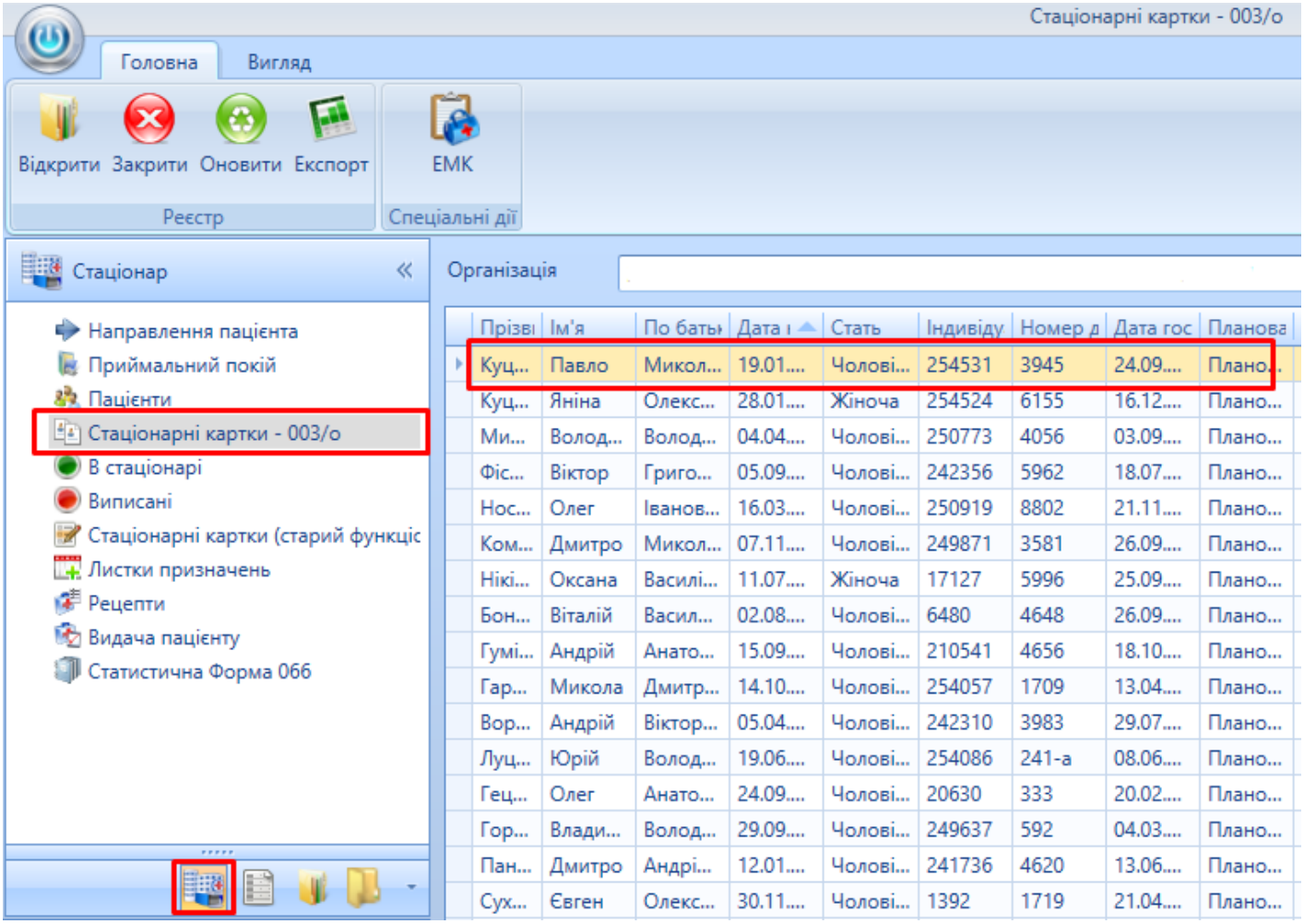
??????????

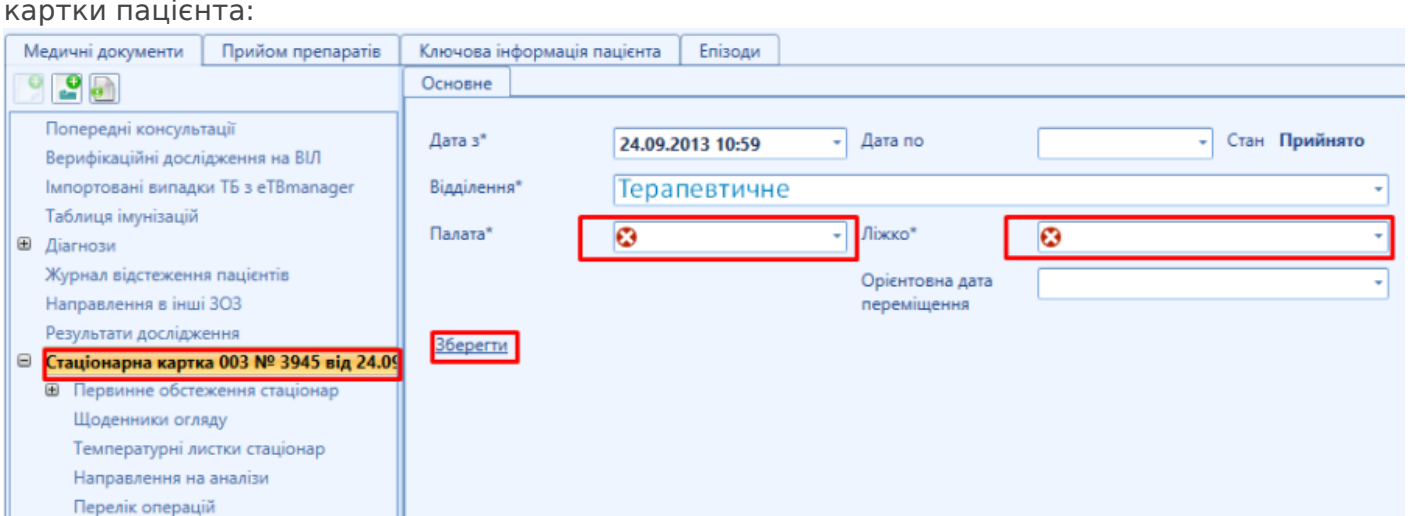
- Інструкція для лікаря стаціонару
- Інструкції для приймального покою (візити)

?????????? ??? ?????? ??????????

