Посібник користувача медичної інформаційної системи **«МедІнфоСервіс»**

З М І С Т

1. Переваги МІС «МедІнфоСервіс» 8

2. МІС МедІнфоСервіс в комплектації Поліклініка 8

3. МІС МедІнфоСервіс в комплектації Стаціонар 10

4. Зауваження щодо використання програми 13

4.1 Технічні вимоги до системи 13
4.2 Рекомендації 14
5. Запуск програми 14

5.1 Реєстрація 15
5.2 Вхід в програму 15
6. Початок роботи 16

6.1. Реєстрація закладу первинної медичної допомоги (далі - ПМД) в ЕСОЗ 16
6.1.1 Інформація про заклад в E-Health 16
6.1.2 Створити або оновити заклад в E-Health 17
6.1.3 Управління підрозділами НМП ПМД 21
6.1.4 Управління співробітниками НМП ПМД 26
6.1.5 Договори НМП ПМД 28
6.1.6 Перереєстрація медичного закладу ПМД при переході з будь-якої іншої МІС на МІС «МедІнфоСервіс» 34
6.2 Реєстрація закладу спеціалізованої медичної допомоги (далі - СМД) в ЕСОЗ 35
6.2.1 Інформація про заклад в E-Health 35
6.2.2 Створити або оновити заклад в E-Health 35
6.2.3 Управління місцями надання послуг НМП СМД 39
6.2.4 Управління видами медичних послуг НМП СМД 44
6.2.5 Управління співробітниками НМП ПМД 46
6.2.6 Перереєстрація медичного закладу СМД при переході з будь-якої іншої МІС на МІС «МедІнфоСервіс» 50
7. Ведення довідників 51

7.1 Основні команди заповнення, редагування та друку довідників. 51
8. Довідники 53

8.1. Область – Група – Територія 53
8.2 Адреса 54
8.3 Пацієнт 57
8.4 Діагноз МКХ-10 60
8.5 Додаткові коди шифрів МКХ-10 61
8.6 Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги ICPC-2 62
8.7 Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я 63
8. 8 Хірургічні операції по ф.20 т. 3500 64
8.9 Класифікатор медичних процедур та хірургічних операцій 64
8.10 Екстрена хірургія 65
8.11 Екстрена хірургія та діагнози МКХ-10 66
8.12 Спеціальність лікарська 67
8.13 Причина зняття з обліку 67
8.14 Ким направлений 68
8.15 Вид анестезії 68
8.16 Профілі ліжок 69
8.17 Тип медичного закладу 69
8.18 Тип відділення 69

8.19 Вид прийому (для форми №39-2) 70
8.20 Ветерани війни, учасники АТО 70
8.21 Звіт 74
8.22 Населення 75
8.23 Лікування 75
8.24 Склад 83
9. Електронні медичні записи 83
9.1 Головне вікно. 83
9.2 Ідентифікація пацієнти. ПРИВ'ЯЗКА ПАЦІЄНТА з ЕСОЗ до пацієнта з бази МІС. 86
9.3 Ідентифікація пацієнти. СТВОРЕННЯ ПАЦІЄНТА в ЕСОЗ 90
9.4 Управління методами автентифікації 96
9.5 Неідентифіковані пацієнти. Створення. Робота в ЕМЗ з неідентифікованими пацієнтами. 98
9.6 Робота з ЕМЗ для закладів ПЕРВИННОЇ МЕДИЧОЇ ДОПОМОГИ 113
9.6.1 Укладання декларації 113
9.6.2 Створити візит (СТВОРЕННЯ ВЗАЄМОДІЇ/ЕПІЗОДУ) 118
9.6.3 Чернетки взаємодій 129
9.6.4 Чернетки направлення (СТВОРЕННЯ НАПРАВЛЕННЯ) 131
9.6.5 Чернетки електронних рецептів (СТВОРЕННЯ ЕЛЕКТРОННОГО РЕЦЕПТУ) 143
9.6.6 Карта пацієнта в ЕСОЗ. Інформація з центрального компонента. 154
9.6.6.1 Перегляд епізодів/візитів і взаємодій/діагнози/спостереження в ЕСОЗ, закриття епізоду, позначення як введений помилково епізоду/взаємодії. 155
9.6.6.2 Перегляд діагностичних звітів в ЕСОЗ. 164
9.6.6.3 Перегляд електронних направлень в ЕСОЗ, відкликати направлення, позначити як виписане помилково 168
9.7 Робота з ЕМЗ для закладів СПЕЦІАЛІЗОВАНО МЕДИЧОЇ ДОПОМОГИ. АМБУЛАТОРНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА. 177
9.7.1 Створення візиту(взаємодії)/діагностичного звіту/процедуру В МЕЖАХ ЕЛЕКТРОННОГО НАПРАВЛЕННЯ. 178
9.7.2 Створення візиту(взаємодії) БЕЗ ЕЛЕКТРОННОГО НАПРАВЛЕННЯ. 226
9.7.3 Чернетки візитів та взаємодій 244
9.7.4 Чернетки діагностичних звітів (СТВОЕРННЯ ДІАГНОСТИЧНОГО ЗВІТУ без електронного направлення) 247
9.7.5 Чернетки направлення (СТВОРЕННЯ ЕЛЕКТРОННОГО НАПРАВЛЕННЯ) 254
9.7.6 Чернетки процедур (СТВОЕРННЯ ПРОЦЕДУРИ без електронного направлення). 266
9.7.7 Створити запис COVID-19 272
9.7.8 Карта пацієнта в ЕСОЗ. Інформація з центрального компонента. 273
9.7.8.1 Перегляд епізодів/візитів і взаємодій/діагнози/спостереження в ЕСОЗ, закриття епізоду, позначення як введений помилково епізоду/взаємодії. 274
9.7.8.2 Перегляд діагностичних звітів в ЕСОЗ та позначення як введеного помилково. 282
9.7.8.3 Перегляд електронних направлень в ЕСОЗ, відкликати направлення, позначити як виписане помилково 286
9.7.8.4 Перегляд процедур в ЕСОЗ та позначення як введеного помилково. 295
9.8 Робота з ЕМЗ для закладів СПЕЦІАЛІЗОВАНО МЕДИЧОЇ ДОПОМОГИ. СТАЦІОНАРНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА. 300
9.8.1 Створення виписки В МЕЖАЇ ЕЛЕКТРОННОГО НАПРАВЛЕННЯ. 300
9.8.2 Створення виписки БЕЗ ЕЛЕКТРОННОГО НАПРАВЛЕННЯ (самозвернення, за паперовим направленням тощо) 336
9.8.3 Створити відмову від госпіталізації. 356
9.8.4 Чернетки візитів та взаємодій 358

9.8.5 Чернетки діагностичних звітів (СТВОРЕННЯ ДІАГНОСТИЧНОГО ЗВІТУ без електронного направлення).....361
9.8.6 Чернетки направлення (СТВОРЕННЯ ЕЛЕКТРОННОГО НАПРАВЛЕННЯ)368
9.8.7 Створити запис COVID-19.....379
9.8.8 Карта пацієнта в ЕСОЗ. Інформація з центрального компонента.....380
9.8.8.1 Перегляд епізодів/візитів і взаємодій/діагнози/спостереження в ЕСОЗ, закриття епізоду, позначення як введений помилково епізоду/взаємодії.....381
9.8.8.2 Перегляд діагностичних звітів в ЕСОЗ та позначення як введеного помилково.....389
9.8.8.3 Перегляд електронних направлень в ЕСОЗ, відкликати направлення, позначити як виписане помилково.....393
9.8.8.4 Перегляд процедур в ЕСОЗ та позначення як введеного помилково.....402
10. Амбулаторія.....407
10.1 Реєстр медичних записів.....407
10.2 Реєстр діагностичних звітів.....409
10.3 Реєстр обробки направлень.....411
10.4 Реєстр виписаних направлень.....412
10.5 Реєстр електронних рецептів.....415
10.6 Пацієнти та статистичні талони.....416
10.7 Статистичні талони.....418
10.8 Пацієнти.....419
10.9 Ветерани війни, учасники АТО.....423
10.9.1 Реєстр ветеранів війни.....423
10.9.2 Реєстр учасників АТО.....428
10.10 Розклад прийому лікарів поліклініки (модуль «Реєстратура»).....433
10.11 Медична карта амбулаторного хворого.....437
10.12 Форма 074/о «Журнал реєстрації амбулаторних пацієнтів».....456
10.13 Форма 036/о «Журнал реєстрації листків непрацездатності».....461
10.14 Відомість обліку відвідувань (ф.039/о).....463
10.15 Форма 111/о «Індивідуальна карта вагітної та породіллі».....467
10.16 Кабінет рентгенологічних, флюорографічних досліджень та МРТ.....489
10.17 Лабораторія.....500
10.18 Кабінет ультразвукової діагностики.....514
10.19 Кабінет функціональної діагностики.....526
10.20 Кабінет ендоскопічних досліджень.....539
10.21 Фізіотерапевтичний кабінет.....553
10.22 Кабінет ЛФК.....563
10.23 Кабінет лікаря-стоматолога.....575
10.24 Щоденник стоматолога.....591
10.25 Інформована згода (ф.003-6/о та ф.063-2/о).....597
10.26 Форма 069/о «Журнал амбулаторних операцій».....599
10.27 Направлення на МСЕК.....601
10.28 Персонал.....607
10.29 Підрозділи.....610
10.30 Дільниці.....611
10.31 Медичні заклади.....612
11. Стаціонар.....613
11.1 Реєстр медичних записів.....614
11.2 Реєстр діагностичних звітів.....616
11.3 Реєстр обробки направлень.....617
11.4 Реєстр виписаних направлень.....618
11.5 Форма 001/о «Журнал обліку прийому хворих у стаціонар та відмов у госпіталізації».....621
11.6 Історія вагітності та пологів (форма 096/о).....627
11.7 Медична карта новонародженого (форма 097/о).....678

11.8 Форма 003/о «Медична карта стаціонарного хворого».....702
11.9 Форма 003-1/о «Медична карта переривання вагітності» 753
11.10 Форма 007/о «Листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару».....756
11.11 Форма 036/о «Журнал реєстрації листків непрацездатності».....759
11.12 Форма 066/о «Карта пацієнта, який вибув зі стаціонару» 760
11.13 Реєстри за формою 066/о.....775
11.14 Статистична карта хворого, який вибув із психіатричного (наркологічного) стаціонару (форма 066-1/о) 782
11.15 Кабінет рентгенологічних, флюорографічних досліджень та МРТ. 787
11.16 Лабораторія.....797
11.17 Кабінет ультразвукової діагностики 811
11.18 Кабінет консультацій.....823
11.19 Кабінет функціональної діагностики 830
11.20 Кабінет ендоскопічних досліджень.....842
11.21 Фізіотерапевтичний кабінет.....858
11.22 Кабінет ЛФК.....868
11.23 Інформована згода (ф.003-6/о та ф.063-2/о) 880
11.24 Направлення на МСЕК 882
11.25 Пацієнти 889
11.26 Відділення.....893
11.27 Профілі ліжок у відділенні.....895
11.28 Палати 897
11.29 Операційні кімнати (операційні зали).....897
11.30 Персонал 899
11.31 Спеціалісти (обласні та інші).....901
11.32 Медичний заклад.....903
12. Звіти амбулаторії.....905
12.1 Універсальний звіт.....905
12.2 Форма №12 908
12.3 Форма №16 910
12.4 Форма №31 913
12.5 Форма №50 916
12.6 Форма № 071 918
12.7 Форма № 039 921
12.8 Форма № 20 923
12.9 Звіти по рідкісним (орфанним захворюванням) 925
12.10 Звіт по відомості відвідувань 928
12.11 Звіт по щоденнику лікаря-стоматолога 929
12.12 Звіт по щоденнику стоматолога-ортодонта.....931
12.13 Звіт по щоденнику стоматолога-ортопеда.....931
12.14 Звіт та показники по смертності 932
12.15 Звіт про нещасні випадки невиробничого характеру 936
12.16 Розподіл талонів по районах та містам обласного підпорядкування.....937
12.17 Розподіл талонів по контингентам населення.....939
12.18 Розподіл відвідувань у розрізі міст та районів по контингентам.....941
12.19 Розподіл відвідувань за віком 943
12.20 Звіт консультативної поліклініки 945
12.21 Звіт користувача.....953
12.22 Список вільних номерів карток 956
13. Звіти стаціонару 957
13.1 Універсальний звіт.....958
13.2 Форма №20 961
13.3 Форма №007 971
13.4 Форма №016 Зведена відомість обліку руху хворого і ліжкового фонду 975
13.5 Форма №13 «Звіт про штучне переривання вагітності« 978

13.6 Форма №21 980
13.7 Форма №10 982
13.8 Показники роботи стаціонару 984
13.9 Розширені показники роботи стаціонару 987
13.10 Міжформовий контроль – форми 007 і 066 989
13.11 Кількість направлених хворих 991
13.12 Звіт за формою №003/о 992
13.13 Розробка за нозологіями 995
13.14 Розподіл операцій 997
13.15 Розробка за операціями 999
13.16 Розподіл виписаних хворих за місцем проживання 1001
13.17 Розподіл виписаних хворих за належністю до територіальної громади 1003
13.18 Розподіл хворих за… 1004
13.19 Результат дослідження RW 1006
13.20 Повторне надходження хворих 1008
13.21 Результат лікування хворих 1009
13.22 Якісні показники роботи лікарів (терапевтична спеціальність) 1011
13.23 Якісні показники роботи лікарів (хірургічна спеціальність) 1013
13.24 Рівень якості лікування по відділенням 1015
13.25 Повторна госпіталізація 1017
13.26 Звіт користувача 1018
13.27 Результати лікування пацієнтів у відділеннях стаціонару (експорт в МС Lite) 1021
14. Сервіс 1023
14.1 Резервування бази даних 1023
14.2 Відновлення бази даних 1024
14.3 Корегування бази даних 1024
14.4 Конфігурація 1025
14.5 Права користувачів 1042
14.6 Експорт інформації 1044
14.7 Імпорт інформації 1045
14.8 Експорт форм 066/о в M.E.Doc 1046
14.9 Оновлення програми 1047
14.10 Перевірка реєстрів 1047
14.11 Перекодування та еталонування довідників 1049
14.12 Очистка бази 1050
14.13 Лог операцій БД 1052
15. Допомога 1052
15.1 Про програму 1053
15.2 Реєстрація 1053
15.3 Історія змін 1053
15.4 Посібник користувача 1053
15.5 Посібник: Встановлення та оновлення 1053
15.6 Посібник: Встановлення мережевої версії. 1053
15.7 Наш сайт 1053
15.8 Наш Youtube канал 1054
15.9 Академія НСЗУ 1054
15.10 Перевірити наявність нової версії 1054
16. Матеріали МІС 1056
16.1 МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ПОЛОГАХ. Особливості ведення електронних медичних записів за допомогою програмного комплексу «МедІнфоСервіс». 1056
16.2 ФОРМУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИСНОВКІВ ПРО НАРОДЖЕННЯ. Особливості ведення електронних медичних записів за допомогою програмного комплексу «МедІнфоСервіс». 1126

16.3 АЛГОРИТМ ВНЕСЕННЯ ЕЛЕКТРОННИХ МЕДИЧНИХ ЗАПИСІВ ПРО ВАКЦИНАЦІЮ ВІД COVID-19 з використанням функціоналу МІС МедІнфоСервіс. 1137
16.4 ФОРМУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИСНОВКІВ ПРО ТИМЧАСОВУ НЕПРАЦЕЗДАТНІСТЬ (МВТН) з використанням функціоналу МІС МедІнфоСервіс. 1149
16.5 ВЕДЕННЯ МЕДИЧНИХ ЗАПИСІВ ПАЦІЄНТІВ З РПП ТА ЕПІЛЕПСІЮ ДЛЯ РЕІМБУРСАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ. Особливості ведення електронних медичних записів за допомогою програмного комплексу «МедІнфоСервіс». 1152

Даний документ є посібником користувача і містить інформацію про призначення програми та опис основних функціональних можливостей. Містить в собі основні інструкції з експлуатації програмного продукту. Освоєння посібника відкриває користувачам можливість самостійного вивчення функцій даної програми.

Медична інформаційна система (далі - МІС) «МедІнфоСервіс» охоплює автоматизацію лікувальних процесів амбулаторно-поліклінічних закладів (первинного та вторинного рівнів) і стаціонарів та формування медичної статистичної звітності. МІС «МедІнфоСервіс» акредитована МОЗ і підключена до електронної системи охорони здоров'я «далі – eHealth».

Медична інформаційна система МедІнфоСервіс не є онлайн-системою – медична інформація, включаючи персональні дані, яка збирається або обробляється за допомогою програмного забезпечення медичної інформаційної системи, зберігається виключно на серверах медичних закладів.

Встановлення, зберігання та обробка даних здійснюється локально – на серверах Замовників, і не передбачає централізованого зберігання або адміністрування з боку Виконавця.

Конфіденційність медичної інформації забезпечується Модулем шифрування даних для СКБД Firebird виробництва компанії Сайфер. Модуль шифрування побудований на основі бібліотек криптографічних примітивів Шифр +, що володіють чинним позитивним експертним висновком Держспецзв'язку України. Відповідність вимогам нормативних документів з технічного захисту інформації підтверджена експертним висновком Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України від 20 лютого 2020 року №1088)

1. Переваги МІС «МедІнфоСервіс»

- потребує мінімальних витрат на встановлення та експлуатацію;
- активно розвивається та оновлюється;
- можлива адаптація МІС на вимогу замовника;
- швидке впровадження змін;
- мінімальні апаратні вимоги до серверу баз даних;
- використовується безкоштовний сервер баз даних;
- всі звіти можливо формувати, як в Microsoft Office, так і в безкоштовному LibreOffice;
- реалізовано можливість взаємодії з Електронною системою охорони здоров'я, що є обов'язковою вимогою Національної служби охорони здоров'я (далі - НСЗУ) до закладів, які отримуватимуть кошти від НСЗУ за Програмою медичних гарантій:
  - ведення електронних медичних записів (далі - ЕМЗ) в амбулаторних та стаціонарних умовах надання медичних послуг для закладів спеціалізованої медичної допомоги (далі - СМД) та первинної медичної допомоги (далі - ПМД);
  - виписку електронних направлень (далі - ЕН) для закладів ПМД та СМД;
  - перевірка, взяття в обробку та погашення ЕН медичним закладом СМД;

2. МІС МедІнфоСервіс в комплектації Поліклініка

Основні функції:

Функціонал робочого місця амбулаторії охоплює роботу реєстратури, лікарів та різноманітну медичну статистичну звітність.

Для зручної роботи лікаря реалізовані наступні довідники: «Аналізи та дослідження», «Огляд пацієнта», «Анамнези та скарги», «Міжнародної класифікації первинної медичної

допомоги ICPC-2», «МКХ-10», «Класифікатор медичних процедур та хірургічних операції», «Лікарські засоби» (Державний реєстр лікарських засобів України).

Модуль реєстратура дозволяє вносити графік роботи лікарів у гнучкій формі по дням тижня з тривалістю прийому до хвилини. Запис пацієнтів на прийом ведеться, як за допомогою повноцінних заведених амбулаторних карт так и за допомогою лише скороченої інформації по пацієнту. Доступно два режими запису на прийом on-line та off-line (за телефоном).

Модуль «Медична карта амбулаторного хворого» (форма 025/о) реалізовано у вигляді електронної медичної картки. Електронна медична картка пацієнта містить: всі необхідні дані пацієнта (персональні, місце проживання, місце роботи, листок профоглядів, сигнальні позначки, фактори ризику та інші), анамнез життя, хірургічні втручання, алергологічний анамнез, непереносимість лікарських засобів, щоденник відвідувань (огляд та скарги, аналізи та дослідження, діагнози, призначення лікарських засобів та процедур, листки непрацездатності та ін.) В амбулаторній карті реалізовано поняття візитів та епізодів у відповідності до україномовного варіанту Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги ICPC-2, який в свою чергу зв'язаний з Міжнародним класифікатором хвороб (МКХ-10). Прийом пацієнтів доступний як по запису так і в довільному режимі. В режимі візиту пацієнта відкривається будь-яка кількість нових епізодів, або продовжуються раніше створені епізоди, наприклад хронічні захворювання.

Доступна робота для лікарів вторинної ланки без ICPC-2. *В якості процесів (дій) реалізовані наступні режими:*

- огляд та скарги;
- аналізи, діагностика, скринінг, дослідження;
- ліки, маніпуляції, лікування;
- консультації спеціалістів (направлення);
- листки непрацездатності;
- адміністративні функції (видача довідок);
- щеплення.

Модуль взаємодії з національною електронною системою охорони здоров'я «eHealth» дозволяє лікарям створювати декларації з пацієнтами, закладам охорони здоров'я укладати договори з Національною службою здоров'я України. Доступний режим імпорту пацієнтів з центрального компоненту «eHealth», який може бути корисним при зміні МІС.

Ведення «Реєстру ветеранів війни». В реєстр включаються особи, на яких поширюється дія закону України від 22 жовтня 1993 року №3551-XII «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту».

Ведення «Реєстру учасників АТО». В реєстр включаються особи, на яких поширюється дія Протокольного рішення за результатами наради Адміністрації Президента України від 18.09.2014 №03/1-01/348, та наказу Департаменту охорони здоров'я ЧОДА №751 від 02.10.2014 «Про медичне обслуговування учасників та постраждалих під час АТО в закладах охорони здоров'я області».

Ведення баз даних форм обліку роботи лікарів:

- Форма 039/о. «Відомість відвідувань в поліклініці (амбулаторії), диспансері, консультації, вдома»;
- Форма 039-2/о. «Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету)»;
- Форма 039-3/о. «Щоденник обліку роботи лікаря стоматолога-ортодонта»;
- Форма 039-4/о. «Щоденник обліку роботи лікаря стоматолога-ортопеда».

Модуль статистичної звітності охоплює в собі всі необхідні статистичні форми МОЗ України. Форма 074/о «Журнал реєстрації амбулаторних пацієнтів» автоматично заповнюється на підставі візитів з електронних медичних карт пацієнта, а також доступний режим ручного заповнення форми.

Статистичні звіти формуються як в цілому по закладу, так і в залежності від заданих умов – по сільському населенню, за віковими групами, по контингентах населення та інше. Сформовані звіти можуть бути експортовані в програму – «Медстат» для подальшої обробки.

Доступні наступні звіти:

- форма 12 (таблиці: 1000 «Діти (до 14 років включно)», 2000 «Підлітки (15-17 років включно)», 3000 «Дорослі (18 років і старші)»);
- форма 16 (таблиці 1000 «Діти 0-17 років включно», 2000 «Дорослі 18 років і старші»);
- форма 31 (таблиця 2300 «Захворюваність дітей до року»);
- форма 50 (таблиця 2100 «Травми, отруєння» та «Травми, отруєння (померлі)»);
- форма 071 (таблиці 1000 «Діти (до 14 років включно)», 2000 «Підлітки (15 - 17 років)», 3000 «Дорослі (18 років і старші)», 4000 «Травми, отруєння» та «Травми, отруєння (померлі)»);
- форма 039 «Звіт про роботу лікарів»;
- форма 20 (таблиці 2100 «Робота лікарів поліклініки, диспансеру, консультації», 2100/1 «Робота лікарів поліклініки (амбулаторії), диспансеру, консультації, вдома за спеціальностями»).

На основі форм обліку роботи лікарів формуються підсумкові звіти про роботу лікарів за будь-який заданий період. Крім статистичних звітів в програмі закладено можливість формування довільних оперативних звітів, різноманітних вибірок, списків хворих, та аналітичних звітів по діяльності поліклініки, а саме:

- звіти по рідкісним (орфанним) захворюванням;
- звіт по відомості відвідувань;
- звіт по щоденнику лікаря-стоматолога;
- звіт по щоденнику стоматолога-ортодонта;
- звіт по щоденнику стоматолога-ортопеда;
- звіт та показники по смертності;
- звіт про нещасні випадки невиробничого характеру;
- списки населення за різними критеріями – вік, дільниця, адреса, контингент та іншими;
- універсальний звіт.

В програмі реалізовані функції ***експорту*** та ***імпорту інформації***, які дозволяють об'єднувати бази даних різних закладів в єдину базу. Об'єднану базу даних можна використовувати для формування різноманітної звітності, як по окремим закладам, так і в цілому по групі закладів.

Програма має ряд сервісних функцій, які надають можливість виконувати резервування та відновлювання бази даних, автоматично поновлювати версію програми та інше.

3. МІС МедІнфоСервіс в комплектації Стаціонар

Медична інформаційна система «МедІнфоСервіс» охоплює автоматизацію лікувальних процесів стаціонарів та формування медичної статистичної звітності. МІС

«МедІнфоСервіс» акредитована МОЗ і підключена до Національної електронної системи охорони здоров'я «eHealth».

Основні функції:

Функціонал робочого місця Стаціонар охоплює роботу приймального відділення (модуль «Палати» дає можливість оперативного контролю зайнятості ліжкового фонду відділення), роботу лікаря, різноманітну медичну статистичну звітність та звіти по показникам роботи стаціонару. В режимі автоматизації лікувального процесу реалізована «Медична карта стаціонарного хворого» (форма 003/о) з можливістю доповнення вкладками з інших форм.

Реалізовані наступні модулі:

- журнал обліку прийому хворих у стаціонар та відмов у госпіталізації (форма 001/о);
- дані про пацієнта по формі 003/о з приймального відділення;
- запис лікаря приймального відділення;
- огляд лікуючим лікарем;
- результати обстежень;
- щоденник;
- листок огляду та консультацій спеціалістами (інтегровано з формою 028/о);
- переводи пацієнтів;
- діагнози;
- хірургічні операції (докладний опис операції проводиться в «Журналі запису оперативних втручань в стаціонарі» (форма 008/о);
- епікриз;
- патологоанатомічне обстеження;
- температурний листок (форма 004/о);
- листок лікарських призначень (форма 003-4/о);
- листки непрацездатності (інтегровано з формою 036/о);
- виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма 027/о).

Для зручної роботи лікаря реалізовані наступні довідники: «Аналізи та дослідження», «Огляд пацієнта», «Анамнези та скарги», «МКХ-10», «Класифікатор медичних процедур та хірургічних операції», «Лікарські засоби» (Державний реєстр лікарських засобів України).

Під час ведення реєстру пацієнтів, які відвідували медичний заклад, накопичуються різноманітні дані пацієнтів: прізвище, ім'я, по-батькові, стать, дата народження, адреса, місце роботи та посада, категорія, соціальний статус та інше.

Ведення бази даних карт хворих, які вибули із стаціонару – «Форма № 066/о». В базі міститься інформація про захворюваність пацієнтів: період лікування, діагноз, проведені обстеження, огляди, хірургічні операції, переводи та інше.

Ведення реєстру «Карта новонародженого», на основі якого формуються основні статистичні таблиці форми №21.

Ведення бази даних «Форм № 007/о» - «Листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару».

Для запобігання помилок при введенні діагнозів, а також для коректного заведення хірургічних операцій програма містить зручні у використанні довідники:

- «Класифікатор хвороб МКХ-10»;
- «Класифікатор медичних процедур та хірургічних операцій».

На основі накопиченої інформації формуються наступні статистичні звіти:

- Форма 20. Таблиця 3100. «Ліжковий фонд та його використання»;

- Форма 20. Таблиця 3220. «Склад хворих у стаціонарі, строки та результат лікування»;
- Форма 20. Таблиця 3500. «Хірургічна робота стаціонару»;
- Форма 20. Таблиця 3501. «Оперовано хворих»;
- Форма 20. Таблиця 3600. «Термінова хірургічна допомога хворим, які вибули зі стаціонару»;
- Форма 20. Таблиця 4503. «Склад хворих в стаціонарі (до 30 днів госпіталізації)»;
- Форма 007. Рух хворих і ліжкового фонду»;
- Форма 016. «Зведена відомість обліку руху хворих і ліжкового фонду»;
- Форма 13. «Звіт про штучне переривання вагітності»;
- Форма 21. Таблиця 2211. «Захворювання, які ускладнили пологи (ускладнення пологів і післяродового періоду)»;
- Форма 21. Таблиця 2245. «Розподіл народжених і померлих за вагою тіла при народженні»;
- Форма 21. Таблиця 2250. «Захворювання та причини смерті новонароджених з масою тіла 500-999г»;
- Форма 21. Таблиця 2260. «Захворювання та причини смерті новонароджених масою тіла 1000 г і більше»;
- Форма 21. Таблиця 2270. «Ізольовані вроджені вади мультифакторіального походження та хромосомні синдроми».

Статистичні звіти формуються як в цілому по медичному закладу, так і в залежності від заданих умов – по відділенням, лікарям, по сільському населенню, за віковими групами, по контингентам населення та інше. Сформовані звіти можуть бути експортовані в програму – «Медстат» для подальшої обробки.

Крім статистичних звітів в програмі закладено можливість формування довільних оперативних звітів, різноманітних вибірок, списків хворих, та аналітичних звітів по діяльності стаціонару, а саме:

- Показники роботи стаціонару;
- Між формений контроль - Форми 007 і 066;
- Кількість направлених хворих;
- Розробка за нозологіями;
- Розподіл операцій (по відділенням, по профілям ліжок, по лікарям та ін.);
- Розробка за операціями (по профілям ліжок, по відділенню, по закладу та ін.);
- Розподіл виписаних хворих за місцем проживання;
- Розподіл хворих (за соціальними групами, за контингентами, за травмами, за видами направлень, за віковими категоріями, за видами госпіталізації);
- Результат дослідження RW;
- Повторне надходження хворих;
- Результат лікування хворих;
- Якісні показники роботи лікарів (терапевтична спеціальність, хірургічна спеціальність);
- Рівень якості лікування по відділенням;
- Повторна госпіталізація;
- Списки населення за різними критеріями – вік, дільниця, адреса, контингент та іншими;
- Списки карт хворих, які вибули із стаціонару – за період, по лікарю, по дільниці, по віковим групам, по діагнозах та інше.

Модуль «Стаціонар» може використовуватися, як повністю самостійна програма, так і в єдиному програмному комплексі з програмою «Поліклініка». В цьому випадку програми працюють зі спільним реєстром населення. Кожен пацієнт заноситься до реєстру лише один раз і при необхідності може бути переглянута повна історія лікування пацієнта, як у стаціонарі, так і в поліклініці.

Програма має ряд сервісних функцій, які надають можливість виконувати резервування та відновлювання бази даних, автоматично поновлювати версію програми та інше.

Спільним як для «Поліклініка», так і «Стаціонар» є ряд реєстрів та модулів, а саме:

- реєстр медичних записів;
- кабінет рентгенологічних, флюорографічних досліджень та МРТ;
- лабораторія;
- кабінет ультразвукової діагностики;
- кабінет функціональних досліджень;
- кабінет ендоскопічних досліджень;
- направлення на МСЕК;
- персонал;
- пацієнти;
- медичний заклад тощо.

Далі в інструкції буде детальніше розглянуто всі реалізовані реєстри, довідники, звіти як для модуля «Поліклініка», так і для «Стаціонар».

4. Зауваження щодо використання програми

В даному розділі обумовлюються вимоги до комп'ютера і ряд рекомендацій для користування програмою.

4.1 Технічні вимоги до системи

МІС МедІнфоСервіс - це програмний засіб розроблений для операційної системи Windows.

Програмний засіб МІС МедІнфоСервіс надає доступ до своїх даних тільки авторизованим та автентифікованим користувачам. Система виконує протоколювання всіх дій користувача щодо зміни інформації. МІС МедІнфоСервіс має вбудовані механізми використання електронних цифрових ключів сертифікованих центрів, що діють в Україні, для можливості підписання.

Для використання програми НЕ мережевої версії (на 1 робоче місце) і для роботи без підключення до «eHealth» достатньо, щоб ваш комп’ютер відповідав мінімальним системним вимогам:

- 2-х ядерний процесор з частотою 2000 МГц;
- 4 ГБ ОЗП;
- 10 Гб вільного місця на жорсткому диску;
- монітор з розподільчою здатністю 1024×768 (рекомендується використовувати більш високі: 1280×1024);
- операційна система від Microsoft Windows 7 і вище.
- Для більш ефективної та швидкої роботи з програмою, бажано щоб комп’ютер відповідав наступним вимогам:

- 2-х ядерний процесор з частотою 3000 МГц (3.0 ГГц);
- 8 ГБ ОЗП;
- 60 Гб вільного місця на жорсткому диску;
- монітор 17» с розподільчою здатністю 1024×768 або вище;
- операційна система Microsoft Windows 10.

Для впровадження МІС мережевої версії необхідно організувати захищену локальну мережу між робочими місцями, на яких буде встановлено програму та сервер бази даних.

Рівень зберігання даних в МІС побудований на основі системи керування базами даних Firebird, тому окремо потрібно виділити сервер на якому буде встановлена система керування базою даних Firebird версії 3 для безперебійного доступу до бази даних МІС.

Мінімальні вимоги до сервера бази даних :

- процесор частотою 2000—3000 МГц,
- оперативна пам'ять від 8 Гб,
- жорсткий диск від 500 Гб.
- Операційна система Microsoft Windows Server 2003 та вище або Linux x86/AMD64.

Якщо доступ до бази даних планується виконувати через Internet, то на роутері, на якому буде організовано тунель для доступу до бази даних, необхідно мати статичну ір адресу.

Програмний засіб МІС МедІнфоСервіс надає доступ до своїх даних тільки авторизованим та автентифікованим користувачам. Система виконує протоколювання всіх дій користувача щодо зміни інформації МІС МедІнфоСервіс.

Також в якості робочого місця і *«eHealth»* можна використовувати звичайний комп’ютер або ноутбук офісного рівня:

- процесор частотою 2000—3000 МГц,
- пам'ять від 4 Гб,
- жорсткий диск від 500 Гб,
- операційна система Microsoft Windows 7 та вище.

Для формування звітів може бути використаний Microsoft Office або безкоштовний LibreOffice.

Для робочих місць з яких планується доступ до центрального компоненту «eHealth» має бути організовано доступ до мережі Internet.

4.2 Рекомендації

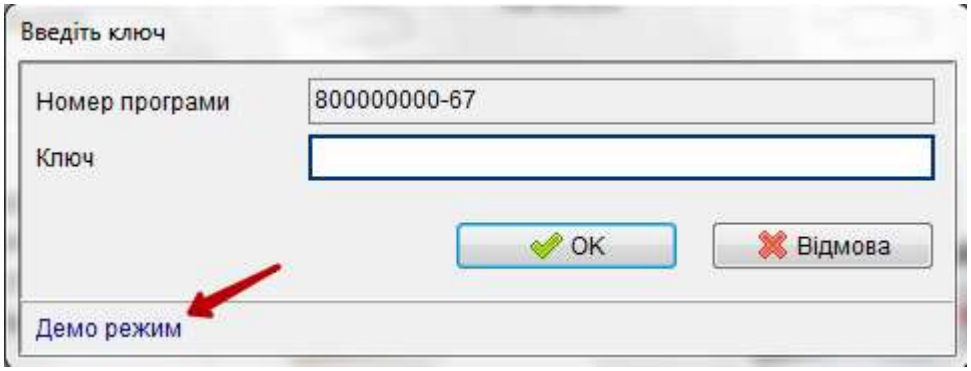
Після встановлення програми візьміть до уваги, що для прискорення роботи програми (відкриття і закриття вікон, формування звітів та виконання розрахунків), бажано, додати папку, де встановлена програма, в список виключень антивірусної програми, встановленої на комп’ютері.

5. Запуск програми

В результаті інсталяції програмного продукту (з вибором компонентів установки за замовчуванням) відповідні ярлики для запуску програми будуть розміщені в головному меню і на робочому столі. У разі відсутності ярликів, необхідно запустити файл Polyclinic.exe з каталогу встановленої програми.

5.1 Реєстрація

При першому запуску програма запросить ввести реєстраційний ключ.



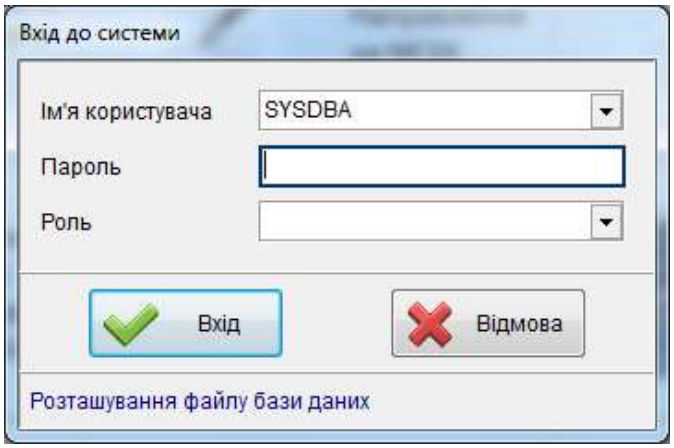
Для апробування програми є можливість використання Демо-режиму з ключем DEMO-MODE. Обмеження в введенні пацієнтів (до 2 чоловік) та оновленні програми. Для запуску демо-режиму натиснути відповідну кнопку.

Придбаний реєстраційний ключ на підставі номера програми необхідно ввести в поле «Ключ». Для отримання ключа вам потрібно написати електронного листа за адресою: admin.infomed@ukr.net. У повідомленні вкажіть номер програми і організацію, в якій встановлена програма.

Також, для отримання реєстраційного ключа, можна зв'язатися за телефонами:
(095) 800-19-96 (094) 985-80-51 (0472) 50-60-51

5.2 Вхід в програму

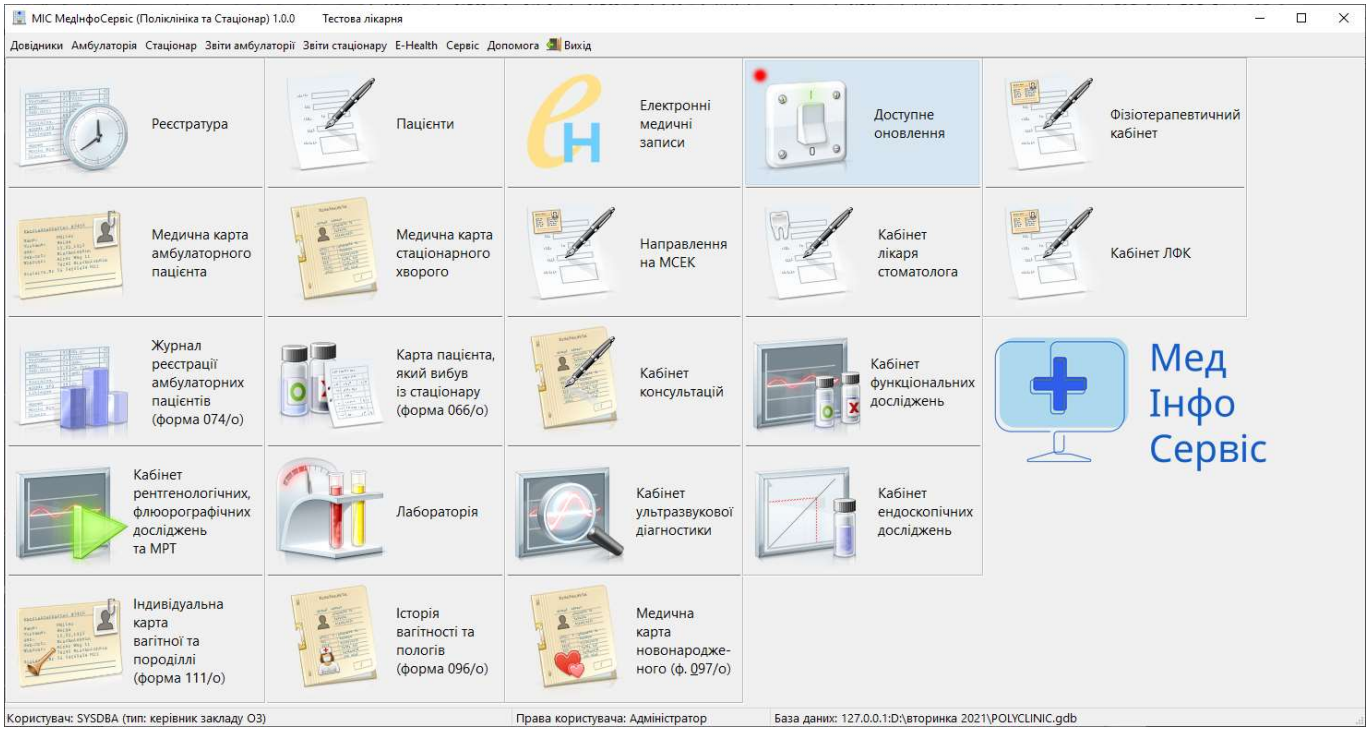
Після запуску програма запитує ім'я користувача та пароль.



Для входу в програму необхідно ввести:

- **Ім'я користувача:** **SYSDBA**
- **пароль:** нічого не вводити, залишити поле порожнім
- **роль:** нічого не вводити, залишити поле порожнім.

В результаті на екрані з'явиться головне вікно програми.



В лівому нижньому кутку програми знаходиться статусний рядок. На ньому відображено (зліва направо):

- *кількість медичних закладів в базі;*
- *ім'я користувача;*
- *права користувача;*
- *шлях розташування бази даних.*

6. Початок роботи

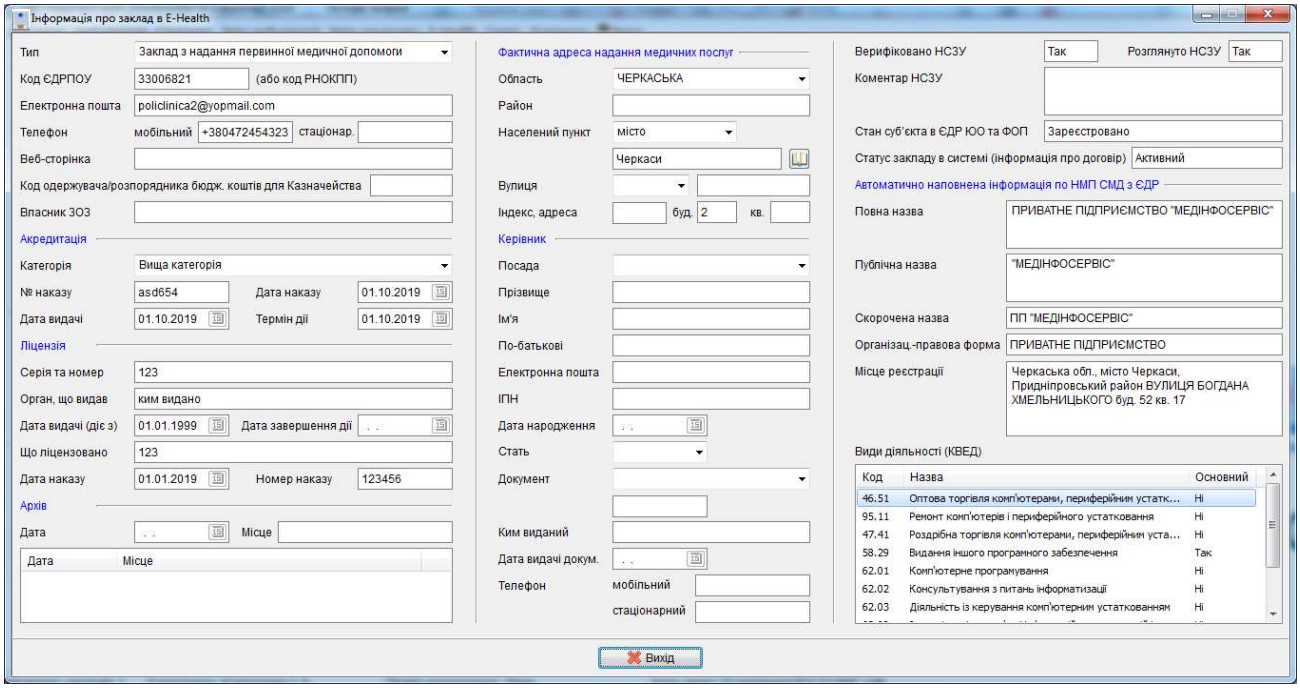
Після встановлення програми, першим і важливим кроком є внесення медичного закладу в базу програми. Для цього в пункті меню **«Амбулаторія» (чи «Стаціонар») > «Медичний заклад»** створити запис по вашій організації і вказати назву, тип, населений пункт, код ЄДРПОУ та інші реквізити, а також налаштувати конфігурацію, вказавши в меню **«Сервіс – «Конфігурація»** рівень надання медичної допомоги.

Для того, щоб підписати договір з Національною службою охорони здоров'я (далі - НСЗУ), заклад охорони здоров'я має бути зареєстрований в ЕСОЗ. В програмі для цих цілей слугує меню «E-Health».

6.1. Реєстрація закладу первинної медичної допомоги (далі - ПМД) в ЕСОЗ

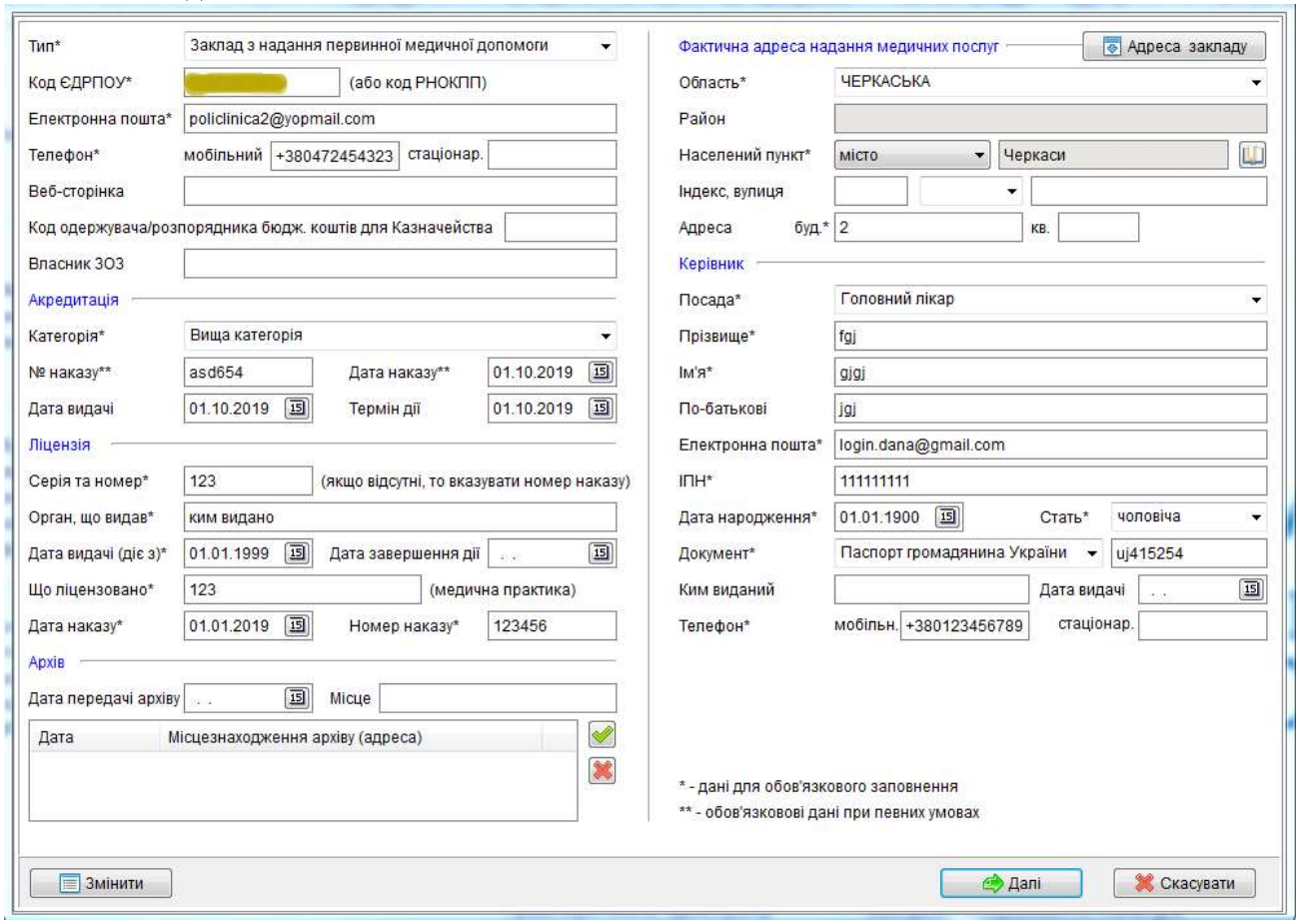
6.1.1 Інформація про заклад в E-Health

Даний пункт містить інформацію створений заклад або про заклад, запит на реєстрацію якого уже відправлено в ЕСОЗ.

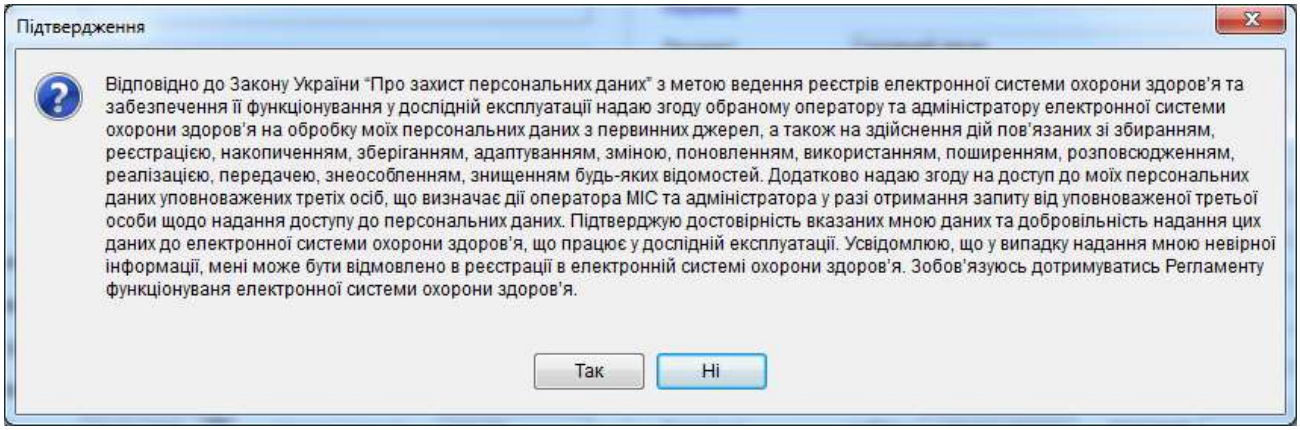


6.1.2 Створити або оновити заклад в E-Health

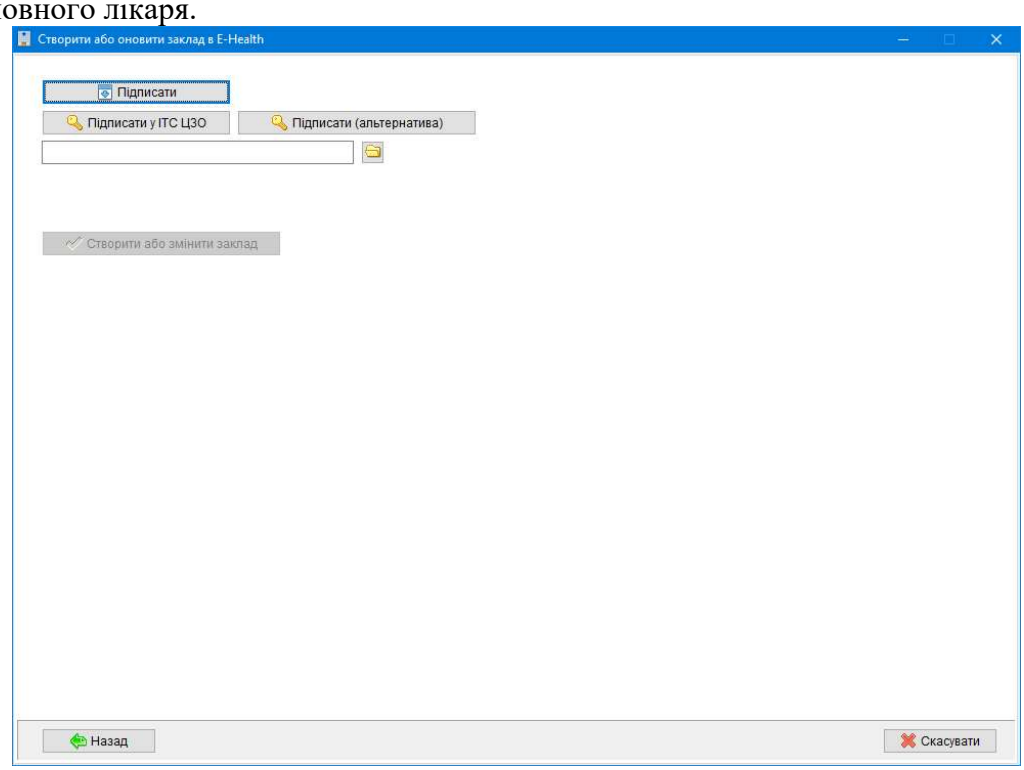
В даному пункті меню слід внести актуальні дані закладу та директора закладу (головного лікаря). При цьому заклад має бути діючий, оскільки з боку НСЗУ ведеться синхронна перевірка зареєстрованих закладів з Єдиним державним реєстром (далі - ЄДР). У випадку відсутності такого закладу в ЄДР, або якщо заклад зазначено як закритий - він буде автоматично деактивований в системі.



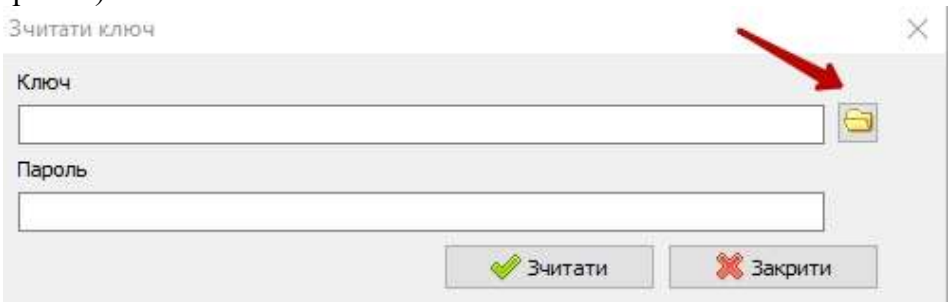
Заповнивши всі поля, слід натиснути кнопку «Далі» і погодитись з умовами про захист персональних даних.

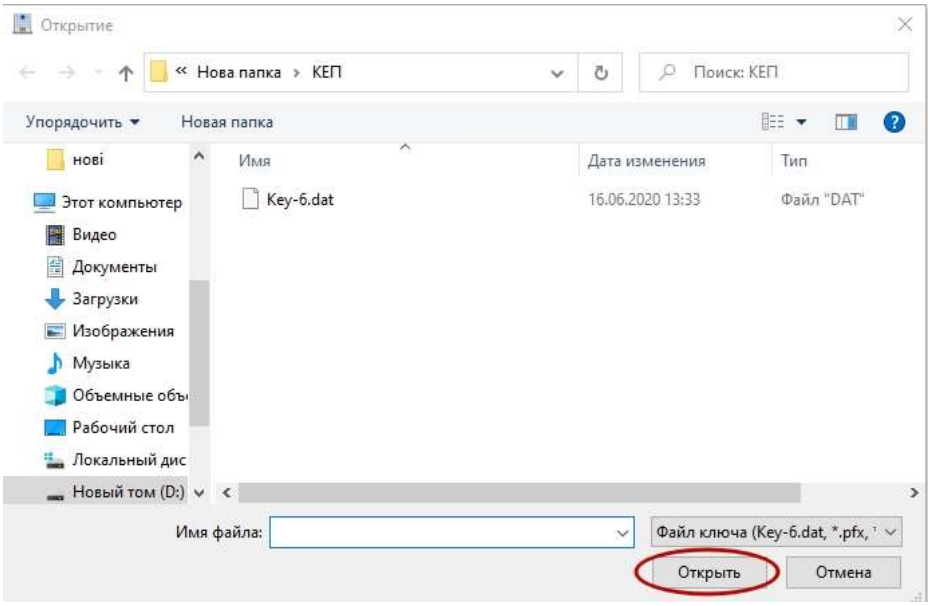


Наступним кроком є підписання файлу кваліфікованим електронним підписом (далі - КЕП) головного лікаря.



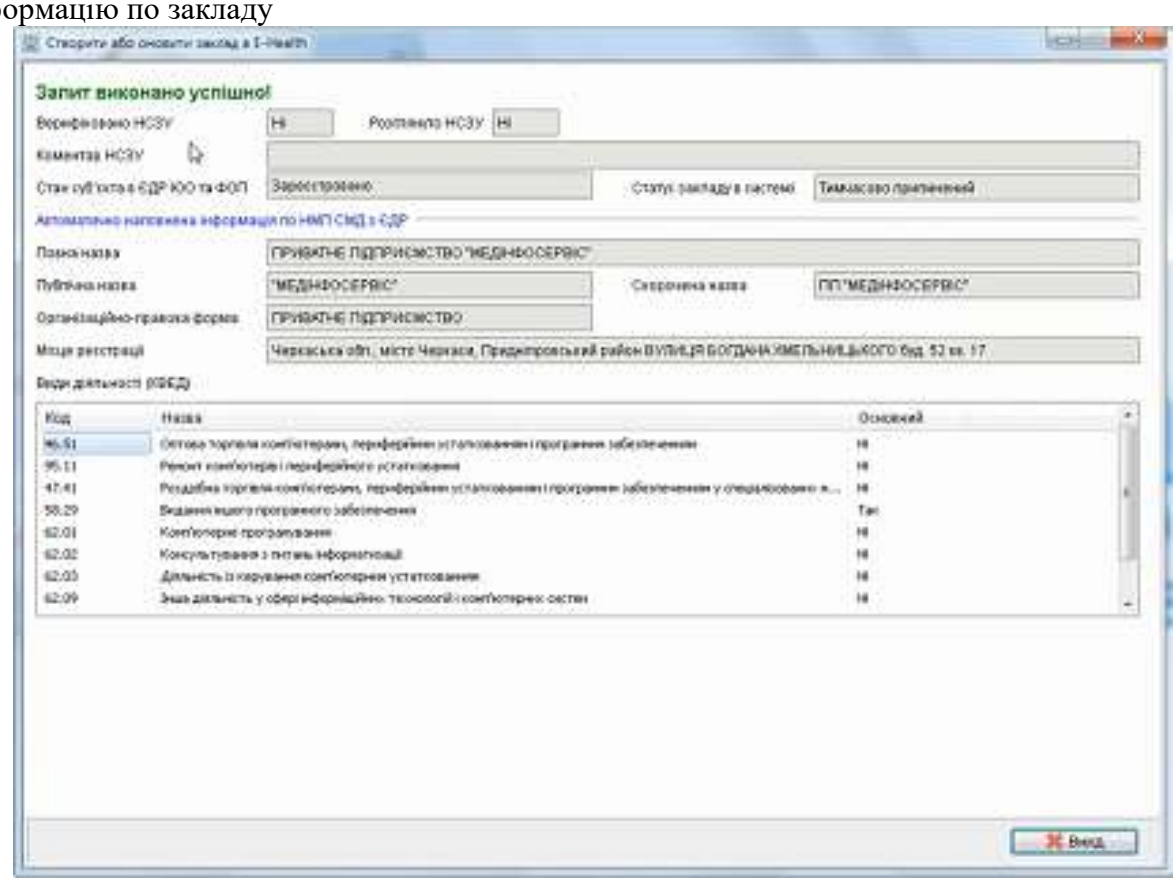
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).





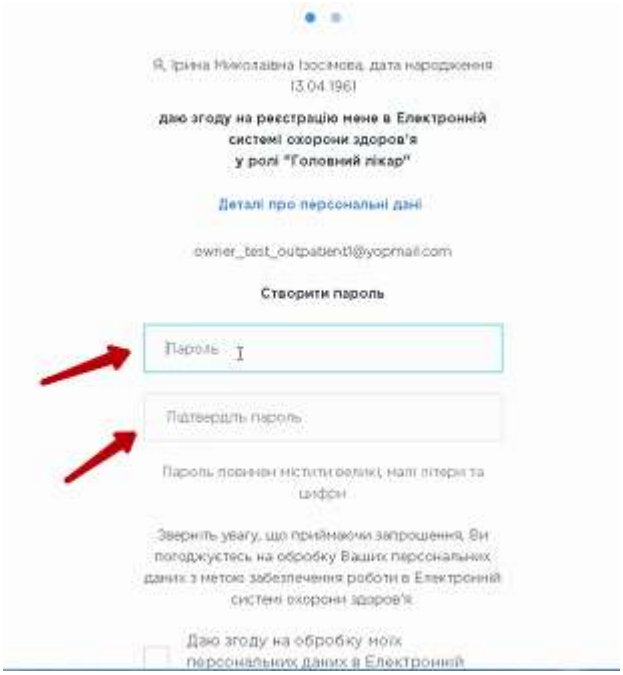
Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

Наступне вікно повідомляє, що **«Запит виконано успішно»** і відображає внесену інформацію по закладу

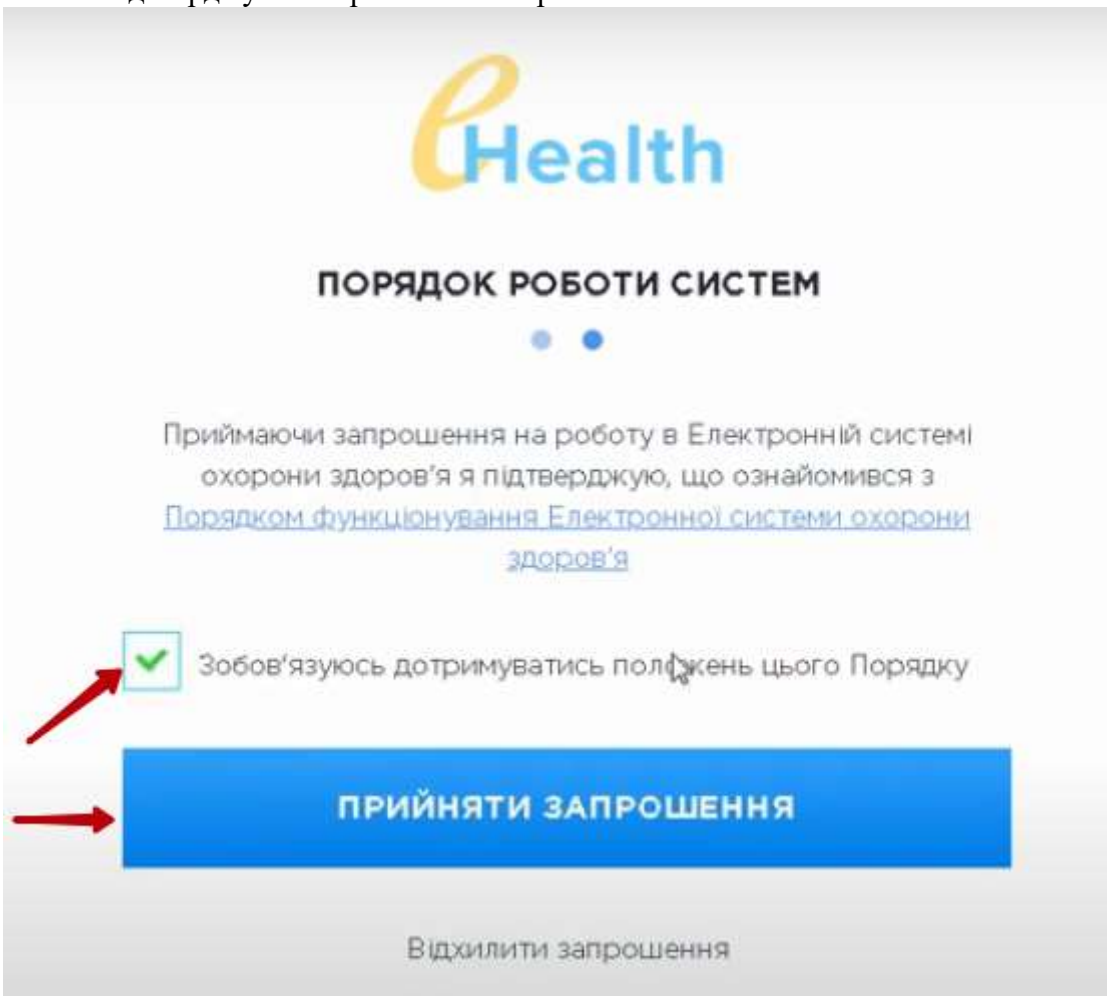


Далі, керівнику медичного закладу необхідно підтвердити запит про реєстрацію в ЕСОЗ. Для цього перейти в електронну пошту, яку він вказував при реєстрації, і відкривши лист від E-health, перейти по посиланню.

У вікні, що відкрилось, необхідно придумати пароль, який повинен містити 12 символів (цифри і літери англійського алфавіту), підтвердити його, галочкою відмітити «Даю згоду на обробку моїх персональних даних в Електронній системі охорони здоров'я» і натиснути кнопку **«Далі».**



Потім підтверджуємо і приймаємо запрошення

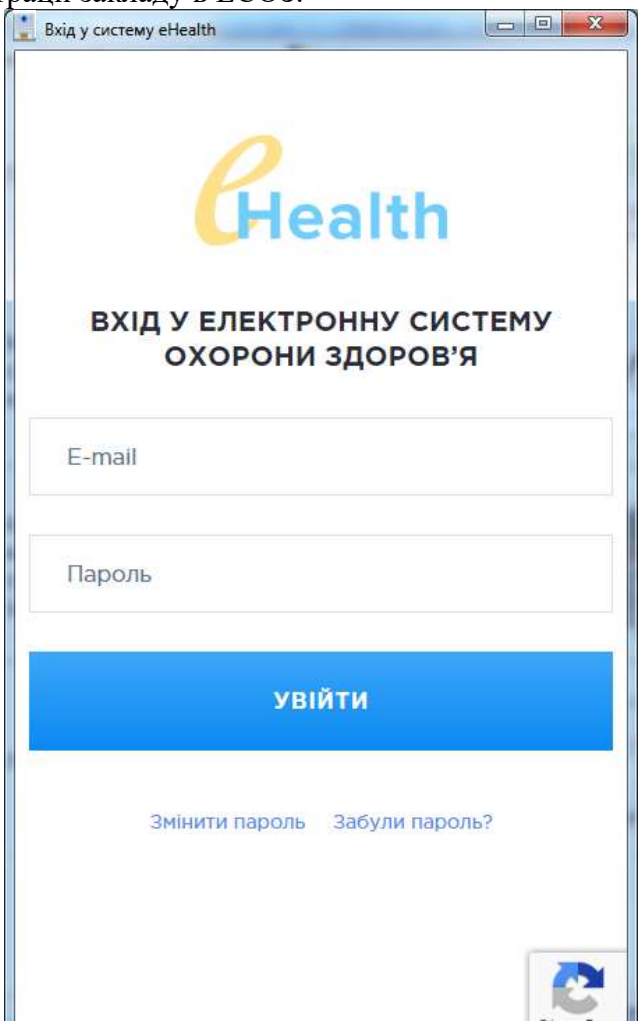


Побачити інформацію, яка була внесена під час реєстрації закладу можна в пункті меню «Інформація про заклад в E-health»

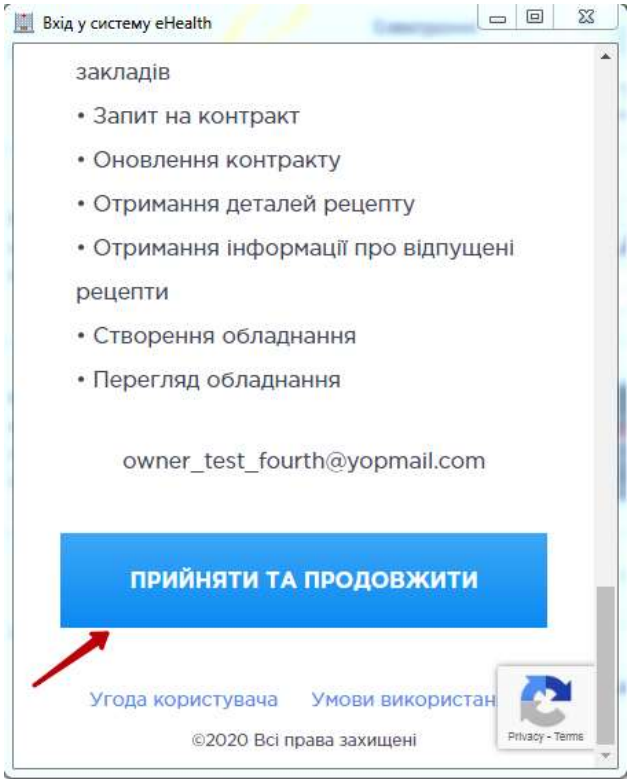
6.1.3 Управління підрозділами НМП ПМД

Реєстрація місць підрозділів закладу охорони здоров'я/юридичних адрес повинно відбутись до моменту заявки на контрактування. При цьому зазначена інформація повинна повністю відповідати ліцензії закладу, оскільки надалі ця інформація перевірятиметься з боку НСЗУ, та у випадку виявлення недостовірної інформації - буде деактивована.

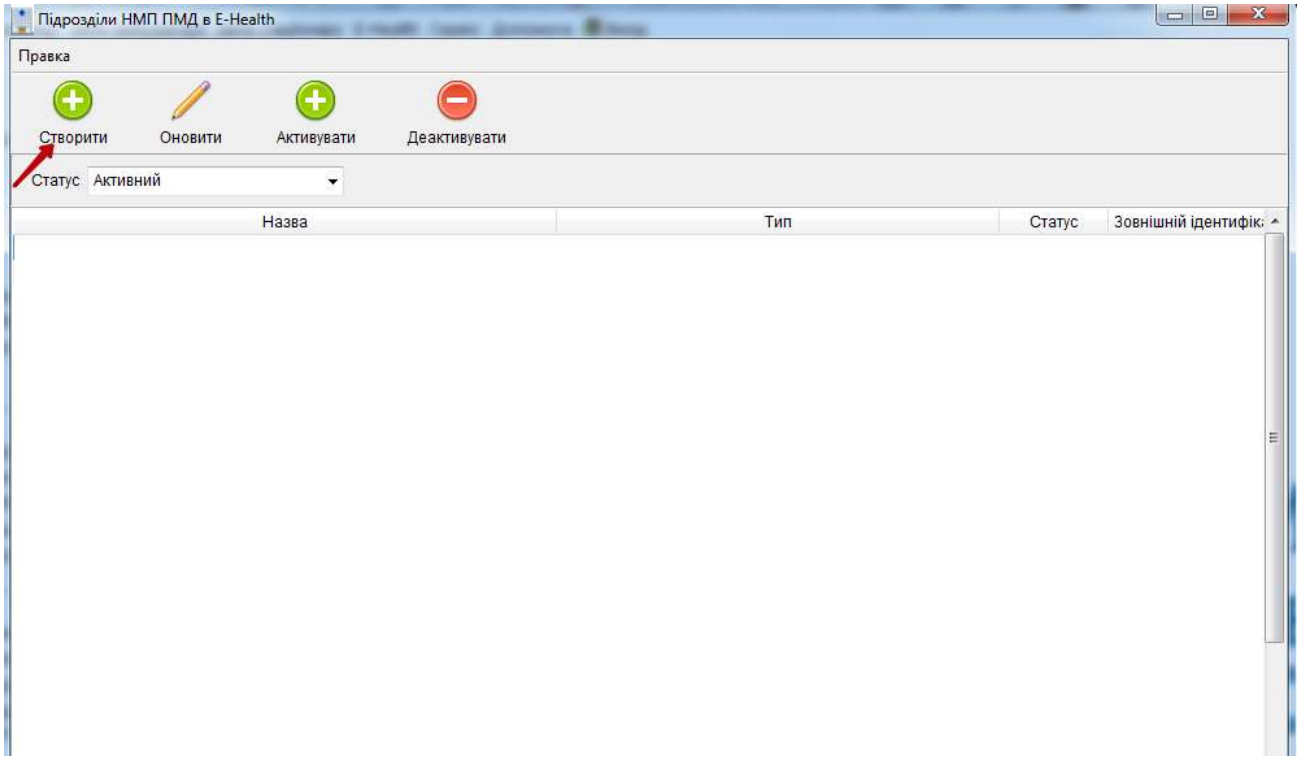
Даний пункт доступний, ввівши електронну пошту керівника закладу та пароль, створений під час реєстрації закладу в ЕСОЗ.



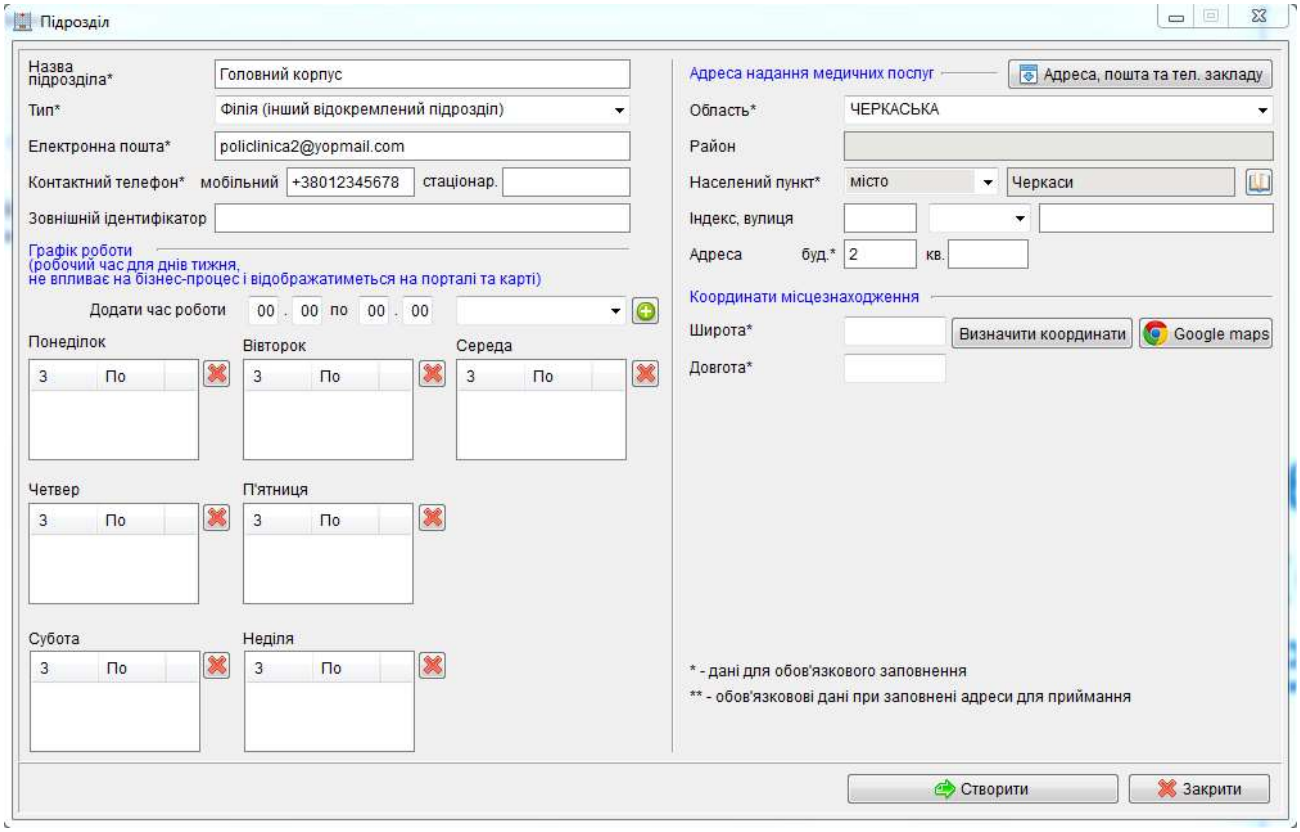
Для того щоб завершити вхід у систему, у наступному вікні необхідно натиснути кнопку **«Прийняти та продовжити»**.



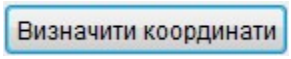
У вікні, що з’явиться слід внести всі підрозділи закладу, які необхідно зареєструвати в ЕСОЗ.

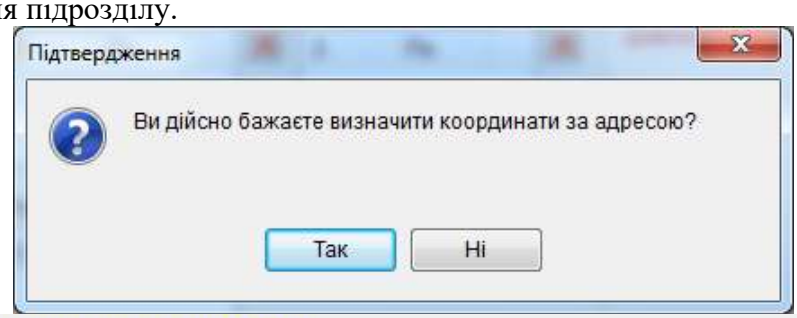


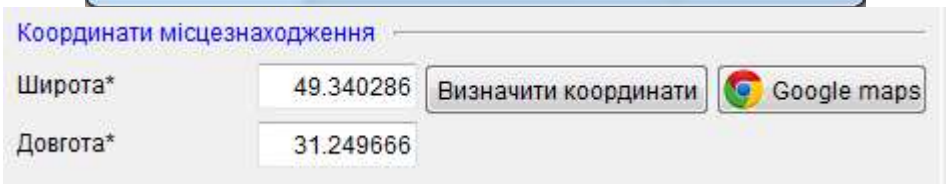
Для створення нового, необхідно натиснути **«Новий»** і заповнити, як мінімум, поля із зірочкою.



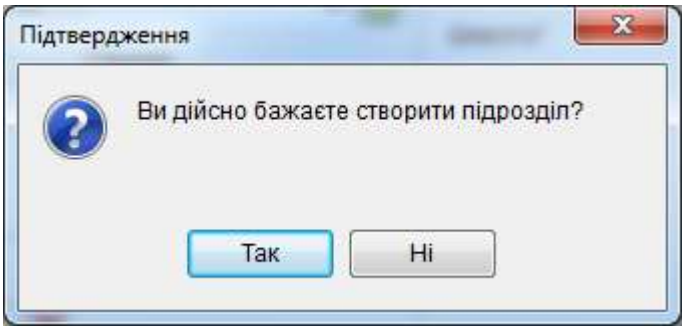
Поля **«Графік роботи»** являються необов'язковими для заповнення. Слугує для відображення на порталі та карті.

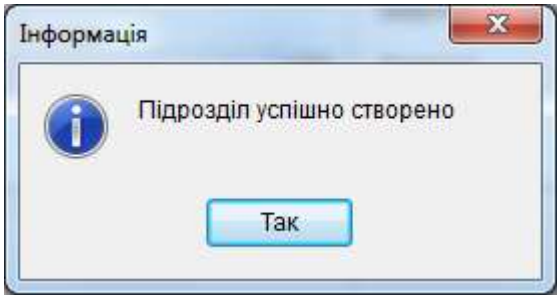
За допомогою кнопки  автоматично визначаються координати місцезнаходження підрозділу.





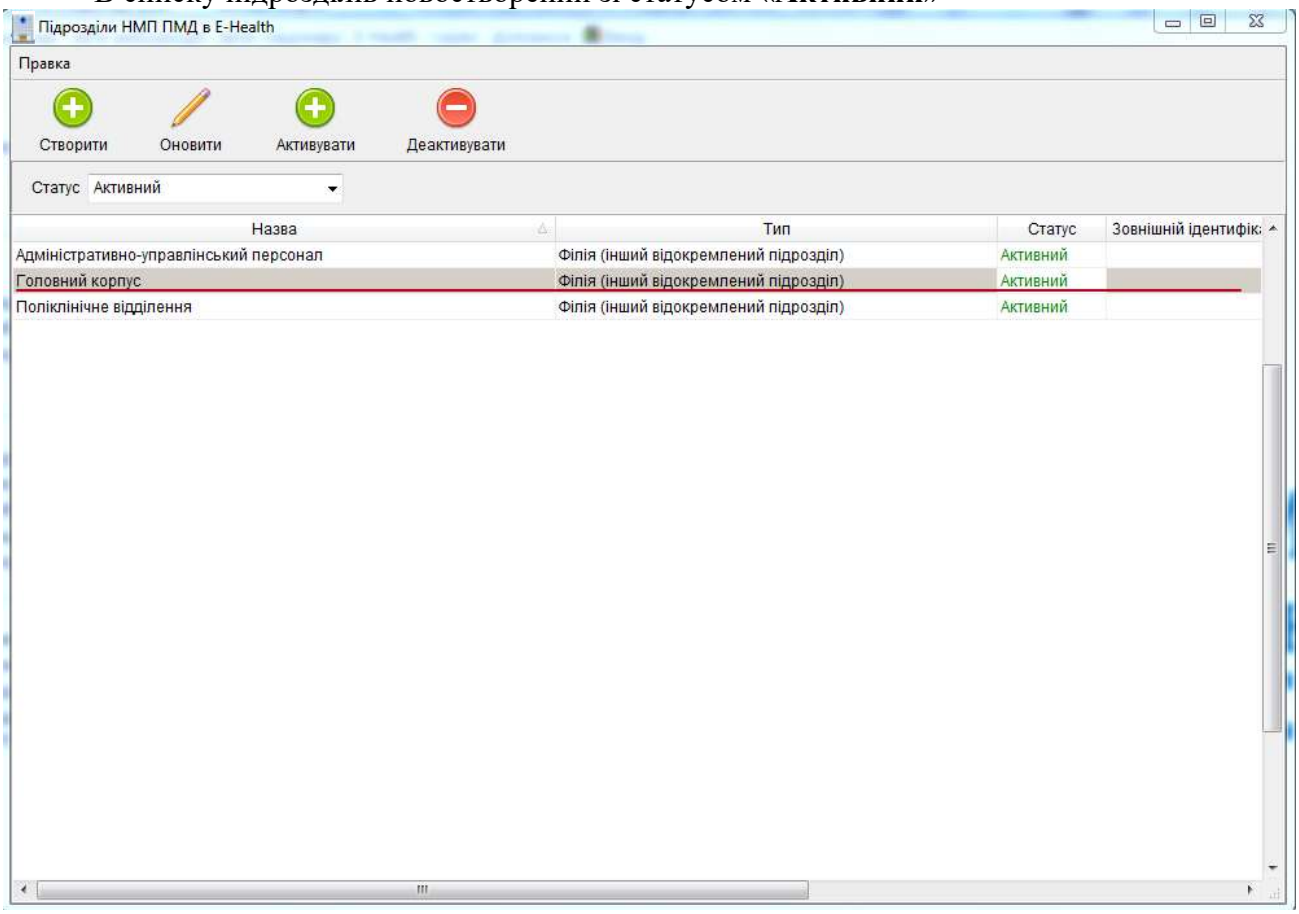
Заповнивши всі необхідні поля, натискаємо кнопку **«Створити».**



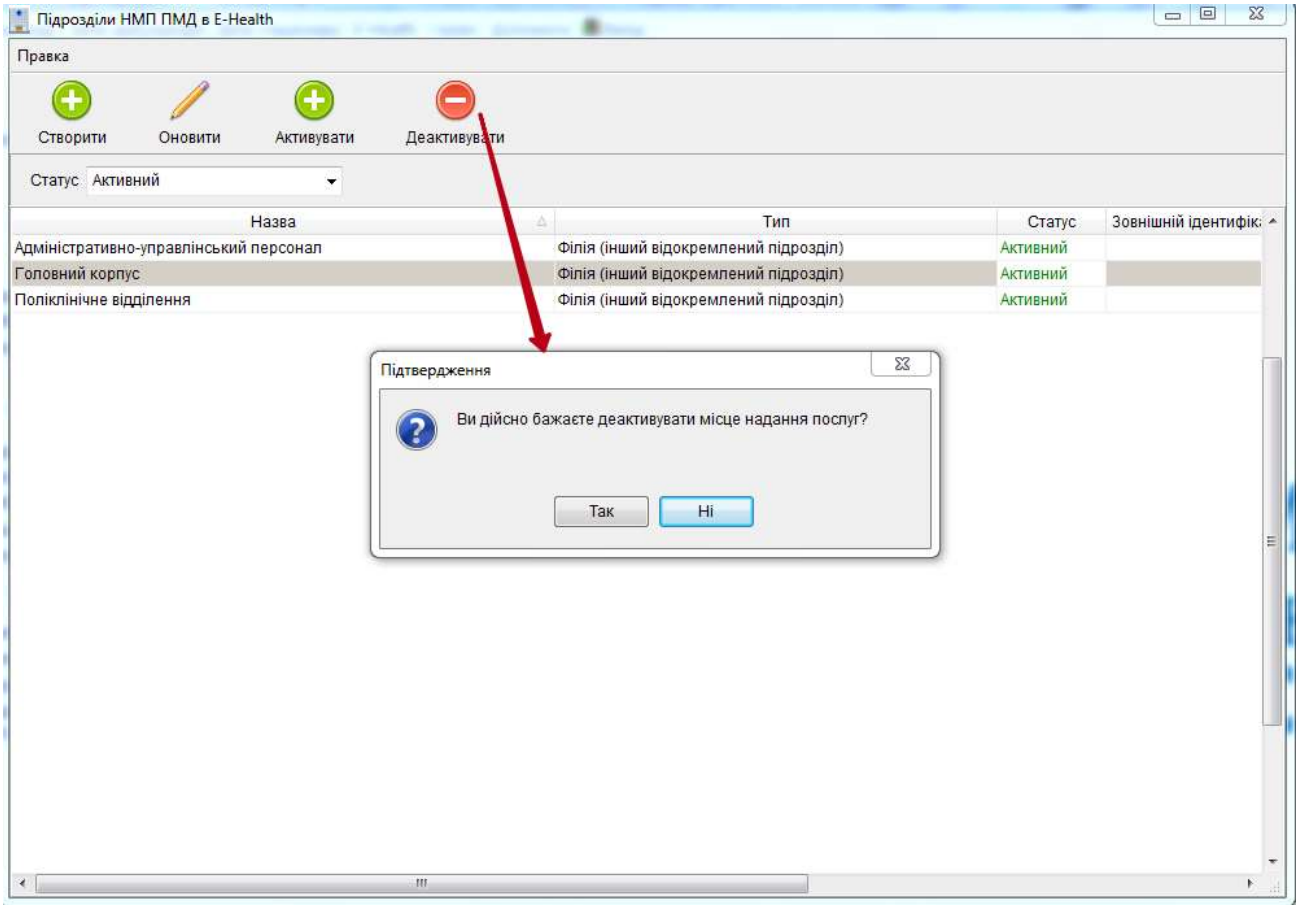


Потім натискаємо кнопку **«Закінчити».**

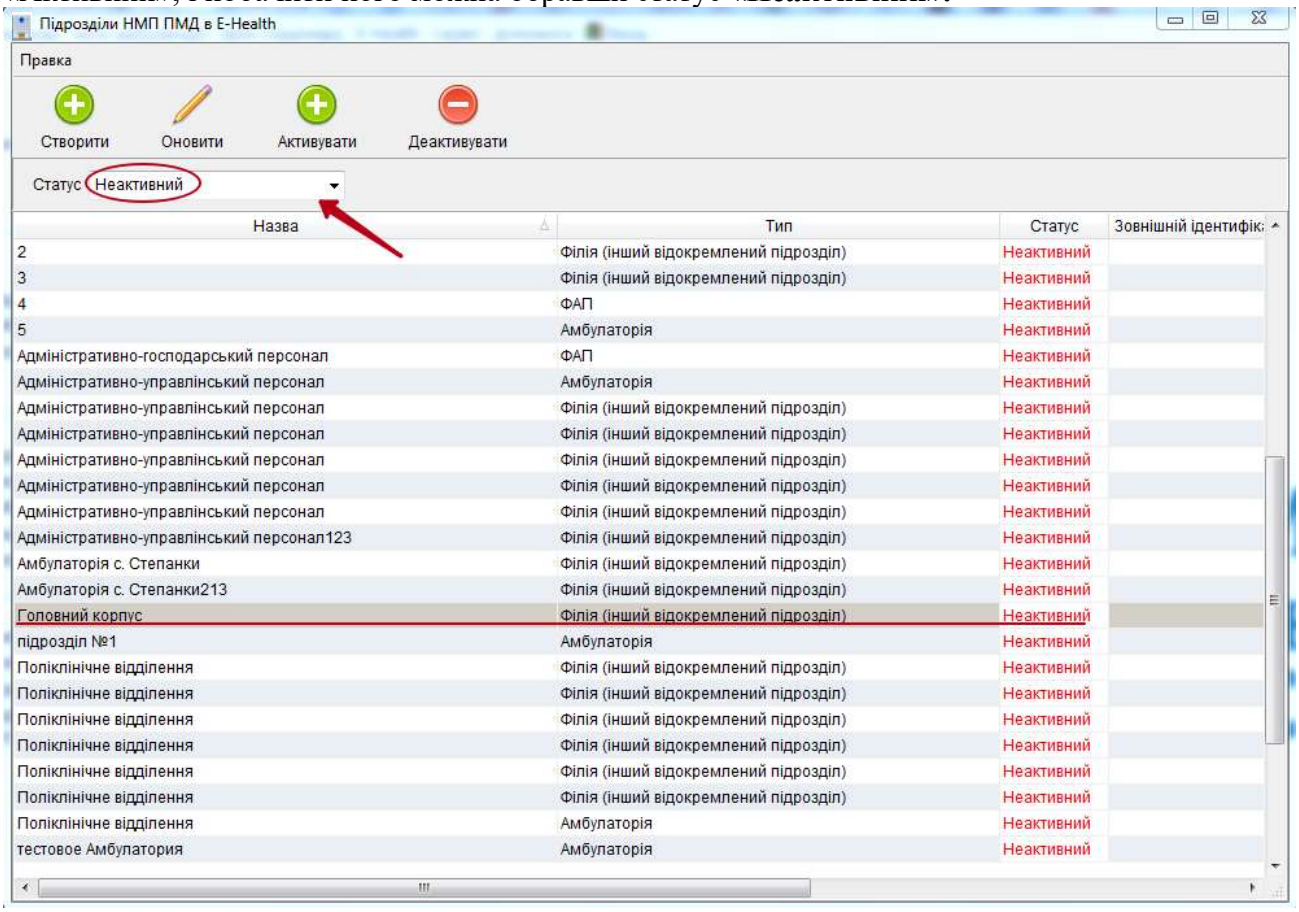
В списку підрозділів новостворений зі статусом **«Активний»**



При необхідності, підрозділ можна деактивувати, обравши необхідний, і, натиснувши **«Деактивувати»**.



У разі позитивної відповіді, деактивований підрозділ зникає зі списку із статусом «Активний», і побачити його можна обравши статус **«Неактивний».**



Для того, щоб повернути його в список активних, слід обрати і натиснути кнопку **«Активувати»**.

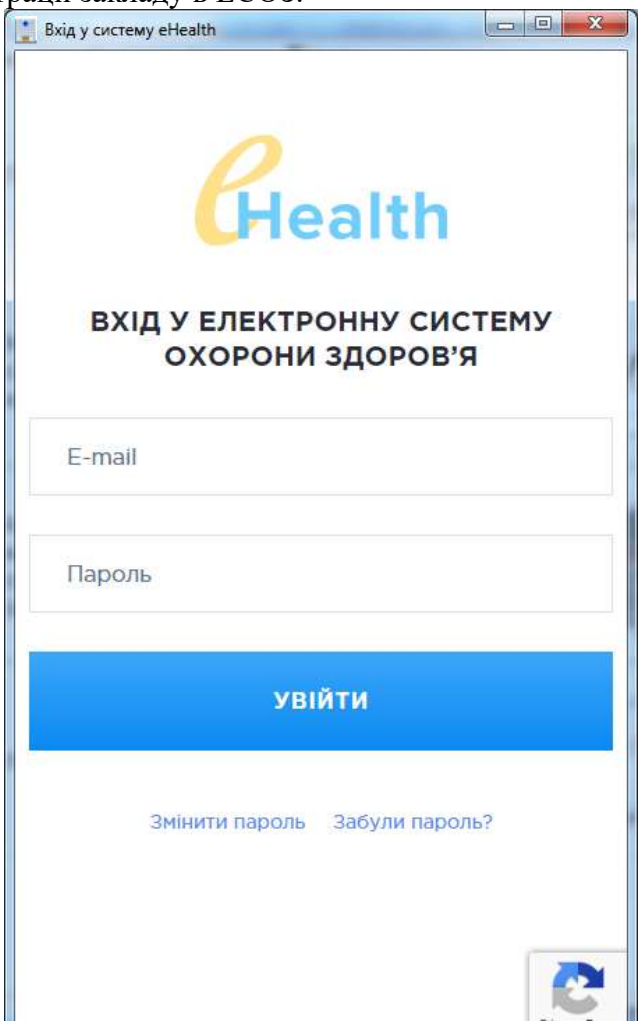
Кнопка **«Оновити»** відкриває обраний підрозділ для внесення оновлених даних.

6.1.4 Управління співробітниками НМП ПМД

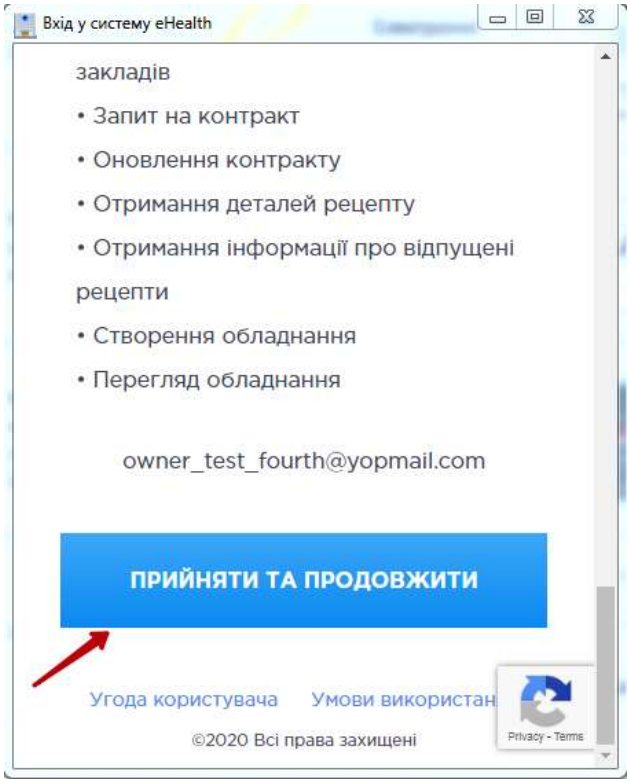
Головний лікар або уповноважена особа мають зареєструвати в системі всіх співробітників закладу до 2020 року.

