

Стаціонар

- Інструкція для лікаря стаціонару
- Інструкції для приймального покою (візити)

Інструкція для лікаря стаціонару

Для того, щоб працювати зі стаціонарною картою пацієнта, натисніть на панелі інструментів модуль «**Стаціонар**» і оберіть реєстр «**Стаціонарні картки 003**».

У реєстрі, що відкриється, лікар буде бачити список пацієнтів, які перебувають у стаціонарі. Для того, щоб розпочати роботу виберіть зі списку пацієнта і відкрийте його Електронну Медичну Картку (ЕМК) дворазовим натисненням на конкретний рядок.

Stationary Cards - 003/o

Головна Вигляд

Відкрити Закрити Оновити Експорт

ЕМК

Реєстр Спеціальні дії

Стаціонар << Організація

Прізви	Ім'я	По бать	Дата і	Стать	Індивіду	Номер д	Дата гос	Планова
Куц...	Павло	Микол...	19.01....	Чолові...	254531	3945	24.09....	Плано...
Куц...	Яніна	Олекс...	28.01....	Жіноча	254524	6155	16.12....	Плано...
Ми...	Волод...	Волод...	04.04....	Чолові...	250773	4056	03.09....	Плано...
Фіс...	Віктор	Григо...	05.09....	Чолові...	242356	5962	18.07....	Плано...
Нос...	Олег	Іванов...	16.03....	Чолові...	250919	8802	21.11....	Плано...
Ком...	Дмитро	Микол...	07.11....	Чолові...	249871	3581	26.09....	Плано...
Нікі...	Оксана	Василі...	11.07....	Жіноча	17127	5996	25.09....	Плано...
Бон...	Віталій	Васил...	02.08....	Чолові...	6480	4648	26.09....	Плано...
Гумі...	Андрій	Анато...	15.09....	Чолові...	210541	4656	18.10....	Плано...
Гар...	Микола	Дмитр...	14.10....	Чолові...	254057	1709	13.04....	Плано...
Вор...	Андрій	Віктор...	05.04....	Чолові...	242310	3983	29.07....	Плано...
Луц...	Юрій	Волод...	19.06....	Чолові...	254086	241-a	08.06....	Плано...
Гец...	Олег	Анато...	24.09....	Чолові...	20630	333	20.02....	Плано...
Гор...	Влади...	Волод...	29.09....	Чолові...	249637	592	04.03....	Плано...
Пан...	Дмитро	Андрі...	12.01....	Чолові...	241736	4620	13.06....	Плано...
Сух...	Євген	Олекс...	30.11....	Чолові...	1392	1719	21.04....	Плано...

У відкритій картці ЕМК потрібно обрати відповідну (останню) стаціонарну картку і заповнити Поля **Палату** та **Ліжко** та натиснути на кнопку **Зберегти** потім заповнити гілки стаціонарної картки пацієнта:

Медичні документи Прийом препаратів Ключова інформація пацієнта Епізоди

Основне

Дата з* 24.09.2013 10:59 Дата по Стан **Прийнято**

Відділення* **Терапевтичне**

Палата* **×** Ліжко* **×**

Орієнтовна дата переміщення

Зберегти

Попередні консультації
Верифікаційні дослідження на ВІЛ
Імпортовані випадки ТБ з eTBmanager
Таблиця імунізацій
Діагнози
Журнал відстеження пацієнтів
Направлення в інші ЗОЗ
Результати дослідження
Стаціонарна картка 003 № 3945 від 24.09.2013
Первинне обстеження стаціонар
Щоденники огляду
Температурні листки стаціонар

Первинне обстеження стаціонарне

Медичні документи | Прийом препаратів | Ключова інформація пацієнта | Епізоди

Основне

Дата* Госпіталізація

Ким направлений* Не вибрано жодного значення 303

Узгоджено № бригади та підстанції

Код обстеження на ВІЛ інфекцію Не вибрано жодного значення

Необхідність листка непрацездатності

Діагноз в направленні

Файли [Завантажити 'Файли'](#) [Сканувати 'Файли'](#)

Скарги хворого

Огляд

Педикульоз Короста


Ванна

Зберегти Скасувати Далі

Заповнюємо всі необхідні поля гілки «**Первинне обстеження стаціонарне**» шляхом вибору даних з випадваючих списків, або шляхом набору тексту з клавіатури в текстових полях, використанням шаблонів, також відмітити відповідні стани та симптоми шляхом проставляння прапорців.