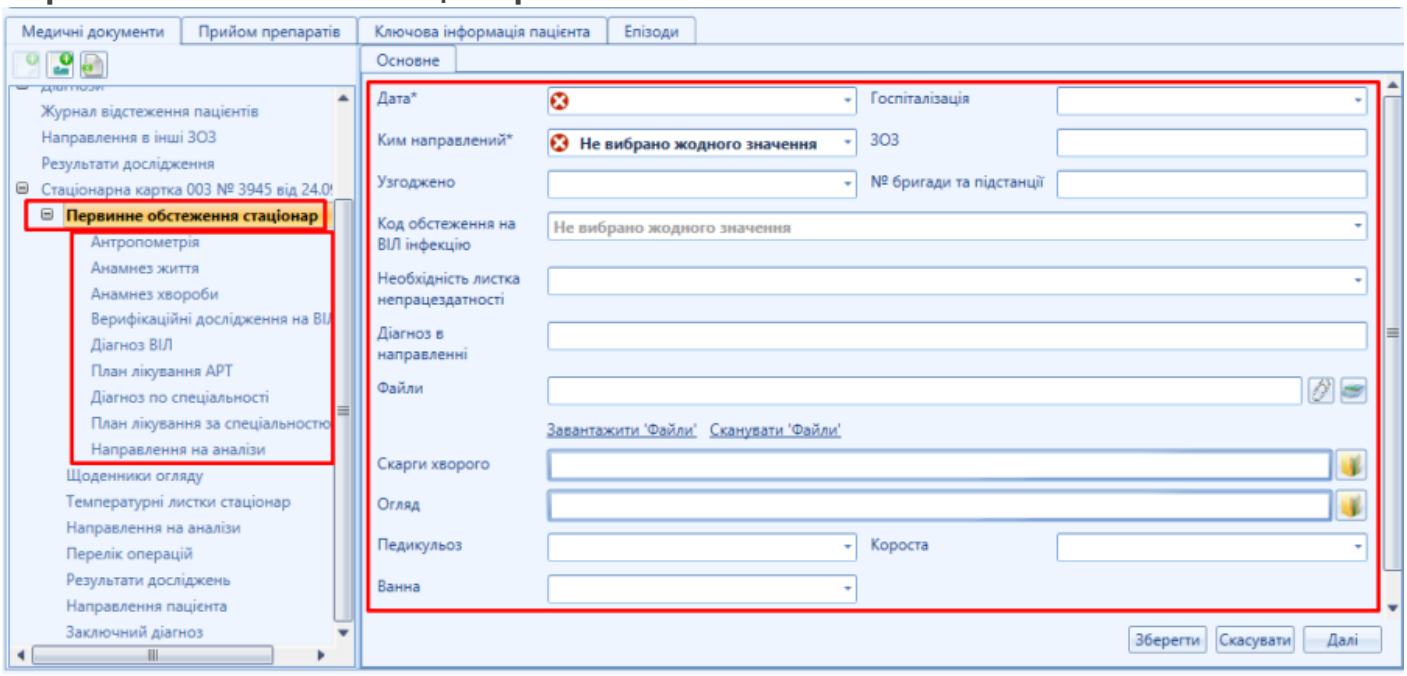
Для того, щоб працювати зі стаціонарною карткою пацієнта, натисніть на панелі інструментів модуль «**Стаціонар**» і оберіть реєстр **«Стаціонарні картки 003»** .
У реєстрі, що відкриється, лікар буде бачити список пацієнтів, які перебувають у стаціонарі. Для того, щоб розпочати роботу виберіть зі списку пацієнта і відкрийте його Електронну Медичну Картку (ЕМК) дворазовим натисненням на конкретний рядок.



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:



Первинне обстеження стаціонарне

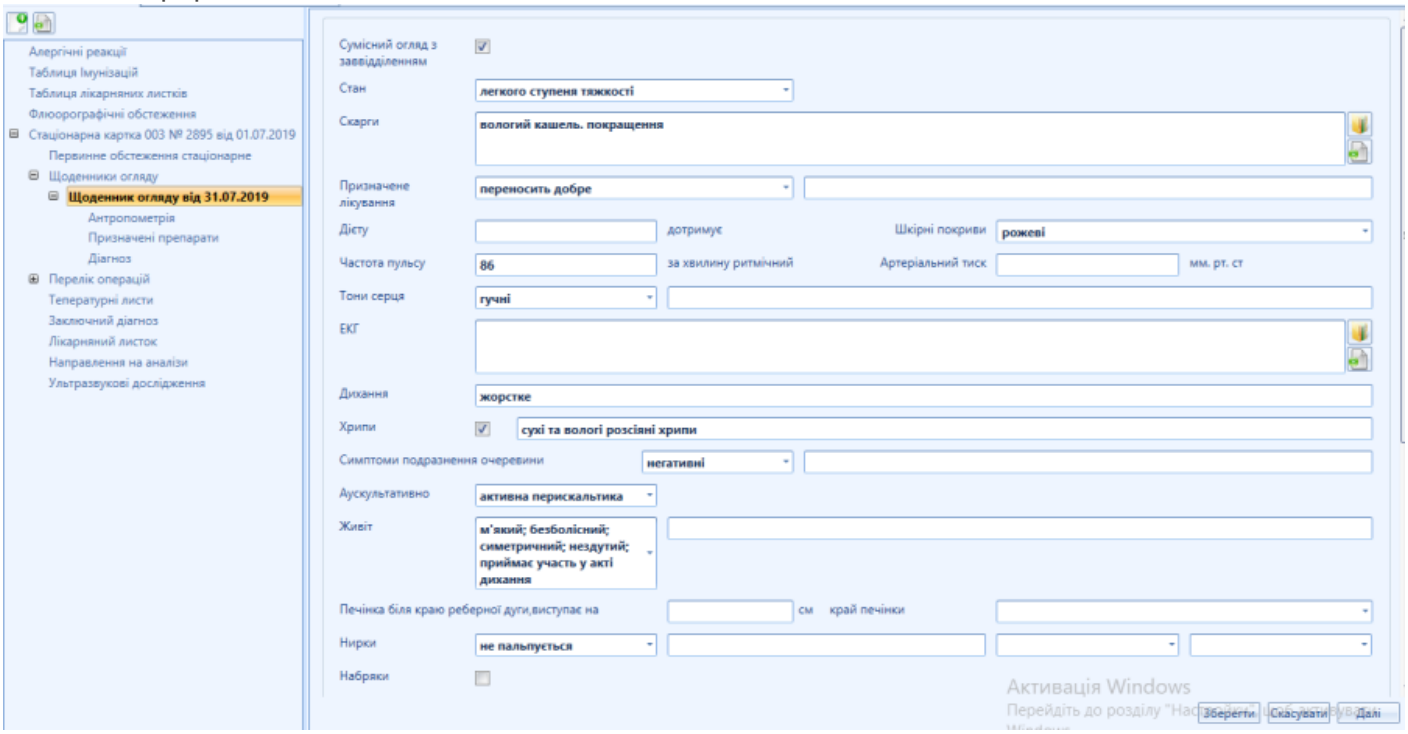


Заповнюємо всі необхідні поля гілки **«Первинне обстеження стаціонарне»** шляхом вибору даних з випадаючих списків, або шляхом набору тексту з клавіатури в текстових полях, використанням шаблонів, також відмітити відповідні стани та симптоми шляхом проставляння прапорців.

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:



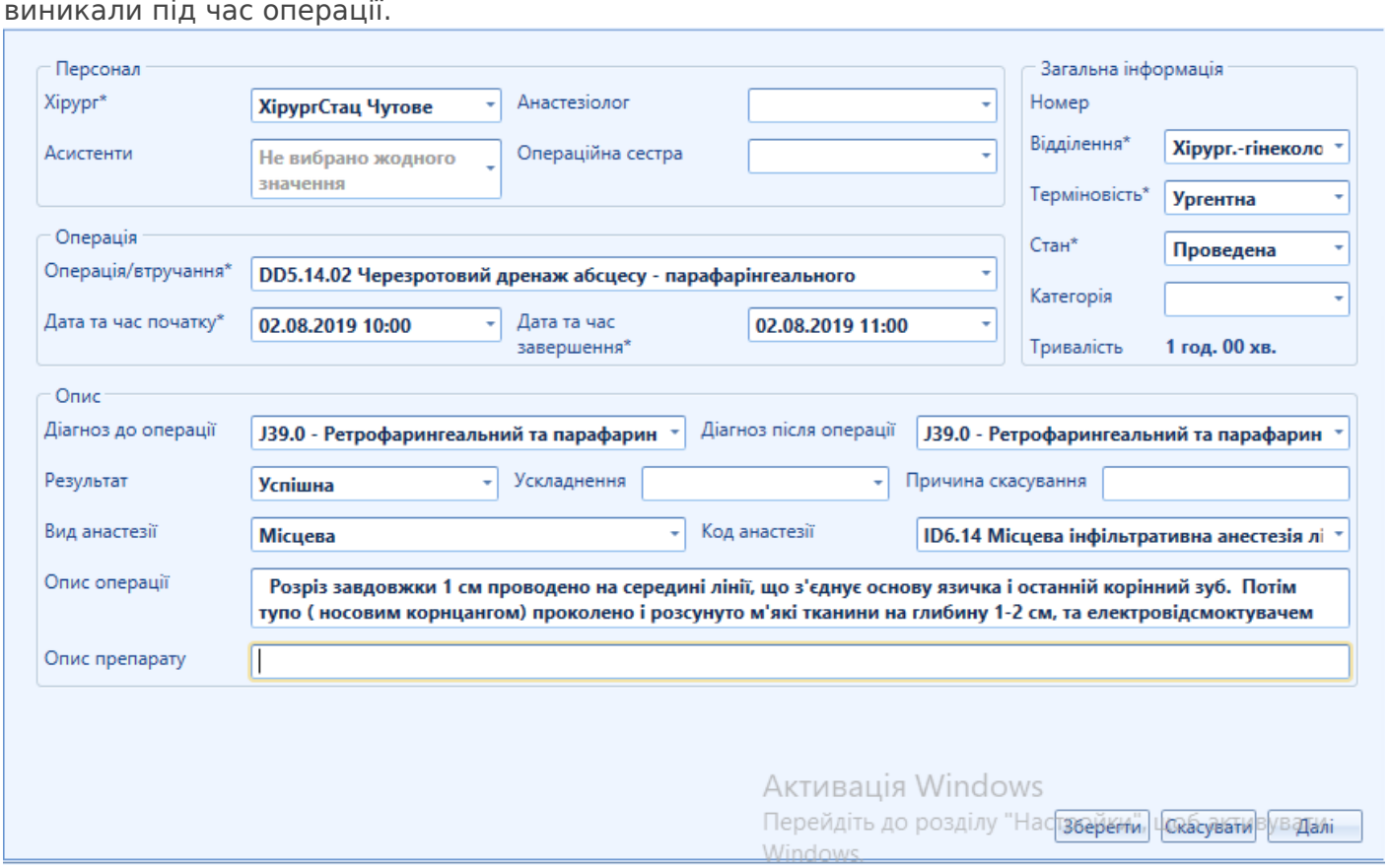
Заповнюємо всі необхідні поля гілки **«Щоденник огляду»** шляхом вибору даних з випадаючих списків, або шляхом набору тексту з клавіатури в текстових полях, використанням шаблонів, також відмітити відповідні стани та симптоми шляхом проставляння прапорців.

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»,



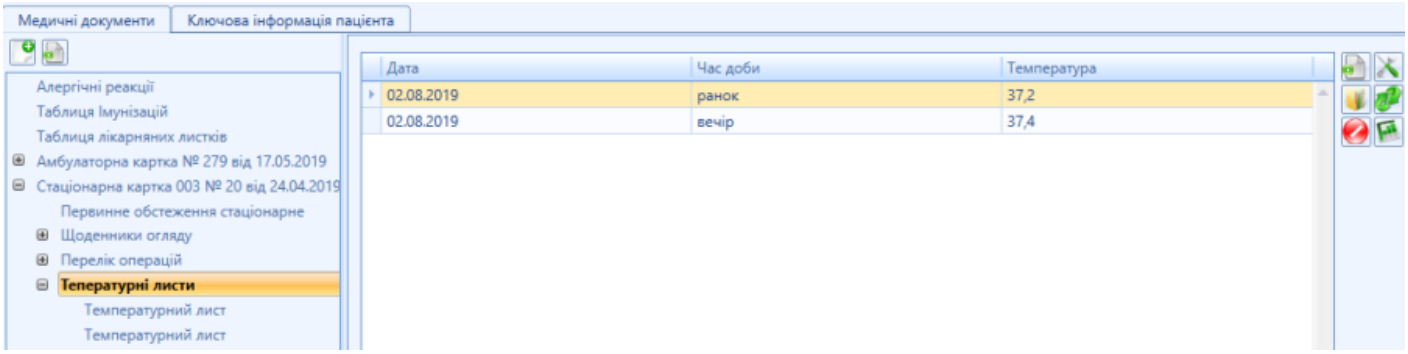
У відкритій картці вносимо відповідну інформацію про операцію чи втручання, її деталізацію, тип знеболювання, ім'я лікаря-хірурга та анестезіолога, а також ускладнення, якщо вони виникали під час операції.



Після заповнення зберігаємо і переходимо на наступну вкладку.

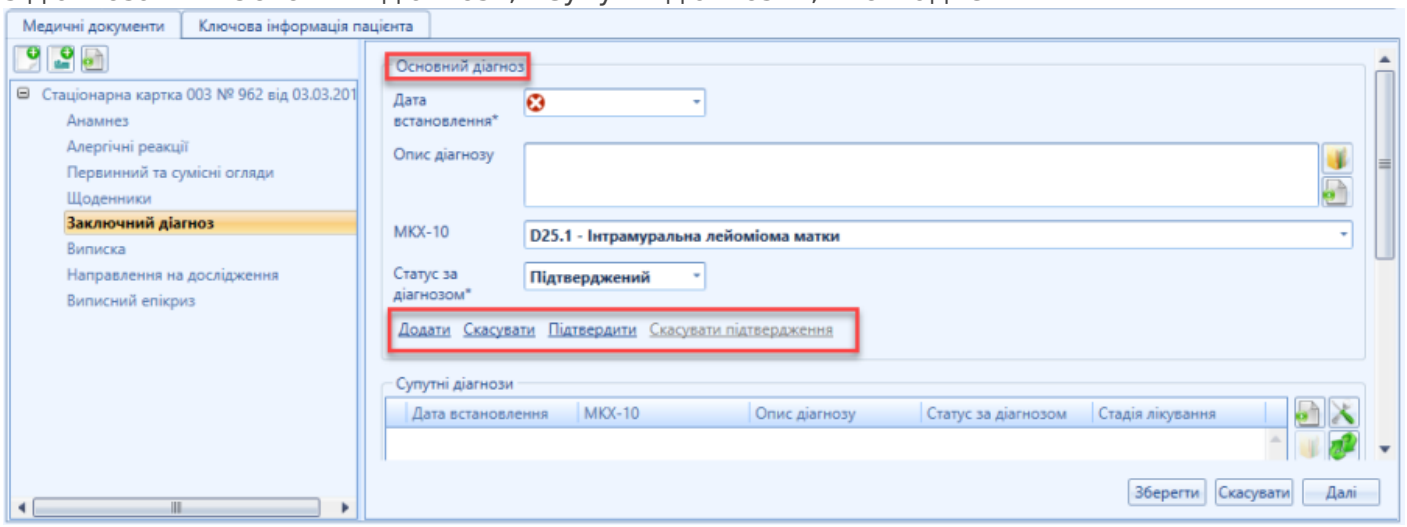
Температурні листи

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».