В реєстрах медичних працівників та медичних спеціалістів мають міститися дані про всіх медичних працівників закладу, із зазначенням їх спеціалізації та освіти. Надалі ця інформація буде перевірена з боку НСЗУ з реєстром медичних спеціалістів МОЗ.

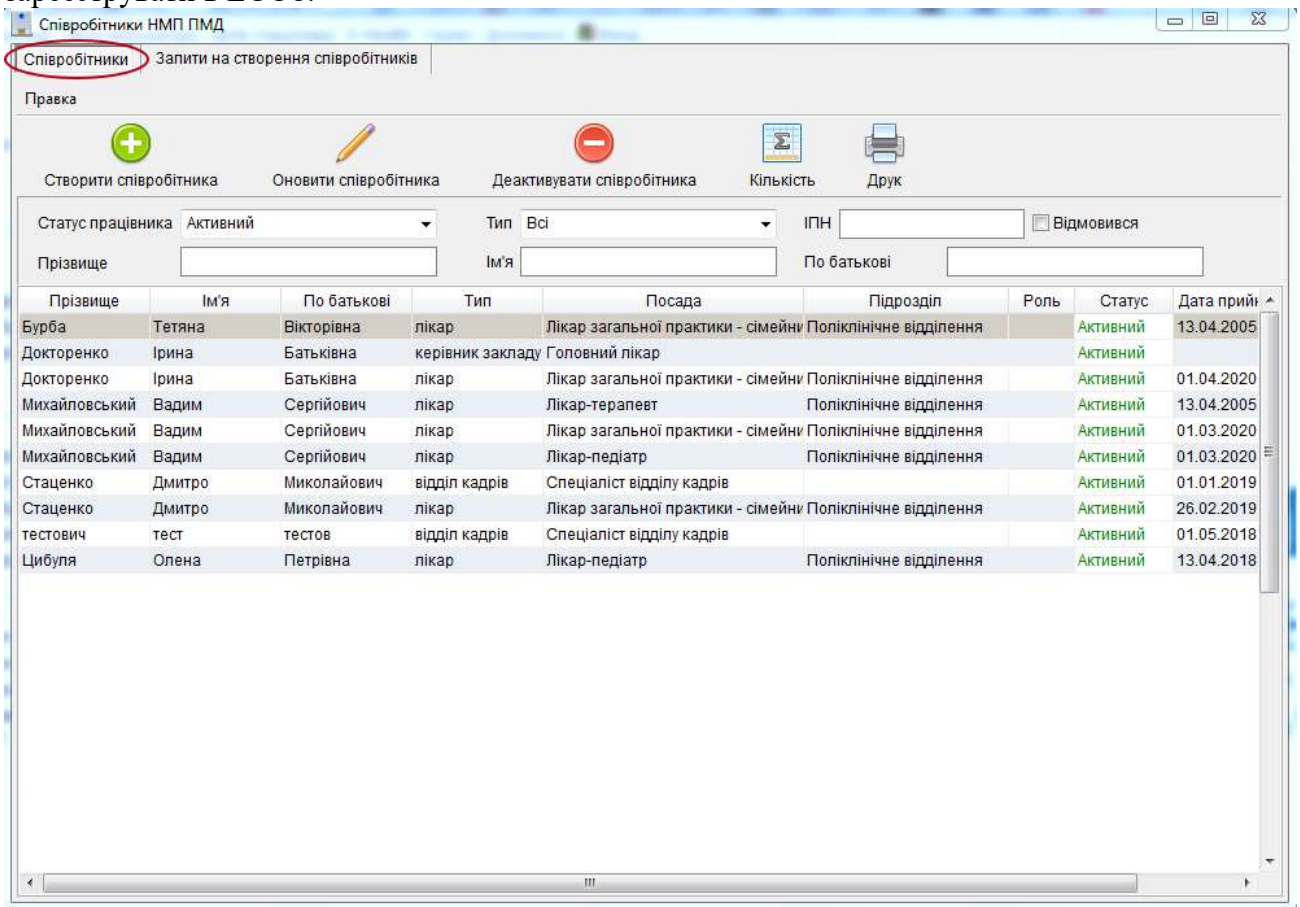
Даний пункт доступний, ввівши електронну пошту керівника закладу та пароль, створений під час реєстрації закладу в ЕСОЗ.



Для того щоб завершити вхід у систему, у наступному вікні необхідно натиснути кнопку **«Прийняти та продовжити»**.



У вікні, що з’явиться слід внести всіх медичних працівників закладу, яких необхідно зареєструвати в ЕСОЗ.

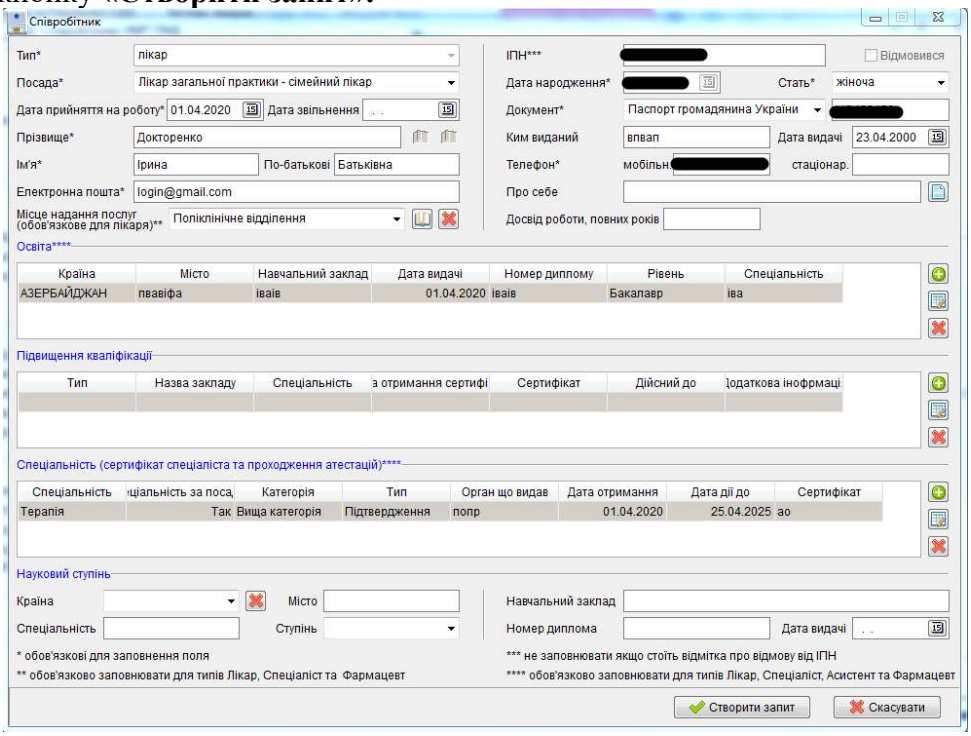


Натиснувши **«Створити співробітника»**, на верхній панелі, можна внести нового працівника, **«Оновити співробітника»** - відкривається вікно для внесення змін, **«Деактивувати співробітника»** - деактивує працівника; **«Кількість»** - розраховує кількість співробітників; «

«Друк» - формує список співробітників в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми.

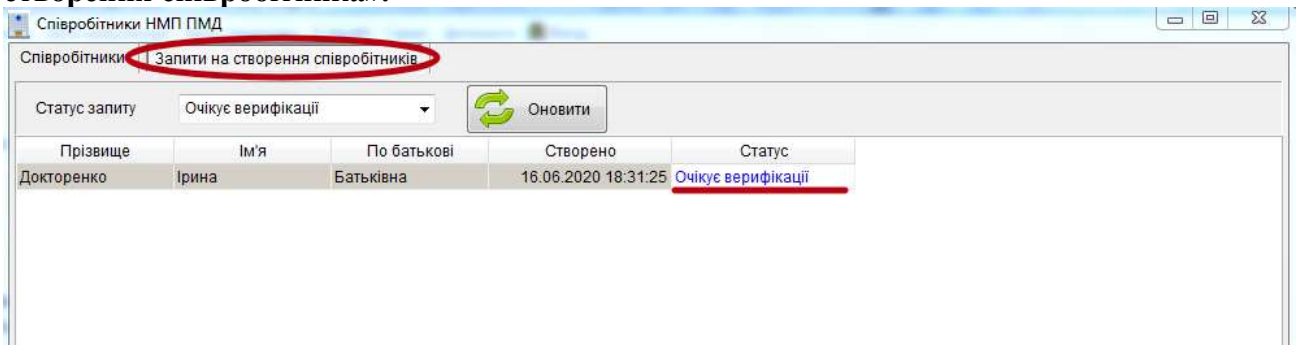
- поля для фільтра пошуку співробітників.

Для створення нового співробітника необхідно заповнити всі відповідні поля і натиснути кнопку **«Створити запит».**



Після цього, даному співробітнику прийде електронний лист на вказану електронну пошту з підтвердження. також необхідно буде придумати пароль для входу в ЕСОЗ, який повинен містити 12 символів (цифри і англійські букви).

До того часу, поки співробітник не підтвердить запит в електронній пошті, статус який він буде мати **«Очікує верифікації»** і буде заходитись серед списку у вкладці **«Запити на створення співробітника».**



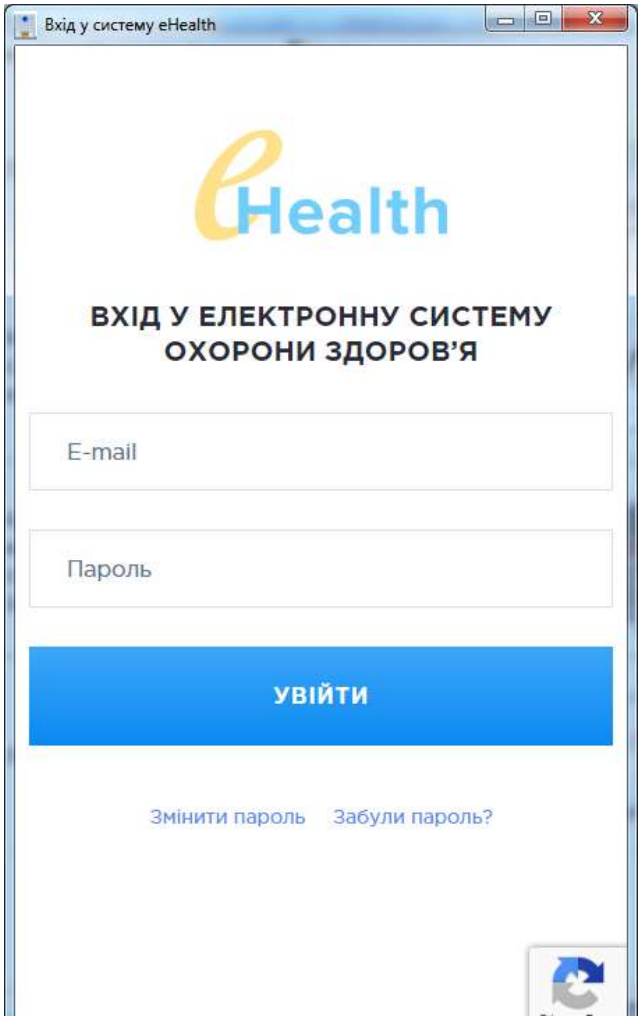
У разі підтвердження, статус зміниться на **«Схвалено»**, у разі відмови – **«Відхилено».**

У випадку звільнення співробітника необхідно його деактивувати, вказавши дату звільнення.

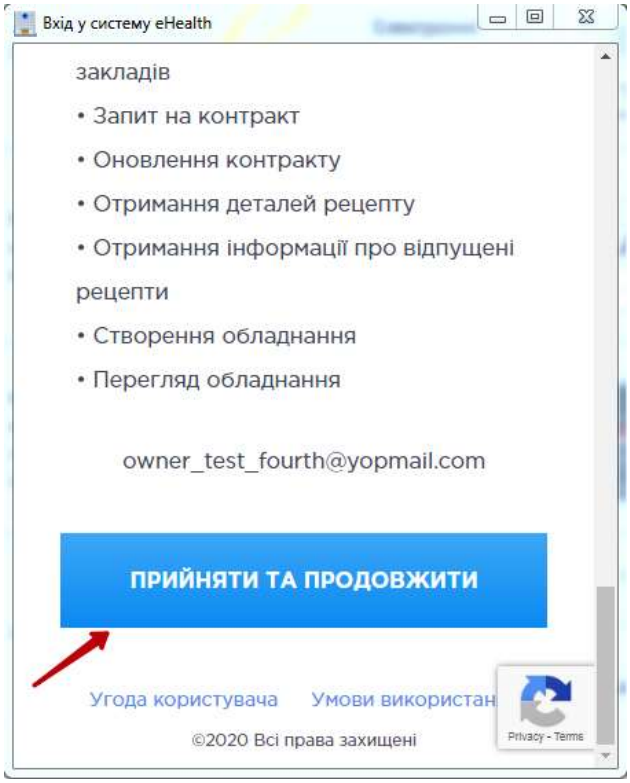
Зверніть увагу! Неможливо повернути назад запис про співробітника, якого деактивували, слід заново створити запит.

6.1.5 Договори НМП ПМД

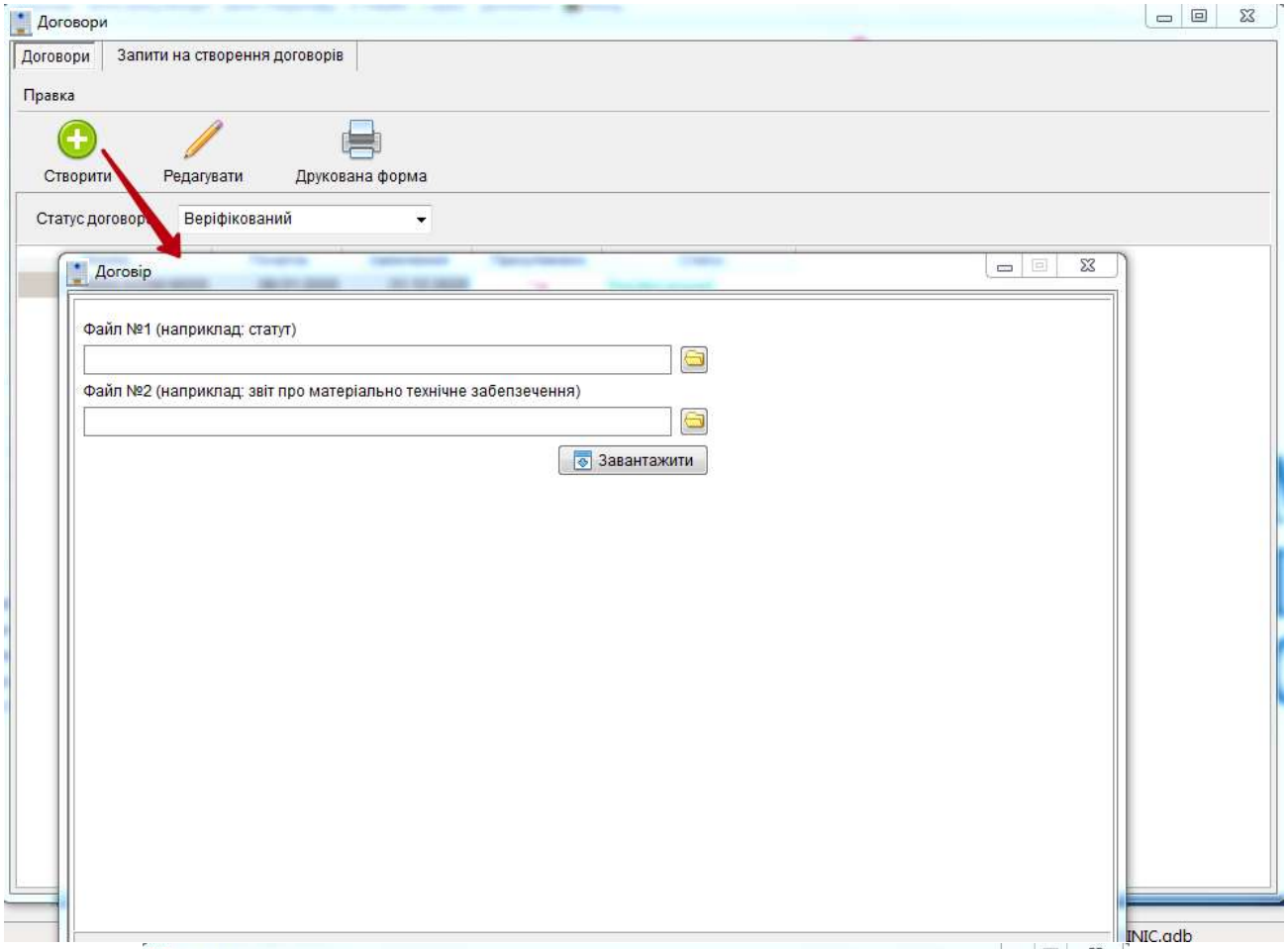
Даний пункт доступний, ввівши електронну пошту керівника закладу та пароль, створений під час реєстрації закладу в ЕСОЗ.

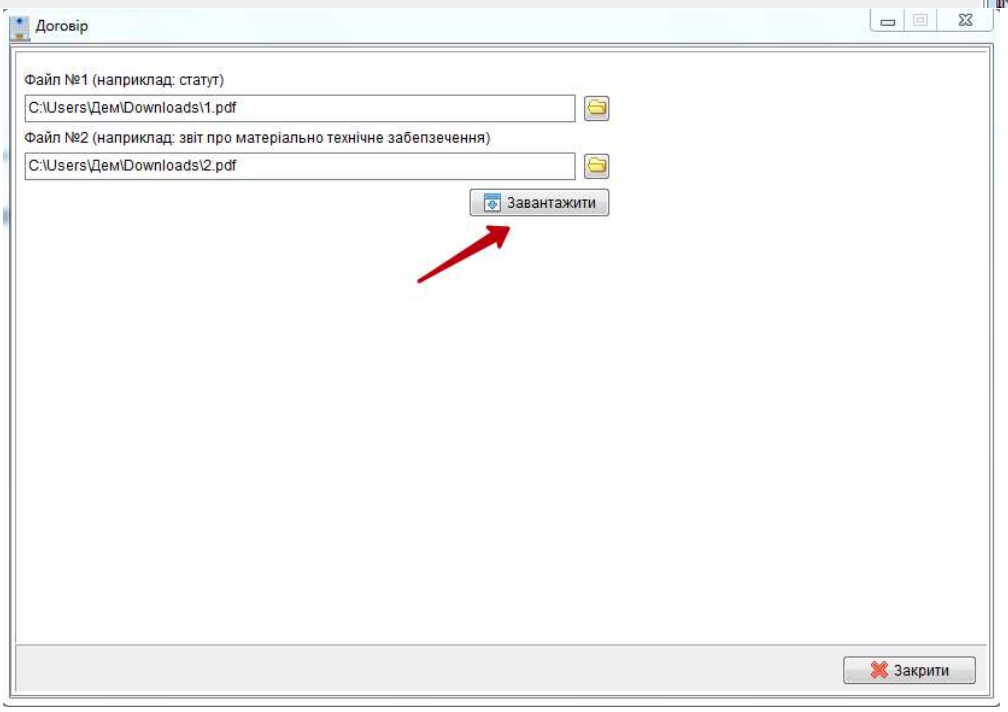


Для того щоб завершити вхід у систему, у наступному вікні необхідно натиснути кнопку **«Прийняти та продовжити»**.

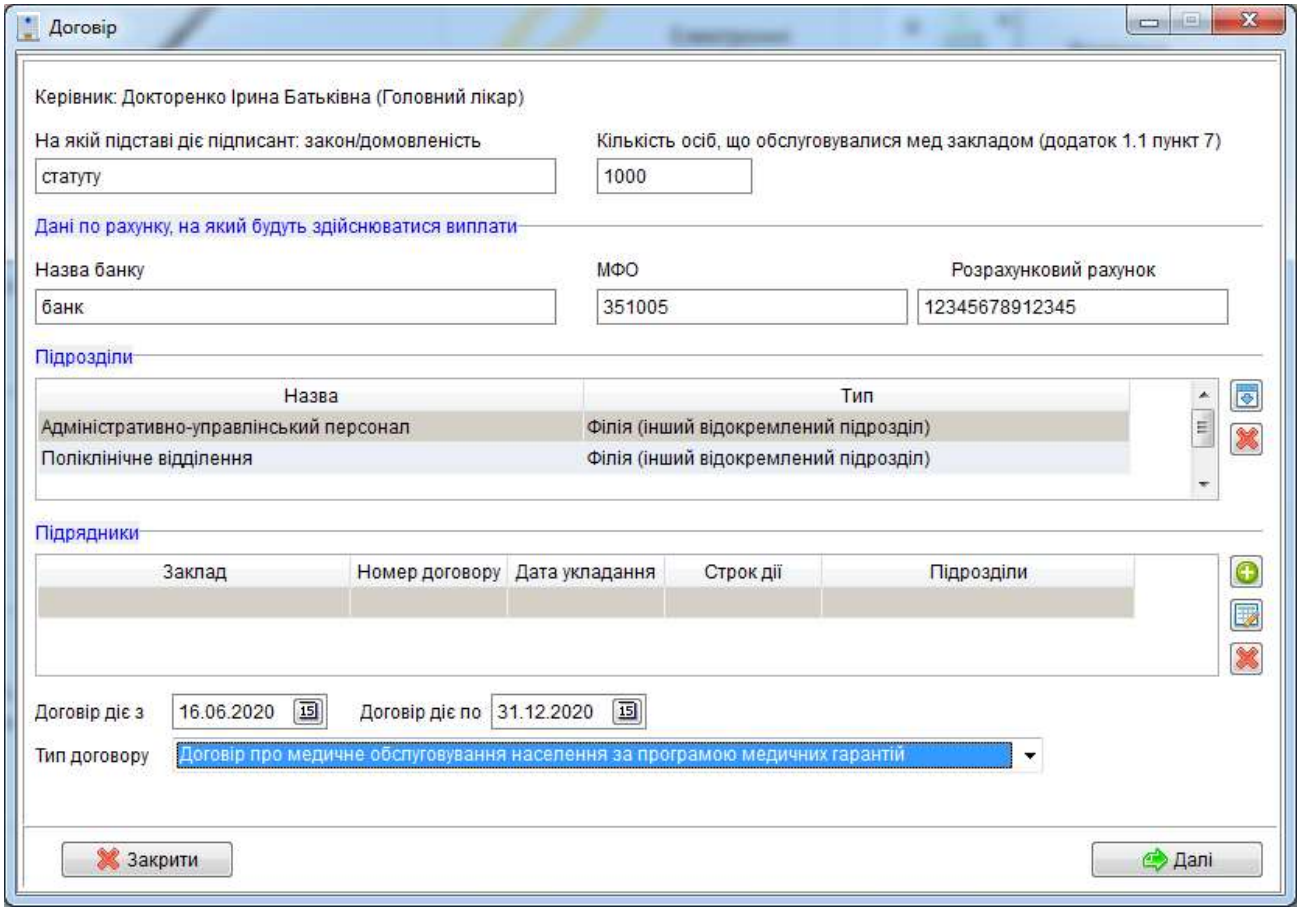


У вікні, що з'явиться слід натиснути **«Створити».** У відповідних полях необхідно вибрати файли статуту та звіт про матеріально технічне забезпечення. Файли мають бути у форматі pdf. Далі потрібно натиснути кнопку **«Завантажити»**.

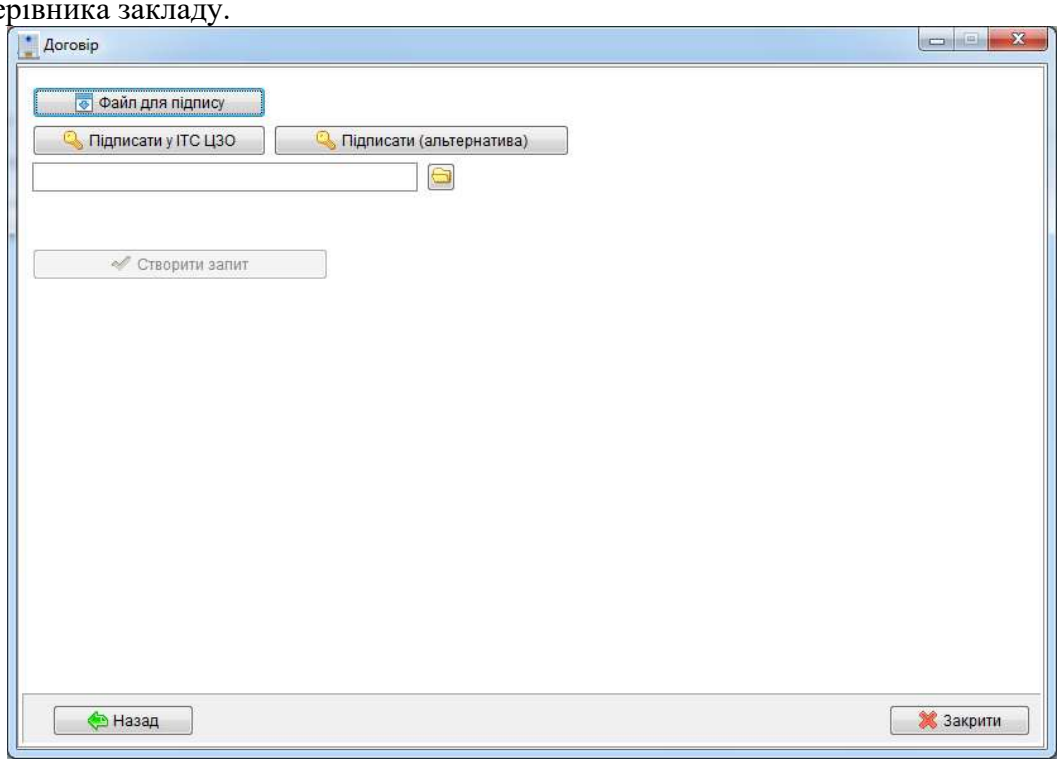




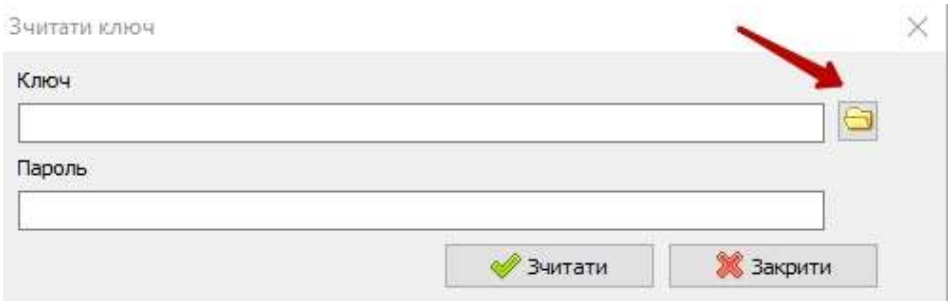
Після цього Ви побачите форму для створення договору. Вам необхідно ввести інформацію про підставу на якій діє підписант, кількість осіб, що обслуговувалися Вашим закладом охорони здоров'я та дані по рахунку, на який будуть здійснюватися виплати. У вікні відображені всі підрозділи Вашого закладу, що заведені в систему «eHealth». Якщо деякі з цих підрозділів Вам непотрібні в договорі, тоді необхідно натиснути кнопку (навпроти відповідного підрозділу), для того щоб цей підрозділ було видалено з договору. Після цього необхідно натиснути **«Далі»**.

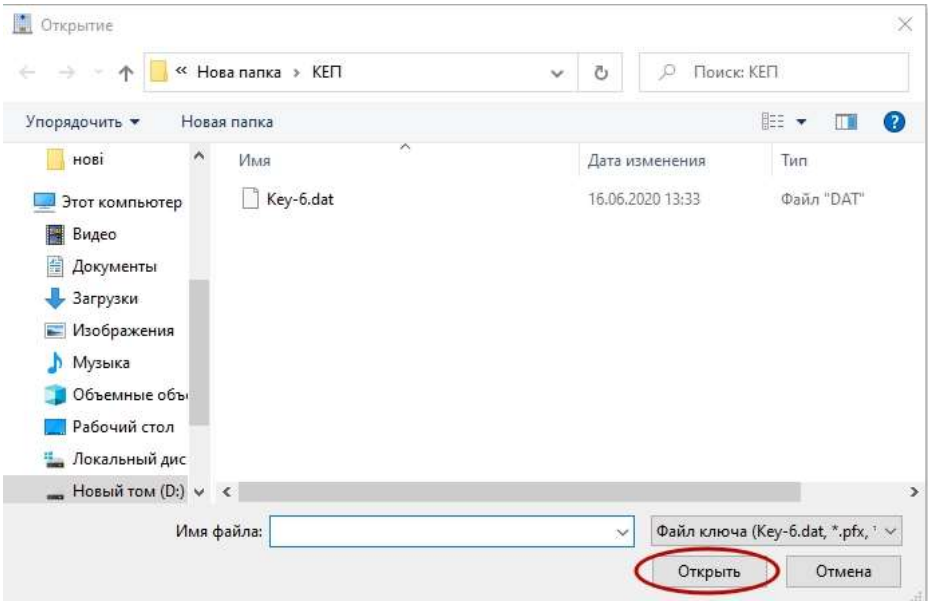


Наступним кроком є підписання файлу кваліфікованим електронним підписом (далі - КЕП) керівника закладу.



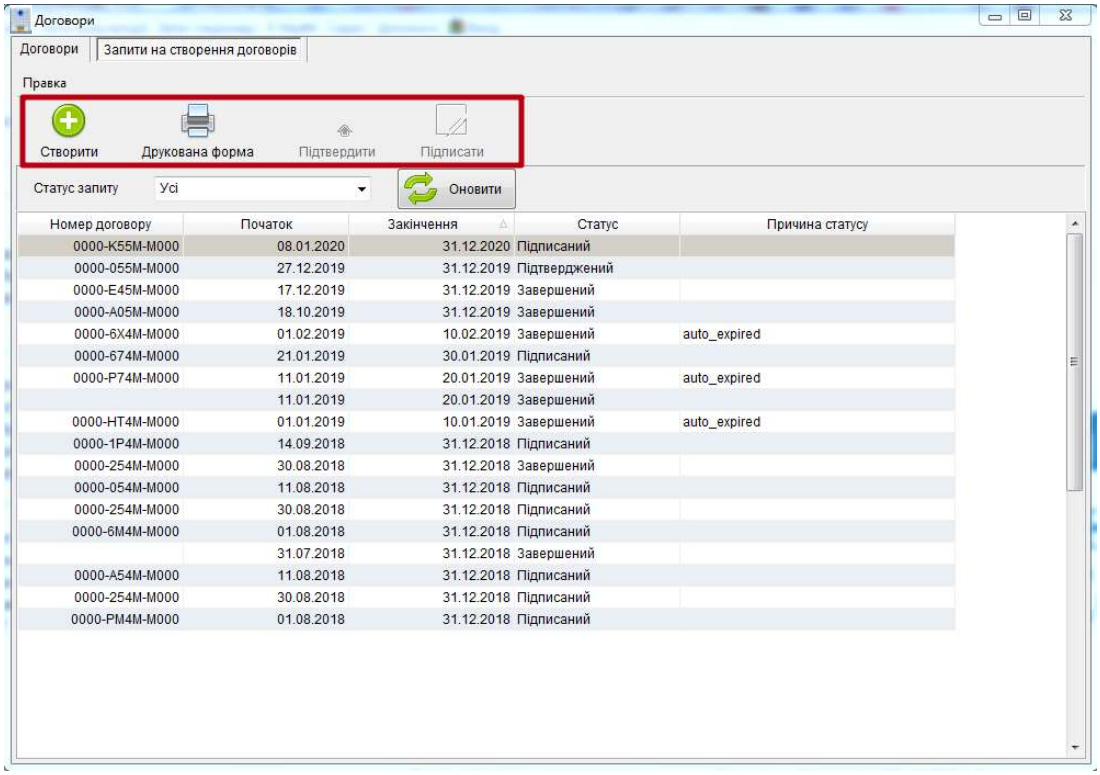
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).





Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

У списку запитів на договори, з’явиться створений Вами договір, зі статусом **«Новий»**.

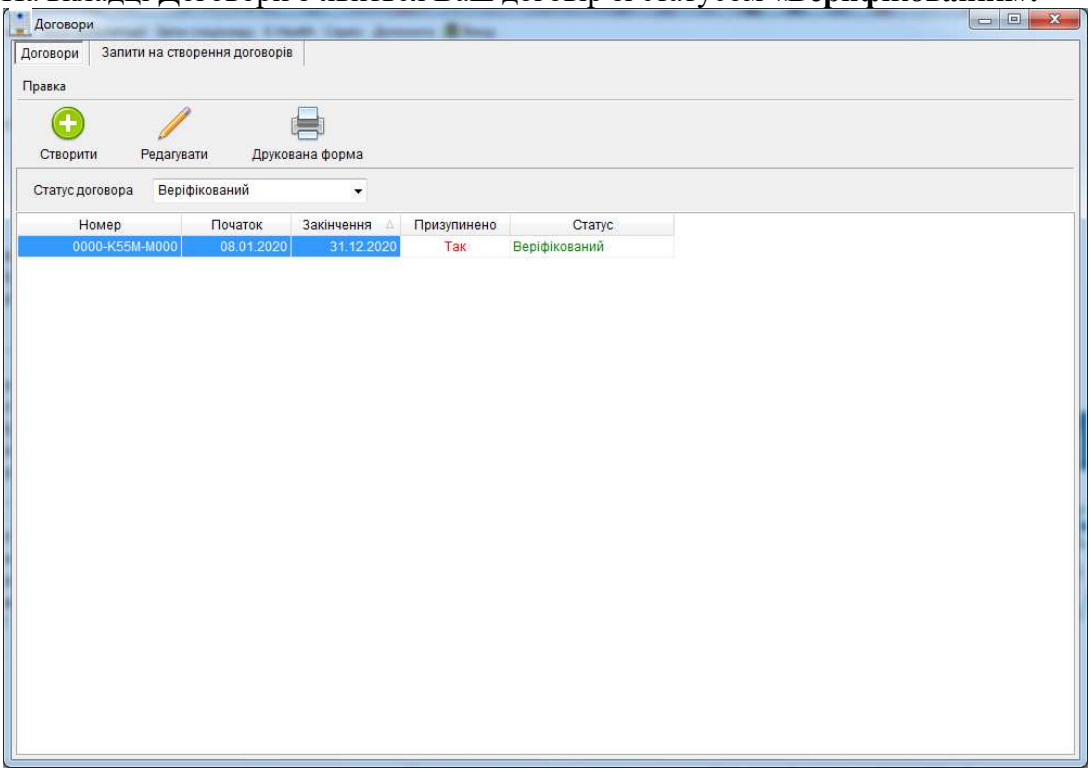


Далі потрібно чекати коли запит на договір підтвердять зі сторони НСЗУ. Тоді запит змінить статус на **«Підтверджений»** та в панелі інструментів активною стане кнопка **«Підтвердити».** Для того щоб підтвердити запит на договір, натисніть дану кнопку. Статус запиту на договір зміниться на **«Очікує підписання НСЗУ».**

Після підписання з їх сторони, статус зміниться на **«Підписаний НСЗУ»** та в панелі інструментів активною стане кнопка **«Підписати»**. Для того щоб підписати запит на договір, натисніть дану кнопку.

У вікні підписання договору потрібно завантажити файл натиснувши кнопку «Зберегти». Даний файл необхідно підписати електронним цифровим підписом, як описано вище. Далі потрібно вибрати підписаний файл за допомогою кнопки «Виберіть файл». Після цього необхідно натиснути кнопку «Загрузити». Ваш запит на договір змінить свій статус на **«Підписаний»**.

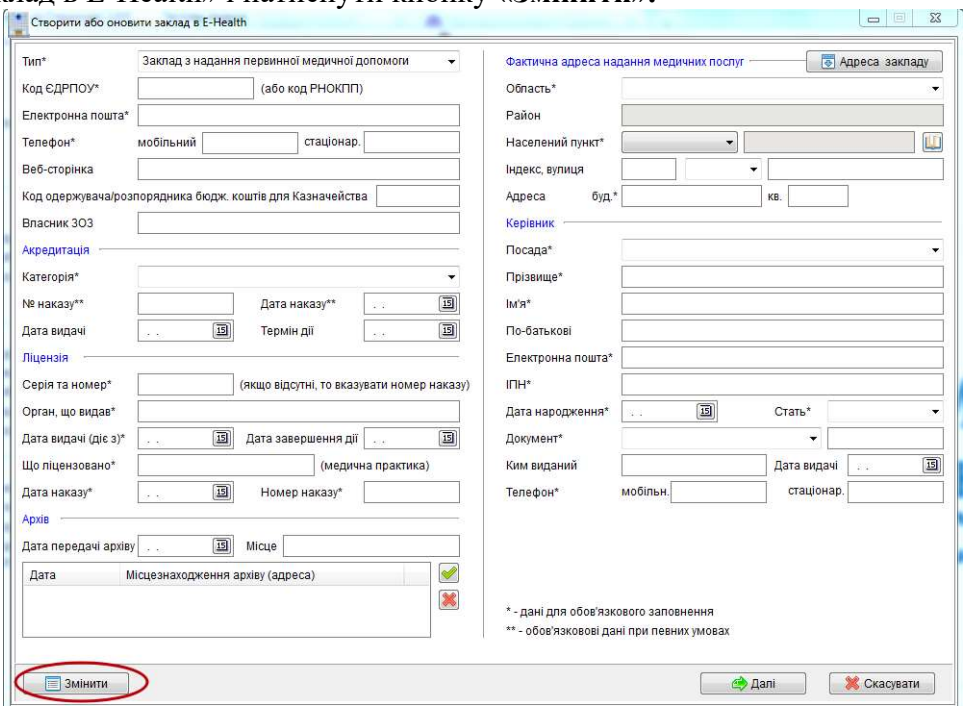
На вкладці Договори з’явиться Ваш договір зі статусом **«Верифікований».**



6.1.6 Перереєстрація медичного закладу ПМД при переході з будь-якої іншої МІС на МІС «МедІнфоСервіс»

У випадку, коли медичний заклад ПМД зареєстрований в ЕСОЗ, то для коректної роботи в E-Health йому потрібно перереєструвати заклад та перепідписати договір з НСЗУ через МІС «МедІнфоСервіс».

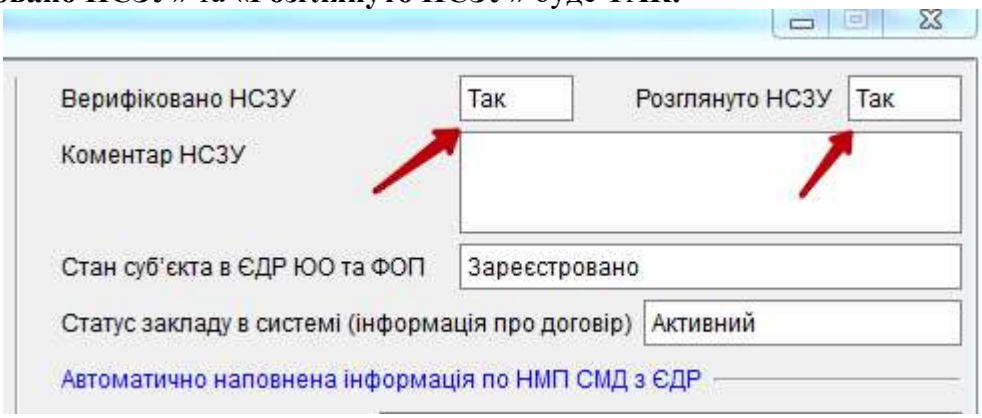
Для цього, виконавши **пункт 6** даної інструкції, відкрити пункт меню «Створити або оновити заклад в E-Health» і натиснути кнопку **«Змінити».**



Після цього всі основні дані по медичному закладу будуть імпортовані з E-Health, необхідно буде внести дані про керівника і далі виконати дії згідно **пункту 6.1.2** даної інструкції.

Наступним кроком є перепідписання договору. Для цього потрібно виконати дії слідуючи **пункту 6.1.5** даної інструкції.

Далі потрібно чекати, коли в пункті меню «Інформація про заклад в E-Health» буде **«Верифіковано НСЗУ»** та **«Розглянуто НСЗУ»** буде **ТАК.**

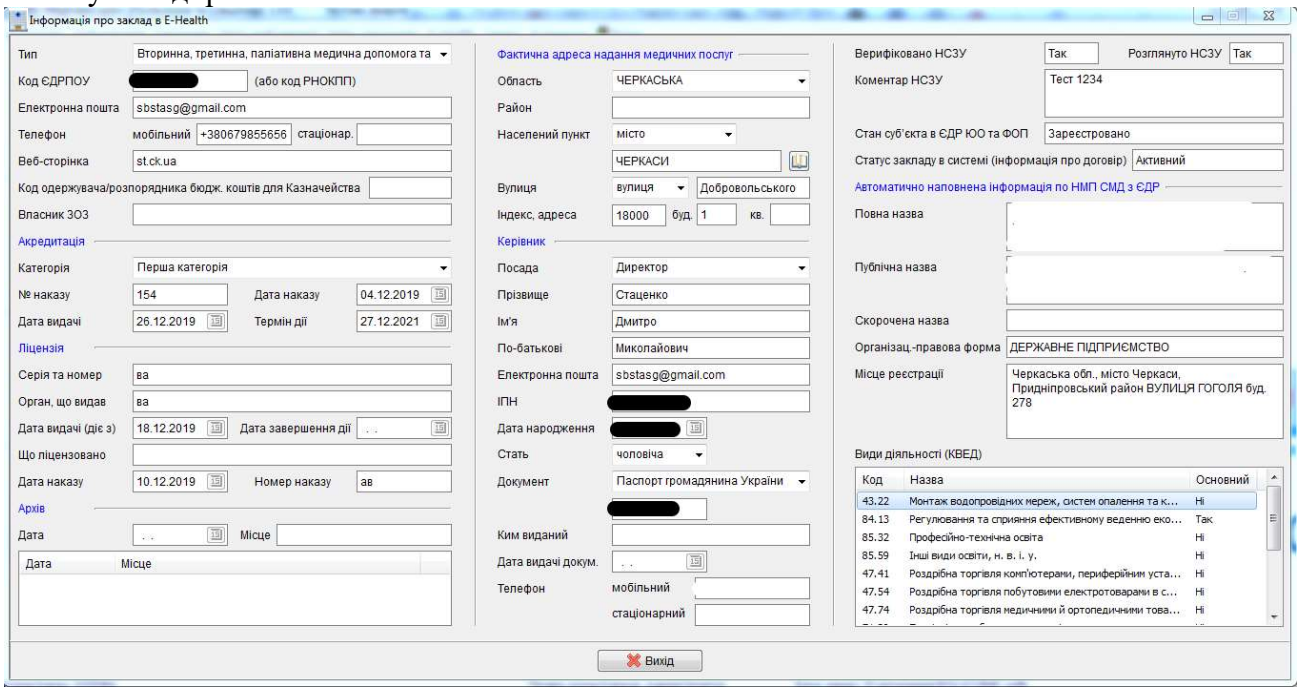


Зверніть увагу! Виконавши зазначені вище дії, слід зателефонувати на гарячу лінію НСЗУ (номер 1677) і повідомити їх, що даний заклад змінив МІС і виконав всі дії для перереєстрації закладу. Це пришвидшить розгляд НСЗУ Вашої перереєстрації.

6.2 Реєстрація закладу спеціалізованої медичної допомоги (далі - СМД) в ЕСОЗ

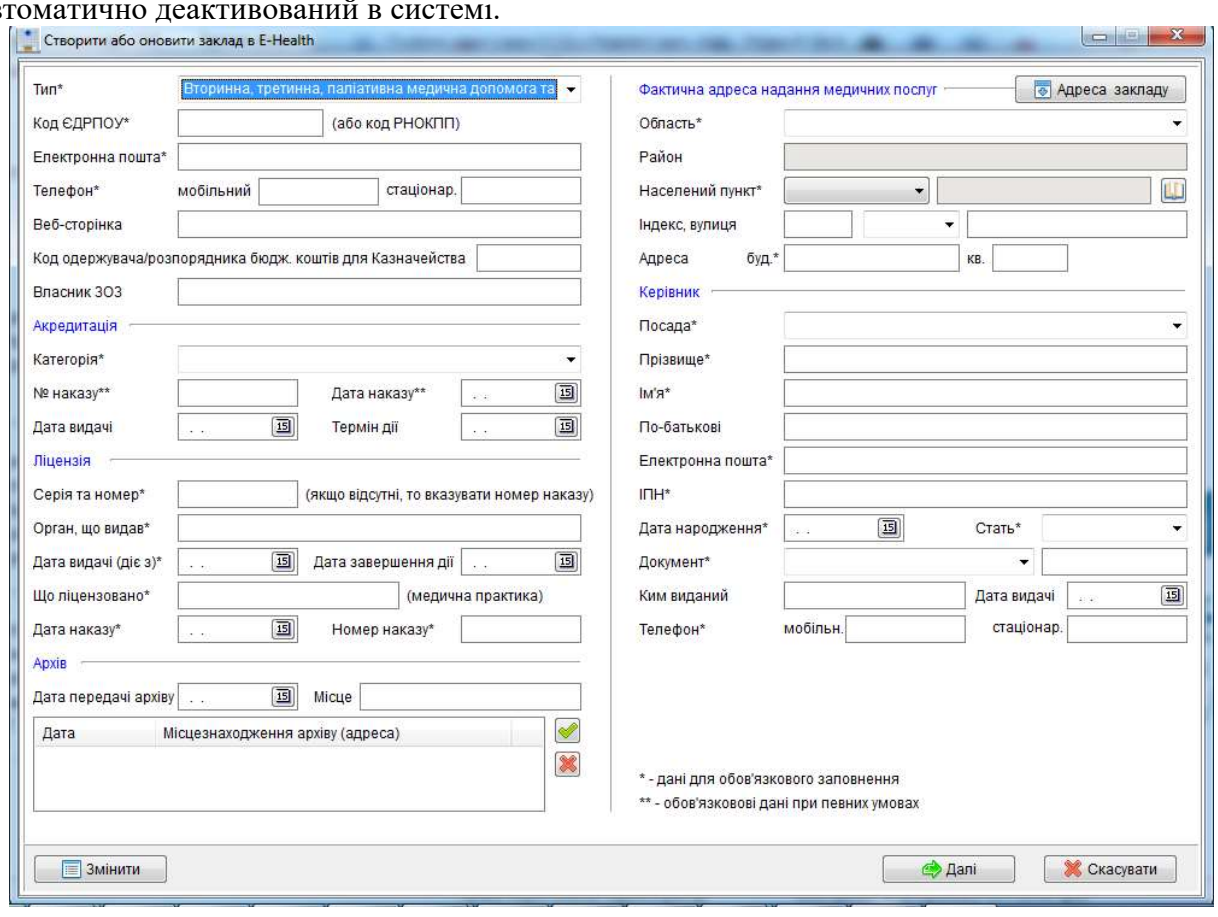
6.2.1 Інформація про заклад в E-Health

Даний пункт містить інформацію створений заклад або про заклад, запит на реєстрацію якого уже відправлено в ЕСОЗ.

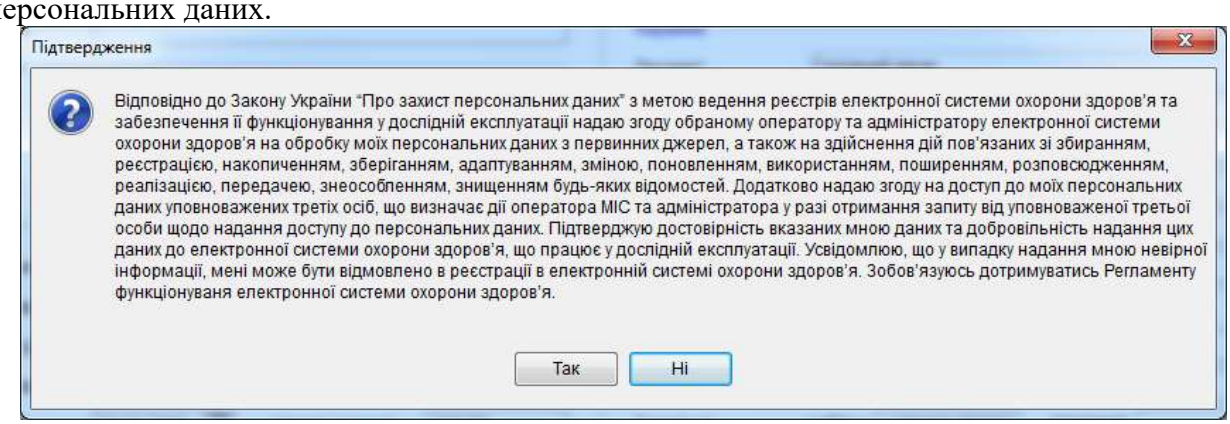


6.2.2 Створити або оновити заклад в E-Health

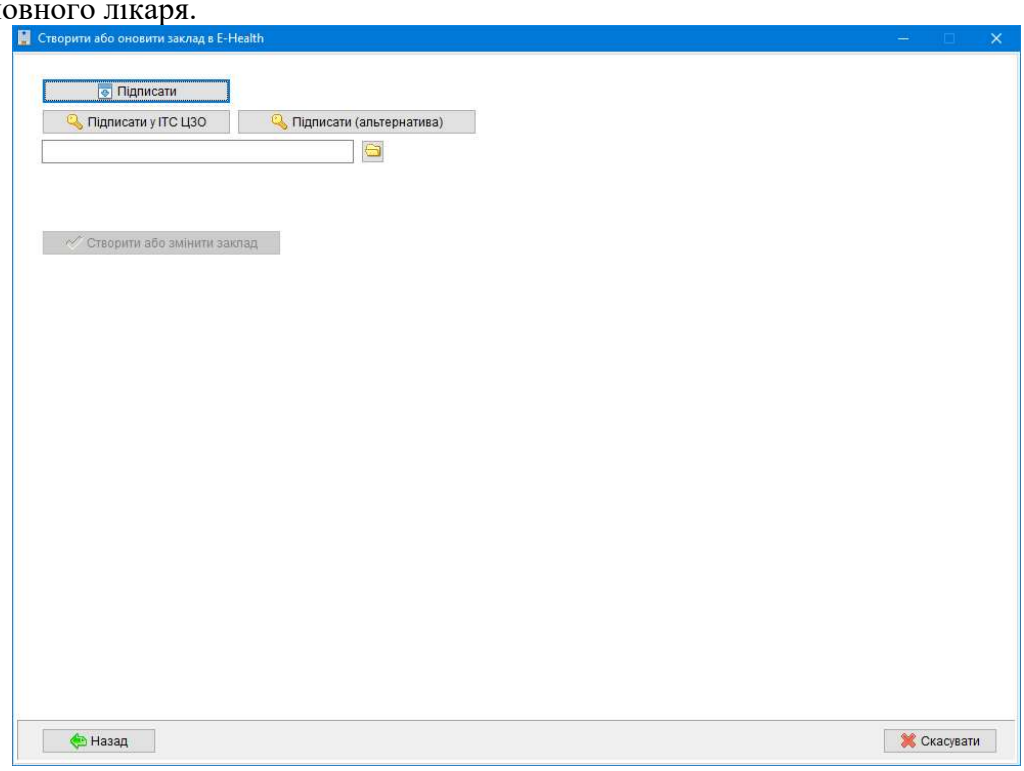
В даному пункті меню слід внести актуальні дані закладу та директора закладу (головного лікаря). При цьому заклад має бути діючий, оскільки з боку НСЗУ ведеться синхронна перевірка зареєстрованих закладів з Єдиним державним реєстром (далі - ЄДР). У випадку відсутності такого закладу в ЄДР, або якщо заклад зазначено як закритий - він буде автоматично деактивований в системі.



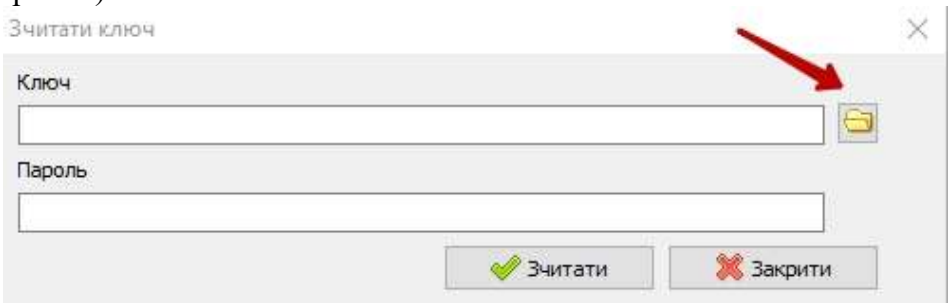
Заповнивши всі поля, слід натиснути кнопку «Далі» і погодитись з умовами про захист персональних даних.

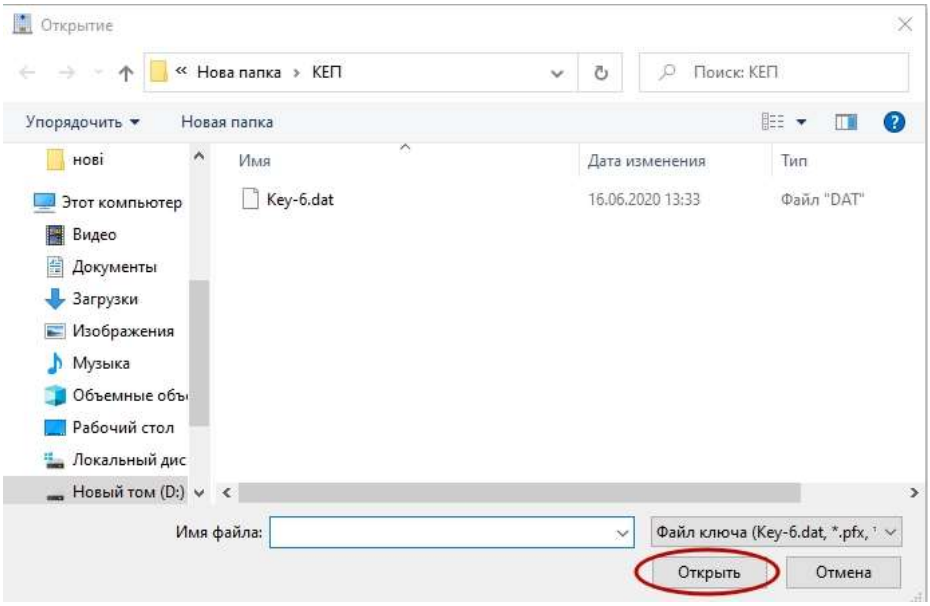


Наступним кроком є підписання файлу кваліфікованим електронним підписом (далі - КЕП) головного лікаря.



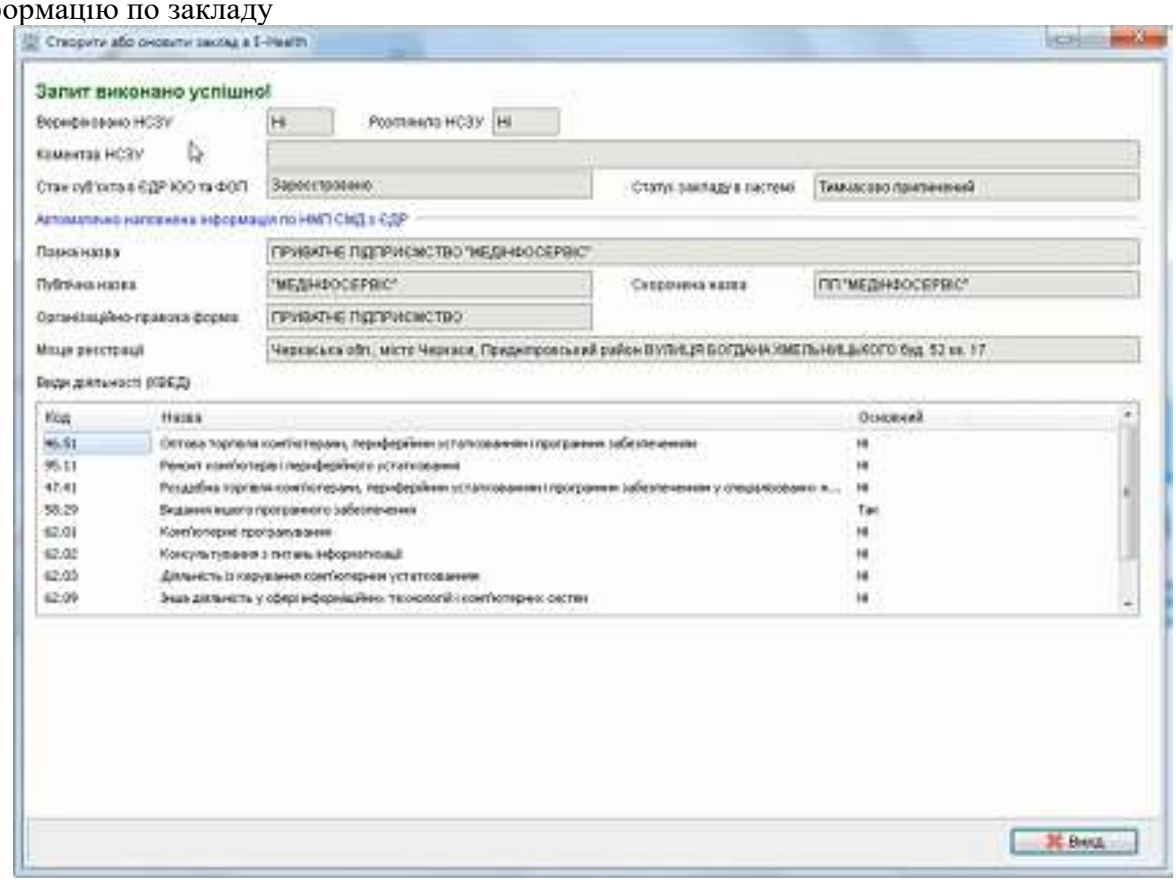
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).





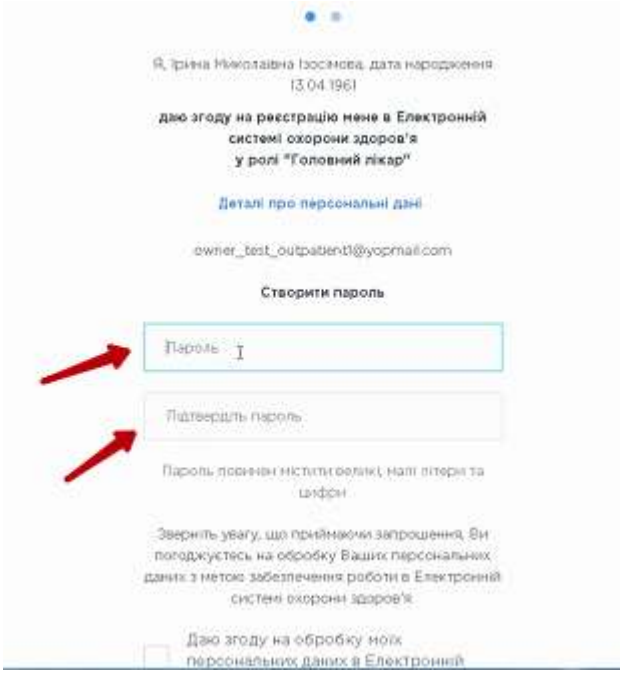
Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

Наступне вікно повідомляє, що **«Запит виконано успішно»** і відображає внесену інформацію по закладу

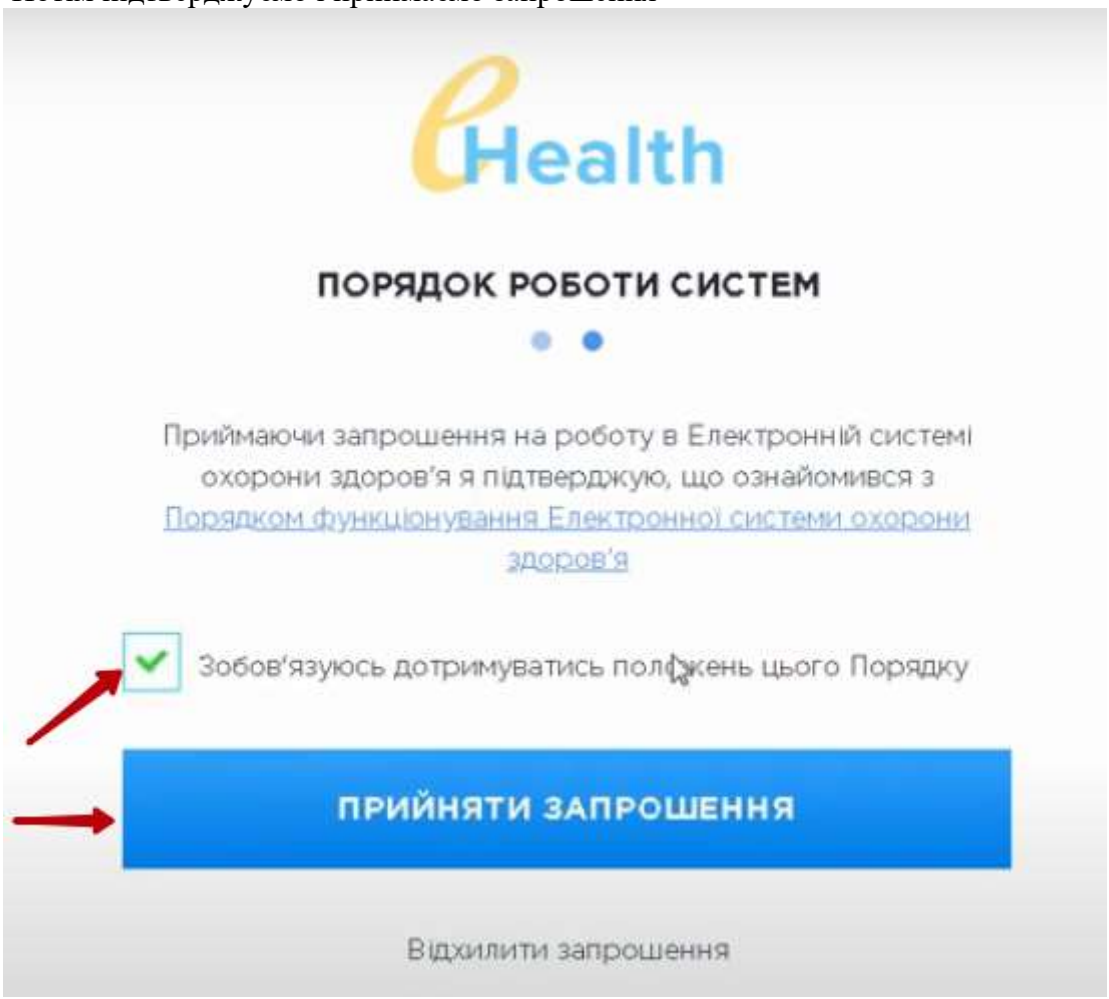


Далі, керівнику медичного закладу необхідно підтвердити запит про реєстрацію в ЕСОЗ. Для цього перейти в електронну пошту, яку він вказував при реєстрації, і відкривши лист від E-health, перейти по посиланню.

У вікні, що відкрилось, необхідно придумати пароль, який повинен містити 12 символів (цифри і літери англійського алфавіту), підтвердити його, галочкою відмітити «Даю згоду на обробку моїх персональних даних в Електронній системі охорони здоров'я» і натиснути кнопку **«Далі».**



Потім підтверджуємо і приймаємо запрошення

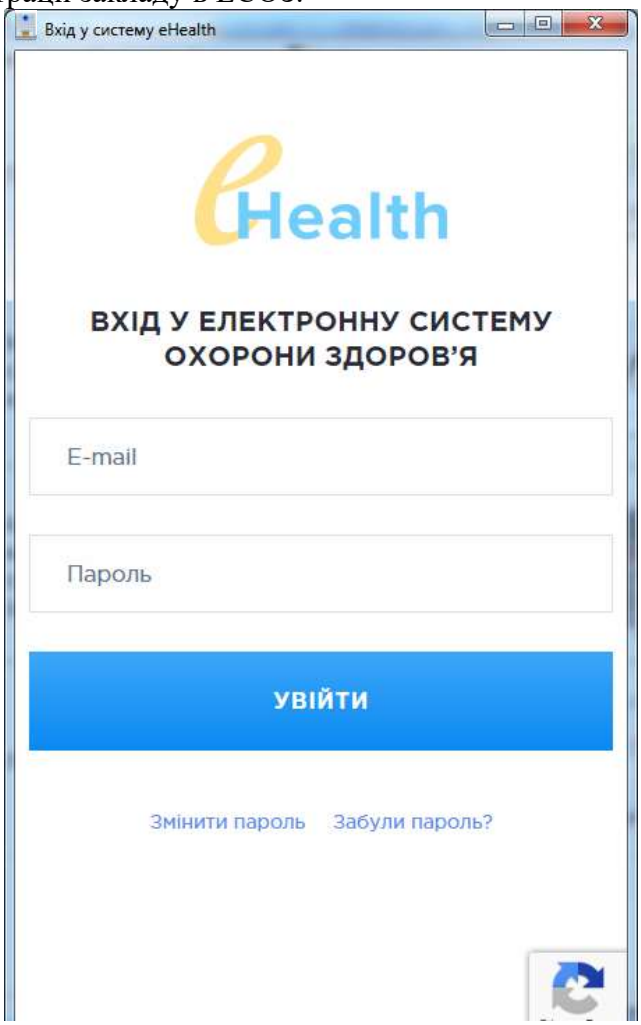


Побачити інформацію, яка була внесена під час реєстрації закладу можна в пункті меню «Інформація про заклад в E-health»

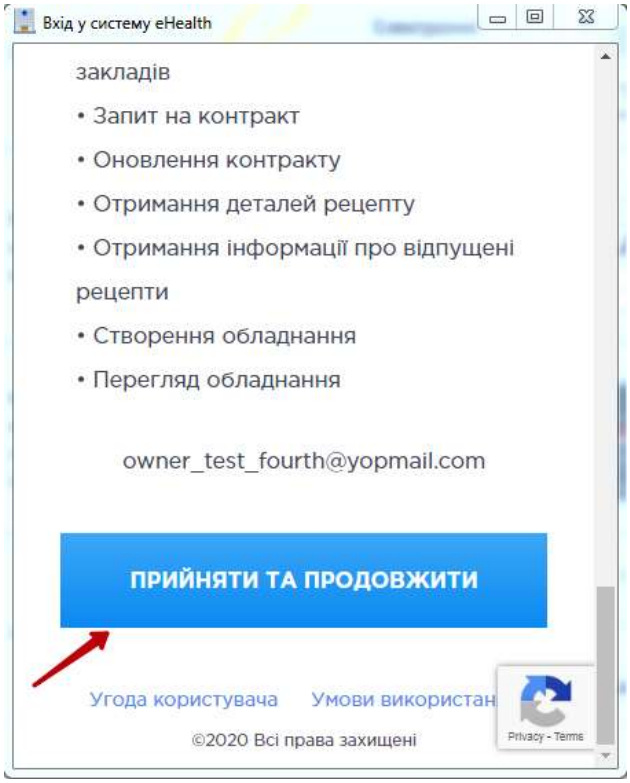
6.2.3 Управління місцями надання послуг НМП СМД

Реєстрація місць надання послуг закладу охорони здоров'я/юридичних адрес повинно відбутись до моменту заявки на контрактування. При цьому зазначена інформація повинна повністю відповідати ліцензії закладу, оскільки надалі ця інформація перевірятиметься з боку НСЗУ, та у випадку виявлення недостовірної інформації - буде деактивована.

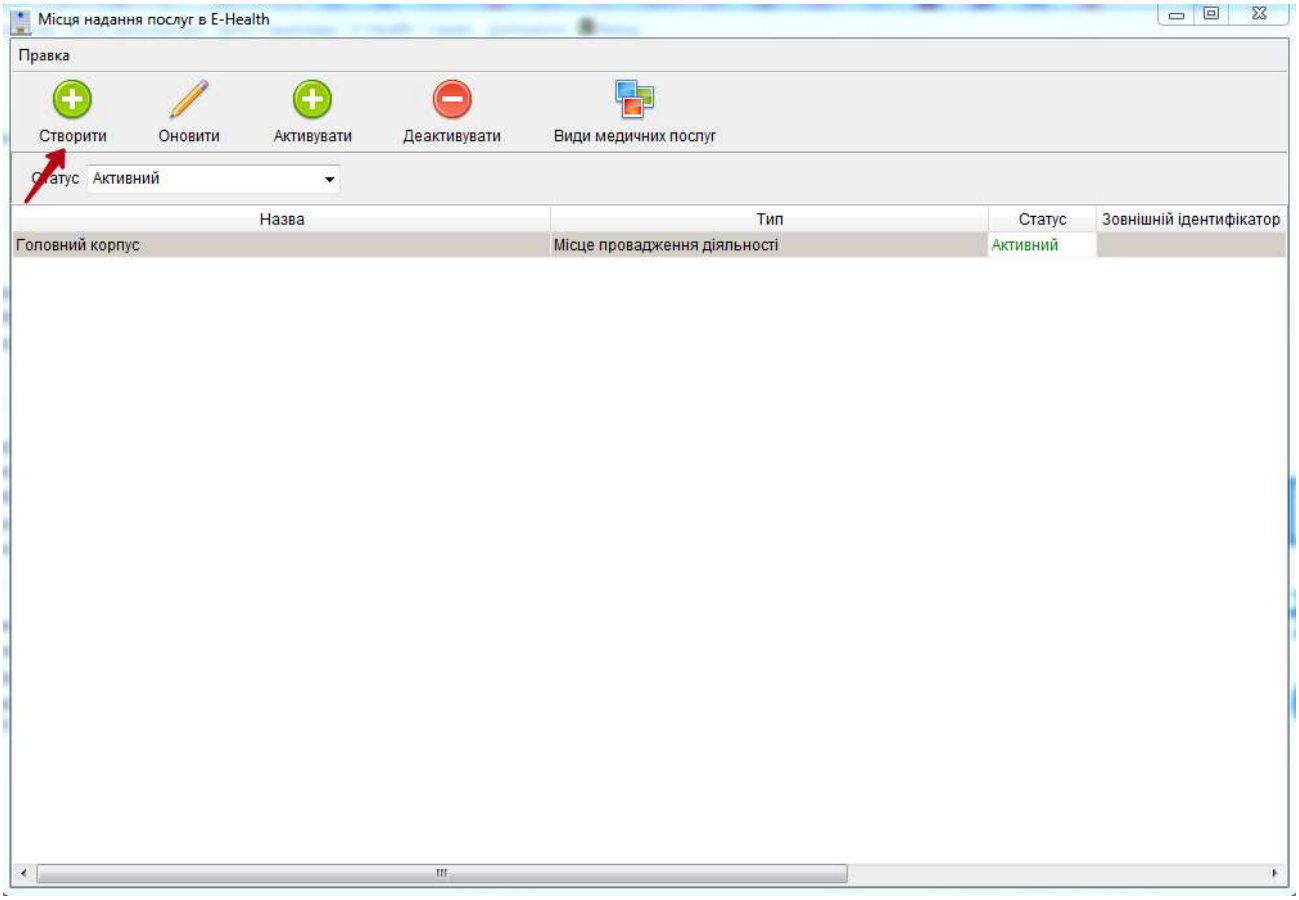
Даний пункт доступний, ввівши електронну пошту керівника закладу та пароль, створений під час реєстрації закладу в ЕСОЗ.



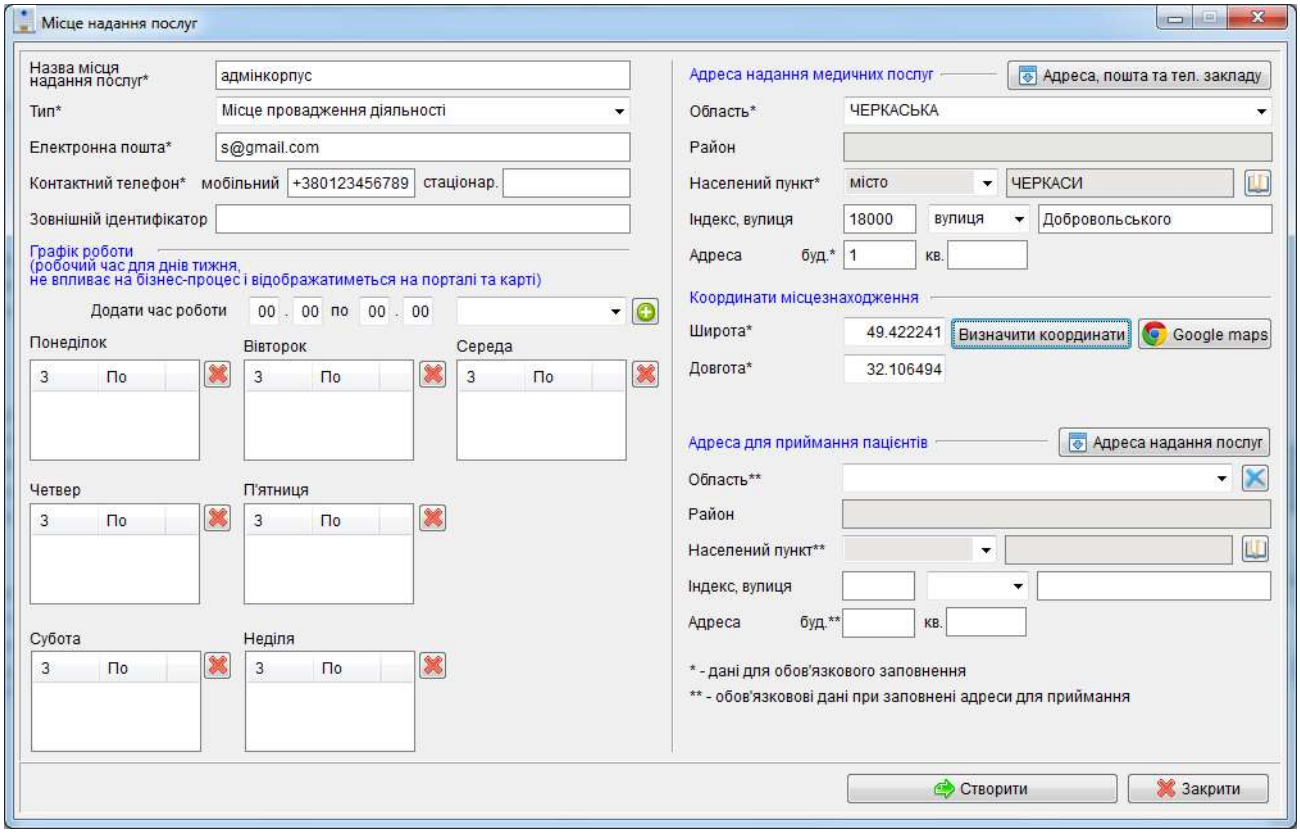
Для того щоб завершити вхід у систему, у наступному вікні необхідно натиснути кнопку **«Прийняти та продовжити»**.



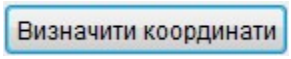
У вікні, що з’явиться слід внести всі місця надання послуг, які необхідно зареєструвати в ЕСОЗ.

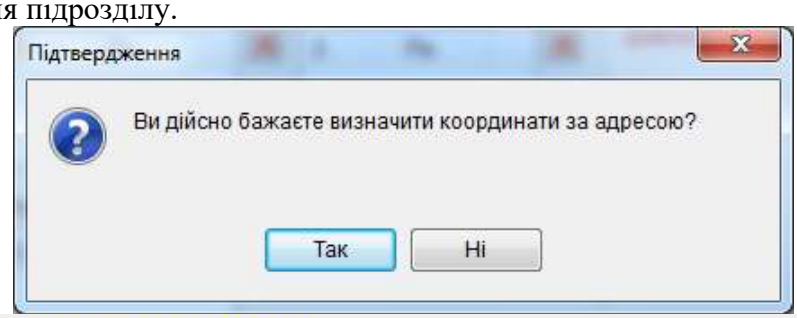


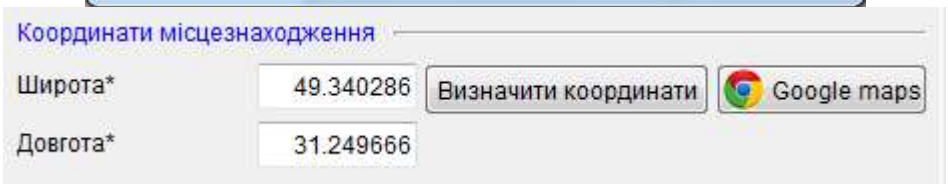
Для створення нового, необхідно натиснути **«Створити»** і заповнити, як мінімум, поля із зірочкою.



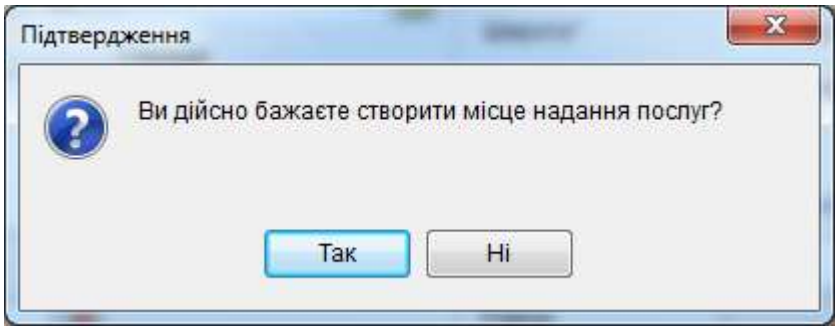
Поля **«Графік роботи»** являються необов'язковими для заповнення. Слугує для відображення на порталі та карті.

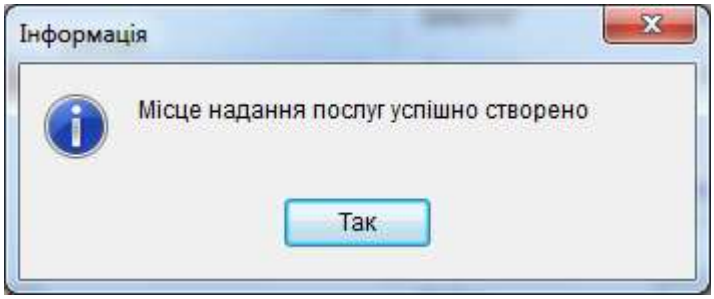
За допомогою кнопки  автоматично визначаються координати місцезнаходження підрозділу.





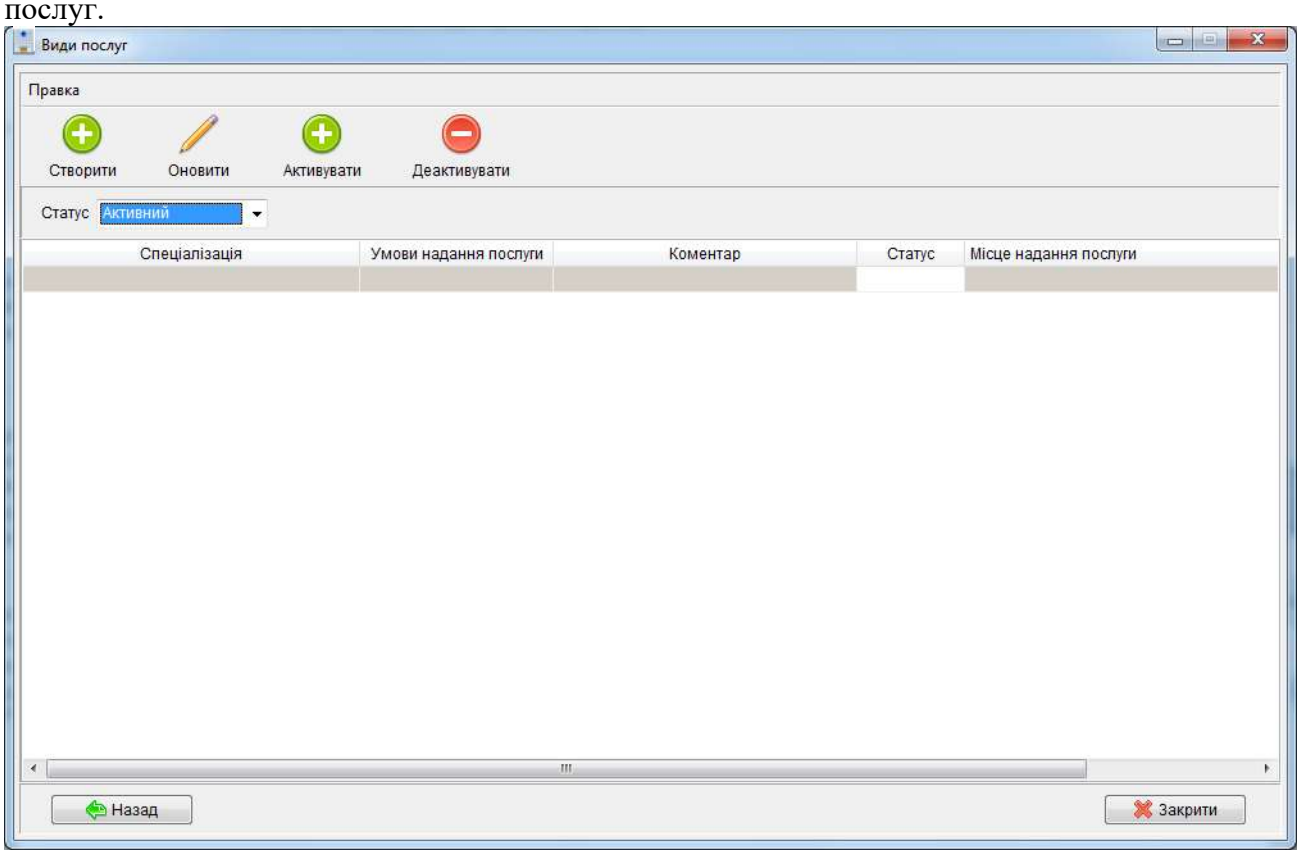
Заповнивши всі необхідні поля, натискаємо кнопку **«Створити».**



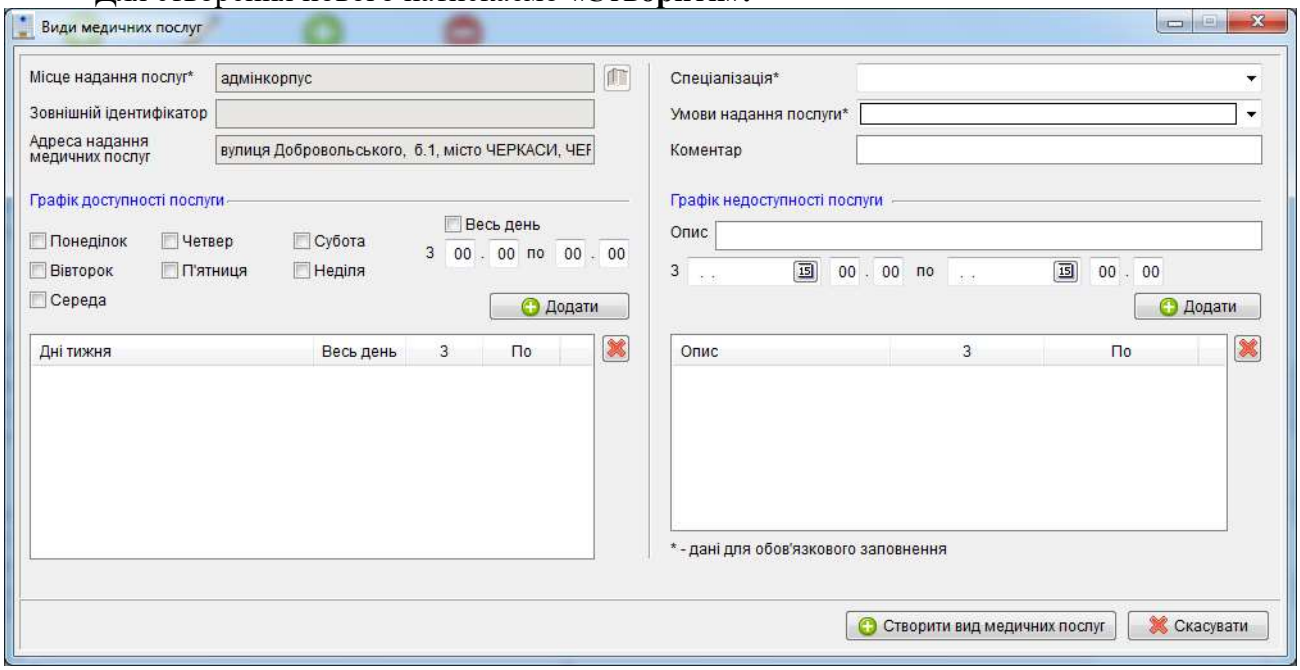


Потім натискаємо кнопку **«Перейти до видів мед.послуг».**

Відкривається вікно для створення видів медичних послуг для даного місця надання послуг.



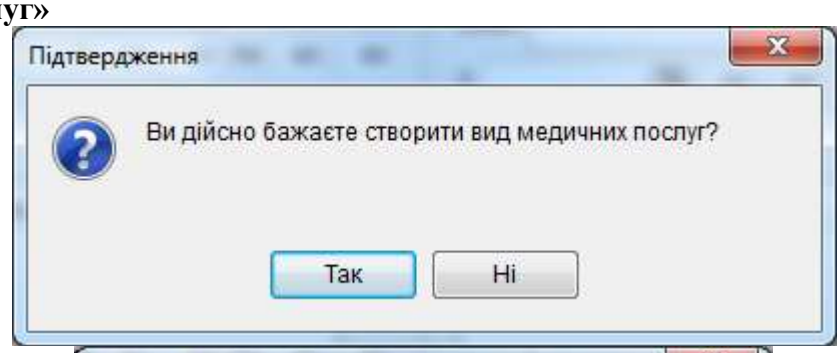
Для створення нового натискаємо **«Створити».**

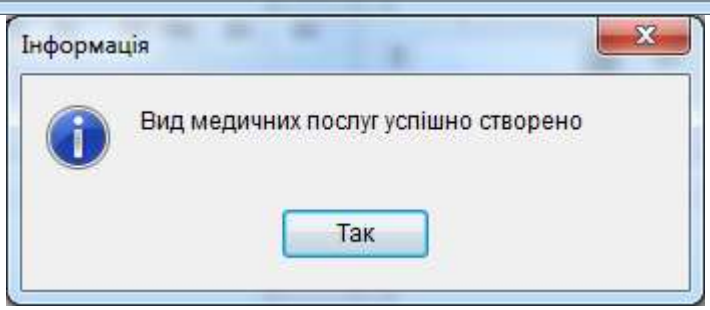


В даному вікні необхідно внести всі спеціалізації і умови надання послуг відповідно, як прописано в ліцензії медичного закладу.

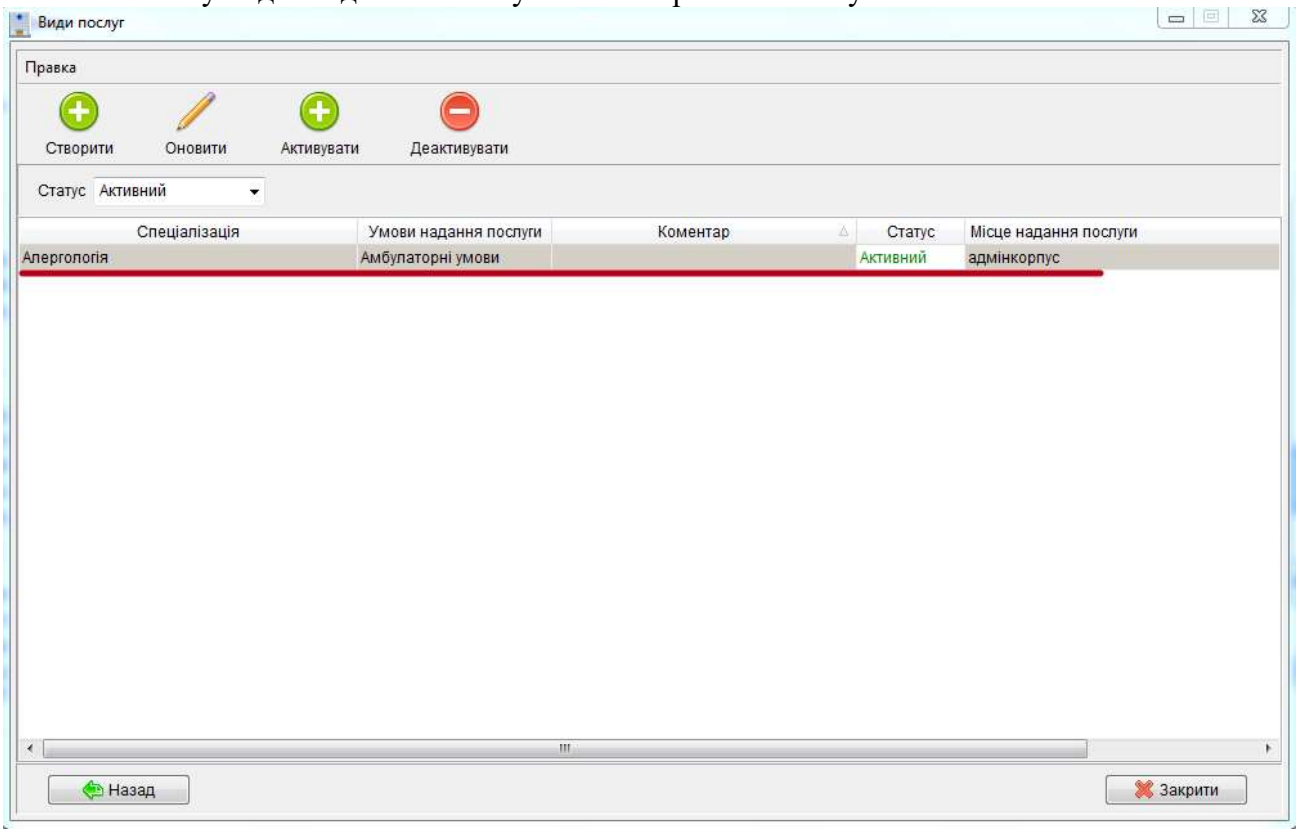
Поля **«Графік доступності/недоступності послуги»** являються необов'язковими для заповнення.

Вказавши спеціалізацію та умови надання послуги, натискаємо **«Створити вид медичних послуг»**

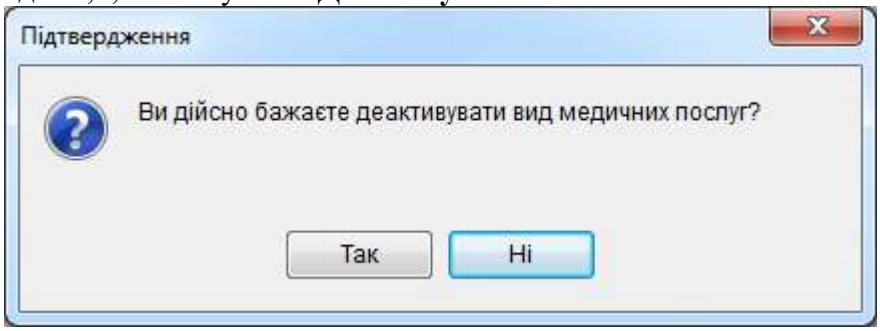




В списку видів медичних послуг новостворений зі статусом **«Активний»**



Аналогічно створюються всі види послуг, які при необхідності, можна деактивувати, обравши необхідний, і, натиснувши **«Деактивувати»**.



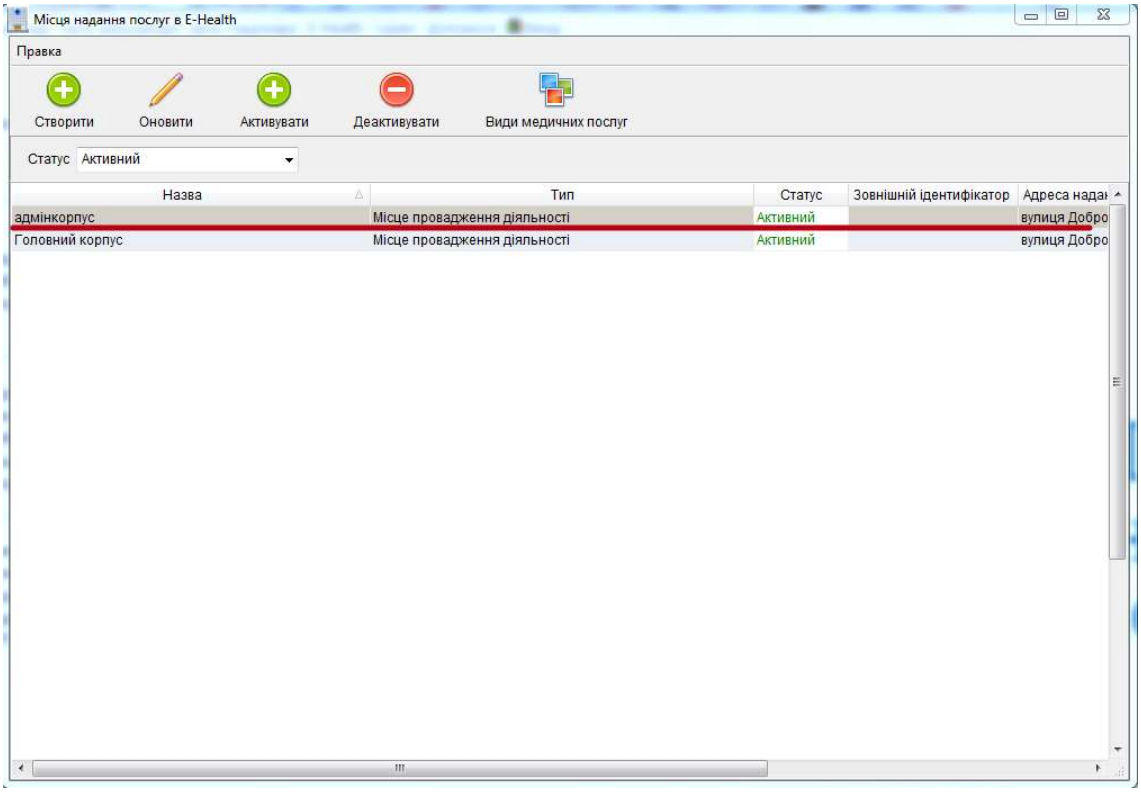
У разі позитивної відповіді, деактивований вид зникає зі списку із статусом «Активний», і побачити його можна обравши статус **«Неактивний».**

Для того, щоб повернути його в список активних, слід обрати і натиснути кнопку **«Активувати»**.