Додатково можливо заповнити Антропометрію, Анамнез життя, Анамнез хвороби, Верифікаційні дослідження...

Щоденник огляду

Для створення нового щоденника потрібно натиснути іконку «Додати» , після чого з'явиться форма для заповнення:

Алергічні реакції
Таблиця імунізацій
Таблиця лікарняних листків
Флюорографічні обстеження
Стационарна картка 003 № 2895 від 01.07.2019
Первинне обстеження стаціонарне
Щоденники огляду
Щоденник огляду від 31.07.2019
Антропометрія
Призначені препарати
Діагноз
Перелік операцій
Температурні листи
Заключний діагноз
Лікарняний листок
Направлення на аналізи
Ультразвукові дослідження

Сумісний огляд з заведдінням ☒

Стан легкого ступеня тяжкості

Скарги вологий кашель, покращення

Призначення лікування переносить добре

Дієту дотримук Шкірні покриви рожеві

Частота пульсу 86 за хвилину ритмічний Артеріальний тиск мм. рт. ст

Тони серця гучні

ЕКГ

Дихання жорстке

Хрипи ☒ сухі та вологі розсіяні хрипи

Симптоми подразнення очеревини негативні

Аускультативно активна перискартика

Живіт м'який; безболісний; симетричний; нездутий; приймає участь у акті дихання

Печінка біля краю реберної дуги, виступає на см край печінки

Нирки не пальпуються

Набряки

Активация Windows
Перейдіть до розділу "Наст..."
Зберегти Скасувати Далі

Заповнюємо всі необхідні поля гілки «**Щоденник огляду**» шляхом вибору даних з випадваючих списків, або шляхом набору тексту з клавіатури в текстових полях, використанням шаблонів, також відмітити відповідні стани та симптоми шляхом проставляння прапорців.

Після введення даних, у всі необхідні поля, необхідне їх збереження, для цього необхідно натиснути кнопку «**Зберегти**» у нижньому правому кутку , або «**Зберегти**» у верхньому лівому кутку.

Для переходу на іншу гілку стаціонарної картки необхідно після збереження натиснути кнопку «Далі»,

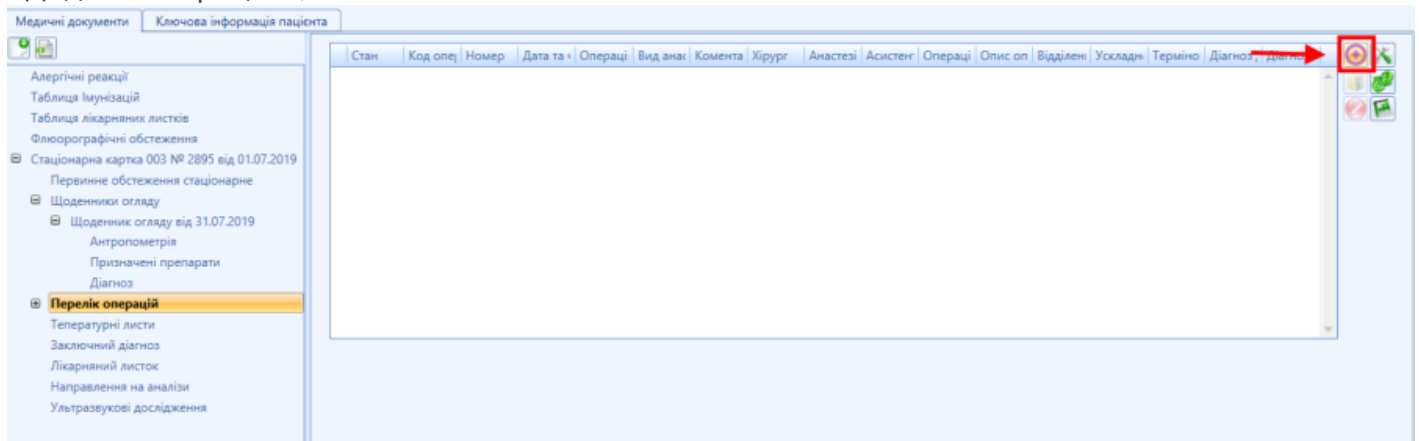
або обрати відповідну гілку шляхом наведення курсору та натисненням лівою клавішею миші на неї.

При потребі, під відповідним **Щоденником** можна заповнити дані по АТ, ЧСС, ЧД ІМТ, в гілці «Антропометрія», додатково призначених препаратах в гілці «Призначені препарати», при зміні діагнозу, в гілці «Діагноз».

