradni:
  - jeżeli poradnia ma przypisany rodzaj wizyty NFZ-owa lub komercyjna wówczas dostępny jest tylko ten rodzaj wizyty
  - jeżeli poradnia ma przypisany rodzaj wizyty mieszana wówczas dostępne są obydwa rodzaje NFZ-owa i komercyjna
- widoczność w rejestracji internetowej - określa czy dany termin / zestaw terminów ma być widoczny w portalu internetowym dla pacjentów (pacjenci będą mogli sami przez internet umawiać się na wizyty w takich terminach)
- ilość wizyt - określa ile wizyt zostanie zaplanowanych w danym przedziale czasu (jeżeli dany przedział czasu da się podzielić na części po tyle minut ile wynosi domyślny czas trwania wizyty w danej poradni, wówczas taka ilość wizyt zostanie domyślnie wybrana)



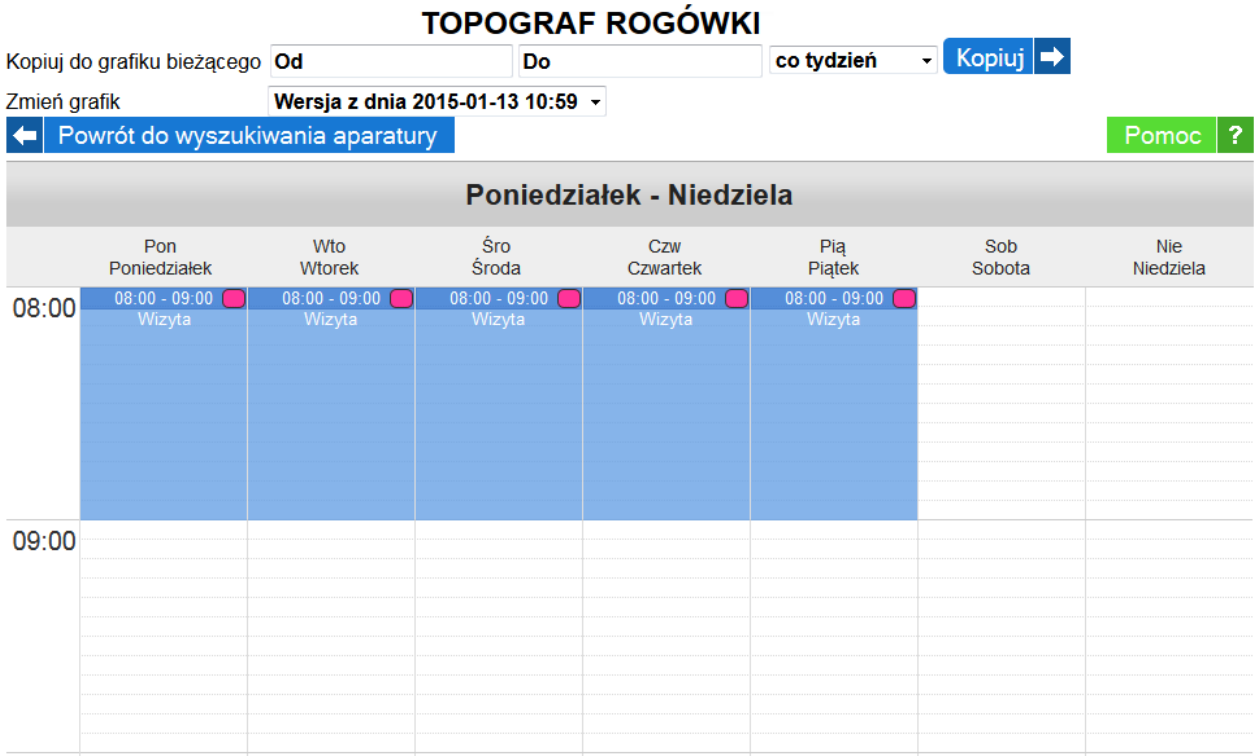
Po uzupełnieniu / weryfikacji parametrów slotu należy je zatwierdzić przyciskiem „Dodaj". Wówczas okno z parametrami znika a na siatce pojawia się zaplanowany slot. Jeżeli dla typu wizyty wybranego przy dodawaniu slotu został zdefiniowany kolor wyróżnienia, wówczas w prawym górnym rogu slotu pojawia się plamka w tym kolorze.



Zaplanowane w grafiku sloty można modyfikować, wydłużać, skracać, przenosić, kopiować i usuwać. Aby zmodyfikować lub usunąć slot należy kliknąć na nim myszą - pojawi się wówczas

okienko z parametrami slotu - wówczas można zmodyfikować parametry i zapisać je przyciskiem „Zapisz” lub usunąć slot przyciskiem „Usuń”. Jeżeli umieścimy kursor myszy na dolnej krawędzi slotu wówczas przytrzymując wciśnięty lewy przycisk myszy można zmienić długość slotu (wydłużyć go lub skrócić) - zmiana zostanie zatwierdzona po zwolnieniu lewego przycisku myszy (slot można wydłużyć lub skrócić jedynie o wielokrotność czasu trwania wizyty określonego w parametrach slotu). Jeżeli umieścimy kursor myszy na nagłówku slotu wówczas przytrzymując wciśnięty lewy przycisk myszy można przesunąć slot w inne miejsce siatki (inna godzina, inny dzień) - zmiana zostanie zatwierdzona po zwolnieniu lewego przycisku myszy. Jeżeli zaś umieścimy kursor myszy na nagłówku slotu i przytrzymamy na klawiaturze wciśnięty przycisk Shift wówczas przytrzymując równocześnie wciśnięty lewy przycisk myszy można skopiować slot w inne miejsce siatki (na inną godzinę, na inny dzień) - zmiana zostanie zatwierdzona po zwolnieniu lewego przycisku myszy.

Aby na postawie grafiku wzorcowego utworzyć grafik bieżący należy zatwierdzić grafik wzorcowy przyciskiem widocznym w formularzu nad grafikiem (zostanie wówczas utworzona wersja grafiku wzorcowego opatrzona datą i godziną utworzenia), a następnie z listy „Zmień grafik” w tym samym formularzu wybrać utworzoną wersję. Zostanie wówczas wyświetlona wybrana wersja grafiku wzorcowego a nad nią formularz umożliwiający skopiowanie danych z tej wersji do grafiku bieżącego. Sloty w wersjach grafiku wzorcowego nie mogą być modyfikowane ani usuwane - można jedynie uzyskać podgląd parametrów slotu klikając na takim slocie lewym przyciskiem myszą. Formularz nad wersją grafiku wzorcowego pozwala skopiować (powielić) sloty zaplanowane w tej wersji do grafiku bieżącego na wskazany okres (pełnymi tygodniami), z możliwością kopiowania co tydzień, co dwa tygodnie, co trzy tygodnie, itd. Kopiowanie co określoną ilość tygodni może być użyteczne jeśli pracownik ma różne schematy czasu pracy używane naprzemiennie w kolejnych tygodniach - należy wówczas stworzyć różne wersje grafiku wzorcowego i każdą skopiować na inne tygodnie.

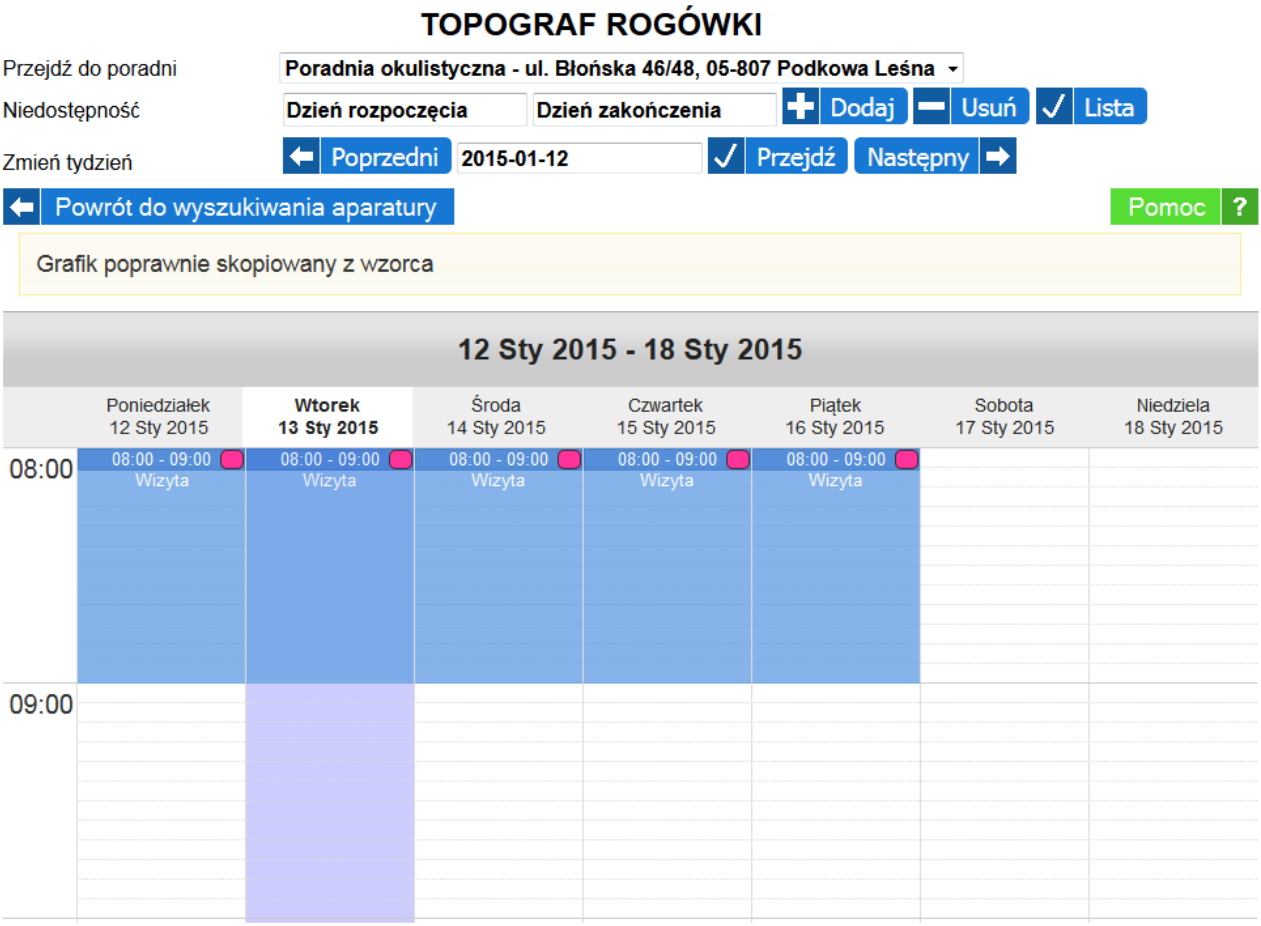


Aby skopiować dane z wersji grafiku wzorcowego do grafiku bieżącego należy w formularzu na górze strony wskazać zakres tygodni (i ewentualnie zaznaczyć co ile tygodni ma się odbywać kopiowanie) a następnie nacisnąć przycisk „Kopiuj”. System poprosi jeszcze o potwierdzenie - prośba o potwierdzenie zostanie wyświetlona nad formularzem kopiowania (należy zatwierdzić kopiowanie korzystając z przycisku „Tak” lub zrezygnować z kopiowania korzystając przycisku „Nie”). Po zakończeniu kopiowania system poinformuje o tym stosownym komunikatem.

Konsekwencje kopiowania są następujące:

- we wszystkich tygodniach w grafiku bieżącym gdzie nie było wykonywanych żadnych ręcznych zmian (dodawania/modyfikacji/usuwania pojedynczych slotów w konkretnych dniach, dodawania niedostępności) w okresie na który następowało kopiowanie wszystkie wcześniej istniejące terminy są usuwane a tworzone są nowe takie jak w kopii grafiku wzorcowego
  - jeżeli w wyniku kopiowania z grafiku bieżącego jest usuwany jakiś termin a w jego miejsce pojawia się nowy nie ma to wpływu na umówione wizyty
  - jeżeli w wyniku kopiowania z grafiku bieżącego jest usuwany jakiś termin a w jego miejsce nie pojawia się nowy, wówczas wizyty zaplanowane w tym terminie są oznaczane „do odwołania” - zadaniem pracowników rejestracji jest powiadomić pacjentów i odwołać tak oznaczone wizyty
- we wszystkich tygodniach w grafiku bieżącym gdzie były wykonywane ręczne zmiany (dodawanie/modyfikacja/usuwanie pojedynczych slotów w konkretnych dniach, dodawanie niedostępności) przy kopiowaniu nie są wprowadzane żadne zmiany - takie tygodnie są przy kopiowaniu pomijane z tego względu, że ręcznie wykonane zmiany (zwykle są to sytuacje wyjątkowe) mają wyższy priorytet niż powtarzalny schemat

Widok grafiku bieżącego jest zbliżony do widoku grafiku wzorcowego z tą różnicą, że mamy tu do czynienia już z konkretnymi datami a nad siatką grafiku wyświetla się informacja na temat danego tygodnia - czy został on skopiowany z wersji grafiku wzorcowego czy też był tworzony / modyfikowany ręcznie. Inny jest także formularz nad grafikiem.

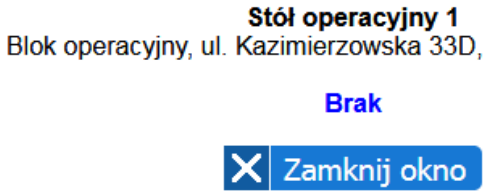


W formularzu nad grafikiem dostępne są następujące opcje:

- Przejdź do poradni - umożliwia wyświetlenie wzorcowego grafiku pracy aparatury w innej poradni (jeśli aparatura funkcjonuje w kilku poradniach)
- Niedostępność (z przyciskami „Dodaj”, „Usuń”, „Lista”) - umożliwia dodawanie, usuwanie i podgląd niedostępności aparatury (w przeciwieństwie do przerw niedostępności dotyczą całych dni)
- Zmień tydzień - umożliwia poruszanie się pomiędzy różnymi tygodniami grafiku bieżącego (aby przejść do innego tygodnia należy kliknąć w polu daty, wskazać w kalendarzu dowolny dzień z tygodnia do którego chcemy przejść i nacisnąć przycisk „Przejdź”; aby przejść do poprzedniego tygodnia względem aktualnie wyświetlanego należy nacisnąć przycisk „Poprzedni”; aby przejść do następnego tygodnia względem aktualnie wyświetlanego należy nacisnąć przycisk „Następny”)
- Powrót do wyszukiwania aparatury - umożliwia powrót do wyszukiwarki aparatury
- Pomoc - umożliwia wyświetlenia okienka objaśniającego znaczenie poszczególnych kolorów na grafiku

Aby dodać niedostępność należy wskazać dzień rozpoczęcia niedostępności i dzień zakończenia niedostępności (w jednym i drugim przypadku klikając w polu i wybierając datę z kalendarza) i potwierdzić przyciskiem „Dodaj”. Niedostępność pojawi się na grafiku jako jasnożółte podświetlenie kolumn odpowiadających dniom niedostępności. Aby usunąć niedostępność należy wskazać dzień rozpoczęcia niedostępności i dzień zakończenia niedostępności (w jednym i drugim przypadku klikając w polu i wybierając datę z kalendarza) i potwierdzić przyciskiem „Usuń”.

Usuwać można także część niedostępności w przypadku niedostępności kilkudniowej wskazując w formularzu krótszy okres. Aby zobaczyć listę zaplanowanych niedostępności aparatury należy kliknąć przycisk „Lista” - otworzy się wówczas w nowym oknie lista zaplanowanych niedostępności aparatury w danej poradni.



Zasady dodawania, edycji, usuwania, wydłużania, skracania, przesuwania i kopiowania slotów w grafiku bieżącym są identyczne jak w grafiku wzorcowym.

Sloty w grafikach mogą mieć następujące kolory:

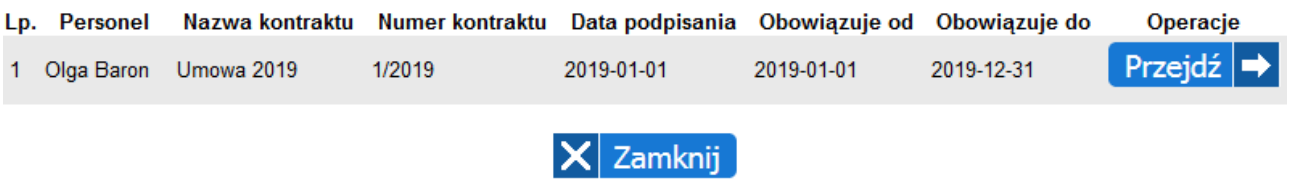
- niebieski – sloty w tym kolorze oznaczają prawidłowo zaplanowane terminy przyjęć
- zielony – sloty w tym kolorze oznaczają zaplanowane okresy dostępności
- żółty – sloty w tym kolorze oznaczają zaplanowane przerwy w użytkowaniu aparatury

Tło kolumn w grafiku może mieć następujące kolory:

- fioletowy – tło w tym kolorze oznacza dzień bieżący (dzisiejszy)
- brzoskwiniowy – tło w tym kolorze oznacza dzień wolny
- jasnożółty – tło w tym kolorze oznacza niedostępność aparatury
- szary – tło w tym kolorze jest stosowane w poradniach POZ i oznacza że w tym czasie w danej poradni nie ma zaplanowanych żadnych slotów wśród personelu pracującego w tej poradni i aparatury działającej w danej poradni
- ciemnozielony – tło w tym kolorze jest stosowane w poradniach POZ i oznacza że w tym czasie w danej poradni jest zaplanowany przynajmniej jeden slot wśród personelu pracującego w tej poradni i aparatury działającej w danej poradni

Kontrakty

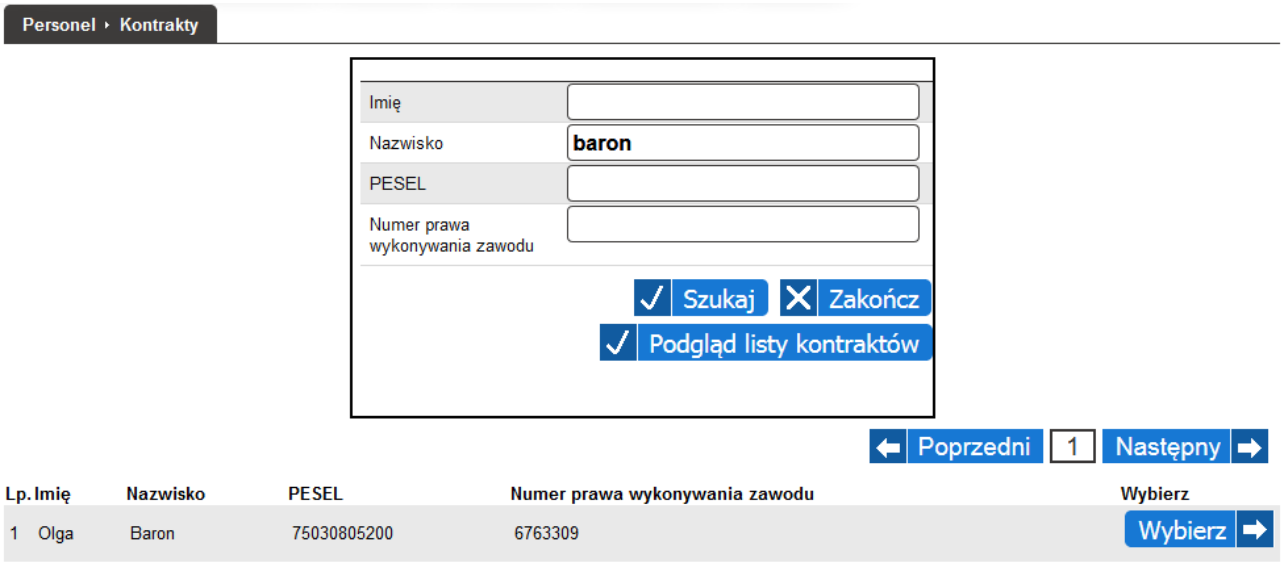
Funkcjonalność „Kontrakty” z menu „Personel” służy do zarządzania kontraktami podpisywanymi z personelem medycznym. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka personelu. W wyszukiwarce widoczny jest przycisk „Podgląd listy kontraktów”, który pozwala na szybki podgląd listy wszystkich kontraktów. Po jego kliknięciu otwiera się nowe okno z listą kontraktów. Przy każdym kontrakcie widoczny jest przycisk „Przejdź” umożliwiający szybkie przejście do kontraktów danego personelu.



Wyszukiwanie kontraktów możliwe jest za pomocą dowolnej kombinacji następujących kryteriów:

- imię
- nazwisko
- PESEL
- numer prawa wykonywania zawodu

Po wprowadzeniu kryteriów i naciśnięciu przycisku „Szukaj” wyświetlana jest lista pracowników spełniających kryteria wyszukiwania a przy każdym z nich przyciski „Wybierz”.



Po kliknięciu przycisku „Wybierz” przy danej osobie z personelu wyświetla się lista kontraktów personelu (lub informacja o braku kontraktów) a poniżej przycisk „Dodaj kontrakt” umożliwiający wprowadzenie nowego kontraktu.



Po kliknięciu przycisku „Dodaj kontrakt” wyświetla się formularz dodawania nowego kontraktu, w którym, w którym obok podstawowych danych kontraktu możliwe jest wprowadzenie także jego treści oraz pozycji odpowiadających warunkom rozliczania kontraktu. Wprowadzanie treści odbywa się za pomocą edytora umożliwiającego formatowanie tekstu (zmiana rozmiaru czcionki, wyrównanie, pogrubienie, pochylenie, podkreślenie, przekreślenie, indeks dolny, indeks górny), tworzenie wypunktowań (numerowanych i nienumerowanych), wstawianie symboli i tabel na zasadzie takiej jak edytory typu OpenOffice, LibreOffice czy Microsoft Word. Umieszczenie w treści kontraktu znaczników postaci **{NAZWA ZNACZNIKA}** spowoduje, że zostaną one automatycznie zastąpione odpowiednimi danymi. Zdefiniowane zostały następujące znaczniki:

- {X} - automatycznie wygenerowane zapisy odpowiadające zdefiniowanym pozycjom kontraktu
- {DATA} - data podpisania kontraktu
- {NUMER} - numer kontraktu
- {OD} - data początku obowiązywania kontraktu
- {DO} - data końca obowiązywania kontraktu
- {PLACOWKA_NAZWA_1}, {PLACOWKA_NAZWA_2}, ... - nazwy placówek zaczerpnięte ze zdefiniowanych pozycji kontraktu
- {PLACOWKA_ADRES_1}, {PLACOWKA_ADRES_2}, ... - adresy placówek zaczerpnięte ze zdefiniowanych pozycji kontraktu
- {ZAKLAD_NAZWA} - nazwa zakładu
- {ZAKLAD_SIEDZIBA} - adres siedziby zakładu
- {ZAKLAD_KRS} - KRS zakładu
- {ZAKLAD_REGON} - REGON zakładu
- {ZAKLAD_NIP} - NIP zakładu
- {PERSONEL_IMIE} - imię personelu
- {PERSONEL_NAZWISKO} - nazwisko personelu
- {PERSONEL_ADRES} - adres personelu
- {PERSONEL_NPWZ} - NPWZ personelu
- {PERSONEL_NIP} - NIP personelu
- {PERSONEL_REGON} - REGON personelu

W formularzu dodawania kontraktu możliwe jest zdefiniowanie dowolnej ilości pozycji kontraktu czterech różnych rodzajów:

- pozycje kontraktu w odniesieniu do wizyt NFZ-owych
- pozycje kontraktu w odniesieniu do wizyt komercyjnych
- pozycje kontraktu w odniesieniu do usług NFZ-owych
- pozycje kontraktu w odniesieniu do usług komercyjnych

Pozycje kontraktu w odniesieniu do wizyt NFZ-owych określają stawki według których personelowi będzie naliczana wypłata za realizację wizyt NFZ-owych spełniających określone warunki. Stawki mogą być definiowane w formie kwoty za wizytę (wypłata należna personelowi jest uzależniona od ilości zrealizowanych przezeń wizyt) lub kwoty za godzinę (wypłata należna personelowi jest uzależniona od czasu trwania zrealizowanych przezeń wizyt). Dla każdej stawki można określić warunki przy jakich powinna być realizowana wypłata według danej stawki. Warunki mogą być określane jako dowolne kombinacje następujących kryteriów:

- placówka – wskazanie placówki oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla wizyt zrealizowanych we wskazanej placówce
- specjalność – wskazanie specjalności oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla wizyt zrealizowanych w poradniach o danej specjalności

- rodzaj wizyty – wskazanie rodzaju wizyty oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla wizyt zrealizowanych danego rodzaju (planowe, dodatkowe)
- typ wizyty – wskazanie typu wizyty oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla wizyt zrealizowanych danego typu; lista typów wizyt możliwych do wybrania jest dostępna dopiero po wybraniu specjalności
- procedura – wskazanie kodu procedury (ICD-9) oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla wizyt zrealizowanych na których personel wykonał procedurę o danym kodzie
- dni – wskazanie rodzaju dni oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla wizyt zrealizowanych we wskazane dni (dni robocze, dni wolne, określony dzień tygodnia, dni świąteczne, określony dzień); w przypadku gdy stawka ma dotyczyć wizyt zrealizowanych określonego dnia należy podać konkretną datę której sytuacja taka ma dotyczyć
- godziny – wskazanie zakresu godzin oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla wizyt zrealizowanych w określonych godzinach

Pozycje kontraktu w odniesieniu do wizyt komercyjnych określają stawki według których personelowi będzie naliczana wypłata za realizację wizyt komercyjnych spełniających określone warunki. Stawki mogą być definiowane w formie kwoty za wizytę (wypłata należna personelowi jest uzależniona od ilości zrealizowanych przezeń wizyt), kwoty za godzinę (wypłata należna personelowi jest uzależniona od czasu trwania zrealizowanych przezeń wizyt), procentu za wizytę (wypłata należna personelowi jest odsetkiem należności pobranej przez zakład opieki zdrowotnej od pacjenta za wizytę), formuła za wizytę (wypłata należna personelowi jest uzależniona od należności pobranej przez zakład opieki zdrowotnej od pacjenta za wizytę i wyliczana według zdefiniowanego wzoru operującego na tej należności). Dla każdej stawki można określić warunki przy jakich powinna być realizowana wypłata według danej stawki. Warunki mogą być określane jako dowolne kombinacje następujących kryteriów:

- placówka – wskazanie placówki oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla wizyt zrealizowanych we wskazanej placówce
- specjalność – wskazanie specjalności oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla wizyt zrealizowanych w poradniach o danej specjalności
- rodzaj wizyty – wskazanie rodzaju wizyty oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla wizyt zrealizowanych danego rodzaju (planowe, dodatkowe)
- typ wizyty – wskazanie typu wizyty oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla wizyt zrealizowanych danego typu; lista typów wizyt możliwych do wybrania jest dostępna dopiero po wybraniu specjalności
- procedura – wskazanie kodu procedury (ICD-9) oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla wizyt zrealizowanych na których personel wykonał procedurę o danym kodzie
- dni – wskazanie rodzaju dni oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla wizyt zrealizowanych we wskazane dni (dni robocze, dni wolne, określony dzień tygodnia, dni świąteczne, określony dzień); w przypadku gdy stawka ma dotyczyć wizyt zrealizowanych określonego dnia należy podać konkretną datę której sytuacja taka ma dotyczyć
- godziny – wskazanie zakresu godzin oznacza że wypłata według podanej stawki będzie

realizowana tylko dla wizyt zrealizowanych w określonych godzinach

Pozycje kontraktu w odniesieniu do usług NFZ-owych określają stawki według których personelowi będzie naliczana wypłata za realizację usług NFZ-owych spełniających określone warunki. Stawki są definiowane w formie kwoty za usługę (wypłata należna personelowi jest uzależniona od ilości zrealizowanych przezeń usług które zostały rozliczone z NFZ tzn. zostały przez NFZ zaakceptowane). Dla każdej stawki można określić warunki przy jakich powinna być realizowana wypłata według danej stawki. Warunki mogą być określane jako dowolne kombinacje następujących kryteriów:

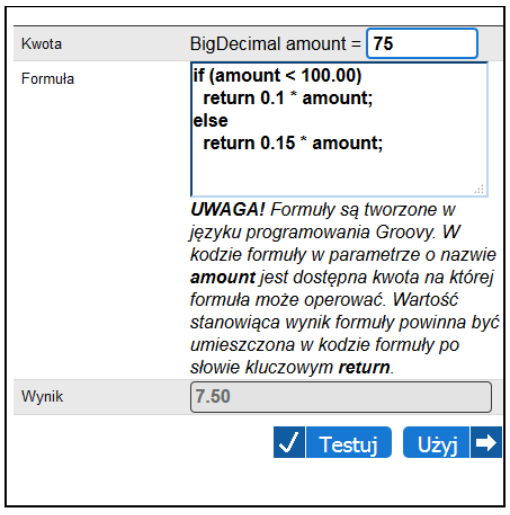
- placówka – wskazanie placówki oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla usług zrealizowanych we wskazanej placówce
- typ świadczenia – wskazanie typu świadczenia oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla usług zrealizowanych w poradniach danego typu
- zakres świadczeń – wskazanie kodu zakresu świadczeń oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla usług zrealizowanych przypisanych do danego zakresu świadczeń w ramach umów z NFZ
- świadczenie – wskazanie kodu świadczenia oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla usług zrealizowanych posiadających dany kod świadczenia w ramach umów z NFZ
- procedura – wskazanie kodu procedury (ICD-9) oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla usług zrealizowanych na wizytach na których personel wykonał procedurę o danym kodzie
- dni – wskazanie rodzaju dni oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla usług zrealizowanych we wskazane dni (dni robocze, dni wolne, określony dzień tygodnia, dni świąteczne, określony dzień); w przypadku gdy stawka ma dotyczyć usług zrealizowanych określonego dnia należy podać konkretną datę której sytuacja taka ma dotyczyć
- godziny – wskazanie zakresu godzin oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla usług zrealizowanych w określonych godzinach

Pozycje kontraktu w odniesieniu do usług komercyjnych określają stawki według których personelowi będzie naliczana wypłata za realizację usług komercyjnych spełniających określone warunki. Stawki mogą być definiowane w formie kwoty za usługę (wypłata należna personelowi jest uzależniona od ilości zrealizowanych przezeń usług), procentu za usługę (wypłata należna personelowi jest odsetkiem należności pobranej przez zakład opieki zdrowotnej od pacjenta za usługę), formuła za usługę (wypłata należna personelowi jest uzależniona od należności pobranej przez zakład opieki zdrowotnej od pacjenta za usługę i wyliczana według zdefiniowanego wzoru operującego na tej należności). Dla każdej stawki można określić warunki przy jakich powinna być realizowana wypłata według danej stawki. Warunki mogą być określane jako dowolne kombinacje następujących kryteriów:

- placówka – wskazanie placówki oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla usług zrealizowanych we wskazanej placówce
- typ świadczenia – wskazanie typu świadczenia oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla usług zrealizowanych w poradniach danego typu
- cennik – wskazanie cennika oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla usług zrealizowanych wybranych ze wskazanego cennika

- usługa – wskazanie usługi oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla usług zrealizowanych takiego typu jak wskazana
- procedura – wskazanie kodu procedury (ICD-9) oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla usług zrealizowanych na wizytach na których personel wykonał procedurę o danym kodzie
- dni – wskazanie rodzaju dni oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla usług zrealizowanych we wskazane dni (dni robocze, dni wolne, określony dzień tygodnia, dni świąteczne, określony dzień); w przypadku gdy stawka ma dotyczyć usług zrealizowanych określonego dnia należy podać konkretną datę której sytuacja taka ma dotyczyć
- godziny – wskazanie zakresu godzin oznacza że wypłata według podanej stawki będzie realizowana tylko dla usług zrealizowanych w określonych godzinach

Stawki określane jako kwota lub procent to liczby zmiennoprzecinkowe określane z dokładnością do maksymalnie dwóch miejsc po kropce dziesiętnej. Stawki określane jako formuła (dla wizyt i usług komercyjnych) tworzone są jako fragmenty kodu źródłowego w języku programowania Groovy (http://www.groovy-lang.org/documentation.html). W treści formuły w parametrze o nazwie **amount** jest dostępna kwota należności za wizytę / usługę na której formuła może operować. Wartość stanowiąca wynik formuły powinna być umieszczona w treści formuły po słowie kluczowym **return**. Przy każdym polu stawki umożliwiającym wprowadzenie formuły widoczny jest przycisk „Sprawdź”. Przycisk ten staje się aktywny po wybraniu formuły jako rodzaju stawki i ułatwia tworzenie i testowanie formuł. Po kliknięciu tego przycisku otwiera się nowe okno z polem do wpisania formuły oraz polem do wprowadzenia testowej kwoty. Aby mieć pewność prawidłowego działania formuły po wpisaniu testowej kwoty i treści formuły należy kliknąć przycisk „Testuj”. Jeśli treść formuły nie jest prawidłowym kodem w języku programowania Groovy, wówczas system zgłosi błąd, jeśli zaś jest prawidłowym kodem w języku programowania Groovy wówczas w polu „Wynik” pojawi się wynik wyliczenia formuły przy użyciu podanej kwoty testowej. Wprowadzając ewentualne poprawki do treści formuły i ponawiając test dla różnych kwot testowych można zyskać pewność prawidłowego stworzenia formuły. Kliknięcie przycisku „Użyj” zamyka okno testowania formuły a ostateczna treść formuły jest automatycznie wstawiana do formularza danych kontraktu.



W sekcji formularza danych kontraktu właściwej dla każdego z czterech rodzajów pozycji dostępny

jest także przycisk „Więcej”, którego kolejne kliknięcia wyświetlają kolejne wiersze w formularzu umożliwiające wprowadzenie większej ilości pozycji kontraktu. Pozycje kontraktu nie muszą być rozłączne – można zdefiniować kilka pozycji kontraktu z tytułu których będzie wyliczana wypłata za tę samą wizytę / usługę (np. zdefiniowanie stawki za każdą wizytę komercyjną i stawki za każdą usługę komercyjną spowoduje że dla każdej wizyty komercyjnej zostanie obliczona wypłata według pierwszej stawki a dodatkowo za każdą usługę komercyjną zrealizowaną w ramach tejże wizyty zostanie wyliczona dodatkowa wartość wypłaty według drugiej stawki). Takie rozwiązanie pozwala na budowanie wieloskładnikowych mechanizmów naliczania prowizji.

Personel › Kontrakty

OLGA BARON

Nazwa kontraktu	**Umowa 2019**
Numer kontraktu	**1/2019**
Data podpisania	**2019-01-01**
Obowiązuje od	**2019-01-01**
Obowiązuje do	**2019-12-31**
Treść kontraktu	

Rozmiar czcio

Umowa {NUMER}

Zawarta dnia {DATA} pomiędzy NZOZ a Olgą Baron na okres od {OD} do {DO}.

Olga Baron zobowiązuje się do realizacji świadczeń na rzecz pacjentów NZOZ na poniższych warunkach, zaś NZOZ zobowiązuje się do wypłacania Olgdze Baron należnego z tego tytułu wynagrodzenia:

{X}

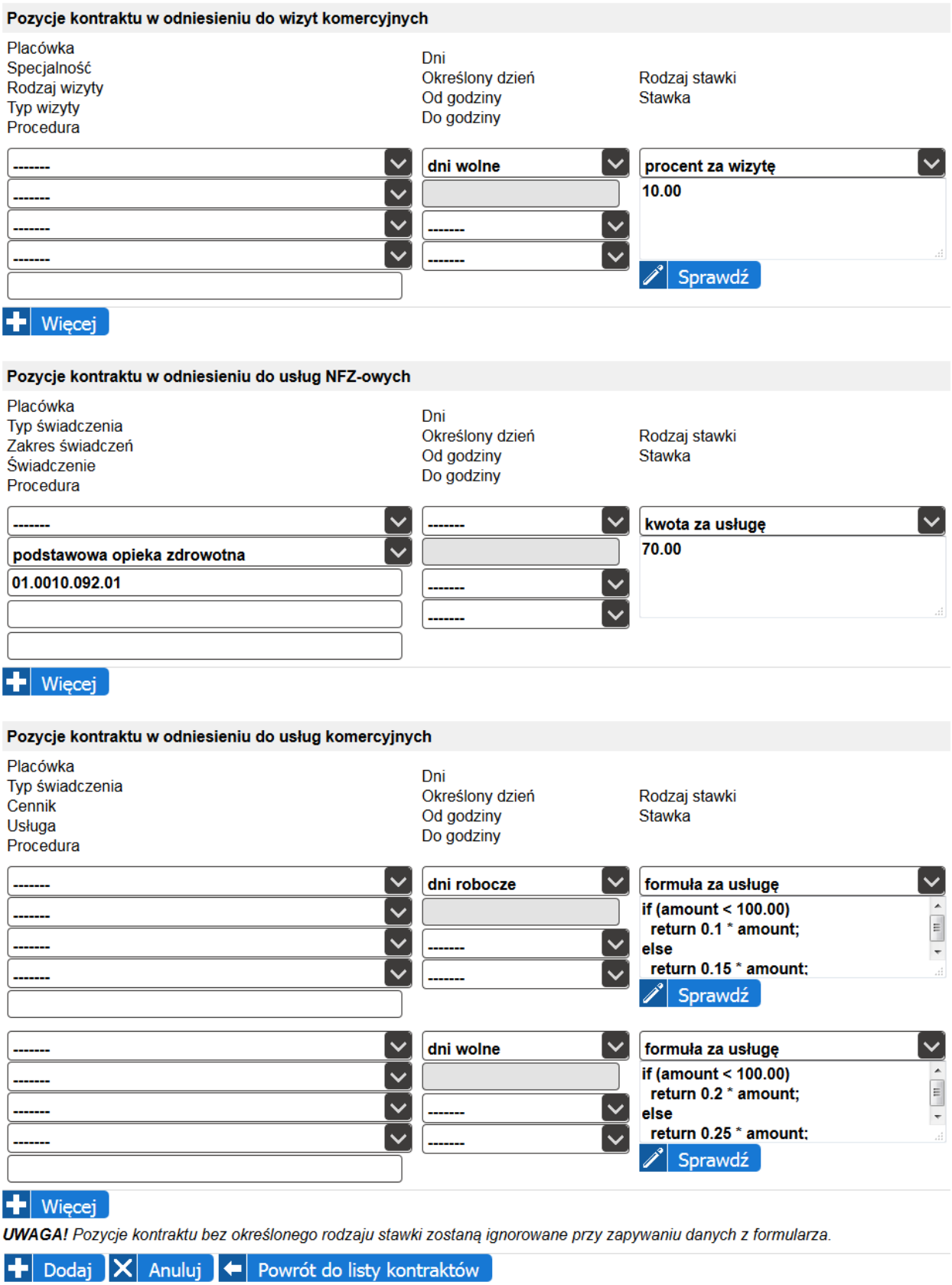
Ścieżka: p » strong

UWAGA! *W treści kontraktu można umieszczać poniższe znaczniki, które zostaną automatycznie zastąpione odpowiednimi danymi:*
{X} *- automatycznie wygenerowane zapisy odpowiadające zdefiniowanym pozycjom kontraktu*
{DATA} *- data podpisania kontraktu*
{NUMER} *- numer kontraktu*
{OD} *- data początku obowiązywania kontraktu*
{DO} *- data końca obowiązywania kontraktu*
{PLACOWKA_NAZWA_1}, {PLACOWKA_NAZWA_2}, ... *- nazwy placówek zaczerpnięte ze zdefiniowanych pozycji kontraktu*
{ZAKLAD_NAZWA} *- nazwa zakładu*
{ZAKLAD_SIEDZIBA} *- adres siedziby zakładu*
{ZAKLAD_KRS} *- KRS zakładu*
{ZAKLAD_REGON} *- REGON zakładu*
{ZAKLAD_NIP} *- NIP zakładu*
{PERSONEL_IMIE} *- imię personelu*
{PERSONEL_NAZWISKO} *- nazwisko personelu*
{PERSONEL_ADRES} *- adres personelu*
{PERSONEL_NPWZ} *- NPWZ personelu*
{PERSONEL_NIP} *- NIP personelu*
{PERSONEL_REGON} *- REGON personelu*

Pozycje kontraktu w odniesieniu do wizyt NFZ-owych

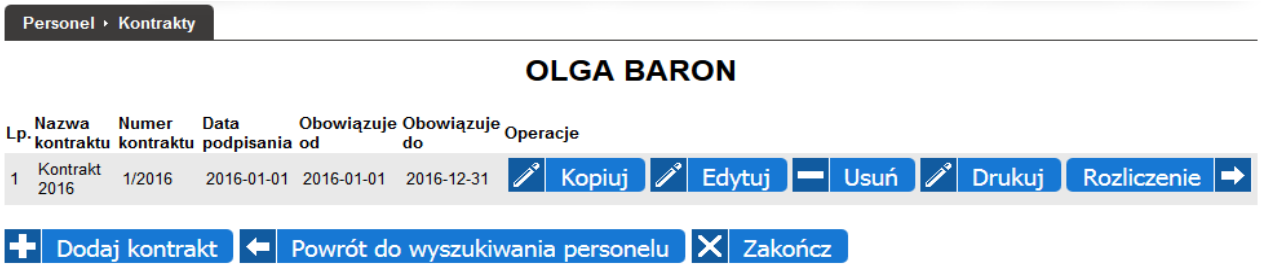
Placówka *Specjalność* *Rodzaj wizyty* *Typ wizyty* *Procedura*	*Dni* *Określony dzień* *Od godziny* *Do godziny*	*Rodzaj stawki* *Stawka*
Przychodnia Owczarnia, ul. Kazimierzowska 33D, ***PORADNIA DERMATOLOGICZNA (1200)*** ***wizyty planowe*** ***standardowa*** **89.00**	***dni robocze*** ***09:00*** ***19:00***	***kwota za wizytę*** **25**

Więcej



Po wprowadzeniu wszystkich danych należy je zapisać klikając przycisk „Dodaj”. Pozycje kontraktu które nie mają określonego rodzaju stawki są pomijane przy zapisywaniu danych. Po zapisaniu formularz danych kontraktu jest znów pusty umożliwiając tym samym wprowadzenie

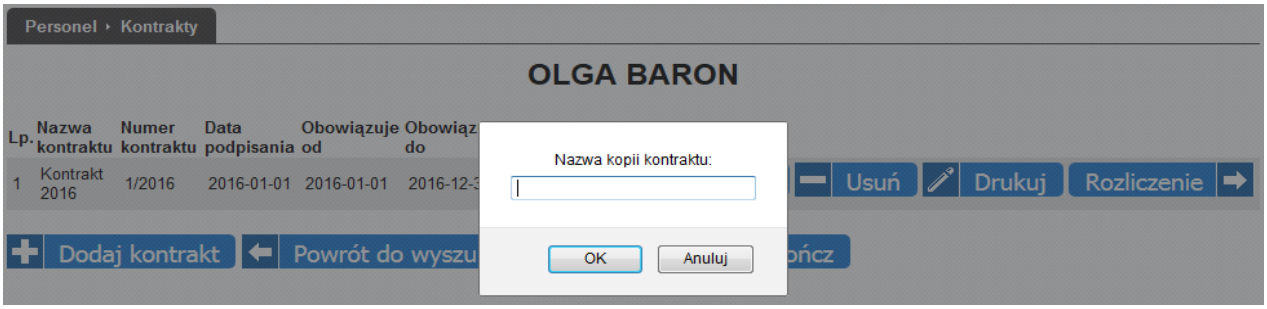
kolejnego kontraktu. Aby zrezygnować z wprowadzania kolejnego kontraktu należy kliknąć przycisk „Powrót do listy kontraktów”. Dodany kontrakt staje się widoczny na liście kontraktów personelu.



Przy każdym kontrakcie widocznych jest pięć przycisków:

- Kopiuj – umożliwia szybkie tworzenie kopii kontraktu
- Edytuj – umożliwia edycję danych kontraktu
- Usuń – umożliwia usunięcie kontraktu
- Drukuj – umożliwia pobranie pliku PDF z treścią kontraktu do wydrukowania
- Rozliczenie – umożliwia podgląd i wydruk stanu realizacji kontraktu z kwotami należnymi personelowi z tytułu realizacji tego kontraktu

Jeżeli zachodzi potrzeba wprowadzenia nowego kontraktu, który w niewielkim stopniu będzie różnił się od już istniejącego, wówczas najłatwiej jest utworzyć kopię istniejącego kontraktu a następnie zmodyfikować dane tej kopii. Aby stworzyć kopię kontraktu należy kliknąć przycisk „Kopiuj” przy danym kontrakcie na liście. Pojawi się wówczas okienko z prośbą o wprowadzenie nazwy kopii kontraktu.



Po wprowadzeniu nazwy kopii kontraktu i potwierdzeniu przyciskiem „OK” na liście kontraktów pojawi się nowo utworzona kopia.



Kopia różni się od oryginalnego kontraktu tylko nazwą. Aby zmodyfikować jej pozostałe dane należy kliknąć przy niej przycisk „Edytuj”.

Jeżeli zachodzi potrzeba zmodyfikowania danych kontraktu należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy danym kontrakcie na liście. Wyświetli się wówczas formularz danych kontraktu identyczny jak przy dodawaniu nowego kontraktu tylko wypełniony danymi. Po wprowadzeniu zmian (przy edycji danych kontraktu obowiązują te same zasady jak przy dodawaniu nowego kontraktu) należy je zapisać klikając przycisk „Zapisz” widoczny pod formularzem.

Jeżeli zachodzi potrzeba usunięcia kontraktu należy kliknąć przycisk „Usuń” przy danym kontrakcie na liście. Wyświetli się wówczas formularz danych kontraktu identyczny jak przy edycji danych kontraktu z tym że w trybie tylko do odczytu. Naciśnięcie przycisku „Usuń” widocznego pod formularzem usuwa dany kontrakt z systemu.

Aby wydrukować kontrakt należy kliknąć przycisk „Drukuj” przy danym kontrakcie na liście. Otworzy się wówczas dokument PDF z treścią kontraktu do wydrukowania.

Kontrakt nr 1/2016

z dnia 1 stycznia 2016

zawarty pomiędzy

NZOZ Testowym zwanym dalej **Zleceniodawcą**

a

dr n. med. Olgą Baron zwaną dalej **Zleceniobiorcą**.

§1

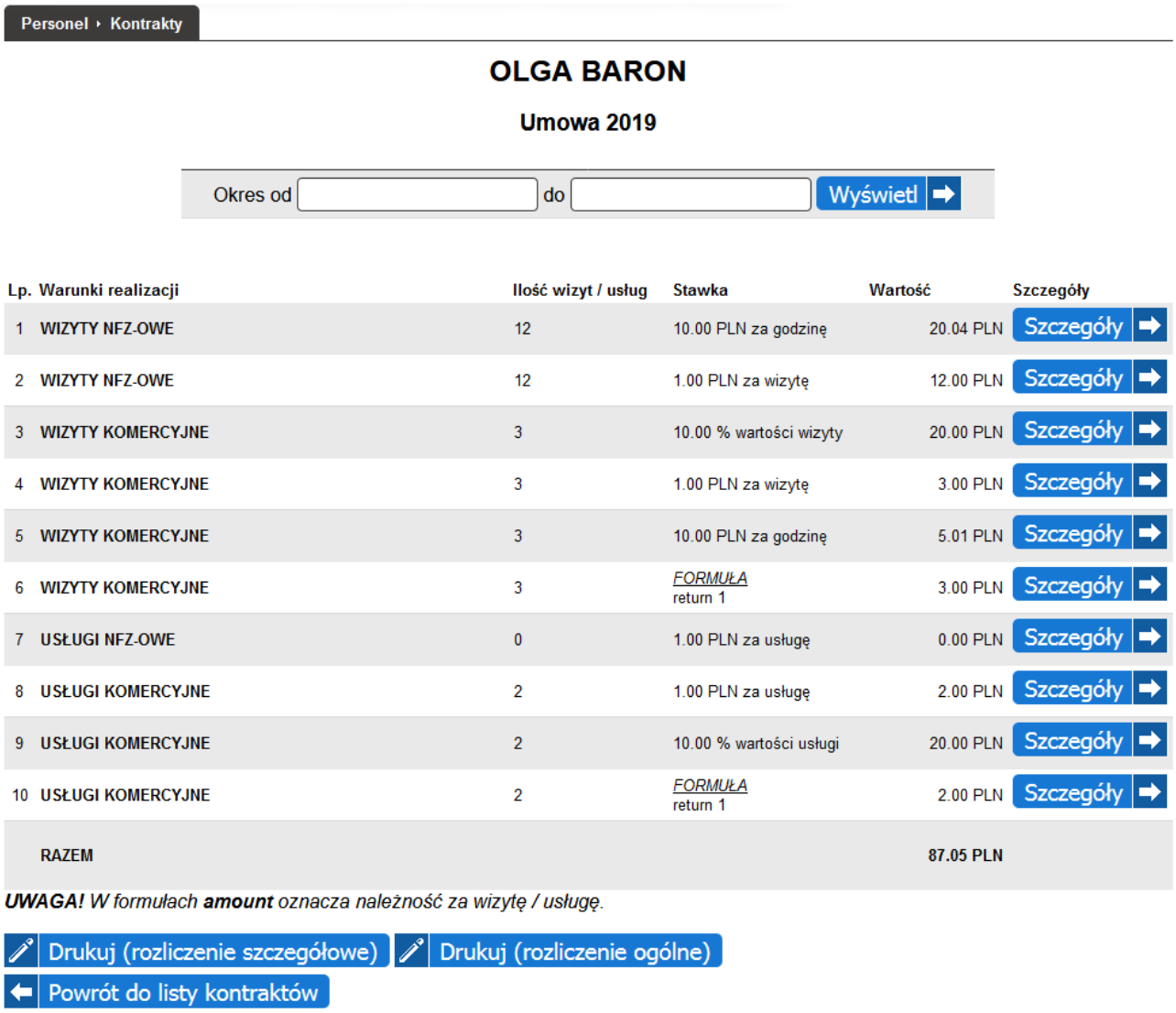
Zleceniodawca zleca a Zleceniobiorca przyjmuje na siebie wykonywanie obowiązku świadczenia usług medycznych w siedzibie Zleceniodawcy w okresie od 1 stycznia 2016 do 31 grudnia 2016, za co Zleceniodawca zobowiązuje się wypłacać Zleceniobiorcy za każdy przepracowany miesiąc do 15 dnia kolejnego miesiąca wynagrodznie naliczane według następujących zasad:

- za każdą NFZ-ową wizytę zrealizowaną w placówce **Podkowa Leśna Błońska (ul. Błońska 46/48, 05-807 Podkowa Leśna)** w ramach specjalności **1800 (PORADNIA STOMATOLOGICZNA)** w przypadku wizyt **planowych** dla wizyt typu **zwykła** przy wykonaniu procedury **89.00 (Porada lekarska, konsultacja, asysta)** w **dni robocze** od godziny **00:00** do godziny **24:00** ustala się stawkę w kwocie **25.00 PLN**
- za każdą komercyjną wizytę zrealizowaną w **dni wolne** ustala się stawkę wynoszącą **10.00%** wartości wizyty
- za każdą rozliczoną NFZ-ową usługę zrealizowaną dla świadczeń w rodzaju **podstawowa opieka zdrowotna** dla świadczeń z zakresu **01.0010.092.01 (ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ)** ustala się stawkę w kwocie **70.00 PLN**
- za każdą komercyjną usługę zrealizowaną w **dni robocze** ustala się stawkę obliczaną zgodnie z formułą
  if (amount < 100.00)
  return 0.1 * amount;
  else
  return 0.15 * amount;
  gdzie **amount** oznacza wartość usługi w PLN
- za każdą komercyjną usługę zrealizowaną w **dni wolne** ustala się stawkę obliczaną zgodnie z formułą
  if (amount < 100.00)
  return 0.2 * amount;
  else
  return 0.25 * amount;
  gdzie **amount** oznacza wartość usługi w PLN

Aby sprawdzić stan realizacji kontraktu należy kliknąć przycisk „Rozliczenie” przy danym kontrakcie na liście. Wyświetli się wówczas tabela z listą pozycji kontraktu. Dla każdej pozycji podane są:

- warunki realizacji
- stawka według której jest wyliczana wartość wypłaty należnej personelowi z tytułu realizacji wizyt / usług spełniających podane warunki
- wartość wypłaty należnej personelowi z tytułu realizacji wizyt / usług spełniających podane

warunki



Przy każdej pozycji kontraktu w tabeli widoczny jest także przycisk „Szczegóły” umożliwiający podgląd (w nowym oknie) zrealizowanych wizyt / usług składających się na kwotę wypłaty należnej personelowi.

W przypadku pozycji kontraktu odnoszących się do wizyt NFZ-owych w szczegółach dla każdej wizyty widoczny jest termin, typ, poradnia, pacjent, stawka i wartość wypłaty należnej personelowi z tytułu realizacji danej wizyty.

Lp.	Termin wizyty	Typ wizyty	Poradnia / Oddział	Pacjent	Stawka	Wartość
1	2019-03-01 08:00-08:10	NFZ-owa dodatkowa wideokonsultacja	Poradnia POZ ul. Kazimierzowska 33D, 05-807 Owczarnia	Agnieszka Abacka PESEL 85050550101	10.00 PLN za godzinę	1.67 PLN
2	2019-03-13 14:00-14:10	NFZ-owa dodatkowa standardowa	Poradnia POZ ul. Kazimierzowska 33D, 05-807 Owczarnia	Agnieszka Abacka PESEL 85050550101	10.00 PLN za godzinę	1.67 PLN
					RAZEM	**3.34 PLN**

***UWAGA!** W formułach **amount** oznacza należność za wizytę / usługę.*

Zamknij

W przypadku pozycji kontraktu odnoszących się do wizyt komercyjnych w szczegółach dla każdej wizyty widoczny jest termin, typ, poradnia, pacjent, koszt wizyty, stawka i wartość wypłaty należnej personelowi z tytułu realizacji danej wizyty.

Lp.	Termin wizyty	Typ wizyty	Poradnia / Oddział	Pacjent	Koszt wizyty	Stawka	Wartość
1	2019-04-01 16:00-16:10	komercyjna dodatkowa standardowa	Poradnia POZ ul. Kazimierzowska 33D, 05-807 Owczarnia	Agnieszka Abacka PESEL 85050550101	100.00 PLN	1.00 PLN za wizytę	1.00 PLN
2	2019-10-01 15:00-15:10	komercyjna dodatkowa standardowa	Poradnia POZ ul. Kazimierzowska 33D, 05-807 Owczarnia	Agnieszka Abacka PESEL 85050550101	100.00 PLN	1.00 PLN za wizytę	1.00 PLN
3	2019-10-17 17:30-17:40	komercyjna dodatkowa standardowa	Poradnia POZ ul. Kazimierzowska 33D, 05-807 Owczarnia	Agnieszka Abacka PESEL 85050550101	0.00 PLN	1.00 PLN za wizytę	1.00 PLN
						RAZEM	**3.00 PLN**

***UWAGA!** W formułach **amount** oznacza należność za wizytę / usługę.*

Zamknij

W przypadku pozycji kontraktu odnoszących się do usług NFZ-owych w szczegółach dla każdej usługi widoczny jest termin wizyty, typ wizyty, poradnia, pacjent, nazwa usługi, krotność usługi, stawka i wartość wypłaty należnej personelowi z tytułu realizacji danej wizyty.

Lp.	Termin wizyty	Typ wizyty	Poradnia	Nazwa usługi	Pacjent	Krotność	Stawka	Wartość
1	2016-02-08 14:10-14:20	NFZ-owa dodatkowa Najzwyklejsza	Poradnia POZ ul. Błońska 46/48, 05-807 Podkowa Leśna	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ-UBEZPIECZENI POWYŻEJ 65 RŻ (5.01.00.0000025)	Agnieszka Abacka PESEL 85050550101	1.00	70.00 PLN za usługę	70.00 PLN
							RAZEM	**70.00 PLN**

***UWAGA!** W formułach **amount** oznacza należność pobieraną za wizytę / usługę od pacjenta.*

Zamknij

W przypadku pozycji kontraktu odnoszących się do usług komercyjnych w szczegółach dla każdej usługi widoczny jest termin wizyty, typ wizyty, poradnia, pacjent, nazwa usługi, ilość wykonań, cena jednostkowa, stawka i wartość wypłaty należnej personelowi z tytułu realizacji danej wizyty.

Lp.	Termin wizyty	Typ wizyty	Poradnia / Oddział	Pacjent	Nazwa usługi	Ilość	Cena jednostkowa	Stawka	Wartość
1	2019-04-01 16:00-16:10	komercyjna dodatkowa standardowa	Poradnia POZ ul. Kazimierzowska 33D, 05-807 Owczarnia	Agnieszka Abacka PESEL 85050550101	Wizyta płatna	1	100.00	10.00 % wartości usługi	10.00 PLN
2	2019-10-01 15:00-15:10	komercyjna dodatkowa standardowa	Poradnia POZ ul. Kazimierzowska 33D, 05-807 Owczarnia	Agnieszka Abacka PESEL 85050550101	Wizyta płatna	1	100.00	10.00 % wartości usługi	10.00 PLN
								RAZEM	20.00 PLN

UWAGA! *W formułach* ***amount*** *oznacza należność za wizytę / usługę.*

Zamknij

Nad tabelą przedstawiającą stan realizacji kontraktu znajduje się formularz umożliwiający wyświetlenie stanu realizacji kontraktu w dowolnym okresie. Aby obejrzeć stan realizacji kontraktu w zadanym okresie należy w formularzu ustawić daty graniczne okresu i nacisnąć przycisk „Wyświetl” – wówczas tabela przedstawiająca stan realizacji kontraktu zostanie ograniczona do wizyt / usług zrealizowanych w zadanym okresie. Podgląd stanu realizacji kontraktu w dowolnym okresie znajduje zastosowanie w przypadku miesięcznych okresów rozliczania kontraktu.

Personel › Kontrakty

OLGA BARON

Umowa 2019

Okres od 2019-10-01 do 2019-10-31 Wyświetl

Lp.	Warunki realizacji	Ilość wizyt / usług	Stawka	Wartość	Szczegóły
1	WIZYTY NFZ-OWE	2	10.00 PLN za godzinę	3.34 PLN	Szczegóły
2	WIZYTY NFZ-OWE	2	1.00 PLN za wizytę	2.00 PLN	Szczegóły
3	WIZYTY KOMERCYJNE	2	10.00 % wartości wizyty	10.00 PLN	Szczegóły
4	WIZYTY KOMERCYJNE	2	1.00 PLN za wizytę	2.00 PLN	Szczegóły
5	WIZYTY KOMERCYJNE	2	10.00 PLN za godzinę	3.34 PLN	Szczegóły
6	WIZYTY KOMERCYJNE	2	FORMUŁA return 1	2.00 PLN	Szczegóły
7	USŁUGI NFZ-OWE	0	1.00 PLN za usługę	0.00 PLN	Szczegóły
8	USŁUGI KOMERCYJNE	1	1.00 PLN za usługę	1.00 PLN	Szczegóły
9	USŁUGI KOMERCYJNE	1	10.00 % wartości usługi	10.00 PLN	Szczegóły
10	USŁUGI KOMERCYJNE	1	FORMUŁA return 1	1.00 PLN	Szczegóły
	RAZEM			34.68 PLN	

UWAGA! *W formułach* ***amount*** *oznacza należność za wizytę / usługę.*

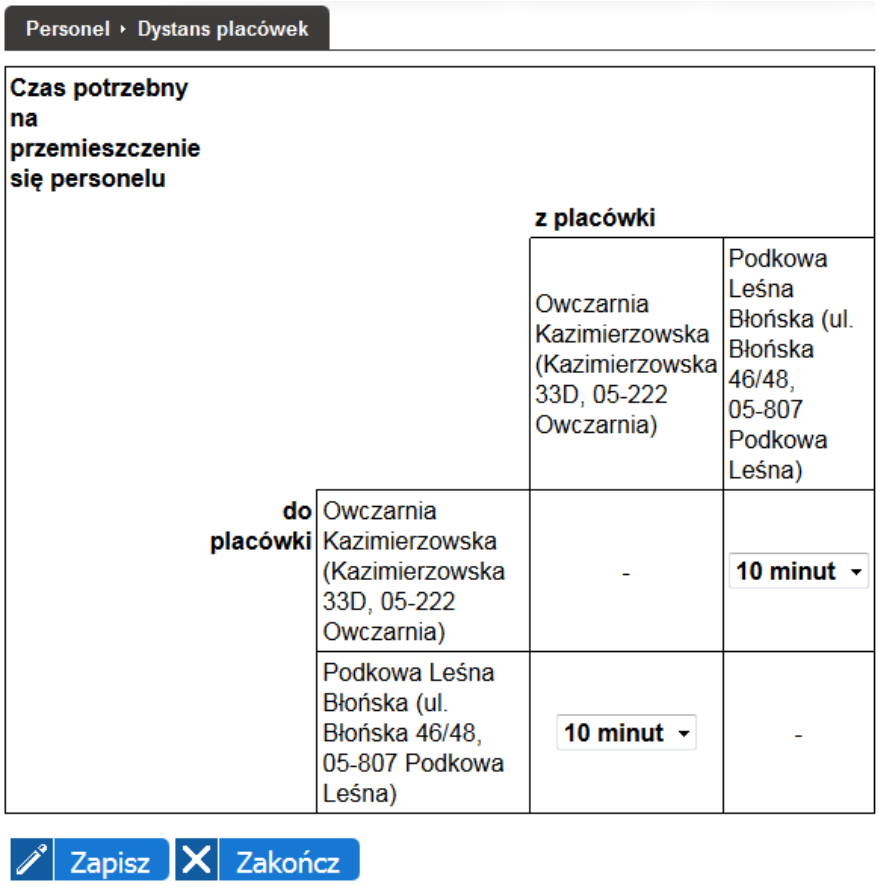
Drukuj (rozliczenie szczegółowe) Drukuj (rozliczenie ogólne)

Powrót do listy kontraktów

Pod tabelą przedstawiającą stan realizacji kontraktu widoczny są widoczne przyciski „Drukuj (rozliczenie szczegółowe)”, po którego kliknięciu otwiera się dokument PDF prezentujący stan realizacji kontraktu z rozbiciem na poszczególne pozycje i szczegółami wizyt / usług zrealizowanych w ramach danej pozycji kontraktu oraz „Drukuj (rozliczenie ogólne)”, po którego kliknięciu otwiera się dokument PDF prezentujący stan realizacji kontraktu z rozbiciem na poszczególne pozycje.

Dystans placówek

Funkcjonalność „Dystans placówek” z menu „Personel” pozwala na określenie jaki czas jest potrzebny personelowi na przemieszczenie się pomiędzy dwiema placówkami zakładu opieki zdrowotnej. Czas potrzebny na przemieszczenie się z placówki A do placówki B jest z reguły taki sam jak czas potrzebny na przemieszczenie się z placówki B do placówki, choć mogą się zdarzyć sytuacje że czas ten będzie różny (np. przemieszczanie się „tam” drogą inną niż „z powrotem”), stąd system pozwala określić niezależnie oba czasy (czas potrzebny na przemieszczenie się z placówki A do placówki B i czas potrzebny na przemieszczenie się z placówki B do placówki A). Po wybraniu funkcjonalności „Dystans placówek” wyświetla się tabela, w której każda kolumna odpowiada placówce z której personel wyrusza a wiersz placówce do której personel zmierza – w komórce na skrzyżowaniu danej kolumny i danego wiersza tabeli widoczna jest lista wyboru czasu potrzebnego na przemieszczenie się personelu pomiędzy tymi placówkami. Po określeniu czasów potrzebnych na przemieszczenie się pomiędzy poszczególnymi placówkami dane należy zapisać klikając przycisk „Zapisz”.

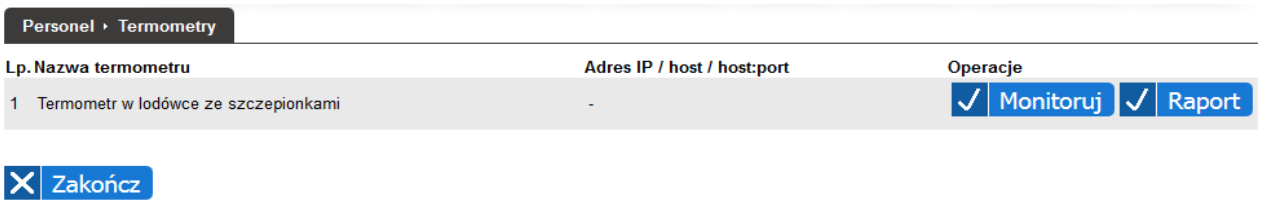


Czasy potrzebne na przemieszczenie się personelu pomiędzy placówkami są uwzględniane przy planowaniu grafików – jeżeli lekarz pracuje w dwóch placówkach wówczas system sam (automatycznie) do czasu pracy personelu w placówce dodaje odpowiedni margines czasowy potrzebny na przemieszczenie się personelu pomiędzy placówkami (w czasie zarezerwowanym przez system na przemieszczenie się personelu pomiędzy dwiema placówkami nie jest możliwe zaplanowanie slotów w żadnej z tych placówek).

Termometry

Funkcjonalność „Termometry" z menu „Personel" pozwala uprawnionemu personelowi na monitorowanie działania termometrów internetowych. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista monitorowanych termometrów a przy każdym z nich przyciski

- Monitoruj - umożliwia podgląd zmian temperatury rejestrowanej przez termometr w ciągu ostatniej godziny
- Raport – umożliwia wygenerowanie raportu w formie wykresu zmian temperatury w okresie dowolnie wybranego miesiąca



Po kliknięciu przycisku „Monitoruj" wyświetla się wykres zmian temperatury w czasie w ciągu ostatniej godziny.

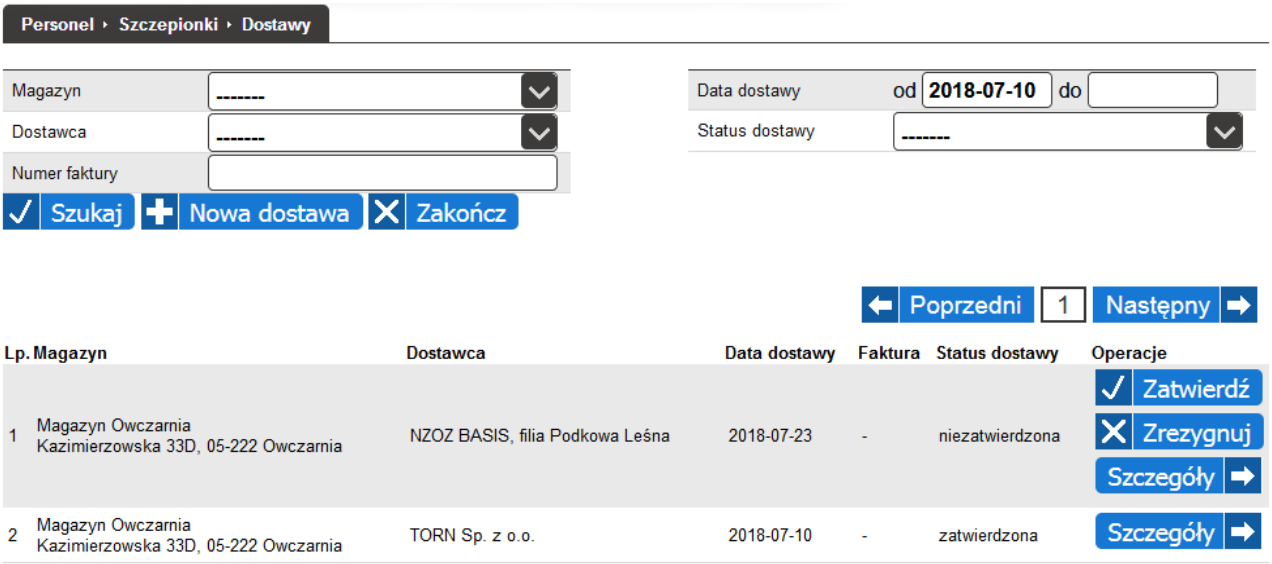
Po kliknięciu przycisku „Raport" wyświetla się formularz z listą okresów w których termometr był monitorowany. Po wybraniu okresu i kliknięciu przycisku „Generuj" pod formularzem pojawia się odnośnik, którego kliknięcie pozwala pobrać i wydrukować raport w formie pliku PDF z wykresem zmian temperatury w okresie wybranego miesiąca i tabelarycznym zestawieniem pomiarów temperatury każdego dnia danego miesiąca o godzinie 08:00 i o godzinie 17:30.

Szczepionki

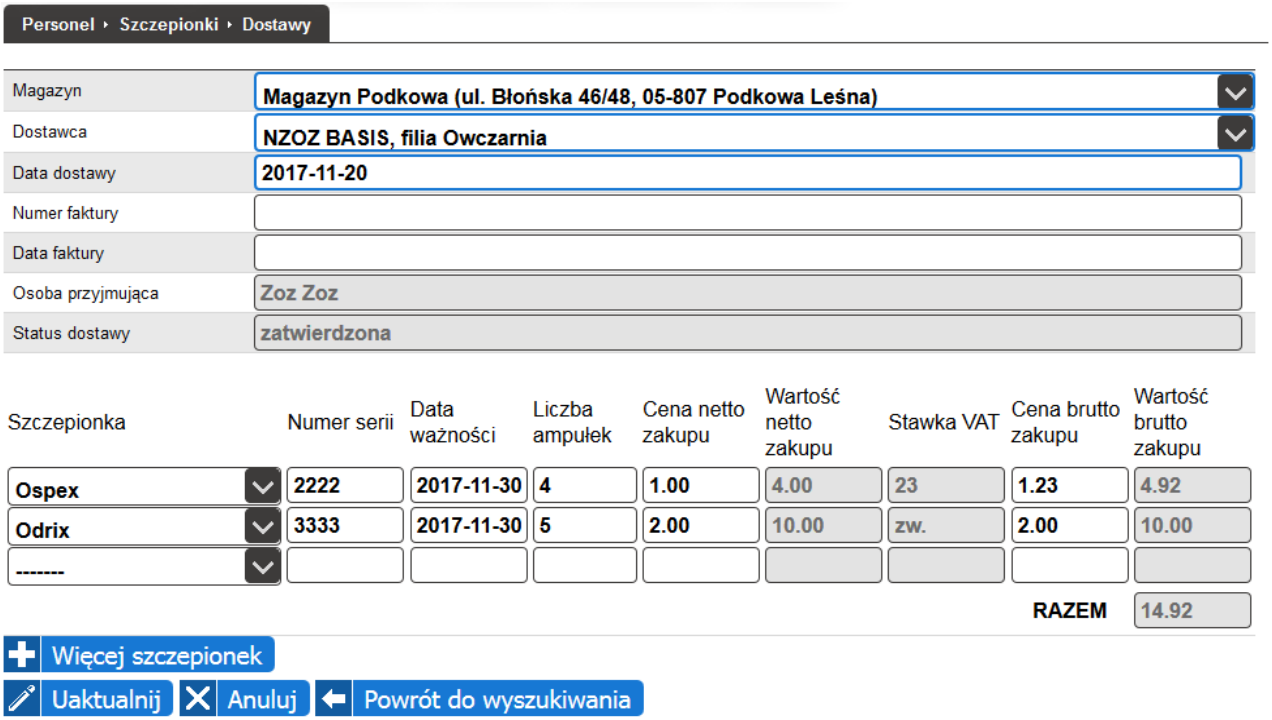
Funkcjonalności z podmenu „Szczepionki" w menu „Personel" pozwalają uprawnionemu personelowi na obsługę ruchu magazynowego szczepionek: przyjmowanie dostaw do magazynów, realizowanie przeniesień międzymagazynowych, kontrolowanie stanów magazynowych i dokonywanie brakowania.

Dostawy

Funkcjonalność „Dostawy" z podmenu „Szczepionki" w menu „Personel" służy do przyjmowania dostaw szczepionek do magazynów oraz zatwierdzania przeniesień międzymagazynowych. Po wybraniu tej funkcjonalności pojawia się wyszukiwarka dostaw pozwalająca na wyszukiwanie dostaw już przyjętych oraz przeniesień międzymagazynowych oczekujących na przyjęcie. Pod wyszukiwarką dostępny jest także przycisk umożliwiający przyjęcie nowej dostawy.



Aby przyjąć nową dostawę należy kliknąć przycisk „Nowa dostawa" pod wyszukiwarką. Wyświetli się wówczas formularz dostawy w którym należy wprowadzić dane dostawy oraz dostarczone partie szczepionek. Domyślnie w formularzu wyświetla się jeden wiersz pól do wprowadzenia jednej partii szczepionki. Jeżeli dostawa obejmuje więcej partii szczepionek należy skorzystać z przycisku „Więcej szczepionek" - każde jego kliknięcie powoduje wyświetlenie kolejnego wiersza do wprowadzenia kolejnej partii szczepionek. Przy wprowadzaniu ceny netto zakupu szczepionki wartość netto, cena brutto i wartość brutto wyliczają się automatycznie, analogicznie przy wprowadzaniu ceny brutto, cena netto, wartość netto i wartość brutto wyliczają się automatycznie (stawka VAT jest pobierana ze słownika szczepionek). Na bieżąco aktualizowana jest także wartość pola „RAZEM" - łącznej kwoty brutto zakupu szczepionek.



Po wypełnieniu formularza należy zapisać dane klikając na przycisk „Dodaj". Przyjęta w taki

sposób dostawa otrzymuje status zatwierdzonej a zawarte w niej szczepionki powiększają stan magazynowy.

W wynikach wyszukiwania dostaw przy dostawach mogą znajdować się następujące przyciski:

- Edytuj – przycisk umożliwiający modyfikację danych dostawy (dostępny tylko w przypadku dostaw nie będących następstwem przeniesienia międzymagazynowego z których szczepionek nie zaczęto jeszcze w żaden sposób korzystać)
- Usuń – przycisk umożliwiający usunięcie dostawy (dostępny tylko w przypadku dostaw nie będących następstwem przeniesienia międzymagazynowego z których szczepionek nie zaczęto jeszcze w żaden sposób korzystać)
- Zatwierdź – przycisk umożliwiający zatwierdzenie dostawy (dostępny tylko w przypadku niezatwierdzonych dostaw stanowiących efekt przeniesień międzymagazynowych)
- Zrezygnuj – przycisk umożliwiający zwrot dostawy do magazynu źródłowego (dostępny tylko w przypadku niezatwierdzonych dostaw stanowiących efekt przeniesień międzymagazynowych)
- Szczegóły – przycisk umożliwiający podgląd danych dostawy

Aby zmodyfikować dane dostawy należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy danej dostawie na liście dostaw. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku dodawania nowej dostawy z tym że wypełniony danymi wybranej dostawy. Po wprowadzeniu zmian do danych należy je zapisać klikając na przycisk „Uaktualnij”.

Aby usunąć dostawę należy kliknąć przycisk „Usuń” przy danej dostawie na liście dostaw. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji danych dostawy z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcie dostawy należy potwierdzić klikając na przycisk „Usuń”.

Aby zatwierdzić dostawę należy kliknąć przycisk „Zatwierdź” przy danej dostawie na liście dostaw. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji danych dostawy z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar zatwierdzenia dostawy należy potwierdzić klikając na przycisk „Zatwierdź”. Szczepionki z zatwierdzonej dostawy powiększają stan magazynowy.

Aby zwrócić dostawę do magazynu źródłowego należy kliknąć przycisk „Zrezygnuj” przy danej dostawie na liście dostaw. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji danych dostawy z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar zatwierdzenia dostawy należy potwierdzić klikając na przycisk „Zrezygnuj”. Szczepionki z dostawy wrócą na stan magazynowy magazynu źródłowego.

Aby podejrzeć szczegóły dostawy należy kliknąć przycisk „Szczegóły” przy danej dostawie na liście dostaw. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji danych dostawy z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu.

Stany magazynowe

Funkcjonalność „Stany magazynowe” z podmenu „Szczepionki” w menu „Personel” służy do kontrolowania stanów magazynowych szczepionek. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista magazynów a przy każdym z nich przycisk „Przeglądaj”.

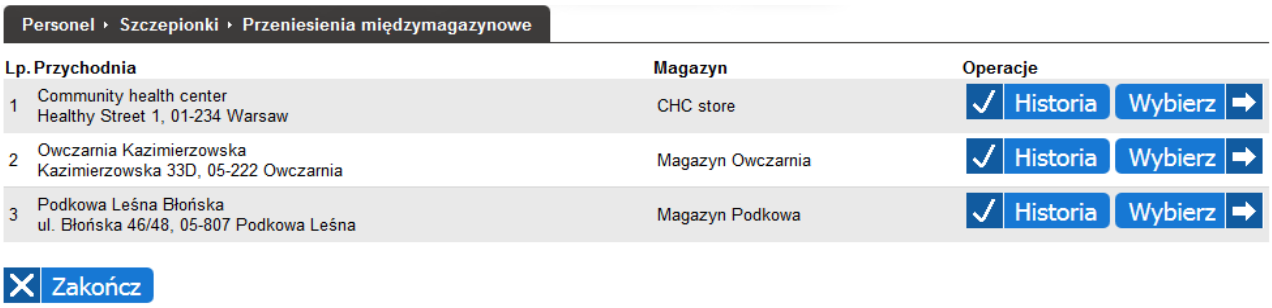


Po kliknięciu przycisku „Przeglądaj” przy danym magazynie wyświetla się lista szczepionek znajdujących się aktualnie w danym magazynie. Daty ważności kończące się w ciągu najbliższego tygodnia są wyróżnione na pomarańczowo, a daty ważności szczepionek przeterminowanych na czerwono.



Przeniesienia międzymagazynowe

Funkcjonalność „Przeniesienia międzymagazynowe” z podmenu „Szczepionki” w menu „Personel” służy do przenoszenia szczepionek pomiędzy magazynami. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista magazynów a przy każdym z nich przyciski „Historia” i „Wybierz”.

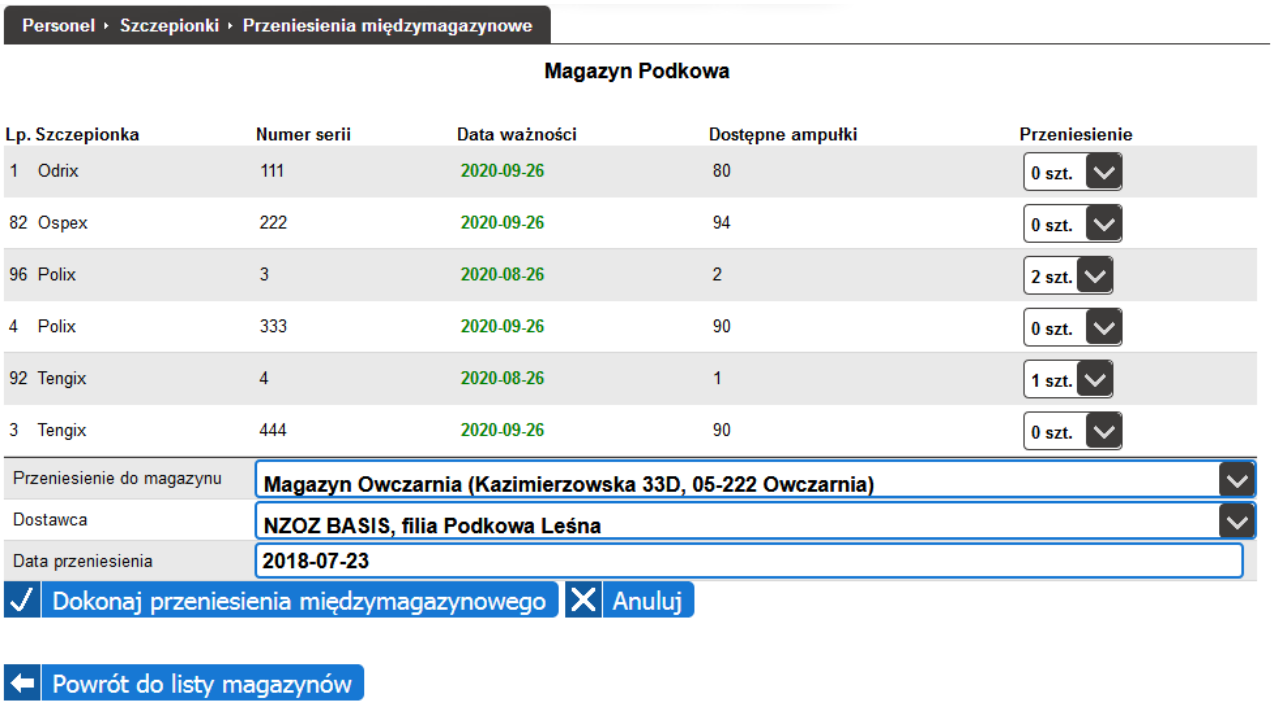


Po kliknięciu przycisku „Historia” przy danym magazynie otwiera się nowe okno z historią przenoszenia szczepionek do (ilości dodatnie) i z (ilości ujemne) tego magazynu.

Lp.	Szczepionka	Numer serii	Data ważności	Liczba ampułek	Data przeniesienia	Magazyn źródłowy / docelowy
1	Ospex	2	2020-08-26	4	2017-11-20	Magazyn Owczarnia
2	Odrix	111	2020-09-26	-1	2018-01-08	CHC store
3	Ospex	2	2020-08-26	-1	2018-01-08	CHC store
4	Tengix	4	2020-08-26	-1	2018-01-08	CHC store
5	Odrix	111	2020-09-26	-1	2018-01-08	CHC store
6	Polix	3	2020-08-26	-2	2018-01-08	CHC store
7	Polix	3	2020-08-26	-2	2018-01-08	CHC store
8	Tengix	4	2020-08-26	-1	2018-01-08	CHC store

Zamknij

Po kliknięciu przycisku „Wybierz” przy danym magazynie wyświetla się stan tego magazynu oraz formularz umożliwiający dokonanie przeniesienia szczepionek z tego magazynu do innego.

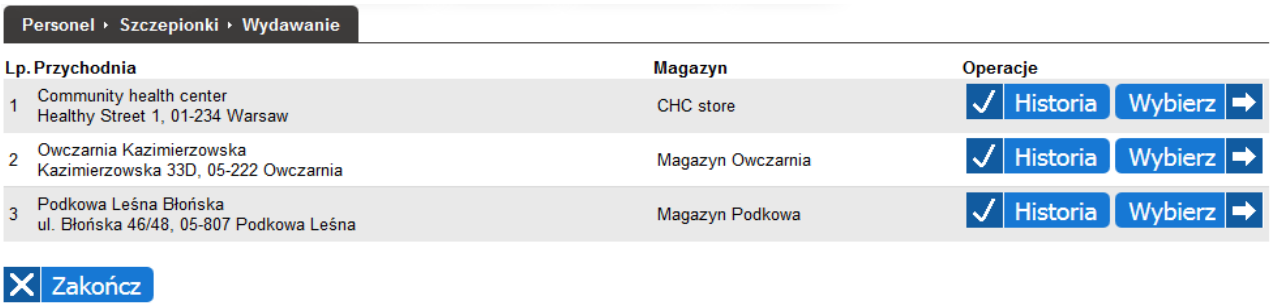


Po wypełnieniu formularza należy potwierdzić zamiar dokonania przeniesienia klikając na przycisk „Dokonaj przeniesienia międzymagazynowego”. Po kliknięciu tego przycisku stan magazynu z którego następuje przeniesienie jest pomniejszany o zadane ilości szczepionek. Równocześnie generowana jest niezatwierdzona dostawa do magazynu do którego ma nastąpić przeniesienie szczepionek. Aby szczepionki weszły na stan magazynu docelowego taką dostawę należy odszukać i zatwierdzić korzystając z funkcjonalności „Dostawy” z podmenu „Szczepionki” w menu „Personel” tak jak to opisano w jednym z wcześniejszych rozdziałów.

Wydawanie

Funkcjonalność „Wydawanie” z podmenu „Szczepionki” w menu „Personel” służy do dokonywania wydawania szczepionek z magazynów na zewnątrz. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się

lista magazynów a przy każdym z nich przyciski „Historia” i „Wybierz”.



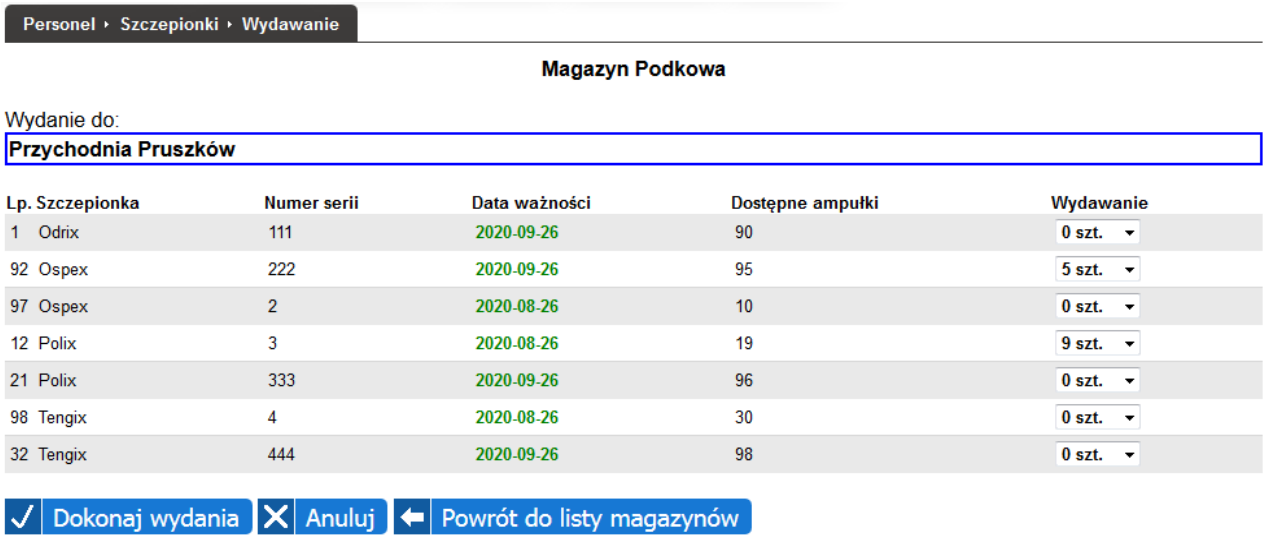
Po kliknięciu przycisku „Historia” przy danym magazynie otwiera się nowe okno z historią wydawania szczepionek z tego magazynu.



Lp.	Szczepionka	Numer serii	Data ważności	Liczba ampułek	Data wydania	Przeznaczenie
1	Odrix	111	2020-09-26	2	2018-01-16	Szkoła w Pacanowie
2	Ospex	2	2020-08-26	2	2018-01-16	Szkoła w Pacanowie
3	Ospex	222	2020-09-26	1	2018-01-31	Przychodnia Pruszków
4	Ospex	222	2020-09-26	1	2018-01-31	Przychodnia Pruszków

Zamknij

Po kliknięciu przycisku „Wybierz” przy danym magazynie wyświetla się stan tego magazynu i przy każdej partii szczepionek pole umożliwiające wybranie ilości do wydania na zewnątrz. Aby dokonać wydania należy wybrać ilości szczepionek do wydania i kliknąć przycisk „Dokonaj wydania”.



Po kliknięciu tego przycisku wskazane ilości szczepionek są zdejmowane ze stanu magazynowego i wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie i wydrukowanie raportu wydania.

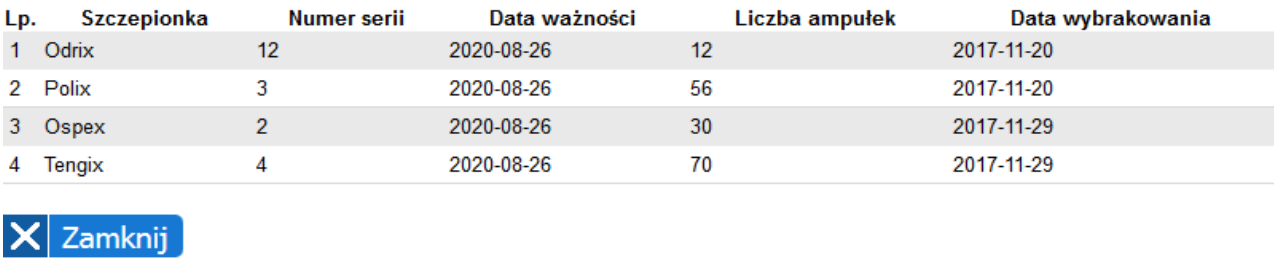


Brakowanie

Funkcjonalność „Brakowanie” z podmenu „Szczepionki” w menu „Personel” służy do dokonywania komisyjnego brakowania szczepionek. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista magazynów a przy każdym z nich przyciski „Historia” i „Wybierz”.

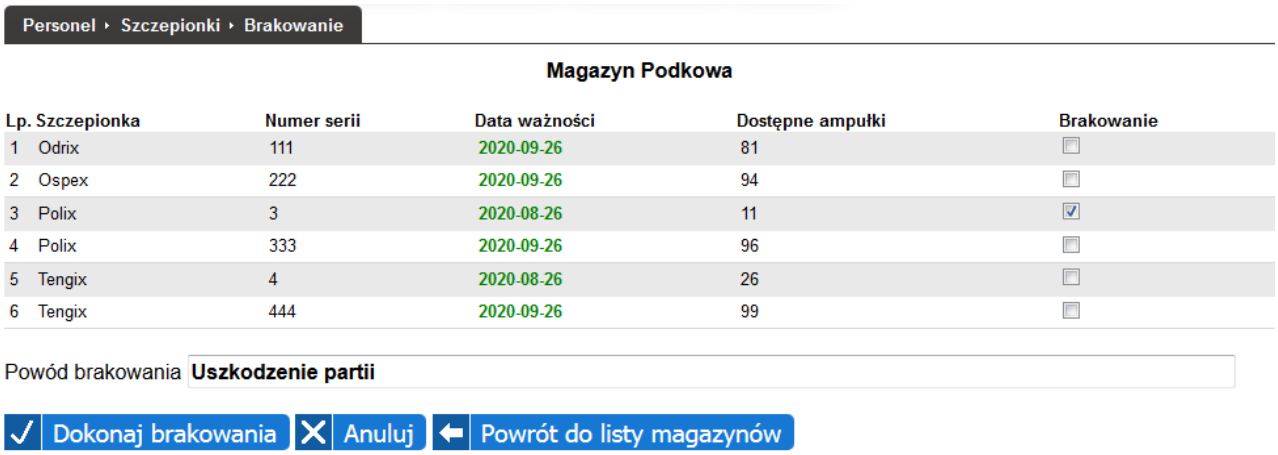


Po kliknięciu przycisku „Historia” przy danym magazynie, otwiera się nowe okno z historią brakowania szczepionek z tego magazynu.



Lp.	Szczepionka	Numer serii	Data ważności	Liczba ampułek	Data wybrakowania
1	Odrix	12	2020-08-26	12	2017-11-20
2	Polix	3	2020-08-26	56	2017-11-20
3	Ospex	2	2020-08-26	30	2017-11-29
4	Tengix	4	2020-08-26	70	2017-11-29

Po kliknięciu przycisku „Wybierz” przy danym magazynie wyświetla się stan tego magazynu i przy każdej partii szczepionek pole umożliwiające jej zaznaczenie a pod listą szczepionek pole umożliwiające wskazanie powodu brakowania. Aby dokonać brakowania należy zaznaczyć szczepionki do wybrakowania, określić powód i kliknąć przycisk „Dokonaj brakowania”.

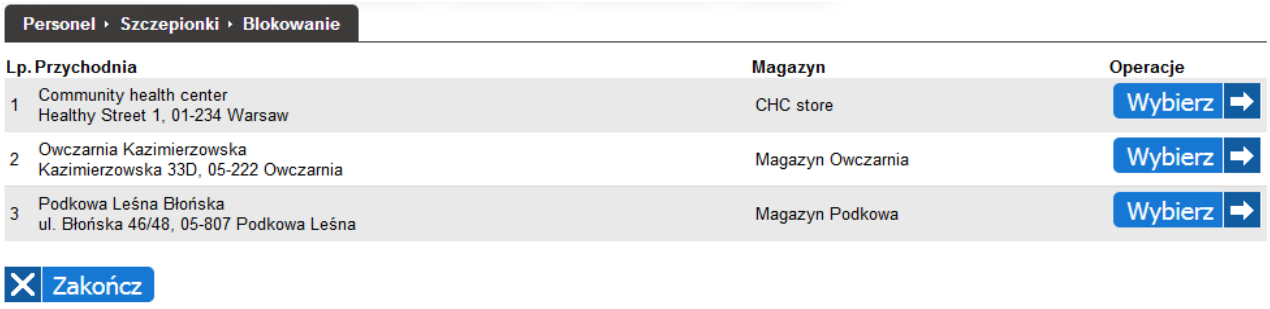


Po kliknięciu tego przycisku zaznaczone szczepionki są zdejmowane ze stanu magazynowego i wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie i wydrukowanie raportu brakowania w celu jego podpisania przez członków komisji.

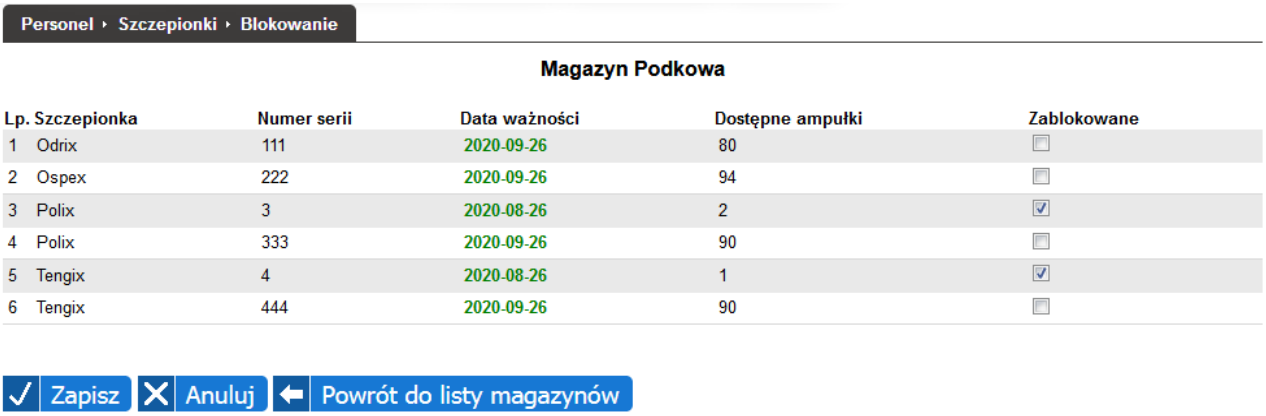


Blokowanie

Funkcjonalność „Blokowanie” z podmenu „Szczepionki” w menu „Personel” służy do blokowania (tymczasowego wyłączania z użytku) określonych partii szczepionek i odblokowywania zablokowanych wcześniej partii. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista magazynów a przy każdym z nich przycisk i „Wybierz”.



Po kliknięciu przycisku „Wybierz” przy danym magazynie wyświetla się stan tego magazynu i przy każdej partii szczepionek pole umożliwiające jej zaznaczenie. Zaznaczenie partii oznacza jej zablokowanie. Po wprowadzeniu odpowiednich zaznaczeń należy zapisać zmiany klikając przycisk „Zapisz”.



Ostrzeżenia

Funkcjonalność „Ostrzeżenia” z podmenu „Szczepionki” w menu „Personel” służy do przeglądania (a dla uprawnionych użytkowników także konfigurowania) ostrzeżeń dotyczących kończących się dat ważności szczepionek. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista szczepionek, których data ważności kończy się w ciągu określonej przez uprawnionego użytkownika liczby dni a jeżeli zalogowany użytkownik posiada odpowiednie uprawnienia nad listą szczepionek pojawia się formularz umożliwiający określenie na ile dni przed końcem ważności szczepionek system ma ostrzegać o tym użytkowników.



Aby zmienić liczbę dni na jaką przed końcem ważności szczepionek należy powiadamiać użytkowników o tym fakcie, należy wskazać odpowiednią liczbę dni i kliknąć przycisk „Zapisz”.

Jeżeli użytkownik posiada przywilej bycia ostrzeganym o kończeniu się dat ważności szczepionek i istnieją szczepionki, których daty ważności się kończą, wówczas po zalogowaniu do systemu zamiast na strony głównej właściwej dla danego użytkownika wyświetli się strona z ostrzeżeniami.

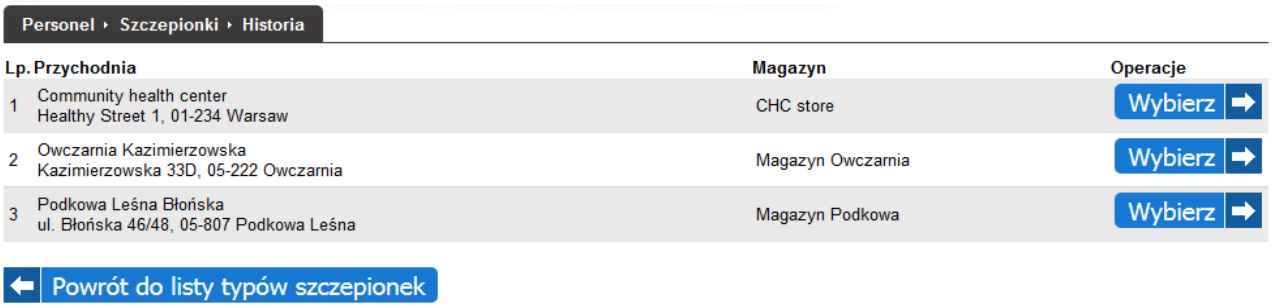
Historia

Funkcjonalność „Historia” z podmenu „Szczepionki” w menu „Personel” służy do przeglądania

historii przychodów i rozchodów szczepionek w magazynach (szczepionek wewnętrznych) oraz historii wyszczepiania szczepionek pacjenta (szczepionek zewnętrznych). Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista typów szczepionek a przy każdym z nich przycisk „Wybierz”.



Po kliknięciu przycisku „Wybierz” przy danym typie szczepionek wyświetla się lista magazynów (w przypadku szczepionek wewnętrznych) lub lista przychodni (w przypadku szczepionek wewnętrznych) a przy każdej pozycji na liście przycisk „Wybierz”.



Po kliknięciu przycisku „Wybierz” przy danym magazynie / przychodni wyświetla się lista wszystkich szczepionek jakie kiedykolwiek były przechowywane w danym magazynie / wyszczepiane w danej przychodni a przy każdej z nich przycisk „Historia”.



Po kliknięciu przycisku „Historia” przy wybranej szczepionce w nowym oknie wyświetla się historia przychodów i rozchodów danej szczepionki obejmująca: dostawy, przeniesienia

międzymagazynowe, wydawanie na zewnątrz, brakowanie i wyszczepianie.

Magazyn Podkowa
Odrix

Lp.	Zdarzenie	Data	Numer serii	Data ważności	Liczba ampułek	Stan	Uwagi
1	dostawa	2017-11-01	1	2020-08-26	+10	10	dostawca: NZOZ BASIS, filia Podkowa Leśna
2	wyszczepienie	2017-11-24	1	2017-11-30	-1	9	pacjent: Jakub Orłowski (PESEL: 56121284416), pielęgniarka: Zoz Zoz
3	wyszczepienie	2017-11-27	123	2017-11-30	-1	8	pacjent: Jakub Orłowski (PESEL: 56121284416), pielęgniarka: Zoz Zoz
4	wyszczepienie	2017-11-27	1	2017-11-30	-1	7	pacjent: Jakub Orłowski (PESEL: 56121284416), pielęgniarka: Zoz Zoz
5	wybrakowanie	2017-11-29	1	2020-08-26	-5	2	
6	dostawa	2017-12-01	111	2020-09-26	+100	102	dostawca: Pollek
7	wyszczepienie	2017-12-01	123	2017-11-30	-1	101	pacjent: Jakub Orłowski (PESEL: 56121284416), pielęgniarka: Zoz Zoz
8	przeniesienie	2018-01-08	111	2020-09-26	-1	100	magazyn docelowy: CHC store
9	przeniesienie	2018-01-08	111	2020-09-26	-1	99	magazyn docelowy: CHC store
10	wydanie	2018-01-16	111	2020-09-26	-2	97	miejsce przeznaczenia: Szkoła w Pacanowie
11	wyszczepienie	2018-02-16	111	2017-12-31	-1	96	pacjent: Władysław Łokietek (PESEL: 17321777777), pielęgniarka: Zoz Zoz
12	wyszczepienie	2019-01-07	111	2020-09-26	-1	95	pacjent: Dionizja Abakanowska (PESEL: 02020202026), pielęgniarka: Zoz Zoz

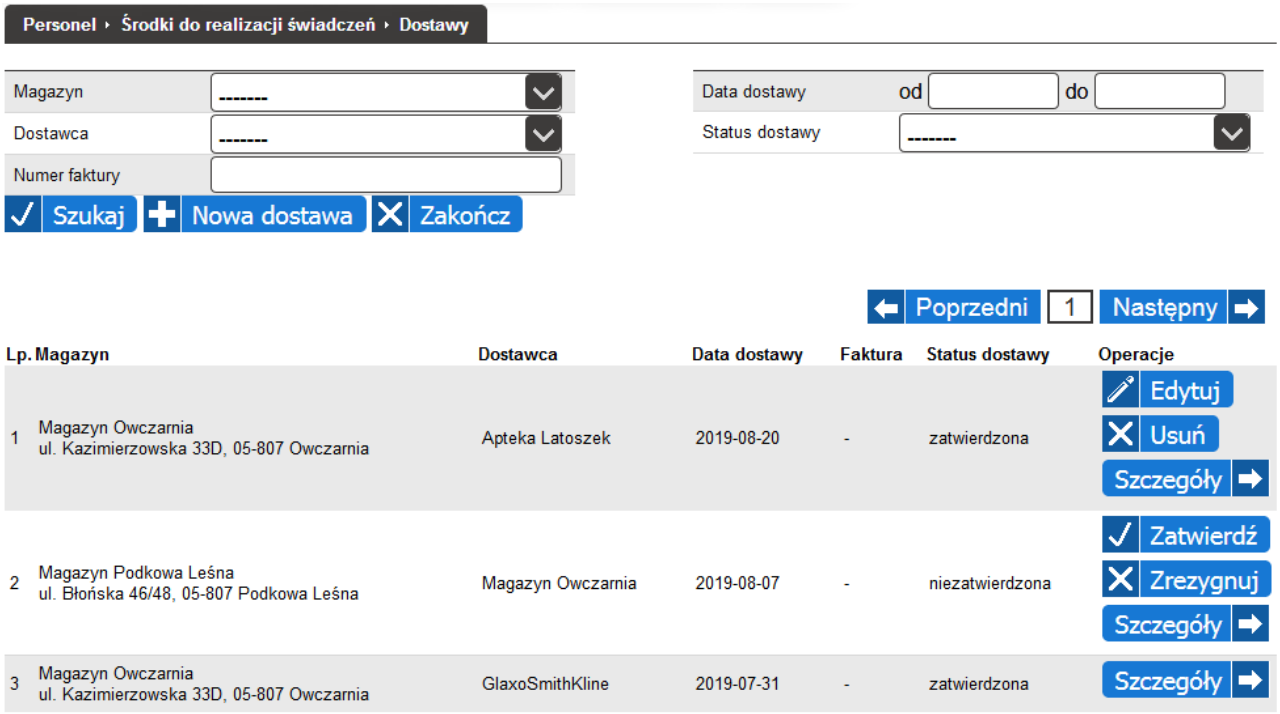
Zamknij

Środki do realizacji świadczeń

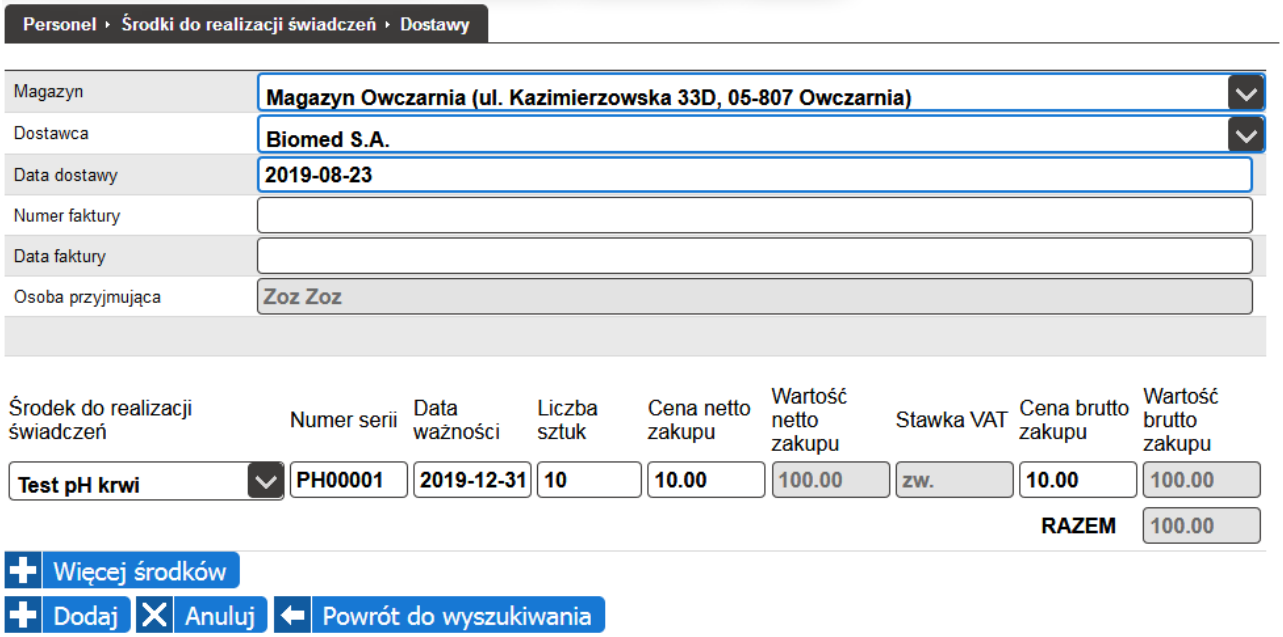
Funkcjonalności z podmenu „Środki do realizacji świadczeń” w menu „Personel” pozwalają uprawnionemu personelowi na obsługę ruchu magazynowego środków do realizacji świadczeń komercyjnych: przyjmowanie dostaw do magazynów, realizowanie przeniesień międzymagazynowych, kontrolowanie stanów magazynowych i dokonywanie brakowania.

Dostawy

Funkcjonalność „Dostawy” z podmenu „Środki do realizacji świadczeń” w menu „Personel” służy do przyjmowania dostaw środków do magazynów oraz zatwierdzania przeniesień międzymagazynowych. Po wybraniu tej funkcjonalności pojawia się wyszukiwarka dostaw pozwalająca na wyszukiwanie dostaw już przyjętych oraz przeniesień międzymagazynowych oczekujących na przyjęcie. Pod wyszukiwarką dostępny jest także przycisk umożliwiający przyjęcie nowej dostawy.



Aby przyjąć nową dostawę należy kliknąć przycisk „Nowa dostawa” pod wyszukiwarką. Wyświetli się wówczas formularz dostawy w którym należy wprowadzić dane dostawy oraz dostarczone partie środków. Domyślnie w formularzu wyświetla się jeden wiersz pól do wprowadzenia jednej partii środków. Jeżeli dostawa obejmuje więcej partii środków należy skorzystać z przycisku „Więcej środków” - każde jego kliknięcie powoduje wyświetlenie kolejnego wiersza do wprowadzenia kolejnej partii środków. Przy wprowadzaniu ceny netto zakupu środka wartość netto, cena brutto i wartość brutto wyliczają się automatycznie, analogicznie przy wprowadzaniu ceny brutto, cena netto, wartość netto i wartość brutto wyliczają się automatycznie (stawka VAT jest pobierana ze słownika środków). Na bieżąco aktualizowana jest także wartość pola „RAZEM” - łącznej kwoty brutto zakupu środków.



Po wypełnieniu formularza należy zapisać dane klikając na przycisk „Dodaj”. Przyjęta w taki sposób dostawa otrzymuje status zatwierdzonej a zawarte w niej środki powiększają stan magazynowy.

W wynikach wyszukiwania dostaw przy dostawach mogą znajdować się następujące przyciski:

- Edytuj – przycisk umożliwiający modyfikację danych dostawy (dostępny tylko w przypadku dostaw nie będących następstwem przeniesienia międzymagazynowego z których środków nie zaczęto jeszcze w żaden sposób korzystać)
- Usuń – przycisk umożliwiający usunięcie dostawy (dostępny tylko w przypadku dostaw nie będących następstwem przeniesienia międzymagazynowego z których środków nie zaczęto jeszcze w żaden sposób korzystać)
- Zatwierdź – przycisk umożliwiający zatwierdzenie dostawy (dostępny tylko w przypadku niezatwierdzonych dostaw stanowiących efekt przeniesień międzymagazynowych)
- Zrezygnuj – przycisk umożliwiający zwrot dostawy do magazynu źródłowego (dostępny tylko w przypadku niezatwierdzonych dostaw stanowiących efekt przeniesień międzymagazynowych)
- Szczegóły – przycisk umożliwiający podgląd danych dostawy

Aby zmodyfikować dane dostawy należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy danej dostawie na liście dostaw. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku dodawania nowej dostawy z tym że wypełniony danymi wybranej dostawy. Po wprowadzeniu zmian do danych należy je zapisać klikając na przycisk „Uaktualnij”.

Aby usunąć dostawę należy kliknąć przycisk „Usuń” przy danej dostawie na liście dostaw. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji danych dostawy z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcie dostawy należy potwierdzić klikając na przycisk „Usuń”.

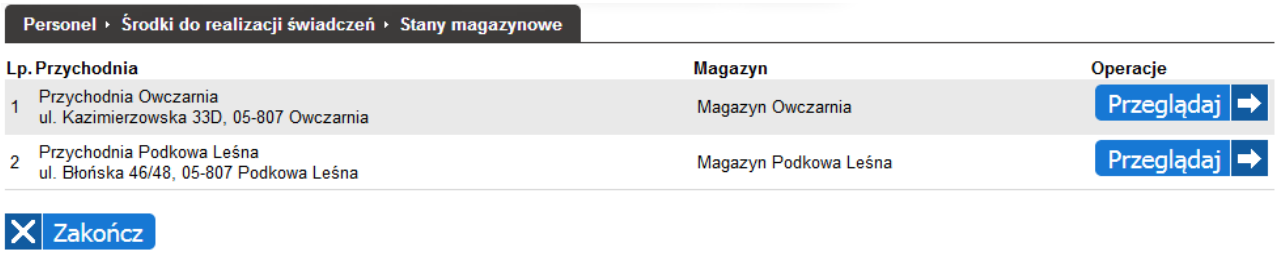
Aby zatwierdzić dostawę należy kliknąć przycisk „Zatwierdź” przy danej dostawie na liście dostaw. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji danych dostawy z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar zatwierdzenia dostawy należy potwierdzić klikając na przycisk „Zatwierdź”. Środki z zatwierdzonej dostawy powiększają stan magazynowy.

Aby zwrócić dostawę do magazynu źródłowego należy kliknąć przycisk „Zrezygnuj” przy danej dostawie na liście dostaw. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji danych dostawy z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar zatwierdzenia dostawy należy potwierdzić klikając na przycisk „Zrezygnuj”. Środki z dostawy wrócą na stan magazynowy magazynu źródłowego.

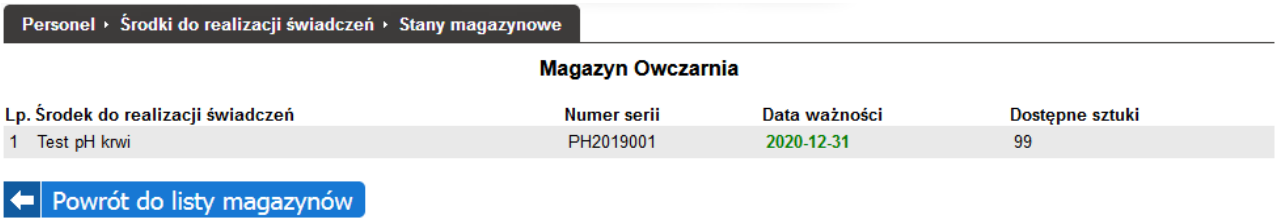
Aby podejrzeć szczegóły dostawy należy kliknąć przycisk „Szczegóły” przy danej dostawie na liście dostaw. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji danych dostawy z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu.

Stany magazynowe

Funkcjonalność „Stany magazynowe” z podmenu „Środki do realizacji świadczeń” w menu „Personel” służy do kontrolowania stanów magazynowych środków do realizacji świadczeń. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista magazynów a przy każdym z nich przycisk „Przeglądaj”.

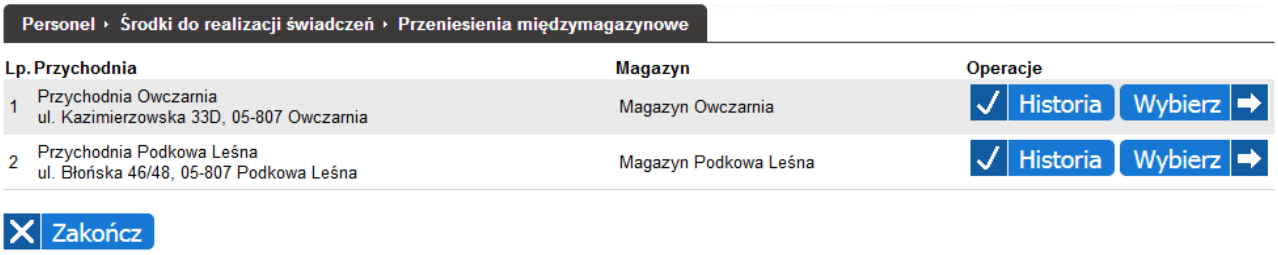


Po kliknięciu przycisku „Przeglądaj” przy danym magazynie wyświetla się lista środków znajdujących się aktualnie w danym magazynie. Daty ważności kończące się w ciągu najbliższego tygodnia są wyróżnione na pomarańczowo, a daty ważności środków przeterminowanych na czerwono.

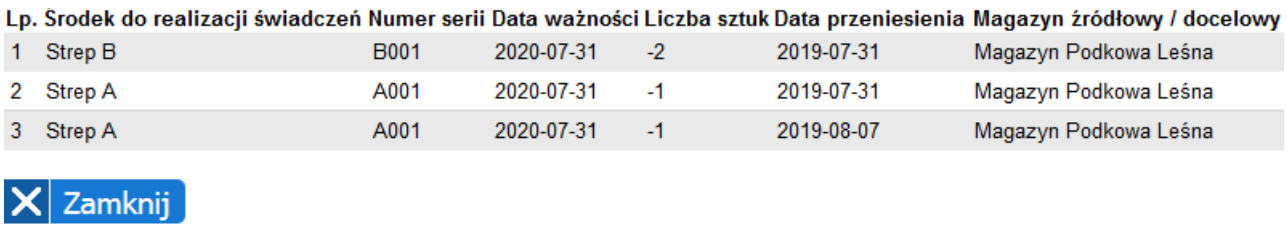


Przeniesienia międzymagazynowe

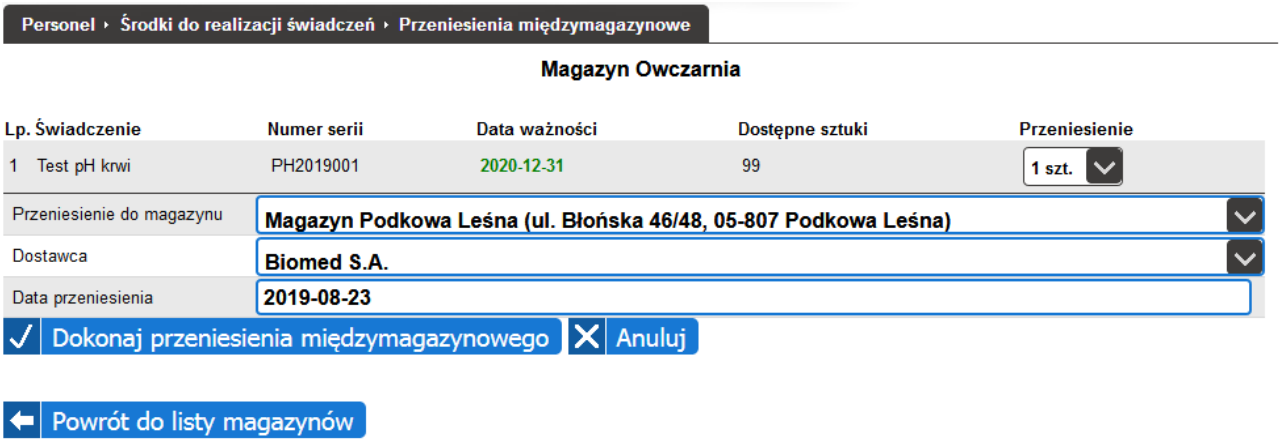
Funkcjonalność „Przeniesienia międzymagazynowe” z podmenu „Środki do realizacji świadczeń” w menu „Personel” służy do przenoszenia środków do realizacji świadczeń pomiędzy magazynami. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista magazynów a przy każdym z nich przyciski „Historia” i „Wybierz”.



Po kliknięciu przycisku „Historia” przy danym magazynie otwiera się nowe okno z historią przenoszenia środków do (ilości dodatnie) i z (ilości ujemne) tego magazynu.



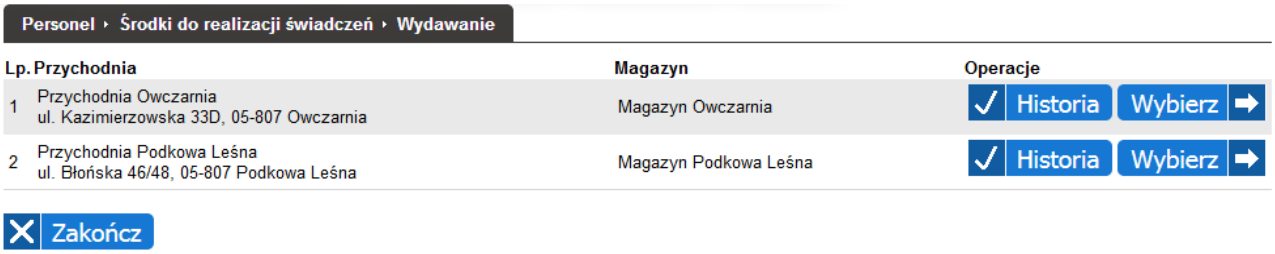
Po kliknięciu przycisku „Wybierz” przy danym magazynie wyświetla się stan tego magazynu oraz formularz umożliwiający dokonanie przeniesienia środków z tego magazynu do innego.



Po wypełnieniu formularza należy potwierdzić zamiar dokonania przeniesienia klikając na przycisk „Dokonaj przeniesienia międzymagazynowego”. Po kliknięciu tego przycisku stan magazynu z którego następuje przeniesienie jest pomniejszany o zadane ilości środków. Równocześnie generowana jest niezatwierdzona dostawa do magazynu do którego ma nastąpić przeniesienie środków. Aby środki weszły na stan magazynu docelowego taką dostawę należy odszukać i zatwierdzić korzystając z funkcjonalności „Dostawy” z podmenu „Środki do realizacji świadczeń” w menu „Personel” tak jak to opisano w jednym z wcześniejszych rozdziałów.

Wydawanie

Funkcjonalność „Wydawanie” z podmenu „Środki do realizacji świadczeń” w menu „Personel” służy do dokonywania wydawania środków do realizacji świadczeń komercyjnych z magazynów na zewnątrz. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista magazynów a przy każdym z nich przyciski „Historia” i „Wybierz”.



Po kliknięciu przycisku „Historia” przy danym magazynie otwiera się nowe okno z historią wydawania środków z tego magazynu.

Lp.	Środek do realizacji świadczeń	Numer serii	Data ważności	Liczba sztuk	Data wydania	Przeznaczenie
1	Strep A	A001	2020-07-31	1	2019-07-31	Przychodnia dla przechodnia
2	Strep A	A001	2020-07-31	1	2019-08-07	X

Zamknij

Po kliknięciu przycisku „Wybierz” przy danym magazynie wyświetla się stan tego magazynu i przy każdej partii środków pole umożliwiające wybranie ilości do wydania na zewnątrz. Aby dokonać wydania należy wybrać ilości środków do wydania i kliknąć przycisk „Dokonaj wydania”.

Personel › Środki do realizacji świadczeń › Wydawanie

Magazyn Owczarnia

Wydanie do:
ALFA MED

Lp.	Środek do realizacji świadczeń	Numer serii	Data ważności	Dostępne sztuki	Wydawanie
1	Test pH krwi	PH2019001	2020-12-31	99	10 szt.

Dokonaj wydania | Anuluj | Powrót do listy magazynów

Po kliknięciu tego przycisku wskazane ilości środków są zdejmowane ze stanu magazynowego i wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie i wydrukowanie raportu wydania.

Brakowanie

Funkcjonalność „Brakowanie” z podmenu „Środki do realizacji świadczeń” w menu „Personel” służy do dokonywania komisyjnego brakowania środków do realizacji świadczeń komercyjnych. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista magazynów a przy każdym z nich przyciski „Historia” i „Wybierz”.

Personel › Środki do realizacji świadczeń › Brakowanie

Lp.	Przychodnia	Magazyn	Operacje
1	Przychodnia Owczarnia ul. Kazimierzowska 33D, 05-807 Owczarnia	Magazyn Owczarnia	Historia Wybierz
2	Przychodnia Podkowa Leśna ul. Błońska 46/48, 05-807 Podkowa Leśna	Magazyn Podkowa Leśna	Historia Wybierz

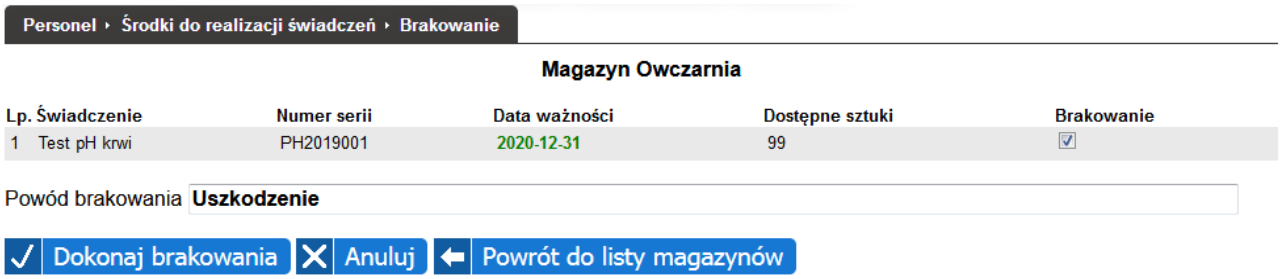
Zakończ

Po kliknięciu przycisku „Historia” przy danym magazynie, otwiera się nowe okno z historią brakowania środków z tego magazynu.

Lp.	Środek do realizacji świadczeń	Numer serii	Data ważności	Liczba sztuk	Data wybrakowania
1	Strep A	A001	2020-07-31	1	2019-07-31

Zamknij

Po kliknięciu przycisku „Wybierz” przy danym magazynie wyświetla się stan tego magazynu i przy każdej partii środków pole umożliwiające jej zaznaczenie a pod listą środków pole umożliwiające wskazanie powodu brakowania. Aby dokonać brakowania należy zaznaczyć środki do wybrakowania, określić powód i kliknąć przycisk „Dokonaj brakowania”.



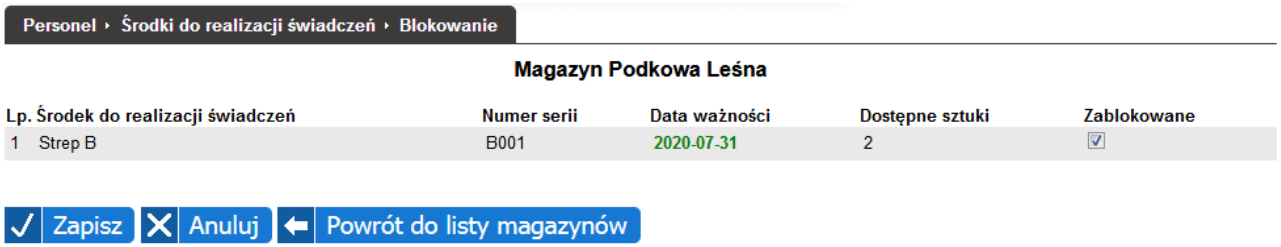
Po kliknięciu tego przycisku zaznaczone środki są zdejmowane ze stanu magazynowego i wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie i wydrukowanie raportu brakowania w celu jego podpisania przez członków komisji.

Blokowanie

Funkcjonalność „Blokowanie” z podmenu „Środki do realizacji świadczeń” w menu „Personel” służy do blokowania (tymczasowego wyłączania z użytku) określonych partii środków do realizacji świadczeń komercyjnych i odblokowywania zablokowanych wcześniej partii. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista magazynów a przy każdym z nich przycisk i „Wybierz”.

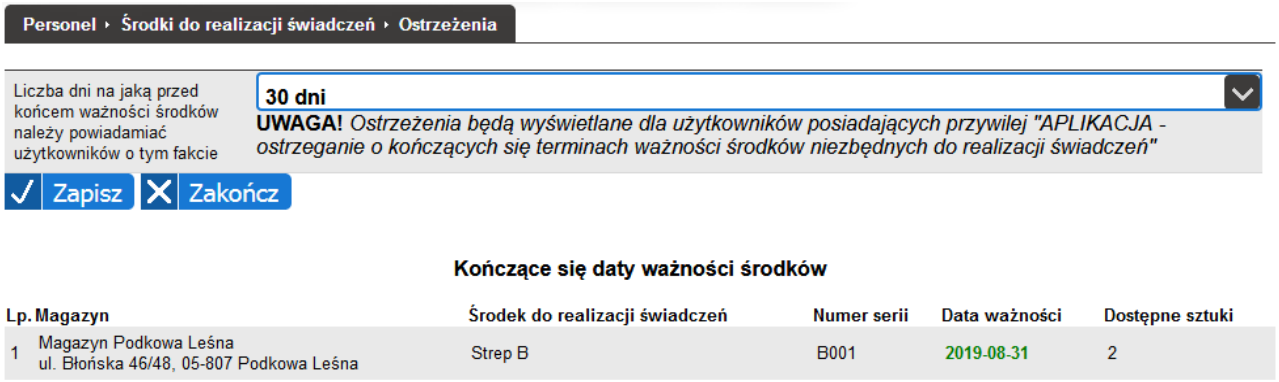


Po kliknięciu przycisku „Wybierz” przy danym magazynie wyświetla się stan tego magazynu i przy każdej partii środków pole umożliwiające jej zaznaczenie. Zaznaczenie partii oznacza jej zablokowanie. Po wprowadzeniu odpowiednich zaznaczeń należy zapisać zmiany klikając przycisk „Zapisz”.



Ostrzeżenia

Funkcjonalność „Ostrzeżenia” z podmenu „Środki do realizacji świadczeń” w menu „Personel” służy do przeglądania (a dla uprawnionych użytkowników także konfigurowania) ostrzeżeń dotyczących kończących się dat ważności środków do realizacji świadczeń komercyjnych. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista środków, których data ważności kończy się w ciągu określonej przez uprawnionego użytkownika liczby dni a jeżeli zalogowany użytkownik posiada odpowiednie uprawnienia nad listą środków pojawia się formularz umożliwiający określenie na ile dni przed końcem ważności środków system ma ostrzegać o tym użytkowników.



Aby zmienić liczbę dni na jaką przed końcem ważności środków należy powiadamiać użytkowników o tym fakcie, należy wskazać odpowiednią liczbę dni i kliknąć przycisk „Zapisz”.

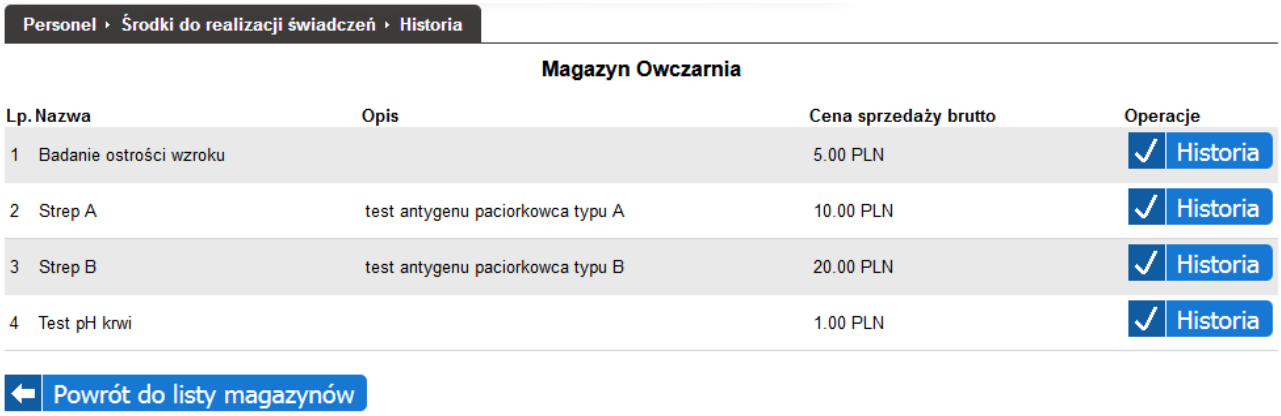
Jeżeli użytkownik posiada przywilej bycia ostrzeganym o kończeniu się dat ważności środków i istnieją środki, których daty ważności się kończą, wówczas po zalogowaniu do systemu zamiast strony głównej właściwej dla danego użytkownika wyświetli się strona z ostrzeżeniami.

Historia

Funkcjonalność „Historia” z podmenu „Środki do realizacji świadczeń” w menu „Personel” służy do przeglądania historii przychodów i rozchodów środków do realizacji świadczeń komercyjnych przechowywanych w magazynach. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista magazynów a przy każdym z nich przycisk „Wybierz”.



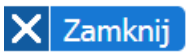
Po kliknięciu przycisku „Wybierz” przy danym magazynie wyświetla się lista wszystkich środków jakie kiedykolwiek były przechowywane w danym magazynie a przy każdym z nich przycisk „Historia”.

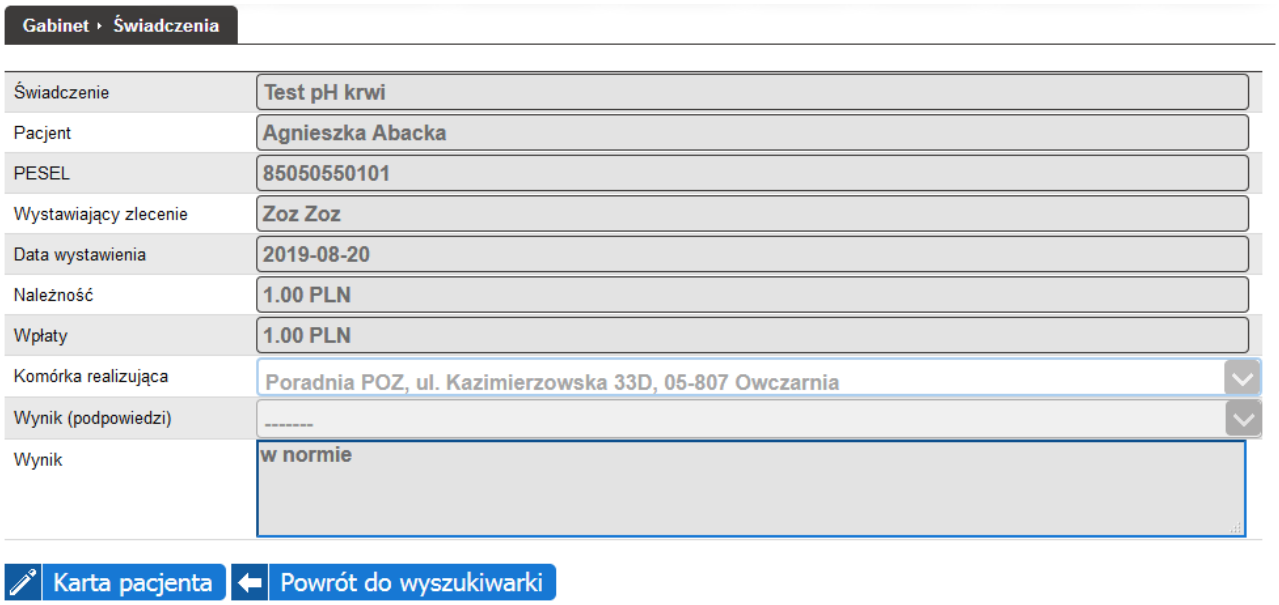


Po kliknięciu przycisku „Historia” przy wybranym środku w nowym oknie wyświetla się historia przychodów i rozchodów danego środka obejmująca: dostawy, przeniesienia międzymagazynowe, wydawanie na zewnątrz, brakowanie i sprzedaż.

Magazyn Owczarnia
Strep A

Lp.	Zdarzenie	Data	Numer serii	Data ważności	Liczba sztuk	Stan	Uwagi
1	dostawa	2019-07-31	A001	2020-07-31	+10	10	dostawca: GlaxoSmithKline
2	przeniesienie	2019-07-31	A001	2020-07-31	-1	9	magazyn docelowy: Magazyn Podkowa Leśna
3	wydanie	2019-07-31	A001	2020-07-31	-1	8	miejsce przeznaczenia: Przychodnia dla przechodnia
4	sprzedaż	2019-08-06	A001	2020-07-31	-1	7	pacjent: Agnieszka Abacka (PESEL: 85050550101), pielęgniarka: Zoz Zoz
5	sprzedaż	2019-08-06	A001	2020-07-31	-1	6	pacjent: Agnieszka Abacka (PESEL: 85050550101), pielęgniarka: Zoz Zoz
6	przeniesienie	2019-08-07	A001	2020-07-31	-1	5	magazyn docelowy: Magazyn Podkowa Leśna
7	wydanie	2019-08-07	A001	2020-07-31	-1	4	miejsce przeznaczenia: X
8	sprzedaż	2019-08-07	A001	2020-07-31	-1	3	pacjent: Agnieszka Abacka (PESEL: 85050550101), pielęgniarka: Zoz Zoz
9	sprzedaż	2019-08-20	A001	2020-07-31	-1	2	pacjent: Agnieszka Abacka (PESEL: 85050550101), pielęgniarka: Zoz Zoz
10	sprzedaż	2019-08-20	A001	2020-07-31	-1	1	pacjent: Agnieszka Abacka (PESEL: 85050550101), pielęgniarka: Zoz Zoz





Zasoby

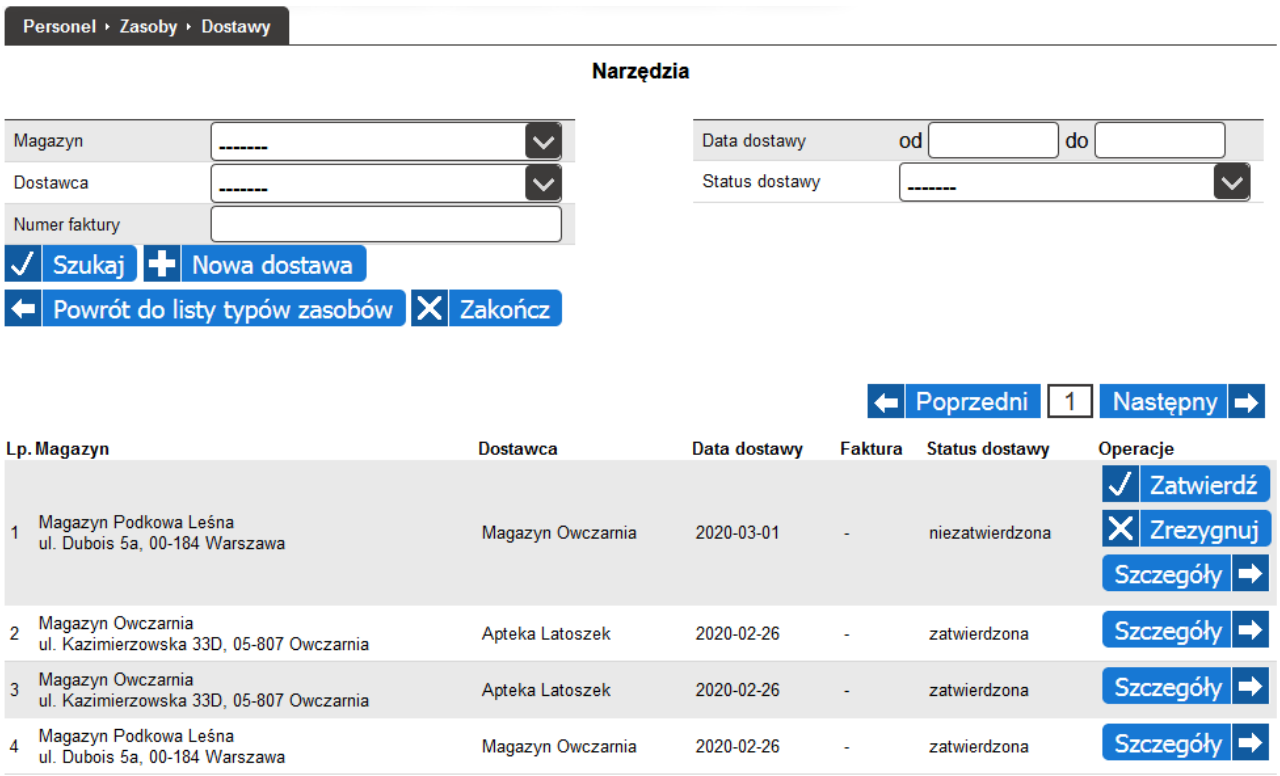
Funkcjonalności z podmenu „Zasoby” w menu „Personel” pozwalają uprawnionemu personelowi na obsługę ruchu magazynowego różnego rodzaju zasobów: przyjmowanie dostaw do magazynów, realizowanie przeniesień międzymagazynowych, kontrolowanie stanów magazynowych i dokonywanie brakowania.

Dostawy

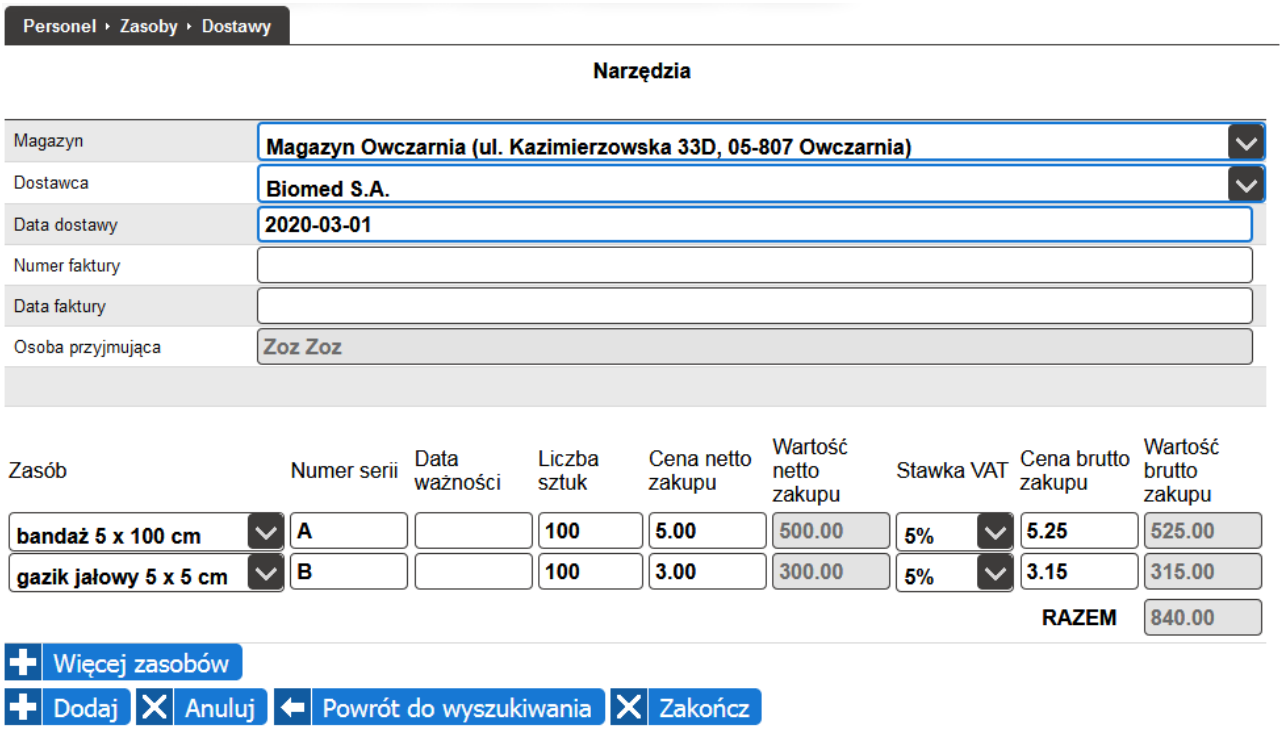
Funkcjonalność „Dostawy” z podmenu „Zasoby” w menu „Personel” służy do przyjmowania dostaw zasobów oraz zatwierdzania przeniesień międzymagazynowych. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista rodzajów zasobów a przy każdym z nich przycisk „Wybierz”.



Aby rozpocząć obsługę dostaw należy kliknąć przycisk „Wybierz” przy danym rodzaju zasobów. Wyświetli się wówczas wyszukiwarka dostaw pozwalająca na wyszukiwanie dostaw już przyjętych oraz przeniesień międzymagazynowych oczekujących na przyjęcie. Pod wyszukiwarką dostępny jest także przycisk umożliwiający przyjęcie nowej dostawy.



Aby przyjąć nową dostawę należy kliknąć przycisk „Nowa dostawa” pod wyszukiwarką. Wyświetli się wówczas formularz dostawy w którym należy wprowadzić dane dostawy oraz dostarczone partie zasobów. Domyślnie w formularzu wyświetla się jeden wiersz pól do wprowadzenia jednej partii zasobów. Jeżeli dostawa obejmuje więcej partii zasobów należy skorzystać z przycisku „Więcej zasobów” - każde jego kliknięcie powoduje wyświetlenie kolejnego wiersza do wprowadzenia kolejnej partii zasobów. Przy wprowadzaniu ceny netto zakupu zasobu wartość netto, cena brutto i wartość brutto wyliczają się automatycznie, analogicznie przy wprowadzaniu ceny brutto, cena netto, wartość netto i wartość brutto wyliczają się automatycznie. Na bieżąco aktualizowana jest także wartość pola „RAZEM” - łącznej kwoty brutto zakupu.



Po wypełnieniu formularza należy zapisać dane klikając na przycisk „Dodaj”. Przyjęta w taki sposób dostawa otrzymuje status zatwierdzonej a zawarte w niej zasoby powiększają stan magazynowy.

W wynikach wyszukiwania dostaw przy dostawach mogą znajdować się następujące przyciski:

- Edytuj – przycisk umożliwiający modyfikację danych dostawy (dostępny tylko w przypadku dostaw nie będących następstwem przeniesienia międzymagazynowego z których zasobów nie zaczęto jeszcze w żaden sposób korzystać)
- Usuń – przycisk umożliwiający usunięcie dostawy (dostępny tylko w przypadku dostaw nie będących następstwem przeniesienia międzymagazynowego z których zasobów nie zaczęto jeszcze w żaden sposób korzystać)
- Zatwierdź – przycisk umożliwiający zatwierdzenie dostawy (dostępny tylko w przypadku niezatwierdzonych dostaw stanowiących efekt przeniesień międzymagazynowych)
- Zrezygnuj – przycisk umożliwiający zwrot dostawy do magazynu źródłowego (dostępny tylko w przypadku niezatwierdzonych dostaw stanowiących efekt przeniesień międzymagazynowych)
- Szczegóły – przycisk umożliwiający podgląd danych dostawy

Aby zmodyfikować dane dostawy należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy danej dostawie na liście dostaw. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku dodawania nowej dostawy z tym że wypełniony danymi wybranej dostawy. Po wprowadzeniu zmian do danych należy je zapisać klikając na przycisk „Uaktualnij”.

Aby usunąć dostawę należy kliknąć przycisk „Usuń” przy danej dostawie na liście dostaw. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji danych dostawy z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcie dostawy należy potwierdzić klikając na przycisk „Usuń”.

Aby zatwierdzić dostawę należy kliknąć przycisk „Zatwierdź” przy danej dostawie na liście dostaw.

Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji danych dostawy z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar zatwierdzenia dostawy należy potwierdzić klikając na przycisk „Zatwierdź”. Zasoby z zatwierdzonej dostawy powiększają stan magazynowy.

Aby zwrócić dostawę do magazynu źródłowego należy kliknąć przycisk „Zrezygnuj” przy danej dostawie na liście dostaw. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji danych dostawy z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar zatwierdzenia dostawy należy potwierdzić klikając na przycisk „Zrezygnuj”. Zasoby z dostawy wrócą na stan magazynowy magazynu źródłowego.

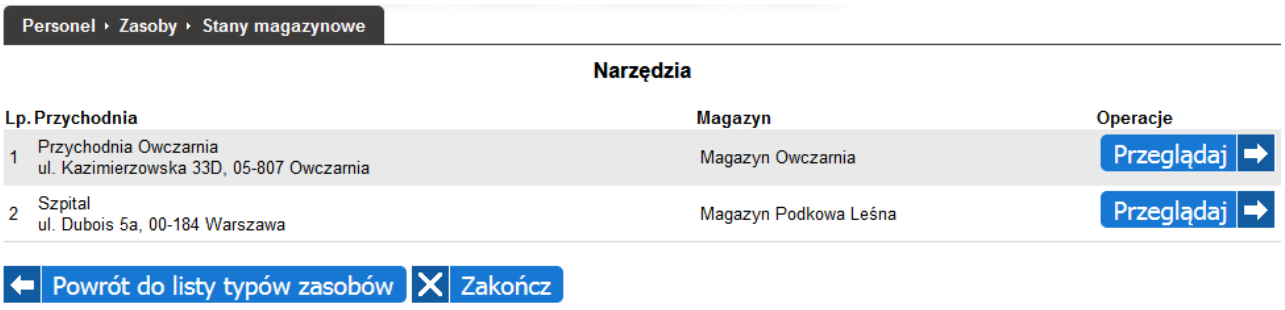
Aby podejrzeć szczegóły dostawy należy kliknąć przycisk „Szczegóły” przy danej dostawie na liście dostaw. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji danych dostawy z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu.

Stany magazynowe

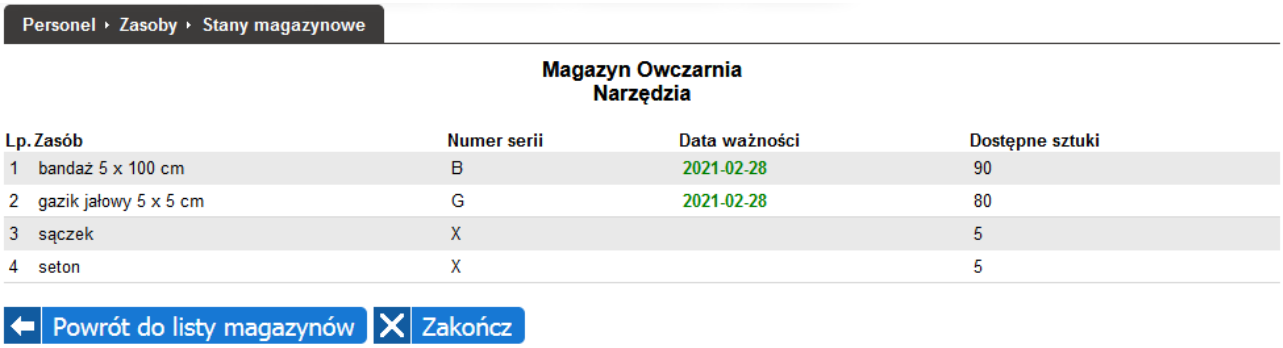
Funkcjonalność „Stany magazynowe” z podmenu „Zasoby” w menu „Personel” służy do kontrolowania stanów magazynowych różnego rodzaju zasobów. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista rodzajów zasobów a przy każdym z nich przycisk „Wybierz”.



Aby rozpocząć przeglądanie stanów magazynowych należy kliknąć przycisk „Wybierz” przy danym rodzaju zasobów. Wyświetli się wówczas lista magazynów a przy każdym z nich przycisk „Przeglądaj”.

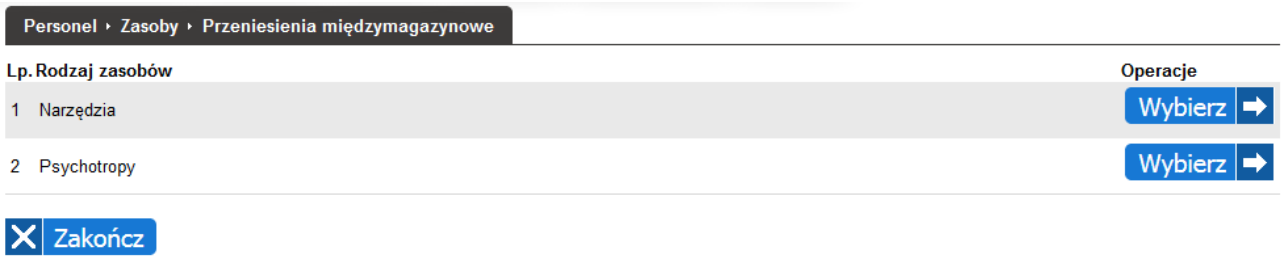


Po kliknięciu przycisku „Przeglądaj” przy danym magazynie wyświetla się lista zasobów znajdujących się aktualnie w danym magazynie. Daty ważności kończące się w ciągu najbliższego tygodnia są wyróżnione na pomarańczowo, a daty ważności zasobów przeterminowanych na czerwono.

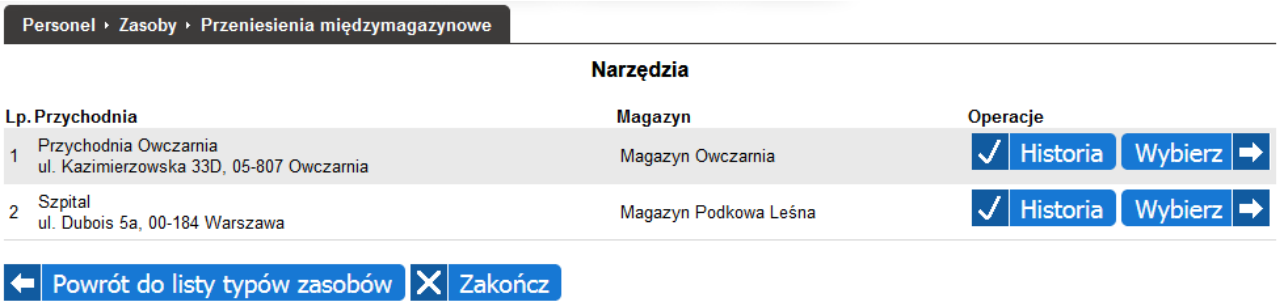


Przeniesienia międzymagazynowe

Funkcjonalność „Przeniesienia międzymagazynowe” z podmenu „Zasoby” w menu „Personel” służy do przenoszenia zasobów pomiędzy magazynami. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista rodzajów zasobów a przy każdym z nich przycisk „Wybierz”.



Aby rozpocząć obsługę przeniesień międzymagazynowych należy kliknąć przycisk „Wybierz” przy danym rodzaju zasobów. Wyświetli się wówczas lista magazynów a przy każdym z nich przyciski „Historia” i „Wybierz”.



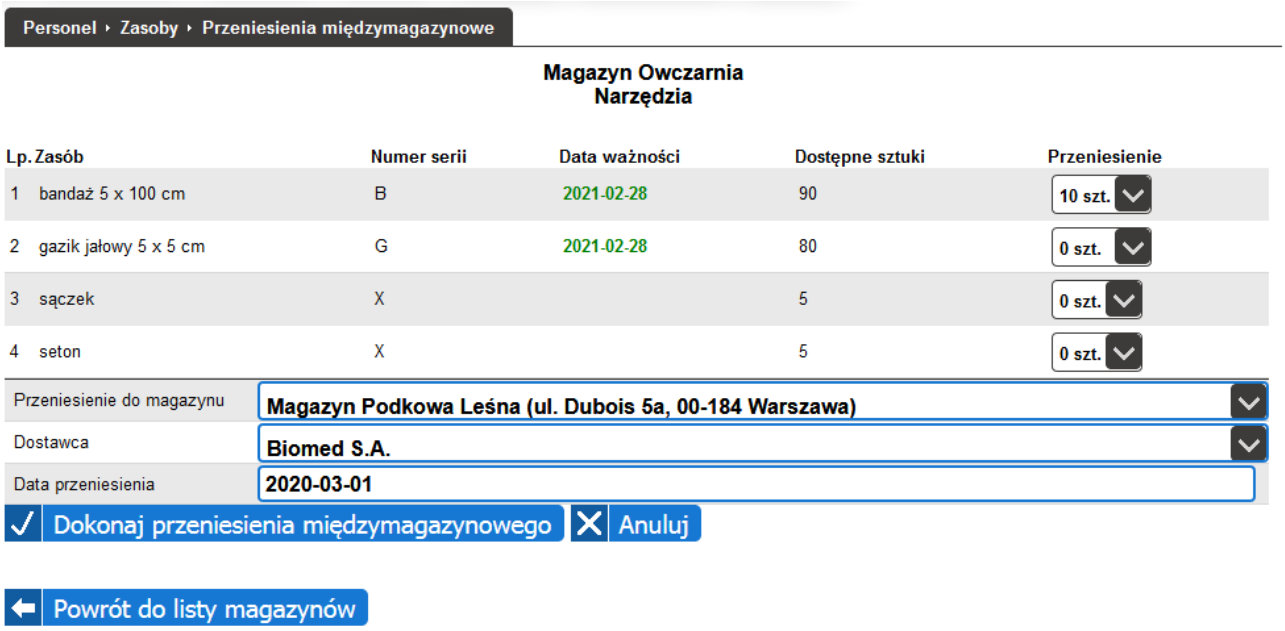
Po kliknięciu przycisku „Historia” przy danym magazynie otwiera się nowe okno z historią przenoszenia zasobów do (ilości dodatnie) i z (ilości ujemne) tego magazynu.

Magazyn Owczarnia
Narzędzia

Lp.	Zasób	Numer serii	Data ważności	Liczba sztuk	Data przeniesienia	Magazyn źródłowy / docelowy
1	seton	X		-5	2020-02-26	Magazyn Podkowa Leśna
2	sączek	X		-5	2020-02-26	Magazyn Podkowa Leśna
3	gazik jałowy 5 x 5 cm	G	2021-02-28	-10	2020-03-01	Magazyn Podkowa Leśna

Zamknij

Po kliknięciu przycisku „Wybierz” przy danym magazynie wyświetla się stan tego magazynu oraz formularz umożliwiający dokonanie przeniesienia zasobów z tego magazynu do innego.



Po wypełnieniu formularza należy potwierdzić zamiar dokonania przeniesienia klikając na przycisk „Dokonaj przeniesienia międzymagazynowego”. Po kliknięciu tego przycisku stan magazynu z którego następuje przeniesienie jest pomniejszany o zadane ilości zasobów. Równocześnie generowana jest niezatwierdzona dostawa do magazynu do którego ma nastąpić przeniesienie zasobów. Aby zasoby weszły na stan magazynu docelowego taką dostawę należy odszukać i zatwierdzić korzystając z funkcjonalności „Dostawy” z podmenu „Zasoby” w menu „Personel” tak jak to opisano w jednym z wcześniejszych rozdziałów.

Wydawanie

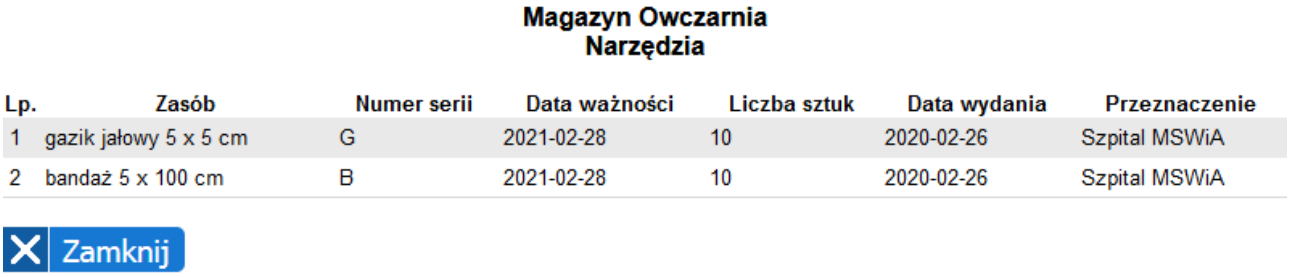
Funkcjonalność „Wydawanie” z podmenu „Zasoby” w menu „Personel” służy do dokonywania wydawania zasobów z magazynów na zewnątrz. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista rodzajów zasobów a przy każdym z nich przycisk „Wybierz”.



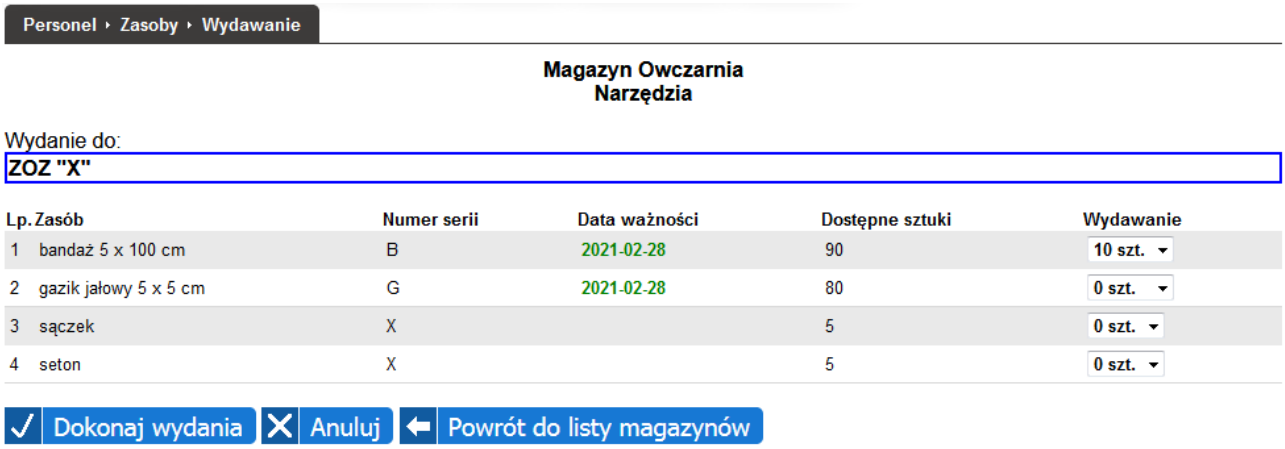
Aby rozpocząć obsługę wydawania należy kliknąć przycisk „Wybierz” przy danym rodzaju zasobów. Wyświetli się wówczas lista magazynów a przy każdym z nich przyciski „Historia” i „Wybierz”.



Po kliknięciu przycisku „Historia” przy danym magazynie otwiera się nowe okno z historią wydawania zasobów z tego magazynu.



Po kliknięciu przycisku „Wybierz” przy danym magazynie wyświetla się stan tego magazynu i przy każdej partii zasobów pole umożliwiające wybranie ilości do wydania na zewnątrz. Aby dokonać wydania należy wybrać ilości zasobów do wydania i kliknąć przycisk „Dokonaj wydania”.



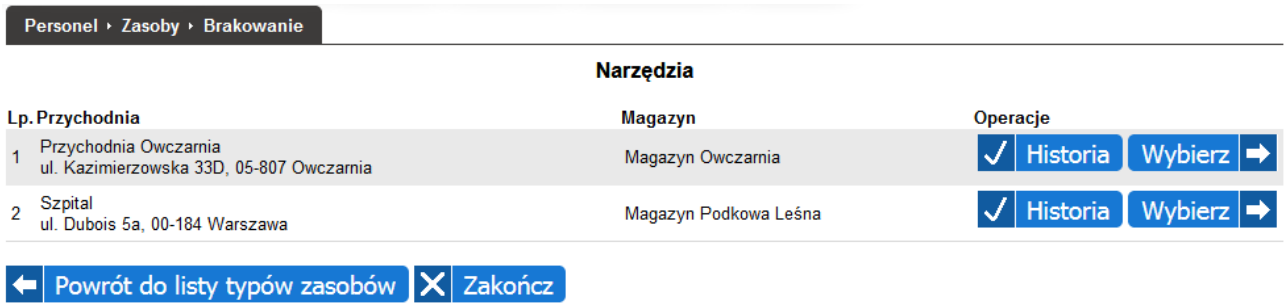
Po kliknięciu tego przycisku wskazane ilości zasobów są zdejmowane ze stanu magazynowego i wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie i wydrukowanie raportu wydania.

Brakowanie

Funkcjonalność „Brakowanie” z podmenu „Zasoby” w menu „Personel” służy do dokonywania komisyjnego brakowania zasobów. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista rodzajów zasobów a przy każdym z nich przycisk „Wybierz”.



Aby rozpocząć obsługę brakowania należy kliknąć przycisk „Wybierz” przy danym rodzaju zasobów. Wyświetli się wówczas lista magazynów a przy każdym z nich przyciski „Historia” i „Wybierz”.



Po kliknięciu przycisku „Historia” przy danym magazynie, otwiera się nowe okno z historią brakowania zasobów z tego magazynu.

Magazyn Owczarnia
Narzędzia

Lp.	Zasób	Numer serii	Data ważności	Liczba sztuk	Data wybrakowania
1	sączek	X		5	2020-03-02

Zamknij

Po kliknięciu przycisku „Wybierz” przy danym magazynie wyświetla się stan tego magazynu i przy każdej partii zasobów pole umożliwiające jej zaznaczenie a pod listą zasobów pole umożliwiające wskazanie powodu brakowania. Aby dokonać brakowania należy zaznaczyć zasoby do wybrakowania, określić powód i kliknąć przycisk „Dokonaj brakowania”.

Personel › Zasoby › Brakowanie

Magazyn Owczarnia
Narzędzia

Lp.	Zasób	Numer serii	Data ważności	Dostępne sztuki	Brakowanie
1	bandaż 5 x 100 cm	B	2021-02-28	90	☐
2	gazik jałowy 5 x 5 cm	G	2021-02-28	80	☐
3	sączek	X		5	☑
4	seton	X		5	☐

Powód brakowania **Uszkodzenie opakowania**

Dokonaj brakowania | Anuluj | Powrót do listy magazynów

Po kliknięciu tego przycisku zaznaczone zasoby są zdejmowane ze stanu magazynowego i wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie i wydrukowanie raportu brakowania w celu jego podpisania przez członków komisji.

Blokowanie

Funkcjonalność „Blokowanie” z podmenu „Zasoby” w menu „Personel” służy do blokowania (tymczasowego wyłączania z użytku) określonych partii zasobów i odblokowywania zablokowanych wcześniej partii. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista rodzajów zasobów a przy każdym z nich przycisk „Wybierz”.

Personel › Zasoby › Blokowanie

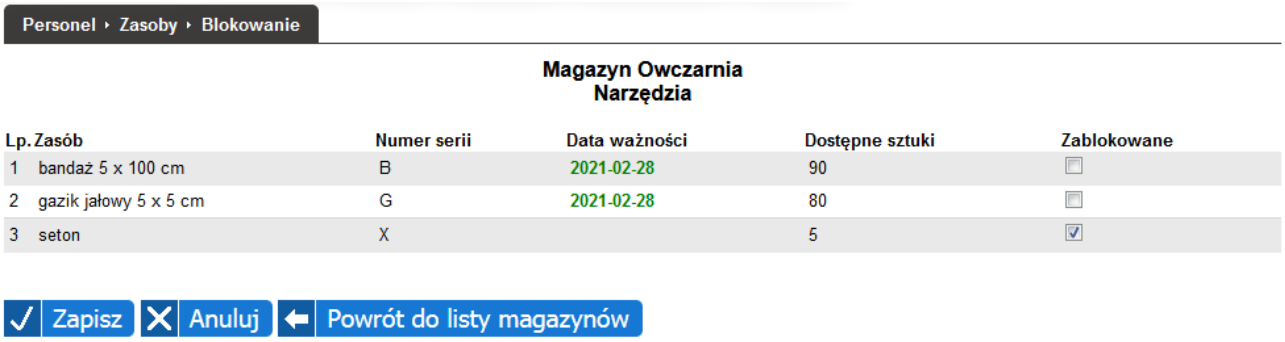
Lp.	Rodzaj zasobów	Operacje
1	Narzędzia	Wybierz
2	Psychotropy	Wybierz

Zakończ

Aby rozpocząć obsługę blokowania / odblokowywania należy kliknąć przycisk „Wybierz” przy danym rodzaju zasobów. Wyświetli się wówczas lista magazynów a przy każdym z nich przycisk i „Wybierz”.

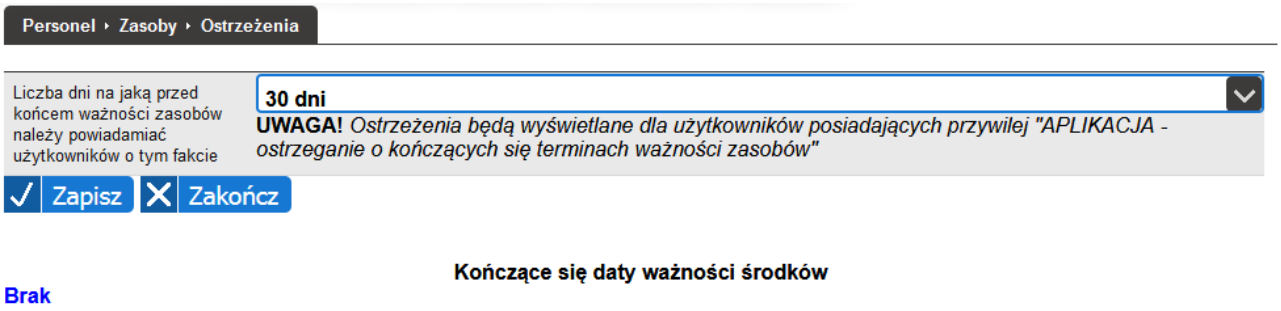


Po kliknięciu przycisku „Wybierz” przy danym magazynie wyświetla się stan tego magazynu i przy każdej partii zasobów pole umożliwiające jej zaznaczenie. Zaznaczenie partii oznacza jej zablokowanie. Po wprowadzeniu odpowiednich zaznaczeń należy zapisać zmiany klikając przycisk „Zapisz”.



Ostrzeżenia

Funkcjonalność „Ostrzeżenia” z podmenu „Zasoby” w menu „Personel” służy do przeglądania (a dla uprawnionych użytkowników także konfigurowania) ostrzeżeń dotyczących kończących się dat ważności zasobów. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista zasobów, których data ważności kończy się w ciągu określonej przez uprawnionego użytkownika liczby dni a jeżeli zalogowany użytkownik posiada odpowiednie uprawnienia nad listą zasobów pojawia się formularz umożliwiający określenie na ile dni przed końcem ważności zasobów system ma ostrzegać o tym użytkowników.



Aby zmienić liczbę dni na jaką przed końcem ważności zasobów należy powiadamiać użytkowników o tym fakcie, należy wskazać odpowiednią liczbę dni i kliknąć przycisk „Zapisz”.

Jeżeli użytkownik posiada przywilej bycia ostrzeganym o kończeniu się dat ważności zasobów i istnieją zasoby, których daty ważności się kończą, wówczas po zalogowaniu do systemu zamiast strony głównej właściwej dla danego użytkownika wyświetli się strona z ostrzeżeniami.

Historia

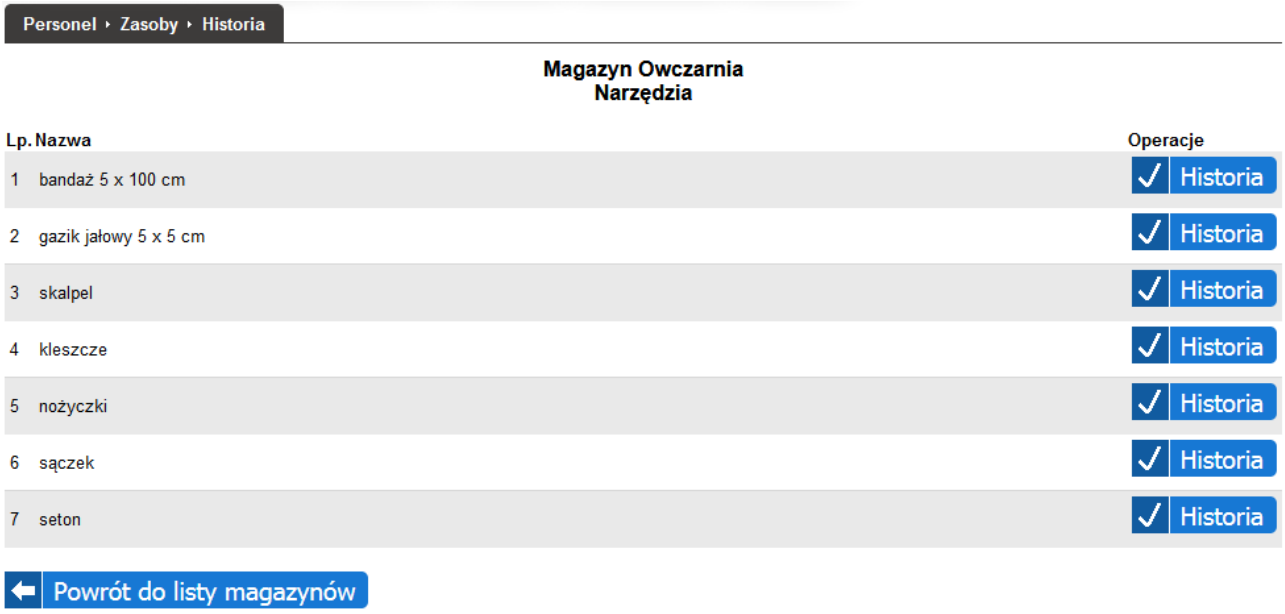
Funkcjonalność „Historia” z podmenu „Zasoby” w menu „Personel” służy do przeglądania historii przychodów i rozchodów zasobów przechowywanych w magazynach. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista rodzajów zasobów a przy każdym z nich przycisk „Wybierz”.



Aby rozpocząć przeglądanie historii należy kliknąć przycisk „Wybierz” przy danym rodzaju zasobów. Wyświetli się wówczas lista magazynów a przy każdym z nich przycisk „Wybierz”.



Po kliknięciu przycisku „Wybierz” przy danym magazynie wyświetla się lista wszystkich zasobów jakie kiedykolwiek były przechowywane w danym magazynie a przy każdym z nich przycisk „Historia”.



Po kliknięciu przycisku „Historia” przy wybranym zasobie w nowym oknie wyświetla się historia przychodów i rozchodów danego zasobu obejmująca: dostawy, przeniesienia międzymagazynowe, wydawanie na zewnątrz, brakowanie i użytkowanie do realizacji usług komercyjnych.

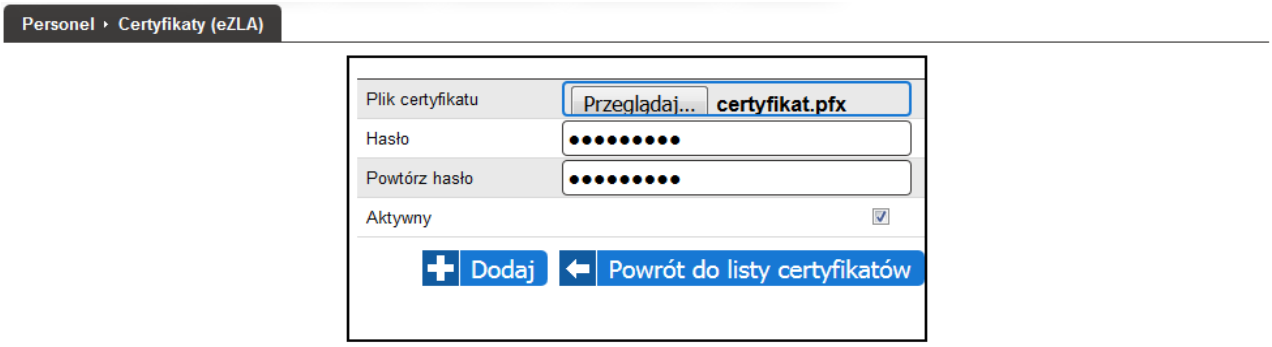


Certyfikaty (eZLA)

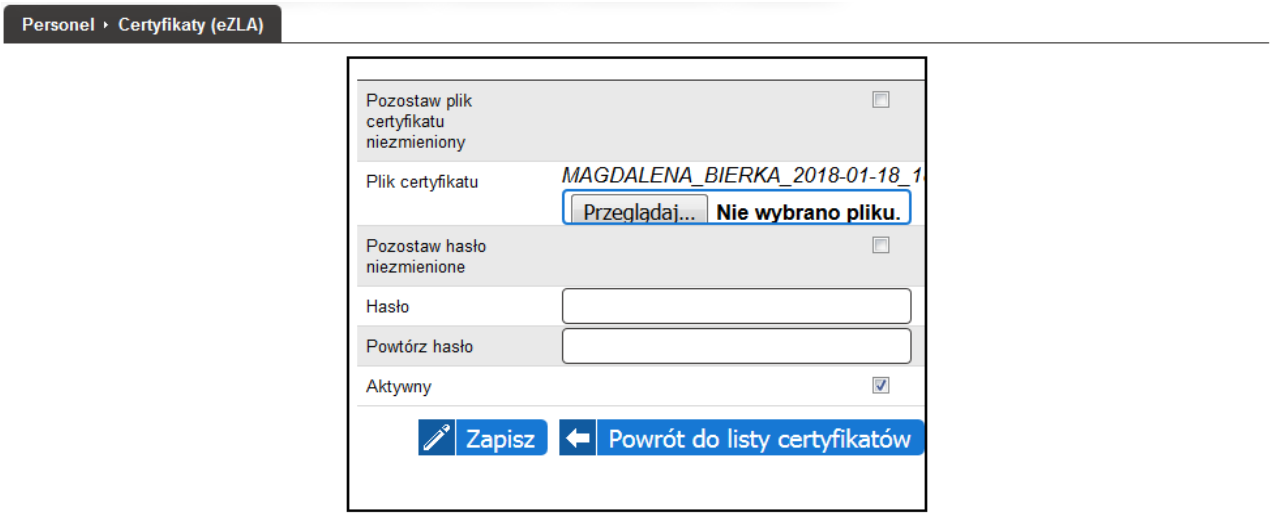
Funkcjonalność „Certyfikaty (eZLA)” z menu „Personel” służy do importowania do systemu jHIS certyfikatów zapewniających personelowi medycznemu dostęp do platformy eZLA dedykowanej do wystawiania elektronicznych zwolnień lekarskich. Po wybraniu tej funkcjonalności pojawia się lista certyfikatów zalogowanego personelu a przy każdym z nich przyciski „Edytuj” i „Usuń”, zaś pod listą certyfikatów wyświetla się przycisk „Dodaj”.



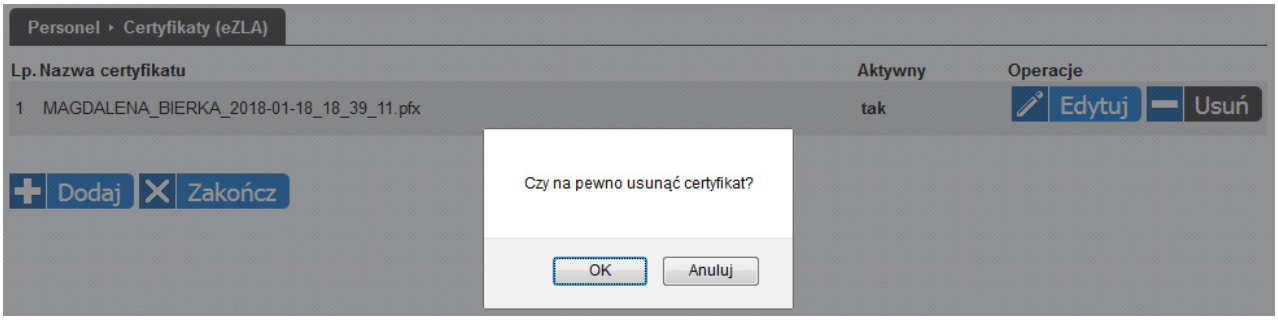
Aby dodać nowy certyfikat należy kliknąć przycisk „Dodaj”. Wyświetli się wówczas formularz dodawania certyfikatu, w którym należy wskazać plik certyfikatu (pobrany wcześniej z platformy PUE ZUS lub platformy P1), hasło do pliku oraz wskazać czy dany certyfikat jest aktywny (certyfikat aktywny będzie używany do komunikacji z platformą ZUS eZLA; tylko jeden certyfikat może być aktywny; zaznaczenie certyfikatu jako aktywnego spowoduje automatyczne oznaczenie pozostałych certyfikatów jako nieaktywnych). Po wprowadzeniu danych należy je zapisać klikając przycisk „Dodaj”.



Aby zmodyfikować dane certyfikatu należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy właściwym certyfikacie na liście certyfikatów. Wyświetli się wówczas formularz danych certyfikatu, w którym można wskazać inny plik certyfikatu (lub zaznaczyć pole „Pozostaw plik certyfikatu niezmieniony” jeśli zmiany nie dotyczą pliku certyfikatu), wskazać nowe hasło (lub zaznaczyć pole „pozostaw hasło niezmienione” jeśli zmiany nie dotyczą hasła), zaznaczyć czy certyfikat ma być aktywny. Po wprowadzeniu zmian należy je zapisać klikając przycisk „Zapisz”.

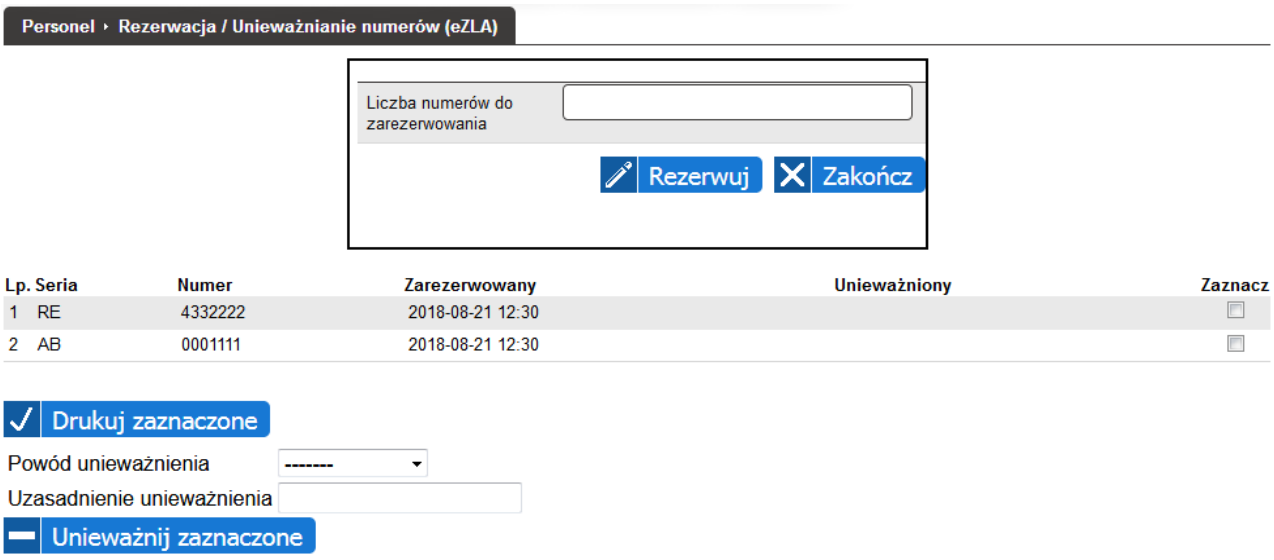


Aby usunąć certyfikat należy kliknąć przycisk „Usuń” przy właściwym certyfikacie na liście certyfikatów. Wyświetli się wówczas okienko z prośbą o potwierdzenie zamiaru usunięcia certyfikatu. Po potwierdzeniu certyfikat zostanie usunięty.



Rezerwacja / Unieważnianie numerów (eZLA)

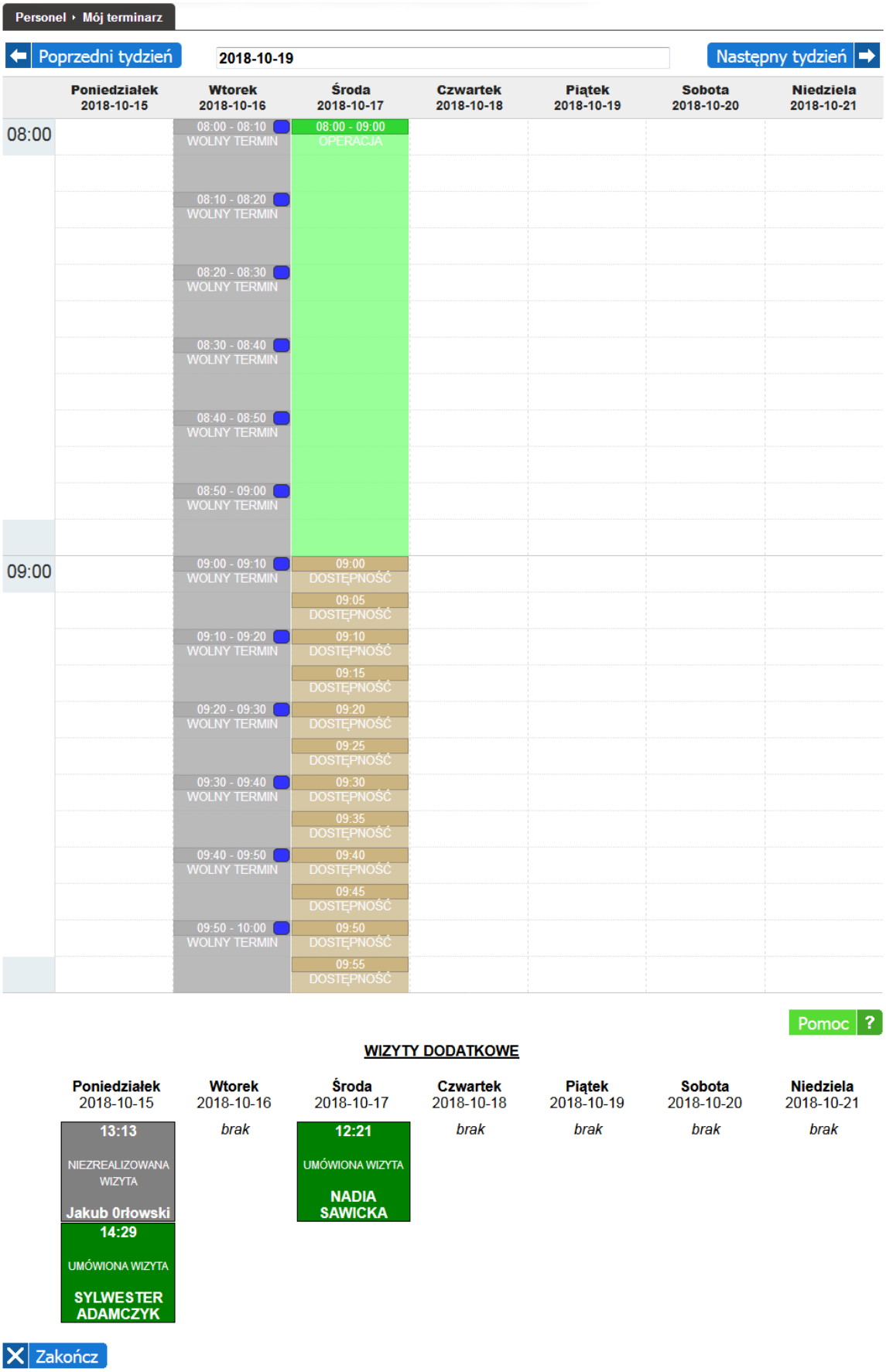
Funkcjonalność „Rezerwacja / Unieważnianie numerów (eZLA)” z menu „Personel” służy do rezerwowania / unieważniania numerów zwolnień lekarskich na platformie eZLA. Aby lekarz miał możliwość wystawienia pacjentowi zwolnienia w każdej sytuacji (braku dostępu do internetu, braku dostępu do platformy eZLA, …) powinien zawczasu zarezerwować sobie na platformie eZLA pewną ilość numerów dla zwolnień do wykorzystania w takich właśnie sytuacjach. W tym celu w formularzu należy wprowadzić liczbę numerów do zarezerwowania i kliknąć „Rezerwuj”. Zarezerwowane numery pojawią się na liście poniżej formularza. Następnie lekarz może wybrane numery na liście zaznaczyć i kliknąć przycisk „Drukuj zaznaczone” aby wydrukować puste druki zwolnień opatrzone tymi numerami (do wypełnienia w wersji papierowej i późniejszego zelektronizowania po odzyskaniu dostępu do platformy eZLA; numer zwolnienia po jego zelektronizowaniu znika z listy zarezerwowanych numerów). Jeżeli określone numery nie zostaną wykorzystane należy je unieważnić zaznaczając wybrane numery na liście, wskazując powód unieważnienia, określając uzasadnienie unieważnienia i klikając przycisk „Unieważnij zaznaczone”.



Mój terminarz

Funkcjonalność „Mój terminarz” z menu „Personel” pozwala na podgląd tygodniowego terminarza pracy zalogowanego personelu w formie siatki godzinowej. W terminarzu widoczne są wszystkie

zaplanowane wizyty i operacje oraz wolne terminy i dostępności personelu w bieżącym tygodniu w godzinach pokrywających łączne godziny pracy wszystkich komórek w jakich personel pracuje. Wizyty, operacje, wolne terminy i dostępności są powyróżniane kolorami zgodnie z legendą widoczną po kliknięciu na zielonym przycisku „Pomoc”. Po najechaniu kursorem myszy na naniesioną na terminarz wizytę, operację, wolny termin lub dostępność pojawia się dymek ze szczegółowymi informacjami o niej. Pod siatką terminarza wyświetla się tabela z listą wizyt dodatkowych zalogowanego personelu z bieżącego tygodnia.



Nad terminarzem znajdują się przyciski „Poprzedni tydzień” i „Następny tydzień” umożliwiające

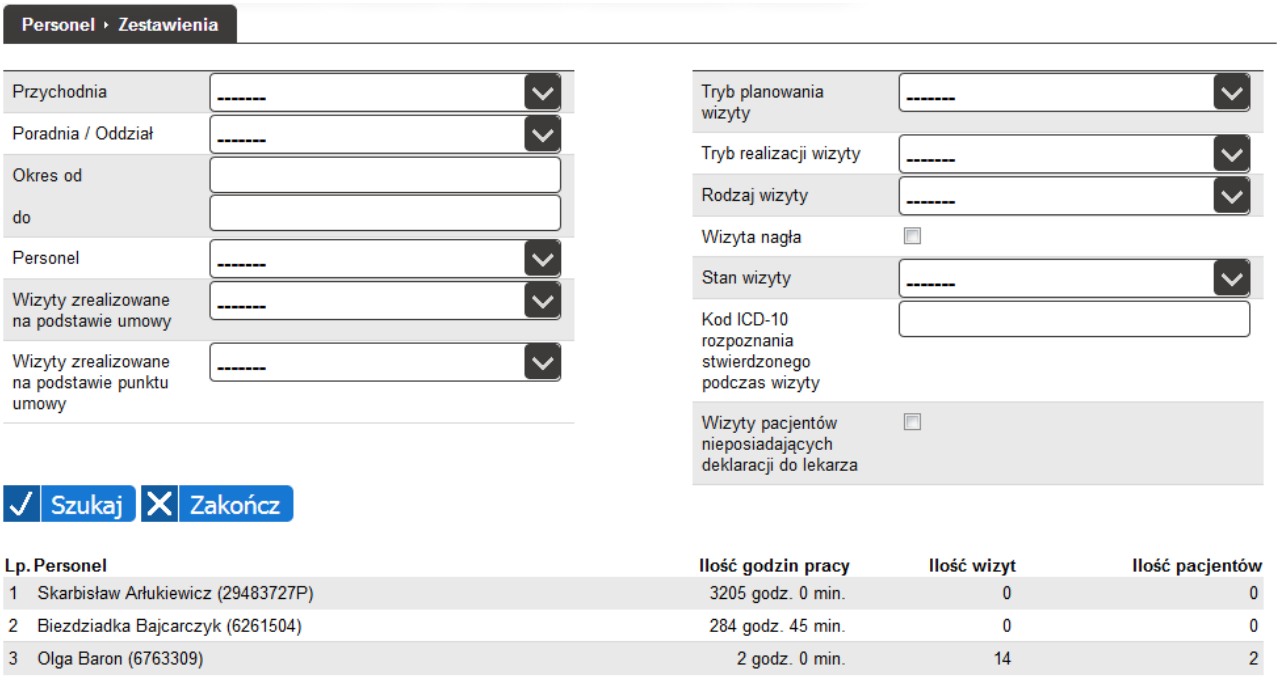
podgląd terminarza odpowiednio w poprzednim / następnym tygodniu względem aktualnie wyświetlanego oraz pole daty: po wprowadzeniu daty system automatycznie zmienia widok terminarza na właściwy dla tygodnia w którym wprowadzana data się znajduje.

Zestawienia

Funkcjonalność „Zestawienia” z menu „Personel” pozwala na wygenerowanie zestawienia ilości godzin pracy, ilości wizyt i ilości pacjentów dla poszczególnych lekarzy dla zadanych kryteriów. Ilość godzin pracy wynika z zaplanowanych grafików. Możliwe jest wygenerowanie zestawienia z użyciem dowolnej kombinacji następujących kryteriów:

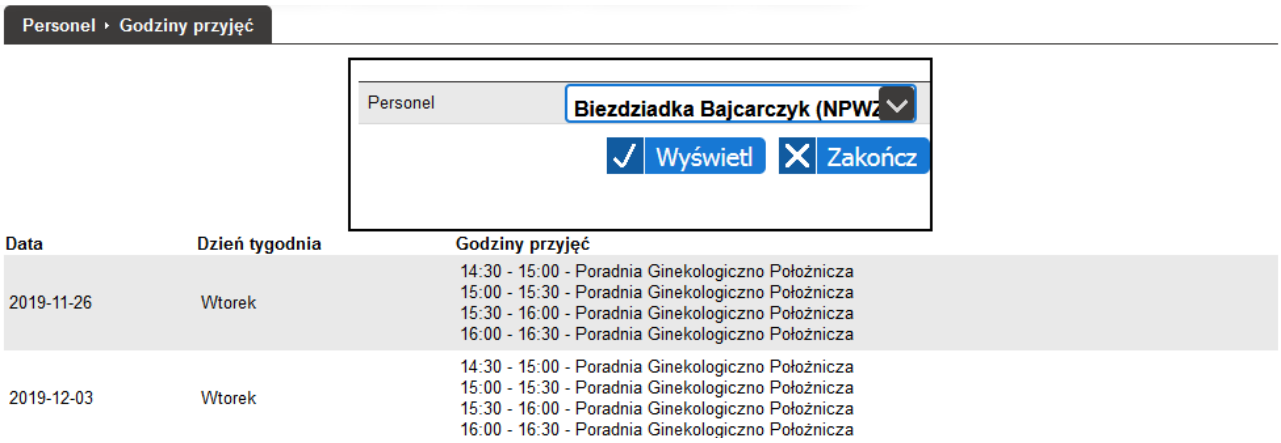
- przychodni
- poradni (wybór poradni jest możliwy dopiero po wybraniu przychodni)
- okresu
- personelu
- umowy na podstawie której została zrealizowana wizyta (nie dotyczy ilości godzin pracy)
- punktu umowy na podstawie którego została zrealizowana wizyta (nie dotyczy ilości godzin pracy)
- trybu planowania wizyty (nie dotyczy ilości godzin pracy)
- trybu realizacji wizyty (nie dotyczy ilości godzin pracy)
- rodzaju wizyty (nie dotyczy ilości godzin pracy)
- nagłości wizyty (nie dotyczy ilości godzin pracy)
- stanu wizyty (nie dotyczy ilości godzin pracy)
- kodu ICD-10 rozpoznania stwierdzonego podczas wizyty (nie dotyczy ilości godzin pracy)
- wizyt pacjentów nie posiadających deklaracji do lekarza (nie dotyczy ilości godzin pracy)

Po określeniu kryteriów i kliknięciu przycisku „Szukaj” wyświetla się lista personelu z ilościami godzin pracy, wizyt i pacjentów. Ilość wizyt nie musi być tożsama z ilością pacjentów (sesja grupowa to jedna wizyta na którą jest zapisana grupa pacjentów, na rzecz jednego pacjenta może być umówionych kilka wizyt).



Godziny przyjęć

Funkcjonalność „Godziny przyjęć” z menu „Personel” pozwala na szybki podgląd godzin przyjęć lekarzy. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się filtr wyboru lekarza. Po wybraniu lekarza i kliknięciu przycisku „Wyświetl” wyświetla się lista dni, w których lekarz ma zaplanowane grafiki pracy z podziałem na godziny przyjęć w poszczególnych poradniach.



Wizyty

Moduł „Wizyty” służy do umawiania wizyt i obsługi już umówionych wizyt.

Wizyty planowe

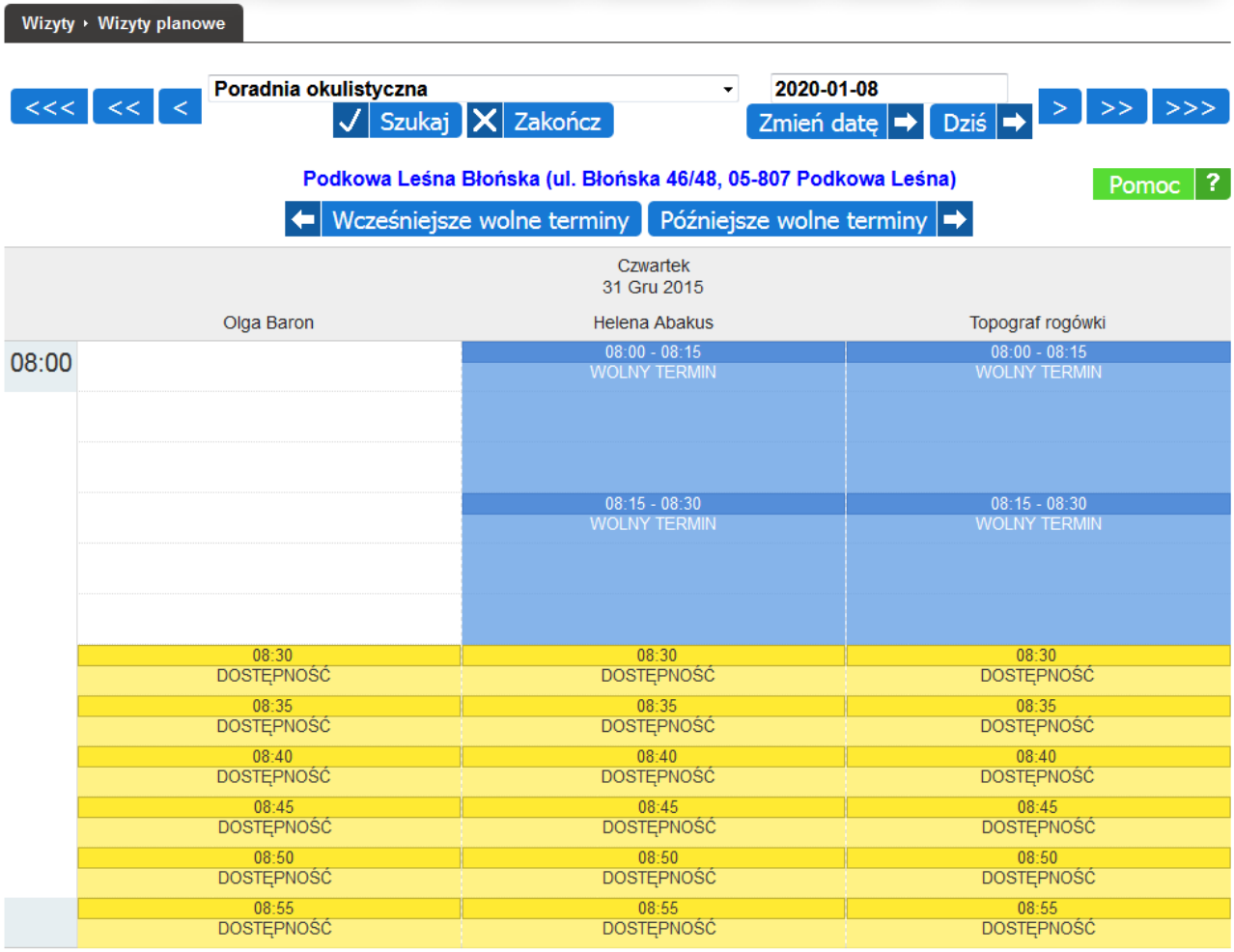
Po wybraniu z menu „Wizyty” funkcjonalności „Wizyty planowe” wyświetla się wyszukiwarka

wolnych terminów i zaplanowanych wizyt w dniu dzisiejszym w poradniach znajdujących się w przychodniach, do których dostęp ma zalogowany użytkownik. W pierwszej kolejności należy wybrać poradnię i nacisnąć przycisk „Szukaj”. Jeżeli istnieją jakiekolwiek grafiki pracy personelu lub aparatury w danej poradni wówczas na stronie wyświetla się siatka terminarza (w przeciwnym razie wyświetla się stosowny komunikat) a nad siatką nazwa i adres przychodni w której znajduje się wybrana w wyszukiwarce poradnia oraz przyciski „Wcześniejsze wolne terminy” i „Późniejsze wolne terminy”. Siatka ma kolumny odpowiadające wszystkim pracownikom i aparaturom dla których istnieją grafiki pracy w danej poradni. Wiersze odpowiadają z kolei możliwym godzinom przyjęć (siatka jest ograniczona do godzin pracy poradni a każda godzina podzielona jest na 12 części po 5 minut). Na siatkę naniesione są wszystkie wolne terminy i umówione wizyty według schematu

- wolne terminy przyszłe są wyświetlane na niebiesko
- wolne terminy przeszłe są wyświetlane na szaro
- dostępności personelu / aparatury do obsługiwania pacjentów / przeprowadzania operacji przyszłe są wyświetlane na żółto
- dostępności personelu / aparatury do obsługiwania pacjentów / przeprowadzania operacji przeszłe są wyświetlane na brązowo
- umówione wizyty, które nie wymagają uzupełnienia informacji ani weryfikacji są wyświetlane na zielono; w przypadku wizyt realizowanych wspólnie przez kilka osób z personelu wizyta wyświetla się na zielono przy tej osobie z personelu przy której była planowana a na szmaragdowo przy pozostałych osobach współrealizujących wizytę; w przypadku wizyt komercyjnych dla których płatność realizowana jest po wizycie ale już przed wizytą znana jest przynajmniej częściowa kwota do zapłaty nagłówek wizyty wyświetlany jest w postaci zielono-czerwonego gradientu (a w przypadku współrealizacji wizyty szmaragdowo-wiśniowego gradientu)
- umówione wizyty, które wymagają uzupełnienia informacji lub weryfikacji (dołączenie skierowania, dołączenie dokumentu ubezpieczeniowego, uregulowanie płatności, dopisanie większej ilości pacjentów w przypadku sesji grupowych na które nie ma zapisanego kompletu pacjentów, odwołanie wizyty z powodu zmiany grafiku pracy lekarza lub aparatury, wypełnienie niezbędnych dokumentów) są wyświetlane na czerwono; w przypadku wizyt realizowanych wspólnie przez kilka osób z personelu wizyta wyświetla się na czerwono przy tej osobie z personelu przy której była planowana a na wiśniowo przy pozostałych osobach współrealizujących wizytę
- jeżeli typ wizyty właściwy dla danego wolnego terminu lub umówionej wizyty ma zdefiniowany kolor wyróżnienia, wówczas w prawym górnym rogu terminu / wizyty pojawia się plamka w tym kolorze.
- jeżeli wizyta została oznaczona jako zrealizowana wówczas przy tytule slotu pojawia się znak ✓ na zielonym tle
- jeżeli wizyta została oznaczona jako niezrealizowana wówczas przy tytule slotu pojawia się znak ✗ na czerwonym tle
- jeżeli wizyta jest wizytą medycyny pracy wówczas przy tytule slotu pojawia się znak ✻ na fioletowym tle
- jeśli wizyta wymaga wniesienia opłaty a nie została opłacona lub nie została w pełni opłacona wówczas przy tytule slotu pojawia się znak € na brązowym tle
- jeśli wizyta wymaga deklaracji a pacjent jej nie posiada wówczas przy tytule slotu pojawia się znak ∅na granatowym tle

〉 jeżeli wizyta została umówiona za pośrednictwem serwisu ZnanyLekarz, wówczas przy tytule slotu pojawia się znak ★ na pomarańczowym tle

Po najechaniu kursorem myszy na wolny termin, dostępność lub umówioną wizytę w dymku (tooltipie) wyświetlają się szczegółowe informacje o danym terminie, dostępności lub wizycie odpowiednio (szybki podgląd).