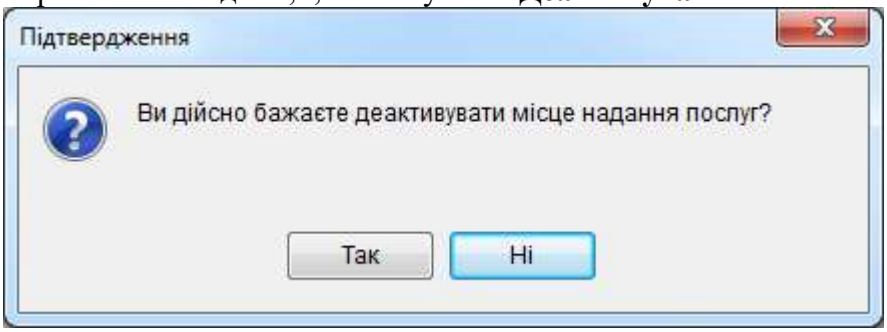
Кнопка **«Оновити»** відкриває обраний вид для внесення оновлених даних.

Після того,я к внесли всі види надання послуг для даного місця надання послуг, натискаємо кнопку **«Закрити».**

Відкривається список створених місць, серед яких новостворений має статус «Активний».



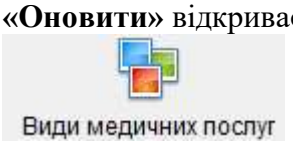
Аналогічно створюються всі місця надання послуг, які при необхідності, можна деактивувати, обравши необхідний, і, натиснувши **«Деактивувати»**.



У разі позитивної відповіді, деактивоване місце зникає зі списку із статусом «Активний», і побачити його можна обравши статус **«Неактивний».**

Для того, щоб повернути його в список активних, слід обрати і натиснути кнопку **«Активувати»**.

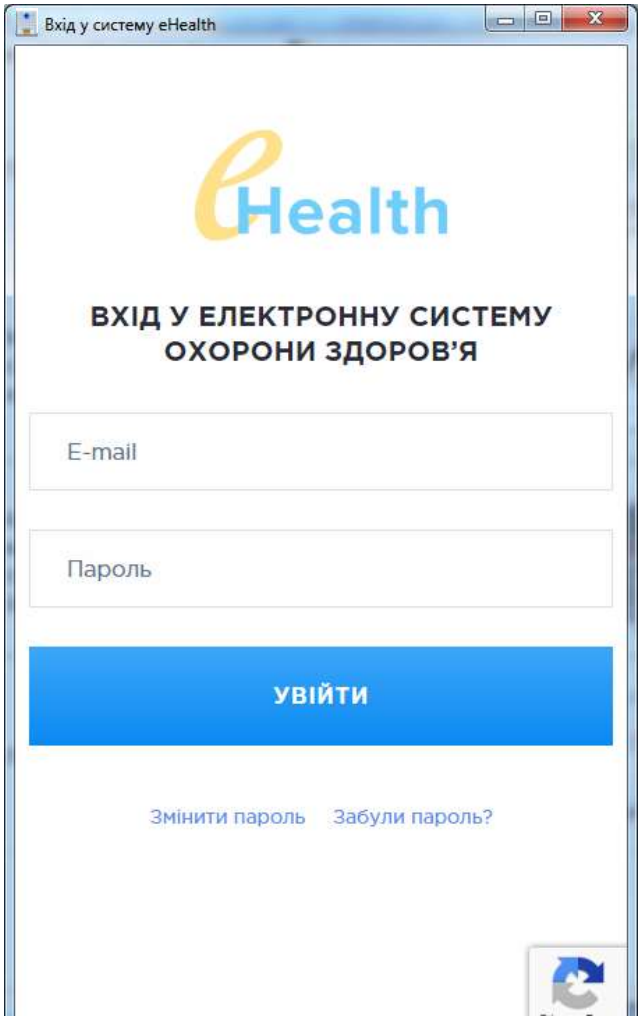
Кнопка **«Оновити»** відкриває обране місце для внесення оновлених даних.

Кнопка 

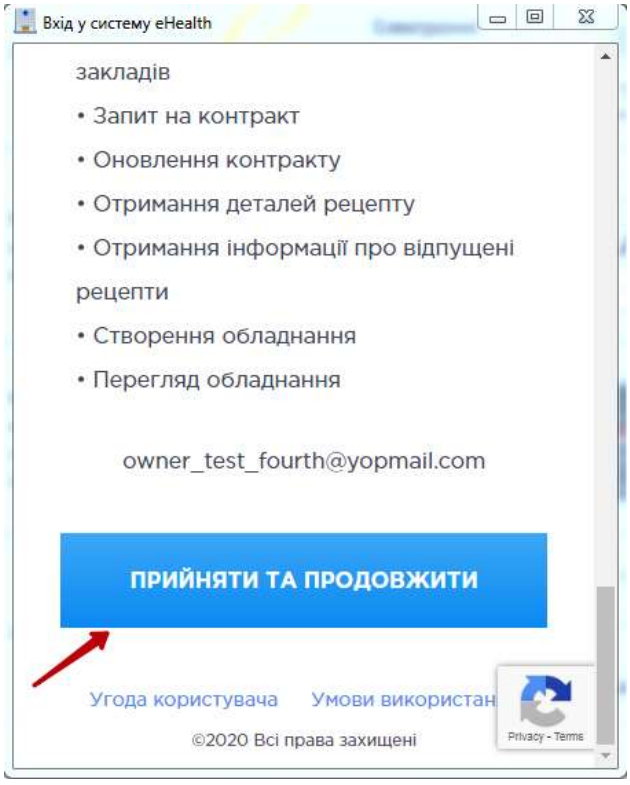
відкриває список видів послуг для конкретного місця.

6.2.4 Управління видами медичних послуг НМП СМД

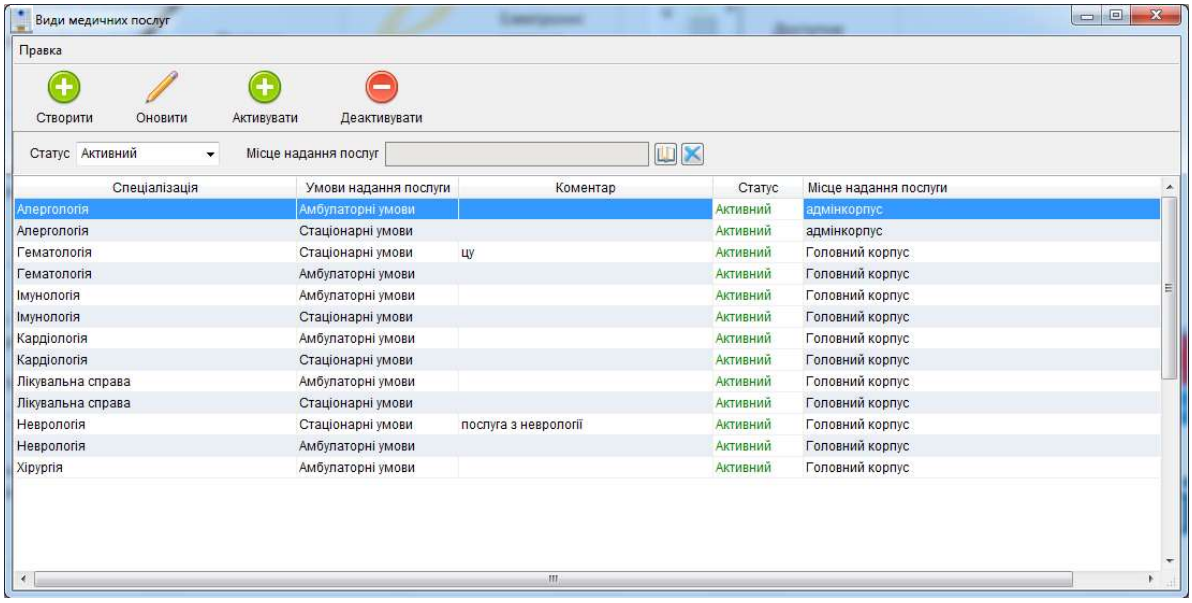
Даний пункт доступний, ввівши електронну пошту керівника закладу та пароль, створений під час реєстрації закладу в ЕСОЗ.



Для того щоб завершити вхід у систему, у наступному вікні необхідно натиснути кнопку **«Прийняти та продовжити»**.



Відкривається вікно зі списком всіх створених видів надання послуг.



Натиснувши **«Створити»**, на верхній панелі, можна внести новий вид, **«Оновити»** - відкривається вікно для внесення змін, **«Активувати»** - активує вид **, «Деактивувати»** - деактивує вид.

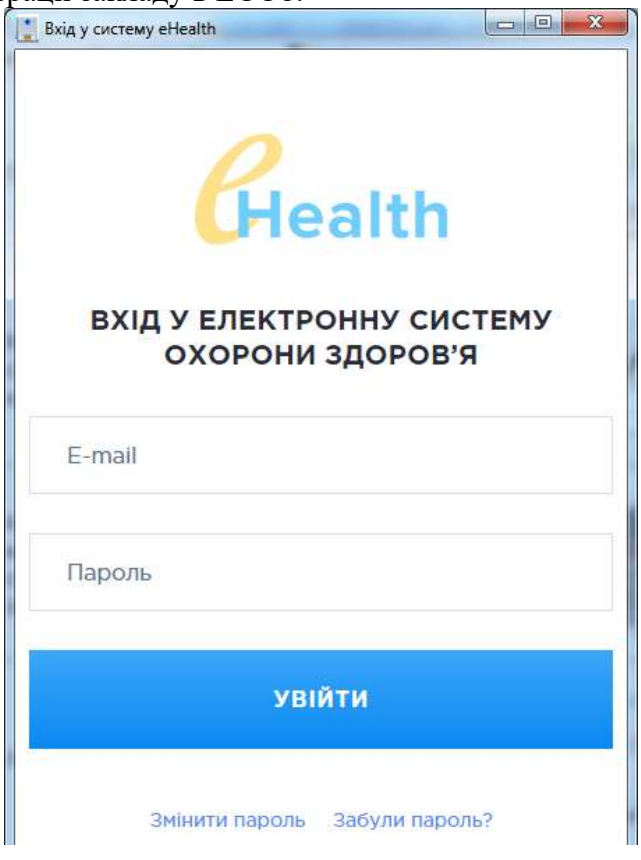
- відфільтрує види по конкретному місцю надання послуг.

6.2.5 Управління співробітниками НМП ПМД

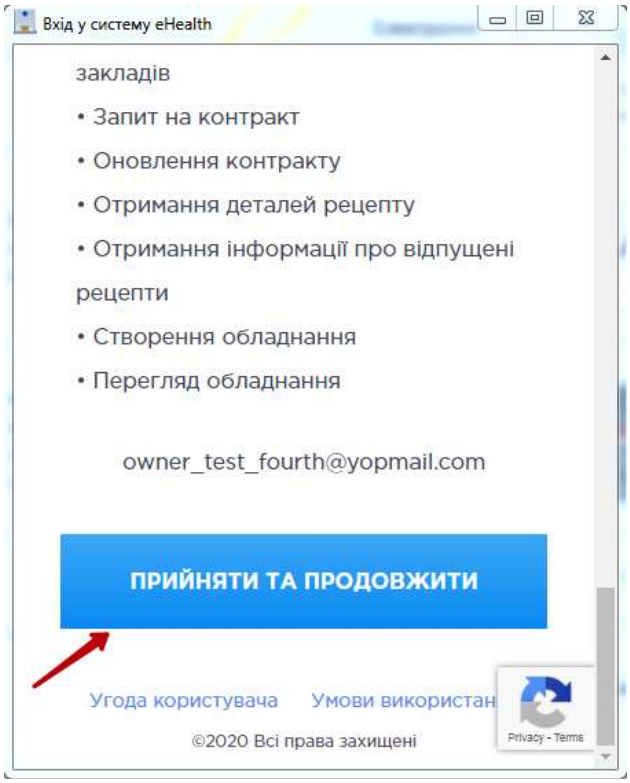
Головний лікар або уповноважена особа мають зареєструвати в системі всіх співробітників закладу.

В реєстрах медичних працівників та медичних спеціалістів мають міститися дані про всіх медичних працівників закладу, із зазначенням їх спеціалізації та освіти. Надалі ця інформація буде перевірена з боку НСЗУ з реєстром медичних спеціалістів МОЗ.

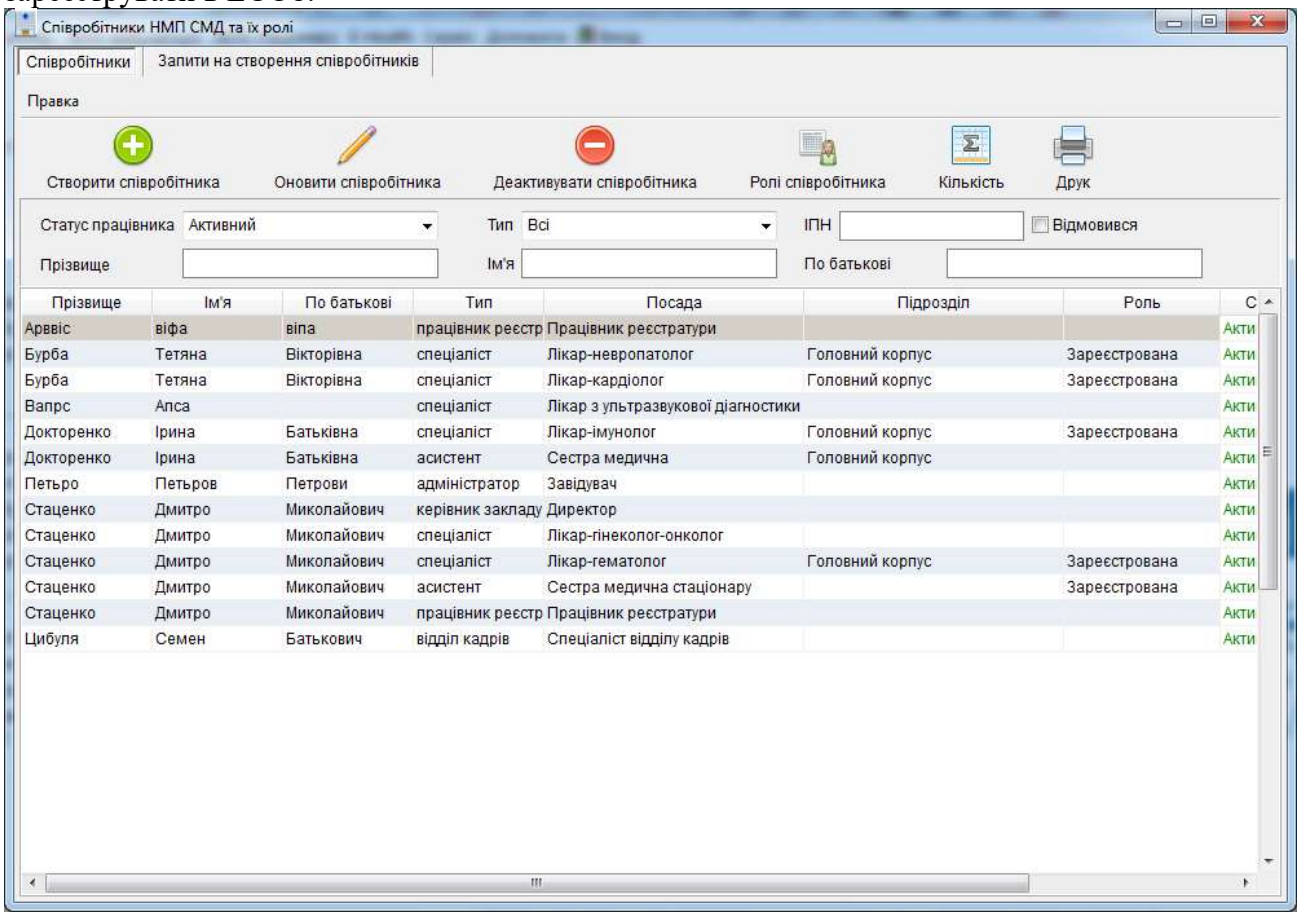
Даний пункт доступний, ввівши електронну пошту керівника закладу та пароль, створений під час реєстрації закладу в ЕСОЗ.



Для того щоб завершити вхід у систему, у наступному вікні необхідно натиснути кнопку **«Прийняти та продовжити»**.



У вікні, що з’явиться слід внести всіх медичних працівників закладу, яких необхідно зареєструвати в ЕСОЗ.



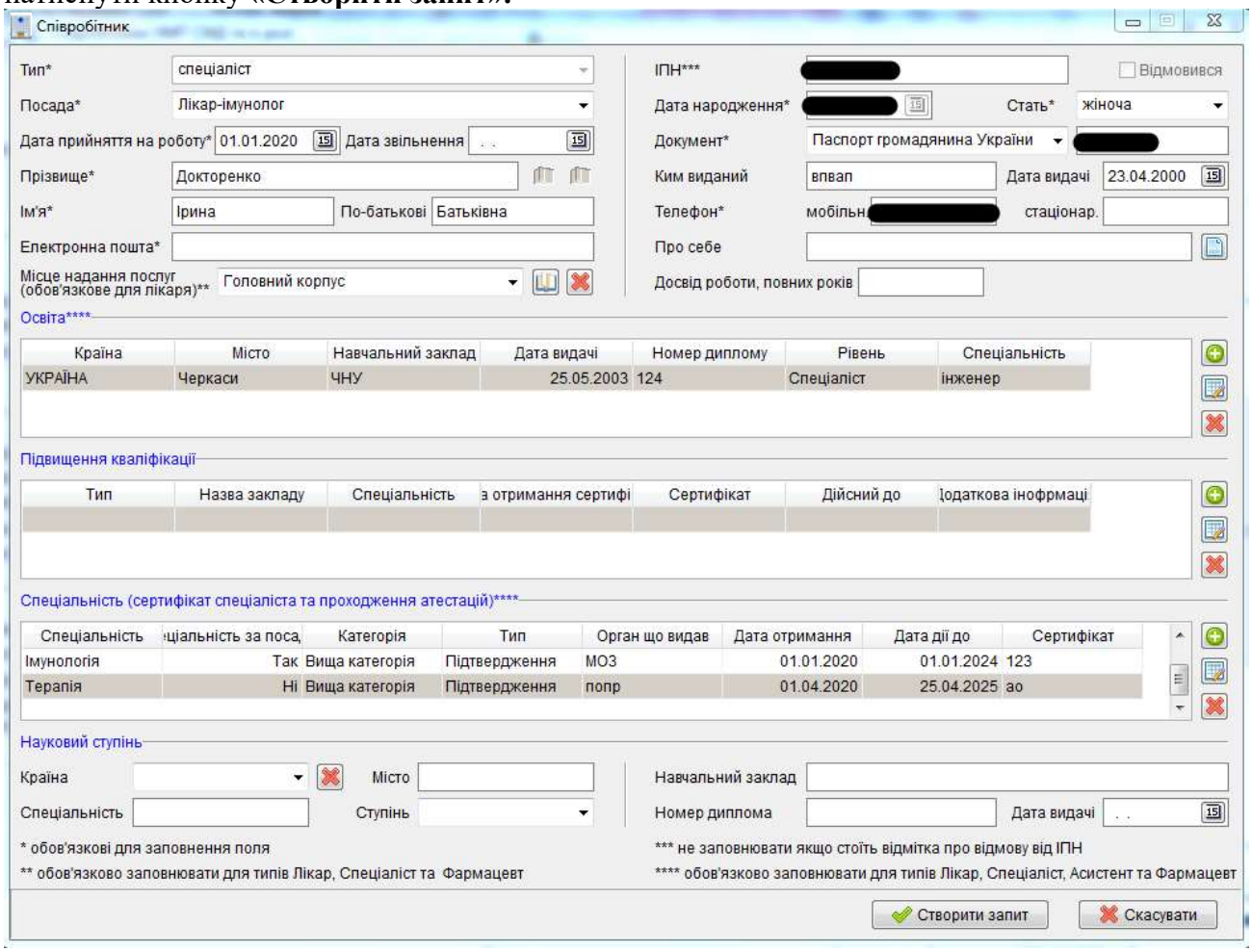
Натиснувши **«Створити співробітника»**, на верхній панелі, можна внести нового працівника, **«Оновити співробітника»** - відкривається вікно для внесення змін, **«Деактивувати співробітника»** - деактивує працівника; **«Ролі співробітника»** - відкриває

вікно зі створеною роллю для даного співробітника, **«Кількість»** - розраховує кількість співробітників; «

«Друк» - формує список співробітників в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми.

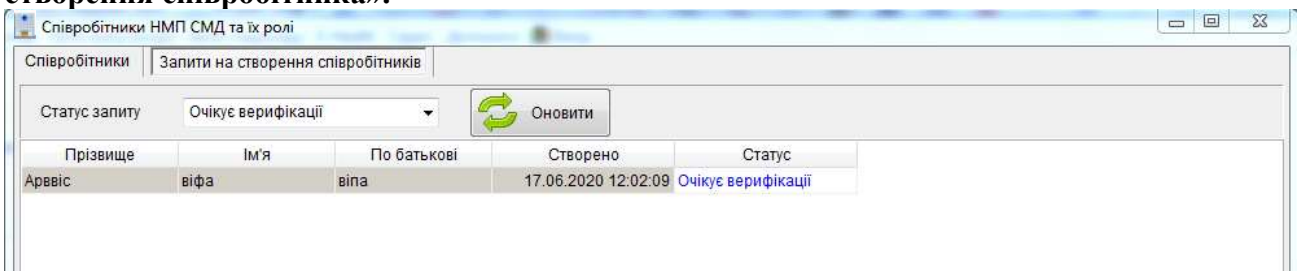
- поля для фільтра пошуку співробітників.

Для створення нового співробітника необхідно заповнити всі відповідні поля і натиснути кнопку **«Створити запит».**



Після цього, даному співробітнику прийде електронний лист на вказану електронну пошту з підтвердження. також необхідно буде придумати пароль для входу в ЕСОЗ, який повинен містити 12 символів (цифри і англійські букви).

До того часу, поки співробітник не підтвердить запит в електронній пошті, статус який він буде мати **«Очікує верифікації»** і буде заходитись серед списку у вкладці **«Запити на створення співробітника».**

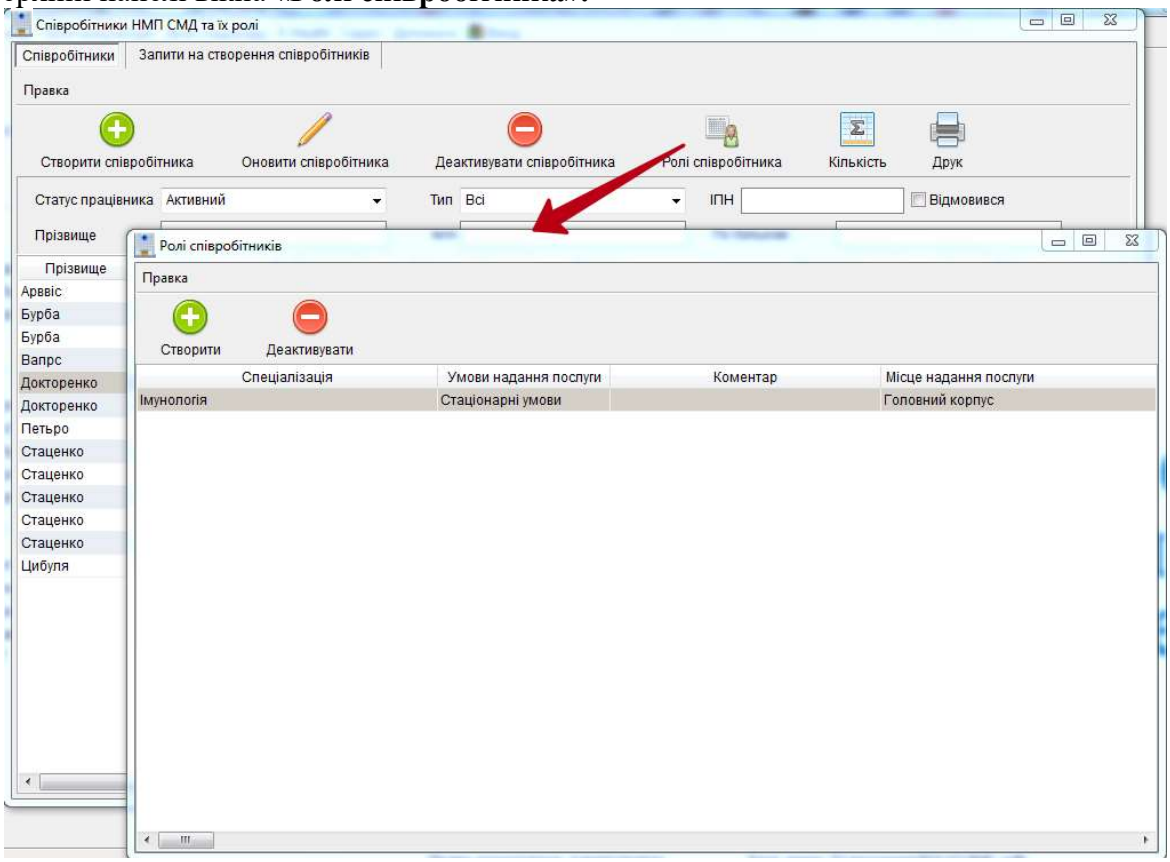


У разі підтвердження, статус зміниться на **«Схвалено»**, у разі відмови – **«Відхилено».**

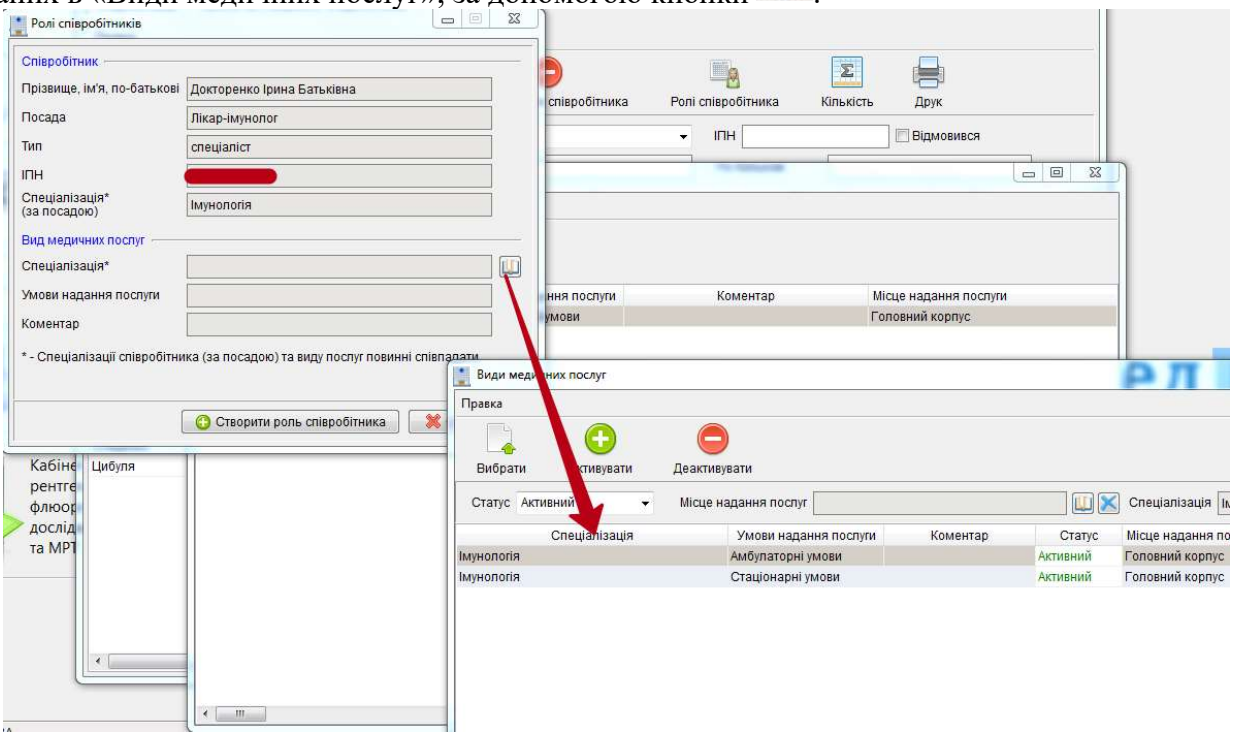
У випадку звільнення співробітника необхідно його деактивувати, вказавши дату звільнення.

Зверніть увагу! Неможливо повернути назад запис про співробітника, якого деактивували, слід заново створити запит.

Після створення нового співробітника йому слід присвоїти ролі, натиснувши кнопку на верхній панелі вікна **«Ролі співробітника».**

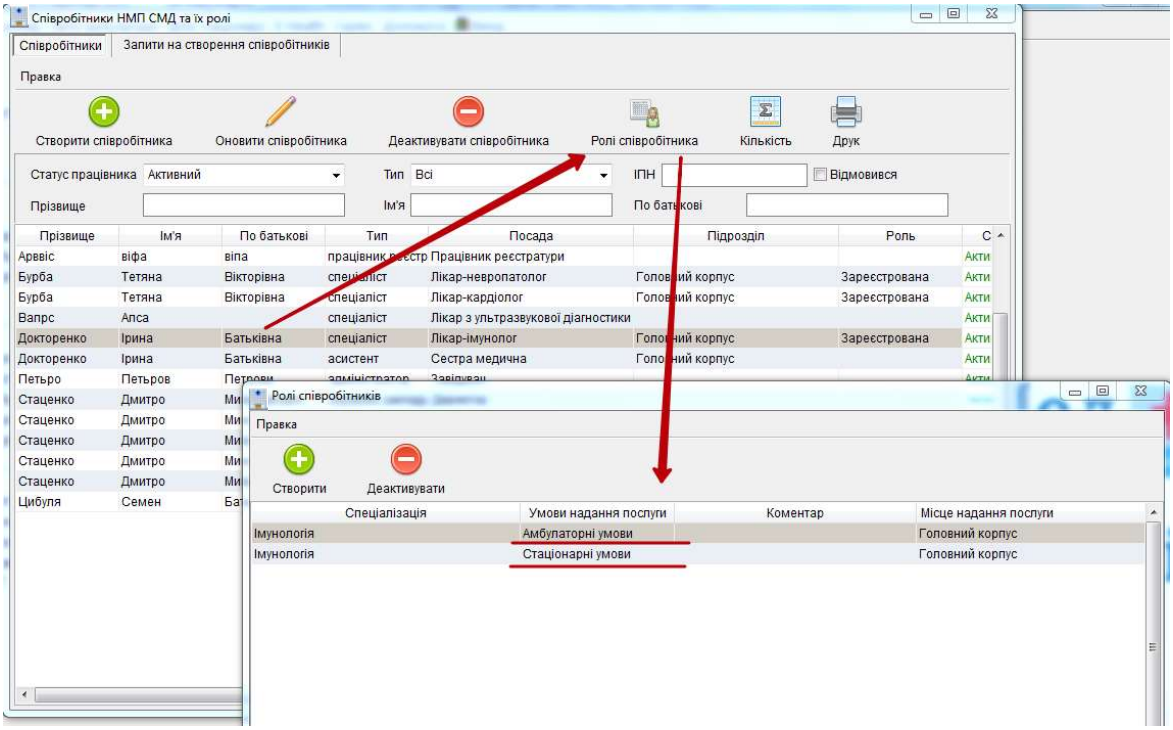


Для створення нової ролі співробітника необхідно натиснути кнопку **«Створити»**. У вікні, що з’явиться заповнити вид медичних послуг, обравши відповідний, із раніше внесених даних в «Види медичних послуг», за допомогою кнопки .



Обравши необхідний вид, натискаємо кнопку **«Створити роль співробітника»**.

Для кожного співробітника необхідно додати всі притаманні їй ролі. Наприклад, якщо лікар-імунолог веде прийом і в стаціонарних і амбулаторних умовах, то і ролі будуть з даними умовами надання послуг.

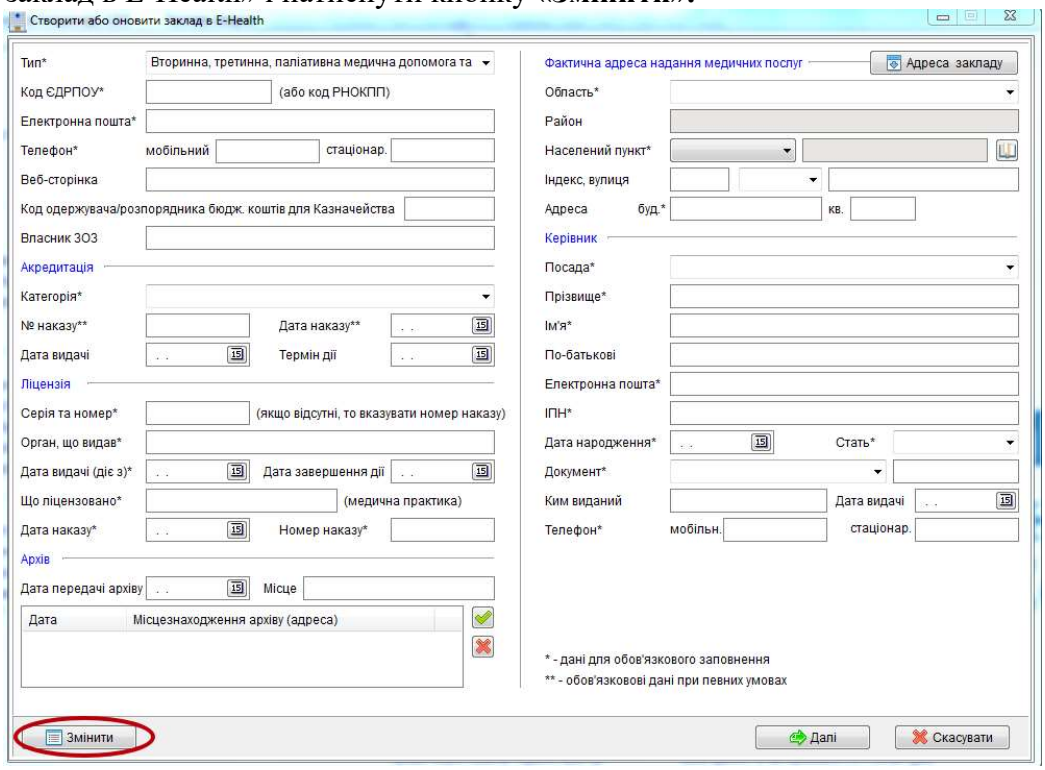


Зверніть увагу! Для коректної подальшої роботи, у кожного медичного працівника (це не стосується співробітників, які не мають медичної освіти) графа **«Роль»** повинна бути заповнена записом **«Зареєстрована».**

6.2.6 Перереєстрація медичного закладу СМД при переході з будь-якої іншої МІС на МІС «МедІнфоСервіс»

У випадку, коли медичний заклад СМД зареєстрований в ЕСОЗ, то для коректної роботи в E-Health йому потрібно перереєструвати заклад через МІС «МедІнфоСервіс».

Для цього, виконавши пункт 6 даної інструкції, відкрити пункт меню «Створити або оновити заклад в E-Health» і натиснути кнопку **«Змінити».**



Після цього всі основні дані по медичному закладу будуть імпортовані з E-Health. Необхідно буде внести дані про керівника і далі виконати дії згідно **пункту 6.2.2** даної інструкції.

Далі можлива повноцінна робота з внесенням електронних медичних записів в ЕСОЗ.

7. Ведення довідників

В даному розділі міститься опис організації роботи з довідковими вікнами програми. Команди для роботи з довідниками розташовані в меню «**Довідники**». Для початкового заповнення довідників можна скористатися режимами редагування довідників.

7.1 Основні команди заповнення, редагування та друку довідників.

«Новий» - введення нового запису в довідник. Команда розташована в меню **«Правка»**. Функціональна клавіша - F7.

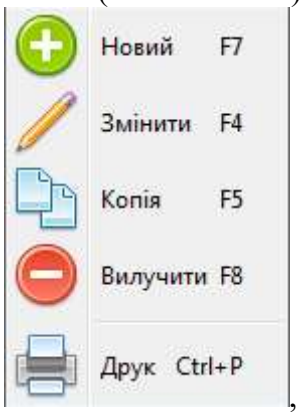
«Копія» - копіювання значень полів поточного запису в новий запис. Команда розташована в меню **«Правка»**. Функціональна клавіша - F5.

«Змінити» - редагування значень полів поточного запису. Команда розташована в меню **«Правка»**. Функціональна клавіша - F4. Також дана команда виконується при подвійному клацанні лівою кнопкою мишки по потрібному рядку.

«Вилучити» - видалення поточного обраного запису з довідника. Команда розташована в меню - **«Правка»**. Функціональна клавіша - F8. Перед видаленням запису завжди виводиться попередження, при позитивній відповіді на яке запис буде видалений.

«Друк» - формування списку записів довідника в офісному пакеті, за настройкою користувача це може бути Microsoft Excel або OpenOffice.org Calc, для подальшого друку. Команда розташована в меню **«Звіти»**. Функціональна клавіша – Ctrl + P.

Всі команди можуть бути виконані за допомогою вибору відповідного пункту спливаючого (контекстного) меню (викликається натисканням правої кнопки мишки)



, або при натисканні на клавіатурі відповідної функціональної клавіші.

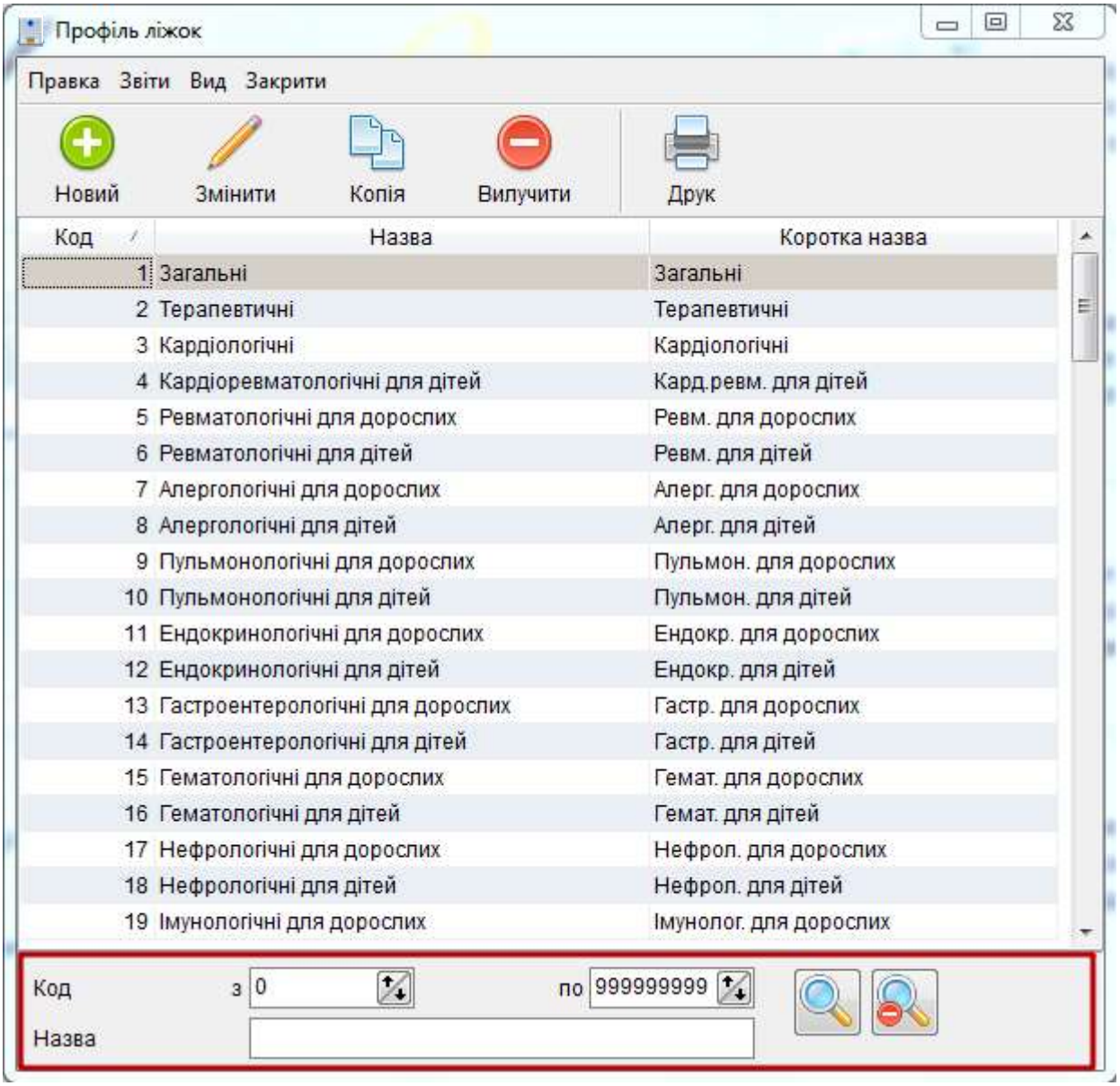
Для додавання і редагування записів довідників використовуються відповідні вікна редагування з полями для коректування значень полів, а також інші елементи керування. Для вибору значень кодів з інших довідників використовуються списки, що розкриваються або кнопки відкриття відповідних вікон довідників.

Команди роботи з таблицями

З відображеними на екрані таблицями в усіх режимах (робота з довідниками, реєстрами та ін.) програма дозволяє виконувати декілька стандартних операцій.

Сортування за стовпцем/стовбцями - для виконання сортування за будь-яким стовпцем, потрібно лівою кнопкою мишки клацнути по шапці (заголовку) відповідного стовпця. При першому клацанні сортування виконується за зростанням, при другому клацанні по тому ж стовпцю - за спаданням. Для сортування по декількох стовпцях необхідно сортувати з затиснутою клавішею Ctrl.

Фільтрація таблиць - поля для введення значень фільтрів розташовані під таблицею.

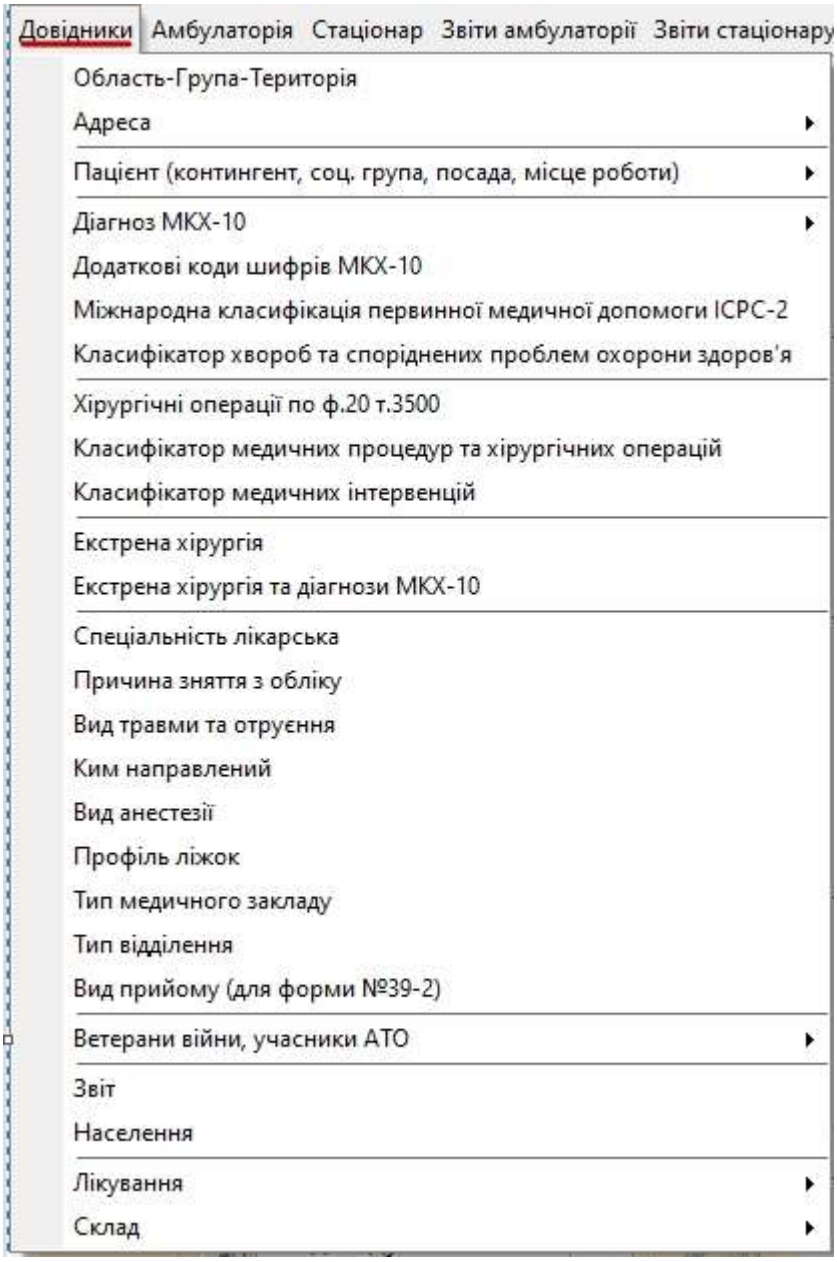


Для включення фільтрації треба спочатку встановити необхідні значення в полях введення фільтрів і натиснути іконку (кнопку **«Фільтр»**). Також може бути використана функціональна («гаряча») клавіша – F12 або відповідний пункт контекстного меню.

Щоб скасувати результати пошуку і повернутись до повного списку записів, натисніть іконку (кнопку **«Скасувати фільтр»**. Функціональна («гаряча») клавіша – F9.

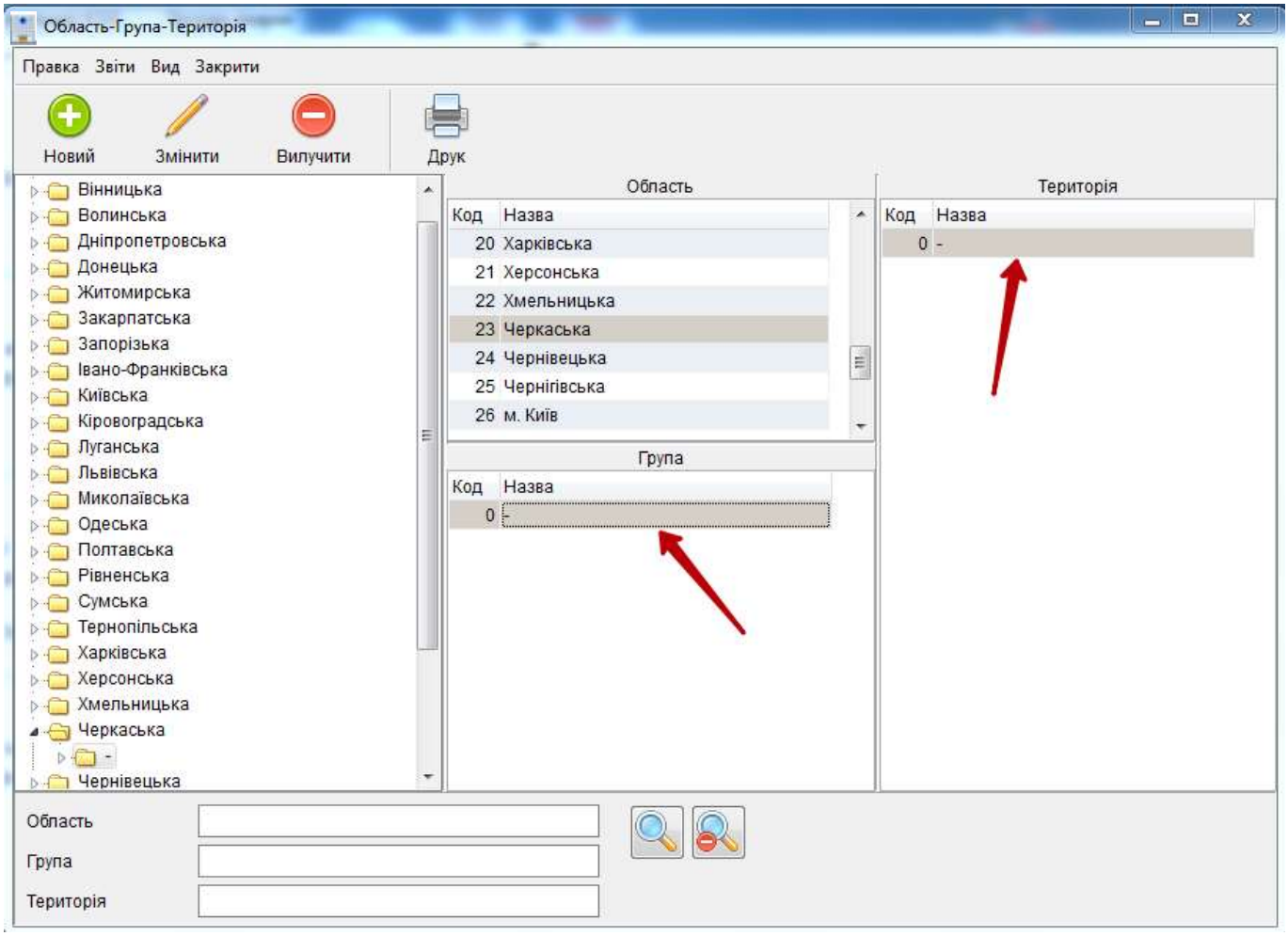
Команда меню **«Вид»**: **«Фільтр»** служить для того щоб приховати панель фільтру чи відобразити.

8. Довідники

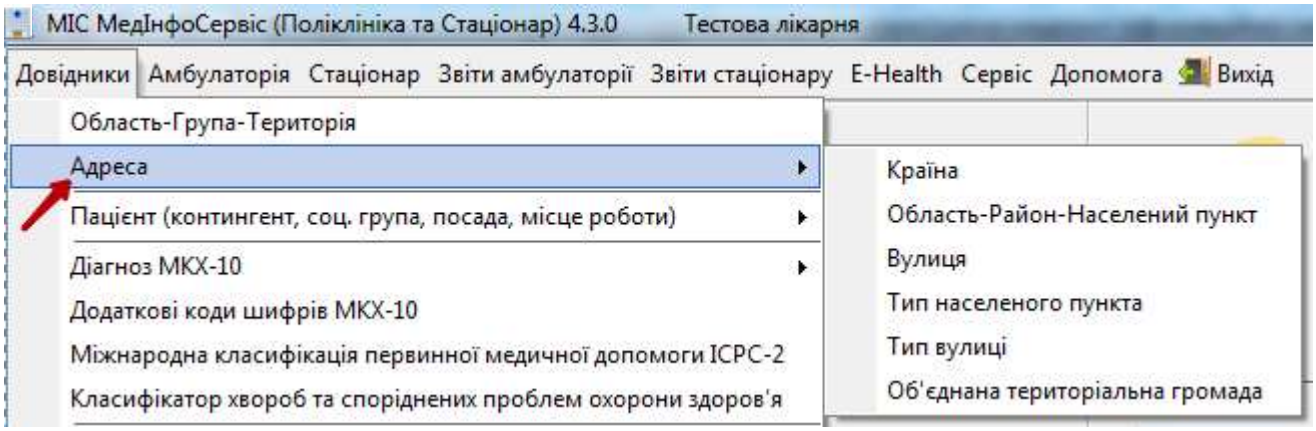


8.1. Область – Група – Територія

Необхідний для визначення приналежності медичної установи до певної групи закладів. Дані з цього довідника використовуються для визначення адреси установи та пацієнта.

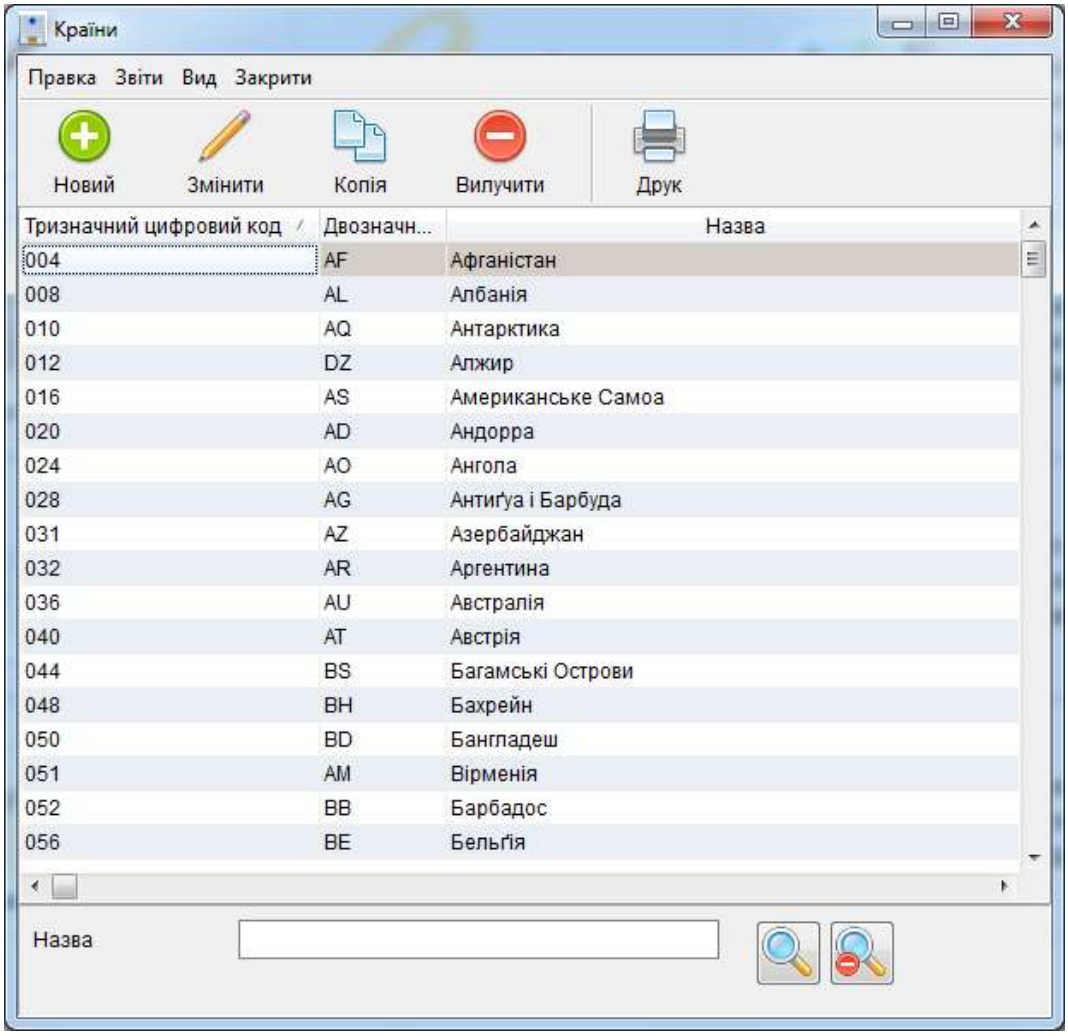


8.2 Адреса



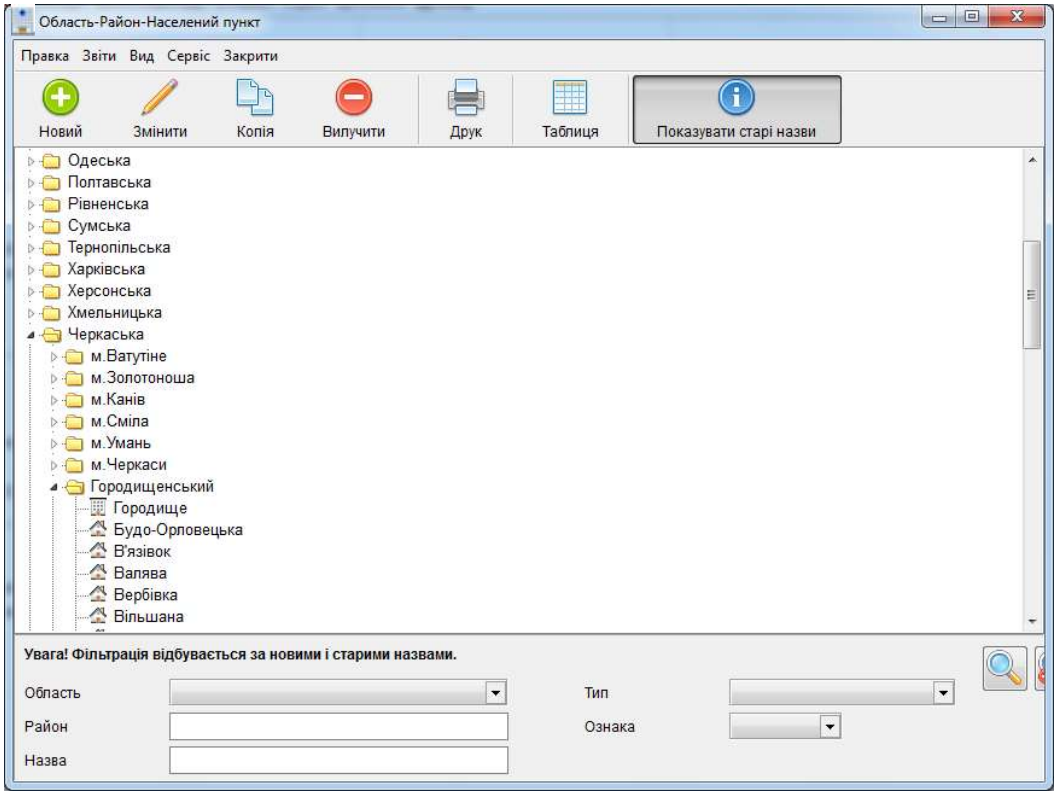
Країна

Внесені назви і коди країн відповідно статистичній класифікації країн світу (СККС) (Державна служба статистики України, НАКАЗ від 30 грудня 2013 року N426 Про затвердження Статистичної класифікації країн світу із змінами і доповненнями, внесеними наказами Державної служби статистики України від 18 грудня 2014 року N 396, від 29 грудня 2017 року N 360)



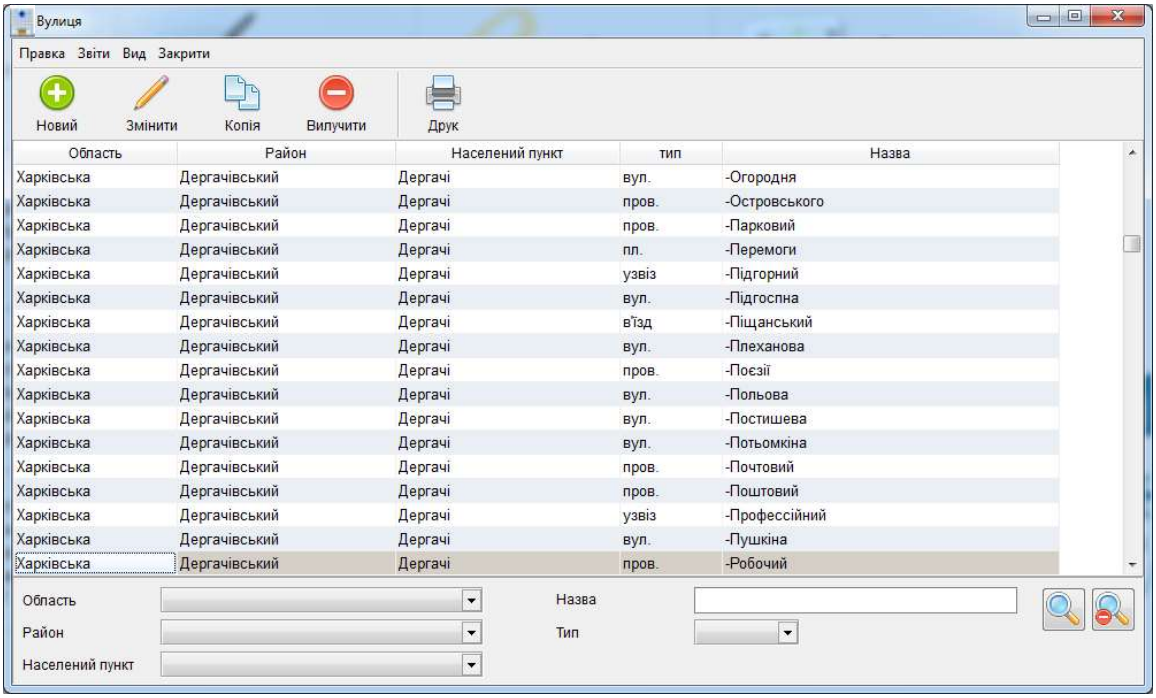
Область – Район – Населений пункт

Внесені назви областей, районів і населених пунктів



Вулиця

Містить назву вулиць по окремим населеним пунктам. Для визначення точної адреси пацієнта та установи використовуються дані з цього довідника.

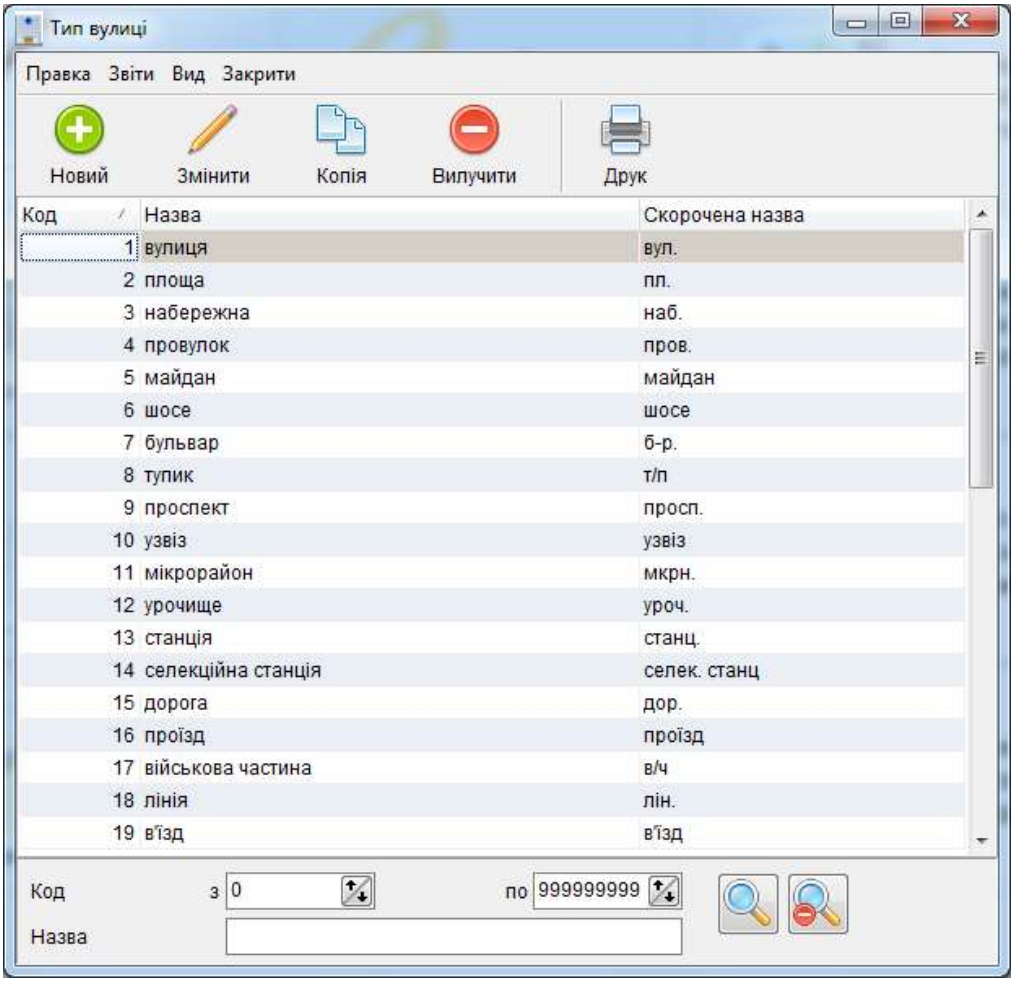


Тип населеного пункту

Сюди вноситься Типи такі як: «Село», «Селище міського типу», «Місто».

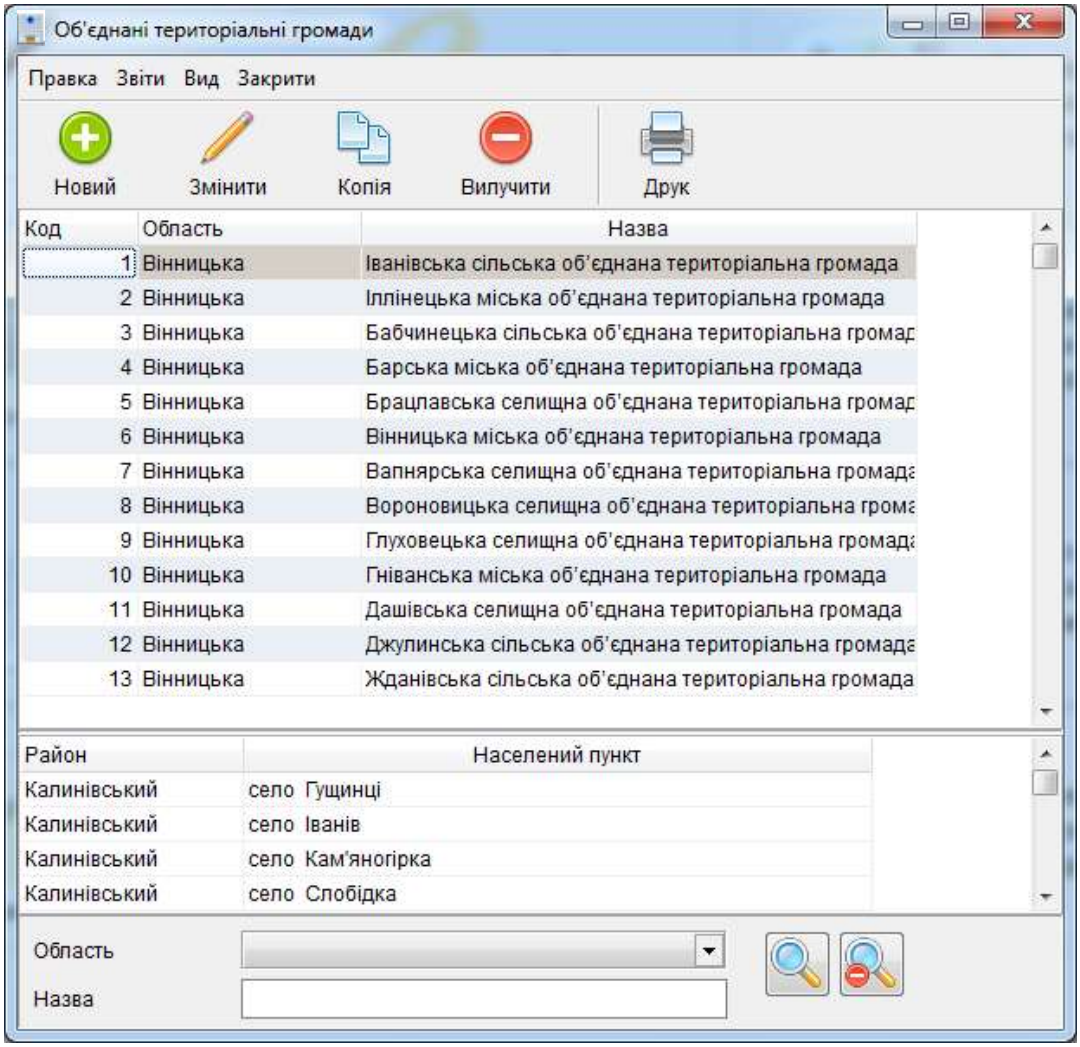
Тип вулиці

Сюди відноситься повна та скорочена назва типів вулиць

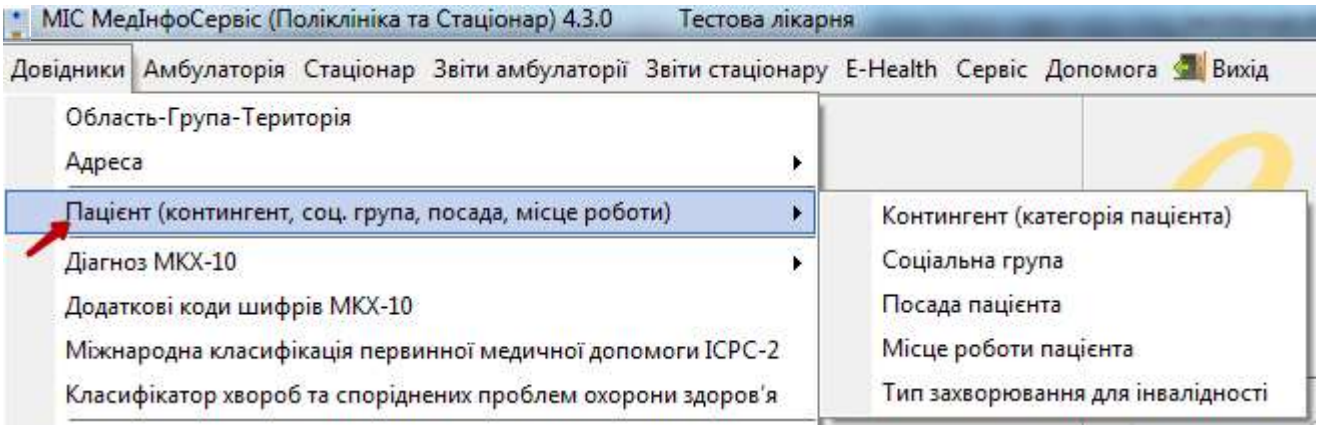


Об'єднані територіальні громади

Містить перелік об'єднаних територіальних громад по окремих областях і районах.

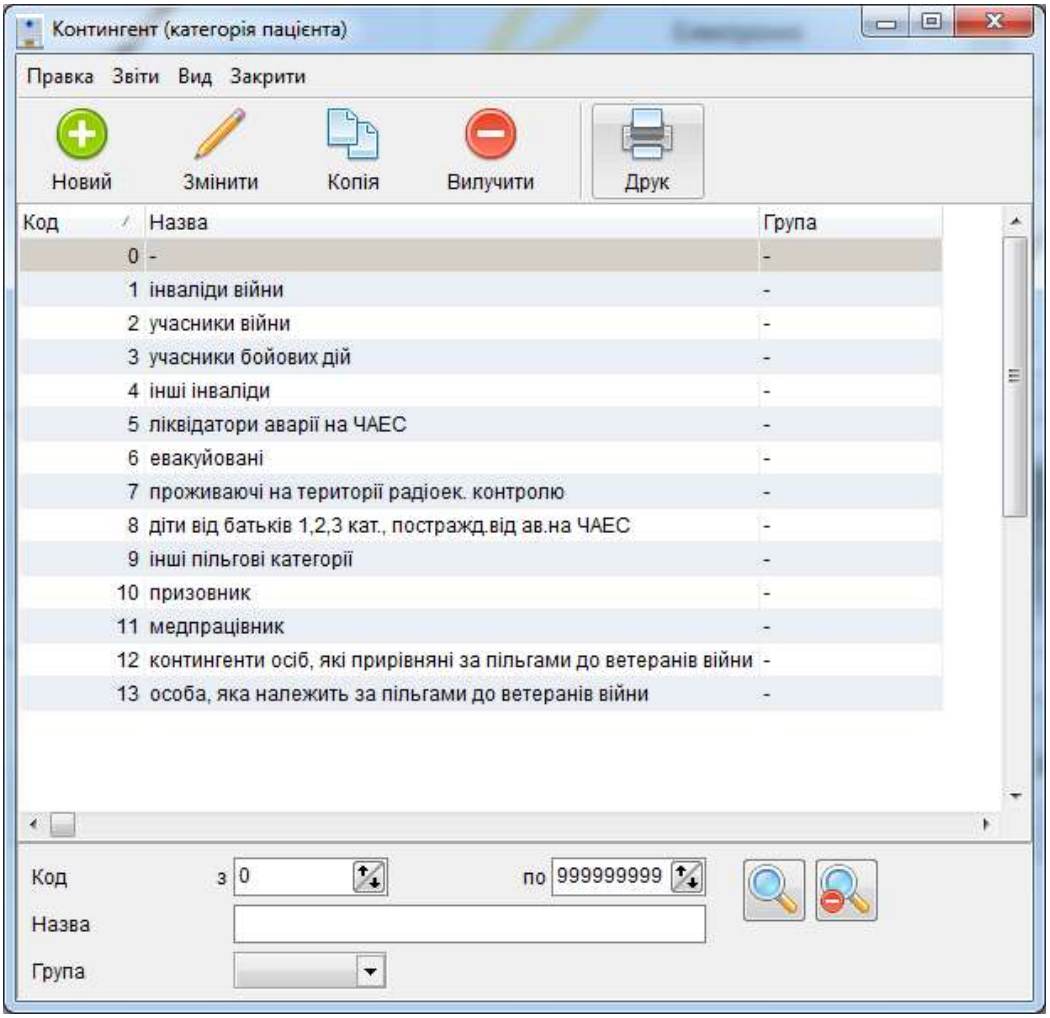


8.3 Пацієнт



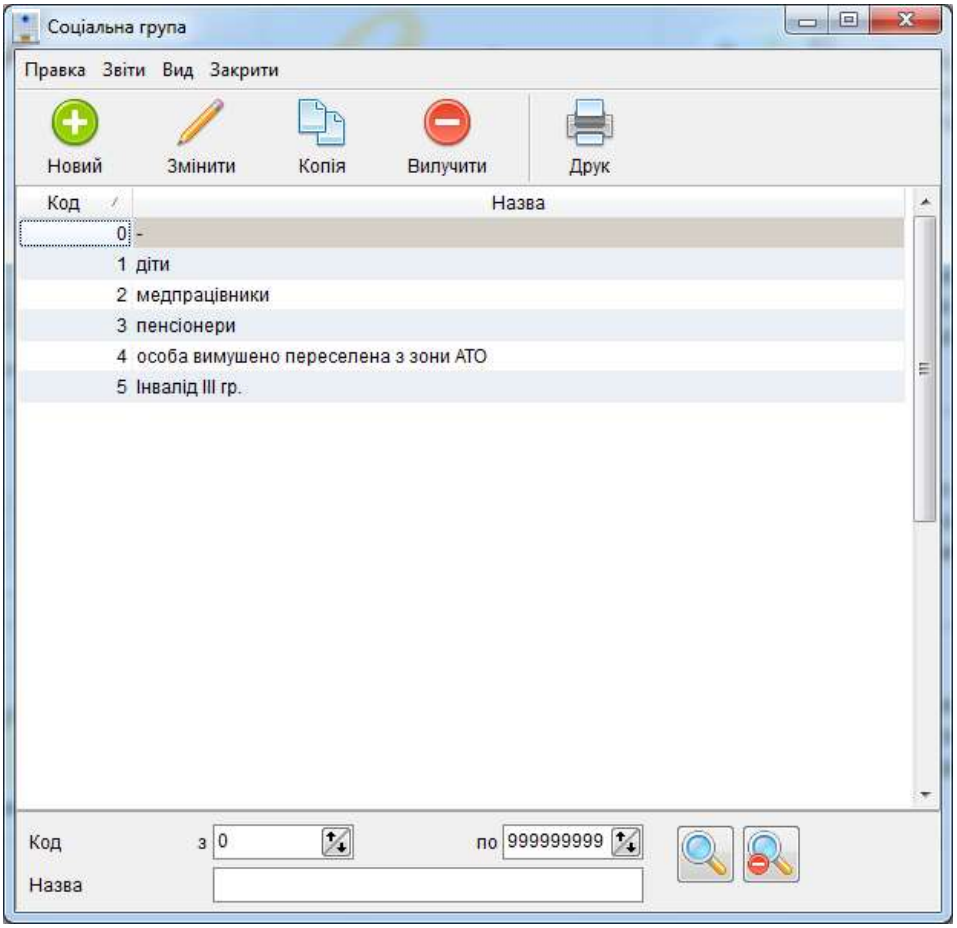
Контингент (категорія пацієнта)

Містить дані про категорії до яких може відноситись пацієнт. Використовується при внесені інформації про пацієнта.



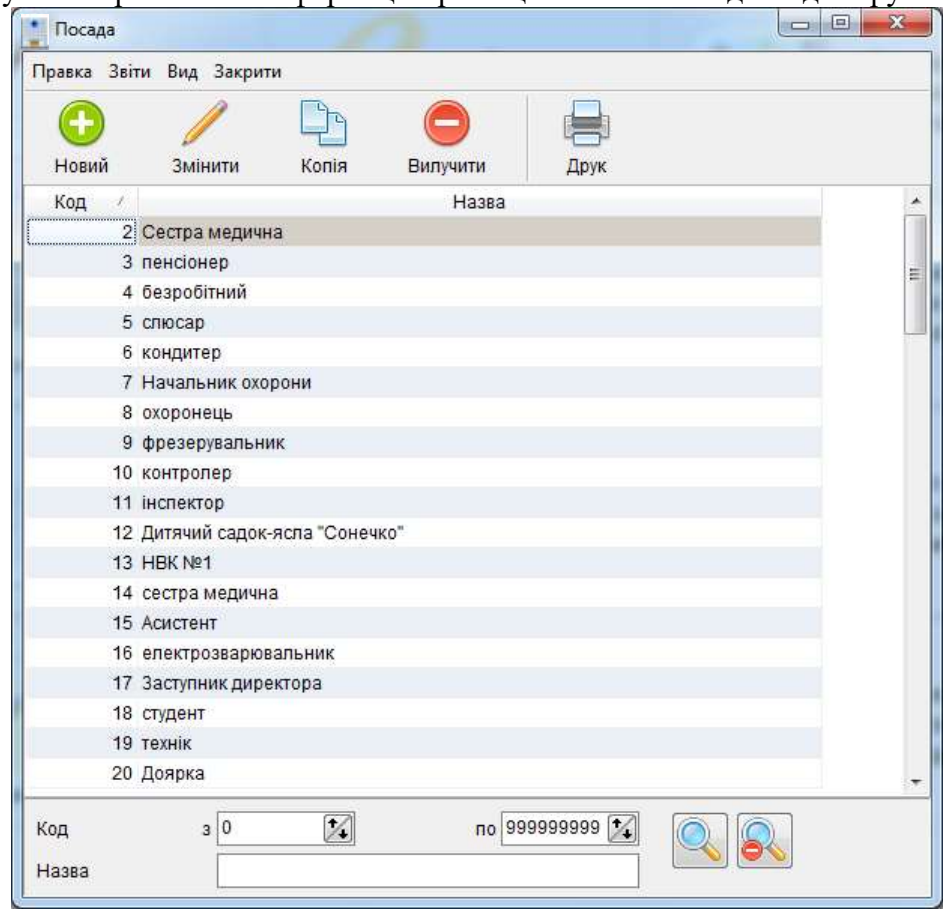
Соціальна група

Містить дані про соціальні групи до яких може відноситись пацієнт. Використовується при внесені інформації про пацієнта.



Посада пацієнта

Допоміжний довідник, що містить дані про посади, які може займати пацієнт. Використовується при внесені інформації про пацієнта та необхідний для зручного вводу.



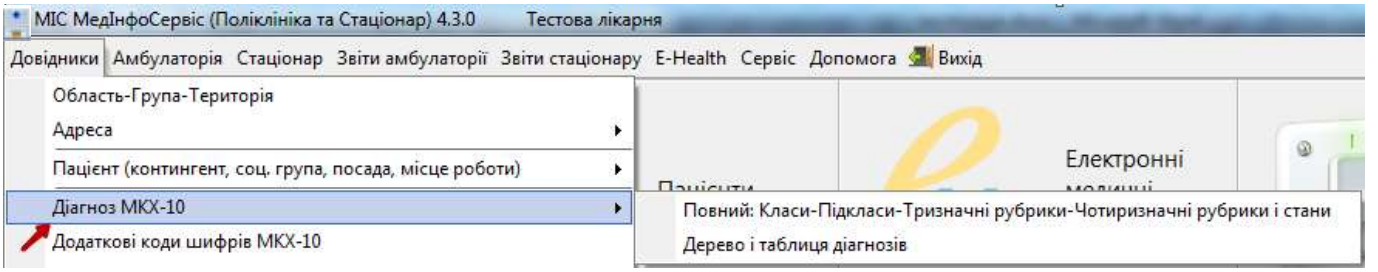
Місце роботи пацієнта

Допоміжний довідник, що містить дані про місце роботи пацієнта. Використовується при внесені інформації про пацієнта та необхідний для зручного вводу.

Тип захворювання для інвалідності

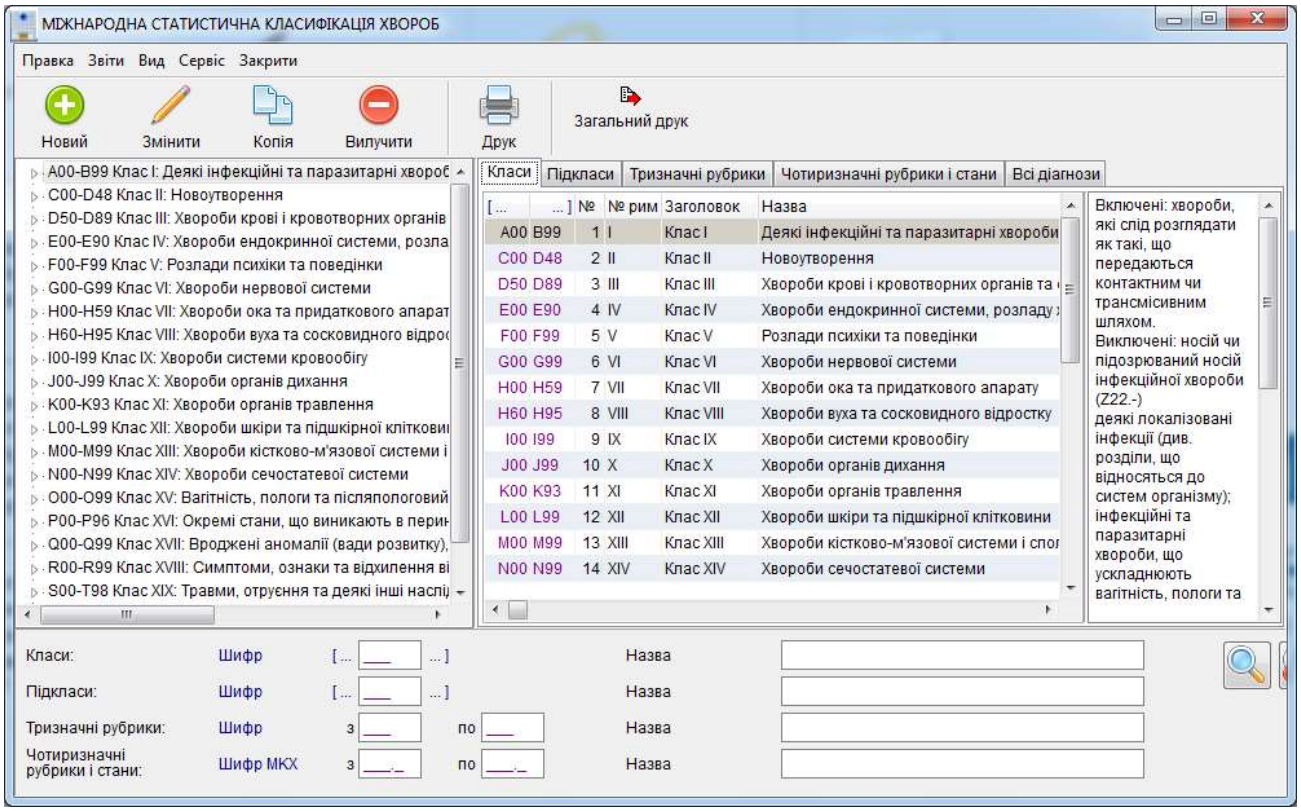
Містить дані про типи захворювань до яких може відноситись пацієнт з групою інвалідності. Використовується при внесені інформації про пацієнта.

8.4 Діагноз МКХ-10



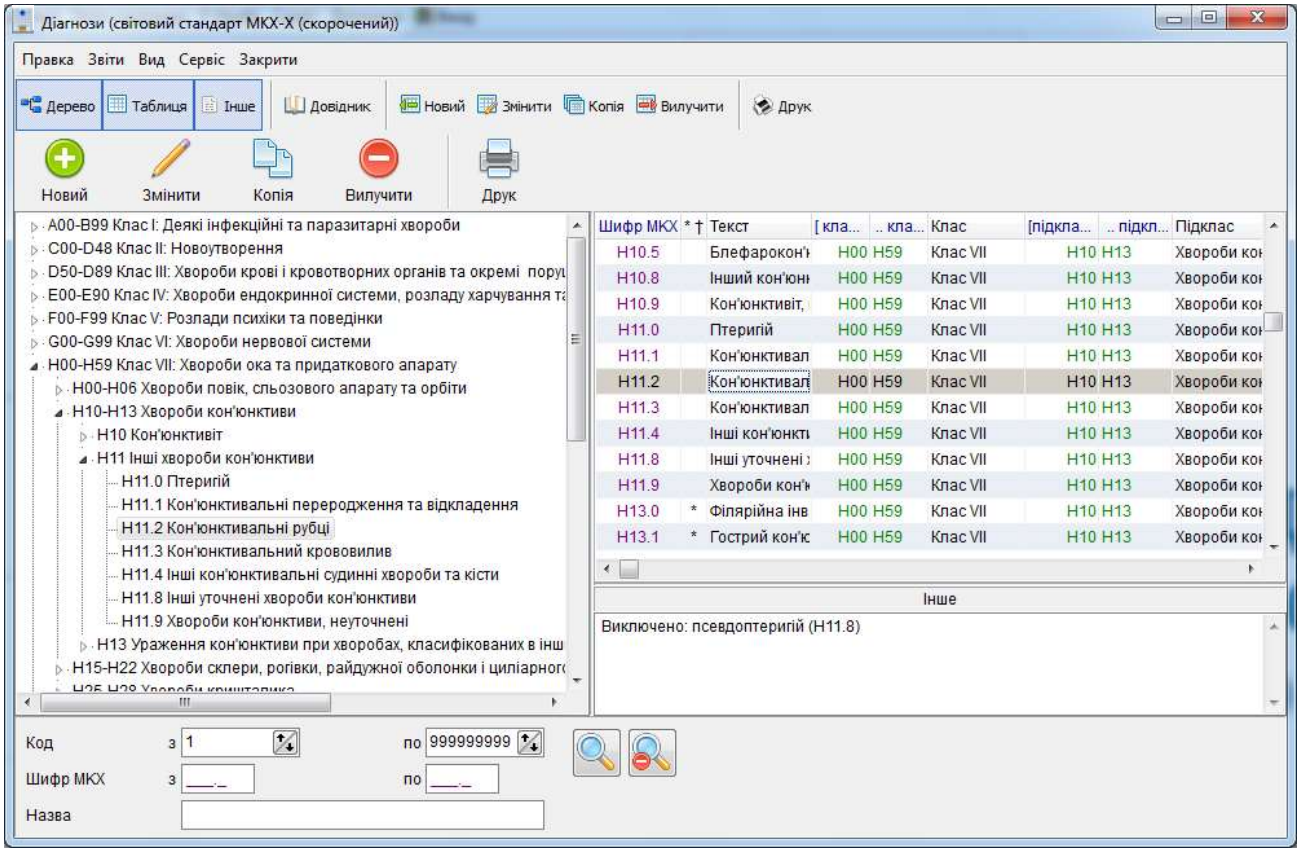
МКХ-10 (ICD-10) — є загальноприйнятою класифікацією для кодування медичних захворювань. Розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). Складається з 21-го розділу, кожен з яких містить підрозділи з кодами хвороб і станів. Використовується при внесені діагнозів хворого.

Повний: Класи-Підкласи-Тризначні рубрики - Чотиризначні рубрики і стани



Містить міжнародний статистичний класифікатор хвороб з розділенням по класам, підкласам. В низу вікна є можливість фільтрувати хвороби по заданим параметрам. За допомогою кнопки **«Загальний друк»**, можливо формування списку записів в офісному пакеті, за настройкою користувача це може бути Microsoft Excel або OpenOffice.org Calc.

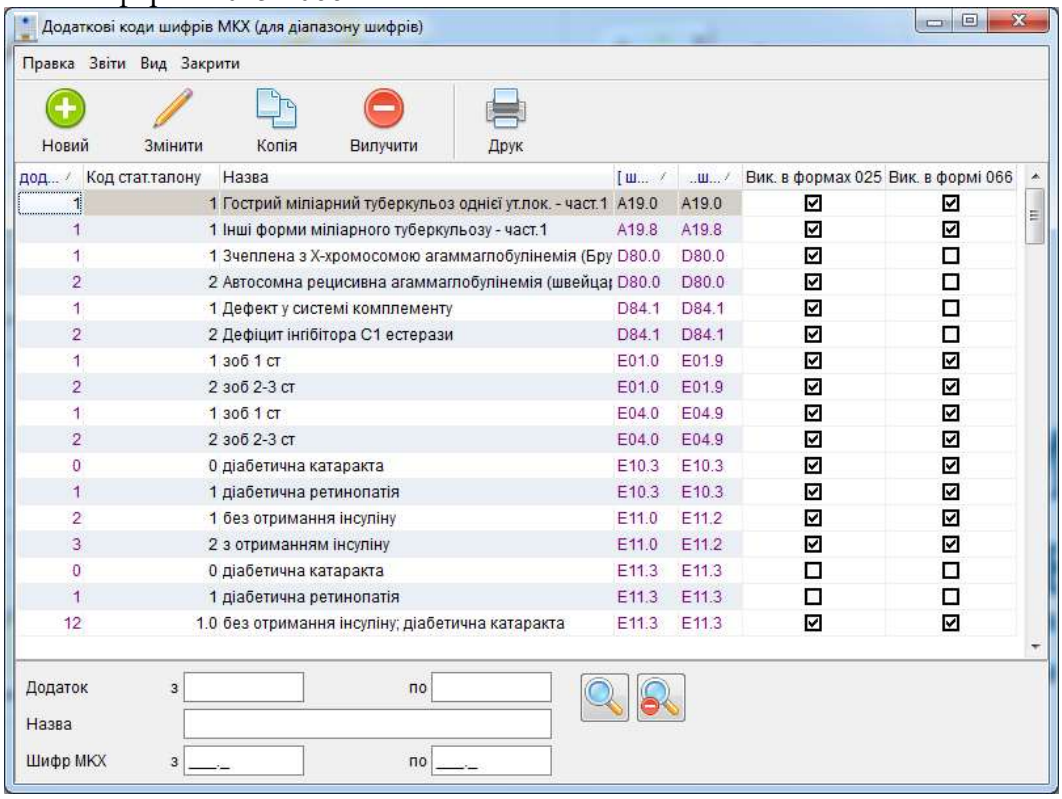
Дерево і Таблиця діагнозів



Містить по лівій стороні – дерево класифікатора діагнозів МКХ, а по правій – таблицю з відповідними шифрами МКХ і більш детальним розписом діагнозів підрозділу по класам і підкласам, що відмічені в дереві з лівої сторони.

8.5 Додаткові коди шифрів МКХ-10

Містить перелік додаткових кодів МКХ (для діагнозу шифрів) з можливістю відмітки використання в формах 025 і 066/о



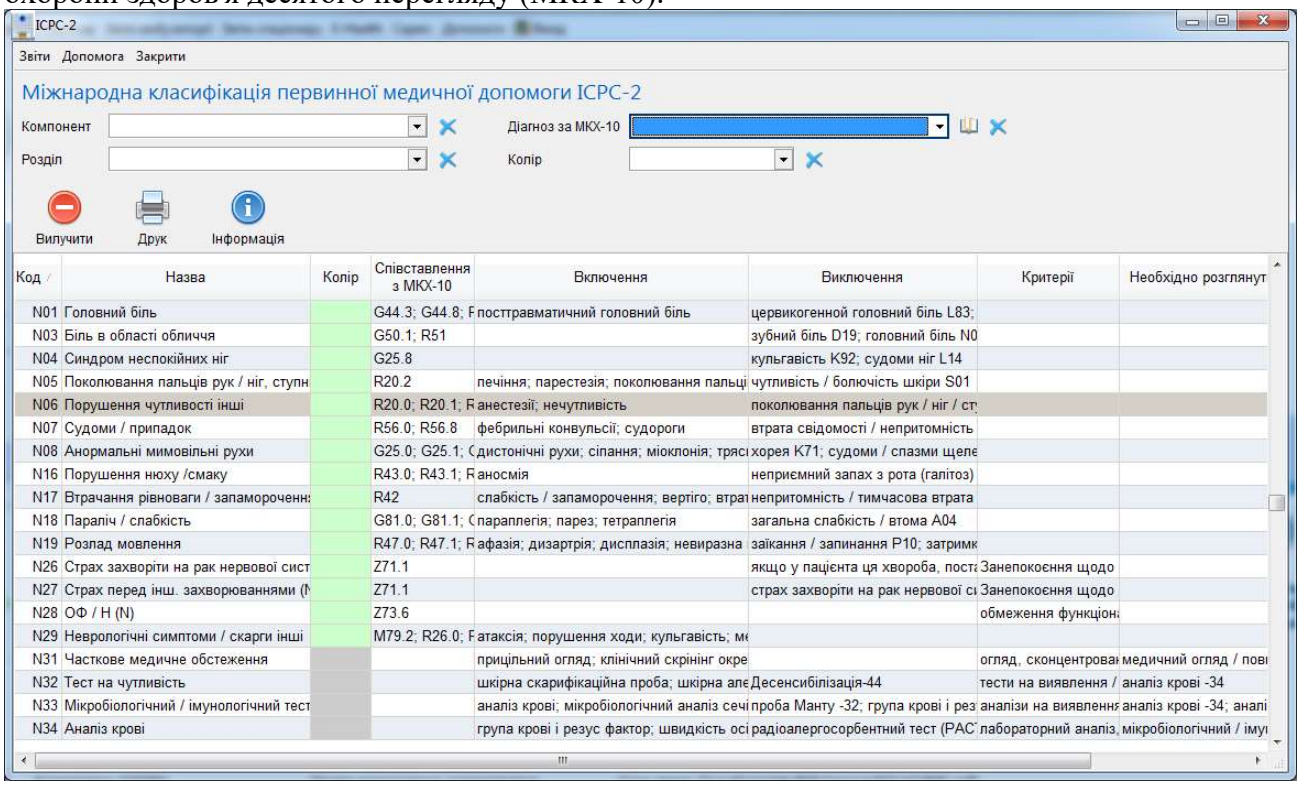
8.6 Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги ICPC-2

МОЗ України затвердило наказ, який впроваджує систему міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2). Це нова система, яка дозволяє лікарям первинної ланки концентруватись на потребах пацієнтів, а не підлаштовуватись під зручність обробки кодів для формування статистики: Наказ МОЗ України від 04.01.2018 № 13 «Про деякі питання застосування Україномовного варіанту Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги(ICPC-2-E)».