Видрукувати щоденники, можна натиснувши правою кнопкою миші на гілку **Щоденники огляду** , під стац. картою і вибравши Друк всіх щоденників чи Друк конкретного щоденника.

Перелік операцій

У гілку Перелік операцій лікар вносить дані про хірургічне втручання натиснувши на іконку «Додати операцію»,



У відкритій картці вносимо відповідну інформацію про операцію чи втручання, її деталізацію, тип знеболювання, ім'я лікаря-хірурга та анестезіолога, а також ускладнення, якщо вони виникали під час операції.

Персонал		Загальна інформація	
Хірург*	<input type="text" value="ХірургСтац Чутове"/>	Анестезіолог	<input type="text"/>
Асистенти	<input type="text" value="Не вибрано жодного значення"/>	Операційна сестра	<input type="text"/>
Операція		Відділення* <input type="text" value="Хірург.-гінеколо"/>	
Операція/втручання*		<input type="text" value="DD5.14.02 Черезротовий дренаж абсцесу - парафарингеального"/>	
Дата та час початку*		Терміновість* <input type="text" value="Ургентна"/>	
<input type="text" value="02.08.2019 10:00"/>		Стан* <input type="text" value="Проведена"/>	
Дата та час завершення*		Категорія <input type="text"/>	
<input type="text" value="02.08.2019 11:00"/>		Тривалість <input type="text" value="1 год. 00 хв."/>	
Опис			
Діагноз до операції	<input type="text" value="J39.0 - Ретрофарингеальний та парафарин"/>	Діагноз після операції	<input type="text" value="J39.0 - Ретрофарингеальний та парафарин"/>
Результат	<input type="text" value="Успішна"/>	Ускладнення	<input type="text"/>
Вид анестезії	<input type="text" value="Місцева"/>	Причина скасування	<input type="text"/>
Опис операції	<input type="text" value="Розріз завдовжки 1 см проведено на середині лінії, що з'єднує основу язичка і останній корінний зуб. Потім тупо (носовим корнцангом) проколото і розсунуто м'які тканини на глибину 1-2 см, та електровідсмоктувачем"/>		
Опис препарату	<input type="text"/>		

Активация Windows
Перейдіть до розділу "Настроїти" щоб активувати Windows.

Після заповнення зберігаємо і переходимо на наступну вкладку.

Температурні листи

У гілці Температурні листи лікар бачить інформацію про температуру пацієнта в залежності від часу доби і дати вимірювання, а також має можливість внести інформацію за допомогою іконки «Додати».

Дата	Час доби	Температура
02.08.2019	ранок	37,2
02.08.2019	вечір	37,4

Заключний діагноз

Заповнюємо всі необхідні поля гілки «Заключний діагноз» шляхом введення даних в поля з випадаючими списками, де є можливість обрати необхідні данні, або шляхом набору тексту з клавіатури в текстових полях, використанням шаблонів, також картка містить різні закладки з діагнозами: «Основний діагноз», «Супутні діагнози», «Ускладнення»:

Основний діагноз

Дата встановлення*

Опис діагнозу

МКХ-10 D25.1 - Інтрамуральна лейоміома матки

Статус за діагнозом* Підтверджений

Додати Скасувати Підтвердити Скасувати підтвердження

Супутні діагнози

Дата встановлення	МКХ-10	Опис діагнозу	Статус за діагнозом	Стадія лікування
-------------------	--------	---------------	---------------------	------------------

Зберегти Скасувати Далі

Після заповнення основного діагнозу його можна Підтвердити, Скасувати та Додати ще один Основний діагноз .

Супутні діагнози

Дата встановлення	МКХ-10	Опис діагнозу	Статус за діагнозом	Стадія лікування
-------------------	--------	---------------	---------------------	------------------

Ускладнення

Дата встановлення	МКХ-10	Опис діагнозу	Статус за діагнозом	Стадія лікування
-------------------	--------	---------------	---------------------	------------------

При потребі заповнити Супутні діагнози, а також Ускладнення використовуючи кнопки на панелі інструментів.