Przycisk „Wcześniejsze wolne terminy” pozwala na wyświetlenie jednym kliknięciem najbliższego dnia poprzedzającego aktualnie wyświetlany, w którym istnieje jakikolwiek wolny termin (wyszukiwanie wolnego terminu dotyczy wyłącznie terminów przyszłych; terminy sesji grupowych z niepełną obsadą nie są traktowane jako wolne). W przypadku gdy wcześniejszy wolny termin nie istnieje, po kliknięciu przycisku wyświetlany jest stosowny komunikat poniżej przycisku.

Przycisk „Późniejsze wolne terminy” pozwala na wyświetlenie jednym kliknięciem najbliższego dnia następującego po aktualnie wyświetlanym, w którym istnieje jakikolwiek wolny termin (wyszukiwanie wolnego terminu dotyczy wyłącznie terminów przyszłych; terminy sesji grupowych z niepełną obsadą nie są traktowane jako wolne). W przypadku gdy późniejszy wolny termin nie istnieje, po kliknięciu przycisku wyświetlany jest stosowny komunikat poniżej przycisku.

W formularzu nad siatką znajdują się dodatkowo następujące przyciski nawigacji:

〉 <<< - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu o miesiąc wcześniejszym od aktualnie prezentowanego

〉 << - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu o tydzień wcześniejszym od aktualnie

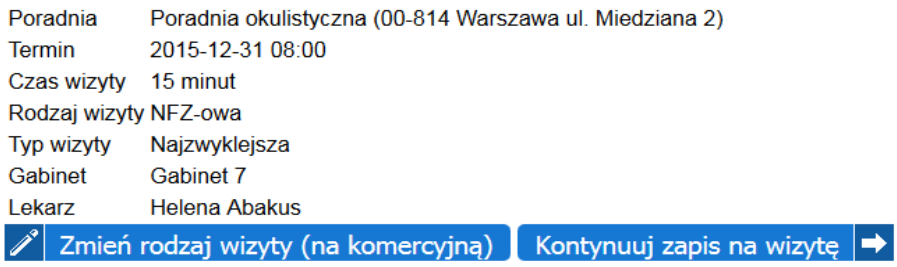
prezentowanego

- < - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu poprzednim w stosunku aktualnie prezentowanego
- „Zmień datę” - umożliwia wyświetlenie dowolnego dnia, który należy wskazać w polu daty przed naciśnięciem przycisku „Zmień datę”
- „Dziś” - umożliwia wyświetlenie dzisiejszego dnia
- > - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu następnym w stosunku aktualnie prezentowanego
- >> - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu o tydzień późniejszym od aktualnie prezentowanego
- >>> - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu o miesiąc późniejszym od aktualnie prezentowanego

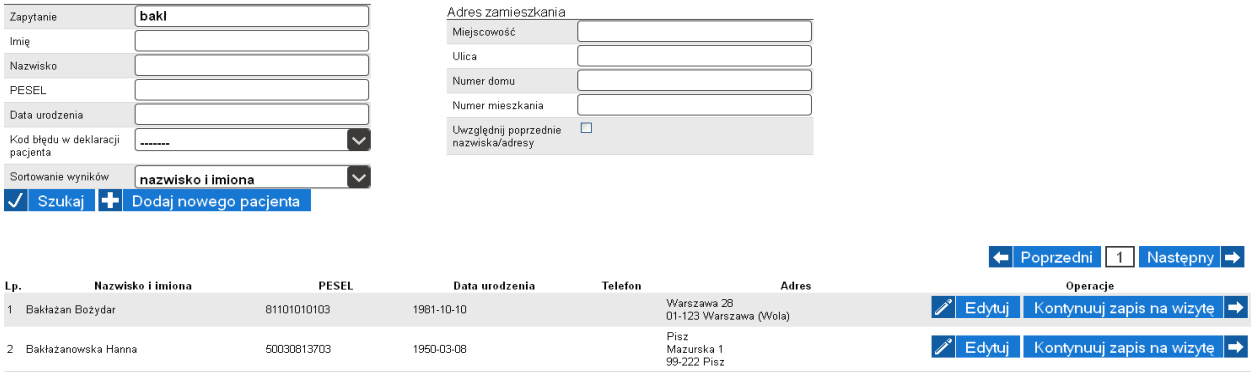
Kliknięcie na którykolwiek z opisanych powyżej przycisków zmienia widok terminarza na właściwy dla dnia do którego prowadzi dany przycisk.

Kliknięcie na wolnym terminie na siatce terminarza rozpoczyna proces umawiania wizyty na ten termin. W pierwszej kolejności pojawia się okno z podstawowymi informacjami o wizycie oraz dwoma lub trzema przyciskami:

- Zmień rodzaj wizyty - przed rozpoczęciem zapisu na wizytę istnieje możliwość zmiany rodzaju wizyty (na NFZ-ową jeśli wizyta jest komercyjna lub na komercyjną jeśli wizyta jest NFZ-owa)
- Kontynuuj zapis na wizytę - pozwala rozpocząć proces zapisu na wizytę
- Kontynuuj zapis na wizytę (użyj domyślnego cennika) - pozwala rozpocząć proces zapisu na wizytę z automatycznym wyborem domyślnego cennika (przycisk jest dostępny tylko dla wizyt komercyjnych i tylko w poradniach w których został utworzony domyślny cennik)



Kontynuując proces zapisu na wizytę wyświetla się wyszukiwarka pacjentów, za pomocą której należy wyszukać pacjenta, dla którego będzie umawiana wizyta. Wyszukiwanie odbywa się na zasadach opisanych w rozdziale „Pacjenci (karty aktywne)”, dodatkowo przy każdym z pacjentów na liście pacjentów spełniających kryteria wyszukiwania a także w każdej zakładce karty pacjenta pojawia się dodatkowy przycisk „Kontynuuj zapis na wizytę”, który pozwala kontynuować proces zapisu na wizytę dla wskazanego pacjenta. Tu również jest możliwość edycji danych w karcie pacjenta.



Po wybraniu pacjenta (naciśnięciu przycisku „Kontynuuj zapis na wizytę") system sprawdza czy dana wizyta może być umówiona na rzecz danego pacjenta (np. na wizyty w poradniach ginekologiczno-położniczych mogą być zapisywane tylko kobiety, na wizyty w poradniach dla dzieci mogą być zapisywane tylko osoby do ukończenia 18 roku życia lub posiadające specjalną zgodę, itp.). Jeżeli wizyta nie może być umówiona informuje o tym stosowny komunikat a system prosi o wskazanie innego pacjenta. Jeżeli pacjent może być zapisany na wizytę proces zapisu jest kontynuowany.

Jeżeli wizyta jest komercyjna a pacjent posiada nieuregulowane płatności wówczas system wyświetla zaległości pacjenta w płatnościach. Osoba rejestrująca pacjenta na wizytę decyduje w tym momencie czy pacjenta zapisać na kolejną wizytę (mimo zaległości w płatnościach) czy przerwać proces zapisu na wizytę i przejść do modułu obsługi płatności pacjenta. W przypadku wizyt NFZ-owych oraz wizyt komercyjnych dla pacjentów nie zalegających z opłatami powyższy krok jest pomijany.



Kolejnym krokiem jest wskazywanie skierowania na wizytę (w przypadku kiedy na wizytę w danej poradni nie jest wymagane skierowanie krok ten jest pomijany). W tym kroku wyświetlany jest formularz dodawania skierowania z przyciskami zależnymi od rodzaju wizyty:

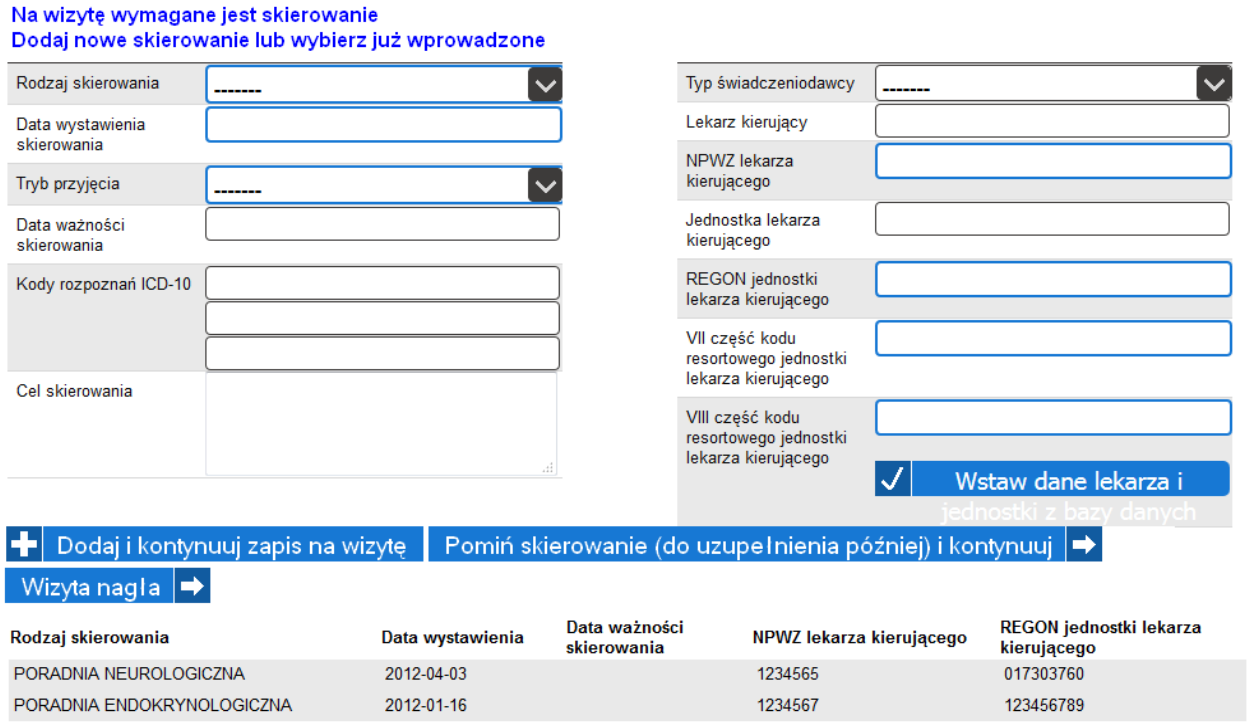
- w przypadku wizyt NFZ-owych
  - Dodaj i kontynuuj zapis na wizytę - przycisk dodaje do karty pacjenta skierowanie z danymi wprowadzonymi przez rejestratorkę, sprawdza czy może ono być wykorzystane do umówienia pacjenta na wizytę (data wystawienia skierowania musi być wcześniejsza niż data umawianej wizyty, skierowanie musi być adresowane do poradni do której umawiamy wizytę) i jeśli tak to przechodzi do kolejnego kroku a jeśli nie to zgłasza błąd i pozostaje nadal przy kroku wyboru skierowania
  - Pomiń skierowanie (do uzupełnienia później) i kontynuuj - przycisk pozwala pominąć dodawanie skierowania w tym miejscu i kontynuować zapis na wizytę (np. jeśli rejestratorka umawia pacjenta na wizytę podczas rozmowy telefonicznej, wówczas będzie w stanie wprowadzić dane ze skierowania dopiero gdy pacjent je przyniesie zgłaszając się na wizytę), jednak lekarz nie będzie mógł przyjąć tak zapisanego pacjenta dopóki nie doniesie on skierowania, które rejestratorka wprowadzi do systemu

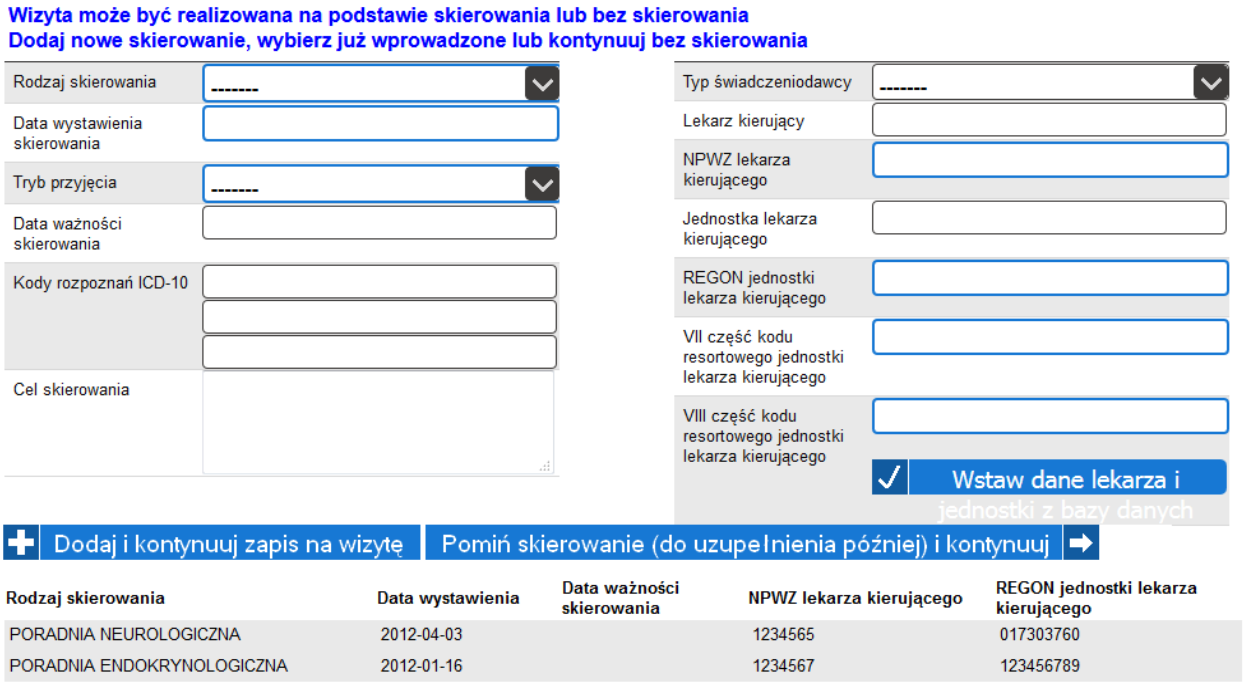
- Wizyta nagła - przycisk pozwala pominąć dodawanie skierowania w sytuacji gdy jest to wizyta nagła, ratująca życie - taka wizyta będzie realizowana bez skierowania i pacjent zostanie przyjęty mimo braku skierowania

〉 w przypadku wizyt komercyjnych

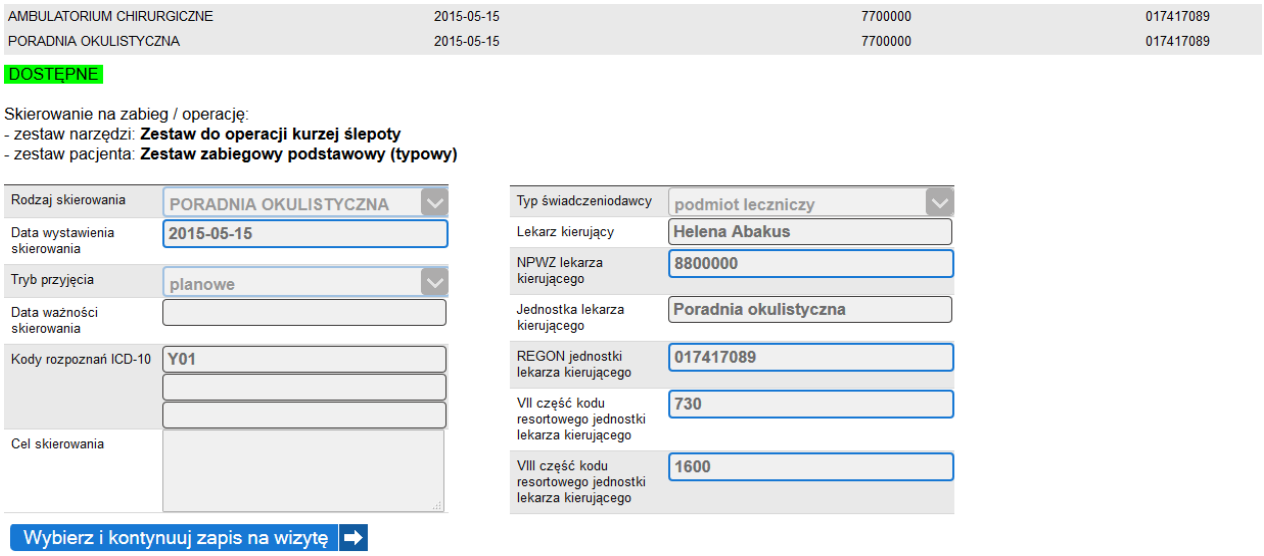
- Dodaj i kontynuuj zapis na wizytę - przycisk dodaje do karty pacjenta skierowanie z danymi wprowadzonymi przez rejestratorkę, sprawdza czy może ono być wykorzystane do umówienia pacjenta na wizytę (data wystawienia skierowania musi być wcześniejsza niż data umawianej wizyty, skierowanie musi być adresowane do poradni do której umawiamy wizytę) i jeśli tak to przechodzi do kolejnego kroku a jeśli nie to zgłasza błąd i pozostaje nadal przy kroku wyboru skierowania
- Kontynuuj bez skierowania - przycisk pozwala pominąć krok wprowadzania skierowania (gdy wizyta komercyjna jest realizowana bez skierowania) i kontynuować proces zapisu na wizytę

Zasady obowiązujące przy dodawaniu skierowania zostały opisane w podrozdziale „Skierowania” rozdziału „Pacjenci (karty aktywne)”.

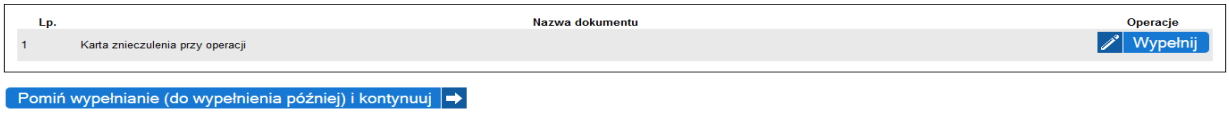




Ponadto pod formularzem dodawania skierowania wyświetla się lista wszystkich skierowań wprowadzonych do karty danego pacjenta. Kliknięcie na informacji o którymkolwiek ze skierowań rozwija formularz z danymi takiego skierowania. Nad formularzem pojawia się informacja czy jest to skierowanie dostępne do wykorzystania na umawianą wizytę czy też nie. Skierowanie jest dostępne jeśli data wystawienia skierowania jest wcześniejsza niż data umawianej wizyty, skierowanie jest adresowane do poradni do której umawiamy wizytę i typ wizyty pozwala na ponowne wykorzystanie skierowania na wizytę jeśli było już wcześniej użyte. Ponadto nad formularzem skierowania może pojawić się informacja o zestawach narzędzi / pacjenta potrzebnych do realizacji zabiegu / operacji w przypadku skierowań na zabieg / operację (należy zwracać szczególną uwagę na tę informację, aby na wybierać skierowanie właściwe dla umawianego zabiegu / operacji ponieważ umówienie zabiegu / operacji będzie się wiązać z koniecznością przygotowania właściwych zestawów narzędzi / pacjenta!). Pod formularzem znajduje się przycisk „Wybierz i kontynuuj zapis na wizytę”, który pozwala kontynuować proces zapisu na wizytę na podstawie danego skierowania.

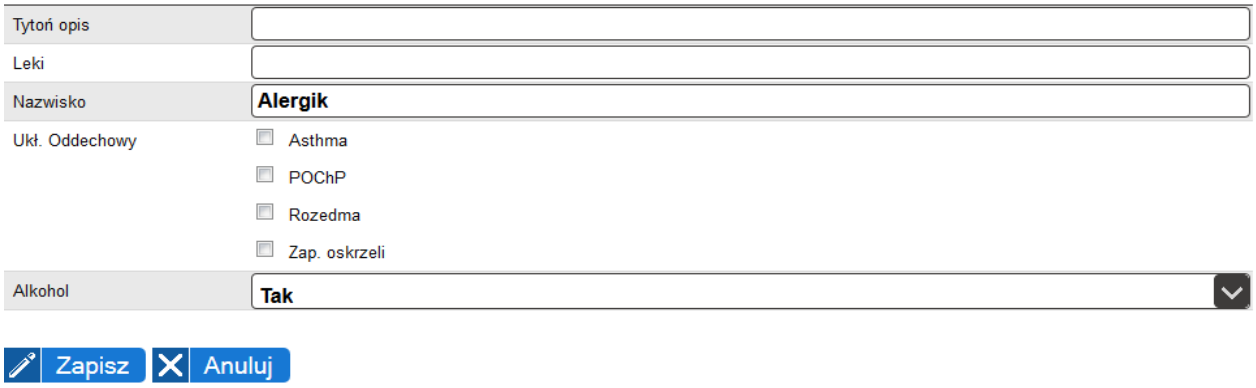


Kolejnym krokiem procesu umawiania wizyty jest wypełnianie dokumentów. Krok ten występuje wyłącznie w przypadku gdy wizyta jest umawiana na podstawie skierowania a ze skierowaniem są skojarzone dokumenty do wypełnienia i nie zostały one jeszcze wypełnione. W takim przypadku wyświetla się lista dokumentów których wypełnienie jest wymagane.

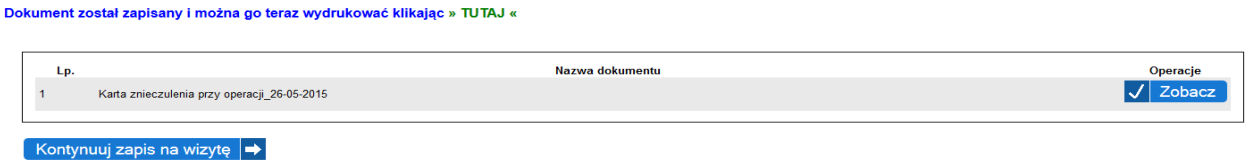


Przy każdym dokumencie niewypełnionym widoczny jest przycisk „Wypełnij” umożliwiający wyświetlenie formularza do wypełnienia dokumentu, zaś przy każdym wypełnionym przycisk „Zobacz” umożliwiający pobranie dokumentu w formie pliku PDF i jego wydrukowanie. Dopóki istnieje przynajmniej jeden dokument do wypełnienia dopóty pod listą dokumentów wyświetlany jest przycisk „Pomiń wypełnianie (do wypełnienia później) i kontynuuj” umożliwiający pominięcie kroku wypełniania dokumentów (np. przy umawianiu wizyty przez telefon), jednak konieczne będzie uzupełnienie takich dokumentów po już umówieniu wizyty aby wizyta mogła być zrealizowana.

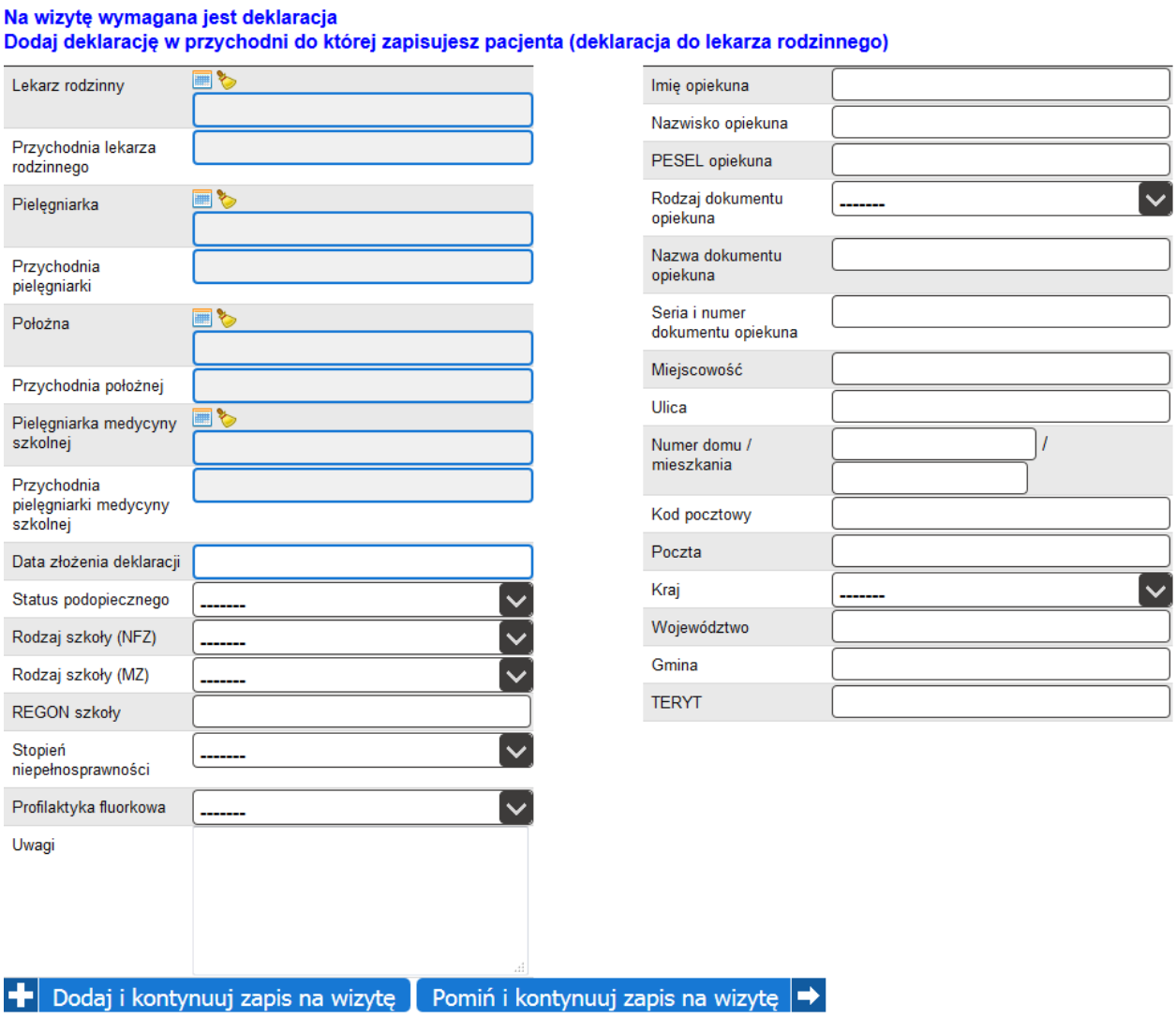
Aby wypełnić dokument należy kliknąć przy nim przycisk „Wypełnij”. Wyświetli się wówczas formularz wypełniania dokumentu, który po wprowadzeniu danych należy zapisać klikając przycisk „Zapisz”.



Po zapisaniu danych dokumentu ponownie wyświetla się lista dokumentów przy skierowaniu. Kiedy wszystkie dokumenty na liście zostaną wypełnione spod listy dokumentów znika przycisk „Pomiń wypełnianie (do wypełnienia później) i kontynuuj" a w jego miejsce pojawia się przycisk „Kontynuuj zapis na wizytę", po którego kliknięciu następuje przejście do następnego kroku procesu.

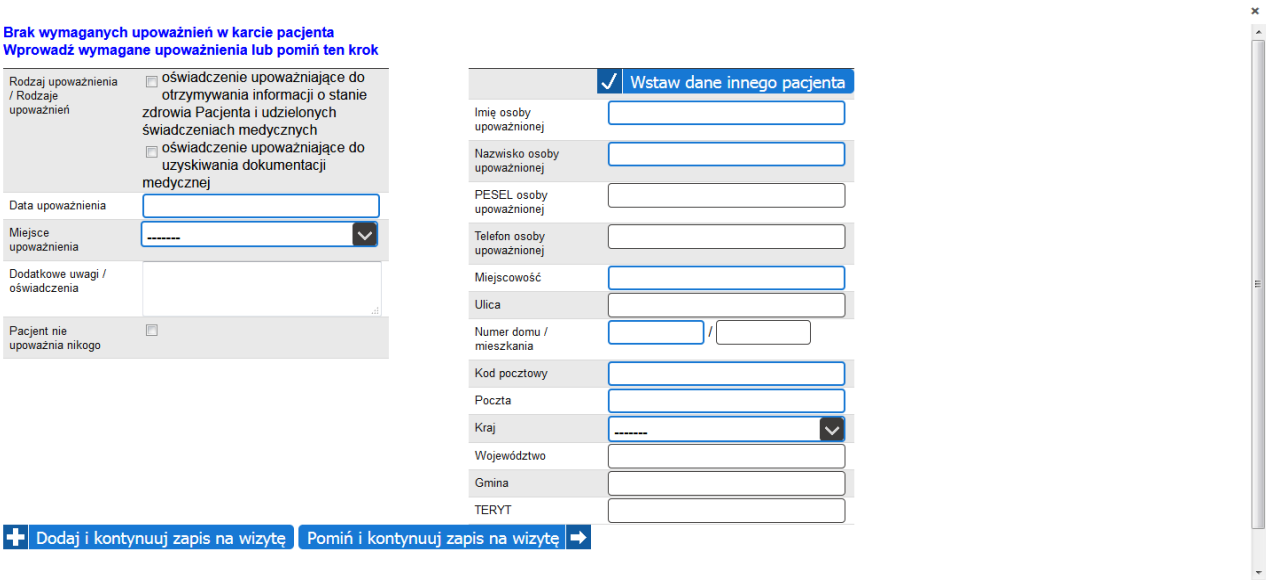


Kolejnym krokiem procesu umawiania wizyty jest weryfikacja deklaracji pacjenta. Sprawdzanie czy pacjent ma złożoną deklarację w przychodni do której próbuje się zapisać ma miejsce tylko w przypadku wizyt NFZ-owych przy zapisach do poradni POZ (we wszystkich pozostałych przypadkach krok ten jest pomijany). Jeśli pacjent posiada odpowiednią deklarację wówczas system automatycznie przechodzi do kolejnego kroku procesu. Jeśli pacjent takiej deklaracji nie posiada wówczas system wyświetla formularz dodawania deklaracji i prosi o jej wprowadzenie. Zasady obowiązujące przy dodawaniu deklaracji zostały opisane w podrozdziale „Deklaracje" rozdziału „Pacjenci (karty aktywne)".



W uzasadnionych przypadkach (np. wizyta ratująca życie lub pacjent z innego województwa) istnieje możliwość pominięcia deklaracji i przyjęcia pacjenta mimo jej braku. Wówczas zamiast wypełniać formularz danych deklaracji i zatwierdzać go przyciskiem „Dodaj i kontynuuj zapis na wizytę" należy skorzystać z przycisku „Pomiń i kontynuuj zapis na wizytę" bez wypełniania formularza.

W przypadku wizyt NFZ-owych w POZ w sytuacji gdy w karcie pacjenta brakuje wymaganych upoważnień, kolejnym krokiem procesu umawiania wizyty staje się wprowadzenie takich upoważnień. Wyświetla się wówczas formularz do wprowadzenia upoważnień. Jeżeli zachodzi potrzeba umówienia wizyty bez wprowadzania upoważnień wówczas należy skorzystać z przycisku „Pomiń i kontynuuj zapis na wizytę" pozostawiając formularz pusty. W przypadku wprowadzania upoważnień po wypełnieniu formularza należy go zatwierdzić klikając przycisk „Dodaj i kontynuuj zapis na wizytę". System będzie wyświetlał formularz do wprowadzania upoważnień tak długo aż wszystkie wymagane rodzaje upoważnień zostaną wprowadzone.



Jeżeli zostaną wprowadzone wymagane upoważnienia, wówczas po kliknięciu przycisku „Dodaj i kontynuuj zapis na wizytę” system wyświetli przycisk umożliwiający ich pobranie w formie pliku PDF i wydrukowanie („Drukuj wystawione upoważnienia”) oraz przycisk umożliwiający przejście do kolejnego kroku procesu („Dalej”).



Kolejnym krokiem procesu umawiania wizyty jest wpisanie pacjenta do kolejki oczekujących. Krok ten występuje tylko w przypadku wizyt NFZ-owych w poradniach specjalistycznych (we wszystkich pozostałych przypadkach krok ten jest pomijany). W tym kroku wyświetlane są dwa lub trzy przyciski, w zależności od tego czy wskazano skierowanie na wizytę czy nie, a zadaniem rejestratorki jest kliknięcie właściwego spośród nich:

- Wpisz jako przypadek STABILNY - przycisk wpisuje pacjenta do kolejki oczekujących jako przypadek STABILNY; przycisk nie jest dostępny jeśli wizyta jest umawiana na podstawie skierowania z trybem przyjęcia „nagłe”
- Wpisz jako przypadek PILNY - przycisk wpisuje pacjenta do kolejki oczekujących jako przypadek PILNY; przycisk nie jest dostępny jeśli wizyta jest umawiana na podstawie skierowania z trybem przyjęcia „planowe”
- Nie wpisuj - przycisk pomija wpisanie pacjenta do kolejki oczekujących

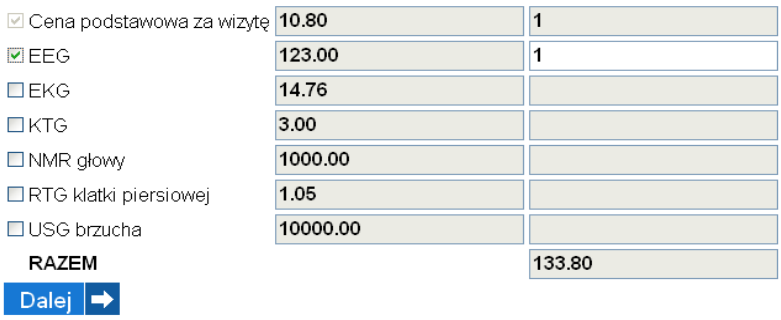


Zależnie od użytego przycisku system dokonuje lub nie dokonuje wpisu pacjenta do kolejki oczekujących i przechodzi do kolejnego kroku procesu umawiania wizyty, którym jest wyświetlenie cennika usług w poradni. Krok ten występuje wyłącznie w przypadku wizyt komercyjnych. Za wyjątkiem sytuacji gdy proces umawiania wizyty rozpoczęto przy użyciu przycisku "Kontynuuj zapis na wizytę (użyj domyślnego cennika)", w pierwszej kolejności wyświetla się lista dostępnych

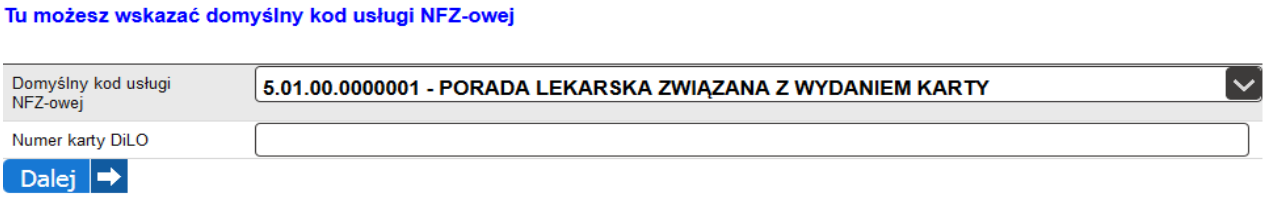
cenników (obowiązujących w poradni w dniu umawianej wizyty), z której należy wybrać właściwy po czym nacisnąć przycisk „Dalej” w celu wyświetlenia zawartości cennika.



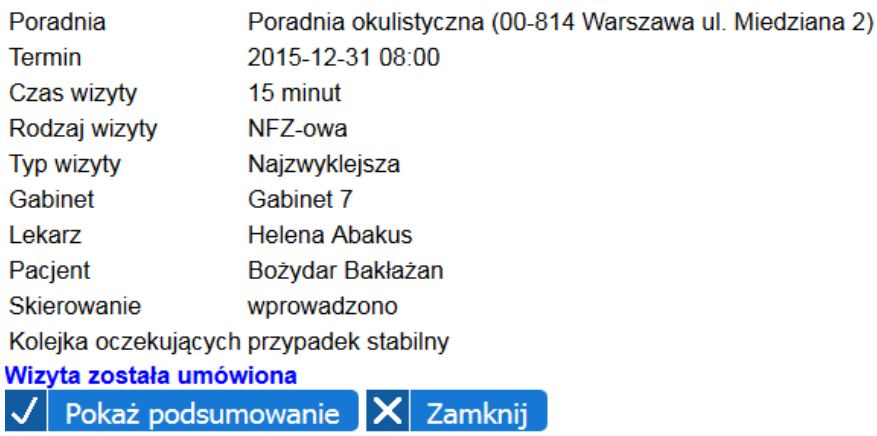
W cenniku określona jest podstawowa cena brutto za wizytę (która w szczególności może być zerowa) oraz ceny poszczególnych usług. Rejestratorka może (choć nie musi) określić jakich usług w ramach wizyty oczekuje pacjent (zaznaczając pole przy nazwie usługi). W momencie zaznaczenia którejkolwiek z usług automatycznie aktualizowana jest łączna cena za wizytę a pole ilości przy danej usłudze staje się edytowalne - ilość usług można zmodyfikować i przy takiej modyfikacji również aktualizowana jest łączna cena za wizytę.



Kolejnym krokiem procesu umawiania wizyty jest wstępny wybór usługi NFZ-owej. Krok ten występuje tylko w przypadku wizyt NFZ-owych w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej (we wszystkich pozostałych przypadkach krok ten jest pomijany). W tym kroku można wskazać domyślny kod usługi z umowy z NFZ jaki powinien być wykazany przy danej wizycie. Jeżeli wskazana usługa jest poradą związaną z wydaniem karty DiLO wówczas pojawia się dodatkowe pole umożliwiające wprowadzenie numeru karty DiLO.



Naciśnięcie przycisku „Dalej” kończy proces zapisu na wizytę. Wyświetlane jest podsumowanie z informacjami o umówionej wizycie wraz z przyciskiem „Pokaż podsumowanie” umożliwiającym wydrukowanie podsumowania dla pacjenta.



Po kliknięciu przycisku „Pokaż podsumowanie” otwierane jest podsumowanie w formacie PDF do wydrukowania na papierze formatu recepty (96 mm × 203 mm).



Naciśnięcie przycisku „Zakończ” zamyka okno umawiania wizyty a w widoku terminarza aktualizowany jest kolor slotu na właściwy dla umówionej wizyty.



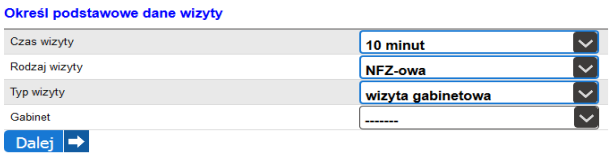
Kliknięcie na dostępności na siatce terminarza rozpoczyna proces umawiania wizyty o godzinie widocznej w miejscu kliknięcia. W pierwszej kolejności pojawia się okno z podstawowymi informacjami o wizycie oraz przyciskiem „Kontynuuj zapis na wizytę", który pozwala rozpocząć proces zapisu na wizytę.



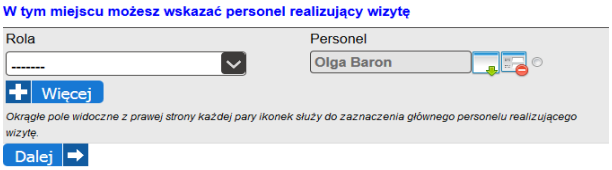
Po kliknięciu przycisku „Kontynuuj zapis na wizytę" wyświetla się formularz podstawowych danych wizyty, gdzie wskazuje się:

- czas wizyty – lista dostępnych czasów trwania wizyty uzależniona od długości okresu dostępności personelu / aparatury
- rodzaj wizyty – określa czy jest to wizyta NFZ-owa czy komercyjna; domyślnie wybrany jest rodzaj wizyty właściwy dla danej poradni
- typ wizyty – określa typ wizyty możliwy do wybrania spośród typów zdefiniowanych dla danej poradni; domyślnie wybrany jest główny typ wizyty właściwy dla specjalności danej poradni

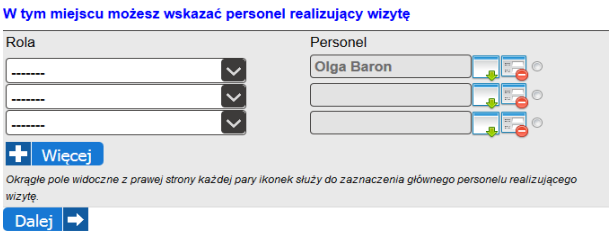
- gabinet w jakim jest realizowana wizyta (w przypadku wizyt na aparaturę pole to nie jest widoczne, w przypadku wizyt nie wymagających gabinetu, jak np. wizyty domowe, pole to należy pozostawić puste); jeśli istnieje tylko jeden gabinet w danej poradni a główny typ wizyty właściwy dla specjalności danej poradni wymaga wskazania gabinetu wówczas gabinet jest domyślnie wybrany



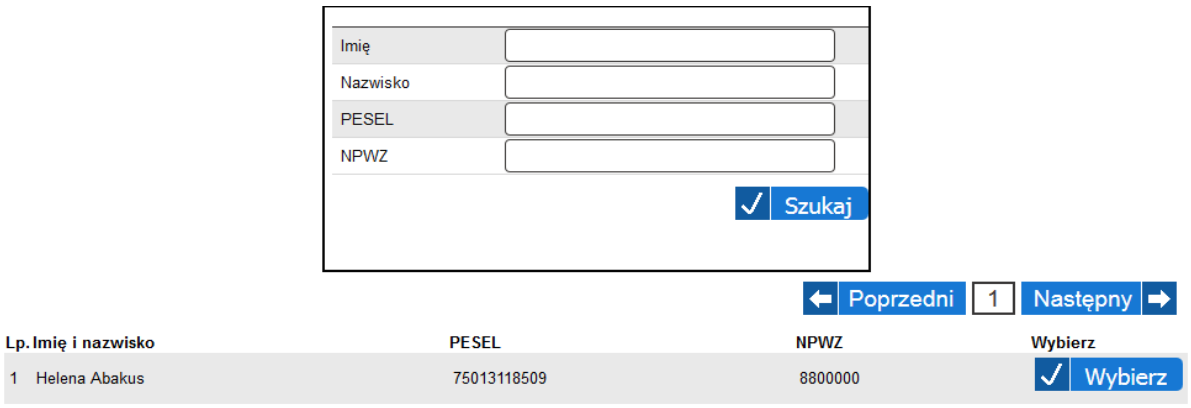
Na dole formularza znajduje się przycisk „Dalej” umożliwiający kontynuację procesu planowania wizyty a w przypadku wizyt komercyjnych w poradniach w których został zdefiniowany domyślny cennik, dodatkowo wyświetla się przycisk "Dalej (użyj domyślnego cennika)" umożliwiający kontynuację procesu planowania wizyty z automatycznym wyborem domyślnego cennika. Po kliknięciu przycisku „Dalej” wyświetla się formularz wyboru personelu realizującego wizytę. W przypadku wizyt na aparaturę jest on na początku pusty, w przypadku wizyt do personelu wskazany jest w nim personel do którego umawiana jest wizyta (tego personelu nie da się usunąć ani zmienić).



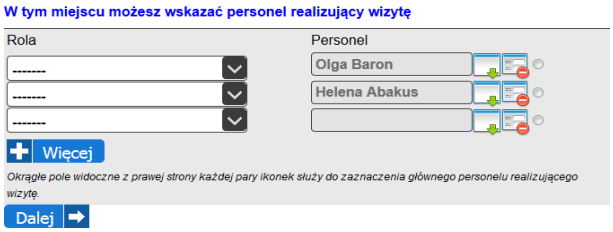
Jeżeli wizyta ma być współrealizowana przez kilka osób z personelu, wówczas należy skorzystać z przycisku „Więcej” aby wyświetlić więcej pól umożliwiających wprowadzenie kolejnych osób z personelu.



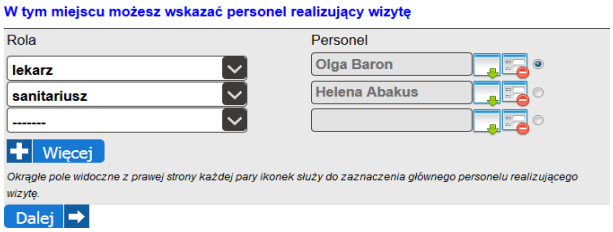
Aby wprowadzić do pustego pola personel należy kliknąć na ikonkę z zieloną strzałką skierowaną w dół przy tym polu. Otworzy się wówczas okno wyszukiwania personelu, w którym po wskazaniu kryteriów wyszukiwania można odnaleźć personel dostępny w czasie trwania wizyty (dostępność personelu musi być zaplanowana w grafikach pracy).



Przy każdej osobie z personelu widoczny jest przycisk „Wybierz” po kliknięciu na który okno wyszukiwania personelu znika a wybrany personel pojawia się w formularzu wyboru personelu realizującego wizytę.

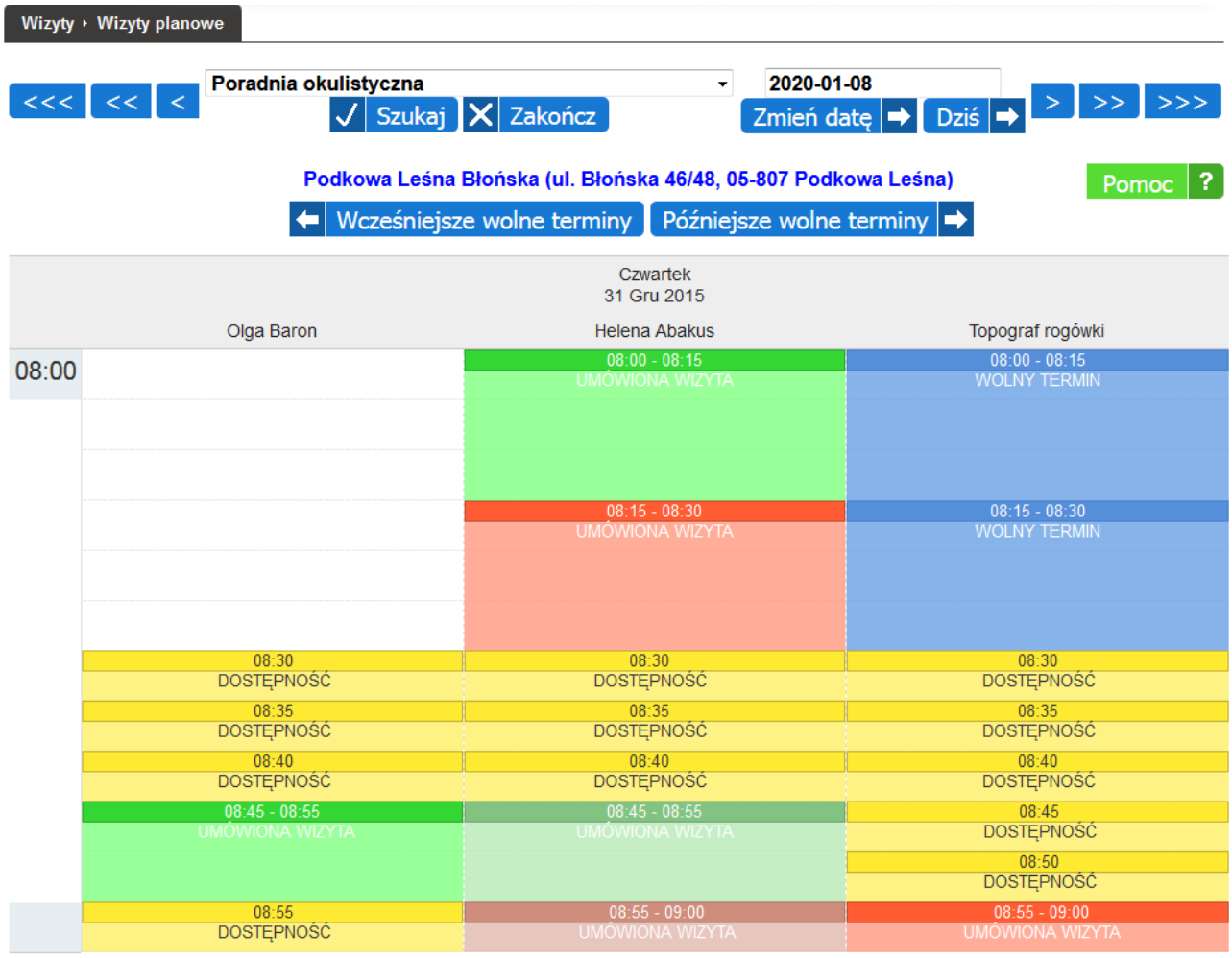


Dla każdej osoby z personelu można wskazać rolę jaką ta osoba pełni przy realizacji wizyty. Jedną z osób z personelu należy oznaczyć jako główny personel realizujący wizytę zaznaczając okrągłe pole (radio) z prawej strony formularza (w przypadku wizyt umawianych do personelu domyślnie pole to zaznaczone jest przy personelu do którego umawiana jest wizyta). Jeżeli personel został wstawiony omyłkowo można go usunąć klikając na ikonkę z białym znakiem minusa w czerwonym kole. Pola przeznaczone do wprowadzania personelu a pozostawione puste są ignorowane.

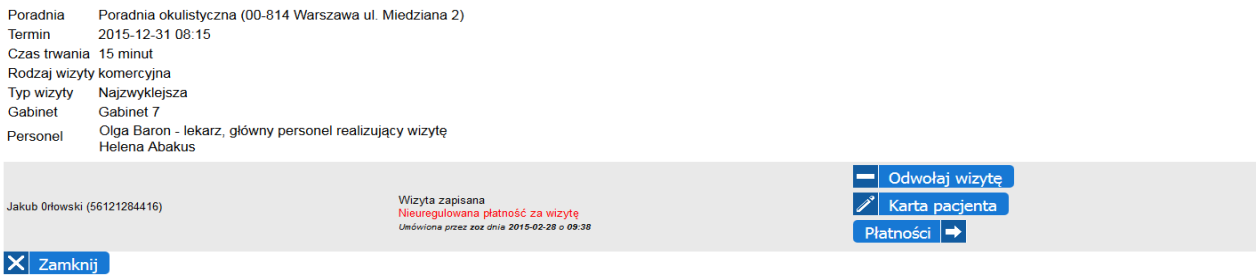


Po zakończeniu wyboru personelu realizującego wizytę należy kliknąć przycisk „Dalej”. Po kliknięciu tego przycisku wyświetlana jest wyszukiwarka pacjentów, umożliwiająca wyszukanie pacjenta do zapisania na wizytę. Ciąg dalszy procesu umawiania wizyty wygląda identycznie jak proces umawiania wizyty opisany powyżej w niniejszym rozdziale.

Po umówieniu wizyty, w widoku terminarza okres dostępności w jakim została umówiona wizyta jest zastępowany blokiem odpowiadającym umówionej wizycie z kolorem właściwym dla tej wizyty (w przypadku wizyt realizowanych przez dodatkowy personel odpowiednie bloki pojawiają się przy każdej z osób realizujących wizytę).



Z poziomu tego samego terminarza odbywa się również obsługa umówionych wizyt. Po kliknięciu na umówioną wizytę w terminarzu (z wyjątkiem wizyt koloru wiśniowego i szmaragdowego po kliknięciu na które pojawia się komunikat „Współrealizacja wizyty") otwiera się okno ze szczegółami tej wizyty, w którym pod podstawowymi informacjami o wizycie pojawia się informacja o zapisanym pacjencie lub zapisanych pacjentach (w przypadku sesji grupowych). Przy każdym pacjencie prezentowana jest informacja o statusie wizyty, brakach dotyczących wizyty, kto i kiedy dokonał zapisu na wizytę oraz przyciski akcji.



Wizyty mogą mieć następujące statusy:

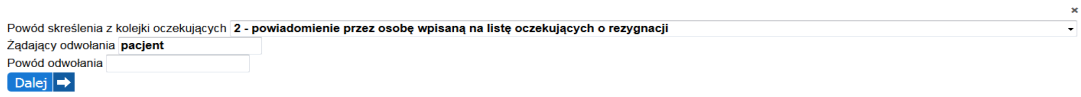
- Wizyta zapisana - podstawowy status umówionej wizyty
- Wizyta do odwołania - wizyta która została umówiona, po czym zmienił się grafik pracy personelu / aparatury i termin na który wizyta była umówiona przestał być dostępny w związku z czym wizyta musi być odwołana
- Wizyta zrealizowana - wizyta na którą pacjent się stawił, lekarz przyjął pacjenta i zaznaczył informację o tym w systemie
- Wizyta niezrealizowana - wizyta na którą pacjent się nie stawił lub która z innych przyczyn nie odbyła się i lekarz zaznaczył informację o tym w systemie

Przy wizytach mogą pojawiać się ponadto następujące informacje o brakach (prezentowane na czerwono):

- Brak skierowania na wizytę - jeżeli na wizytę jest wymagane skierowanie ale nie zostało ono wskazane na etapie umawiania wizyty
- Niewypełnione dokumenty - jeżeli wizyta jest realizowana na podstawie skierowania z którym są skojarzone dokumenty niezbędne do wypełnienia przez pacjenta i przynajmniej jeden z tych dokumentów nie został jeszcze wypełniony
- Brak upoważnień – w przypadku wizyt NFZ-owych do POZ jeśli system został skonfigurowany w taki sposób żeby wymagać upoważnień a w karcie pacjenta brakuje stosownych upoważnień
- Nieuregulowana płatność za wizytę - jeżeli dana wizyta powinna być opłacona z góry a opłata nie została pobrana od pacjenta
- Brak ubezpieczenia na dzień wizyty - jeżeli w systemie nie ma dokumentu ubezpieczeniowego pacjenta ważnego na dzień wizyty
- Przypisany do wizyty terapeuta nie jest już dostępny - jeżeli do wizyty (zabiegu rehabilitacyjnego) został przypisany terapeuta któremu potem zmienił się grafik pracy w wyniku czego przestał on być dostępny i nie będzie mógł zrealizować wizyty

Przy (każdym) pacjencie zapisanym na wizytę dostępne mogą być następujące przyciski:

- Oznacz wizytę jako zrealizowaną - przycisk umożliwiający zmianę statusu wizyty na „Wizyta zrealizowana” (przycisk dostępny wyłącznie dla wizyt na aparaturę które nie mają przypisanego personelu głównego realizującego wizytę; jeżeli wizyta ma przypisany realizujący ją personel wówczas to ta osoba z personelu odpowiada za zmianę statusu wizyty na „Wizyta zrealizowana”)
- Oznacz wizytę jako niezrealizowaną - przycisk umożliwiający zmianę statusu wizyty na „Wizyta niezrealizowana” (przycisk dostępny wyłącznie dla wizyt na aparaturę które nie mają przypisanego personelu głównego realizującego wizytę; jeżeli wizyta ma przypisany realizujący ją personel wówczas to ta osoba z personelu odpowiada za zmianę statusu wizyty na „Wizyta niezrealizowana”)
- Odwołaj wizytę - przycisk umożliwiający odwołanie danej wizyty, czy to na prośbę pacjenta czy to ze względu na zmianę grafiku pracy personelu / aparatury; przy odwoływaniu wizyty system prosi o podanie powodu odwołania wizyty i informacji o żądającym jej odwołania, a jeżeli przy umawianiu danej wizyty pacjent był wstawiany do kolejki oczekujących wówczas przy odwoływaniu wizyty system poprosi dodatkowo o określenie powodu skreślenia z kolejki



Po określeniu powodu (o ile system tego wymaga) wizyta jest odwoływana a termin zwalniany, aby możliwe było zapisanie innego pacjenta na ten termin.

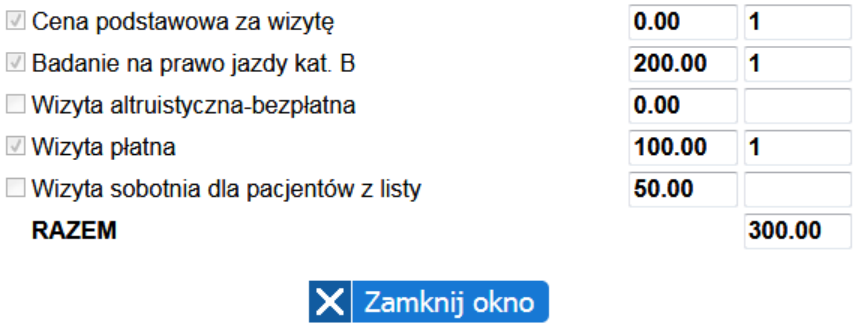
〉 Karta pacjenta - przycisk umożliwiający wgląd do karty pacjenta (otwieranej w nowym oknie) i uzupełnienie w niej danych (struktura karty pacjenta i zasady jej wypełniania zostały opisane w rozdziale „Pacjenci (karty aktywne)"); szybki dostęp do karty pacjenta ułatwia uzupełnienie informacji o ubezpieczeniu na dzień wizyty oraz wypełnienie dokumentów jeśli takie są wymagane do realizacji wizyty

UWAGA!

Jeżeli pacjent jest ubezpieczony w NFZ i posiada numer PESEL a dzień wizyty jest przyszły wówczas komunikat o braku ubezpieczenia można zignorować aż do dnia wizyty - system jHIS w dniu wizyty automatycznie połączy się z systemem eWUŚ i pobierze dokument elektroniczny potwierdzający ubezpieczenie pacjenta na dzień wizyty; jeżeli taki dokument elektroniczny nie potwierdzi ubezpieczenia pacjenta konieczne będzie w dniu wizyty wprowadzenie w karcie pacjenta informacji o ubezpieczeniu - przycisk „Oświadczenia o ubezpieczeniu pacjenta" w zakładce „Pacjent" lub zakładka „Ubezpieczenia")

〉 Przypisz skierowanie - przycisk umożliwia wprowadzenie przy wizycie danych skierowania pacjenta jeżeli na wizytę jest wymagane skierowanie a nie zostało wprowadzone na etapie umawiania wizyty; przypisywanie skierowania do wizyty na tym etapie wygląda dokładnie tak samo jak krok wskazywania skierowania opisany przy omawianiu procesu umawiania wizyty

〉 Usługi - przycisk umożliwia podgląd (w nowym oknie) usług komercyjnych przypisanych do wizyty pacjenta a w przypadku wizyt których obsługa jeszcze się nie rozpoczęła umożliwia także modyfikację zakresu usług (modyfikacja usług funkcjonuje na takiej samej zasadzie jak opisano w procesie planowania wizyty)

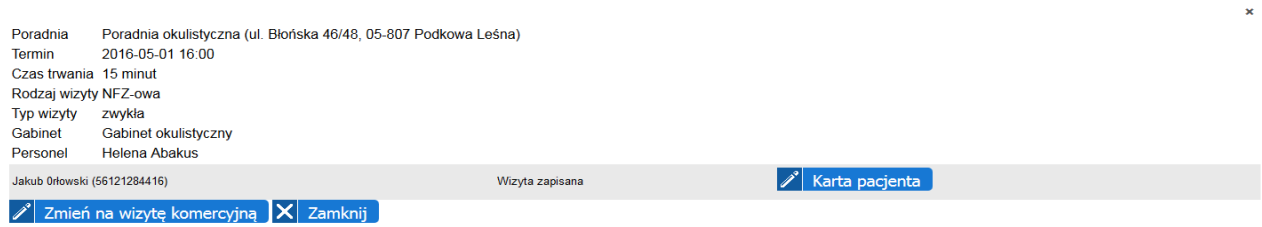


〉 Płatności - przycisk umożliwia wyświetlenie nieuregulowanych płatności pacjenta z możliwością zarządzania nimi; jest to dokładnie funkcjonalność zakładki „Płatności" opisanej w rozdziale „Pacjenci (karty aktywne)".

W przypadku sesji grupowych do których można jeszcze dopisać pacjentów pod listą zapisanych pacjentów pojawia się dodatkowo przycisk „Dopisz pacjenta na wizytę", który rozpoczyna proces zapisu kolejnego pacjenta na daną wizytę (sesję grupową). Proces ten wygląda identycznie jak przy

umawianiu pierwszego pacjenta.

W przypadku wizyt NFZ-owych posiadających status „wizyta zapisana” i nie będących sesjami grupowymi pod listą zapisanych pacjentów pojawia się dodatkowo przycisk „Zmień wizytę na komercyjną”. Jeśli pacjent zgłaszający się na wizytę NFZ-ową nie posiada wymaganych dokumentów przez co nie może być przyjęty ale zgadza się zapłacić za wizytę, wówczas korzystając z przycisku „Zmień wizytę na komercyjną” można wizytę przekształcić w komercyjną.



Jeśli przy wizycie NFZ-owej było wskazane skierowanie, wówczas po kliknięciu przycisku „Zmień wizytę na komercyjną” pojawi się prośba o decyzję czy skierowanie ma pozostać przy wizycie (mimo zmiany wizyty na komercyjną) czy też należy je odłączyć od wizyty. W zależności od podjętej decyzji należy kliknąć odpowiedni przycisk. Jeśli wizyta jest realizowana bez skierowania wówczas krok ten jest pomijany.



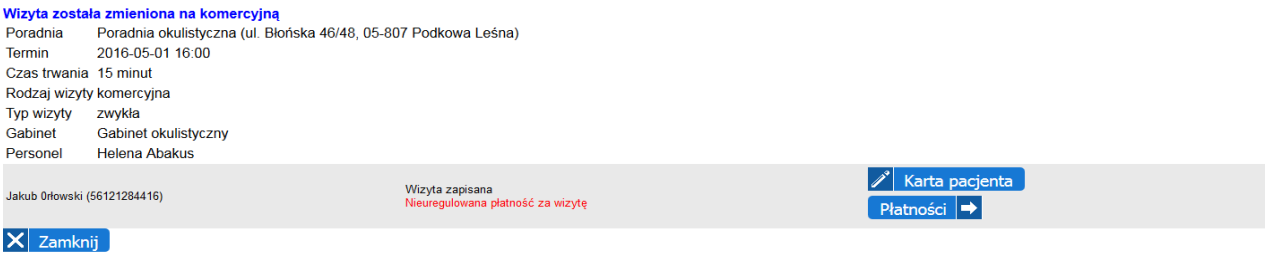
W dalszej kolejności system prosi o wskazanie cennika według którego będzie rozliczana wizyta komercyjna.



Po wybraniu cennika i kliknięciu przycisku „Dalej” wyświetla się cennik z usługami możliwymi do realizacji w ramach wizyty. Funkcjonuje on w taki sam sposób jak opisano wcześniej przy omawianiu procesu umawianiu wizyty.



Po wybraniu usług z cennika i kliknięciu przycisku „Dalej” wizyta jest przekształcana na komercyjną o czym system informuje stosownym komunikatem.



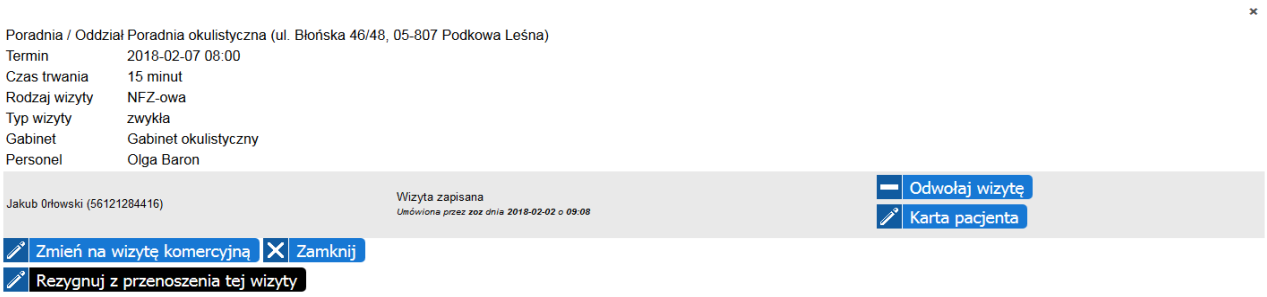
System umożliwia także przenoszenie zaplanowanych wizyt na inny termin z zastrzeżeniem, że:

- wizytę można przenieść na inny termin i do innego lekarza ale tylko w obrębie poradni w której wizyta została umówiona
- przenoszenie jest możliwe tylko w przypadku wizyt w stanie „wizyta zapisana”, czyli oczekujących na obsługę
- ze względu na kwestie rozliczeń, zestawień i raportów nie jest możliwe przenoszenie wizyt z przeszłych dni ani przenoszenie wizyt na przeszłe dni
- ze względu na różnice w procesach umawiania wizyt, wizyta zaplanowana w slocie może być przeniesiona tylko do innego slotu (długość slotu docelowego może być inna niż długość slotu źródłowego) a wizyta zaplanowana na dostępności może być przeniesiona tylko do innej dostępności (system przenosząc wizytę do docelowej dostępności zachowuje czas trwania wizyty jeśli docelowa dostępność na to pozwala lub odpowiednio ten czas skraca jeśli docelowa dostępność jest krótsza)

W dolnej części okna ze szczegółami każdej wizyty, jakie otwiera się po kliknięciu na wizytę w terminarzu, widoczny jest czarny przycisk „Dokonaj przeniesienia tej wizyty”.



Po kliknięciu przycisku „Dokonaj przeniesienia tej wizyty” system zapamiętuje daną wizytę jako wizytę do przeniesienia a napis na przycisku zmienia się na „Rezygnuj z przenoszenia tej wizyty”.



Kliknięcie przycisku „Rezygnuj z przenoszenia tej wizyty” oznacza powrót do punktu wyjścia – system przestaje pamiętać daną wizytę jako wizytę do przeniesienia.

Jeżeli wizyta została zapamiętana jako wizyta do przeniesienia wówczas należy zamknąć okno szczegółów wizyty, wyszukać w terminarzu slot / dostępność gdzie wizyta ma być przeniesiona i kliknąć na nim. Wówczas (tak jak to zostało opisane już wcześniej w niniejszym rozdziale) otworzy się okno umożliwiające umówienie wizyty w danym slocie / danej dostępności z dodatkowymi czarnymi przyciskami „Przenieś tu wizytę z RRRR-MM-DD gg:mm” oraz „Zrezygnuj z przenoszenia wizyty z RRRR-MM-DD gg:mm” w dolnej części tego okna, gdzie w miejscu „RRRR-MM-DD gg:mm” pojawia się data i godzina wizyty zapamiętanej do przeniesienia.



Kliknięcie przycisku „Przenieś tu wizytę z RRRR-MM-DD gg:mm” powoduje przeniesienie zapamiętanej wcześniej wizyty do niniejszego slotu / niniejszej dostępności o czym informuje stosowny komunikat wraz z którym wyświetlają się szczegółowe dane przeniesionej wizyty.

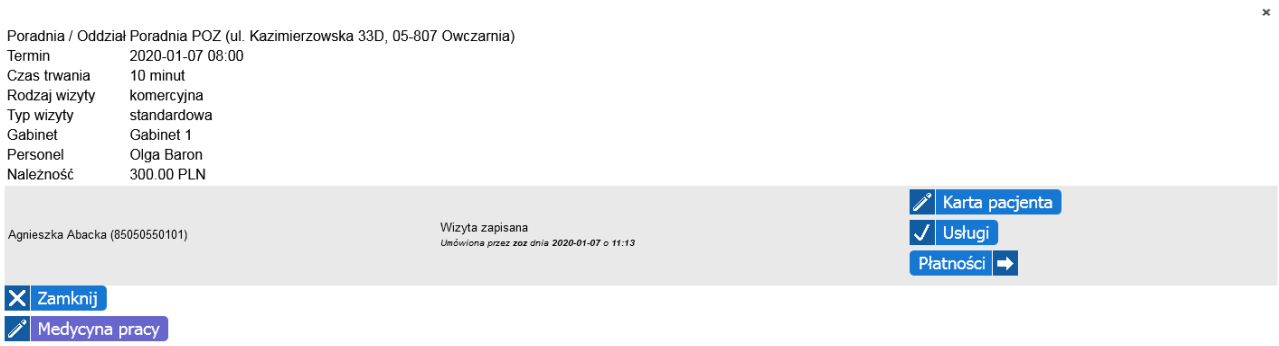


Kliknięcie zaś przycisku „Zrezygnuj z przenoszenia wizyty z RRRR-MM-DD gg:mm” oznacza powrót do punktu wyjścia - powoduje że system przestaje pamiętać zapamiętaną wcześniej wizytę jako wizytę do przeniesienia, a więc z okna umawiania wizyty znikają przyciski „Przenieś tu wizytę z RRRR-MM-DD gg:mm” oraz „Zrezygnuj z przenoszenia wizyty z RRRR-MM-DD gg:mm”.

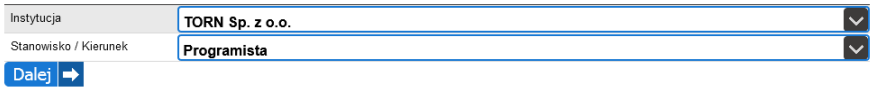


Jeżeli nie podjęto jeszcze obsługi wizyty i wizyta nie jest sesją grupową a w systemie jHIS włączony jest moduł medycyny pracy, wówczas pod listą pacjentów zapisanych na wizytę pojawia

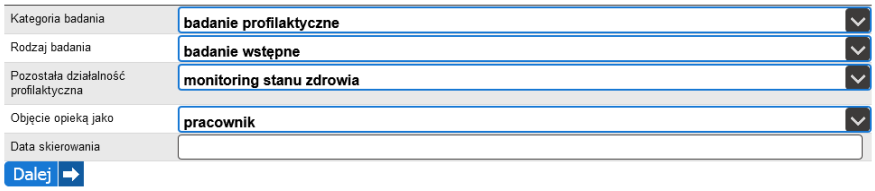
się fioletowy przycisk „Medycyna pracy” umożliwiający przekształcenie danej wizyty w główną wizytę medycyny pracy.



Po kliknięciu tego przycisku wyświetla się formularz wyboru instytucji i stanowiska. Wybór stanowiska jest możliwy dopiero po wybraniu instytucji.



Po wybraniu instytucji i stanowiska i kliknięciu przycisku „Dalej” wyświetla się formularz do wprowadzania parametrów medycyny pracy.

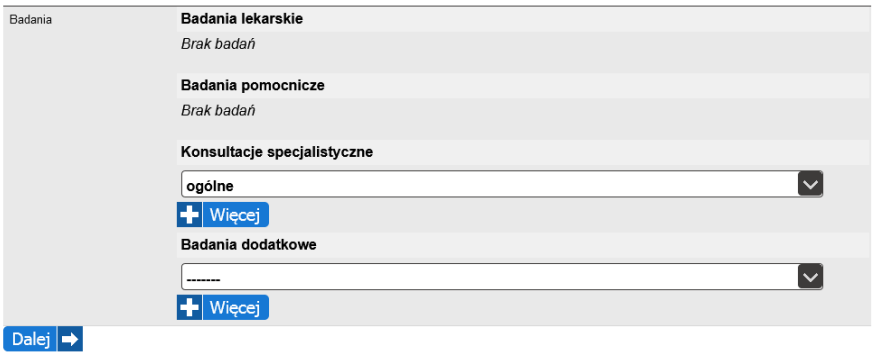


Po określeniu parametrów medycyny pracy i kliknięciu przycisku „Dalej” wyświetla się formularz wyboru badań do wykonania. Badania podzielone są na cztery grupy:

- badania lekarskie – badania lekarskie właściwe dla czynników szkodliwych i uciążliwych występujących na danym stanowisku pracy / kierunku kształcenia; wszystkie badania są zaznaczone, nie mogą być zmieniane i wszystkie muszą być wykonane
- badania pomocnicze – badania pomocnicze właściwe dla czynników szkodliwych i uciążliwych występujących na danym stanowisku pracy / kierunku kształcenia; wszystkie badania są zaznaczone, nie mogą być zmieniane ale nie wszystkie muszą być wykonane (pole zaznaczenia pozwala odznaczyć badania do pominięcia)
- konsultacje specjalistyczne – konsultacje specjalistyczne jakie mają być wykonane w ramach medycyny pracy; domyślnie wyświetlone jest pole umożliwiające wskazanie jednej konsultacji specjalistycznej, jeśli istnieje potrzeba wskazania większej ilości konsultacji specjalistycznych wówczas należy skorzystać z przycisku „Więcej” aby wyświetlić większą ilość pól do wprowadzenia większej ilości konsultacji, pola pozostawione puste zostaną

zignorowane przez system

- badania dodatkowe – badania dodatkowe jakie mają być wykonane w ramach medycyny pracy; domyślnie wyświetlone jest pole umożliwiające wskazanie jednego badania dodatkowego, jeśli istnieje potrzeba wskazania większej ilości badań dodatkowych wówczas należy skorzystać z przycisku „Więcej” aby wyświetlić większą ilość pól do wprowadzenia większej ilości badań, pola pozostawione puste zostaną zignorowane przez system



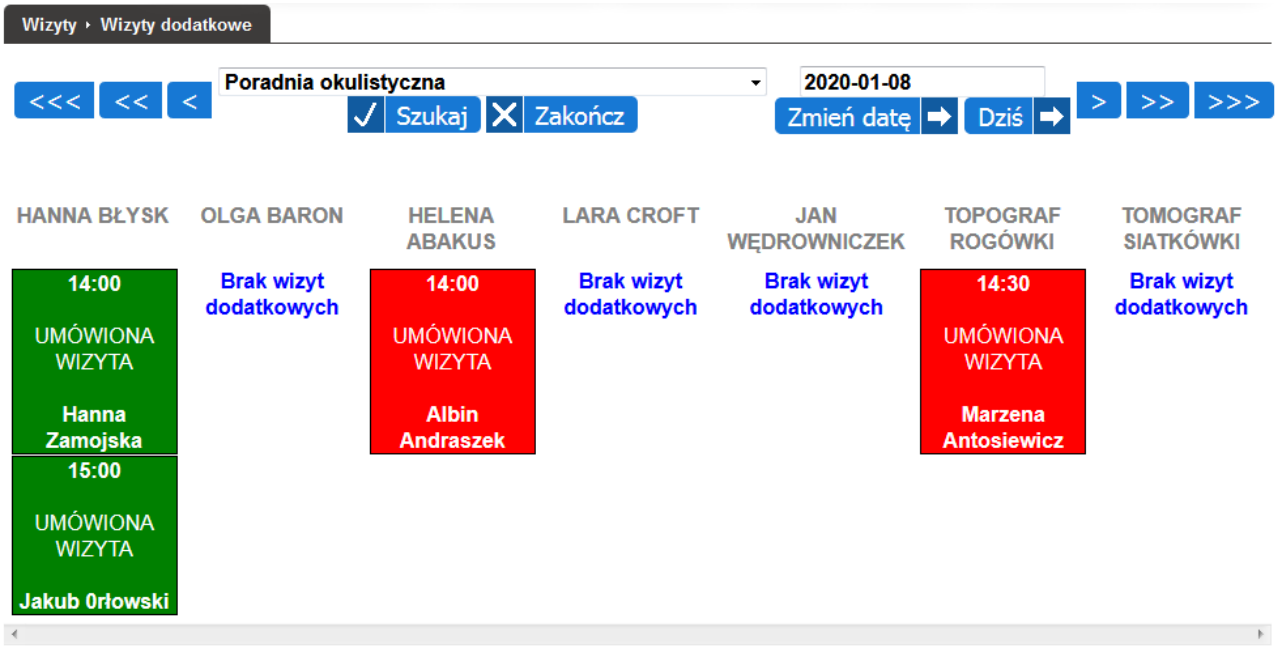
Po wskazaniu badań i kliknięciu przycisku „Dalej” system informuje stosownym komunikatem o zakończeniu operacji przekształcania wizyty w wizytę medycyny pracy.

Wizyty dodatkowe

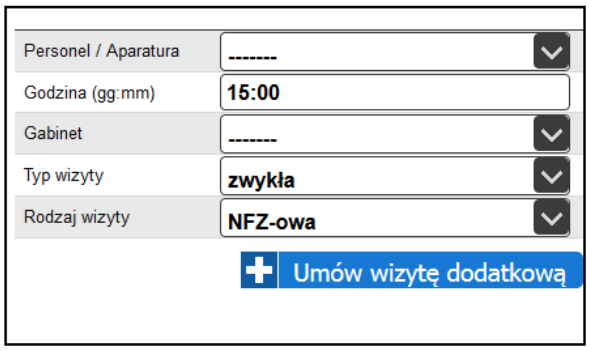
Do umawiania wizyt dodatkowych i obsługi już umówionych wizyt dodatkowych służy funkcjonalność „Wizyty dodatkowe” z menu „Wizyty”. Po wybraniu z menu „Wizyty” funkcjonalności „Wizyty dodatkowe” wyświetla się wyszukiwarka lekarzy pracujących i aparatur funkcjonujących w poradniach znajdujących się w przychodniach, do których dostęp ma zalogowany użytkownik. W pierwszej kolejności należy wybrać poradnię i nacisnąć przycisk „Szukaj”. Jeżeli istnieją lekarze pracujący i/lub aparatura funkcjonująca w wybranej poradni wówczas na stronie wyświetlają się w kolumnach pod nazwiskami tych lekarzy i nazwami aparatur umówione wizyty dodatkowe w danym dniu (lub informacja o braku wizyt dodatkowych umówionych do danego lekarza lub na daną aparaturę w danym dniu). Nazwiska lekarzy, którzy danego dnia planowo nie pracują oraz nazwy aparatur, które danego dnia planowo nie funkcjonują są wyświetlane kolorem szarym (nie uniemożliwia to jednakże umawiania wizyt dodatkowych w tym czasie). Wizyty dodatkowe wyświetlane są według schematu:

- umówione i zrealizowane wizyty, które nie wymagają uzupełnienia informacji ani weryfikacji są wyświetlane na zielono
- umówione i zrealizowane wizyty, które wymagają uzupełnienia informacji lub weryfikacji (dołączenie skierowania, dołączenie dokumentu ubezpieczeniowego, uregulowanie płatności, wypełnienie wymaganych dokumentów) są wyświetlane na czerwono
- niezrealizowane wizyty są wyświetlane na szaro

W dolnej części strony wyświetla się formularz umożliwiający umówienie nowej wizyty dodatkowej.



UWAGA! *Nazwiska wyszarzone oznaczają że dany lekarz nie realizuje danym dniu planowych przyjęć (tzn. w jego grafiku nie ma żadnych slotów w danym dniu). Ta sama zasada odnosi się do nazw aparatur.*



W formularzu wyszukiwania widocznym w górnej części strony znajdują się dodatkowo następujące przyciski nawigacji:

- <<< - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu o miesiąc wcześniejszym od aktualnie prezentowanego
- << - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu o tydzień wcześniejszym od aktualnie prezentowanego
- < - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu poprzednim w stosunku aktualnie prezentowanego
- „Zmień datę” - umożliwia wyświetlenie dowolnego dnia, który należy wskazać w polu daty przed naciśnięciem przycisku „Zmień datę”
- „Dziś” - umożliwia wyświetlenie dzisiejszego dnia
- > - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu następnym w stosunku aktualnie prezentowanego
- >> - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu o tydzień późniejszym od aktualnie prezentowanego
- >>> - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu o miesiąc późniejszym od aktualnie

prezentowanego

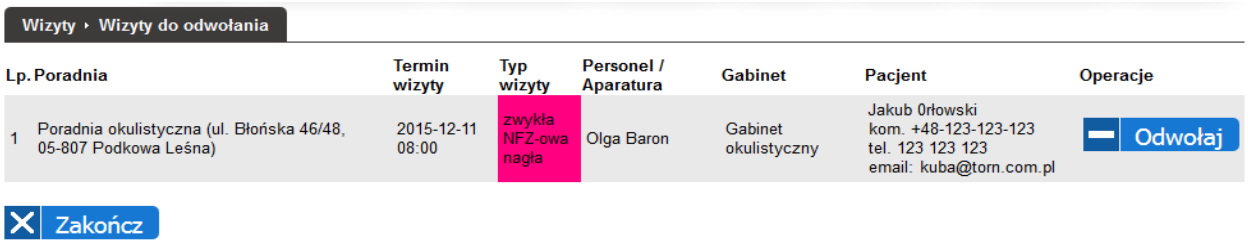
Kliknięcie na którykolwiek z opisanych powyżej przycisków zmienia widok terminarza na właściwy dla dnia do którego prowadzi dany przycisk.

Aby umówić nową wizytę dodatkową należy korzystając z formularza widocznego w górnej części strony przejść pod właściwy dzień, w którym ma być umówiona wizyta nowa dodatkowa (o ile jest to inny dzień niż aktualnie prezentowany). Następnie w formularzu widocznym w dolnej części strony wskazać personel do którego ma być umówiona wizyta dodatkowa lub aparaturę na jaką ma zostać umówiona wizyta dodatkowa, godzinę wizyty (domyślnie jest ustawiona godzina bieżąca), gabinet (wskazanie gabinetu jest wymagane tylko w przypadku wizyt do personelu; jeśli jest tylko jeden gabinet w poradni to jest on automatycznie wybrany), typ wizyty (jeśli istnieje typ wizyty domyślny dla poradni to jest on automatycznie wybrany) i rodzaj wizyty (domyślny rodzaj wizyty w poradni jest wybrany automatycznie) i kliknąć przycisk „Umów wizytę dodatkową”. Po naciśnięciu tego przycisku rozpoczyna się proces umawiania wizyty dodatkowej, który wygląda identycznie jak proces umawiania wizyty planowej opisany w rozdziale „Wizyty planowe”. W przypadku planowania wizyt komercyjnych w poradniach w których został zdefiniowany domyślny cennik oprócz przycisku „Umów wizytę dodatkową” pojawia się też przycisk „Umów wizytę dodatkową (użyj domyślnego cennika)”, który pozwala na skrócenie procesu umawiania wizyty poprzez automatyczny wybór domyślnego cennika.

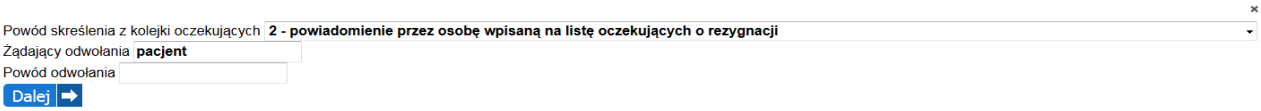
Funkcjonalność „Wizyty dodatkowe” umożliwia także obsługę umówionych wizyt dodatkowych. Po kliknięciu na umówioną wizytę dodatkową otwiera się okno ze szczegółami tej wizyty, w którym pod podstawowymi informacjami o wizycie pojawia się informacja o zapisanym pacjencie. Przy każdym pacjencie prezentowana jest informacja o statusie wizyty, brakach dotyczących wizyty oraz przyciski akcji, które są identyczne jak opisane w rozdziale „Wizyty planowe”.

Wizyty do odwołania

Funkcjonalność „Wizyty do odwołania” z menu „Wizyty” ułatwia szybkie odwoływanie wizyt. W sytuacji gdy zmienia się grafik pracy lekarza niektóre z umówionych wcześniej wizyt mogą wymagać odwołania z powodu braku możliwości ich realizacji. Lista wszystkich takich wizyt widoczna jest po wybraniu funkcjonalności „Wizyty do odwołania” z menu „Wizyty”. Przy każdej wizycie wymagającej odwołania widoczny jest przycisk „Odwołaj”.



Aby odwołać wizytę należy poinformować o tym pacjenta (dane kontaktowe widoczne są w kolumnie „Pacjent”) a następnie kliknąć przycisk „Odwołaj”. Otworzy się wówczas nowe okno w którym należy wskazać żądającego i powód odwołania. Jeśli pacjent przy zapisie na wizytę był wstawiany do kolejki oczekujących należy go z kolejki skreślić wskazując powód i klikając przycisk „Dalej”; jeśli nie był wstawiany do kolejki krok ten zostanie pominięty.



Odwołanie wizyty system potwierdza stosownym komunikatem.



Po zamknięciu okna odwoływania wizyty, odwołana wizyta znika z listy wizyt oczekujących na odwołanie.

Braki ubezpieczeń

Funkcjonalność „Braki ubezpieczeń” z menu „Wizyty” ułatwia szybkie uzupełnianie informacji o ubezpieczeniu pacjentów. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista wizyt zaplanowanych w dniu dzisiejszym dla pacjentów nie posiadających ubezpieczenia ważnego w dniu dzisiejszym. Przy każdej takiej wizycie widoczny jest przycisk „Karta pacjenta”.



Po kliknięciu na przycisk „Karta pacjenta” otwiera się karta danego pacjenta umożliwiając uzupełnienie informacji o ubezpieczeniu (potwierdzenie z eWUŚ, oświadczenie o ubezpieczeniu pacjenta, dokument ubezpieczeniowy). Po uzupełnieniu informacji i zamknięciu karty pacjenta. Wizyta znika z listy braków ubezpieczeń.

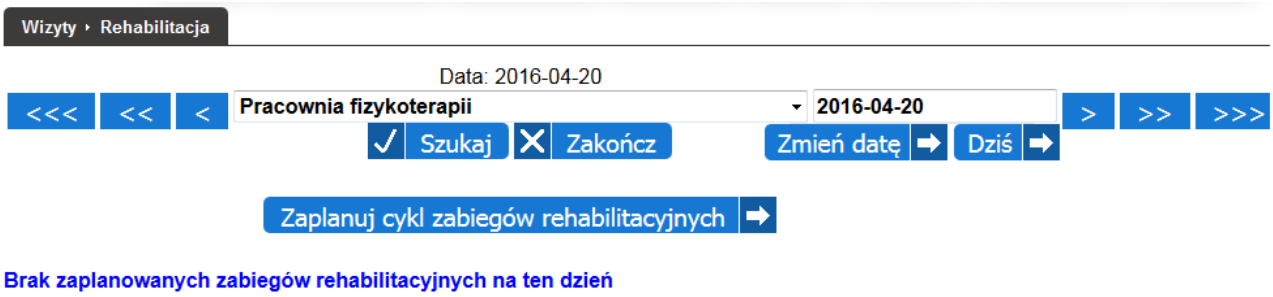
Rehabilitacja

Funkcjonalność „Rehabilitacja” z menu „Wizyty” to moduł rehabilitacyjny służący do planowania zabiegów rehabilitacyjnych. Istnieją dwie wersje tego modułu: standardowa i uproszczona. W wersji standardowej możliwe jest planowanie terminów każdego zabiegu z osobna (każdy zabieg z jednego dnia = osobny termin). W wersji uproszczonej możliwe jest planowanie terminów grup zabiegów (wszystkie zabiegi z danego dnia = jeden termin). Do wyboru używanej wersji służy parametr konfiguracyjny „Wersja modułu rehabilitacyjnego” dostępny po wybraniu funkcjonalności „Konfiguracja” z menu „Administracja”.

Wersja standardowa modułu rehabilitacyjnego

Po wybraniu funkcjonalności „Rehabilitacja” z menu „Wizyty” funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka zaplanowanych cykli rehabilitacyjnych, w których przynajmniej jeden zabieg został zaplanowany na dzień dzisiejszy w poradniach znajdujących się w przychodniach do których dostęp ma zalogowany użytkownik. W pierwszej kolejności należy wybrać poradnię i nacisnąć przycisk

„Szukaj”. Jeżeli istnieją zaplanowane cykle rehabilitacyjne, w których przynajmniej jeden zabieg został zaplanowany na dzień dzisiejszy zostaną one wyświetlone, jeśli nie – zostanie wyświetlony stosowny komunikat. Ponadto zostanie wyświetlony przycisk „Zaplanuj cykl zabiegów rehabilitacyjnych” którego kliknięcie rozpoczyna proces planowania cyklu zabiegowego.

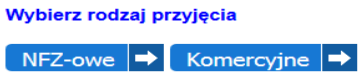


W formularzu wyszukiwarki znajdują się dodatkowo następujące przyciski nawigacji:

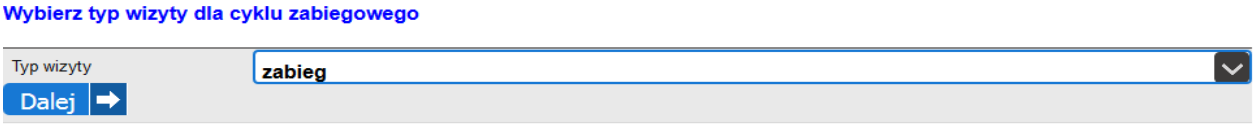
- <<< - umożliwia wyświetlenie zaplanowanych cykli zabiegowych w dniu o miesiąc wcześniejszym od aktualnie prezentowanego
- << - umożliwia wyświetlenie zaplanowanych cykli zabiegowych w dniu o tydzień wcześniejszym od aktualnie prezentowanego
- < - umożliwia wyświetlenie zaplanowanych cykli zabiegowych w dniu poprzednim w stosunku aktualnie prezentowanego
- „Zmień datę” - umożliwia wyświetlenie dowolnego dnia, który należy wskazać w polu daty przed naciśnięciem przycisku „Zmień datę”
- „Dziś” - umożliwia wyświetlenie dzisiejszego dnia
- > - umożliwia wyświetlenie zaplanowanych cykli zabiegowych w dniu następnym w stosunku aktualnie prezentowanego
- >> - umożliwia wyświetlenie zaplanowanych cykli zabiegowych w dniu o tydzień późniejszym od aktualnie prezentowanego
- >>> - umożliwia wyświetlenie zaplanowanych cykli zabiegowych w dniu o miesiąc późniejszym od aktualnie prezentowanego

Kliknięcie na którykolwiek z opisanych powyżej przycisków zmienia widok zaplanowanych cykli zabiegowych na właściwy dla dnia do którego prowadzi dany przycisk.

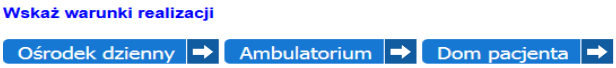
Kliknięcie na przycisk „Zaplanuj cykl zabiegów rehabilitacyjnych” rozpoczyna proces planowania cyklu zabiegowego. W pierwszej kolejności pojawia się okno z przyciskami umożliwiającymi wybór rodzaju przyjęcia – zabiegi mogą być realizowane jako NFZ-owe lub komercyjne.



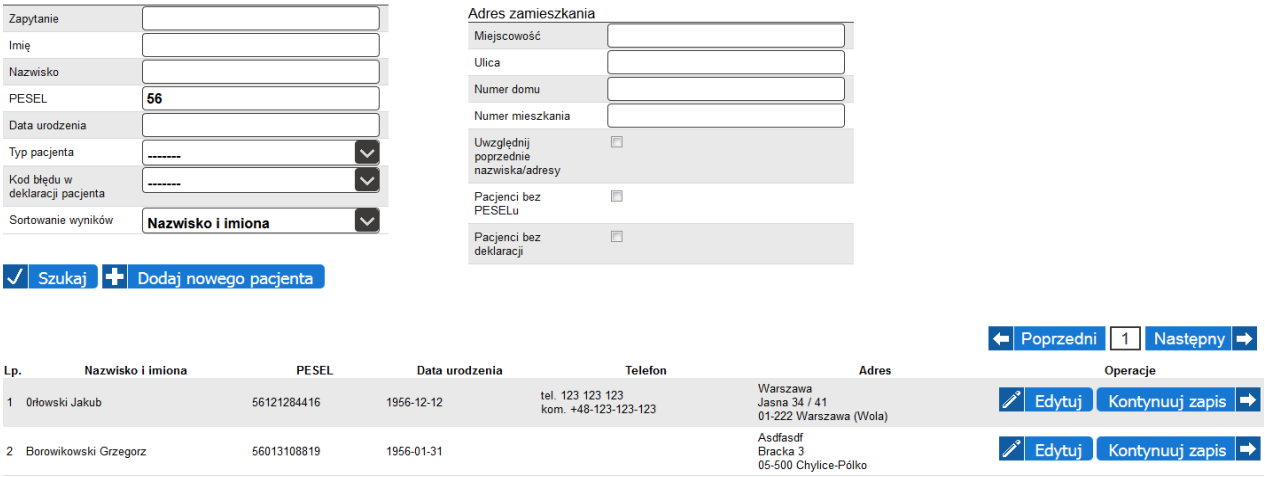
Po kliknięciu przycisku właściwego dla wybranego rodzaju przyjęcia system prosi o wskazanie typu wizyty dla zabiegów w cyklu zabiegowym



Po wybraniu typu wizyty i kliknięciu przycisku „Dalej” system prosi o wskazanie warunków realizacji zabiegów rehabilitacyjnych.



W zależności w jakich warunkach mają być realizowane zabiegi należy kliknąć odpowiedni przycisk. Wyświetli się wówczas wyszukiwarka pacjentów, w której należy wprowadzić dane pacjenta do zapisania na cykl zabiegowy i kliknąć „Szukaj”. Jeśli kryteria wyszukiwania spełnia tylko jeden pacjent system wyświetli jego kartę z przyciskiem „Kontynuuj zapis” widocznym na dole karty, jeżeli zaś więcej niż jeden pacjent spełnia kryteria wyszukiwania, wówczas lista pacjentów spełniających kryteria wyszukiwania zostanie wyświetlona pod wyszukiwarką a przy każdym pacjencie oprócz przycisku „Edytuj” umożliwiającego przejście do edycji karty pacjenta pojawi się przycisk „Kontynuuj zapis”.

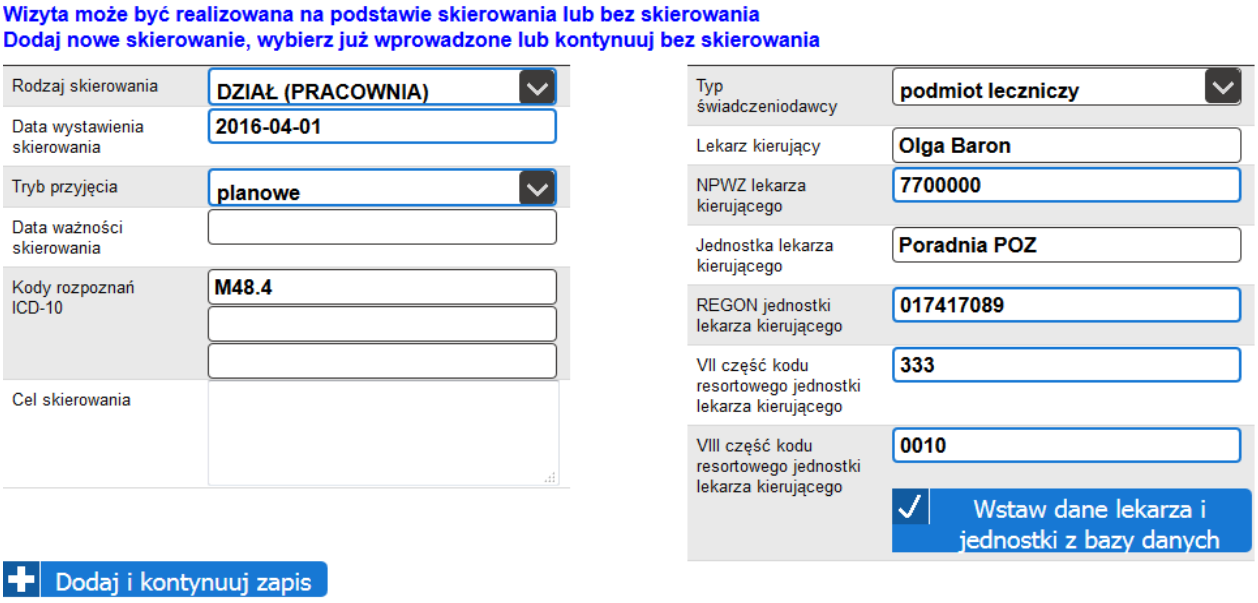


Kliknięcie przycisku „Kontynuuj zapis” przy pacjencie na liście wyników wyszukiwania lub w karcie pacjenta oznacza kontynuowanie procesu planowania cyklu zabiegowego na rzecz tego pacjenta.

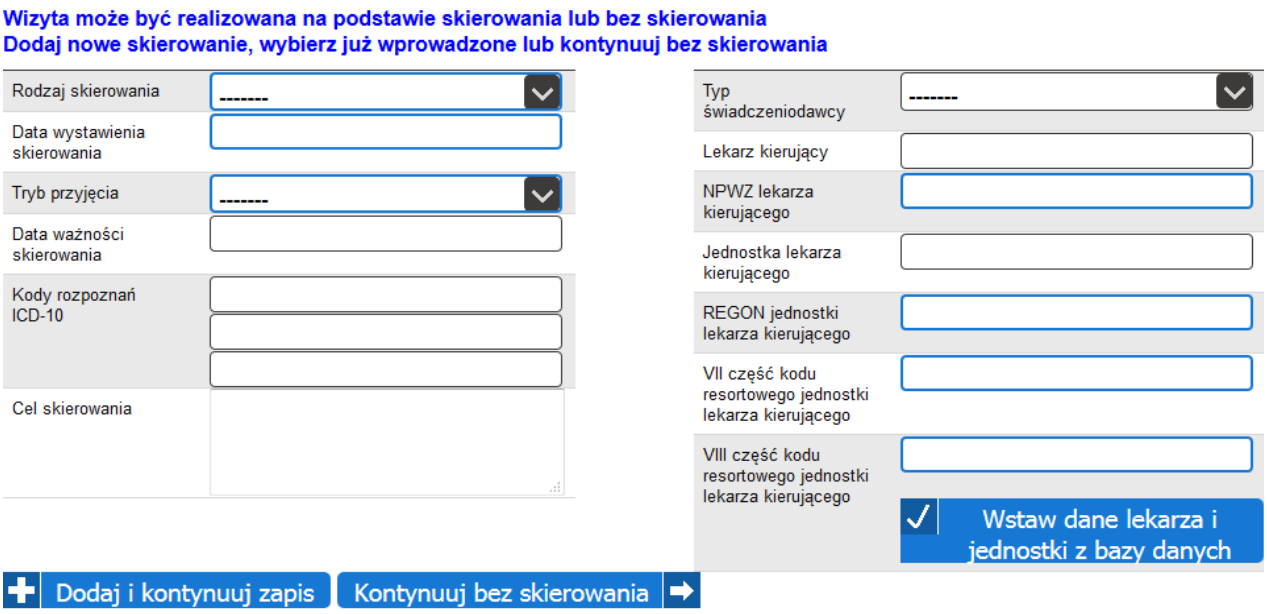
Po wybraniu pacjenta w przypadku zabiegów komercyjnych system sprawdza czy pacjent ma uregulowane wszystkie płatności (w przypadku zabiegów NFZ-owych ten krok jest pomijany). Jeśli pacjent ma nieuregulowane płatności system wyświetla stosowną informację pozostawiając do decyzji użytkownika czy kontynuować proces planowania zabiegów czy przerwać go i przejść do modułu płatności w celu ich uregulowania.



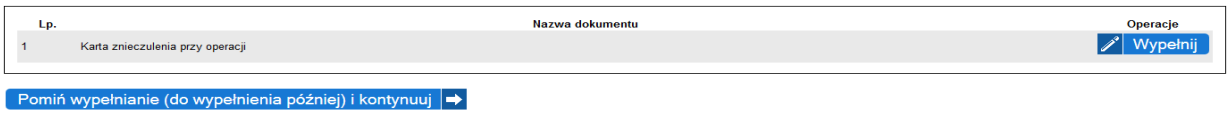
W kolejnym kroku system prosi o wprowadzenie lub wybranie już wprowadzonego skierowania na podstawie którego zostanie zrealizowany cykl zabiegowy. W przypadku zabiegów NFZ-owych skierowanie jest wymagane wobec czego należy albo wprowadzić dane skierowania i kliknąć przycisk „Dodaj i kontynuuj zapis" albo wybrać jedno z już wprowadzonych skierowań (jeżeli istnieją jakiekolwiek wprowadzone skierowania ich lista jest widoczna pod formularzem dodawania skierowania a szczegóły każdego z nich wyświetlają się po kliknięciu na szarym pasku z podstawowymi informacjami ze skierowania) i kliknąć przy wybranym skierowaniu przycisk „Wybierz i kontynuuj zapis".



W przypadku zabiegów komercyjnych krok wprowadzania / wyboru skierowania można pominąć klikając przycisk „Kontynuuj bez skierowania".

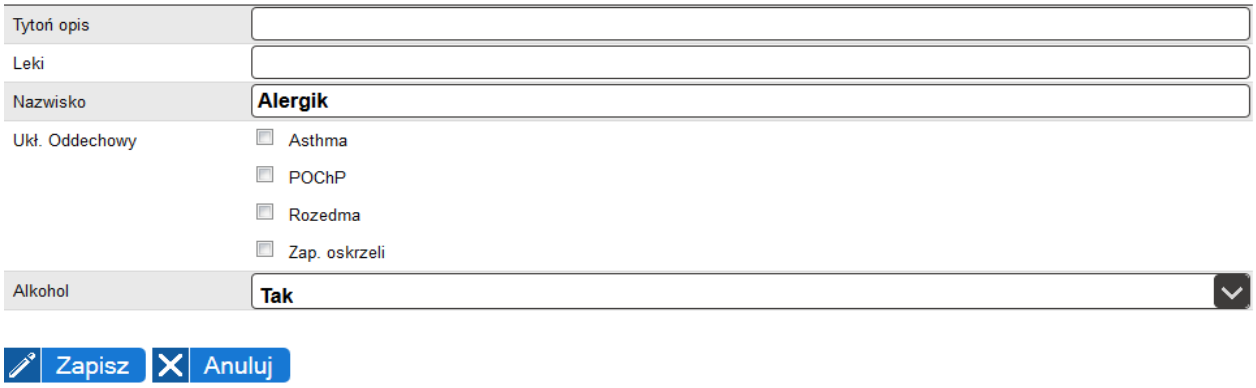


Kolejnym krokiem procesu planowania cyklu zabiegowego jest wypełnianie dokumentów. Krok ten występuje wyłącznie w przypadku gdy wizyta jest umawiana na podstawie skierowania a ze skierowaniem są skojarzone dokumenty do wypełnienia i nie zostały one jeszcze wypełnione. W takim przypadku wyświetla się lista dokumentów których wypełnienie jest wymagane.

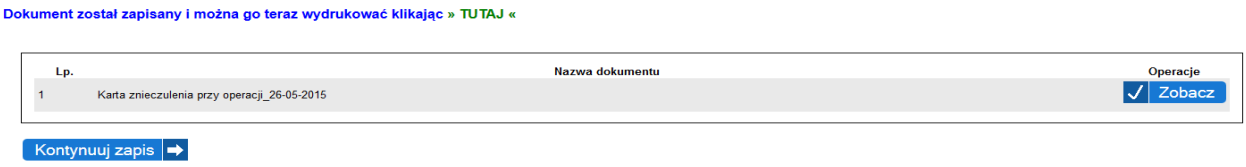


Przy każdym dokumencie niewypełnionym widoczny jest przycisk „Wypełnij” umożliwiający wyświetlenie formularza do wypełnienia dokumentu, zaś przy każdym wypełnionym przycisk „Zobacz” umożliwiający pobranie dokumentu w formie pliku PDF i jego wydrukowanie. Dopóki istnieje przynajmniej jeden dokument do wypełnienia dopóty pod listą dokumentów wyświetlany jest przycisk „Pomiń wypełnianie (do wypełnienia później) i kontynuuj” umożliwiający pominięcie kroku wypełniania dokumentów, jednak konieczne będzie uzupełnienie takich dokumentów po już zaplanowaniu cyklu aby cykl mógł być zrealizowany.

Aby wypełnić dokument należy kliknąć przy nim przycisk „Wypełnij”. Wyświetli się wówczas formularz wypełniania dokumentu, który po wprowadzeniu danych należy zapisać klikając przycisk „Zapisz”.



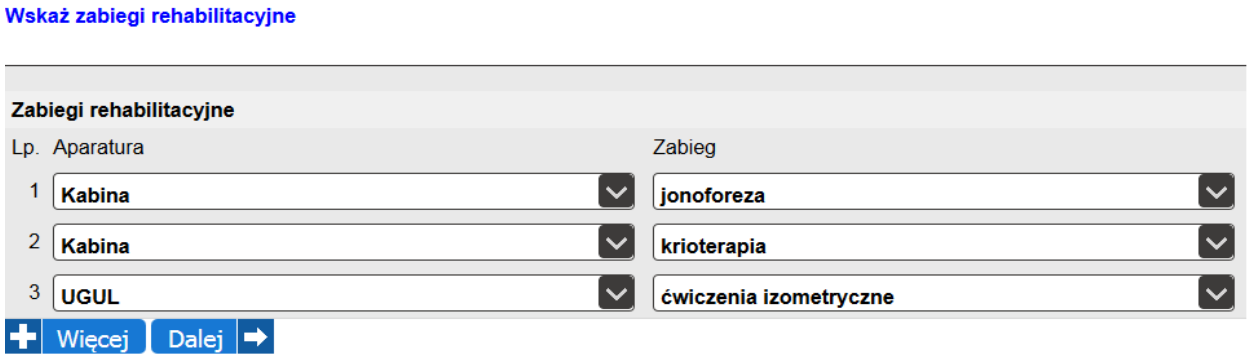
Po zapisaniu danych dokumentu ponownie wyświetla się lista dokumentów przy skierowaniu. Kiedy wszystkie dokumenty na liście zostaną wypełnione spod listy dokumentów znika przycisk „Pomiń wypełnianie (do wypełnienia później) i kontynuuj" a w jego miejsce pojawia się przycisk „Kontynuuj zapis", po którego kliknięciu następuje przejście do następnego kroku procesu.



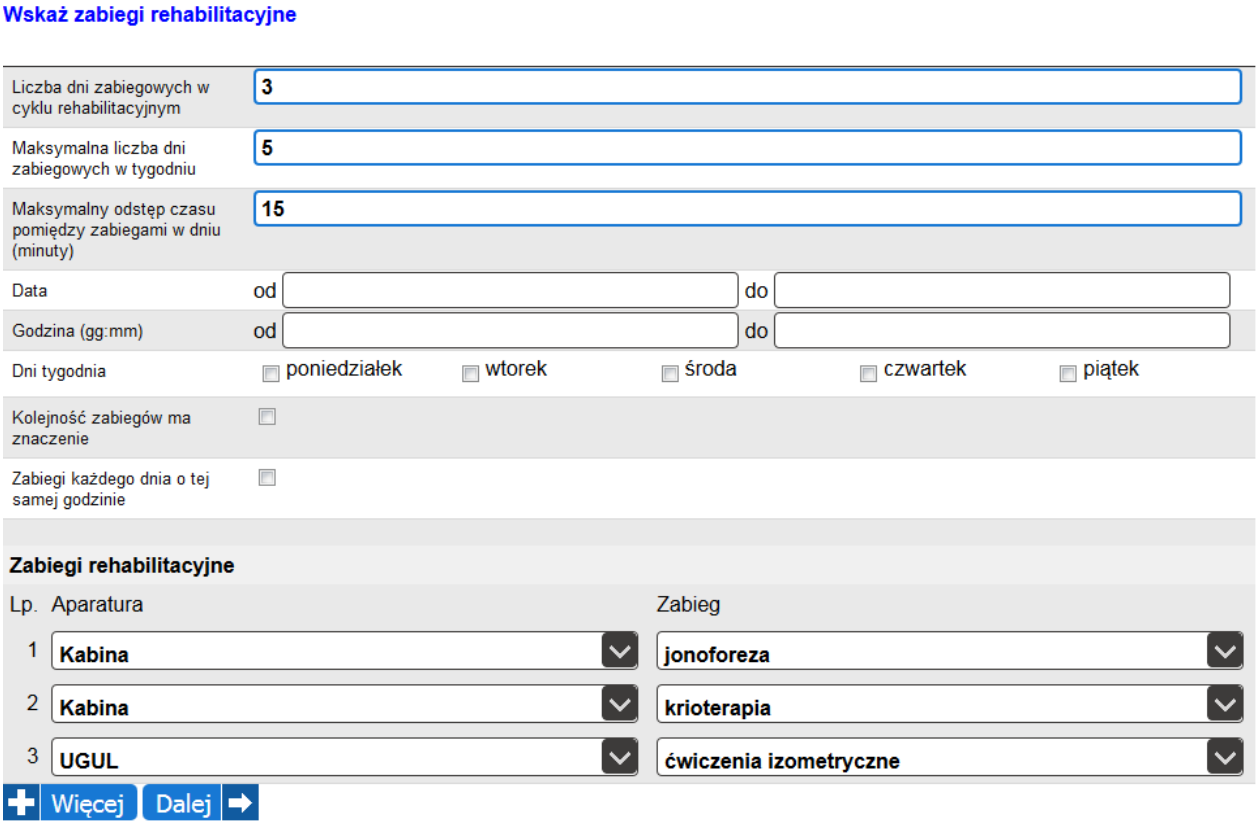
W kolejnym kroku system prosi o określenie trybu wyszukiwania terminów – możliwe jest wyszukiwanie ręczne (kiedy to użytkownik sam wybiera terminy) lub automatyczne (kiedy terminy wybiera system na podstawie zadanych kryteriów).



W kolejnym kroku system prosi o wskazanie zabiegów jakie mają być zrealizowane w ramach cyklu rehabilitacyjnego. W formularzu wyboru zabiegów w trybie ręcznym widoczny jest jeden wiersz do wprowadzenia pojedynczego zabiegu. Aby wprowadzić więcej zabiegów należy skorzystać z przycisku „Więcej" który pozwala wyświetlić więcej wierszy do wprowadzenia większej ilości zabiegów (wiersze pozostawione puste są zignorowane). Dla każdego zabiegu wskazuje się aparaturę na której ma być zrealizowany zabieg oraz rodzaj zabiegu.



W trybie automatycznym oprócz wskazania aparatur i zabiegów w formularzu określa się dodatkowe kryteria wyszukiwania.



Po wskazaniu planowanych zabiegów i naciśnięciu przycisku „Dalej” w przypadku trybu ręcznego system wyświetli terminarz prezentujący dostępności aparatury do realizacji wskazanych wcześniej zabiegów we wskazanych wcześniej warunkach realizacji (dostępności muszą być wcześniej utworzone w grafikach aparatury). Kolejne kolumny terminarza odpowiadają kolejnym wskazanym wcześniej zabiegom rehabilitacyjnym, wiersze terminarza to kolejne godziny (co 5 minut). W terminarzu okresy w których aparatura jest dostępna są zaznaczone na zielono, zaś te w których nie jest dostępna – na biało. W każdej zaznaczonej na zielono komórce widoczne jest pole radiowe umożliwiające rezerwację terminu zabiegu o danej godzinie – kliknięcie pola radiowego spowoduje zaznaczenie kolorem czerwonym danej komórki oraz ewentualnie kolejnych komórek pod nią stosownie do czasu trwania zabiegu (np. jeśli zabieg trwa 20 minut wówczas kliknięcie pola

radiowego w komórce o godzinie 8:00 spowoduje zaznaczenie kolorem czerwonym czterech kolejnych komórek o 8:00, 8:05, 8:10, 8:15 co oznacza rezerwację 20 minut na realizację zabiegu). Zabiegi nie mogą być realizowane równolegle wobec czego przy próbie zaznaczenia terminu zabiegu zazębiającego się z już zaznaczonym terminem innego zabiegu system usunie zazębiającą się rezerwację (np. jeśli dla pierwszego zabiegu zostanie zaznaczona godzina 8:00 i zabieg trwa 15 minut to przy próbie zaznaczenia drugiego zabiegu o godzinie 8:00, 8:05 lub 8:10 zaznaczenie dla pierwszego zabiegu zostanie usunięte – zaznaczone na czerwono komórki przy pierwszym zabiegu zmienią kolor na zielony w związku z czym użytkownik będzie musiał zaznaczyć inny termin dla pierwszego zabiegu). Każdy okres dostępności zdefiniowany w grafiku aparatury jest w terminarzu otoczony czarną ramką. Nie jest też możliwe zarezerwowanie terminu zabiegu o godzinie takiej, gdy czas od tej godziny do końca okresu dostępności jest krótszy niż czas wymagany do realizacji zabiegu (np. jeśli w grafiku aparatury został zdefiniowany okres dostępności od 8:00 do 9:00 to zabiegu trwającego 15 minut nie da się zarezerwować o 8:50 i 8:55 ponieważ w czasie od 8:50 do 9:00 ani w czasie od 8:55 do 9:00 nie da się zrealizować zabiegu trwającego 15 minut). Nawet jeśli dwa okresy dostępności zdefiniowane w grafiku aparatury następują bezpośrednio po sobie nie jest możliwe zarezerwowanie terminu zabiegu który zaczynałby się w pierwszym z tych okresów dostępności a kończył w drugim (np. jeśli w grafiku aparatury zostały zdefiniowane okresy dostępności od 8:00 do 9:00 i od 9:00 do 10:00 to zabiegu trwającego 15 minut nie da się zarezerwować o 8:50 i 8:55 ponieważ w czasie od 8:50 do 9:00 ani w czasie od 8:55 do 9:00 nie da się zrealizować zabiegu trwającego 15 minut a zabieg nie może się rozciągnąć na sąsiedni okres dostępności). Nad terminarzem widoczna jest data dnia z którego terminarz jest wyświetlany oraz przyciski:

- << - kliknięcie tego przycisku wyświetla terminarz na dzień o tydzień wcześniejszy
- < - kliknięcie tego przycisku wyświetla terminarz na dzień poprzedni
- > - kliknięcie tego przycisku wyświetla terminarz na dzień następny
- >> - kliknięcie tego przycisku wyświetla terminarz na dzień o tydzień późniejszy

Po zaznaczeniu terminów zabiegów należy korzystając z powyższych przycisków przejść do terminarza na kolejne dni i w taki sam sposób zaznaczyć terminy zabiegów rehabilitacyjnych z całego cyklu.

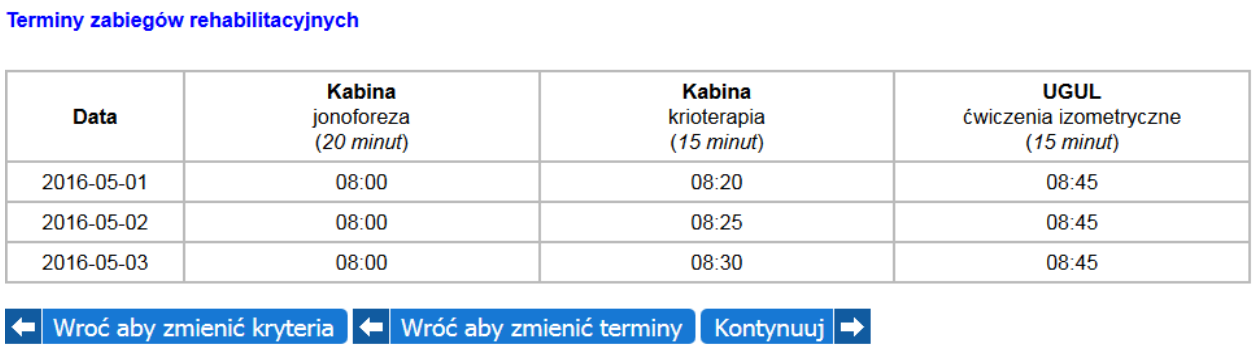
Wybierz terminy zabiegów w poszczególnych dniach cyklu rehabilitacyjnego

<< < 2016-05-01 > >>

Kabina jonoforeza	**Kabina** krioterapia	**UGUL** ćwiczenia izometryczne
08:00-08:05	08:00-08:05	08:00-08:05
08:05-08:10	08:05-08:10	08:05-08:10
08:10-08:15	08:10-08:15	08:10-08:15
08:15-08:20	08:15-08:20	08:15-08:20
08:20-08:25	08:20-08:25	08:20-08:25
08:25-08:30	08:25-08:30	08:25-08:30
08:30-08:35	08:30-08:35	08:30-08:35
08:35-08:40	08:35-08:40	08:35-08:40
08:40-08:45	08:40-08:45	08:40-08:45
08:45-08:50	08:45-08:50	08:45-08:50
08:50-08:55	08:50-08:55	08:50-08:55
08:55-09:00	08:55-09:00	08:55-09:00
09:00-09:05	09:00-09:05	09:00-09:05
09:05-09:10	09:05-09:10	09:05-09:10
09:10-09:15	09:10-09:15	09:10-09:15
09:15-09:20	09:15-09:20	09:15-09:20
09:20-09:25	09:20-09:25	09:20-09:25
09:25-09:30	09:25-09:30	09:25-09:30
09:30-09:35	09:30-09:35	09:30-09:35
09:35-09:40	09:35-09:40	09:35-09:40
09:40-09:45	09:40-09:45	09:40-09:45
09:45-09:50	09:45-09:50	09:45-09:50
09:50-09:55	09:50-09:55	09:50-09:55
09:55-10:00	09:55-10:00	09:55-10:00

Wybór terminów zakończono

Po zaznaczeniu w terminarzu terminów wszystkich zabiegów rehabilitacyjnych we wszystkich dniach cyklu rehabilitacyjnego należy kliknąć przycisk „Wybór terminów zakończono” widoczny pod terminarzem. Wyświetli się wówczas podsumowanie z zestawieniem wybranych terminów. W przypadku zaś trybu automatycznego krok wyboru terminów z terminarza jest pomijany (system wybiera terminy automatycznie) i od razu pojawia się podsumowanie (lub informacja o braku terminów spełniających kryteria wyszukiwania).

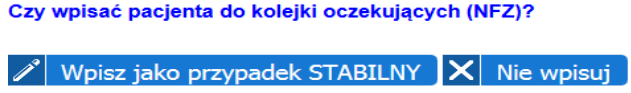


Jeżeli zachodzi potrzeba dokonania zmian w aparaturze / zabiegach / kryteriach wyszukiwania należy skorzystać z przycisku „Wróć aby zmienić kryteria” by wyświetlić formularz wyboru zabiegów. Jeżeli zachodzi potrzeba dokonania zmian wybranych terminów należy skorzystać z przycisku „Wróć aby zmienić terminy”, którego kliknięcie wyświetli widok terminarza umożliwiając w ten sposób wprowadzenie zmian (jeżeli terminy w podsumowaniu zostały znalezione automatycznie, wówczas kliknięcie przycisku „Wróć aby zmienić terminy” przełącza mechanizm wyszukiwania w tryb ręczny). Jeżeli zmiany nie są konieczne należy kliknąć przycisk „Kontynuuj”.

W przypadku trybu automatycznego jeżeli algorytm nie odnalazł zestawu terminów spełniających kryteria wyszukiwania, wówczas pojawia się stosowny komunikat oraz przyciski „Wróć aby zmienić kryteria” (o działaniu jak opisano powyżej) oraz „Przejdź do trybu ręcznego” umożliwiający ręczny wybór terminów zabiegów.



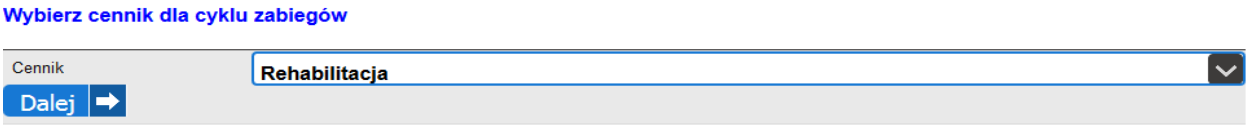
W przypadku zabiegów NFZ-owych w kolejnym kroku system wyświetli pytanie o wstawienie pacjenta do kolejki oczekujących (w przypadku zabiegów komercyjnych krok ten jest pomijany).



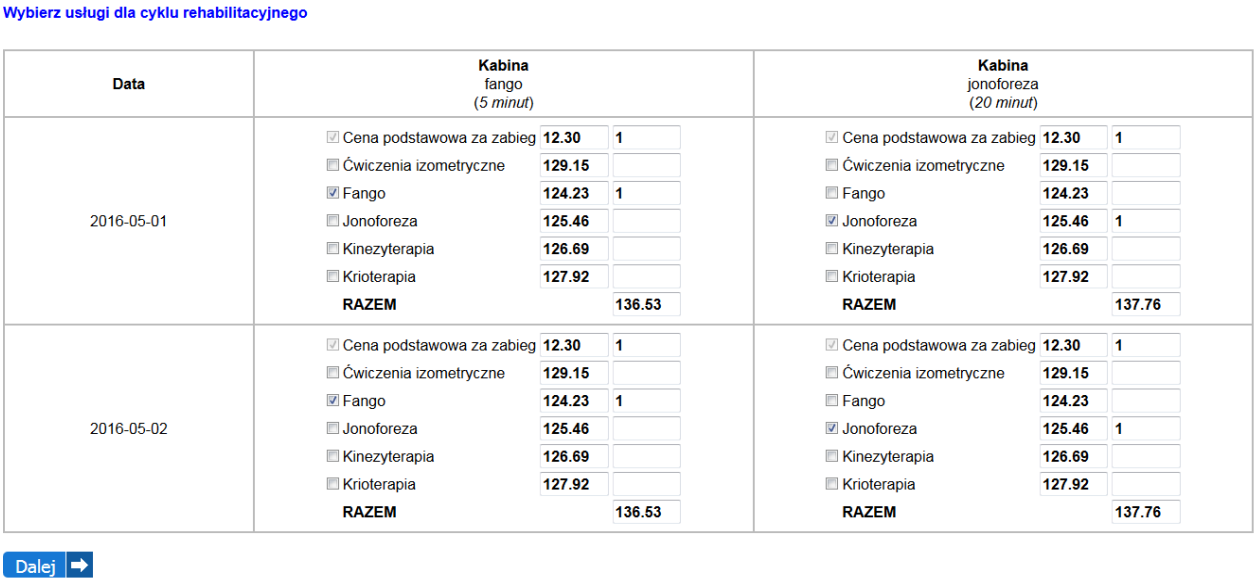
Użytkownik decydując o wpisaniu bądź nie wpisywaniu pacjenta do kolejki oczekujących klika odpowiedni przycisk.

W przypadku zabiegów komercyjnych w kolejnym kroku system wyświetla formularz wyboru cennika według którego będą rozliczane usługi (w przypadku zabiegów NFZ-owych krok ten jest

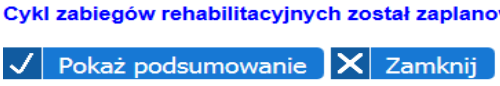
pomijany).



Po wybraniu cennika i kliknięciu przycisku „Dalej” system wyświetli dla każdego zaplanowanego zabiegu cennik. W cenniku określona jest podstawowa cena brutto za wizytę (która w szczególności może być zerowa) oraz ceny poszczególnych usług. Rejestratorka może (choć nie musi) określić jakich usług w ramach wizyty oczekuje pacjent (zaznaczając pole przy nazwie usługi). W momencie zaznaczenia którejkolwiek z usług automatycznie aktualizowana jest łączna cena za zabieg a pole ilości przy danej usłudze staje się edytowalne - ilość usług można zmodyfikować i przy takiej modyfikacji również aktualizowana jest łączna cena za zabieg.



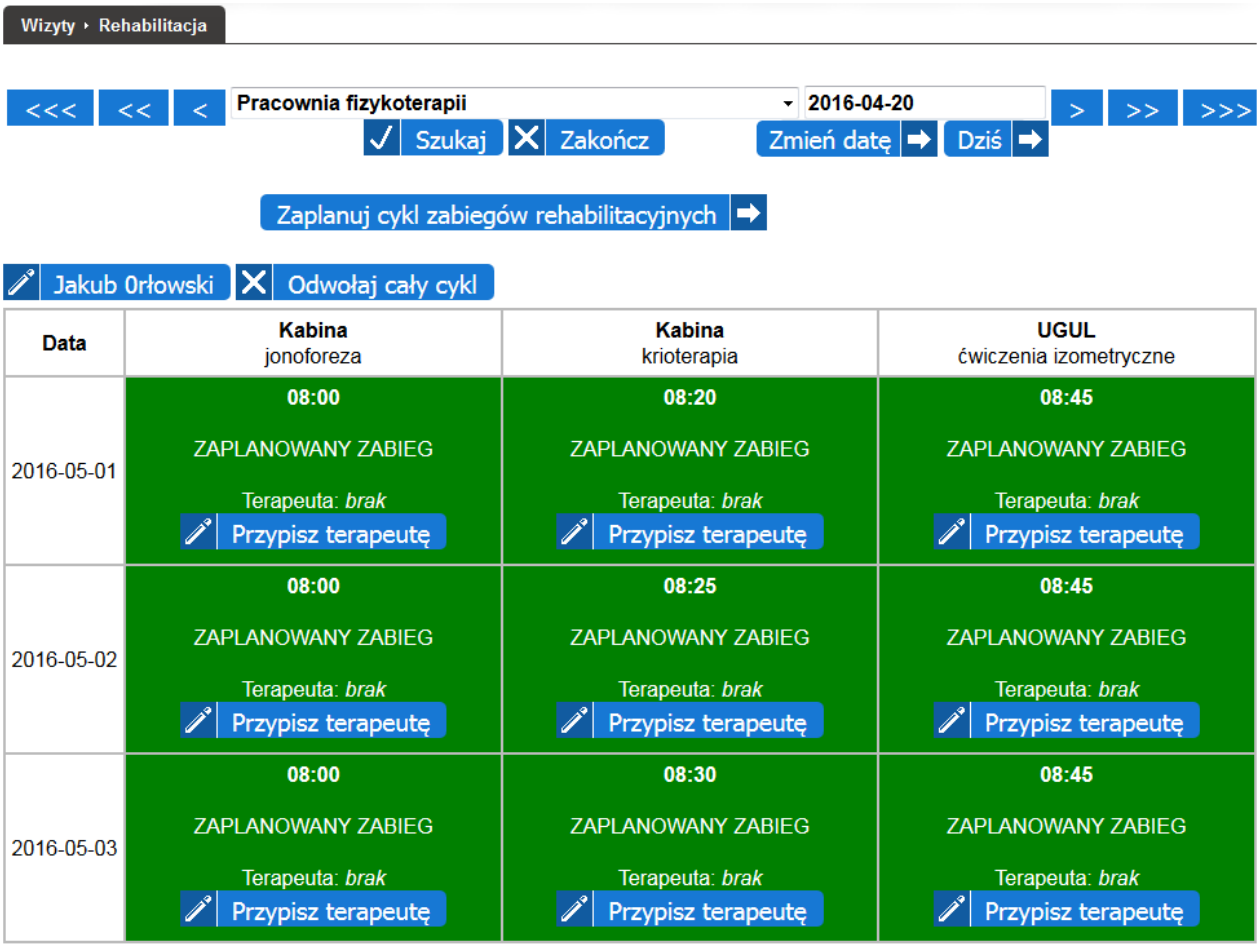
Po zaznaczeniu w cennikach usług właściwych dla poszczególnych zabiegów należy kliknąć przycisk „Dalej”. W tym momencie proces zapisu zostaje zakończony i wyświetla się przycisk „Pokaż podsumowanie” umożliwiający wydrukowanie pacjentowi listy terminów umówionych zabiegów.



W przypadku zabiegów komercyjnych wyświetla się dodatkowo przycisk „Płatności” umożliwiający przyjęcie płatności od pacjenta za zabiegi.

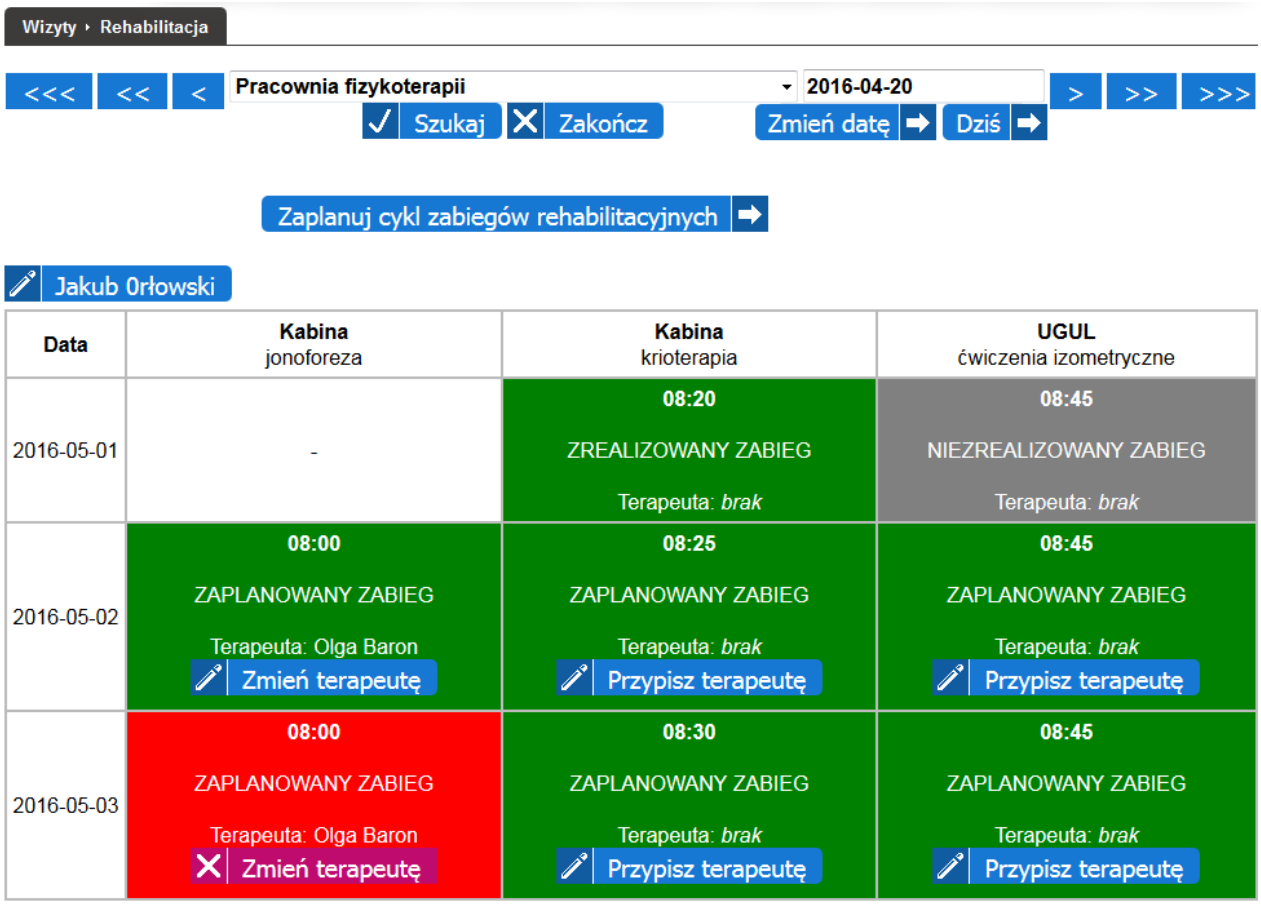


Przycisk „Zamknij” zamyka okno planowania cyklu rehabilitacyjnego. Po zamknięciu tego okna wyświetla się widok zaplanowanych cykli rehabilitacyjnych.

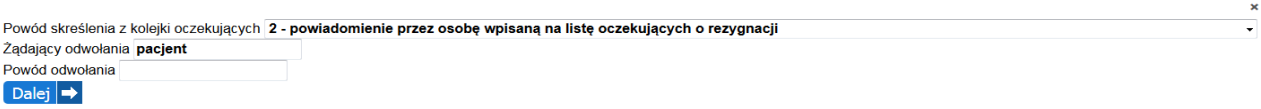


Każdy cykl jest prezentowany w formie tabeli której kolumny oznaczają zabiegi, wiersze oznaczają daty a komórki odpowiadają poszczególnym zaplanowanym zabiegom. W każdej komórce widoczna jest godzina zabiegu, status zabiegu (zaplanowany, zrealizowany, niezrealizowany), informacja o terapeucie realizującym zabieg a w przypadku zabiegów zaplanowanych także przycisk umożliwiający przypisanie terapeuty do zabiegu lub zmianę (w tym usunięcie) terapeuty przypisanego do zabiegu. Komórki w tabeli mogą mieć kolor biały (jeśli dany zabieg danego dnia nie został zaplanowany lub został odwołany), zielony (jeśli zabieg został zaplanowany lub zrealizowany i wszystkie wymagania formalne związane z jego realizacją zostały spełnione), czerwony (jeśli zabieg został zaplanowany lub zrealizowany ale nie wszystkie wymagania formalne związane z jego realizacją zostały spełnione), szary (jeśli zabieg został oznaczony jako niezrealizowany). Przycisk „Zmień terapeutę” może mieć kolor niebieski (jeśli terapeuta który został przypisany do zabiegu jest nadal dostępny) lub różowy (jeśli terapeuta który został przypisany do zabiegu przestał być dostępny na skutek zmian w jego grafiku pracy). Nad tabelą widoczny jest przycisk z nazwiskiem pacjenta na rzecz którego został zaplanowany cykl zabiegów

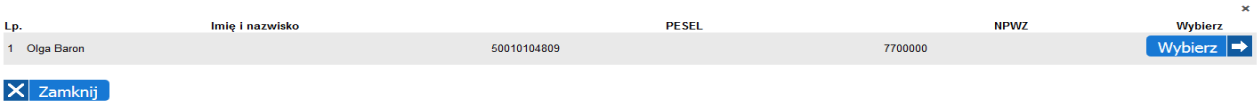
– kliknięcie na tym przycisku otwiera w nowym oknie kartę pacjenta. Jeżeli wszystkie zabiegi w cyklu są przyszłe i wszystkie mają status zaplanowanych wówczas nad tabelą dodatkowo widoczny jest przycisk „Odwołaj cały cykl” umożliwiający odwołanie wszystkich zabiegów w cyklu rehabilitacyjnym.



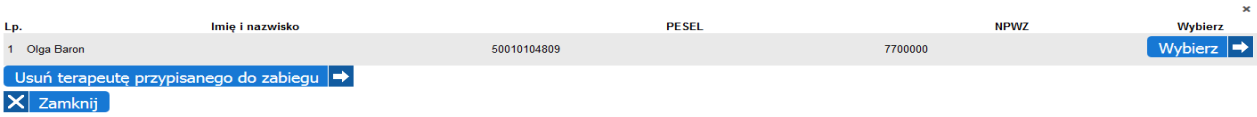
Kliknięcie przycisku „Odwołaj cały cykl” otwiera nowe okno w którym pojawia się pojawia się prośba o wprowadzenie żądającego i powodu odwołania a także prośba o wskazanie powodu skreślenia z kolejki oczekujących (jeśli podczas planowania cyklu pacjent został wpisany do kolejki oczekujących). Odwołanie cyklu następuje po naciśnięciu przycisku „Dalej”.



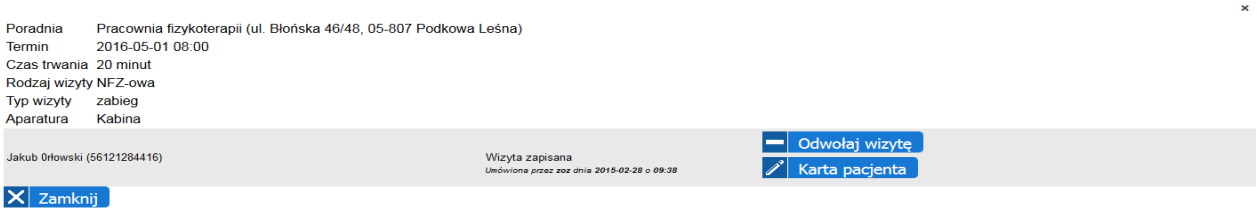
Kliknięcie przycisku „Przypisz terapeutę” przy danym zabiegu otwiera nowe okno z listą terapeutów dostępnych do zrealizowania danego zabiegu (lub informacją o braku dostępnych terapeutów). Przy każdym terapeucie widoczny jest przycisk „Wybierz” którego kliknięcie przypisuje terapeutę do zabiegu i zamyka okno wyboru terapeuty.



Kliknięcie przycisku „Zmień terapeutę” przy danym zabiegu otwiera nowe okno z listą terapeutów dostępnych do zrealizowania danego zabiegu (lub informacją o braku dostępnych terapeutów). Przy każdym terapeucie widoczny jest przycisk „Wybierz” którego kliknięcie przypisuje terapeutę do zabiegu i zamyka okno wyboru terapeuty. Pod listą dostępnych terapeutów wyświetlany jest przycisk „Usuń terapeutę przypisanego do zabiegu” którego kliknięcie usuwa terapeutę przypisanego do zabiegu i zamyka okno wyboru terapeuty.

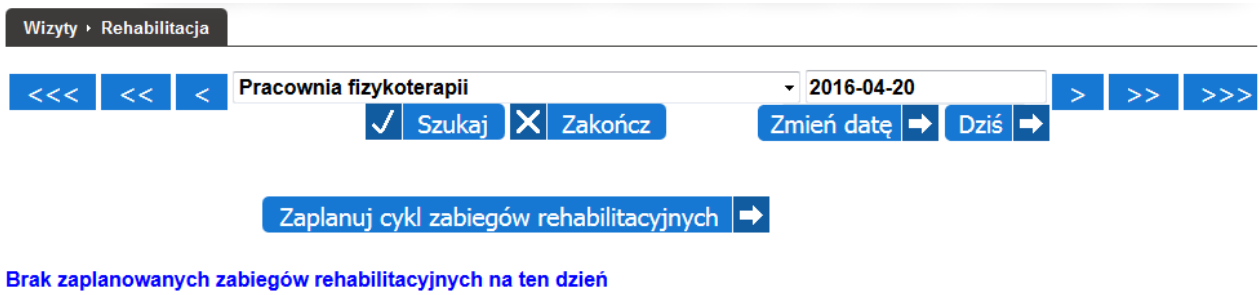


Kliknięcie w tabeli reprezentującej cykl zabiegowy komórki reprezentującej dany zabieg (poza przyciskiem „Przypisz terapeutę” / „Zmień terapeutę”) otwiera nowe okno ze szczegółami zapisanego zabiegu, którego zawartość i funkcjonalność jest identyczna jak opisana na końcu rozdziału „Wizyty planowe”.



Wersja uproszczona modułu rehabilitacyjnego

Po wybraniu funkcjonalności „Rehabilitacja” z menu „Wizyty” funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka zabiegów rehabilitacyjnych zaplanowanych na dzień dzisiejszy w poradniach znajdujących się w przychodniach do których dostęp ma zalogowany użytkownik. W pierwszej kolejności należy wybrać poradnię i nacisnąć przycisk „Szukaj”. Jeżeli istnieją zabiegi rehabilitacyjne zaplanowane na dzień dzisiejszy zostaną one wyświetlone, jeśli nie – zostanie wyświetlony stosowny komunikat. Ponadto zostanie wyświetlony przycisk „Zaplanuj cykl zabiegów rehabilitacyjnych” którego kliknięcie rozpoczyna proces planowania cyklu zabiegowego.

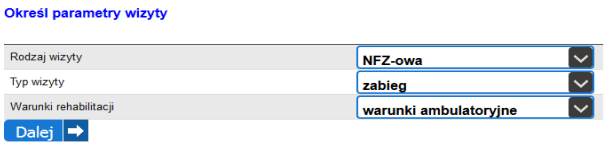


W formularzu wyszukiwarki znajdują się dodatkowo następujące przyciski nawigacji:

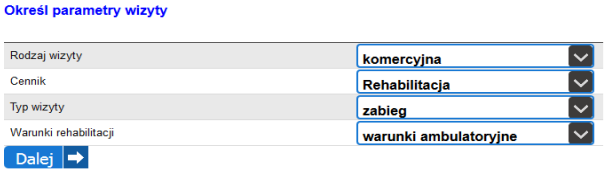
- <<< - umożliwia wyświetlenie zaplanowanych cykli zabiegowych w dniu o miesiąc wcześniejszym od aktualnie prezentowanego
- << - umożliwia wyświetlenie zaplanowanych cykli zabiegowych w dniu o tydzień wcześniejszym od aktualnie prezentowanego
- < - umożliwia wyświetlenie zaplanowanych cykli zabiegowych w dniu poprzednim w stosunku aktualnie prezentowanego
- „Zmień datę" - umożliwia wyświetlenie dowolnego dnia, który należy wskazać w polu daty przed naciśnięciem przycisku „Zmień datę"
- „Dziś" - umożliwia wyświetlenie dzisiejszego dnia
- > - umożliwia wyświetlenie zaplanowanych cykli zabiegowych w dniu następnym w stosunku aktualnie prezentowanego
- >> - umożliwia wyświetlenie zaplanowanych cykli zabiegowych w dniu o tydzień późniejszym od aktualnie prezentowanego
- >>> - umożliwia wyświetlenie zaplanowanych cykli zabiegowych w dniu o miesiąc późniejszym od aktualnie prezentowanego

Kliknięcie na którykolwiek z opisanych powyżej przycisków zmienia widok zaplanowanych cykli zabiegowych na właściwy dla dnia do którego prowadzi dany przycisk.

Kliknięcie na przycisk „Zaplanuj cykl zabiegów rehabilitacyjnych" rozpoczyna proces planowania cyklu zabiegowego. W pierwszej kolejności pojawia się okno z formularzem pozwalającym określić podstawowe parametry wizyty (serii zabiegów). W przypadku gdy w konfiguracji aplikacji włączono ręczne obliczanie ceny za zabiegi parametrami jakie należy określić są: rodzaj wizyty, typ wizyty i warunki rehabilitacji.



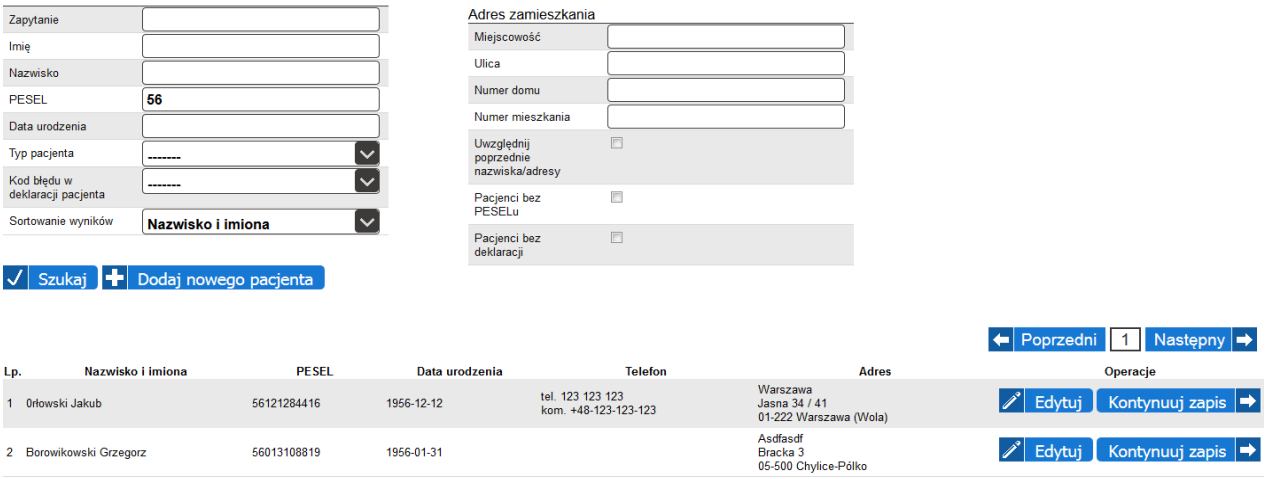
W przypadku gdy w konfiguracji aplikacji włączono automatyczne obliczanie ceny za zabiegi parametrami jakie należy określić są: rodzaj wizyty, cennik (w przypadku wizyt komercyjnych), typ wizyty i warunki rehabilitacji.



Jeżeli w konfiguracji aplikacji ustawiono domyślne wartości dla rodzaju wizyty i warunków rehabilitacji wówczas są one domyślnie wybrane w formularzu. Jeżeli w słowniku typów wizyt istnieje domyślny typ wizyty wówczas jest on również domyślnie wybrany w formularzu. Jeśli w

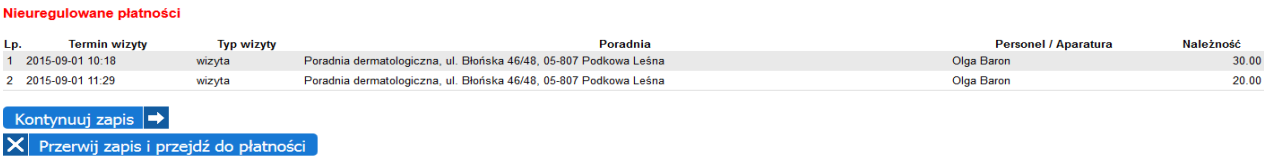
poradni zdefiniowano cennik domyślny wówczas jest on także domyślnie wybrany w formularzu (w przypadku zabiegów komercyjnych).

Po określeniu parametrów i naciśnięciu przycisku „Dalej” wyświetli się wyszukiwarka pacjentów, w której należy wprowadzić dane pacjenta do zapisania na cykl zabiegowy i kliknąć „Szukaj”. Jeśli kryteria wyszukiwania spełnia tylko jeden pacjent system wyświetli jego kartę z przyciskiem „Kontynuuj zapis” widocznym na dole karty, jeżeli zaś więcej niż jeden pacjent spełnia kryteria wyszukiwania, wówczas lista pacjentów spełniających kryteria wyszukiwania zostanie wyświetlona pod wyszukiwarką a przy każdym pacjencie oprócz przycisku „Edytuj” umożliwiającego przejście do edycji karty pacjenta pojawi się przycisk „Kontynuuj zapis”.

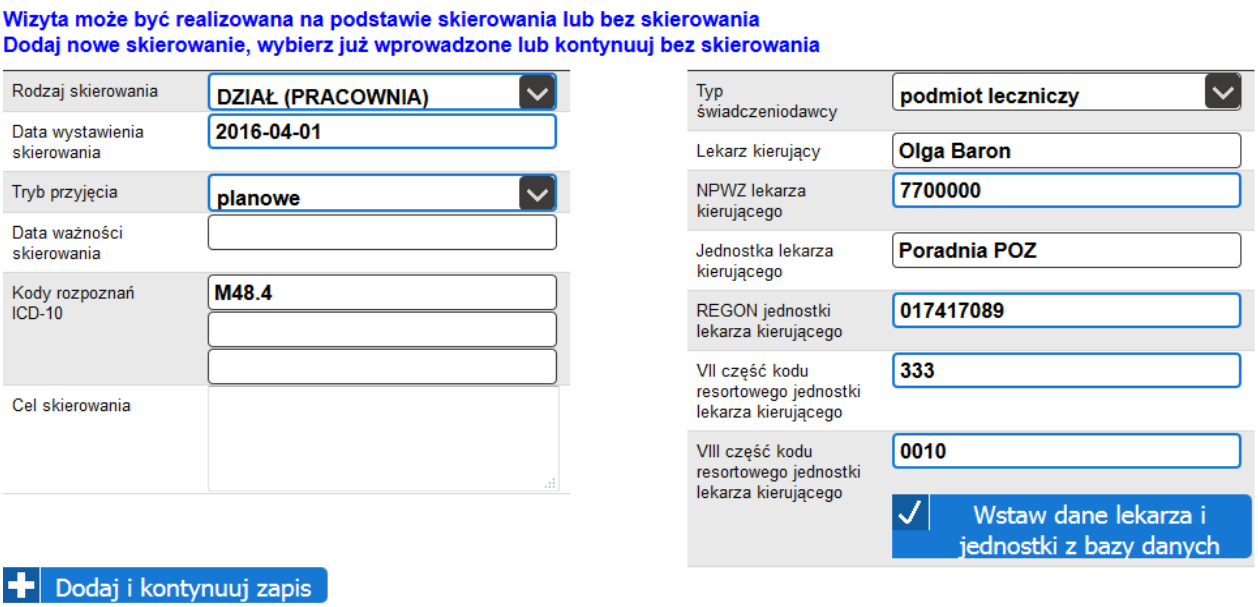


Kliknięcie przycisku „Kontynuuj zapis” przy pacjencie na liście wyników wyszukiwania lub w karcie pacjenta oznacza kontynuowanie procesu planowania cyklu zabiegowego na rzecz tego pacjenta.

Po wybraniu pacjenta w przypadku zabiegów komercyjnych system sprawdza czy pacjent ma uregulowane wszystkie płatności (w przypadku zabiegów NFZ-owych ten krok jest pomijany). Jeśli pacjent ma nieuregulowane płatności system wyświetla stosowną informację pozostawiając do decyzji użytkownika czy kontynuować proces planowania zabiegów czy przerwać go i przejść do modułu płatności w celu ich uregulowania.



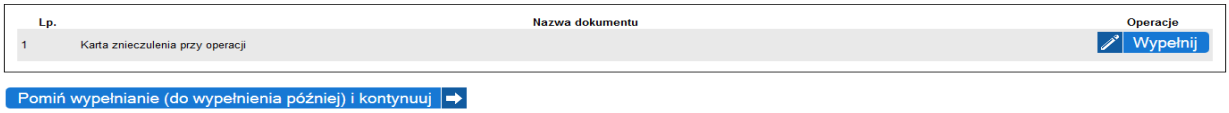
W kolejnym kroku system prosi o wprowadzenie lub wybranie już wprowadzonego skierowania na podstawie którego zostanie zrealizowany cykl zabiegowy. W przypadku zabiegów NFZ-owych skierowanie jest wymagane wobec czego należy albo wprowadzić dane skierowania i kliknąć przycisk „Dodaj i kontynuuj zapis” albo wybrać jedno z już wprowadzonych skierowań (jeżeli istnieją jakiekolwiek wprowadzone skierowania ich lista jest widoczna pod formularzem dodawania skierowania a szczegóły każdego z nich wyświetlają się po kliknięciu na szarym pasku z podstawowymi informacjami ze skierowania) i kliknąć przy wybranym skierowaniu przycisk „Wybierz i kontynuuj zapis”.



W przypadku zabiegów komercyjnych krok wprowadzania / wyboru skierowania można pominąć klikając przycisk „Kontynuuj bez skierowania”.

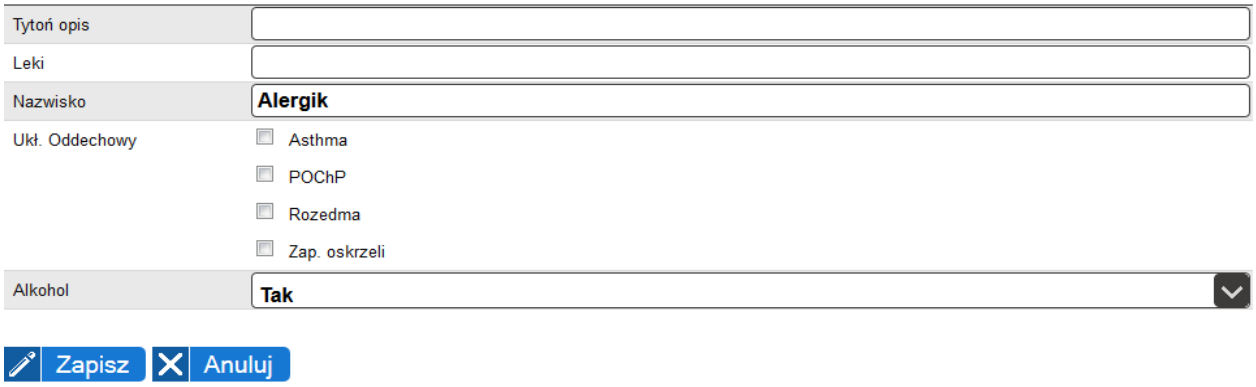


Kolejnym krokiem procesu planowania cyklu zabiegowego jest wypełnianie dokumentów. Krok ten występuje wyłącznie w przypadku gdy wizyta jest umawiana na podstawie skierowania a ze skierowaniem są skojarzone dokumenty do wypełnienia i nie zostały one jeszcze wypełnione. W takim przypadku wyświetla się lista dokumentów których wypełnienie jest wymagane.

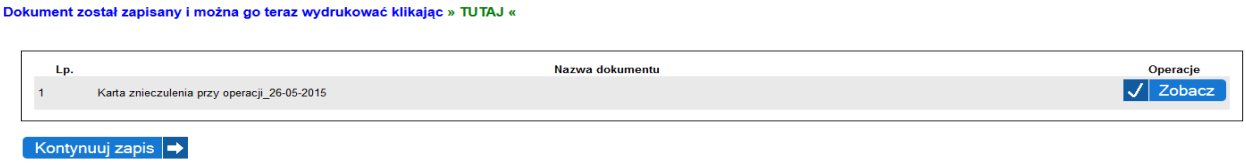


Przy każdym dokumencie niewypełnionym widoczny jest przycisk „Wypełnij" umożliwiający wyświetlenie formularza do wypełnienia dokumentu, zaś przy każdym wypełnionym przycisk „Zobacz" umożliwiający pobranie dokumentu w formie pliku PDF i jego wydrukowanie. Dopóki istnieje przynajmniej jeden dokument do wypełnienia dopóty pod listą dokumentów wyświetlany jest przycisk „Pomiń wypełnianie (do wypełnienia później) i kontynuuj" umożliwiający pominięcie kroku wypełniania dokumentów, jednak konieczne będzie uzupełnienie takich dokumentów po już zaplanowaniu cyklu aby cykl mógł być zrealizowany.

Aby wypełnić dokument należy kliknąć przy nim przycisk „Wypełnij". Wyświetli się wówczas formularz wypełniania dokumentu, który po wprowadzeniu danych należy zapisać klikając przycisk „Zapisz".

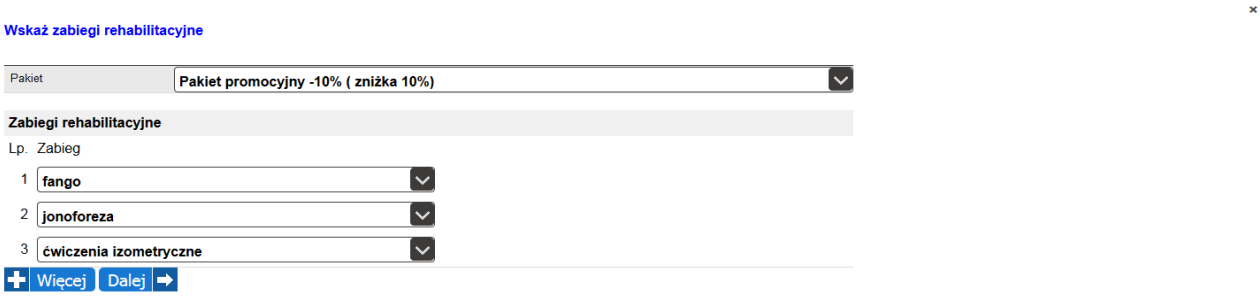


Po zapisaniu danych dokumentu ponownie wyświetla się lista dokumentów przy skierowaniu. Kiedy wszystkie dokumenty na liście zostaną wypełnione spod listy dokumentów znika przycisk „Pomiń wypełnianie (do wypełnienia później) i kontynuuj" a w jego miejsce pojawia się przycisk „Kontynuuj zapis", po którego kliknięciu następuje przejście do następnego kroku procesu.

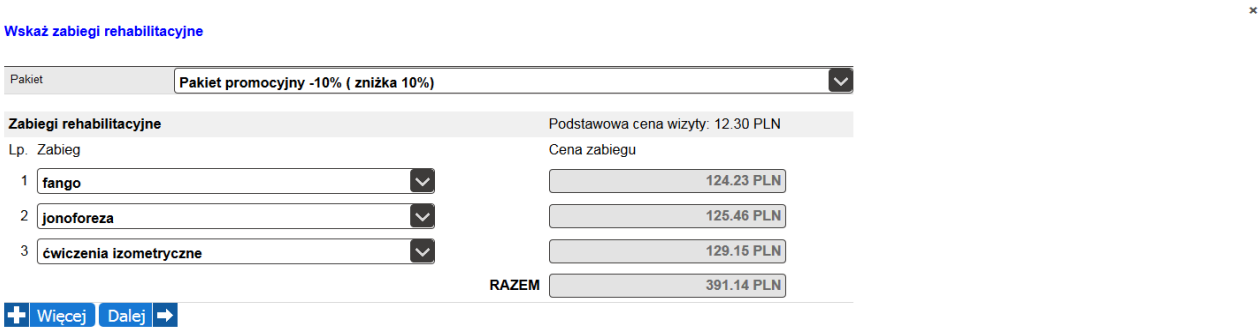


W kolejnym kroku system prosi o wskazanie zabiegów jakie mają być zrealizowane w ramach cyklu rehabilitacyjnego oraz ewentualnie pakietu zniżkowego (w przypadku zabiegów komercyjnych w poradniach z płatnością przed wizytą; wskazanie pakietu zniżkowego powoduje ograniczenie listy możliwych do wybrania zabiegów do tych, które obejmuje dany pakiet). W formularzu wyboru zabiegów widoczny jest jeden wiersz do wprowadzenia pojedynczego zabiegu. Aby wprowadzić więcej zabiegów należy skorzystać z przycisku „Więcej" który pozwala wyświetlić więcej wierszy do wprowadzenia większej ilości zabiegów (wiersze pozostawione puste są zignorowane). Formularz wyboru zabiegów różni się w zależności od ustawionego w

konfiguracji trybu obliczania ceny za zabiegi. W przypadku trybu ręcznego w formularzu widoczne są same zabiegi.



W przypadku trybu automatycznego dla wizyt komercyjnych przy poszczególnych zabiegach widoczne są dodatkowo pola z cenami. Wybranie zabiegu sprawia że automatycznie wypełniane jest pole ceny przy tym zabiegu i automatycznie aktualizuje się łączna cena za wszystkie wybrane zabiegi (system wyświetla ceny nominalne a zniżkę z tytułu pakietu nalicza automatycznie po umówieniu cyklu rehabilitacyjnego).

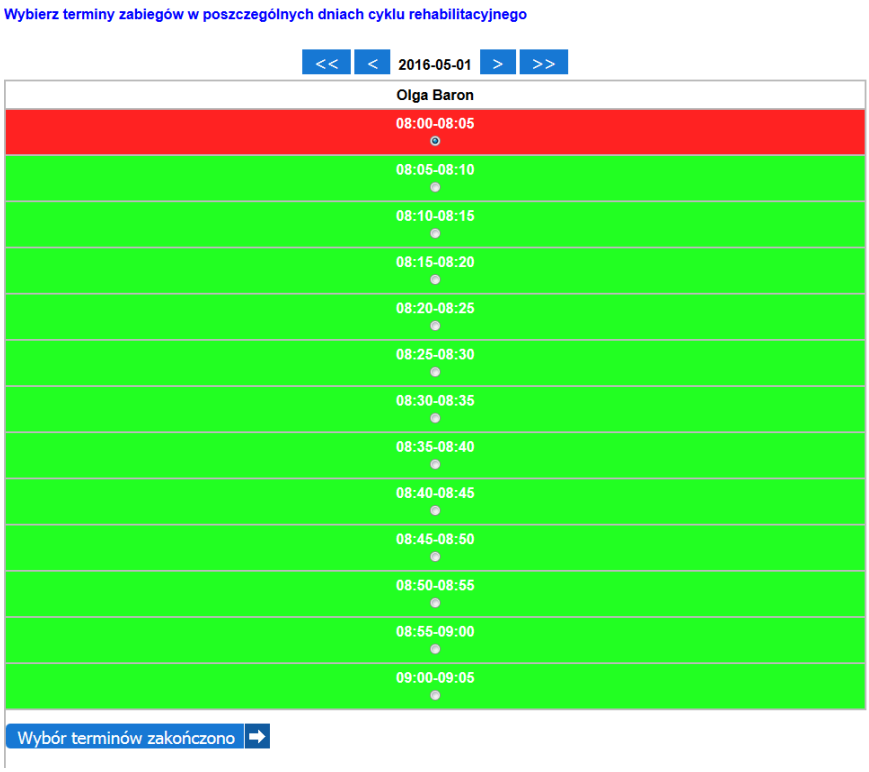


Po wskazaniu planowanych zabiegów i naciśnięciu przycisku „Dalej" system wyświetli terminarz prezentujący dostępności terapeutów do realizacji wskazanych wcześniej zabiegów we wskazanych wcześniej warunkach realizacji (dostępności muszą być wcześniej utworzone w grafikach terapeutów). Kolejne kolumny terminarza odpowiadają kolejnym terapeutom pracującym w poradni, wiersze terminarza to kolejne godziny (co 5 minut). W terminarzu okresy w których terapeuci są dostępni są zaznaczone na zielono, zaś te w których nie są dostępni – na biało. W każdej zaznaczonej na zielono komórce widoczne jest pole radiowe umożliwiające rezerwację terminu zabiegów o danej godzinie – kliknięcie pola radiowego spowoduje zaznaczenie kolorem czerwonym danej komórki. Nad terminarzem widoczna jest data dnia z którego terminarz jest wyświetlany oraz przyciski:

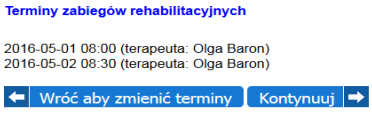
- << - kliknięcie tego przycisku wyświetla terminarz na dzień o tydzień wcześniejszy
- < - kliknięcie tego przycisku wyświetla terminarz na dzień poprzedni
- > - kliknięcie tego przycisku wyświetla terminarz na dzień następny
- >> - kliknięcie tego przycisku wyświetla terminarz na dzień o tydzień późniejszy

Po zaznaczeniu terminów zabiegów należy korzystając z powyższych przycisków przejść do terminarza na kolejne dni i w taki sam sposób zaznaczyć terminy zabiegów rehabilitacyjnych z

całego cyklu.

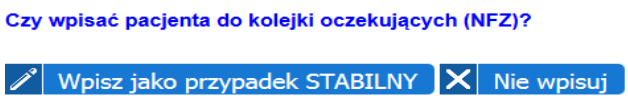


Po zaznaczeniu w terminarzu terminów wszystkich zabiegów rehabilitacyjnych we wszystkich dniach cyklu rehabilitacyjnego należy kliknąć przycisk „Wybór terminów zakończono” widoczny pod terminarzem. Wyświetli się wówczas podsumowanie z zestawieniem wybranych terminów. Jeżeli do planowania cyklu użyto pakietu wówczas system dodatkowo wyświetli informację czy wybrany pakiet dla danego zestawu terminów jest możliwy do wykorzystania czy też nie.



Jeżeli zachodzi potrzeba dokonania zmian wybranych terminów można skorzystać z przycisku „Wróć aby zmienić terminy”, którego kliknięcie wyświetli ponownie widok terminarza umożliwiając w ten sposób wprowadzenie zmian. Jeżeli zmiany nie są konieczne należy kliknąć przycisk „Kontynuuj”.

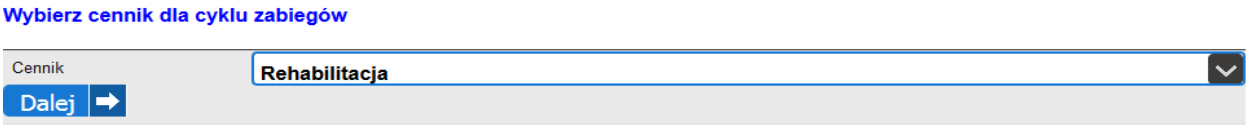
W przypadku zabiegów NFZ-owych w kolejnym kroku system wyświetli pytanie o wstawienie pacjenta do kolejki oczekujących (w przypadku zabiegów komercyjnych krok ten jest pomijany).



Użytkownik decydując o wpisaniu bądź nie wpisywaniu pacjenta do kolejki oczekujących klika

odpowiedni przycisk.

Jeśli w konfiguracji aplikacji ustawiono automatyczny tryb obliczania ceny za zabiegi wówczas w tym momencie proces zapisu zostaje zakończony. Jeżeli natomiast w konfiguracji aplikacji został ustawiony ręczny tryb obliczania ceny za zabiegi wówczas w przypadku zabiegów komercyjnych w kolejnym kroku system wyświetla formularz wyboru cennika według którego będą rozliczane usługi (w przypadku zabiegów NFZ-owych krok ten jest pomijany).

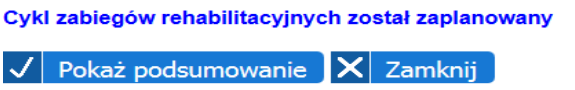


Po wybraniu cennika i kliknięciu przycisku „Dalej" system wyświetli cennik. W cenniku określona jest podstawowa cena brutto za wizytę (która w szczególności może być zerowa) oraz ceny poszczególnych usług. Rejestratorka może (choć nie musi) określić jakich usług w ramach wizyty oczekuje pacjent (zaznaczając pole przy nazwie usługi). W momencie zaznaczenia którejkolwiek z usług automatycznie aktualizowana jest łączna cena za zabieg a pole ilości przy danej usłudze staje się edytowalne - ilość usług można zmodyfikować i przy takiej modyfikacji również aktualizowana jest łączna cena za zabieg.

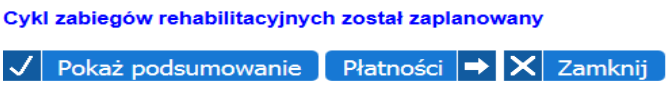


Po zaznaczeniu w cennikach usług właściwych dla poszczególnych zabiegów należy kliknąć przycisk „Dalej". W tym momencie proces zapisu zostaje zakończony.

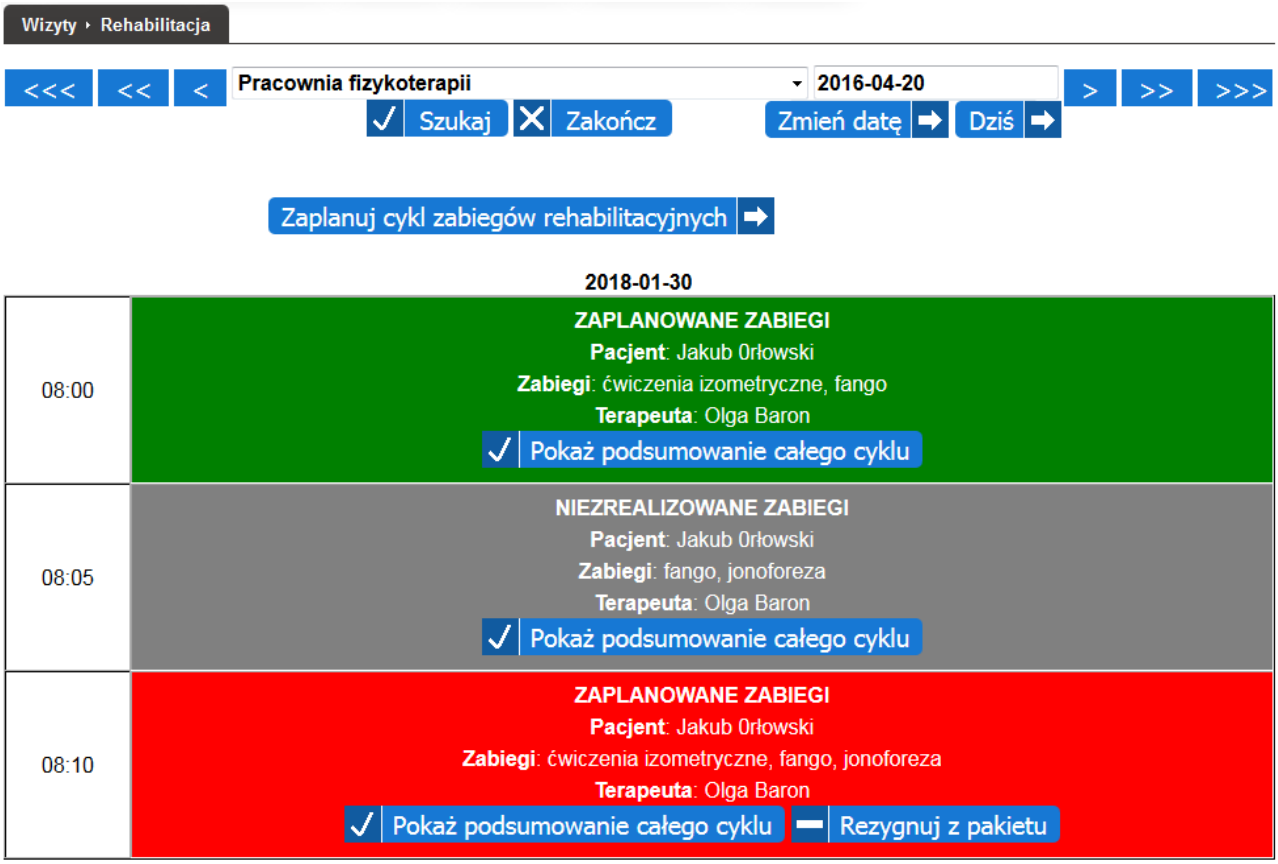
O zakończeniu procesu zapisu na zabiegi informuje stosowny komunikat pod którym wyświetla się przycisk „Pokaż podsumowanie" umożliwiający wydrukowanie pacjentowi listy terminów umówionych zabiegów.



W przypadku zabiegów komercyjnych wyświetla się dodatkowo przycisk „Płatności" umożliwiający przyjęcie płatności od pacjenta za zabiegi.



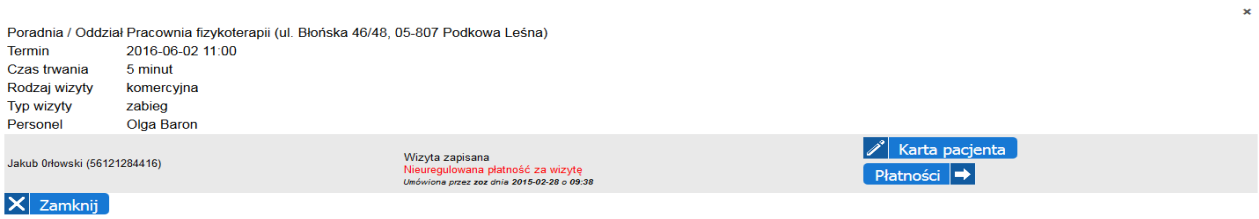
Przycisk „Zamknij” zamyka okno planowania cyklu rehabilitacyjnego. Po zamknięciu tego okna wyświetla się widok zaplanowanych na dany dzień zabiegów rehabilitacyjnych. W kolejnych wierszach widoczne są godziny zaplanowanych zabiegów a dla każdej godziny wyświetlany jest na zielonym, czerwonym lub szarym tle status zabiegów (zaplanowane, zrealizowane, niezrealizowane), imię i nazwisko pacjenta, lista rodzajów zabiegów, terapeuta realizujący zabiegi, przycisk „Pokaż podsumowanie całego cyklu” i ewentualnie przycisk „Rezygnuj z pakietu”. Zielone tło oznacza, że zabiegi zostały zaplanowane lub zrealizowane i wszystkie wymagania formalne związane z ich realizacją zostały spełnione. Czerwone tło oznacza, że zabiegi zostały zaplanowane lub zrealizowane ale nie wszystkie wymagania formalne związane z ich realizacją zostały spełnione (np. pacjent nie ma ubezpieczenia, nie wniesiono opłaty, nie wypełniono wszystkich wymaganych dokumentów). Szare tło oznacza, że zabiegi zostały oznaczone jako niezrealizowane.



Kliknięcie przycisku „Pokaż podsumowanie całego cyklu” umożliwia wydrukowanie pacjentowi listy terminów umówionych zabiegów.

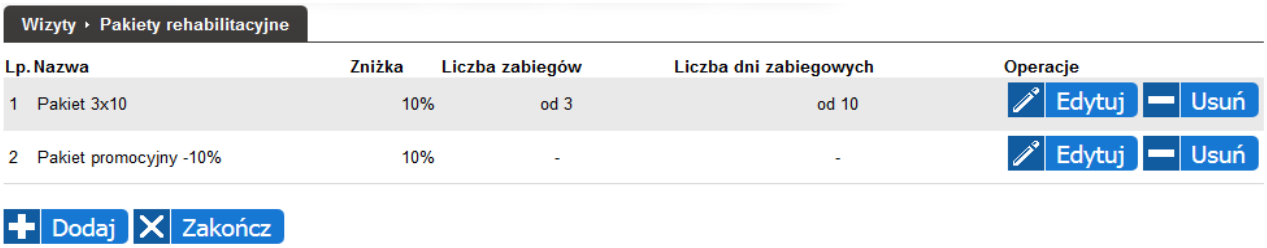
Kliknięcie przycisku „Rezygnuj z pakietu” (dostępnego tylko w przypadku oczekujących na obsługę wizyt cyklu rehabilitacyjnego zaplanowanego z użyciem pakietu) skutkuje odwołaniem wszystkich oczekujących na obsługę wizyt cyklu rehabilitacyjnego i wygenerowaniem nadpłaty do zwrotu dla pacjenta.

Kliknięcie komórki reprezentującej zabiegi otwiera nowe okno ze szczegółami zapisanej wizyty zabiegowej, którego zawartość i funkcjonalność jest identyczna jak opisana na końcu rozdziału „Wizyty planowe”.

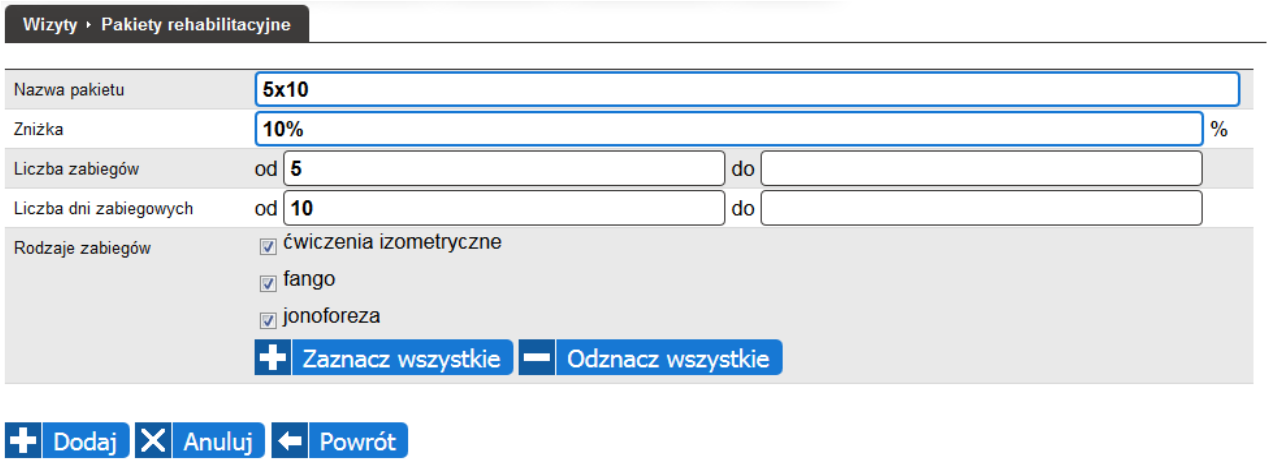


Pakiety rehabilitacyjne

Funkcjonalność „Pakiety rehabilitacyjne" z menu „Wizyty" służy do definiowania zniżek przysługujących pacjentom na realizację cykli zabiegów rehabilitacyjnych komercyjnych w sytuacji gdy pacjent decyduje się uiścić opłatę za cały cykl z góry. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista zdefiniowanych pakietów a przy każdym z nich przyciski „Edytuj" i „Usuń". Pod listą pakietów widoczny jest przycisk „Dodaj".



Aby dodać nowy pakiet należy kliknąć przycisk „Dodaj". Wyświetli się wówczas formularz dodawania pakietu, w którym należy określić nazwę pakietu i przysługującą procentową zniżkę oraz ewentualnie określić kryteria zastosowania pakietu, czyli przy jakiej liczbie zabiegów (dziennie), jakiej ilości dni zabiegowych i jakich rodzajach zabiegów można użyć danego pakietu. Po wprowadzeniu danych należy je zapisać klikając na przycisk „Dodaj" pod formularzem.



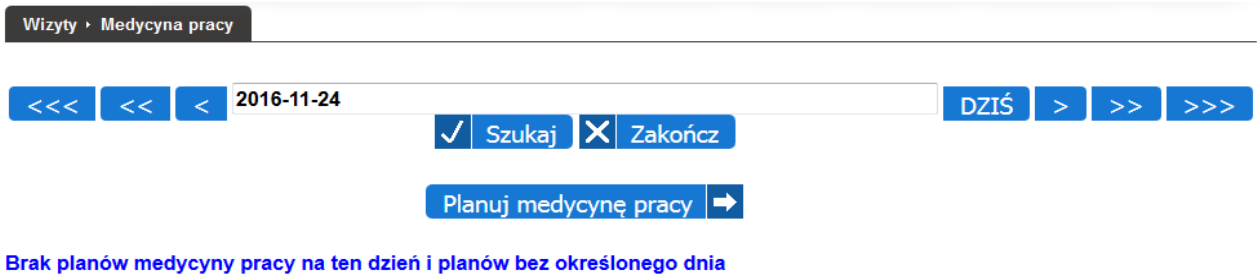
Aby zmodyfikować dane pakietu należy kliknąć przycisk „Edytuj" przy właściwym pakiecie na liście pakietów. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku dodawania pakietu z tym że wypełniony danymi pakietu. W formularzu należy wprowadzić pożądane zmiany i zapisać je

klikając na przycisk „Uaktualnij” pod formularzem.

Aby usunąć pakiet należy kliknąć przycisk „Usuń” przy właściwym pakiecie na liście pakietów. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji danych pakietu z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcia pakietu należy potwierdzić klikając na przycisk „Usuń” pod formularzem.

Medycyna pracy

Funkcjonalność „Medycyna pracy” z menu „Wizyty” służy do planowania i obsługi badań medycyny pracy. Po wybraniu funkcjonalności „Medycyna pracy” z menu „Wizyty” wyświetla się wyszukiwarka badań medycyny pracy już zaplanowanych (z których przynajmniej jedno zostało zaplanowane na dzień dzisiejszy w poradniach znajdujących się w przychodniach do których dostęp ma zalogowany użytkownik) i oczekujących na zaplanowanie. W pierwszej kolejności należy wybrać datę i nacisnąć przycisk „Szukaj”. Jeżeli istnieją zaplanowane badania medycyny pracy, z których przynajmniej jedno zostało zaplanowane na dzień dzisiejszy, zostaną one wyświetlone, jeśli nie – zostanie wyświetlony stosowny komunikat. Ponadto zostanie wyświetlony przycisk „Planuj medycynę pracy” którego kliknięcie rozpoczyna proces planowania badań medycyny pracy.

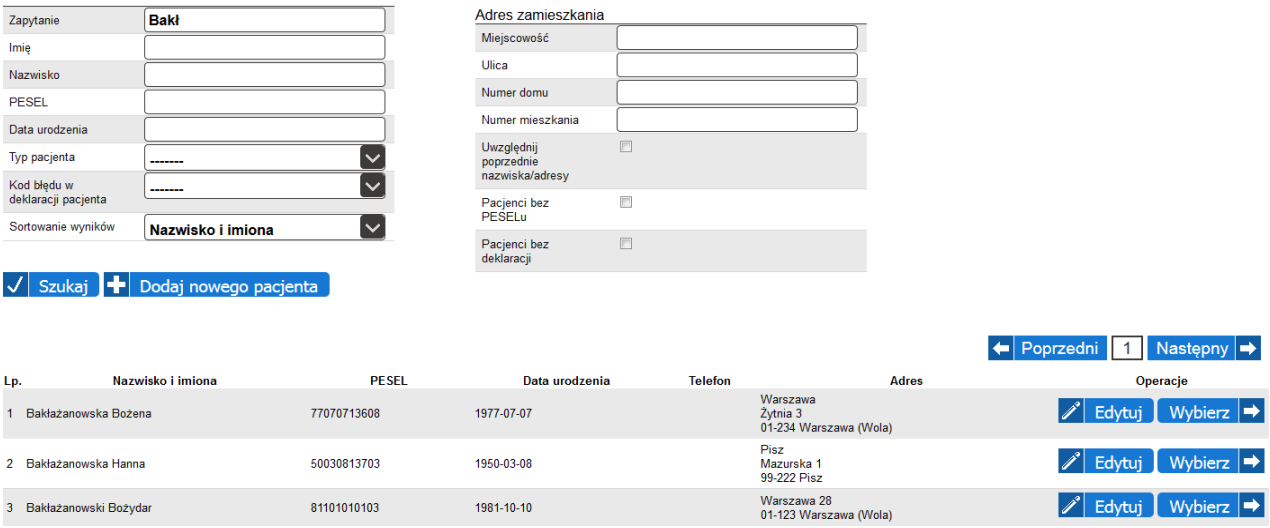


W formularzu wyszukiwarki znajdują się dodatkowo następujące przyciski nawigacji:

- <<< - umożliwia wyświetlenie zaplanowanych badań medycyny pracy w dniu o miesiąc wcześniejszym od aktualnie prezentowanego
- << - umożliwia wyświetlenie zaplanowanych badań medycyny pracy w dniu o tydzień wcześniejszym od aktualnie prezentowanego
- < - umożliwia wyświetlenie zaplanowanych badań medycyny pracy w dniu poprzednim w stosunku aktualnie prezentowanego
- „PRZEJDŹ” - umożliwia wyświetlenie dowolnego dnia, który należy wskazać w polu daty przed naciśnięciem przycisku „PRZEJDŹ” (w polu daty zawsze domyślnie wpisana jest data dzisiejsza aby szybko można było wyświetlić zaplanowane badania medycyny pracy z dnia dzisiejszego)
- > - umożliwia wyświetlenie zaplanowanych badań medycyny pracy w dniu następnym w stosunku aktualnie prezentowanego
- >> - umożliwia wyświetlenie zaplanowanych badań medycyny pracy w dniu o tydzień późniejszym od aktualnie prezentowanego
- >>> - umożliwia wyświetlenie zaplanowanych badań medycyny pracy w dniu o miesiąc późniejszym od aktualnie prezentowanego

Kliknięcie na którykolwiek z opisanych powyżej przycisków zmienia widok zaplanowanych badań medycyny pracy na właściwy dla dnia do którego prowadzi dany przycisk.

Kliknięcie na przycisk „Planuj medycynę pracy” rozpoczyna proces planowania badań medycyny pracy w nowym oknie. W pierwszej kolejności pojawia się wyszukiwarka pacjentów, w której należy wprowadzić dane pacjenta do zapisania na badania medycyny pracy i kliknąć „Szukaj”. Jeśli kryteria wyszukiwania spełnia jeden pacjent system wyświetli jego kartę z przyciskiem „Wybierz” widocznym na dole karty, jeżeli zaś więcej niż jeden pacjent spełnia kryteria wyszukiwania, wówczas lista pacjentów spełniających kryteria wyszukiwania zostanie wyświetlona pod wyszukiwarką a przy każdym pacjencie oprócz przycisku „Edytuj” umożliwiającego przejście do edycji karty pacjenta pojawi się przycisk „Wybierz”.



Po kliknięciu przycisku „Wybierz” przy właściwym pacjencie pojawia się formularz wyboru instytucji u stanowiska pracy / kierunku kształcenia pacjenta na potrzeby którego mają zostać wykonane badania medycyny pracy. Wybór stanowiska / kierunku jest możliwy dopiero po wybraniu instytucji. W przypadku instytucji oznaczonych jako utworzone sztucznie pojawiają się dodatkowo pola umożliwiające wprowadzenie nazwy i adresu instytucji.

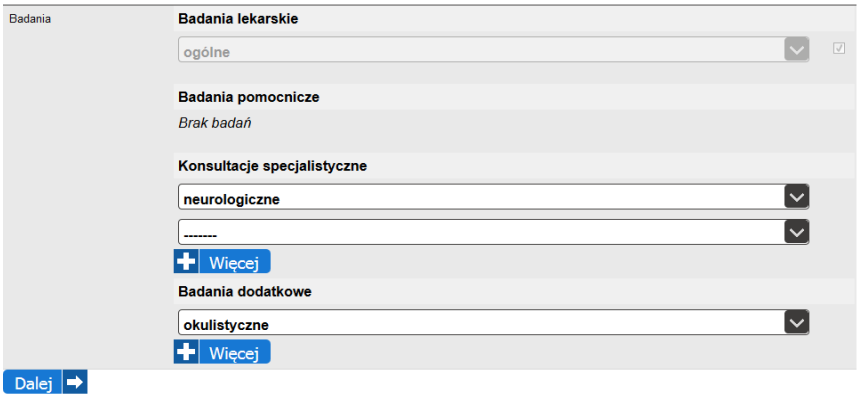


Po wybraniu instytucji i stanowiska i kliknięciu przycisku „Dalej” pojawia się formularz podstawowych parametrów medycyny pracy gdzie należy wskazać kategorię i rodzaj badania jakie należy wykonać oraz określić pozostałą działalność profilaktyczną i zakres objęcia opieką. Jeżeli medycyna pracy jest realizowana na podstawie skierowania należy podać także datę skierowania.



Po określeniu parametrów medycyny pracy i kliknięciu przycisku „Dalej” wyświetla się formularz wyboru badań do wykonania. Badania podzielone są na cztery grupy:

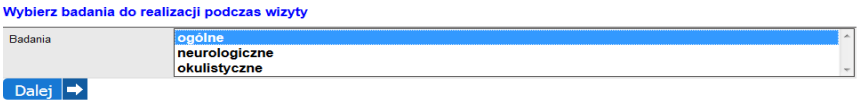
- badania lekarskie – badania lekarskie właściwe dla czynników szkodliwych i uciążliwych występujących na danym stanowisku pracy / kierunku kształcenia; wszystkie badania są zaznaczone, nie mogą być zmieniane i wszystkie muszą być wykonane
- badania pomocnicze – badania pomocnicze właściwe dla czynników szkodliwych i uciążliwych występujących na danym stanowisku pracy / kierunku kształcenia; wszystkie badania są zaznaczone, nie mogą być zmieniane ale nie wszystkie muszą być wykonane (pole zaznaczenia pozwala odznaczyć badania do pominięcia)
- konsultacje specjalistyczne – konsultacje specjalistyczne jakie mają być wykonane w ramach medycyny pracy; domyślnie wyświetlone jest pole umożliwiające wskazanie jednej konsultacji specjalistycznej, jeśli istnieje potrzeba wskazania większej ilości konsultacji specjalistycznych wówczas należy skorzystać z przycisku „Więcej” aby wyświetlić większą ilość pól do wprowadzenia większej ilości konsultacji, pola pozostawione puste zostaną zignorowane przez system
- badania dodatkowe – badania dodatkowe jakie mają być wykonane w ramach medycyny pracy; domyślnie wyświetlone jest pole umożliwiające wskazanie jednego badania dodatkowego, jeśli istnieje potrzeba wskazania większej ilości badań dodatkowych wówczas należy skorzystać z przycisku „Więcej” aby wyświetlić większą ilość pól do wprowadzenia większej ilości badań, pola pozostawione puste zostaną zignorowane przez system



Po wprowadzeniu badań i kliknięciu przycisku „Dalej” system informuje stosownym komunikatem o utworzeniu właściwego zestawu badań medycyny pracy. Wyświetlany jest też przycisk „Zaplanuj wizyty”, którego kliknięcie pozwala na zaplanowanie wizyt na których poszczególne badania zostaną wykonane. W tym momencie można również przerwać proces zamykając okno i powrócić później do planowania wizyt dla wybranych wcześniej badań.



Po kliknięciu przycisku „Zaplanuj wizyty” wyświetla się formularz wyboru badań które zostaną zrealizowane w ramach jednej wizyty (pozostałe, nie wybrane badania będą realizowane na innych wizytach).



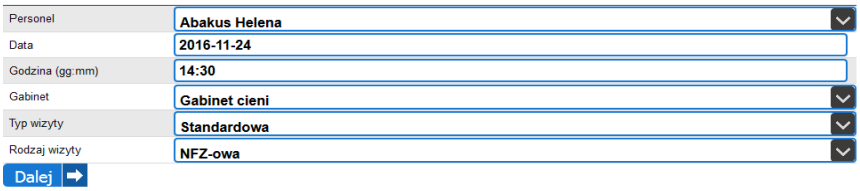
Po wskazaniu badania/badań i kliknięciu przycisku „Dalej" system prosi o wskazanie poradni w której wizyta ma zostać zaplanowana i trybu planowania (czy ma być to wizyta planowa realizowana zgodnie z grafikiem pracy personelu czy wizyta dodatkowa).



Po wskazaniu poradni, wybraniu trybu planowania wizyty i naciśnięciu przycisku „Dalej" prezentowany jest widok zależny od tego jaki tryb planowania wizyty wybrano. Jeśli wybrano wizytę planową pojawia się siatka terminarza przyjęć.



Jeśli wybrano wizytę dodatkową pojawia się formularz danych wizyty dodatkowej.



W przypadku wizyty planowej po kliknięciu wolnego termin na siatce terminarza rozpoczyna się proces umawiania wizyty taki jak opisany w rozdziale „Wizyty planowe" z tą różnicą, że krok wyboru pacjenta jest pomijany jako że pacjent został wybrany przed rozpoczęciem planowania badań medycyny pracy a w cenniku są automatycznie zaznaczone usługi odpowiadające badaniom medycyny pracy zaplanowanym do wykonania w ramach wizyty. W przypadku wizyty dodatkowej po wprowadzeniu parametrów wizyty i kliknięciu przycisku „Dalej" rozpoczyna się proces umawiania wizyty taki jak opisany w rozdziale „Wizyty dodatkowe" także z różnicą, że krok wyboru pacjenta jest pomijany.

Po zakończeniu planowania wizyty należy zamknąć okno planowania medycyny pracy.

Zaplanowane badania zostaną wówczas wyświetlone pod wyszukiwarką badań medycyny pracy.

Wizyty ‣ Medycyna pracy

<<< << < 2016-11-24 DZIŚ > >> >>>

Szukaj Zakończ

Planuj medycynę pracy

Pacjent: Bożena Bakłażanowska

Instytucja: **TORN Sp. z o.o.**
Stanowisko: **Programista**
Kategoria badania: **badanie profilaktyczne**
Rodzaj badania: **badanie okresowe**
Pozostała działalność profilaktyczna: **monitoring stanu zdrowia**
Objęcie opieką jako: **pracownik**

Wizyta	Badania
Termin wizyty: **2016-11-24 14:30** Rodzaj wizyty: **NFZ-owa** Typ wizyty: **Standardowa dodatkowa GŁÓWNA** Status wizyty: **wizyta umówiona** Poradnia / Oddział: **Poradnia POZ (ul. Błońska 46/48, 05-807 Podkowa Leśna)** Personel / Aparatura: **Helena Abakus** Zobacz wizytę	**Badania lekarskie** • ogólne
Termin wizyty: **2016-12-27 14:34** Rodzaj wizyty: **NFZ-owa** Typ wizyty: **Wizyta najzwyklejsza dodatkowa** Status wizyty: **wizyta umówiona** Poradnia / Oddział: **Poradnia kardiologiczna (ul Błońska 46/48, 05-807 Podkowa Leśna)** Personel / Aparatura: **Olga Baron** Zobacz wizytę Ustaw jako główną	**Konsultacje specjalistyczne** • neurologiczne
Wizyta jeszcze nie umówiona Planuj wizytę	**Badania dodatkowe** • kardiologiczne Usuń badanie

Dodaj badania

Pacjent: Hanna Bakłażanowska

Instytucja: **TORN Sp. z o.o.**
Stanowisko: **Monter**
Kategoria badania: **badanie profilaktyczne**
Rodzaj badania: **badanie okresowe**
Pozostała działalność profilaktyczna: **monitoring stanu zdrowia**
Objęcie opieką jako: **pracownik**

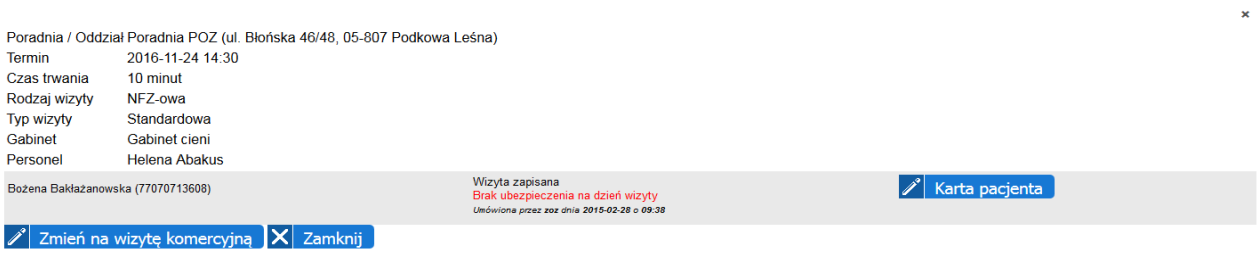
Wizyta	Badania
Wizyta jeszcze nie umówiona Planuj wizytę	**Badania lekarskie** • ogólne **Konsultacje specjalistyczne** • okulistyczne Usuń badanie

Dodaj badania Odwołaj medycynę pracy

Zakończ

Widok zaplanowanych badań medycyny pracy składa się z dwukolumnowych tabel dla poszczególnych pacjentów. Nad każdą tabelą znajdują się informacje o pacjencie (jeśli zalogowany użytkownik posiada uprawnienia dostępu do karty pacjenta wówczas imię i nazwisko pacjenta wyświetlane jest na przycisku, którego kliknięcie otwiera w nowym oknie kartę pacjenta). W lewej kolumnie każdej tabeli widoczne są zaplanowane wizyty z przyciskiem „Zobacz wizytę" przy każdej z nich. Przycisk ten umożliwia podgląd szczegółów wizyty. Ponadto jeżeli nie podjęto jeszcze realizacji wizyt medycyny pracy wówczas przy wizytach innych niż wizyta główna widoczny jest przycisk „Ustaw jako główną", który umożliwia zmianę głównej wizyty medycyny pracy na tę, przy której przycisk ten zostanie kliknięty. (Wizyta główna medycyny pracy to ta, na której zbierane są informacje z poszczególnych wizyt medycyny pracy i wystawiane jest orzeczenie lekarskie.) W prawej kolumnie każdej tabeli widoczne są badania jakie podczas poszczególnych wizyt mają być wykonane. Jeżeli istnieją badania dla których nie zaplanowano jeszcze wizyt wówczas w lewej kolumnie pojawia się informacja „Wizyta jeszcze nie umówiona" i przycisk „Planuj wizytę" umożliwiający zaplanowanie kolejnej wizyty medycyny pracy a w prawej kolumnie pojawiają się wszystkie te badania, dla których jeszcze nie zaplanowano wizyt. Przy poszczególnych badaniach pomocniczych, konsultacjach specjalistycznych i badaniach dodatkowych dla których jeszcze nie zaplanowano wizyt widoczne są przyciski „Usuń badanie" umożliwiające usunięcie badania w sytuacji rezygnacji z wykonywania danego badania pacjentowi w ramach medycyny pracy. Poniżej każdej tabeli z listą wizyt i badań dostępny jest przycisk „Dodaj badania" umożliwiający dodanie kolejnych badań medycyny pracy gdyby okazało się że jeszcze inne badania mają być wykonane. Jeśli dla danego pacjenta nie zaplanowano jeszcze żadnej wizyty medycyny pracy wówczas poniżej tabeli z listą badań widoczny jest dodatkowo przycisk „Odwołaj medycynę pracy", który pozwala jednym kliknięciem odwołać wszystkie zaplanowane badania medycyny pracy.

Przycisk „Zobacz wizytę" widoczny przy każdej zaplanowanej wizycie medycyny pracy otwiera w nowym oknie szczegóły wizyty prezentowane w taki sposób jak opisano w rozdziale „Wizyty planowe".



Przycisk „Planuj wizytę" otwiera nowe okno i inicjuje proces umawiania wizyty medycyny pracy począwszy od wyboru badań do realizacji w ramach wizyty tak jak opisano wcześniej w niniejszym rozdziale (do wybrania możliwe są jedynie te badania dla których nie zaplanowano jeszcze wizyty).

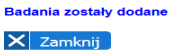


Przycisk „Dodaj badania" otwiera w nowym oknie formularz wyboru badań jakie mogą zostać jeszcze zrealizowane w ramach wizyty medycyny pracy. Sposób korzystania z formularza został

opisany wcześniej w niniejszym rozdziale.

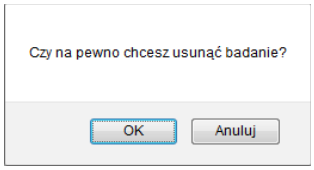


Po wybraniu badań i kliknięciu przycisku „Wybierz” pojawia się stosowny komunikat informujący o dodaniu wybranych badań.

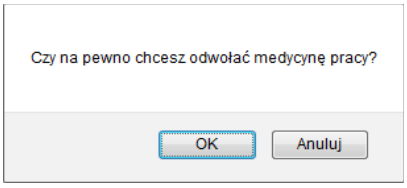


Po zamknięciu okna wyboru badań wybrane badania pojawiają się w widoku zaplanowanych badań medycyny pracy.

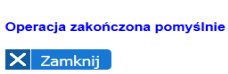
Przycisk „Usuń badanie” wyświetla prośbę o potwierdzenie czy na pewno usunąć badanie a po potwierdzeniu usuwa badanie spośród zaplanowanych badań medycyny pracy (usunięte badanie znika z widok zaplanowanych badań medycyny pracy).



Przycisk „Odwołaj medycynę pracy” wyświetla prośbę o potwierdzenie czy na pewno odwołać medycynę pracy.



Po potwierdzeniu w nowym oknie pojawia się informacja o wykonaniu żądanej operacji.



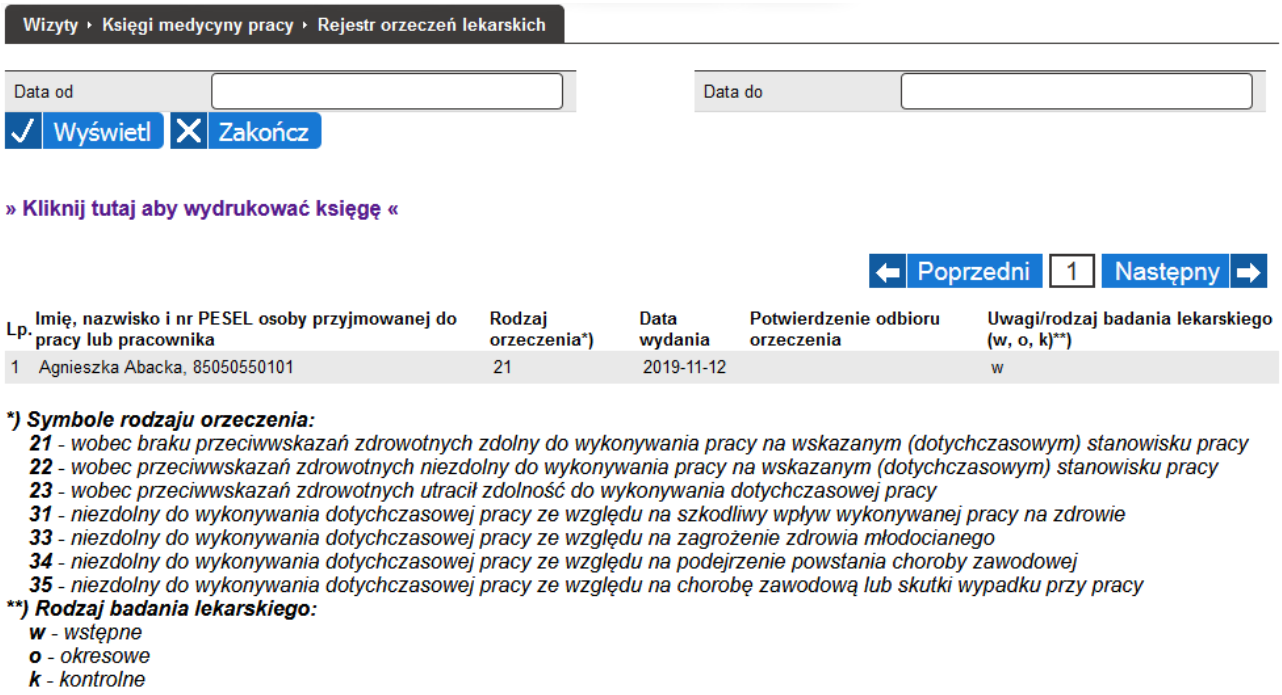
Po zamknięciu okna odwołane badania znikają z widoku zaplanowanych badań medycyny pracy.

Księgi medycyny pracy

Funkcjonalności z podmenu „Księgi medycyny pracy” w menu „Wizyty” służą do przeglądania, wypełniania i drukowania ksiąg, których prowadzenie jest wymagane przepisami medycyny pracy.

Rejestr orzeczeń lekarskich

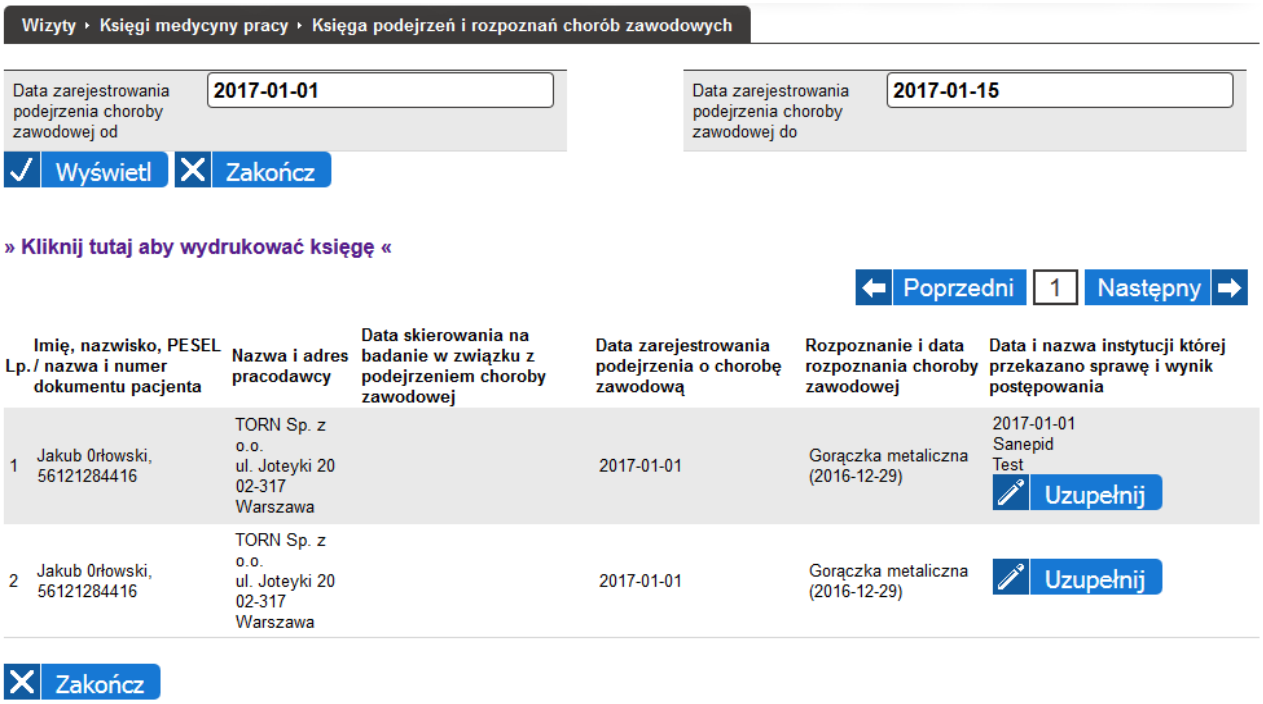
„Rejestr orzeczeń lekarskich” to funkcjonalność pozwalająca na drukowanie rejestru wydanych orzeczeń lekarskich. Rejestr jest tworzony automatycznie – wpisy do rejestru są dodawane gdy lekarz wystawia orzeczenie. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz umożliwiający zawężenie rejestru do zadanego okresu w jakim oświadczenia zostały wystawione. Jeśli daty w formularzu nie zostaną wpisane, wówczas system wyświetli pełny rejestr. Po kliknięciu przycisku „Wyświetl” wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie i wydrukowanie rejestru orzeczeń lekarskich (ma on format pliku PDF). Poniżej wyświetla się tabela z danymi z rejestru orzeczeń lekarskich.