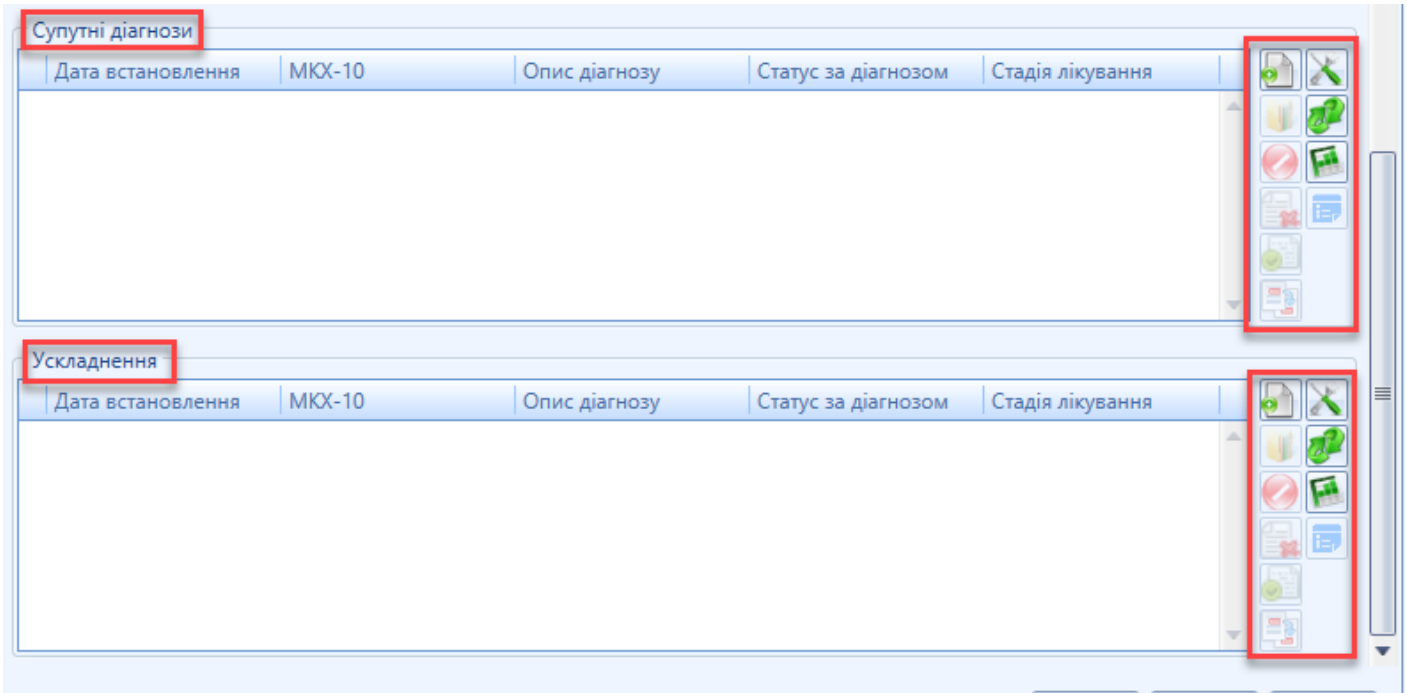


Заключний діагноз

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»:



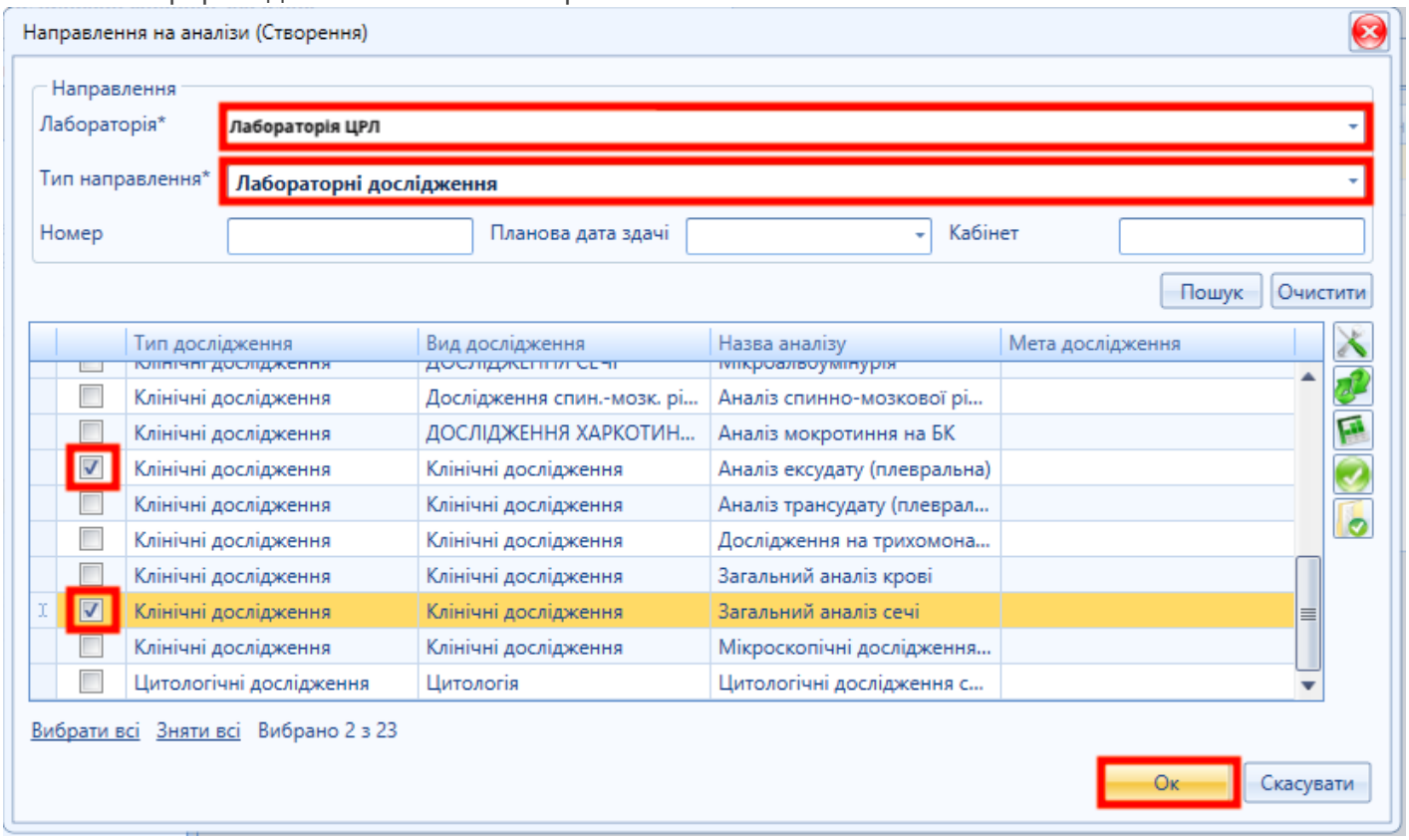
Після заповнення основного діагнозу його можна Підтвердити, Скасувати та Додати ще один Основний діагноз .