Направлення на аналізи

Для створення нового направлення на дослідження потрібно натиснути іконку «Додати» з'явиться форма для заповнення направлення:

Направлення на аналізи (Створення)

Направлення

Лабораторія* **Лабораторія ЦРЛ**

Тип направлення* **Лабораторні дослідження**

Номер Планова дата здачі Кабінет

Пошук Очистити

	Тип дослідження	Вид дослідження	Назва аналізу	Мета дослідження
<input type="checkbox"/>	Клінічні дослідження	ДОСЛІДЖЕННЯ СЕЧІ	мікроальбумінурия	
<input type="checkbox"/>	Клінічні дослідження	Дослідження спин.-мозк. рі...	Аналіз спинно-мозкової рі...	
<input type="checkbox"/>	Клінічні дослідження	ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРКОТИН...	Аналіз мокротиння на БК	
<input checked="" type="checkbox"/>	Клінічні дослідження	Клінічні дослідження	Аналіз ексудату (плевральна)	
<input type="checkbox"/>	Клінічні дослідження	Клінічні дослідження	Аналіз трансудату (плеврал...	
<input type="checkbox"/>	Клінічні дослідження	Клінічні дослідження	Дослідження на трихомона...	
<input type="checkbox"/>	Клінічні дослідження	Клінічні дослідження	Загальний аналіз крові	
<input checked="" type="checkbox"/>	Клінічні дослідження	Клінічні дослідження	Загальний аналіз сечі	
<input type="checkbox"/>	Клінічні дослідження	Клінічні дослідження	Мікроскопічні дослідження...	
<input type="checkbox"/>	Цитологічні дослідження	Цитологія	Цитологічні дослідження с...	

Вибрати всі Зняти всі Вибрано 2 з 23

Ok Скасувати

Направлення на аналізи

Заповнюємо необхідні поля гілки «Направлення на аналізи» шляхом введення даних в поля з випадаючими списками, де є можливість обрати необхідні данні.

В полі «Лабораторія» вибираємо відповідну лабораторію лікувального закладу.

Якщо обрано в полі «Тип направлення»- «Лабораторні дослідження», необхідно проставити прапорці напроти потрібних значень і натиснути «Ok».

Після цього кожному направленню присвоюється номер і його зможе опрацювати лабораторія.

Медичні документи Ключова інформація пацієнта

№ направ.	Дата направле	Аналіз	Дата забору біс	Дата дослідже	Стан	Без направлення
23	17.05.2019	Загальний аналіз крові			Новий	<input type="checkbox"/>
24	17.05.2019	Загальний аналіз крові			Новий	<input type="checkbox"/>

Алергічні реакції
Таблиця імунізацій
Таблиця лікарняних листків
Амбулаторна картка № 279 від 17.05.2019
Стационарна картка 003 № 20 від 24.04.2019
Первинне обстеження стаціонарне
Щоденники огляду
Перелік операцій
Заключний діагноз
Лікарняний листок
Направлення на аналізи
Ультразвукові дослідження

Після опрацювання лабораторією направлення в стані «Новий» переходить у стан «Виконано», тільки тоді лікар може побачити готові результати.

Виписка пацієнта

Для того щоб виписати пацієнта з стаціонару необхідно:

1. Натиснути на **Стационарну картку 003** Пацієнта
2. Натиснути **Виписати**
3. Заповнити поля виписки: **Дата виписки, Стан при виписці, Тип епікризу, Уточнення епікризу, Лікар.**
4. За необхідності можна Сформувати Виписку пацієнта
5. Натиснути на Кнопку **ОК**, пацієнт випикується зі стаціонару.

Медичні документи | Прийом препаратів | Ключова інформація пацієнта | Епізоди

Основне

Дата з* 13.06.2019 13:59 - Дата по - Стан **Прийнято**

Відділення* Терапевтичне

Палата* 1 Вільних ліжок: 3 - Ліжко* 10 Терапевтичні

Орієнтовна дата переміщення

Видалити | Перевести | **Виписати** | Відмінити випику

Зберегти | Скасувати | Далі

Попередні консультації
Верифікаційні дослідження на ВІЛ
Імпортовані випадки ТБ з eTBmanager
Таблиця імунізацій
Діагнози
Журнал відстеження пацієнтів
Направлення в інші ЗОЗ
Результати дослідження
Стационарна картка 003 № 4620 від 13.0
Первинне обстеження стаціонар
Щоденники огляду
Температурні листки стаціонар
Направлення на аналізи
Перелік операцій
Результати досліджень
Направлення пацієнта
Заключний діагноз

Стационарна картка

Номер документа 3 - Дата госпіталізації* 11.12.2019 13:37

Госпіталізація* ☒ Планова ☐ Ургентна - Відділення при госпіталізації Терапевтичне