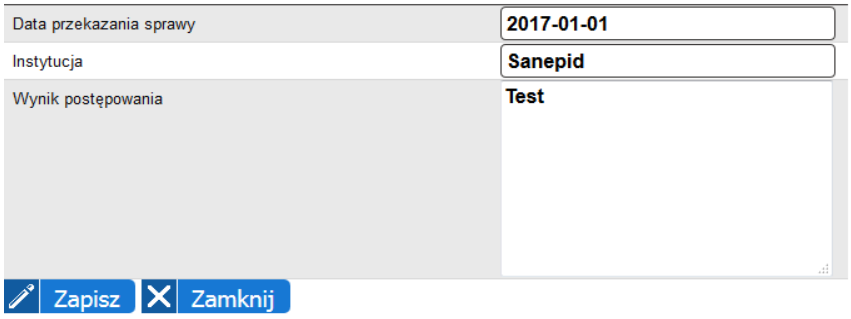
Księga podejrzeń i rozpoznań chorób zawodowych

„Księga podejrzeń i rozpoznań chorób zawodowych” to funkcjonalność pozwalająca na drukowanie i uzupełnianie księgi podejrzeń i rozpoznań chorób zawodowych. Księga jest tworzona automatycznie – wpisy do księgi tworzone są gdy lekarz wystawiając orzeczenie lekarskie wprowadzi informację o podejrzeniu lub rozpoznaniu choroby zawodowej. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz umożliwiający zawężenie księgi do zadanego okresu zarejestrowania podejrzenia choroby zawodowej. Jeśli daty w formularzu nie zostaną wpisane, wówczas system wyświetli pełną księgę. Po kliknięciu przycisku „Wyświetl” wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie i wydrukowanie księgi podejrzeń i rozpoznań chorób

zawodowych (ma ona format pliku PDF) oraz tabela z listą wpisów w księdze.



Przy każdym wpisie w ostatniej kolumnie tabeli widoczny jest przycisk „Uzupełnij” umożliwiający wprowadzenie/skorygowanie informacji o dacie i nazwie instytucji, której przekazano sprawę oraz wyniku postępowania. Po kliknięciu tego przycisku otwiera się w nowym oknie formularz umożliwiający wprowadzenie wspomnianych danych.

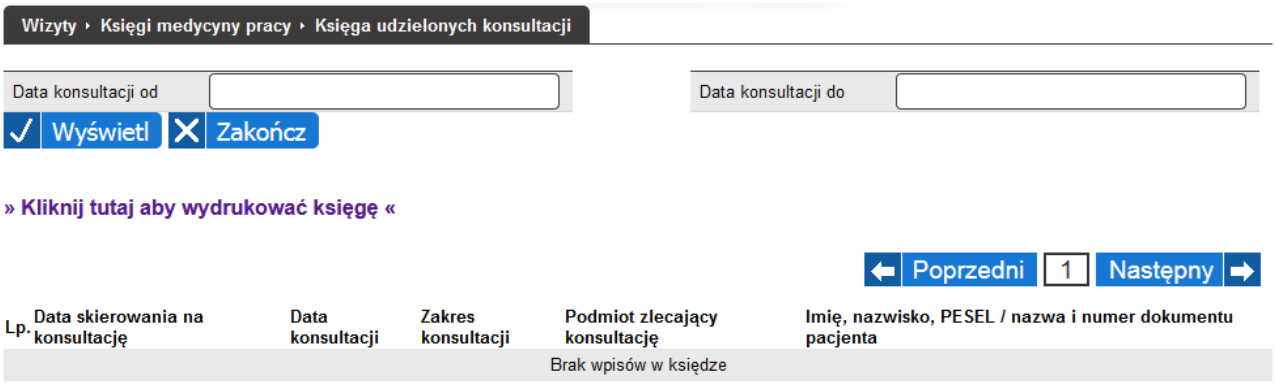


Po wprowadzeniu danych należy je zapisać klikając przycisk „Zapisz” a następnie można zamknąć okno klikając przycisk „Zamknij”.

Księga udzielonych konsultacji

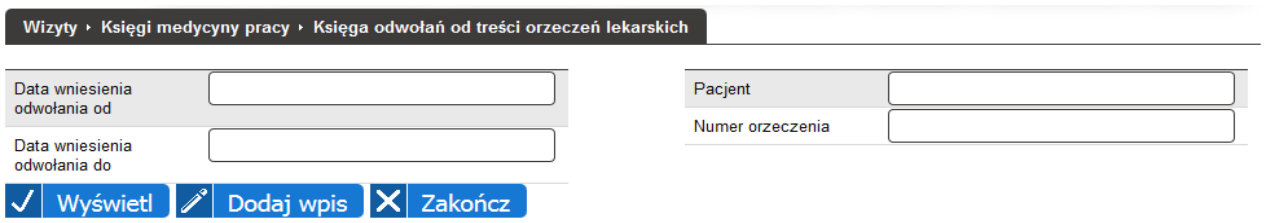
„Księga udzielonych konsultacji” to funkcjonalność pozwalająca na drukowanie księgi udzielonych konsultacji w ramach wizyt medycyny pracy. Księga jest tworzona automatycznie – wpisy do księgi są dodawane gdy lekarz wprowadza informację o zakresie udzielonej konsultacji. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz umożliwiający zawężenie księgi do zadanego okresu w jakim odbyły się wizyty podczas których konsultacje zostały udzielone. Jeśli daty w formularzu nie

zostaną wpisane, wówczas system wyświetli pełną księgę. Po kliknięciu przycisku „Wyświetl” wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie i wydrukowanie księgi udzielonych konsultacji (ma ona format pliku PDF). Poniżej wyświetla się tabela z danymi z księgi.

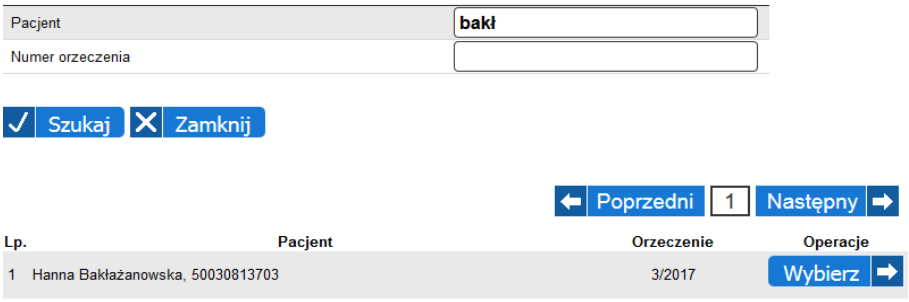


Księga odwołań od treści orzeczeń lekarskich

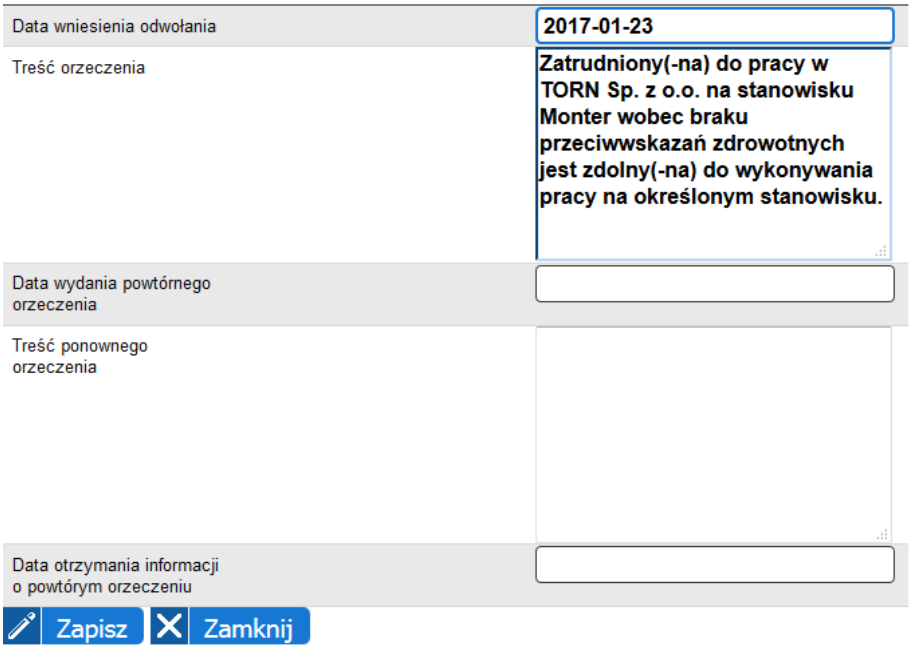
„Księga odwołań od treści orzeczeń lekarskich” to funkcjonalność pozwalająca na prowadzenie, uzupełnianie i drukowanie księgi odwołań od treści orzeczeń lekarskich. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz umożliwiający wyświetlenie księgi po zawężeniu do konkretnego okresu wniesienia odwołania, konkretnego pacjenta oraz konkretnego numeru orzeczenia do którego wniesiono odwołanie (przycisk „Wyświetl”) oraz umożliwiający dodanie nowego wpisu do księgi (przycisk „Dodaj wpis”). Przy zawężaniu księgi do konkretnego pacjenta w polu „Pacjent” można wpisać imię i/lub nazwisko i/lub PESEL i/lub datę urodzenia pacjenta. Przy zawężaniu księgi do konkretnego orzeczenia w polu „Numer orzeczenia” można wpisać zarówno numer kolejny jak i numer kolejny łamany przez rok.



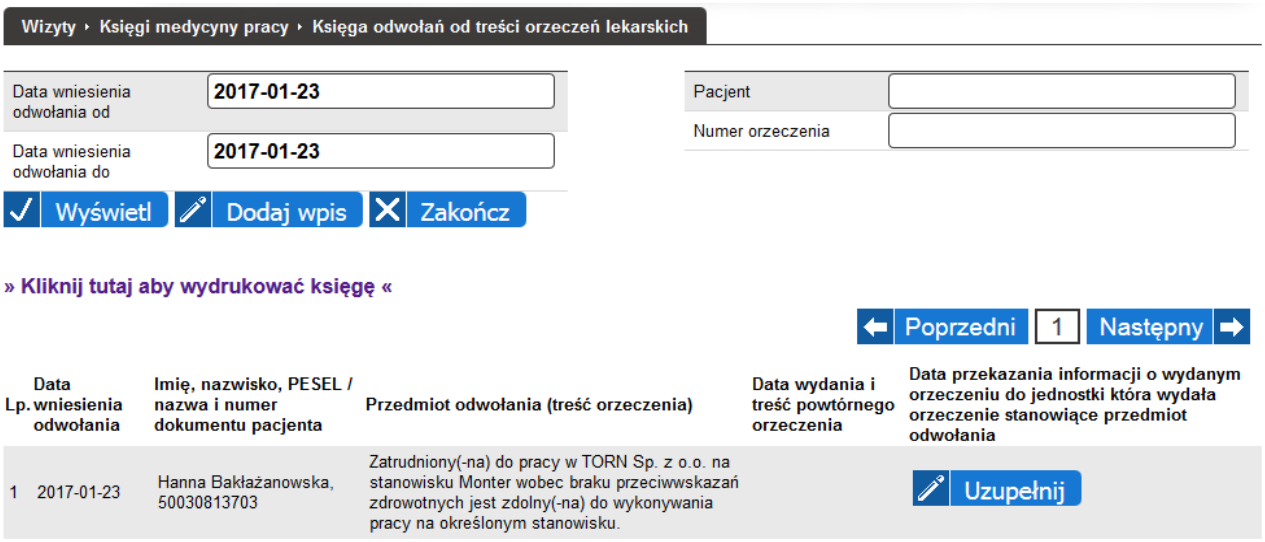
Aby dodać wpis do księgi odwołań od treści orzeczeń lekarskich należy kliknąć przycisk „Dodaj wpis”. Wówczas w nowym oknie pojawi się wyszukiwarka orzeczeń lekarskich. Wyszukiwanie jest możliwe po pacjencie i/lub numerze orzeczenia. Obowiązują tu takie same reguły wyszukiwania jak w przypadku wyszukiwania wpisów w księdze (opisane powyżej). Po wprowadzeniu kryteriów wyszukiwania wyświetlana jest lista pacjentów i ich orzeczeń spełniających te kryteria. Przy każdym orzeczeniu widoczny jest przycisk „Wybierz” umożliwiający wprowadzenie informacji o wniesieniu odwołania do danego orzeczenia.



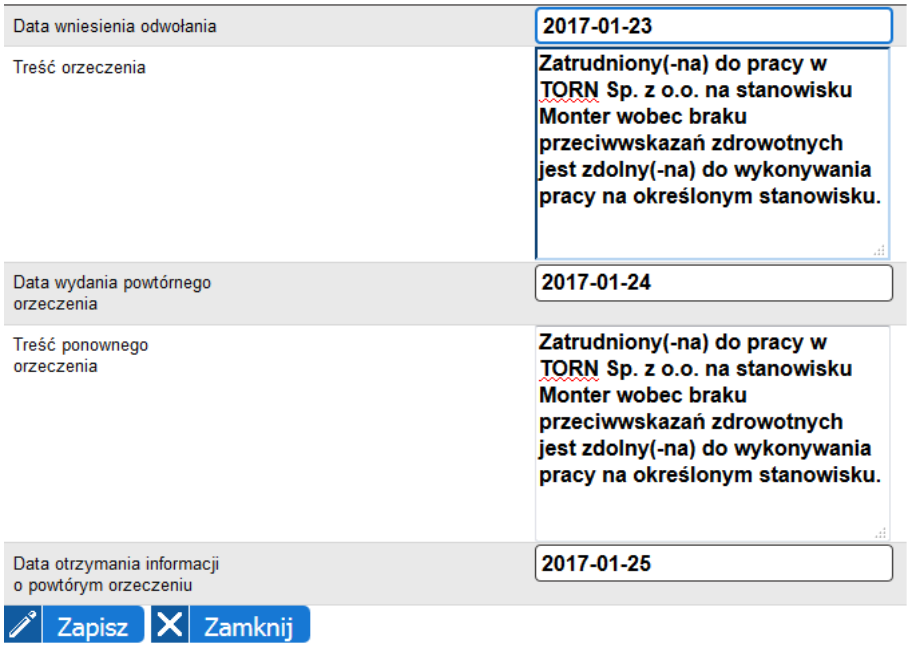
Po kliknięciu przycisku „Wybierz” przy właściwym orzeczeniu system wyświetla formularz do wprowadzania informacji o wniesieniu odwołania. W formularzu pole daty wniesienia odwołania jest domyślnie wypełnione datą bieżącą a pole treści orzeczenia – informacjami z treści orzeczenia do którego wnoszone jest odwołanie. Przy dodawaniu wpisu te dwie informacje są wystarczające – można je ewentualnie zmodyfikować po czym należy zapisać klikając na przycisk „Zapisz”, następnie sprawę należy przekazać do instytucji odwoławczej (poza systemem jHIS). Wraz z zapisem danych okno dodawania nowego wpisu do księgi jest zamykane.



Aby wyświetlić i wydrukować zawartość księgi odwołań od treści orzeczeń lekarskich należy wprowadzić w formularzu ewentualne kryteria zawężające a następnie kliknąć przycisk „Wyświetl”. Wyświetli się wówczas odnośnik umożliwiający wydrukowanie księgi (ma ona format pliku PDF) oraz tabela z listą wpisów w księdze. Dopóki nie zostaną wprowadzone informacje dotyczące wyniku odwołania, przy każdym wpisie w tabeli widoczny jest przycisk „Uzupełnij” umożliwiający wprowadzenie tych informacji.



Kliknięcie na przycisk „Uzupełnij” przy odpowiednim wpisie w księdze otwiera w nowym oknie ten sam formularz, który był używany do dodawania nowego wpisu, wypełniony wcześniej wprowadzonymi danymi. Dane należy uzupełnić o informacje uzyskane od instytucji odwoławczej a następnie zapisać klikając na przycisk „Zapisz”. Wraz z zapisem danych okno uzupełniania wpisu w księdze jest zamykane.



Po zamknięciu okna uzupełniania wpisu w księdze widok tabeli z listą wpisów odświeża się, w efekcie w tabeli widoczne stają się nowo wprowadzone informacje.

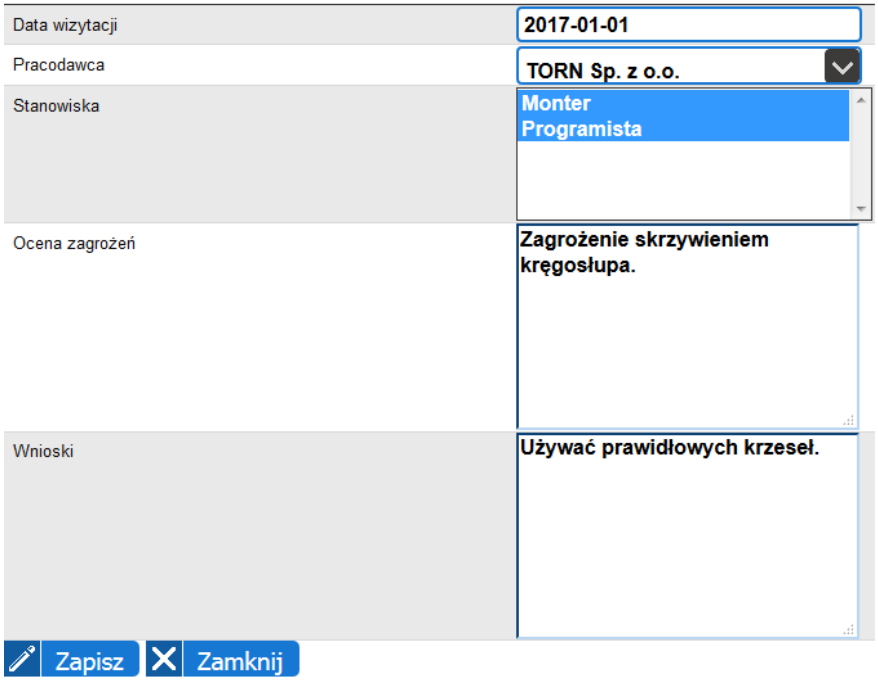


Księga wizytacji stanowisk pracy

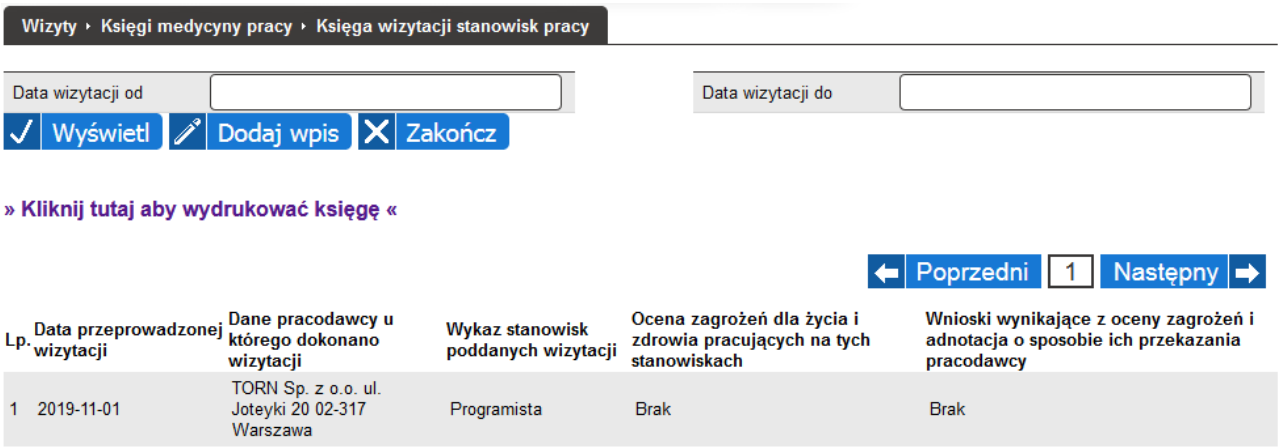
„Księga wizytacji stanowisk pracy” to funkcjonalność pozwalająca na prowadzenie i drukowanie księgi wizytacji stanowisk pracy. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz umożliwiający wyświetlenie księgi po zawężeniu do konkretnego okresu przeprowadzenia wizytacji (przycisk „Wyświetl”) oraz umożliwiający dodanie nowego wpisu do księgi (przycisk „Dodaj wpis”).



Aby dodać wpis do księgi wizytacji stanowisk pracy należy kliknąć przycisk „Dodaj wpis”. Wówczas w nowym oknie wyświetli się formularz do wprowadzania informacji o wizytacji stanowisk pracy. Po wprowadzeniu danych należy je zapisać klikając na przycisk „Zapisz”. Wraz z zapisem danych okno dodawania nowego wpisu do księgi jest zamykane.



Aby wydrukować zawartość księgi wizytacji stanowisk pracy należy wprowadzić w formularzu ewentualne kryteria zawężające a następnie kliknąć przycisk „Wyświetl”. Wyświetli się wówczas odnośnik umożliwiający wydrukowanie księgi (ma ona format pliku PDF). Poniżej wyświetla się tabela z danymi z księgi.



Wizyty na dziś

Funkcjonalność „Wizyty na dziś” z menu „Wizyty” służy do drukowania list wizyt umówionych na bieżący dzień do określonego lekarza a także odznaczania faktu telefonicznego potwierdzenia wizyty pacjenta (o ile taka praktyka jest stosowana w zakładzie opieki zdrowotnej). Jeżeli zalogowany użytkownik posiada uprawnienia dostępu do wszystkich zaplanowanych wizyt, wówczas po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz wyboru lekarza. Po wybraniu lekarza i kliknięciu przycisku „Wyświetl” wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie (w formie pliku PDF) i wydrukowanie listy wizyt umówionych na bieżący dzień do określonego

lekarza, poniżej prezentowana jest tabela z listą wizyt i statusem potwierdzenia. Jeżeli wizyta nie została potwierdzona wyświetla się przy niej przycisk „Potwierdź”.



Jeżeli wizyta zostanie potwierdzona (np. telefonicznie) wówczas fakt ten należy odnotować klikając przycisk „Potwierdź”. Wówczas wizyta zostanie oznaczona jako potwierdzona.



Jeżeli zalogowany użytkownik posiada uprawnienia dostępu jedynie do własnych zaplanowanych wizyt, wówczas filtr wyboru lekarza nie jest widoczny a od razu wyświetla się odnośnik do pliku z listą wizyt zalogowanego użytkownika i tabela z listą wizyt zalogowanego użytkownika.

Zestawienia

Funkcjonalność „Zestawienia” z menu „Wizyty” służy do generowania zestawień statystycznych dla wizyt. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka wizyt. Wyszukiwanie wizyt jest możliwe jest według dowolnej kombinacji następujących kryteriów:

- przychodnia
- poradnia – lista poradni jest wyświetlana po wybraniu przychodni

- gabinet – jeśli nie wybrano poradni wyświetlana jest lista wszystkich gabinetów, jeśli wybrano poradnię wyświetlana jest lista gabinetów w danej poradni
- personel realizujący – w polu można wpisać początek lub całość imienia, początek lub całość nazwiska, PESEL i/lub NPWZ personelu realizującego wizytę; wielkość liter nie ma znaczenia
- aparatura – jeśli nie wybrano poradni wyświetlana jest lista wszystkich aparatur, jeśli wybrano poradnię wyświetlana jest lista aparatur w danej poradni
- pacjent – w polu można wpisać początek lub całość imienia, początek lub całość nazwiska, PESEL pacjenta; przy wpisywaniu danych pszojawia się lista podpowiedzi i właściwego pacjenta można wybrać z listy podpowiedzi; wielkość liter nie ma znaczenia
- data zapisu
- data wizyty
- usługa komercyjna – usługa komercyjna realizowana w ramach wizyty
- tryb planowania
- tryb realizacji
- rodzaj wizyty
- typ wizyty – lista typów wizyt jest wyświetlana po wybraniu poradni
- wizyta nagła
- stan wizyty

Po wskazaniu kryteriów oraz formatu wyników i kliknięciu przycisku „Szukaj" system wyszukuje wizyty spełniające określone kryteria. Sesje grupowe nie są wyświetlane jako pojedyncze wizyty wielu pacjentów ale dla każdego z pacjentów zapisanych na sesję oddzielnie. Jeśli jako format wyników wskazano tabelę na stronie, wówczas pod wyszukiwarką wyświetla się lista wizyt spełniających kryteria wyszukiwania (dane każdej wizyty prezentowane są w dwóch wierszach – pierwszy wiersz z szarym tłem prezentuje podstawowe dane wizyty, drugi wiersz z białym tłem prezentuje szczegóły kosztów wizyty; stany wizyt są wyróżnione kolorami: biały – umówiona, zielony – zrealizowana, czerwony – niezrealizowana, żółty – odwołana). Jeśli jako format wyników wskazano plik XLS lub PDF wówczas pod wyszukiwarką wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie pliku z listą wizyt spełniających kryteria wyszukiwania. Jeśli jako format wyników wskazano tabelę na stronie oraz plik XLS lub PDF wówczas pod wyszukiwarką wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie pliku z listą wizyt spełniających kryteria wyszukiwania oraz tabela z listą takich wizyt.

Wizyty ‣ Zestawienia

Przychodnia	-------	Usługa komercyjna	-------
Poradnia / Oddział	-------	Tryb planowania	-------
Gabinet	-------	Tryb realizacji	-------
Personel realizujący		Rodzaj wizyty	-------
Aparatura	-------	Typ wizyty	-------
Pacjent		Wizyta nagła	☐
Data zapisu od		Stan wizyty	-------
do		Format wyników	tabela na stronie
Data wizyty od	2019-12-31		
do	2020-01-02		

Szukaj Zakończ

Poprzedni 1 Następny

Lp.	Przychodnia	Poradnia / Oddział	Gabinet	Personel realizujący	Aparatura	Pacjent	Data zapisu	Data wizyty	Atrybuty wizyty	Status wizyty
	Należność	**Usługi komercyjne**								
1	Przychodnia Owczarnia ul. Kazimierzowska 33D, 05-807 Owczarnia	Poradnia POZ	Gabinet 2	Diana Zubczyć NPWZ: 9615049		Agnieszka Abacka PESEL: 85050550101	2019-12-31	2019-12-31	planowa gabinetowa komercyjna standardowa	umówiona
	100.00 PLN	*Nazwa* / *Ilość* / *Cena jednostkowa*: Wizyta płatna / 1 / 100.00 PLN								
2	Szpital ul. Dubois 5a, 00-184 Warszawa	Ogólna izba przyjęć	Gabinet nr 1	Adam94 Leczniczy NPWZ: 7391197		Anna Kasina PESEL: 12300509785	2019-12-31	2019-12-31	dodatkowa gabinetowa NFZ-owa normalna	umówiona
	0.00 PLN	*brak*								
3	Przychodnia Owczarnia ul. Kazimierzowska 33D, 05-807 Owczarnia	Poradnia POZ	Gabinet 1	Olga Baron NPWZ: 6763309		Agnieszka Abacka PESEL: 85050550101	2019-12-31	2019-12-31	dodatkowa gabinetowa komercyjna standardowa	odwołana
	0.00 PLN	*brak*								
4	Przychodnia Owczarnia ul. Kazimierzowska 33D, 05-807 Owczarnia	Poradnia POZ	Gabinet 1	Olga Baron NPWZ: 6763309		Agnieszka Abacka PESEL: 85050550101	2020-01-02	2020-01-01	dodatkowa gabinetowa NFZ-owa standardowa	umówiona
	0.00 PLN	*brak*								
5	Przychodnia Owczarnia ul. Kazimierzowska 33D, 05-807 Owczarnia	Poradnia POZ	Gabinet 1	Olga Baron NPWZ: 6763309		Agnieszka Abacka PESEL: 85050550101	2020-01-02	2020-01-02	dodatkowa gabinetowa NFZ-owa standardowa	zrealizowana
	0.00 PLN	*brak*								
6	Szpital ul. Dubois 5a, 00-184 Warszawa	Ogólna izba przyjęć	Gabinet nr 1	Adam94 Leczniczy NPWZ: 7391197		Anna Kasina PESEL: 12300509785	2020-01-02	2020-01-02	dodatkowa gabinetowa NFZ-owa normalna	zrealizowana
	0.00 PLN	*brak*								
7	Szpital ul. Dubois 5a, 00-184 Warszawa	Ogólna izba przyjęć	Gabinet nr 1	Adam94 Leczniczy NPWZ: 7391197		Anna Kasina PESEL: 12300509785	2020-01-02	2020-01-02	dodatkowa gabinetowa NFZ-owa normalna	umówiona
	0.00 PLN	*brak*								

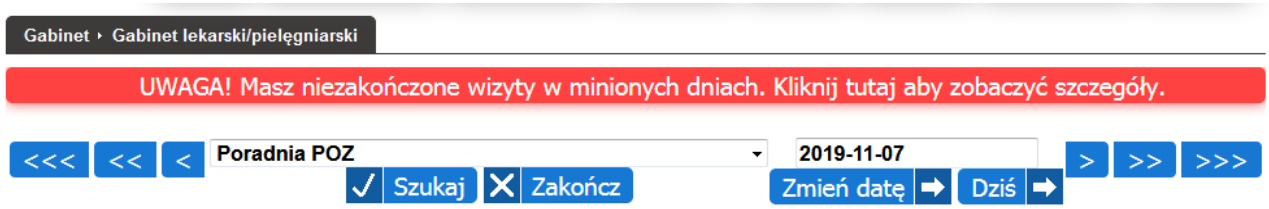
Zakończ

Gabinet

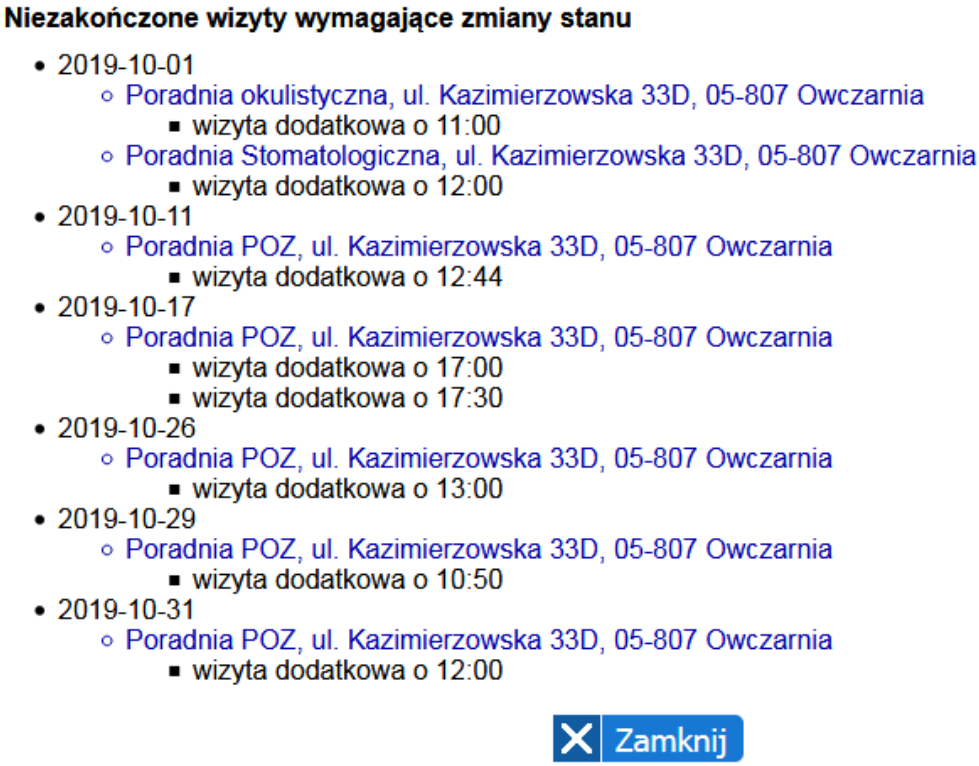
Moduł „Gabinet” jest przeznaczony dla personelu medycznego i służy do obsługi gabinetów lekarskich i punktów pobrań.

Gabinet lekarski / pielęgniarski

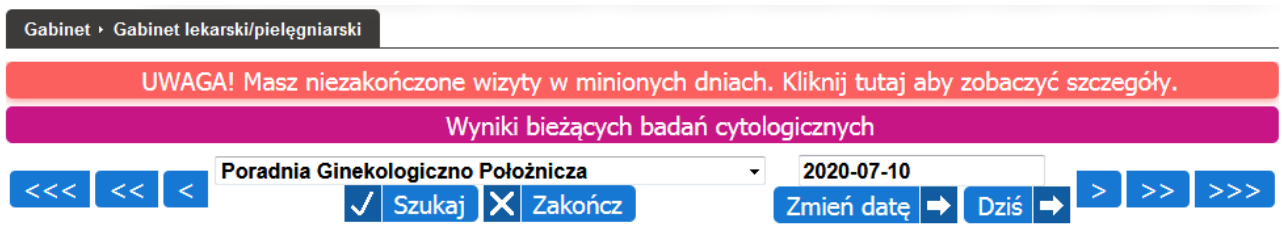
Funkcjonalność „Gabinet lekarski / pielęgniarski” z menu „Gabinet” służy do obsługi gabinetów lekarskich ogólnych w zakresie rejestracji historii choroby pacjenta oraz kompleksowej obsługi pacjenta (m.in. przepisywania leków, wystawiania recept i skierowań, zlecania badań diagnostycznych, przygotowywania zaleceń dla pacjenta). Po wybraniu funkcjonalności „Gabinet lekarski / pielęgniarski” wyświetla się wyszukiwarka wizyt umówionych do zalogowanego lekarza w dniu dzisiejszym w poradniach w których zalogowany lekarz pracuje. W zależności od konfiguracji systemu, nad wyszukiwarką może wyświetlać się dodatkowo informacja o kończących się pulach numerów recept – taka informacja jest sygnałem dla lekarza że należy pobrać z NFZ i zaimportować do systemu jHIS nowe pule numerów recept (system szacuje kiedy skończy się pula numerów recept na podstawie ich dotychczasowego średniego zużycia). Ponadto nad wyszukiwarką może pojawić się ostrzeżenie o niezakończonych wizytach w minionych dniach.



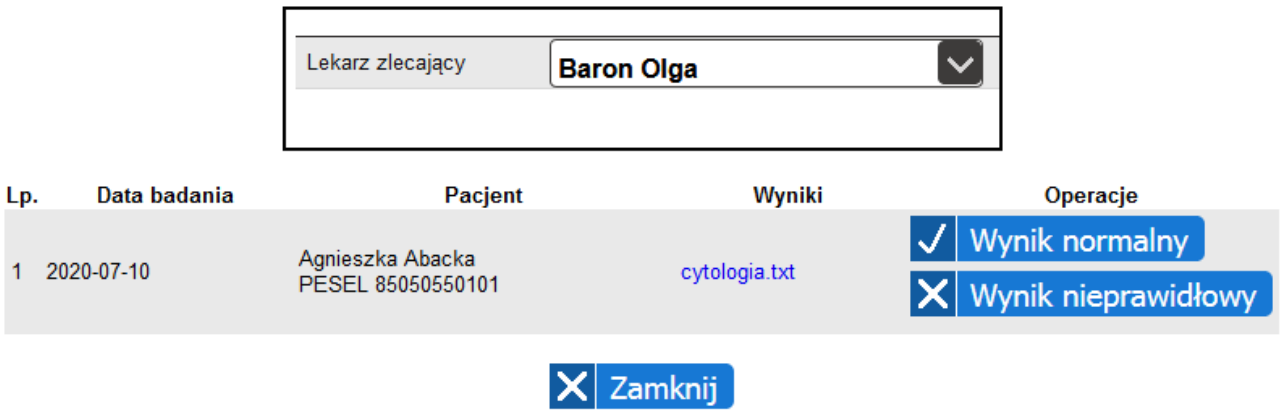
Po kliknięciu na to ostrzeżenie otwiera się nowe okno ze szczegółowymi informacjami w których dniach w jakich poradniach które wizyty nie zostały zamknięte. Klikając nazwy poradni system zmienia widok umówionych wizyt na wizyty danego dnia w danej poradni gdzie należy niezamknięte wizyty zamknąć (oznaczyć jako zrealizowane lub jako niezrealizowane).



W poradniach ginekologiczno-położniczych nad wyszukiwarką dodatkowo pojawia się pasek „Wyniki bieżących badań cytologicznych, zapewniający lekarzowi dostęp do nie poddanych jeszcze ocenie wyników badań cytologicznych i dokonanie ich oceny.



Po kliknięciu na tym pasku otwiera się nowe okno z filtrem wyboru lekarza zlecającego (domyślnie wybrany jest zalogowany lekarz) i listą wyników badań nie poddanych ocenie (wprowadzonych przez rejestrację do zakładki „Historia" w karcie pacjenta). Wyniki badań dostępne są w formie odnośników do plików z ich opisami. Przy każdym badaniu widoczne są dwa przyciski „Wynik normalny" i „Wynik nieprawidłowy". Lekarz po dokonaniu oceny wyniku badania oznacza ten wynik jako normalny lub nieprawidłowy klikając odpowiedni przycisk. W jednym i drugim przypadku badanie znika z listy, jednak jeśli wynik został oceniony jako nieprawidłowy, wówczas pojawi się on w zakładce „Cytologie" w oknie wizyty danego pacjenta w gabinecie lekarskim.



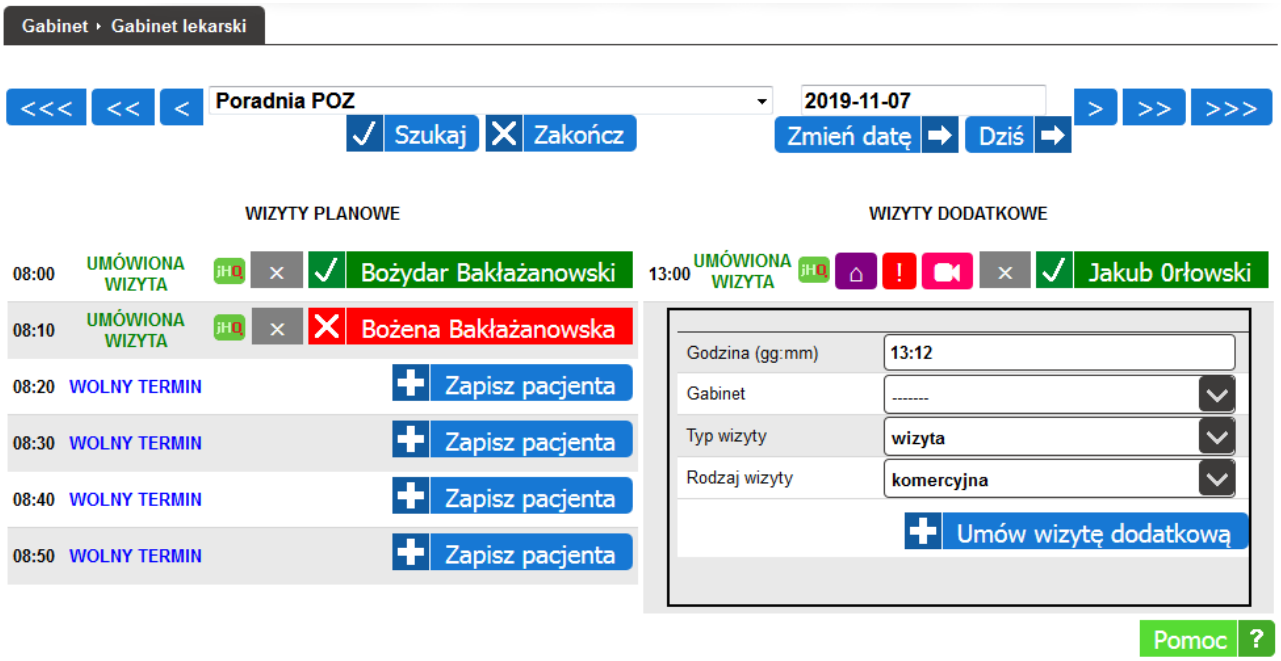
Aby rozpocząć korzystanie z funkcjonalności gabinetu lekarskiego w pierwszej kolejności należy wybrać poradnię i nacisnąć przycisk „Szukaj” (jeżeli lekarz pracuje tylko w jednej poradni wówczas czynność ta jest wykonywana automatycznie). Wyświetlany jest wówczas pod wyszukiwarką dwukolumnowy widok wizyt umówionych do zalogowanego lekarza oraz wolnych terminów u zalogowanego lekarza w dniu dzisiejszym we wskazanej poradni. W wyszukiwarce znajdują się dodatkowo następujące przyciski nawigacji:

- <<< - umożliwia wyświetlenie wizyt umówionych do zalogowanego lekarza oraz wolnych terminów u zalogowanego lekarza we wskazanej poradni w dniu o miesiąc wcześniejszym od aktualnie prezentowanego
- << - umożliwia wyświetlenie wizyt umówionych do zalogowanego lekarza oraz wolnych terminów u zalogowanego lekarza we wskazanej poradni w dniu o tydzień wcześniejszym od aktualnie prezentowanego
- < - umożliwia wyświetlenie wizyt umówionych do zalogowanego lekarza oraz wolnych terminów u zalogowanego lekarza we wskazanej poradni w dniu poprzednim w stosunku aktualnie prezentowanego
- „Zmień datę” - umożliwia wyświetlenie dowolnego dnia, który należy wskazać w polu daty przed naciśnięciem przycisku „Zmień datę”
- „Dziś” - umożliwia wyświetlenie dzisiejszego dnia
- > - umożliwia wyświetlenie wizyt umówionych do zalogowanego lekarza oraz wolnych terminów u zalogowanego lekarza we wskazanej poradni w dniu następnym w stosunku aktualnie prezentowanego
- >> - umożliwia wyświetlenie wizyt umówionych do zalogowanego lekarza oraz wolnych terminów u zalogowanego lekarza we wskazanej poradni w dniu o tydzień późniejszym od aktualnie prezentowanego
- >>> - umożliwia wyświetlenie wizyt umówionych do zalogowanego lekarza oraz wolnych terminów u zalogowanego lekarza we wskazanej poradni w dniu o miesiąc późniejszym od aktualnie prezentowanego

Kliknięcie na którykolwiek z opisanych powyżej przycisków zmienia widok wizyt umówionych do zalogowanego lekarza oraz wolnych terminów u zalogowanego lekarza we wskazanej poradni na właściwy dla dnia do którego prowadzi dany przycisk.

Widok wizyt umówionych do zalogowanego lekarza oraz wolnych terminów u zalogowanego lekarza składa się z dwóch kolumn. Lewa kolumna to lista godzin przyjęć w danej poradni, na którą naniesione są umówione wizyty planowe (czyli wizyty zaplanowane w danym dniu we wskazanej

poradni w godzinach wynikających z grafiku pracy lekarza) oraz wolne terminy wynikające z grafiku pracy lekarza. Prawa kolumna to wizyty dodatkowe, umówione w danym dniu we wskazanej poradni wraz z formularzem umawiania kolejnej wizyty dodatkowej. Na dole z prawej strony widoczny jest przycisk „Pomoc" otwierający w nowym oknie legendę oznaczeń stosowanych w gabinecie.



W powyższym widoku godziny przeszłe są wyszarzone, przy każdej godzinie jest informacja o statusie terminu (wolny termin, umówiona wizyta, zrealizowana wizyta, niezrealizowana wizyta), dodatkowo przy statusie może znajdować się powód, dla którego lekarz nie powinien realizować danej wizyty (wizyta do odwołania, za mało lub za dużo zapisanych pacjentów w przypadku sesji grupowych). Przy każdym wolnym terminie widoczny jest przycisk „Zapisz pacjenta" umożliwiający lekarzowi zapisanie pacjenta na dany termin. Proces zapisu został opisany w rozdziale „Wizyty planowe". Przy każdej wizycie jest widoczny jeden lub więcej przycisków (więcej niż jeden w przypadku sesji grupowych) z nazwiskami pacjentów zapisanych na daną wizytę (jeżeli na dzień wizyty pacjent ma status nieubezpieczonego dziecka wówczas przy nazwisku pacjenta pojawia się adnotacja „(DN)"). Przyciski te mogą przyjmować następujące kolory:

- zielony - oznacza, że pacjent zapisany na wizytę dopełnił wszelkich formalności i może być przyjęty; po kliknięciu takiego przycisku otwiera się okno wizyty
- czerwony - oznacza, że pacjent zapisany na wizytę nie dopełnił związanych z nią formalności i nie może być przyjęty; po kliknięciu takiego przycisku pojawia się okienko z informacją jakie formalności nie zostały dopełnione (np. brak skierowania, niewypełnione dokumenty, brak upoważnień, brak ubezpieczenia, brak opłaty)
- szary - oznacza, że pacjent nie stawił się na wizytę i wizyta została oznaczona jako niezrealizowana; przycisk jest nieaktywny (kliknięcie na nim nie wywołuje żadnej akcji), jest wyświetlany wyłącznie informacyjnie

W przypadku umówionych wizyt (takich które nie są oznaczone ani jako zrealizowane ani jako niezrealizowane) przed przyciskiem z nazwiskiem pacjenta jest dodatkowo widoczny szary

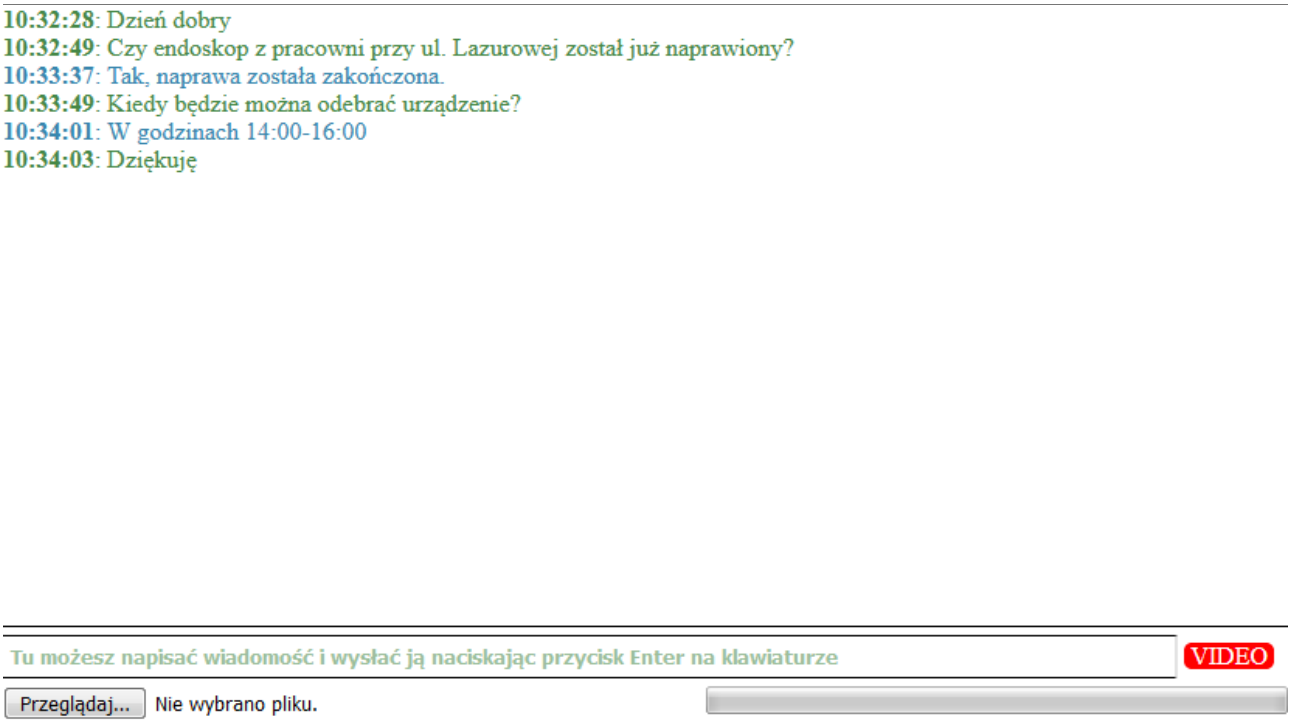
przycisk ze znakiem „×”, który pozwala odwołać wizytę (terminy przyszłe) lub oznaczyć wizytę jako niezrealizowaną (terminy przeszłe). Jeśli pacjent był wstawiany do kolejki oczekujących przy zapisie na daną wizytę, wówczas po kliknięciu szarego przycisku ze znakiem „×” pacjent musi zostać wykreślony z kolejki, w związku z czym system poprosi o określenie powodu skreślenia pacjenta z kolejki. Przycisk ze znakiem „×” jest dostępny tylko dla personelu głównego realizującego wizytę / operację.

Jeżeli w odpowiedzi z systemu eWUŚ o status ubezpieczenia pacjenta na dzień dzisiejszy jest zawarta informacja o tym, że pacjent jest aktualnie poddawany kwarantannie, wówczas przy nazwisku pacjenta widnieje ikonka czarnego trójkąta z wykrzyknikiem na żółtym tle.

Jeżeli istnieją ostrzeżenia dotyczące pacjenta wprowadzone przez rejestrację i oznaczone jako istotne dla lekarza, wówczas przy nazwisku pacjenta umówionego na wizytę widnieje czerwony przycisk ze znakiem „!”. Kliknięcie tego przycisku wyświetla komunikat z treścią ostrzeżenia.

Przy każdej z wizyt domowych widnieje ikonka domu na fioletowym tle.

Przy każdej wizycie dla której możliwy jest tryb wideokonsultacji widnieje różowy przycisk z ikonką kamery. W zależności od konfiguracji systemu otworzy się wówczas okno chatu z możliwością przełączenia w tryb wideokomunikacji lub okno wideokomunikatora. Jeśli system został skonfigurowany w taki sposób aby otwierało się okno chatu, wówczas na dole okna znajduje się pole do wpisywania wymienianych wiadomości tekstowych (wysłanie wiadomości następuje po kliknięciu przycisku Enter na klawiaturze) oraz pole do przesyłania plików (przesłanie pliku następuje po wskazaniu pliku z dysku; pasek postępu wskazuje postęp przesyłania pliku). Obok pola do wpisywania wymienianych wiadomości tekstowych znajduje się przycisk „VIDEO” umożliwiający przełączenie komunikatora w tryb wideokomunikacji.

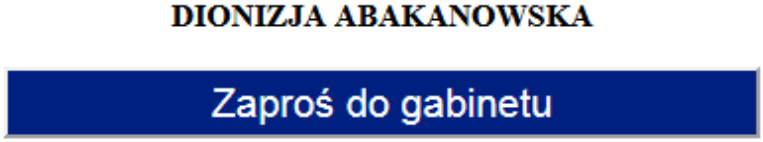


Jeśli system został skonfigurowany w taki sposób żeby otwierało się okno chatu i kliknięto w nim przycisk „VIDEO” albo jeżeli system został skonfigurowany w taki sposób żeby otwierało się okno wideokomunikatora, wówczas otworzy się okno wideokomunikatora. W jego lewej górnej części wyświetla się imię i nazwisko pacjenta oraz obraz z kamery pacjenta (jeżeli wskaźnik przy

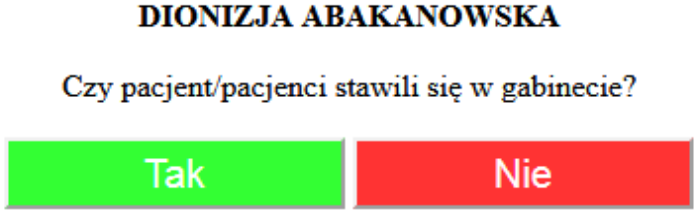
nazwisku pacjenta jest czerwony, oznacza to że pacjent jeszcze nie włączył wideokomunikatora, jeśli jest zielony, to znaczy że pacjent nawiązał połączenie), w prawej górnej części wyświetla się imię i nazwisko lekarza oraz obraz z kamery własnej lekarza (tak jak będzie widział go pacjent), w dolnej części znajduje się chat i pole do wpisywania wymienianych wiadomości tekstowych (wysłanie wiadomości następuje po kliknięciu przycisku Enter na klawiaturze) oraz pole do przesyłania plików (przesłanie pliku następuje po wskazaniu pliku z dysku; pasek postępu wskazuje postęp przesyłania pliku).. Połączenie pomiędzy lekarzem a pacjentem jest nawiązywane automatycznie po włączeniu wideokomunikatorów przez obie strony. Aby uruchomić komunikację wideo niezbędna jest przeglądarka Firefox 61+, Chrome 67+, Opera 67+ lub Safari 12+.



Jeżeli zalogowany personel medyczny do którego zostały umówione wizyty posiada przywilej do korzystania z systemu kolejkowego jHQ i w konfiguracji systemu jHIS włączono widoczność ikonek do przywoływania pacjentów, wówczas przy każdej wizycie z dnia dzisiejszego, która oczekuje na realizację i dla której wszystkie formalności zostały dopełnione wyświetlana jest ikonka z logo systemu jHQ. Jeżeli pacjent potwierdził przybycie na wizytę (lub w przypadku sesji grupowej jeżeli wszyscy zapisani na sesję grupową pacjenci potwierdzili przybycie na wizytę) ikonka ta miga co jest wskazówką dla lekarza których pacjentów może zaprosić do gabinetu. Po jej kliknięciu otwiera się nowe okno a w nim imię i nazwisko pacjenta (lub imiona i nazwiska pacjentów - w przypadku sesji grupowych) oraz przycisk "Zaproś do gabinetu" do przywoływania do gabinetu pacjenta zapisanego / pacjentów zapisanych na daną wizytę. O kolejności przywoływania decyduje lekarz klikając przycisk przy właściwej wizycie (może przywoływać pacjentów kolejno według godzin przyjęć ale może także przywołać pacjenta spóźnionego na wizytę której godzina już minęła).



Po kliknięciu tego przycisku na wyświetlaczu przed gabinetem ikonka / ikonki statusu przyjęcia przy pacjencie zapisanym / pacjentach zapisanych na wizytę zmieniają się na "prosimy o wejście do gabinetu" zaś w okienku przywoływania pojawia się pytanie "Czy pacjent/pacjenci stawili się w gabinecie?" oraz dwa przyciski "Tak" i "Nie". Lekarz w tym momencie powinien odczekać chwilę i jeżeli przywołany pacjent / przywołani pacjenci stawią się w gabinecie kliknąć przycisk "Tak" a jeśli się nie stawią kliknąć przycisk "Nie". Po kliknięciu przycisku "Tak" lub "Nie" na wyświetlaczu przed gabinetem ikonka / ikonki statusu przyjęcia zmieniają się odpowiednio na "w gabinecie" lub "oczekuje" zaś okno przywoływania pacjenta / pacjentów jest automatycznie zamykane.

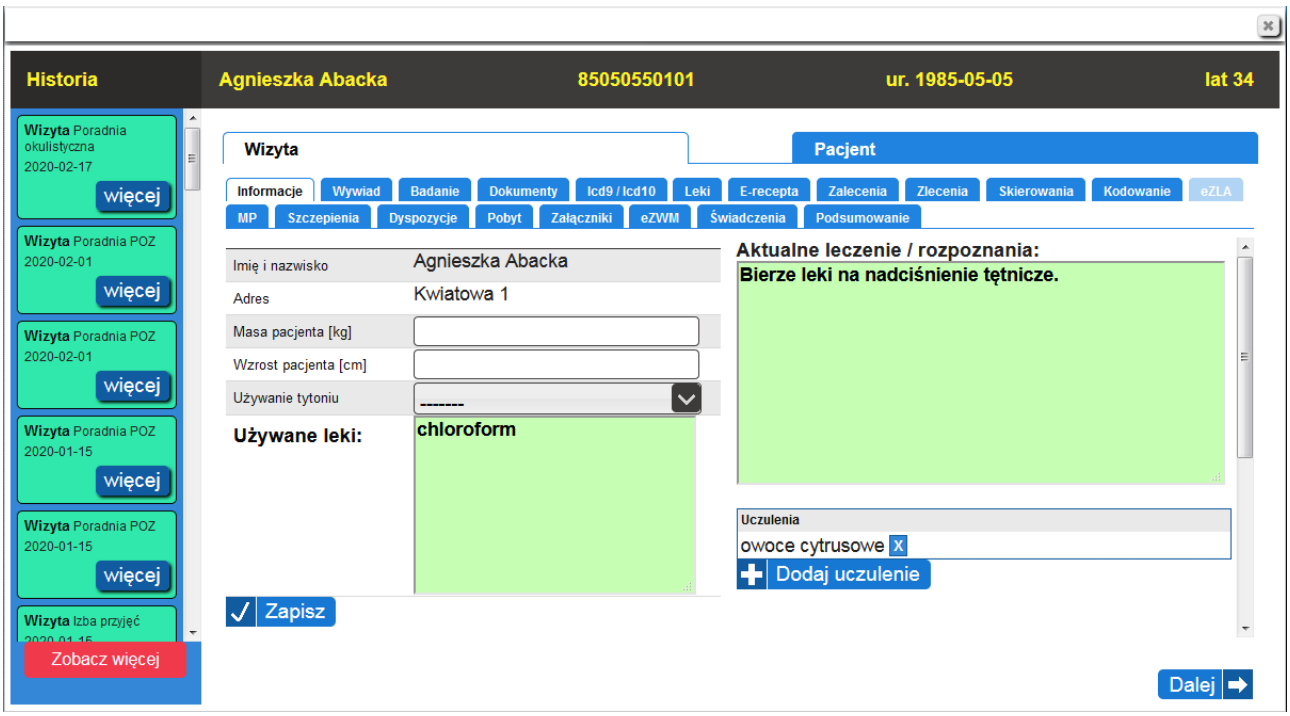


Jeżeli do lekarza zgłasza się pacjent niezapisany na wizytę i nie ma już wolnych terminów danego dnia, wówczas lekarz może zapisać pacjenta na wizytę dodatkową korzystając z formularza w prawej kolumnie widoku. W formularzu określa się:

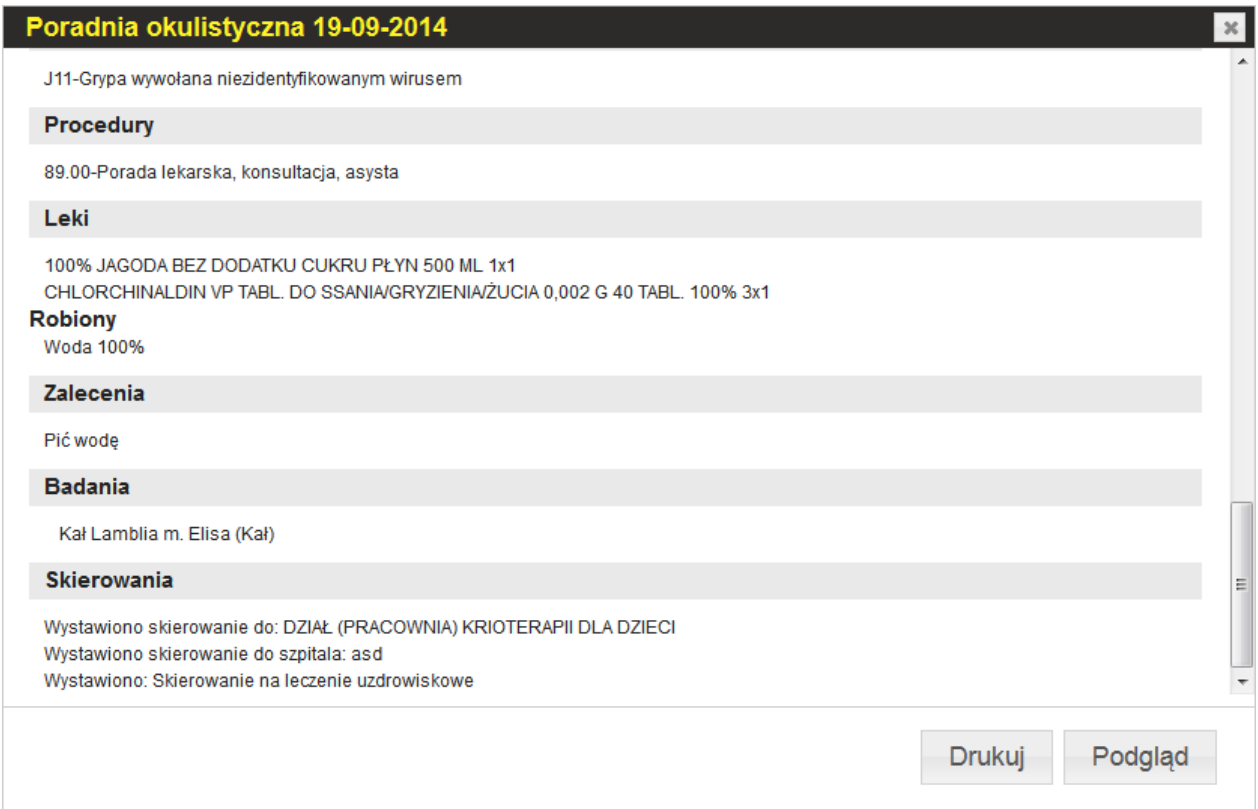
- godzinę przyjęcia - domyślnie wypełnione bieżącą godziną
- gabinet - jeżeli w wybranej poradni jest tylko jeden gabinet wówczas jest on domyślnie wybrany
- typ wizyty - jeżeli dla danej poradni istnieje domyślny typ wizyty jest on wówczas domyślnie wybrany
- rodzaj wizyty - domyślnie wybrany domyślny rodzaj wizyty dla danej poradni

Po naciśnięciu przycisku „Umów wizytę dodatkową” (lub „Umów wizytę dodatkową (użyj domyślnego cennika)” w przypadku umawiania wizyt komercyjnych w poradni, w której zdefiniowano domyślny cennik) rozpoczyna się proces umawiania wizyty dodatkowej, który wygląda identycznie jak proces umawiania wizyty planowej opisany w rozdziale „Wizyty planowe”.

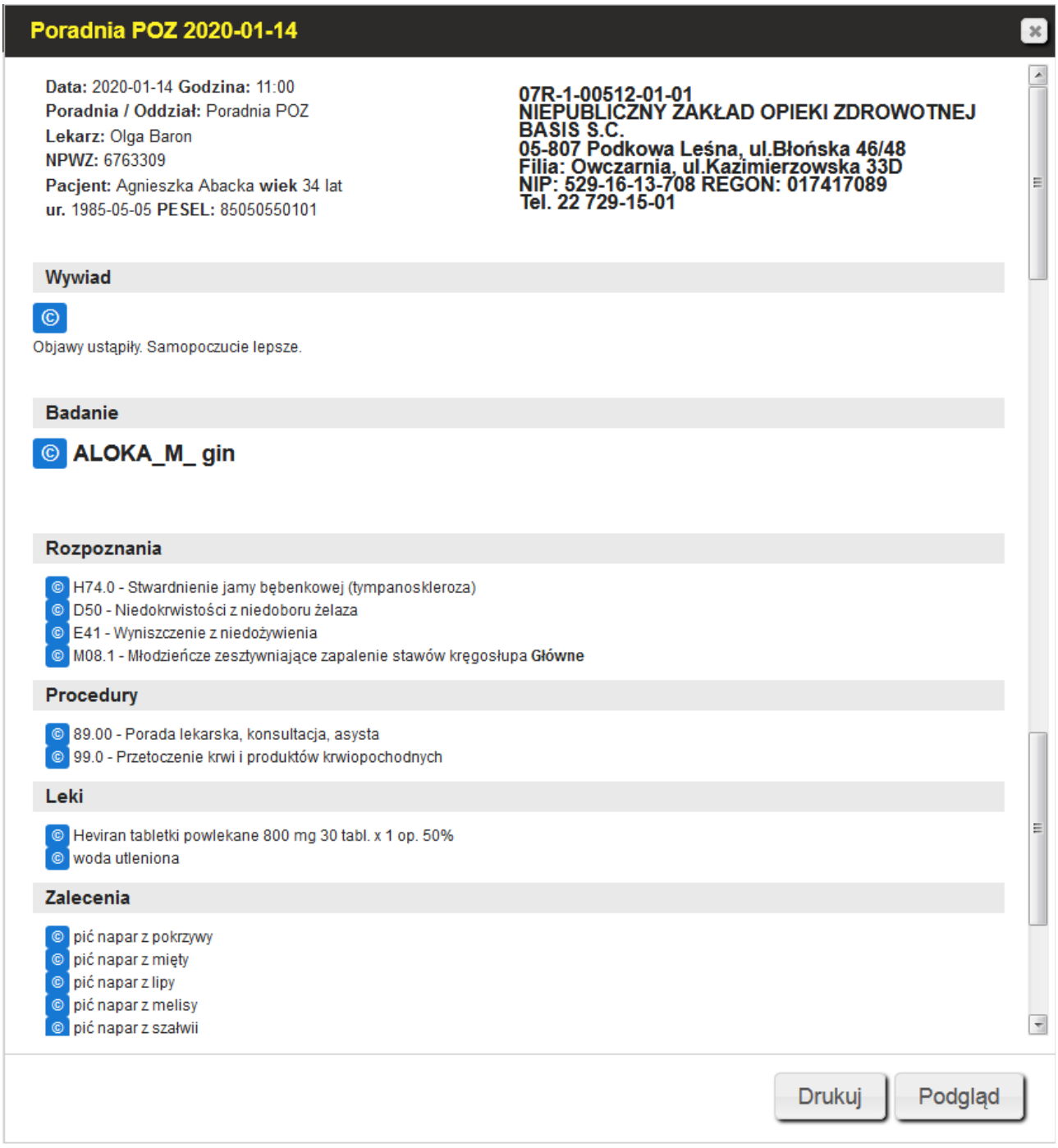
W momencie kiedy pacjent stawia się w gabinecie na wizytę lekarz sprawdza, czy pacjent może być przyjęty. Jeżeli pacjent nie może być przyjęty (czyli gdy przycisk z nazwiskiem pacjenta ma kolor czerwony) wówczas lekarz odsyła go do rejestracji w celu uzupełnienia brakujących danych. Jeżeli pacjent może być przyjęty (czyli gdy przycisk z nazwiskiem pacjenta ma kolor zielony), wówczas lekarz klika przycisk z nazwiskiem pacjenta otwierając w ten sposób okno wizyty.



Po lewej stronie okna wizyty widoczna jest kolumna z historią wizyt pacjenta oraz zrealizowanych badań i zleceń. Przy każdej wizycie, badaniu i zleceniu widoczny jest przycisk „Więcej" umożliwiający wyświetlenie szczegółów wizyty (informacji wprowadzonych przez lekarza w ramach tej wizyty: wywiadu, badania, rozpoznań, procedur, leków, itd.), badania (wyników badania odebranych z laboratorium) lub zlecenia (opisu wyniku realizacji zlecenia) z opcją podglądu wydruku i drukowania tych informacji (w przypadku wizyt i badań).

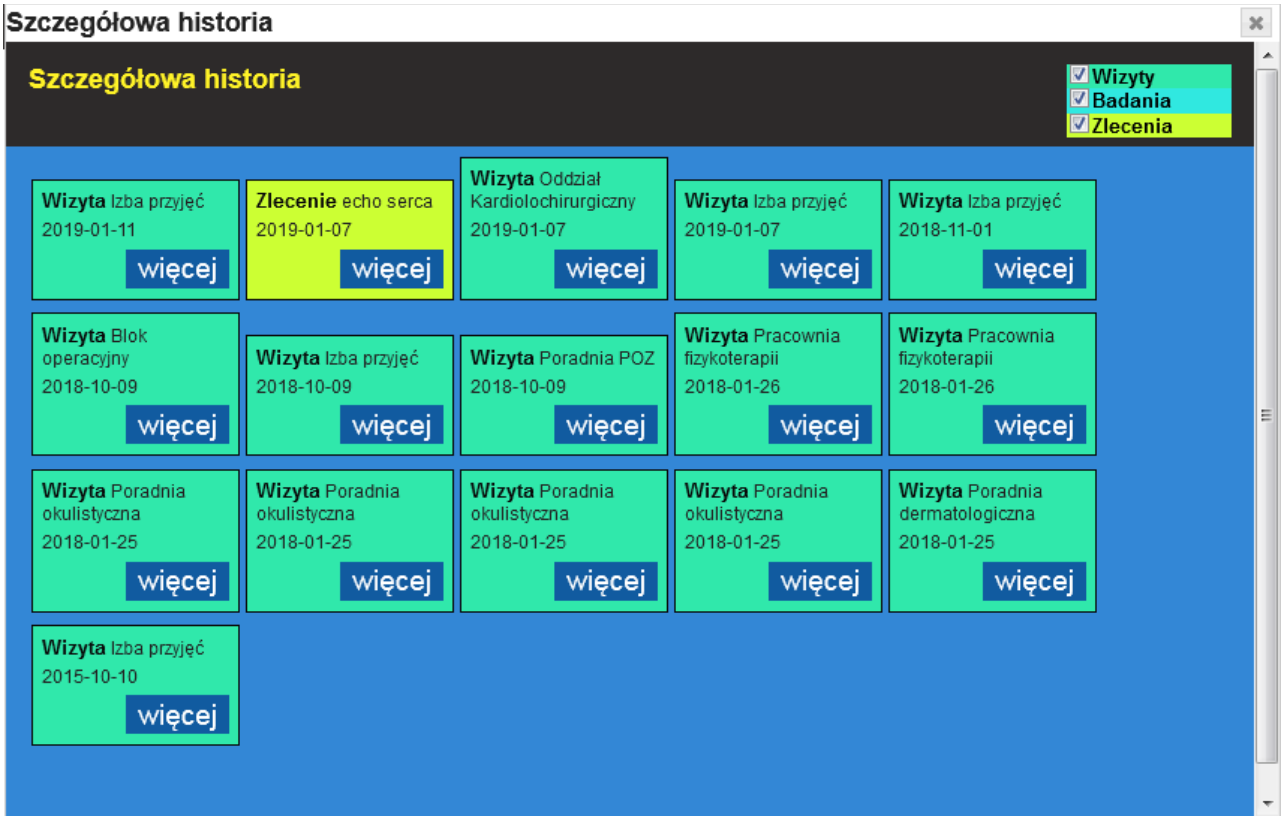


Jeżeli wizyta, przy której kliknięto przycisk „Więcej”, została zrealizowana przez zalogowanego lekarza w tej samej poradni co wizyta bieżąca (aktualnie realizowana) i opcja „Możliwość kopiowania danych z historii wizyt do bieżącej wizyty” w konfiguracji gabinetu została włączona, wówczas przy wywiadach, badaniach, rozpoznaniach, procedurach, lekach i zaleceniach wyświetlają się ikonki kopiowania tych danych do bieżącej wizyty. Kliknięcie takiej ikonki umożliwia skopiowanie danych przy których ikonka ta się znajduje do bieżącej wizyty.



W kolumnie z historią wizyt, badań i zleceń prezentowane są wizyty. badania i zlecenia z ostatniego roku (365 lub 366 dni wstecz od daty bieżącej) a pod nimi dostępny jest przycisk „Zobacz więcej” otwierający okno ze wszystkimi wizytami, badaniami i zleceniami pacjenta wraz z filtrem

umożliwiającym ograniczenie historii do samych wizyt, samych badań lub samych zleceń.

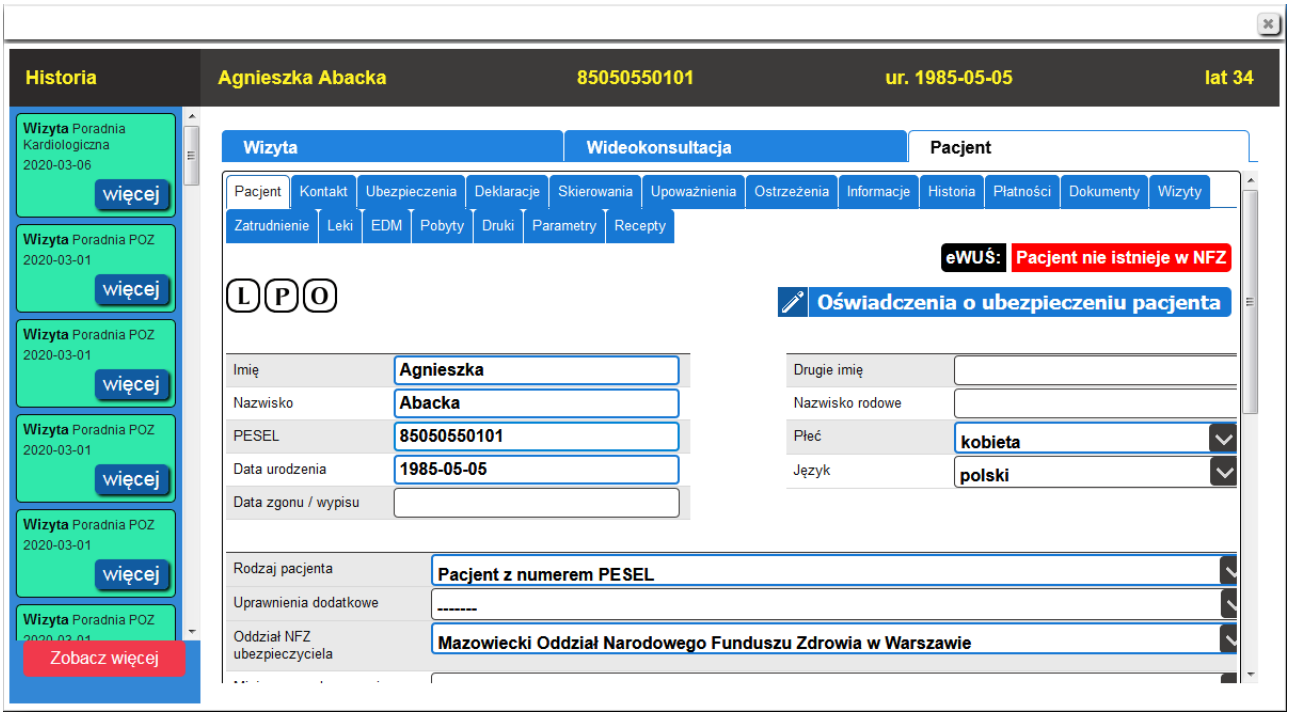


W górnej części okna wizyty prezentowane są podstawowe dane pacjenta: imię, nazwisko, PESEL, data urodzenia i wiek (jeżeli na dzień wizyty pacjent ma status nieubezpieczonego dziecka wówczas przy nazwisku pacjenta pojawia się adnotacja „(DN)”; jeżeli w odpowiedzi z systemu eWUŚ o status ubezpieczenia pacjenta na dzień dzisiejszy jest zawarta informacja o tym, że pacjent jest aktualnie poddawany kwarantannie, wówczas przy nazwisku pacjenta widnieje pulsująca ikonka trójkąta z wykrzyknikiem na żółtym tle).

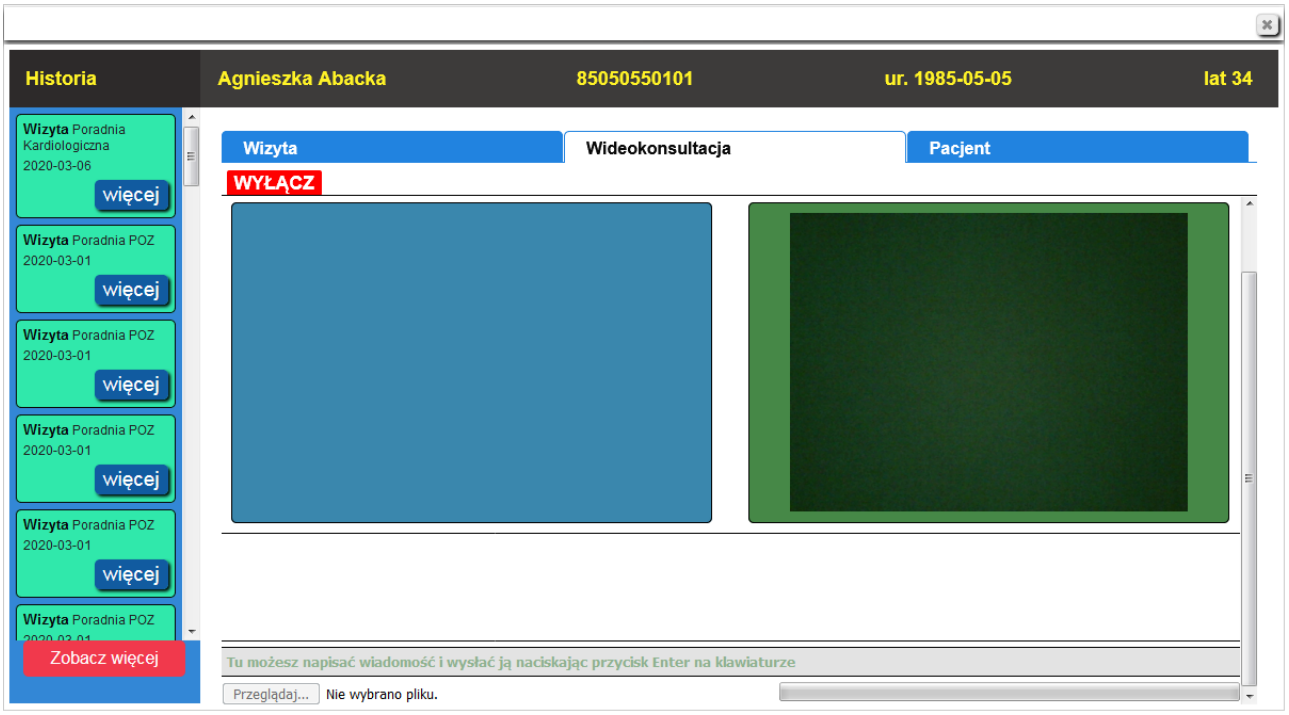
Zasadniczą część okna wizyty stanowią trzy zakładki:

- Wizyta - karta wizyty - umożliwia lekarzowi zarejestrowanie informacji o historii choroby pacjenta podczas wizyty
- Wideokonsultacja – umożliwia lekarzowi kontakt z pacjentem w trybie wideokonsultacji (jeżeli typ realizowanej wizyty na to pozwala)
- Pacjent - umożliwia lekarzowi dostęp do karty pacjenta

Po wybraniu zakładki „Pacjent” wyświetla się karta pacjenta. Lekarz ma możliwość zarządzania danymi pacjenta w taki sposób jak to opisano w rozdziale „Pacjenci (karty aktywne)”.



Po wybraniu zakładki „Wideokonsultacja”, jeżeli wizyta nie jest realizowana w trybie wideokonsultacji, wyświetlany jest stosowny komunikat, jeżeli zaś wizyta jest realizowana w trybie wideokonsultacji wyświetla się zielony przycisk „WŁĄCZ”, który włącza chat / wideokomunikator w niniejszej zakładce. Gdy zaś chat / wideokomunikator jest włączony drugi, wówczas wyświetla się czerwony przycisk „WYŁĄCZ” umożliwiający wyłączenie tegoż. Korzystanie z chata / wideokomunikatora w niniejszej zakładce wygląda identycznie jak opisano wcześniej w niniejszym rozdziale.



Domyślnie otwarta jest zakładka „Wizyta”. Zakładka ta jest również podzielona na podzakładki:

- Informacje - dane osobowe i adresowe pacjenta, uczulenia, uzależnienia, ostrzeżenia, parametry pacjenta
- Wywiad - informacje z wywiadu aktualnego przeprowadzonego w trakcie wizyty
- Badanie - wyniki badania wykonanego podczas wizyty
- Dokumenty - dokumentacja pacjenta prowadzona na rzecz pacjenta na kolejnych wizytach (np. karta przebiegu ciąży)
- ICD9 / ICD10 - zdiagnozowane rozpoznania i procedury wykonane w ramach wizyty
- Leki - leki przepisane podczas wizyty, recepty papierowe
- E-recepta - leki przepisane podczas wizyty, recepty elektroniczne
- Zalecenia - zalecenia dla pacjenta do stosowania po wizycie
- Zlecenia - zlecenia badań diagnostycznych i mikrobiologicznych
- Skierowania - skierowania do specjalistów, do szpitala, na leczenie uzdrowiskowe
- Kodowanie - wykonane badania diagnostyczne
- MP – medycyny pracy
- Szczepienia – zlecenia szczepień
- Dyspozycje – zlecenia wewnętrzne (przyjęcie na oddział, przeniesienia na inny oddział, dokonanie wypisu, wykonanie badania)
- Pobyt – dane z obserwacji, obchodów, itd. zarejestrowane podczas pobytu szpitalnego
- Załączniki – pliki dołączane do historii choroby pacjenta (np. pliki DICOM, skany dokumentów, itp.)
- eZWM – elektroniczne zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne
- Świadczenia – zlecenia świadczeń komercyjnych
- Cytologie – wykonane badania cytologiczne z wynikiem negatywnym
- RTG – wykonane zdjęcia radiologiczne
- Podsumowanie - dane do księgi zabiegów, cennik usług (w przypadku wizyt komercyjnych), zamykanie wizyty

Każda z powyższych zakładek posiada własne mechanizmy zapisu danych wobec czego należy pamiętać aby w każdej zakładce zapisywać dane po ich wprowadzeniu. Istnieje też możliwość użycia takiej konfiguracji gabinetu aby dane wprowadzane do poszczególnych zakładek były zapisywane automatycznie w momencie przechodzenia do kolejnej zakładki. Mechanizm automatycznego zapisu danych obejmuje:

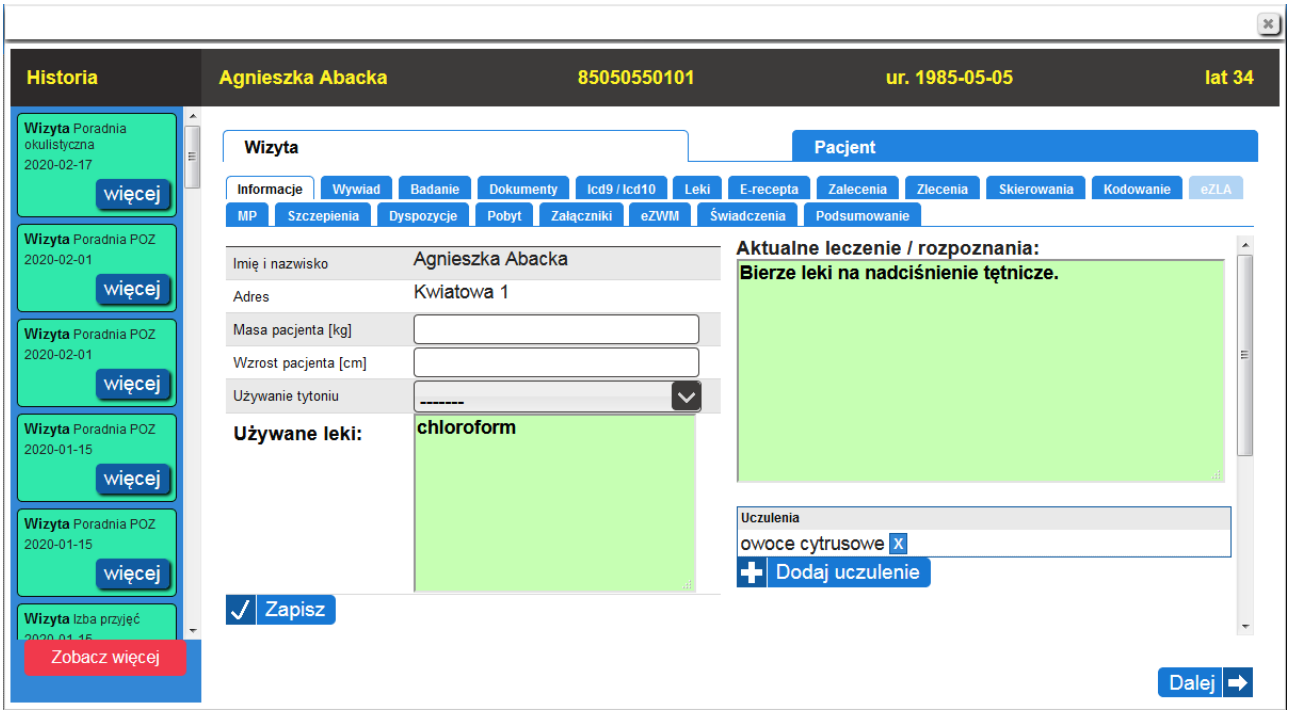
- podstawowe parametry pacjenta i informacje o jego aktualnym leczeniu w zakładce „Informacje”
- diagram uzębienia, diagram oczu i dokumenty wypełniane w zakładce „Wywiad”
- dokumenty wypełniane w zakładce „Badania”
- wprowadzone rozpoznania, procedury i choroby przewlekłe w zakładce „ICD9 / ICD10”

- dane leków nie przypisanych do żadnej recepty w zakładce „Leki”
- dane leków nie przypisanych do żadnej e-recepty w zakładce „E-recepta”
- wprowadzone zalecenia i dokumenty wypełnione w zakładce „Zalecenia”
- dane wprowadzone w zakładce „Kodowanie”
- karty badań oraz wyniki badań i konsultacji specjalistycznych w zakładce „MP”
- dokumenty wypełniane w zakładce „Pobyt”

W przypadku próby automatycznego zapisu danych zakończonej niepowodzeniem system wyświetla komunikat o niepowodzeniu automatycznego zapisu i nie pozwala przejść do kolejnej zakładki. W takiej sytuacji należy dane poprawić i zapisać ręcznie albo poprawić i spróbować przejść do kolejnej zakładki pozwalając aby system podjął kolejną próbę automatycznego zapisu.

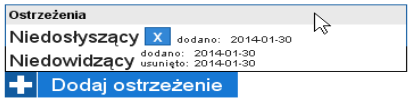
Informacje

Zakładka „Informacje” prezentuje podstawowe dane pacjenta (imię, nazwisko, adres), umożliwia rejestrację jego podstawowych parametrów i pozwala na wprowadzenie informacji o przyjmowanych przez pacjenta lekach, aktualnym leczeniu pacjenta oraz danych o uczuleniach, uzależnieniach i ostrzeżeniach dotyczących pacjenta. Aby dodać uczulenie, uzależnienie lub ostrzeżenie należy nacisnąć przycisk dodawania, wprowadzić informację w okienku, które się pojawi i zatwierdzić ją klikając przycisk „OK”. Tak dodana informacja pojawi się w zakładce „Informacje” wraz z przyciskiem „x” umożliwiającym usunięcie danej informacji.



Usunięte uczulenie, uzależnienie lub ostrzeżenie nie znika zupełnie z karty wizyty - po najechaniu kursorem myszy na sekcję uzależnień, uczuleń lub ostrzeżeń przy aktualnych uczuleniach, uzależnieniach i ostrzeżeniach wyświetla się data wprowadzenia informacji do systemu ale ponadto wyświetlają się informacje usunięte z datą wprowadzenia i datą usunięcia.





Aby zarejestrować podstawowe parametry pacjenta (masę, wzrost, używanie tytoniu) i / lub wprowadzić informacje o przyjmowanych przez pacjenta lekach oraz aktualnym leczeniu pacjenta należy wypełnić odpowiednie pola i kliknąć przycisk „Zapisz” widoczny poniżej tych pól. Określenie parametrów pacjenta jest obowiązkowe na pierwszej NFZ-owej wizycie pacjenta w POZ w każdym roku kalendarzowym począwszy od 2020. Jeżeli parametry pacjenta zostały przed wizytą wprowadzone do karty pacjenta wówczas formularz parametrów pacjenta jest inicjowany wartościami tych parametrów zapisanymi w karcie pacjenta. Używane leki oraz aktualne leczenie to pola informacyjne, których zawartość widzą wszyscy lekarze na każdej wizycie pacjenta i wszyscy lekarze mogą edytować ich zawartość. Pola to w pewnym sensie stanowią mechanizm przykazywania istotnych informacji o leczeniu pacjenta pomiędzy lekarzami (np. „Od 2000 roku leczony na nadciśnienie tętnicze.”).

Przycisk „Dalej” widoczny na dole zakładki umożliwia przełączenie się do kolejnej zakładki w karcie wizyty.

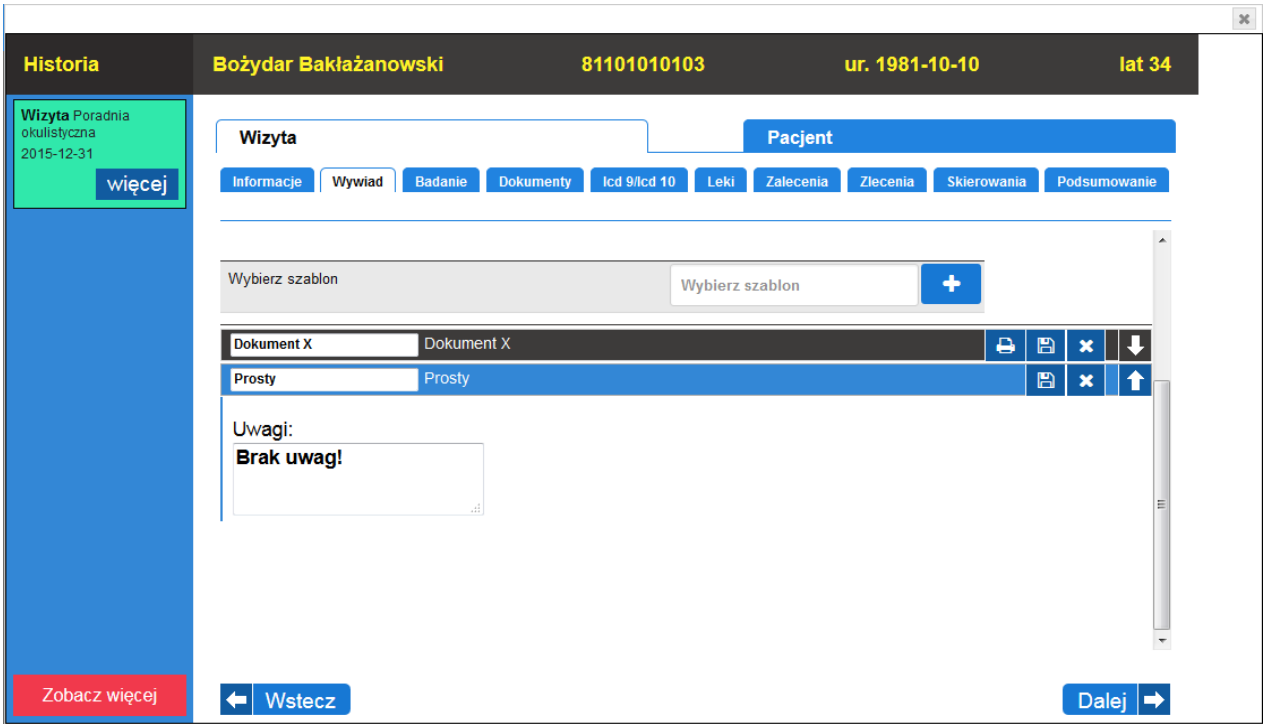
Wywiad

Zakładka „Wywiad” pozwala wprowadzać informacje zebrane podczas wywiadu przeprowadzonego na początku wizyty. Dla czytelności informacje nie są wprowadzane w formie opisu ale według odpowiednio zdefiniowanego szablonu formularza lub szablonu dokumentu. Lekarz sam tworzy szablony formularzy / dokumentów do wprowadzania informacji z wywiadu. Ponieważ zakres wprowadzanych informacji zależy od rodzaju wizyty i specjalności, więc możliwe jest utworzenie wielu różnych szablonów (sposób ich tworzenia jest przedstawiony w podrozdziałach „Szablony formularzy” i „Szablony dokumentów”). W zakładce „Wywiad” widoczne mogą być:

- diagram uzębienia – interaktywny diagram przedstawiający uzębienie pacjenta (tylko w przypadku poradni stomatologicznych i ortodontycznych, tylko dla głównego personelu realizującego wizytę)
- diagram oczu – interaktywny diagram przedstawiający oczy pacjenta (tylko w przypadku poradni okulistycznych, tylko dla głównego personelu realizującego wizytę)
- pole wyboru szablonu / szablonów – pole umożliwiające lekarzowi wybranie jednego lub więcej szablonów formularzy / dokumentów do wypełnienia podczas wizyty (pole nie jest widoczne w przypadku wizyt zrealizowanych)
- formularz / formularze do wypełnienia – formularze odpowiadające wybranym szablonom przeznaczone do wypełnienia podczas wizyty

Aby móc wypełnić formularz należy kliknąć w polu „Wybierz szablon”. Rozwinie się wówczas lista dostępnych szablonów formularzy / dokumentów (szablony dokumentów opatrzone są adnotacją „(PDF)”; szablony w języku pacjenta są dodatkowo wyróżnione znakiem „+”). Klikając

na odpowiednich szablonach można je wybierać (wybrane szablony pojawiają się w polu „Wybierz szablon"). Jeżeli istnieje tylko jeden szablon wywiadu a w konfiguracji gabinetu zaznaczono że ma on być automatycznie wybierany lub jeżeli w definicji szablonu formularza wywiadu zaznaczono że ma on być automatycznie wybierany, wówczas taki szablon zostaje wybrany systemowo od razu w momencie wchodzenia do zakładki „Wywiad". Po wybraniu szablonu / szablonów należy kliknąć przycisk ze znakiem „+" aby w zakładce wywiadu pojawiły się odpowiadające tym szablonom formularze. Nad każdym formularzem pojawia się pasek nagłówka z polem z nazwą formularza (do edycji), nazwą szablonu oraz przyciskami zapisu formularza z ikonką dyskietki i usuwania formularza ze znakiem „×". Po zapisaniu wywiadu w pasku nagłówka pojawia się przycisk drukowania dokumentu z ikonką drukarki. W przypadku gdy wybrano więcej niż jeden szablon widoczny jest tylko jeden formularz z paskiem nagłówka zaś dla pozostałych formularzy widoczne są tylko paski nagłówków – klikając na paski nagłówków można przełączać się pomiędzy kolejnymi formularzami do wypełnienia. Pola tekstowe w formularzach odpowiadających szablonom dokumentów mają wbudowany wskaźnik kontroli zapełnienia treścią: jeżeli treść wpisana w polu tekstowym zajmuje mniej niż 90% przeznaczonego na nią miejsca w szablonie dokumentu, wówczas tło pola tekstowego jest białe, jeśli zajmuje od 90% do 95% miejsca - tło zmienia się na żółte, jeśli zajmuje od 95% do 100% miejsca - tło zmienia się na pomarańczowe, jeśli zajmuje więcej niż 100% miejsca - tło zmienia się na czerwone. Po wypełnieniu / zmodyfikowaniu formularza należy wywiad zapisać naciskając przycisk z ikonką dyskietki na pasku nagłówka formularza. W przypadku wizyt / operacji obsługiwanych przez więcej niż jedną osobę z personelu każda osoba z personelu obsługującego wizytę będzie widziała wywiady wprowadzone tak przez siebie jak i przez pozostałe osoby obsługujące wizytę ale przyciski zapisu i usuwania będzie miała dostępne tylko przy wywiadach wprowadzonych przez siebie.

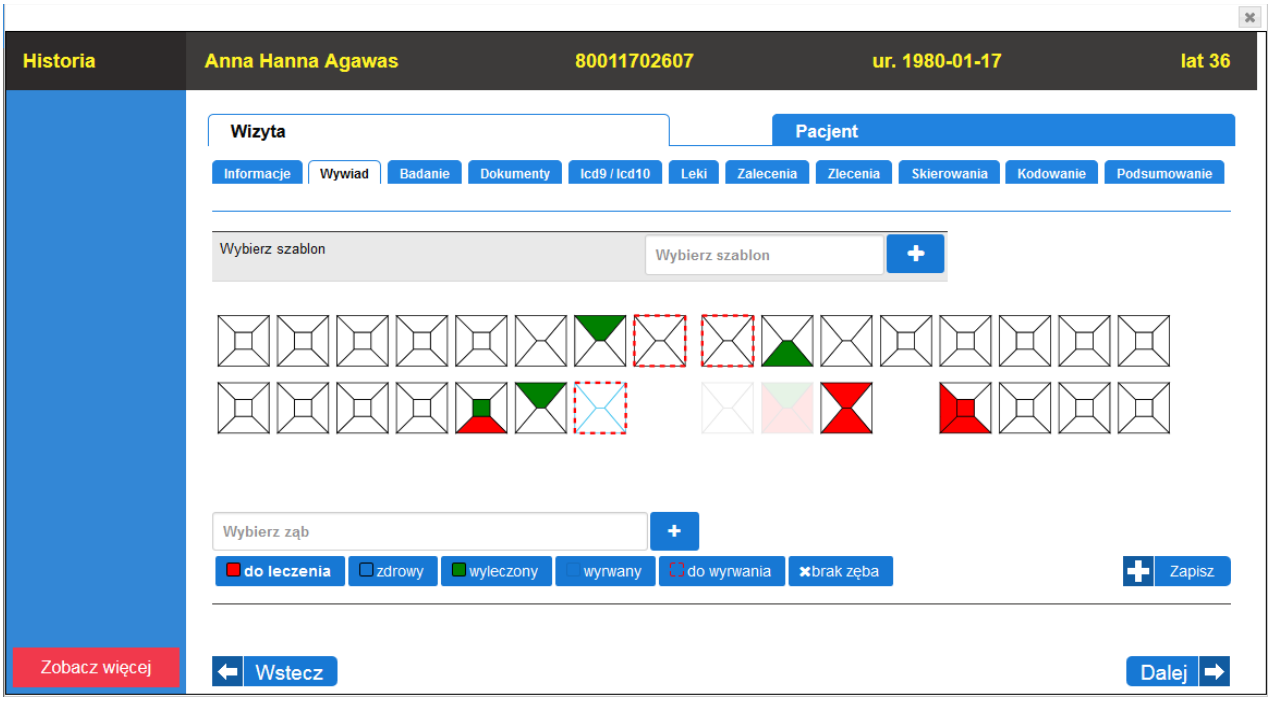


W przypadku poradni stomatologicznych i ortodontycznych dla głównego personelu realizującego wizytę w górnej części zakładki „Wywiad" widoczny jest diagram uzębienia w postaci schematów zębów szczęki i żuchwy, który można modyfikować (jeśli diagram został już wprowadzony na jednej z wizyt) lub można taki diagram utworzyć (jeśli nie został jeszcze utworzony i nie jest

widoczny). Do tworzenia / modyfikowania diagramu dostępny jest mechanizm umożliwiający dodawanie zębów do diagramu. Aby dodać ząb do diagramu należy w polu „Wybierz ząb" zacząć wpisywać jego kod lub nazwę a następnie kliknąć odpowiedni ząb na liście podpowiedzi jaka się pojawi. Wybrany ząb pojawia się w polu tekstowym w postaci kodu na niebieskim kwadraciku. W ten sam sposób można wybrać kolejne zęby do umieszczenia na diagramie. Można także dodać wszystkie zęby stałe lub mleczne naraz wybierając opcję „stałe" lub „mleczne" w polu „Wybierz ząb". Aby wybrane zęby pojawiły się na diagramie należy kliknąć przycisk ze znakiem „+" widoczny obok pola, w którym były wpisywane kody zębów do wprowadzenia do diagramu. Jeżeli na diagramie istnieją już zęby w tych samych pozycjach jak wybrane do umieszczenia, wówczas system prosi o zgodę na zastąpienie zębów na diagramie wybranymi i jeżeli użytkownik potwierdzi, wówczas zęby na diagramie zostaną zastąpione wybranymi. Każdy ząb na diagramie ma zaznaczone właściwe dla niego powierzchnie. Zęby stałe mają krawędzie narysowane kolorem czarnym a mleczne kolorem niebieskim. Pod diagramem dostępne są przyciski umożliwiające zaznaczanie powierzchni zębów i całych zębów:

- do leczenia – kliknięcie na tym przycisku a następnie na powierzchni zęba wyróżnia tę powierzchnię kolorem czerwonym – zostaje ona oznaczona jako wymagająca leczenia (ponowne kliknięcie na powierzchni oznacza ją jako zdrową)
- zdrowy – kliknięcie na tym przycisku a następnie na powierzchni zęba wyróżnia tę powierzchnię kolorem białym – zostaje ona oznaczona jako zdrowa
- wyleczony – kliknięcie na tym przycisku a następnie na powierzchni zęba wyróżnia tę powierzchnię kolorem zielonym – zostaje ona oznaczona jako wyleczona (ponowne kliknięcie na powierzchni oznacza ją jako zdrową)
- wyrwany – kliknięcie na tym przycisku a następnie na zębie zmienia ten ząb na półprzezroczysty – zostaje on oznaczony jako wyrwany (ponowne kliknięcie na zębie przywraca jego poprzedni wygląd)
- do wyrwania – kliknięcie na tym przycisku a następnie na zębie otacza ten ząb czerwoną przerywaną linią – zostaje on oznaczony jako przeznaczony do wyrwania (ponowne kliknięcie na zębie przywraca jego poprzedni wygląd)
- brak zęba – kliknięcie na tym przycisku a następnie na zębie usuwa ten ząb z diagramu

Po wprowadzeniu odpowiednich zmian na diagramie uzębienia należy je zapisać klikając przycisk „Zapisz" widoczny pod diagramem. Diagram uzębienia wraz ze wszystkimi wprowadzonymi na nim informacjami jest widoczny na wszystkich wizytach danego pacjenta w poradniach stomatologicznych i ortodontycznych.



W przypadku poradni okulistycznych dla głównego personelu realizującego wizytę w górnej części zakładki „Wywiad" widoczny jest diagram oczu w postaci symbolicznego przedstawienia oka prawego (z lewej) i lewego (z prawej). Pod diagramem widoczny jest przycisk otwierający paletę kolorów – korzystając z tego przycisku można wybierać kolory do rysowania na diagramie). Obok przycisku otwierającego paletę kolorów widoczny jest suwak pozwalający na ustawienie grubości pędzla używanego do rysowania na diagramie. Poniżej widoczne są przyciski:

- Tło – włącza/wyłącza tryb malowania tła na diagramie oczu (jeżeli nazwa przycisku jest pogrubiona oznacza to że tryb malowania tła jest włączony, jeśli nie jest pogrubiona oznacza to że tryb malowania tła jest wyłączony)
- Naczynie – włącza/wyłącza tryb rysowania naczyń na diagramie oczu (jeżeli nazwa przycisku jest pogrubiona oznacza to że tryb rysowania naczyń jest włączony, jeśli nie jest pogrubiona oznacza to że tryb rysowania naczyń jest wyłączony)
- Artefakt – włącza/wyłącza tryb umieszczania artefaktów na diagramie oczu (jeżeli nazwa przycisku jest pogrubiona oznacza to że tryb umieszczania artefaktów jest włączony, jeśli nie jest pogrubiona oznacza to że tryb umieszczania artefaktów jest wyłączony)
- Usuń – usuwa zaznaczone naczynie lub artefakt
- Wyczyść – usuwa wszystkie elementy widoczne na diagramie oczu
- Zapisz – zapisuje zmiany wprowadzone na diagramie oczu

Aby rozpocząć malowanie tła na diagramie należy wybrać kolor z palety i ustawić suwakiem grubość pędzla (ustawienia te można zmieniać w trakcie malowania), potem włączyć tryb malowania tła (klikając przycisk przycisk „Tło" o ile jego nazwa nie jest pogrubiona – jeśli jest pogrubiona to tryb malowania tła jest już włączony) a następnie można malować tło przesuwając kursor po diagramie i przytrzymując wciśnięty lewy przycisk myszy. Po namalowaniu tła miejsca pokolorowane poza diagramem są automatycznie czyszczone.

Aby narysować naczynie na diagramie należy wybrać kolor z palety i ustawić suwakiem grubość pędzla (ustawienia te można zmieniać w trakcie rysowania), potem włączyć tryb rysowania naczyń

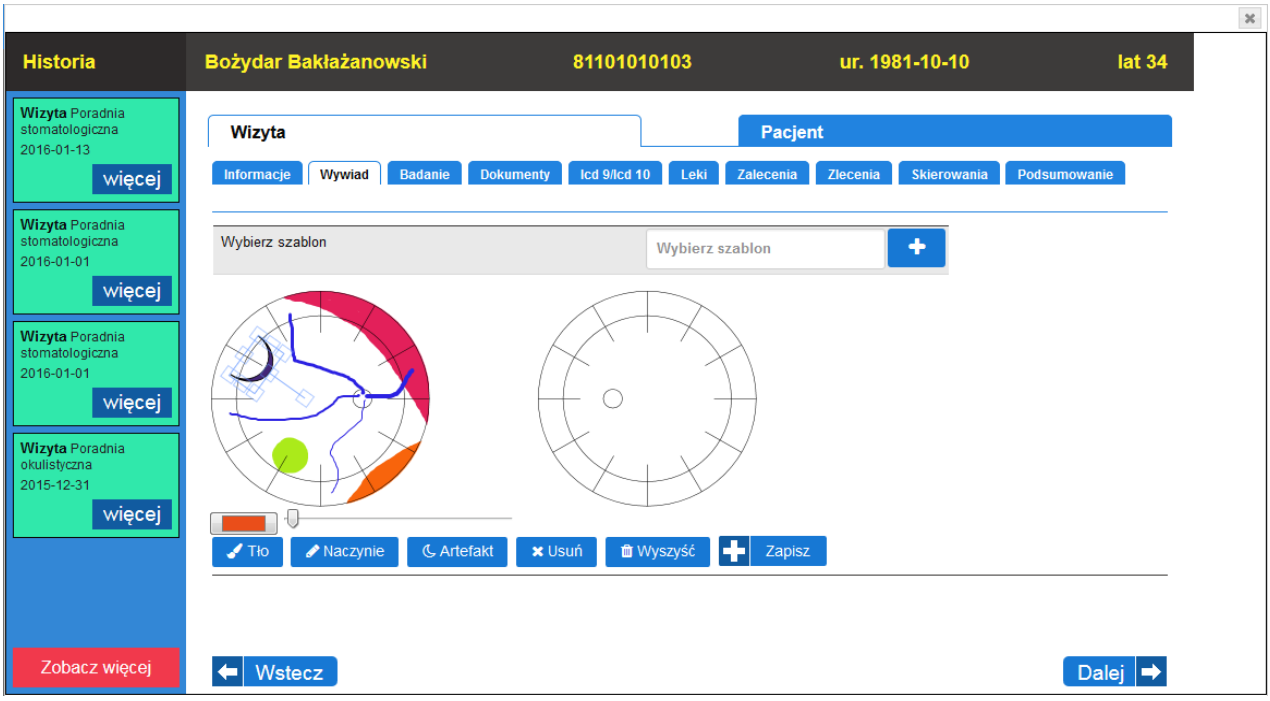
(klikając przycisk „Naczynie” o ile jego nazwa nie jest pogrubiona – jeśli jest pogrubiona to tryb rysowania naczyń jest już włączony) a następnie można rysować naczynia na diagramie przesuwając kursor po diagramie i przytrzymując wciśnięty lewy przycisk myszy.

Aby umieścić artefakt na diagramie należy włączyć tryb umieszczania artefaktów (klikając przycisk „Artefakt” o ile jego nazwa nie jest pogrubiona – jeśli jest pogrubiona to tryb umieszczania artefaktów jest już włączony) a następnie można kliknąć na diagramie w miejscu w którym artefakt ma się pojawić (kliknięcie na diagramie powoduje pojawienie się na nim artefaktu w kształcie fioletowego łuku i automatyczne wyłączenie trybu umieszczania artefaktów).

Jeżeli żaden tryb (malowania tła, rysowania naczyń, umieszczania artefaktów) nie jest włączony (nazwy przycisków nie są pogrubione) wówczas kliknięcie na diagramie na naczyniu lub artefakcie powoduje że wokół niego pojawia się jasnoniebieska siatka umożliwiająca manipulowanie danym naczyniem lub artefaktem – przesuwanie, skalowanie i obracanie. Jeżeli wokół artefaktu lub naczynia wyświetla się jasnoniebieska siatka umożliwiająca manipulowanie danym naczyniem lub artefaktem, wówczas kliknięcie na przycisk „Usuń” usuwa z diagramu dane naczynie lub artefakt.

Z diagramu można usunąć wszystkie widoczne na nim elementy (artefakty, naczynia, tło) klikając na przycisk „Wyczyść”.

Po wprowadzeniu zmian na diagramie oczu należy je zapisać klikając przycisk „Zapisz”. Diagram oczu wraz ze wszystkimi wprowadzonymi na nim informacjami jest widoczny na wszystkich wizytach danego pacjenta w poradniach okulistycznych.



Przyciski „Wstecz” i „Dalej” widoczne na dole zakładki umożliwiają przełączenie się odpowiednio do poprzedniej i następnej zakładki w karcie wizyty.

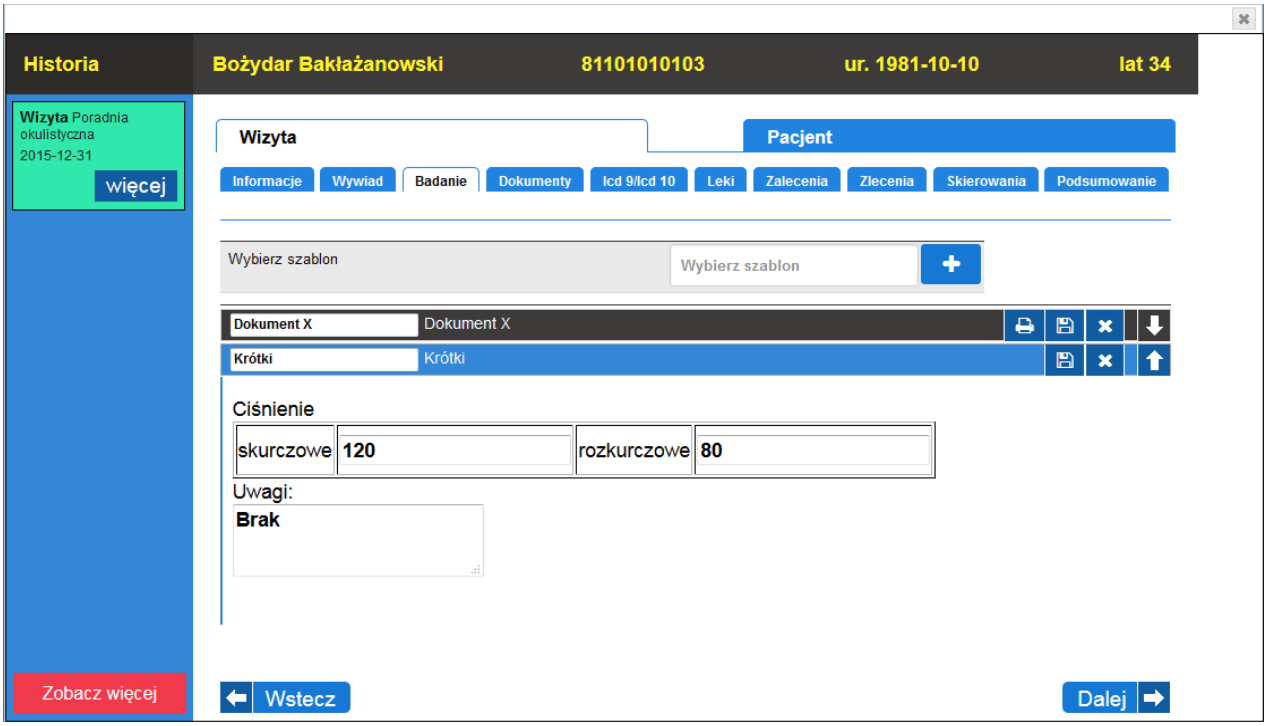
Badanie

Zakładka „Badanie” pozwala wprowadzić wynik badania wykonanego przez lekarza podczas wizyty. Dla czytelności informacje nie są wprowadzane w formie opisu ale według odpowiednio zdefiniowanego szablonu formularza lub szablonu dokumentu. Lekarz sam tworzy szablony

formularzy / dokumentów do wprowadzania wyników badań. Ponieważ zakres wprowadzanych informacji zależy od rodzaju wizyty i specjalności, więc możliwe jest utworzenie wielu różnych szablonów (sposób ich tworzenia jest przedstawiony w podrozdziałach „Szablony formularzy" i „Szablony dokumentów"). W zakładce „Badanie" widoczne mogą być:

- pole wyboru szablonu / szablonów – pole umożliwiające lekarzowi wybranie jednego lub więcej szablonów formularzy / dokumentów do wypełnienia podczas wizyty (pole nie jest widoczne w przypadku wizyt zrealizowanych)
- formularz / formularze do wypełnienia – formularze odpowiadające wybranym szablonom przeznaczone do wypełnienia podczas wizyty

Aby móc wypełnić formularz należy kliknąć w polu „Wybierz szablon". Rozwinie się wówczas lista dostępnych szablonów formularzy / dokumentów (szablony dokumentów opatrzone są adnotacją „(PDF)"; szablony w języku pacjenta są dodatkowo wyróżnione znakiem „+"). Klikając na odpowiednich szablonach można je wybierać (wybrane szablony pojawiają się w polu „Wybierz szablon"). Jeżeli istnieje tylko jeden szablon badania a w konfiguracji gabinetu zaznaczono że ma on być automatycznie wybierany lub jeżeli w definicji szablonu formularza badania zaznaczono że ma on być automatycznie wybierany, wówczas taki szablon zostaje wybrany systemowo od razu w momencie wchodzenia do zakładki „Badanie". Po wybraniu szablonu / szablonów należy kliknąć przycisk ze znakiem „+" aby w zakładce badania pojawiły się odpowiadające tym szablonom formularze. Nad każdym formularzem pojawia się pasek nagłówka z polem z nazwą formularza (do edycji), nazwą szablonu oraz przyciskami zapisu formularza z ikonką dyskietki i usuwania formularza ze znakiem „×". Po zapisaniu badania w pasku nagłówka pojawia się przycisk drukowania dokumentu z ikonką drukarki. W przypadku gdy wybrano więcej niż jeden szablon widoczny jest tylko jeden formularz z paskiem nagłówka zaś dla pozostałych formularzy widoczne są tylko paski nagłówków – klikając na paski nagłówków można przełączać się pomiędzy kolejnymi formularzami do wypełnienia. Pola tekstowe w formularzach odpowiadających szablonom dokumentów mają wbudowany wskaźnik kontroli zapełnienia treścią: jeżeli treść wpisana w polu tekstowym zajmuje mniej niż 90% przeznaczonego na nią miejsca w szablonie dokumentu, wówczas tło pola tekstowego jest białe, jeśli zajmuje od 90% do 95% miejsca - tło zmienia się na żółte, jeśli zajmuje od 95% do 100% miejsca - tło zmienia się na pomarańczowe, jeśli zajmuje więcej niż 100% miejsca - tło zmienia się na czerwone. Po wypełnieniu / zmodyfikowaniu formularza należy badanie zapisać naciskając przycisk z ikonką dyskietki na pasku nagłówka formularza. W przypadku wizyt / operacji obsługiwanych przez więcej niż jedną osobę z personelu każda osoba z personelu obsługującego wizytę będzie widziała badania wprowadzone tak przez siebie jak i przez pozostałe osoby obsługujące wizytę ale przyciski zapisu i usuwania będzie miała dostępne tylko przy badaniach wprowadzonych przez siebie.



Przyciski „Wstecz” i „Dalej” widoczne na dole zakładki umożliwiają przełączenie się odpowiednio do poprzedniej i następnej zakładki w karcie wizyty.

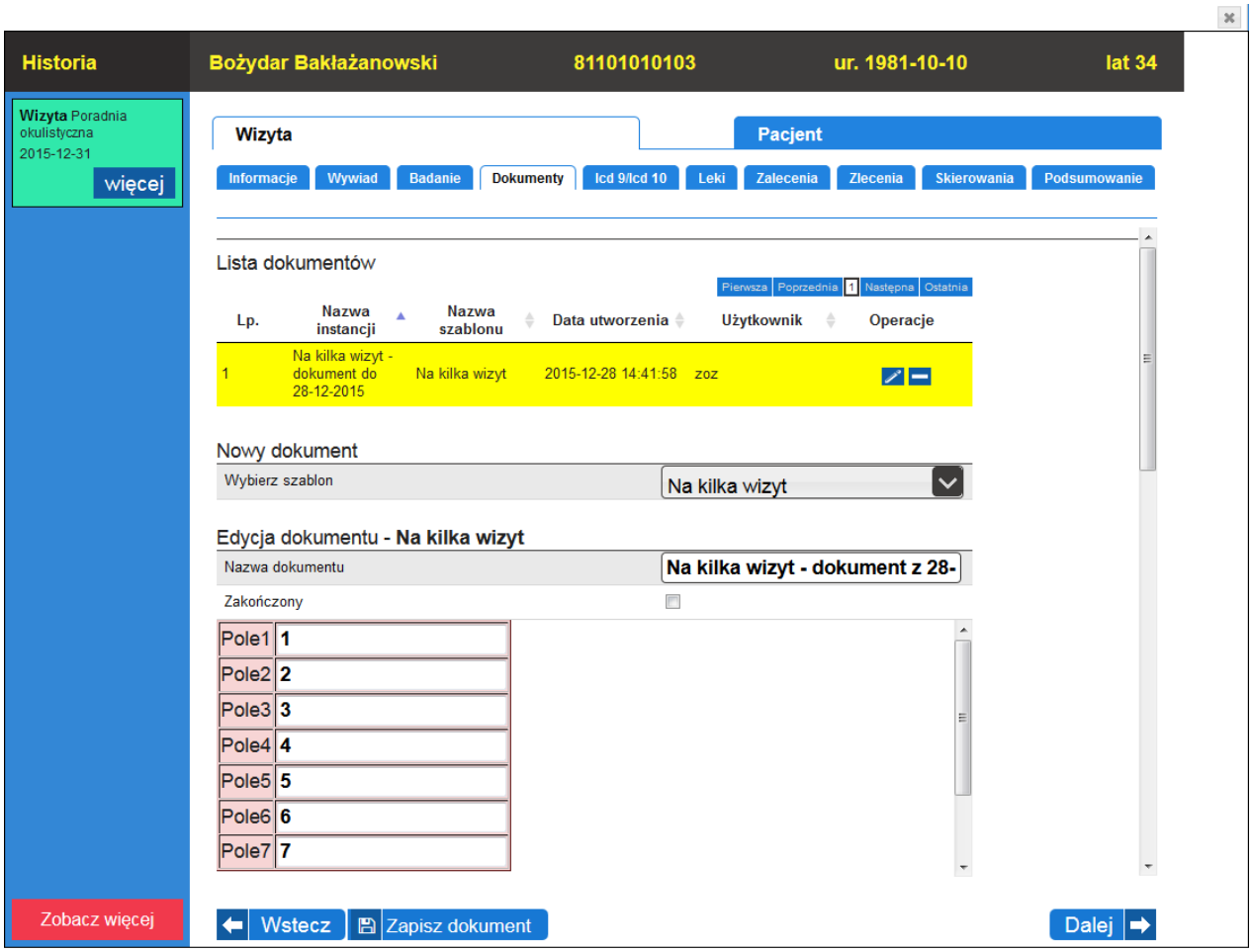
Dokumenty

Zakładka „Dokumenty” pozwala prowadzić dokumentację pacjenta w postaci dokumentów które są tworzone podczas jednej z wizyt i których wypełnianie jest kontynuowane na kolejnych wizytach (np. karta przebiegu ciąży). Dla czytelności informacje nie są wprowadzane w formie opisu ale według odpowiednio zdefiniowanych szablonów formularzy. Lekarz sam tworzy szablony formularzy do wprowadzania dokumentów. Ponieważ zakres wprowadzanych informacji zależy od rodzaju wizyty i specjalności, więc możliwe jest utworzenie wielu różnych szablonów (sposób ich tworzenia jest przedstawiony w podrozdziale „Szablony formularzy”). W zakładce „Dokumenty” widoczne są trzy sekcje:

- lista dokumentów – lista dokumentów wypełnionych podczas bieżącej wizyty oraz formularzy wypełnionych na wcześniejszych wizytach, przy których nie zaznaczono opcji „Zakończony”
- nowy dokument – lista umożliwiająca lekarzowi wybranie jednego z szablonów formularzy do wypełnienia
- edycja dokumentu – formularz do wypełnienia lub edycji

Przy każdym dokumencie widocznym na liście dostępne są przyciski jego usuwania i edycji. Lekarz na wizycie może edytować i usuwać dokumenty z listy lub wypełniać nowe. Usuwanie jest możliwe tylko w przypadku wizyty, która jeszcze nie została zrealizowana i dotyczy wyłącznie nowych dokumentów wypełnionych podczas tej wizyty. Aby wyedytować dokument lekarz klika przycisk edycji przy danym dokumencie na liście, zaś aby dodać nowy dokument wybiera szablon nowego dokumentu. W obu tych przypadkach w sekcji edycji dokumentu wyświetla się formularz do wypełnienia lub aktualizacji. Po wypełnieniu / zmodyfikowaniu formularza należy dokument zapisać naciskając przycisk „Zapisz dokument”. Przy zapisywaniu dokumentu można zmienić

zaznaczenie pola „Zakończony” - dokumenty oznaczone jako „Zakończone” nie będą widoczne na kolejnych wizytach, zaś dokumenty bez tego oznaczenia pojawią się w na liście dokumentów w górnej części zakładki „Dokumenty” na kolejnych wizytach pacjenta. Po zapisaniu dokumentu pojawia się on na liście dokumentów. Podczas jednej wizyty można wypełnić wiele dokumentów powtarzając czynności wyboru nowego szablonu dokumentu, wypełnienia wyświetlonego formularza i zapisania go. W przypadku wizyt / operacji obsługiwanych przez więcej niż jedną osobę z personelu każda osoba z personelu obsługującego wizytę będzie widziała dokumenty wprowadzone tak przez siebie jak i przez pozostałe osoby obsługujące wizytę ale przyciski usuwania i edycji będzie miała dostępne tylko przy dokumentach wprowadzonych przez siebie.

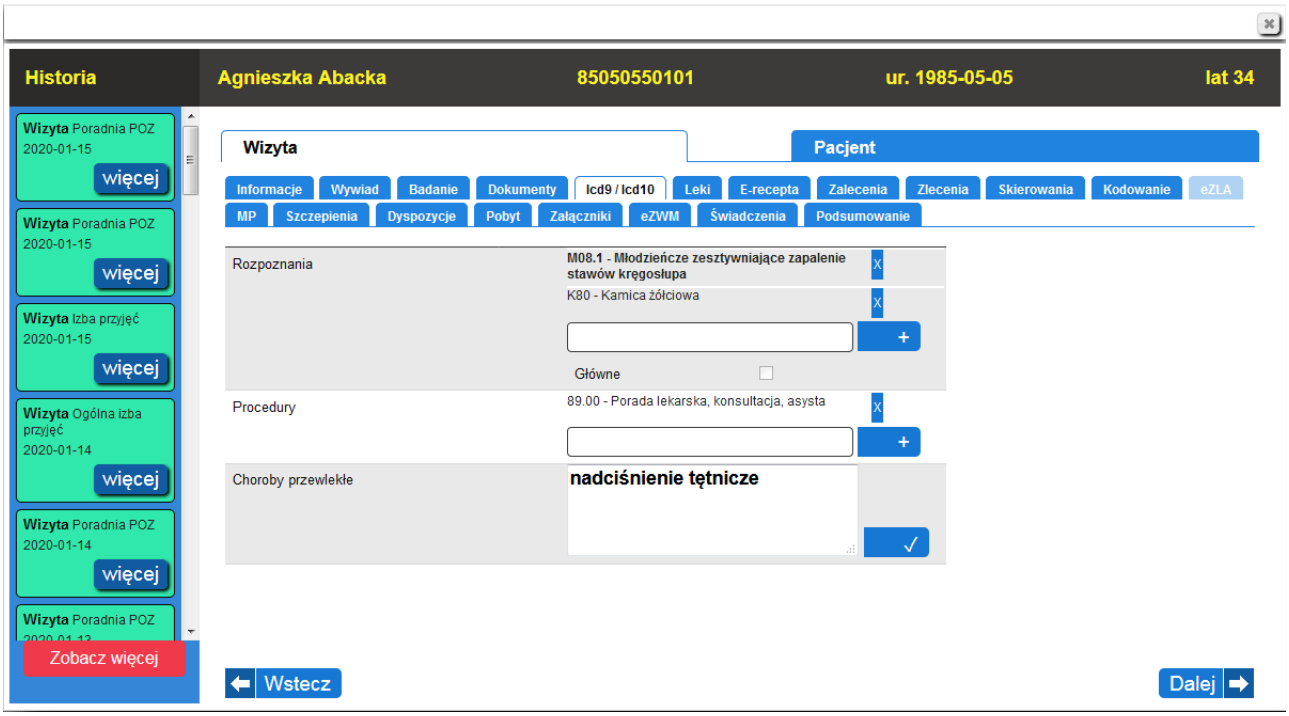


Przyciski „Wstecz” i „Dalej” widoczne na dole zakładki umożliwiają przełączenie się odpowiednio do poprzedniej i następnej zakładki w karcie wizyty.

ICD9 / ICD10

Zakładka „ICD9 / ICD10” pozwala lekarzowi zarejestrować zdiagnozowane rozpoznania i wykonane w ramach wizyty procedury. Aby wprowadzić rozpoznanie / procedurę należy w polu rozpoznania / procedury zacząć wpisywać kod lub nazwę poszukiwanego rozpoznania / procedury. Podczas wpisywania wyświetli się lista podpowiedzi - właściwe rozpoznanie / procedurę należy wybrać klikając na liście podpowiedzi i zatwierdzając przyciskiem ze znakiem „+” - wówczas rozpoznanie / procedura zostanie dopisane do karty wizyty. Jedno z rozpoznań można oznaczyć jako główne poprzez zaznaczenie pola „Główne” (przed naciśnięciem przycisku ze znakiem „+”).

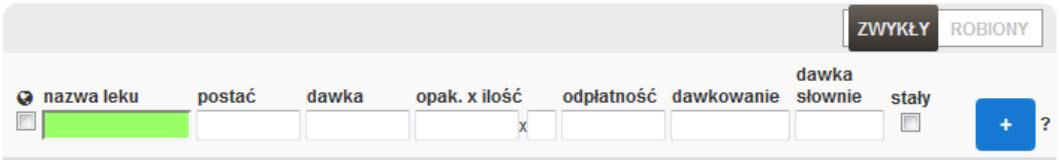
Możliwe jest wprowadzenie wielu rozpoznań / procedur. Przy poszczególnych dopisanych do karty wizyty rozpoznaniach / procedurach są widoczne przyciski „x” umożliwiające usunięcie danego rozpoznania / procedury (w przypadku wizyt / operacji obsługiwanych przez więcej niż jedną osobę z personelu każda osoba z personelu obsługującego wizytę będzie widziała rozpoznania / procedury wprowadzone tak przez siebie jak i przez pozostałe osoby obsługujące wizytę ale przycisk „x” będzie miała dostępny tylko przy rozpoznaniach / procedurach wprowadzonych przez siebie). Rozpoznanie główne jest wyróżnione pogrubioną czcionką. Ponadto w zakładce istnieje możliwość wprowadzania i podglądu informacji o chorobach przewlekłych pacjenta. Informacje te są widoczne dla wszystkich lekarzy i każdy lekarz może je modyfikować. Po wprowadzeniu zmian w informacjach o chorobach przewlekłych pacjenta należy je zapisać klikając przycisk ze znakiem „✓”.

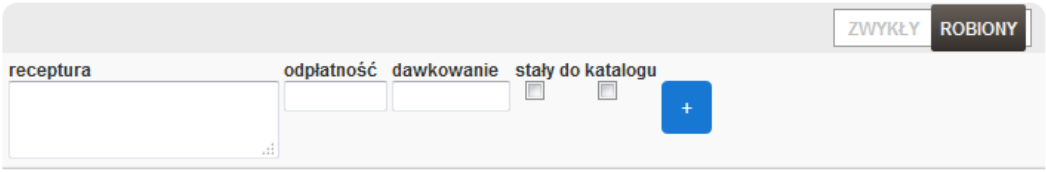


Przyciski „Wstecz” i „Dalej” widoczne na dole zakładki umożliwiają przełączenie się odpowiednio do poprzedniej i następnej zakładki w karcie wizyty.

Leki

Zakładka „Leki” umożliwia lekarzowi przepisywanie leków dla pacjenta i wystawianie recept papierowych. Możliwe jest przepisywanie zarówno leków gotowych jak i recepturowych – do zmiany rodzaju przepisywanego leku służy przełącznik ZWYKŁY / ROBIONY.





Przepisywanie leków gotowych odbywa się w oparciu o mechanizm podpowiedzi. Jeżeli przed polem nazwy leku nie jest zaznaczone pole z ikonką kuli ziemskiej wówczas przy wpisywaniu nazwy leku należy stosować nazwy handlowe, w przeciwnym razie należy używać nazw międzynarodowych. Jeżeli w konfiguracji gabinetu włączono tryb wyświetlania podpowiedzi przy przepisywaniu leków „podpowiedzi wyświetlane dla nazwy leku ale zawierające nazwę, postać, dawkę i opakowanie", wówczas aby przepisać lek gotowy należy w polu „nazwa leku" zacząć wpisywać nazwę leku i ewentualnie dawkę. Po wpisaniu przynajmniej trzech znaków wyświetli się lista podpowiedzi (leki refundowane są na liście podpowiedzi oznaczone znakiem ®). Właściwy lek należy wybrać z listy podpowiedzi. W tym momencie zostaną automatycznie wypełnione pola: „nazwa leku", „postać", „dawka", „opakowanie", „ilość", „odpłatność" a w przypadku leków psychotropowych z grup III-P i IV-Pa w przypadku leków psychotropowych z grup III-P i IV-P oraz wszystkich leków na receptę Rpw dla dawek określonych całkowitą lub ułamkową ilością mikrogramów, miligramów, gramów, mikrolitrów, mililitrów, litrów, gramów na litr, miligramów na litr, mikrogramów na litr, gramów na godzinę, miligramów na godzinę, mikrogramów na godzinę, gramów na mililitr, miligramów na mililitr, mikrogramów na mililitr także pole „dawka słownie" a ponadto przed przyciskiem „+" / „Dodaj" (znak / napis na przycisku zależy od konfiguracji gabinetu) pojawi się przycisk „ " / „ChPL" (znak / napis na przycisku zależy od konfiguracji gabinetu). Jeżeli natomiast w konfiguracji gabinetu włączono tryb wyświetlania podpowiedzi przy przepisywaniu leków „podpowiedzi wyświetlane osobno dla nazwy, postaci, dawki i opakowania leku" wówczas aby przepisać lek gotowy należy w polu „nazwa leku" zacząć wpisywać nazwę leku. Po wpisaniu przynajmniej trzech znaków wyświetli się lista podpowiedzi (nazwy leków refundowanych są na liście podpowiedzi oznaczone znakiem ®). Właściwy lek należy wybrać z listy podpowiedzi. Po wybraniu nazwy leku z listy podpowiedzi system automatycznie przenosi kursor do pola postaci leku i wyświetla podpowiedzi zawierające dostępne postaci leku o wybranej nazwie (postaci leków refundowanych są na liście podpowiedzi oznaczone znakiem ®). Po wybraniu postaci leku z listy podpowiedzi system automatycznie przenosi kursor do pola dawki leku i wyświetla podpowiedzi zawierające dostępne dawki leku o wybranej nazwie i postaci (dawki leków refundowanych są na liście podpowiedzi oznaczone znakiem ®). Po wybraniu dawki leku z listy podpowiedzi system automatycznie przenosi kursor do pola opakowania leku i wyświetla podpowiedzi zawierające dostępne opakowania leku o wybranej nazwie, postaci i dawce (opakowania leków refundowanych są na liście podpowiedzi oznaczone znakiem ®). Po wybraniu opakowania system automatycznie wypełnia pola „ilość" i „odpłatność" a w przypadku leków psychotropowych z grup III-P i IV-P oraz wszystkich leków na receptę Rpw dla dawek określonych całkowitą lub ułamkową ilością mikrogramów, miligramów, gramów, mikrolitrów, mililitrów, litrów, gramów na litr, miligramów na litr, mikrogramów na litr, gramów na godzinę, miligramów na godzinę, mikrogramów na godzinę, gramów na mililitr, miligramów na mililitr, mikrogramów na mililitr także pole „dawka słownie" a ponadto przed przyciskiem „+" / „Dodaj" (znak / napis na przycisku zależy od konfiguracji gabinetu) pojawi się przycisk „ " / „ChPL" (znak / napis na przycisku zależy od konfiguracji gabinetu). Zadaniem lekarza jest zweryfikować (i ewentualnie zmodyfikować) ilość i odpłatność za lek (jeżeli dla danego leku dostępny jest więcej niż jeden poziom odpłatności wówczas ustawiając kursor w polu „odpłatność" i naciskając na klawiaturze strzałkę w dół rozwinie się lista dostępnych odpłatności do wyboru), określić dawkowanie, w przypadku leków psychotropowych z grup III-P i IV-P wprowadzić dawkę substancji aktywnej

słownie (jeśli nie została wypełniona automatycznie) i w przypadku leków stałych zaznaczyć że jest to lek stały. Przycisk „ ℞ ” / „ChPL” jaki pojawia się przed przyciskiem „+” / „Dodaj” po wybraniu leku umożliwia podgląd szczegółowych danych wybranego leku (kliknięcie na tym przycisku otwiera nowe okno z charakterystyką produktu leczniczego).

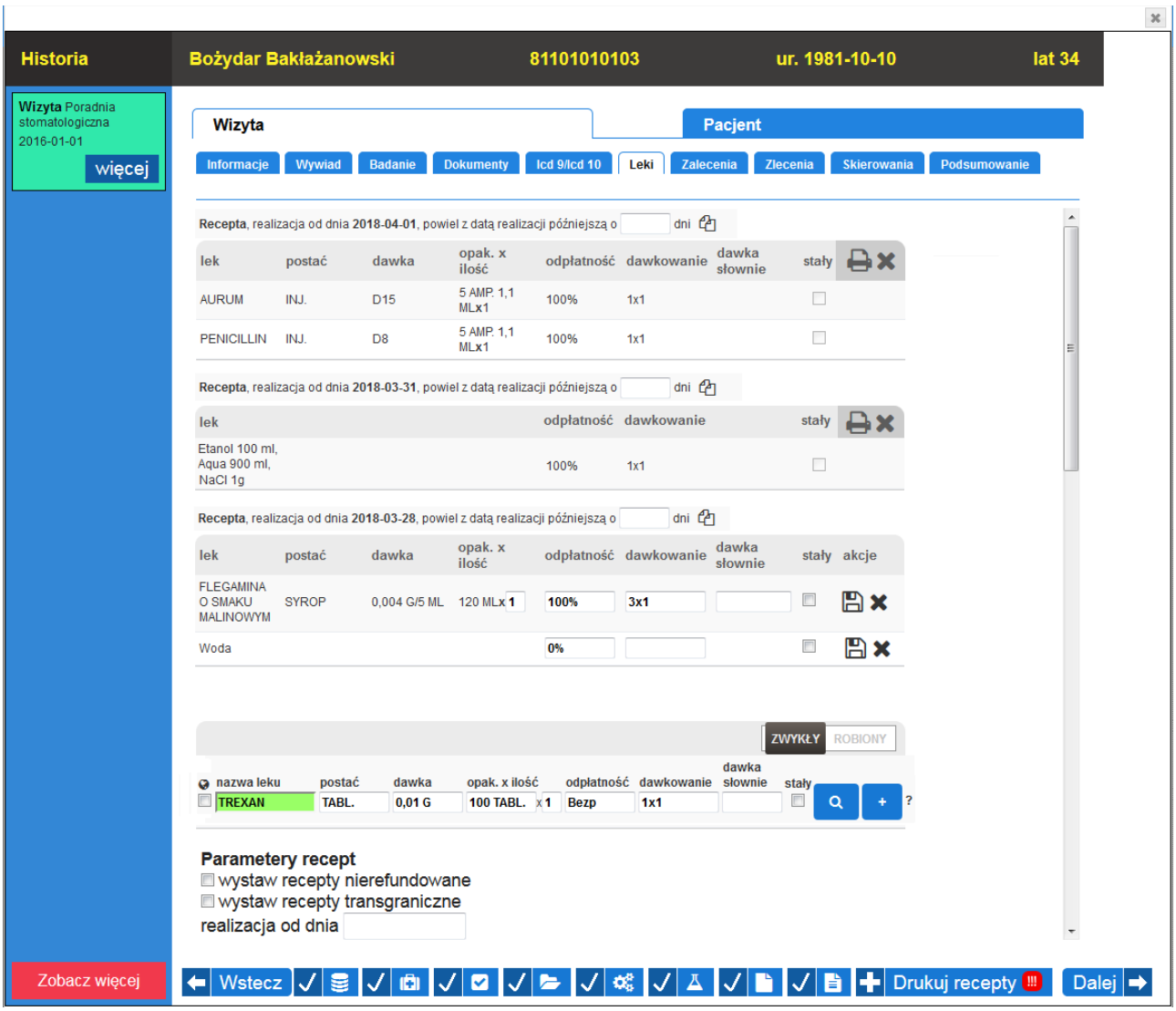


Aby przepisać lek recepturowy należy w polu „receptura” wprowadzić treść receptury leku a w polu „odpłatność” - odpłatność za ten lek (ustawiając kursor w polu „odpłatność” i naciskając na klawiaturze strzałkę w dół rozwinie się lista odpłatności do wyboru). Dodatkowo można określić dawkowanie i oznaczyć taki lek jako stały. Aby dodawany lek dopisać do katalogu leków recepturowych (wspólnego dla wszystkich lekarzy) należy dodatkowo zaznaczyć pole „do katalogu”. Po uzupełnieniu danych (tak dla leku gotowego jak i recepturowego) pozostaje dodać lek do karty wizyty naciskając przycisk „+” / „Dodaj” (znak / napis na przycisku zależy od konfiguracji gabinetu). Powtarzając powyższe czynności można wprowadzić dowolną ilość leków. Jeżeli zachodzi potrzeba modyfikacji ilości, odpłatności, dawkowania lub dawki słownie przy dodanym leku należy (przed wystawieniem recept) wprowadzić zmiany w odpowiednich polach przy tym leku i zapisać je klikając na ikonkę dyskietki przy tym leku (wszelkie modyfikacje ilości, odpłatności, dawkowania lub dawki słownie wprowadzone przy lekach są także zapisywane w momencie tworzenia recept). Jeżeli jakiś lek dodano przez pomyłkę można go usunąć klikając na ikonkę ze znakiem „×” widoczną przy danym leku. Przy nazwach przepisanych leków mogą pojawiać się następujące oznaczenia ostrzeżeń: P – lek psychotropowy, X – lek bardzo silny, S – lek silny, N – lek odurzający (pełna treść ostrzeżenia jest wyświetlana w dymku jaki pojawia się po najechaniu na dane oznaczenie). Po zakończeniu wprowadzania leków można wystawić recepty. W tym celu należy skorzystać z przycisku „Stwórz recepty” lub „Drukuj recepty” (zależnie od konfiguracji systemu). Jeżeli wystawiane recepty mają być nierefundowane (bez numeru i z odpłatnością 100%) należy przed naciśnięciem przycisku „Stwórz recepty” / „Drukuj recepty” zaznaczyć pole „wystaw recepty nierefundowane” widoczne w sekcji parametrów recept. Jeżeli wystawiane recepty mają być transgraniczne należy przed naciśnięciem przycisku „Stwórz recepty” / „Drukuj recepty” zaznaczyć pole „wystaw recepty transgraniczne” widoczne w sekcji parametrów recept (pole jest widoczne tylko jeśli lekarz posiada tytuł zawodowy oraz telefon lub email). Jeżeli recepty mają mieć przyszłą datę realizacji należy przed naciśnięciem przycisku „Stwórz recepty” /

„Drukuj recepty” wpisać datę realizacji od dnia w sekcji parametrów recept. Jeżeli dla lekarza w systemie nie ma wolnych numerów recept lub pula recept się kończy, wówczas na przycisku „Stwórz recepty” / „Drukuj recepty” pojawiają się trzy wykrzykniki na czerwonym tle a po najechaniu kursorem myszy na ten przycisk wyświetla się dodatkowo dymek z informacją o stanie pul recept lekarza. (Jeśli w puli nie ma wolnych numerów recept należy pobrać plik XMZ z pulą recept z systemu NFZ SZOI i skorzystać z funkcjonalności „Pule recept” w menu „Personel” aby wprowadzić ten plik do systemu.) Po naciśnięciu przycisku „Stwórz recepty” / „Drukuj recepty” system dzieli przepisane leki na grupy i dla każdej grupy wystawia osobną receptę. Zasady podziału leków na grupy są następujące:

- każdy lek psychotropowy i narkotyczny z grup I-N, II-N, III-P i IV-P trafia na osobną receptę (Rp, Rpz lub Rpw w zależności od tego jaki rodzaj recepty dla jakiego leku jest wymagany)
- każdy lek recepturowy trafia na osobną receptę (Rp)
- pozostałe leki na receptę oraz leki nie na receptę ale z odpłatnością inną niż 100% są dzielone na grupy po maksymalnie 5 leków (przy czym podział na grupy jest realizowany w taki sposób żeby wszystkie leki w danej grupie wymagały tego samego rodzaju recepty: Rp, Rpz lub Rpw) i dla każdej grupy jest wystawiana osobna recepta (Rp, Rpz lub Rpw); leki nie na receptę ale z odpłatnością inną niż 100% są traktowane jak leki na receptę Rp
- leki nie na receptę nie trafiają na recepty

Gdy do stworzenia recept użyto przycisku „Stwórz recepty” nad lekami pojawiają się ikonki drukowania recepty (ikonka drukarki) i anulowania recepty (ikonka „×”) umożliwiające pobranie i wydrukowanie poszczególnych recept każdej z osobna lub anulowanie recepty w przypadku pomyłki na niej. Gdy do stworzenia recept użyto przycisku „Drukuj recepty” od razu otwiera się plik ze wszystkimi wystawionymi receptami do wydruku lub receptami jeszcze nie wydrukowanymi (w zależności od konfiguracji gabinetu) a ponadto nad lekami pojawiają się ikonki drukowania recepty (ikonka drukarki) i anulowania recepty (ikonka „×”) umożliwiające pobranie i wydrukowanie poszczególnych recept każdej z osobna lub anulowanie recepty w przypadku pomyłki na niej. Ponadto nad każdą receptą pojawia się informacja o dacie realizacji oraz pole i ikonka umożliwiające powielenie danej recepty z datą realizacji późniejszą o wskazaną liczbę dni (np. w celu wystawienia serii recept na kuracje miesięczne). Aby powielić receptę z datą realizacji późniejszą o określoną liczbę dni należy wpisać pożądaną liczbę dni w polu widocznym nad receptą a następnie kliknąć ikonkę powielenia recepty. Recepty drukowane są na czystym papierze - system sam tworzy odpowiedni nadruk.



Przycisk z ikonką bazy danych widoczny w dolnej części zakładki „Leki” umożliwia dostęp do historii przepisywanych leków i wystawianych recept na rzecz danego pacjenta i pozwala w prosty sposób na ponowne przepisywanie tych samych leków lub ponowne wystawianie takich samych recept. Po naciśnięciu tego przycisku otwiera się nowe okno, w którym z lewej strony pojawiają się kategorie leków a z prawej leki. Kategorie leków są podzielone na poradnie w których pacjent się leczył oraz na inne leki. Jako pierwsza wyświetlana jest poradnia, w której odbywa się bieżąca wizyta. W każdej poradni dostępne są następujące kategorie leków:

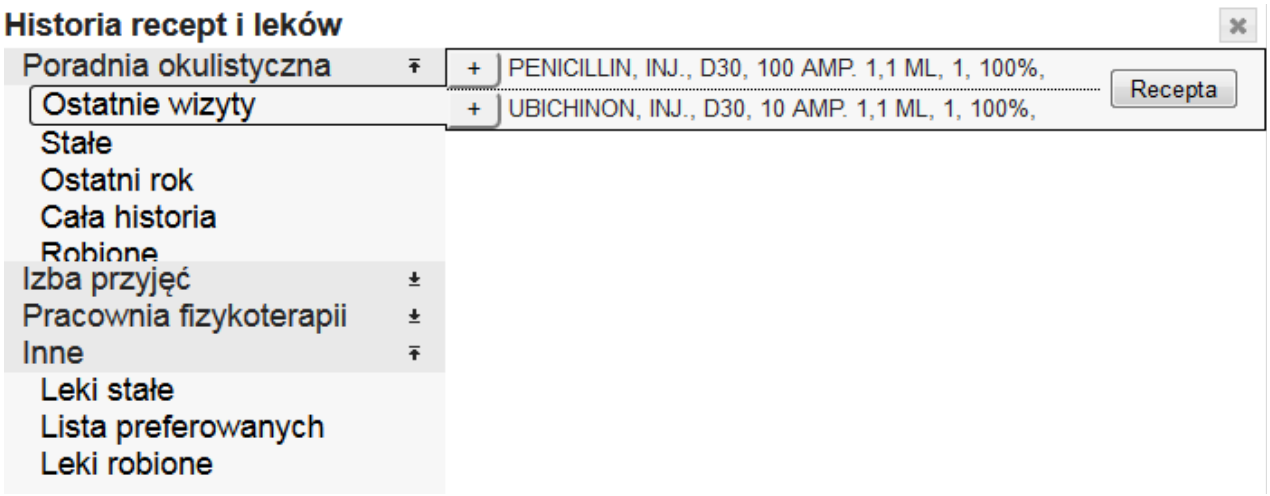
- ostatnie wizyty - leki gotowe i recepturowe pacjenta z trzech ostatnich wizyt zrealizowanych w danej poradni, w tym leki gotowe przepisane na e-receptę
- stałe - gotowe i recepturowe leki stałe pacjenta ze wszystkich wizyt zrealizowanych w danej poradni
- ostatni rok - leki gotowe i recepturowe pacjenta z wizyt zrealizowanych w danej poradni w ciągu ostatniego roku, w tym leki gotowe przepisane na e-receptę (365 lub 366 dni wstecz od daty bieżącej)
- cała historia - leki gotowe i recepturowe pacjenta ze wszystkich wizyt w danej poradni, w tym leki gotowe przepisane na e-receptę

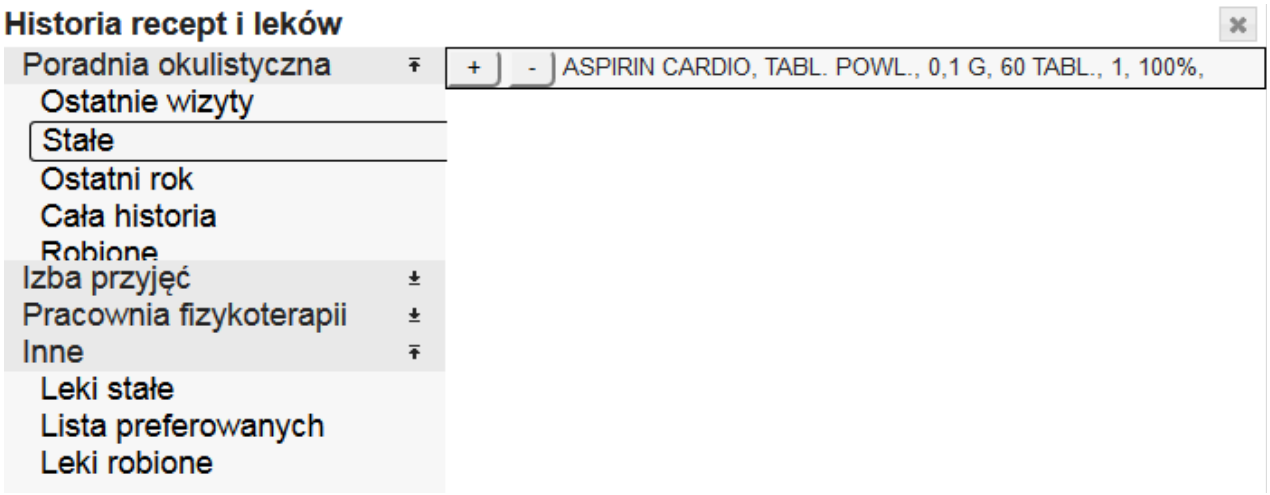
- robione - leki recepturowe pacjenta ze wszystkich jego wizyt zrealizowanych w danej poradni

Ponadto (obok leków wyszczególnionych w poradniach) dostępne są inne leki podzielone na kategorie:

- leki stałe – gotowe i recepturowe leki stałe pacjenta ze wszystkich zrealizowanych wizyt
- lista preferowanych - podręczna lista preferowanych (najczęściej przepisywanych) przez lekarza leków
- leki robione - leki recepturowe pacjenta ze wszystkich zrealizowanych wizyt

Klikając na nazwach poszczególnych kategorii, po prawej stronie okna wyświetlają się właściwe dla danej kategorii leki. Leki, które zostały już przepisane na bieżącej wizycie są wyszarzone. Przy każdym leku widoczny jest przycisk ze znakiem „+”, którego naciśnięcie dodaje wybrany lek do listy leków przepisanych pacjentowi na bieżącej wizycie. Ponadto w kategoriach „Stałe” i „Leki stałe” przy każdym leku widoczny jest przycisk ze znakiem „-”, którego naciśnięcie usuwa dany lek z historii recept i leków, co ma zastosowanie w sytuacji gdy określony lek przestaje być lekiem stałym pacjenta. W kategoriach „Ostatnie wizyty”, „Ostatni rok”, „Cała historia” leki są pogrupowane w taki sposób w jaki trafiały na recepty. Przy każdej takiej grupie leków (z wyjątkiem leków przepisanych na e-receptę) jest dostępny przycisk „Recepta”, którego naciśnięcie dodaje wybraną grupę leków do listy leków przepisanych pacjentowi na bieżącej wizycie i automatycznie tworzy na bieżącej wizycie receptę z tymi właśnie lekami. Jest to zatem bardzo szybki sposób na powtórzenie recepty.





Przycisk ze znakiem „×” w oknie historii recept i leków pozwala zamknąć to okno i wrócić do zakładki „Leki” w oknie wizyty.

Przycisk z ikonką apteczki widoczny w dolnej części zakładki „Leki” otwiera to samo okno co przycisk z ikonką bazy danych, z tym że w otwartym oknie wyświetlają się od razu leki z kategorii „Lista preferowanych”.

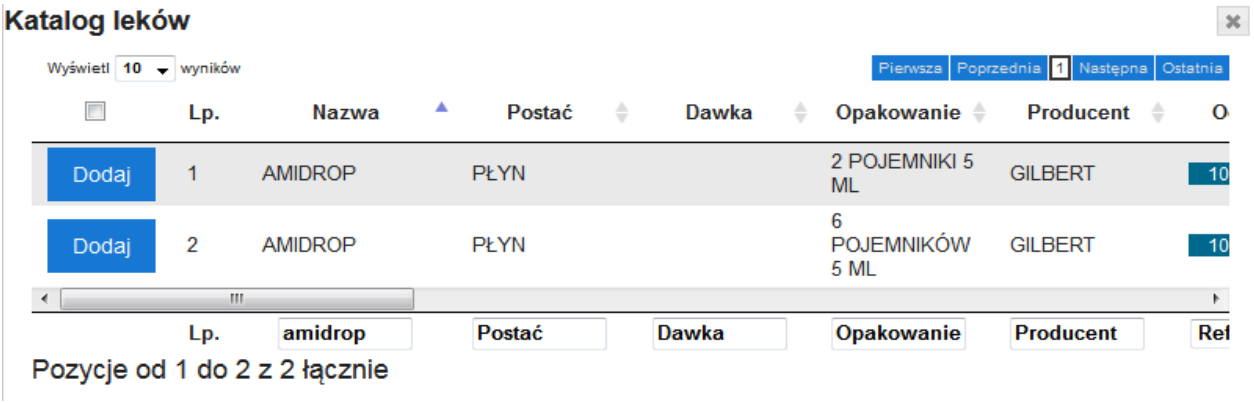
Przycisk z ikonką „☑” widoczny w dolnej części zakładki „Leki” otwiera to samo okno co przycisk z ikonką bazy danych, z tym że w otwartym oknie wyświetlają się od razu leki z kategorii „Leki stałe”.

Przycisk z ikonką otwartego folderu widoczny w dolnej części zakładki „Leki” umożliwia dostęp do pełnego katalogu leków i pozwala w prosty sposób na przepisywanie leków z katalogu. Po naciśnięciu tego przycisku otwiera się okno katalogu leków, w którym wyświetlają się wszystkie dostępne leki. Przy każdym leku prezentowane są następujące informacje:

- nazwa
- postać
- opakowanie
- producent
- odpłatność
- czy jest to lek dopuszczony do obrotu
- czy jest to lek antykoncepcyjny
- grupa prekursorów
- kategoria dostępności
- nazwa międzynarodowa
- charakterystyka – jeżeli lek posiada charakterystykę wówczas w polu charakterystyki wyświetlany jest przycisk ze strzałką w dół „↓” umożliwiający pobranie pliku PDF z charakterystyką leku
- zamienniki - przy każdym leku dostępny jest przycisk „Wyświetl”, który pozwala wyświetlić zamienniki dla danego leku

Przed każdym z leków widoczny jest przycisk „Dodaj”, który powoduje dodanie danego leku do listy leków przepisanych pacjentowi na bieżącej wizycie. Z kolei naciśnięcie przycisku wyświetlania zamienników przy dowolnym leku przełącza widok z listy leków na listę zamienników wybranego leku. W górnej części okna wyświetla się dodatkowo informacja o tym jakiego leku zamienniki są aktualnie wyświetlane a przy tej informacji znak „×”. Kliknięcie znaku „×” kończy wyświetlanie zamienników i przywraca poprzedni widok leków.

Listę leków wyświetlanych w oknie katalogu leków można zawężać wpisując fragment nazwy, postaci, opakowania, producenta, nazwy międzynarodowej w polach widocznych w dolnej części kolumny i/lub wybierając odpowiednie wartości z list rozwijanych również widocznych w dolnej części kolumny. Przy wpisywaniu fragmentu nazwy, postaci, opakowania, producenta, nazwy międzynarodowej i/lub wybieraniu wartości z list rozwijanych system automatycznie wyświetli tylko leki spełniające zadane kryteria. Klikając z kolei na nagłówki kolumn nad listą leków można posortować je alfabetycznie względem danej kolumny (kolejne kliknięcia zmieniają kolejność sortowania z rosnącej na malejącą i odwrotnie). W górnej części lewej kolumny widoczny jest ponadto panel nawigacyjny umożliwiający zmianę ilości leków widocznych na jednym ekranie jak również przełączanie się pomiędzy kolejnymi ekranami jeśli leki nie mieszczą się na jednym.

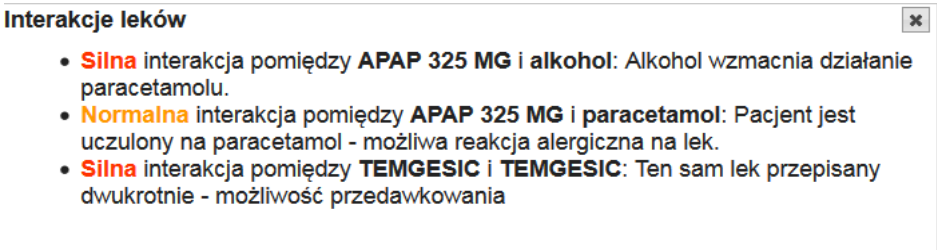


Przycisk ze znakiem „×” w oknie katalogu leków pozwala zamknąć to okno i wrócić do zakładki „Leki” w oknie wizyty.

Przycisk z ikonką przekładni widoczny w dolnej części zakładki „Leki” pozwala na podgląd listy interakcji zachodzących pomiędzy przepisanymi lekami, interakcji pomiędzy przepisanymi lekami a czynnikami na które pacjent jest uczulony lub od których jest uzależniony oraz pomiędzy przepisanymi lekami a innymi czynnikami zdefiniowanymi w słowniku czynników interakcji. W zależności od konfiguracji systemu przycisk ten może być stale niebieski (szybsze działanie systemu) lub automatycznie zmieniać kolor na czerwony w przypadku wykrycia jakiejkolwiek interakcji (wolniejsze działanie systemu). Po kliknięciu tego przycisku wyświetla się okienko z listą wykrytych interakcji. System sygnalizuje następujące interakcje:

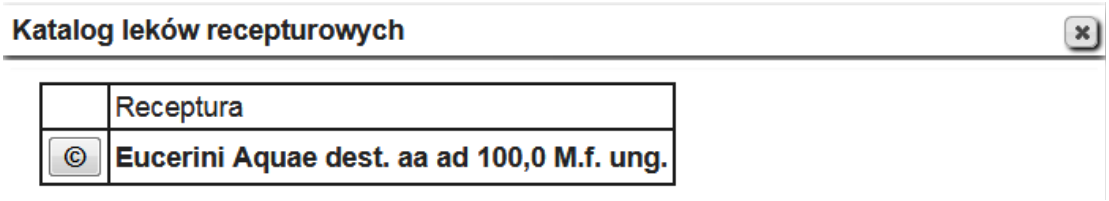
- interakcja lek-lek zdefiniowana przez użytkownika z bazie interakcji (lek w rozumieniu nazwy handlowej lub międzynarodowej)
- interakcja lek-czynnik zdefiniowana przez użytkownika z bazie interakcji (lek w rozumieniu nazwy handlowej lub międzynarodowej)
- przepisanie tego samego leku więcej niż raz
- przepisanie co najmniej dwóch leków zawierających ten sam składnik (skłatnik w rozumieniu nazwy międzynarodowej)

- interakcja pomiędzy lekiem a czynnikiem na który pacjent jest uczulony
- interakcja pomiędzy lekiem a czynnikiem od którego pacjent jest uzależniony



Przycisk ze znakiem „×” w oknie interakcji leków pozwala zamknąć to okno i powrócić do zakładki „Leki” w oknie wizyty.

Przycisk z ikonką kolby widoczny w dolnej części zakładki „Leki” pozwala na dostęp do katalogu leków recepturowych. Po jego kliknięciu w nowym oknie wyświetla się katalog leków recepturowych a przy każdym leku przycisk ze znakiem „©”, którego kliknięcie skutkuje zamknięciem okna katalogu i skopiowaniem receptury do formularza przepisywania leku recepturowego na dole zakładki „Leki”, co umożliwia szybsze przepisanie danego leku pacjentowi.



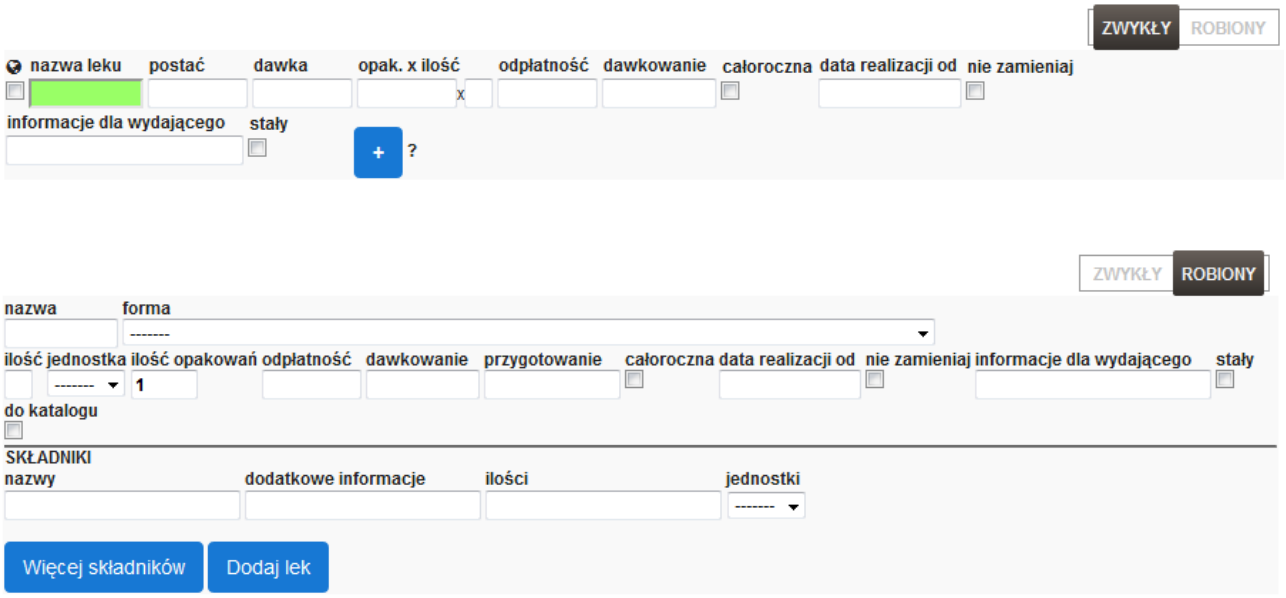
Przycisk ze znakiem pustej kartki papieru w dolnej części zakładki „Leki” pozwala na wydrukowanie czystego druku recepty.

Przycisk ze znakiem zapisanej kartki papieru w dolnej części zakładki „Leki” pozwala na wydrukowanie druku recepty z numerem, danymi zakładu, lekarza i pacjenta.

Przyciski „Wstecz” i „Dalej” widoczne na dole zakładki umożliwiają przełączenie się odpowiednio do poprzedniej i następnej zakładki w karcie wizyty.

E-recepta

Zakładka „E-recepta” umożliwia lekarzowi przepisywanie leków dla pacjenta i wystawianie recept elektronicznych (e-recept). Zakładka zorganizowana jest w formie trzech tabel i formularza przepisywania leków. Pierwsza tabela to pakiety wystawionych e-recept. Druga tabela to leki gotowe dla których jeszcze nie wystawiono e-recept. Trzecia tabela to leki recepturowe (robione) dla których nie wystawiono jeszcze e-recept. Formularz przepisywania leków umożliwia przepisywanie zarówno leków gotowych jak i recepturowych – do zmiany rodzaju przepisywanego leku służy przełącznik ZWYKŁY / ROBIONY.



Przepisywanie leków gotowych odbywa się w oparciu o mechanizm podpowiedzi. Jeżeli przed polem nazwy leku nie jest zaznaczone pole z ikonką kuli ziemskiej wówczas przy wpisywaniu nazwy leku należy stosować nazwy handlowe, w przeciwnym razie należy używać nazw międzynarodowych. Jeżeli w konfiguracji gabinetu włączono tryb wyświetlania podpowiedzi przy przepisywaniu leków „podpowiedzi wyświetlane dla nazwy leku ale zawierające nazwę, postać, dawkę i opakowanie", wówczas aby przepisać lek gotowy należy w polu „nazwa leku" zacząć wpisywać nazwę leku i ewentualnie dawkę. Po wpisaniu przynajmniej trzech znaków wyświetli się lista podpowiedzi (leki refundowane są na liście podpowiedzi oznaczone znakiem ®). Właściwy lek należy wybrać z listy podpowiedzi. W tym momencie zostaną automatycznie wypełnione pola: „nazwa leku", „postać", „dawka", „opakowanie", „ilość", „odpłatność" a ponadto przed przyciskiem „+" / „Dodaj" (znak / napis na przycisku zależy od konfiguracji gabinetu) pojawi się przycisk „ ℞ " / „ChPL" (znak / napis na przycisku zależy od konfiguracji gabinetu). Jeżeli natomiast w konfiguracji gabinetu włączono tryb wyświetlania podpowiedzi przy przepisywaniu leków „podpowiedzi wyświetlane osobno dla nazwy, postaci, dawki i opakowania leku" wówczas aby przepisać lek gotowy należy w polu „nazwa leku" zacząć wpisywać nazwę leku. Po wpisaniu przynajmniej trzech znaków wyświetli się lista podpowiedzi (nazwy leków refundowanych są na liście podpowiedzi oznaczone znakiem ®). Właściwy lek należy wybrać z listy podpowiedzi. Po wybraniu nazwy leku z listy podpowiedzi system automatycznie przenosi kursor do pola postaci leku i wyświetla podpowiedzi zawierające dostępne postaci leku o wybranej nazwie (postaci leków refundowanych są na liście podpowiedzi oznaczone znakiem ®). Po wybraniu postaci leku z listy podpowiedzi system automatycznie przenosi kursor do pola dawki leku i wyświetla podpowiedzi zawierające dostępne dawki leku o wybranej nazwie i postaci (dawki leków refundowanych są na liście podpowiedzi oznaczone znakiem ®). Po wybraniu dawki leku z listy podpowiedzi system automatycznie przenosi kursor do pola opakowania leku i wyświetla podpowiedzi zawierające dostępne opakowania leku o wybranej nazwie, postaci i dawce (opakowania leków refundowanych są na liście podpowiedzi oznaczone znakiem ®; opakowania leków dla których skończyła się ważność pozwolenia na obrót są wyróżnione kolorem czerwonym). Po wybraniu opakowania system automatycznie wypełnia pola „ilość" i „odpłatność" a ponadto przed przyciskiem „+" / „Dodaj" (znak / napis na przycisku zależy od konfiguracji gabinetu) pojawi się przycisk „ ℞ " / „ChPL" (znak / napis na przycisku zależy od konfiguracji gabinetu). Zadaniem lekarza jest zweryfikować (i ewentualnie zmodyfikować) ilość i odpłatność za lek (jeżeli dla danego leku dostępny jest więcej niż jeden poziom odpłatności wówczas ustawiając kursor w polu „odpłatność"

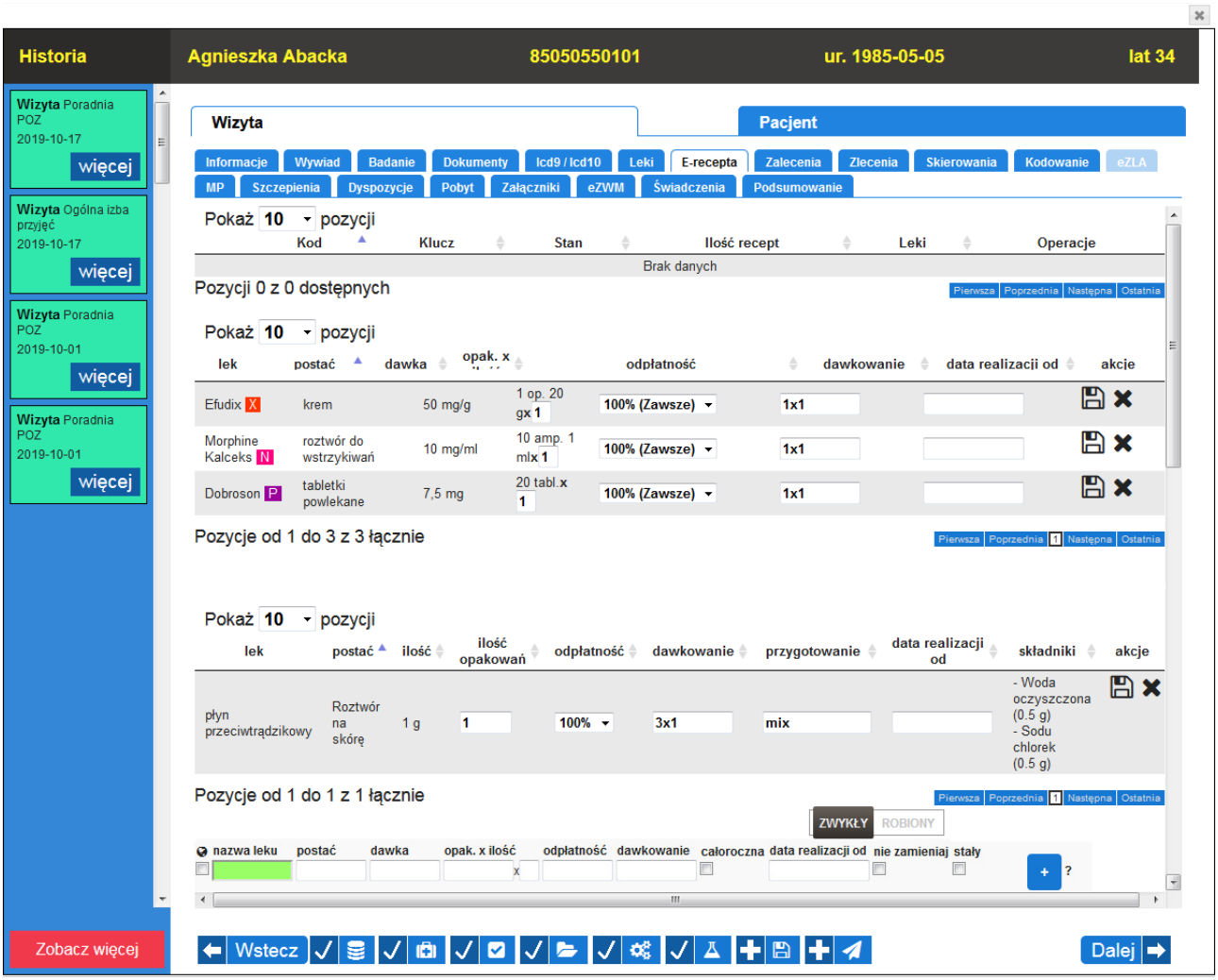
i naciskając na klawiaturze strzałkę w dół rozwinie się lista dostępnych odpłatności do wyboru), określić dawkowanie, jeżeli recepta na dany lek ma mieć odroczony termin realizacji wskazać datę realizacji, w przypadku gdy dany lek ma trafić na listę leków stałych pacjenta zaznaczyć pole „stały” (jeżeli dany lek został już wpisany na listę leków stałych pacjenta, wówczas żądanie ponownego wpisania danego leku na tę listę zostanie zignorowane), jeżeli recepta na dany lek ma być całoroczna zaznaczyć pole „całoroczna”, jeśli dla danego leku nie mogą być stosowane zamienniki zaznaczyć pole „nie zamieniaj”, opcjonalnie można podać także informacje dla wydającego lek. Przycisk „ ” / „ChPL” jaki pojawia się przed przyciskiem „+” / „Dodaj” po wybraniu leku umożliwia podgląd szczegółowych danych wybranego leku (kliknięcie na tym przycisku otwiera nowe okno z charakterystyką produktu leczniczego). Po uzupełnieniu danych pozostaje dodać lek do karty wizyty naciskając przycisk „+” / „Dodaj” (znak / napis na przycisku zależy od konfiguracji gabinetu). Powtarzając powyższe czynności można wprowadzić dowolną ilość leków.



Aby przepisać lek recepturowy należy podać jego nazwę, określić formę, wskazać ilość i jednostkę, podać ilość opakowań, wprowadzić odpłatność, określić dawkowanie i opisać sposób przygotowania leku i określić składniki wraz z ilościami. Ustawiając kursor w polu „odpłatność” i naciskając na klawiaturze strzałkę w dół rozwinie się lista odpłatności do wyboru. Jeżeli dany lek ma trafić na listę leków stałych pacjenta, wówczas należy zaznaczyć pole „stały” (jeżeli dany lek został już wpisany na listę leków stałych pacjenta, wówczas żądanie ponownego wpisania danego leku na tę listę zostanie zignorowane). Aby dodawany lek dopisać do katalogu leków recepturowych (wspólnego dla wszystkich lekarzy) należy dodatkowo zaznaczyć pole „do katalogu”. Jeżeli recepta na dany lek ma mieć odroczony termin realizacji, wówczas należy wskazać datę realizacji. Jeżeli recepta na dany lek ma być całoroczna należy zaznaczyć pole „całoroczna”. Jeśli dla danego leku nie mogą być stosowane zamienniki należy zaznaczyć pole „nie zamieniaj”. Opcjonalnie można podać także informacje dla wydającego lek. Składniki wprowadza się przez podanie nazwy wraz z określeniem ilości i jednostki. Przy wprowadzaniu nazwy składnika po wpisaniu przynajmniej trzech znaków wyświetli się lista podpowiedzi z nazwami składników – właściwy składnik należy wybrać z listy podpowiedzi. Domyślnie wyświetlają się pola umożliwiające wprowadzenie jednego składnika. Aby wyświetlić więcej pól w celu wprowadzenia

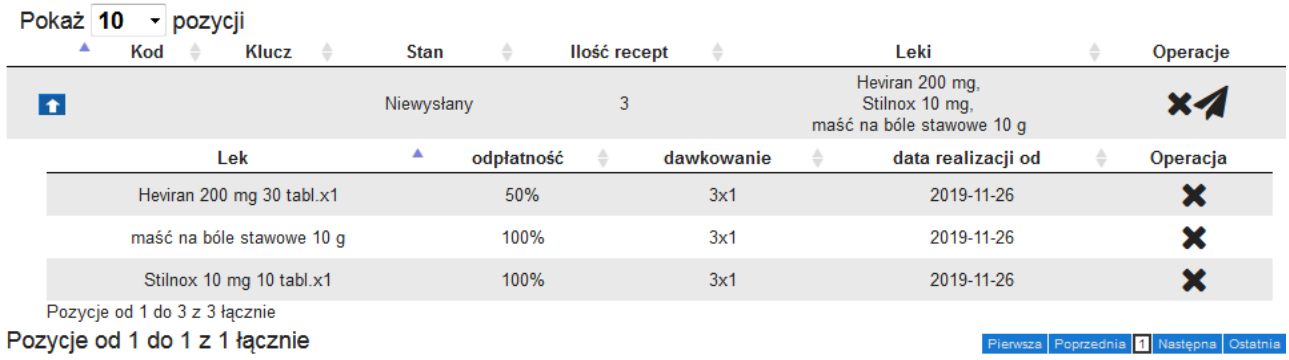
większej ilości składników należy skorzystać z przycisku „Więcej składników”. Każde kliknięcie tego przycisku wyświetli dodatkowe pola do wprowadzenia kolejnego składnika. Pola przeznaczone do wprowadzenia składników, które nie zostaną wypełnione, zostaną zignorowane przy dodawaniu leku do karty wizyty. Po uzupełnieniu danych pozostaje dodać lek do karty wizyty naciskając przycisk „Dodaj lek”. Powtarzając powyższe czynności można wprowadzić dowolną ilość leków.

Jeżeli zachodzi potrzeba modyfikacji ilości, odpłatności, dawkowania czy daty realizacji przy dodanym leku gotowym albo ilości, odpłatności, dawkowania, przygotowania czy daty realizacji przy leku recepturowym należy (przed wystawieniem recept) wprowadzić zmiany w odpowiednich polach przy tym leku i zapisać je klikając na ikonkę dyskietki przy tym leku (wszelkie modyfikacje wprowadzone przy lekach są także zapisywane w momencie tworzenia recept). Jeżeli jakiś lek dodano przez pomyłkę można go usunąć klikając na ikonkę ze znakiem „×” widoczną przy danym leku. Przy nazwach przepisanych leków mogą pojawiać się następujące oznaczenia ostrzeżeń: P – lek psychotropowy, X – lek bardzo silny, S – lek silny, N – lek odurzający (pełna treść ostrzeżenia jest wyświetlana w dymku jaki pojawia się po najechaniu na dane oznaczenie).

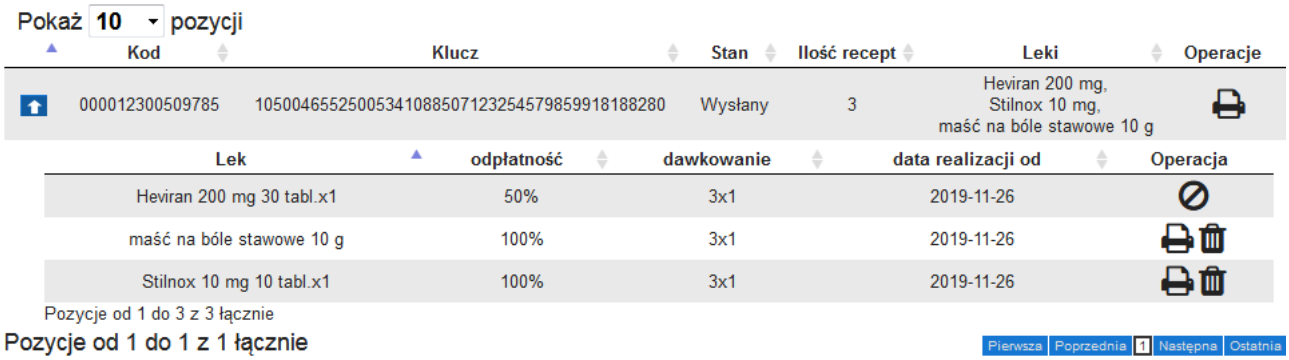


Po zakończeniu wprowadzania leków można wystawić e-recepty. Aby wystawić e-recepty bez ich jednoczesnego wysyłania należy kliknąć przycisk z ikonką dyskietki widoczny na dole zakładki „E-recepta”. System automatycznie wystawi wówczas e-recepty (dla każdego leku wystawiana jest

osobna e-recepta) i automatycznie utworzy pakiety dla wystawionych e-recept (każdy pakiet może obejmować maksymalnie pięć e-recept). Utworzone pakiety wyświetlą się w tabeli pakietów e-recept. Przy każdym pakiecie widoczny jest niebieski przycisk z białą strzałką umożliwiający wyświetlenie/ukrycie szczegółów pakietu, czyli e-recept wchodzących w skład pakietu. Przy każdej e-recepcie widoczny jest przycisk ze znakiem „×" umożliwiający jej usunięcie. Usunięcie recepty skutkuje przeniesieniem leku, dla którego ta recepta była wystawiona, na listę leków dla których nie wystawiono recepty. Identyczny przycisk przy pakiecie umożliwia usunięcie pakietu. Usunięcie pakietu skutkuje usunięciem wszystkich e-recept wchodzących w skład pakietu a więc przeniesieniem wszystkich leków, dla których te recepty były wystawiona, na listę leków dla których nie wystawiono recepty.



Przy każdym pakiecie e-recept widnieje także przycisk z ikonką papierowego samolotu, którego kliknięcie powoduje wysłanie pakietu e-recept. Zmienia się wówczas widok tabeli pakietów e-recept – znikają ikonki usuwania e-recept / pakietów i wysyłania pakietów a pojawiają się ikonki drukowania e-recept i drukowania pakietów oraz anulowania e-recept. Kliknięcie na ikonkę drukowania pakietu / e-recepty otwiera w nowym oknie podgląd pakietu / e-recepty umożliwiając jego / jej wydrukowanie. Po kliknięciu na ikonkę anulowania e-recepty system prosi o podanie powodu jej anulowania po czym dokonuje unieważnienia e-recepty a zamiast ikonek drukowania i anulowania pojawia się ikonka wskazująca, że e-recepta została anulowana.



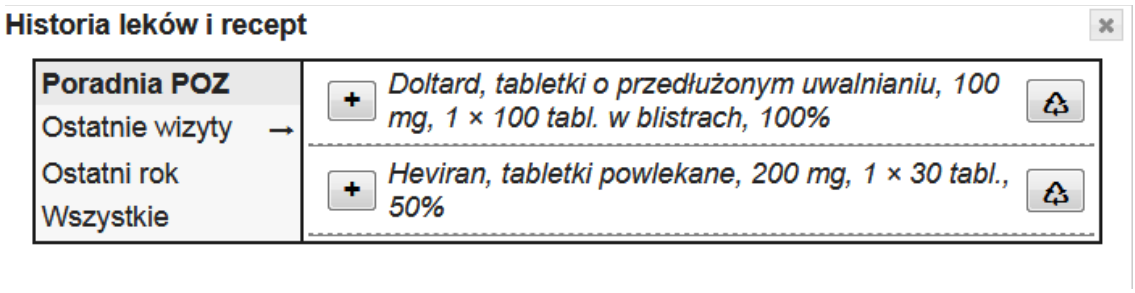
Aby wystawić e-recepty z ich jednoczesnym wysyłaniem należy kliknąć przycisk z ikonką papierowego samolotu widoczny na dole zakładki „E-recepta". System automatycznie wystawi wówczas e-recepty (dla każdego leku wystawiana jest osobna e-recepta), automatycznie utworzy pakiety dla wystawionych e-recept (każdy pakiet może obejmować maksymalnie pięć e-recept) i dokona ich wysyłki. Utworzone pakiety wyświetlą się w tabeli pakietów e-recept z ikonkami drukowania przy nich i ikonkami drukowania przy e-receptach wchodzących w skład pakietów.

Jeżeli w konfiguracji systemu został włączony mechanizm automatycznego wysyłania pacjentom wiadomości SMS z kodami dostępu do e-recept, wówczas w momencie wysłania pakietu e-recept do platformy P1 wysyłany jest także SMS do pacjenta z kodem dostępu do takiego pakietu e-recept (o ile pacjent nie korzysta z Internetowego Konta Pacjenta i ma w karcie pacjenta podany numer telefonu komórkowego).

Przycisk z ikonką bazy danych widoczny w dolnej części zakładki „E-recepta" umożliwia dostęp do historii przepisywanych leków i wystawianych recept na rzecz danego pacjenta i pozwala w prosty sposób na ponowne przepisywanie tych samych leków lub ponowne wystawianie takich samych recept. Po naciśnięciu tego przycisku otwiera się nowe okno, w którym z lewej strony pojawiają się kategorie leków a z prawej leki. Kategorie leków są podzielone na poradnie w których pacjent się leczył. W każdej poradni dostępne są następujące kategorie leków:

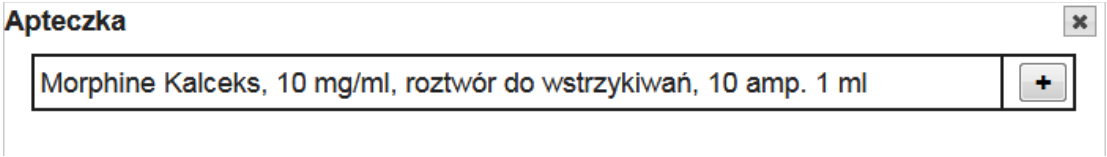
- ostatnie wizyty - leki gotowe i recepturowe pacjenta z trzech ostatnich wizyt zrealizowanych w danej poradni
- ostatni rok - leki gotowe i recepturowe pacjenta z wizyt zrealizowanych w danej poradni w ciągu ostatniego roku (365 lub 366 dni wstecz od daty bieżącej)
- wszystkie - leki gotowe i recepturowe pacjenta ze wszystkich wizyt w danej poradni

Klikając na nazwach poszczególnych kategorii, po prawej stronie okna wyświetlają się właściwe dla danej kategorii leki. Przy każdym leku widoczny jest przycisk ze znakiem „+", którego naciśnięcie dodaje wybrany lek do listy leków przepisanych pacjentowi na bieżącej wizycie. Leki są pogrupowane w taki sposób w jaki trafiały na recepty. Przy każdej takiej grupie leków jest dostępny przycisk ze znakiem „♺", którego naciśnięcie dodaje wybraną grupę leków do listy leków przepisanych pacjentowi na bieżącej wizycie i automatycznie tworzy na bieżącej wizycie pakiet e-recept z tymi właśnie lekami. Jest to zatem bardzo szybki sposób na powtarzanie e-recept.



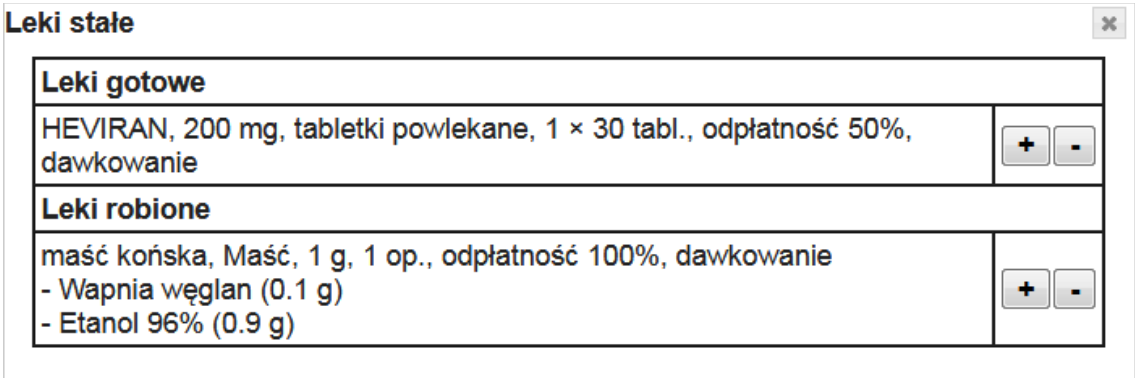
Przycisk ze znakiem „×" w oknie historii recept i leków pozwala zamknąć to okno i wrócić do zakładki „E-recepta" w oknie wizyty.

Przycisk z ikonką apteczki widoczny w dolnej części zakładki „E-recepta" otwiera okno apteczki podręcznej czyli listy preferowanych leków lekarza. Przy każdym leku widoczny jest przycisk ze znakiem „+", którego naciśnięcie dodaje wybrany lek do listy leków przepisanych pacjentowi na bieżącej wizycie.



Przycisk ze znakiem „×” w oknie apteczki pozwala zamknąć to okno i wrócić do zakładki „E-recepta” w oknie wizyty.

Przycisk z ikonką „☑” widoczny w dolnej części zakładki „E-recepta” otwiera okno z listą leków stałych pacjenta z podziałem na leki gotowe i leki robione. Przy każdym leku widoczny jest przycisk ze znakiem „+”, którego naciśnięcie dodaje wybrany lek do listy leków przepisanych pacjentowi na bieżącej wizycie. Przy każdym leku widoczny jest także przycisk ze znakiem „–”, którego naciśnięcie usuwa wybrany lek z listy leków stałych pacjenta.



Przycisk ze znakiem „×” w oknie leków stałych pozwala zamknąć to okno i wrócić do zakładki „E-recepta” w oknie wizyty.

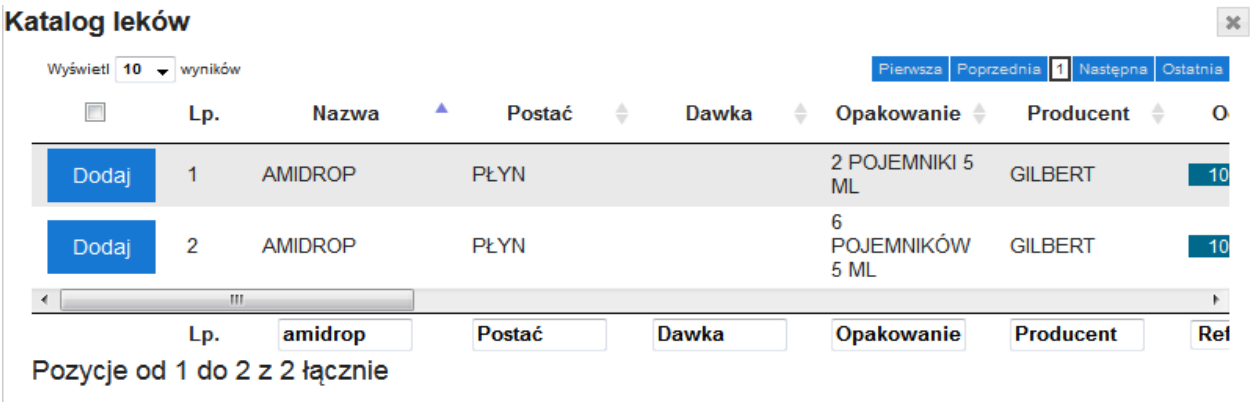
Przycisk z ikonką otwartego folderu widoczny w dolnej części zakładki „E-recepta” umożliwia dostęp do pełnego katalogu leków i pozwala w prosty sposób na przepisywanie leków z katalogu. Po naciśnięciu tego przycisku otwiera się okno katalogu leków, w którym wyświetlają się wszystkie dostępne leki. Przy każdym leku prezentowane są następujące informacje:

- nazwa
- postać
- opakowanie
- producent
- odpłatność
- czy jest to lek dopuszczony do obrotu
- czy jest to lek antykoncepcyjny
- grupa prekursorów
- kategoria dostępności
- nazwa międzynarodowa
- charakterystyka – jeżeli lek posiada charakterystykę wówczas w polu charakterystyki wyświetlany jest przycisk ze strzałką w dół „↓” umożliwiający pobranie pliku PDF z charakterystyką leku
- zamienniki - przy każdym leku dostępny jest przycisk „Wyświetl”, który pozwala wyświetlić zamienniki dla danego leku

Przed każdym z leków widoczny jest przycisk „Dodaj”, który powoduje dodanie danego leku do

listy leków przepisanych pacjentowi na bieżącej wizycie. Z kolei naciśnięcie przycisku wyświetlania zamienników przy dowolnym leku przełącza widok z listy leków na listę zamienników wybranego leku. W górnej części okna wyświetla się dodatkowo informacja o tym jakiego leku zamienniki są aktualnie wyświetlane a przy tej informacji znak „×". Kliknięcie znaku „×" kończy wyświetlanie zamienników i przywraca poprzedni widok leków.

Listę leków wyświetlanych w oknie katalogu leków można zawężać wpisując fragment nazwy, postaci, opakowania, producenta, nazwy międzynarodowej w polach widocznych w dolnej części kolumny i/lub wybierając odpowiednie wartości z list rozwijanych również widocznych w dolnej części kolumny. Przy wpisywaniu fragmentu nazwy, postaci, opakowania, producenta, nazwy międzynarodowej i/lub wybieraniu wartości z list rozwijanych system automatycznie wyświetli tylko leki spełniające zadane kryteria. Klikając z kolei na nagłówki kolumn nad listą leków można posortować je alfabetycznie względem danej kolumny (kolejne kliknięcia zmieniają kolejność sortowania z rosnącej na malejącą i odwrotnie). W górnej części lewej kolumny widoczny jest ponadto panel nawigacyjny umożliwiający zmianę ilości leków widocznych na jednym ekranie jak również przełączanie się pomiędzy kolejnymi ekranami jeśli leki nie mieszczą się na jednym.



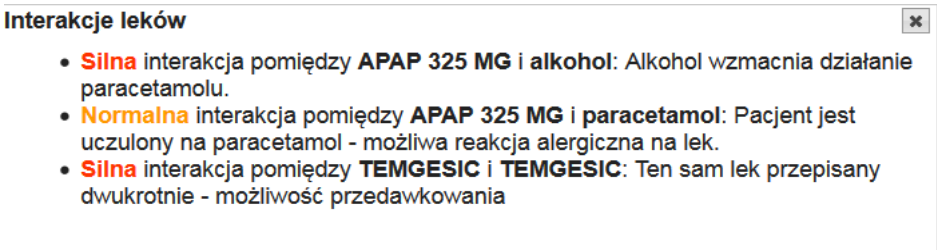
Przycisk ze znakiem „×" w oknie katalogu leków pozwala zamknąć to okno i wrócić do zakładki „E-recepta" w oknie wizyty.

Przycisk z ikonką przekładni widoczny w dolnej części zakładki „E-recepta" pozwala na podgląd listy interakcji zachodzących pomiędzy przepisanymi lekami, interakcji pomiędzy przepisanymi lekami a czynnikami na które pacjent jest uczulony lub od których jest uzależniony oraz pomiędzy przepisanymi lekami a innymi czynnikami zdefiniowanymi w słowniku czynników interakcji. W zależności od konfiguracji systemu przycisk ten może być stale niebieski (szybsze działanie systemu) lub automatycznie zmieniać kolor na czerwony w przypadku wykrycia jakiejkolwiek interakcji (wolniejsze działanie systemu). Po kliknięciu tego przycisku wyświetla się okienko z listą wykrytych interakcji. Mechanizm wykrywania interakcji uwzględnia zarówno leki przepisane pacjentowi w zakładce „E-recepta" jak również te przepisane pacjentowi w zakładce „Leki". System sygnalizuje następujące interakcje:

- interakcja lek-lek zdefiniowana przez użytkownika z bazie interakcji (lek w rozumieniu nazwy handlowej lub międzynarodowej)
- interakcja lek-czynnik zdefiniowana przez użytkownika z bazie interakcji (lek w rozumieniu nazwy handlowej lub międzynarodowej)
- przepisanie tego samego leku więcej niż raz
- przepisanie co najmniej dwóch leków zawierających ten sam składnik (skłatnik w

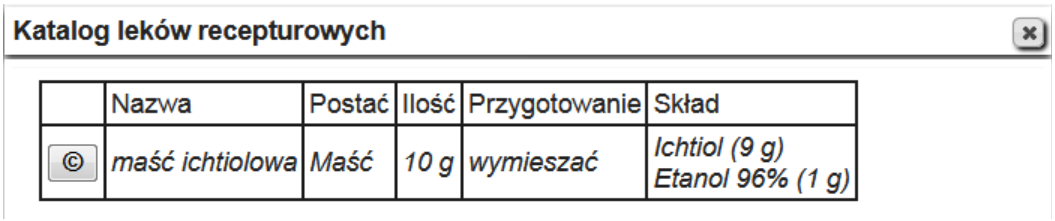
rozumieniu nazwy międzynarodowej)

- interakcja pomiędzy lekiem a czynnikiem na który pacjent jest uczulony
- interakcja pomiędzy lekiem a czynnikiem od którego pacjent jest uzależniony



Przycisk ze znakiem „×” w oknie interakcji leków pozwala zamknąć to okno i powrócić do zakładki „E-recepta” w oknie wizyty.

Przycisk z ikonką kolby widoczny w dolnej części zakładki „E-recepta” pozwala na dostęp do katalogu leków recepturowych. Po jego kliknięciu w nowym oknie wyświetla się katalog leków recepturowych a przy każdym leku przycisk ze znakiem „©”, którego kliknięcie skutkuje zamknięciem okna katalogu i skopiowaniem danych leku do formularza przepisywania leku recepturowego na dole zakładki „E-recepta”, co umożliwia szybsze przepisanie danego leku pacjentowi.



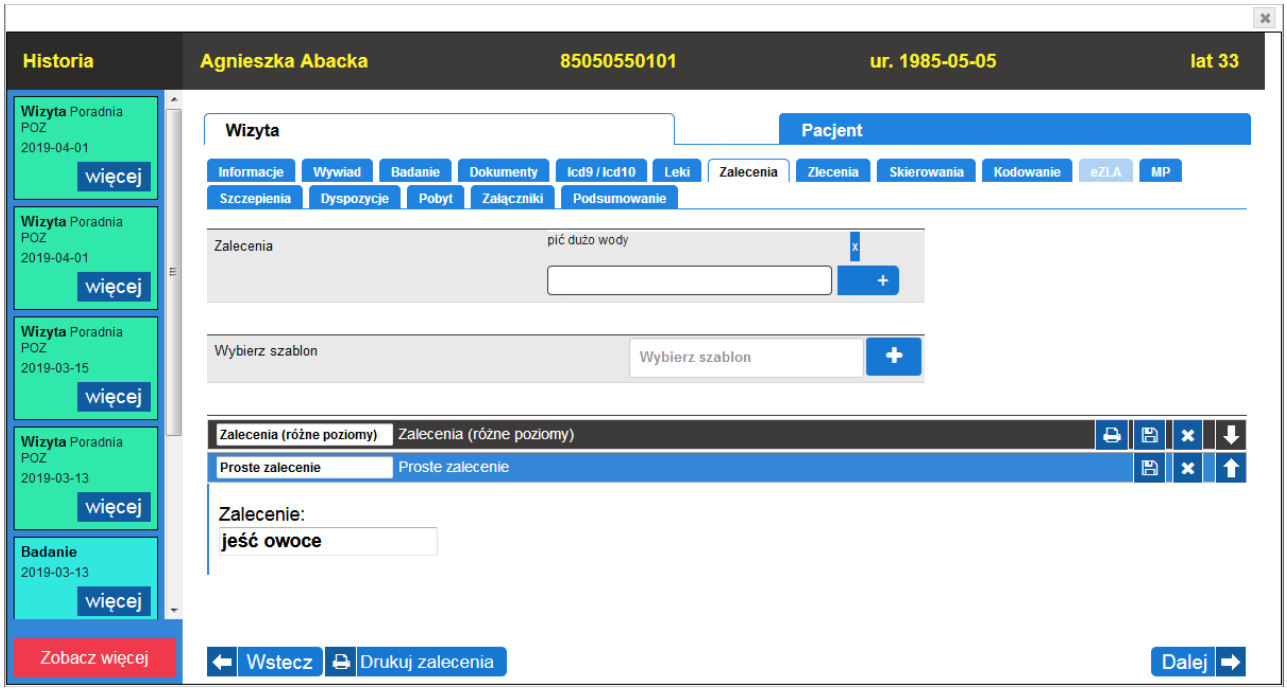
Jeżeli w karcie pacjenta odnotowano informację, że korzysta on z Internetowego Konta Pacjenta, wówczas na górze zakładki dodatkowo pojawia się czerwony komunikat informujący lekarza o tym fakcie, a stanowiący dlań wskazówkę że nie ma potrzeby drukowania e-recept dla takiego pacjenta.

Przyciski „Wstecz” i „Dalej” widoczne na dole zakładki umożliwiają przełączenie się odpowiednio do poprzedniej i następnej zakładki w karcie wizyty.

Zalecenia

Zakładka „Zalecenia” służy do przepisywania pacjentowi zaleceń do jakich powinien się stosować po wizycie. Zalecenia można wprowadzać na dwa sposoby: w formie tekstu lub szablonu. Aby dodać zalecenie w formie tekstu należy wpisać jego treść w polu tekstowym i nacisnąć przycisk „+”. Jeżeli jakieś zalecenie wprowadzono przez pomyłkę można je usunąć naciskając przycisk „x” przy treści zalecenia. Zalecenia można wprowadzać także według odpowiednio zdefiniowanego szablonu formularza lub szablonu dokumentu. Lekarz sam tworzy szablony formularzy / dokumentów do wprowadzania zaleceń. Ponieważ zakres wprowadzanych informacji zależy od rodzaju wizyty i specjalności, więc możliwe jest utworzenie wielu różnych szablonów (sposób ich tworzenia jest przedstawiony w podrozdziałach „Szablony formularzy” i „Szablony dokumentów”). Aby móc wypełnić formularz należy kliknąć w polu „Wybierz szablon”. Rozwinie się wówczas

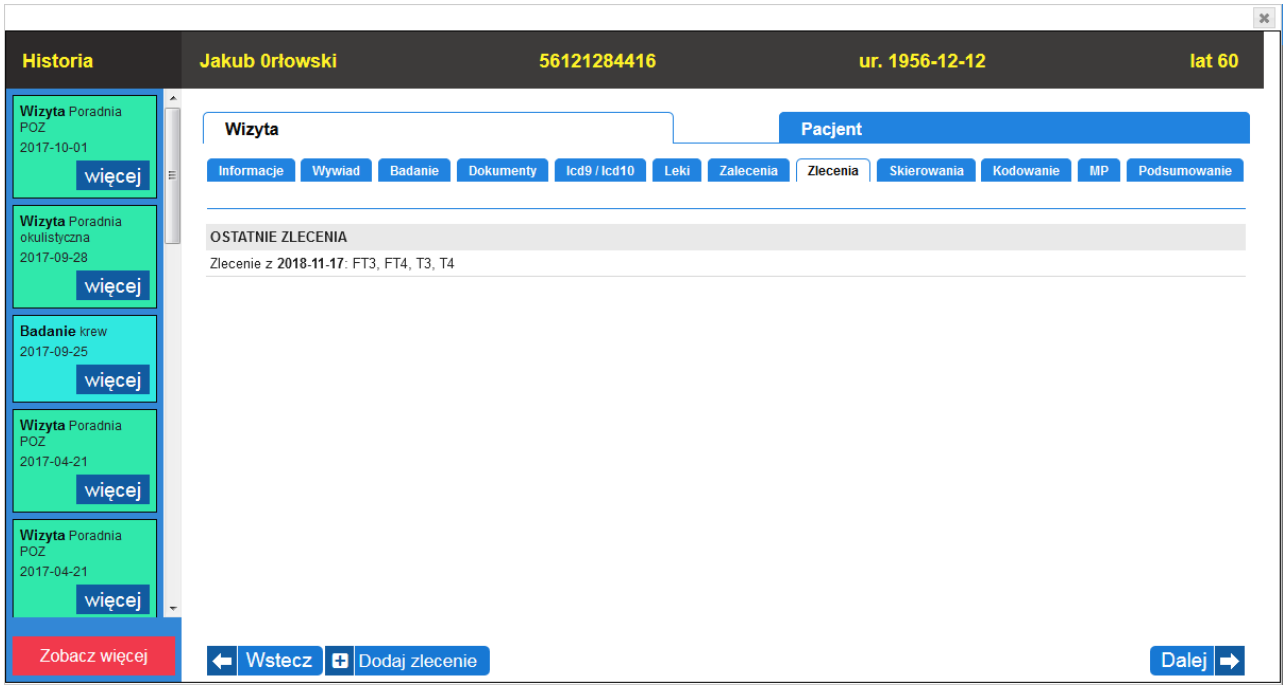
lista dostępnych szablonów formularzy / dokumentów (szablony dokumentów opatrzone są adnotacją „(PDF)”; szablony w języku pacjenta są dodatkowo wyróżnione znakiem „+”). Klikając na odpowiednich szablonach można je wybierać (wybrane szablony pojawiają się w polu „Wybierz szablon”). Jeżeli istnieje tylko jeden szablon zaleceń a w konfiguracji gabinetu zaznaczono że ma on być automatycznie wybierany lub jeżeli w definicji szablonu formularza zaleceń zaznaczono że ma on być automatycznie wybierany, wówczas taki szablon zostaje wybrany systemowo od razu w momencie wchodzenia do zakładki „Zalecenia”. Po wybraniu szablonu / szablonów należy kliknąć przycisk ze znakiem „+” aby w zakładce zaleceń pojawiły się odpowiadające tym szablonom formularze. Nad każdym formularzem pojawia się pasek nagłówka z polem z nazwą formularza (do edycji), nazwą szablonu oraz przyciskami zapisu formularza z ikonką dyskietki i usuwania formularza ze znakiem „×”. Po zapisaniu zaleceń w pasku nagłówka pojawia się przycisk drukowania dokumentu z ikonką drukarki. W przypadku gdy wybrano więcej niż jeden szablon widoczny jest tylko jeden formularz z paskiem nagłówka zaś dla pozostałych formularzy widoczne są tylko paski nagłówków – klikając na paski nagłówków można przełączać się pomiędzy kolejnymi formularzami do wypełnienia. Pola tekstowe w formularzach odpowiadających szablonom dokumentów mają wbudowany wskaźnik kontroli zapełnienia treścią: jeżeli treść wpisana w polu tekstowym zajmuje mniej niż 90% przeznaczonego na nią miejsca w szablonie dokumentu, wówczas tło pola tekstowego jest białe, jeśli zajmuje od 90% do 95% miejsca - tło zmienia się na żółte, jeśli zajmuje od 95% do 100% miejsca - tło zmienia się na pomarańczowe, jeśli zajmuje więcej niż 100% miejsca - tło zmienia się na czerwone. Po wypełnieniu / zmodyfikowaniu formularza należy zalecenia zapisać naciskając przycisk z ikonką dyskietki na pasku nagłówka formularza. Po wprowadzeniu wszystkich zaleceń należy je wydrukować pacjentowi. Korzystając z przycisku „Drukuj zalecenia” można wydrukować zalecenia wprowadzone w formie tekstu oraz wprowadzone na podstawie szablonów formularzy. Na druku wraz z zaleceniami pojawią się informacje o przepisanych lekach i ich dawkowaniu. Zalecenia są drukowane na papierze w formacie recepty. Zalecenia wprowadzone na podstawie szablonów dokumentów są drukowane za pomocą ikonek drukowania widocznych w paskach nagłówków formularzy za pomocą których zalecenia te były wprowadzane.