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:



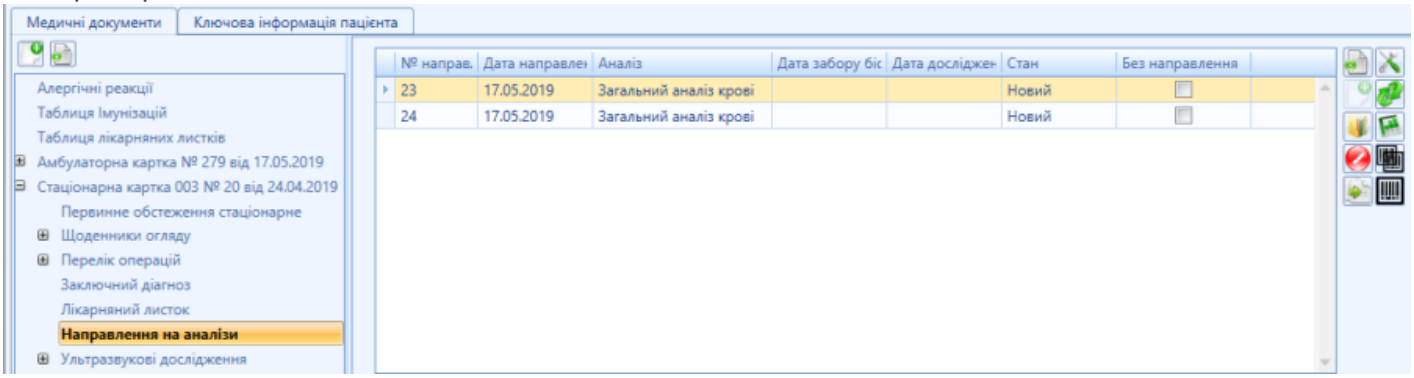
Направлення на аналізи

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 «Ок».

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

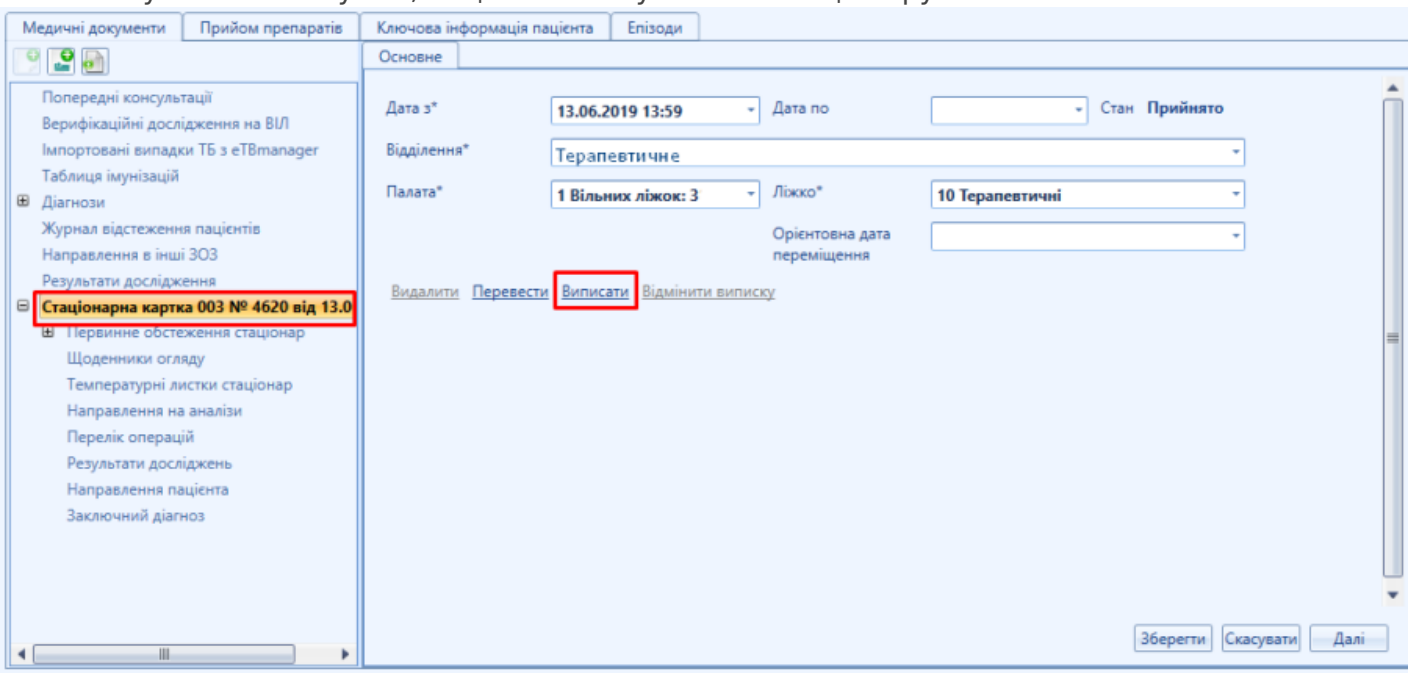


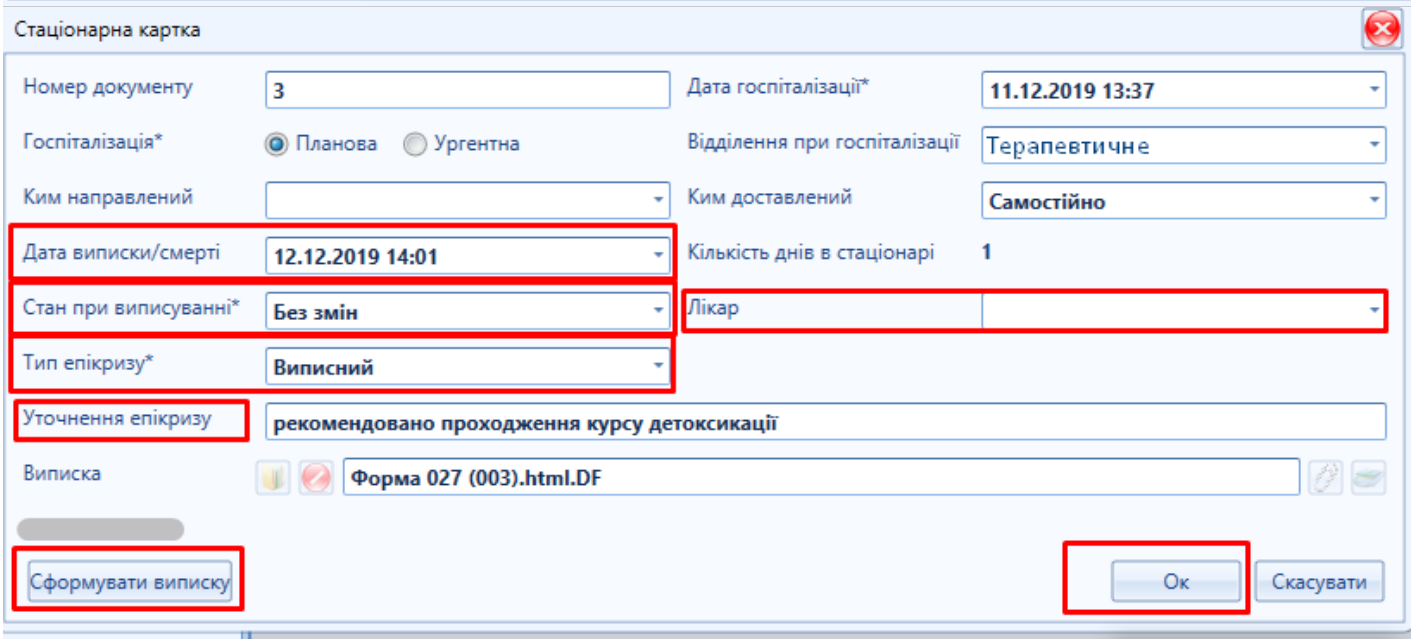
Після опрацювання лабораторією направлення в стані «Новий» переходить у стан «Виконано», тільки тоді лікар може побачити готові результати.