Ким направлений - Ким доставлений Самостійно

Дата виписки/смерті 12.12.2019 14:01 - Кількість днів в стаціонарі 1

Стан при виписуванні* Без змін - Лікар

Тип епікризу* Виписний

Уточнення епікризу рекомендовано проходження курсу детоксикації

Виписка   Форма 027 (003).html.DF  

Сформувати випику

Ок | Скасувати

Медичні документи | Прийом препаратів | Ключова інформація пацієнта | Епізоди

Основне

Дата з* 12.12.2019 13:37 - Дата по 12.12.2019 14:01 - Стан **Виписано**

Відділення* Терапевтичне

Палата* 1 Вільних ліжок: 389 - Ліжко* 1 Терапевтичні

Перевести | **Виписати** | Відмінити випику

Попередні консультації
Верифікаційні дослідження на ВІЛ
Імпортовані випадки ТБ з eTBmanager
Амбулаторна картка № 1 від 04.12.2019
Таблиця імунізацій
Діагнози
Журнал відстеження пацієнтів
Направлення в інші ЗОЗ
Результати дослідження
Стационарна картка 003 № 3 від 11.12.20
Первинне обстеження стаціонар
Щоденники огляду
Температурні листки стаціонар
Направлення на аналізи
Перелік операцій
Результати досліджень
Направлення пацієнта
Заключний діагноз

Після цього пацієнт виписується. Стан стає Виписано, звільняється ліжко в палаті на якому перебував пацієнт.



Статистична карта хворого, який вибув із стаціонару (форма 066/о)

Для того, щоб згенерувати «Статистичну карту хворого, який вибув із стаціонару»

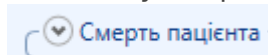
необхідно на **головній панелі** натиснути кнопку «**Згенерувати форму 066**» після **виписки пацієнта**, після чого, з'явиться відповідна форма.

Заповнюємо всі необхідні поля картки «**Статистичної карти хворого, який вибув із стаціонару**» шляхом введення даних в поля з випадаючими списками, де є можливість обрати необхідні данні, або шляхом набору тексту з клавіатури в текстових полях, використанням шаблонів (див. **Мал.17 Поле додавання шаблону**) та зазначенням відповідних прапорців.

Дата та час*	01.03.2019 09:18	№ док.*	2	Дата док.	04.03.2019	Форма картки	096/о
				Стац. картка	№ 2 від 01.03.2019. Кількість днів в стаціонарі 0		
Пацієнт							
ПІБ*	Тестова Жінка			Стать*	<input type="radio"/> Чоловіча <input checked="" type="radio"/> Жінча		
Документ				Дата народж.	24.02.1980	Вік	39
				Номер			
				Громадянство	Україна		
Місце проживання							
Нас. пункт				Адреса			
				Місце роботи			
				Індекс			
Госпіталізація							
Направлений				Ким доставлений			
Діагноз				Відділення	Відділення патології	Профіль ліжка	Патології вагітних
Опис діагнозу							
Госпіталізація*	<input type="radio"/> Планова <input checked="" type="radio"/> Ургентна			Відділення при виписуванні	Відділення патології	Профіль ліжка	Патології вагітних
Госпіт. з приводу цього захв.	<input type="radio"/> Вперше <input type="radio"/> Повторно			Результат лікування	З одужанням	Дата виписки/ смерті*	01.03.2019 09:20
Термін госпіталіз.							

Статистична карта

У випадку смерті пацієнта заповнюємо вкладку «Смерть пацієнта» натиснувши на стрілочку



з'явиться необхідна для заповнення вкладка:

Смерть пацієнта			
Патологоанатомічний діагноз*			
Додати			
№ свідоцтва про смерть			
Причини смерті:	I Основні	а)	
		б)	
Тижд. вагітн.		в)	
День післяпол.		г)	
	II Інші причини		

Після введення даних у всі необхідні поля необхідно їх зберегти.

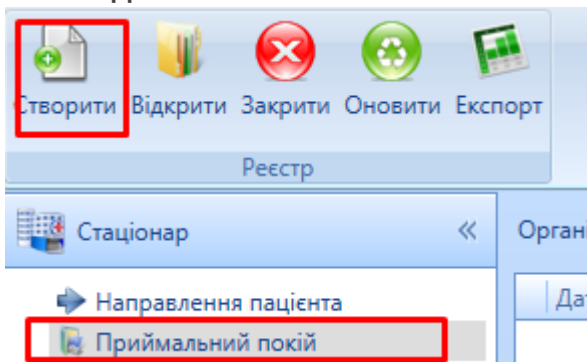
Інструкції для приймального покою (візити)

Створення та передача інформації по госпіталізації можлива у двох випадках:

1. У разі звернення без направлення, у випадку самозвернення чи БШМД.
2. У разі наявності в пацієнта Направлення від лікаря ПМД/СМД;

Реєстрація пацієнта у разі звернення без направлення, у випадку самозвернення чи БШМД.