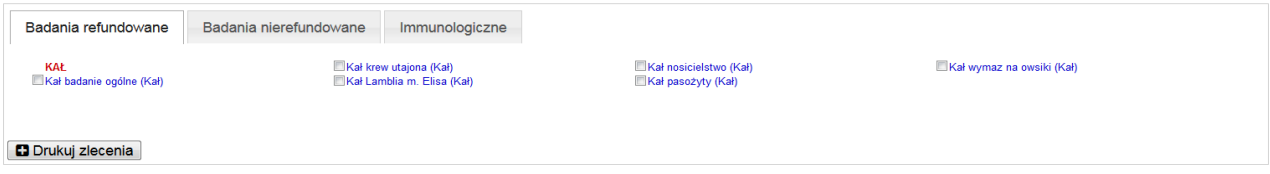
Przyciski „Wstecz” i „Dalej” widoczne na dole zakładki umożliwiają przełączenie się odpowiednio do poprzedniej i następnej zakładki w karcie wizyty.

Zlecenia

Zakładka „Zlecenia” umożliwia lekarzowi wystawianie zleceń na badania diagnostyczne i mikrobiologiczne. W zakładce „Zlecenia” widoczna jest historia zleceń z ostatniego roku (o ile jakieś były wystawiane na rzecz pacjenta) oraz lista zleceń (o ile jakieś zostały wystawione na bieżącej wizycie) oraz przycisk „Dodaj zlecenie”. Historia zleceń pozwala lekarzowi zorientować się jakie badania miał pacjent wykonywane w ostatnim czasie aby na tej podstawie podjąć decyzję o wystawieniu bądź nie wystawianiu zlecenia na konkretne badania.



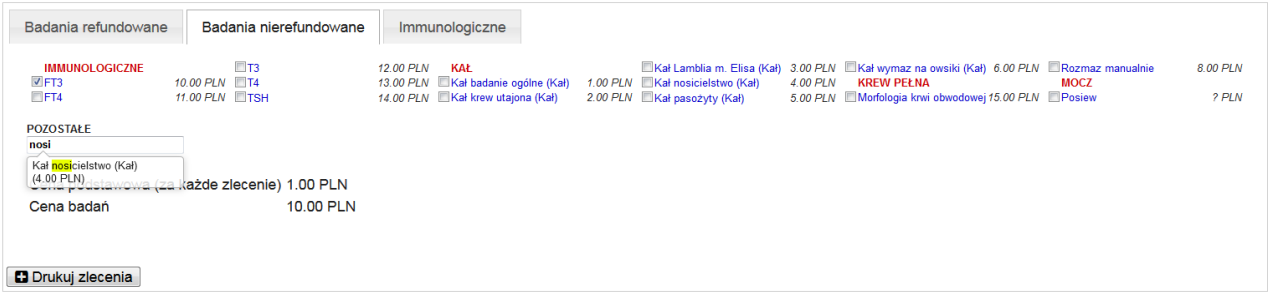
Po kliknięciu na przycisk „Dodaj zlecenie” otwiera się nowe okno z zakładkami: „Badania refundowane” (badania oznaczone w słowniku badań jako refundowane; zakładka jest widoczna tylko dla personelu typu lekarz tylko w poradniach POZ tylko dla wizyt NFZ-owych), „Badania nierefundowane” (wszystkie badania ze słownika badań) oraz zakładki odpowiadające zdefiniowanym zakresom badań (badania przypisane do poszczególnych zakresów). Przy każdym badaniu widoczne jest pole umożliwiające zaznaczenie badania do zlecenia.

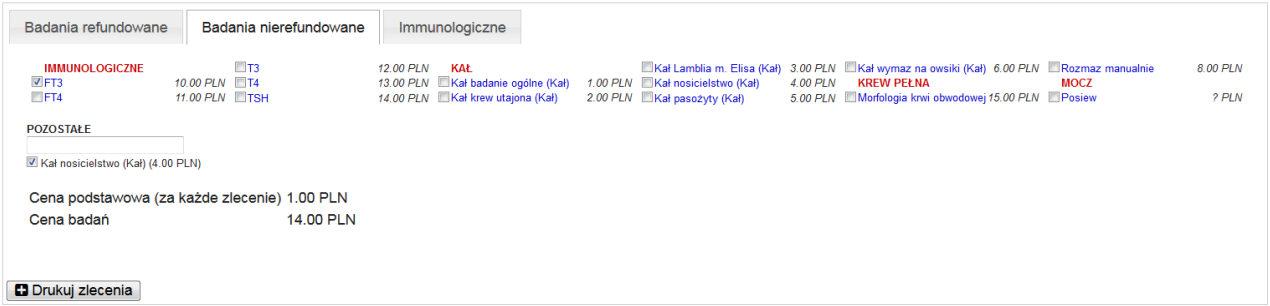


W przypadku badań refundowanych zaznaczenie badań w ilości przekraczającej limit ustawiony w konfiguracji gabinetu skutkuje wyświetleniem ostrzeżenia. Ostrzeżenie nie blokuje możliwości wystawienia zlecenia, jest tylko wskazówką dla lekarza zlecającego.

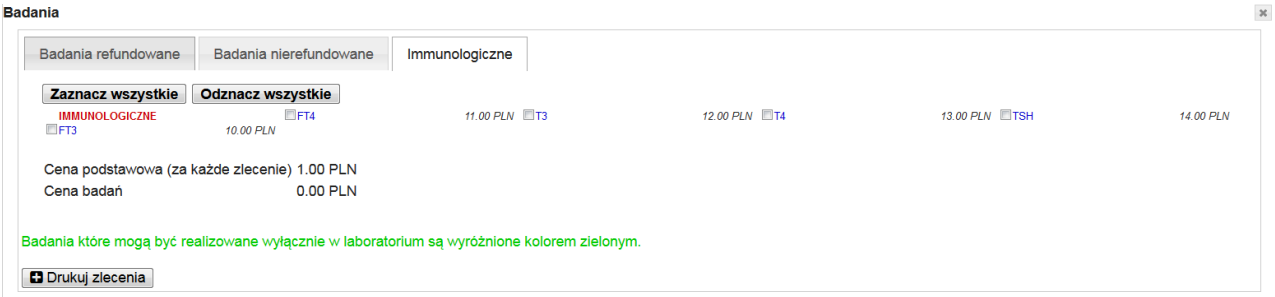


W przypadku badań nierefundowanych przy każdym badaniu wyświetlana jest cena za badanie (o ile została określona w cenniku) – zaznaczenie bądź odznaczenie badania skutkuje automatyczną aktualizacją łącznej ceny za badania widocznej pod listą badań. (UWAGA! Do łącznej ceny za badania przy wystawianiu zleceń zostanie doliczona cena podstawowa za każde wystawione zlecenie – badania są automatycznie dzielone na zlecenia). Dla badań nierefundowanych dostępne jest pole w którym po wpisaniu fragmentu nazwy badania (przynajmniej trzech znaków) pojawia się lista podpowiedzi z nazwami badań a kliknięcie badania na liście podpowiedzi powoduje dołączenie tego badania do listy badań do zlecenia.

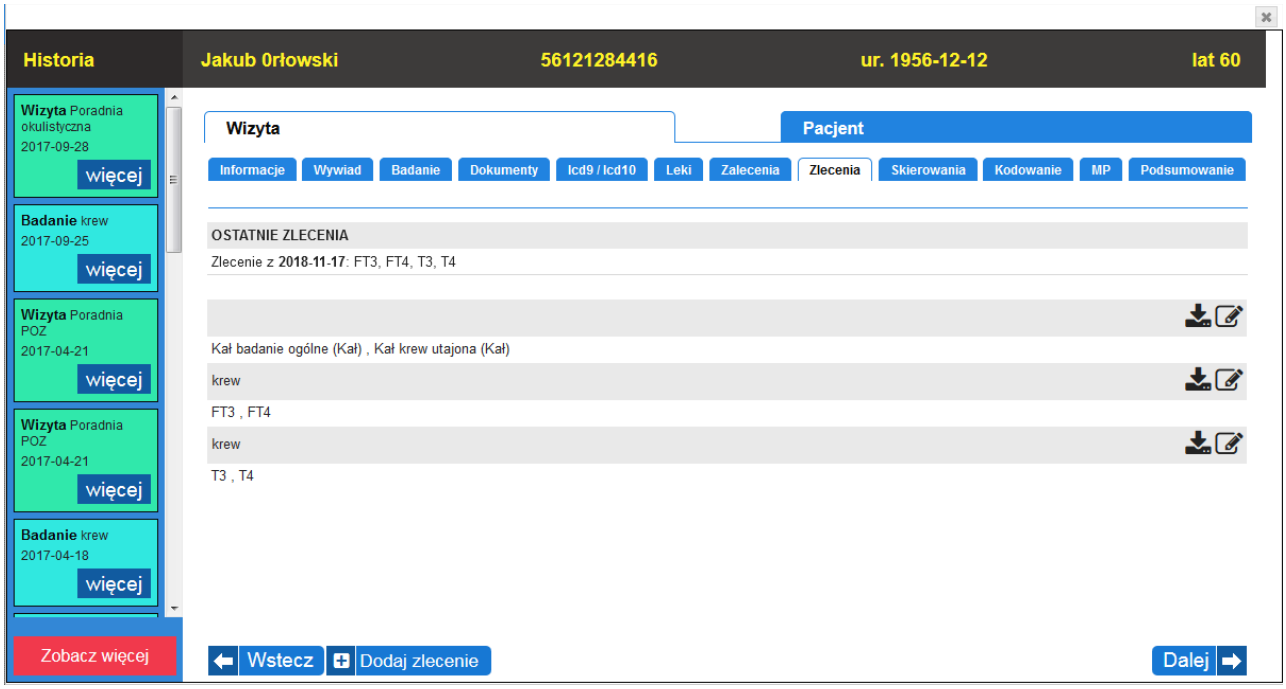




Zakładki odpowiadające zdefiniowanym zakresom badań funkcjonują analogicznie do zakładki „Badania nierefundowane” z tą różnicą że nie ma w nich mechanizmu podpowiedzi, są zaś przyciski umożliwiające szybkie zaznaczenie/odznaczenie wszystkich badań.



Po zaznaczeniu badań do zlecenia należy utworzyć zlecenia korzystając z przycisku „Zapisz zlecenia" lub „Drukuj zlecenia" (zależnie od konfiguracji systemu). Po naciśnięciu przycisku „Zapisz zlecenia" zamykane jest okno z listą zaznaczonych badań do zlecenia zaś utworzone zlecenie (lub zlecenia ponieważ w zależności od ustawień systemu badania mogą zostać podzielone na kilka zleceń) pojawia się na liście zleceń z dwoma ikonkami: pobierania / drukowania zlecenia i edycji zlecenia. Gdy do utworzenia zleceń użyto przycisku „Drukuj zlecenia" zamykane jest okno z listą zaznaczonych badań do zlecenia, utworzone zlecenie (lub zlecenia ponieważ w zależności od ustawień systemu badania mogą zostać podzielone na kilka zleceń) pojawia się na liście zleceń z dwoma ikonkami: pobierania / drukowania zlecenia i edycji zlecenia a ponadto od razu otwiera się plik ze wszystkimi utworzonymi zleceniami do wydruku.



Po kliknięciu na ikonkę „Pobierz zlecenie" przy zleconych badaniach, otwiera się dokument w formacie PDF umożliwiający wydrukowanie zlecenia do przekazania pacjentowi. Zlecenia są drukowane na papierze w formacie recepty. Zleceniom nadawany jest automatycznie wewnętrzny kod kreskowy (widoczny w prawym górnym rogu druku zlecenia), który ułatwia identyfikację zlecenia w systemie.

Po kliknięciu na ikonkę „Edytuj zlecenie" otwiera formularz identyczny jak w przypadku dodawania zlecenia z tym że zaznaczone są w nim badania zawarte w zleceniu co pozwala na

modyfikację zawartości zlecenia (zmiany wprowadzone do zlecenia należy zatwierdzić przyciskiem „Zapisz zmiany”).

Przyciski „Wstecz” i „Dalej” widoczne na dole zakładki umożliwiają przełączenie się odpowiednio do poprzedniej i następnej zakładki w karcie wizyty.

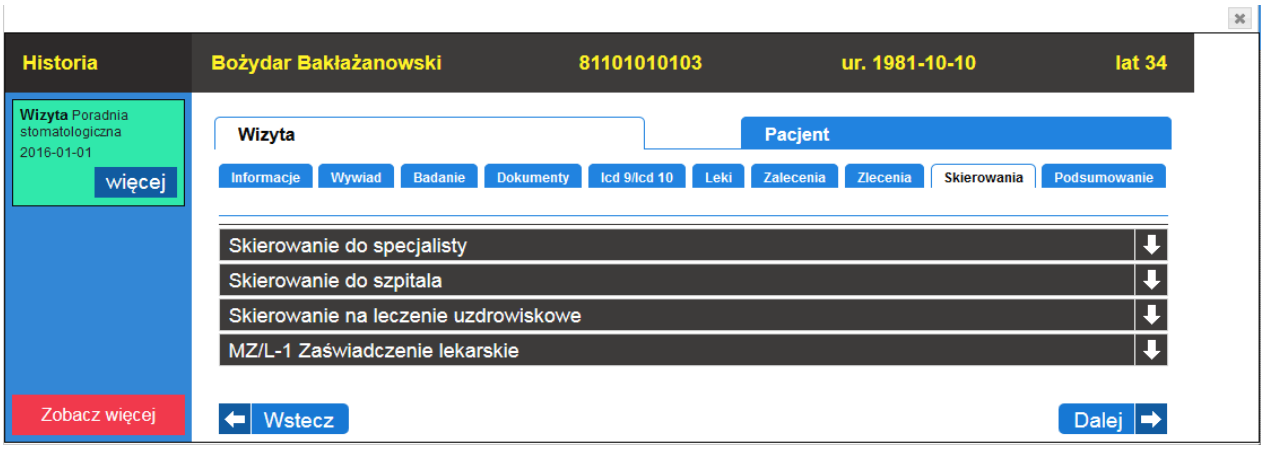
Skierowania

Zakładka „Skierowania” służy do wystawiania skierowań i zaświadczeń dla pacjenta. W zakładce dostępne są cztery podstawowe formularze:

- skierowanie do specjalisty
- skierowanie do szpitala
- skierowanie na leczenie uzdrowiskowe
- zlecenie na zaopatrzenie

oraz formularze skierowań i innych druków zdefiniowane przy użyciu funkcjonalności opisanej w rozdziale „Szablony dokumentów”.

Domyślnie w zakładce „Skierowania” wyświetlane są ciemne paski z nazwami dostępnych rodzajów skierowań i innych druków. Aby wyświetlić formularz dla danego rodzaju skierowania lub innego druku wystarczy kliknąć na właściwym pasku a wówczas rozwinie się odpowiedni formularz do wypełnienia.

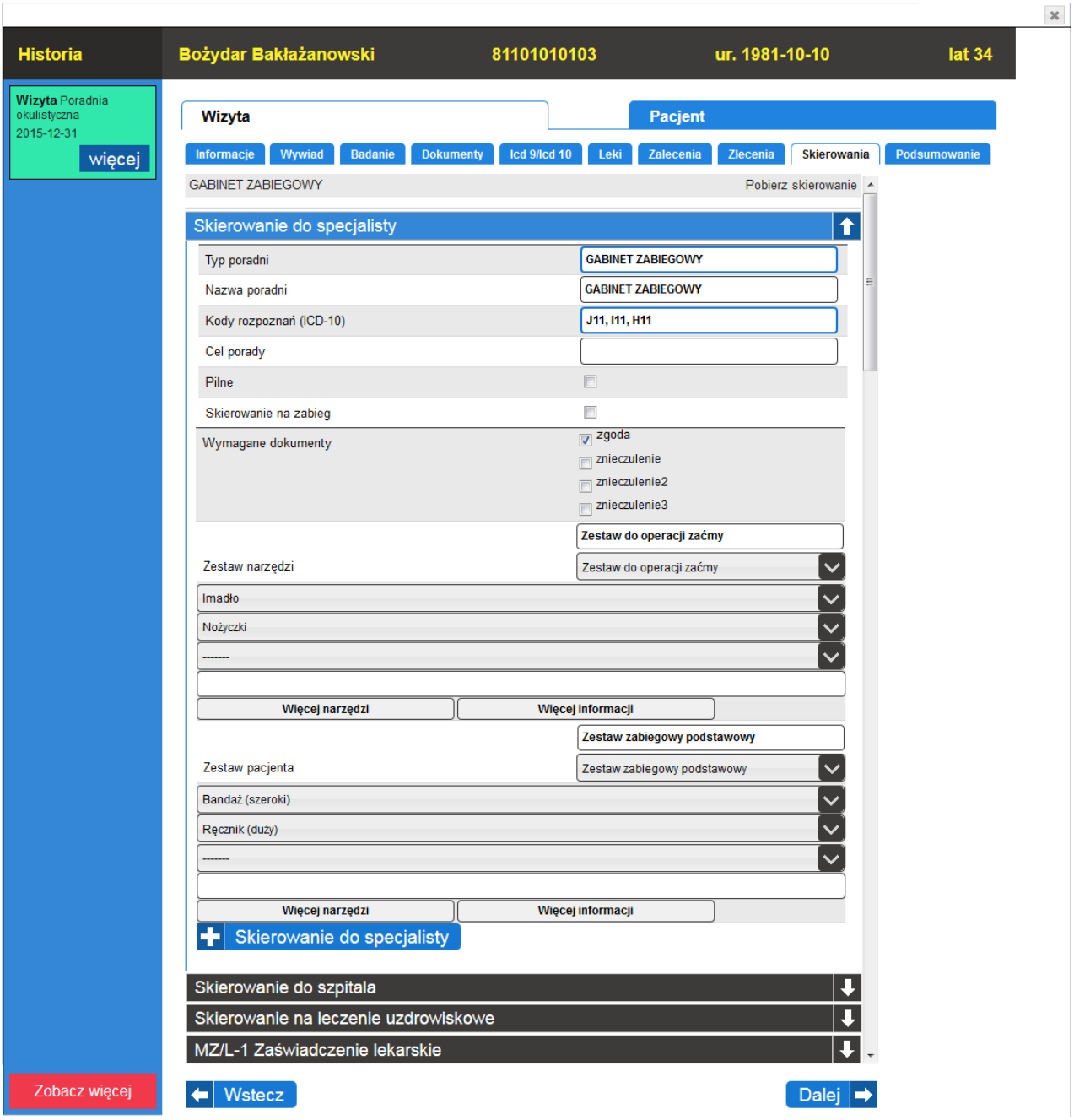


Aby wystawić skierowanie do specjalisty należy wypełnić formularz wskazując przynajmniej typ poradni i kod rozpoznania / kody rozpoznań ICD-10. Przy wpisywaniu typu poradni (specjalności poradni do jakiej kierowany jest pacjent) wyświetla się lista podpowiedzi – właściwą opcję należy wybrać z listy podpowiedzi. Nazwa poradni jest wypełniana domyślnie wartością taką jak wybrany typ poradni ale może być zmieniona – jeśli jest wypełniona to ona pojawia się na wydruku skierowania zamiast typu poradni. Domyślnie pole „Kody rozpoznań (ICD-10)” jest wypełnione kodami wpisanymi przez lekarza w zakładce „ICD9 / ICD10” i oddzielonymi przecinkami. Kody te jednakże można usunąć, zmodyfikować lub dopisać dodatkowe (każdy dodatkowy kod należy dopisywać po przecinku, wówczas przy wpisywaniu kodu system wyświetla listę podpowiedzi). Jeżeli wystawiane skierowanie jest skierowaniem na zabieg realizowany wewnętrznie w zakładzie opieki zdrowotnej obsługiwanym przez system jHIS, wówczas należy zaznaczyć pole „Skierowanie na zabieg”. Po zaznaczeniu tego pola rozwinie się lista dodatkowych opcji służących do zaznaczenia jakie dokumenty pacjent przed zabiegiem będzie musiał podpisać (dokumenty w

języku pacjenta są pogrubione) oraz określenia jakich zestawów narzędzi i pacjenta należy użyć do przeprowadzenia zabiegu. Zestawy narzędzi i pacjenta mogą być tworzone na trzy sposoby:

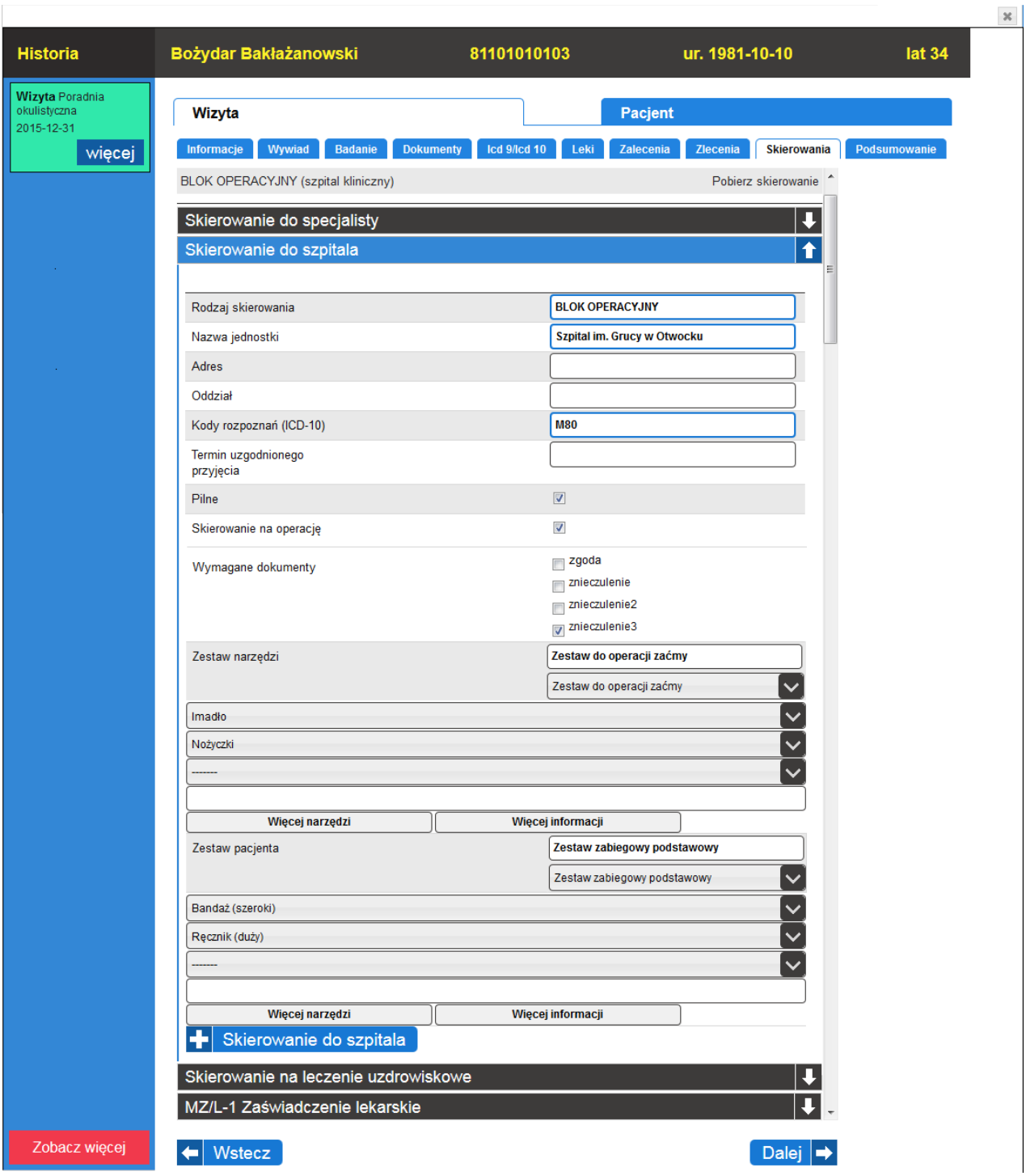
- poprzez wybranie jednego z już zdefiniowanych zestawów – wówczas nazwa takiego zestawu i narzędzia z takiego zestawu automatycznie pojawią się w formularzu danych skierowania
- poprzez ręczne utworzenie zestawów – w tym celu należy wpisać nazwę zestawu a następnie skorzystać z przycisków „Więcej narzędzi" i „Więcej informacji" aby wyświetlić dowolnie wiele pól do wprowadzenia narzędzi / materiałów poprzez wybór ze słownika (przycisk „Więcej narzędzi") i dowolnie wiele pól do wpisania rodzajów narzędzi / materiałów otwartym tekstem (przycisk „Więcej informacji")
- poprzez połączenie dwóch powyższych sposobów, a więc wybranie jednego z już zdefiniowanych zestawów i uzupełnienie go o dodatkowe narzędzia materiały przy wykorzystaniu przycisków „Więcej narzędzi" i „Więcej informacji".

Pola narzędzi / materiałów, które nie zostaną wypełnione, zostaną pominięte przy zapisie danych skierowania. Po wypełnieniu formularza należy go zatwierdzić przyciskiem „Skierowanie do specjalisty" lub „Drukuj" (zależnie od konfiguracji systemu). Wówczas zostanie utworzone skierowanie a w górnej części zakładki „Skierowanie" pojawi się odnośnik „Pobierz skierowanie" umożliwiający pobranie i wydrukowanie skierowania (skierowania do specjalistów są drukowane na papierze w formacie recepty) – jeżeli do wystawienia skierowania użyto przycisku „Drukuj" wówczas automatycznie otworzy się plik ze skierowaniem do wydruku. Dodatkowo dane z utworzonego skierowania pojawią się w zakładce „Skierowania" w karcie pacjenta.

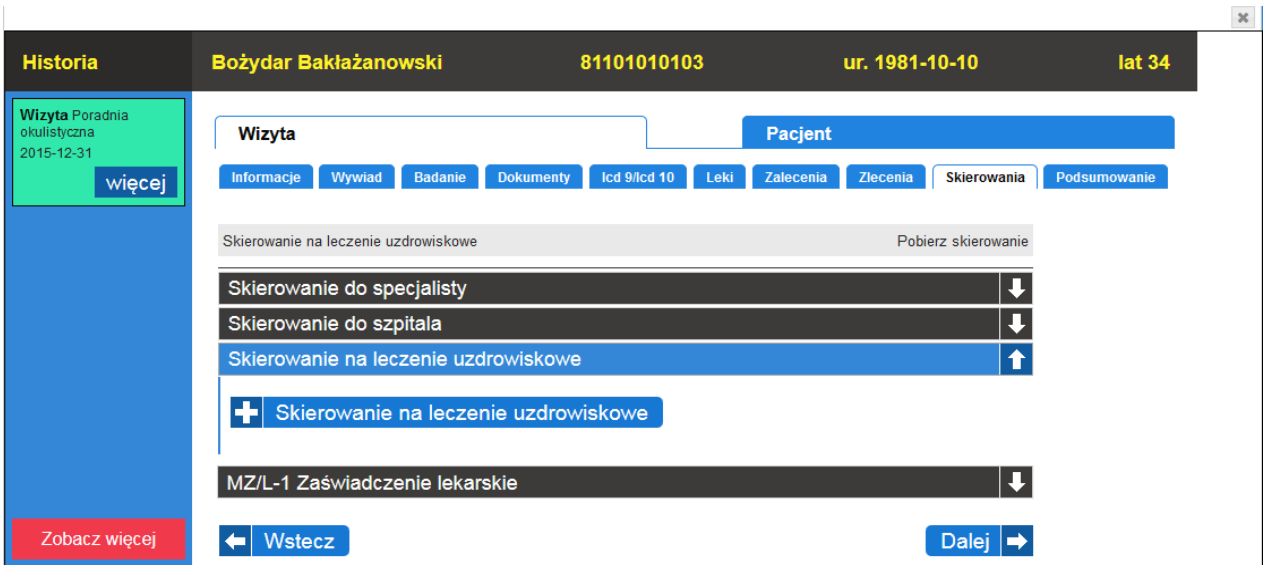


Aby wystawić skierowanie do szpitala należy wypełnić formularz wskazując przynajmniej rodzaj skierowania, nazwę jednostki i kod rozpoznania / kody rozpoznań ICD-10. Przy wpisywaniu rodzaju skierowania (specjalności oddziału do jakiego kierowany jest pacjent) wyświetla się lista podpowiedzi – właściwą opcję należy wybrać z listy podpowiedzi. Przy wprowadzaniu nazwy jednostki system wyświetla listę podpowiedzi utworzoną na podstawie jednostek wprowadzanych przy wystawianiu wcześniejszych skierowań do szpitala (zamiast wpisywać pełną nazwę jednostki można wybrać ją z listy podpowiedzi). Domyślnie pole „Kody rozpoznań (ICD-10)" jest wypełnione kodami wpisanymi przez lekarza w zakładce „ICD9 / ICD10" i oddzielonymi przecinkami. Kody te jednakże można usunąć, zmodyfikować lub dopisać dodatkowe (każdy dodatkowy kod należy dopisywać po przecinku, wówczas przy wpisywaniu kodu system wyświetla listę podpowiedzi). Jeżeli wystawiane skierowanie jest skierowaniem na operację realizowaną wewnętrznie w zakładzie opieki zdrowotnej obsługiwanym przez system jHIS, wówczas należy zaznaczyć pole „Skierowanie na operację". Po zaznaczeniu tego pola rozwinie się lista

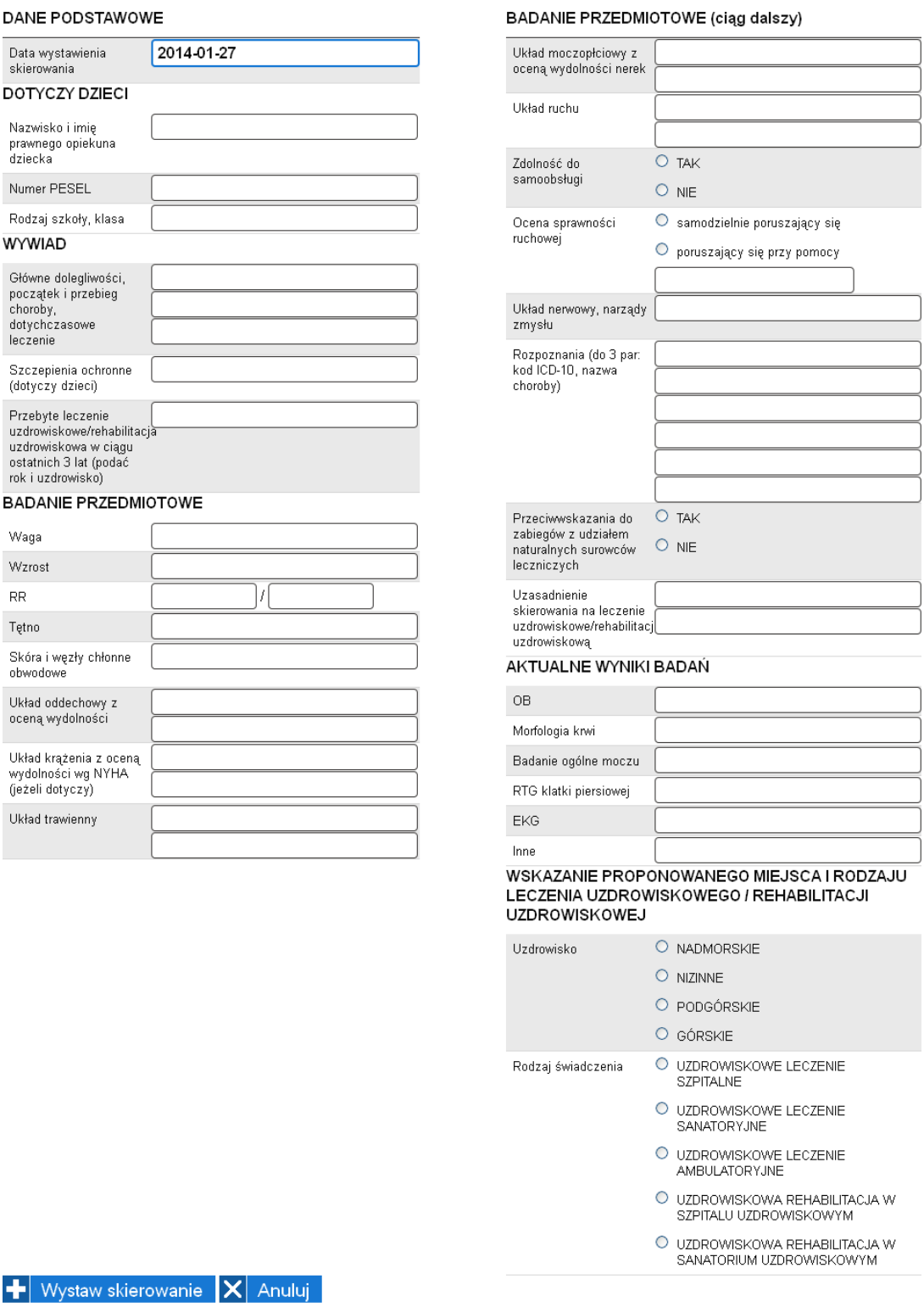
dodatkowych opcji służących do zaznaczenia jakie dokumenty pacjent przez operacją będzie musiał podpisać (dokumenty w języku pacjenta są pogrubione) oraz określenia jakich zestawów narzędzi i pacjenta należy użyć do przeprowadzenia operacji. Zestawy narzędzi i pacjenta są tworzone w identyczny sposób jak w przypadku skierowań do specjalistów. Pola narzędzi / materiałów, które nie zostaną wypełnione, zostaną pominięte przy zapisie danych skierowania. Po wypełnieniu formularza należy go zatwierdzić przyciskiem „Skierowanie do szpitala" lub „Drukuj" (zależnie od konfiguracji systemu). Wówczas zostanie utworzone skierowanie a w górnej części zakładki „Skierowanie" pojawi się odnośnik „Pobierz skierowanie" umożliwiający pobranie i wydrukowanie skierowania (skierowania do szpitala są drukowane na papierze w formacie recepty) – jeżeli do wystawienia skierowania użyto przycisku „Drukuj" wówczas automatycznie otworzy się plik ze skierowaniem do wydruku. Dodatkowo dane z utworzonego skierowania pojawią się w zakładce „Skierowania" w karcie pacjenta.



Aby wystawić skierowanie na leczenie uzdrowiskowe należy nacisnąć przycisk „Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe” lub „Wystaw i drukuj” (zależnie od konfiguracji systemu).

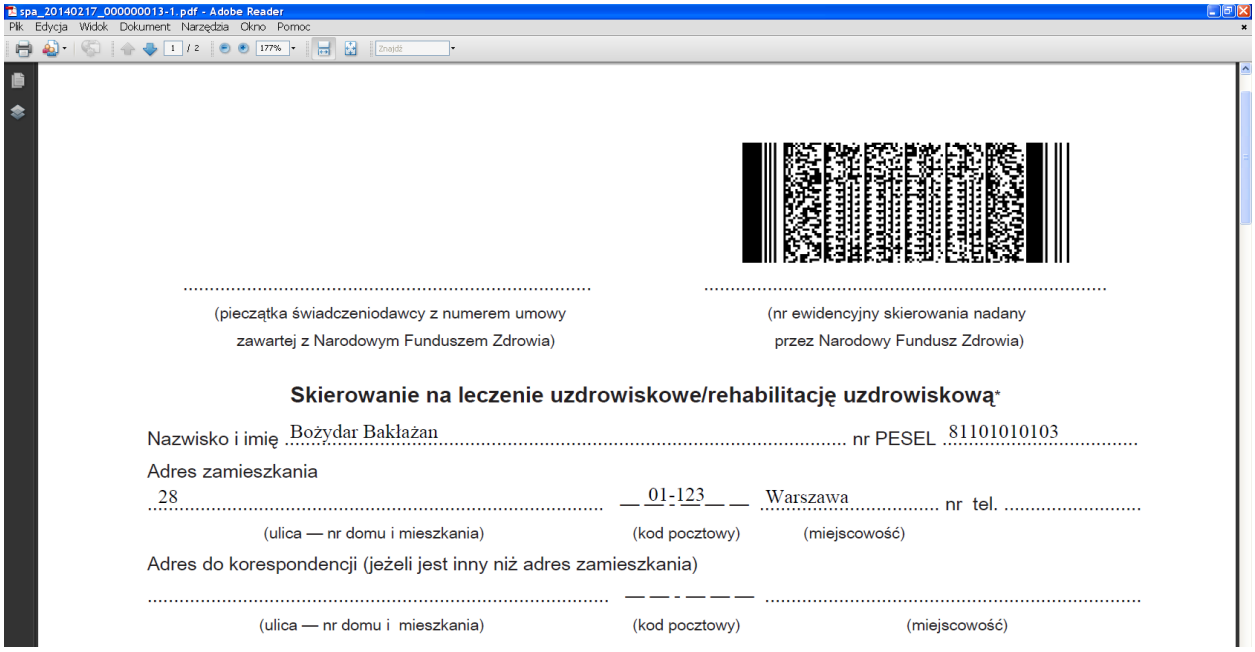


Wówczas w nowym oknie otworzy się w formularz, który należy wypełnić i zatwierdzić przyciskiem „Wystaw skierowanie”.

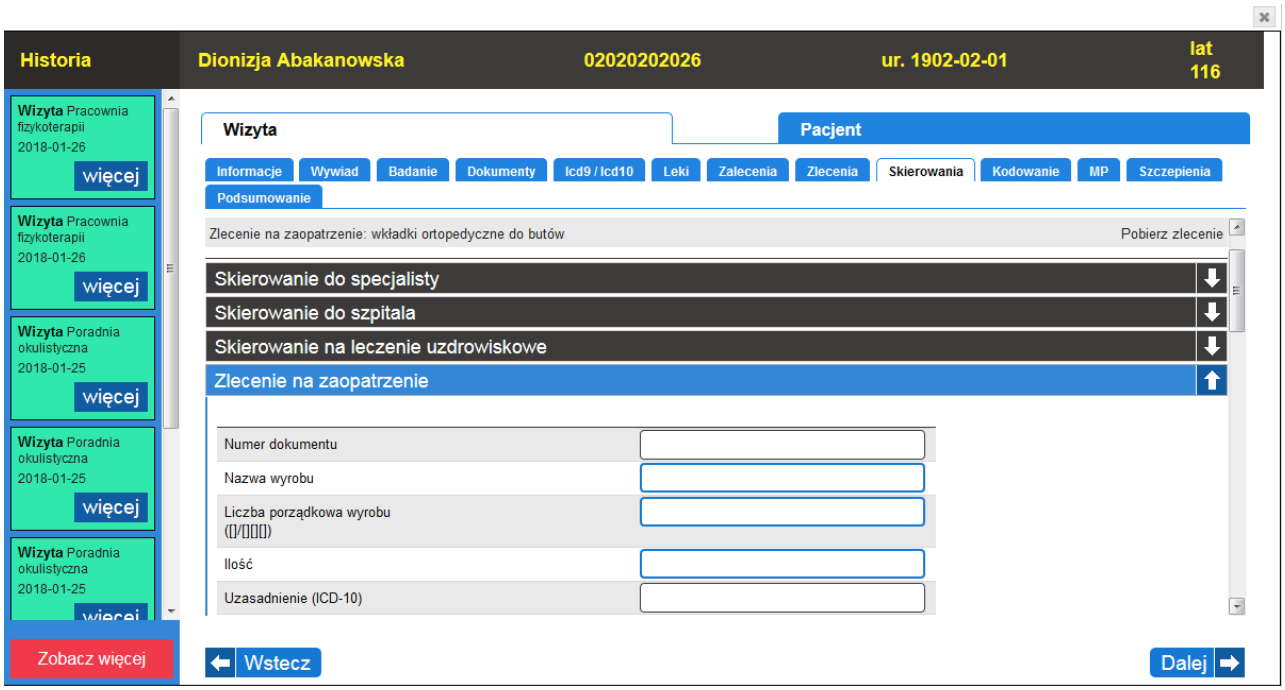


Wówczas zostanie utworzone skierowanie i formularz zniknie a w górnej części zakładki „Skierowanie” pojawi się odnośnik „Pobierz skierowanie” umożliwiający pobranie i wydrukowanie skierowania (skierowania na leczenie uzdrowiskowe są drukowane na papierze w formacie A4) – jeżeli do wystawienia skierowania użyto przycisku „Wystaw i drukuj” wówczas automatycznie

otworzy się plik ze skierowaniem do wydruku.

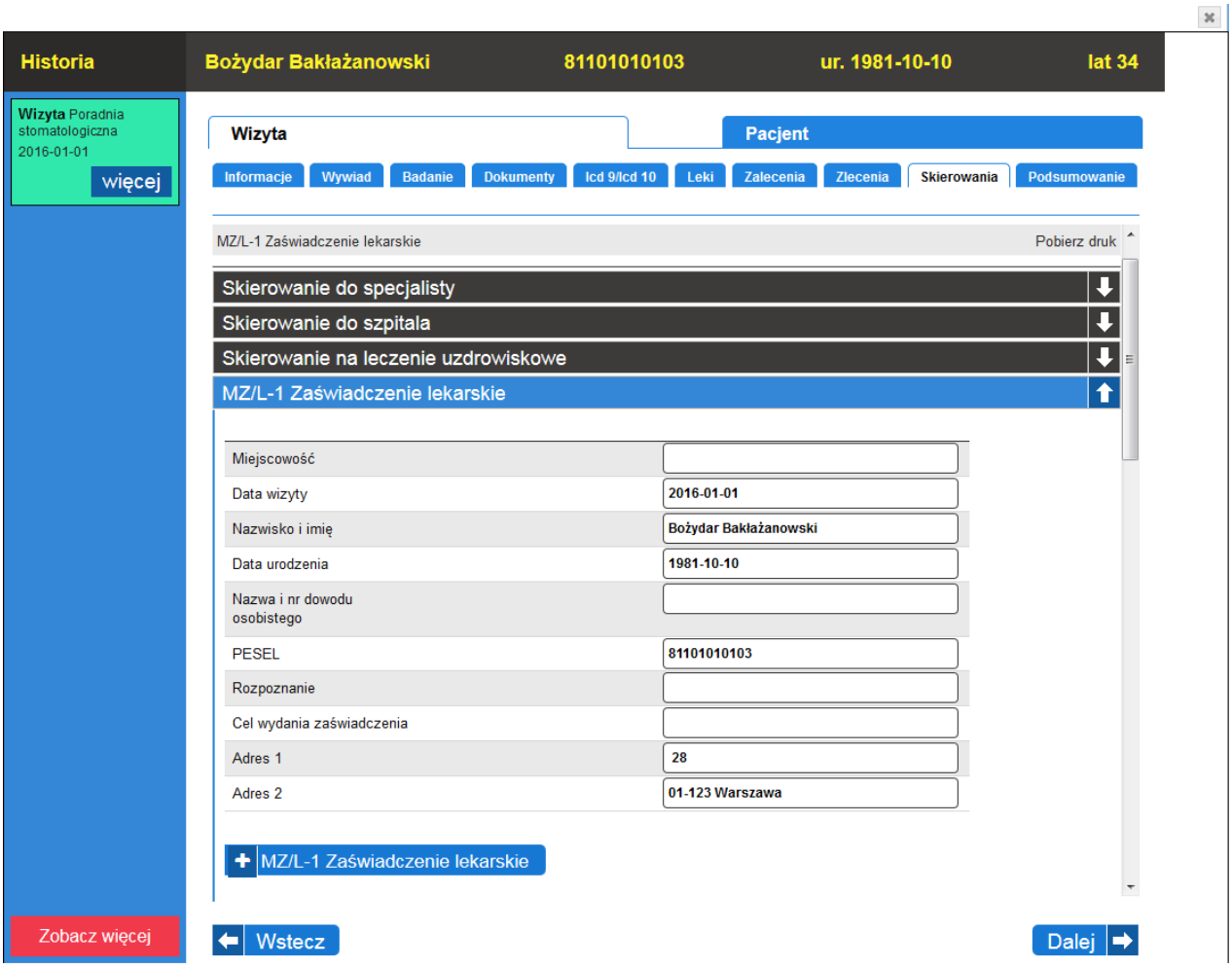


Aby wystawić zlecenie na zaopatrzenie należy wypełnić formularz zlecenia i kliknąć przycisk „Wystaw". Wówczas zostanie utworzone zlecenie a w górnej części zakładki „Skierowanie" pojawi się odnośnik „Pobierz zlecenie" umożliwiający pobranie i wydrukowanie zlecenia (zlecenia na zaopatrzenie są drukowane na papierze w formacie A4) – jeżeli do wystawienia zlecenia użyto przycisku „Drukuj" wówczas automatycznie otworzy się plik ze zleceniem do wydruku.



Jeżeli przy użyciu funkcjonalności opisanej w rozdziale „Szablony dokumentów" został stworzony

szablon typu „Skierowanie/druki dla pacjenta” wówczas formularz pozwalający na wypełnienie takiego dokumentu również jest dostępny w zakładce „Skierowania”. Pola tekstowe w takim formularzu mają wbudowany wskaźnik kontroli zapełnienia treścią: jeżeli treść wpisana w polu tekstowym zajmuje mniej niż 90% przeznaczonego na nią miejsca w szablonie dokumentu, wówczas tło pola tekstowego jest białe, jeśli zajmuje od 90% do 95% miejsca - tło zmienia się na żółte, jeśli zajmuje od 95% do 100% miejsca - tło zmienia się na pomarańczowe, jeśli zajmuje więcej niż 100% miejsca - tło zmienia się na czerwone. Po wypełnieniu formularza należy go zatwierdzić przyciskiem o nazwie identycznej jak nazwa szablonu dokumentu lub przyciskiem „Drukuj” (zależnie od konfiguracji systemu). Wówczas zostanie utworzony druk a w górnej części zakładki „Skierowanie” pojawi się odnośnik „Pobierz druk” umożliwiający pobranie i wydrukowanie dokumentu (dokumenty są drukowane na papierze w formacie recepty) – jeżeli do wystawienia dokumentu użyto przycisku „Drukuj” wówczas automatycznie otworzy się plik z dokumentem do wydruku.



Przyciski „Wstecz” i „Dalej” widoczne na dole zakładki umożliwiają przełączenie się odpowiednio do poprzedniej i następnej zakładki w karcie wizyty.

eZLA

Zakładka „eZLA” służy do wystawiania elektronicznych zwolnień lekarskich. Zakładka jest aktywna tylko dla lekarzy, którzy wgrali do systemu jHIS swój certyfikat lekarza i oznaczyli go

jako aktywny (patrz opis funkcjonalności „Certyfikaty (eZLA)” w rozdziale „Personel”) w innym wypadku jest ona nieaktywna. W zakładce widnieje lista wszystkich zwolnień wystawionych dla danego pacjenta, bądź jego opiekuna. Każdy lekarz ma możliwość przeglądania zwolnień wystawionych przez wszystkich lekarzy, bądź wystawionych tylko przez siebie (w tym celu musi zaznaczyć checkbox "pokaż tylko moje zwolnienia"). W przypadku przeglądania zwolnień wystawionych przez innych lekarzy, lista zawiera tylko dokumenty wysłane do ZUS. Wersje robocze zwolnień widoczne są tylko dla lekarza, który jest autorem dokumentu. Prezentowane zwolnienia mogą występować w jednym z trzech stanów:

- niewysłane - jest to wersja robocza zwolnienia, nie wysłana jeszcze do ZUS
- wysłany - jest to zwolnienie, które zostało już przesłane do ZUS
- anulowany - jest to zwolnienie, które zostało wysłane do ZUS, ale następnie zostało anulowane (został dla niego wystawiony dokument AZLA)

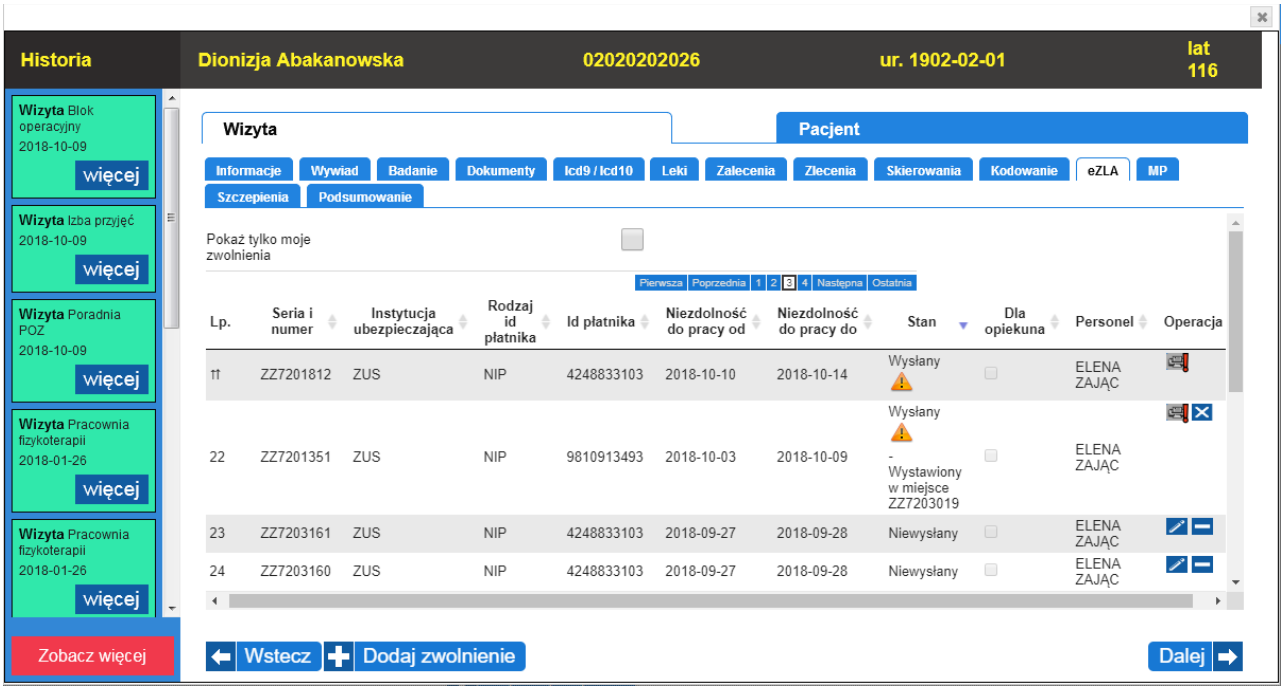
Możliwa jest tylko edycja bądź usuwanie zwolnień, które znajdują się w stanie „niewysłane”. Aby wyedytować / usunąć zwolnienie należy kliknąć w ikonkę ołówka lub minusa odpowiednio.

Możliwe jest wydrukowanie tylko tych zwolnień, które zostały wysłane do ZUS. Aby wydrukować zwolnienie należy kliknąć na ikonę drukarki. Ta sama ikona pozwala na wydrukowanie listu przewodniego, jeżeli do zwolnienia został wystawiony dokument anulujący (AZLA). Na ikonie drukarki może pojawić się czerwony wykrzyknik, oznacza on, że zwolnienie i/lub list przewodni muszą zostać wydrukowane, ponieważ płatnik lub ubezpieczony nie posiadają konta w PUE. Szczegółowa informacja, które dokumenty i z jakiego powodu muszą zostać wydrukowane pojawią się po najechaniu kursorem myszy na ikonę drukarki.

Zwolnienia, które zostały wysłane do ZUS mogą zostać anulowane poprzez kliknięcie w niebieski przycisk ze znakiem „×”. Przycisk z tym samym znakiem i nałożoną nań strzałką „↻” pojawia się także przy zwolnieniach, które zostały już anulowane a kliknięcie na nim pozwala wystawić nowe zwolnienie na podstawie anulowanego (przycisk ten nie pojawi się jeżeli takie zwolnienie zostało wystawione wcześniej).

Przy zwolnieniach w stanie „anulowany” bądź „wysłany” w kolumnie „Stan” może pojawić się ikonka w postaci żółtego trójkąta z czarnym wykrzyknikiem. Taka sytuacja oznacza, że zwolnienie zostało wysłane do ZUS, ale podczas wysyłki system w odpowiedzi otrzymał ostrzeżenia dotyczące dokumentu przy którym znajduje się opisywana ikonka. Po najechaniu kursorem myszy na tę ikonkę wyświetli się szczegółowa informacja o treści ostrzeżenia zwróconego przez system ZUS. Kolumna „Stan” może zawierać dodatkową informację o tym, że zwolnienie zostało wystawione w miejsce anulowanego, wówczas w kolumnie tej wyświetla się seria i numer zwolnienia w miejsce, którego zostało wystawione dane zwolnienie.

Przy niektórych zwolnieniach zamiast liczby porządkowej w pierwszej kolumnie może wyświetlić się znak "⇈". Oznacza on, że jest to zwolnienie wsteczne przypisane do zwolnienia znajdującego się w wierszu powyżej. Zwolnienia wsteczne mogą istnieć tylko w powiązaniu ze zwolnieniem bieżącym, więc w liście zwolnień występują one zawsze po dokumencie z którym są powiązane. Taka prezentacja występuje tylko dla dokumentów wysłanych do ZUS - w przypadku wersji roboczych zwolnień, okres zwolnień prezentowany jest w ramach jednego wiersza.

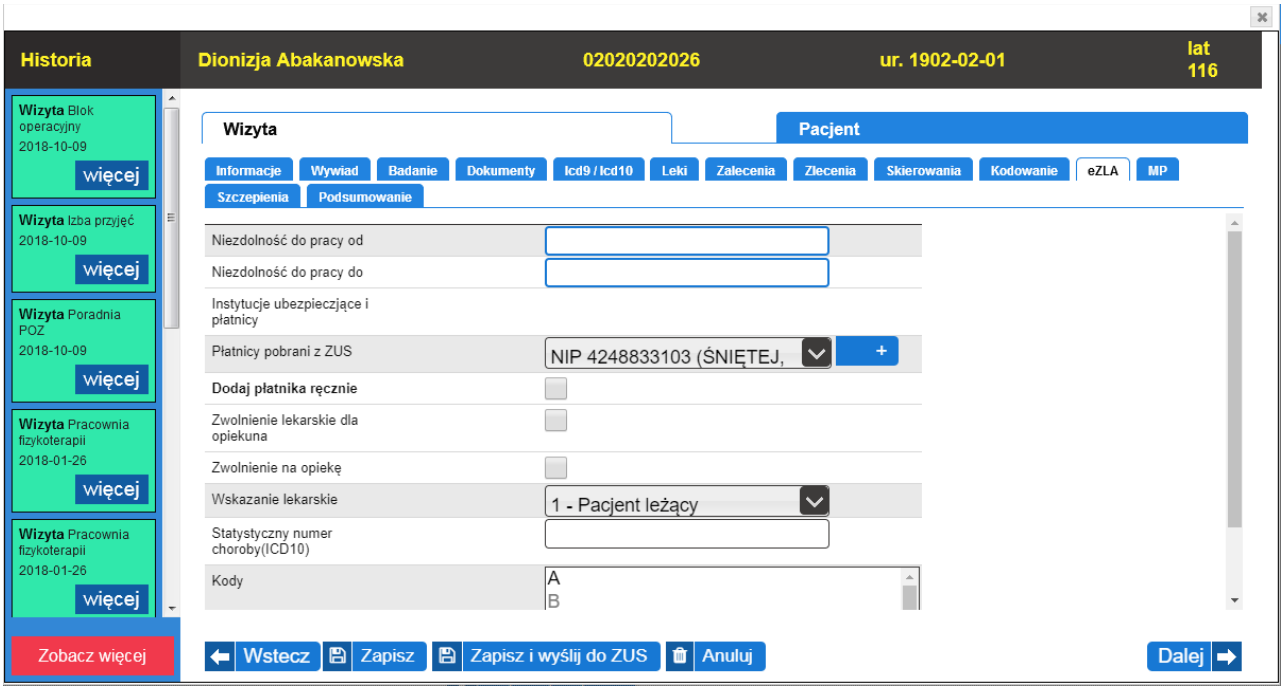


Aby wystawić nowe zwolnienie należy kliknąć w przycisk "Dodaj zwolnienie". Formularz wystawiania nowego zwolnienia zawiera następujące pola, które może uzupełnić lekarz:

- Niezdolność do pracy od - początek okresu na który jest wystawiane zwolnienie
- Niezdolność do pracy do - koniec okresu na który jest wystawiane zwolnienie
- Instytucje ubezpieczające i płatnicy - lista płatników i instytucji ubezpieczających do których wysyłane będą zwolnienia (jedno zwolnienie zawsze ma przypisanego maksymalnie jednego płatnika). Listę tę można uzupełnić na dwa sposoby: wybierając płatnika z listy "Płatnicy pobrani z ZUS" i klikając przycisk "+" bądź zaznaczając pole "Dodaj płatnika ręcznie", uzupełniając dane samodzielnie i klikając przycisk "+" znajdujący się przy wypełnionych polach.
- Zwolnienie lekarskie dla opiekuna - pozwala wystawić zwolnienie na opiekuna zamiast na pacjenta umówionego na wizytę. Po zaznaczeniu tego pola, w formularzu wyświetlają się dodatkowe pola gdzie należy wpisać dane opiekuna. Po wpisaniu numeru PESEL lub serii i numeru paszportu i daty urodzenia możliwe jest kliknięcie w przycisk "Pobierz dane z ZUS" co spowoduje pobranie odpowiednich danych z systemu jHIS lub ZUS (w przypadku ich braku w systemie jHIS). Zaznaczenie tego pola spowoduje również automatyczne zaznaczenie pola "Zwolnienie na opiekę" i uzupełnienie daty urodzenia osoby pod opieką (wstawienie do pola daty urodzenia pacjenta umówionego na wizytę).
- Zwolnienie na opiekę - pozwala wystawić zwolnienie dla pacjenta na opiekę nad innym chorym (np. dzieckiem). Po oznaczeniu tego pola, w formularzu pojawiają się dodatkowe pola "Kod pokrewieństwa osoby pod opieką" oraz "Data urodzenia osoby pod opieką", które muszą zostać uzupełnione przez lekarza.
- Wskazanie lekarskie - wskazanie na zwolnieniu czy pacjent może chodzić czy tylko leżeć.
- Statystyczny numer choroby (ICD10) - kod choroby z klasyfikacji ICD-10 stanowiącej powód wystawienia zwolnienia
- Kody - dodatkowe kody wpisywane do zwolnienia (po najechaniu myszką na dany kod

wyświetla się informacja co dany kod on oznacza)

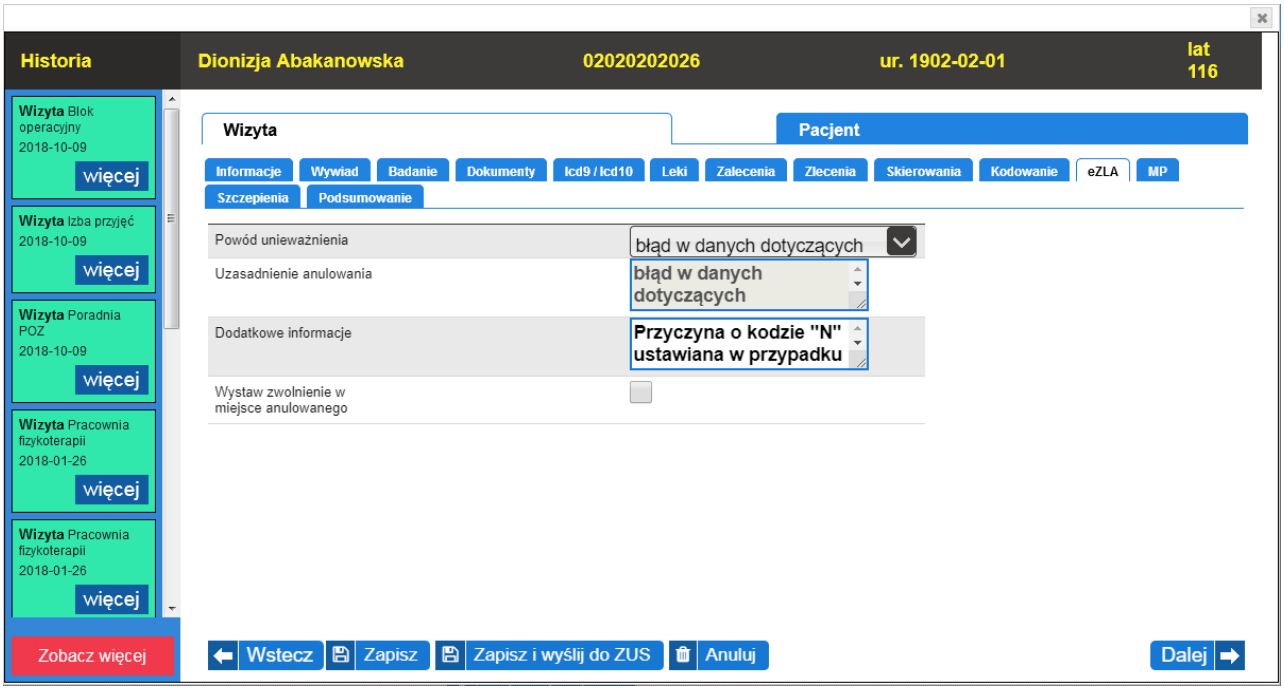
Dane adresowe i identyfikacyjne pacjenta (pomijając zwolnienie dla opiekuna) są automatycznie pobierane z systemu przy zapisie zwolnienia. Po uzupełnieniu danych lekarz ma możliwość zapisania zwolnienia przy użyciu jednego z przycisków "Zapisz" lub "Zapisz i wyślij do ZUS". Pierwszy powoduje zapisanie wersji roboczej zwolnienia w systemie, bez wysyłania go do ZUS. Takie zwolnienie może być później edytowane lub usunięte. Drugi powoduje zapis zwolnienia z jego jednoczesnym wysłaniem do ZUS, jego kliknięcie powoduje wyświetlenie dodatkowej prośby o potwierdzenie od lekarza czy na pewno chce kontynuować. Potwierdzenie oznacza, że zwolnienie jest podpisywane certyfikatem lekarza i wysyłane do ZUS, jeżeli wysyłka się powiedzie późniejsza edycja lub usunięcie zwolnienia jest niemożliwe. Po zapisie system może wyświetlić komunikat, że zapis nie udał się wraz z powodowani takiego stanu rzeczy, wówczas lekarz powinien poprawić wprowadzone dane i ponowić próbę zapisu z wysłaniem do ZUS. Jeżeli zwolnienie zostało poprawnie zapisane system automatycznie powróci do widoku listy zwolnień. Jeżeli zwolnienie zostało wysłane do ZUS, system może wyświetlić komunikat że niektóre dokumenty wymagają wydruku wraz z pytaniem czy lekarz chce dokonać wydruku teraz.



Przy anulowaniu zwolnienia lekarz ma do uzupełnienia trzy pola:

- Powód unieważnienia - lista powodów anulowania zwolnienia; powody "błąd w danych identyfikacyjnych ubezpieczonego" i "błąd w danych adresowych ubezpieczonego" pojawią się tylko gdy system wykryje, że dane pacjenta w systemie są różne od tych na anulowanym zwolnieniu lub gdy zwolnienie zostało wystawione dla opiekuna
- Dodatkowe informacje - treść informacji, która jest podawana w piśmie przewodnim, które wysyłane jest do pacjenta przy wystawianiu dokumentu AZLA
- Wystaw zwolnienie w miejsce anulowanego - po oznaczeniu tego pola pojawia się formularz z danymi, które będą wstawione do nowego zwolnienia wystawianego w miejsce anulowanego. Pola dla zwolnienia wystawianego na miejsce anulowanego są takie same jak w przypadku nowego zwolnienia, jedyna różnica polega na tym że w zależności od powodu

anulowania niektóre pola tego formularza mogą być nieaktywne i wówczas w nowym zwolnieniu pola te mają taką samą wartość jak w zwolnieniu anulowanym.



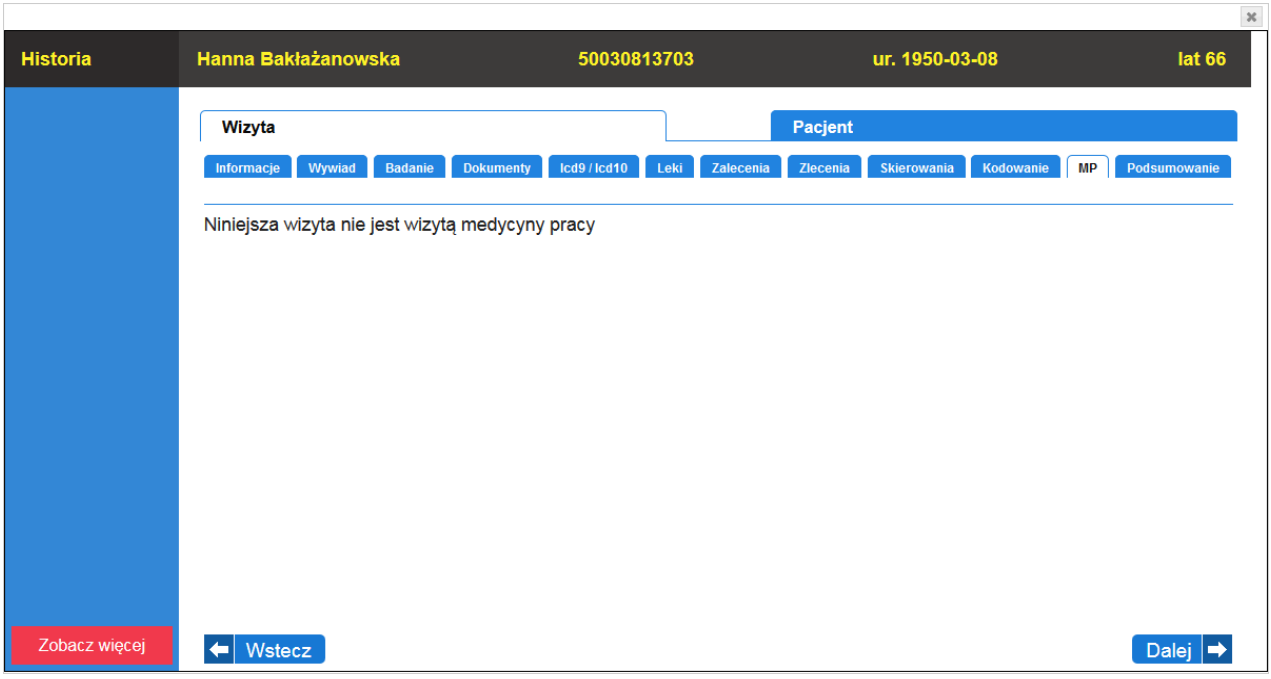
Jeżeli zwolnienie dla pacjenta zostało wystawione w formie papierowej należy je wprowadzić do systemu (zelektronizować). By zelektronizować zwolnienie, w formularzu wystawiania nowego zwolnienia należy w rozwijanej liście tryb wybrać wartość "Alternatywny (Elektronizacja)". Po wybraniu tej wartości w formularzu pojawią się 3 dodatkowe pola "Data wystawienia", "Seria i numer eZLA"oraz "Seria i numer wstecznego eZLA". Wybranie wartości dla tego ostatniego pola będzie możliwe tylko gdy wprowadzone daty niezdolności spowodują że zostanie wystawione także zwolnienie wsteczne (data rozpoczęcia zwolnienia wcześniejsza o co najmniej 3 dni niż data wystawienia). Pola z numerem i serią to rozwijane listy gdzie znajdują się wartości jeszcze nie wykorzystanych i nieunieważnionych numerów eZLA zarezerwowanych przy użyciu funkcjonalności opisanej w rozdziale „Rezerwacja / Unieważnianie numerów (eZLA)". Sam proces wystawiania zwolnienia jest identyczny jak w trybie bieżącym, jedyną różnicą jest to, że dodatkowo muszą zostać wypełnione wyżej wymienione pola, oraz przy elektronizacji można wybrać tylko jednego płatnika. Dodatkowo po zapisaniu (bez wysyłania) zwolnienia i późniejszej jego edycji nie jest już możliwa zmiana trybu jego wystawienia z alternatywnego na bieżące ani na odwrót.

Tryb	Alternatywny (Elektronizacja)
Data wystawienia	2019-05-23
Niezdolność do pracy od	2019-05-15
Niezdolność do pracy do	2019-05-26
Uzasadnienie wstecznego wystawienia ZLA	test
Seria i numer eZLA	ZY9981421
Seria i numer wstecznego eZLA	ZY9981422

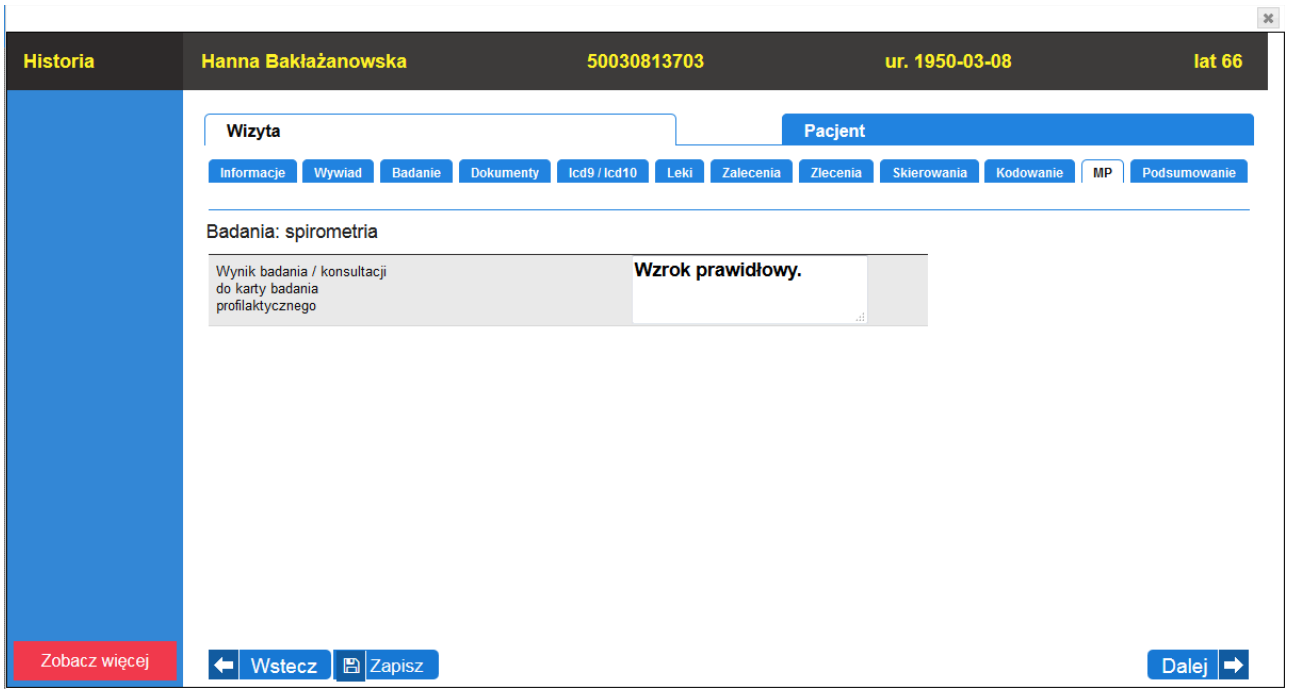
MP

Zakładka „MP" służy do obsługi wizyt medycyny pracy. Zawartość tej zakładki jest różna w zależności od charakteru wizyty.

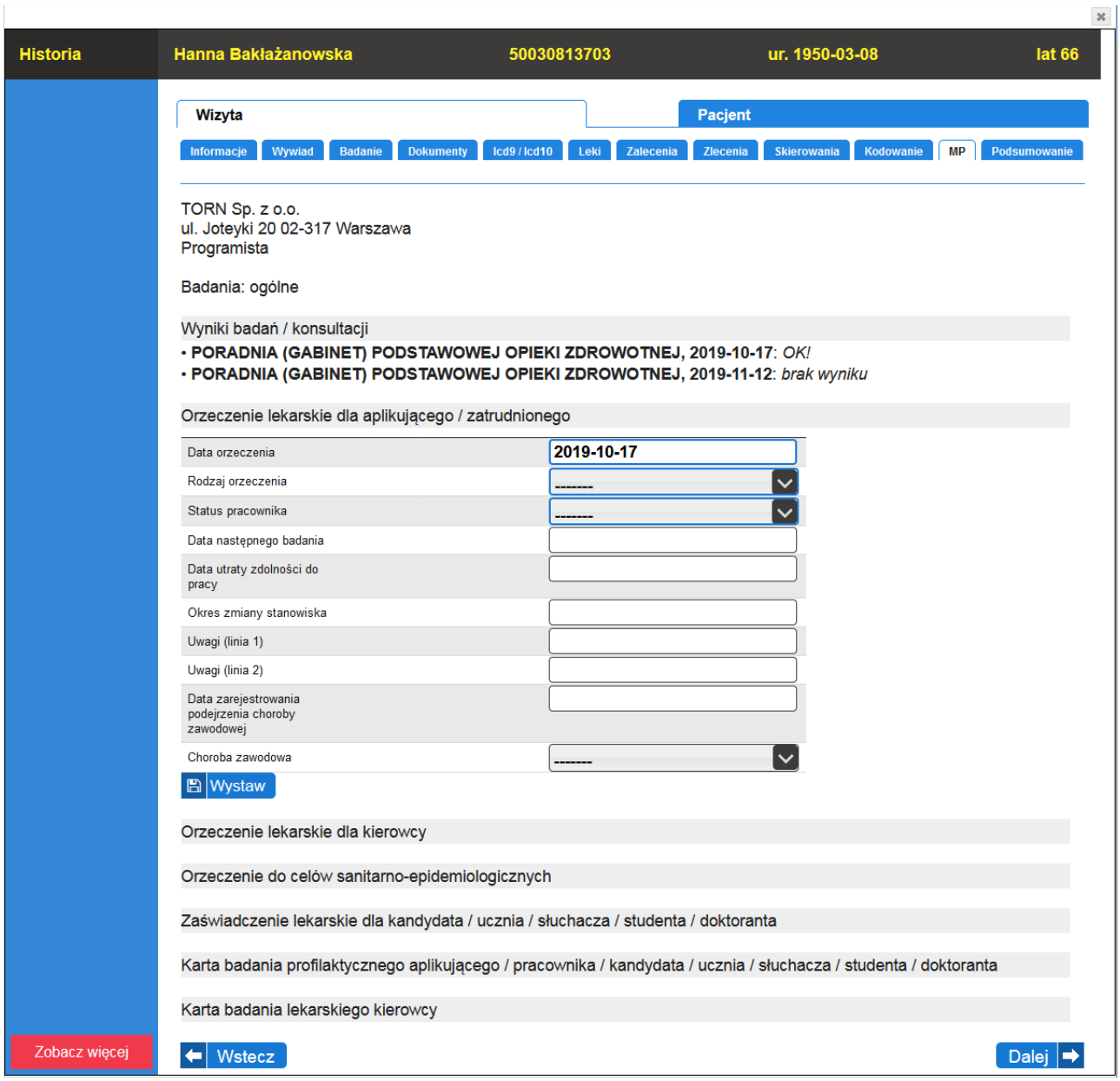
Jeżeli dana wizyta nie jest wizytą medycyny pracy wówczas zakładka nie zawiera żadnych formularzy, tylko stosowny komunikat informujący o tym fakcie.



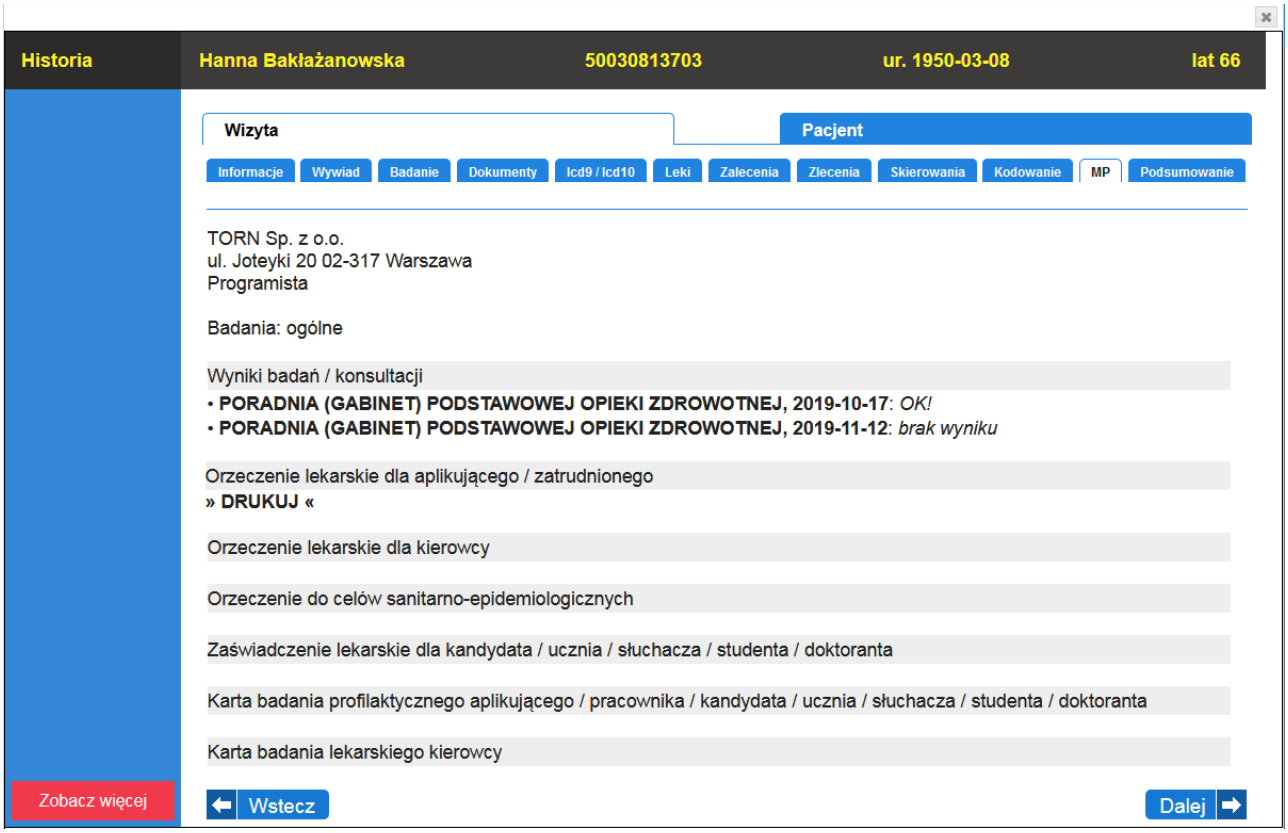
Jeżeli wizyta nie jest główną wizytą medycyny pracy (wizyta główna medycyny pracy to ta, na której zbierane są informacje z poszczególnych wizyt medycyny pracy i wystawiane jest orzeczenie lekarskie), wówczas w zakładce pojawiają się informacje o zaplanowanych badaniach i sugerowanych testach ekspozycyjnych i wyświetla się formularz umożliwiający wprowadzenie wyniku konsultacji / badania. Po wpisaniu wyniku konsultacji / badania należy dane zapisać klikając na przycisk „Zapisz". Tak wprowadzone wyniki pojawiają się potem w zakładce „MP" wizyty głównej medycyny pracy w celu umożliwienia lekarzowi dokonania pełnej oceny stanu zdrowia pacjenta i wystawienia właściwego orzeczenia.



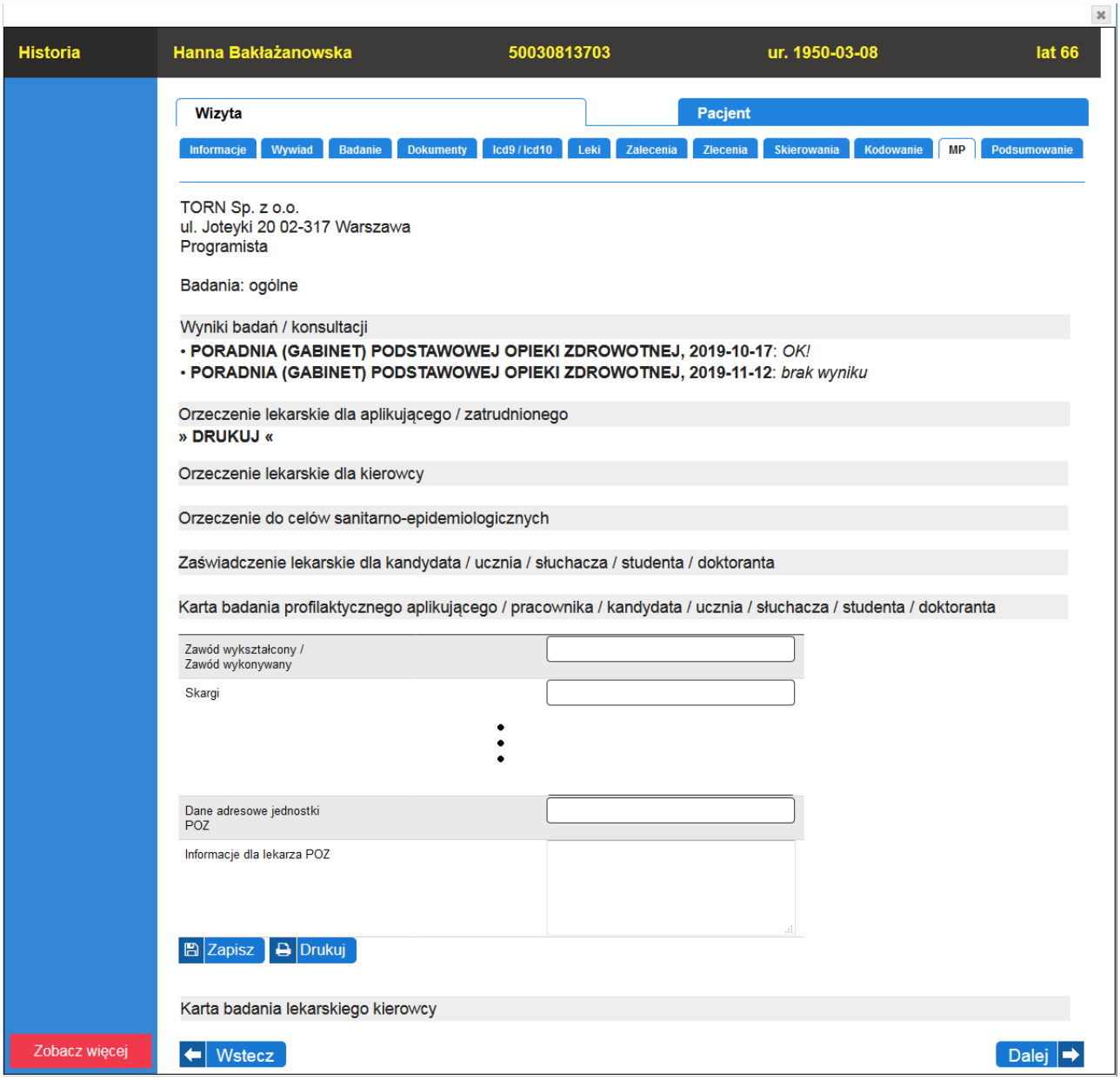
Jeżeli wizyta jest główną wizytą medycyny pracy wówczas w zakładce pojawiają się dane instytucji i stanowiska, informacje o zaplanowanych badaniach i sugerowanych testach ekspozycyjnych i wyświetlają się wyniki badań / konsultacji z innych niż główna wizyt medycyny pracy, które mają status wizyty zrealizowanej (póki wynik nie zostanie wprowadzony i wizyta nie zostanie oznaczona jako zrealizowana, póty w zakładce „MP" głównej wizyty medycyny pracy wyświetla się informacja o braku wyniku). Pod listą wyników pojawia się formularz umożliwiający wystawienie orzeczenia lekarskiego lub zaświadczenia lekarskiego (o ile dla danej kategorii badania medycyny pracy przewidziane jest wystawianie orzeczeń lub zaświadczeń lekarskich) oraz formularz wystawienia karty badania profilaktycznego / lekarskiego (o ile dla danej kategorii badania medycyny pracy przewidziane jest wystawianie kart badań profilaktycznych / lekarskich). Formularze mają strukturę zależną od kategorii badania medycyny pracy. W przypadku medycyny pracy dla aplikujących / pracowników / kandydatów / uczniów / słuchaczy / studentów / doktorantów w zakładce wyświetla się dodatkowo formularz umożliwiający wystawienie orzeczenia dla kierowców, orzeczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych oraz karty badania lekarskiego (np. w sytuacji gdy na badania medycyny pracy zgłasza się pracownik firmy transportowej, który jest kierowcą i zajmuje się przewozem żywności, może on oprócz orzeczenia do pracy potrzebować także orzeczenia dla kierowcy i orzeczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych). Formularze, których wypełnienie jest opcjonalne a które nie zostały jeszcze wypełnione są domyślnie ukryte – aby wyświetlić taki formularz należy kliknąć na nagłówku z jego nazwą, aby ukryć formularz trzeba ponownie kliknąć na nagłówku z jego nazwą.



Aby wystawić orzeczenie / zaświadczenie lekarskie należy wypełnić formularz i kliknąć przycisk „Wystaw”. Wówczas formularz wystawiania orzeczenia / zaświadczenia zniknie a zamiast niego pojawi się odnośnik umożliwiający wydrukowanie wystawionego orzeczenia / zaświadczenia. Fakt wystawienia orzeczenia lekarskiego jest odnotowywany automatycznie w rejestrze wystawionych orzeczeń lekarskich. Jeżeli w formularzu wystawiania orzeczenia zostanie wprowadzona data zarejestrowania podejrzenia choroby zawodowej i ewentualnie wskazana choroba zawodowa, wówczas dodatkowo zostanie automatycznie utworzony wpis w księdze podejrzeń i rozpoznań chorób zawodowych.



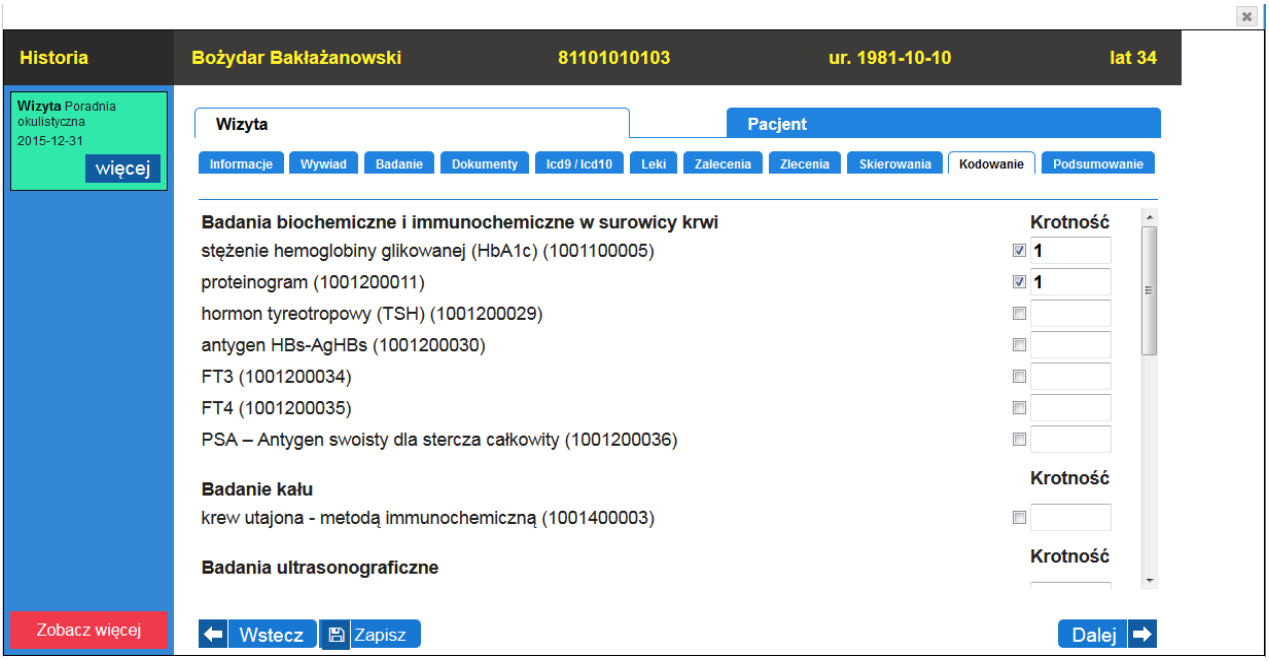
Aby wystawić kartę badania profilaktycznego / lekarskiego należy wypełnić formularz i kliknąć przycisk „Zapisz” a następnie kliknąć przycisk „Drukuj”. Otworzy się wówczas plik z wypełnioną kartą badania profilaktycznego/lekarskiego do wydruku.



Przyciski „Wstecz” i „Dalej” widoczne na dole zakładki umożliwiają przełączenie się odpowiednio do poprzedniej i następnej zakładki w karcie wizyty.

Kodowanie

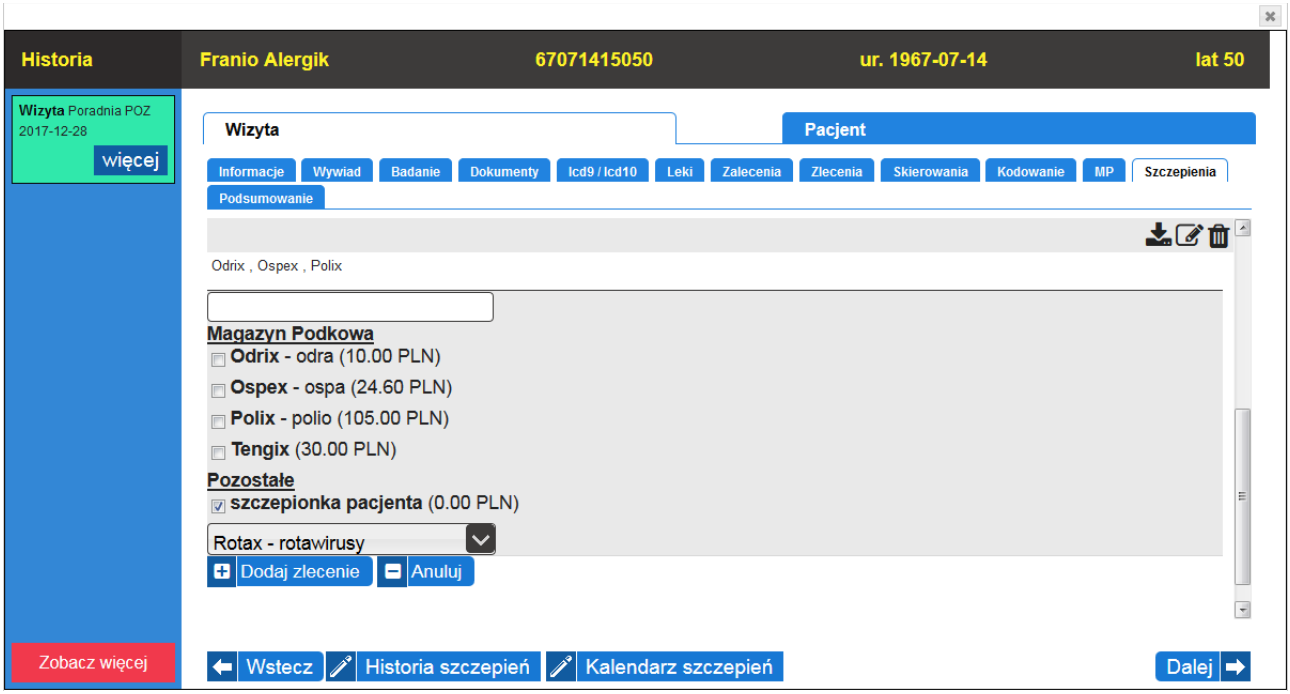
Zakładka „Kodowanie” służy do wprowadzania informacji o wykonanych badaniach diagnostycznych i jest dostępna jedynie dla głównego personelu realizującego wizytę / operację. W zakładce widoczna jest list badań diagnostycznych wraz z kodami tych badań a przy każdym z nich pole zaznaczenia i krotności. Badania które zostały wykonane przez lekarza należy zaznaczyć, określić ich krotność a następnie zapisać klikając na przycisk „Zapisz”.



Przyciski „Wstecz” i „Dalej” widoczne na dole zakładki umożliwiają przełączenie się odpowiednio do poprzedniej i następnej zakładki w karcie wizyty.

Szczepienia

Zakładka „Szczepienia” służy do wystawiania zleceń na szczepienia. W zakładce widoczna jest lista dostępnych w magazynach zakładu opieki zdrowotnej szczepionek wraz z dodatkową opcją „szczepionka pacjenta” w przypadku gdy pacjent sam dostarcza szczepionkę. Aby wystawić zlecenie/zlecenia szczepień należy zaznaczyć właściwe szczepionki (w przypadku szczepionki pacjenta dodatkowo wskazać rodzaj szczepionki) i kliknąć przycisk „Dodaj zlecenie”. Jeżeli lista szczepionek jest długa wówczas aby szybciej odnaleźć szczepionkę w polu filtru widocznym nad listą szczepionek można wpisać fragment nazwy szczepionki lub choroby a wówczas system automatycznie zawęzi listę szczepionek (dotyczy to zarówno szczepionek magazynowych jak i listy rozwijanej rodzajów szczepionek pacjenta). Szczepionka pacjenta zawsze trafia na osobne zlecenie. Wystawione zlecenia pojawiają się w górnej części okna a przy każdym z nich widoczny jest ikonka umożliwiająca pobranie i wydrukowanie zlecenia w formie pliku PDF, ikonka umożliwiająca modyfikację zlecenia oraz ikonka umożliwiająca usunięcie zlecenia. Wraz z wystawieniem zlecenia stany magazynowe są pomniejszane o zlecone szczepionki (system automatycznie pobiera z magazynu szczepionkę, której ważność kończy się najwcześniej). Aby zmodyfikować zlecenie należy kliknąć ikonkę edycji przy danym zleceniu na liście. Wówczas w formularzu wyboru szczepionek zostaną zaznaczone szczepionki z tego zlecenia a przycisk pod formularzem zmieni nazwę na „Zapisz zlecenie”. Po wprowadzeniu zmian w formularzu należy je zatwierdzić klikając przycisk „Zapisz zlecenie”. Aby usunąć zlecenie należy kliknąć ikonkę usuwania przy danym zleceniu i potwierdzić zamiar klikając przycisk „OK” w monicie jaki się pojawi. Jeżeli zlecenie nie zostanie zrealizowane w czasie określonym w konfiguracji gabinetu zostanie ono po upływie tego czasu automatycznie anulowane a zawarte w nim szczepionki powiększą stany magazynowe (jeżeli zlecenie w momencie anulowania było już opłacone w systemie pojawi się nadpłata).



Przycisk „Historia szczepień” widoczny na dole zakładki umożliwia szybki wgląd do listy szczepień wykonanych na rzecz pacjenta.

Przycisk „Kalendarz szczepień” widoczny na dole zakładki umożliwia podgląd kalendarza szczepień.

Przyciski „Wstecz” i „Dalej” widoczne na dole zakładki umożliwiają przełączenie się odpowiednio do poprzedniej i następnej zakładki w karcie wizyty.

Dyspozycje

Zakładka „Dyspozycje” służy do wystawiania zleceń wewnętrznych (dyspozycji) do wykonania przez określone komórki organizacyjne. W zakładce widoczna jest lista wystawionych dyspozycji (o ile jakiekolwiek zostały wystawione) a przy każdej z nich przycisk umożliwiający usunięcie danej dyspozycji. Poniżej widoczny jest formularz wystawiania dyspozycji. Dyspozycje może wystawiać tylko główny personel realizujący wizytę.

Istnieją cztery rodzaje dyspozycji:

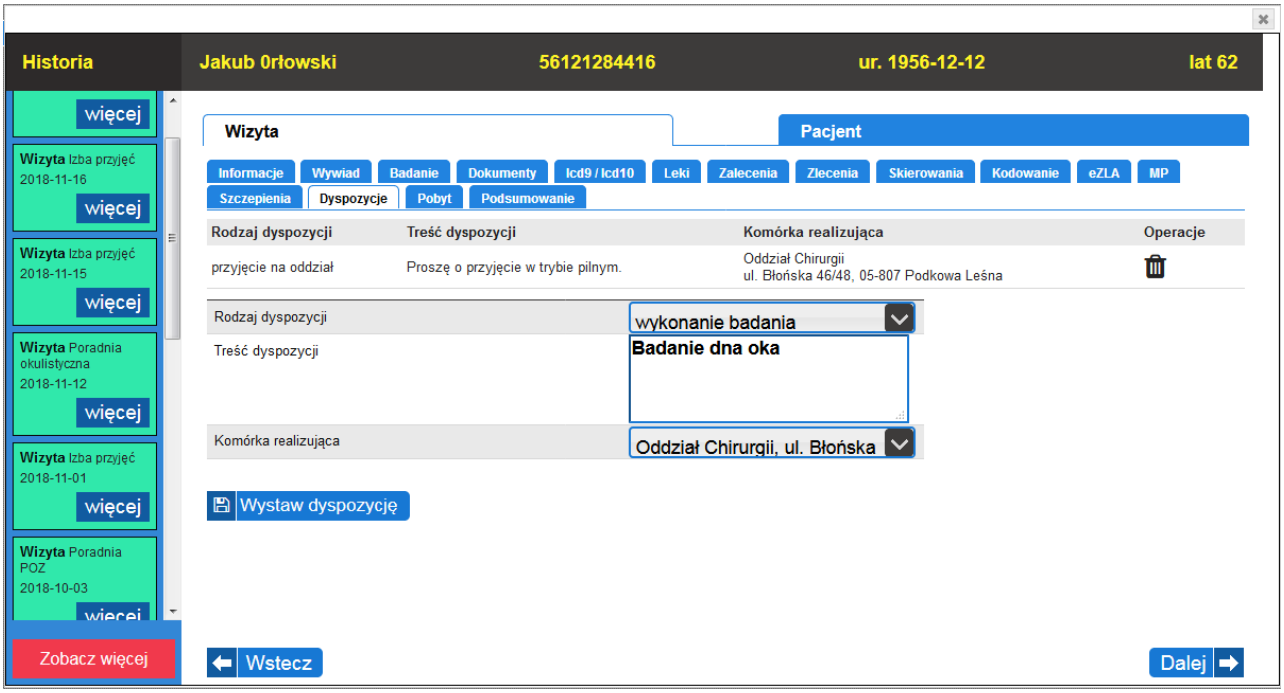
- przyjęcie na oddział – dyspozycja wystawiana na izbie przyjęć w przypadku podjęcia decyzji o przyjęciu pacjenta na oddział szpitalny
- przeniesienie na oddział – dyspozycja wystawiana na oddziale w przypadku podjęcia decyzji o przeniesieniu pacjenta na inny oddział
- dokonanie wypisu – dyspozycja wystawiana na oddziale w przypadku podjęcia decyzji o wypisaniu pacjenta oraz w przypadku zgonu pacjenta
- wykonanie badania – dyspozycja wykonania badania (np. histopatologicznego)

Na określenie dyspozycji składa się wskazanie jej rodzaju, opisu oraz komórki która będzie odpowiedzialna za jej realizację. W przypadku dyspozycji przyjęcia na oddział przeniesienia na oddział i dokonania wypisu opis dyspozycji może zawierać wskazówki dla osoby realizującej dyspozycję, w przypadku dyspozycji wykonania badania opis dyspozycji powinien zawierać nazwę badania do wykonania. W przypadku dyspozycji przyjęcia na oddział, jako komórkę realizującą

należy wskazać oddział na który ma nastąpić przyjęcie. W przypadku dyspozycji przeniesienia na oddział, jako komórkę realizującą należy wskazać oddział na który ma nastąpić przeniesienie. W przypadku dyspozycji dokonania wypisu, jako komórkę realizującą należy wskazać oddział na którym przebywa pacjent. W przypadku dyspozycji wykonania badania, jako komórkę realizującą należy wskazać pracownię odpowiedzialną za wykonanie zleconego badania.

Aby wystawić dyspozycję należy wskazać jej rodzaj, opis oraz komórkę realizującą a następnie kliknąć przycisk „Wystaw dyspozycję". Dyspozycja wyświetli się wówczas w odpowiednim miejscu w systemie:

- dyspozycje przyjęcia na oddział wyświetlają się po wybraniu funkcjonalności „Przyjęcia" z menu „Szpital"
- dyspozycje przeniesienia na oddział wyświetlają się po wybraniu funkcjonalności „Przyjęcia" z menu „Szpital" a w szczególnych przypadkach dostęp do nich jest także możliwy po wybraniu funkcjonalności „Oddział" z menu „Szpital"
- dyspozycje dokonania wypisu wyświetlają się po wybraniu funkcjonalności „Wypisy" z menu „Szpital", dostęp do nich jest także możliwy po wybraniu funkcjonalności „Oddział" z menu „Szpital"
- dyspozycje wykonania badań wyświetlają się po wybraniu funkcjonalności „Zlecenia" z menu „Gabinet" a wyniki ich realizacji w historii wizyt, badań i zleceń w lewej kolumnie okna wizyty w gabinecie lekarskim.



Przyciski „Wstecz" i „Dalej" widoczne na dole zakładki umożliwiają przełączenie się odpowiednio do poprzedniej i następnej zakładki w karcie wizyty.

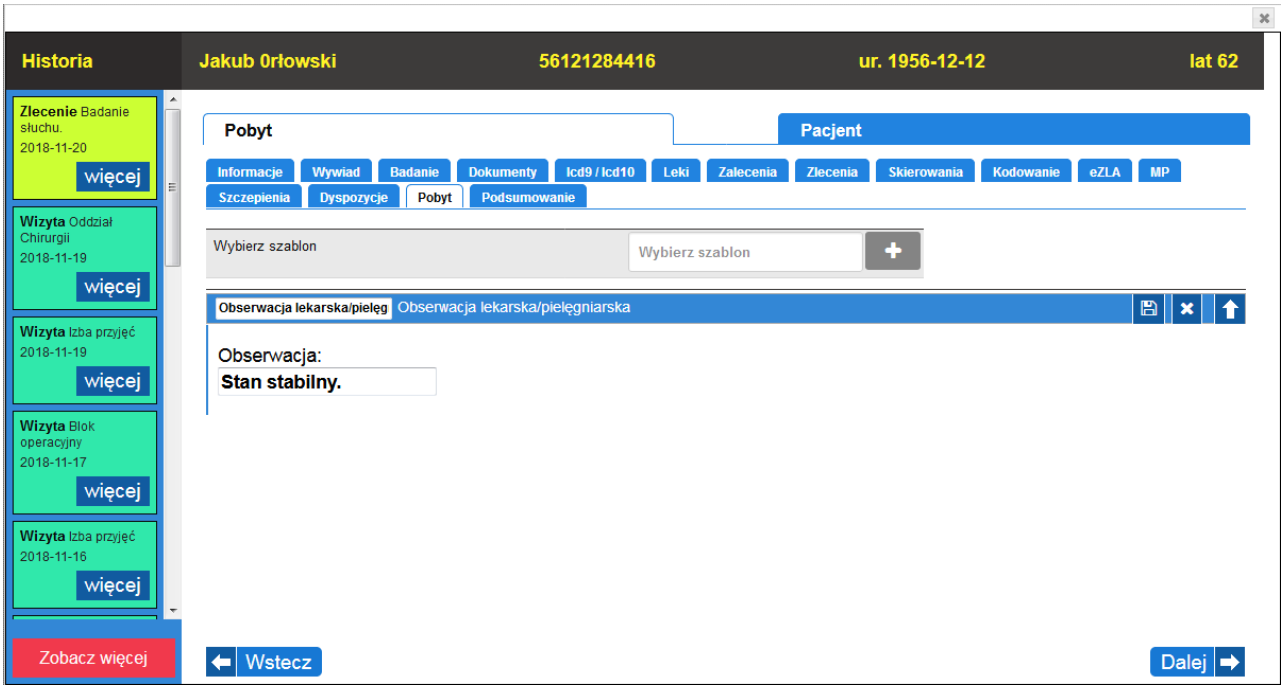
Pobyt

Zakładka „Pobyt" służy do rejestrowania danych (obserwacje, obchody, pomiary temperatury i ciśnienia, itd.) gromadzonych podczas pobytu pacjenta w szpitalu. Dla czytelności informacje nie są

wprowadzane w formie opisu ale według odpowiednio zdefiniowanego szablonu formularza lub szablonu dokumentu. Lekarz sam tworzy szablony formularzy / dokumentów do wprowadzania danych. Ponieważ zakres wprowadzanych informacji zależy od wielu czynników, więc możliwe jest utworzenie wielu różnych szablonów (sposób ich tworzenia jest przedstawiony w podrozdziałach „Szablony formularzy" i „Szablony dokumentów"). W zakładce „Pobyt" widoczne mogą być:

- pole wyboru szablonu / szablonów – pole umożliwiające lekarzowi wybranie jednego lub więcej szablonów formularzy / dokumentów do wypełnienia podczas wizyty (pole nie jest widoczne w przypadku pobytów zrealizowanych)
- formularz / formularze do wypełnienia – formularze odpowiadające wybranym szablonom przeznaczone do wypełnienia podczas pobytu

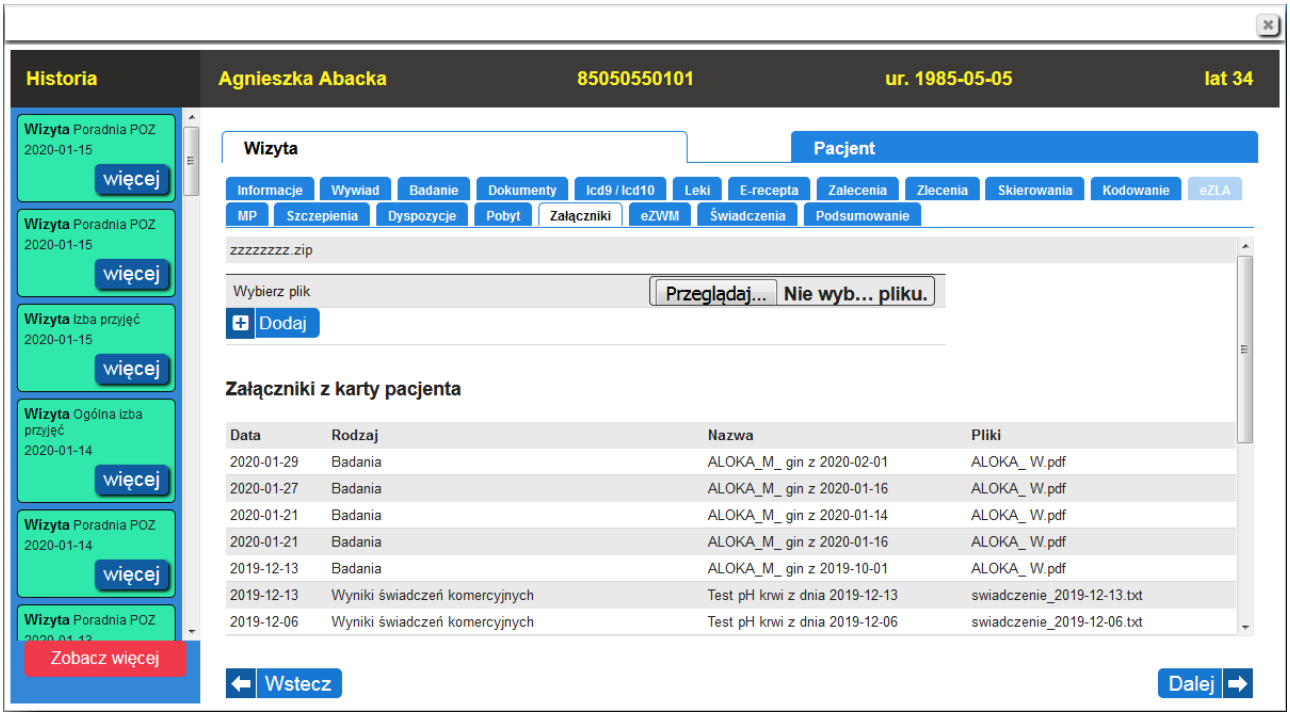
Aby móc wypełnić formularz należy kliknąć w polu „Wybierz szablon". Rozwinie się wówczas lista dostępnych szablonów formularzy / dokumentów (szablony dokumentów opatrzone są adnotacją „(PDF)"; szablony w języku pacjenta są dodatkowo wyróżnione znakiem „+"). Klikając na odpowiednich szablonach można je wybierać (wybrane szablony pojawiają się w polu „Wybierz szablon"). Po wybraniu szablonu / szablonów należy kliknąć przycisk ze znakiem „+" aby w zakładce pobytu pojawiły się odpowiadające tym szablonom formularze. Nad każdym formularzem pojawia się pasek nagłówka z polem z nazwą formularza (do edycji), nazwą szablonu oraz przyciskami zapisu formularza z ikonką dyskietki i usuwania formularza ze znakiem „×". Po zapisaniu danych w pasku nagłówka pojawia się przycisk drukowania dokumentu z ikonką drukarki. W przypadku gdy wybrano więcej niż jeden szablon widoczny jest tylko jeden formularz z paskiem nagłówka zaś dla pozostałych formularzy widoczne są tylko paski nagłówków – klikając na paski nagłówków można przełączać się pomiędzy kolejnymi formularzami do wypełnienia. Pola tekstowe w formularzach odpowiadających szablonom dokumentów mają wbudowany wskaźnik kontroli zapełnienia treścią: jeżeli treść wpisana w polu tekstowym zajmuje mniej niż 90% przeznaczonego na nią miejsca w szablonie dokumentu, wówczas tło pola tekstowego jest białe, jeśli zajmuje od 90% do 95% miejsca - tło zmienia się na żółte, jeśli zajmuje od 95% do 100% miejsca - tło zmienia się na pomarańczowe, jeśli zajmuje więcej niż 100% miejsca - tło zmienia się na czerwone. Po wypełnieniu / zmodyfikowaniu formularza należy dane zapisać naciskając przycisk z ikonką dyskietki na pasku nagłówka formularza. Każda osoba z personelu obsługującego pobyt będzie widziała dane wprowadzone tak przez siebie jak i przez pozostałe osoby obsługujące pobyt ale przyciski zapisu i usuwania będzie miała dostępne tylko przy danych wprowadzonych przez siebie.



Przyciski „Wstecz” i „Dalej” widoczne na dole zakładki umożliwiają przełączenie się odpowiednio do poprzedniej i następnej zakładki w karcie wizyty.

Załączniki

Zakładka „Załączniki” służy do dołączania plików (np. plików DICOM, skanów dokumentów) do historii choroby pacjenta. Aby dołączyć plik należy kliknąć przycisk „Przeglądaj”, wskazać plik z dysku komputera i zapisać go w systemie klikając przycisk „Dodaj”. Lista dołączonych plików wyświetla się nad formularzem dodawania plików. Klikając na nazwy plików na tej liście można każdy z nich otworzyć. Pod formularzem dodawania załączników wyświetla się dodatkowo lista załączników wprowadzonych do karty pacjenta do zakładki „Historia” (o ile jakiekolwiek zostały wprowadzone).



Przyciski „Wstecz” i „Dalej” widoczne na dole zakładki umożliwiają przełączenie się odpowiednio do poprzedniej i następnej zakładki w karcie wizyty.

eZWM

Zakładka „eZWM” służy wystawiania elektronicznych zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne (aby możliwe było wystawianie elektronicznych zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne, w systemie musi istnieć prawidłowo skonfigurowane konto eWUŚ). W górnej części zakładki wyświetla się lista wystawionych zleceń, poniżej widoczny jest formularz wystawiania zlecenia. Aby wystawić zlecenie należy wypełnić formularz. W zależności od wybranego rodzaju zaopatrzenia różne części formularza są udostępnione do wypełnienia. W przypadku gdy zaopatrzenie stanowią soczewki okularowe należy podać dane soczewek oraz ewentualnie dane dokumentów potwierdzających uprawnienia do świadczeń i uprawnienia dodatkowe. W pozostałych przypadkach należy w pierwszej kolejności wskazać właściwy wyrób. Właściwy wyrób wskazuje się wpisując jego kod lub początek jego nazwy w polu „Grupa i liczba porządkowa wyrobu” i wybierając wyrób z listy podpowiedzi jaka się pojawi po wpisaniu przynajmniej trzech znaków. Następnie należy wskazać umiejscowienie (jeśli wyrób tego wymaga). określić ilość wyrobu (w przypadku wyrobów wydawanych na wniosek) lub ilość na miesiąc, miesiąc i rok początkowy oraz ilość miesięcy (w przypadku wyrobów wydawanych na kartę zaopatrzenia comiesięcznego), podać kod uzasadnienia (ICD-10), wskazać kryteria przyznania (domyślne kryteria dla danego wyrobu są automatycznie zaznaczone, nieodpowiednie kryteria należy odznaczyć, dodatkowe kryteria można dodać wpisując początek nazwy kryterium w zielonym polu i wybierając kryterium z listy podpowiedzi jaka się pojawi po wpisaniu przynajmniej trzech znaków) oraz wprowadzić ewentualne dodatkowe parametry (tydzień ciąży - wymagany dla wyrobów dedykowanych dla kobiet w ciąży, rodzaj stomii i liczba przetok – wymagane dla sprzętu stomijnego, uzasadnienie skrócenia użytkowania). Poniżej formularza widnieją trzy przyciski:

- Zapisz zlecenie – zapisuje dane zlecenia w bazie danych, zlecenie otrzymuje stan „nowe”
- Zapisz i wyślij zlecenie – zapisuje dane zlecenia w bazie danych i wysyła zlecenie do NFZ,

zlecenie otrzymuje stan „zarejestrowane”

- Zrezygnuj – usuwa wszystkie dane z formularza danych zlecenia (oznacza rezygnację z zapisu danych zlecenia)

Po naciśnięciu przycisku „Zapisz zlecenie”, zlecenie (o ile nie zawierało błędów) pojawia się na liście zleceń nad formularzem w stanie „nowe”. Po naciśnięciu przycisku „Zapisz i wyślij zlecenie”, zlecenie (o ile nie zawierało błędów) pojawia się na liście zleceń nad formularzem w stanie „zarejestrowane”.

Przy zleceniu w stanie „nowe” widoczne są trzy ikonki:

- strzałka na czarnym tle – ikonka wysyłania – umożliwia wysłanie zlecenia do NFZ
- ołówek na tle kartki papieru – ikonka edycji – umożliwia modyfikację zlecenia
- kosz – ikonka usuwania – umożliwia usunięcie zlecenia

Aby usunąć zlecenie należy kliknąć ikonkę usuwania i potwierdzić swój zamiar.

Aby zmodyfikować zlecenie należy kliknąć ikonkę edycji. Wówczas formularz danych zlecenia zostanie wypełniony jego danymi. Po wprowadzeniu zmian zlecenie należy zapisać klikając przycisk „Zapisz zlecenie” lub „Zapisz i wyślij zlecenie”.

Aby wysłać zlecenie do NFZ należy kliknąć ikonkę wysyłania. System podejmie wówczas próbę wysyłki zlecenia do NFZ. W przypadku niepowodzenia poinformuje o przyczynach stosownym komunikatem. W przypadku powodzenia zmieni stan zlecenia na na „zarejestrowane”.

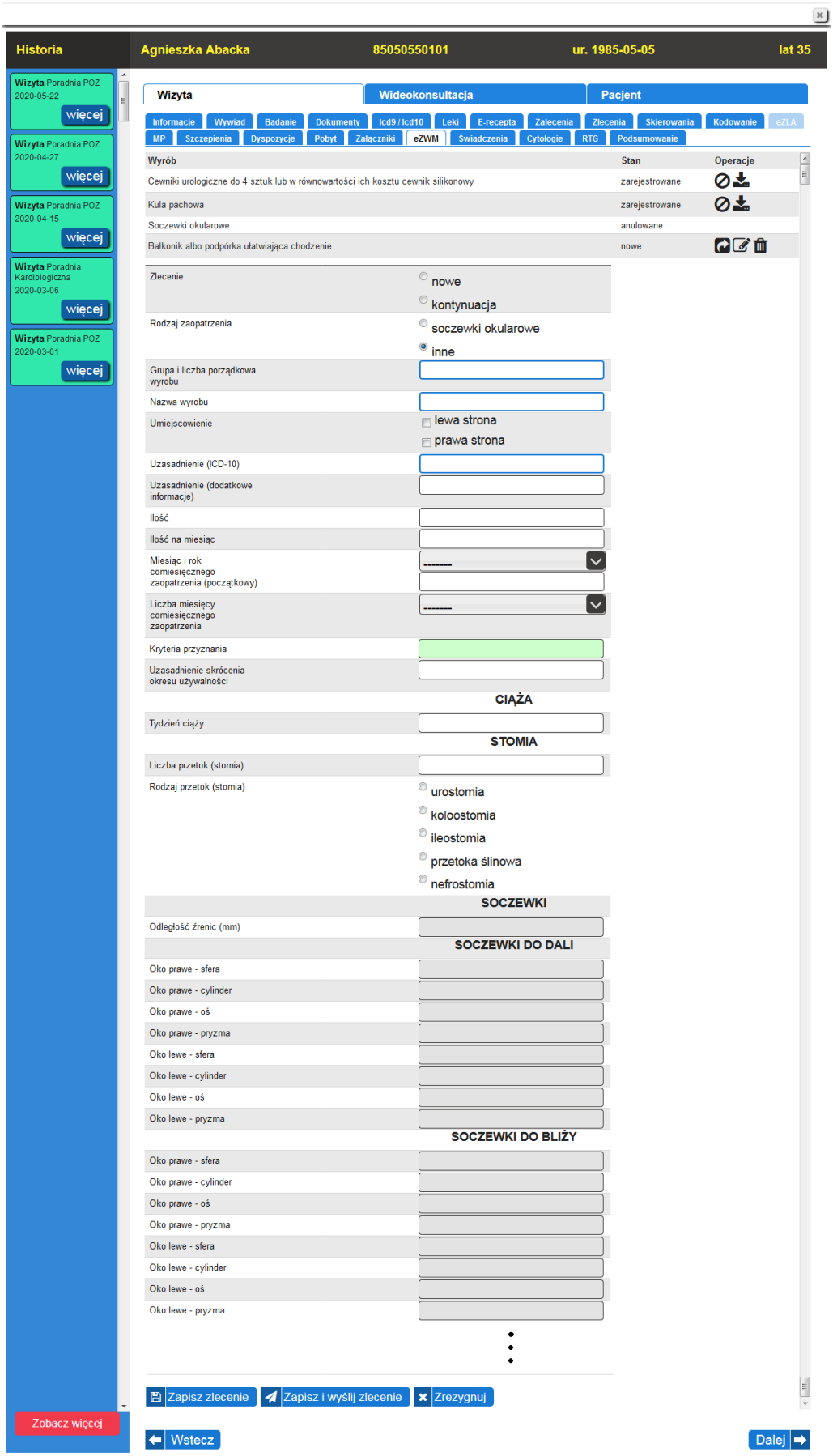
Przy zleceniu w stanie „zarejestrowane” widoczne są dwie ikonki:

- przekreślone kółko – ikonka anulowania – umożliwia anulowanie zlecenia w NFZ
- symbol pobierania – ikonka pobierania – umożliwia pobranie z NFZ dokumentu zlecenia w formacie PDF

Aby anulować zlecenie należy kliknąć ikonkę anulowania. System podejmie wówczas próbę anulowania zlecenia w NFZ. W przypadku niepowodzenia poinformuje o przyczynach stosownym komunikatem. W przypadku powodzenia zmieni stan zlecenia na na „anulowane”.

Aby pobrać dokument zleceni należy kliknąć ikonkę pobierania. System podejmie wówczas próbę pobrania zlecenia w NFZ i umożliwi zapisanie go w formie pliku PDF na dysku komputera.

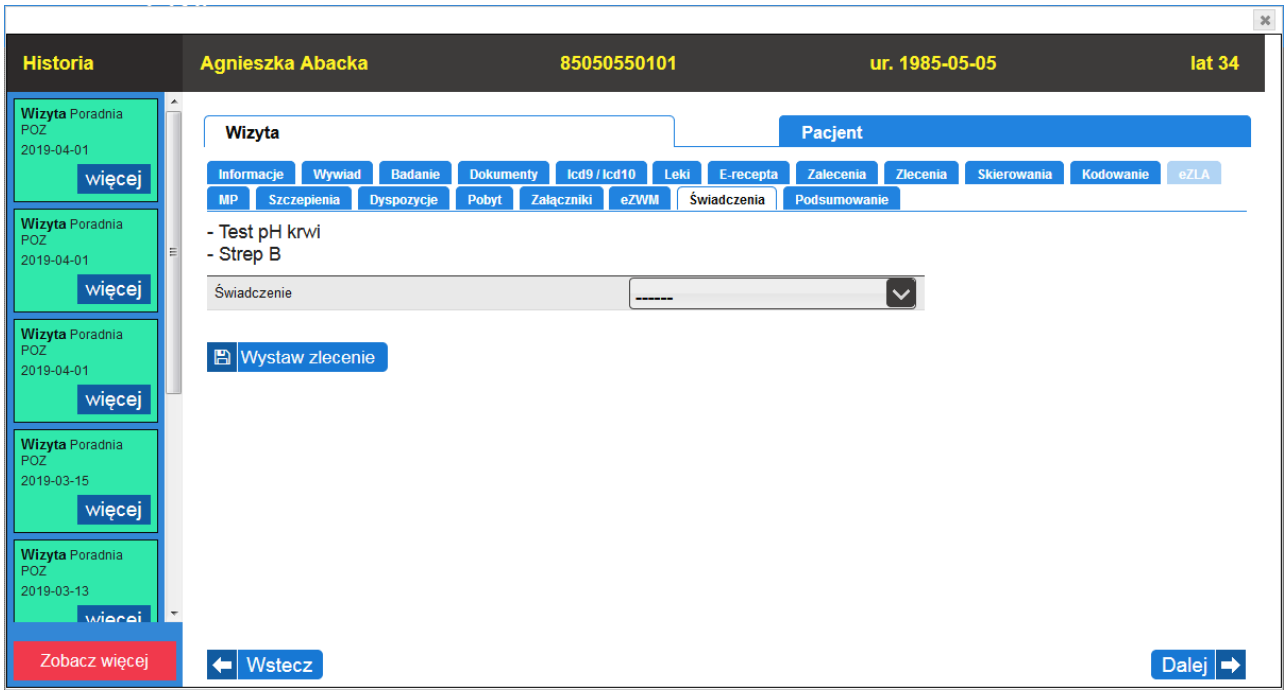
Przy zleceniu w stanie „anulowane” nie są widoczne żadne ikonki.


Historia
Agnieszka Abacka
85050550101
ur. 1985-05-05
lat 35
Wizyta Poradnia POZ 2020-05-22
więcej
Wizyta Poradnia POZ 2020-04-27
więcej
Wizyta Poradnia POZ 2020-04-15
więcej
Wizyta Poradnia Kardiologiczna 2020-03-06
więcej
Wizyta Poradnia POZ 2020-03-01
więcej
Zobacz więcej
Wizyta
Wideokonsultacja
Pacjent
Informacje
Wywiad
Badanie
Dokumenty
Icd9 / Icd10
Leki
E-recepta
Zalecenia
Zlecenia
Skierowania
Kodowanie
eZLA
MP
Szczepienia
Dyspozycje
Pobyt
Załączniki
eZWM
Świadczenia
Cytologie
RTG
Podsumowanie
Wyrób
Stan
Operacje
Cewniki urologiczne do 4 sztuk lub w równowartości ich kosztu cewnik silikonowy
zarejestrowane
Kula pachowa
zarejestrowane
Soczewki okularowe
anulowane
Balkonik albo podpórka ułatwiająca chodzenie
nowe
Zlecenie
nowe
kontynuacja
Rodzaj zaopatrzenia
soczewki okularowe
inne
Grupa i liczba porządkowa wyrobu
Nazwa wyrobu
Umiejscowienie
lewa strona
prawa strona
Uzasadnienie (ICD-10)
Uzasadnienie (dodatkowe informacje)
Ilość
Ilość na miesiąc
Miesiąc i rok comiesięcznego zaopatrzenia (początkowy)
Liczba miesięcy comiesięcznego zaopatrzenia
Kryteria przyznania
Uzasadnienie skrócenia okresu używalności
CIĄŻA
Tydzień ciąży
STOMIA
Liczba przetok (stomia)
Rodzaj przetok (stomia)
urostomia
koloostomia
ileostomia
przetoka ślinowa
nefrostomia
SOCZEWKI
Odległość źrenic (mm)
SOCZEWKI DO DALI
Oko prawe - sfera
Oko prawe - cylinder
Oko prawe - oś
Oko prawe - pryzma
Oko lewe - sfera
Oko lewe - cylinder
Oko lewe - oś
Oko lewe - pryzma
SOCZEWKI DO BLIŻY
Oko prawe - sfera
Oko prawe - cylinder
Oko prawe - oś
Oko prawe - pryzma
Oko lewe - sfera
Oko lewe - cylinder
Oko lewe - oś
Oko lewe - pryzma
Zapisz zlecenie
Zapisz i wyślij zlecenie
Zrezygnuj
Wstecz
Dalej

Przyciski „Wstecz” i „Dalej” widoczne na dole zakładki umożliwiają przełączenie się odpowiednio do poprzedniej i następnej zakładki w karcie wizyty.

Świadczenia

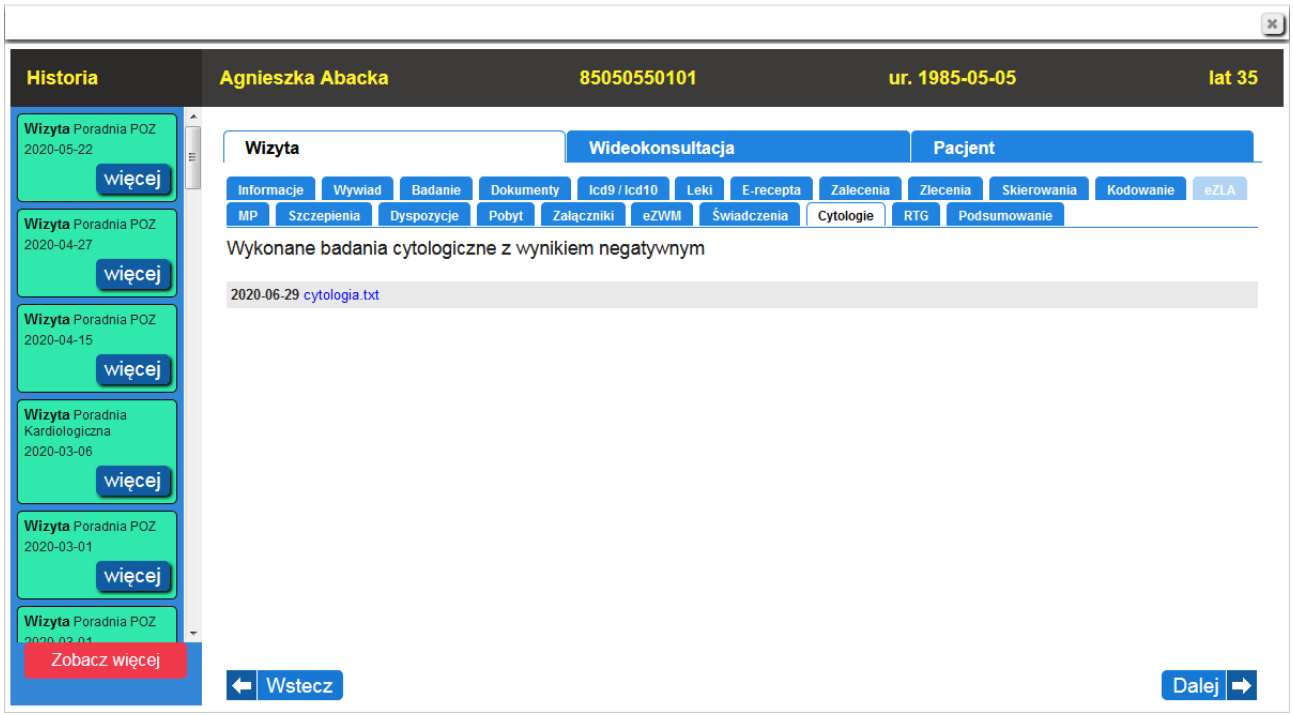
Zakładka „Świadczenia” służy do zlecania wykonania na rzecz pacjenta świadczeń komercyjnych z użyciem środków znajdujących się w magazynach zakładu opieki zdrowotnej. Aby zlecić wykonanie świadczenia należy wybrać świadczenie z listy rozwijanej (z odpowiedniego magazynu) i kliknąć przycisk „Wystaw zlecenie”. Lista zleconych świadczeń wyświetla się nad formularzem zlecania wykonania świadczenia.



Przyciski „Wstecz” i „Dalej” widoczne na dole zakładki umożliwiają przełączenie się odpowiednio do poprzedniej i następnej zakładki w karcie wizyty.

Cytologie

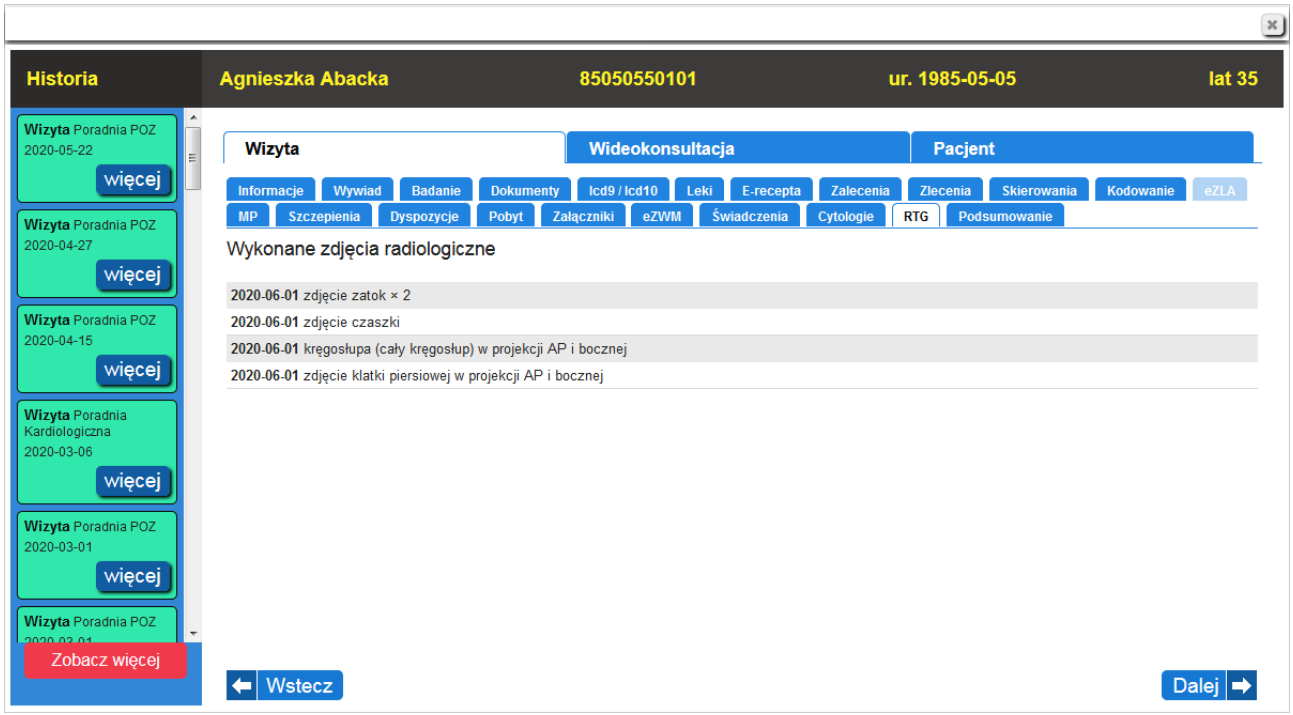
Zakładka „Cytologie” służy do prezentacji wykonanych pacjentce badań cytologicznych z wynikiem negatywnym. Dla każdego badania wyświetlany jest odnośnik do pliku z wynikami.



Przyciski „Wstecz” i „Dalej” widoczne na dole zakładki umożliwiają przełączenie się odpowiednio do poprzedniej i następnej zakładki w karcie wizyty.

RTG

Zakładka „RTG” służy do prezentacji informacji o wykonanych pacjentowi zdjęciach radiologicznych. Ma ona za zadanie ułatwić lekarzowi ocenę czy zlecenie wykonania zdjęcia radiologicznego będzie bezpieczne dla zdrowia pacjenta.



Przyciski „Wstecz” i „Dalej” widoczne na dole zakładki umożliwiają przełączenie się odpowiednio do poprzedniej i następnej zakładki w karcie wizyty.

Podsumowanie

Zakładka „Podsumowanie” służy do zamykania wizyty.

W przypadku niezakończonych wizyt NFZ-owych w POZ, AOS, rehabilitacji, stomatologii oraz psychiatrii i leczeniu uzależnień w zakładce „Podsumowanie” wyświetlany jest formularz umożliwiający wskazanie usług sprawozdawanych do NFZ. W POZ jest to lista rozwijana umożliwiająca wybór pojedynczej możliwej do rozliczenia usługi (jeśli w konfiguracji aplikacji została zdefiniowana domyślna usługa, wówczas jest ona automatycznie wybrana z możliwością zmiany). W AOS jest to lista rozwijana umożliwiająca wybór pojedynczej możliwej do rozliczenia usługi, w przypadku ginekologii poprzedzona listą wyboru tygodnia ciąży. W rehabilitacji oraz w przypadku psychiatrii i leczenia uzależnień jest to lista możliwych do rozliczenia usług a przy każdej z nich pole zaznaczenia (umożliwiające wskazanie usług do rozliczenia) i lista wyboru procedur (do wskazania procedury właściwej dla danej usługi). W stomatologii jest to lista możliwych do rozliczenia usług a przy każdej z nich pole zaznaczenia (umożliwiające wskazanie usług do rozliczenia) i lista wyboru kodów uzębienia (do wskazania kodu uzębienia właściwego dla danej usługi). Formularz wskazania usług do rozliczenia jest dostępny tylko dla głównego personelu realizującego wizytę / operację.

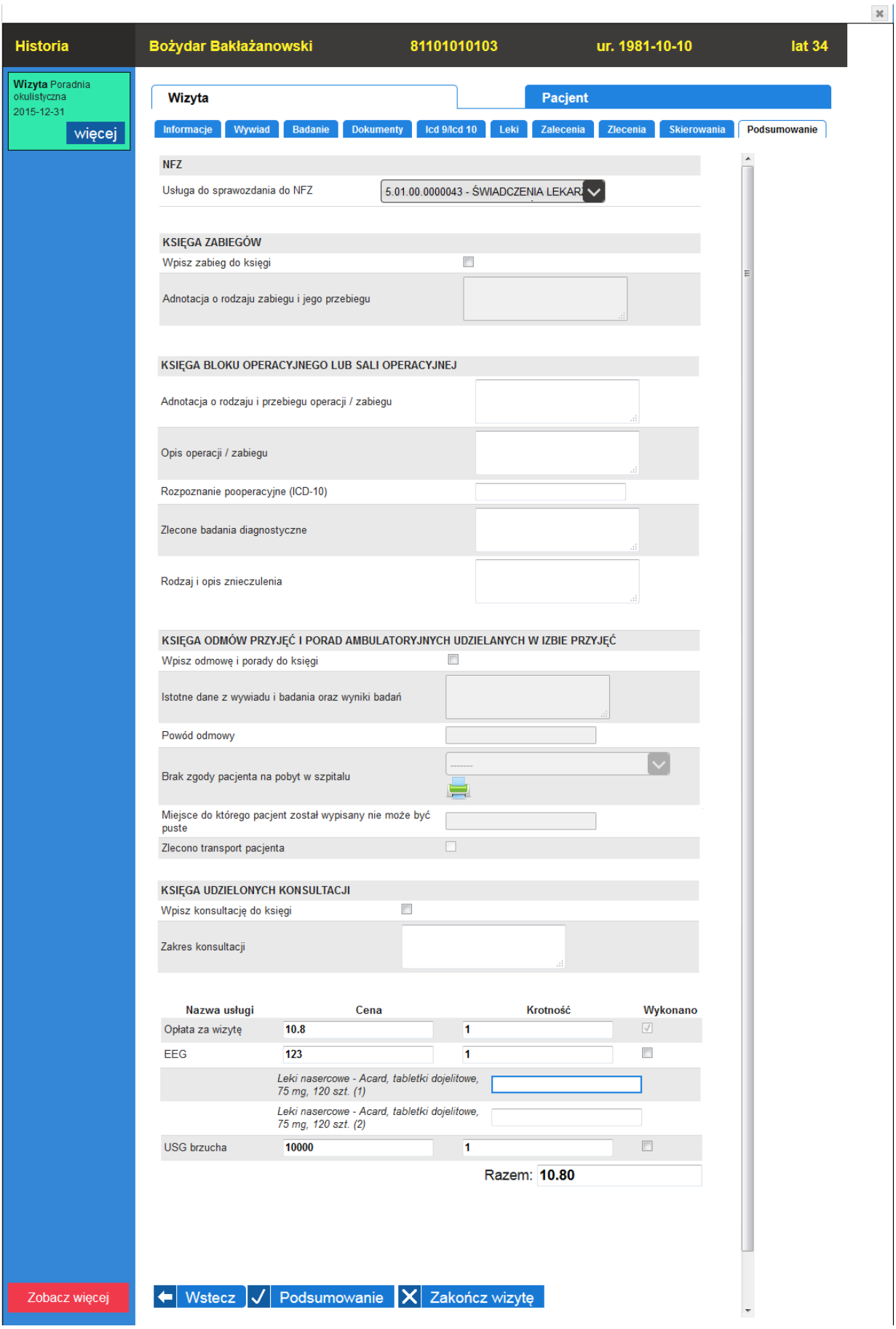
Dla wszystkich (niezakończonych) wizyt (z wyjątkiem pobytów szpitalnych) wyświetlany jest w zakładce „Podsumowanie” formularz umożliwiający dokonanie wpisu do księgi zabiegów, w którym lekarz wprowadza adnotację o rodzaju wykonanego zabiegu i jego przebiegu (pozostałe dane do księgi zabiegów są wstawiane automatycznie). Formularz ten jest dostępny tylko dla głównego personelu realizującego wizytę / operację.

W przypadku niezakończonych operacji na bloku operacyjnym wyświetlany jest w zakładce „Podsumowanie” formularz umożliwiający dokonanie wpisu do księgi bloku operacyjnego lub sali operacyjnej, w którym lekarz wprowadza adnotację o rodzaju i przebiegu wykonanej operacji / zabiegu, szczegółowy opis operacji / zabiegu, kod ICD-10 rozpoznania przedoperacyjnego i pooperacyjnego, zlecone badania diagnostyczne oraz rodzaj i opis podanego pacjentowi znieczulenia (pozostałe dane do księgi zabiegów są wstawiane automatycznie). Formularz ten jest dostępny tylko dla głównego personelu realizującego wizytę / operację.

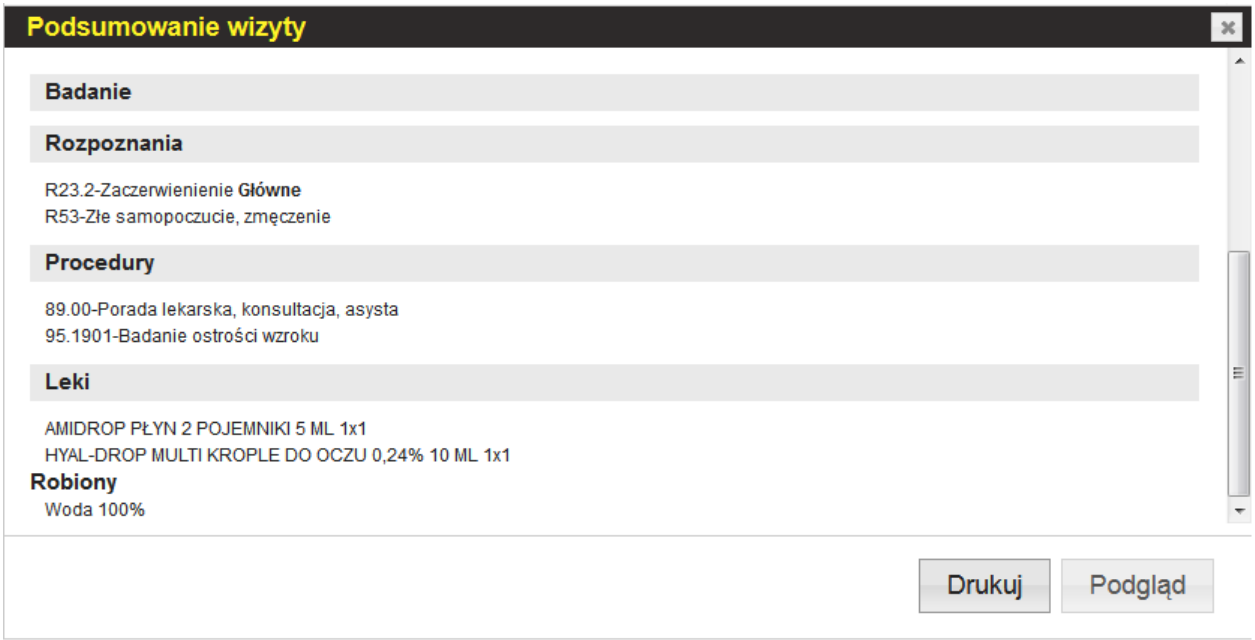
W przypadku niezakończonych wizyt w izbie przyjęć, w zakładce „Podsumowanie” widoczny jest formularz dokonywania wpisu księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć (jeżeli wizyta w izbie przyjęć kończy się odmową przyjęcia do szpitala). Wpis do księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć wymaga wprowadzenia niektórych danych ręcznie (pozostałe wymagane dane zostaną wstawione automatycznie). W sytuacji odmowy przyjęcia do szpitala, jeżeli przyczyną odmowy jest brak zgody pacjenta na pobyt w szpitalu, należy wydrukować adnotację o braku zgody pacjenta na taki pobyt (klikając na ikonce drukarki przy polu „Brak zgody pacjenta na pobyt w szpitalu”) i dać ją pacjentowi do podpisu – w zależności od tego czy pacjent zgodzi się adnotację podpisać czy nie należy należy fakt ten zaznaczyć wybierając odpowiednią wartość w polu „Brak zgody pacjenta na pobyt w szpitalu” (wydrukowaną adnotację, niezależnie od tego czy została ona podpisana przez pacjenta czy nie, należy zachować do celów kontroli). Formularz ten jest dostępny tylko dla głównego personelu realizującego wizytę / operację.

W przypadku niezakończonych wizyt medycyny pracy innych niż wizyta główna w zakładce „Podsumowanie” widoczny jest formularz dokonywania wpisu do księgi udzielonych konsultacji do celów medycyny pracy, w którym lekarz wprowadza zakres konsultacji.

W przypadku wizyt komercyjnych (z wyjątkiem pobytów szpitalnych) w zakładce „Podsumowanie” dostępny jest także cennik usług, w którym lekarz zaznacza usługi zrealizowane w ramach wizyty oraz odznacza usługi które rejestratorka zaznaczyła przy umawianiu wizyty a które jednak nie zostały wykonane. Cennik jest dostępny tylko dla głównego personelu realizującego wizytę / operację. Przy usługach, dla których zdefiniowano, że ich realizacja wymaga wykorzystania określonych zasobów, pojawiają się pola do wskazania wykorzystanych zasobów. Jeżeli dla usługi określono że danego zasobu należy wykazać od 2 do 3 sztuk, wówczas dwa pola będą otoczone niebieską obwódką jako wymagane do wypełnienia, a jedno szarą jako opcjonalne. Aby wybrać właściwy zasób należy zacząć wpisywać w polu przy danym zasobie jego numer seryjny a następnie wybrać zasób z listy podpowiedzi (można również po ustawieniu kursora w polu wcisnąć na klawiaturze przycisk ze strzałką w dół a wówczas wyświetli się lista podpowiedzi ze wszystkimi dostępnymi zasobami).


Historia
Bożydar Bakłażanowski
81101010103
ur. 1981-10-10
lat 34
Wizyta Poradnia okulistyczna 2015-12-31
więcej
Wizyta
Pacjent
Informacje
Wywiad
Badanie
Dokumenty
Icd 9/Icd 10
Leki
Zalecenia
Zlecenia
Skierowania
Podsumowanie
NFZ
Usługa do sprawozdania do NFZ
5.01.00.0000043 - ŚWIADCZENIA LEKAR
KSIĘGA ZABIEGÓW
Wpisz zabieg do księgi
Adnotacja o rodzaju zabiegu i jego przebiegu
KSIĘGA BLOKU OPERACYJNEGO LUB SALI OPERACYJNEJ
Adnotacja o rodzaju i przebiegu operacji / zabiegu
Opis operacji / zabiegu
Rozpoznanie pooperacyjne (ICD-10)
Zlecone badania diagnostyczne
Rodzaj i opis znieczulenia
KSIĘGA ODMÓW PRZYJĘĆ I PORAD AMBULATORYJNYCH UDZIELANYCH W IZBIE PRZYJĘĆ
Wpisz odmowę i porady do księgi
Istotne dane z wywiadu i badania oraz wyniki badań
Powód odmowy
Brak zgody pacjenta na pobyt w szpitalu
Miejsce do którego pacjent został wypisany nie może być puste
Zlecono transport pacjenta
KSIĘGA UDZIELONYCH KONSULTACJI
Wpisz konsultację do księgi
Zakres konsultacji
Nazwa usługi
Cena
Krotność
Wykonano
Opłata za wizytę
10.8
1
EEG
123
1
Leki nasercowe - Acard, tabletki dojelitowe, 75 mg, 120 szt. (1)
Leki nasercowe - Acard, tabletki dojelitowe, 75 mg, 120 szt. (2)
USG brzucha
10000
1
Razem: 10.80
Zobacz więcej
Wstecz
Podsumowanie
Zakończ wizytę

W dolnej części zakładki znajdują się przyciski „Wstecz”, „Podsumowanie” i „Zakończ wizytę” (ostatnie dwa są widoczne tylko dla głównego personelu realizującego wizytę w przypadku wizyt realizowanych przez więcej niż jedną osobę z personelu). Przycisk „Wstecz” umożliwia przełączenie się do poprzedniej zakładki w karcie wizyty. Przycisk „Podsumowanie” pozwala wyświetlić podgląd podsumowania wizyty i wydrukować je. Podsumowanie zawiera wszystkie informacje wprowadzone przez lekarza w poszczególnych zakładkach okna wizyty. W zależności od konfiguracji systemu strony podsumowania mogą być nienumerowane lub numerowane. Numeracja stron jest automatyczna (numerowanie stron następuje w momencie kliknięcia przycisku „Zakończ wizytę” zaś aktualizacja numeracji każdorazowo w momencie pobierania podsumowania wizyty w formie pliku PDF – czy to przez lekarza podczas drukowania podsumowania, czy to przez rejestrację w zakładce „EDM” w karcie pacjenta, czy to przez pacjenta podczas pobierania historii choroby wizyty w portalu dla pacjentów) i ciągła w obrębie wszystkich wizyt danego pacjenta w danej poradni (kolejne podsumowania wizyt danego pacjenta w danej poradni otrzymują kolejne numery stron tak, żeby dokumentacja medyczna pacjenta miała ciągłą numerację. Jeżeli zdarzy się sytuacja, że po lekarz usunie coś z już zakończonej wizyty w taki sposób że podsumowanie się skróci (liczba stron podsumowania się zmniejszy), wówczas na końcu podsumowania zostaną dodane puste ale ponumerowane strony aby zachować prawidłową ciągłość numeracji stron dokumentacji medycznej. Jeżeli natomiast zdarzy się sytuacja, że lekarz dopisze coś do już zakończonej wizyty w taki sposób że podsumowanie się wydłuży (liczba stron podsumowania się zwiększy), wówczas dodatkowe strony dostaną numery utworzone jako numer ostatniej strony pierwotnego podsumowania z dodanym po kropce numerem dodatkowej strony (np. jeśli podsumowanie miało trzy strony o numerach 1, 2, 3 a następnie lekarz dopisał coś przy wizycie tak że liczba stron podsumowania wydłużyła się do pięciu, wówczas strony podsumowania otrzymają numery 1, 2, 3, 3.1, 3.2). Także w zależności od konfiguracji systemu w momencie drukowania podsumowania może ono zostać automatycznie podpisane certyfikatem lekarza i zapisane (w formie podpisanego pliku PDF) w odpowiednim katalogu na serwerze.



Przycisk „Zakończ wizytę” zapisuje dane formularzy wypełnionych w zakładce „Podsumowanie” i zmienia status wizyty z umówionej na zrealizowaną (przycisk „Zakończ wizytę” jest dostępny tylko dla głównego personelu realizującego wizytę / operację). Jeżeli wizyta jest płatna z góry i

przynajmniej jednej ze zrealizowanych usług w słowniku usług komercyjnych odpowiada badanie diagnostyczne, wówczas w momencie zamykania wizyty generowane jest automatycznie zlecenie na to badanie diagnostyczne (jeżeli wizyta jest płatna z dołu i przynajmniej jednej ze zrealizowanych usług w słowniku usług komercyjnych odpowiada badanie diagnostyczne, wówczas generowanie zlecenia jest odroczone do momentu przyjęcia pełnej kwoty wpłat za wizytę). Po zakończeniu wizyty widok w zakładce „Podsumowanie" zmienia się w ten sposób, że znikają formularze (a więc znika możliwość wprowadzania informacji) i znika przycisk „Zakończ wizytę".

Po zamknięciu okna wizyty ponownie wyświetla się widok umówionych wizyt. Okno wizyty zakończonej (zrealizowanej) można otworzyć ponownie, klikając na przycisk z nazwiskiem pacjenta, jednak w przypadku wizyt zrealizowanych nie ma już możliwości modyfikowania listy zrealizowanych w ramach wizyty usług, a wszystkie zmiany wykonywane w którejkolwiek z zakładek okna wizyty są rejestrowane.

Gabinet terapeutyczny

Funkcjonalność „Gabinet terapeutyczny" z menu „Gabinet" służy do obsługi zabiegów rehabilitacyjnych. Po wybraniu funkcjonalności „Gabinet terapeutyczny" wyświetla się wyszukiwarka zabiegów umówionych do zalogowanego terapeuty w dniu dzisiejszym w poradniach w których zalogowany terapeuta pracuje. Aby rozpocząć korzystanie z funkcjonalności gabinetu terapeutycznego w pierwszej kolejności należy wybrać poradnię i nacisnąć przycisk „Szukaj". Wyświetlany jest wówczas pod wyszukiwarką widok pacjentów umówionych do zalogowanego terapeuty w dniu dzisiejszym we wskazanej poradni a przy każdym z pacjentów lista zaplanowanych zabiegów rehabilitacyjnych. W wyszukiwarce znajdują się dodatkowo następujące przyciski nawigacji:

- <<< - umożliwia wyświetlenie zabiegów zaplanowanych w dniu o miesiąc wcześniejszym od aktualnie prezentowanego
- << - umożliwia wyświetlenie zabiegów zaplanowanych w dniu o tydzień wcześniejszym od aktualnie prezentowanego
- < - umożliwia wyświetlenie zabiegów zaplanowanych w dniu poprzednim w stosunku aktualnie prezentowanego
- „Zmień datę" - umożliwia wyświetlenie dowolnego dnia, który należy wskazać w polu daty przed naciśnięciem przycisku „Zmień datę"
- „Dziś" - umożliwia wyświetlenie dzisiejszego dnia
- > - umożliwia wyświetlenie zabiegów zaplanowanych w dniu następnym w stosunku aktualnie prezentowanego
- >> - umożliwia wyświetlenie zabiegów zaplanowanych w dniu o tydzień późniejszym od aktualnie prezentowanego
- >>> - umożliwia wyświetlenie zabiegów zaplanowanych w dniu o miesiąc późniejszym od aktualnie prezentowanego

Kliknięcie na którykolwiek z opisanych powyżej przycisków zmienia widok zaplanowanych zabiegów na właściwy dla dnia do którego prowadzi dany przycisk.

Widok umówionych pacjentów i zaplanowanych zabiegów to tabela która prezentuje zabiegi zaplanowane dla każdego pacjenta zapisanego na dany dzień do zalogowanego terapeuty we wskazanej poradni. Pacjenci są ustawieni w kolejności według godziny pierwszego zabiegu. Jeżeli zalogowany terapeuta posiada uprawnienia do edycji karty pacjenta wówczas nazwisko pacjenta

jest umieszczone na przycisku którego kliknięcie otwiera w nowym oknie kartę pacjenta. W przypadku modułu rehabilitacyjnego w wersji standardowej dla każdego zabiegu wyświetlana jest ikonka informacyjna, godzina, nazwa aparatury i nazwa zabiegu. W przypadku modułu rehabilitacyjnego w wersji uproszczonej wyświetlana jest godzina zabiegów a dla każdego zabiegu ikonka informacyjna i nazwa zabiegu. Istnieją następujące ikonki informacyjne:

- zielona ikonka ze znakiem „✓” oznacza że zabieg został zrealizowany
- szara ikonka ze znakiem „∅” oznacza że zabieg nie został zrealizowany (nie doszedł do skutku)
- zielona ikonka ze znakiem „□ ” oznacza że zabieg oczekuje na realizację i może być zrealizowany
- czerwona ikonka ze znakiem „✗” oznacza że zabieg oczekuje na realizację ale nie może być zrealizowany z różnych powodów (pacjent nie dokonał opłaty za zabieg, nie zostały wypełnione wszystkie dokumenty wymagane do realizacji zabiegu, pacjent nie jest ubezpieczony, zabieg musi zostać odwołany)

Po kliknięciu na ikonce informacyjnej pojawia się komunikat wyjaśniający jej znaczenie, w przypadku czerwonej ikonki ze znakiem „✗” komunikat podaje ponadto powód / powody dla których zabieg nie może być zrealizowany.

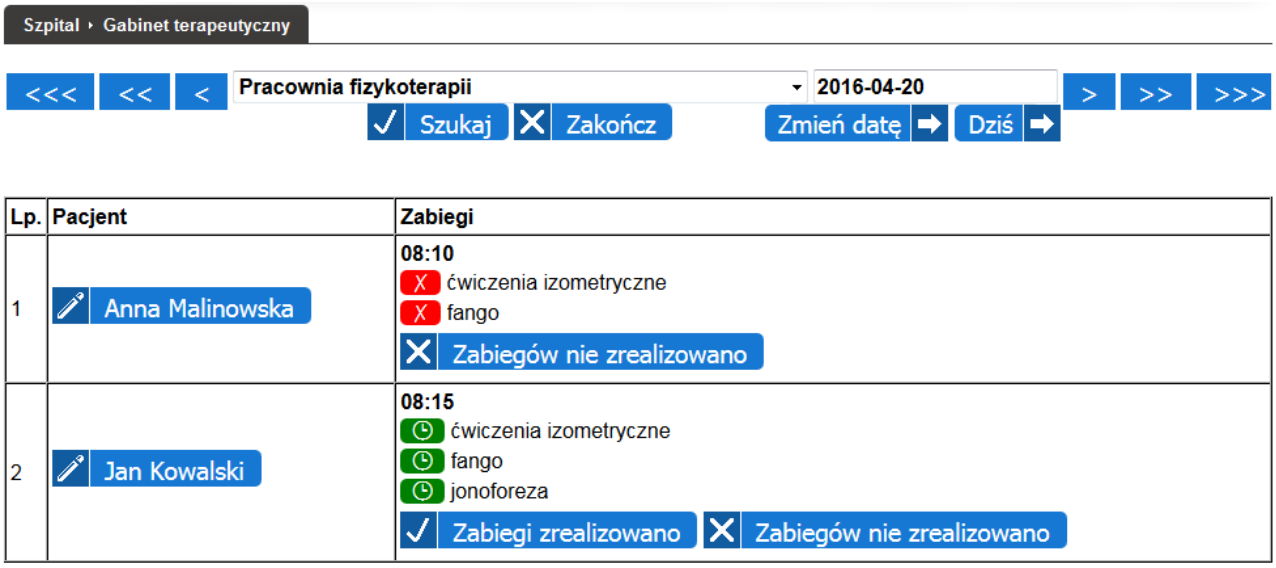
Pod listą zabiegów pacjenta mogą być dostępne dwa przyciski:

- Zabiegi zrealizowano – przycisk jest dostępny tylko w sytuacji gdy istnieją zabiegi oczekujące na realizację i wszystkie one mogą być zrealizowane (są pooznaczane zieloną ikonką ze znakiem „□ ”); kliknięcie na tym przycisku oznacza wszystkie zabiegi jako zrealizowane
- Zabiegów nie zrealizowano – przycisk jest dostępny w sytuacji gdy istnieją zabiegi oczekujące na realizację które mogą lub nie mogą być zrealizowane (są pooznaczane zieloną ikonką ze znakiem „□ ” lub czerwoną ikonką ze znakiem „✗”); kliknięcie na tym przycisku oznacza wszystkie zabiegi przeszłe jako niezrealizowane a wszystkie zabiegi przyszłe odwołuje (ponadto jeżeli pacjent podczas umawiania zabiegów rehabilitacyjnych został wpisany do kolejki oczekujących system dodatkowo wyświetli prośbę o wybranie powodu skreślenia pacjenta z kolejki)

Widok w przypadku modułu rehabilitacyjnego w wersji standardowej



Widok w przypadku modułu rehabilitacyjnego w wersji uproszczonej



Punkt pobrań

Funkcjonalność „Punkt pobrań” z menu „Gabinet” służy do obsługi punktów pobrań w zakresie pobierania próbek materiałów do badań diagnostycznych i mikrobiologicznych oraz przekazywania zleceń na badania do laboratoriów diagnostycznych drogą elektroniczną.

Po wybraniu funkcjonalności „Punkt pobrań” z menu „Gabinet” wyświetla się wyszukiwarka zleceń wystawionych przez lekarzy. Możliwe jest wyszukiwanie zleceń za pomocą dowolnej kombinacji następujących kryteriów:

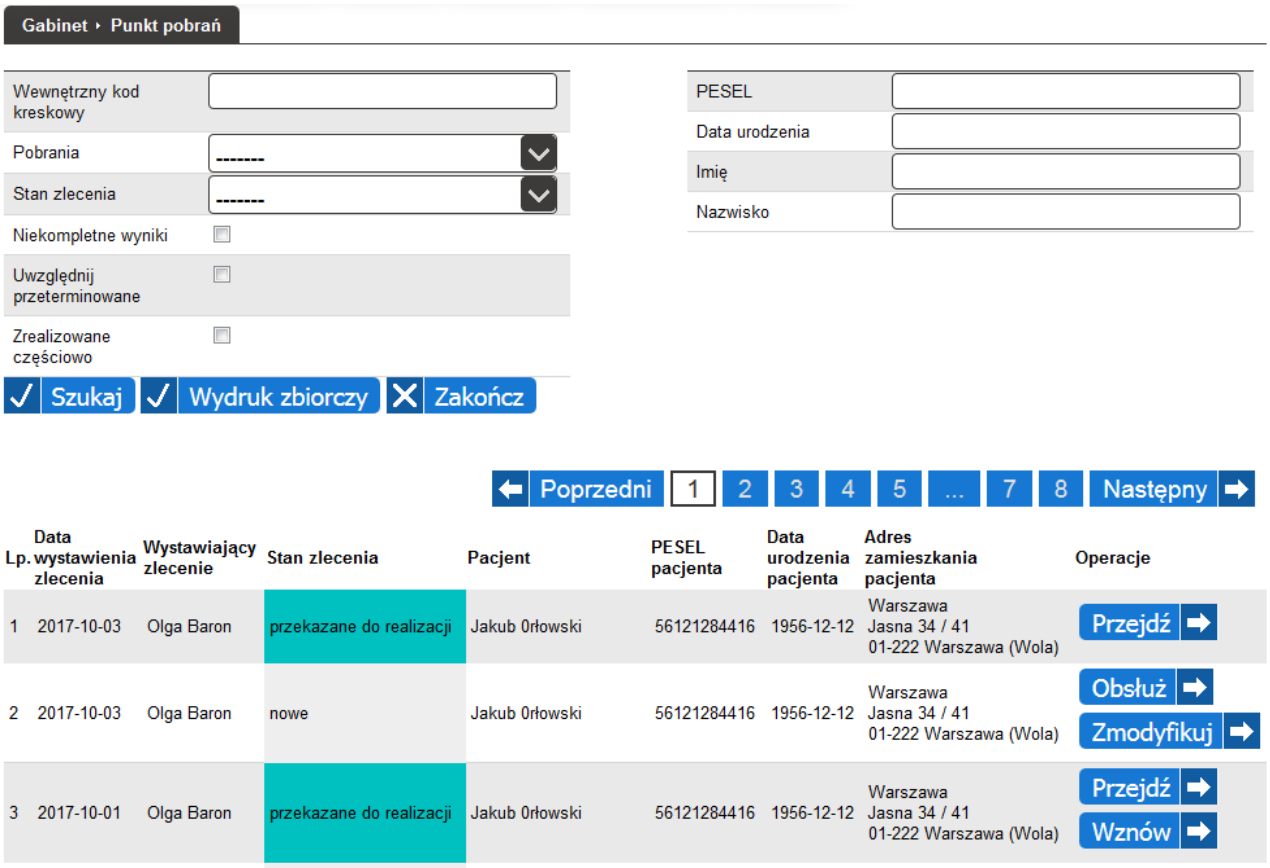
- wewnętrzny kod kreskowy - kod kreskowy nadrukowany w prawym górnym rogu zlecenia

wystawionego przez system jHIS; do wczytania wartości kodu ze skierowania do wyszukiwarki można skorzystać z czytnika kodów kreskowych jeżeli taki jest podłączony do komputera użytkownika

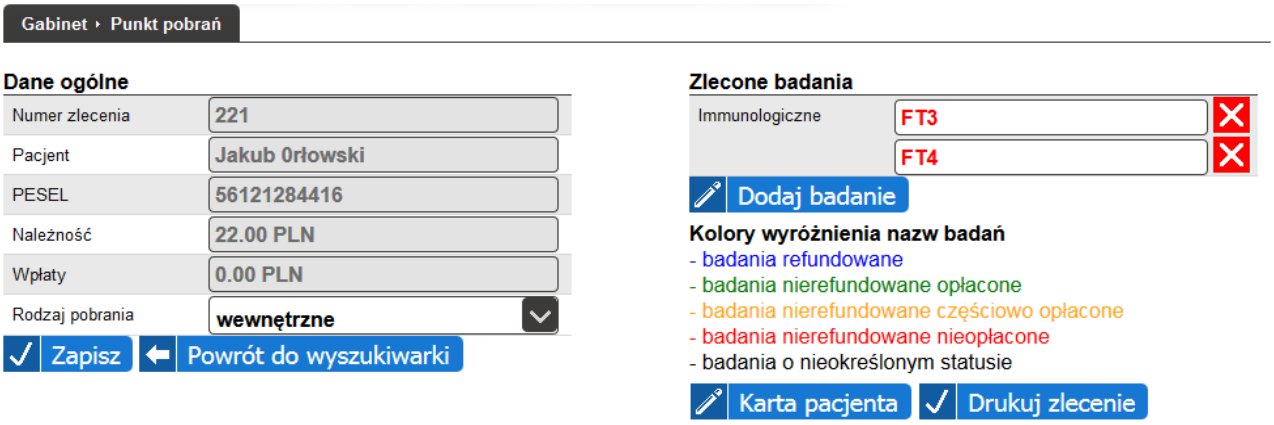
- pobrania - rodzaje pobrań; istnieją następujące rodzaje pobrań
  - wewnętrzne – realizowane przez zakład opieki zdrowotnej
  - zewnętrzne – realizowane poza zakładem opieki zdrowotnej
- stan zlecenia - aktualny status zlecenia; istnieją następujące statusy zleceń
  - nowe – zlecenie oczekujące na pobranie próbek materiałów
  - przekazane do realizacji – zlecenie oczekujące na wysłanie do laboratorium
  - wysłane do laboratorium – zlecenie wysłane do realizacji do laboratorium
  - zrealizowane – zlecenie dla którego wprowadzono wyniki badań
  - anulowane – zlecenie którego realizacja została anulowana
- niekompletne wyniki – zaznaczenie tego pola pozwala wyszukać tylko zlecenia których wyniki badań są niekompletne (wyniki uznaje się za kompletne gdy zostały wprowadzone wyniki wszystkich badań w zleceniu lub wprowadzono załącznik ze skanem wyników badań)
- uwzględnij przeterminowane – zaznaczenie tego pola pozwala uwzględniać w wynikach wyszukiwania zlecenia przeterminowane (zlecenia nieobsłużone starsze niż 30 dni), bez zaznaczenia tej opcji wyszukiwane są tylko zlecenia ważne (zlecenia nieobsłużone nie starsze niż 30 dni i zlecenia obsłużone; zlecenie jest ważne przez 30 dni od daty jego wystawienia)
- zrealizowane częściowo – zaznaczenie tego pola pozwala wyszukać tylko zlecenia w których nie wszystkie badania zostały zrealizowane z jakiegoś powodu (np. pacjent w trakcie pobierania próbek krwi zemdlał i w związku z czym nie było możliwe pobranie krwi w ilości niezbędnej do wykonania wszystkich badań)
- PESEL - numer PESEL lub początek numer PESEL pacjenta na rzecz którego zostało wystawione zlecenie
- data urodzenia - data urodzenia pacjenta na rzecz którego zostało wystawione zlecenie (wybierana z kalendarza, który pojawia się po kliknięciu w polu tekstowym)
- imię - imię lub początek imienia pacjenta na rzecz którego zostało wystawione zlecenie (wielkość liter nie ma znaczenia)
- nazwisko - nazwisko lub początek nazwiska pacjenta na rzecz którego zostało wystawione zlecenie (wielkość liter nie ma znaczenia)

Po wprowadzeniu kryteriów wyszukiwania i naciśnięciu przycisku „Szukaj” pod wyszukiwarką wyświetla się lista zleceń spełniających kryteria wyszukiwania (stany zleceń wyróżnione są kolorami). Przy każdym zleceniu w stanie „nowe” dostępne są przyciski „Obsłuż” (umożliwiający wyświetlenie formularza danych zlecenia i jego realizację) oraz „Zmodyfikuj” (umożliwiający zmianę trybu pobrania dla zlecenia a także usunięcie niektórych badań ze zlecenia lub dodanie badań do zlecenia) zaś przy pozostałych zleceniach dostępny jest przycisk „Przejdź” umożliwiający wyświetlenie formularza danych zlecenia, przy zleceniach zrealizowanych częściowo dodatkowo dostępny jest przycisk „Wznów” umożliwiający wygenerowanie nowego zlecenia z badaniami z danego zlecenia które nie zostały zrealizowane, a przy wszystkich zleceniach zrealizowanych

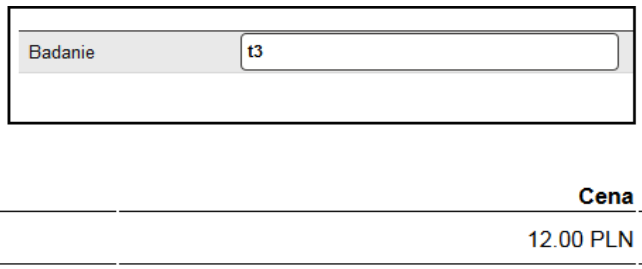
dostępny jest ponadto przycisk „Powtórz” umożliwiający wygenerowanie nowego zlecenia z wybranymi badaniami z danego zlecenia których wykonanie należy powtórzyć bez obciążania pacjenta kosztami ponownego ich wykonania (np. w laboratorium doszło do uszkodzenia próbki z materiałem pobranym od pacjenta w związku z czym laboratorium nie wykonało pewnych badań, powinno więc wykonać te badania za darmo po otrzymaniu nowej próbki materiału pobranego od pacjenta).



Aby zmienić tryb pobrania i/lub badania w zleceniu oraz przyjąć opłatę za zlecenie należy kliknąć przycisk „Zmodyfikuj” (opłatę można przyjąć także klikając na przycisk „Obsłuż”). Wyświetli się wówczas formularz zmiany trybu zlecenia i badań. Usuwanie i dodawanie badań jest możliwe tylko w przypadku zleceń w stanie „nowe”, przy czym dodawać badania można tylko do zleceń nieopłaconych (dla których nie wystawiono dokumentu finansowego) a usuwać badania można także ze zleceń opłaconych o ile nie wystawiono dokumentu finansowego korygującego.



Aby usunąć badanie ze zlecenia należy kliknąć czerwony przycisk ze znakiem „×” przy danym badaniu (nie można przy tym usunąć wszystkich badań ze zlecenia). Aby dodać nowe badanie należy kliknąć przycisk „Dodaj badanie” pod listą badań. Otworzy się wówczas nowe okno z listą badań i polem do zawężania listy badań – wpisując w tym polu fragment nazwy badania system ograniczy listę badań do tych zawierających podany fragment w nazwie. Następnie przy badaniu które ma trafić do zlecenia należy kliknąć przycisk „Dodaj do zlecenia” (przycisk jest widoczny tylko przy badaniach które mogą być zrealizowane w ramach jednego zlecenia). Możliwe jest dodawanie do zlecenia wyłącznie badań nierefundowanych.



Aby zmienić rodzaj pobrania należy wybrać rodzaj pobrania z listy i zmianę zapisać klikając przycisk „Zapisz”. Aby przyjąć opłatę za zlecenie należy kliknąć przycisk „Karta pacjenta” i odnotować wpłatę w zakładce „Płatności”. Aby wydrukować zlecenie należy kliknąć przycisk „Drukuj zlecenie”.

W przypadku zleceń w stanie „nowe” po naciśnięciu przycisku „Obsłuż” przy danym zleceniu wyświetla się formularz tego zlecenia do wypełnienia. Składa się on z dwóch kolumn:

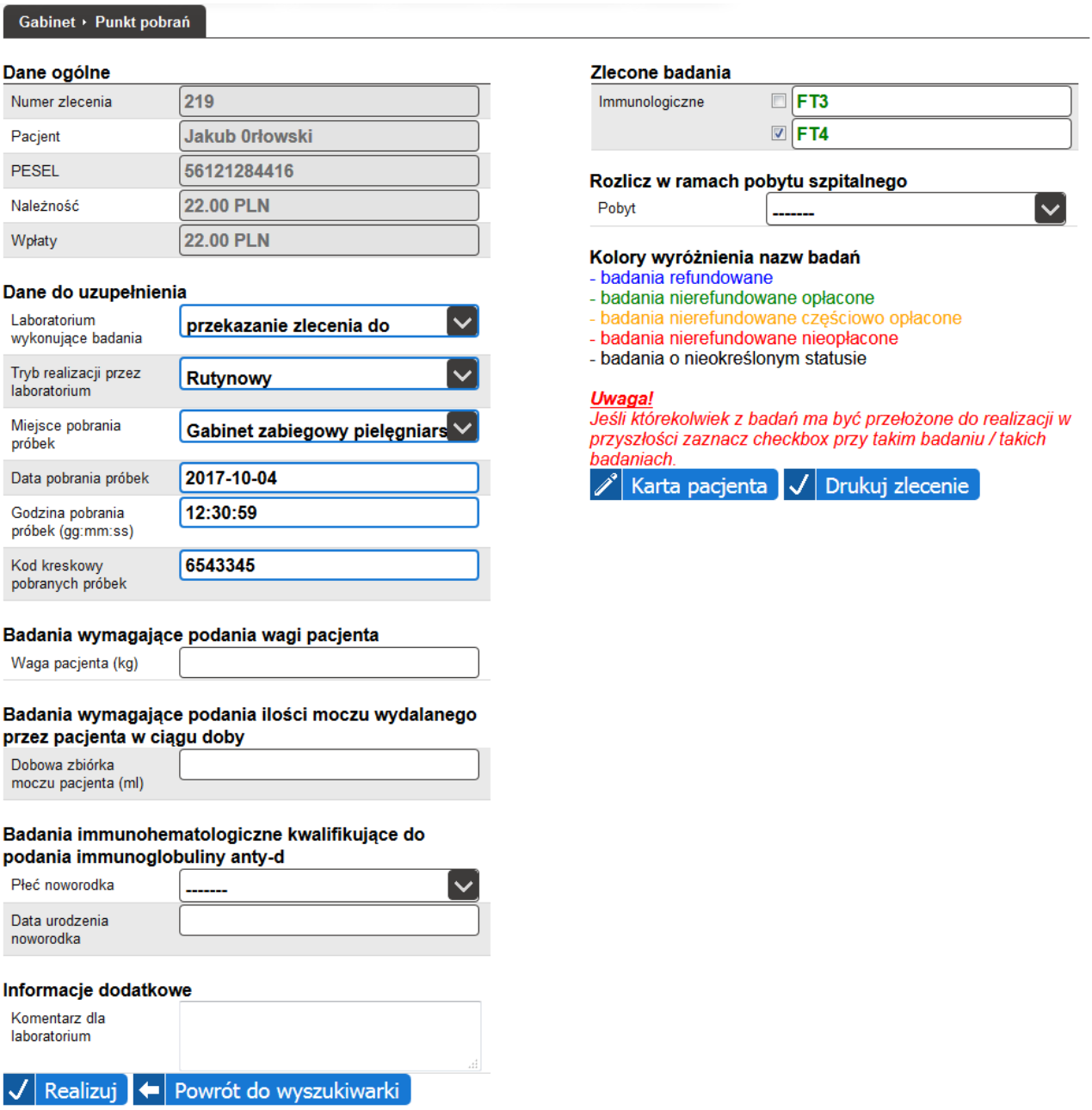
- lewa kolumna – dane ogólne pacjenta i zlecenia, dane do wypełnienia przez osobę realizującą pobranie materiału, na którym zostaną wykonane zlecone badania (krew, mocz, kał, itd.)
- prawa kolumna - lista badań zleconych przez lekarza z wyróżnieniem kolorami badań refundowanych (niebieskie), nierefundowanych opłaconych (zielone), nierefundowanych częściowo opłaconych (pomarańczowe), nierefundowanych nieopłaconych (czerwone) i z dodatkowymi informacjami dotyczącymi ich realizacji (o ile takie informacje zostały wprowadzone w słowniku badań)

W formularzu należy wypełnić pola otoczone niebieską obwódką (formularz dla pobrań zewnętrznych zawiera mniej pól niż dla pobrań wewnętrznych). Zlecenie może być wysłane do

laboratorium drogą elektroniczną (o ile odpowiednie połączenia z laboratoriami zostały skonfigurowane) lub przekazane do laboratorium w formie papierowej poza systemem. Domyślne laboratorium ustawione w konfiguracji systemu jest automatycznie wybrane. Aby wprowadzić kod kreskowy z nalepki naklejanej na pobierane próbki (w przypadku pobrań wewnętrznych) należy kliknąć w polu „Kod kreskowy pobranych próbek" i zeskanować kod kreskowy z nalepki czytnikiem kodów kreskowych podłączonym do komputera (domyślnie przy otwieraniu formularza zlecenia kursor tekstowy jest umieszczony w polu „Kod kreskowy pobranych próbek" więc dogodnie jest wykonać skanowanie kodu kreskowego jako pierwszą czynność obsługi zlecenia). Przy realizacji kolejnych zleceń automatycznie wypełniane jest też pole „Miejsce pobrania próbek", gdzie wybierana jest ostatnio używana pozycja. Data i godzina pobrania próbek są automatycznie wypełniane datą i godziną bieżącą. Jeżeli zlecone badania wymagają podania dodatkowych danych takich jak:

- waga pacjenta
- dobowa zbiórka moczu pacjenta
- płeć i data urodzenia noworodka

wówczas należy je również wprowadzić do formularza. Przy poszczególnych badaniach znajdują się pola zaznaczenia umożliwiające zaznaczenie badań które nie zostaną zrealizowane w ramach zlecenia lecz zostaną przełożone do realizacji w przyszłości (np. pacjent w trakcie pobierania próbek krwi zemdlał i w związku z czym nie było możliwe pobranie krwi w ilości niezbędnej do wykonania wszystkich badań). Dla niezrealizowanych w ramach zlecenia badań nierefundowanych w płatnościach pacjenta pojawi się nadpłata.

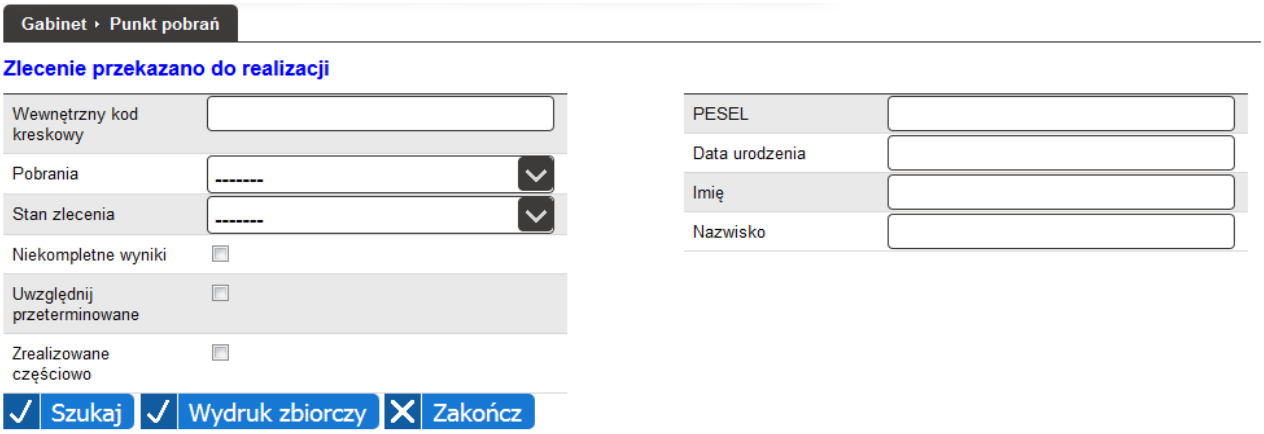


Aby przyjąć opłatę za zlecenie należy kliknąć przycisk „Karta pacjenta” i odnotować wpłatę w zakładce „Płatności” lub wskazać pobyt szpitalny w ramach którego mają być rozliczone badania (jeżeli pacjent przebywa w szpitalu i badania diagnostyczne są wykonywane w trakcie pobytu w celu realizacji procesu leczenia, wówczas koszt tych badań może zostać uwzględniony w końcowych kosztach pobytu pacjenta w szpitalu).

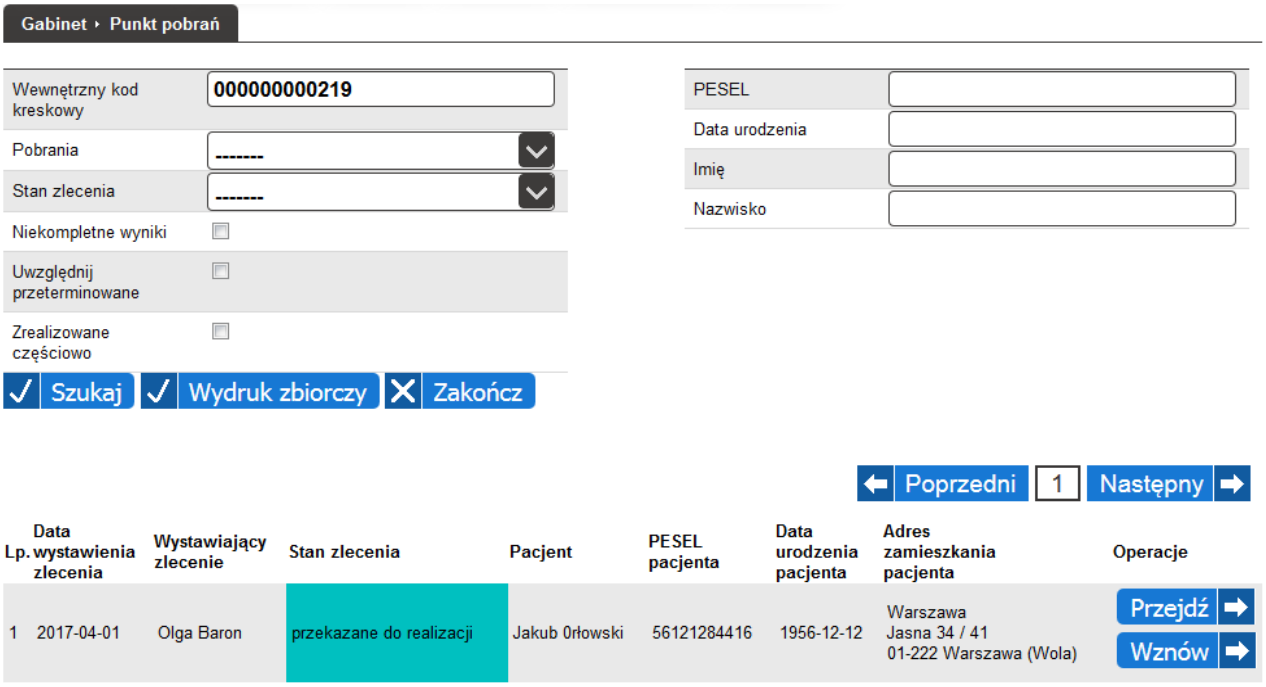
Aby wydrukować zlecenie należy kliknąć przycisk „Drukuj zlecenie”.

Po wypełnieniu formularza należy nacisnąć przycisk „Realizuj” (realizacja zlecenia jest możliwa tylko wówczas jeśli nie występują się w nim badania nieopłacone). Po naciśnięciu tego przycisku system informuje stosownym komunikatem o przekazaniu zlecenia do realizacji, formularz zlecenia jest zamykany a na stronie pojawia się wyszukiwarka zleceń umożliwiająca wyszukiwanie i realizację kolejnych zleceń. Jednocześnie zlecenie zmienia stan na „przekazane do realizacji”. Jeżeli w formularzu zlecenia wybrano laboratorium diagnostyczne do którego zlecenia są

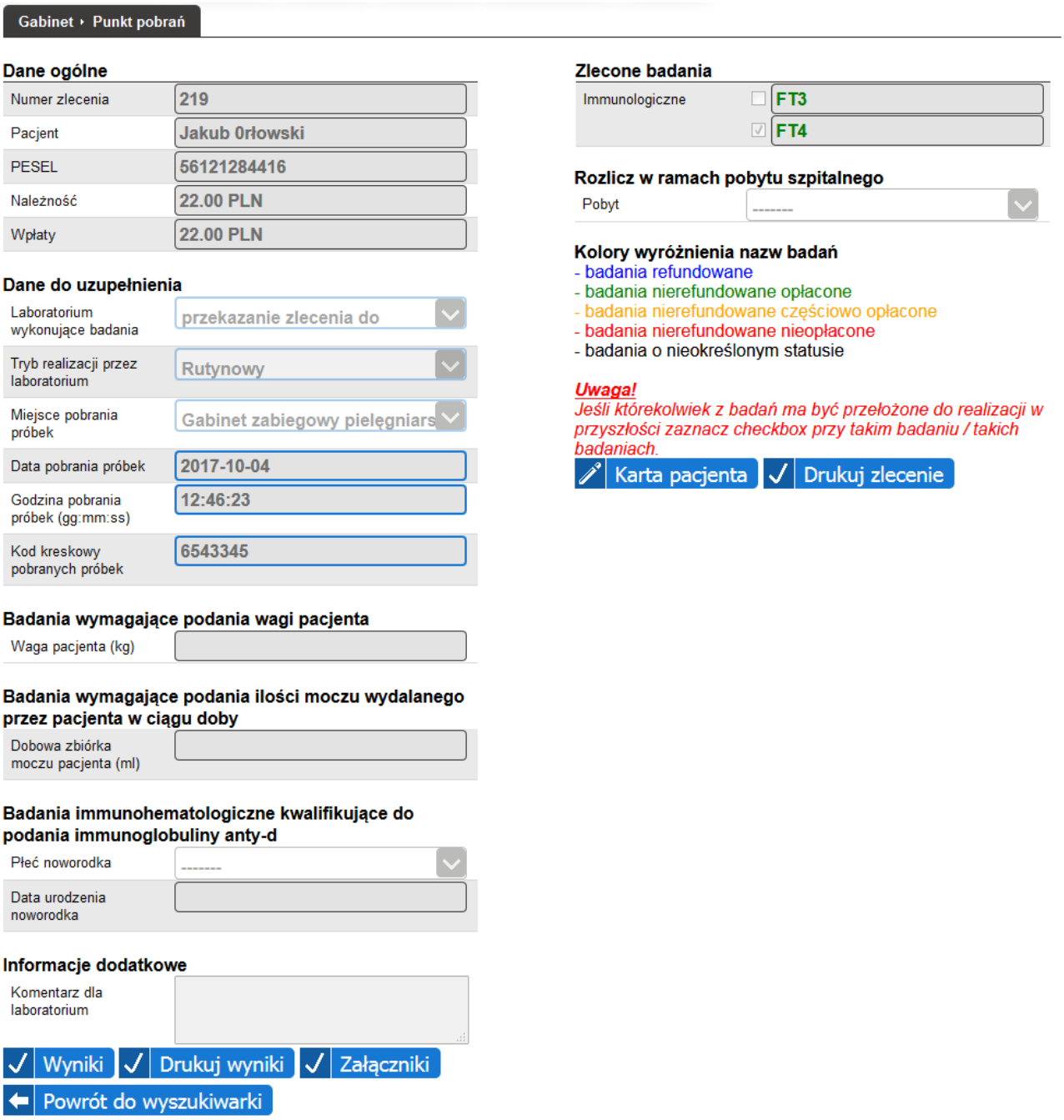
przekazywane elektronicznie, zlecenie trafia do kolejki do wysłania do laboratorium, jeżeli zaś wybrano przekazanie do laboratorium poza systemem wówczas dalsze działania związane z przesłaniem zlecenia do laboratorium należą do pracownika punktu pobrań. Zlecenia z kolejki są pobierane i wysyłane automatycznie do wskazanego laboratorium za pośrednictwem mechanizmu integracji właściwego dla danego laboratorium.



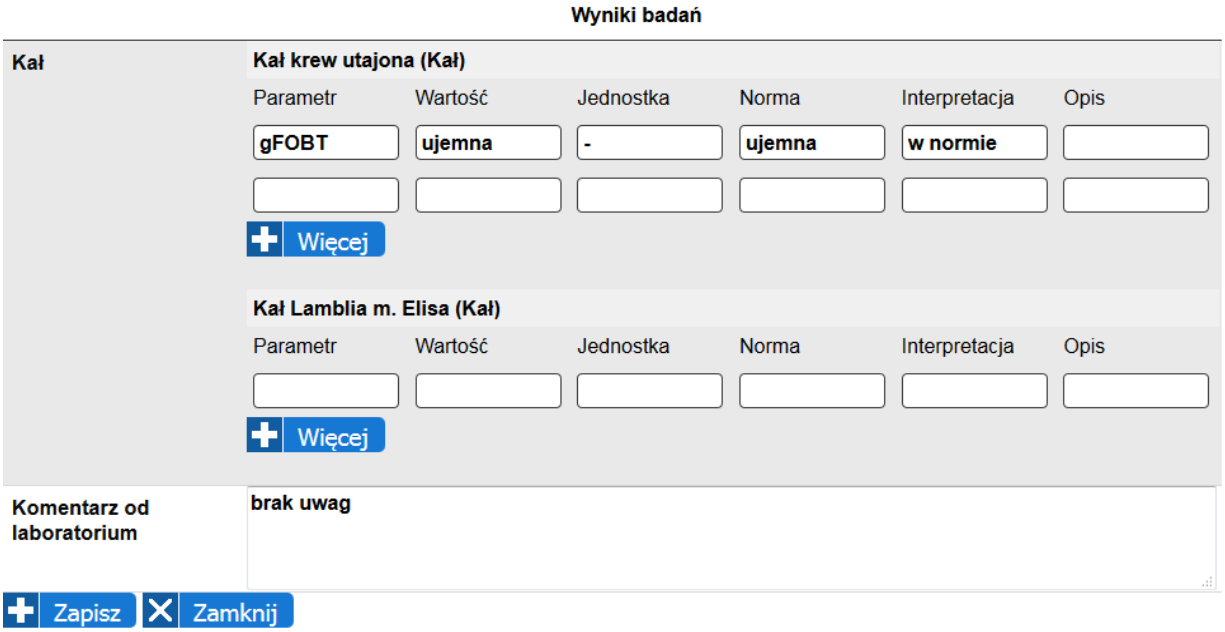
Dla zleceń w stanach innych niż „nowe" również możliwy jest dostęp do formularza danych zlecenia po naciśnięciu przycisku „Przejdź" przy danym zleceniu widocznym w wynikach wyszukiwania.



W przypadku zleceń w stanach innych niż „nowe" formularz danych zlecenia prezentowany jest w trybie tylko do odczytu. Pod formularzem zlecenia pojawiają są przyciski „Wyniki", „Drukuj wyniki" i „Załączniki".



Jeżeli zlecenie nie zostało przekazane do laboratorium drogą elektroniczną ale poza systemem, wówczas kliknięcie przycisku „Wyniki” otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający wprowadzenie przez użytkownika wyników badań otrzymanych z laboratorium (otrzymanych poza systemem). Dla każdego badania dostępny jest domyślnie jeden wiersz do wprowadzenia wartości jednego parametru wyniku badania. Aby wprowadzić więcej parametrów należy skorzystać z przycisku „Więcej” przy danym badaniu. Po wprowadzeniu wyników należy zapisać dane klikając na przycisk „Zapisz” (wiersze w których pole „Parametr” nie będzie uzupełnione zostaną zignorowane przy zapisywaniu danych) a następnie zamknąć okno przyciskiem „Zamknij”. Wprowadzenie wyników powoduje, że zlecenie zmienia stan na „zrealizowane”. Dla zleceń w tym stanie przycisk „Wyniki” pod formularzem danych zlecenia pozostaje nadal widoczny i umożliwia wprowadzanie korekt to wyników badań.



Jeżeli zlecenie zostało przekazane do laboratorium drogą elektroniczną, wówczas wyniki zlecanych badań są również odbierane drogą elektroniczną (automatycznie) i w momencie odebrania wyników zlecenie zmienia stan na „zrealizowane" a przycisk „Wyniki" umożliwia podgląd odebranych wyników w postaci formularza identycznego jak używany do wprowadzania wyników z tym że wyświetlanego w trybie tylko do odczytu. Wyniki odbierane z laboratoriów korzystających z systemu eLab są ponadto automatycznie zapisywane w formie plików PDF w zakładce „Historia" karty pacjenta.

Wydruk wprowadzonych lub otrzymanych drogą elektroniczną wyników badań można zrealizować klikając przycisk „Drukuj wyniki".

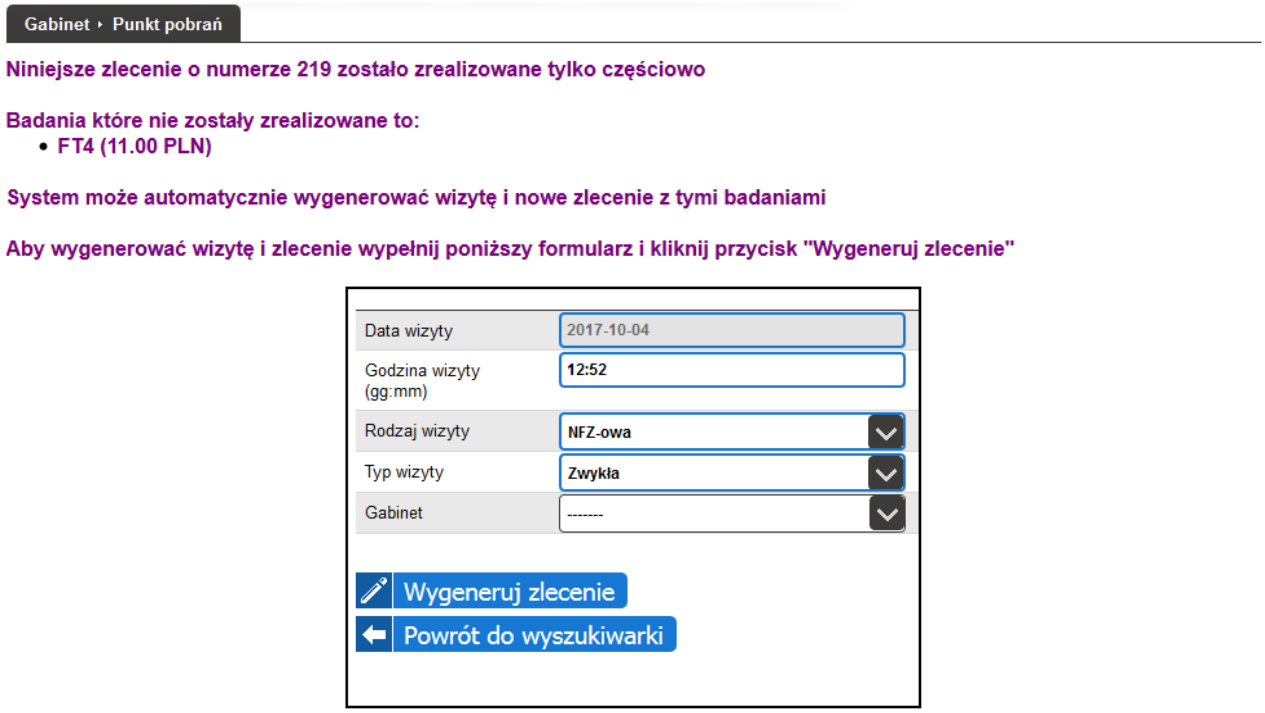
Możliwe jest także dołączanie wyników badań w postaci załączników (np. skanów). Służy do tego przycisk „Załączniki". Po kliknięciu tego przycisku w nowym oknie pojawia się formularz umożliwiający dodawanie załączników oraz lista już dodanych załączników z wynikami badań. Przy każdym dodanym załączniku widoczne są przyciski umożliwiające podgląd / zapis na dysk załącznika oraz usunięcie załącznika.



Aby dodać nowy załącznik należy wskazać plik z dysku i kliknąć „Zapisz". Aby zobaczyć / zapisać na dysk załącznik należy kliknąć przycisk „Zobacz" przy danym załączniku. Aby usunąć załącznik należy kliknąć przycisk „Usuń" przy danym załączniku.

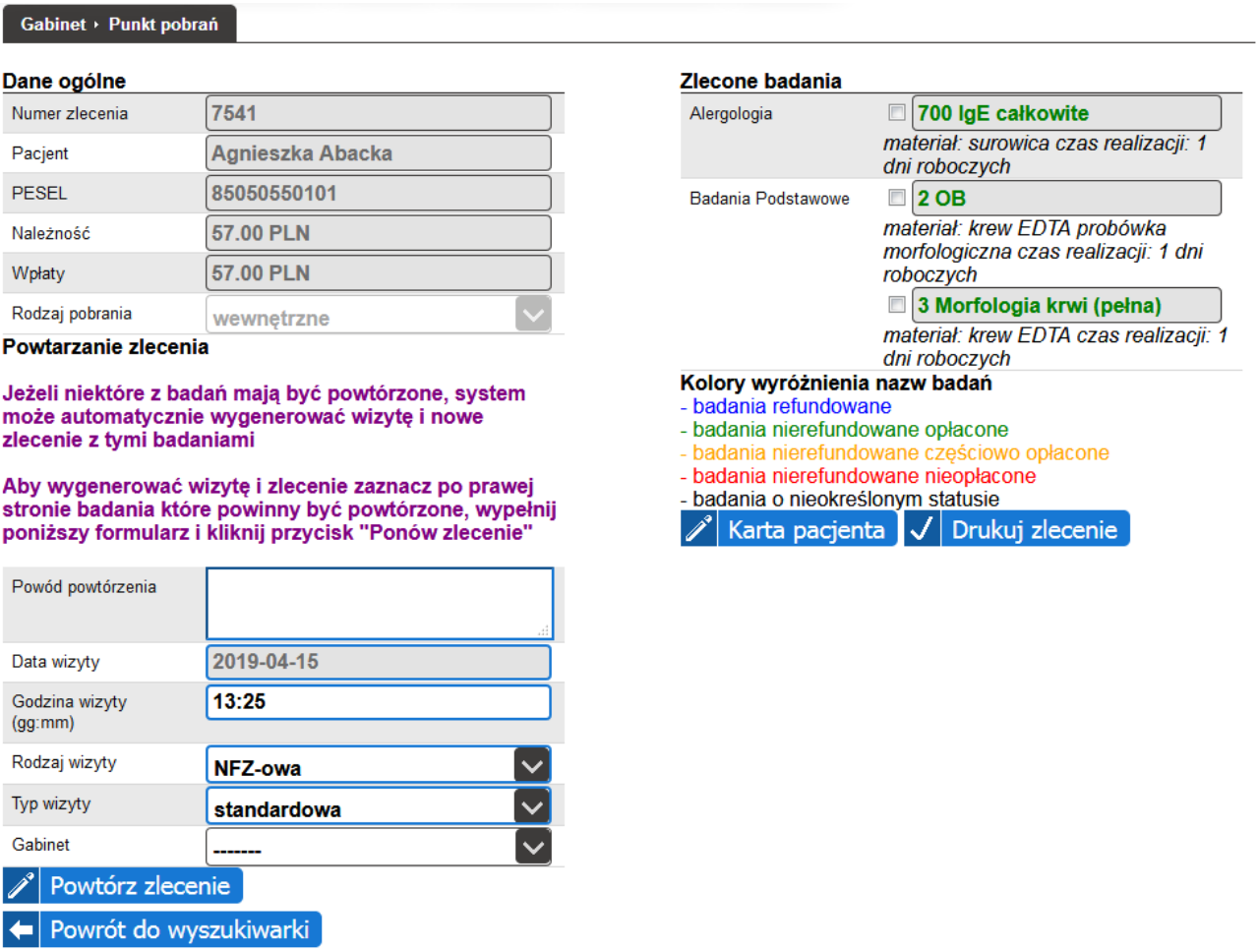
Jeżeli zlecenie zostało zrealizowane jedynie częściowo, wówczas istnieje możliwość realizacji badań uprzednio niezrealizowanych jako nowego zlecenia. Po kliknięciu przycisku „Wznów" na liście wyników wyszukiwania przy zrealizowanym częściowo zleceniu, wyświetla się informacja o stanie jego realizacji i możliwości wygenerowania nowego zlecenia. Ponieważ zlecenie może być

wystawione tylko na wizycie, więc system generując zlecenie musi wygenerować także wizytę pozostawiając użytkownikowi określenie jedynie jej podstawowych parametrów.