За допомогою ICPC-2 можна кодувати скарги, симптоми та синдроми, коли неможливо встановити точний діагноз. Також ця класифікація використовується для обробки медичних записів в електронному вигляді, що робить простішим і точнішим ведення всієї медичної статистики. Навіть при паперовому використанні ICPC-2 дозволяє спростити ведення медичних записів.

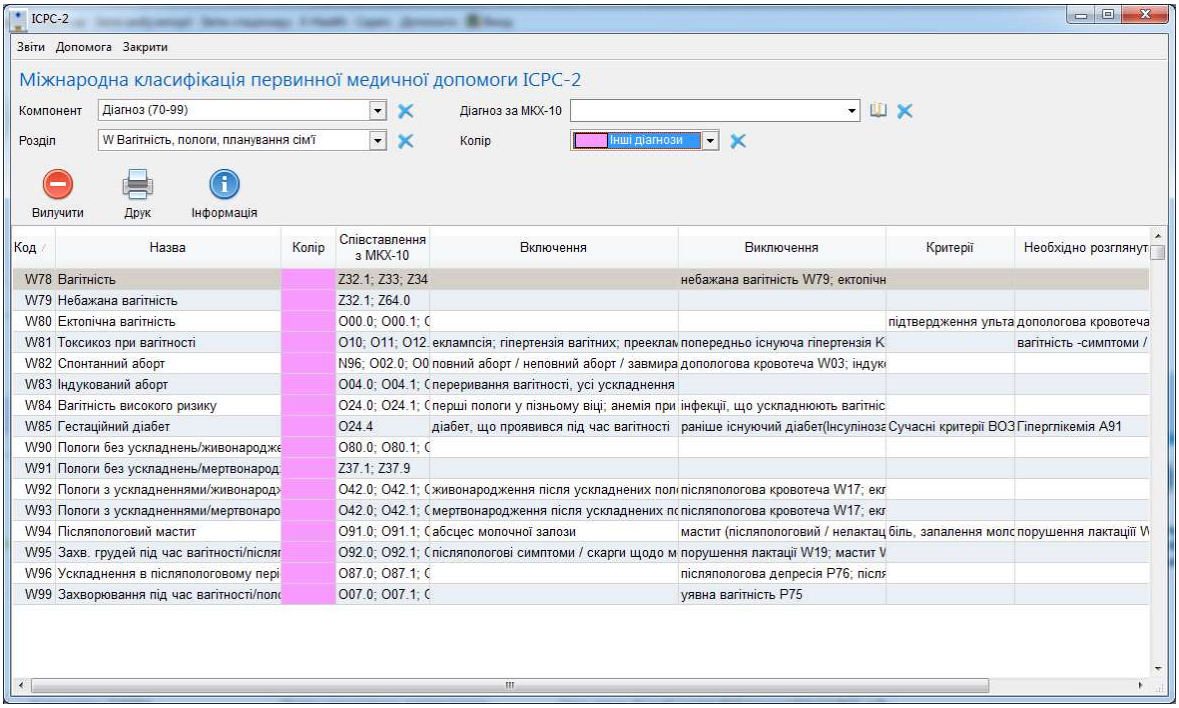
Зручність у використанні, постійне удосконалення і максимальна відповідність змісту діяльності первинної медичної допомоги зробили ICPC-2 ефективним інструментом для збирання та аналізу даних як для потреб клінічного управління ПМД, так і для статистичних потреб.

Даний довідник містить список діагнозів з кодами, а також можливість співставлення кодів ICPC-2-E і Міжнародної статистичної класифікації хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду (МКХ-10).



Код	Назва	Колір	Співставлення з МКХ-10	Включення	Виключення	Критерії	Необхідно розглянут
N01	Головний біль		G44.3; G44.8; F	посттравматичний головний біль	цервикогенной головний біль L83;		
N03	Біль в області обличчя		G50.1; R51		зубний біль D19; головний біль N0		
N04	Синдром неспокійних ніг		G25.8		кульгавість K92; судоми ніг L14		
N05	Поколювання пальців рук / ніг, ступн		R20.2	печіння; парестезія; поколювання пальці	чутливість / болючість шкіри S01		
N06	Порушення чутливості інші		R20.0; R20.1; R	анестезії; нечутливість	поколювання пальців рук / ніг / ст		
N07	Судоми / припадок		R56.0; R56.8	фебрильні конвульсії; судороги	втрата свідомості / непритомність		
N08	Анормальні мимовільні рухи		G25.0; G25.1; G	дистонічні рухи; сіпання; міоклонія; тряс	хорея K71; судоми / спазми щеле		
N16	Порушення нюху /смаку		R43.0; R43.1; R	аносмія	неприємний запах з рота (галітоз)		
N17	Втрачання рівноваги / запаморочення		R42	слабкість / запаморочення; вертіго; втрат	непритомність / тимчасова втрата		
N18	Параліч / слабкість		G81.0; G81.1; G	параплегія; парез; тетраплегія	загальна слабкість / втома A04		
N19	Розлад мовлення		R47.0; R47.1; R	афазія; дизартрія; дисплазія; невиразна	заїкання / запинання P10; затримк		
N26	Страх захворіти на рак нервової сист		Z71.1		якщо у пацієнта ця хвороба, пост	Занепокоєння щодо	
N27	Страх перед інш. захворюваннями (N		Z71.1		страх захворіти на рак нервової с	Занепокоєння щодо	
N28	ОФ / Н (N)		Z73.6			обмеження функціон	
N29	Неврологічні симптоми / скарги інші		M79.2; R26.0; R	атаксія; порушення ходи; кульгавість; м			
N31	Часткове медичне обстеження			прицільний огляд; клінічний скринінг окре		огляд, сконцентрова	медичний огляд / пов
N32	Тест на чутливість			шкірна скарифікаційна проба; шкірна але	Десенсибілізація-44	тести на виявлення /	аналіз крові -34
N33	Мікробіологічний / імунологічний тест			аналіз крові; мікробіологічний аналіз сеч	проба Манту -32; група крові і рез	аналізи на виявлення	аналіз крові -34; аналі
N34	Аналіз крові			група крові і резус фактор; швидкість осі	радіоалергосорбентний тест (PAC	лабораторний аналіз,	мікробіологічний / імун

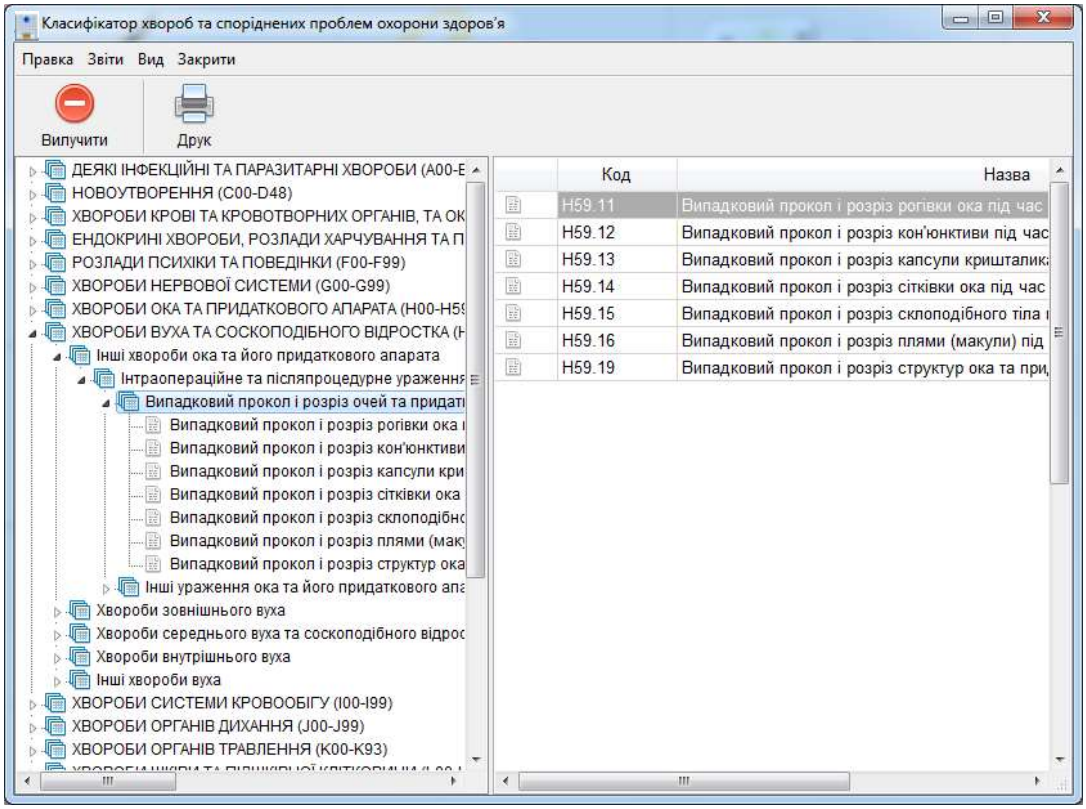
За допомогою розкривних списків **«Компонент»**, **«Розділ»**, **«Діагноз за МКХ-10»**, **«Колір»** можливо відсортувати діагнози в списку



8.7 Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я

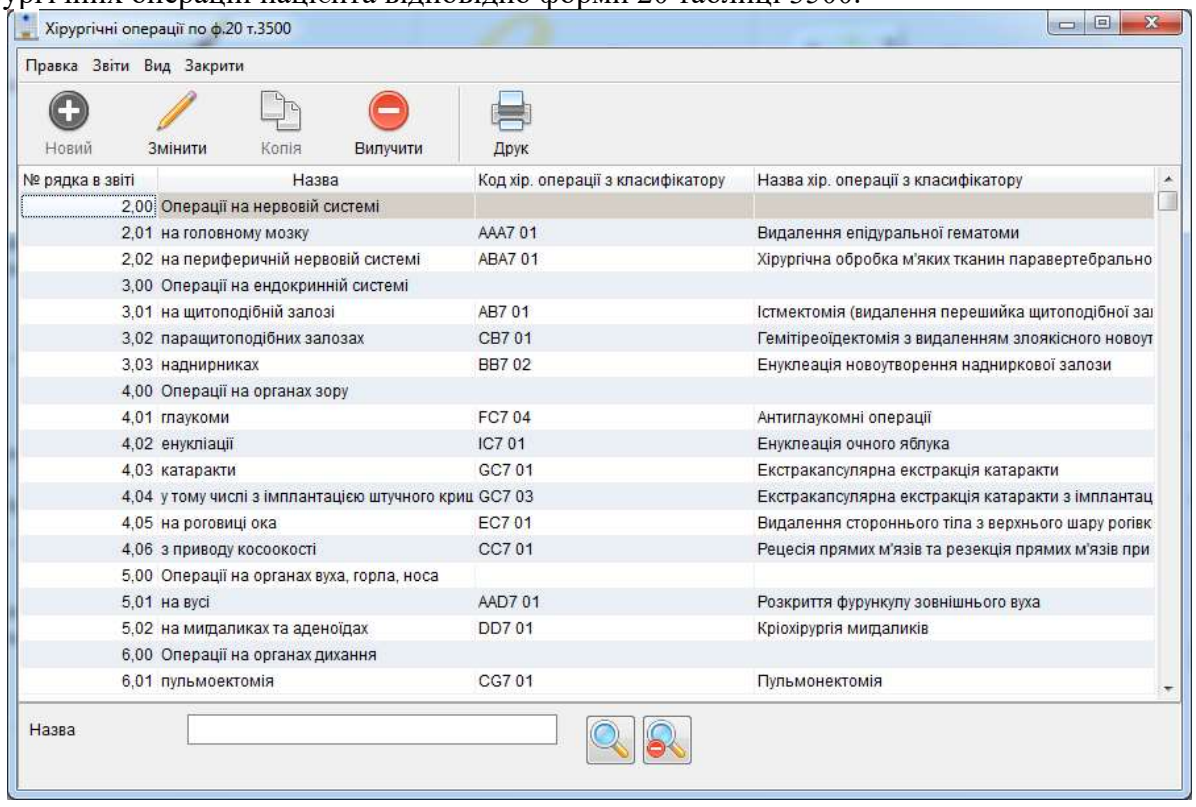
Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я (далі – КХСПОЗ) розроблено для уніфікації кодування хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я в первинній медичній документації та даних Електронної системи охорони здоров'я (далі – ЕСОЗ). КХСПОЗ використовується при створенні та впровадженні в Україні системи фінансування закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

КХСПОЗ гармонізований з Міжнародним статистичним класифікатором хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду, Австралійська модифікація (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Australian Modification, ICD-10-AM), розробленим Австралійським консорціумом з розробки класифікацій (ACCD). Переклад та адаптація Міжнародного статистичного класифікатора хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я для використання в Україні здійснювалися в рамках спільного проєкту МОЗ та Світового Банку «Поліпшення охорони здоров’я на службі у людей».



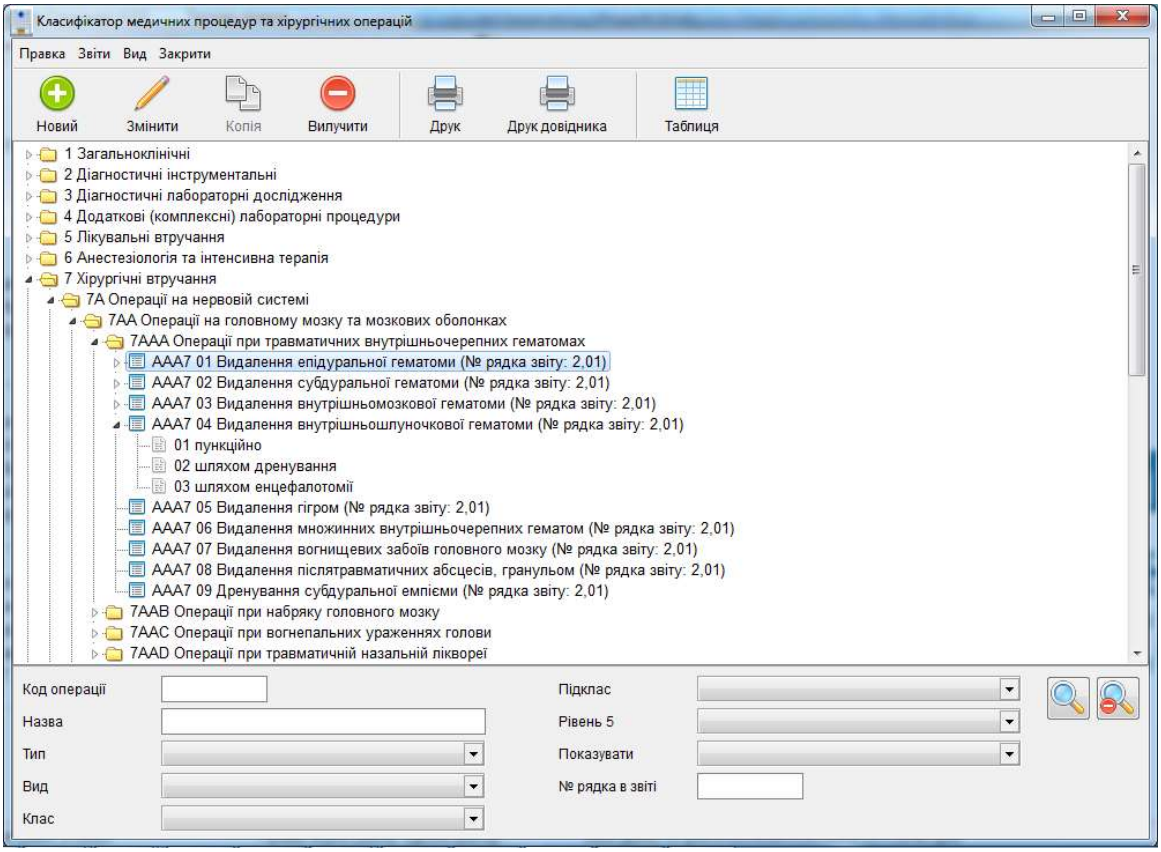
8. 8 Хірургічні операції по ф.20 т. 3500

Містить записи про хірургічні операції на базі «Тимчасового галузевого класифікатора медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій». Використовується при внесені хірургічних операцій пацієнта відповідно форми 20 таблиці 3500.



8.9 Класифікатор медичних процедур та хірургічних операцій

Тимчасово галузевий класифікатор медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій, у вигляді дерева. За допомогою кнопки **«Таблиця»** - перегляд даних відобразиться у вигляді таблиці.



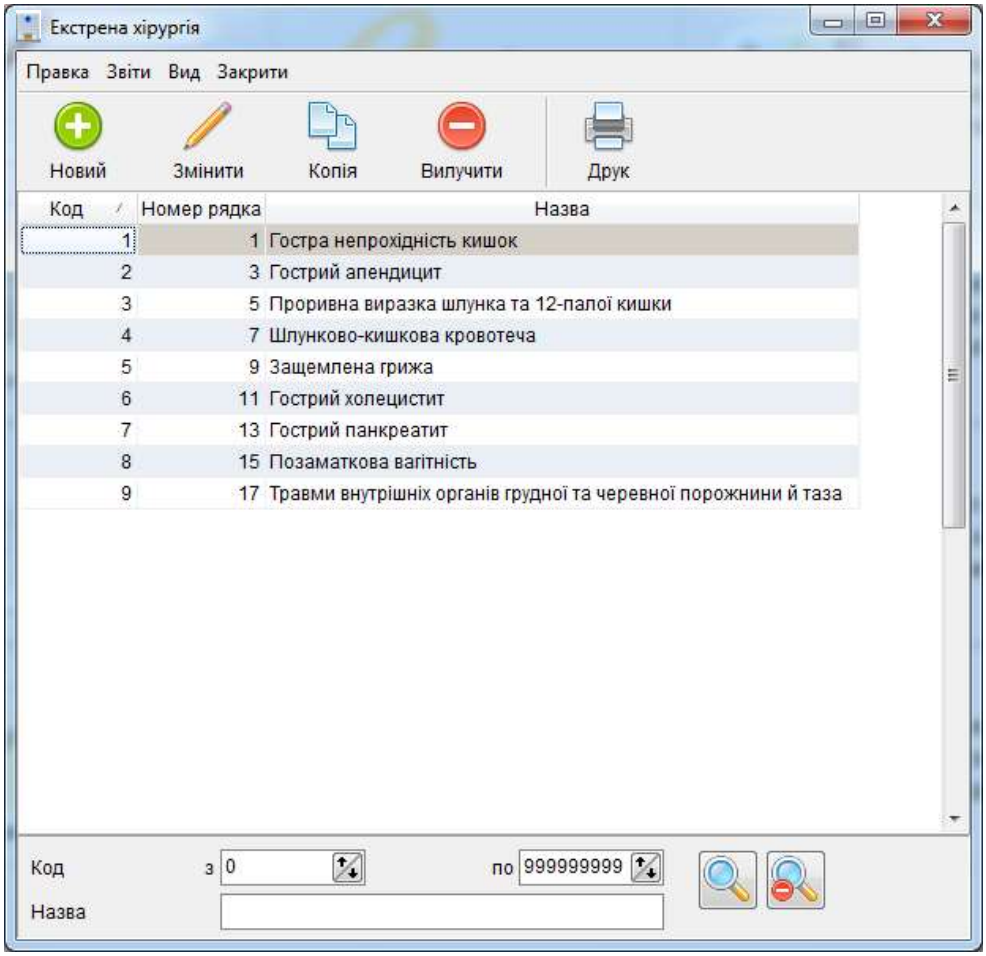
Затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2007 року №67 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 березня 2019 року № 688) «Про затвердження тимчасового галузевого класифікатора медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій».

За допомогою кнопок в верхній панелі **«Друк»** і **«Друк довідника»**, можливо вивести дані в файл MS Excel у виді таблиці чи дерева, відповідно, який може бути виведений на друк або збережений для подальшої обробки.

В нижній панелі вікна відображаються поля для фільтрів записів.

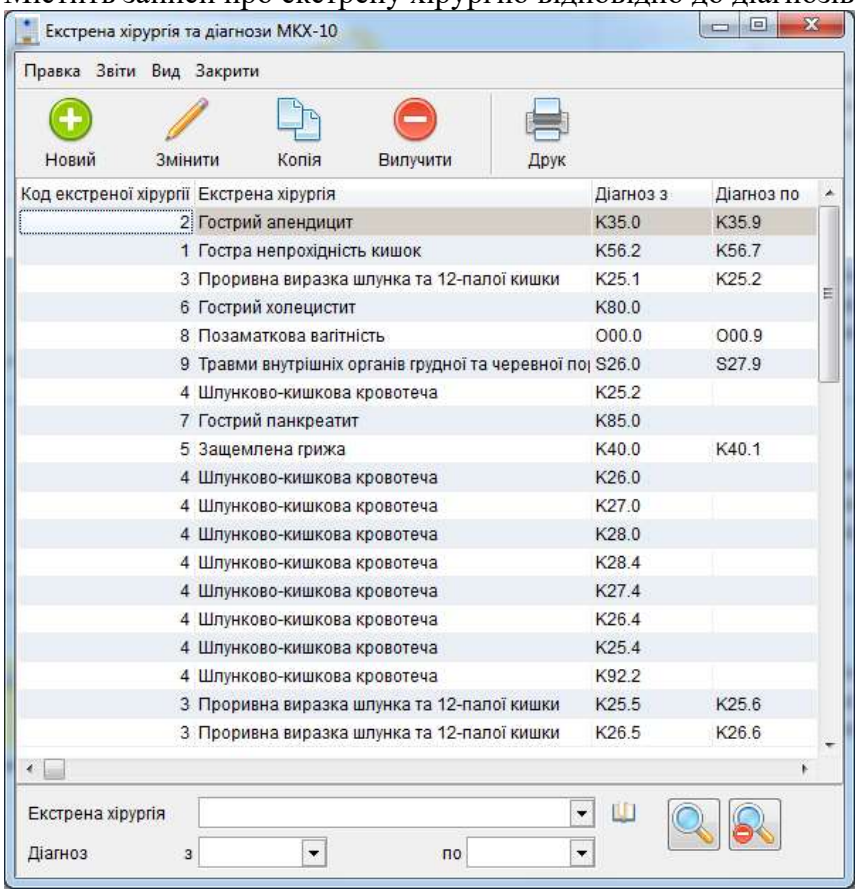
8.10 Екстрена хірургія

Містить записи про екстрену хірургію. Використовується при внесені хірургічних операцій пацієнта.



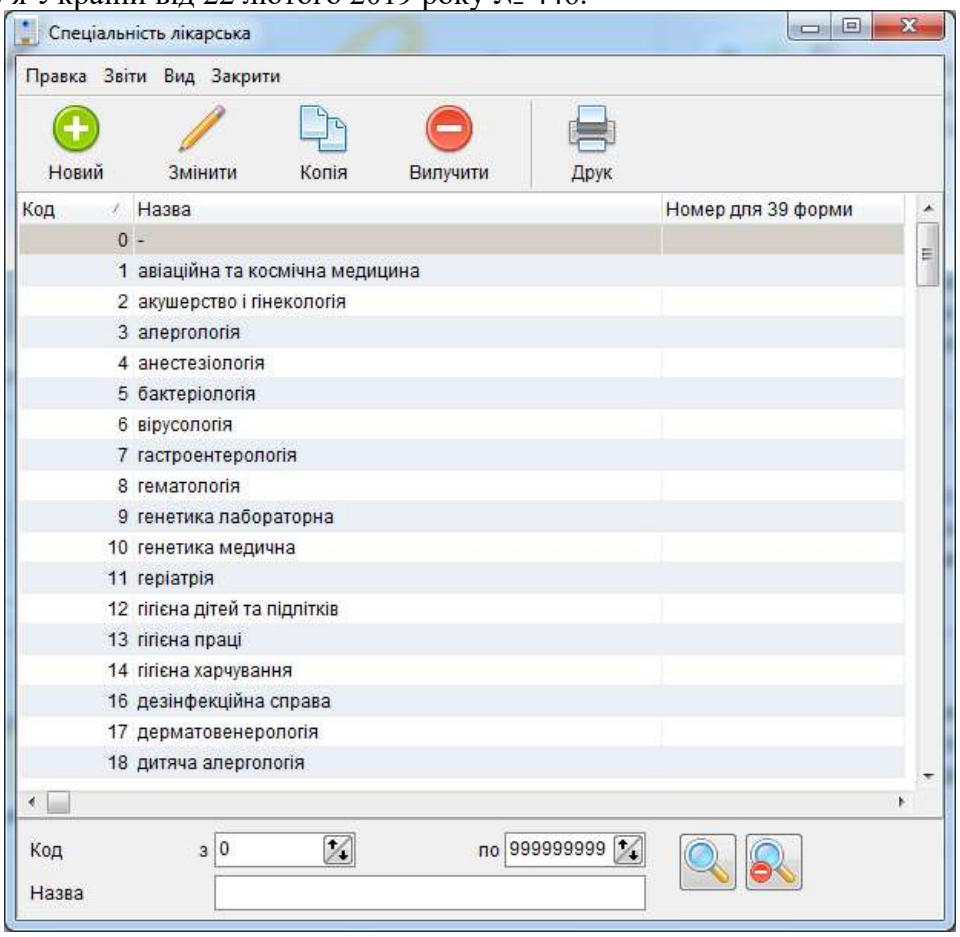
8.11 Екстрена хірургія та діагнози МКХ-10

Містить записи про екстрену хірургію відповідно до діагнозів МКХ-10.



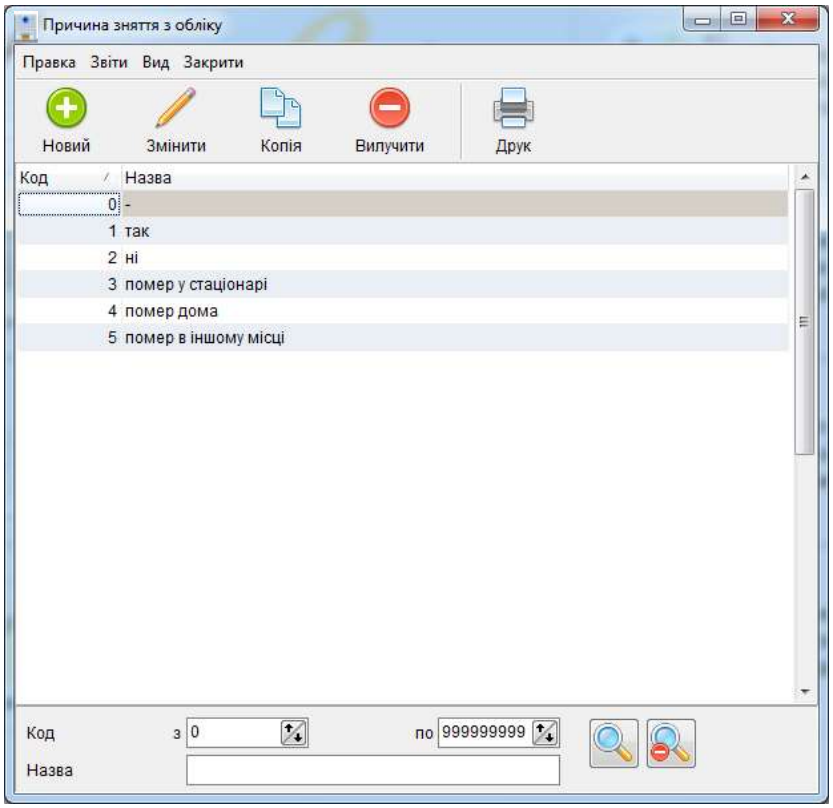
8.12 Спеціальність лікарська

Містить перелік спеціальностей лікарів. Використовується для визначення спеціальності при внесені інформації про лікаря відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 22 лютого 2019 року № 446.



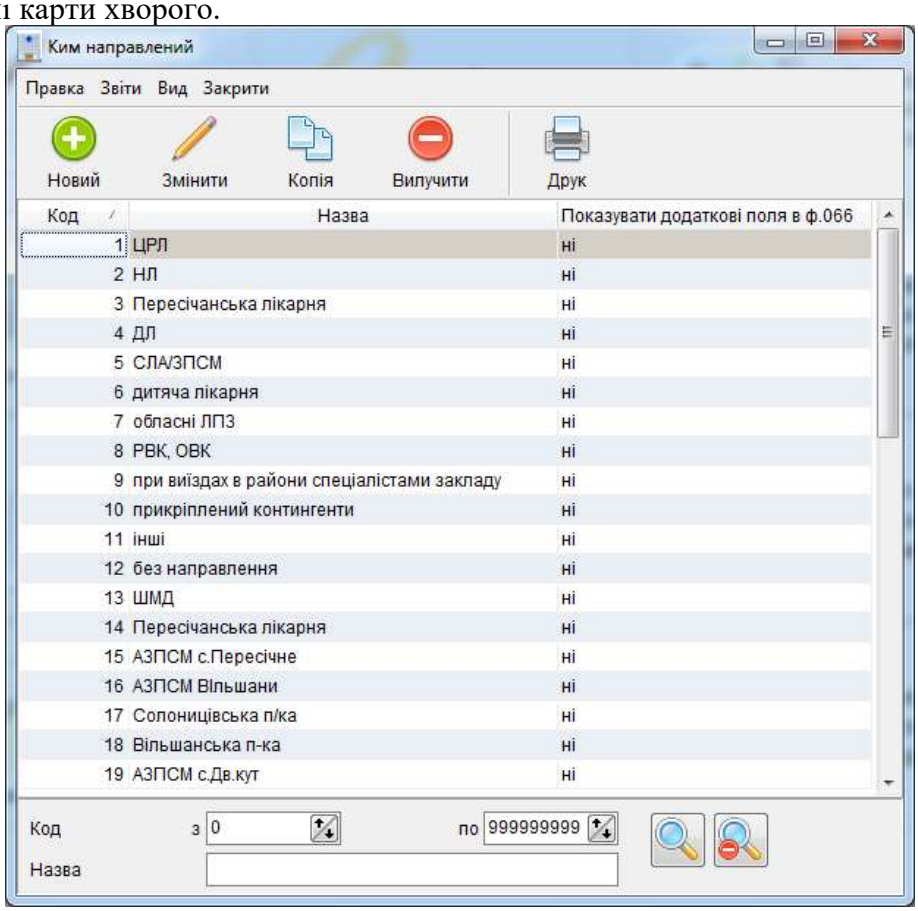
8.13 Причина зняття з обліку

Містить перелік причин, за якими пацієнта можуть зняти з обліку.



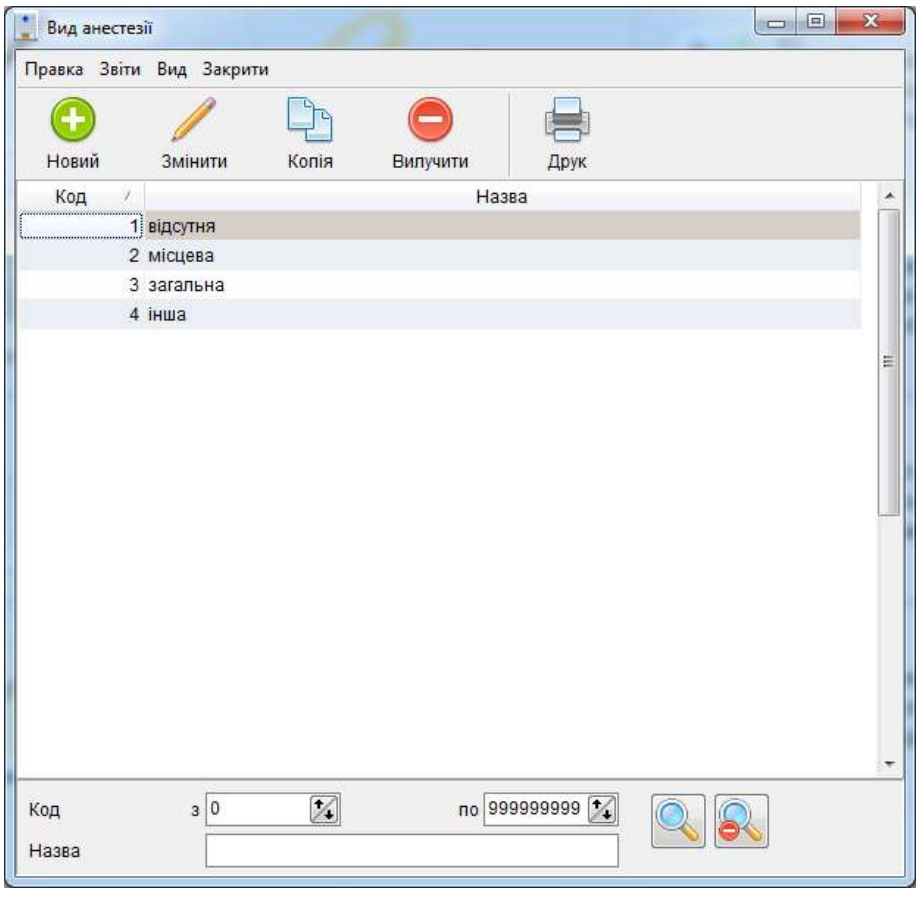
8.14 Ким направлений

Містить дані про те, хто направив пацієнта до стаціонару. Використовується при внесені карти хворого.



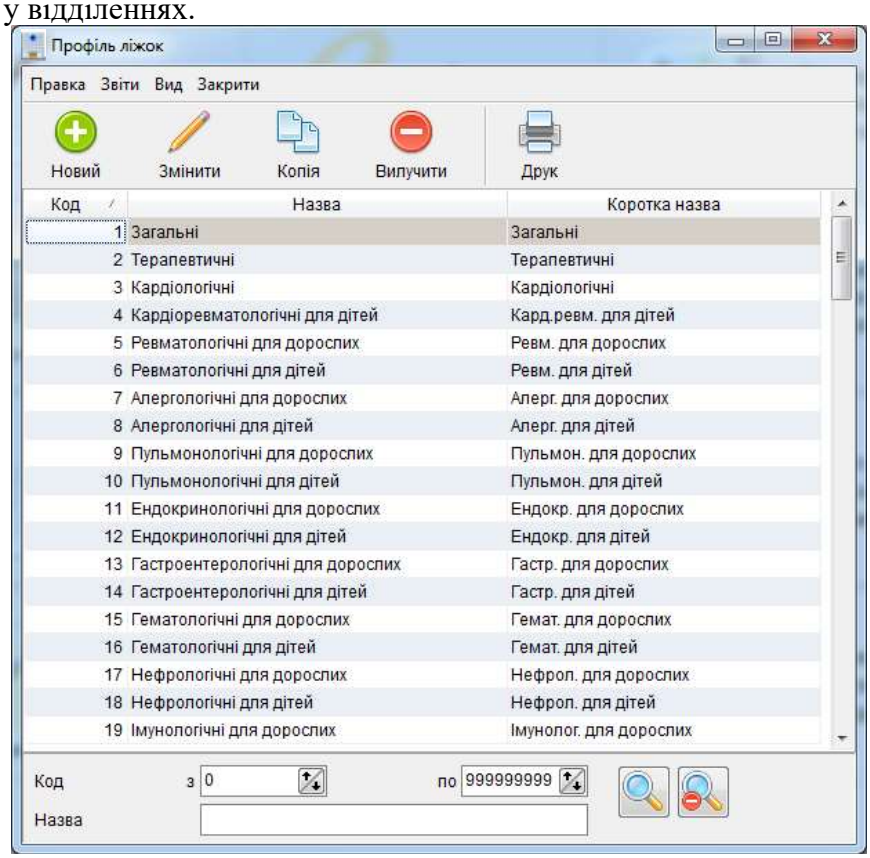
8.15 Вид анестезії

Містить дані про вид анестезії. Використовується при внесені хірургічних операцій пацієнта.



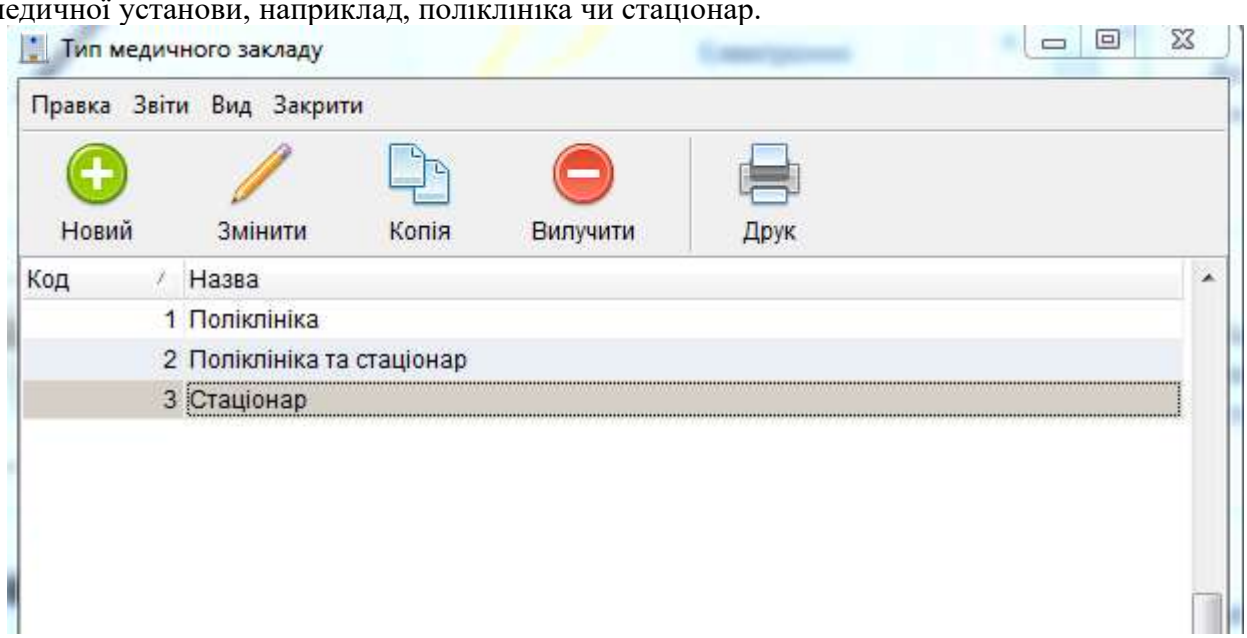
8.16 Профілі ліжок

Містить дані про профілі ліжок. Використовується при внесені інформації про профіль ліжок у відділеннях.



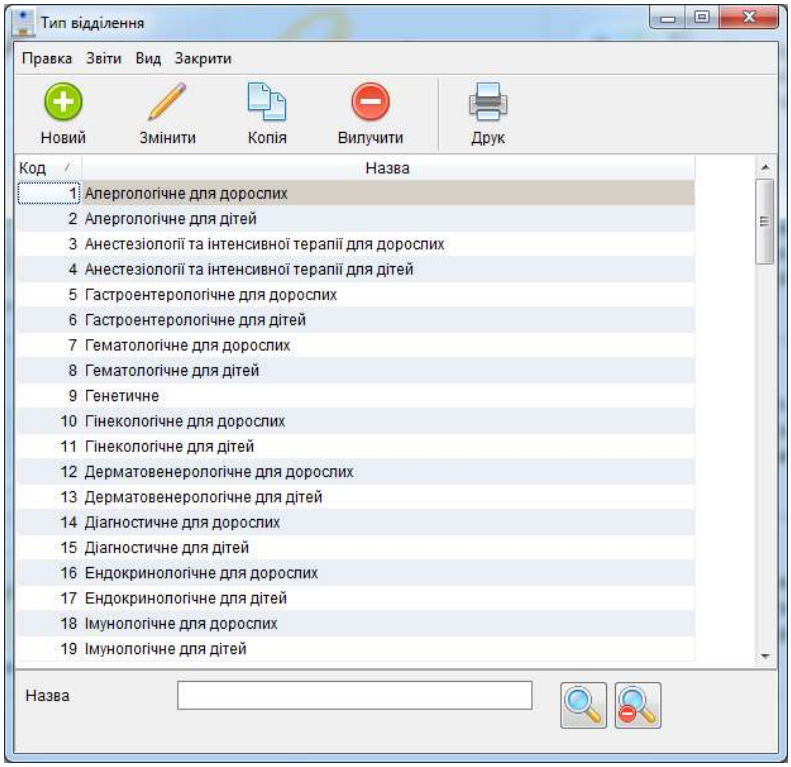
8.17 Тип медичного закладу

Містить дані про тип закладу або типи закладів. Використовується для визначення типу медичної установи, наприклад, поліклініка чи стаціонар.



8.18 Тип відділення

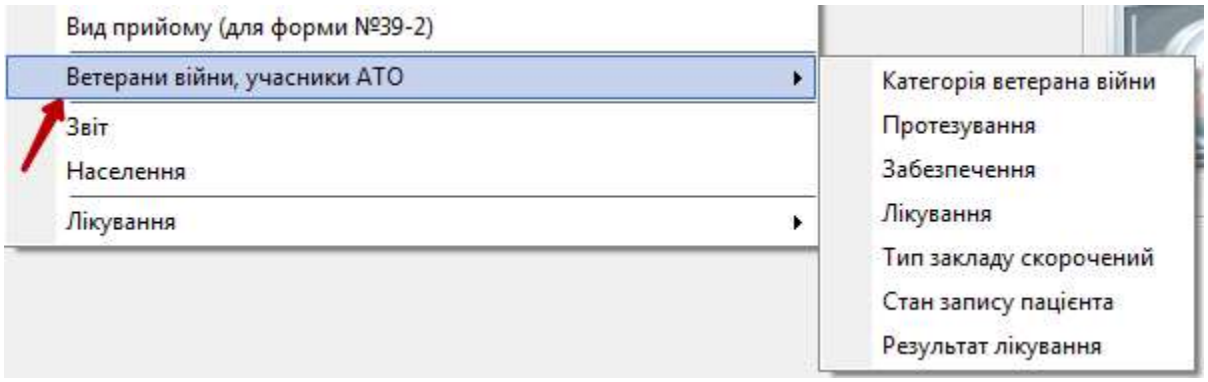
Містить дані про типи відділень медичного закладу. Використовується для визначення типу відділення.



8.19 Вид прийому (для форми №39-2)

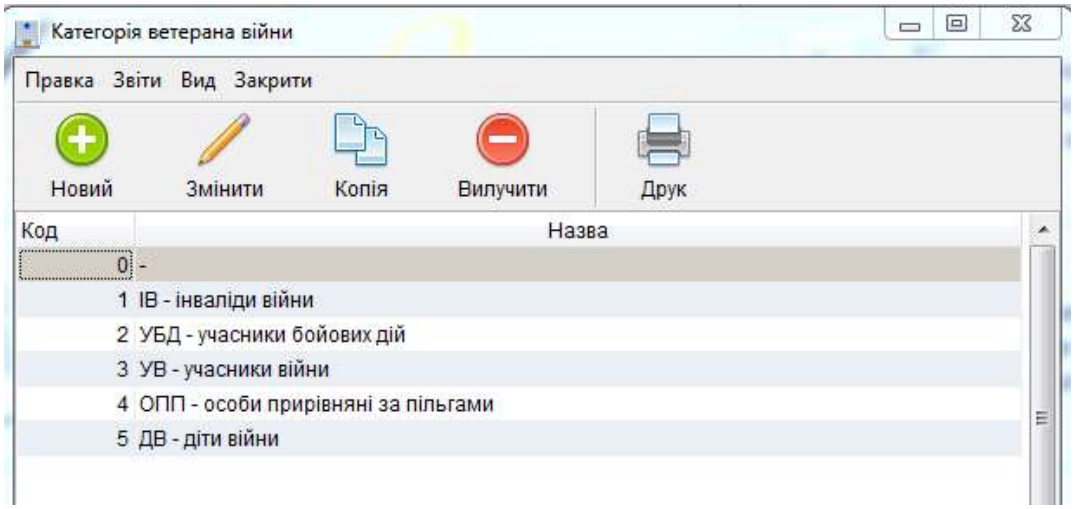
Використовується при внесені даних в «**Щоденник стоматолога**». Для створення нового виду потрібно натиснути на верхній панелі зелену іконку з надписом «Новий», або натиснувши на клавіатурі «F7».

8.20 Ветерани війни, учасники АТО



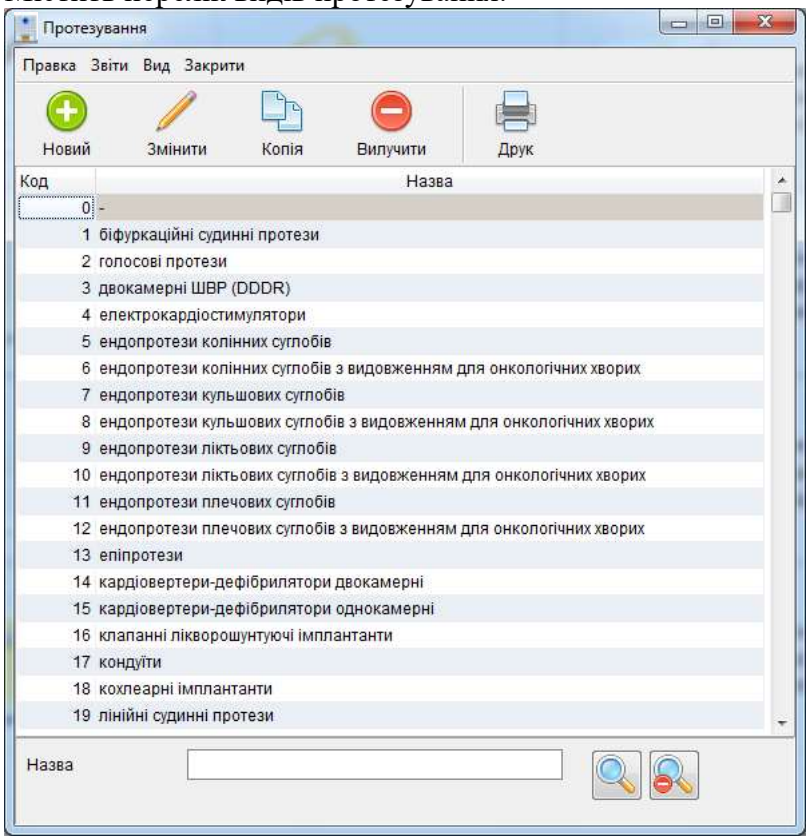
Категорія ветерана війни

Містить дані про категорії ветеранів війни. Використовується для введення реєстру ветеранів війни.



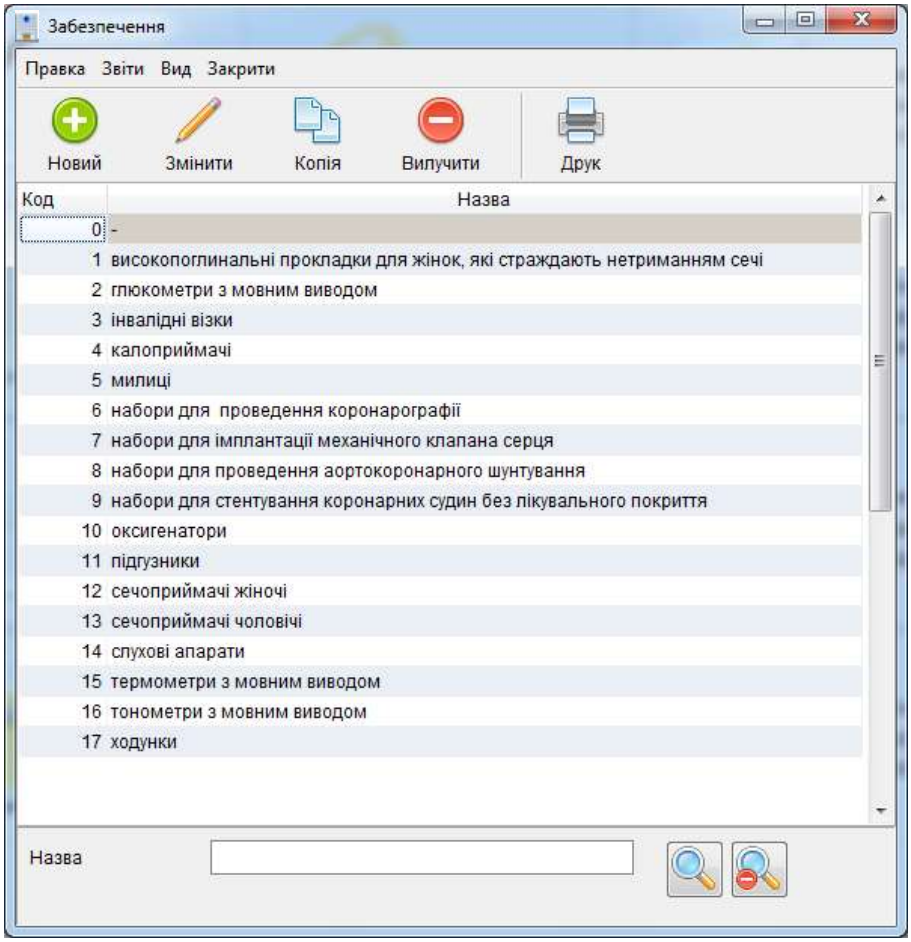
Протезування

Містить перелік видів протезування.



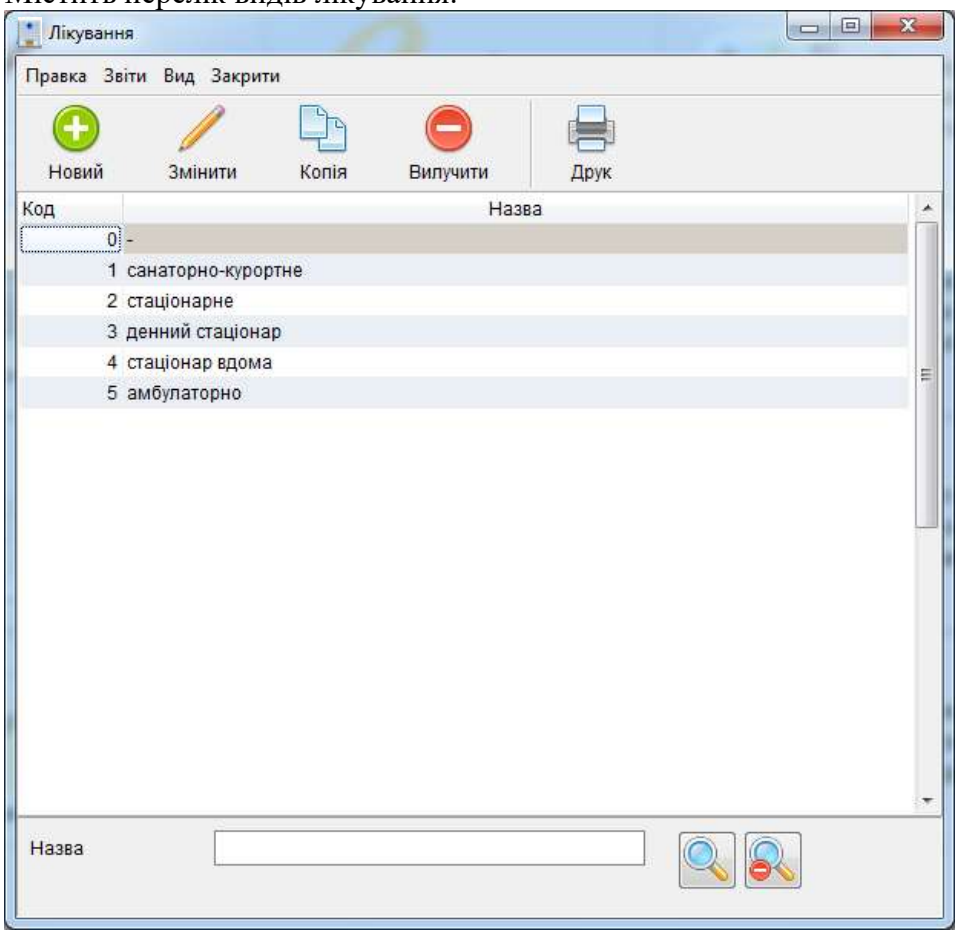
Забезпечення

Містить перелік назв матеріального забезпечення для допомоги.

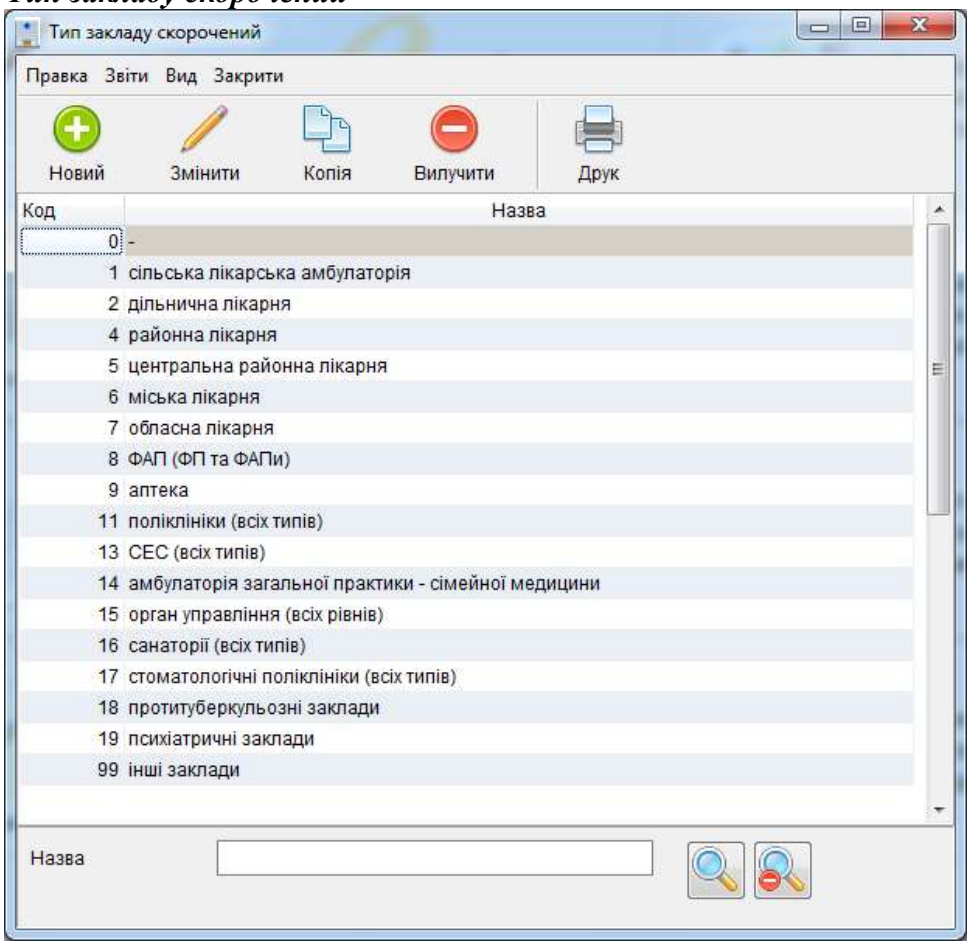


Лікування

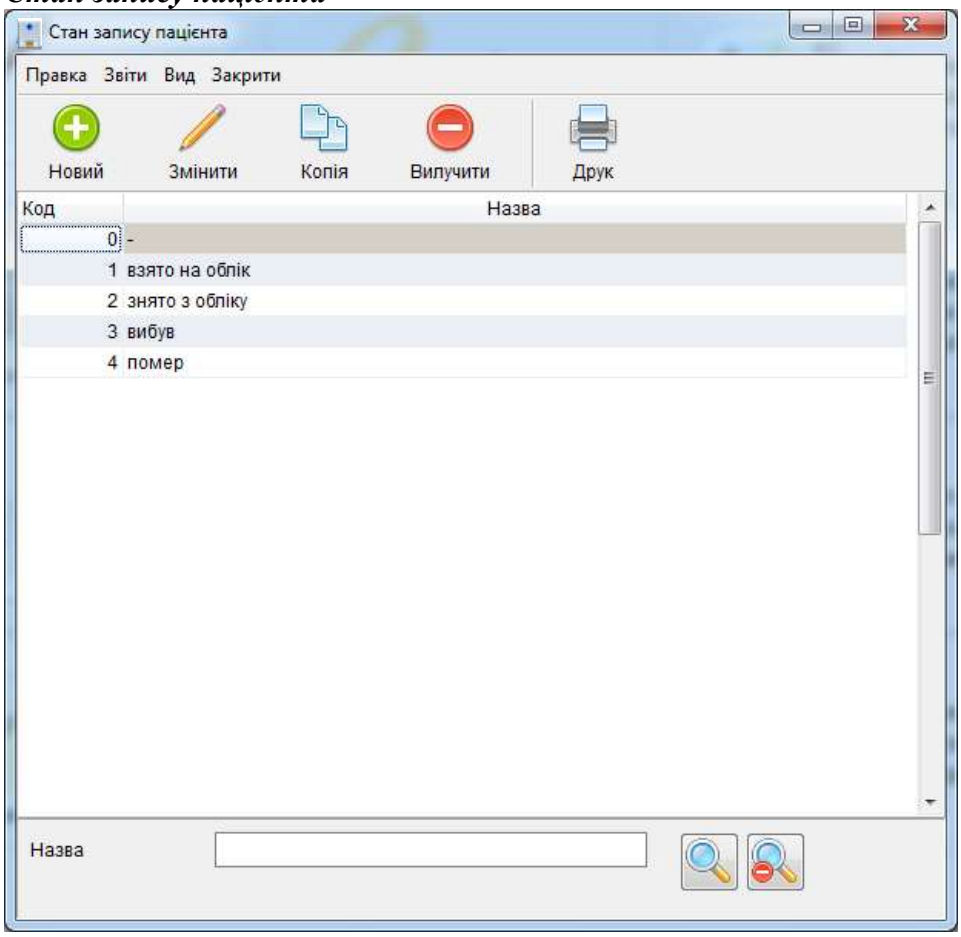
Містить перелік видів лікування.



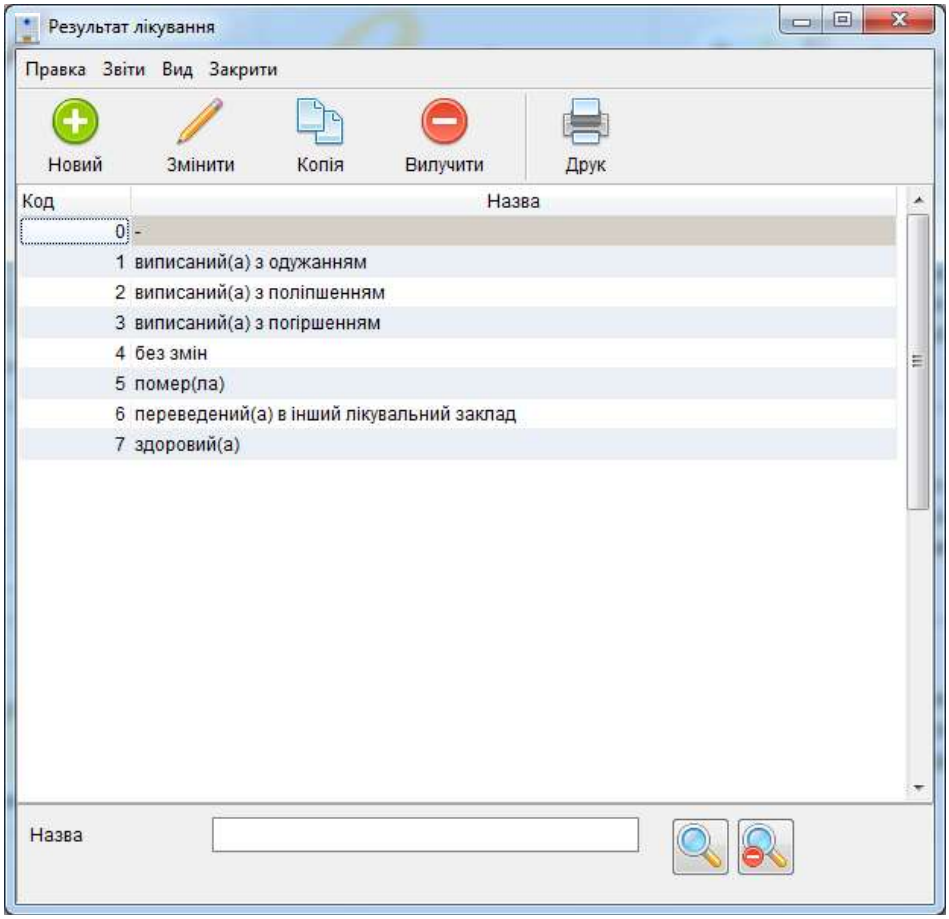
Тип закладу скорочений



Стан запису пацієнта

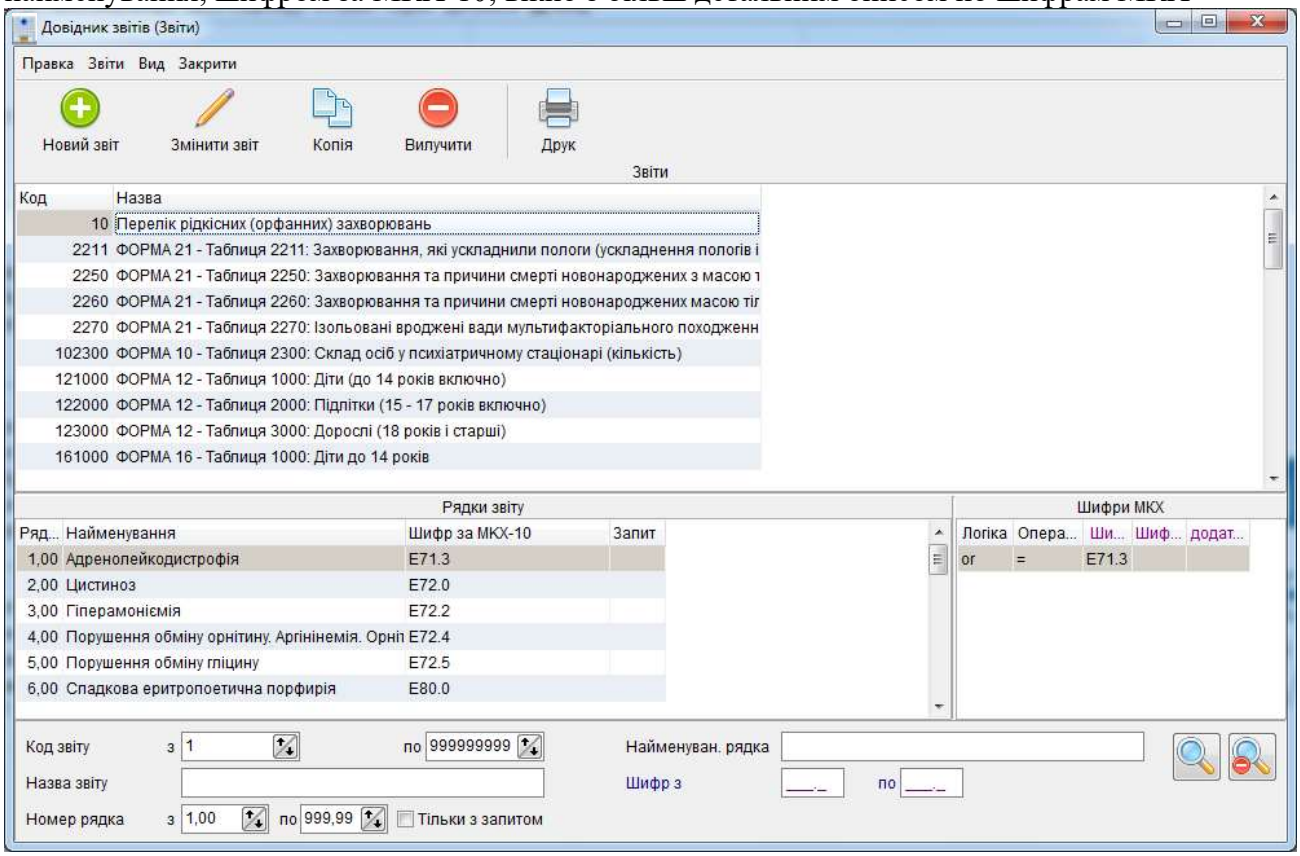


Результат лікування



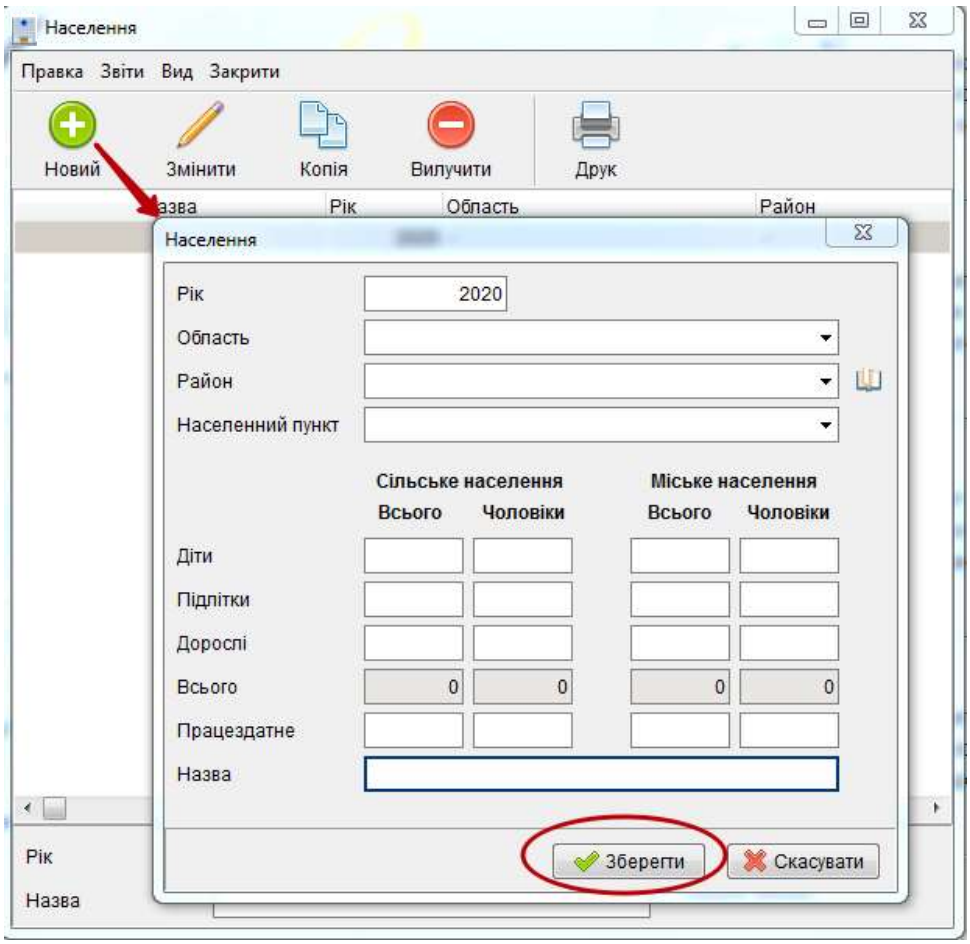
8.21 Звіт

Містить перелік звітів з кодом і назвою; рядки відповідного звіту з номером рядка, найменування, шифром за МКХ-10; вікно з більш детальним описом по шифрам МКХ

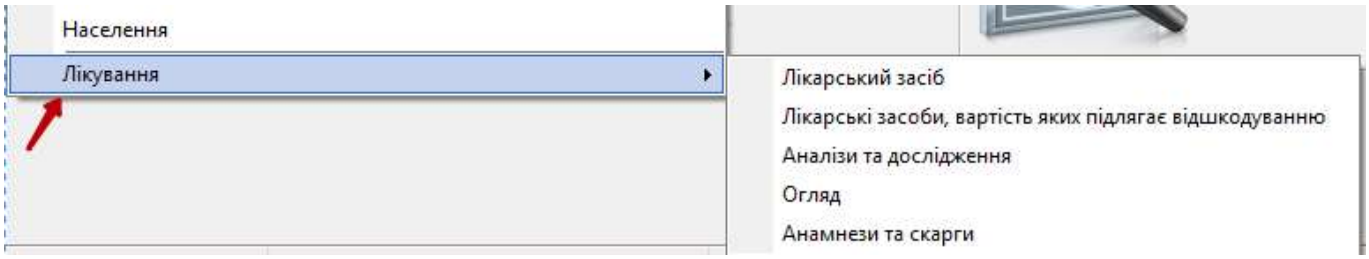


8.22 Населення

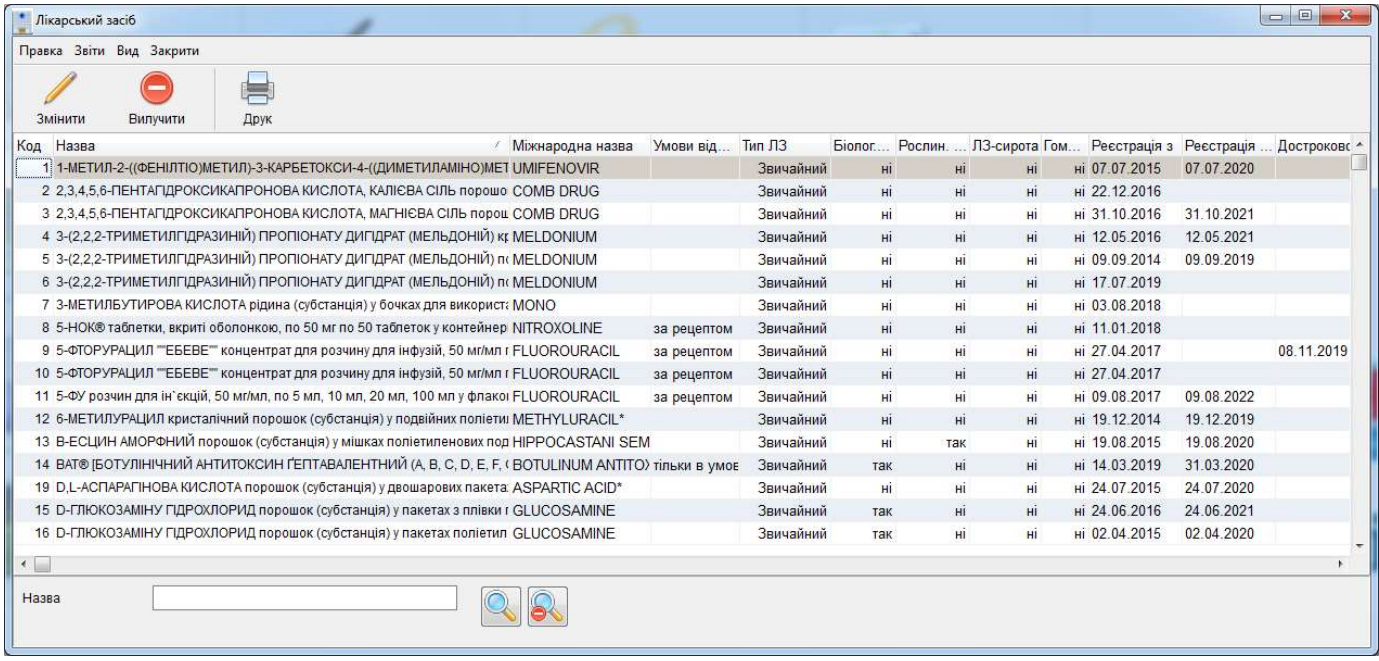
Довідник для введення даних по кількості населення по тому чи іншому населеному пункту. Використовується для розрахунку показників в ряду звітів.



8.23 Лікування

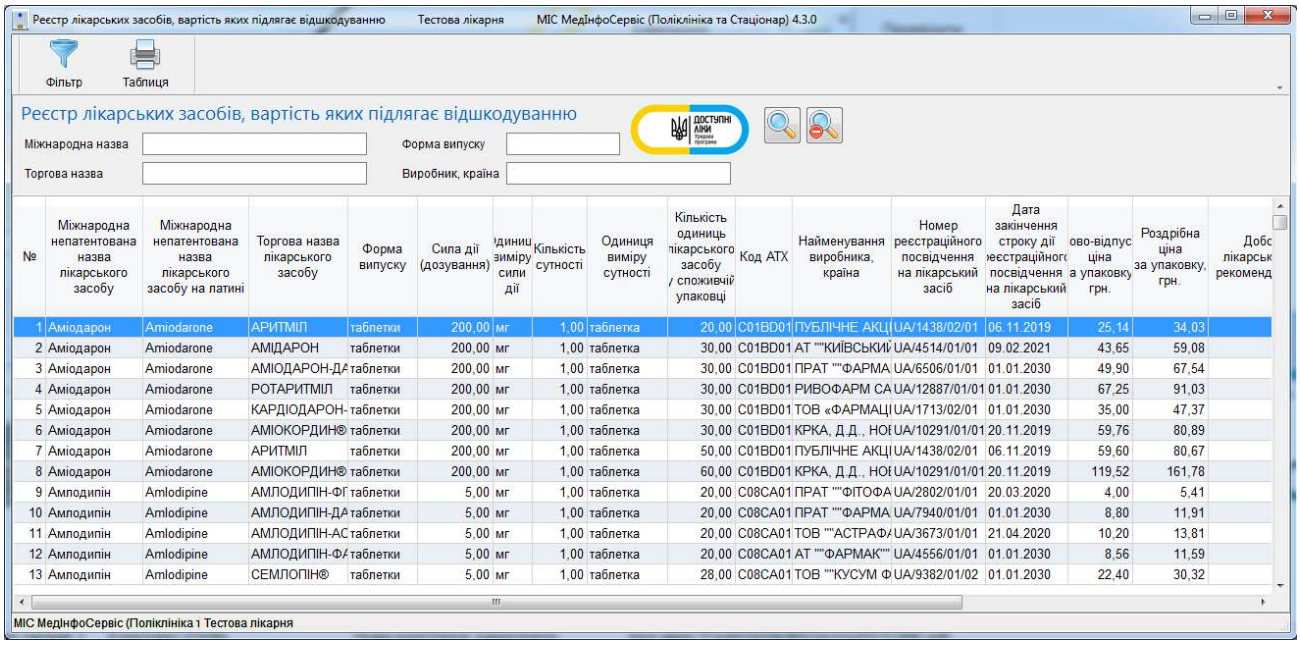


Лікарський засіб
Реєстр лікарських засобів



Реєстр лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню

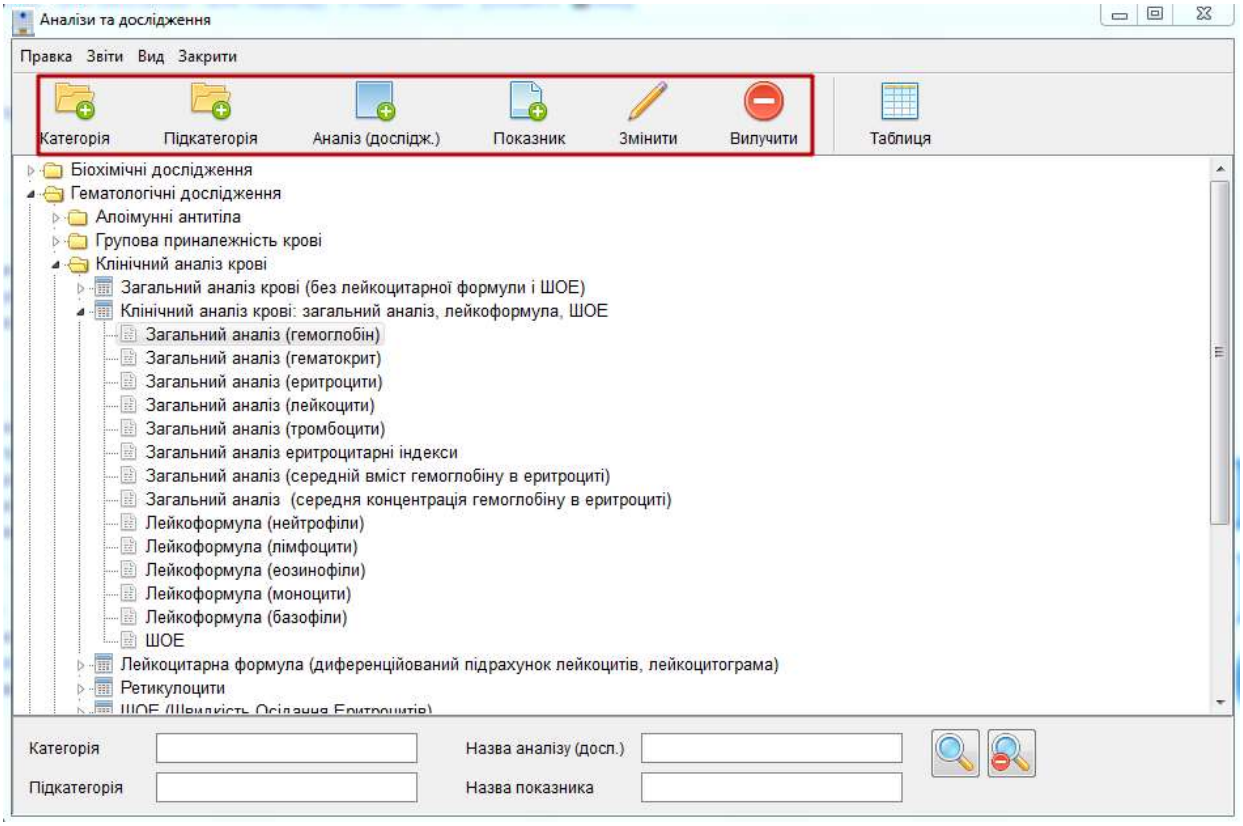
Реєстр лікарських засобів, які відносяться до урядової програми «Доступні ліки». Натиснувши «Фільтр» - можна відобразити/скрити фільтр в верхній панелі що містить області пошуку по міжнародній назві ліків, торговій назві, формі випуску та виробнику, країни.



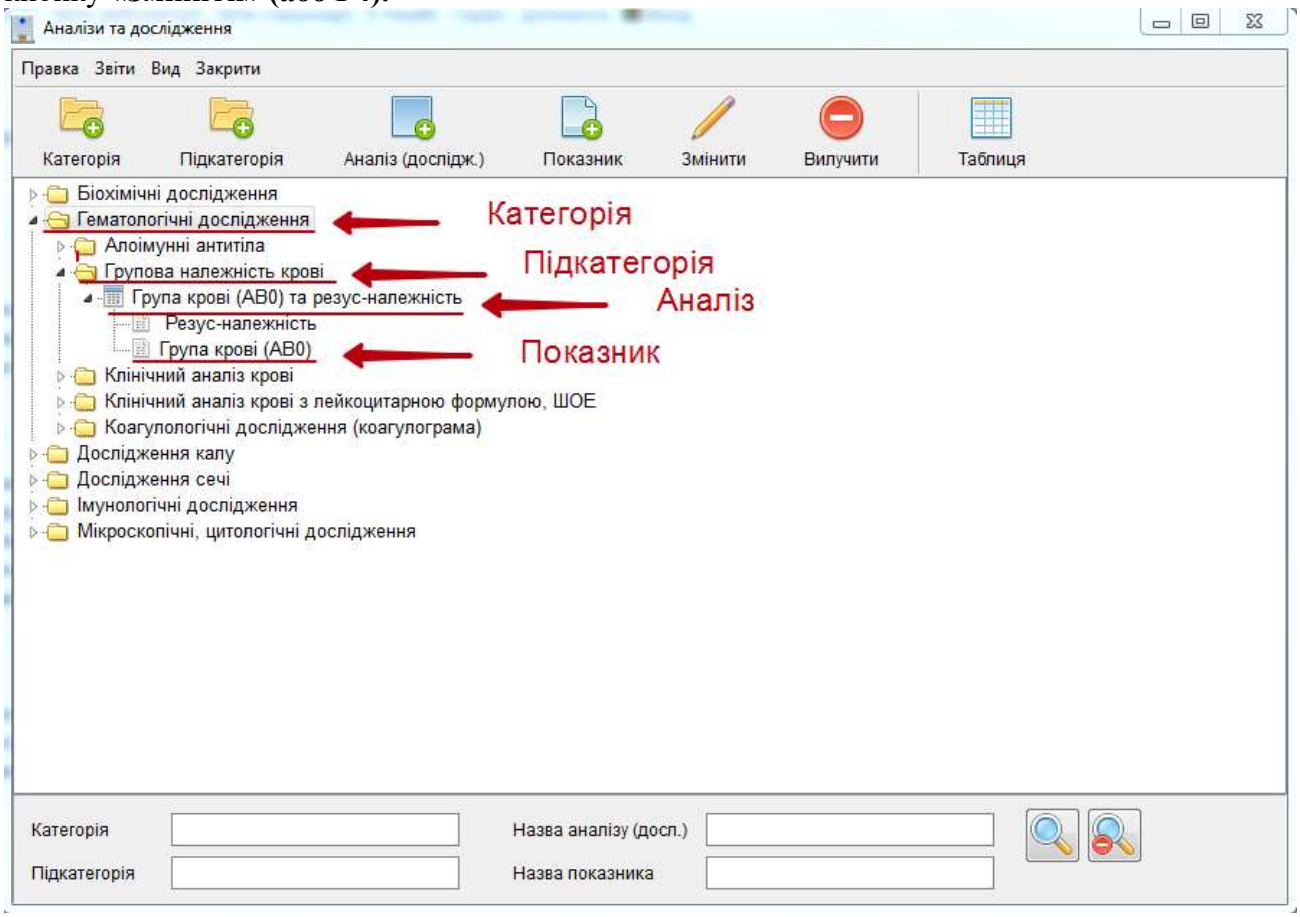
Аналізи та дослідження

Добвідник аналізів і досліджень. Кнопка «Табл.» - призначена для зміни відображення даних в інформаційній частині. Вона має два значення – «Дерево» та «Табл». При натисканні на неї вигляд інформації в інформаційній частині вікна змінюється і кнопка змінює назву на іншу.

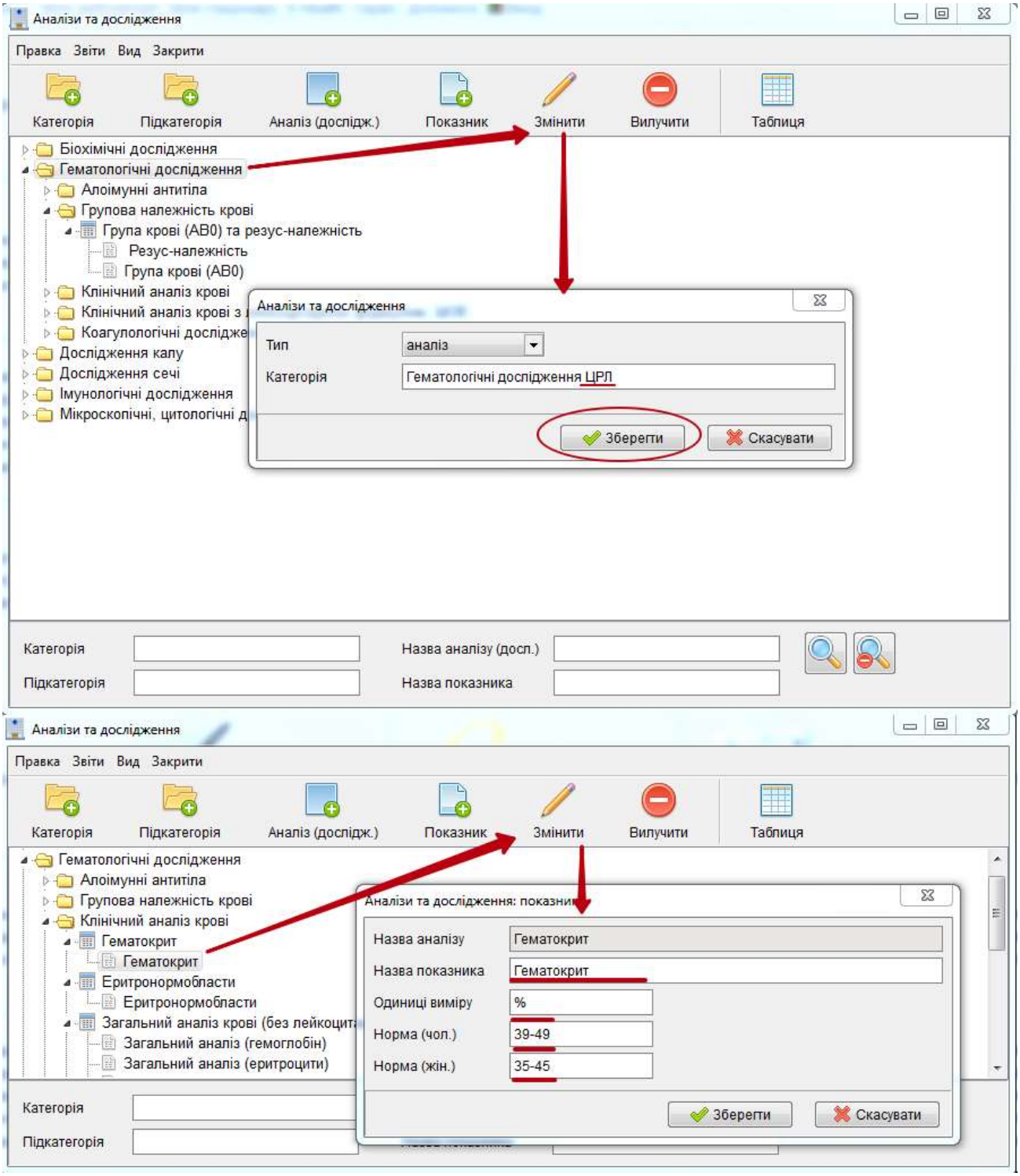
Довідник відкритий для редагування, тобто медичний заклад може внести свої дані або змінити існуючи за допомогою кнопок, розташованих на верхній панелі вікна.



Для **редагування** вже існуючих даних, необхідно обрати потрібний рівень і натиснути кнопку **«Змінити» (або F4).**

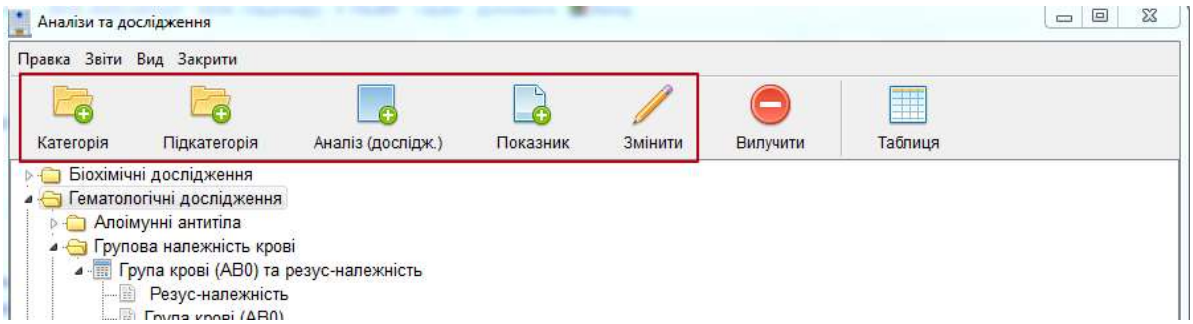


Наприклад, необхідно змінити назву категорії «Гемотологічні дослідження» на «Гематологічні дослідження ЦРЛ». для цього обираємо категорію і натискаємо «Змінити».



Таким чином, обираючи будь-яку чи то категорію/під категорію/аналіз (дослідження)/показник, можна внести зміни.

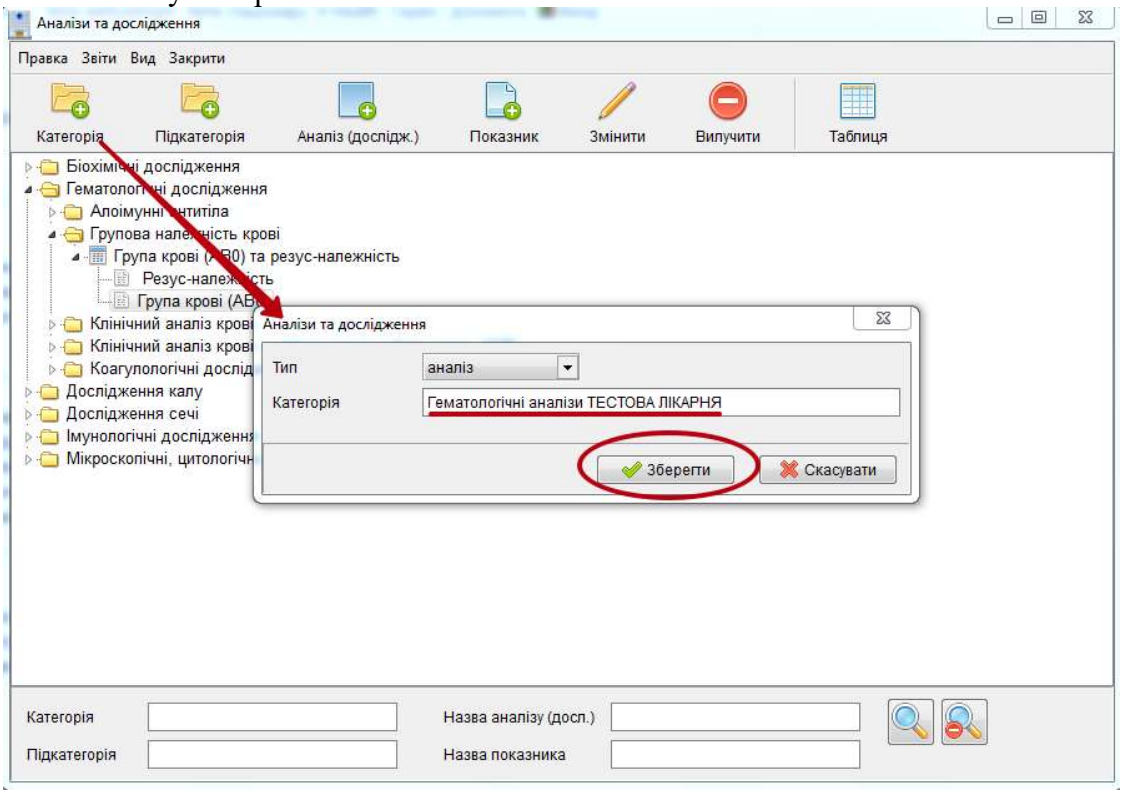
При **створенні нових** свої даних в довіднику, користуються кнопками у верхній частині вікна

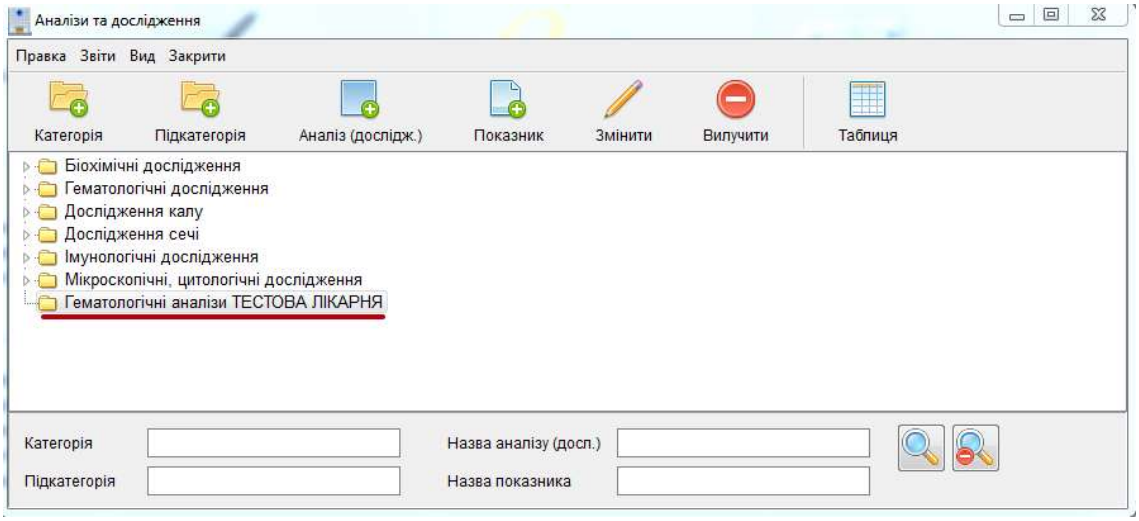


Медичний заклад, при потребі та для зручності, може створити власні аналізи(дослідження).

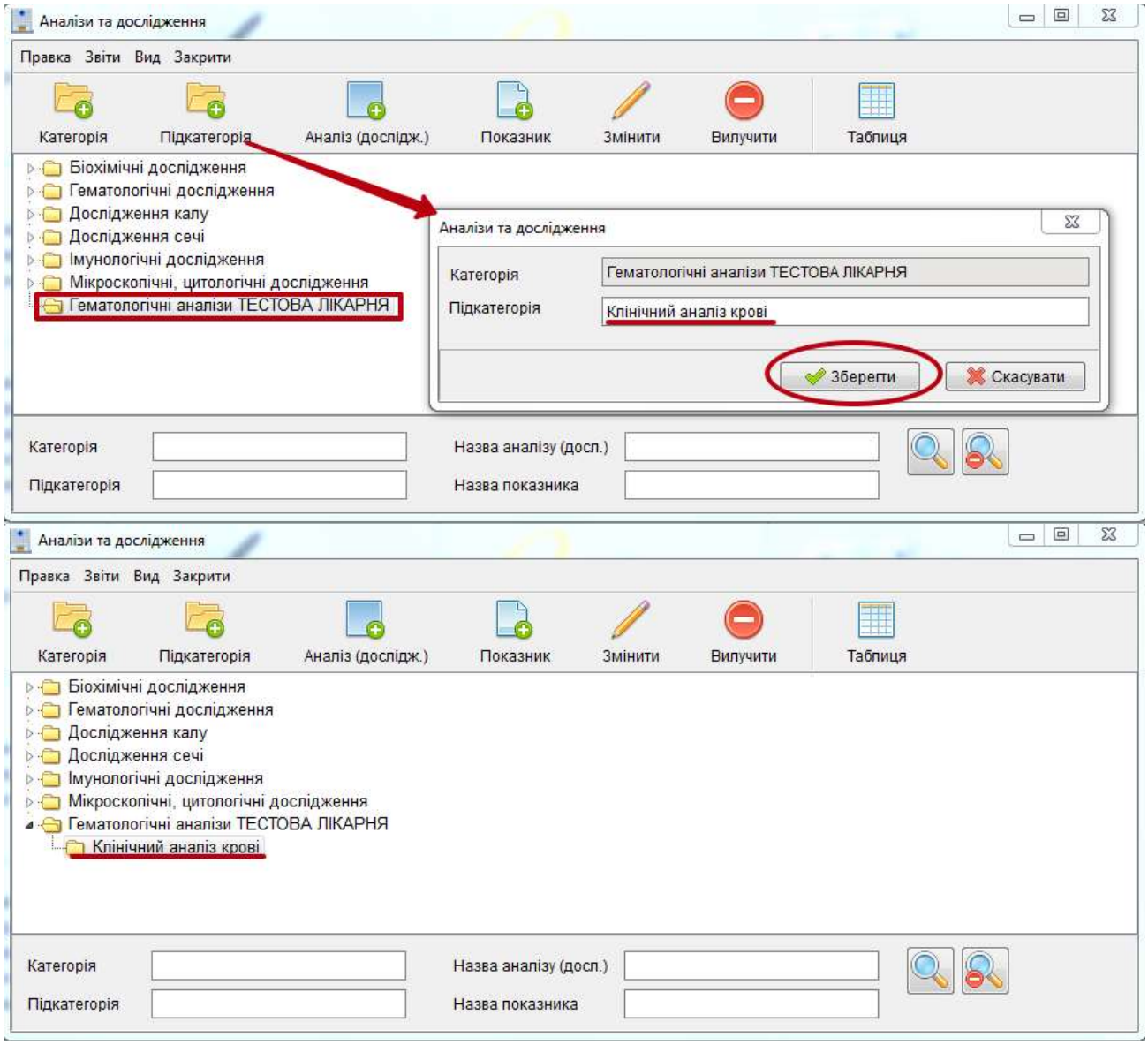
На прикладі створимо окремою категорією гематологічні аналізи для Тестової лікарні, які будуть і по структурі, і по даних в показниках, відрізнятися від запропонованих в довіднику.