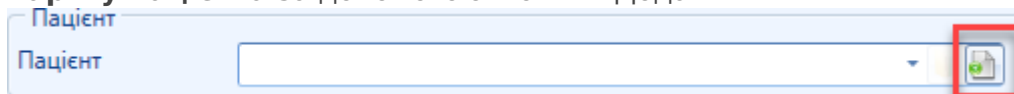
Для реєстрації пацієнта, який поступив у стаціонар без електронного направлення необхідно виконати:



- 1) Перейти в реєстр «Приймальний pokій»;
- 2) Натиснути на кнопку «Створити»;

У вікні **створення візиту** необхідно заповнити всі поля:

1. В полі **Пацієнт** вказуємо Прізвище та Ім'я пацієнта, після чого потрібно обрати з випадаючого списку (Випадаючий список відображає лише перших 20 значень, тому прописуємо Прізвище та Ім'я дуже уважно і звіряємо дату народження);
Якщо пацієнта **немає** у випадаючому списку (тобто в базі пацієнтів ЛЗ), потрібно **створити картку пацієнта** за допомогою іконки «Додати» :



У вікні Створення картки пацієнта заповнити відповідні поля (Для швидкого переміщення по полях можна використовувати кнопку «TAB»)

Після закінчення створення нової картки пацієнта, повертаємось до візиту, а саме розділу госпіталізації:

2. Вказуємо **Дата і час госпіталізації**

3. Вказуємо **Тип візиту**: при виборі **Госпіталізації** -генерується Стаціонарна карта 003 та реєструються в 001 журналі відповідно .

4. У розділі **Госпіталізація** - вказуємо планово або ургентно.

- Якщо обирається ургентна госпіталізація, у полі **Ким направлений** вибираєм – Швидка та вписуємо номер бригади КШД .
- Якщо вказуємо планову госпіталізацію, в полі **Ким направлений** обираємо: Самостійно або За направленням;

5. Заповняєм поля **№ в журналі** та **Номер стац. Карти**.

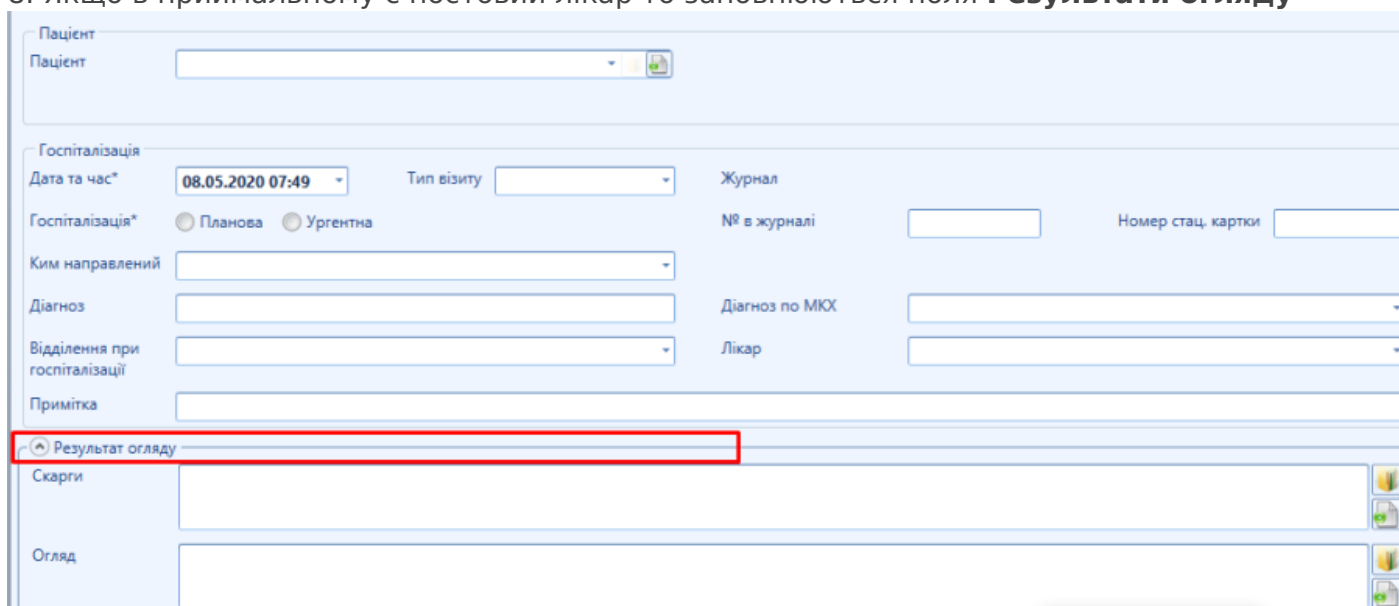
6. Вказуємо **діагноз при прийомі** за МКХ10 можливі 2 варіанти введення:

- за кодуванням- наприклад: J45
- за назвою захворювання -Наприклад: Астма, і вибираєм з випадаючого списку.

Якщо захворювання не знайшли у випадаючому списку, потрібно вписати його в поле **Опис діагнозу**. В **описі діагнозу** можна вказувати доповнення по діагнозу, або попередній діагноз.

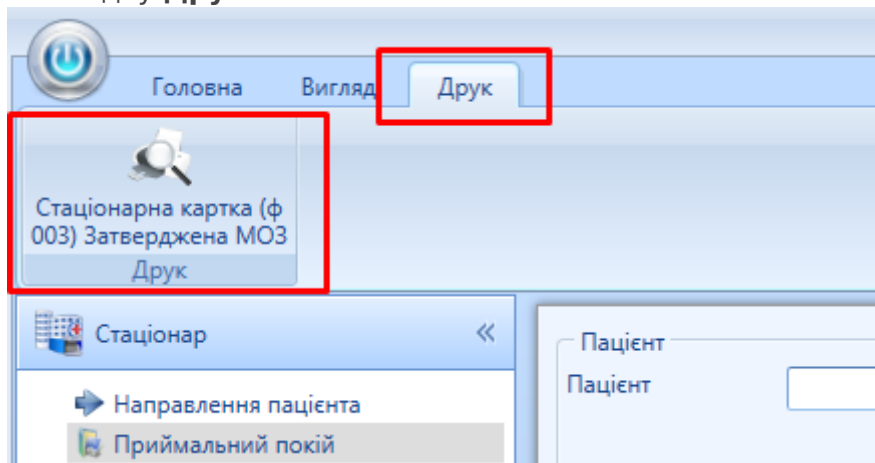
7. **Відділення при госпіталізації** прописуємо відповідне відділення.

8. Якщо в приймальному є постовий лікар то заповнюються поля **Результати огляду**



9. Для збереження картки візиту і виходу з неї - натискаємо кнопку «Зберегти і закрити», після цього автоматично створюється Стаціонарна картка в ЕМК.

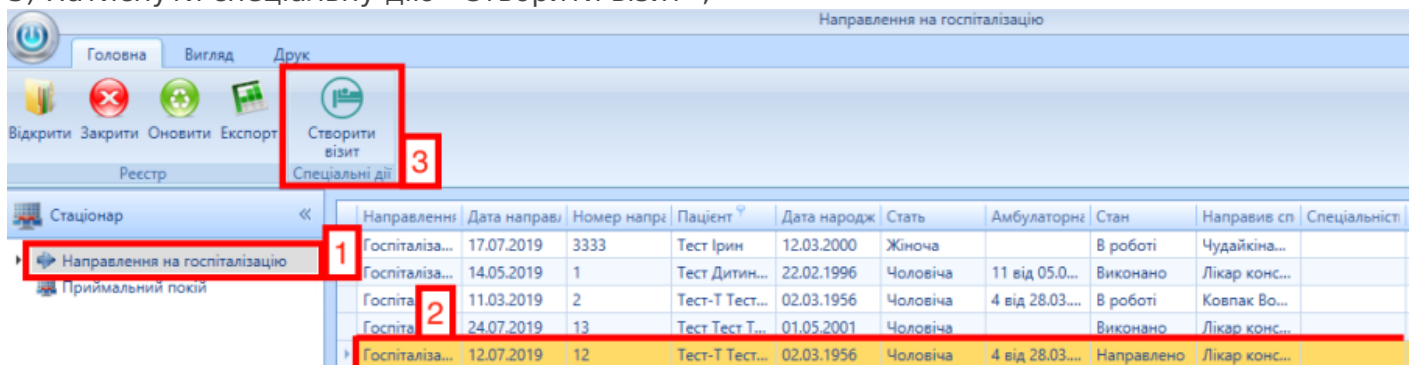
10. Також можливо роздрукувати титульний листок **Стаціонарної картки 003**, перейшовши в вкладку **Друк**