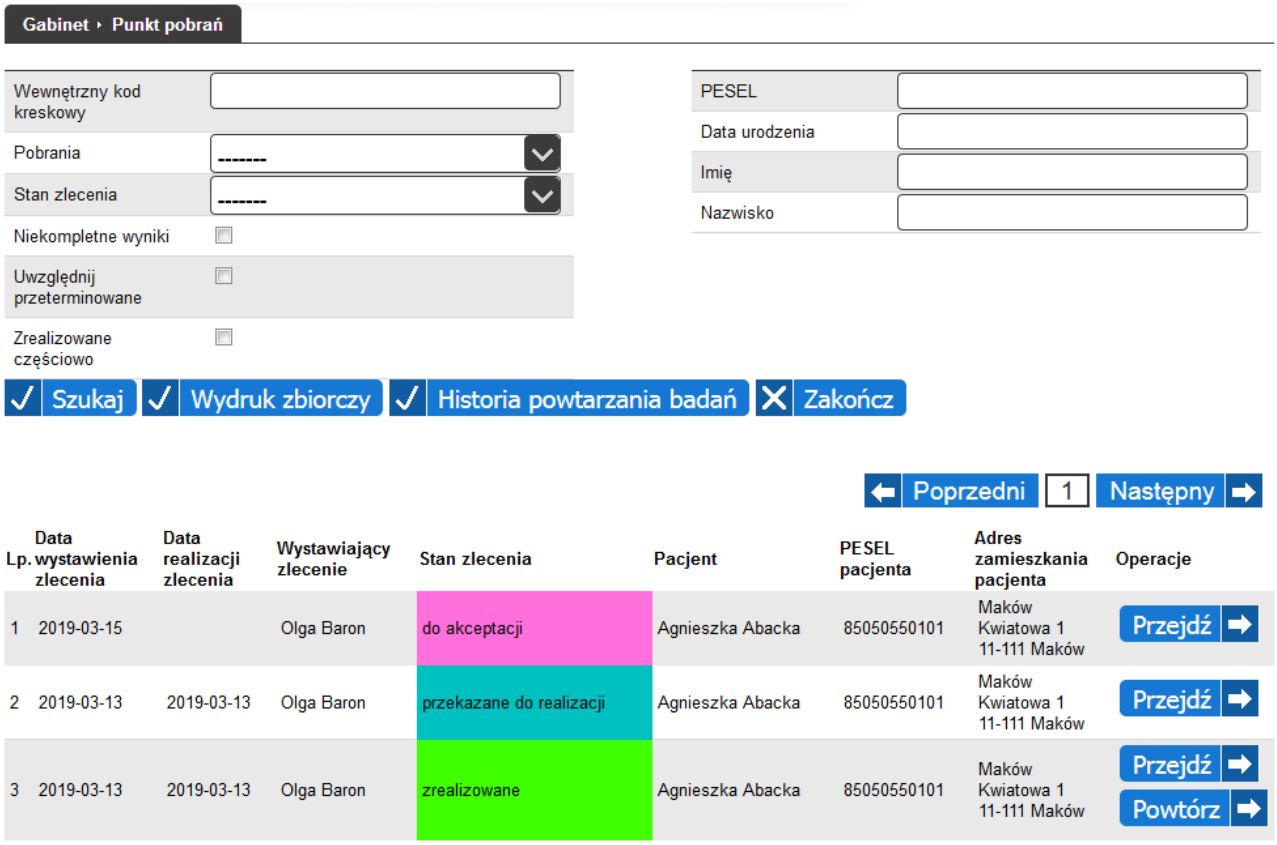


Po wprowadzeniu parametrów wizyty i kliknięciu przycisku „Wygeneruj zlecenie” system generuje wizytę wraz ze zleceniem na badania które uprzednio nie zostały zrealizowane. Niezależnie od tego czy dla zlecenia zrealizowanego częściowo było przyznane dofinansowanie czy nie, nowe zlecenie zostanie wygenerowane z cenami nominalnymi (bez dofinansowania) – dofinansowanie dla takiego zlecenia można przyznać ręcznie.

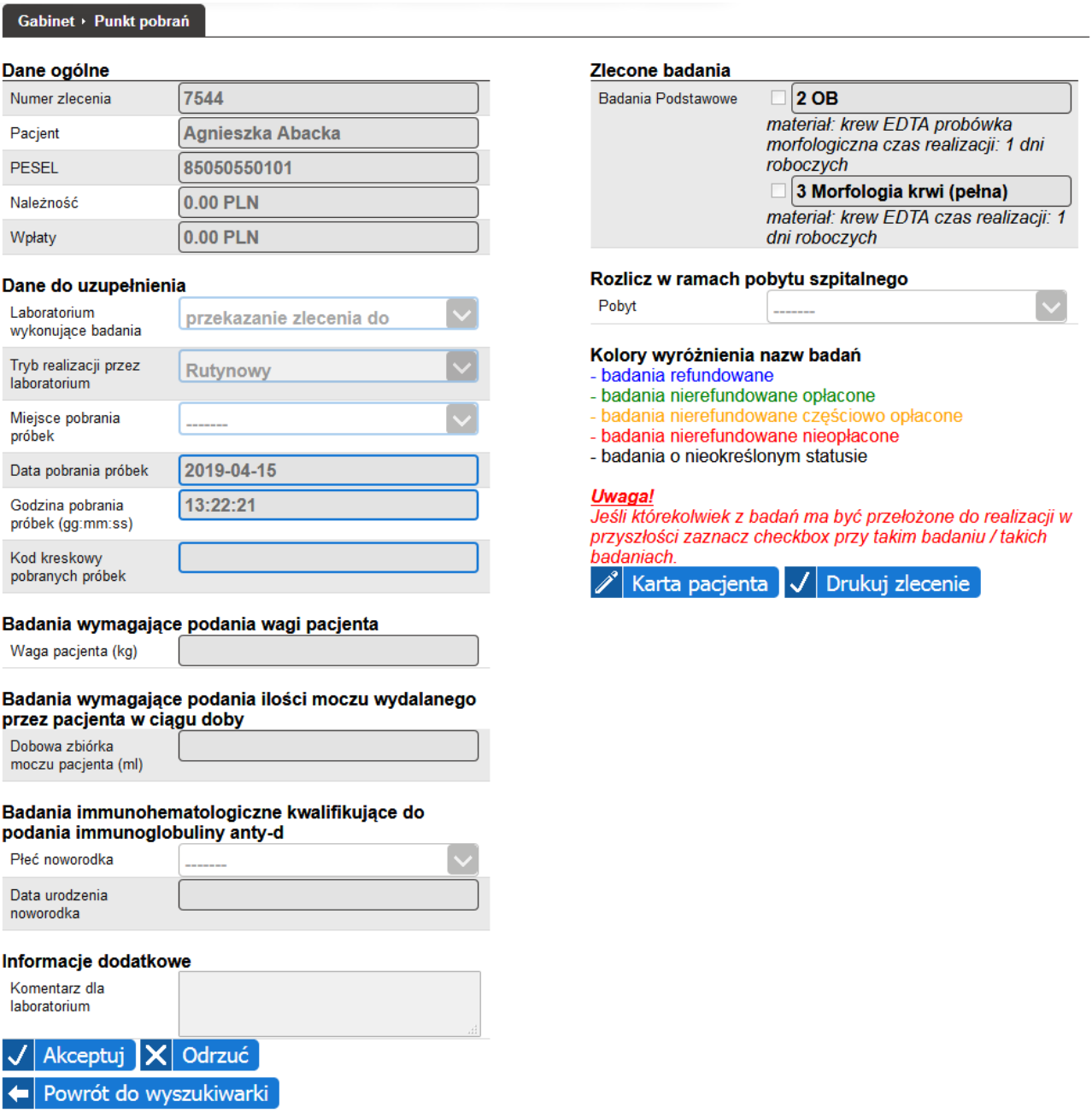
Jeżeli niektóre badania ze zlecenia zrealizowanego wymagają powtórzenia, wówczas po kliknięciu przycisku „Powtórz” widocznego na liście wyników wyszukiwania przy zrealizowanym zleceniu, wyświetla się formularz podstawowych danych zlecenia z możliwością zaznaczenia badań które mają być powtórzone i określenia powodu powtórzenia badań. Przycisk „Powtórz zlecenie” widoczny na dole formularza pozwala wygenerować nowe zlecenie z zaznaczonymi badaniami i bez naliczania dodatkowej opłaty. Ponieważ zlecenie może być wystawione tylko na wizycie, więc system generując zlecenie musi wygenerować także wizytę pozostawiając użytkownikowi określenie jedynie jej podstawowych parametrów, stąd w formularzu znajdują się dodatkowe pola pozwalające na określenie parametrów takiej wizyty.



Po zaznaczeniu badań do powtórzenia, wypełnieniu formularza i kliknięciu przycisku „Powtórz zlecenie” generowane jest nowe zlecenie, które otrzymuje stan „do akceptacji”.

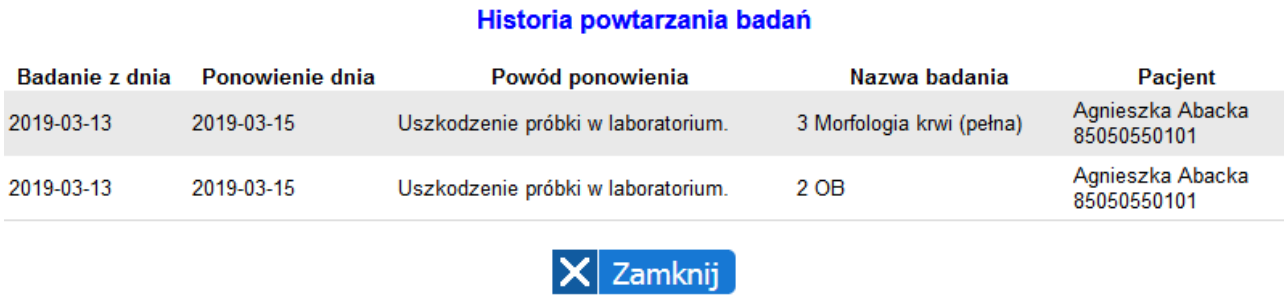


Tak jak przy każdym zleceniu, tak też i przy zleceniu do akceptacji widoczny jest przycisk „Przejdź”. Po kliknięciu tego przycisku wyświetla się formularz zlecenia w trybie tylko do odczytu wraz z przyciskami „Akceptuj” i „Odrzuć”. Dla użytkowników nie posiadających uprawnień do akceptacji zleceń przyciski te są nieaktywne, dla osób uprawnionych przyciski są one aktywne.

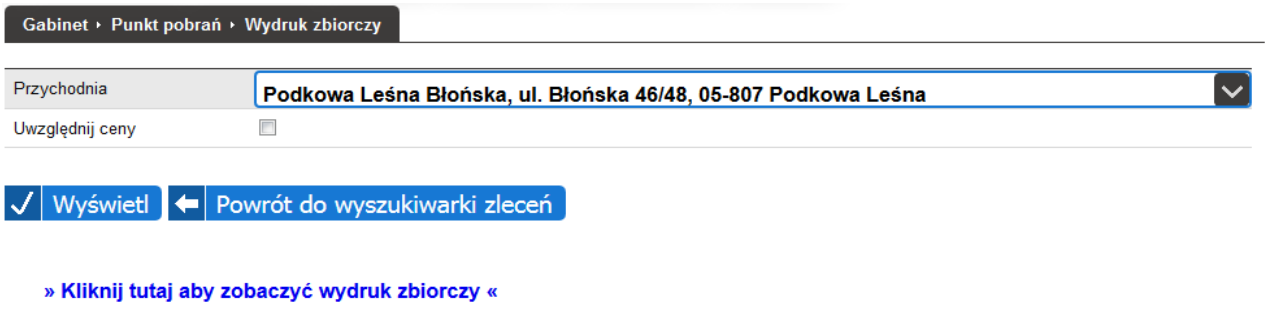


W zależności od decyzji zlecenie należy zaakceptować (klikając przycisk „Akceptuj”) lub odrzucić (klikając przycisk „Odrzuć”). Zlecenia zaakceptowane otrzymują stan „nowe” i są obsługiwane jak opisano wcześniej w niniejszym rozdziale. Zlecenia odrzucone otrzymują stan „odrzucane” i dalsza ich obsługa nie jest możliwa.

Historia powtarzania badań jest rejestrowana i jest dostępna po kliknięciu przycisku „Historia powtarzania badań” w wyszukiwarce zleceń. Po kliknięciu tego przycisku otwiera się nowe okno z listą ponawianych badań wraz z określeniem powodu ponowienia.



W wyszukiwarce zleceń oprócz przycisku wyszukiwania dostępny jest także przycisk „Wydruk zbiorczy", który umożliwia wydrukowanie zestawienia zleceń zrealizowanych bieżącego dnia w określonej przychodni. Po kliknięciu tego przycisku wyświetla się formularz wyboru przychodni. W formularzu można zaznaczyć także opcję „Uwzględnij ceny" - wówczas na wydruku zbiorczym pojawią się dodatkowo ceny zrealizowanych badań nierefundowanych. Po określeniu kryteriów i kliknięciu przycisku „Wyświetl" wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie (w formacie PDF) i wydrukowanie listy zrealizowanych zleceń. Badania refundowane są na wydruku zbiorczym oznaczone symbolem „(R)", dla pobrań zewnętrznych zaś, w miejsce godziny pobrania próbek pojawia się symbol „(Z)".



Zestawienia z realizacji badań diagnostycznych są dostępne po kliknięciu przycisku „Zestawienia" w wyszukiwarce zleceń. Wyświetla się wówczas lista możliwych do wygenerowania zestawień z przyciskiem „Wybierz" przy każdym z nich. Po kliknięciu przycisku „Wybierz" przy danym zestawieniu wyświetla się filtr umożliwiający wprowadzenie ograniczeń dla zestawienia i wygenerowanie zestawienia.



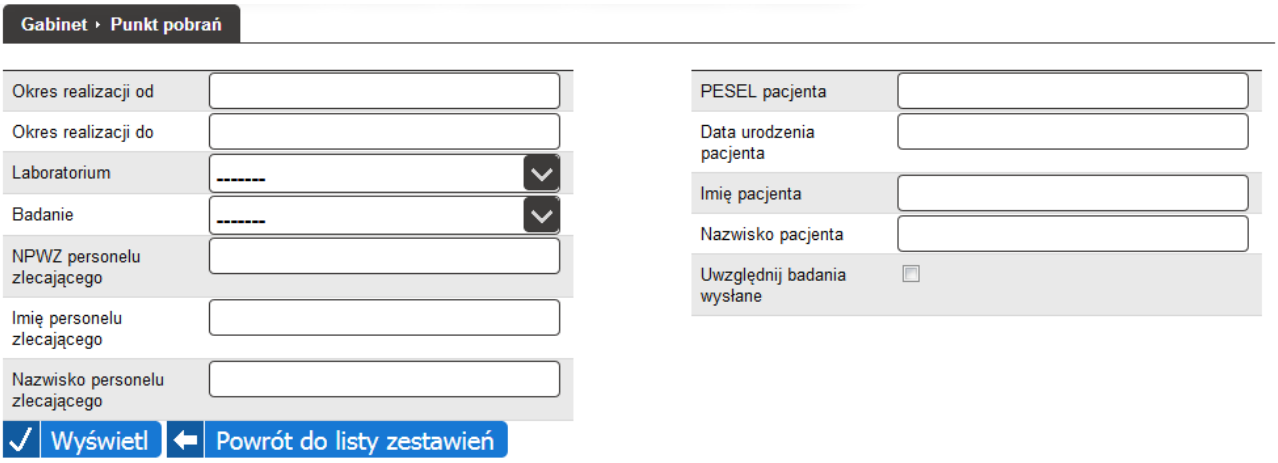
Zestawienie ogólne to lista badań zrealizowanych w zadanym okresie przez określone laboratorium ze wskazaniem personelu zlecającego, pacjenta, refundacji i ceny zakupu. Zestawienie jest możliwe

do wygenerowania z zastosowaniem następujących kryteriów:

- okres realizacji badań (od, do)
- laboratorium wykonujące
- rodzaj badania
- NPWZ, imię i nazwisko personelu zlecającego
- PESEL, data urodzenia, imię i nazwisko pacjenta

Istnieje także możliwość uwzględnienia w zestawieniu badań wysłanych do laboratorium ale jeszcze nie zrealizowanych.

Po wprowadzeniu kryteriów i kliknięciu przycisku „Wyświetl" prezentowana jest lista badań spełniających wskazane kryteria oraz podsumowanie ilościowe i kwotowe badań z podziałem na refundowane i nierefundowane.



Lp.	Nazwa badania	Data realizacji	Refundowane	Cena zakupu	Personel zlecający	Pacjent
1	2 OB	2019-03-13	NIE	1.00	Olga Baron NPWZ 6763309	Agnieszka Abacka PESEL 85050550101
2	3 Morfologia krwi (pełna)	2019-03-13	NIE	1.60	Olga Baron NPWZ 6763309	Agnieszka Abacka PESEL 85050550101
3	700 IgE całkowite	2019-03-13	NIE	15.00	Olga Baron NPWZ 6763309	Agnieszka Abacka PESEL 85050550101

PODSUMOWANIE		
	Ilość	Cena zakupu
Badania refundowane	0	0.00
Badania nierefundowane	3	17.60
RAZEM	**3**	17.60

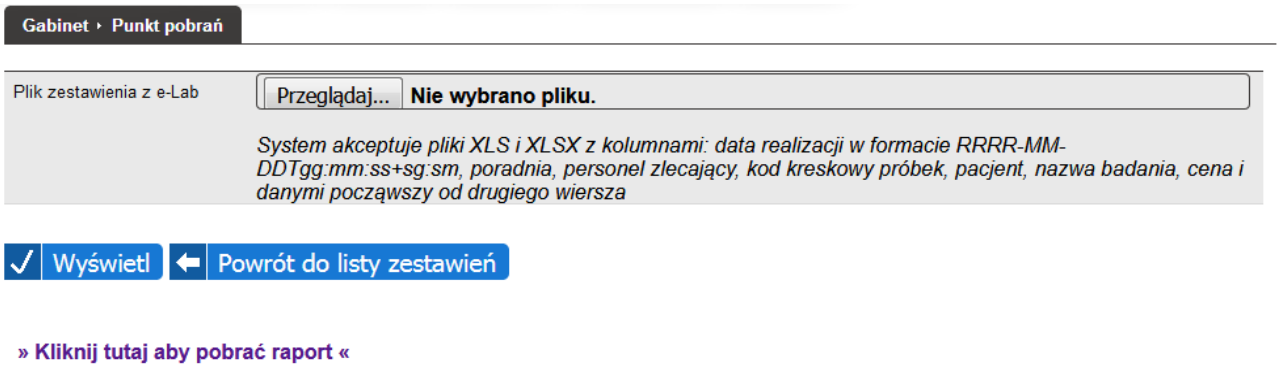
Zestawienie okresowe to zestawienie ilości i kwot poszczególnych rodzajów badań zrealizowanych w zadanym okresie w podziale na refundowane i nierefundowane. Po wprowadzeniu kryteriów i kliknięciu przycisku „Wyświetl" prezentowana jest lista badań spełniających wskazane kryteria oraz podsumowanie ilościowe i kwotowe badań z podziałem na refundowane i nierefundowane.



Lp.	Nazwa badania	Cena zakupu	Ilość Refundowane	Ilość Nierefundowane	Ilość Razem	Wartość zakupu Refundowane	Wartość zakupu Nierefundowane	Wartość zakupu Razem
1	2 OB	1.00	0	1	1	0.00	1.00	1.00
2	3 Morfologia krwi (pełna)	1.60	0	1	1	0.00	1.60	1.60
3	700 IgE całkowite	15.00	0	1	1	0.00	15.00	15.00

PODSUMOWANIE		
	Ilość	Cena zakupu
Badania refundowane	0	0.00
Badania nierefundowane	3	17.60
RAZEM	**3**	17.60

Zestawienie weryfikacyjne e-Lab to zestawienie rozbieżności pomiędzy pobranym z systemu e-Lab plikiem XLS/XLSX z listą wykonanych badań diagnostycznych a bazą danych systemu jHIS. Po wskazaniu pliku XLS/XLSX i kliknięciu przycisku „Wyświetl" system przetwarza załączony plik i generuje plik wyjściowy o identycznej strukturze ale zawierający jedynie rekordy rozbieżne i wyświetla odnośnik umożliwiający pobranie pliku wyjściowego.



Punkt szczepień

Funkcjonalność „Punkt szczepień" z menu „Gabinet" służy do obsługi punktów szczepień.

Po wybraniu funkcjonalności „Punkt szczepień" z menu „Gabinet" wyświetla się wyszukiwarka zleceń wystawionych przez lekarzy. Możliwe jest wyszukiwanie zleceń za pomocą dowolnej kombinacji następujących kryteriów:

- wewnętrzny kod kreskowy - kod kreskowy nadrukowany w prawym górnym rogu zlecenia wystawionego przez system jHIS; do wczytania wartości kodu ze skierowania do wyszukiwarki można skorzystać z czytnika kodów kreskowych jeżeli taki jest podłączony do komputera użytkownika
- stan zlecenia - aktualny status zlecenia; istnieją następujące statusy zleceń
  - nowe – zlecenie oczekujące na wykonanie szczepienia

- zrealizowane – zlecenie w ramach którego wykonano szczepienie
- anulowane – zlecenie którego realizacja została anulowana

〉 zrealizowane częściowo – zaznaczenie tego pola pozwala wyszukać tylko zlecenia w których nie wszystkie szczepienia zostały zrealizowane z jakiegoś powodu (np. pacjent w trakcie szczepienia zemdlał i w związku z czym nie było możliwe wykonanie wszystkich szczepień)

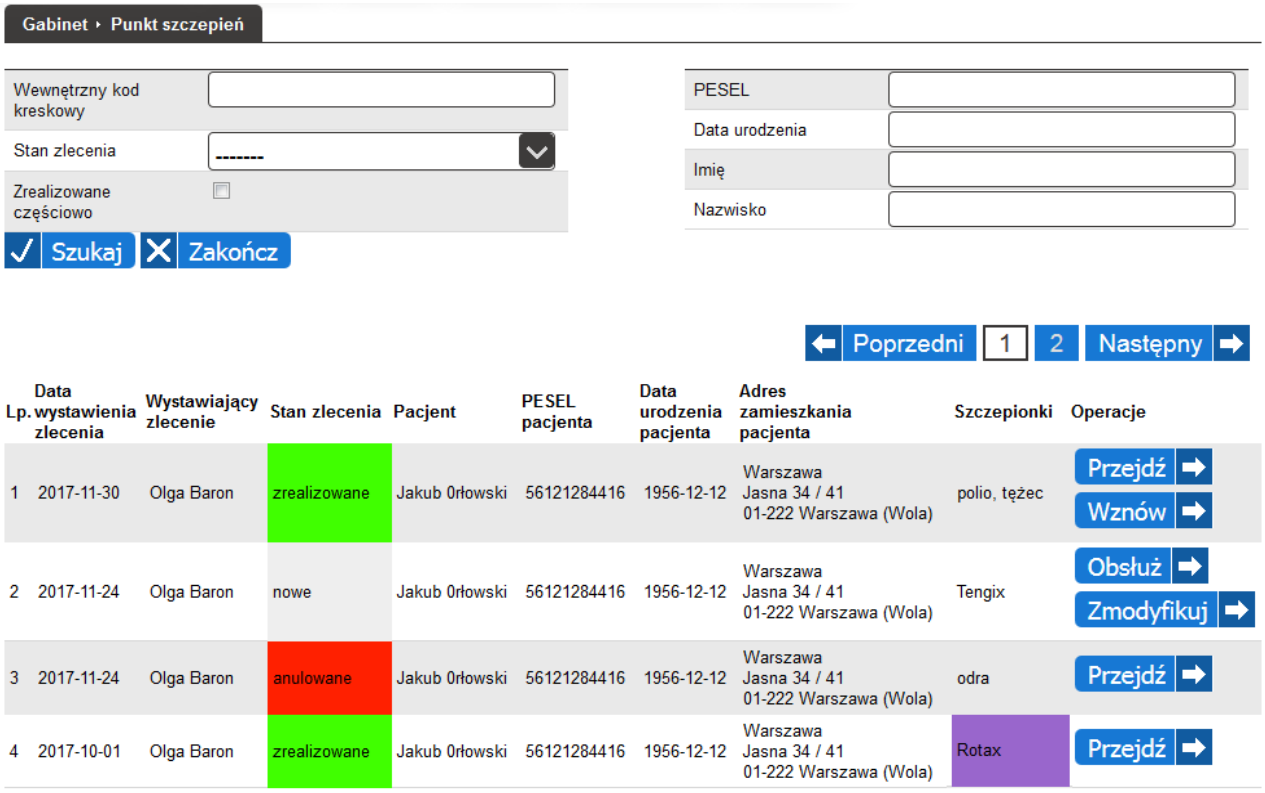
〉 PESEL - numer PESEL lub początek numer PESEL pacjenta na rzecz którego zostało wystawione zlecenie

〉 data urodzenia - data urodzenia pacjenta na rzecz którego zostało wystawione zlecenie (wybierana z kalendarza, który pojawia się po kliknięciu w polu tekstowym)

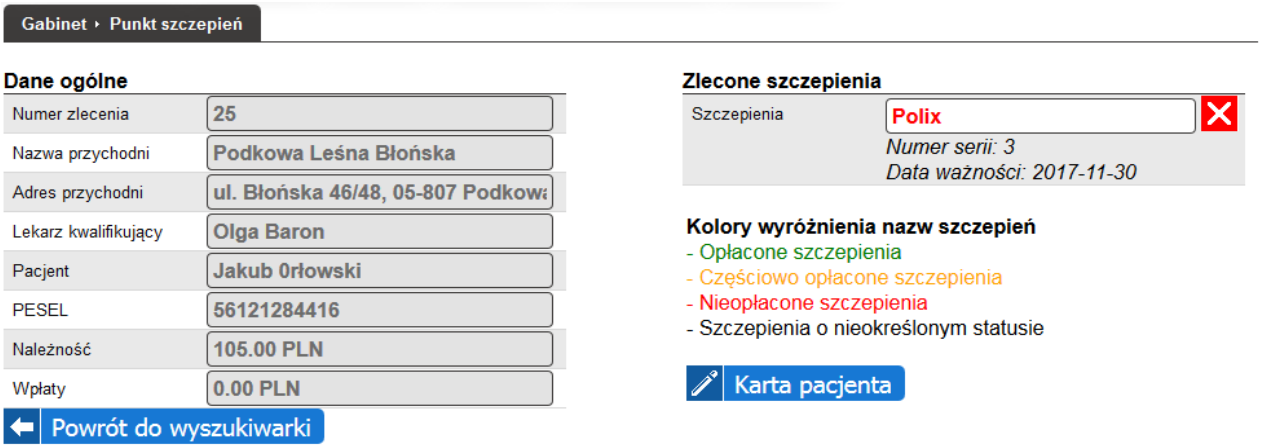
〉 imię - imię lub początek imienia pacjenta na rzecz którego zostało wystawione zlecenie (wielkość liter nie ma znaczenia)

〉 nazwisko - nazwisko lub początek nazwiska pacjenta na rzecz którego zostało wystawione zlecenie (wielkość liter nie ma znaczenia)

Po wprowadzeniu kryteriów wyszukiwania i naciśnięciu przycisku „Szukaj” pod wyszukiwarką wyświetla się lista zleceń spełniających kryteria wyszukiwania (stany zleceń wyróżnione są kolorami, szczepionki pacjenta są wyróżnione kolorem). Przy każdym zleceniu w stanie „nowe” dostępne są przyciski „Obsłuż” (umożliwiający wyświetlenie formularza danych zlecenia i jego realizację) oraz „Zmodyfikuj” (umożliwiający zmianę usunięcie niektórych szczepień ze zlecenia lub dodanie szczepień do zlecenia) zaś przy pozostałych zleceniach dostępny jest przycisk „Przejdź” umożliwiający wyświetlenie formularza danych zlecenia a przy zleceniach zrealizowanych częściowo dodatkowo dostępny jest przycisk „Wznów” umożliwiający wygenerowanie nowego zlecenia ze szczepieniami z danego zlecenia które nie zostały zrealizowane. Dodatkowo przy zleceniach w stanie „nowe” i „zrealizowane”, w sytuacji gdy zalogowany użytkownik posiada rolę administratora systemu, widnieje przycisk „Usuń” umożliwiający usunięcie danego zlecenia w sytuacji gdy zostało ono wystawione omyłkowo (zlecenie jest usuwane także punktu szczepień oraz z historii choroby pacjenta).



Aby zmienić szczepienia w zleceniu albo przyjąć opłatę za zlecenie należy kliknąć przycisk „Zmodyfikuj” (opłatę można przyjąć także po kliknięciu na przycisk „Obsłuż”). Wyświetli się wówczas formularz zmiany szczepień. Usuwanie szczepień jest możliwe tylko w przypadku zleceń w stanie „nowe” nieopłaconych i opłaconych o ile nie wystawiono dokumentu finansowego korygującego.



Aby usunąć szczepienie ze zlecenia należy kliknąć czerwony przycisk ze znakiem „×” przy danym szczepieniu (nie można przy tym usunąć wszystkich szczepień ze zlecenia).

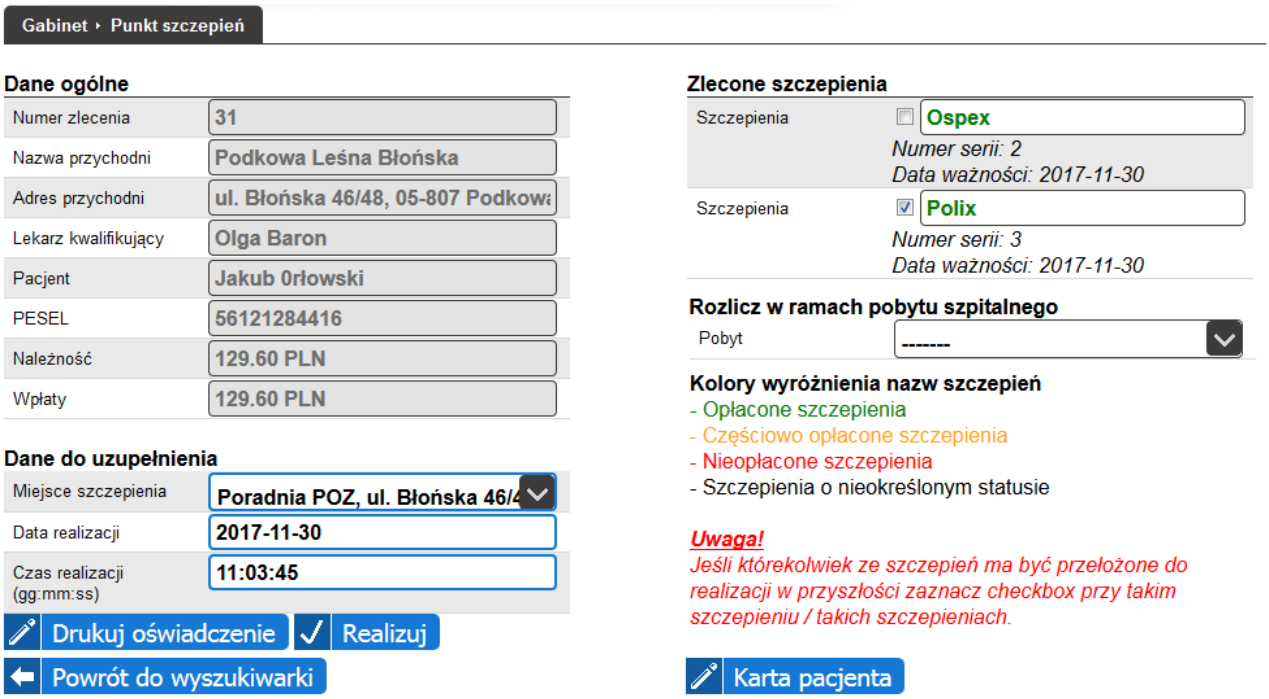
Aby przyjąć opłatę za zlecenie należy kliknąć przycisk „Karta pacjenta” i odnotować wpłatę w zakładce „Płatności”.

W przypadku zleceń w stanie „nowe” po naciśnięciu przycisku „Obsłuż” przy danym zleceniu

wyświetla się formularz tego zlecenia do wypełnienia. Składa się on z dwóch kolumn:

- lewa kolumna – dane ogólne pacjenta i zlecenia, dane do wypełnienia przez osobę realizującą szczepienie
- prawa kolumna - lista szczepień zleconych przez lekarza z wyróżnieniem kolorami opłaconych lub nie wymagających opłaty (zielone), częściowo opłaconych (pomarańczowe), nieopłaconych (czerwone) i z dodatkowymi informacjami dotyczącymi szczepionek

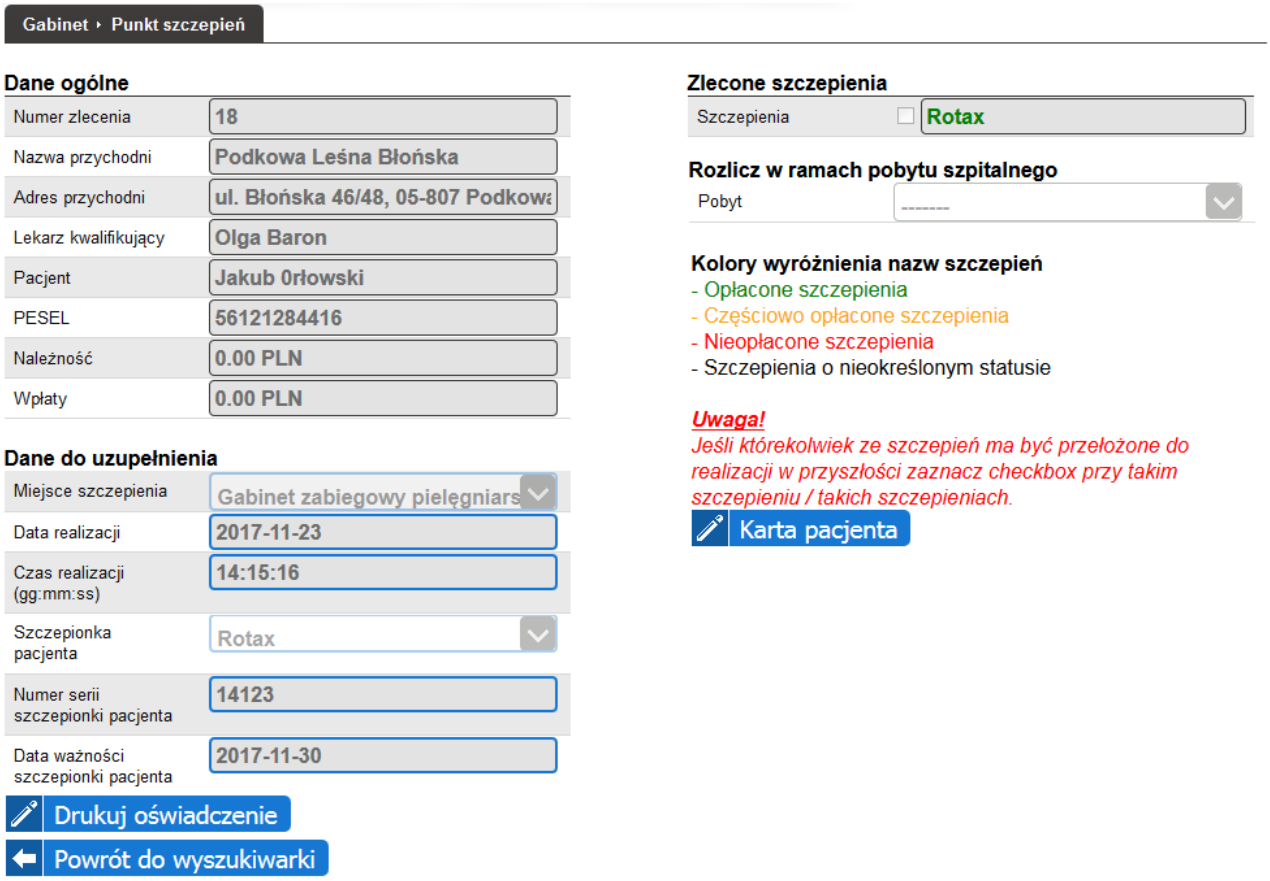
W formularzu należy wypełnić pola otoczone niebieską obwódką (formularz dla szczepień szczepionką pacjenta zawiera więcej pól niż formularz dla szczepień szczepionką z magazynu zakładu opieki zdrowotnej). Przy realizacji kolejnych zleceń automatycznie wypełniane jest pole „Miejsce pobrania próbek", gdzie wybierana jest ostatnio używana pozycja. Data i godzina pobrania próbek są automatycznie wypełniane datą i godziną bieżącą. Przy poszczególnych szczepieniach znajdują się pola zaznaczenia umożliwiające zaznaczenie szczepień które nie zostaną zrealizowane w ramach zlecenia lecz zostaną przełożone do realizacji w przyszłości (np. pacjent w trakcie szczepienia zemdlał i w związku z czym nie było możliwe wykonanie wszystkich szczepień). Dla opłaconych a niezrealizowanych w ramach zlecenia szczepień w płatnościach pacjenta pojawi się nadpłata.



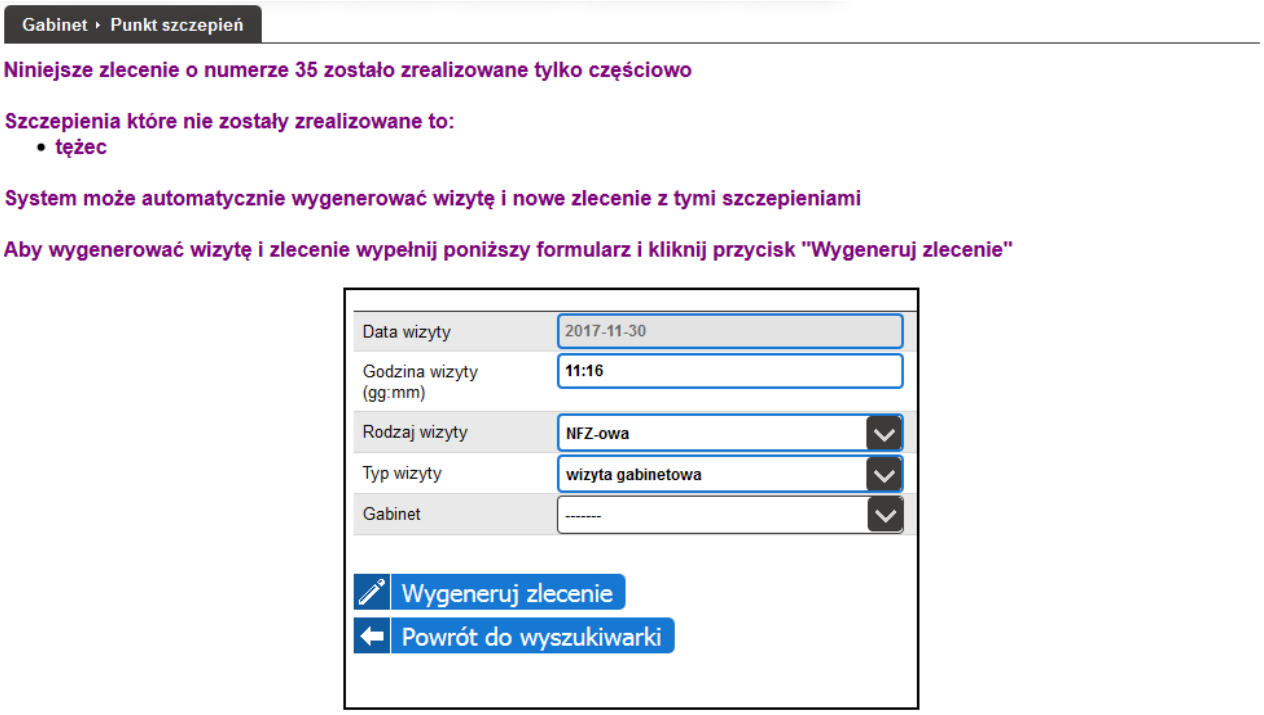
Aby przyjąć opłatę za zlecenie należy kliknąć przycisk „Karta pacjenta" i odnotować wpłatę w zakładce „Płatności" lub wskazać pobyt szpitalny w ramach którego mają być rozliczone szczepienia (jeżeli pacjent przebywa w szpitalu i szczepienia są wykonywane w trakcie pobytu w celu realizacji procesu leczenia, wówczas koszt tych szczepień może zostać uwzględniony w końcowych kosztach pobytu pacjenta w szpitalu).

Po wypełnieniu formularza należy nacisnąć przycisk „Drukuj oświadczenie" aby pobrać i wydrukować oświadczenie o zgodzie na szczepienia do podpisania przez pacjenta (w formie pliku PDF) a następnie kliknąć przycisk „Realizuj" (realizacja zlecenia jest możliwa tylko wówczas jeśli nie występują się w nim szczepienia nieopłacone).

Dla zleceń w stanach innych niż „nowe” również możliwy jest dostęp do formularza danych zlecenia po naciśnięciu przycisku „Przejdź” przy danym zleceniu widocznym w wynikach wyszukiwania. W przypadku zleceń w stanach innych niż „nowe” formularz danych zlecenia prezentowany jest w trybie tylko do odczytu. Pod formularzem zlecenia zrealizowanego widoczny jest przycisk „Drukuj oświadczenie” który pozwala pobrać i wydrukować oświadczenie o zgodzie na szczepienia do podpisania przez pacjenta (w formie pliku PDF) jeśli nie zrobiono tego przed realizacją zlecenia.

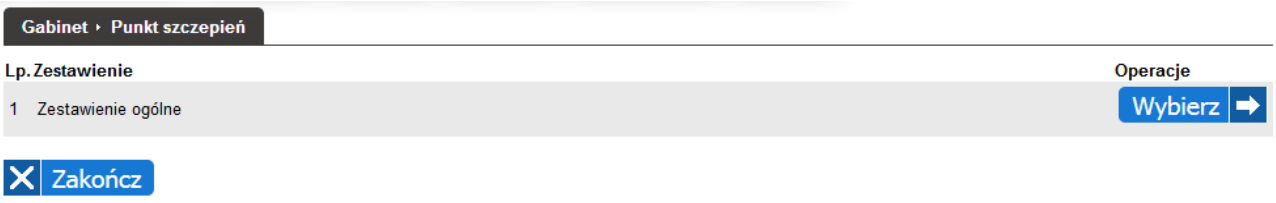


Jeżeli zlecenie zostało zrealizowane jedynie częściowo, wówczas istnieje możliwość realizacji szczepień uprzednio niezrealizowanych jako nowego zlecenia. Po kliknięciu przycisku „Wznów” na liście wyników wyszukiwania przy zrealizowanym częściowo zleceniu, wyświetla się informacja o stanie jego realizacji i możliwości wygenerowania nowego zlecenia. Ponieważ zlecenie może być wystawione tylko na wizycie, więc system generując zlecenie musi wygenerować także wizytę pozostawiając użytkownikowi określenie jedynie jej podstawowych parametrów.



Po wprowadzeniu parametrów wizyty i kliknięciu przycisku „Wygeneruj zlecenie" system generuje wizytę wraz ze zleceniem na szczepienia które uprzednio nie zostały zrealizowane. Szczepionki uprzednio nie wykorzystane są przenoszone do nowo wygenerowanego zlecenia. Niezależnie od tego czy dla zlecenia zrealizowanego częściowo było przyznane dofinansowanie czy nie, nowe zlecenie zostanie wygenerowane z cenami nominalnymi (bez dofinansowania) – dofinansowanie dla takiego zlecenia można przyznać ręcznie.

Zestawienia z realizacji szczepień są dostępne po kliknięciu przycisku „Zestawienia" w wyszukiwarce zleceń. Wyświetla się wówczas lista możliwych do wygenerowania zestawień z przyciskiem „Wybierz" przy każdym z nich. Po kliknięciu przycisku „Wybierz" przy danym zestawieniu wyświetla się filtr umożliwiający wprowadzenie ograniczeń dla zestawienia i wygenerowanie zestawienia.

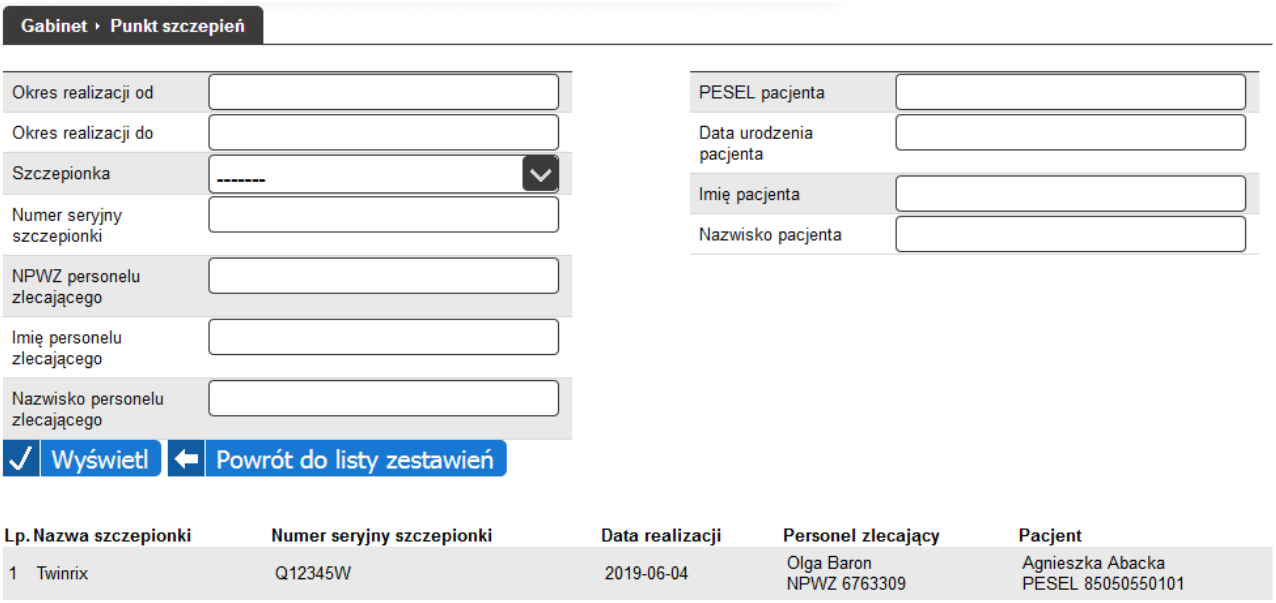


Zestawienie ogólne to lista szczepień zrealizowanych w zadanym okresie ze wskazaniem numeru seryjnego szczepionki, daty realizacji, personelu zlecającego i pacjenta. Zestawienie jest możliwe do wygenerowania z zastosowaniem następujących kryteriów:

- okres realizacji szczepień (od, do)
- rodzaj szczepionki
- numer seryjny szczepionki
- data realizacji

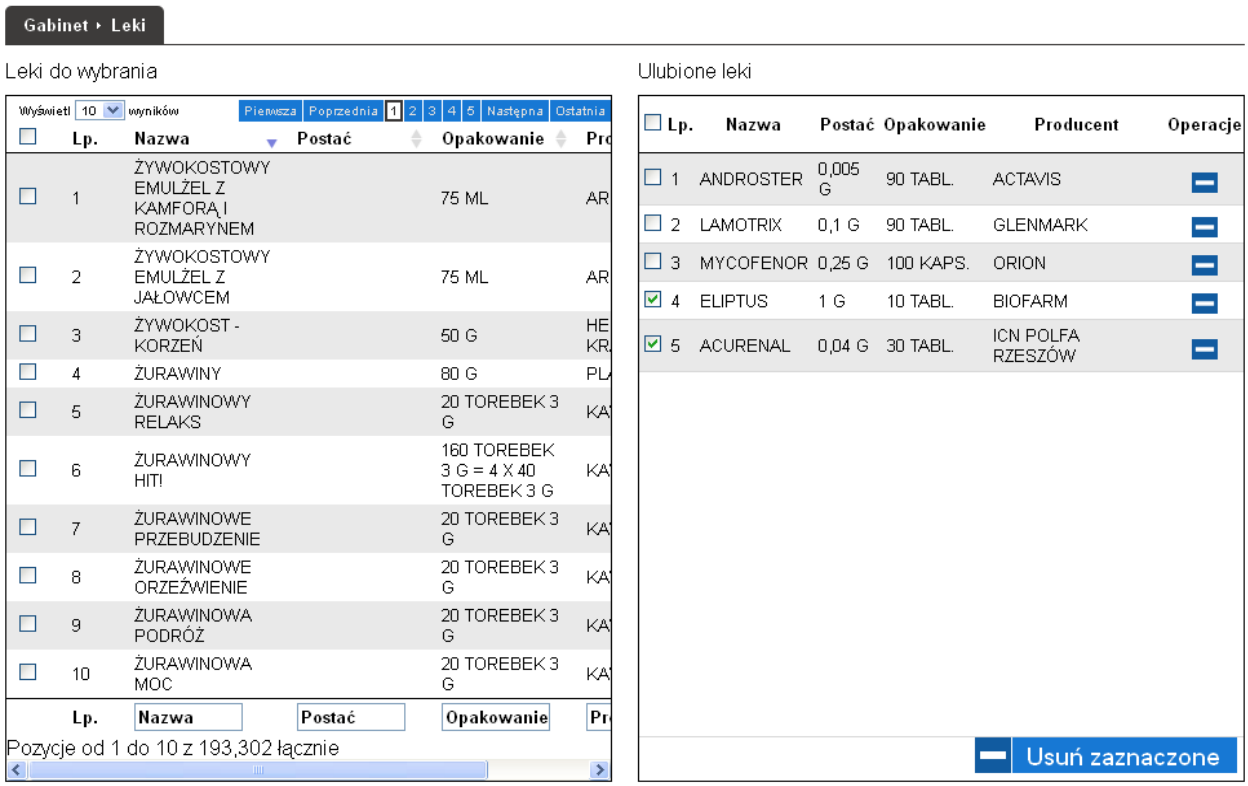
- NPWZ, imię i nazwisko personelu zlecającego
- PESEL, data urodzenia, imię i nazwisko pacjenta

Po wprowadzeniu kryteriów i kliknięciu przycisku „Wyświetl” prezentowana jest lista szczepień spełniających wskazane kryteria.



Leki

Funkcjonalność „Leki” z menu „Gabinet” służy do tworzenia podręcznej listy leków ulubionych (najczęściej przepisywanych) przez zalogowanego lekarza. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się widok z dwiema kolumnami. Lewa kolumna to lista wszystkich leków na bazie których lekarz może tworzyć swoją podręczną listę leków ulubionych. Prawa kolumna to lista leków ulubionych zalogowanego lekarza.

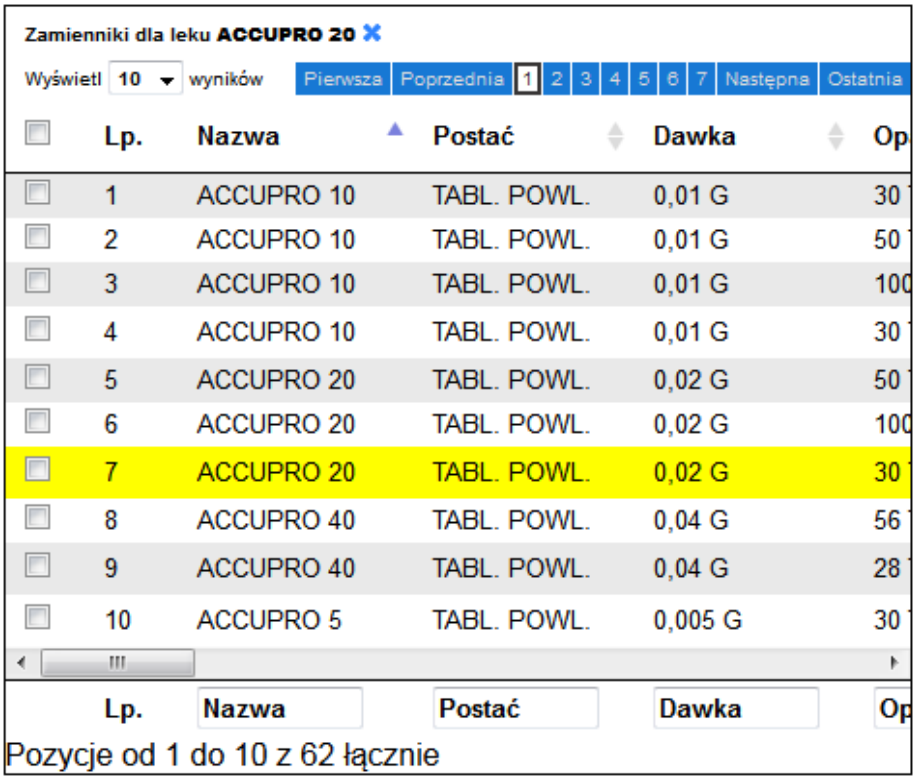


W lewej kolumnie domyślnie wyświetlają się wszystkie dostępne leki. Przy każdym leku prezentowane są następujące informacje:

- nazwa
- postać
- opakowanie
- producent
- odpłatność
- czy jest to lek dopuszczony do obrotu
- czy jest to lek antykoncepcyjny
- grupa prekursorów
- kategoria dostępności
- nazwa międzynarodowa
- charakterystyka – jeżeli lek posiada charakterystykę wówczas w polu charakterystyki wyświetlany jest przycisk ze strzałką w dół „↓” umożliwiający pobranie pliku PDF z charakterystyką leku
- zamienniki - przy każdym leku dostępny jest przycisk „Wyświetl”, który pozwala wyświetlić zamienniki dla danego leku

Naciśnięcie przycisku wyświetlania zamienników przy dowolnym leku przełącza widok z listy leków na listę zamienników wybranego leku a lek ten na liście zamienników jest podświetlony na żółto. W górnej części kolumny wyświetla się dodatkowo informacja o tym jakiego leku zamienniki są aktualnie wyświetlane a przy tej informacji niebieski znak „×”. Kliknięcie znaku „×” kończy

wyświetlanie zamienników i przywraca poprzedni widok leków.



Listę leków wyświetlanych w lewej kolumnie można zawężać wpisując fragment nazwy, postaci, opakowania, producenta, nazwy międzynarodowej w polach widocznych w dolnej części kolumny i/lub wybierając odpowiednie wartości z list rozwijanych również widocznych w dolnej części kolumny. Przy wpisywaniu fragmentu nazwy, postaci, opakowania, producenta, nazwy międzynarodowej i/lub wybieraniu wartości z list rozwijanych system automatycznie wyświetli tylko leki spełniające zadane kryteria. Aby dodać lek do listy leków ulubionych należy najechać kursorem myszy na dany lek (w lewej kolumnie), wcisnąć lewy przycisk myszy i przytrzymując wciśnięty lewy przycisk przeciągnąć kursor do prawej kolumny po czym zwolnić lewy przycisk myszy. W ten sposób lek zostanie przeniesiony z lewej do prawej kolumny, czyli trafi na listę leków ulubionych. Przy lekach w lewej kolumnie widoczne są pola umożliwiające zaznaczanie leków. Służą one do tego aby możliwe było dodawanie wielu leków na raz do listy leków ulubionych. Aby do listy leków ulubionych dodać kilka leków na raz wystarczy je zaznaczyć w lewej kolumnie, najechać kursorem myszy na którykolwiek z tych leków, wcisnąć lewy przycisk myszy i przytrzymując wciśnięty lewy przycisk przeciągnąć kursor do prawej kolumny po czym zwolnić lewy przycisk myszy. W ten sposób leki zostaną przeniesione z lewej do prawej kolumny, czyli trafią na listę leków ulubionych. Nad listą leków w lewej kolumnie również jest widoczne pole zaznaczenia służące do zaznaczania/odznaczania w szybki sposób wszystkich widocznych leków. Klikając z kolei na nagłówki kolumn nad listą leków można posortować je alfabetycznie względem danej kolumny (kolejne kliknięcia zmieniają kolejność sortowania z rosnącej na malejącą i odwrotnie). W górnej części lewej kolumny widoczny jest ponadto panel nawigacyjny umożliwiający zmianę ilości leków widocznych na jednym ekranie jak również przełączanie się pomiędzy kolejnymi ekranami jeśli leki nie mieszczą się na jednym.

W prawej kolumnie widoczna jest lista leków ulubionych lekarza. Przy każdym leku dostępny jest przycisk ze znakiem „-” umożliwiający usunięcie leku z listy leków ulubionych. Przy wszystkich

lekach widoczne są też pola umożliwiające zaznaczanie leków. Służą one do tego aby możliwe było usuwanie wielu leków na raz z listy leków ulubionych. Po zaznaczeniu przynajmniej jednego leku w dolnej części prawej kolumny pojawia się przycisk „Usuń zaznaczone” umożliwiający usunięcie wszystkich zaznaczonych leków z listy leków ulubionych. Nad listą leków w prawej kolumnie również jest widoczne pole zaznaczenia służące do zaznaczania/odznaczania w szybki sposób wszystkich widocznych leków. Kolejność leków w prawej kolumnie można zmieniać na zasadzie przeciągania i upuszczania. Aby przesunąć lek w prawej kolumnie w inne miejsce należy najechać kursorem myszy na dany lek, wcisnąć lewy przycisk myszy i przytrzymując wciśnięty lewy przycisk przeciągnąć kursor w inne miejsce prawej kolumny po czym zwolnić lewy przycisk myszy a lek zostanie przeniesiony we wskazane miejsce.

Macierz dostępu do EDM

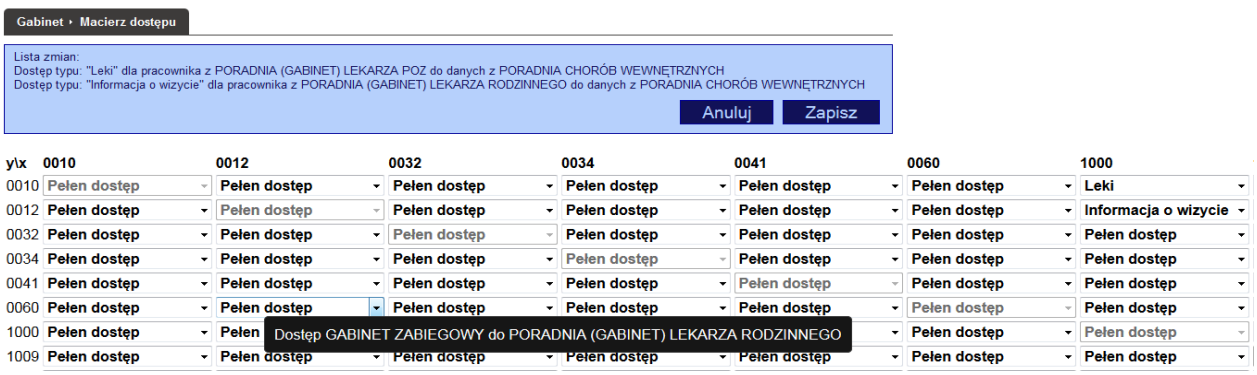
Funkcjonalność „Macierz dostępu do EDM” z menu „Gabinet” służy do określania poziomu widoczności Elektronicznej Dokumentacji Medycznej z poszczególnych poradni dla lekarzy poszczególnych specjalności. Każda komórka macierzy to lista wyboru określająca jaki zakres danych wizyt z poradni o specjalności podanej na początku danej kolumny widzi lekarz o specjalności podanej na początku danego wiersza. Dostępne są następujące poziomy widoczności:

- Pełen dostęp – lekarz o specjalności Y widzi informacje o terminach wizyt zrealizowanych w poradniach o specjalności Y oraz lekach przepisanych w ramach tych wizyt i ma dostęp do pełnej dokumentacji medycznej sporządzonej w trakcie tych wizyt
- Leki – lekarz o specjalności Y widzi informacje o terminach wizyt zrealizowanych w poradniach o specjalności Y oraz lekach przepisanych w ramach tych wizyt
- Informacja o wizycie – lekarz o specjalności Y widzi tylko informacje o terminach wizyt zrealizowanych w poradniach o specjalności Y
- Brak dostępu – lekarz o specjalności Y nie widzi żadnych informacji o wizytach zrealizowanych w poradniach o specjalności X

Domyślnie wszystkie poziomy widoczności ustawione są na „Pełen dostęp”.

Ze względu na rozmiary macierzy dla łatwiejszego orientowania się w niej po najechaniu kursorem myszy nad dowolną komórkę macierzy wyświetla się podpowiedź do jakiej specjalności lekarzy i do jakiej specjalności poradni dana komórka macierzy się odnosi.

Każda zmiana wprowadzona w macierzy pojawia się nad macierzą na niebieskim tle tworząc listę zmodyfikowanych elementów pozycji. Aby zatwierdzić wprowadzone zmiany należy nacisnąć przycisk „Zapisz”, aby anulować wprowadzone zmiany należy skorzystać z przycisku „Anuluj”.

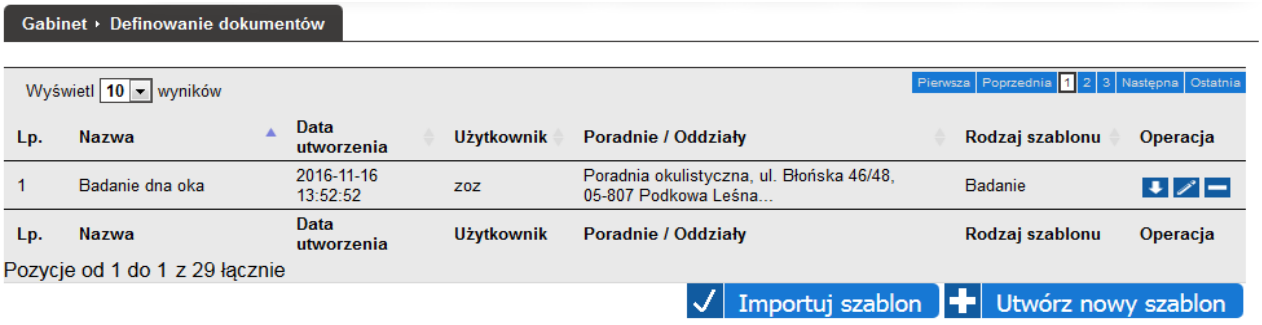


Poziomy widoczności wprowadzone w macierzy są uwzględniane przy prezentowaniu historii wizyt w oknie wizyty w gabinecie lekarskim.

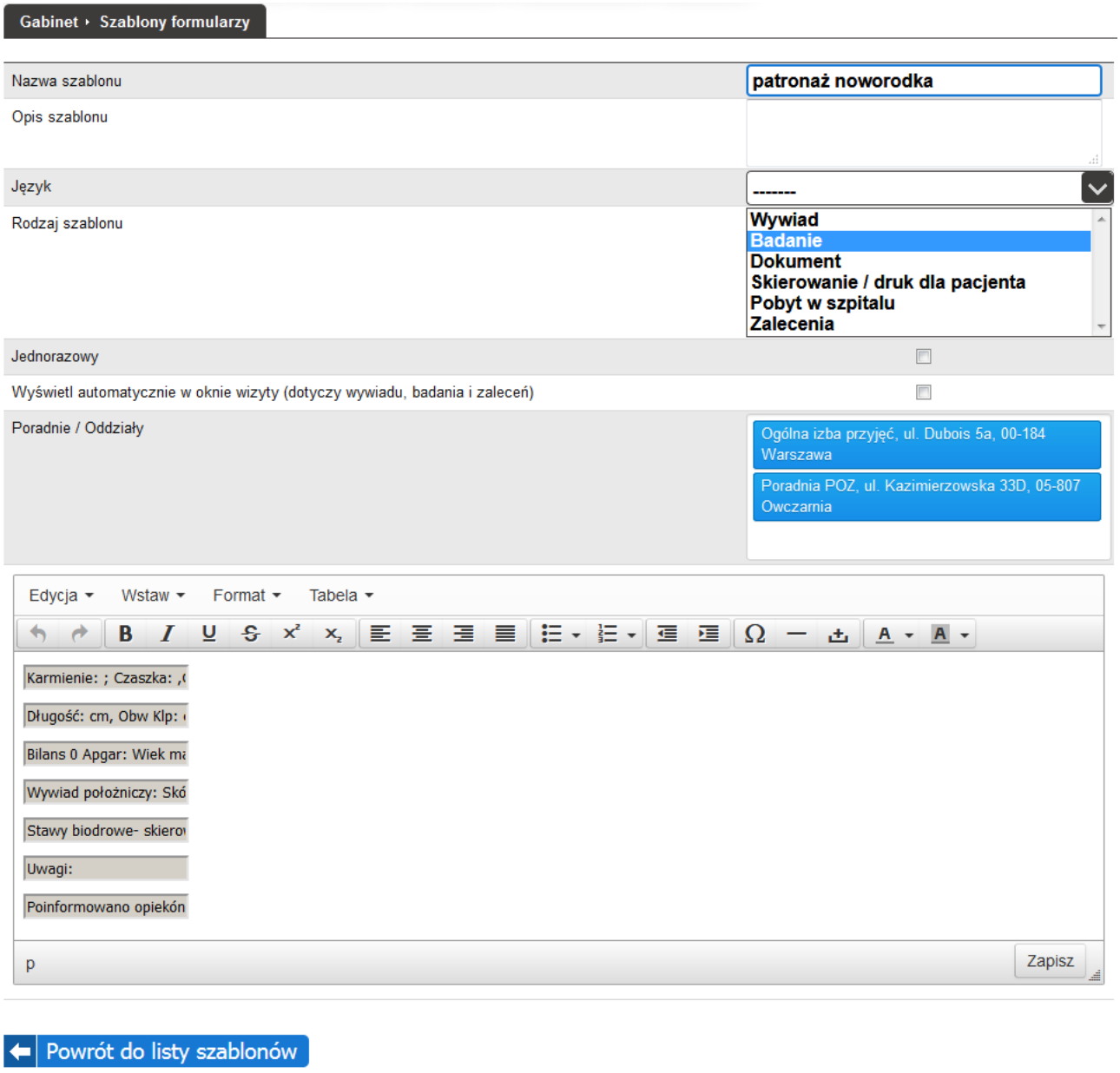
Szablony formularzy

Funkcjonalność „Szablony formularzy” z menu „Gabinet” służy do tworzenia szablonów formularzy używanych w gabinetach lekarskich tak jak opisano to w rozdziale „Gabinet lekarski / pielęgniarski”. Formularze mogą być definiowane zarówno przez administratora systemu jak również przez lekarzy. Formularze zdefiniowane przez administratora dla określonych poradni są widoczne dla wszystkich lekarzy pracujących w tych poradniach. Formularze zdefiniowane przez lekarza są widoczne tylko dla niego samego. Lekarz na własne potrzeby może także modyfikować formularze zdefiniowane przez administratora, przy czym zmiany nie są wprowadzane do oryginalnego formularza zdefiniowanego przez administratora lecz do jego kopii widocznej dla lekarza.

Po wybraniu funkcjonalności „Szablony formularzy” z menu „Gabinet” wyświetlana jest lista wszystkich szablonów formularzy dostępnych dla zalogowanego użytkownika (administratora lub lekarza). Przy każdym szablonie widoczne są przyciski eksportu, edycji i usuwania danego szablonu. Pod listą szablonów widoczne są przyciski importowania szablonu i tworzenia nowego szablonu. Przyciski edycji i tworzenia szablonu kierują do formularza umożliwiającego zdefiniowanie szablonu lub wprowadzenie zmian do istniejącego szablonu. Przycisk usuwania pozwala usunąć szablon (po potwierdzeniu).



Po naciśnięciu przycisku edycji lub tworzenia nowego szablonu wyświetlany jest formularz szablonu (w pierwszym przypadku pusty, w drugim przypadku wypełniony danymi szablonu).



Dla każdego szablonu określa się nazwę szablonu, ewentualny opis i język oraz rodzaj szablonu (szablon może być szablonem wywiadu, szablonem badania, szablonem dokumentacji pacjenta, szablonem skierowania szablonem pobytu szpitalnego lub szablonem zaleceń – w tym szablonem kilku rodzajów jednocześnie) i oznacza czy jest to szablon jednorazowy (ma znaczenie tylko dla szablonów w rodzaju „dokumentacja pacjenta" – formularz wypełniony podczas wizyty na podstawie szablonu oznaczonego jako jednorazowy nie będzie widoczny na innych wizytach danego pacjenta u danego lekarza w danej poradni, formularz wypełniony podczas jednej wizyty na podstawie szablonu nie oznaczonego jako jednorazowy będzie widoczny na kolejnych wizytach i będzie mógł być na nich wypełniany kolejnymi danymi). Administrator ma dodatkowo możliwość wskazania poradni, w których zdefiniowany przez niego szablon będzie widoczny dla lekarzy. Zaznaczenie pola „Wyświetl automatycznie w oknie wizyty" spowoduje że szablon będzie automatycznie wybierany i wyświetlany w gabinecie w oknie wizyty w momencie podejmowania jej obsługi (dotyczy to szablonów wywiadów, badań i zaleceń). Zasadniczą zaś część definicji szablonu jest jego wygląd i treść. Wygląd i treść szablonu tworzy się się za pomocą edytora podobnego do edytorów typu Microsoft Word czy OpenOffice Writer, umożliwiającego

formatowanie treści, tworzenie tabel, wstawianie pól do wypełnienia, odnośników, grafik i multimediów. W miejscach, w których w szablonie mają się znajdować pola do wprowadzania treści należy wstawić odpowiednie znaczniki ustawiając kursor w miejscu, w którym ma się znaleźć pole i wybierając rodzaj pola z podmenu „Elementy meta języka" znajdującego się w menu „Wstaw" edytora. Dostępne są następujące pola:

- checkbox – pole zaznaczenia „✓"
- pole wyboru daty – pole do wprowadzania daty
- pole tekstowe – pole do wprowadzania pojedynczej linii tekstu
- długie pole tekstowe – pole do wprowadzania wielu linii tekstu
- pole wyboru – lista z opcjami do wyboru

Po wybraniu rodzaju pola wyświetla się okno parametrów tego pola:

- nazwa – nazwa pola
- grupa – *nieużywane (do przyszłych zastosowań)*
- opis – opis znaczenia danego pola
- powiązania – *nieużywane (do przyszłych zastosowań)*
- format – *nieużywane (do przyszłych zastosowań)*
- maksymalna długość – maksymalna ilość znaków jakie mogą być wpisane w danym polu
- wartości – lista oddzielonych przecinkami opcji jakie mają pojawiać się w polu wyboru
- wielokrotny – opcja wskazujące czy w polu wyboru można wybrać więcej niż jedną opcję
- wartość domyślna – domyślna wartość jaka powinna wyświetlać się lub być wybrana w danym polu w chwili wyświetlania formularza
- wyświetlaj wszystkie opcje listy wyboru – opcja wskazująca na sposób prezentacji listy rozwijanej – jej zaznaczenie sprawi że zamiast domyślnego wyświetlania jednej opcji a dopiero po rozwinięciu listy wszystkich opcji od razu wyświetlane są wszystkie opcje
- liczba wierszy – liczba wierszy tekstu jakie mogą być wpisane w długim polu tekstowym
- liczba kolumn – liczba znaków (o przeciętnej szerokości) jakie mogą być wpisane w pojedynczym wierszu w długim polu tekstowym
- krotność – *nieużywane (do przyszłych zastosowań)*

Po wprowadzeniu parametrów danego pola i zatwierdzeniu przyciskiem „OK" znacznik reprezentujący to pole jest wstawiany w treści szablonu w miejscu kursora. Jeśli pole posiada wartość domyślną wówczas w znaczniku reprezentującym to pole pojawia się wprowadzona wartość domyślna, w przeciwnym razie pojawia się rodzaj pola pomiędzy podwójnymi wykrzyknikami (np. „!!pole tekstowe!!").

Po wprowadzeniu danych szablonu i stworzeniu jego treści należy zatwierdzić wprowadzone informacje klikając przycisk „Zapisz" widoczny w dolnej części edytora.

Przycisk eksportu szablonu pozwala zapisać szablon zdefiniowany w systemie jHIS na dysk komputera. Po kliknięciu tego przycisku przeglądarka zapisuje plik szablonu na dysku komputera.

Przycisk importu szablonu pozwala wczytać do systemu jHIS szablon zapisany na dysku komputera. Po kliknięciu tego przycisku wyświetla się formularz w którym należy wskazać plik

szablonu i kliknąć przycisk „Importuj”.



Mechanizm eksportowania i importowania szablonów umożliwia łatwe i wygodne przenoszenie raz zdefiniowanych szablonów pomiędzy różnymi instancjami systemu jHIS.

Szablony dokumentów

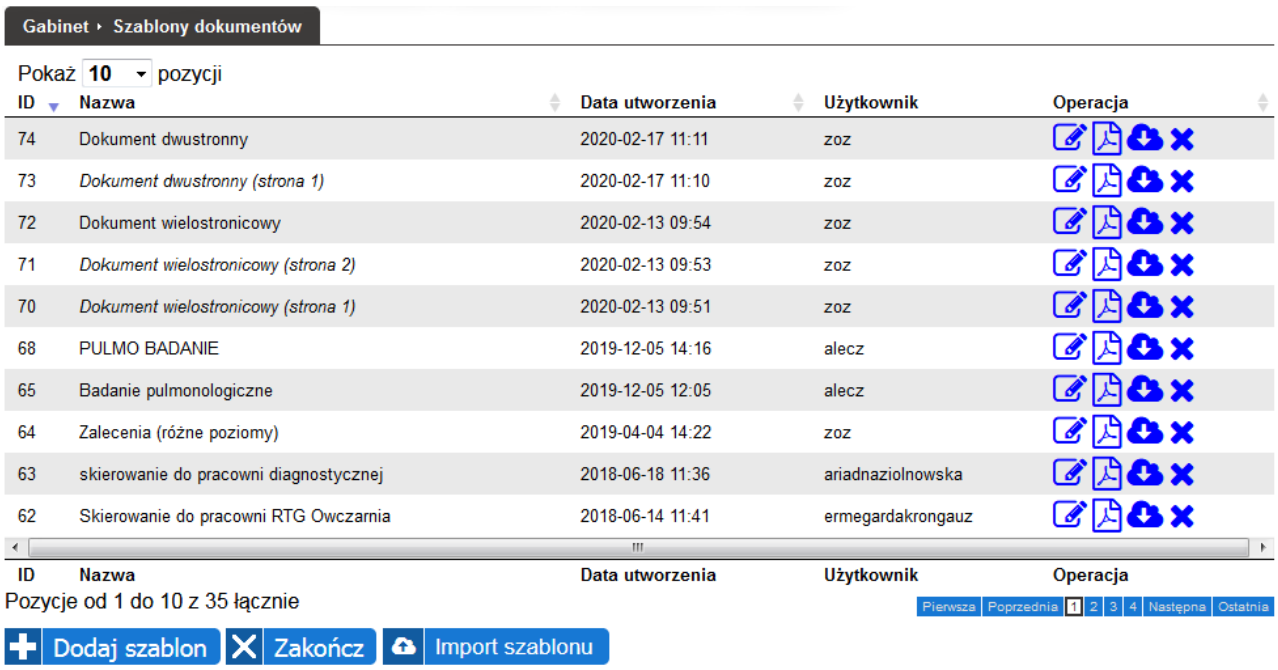
Funkcjonalność „Szablony dokumentów” z menu „Gabinet” służy do zarządzania szablonami dokumentów tworzonymi w oparciu o dowolne pliki PDF. Tworzenie szablonu polega na zaznaczaniu na dokumencie PDF miejsc przeznaczonych do późniejszego wprowadzania danych. Po wybraniu powyższej funkcjonalności wyświetlana jest lista szablonów a przy każdym z nich widoczne są ikonki (po najechaniu kursorem myszy na ikonkę pojawia się podpowiedź co dana ikonka oznacza):

- Edytuj dane szablonu – pozwala na edycję podstawowych danych szablonu takich jak nazwa, opis, rodzaj, poradnie i plik PDF który posłuży do tworzenia szablonu
- Edytuj zawartość szablonu – pozwala na zaznaczanie na wprowadzonym pliku PDF miejsc przeznaczonych do późniejszego wprowadzania danych (ikonka jest widoczna tylko dla szablonów dla których wskazano plik PDF)
- Eksportuj szablon – pozwala zapisać szablon na dysku komputera w postaci pliku z rozszerzeniem JSON w celu późniejszego zaimportowania go na innej instancji systemu jHIS (ikonka jest widoczna tylko dla szablonów dla których wskazano plik PDF)
- Usuń szablon – umożliwia usunięcie szablonu

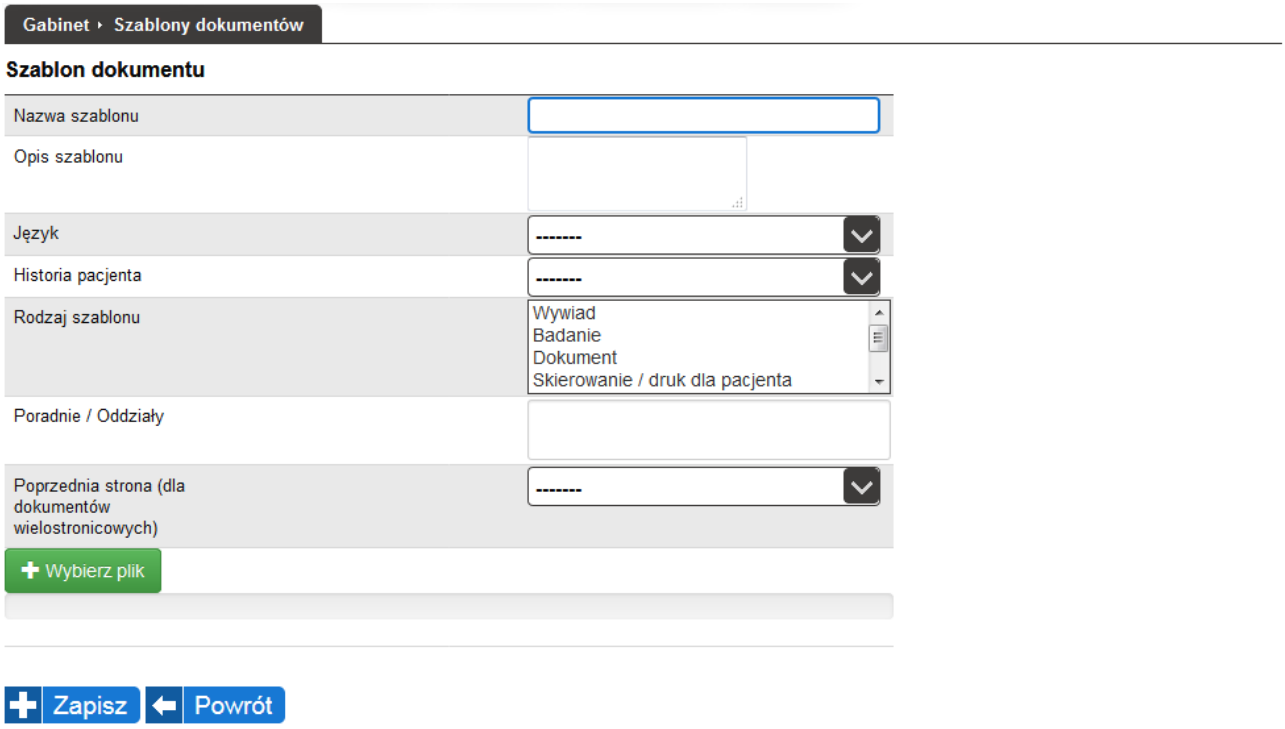
Pod listą szablonów dokumentów dostępne są przyciski:

- Dodaj szablon – umożliwia dodanie nowego szablonu do systemu
- Import szablonu – umożliwia zaimportowanie do systemu szablonu zapisanego na dysku w pliku JSON

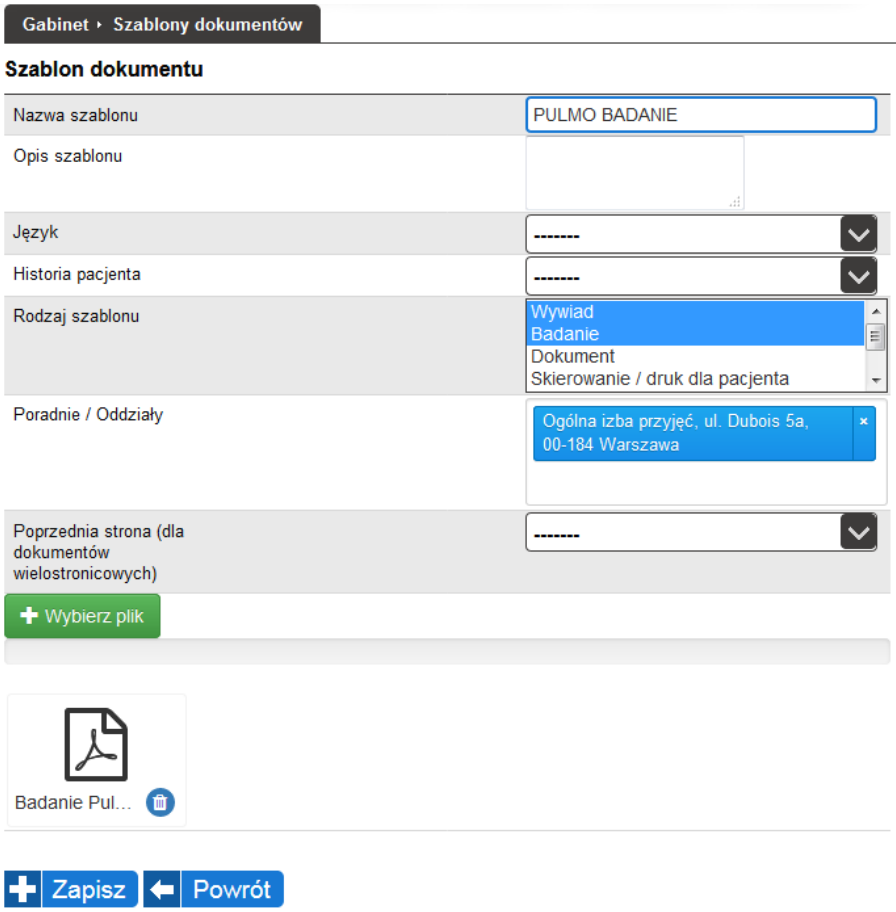
Nazwy szablonów, które są częściami składowymi szablonu wielostronicowego (czyli nie mogą być używane samodzielnie), są na liście pochylone.



Aby dodać nowy szablon należy kliknąć przycisk „Dodaj szablon”. Wyświetli się wówczas formularz dodawania szablonu dokumentu, w którym należy wprowadzić przynajmniej nazwę szablonu. Wskazanie rodzaju informacji w polu „Historia pacjenta” spowoduje że kopie wszystkich dokumentów stworzonych w gabinecie na podstawie tak oznaczonego szablonu będą automatycznie trafiać do zakładki „Historia” w karcie pacjenta i będą skojarzone z wybranym rodzajem informacji. Rodzaj szablonu określa jego przeznaczenie („Wywiad” – szablon dostępny w zakładce „Wywiad” w oknie wizyty/operacji/pobytu w gabinecie lekarskim, „Badanie” – szablon dostępny w zakładce „Badanie” w oknie wizyty/operacji/pobytu w gabinecie lekarskim, „Dokumentacja pacjenta” – nieużywane, „Skierowanie/druki dla pacjenta” – szablon dostępny w zakładce „Skierowanie” w oknie wizyty/operacji/pobytu w gabinecie lekarskim, „Pobyt w szpitalu” - szablon dostępny w zakładce „Pobyt” w oknie wizyty/operacji/pobytu w gabinecie lekarskim, „Zalecenia” - szablon dostępny w zakładce „Zalecenia” w oknie wizyty/operacji/pobytu w gabinecie lekarskim; można wskazać więcej niż jedno przeznaczenie), a poradnie wskazują gdzie może być wykorzystywany. Pole „Poprzednia strona” pozwala na łączenie szablonów dokumentów w dokumenty wielostronicowe. Jako że każdy szablon dokumentu może opisywać tylko jedną stronę dokumentu, aby stworzyć dokument wielostronicowy należy stworzyć szablony dokumentów dla każdej ze stron a następnie powiązać je ze sobą za pomocą pola „Poprzednia strona” z zachowaniem właściwej kolejności. Przykładowo aby utworzyć dokument o trzech stronach należy zdefiniować trzy szablony dokumentów np. „Dokument X (strona 1)”, „Dokument X (strona 2)” i „Dokument X”, przy tym definiując „Dokument X (strona 2)” należy w polu „Poprzednia strona” wskazać „Dokument X (strona 1)” a definiując „Dokument X” należy w polu „Poprzednia strona” wskazać „Dokument X (strona 2)” - wówczas szablony „Dokument X (strona 1)” i „Dokument X (strona 2)” nie będą dostępne do wypełniania dla użytkowników (jako że są składowymi dokumentu wielostronicowego „Dokument X”) zaś „Dokument X” będzie wypełniany jako dokument o trzech stronach („Dokument X” to szablon definiujący ostatnią stronę dokumentu wielostronicowego a w związku z tym że szablon ten będzie wyświetlany dla użytkownika nie należy w jego nazwie umieszczać sformułowania „(strona 3)” ponieważ nazwa taka byłaby myląca dla użytkownika wypełniającego dokument). Przycisk „Wybierz plik” służy do wybrania pliku PDF, który posłuży do tworzenia szablonu. Po wypełnieniu formularza należy zapisać dane klikając przycisk „Zapisz” a następnie powrócić do listy szablonów klikając przycisk „Powrót”.



Aby zmodyfikować dane szablonu należy kliknąć ikonkę „Edytuj dane szablonu” przy danym szablonie na liście. Wyświetli się wówczas formularz danych szablonu dokumentu w którym można wprowadzić zmiany (ikonka kosza przy pliku PDF pozwala na jego usunięcie) po czym zapisać je klikając przycisk „Zapisz” i powrócić do listy szablonów klikając przycisk „Powrót”.



Aby wyeksportować szablon do pliku należy kliknąć ikonkę „Eksportuj szablon” przy danym szablonie na liście. Pojawi się wówczas okno zapisywania pliku na dysk, w którym należy wskazać katalog do zapisu i zatwierdzić zapis.

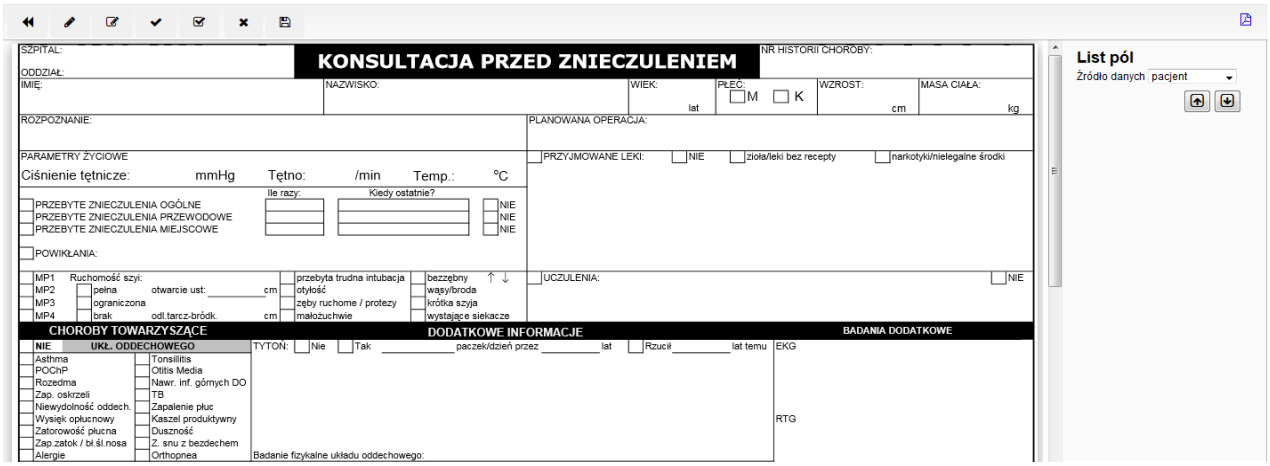
Aby zaimportować szablon z pliku należy kliknąć przycisk „Import szablonu” pod listą szablonów. Pojawi się wówczas okno wczytywania pliku z dysku, w którym należy wskazać plik do wczytania i potwierdzić zamiar jego wczytania.

Aby usunąć szablon należy kliknąć ikonkę „Usuń szablon” przy danym szablonie na liście.

UWAGA!

W formularzu dodawania nowego szablonu oraz w formularzu edycji danych szablonu powinien być wybrany zawsze maksymalnie jeden jednostronicowy plik PDF.

Aby zmodyfikować zawartość szablonu (stworzyć szablon w oparciu o dołączony plik PDF) należy kliknąć ikonkę „Edytuj zawartość szablonu” przy danym szablonie na liście. Wyświetli się wówczas widok z dokumentem PDF stanowiącym niejako tło szablonu oraz panele narzędzi umożliwiających zaznaczanie na dokumencie PDF miejsc przeznaczonych do późniejszego wprowadzania danych oraz określanie ich parametrów.



W lewym górnym rogu wyświetlają się następujące ikonki (od lewej):

- Powrót – po kliknięciu tej ikonki można powrócić do listy szablonów dokumentów
- Rysuj pole – po kliknięciu tej ikonki można zaznaczyć na dokumencie PDF (przytrzymując wciśnięty lewy przycisk myszy i przeciągając kursor na tle dokumentu PDF) dowolny obszar przeznaczony do późniejszego wprowadzania danych w formie tekstu
- Wskaż pole – po kliknięciu tej ikonki a następnie kliknięciu na dokumencie PDF następuje automatyczne zaznaczenie w danym miejscu dokumentu największego możliwego obszaru nie zachodzącego on na na tekst, rysunki, linie i inne elementy znajdujące się dokumencie PDF przeznaczonego do późniejszego wprowadzania danych w formie tekstu
- Rysuj checkbox – po kliknięciu tej ikonki można zaznaczyć na dokumencie PDF (przytrzymując wciśnięty lewy przycisk myszy i przeciągając kursor na tle dokumentu PDF) dowolny obszar przeznaczony do późniejszego wprowadzania danych w formie zaznaczeń (✓)
- Wskaż checkbox – po kliknięciu tej ikonki a następnie kliknięciu na dokumencie PDF następuje automatyczne zaznaczenie w danym miejscu dokumentu największego możliwego obszaru nie zachodzącego on na na tekst, rysunki, linie i inne elementy znajdujące się dokumencie PDF przeznaczonego do późniejszego wprowadzania danych w formie zaznaczeń (✓)
- Usuń elementy – po kliknięciu tej ikonki następuje usunięcie z dokumentu PDF zaznaczonego (aktywnego) obszaru przeznaczonego do późniejszego wprowadzania danych
- Zapisz – po kliknięciu tej ikonki wprowadzone do formularza obszary i ich parametry są zapisywane w bazie danych

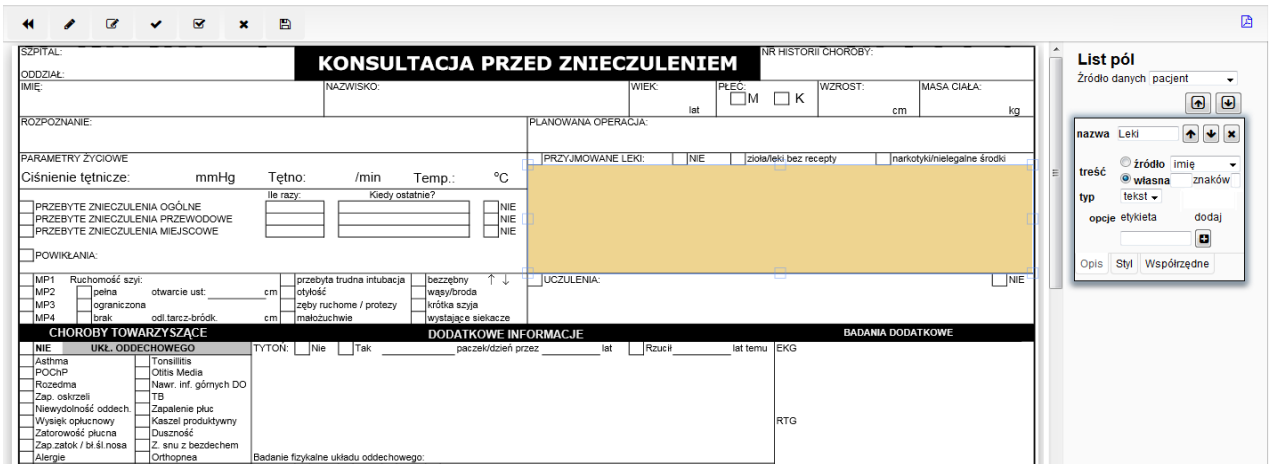
Jeżeli istnieją już dokumenty utworzone na podstawie danego szablonu wówczas na górze na środku pojawia się stosowny komunikat informujący o tym fakcie. Taki szablon po wprowadzeniu zmian zostanie zapisany jako nowy szablon (czyli jako kopia dotychczasowego szablonu a dotychczasowy szablon przestanie być dostępny do wypełniania).

W prawym górnym rogu wyświetla się ikonka, której kliknięcie wyświetla podgląd dokumentu odpowiadającego zdefiniowanemu szablonowi i wypełnionego przykładowymi danymi (przed wyświetleniem podglądu należy zapisać szablon korzystając z odpowiedniej ikonki w lewym górnym rogu).

W kolumnie z prawej strony wyświetlają się dostępne źródła danych, panele z parametrami

poszczególnych obszarów zaznaczonych na dokumencie PDF oraz ikonki ze strzałkami w górę i w dół (nad panelami parametrów) umożliwiające zwijanie i rozwijanie paneli parametrów. Źródła danych określają skąd mają być pobierane dane do dokumentu jeśli mają one być wypełniane automatycznie (jak np. dane pacjenta czy wizyty). Z kolei zaznaczenie nowego obszaru na dokumencie powoduje pojawienie się nowego panelu z parametrami tego obszaru w kolumnie z prawej strony. Kliknięcie na zaznaczonym już wcześniej obszarze na dokumencie powoduje wyróżnienie (poprzez otoczenie ramką) tego obszaru i odpowiadającego mu panelu z parametrami w kolumnie z prawej strony. I odwrotnie: kliknięcie na panelu z parametrami w kolumnie z prawej strony powoduje wyróżnienie (poprzez otoczenie ramką) tego panelu i odpowiadającego mu obszaru na dokumencie PDF.

Aby zaznaczyć obszar do wprowadzania danych w formie tekstu na dokumencie PDF należy kliknąć w pasku ikonek znajdującym się w lewym górnym rogu na ikonkę „Rysuj pole" a następnie najechać kursorem myszy na dokument PDF w miejsce gdzie ma zostać zaznaczony obszar, wcisnąć lewy przycisk myszy i przytrzymując ten przycisk wciśnięty przeciągnąć kursor do miejsca do którego obszar ma się rozciągać po czym zwolnić lewy przycisk myszy. Z kolei aby obszar do wprowadzania danych w formie tekstu na dokumencie PDF zaznaczyć automatycznie należy kliknąć w pasku ikonek znajdującym się w lewym górnym rogu na ikonkę „Wskaż pole" a następnie najechać kursorem myszy na puste miejsce na dokumencie PDF gdzie ma zostać zaznaczony obszar i kliknąć na nim a system automatycznie zaznaczy obszar. Utworzone obszary można przesuwać ustawiając kursor myszy na danym obszarze a następnie wciskając lewy przycisk myszy i przytrzymując ten przycisk wciśnięty przesuwając kursor myszy w docelowe miejsce tam zwalniając lewy przycisk myszy. Można także zmieniać rozmiary utworzonych obszarów ustawiając kursor myszy na rogu bądź środku krawędzi obszaru a następnie wciskając lewy przycisk myszy i przytrzymując ten przycisk wciśnięty przesuwając kursor myszy do uzyskania pożądanego rozmiaru po czym zwalniając lewy przycisk myszy.



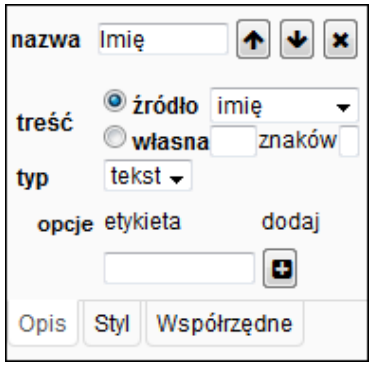
Zarówno w przypadku ręcznego jak też i w przypadku automatycznego zaznaczania obszaru do wprowadzania danych w formie tekstu, oprócz samego obszaru na dokumencie PDF pojawi się także panel z parametrami takiego obszaru w kolumnie z prawej strony. Panel z parametrami składa się z trzech zakładek:

- Opis – określa sposób wypełniania pola (obszaru) treścią, typ danych, a w przypadku gdy typem pola jest lista pozwala także na zdefiniowanie wartości jakie taka lista powinna zawierać

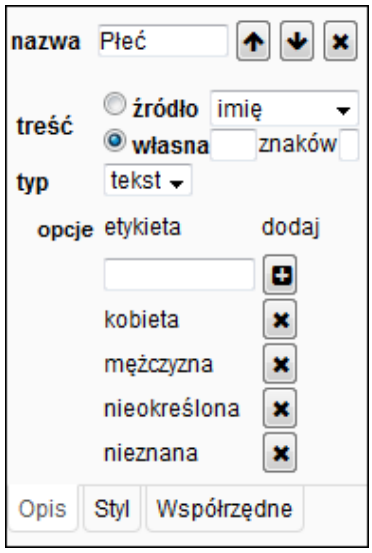
  Pole może być wypełniane treścią automatycznie poprzez pobranie danych ze źródła

(„źródło”) lub ręcznie poprzez jej wpisanie przez użytkownika (opcja „własna”) - w pierwszym przypadku należy wskazać jaka wartość ze źródła danych powinna zostać użyta do wypełnienia danego pola (obszaru) na dokumencie PDF, w drugim przypadku można wpisać wartość domyślną dla danego pola i ewentualnie określić maksymalną dopuszczalną liczbę znaków możliwych do wpisania do danego pola.

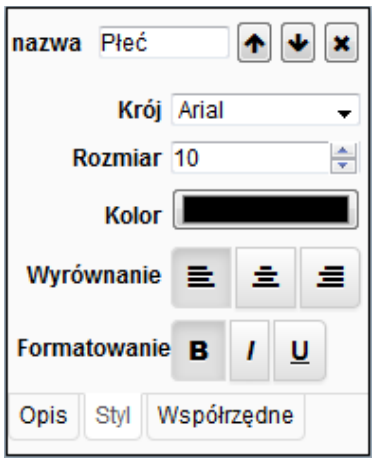
Możliwe jest tworzenie pól trzech rodzajów: pole tekstowe (typ „tekst”), pole daty (typ „data”) oraz lista z opcjami do wyboru (typ „lista”).



W przypadku typu „lista” należy zdefiniować opcje poprzez wpisywanie kolejnych etykiet i klikanie na przycisk ze znakiem „+” przy wprowadzonej nazwie etykiety (już wprowadzone etykiety można usuwać klikając na przycisk ze znakiem „×” przy etykiecie).



- Styl – pozwala określić krój, rozmiar i kolor czcionki oraz sposób wyrównania i formatowania tekstu w danym polu (obszarze) dokumentu PDF



- Współrzędne – pozwala ręcznie wskazać współrzędne określające położenie pola (obszaru) w dokumencie PDF oraz ręcznie zmienić jego rozmiar

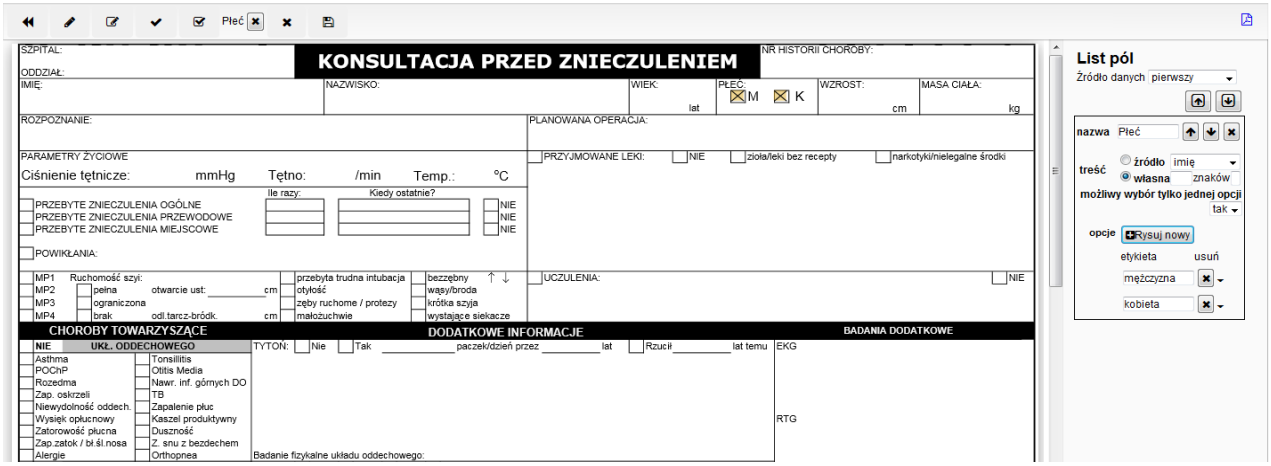


Ponadto w każdej z powyższych zakładek możliwe jest wprowadzenie nazwy pola (obszaru) – podanie nazwy jest bardzo istotne dla późniejszego wypełniania takiego szablonu. W prawym górnym rogu każdego panelu są widoczne trzy przyciski:

- przycisk ze strzałką w górę – umożliwia przesunięcie panelu z parametrami w górę a więc zmianę kolejności paneli widocznych w prawej kolumnie (kolejność paneli ma znaczenie o tyle, że pola w formularzach służących do wypełniania szablonów dokumentów są ułożone w takiej kolejności jak panele przy szablonie dokumentu)
- przycisk ze strzałką w dół – umożliwia przesunięcie panelu z parametrami w dół a więc zmianę kolejności paneli widocznych w prawej kolumnie (kolejność paneli ma znaczenie o tyle, że pola w formularzach służących do wypełniania szablonów dokumentów są ułożone w takiej kolejności jak panele przy szablonie dokumentu)
- przycisk ze znakiem „×” – umożliwia usunięcie panelu a wraz z nim usunięcie z dokumentu obszaru do którego panel ten się odnosi.

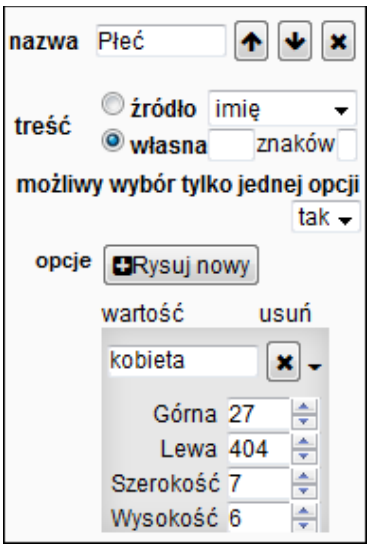
Aby zaznaczyć obszar do wprowadzania danych w formie zaznaczeń (✓) na dokumencie PDF należy kliknąć w pasku ikonek znajdującym się w lewym górnym rogu na ikonkę „Rysuj checkbox” a następnie najechać kursorem myszy na dokument PDF w miejsce gdzie ma zostać zaznaczony obszar, wcisnąć lewy przycisk myszy i przytrzymując ten przycisk wciśnięty przeciągnąć kursor do miejsca do którego obszar ma się rozciągać po czym zwolnić lewy przycisk myszy. Z kolei aby obszar do wprowadzania danych w formie zaznaczeń (✓) na dokumencie PDF zaznaczyć automatycznie należy kliknąć w pasku ikonek znajdującym się w lewym górnym rogu na ikonkę

„Wskaż checkbox” a następnie najechać kursorem myszy na puste miejsce na dokumencie PDF gdzie ma zostać zaznaczony obszar i kliknąć na nim a system automatycznie zaznaczy obszar. Utworzone obszary można przesuwać ustawiając kursor myszy na danym obszarze a następnie wciskając lewy przycisk myszy i przytrzymując ten przycisk wciśnięty przesuwając kursor myszy w docelowe miejsce tam zwalniając lewy przycisk myszy. Można także zmieniać rozmiary utworzonych obszarów ustawiając kursor myszy na rogu bądź środku krawędzi obszaru a następnie wciskając lewy przycisk myszy i przytrzymując ten przycisk wciśnięty przesuwając kursor myszy do uzyskania pożądanego rozmiaru po czym zwalniając lewy przycisk myszy.

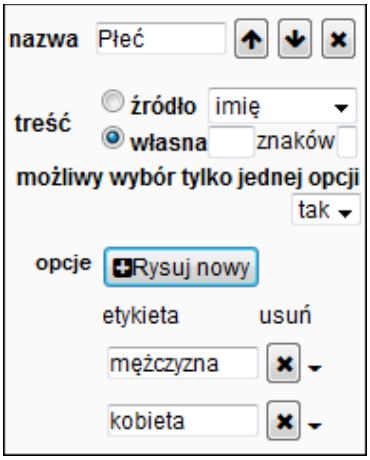


Zarówno w przypadku ręcznego jak też i w przypadku automatycznego zaznaczania obszaru do wprowadzania danych w formie zaznaczeń (✓), oprócz samego obszaru na dokumencie PDF pojawi się także panel z parametrami takiego obszaru w kolumnie z prawej strony. W panelu tym możliwe jest wprowadzenie nazwy pola (obszaru) – podanie nazwy jest bardzo istotne dla późniejszego wypełniania takiego szablonu, określenie sposobu wypełniania pola (obszaru) treścią, wskazanie czy spośród wszystkich pól o danej nazwie możliwe będzie zaznaczenie tylko jednego czy też dowolnej ich ilości przy wypełnianiu szablonu dokumentu oraz wskazanie wartości pola. Przy wartości pola jest też widoczna strzałka w dół, której kliknięcie pozwala na wyświetlenie współrzędnych określających położenie pola (obszaru) w dokumencie PDF oraz jego rozmiary (wartości te można zmieniać ręcznie). W prawym górnym rogu panelu z parametrami są widoczne trzy przyciski:

- przycisk ze strzałką w górę – umożliwia przesunięcie panelu z parametrami w górę a więc zmianę kolejności paneli widocznych w prawej kolumnie (kolejność paneli ma znaczenie o tyle, że pola w formularzach służących do wypełniania szablonów dokumentów są ułożone w takiej kolejności jak panele przy szablonie dokumentu)
- przycisk ze strzałką w dół – umożliwia przesunięcie panelu z parametrami w dół a więc zmianę kolejności paneli widocznych w prawej kolumnie (kolejność paneli ma znaczenie o tyle, że pola w formularzach służących do wypełniania szablonów dokumentów są ułożone w takiej kolejności jak panele przy szablonie dokumentu)
- przycisk ze znakiem „×” – umożliwia usunięcie panelu a wraz z nim usunięcie z dokumentu obszaru do którego panel ten się odnosi.



Jeżeli zachodzi potrzeba umieszczenia na dokumencie PDF kilku obszarów do wprowadzania danych w formie zaznaczeń (✓) opatrzonych wspólną nazwą wówczas po umieszczeniu pierwszego z takich obszarów należy w panelu jego parametrów kliknąć przycisk „Rysuj nowy” i dopiero wówczas umieścić na dokumencie nowy obszar – dla takiego obszaru nie pojawi się nowy panel z parametrami w prawej kolumnie natomiast w panelu w którym kliknięto przycisk „Rysuj nowy” pojawi się dodatkowe pole do wpisania wartości dla nowo utworzonego obszaru. Powtarzając operację można dodać więcej obszarów z tą samą nazwą.

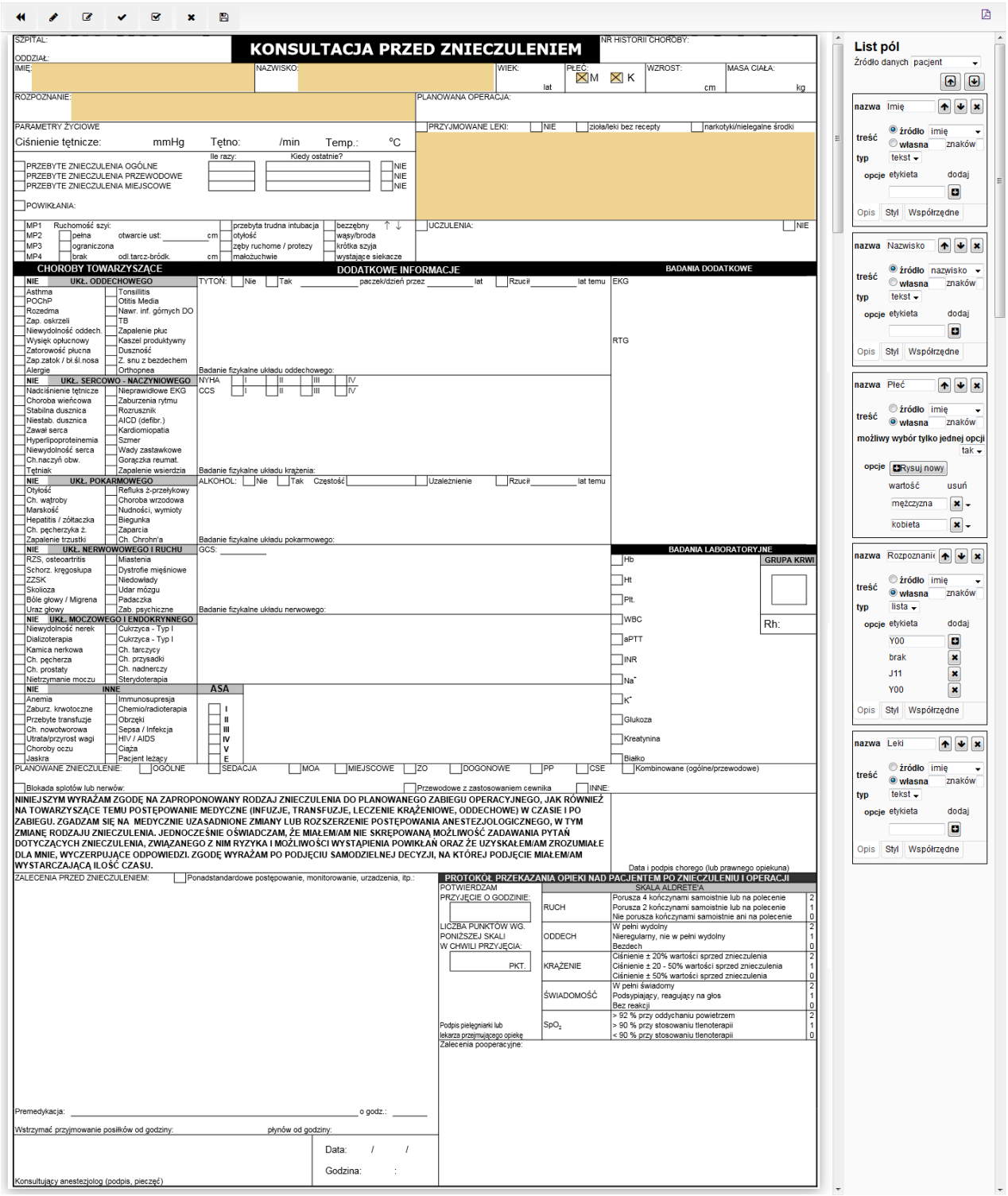


Naciśnięcie przycisku „Rysuj nowy” skutkuje także tym, że w pasku ikon widocznym w lewym górnym rogu okna przeglądarki pojawia się dodatkowa ikonka ze znakiem „×” przy nazwie obszaru. Dopóki ta ikonka jest widoczna dopóty kolejne obszary umieszczane na dokumencie będą dołączane do tego samego panelu. Kliknięcie na wspomnianej ikonce przerywa proces dołączania do panelu kolejnych umieszczanych na dokumencie obszarów. W przypadku panelu odnoszącego się do wielu obszarów o tej samej nazwie, kliknięcie na przycisk ze znakiem „×” prawym górnym rogu panelu skutkuje usunięciem panelu a wraz z nim usunięciem z dokumentu wszystkich obszarów do których panel ten się odnosi.

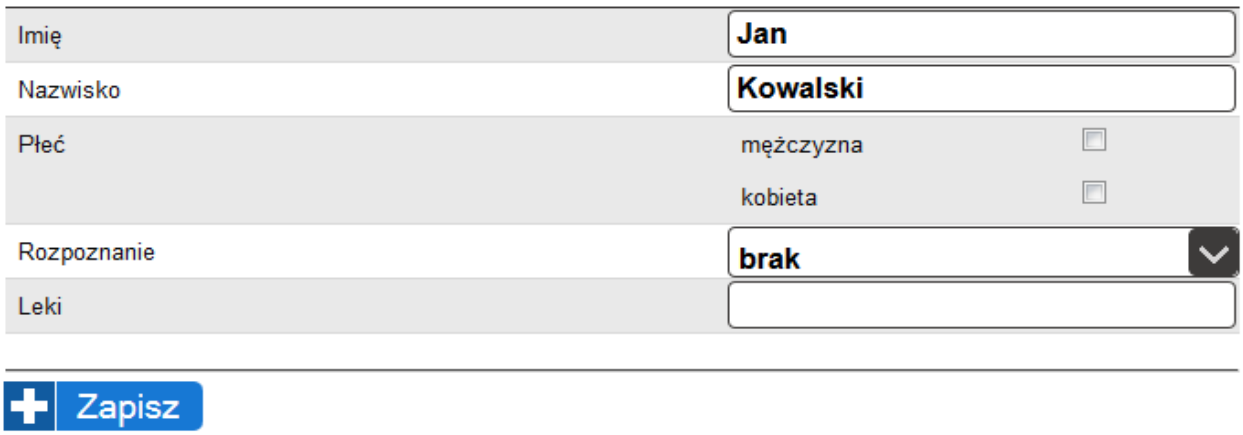
Aby usunąć obszar z dokumentu (a wraz z nim odpowiadający mu panel z parametrami widoczny w kolumnie z prawej strony należy kliknąć najpierw na danym obszarze a następnie w pasku ikonek znajdującym się w lewym górnym rogu na ikonkę „Usuń elementy”.

Po zdefiniowaniu szablonu należy go zapisać klikając w pasku ikonek znajdującym się w lewym górnym rogu na ikonkę „Zapisz”. Następnie można zobaczyć podgląd gotowego dokumentu stworzonego na podstawie zdefiniowanego szablonu i wypełnionego przykładowymi danymi – w tym celu należy kliknąć na ikonkę pliku PDF widoczną w prawym górnym rogu okna przeglądarki. Jeżeli efekt jest niezadowalający lub praca nad szablonem nie została dokończona można dalej kontynuować pracę pamiętając o konieczności zapisania szablonu na koniec pracy. Po zakończeniu pracy można powrócić do widoku listy wszystkich szablonów dokumentów klikając ikonkę „Powrót” w pasku ikonek widocznym w lewym górnym rogu okna przeglądarki.

Wypełnianie dokumentów na podstawie zdefiniowanego szablonu odbywa się poprzez wypełnienie formularza (tworzonego przez system automatycznie na podstawie definicji szablonu). Pola odpowiadają obszarom zdefiniowanym w szablonie – mają te same nazwy i typy jak określono definiując zawartość szablonu. Wartości pól pochodzące z określonego źródła danych są domyślnie wypełnione (z możliwością ich zmiany), pozostałe pola pozostają puste do ręcznego wypełnienia. Przykładowo dla dokumentu tworzonego na podstawie poniższego szablonu:



system wyświetli poniższy formularz danych do umieszczenia w takim dokumencie:



Wypełnianie dokumentów na podstawie szablonów odbywa się w zakładce „Dokumenty” w karcie pacjenta (rozdział „Rejestracja”, podrozdział „Pacjenci (karty aktywne)”) oraz w procesie umawiania wizyty (rozdział „Wizyty planowe”).

Konfiguracja

Funkcjonalność „Konfiguracja” z menu „Gabinet” pozwala na zmianę domyślnego wyglądu okna wizyty w gabinecie lekarskim. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetlany jest formularz z parametrami konfiguracyjnymi gabinetu. Dostępne są w nim następujące ustawienia:

- Przyciski WSTECZ i DALEJ w zakładkach okna wizyty – parametr umożliwiający wyświetlanie lub ukrywanie przycisków „Wstecz” i „Dalej” we wszystkich zakładkach okna wizyty w gabinecie
- Przycisk ZAKOŃCZ WIZYTĘ w zakładkach okna wizyty – parametr umożliwiający wyświetlenie przycisku „Zakończ wizytę” we wszystkich zakładkach okna wizyty w gabinecie (domyślnie wyświetlany jest tylko w zakładce „Podsumowanie”)
- Przycisk zamykania okna wizyty – parametr umożliwiający wyświetlanie lub ukrywanie przycisku „×” zamykającego okno wizyty
- Przycisk wystawiania recept – parametr umożliwiający ustawienie rodzaju przycisku używanego do wystawiania recept w zakładce „Leki” okna wizyty
- Przycisk wystawiania skierowań – parametr umożliwiający ustawienie rodzaju przycisku używanego do wystawiania skierowań w zakładce „Skierowania” okna wizyty
- Przycisk wystawiania zleceń na badania – parametr umożliwiający ustawienie rodzaju przycisku używanego do wystawiania zleceń na badania w zakładce „Zlecenia” okna wizyty
- Przycisk PODSUMOWANIE w zakładce PODSUMOWANIE – parametr umożliwiający wyświetlanie lub ukrywanie przycisku przycisku „Podsumowanie” w zakładce „Podsumowanie” okna wizyty
- Predefiniowane skierowanie do specjalisty – parametr określający czy predefiniowany (systemowy) formularz wystawiania skierowania do specjalisty ma być widoczny w zakładce „Skierowania” (ukrywanie tego formularza nie jest zalecane ponieważ w przypadku kierowania na zabieg uniemożliwia to wskazanie dokumentów niezbędnych do wypełnienia przed zabiegiem i zestawów narzędzi/pacjenta niezbędnych do realizacji zabiegu)

- Predefiniowane skierowanie do szpitala – parametr określający czy predefiniowany (systemowy) formularz wystawiania skierowania do szpitala ma być widoczny w zakładce „Skierowania” (ukrywanie tego formularza nie jest zalecane ponieważ w przypadku kierowania na operację uniemożliwia to wskazanie dokumentów niezbędnych do wypełnienia przed operacją i zestawów narzędzi/pacjenta niezbędnych do przeprowadzenia operacji)
- Predefiniowane skierowanie na leczenie uzdrowiskowe – parametr określający czy predefiniowany (systemowy) formularz wystawiania skierowania na leczenie uzdrowiskowe ma być widoczny w zakładce „Skierowania”
- Predefiniowane zlecenie na zaopatrzenie – parametr określający czy prefefiniowany (systemowy) formularz wystawiania zlecenia na zaopatrzenie ma być widoczny w zakładce „Skierowania”
- Specjalności dostępne przy wystawianiu skierowań do specjalisty – lista VIII części kodu resortowego jakie mają być dostępne do wyboru przy wystawianiu skierowań do specjalistów w zakładce „Skierowanie” okna wizyty
- Specjalności dostępne przy wystawianiu skierowań do szpitala – lista VIII części kodu resortowego jakie mają być dostępne do wyboru przy wystawianiu skierowań do szpitala w zakładce „Skierowanie” okna wizyty
- Przesunięcie w pionie treści na wydruku skierowania do specjalisty [linie] – przesunięcie w pionie (w dół) treści skierowania do specjalisty na druku skierowania wyrażone w liniach tekstu
- Przesunięcie w pionie treści na wydruku skierowania do szpitala [linie] – przesunięcie w pionie (w dół) treści skierowania do szpitala na druku skierowania wyrażone w liniach tekstu
- Przesunięcie w pionie treści na wydruku zlecenia badań [linie] – przesunięcie w pionie (w dół) treści zlecenia badań na druku zlecenia wyrażone w liniach tekstu
- Przesunięcie w pionie treści na wydruku zaleceń [linie] – przesunięcie w pionie (w dół) treści zaleceń na druku zaleceń wyrażone w liniach tekstu
- Sposób otwierania wydruków – parametr określający sposób otwierania dokumentów PDF do wydruku
- Tryb wyświetlania podpowiedzi przy przepisywaniu leków – parametr określający sposób działania mechanizmu podpowiedzi przy przepisywaniu leków pacjentowi w zakładce zakładki „Leki”; dostępne są dwa tryby: „podpowiedzi wyświetlane dla nazwy leku ale zawierające nazwę, postać, dawkę i opakowanie” – podpowiedzi wyświetlane są tylko w polu nazwy leku przy czym w polu tym można wpisywać nazwy i dawki leków a na liście podpowiedzi wyświetlają się pełne informacje o leku (nazwa, postać, dawka i opakowanie), „podpowiedzi wyświetlane osobno dla nazwy, postaci, dawki i opakowania leku” – podpowiedzi wyświetlane są w każdym z pól nazwy, postaci, dawki i opakowania leku, przy wpisywaniu nazwy leku system wyświetla podpowiedzi zawierające same nazwy leków, po wybraniu nazwy leku z listy podpowiedzi system automatycznie przenosi kursor do pola postaci leku i wyświetla podpowiedzi zawierające dostępne postaci leku o wybranej nazwie, po wybraniu postaci leku z listy podpowiedzi system automatycznie przenosi kursor do pola dawki leku i wyświetla podpowiedzi zawierające dostępne dawki leku o wybranej nazwie i postaci, po wybraniu dawki leku z listy podpowiedzi system automatycznie przenosi kursor do pola opakowania leku i wyświetla podpowiedzi zawierające dostępne opakowania leku o

wybranej nazwie, postaci i dawce, po wybraniu opakowania system automatycznie wypełnia domyślną ilość opakowań i płatność za lek

- Ograniczenie ilości podpowiedzi leków – parametr określający ile maksymalnie pozycji ma się pojawiać na listach podpowiedzi przy przepisywaniu leków
- Ograniczenie ilości podpowiedzi surowców farmaceutycznych – parametr określający ile maksymalnie pozycji ma się pojawiać na listach podpowiedzi przy definiowaniu składu leków robionych
- Powiększenie pól do wprowadzania leków – parametr określający wygląd pól do przepisywania leków (brak powiększenia – pola „nazwa leku", „postać", „dawka", „opak. x ilość", „odpłatność", „dawkowanie", „dawka słownie", „stały" oraz przycisk „Dodaj" wyświetlane w jednym wierszu, pola powiększone – pola „nazwa leku", „postać", „dawka", „opak. x ilość", „odpłatność", „dawkowanie", „dawka słownie", „stały" oraz przycisk „Dodaj" poszerzone, z powiększoną czcionką i wyświetlane w dwóch wierszach)
- Zbiorcze drukowanie recept – parametr określający zachowanie przycisku „Drukuj recepty" w zakładce „Leki" (każda recepta tylko raz – każde kliknięcie przycisku drukowania recept drukuje tylko te recepty, które jeszcze nie zostały wydrukowane; wszystkie recepty za każdym razem – każde kliknięcie przycisku drukowania recept drukuje wszystkie wystawione recepty)
- Ramki pól formularzy do wypełniania szablonów dokumentów – parametr określający wygląd ramek pól formularzy wyświetlanych w zakładkach „Wywiad", „Badanie" i „Skierowania" a służących do wypełniania szablonów dokumentów (standardowe – ramka otaczająca całe pole, podkreślenie – tylko dolna krawędź ramki, brak – brak ramek)
- Limit ilości badań refundowanych możliwych do zlecenia – parametr określający przy jakiej ilości badań diagnostycznych refundowanych wybranych przez lekarza do zlecenia pacjentowi system ma ostrzegać lekarza, że osiągnął on limit ilości takich badań możliwych do zlecenia
- Rozkład badań refundowanych w kolumnach – oddzielone przecinkami liczby określające ilości badań refundowanych jakie powinny być wyświetlane w poszczególnych kolumnach formularza zlecania badań (sześć liczb oddzielonych przecinkami)
- Rozkład badań nierefundowanych w kolumnach – oddzielone przecinkami liczby określające ilości badań nierefundowanych jakie powinny być wyświetlane w poszczególnych kolumnach formularza zlecania badań (sześć liczb oddzielonych przecinkami)
- Flagi wyświetlane zamiast opisów na wydrukach wyników badań – oddzielone przecinkami flagi jakie powinny być wyświetlane na wydrukach z wynikami badań laboratoryjnych (jeśli niniejszy parametr będzie miał wartość pustą, wówczas na wydrukach z wynikami badań będą wyświetlane opisy, jeśli zaś niniejszy parametr będzie miał wartość określoną, wówczas na wydrukach z wynikami badań będą wyświetlane tylko wymienione flagi, pozostałe będą pomijane)
- Czas po jakim niezrealizowane zlecenia szczepień będą automatycznie anulowane – czas w minutach po jakim zlecenie na szczepienia jeśli nie zostanie zrealizowane powinno zostać automatycznie anulowane
- Automatyczne sprawdzanie interakcji leków – parametr określający czy system ma automatycznie podczas przepisywania kolejnych leków przez lekarza badać interakcje pomiędzy nimi i ostrzegać jeśli takie występują czy też interakcje mają być sprawdzane na

jedynie żądanie użytkownika

- Umieszczaj na receptach leki wydawane bez recepty – parametr wskazujący czy leki wydawane bez recepty mimo wszystko mają być umieszczane na receptach czy też nie powinny być umieszczane na receptach
- Umożliwiaj przepisywanie leków wycofanych z obrotu – parametr wskazujący czy leki wycofane z obrotu mogą być przepisywane pacjentom
- Automatycznie wstaw szablon wywiadu do wizyty jeśli tylko jeden szablon istnieje – parametr wskazujący czy w momencie podejmowania obsługi wizyty do zakładki „Wywiad" ma być automatycznie wstawiany szablon wywiadu (jeśli istnieje tylko jeden taki szablon)
- Automatycznie wstaw szablon badania do wizyty jeśli tylko jeden szablon istnieje – parametr wskazujący czy w momencie podejmowania obsługi wizyty do zakładki „Badania" ma być automatycznie wstawiany szablon badania (jeśli istnieje tylko jeden taki szablon)
- Automatycznie wstaw szablon zaleceń do wizyty jeśli tylko jeden szablon istnieje – parametr wskazujący czy w momencie podejmowania obsługi wizyty do zakładki „Zalecenia" ma być automatycznie wstawiany szablon zaleceń (jeśli istnieje tylko jeden taki szablon)
- Możliwość kopiowania danych z historii wizyt do bieżącej wizyty – parametr określający czy w oknie wizyty ma być możliwość kopiowania danych z przeszłych wizyt do aktualnie realizowanej wizyty
- Układ okna wizyty – parametr wskazujący jaki układ okna wizyty system ma wyświetlać
- Automatycznie zapisuj dane przy zmianie zakładki – parametr umożliwiający włączenie mechanizmu automatycznego zapisywania danych w oknie wizyty przy każdej zmianie zakładki
- Specjalności wymagające wprowadzenia wywiadu do EDM aby możliwe było zamknięcie wizyty - lista VIII części kodu resortowego poradni dla których system ma uniemożliwiać zamknięcie wizyty bez wprowadzenia danych wywiadu w zakładce „Wywiad" okna wizyty
- Specjalności wymagające wprowadzenia badania do EDM aby możliwe było zamknięcie wizyty - lista VIII części kodu resortowego poradni dla których system ma uniemożliwiać zamknięcie wizyty bez wprowadzenia danych badania w zakładce „Badanie" okna wizyty
- Widoczność zakładek w oknie wizyty – konfigurator widoczności zakładek dla poszczególnych specjalności pozwala ustalić które zakładki mają być wyświetlane w której poradni (zakładka „Podsumowanie" jest wyświetlana zawsze we wszystkich poradniach); po kliknięciu na nazwie specjalności rozwija się lista nazw zakładek z polami umożliwiającymi zaznaczenie zakładek jakie mają się wyświetlać w oknie wizyty w poradni o danej specjalności, przy czym nie wskazanie żadnej zakładki dla jakiejś specjalności spowoduje że wszystkie zakładki będą widoczne dla tej specjalności

Po wprowadzeniu zmian do konfiguracji należy je zatwierdzić przyciskiem „Zapisz".

Statystyki

Funkcjonalność „Statystki" z menu „Gabinet" pozwala na przeglądanie statystyk wykorzystania modułu gabinetowego przez personel medyczny. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się filtr umożliwiający zawężenie ograniczenie statystyk do konkretnej poradni / oddziału, okresu realizacji wizyty, personelu i pacjenta. W polu „Personel" można wpisać dowolną kombinację następujących

danych: początek imienia (wielkość liter nie ma znaczenia), początek nazwiska (wielkość liter nie ma znaczenia), PESEL, NPWZ a system sam dobierze personel pasujący do podanych danych. W polu „Pacjent” dowolną kombinację następujących danych: początek pierwszego imienia (wielkość liter nie ma znaczenia), początek drugiego imienia (wielkość liter nie ma znaczenia), początek nazwiska (wielkość liter nie ma znaczenia), PESEL a system sam dobierze pacjenta pasującego do podanych danych. Po wprowadzeniu kryteriów do filtru i kliknięciu przycisku „Szukaj” wyświetla się tabela przedstawiająca wykorzystanie modułu gabinetowego w rozbiciu na poszczególne dni przyjęć pacjentów wraz z łącznym podsumowaniem. Tabela zawiera następujące dane statystyczne:

- ilość pacjentów
- liczbę wykonanych badań
- liczbę przepisanych leków
- liczbę wystawionych recept
- liczbę wydanych zaleceń
- liczbę wystawionych zleceń na badania diagnostyczne
- liczbę wystawionych skierowań

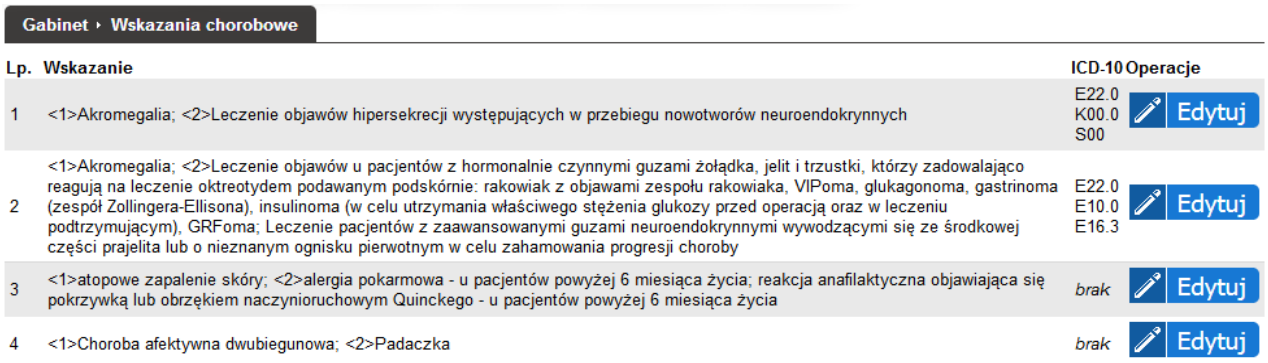


Data	Ilość pacjentów	Liczba wykonanych badań	Liczba przepisanych leków	Liczba wystawionych recept	Liczba wydanych zaleceń	Liczba wystawionych zleceń na badania diagnostyczne	Liczba wystawionych skierowań
2016-05-05	1	0	3	3	0	0	0
2016-05-13	1	2	13	6	1	2	3
2016-05-16	2	0	0	0	0	0	1
2016-05-19	1	0	0	0	0	0	0
2016-05-20	1	0	0	0	32	2	0
2016-05-31	2	0	3	3	0	0	1
2016-07-01	1	0	34	32	0	2	26
RAZEM	9	2	53	44	33	6	31

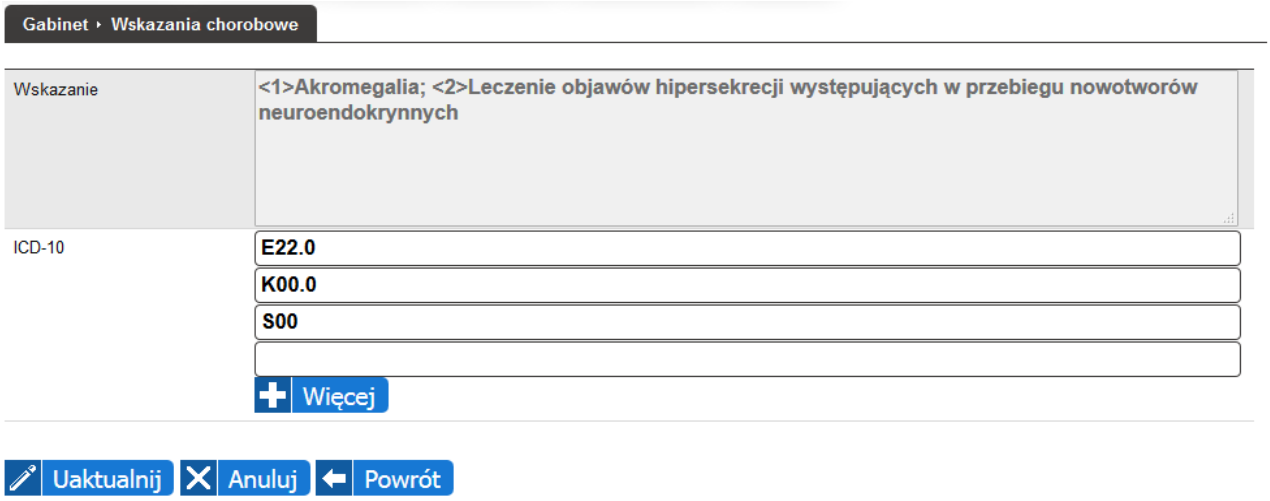
W statystyce uwzględniane są wyłącznie wizyty zrealizowane.

Wskazania chorobowe

Funkcjonalność „Wskazania chorobowe” z menu „Gabinet” pozwala na wiązanie wskazań chorobowych objętych refundacją określonych w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z kodami rozpoznań ICD-10. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista wskazań chorobowych w takiej postaci w jakiej zostały one zdefiniowane w obwieszczeniu a przy każdym z nich przycisk „Edytuj”.



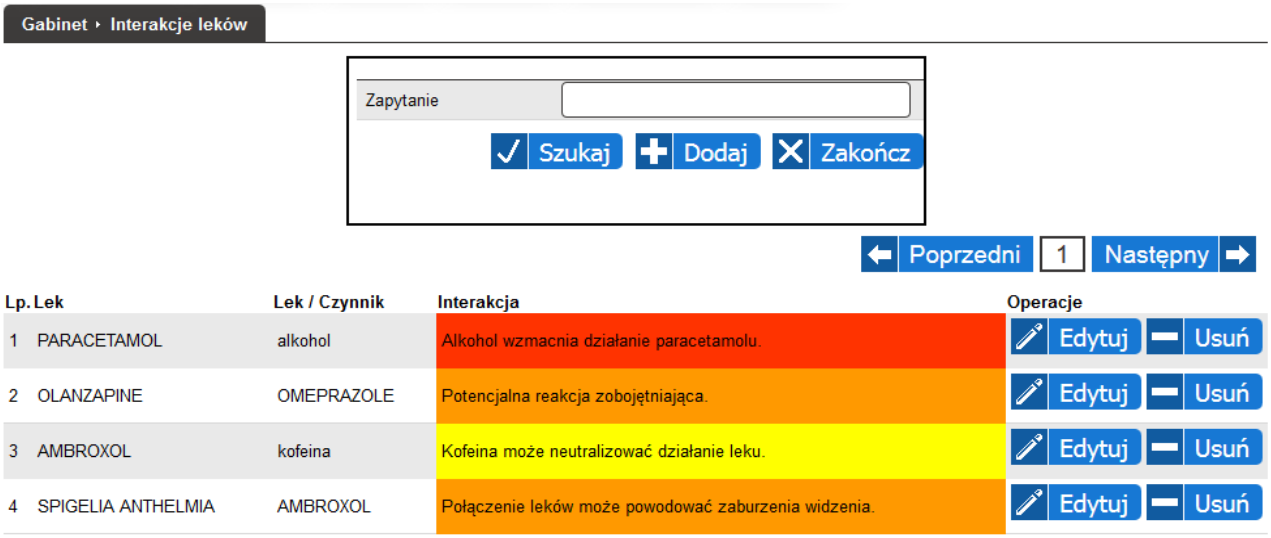
Po kliknięciu przycisku „Edytuj” przy danym wskazaniu wyświetla się formularz umożliwiający przypisanie kodów rozpoznań ICD-10 do danego wskazania. Domyślnie wyświetla się jedno pole do wprowadzenia jednego kodu, jeśli zachodzi potrzeba wprowadzenia większej ilości kodów należy skorzystać z przycisku „Więcej” - każde jego kliknięcie spowoduje wyświetlenie kolejnego dodatkowego pola do wprowadzenia kodu ICD-10. Przy wpisywaniu kodów rozpoznań system wyświetla podpowiedzi ułatwiające odnalezienie właściwego kodu. Po wprowadzeniu kodów należy zapisać dane klikając przycisk „Uaktualnij”.



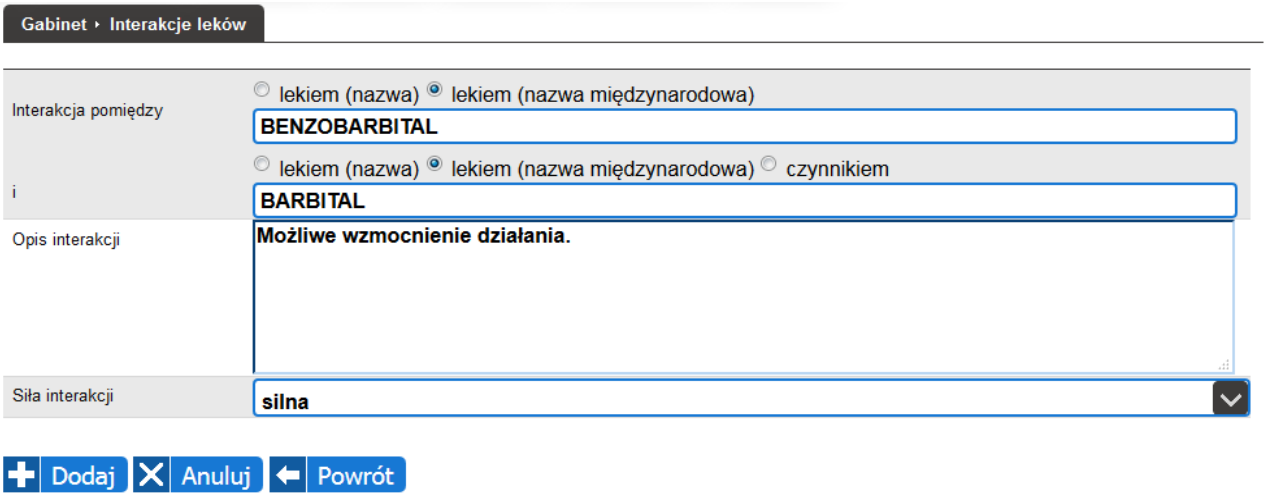
Zdefiniowanie kodów rozpoznań odpowiadających wskazaniom chorobowym pozwala systemowi automatycznie wybierać właściwy poziom refundacji dla leków przepisywanych pacjentom na receptę.

Interakcje leków

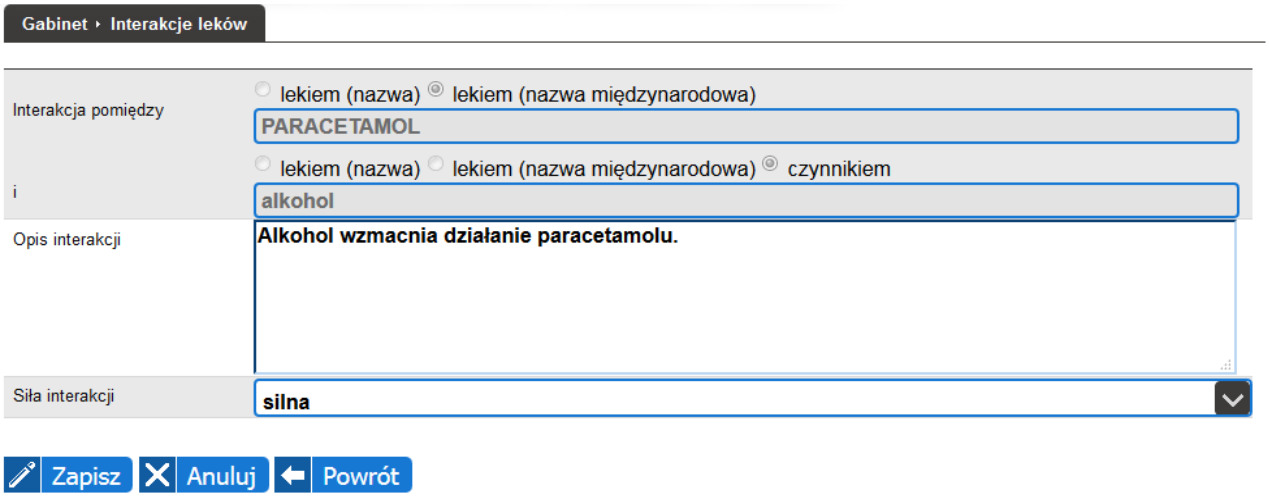
Funkcjonalność „Interakcje leków” z menu „Gabinet” służy do zarządzania bazą interakcji leków oraz interakcji pomiędzy lekami a innymi czynnikami. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka zdefiniowanych interakcji z jednym polem zapytania gdzie można wpisać początek nazwy leku / czynnika oddziałującego (wielkość liter nie ma znaczenia). Po wpisaniu nazwy i kliknięciu przycisku „Szukaj” wyświetla się lista zdefiniowanych interakcji a przy każdej z nich przyciski „Edytuj” i „Usuń”. Interakcje na liście wyników w zależności od siły wyróżnione są kolorami: silne – na czerwono, normalne – na pomarańczowo, słabe – na żółto. Ponadto pod wyszukiwarką widoczny jest przycisk „Dodaj” umożliwiający dodanie nowej interakcji.



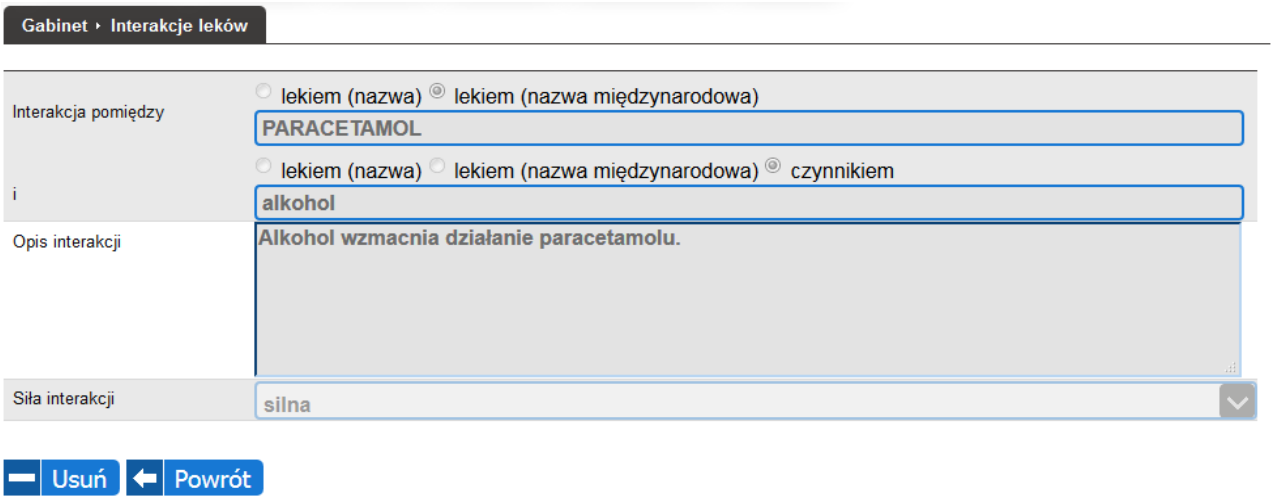
Aby dodać nową interakcję należy kliknąć przycisk „Dodaj” pod wyszukiwarką. Wyświetli się wówczas formularz dodawania interakcji. Interakcja może być zdefiniowana pomiędzy lekiem o danej nazwie handlowej lub międzynarodowej a innym lekiem o określonej nazwie handlowej lub międzynarodowej lub czynnikiem zdefiniowanym w słowniku czynników interakcji. Aby wprowadzić każdy z elementów interakcji należy zaznaczyć jego typ a następnie zacząć wpisywać nazwę w polu tekstowym – wówczas pojawi się lista podpowiedzi z której należy wybrać właściwą opcję klikając na niej, następnie należy wprowadzić opis interakcji, wskazać jej siłę i zapisać dane klikając przycisk „Dodaj”. Jako że wiele leków o różnych nazwach handlowych może mieć tę samą nazwę międzynarodową, więc zdefiniowanie interakcji w oparciu o nazwy międzynarodowe oznacza de facto zdefiniowanie całej klasy interakcji pomiędzy wieloma lekami.



Aby zmodyfikować dane interakcji należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy danej interakcji na liście wyników wyszukiwania. Wyświetli się wówczas formularz umożliwiający zmianę opisu i siły interakcji. Po wprowadzeniu zmian należy je zapisać klikając przycisk „Zapisz”.



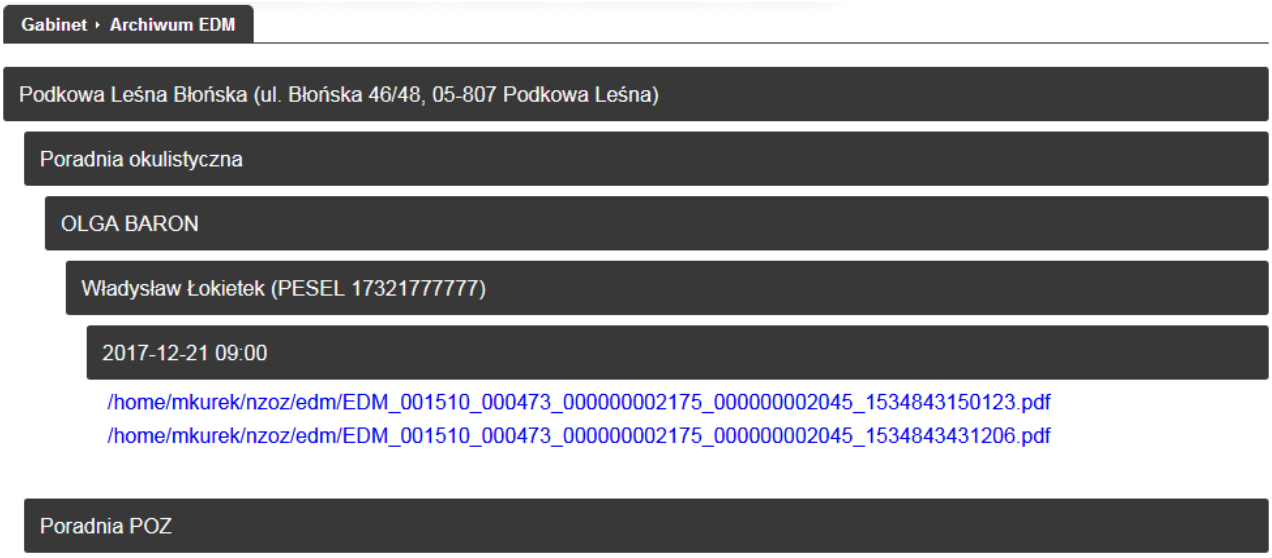
Aby usunąć interakcję należy kliknąć przycisk „Usuń” przy danej interakcji na liście wyników wyszukiwania. Wyświetli się wówczas formularz umożliwiający potwierdzenie zamiaru usunięcia interakcji. Aby potwierdzić zamiar usunięcia interakcji należy kliknąć przycisk „Usuń”.



Archiwum EDM

Jeżeli system został skonfigurowany w taki sposób aby wraz z drukowaniem podsumowania wizyty przez lekarza to podsumowanie było jednocześnie automatycznie zapisywane w archiwum w formie podpisanego certyfikatem lekarza pliku PDF, wówczas funkcjonalność „Archiwum EDM” z menu „Gabinet” pozwala na przeglądanie tak utworzonego archiwum podpisanej cyfrowo elektronicznej dokumentacji medycznej pacjentów. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista przychodni z których dokumentacja znajduje się w cyfrowym archiwum. Po kliknięciu na przychodni rozwija się pod nią lista poradni w danej przychodni. Po kliknięciu na poradnię rozwija się pod nią lista personelu medycznego w danej poradni. Po kliknięciu na personel medyczny rozwija się pod nim lista pacjentów danego personelu w danej poradni. Po kliknięciu na pacjenta rozwija się lista terminów jego wizyt u danego personelu w danej poradni. Po kliknięciu na termin wizyty rozwija się lista odnośników do plików PDF elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta. Więcej niż jeden odnośnik przy jednej wizycie wskazuje że do dokumentacji były

wprowadzane modyfikacje i kolejne odnośniki to kolejne wersje dokumentacji.

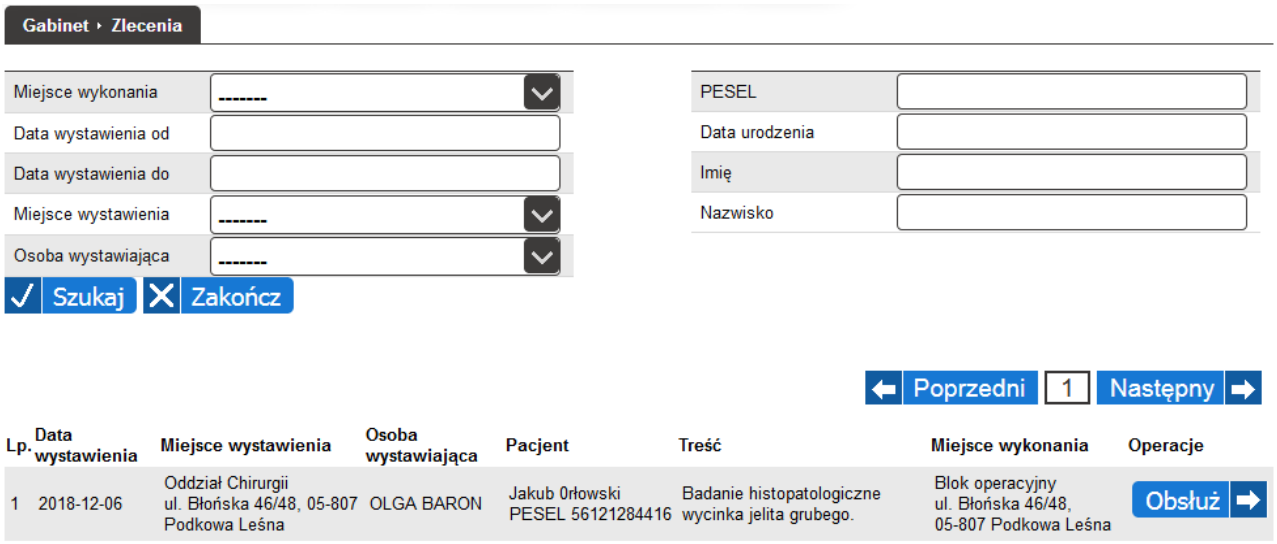


Zlecenia

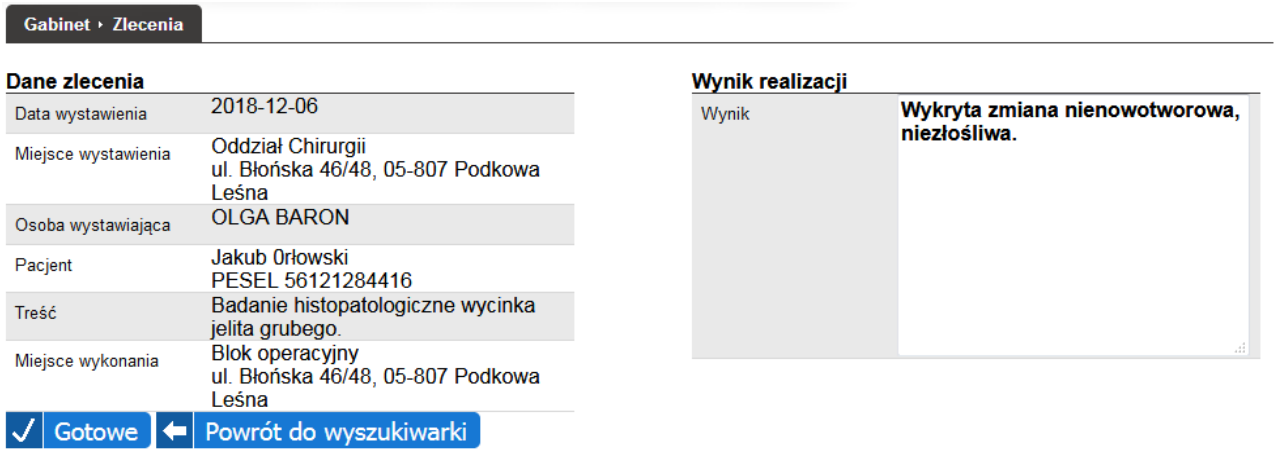
Realizacja zleceń (dyspozycji) wykonania badań odbywa się za pomocą zakładki „Zlecenia” w menu „Gabinet”. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka zleceń. Wyszukiwanie zleceń jest możliwe według dowolnej kombinacji następujących kryteriów:

- miejsce wykonania – komórka realizująca zlecenie
- data wystawienia od – data początku okresu w którym wystawiono zlecenie
- data wystawienia do – data końca okresu w którym wystawiono zlecenie
- miejsce wystawienia – komórka w której wystawiono zlecenie
- osoba wystawiająca – personel który wystawił zlecenie
- PESEL - numer PESEL lub początek numer PESEL pacjenta na rzecz którego zostało wystawione zlecenie
- data urodzenia - data urodzenia pacjenta na rzecz którego zostało wystawione zlecenie (wybierana z kalendarza, który pojawia się po kliknięciu w polu tekstowym)
- imię - imię lub początek imienia pacjenta na rzecz którego zostało wystawione zlecenie (wielkość liter nie ma znaczenia)
- nazwisko - nazwisko lub początek nazwiska pacjenta na rzecz którego zostało wystawione zlecenie (wielkość liter nie ma znaczenia)

Po wprowadzeniu kryteriów wyszukiwania i kliknięciu przycisku „Szukaj” pod wyszukiwarką wyświetla się lista zleceń spełniających kryteria wyszukiwania a przy każdym z nich przycisk „Obsłuż”.



Aby obsłużyć zlecenie należy kliknąć przycisk „Obsłuż” przy danym zleceniu na liście wyników wyszukiwania. Wyświetli się wówczas formularz z danymi zlecenia oraz miejscem do wprowadzenia opisu wyniku realizacji zlecenia. Po realizacji zlecenia i wprowadzeniu jego wyniku należy dane zapisać klikając przycisk „Gotowe”. Wynik tak zrealizowanego zlecenia wyświetli się w oknie wizyty modułu gabinetowego w historii wizyt, badań i zleceń pacjenta.



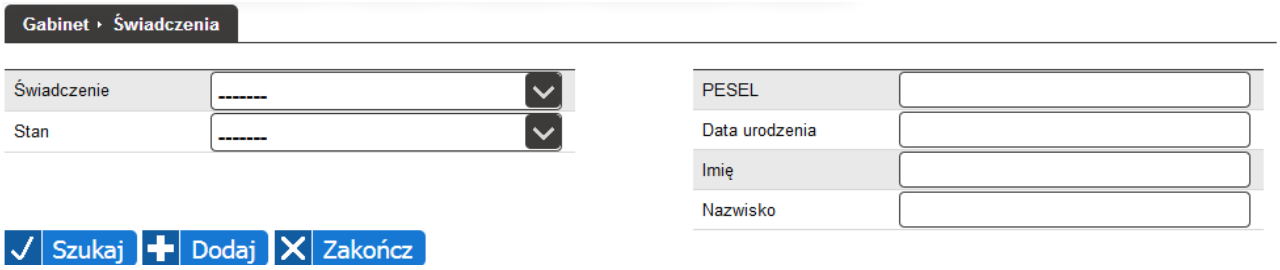
Świadczenia

Funkcjonalność „Świadczenia” z menu „Gabinet” służy do wprowadzania zleceń na realizację świadczeń komercyjnych i ich obsługi. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka zleceń umożliwiająca wyszukiwanie zleceń według dowolnej kombinacji następujących kryteriów:

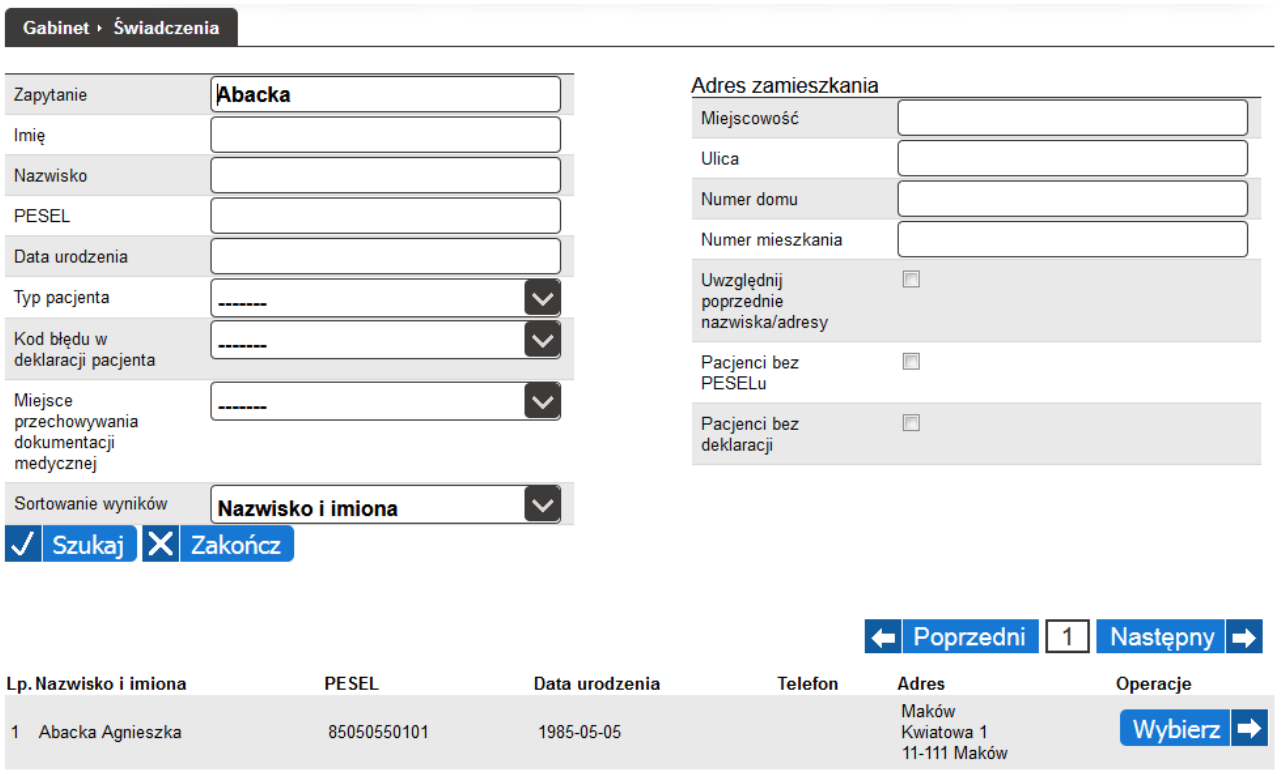
- świadczenie
- stan realizacji świadczenia
- PESEL pacjenta na rzecz którego jest realizowane świadczenie
- data urodzenia pacjenta na rzecz którego jest realizowane świadczenie

- imię pacjenta na rzecz którego jest realizowane świadczenie
- nazwisko pacjenta na rzecz którego jest realizowane świadczenie

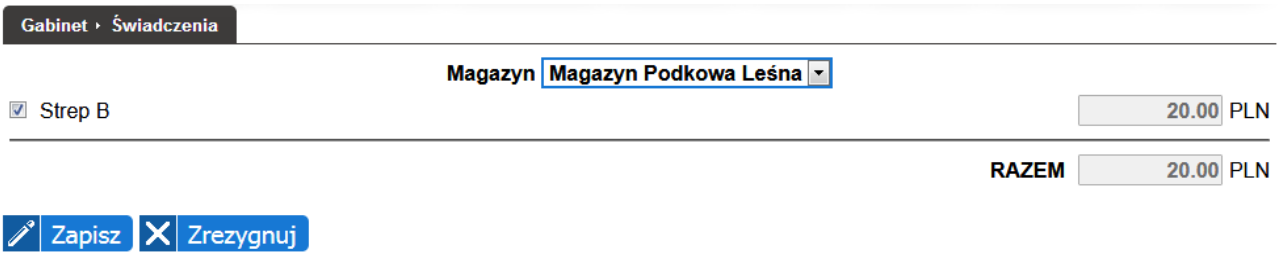
Pod wyszukiwarką widoczny jest przycisk „Dodaj” umożliwiający dodanie nowego zlecenia.



Aby zlecić realizację świadczeń komercyjnych należy kliknąć przycisk „Dodaj”. Wyświetli się wówczas wyszukiwarka pacjentów. Po wprowadzeniu kryteriów wyszukiwania umożliwiających odnalezienie pacjenta na rzecz którego mają być wykonane świadczenia i kliknięciu przycisku „Szukaj”, pod wyszukiwarką wyświetli się lista pacjentów spełniających kryteria wyszukiwania a przy każdym z nich przycisk „Wybierz”.

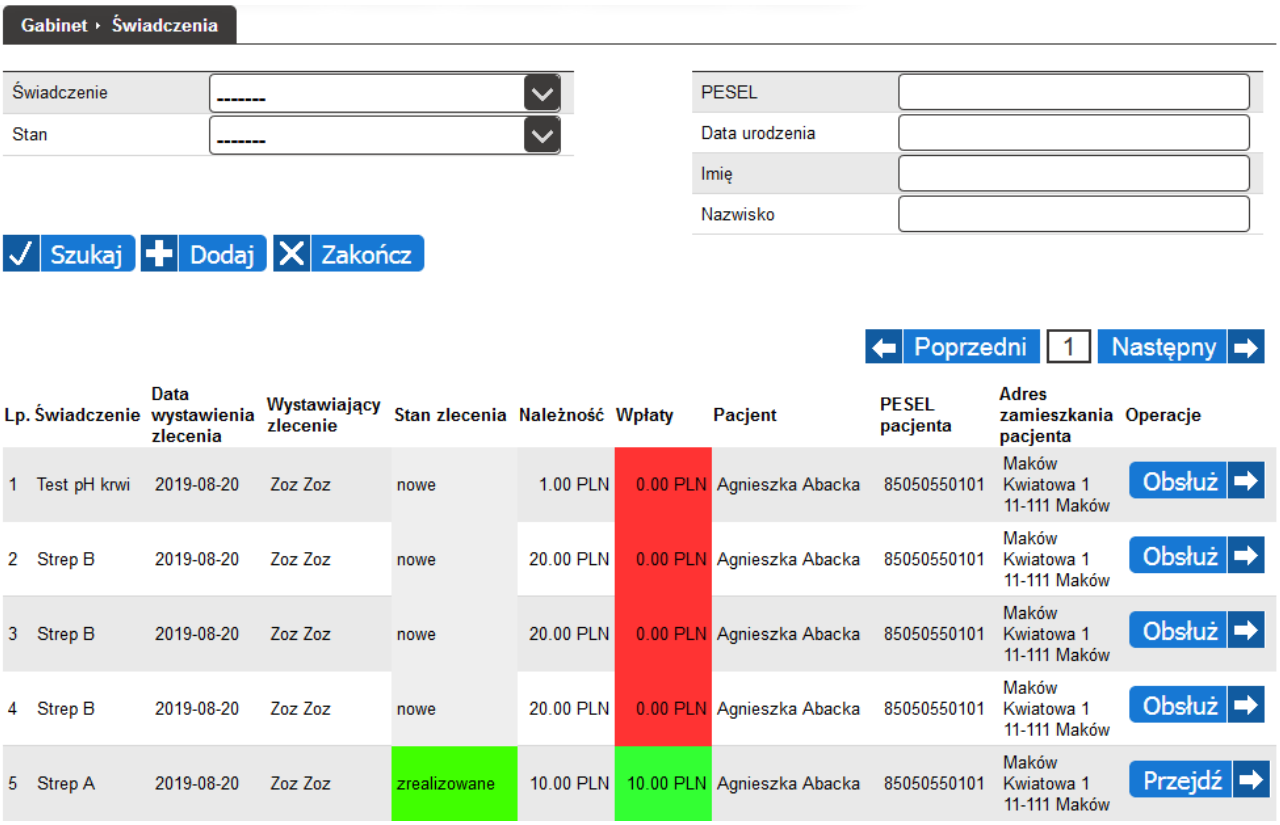


Po kliknięciu przycisku „Wybierz” przy właściwym pacjencie wyświetli się formularz zlecania świadczeń komercyjnych.



W formularzu należy najpierw wybrać magazyn z którego środki mają być użyte do realizacji świadczenia (rozwinie się wówczas lista dostępnych w magazynie środków) a następnie zaznaczyć właściwe i zatwierdzić klikając przycisk „Zapisz”.

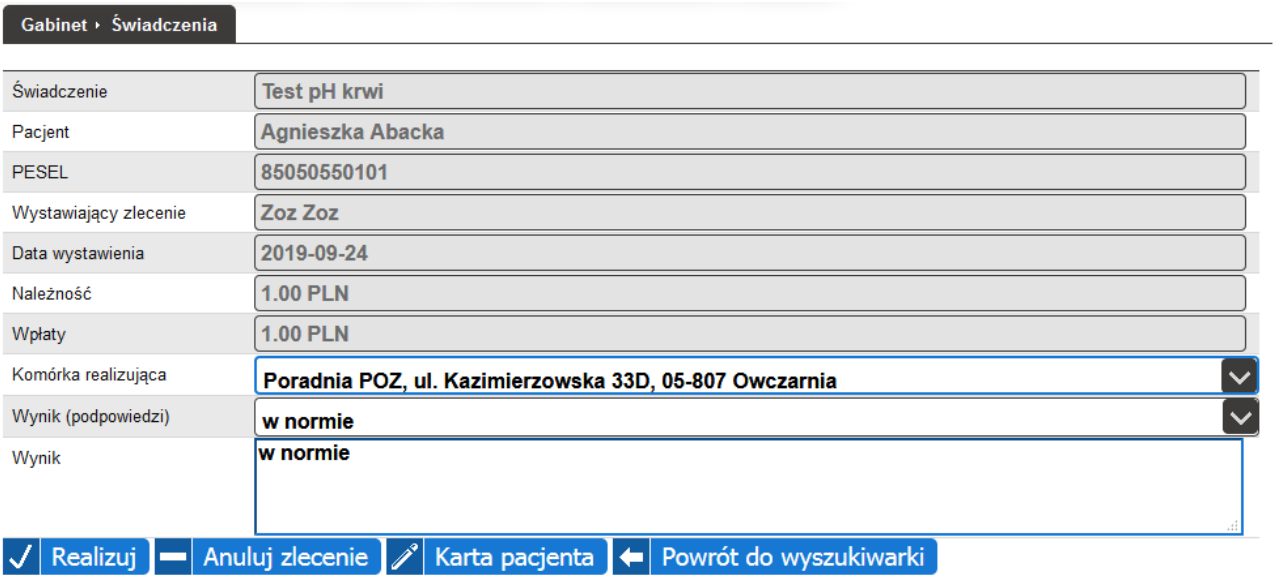
Aby wyszukać świadczenia komercyjne zrealizowane i oczekujące na realizację należy w wyszukiwarce wprowadzić odpowiednie kryteria i kliknąć przycisk „Szukaj”. Wyświetli się wówczas lista świadczeń spełniających zadane kryteria. Komórka w kolumnie „Wpłaty” jest wyróżniona kolorem czerwonym jeśli pacjent nie dokonał jeszcze pełnej opłaty za świadczenie, zielonym zaś gdy opłata została już dokonana.



Przy każdym ze świadczeń niezrealizowanych widoczny jest przycisk „Obsłuż”, zaś przy każdym zrealizowanym przycisk „Przejdź”. Aby zrealizować świadczenie należy kliknąć przycisk „Obsłuż” przy nim. Wyświetli się wówczas formularz z podstawowymi danymi świadczenia i pacjenta oraz polami do wprowadzenia miejsca i wyniku realizacji. Jeżeli opłata za świadczenie nie została jeszcze dokonana wówczas pola do wprowadzenia miejsca i wyniku realizacji są nieaktywne. Jeśli zalogowany użytkownik posiada odpowiednie uprawnienia, wówczas dodatkowo wyświetla się przycisk „Anuluj zlecenie” umożliwiający anulowanie danego zlecenia (w momencie anulowania zlecenia środek niezbędny do jego realizacji wraca na stan magazynowy).



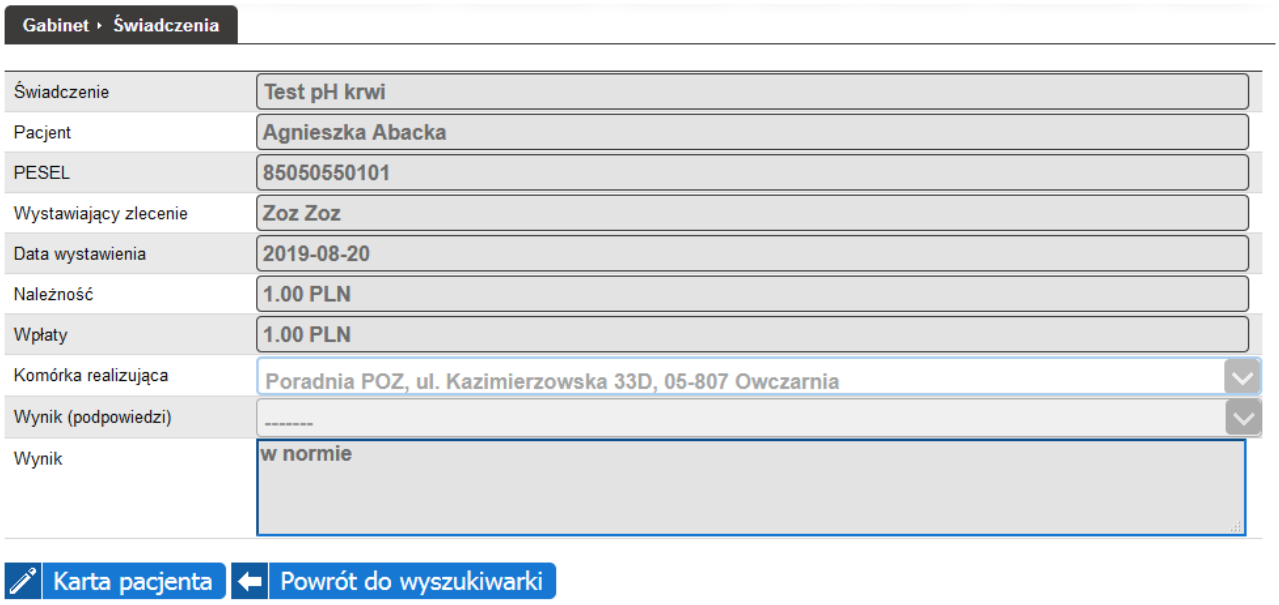
W sytuacji gdy pola do wprowadzenia miejsca i wyniku realizacji są nieaktywne w pierwszej kolejności należy przyjąć opłatę od pacjenta. Jeżeli zalogowany użytkownik nie posiada uprawnień do obsługi płatności powinien odesłać pacjenta do rejestracji w celu uregulowania płatności, a gdy pacjent to uczyni ponownie otworzyć zlecenie pacjenta. Jeśli natomiast zalogowany użytkownik posiada uprawnienia do obsługi płatności powinien kliknąć przycisk „Karta pacjenta" widoczny pod formularzem świadczenia który otworzy w nowym oknie kartę pacjenta na zakładce „Płatności", zarejestrować fakt przyjęcia opłaty i zamknąć kartę pacjenta klikając przycisk „Zakończ" widoczny na dole tejże karty (lub odświeżyć stronę po zamknięciu karty w inny sposób). Wówczas pola do wprowadzenia miejsca i wyniku realizacji staną się aktywne i będzie możliwe ich wypełnienie. Jeśli dla danego świadczenia zostały zdefiniowane możliwe wyniki wówczas zamiast wpisywać wynik ręcznie można wybrać jeden ze zdefiniowanych wyników z listy podpowiedzi, który zostanie automatyczne wpisany do pola przeznaczonego na wprowadzenie wyniku. Po wprowadzeniu danych należy je zatwierdzić klikając przycisk „Realizuj".



Po kliknięciu przycisku „Realizuj” świadczenie otrzymuje status „zrealizowane” a wynik realizacji trafia automatycznie do zakładki „Historia” w karcie pacjenta.

Jeśli zalogowany użytkownik posiada odpowiednie uprawnienia, wówczas dodatkowo wyświetla się przycisk „Anuluj zlecenie” umożliwiający anulowanie danego zlecenia (w momencie anulowania zlecenia środek niezbędny do jego realizacji wraca na stan magazynowy a w zakładce „Płatności” w karcie pacjenta pojawia się nadpłata do zwrotu dla pacjenta).

Aby podejrzeć wynik już zrealizowanego świadczenia należy kliknąć przycisk „Przejdź” przy danym świadczeniu na liście pod wyszukiwarką. Wówczas formularz z danymi świadczenia oraz wynikiem i miejscem jego realizacji zostanie wyświetlony w trybie tylko do odczytu.



NFZ

Moduł „NFZ” jest przeznaczony dla pracowników RUM i służy do obsługi rozliczeń z NFZ, w zakres której wchodzi zarządzanie słownikami, kodowanie wizyt i badań diagnostycznych, korekta usług i badań diagnostycznych eksportowanie komunikatów do NFZ i importowanie komunikatów z NFZ.

Kodowanie wizyt

Aby możliwe było rozliczenie z NFZ wykonanych usług należy zakodować wizyty zrealizowane w poradniach objętych umowami z NFZ. Kodowanie wizyty to wykazywanie usług zrealizowanych w ramach danej wizyty (listy możliwych do wykazania usług są zawarte w umowach z NFZ). Kodowanie wizyt realizuje się po wybraniu funkcjonalności „Kodowanie wizyt” z menu „NFZ”. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka zrealizowanych wizyt w dniu dzisiejszym w poradniach znajdujących się w przychodniach, do których dostęp ma zalogowany użytkownik. W pierwszej kolejności należy wybrać poradnię i nacisnąć przycisk „Szukaj”. Wyświetli się wówczas lista wizyt zrealizowanych danego dnia w danej poradni (lub komunikat o braku takich wizyt). Przy każdej wizycie widoczny jest przycisk przypisywania usług do tej wizyty. Przycisk ten może przyjmować jeden z dwóch kolorów:

- niebieski - przy dane wizycie nie została wykazana jeszcze żadna usługa
- zielony - przy danej wizycie została już wykazana przynajmniej jedna usługa

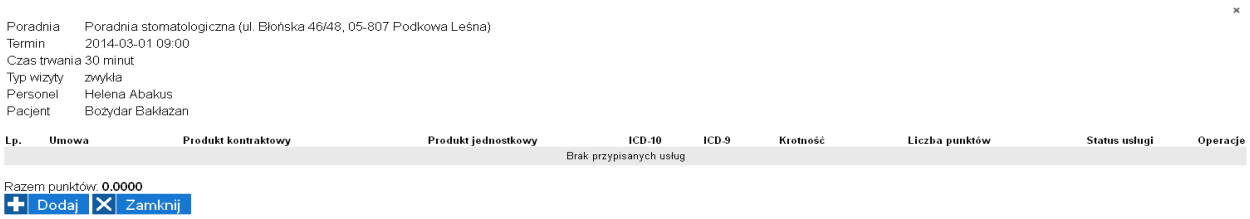
W wyszukiwarce zrealizowanych wizyt znajdują się dodatkowo następujące przyciski nawigacji:

- <<< - umożliwia wyświetlenie zrealizowanych wizyt w dniu o miesiąc wcześniejszym od aktualnie prezentowanego
- << - umożliwia wyświetlenie zrealizowanych wizyt w dniu o tydzień wcześniejszym od aktualnie prezentowanego
- < - umożliwia wyświetlenie zrealizowanych wizyt w dniu poprzednim w stosunku aktualnie prezentowanego
- „Zmień datę” - umożliwia wyświetlenie dowolnego dnia, który należy wskazać w polu daty przed naciśnięciem przycisku „Zmień datę”
- „Dziś” - umożliwia wyświetlenie dzisiejszego dnia
- > - umożliwia wyświetlenie zrealizowanych wizyt w dniu następnym w stosunku aktualnie prezentowanego
- >> - umożliwia wyświetlenie zrealizowanych wizyt w dniu o tydzień późniejszym od aktualnie prezentowanego
- >>> - umożliwia wyświetlenie zrealizowanych wizyt w dniu o miesiąc późniejszym od aktualnie prezentowanego

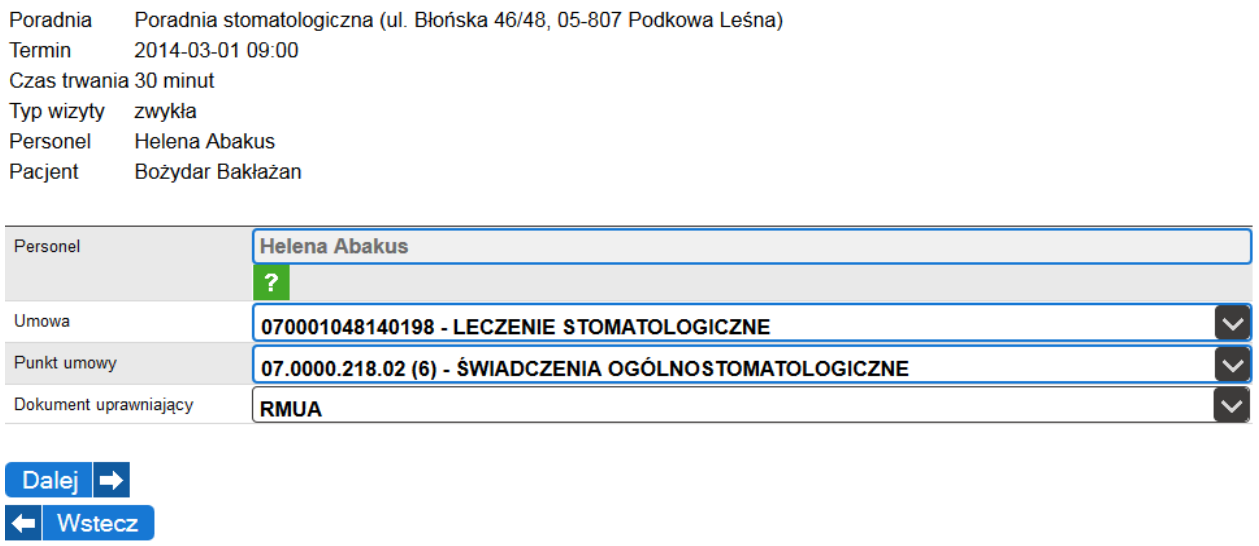
Kliknięcie na którykolwiek z opisanych powyżej przycisków zmienia widok zrealizowanych wizyt na właściwy dla dnia do którego prowadzi dany przycisk.



Po naciśnięciu przycisku „Usługi” przy wybranej wizycie otwiera się w nowym oknie lista usług wykazanych w ramach danej wizyty. Jeżeli nie wykazano jeszcze żadnej usługi lista będzie pusta. Nad listą wyświetlają się podstawowe informacje o wizycie (w tym rozpoznania i procedury jeżeli lekarz wprowadził takowe podczas wizyty z pogrubionym rozpoznaniem głównym) a pod listą łączna liczba punktów (wynikających z umowy z NFZ) za wykonane usługi oraz przycisk „Dodaj” umożliwiający dopisanie nowej usługi do wizyty.



Po naciśnięciu przycisku „Dodaj” rozpoczyna się proces przypisywania usługi do wizyty. Proces ten składa się z dwóch kroków. W pierwszym kroku wyświetlany jest formularz wyboru: personelu realizującego usługę, umowy, punktu umowy i dokumentu uprawniającego pacjenta do świadczeń. W przypadku wizyt umawianych do lekarza w polu personelu realizującego usługę jest wpisany personel realizujący wizytę (jeśli pole „Realizator usług sprawozdawanych do NFZ” w danych personelu realizującego wizytę jest puste) lub personel z pola „Realizator usług sprawozdawanych do NFZ” (jeśli pole to w danych personelu realizującego wizytę nie jest puste). W przypadku wizyt umawianych na aparaturę pole personelu realizującego usługę jest puste. Jeżeli istnieje tylko jedna umowa z NFZ w ramach której dana wizyta może być rozliczona wówczas jest ona od razu wybrana w formularzu. Podobnie jeżeli istnieje tylko jeden punkt umowy w ramach którego dana wizyta może być rozliczona wówczas jest on również od razu wybrany. W przypadku zabiegów rehabilitacyjnych umowa i punkt umowy są wypełnione stosownie do kodu świadczenia właściwego dla danego zabiegu rehabilitacyjnego. Dokumentem uprawniającym do świadczeń może być potwierdzenie elektroniczne uzyskane z systemu eWUŚ, oświadczenie o ubezpieczeniu pacjenta lub dokument potwierdzający ubezpieczenie pacjenta - tu również domyślnie wybrany jest automatycznie jeden z dokumentów uprawniających pacjenta ważnych na dzień wizyty.



W przypadku tych wizyt umówionych do lekarza dla których personel realizujący usługę jest inny niż widoczny w formularzu oraz w przypadku wszystkich wizyt umówionych na aparaturę aby wskazać personel, który daną usługę zrealizował, należy kliknąć na ikonkę ze znakiem zapytania na zielonym tle widoczną przy polu „Personel”. Otworzy się wówczas w nowym oknie wyszukiwarka personelu. Wyszukiwanie personelu jest możliwe za pomocą dowolnej kombinacji następujących kryteriów:

- imię

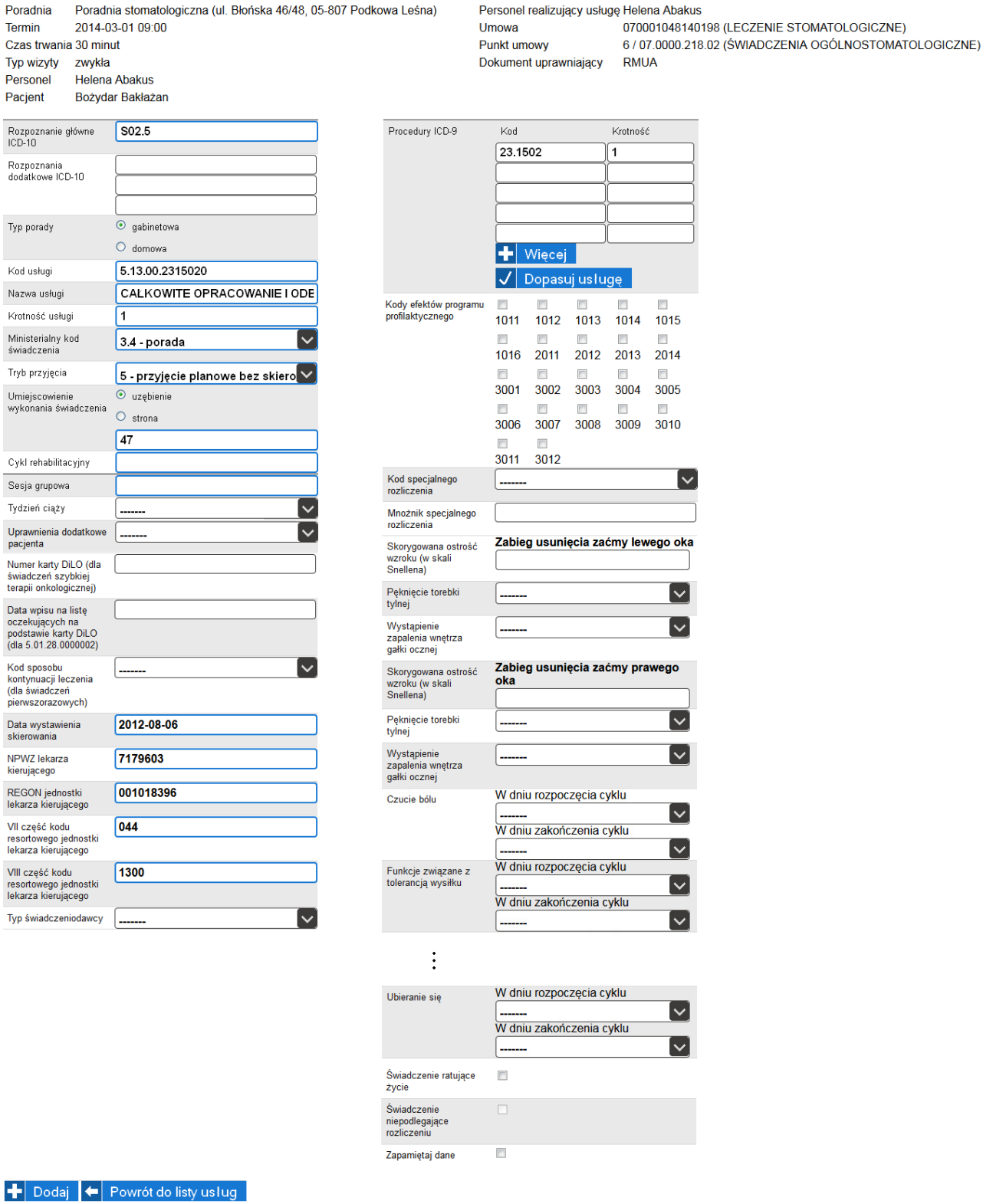
- nazwisko
- PESEL
- numer prawa wykonywania zawodu

Po wprowadzeniu kryteriów i naciśnięciu przycisku „Szukaj” wyświetlana jest lista pracowników spełniających kryteria wyszukiwania a przy każdym z nich przycisk „Wybierz”.



Po naciśnięciu przycisku „Wybierz” przy odpowiednim personelu okno wyszukiwania zostaje zamknięte, a dane personelu pojawiają się w polu „Personel”.

Aby przejść do kolejnego kroku procesu przypisywania usługi do wizyty należy skorzystać z przycisku „Dalej” (przycisk „Wstecz” umożliwia powrót do listy usług wykazanych w ramach wizyty). Po naciśnięciu przycisku „Dalej” wyświetlany jest formularz danych usługi (nad formularzem obok informacji o wizycie wyświetlane są także informacje wprowadzone w pierwszym kroku wprowadzania usługi). Formularz ten różni się nieco w zależności od rodzaju świadczeń jakiego dotyczy umowa z NFZ wskazana w pierwszym kroku procesu przypisywania usługi do wizyty. Poniższy ekran przedstawia formularz ze wszystkimi możliwymi polami i przyciskami (przypadek przedstawiony na formularzu jest sztuczny, ale ma na celu przedstawienie wszystkich możliwych sytuacji - w rzeczywistości w zależności od rodzaju umowy niektóre pola i przyciski będą widoczne a inne ukryte).



Aby dodać usługę należy wypełnić formularz danych usługi i zatwierdzić dane przyciskiem „Dodaj". Przy wypełnianiu formularza funkcjonuje szereg różnego rodzaju mechanizmów:

- Rozpoznanie główne ICD-10 - przy wpisywaniu kodu, nazwy lub skrótu rozpoznania wyświetla się lista podpowiedzi, właściwe rozpoznanie należy wybrać klikając odpowiednią pozycję z listy podpowiedzi

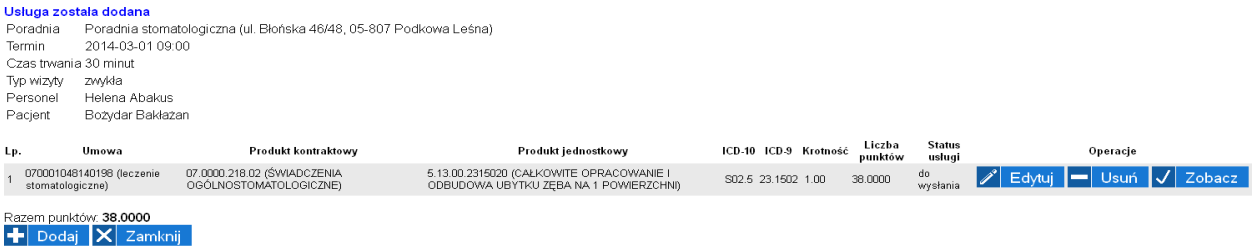
- Rozpoznania dodatkowe ICD-10 - przy wpisywaniu kodu, nazwy lub skrótu rozpoznania wyświetla się lista podpowiedzi, właściwe rozpoznanie należy wybrać klikając odpowiednią pozycję z listy podpowiedzi
- Typ porady - typ właściwy dla miejsca realizacji wizyty (gabinet lub dom pacjenta)
- Kod usługi - kod zrealizowanej usługi (świadczenia) zgodnie z kodyfikacją i nazewnictwem z umowy z NFZ; przy wpisywaniu kodu usługi (można też wpisywać nazwę usługi lub skrót) wyświetla się lista podpowiedzi, właściwą usługę należy wybrać klikając odpowiednią pozycję z listy podpowiedzi; po wybraniu usługi z listy podpowiedzi automatycznie wypełnia się nazwa usługi, krotność usługi, ministerialny kod świadczenia (jeśli dla wybranej usługi jest określona wartość domyślna ministerialnego kodu świadczenia) a także kod i krotność procedury ICD-9 (jeśli dla wybranej usługi jest określona wartość domyślna kodu procedury); w przypadku zabiegów rehabilitacyjnych kod usługi jest wypełniony stosownie do kodu świadczenia właściwego dla danego zabiegu rehabilitacyjnego
- Nazwa usługi - pole wyłącznie do wglądu (nie może być edytowane ręcznie) wypełniane automatycznie w momencie wprowadzenia kodu usługi
- Krotność usługi - określa ile razy dana usługa w ramach danej wizyty została wykonana, domyślnie 1, przy zmianie krotności usługi zmieniają się automatycznie krotności procedur medycznych składających się na tę usługę
- Ministerialny kod świadczenia - kod świadczenia odpowiadający danej usłudze zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych z późniejszymi zmianami
- Tryb przyjęcia - tryb przyjęcia pacjenta; pole domyślnie wypełnione jedną z dwóch wartości „przyjęcie planowe na podstawie skierowania” lub „przyjęcie planowe bez skierowania” w zależności od tego czy wizyta była realizowana na podstawie skierowania
- Umiejscowienie wykonania świadczenia - miejsce w jamie ustnej na którym zostało wykonane świadczenie; umiejscowienie może być określane poprzez wskazanie strony w jamie ustnej lub poprzez wskazanie uzębienia; przy wprowadzaniu kodu umiejscowienia (można też wpisywać nazwę umiejscowienia) wyświetlane są podpowiedzi, właściwe umiejscowienie należy wybrać klikając odpowiednią pozycję na liście podpowiedzi; pole to jest dostępne tylko w przypadku świadczeń stomatologicznych
- Cykl rehabilitacyjny - numer cyklu rehabilitacyjnego; pole wypełniane automatycznie a wyświetlane wyłącznie informacyjnie; pole to jest dostępne tylko w przypadku świadczeń rehabilitacyjnych
- Sesja grupowa - numer sesji grupowej; pole wypełniane automatycznie a wyświetlane wyłącznie informacyjnie; pole to jest dostępne tylko w przypadku świadczeń typu sesja realizowanych wyłącznie poradniach psychiatrycznych, psychologicznych i leczenia uzależnień
- Tydzień ciąży - okres w jakim przypada aktualny (na dzień wizyty) tydzień ciąży pacjentki; pole dostępne wyłącznie w przypadku świadczeń ginekologiczno-położniczych
- Uprawnienia dodatkowe pacjenta – rodzaj uprawnień dodatkowych pacjenta wykazywanych przy usłudze

- Numer karty DiLO (dla świadczeń szybkiej terapii onkologicznej) – numer karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (powinien być wprowadzany tylko przy świadczeniach szybkiej terapii onkologicznej); jeżeli numer karty został wprowadzony na etapie umawiania wizyty wówczas niniejsze pole formularza jest wypełniane automatycznie
- Data wpisu na listę oczekujących na podstawie karty DiLO (dla 5.01.28.0000002) – data wpisania pacjenta na listę oczekujących na podstawie karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (może być wprowadzana tylko dla usługi 5.01.28.0000002, jeśli nie zostanie wprowadzona jest traktowana jako brak wpisu na listę oczekujących)
- Kod sposobu kontynuacji leczenia (dla świadczeń pierwszorazowych) – kod określający zlecony sposób dalszego leczenia wykazywany w przypadku świadczeń pierwszorazowych
- Data wystawienia skierowania – data wystawienia skierowania które stanowiło podstawę realizacji wizyty (pole jest widoczne tylko w przypadku wizyt realizowanych na podstawie skierowania i wypełnione domyślnie datą jaka była wpisana na skierowaniu)
- NPWZ lekarza kierującego – numer prawa wykonywania zawodu lekarza kierującego na wizytę (pole jest widoczne tylko w przypadku wizyt realizowanych na podstawie skierowania i wypełnione domyślnie numerem jaki był wpisany na skierowaniu)
- REGON jednostki lekarza kierującego – numer REGON jednostki lekarza kierującego na wizytę (pole jest widoczne tylko w przypadku wizyt realizowanych na podstawie skierowania i wypełnione domyślnie numerem jaki był wpisany na skierowaniu)
- VII część kodu resortowego jednostki lekarza kierującego – VII część kodu resortowego jednostki lekarza kierującego na wizytę (pole jest widoczne tylko w przypadku wizyt realizowanych na podstawie skierowania i wypełnione domyślnie kodem jaki był wpisany na skierowaniu)
- VIII część kodu resortowego jednostki lekarza kierującego – VIII część kodu resortowego jednostki lekarza kierującego na wizytę (pole jest widoczne tylko w przypadku wizyt realizowanych na podstawie skierowania i wypełnione domyślnie kodem jaki był wpisany na skierowaniu)
- Typ świadczeniodawcy – typ świadczeniodawcy kierującego na wizytę (pole jest widoczne tylko w przypadku wizyt realizowanych na podstawie skierowania i wypełnione domyślnie typem jaki był wpisany na skierowaniu)
- Procedury ICD-9 - lista wykonanych procedur medycznych składających się na realizację danej usługi; każda procedura jest opisana dwiema wartościami: kodem i krotnością; przy wpisywaniu kodu procedury (można też wpisywać nazwę lub skrót procedury) wyświetla się lista podpowiedzi, właściwą procedurę należy wybrać klikając odpowiednią z listy podpowiedzi; po wybraniu procedury z listy podpowiedzi pole krotności procedury jest uzupełniane automatycznie wartością taką jak krotność usługi zaokrąglona w dół do wartości całkowitej; po wykasowaniu z pola kodu procedury pole krotności procedury jest również kasowane (automatycznie); pod listą procedur dostępny jest przycisk „Więcej" umożliwiający wyświetlenie większej ilości pól do wprowadzenia większej ilości procedur (pola puste są ignorowane przy zatwierdzaniu formularza); w przypadku świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej pod listą procedur dostępny jest ponadto przycisk „Dopasuj usługę", którego kliknięcie spowoduje automatyczne dopasowanie najwyżej punktowanej usługi do wprowadzonych procedur - automatycznie zostanie wypełnione pole „Kod usługi" oraz automatycznie zostaną wykonane wszystkie czynności jakie są wykonywane przy wypełnianiu pola „Kod usługi" (przy świadczeniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wypełnianie formularza danych usługi rozpoczyna się od

wprowadzenia procedur i użycia przycisku „Dopasuj usługę” w celu automatycznego dopasowania usługi do wskazanych procedur).

- Kody efektów programu profilaktycznego – wykazywane w przypadku niektórych świadczeń Program Profilaktyki Chorób Odtytoniowych i Programu Profilaktyki Gruźlicy; opis dla każdego z kodów wyświetla się w postaci dymka po najechaniu kursorem myszy na pole zaznaczenia (checkbox) dla danego kodu
- Kod specjalnego rozliczenia - przy wybieraniu kodu specjalnego rozliczenia automatycznie wypełnia się mnożnik specjalnego rozliczenia (o ile dany kod specjalnego rozliczenia ma określony mnożnik, w przeciwnym razie wartość mnożnika należy wprowadzić ręcznie)
- Mnożnik specjalnego rozliczenia - pole wypełniane automatycznie przy wybraniu kodu specjalnego rozliczenia o ile dany kod specjalnego rozliczenia ma określony mnożnik (dla pozostałych kodów specjalnego rozliczenia pole jest wypełniane ręcznie)
- Skorygowana ostrość wzroku (w skali Snellena) w przypadku zabiegu usunięcia zaćmy lewego oka – skorygowana ostrość wzroku dla lewego oka określana w specjalistyce w przypadku realizacji zabiegu zaćmy lewego oka
- Pęknięcie torebki tylnej w przypadku zabiegu usunięcia zaćmy lewego oka – określenie czy doszło do pęknięcia torebki stawowej tylnej lewego oka określana w specjalistyce w przypadku realizacji zabiegu zaćmy lewego oka
- Wystąpienie zapalenia wnętrza gałki ocznej w przypadku zabiegu usunięcia zaćmy lewego oka – określenie czy wystąpiło zapalenie wnętrza gałki lewego oka określana w specjalistyce w przypadku realizacji zabiegu zaćmy lewego oka
- Skorygowana ostrość wzroku (w skali Snellena) w przypadku zabiegu usunięcia zaćmy prawego oka – skorygowana ostrość wzroku dla prawego oka określana w specjalistyce w przypadku realizacji zabiegu zaćmy prawego oka
- Pęknięcie torebki tylnej w przypadku zabiegu usunięcia zaćmy prawego oka – określenie czy doszło do pęknięcia torebki stawowej tylnej prawego oka określana w specjalistyce w przypadku realizacji zabiegu zaćmy prawego oka
- Wystąpienie zapalenia wnętrza gałki ocznej w przypadku zabiegu usunięcia zaćmy prawego oka – określenie czy wystąpiło zapalenie wnętrza gałki prawego oka określana w specjalistyce w przypadku realizacji zabiegu zaćmy prawego oka
- Czucie bólu, Funkcje związane z tolerancją wysiłku, … - wyniki oceny funkcjonowania pacjenta przed rozpoczęciem i po zakończeniu cyklu rehabilitacyjnego według klasyfikacji ICF (wykazywane przy ostatniej wizycie cyklu rehabilitacyjnego)
- Świadczenie ratujące życie - służy do oznaczania świadczeń ratujących życie
- Pacjent jest studentem – służy do oznaczania czy w dniu wizyty pacjent był studentem
- Świadczenie niepodlegające rozliczeniu - służy do oznaczania świadczeń, które nie podlegają rozliczeniu z NFZ (np. w przypadku świadczeń ponadlimitowych lub świadczeń wprowadzanych informacyjnie na potrzeby wewnętrzne zakładu opieki zdrowotnej)
- Zapamiętaj dane - pole służy do zapamiętania danych wprowadzonych do formularza; jeżeli pole zostanie zaznaczone i usługa zostanie dodana, wówczas przy próbie dodawania kolejnej usługi system automatycznie wypełni formularz danych usługi zapamiętanymi danymi (mechanizm znajduje zastosowanie przy wprowadzaniu usług podobnych, gdy łatwiej zmienić zapamiętane dane niż wprowadzić dane od nowa)

Po wypełnieniu formularza i zatwierdzeniu danych przyciskiem system weryfikuje ich poprawność i jeśli są błędne wyświetla odpowiedni komunikat co należy poprawić a jeśli są poprawne przypisuje usługę do wizyty. Usługa wyświetla się na liście usług zrealizowanych w ramach wizyty i otrzymuje status „do wysłania”, co oznacza, że dane usługi powinny zostać ujęte w raporcie I fazy (pliku SWX) do przekazania do NFZ.



Przy każdej usłudze zrealizowanej w ramach wizyty dostępne mogą być trzy przyciski

- Edytuj - przycisk wyświetla formularz danych usługi i umożliwia ich modyfikację; przycisk staje się niedostępny w momencie przekazania danych usługi do NFZ, zaś ponownie dostępny staje się po otrzymaniu z NFZ informacji zwrotnej dotyczącej danej usługi; po zmodyfikowaniu danych usługi i ich zatwierdzeniu usługa otrzymuje ponownie status „do wysłania” aby zmiany w danych usługi zostały przekazane do NFZ
- Usuń - przycisk umożliwia usunięcie danej usługi; jeżeli dane usługi nie były jeszcze przekazywane do NFZ usługa jest usuwana z systemu; jeżeli dane usługi były już przynajmniej raz przekazywane do NFZ, wówczas usługa nie jest usuwana tylko otrzymuje status „do usunięcia” (tak oznaczone usługi są przekazywane do NFZ aby mogły być usunięte z systemów NFZ, a dopiero po otrzymaniu z NFZ potwierdzenia o usunięciu danej usługi jest ona usuwana również z systemu jHIS - automatycznie); przycisk staje się niedostępny w momencie przekazania danych usługi do NFZ, zaś ponownie dostępny staje się po otrzymaniu z NFZ informacji zwrotnej dotyczącej danej usługi
- Zobacz - przycisk wyświetla podgląd formularza danych usługi bez możliwości edycji danych usługi

Przycisk „Dodaj” widoczny pod listą usług umożliwia dodawanie kolejnych usług według opisanego wcześniej procesu, przy czym w zależności od rodzajów świadczeń istnieją limity na ilość usług możliwych do wykazania w ramach jednej wizyty (np. w przypadku świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ramach wizyty może być wykazana tylko jedna usługa).

Przycisk „Zamknij” zamyka okno usług wykazanych w ramach wizyty. Przy wizytach gdzie zostały wykazane jakiekolwiek usługi przyciski „Usługi” zmieniają kolor z niebieskiego na zielony.