Натискаємо **«Категорія+»** і, обравши потрібний тип, вводимо назву категорії і нажимаємо кнопку «Зберегти».

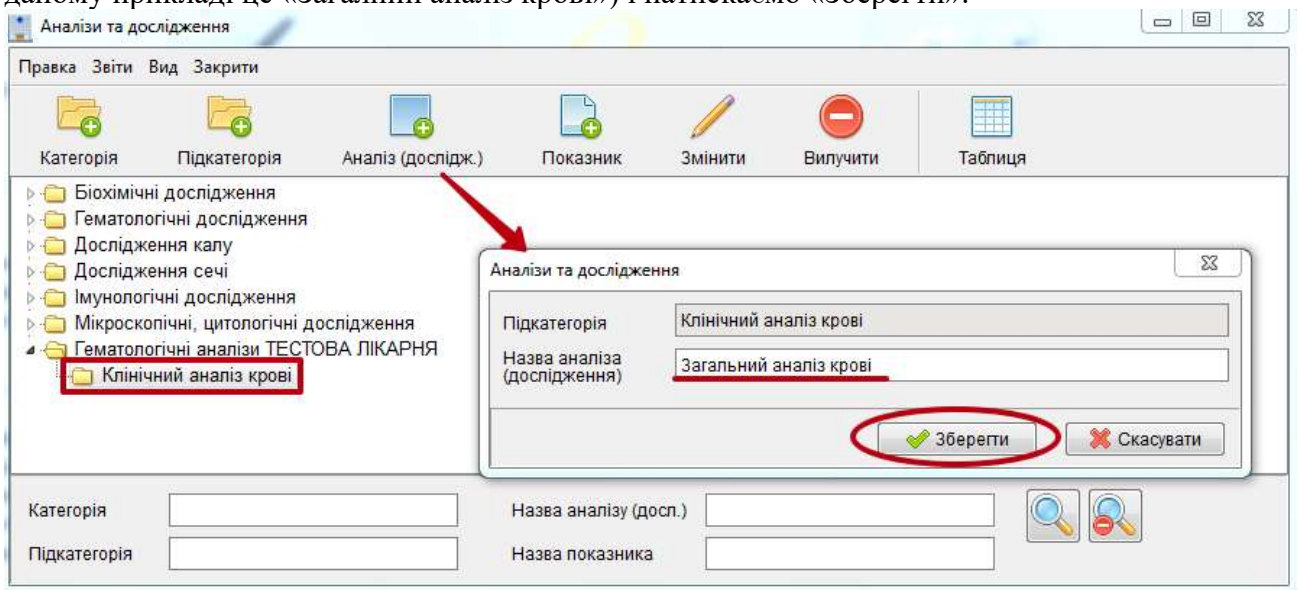


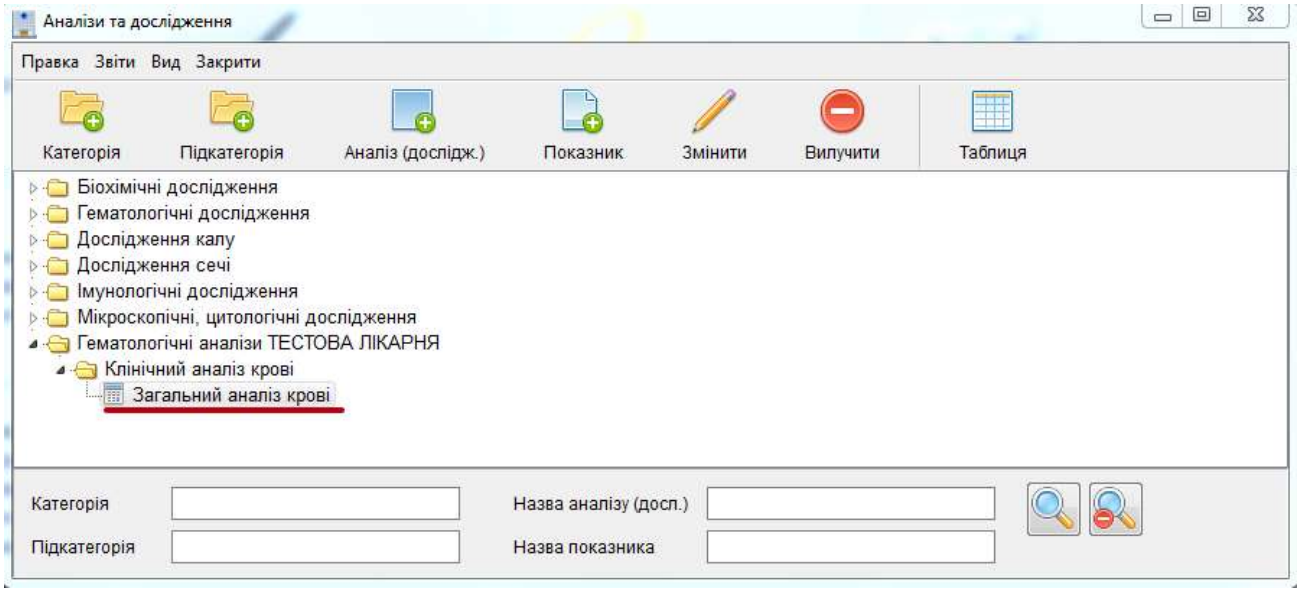


Тепер потрібно додати підкатегорії. Для цього, обравши категорію «Гематологічні аналізи ТЕСТОВА ЛІКАРНЯ», натискаємо **«Підкатегорія+»**. Вводимо назву підкатегорії (в даному прикладі це «Клінічний аналіз крові») і натискаємо «Зберегти».

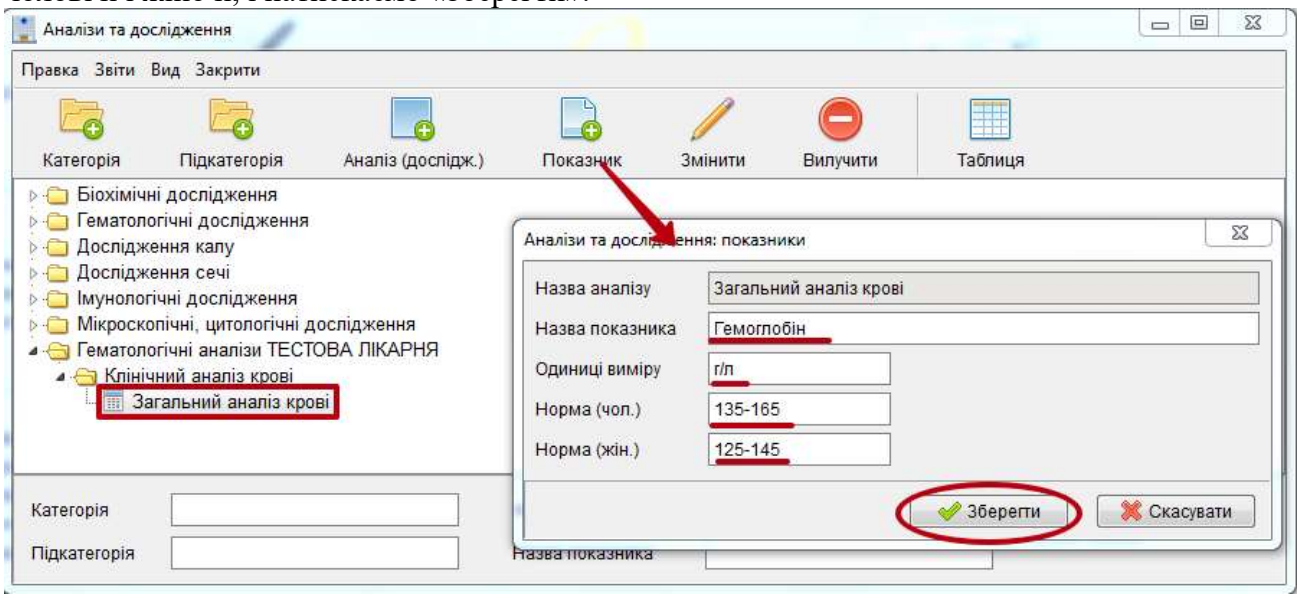


Наступний крок – додаємо аналіз (дослідження). Для цього, обравши підкатегорію «Клінічний аналіз крові», натискаємо **«Аналіз (дослідження)+».** Вводимо назву аналізу (в даному прикладі це «Загалний аналіз крові») і натискаємо «Зберегти».





Тепер слід додати всі показники, які стосуються даного аналізу. Наприклад, додамо «Гемоглобін». Для цього, обравши аналіз «Загальний аналіз крові», натискаємо **«Показник+».** У вікні, що з'явилось вводимо назву показника, одиниці виміру, норми чоловічі і жіночі, і натискаємо «Зберегти».

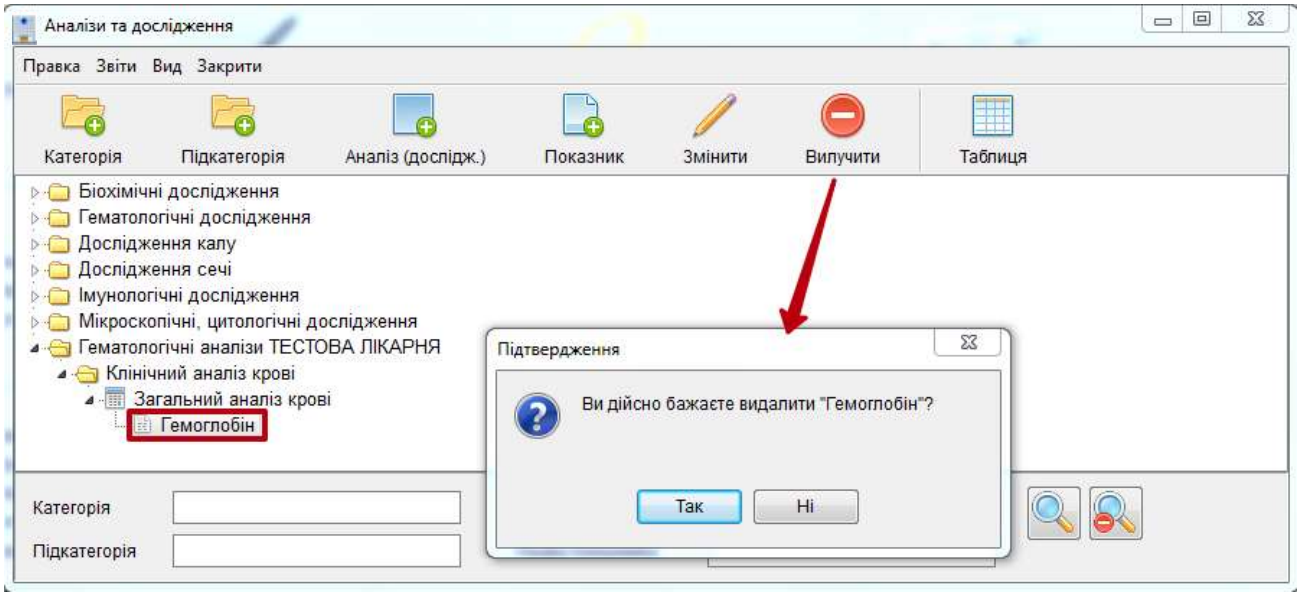


За таким же алгоритмом, необхідно додати наступні показники і за такою ж схемою створюються нові категорії з відповідними підкатегоріями, аналізами і показниками.

Для **видалення даних** в довіднику використовується кнопка **«Вилучити».**

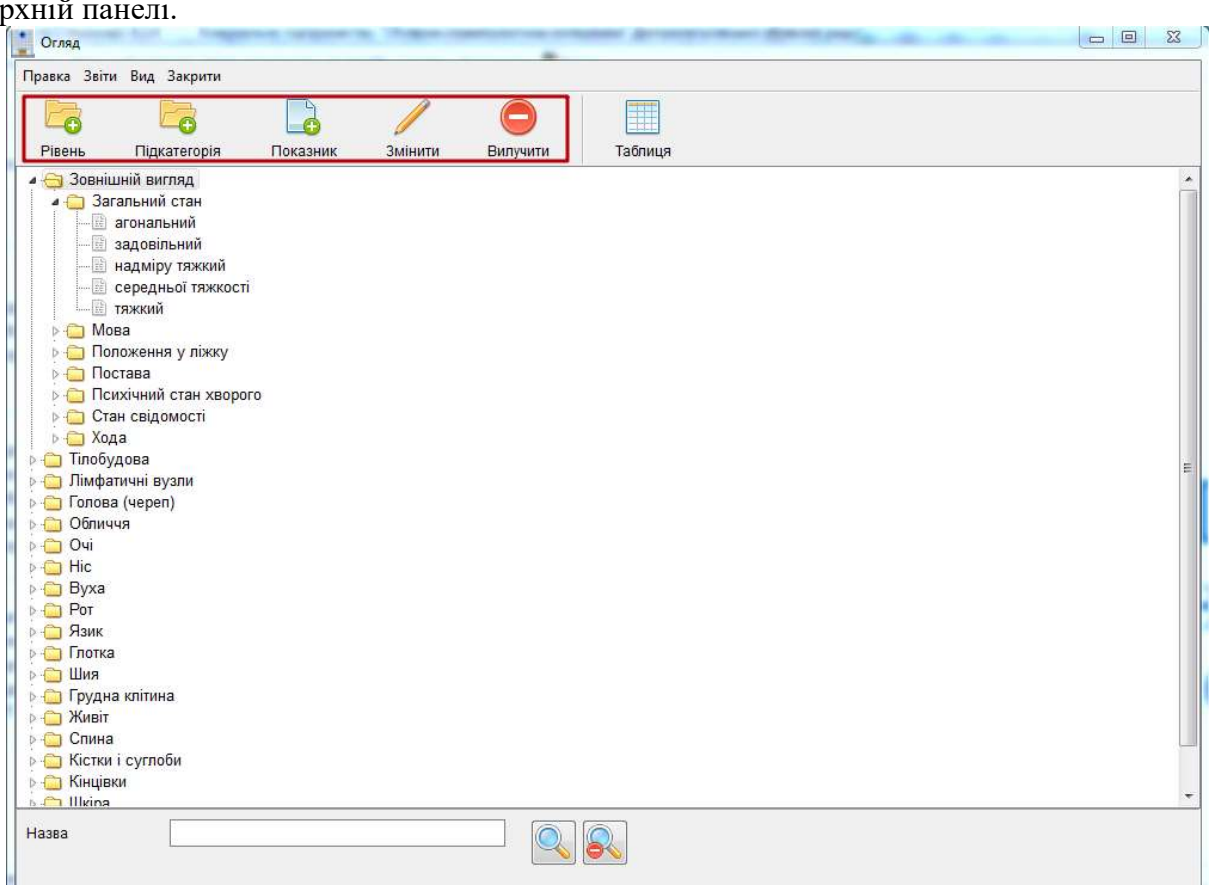
Зверніть увагу! При вилученні категорії, видаляється весь її вміст, включно з підкатегоріями, аналізами і показниками. Аналогічно, якщо видалити під категорію – видалиться всі аналізи з показниками, які були внесені в дану підкатегорію.

Для видалення показника, слід його обрати і натиснути «Вилучити».



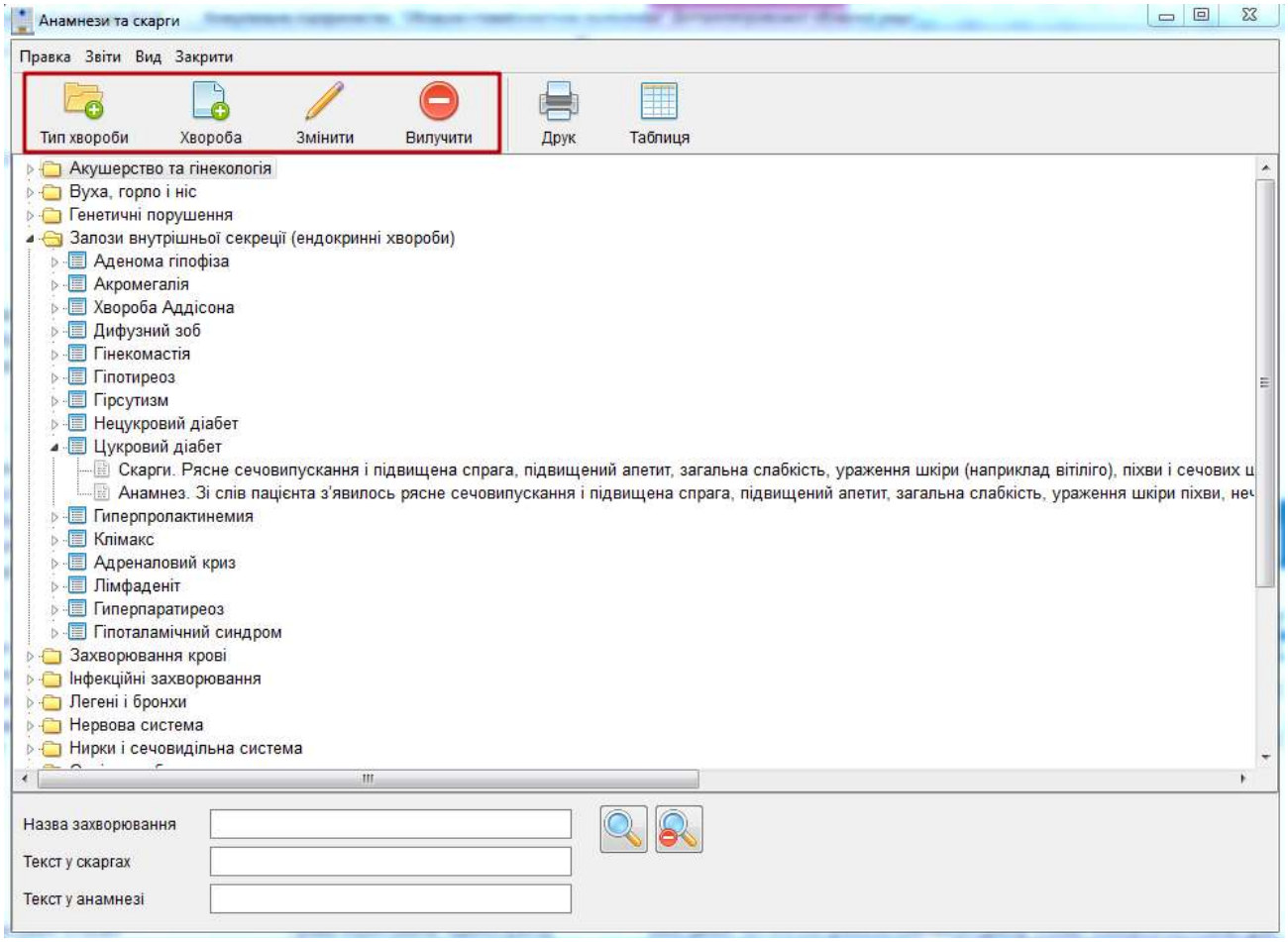
Огляд

Довідник для внесення даних по огляду, відкритий для редагування, тобто медичний заклад може внести свої дані або змінити існуючи за допомогою кнопок, розташованих на верхній панелі.



Анамнези та скарги

Довідник для внесення даних по хворобам і їх типам, відкритий для редагування, тобто медичний заклад може внести свої дані або змінити існуючи за допомогою кнопок, розташованих на верхній панелі.



8.24 Склад

Модуль "Склад" – реєстр для обліку лікарських засобів та матеріальних цінностей, який розроблений відповідно до вимог наказу МОЗ від 09.09.2014 № 635 "Про затвердження Методичних рекомендацій ведення обліку лікарських засобів та медичних виробів у закладах охорони здоров'я"

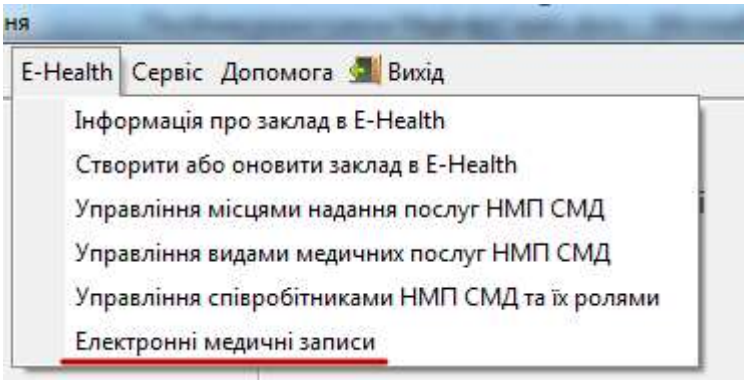
9. Електронні медичні записи

В даному розділі використовуються матеріали із методичних інструкцій НСЗУ, які знаходяться за посиланням
https://academy.nszu.gov.ua/mod/page/view.php?id=240

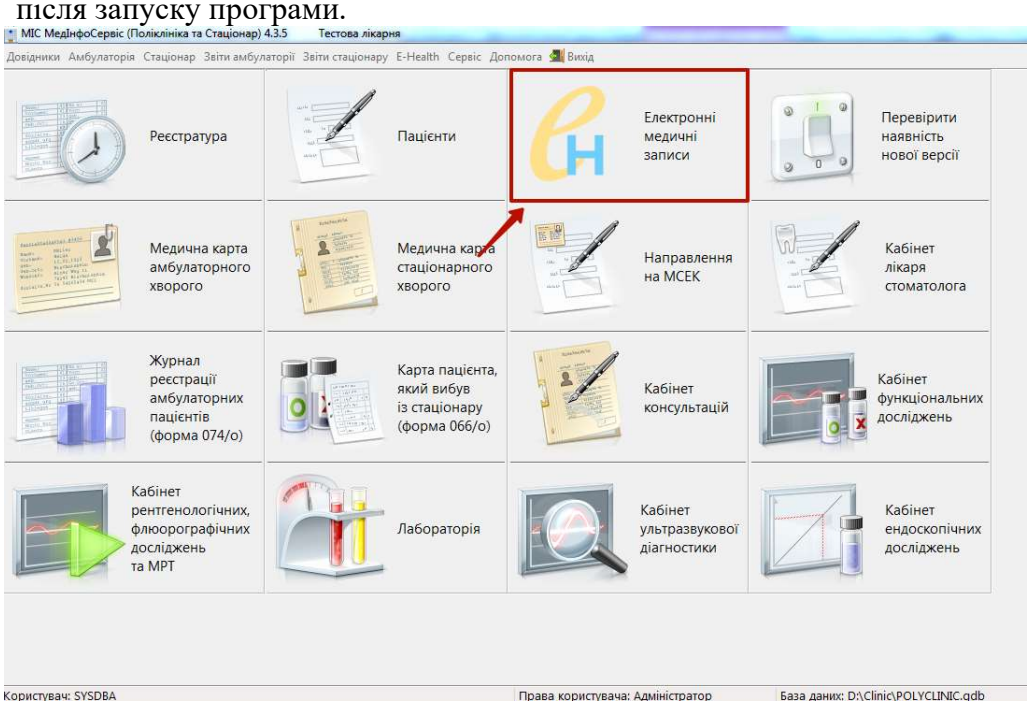
9.1 Головне вікно.

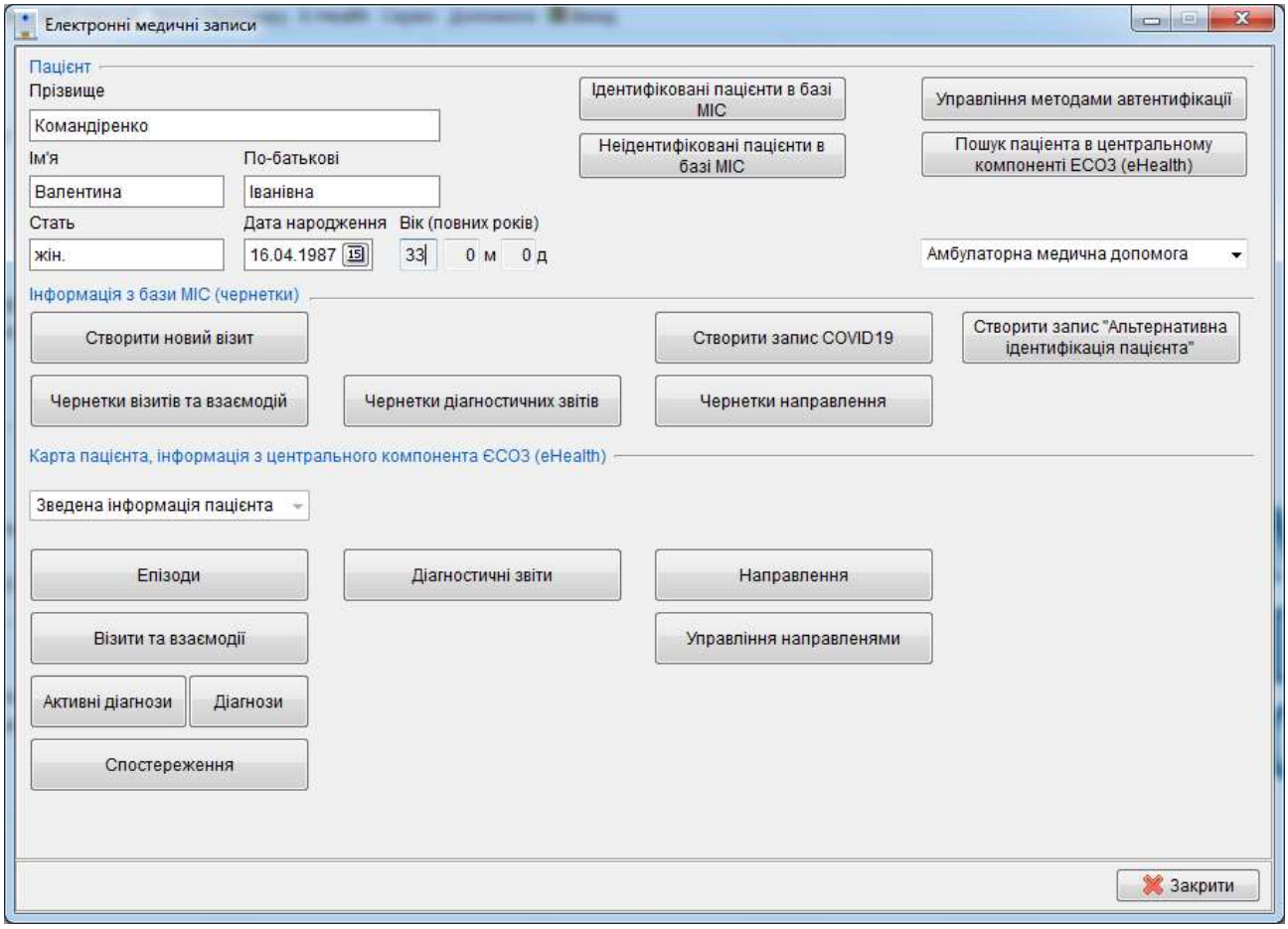
Запустити головне вікно Електронні медичні записи (далі - ЕМЗ) можна кількова способами, а саме :

1. Пункт меню **«E-Health» - «Електронні медичні записи».**

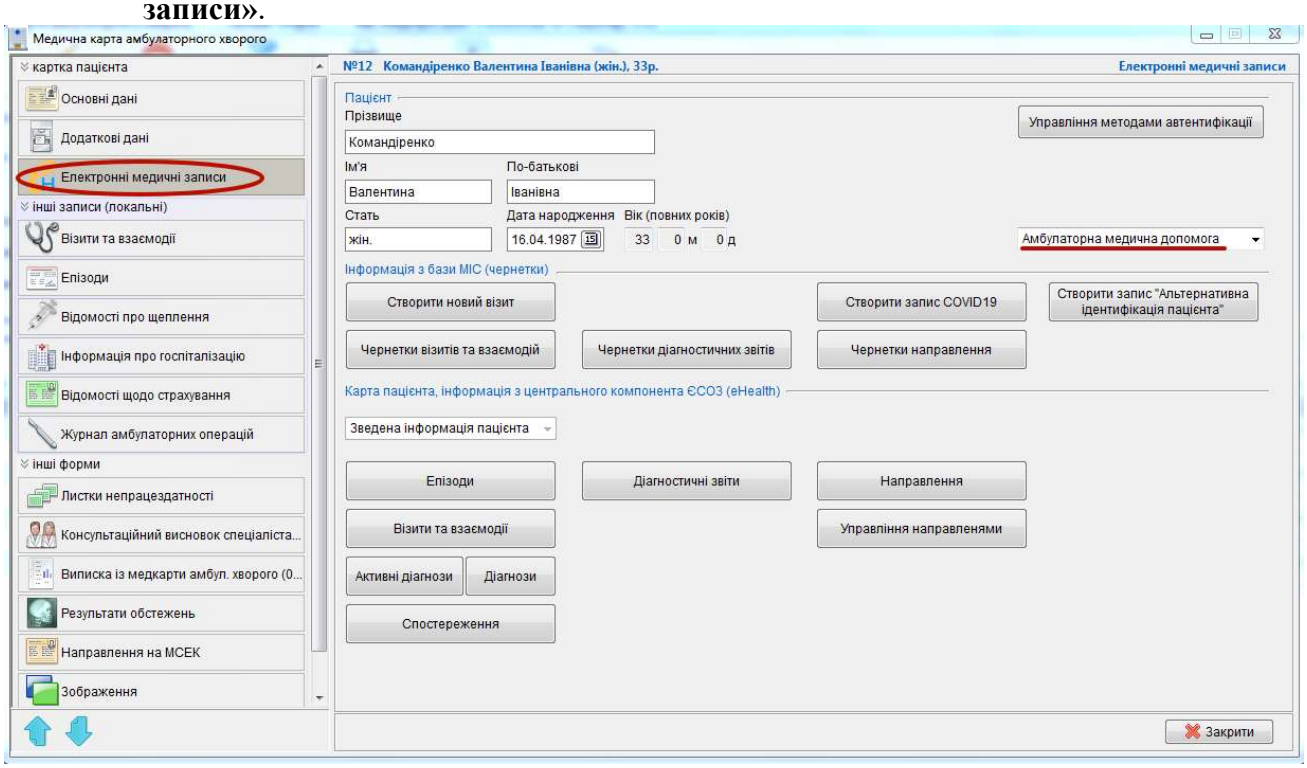


2. Для зручності, його розміщено **на головному вікні програми**, яке з’являється після запуску програми.

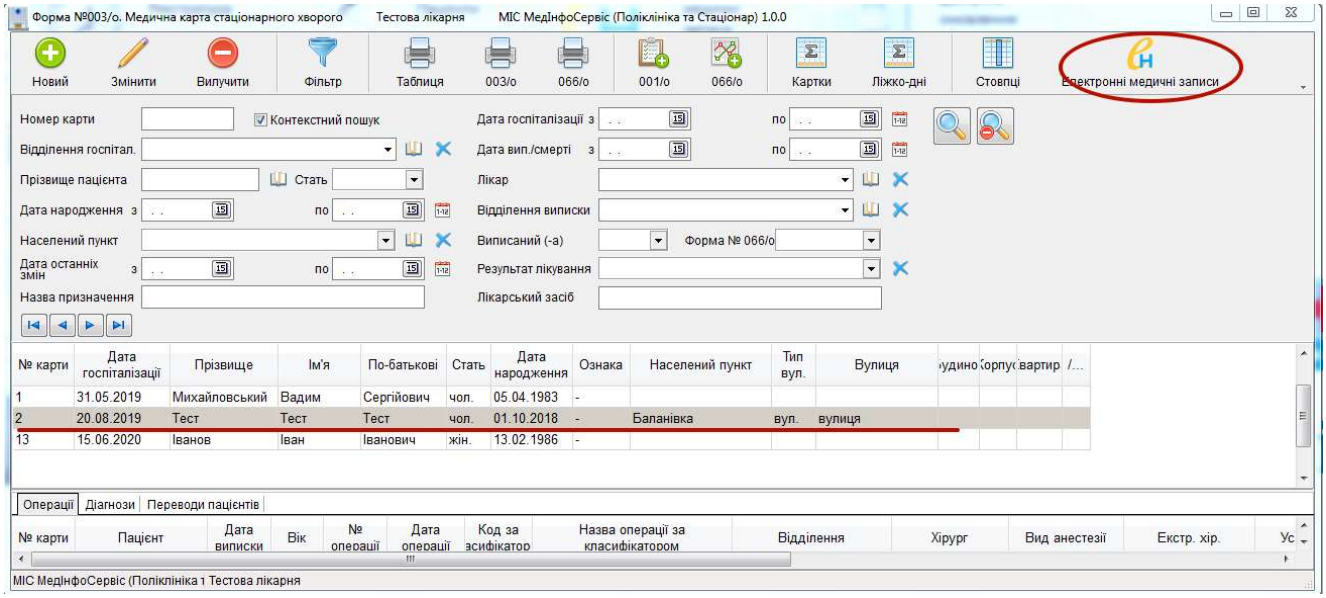


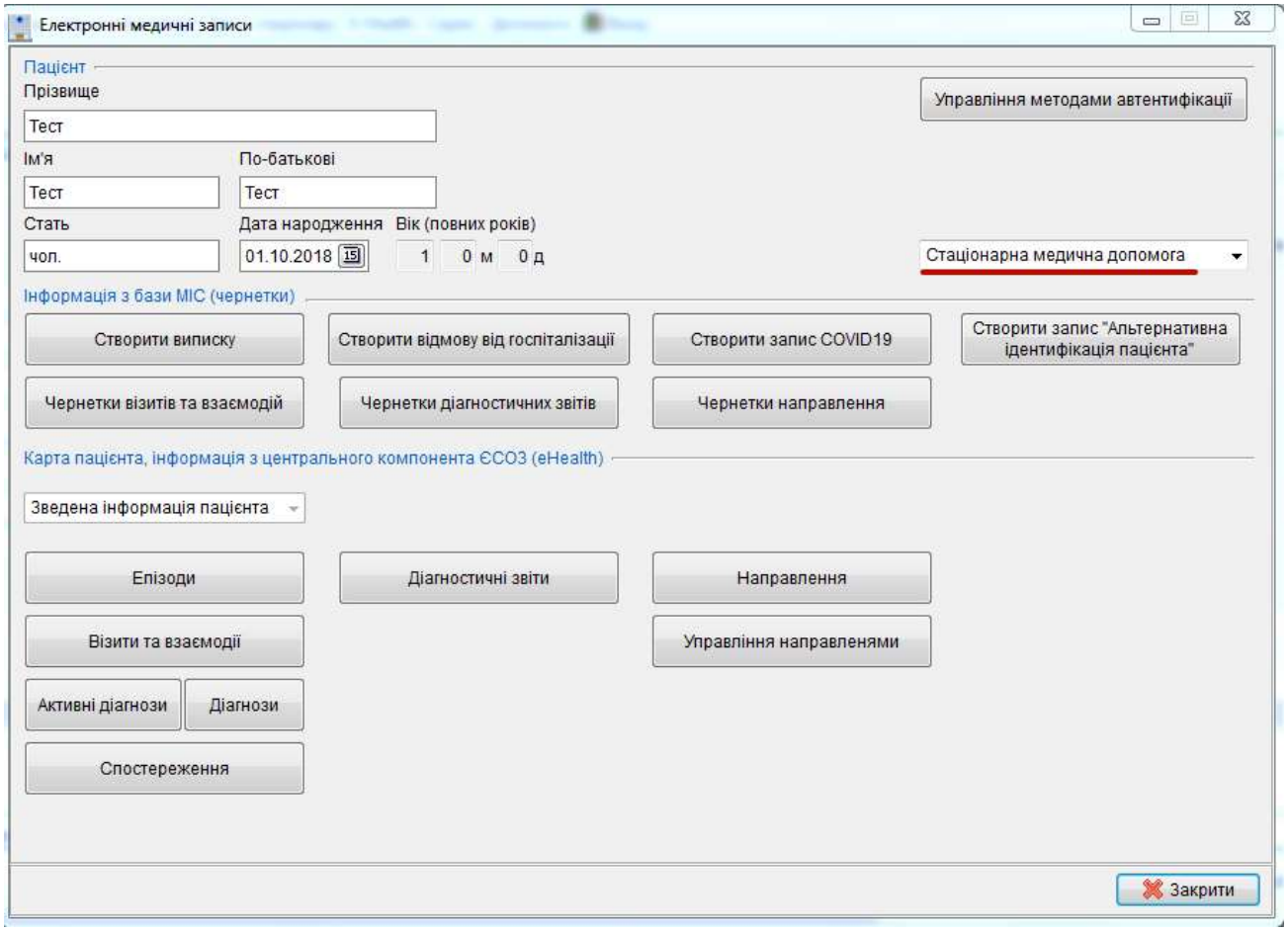


3. В **медичні карті амбулаторного хворого (ф.025/о)**, вкладка **«Електронні медичні записи»**.



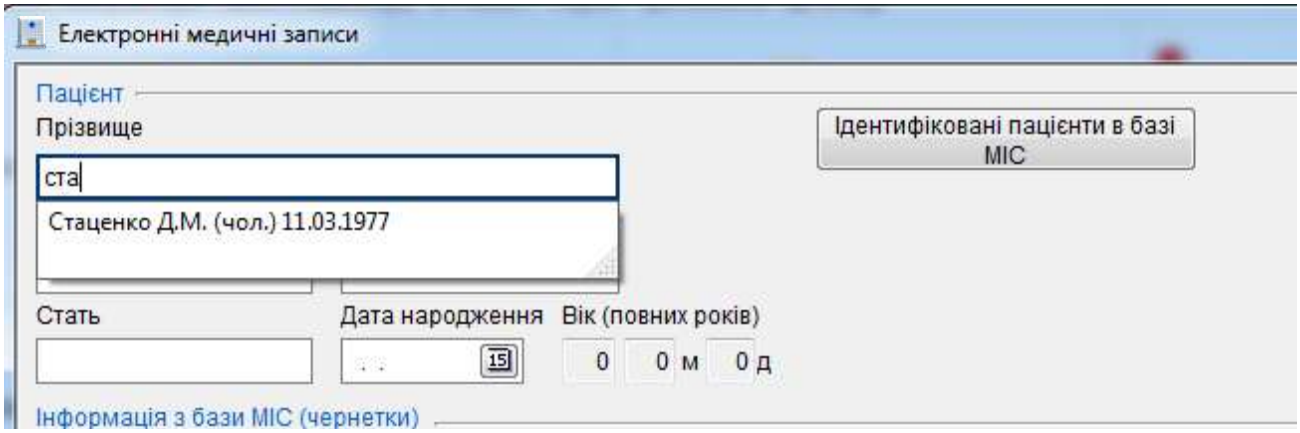
4. В реєстрі **медичних карт стаціонарного хворого (ф.003/о)**. Обравши потрібного пацієнта, натиснути кнопку **«Електронні медичні записи»**.



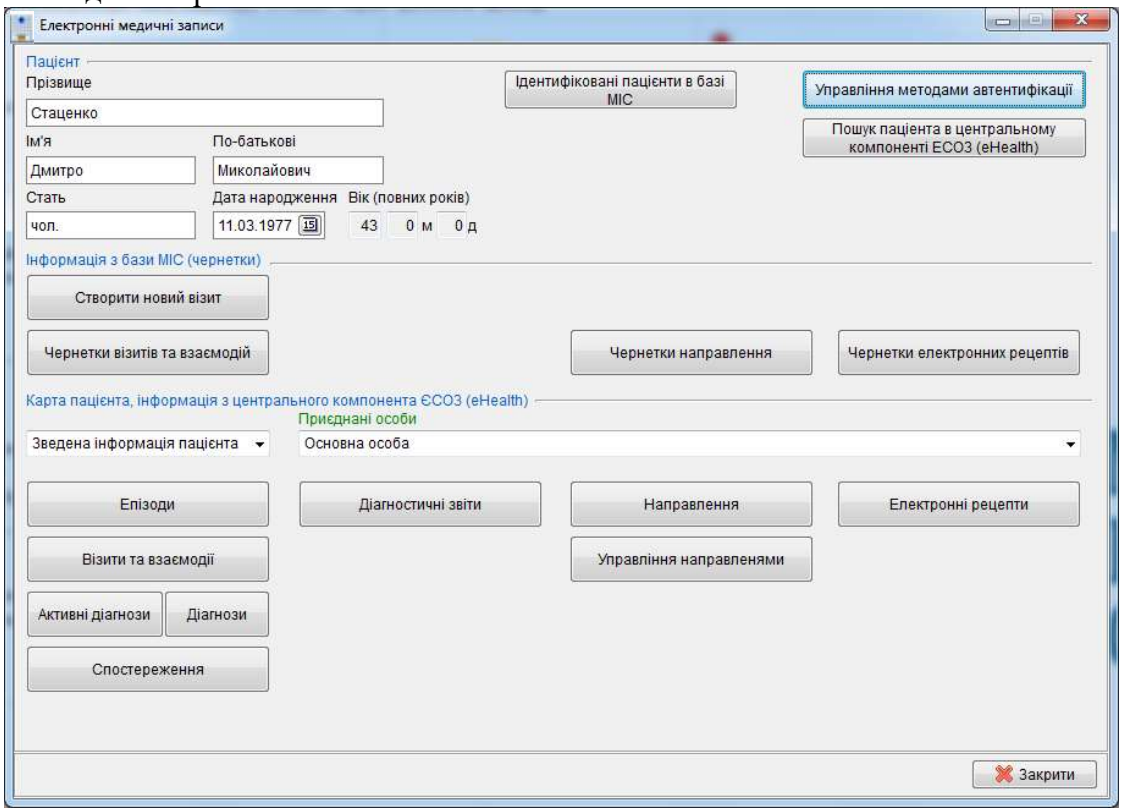


9.2 Ідентифікація пацієнти. ПРИВ'ЯЗКА ПАЦІЄНТА з ЕСОЗ до пацієнта з бази МІС.

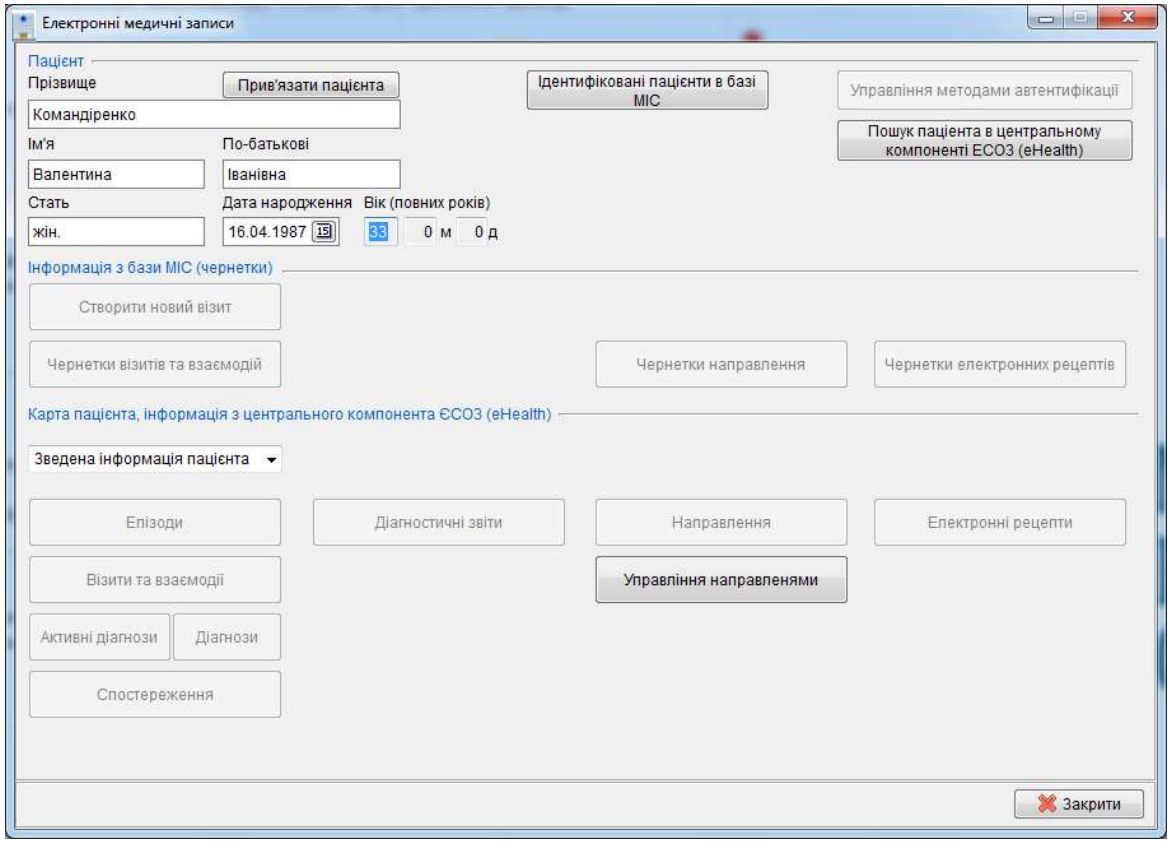
Зверніть увагу! Для початку роботи з пацієнтом в електронних медичних записах (далі - ЕМЗ), слід спочатку здійснити пошук в локальній базі програми (в реєстрі пацієнтів). Для цього в полі «Прізвище» почати вводити прізвище пацієнта, у разі присутності якого виведеться список присутніх в базі людей. Якщо людина вперше звернулась в заклад, слід додати новий запис в реєстр пацієнтів.



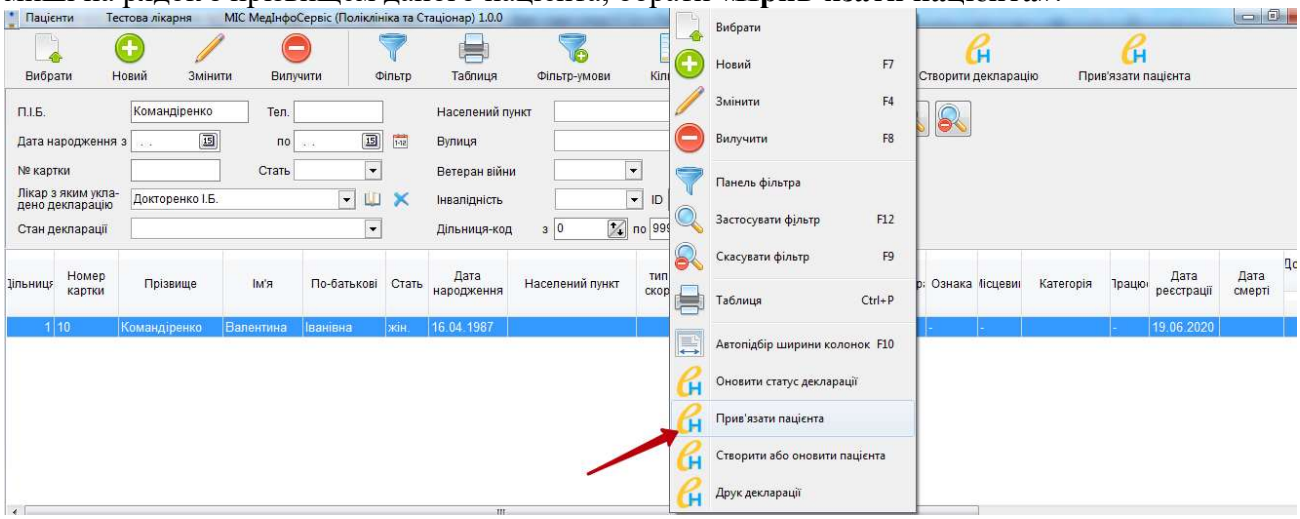
У випадку, коли пацієнт уже «прив'язаний», всі кнопки вікна стають активними і можлива подальша робота з ЕМЗ.



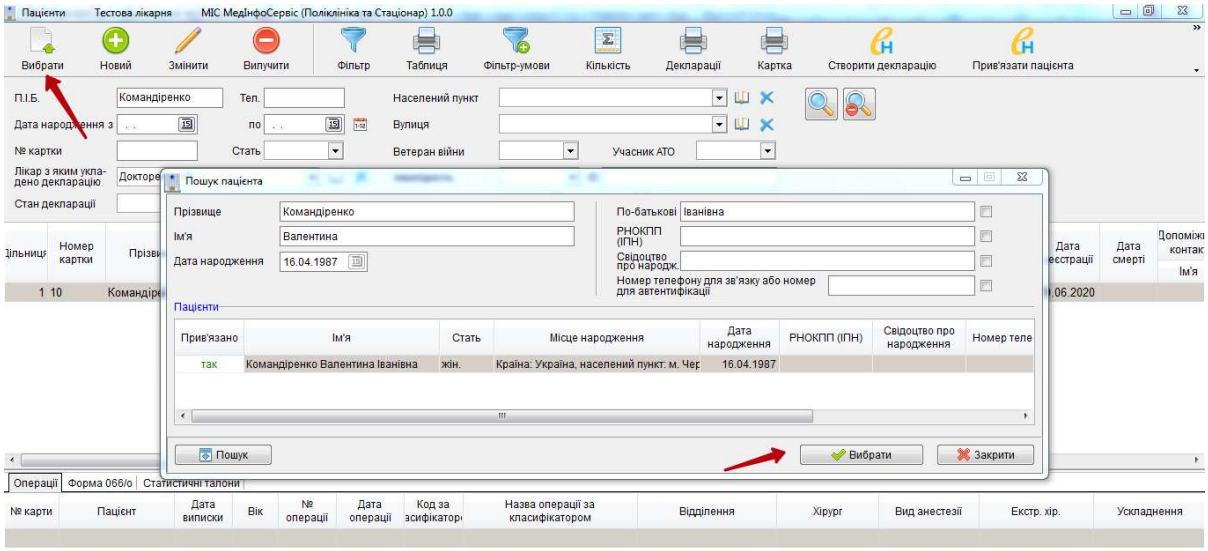
Якщо кнопки залишились неактивними, потрібно виконати прив'язку даного пацієнта.

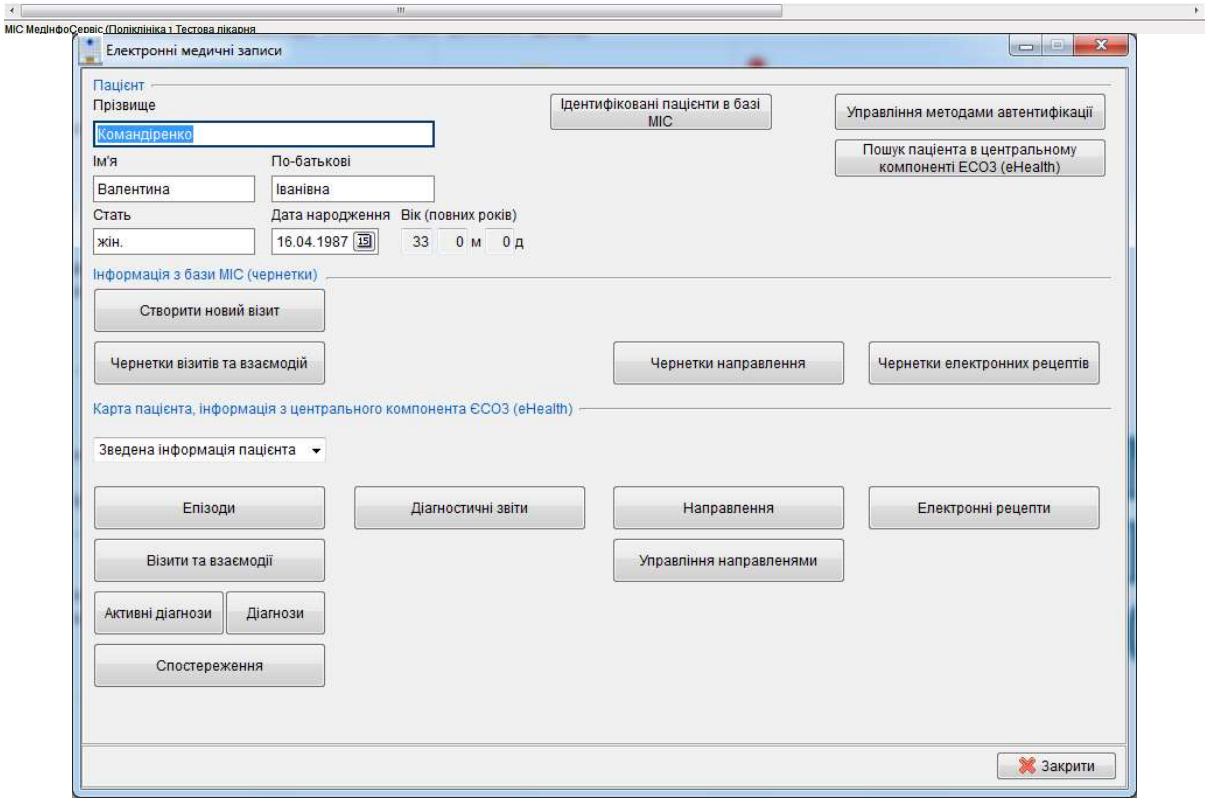


Прив’язка здійснюється за допомогою кнопки **«Ідентифіковані пацієнти в базі МІС».** При натисканні відкривається реєстр пацієнтів в базі МІС, де, натиснувши праву клавішу миші на рядок з прізвищем даного пацієнта, обрати **«Прив’язати пацієнта»**.

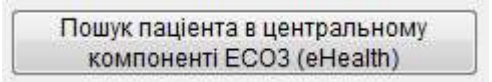


Відкривається вікно з переліком знайдених пацієнтів в ЕСОЗ. У випадку, коли знайдено кілька збігів, можна здійснити пошук за певними додатковими параметрами (номер телефону, свідоцтво про народження, ІПН) і натиснути **«Вибрати»** в даному вікні і потім у вікні з реєстром пацієнтів.

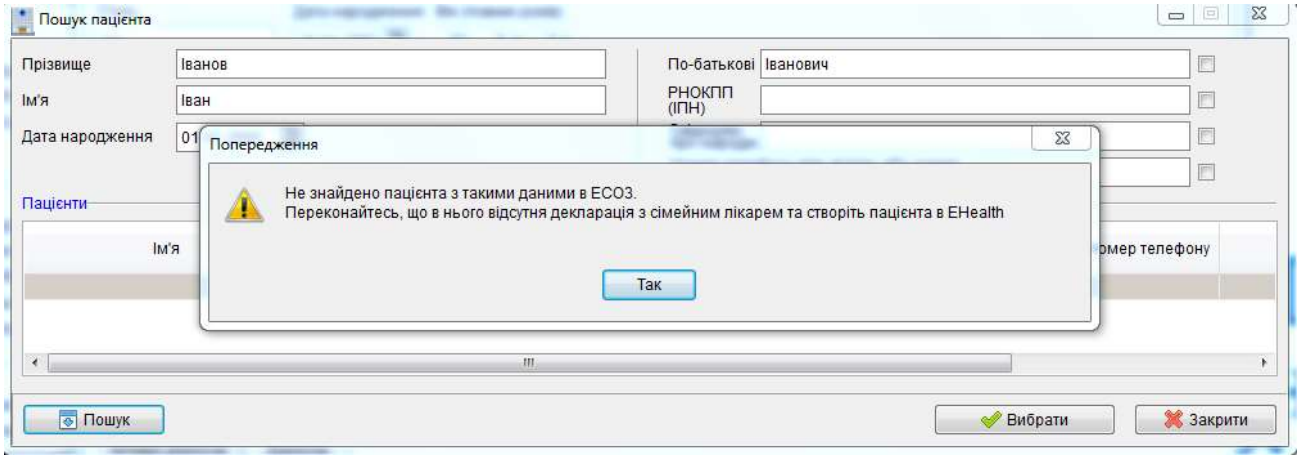




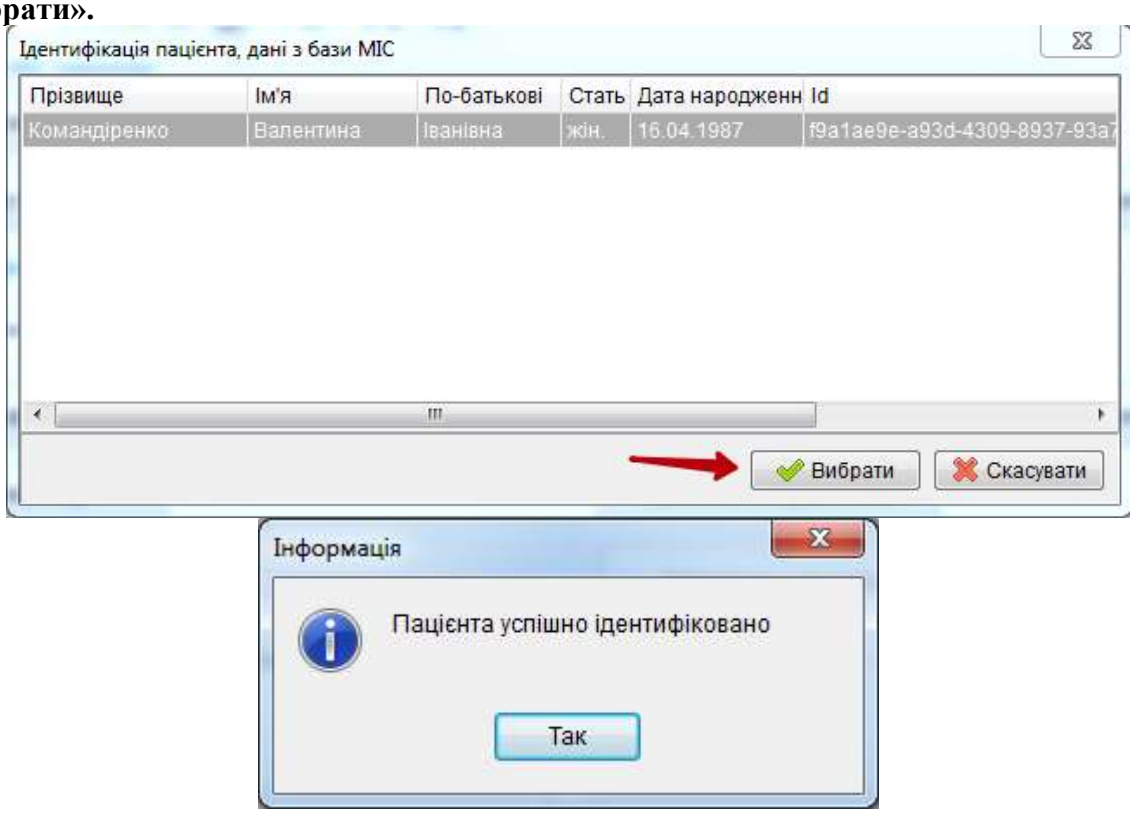
Зверніть увагу! Якщо у випадку прив'язки пацієнта не знайшлось в ЕСОЗ, але декларація з сімейним лікарем заключна, то необхідно перевірити правильність даних людини, внесеної в базу МІС. Перевіряються такі параметри, як **ПІБ, стать і дата народження**.



- кнопка для пошуку пацієнта в ЕСОЗ. Ввівши дані людини, натискаємо **«Пошук»**. Якщо пацієнта з такими даними не знайдено, то програма видасть наступне повідомлення.



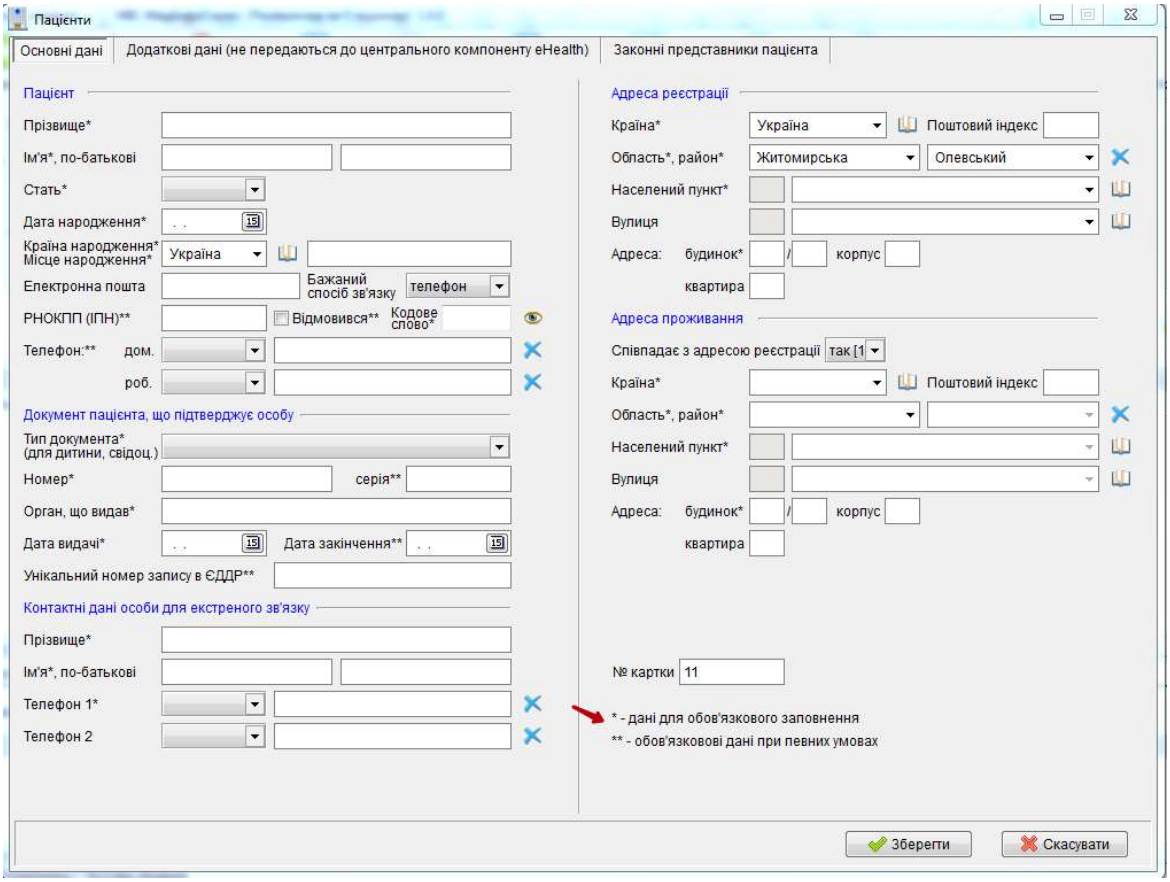
Якщо ж пацієнта знайдено, натискаємо **«Вибрати»** і в наступному вікні теж **«Вибрати».**



9.3 Ідентифікація пацієнти. СТВОРЕННЯ ПАЦІЄНТА в ЕСОЗ.

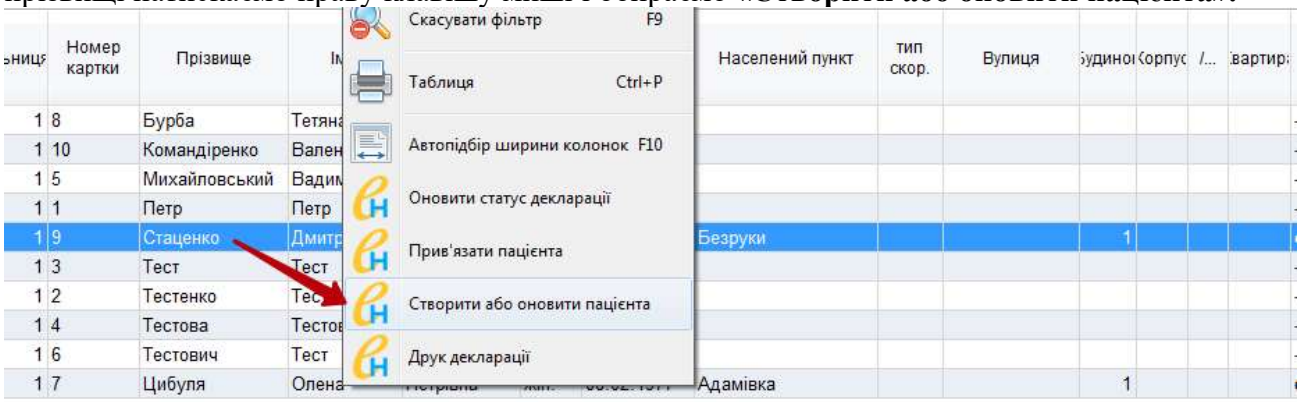
Зверніть увагу! Створення пацієнта в ЕСОЗ – це не є підписання декларації! Це можливість працювати з пацієнтом в ЕМЗ на вторинному чи третинному рівнях, у якого відсутня декларація. В подальшому, для отримання електронного направлення чи безоплатних ліків по програмі «Доступні ліки», пацієнту потрібно буде обов'язково підписати декларацію з сімейним лікарем, оскільки в противному разі це унеможливить роботу в ЕМЗ в закладі первинної медичної допомоги.

Для того, щоб створити пацієнта в ЕСОЗ, його необхідно створити в реєстрі пацієнтів МІС, заповнивши всі поля вкладки **«Основні дані»**, які позначені однією зірочкою – це поля обов'язкові для внесення.

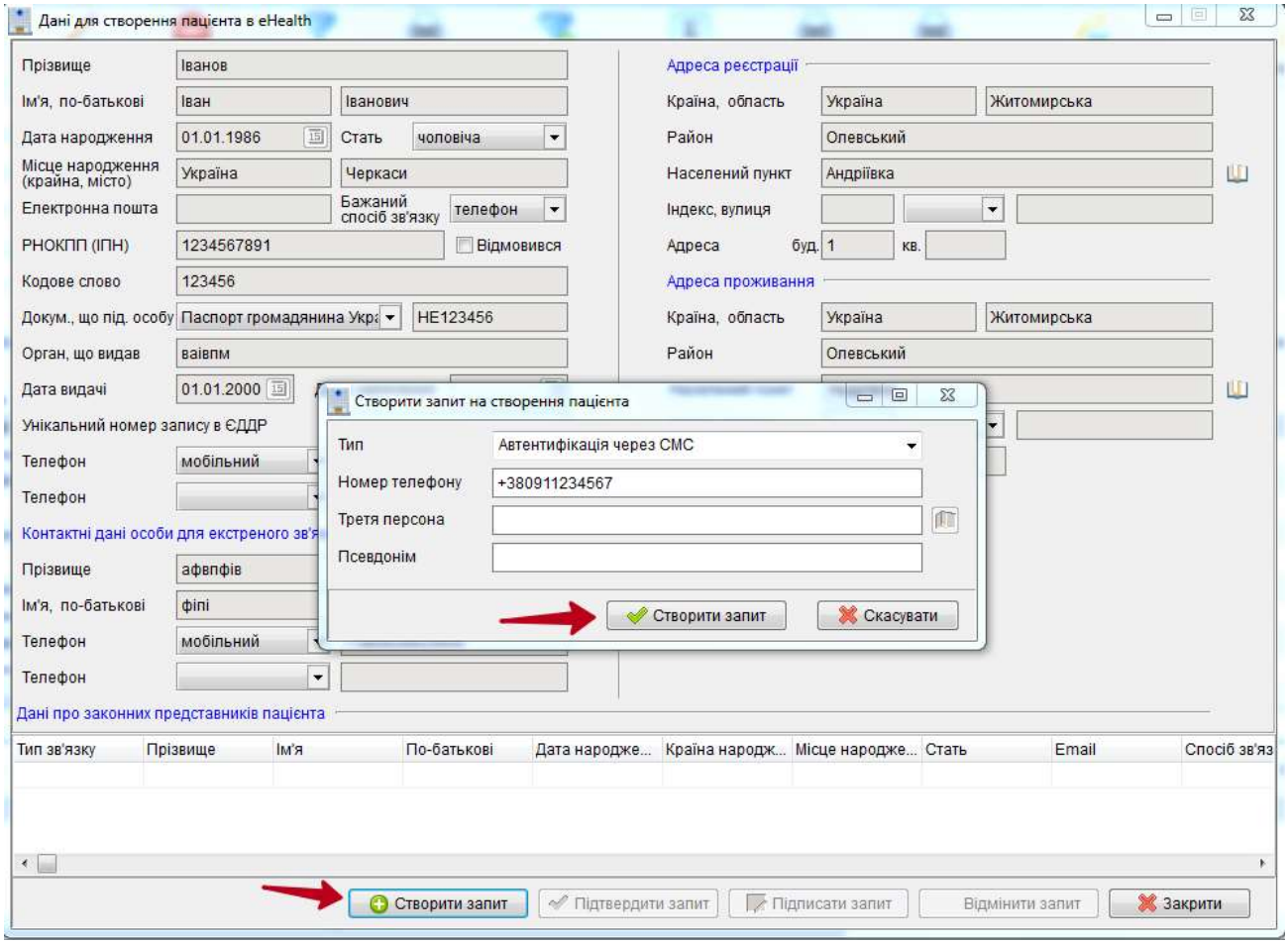


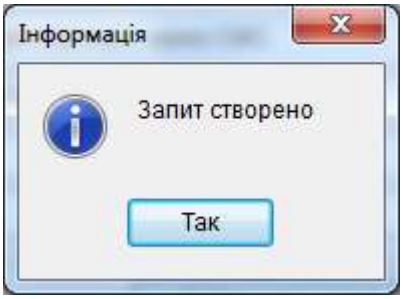
Вкладка **«Законні представники пацієнта»** заповнюється у випадку, якщо пацієнт дитина або недієздатна особа.

Ввівши всі необхідні дані, натискаємо **«Зберегти»** і в реєстрі пацієнтів на даному прізвищі натискаємо праву клавішу миші і обираємо **«Створити або оновити пацієнта».**

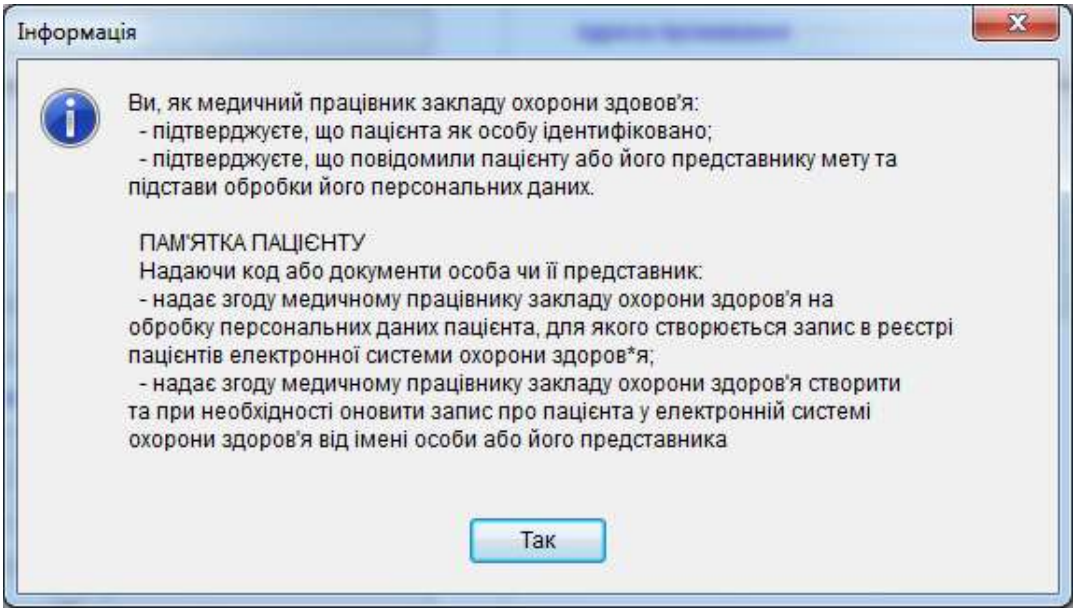


У вікні, що відкрилось перевіряємо правильність внесення даних та натискаємо **«Створити запит».**

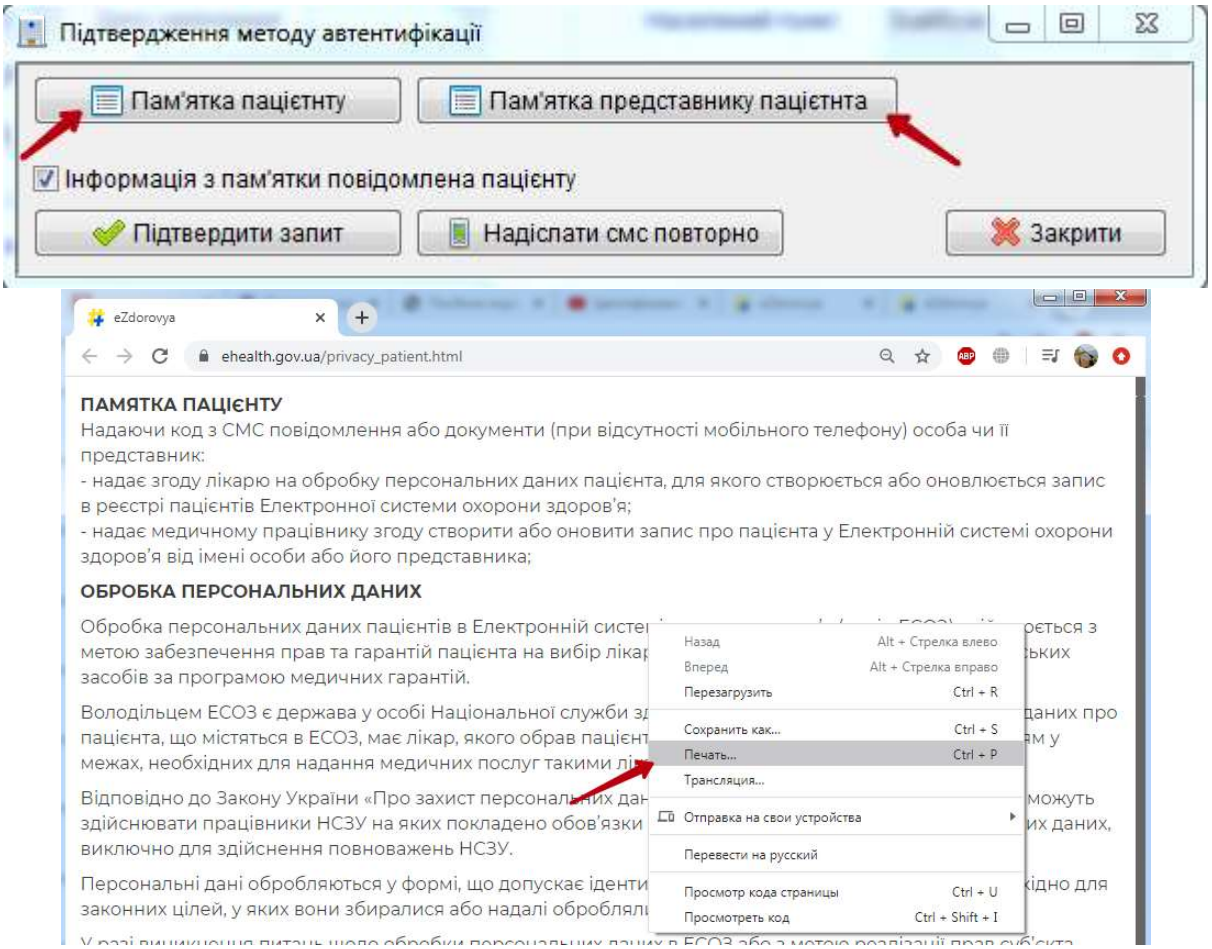




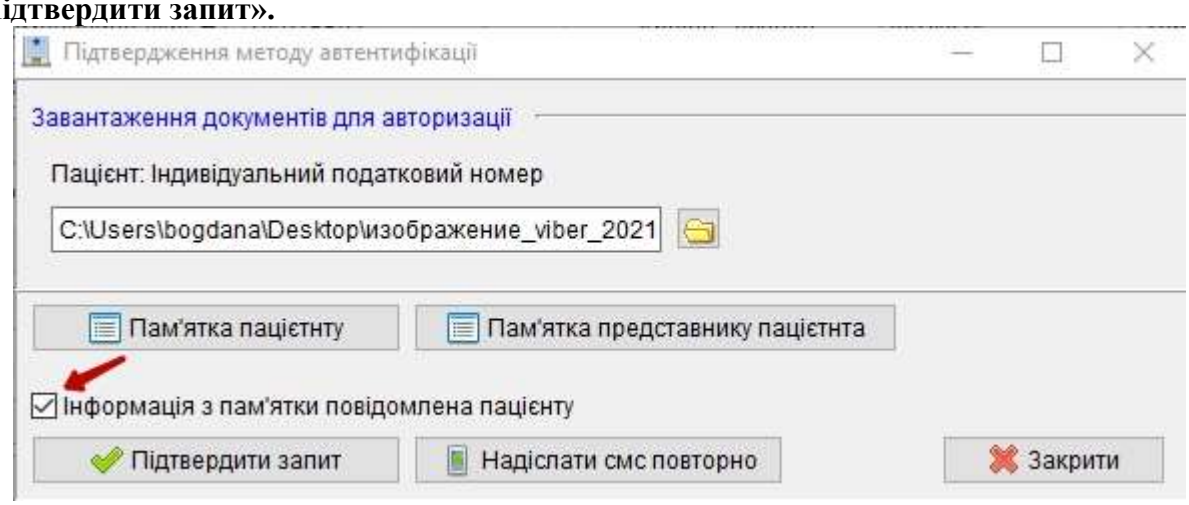
Необхідно ознайомитись самому і прочитати пацієнтові наступну пам’ятку і натиснути «Так».



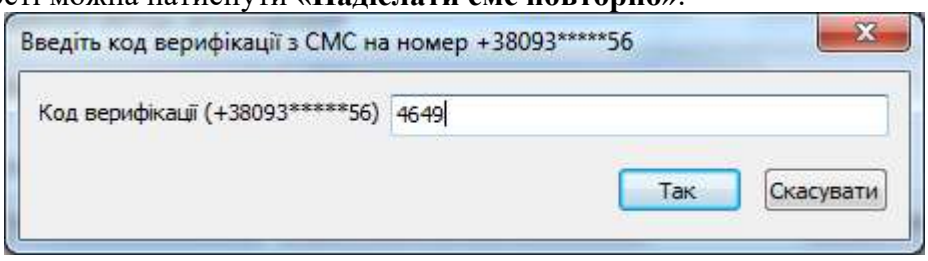
В наступному вікні можна роздрукувати пам’ятку, натиснувши **«Пам’ятка пацієнту»** або, при потребі **«Пам’ятка представнику пацієнта».**



Далі, ставимо галочку, **«Інформація з пам’ятки повідомлена пацієнту»** і натискаємо **«Підтвердити запит».**

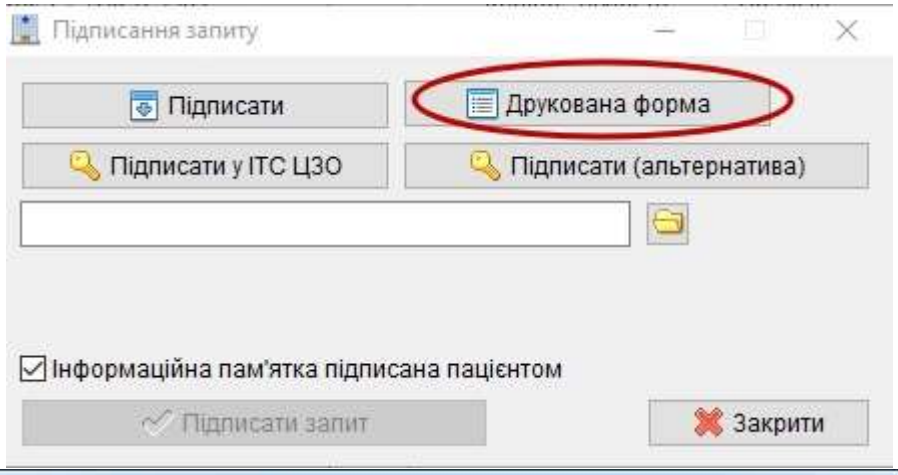


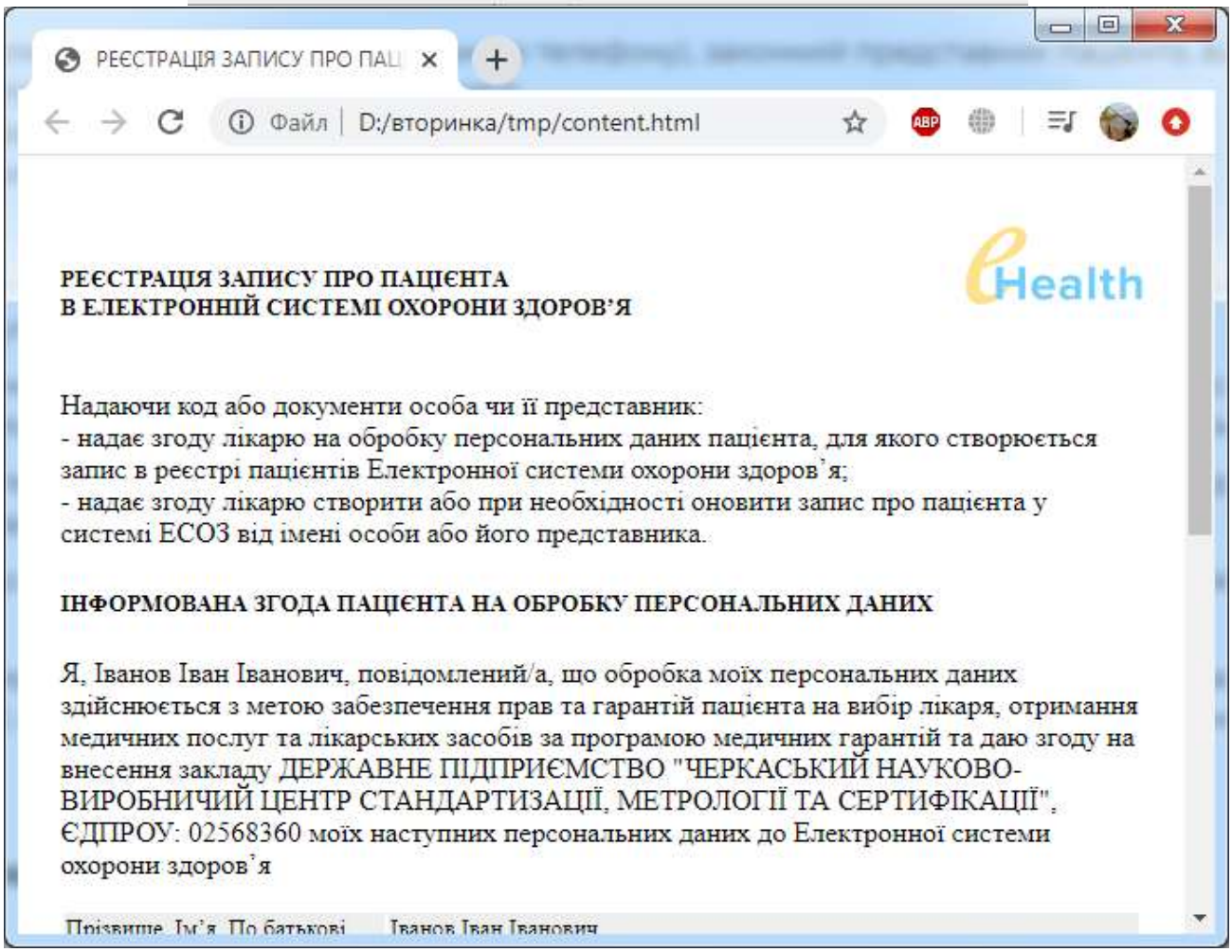
У вікні, що відкрилося вносимо код з СМС повідомлення, яке надійшло пацієнту. У разі відсутності можна натиснути **«Надіслати смс повторно»**.



Натискаємо **«Так»**.

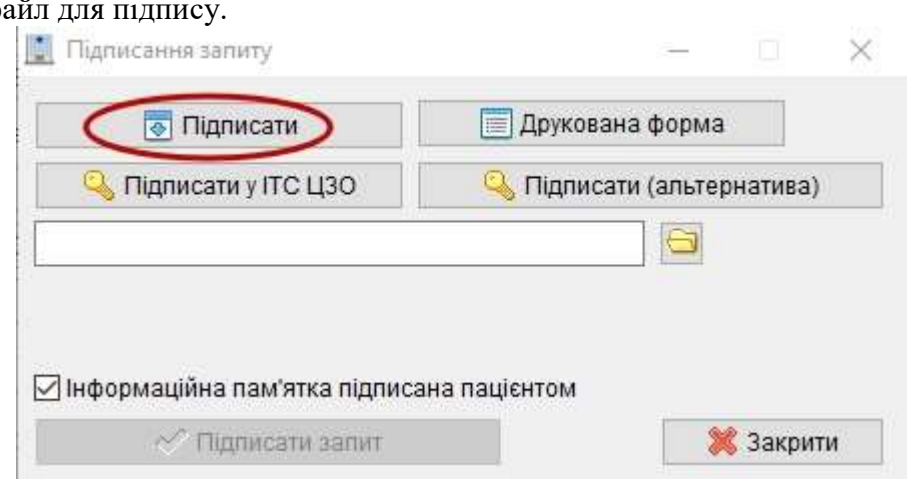
В наступному вікні варто роздрукувати форму **«Реєстрація запису про пацієнта в електронній системі охорони здоров’я»**.



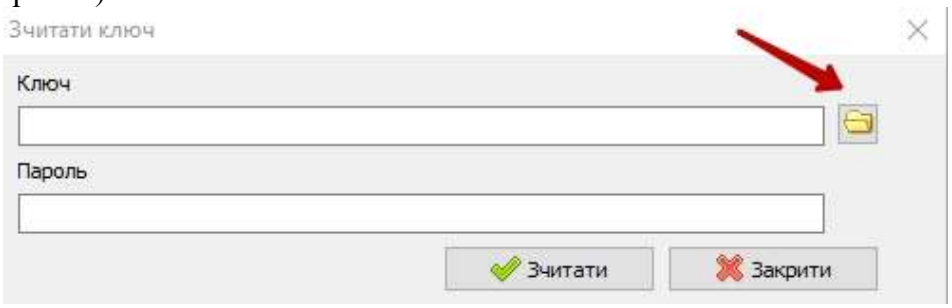


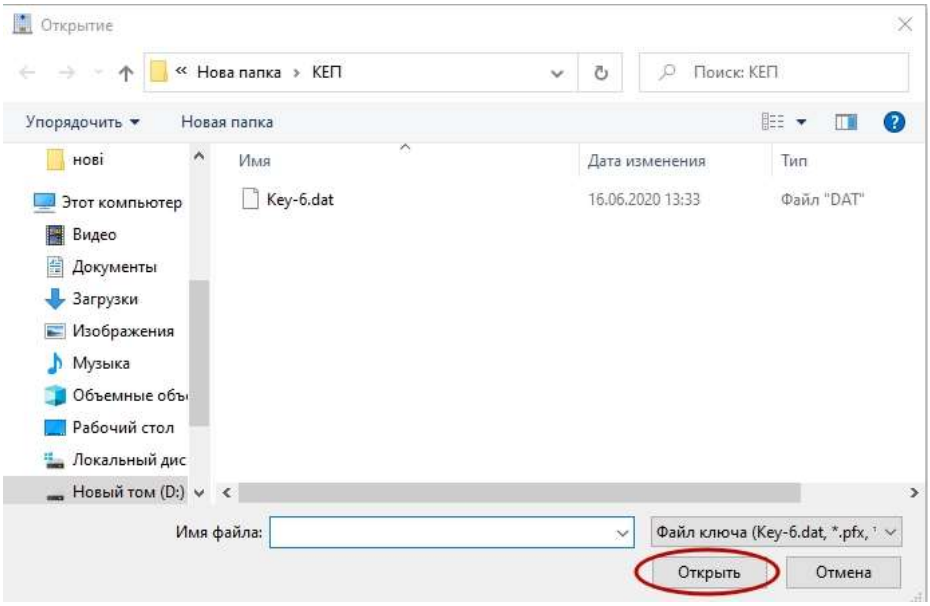
Після підпису пацієнта, один екземпляр залишається лікарю, інший – забирає пацієнт.

Далі, ставимо галочку, що **«Інформаційна пам'ятка підписана пацієнтом»** і створюємо файл для підпису.



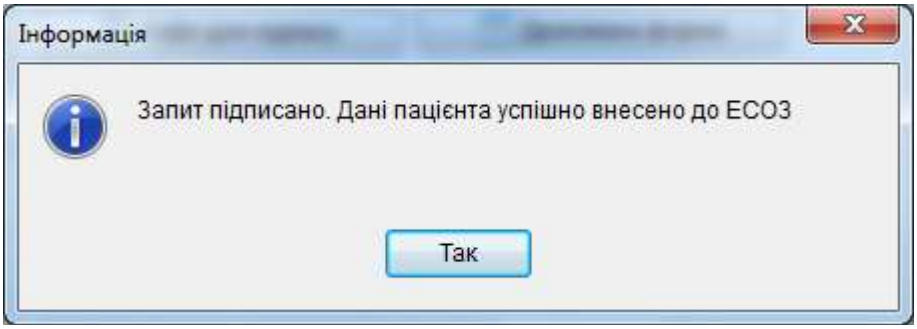
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).



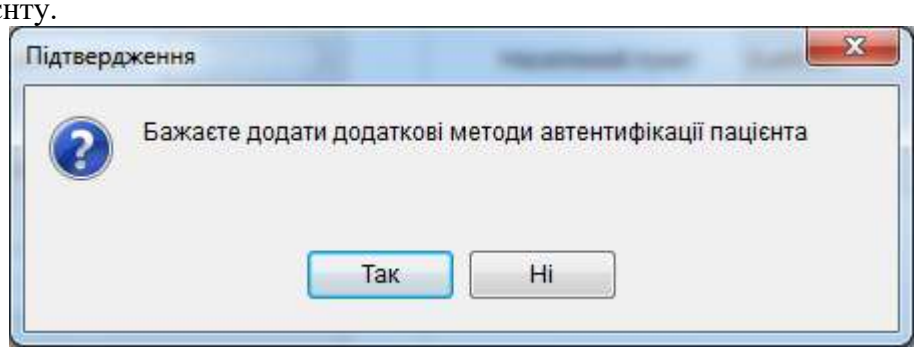


Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

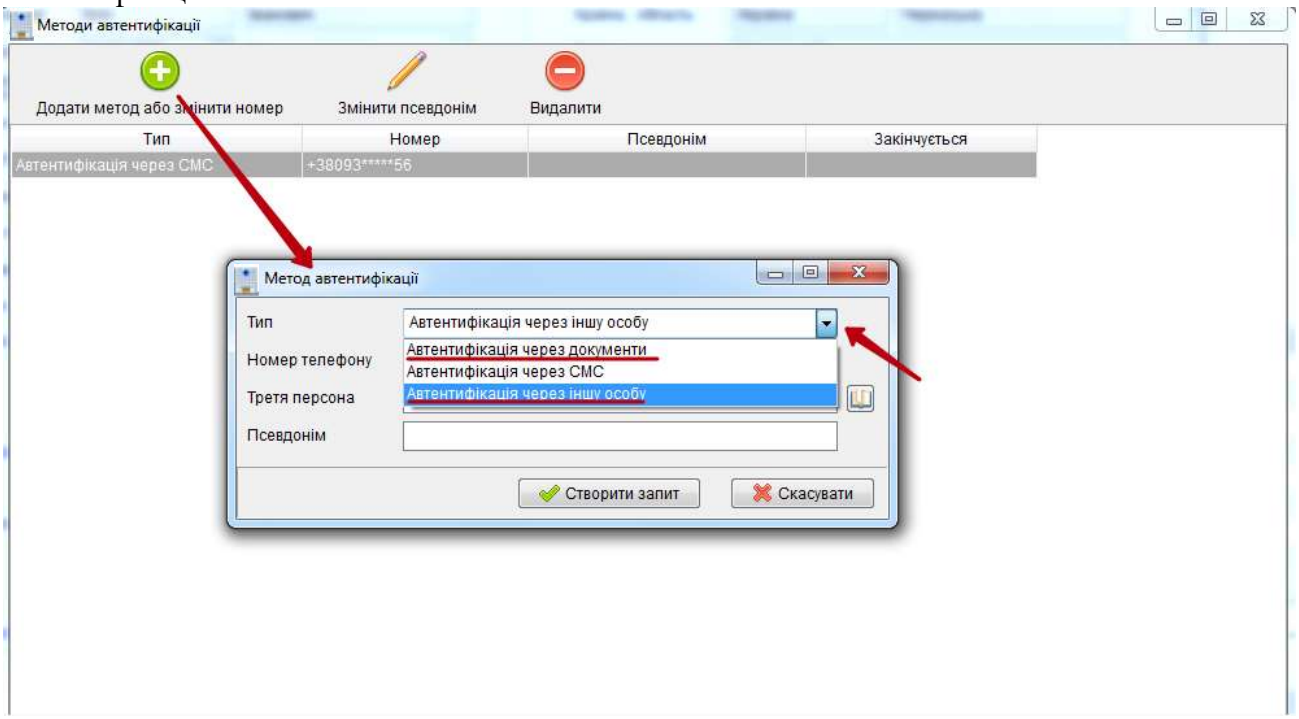
Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».