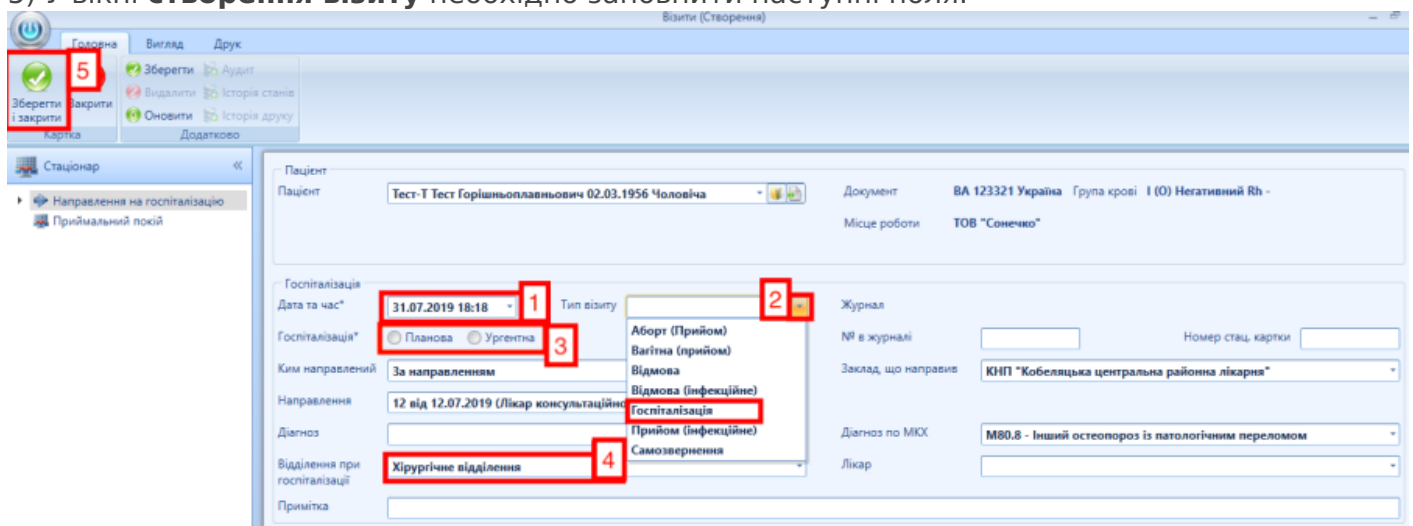
Перейшовши в загальний реєстр Приймальний pokій, можна переглядати всі введені картки пацієнтів, які поступили в стаціонар. Ці дані можна сортувати в залежності від того, яку інформацію ви хочете бачити. Наприклад: поставивши фільтр по даті надходження, буде доступна інформація тільки за поточний день.

Реєстрація пацієнта і направлення у відділення через Направлення пацієнта
Для реєстрації пацієнта, який поступив у стаціонар по направленню лікаря необхідно виконати:

- 1) Перейти в реєстр «Направлення пацієнта»;
- 2) Обрати направлення відповідного пацієнта (можна скористатись фільтрами по даті направлення, ПІП, спеціалісту, що направив) ;
- 3) Натиснути спеціальну дію «Створити візит»;



5) У вікні **створення візиту** необхідно заповнити наступні поля:



1. **Дата і час госпіталізації;**
2. **Тип візиту:** при виборі Госпіталізації -генерується Стаціонарна карта 003, що реєструються в 001 журналі відповідно.
3. У розділі **Госпіталізація** - вказуємо планово або ургентно.
4. Заповнюються **№ в журналі** та **Номер стац. картки**
5. В полі **Відділення при госпіталізації** вибираємо з випадającego списку відповідне відділення;
6. Після того, як вся інформація заповнена, натискаємо кнопку «ЗБЕРЕГТИ». Внаслідок цієї дії, автоматично створюється стаціонарна картка в ЕМК, а також присвоюється номер у журналі 001.
7. Для збереження картки візиту і виходу з неї - натискаємо кнопку «Зберегти і закрити».