Zarządzanie usługami

Funkcjonalność „Zarządzanie usługami” w menu „NFZ” służy do zarządzania usługami niekomercyjnymi wykazanymi w ramach wizyt zrealizowanych w przychodniach do których dostęp ma zalogowany użytkownik. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka usług. Wyszukiwanie usług jest możliwe według dowolnej kombinacji następujących kryteriów:

- Miejsce wykonywania - poradnia w której zostały zrealizowane wizyty w ramach których wykazano usługi
- Data wykonania - zakres terminów wizyt w ramach których wykazano usługi
- Personel wykonujący - personel który wykonał usługę; pole ogólnego wyszukiwania w którym można wpisać PESEL, numer PWZ, imię, nazwisko personelu
- Pacjent - pacjent na rzecz którego została wykonana usługa; pole ogólnego wyszukiwania w którym można wpisać PESEL, imię, drugie imię, nazwisko pacjenta
- Data urodzenia pacjenta – zakres dat urodzenia pacjenta na rzecz którego została wykonana usługa
- Płeć pacjenta – płeć pacjenta na rzecz którego została wykonana usługa
- Tryb przyjęcia - tryb przyjęcia wskazany przy usłudze
- Typ porady - określenie czy usługa została udzielona w warunkach ambulatoryjnych czy domowych
- ICD-9 - kod procedury medycznej wykazanej przy usłudze
- ICD-10 - kod rozpoznania (głównego lub jednego z dodatkowych) wykazanego przy usłudze
- Umowa - umowa z NFZ w ramach której jest rozliczana usługa
- Produkt kontraktowy - kod zakresu świadczeń według umowy z NFZ do jakiego należy usługa
- Produkt jednostkowy - kod usługi według umowy z NFZ
- Identyfikator usługi - wewnętrzny unikalny identyfikator usługi używany do identyfikacji usługi w systemie jHIS i w systemach NFZ
- Identyfikator sesji - numer sesji grupowej w ramach której została zrealizowana usługa

- Identyfikator cyklu - numer cyklu rehabilitacyjnego w ramach którego została zrealizowana usługa
- Status usługi - aktualny status usługi w procesie rozliczeń z NFZ:
  - do wysłania - usługa oczekująca na wysłanie do NFZ
  - wysłana - usługa wysłana do NFZ dla której nie otrzymano jeszcze odpowiedzi z NFZ
  - zaakceptowana - usługa zaakceptowana przez NFZ (na podstawie odpowiedzi otrzymanej z NFZ)
  - odrzucona - usługa odrzucona przez NFZ (na podstawie odpowiedzi otrzymanej z NFZ)
  - do usunięcia - usługa oczekująca na wysłanie do NFZ informacji o tym, że należy tę usługę usunąć z systemów NFZ (po otrzymaniu odpowiedzi z NFZ usługa jest automatycznie usuwana z systemu jHIS)
- Rodzaj błędu - rodzaj błędu zgłoszonego przez NFZ dla usługi odrzuconej

Po wprowadzeniu kryteriów w wyszukiwarce i naciśnięciu przycisku „Szukaj" pod wyszukiwarką wyświetlana jest lista wszystkich usług spełniających kryteria wyszukiwania. Przy każdej usłudze dostępne mogą być trzy przyciski:

- Edytuj - przycisk wyświetla formularz danych usługi i umożliwia ich modyfikację; przycisk staje się niedostępny w momencie przekazania danych usługi do NFZ, zaś ponownie dostępny staje się po otrzymaniu z NFZ informacji zwrotnej dotyczącej danej usługi; po zmodyfikowaniu danych usługi i ich zatwierdzeniu usługa otrzymuje ponownie status „do wysłania" aby zmiany w danych usługi zostały przekazane do NFZ
- Usuń - przycisk umożliwia usunięcie danej usługi; jeżeli dane usługi nie były jeszcze przekazywane do NFZ usługa jest usuwana z systemu; jeżeli dane usługi były już przynajmniej raz przekazywane do NFZ, wówczas usługa nie jest usuwana tylko otrzymuje status „do usunięcia" (tak oznaczone usługi są przekazywane do NFZ aby mogły być usunięte z systemów NFZ, a dopiero po otrzymaniu z NFZ potwierdzenia o usunięciu danej usługi jest ona usuwana również z systemu jHIS - automatycznie); przycisk staje się niedostępny w momencie przekazania danych usługi do NFZ, zaś ponownie dostępny staje się po otrzymaniu z NFZ informacji zwrotnej dotyczącej danej usługi
- Zobacz - przycisk wyświetla podgląd formularza danych usługi bez możliwości edycji danych usługi

Przy każdej usłudze dostępne jest także pole umożliwiające zaznaczenie danej usługi (domyślnie wszystkie odnalezione usługi są zaznaczone) a następnie wykonanie operacji na wszystkich zaznaczonych usługach. Operacje które mogą być wykonywane na wielu usługach jednocześnie to:

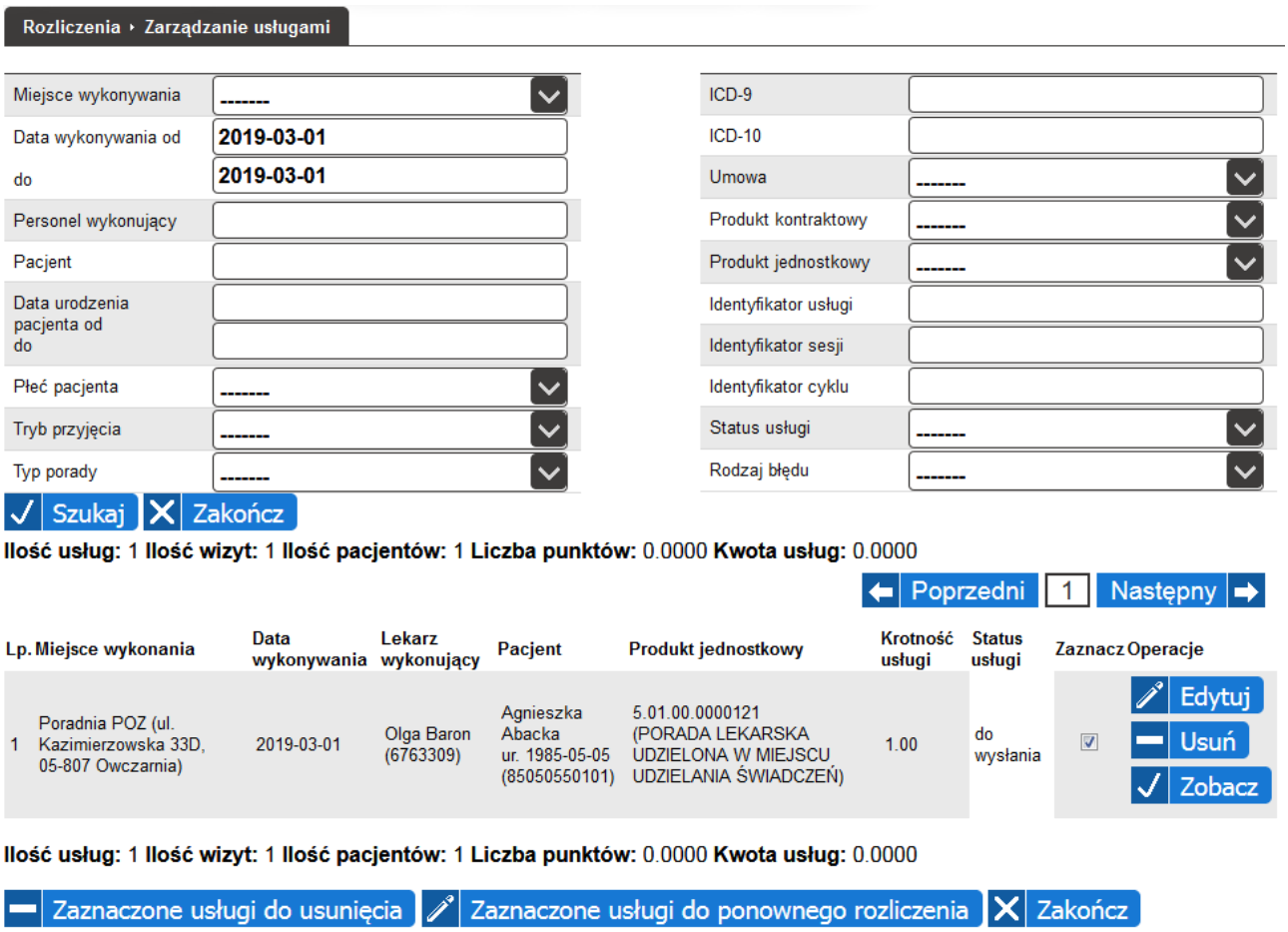
- Usuwanie usług - po naciśnięciu przycisku „Zaznaczone usługi do usunięcia" widocznego pod listą usług, wszystkie zaznaczone usługi, które nie były jeszcze przekazywane do NFZ są usuwane z systemu, zaś wszystkie zaznaczone usługi, które były już przekazywane do NFZ zostają oznaczone statusem „do usunięcia" (tak oznaczone usługi są przekazywane do NFZ aby mogły być usunięte z systemów NFZ, a dopiero po otrzymaniu z NFZ potwierdzenia o usunięciu danej usługi jest ona usuwana również z systemu jHIS - automatycznie)
- Oznaczanie usług do ponownego rozliczenia - po naciśnięciu przycisku „Zaznaczone usługi do ponownego rozliczenia" wszystkie zaznaczone usługi zostają oznaczone statusem „do wysłania" oczekując tym samym na (ponowne) wysłanie ich do NFZ

Nad listą usług oraz pod listą usług spełniających kryteria wyszukiwania wyświetla się podsumowanie zawierające następujące informacje o odnalezionych usługach:

- ilość usług - łączna ilość wszystkich usług spełniających kryteria wyszukiwania
- ilość wizyt - łączna ilość wizyt w ramach których zostały zrealizowane usługi spełniające kryteria wyszukiwania
- ilość pacjentów - łączna ilość pacjentów na rzecz których zostały zrealizowane usługi spełniające kryteria wyszukiwania
- ilość punktów - łączna ilość punktów wynikających z umowy z NFZ za zrealizowane usługi spełniające kryteria wyszukiwania
- kwota usług - łączna kwota wynikająca z umowy z NFZ za zrealizowane usługi spełniające kryteria wyszukiwania

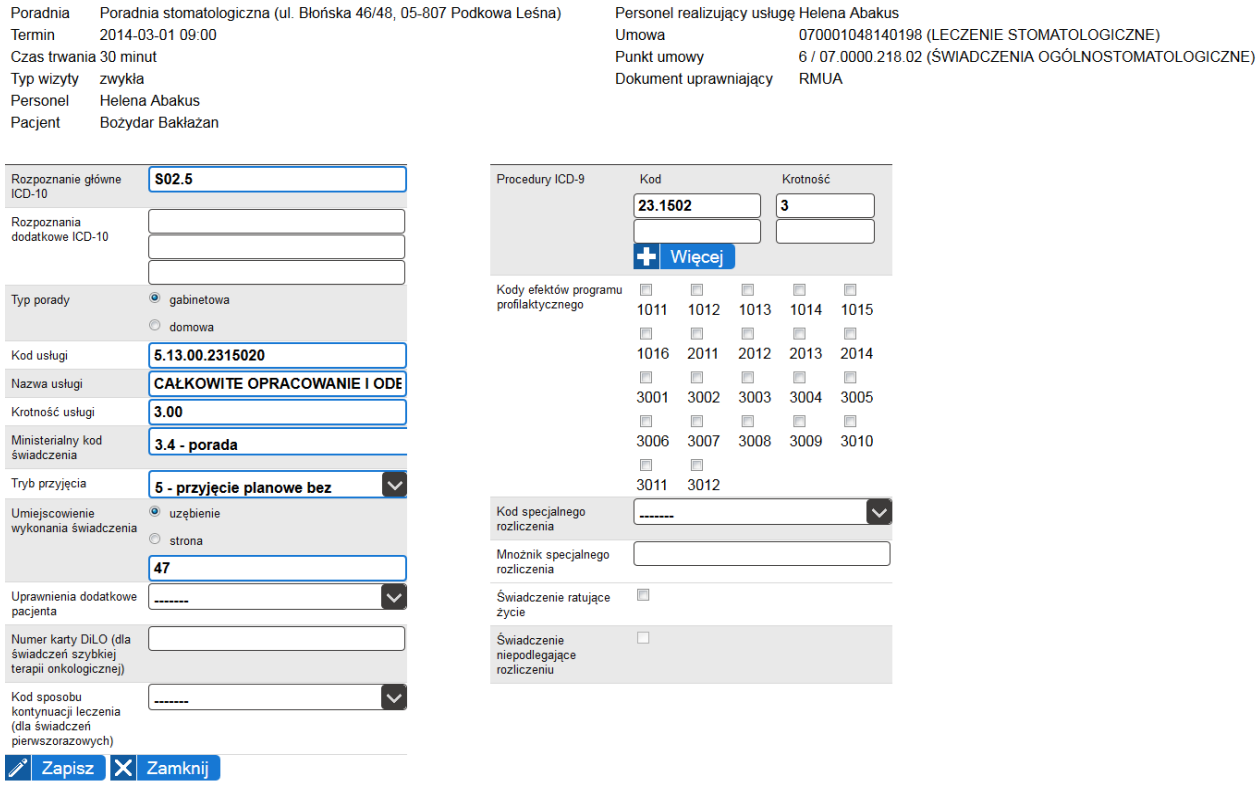
UWAGA!

Tabela z listą odnalezionych usług spełniających kryteria wyszukiwania może być stronicowana a powyższe podsumowanie dotyczy wszystkich odnalezionych usług - nie tylko aktualnie widocznych na ekranie, ale widocznych na wszystkich podstronach łącznie.



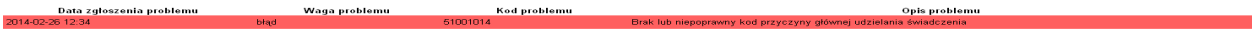
Naciśnięcie przycisku „Edytuj” przy wybranej usłudze wyświetla formularz danych tej usługi, umożliwiający wprowadzenie zmian w danych usługi. Po zmodyfikowaniu danych usługi i ich zatwierdzeniu (przyciskiem „Zapisz”) usługa otrzymuje ponownie status „do wysłania” aby zmiany

zostały przekazane do NFZ.



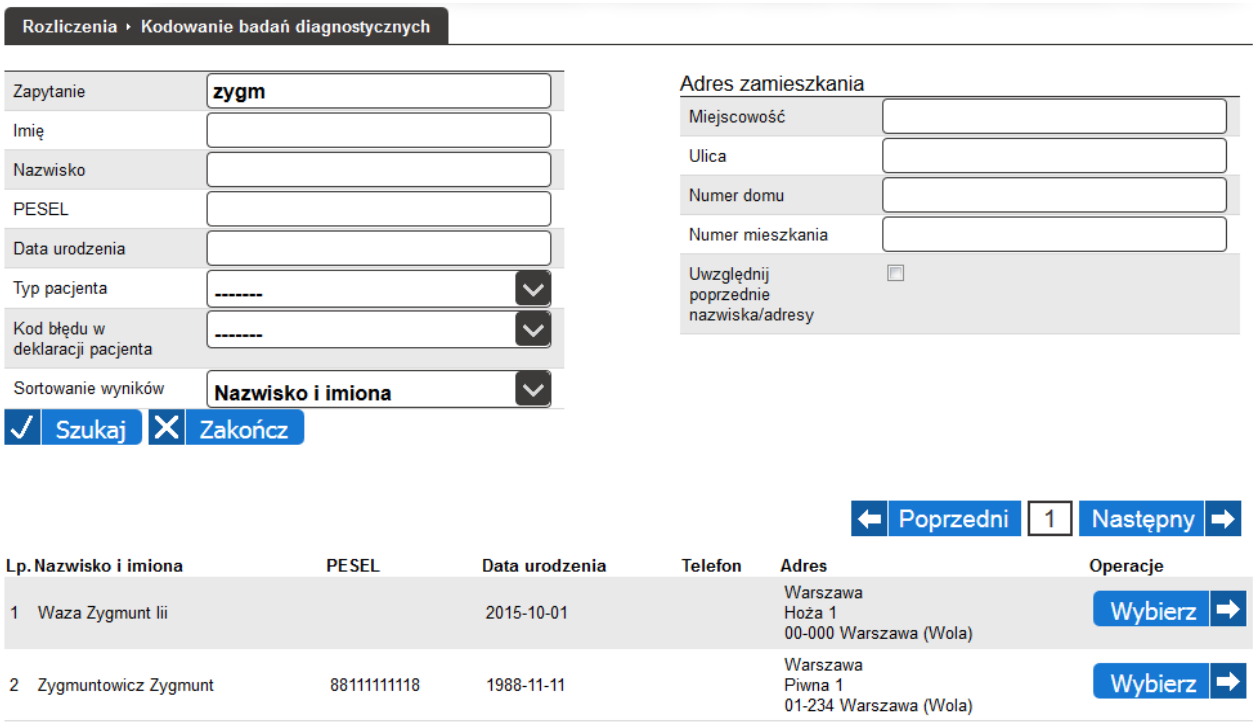
Zasady wypełniania formularza danych usługi zostały opisane w rozdziale „Kodowanie wizyt". Jeżeli dane usługi były już przekazywane do NFZ i otrzymano od NFZ informację zwrotną dla danej usługi, wówczas pod formularzem danych usługi wyświetla się lista informacji zwrotnych z NFZ (o ile jakiekolwiek zostały zwrócone). Istnieją trzy kategorie informacji zwrotnych:

- błędy - wyświetlane na czerwono (przekazywane typowo w przypadku odrzucenia usługi przez NFZ jako przyczyna odrzucenia i wskazówka co należy poprawić w danych usługi)
- ostrzeżenia - wyświetlane na żółto
- informacje - wyświetlane na zielono



Kodowanie badań diagnostycznych

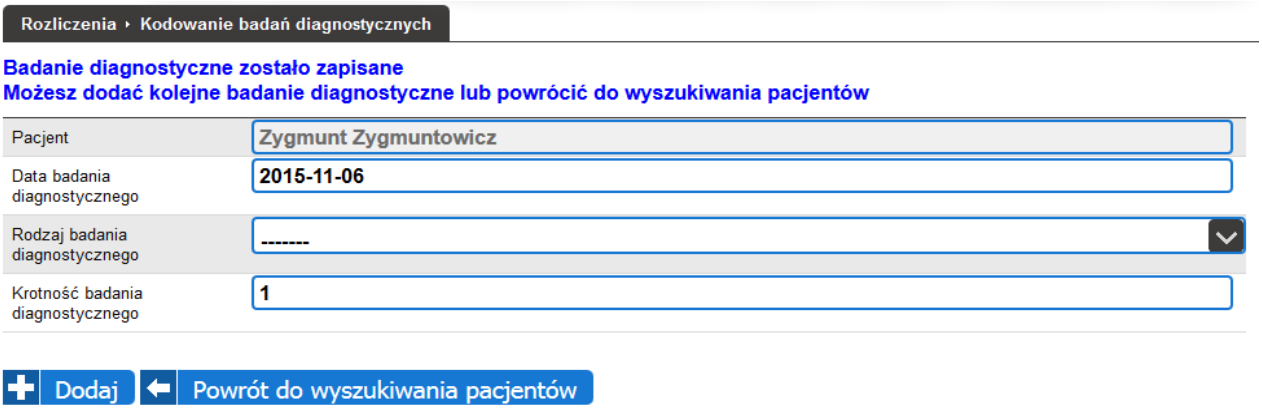
Aby możliwe było sprawozdanie indywidualne do NFZ wykonanych badań diagnostycznych należy zakodować te badania. Kodowanie to realizuje się po wybraniu funkcjonalności „Kodowanie badań diagnostycznych" z menu „NFZ". Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka pacjentów. W pierwszej kolejności należy wprowadzić kryteria wyszukiwania umożliwiające odnalezienie pacjenta na rzecz którego zostało wykonane badanie i nacisnąć przycisk „Szukaj". Wyświetli się wówczas lista pacjentów spełniających kryteria wyszukiwania a przy każdym z nich przycisk „Wybierz".



Aby wprowadzić badanie diagnostyczne wykonane na rzecz pacjenta należy przy danym pacjencie kliknąć przycisk „Wybierz”. Wyświetli się wówczas formularz dodawania badania diagnostycznego, w którym należy wprowadzić datę badania (domyślnie podpowiadana jest bieżąca), wybrać rodzaj badania oraz podać krotność badania (domyślnie podpowiadana jest krotność 1) po czym zapisać dane klikając przycisk „Dodaj”.



Po zapisaniu danych badania diagnostycznego formularz dodawania badania jest czyszczony i umożliwia dodanie kolejnego badania lub powrót do wyszukiwania pacjentów w celu wyszukania innego pacjenta.



Wprowadzone badania diagnostyczne są zapisywane w bazie danych systemu.

Zarządzanie badaniami diagnostycznymi

Funkcjonalność „Zarządzanie badaniami diagnostycznymi" w menu „NFZ" służy do zarządzania badaniami diagnostycznymi wprowadzonymi w ramach kodowania badań diagnostycznych. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka badań diagnostycznych. Wyszukiwanie badań jest możliwe według dowolnej kombinacji następujących kryteriów:

- Data badania od … do … - okres w jakim wykonano badanie
- Pacjent - pacjent na rzecz którego zostało wykonane badanie; pole ogólnego wyszukiwania w którym można wpisać PESEL, imię, drugie imię, nazwisko pacjenta
- Rodzaj badania diagnostycznego – rodzaj wykonanego badania diagnostycznego
- Identyfikator badania - wewnętrzny unikalny identyfikator badania diagnostycznego używany do identyfikacji badania w systemie jHIS i w systemach NFZ
- Status badania - aktualny status badania diagnostycznego w procesie rozliczeń z NFZ:
  - do wysłania - badanie oczekujące na wysłanie do NFZ
  - wysłane – badanie wysłane do NFZ dla którego nie otrzymano jeszcze odpowiedzi z NFZ
  - zaakceptowane – badanie zaakceptowane przez NFZ (na podstawie odpowiedzi otrzymanej z NFZ)
  - odrzucone - badanie odrzucone przez NFZ (na podstawie odpowiedzi otrzymanej z NFZ)
  - do usunięcia - badanie oczekujące na wysłanie do NFZ informacji o tym, że należy to badanie usunąć z systemów NFZ (po otrzymaniu odpowiedzi z NFZ badanie jest automatycznie usuwane z systemu jHIS)
- Rodzaj błędu - rodzaj błędu zgłoszonego przez NFZ dla badania odrzuconego

Po wprowadzeniu kryteriów w wyszukiwarce i naciśnięciu przycisku „Szukaj" pod wyszukiwarką wyświetlana jest lista wszystkich badań diagnostycznych spełniających kryteria wyszukiwania. Przy każdym badaniu dostępne mogą być trzy przyciski:

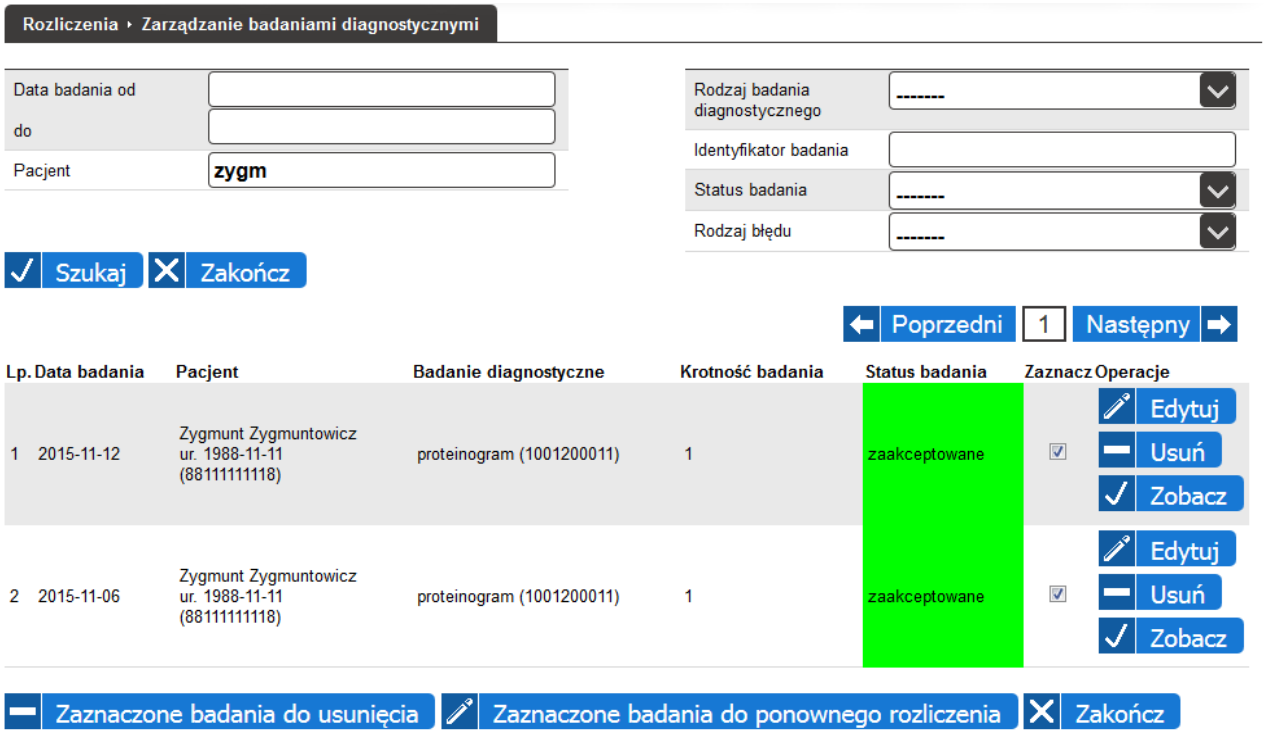
- Edytuj - przycisk wyświetla formularz danych badania i umożliwia ich modyfikację; przycisk staje się niedostępny w momencie przekazania danych badania do NFZ, zaś

ponownie dostępny staje się po otrzymaniu z NFZ informacji zwrotnej dotyczącej danego badania; po zmodyfikowaniu danych badania i ich zatwierdzeniu badanie otrzymuje ponownie status „do wysłania” aby zmiany w danych badania zostały przekazane do NFZ

- Usuń - przycisk umożliwia usunięcie danego badania; jeżeli dane badania nie były jeszcze przekazywane do NFZ badanie jest usuwane z systemu; jeżeli dane badania były już przynajmniej raz przekazywane do NFZ, wówczas badanie nie jest usuwane tylko otrzymuje status „do usunięcia” (tak oznaczone badania są przekazywane do NFZ aby mogły być usunięte z systemów NFZ, a dopiero po otrzymaniu z NFZ potwierdzenia o usunięciu danego badania jest ono usuwane również z systemu jHIS - automatycznie); przycisk staje się niedostępny w momencie przekazania danych badania do NFZ, zaś ponownie dostępny staje się po otrzymaniu z NFZ informacji zwrotnej dotyczącej danego badania
- Zobacz - przycisk wyświetla podgląd formularza danych badania bez możliwości edycji danych badania

Przy każdym badaniu dostępne jest także pole umożliwiające zaznaczenie danego badania (domyślnie wszystkie odnalezione badania są zaznaczone) a następnie wykonanie operacji na wszystkich zaznaczonych badaniach. Operacje które mogą być wykonywane na wielu badaniach jednocześnie to:

- Usuwanie badań - po naciśnięciu przycisku „Zaznaczone badania do usunięcia” widocznego pod listą badań, wszystkie zaznaczone badania, które nie były jeszcze przekazywane do NFZ są usuwane z systemu, zaś wszystkie zaznaczone badania, które były już przekazywane do NFZ zostają oznaczone statusem „do usunięcia” (tak oznaczone badania są przekazywane do NFZ aby mogły być usunięte z systemów NFZ, a dopiero po otrzymaniu z NFZ potwierdzenia o usunięciu danego badania jest ono usuwane również z systemu jHIS - automatycznie)
- Oznaczanie badań do ponownego rozliczenia - po naciśnięciu przycisku „Zaznaczone badania do ponownego rozliczenia” wszystkie zaznaczone badania zostają oznaczone statusem „do wysłania” oczekując tym samym na (ponowne) wysłanie ich do NFZ



Naciśnięcie przycisku „Edytuj” przy wybranym badaniu wyświetla formularz danych tego badania, umożliwiający wprowadzenie zmian w danych badania. Po zmodyfikowaniu danych badania i ich zatwierdzeniu (przyciskiem „Zapisz”) badanie otrzymuje ponownie status „do wysłania” aby zmiany zostały przekazane do NFZ.

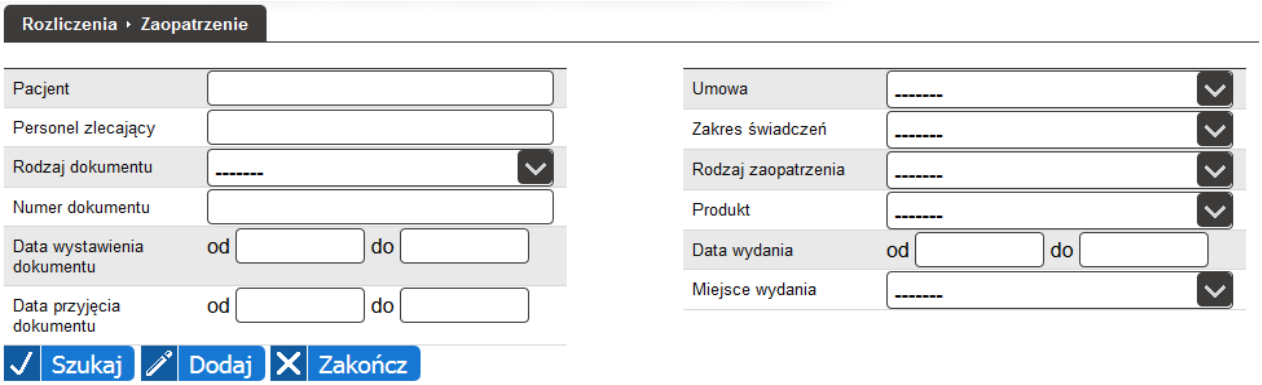


Jeżeli dane badania były już przekazywane do NFZ i otrzymano od NFZ informację zwrotną dla danego badania, wówczas pod formularzem danych badania wyświetla się lista informacji zwrotnych z NFZ (o ile jakiekolwiek zostały zwrócone). Istnieją trzy kategorie informacji zwrotnych:

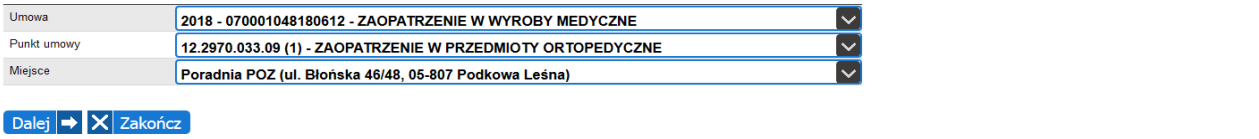
- błędy - wyświetlane na czerwono (przekazywane typowo w przypadku odrzucenia badania przez NFZ jako przyczyna odrzucenia i wskazówka co należy poprawić w danych badania)
- ostrzeżenia - wyświetlane na żółto
- informacje - wyświetlane na zielono

Zaopatrzenie

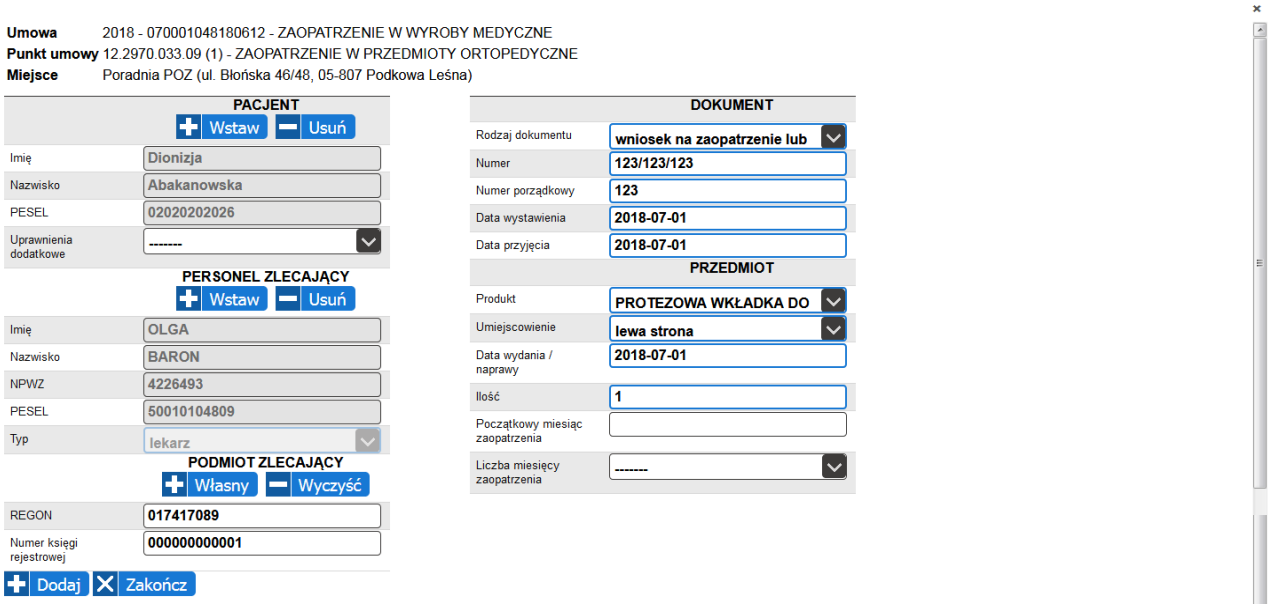
Funkcjonalność „Zaopatrzenie” w menu „NFZ” służy do kodowania zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zarządzania już zarejestrowanymi danymi. Po wybraniu tej funkcjonalności pojawia się wyszukiwarka zaopatrzenia wraz z dodatkowym przyciskiem „Dodaj” umożliwiającym zarejestrowanie danych nowego zlecenia.



Jeżeli zakład opieki zdrowotnej ma podpisaną umowę z NFZ na realizację zaopatrzenia w wyroby medyczne wówczas każde zrealizowane zlecenie na zaopatrzenie należy zarejestrować w systemie jHIS w celu późniejszego dokonania rozliczenia z NFZ. Aby zarejestrować zlecenie należy kliknąć przycisk „Dodaj” pod formularzem wyszukiwania. Wyświetli się wówczas w nowym oknie formularz, w którym należy wybrać umowę (jeśli jest tylko jedna wówczas jest ona automatycznie wybrana), punkt umowy (jeśli jest tylko jeden wówczas jest on automatycznie wybrany) i miejsce wydania zaopatrzenia (jeśli jest tylko jedno wówczas jest ono automatycznie wybrane).



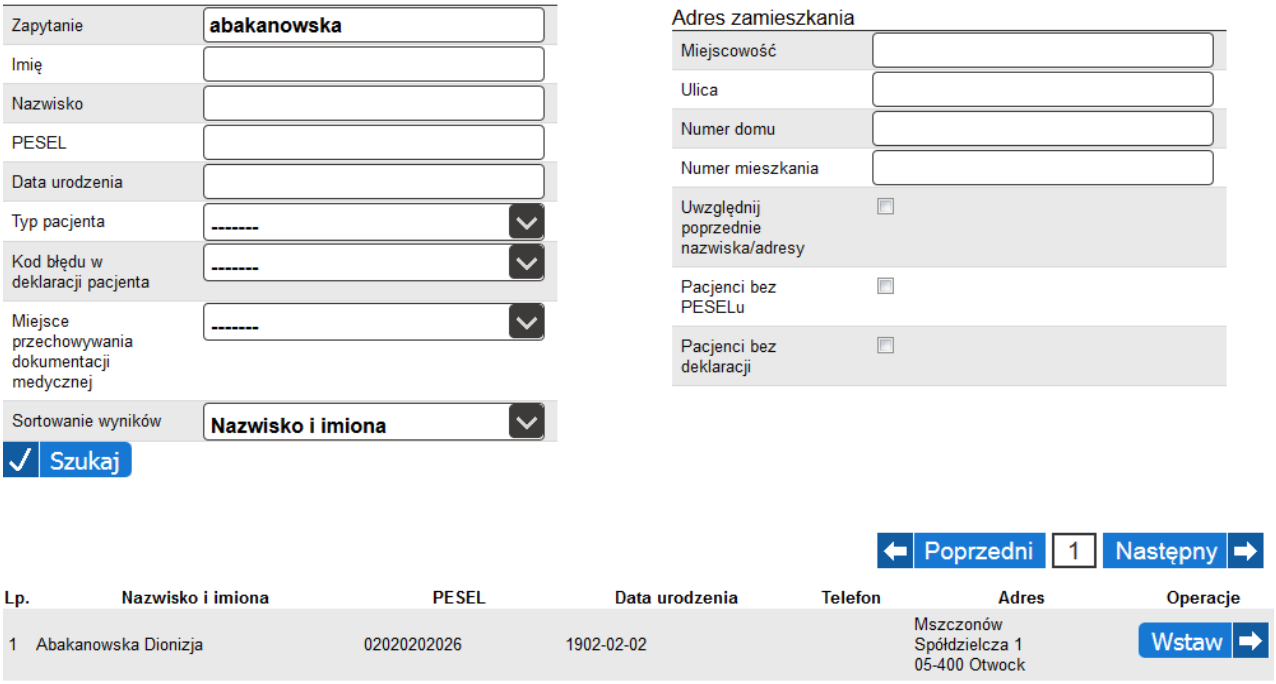
Po wskazaniu powyższych danych i kliknięciu przycisku „Dalej” wyświetla się formularz danych zlecenia.



Formularz ten składa się z pięciu sekcji:

- danych pacjenta (osoby na rzecz której zrealizowano zlecenie)
- danych personelu zlecającego (osoby która wystawiła zlecenie)
- danych podmiotu zlecającego (podmiotu w którym pracuje osoba która wystawiła zlecenie)
- danych dokumentu (zlecenia)
- danych przedmiotu (zaopatrzenia)

Jeżeli pacjent na rzecz którego zrealizowano zlecenie nie znajduje się w bazie danych zakładu opieki zdrowotnej wówczas jego dane należy wpisać ręcznie (wymagany jest tylko numer PESEL tylko w sytuacji gdy pacjent posiada numer PESEL). Jeżeli pacjent znajduje się w bazie danych zakładu opieki zdrowotnej wówczas jego dane można wstawić klikając przycisk „Wstaw”. Otworzy się wówczas nowe okno z wyszukiwarką pacjentów gdzie po wprowadzeniu kryteriów wyszukiwania można wyszukiwać pacjentów z bazy danych. Przy każdym z odnalezionych pacjentów widoczny jest przycisk „Wstaw” którego kliknięcie wstawia dane do formularza danych zlecenia i zamyka okno wstawiania pacjenta. (Przycisk „Usuń” przy danych pacjenta służy do usunięcia danych z pól z danymi pacjent.)



Jeżeli personel który wystawił zlecenie nie znajduje się w bazie danych zakładu opieki zdrowotnej wówczas jego dane należy wpisać ręcznie (wymagany jest podanie NPWZ lub PESEL i wskazanie typu personelu). Jeżeli personel znajduje się w bazie danych zakładu opieki zdrowotnej wówczas jego dane można wstawić klikając przycisk „Wstaw”. Otworzy się wówczas nowe okno z wyszukiwarką personelu gdzie po wprowadzeniu kryteriów wyszukiwania można wyszukiwać personel z bazy danych. Przy każdej z odnalezionych osób z personelu widoczny jest przycisk „Wstaw” którego kliknięcie wstawia dane do formularza danych zlecenia i zamyka okno wstawiania personelu. (Przycisk „Usuń” przy danych personelu służy do usunięcia danych z pól z danymi personelu.)



Jeżeli podmiotem zlecającym jest własny zakład opieki zdrowotnej wówczas wystarczy kliknąć przycisk „Własny” a system wstawi dane identyfikacyjne zakładu opieki zdrowotnej do formularza, w przeciwnym razie dane należy wprowadzić ręcznie (wymagane jest podanie przynajmniej jednego z identyfikatorów: numeru REGON lub numeru księgi rejestrowej). (Przycisk „Wyczyść” przy danych podmiotu służy do usunięcia danych z pól z danymi podmiotu.)

Dane dokumentu i podmiotu należy wprowadzić ręcznie na podstawie dokumentu zlecenia.

Po wprowadzeniu danych należy je zapisać klikając przycisk „Dodaj”. Jeżeli formularz nie został wypełniony prawidłowo system poinformuje o tym stosownym komunikatem i umożliwi poprawienie/uzupełnienie danych. Jeżeli formularz został wypełniony prawidłowo system wyświetli odpowiednią informację oraz trzy kwoty: wartości przedmiotu ze zlecenia, wartości

refundacji jaką zwróci NFZ i dopłaty jaką musi uiścić pacjent.



Po kliknięciu przycisku „Zakończ” okno rejestrowania nowego zlecenia jest zamykane.

Aby wyszukać dane zaopatrzenia z już zarejestrowanych zleceń należy określić kryteria wyszukiwania w wyszukiwarce a następnie kliknąć przycisk „Szukaj”. Wyszukiwanie jest możliwe według dowolnej kombinacji następujących kryteriów:

- pacjent – w polu tym można wpisać początek imienia, początek nazwiska, i/lub numer PESEL pacjenta, na rzecz którego zostało zrealizowane zlecenie, wielkość liter nie ma znaczenia
- personel – w polu tym można wpisać początek imienia, początek nazwiska, i/lub numer NPWZ personelu, który wystawił zlecenie, wielkość liter nie ma znaczenia
- rodzaj dokumentu
- numer dokumentu
- data wystawienia dokumentu – przedział czasu w jakim został wystawiony dokument zlecenia
- data przyjęcia dokumentu – przedział czasu w jakim dokument zlecenia został przyjęty do realizacji
- umowa – umowa z NFZ w ramach której zostało zrealizowane zlecenie
- zakres świadczeń – zakres świadczeń z umowy z NFZ w ramach którego zostało zrealizowane zlecenie
- rodzaj zaopatrzenia
- produkt
- data wydania – przedział czasu w jakim pacjentowi został wydany/naprawiony przedmiot
- miejsce wydania – miejsce w którym wydano pacjentowi zakupiony/naprawiony przedmiot

Po wprowadzeniu kryteriów i kliknięciu przycisku „Szukaj” pod wyszukiwarką wyświetla się lista zaopatrzenia spełniającego kryteria wyszukiwania. Statusy zaopatrzenia są wyróżnione kolorami:

- do wysłania – biały – dane jeszcze nie wysłane do NFZ
- wysłane – żółty – dane wysłane do NFZ, oczekujące na weryfikację
- zaakceptowane – zielony – dane wysłane do NFZ, zweryfikowane pozytywnie
- odrzucone – czerwony – dane wysłane do NFZ, zweryfikowane negatywnie

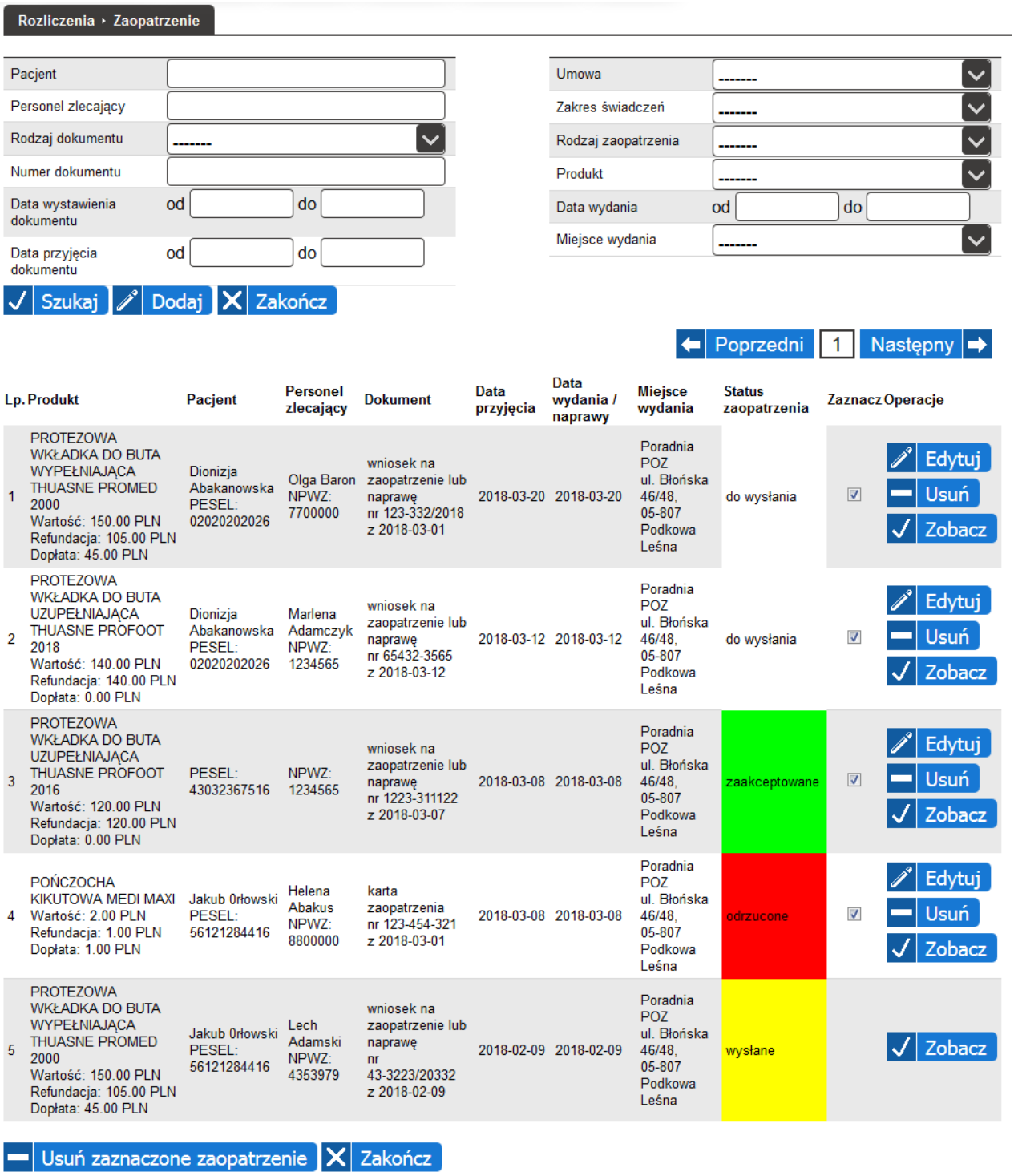
Ponadto w kolumnie statusu zaopatrzenia może pojawić się sformułowanie „(skorygowane)” - w ten sposób oznaczane są pozycje zmodyfikowane po tym jak już zostały rozliczone (tzn. zmodyfikowane po zaimportowaniu szablon rachunku – plik ZRZ) a więc pozycje dla których konieczne jest przekazanie do NFZ korygującego pliku ZPX.

Przy każdej pozycji w wynikach wyszukiwania widoczne jest pole zaznaczenia służące do grupowego usuwania danych zaopatrzenia – po zaznaczeniu wybranych pozycji i kliknięciu na przycisk „Usuń zaznaczone zaopatrzenie" zaznaczone pozycje są usuwane (UWAGA! Domyślnie zaznaczone są wszystkie pozycje na wszystkich podstronach wyników wyszukiwania.)

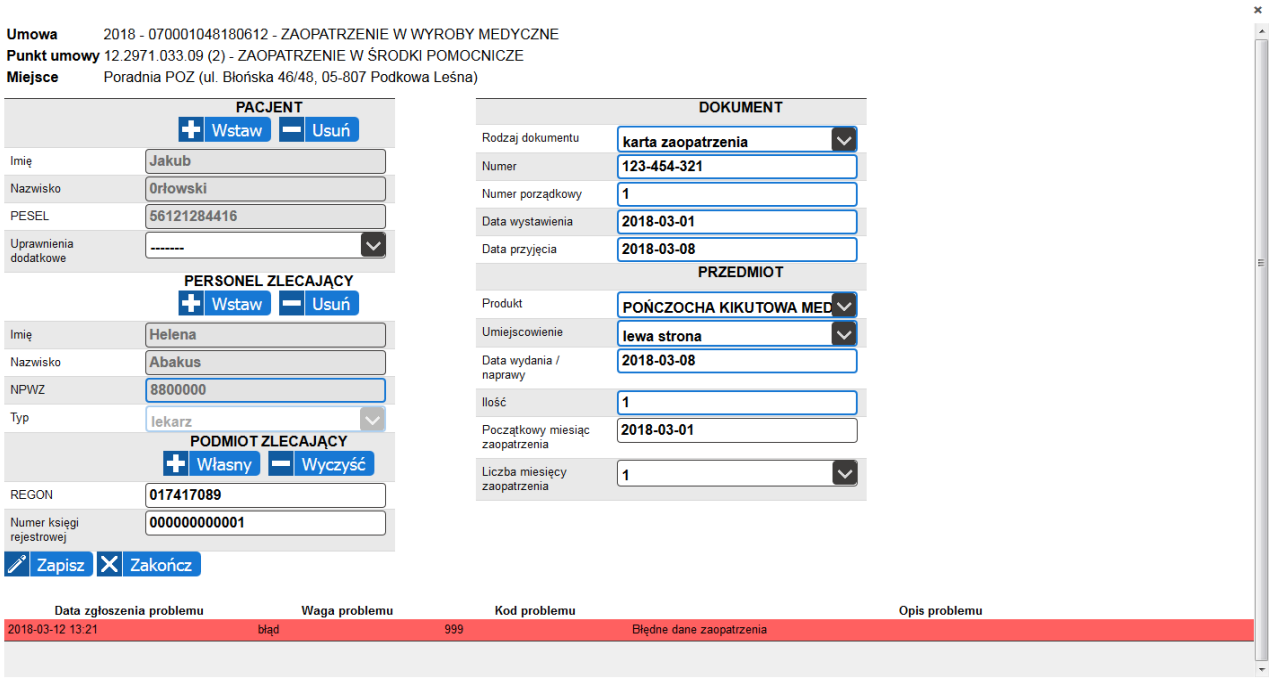
Przy każdej pozycji w wynikach wyszukiwania widoczne mogą być trzy przyciski:

- Edytuj – umożliwia modyfikację zarejestrowanych danych
- Usuń – umożliwia usunięcie zarejestrowanych danych
- Zobacz – umożliwia podgląd zarejestrowanych danych

Przyciski „Edytuj" i „Usuń" nie są dostępne przy danych wysłanych do NFZ i oczekujących na weryfikację.



Aby zmodyfikować zarejestrowane dane należy kliknąć przy danej pozycji w wynikach wyszukiwania przycisk „Edytuj”. Otworzy się wówczas w nowym oknie formularz danych zlecenia, które można zmodyfikować po czym należy zmiany zatwierdzić klikając przycisk „Zapisz”. Jeżeli modyfikowane jest zaopatrzenie o statusie „zaakceptowane” lub „odrzucone” wówczas pod formularzem dodatkowo wyświetlana jest lista informacji, ostrzeżeń i błędów zgłoszonych przez NFZ dla danego zaopatrzenia.



Aby usunąć zaopatrzenie należy kliknąć przy danej pozycji w wynikach wyszukiwania przycisk „Usuń". Po potwierdzeniu system usunie wskazane zaopatrzenie.

Aby podejrzeć dane zaopatrzenia należy kliknąć przy danej pozycji w wynikach wyszukiwania przycisk „Zobacz". Wyświetli się wówczas formularz danych zaopatrzenia w trybie tylko do odczytu.

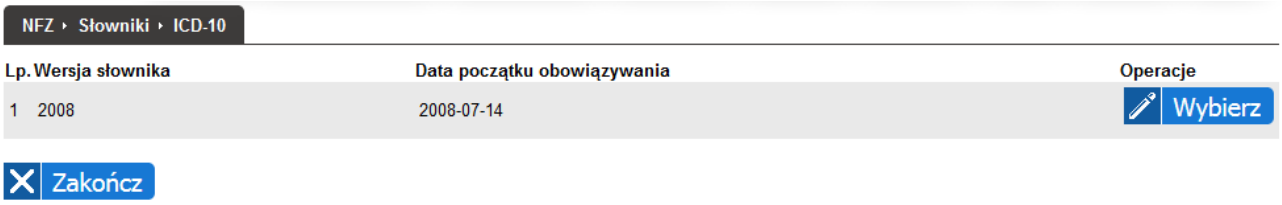
Słowniki

Podmenu „Słowniki" w menu „NFZ" zawiera funkcjonalności do zarządzania słownikami niezbędnymi w procesie rozliczeń, a są to:

- ICD-10 - słowniki rozpoznań
- ICD-9 - słowniki procedur medycznych
- Usługi NFZ-owe - rozszerzenie słowników świadczeń zawartych w umowach z NFZ
- Zaopatrzenie w wyroby medyczne – słownik wyrobów medycznych

ICD-10

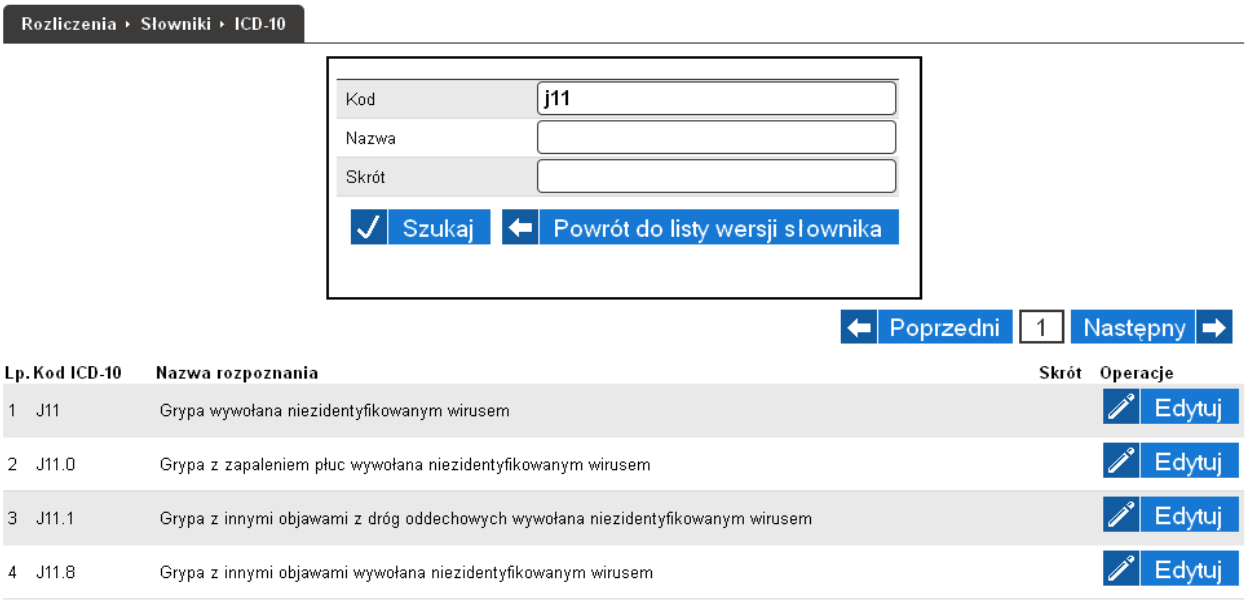
Funkcjonalność „ICD-10" z podmenu „Słowniki" w menu „NFZ" służy do zarządzania słownikiem rozpoznań. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista wersji słownika ICD-10. Każda wersja ma określoną datę początku jej obowiązywania. Przy każdej wersji widoczny jest przycisk „Wybierz" umożliwiający przejście do zarządzania słownikiem w danej wersji.



W systemie konieczne jest przechowywanie wszystkich wersji słownika aby możliwe było korygowanie danych starszych usług - kody rozpoznań wykazywane przy usłudze muszą pochodzić z wersji słownika ICD-10 obowiązującej w dniu wykonania usługi. Po naciśnięciu przycisku „Wybierz" przy wybranej wersji słownika ICD-10 wyświetla się wyszukiwarka pozycji w słowniku. Wyszukiwanie jest możliwe według dowolnej kombinacji następujących kryteriów:

- kod - kod lub fragment kodu ICD-10, wielkość liter nie ma znaczenia
- nazwa - fragment nazwy rozpoznania, wielkość liter nie ma znaczenia
- skrót - zdefiniowany skrót rozpoznania, wielkość liter nie ma znaczenia

Po wprowadzeniu kryteriów wyszukiwania i naciśnięciu przycisku „Szukaj" pod wyszukiwarką wyświetla się lista pozycji w słowniku spełniających kryteria wyszukiwania. Ponieważ słownik ICD-10 jest standardem, więc nie ma możliwości dodawania, modyfikowania ani usuwania pozycji słownika. Możliwe jest jedynie przypisanie skrótu do danego rozpoznania (skrót może być używany przy wykazywaniu rozpoznań w formularzu danych usługi - wprowadzając w formularzu danych usługi skrót rozpoznania system podpowie rozpoznanie z przypisanym tym skrótem).

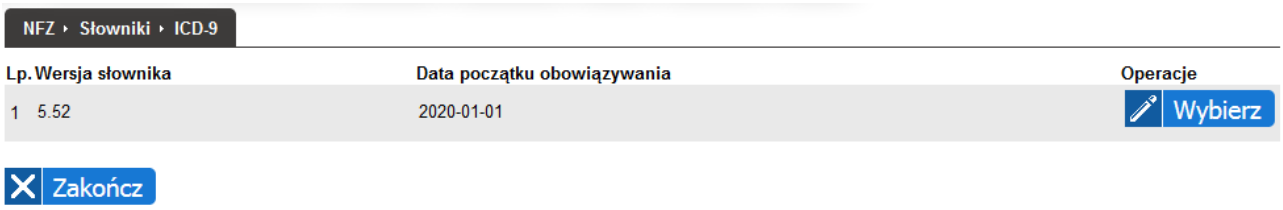


Aby przypisać skrót do rozpoznania należy nacisnąć przycisk „Edytuj" przy właściwym rozpoznaniu na liście wyników wyszukiwania. Wyświetli się wówczas formularz danych rozpoznania, w którym można wprowadzić skrót i zatwierdzić go przyciskiem „Zapisz".



ICD-9

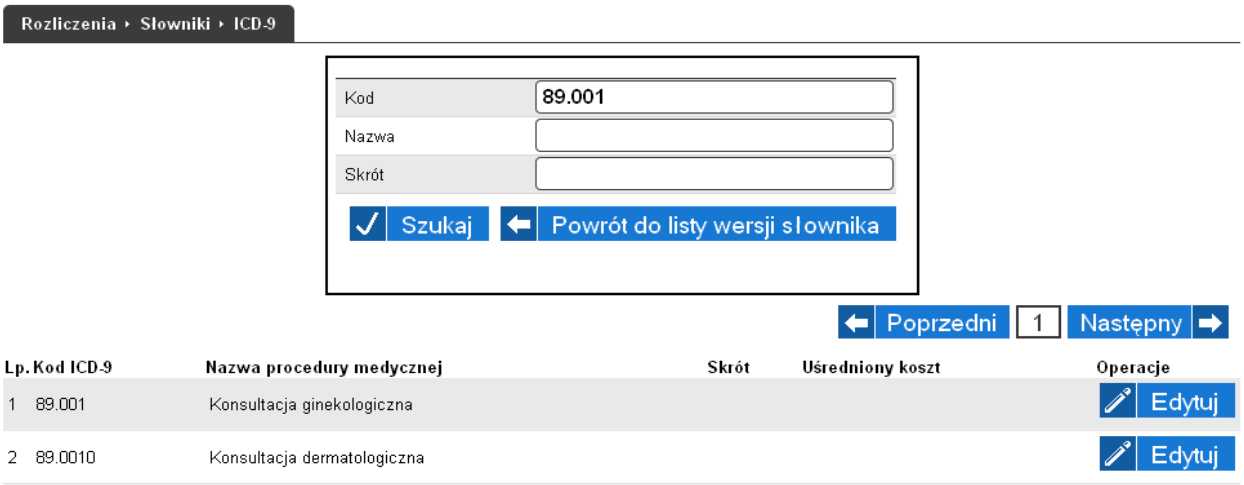
Funkcjonalność „ICD-9” z podmenu „Słowniki” w menu „NFZ” służy do zarządzania słownikiem procedur medycznych. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista wersji słownika ICD-9. Każda wersja ma określoną datę początku jej obowiązywania. Przy każdej wersji widoczny jest przycisk „Wybierz” umożliwiający przejście do zarządzania słownikiem w danej wersji.



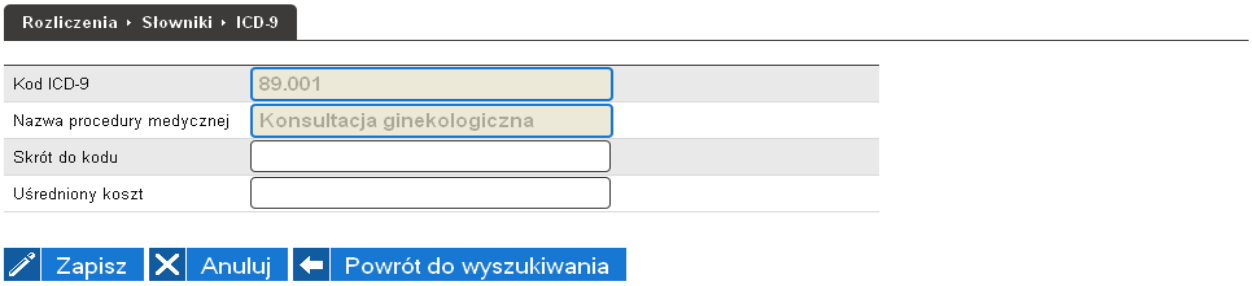
W systemie konieczne jest przechowywanie wszystkich wersji słownika aby możliwe było korygowanie danych starszych usług - kody procedur medycznych wykazywane przy usłudze muszą pochodzić z wersji słownika ICD-9 obowiązującej w dniu wykonania usługi. Po naciśnięciu przycisku „Wybierz” przy wybranej wersji słownika ICD-9 wyświetla się wyszukiwarka pozycji w słowniku. Wyszukiwanie jest możliwe według dowolnej kombinacji następujących kryteriów:

- kod - kod lub fragment kodu ICD-9, wielkość liter nie ma znaczenia
- nazwa - fragment nazwy procedury medycznej, wielkość liter nie ma znaczenia
- skrót - zdefiniowany skrót rozpoznania, wielkość liter nie ma znaczenia

Po wprowadzeniu kryteriów wyszukiwania i naciśnięciu przycisku „Szukaj” pod wyszukiwarką wyświetla się lista pozycji w słowniku spełniających kryteria wyszukiwania. Ponieważ słownik ICD-9 jest standardem, więc nie ma możliwości dodawania, modyfikowania ani usuwania pozycji słownika. Możliwe jest jedynie przypisanie skrótu do danej procedury medycznej (skrót może być używany przy wykazywaniu procedur medycznych w formularzu danych usługi - wprowadzając w formularzu danych usługi skrót procedury medycznej system podpowie procedurę z przypisanym tym skrótem) oraz określenie uśrednionego kosztu procedury medycznej (uśredniony koszt może być używany do celów raportowych).

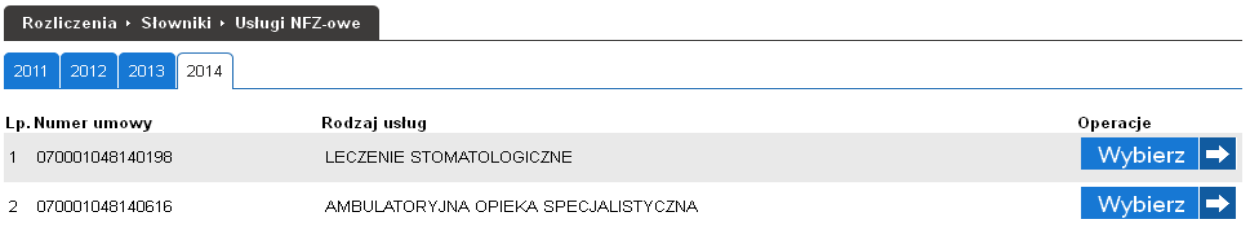


Aby przypisać skrót i uśredniony koszt do procedury medycznej należy nacisnąć przycisk „Edytuj" przy właściwej procedurze na liście wyników wyszukiwania. Wyświetli się wówczas formularz danych procedury medycznej, w którym można wprowadzić skrót i zatwierdzić go przyciskiem „Zapisz".

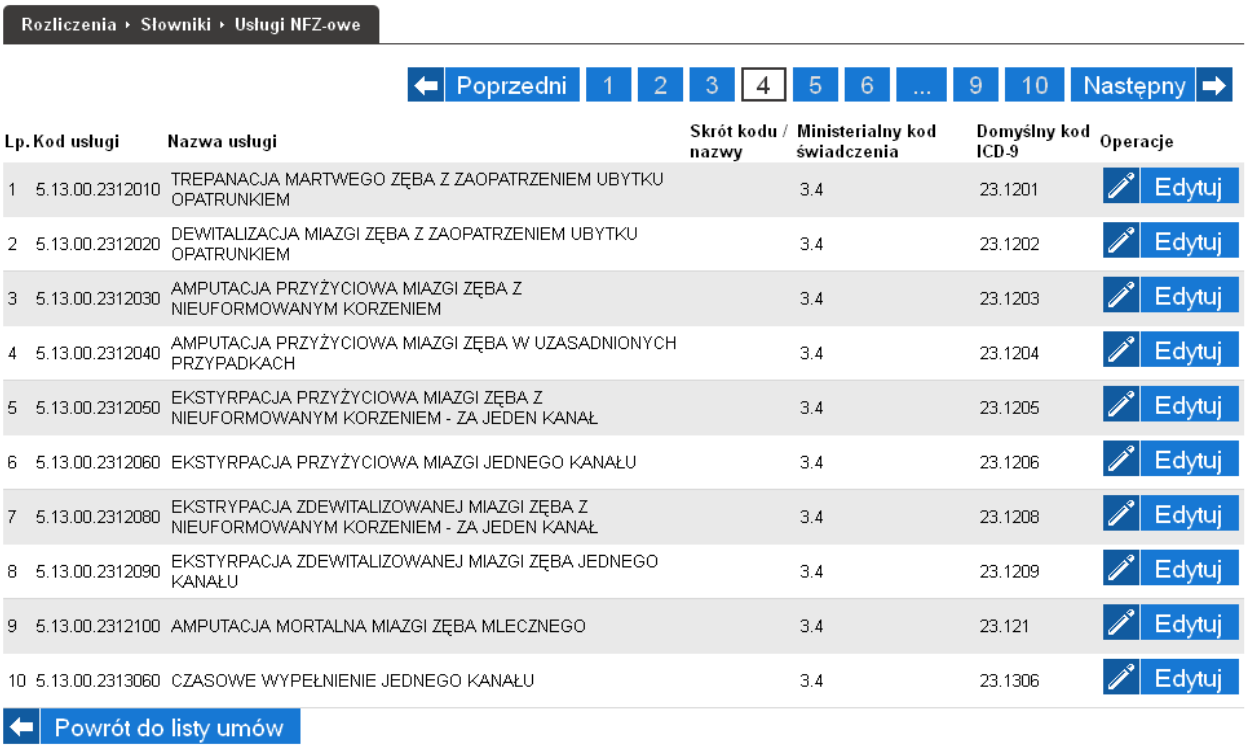


Usługi NFZ-owe

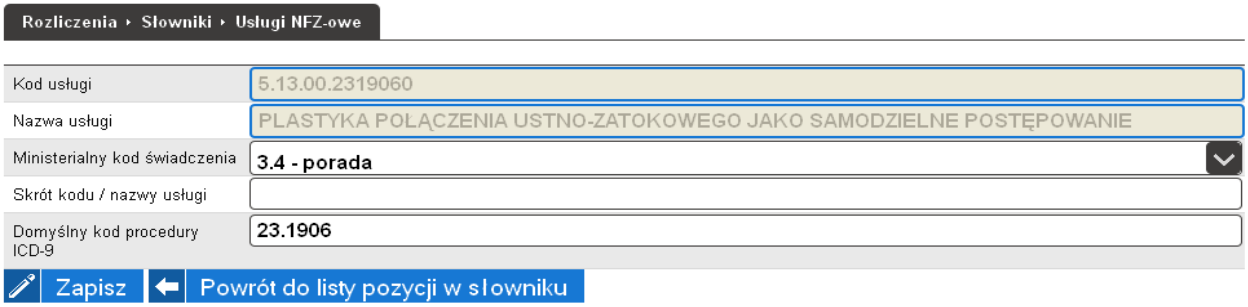
Funkcjonalność „Usługi NFZ-owe" z podmenu „Słowniki" w menu „NFZ" służy do zarządzania słownikami świadczeń zawartymi w umowach z NFZ. Po wybraniu tej funkcjonalności pojawia się lista umów z NFZ.



Umowy podzielone są na lata (umowy z kolejnych lat dostępne są w oddzielnych zakładkach). Przy każdej umowie widoczny jest przycisk „Wybierz", którego naciśnięcie wyświetla listę świadczeń zawartych w danej umowie.



Ponieważ lista świadczeń wynika wprost z umowy z NFZ nie ma możliwości dodawania i usuwania świadczeń, ani edycji tych danych świadczeń, które są zawarte w umowie. Możliwe jest natomiast uzupełnienie danych każdej usługi o skrót, ministerialny kod świadczenia oraz domyślny kod ICD-9. Do niektórych świadczeń system przypisuje sam automatycznie ministerialne kody świadczeń i domyślne kody ICD-9, można jednak je modyfikować. Przy każdym świadczeniu dostępny jest przycisk „Edytuj" umożliwiający wyświetlenie formularza danych świadczenia.



Po wprowadzeniu w formularzu ministerialnego kodu świadczenia, skrótu i domyślnego kodu procedury medycznej (pola te nie są obowiązkowe) należy zapisać zmiany przyciskiem „Zapisz". Jeżeli świadczenie będzie miało przypisany ministerialny kod świadczenia i domyślny kod procedury wówczas w formularzu danych usługi po wskazaniu kodu takiego świadczenia ministerialny kod świadczenia i kod procedury medycznej zostaną wypełnione automatycznie. Skrót może być używany w formularzu danych usługi przy wprowadzaniu kodu usługi - wpisując skrót system podpowie kod świadczenia (usługi) opatrzony tym skrótem.

Zaopatrzenie w wyroby medyczne

Funkcjonalność „Zaopatrzenie w wyroby medyczne" z podmenu „Słowniki" w menu „NFZ" służy

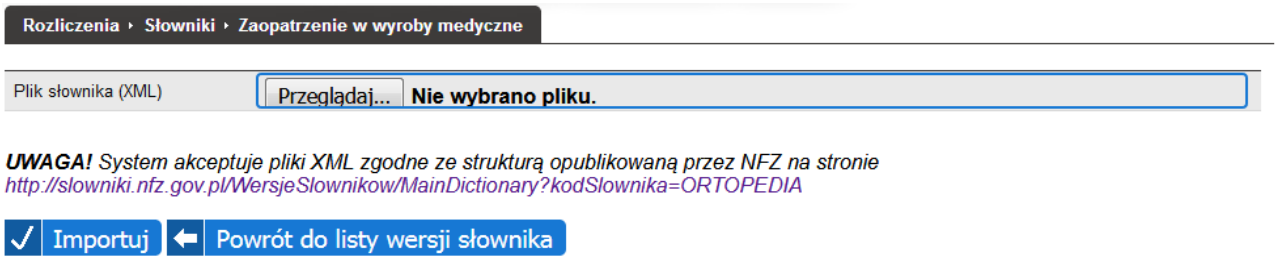
do zarządzania słownikami zaopatrzenia w wyroby medyczne. Po wybraniu tej funkcjonalności pojawia się lista zaimportowanych słowników a przy każdym z nich przycisk „Przeglądaj”. Pod listą słowników widoczny jest przycisk „Importuj”.



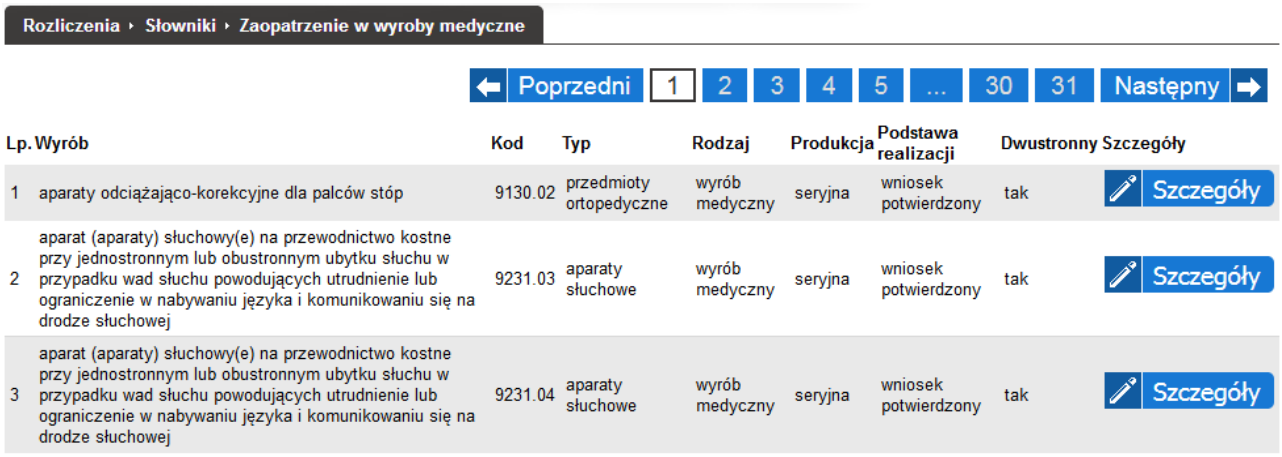
Aby zaimportować nową wersję słownika opublikowaną przez NFZ należy kliknąć przycisk „Importuj”. Wyświetli się wówczas formularz importowania pliku. System akceptuje pliki XML publikowane na stronie

http://slowniki.nfz.gov.pl/WersjeSlownikow/MainDictionary?kodSlownika=ORTOPEDIA

Po wskazaniu pliku i kliknięciu przycisku „Importuj”, słownik jest importowany do systemu i pojawia się na liście zaimportowanych słowników.



Aby móc przeglądać zawartość słownika należy kliknąć przycisk „Przeglądaj” przy danym słowniku na liście. Wyświetli się wówczas zawartość słownika podzielona na podstrony i panel nawigacyjny umożliwiający przełączanie się pomiędzy podstronami.



Przy każdej pozycji słownika widoczny jest przycisk „Szczegóły” którego kliknięcie otwiera w nowym oknie szczegółowe (wszystkie) informacje o danej pozycji słownika.

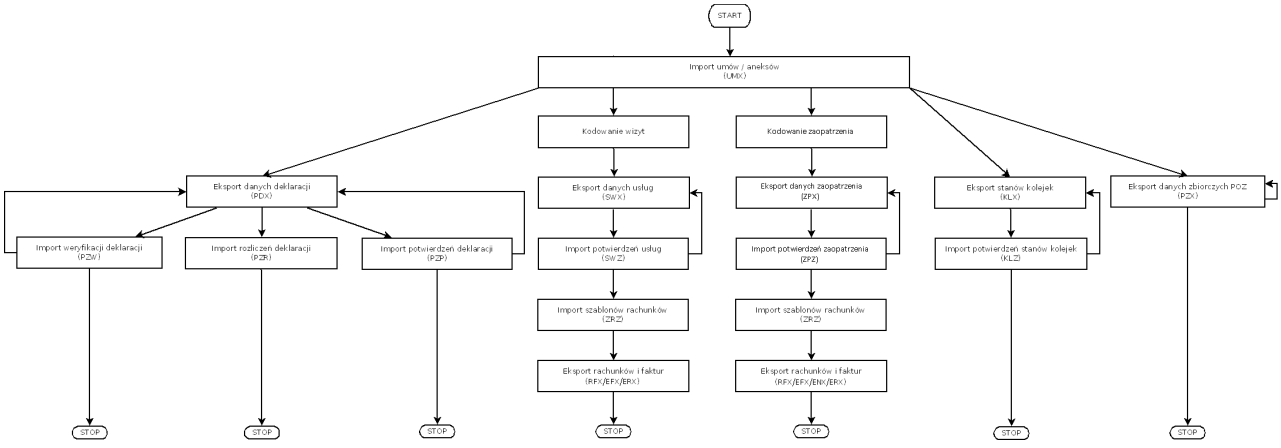
APARATY ODCIĄŻAJĄCO-KOREKCYJNE DLA PALCÓW STÓP

Data od	2019-01-01
Data do	2019-12-31
Limit cenowy	16.00
Limit ilości	1
Limit ilości minimum	0
Limit ilości dla uprawnienia 47DN	0
Jednostkowa	tak
Refundacja [%]	
Algorytm wyznaczania kwoty refundacji w przypadku posiadania uprawnienia 47DN	liniowy z progiem dolnym
Algorytm wyznaczania kwoty refundacji w przypadku posiadania uprawnienia 47ZN	liniowy z progiem dolnym
Typ okresu użytkowania	rok kalendarzowy
Długość okresu użytkowania od	0
Długość okresu użytkowania do	3
Krotność okresu użytkowania	1
Wiek od	0
Wiek do	999
Czy kod można wykorzystać do wystawienia zlecenia	tak
Czy kod można wykazać w realizacji zlecenia	tak
Czy można skrócić okres używalności	nie
Czy wymagane jest podanie liczby przetok	nie
Czy zlecenie jest możliwe w trakcie pobytu w szpitalu	nie
Czy zlecenie jest możliwe w trakcie pobytu w ZOL	nie
Czy kod dedykowany dla kobiet w ciąży	nie

Zamknij

Komunikaty

Funkcjonalności z podmenu „Komunikaty” w menu „NFZ” służą do obsługi wymiany informacji pomiędzy systemem jHIS a systemem NFZ SZOI. Proces rozliczeń z NFZ opiera się na wymianie plików pomiędzy systemem jHIS a systemem NFZ SZOI - system jHIS generuje pliki, które następnie (ręcznie) importowane są do systemu NFZ SZOI, zaś system NFZ SZOI generuje pliki, które następnie (również ręcznie) importowane są do systemu jHIS. Wymieniane pliki mają format XML o ściśle ustalonej strukturze spakowany algorytmem ZIP o dowolnej nazwie i z rozszerzeniem właściwym dla danego rodzaju pliku zamiast rozszerzenia „.zip” (np. umowa_stomatologia_2014.umx). Proces rozliczeń z NFZ z punktu widzenia systemu jHIS przedstawia poniższy diagram:



Proces rozliczeń rozpoczyna się od zaimportowania do systemu jHIS umowy w formie pliku UMX pobranego z systemu NFZ SZOI. Proces rozliczeń dzieli się na cztery niezależne podprocesy:

- Rozliczanie deklaracji
  - Krok I: Dane deklaracji są eksportowane z systemu jHIS do plików PDX - pliki te powinny następnie zostać przekazane do systemu NFZ SZOI
  - Krok II: Po przetworzeniu plików PDX przez NFZ z systemu NFZ SZOI są pobierane pliki potwierdzeń deklaracji (PZP) i weryfikacji deklaracji (PZW) - pliki te powinny zostać zaimportowane do systemu jHIS.
  - Krok III: Jeżeli po zaimportowaniu plików PZP i PZW do systemu jHIS istnieją w systemie jHIS deklaracje odrzucone przez NFZ, wówczas deklaracje takie można poprawić i ponowić proces rozliczania deklaracji.
  - Krok IV: Kiedy termin rozliczenia deklaracji minie z systemu NFZ SZOI są eksportowane pliki rozliczenia deklaracji (PZR) - pliki te mogą być zaimportowane do systemu jHIS.
- Rozliczenie usług
  - Krok I: Zrealizowane wizyty są kodowane w systemie jHIS.
  - Krok II: Dane usług są eksportowane z systemu jHIS do plików SWX - pliki te powinny następnie zostać przekazane do systemu NFZ SZOI.
  - Krok III: Po przetworzeniu plików SWX przez NFZ z systemu NFZ SZOI są pobierane pliki potwierdzeń danych usług SWZ - pliki te powinny zostać zaimportowane do systemu jHIS.
  - Krok IV: Jeżeli po zaimportowaniu plików SWZ do systemu jHIS istnieją w systemie jHIS usługi odrzucone przez NFZ, wówczas usługi takie można poprawić i ponowić proces rozliczania dla tych usług.
  - Krok V: Kiedy termin rozliczenia usług minie z systemu NFZ SZOI są pobierane pliki szablonów rachunków (ZWZ) - pliki te powinny być zaimportowane do systemu jHIS.
  - Krok VI: Dla każdego szablonu rachunku z systemu jHIS są eksportowane pliki RFX z rachunkami (do 1 lipca 2018) lub pliki EFX z elektronicznymi fakturami lub pliki ERX z elektronicznymi rachunkami - pliki te powinny następnie zostać przekazane do systemu NFZ SZOI.
- Rozliczanie zaopatrzenia
  - Krok I: Zlecenia na zaopatrzenie są kodowane w systemie jHIS.
  - Krok II: Dane zaopatrzenia są eksportowane z systemu jHIS do plików ZPX - pliki te powinny następnie zostać przekazane do systemu NFZ SZOI.
  - Krok III: Po przetworzeniu plików ZPX przez NFZ z systemu NFZ SZOI są pobierane pliki potwierdzeń danych usług ZPZ - pliki te powinny zostać zaimportowane do systemu jHIS.
  - Krok IV: Jeżeli po zaimportowaniu plików ZPZ do systemu jHIS istnieje w systemie jHIS zaopatrzenie odrzucone przez NFZ, wówczas dane takiego zaopatrzenia można poprawić i ponowić proces rozliczania (krok II).
  - Krok V: Kiedy termin rozliczenia usług minie z systemu NFZ SZOI są pobierane pliki

szablonów rachunków (ZWZ) - pliki te powinny być zaimportowane do systemu jHIS.

- Krok VI: Dla każdego szablonu rachunku z systemu jHIS są eksportowane pliki RFX z rachunkami (do 1 lipca 2018) lub pliki EFX z elektronicznymi fakturami lub pliki ENX z elektronicznymi notami księgowymi lub pliki ERX z elektronicznymi rachunkami - pliki te powinny następnie zostać przekazane do systemu NFZ SZOI.

〉 Sprawozdawanie kolejek oczekujących

- Krok I: Dane kolejek oczekujących są eksportowane z systemu jHIS do pliku KLX - plik ten powinien następnie zostać przekazany do systemu NFZ SZOI.
- Krok II: Po przetworzeniu pliku KLX przez NFZ z systemu NFZ SZOI jest pobierany plik potwierdzeń stanów kolejek KLZ - plik ten powinien zostać zaimportowany do systemu jHIS.
- Krok III: Jeżeli NFZ SZOI wykazał błędy stanów kolejek wówczas można proces sprawozdawania stanów kolejek ponowić.

〉 Sprawozdawanie danych zbiorczych świadczeń POZ

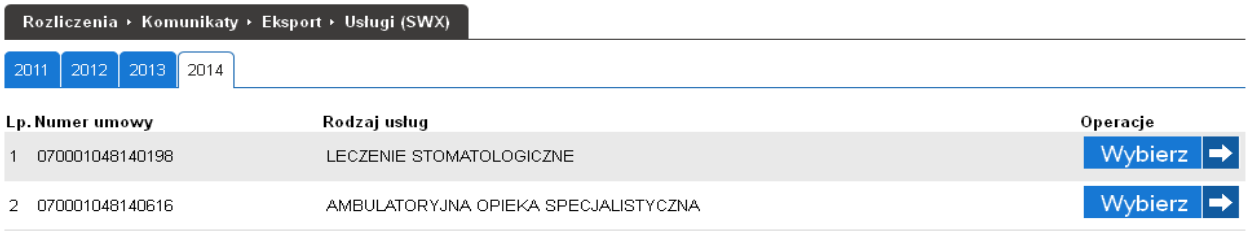
- Krok I: Dane zbiorcze świadczeń POZ są eksportowane z systemu jHIS do pliku PZX - plik ten powinien następnie zostać przekazany do systemu NFZ SZOI.
- Krok II: Istnieje możliwość ponowienia procesu sprawozdawania danych zbiorczych świadczeń POZ.

Eksport

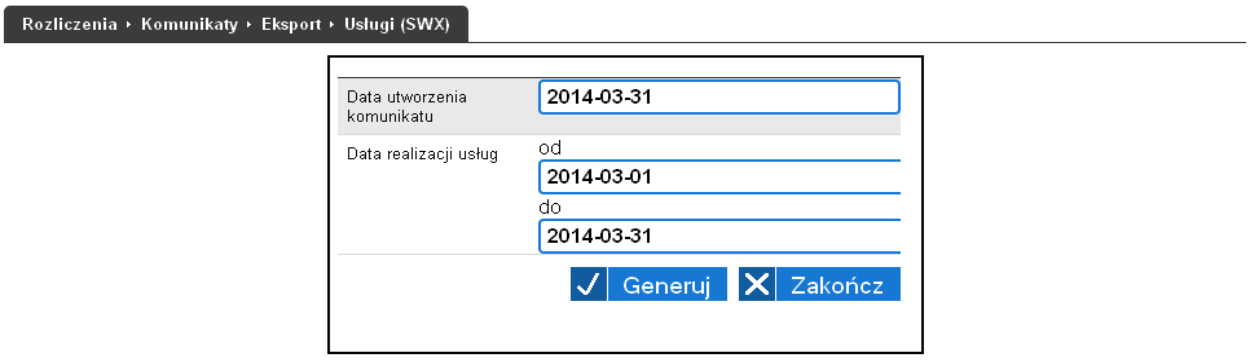
Funkcjonalności podmenu „Eksport” służą go tworzenia (eksportowania) w systemie jHIS plików (komunikatów) z danymi przekazywanymi do systemu NFZ SZOI.

Usługi (SWX)

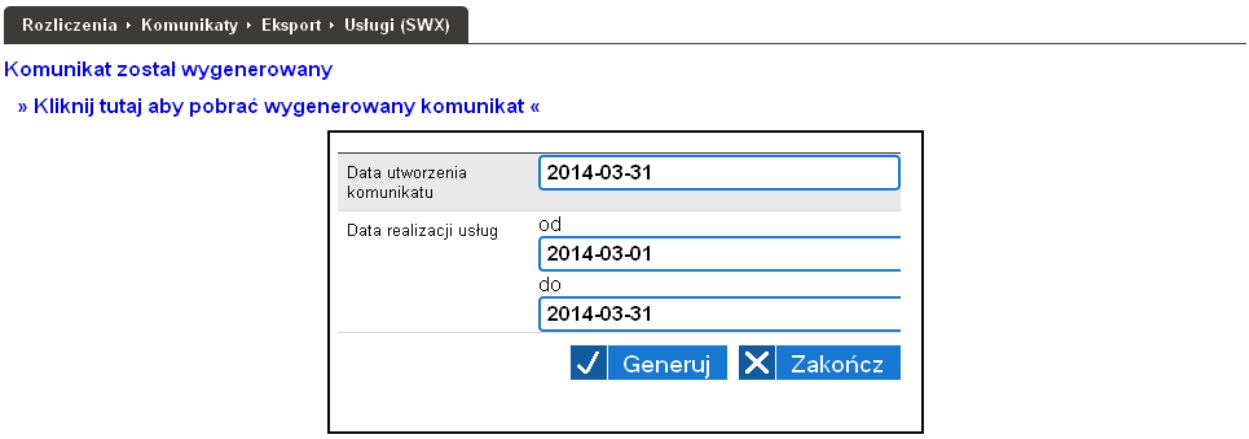
Funkcjonalność „Usługi (SWX)” służy do generowania plików SWX z danymi usług do przekazania do systemu NFZ SZOI. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista umów z NFZ. Umowy podzielone są na lata (umowy z kolejnych lat dostępne są w oddzielnych zakładkach).



Przy każdej umowie widoczny jest przycisk „Wybierz”, którego naciśnięcie wyświetla formularz parametrów tworzonego pliku SWX. W formularzu tym określa się datę utworzenia komunikatu i zakres dat realizacji usług (rozliczanych w ramach wybranej umowy), których dane mają trafić do tworzonego pliku SWX.



Po wypełnieniu formularza i naciśnięciu przycisku „Generuj” tworzony jest plik SWX z danymi usług (o ile jakiekolwiek usługi zostały zrealizowane we wskazanym okresie) a nad formularzem wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie utworzonego pliku SWX.



W jednym pliku SWX może wystąpić maksymalnie 5000 usług. Jeżeli we wskazanym w formularzu okresie zostało zrealizowanych więcej niż 5000 usług wówczas system automatycznie dzieli zrealizowane usługi na partie po maksymalnie 5000 usług i dla każdej takiej partii tworzy osobny plik SWX, a nad formularzem zamiast jednego odnośnika wyświetla się wówczas tyle odnośników ile plików SWX zostało utworzonych.

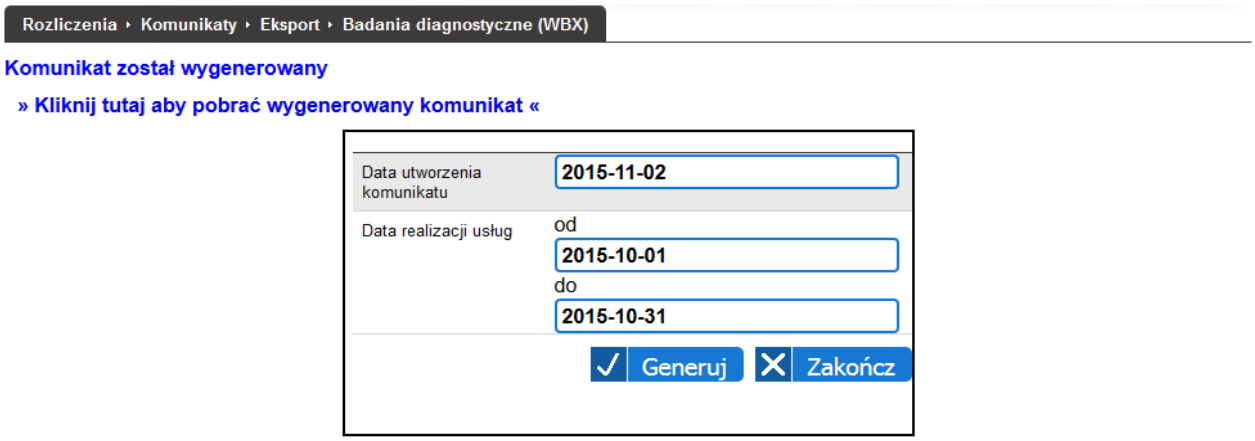
Utworzone pliki SWX należy pobrać klikając na odnośniki, zapisać na dysku i przekazać do systemu NFZ SZOI.

Badania diagnostyczne (WBX)

Funkcjonalność „Badania diagnostyczne (WBX)” służy do generowania plików WBX z danymi badań diagnostycznych do przekazania do systemu NFZ SZOI. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista umów z NFZ. Umowy podzielone są na lata (umowy z kolejnych lat dostępne są w oddzielnych zakładkach).



Przy każdej umowie widoczny jest przycisk „Wybierz”, którego naciśnięcie wyświetla formularz parametrów tworzonego pliku WBX. W formularzu tym określa się datę utworzenia komunikatu i zakres dat realizacji badań diagnostycznych (rozliczanych w ramach wybranej umowy), których dane mają trafić do tworzonego pliku WBX. Po wypełnieniu formularza i naciśnięciu przycisku „Generuj” tworzony jest plik WBX z danymi badań diagnostycznych (o ile jakiekolwiek badania zostały zrealizowane we wskazanym okresie) a nad formularzem wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie utworzonego pliku WBX.



W jednym pliku WBX może wystąpić maksymalnie 10000 badań. Jeżeli we wskazanym w formularzu okresie zostało zrealizowanych więcej niż 10000 badań wówczas system automatycznie dzieli zrealizowane badania na partie po maksymalnie 10000 badań i dla każdej takiej partii tworzy osobny plik WBX, a nad formularzem zamiast jednego odnośnika wyświetla się wówczas tyle odnośników ile plików WBX zostało utworzonych.

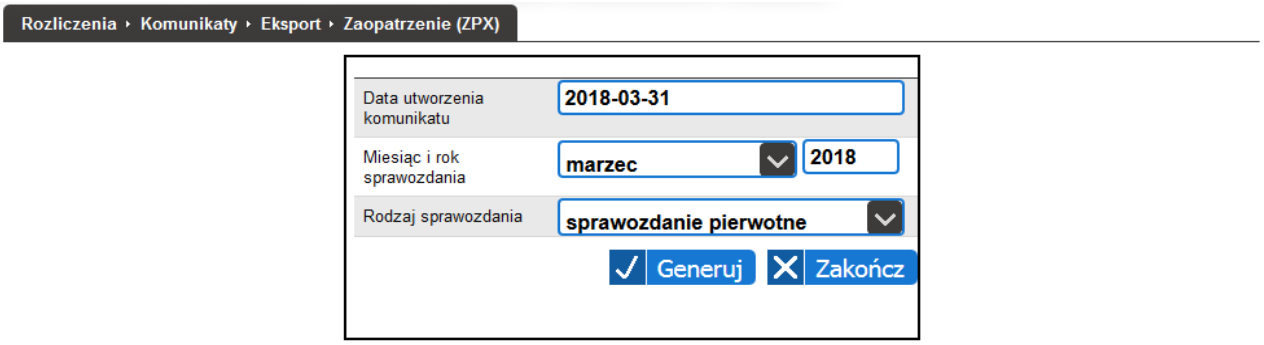
Utworzone pliki WBX należy pobrać klikając na odnośniki, zapisać na dysku i przekazać do systemu NFZ SZOI.

Zaopatrzenie (ZPX)

Funkcjonalność „Zaopatrzenie (ZPX)” służy do generowania plików ZPX z danymi zaopatrzenia do przekazania do systemu NFZ SZOI. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista umów z NFZ. Umowy podzielone są na lata (umowy z kolejnych lat dostępne są w oddzielnych zakładkach).



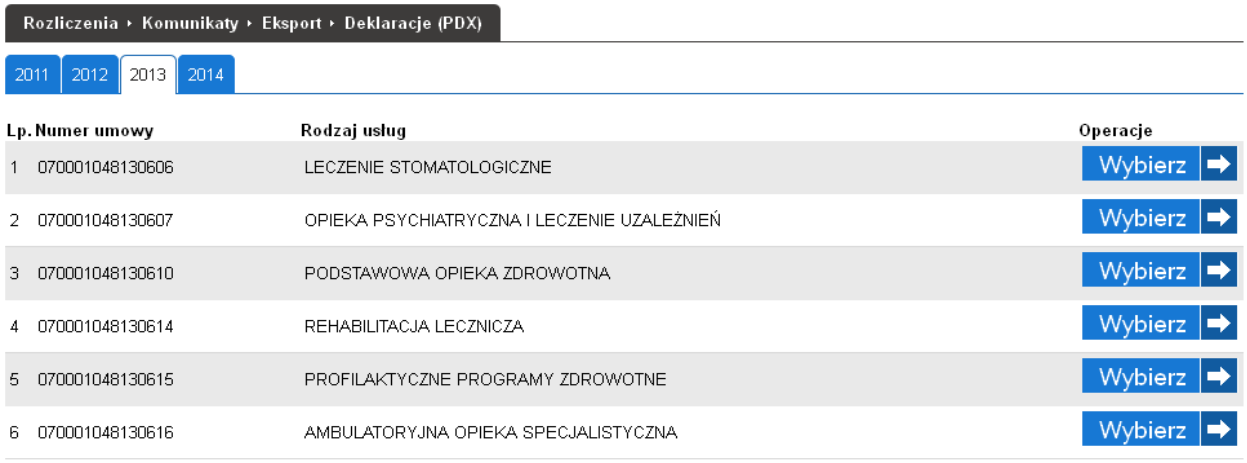
Przy każdej umowie widoczny jest przycisk „Wybierz", którego naciśnięcie wyświetla formularz parametrów tworzonego pliku ZPX. W formularzu tym określa się datę utworzenia komunikatu, okres sprawozdawczy z którego zaopatrzenie ma trafić do tworzonego pliku ZPX oraz rodzaj sprawozdania (pierwotne – wszystkie dane zaopatrzenia z danego okresu albo korygujące – dane zaopatrzenia z danego okresu skorygowanego po zaimportowaniu szablonu rachunku ZRZ). Po wypełnieniu formularza i naciśnięciu przycisku „Generuj" tworzony jest plik ZPX z danymi zaopatrzenia a nad formularzem wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie utworzonego pliku ZPX.



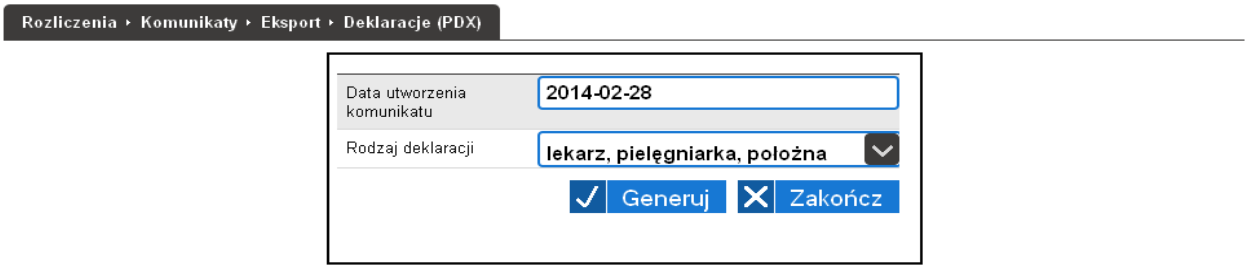
Utworzony plik ZPX należy pobrać klikając na odnośnik, zapisać na dysku i przekazać do systemu NFZ SZOI.

Deklaracje (PDX)

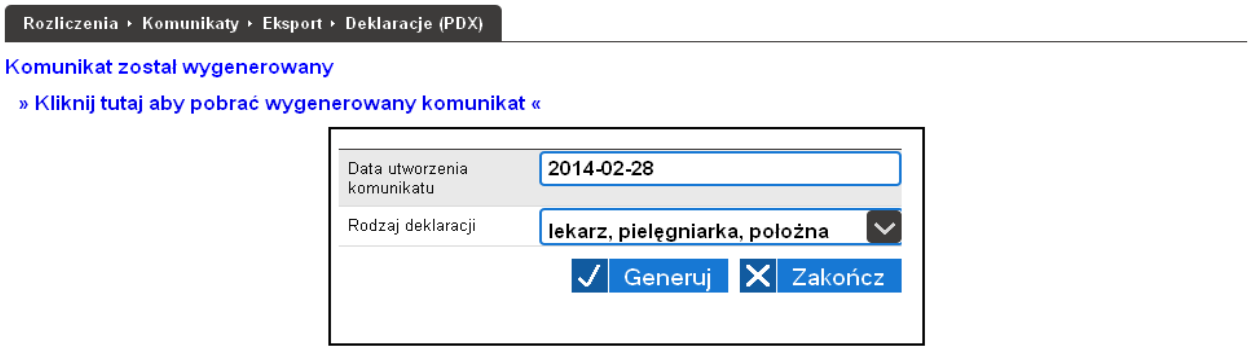
Funkcjonalność „Deklaracje (PDX)" służy do generowania plików PDX z danymi deklaracji do przekazania do systemu NFZ SZOI. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista umów z NFZ. Umowy podzielone są na lata (umowy z kolejnych lat dostępne są w oddzielnych zakładkach).



Przy każdej umowie widoczny jest przycisk „Wybierz", którego naciśnięcie wyświetla formularz parametrów tworzonego pliku PDX. W formularzu tym określa się datę utworzenia komunikatu i rodzaj deklaracji (deklaracje do lekarza, pielęgniarki i położnej przekazywane są w osobnym pliku PDX, a deklaracje medycyny szkolnej w osobnym).



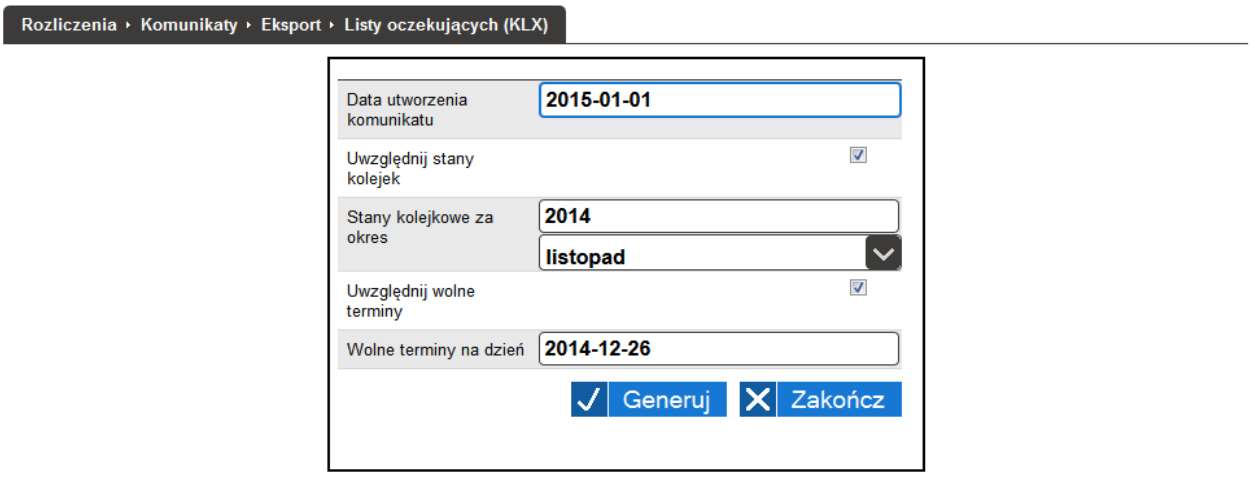
Po wypełnieniu formularza i naciśnięciu przycisku „Generuj" tworzony jest plik PDX z danymi deklaracji a nad formularzem wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie utworzonego pliku PDX.



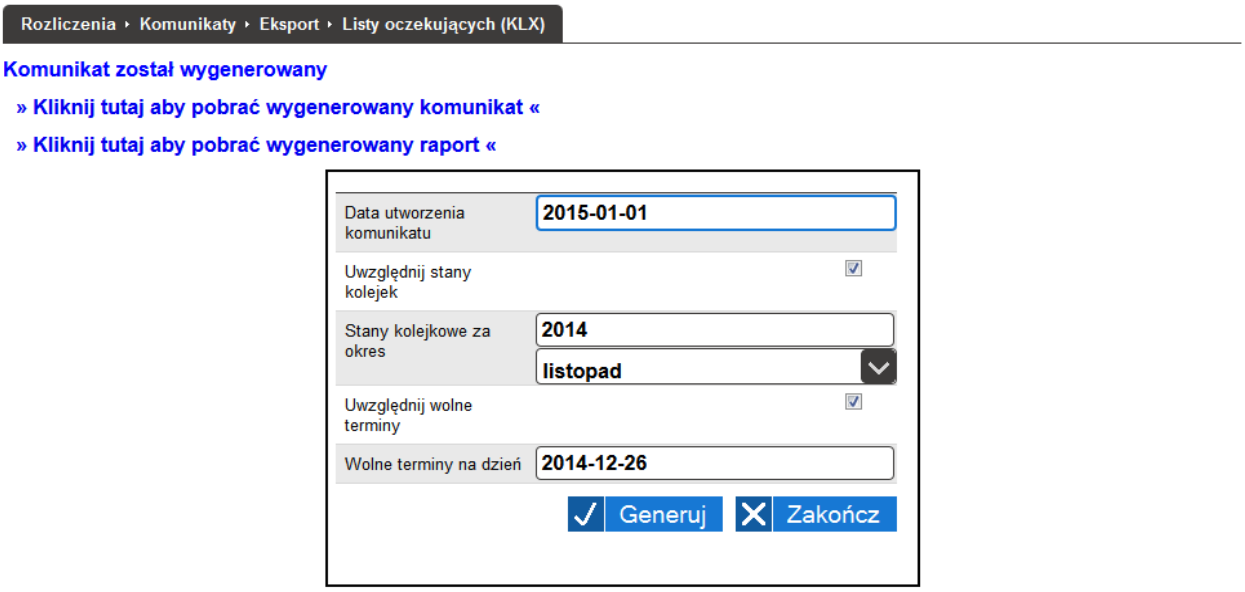
Utworzony plik PDX należy pobrać klikając na odnośnik, zapisać na dysku i przekazać do systemu NFZ SZOI.

Listy oczekujących (KLX)

Funkcjonalność „Listy oczekujących (KLX)” służy do generowania plików KLX ze stanami kolejek oczekujących oraz pierwszymi wolnymi terminami do przekazania do systemu NFZ SZOI. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz parametrów tworzonego pliku KLX, w którym określa się datę utworzenia komunikatu, sprawozdawany okres – rok i miesiąc (dla stanów kolejek) i/lub datę odniesienia dla wolnych terminów (dla pierwszych wolnych terminów).



Po wypełnieniu formularza i naciśnięciu przycisku „Generuj” tworzony jest plik KLX ze stanami kolejek oczekujących i/lub pierwszymi wolnymi terminami a nad formularzem wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie utworzonego pliku KLX, a ponadto odnośnik umożliwiający pobranie i wydrukowanie raportu ze stanami kolejek oczekujących o ile w formularzu zaznaczono opcję „Uwzględnij stany kolejek” (raport ten ma format PDF).

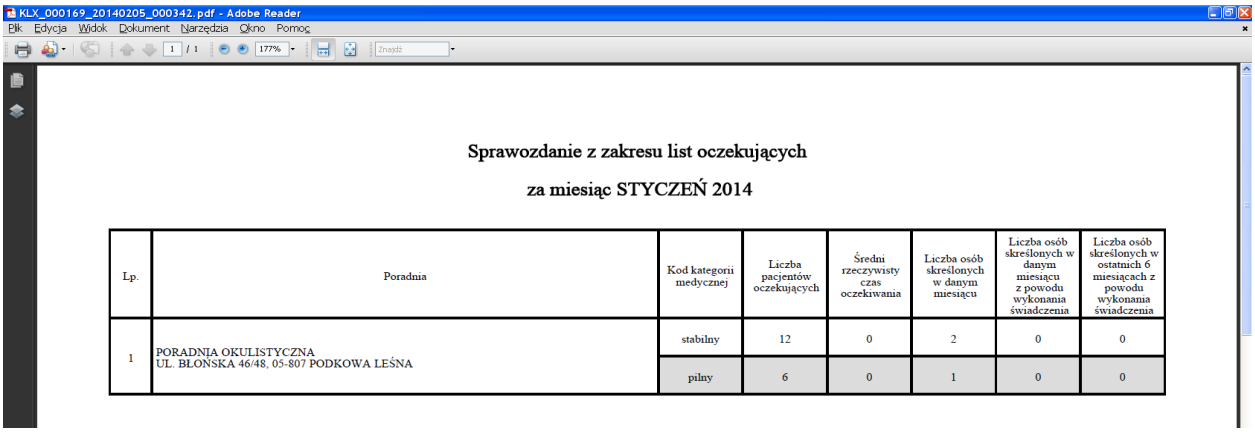


Utworzony plik KLX należy pobrać klikając na odnośnik, zapisać na dysku i przekazać do systemu NFZ SZOI.

Raport odpowiadający zawartości pliku KLX przedstawia stany kolejek oczekujących, a więc:

- liczby pacjentów oczekujących
- średnie rzeczywiste czasy oczekiwania (w dniach)
- liczby osób skreślonych w danym miesiącu
- liczby osób skreślonych w danym miesiącu z powodu wykonania świadczenia
- liczby osób skreślonych w ostatnich 3 miesiącach z powodu wykonania świadczenia

w podziale na przypadki stabilne i pilne.


KLX_000169_20140205_000342.pdf - Adobe Reader

Plik Edycja Widok Dokument Narzędzia Okno Pomoc

Sprawozdanie z zakresu list oczekujących

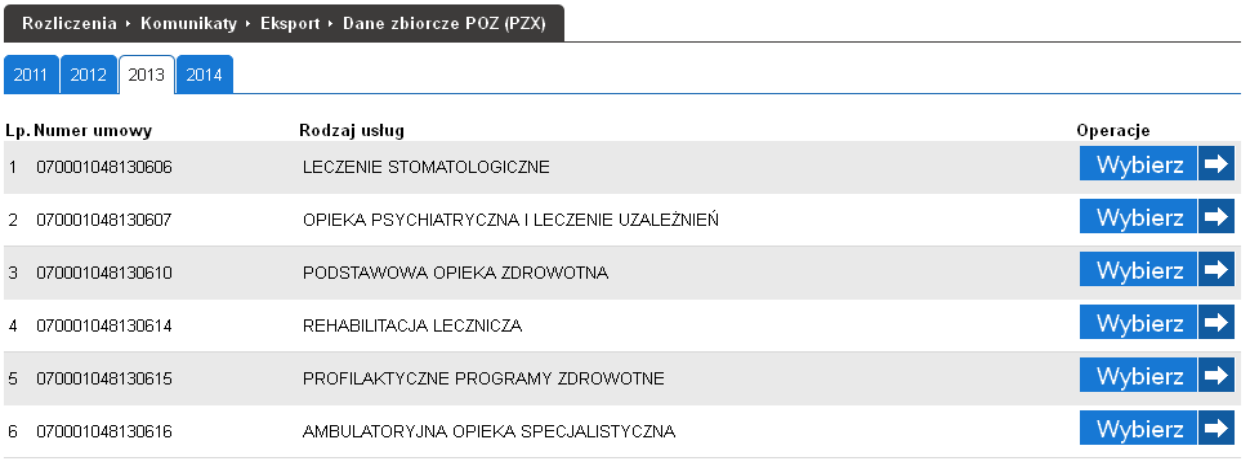
za miesiąc STYCZEŃ 2014

Lp.	Poradnia	Kod kategorii medycznej	Liczba pacjentów oczekujących	Średni rzeczywisty czas oczekiwania	Liczba osób skreślonych w danym miesiącu	Liczba osób skreślonych w danym miesiącu z powodu wykonania świadczenia	Liczba osób skreślonych w ostatnich 6 miesiącach z powodu wykonania świadczenia
1	PORADNIA OKULISTYCZNA UL. BŁOŃSKA 46/48, 05-807 PODKOWA LEŚNA	stabilny	12	0	2	0	0
		pilny	6	0	1	0	0

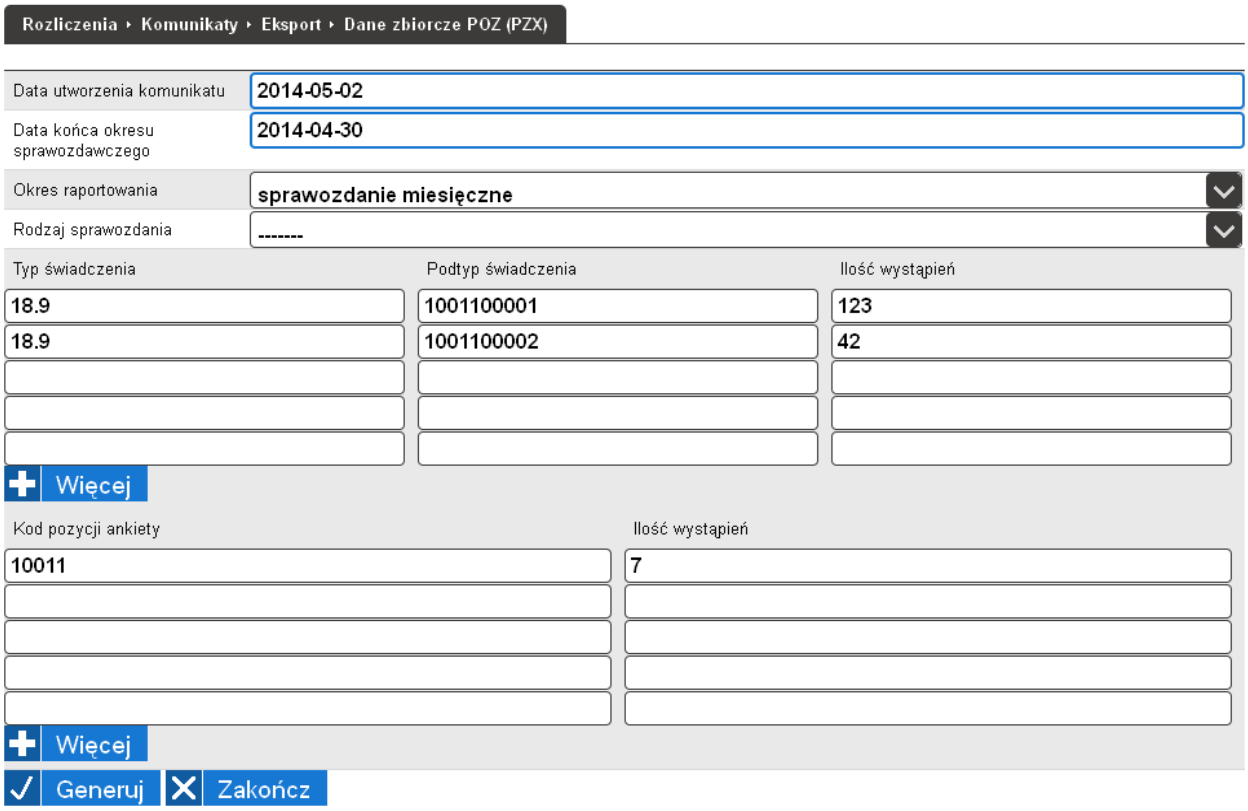
Utworzone raporty ze stanami kolejek oczekujących są składowane w systemie jHIS i dostępne do pobrania po wybraniu funkcjonalności „Listy oczekujących (KLX)” z podmenu „Dane”.

Dane zbiorcze POZ (PZX)

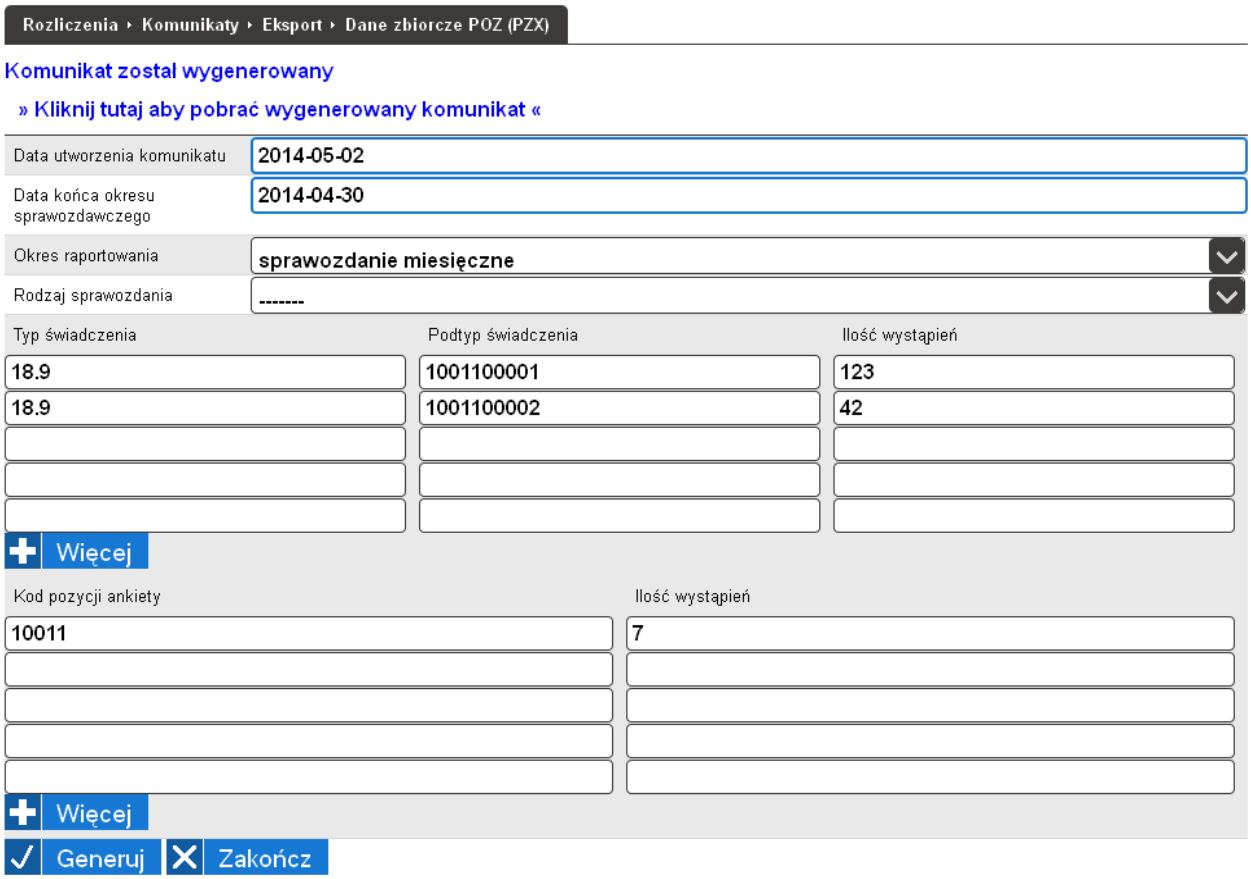
Funkcjonalność „Dane zbiorcze POZ (PZX)” służy do generowania plików PZX z danymi zbiorczymi świadczeń POZ do przekazania do systemu NFZ SZOI. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista umów z NFZ. Umowy podzielone są na lata (umowy z kolejnych lat dostępne są w oddzielnych zakładkach).



Przy każdej umowie widoczny jest przycisk „Wybierz”, którego naciśnięcie wyświetla formularz danych tworzonego pliku PDX. W formularzu określa się datę utworzenia komunikatu, datę końca okresu sprawozdawczego (na podstawie tej daty ustalany jest okres sprawozdawczy do przekazania w komunikacie), okres raportowania oraz wprowadza ilości typów świadczeń i pozycji ankiet identyfikowanych przez kody zawarte w załączniku do umowy z NFZ. Domyślnie wyświetla się pięć trójek pól do wprowadzenia typów, podtypów i ilości świadczeń oraz pięć par pól do wprowadzenia kodów i ilości pozycji ankiet. Jeżeli jest potrzeba wprowadzenia większej ilości danych należy skorzystać z przycisków „Więcej” widocznych w formularzu (trójki i pary pól, które nie zostaną wypełnione, zostaną zignorowane przy tworzeniu pliku PZX).

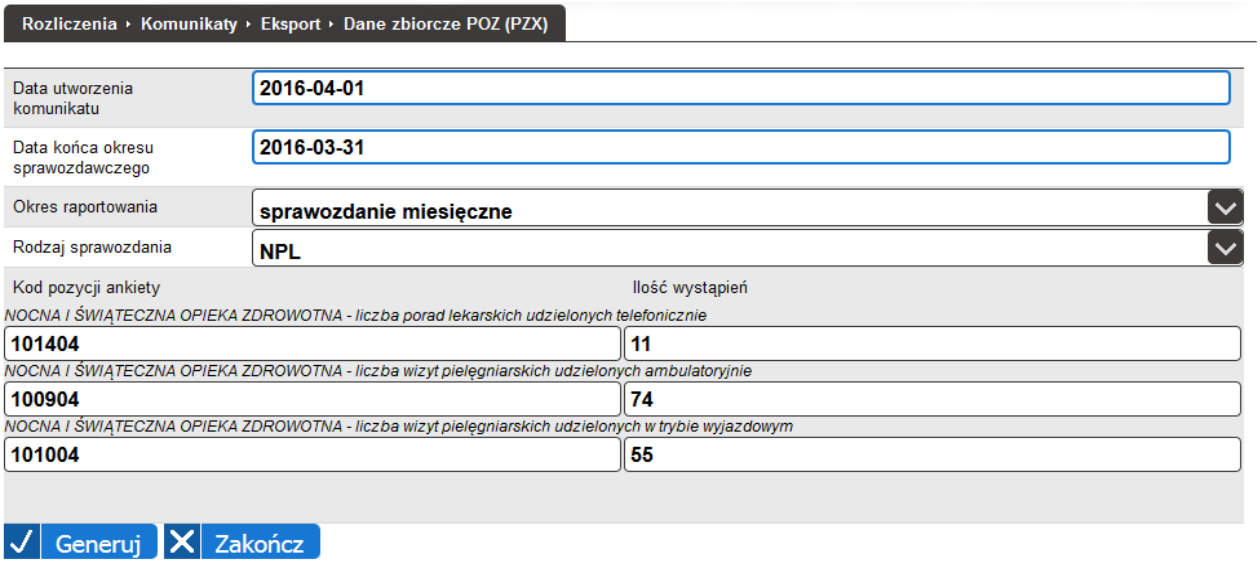


Po wypełnieniu formularza i naciśnięciu przycisku „Generuj” tworzony jest plik PZX z danymi zbiorczymi świadczeń POZ a nad formularzem wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie utworzonego pliku.

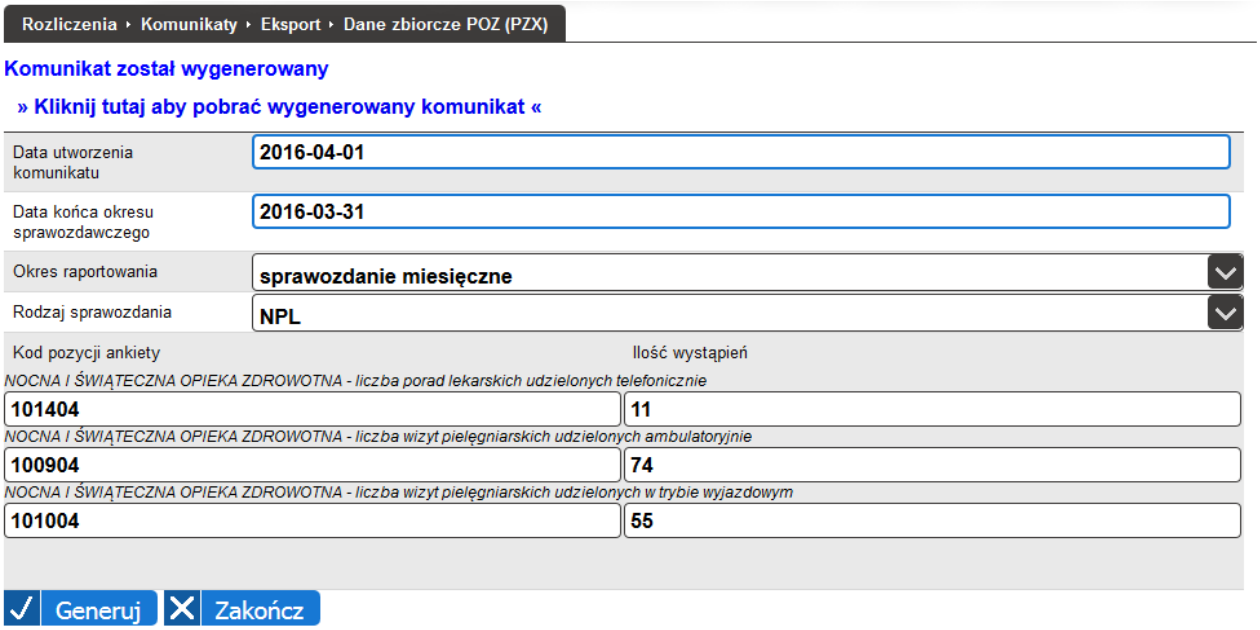


Utworzony plik PDX należy pobrać klikając na odnośnik, zapisać na dysku i przekazać do systemu NFZ SZOI.

W formularzu istnieje dodatkowo pole rodzaju sprawozdania, które zawiera predefiniowane rodzaje sprawozdań w przypadku umów POZ. Po wybraniu rodzaju sprawozdania część formularza przeznaczona do wprowadzania ilości typów świadczeń i pozycji ankiet zmienia wygląd - kody pozycji i typy świadczeń są wypełnione automatycznie (zgodnie z rodzajem sprawozdania), nie można ich modyfikować ani wprowadzać dodatkowych (znikają przyciski „Więcej").



Po wybraniu rodzaju sprawozdania, wprowadzeniu ilości wystąpień i naciśnięciu przycisku „Generuj” tworzony jest plik PZX z danymi zbiorczymi świadczeń POZ a nad formularzem wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie utworzonego pliku.



Utworzony plik PDX należy pobrać klikając na odnośnik, zapisać na dysku i przekazać do systemu NFZ SZOI.

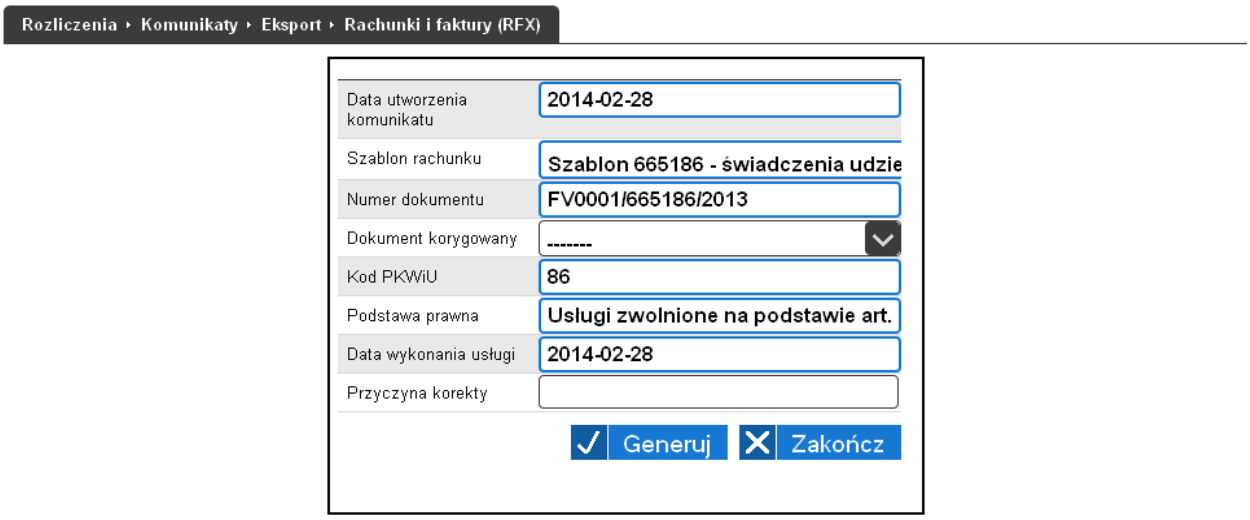
Jeżeli w formularzu danych komunikatu PXZ zmienimy rodzaj sprawozdania na pusty, wówczas wygląd formularz zmieni się na wyjściowy (umożliwiający samodzielne wprowadzanie kodów i ilości).

Rachunki i faktury (RFX)

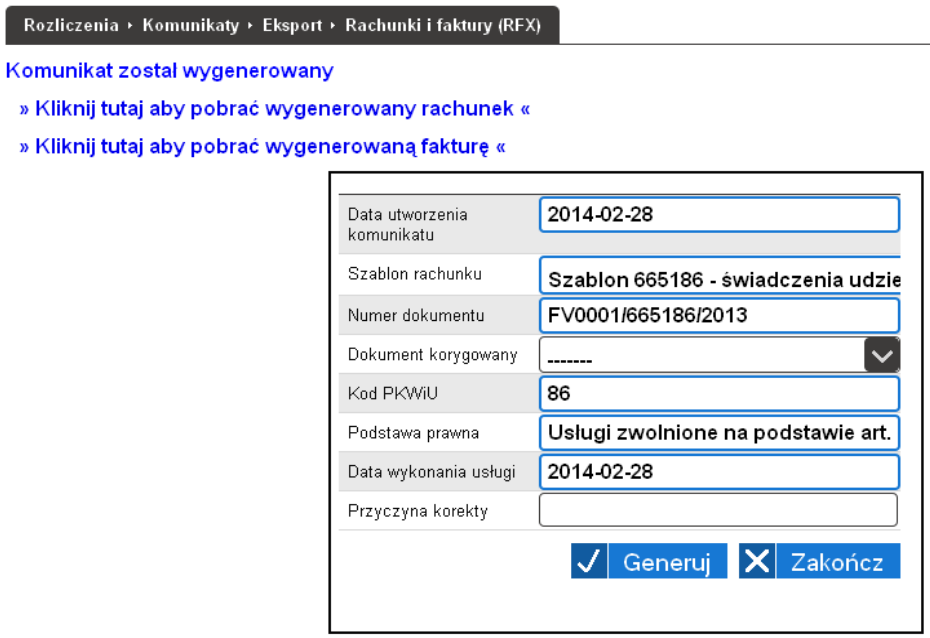
Funkcjonalność „Rachunki i faktury (RFX)” służy do generowania plików RFX z rachunkami do przekazania do systemu NFZ SZOI oraz drukowania faktur odpowiadających tym rachunkom do przekazania do NFZ w formie papierowej. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista umów z NFZ. Umowy podzielone są na lata (umowy z kolejnych lat dostępne są w oddzielnych zakładkach).



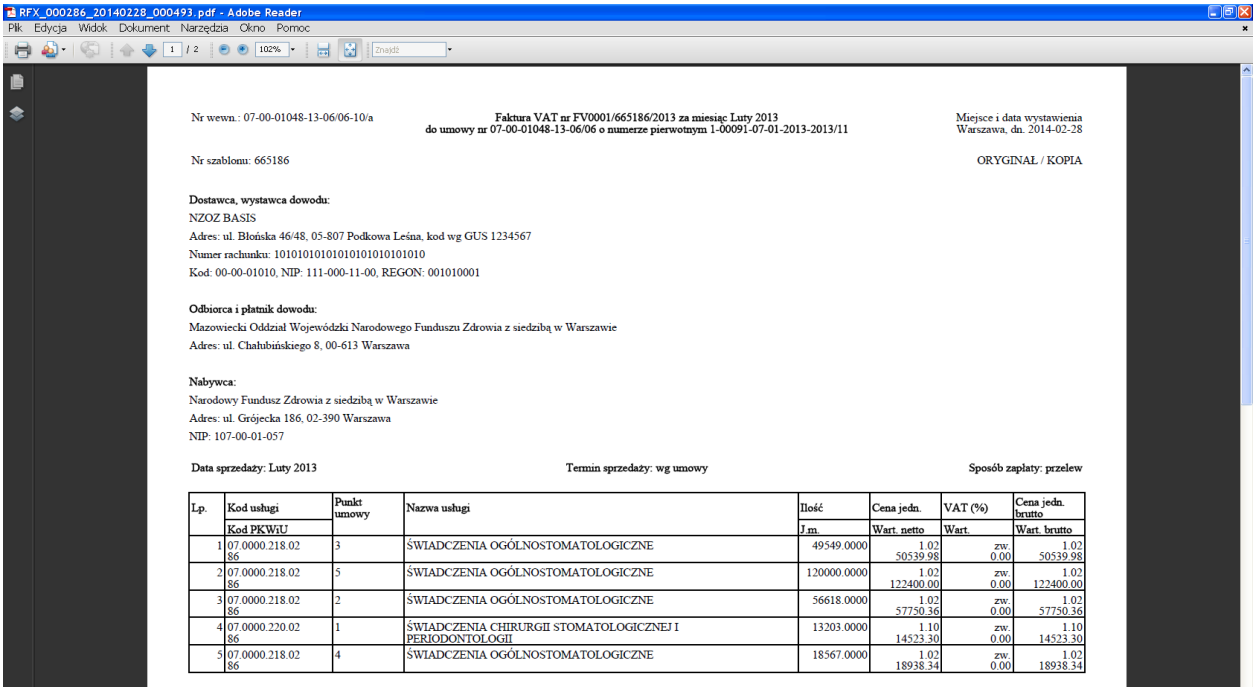
Przy każdej umowie widoczny jest przycisk „Wybierz", którego naciśnięcie wyświetla formularz parametrów tworzonego pliku RFX. W formularzu określa się datę utworzenia komunikatu, wskazuje szablon rachunku (plik ZRZ) pobrany z systemu NFZ SZOI i wczytany wcześniej do systemu jHIS (przy szablonach dla których wystawiono już rachunek umieszczony jest znak ®), podaje numer dokumentu a w przypadku korekt wskazuje także dokument korygowany. Kod PKWiU oraz podstawa prawna są domyślnie wypełnione, ale można je zmodyfikować.



Po wypełnieniu formularza i naciśnięciu przycisku „Generuj" tworzony jest plik RFX z rachunkiem a nad formularzem wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie utworzonego pliku RFX oraz odnośnik umożliwiający pobranie i wydrukowanie faktury odpowiadającej plikowi RFX (faktura ma format PDF).



Utworzony plik RFX należy pobrać klikając na odnośnik, zapisać na dysku i przekazać do systemu NFZ SZOI, a fakturę pobrać klikając na odnośnik, wydrukować i przekazać do NFZ w formie papierowej.


RFX_000286_20140228_000493.pdf - Adobe Reader

Plik Edycja Widok Dokument Narzędzia Okno Pomoc

Nr wewn.: 07-00-01048-13-06/06-10/a

Faktura VAT nr FV0001/665186/2013 za miesiąc Luty 2013
do umowy nr 07-00-01048-13-06/06 o numerze pierwotnym 1-00091-07-01-2013-2013/11

Miejsce i data wystawienia
Warszawa, dn. 2014-02-28

Nr szablonu: 665186

ORYGINAŁ / KOPIA

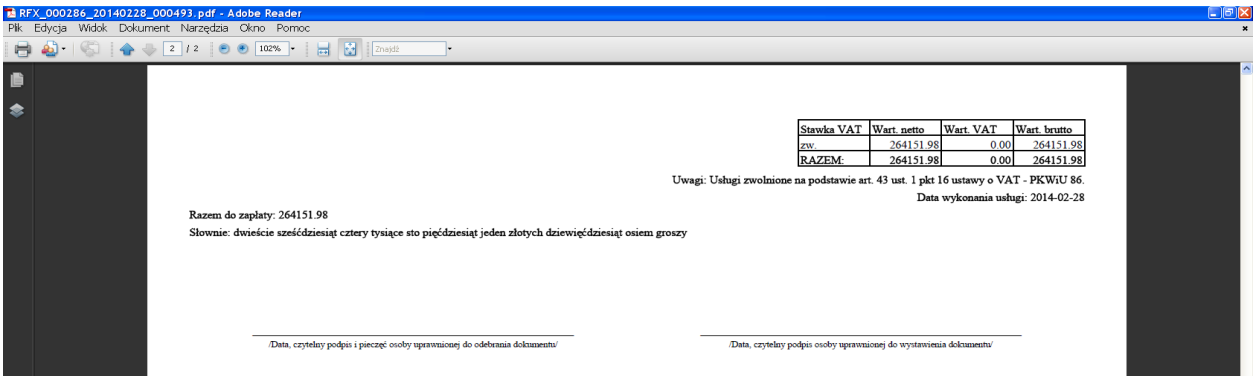
Dostawca, wystawca dowodu:
NZOZ BASIS
Adres: ul. Błońska 46/48, 05-807 Podkowa Leśna, kod wg GUS 1234567
Numer rachunku: 10101010101010101010101010
Kod: 00-00-01010, NIP: 111-000-11-00, REGON: 001010001

Odbiorca i płatnik dowodu:
Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Warszawie
Adres: ul. Chałubińskiego 8, 00-613 Warszawa

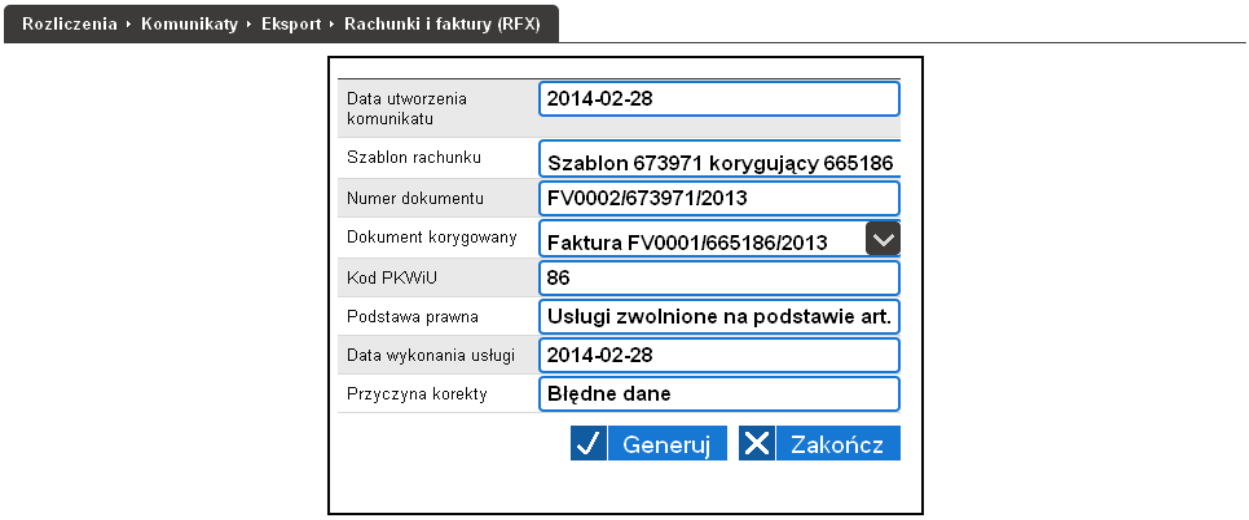
Nabywca:
Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie
Adres: ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa
NIP: 107-00-01-057

Data sprzedaży: Luty 2013 **Termin sprzedaży: wg umowy** **Sposób zapłaty: przelew**

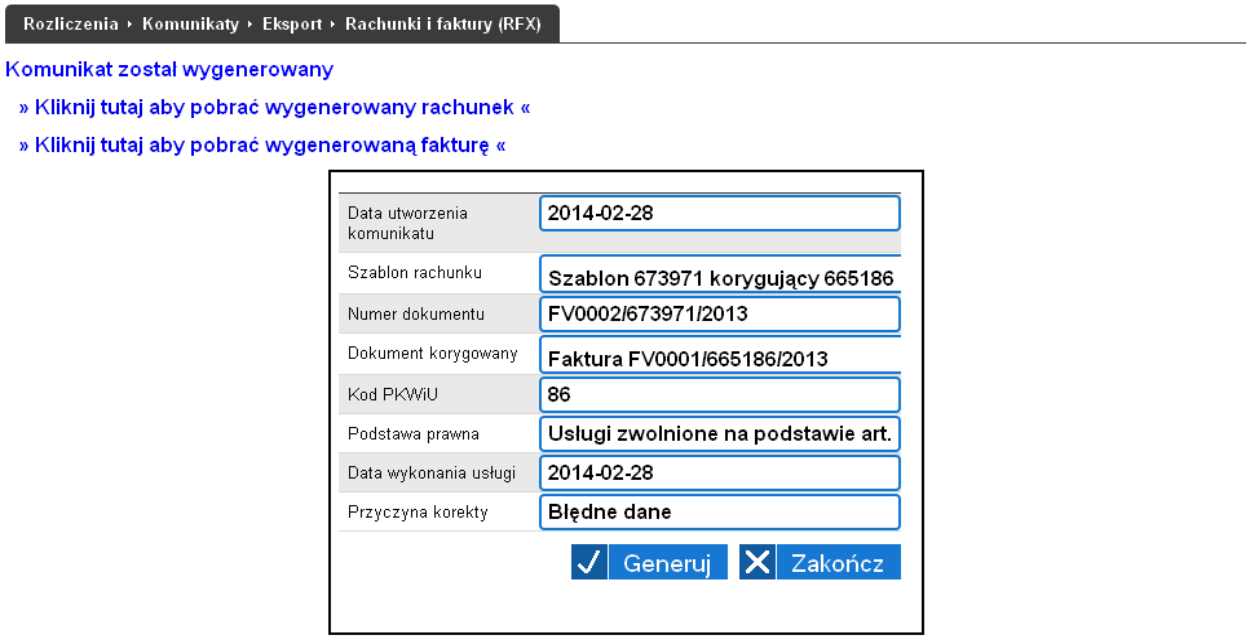
Lp.	Kod usługi / Kod PKWiU	Punkt umowy	Nazwa usługi	Ilość / J.m.	Cena jedn. / Wart. netto	VAT (%) / Wart.	Cena jedn. brutto / Wart. brutto
1	07.0000.218.02 / 86	3	ŚWIADCZENIA OGÓLNOSTOMATOLOGICZNE	49549.0000	1.02 / 50539.98	zw. / 0.00	1.02 / 50539.98
2	07.0000.218.02 / 86	5	ŚWIADCZENIA OGÓLNOSTOMATOLOGICZNE	120000.0000	1.02 / 122400.00	zw. / 0.00	1.02 / 122400.00
3	07.0000.218.02 / 86	2	ŚWIADCZENIA OGÓLNOSTOMATOLOGICZNE	56618.0000	1.02 / 57750.36	zw. / 0.00	1.02 / 57750.36
4	07.0000.220.02 / 86	1	ŚWIADCZENIA CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ I PERIODONTOLOGII	13203.0000	1.10 / 14523.30	zw. / 0.00	1.10 / 14523.30
5	07.0000.218.02 / 86	4	ŚWIADCZENIA OGÓLNOSTOMATOLOGICZNE	18567.0000	1.02 / 18938.34	zw. / 0.00	1.02 / 18938.34



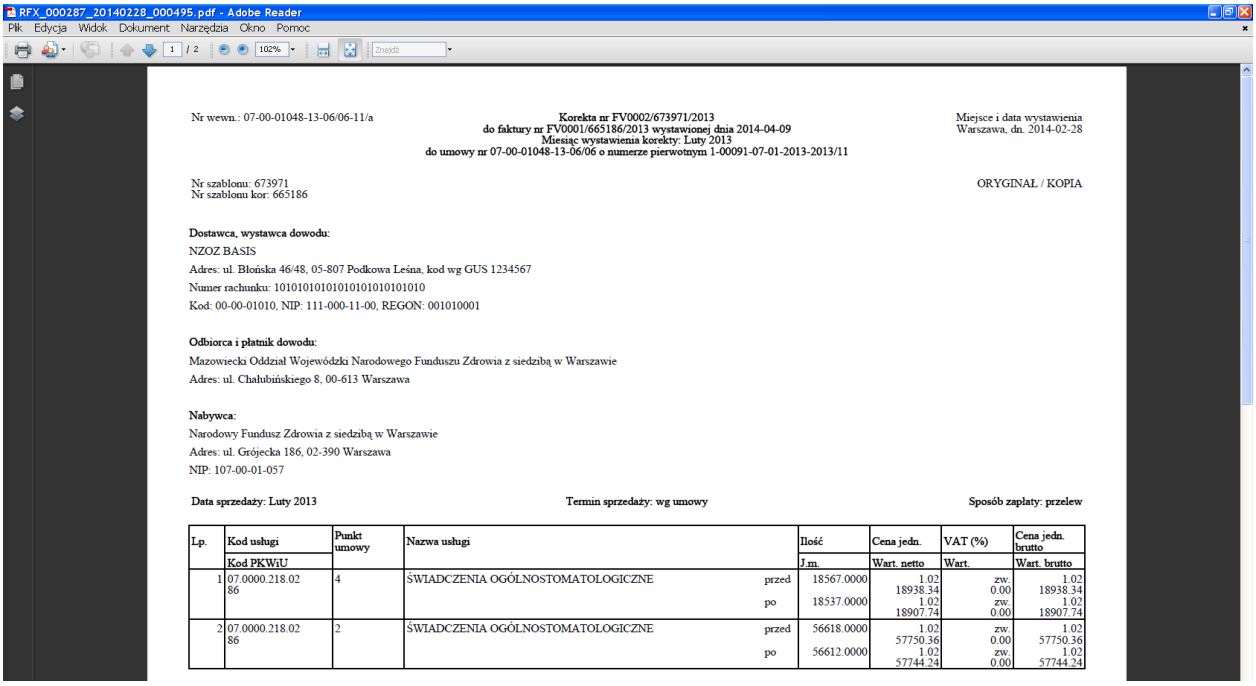
Analogicznie wystawia się rachunki i faktury korygujące. W formularzu należy wówczas wybrać szablon korygujący oraz wskazać dokument korygowany.



Po wypełnieniu formularza i naciśnięciu przycisku „Generuj” tworzony jest plik RFX z rachunkiem korygującym a nad formularzem wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie utworzonego pliku RFX, a ponadto odnośnik umożliwiający pobranie i wydrukowanie faktury korygującej odpowiadającej plikowi RFX (faktura ma format PDF).



Utworzony plik RFX należy pobrać klikając na odnośnik, zapisać na dysku i przekazać do systemu NFZ SZOI, a fakturę pobrać klikając na odnośnik, wydrukować i przekazać do NFZ w formie papierowej.


RFX_000287_20140228_000495.pdf - Adobe Reader

Nr wewn.: 07-00-01048-13-06/06-11/a

Korekta nr FV0002/673971/2013
do faktury nr FV0001/665186/2013 wystawionej dnia 2014-04-09
Miesiąc wystawienia korekty: Luty 2013
do umowy nr 07-00-01048-13-06/06 o numerze pierwotnym 1-00091-07-01-2013-2013/11

Miejsce i data wystawienia
Warszawa, dn. 2014-02-28

Nr szablonu: 673971
Nr szablonu kor: 665186

ORYGINAŁ / KOPIA

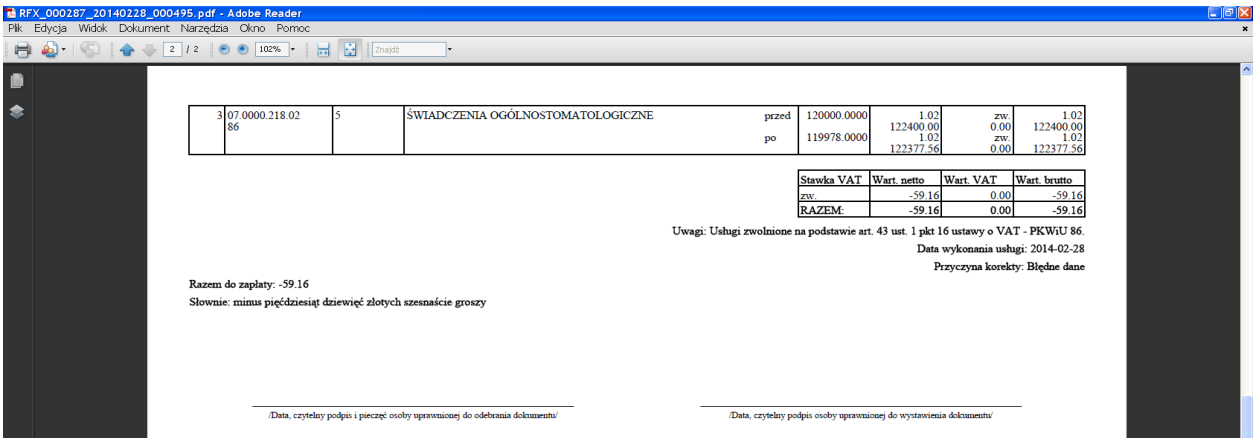
Dostawca, wystawca dowodu:
NZOZ BASIS
Adres: ul. Błońska 46/48, 05-807 Podkowa Leśna, kod wg GUS 1234567
Numer rachunku: 10101010101010101010101010
Kod: 00-00-01010, NIP: 111-000-11-00, REGON: 001010001

Odbiorca i płatnik dowodu:
Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Warszawie
Adres: ul. Chałubińskiego 8, 00-613 Warszawa

Nabywca:
Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie
Adres: ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa
NIP: 107-00-01-057

Data sprzedaży: Luty 2013 **Termin sprzedaży: wg umowy** **Sposób zapłaty: przelew**

Lp.	Kod usługi / Kod PKWiU	Punkt umowy	Nazwa usługi		Ilość / J.m.	Cena jedn. / Wart. netto	VAT (%) / Wart.	Cena jedn. brutto / Wart. brutto
1	07.0000.218.02 86	4	ŚWIADCZENIA OGÓLNOSTOMATOLOGICZNE	przed	18567.0000	1.02 18938.34	zw. 0.00	1.02 18938.34
				po	18537.0000	1.02 18907.74	zw. 0.00	1.02 18907.74
2	07.0000.218.02 86	2	ŚWIADCZENIA OGÓLNOSTOMATOLOGICZNE	przed	56618.0000	1.02 57750.36	zw. 0.00	1.02 57750.36
				po	56612.0000	1.02 57744.24	zw. 0.00	1.02 57744.24


RFX_000287_20140228_000495.pdf - Adobe Reader

Plik Edycja Widok Dokument Narzędzia Okno Pomoc

3	07.0000.218.02 86	5	ŚWIADCZENIA OGÓLNOSTOMATOLOGICZNE	przed po	120000.0000 119978.0000	1.02 122400.00 1.02 122377.56	zw. 0.00 zw. 0.00	1.02 122400.00 1.02 122377.56

Stawka VAT	Wart. netto	Wart. VAT	Wart. brutto
zw.	-59.16	0.00	-59.16
RAZEM:	-59.16	0.00	-59.16

Uwagi: Usługi zwolnione na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 16 ustawy o VAT - PKWiU 86.

Data wykonania usługi: 2014-02-28

Przyczyna korekty: Błędne dane

Razem do zapłaty: -59.16

Słownie: minus pięćdziesiąt dziewięć złotych szesnaście groszy

/Data, czytelny podpis i pieczęć osoby uprawnionej do odebrania dokumentu/

/Data, czytelny podpis osoby uprawnionej do wystawienia dokumentu/

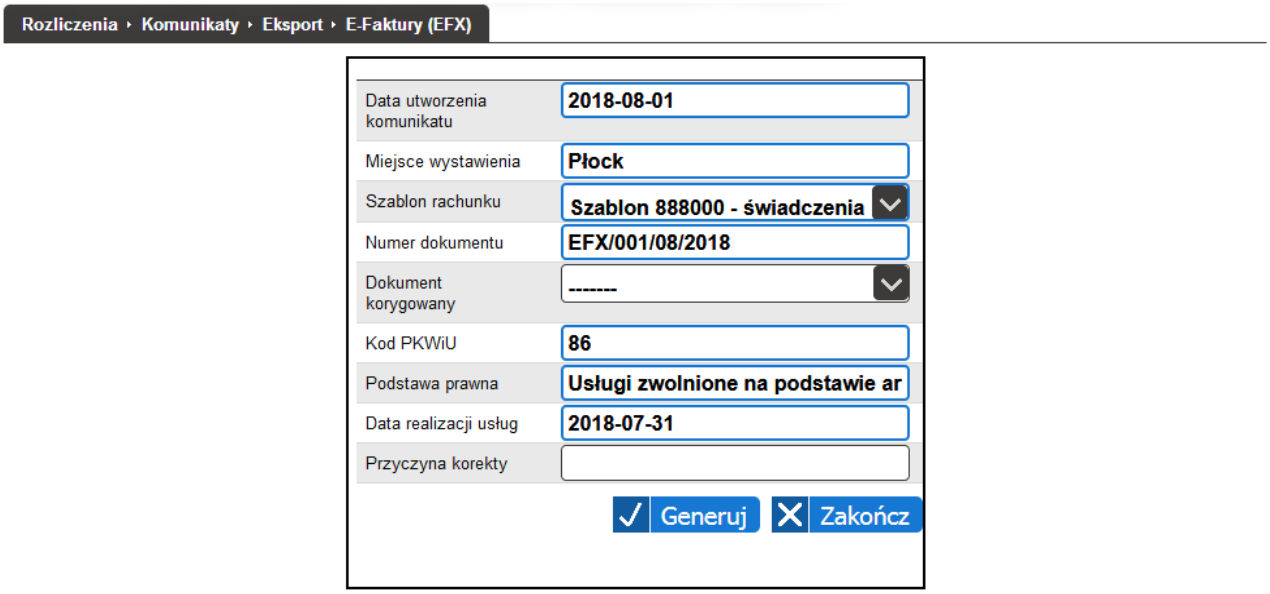
Faktury w formacie PDF są składowane w systemie jHIS i dostępne do pobrania po wybraniu funkcjonalności „Rachunki i faktury (RFX)” z podmenu „Dane”.

E-Faktury (EFX)

Funkcjonalność „E-Faktury (EFX)” służy do generowania plików EFX z elektronicznymi fakturami do przekazania do systemu NFZ SZOI. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista umów z NFZ. Umowy podzielone są na lata (umowy z kolejnych lat dostępne są w oddzielnych zakładkach).



Przy każdej umowie widoczny jest przycisk „Wybierz”, którego naciśnięcie wyświetla formularz parametrów tworzonego pliku EFX. W formularzu określa się datę utworzenia komunikatu, wskazuje właściwy szablon rachunku (plik ZRZ) pobrany z systemu NFZ SZOI i wczytany wcześniej do systemu jHIS (przy szablonach, dla których wystawiono już dokument elektroniczny umieszczony jest znak ®), podaje numer dokumentu a w przypadku korekt wskazuje także dokument korygowany. Kod PKWiU oraz podstawa prawna są domyślnie wypełnione, ale można je zmodyfikować.



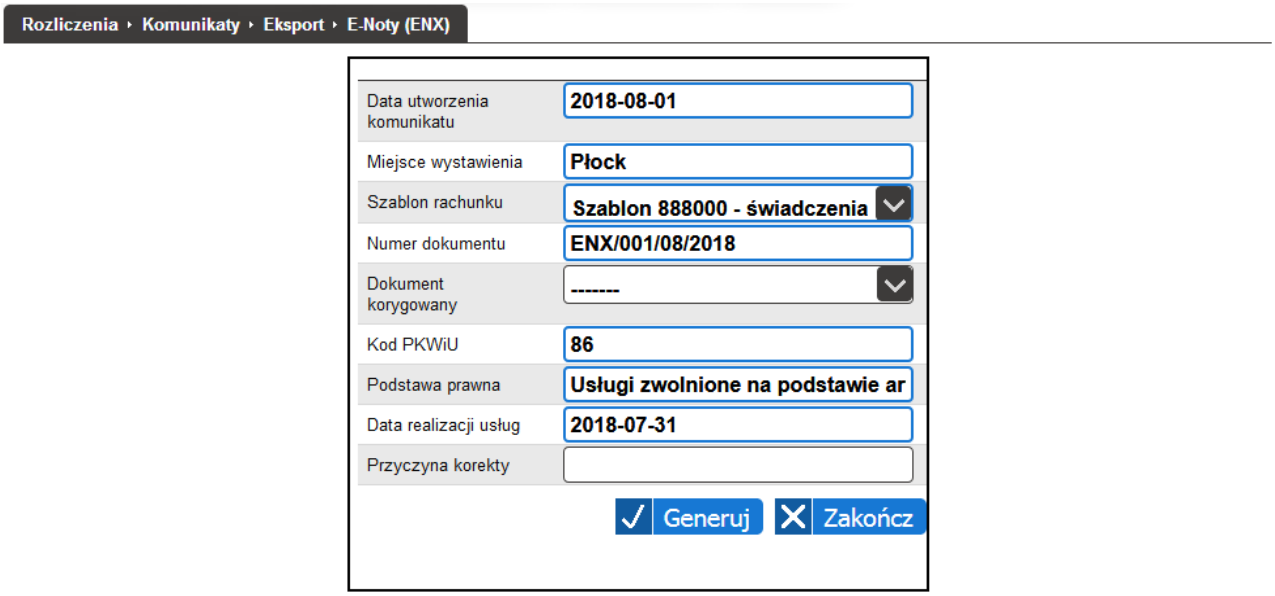
Po wypełnieniu formularza i naciśnięciu przycisku „Generuj" tworzony jest plik EFX z elektroniczną fakturą a nad formularzem wyświetlają się odnośniki umożliwiające pobranie utworzonego pliku EFX oraz pliku PDF z fakturą do wydruku. Utworzony plik EFX należy pobrać klikając na odnośnik, zapisać na dysku i przekazać do systemu NFZ SZOI.

E-Noty (ENX)

Funkcjonalność „E-Noty (ENX)" służy do generowania plików ENX z elektronicznymi notami księgowymi do przekazania do systemu NFZ SZOI. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista umów z NFZ. Umowy podzielone są na lata (umowy z kolejnych lat dostępne są w oddzielnych zakładkach).



Przy każdej umowie widoczny jest przycisk „Wybierz", którego naciśnięcie wyświetla formularz parametrów tworzonego pliku ENX. W formularzu określa się datę utworzenia komunikatu, wskazuje właściwy szablon rachunku (plik ZRZ) pobrany z systemu NFZ SZOI i wczytany wcześniej do systemu jHIS (przy szablonach, dla których wystawiono już dokument elektroniczny umieszczony jest znak ®), podaje numer dokumentu a w przypadku korekt wskazuje także dokument korygowany. Kod PKWiU oraz podstawa prawna są domyślnie wypełnione, ale można je zmodyfikować.



Po wypełnieniu formularza i naciśnięciu przycisku „Generuj" tworzony jest plik ENX z elektroniczną notą księgową a nad formularzem wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie utworzonego pliku ENX. Utworzony plik ENX należy pobrać klikając na odnośnik, zapisać na dysku i przekazać do systemu NFZ SZOI.

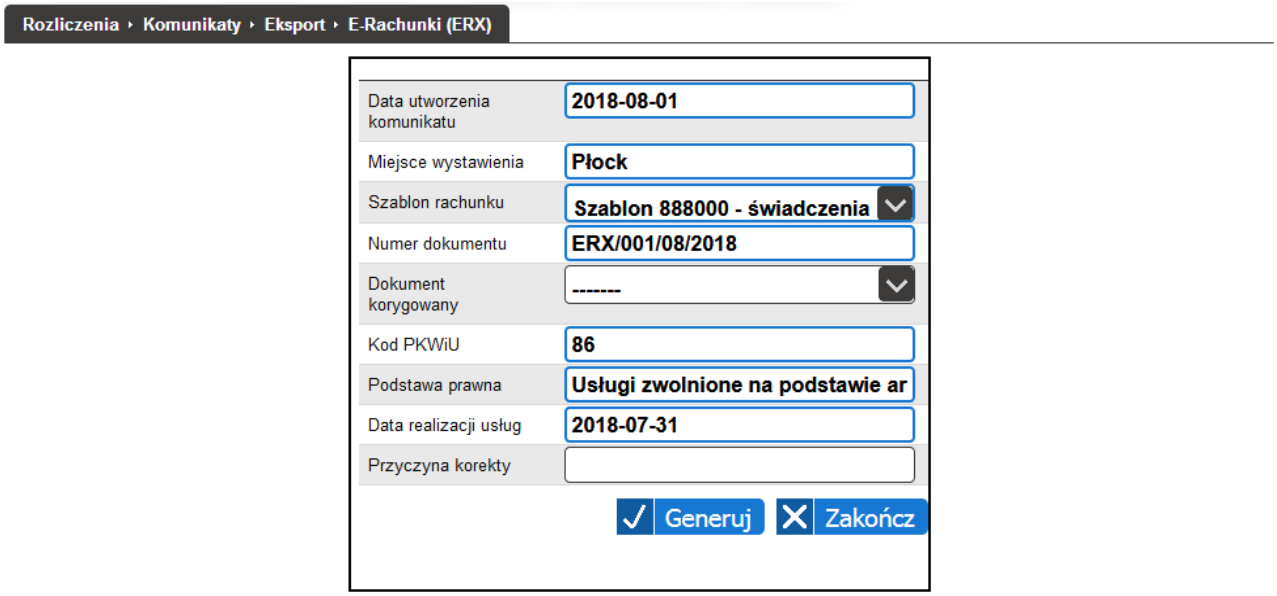
E-Rachunki (ERX)

Funkcjonalność „E-Rachunki (ERX)" służy do generowania plików ERX z elektronicznymi rachunkami do przekazania do systemu NFZ SZOI. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista umów z NFZ. Umowy podzielone są na lata (umowy z kolejnych lat dostępne są w oddzielnych zakładkach).



Przy każdej umowie widoczny jest przycisk „Wybierz", którego naciśnięcie wyświetla formularz parametrów tworzonego pliku ERX. W formularzu określa się datę utworzenia komunikatu, wskazuje właściwy szablon rachunku (plik ZRZ) pobrany z systemu NFZ SZOI i wczytany wcześniej do systemu jHIS (przy szablonach, dla których wystawiono już dokument elektroniczny umieszczony jest znak ®), podaje numer dokumentu a w przypadku korekt wskazuje także

dokument korygowany. Kod PKWiU oraz podstawa prawna są domyślnie wypełnione, ale można je zmodyfikować.



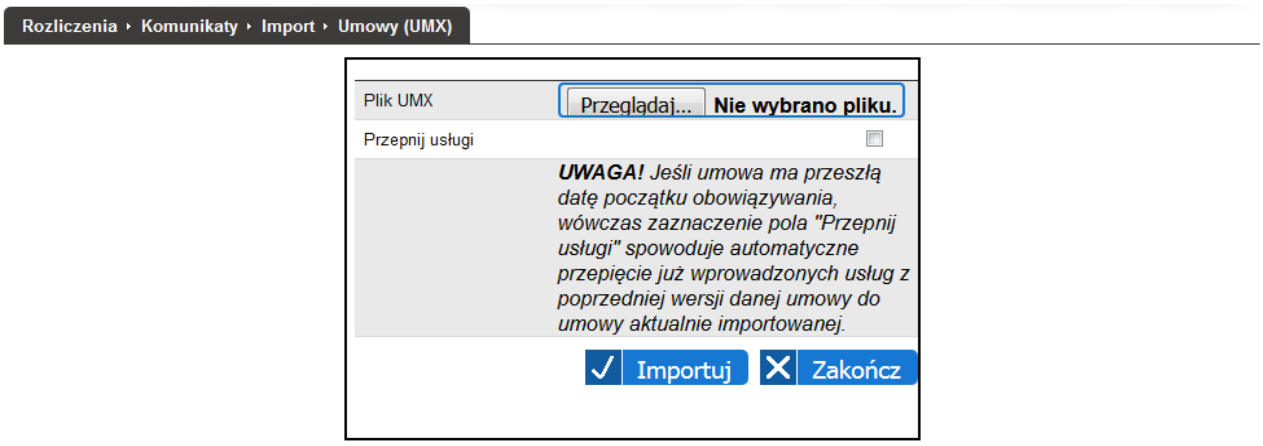
Po wypełnieniu formularza i naciśnięciu przycisku „Generuj" tworzony jest plik ERX z elektronicznym rachunkiem a nad formularzem wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie utworzonego pliku ERX. Utworzony plik ERX należy pobrać klikając na odnośnik, zapisać na dysku i przekazać do systemu NFZ SZOI.

Import

Funkcjonalności podmenu „Import" służą do wczytywania (importowania) do systemu jHIS plików (komunikatów) uzyskanych z systemu NFZ SZOI.

Umowy (UMX)

Funkcjonalność „Umowy (UMX)" służy do importowania umów i aneksów pobranych z systemu NFZ SZOI w formie plików UMX. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz importowania pliku UMX.

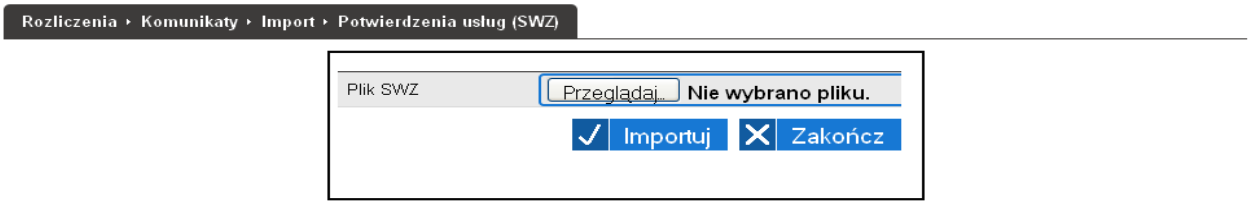


W formularzu należy wskazać plik z dysku do zaimportowania oraz ewentualnie zaznaczyć pole żądania przepięcia usług do importowanej umowy (jeśli do systemu jest importowany aneks i import odbywa się z opóźnieniem, czyli aneks ma przeszłą datę początku obowiązywania, wówczas w systemie mogą istnieć usługi które zostały wprowadzane do systemu w ramach poprzedniej wersji umowy podczas gdy powinny być wprowadzone w ramach importowanego aneksu – w takiej sytuacji zaznaczenie pola „Przepnij usługi" spowoduje automatyczne przeniesienie usług wprowadzonych do systemu w ramach poprzedniej wersji umowy z tej wersji umowy do aktualnie importowanego aneksu). Po naciśnięciu przycisku „Importuj" plik jest wczytywany do systemu jHIS. O zakończeniu wczytywania informuje stosowny komunikat wyświetlany nad formularzem.

Dane z zaimportowanych umów są dostępne do wglądu po wybraniu funkcjonalności „Umowy (UMX)" z podmenu „Dane" .

Potwierdzenia usług (SWZ)

Funkcjonalność „Potwierdzenia usług (SWZ)" służy do importowania potwierdzeń danych usług pobranych z systemu NFZ SZOI w formie plików SWZ. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz importowania pliku SWZ.



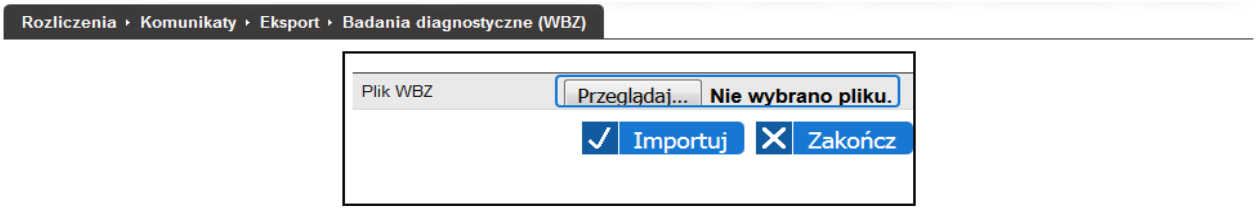
Po wskazaniu pliku z dysku i naciśnięciu przycisku „Importuj" plik jest wczytywany do systemu jHIS. O zakończeniu wczytywania informuje stosowny komunikat wyświetlany nad formularzem.

Importowane pliki SWZ dla każdej usługi niosą informację o jej akceptacji, odrzuceniu lub usunięciu. Przy imporcie pliku SWZ system jHIS zmienia stany usług na „zaakceptowana" lub „odrzucona" lub usuwa usługi w zależności od informacji zawartej w pliku SWZ, a także zapisuje przy usłudze informacje zwrotne z NFZ, które są wyświetlane są pod formularzem danych usługi.

Badania diagnostyczne (WBZ)

Funkcjonalność „Badania diagnostyczne (WBZ)" służy do importowania potwierdzeń danych

badań diagnostycznych pobranych z systemu NFZ SZOI w formie plików WBZ. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz importowania pliku WBZ.

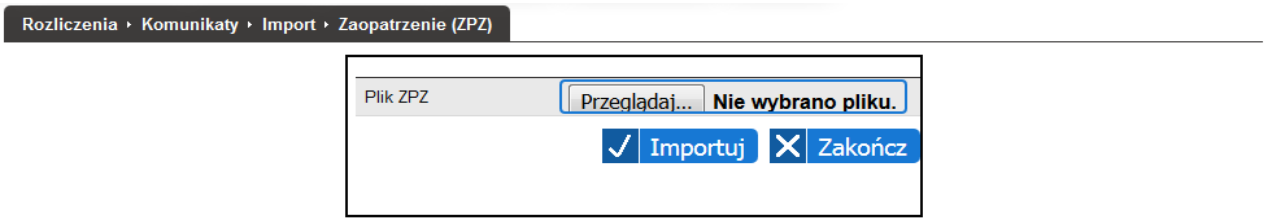


Po wskazaniu pliku z dysku i naciśnięciu przycisku „Importuj" plik jest wczytywany do systemu jHIS. O zakończeniu wczytywania informuje stosowny komunikat wyświetlany nad formularzem.

Importowane pliki WBZ dla każdego badania niosą informację o jego akceptacji, odrzuceniu lub usunięciu. Przy imporcie pliku WBZ system jHIS zmienia stany badań na „zaakceptowane" lub „odrzucone" lub usuwa badania w zależności od informacji zawartej w pliku WBZ, a także zapisuje przy badaniu informacje zwrotne z NFZ, które są wyświetlane są pod formularzem danych badania.

Zaopatrzenie (ZPZ)

Funkcjonalność „Zaopatrzenie (ZPZ)" służy do importowania potwierdzeń danych zaopatrzenia pobranych z systemu NFZ SZOI w formie plików ZPZ. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz importowania pliku ZPZ.

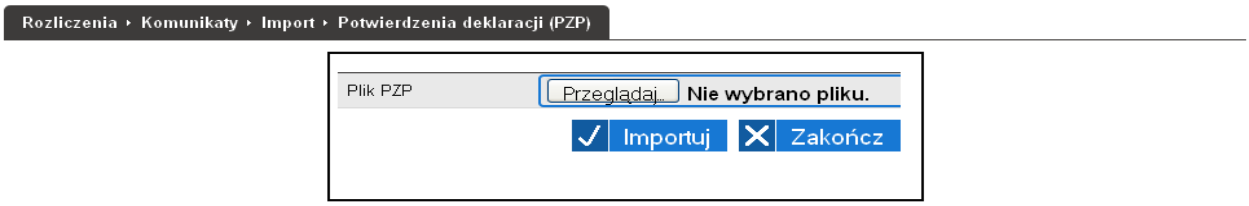


Po wskazaniu pliku z dysku i naciśnięciu przycisku „Importuj" plik jest wczytywany do systemu jHIS. O zakończeniu wczytywania informuje stosowny komunikat wyświetlany nad formularzem.

Importowane pliki ZPZ dla każdego zaopatrzenia niosą informację o jego akceptacji lub odrzuceniu. Przy imporcie pliku ZPZ system jHIS zmienia stany zaopatrzenia na „zaakceptowane" lub „odrzucone" w zależności od informacji zawartej w pliku ZPZ, a także zapisuje przy zaopatrzeniu informacje zwrotne z NFZ, które są wyświetlane są pod formularzem danych zaopatrzenia.

Potwierdzenia deklaracji (PZP)

Funkcjonalność „Potwierdzenia deklaracji (PZP)" służy do importowania potwierdzeń danych deklaracji pobranych z systemu NFZ SZOI w formie plików PZP. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz importowania pliku PZP.

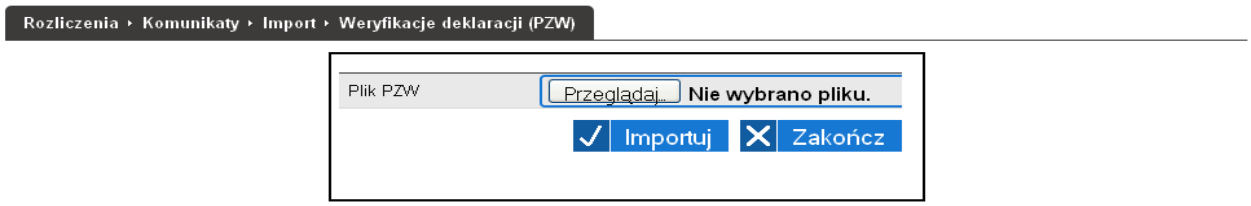


Po wskazaniu pliku z dysku i naciśnięciu przycisku „Importuj" plik jest wczytywany do systemu jHIS. O zakończeniu wczytywania informuje stosowny komunikat wyświetlany nad formularzem.

W plikach PZP NFZ może przekazywać informacje zwrotne dla każdej deklaracji - po wczytaniu pliku PZP informacje w nim zawarte są wyświetlane są pod formularzami danych deklaracji w kartach pacjentów.

Weryfikacje deklaracji (PZW)

Funkcjonalność „Weryfikacje deklaracji (PZW)" służy do importowania weryfikacji danych deklaracji pobranych z systemu NFZ SZOI w formie plików PZW. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz importowania pliku PZW.

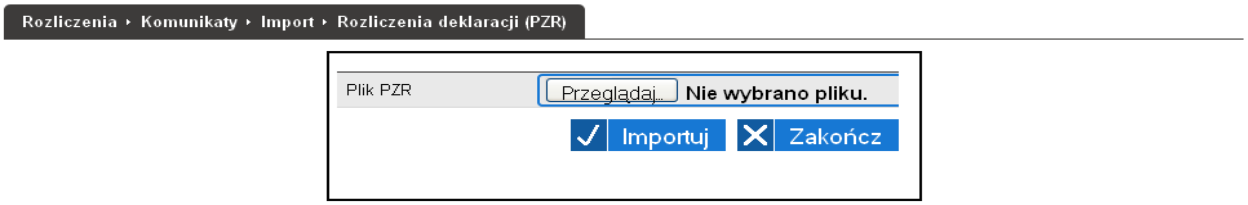


Po wskazaniu pliku z dysku i naciśnięciu przycisku „Importuj" plik jest wczytywany do systemu jHIS. O zakończeniu wczytywania informuje stosowny komunikat wyświetlany nad formularzem.

Importowane pliki PZW dla każdej deklaracji niosą informację o jej akceptacji lub odrzuceniu. Przy imporcie pliku PZW system jHIS zmienia stany deklaracji na „aktywna" lub „odrzucona". W plikach PZW NFZ może przekazywać też informacje zwrotne dla każdej deklaracji - po wczytaniu pliku PZW informacje w nim zawarte wyświetlane są pod formularzami danych deklaracji w kartach pacjentów (typową informacją przekazywaną w pliku PZW jest określenie przyczyny w przypadku odrzucenia deklaracji przez NFZ).

Rozliczenia deklaracji (PZR)

Funkcjonalność „Rozliczenia deklaracji (PZR)" służy do importowania statystyk rozliczenia deklaracji pobranych z systemu NFZ SZOI w formie plików PZR. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz importowania pliku PZR.

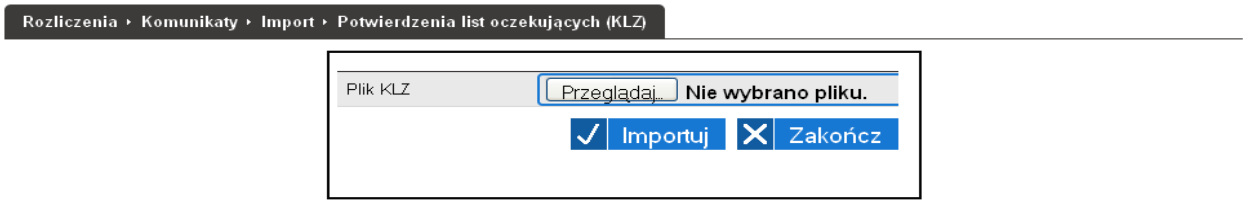


Po wskazaniu pliku z dysku i naciśnięciu przycisku „Importuj” plik jest wczytywany do systemu jHIS. O zakończeniu wczytywania informuje stosowny komunikat wyświetlany nad formularzem.

Statystyki rozliczenia deklaracji są dostępne do wglądu po wybraniu funkcjonalności „Rozliczenia deklaracji (PZR)” z podmenu „Dane”.

Potwierdzenia list oczekujących (KLZ)

Funkcjonalność „Potwierdzenia list oczekujących (KLZ)” służy do importowania potwierdzeń stanów kolejek oczekujących pobranych z systemu NFZ SZOI w formie plików KLZ. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz importowania pliku KLZ.

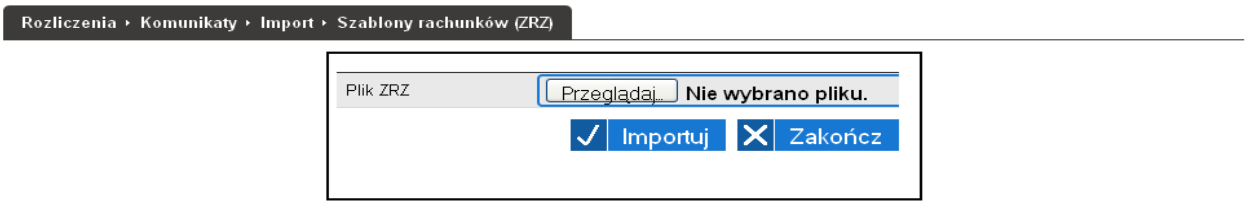


Po wskazaniu pliku z dysku i naciśnięciu przycisku „Importuj” plik jest wczytywany do systemu jHIS. O zakończeniu wczytywania informuje stosowny komunikat wyświetlany nad formularzem.

Informacje zwrotne z pliku KLZ są dostępne do wglądu po wybraniu funkcjonalności „Potwierdzenia list oczekujących (KLZ)” z podmenu „Dane”.

Szablony rachunków (ZRZ)

Funkcjonalność „Szablony rachunków (ZRZ)” służy do importowania szablonów rachunków pobranych z systemu NFZ SZOI w formie plików ZRZ. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz importowania pliku ZRZ.



Po wskazaniu pliku z dysku i naciśnięciu przycisku „Importuj” plik jest wczytywany do systemu jHIS. O zakończeniu wczytywania informuje stosowny komunikat wyświetlany nad formularzem.

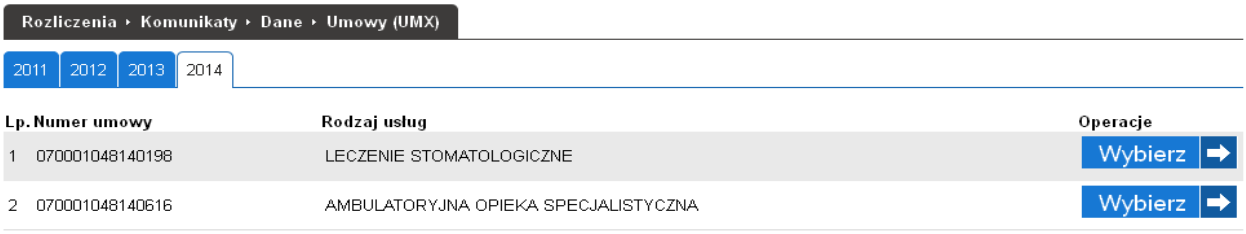
Dane zawarte w zaimportowanych szablonach rachunków są dostępne do wglądu po wybraniu funkcjonalności „Szablony rachunków (ZRZ)” z podmenu „Dane”.

Dane

Funkcjonalności podmenu „Dane” służą do przeglądania danych z plików (komunikatów) utworzonych przez system jHIS i przekazanych do systemu NFZ SZOI oraz pobranych z systemu NFZ SZOI i wczytanych do systemu NFZ.

Umowy (UMX)

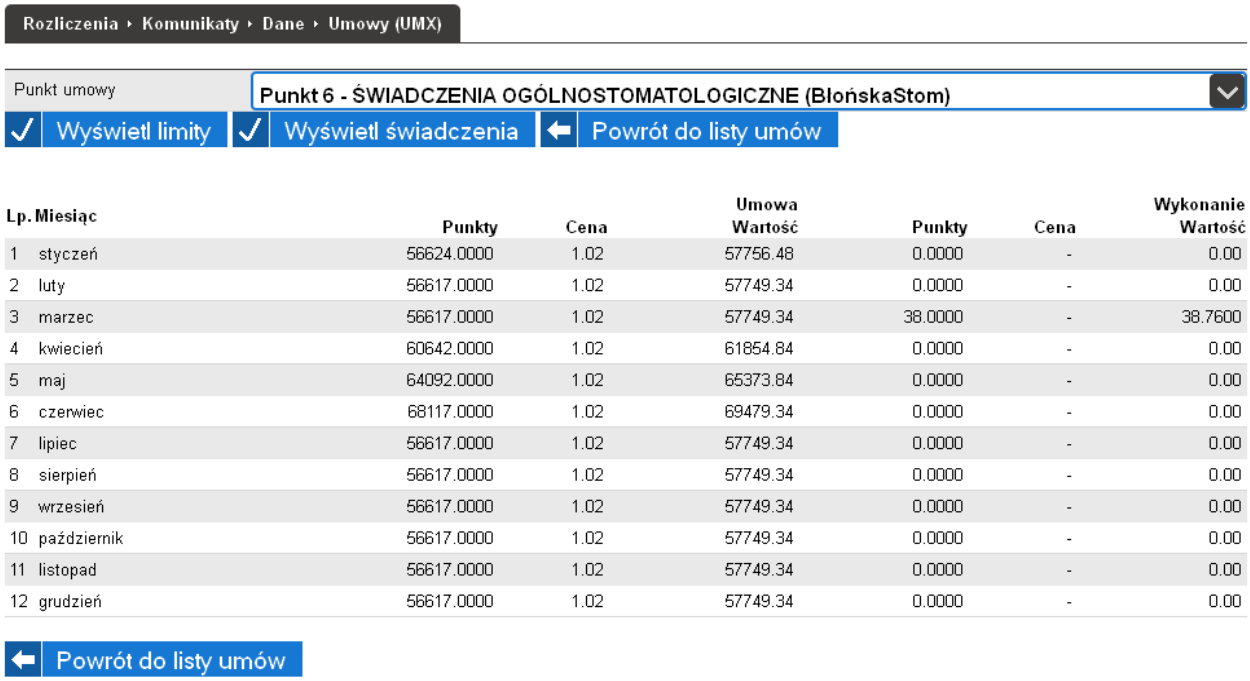
Funkcjonalność „Umowy (UMX)” służy do przeglądania danych zawartych w umowach z NFZ - limitów i rodzajów świadczeń. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista umów z NFZ. Umowy podzielone są na lata (umowy z kolejnych lat dostępne są w oddzielnych zakładkach).



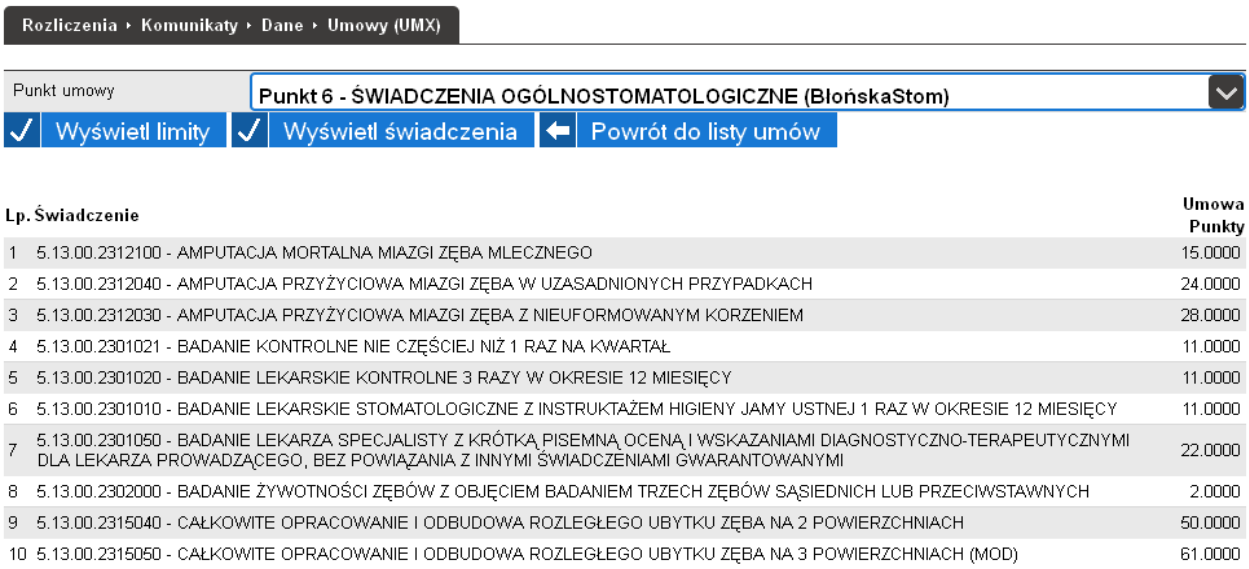
Przy każdej umowie widoczny jest przycisk „Wybierz”, którego naciśnięcie wyświetla formularz umożliwiający wyświetlenie limitów i świadczeń dla wskazanego punktu wybranej umowy.



Przy każdym punkcie umowy w formularzu podane są skróty nazw poradni, w których mogą być realizowane świadczenia z danego punktu umowy. Po wskazaniu punktu umowy i naciśnięciu przycisku „Wyświetl limity” prezentowane są limity realizacji świadczeń zawarte w umowie a także we wszystkich aneksach do tej umowy (jeśli istnieją) oraz wartości bieżącego wykonania umowy w poszczególnych miesiącach. Zarówno dla umowy pierwotnej jak też dla każdego jej aneksu i bieżącego wykonania podana jest liczba punktów, cena jednostkowa i wartość.



Po naciśnięciu przycisku „Wyświetl świadczenia” natomiast prezentowana jest lista świadczeń możliwych do wykazania w ramach danego punktu umowy wraz z wartością punktową przewidzianą w umowie.



Lp.	Świadczenie	Umowa Punkty
1	5.13.00.2312100 - AMPUTACJA MORTALNA MIAZGI ZĘBA MLECZNEGO	15.0000
2	5.13.00.2312040 - AMPUTACJA PRZYŻYCIOWA MIAZGI ZĘBA W UZASADNIONYCH PRZYPADKACH	24.0000
3	5.13.00.2312030 - AMPUTACJA PRZYŻYCIOWA MIAZGI ZĘBA Z NIEUFORMOWANYM KORZENIEM	28.0000
4	5.13.00.2301021 - BADANIE KONTROLNE NIE CZĘŚCIEJ NIŻ 1 RAZ NA KWARTAŁ	11.0000
5	5.13.00.2301020 - BADANIE LEKARSKIE KONTROLNE 3 RAZY W OKRESIE 12 MIESIĘCY	11.0000
6	5.13.00.2301010 - BADANIE LEKARSKIE STOMATOLOGICZNE Z INSTRUKTAŻEM HIGIENY JAMY USTNEJ 1 RAZ W OKRESIE 12 MIESIĘCY	11.0000
7	5.13.00.2301050 - BADANIE LEKARZA SPECJALISTY Z KRÓTKĄ PISEMNĄ OCENĄ I WSKAZANIAMI DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNYMI DLA LEKARZA PROWADZĄCEGO, BEZ POWIĄZANIA Z INNYMI ŚWIADCZENIAMI GWARANTOWANYMI	22.0000
8	5.13.00.2302000 - BADANIE ŻYWOTNOŚCI ZĘBÓW Z OBJĘCIEM BADANIEM TRZECH ZĘBÓW SĄSIEDNICH LUB PRZECIWSTAWNYCH	2.0000
9	5.13.00.2315040 - CAŁKOWITE OPRACOWANIE I ODBUDOWA ROZLEGŁEGO UBYTKU ZĘBA NA 2 POWIERZCHNIACH	50.0000
10	5.13.00.2315050 - CAŁKOWITE OPRACOWANIE I ODBUDOWA ROZLEGŁEGO UBYTKU ZĘBA NA 3 POWIERZCHNIACH (MOD)	61.0000

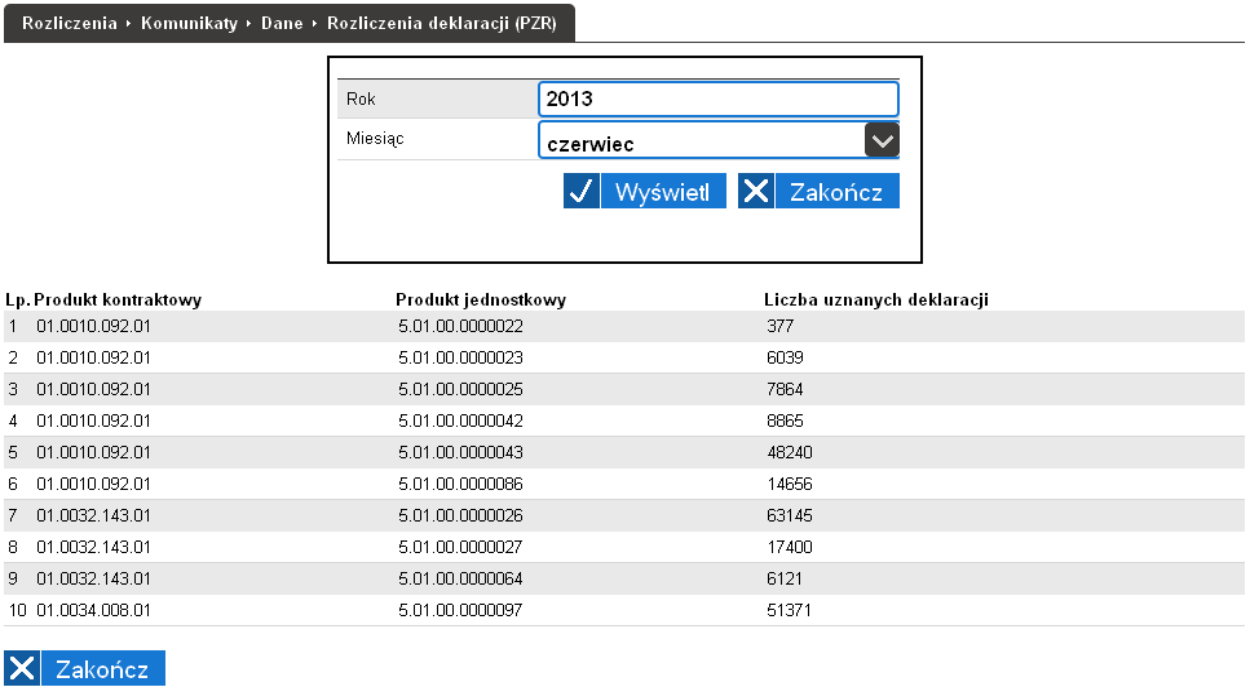
Deklaracje (PDX)

Funkcjonalność „Deklaracje (PDX)” służy do wycofywania ostatniej wersji komunikatu PDX w sytuacji gdy komunikat taki został wygenerowany omyłkowo i nie został przekazany do NFZ. Jako że NFZ oczekuje ciągłości numeracji kolejnych komunikatów PDX w ramach danego okresu sprawozdawczego należy wycofać wersję komunikatu nie przekazaną do NFZ przed wygenerowaniem kolejnego komunikatu. Wycofywanie ostatniej wersji komunikatu PDX z deklaracjami do lekarza, pielęgniarki położnej jest niezależne od wycofywania ostatniej wersji komunikatu PDX z deklaracjami medycyny szkolnej.



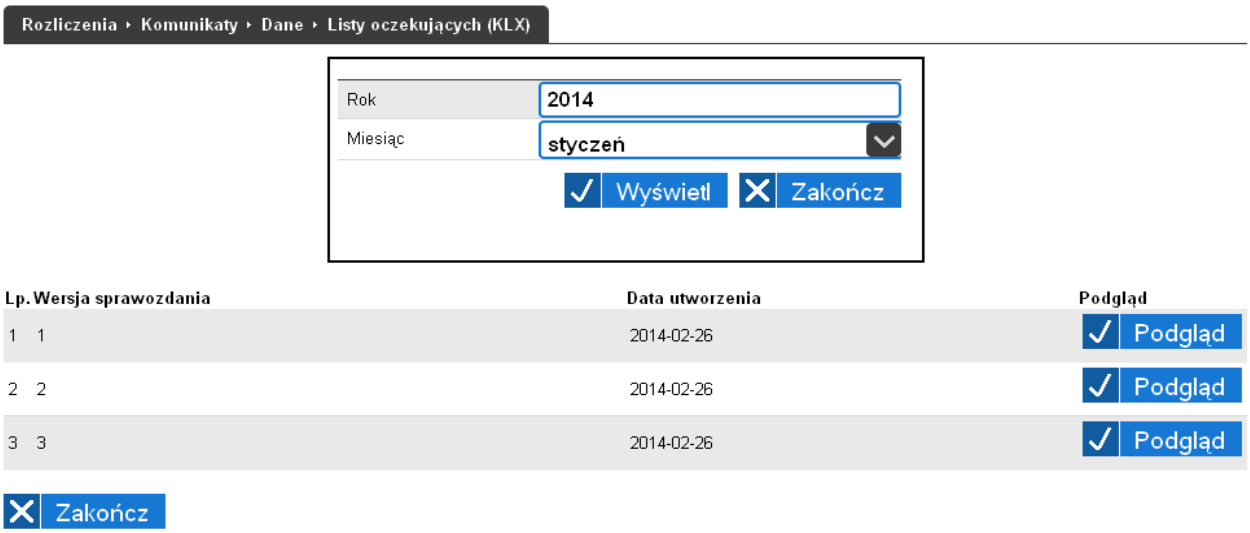
Rozliczenia deklaracji (PZR)

Funkcjonalność „Rozliczenia deklaracji (PZR)” służy do przeglądania statystyk rozliczenia deklaracji wczytanych do systemu jHIS z pliku PZR. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz służący do wskazania okresu rozliczeniowego. Po wskazaniu roku i miesiąca i naciśnięciu przycisku „Wyświetl” prezentowana jest tabela ilości uznanych deklaracji w rozbiciu na produkty jednostkowe w ramach poszczególnych produktów kontraktowych (o ile dla danego okresu rozliczeniowego został wcześniej wczytany plik PZR).



Listy oczekujących (KLX)

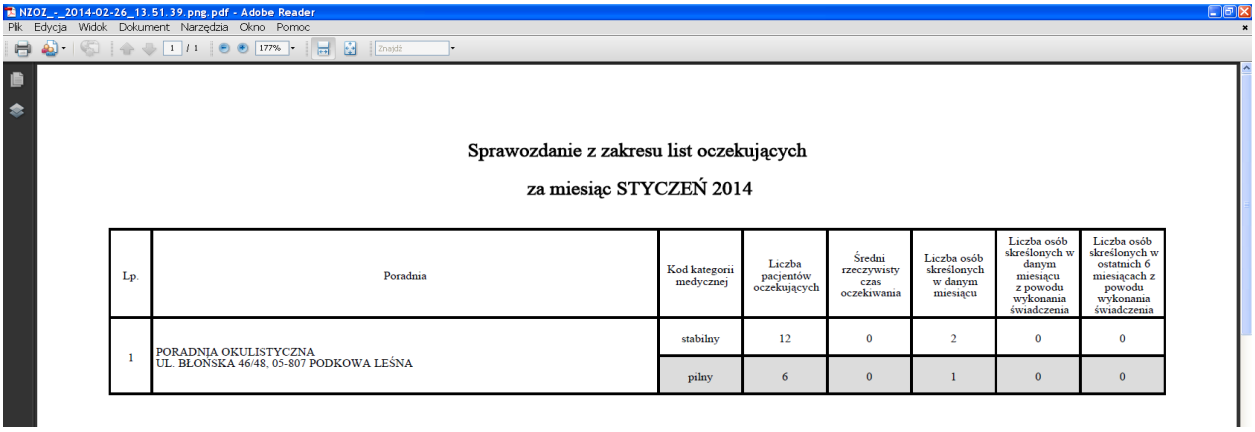
Funkcjonalność „Listy oczekujących (KLX)” służy do przeglądania raportów ze stanami kolejek oczekujących utworzonych wcześniej przy eksportowaniu plików KLX. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz służący do wskazania okresu rozliczeniowego. Po wskazaniu roku i miesiąca i naciśnięciu przycisku „Wyświetl” prezentowana jest tabela sprawozdań stanów kolejek z danego okresu rozliczeniowego. Przy każdym sprawozdaniu widoczny jest przycisk „Podgląd”.



Po naciśnięciu przycisku „Podgląd” przy wybranym sprawozdaniu otwiera się raport w formacie PDF przedstawiający stany kolejek oczekujących w danym okresie rozliczeniowym we wskazanej wersji sprawozdania, a więc:

- liczby pacjentów oczekujących
- średnie rzeczywiste czasy oczekiwania (w dniach)
- liczby osób skreślonych w danym miesiącu
- liczby osób skreślonych w danym miesiącu z powodu wykonania świadczenia
- liczby osób skreślonych w ostatnich 6 miesiącach z powodu wykonania świadczenia

w podziale na przypadki stabilne i pilne.



Potwierdzenia list oczekujących (KLZ)

Funkcjonalność „Potwierdzenia list oczekujących (KLZ)” służy do przeglądania problemów dotyczących stanów kolejek oczekujących wczytanych do systemu z pliku KLZ. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista poradni dla których NFZ zgłosił problemy (o ile dla jakichkolwiek poradni zostały zgłoszone). Przy każdej poradni widoczny jest przycisk „Problemy”.



Po naciśnięciu przycisku „Problemy” wyświetlana jest lista zgłoszonych problemów dotyczących stanu kolejki oczekujących w wybranej poradni. Istnieją trzy kategorie problemów:

- informacje - podświetlane na zielono
- ostrzeżenia - podświetlane na żółto
- błędy - podświetlane na czerwono

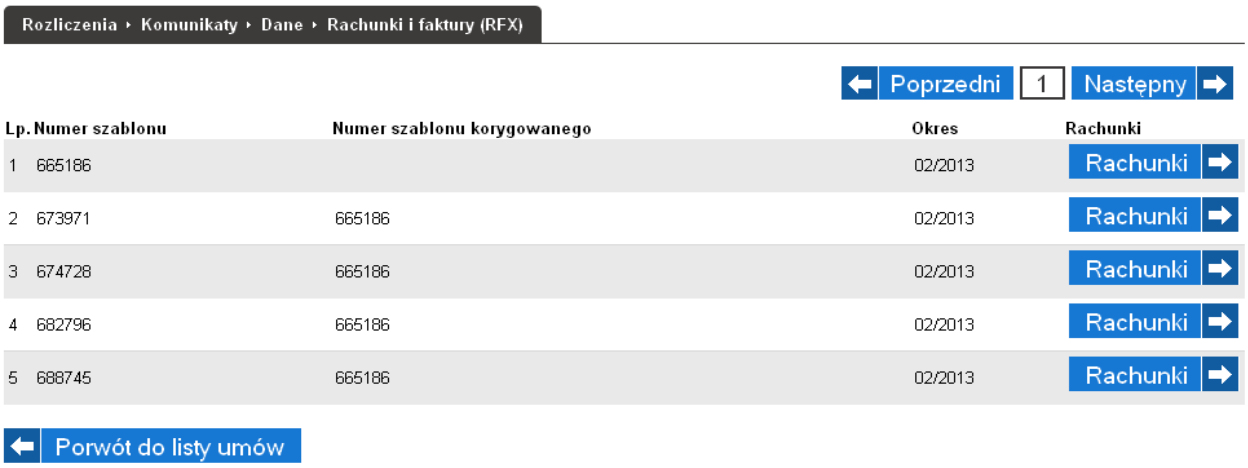


Rachunki i faktury (RFX)

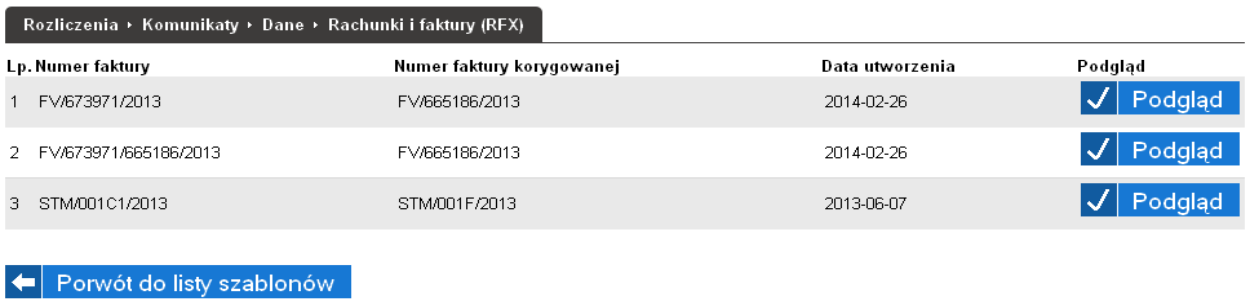
Funkcjonalność „Rachunki i faktury (RFX)” służy do przeglądania faktur wystawionych dla NFZ. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista umów z NFZ. Umowy podzielone są na lata (umowy z kolejnych lat dostępne są w oddzielnych zakładkach).



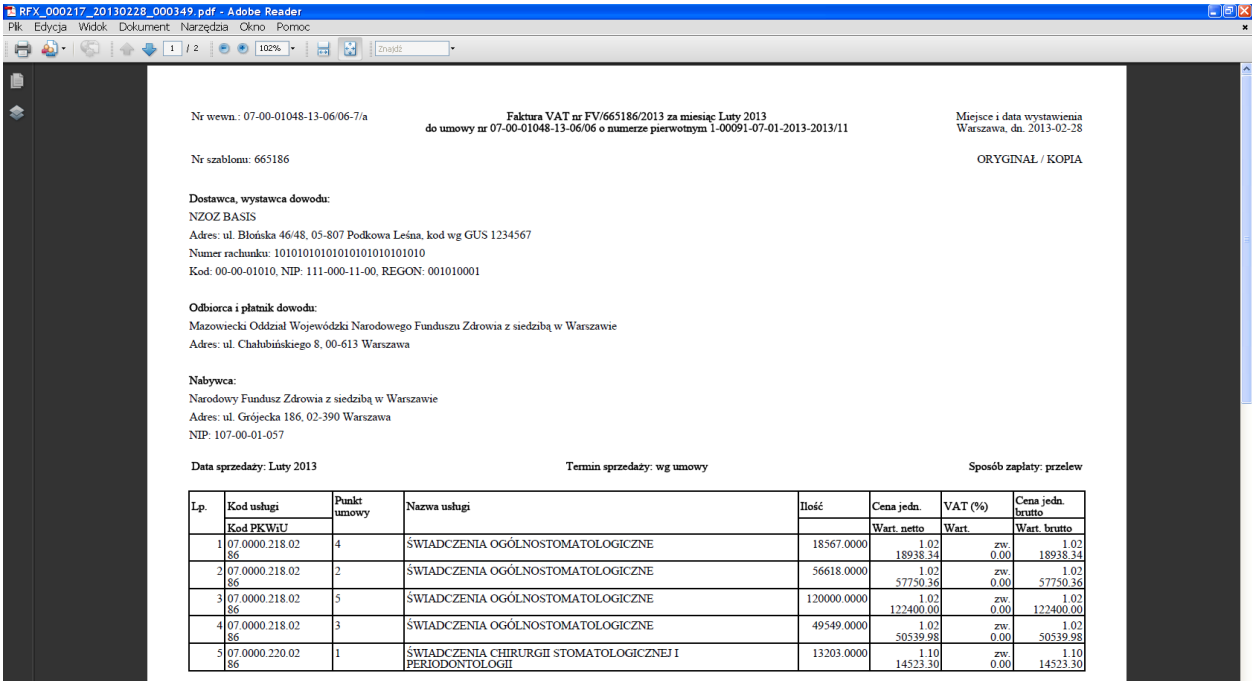
Przy każdej umowie widoczny jest przycisk „Wybierz”, którego naciśnięcie wyświetla listę szablonów rachunków wczytanych do systemu jHIS dla danej umowy.