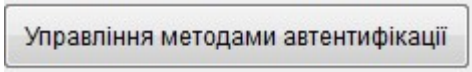
При потребі, погодившись в наступному вікні, можна додати методи автентифікації даному пацієнту.



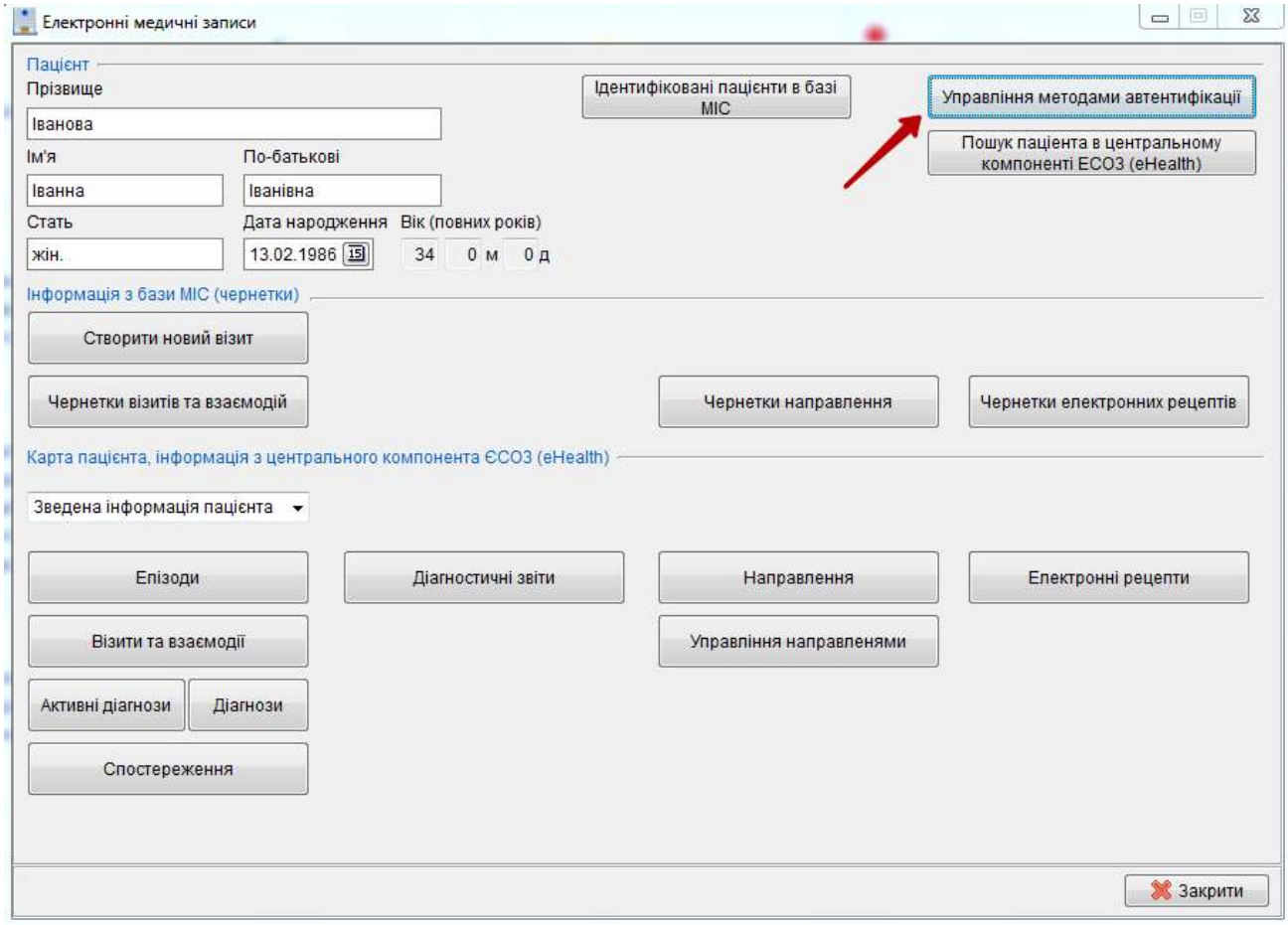
Якщо потреба існує, натискаємо «Так» і у вікні, що відкрилось додаємо інші методи автентифікації.



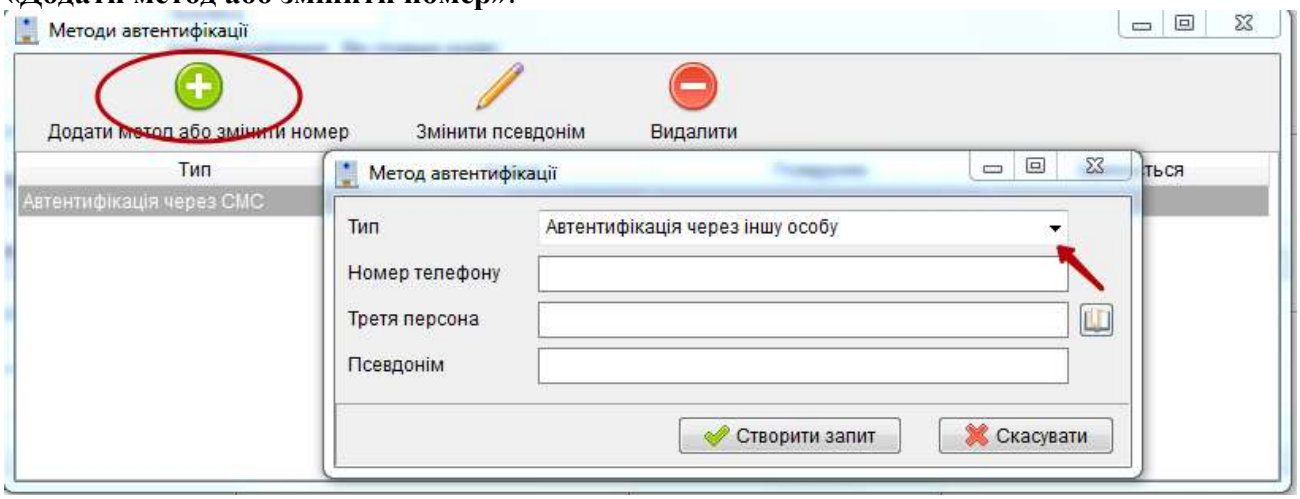
9.4 Управління методами автентифікації

Кнопка 

знаходиться на головному вікні ЕМЗ і стає активною, коли обрано пацієнта, якого було ідентифіковано.



У вікні, що з'явилось можна змінити або додати метод автентифікації, натиснувши **«Додати метод або змінити номер»**.



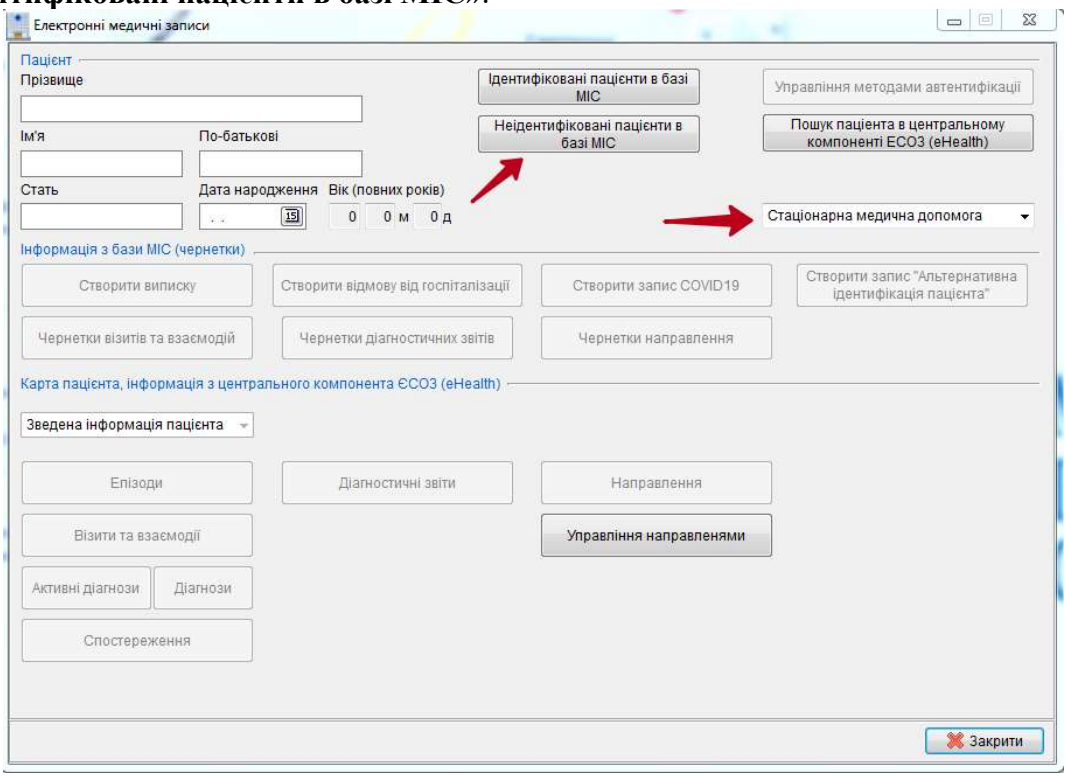
Існує **три типи автентифікації**:

- **«Автентифікація через документи»** - завантажуються скан-копії документа, який посвідчує особу.
- **«Автентифікація через СМС»** - у разі, якщо потрібно додати номер телефону або змінити номер, який вказувався при підписанні декларації (процез заміни номера можливий при наявності активного старого номеру).
- **«Автентифікація через іншу особу» -** даний метод використовується у випадку, якщо пацієнт є недієздатним або, якщо пацієнт – дитина.

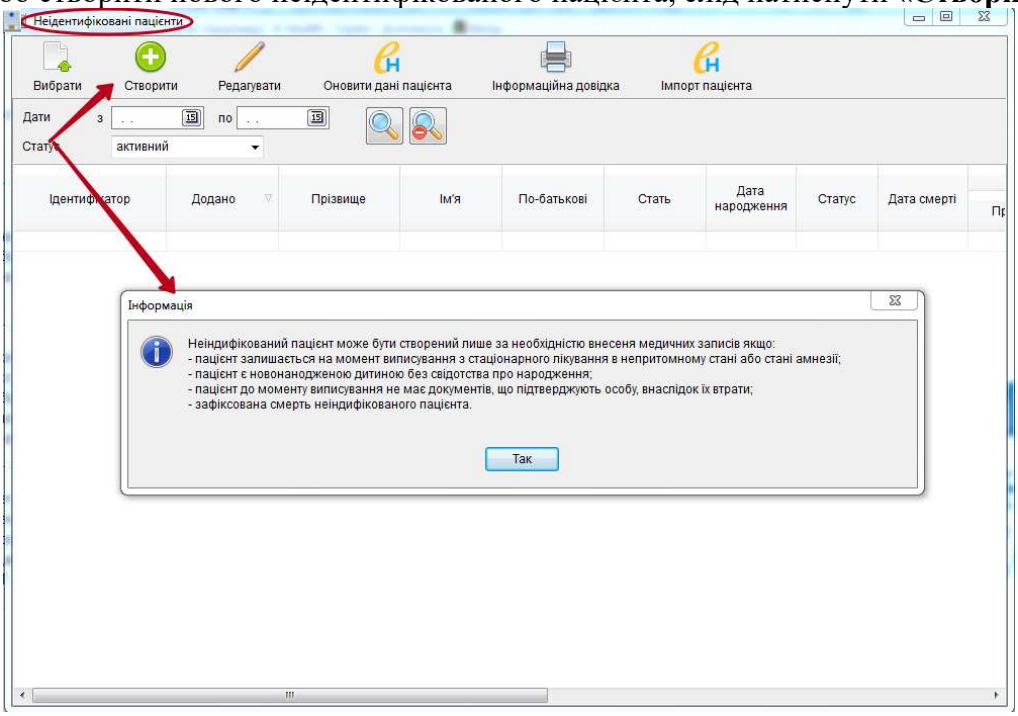
9.5 Неідентифіковані пацієнти. Створення. Робота в ЕМЗ з неідентифікованими пацієнтами.

Зверніть увагу! Робота з неідентифікованими пацієнтами доступна тільки в **стаціонарному режимі.**

Для створення запису про неідентифіковану особу необхідно натиснути кнопку **«Неідентифіковані пацієнти в базі МІС»**.



Щоб створити нового неідентифікованого пацієнта, слід натиснути **«Створити».**

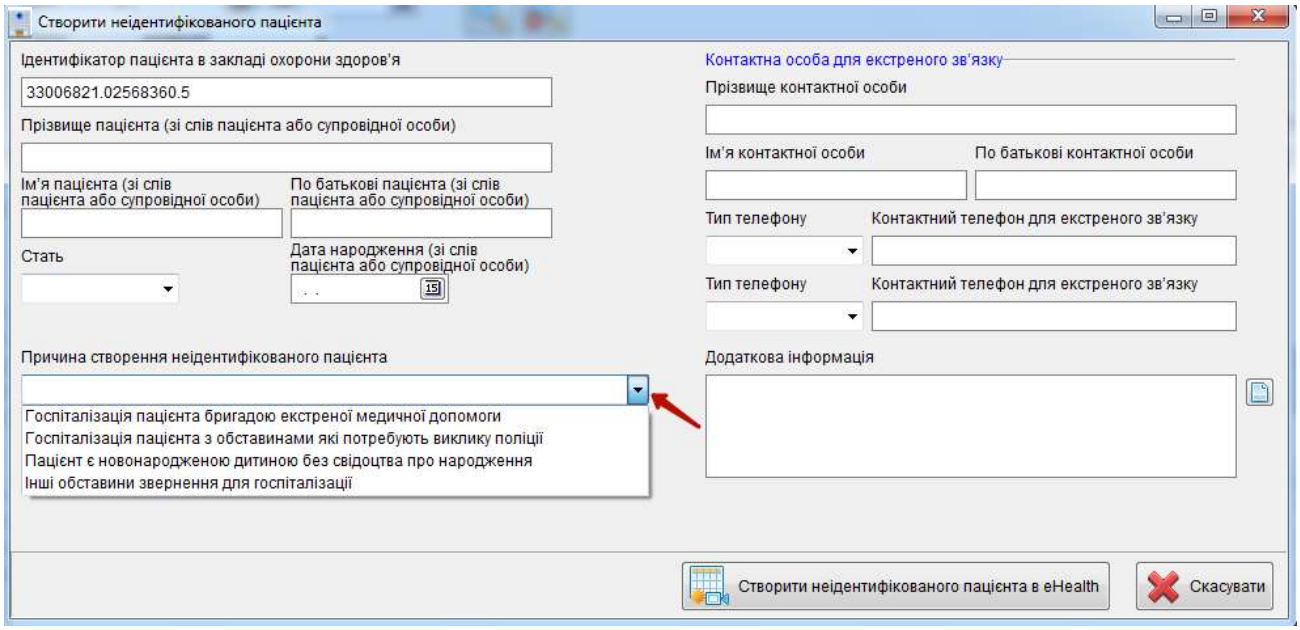


Зверніть увагу! Неідентифікований пацієнт створюється тільки **на момент виписки** і тільки **у наступних випадках**, якщо:

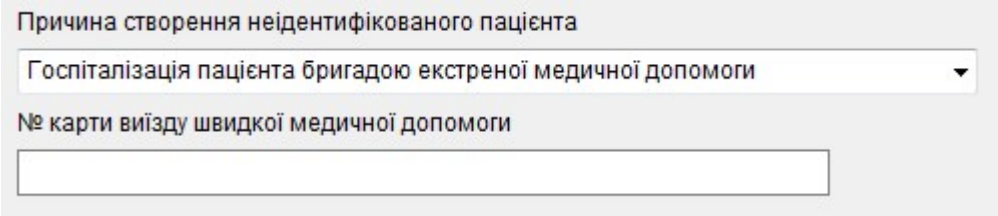
- пацієнт залишається на момент виписування зі стаціонарного лікування в непритомному стані або стані амнезії;
- пацієнт є новонародженою дитиною без свідоцтва про народження;

- пацієнт до моменту виписування не має документів, що підтверджують особу, внаслідок їх втрати;
- зафіксована смерть неідентифікованого пацієнта.

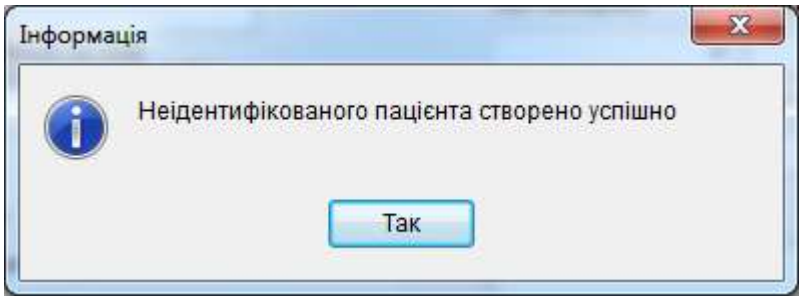
Натискаємо **«Так»** і відкривається вікно для створення.



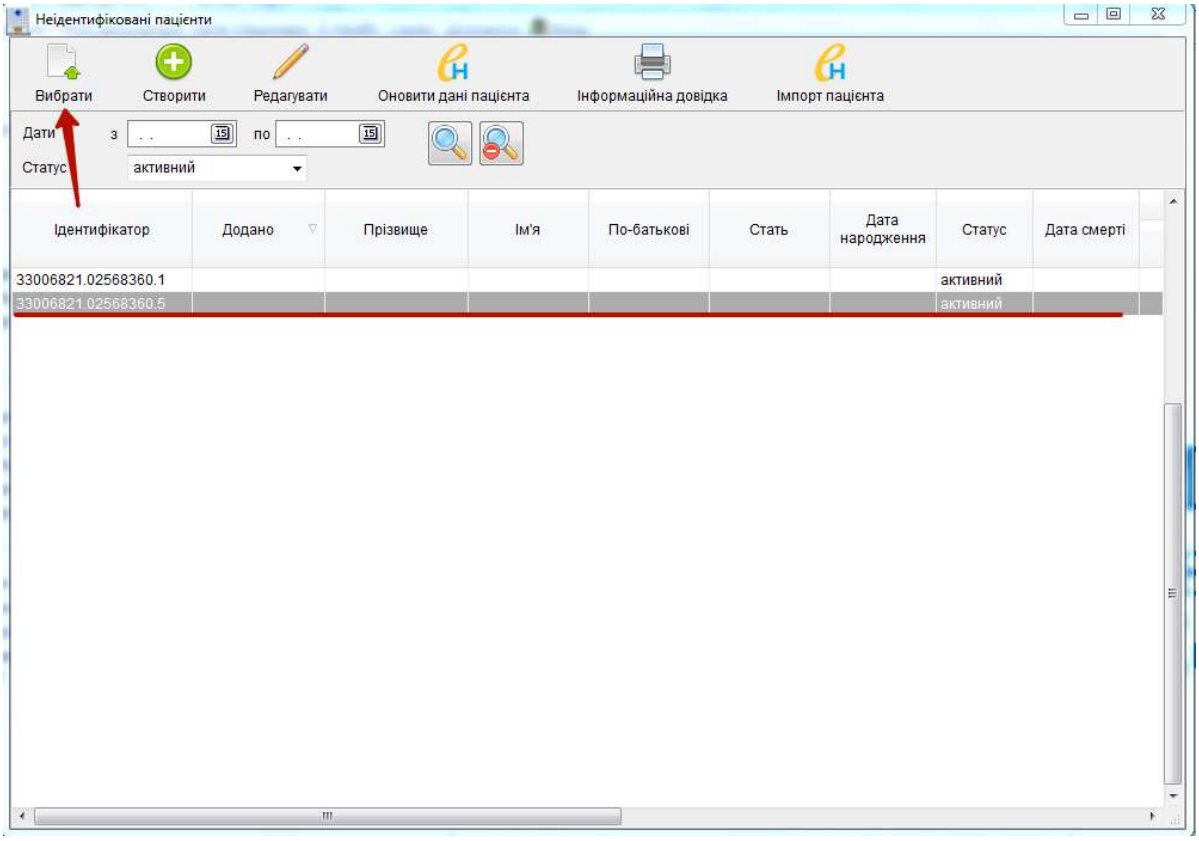
Необхідно обов'язково вказати причину із заданого переліку і, відповідно до причини, заповнити поля нижче. Наприклад, якщо причиною є **«Госпіталізація пацієнта бригадою екстреної медичної допомоги»**, то нижче необхідно відмітити **«№ карти виїзду швидкої медичної допомоги»**.



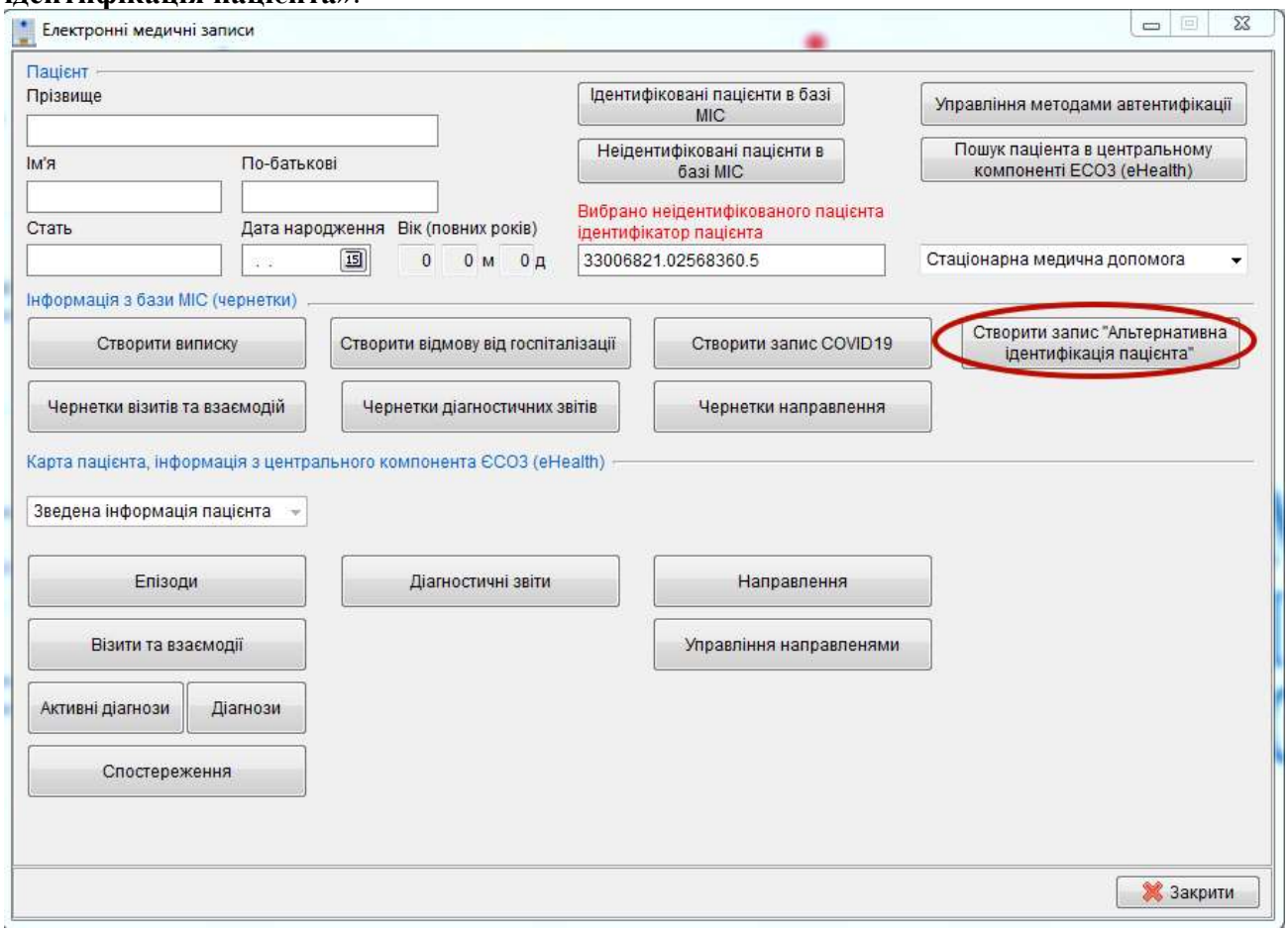
Вказати «Додаткову інформацію», при наявності, заповнити інші поля і натиснути **«Створити неідентифікованого пацієнта і eHealth»**.



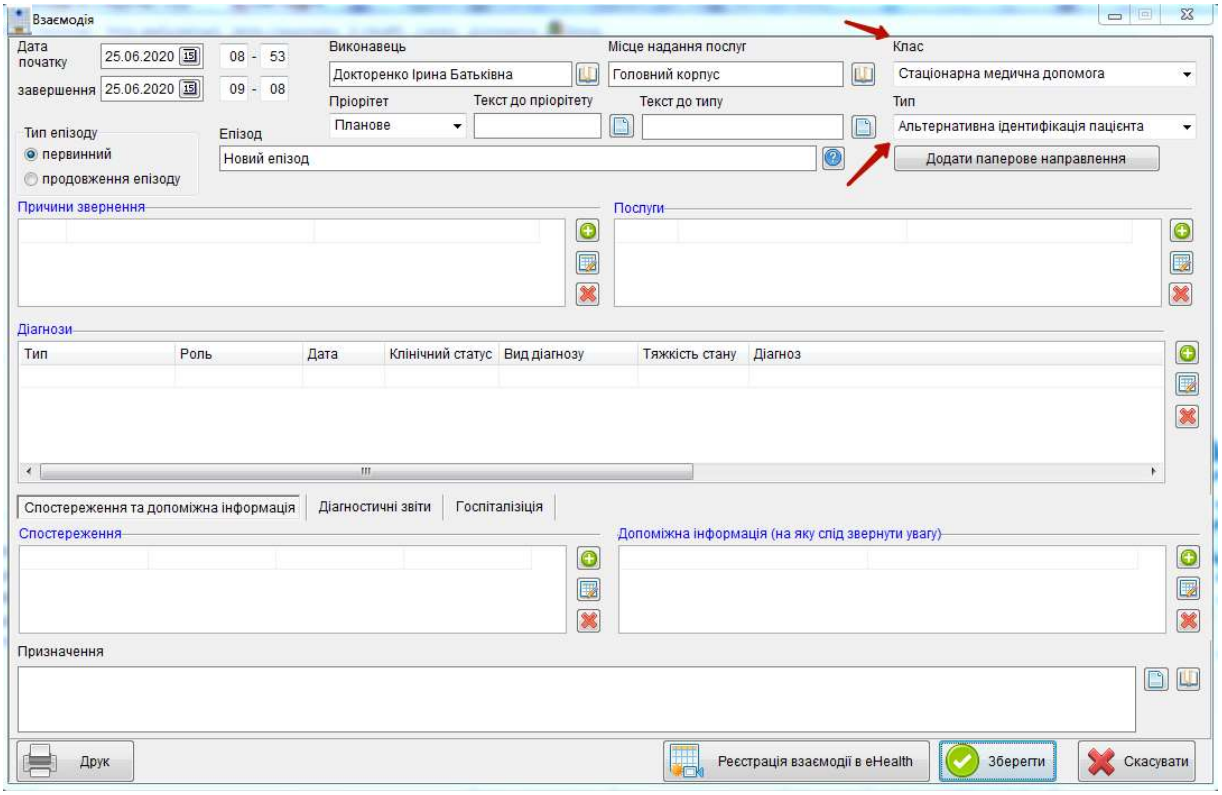
Щоб почати роботу з ЕМЗ по неідентифікованому пацієнту, його необхідно оборати з переліку пацієнтів.



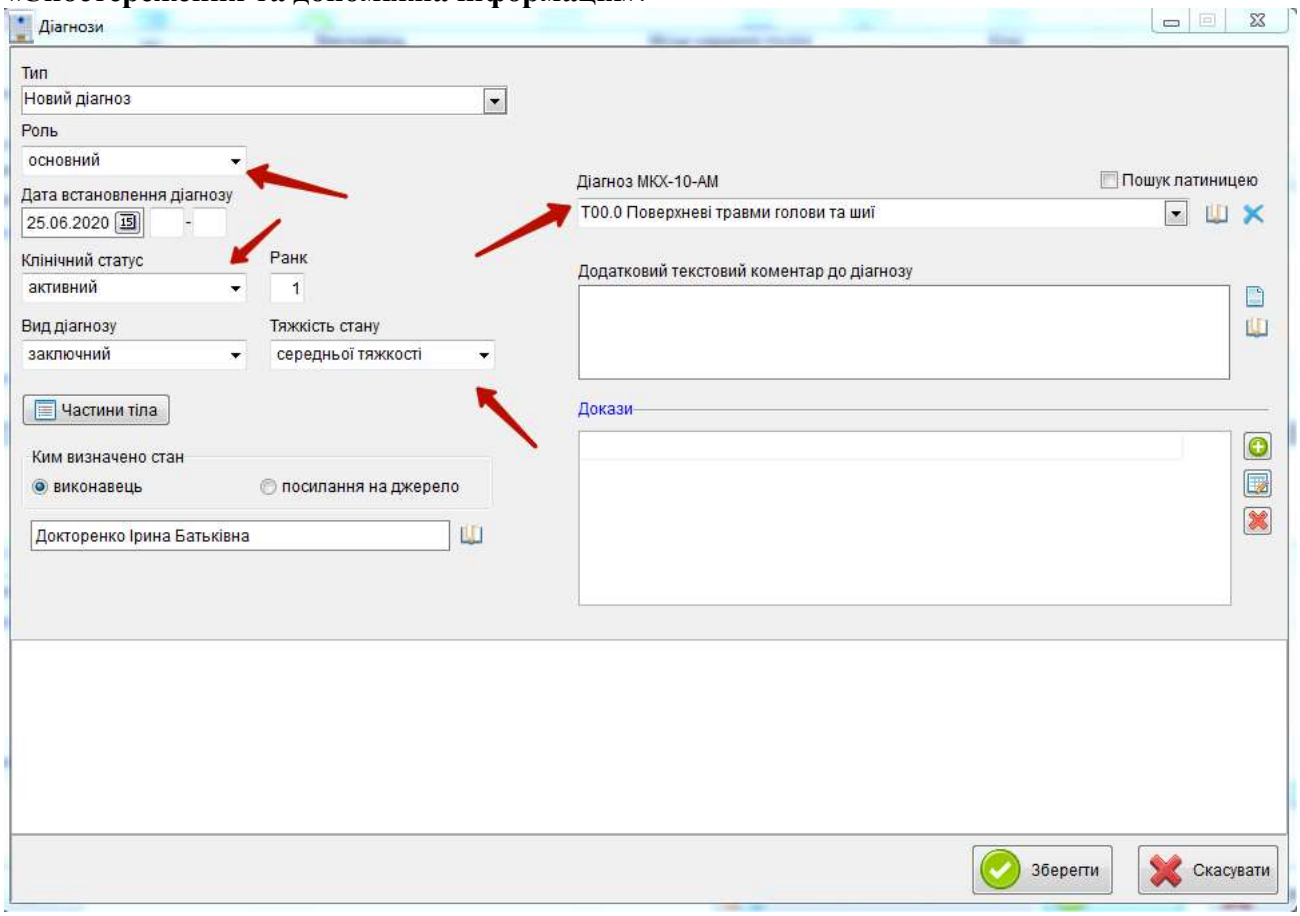
У вікні, що з'явиться натискаємо кнопку **«Створити запис «Альтернативна ідентифікація пацієнта»**.



Переходимо до створення взаємодії з класом **«Стаціонарна медична допомога»** і типом **«Альтернативна ідентифікація пацієнта».**



Серед іншого, у взаємодії обов'язково слід заповнити поля **«Діагноз»** і **«Спостереження та допоміжна інформація»**.

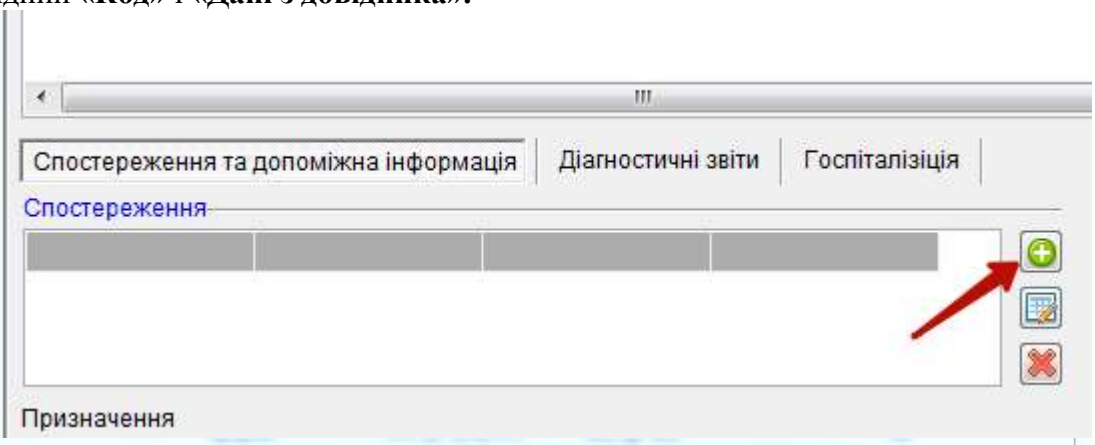


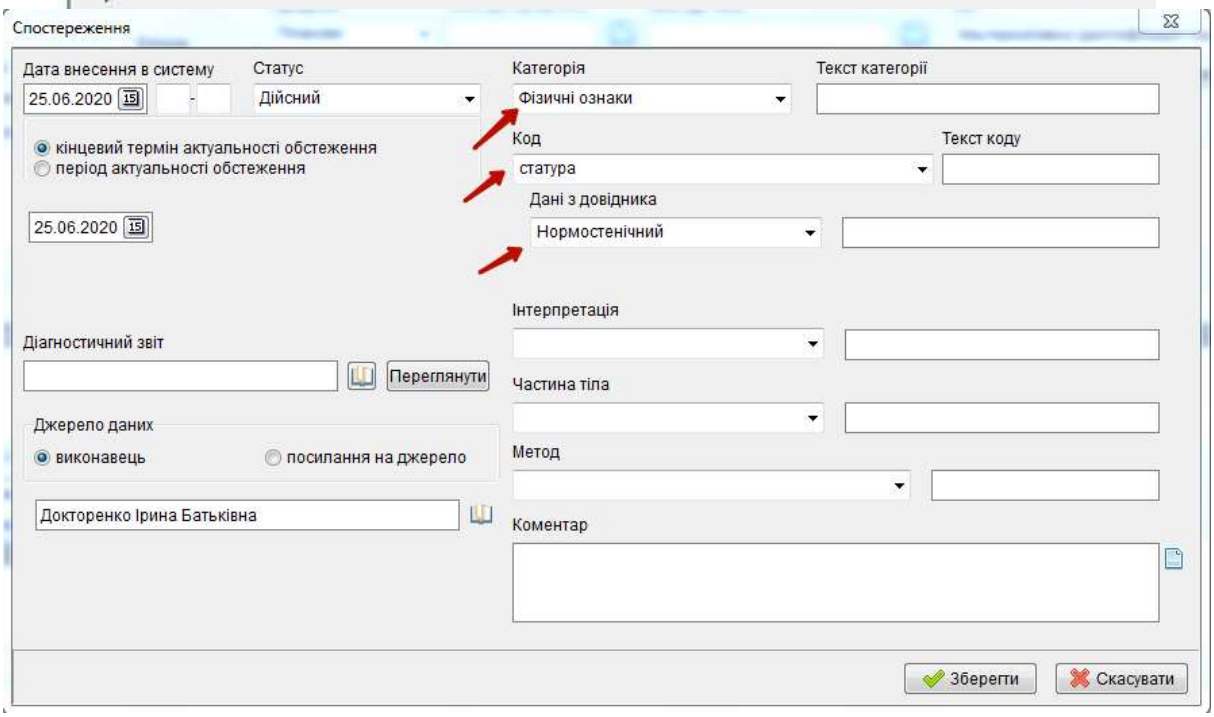
Переходимо до внесення спостережень. Згідно інструкції НСЗУ «Медичні записи. Оглядовий матеріал» (частина 3), **ПЕРЕЛІК ОБСТЕЖЕНЬ, ЩО ПІДЛЯГАЮТЬ СТВОРЕННЮ:**

СТАТУРА	**СТАТЬ**
КОЛІР ОЧЕЙ	**НАЯВНІСТЬ БОРОДИ**
КОЛІР ВОЛОССЯ	**НАЯВНІСТЬ ВУС**
ДОВЖИНА ВОЛОССЯ	**ОДЯГ** (в що був одягнений)
ВАГА (одиниця вимірювання вказується в КГ)	**АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ**
ЗРІСТ (одиниця вимірювання вказується в СМ)	

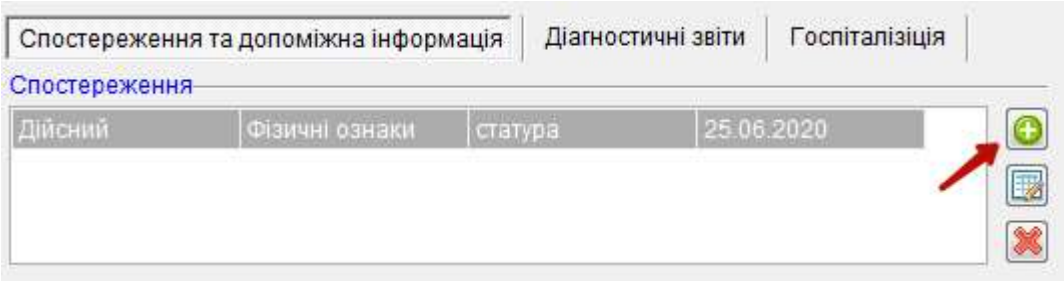
ВАЖЛИВО: У випадку, якщо дані про вищезазначені обстеження неідентифікованої особи не будуть внесені, то запис про цю особу буде заблоковано, що унеможливлює внесення медичних даних про неї, а отже і отримання оплати за цей пролікований випадок.

В програмі ці дані вносяться в полі «Спостереження», категорія **«Фізичні ознаки»**, відповідний **«Код»** і **«Дані з довідника».**

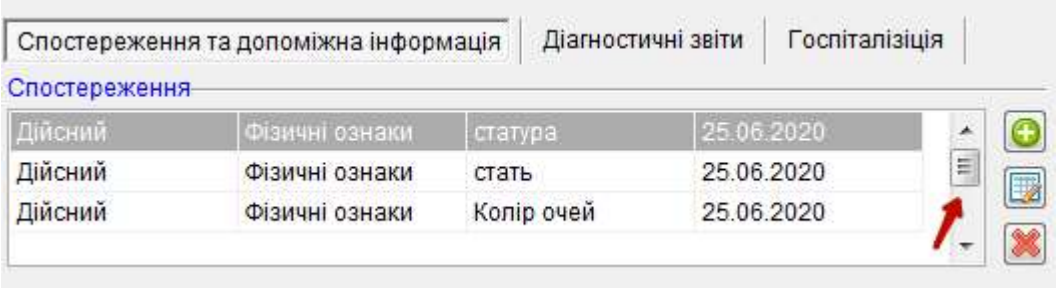


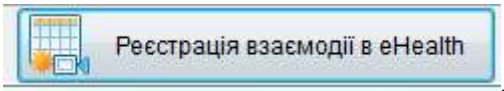


Натискаємо **«Зберегти».**

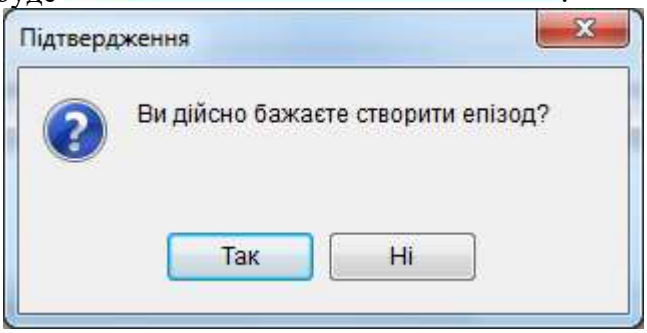


Таким чином додаємо весь необхідний перелік обстежень.

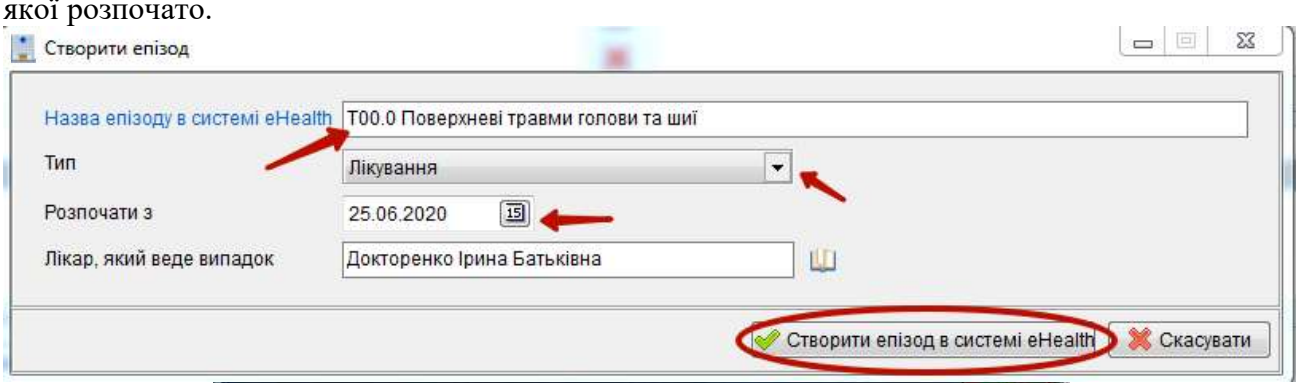


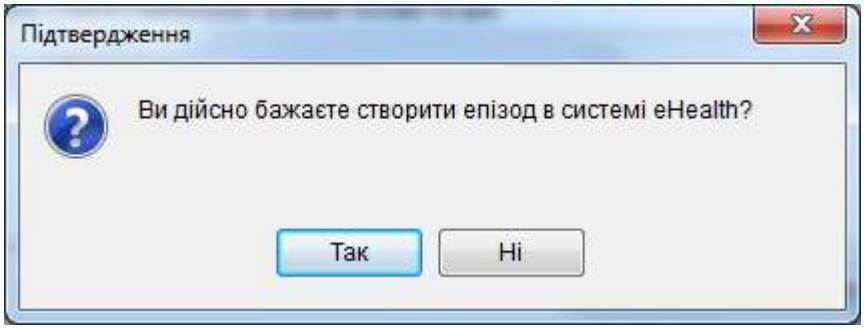
Наступник кроком буде 

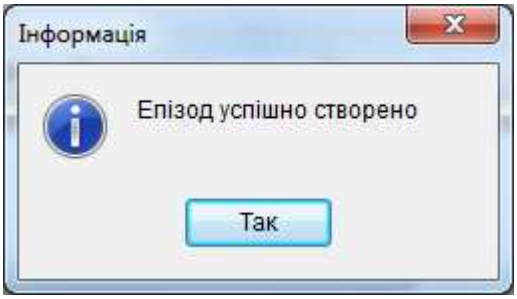
.



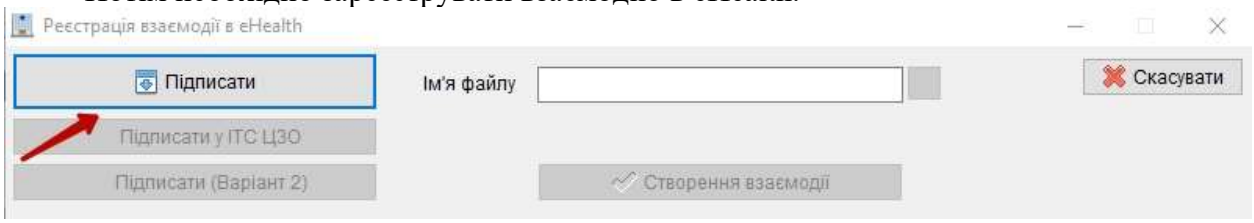
Перш за все створюємо епізод, доповнивши, при потребі, назву, вказавши тип і дату з якої розпочато.



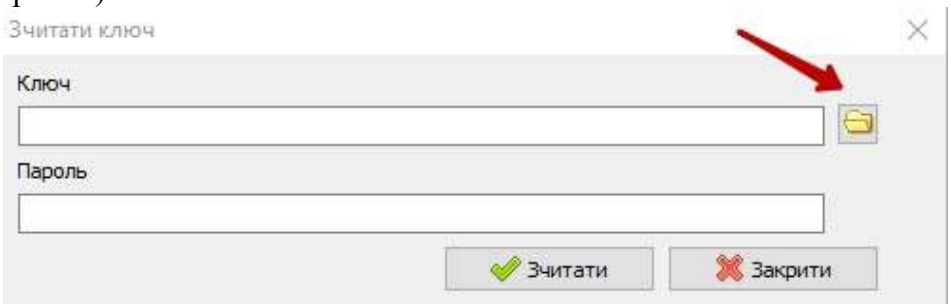


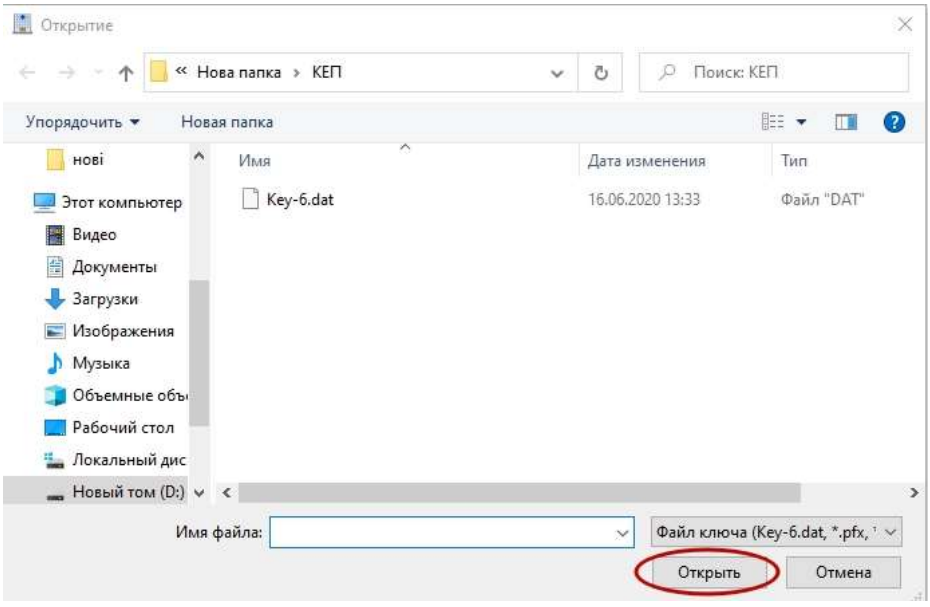


Потім необхідно зареєструвати взаємодію в eHealth.



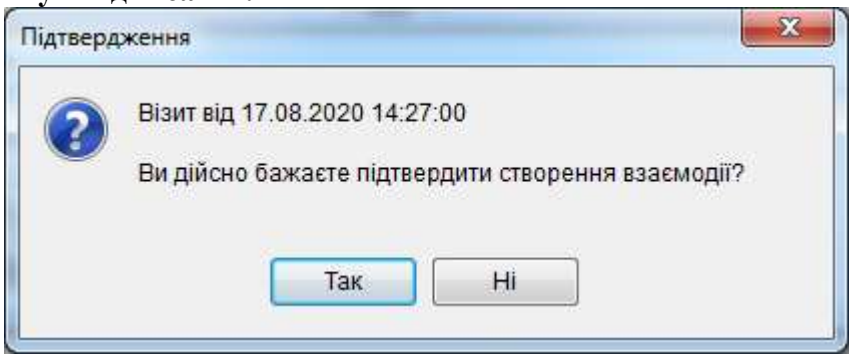
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).

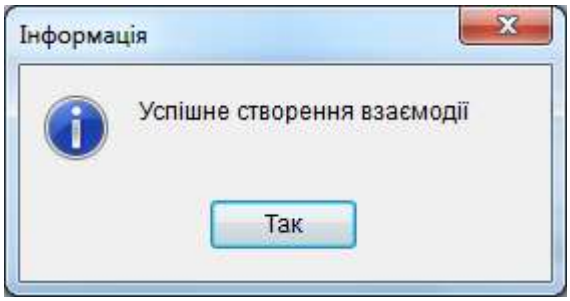




Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

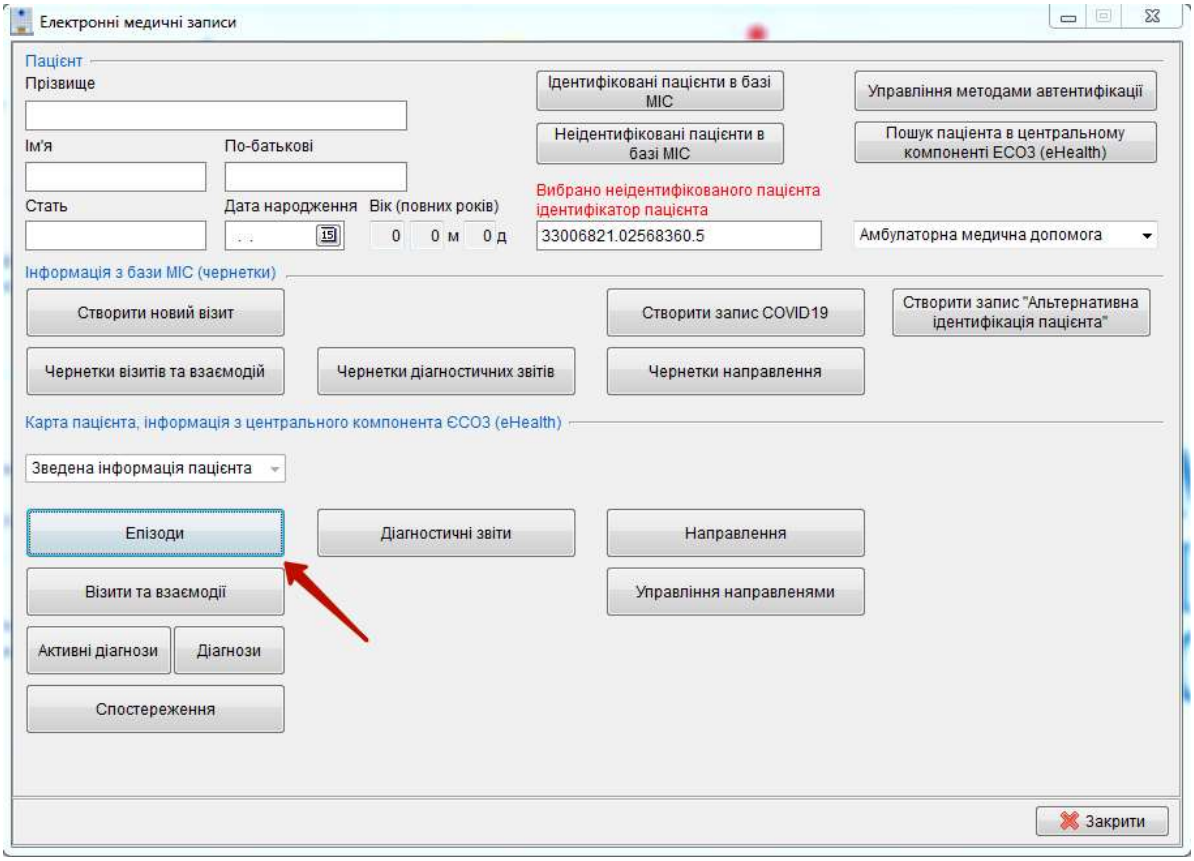
Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».



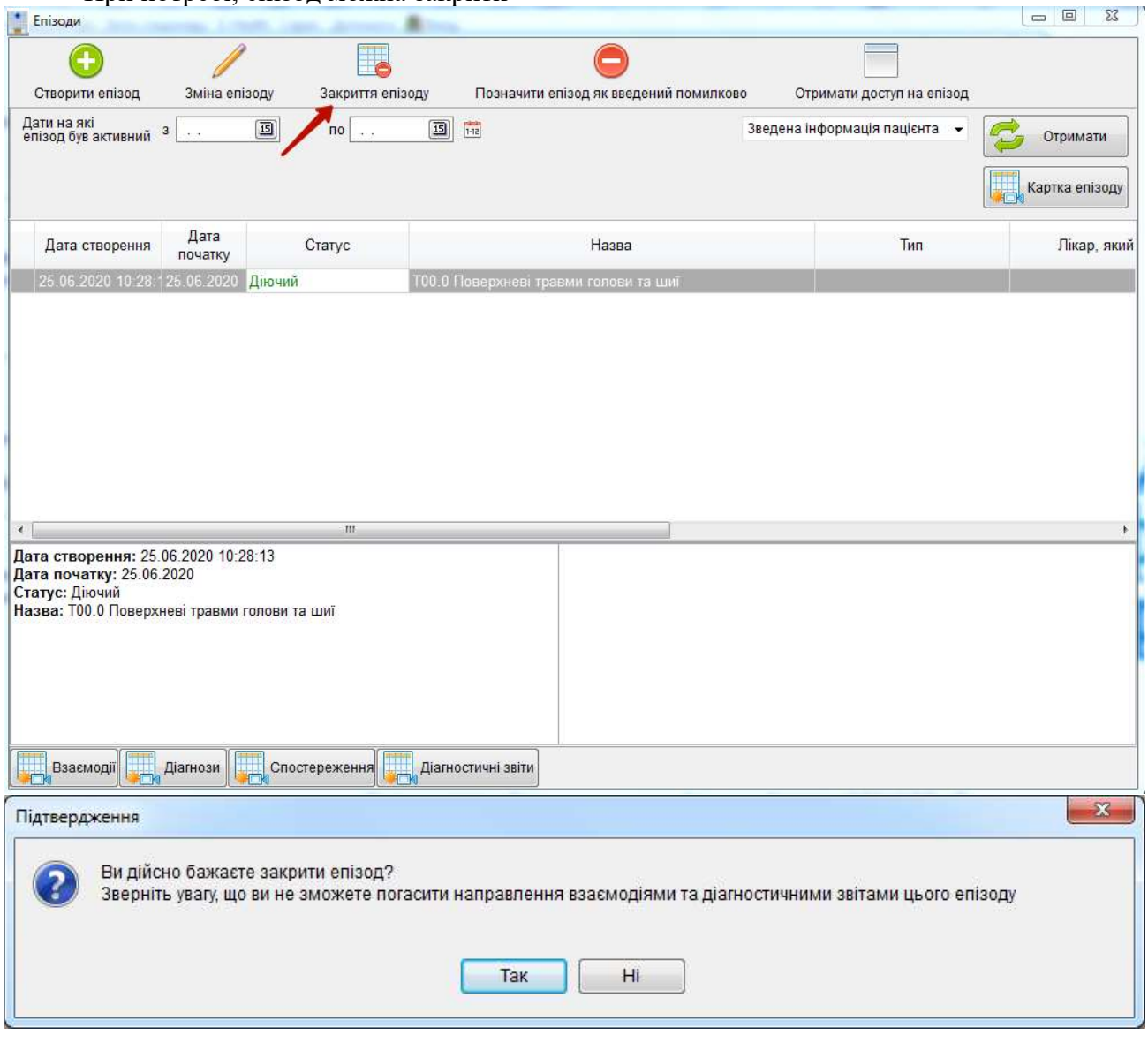


Зверніть увагу! Тепер неідентифікованому пацієнту можна створити взаємодію з типом «Виписка пацієнта, який вибув зі стаціонару», детальна інструкція створення якої описана в пункті

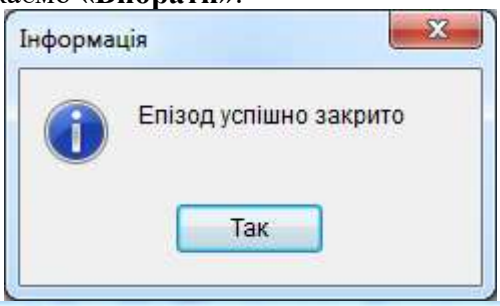
Переглянуті створені епізоди по не ідентифікованій особі можливо за допомогою кнопки **«Епізоди»** в головному вікні ЕМЗ.

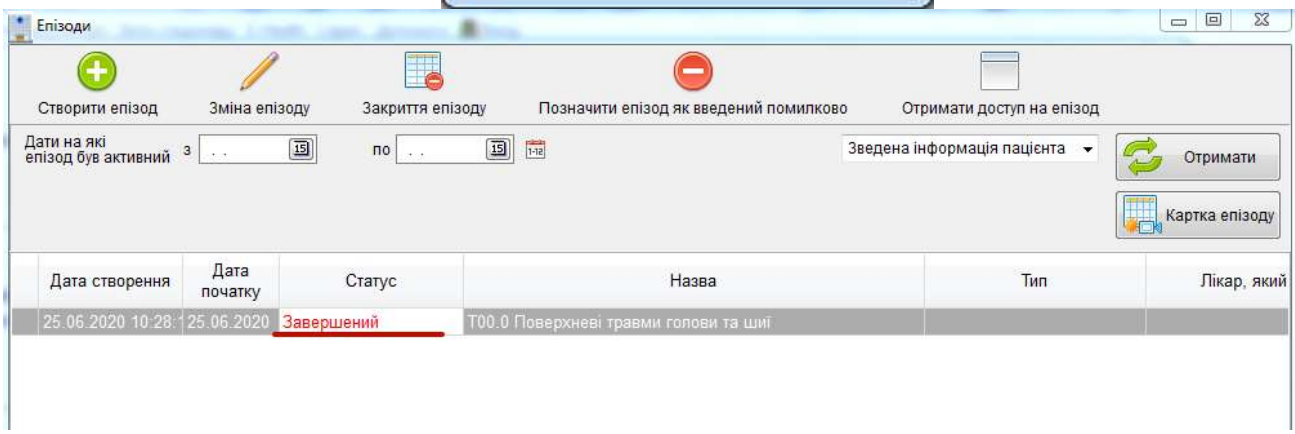


При потребі, епізод можна закрити

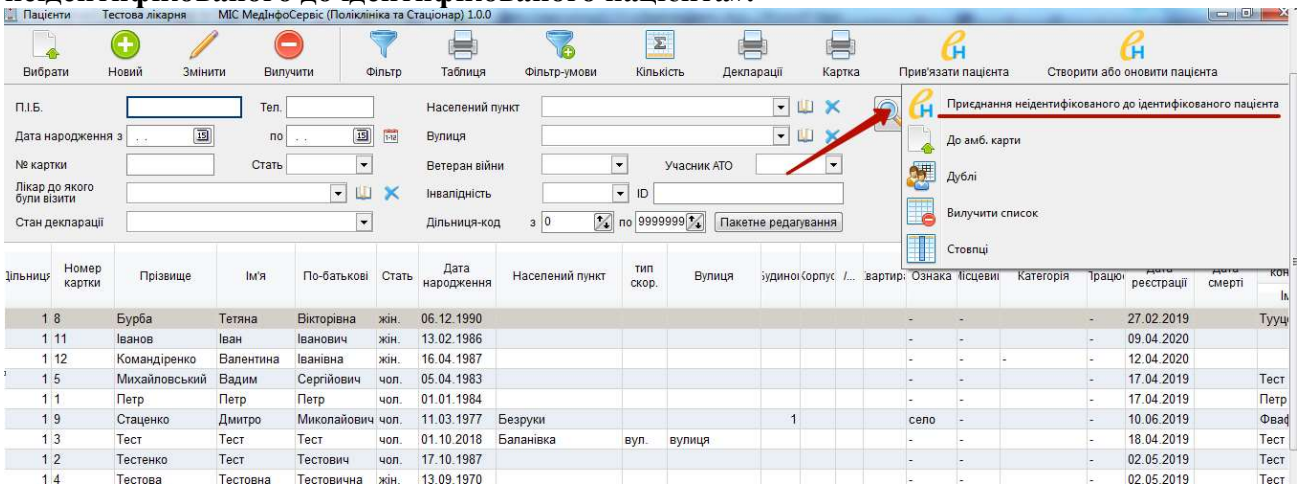


Заповнивши поля, натискаємо **«Вибрати»**.

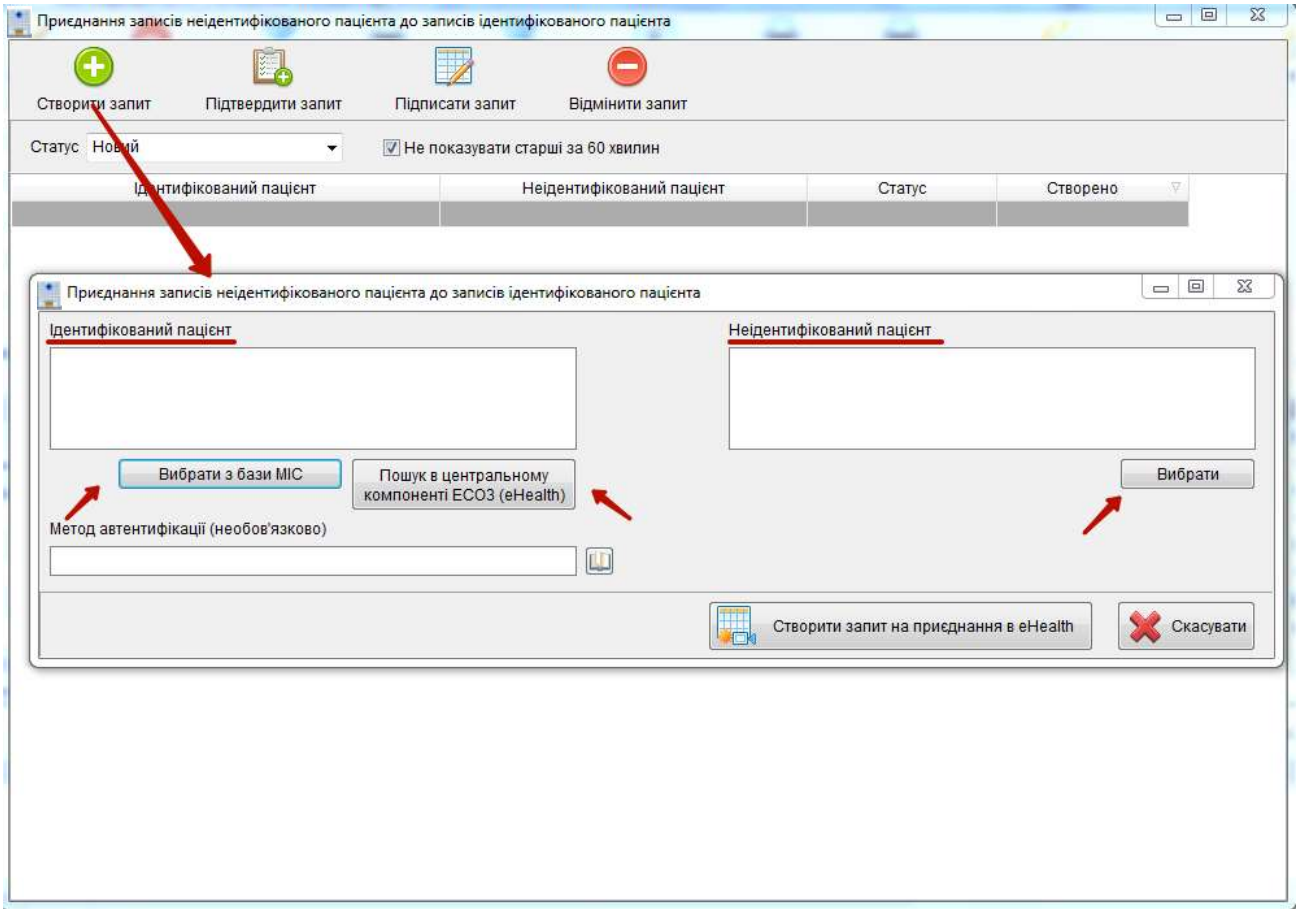




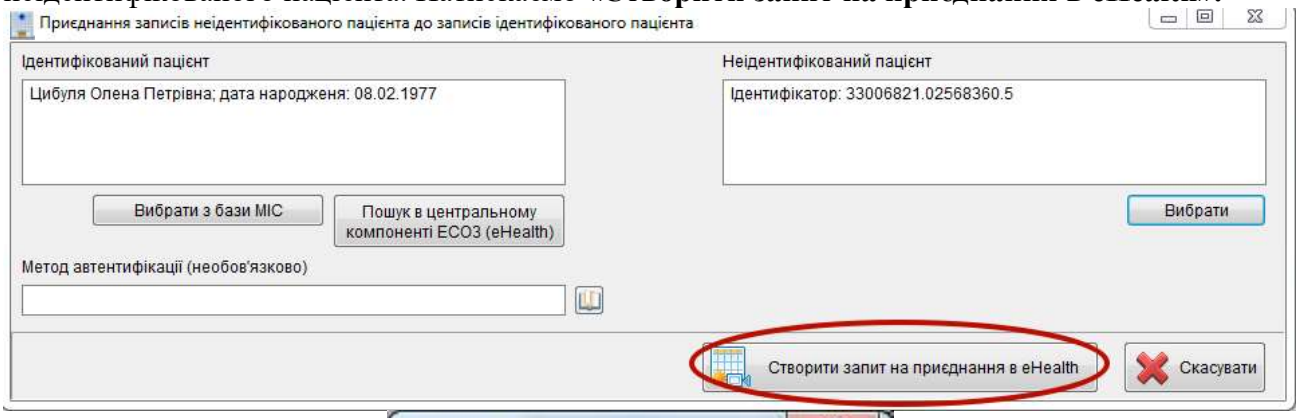
У випадку, коли є необхідність об’єднати ідентифікованого пацієнта з бази МІС з неідентифікованим, необхідно перейти в реєстр пацієнтів за допомогою кнопки **«Ідентифіковані пацієнти в базі МІС».** У верхній частині вікна обираємо **«Приєднання неідентифікованого до ідентифікованого пацієнта».**

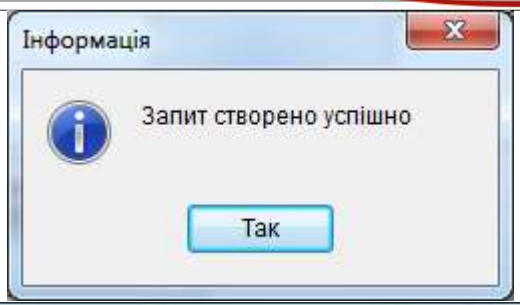


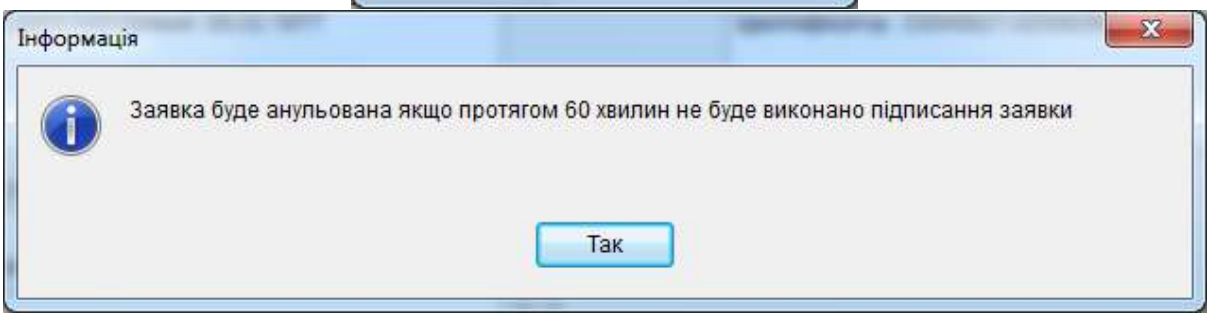
У вікні, що відкрилось натискаємо **«Створити запит»**



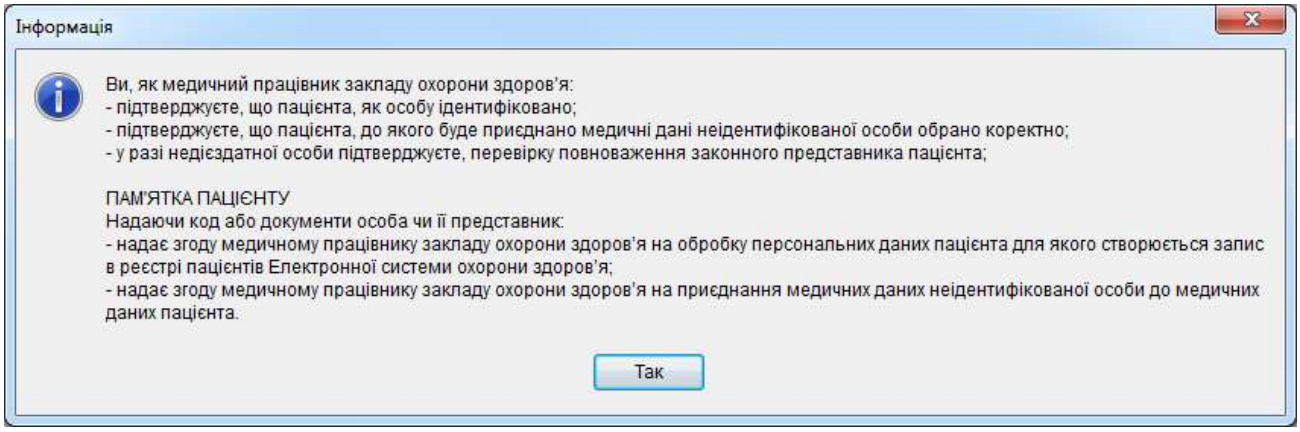
В лівій частині обираємо ідентифікованого пацієнта або **з бази МІС**, або, здійснивши **«Пошук в центральному компоненті ЕСОЗ»,** а в правій частині обираємо неідентифікованого пацієнта. Натискаємо **«Створити запит на приєднання в eHealth».**



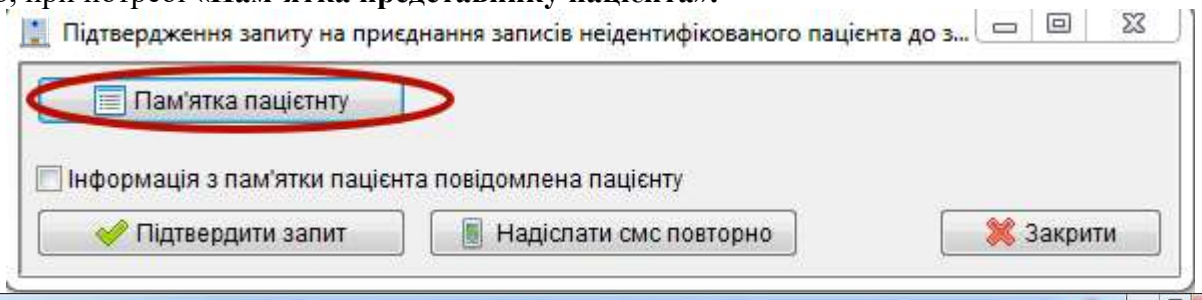


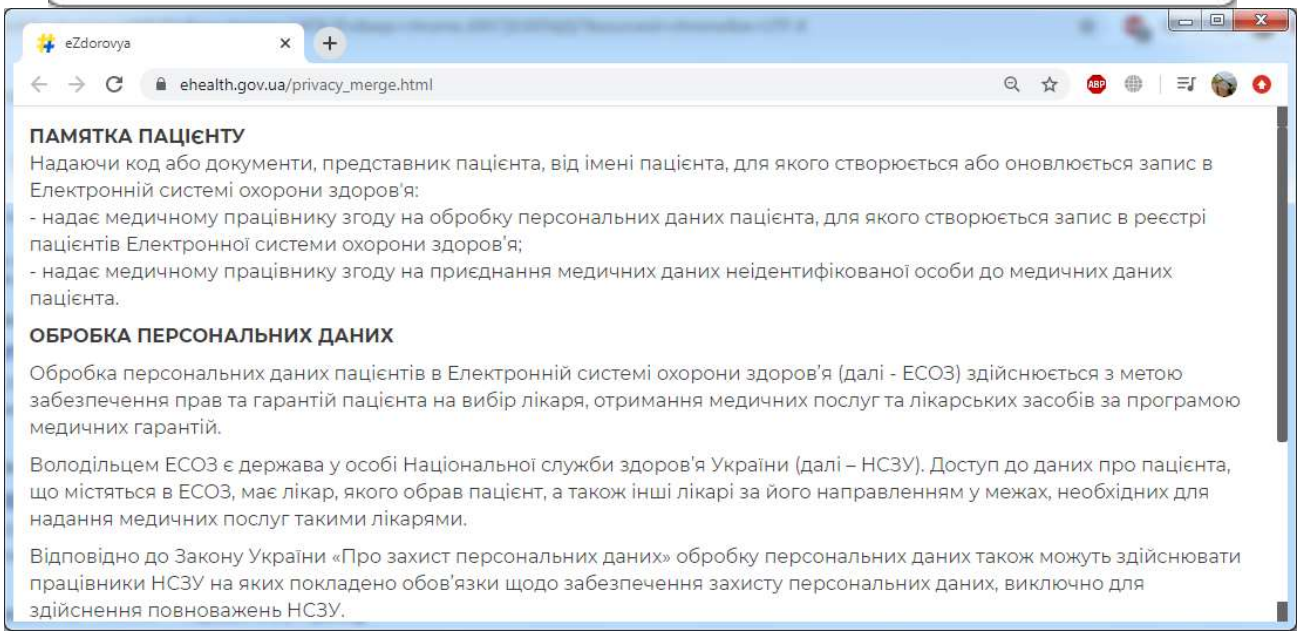


Необхідно ознайомитись самому і прочитати пацієнтові наступну пам’ятку і натиснути «Так».

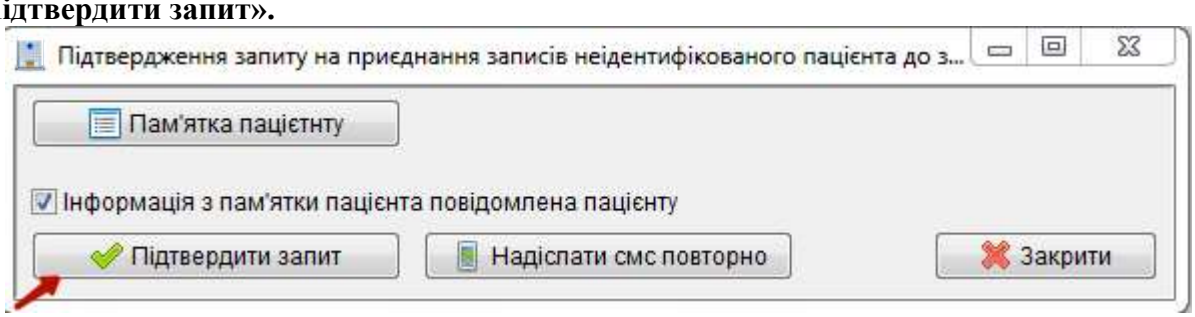


В наступному вікні можна роздрукувати пам’ятку, натиснувши **«Пам’ятка пацієнту»** або, при потребі **«Пам’ятка представнику пацієнта».**

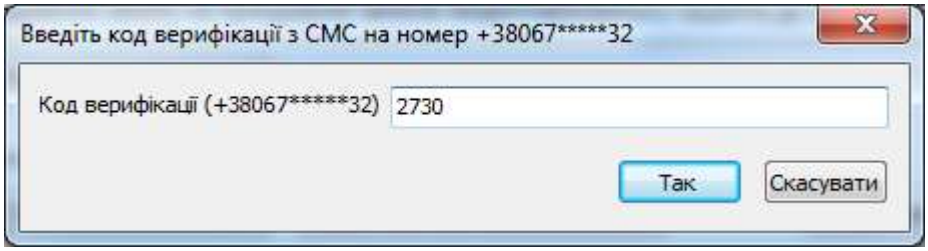




Далі, ставимо галочку, **«Інформація з пам’ятки повідомлена пацієнту»** і натискаємо **«Підтвердити запит».**

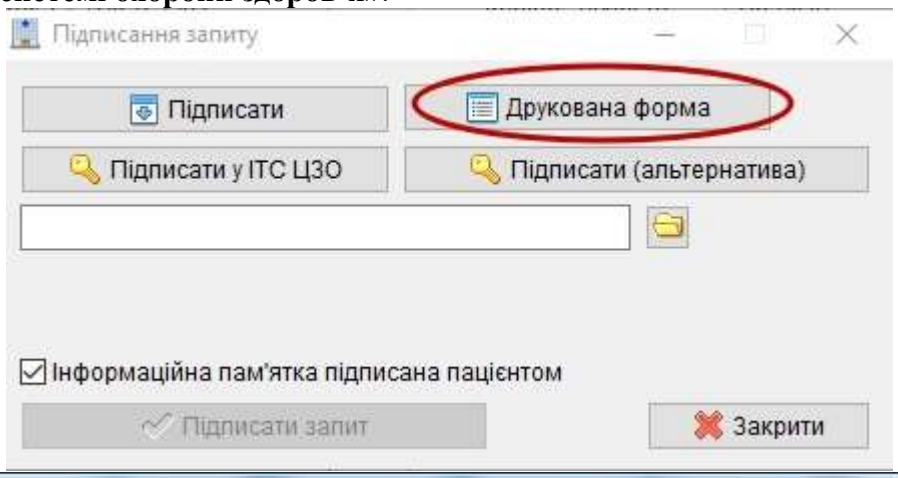


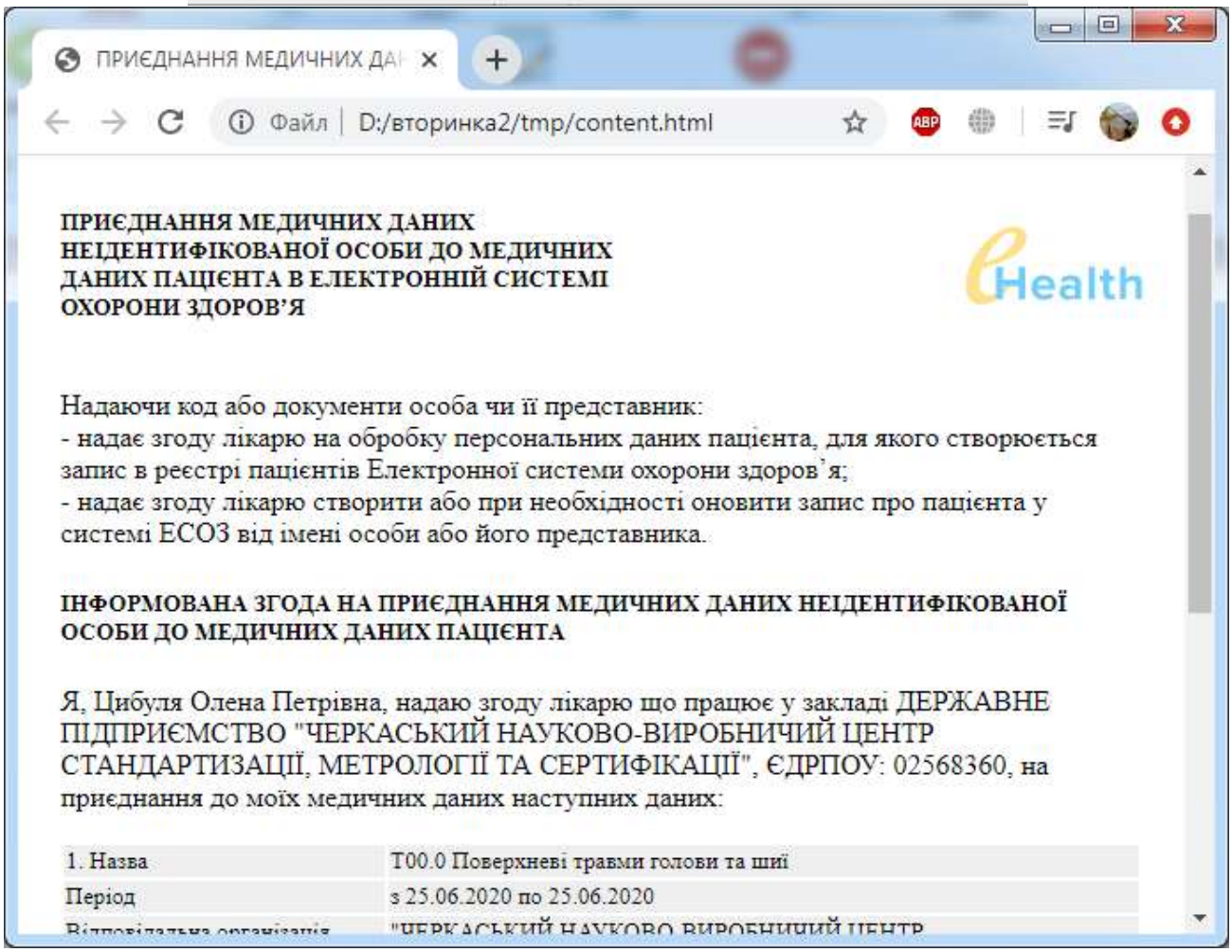
У вікні, що відкрилося вносимо код з СМС повідомлення, яке надійшло пацієнту. У разі відсутності можна натиснути **«Надіслати смс повторно»**.



Натискаємо **«Так»**.

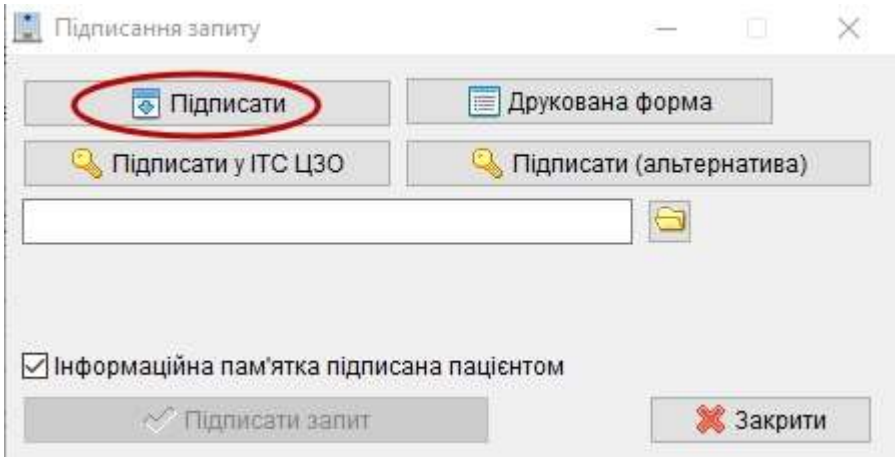
В наступному вікні варто роздрукувати форму **«Реєстрація запису про пацієнта в електронній системі охорони здоров'я»**.



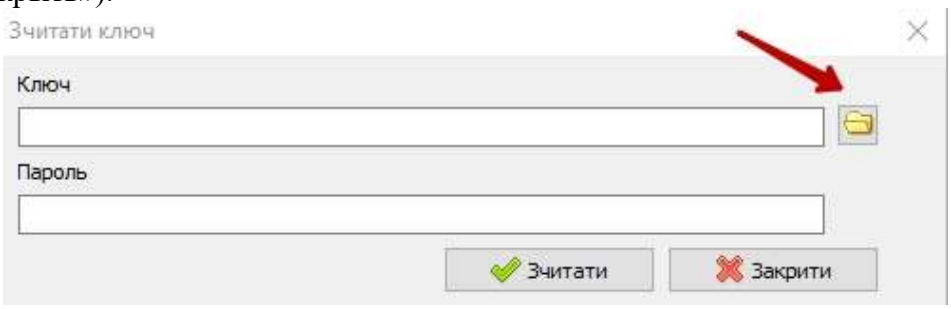


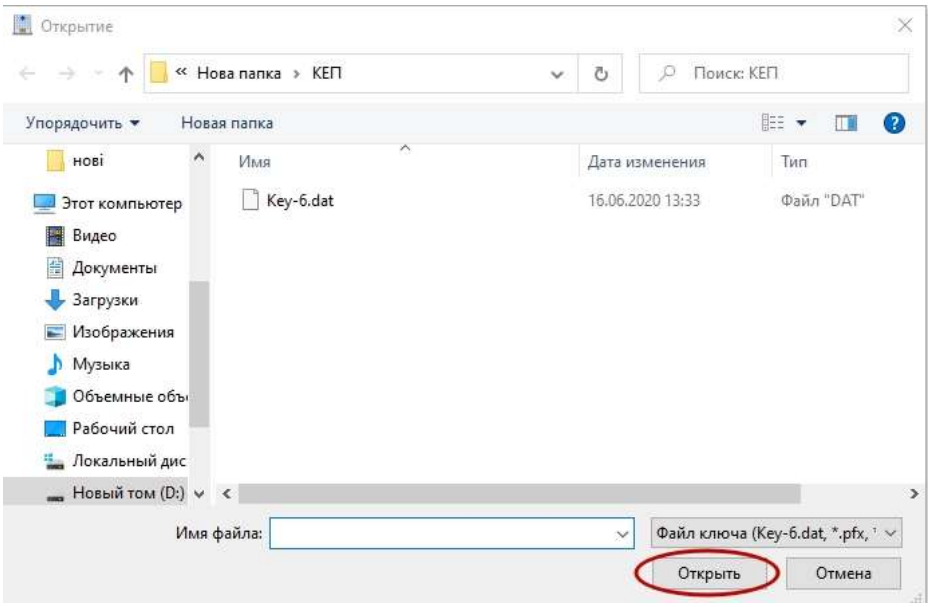
Після підпису пацієнта, один екземпляр залишається лікарю, інший – забирає пацієнт.

Далі, ставимо галочку, що **«Інформаційна пам'ятка підписана пацієнтом»** і підписуємо КЕПом.



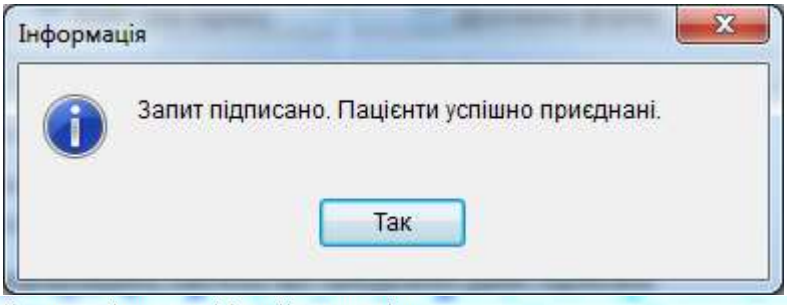
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).

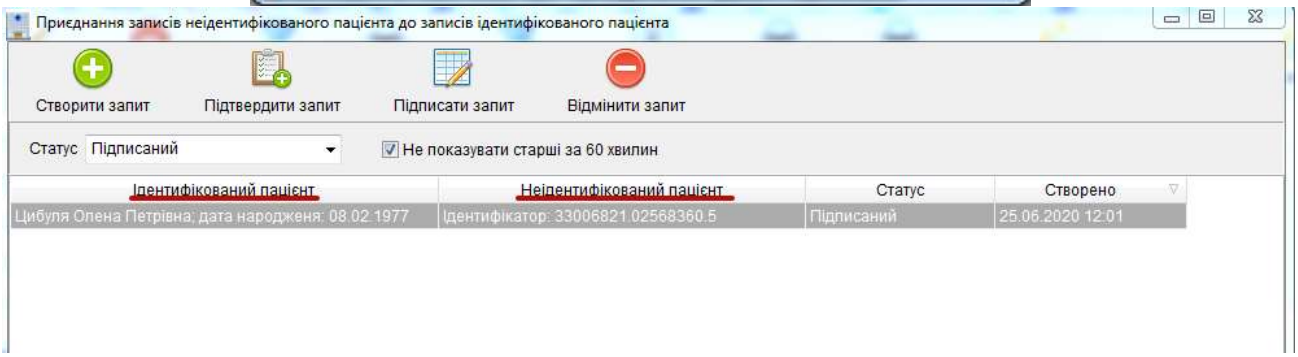




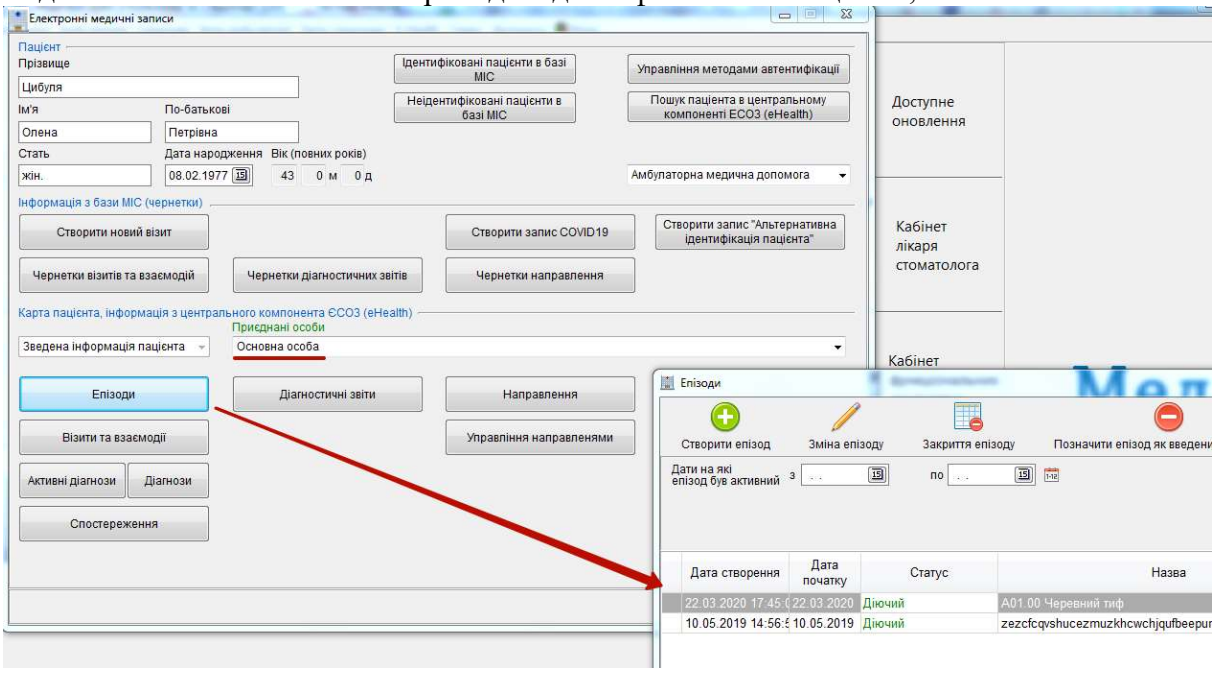
Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».

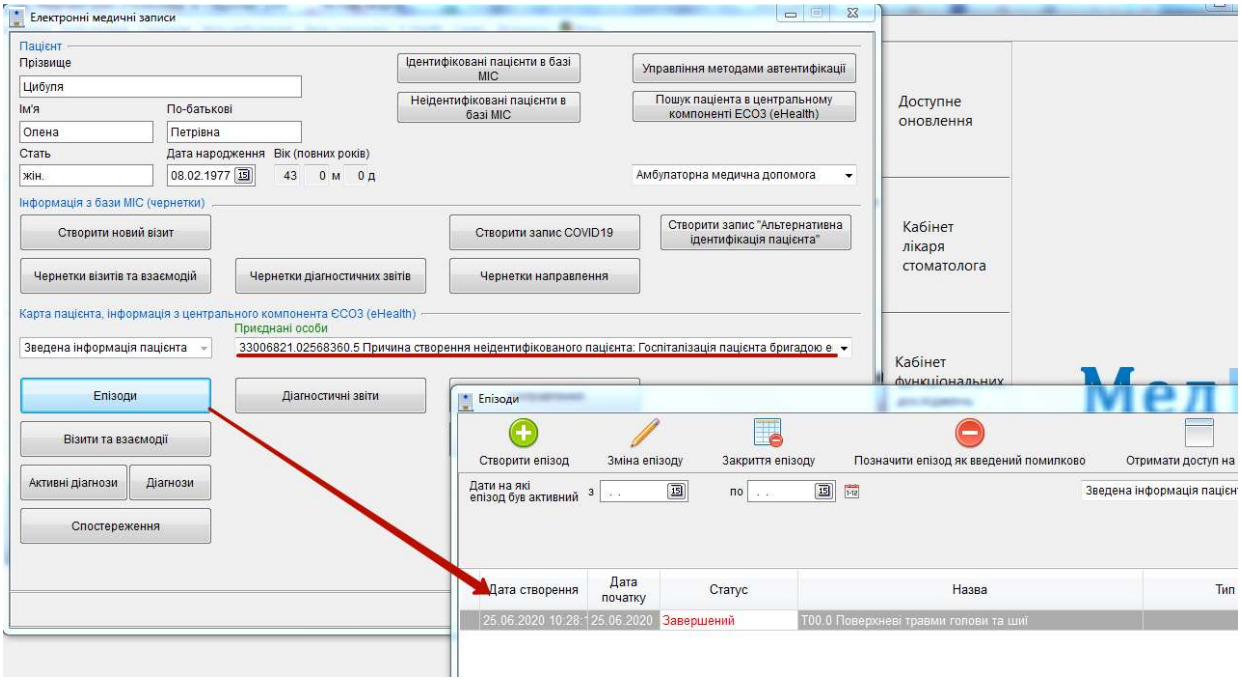




Таким чином, зайшовши в ЕМЗ пацієнта, до якого приєднали неідентифікованого, в епізодах можна побачити як створені для ідентифікованого пацієнта,

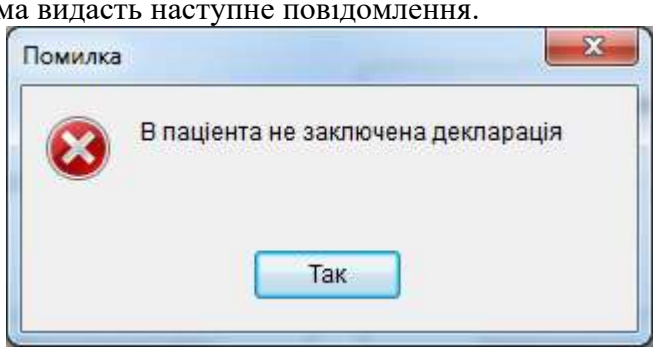


так і по приєднаній особі.