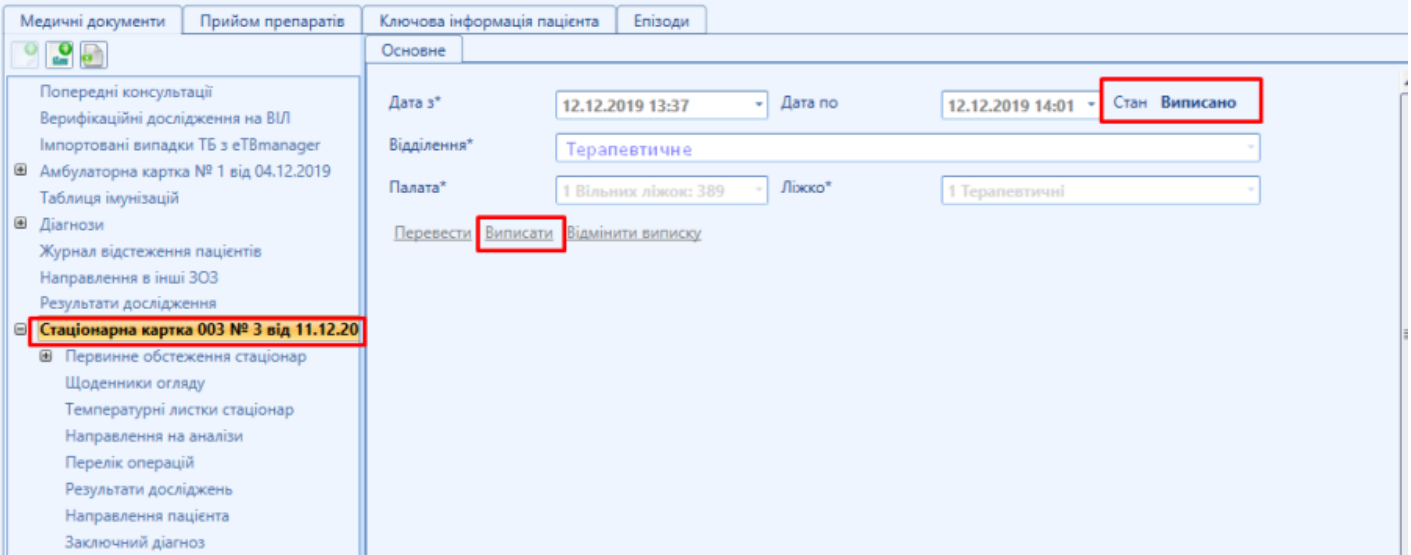
Виписка пацієнта

Для того щоб виписати пацієнта з стаціонару необхідно:

1. Натиснути на **Стаціонарну 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 **OK**, пацієнт виписується зі стаціонару.

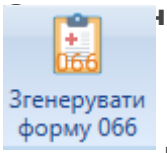






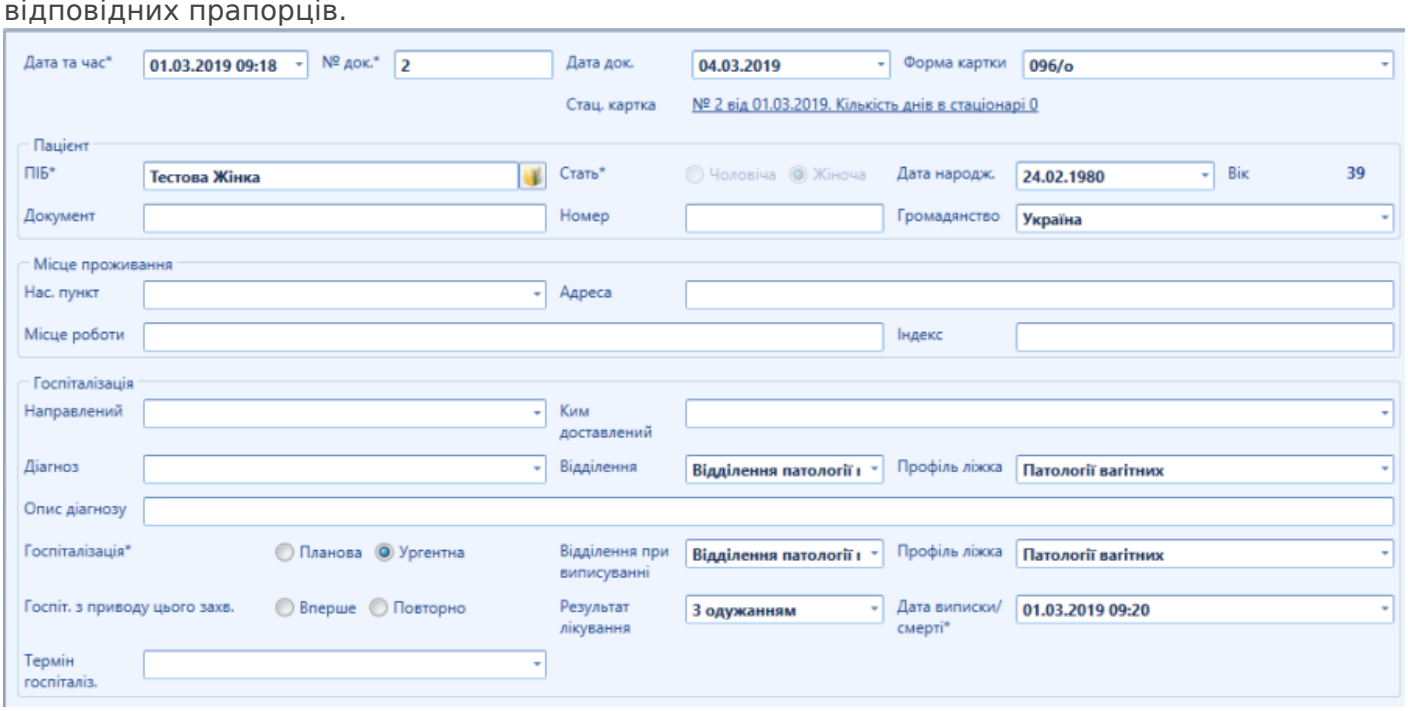
Після цього пацієнт виписується Стан стає Виписано, звільняється ліжко в палаті на якому перебував пацієнт.

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



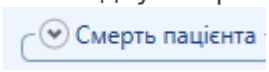
Для того, щоб згенерувати «Статистичну карту хворого, який вибув із стаціонару» необхідно на **головній панелі** натиснути кнопку **«Згенерувати форму 066» після виписки пацієнта**, після чого, з'явиться відповідна форма.

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.