Przy każdym szablonie widoczny jest przycisk „Rachunki", którego naciśnięcie wyświetla listę faktur wystawionych w oparciu o dany szablon rachunku.



Przy każdej fakturze dostępny jest przycisk „Podgląd", na naciśnięciu którego otwiera się faktura formacie PDF.


RFX_000217_20130228_000349.pdf - Adobe Reader

Plik Edycja Widok Dokument Narzędzia Okno Pomoc

Nr wewn.: 07-00-01048-13-06/06-7/a

Faktura VAT nr FV/665186/2013 za miesiąc Luty 2013
do umowy nr 07-00-01048-13-06/06 o numerze pierwotnym 1-00091-07-01-2013-2013/11

Miejsce i data wystawienia
Warszawa, dn. 2013-02-28

Nr szablonu: 665186

ORYGINAŁ / KOPIA

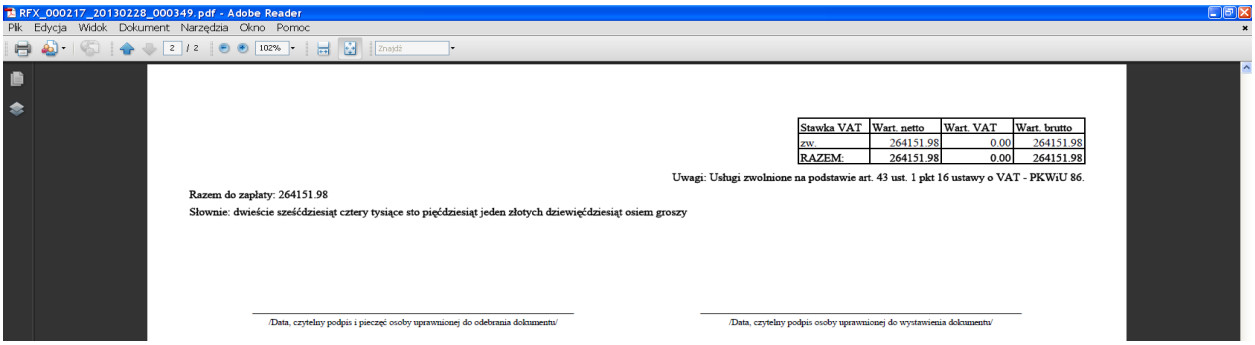
Dostawca, wystawca dowodu:
NZOZ BASIS
Adres: ul. Błońska 46/48, 05-807 Podkowa Leśna, kod wg GUS 1234567
Numer rachunku: 10101010101010101010101010
Kod: 00-00-01010, NIP: 111-000-11-00, REGON: 001010001

Odbiorca i płatnik dowodu:
Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Warszawie
Adres: ul. Chałubińskiego 8, 00-613 Warszawa

Nabywca:
Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie
Adres: ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa
NIP: 107-00-01-057

Data sprzedaży: Luty 2013 **Termin sprzedaży: wg umowy** **Sposób zapłaty: przelew**

Lp.	Kod usługi / Kod PKWiU	Punkt umowy	Nazwa usługi	Ilość	Cena jedn. / Wart. netto	VAT (%) / Wart.	Cena jedn. brutto / Wart. brutto
1	07.0000.218.02 86	4	ŚWIADCZENIA OGÓLNOSTOMATOLOGICZNE	18567.0000	1.02 18938.34	zw. 0.00	1.02 18938.34
2	07.0000.218.02 86	2	ŚWIADCZENIA OGÓLNOSTOMATOLOGICZNE	56618.0000	1.02 57750.36	zw. 0.00	1.02 57750.36
3	07.0000.218.02 86	5	ŚWIADCZENIA OGÓLNOSTOMATOLOGICZNE	120000.0000	1.02 122400.00	zw. 0.00	1.02 122400.00
4	07.0000.218.02 86	3	ŚWIADCZENIA OGÓLNOSTOMATOLOGICZNE	49549.0000	1.02 50539.98	zw. 0.00	1.02 50539.98
5	07.0000.220.02 86	1	ŚWIADCZENIA CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ I PERIODONTOLOGII	13203.0000	1.10 14523.30	zw. 0.00	1.10 14523.30


RFX_000217_20130228_000349.pdf - Adobe Reader

Plik Edycja Widok Dokument Narzędzia Okno Pomoc

Stawka VAT	Wart. netto	Wart. VAT	Wart. brutto
zw	264151.98	0.00	264151.98
RAZEM:	264151.98	0.00	264151.98

Uwagi: Usługi zwolnione na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 16 ustawy o VAT - PKWiU 86.

Razem do zapłaty: 264151.98
Słownie: dwieście sześćdziesiąt cztery tysiące sto pięćdziesiąt jeden złotych dziewięćdziesiąt osiem groszy

/Data, czytelny podpis i pieczęć osoby uprawnionej do odebrania dokumentu/

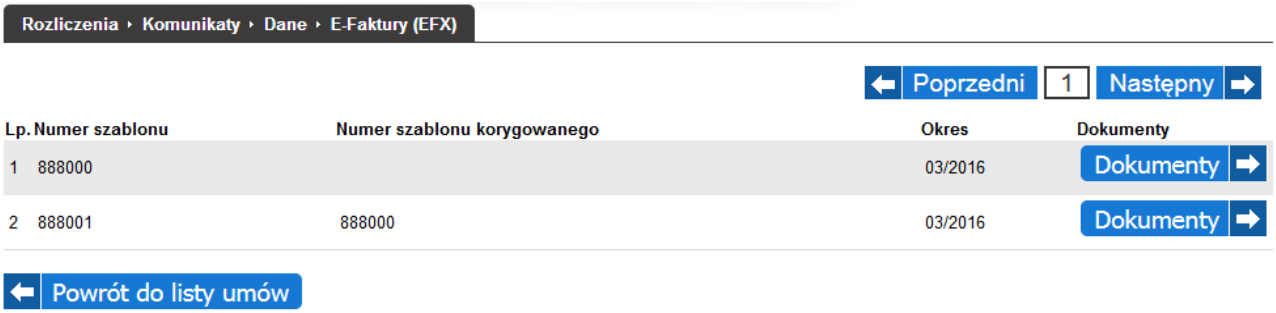
/Data, czytelny podpis osoby uprawnionej do wystawienia dokumentu/

E-Faktury (EFX)

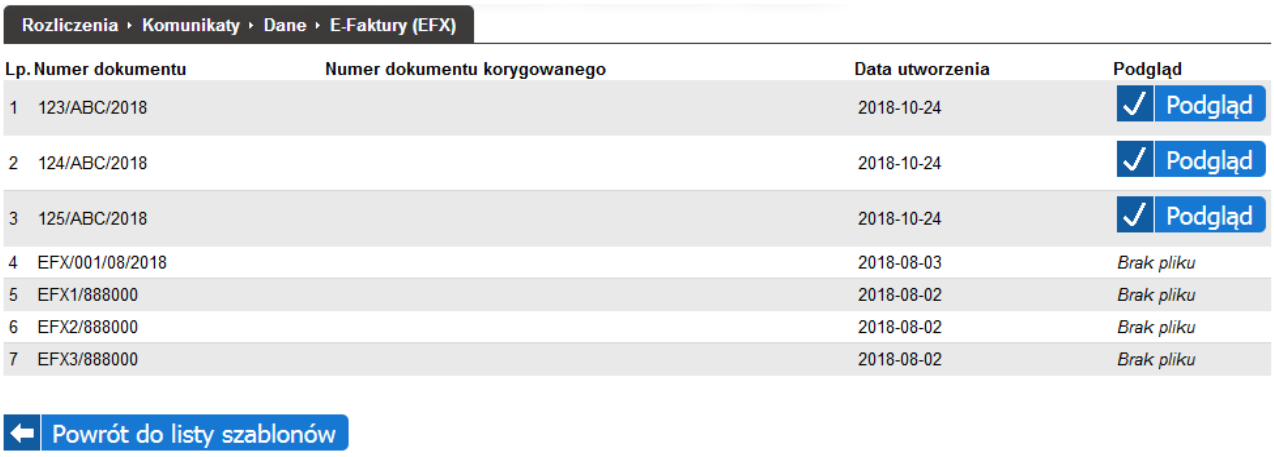
Funkcjonalność „E-Faktury (EFX)" służy do przeglądania elektronicznych faktur wystawionych dla NFZ. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista umów z NFZ. Umowy podzielone są na lata (umowy z kolejnych lat dostępne są w oddzielnych zakładkach).



Przy każdej umowie widoczny jest przycisk „Wybierz”, którego naciśnięcie wyświetla listę szablonów rachunków wczytanych do systemu jHIS dla danej umowy.



Przy każdym szablonie widoczny jest przycisk „Dokumenty”, którego naciśnięcie wyświetla listę faktur elektronicznych wystawionych w oparciu o dany szablon rachunku. Przy każdym dokumencie dla którego wygenerowano wydruk w formie pliku PDF widoczny jest przycisk „Podgląd” umożliwiający podgląd pliku PDF z wydrukiem faktury.

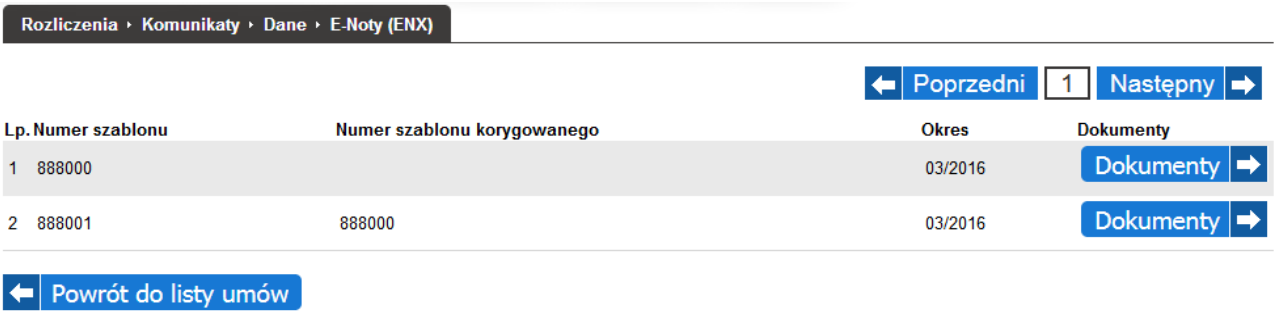


E-Noty (ENX)

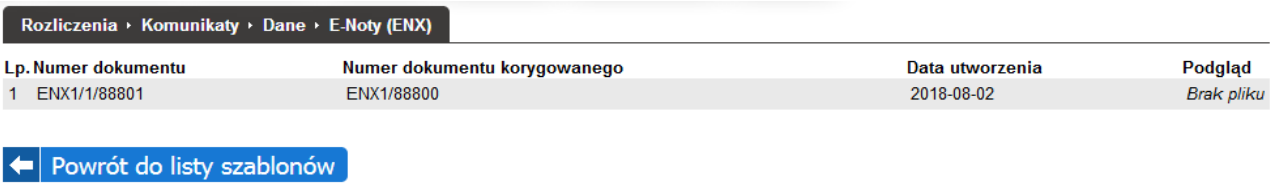
Funkcjonalność „E-Noty (ENX)” służy do przeglądania elektronicznych not księgowych wystawionych dla NFZ. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista umów z NFZ. Umowy podzielone są na lata (umowy z kolejnych lat dostępne są w oddzielnych zakładkach).



Przy każdej umowie widoczny jest przycisk „Wybierz", którego naciśnięcie wyświetla listę szablonów rachunków wczytanych do systemu jHIS dla danej umowy.



Przy każdym szablonie widoczny jest przycisk „Dokumenty", którego naciśnięcie wyświetla listę elektronicznych not księgowych wystawionych w oparciu o dany szablon rachunku.

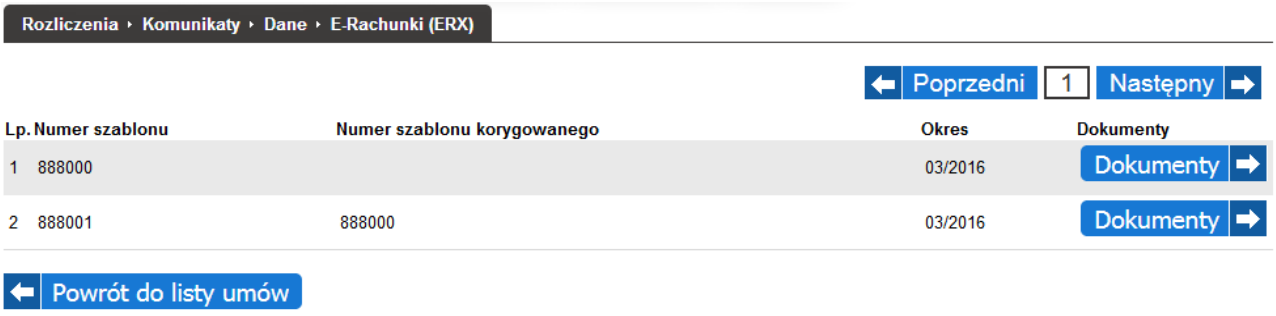


E-Rachunki (ERX)

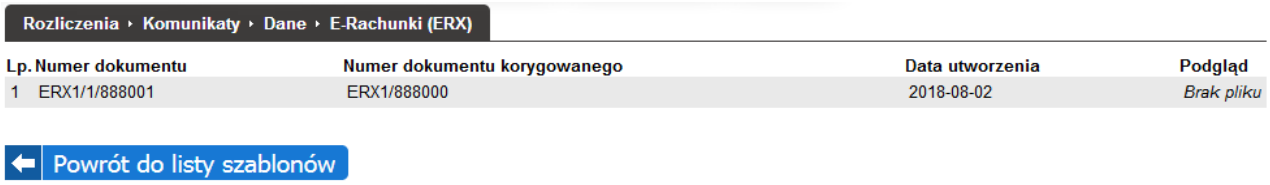
Funkcjonalność „E-Rachunki (ERX)" służy do przeglądania rachunków elektronicznych wystawionych dla NFZ. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista umów z NFZ. Umowy podzielone są na lata (umowy z kolejnych lat dostępne są w oddzielnych zakładkach).



Przy każdej umowie widoczny jest przycisk „Wybierz", którego naciśnięcie wyświetla listę szablonów rachunków wczytanych do systemu jHIS dla danej umowy.



Przy każdym szablonie widoczny jest przycisk „Dokumenty", którego naciśnięcie wyświetla listę rachunków elektronicznych wystawionych w oparciu o dany szablon rachunku.

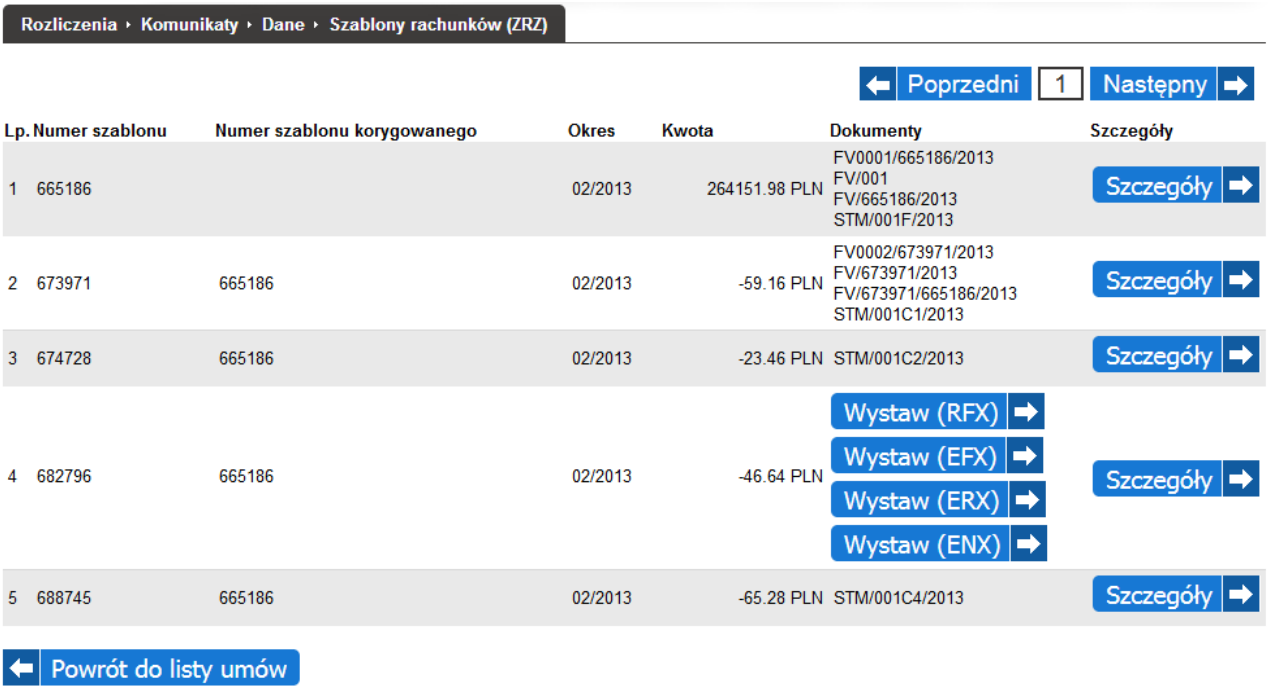


Szablony rachunków (ZRZ)

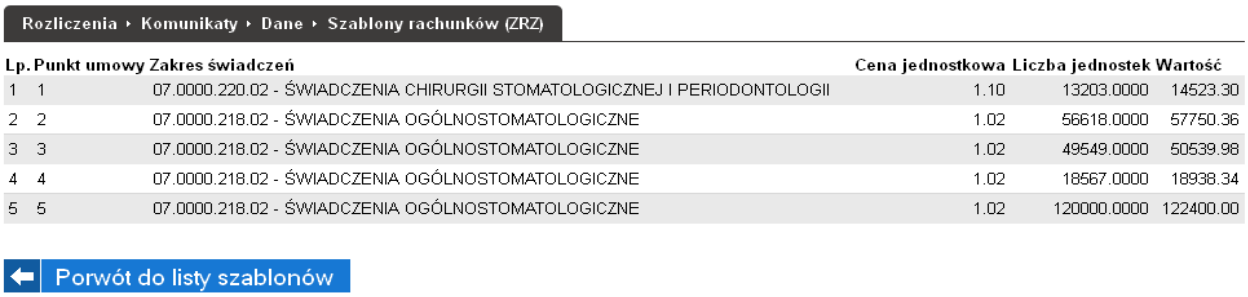
Funkcjonalność „Szablony rachunków (ZRZ)" służy do przeglądania danych zawartych w szablonach rachunków wczytanych do systemu jHIS z plików ZRZ. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista umów z NFZ. Umowy podzielone są na lata (umowy z kolejnych lat dostępne są w oddzielnych zakładkach).



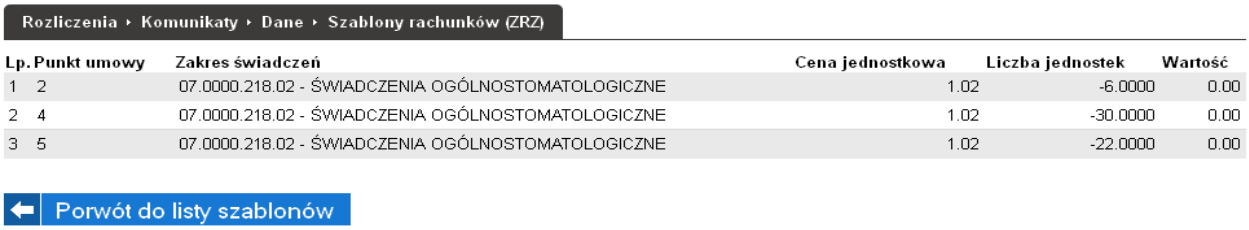
Przy każdej umowie widoczny jest przycisk „Wybierz", którego naciśnięcie wyświetla listę szablonów rachunków wczytanych do systemu jHIS dla danej umowy.



Przy każdym szablonie w kolumnie „Dokumenty" widoczne są numery rachunków / faktur / not wystawionych na podstawie danego szablonu oraz w przypadku szablonów dla których nie wystawiono jeszcze żadnego dokumentu (dla uprawnionych użytkowników) przyciski „Wystaw (RFX)", „Wystaw (EFX)", „Wystaw (ERX)", „Wystaw (ENX)" umożliwiające przejście do formularza wystawiania nowego dokumentu na podstawie danego szablonu (kliknięcie przycisku powoduje wyświetlenie formularza opisanego w rozdziale „NFZ" → „Komunikaty" → „Eksport" → „Szablony rachunków (ZRZ)"). Przy każdym szablonie widoczny jest także przycisk „Szczegóły", którego naciśnięcie wyświetla listę pozycji do umieszczenia w dokumencie tworzonym w oparciu o dany szablon rachunku. Dla każdej pozycji prezentowana jest cena jednostkowa, liczba jednostek (ilość) i wartość.

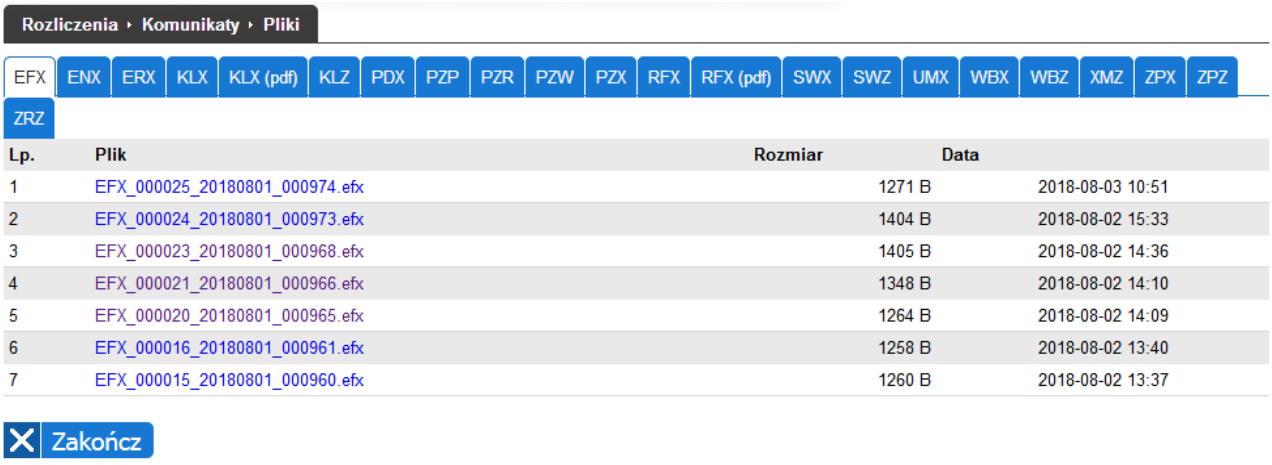


W przypadku szablonów korygujących liczba jednostek może być ujemna.



Pliki

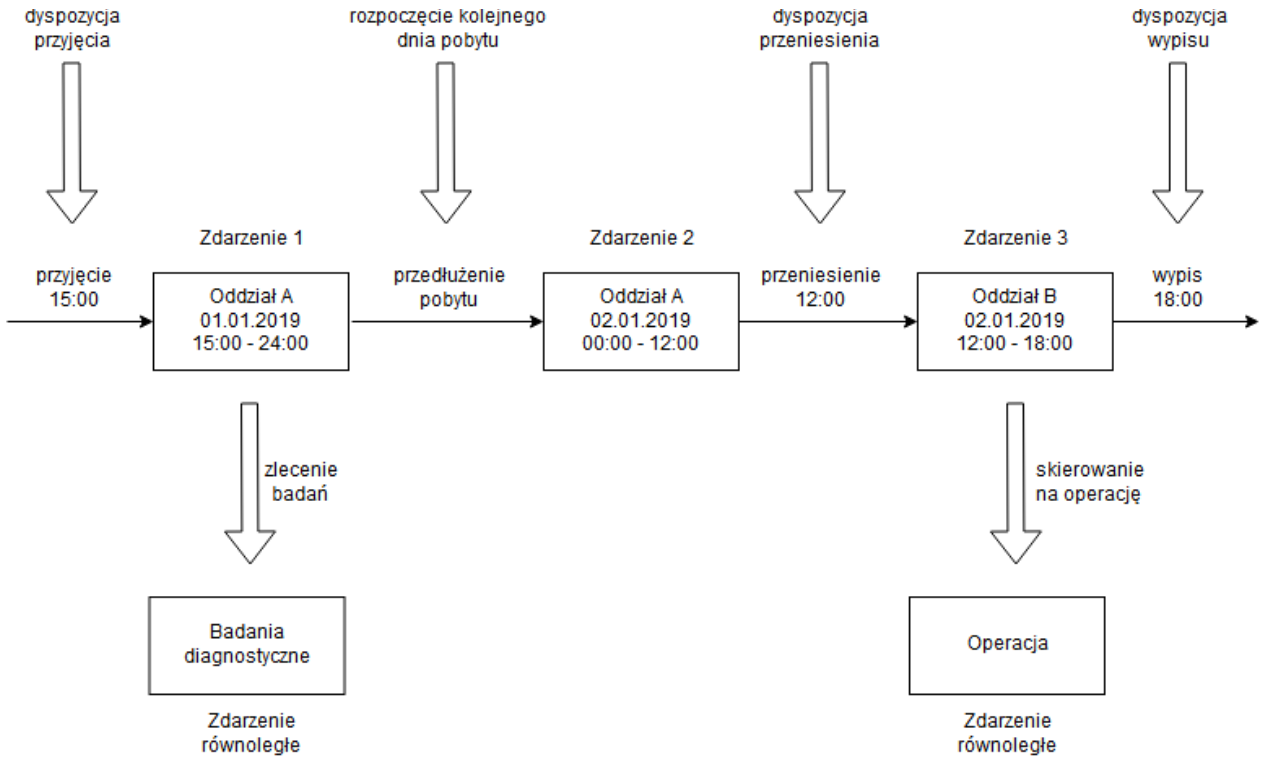
Funkcjonalność „Pliki” służy do przeglądania i pobierania plików komunikatów dotychczas wygenerowanych i przekazanych do systemu SZOI NFZ oraz dotychczas zaimportowanych z systemu SZOI NFZ. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetlają się zakładki o nazwach odpowiadających rodzajom plików komunikatów. Kliknięcie na zakładce wyświetla listę plików komunikatów danego typu przechowywanych na serwerze. Dla każdego pliku wyświetlana jest nazwa, rozmiar i data utworzenia. Kliknięcie na nazwie pliku pozwala pobrać plik i zapisać go na dysku komputera użytkownika.



Szpital

Moduł „Szpital” jest przeznaczony do obsługi szpitali. Przyjęcie do szpitala (na oddział) jest

realizowane na podstawie dyspozycji przyjęcia wystawionej przez lekarza na izbie przyjęć (oraz w przypadku pobytów NFZ-owych ewentualnie także skierowania wystawionego tamże). Pobyt w szpitalu jest traktowany jako ciąg zdarzeń, z których każde jest rozumiane jako nieprzerwany okres pobytu pacjenta na jednym oddziale w ciągu jednego dnia. W myśl tej definicji każda zmiana oddziału i każde przedłużenie pobytu na kolejny dzień skutkują wystąpieniem nowego zdarzenia w ciągu zdarzeń składających się na pobyt szpitalny. W ramach pobytu mogą następować przeniesienia pacjentów w obrębie oddziału oraz pomiędzy oddziałami. Przeniesienie na inny oddział odbywa się na podstawie dyspozycji przeniesienia wystawionej przez lekarza na oddziale. W trakcie pobytu równolegle mogą być realizowane operacje, konsultacje oraz wykonywane badania diagnostyczne i szczepienia. Pobyt kończy się dokonaniem wypisu (na skutek zakończenia procesu leczenia lub zgonu pacjenta) na podstawie dyspozycji wystawionej przez lekarza na oddziale. Przykładowy schemat pobytu szpitalnego:



Przyjęcia

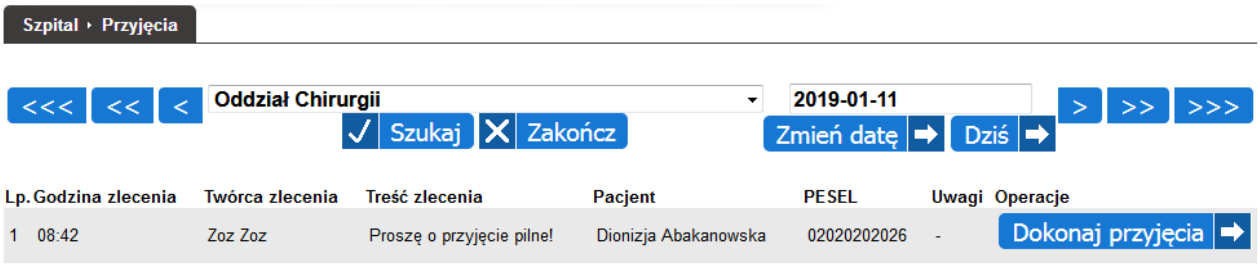
Funkcjonalność „Przyjęcia” z menu „Szpital” służy do obsługi dyspozycji przyjęć pacjentów (przyjęcie pacjenta skierowanego na oddział z izby przyjęć) oraz dyspozycji przeniesień pacjentów (przyjęcie pacjenta przeniesionego z innego oddziału). Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka dyspozycji przyjęcia / przeniesienia pacjentów wystawionych w dniu dzisiejszym. W wyszukiwarce dostępne są do wyboru wszystkie oddziały na których zalogowany personel pracuje. W pierwszej kolejności należy wybrać oddział i nacisnąć przycisk „Szukaj”. Wyświetlana jest wówczas pod wyszukiwarką lista dyspozycji przyjęcia / przeniesienia pacjentów na dany oddział wystawionych w dniu dzisiejszym (aby dyspozycja przyjęcia wyświetliła się na liście dyspozycji, wizyta na izbie przyjęć musi być zakończona). W wyszukiwarce znajdują się dodatkowo następujące przyciski nawigacji:

- 〉 <<< - umożliwia wyświetlenie dyspozycji przyjęcia / przeniesienia na dany oddział

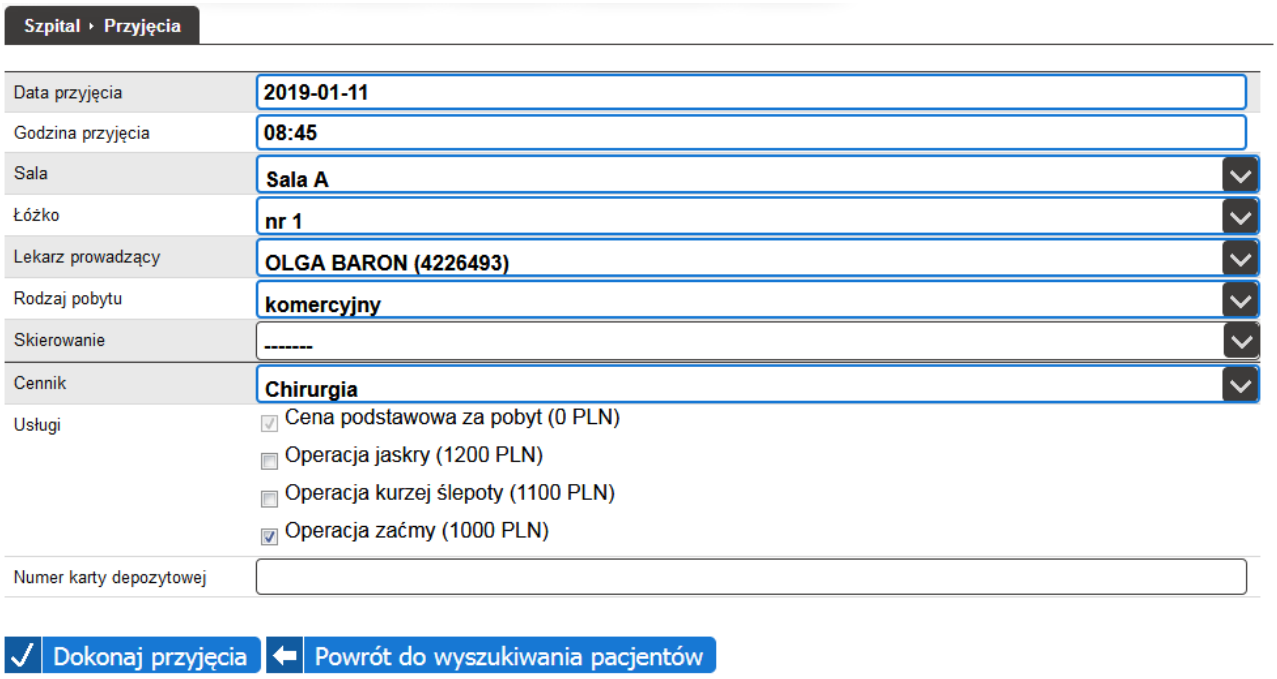
wystawionych w dniu o miesiąc wcześniejszym od aktualnie prezentowanego

- << - umożliwia wyświetlenie dyspozycji przyjęcia / przeniesienia na dany oddział wystawionych w dniu o tydzień wcześniejszym od aktualnie prezentowanego
- < - umożliwia wyświetlenie dyspozycji przyjęcia / przeniesienia na dany oddział wystawionych w dniu poprzednim w stosunku aktualnie prezentowanego
- „Zmień datę" - umożliwia wyświetlenie dowolnego dnia, który należy wskazać w polu daty przed naciśnięciem przycisku „Zmień datę"
- „Dziś" - umożliwia wyświetlenie dzisiejszego dnia
- > - umożliwia wyświetlenie dyspozycji przyjęcia / przeniesienia na dany oddział wystawionych w dniu następnym w stosunku aktualnie prezentowanego
- >> - umożliwia wyświetlenie dyspozycji przyjęcia / przeniesienia na dany oddział wystawionych w dniu o tydzień późniejszym od aktualnie prezentowanego
- >>> - umożliwia wyświetlenie dyspozycji przyjęcia / przeniesienia na dany oddział wystawionych w dniu o miesiąc późniejszym od aktualnie prezentowanego

Kliknięcie na którykolwiek z opisanych powyżej przycisków zmienia widok dyspozycji przyjęcia / przeniesienia na dany oddział na właściwy dla dnia do którego prowadzi dany przycisk.



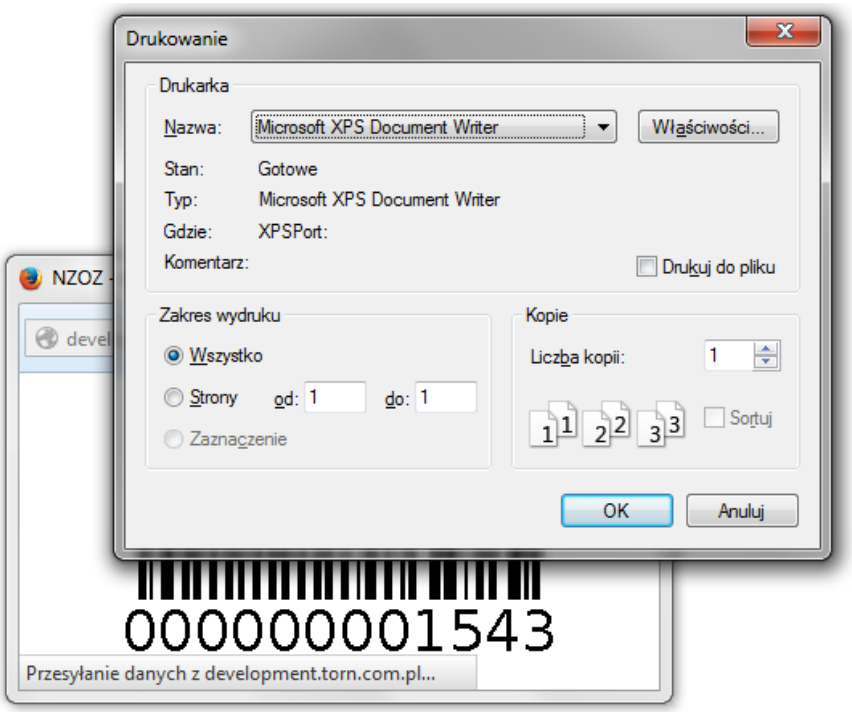
Przy każdej dyspozycji widoczny jest przycisk „Dokonaj przyjęcia", którego kliknięcie skutkuje wyświetleniem formularza przyjęcia. W formularzu tym określa się datę i godzinę przyjęcia, wskazuje salę, łóżko dla pacjenta, określa lekarza prowadzącego i rodzaj pobytu. W przypadku pobytów NFZ-owych i oddziałów wymagających skierowania w formularzu wskazuje się skierowanie (które powinno być wystawione na izbie przyjęć wraz z dyspozycją przyjęcia na oddział). W przypadku pobytów komercyjnych wskazuje się cennik oraz ewentualnie wskazuje usługi komercyjne do realizacji.



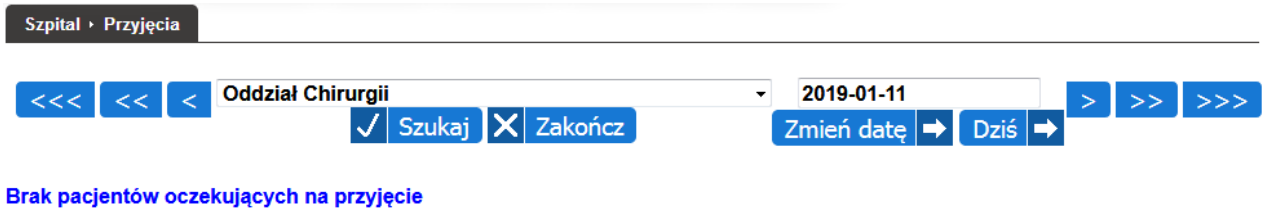
Po wypełnieniu formularza, jeżeli wskazane łóżko jest wolne (co system weryfikuje), system rejestruje przyjęcie pacjenta na oddział wyświetlając stosowny komunikat oraz przycisk „Drukuj opaskę" umożliwiający wydrukowanie opaski na rękę dla pacjenta.



Po kliknięciu przycisku „Drukuj opaskę" otwiera się nowe okno z kodem paskowym i automatycznie inicjowany jest proces drukowania.



Po wydrukowaniu opaski, zamknięciu okna z kodem kreskowym i kliknięciu przycisku „Zakończ” ponownie wyświetlany jest widok dyspozycji, przy czym dyspozycja zrealizowana nie jest już wyświetlana na liście.



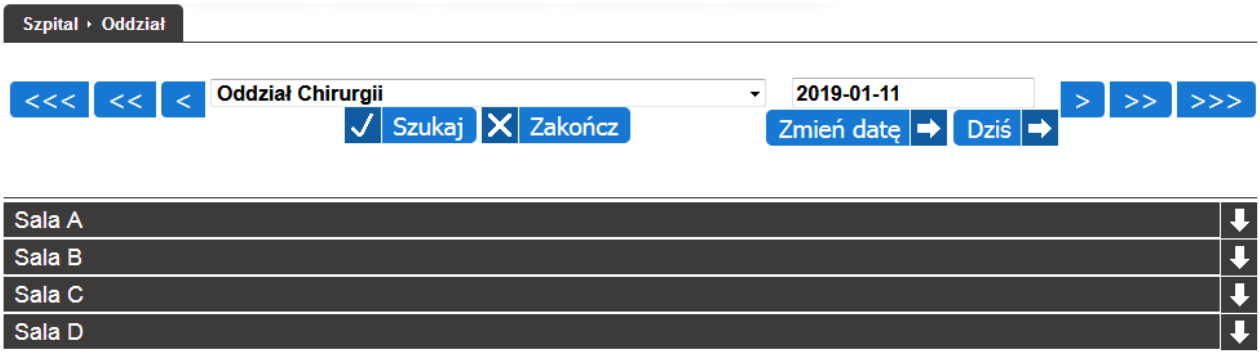
Oddział

Obsługa pobytu pacjenta na oddziale odbywa się po wybraniu funkcjonalności „Oddział” z menu „Szpital”. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka pobytów pacjentów na oddziałach. W wyszukiwarce dostępne są do wyboru wszystkie oddziały na których zalogowany personel pracuje. W pierwszej kolejności należy wybrać oddział i nacisnąć przycisk „Szukaj”. Wyświetlana jest wówczas pod wyszukiwarką lista sal na danym oddziale. W wyszukiwarce znajdują się dodatkowo następujące przyciski nawigacji:

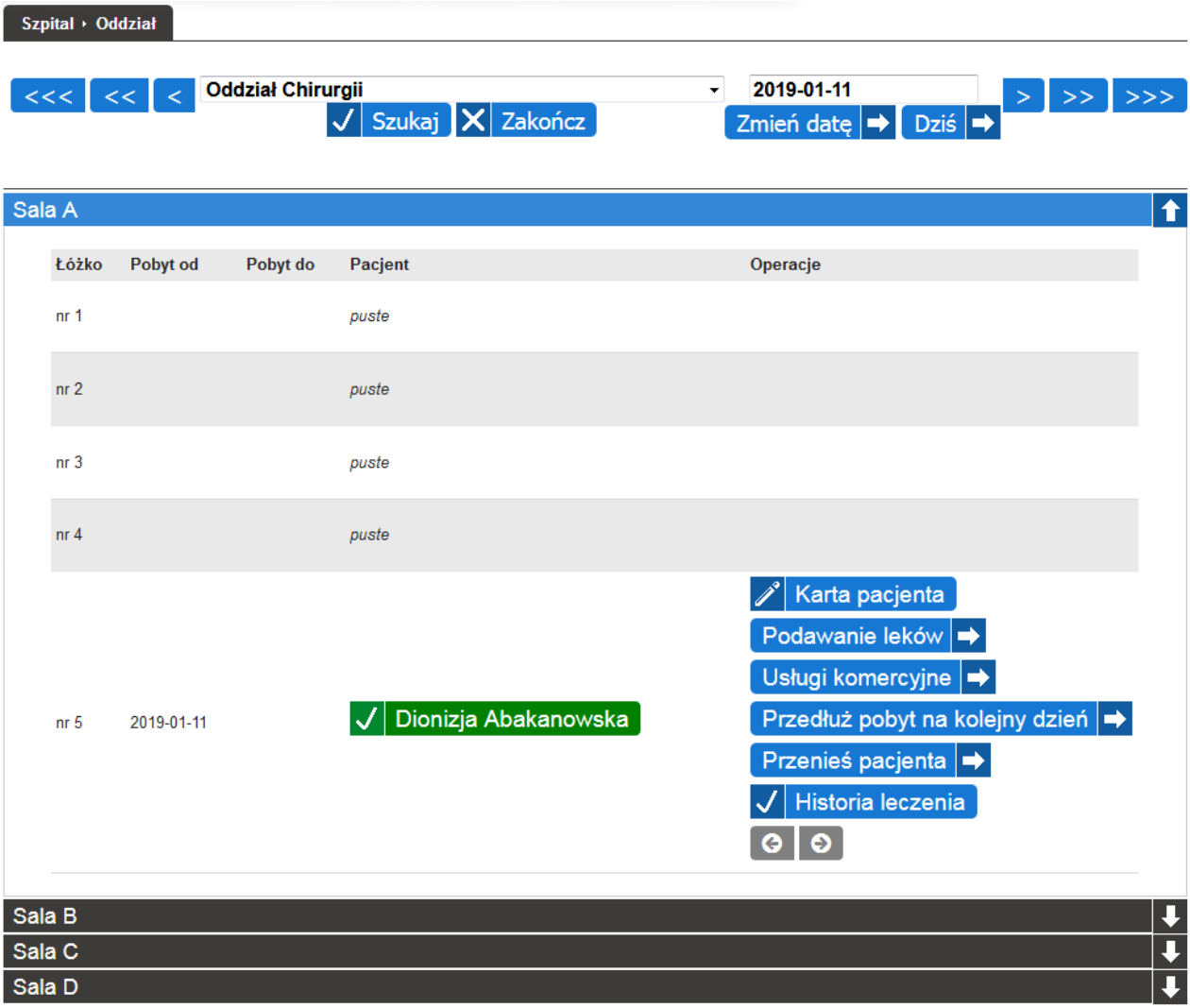
- <<< - umożliwia wyświetlenie pobytów na oddziale w dniu o miesiąc wcześniejszym od aktualnie prezentowanego
- << - umożliwia wyświetlenie pobytów na oddziale w dniu o tydzień wcześniejszym od aktualnie prezentowanego
- < - umożliwia wyświetlenie pobytów na oddziale w dniu poprzednim w stosunku aktualnie prezentowanego

- „Zmień datę” - umożliwia wyświetlenie dowolnego dnia, który należy wskazać w polu daty przed naciśnięciem przycisku „Zmień datę”
- „Dziś” - umożliwia wyświetlenie dzisiejszego dnia
- > - umożliwia wyświetlenie pobytów na oddziale w dniu następnym w stosunku aktualnie prezentowanego
- >> - umożliwia wyświetlenie pobytów na oddziale w dniu o tydzień późniejszym od aktualnie prezentowanego
- >>> - umożliwia wyświetlenie pobytów na oddziale w dniu o miesiąc późniejszym od aktualnie prezentowanego

Kliknięcie na którykolwiek z opisanych powyżej przycisków zmienia widok pobytów na danym oddziale na właściwy dla dnia do którego prowadzi dany przycisk.



Po kliknięciu na pasku z nazwą sali wyświetla się lista wszystkich łóżek na danej sali oraz wszystkich zdarzeń pobytu pacjentów na łóżkach danej sali danego dnia. Jeżeli dane łóżko było zajmowane danego dnia przez więcej niż jednego pacjenta (np. do południa zajmował je pacjent X, który w południe został wypisany ze szpitala, a po południu przyjęto do szpitala pacjenta Y na to samo łóżko) wówczas dane łóżko wyświetla się tyle razy ile zdarzeń pobytu danego dnia miało na nim miejsce.



Przycisk z nazwiskiem pacjenta może się wyświetlać w jednym z dwóch kolorów: na czerwono jeżeli pacjent nie posiada ubezpieczenia i/lub nie wypełnił wszystkich wymaganych dokumentów i/lub nie wniósł opłaty (w przypadku płatności przed rozpoczęciem pobytu) lub na zielono jeśli wszystkie formalności zostały dopełnione. Kliknięcie przycisku z nazwiskiem pacjenta w sytuacji gdy wyświetla się on na czerwono powoduje wyświetlenie komunikatu informującego o formalnościach niezbędnych do uzupełnienia. Kliknięcie przycisku z nazwiskiem pacjenta w sytuacji gdy wyświetla się on na zielono otwiera okno zdarzenia pobytu, którego zawartość merytoryczna i sposób funkcjonowania są identyczne jak opisano w rozdziale „Gabinet lekarski / pielęgniarski", z tym że jedynie personel główny realizujący pobyt ma możliwość jego zakończenia (jako jedyny widzi przycisk zakończenia pobytu i ponadto przycisk ten jest widoczny tylko przy ostatnim z ciągu zdarzeń składających pobyt szpitalny a jego kliknięcie zamyka jednocześnie wszystkie zdarzenia pobytu), zakładka „Wizyta" ma etykietkę zmienioną na „Pobyt" a przycisk „Zakończ wizytę" ma etykietkę zmienioną na „Zakończ pobyt".

Przy każdym z pacjentów mogą się wyświetlać następujące przyciski:

- jeśli przycisk z nazwiskiem pacjenta wyświetla się na czerwono
  - „Karta pacjenta" - przycisk wyświetlany w sytuacji gdy zalogowany użytkownik posiada uprawnienia do zarządzania danymi pacjentów; jego kliknięcie otwiera w nowym oknie kartę pacjenta z domyślnie otwartą zakładką „Płatności"; w otwartej karcie pacjenta

można uzupełnić wszystkie formalności konieczne do rozpoczęcia pobytu pacjenta na oddziale

- jeśli przycisk z nazwiskiem pacjenta wyświetla się na zielono
  - „Karta pacjenta” - przycisk wyświetlany w sytuacji gdy zalogowany użytkownik posiada uprawnienia do zarządzania danymi pacjentów; jego kliknięcie otwiera w nowym oknie kartę pacjenta z domyślnie otwartą zakładką „Płatności”
  - „Podawanie leków” - przycisk otwierający nowe okno z podglądem historii podawania leków pacjentowi; jeśli zalogowany użytkownik posiada uprawnienia do podawania leków, wówczas w oknie tym dostępna jest także opcja odnotowywania faktu podania leków
  - „Usługi komercyjne” - przycisk wyświetlany tylko dla pobytów komercyjnych otwierający nowe okno z podglądem listy usług komercyjnych zrealizowanych podczas pobytu; jeśli zalogowany użytkownik posiada uprawnienia do zarządzania usługami, wówczas w oknie tym dostępna jest opcja wskazywania jakie usługi zostały wykonane na rzecz pacjenta
  - „Przedłuż pobyt na kolejny dzień” - przycisk umożliwiający przedłużenie pobytu pacjenta w szpitalu na kolejny dzień; przycisk jest widoczny przy ostatnim z ciągu zdarzeń składających się na pobyt tylko dla użytkowników posiadających uprawnienia do przedłużania pobytów i tylko jeśli pobyt nie został zakończony i nie wystawiono dyspozycji przeniesienia / wypisu pacjenta
  - „Przenieś pacjenta” - przycisk umożliwiający przeniesienie pacjenta na inny oddział lub w obrębie oddziału na którym pacjent przebywa (zmiana łóżka / sali / lekarza prowadzącego); przycisk jest widoczny tylko dla użytkowników posiadających uprawnienia do przenoszenia pacjentów i tylko przy ostatnim z ciągu zdarzeń składających się na pobyt tylko jeśli pobyt nie został zakończony
  - „Wypisz pacjenta” - przycisk umożliwiający dokonanie wypisu pacjenta ze szpitala; przycisk jest widoczny tylko dla użytkowników posiadających uprawnienia do dokonywania wypisów i tylko przy ostatnim z ciągu zdarzeń składających się na pobyt tylko jeśli nie dokonano jeszcze wypisu
  - „Drukuj wypis” - przycisk umożliwiający wydrukowanie dokonanego wcześniej wypisu pacjenta ze szpitala; przycisk jest widoczny tylko dla użytkowników posiadających uprawnienia do dokonywania wypisów i tylko przy ostatnim z ciągu zdarzeń składających się na pobyt tylko jeśli dokonano już wypisu
  - „Historia leczenia” - przycisk umożliwiający podgląd i pobranie (w formie pliku PDF) oraz wydrukowanie pełnej historii leczenia pacjenta w ramach pobytu w szpitalu; przycisk jest widoczny tylko dla użytkowników posiadających uprawnienia do wglądu do historii leczenia
  - „←” - przycisk umożliwiający szybkie przejście do poprzedniego zdarzenia pobytu szpitalnego; przycisk jest aktywny i ma kolor zielony tylko jeśli istnieje zdarzenie pobytu poprzedzające dane zdarzenie i jest ono na oddziale do którego zalogowany użytkownik ma dostęp, w przeciwnym razie przycisk jest nieaktywny i ma kolor szary
  - „→” - przycisk umożliwiający szybkie przejście do następnego zdarzenia pobytu szpitalnego; przycisk jest aktywny i ma kolor zielony tylko jeśli istnieje zdarzenie pobytu następujące po danym zdarzeniu i jest ono na oddziale do którego zalogowany użytkownik ma dostęp, w przeciwnym razie przycisk jest nieaktywny i ma kolor szary

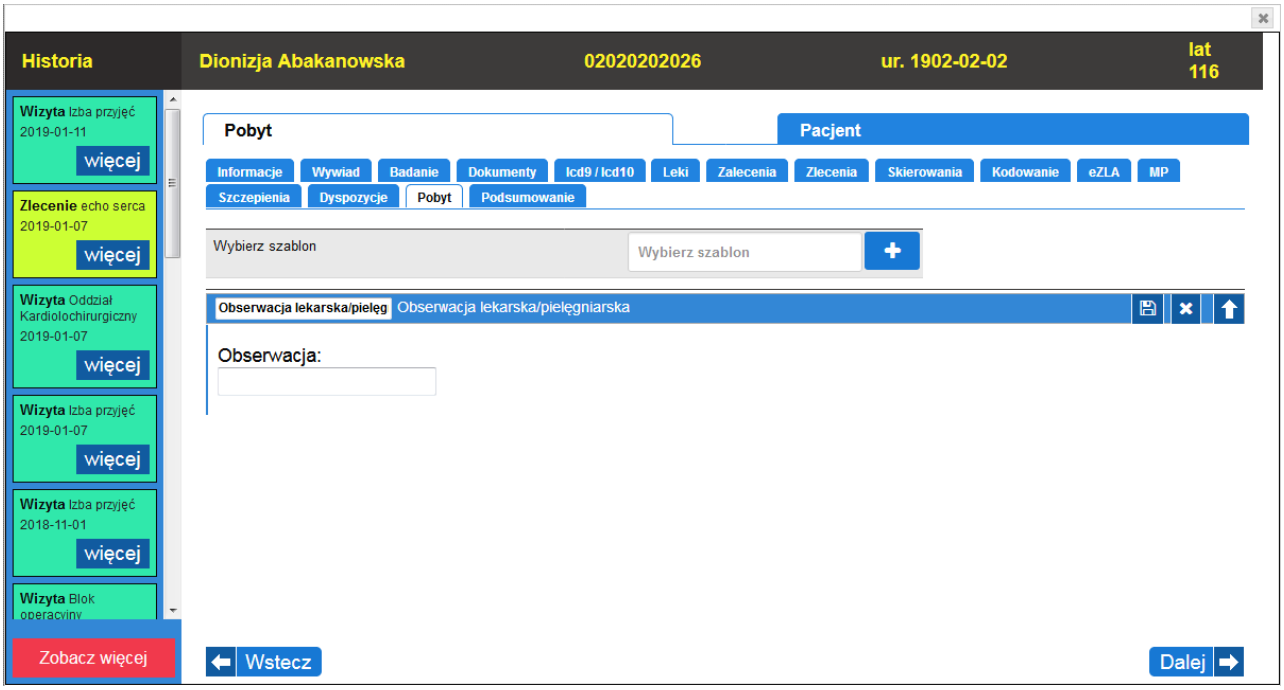
Jeżeli przycisk z nazwiskiem pacjenta wyświetla się na czerwono wówczas należy w karcie pacjenta uzupełnić formalności aby móc rozpocząć obsługę pacjenta na oddziale – po dopełnieniu formalności i zamknięciu karty pacjenta przycisk zmieni kolor na zielony. Jedną z takich formalności może być płatność za pobyt. Jeżeli płatność za pobyt jest realizowana przed jego rozpoczęciem wówczas opłacie podlegają usługi wybrane z cennika podczas dokonywania przyjęcia pacjenta na oddział. Jeżeli w trakcie pobytu niektóre spośród tych usług nie zostaną zrealizowane wówczas na zakończenie pobytu w karcie pacjenta zostanie automatycznie utworzony dokument finansowy korygujący z nadpłatą do zwrotu dla pacjenta. Jeżeli w trakcie pobytu zostaną zrealizowane dodatkowe usługi wówczas na zakończenie pobytu w karcie pacjenta zostanie automatycznie utworzona niezrealizowana płatność (wszystkie dodatkowe usługi zrealizowane w trakcie pobytu są rozliczane łącznie na zakończenie pobytu niezależnie od tego na jakich oddziałach przebywał pacjent w trakcie pobytu, co jest podyktowane faktem, że w trakcie pobytu stan pacjenta może nie pozwalać na dokonywanie przez niego jakichkolwiek czynności formalnych). Płatności za zdarzenia równoległe ze zdarzeniami pobytu nie są traktowane jak płatności za pobyt jednak istnieją mechanizmy pozwalające na realizowanie ich w taki właśnie sposób:

- płatności za badania diagnostyczne mogą być uwzględniane w płatnościach za pobyt zgodnie z opisem w rozdziale „Punkt pobrań”
- płatności za szczepienia mogą być uwzględniane w płatnościach za pobyt zgodnie z opisem w rozdziale „Punkt szczepień”
- aby płatności za operacje / zabiegi / konsultacje mogły być uwzględniane w płatnościach za pobyt należy przy operacjach / zabiegach / konsultacjach nie wykazywać pozycji z cennika a wykazywać je zamiast tego przy zdarzeniach pobytu w szpitalu

Obsługa pacjenta na oddziale z punktu widzenia lekarza polega przede wszystkim na:

- rejestrowaniu obserwacji z obchodów lekarskich (zakładka „Pobyt”)
- rejestrowaniu wykonanych procedur i zdiagnozowanych rozpoznań (zakładka „ICD9 / ICD10”)
- przepisywaniu leków do podania (zakładka „Leki”)
- zlecaniu wykonania badań diagnostycznych (zakładka „Zlecenia”)
- kierowaniu na operacje / zabiegi (zakładka „Skierowania”)
- zlecaniu wykonania szczepień (zakładka „Szczepienia”)
- wydawaniu dyspozycji wykonania badań, przeniesienia pacjenta lub dokonania wypisu (zakładka „Dyspozycje”)

co odbywa się za pomocą modułu gabinetowego otwieranego po kliknięciu przycisku z nazwiskiem pacjenta zgodnie z opisem w rozdziale „Gabinet lekarski / pielęgniarski”.



W przypadku przepisywania leków pomija się wystawianie recept jako że podawane leki pochodzą z apteczek oddziałowych.

Pielęgniarki odpowiedzialne za podawanie pacjentowi przepisanych przez lekarza leków odnotowują fakty podawania leków w systemie. Służy do tego celu przycisk „Podawanie leków". Po jego kliknięciu wyświetla się lista przepisanych leków wraz z dawkowaniem oraz historia podawania – o której godzinie kto i jaką dawkę leku podał. Ponadto przy każdym leku pojawia się pole „nowe podanie" a pod listą leków pole „Leki w podanych powyżej dawkach podałem pacjentowi o godzinie" służące do odnotowywania faktów podawania leków.

Lek	Zlecone dawkowanie	Personel zlecający	Historia podawania
ASPIRIN, TABL., 0,3 G, 100 TABL.	3 razy dziennie 1 tabletka	OLGA BARON	**09:52** - dawka: 0.3G - podający: OLGA BARON **nowe podanie** - dawka: **0.3G** - podający: OLGA BARON

Leki w podanych powyżej dawkach podałem pacjentowi o godzinie *[gg:mm]* **09:56**

Zapisz Zamknij

Zadaniem pielęgniarki podającej leki jest wpisanie przy lekach które podaje w polu „nowe podanie" podanych dawek a w polu „Leki w podanych powyżej dawkach podałem pacjentowi o godzinie" godzinę o której leki zostały podane a następnie zapisaniu tych informacji przyciskiem „Zapisz". Wprowadzone przez pielęgniarkę podanie leku zostanie wyświetlone w historii podawania.

Operacja zakończona pomyślnie

Lek	Zlecone dawkowanie	Personel zlecający	Historia podawania
ASPIRIN, TABL., 0,3 G, 100 TABL.	3 razy dziennie 1 tabletka	OLGA BARON	**09:52** - dawka: 0.3G - podający: OLGA BARON **09:56** - dawka: 0.3G - podający: OLGA BARON **nowe podanie** - dawka: - podający: OLGA BARON

Leki w podanych powyżej dawkach podałem pacjentowi o godzinie *[gg:mm]*

Zapisz Zamknij

W zależności od przyjętych procedur, w trakcie pobytu komercyjnego lekarz lub pielęgniarka rejestrują usługi komercyjne zrealizowane na rzecz pacjenta w celu późniejszego rozliczenia z pacjentem. Służy do tego celu przycisk „Usługi komercyjne". Po jego kliknięciu w nowym oknie wyświetla się lista usług komercyjnych zrealizowanych przy wszystkich zdarzeniach pobytu poprzedzających dane (do wglądu) oraz lista usług komercyjnych możliwych do zrealizowania w ramach danego zdarzenia pobytu. Zrealizowane usługi należy zaznaczyć (a niezrealizowane odznaczyć) i zapisać klikając przycisk „Zapisz".

Usługi zrealizowane od 2019-01-11 08:47 do 2019-01-12 00:00

Zrealizowano	Usługa	Cena
☑	Operacja zaćmy	1000.00 PLN

Usługi zrealizowane od 2019-01-12 00:00

Zrealizowano	Usługa	Cena
☐	Operacja jaskry	1200.00 PLN
☐	Operacja kurzej ślepoty	1100.00 PLN
☐	Operacja zaćmy	1000.00 PLN

Zapisz Zamknij

W zależności od przyjętych procedur lekarz lub pielęgniarka na koniec doby przedłuża pobyt szpitalny pacjentów pozostających na oddziale na kolejny dzień aby następnego dnia możliwa była dalsza obsługa pacjenta w systemie. Aby przedłużyć pobyt pacjenta na oddziale na kolejny dzień wystarczy kliknąć przycisk „Przedłuż pobyt na kolejny dzień".

Zlecone przez lekarza badania diagnostyczne są realizowane przez odpowiednie komórki organizacyjne za pomocą funkcjonalności „Punkt pobrań" z menu „Gabinet" opisanej w rozdziale o tym samym tytule a wyniki badań pojawiają się w oknie modułu gabinetowego w historii wizyt, badań i zleceń pacjenta.

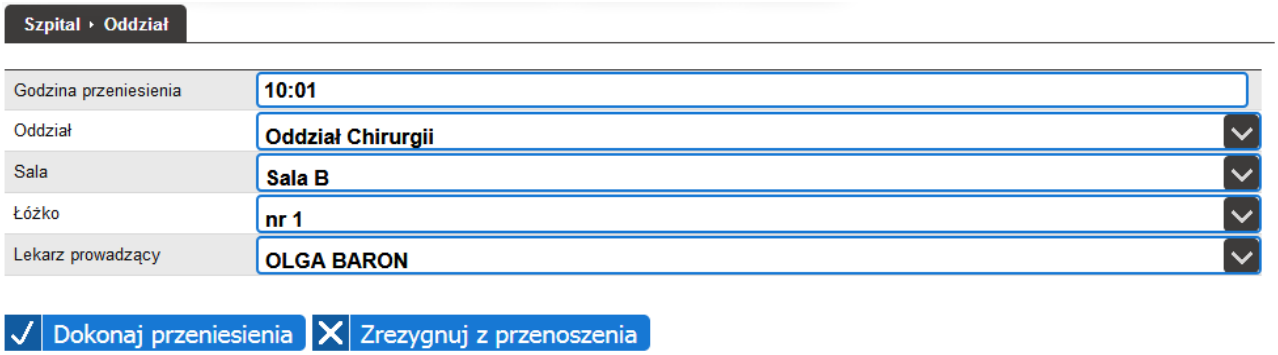
Operacje na jakie lekarz wystawił skierowanie są planowane i realizowane za pomocą funkcjonalności „Operacje" w menu „Szpital" opisanej w rozdziale pod tym samym tytułem. Aby

koszty operacji mogły być rozliczone w ramach pobytu szpitalnego należy uwzględnić ceny operacji w cenniku usług na oddziale i wskazać właściwą usługę przy zdarzeniu pobytu klikając przycisk „Usługi komercyjne” opisany powyżej, nie wykazywać jej zaś przy planowaniu operacji.

Zlecone przez lekarza szczepienia są realizowane przez odpowiednie komórki organizacyjne za pomocą funkcjonalności „Punkt szczepień” z menu „Gabinet” opisanej w rozdziale o tym samym tytule.

Zlecone przez lekarza inne badania są przez odpowiednie komórki organizacyjne za pomocą funkcjonalności „Zlecenia” z menu „Gabinet” opisanej w rozdziale o tym samym tytule a wyniki realizacji zleceń pojawiają się w oknie modułu gabinetowego w historii wizyt, badań i zleceń pacjenta.

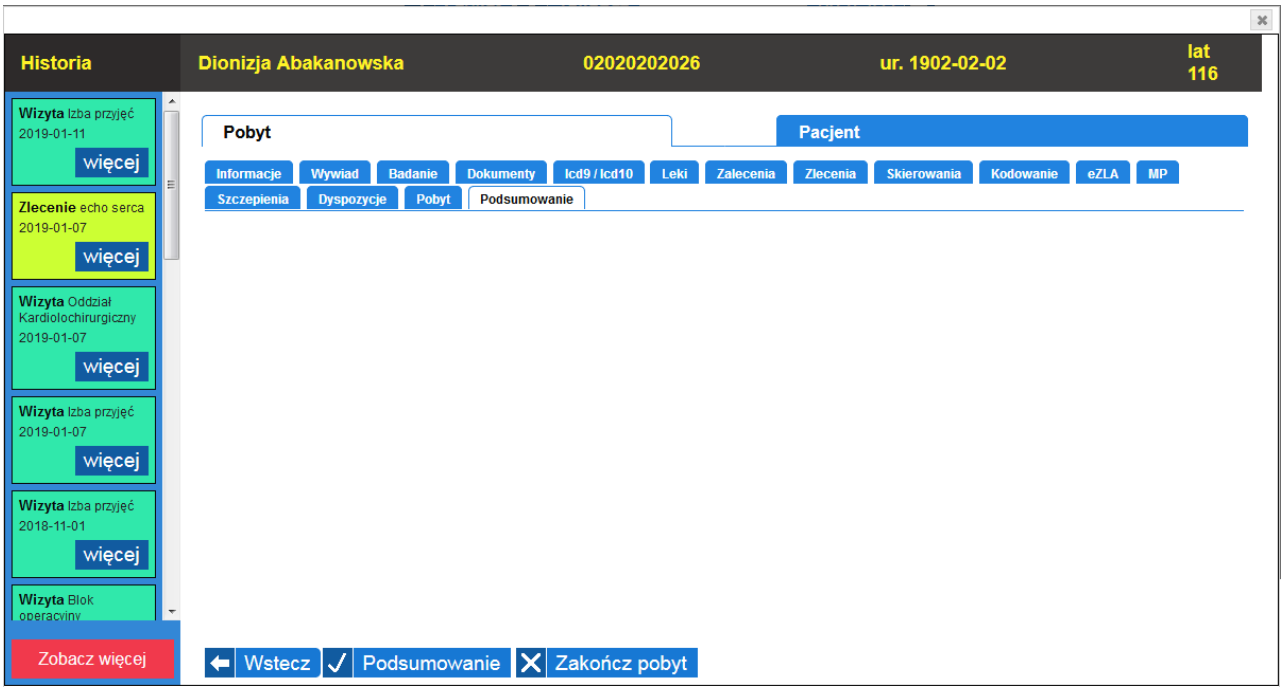
Jeżeli zachodzi potrzeba przeniesienia pacjenta w obrębie oddziału (zmiana łóżka / sali / lekarza prowadzącego) wówczas należy skorzystać z przycisku „Przenieś pacjenta”. Po jego kliknięciu wyświetli się formularz przeniesienia w którym należy określić godzinę przeniesienia, wskazać salę i łóżko oraz lekarza prowadzącego i zatwierdzić zmiany klikając przycisk „Dokonaj przeniesienia”.



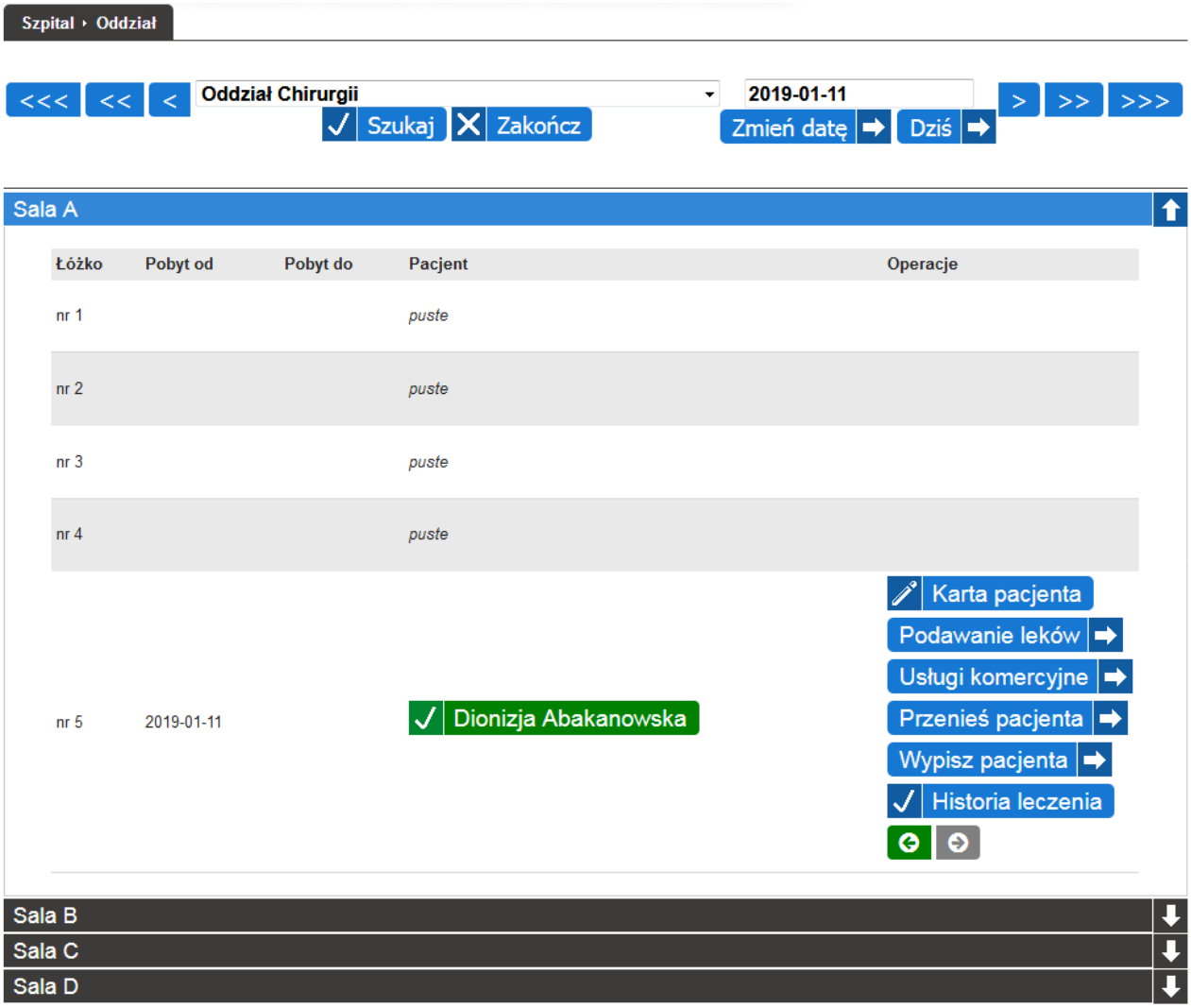
W sytuacji gdy zachodzi potrzeba przeniesienia pacjenta na inny oddział lekarz wystawia dyspozycję przeniesienia pacjenta. Jeżeli użytkownik dokonujący przeniesienia pacjenta pracuje zarówno na oddziale z którego pacjent jest przenoszony jak też i na oddziale na który pacjent jest przenoszony może skorzystać z przycisku „Przenieś pacjenta” w celu dokonania przeniesienia. Po jego kliknięciu wyświetli się formularz przeniesienia w którym należy określić godzinę przeniesienia, wskazać oddział, salę i łóżko oraz lekarza prowadzącego a w przypadku pobytu komercyjnego określić także usługi do zrealizowania i zatwierdzić zmiany klikając przycisk „Dokonaj przeniesienia”. Jeżeli użytkownik dokonujący przeniesienia pacjenta nie pracuje na oddziale z którego pacjent jest przenoszony, wówczas w celu dokonania przeniesienia musi on skorzystać z funkcjonalności „Przyjęcia” opisanej w poprzednim rozdziale i zrealizować przyjęcie pacjenta na oddział na podstawie dyspozycji przeniesienia go z innego oddziału.



W przypadku podjęcia decyzji o zakończeniu procesu leczenia pacjenta lub też w przypadku zgonu pacjenta lekarz wystawia dyspozycję dokonania wypisu a następnie klikając przycisk „Zakończ pobyt" w zakładce „Podsumowanie" zamyka pobyt pacjenta na oddziale.



Aby dokonać wypisu uprawniony użytkownik klika przycisk „Wypisz pacjenta".



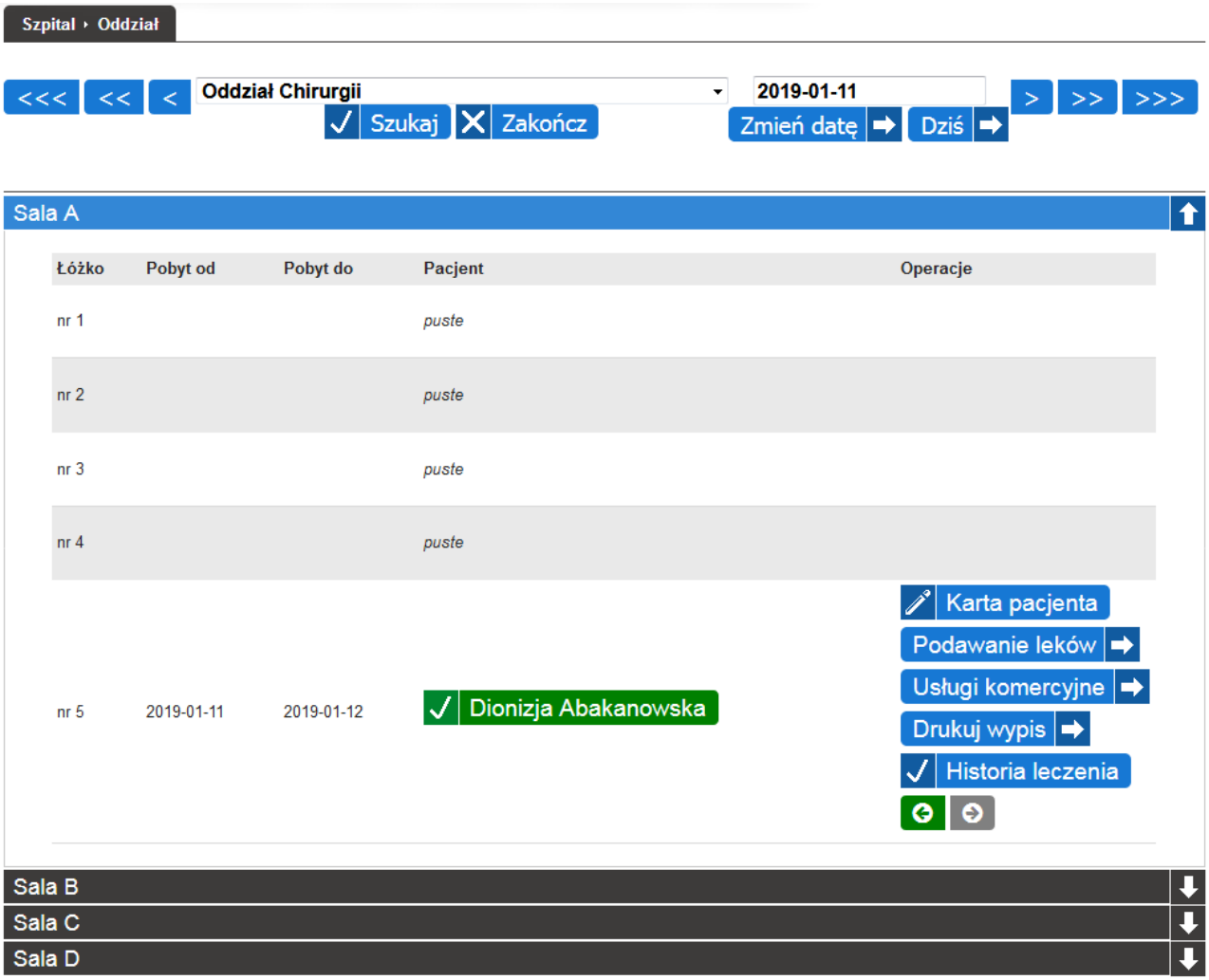
Wyświetla się wówczas formularz wypisu (wstępnie wypełniony danymi wyekstrahowanymi automatycznie z procesu leczenia z możliwością ich zmodyfikowania) w którym należy wypełnić sekcję danych dotyczących wypisu albo sekcję danych dotyczących zgonu pacjenta i zatwierdzić przyciskiem „Dokonaj wypisu”.

Szpital ▸ Oddział

Data wypisu	**2019-01-12**
Godzina wypisu (gg:mm)	**15:30**
Rozpoznanie przy wypisie (ICD-10)	**Z41**
Miejsce do którego wypisano pacjenta	**dom**
Zlecenie transportu pacjenta	-------
Adnotacja o pobraniu opłat od pacjenta	
Leczenie	**farmakologiczne**
Operacje i zabiegi	
Informacja o niezdolności do pracy	
Zalecenia	**pić dużo wody**
Wyniki badań diagnostycznych	
Wyniki konsultacji	
Przepisane leki	
Zlecenia na zaopatrzenie	
Skierowania na konsultacje i terminy	
Epikryza	**Pacjent z problemami z kręgosłupem zgłosił się do szpitala. Badanie MR wykazało przepuklinę L4-L5. Przeprowadzono operację przepukliny.**
Przyczyna i okoliczności wypisu	
Data zgonu pacjenta	
Godzina zgonu pacjenta (gg:mm)	
Przyczyny zgonu pacjenta (ICD-10)	pierwotna wtórna bezpośrednia

Dokonaj wypisu | Zrezygnuj z wypisu

System powróci wówczas do widoku pobytów pacjentów na oddziale a przycisk „Dokonaj wypisu” przy wypisanym pacjencie zmieni nazwę na „Drukuj wypis” umożliwiając pobranie (w formie pliku PDF) i wydrukowanie wypisu pacjenta ze szpitala.



Jeżeli wypis był następstwem zgonu pacjenta należy jeszcze wypisać kartę zgonu korzystając z zakładki „Dokumenty” w karcie pacjenta.

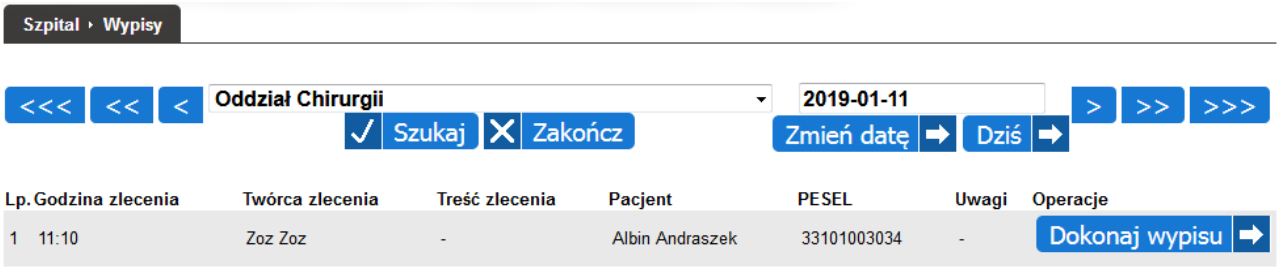
Zakończenie pobytu (w przypadku pobytów komercyjnych) skutkuje pojawieniem się w zakładce „Płatności” w karcie pacjenta niezrealizowanej płatności, którą pacjent powinien uregulować.

Wypisy

Funkcjonalność „Wypisy” z menu „Szpital” służy do obsługi dyspozycji wypisu pacjentów ze szpitala. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka dyspozycji wypisu pacjentów wystawionych w dniu dzisiejszym. W wyszukiwarce dostępne są do wyboru wszystkie oddziały na których zalogowany personel pracuje. W pierwszej kolejności należy wybrać oddział i nacisnąć przycisk „Szukaj”. Wyświetlana jest wówczas pod wyszukiwarką lista dyspozycji wypisu z danego oddziału wystawionych w dniu dzisiejszym. W wyszukiwarce znajdują się dodatkowo następujące przyciski nawigacji:

- <<< - umożliwia wyświetlenie dyspozycji wypisu z danego oddziału wystawionych w dniu o miesiąc wcześniejszym od aktualnie prezentowanego
- << - umożliwia wyświetlenie dyspozycji wypisu z danego oddziału wystawionych w dniu o tydzień wcześniejszym od aktualnie prezentowanego
- < - umożliwia wyświetlenie dyspozycji wypisu z danego oddziału wystawionych w dniu poprzednim w stosunku aktualnie prezentowanego
- „Zmień datę” - umożliwia wyświetlenie dowolnego dnia, który należy wskazać w polu daty przed naciśnięciem przycisku „Zmień datę”
- „Dziś” - umożliwia wyświetlenie dzisiejszego dnia
- > - umożliwia wyświetlenie dyspozycji wypisu z danego oddziału wystawionych w dniu następnym w stosunku aktualnie prezentowanego
- >> - umożliwia wyświetlenie dyspozycji wypisu z danego oddziału wystawionych w dniu o tydzień późniejszym od aktualnie prezentowanego
- >>> - umożliwia wyświetlenie dyspozycji wypisu z danego oddziału wystawionych w dniu o miesiąc późniejszym od aktualnie prezentowanego

Kliknięcie na którykolwiek z opisanych powyżej przycisków zmienia widok dyspozycji wypisu z danego oddziału na właściwy dla dnia do którego prowadzi dany przycisk.



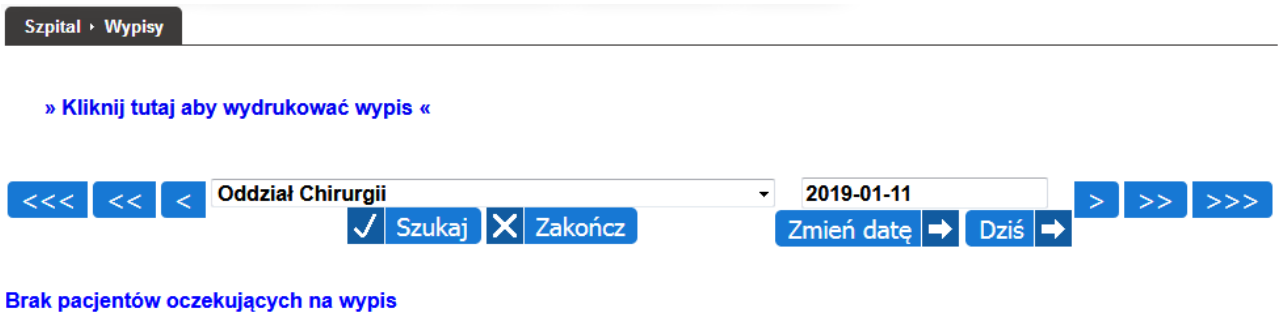
Aby dokonać wypisu uprawniony użytkownik klika przycisk „Dokonaj wypisu” przy danym pacjencie na liście. Wyświetla się wówczas formularz wypisu (wstępnie wypełniony danymi wyekstrahowanymi automatycznie z procesu leczenia z możliwością ich zmodyfikowania) w którym należy wypełnić sekcję danych dotyczących wypisu albo sekcję danych dotyczących zgonu pacjenta i zatwierdzić przyciskiem „Dokonaj wypisu”.

Szpital › Wypisy

Data wypisu	2019-01-12
Godzina wypisu (gg:mm)	15:30
Rozpoznanie przy wypisie (ICD-10)	Z41
Miejsce do którego wypisano pacjenta	dom
Zlecenie transportu pacjenta	-------
Adnotacja o pobraniu opłat od pacjenta	
Leczenie	farmakologiczne
Operacje i zabiegi	
Informacja o niezdolności do pracy	
Zalecenia	pić dużo wody
Wyniki badań diagnostycznych	
Wyniki konsultacji	
Przepisane leki	
Zlecenia na zaopatrzenie	
Skierowania na konsultacje i terminy	
Epikryza	Pacjent z problemami z kręgosłupem zgłosił się do szpitala. Badanie MR wykazało przepuklinę L4-L5. Przeprowadzono operację przepukliny.
Przyczyna i okoliczności wypisu	
Data zgonu pacjenta	
Godzina zgonu pacjenta (gg:mm)	
Przyczyny zgonu pacjenta (ICD-10)	pierwotna wtórna bezpośrednia

Dokonaj wypisu | Zrezygnuj z wypisu

System powraca wówczas do widoku dyspozycji wypisu na oddziale przy czym zrealizowana dyspozycja znika z listy, wyświetlany jest natomiast odnośnik umożliwiający pobranie (w formie pliku PDF) i wydrukowanie wypisu pacjenta ze szpitala.

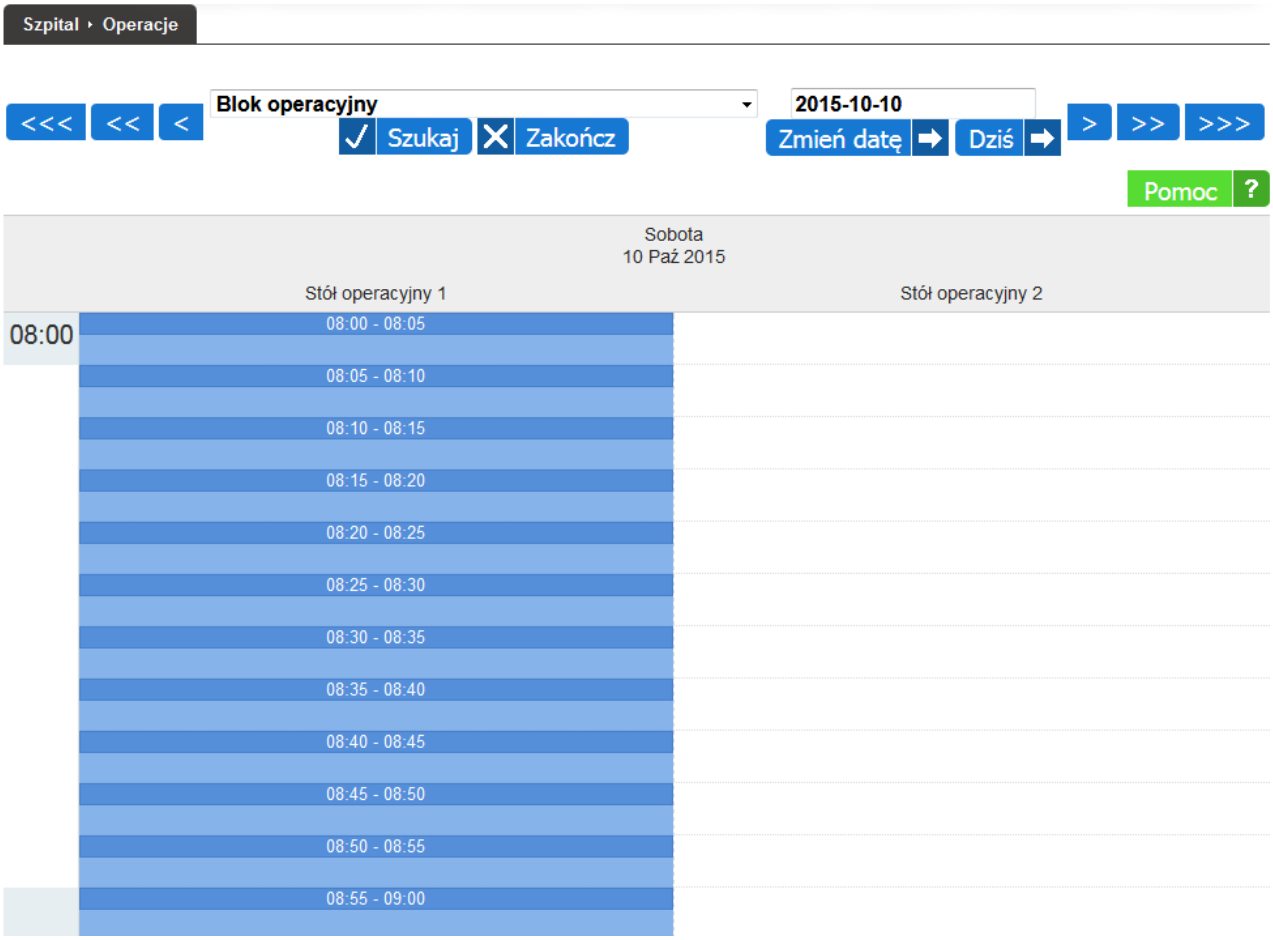


Operacje

„Operacje" w menu „Szpital" to funkcjonalność do planowania operacji na bloku operacyjnym oraz zarządzania już zaplanowanymi operacjami.

Po wybraniu z menu „Szpital" funkcjonalności „Operacje" wyświetla się wyszukiwarka dostępności aparatury niezbędnej do przeprowadzenia operacji w dniu dzisiejszym w komórkach znajdujących się w jednostkach, do których dostęp ma zalogowany użytkownik. W pierwszej kolejności należy wybrać komórkę i nacisnąć przycisk „Szukaj". Jeżeli istnieją jakiekolwiek grafiki aparatury w danej komórce wówczas na stronie wyświetla się siatka terminarza (w przeciwnym razie wyświetla się stosowny komunikat). Siatka ma kolumny odpowiadające wszystkim aparaturom dla których istnieją grafiki w danej komórce. Wiersze odpowiadają z kolei możliwym godzinom przyjęć (siatka jest ograniczona do godzin pracy komórki a każda godzina podzielona jest na 12 części po 5 minut). Na siatkę naniesione są wszystkie okresy dostępności (podzielone na pięciominutowe sloty aby możliwe było rozpoczęcie operacji o dowolnie wybranej godzinie) i zaplanowane operacje według schematu

- okresy dostępności przyszłe są wyświetlane na niebiesko
- okresy dostępności przeszłe są wyświetlane na szaro
- zaplanowane operacje, które nie wymagają uzupełnienia informacji ani weryfikacji są wyświetlane na zielono
- zaplanowane operacje, które wymagają uzupełnienia informacji lub weryfikacji (dołączenie dokumentu ubezpieczeniowego, uregulowanie płatności, wypełnienie niezbędnych dokumentów) są wyświetlane na czerwono



W formularzu nad siatką znajdują się dodatkowo następujące przyciski nawigacji:

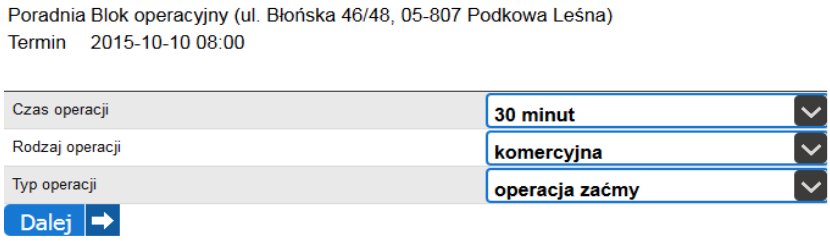
- <<< - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu o miesiąc wcześniejszym od aktualnie prezentowanego
- << - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu o tydzień wcześniejszym od aktualnie prezentowanego
- < - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu poprzednim w stosunku aktualnie prezentowanego
- „Zmień datę” - umożliwia wyświetlenie dowolnego dnia, który należy wskazać w polu daty przed naciśnięciem przycisku „Zmień datę”
- „Dziś” - umożliwia wyświetlenie dzisiejszego dnia
- > - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu następnym w stosunku aktualnie prezentowanego
- >> - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu o tydzień późniejszym od aktualnie prezentowanego
- >>> - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu o miesiąc późniejszym od aktualnie prezentowanego

Kliknięcie na którykolwiek z opisanych powyżej przycisków zmienia widok terminarza na właściwy dla dnia do którego prowadzi dany przycisk.

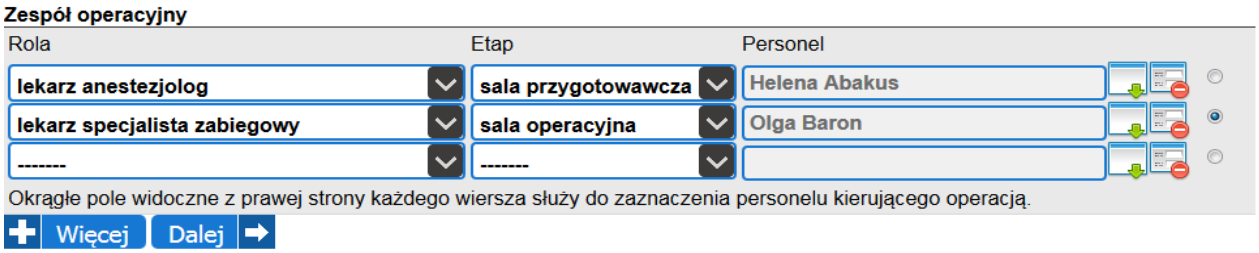
Kliknięcie na wybranej godzinie okresu dostępności na siatce terminarza rozpoczyna proces

planowania operacji o tej godzinie. W pierwszej kolejności pojawia się okno z informacjami o poradni i terminie oraz formularz podstawowych danych operacji w którym określa się:

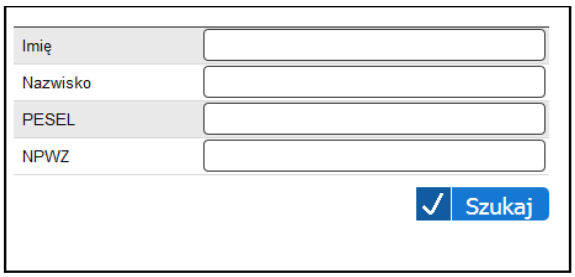
- czas trwania operacji – lista dostępnych czasów wynika z długości okresu dostępności aparatury licząc od wybranej godziny o której planowana jest operacja
- rodzaj operacji – operacja może być planowana jako NFZ-owa lub komercyjna
- typ operacji – lista typów operacji jakie mogą by realizowane w danej komórce



Po wprowadzeniu podstawowych danych operacji i naciśnięciu przycisku „Dalej" wyświetla się formularz wprowadzania zespołu operacyjnego, w którym widoczne są pola pozwalające wskazać personel wchodzący w skład zespołu operacyjnego, wyróżnić osobę kierującą operacją oraz dla każdej z osób określić pełnioną rolę i etap pracy.

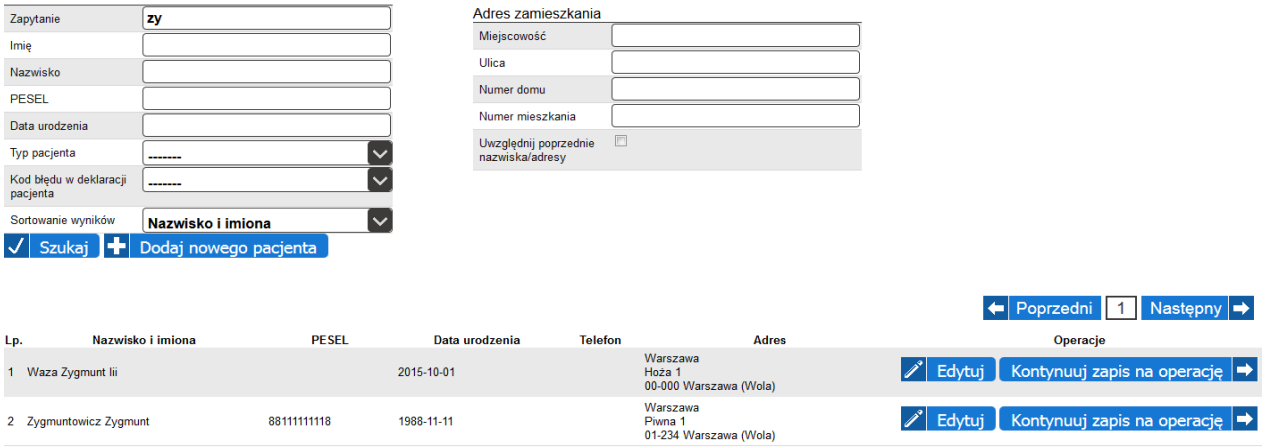


Możliwe jest wprowadzenie dowolnej ilości osób wchodzących w skład zespołu operacyjnego. Aby wyświetlić więcej pól umożliwiających wprowadzenie większej liczby osób należy skorzystać z przycisku „Więcej". Aby wstawić personel do formularza zespołu operacyjnego należy kliknąć na ikonkę z zieloną strzałką skierowaną w dół. Otworzy się wówczas okno wyszukiwania personelu, w którym po wskazaniu kryteriów wyszukiwania można odnaleźć personel dostępny przez cały czas trwania planowanej operacji (dostępność personelu musi być zaplanowana w grafikach pracy). Przy każdej osobie z personelu widoczny jest przycisk „Wybierz" po kliknięciu na który okno wyszukiwania personelu znika a wybrany personel pojawia się w formularzu zespołu operacyjnego. Jeżeli personel został wstawiony omyłkowo można go usunąć klikając na ikonkę z białym znakiem minusa w czerwonym kole. Jedną z osób z personelu należy oznaczyć jako kierującą operacją zaznaczając okrągłe pole (radio) z prawej strony formularza.





Po wprowadzeniu zespołu operacyjnego i naciśnięciu przycisku „Dalej” wyświetla się wyszukiwarka pacjentów, za pomocą której należy wyszukać pacjenta, dla którego będzie umawiana wizyta. Wyszukiwanie odbywa się na zasadach opisanych w rozdziale „Pacjenci (karty aktywne)”, dodatkowo przy każdym z pacjentów na liście pacjentów spełniających kryteria wyszukiwania a także w każdej zakładce karty pacjenta pojawia się dodatkowy przycisk „Kontynuuj zapis na operację”, który pozwala kontynuować proces zapisu na operację dla wskazanego pacjenta. Tu również jest możliwość edycji danych w karcie pacjenta.



Po wybraniu pacjenta (naciśnięciu przycisku „Kontynuuj zapis na operację”) system sprawdza czy dana operacja może być zaplanowana na rzecz danego pacjenta (np. na operacje w komórkach dla dzieci mogą być zapisywane tylko osoby do ukończenia 18 roku życia lub posiadające specjalną zgodę, itp.). Jeżeli operacja nie może być zaplanowana a informuje o tym stosowny komunikat a system prosi o wskazanie innego pacjenta. Jeżeli pacjent może być zapisany na operację proces zapisu jest kontynuowany.

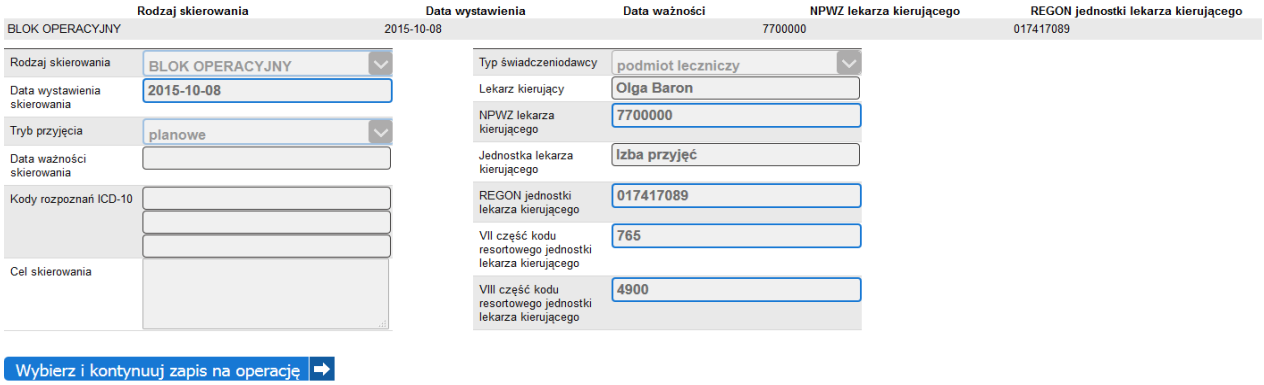
Jeżeli operacja jest komercyjna a pacjent posiada nieuregulowane płatności wówczas system wyświetla zaległości pacjenta w płatnościach. Osoba rejestrująca pacjenta na operację decyduje w tym momencie czy pacjenta zapisać (mimo zaległości w płatnościach) czy przerwać proces zapisu i przejść do modułu obsługi płatności pacjenta. W przypadku operacji NFZ-owych oraz operacji komercyjnych dla pacjentów nie zalegających z opłatami niniejszy krok jest pomijany.



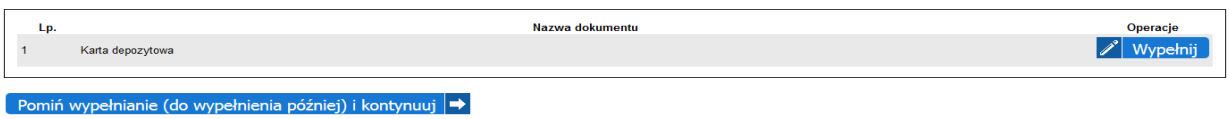
Kolejnym krokiem jest wskazywanie skierowania na operację. **Niezależnie od rodzaju operacji, aby możliwe było jej umówienie, w karcie pacjenta musi istnieć skierowanie na blok operacyjny.** Jeśli takie skierowanie nie istnieje wyświetlany jest stosowny komunikat a proces zapisu na operację jest przerywany. Jeśli istnieje skierowanie (lub skierowania) możliwe do wykorzystania na operację wyświetlana jest lista takich skierowań w formie pasków z podstawowymi danymi każdego skierowania.



Po kliknięciu na pasku z informacjami o skierowaniu rozwija się formularz ze szczegółowymi danymi skierowania. Pod formularzem widoczny jest przycisk „Wybierz i kontynuuj zapis na operację" pozwalający na kontynuowanie procesu zapisywania pacjenta na operację na podstawie danego skierowania.



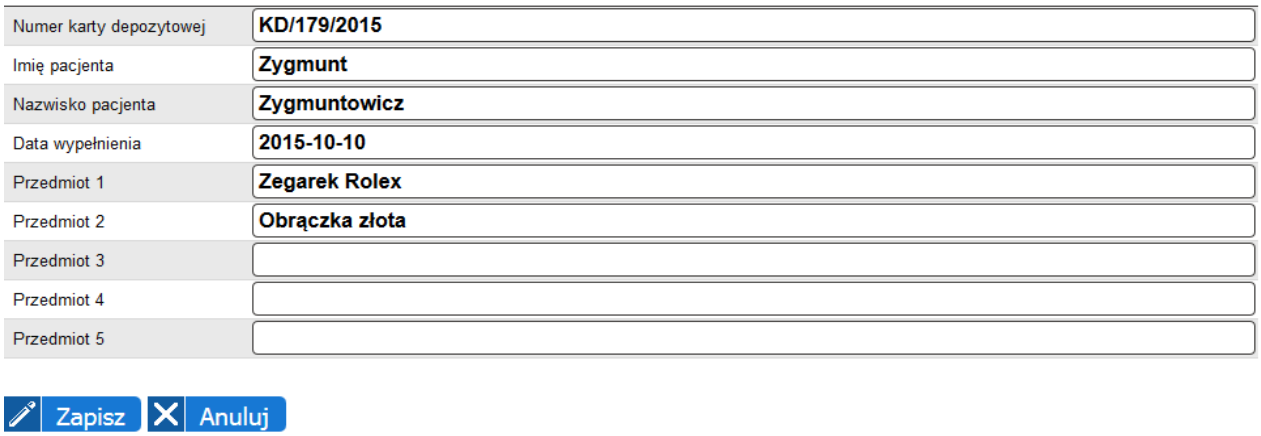
Kolejnym krokiem procesu zapisywania na operację jest wypełnianie dokumentów (w tym karty depozytowej). Krok ten występuje wyłącznie w przypadku gdy operacja jest umawiana na podstawie skierowania z którym są skojarzone dokumenty do wypełnienia i nie zostały one jeszcze wypełnione. W takim przypadku wyświetla się lista dokumentów których wypełnienie jest wymagane.



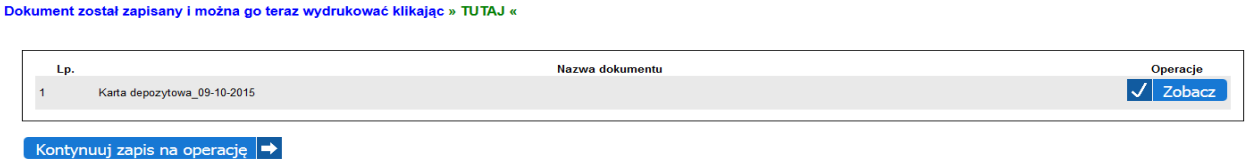
Przy każdym dokumencie niewypełnionym widoczny jest przycisk „Wypełnij" umożliwiający wyświetlenie formularza do wypełnienia dokumentu, zaś przy każdym wypełnionym przycisk „Zobacz" umożliwiający pobranie dokumentu w formie pliku PDF i jego wydrukowanie. Dopóki

istnieje przynajmniej jeden dokument do wypełnienia dopóty pod listą dokumentów wyświetlany jest przycisk „Pomiń wypełnianie (do wypełnienia później) i kontynuuj” umożliwiający pominięcie kroku wypełniania dokumentów, jednak konieczne będzie uzupełnienie takich dokumentów po już zapisaniu operacji aby operacja mogła być zrealizowana.

Aby wypełnić dokument należy kliknąć przy nim przycisk „Wypełnij”. Wyświetli się wówczas formularz wypełniania dokumentu, który po wprowadzeniu danych należy zapisać klikając przycisk „Zapisz”.



Po zapisaniu danych dokumentu ponownie wyświetla się lista dokumentów przy skierowaniu. Kiedy wszystkie dokumenty na liście zostaną wypełnione spod listy dokumentów znika przycisk „Pomiń wypełnianie (do wypełnienia później) i kontynuuj” a w jego miejsce pojawia się przycisk „Kontynuuj zapis na operację”, po którego kliknięciu następuje przejście do następnego kroku procesu.



Kolejnym krokiem proces zapisywania na operację jest wyświetlenie cennika usług w komórce. Krok ten występuje wyłącznie w przypadku operacji komercyjnych. W pierwszej kolejności wyświetla się lista dostępnych cenników (obowiązujących w komórce w dniu planowanej operacji), z której należy wybrać właściwy po czym nacisnąć przycisk „Dalej” w celu wyświetlenia zawartości cennika.

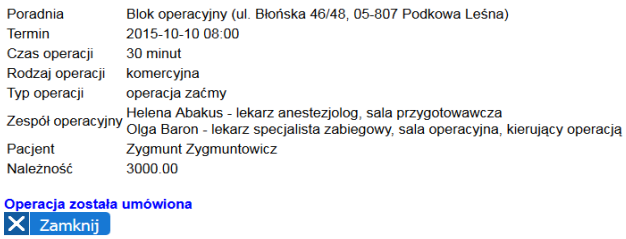


W cenniku określona jest podstawowa cena brutto za operację (która w szczególności może być zerowa) oraz ceny poszczególnych usług. Rejestratorka może (choć nie musi) określić jakich usług w ramach operacji oczekuje pacjent (zaznaczając pole przy nazwie usługi). W momencie

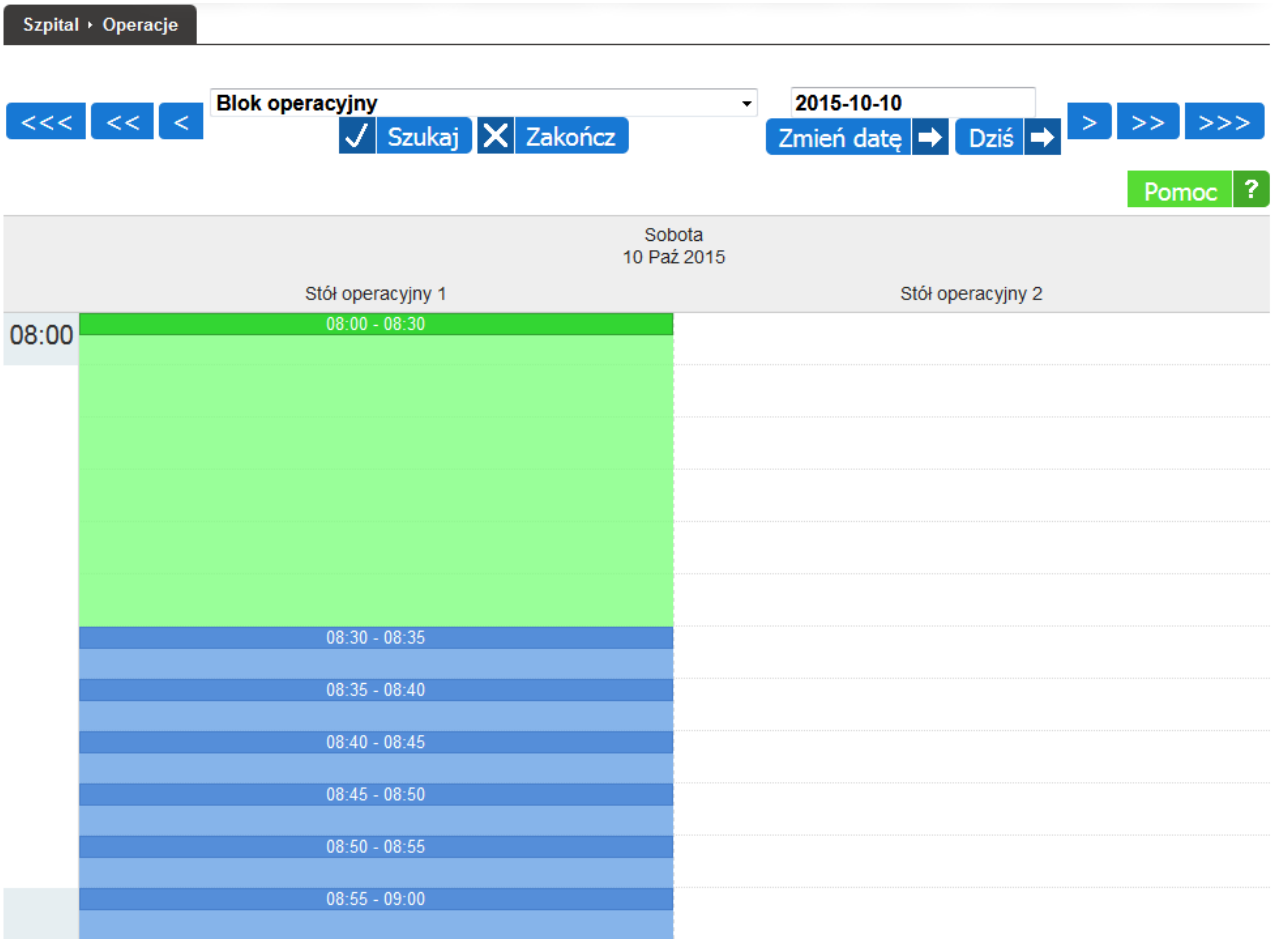
zaznaczenia którejkolwiek z usług automatycznie aktualizowana jest łączna cena za operację a pole ilości przy danej usłudze staje się edytowalne - ilość usług można zmodyfikować i przy takiej modyfikacji również aktualizowana jest łączna cena za operację.



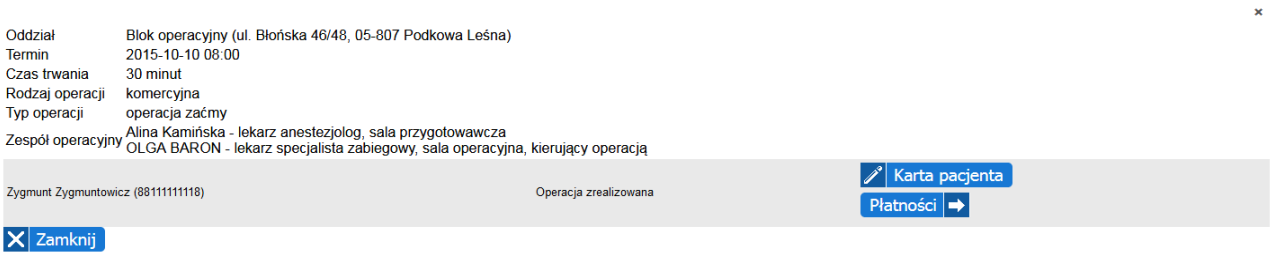
Naciśnięcie przycisku „Dalej” kończy proces zapisu na operację. Wyświetlane jest podsumowanie z informacjami o zaplanowanej operacji.



Naciśnięcie przycisku „Zamknij” zamyka okno planowania operacji a w widoku terminarza aktualizowany jest kolor okresu zajętego przez operację na właściwy dla zaplanowanej operacji.



Z poziomu tego samego terminarza odbywa się również obsługa zaplanowanych operacji. Po kliknięciu na umówioną operację w terminarzu otwiera się okno ze szczegółami tej operacji, w którym pod podstawowymi informacjami o operacji pojawia się informacja o zapisanym pacjencie. Przy pacjencie prezentowana jest informacja o statusie operacji, brakach dotyczących operacji oraz przyciski akcji.



Operacje mogą mieć następujące statusy:

- Operacja zapisana - podstawowy status zaplanowanej operacji
- Operacja zrealizowana - operacja na którą pacjent się stawił i lekarz kierujący operacją po jej wykonaniu zaznaczył informację o tym w systemie
- Operacja niezrealizowana - operacja na którą pacjent się nie stawił lub która z innych przyczyn nie odbyła się i lekarz kierujący operacją zaznaczył informację o tym w systemie

Przy operacjach mogą pojawiać się ponadto następujące informacje o brakach (prezentowane na czerwono):

- Niewypełnione dokumenty - jeżeli operacja jest realizowana na podstawie skierowania z którym są skojarzone dokumenty niezbędne do wypełnienia przez pacjenta i przynajmniej jeden z tych dokumentów nie został jeszcze wypełniony
- Nieuregulowana płatność za operację - jeżeli dana operacja powinna być opłacona z góry a opłata nie została pobrana od pacjenta (dotyczy operacji komercyjnych)
- Brak ubezpieczenia na dzień operacji - jeżeli w systemie nie ma dokumentu ubezpieczeniowego pacjenta ważnego na dzień operacji (dotyczy operacji NFZ-owych)

Przy pacjencie zapisanym na operację dostępne mogą być następujące przyciski:

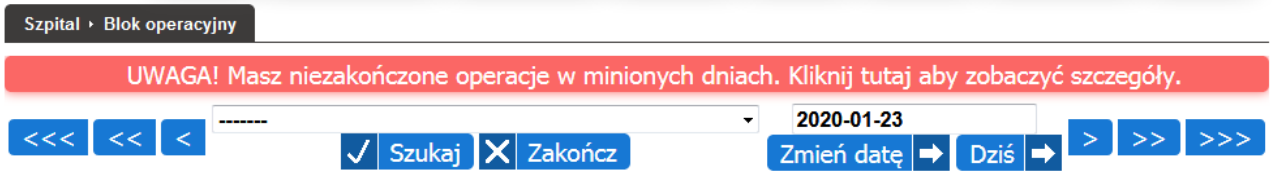
- Odwołaj operację - przycisk umożliwiający odwołanie danej (przyszłej) operacji, czy to na prośbę pacjenta czy to ze względu na zmianę grafiku pracy personelu / aparatury
- Karta pacjenta - przycisk umożliwiający wgląd do karty pacjenta (otwieranej w nowym oknie) i uzupełnienie w niej danych (struktura karty pacjenta i zasady jej wypełniania zostały opisane w rozdziale „Pacjenci (karty aktywne)"); szybki dostęp do karty pacjenta ułatwia uzupełnienie informacji o ubezpieczeniu na dzień operacji oraz wypełnienie dokumentów jeśli takie są wymagane do realizacji operacji

  UWAGA!

  Jeżeli pacjent jest ubezpieczony w NFZ i posiada numer PESEL a dzień operacji jest przyszły wówczas komunikat o braku ubezpieczenia można zignorować aż do dnia operacji - system jHIS w dniu operacji automatycznie połączy się z systemem eWUŚ i pobierze dokument elektroniczny potwierdzający ubezpieczenie pacjenta na dzień operacji; jeżeli taki dokument elektroniczny nie potwierdzi ubezpieczenia pacjenta konieczne będzie w dniu operacji wprowadzenie w karcie pacjenta informacji o ubezpieczeniu - przycisk „Oświadczenia o ubezpieczeniu pacjenta" w zakładce „Pacjent" lub zakładka „Ubezpieczenia")
- Płatności - przycisk umożliwia wyświetlenie nieuregulowanych płatności pacjenta z możliwością zarządzania nimi; jest to dokładnie funkcjonalność zakładki „Płatności" opisanej w rozdziale „Pacjenci (karty aktywne)".

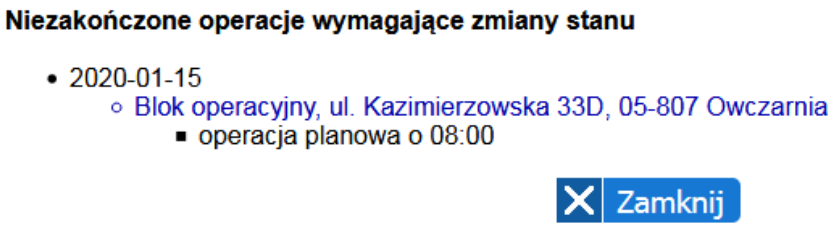
Blok operacyjny

„Blok operacyjny" w menu „Szpital" to funkcjonalność do obsługi i dokumentowania operacji na bloku operacyjnym. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka zaplanowanych operacji. Nad wyszukiwarką może pojawić się ostrzeżenie o niezakończonych operacjach w minionych dniach.



Po kliknięciu na to ostrzeżenie otwiera się nowe okno ze szczegółowymi informacjami w których

dniach w jakich komórkach które operacje nie zostały zamknięte. Klikając nazwy komórek system zmienia widok zaplanowanych operacji na operacje danego dnia w danej komórce gdzie należy niezamknięte operacje zamknąć (oznaczyć jako zrealizowane lub jako niezrealizowane).



Aby rozpocząć korzystanie z funkcjonalności bloku operacyjnego w pierwszej kolejności należy wybrać blok i nacisnąć przycisk „Szukaj". Wyświetlany jest wówczas pod wyszukiwarką widok operacji zaplanowanych dla zalogowanego lekarza w dniu dzisiejszym na wskazanym bloku. W wyszukiwarce znajdują się dodatkowo następujące przyciski nawigacji:

- <<< - umożliwia wyświetlenie operacji zaplanowanych dla zalogowanego lekarza na wskazanym bloku w dniu o miesiąc wcześniejszym od aktualnie prezentowanego
- << - umożliwia wyświetlenie operacji zaplanowanych dla zalogowanego lekarza na wskazanym bloku w dniu o tydzień wcześniejszym od aktualnie prezentowanego
- < - umożliwia wyświetlenie operacji zaplanowanych dla zalogowanego lekarza na wskazanym bloku w dniu poprzednim w stosunku aktualnie prezentowanego
- „Zmień datę" - umożliwia wyświetlenie dowolnego dnia, który należy wskazać w polu daty przed naciśnięciem przycisku „Zmień datę"
- „Dziś" - umożliwia wyświetlenie dzisiejszego dnia
- > - umożliwia wyświetlenie operacji zaplanowanych dla zalogowanego lekarza na wskazanym bloku w dniu następnym w stosunku aktualnie prezentowanego
- >> - umożliwia wyświetlenie operacji zaplanowanych dla zalogowanego lekarza na wskazanym bloku w dniu o tydzień późniejszym od aktualnie prezentowanego
- >>> - umożliwia wyświetlenie operacji zaplanowanych dla zalogowanego lekarza na wskazanym bloku w dniu o miesiąc późniejszym od aktualnie prezentowanego

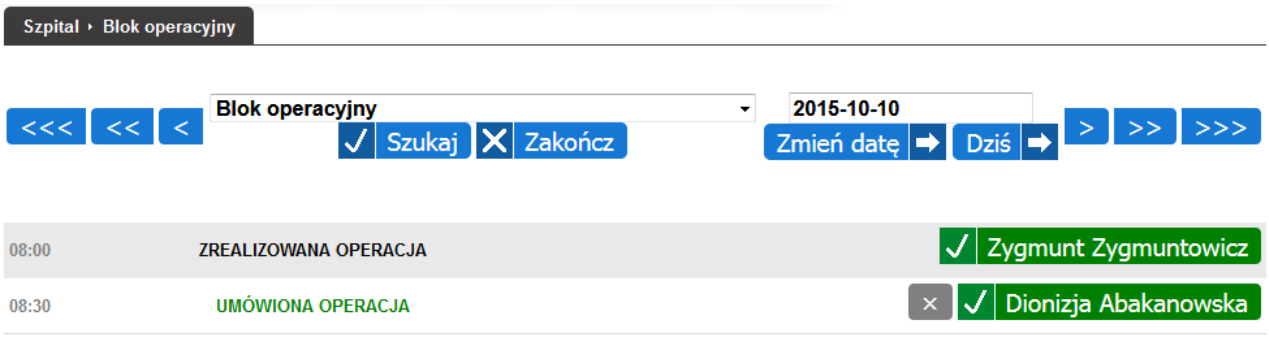
Kliknięcie na którykolwiek z opisanych powyżej przycisków zmienia widok operacji zaplanowanych dla zalogowanego lekarza na wskazanym bloku na właściwy dla dnia do którego prowadzi dany przycisk.

Widok operacji zaplanowanych dla zalogowanego lekarza zawiera dla każdej operacji jej godzinę, status oraz przycisk z nazwiskiem pacjenta, który może przyjmować następujące kolory:

- zielony - oznacza, że pacjent zapisany na operację dopełnił wszelkich formalności i może być przyjęty; po kliknięciu takiego przycisku otwiera się okno operacji
- czerwony - oznacza, że pacjent zapisany na operację nie dopełnił związanych z nią formalności i nie może być przyjęty; po kliknięciu takiego przycisku pojawia się okienko z informacją jakie formalności nie zostały dopełnione (np. brak skierowania, niewypełnione dokumenty, brak upoważnień, brak ubezpieczenia, brak opłaty)
- szary - oznacza, że pacjent nie stawił się na operację i operacja została oznaczona jako

niezrealizowana; przycisk jest nieaktywny (kliknięcie na nim nie wywołuje żadnej akcji), jest wyświetlany wyłącznie informacyjnie

W przypadku zaplanowanych operacji (takich które nie są oznaczone ani jako zrealizowane ani jako niezrealizowane) przed przyciskiem z nazwiskiem pacjenta jest dodatkowo widoczny szary przycisk ze znakiem „×”, który pozwala odwołać operację (terminy przyszłe) lub oznaczyć operację jako niezrealizowaną (terminy przeszłe). Przycisk ze znakiem „×” jest dostępny tylko dla personelu głównego realizującego operację.



Po kliknięciu zielonego przycisku z nazwiskiem pacjenta otwiera się okno operacji, którego zawartość merytoryczna i sposób funkcjonowania są identyczne jak opisano w rozdziale „Gabinet lekarski / pielęgniarski”, z tym że jedynie personel główny realizujący operację ma możliwość jej zamknięcia (jako jedyny widzi przycisk zakończenia operacji), zakładka „Wizyta” ma etykietkę zmienioną na „Operacja” a przycisk „Zakończ wizytę” ma etykietkę zmienioną na „Zakończ operację”.

Słowniki

Podmenu „Słowniki” w menu „Szpital” zawiera funkcjonalności do zarządzania słownikami używanymi przez funkcjonalności szpitalne, a są to:

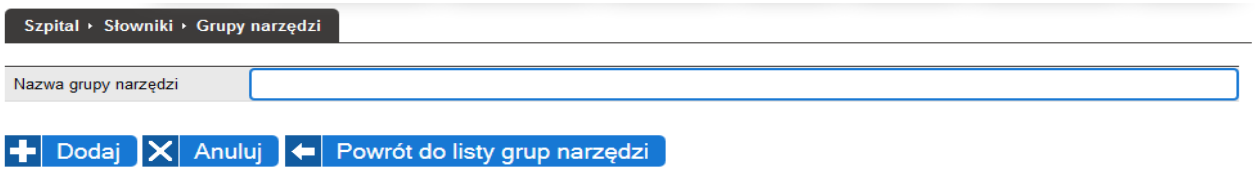
- Grupy narzędzi
- Narzędzia
- Zestawy narzędzi

Grupy narzędzi

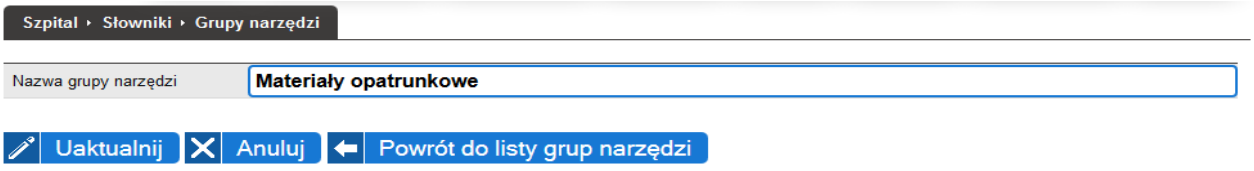
Funkcjonalność „Grupy narzędzi” z podmenu „Słowniki” w menu „Szpital” służy do definiowania grup narzędzi (w tym materiałów) używanych do zabiegów i operacji. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista zdefiniowanych grup narzędzi. Przy każdej z grup widoczne są przyciski „Edytuj” i „Usuń” umożliwiające wyświetlenie formularza odpowiednio edycji i usuwania grupy narzędzi. Pod listą grup narzędzi dostępny jest przycisk „Dodaj grupę narzędzi”, służący do wyświetlania formularza dodawania nowej grupy narzędzi.



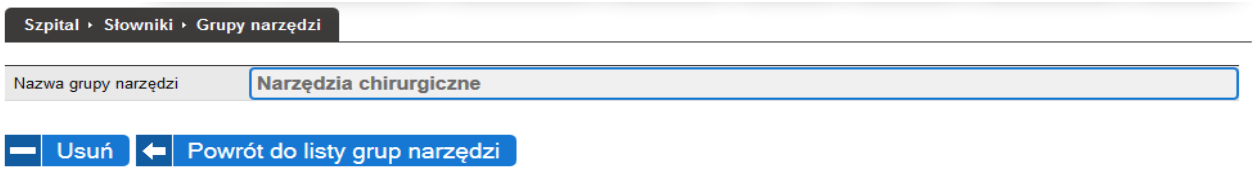
Aby dodać grupę narzędzi należy kliknąć przycisk „Dodaj grupę narzędzi". Wyświetli się wówczas formularz dodawania nowej grupy w którym należy wpisać jej nazwę i zatwierdzić przyciskiem „Dodaj".



Aby zmodyfikować nazwę grupy narzędzi należy przy danej grupie na liście grup kliknąć przycisk „Edytuj". Wyświetli się wówczas formularz edycji danych grupy, w którym można zmienić jej nazwę i zatwierdzić przyciskiem „Uaktualnij".



Aby usunąć grupę narzędzi należy przy danej grupie na liście grup kliknąć przycisk „Usuń". Wyświetli się wówczas formularz usuwania grupy, w którym należy potwierdzić chęć usunięcia grupy przyciskiem „Usuń".



Nazwy grup muszą być unikalne. Grupa nie może być usunięta jeśli są do niej przypisane jakieś narzędzia.

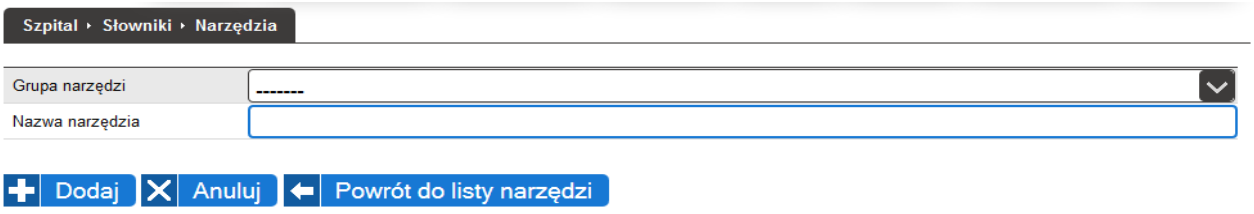
Narzędzia

Funkcjonalność „Narzędzia" z podmenu „Słowniki" w menu „Szpital" służy do definiowania narzędzi (w tym materiałów) używanych do zabiegów i operacji. Narzędzia podlegają mechanizmom gospodarki magazynowej zasobami. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista zdefiniowanych grup. Przy każdym z narzędzi widoczne są przyciski „Edytuj" i „Usuń"

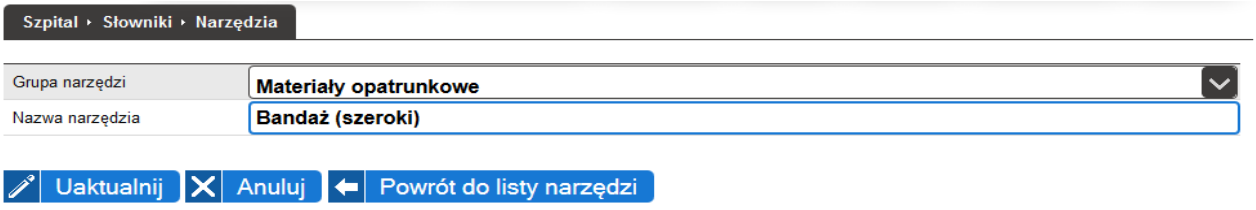
umożliwiające wyświetlenie formularza odpowiednio edycji i usuwania narzędzia. Pod listą narzędzi dostępny jest przycisk „Dodaj narzędzie”, służący do wyświetlania formularza dodawania nowego narzędzia.



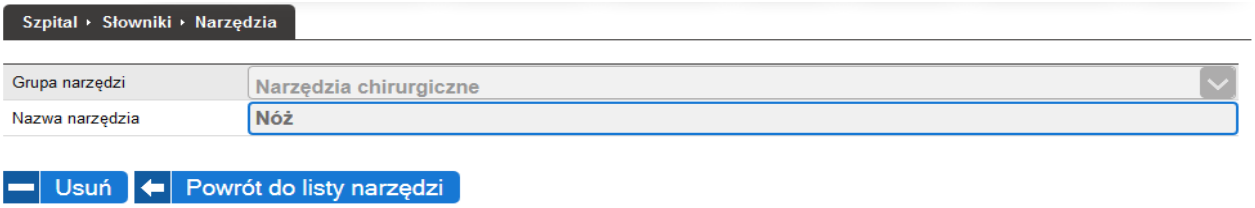
Aby dodać narzędzie należy kliknąć przycisk „Dodaj narzędzie”. Wyświetli się wówczas formularz dodawania nowego narzędzia w którym należy wpisać jego nazwę i opcjonalnie wskazać grupę do której należy narzędzie po czym zatwierdzić przyciskiem „Dodaj”.



Aby zmodyfikować dane narzędzia należy przy danym narzędziu na liście narzędzi kliknąć przycisk „Edytuj”. Wyświetli się wówczas formularz edycji danych narzędzia, w którym można zmienić jego nazwę i opcjonalnie grupę po czym zatwierdzić przyciskiem „Uaktualnij”.



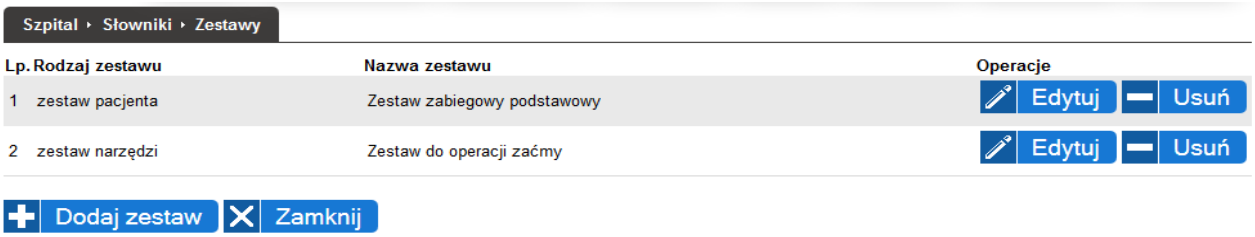
Aby usunąć narzędzie należy przy danym narzędziu na liście narzędzi kliknąć przycisk „Usuń”. Wyświetli się wówczas formularz usuwania narzędzia, w którym należy potwierdzić chęć usunięcia narzędzia przyciskiem „Usuń”.



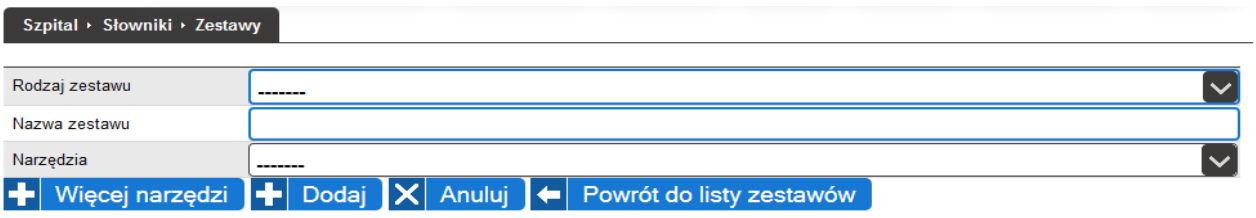
Nazwy narzędzi muszą być unikalne. Narzędzie nie może być usunięte jeśli należy do jakiegoś zestawu.

Zestawy narzędzi

Funkcjonalność „Zestawy narzędzi” z podmenu „Słowniki” w menu „Szpital” służy do definiowania zestawów narzędzi i zestawów pacjenta używanych do zabiegów i operacji. Zestawy narzędzi związane są z konkretnym zabiegiem i zawierają z reguły narzędzia wielokrotnego użytku (np. narzędzia chirurgiczne). Zestawy pacjenta związane są z osobą pacjenta w kontekście określonego zabiegu i zawierają z reguły materiały jednorazowego użytku (np. materiały opatrunkowe, leki). Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista zdefiniowanych zestawów. Przy każdym z zestawów widoczne są przyciski „Edytuj” i „Usuń” umożliwiające wyświetlenie formularza odpowiednio edycji i usuwania zestawu. Pod listą narzędzi dostępny jest przycisk „Dodaj zestaw”, służący do wyświetlania formularza dodawania nowego zestawu.

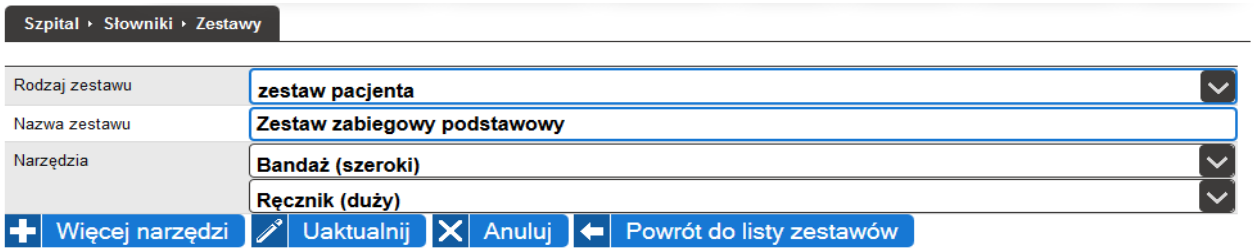


Aby dodać zestaw należy kliknąć przycisk „Dodaj zestaw”. Wyświetli się wówczas formularz dodawania nowego zestawu w którym należy wskazać jego rodzaj i wpisać jego nazwę oraz wybrać narzędzia / materiały wchodzące w skład zestawu. Domyślnie wyświetla się pole do wprowadzenia jednego narzędzia / materiału. Aby wyświetlić więcej pól należy użyć przycisku „Więcej narzędzi”. Po wprowadzeniu danych należy je zatwierdzić przyciskiem „Dodaj”. Pola narzędzi pozostawione puste zostaną pominięte przy zapisywaniu danych zestawu.



Aby zmodyfikować dane zestawu należy przy tym zestawie na liście zestawów kliknąć przycisk „Edytuj”. Wyświetli się wówczas formularz edycji zestawu, w którym można zmienić jego rodzaj i

nazwę oraz wchodzące w jego skład narzędzia / materiały. Aby wyświetlić więcej pól do wprowadzania narzędzi / materiałów należy użyć przycisku „Więcej narzędzi”. Aby usunąć narzędzie z zestawu należy na liście rozwijanej wybrać wartość pustą. Po wprowadzeniu zmian należy je zatwierdzić przyciskiem „Uaktualnij”. Pola narzędzi pozostawione puste zostaną pominięte przy zapisywaniu danych zestawu.



Aby usunąć zestaw należy przy danym zestawie na liście zestawów kliknąć przycisk „Usuń”. Wyświetli się wówczas formularz usuwania zestawu, w którym należy potwierdzić chęć usunięcia zestawu przyciskiem „Usuń”.



Nazwy zestawów muszą być unikalne. W skład zestawu może wchodzić więcej niż jedna sztuka określonego narzędzia.

Zestawy

Podmenu „Zestawy” w menu „Szpital” zawiera funkcjonalności do zarządzania zestawami narzędzi / pacjenta niezbędnymi do wykonania zabiegu / operacji.

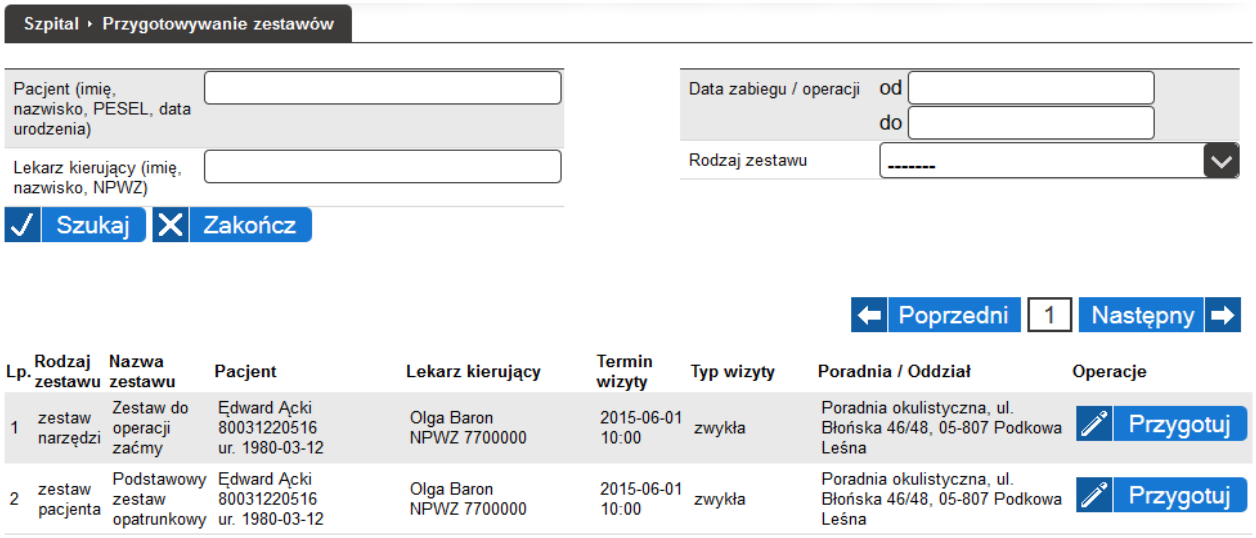
Przygotowywanie zestawów

Funkcjonalność „Przygotowywanie zestawów” z podmenu „Zestawy” w menu „Szpital” służy do odnotowywania w systemie faktu przygotowania zestawu narzędzi i zestawu pacjentów do zabiegu / operacji. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka umożliwiająca wyszukiwanie zestawów oczekujących na przygotowanie (czyli takich, które wskazał lekarz wystawiający skierowanie na zabieg / operację i na podstawie skierowania został umówiony termin zabiegu / operacji). Wyszukiwanie jest w możliwe w oparciu o dowolną kombinację następujących kryteriów:

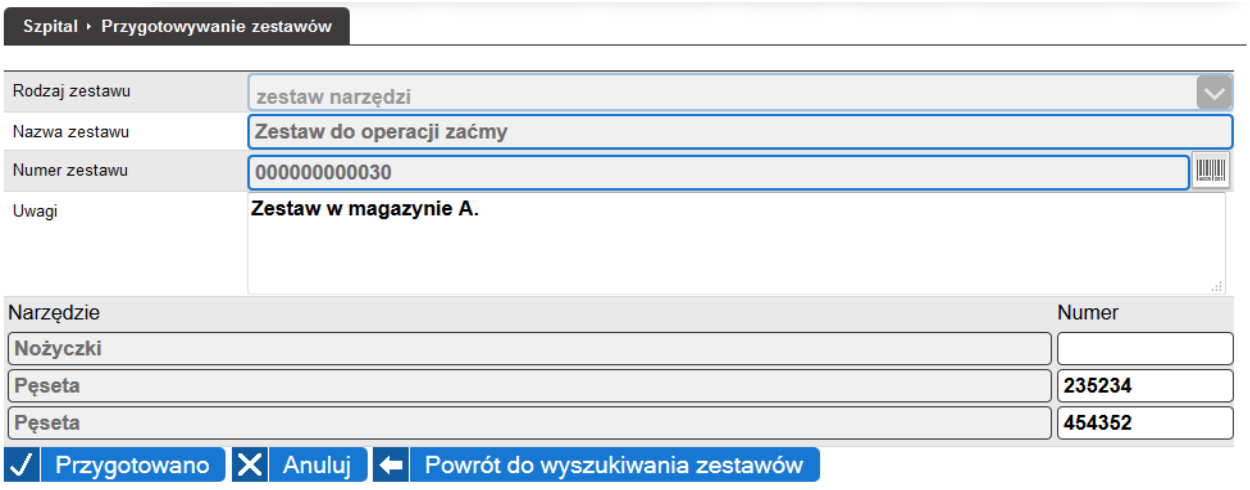
- pacjent – pole ogólnego wyszukiwania pacjenta dla którego ma być przygotowany zestaw narzędzi / pacjenta; w polu można wpisać imię, nazwisko, PESEL, datę urodzenia pacjenta lub dowolną kombinację tych elementów

- lekarz kierujący – pole ogólnego wyszukiwania lekarza który wystawił skierowanie na zabieg / operację; w polu można wpisać imię, nazwisko, NPWZ lekarza lub dowolną kombinację tych elementów
- data zabiegu / operacji od do – zakres dat w jakich umówiono zabieg / operację; jeśli data początkowa nie zostanie wypełniona lub zostanie wypełniona błędnie wówczas wyszukiwane są zabiegi / operacje przyszłe
- rodzaj zestawu

Po wprowadzeniu kryteriów i kliknięciu na przycisk „Szukaj" pod wyszukiwarką pojawia się lista oczekujących na przygotowanie zestawów narzędzi / pacjenta spełniających kryteria wyszukiwania (lub komunikat o braku zestawów oczekujących jeśli nie ma zestawów spełniających wprowadzone kryteria). Przy każdym zestawie dostępny jest przycisk „Przygotuj".



Aby rozpocząć przygotowywanie zestawu należy kliknąć przy nim przycisk „Przygotuj". Wyświetli się wówczas formularz z danymi zestawu, w tym automatycznie nadanym numerem oraz listą narzędzi / materiałów jakie powinny znaleźć się w zestawie.



Osoba przygotowująca zestaw powinna:

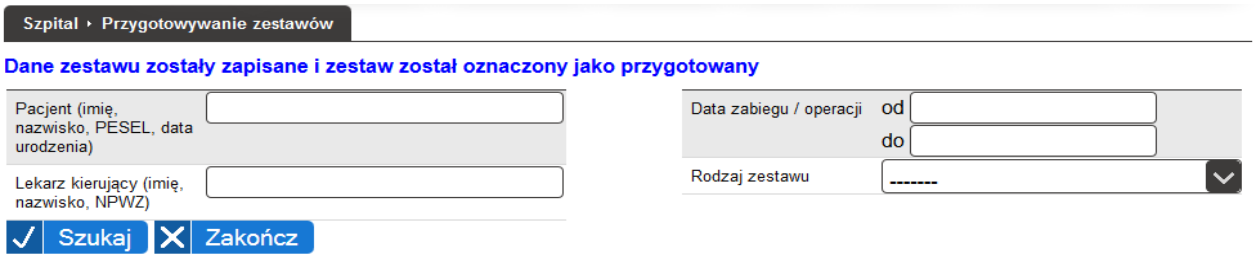
- fizycznie skompletować zawartość zestawu
- wprowadzić w formularzu ewentualne uwagi dotyczące zestawu
- wprowadzić w formularzu numery fabryczne narzędzi jakie znalazły się w zestawie (o ile narzędzia takie numery posiadają i są istotne)
- wydrukować kod kreskowy z numerem zestawu
- nakleić wydrukowany kod kreskowy na przygotowany zestaw
- zdeponować przygotowany zestaw w przeznaczonym do tego miejscu w placówce zakładu opieki zdrowotnej
- potwierdzić przygotowanie zestawu.

Aby wydrukować kod kreskowy należy kliknąć na ikonce



umieszczonej przy polu „Numer zestawu”.

Aby potwierdzić przygotowanie zestawu należy po wprowadzeniu ewentualnych uwag i numerów narzędzi kliknąć przycisk „Przygotowano”. System wyświetli wówczas stosowny komunikat informujący o zakończeniu czynności i automatycznie powróci do strony wyszukiwania zestawów oczekujących na przygotowanie.



Gotowe zestawy

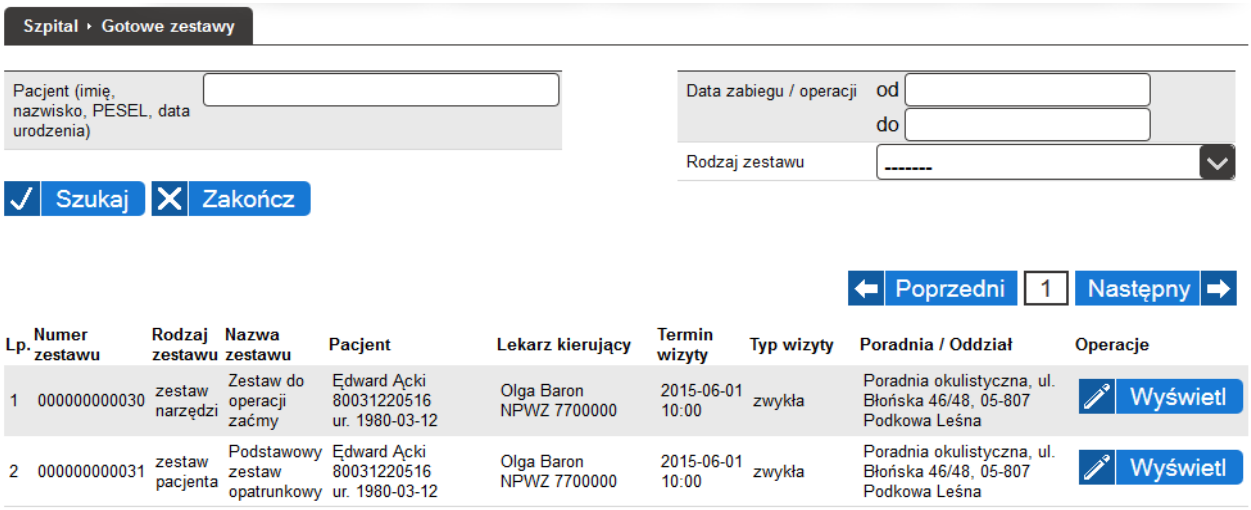
Funkcjonalność „Gotowe zestawy” z podmenu „Zestawy” w menu „Szpital” służy do wyszukiwania numerów zestawów narzędzi / pacjenta przygotowanych do konkretnego zabiegu / operacji. Odnalezienie numeru zestawu przeznaczonego do konkretnego zabiegu pozwala następnie odnaleźć fizycznie zestaw opatrzony tym numerem i dostarczyć taki zestaw do gabinetu zabiegowego. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka umożliwiająca wyszukiwanie przygotowanych wcześniej zestawów. Wyszukiwanie jest w możliwe w oparciu o dowolną kombinację następujących kryteriów:

- pacjent – pole ogólnego wyszukiwania pacjenta dla którego został przygotowany zestaw narzędzi / pacjenta; w polu można wpisać imię, nazwisko, PESEL, datę urodzenia pacjenta lub dowolną kombinację tych elementów
- data zabiegu / operacji od do – zakres dat w jakich umówiono zabieg / operację; domyślnie

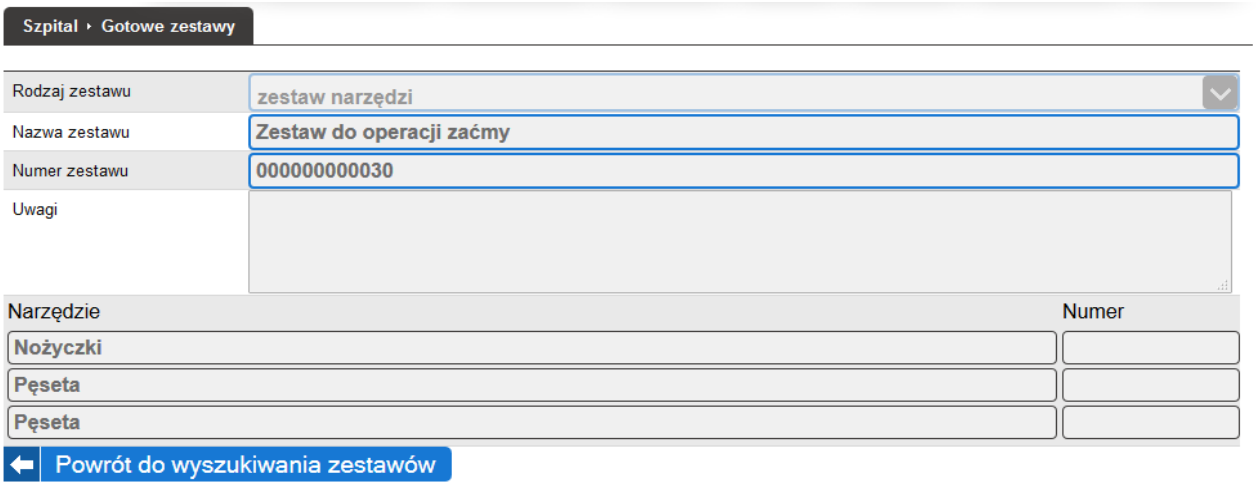
do pól wpisana jest data dzisiejsza jako że najbardziej typowym zastosowaniem funkcjonalności jest wyszukiwanie zestawów w dniu zabiegu

- rodzaj zestawu

Po wprowadzeniu kryteriów i kliknięciu na przycisk „Szukaj” pod wyszukiwarką pojawia się lista przygotowanych zestawów narzędzi / pacjenta spełniających kryteria wyszukiwania (lub komunikat o braku gotowych zestawów jeśli nie ma zestawów spełniających wprowadzone kryteria). Przy każdym zestawie dostępny jest przycisk „Wyświetl”.



Aby oprócz numeru zestawu widocznego na liście wyników wyszukiwania zobaczyć także zawartość takiego zestawu należy kliknąć przy nim przycisk „Wyświetl”. Wyświetli się wówczas formularz z danymi zestawu do wglądu.



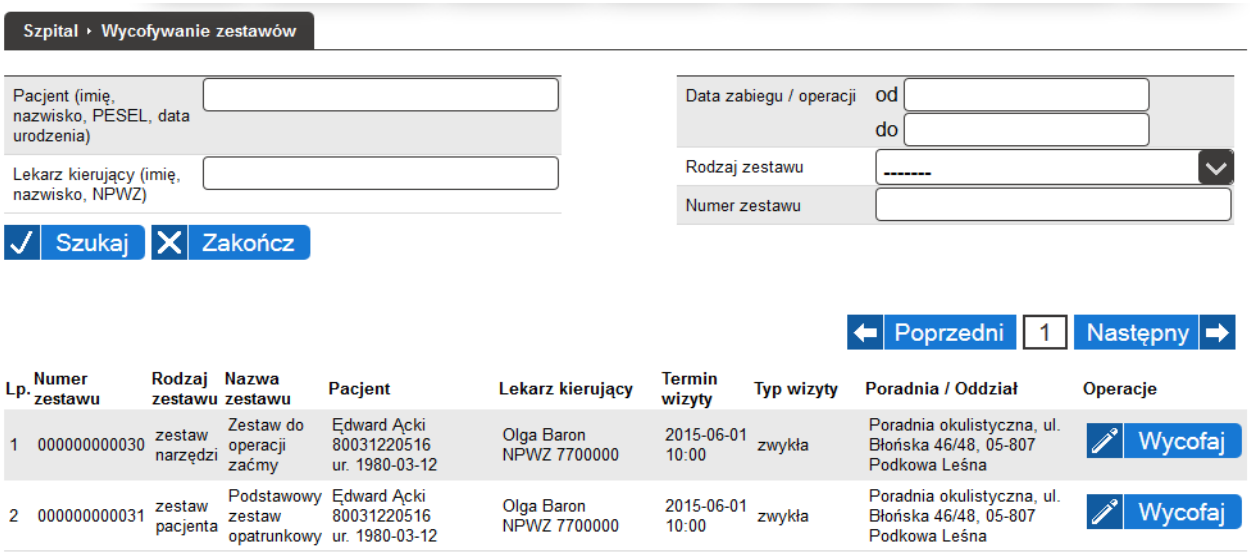
Wycofywanie zestawów

Funkcjonalność „Wycofywanie zestawów” z podmenu „Zestawy” w menu „Szpital” służy do odnotowywania w systemie faktu wycofania przygotowanego wcześniej zestawu narzędzi i zestawu

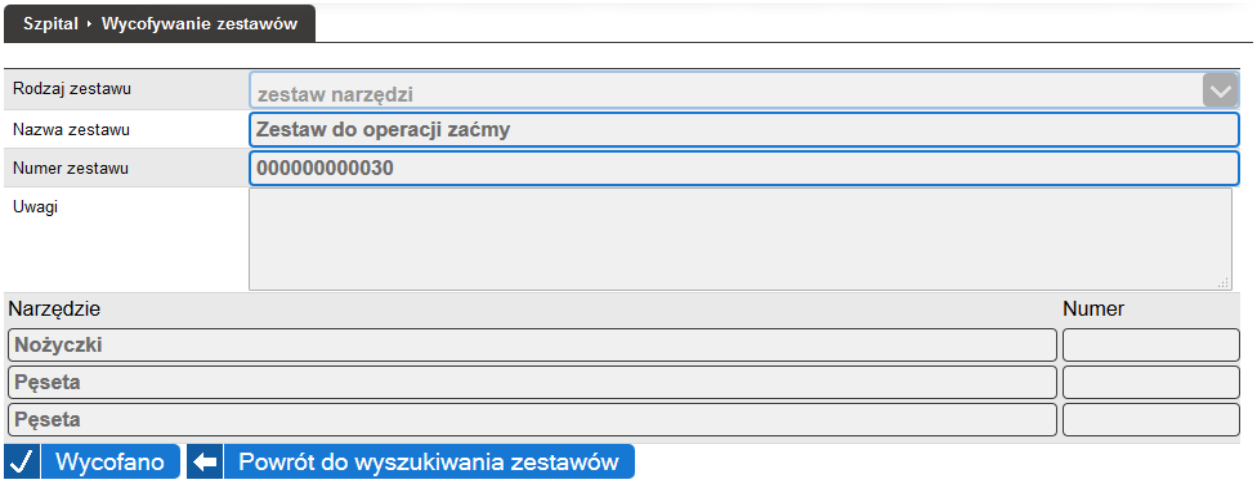
pacjentów. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka umożliwiająca wyszukiwanie zestawów do wycofania (czyli takich, które zostały przygotowane na zabieg / operację ale zabieg się nie odbył lub został odwołany). Wyszukiwanie jest w możliwe w oparciu o dowolną kombinację następujących kryteriów:

- pacjent – pole ogólnego wyszukiwania pacjenta dla którego został przygotowany zestaw narzędzi / pacjenta; w polu można wpisać imię, nazwisko, PESEL, datę urodzenia pacjenta lub dowolną kombinację tych elementów
- lekarz kierujący – pole ogólnego wyszukiwania lekarza który wystawił skierowanie na zabieg / operację; w polu można wpisać imię, nazwisko, NPWZ lekarza lub dowolną kombinację tych elementów
- data zabiegu / operacji od do – zakres dat w jakich umówiono zabieg / operację
- rodzaj zestawu
- numer zestawu – może posłużyć do kontrolnego sprawdzenia czy konkretny zestaw powinien zostać wycofany

Po wprowadzeniu kryteriów i kliknięciu na przycisk „Szukaj" pod wyszukiwarką pojawia się lista zestawów narzędzi / pacjenta przeznaczonych do wycofania i spełniających kryteria wyszukiwania (lub komunikat o braku zestawów do wycofania jeśli nie ma zestawów spełniających wprowadzone kryteria). Przy każdym zestawie dostępny jest przycisk „Wycofaj".



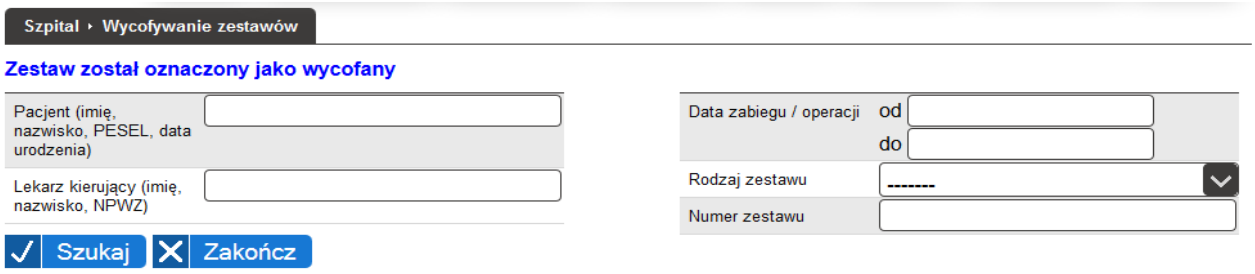
Aby wycofać zestaw należy kliknąć przy nim przycisk „Wycofaj". Wyświetli się wówczas formularz z danymi zestawu do wglądu.



Osoba wycofująca zestaw powinna:

- fizycznie zdekompletować zawartość zestawu
- zdeponować poszczególne elementy zestawu w przeznaczonym do tego miejscu w placówce zakładu opieki zdrowotnej
- potwierdzić wycofanie zestawu.

Aby potwierdzić wycofanie zestawu należy kliknąć przycisk „Wycofano”. System wyświetli wówczas stosowny komunikat informujący o zakończeniu czynności i automatycznie powróci do strony wyszukiwania zestawów oczekujących na przygotowanie.

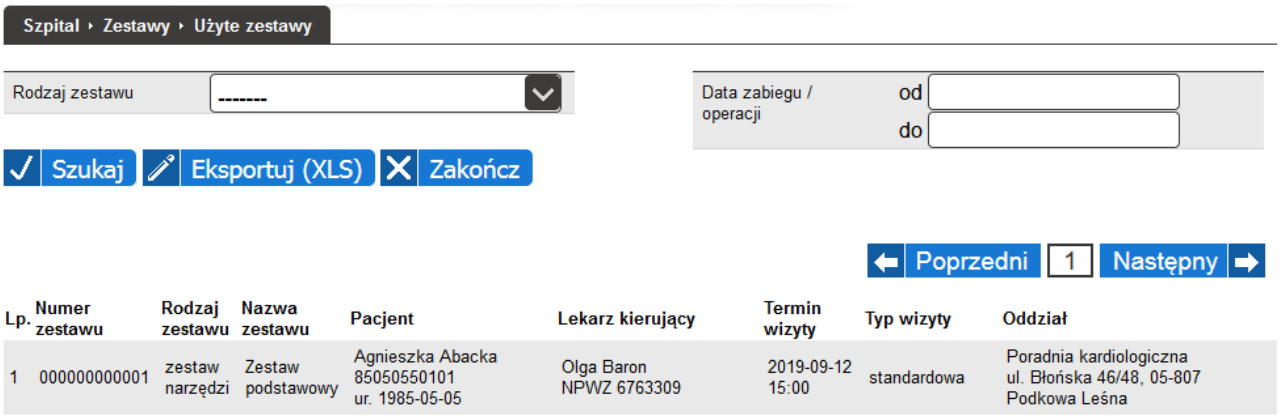


Użyte zestawy

Funkcjonalność „Użyte zestawy” z podmenu „Zestawy” w menu „Szpital” służy do wyświetlania listy zestawów użytych w ramach realizacji zabiegów operacji. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka zestawów. Możliwe jest wyszukiwanie zestawów według dowolnej kombinacji następujących kryteriów:

- rodzaj zestawu
- data zabiegu / operacji od … do …

Po określeniu kryteriów wyszukiwania i kliknięciu przycisku „Szukaj” wyświetla się lista zestawów spełniających kryteria wyszukiwania. Jednocześnie pod wyszukiwarką pojawia się przycisk „Eksportuj (XLS)” umożliwiający pobranie listy zestawów w formie pliku XLS.

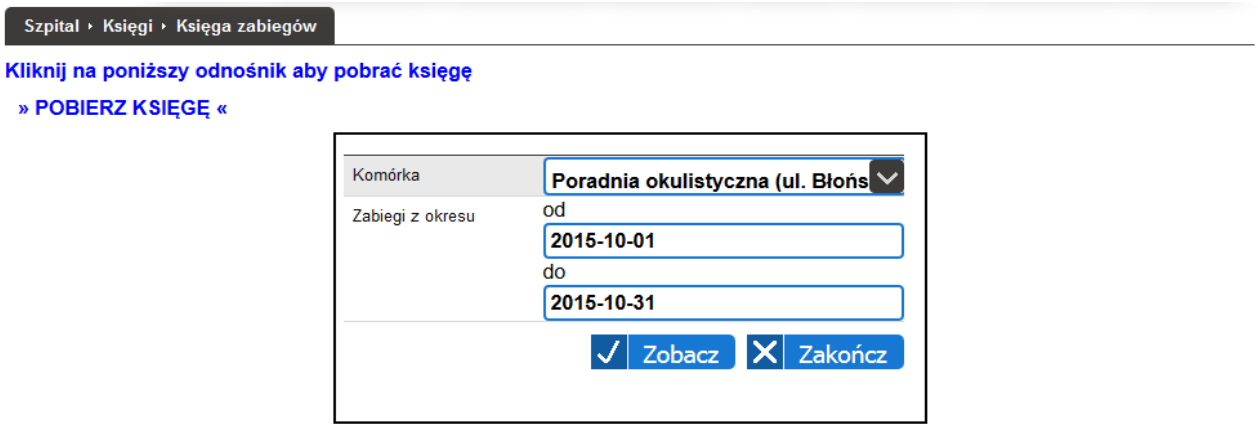


Księgi

Podmenu „Księgi” w menu „Szpital” zawiera funkcjonalności pozwalające na dostęp do ksiąg prowadzonych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa z możliwością ich drukowania.

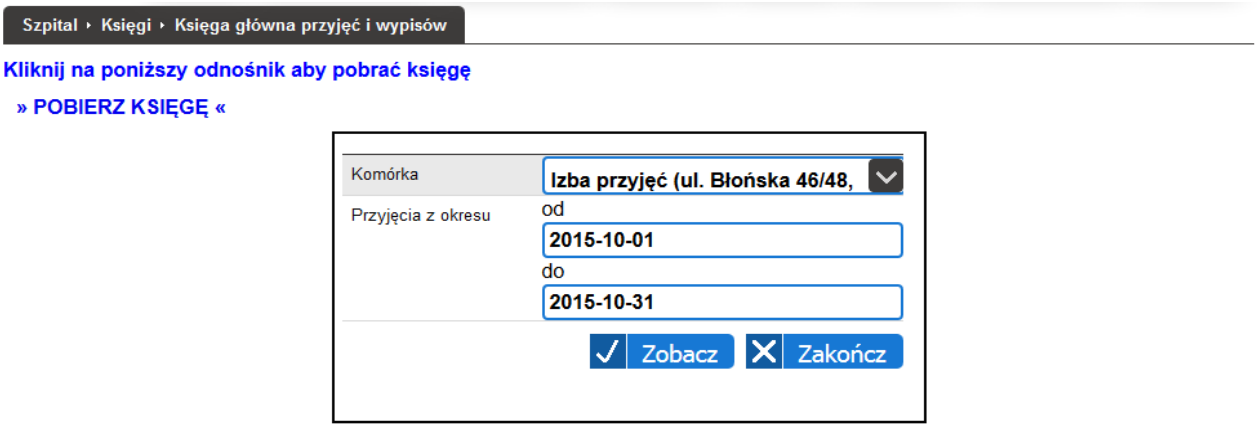
Księga zabiegów

Funkcjonalność „Księga zabiegów” z podmenu „Księgi” w menu „Szpital” służy do pobierania księgi zabiegów. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz służący do wskazania komórki i okresu w jakim zabiegi zostały wykonane. Po wybraniu komórki, wprowadzeniu dat i naciśnięciu przycisku „Zobacz” wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie i wydrukowanie fragmentu księgi zabiegów ze wskazanego okresu. Księga ma formę dokumentu PDF.



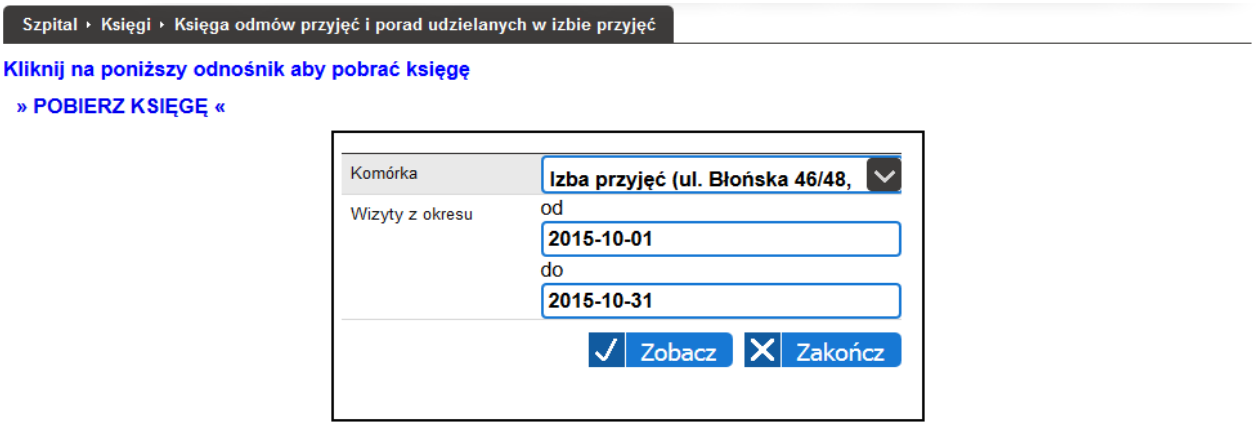
Księga główna przyjęć i wypisów

Funkcjonalność „Księga główna przyjęć i wypisów” z podmenu „Księgi” w menu „Szpital” służy do pobierania księgi głównej przyjęć i wypisów. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz służący do wskazania komórki i okresu przyjęć pacjentów do szpitala. Po wybraniu komórki, wprowadzeniu dat i naciśnięciu przycisku „Zobacz” wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie i wydrukowanie fragmentu księgi głównej przyjęć i wypisów ze wskazanego okresu. Księga ma formę dokumentu PDF.



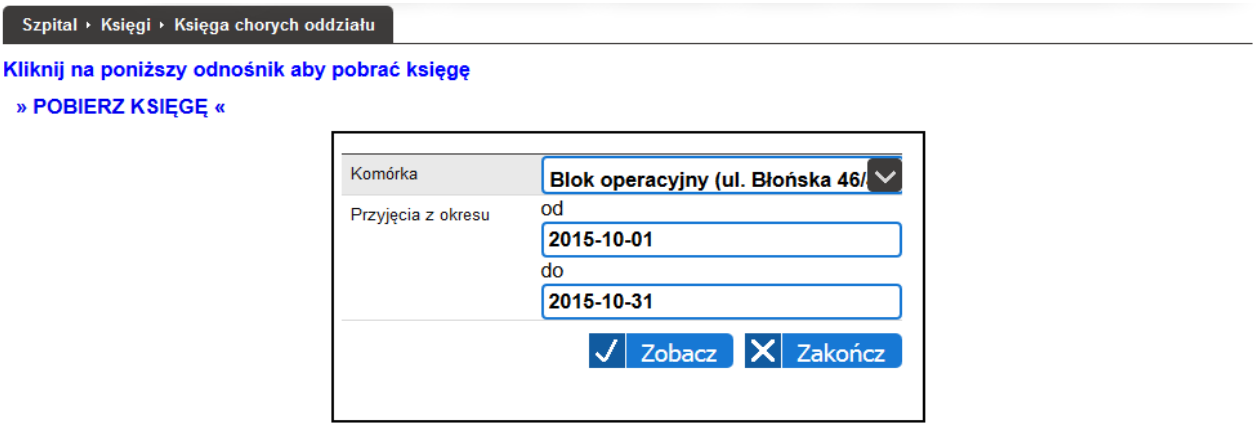
Księga odmów przyjęć i porad udzielanych w izbie przyjęć

Funkcjonalność „Księga odmów przyjęć i porad udzielanych w izbie przyjęć” z podmenu „Księgi” w menu „Szpital” służy do pobierania księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz służący do wskazania komórki i okresu wizyt pacjentów na izbie przyjęć. Po wybraniu komórki, wprowadzeniu dat i naciśnięciu przycisku „Zobacz” wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie i wydrukowanie fragmentu księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć ze wskazanego okresu. Księga ma formę dokumentu PDF.



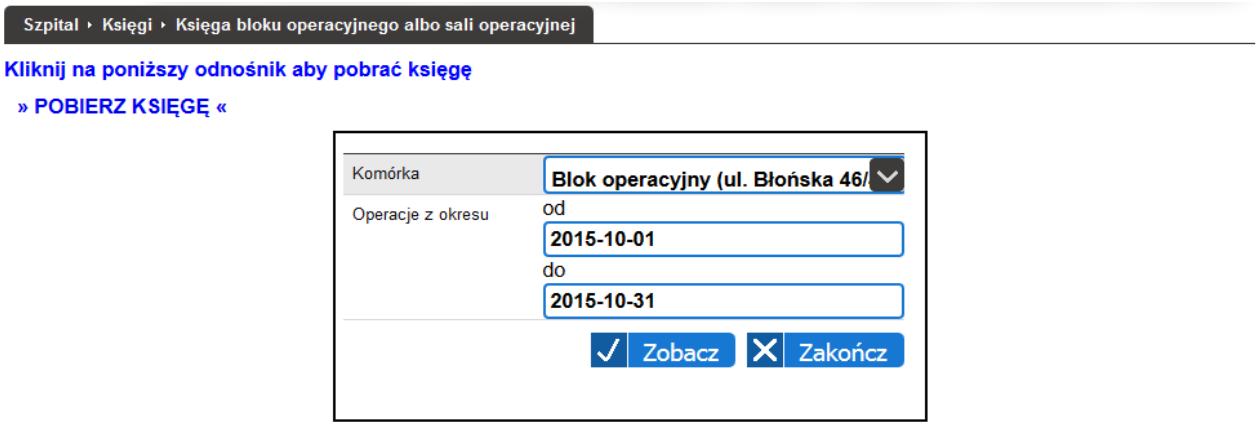
Księga chorych oddziału

Funkcjonalność „Księga chorych oddziału” z podmenu „Księgi” w menu „Szpital” służy do pobierania księgi chorych oddziału. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz służący do wskazania komórki i okresu przyjęć pacjentów na izbie przyjęć. Po wybraniu komórki, wprowadzeniu dat i naciśnięciu przycisku „Zobacz” wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie i wydrukowanie fragmentu księgi chorych oddziału ze wskazanego okresu. Księga ma formę dokumentu PDF.



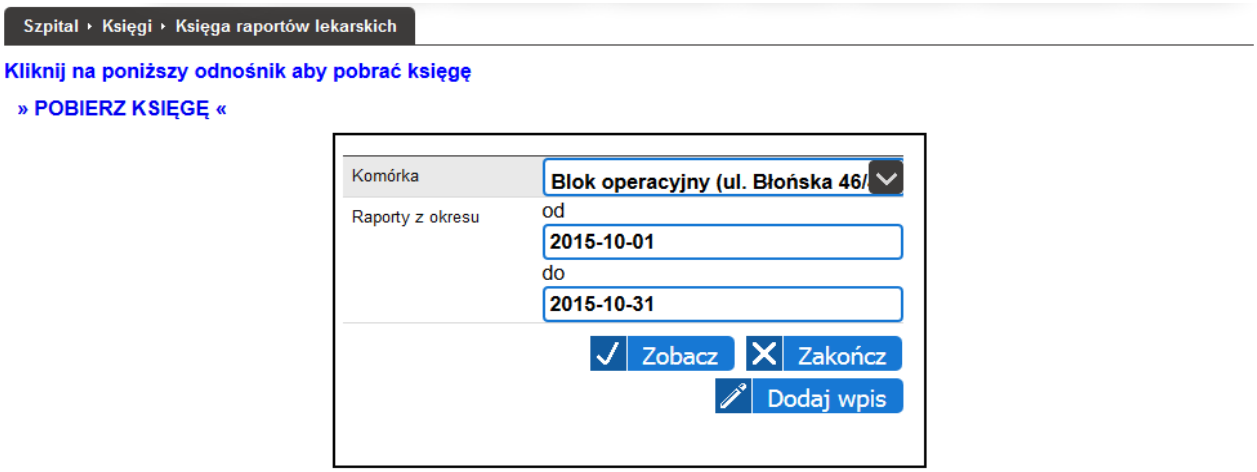
Księga bloku operacyjnego albo sali operacyjnej

Funkcjonalność „Księga bloku operacyjnego albo sali operacyjnej” z podmenu „Księgi” w menu „Szpital” służy do pobierania księgi bloku operacyjnego albo sali operacyjnej. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz służący do wskazania komórki i okresu w jakim zostały przeprowadzone operacje. Po wybraniu komórki, wprowadzeniu dat i naciśnięciu przycisku „Zobacz” wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie i wydrukowanie fragmentu księgi bloku operacyjnego albo sali operacyjnej ze wskazanego okresu. Księga ma formę dokumentu PDF.

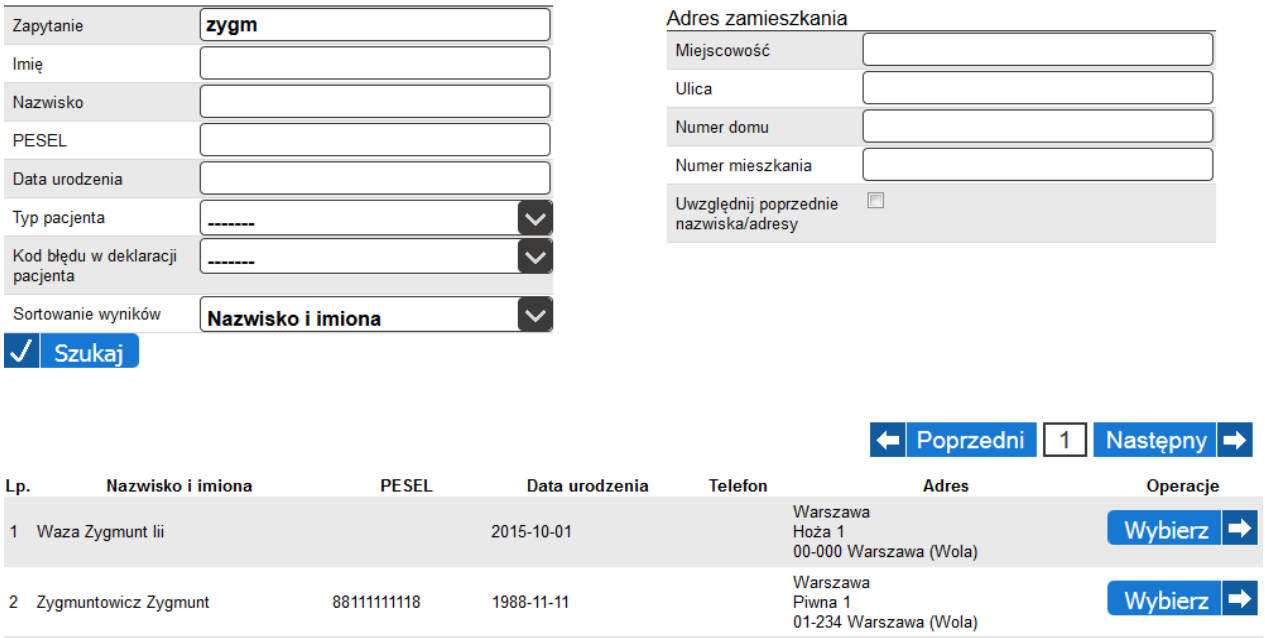


Księga raportów lekarskich

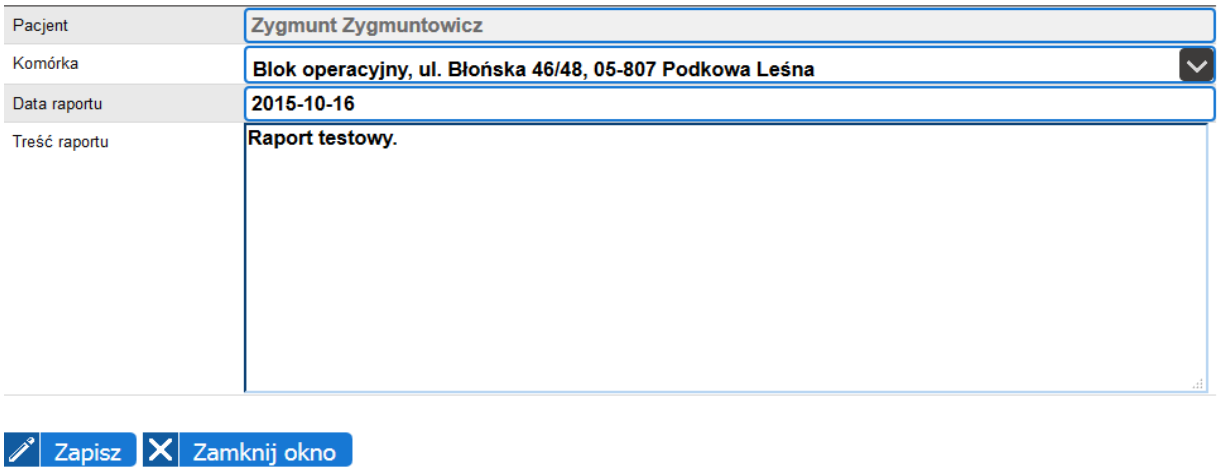
Funkcjonalność „Księga raportów lekarskich” z podmenu „Księgi” w menu „Szpital” służy do dodawania wpisów do księgi raportów lekarskich oraz pobierania tej księgi. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz służący do wskazania komórki i okresu w jakim zostały sporządzone raporty. Po wybraniu komórki, wprowadzeniu dat i naciśnięciu przycisku „Zobacz” wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie i wydrukowanie fragmentu księgi raportów lekarskich ze wskazanego okresu. Księga ma formę dokumentu PDF.



Jeżeli zalogowany użytkownik jest personelem medycznym wówczas pod wyszukiwarką wyświetlany jest dla takiego użytkownika dodatkowy przycisk „Dodaj wpis". Naciśnięcie tego przycisku otwiera nowe okno umożliwiające dodanie wpisu do księgi raportów lekarskich. Dodawanie wpisu do księgi raportów lekarskich składa się z kilku kroków. Po naciśnięciu przycisku „Dodaj wpis" w pierwszej kolejności wyświetla się wyszukiwarka pacjentów. W wyszukiwarce należy wprowadzić kryteria wyszukiwania pacjenta, którego raport ma dotyczyć, i nacisnąć przycisk „Szukaj". Wówczas pod wyszukiwarką wyświetli się lista pacjentów spełniających kryteria wyszukiwania a przy każdym z nich przycisk „Wybierz".



Po naciśnięciu przycisku „Wybierz" przy właściwym pacjencie wyświetlany jest formularz danych do raportu, w którym pacjent jest już wpisany (wybrany wcześniej), a pozostałe dane wymagają uzupełnienia / wybrania z listy.

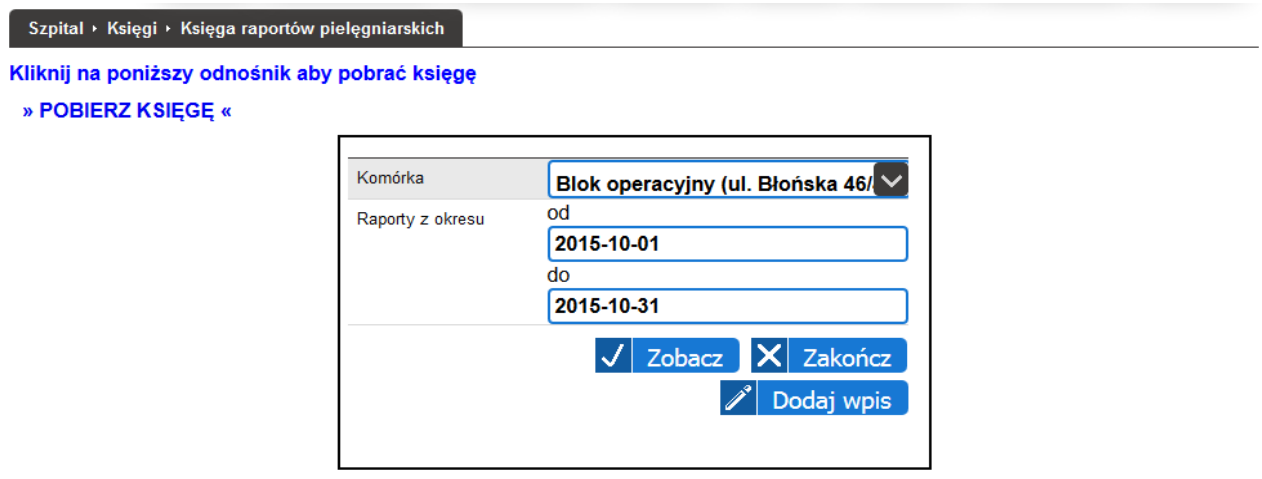


Po wypełnieniu formularza i naciśnięciu przycisku „Zapisz" raport trafia do księgi raportów lekarskich o czym informuje stosowny komunikat.



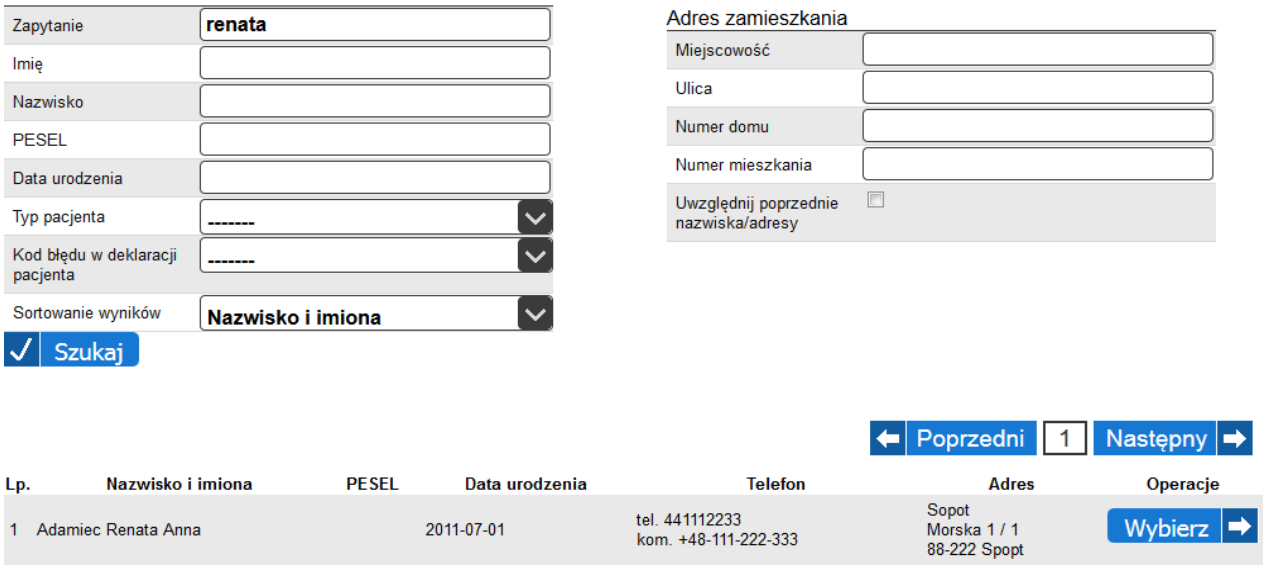
Księga raportów pielęgniarskich

Funkcjonalność „Księga raportów pielęgniarskich" z podmenu „Księgi" w menu „Szpital" służy do dodawania wpisów do księgi raportów pielęgniarskich oraz pobierania tej księgi. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz służący do wskazania komórki i okresu w jakim zostały sporządzone raporty. Po wybraniu komórki, wprowadzeniu dat i naciśnięciu przycisku „Zobacz" wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie i wydrukowanie fragmentu księgi raportów pielęgniarskich ze wskazanego okresu. Księga ma formę dokumentu PDF.

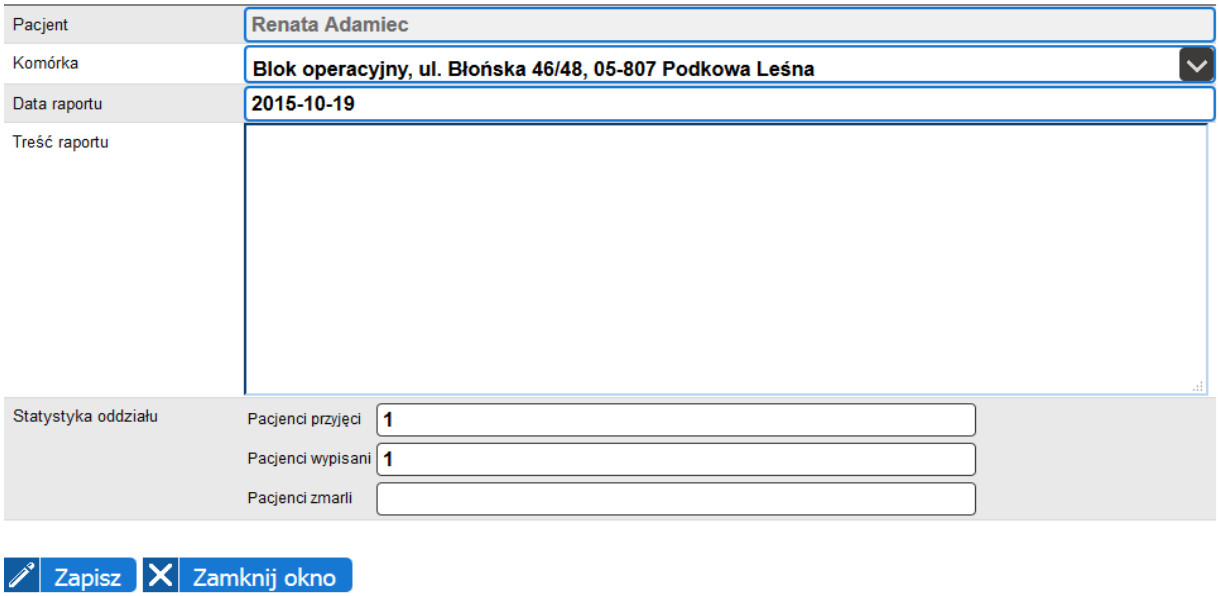


Jeżeli zalogowany użytkownik jest personelem medycznym wówczas pod wyszukiwarką wyświetlany jest dla takiego użytkownika dodatkowy przycisk „Dodaj wpis". Naciśnięcie tego przycisku otwiera nowe okno umożliwiające dodanie wpisu do księgi raportów pielęgniarskich. Dodawanie wpisu do księgi raportów pielęgniarskich składa się z kilku kroków. Po naciśnięciu

przycisku „Dodaj wpis” w pierwszej kolejności wyświetla się wyszukiwarka pacjentów. W wyszukiwarce należy wprowadzić kryteria wyszukiwania pacjenta, którego raport ma dotyczyć, i nacisnąć przycisk „Szukaj”. Wówczas pod wyszukiwarką wyświetli się lista pacjentów spełniających kryteria wyszukiwania a przy każdym z nich przycisk „Wybierz”.



Po naciśnięciu przycisku „Wybierz” przy właściwym pacjencie wyświetlany jest formularz danych do raportu, w którym pacjent jest już wpisany (wybrany wcześniej), a pozostałe dane wymagają uzupełnienia / wybrania z listy.

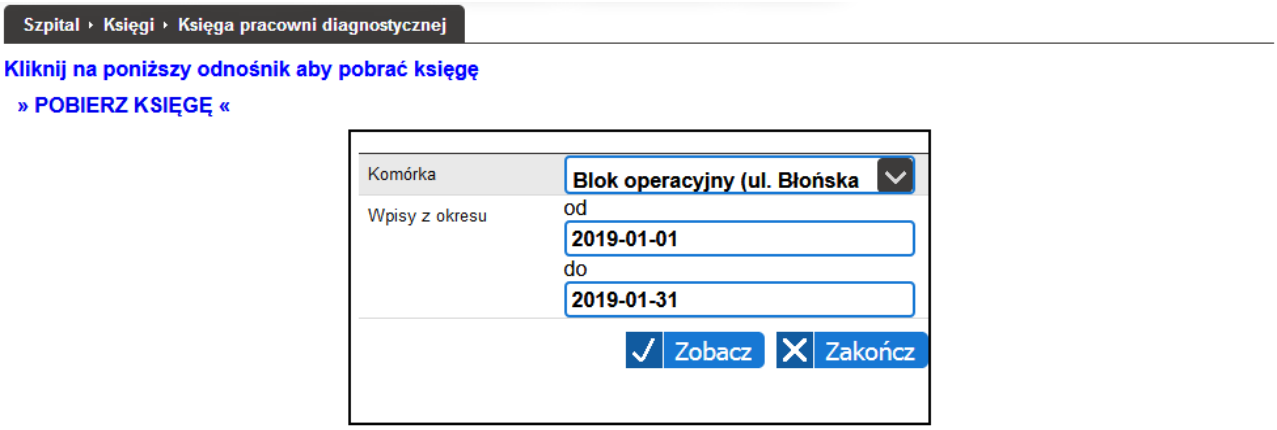


Po wypełnieniu formularza i naciśnięciu przycisku „Zapisz” raport trafia do księgi raportów pielęgniarskich o czym informuje stosowny komunikat.



Księga pracowni diagnostycznej

Funkcjonalność „Księga pracowni diagnostycznej” z podmenu „Księgi” w menu „Szpital” służy do przeglądania i drukowania zawartości księgi pracowni diagnostycznej. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się formularz w którym należy wskazać komórkę (pracownię diagnostyczną) oraz okres z jakiego dane system ma zaprezentować a następnie kliknąć przycisk „Zobacz”. System wyświetli wówczas nad formularzem odnośnik umożliwiający pobranie (w formie pliku PDF) i wydrukowanie księgi danej pracowni diagnostycznej z danego okresu.

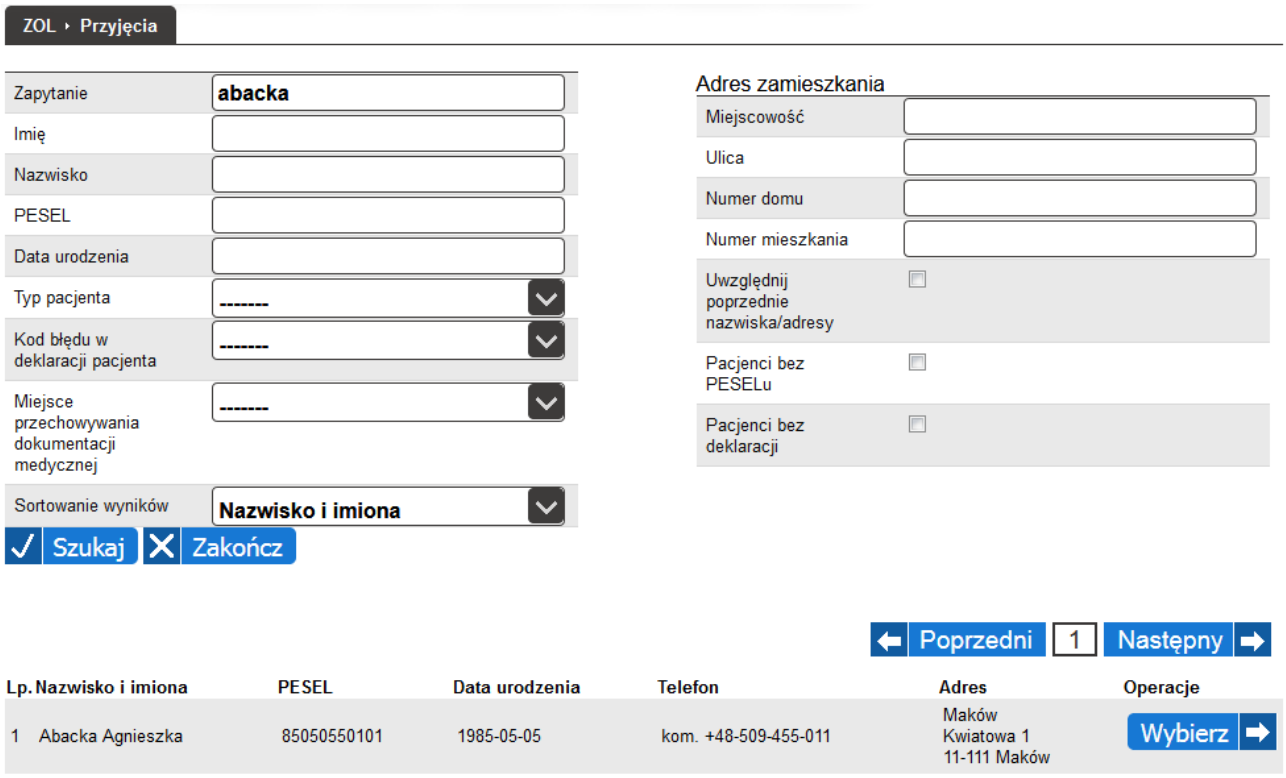


ZOL

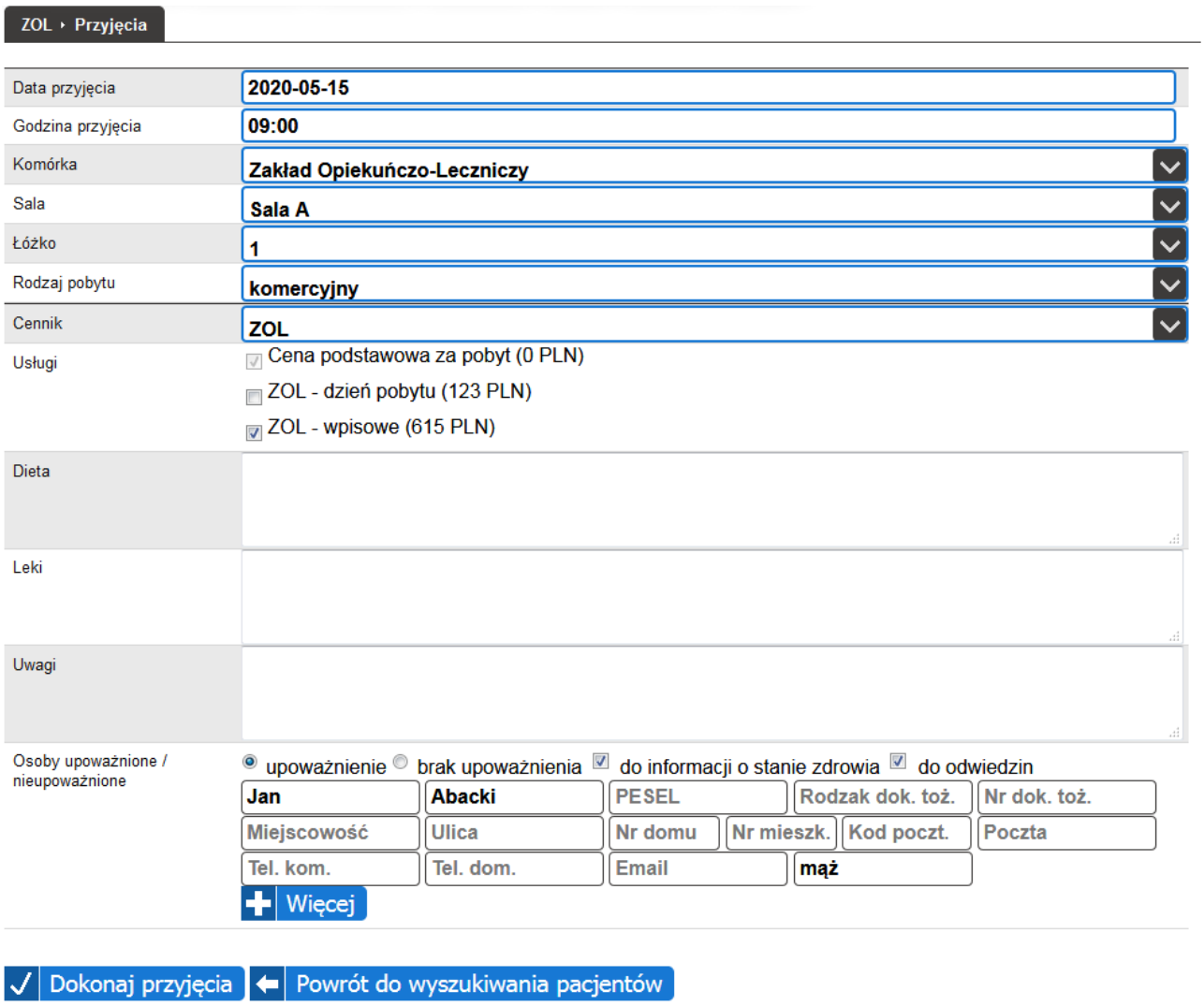
Funkcjonalności z menu „ZOL” służą do obsługi pacjentów w zakładzie opiekuńczo-leczniczym: przyjęć, pobytów i wypisów.

Przyjęcia

Funkcjonalność „Przyjęcia” z menu „ZOL” służy do obsługi przyjęć pacjentów do zakładu opiekuńczo-leczniczego. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się wyszukiwarka pacjentów. Jej zakres i funkcjonalność jest identyczna jak opisano w rozdziale „Rejestracja” w podrozdziale „Pacjenci (karty aktywne)”. Po wprowadzeniu kryteriów wyszukiwania i kliknięciu przycisku „Szukaj” wyświetla się lista pacjentów spełniających kryteria wyszukiwania a przy każdym z nich przycisk „Wybierz”. (Jeżeli żaden pacjent nie spełnia kryteriów wyszukiwania należy dodać nowego pacjenta za pośrednictwem funkcjonalności opisanej w rozdziale „Rejestracja” w podrozdziale „Nowy pacjent”.)



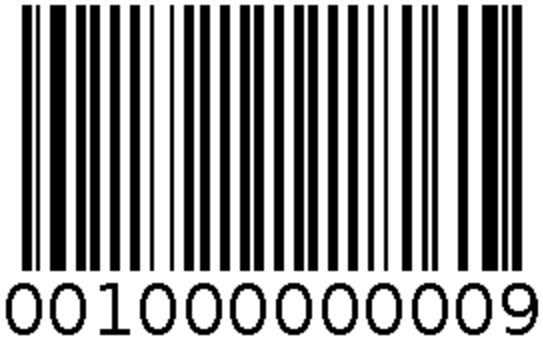
Aby dokonać przyjęcia pacjenta do zakładu opiekuńczo-leczniczego należy kliknąć przycisk „Wybierz” przy właściwym pacjencie na liście. Wyświetli się wówczas formularz przyjęcia.



W formularzu należy wypełnić wszystkie obowiązkowe pola. Przy określaniu rodzaju pobytu, jeśli wybrany zostanie pobyt komercyjny, w formularzu pojawią się dodatkowe pola do wskazania cennika na podstawie którego pobyt będzie rozliczany oraz ewentualnych usług z cennika. Formularz umożliwia także zarejestrowanie istotnych informacji o pacjencie jak dieta i przyjmowane leki. W formularzu można wprowadzić dowolną ilość osób upoważnionych oraz osób nieupoważnionych do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz do odwiedzin pacjenta. Domyślnie wyświetlają się pola umożliwiające wprowadzenie jednej takiej osoby. Chcąc wprowadzić większą liczbę osób należy skorzystać z przycisku „Więcej" - każde jego kliknięcie spowoduje wyświetlenie pól umożliwiających wprowadzenie kolejnej osoby. Jeżeli wszystkie pola przeznaczone do wprowadzenia danych osobowych osoby upoważnionej / nieupoważnionej zostaną pozostawione puste, zostaną one zignorowane przy zapisie danych. Po wypełnieniu formularza dane należy zapisać klikając przycisk „Dokonaj przyjęcia". O pomyślnym zakończeniu operacji system poinformuje stosownym komunikatem umożliwiając jednocześnie wydrukowanie opaski z kodem na rękę pacjenta.