9.6 Робота з ЕМЗ для закладів ПЕРВИННОЇ МЕДИЧОЇ ДОПОМОГИ

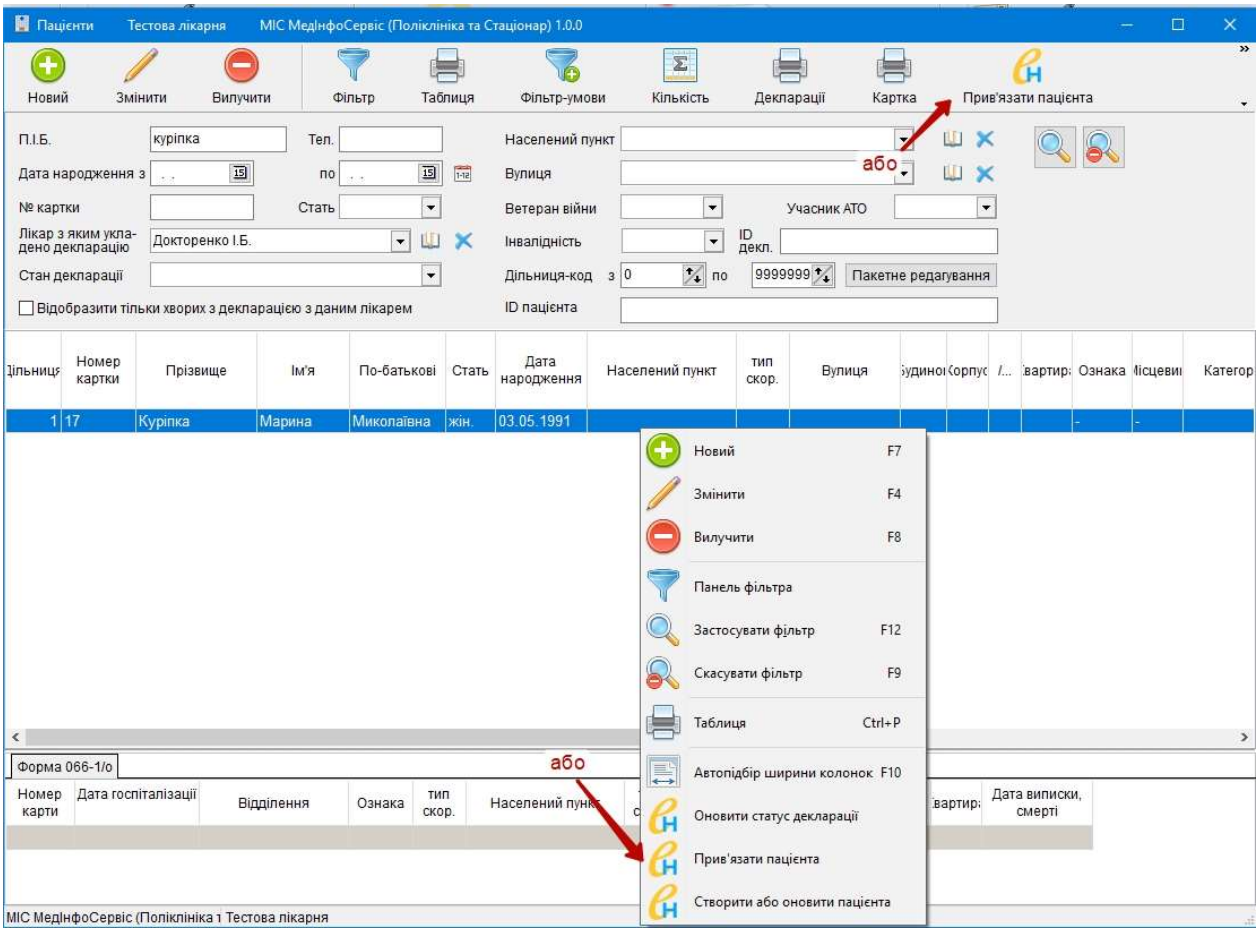
Для початку роботи з ЕМЗ, пацієнта слід обрати з бази, ввівши перші три літери прізвища. У випадку, якщо пацієнта створили в ЕСОЗ, але декларацію з сімейним лікарем він ще не укладав, програма видасть наступне повідомлення.



Необхідно створити декларацію. І тільки потім можлива робота з даним пацієнтом в ЕСОЗ.

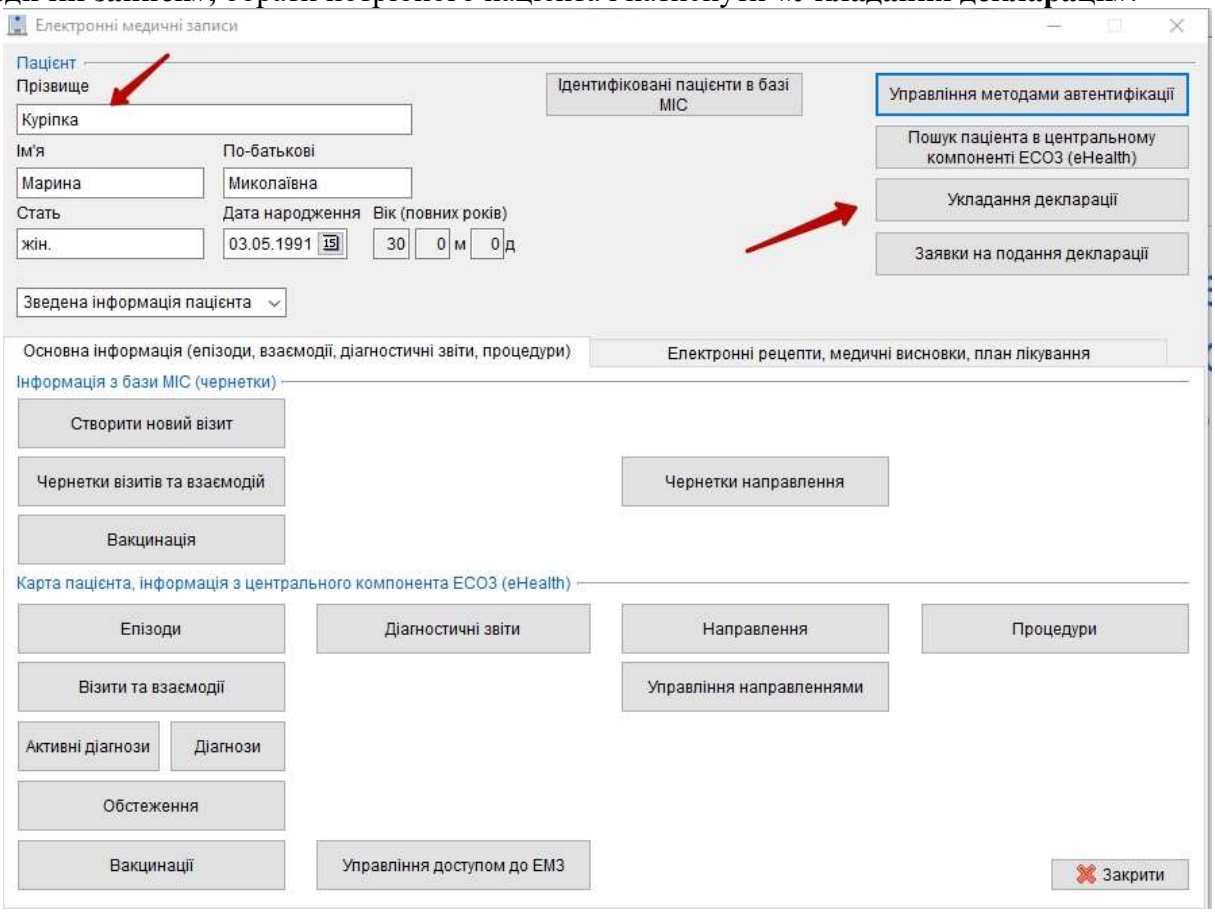
9.6.1 Укладання декларації

У реєстрі пацієнтів потрібно вибрати необхідного пацієнта та перед створенням декларації необхідно перевірити коректність внесених даних, і при необхідності внести зміни, за допомогою кнопки **«Змінити»**. Наступним кроком є «Прив'язка пацієнта»



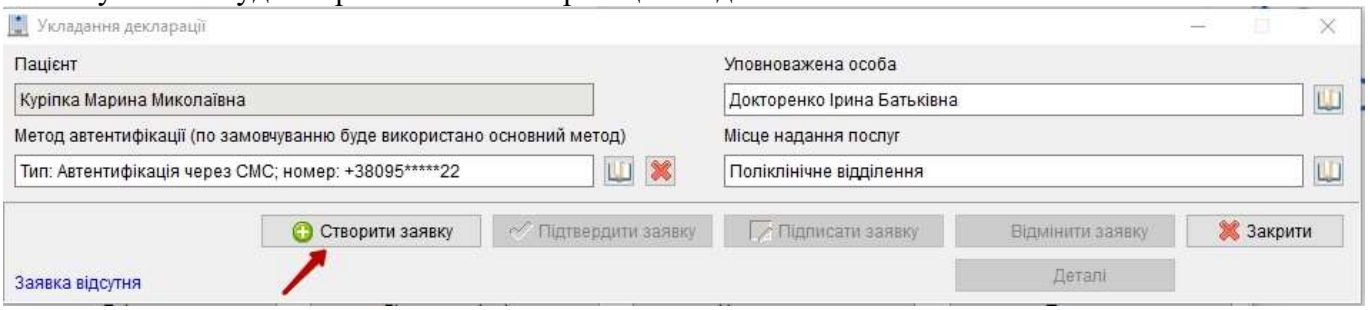
У випадку, якщо пацієнта знайдено в ЕСОЗ, то його необхідно вибрати і можна переходити до укладання декларації. В протилежному випадку – слід створити, як описано в **пункті 9.3.**

Для укладання декларації «прив'язаній» особі, необхідно відкрити **«Електронні медичні записи»,** обрати потрібного пацієнта і натиснути **«Укладання декларації»**.

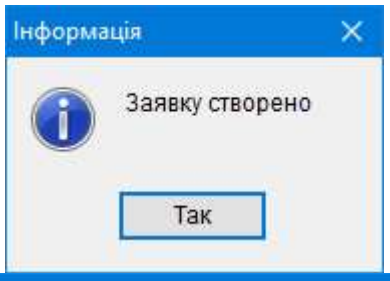


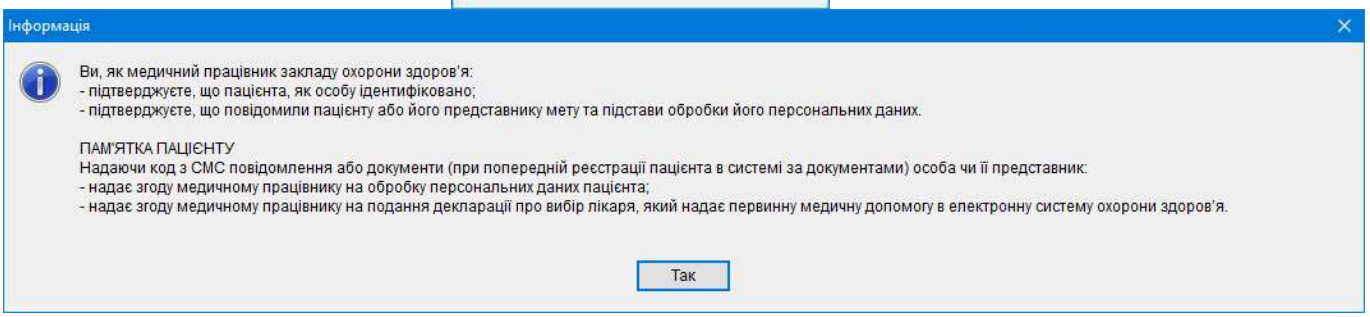
Спочатку потрібно буде вибрати метод авторизації: авторизація через СМС або через верифікацію документів.

Якщо в попередньому вікні були присутні записи про телефон пацієнта, то за замовчуванням буде запропоновано авторизацію за допомогою СМС.

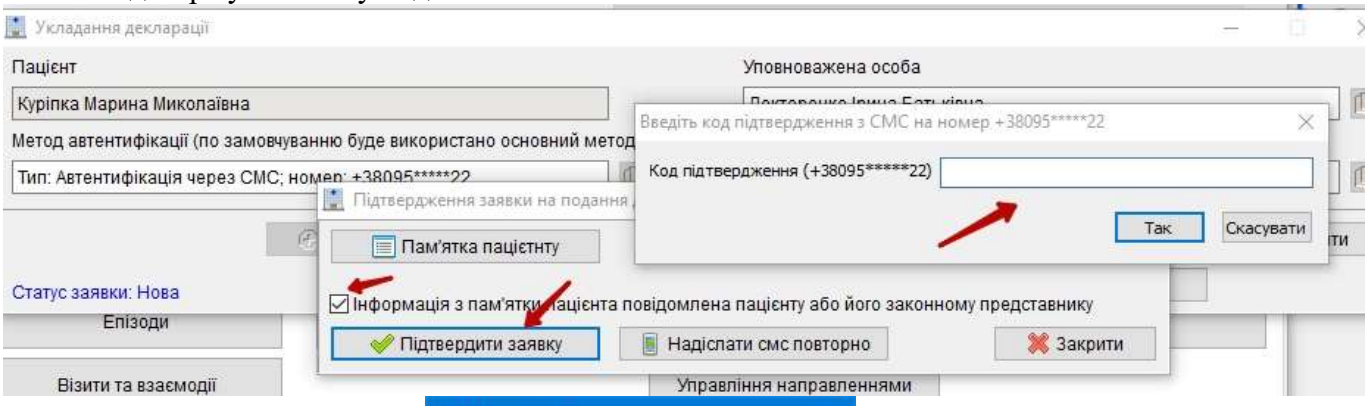


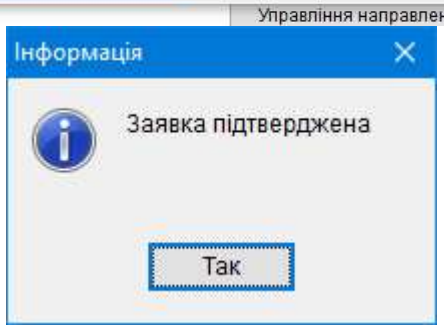
У вікні, що з’явилось перевірити актуальний номер телефону і натиснути **«Створити заявку».**



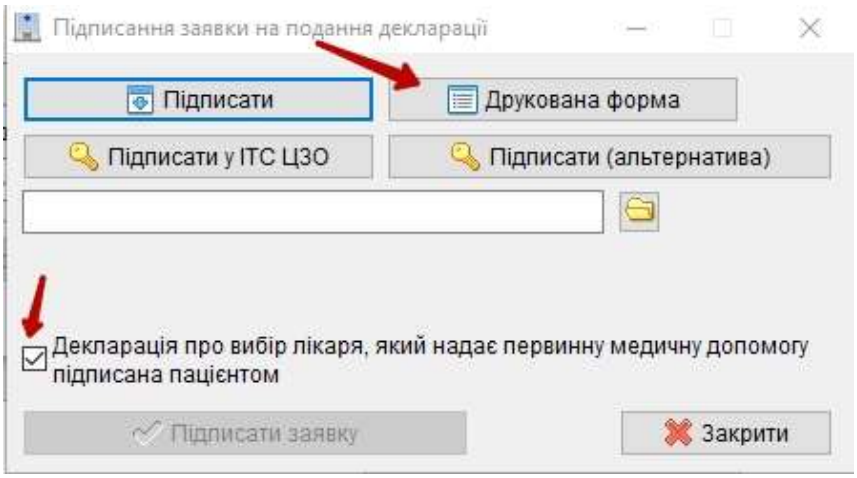


Підтвержуєм заявку кодом із СМС

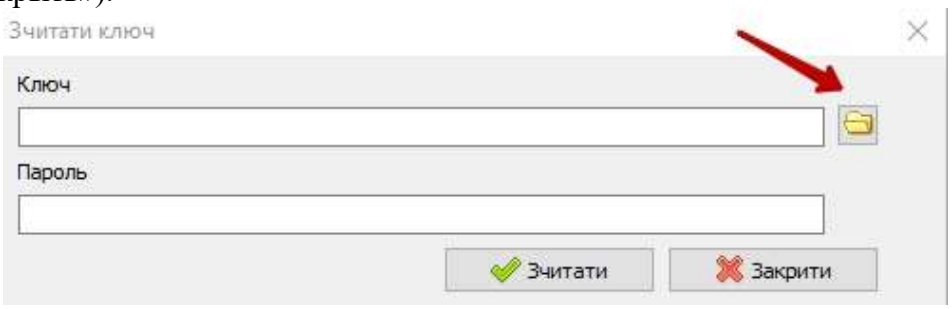


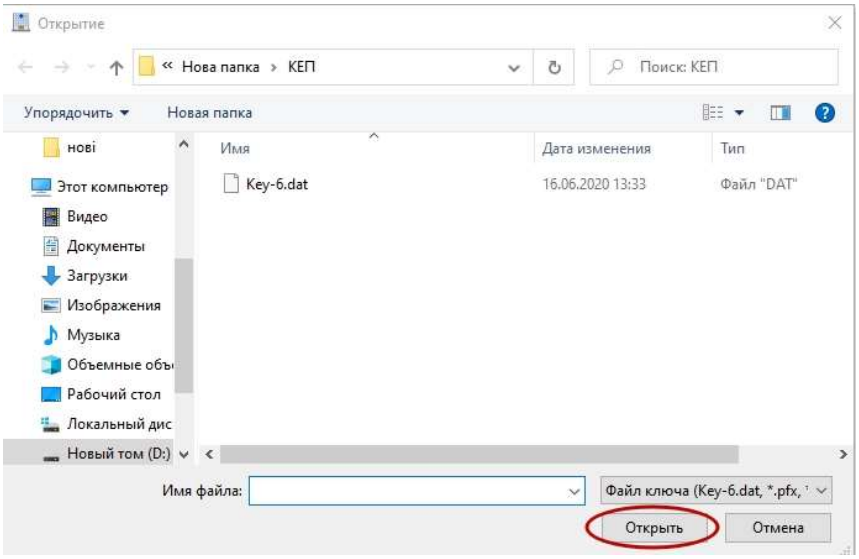


В наступному вікні можна роздрукувати декларацію, натиснувши **«Друкована форма»** (в браузері відкриється декларація, яку можна, при потребі, зберегти, а також обов'язково роздрукувати пацієнту)**,** відмітити галочкою, що **«Декларація про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу підписана пацієнтом»** і підписати.



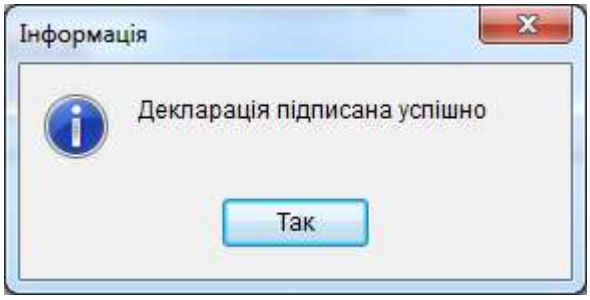
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).



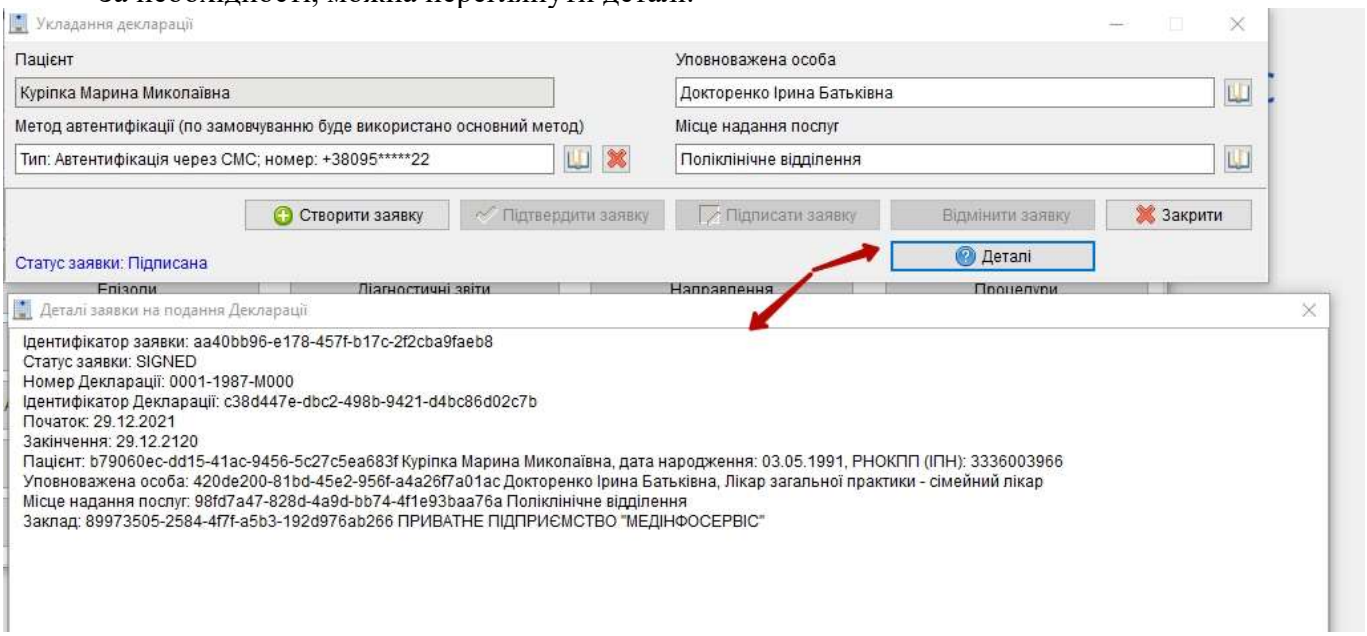


Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

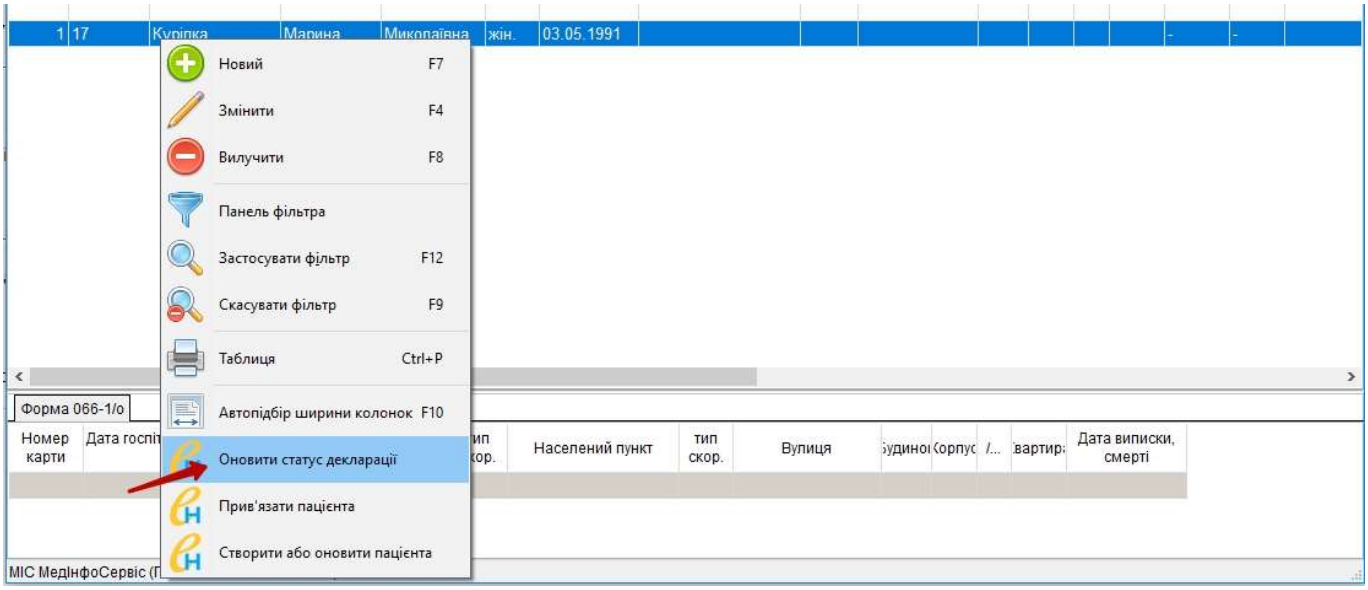
Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».



За необхідності, можна переглянути деталі.

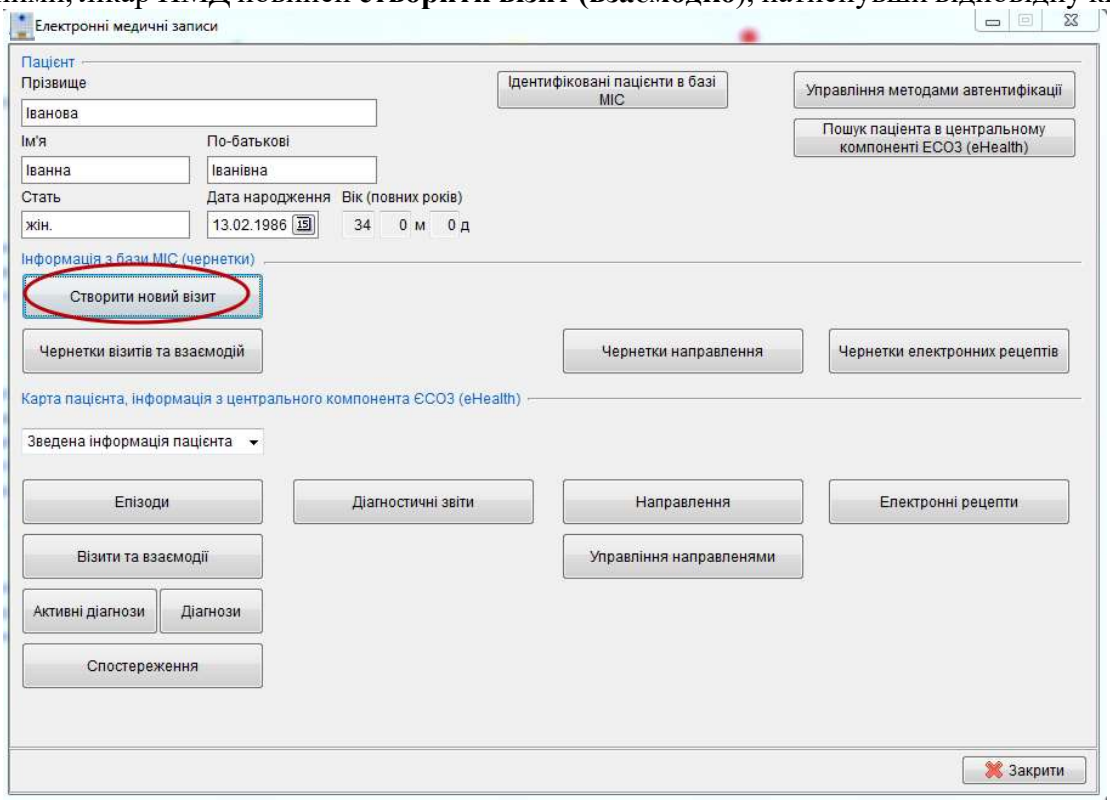


При потребі, в програмі, можна оновити статус. Для цього потрібно обрати пацієнта і викликати контекстне меню.



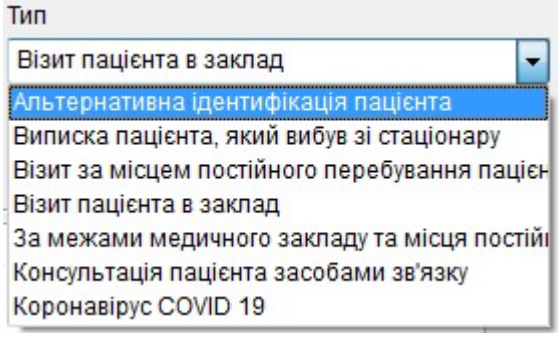
9.6.2 Створити візит (СТВОРЕННЯ ВЗАЄМОДІЇ/ЕПІЗОДУ)

Коли у пацієнта підписана декларація і всі кнопки головного вінка ЕМЗ стали активними, лікар ПМД повинен **створити візит (взаємодію**), натиснувши відповідну кнопку.



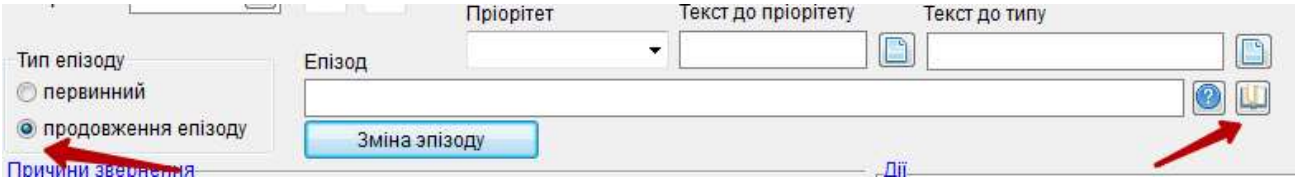
Поля для заповнення взаємодії:

- **дата (час) початку та завершення** візиту;
- **«Виконавець»** та **«Місце надання послуг»**;
- **«Пріоритет»** (примусове, планове, ургентне), при потребі **«Текст до пріорітету»**,
- **«Тип»** взаємодії

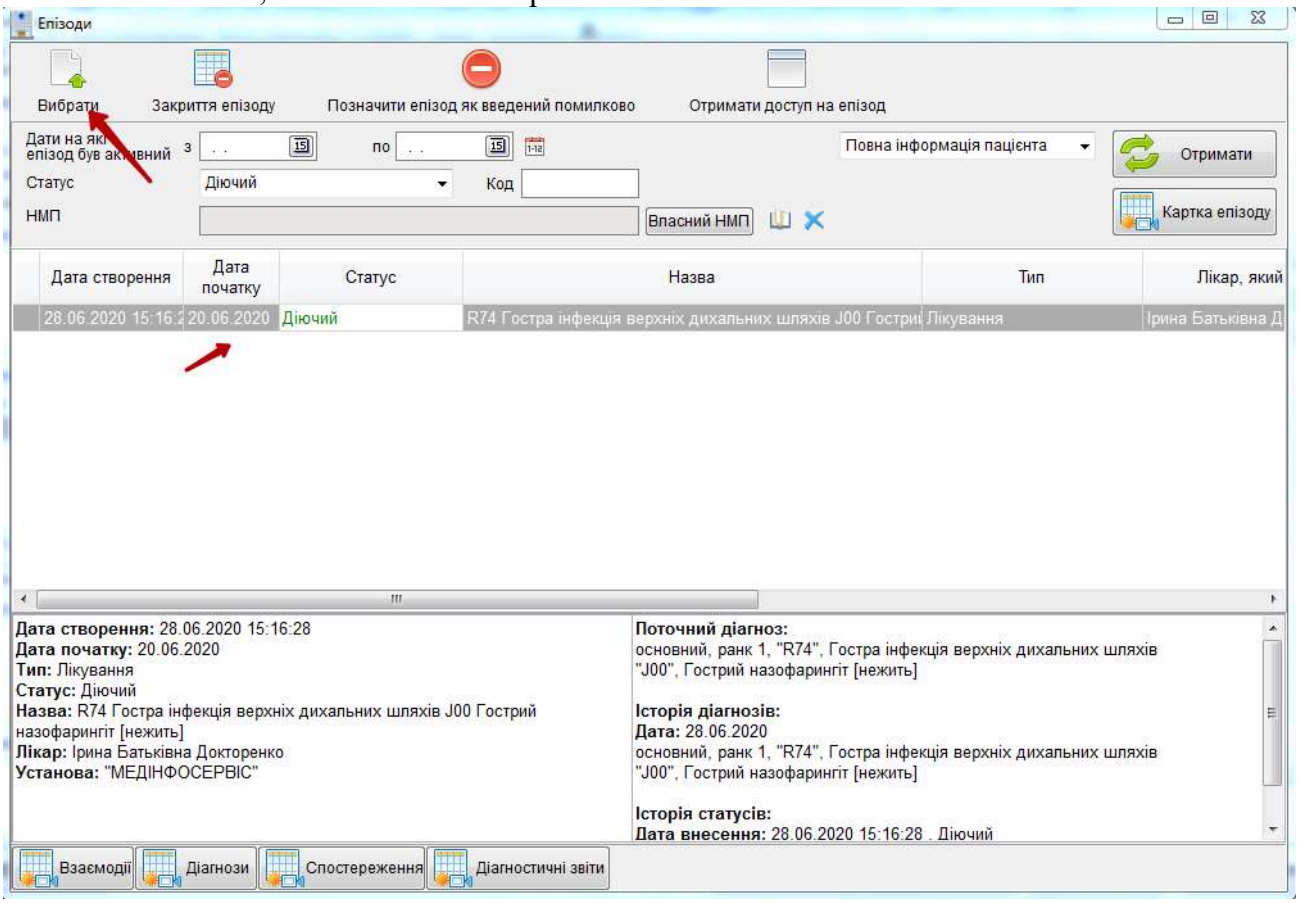


- **«Тип епізоду»**
  - **Первинний.** Згідно інструкції НСЗУ (**Оглядовий матеріал. Частина 1,2**), **новий епізод створюється** при першому зверненні пацієнта в заклад/до лікаря з медичною проблемою або за потреби (хронічне або виліковне захворювання, вакцинація, адміністративні потреби тощо); при новому випадку нехронічного захворювання, при зміні закладу.
  - **Продовження епізоду.** Згідно інструкції НСЗУ (**Оглядовий матеріал. Частина 1,2**), **новий епізод НЕ створюється** при повторних зверненнях в процесі лікування одного захворювання (*за виключенням - госпіталізація*), або, якщо вже є епізод з активним статусом, що стосується даної проблеми (*за виключенням – не закритого своєчасно епізоду з таким же діагнозом*).

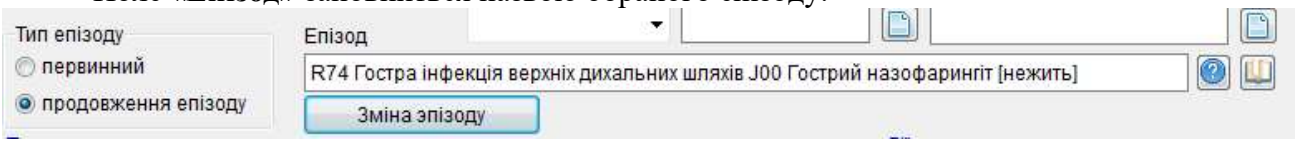
При продовженні епізоду, потрібно обрати його в полі **«Епізод»,** за допомогою кнопки



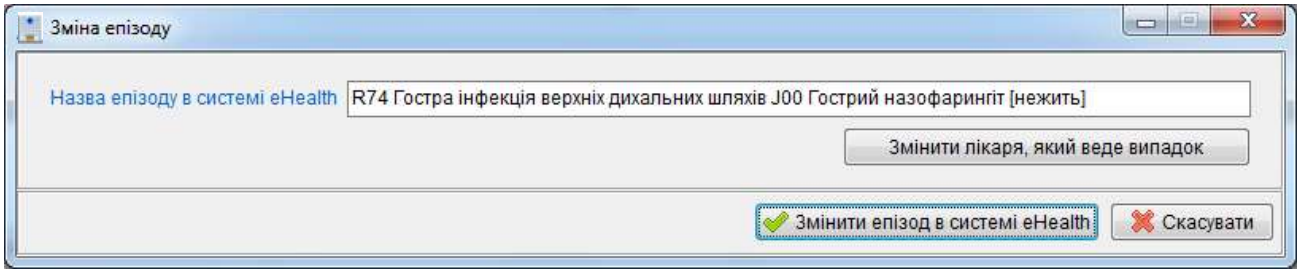
У вікні, що з’явилось обираємо рядок з потрібним епізодом подвійним натисканням лівої клавіші миші, або кнопкою «Вибрати».



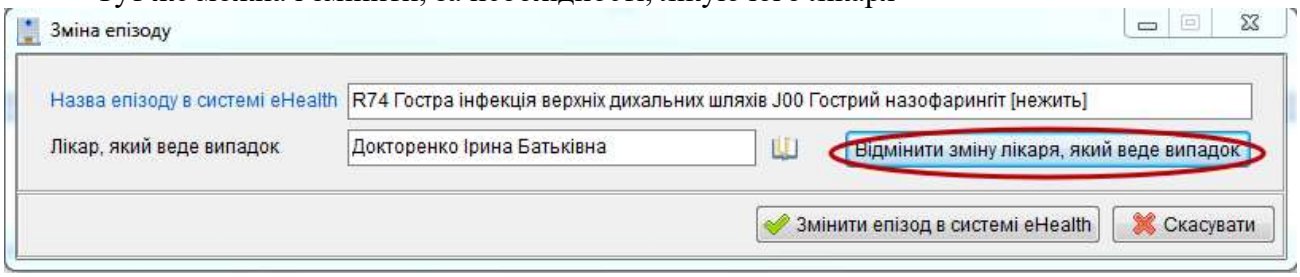
Поле **«Епізод»** заповниться назвою обраного епізоду.



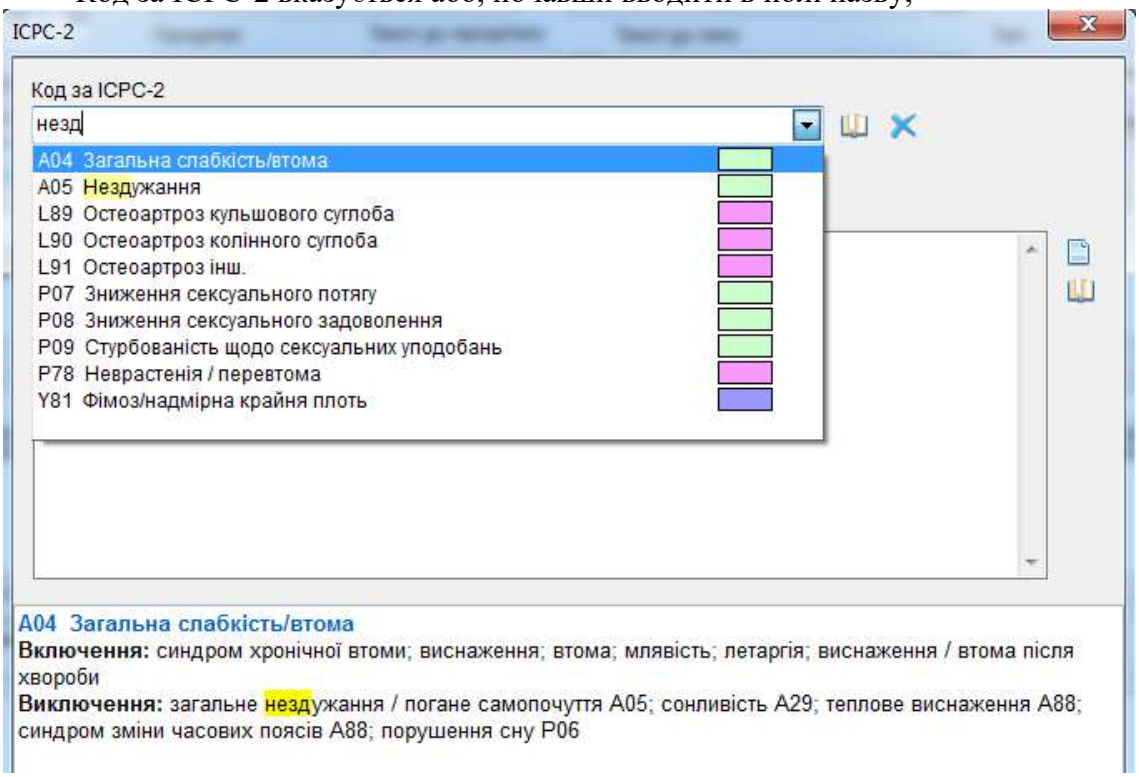
При необхідності, назву епізоду можна змінити за допомогою кнопки **«Зміна епізоду».**



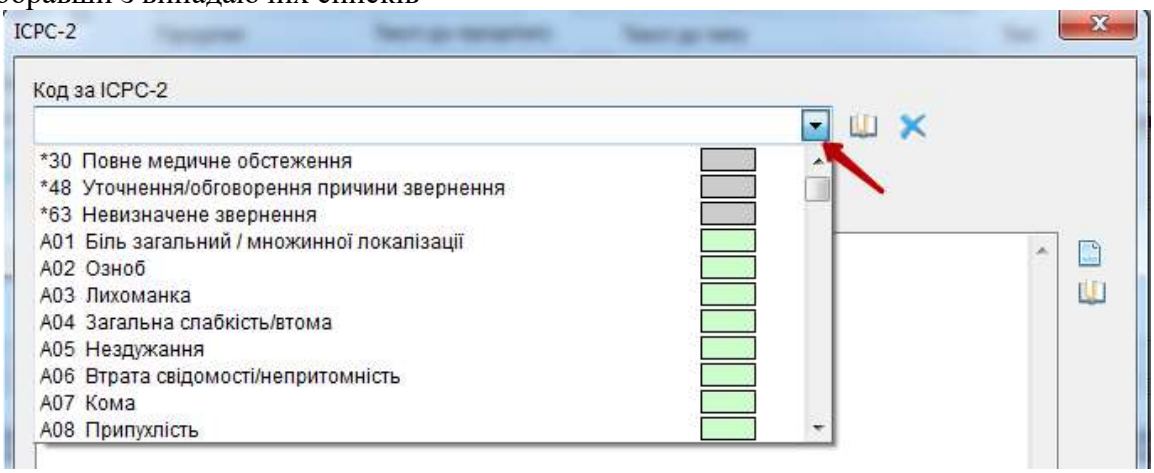
Тут же можна і змінити, за необхідності, лікуючого лікаря



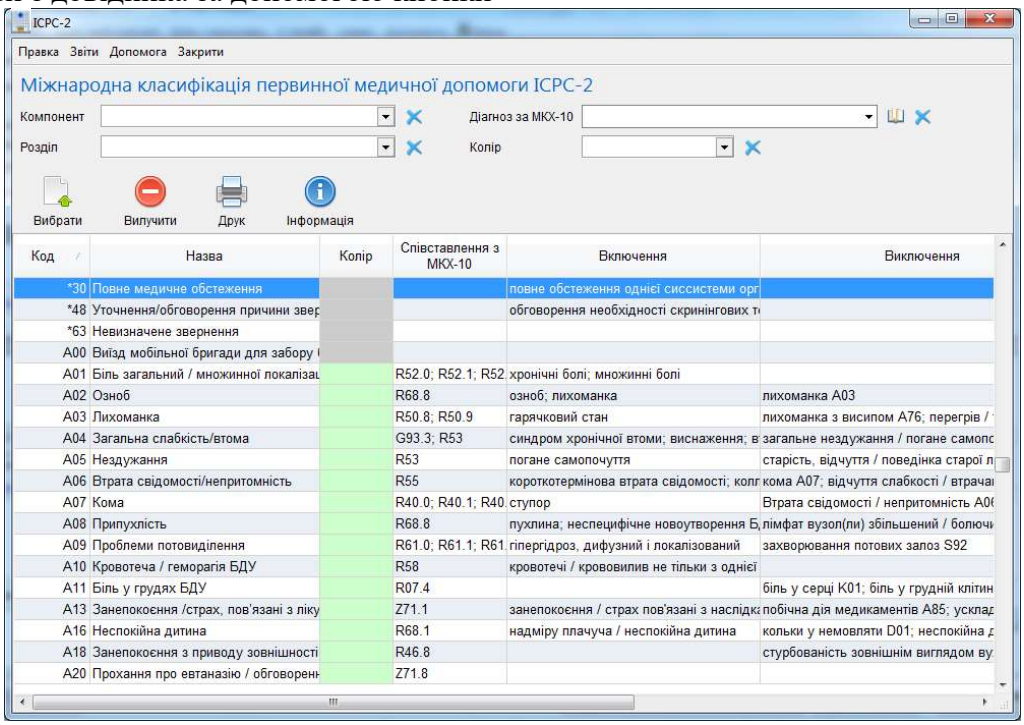
- **«Причини звернення» -** причина вказується згідно міжнародного класифікатора первинної медичної допомоги ICPC-2. Всі причини додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , .
  Код за ICPC-2 вказується або, почавши вводити в полі назву,



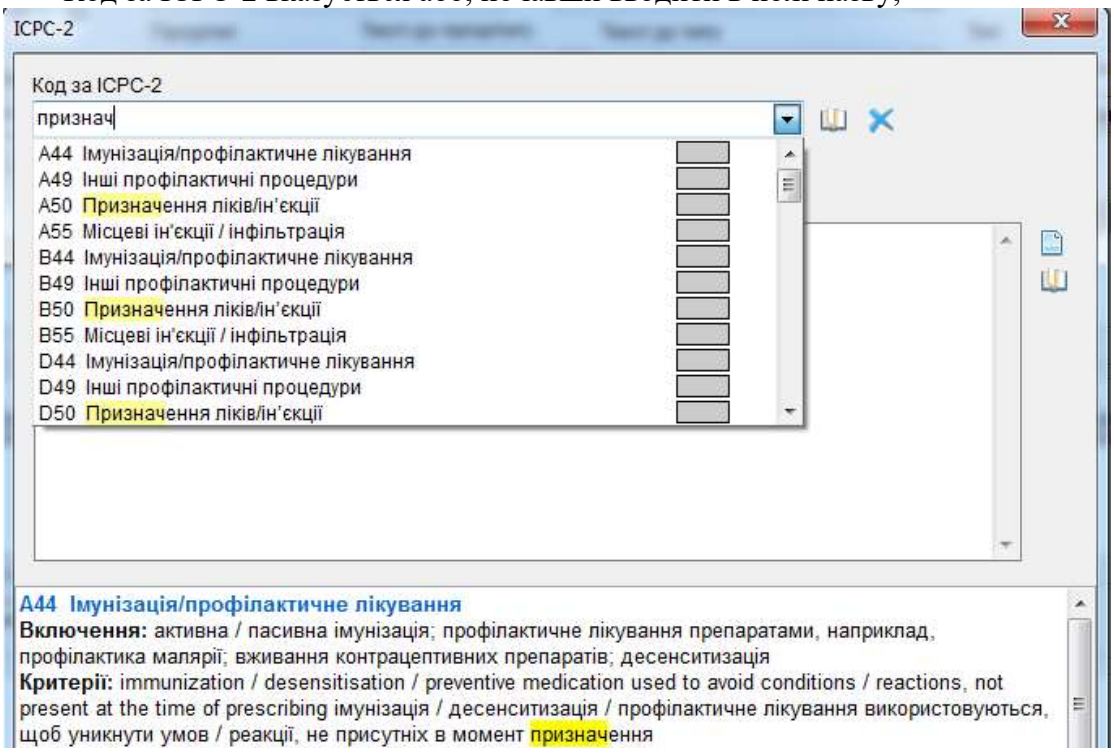
або обравши з випадаючих списків



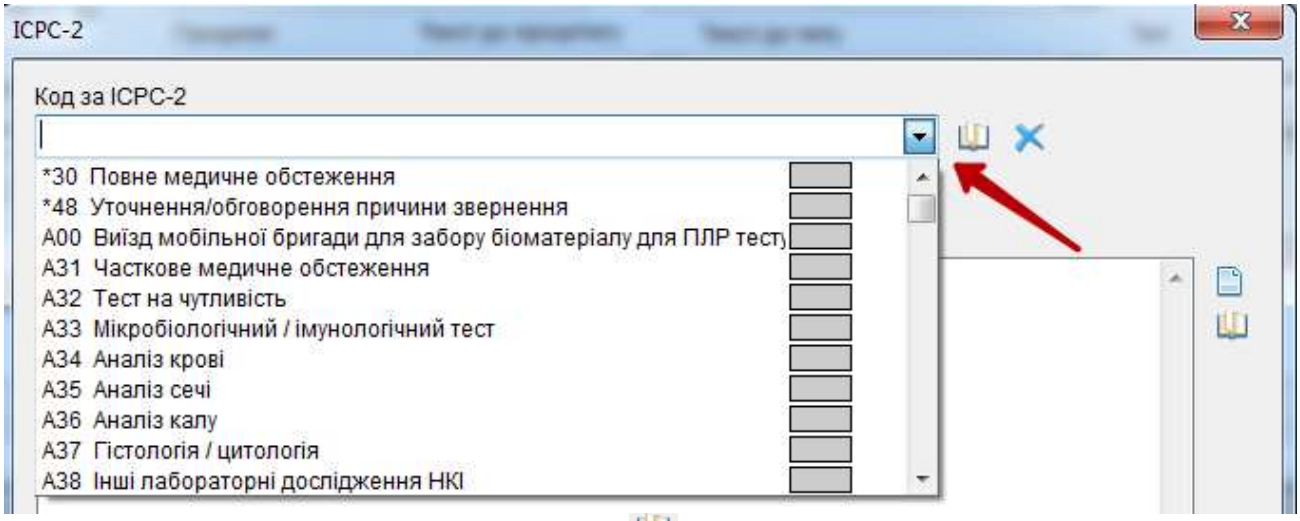
або обрати з довідника за допомогою кнопки



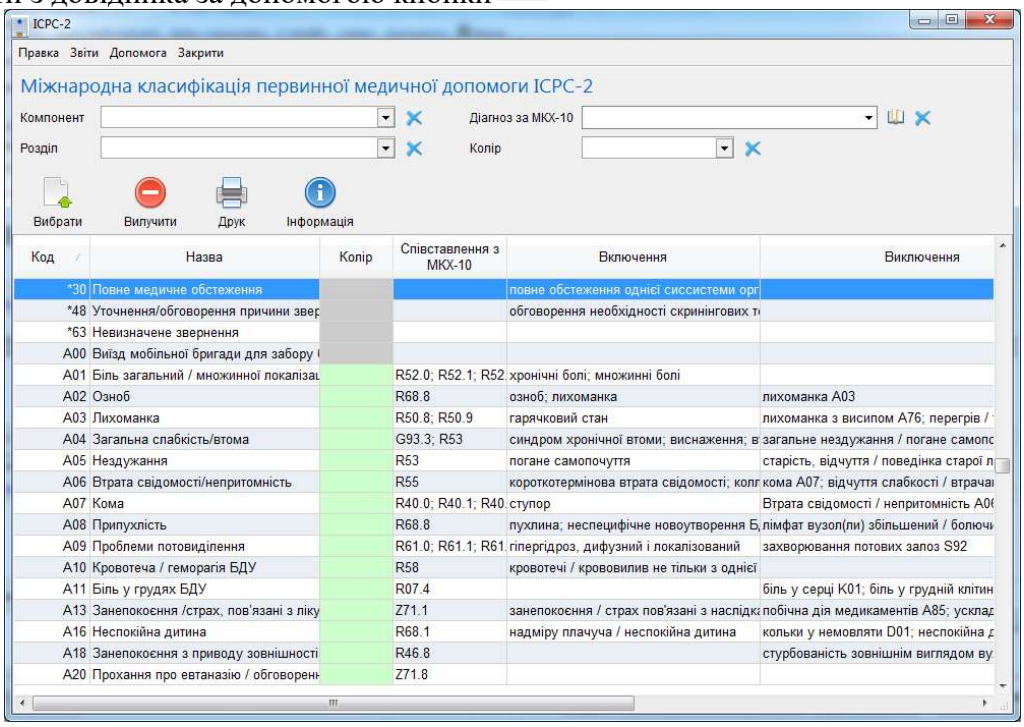
- **«Дії» -** вносяться дії та процедури, які були проведені під час взаємодії. Вносяться з міжнародного класифікатора первинної медичної допомоги ICPC-2. Всі дії додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , .
  Код за ICPC-2 вказується або, почавши вводити в полі назву,



або обравши з випадаючих списків

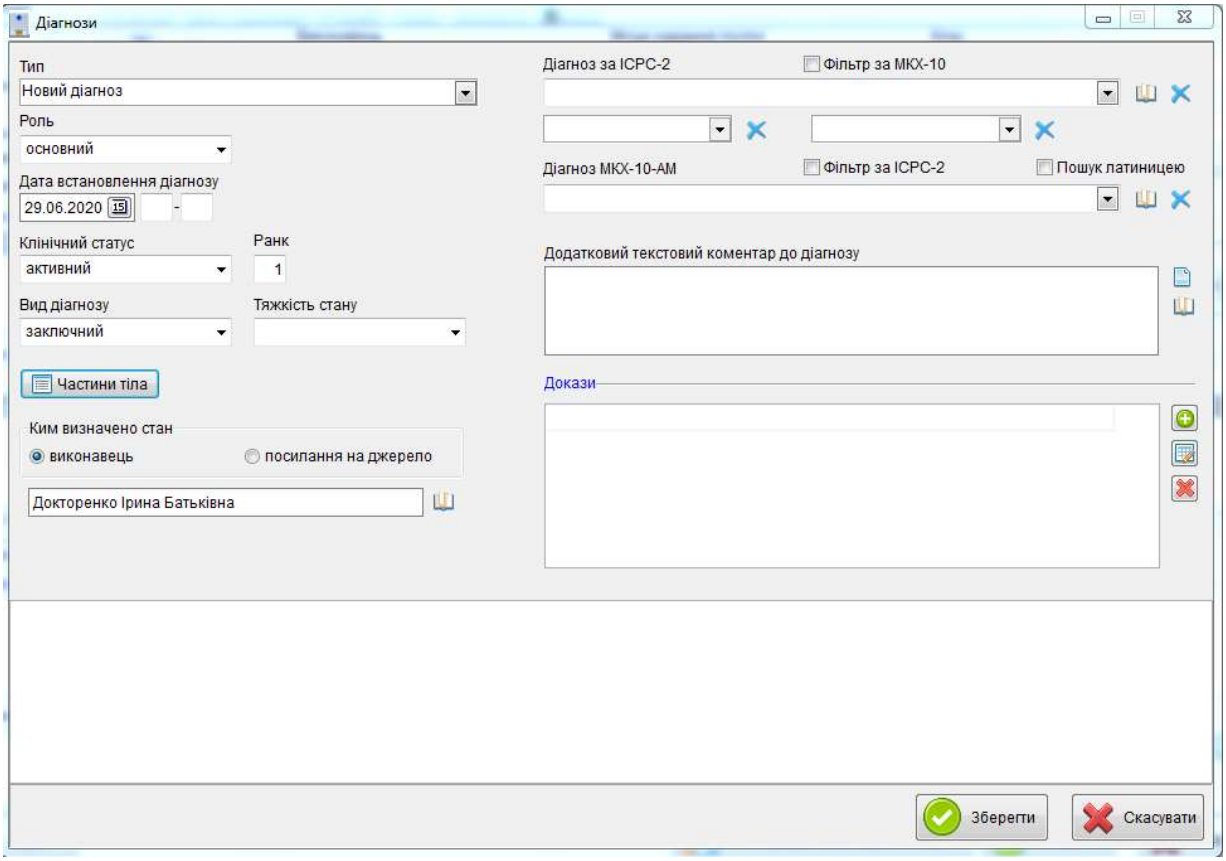


або обрати з довідника за допомогою кнопки

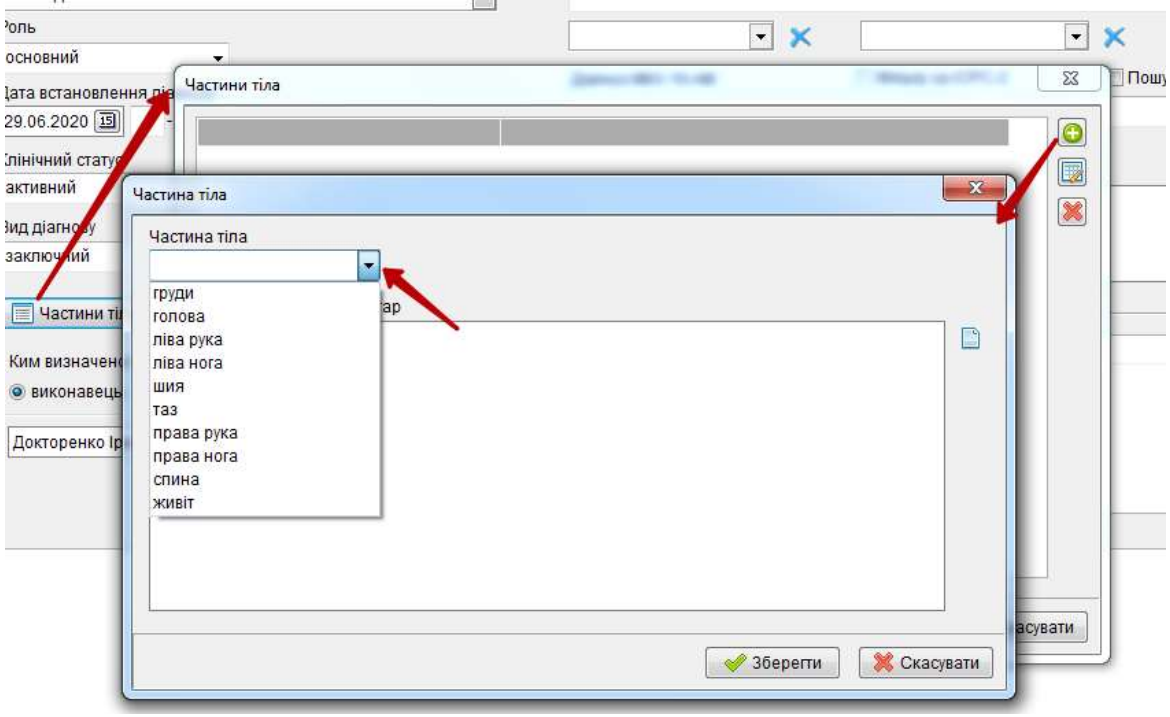


- **«Діагнози» -** в рамках взаємодії лікар може вказати, за необхідності, декілька діагнозів пацієнта, які в свою чергу поділяються на: **основний** (в межах однієї взаємодії можна вказати лише один основний діагноз пацієнта), **супутній** (стан або захворювання, що немає причинно наслідкового зв'язку з основним діагнозом), **ускладнення** (стан або захворювання, що пов'язане з основним діагнозом або діями в процесі медичних втручань).

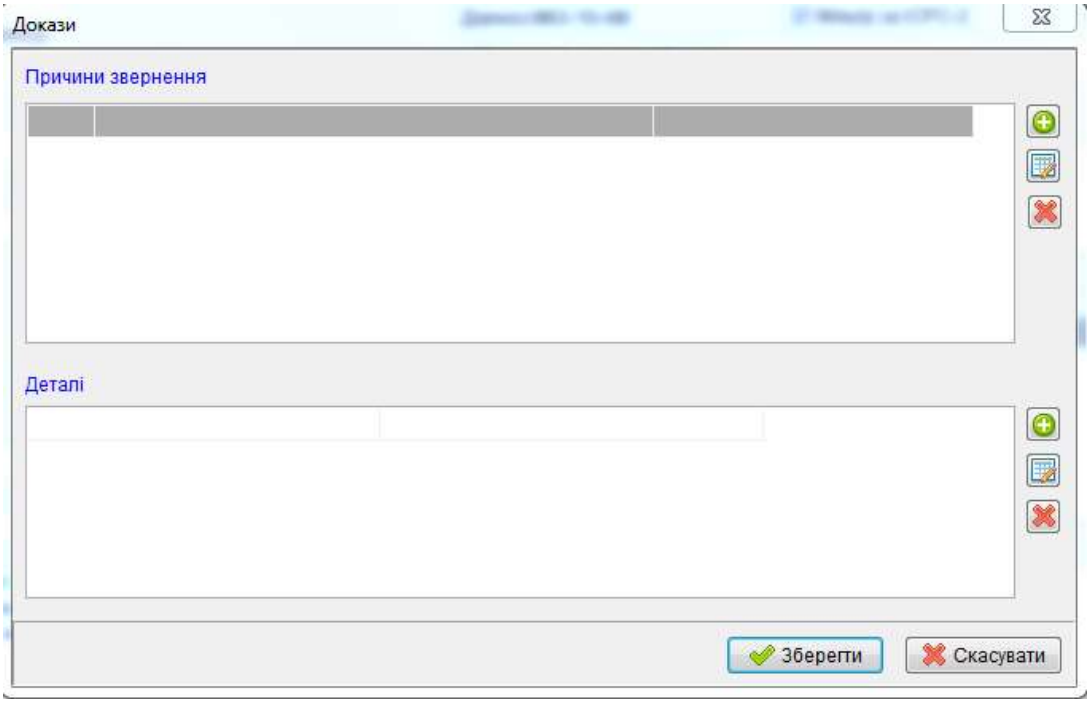
  Всі діагнози додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , .

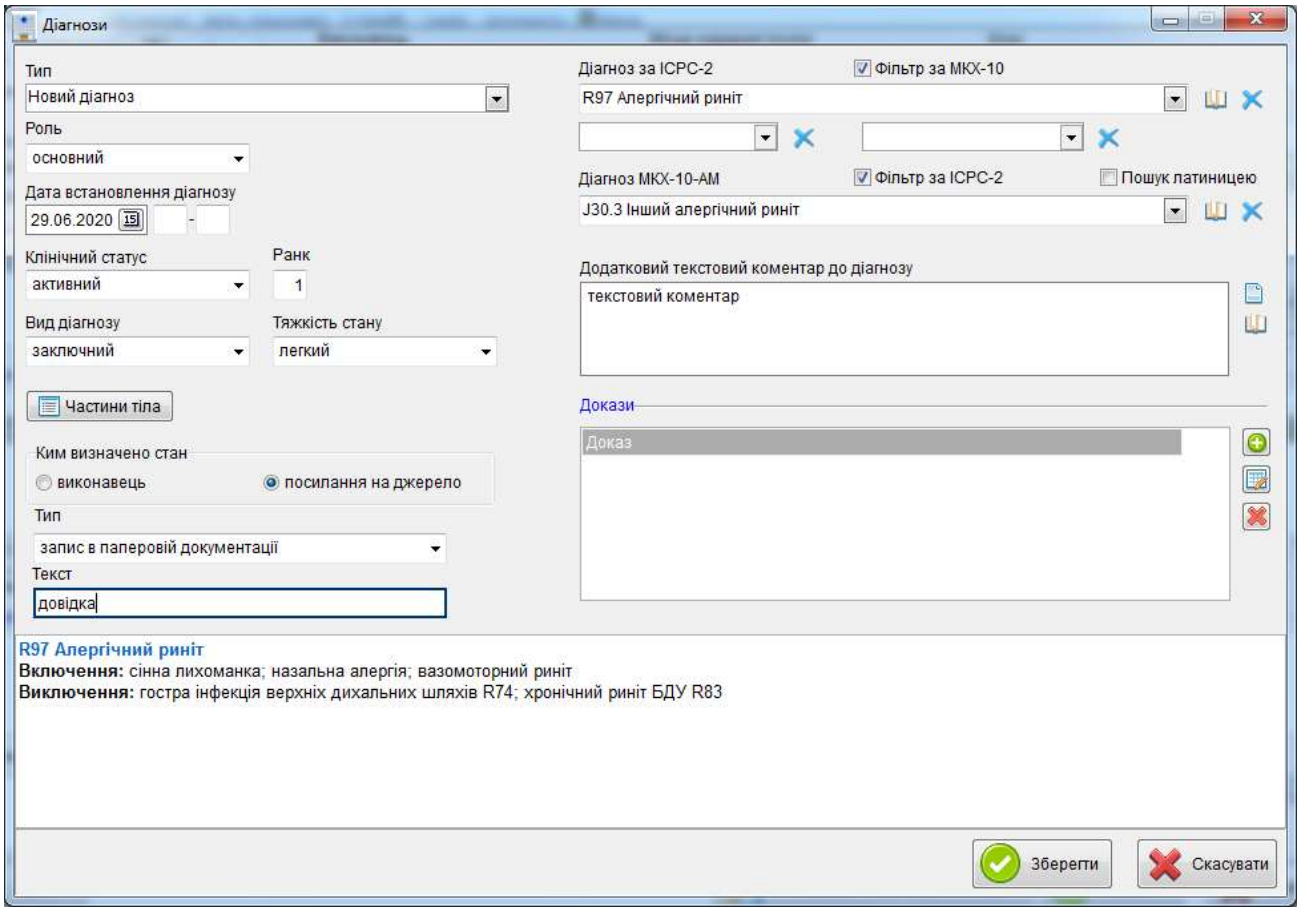


У вікні «Діагнози» необхідно вказати всі важливі дані. **«Роль»** діагнозу (основний, супутній, ускладнення) вноситься для кожного діагнозу (стану); **«Дата встановлення діагнозу»**; **«Клінічний статус»** (активний, завершений, рецидив, ремісія); **«Вид діагнозу»** (заключний, диференціальний, введений помилково, попередній, спростований), **«Тяжкість стану»** (легкий, середньої тяжкості, важкий); **«Частини тіла»,** з якою пов'язаний діагноз

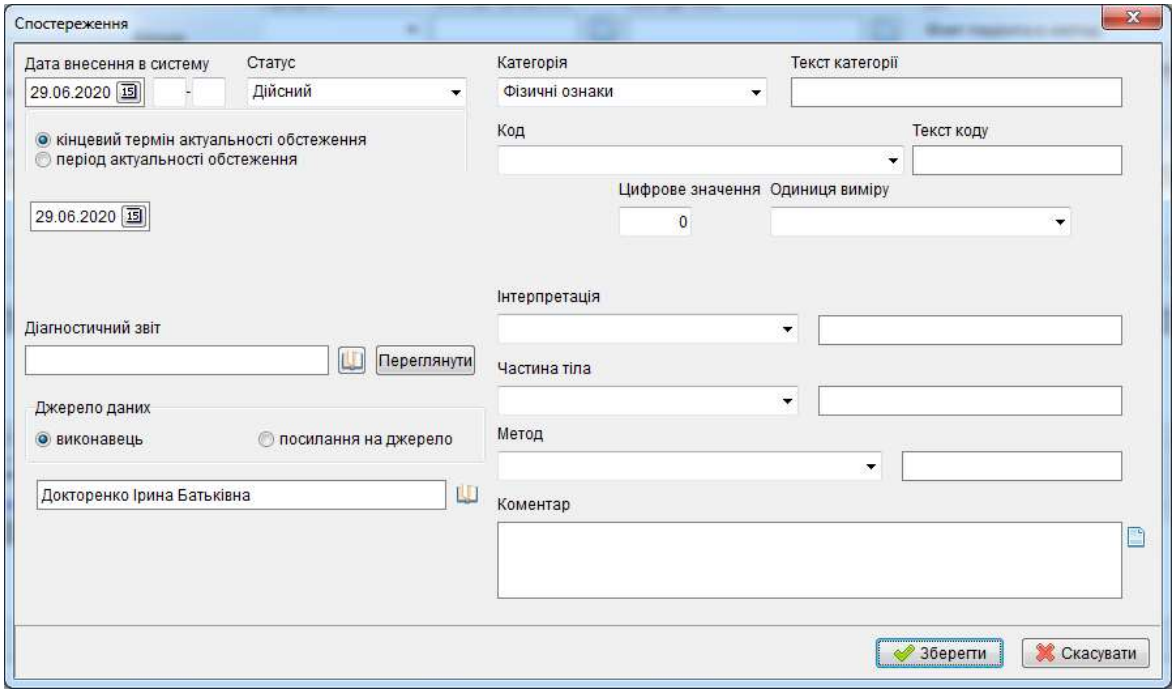


«Ким визначено стан» - «Посилання на джерело» - якщо діагноз встановлено з історичного джерела інформації, то необхідно конкретизувати це джерело (запис в паперовій документації, зі слів пацієнта, зі слів пов'язаної особи). Вносяться код діагнозу з міжнародного класифікатора первинної медичної допомоги ICPC-2, відповідний код з МКХ-10 АМ. При потребі, можливо вказати **«Докази»**, наприклад, причину звернення пацієнта, на основі якої було встановлено діагноз.

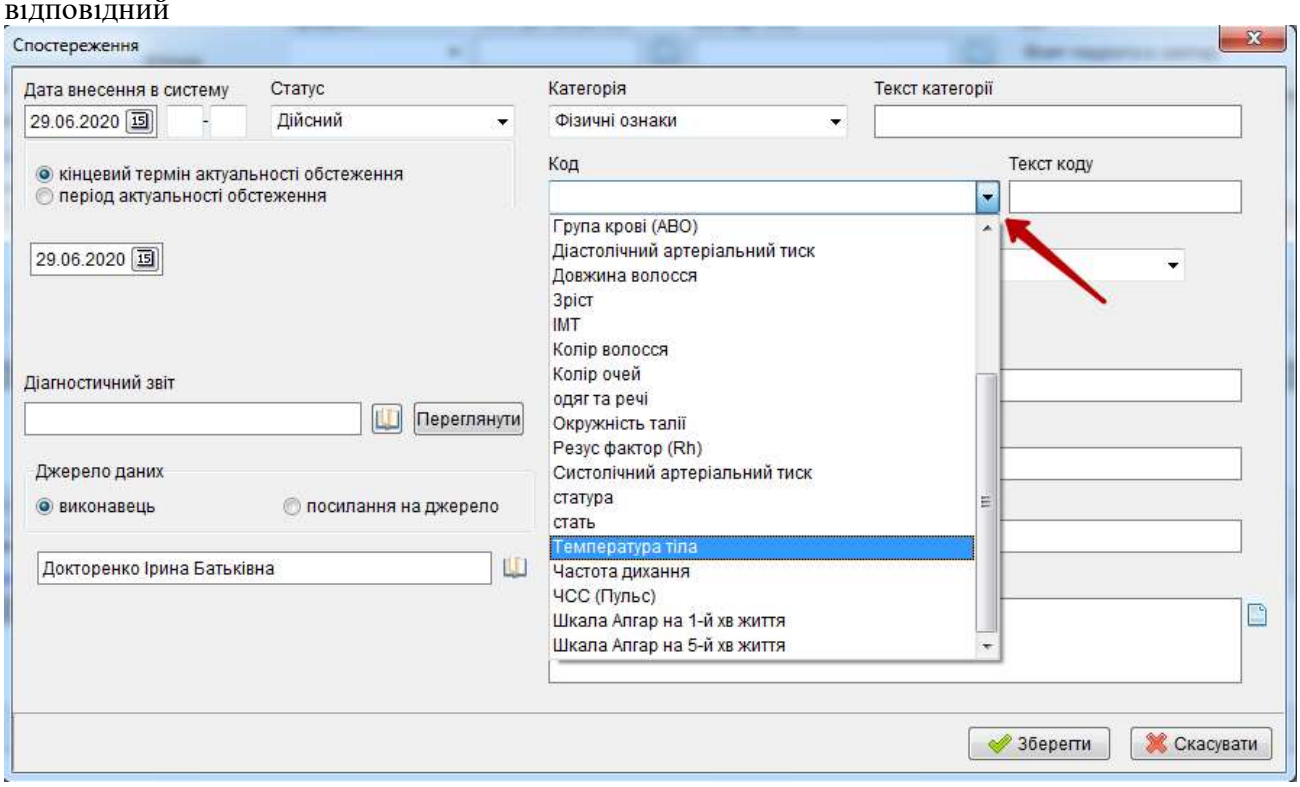




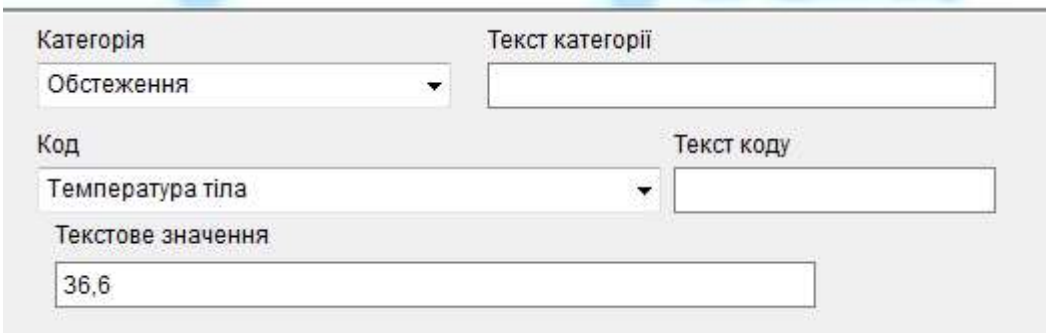
- **«Спостереження та допоміжна інформація» -** результатами спостереження (обстеження) можуть бути відображені такими способами: як текстове поле (у взаємодії, в довільній формі в текстових полях), як окремий документ. Розглянемо останній варіант. Всі діагнози додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , . При створенні спостереження, к окремого документу, лікар повинен заповнити поля наступного вікна.



Наприклад, потрібно вказати температуру тіла. Для цього в полі «Код» обираємо відповідний

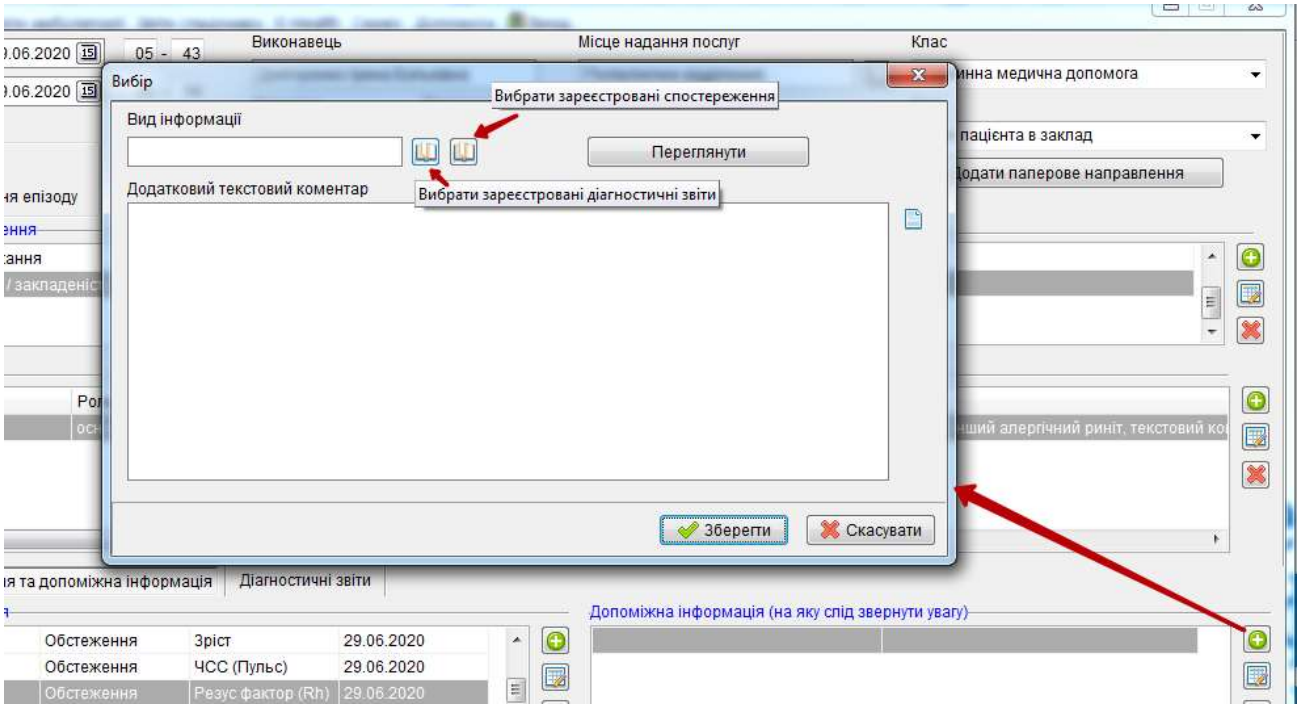


Нижче в полі **«Текстове значення»** вказуємо показник.

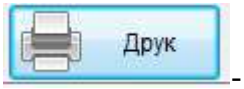


При необхідності, заповнюємо решту полів. За аналогом, додаємо всі спостереження.

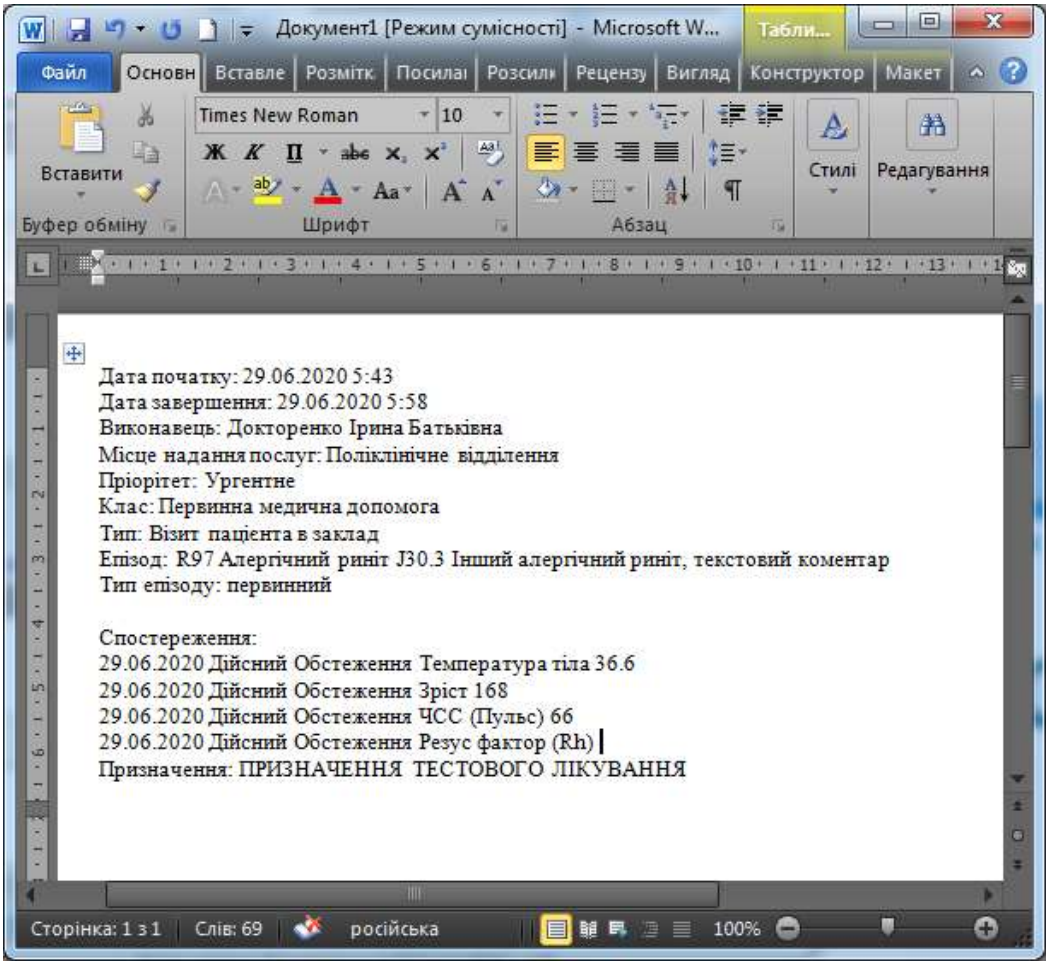
«Допоміжна інформація (на яку слід звернути увагу)» - можна обрати зареєстровані діагностичні звіти або спостереження, які будуть важливі в подальшому лікуванні пацієнта.



- **«Призначення» -** текстове поле. За результатами взаємодії зазначаються рекомендації лікаря – вся інформація, яка буде важливою для інших лікарів.

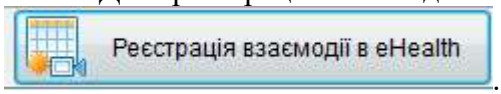


- сформує в документ Word або LibreOffice Writer дані, внесені у взаємодію.



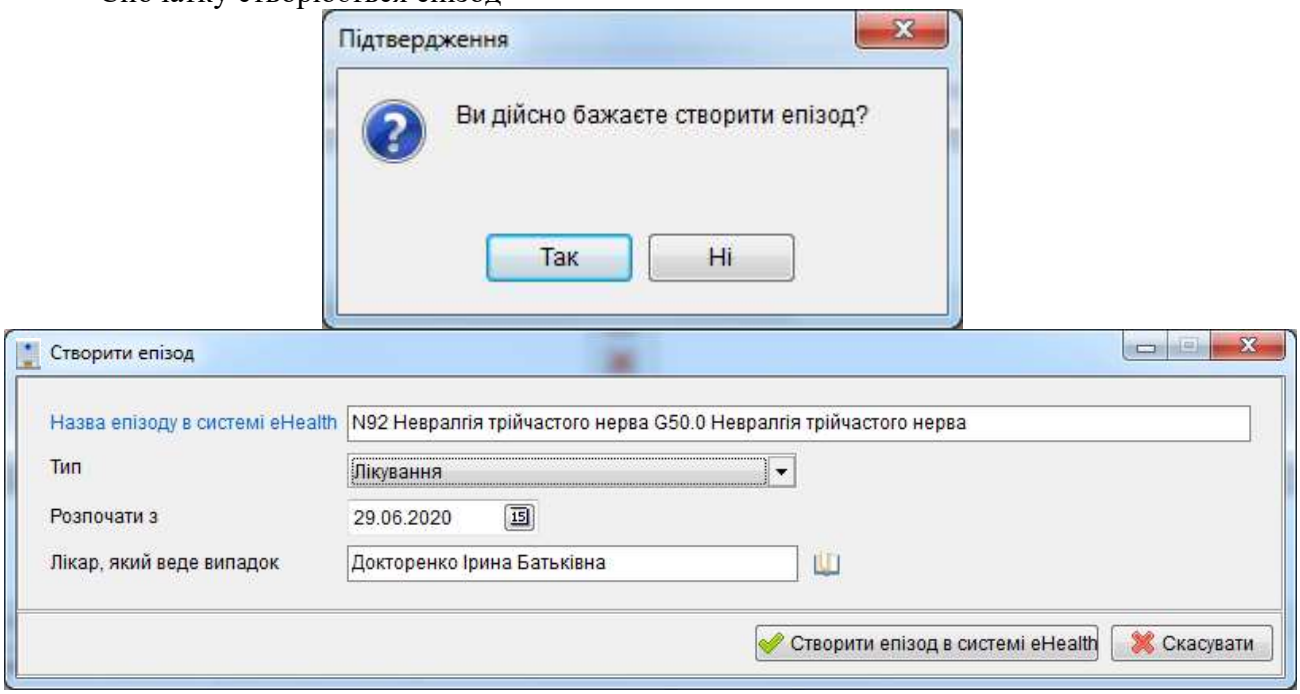
У випадку, коли не встигли заповнити всі дані у взаємодії і необхідно буде доповнити її в інший день, її можна за допомогою кнопки **«Зберегти»**. Це робиться до реєстрації

взаємодії в eHealth, адже зареєстровану взаємодію змінити неможна. Знайти збережену (незареєстровану) взаємодію можна в **«Чернетки взаємодій»**.

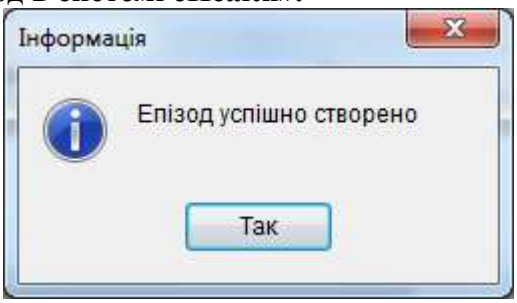
Для реєстрації взаємодії в центральному компоненті ЕСОЗ натискаємо кнопку 

.

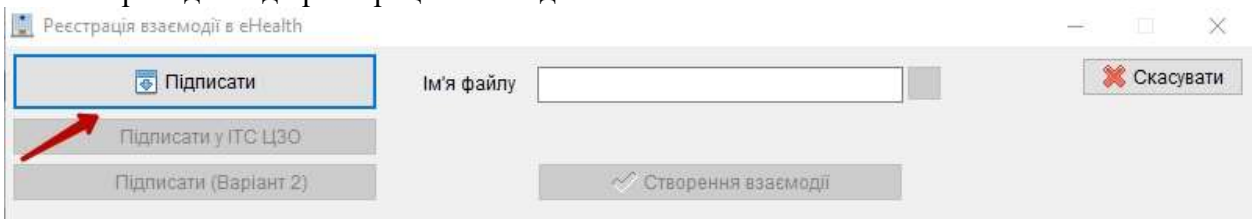
Спочатку створюється епізод



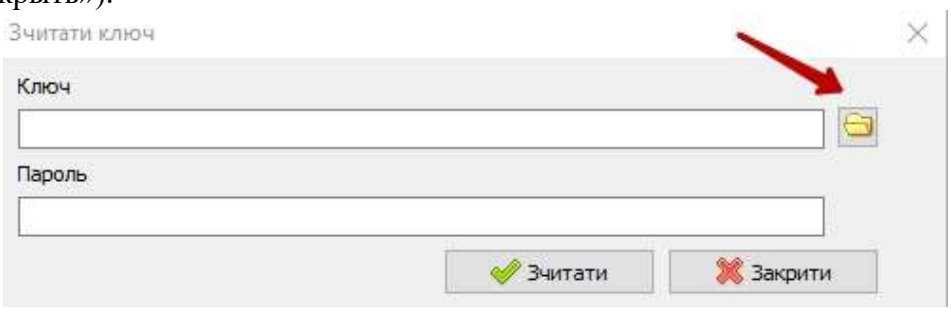
В даному вікні є змога змінити назву епізоду, вказати тип, дату початку, лікаря і натиснути **«Створити епізод в системі eHealth».**

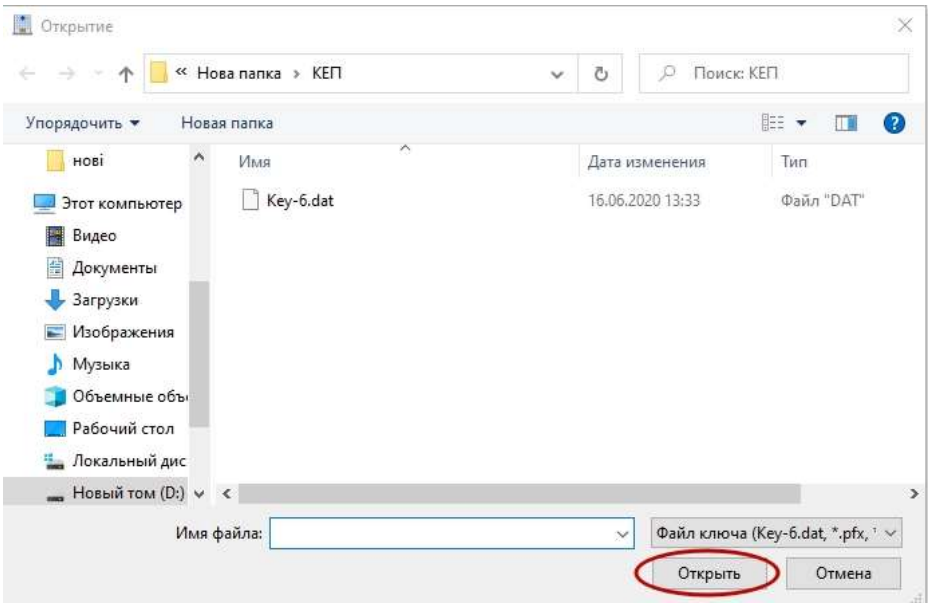


Переходимо до реєстрації взаємодії в eHealth.



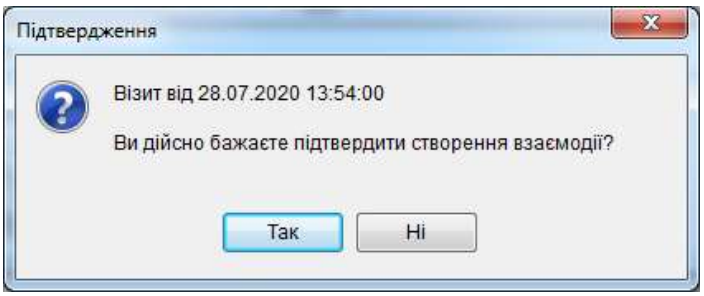
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки , вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).

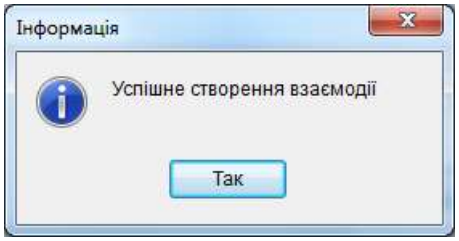




Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

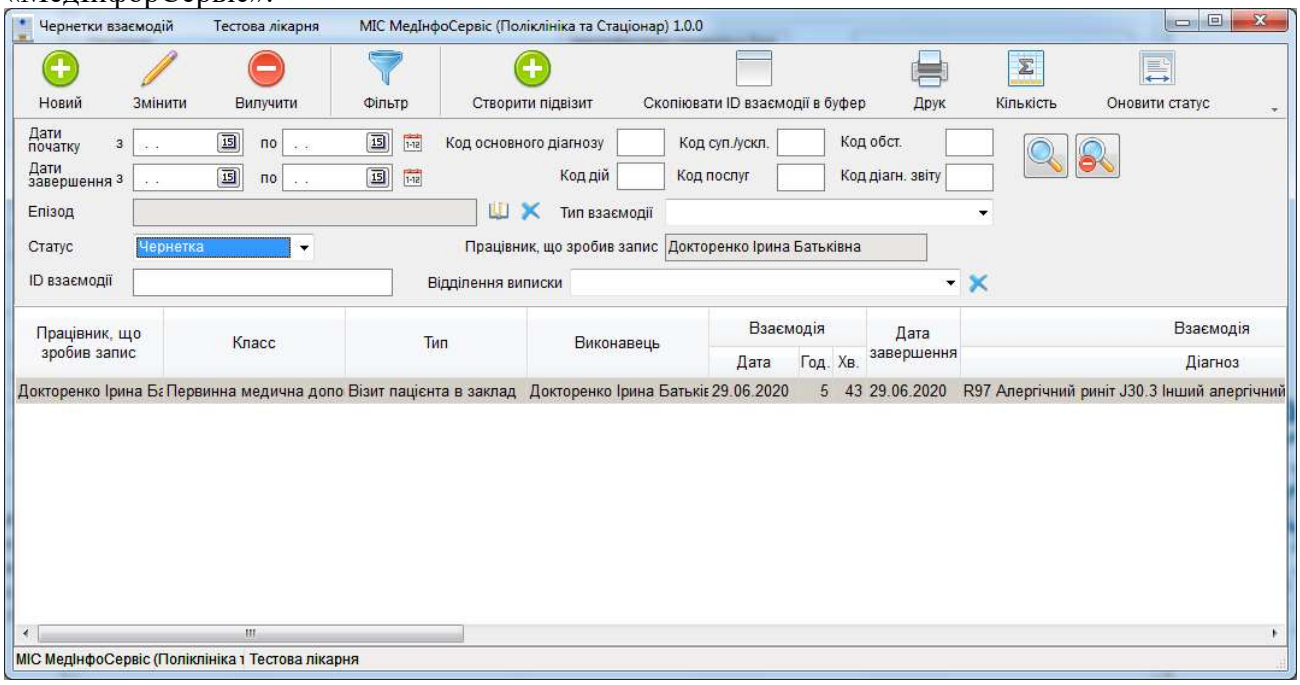
Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».





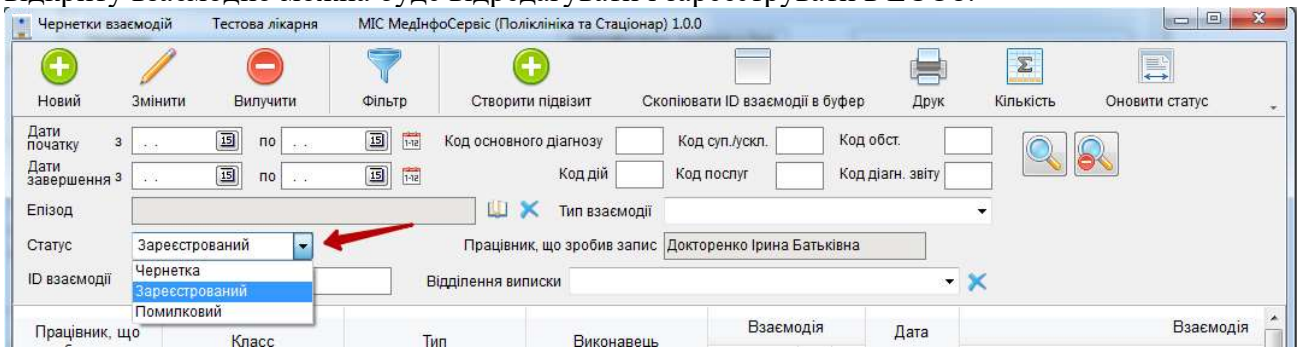
9.6.3 Чернетки взаємодій

Містить список всіх взаємодій, які були створені для даного пацієнта в МІС «МедІнфорСервіс».



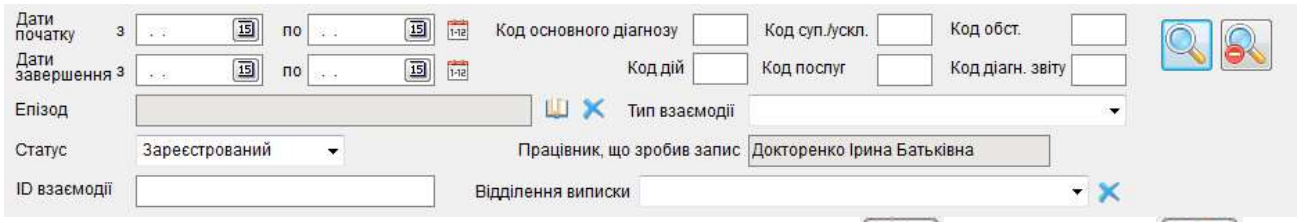
Натиснувши «Новий», на верхній панелі, можна створити нову взаємодію. Процес, аналогічний описаному в [пункті 9.6.2.]

«Змінити» - відкривається взаємодія для внесення змін. Якщо статус взаємодії **«Зареєстрований»**, тобто підписаний і відправлений в eHealth, то взаємодія буде відкрита, але редагувати її заборонено. Якщо статус – **«Чернетка»** (не зареєстрована в eHealth) – відкриту взаємодію можна буде відредагувати і зареєструвати в ЕСОЗ.