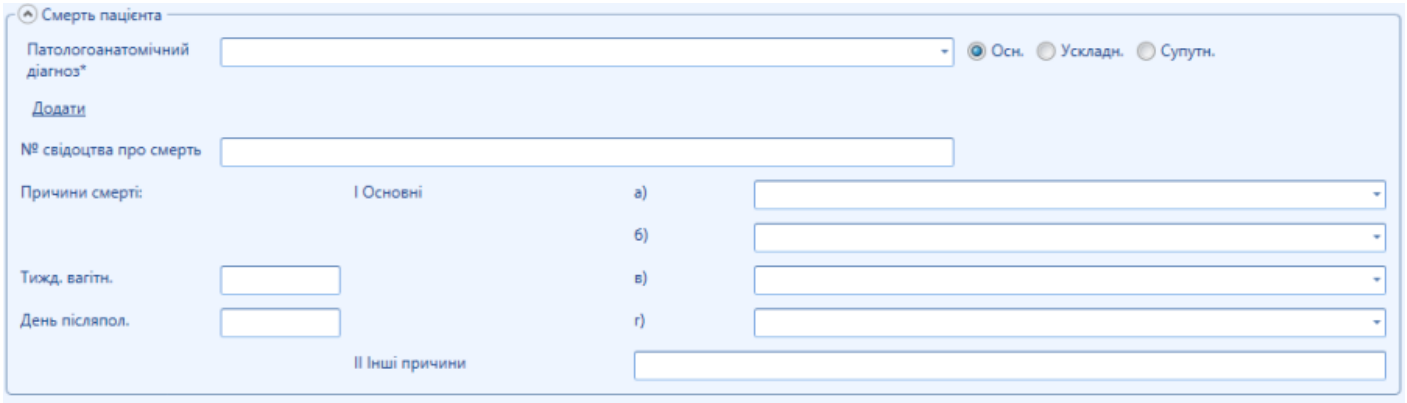


Статистична карта

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



з'явиться необхідна для заповнення вкладка:



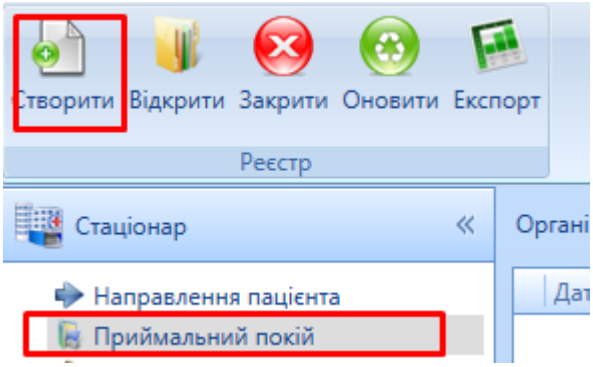
Після введення даних у всі необхідні поля необхідно їх зберегти.

?????????? ??? ????????????? ????? (??????)

Створення та передача інформації по госпіталізації можлива у двох випадках:

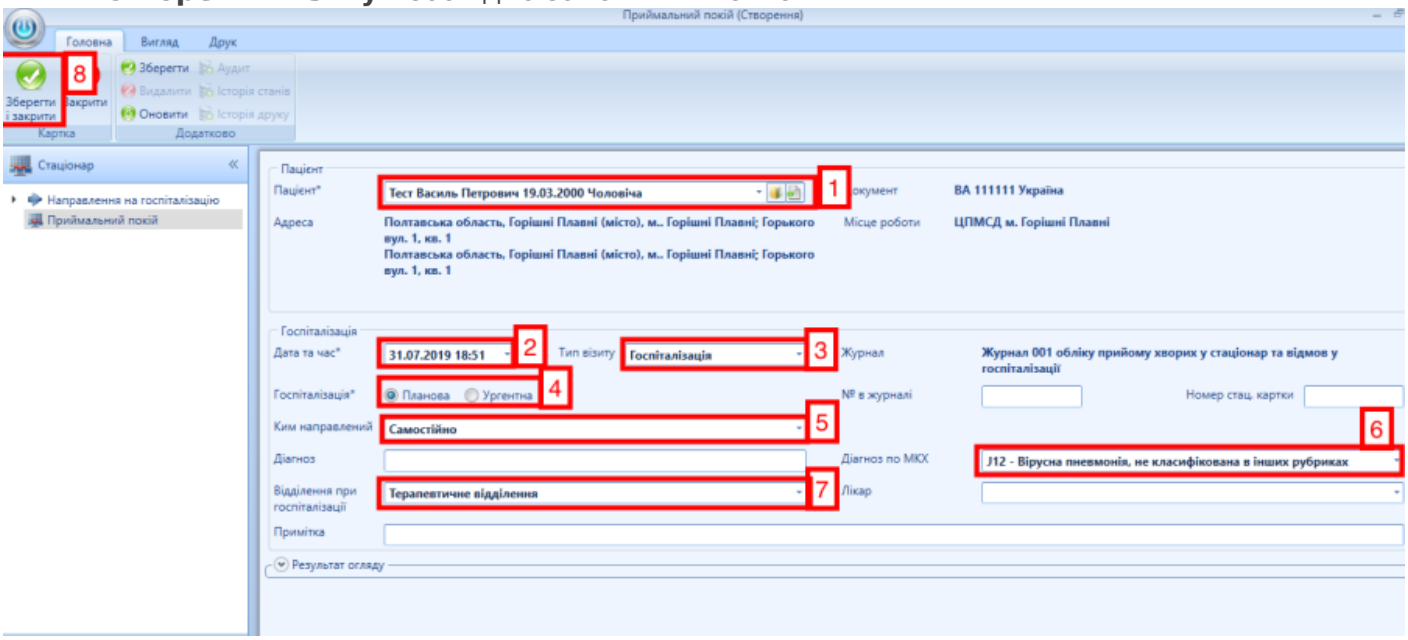
1. У разі звернення без направлення, у випадку самозвернення чи БШМД.
2. У разі наявності в пацієнта Направлення від лікаря ПМД/СМД;

Реєстрація пацієнта у разі звернення без направлення, у випадку самозвернення чи БШМД.
Для реєстрації пацієнта, який поступив у стаціонар без електронного направлення необхідно виконати:



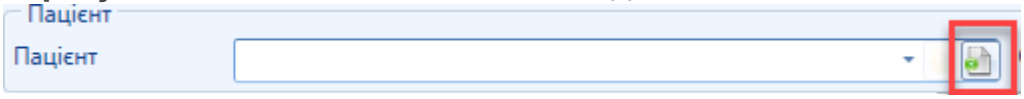
1)Перейти в реєстр «Приймальний покій»;
2) Натиснути на кнопку «Створити»;

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» :



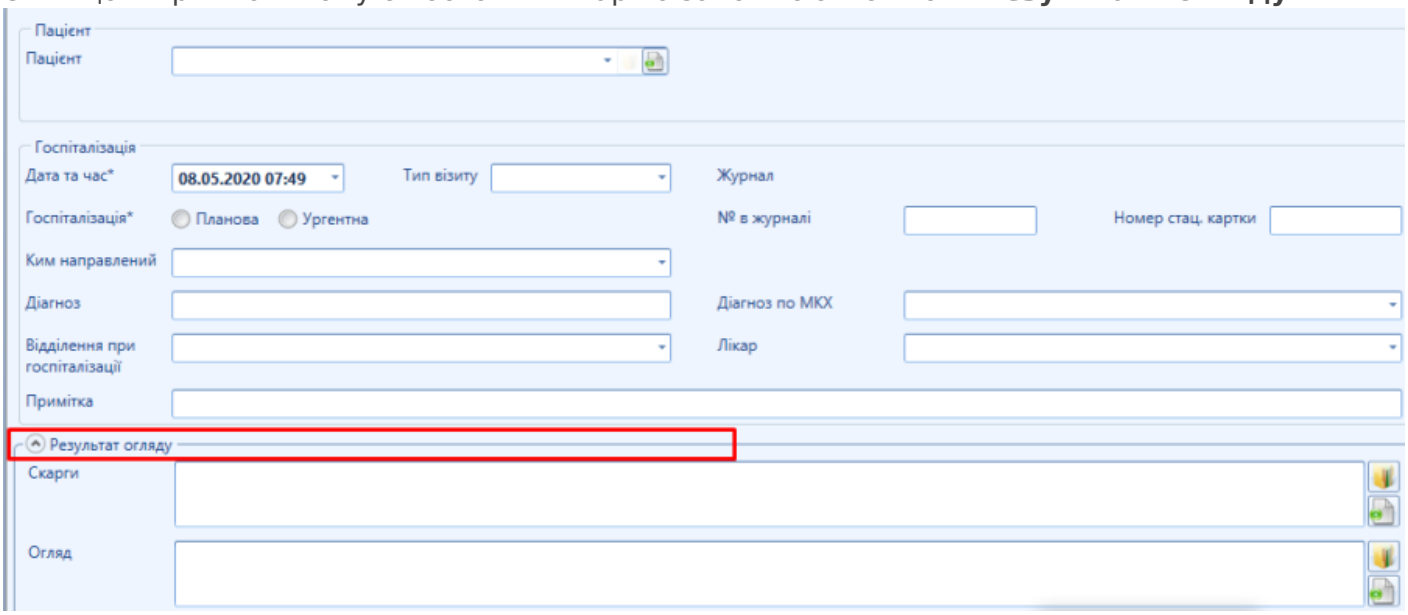
У вікні Створення картки пацієнта заповнити відповідні поля (Для швидкого переміщення по полях можна використовувати кнопку «TAB»)
Після закінчення створення нової картки пацієнта, повертаємось до візиту, а саме розділу госпіталізації:
2. Вказуємо **Дата і час госпіталізації**
3. Вказуємо **Тип візиту:** 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:

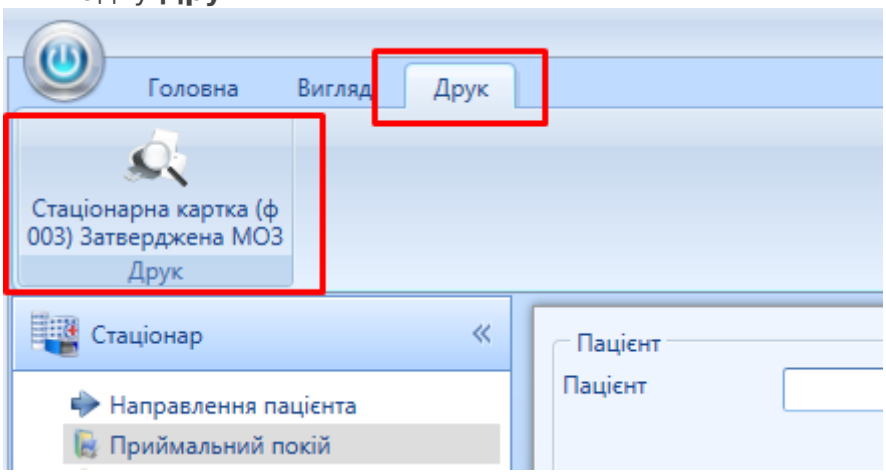
- за кодуванням- наприклад: J45
- за назвою захворювання -Наприклад: Астма, і вибираєм з випадаючого списку.

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 покій, 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.

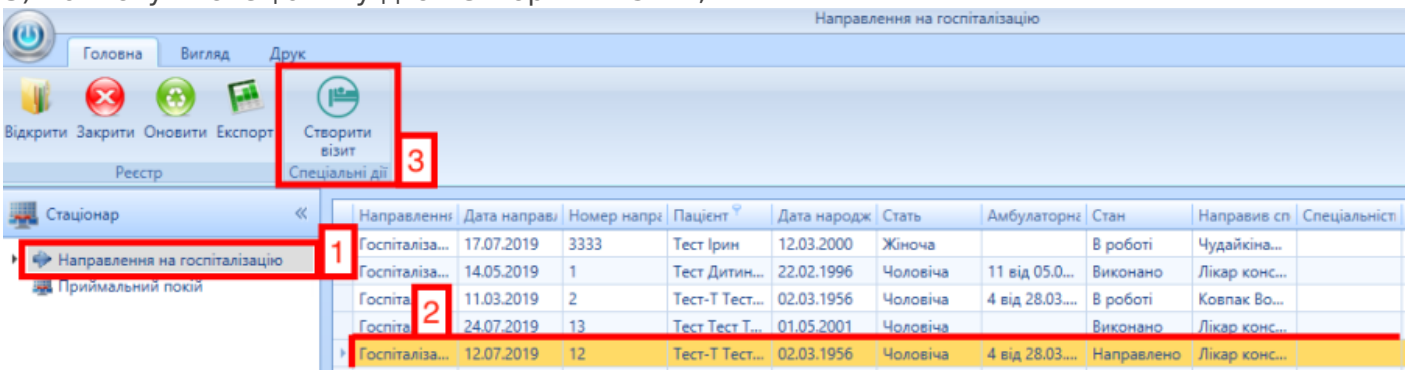
Реєстрація пацієнта і направлення у відділення через Направлення пацієнта

Для реєстрації пацієнта, який поступив у стаціонар по направленню лікаря необхідно виконати:

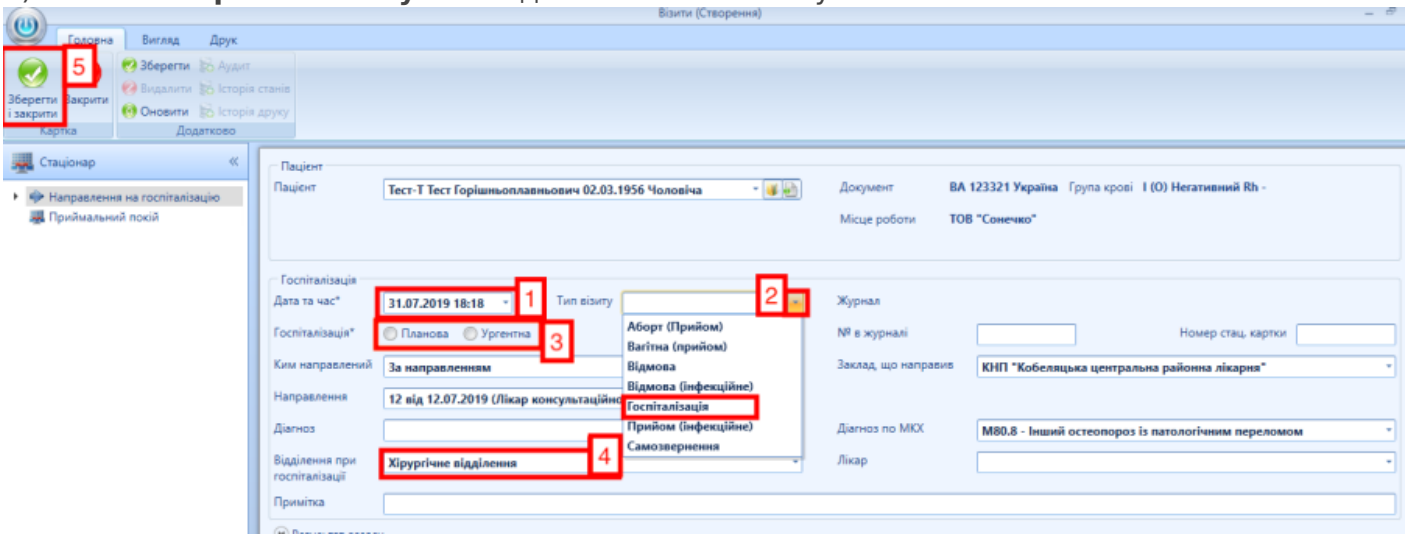
1)Перейти в реєстр «Направлення пацієнта»;

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. Заповняються **№ в журналі** та **Номер стац. картки**
5. В полі **Відділення при госпіталізації** вибираємо з випадаючого 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 копку «Зберегти і закрити».