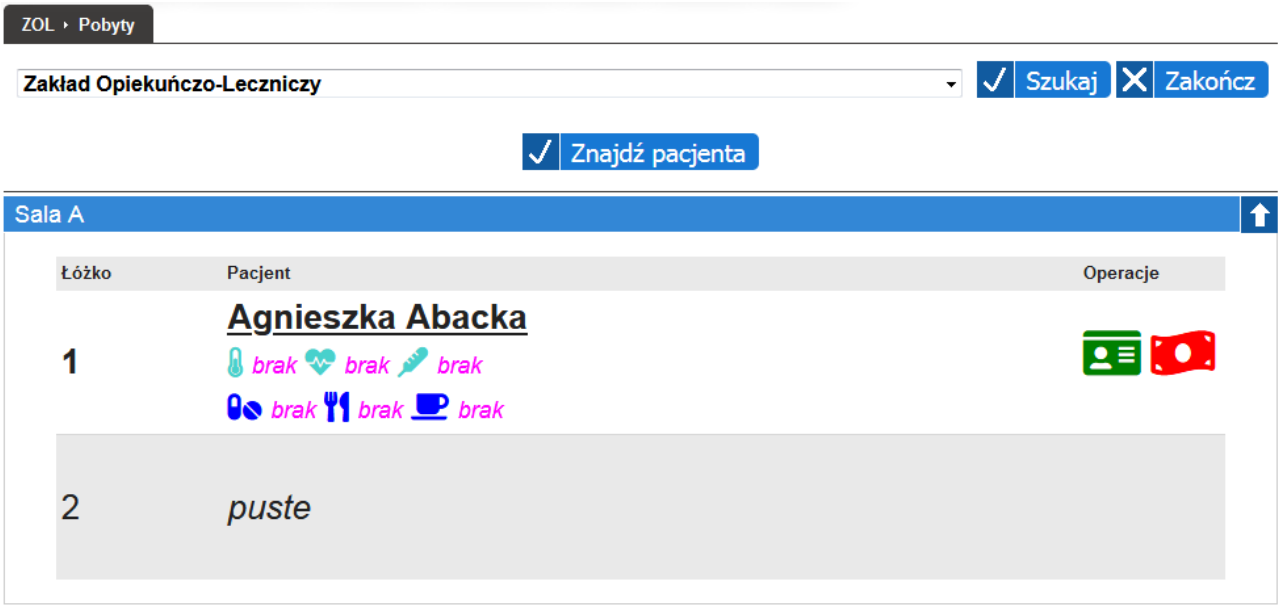


Po kliknięciu przycisku „Drukuj opaskę” otwiera się nowe okno z kodem paskowym i automatycznie inicjowany jest proces drukowania.

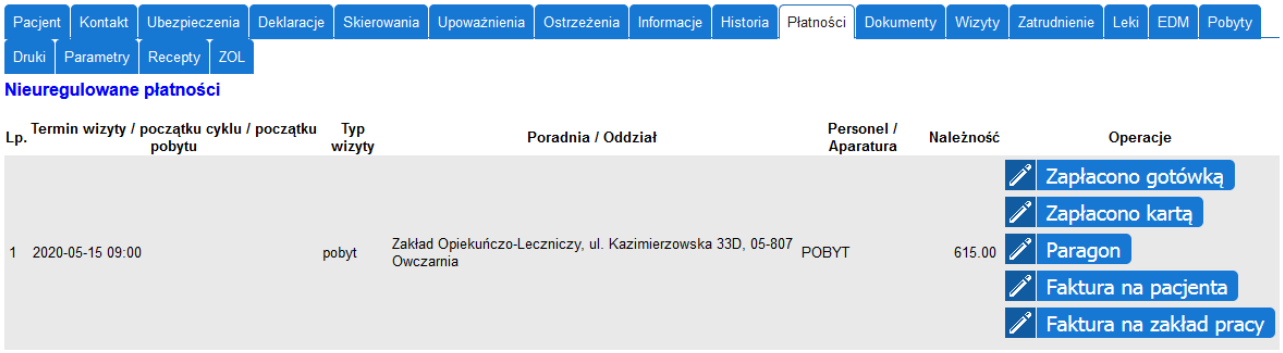


Pobyty

Funkcjonalność „Pobyty” w menu „ZOL” służy do obsługi pobytów pacjentów w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista wyboru zakładów opiekuńczo-leczniczych funkcjonujących w ramach zakładu opieki zdrowotnej, w których pracuje zalogowany użytkownik. Po wybraniu zakładu opiekuńczo-leczniczego i kliknięciu przycisku „Szukaj” wyświetla się lista sal w danym zakładzie w formie pasków. Kliknięcie na pasku z nazwą sali skutkuje wyświetleniem listy łóżek w danej sali. Przy każdym łóżku widnieje albo nazwisko pacjenta, który na tym łóżku przebywa albo informacja że łóżko jest puste (wolne). Pod nazwiskiem pacjenta widnieją dotyczące go wskaźniki a obok nazwiska ikonki różnych czynności. Jeżeli płatność za pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym jest pobierana z góry, wówczas obok nazwiska pacjenta widoczne są tylko dwie ikonki: zielona otwierająca w nowym oknie zakładkę „Pacjent” karty pacjenta, czerwona otwierająca w nowym oknie zakładkę „Płatności” karty pacjenta.



Jeżeli przy pacjencie widnieją tylko dwie wspomniane wyżej ikonki, wówczas aby rozpocząć obsługę pobytu pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym należy kliknąć tę ikonkę i uregulować płatność. Obsługa płatności za pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym odbywa tak jak opisano w rozdziale „Rejestracja” w podrozdziale „Pacjenci (karty aktywne)” w podpodrozdziale „Płatności”.



Po przyjęciu płatności kartę pacjenta należy zamknąć klikając przycisk „Zamknij” widoczny w dolnej części karty pacjenta (tylko wówczas widok pacjentów w zakładzie opiekuńczo-leczniczym zostanie odświeżony). Nie należy zamykać karty pacjenta przyciskiem zamykania okna.

Jeśli płatność za pobyt jest pobierana z góry i zostanie uregulowana lub jeśli płatność jest pobierana z dołu lub jeśli pobyt nie jest obciążony kosztami, wówczas przy nazwisku pacjenta wyświetla się pełen wachlarz ikonek umożliwiających obsługę pobytu pacjenta na oddziale (po najechaniu kursorem myszy na dowolną ikonkę pojawia się dymek z informacją co dana ikonka oznacza).



Do obsługi pobytu pacjenta na oddziale dostępne są następujące ikonki:

- karta pacjenta – otwiera w nowym oknie kartę pacjenta (o ile zalogowany użytkownik posiada uprawnienia zarządzania danymi pacjentów)
- osoby upoważnione / nieupoważnione – otwiera w nowym oknie formularz do zarządzania osobami upoważnionymi i osobami nieupoważnionymi do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta i do odwiedzin pacjenta
- usługi – otwiera w nowym oknie formularz do zarządzania usługami zrealizowanymi w trakcie pobytu pacjenta na oddziale (ikonka jest widoczna tylko dla pobytów komercyjnych i tylko o ile zalogowany użytkownik posiada uprawnienia zarządzania płatnościami pacjentów)
- leki – otwiera w nowym oknie panel do rozpisywania leków jakie mają być podawane pacjentowi w trakcie pobytu (o ile zalogowany użytkownik posiada uprawnienia przepisywania leków pacjentom)
- zdarzenia – otwiera w nowym oknie przeglądarkę zdarzeń zarejestrowanych w trakcie pobytu pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym
- parametry – zestaw ikonek umożliwiających rejestrowanie pomiarów podstawowych parametrów pacjenta

- obserwacja – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie obserwacji dotyczącej pacjenta
- temperatura – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie pomiaru temperatury ciała pacjenta
- ciśnienie – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie pomiaru ciśnienia tętniczego pacjenta
- cukier – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie pomiaru poziomu cukru we krwi pacjenta

- wydaliny – zestaw ikonek umożliwiających rejestrowanie informacji o wydalinach pacjenta
  - mocz – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie pomiaru ilości moczu oddanego przez pacjenta
  - stolec – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie oceny konsystencji stolca oddanego przez pacjenta
- higiena – zestaw ikonek umożliwiających rejestrowanie informacji dotyczących higieny pacjenta
  - mycie – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie faktu dokonania mycia pacjenta
  - kąpiel – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie faktu dokonania kąpieli pacjenta
  - zmiana pościeli – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie faktu zmiany pościeli pacjentowi
  - zmiana ręcznika – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie faktu zmiany ręcznika pacjentowi
- wspomaganie – zestaw ikonek umożliwiających rejestrowanie informacji dotyczących wspomagania (fizycznego i psychicznego) pacjenta
  - leki – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie faktu podania pacjentowi leków
  - podłączenie kroplówki – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie faktu podłączenia pacjentowi kroplówki
  - odłączenie kroplówki – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie faktu odłączenia pacjentowi kroplówki
  - podłączenie cewnika – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie faktu podłączenia pacjentowi cewnika
  - odłączenie cewnika – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie faktu odłączenia pacjentowi cewnika
  - podłączenie materaca przeciwodleżynowego – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie faktu podłączenia pacjentowi materaca przeciwodleżynowego
  - odłączenie materaca przeciwodleżynowego – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie faktu odłączenia pacjentowi materaca

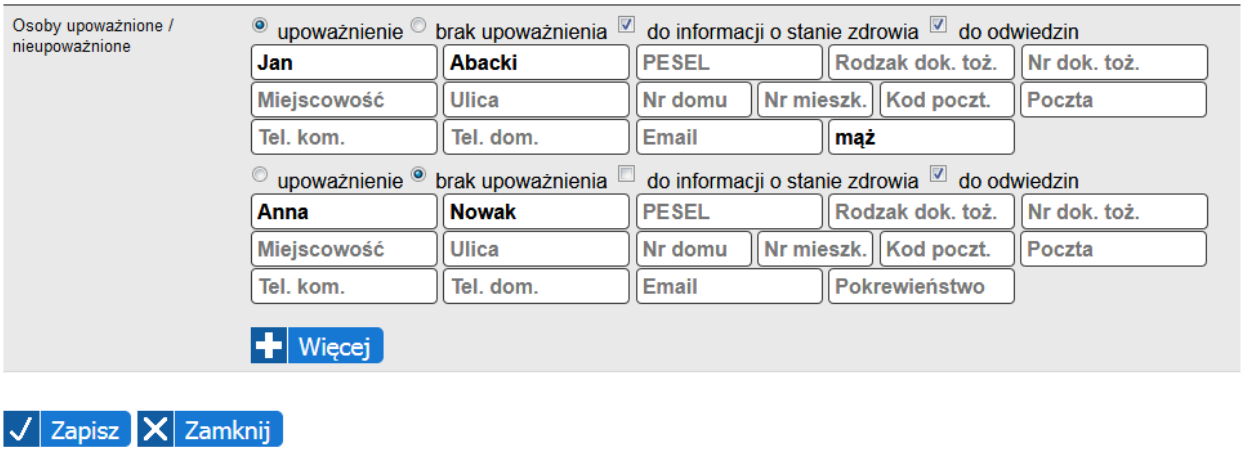
przeciwodleżynowego

- podłączenie tlenu – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie faktu podłączenia pacjentowi tlenu
- odłączenie tlenu – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie faktu odłączenia pacjentowi tlenu
- udzielenie sakramentu – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie faktu udzielenia pacjentowi sakramentu

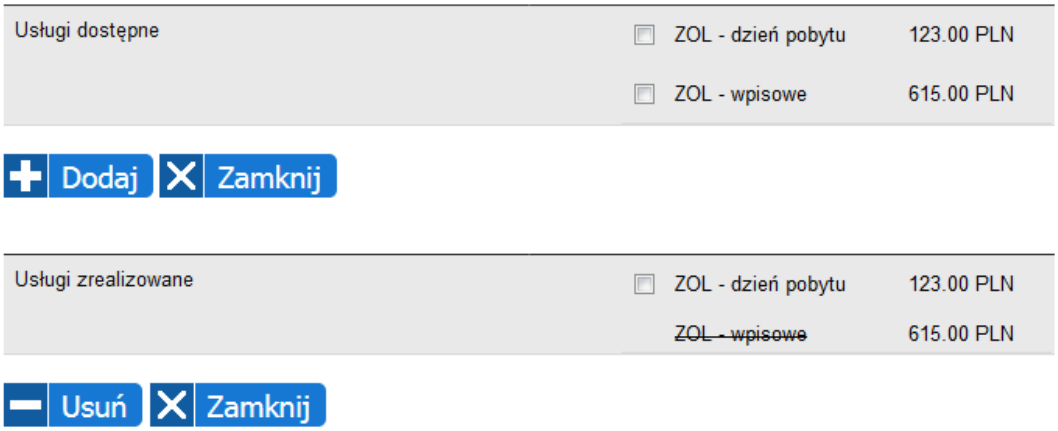
- przemieszczanie – zestaw ikonek umożliwiających rejestrowanie informacji dotyczących przemieszczania się pacjenta w obrębie zakładu opiekuńczo-leczniczego i poza nim
  - wyjście na spacer – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie faktu wyprowadzenia pacjenta na spacer
  - powrót ze spaceru – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie faktu powrotu pacjenta ze spaceru
  - wyjście na przepustkę – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie faktu wyprowadzenia pacjenta na przepustkę
  - powrót z przepustki – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie faktu powrotu pacjenta z przepustki
  - przeniesienie – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie faktu przeniesienia pacjenta na inne łóżko / do innej sali
- zakończenie – zestaw ikonek umożliwiających rejestrowanie informacji dotyczących zakończenia pobytu pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym
  - wypis – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie faktu dokonania wypisu pacjenta z zakładu opiekuńczo-leczniczego
  - zgon – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie faktu zgonu pacjenta
- posiłki i napoje – zestaw ikonek umożliwiających rejestrowanie informacji dotyczących spożywanych przez pacjenta posiłków i napojów
  - posiłek – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie rodzajów i ilości spożytych produktów w ramach śniadania, drugiego śniadania, obiadu, podwieczorka, kolacji lub jako posiłek dodatkowy
  - napój – otwiera w nowym oknie formularz umożliwiający zarejestrowanie ilości spożytych napojów w ramach śniadania, drugiego śniadania, obiadu, podwieczorka, kolacji lub jako napój dodatkowy

Aby uzyskać dostęp do danych osób upoważnionych / nieupoważnionych do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz do odwiedzin pacjenta należy kliknąć ikonkę „Osoby upoważnione / nieupoważnione”. Otworzy się wówczas nowe okno z formularzem danych osób upoważnionych. W formularzu można wprowadzić dowolną ilość osób upoważnionych / nieupoważnionych. Domyślnie wyświetlają się pola z danymi osób już wprowadzonych. Chcąc wprowadzić większą liczbę osób należy skorzystać z przycisku „Więcej” - każde jego kliknięcie spowoduje wyświetlenie pól umożliwiających wprowadzenie kolejnej osoby. Jeżeli wszystkie pola przeznaczone do wprowadzenia danych osobowych osoby upoważnionej / nieupoważnionej zostaną pozostawione puste, zostaną one zignorowane przy zapisie danych. Po zmodyfikowaniu danych

osób upoważnionych / nieupoważnionych bądź wprowadzeniu danych nowych osób należy je zapisać klikając przycisk „Zapisz”.

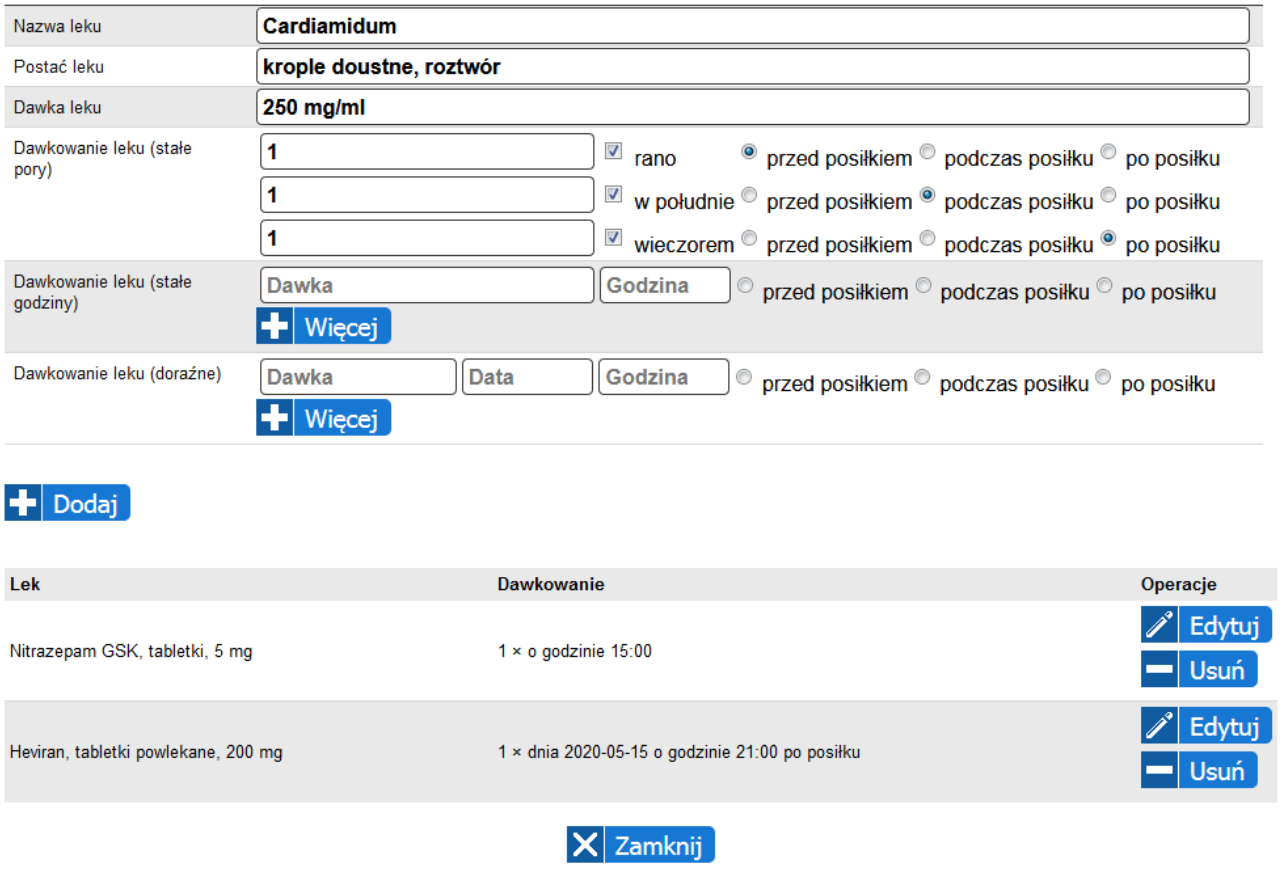


Aby zarządzać usługami komercyjnymi realizowanymi w trakcie pobytu pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym należy kliknąć ikonkę „Usługi”. Otworzy się wówczas w nowym oknie formularz podzielony na dwie sekcje. Pierwsza sekcja to usługi dostępne, czyli usługi z cennika jakie mogą być realizowane w trakcie pobytu. Aby wykazać realizację jakichś usług należy zaznaczyć odpowiednie usługi i kliknąć przycisk „Dodaj”. Druga sekcja to usługi już zrealizowane w trakcie pobytu. Jeżeli jakieś usługi zostały wykazane nieprawidłowo jako zrealizowane (na skutek omyłki lub innych okoliczności), wówczas takie usługi można usunąć z listy usług zrealizowanych zaznaczając je i klikając przycisk „Usuń”. Po kliknięciu tego przycisku usługi, które nie były jeszcze opłacone znikną z listy usług zrealizowanych zaś usługi które były opłacone pozostaną na tej liście wykreślone (po zakończeniu pobytu pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym konieczne będzie wystawienie dla takich usług dokumentu finansowego korygującego).



Aby przepisać jakie leki powinny być podawane pacjentowi należy kliknąć ikonkę „Leki”. Otworzy się wówczas nowe okno z formularzem przepisywania leków oraz listą leków już przepisanych. W formularzu przepisywania leków należy zacząć wpisywać nazwę leku, po wpisaniu przynajmniej trzech znaków wyświetli się lista podpowiedzi. Właściwy lek należy wybrać z listy podpowiedzi a wówczas kursor zostanie automatycznie przeniesiony do pola postaci leku i również automatycznie

wyświetli się lista podpowiedzi. Właściwą postać leku należy wybrać z listy podpowiedzi w wówczas kursor zostanie automatycznie przeniesiony do pola dawki leku i również automatycznie wyświetli się lista podpowiedzi. Właściwą dawkę leku należy wybrać z listy podpowiedzi. Następnie dla wybranego leku należy określić pory podawania. Istnieją tu trzy warianty: podawanie leku o stałych porach (rano, w południe, wieczorem), podawanie leku o stałych godzinach (np. podawanie antybiotyku trzy razy na dobę co 8 godzin), podawanie leku doraźne. W przypadku podawania leku o stałych porach należy określić dawkę, zaznaczyć w jakich porach ma być lek podawany, określić czas podania leku względem posiłku o ile ma to znaczenie (jeśli omyłkowo zaznaczono którąkolwiek z opcji „przed posiłkiem” / „podczas posiłku” / „po posiłku” można taką opcję odznaczyć klikając ponownie pole jej zaznaczenia). W przypadku podawania leku o stałych godzinach domyślnie wyświetlają się pola umożliwiające wskazanie jednej godziny podania. Aby wskazać więcej godzin podania należy skorzystać z przycisku „Więcej”. Każde kliknięcie tego przycisku powoduje wyświetlenie kolejnych pól umożliwiających dodanie kolejnej godziny podania. W przypadku doraźnego podawania leków domyślnie wyświetlają się pola umożliwiające wskazanie jednego terminu podania. Aby wskazać więcej terminów podania należy skorzystać z przycisku „Więcej”. Każde kliknięcie tego przycisku powoduje wyświetlenie kolejnych pól umożliwiających dodanie kolejnego terminu podania. Po wprowadzeniu wszystkich danych należy je zatwierdzić klikając przycisk „Dodaj”. Dodany lek pojawi się na liście przepisanych leków widocznej poniżej formularza.

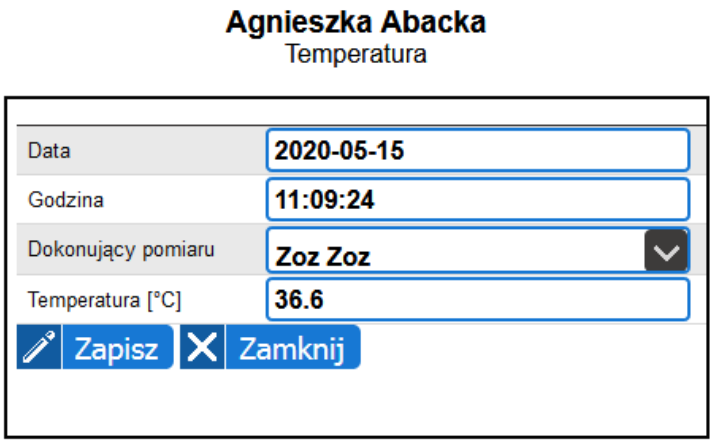


Aby zmodyfikować dane przepisanego leku należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy tym leku na liście przepisanych leków. Formularz przepisywania leków zostanie wówczas wypełniony danymi przepisanego leku. Po zmodyfikowaniu danych należy je zatwierdzić klikając przycisk „Zapisz”.

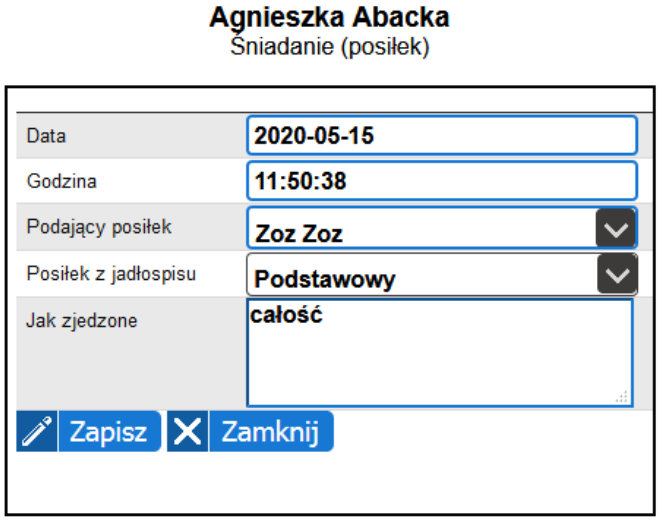
Aby usunąć przepisany lek należy kliknąć przycisk „Usuń” przy tym leku na liście przepisanych leków i potwierdzić zamiar usunięcia leku przyciskiem „OK” w oknie monitu jakie się wówczas pojawi.

Aby zarejestrować zdarzenie związane z pobytem pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym należy kliknąć ikonkę odpowiedniego zdarzenia. Otworzy się wówczas nowe okno z formularzem dodawania zdarzenia. W formularzu każdego zdarzenia określa się jego datę, godzinę i osobę wykonującą / rejestrującą. W trakcie pobytu pacjenta na oddziale nie można zarejestrować dwóch zdarzeń o tej samej godzinie - godziny muszą się różnić przynajmniej o sekundę, jako że stanowią one podstawę ustalenia prawidłowej kolejności zdarzeń. W zależności od posiadanych uprawnień użytkownik może dodawać albo tylko zdarzenia dla których on sam jest osobą wykonującą / rejestrującą albo może dodawać zdarzenia tak w imieniu własnym jak też w imieniu innych użytkowników. Dla niektórych zdarzeń oprócz daty, godziny i osoby wykonującej / rejestrującej rejestrowane są także inne informacje:

- zdarzenia „temperatura”, „ciśnienie”, „cukier” wymagają wprowadzenia wyniku pomiaru wartości danego parametru

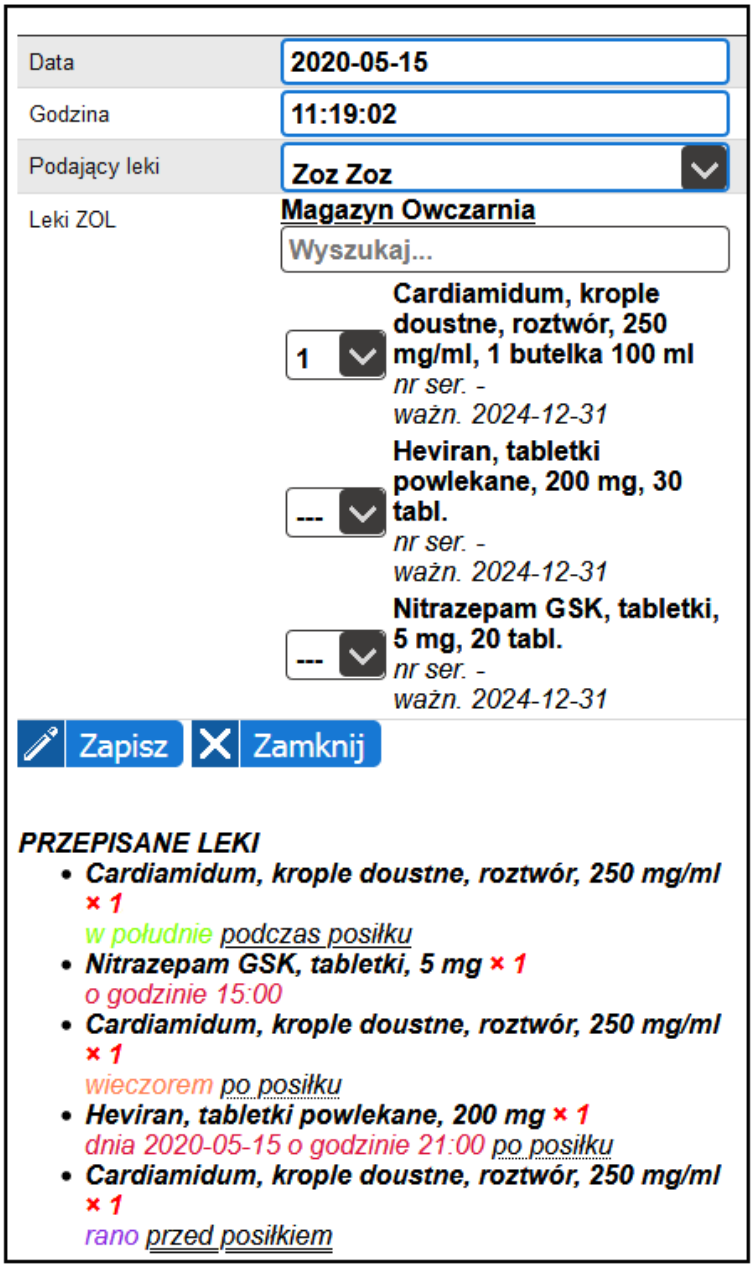


- zdarzenia „mocz”, „napój” wymagają wprowadzenia ilości danego płynu
- zdarzenie „obserwacja” wymaga wprowadzenia spostrzeżeń
- zdarzenie „stolec” wymaga określenia konsystencji stolca
- zdarzenie „posiłek” wymaga określenia jakości spożycia posiłku oraz ewentualnie wskazania jadłospisu z którego posiłek został podany pacjentowi

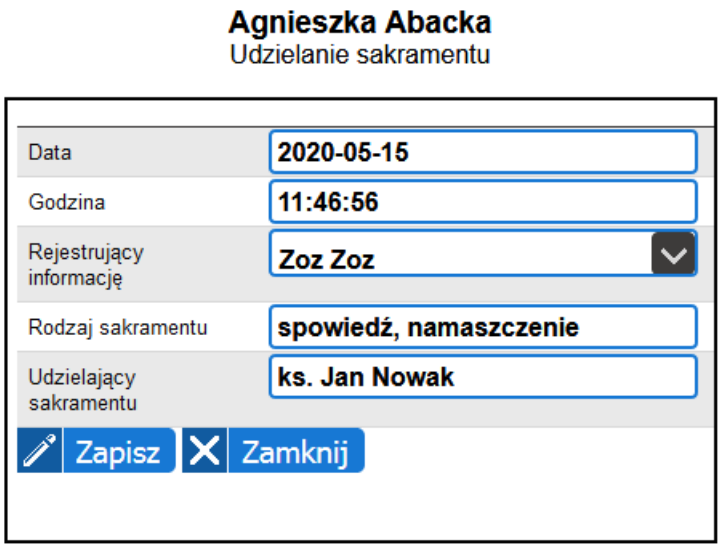


- zdarzenia „mycie”, „kąpiel”, „zmiana pościeli”, „zmiana ręcznika”, „podłączenie cewnika” wymagają wskazania zasobów magazynowych (materiałów higienicznych) zużytych w ramach dokonywania danej czynności
- zdarzenie „podłączenie kroplówki” wymaga wskazania zasobów magazynowych (kroplówek) zużytych w ramach dokonywania danej czynności
- zdarzenie „leki” wymaga wskazania zasobów magazynowych (leków ZOL) zużytych w ramach dokonywania danej czynności

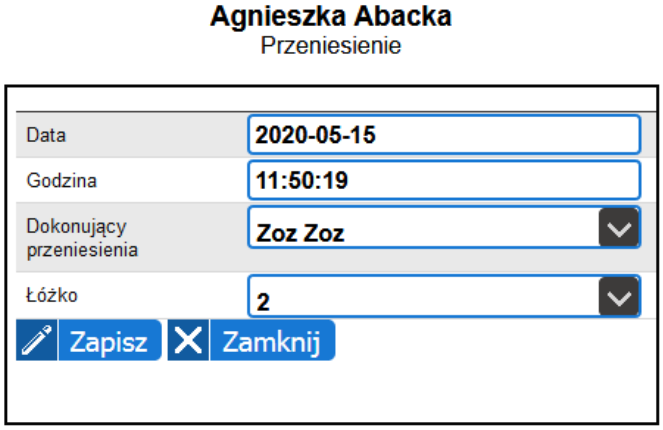
Agnieszka Abacka
Podawanie leków



- zdarzenie „udzielenie sakramentu” wymaga określenia rodzaju udzielonego sakramentu / rodzajów udzielonych sakramentów i wskazania szafarza



- zdarzenia „wyjście na spacer”, „wyjście na przepustkę” wymagają wskazania opiekuna pacjenta na spacerze / przepustce
- zdarzenie „przeniesienie” wymaga wskazania łóżka na które pacjent zostaje przeniesiony



- zdarzenie „zgon” wymaga wskazania osoby stwierdzającej zgon

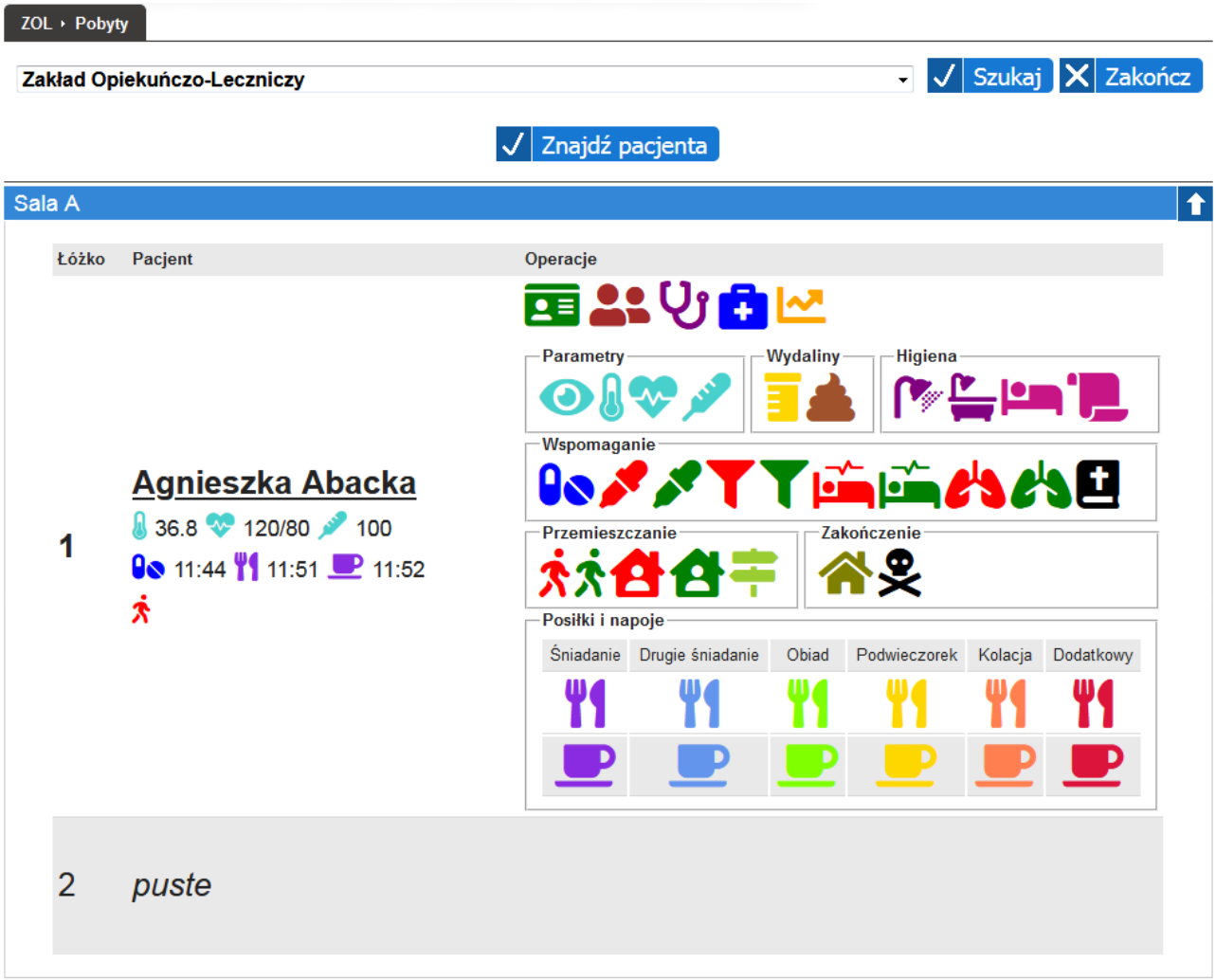
W przypadku zdarzeń, które wymagają wskazania zasobów magazynowych, wyświetlają się aktualne stany magazynowe zasobów właściwych dla danego zdarzenia. Nad listą zasobów w magazynie wyświetla się pole tekstowe – przy wpisywaniu w tym polu nazwy zasobu lista zasobów automatycznie zawęża się do tych, które pasują do wpisywanej nazwy.

W przypadku zdarzenia „leki” pod formularzem zdarzenia wyświetlana jest informacja jakie leki zostały przepisane pacjentowi (z pominięciem leków doraźnych z przeszłym terminem podania). Informacje o przepisanych lekach są ułożone w miarę możliwości w takiej kolejności w jakiej w najbliższym czasie leki te powinny być podawane. Jest przy tym brana pod uwagę data / godzina / pora podania leku oraz aktualna godzina i przyjmowany jest pewien margines ze względu na możliwe opóźnienia w podawaniu leków. Pory podawania leków są wyróżnione kolorami (kolor wyróżnienia dla leków podawanych rano jest taki sam jak kolor ikonki posiłków i napojów dla śniadania, kolor wyróżnienia dla leków podawanych w południe jest taki sam jak kolor ikonki posiłków i napojów dla obiadu, kolor wyróżnienia dla leków podawanych wieczorem jest taki sam

jak kolor ikonki posiłków i napojów dla kolacji, kolor wyróżnienia dla leków podawanych o innych porach jest taki sam jak kolor ikonki dla posiłków i napojów dodatkowych). Czasy podania leków względem posiłków są wyróżnione różnymi rodzajami podkreśleń (podwójna linią dla leków podawanych przed posiłkiem, pojedynczą linią dla leków podawanych w trakcie posiłku, kropkowaną linią dla leków podawanych po posiłku).

W przypadku zdarzenia „posiłek" istnieje możliwość wskazania jadłospisu z jakiego posiłek został podany pacjentowi. Jeżeli w danym jadłospisie został zdefiniowany posiłek dla danego dnia, wówczas dane posiłku zostaną automatycznie skopiowane do danych zdarzenia „posiłek".

Dla każdego zdarzenia za wyjątkiem zdarzeń „wypis" i „zgon" po wprowadzeniu danych zdarzenia w formularzu i ich zatwierdzeniu przyciskiem „Zapisz", wyświetla się stosowny komunikat po czym okno dodawania zdarzenia zamyka się automatycznie. W tym samym momencie aktualizowane są wskaźniki pod nazwiskiem pacjenta.



Pod nazwiskiem pacjenta mogą znajdować się następujące wskaźniki:

- temperatura – wartość ostatniego pomiaru temperatury w dniu dzisiejszym
- ciśnienie – wartość ostatniego pomiaru ciśnienia w dniu dzisiejszym
- cukier – wartość ostatniego pomiaru poziomu cukru w dniu dzisiejszym

- leki – godzina ostatniego podania leków w dniu dzisiejszym
- posiłek – godzina ostatniego podania posiłku w dniu dzisiejszym (kolor ikonki zmienia się w zależności od rodzaju ostatniego podanego posiłku i odpowiada kolorowi ikonki ostatniego zdarzenia podania posiłku)
- napój – godzina ostatniego podania posiłku w dniu dzisiejszym (kolor ikonki zmienia się w zależności od rodzaju ostatniego podanego napoju i odpowiada kolorowi ikonki ostatniego zdarzenia podania napoju)
- podłączona kroplówka – ikonka jest wyświetlana wówczas gdy pacjent ma podłączoną kroplówkę
- podłączony cewnik – ikonka jest wyświetlana wówczas gdy pacjent ma podłączony cewnik
- podłączony materac przeciwodleżynowy – ikonka jest wyświetlana wówczas gdy pacjent ma podłączony materac przeciwodleżynowy
- podłączony tlen – ikonka jest wyświetlana wówczas gdy pacjent ma podłączony tlen
- na spacerze – ikonka jest wyświetlana wówczas gdy pacjent jest na spacerze
- na przepustce – ikonka jest wyświetlana wówczas gdy pacjent jest na przepustce

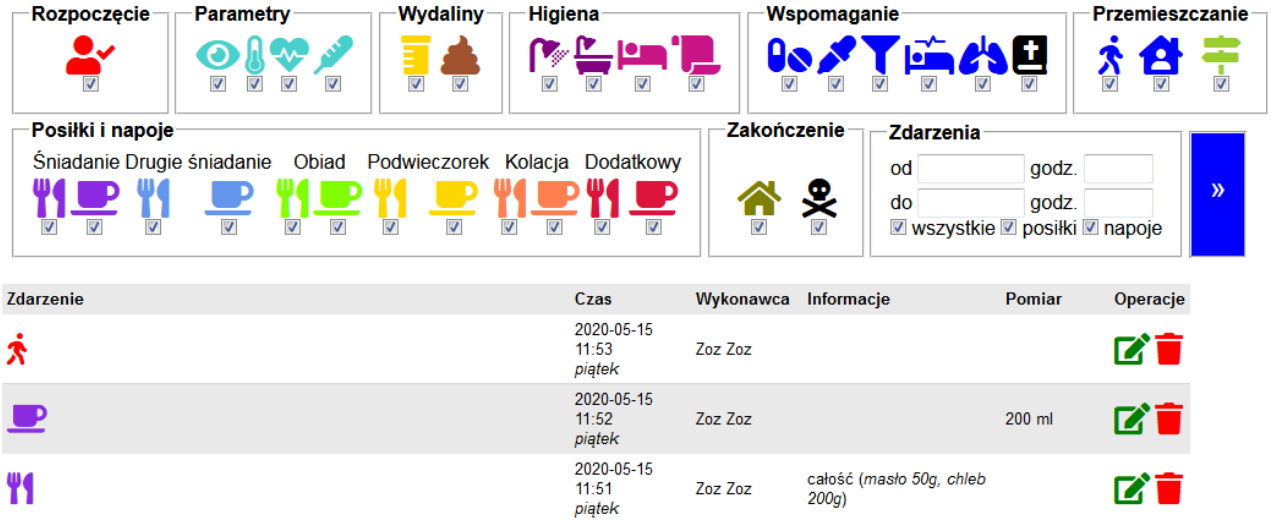
Po najechaniu kursorem myszy na ikonkę wskaźnika pojawia się dymek z informacją co dany wskaźnik oznacza. Ikonki wskaźników są identyczne jak ikonki odpowiadających im zdarzeń.

Dostęp do wszystkich zdarzeń zarejestrowanych w trakcie pobytu pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym zapewnia ikonka „Zdarzenia”. Po jej kliknięciu otwiera się nowe okno w którym widoczny jest filtr zdarzeń. W filtrze rodzaje zdarzeń są oznaczone takimi samymi ikonkami jak ikonki przy nazwisku pacjenta używane do rejestrowania zdarzeń. W filtrze dodatkowo widoczna jest ikonka zdarzenia „przyjęcie”, oznaczającego przyjęcie pacjenta do zakładu opiekuńczo-leczniczego. Domyślnie zaznaczone są wszystkie rodzaje zdarzenia, więc wystarczy kliknąć przycisk „»” aby wyświetlić listę wszystkich zdarzeń. Zakres wyświetlanych rodzajów zdarzeń można ograniczyć:

- zaznaczając / odznaczając pola zaznaczenia przy danych typach zdarzeń
- klikając ikonkę wybranego rodzaju zdarzenia – kliknięcie ikonki zdarzenia działa w ten sposób że w filtrze zostaje zaznaczone tylko to zdarzenie a wszystkie pozostałe są odznaczane, jest to użyteczne aby w szybki sposób wybrać konkretne zdarzenie do wyświetlenia)
- zaznaczając pola „wszystkie”, „posiłki”, „napoje” – zaznaczenie pola „wszystkie” powoduje zaznaczenie wszystkich rodzajów zdarzeń, odznaczenie pola „wszystkie” powoduje odznaczenie wszystkich rodzajów zdarzeń, zaznaczenie pola „posiłki” powoduje zaznaczenie wszystkich rodzajów posiłków, odznaczenie pola „posiłki” powoduje odznaczenie wszystkich rodzajów posiłków, zaznaczenie pola „napoje” powoduje zaznaczenie wszystkich rodzajów napojów, odznaczenie pola „napoje” powoduje odznaczenie wszystkich rodzajów napojów (zaznaczanie jest tu addytywne czyli np. zaznaczenie pola „posiłki” nie powoduje odznaczenia innych rodzajów zdarzeń)
- określając daty i godziny początku i końca okresu z jakiego zdarzenia mają być wyświetlone, godzina podana w filtrze może być określona w jednym z trzech formatów gg, gg:mm, gg:mm:ss i ma ona sens tylko wraz z datą (w przeciwnym razie jest ignorowana)

Po określeniu kryteriów w filtrze i kliknięciu przycisku „»” poniżej filtru wyświetlana jest lista zdarzeń spełniających kryteria wyszukiwania. Jeśli użytkownik ma uprawnienia do rejestracji

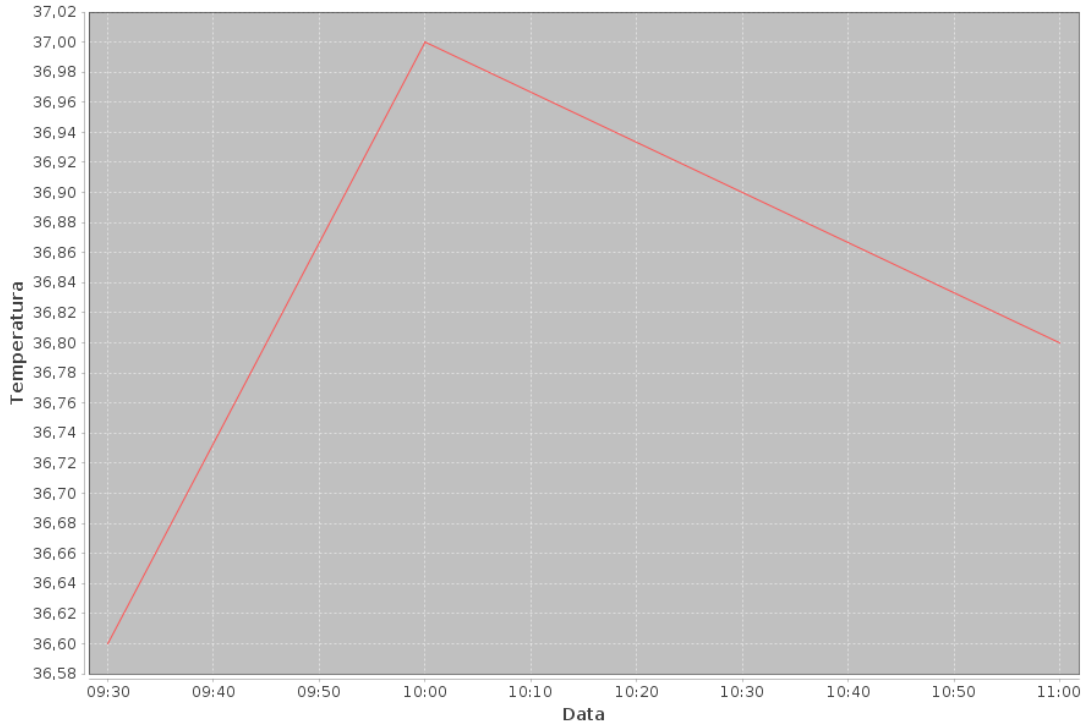
wyłącznie zdarzeń wykonanych / zarejestrowanych przez siebie wówczas przy każdym z takich właśnie zdarzeń na liście (z wyjątkiem zdarzenia „przyjęcie”) wyświetlają się ikonki edycji i usuwania zdarzenia. Jeśli użytkownik ma uprawnienia do rejestracji zdarzeń tak w imieniu własnym jak i w imieniu innych użytkowników wówczas przy każdym ze zdarzeń na liście (z wyjątkiem zdarzenia „przyjęcie”) wyświetlają się ikonki edycji i usuwania zdarzenia.



Jeżeli w filtrze zostanie zaznaczony tylko jeden rodzaj zdarzenia a zdarzenie ma charakter pomiarowy, wówczas pod listą zdarzeń może pojawić się wykres obrazujący wartości pomiarów. W przypadku zdarzeń „temperatura”, „ciśnienie”, „cukier” o ile liczba zarejestrowanych pomiarów będzie większa niż jeden wyświetli się wykres zmian wartości w czasie (w przypadku ciśnienia dla obu wartości ciśnienia: skurczowego i rozkurczowego).



Zdarzenie	Czas	Wykonawca	Informacje	Pomiar	Operacje
	2020-05-15 11:00 *piątek*	Zoz Zoz		36.8 °C	
	2020-05-15 10:00 *piątek*	Zoz Zoz		37.0 °C	
	2020-05-15 09:30 *piątek*	Zoz Zoz		36.6 °C	

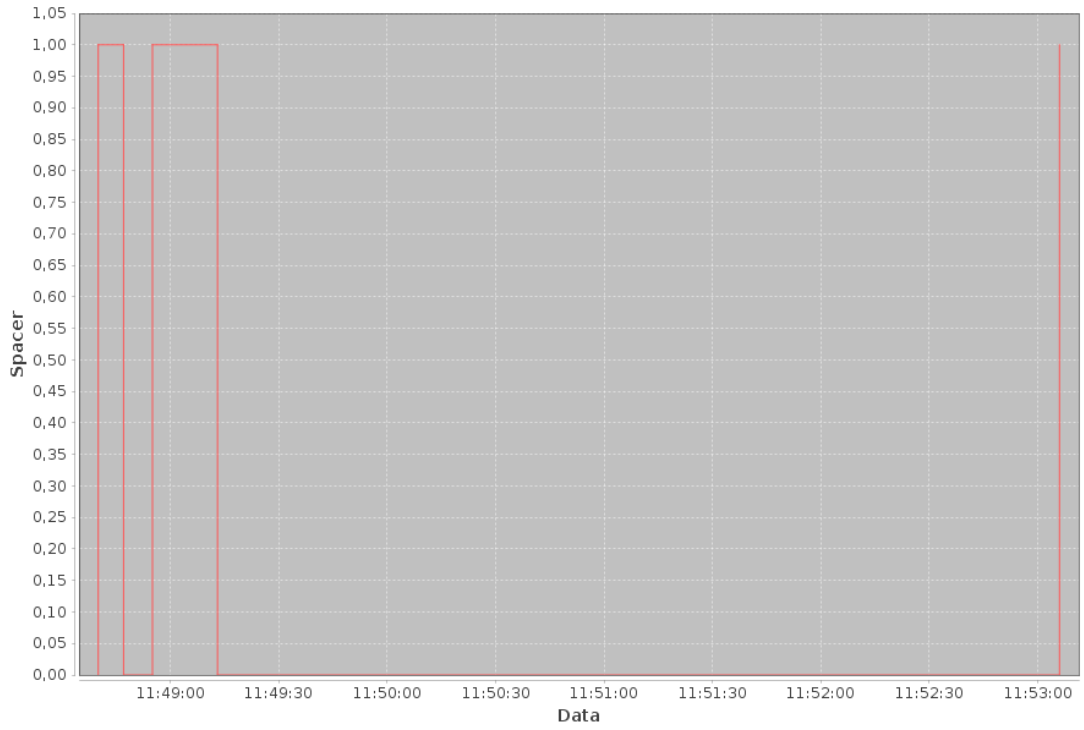


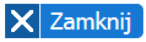
Zamknij

W przypadku zdarzeń podłączenia / odłączenia kroplówki / cewnika / materaca przeciwodleżynowego / tlenu oraz zdarzeń przebywania na spacerze / przepustce wyświetli się wykres czasu podłączenia kroplówki / cewnika / materaca przeciwodleżynowego / tlenu czy przebywania na spacerze / przepustce. Wartość „1” na takim wykresie oznacza okres podłączenia kroplówki / cewnika / materaca przeciwodleżynowego / tlenu czy przebywania na spacerze / przepustce, wartość „0” oznacza okres odłączenia kroplówki / cewnika / materaca przeciwodleżynowego / tlenu czy przebywania w budynku zakładu opiekuńczo-leczniczego.

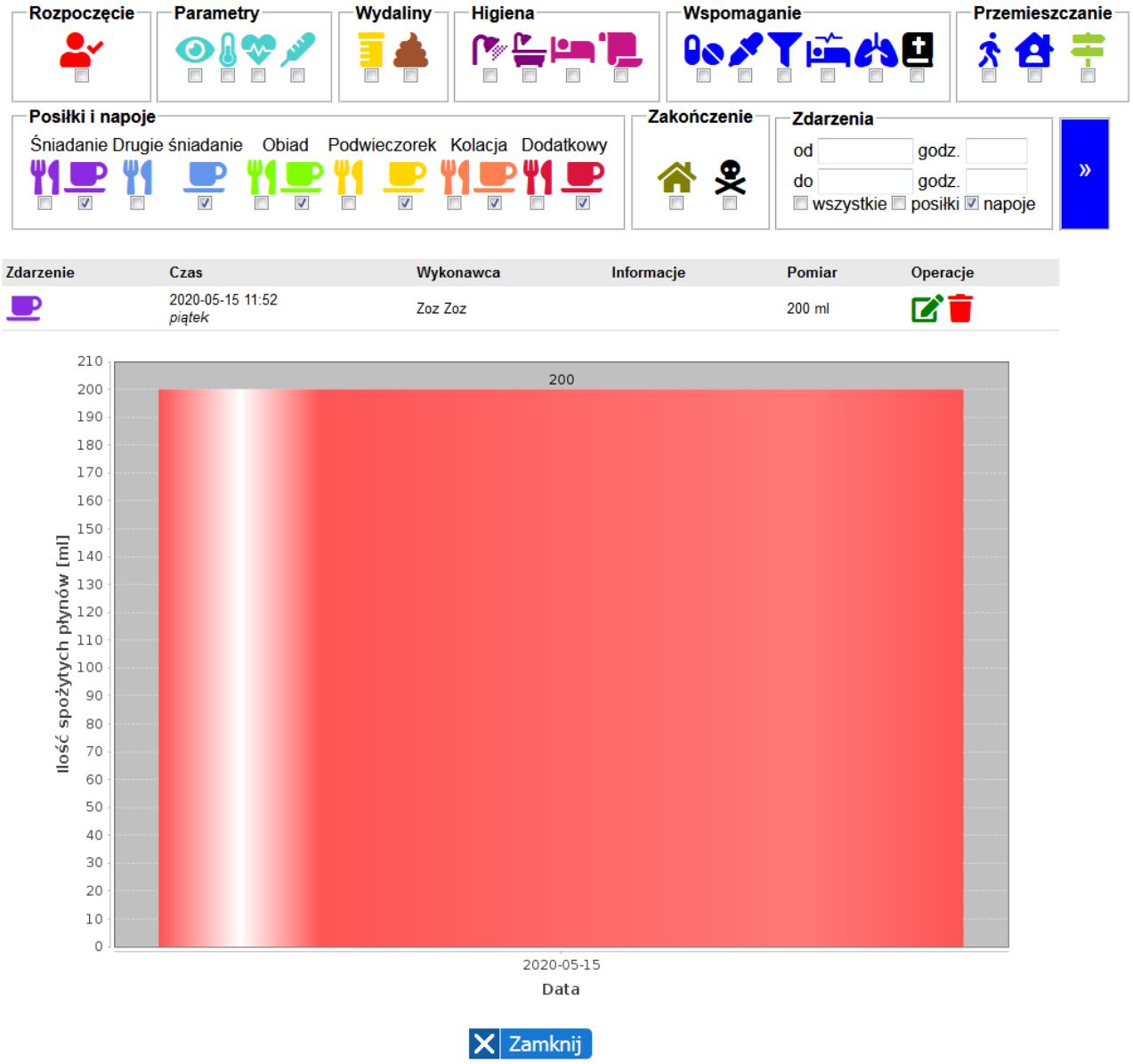


Zdarzenie	Czas	Wykonawca	Informacje	Pomiar	Operacje
	2020-05-15 11:53 *piątek*	Zoz Zoz			
	2020-05-15 11:49 *piątek*	Zoz Zoz			
	2020-05-15 11:48 *piątek*	Zoz Zoz			
	2020-05-15 11:48 *piątek*	Zoz Zoz			
	2020-05-15 11:48 *piątek*	Zoz Zoz			





W przypadku zdarzeń „mocz” i „napój” prezentowany jest wykres słupkowy z dobowej zbiórki moczu i dobowej ilości spożytych płynów odpowiednio. Dla zapewnienia niezafałszowania wyników dane są prezentowane jedynie dla tych dni, w których pacjent przebywał w zakładzie opiekuńczo-leczniczym całą dobę (tak więc pomijane są dni przyjęcia i wypisu oraz dni przebywania na przepustce).



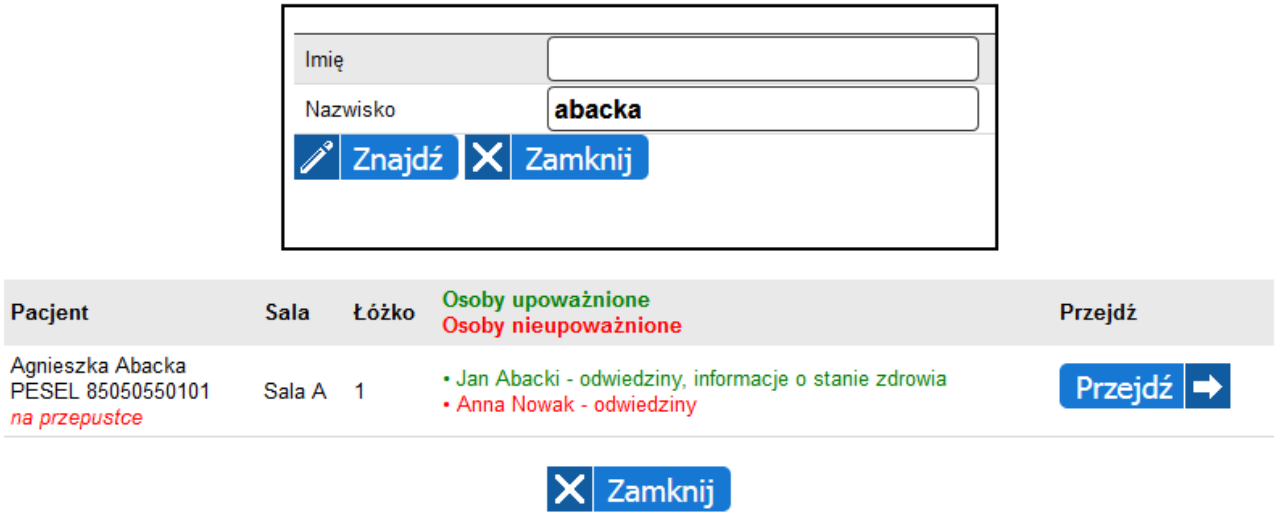
Aby zmodyfikować dane zdarzenia należy kliknąć ikonkę edycji przy danym zdarzeniu na liście. Otworzy się wówczas nowe okno z formularzem danych zdarzenia niemal identycznym jak w przypadku dodawania zdarzenia, z tym że wypełnionym danymi i z dodanym polem zaznaczenia przy polu jadłospisu w przypadku zdarzenia „posiłek". Pole zaznaczenia przy jadłospisie służy do wskazania czy dane posiłku należy zaktualizować czy nie: jeśli pole zostanie zaznaczone wówczas dane posiłku przy zdarzeniu zostaną zaktualizowane, w przeciwnym razie dane te nie zostaną aktualizowane. Rozwiązanie takie jest podyktowane faktem, że jeśli posiłek z jadłospisu zostanie usunięty to jego nieświadoma aktualizacja poskutkowałaby jego usunięciem również ze zdarzenia. Po wprowadzeniu zmian w formularzu edycji zdarzenia należy je zapisać klikając przycisk „Zapisz". Po modyfikacji zdarzenia wskaźniki pod nazwiskiem pacjenta są aktualizowane zgodnie ze nowym stanem aktualnym.

Aby usunąć zdarzenie należy kliknąć ikonkę usuwania zdarzenia przy danym zdarzeniu na liście i potwierdzić zamiar klikając „OK" w monicie jaki się pojawi. W przypadku usuwania zdarzenia „podłączenia kroplówki" / „podłączenia cewnika" / „podłączenia materaca przeciwodleżynowego" / „podłączenia tlenu" automatycznie usuwane jest także odpowiadające mu zdarzenie „odłączenia kroplówki" / „odłączenia cewnika" / „odłączenia materaca przeciwodleżynowego" / „odłączenia

tlenu”. W przypadku usuwania zdarzenia „wyjście na spacer” automatycznie usuwane jest także odpowiadające mu zdarzenie „powrót ze spaceru”. W przypadku usuwania zdarzenia „wyjście na przepustkę” automatycznie usuwane jest także odpowiadające mu zdarzenie „powrót z przepustki”. Po modyfikacji zdarzenia wskaźniki pod nazwiskiem pacjenta są aktualizowane zgodnie ze nowym stanem aktualnym.

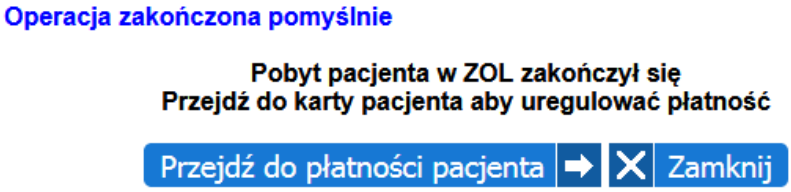
Nie zawsze dodanie / modyfikacja / usunięcie zdarzenia jest możliwe. Operacja taka nie jest możliwa gdyby zaburzyła porządek zdarzeń np. nie jest możliwe podłączenie tlenu czy zmierzenie temperatury gdy pacjent przebywa na przepustce, nie jest możliwe dokonanie kąpieli gdy pacjent jest na spacerze, nie jest możliwe usunięcie zdarzenia odłączenia kroplówki jeśli po nim występuje zdarzenie kolejnego podłączenia kroplówki, jako że w takiej sytuacji po usunięciu zdarzenia odłączenia kroplówki istniałyby dwa zdarzenia podłączenia kroplówki następujące po sobie, itd.

W ramach funkcjonalności obsługi pobytów w zakładzie opiekuńczo-leczniczym nad listą sal widoczny jest przycisk „Znajdź pacjenta”. Jego kliknięcie otwiera w nowym oknie wyszukiwarkę pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Wyszukiwanie jest możliwe według imienia i nazwiska pacjenta. Po wprowadzeniu kryteriów wyszukiwania i kliknięciu przycisku „Znajdź” wyświetla się lista pacjentów spełniających kryteria wyszukiwania. Jeżeli pacjent jest aktualnie na spacerze lub przepustce, wówczas przy jego nazwisku pojawia się stosowna informacja, wskazująca że nie ma go w budynku. Wyświetlana jest ponadto informacja w której sali i na którym łóżku przebywa pacjent oraz kto jest upoważniony a kto nieupoważniony do uzyskiwania informacji o stanie jego zdrowia i do odwiedzin. Wszystkie te informacje mogą być pomocne zwłaszcza gdy zgłasza się osoba próbująca uzyskać informacje o stanie zdrowia pacjenta lub pragnąca odwiedzić pacjenta – wówczas łatwo można sprawdzić czy dana osoba jest upoważniona i czy pacjent przebywa aktualnie na sali a jeśli tak to wskazać numer sali i łóżka. Przycisk „Przejdź” przy danym pacjencie pozwala natomiast w szybki sposób przejść do obsługi pacjenta – kliknięcie tego przycisku zamyka okno wyszukiwania pacjentów a wyświetla widok sal i łóżek z widoczną osobą danego pacjenta.

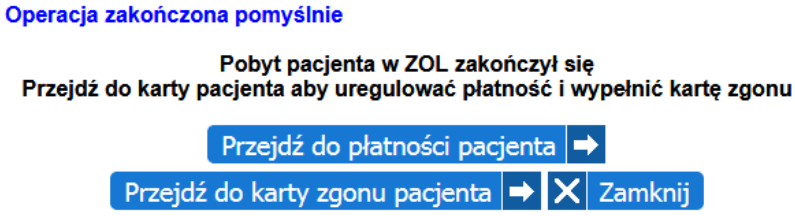


Dwa szczególnego rodzaju zdarzenia to „wypis” i „zgon”. Po zarejestrowaniu dowolnego z tych zdarzeń pobyt pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym zostaje zakończony (pacjent znika z widoku sal i łóżek a przy zajmowanym przez niego łóżku pojawia się informacja „puste”). Ponadto przy rejestracji któregokolwiek z tych zdarzeń okno rejestracji zdarzenia nie jest automatycznie zamykane, a wyświetlają się w nim odpowiednie przyciski. W przypadku rejestracji zdarzenia „wypis”, jeśli pobyt jest komercyjny a użytkownik rejestrujący wypis posiada uprawnienia do

obsługi płatności, po zarejestrowaniu zdarzenia wyświetla się przycisk „Przejdź do płatności pacjenta”, którego kliknięcie wyświetla w tym samym oknie zakładkę „Płatności” karty pacjenta umożliwiając tym samym uregulowanie płatności za pobyt.

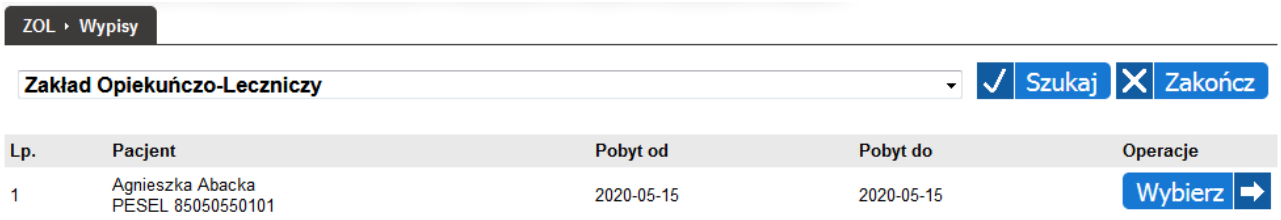


W przypadku rejestracji zdarzenia „zgon”, jeśli pobyt jest komercyjny a użytkownik rejestrujący wypis posiada uprawnienia do obsługi płatności, po zarejestrowaniu zdarzenia wyświetla się przycisk „Przejdź do płatności pacjenta”, którego kliknięcie wyświetla w tym samym oknie zakładkę „Płatności” karty pacjenta umożliwiając tym samym uregulowanie płatności za pobyt. Obok niego wyświetla się także przycisk „Przejdź do karty zgonu pacjenta”, którego kliknięcie wyświetla w tym samym oknie zakładkę „Dokumenty” karty pacjenta umożliwiając tym samym wystawienie karty zgonu. Kolejność czynności w karcie pacjenta (przyjęcie płatności i wystawienie karty zgonu) nie ma znaczenia.



Wypisy

Funkcjonalność „Wypisy” z menu „ZOL” służy do wystawiania kart informacyjnych leczenia szpitalnego dla pacjentów, którzy zakończyli pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista wyboru zakładów opiekuńczo-leczniczych. Po wybraniu zakładu i kliknięciu przycisku „Szukaj” wyświetla się lista pacjentów, dla których w trakcie pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym zarejestrowano zdarzenie „wypis” lub „zgon” a nie wystawiono dla nich jeszcze karty informacyjnej. Przy każdym pacjencie wyświetla się przycisk „Wybierz”.



Po kliknięciu przycisku „Wybierz” przy danym pacjencie wyświetla się formularz wystawiania karty informacyjnej.

ZOL › Wypisy

Data wypisu	2020-05-15
Godzina wypisu (gg:mm)	13:00
Rozpoznanie przy wypisie (ICD-10)	A06.1
Miejsce do którego wypisano pacjenta	dom
Zlecenie transportu pacjenta	-------
Adnotacja o pobraniu opłat od pacjenta	
Leczenie	
Operacje i zabiegi	
Informacja o niezdolności do pracy	
Zalecenia	
Wyniki badań diagnostycznych	
Wyniki konsultacji	
Przepisane leki	
Zlecenia na zaopatrzenie	
Skierowania na konsultacje i terminy	
Epikryza	
Przyczyna i okoliczności wypisu	
Data zgonu pacjenta	
Godzina zgonu pacjenta (gg:mm)	
Przyczyny zgonu pacjenta (ICD-10)	pierwotna wtórna bezpośrednia

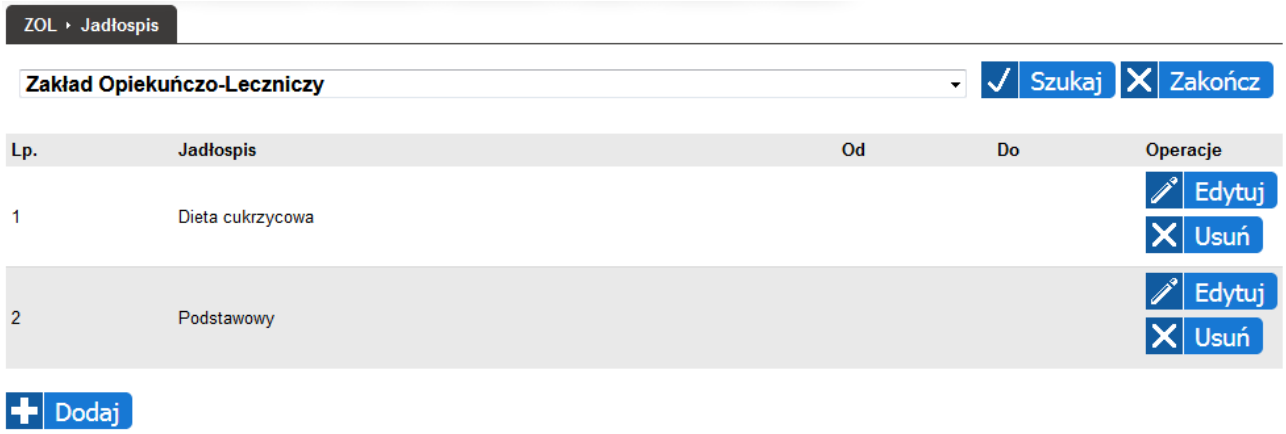
Dokonaj wypisu | Zrezygnuj z wypisu

Po wypełnieniu formularza i kliknięciu przycisku „Dokonaj wypisu” wyświetlany jest ponownie widok pacjentów, dla których w trakcie pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym zarejestrowano zdarzenie „wypis” lub „zgon” a nie wystawiono dla nich jeszcze karty informacyjnej a powyżej wyświetla się odnośnik umożliwiający pobranie (w formie pliku PDF) i wydrukowanie karty informacyjnej leczenia szpitalnego.

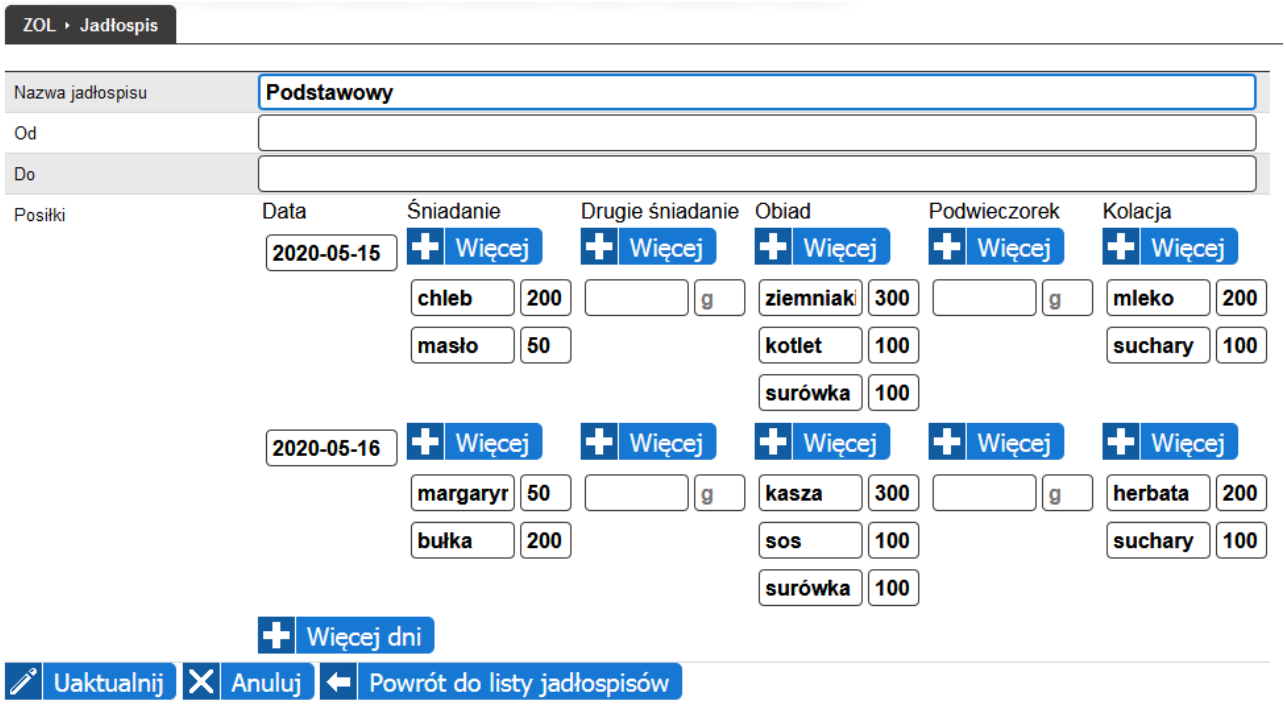


Jadłospis

Funkcjonalność „Jadłospis” w menu „ZOL” służy do definiowania jadłospisów dla zakładu opiekuńczo-leczniczego. Po wybraniu tej funkcjonalności wyświetla się lista wyboru zakładów opiekuńczo-leczniczych. Po wybraniu zakładu i kliknięciu przycisku „Szukaj” wyświetla się lista jadłospisów a przy każdym z nich przyciski „Edytuj” i „Usuń”. Pod listą jadłospisów wyświetla się przycisk „Dodaj”.



Aby dodać nowy jadłospis należy kliknąć przycisk „Dodaj” widoczny pod listą jadłospisów. Wyświetli się wówczas formularz dodawania jadłospisu. W formularzu domyślnie wyświetlają się pola do wprowadzenia wszystkich posiłków jednego dnia jadłospisu. Aby wprowadzić więcej dni należy skorzystać z przycisku „Więcej dni”. Każde kliknięcie tego przycisku wyświetla pola do wprowadzenia kolejnego posiłków kolejnego dnia. Każdego dnia przy każdym rodzaju posiłku wyświetla się jedno pole umożliwiające wprowadzenie nazwy jednego posiłku / składnika posiłku i jedno pole umożliwiające wprowadzenie jego masy w gramach (opcjonalnie). Aby wyświetlić więcej pól umożliwiających wprowadzenie więcej składników posiłku należy kliknąć przycisk „Więcej” przy danym rodzaju posiłku danego dnia. Wyświetli się wówczas dodatkowa para pól do wprowadzenia nazwy i masy dodatkowego składnika. Po wprowadzeniu danych należy je zapisać klikając przycisk „Dodaj”. Dni w których wszystkie pola zostaną pozostawione puste, zostaną zignorowane przy zapisie.



Aby zmodyfikować jadłospis należy kliknąć przycisk „Edytuj” przy danym jadłospisie na liście jadłospisów. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku dodawania jadłospisu, z tym że wypełniony danymi edytowanego jadłospisu. Po wprowadzeniu zmian należy je zatwierdzić klikając przycisk „Uaktualnij”.

Aby usunąć jadłospis należy kliknąć przycisk „Usuń” przy danym jadłospisie na liście jadłospisów. Wyświetli się wówczas formularz identyczny jak w przypadku edycji jadłospisu z tym że wyświetlony w trybie tylko do odczytu. Zamiar usunięcia jadłospisu należy potwierdzić klikając przycisk „Usuń”.

Procesy i mechanizmy

Wizyty

Aby możliwe było rozpoczęcie planowania wizyt w systemie muszą być zdefiniowane następujące elementy:

- musi być stworzona prawidłowa struktura organizacyjna (wszystkie poziomy) tak jak opisano w rozdziale „Opieka medyczna”
- muszą być zdefiniowane typy wizyt (z zaznaczeniem przeznaczenia dla wizyt) tak jak opisano w rozdziale „Typy wizyt”
- aby możliwe było umawianie wizyt komercyjnych muszą być zdefiniowane cenniki w tych poradniach w których takie cenniki mają funkcjonować tak jak opisano w rozdziale „Cenniki”
- muszą być stworzone grafiki pracy personelu / działania aparatury w terminach i poradniach w których będą umawiane wizyty tak jak opisano w rozdziałach „Grafiki personelu” i „Grafiki aparatury”

Gdy powyższe elementy zostaną zdefiniowane możliwe jest umawianie wizyt planowych i dodatkowych tak jak opisano w rozdziałach „Wizyty planowe” i „Wizyty dodatkowe”.

Zabiegi rehabilitacyjne

Aby możliwe było rozpoczęcie planowania zabiegów rehabilitacyjnych w systemie muszą być zdefiniowane następujące elementy:

- musi być zdefiniowany katalog świadczeń rehabilitacyjnych tak jak opisano w rozdziale „Świadczenia rehabilitacyjne”
- musi być stworzona prawidłowa struktura organizacyjna (wszystkie poziomy) tak jak opisano w rozdziale „Opieka medyczna” (w tym przy aparaturze rehabilitacyjnej muszą być zdefiniowane zabiegi z katalogu świadczeń jakie mogą być na danej aparaturze wykonywane)
- muszą być zdefiniowane typy wizyt (z zaznaczeniem przeznaczenia dla wizyt) tak jak opisano w rozdziale „Typy wizyt”
- aby możliwe było umawianie zabiegów komercyjnych muszą być zdefiniowane cenniki w tych poradniach w których takie cenniki mają funkcjonować tak jak opisano w rozdziale „Cenniki”
- muszą być stworzone grafiki dostępności personelu / aparatury w warunkach rehabilitacyjnych ambulatoryjnych, ośrodka dziennego i domowych w terminach i poradniach w których będą planowane zabiegi rehabilitacyjne tak jak opisano w rozdziałach „Grafiki personelu” i „Grafiki aparatury”

Gdy powyższe elementy zostaną zdefiniowane możliwe jest planowanie zabiegów rehabilitacyjnych tak jak opisano w rozdziale „Rehabilitacja”.

Operacje

Aby możliwe było rozpoczęcie planowania operacji w systemie muszą być zdefiniowane następujące elementy:

- musi być stworzona prawidłowa struktura organizacyjna (wszystkie poziomy) tak jak opisano w rozdziale „Opieka medyczna”
- muszą być zdefiniowane typy operacji (z zaznaczeniem przeznaczenia dla operacji) tak jak opisano w rozdziale „Typy wizyt”
- aby możliwe było umawianie operacji komercyjnych muszą być zdefiniowane cenniki w tych komórkach w których takie cenniki mają funkcjonować tak jak opisano w rozdziale „Cenniki”
- muszą być stworzone grafiki dostępności personelu / aparatury w terminach i komórkach w których będą planowane operacje tak jak opisano w rozdziałach „Grafiki personelu” i „Grafiki aparatury”

Gdy powyższe elementy zostaną zdefiniowane możliwe jest planowanie operacji tak jak opisano w rozdziale „Operacje”.

Rozliczenia z NFZ

System jHIS obsługuje rozliczenia z NFZ za wizyty niekomercyjne. Proces rozliczeń z NFZ rozpoczyna się zaimportowania plików umów z NFZ (pliki UMX) tak jak to opisano w rozdziale „Umowy (UMX)". Przed importem należy zadbać o prawidłowe ustawienie parametrów związanych z rozliczeniami w konfiguracji aplikacji tak jak to opisano w rozdziale „Konfiguracja" oraz to aby VII i VIII części kodu resortowego poradni wprowadzonych do systemu były zgodne z tymi jakie są zawarte w umowie (pliku UMX). Podczas importu umowy automatycznie tworzony jest słownik usług NFZ-owych. Przy tworzeniu słownika usług system w oparciu o bazę wiedzy automatycznie przyporządkowuje usługom ministerialne kody świadczeń i domyślne kody procedur ICD-9. Po zaimportowaniu umowy, w celu ułatwienia późniejszego kodowania wizyt, należy w słowniku zweryfikować automatycznie wypełnione wartości oraz ewentualnie uzupełnić wartości których system nie mógł wypełnić w sposób automatyczny. Należy również pamiętać aby na bieżąco aktualizować słowniki procedur ICD-9 oraz rozpoznań ICD-10, których kolejne wersje są ogłaszane w komunikatach NFZ. W celu zapewnienia prawidłowego rozliczenia z NFZ należy pamiętać o:

- importowaniu do systemu na bieżąco wszelkich aneksów do umów z NFZ (również pliki UMX) w sposób identyczny jak importowanie umów
- wprowadzaniu do systemu na bieżąco deklaracji pacjentów tak jak opisano w rozdziale „Pacjenci (karty aktywne)"
- kodowaniu na bieżąco w systemie usług i badań diagnostycznych tak jak opisano w rozdziałach „Kodowanie wizyt" i „Kodowanie badań diagnostycznych"

Rozliczanie z NFZ polega na generowaniu w systemie jHIS komunikatów w formatach akceptowanych przez NFZ, wgrywaniu ich do systemu SZOI NFZ, pobieraniu z systemu SZOI NFZ komunikatów zwrotnych, importowaniu ich do systemu jHIS, korygowaniu deklaracji pacjentów / usług / badań diagnostycznych stosownie do informacji zawartych w komunikatach zwrotnych i wznowienie cyklu ponownym przekazaniem komunikatów tak jak to opisano w rozdziale „Komunikaty".

Rozliczenia komercyjne

System jHIS obsługuje płatności za komercyjne wizyty, zabiegi rehabilitacyjne, operacje, nierefundowane badania diagnostyczne, szczepienia i cykle zabiegów rehabilitacyjnych umówione z użyciem pakietów.

W zależności od ustawień poradni / oddziału płatności za komercyjne wizyty, zabiegi rehabilitacyjne i operacje mogą być realizowane po wizycie / zabiegu / operacji (płatność z dołu) lub przed wizytą / zabiegiem / operacją (płatność z góry). Płatności za badania diagnostyczne naliczane są wraz z wystawieniem zlecenia na badania i są realizowane przed wykonaniem badań. Płatności realizowane są przez zakładkę „Płatności" w karcie pacjenta lub poprzez funkcjonalność „Płatności niezrealizowane".

Płatność z dołu za wizyty / zabiegi / operacje może być zrealizowana gdy wizyta / zabieg / operacja otrzyma status „zrealizowana". Wówczas w zakładce płatności pacjenta pojawia się niezrealizowana płatność. Płatność może być zrealizowana poprzez wystawienie paragonu lub faktury. Opłata może być przyjęta w całości lub w części od razu lub w późniejszym terminie. Jeśli płatność jest przyjmowana w późniejszym terminie wówczas rachunek (paragon lub faktura) jest widoczny na liście rachunków nieopłaconych z możliwością odnotowania wpływu opłaty.

Płatność z góry za wizyty / zabiegi / operacje jest realizowana po umówieniu wizyty / zabiegu /

operacji przed jej realizacją. Po umówieniu wizyty /zabiegu / operacji w zakładce płatności pacjenta pojawia się niezrealizowana płatność. Płatność może być zrealizowana poprzez wystawienie paragonu lub faktury. Opłata może być przyjęta w całości lub w części od razu lub w późniejszym terminie. Jeśli płatność jest przyjmowana w późniejszym terminie wówczas rachunek (paragon lub faktura) jest widoczny na liście rachunków nieopłaconych z możliwością odnotowania wpływu opłaty. Jeżeli wizyta / zabieg / operacja zostanie zrealizowana bez żadnych zmian w planowanych do realizacji usługach wówczas proces realizacji płatności kończy się. Jeżeli personel realizujący wizytę / zabieg / operację wskaże, że zrealizował dodatkową usługę / usługi, które nie były planowane przy umawianiu wizyty / zabiegu / operacji, wówczas w zakładce płatności pacjenta pojawia się nowa niezrealizowana płatność za dodatkową usługę / usługi, która jest realizowana tak jak płatność z dołu. Jeżeli wizyta / zabieg / operacja nie została zrealizowana lub wizyta / zabieg / operacja została zrealizowana a niektóre zaplanowane usługi zostały zrealizowane w innych ilościach niż zaplanowano (lub nie zostały zrealizowane) wówczas w zakładce płatności pacjenta pojawia się niezrealizowana płatność (jeśli pacjent powinien dopłacić za wizytę / zabieg / operację) lub nadpłata (jeśli pacjent powinien otrzymać zwrot części lub całości opłaty dokonanej za wizytę / zabieg / operację). Przyjęcie dopłaty może być zrealizowane poprzez wystawienie paragonu korygującego lub faktury korygującej (zależnie od tego czy dokumentem pierwotnym był paragon czy faktura). Dopłata może być przyjęta w całości lub w części od razu lub w późniejszym terminie. Jeśli płatność jest przyjmowana w późniejszym terminie wówczas rachunek (paragon korygujący lub faktura korygująca) jest widoczny na liście rachunków nieopłaconych z możliwością odnotowania wpływu opłaty. Dokonanie zwrotu może być zrealizowane poprzez wystawienie paragonu korygującego lub faktury korygującej (zależnie od tego czy dokumentem pierwotnym był paragon czy faktura). Zwrot jest realizowany w całości (pełnej kwocie) w momencie wystawiania rachunku.

Płatność z góry za badania diagnostyczne jest realizowana po wystawieniu zlecenia i oznaczeniu wizyty jako zrealizowana a przed realizacją zlecenia. Po wystawieniu zlecenia w zakładce płatności pacjenta pojawia się niezrealizowana płatność. Płatność może być zrealizowana poprzez wystawienie paragonu lub faktury. Opłata może być przyjęta w całości lub w części od razu lub w późniejszym terminie. Jeśli płatność jest przyjmowana w późniejszym terminie wówczas rachunek (paragon lub faktura) jest widoczny jako nieopłacony z możliwością odnotowania wpływu opłaty. Jeżeli zlecenie zostanie zrealizowane w całości wówczas proces realizacji płatności kończy się. Jeżeli zlecenie zostało zrealizowane częściowo (niektóre badania ze zlecenia zostały przełożone do realizacji w przyszłości) wówczas w zakładce płatności pacjenta pojawia się nadpłata (pacjent powinien otrzymać zwrot opłaty dokonanej za zlecenie w kwocie odpowiadającej wartości niezrealizowanych badań). Dokonanie zwrotu może być zrealizowane poprzez wystawienie paragonu korygującego lub faktury korygującej (zależnie od tego czy dokumentem pierwotnym był paragon czy faktura). Zwrot jest realizowany w całości (pełnej kwocie) w momencie wystawiania rachunku.

Płatność z góry za szczepienia jest realizowana po wystawieniu zlecenia i oznaczeniu wizyty jako zrealizowana a przed realizacją zlecenia. Po wystawieniu zlecenia w zakładce płatności pacjenta pojawia się niezrealizowana płatność. Płatność może być zrealizowana poprzez wystawienie paragonu lub faktury. Opłata może być przyjęta w całości lub w części od razu lub w późniejszym terminie. Jeśli płatność jest przyjmowana w późniejszym terminie wówczas rachunek (paragon lub faktura) jest widoczny jako nieopłacony z możliwością odnotowania wpływu opłaty. Jeżeli zlecenie zostanie zrealizowane w całości wówczas proces realizacji płatności kończy się. Jeżeli zlecenie zostało zrealizowane częściowo (niektóre szczepienia ze zlecenia zostały przełożone do realizacji w przyszłości) wówczas w zakładce płatności pacjenta pojawia się nadpłata (pacjent powinien otrzymać zwrot opłaty dokonanej za zlecenie w kwocie odpowiadającej wartości niezrealizowanych szczepień). Dokonanie zwrotu może być zrealizowane poprzez wystawienie paragonu korygującego

lub faktury korygującej (zależnie od tego czy dokumentem pierwotnym był paragon czy faktura). Zwrot jest realizowany w całości (pełnej kwocie) w momencie wystawiania rachunku.

Płatność za cykl rehabilitacyjny umówiony z użyciem pakietu może być realizowana tylko z góry po umówieniu cyklu a przed rozpoczęciem jego realizacji. Po umówieniu cyklu w zakładce płatności pacjenta pojawia się niezrealizowana płatność za cały cykl. Płatność może być zrealizowana poprzez wystawienie paragonu lub faktury. Opłata może być przyjęta w całości lub w części od razu lub w późniejszym terminie. Jeśli płatność jest przyjmowana w późniejszym terminie wówczas rachunek (paragon lub faktura) jest widoczny na liście rachunków nieopłaconych z możliwością odnotowania wpływu opłaty. Dokonywanie zmian w zabiegach zaplanowanych w cyklu (realizacja dodatkowych zabiegów, brak realizacji zaplanowanych zabiegów) nie powoduje implikacji finansowych – nie są generowane korekty oznaczające konieczność dopłaty przez pacjenta ani zwrotu nadpłaty dla pacjenta. Jeżeli natomiast pacjent rezygnuje z cyklu (a więc i pakietu) w trakcie jego realizacji, wówczas należność za wizyty które w momencie rezygnacji oczekiwały na obsługę podlega zwrotowi dla pacjenta (wizyty te są automatycznie odwoływane w momencie rezygnacji z cyklu), z tym że płacąc za cały cykl pacjent płacił cenę ze zniżką wynikającą z użycia pakietu natomiast rezygnacja z pakietu oznacza, że wizyty już obsłużone powinny zostać potraktowane tak jak by były obsłużone bez zastosowania pakietu a więc bez zniżki czyli zwrot przysługuje w kwocie równej różnicy między ceną pakietu a ceną nominalną (bez zniżki) wizyt już obsłużonych (oznaczonych jako zrealizowana / niezrealizowana / odwołana w trakcie korzystania z pakietu – przed rezygnacją). Sytuację tę obrazuje następujący przykład:

Pacjent umawia się na następujące zabiegi:

3 zabiegi x 100 zł, 3 zabiegi x 70 zł, 3 zabiegi x 50 zł (ceny nominalne)

Korzysta przy tym z pakietu ze zniżką:

10%

Kwota do zapłaty za pakiet to zatem:

*3 * 100 zł * (100% - 10%) + 3 * 70 zł * (100% - 10%) + 3 * 50 zł * (100% - 10%) = 594 zł*

W pewnym momencie pacjent rezygnuje z pakietu. Załóżmy że w momencie gdy pacjent rezygnuje z pakietu obsłużono (tzn. oznaczono już jako zrealizowane / niezrealizowane / odwołane) następujące zabiegi:

1 zabieg x 100 zł, 2 zabiegi x 70 zł, 2 zabiegi x 50 zł (ceny nominalne)

Oznacza to że w tym momencie jeszcze oczekują na obsługę następujące zabiegi:

2 zabiegi x 100 zł, 1 zabieg x 70 zł, 1 zabieg x 50 zł (ceny nominalne)

Cena nominalna obsłużonych zabiegów (po takich cenach płaciłby za nie pacjent bez zastosowania pakietu):

*1 * 100 zł + 2 * 70 zł + 2 * 50 zł = 340 zł*

Kwota do zwrotu dla pacjenta:

594 zł - 340 zł = 254 zł

Gdyby okazało się że kwota ta jest ujemna wówczas pacjentowi nie przysługuje żaden zwrot.

Kwotę do zwrotu rozdzielamy proporcjonalnie do nominalnych cen zabiegów oczekujących na realizację:

*2 zabiegi x 100 zł / (100 zł + 100 zł + 70 zł + 50 zł) * 254 zł = 2 zabiegi x 79.38 zł*

*1 zabieg x 70 zł / (100 zł + 100 zł + 70 zł + 50 zł) * 254 zł = 1 zabieg x 55.56 zł*

*1 zabieg x 50 zł / (100 zł + 100 zł + 70 zł + 50 zł) * 254 zł = 1 zabieg x 39.69 zł*

co daje razem 254.01 zł (wynik zaokrągleń). Ponieważ pacjentowi nie przysługuje zwrot w kwocie wyższej niż 254 zł więc trzeba do wyliczonych kwot wprowadzać korekty tak żeby łączna kwota nie

przekroczyła wartości podlegającej zwrotowi (254 zł). Korekty są arbitralne – załóżmy wprowadzenie korekty -0.01 zł w przypadku trzeciej kwoty co daje:

2 zabiegi x 79.38 zł

1 zabieg x 55.56 zł

1 zabieg x 39.68 zł

razem 254 zł.

Aby prawidłowo wystawić fakturę korygującą / paragon korygujący należy wprowadzić dla poszczególnych zabiegów sztuczne skorygowane zniżki wynoszące:

2 x (100 zł - 79.38 zł) = 2 x 20.62 zł

1 x (70 zł - 55.56 zł) = 1 x 14.44 zł

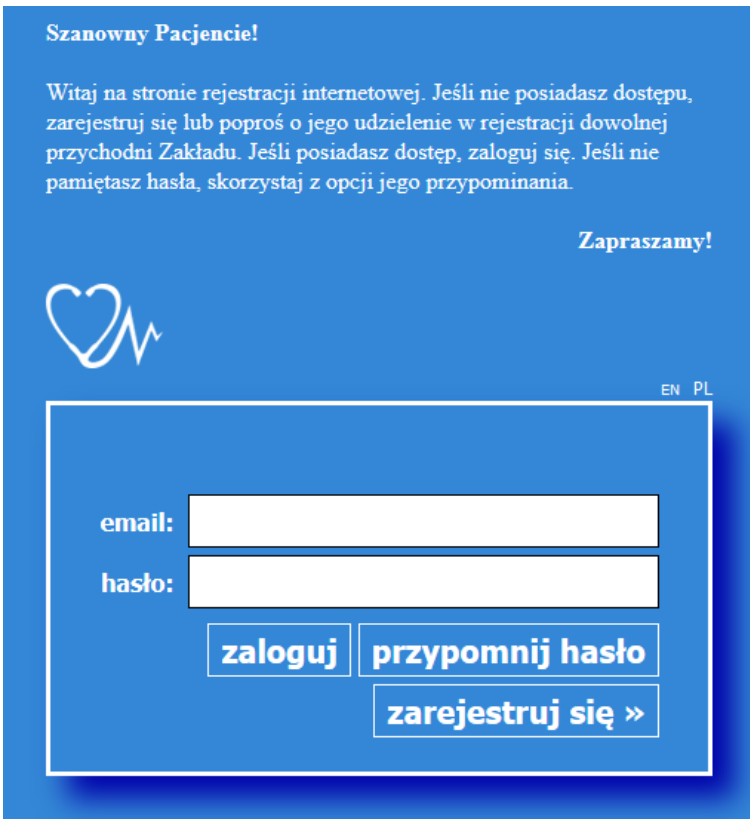
1 x (50 zł - 39.68 zł) = 1 x 10.32 zł

Przy zastosowaniu powyższych zniżek na fakturę korygującą / paragon korygujący trafią kwoty za zabiegi sumujące się do wartości podlegającej zwrotowi dla pacjenta. Powyższe zniżki to kwoty brutto. Kwoty netto niezbędne do wystawienia faktury korygującej / paragonu korygującego wylicza się według stawki VAT z cennika właściwego dla zabiegów. Jeśli w przypadku którejkolwiek kwoty brutto okaże się że dla danej kwoty brutto nie da się wyliczyć kwoty netto, wówczas należy zwiększać kwotę brutto kolejno o grosz, dwa grosze, trzy grosze, itd. za każdym razem próbując wyliczyć kwotę netto aż do uzyskania takiej kwoty brutto przy której kwotę netto da się wyliczyć (np. przy stawce VAT 23 % i kwocie brutto 113.03 zł nie da się wyliczyć kwoty netto ponieważ przy tej stawce VAT dla kwoty netto 91.89 zł kwota brutto wynosi 113.02 zł a dla kwoty netto 91.90 zł kwota brutto wynosi 113.04 zł, dlatego kwotę 113.03 zł trzeba zwiększyć o 1 grosz a wówczas kwota netto będzie wynosiła 91.90 zł).

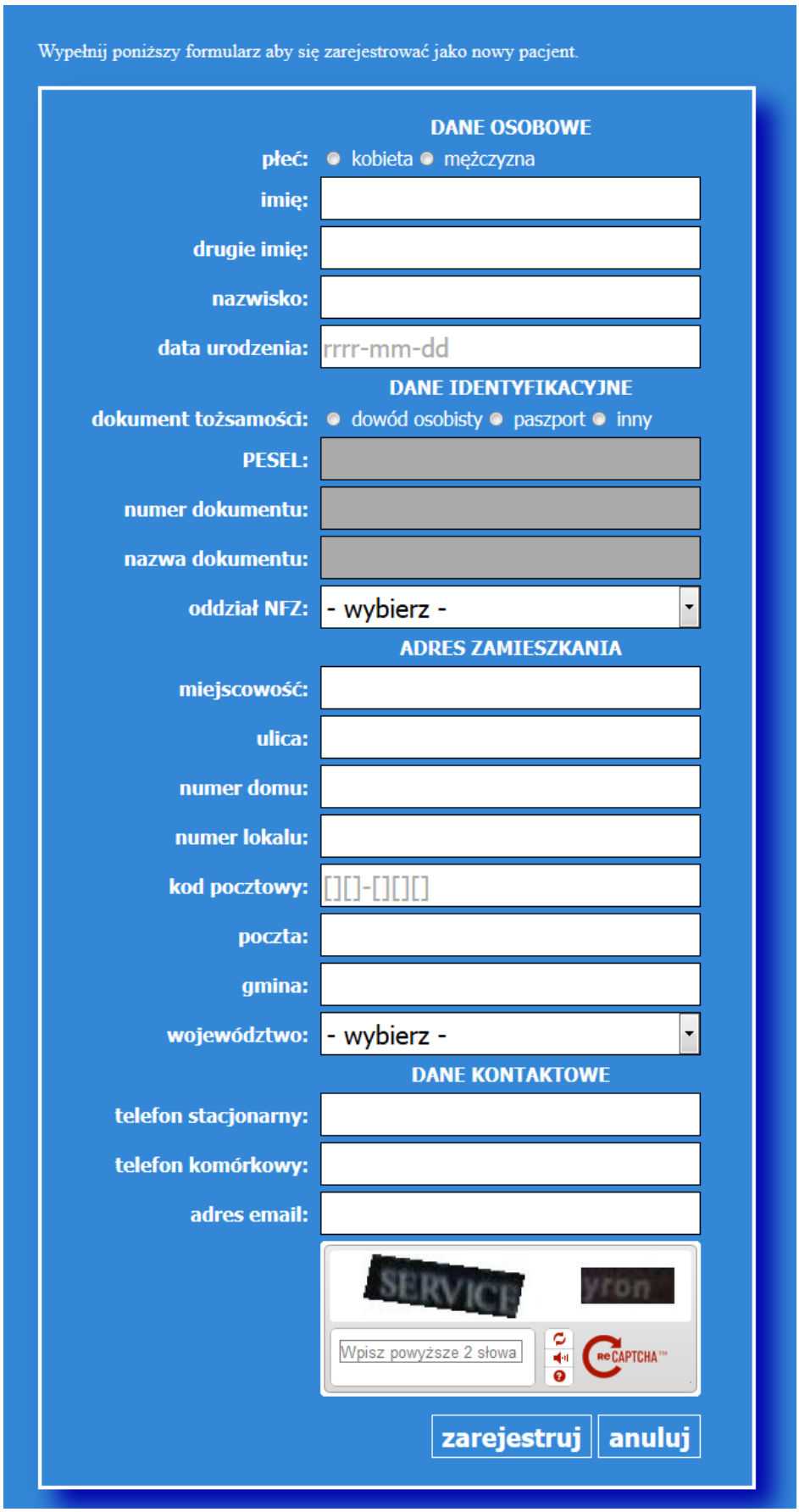
Dla każdej wizyty która w momencie rezygnacji z pakietu oczekiwała na obsługę w zakładce płatności pacjenta pojawia się nadpłata. Dokonanie zwrotu może być zrealizowane poprzez wystawienie paragonu korygującego lub faktury korygującej (zależnie od tego czy dokumentem pierwotnym był paragon czy faktura). Zwrot jest realizowany w całości (pełnej kwocie) w momencie wystawiania rachunku.

Portal dla pacjentów

Dla systemu jHIS został stworzony dedykowany portal umożliwiający pacjentom umawianie się na wizyty przez internet, odwoływanie wizyt umówionych przez internet, wgląd do historii choroby, podgląd wystawionych recept oraz przeglądanie wyników badań diagnostycznych. Dostęp do portalu posiadają pacjenci, którzy zgłosili w rejestracji dowolnej przychodni zakładu opieki zdrowotnej chęć korzystania z portalu i zostało to oznaczone przez pracownika rejestracji w systemie jHIS (pole „Dostęp do rejestracji internetowej” w zakładce „Kontakt” karty pacjenta) oraz pacjenci którzy sami zarejestrowali się przez internet. Loginem do portalu jest adres e-mail pacjenta, zaś hasło jest generowane automatycznie przez system jHIS i wysyłane na adres e-mail pacjenta w momencie gdy deklaruje on zamiar korzystania z portalu lub gdy zgłoszenie rejestracyjne pacjenta zostaje zweryfikowane.

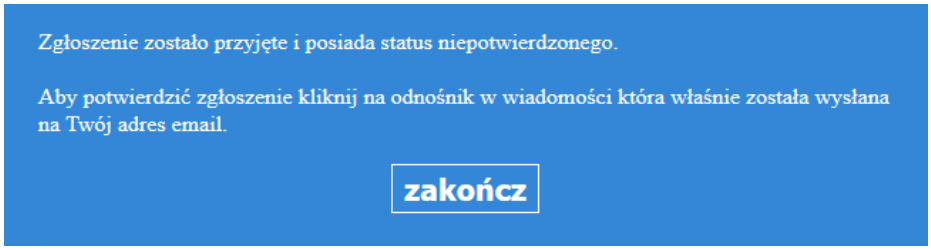


Aby zarejestrować się przez internet należy kliknąć przycisk „zarejestruj się” (przycisk ten jest dostępny tylko jeśli zakład opieki zdrowotnej dopuszcza rejestrację pacjentów przez internet co jest konfigurowane przy wdrażaniu portalu). Wyświetli się wówczas formularz rejestracyjny, który należy wypełnić i zatwierdzić klikając przycisk „zarejestruj”.

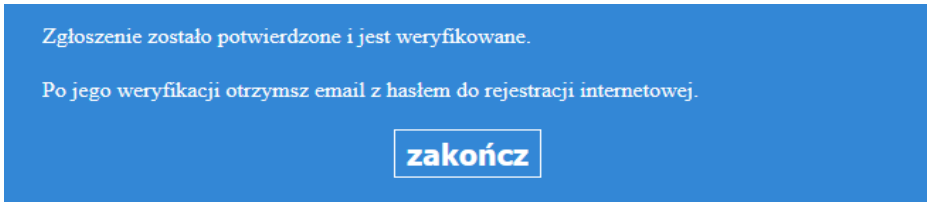


Jeżeli zgłoszenie zostało wypełnione prawidłowo system informuje stosownym komunikatem o

jego przyjęciu (w przypadku komunikatu błędu należy poprawić dane w formularzu i ponowić próbę rejestracji).



Przyjęte zgłoszenie posiada status niepotwierdzonego. Wraz z przyjęciem zgłoszenia na adres email pacjenta jest wysyłana wiadomość z odnośnikiem umożliwiającym potwierdzenie zgłoszenia. Po kliknięciu odnośnika w wiadomości email przez pacjenta wyświetla się informacja o potwierdzeniu zgłoszenia.



Potwierdzone zgłoszenia są weryfikowane (ręcznie przez pracowników zakładu opieki zdrowotnej lub automatycznie na ile to możliwe tak jak to opisano w rozdziale „Pacjenci (zgłoszenia internetowe)”). Wraz z pozytywną weryfikacją zgłoszenia pacjent otrzymuje na swój adres email wiadomość z hasłem dostępu do portalu.

Jeżeli pacjent posiada już konto w portalu ale zapomni swojego hasła może albo zgłosić się do dowolnej przychodni zakładu z prośbą o wygenerowanie nowego hasła (co pracownik rejestracji może zrobić klikając na przycisk „Wygeneruj nowe hasło do rejestracji internetowej” w zakładce „Kontakt” karty pacjenta), bądź też wpisać w formularzu logowania do portalu adres email i kliknąć przycisk „przypomnij hasło”. W obu przypadkach na adres email pacjenta zostanie przesłane hasło umożliwiające zalogowanie się do portalu.

Po zalogowaniu do portalu wyświetla się strona startowa, która zawiera

- nagłówek (powtarzający się na każdej stronie systemu), a w nim
  - logo systemu - po kliknięciu na logo następuje przejście do strony startowej (niezależnie od tego na jakiej stronie pacjent aktualnie się znajduje gdy klika na logo)
  - menu umożliwiające dostęp do poszczególnych funkcjonalności portalu
  - odnośniki do wersji językowych umożliwiające przełączanie się pomiędzy różnymi wersjami językowymi portalu
  - login pacjenta
  - odnośnik umożliwiający wylogowanie się z portalu
- treść właściwą dla zalogowanego użytkownika, w tym informacje o umówionych wizytach

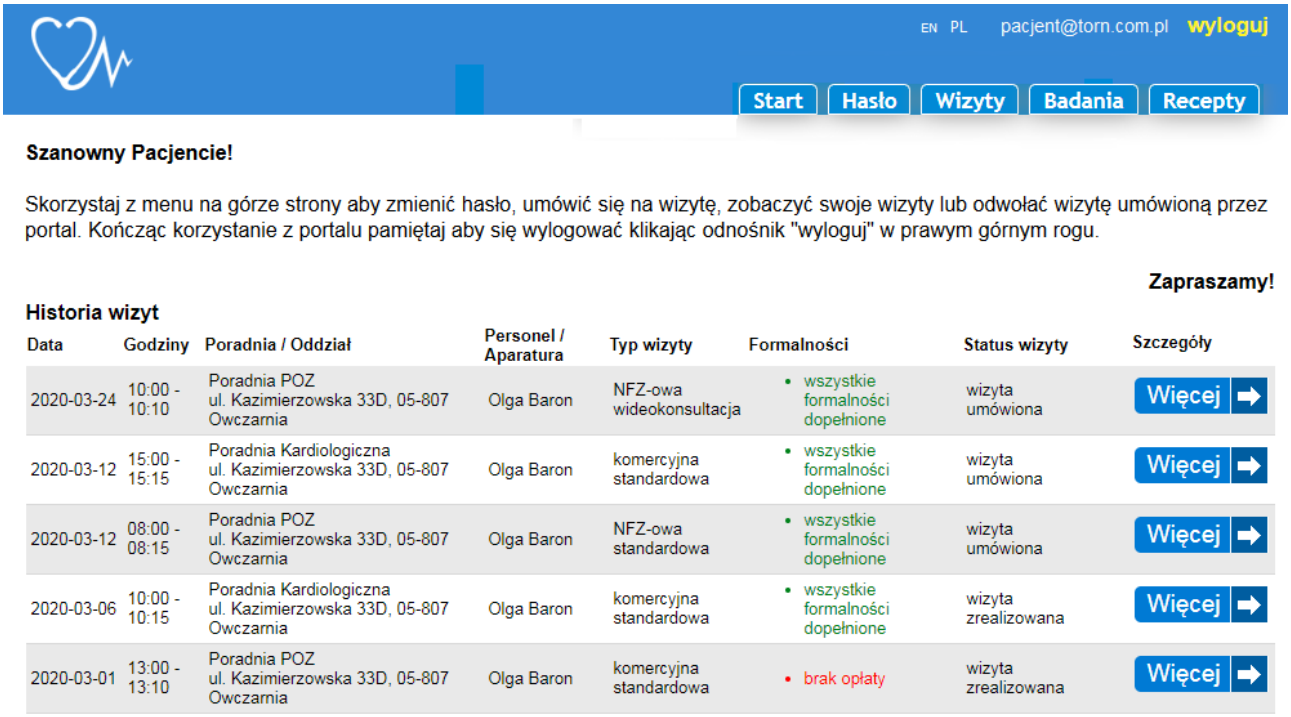
oraz wynikach badań wprowadzonych w ostatnim czasie (od ostatniego logowania użytkownika do portalu) oraz historię wizyt z dostępem do szczegółów każdej z wizyt

- stopkę (powtarzającą się na każdej stronie systemu), a w niej
  - nazwę i wersję systemu
  - logo technologii jPALIO - po kliknięciu na logo w nowym oknie/zakładce przeglądarki otwiera się strona producenta oprogramowania

Portal obejmuje się z następujących funkcjonalności:

- Hasło – funkcjonalność umożliwiająca zmianę hasła pacjenta
- Wizyty – funkcjonalność umożliwiająca umawianie wizyt przez pacjenta, przeglądanie wizyt już umówionych oraz odwoływanie wizyt umówionych przez pacjenta za pośrednictwem portalu
- Badania – funkcjonalność umożliwiająca przeglądanie wyników badań diagnostycznych pacjenta
- Recepty – funkcjonalność umożliwiająca podgląd wystawionych recept papierowych i e-recept

Ponadto w menu dostępna jest pozycja „Start", której kliknięcie pozwala wrócić do strony głównej portalu oraz mogą być dostępne dodatkowe pozycje zdefiniowane przez administratora systemu jHIS.



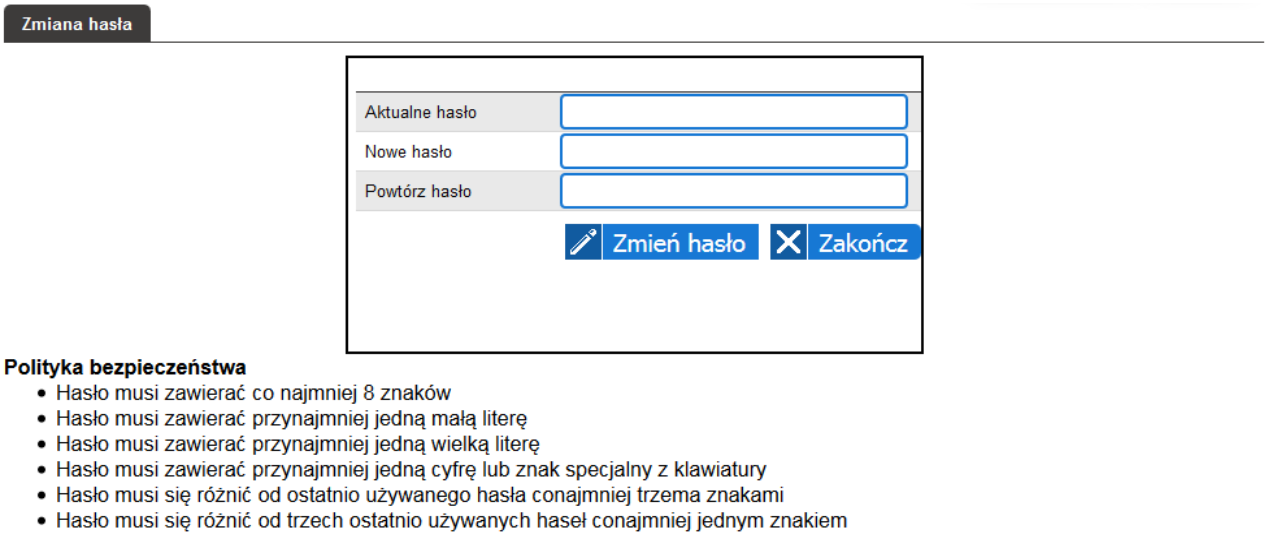
Hasło

Korzystając z funkcjonalności „Hasło" pacjent ma możliwość zmiany własnego aktualnie używanego hasła dostępu do portalu. Aby zmienić hasło należy w formularzu wprowadzić swoje

aktualne hasło oraz dwukrotnie powtórzyć nowe hasło. Nowe hasło musi spełniać następujące wymogi polityki bezpieczeństwa:

- musi składać się co najmniej z 8 znaków
- musi zawierać małe i wielkie litery oraz cyfry lub znaki specjalne
- musi różnić się od ostatnio używanego hasła co najmniej trzema znakami
- musi różnić się od każdego z trzech ostatnio używanych haseł co najmniej jednym znakiem

Po wypełnieniu formularza i naciśnięciu przycisku „Zmień hasło” system weryfikuje poprawność wprowadzonych w formularzu danych. Jeśli weryfikacja przebiegnie pomyślnie, wówczas hasło zostaje zmienione i wyświetlana jest informacja o pomyślnej zmianie hasła. Jeśli natomiast weryfikacja nie powiedzie się, wówczas zostanie wyświetlony komunikat błędu informujący o nieprawidłowym wypełnieniu formularza (ze wskazaniem rodzaju nieprawidłowości). W tej sytuacji należy wypełnić formularz ponownie zgodnie z informacją zawartą w komunikacie i ponowić próbę zmiany hasła.



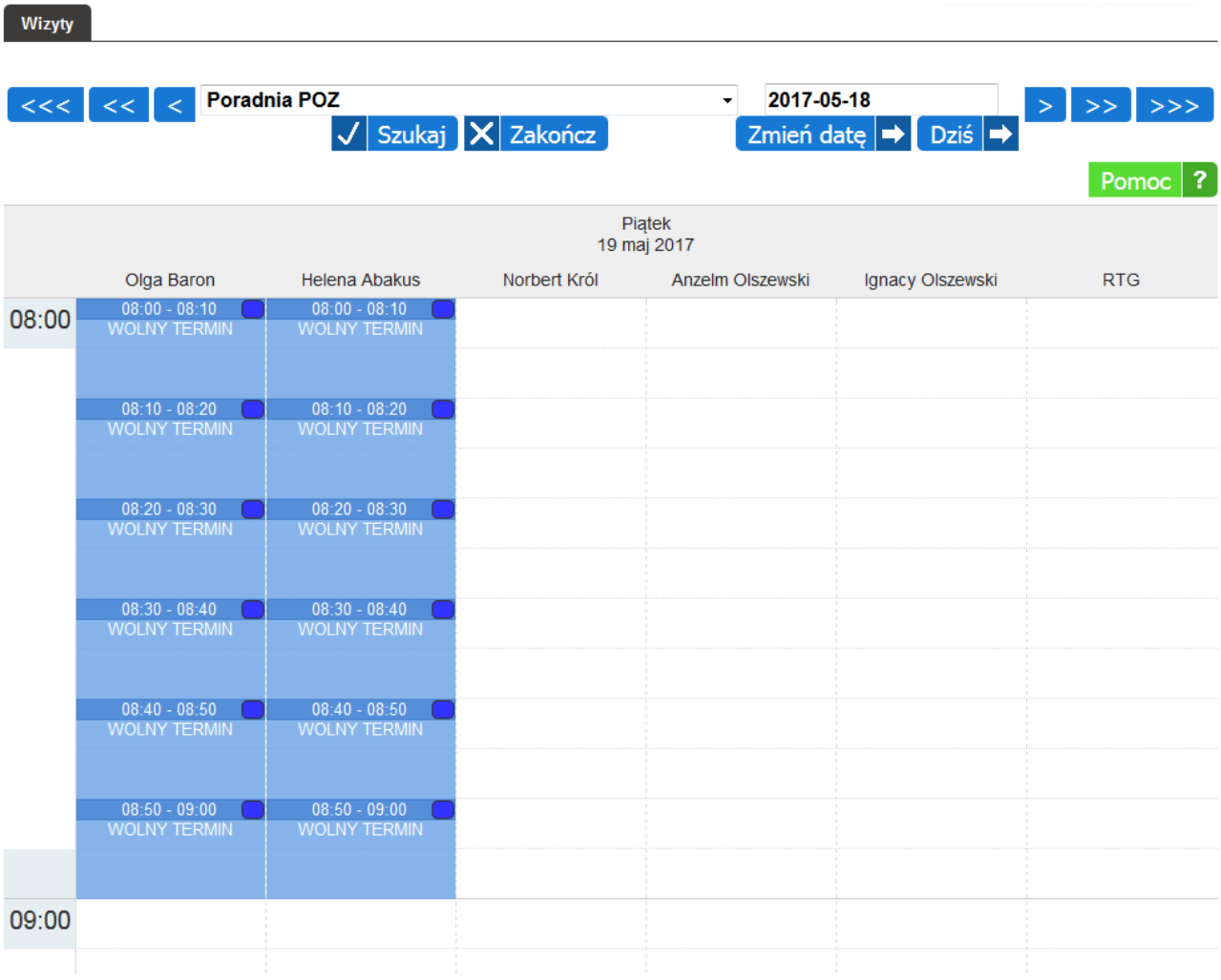
Wizyty

Po wybraniu z menu funkcjonalności „Wizyty” wyświetla się wyszukiwarka wolnych terminów i zaplanowanych wizyt w dniu dzisiejszym we wszystkich poradniach zakładu opieki zdrowotnej, w których istnieją grafiki z terminami oznaczonymi jako widoczne w rejestracji internetowej oraz w których pacjent ma/miał umówione wizyty. W zależności od konfiguracji systemu wyświetlać się mogą albo wszystkie przyszłe wolne terminy albo wolne terminy począwszy od dnia jutrzejszego.

W pierwszej kolejności należy wybrać poradnię i nacisnąć przycisk „Szukaj”. Jeżeli istnieją jakiekolwiek grafiki pracy personelu lub aparatury w danej poradni wówczas na stronie wyświetla się siatka terminarza. Siatka ma kolumny odpowiadające wszystkim pracownikom i aparaturom dla których istnieją grafiki pracy w danej poradni. Wiersze odpowiadają z kolei możliwym godzinom przyjęć (siatka jest ograniczona do godzin pracy poradni a każda godzina podzielona jest na 12 części po 5 minut). Na siatkę naniesione są wszystkie wolne terminy (wyświetlane są tylko terminy począwszy od dnia jutrzejszego, terminy przeszłe i z dnia dzisiejszego są pomijane) i umówione planowe wizyty pacjenta (wszystkie) według schematu

- wolne terminy przyszłe są wyświetlane na niebiesko
- umówione wizyty, które mają dopełnione wszystkie formalności są wyświetlane na zielono
- umówione wizyty, które nie mają dopełnionych wszystkich formalności (brak skierowania, brak ubezpieczenia lub brak informacji o ubezpieczeniu na dzień wizyty, nieuregulowane płatności, konieczność odwołania wizyty z powodu zmiany grafiku pracy lekarza lub aparatury, niewypełnienie niezbędnych dokumentów) są wyświetlane na czerwono
- jeżeli typ wizyty właściwy dla danego wolnego terminu lub umówionej wizyty ma zdefiniowany kolor wyróżnienia, wówczas w prawym górnym rogu terminu / wizyty pojawia się plamka w tym kolorze.

Po najechaniu kursorem myszy na wolny termin lub umówioną wizytę w dymku (tooltipie) wyświetlają się szczegółowe informacje o danym terminie lub wizycie odpowiednio (szybki podgląd).



W formularzu nad siatką znajdują się dodatkowo następujące przyciski nawigacji:

- <<< - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu o miesiąc wcześniejszym od aktualnie prezentowanego
- << - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu o tydzień wcześniejszym od aktualnie prezentowanego

- < - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu poprzednim w stosunku aktualnie prezentowanego
- „Zmień datę” - umożliwia wyświetlenie dowolnego dnia, który należy wskazać w polu daty przed naciśnięciem przycisku „Zmień datę”
- „Dziś” - umożliwia wyświetlenie dzisiejszego dnia
- > - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu następnym w stosunku aktualnie prezentowanego
- >> - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu o tydzień późniejszym od aktualnie prezentowanego
- >>> - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu o miesiąc późniejszym od aktualnie prezentowanego

Kliknięcie na którykolwiek z opisanych powyżej przycisków zmienia widok terminarza na właściwy dla dnia do którego prowadzi dany przycisk.

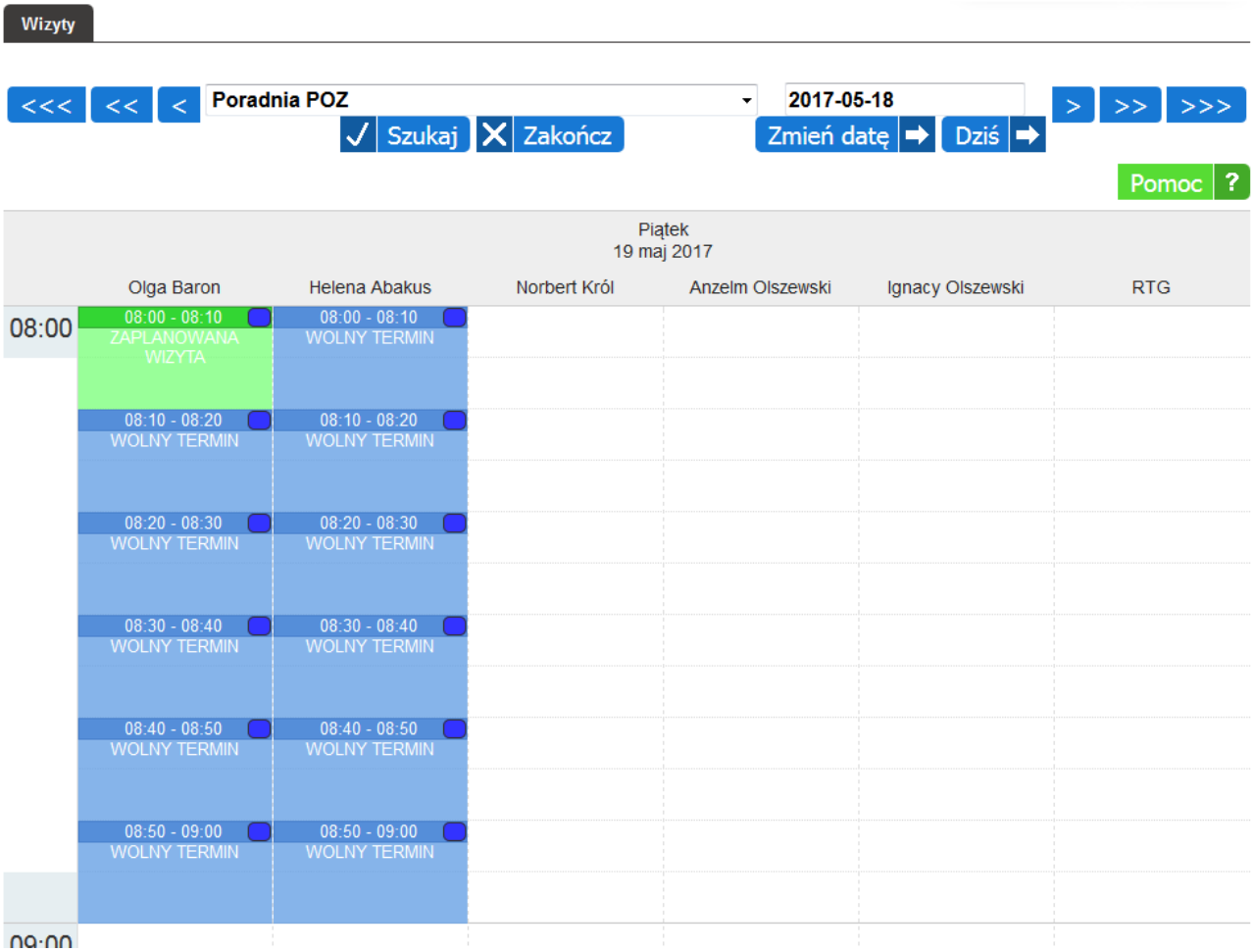
Kliknięcie na wolnym terminie na siatce terminarza otwiera nowe okno w którym widoczny jest przycisk „Zarezerwuj termin”.



Po kliknięciu tego przycisku wizyta w tym terminie zostaje zarezerwowana dla pacjenta o czym informuje stosowny komunikat lub pojawia się informacja o braku możliwości rezerwacji terminu (jeśli ktoś inny zarezerwował termin w międzyczasie, jeśli pacjent ma już umówioną inną wizytę w tym czasie, itd.).



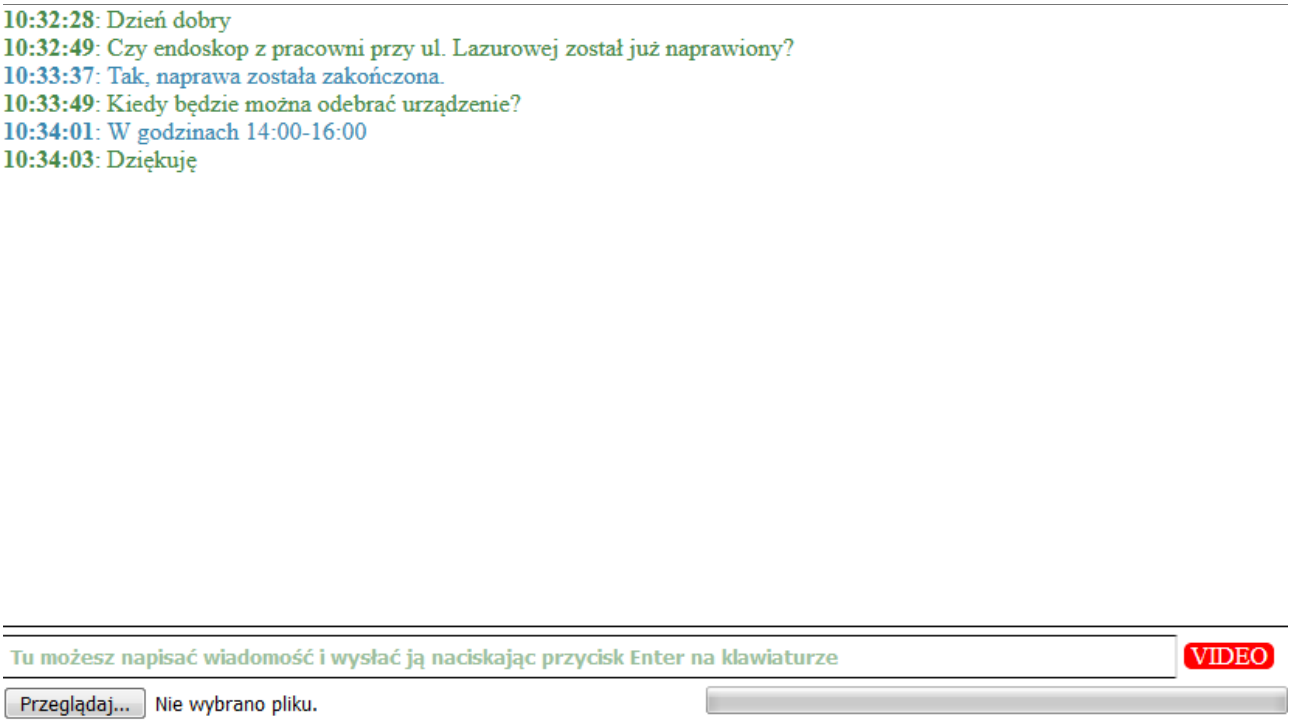
Po kliknięciu przycisku „Zamknij” okno rezerwacji terminu znika a w siatce terminarza pojawia się zarezerwowana wizyta (o ile rezerwacja była możliwa do zrealizowania).



Po kliknięciu na zarezerwowanej wizycie w siatce terminarza pojawia się okno z informacją o stanie wizyty. Jeżeli wizyta została umówiona przez pacjenta za pośrednictwem portalu i ma datę przyszłą, wówczas dostępny jest przycisk „Odwołaj wizytę" umożliwiający odwołanie zaplanowanej wizyty. W przypadku wizyt z opcją wideokonsultacji, póki wizyta nie została oznaczona jako zrealizowana lub niezrealizowana, widoczny jest dodatkowo przycisk „Wideokonsultacja".



Po kliknięciu przycisku „Wideokonsultacja" w zależności od konfiguracji systemu otworzy się okno chatu z możliwością przełączenia w tryb wideokomunikacji lub okno wideokomunikatora. Jeśli system został skonfigurowany w taki sposób aby otwierało się okno chatu, wówczas na dole okna znajduje się pole do wpisywania wymienianych wiadomości tekstowych (wysłanie wiadomości następuje po kliknięciu przycisku Enter na klawiaturze) oraz pole do przesyłania plików (przesłanie pliku następuje po wskazaniu pliku z dysku; pasek postępu wskazuje postęp przesyłania pliku). Obok pola do wpisywania wymienianych wiadomości tekstowych znajduje się przycisk „VIDEO" umożliwiający przełączenie komunikatora w tryb wideokomunikacji.



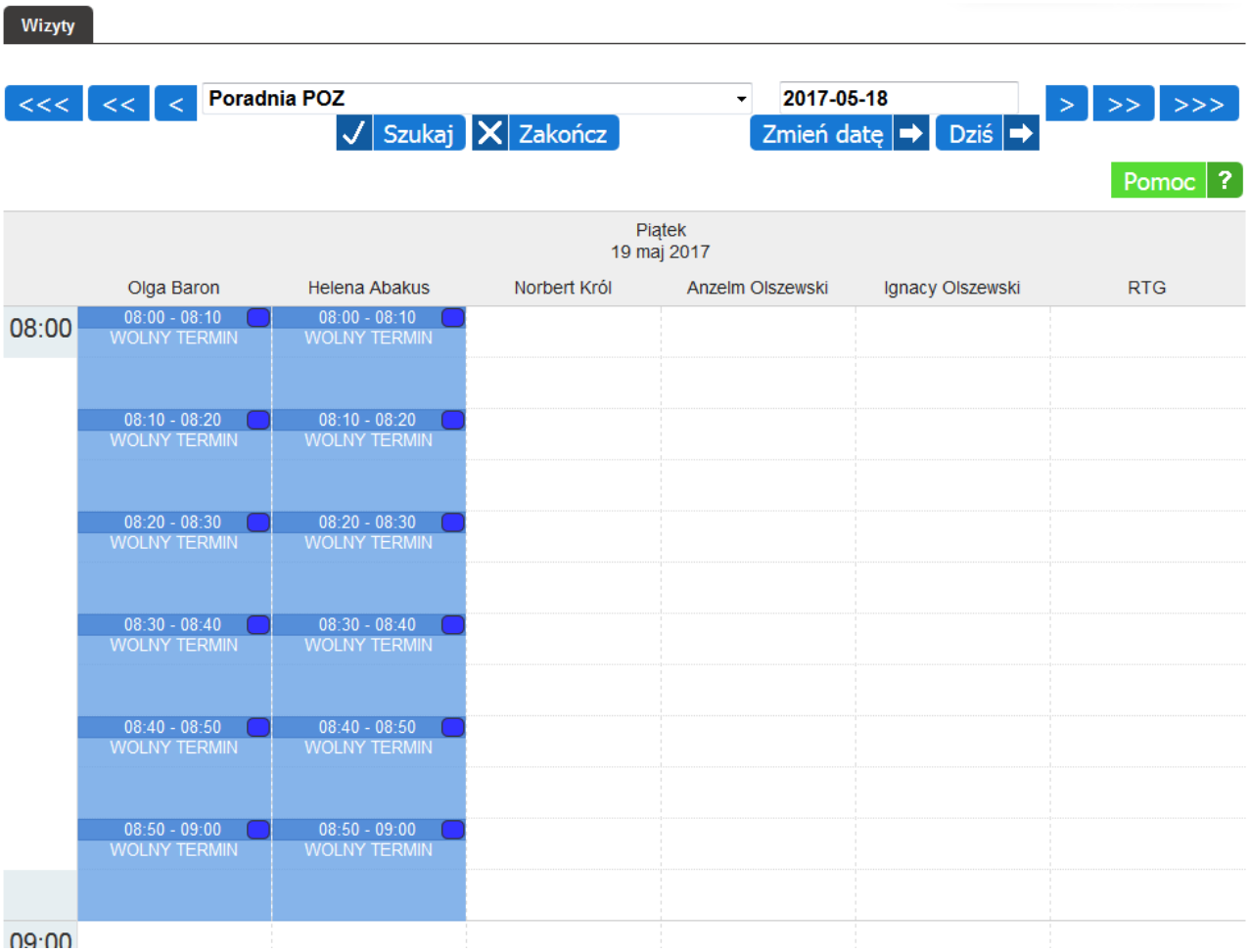
Jeśli system został skonfigurowany w taki sposób żeby otwierało się okno chatu i kliknięto w nim przycisk „VIDEO” albo jeżeli system został skonfigurowany w taki sposób żeby otwierało się okno wideokomunikatora, wówczas otworzy się okno wideokomunikatora. W jego lewej górnej części wyświetla się imię i nazwisko lekarza oraz obraz z kamery lekarza (jeżeli wskaźnik przy nazwisku lekarza jest czerwony, oznacza to że lekarz jeszcze nie włączył wideokomunikatora, jeśli jest zielony, to znaczy że lekarz nawiązał połączenie), w prawej górnej części wyświetla się imię i nazwisko oraz obraz z kamery własnej pacjenta (tak jak będzie widział go lekarz), w dolnej części znajduje się chat i pole do wpisywania wymienianych wiadomości tekstowych (wysłanie wiadomości następuje po kliknięciu przycisku Enter na klawiaturze) oraz pole do przesyłania plików (przesłanie pliku następuje po wskazaniu pliku z dysku; pasek postępu wskazuje postęp przesyłania pliku). Połączenie pomiędzy pacjentem a lekarzem jest nawiązywane automatycznie po włączeniu wideokomunikatorów przez obie strony. Aby uruchomić komunikację wideo niezbędna jest przeglądarka Firefox 61+, Chrome 67+, Opera 67+ lub Safari 12+.



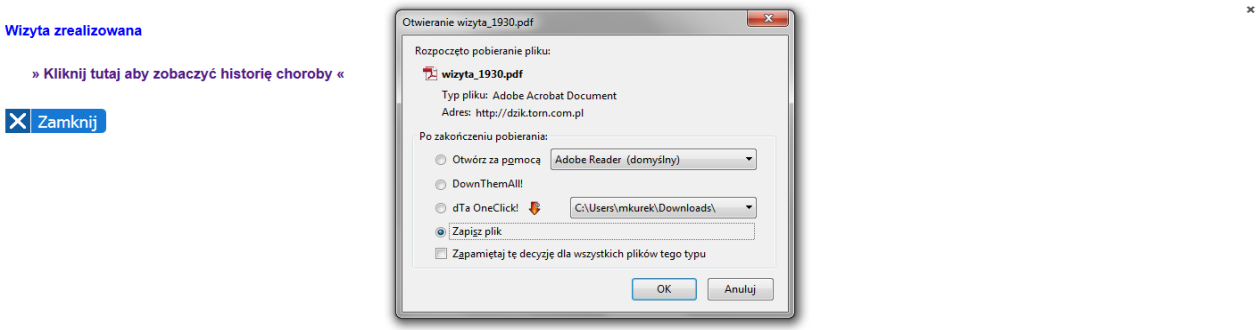
Kliknięcie przycisku „Odwołaj wizytę” zwalnia zarezerwowany termin o czym informuje stosowny komunikat.



Po kliknięciu przycisku „Zamknij” okno wizyty znika a widok siatki terminarza jest aktualizowany (jeśli wizyta została odwołana znika ona z siatki terminarza a w jej miejsce pojawia się wolny termin).



W przypadku wizyt zrealizowanych kliknięcie na wizycie w oknie z informacją o stanie wizyty wyświetlany jest także odnośnik umożliwiający podgląd historii choroby (w formie pliku PDF) wprowadzonej przez lekarza podczas wizyty.



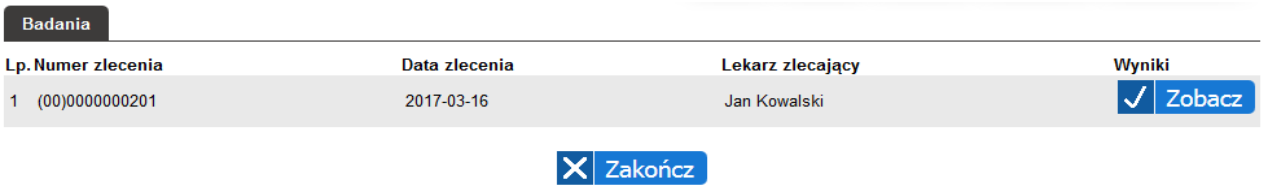
Oprócz wizyt planowych widocznych na siatce terminarza, pod siatką wyświetla się lista wizyt dodatkowych pacjenta z danego dnia w danej poradni (o ile jakieś były). Przy każdej z wizyt dodatkowych widoczny jest przycisk „Więcej” otwierający okno szczegółów wizyty jak w przypadku wizyt planowych.

Wizyty dodatkowe

Godziny	Personel / Aparatura	Typ wizyty	Formalności	Status wizyty	Szczegóły
13:13 - 13:23	OLGA BARON	NFZ-owa Wideokonsultacja	• wszystkie formalności dopełnione	wizyta niezrealizowana	Więcej

Badania

Po wybraniu z menu funkcjonalności „Badania” wyświetla się lista zrealizowanych zleceń pacjenta na badania diagnostyczne w kolejności od najświeższego do najstarszego. Przy każdym zleceniu w kolumnie „Wyniki” widoczny jest przycisk „Zobacz”.



Kliknięcie przycisku „Zobacz” umożliwia podgląd (w formie pliku PDF) wyników badań diagnostycznych z danego zlecenia.

Recepty

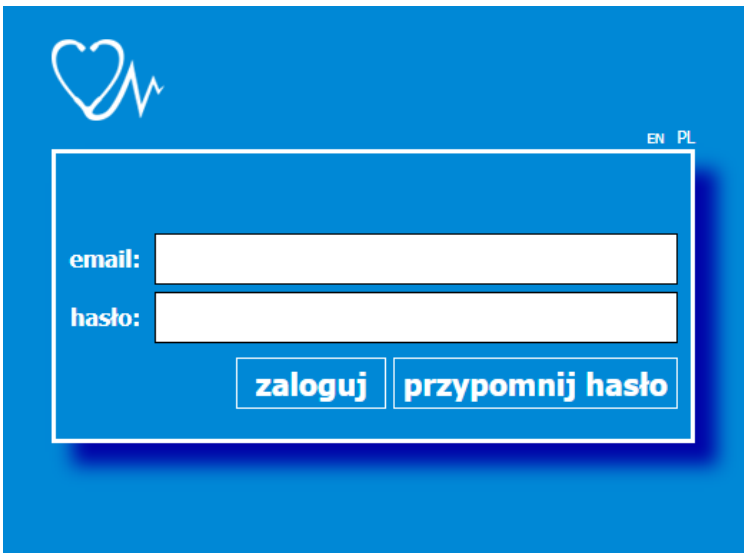
Po wybraniu z menu funkcjonalności „Recepty” wyświetla się lista z danymi wszystkich wystawionych na rzecz pacjenta recept papierowych i elektronicznych (e-recept) w kolejności od najświeższej do najstarszej.

Recepty

Lp.	Typ recepty	Rodzaj recepty	Numer recepty	Data wystawienia	Data realizacji od	Miejsce wystawienia	Personel wystawiający	Leki
1	papierowa	Rp	0207010000000000000028	2019-10-17		Poradnia POZ ul. Kazimierzowska 33D, 05-807 Owczarnia	Olga Baron (NPWZ 6763309)	• woda (odpłatność 100%)
2	papierowa	Rp	0207010000000000000027	2019-10-17		Poradnia POZ ul. Kazimierzowska 33D, 05-807 Owczarnia	Olga Baron (NPWZ 6763309)	• Heviran 200 mg 30 tabl. × 1 op. (odpłatność 50%)

Portal dla instytucji

Dla systemu jHIS został stworzony dedykowany portal umożliwiający instytucjom umawianie przez internet swoich pracowników na wizyty medycyny pracy w ramach realizacji kontraktów. Dostęp do portalu posiadają instytucje dla których w systemie jHIS zaznaczono, że będą korzystać z portalu internetowego i wprowadzono login (email) oraz hasło.



Jeżeli instytucja posiadająca dostęp do portalu zapomni swojego hasła może albo zgłosić się do dowolnej przychodni zakładu z prośbą o wygenerowanie nowego hasła (co administrator może uczynić edytując dane instytucji i wprowadzając nowe hasło), bądź też wpisać w formularzu logowania do portalu adres email i kliknąć przycisk „przypomnij hasło”. W obu przypadkach na adres email instytucji zostanie przesłane hasło umożliwiające zalogowanie się do portalu.

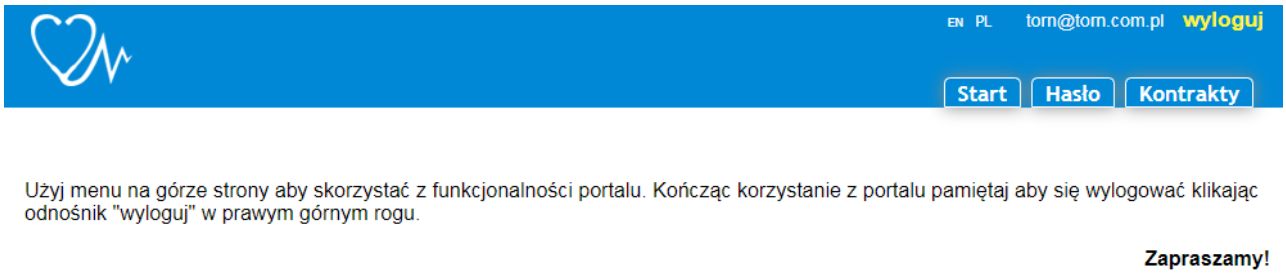
Po zalogowaniu do portalu wyświetla się strona startowa, która zawiera

- nagłówek (powtarzający się na każdej stronie systemu), a w nim
  - logo systemu - po kliknięciu na logo następuje przejście do strony startowej (niezależnie od tego na jakiej stronie użytkownik aktualnie się znajduje gdy klika na logo)
  - menu umożliwiające dostęp do poszczególnych funkcjonalności portalu
  - odnośniki do wersji językowych umożliwiające przełączanie się pomiędzy różnymi wersjami językowymi portalu
  - login instytucji
  - odnośnik umożliwiający wylogowanie się z portalu
- treść właściwą dla zalogowanego użytkownika
- stopkę (powtarzającą się na każdej stronie systemu), a w niej
  - nazwę i wersję systemu
  - logo technologii jPALIO - po kliknięciu na logo w nowym oknie/zakładce przeglądarki otwiera się strona producenta oprogramowania

Portal obejmuje się z następujących funkcjonalności:

- Hasło – funkcjonalność umożliwiająca zmianę hasła instytucji
- Kontrakty – funkcjonalność umożliwiająca umawianie przez instytucję wizyt medycyny pracy dla własnych pracowników w ramach realizacji kontraktów

Ponadto w menu dostępna jest pozycja „Start”, której kliknięcie pozwala wrócić do strony głównej portalu oraz mogą być dostępne dodatkowe pozycje zdefiniowane przez administratora systemu jHIS.

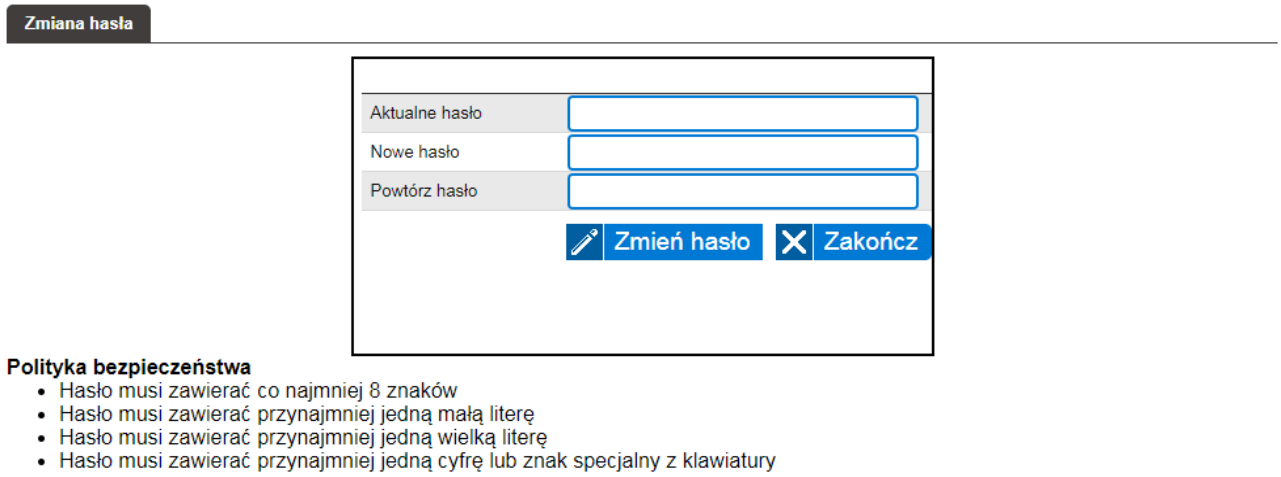


Hasło

Korzystając z funkcjonalności „Hasło” instytucja ma możliwość zmiany własnego aktualnie używanego hasła dostępu do portalu. Aby zmienić hasło należy w formularzu wprowadzić swoje aktualne hasło oraz dwukrotnie powtórzyć nowe hasło. Nowe hasło musi spełniać następujące wymogi polityki bezpieczeństwa:

- musi składać się co najmniej z 8 znaków
- musi zawierać małe i wielkie litery oraz cyfry lub znaki specjalne

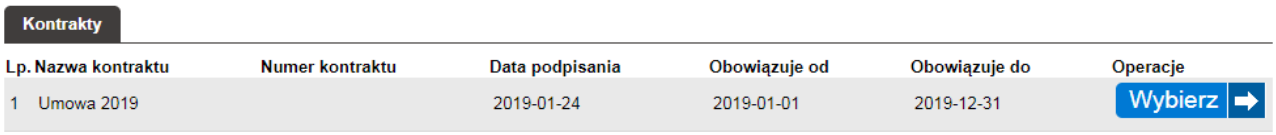
Po wypełnieniu formularza i naciśnięciu przycisku „Zmień hasło” system weryfikuje poprawność wprowadzonych w formularzu danych. Jeśli weryfikacja przebiegnie pomyślnie, wówczas hasło zostaje zmienione i wyświetlana jest informacja o pomyślnej zmianie hasła. Jeśli natomiast weryfikacja nie powiedzie się, wówczas zostanie wyświetlony komunikat błędu informujący o nieprawidłowym wypełnieniu formularza (ze wskazaniem rodzaju nieprawidłowości). W tej sytuacji należy wypełnić formularz ponownie zgodnie z informacją zawartą w komunikacie i ponowić próbę zmiany hasła.



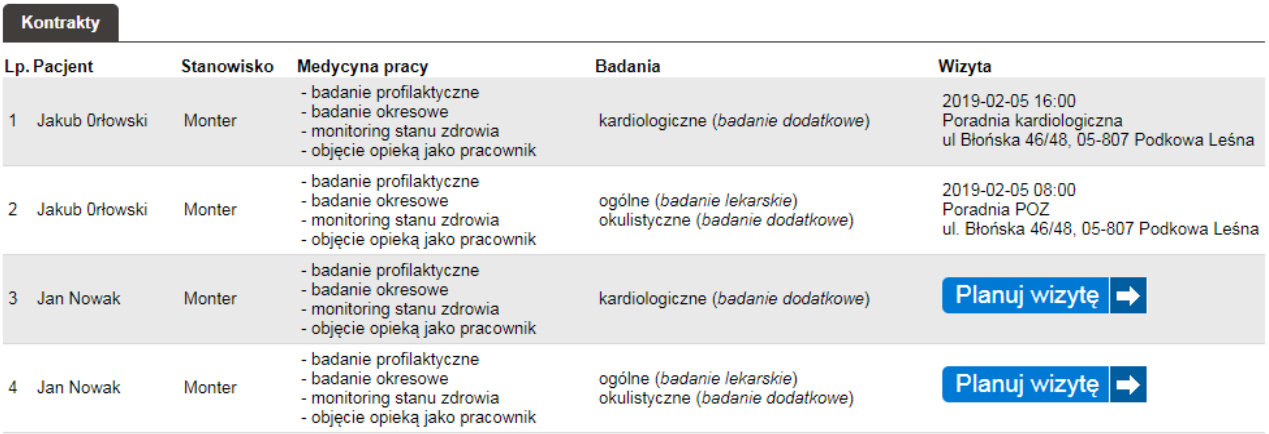
Kontrakty

Korzystając z funkcjonalności „Kontrakty” instytucja ma możliwość umawiania wizyt medycyny pracy dla swoich pracowników w ramach realizacji kontraktów. Po wybraniu tej funkcjonalności

wyświetla się lista kontraktów instytucji z zakładem opieki zdrowotnej obsługiwanym przez system jHIS. Przy każdym kontrakcie widoczny jest przycisk „Wybierz”.

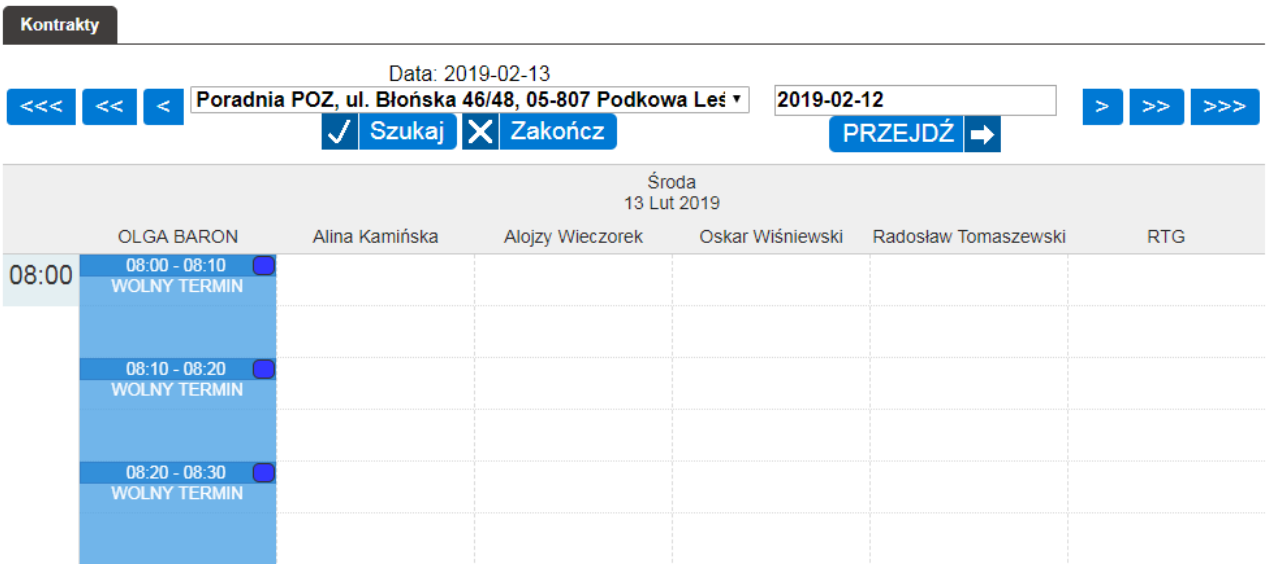


Aby przejść do szczegółów kontraktu należy kliknąć przycisk „Wybierz” przy tym kontrakcie na liście. Wyświetli się wówczas lista pacjentów (pracowników instytucji) z ich stanowiskami, zakresami medycyny pracy i badaniami do realizacji. Każdy wiersz szczegółów kontraktu odpowiada pojedynczej wizycie (specyfikuje zakres medycyny pracy i badania do realizacji w ramach pojedynczej wizyty). W ostatniej kolumnie znajduje się albo informacja o terminie i miejscu wizyty (jeśli wizyta została już umówiona) albo przycisk „Planuj wizytę” (jeżeli wizyta nie została jeszcze umówiona).



Aby zaplanować medycynę wizyty pracy należy kliknąć przycisk „Planuj wizytę” przy danym pacjencie. Wyświetli się wówczas wyszukiwarka wolnych terminów w dniu dzisiejszym we wszystkich poradniach zakładu opieki zdrowotnej, w których istnieją grafiki z terminami oznaczonymi jako widoczne w rejestracji internetowej i w których jednocześnie jest przewidziane umówienie danej wizyty.

W pierwszej kolejności należy wybrać poradnię i nacisnąć przycisk „Szukaj”. Wówczas na stronie wyświetla się siatka terminarza. Siatka ma kolumny odpowiadające wszystkim pracownikom i aparaturom dla których istnieją grafiki pracy w danej poradni. Wiersze odpowiadają z kolei możliwym godzinom przyjęć (siatka jest ograniczona do godzin pracy poradni a każda godzina podzielona jest na 12 części po 5 minut). Na siatkę naniesione są wszystkie wolne terminy z z okresu obowiązywania kontraktu (wyświetlane są tylko terminy począwszy od dnia jutrzejszego, terminy przeszłe i z dnia dzisiejszego są pomijane). Po najechaniu kursorem myszy na wolny termin lub umówioną wizytę w dymku (tooltipie) wyświetlają się szczegółowe informacje o danym terminie lub wizycie odpowiednio (szybki podgląd).



W formularzu nad siatką znajdują się dodatkowo następujące przyciski nawigacji:

- <<< - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu o miesiąc wcześniejszym od aktualnie prezentowanego
- << - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu o tydzień wcześniejszym od aktualnie prezentowanego
- < - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu poprzednim w stosunku aktualnie prezentowanego
- „PRZEJDŹ" - umożliwia wyświetlenie dowolnego dnia, który należy wskazać w polu daty przed naciśnięciem przycisku „PRZEJDŹ" (w polu daty zawsze domyślnie wpisana jest data dzisiejsza aby szybko można było wyświetlić terminarz z dnia dzisiejszego)
- > - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu następnym w stosunku aktualnie prezentowanego
- >> - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu o tydzień późniejszym od aktualnie prezentowanego
- >>> - umożliwia wyświetlenie terminarza w dniu o miesiąc późniejszym od aktualnie prezentowanego

Kliknięcie na którykolwiek z opisanych powyżej przycisków zmienia widok terminarza na właściwy dla dnia do którego prowadzi dany przycisk.

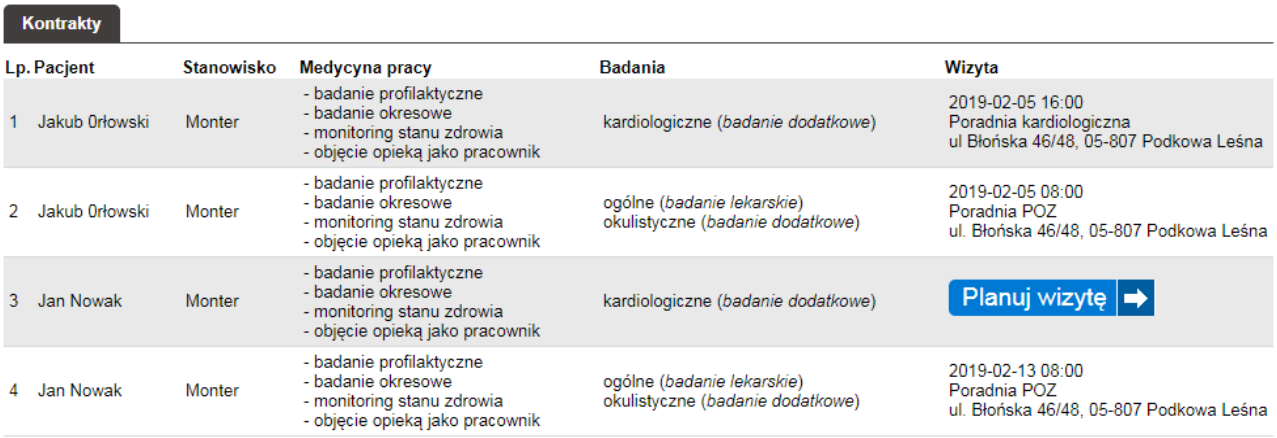
Kliknięcie na wolnym terminie na siatce terminarza otwiera nowe okno w którym widoczny jest przycisk „Zarezerwuj termin".



Po kliknięciu przycisku „Zarezerwuj termin" system sprawdza możliwość umówienia w danym terminie wizyty dla danego pacjenta i jeśli możliwość taka istnieje wówczas wizyta zostaje zaplanowana o czym informuje stosowny komunikat.



Po kliknięciu przycisku „Zakończ” system wraca do widoku szczegółów kontraktu a przy pacjencie dla którego była planowana wizyta pojawia się informacja o niej.

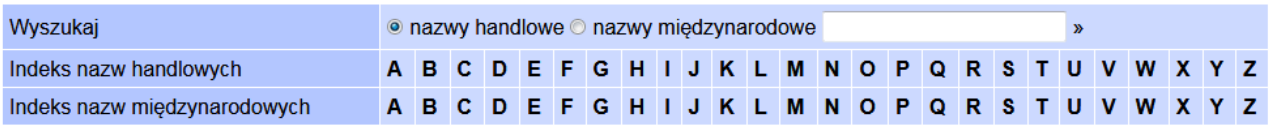


jHDR

jHDR (jHIS Drugs Repository) to aktualizowane każdego dnia repozytorium produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu w Polsce, z którego korzysta system jHIS. Zawiera ono:

- dane wszystkich produktów leczniczych wpisanych do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz do Wspólnotowego Rejestru Produktów Leczniczych według stanu na dzień dzisiejszy
- ostrzeżenia dotyczące działania produktów leczniczych zgodne z ostatnim wydaniem Farmakopei Polskiej
- wykazy substancji psychotropowych i środków odurzających według obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych
- informacje o poziomie refundacji zgodne z aktualnie obowiązującym obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych
- charakterystyki produktów leczniczych zgodne z ustawą o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

Istnieje możliwość wyszukiwania produktów leczniczych w repozytorium po nazwie handlowej lub międzynarodowej jak też wyświetlenia pełnego indeksu produktów leczniczych także według nazw handlowych lub międzynarodowych.

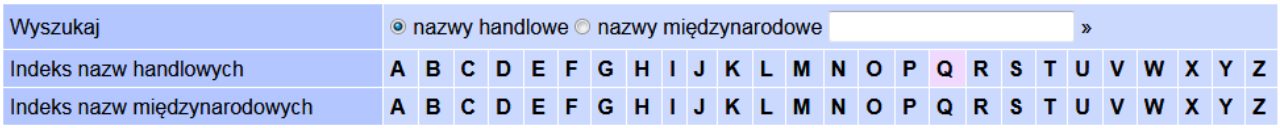


jHDR to aktualizowane każdego dnia repozytorium produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu w Polsce.

Znajdą w nim Państwo:

- dane wszystkich produktów leczniczych wpisanych do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz do Wspólnotowego Rejestru Produktów Leczniczych według stanu na dzień dzisiejszy
- ostrzeżenia dotyczące działania produktów leczniczych zgodne z ostatnim wydaniem Farmakopei Polskiej
- wykazy substancji psychotropowych i środków odurzających według obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych
- informacje o poziomie refundacji zgodne z aktualnie obowiązującym obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych
- charakterystyki produktów leczniczych zgodne z ustawą o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

Po wpisaniu początku nazwy produktu leczniczego w polu wyszukiwarki i kliknięciu symbolu „»” przy tym polu lub naciśnięciu przycisku Enter na klawiaturze lub też po kliknięciu litery indeksu wyświetla się lista produktów leczniczych o nazwach rozpoczynających się od danej frazy / litery.



Produkty lecznicze » Indeks nazw handlowych » Q

- Q10 D-Ental
- Qarziba
- Qlaira
- Qtern
- Quadramet
- Quamatel
- Quecor
- Quentakehl D5
- Quentapil
- Questax XR
- Quetiapine Fair-Med
- Quetiapine Krka
- Quetiapine Orion
- Quetiapine Passauer
- Quetiapin NeuroPharma
- Quinapril HASCO
- Quinax
- Quinsair
- Quodixor
- Qutenza
- Qvar

Po kliknięciu nazwy produktu leczniczego wyświetla się lista wszystkich produktów leczniczych o danej nazwie a przy każdym z nich przyciski „Szczegóły” i „Zamienniki”.

Wyszukaj	◉ nazwy handlowe ○ nazwy międzynarodowe »
Indeks nazw handlowych	A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z
Indeks nazw międzynarodowych	A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

Produkty lecznicze » Qtern

Nazwa	Dawka	Postać	Opakowanie	Producent	
Qtern	5 mg + 10 mg	tabletki powlekane	14 tabl.	AstraZeneca AB	Szczegóły » Zamienniki »
Qtern	5 mg + 10 mg	tabletki powlekane	28 tabl.	AstraZeneca AB	Szczegóły » Zamienniki »
Qtern	5 mg + 10 mg	tabletki powlekane	30 tabl.	AstraZeneca AB	Szczegóły » Zamienniki »
Qtern	5 mg + 10 mg	tabletki powlekane	98 tabl.	AstraZeneca AB	Szczegóły » Zamienniki »

« Powrót

Aby wyświetlić szczegółowe dane produktu leczniczego należy kliknąć przycisk „Szczegóły” przy danym produkcie leczniczym. Wyświetli się wówczas tabela ze szczegółowymi informacjami o danym produkcie. Jeżeli dla produktu leczniczego istnieje charakterystyka, wówczas wyświetla się odnośnik umożliwiający jej pobranie w formacie PDF.

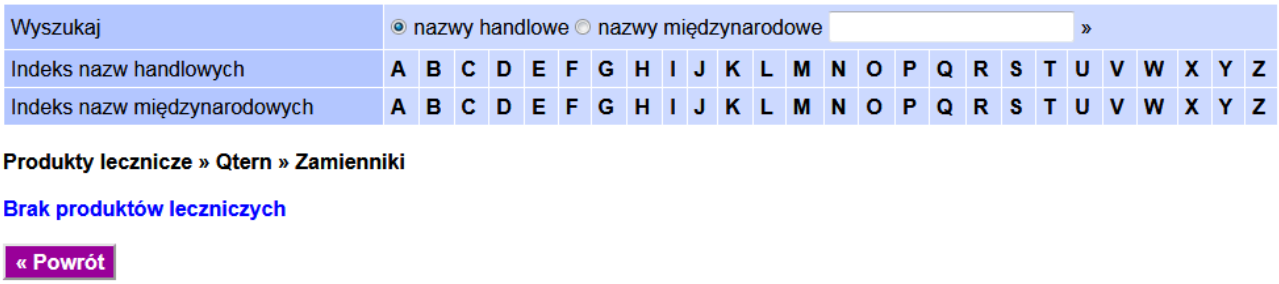
Wyszukaj	◉ nazwy handlowe ○ nazwy międzynarodowe »
Indeks nazw handlowych	A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z
Indeks nazw międzynarodowych	A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

Produkty lecznicze » Qtern » Szczegóły

Nazwa handlowa	Qtern
Nazwa międzynarodowa	Saxagliptinum + Dapagliflozinum
Dawka	5 mg + 10 mg
Postać	tabletki powlekane
Opakowanie	14 tabl.
Producent	AstraZeneca AB
EAN	05000456010986
Pozwolenie na obrót	ważne
Kategoria dostępności	Rp
Moc	
Odurzający	nie
Psychotropowy	nie
Grupa środków odurzających / psychotropowych	
Odpłatność	100%
Charakterystyka produktu leczniczego	*brak*

« Powrót

Aby wyświetlić zamienniki produktu leczniczego należy kliknąć przycisk „Zamienniki” przy danym produkcie leczniczym. Wyświetli się wówczas lista zamienników dla produktu leczniczego (a przy każdym z nich przyciski „Szczegóły” i „Zamienniki” tak jak na liście produktów leczniczych) lub informacja o braku zamienników dla produktu leczniczego.



jERP

jERP jest systemem finansowo-księgowym i kadrowo-płacowym stworzonym w oparciu o platformę jPALIO. Istnieje możliwość automatycznego przekazywania danych kontrahentów (pacjentów i zakładów pracy pacjentów) oraz faktur pierwotnych z systemu jHIS do systemu jERP. (**UWAGA! API systemu jERP nie pozwala na automatyczne przekazywanie do tego systemu faktur korygujących!**) Aby było to możliwe muszą być spełnione następujące warunki:

- system jERP musi być skonfigurowany i gotowy do działania a serwer na którym system ten został zainstalowany musi być widoczny z serwera na którym zainstalowany jest system jHIS (konfiguracji połączenia dokonuje administrator serwera na którym jest zainstalowany system jERP, konfiguracji systemu dokonuje administrator systemu jERP)
- system jHIS musi mieć skonfigurowane połączenie zdalne z systemem jERP (konfiguracji dokonuje administrator serwera na którym jest zainstalowany system jHIS)
- w systemie jHIS muszą być włączone mechanizmy integracji z systemem jERP (konfiguracji dokonuje administrator serwera na którym jest zainstalowany system jHIS)
- w ramach funkcjonalności „Konfiguracja” w menu „Administracja” wprowadzone muszą być wszystkie parametry odnoszące się do integracji z systemem jERP (konfiguracji dokonuje administrator systemu jHIS)

Jeżeli powyższe warunki są spełnione wówczas:

- przy każdej operacji wystawienia faktury pierwotnej na pacjenta w systemie jHIS, dane pacjenta jako kontrahenta oraz dane faktury pierwotnej są automatycznie przekazywane do systemu jERP
- przy każdej operacji wystawienia faktury pierwotnej na zakład pracy pacjenta w systemie jHIS, dane zakładu pracy jako kontrahenta oraz dane faktury pierwotnej są automatycznie przekazywane do systemu jERP
- faktury pierwotne przekazywane do systemu jERP mają numerację nadawaną przez system jERP, należy więc zadbać o zdefiniowanie właściwego formatu numeracji i jego wartości początkowej w systemie jERP w przypadku włączania integracji z systemem jERP oraz o ustawienie właściwej wartości parametru „Numer kolejny następnej faktury” w konfiguracji systemu jHIS w przypadku wyłączania integracji z systemem jERP

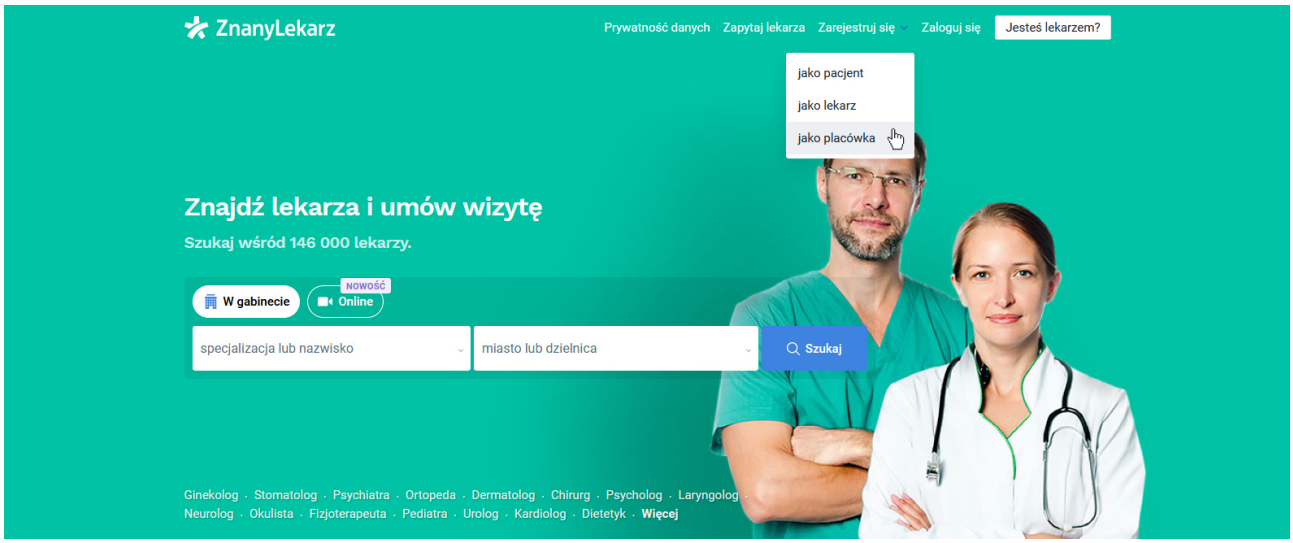
- faktury pierwotne przekazane do systemu jERP są drukowane zgodnie z szablonem właściwym dla systemu jERP

ZnanyLekarz

System jHIS ma wbudowane mechanizmy integracji z serwisem ZnanyLekarz w zakresie publikowania wolnych terminów z systemu jHIS w serwisie ZnanyLekarz i rejestrowania w systemie jHIS wizyt umówionych za pośrednictwem serwisu ZnanyLekarz.

Aby uruchomić w systemie jHIS komunikację z serwisem ZnanyLekarz należy przedsięwziąć kilka kroków.

W pierwszej kolejności należy zarejestrować się jako placówka w serwisie ZnanyLekarz. W tym celu należy wejść na stronę serwisu (https://www.znanylekarz.pl/) i w menu kliknąć pozycję „Zarejestruj się” i wybrać opcję „jako placówka”.



Następnie należy przeprowadzić proces rejestracji placówki w serwisie ZnanyLekarz, a więc podać wszystkie niezbędne dane placówki, w tym adresy świadczenia usług, rodzaje świadczonych usług i lekarzy pracujących w placówce. Gdy proces rejestracji zostanie zakończony należy skontaktować się z doradcą serwisu ZnanyLekarz (przez formularz kontaktowy na stronie serwisu). W wiadomości należy:

1. Poprosić o włączenie mechanizmów integracji serwisu ZnanyLekarz z systemem jHIS.
2. Poprosić o dane dostępowe, czyli login (zwany też „client id”) i hasło (zwane też „secret”), jakich system jHIS będzie używał do autoryzacji w serwisie ZnanyLekarz.
3. Poprosić aby serwis ZnanyLekarz wysyłał powiadomienia na odpowiedni adres w systemie jHIS (adres ten należy skopiować z pola „Adres na jaki serwis ZnanyLekarz ma wysyłać powiadomienia” widocznego w formularzu, który wyświetla się po wybraniu funkcjonalności „Konfiguracja” z menu „Administracja” w systemie jHIS)

Po otrzymaniu wiadomości od doradcy serwisu ZnanyLekarz (zawierającej dane dostępowe) należy w systemie jHIS wybrać funkcjonalność „Konfiguracja” w menu „Administracja” a następnie wprowadzić otrzymane dane do pól „Login dla mechanizmów integracyjnych do autoryzacji w serwisie ZnanyLekarz” i „Hasło dla mechanizmów integracyjnych do autoryzacji w serwisie

ZnanyLekarz” i zapisać je klikając przycisk „Uaktualnij” widoczny na dole formularza.

Po zakończeniu konfiguracji połączenia systemu jHIS z serwisem ZnanyLekarz automatycznie rozpoczyna się proces synchronizacji danych pomiędzy systemem jHIS a serwisem ZnanyLekarz. Jako że proces synchronizacji może potrwać kilka minut, należy odczekać przed podjęciem kolejnych czynności.

Gdy proces synchronizacji zakończy się należy dokonać powiązania danych znajdujących się w systemie jHIS z danymi wprowadzonymi do systemu ZnanyLekarz. W tym celu należy:

- z menu „Administracja” w podmenu „Słowniki” wybrać funkcjonalność „Usługi komercyjne” i wyedytować każdą z usług (jaka będzie funkcjonować w serwisie ZnanyLekarz) wskazując w polu „Usługa z serwisu ZnanyLekarz” odpowiadającą usługę z serwisu ZnanyLekarz
- z menu „Administracja” wybrać funkcjonalność „Cenniki” i wyedytować każdy z cenników (jaki będzie funkcjonować w serwisie ZnanyLekarz) zaznaczając przy takich cennikach pole „Cennik używany w serwisie ZnanyLekarz” (w każdej poradni może być tylko jeden cennik oznaczony w taki sposób; jeśli dana usługa występuje w dwóch różnych cennikach oznaczonych w taki sposób to w obydwu musi mieć taką samą cenę)
- z menu „Administracja” w podmenu „Struktura organizacyjna” wybrać funkcjonalność „Opieka medyczna”, następnie przejść do zakładki „Przychodnie” i wyedytować każdą z przychodni (jaka będzie funkcjonować w serwisie ZnanyLekarz) wskazując w polu „Placówka w serwisie ZnanyLekarz” odpowiadającą placówkę z serwisu ZnanyLekarz
- z menu „Administracja” w podmenu „Struktura organizacyjna” wybrać funkcjonalność „Opieka medyczna”, następnie przejść do zakładki „Poradnie / Oddziały” i wyedytować każdą z poradni (jaka będzie funkcjonować w serwisie ZnanyLekarz) wskazując w polu „Adres w serwisie ZnanyLekarz” odpowiadający adres z serwisu ZnanyLekarz
- z menu „Personel” wybrać funkcjonalność „Personel” i wyedytować każdą osobę (jaka będzie funkcjonować w serwisie ZnanyLekarz) wskazując w polu „Osoba w serwisie ZnanyLekarz” odpowiadającą osobę z serwisu ZnanyLekarz

Wprowadzenie powyższych powiązań kończy proces konfiguracji mechanizmów integracyjnych. Od tego momentu możliwe jest już korzystanie ze zintegrowanego środowiska jHIS-ZnanyLekarz, co oznacza że:

- zaplanowane w grafikach w jHIS sloty z zaznaczonym polem „Widoczność w serwisie ZnanyLekarz” będą automatycznie przekazywane do serwisu ZnanyLekarz
- informacje o planowaniach / przeniesieniach / odwołaniach wizyt w jHIS na slotach z zaznaczonym polem „Widoczność w serwisie ZnanyLekarz” będą automatycznie przekazywane do serwisu ZnanyLekarz
- informacje o planowaniach / przeniesieniach / odwołaniach wizyt w serwisie ZnanyLekarz będą automatycznie przekazywane do systemu jHIS a wraz z nimi dane pacjentów (pacjent w systemie jHIS odpowiadający pacjentowi z serwisu ZnanyLekarz jest ustalany na podstawie adresu email; jeśli pacjent o danym adresie email nie istnieje w jHIS, wówczas jest automatycznie dodawany do jHIS i oznaczany jako pacjent zarejestrowany przez serwis ZnanyLekarz i wymagający weryfikacji / uzupełnienia danych)

Integracja systemu jHIS z serwisem ZnanyLekarz posiada ograniczenie polegające na tym, że sloty mogą być tworzone / modyfikowane / usuwane tylko po stronie systemu jHIS. Utworzenie / modyfikacja / usunięcie slotu po stronie serwisu ZnanyLekarz spowoduje, że proces synchronizacji i tak nadpisze zmiany wprowadzone w systemie ZnanyLekarz stanem faktycznym z systemu jHIS.

BugBase

BugBase to moduł służący do obsługi zgłoszeń dotyczących systemu jHIS. Pozwala on na zgłaszanie przez użytkowników problemów pojawiających się podczas pracy z systemem. Zgłoszone problemy, błędy, sugestie, itp. trafiają do bazy, do której dostęp mają serwisanci systemu jHIS. Serwisant po otrzymaniu zgłoszenia rozwiązuje problem lub udziela wszelkich niezbędnych informacji pozwalających na rozwiązanie problemu.

Dostęp do modułu BugBase zapewniają odnośniki umieszczone w stopce systemu:

- Zgłoś Błąd – otwiera okno zgłaszania błędu
- BugBase – otwiera okno obsługi zgłoszonych błędów

Dostęp do modułu BugBase zapewniają trzy przywileje:

- BUGBASE - możliwość zgłaszania błędów – daje możliwość zgłaszania problemów oraz zapewnia dostęp do zgłoszonych przez siebie problemów
- BUGBASE - możliwość wyświetlenia błędów wszystkich zgłaszających – daje możliwość przeglądania i obsługi problemów zgłoszonych przez wszystkich użytkowników
- BUGBASE - możliwość wyceny błędów – daje możliwość wyceniania zgłoszonych problemów

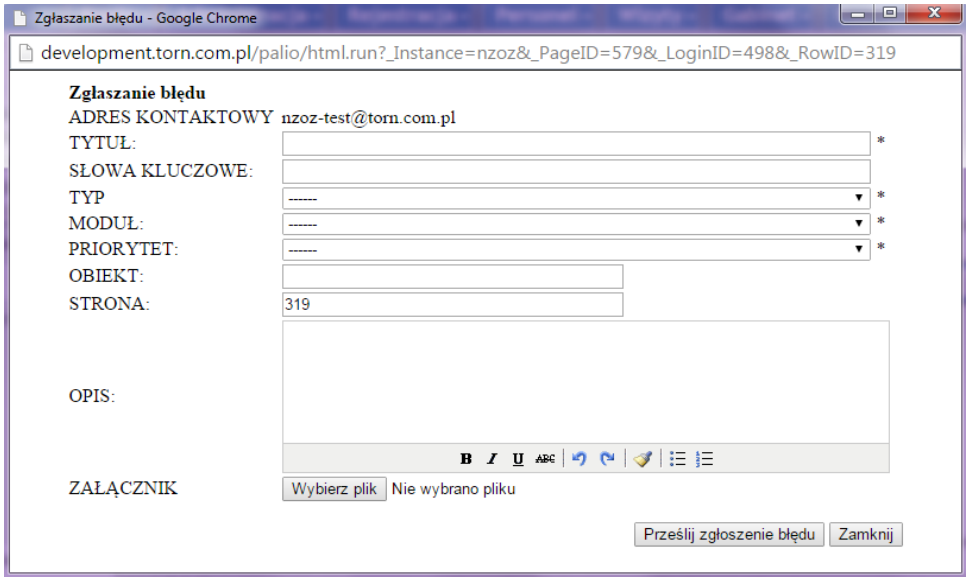
Przywileje powyższe powinny być przypisane do odpowiednich ról a role nadane użytkownikom uprawionym do zgłaszania / obsługi / wyceny zgłoszeń.

BugBase posiada wbudowany mechanizm informowania użytkowników o zgłoszonych problemach. Informacje wysyłane są przez email, w związku z czym użytkownicy korzystający z modułu oprócz odpowiednich uprawnień powinni mieć w danych w systemie jHIS wprowadzony adres email.

Przypisanie przywilejów do ról realizuje się poprzez funkcjonalność „Uprawnienia” z menu „Administracja” a przypisanie ról i adresów email do użytkowników poprzez funkcjonalność „Użytkownicy” również z menu „Administracja”.

Zgłaszanie problemów

Aby zgłosić problem, błąd, sugestię, itp. należy kliknąć na odnośnik „Zgłoś Błąd” umieszczony w stopce każdej strony systemu. Otworzy się wówczas okno dodawania nowego zgłoszenia z formularzem w którym pola obowiązkowe są oznaczone gwiazdką.



W wierszu ADRES KONTAKTOWY znajduje się adres e-mail użytkownika, o ile taki adres został wypełniony w danych użytkownika w systemie jHIS. W przeciwnym wypadku, w tym miejscu pojawia się komunikat o braku adresu mailowego i konieczności kontaktu z administratorem w celu jego nadania.

W polu TYTUŁ należy wpisać temat jakiego zgłoszenie ma dotyczyć.

W polu SŁOWA KLUCZOWE można podać dodatkowe słowa opisujące zgłoszenie.

W polu TYP ZGŁOSZENIA należy wybrać kategorię zgłoszenia.

W polu MODUŁ należy wybrać część systemu której zgłoszenie dotyczy.

W polu PRIORYTET należy określić pilność zgłoszenia.

Pole OBIEKT nie jest używane (zostało zachowane ze względu na kompatybilność wsteczną).

Pole STRONA jest wypełniane automatycznie (jest tam wpisywany identyfikator strony systemu na której wystąpił błąd).

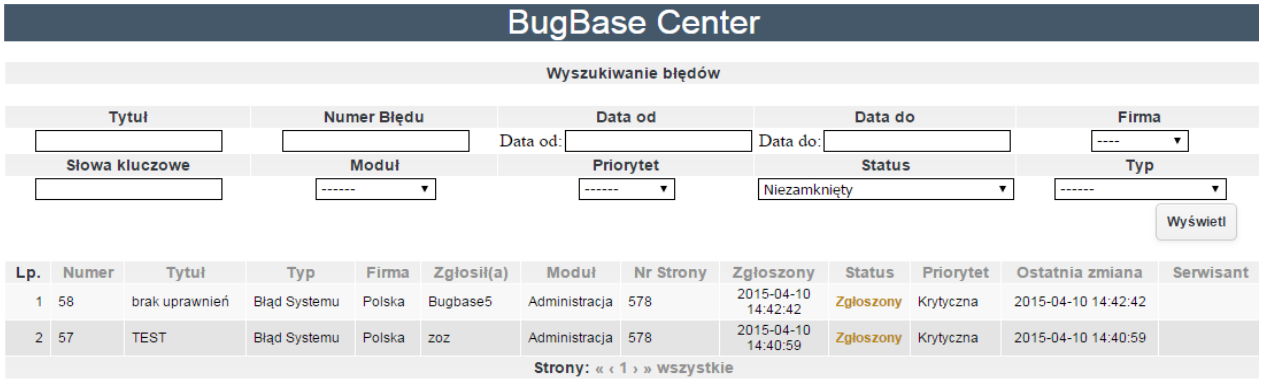
W polu OPIS należy podać maksymalnie precyzyjnie szczegóły i okoliczności wystąpienia problemu.

W polu ZAŁĄCZNIK istnieje możliwość dołączenia załącznika związanego ze zgłoszeniem.

Po uzupełnieniu wszystkich wymaganych pól należy kliknąć przycisk „Prześlij zgłoszenie błędu”. Jeśli zgłoszenie zostanie zapisane w bazie zgłoszeń, wówczas pojawi się niebieski komunikat informujący o udanej operacji (a zgłoszenie otrzyma stan ZGŁOSZONY). W przeciwnym wypadku pojawi się komunikat na czerwono z informacją o błędzie. Okno można zamknąć przyciskiem „Zamknij”.

Obsługa problemów

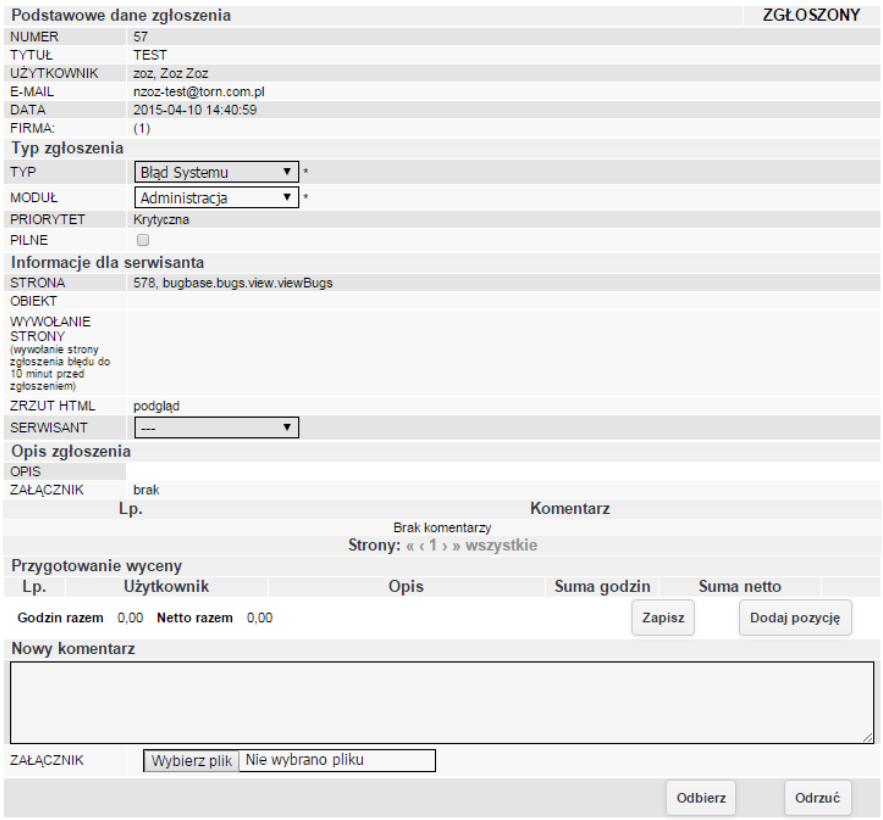
Aby wyświetlić listę zgłoszonych problemów należy kliknąć na odnośnik „BugBase” umieszczony w stopce systemu. Otworzy się wówczas okno z listą zgłoszeń



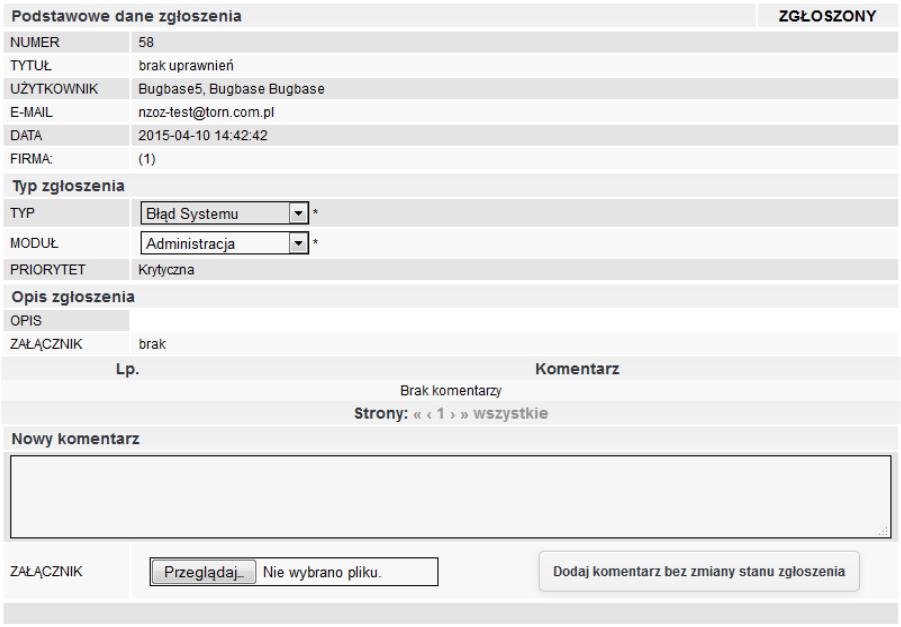
W górnej części okna znajduje się wyszukiwarka zgłoszeń. Po określeniu kryteriów wyszukiwania i naciśnięciu przycisku „Wyświetl” prezentowana jest lista zgłoszeń spełniających kryteria wyszukiwania. W zależności od posiadanych uprawnień wyświetlane są albo tylko zgłoszenia zalogowanego użytkownika albo zgłoszenia wszystkich użytkowników. W drugim przypadku w wynikach wyszukiwania wyświetlane są dodatkowe kolumny tabeli: „Firma” z której pochodzi zgłoszenie oraz „Serwisant” który jest do niego przypisany.

Aby wyświetlić szczegóły zgłoszenia należy kliknąć na odpowiedni wiersz tabeli. Pojawi się wówczas okno ze szczegółami zgłoszenia. Zawartość okna jest zależna od posiadanych uprawnień.

W przypadku użytkowników posiadających uprawnienia dostępu do wszystkich zgłoszeń w prawym górnym rogu wyświetlany jest aktualny status zgłoszenia. Poniżej podawane są dane zgłaszającego oraz wprowadzone przez niego informacje ze zgłoszenia. Dalej dostępny jest formularz zmiany typu i modułu (tylko dla zgłoszeń w stanie ZGŁOSZONY). Jeśli zgłoszenie powinno być wykonane w pierwszej kolejności istnieje możliwość oznaczenia go jako jako PILNE. Poniżej znajduje się informacja z numerem strony na której został zgłoszony błąd oraz przycisk podglądu pozwalający na wyświetlenie zrzutu ekranu zapisanego w momencie zgłaszania błędu. W polu SERWISANT wskazuje się serwisanta, który będzie realizował dane zgłoszenie. Jeżeli zalogowany użytkownik posiada przywilej wyceniania zgłoszeń, wówczas w oknie widoczna jest sekcja umożliwiająca wycenę zgłoszenia. Dostępny jest także formularz dodawania komentarza.

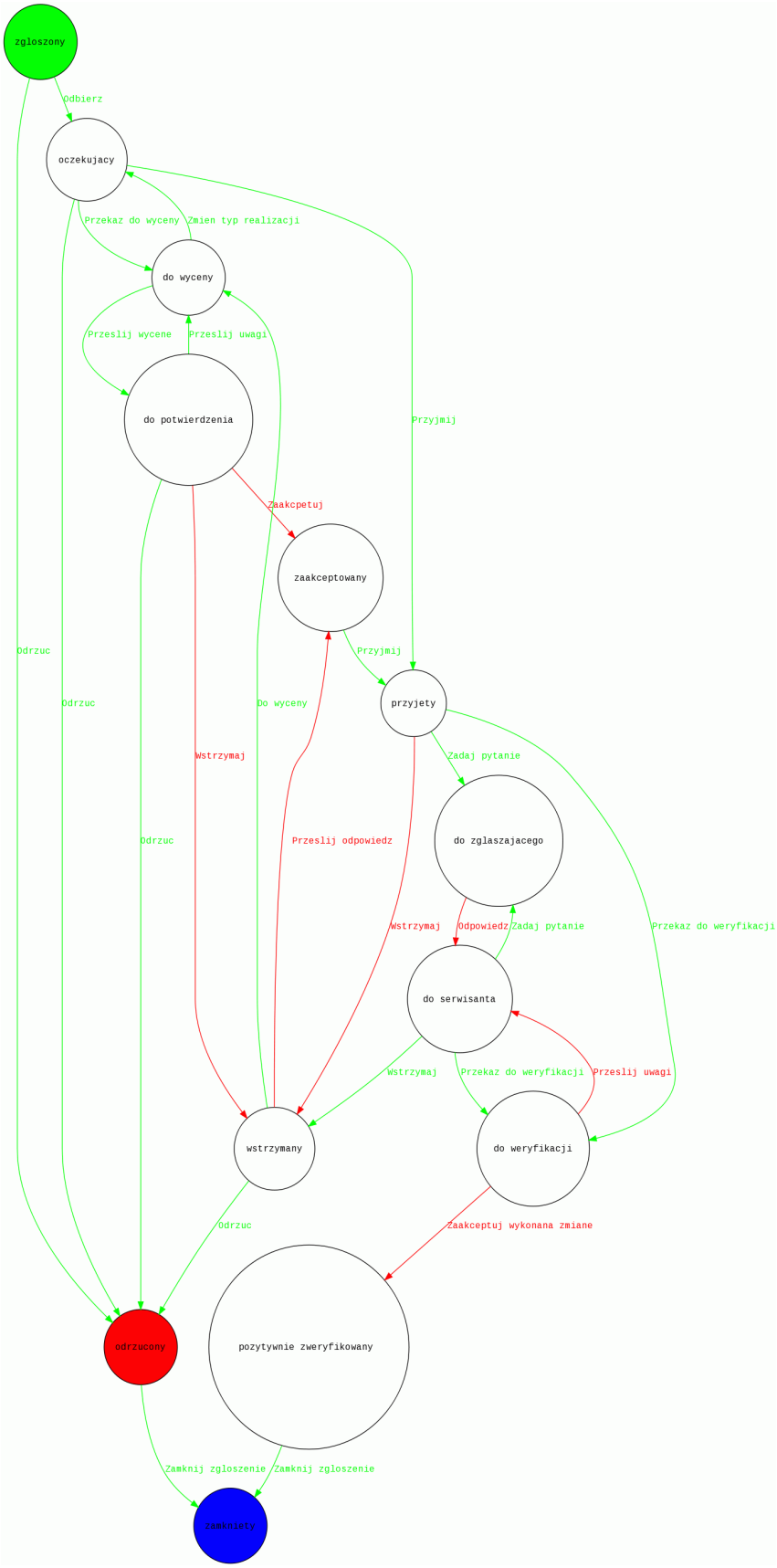


W przypadku użytkowników posiadających uprawnienia dostępu jedynie do własnych zgłoszeń w oknie szczegółów zgłoszenia wyświetlane są informacje ze zgłoszenia, formularz zmiany typu i modułu (tylko dla zgłoszeń w stanie ZGŁOSZONY) oraz formularz dodawania komentarza.



W zależności od stanu zgłoszenia na samym dole okna wyświetlane są odpowiednie przyciski akcji.

Obsługa zgłoszeń jest procesem, którego schemat wygląda następująco



Okręgi odpowiadają możliwym stanom zgłoszenia, natomiast strzałki odpowiadają czynnościom

jakie w danym stanie można wykonać aby zmienić stan zgłoszenia.

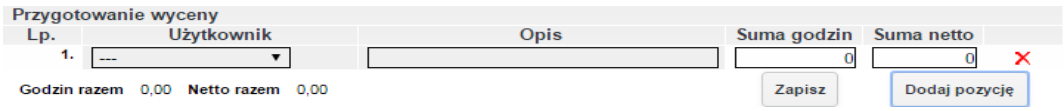
W momencie tworzenia zgłoszenia otrzymuje ono stan ZGŁOSZONY (okrąg zielony) a po jego przetworzeniu otrzymuje stan ZAMKNIĘTY (okrąg niebieski). Zielone strzałki oznaczają przejścia dostępne dla tylko dla administratora / serwisanta, natomiast czerwone to przejścia dostępne dla zgłaszającego.

Proces obsługi zgłoszenia wygląda następująco:

- Stan ZGŁOSZONY – w tym stanie administrator decyduje, czy zgłoszenie powinno być realizowane czy też nie. Jeśli tak – odbiera je naciskając przycisk „Odbierz", jeśli nie – odrzuca naciskając przycisk „Odrzuć".
- Stan OCZEKUJĄCY – w tym stanie administrator powinien przypisać serwisanta do obsługi zgłoszenia, wybierając go z listy. Od tej pory to serwisant będzie odpowiedzialny za zgłoszenie. Jeśli serwisant rozpoczyna pracę nad zgłoszeniem powinien potwierdzić jego przyjęcie do realizacji naciskając przycisk „Przyjmij". W tym stanie możliwe jest również przejście do wyceny wartości zgłoszenia, o ile użytkownik posiada odpowiedni przywilej. Aby przejść do wyceny należy użyć przycisku „Przekaż do wyceny". Zgłoszenie również może zostać odrzucone poprzez naciśnięcie przycisku „Odrzuć".
- Stan DO WYCENY – jest to stan początkowy mechanizmu wyceny zgłoszeń. Wyceny może dokonywać zarówno serwisant / administrator jak też i zgłaszający. Aby zrezygnować z wyceny należy nacisnąć przycisk „Zmień typ realizacji" (przycisk dostępny tylko dla serwisanta / administratora). Aby wycenić zgłoszenie należy nacisnąć przycisk „Dodaj pozycję".



Pojawią się wówczas pola gdzie należy wskazać serwisanta, który wykona zlecenie, wprowadzić opis oraz liczbę godzin pracy. System automatycznie wylicza stawkę netto. Możliwe jest dodanie kolejnych pozycji, jeśli, przykładowo, nad zleceniem pracuje większa liczba serwisantów.



Po wprowadzeniu danych należy kliknąć przycisk „Zapisz", a wówczas zapisane informacje będą widoczne zarówno dla serwisanta, jak i zgłaszającego. Aby przesłać wycenę do zatwierdzenia należy skorzystać z przycisku „Prześlij wycenę" (przycisk dostępny tylko dla serwisanta / administratora).

- Stan DO POTWIERDZENIA – jest to stan, w którym zgłoszenie wraca do zgłaszającego, od którego oczekuje się zaakceptowania przygotowanej przez serwisanta / administratora wyceny. Jeśli użytkownik zgadza się z wyceną klika przycisk „Zaakceptuj". Jeśli zgłaszający uzna, że wycena jest nieodpowiednia, to może takie zgłoszenie wstrzymać wpisując w komentarzu wiadomość dla serwisanta / administratora dotyczącą powodu wstrzymania i naciskając przycisk „Wstrzymaj". Serwisant / administrator oprócz

przycisków widocznych dla zgłaszającego ma do dyspozycji również przycisk „Prześlij uwagi” używany gdy to zgłaszający dokonywał wyceny, a serwisant / administrator chce poprosić o jej zmianę. Jeśli serwisant / administrator nie zgadza się z przesłaną przez zgłaszającego wyceną może takie zgłoszenie od razu odrzucić klikając przycisk „Odrzuć”.

- Stan ZAAKCEPTOWANY – jest to stan analogiczny do stanu OCZEKUJĄCY z tą różnicą, że następuje on po dokonaniu wyceny i zaakceptowaniu jej przez zgłaszającego. Jeśli serwisant rozpoczyna pracę nad zgłoszeniem powinien potwierdzić jego przyjęcie do realizacji naciskając przycisk „Przyjmij”.
- Stan PRZYJĘTY – w tym stanie zgłoszenie jest realizowane przez serwisanta. W dowolnym momencie, zarówno administrator / serwisant, jak i zgłaszający może zgłoszenie wstrzymać (naciskając przycisk „Wstrzymaj”) jeśli zajdą jakieś nieprzewidziane wcześniej okoliczności (np. konieczność ponownej wyceny). Wówczas serwisant przerywa realizację zgłoszenia. Jeśli serwisant ma jakieś pytania do zgłaszającego klika przycisk „Zadaj pytanie”. Wówczas zgłoszenie przechodzi na stronę zgłaszającego do czasu przesłania przez niego odpowiedzi. Gdy zgłoszenie zostanie zrealizowane, serwisant przekazuje je do weryfikacji przez zgłaszającego, aby mógł określić, czy zostało poprawnie zrealizowane – służy do tego przycisk „Przekaż do weryfikacji”.
- Stan DO ZGŁASZAJĄCEGO – w tym stanie zgłoszenie oczekuje na odpowiedź zgłaszającego na pytanie serwisanta. Zgłaszający powinien na to pytanie odpowiedzieć wpisując odpowiedni komentarz i klikając przycisk „Odpowiedz”.
- Stan DO SERWISANTA – gdy zgłaszający prześle serwisantowi odpowiedź na jego pytanie lub gdy zgłoszenie nie zostanie pozytywnie zweryfikowane przez zgłaszającego, wówczas otrzymuje ono niniejszy stan. Jeśli odpowiedź zgłaszającego powoduje, że zgłoszenie nie może być dalej realizowane w obecnej formie, należy takie zgłoszenie wstrzymać klikając przycisk „Wstrzymaj”. Serwisant może zadać kolejne pytanie zgłaszającemu klikając przycisk „Zadaj pytanie”. Jeśli zgłoszenie zostanie zrealizowane należy przekazać je do weryfikacji za pomocą przycisku „Przekaż do weryfikacji”.
- Stan DO WERYFIKACJI – stan ten otrzymuje zgłoszenie zrealizowane przez serwisanta. Zgłaszający powinien określić, czy zostało ono zrealizowane poprawnie. Jeśli tak – powinien kliknąć przycisk „Zaakceptuj wykonaną zmianę”, jeśli nie – powinien przesłać uwagi do serwisanta klikając przycisk „Prześlij uwagi”.
- Stan POZYTYWNIE ZWERYFIKOWANY – stan oznaczający że zgłoszenie zostało poprawnie zrealizowane, wobec czego może zostać zamknięte przez serwisanta / administratora za pomocą przycisku „Zamknij zgłoszenie”.
- Stan WSTRZYMANY – w procesie obsługi zgłoszenia możliwe jest jego wstrzymanie zarówno przez zgłaszającego jak i przez serwisanta / administratora. Gdy zgłaszający wstrzyma zgłoszenie podczas zatwierdzania wyceny serwisant / administrator może takie zgłoszenie odrzucić (przycisk „Odrzuć”) lub przekazać do ponownej wyceny (przycisk „Do wyceny”). Również podczas realizacji zgłoszenia przez serwisanta możliwe jest jego wstrzymanie aby zgłoszenie zostało ponownie wycenione lub odrzucone. Gdy zgłoszenie znajduje się w stanie WSTRZYMANY a nie wymaga ponownej wyceny wówczas zarówno serwisant / administrator jak i zgłaszający może przesłać uwagi, a zgłoszenie trafi do stanu ZAAKCEPTOWANE i rozpocznie się jego ponowna realizacja.
- Stan ODRZUCONY – stan oznaczający przerwanie przetwarzania zgłoszenia bez jego realizacji. Zgłoszenie odrzucone należy zamknąć korzystając z przycisku „Zamknij zgłoszenie”.

- Stan ZAMKNIĘTY – stan oznaczający zakończenie przetwarzania zgłoszenia.

Przy każdej zmianie stanu zgłoszenia system wysyła do zgłaszającego oraz do serwisanta przypisanego do zgłoszenia wiadomość e-mail informującą o tej zmianie. Wszelkie komentarze i załączniki dodawane w formularzu zgłoszenia są dołączane do wysyłanej wiadomości. Nie należy odpowiadać na otrzymane wiadomości – mają one na celu jedynie poinformować użytkowników, że nastąpiła zmiana w zgłoszeniu. Po otrzymaniu takiej wiadomości należy przejść do systemu BugBase, wyszukać właściwe zgłoszenie i zareagować adekwatnie do stanu zgłoszenia.

Podsumowanie

System jHIS stanowi kompleksowe rozwiązanie w zakresie obsługi publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej realizujących opiekę ambulatoryjną, domową, szpitalną (jednodniową) i długoterminową opiekę w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Posiada zaimplementowane mechanizmy zarządzania danymi pacjentów i personelu, tworzenia grafików pracy personelu i aparatury medycznej, planowania i obsługi wizyt, zabiegów i operacji (w tym obsługi gabinetowej), rozliczeń komercyjnych (z pacjentami i zakładami pracy) i niekomercyjnych (z NFZ). System integruje się z laboratoriami diagnostycznymi (korzystającymi z systemu MARCEL i korzystającymi z systemu eLab), z systemem Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców (eWUŚ), systemem elektronicznych zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne (eZWM), platformą PUE ZUS (w zakresie obsługi elektronicznych zwolnień lekarskich), platformą P1 (w zakresie obsługi e-recept), systemami kolejkowymi (Nemo-Q), serwisem ZnanyLekarz oraz termometrami internetowymi (TME) i drukarkami fiskalnymi (Novitus Online). Posiada także dedykowany portal umożliwiający pacjentom umawianie się na wizyty przez internet. Do jego zalet należy zaliczyć prostotę i ergonomię, tak ważne z punktu widzenia użytkowników. Dzięki udostępnieniu interfejsu użytkownika przez przeglądarkę internetową system nie wymaga instalacji na stacjach roboczych i może być używany na urządzeniach mobilnych (np. tablety). Wykorzystanie platformy jPALIO zapewnia natomiast wysoką skalowalność, wydajność i niezawodność.