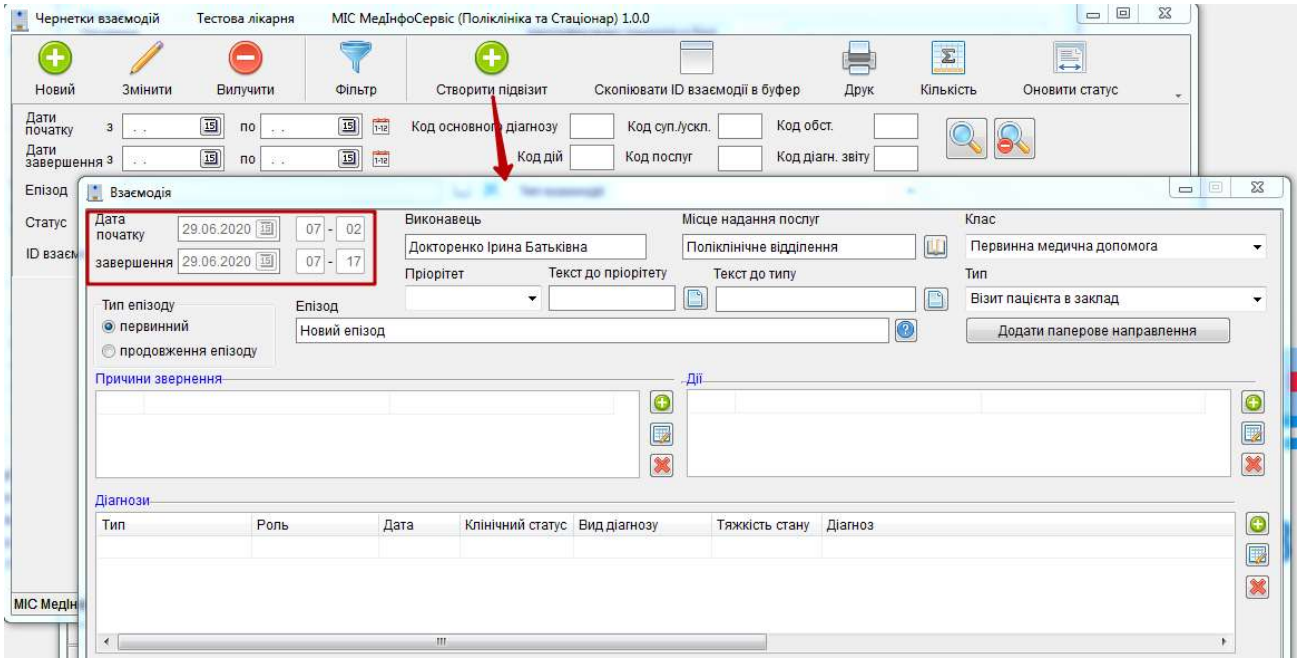
«Вилучити» - видаляє тільки взаємодію, яка має статус «Чернетка».

«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по записам.

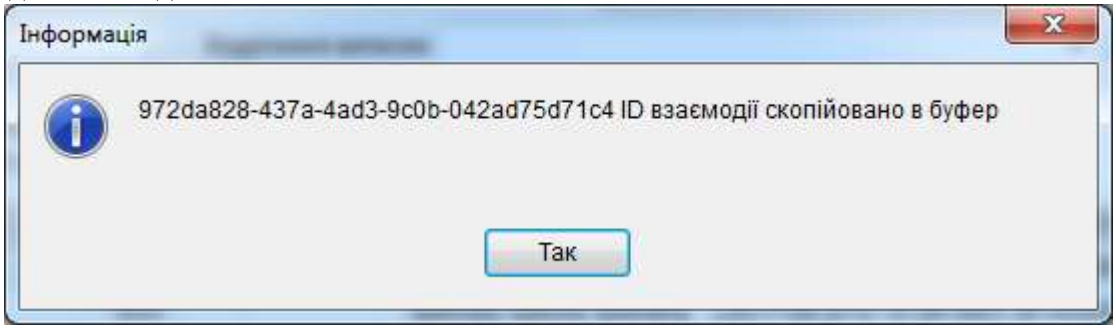


Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

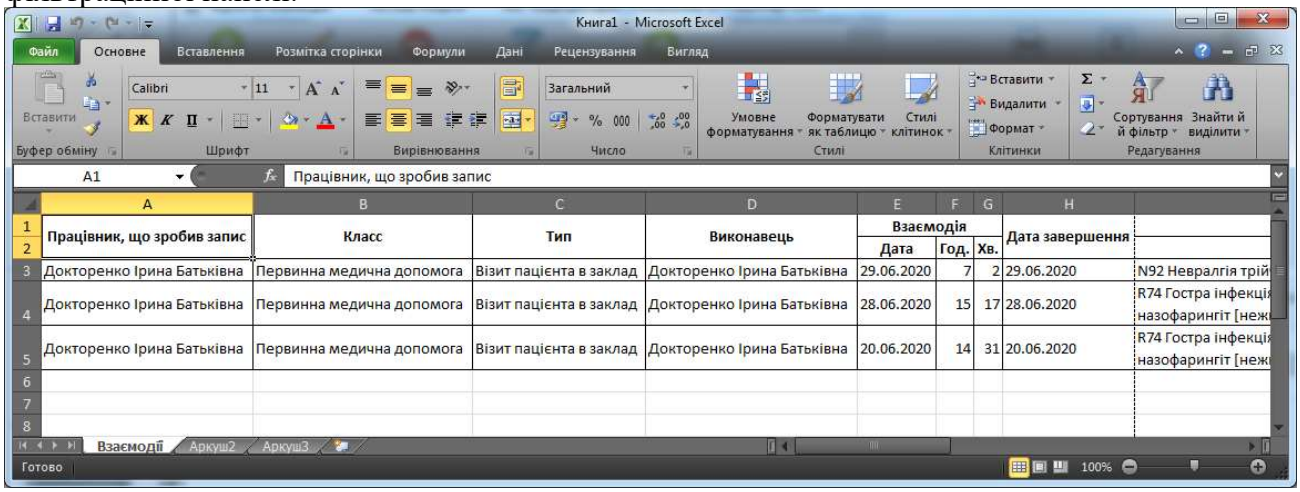
«Створити підвізит» - дозволяє створити нову взаємодію за даним візитом. У вікні створення взаємодії автоматично буде проставлено дата (час) початку і завершення того візиту, на який потрібно створити підвізит.



«Скопіювати ID взаємодії в буфер» - застосовується при потребі. Обирається необхідна взаємодія і натискається кнопка.

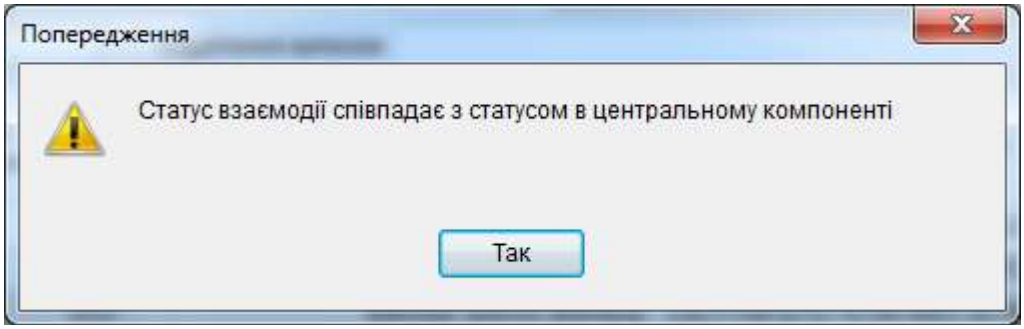


«Друк» - формує список взаємодій в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми і в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.



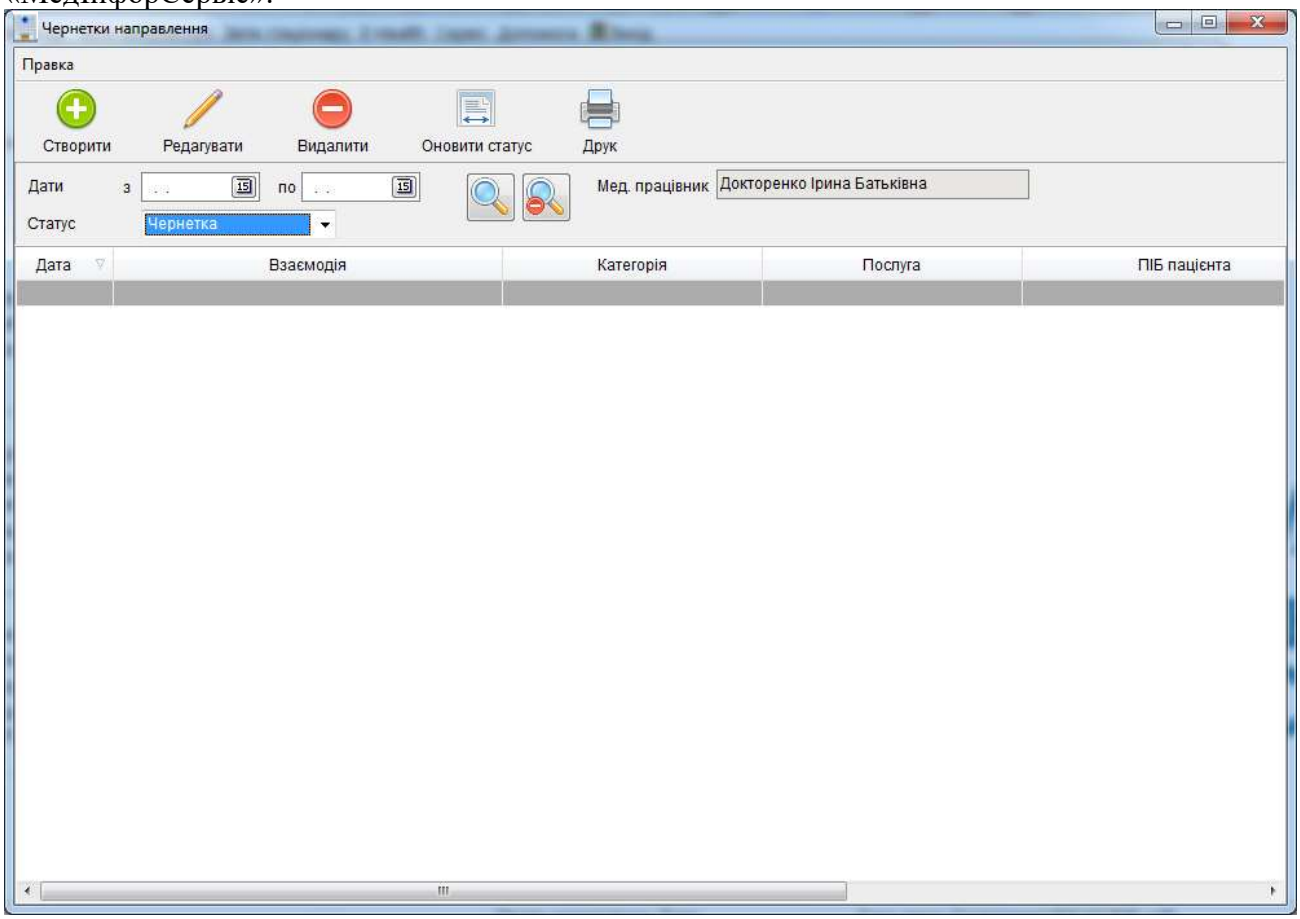
«Кількість» - розраховує кількість взаємодій в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.

«Оновити статус» - використовується у випадку, коли статус взаємодії не співпадає зі статусом в ЕСОЗ. Якщо співпадає, то програма повідомляє про це.



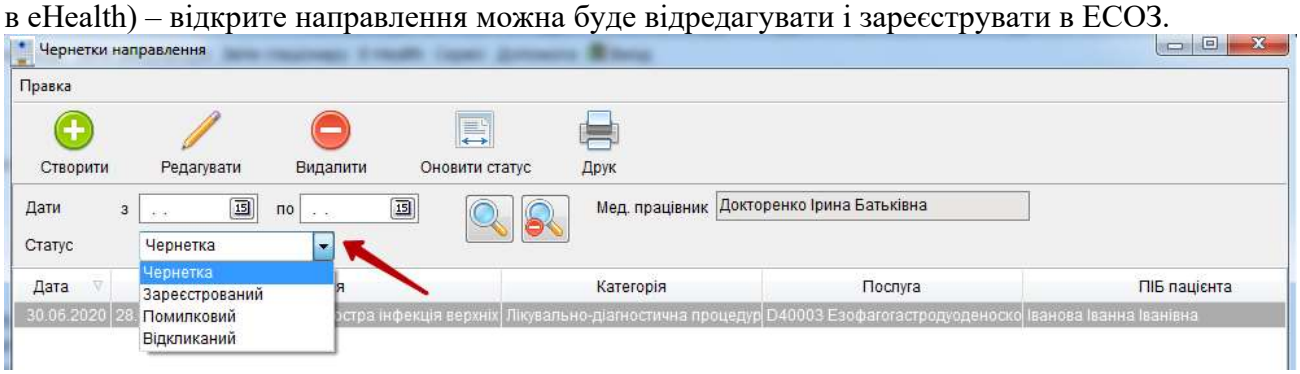
9.6.4 Чернетки направлення (СТВОРЕННЯ НАПРАВЛЕННЯ)

Містить список всіх взаємодій, які були створені для даного пацієнта в МІС «МедІнфорСервіс».



Натиснувши «Новий», на верхній панелі, можна створити нове електронне. Алгоритм процесу розписано нижче

«Редагувати» - відкривається направлення для внесення змін. Якщо статус направлення **«Зареєстрований»**, тобто підписаний і відправлений в eHealth, то направлення буде відкрите, але редагувати його заборонено. Якщо статус – **«Чернетка»** (не зареєстрована в eHealth) – відкрите направлення можна буде відредагувати і зареєструвати в ЕСОЗ.

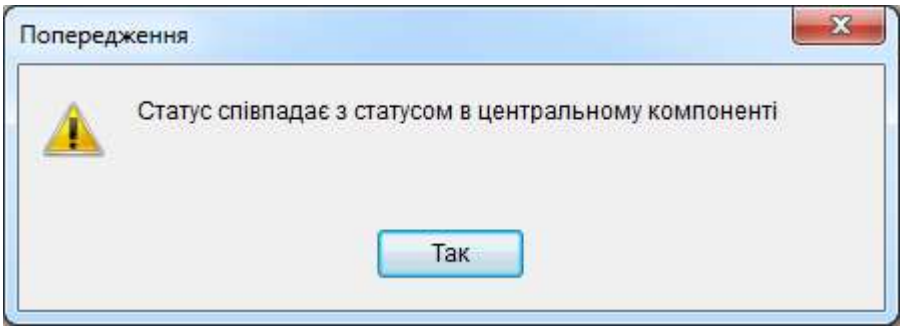


Фільтраційна панель, яка містить поля для фільтра по записам.

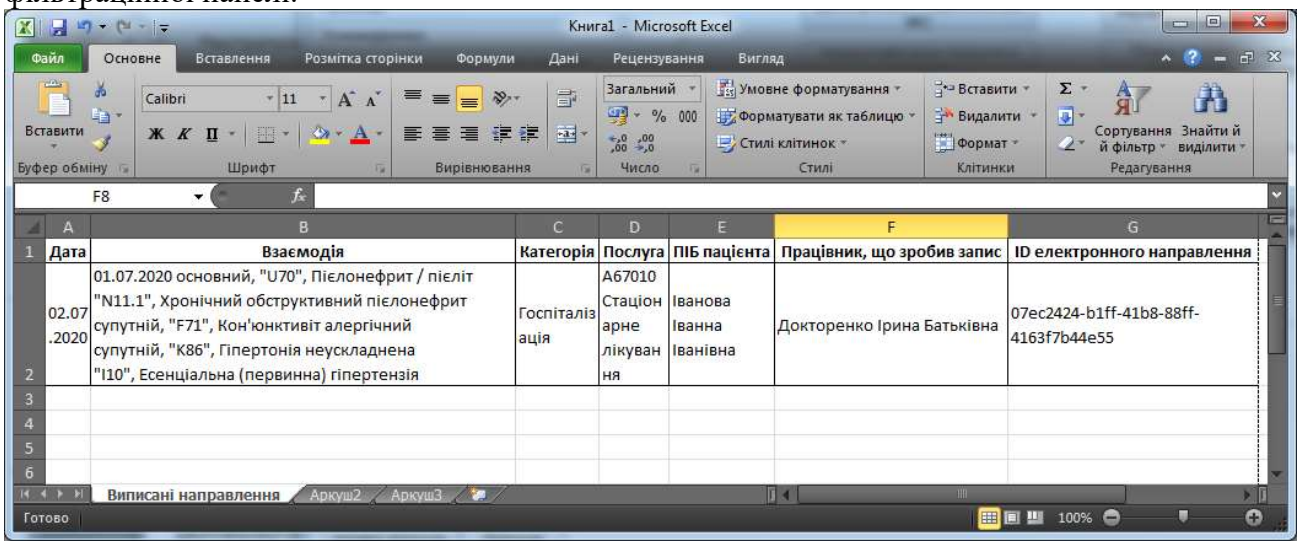
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

«Вилучити» - видаляє тільки направлення, яке має статус «Чернетка».

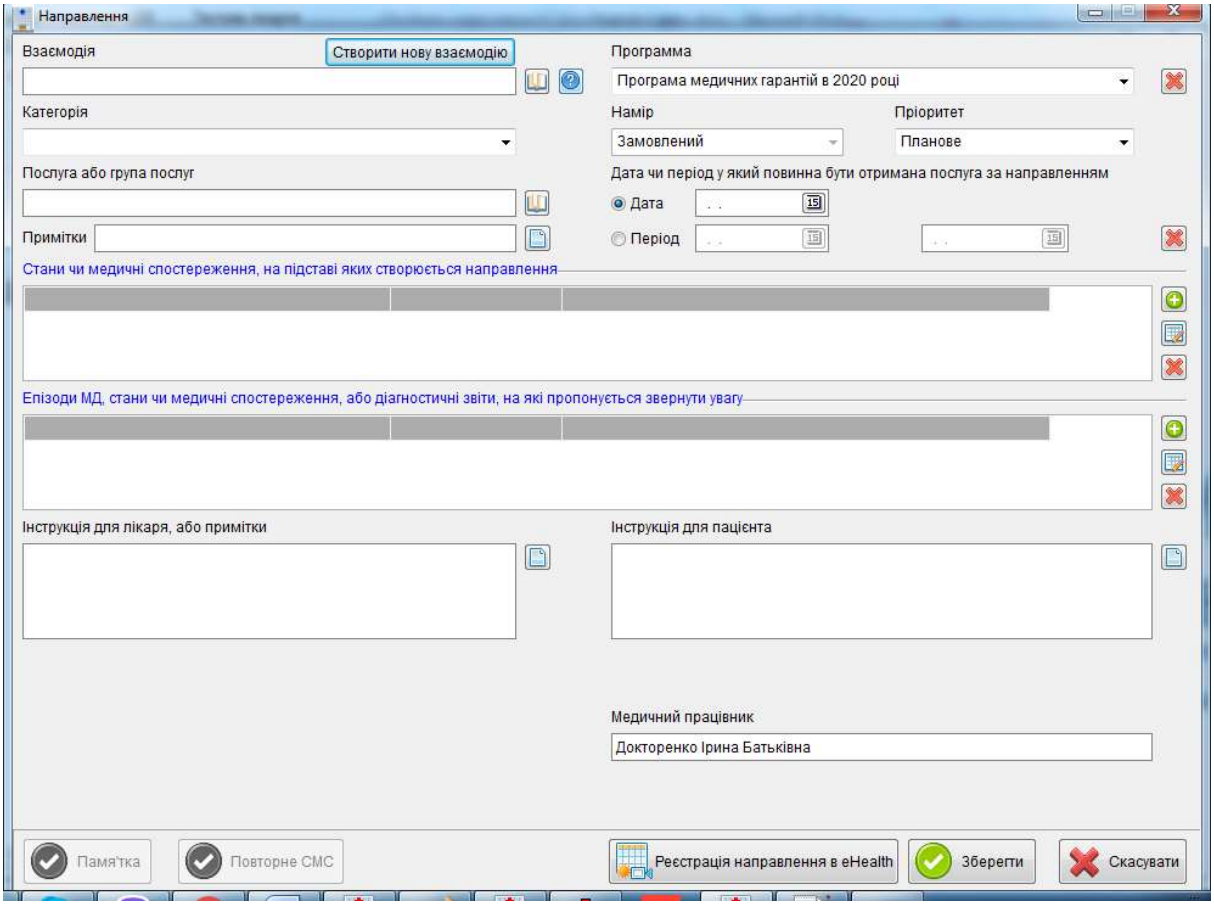
«Оновити статус» - використовується у випадку, коли статус електронного направлення не співпадає зі статусом в ЕСОЗ. Якщо співпадає, то програма повідомляє про це.



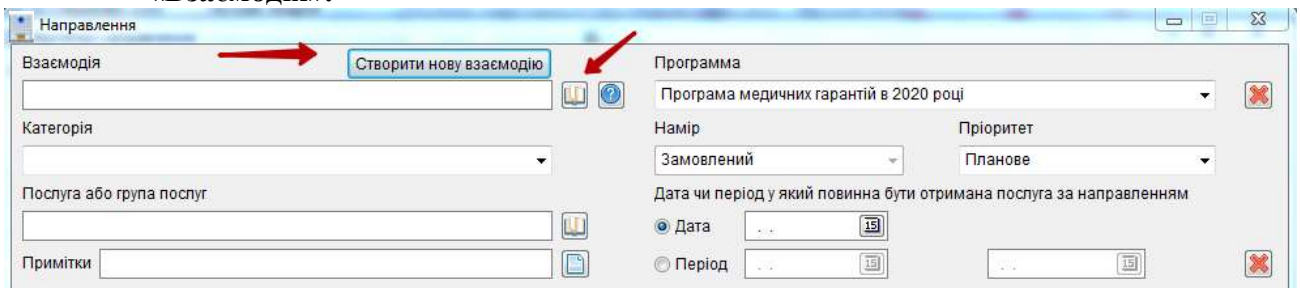
«Друк» - формує список направлень в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми і в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.



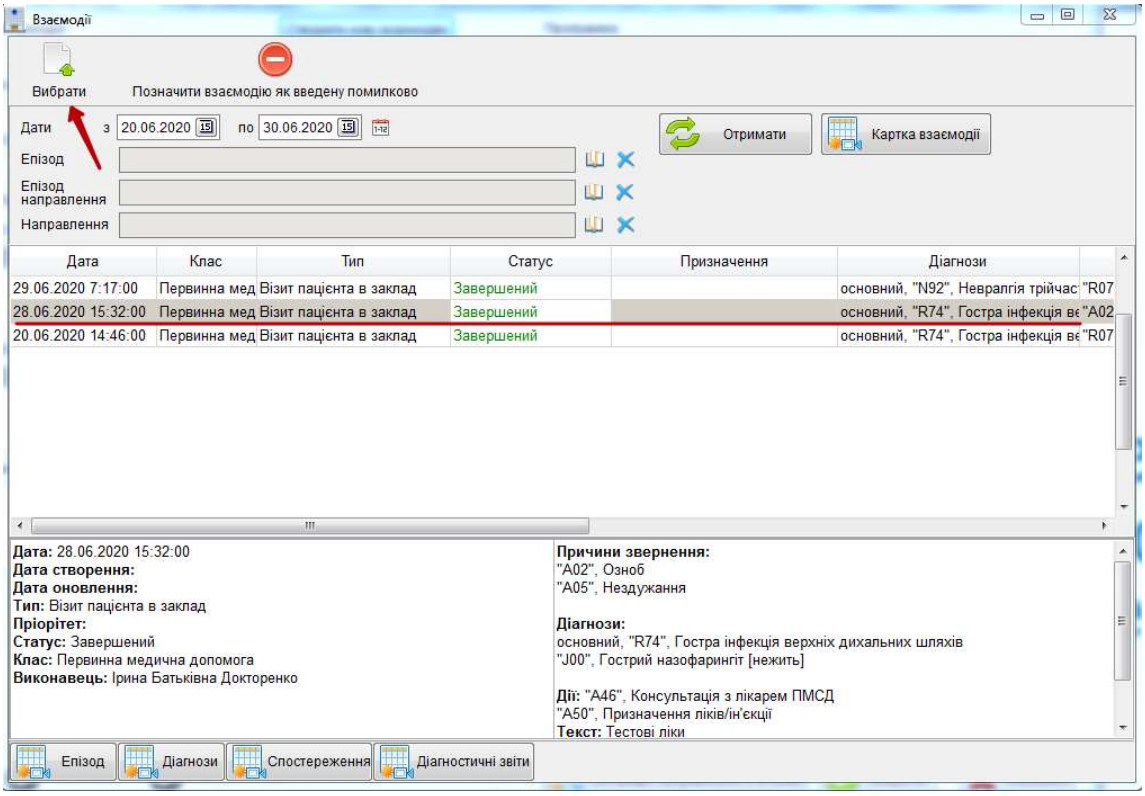
Для того, щоб виписати (створити) електронне направлення для пацієнта необхідно натиснути **«Новий»** у верхній частині вікна. У вікні, що з’явилось необхідними полями для заповнення є «Взаємодія», «Категорія», «Послуга або група послуг», інші поля лікар заповнює при потребі або за бажанням.



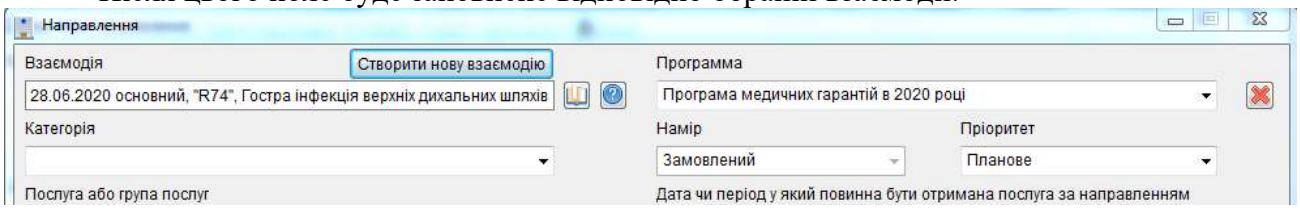
- **«Взаємодія».**



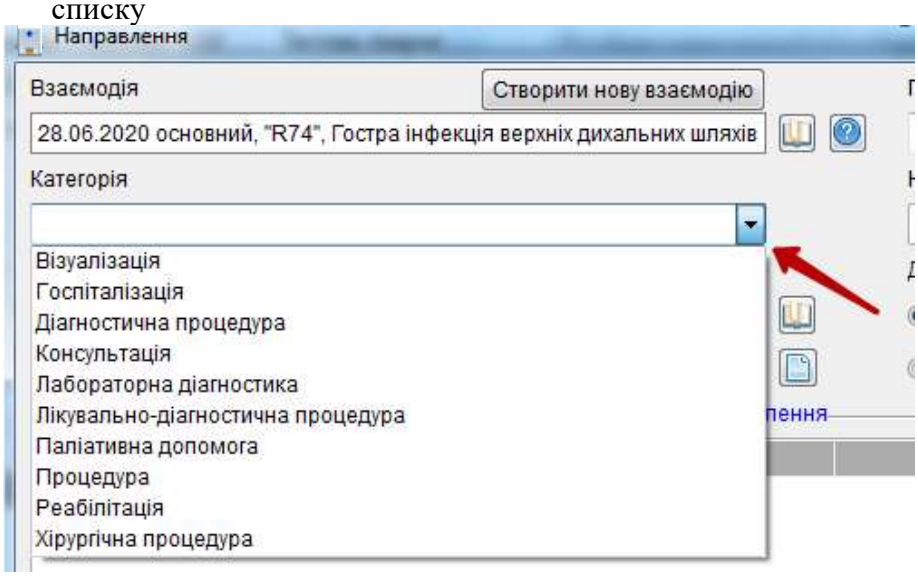
Електронне направлення обов'язково створюється на основі взаємодії («кріпиться» до неї). Якщо взаємодія не створена, то це можна зробити, натиснувши кнопку **«Створити нову взаємодію».** Процес, аналогічний описаному в **пункті 4.6.2**. Якщо ж є взаємодія, яка зареєстрована в ЕСОЗ, її необхідно обрати за допомогою кнопки .



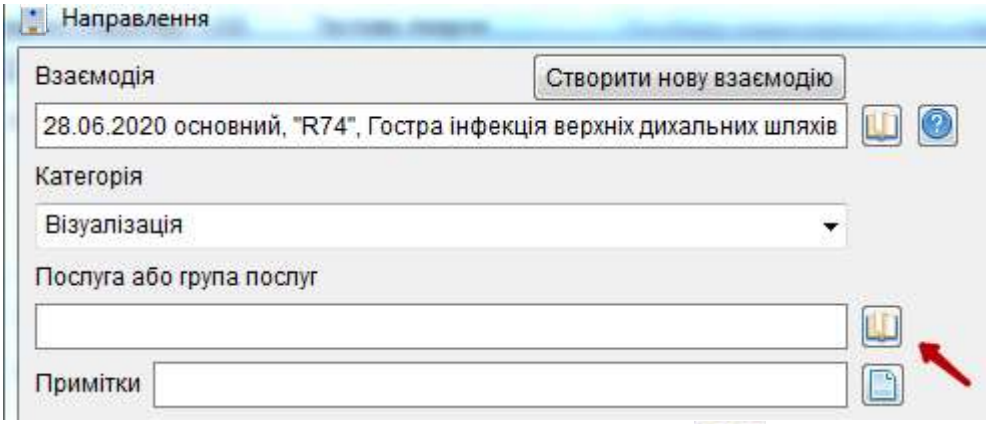
Після цього поле буде заповнене відповідно обраній взаємодії.



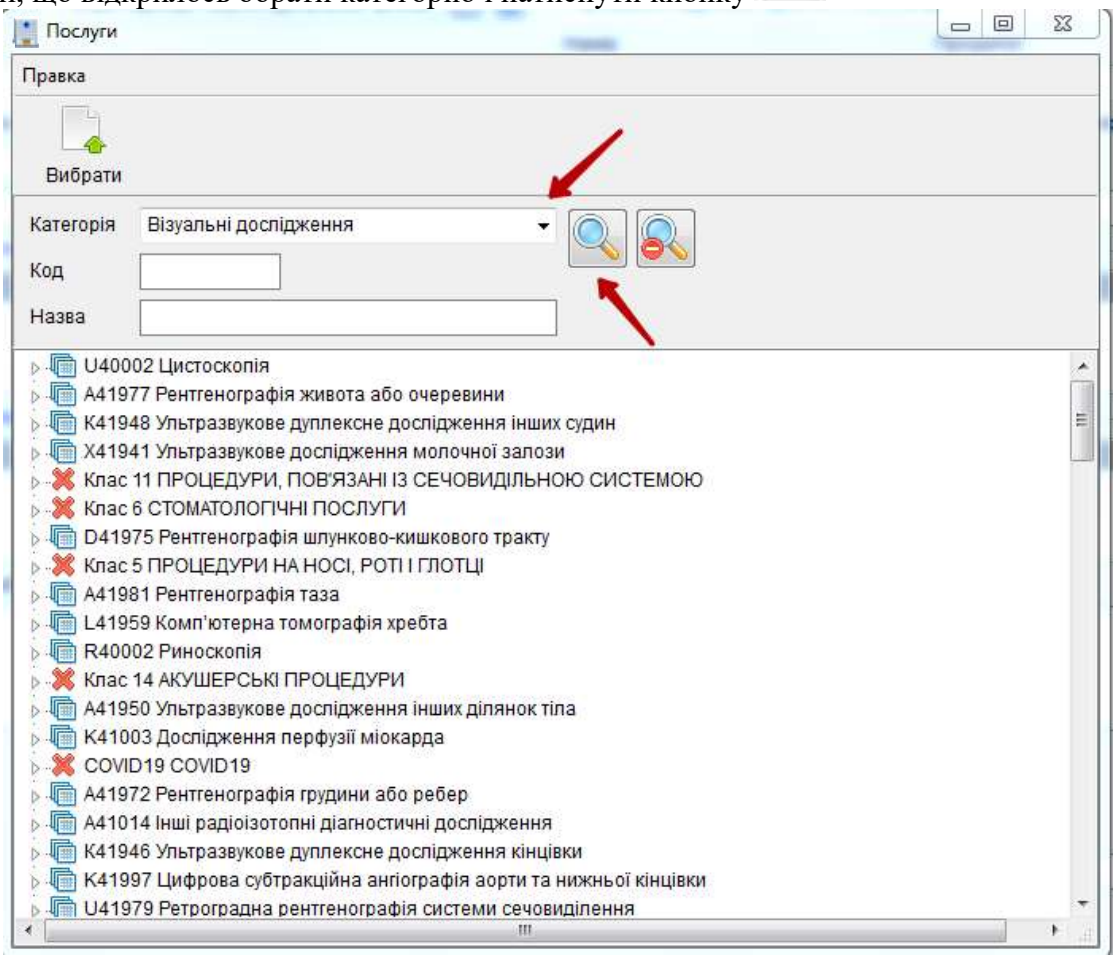
- **«Категорія».** Обирається лікарем в залежності від того. Куди і для чого направляється пацієнт. Необхідно обрати потрібну категорію з випадаючого списку



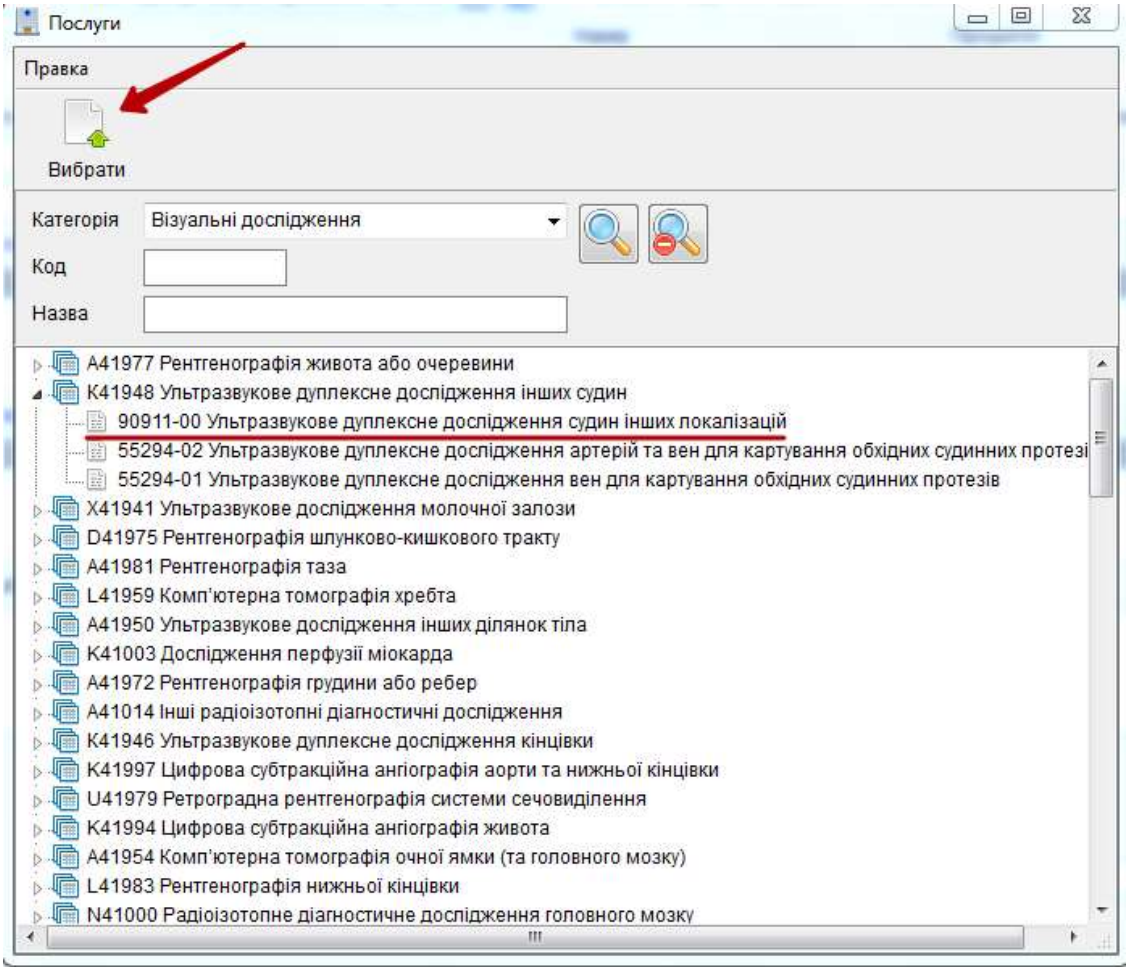
- **«Послуга або група послуг».** Необхідно обрати послугу або групу послу відповідно категорії, яка має бути надана за направленням, натиснувши кнопку .



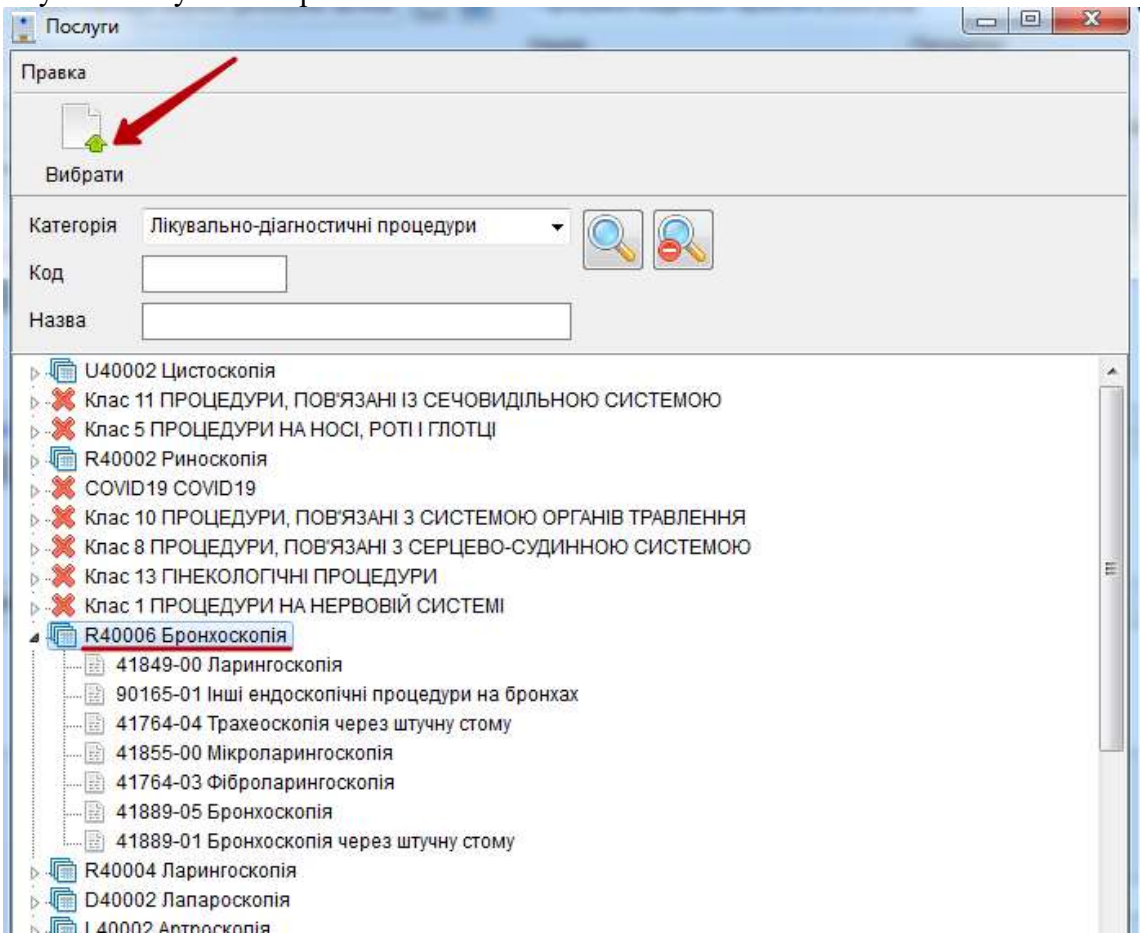
У вікні, що відкрилось обрати категорію і натиснути кнопку



Відфільтрується перелік послуг відповідно категорії, обрати потрібну і натиснути «Вибрати». Вибрати потрібну послугу можна ще, ввівши код у відповідному полі.

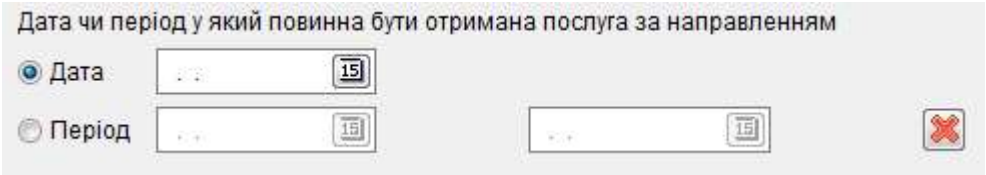


У випадку, коли потрібно обрати групу послуг відповідної категорії, відмітити потрібну і натиснути «Вибрати».



Знак означає, що послуги даного класу можна обирати тільки окремою послугою , а не групою.

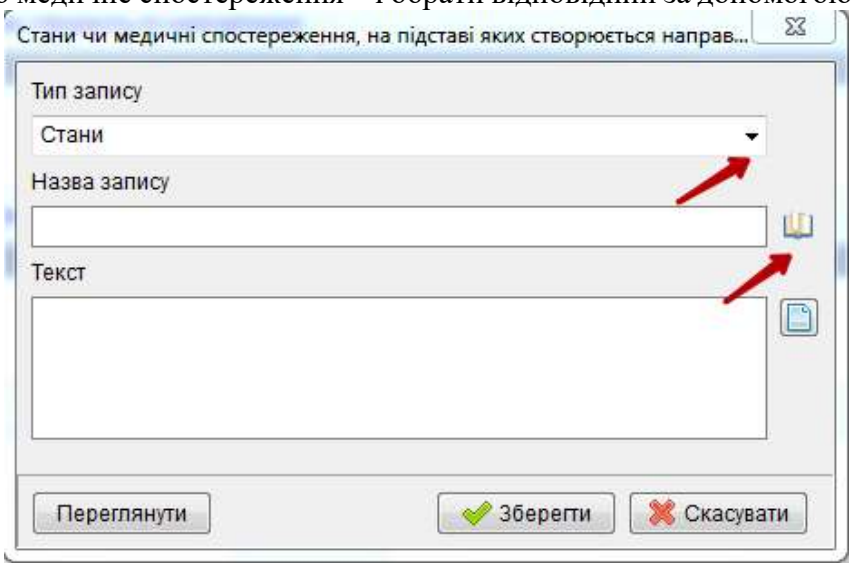
- **«Програма».** Якщо планується, що оплата за надані послуги за направленням буде проведена за рахунок Державної програми медичних гарантій, слід обрати **«Програма медичних гарантій в 2020 році»**, в противному разі це поле слід очистити за допомогою кнопки . У випадку, якщо лікар, який виписує направлення не володіє інформацією щодо наявності у пацієнта страховки на послугу, за якою виписується направлення і пацієнт не висловив бажання самостійної оплатити за такі послуги, то лікар створює направлення за Програмою.
- **«Пріоритет» -** планове/ургентне – обирається лікарем в залежності від клінічної ситуації (стану пацієнта).
- **«Дата чи період, у який повинна бути надана послуга за направленням» -** в даному полі лікар може вказати обмеження у часі щодо виконання послуг , на які виписано направлення. Ця інформація потрібна пацієнту, як орієнтир щодо вимог лікаря про період реалізації направлення.

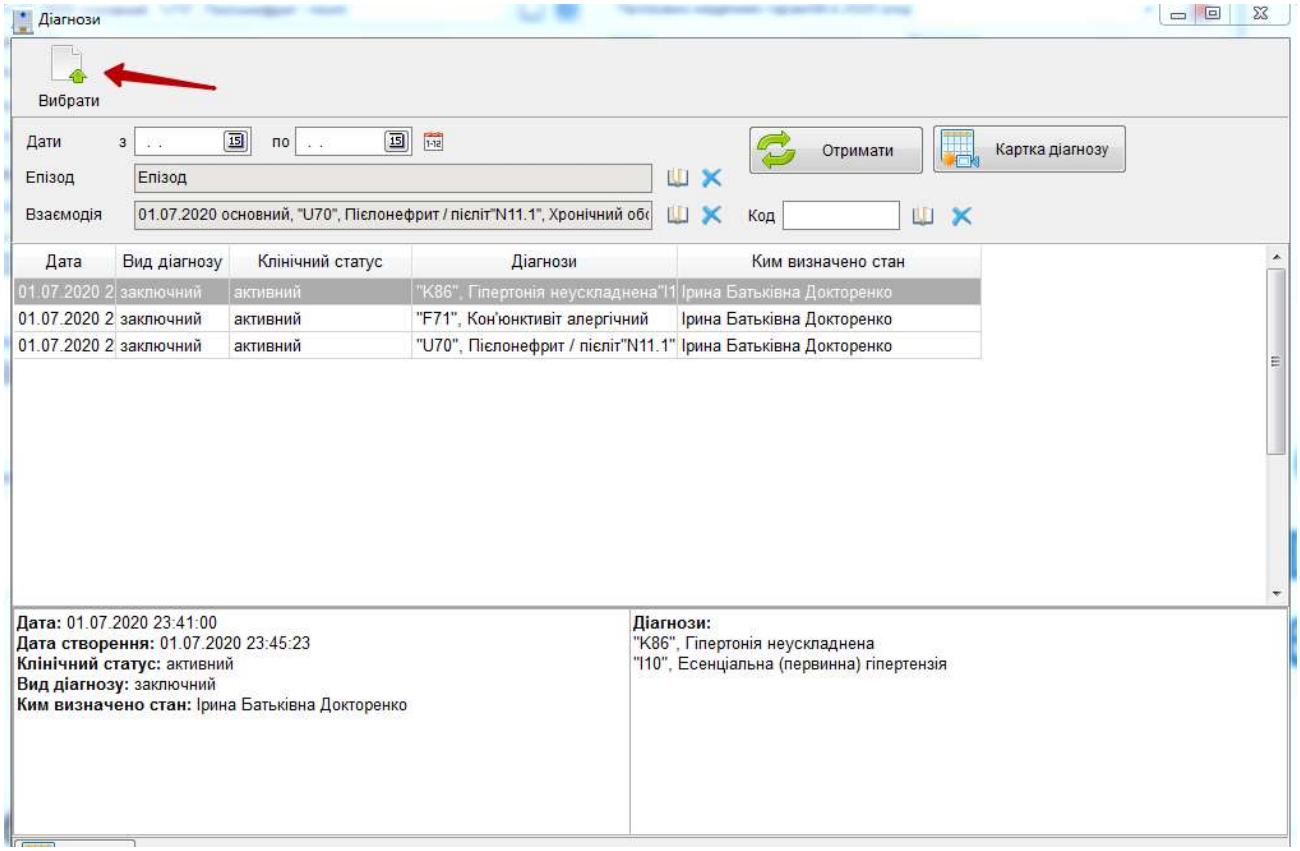


Дата - до якої дати реалізувати направлення.
Період – в межах якого періоду реалізувати направлення**.**
Зверніть увагу! Дані обмеження не впливають на роботу погашення електронного направлення.

- **«Стани чи медичні спостереження, на підставі яких створюється направлення» -** зазначається посилання на медичний запис, в якому зафіксовано діагнози, які слугували причиною виписки направлення. Всі стани (діагнози) та спостереження додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , .

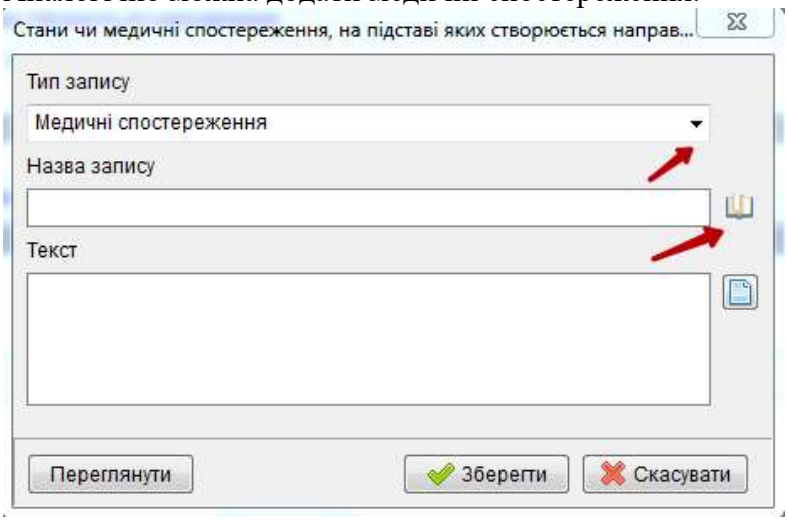
При додаванні з’являється вікно, у якому необхідно обрати «Тип запису» - стан (діагноз) або медичне спостереження – і обрати відповідний за допомогою кнопки

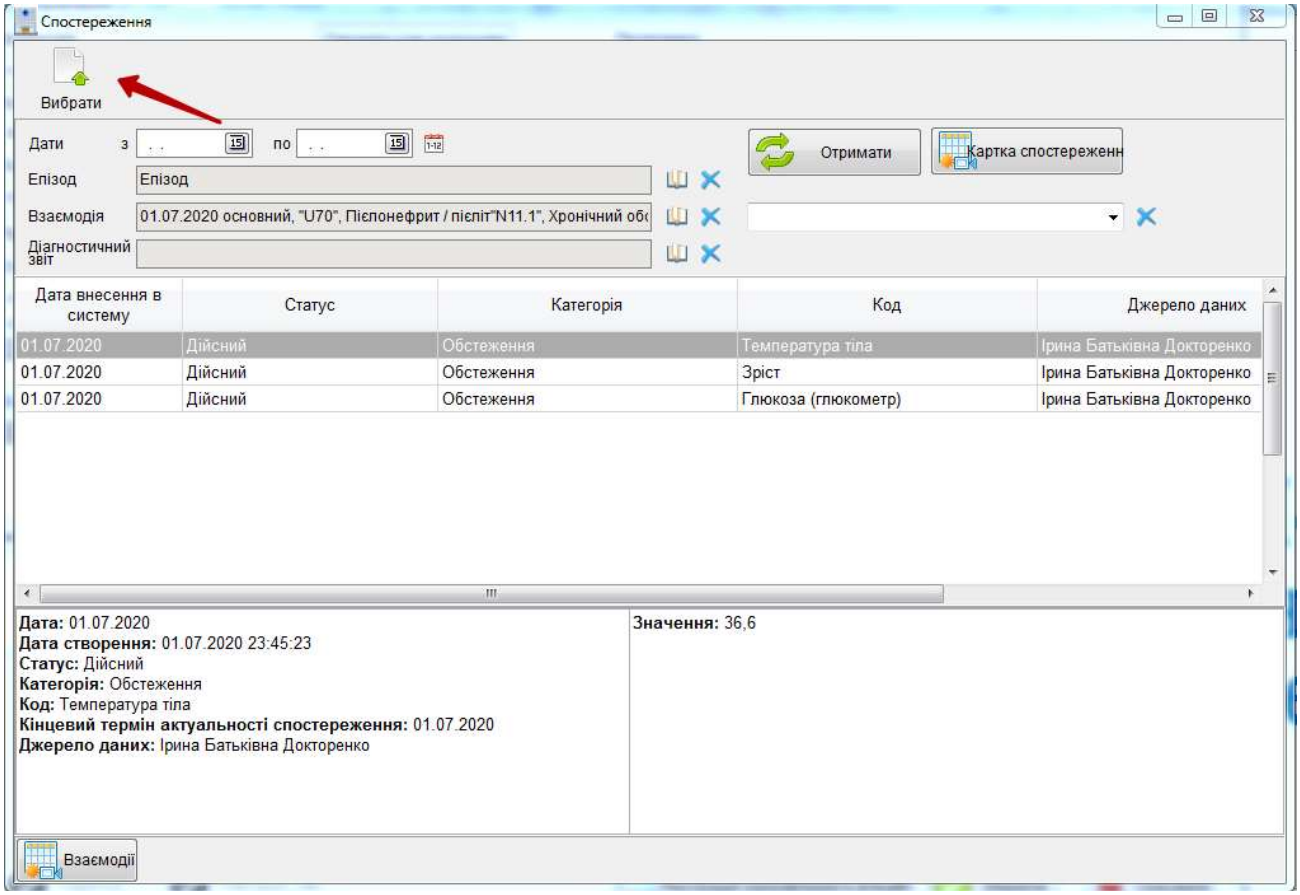




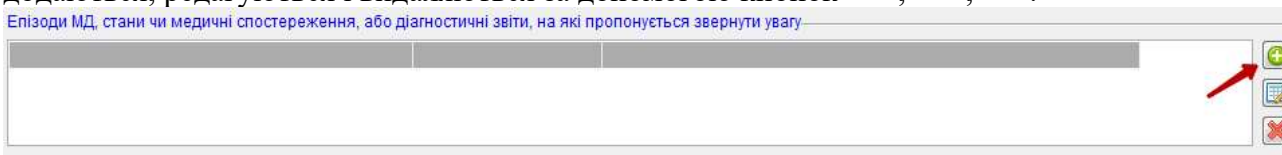
Обрані діагнози відобразяться списком

Аналогічно можна додати медичні спостереження.

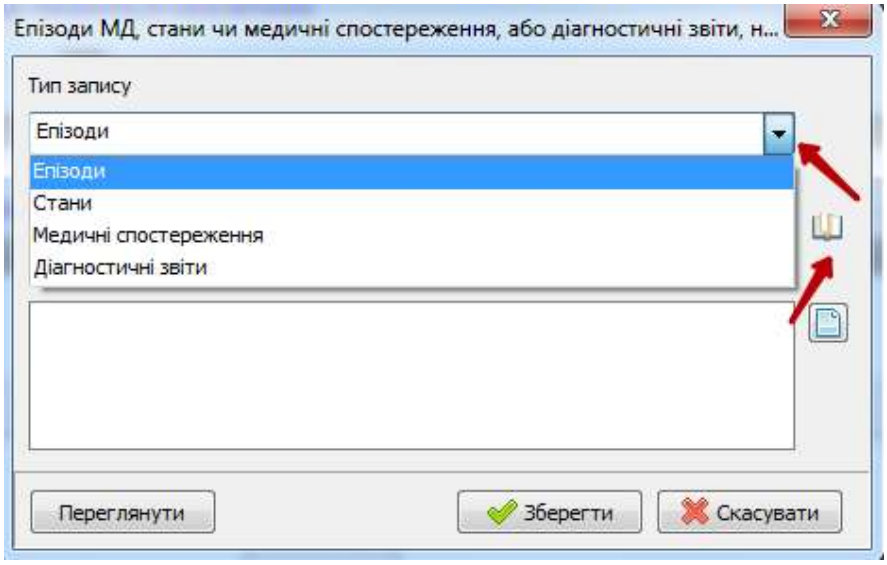


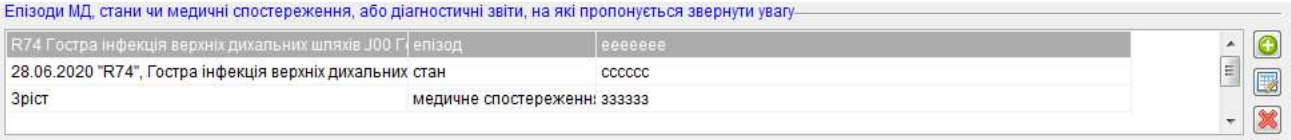


- **«Епізоди МД, стани чи медичні спостереження, або діагностичні звіти, на які пропонується звернути увагу» -** В даному полі лікар може зазначити посилання на медичні записи, які варто подивитися виконавцю послуг за направленням. Всі записи додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , .

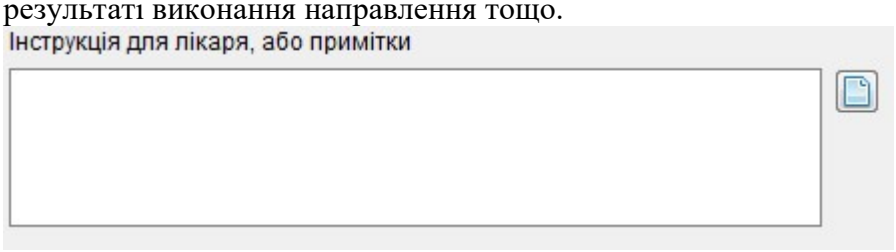


При додаванні з'являється вікно, у якому необхідно обрати «Тип запису» - епізоди, стани (діагнози), медичні спостереження або діагностичні звіти – і обрати відповідний за допомогою кнопки

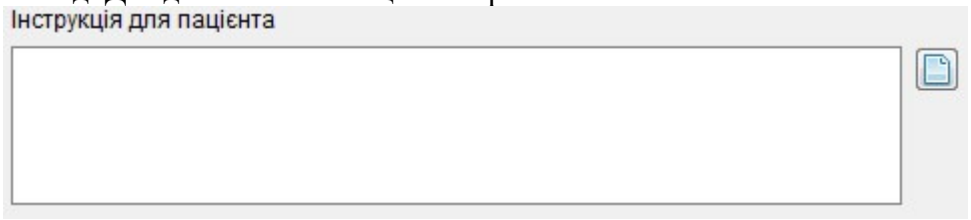




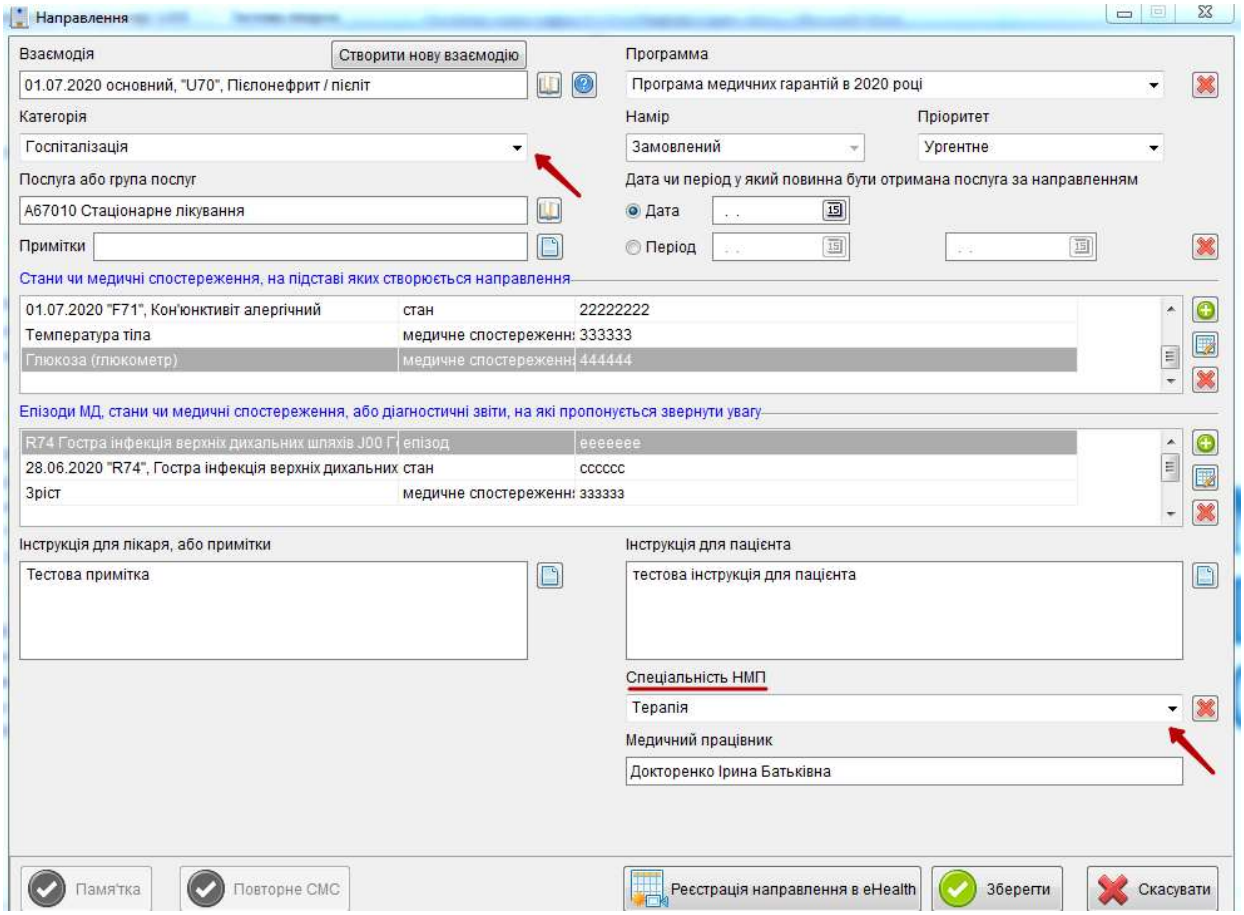
- **«Інструкція для лікаря, або примітки» -** зазначається важлива з точки зору лікуючого лікаря інформація у вільному форматі, яка може бути корисною для лікаря, що буде опрацьовувати направлення. НАПРИКЛАД: лікар може вказати причини сумніву щодо встановленого діагнозу, або ж уточнити, що саме він хоче отримати у результаті виконання направлення тощо.



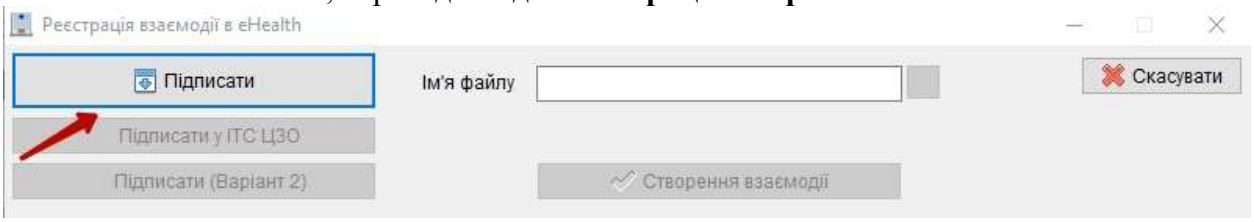
- **«Інструкція для пацієнта» -** зазначається важлива для пацієнта інформація, яка відноситься до направлення. НАПРИКЛАД: не їсти за 12 год. Не вживати алкоголь за 24 год. До здачі аналізів за цим направленням.



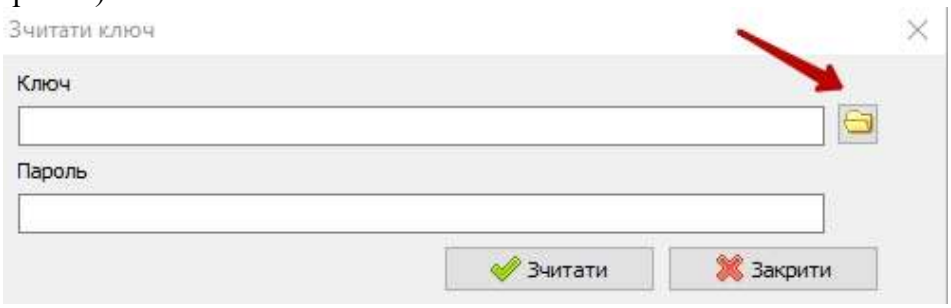
- **«Спеціалізація НМП» -** поле з’являється тільки у випадку, коли направлення виписане на категорії **«Госпіталізація»** або **«Переведення до іншого ЗОЗ»**. Зазнається медична спеціалізація, за якою потрібна госпіталізація пацієнта.

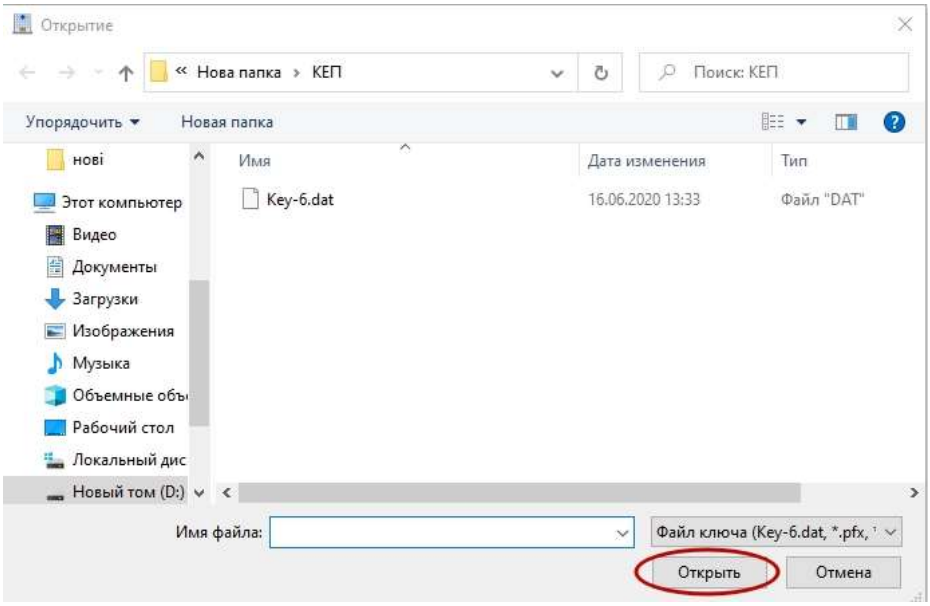


Заповнивши поля, переходимо до **«Реєстрація направлення в eHealth».**



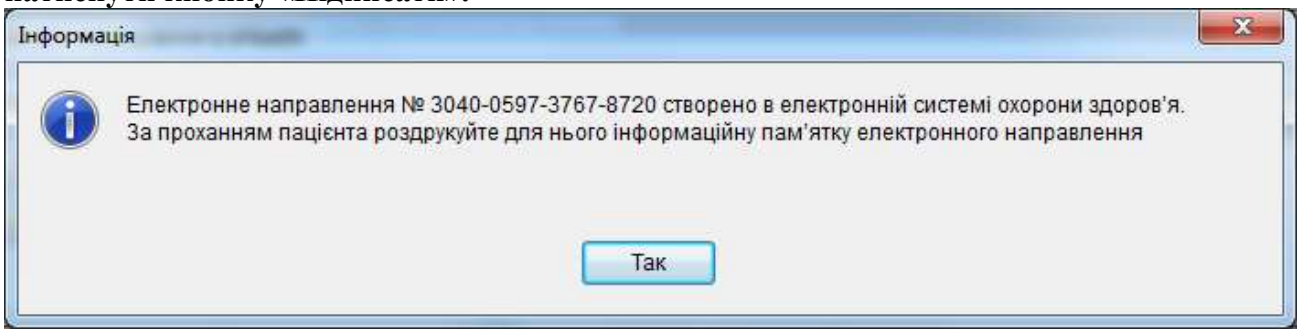
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).



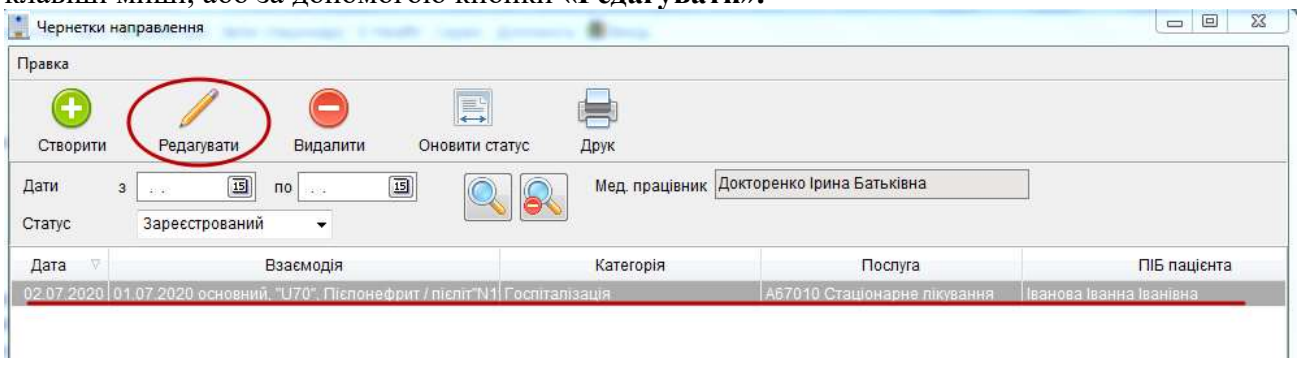


Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

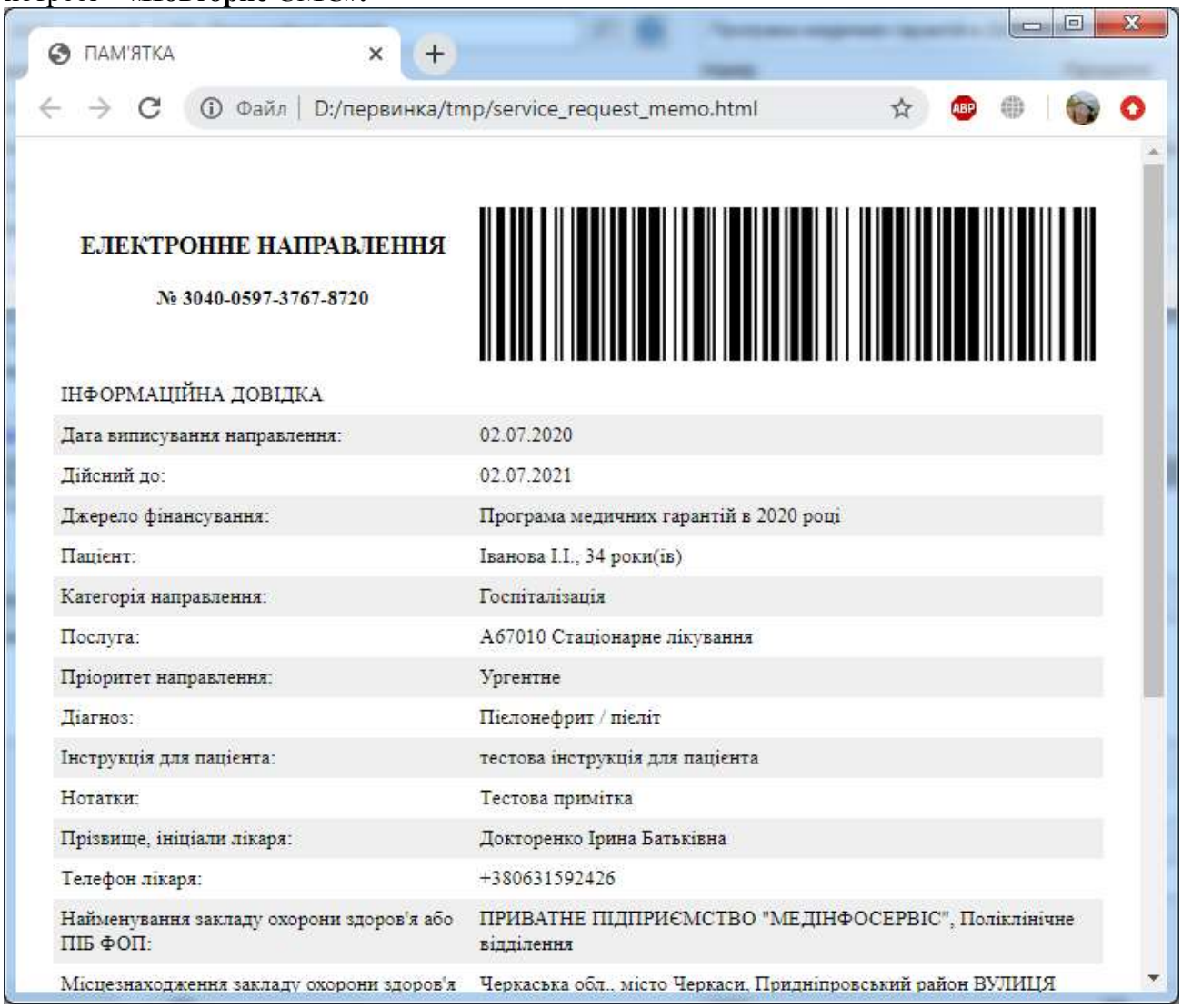
Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».



В цей момент пацієнту надходить СМС повідомлення з номер електронного направлення. Натиснувши **«Так»,** програма повертає у вікно **«Чернетки направлення»**, де створене направлення має статус **«Зареєстрований»**. Щоб роздрукувати інформаційну пам'ятку пацієнту, слід обрати щойно створене направлення подвійним натисканням правої клавіші миші, або за допомогою кнопки **«Редагувати».**

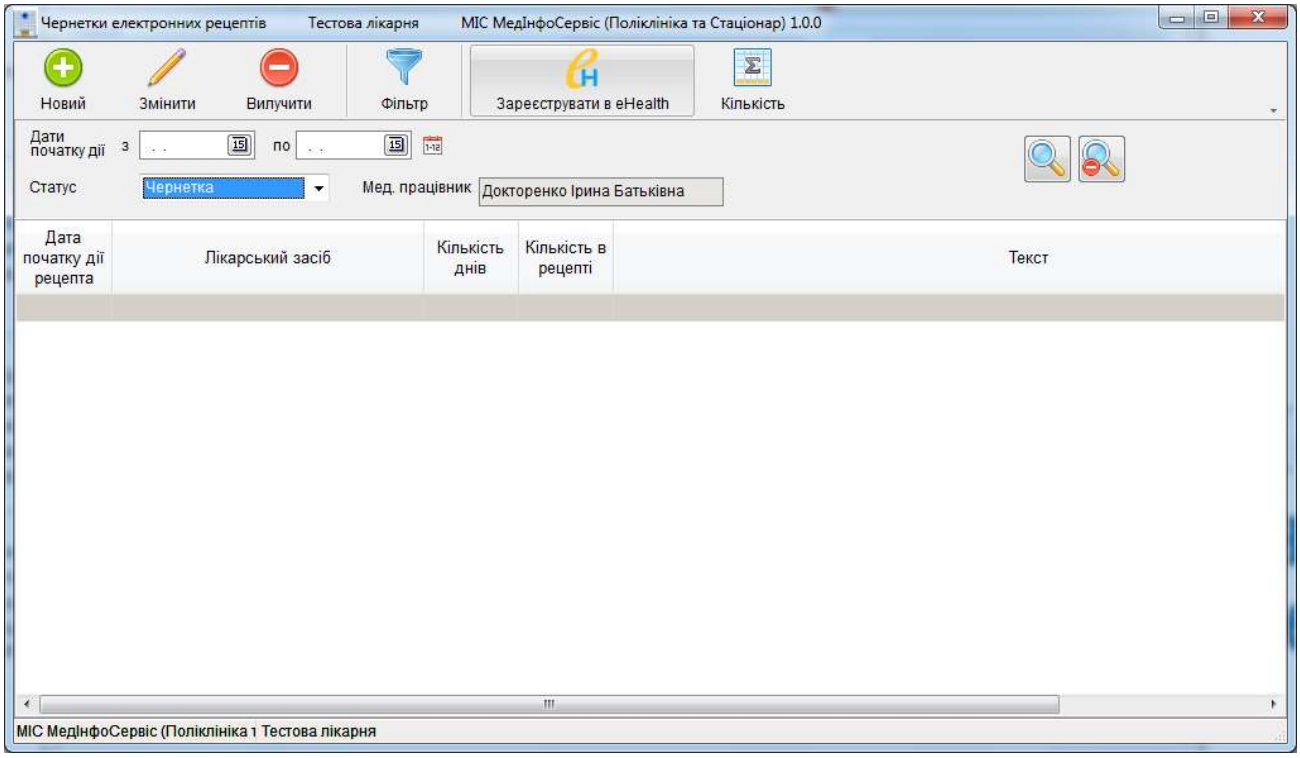


У вікні, що з’явилось, в нижній частині вікна натискаємо кнопку **«Пам’ятка».** При потребі – **«Повторне СМС».**



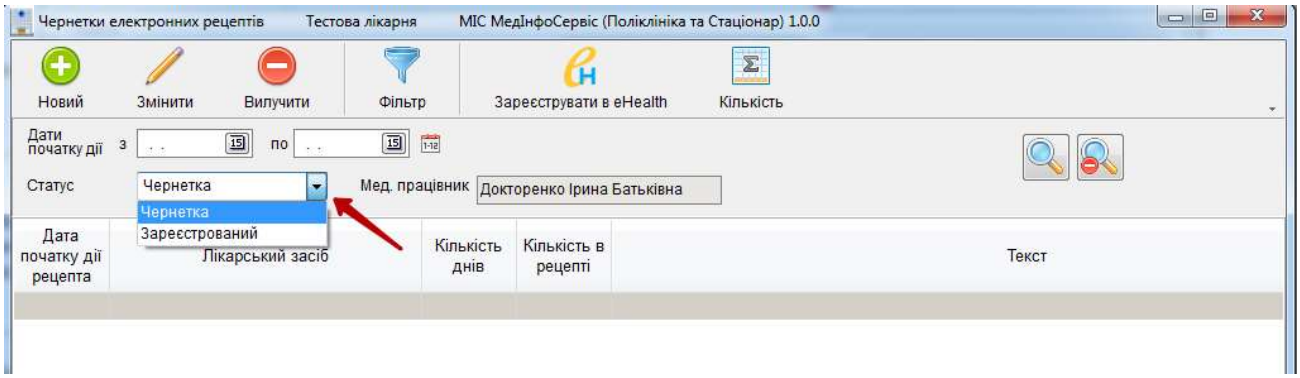
9.6.5 Чернетки електронних рецептів (СТВОРЕННЯ ЕЛЕКТРОННОГО РЕЦЕПТУ)

Містить список всіх електронних рецептів, які були створені для даного пацієнта в МІС «МедІнфорСервіс».



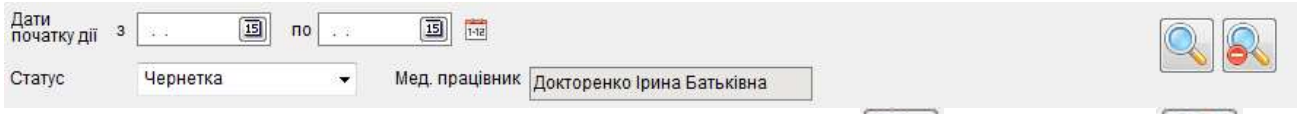
Натиснувши «Новий», на верхній панелі, можна виписати новий електронний рецепт. Алгоритм процесу розписано нижче.

«Редагувати» - відкривається електронний рецепт для внесення змін. Якщо статус рецепту **«Зареєстрований»**, тобто підписаний і відправлений в eHealth, то електронний рецепт буде відкрито, але редагувати його заборонено. Якщо статус – **«Чернетка»** (не зареєстрована в eHealth) – відкритий рецепт можна буде відредагувати і зареєструвати в ЕСОЗ.



«Вилучити» - видаляє тільки той рецепт, який має статус «Чернетка».

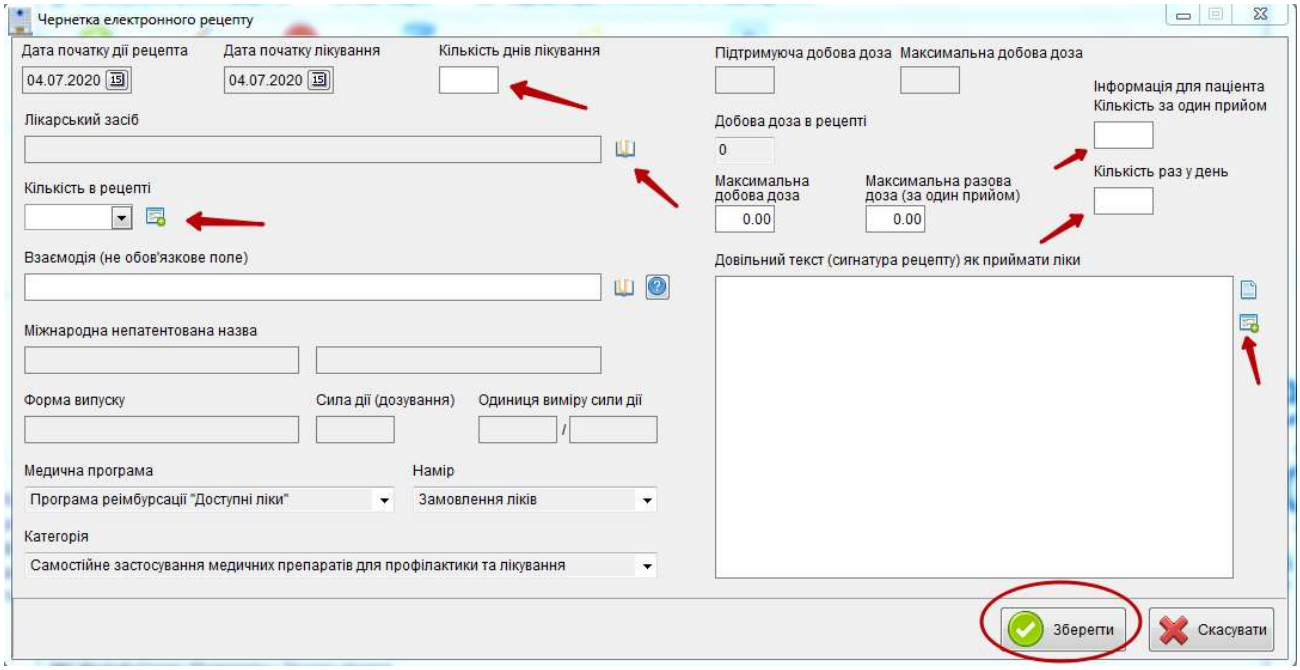
«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по записам.



Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

«Кількість» - розраховує кількість рецептів в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.

Для того, щоб виписати (створити) електронний рецепт для пацієнта необхідно натиснути **«Новий»** у верхній частині вікна.

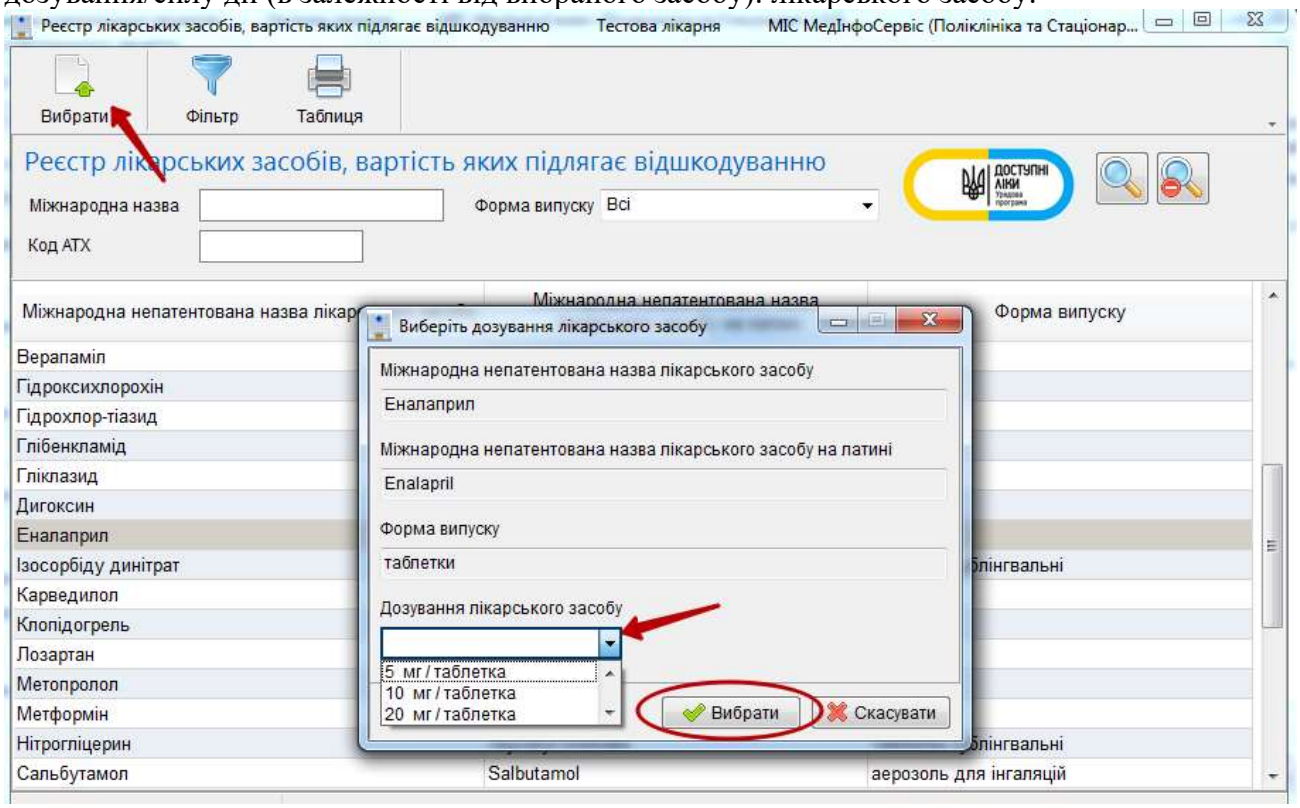


Стрілочками відмічено поля, які необхідно заповнити. Всі інші поля недоступні для редагування і заповнюються автоматично на підставі введених.

«**Дата початку дії рецепта**» та «**Дата початку лікування**» лікування формується автоматично системної дати (змінити її не можливо).

«**Кількість днів лікування**» повинне бути більше за 0 і обмежуватись 90 днями.

Обрати «**Лікарський засіб**» потрібно за допомогою кнопки . У вікні з лікарськими засобами можна відфільтрувати засоби по міжнародній назві, по коду анатомо-терапевтично-хімічній класифікації (Код АТХ), або по формі випуску. Після вибору ліків потрібно вибрати дозування/силу дії (в залежності від вибраного засобу): лікарського засобу.

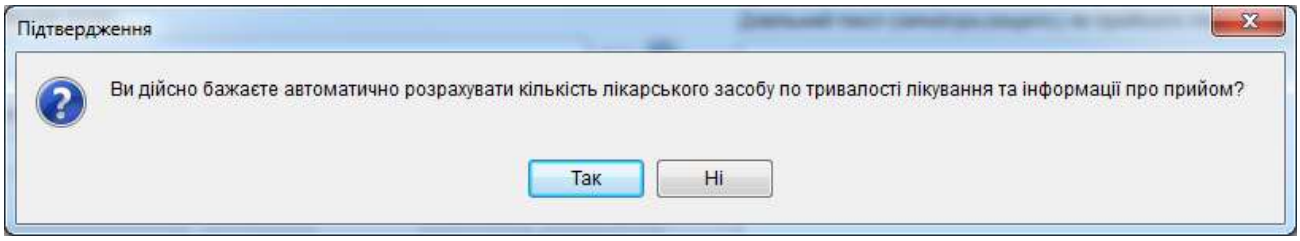


Далі вказуємо «**Кількість за один прийом**» – «**Разова доза за один прийом**» автоматично розраховується, потім вказуємо «**Кількість раз у день**» – автоматично розраховується «**Добова доза**».

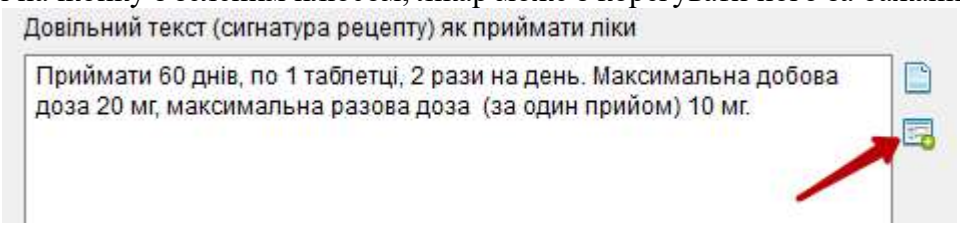
Вказуємо «**Максимально добову дозу**» і «**Максимальну разову дозу**» за 1 прийом.

Лікарю необхідно вибрати «**Кількість в рецепті**», цю кількість можна задавати з клавіатури, або вибирати з випадаючого списку, який формується на основі інформації з довідника лікарських засобів і він має бути кратним кількості в упаковці з того довідника який

лікар не бачить, а програма його контролює, тобто лікар може ввести руками або автоматично розрахувати кількість в рецепті на основі плану лікування натиснувши на кнопку таблеток.



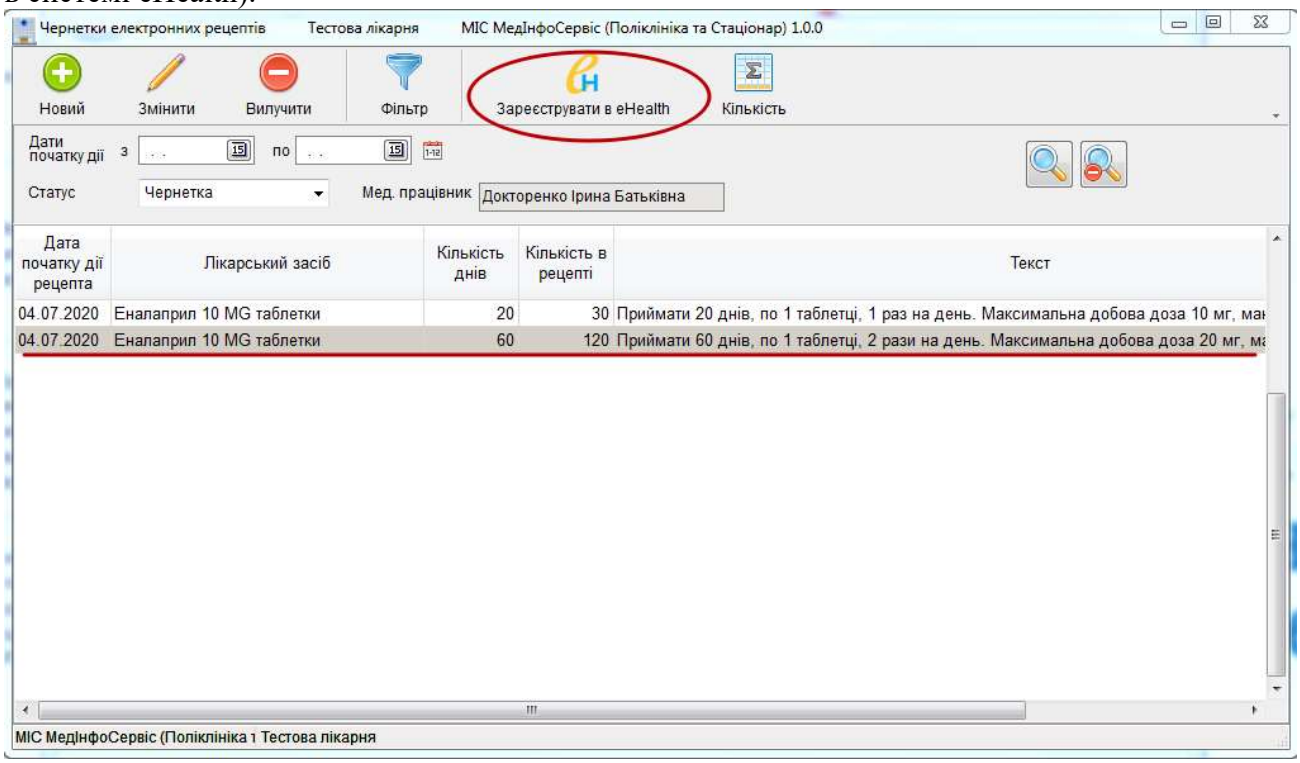
«Довільний текст (сигнатура рецепту) як приймати ліки» можна сформувати натиснувши на іконку з зеленим плюсом, лікар може з корегувати його за бажанням.



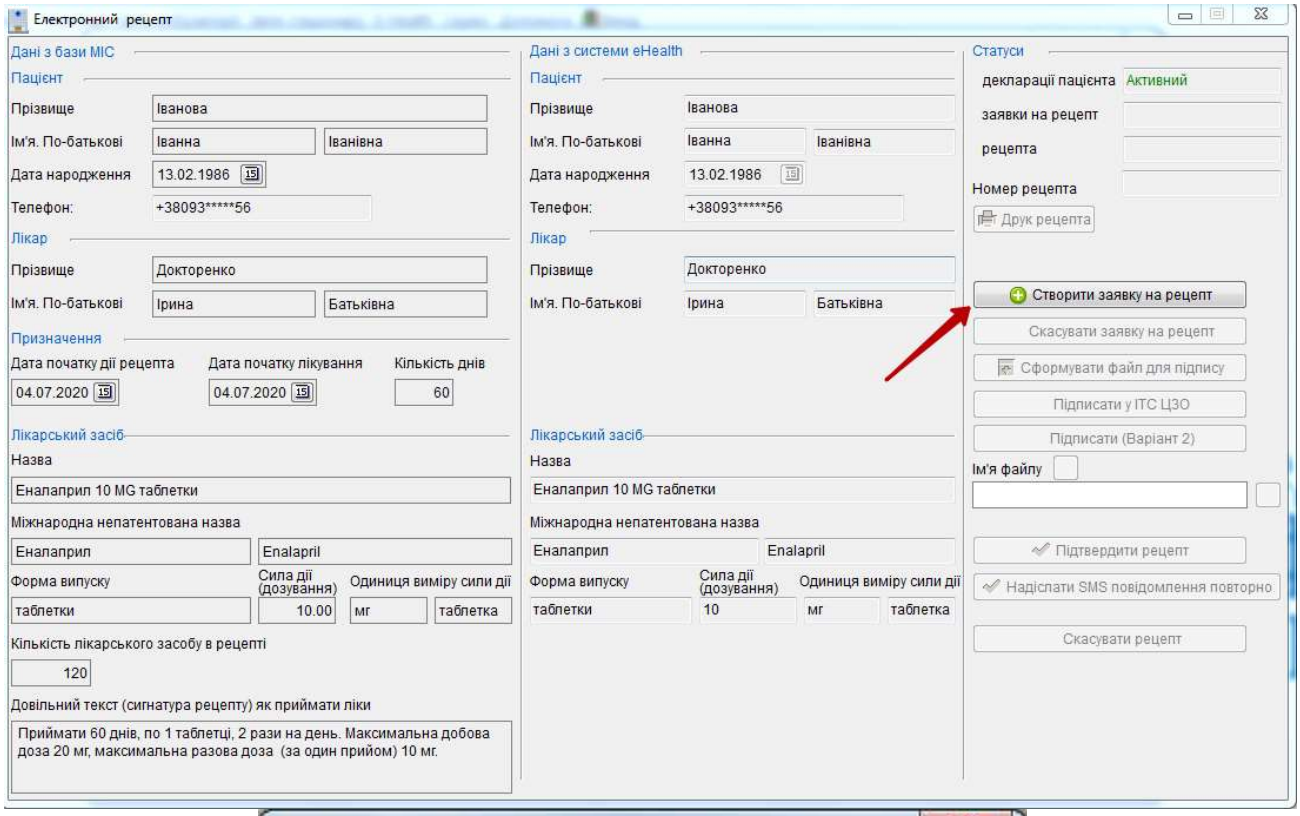
Поле **«Взаємодія»** є необов'язковим для заповнення, але, при потребі, обрати необхідну за допомогою кнопки .

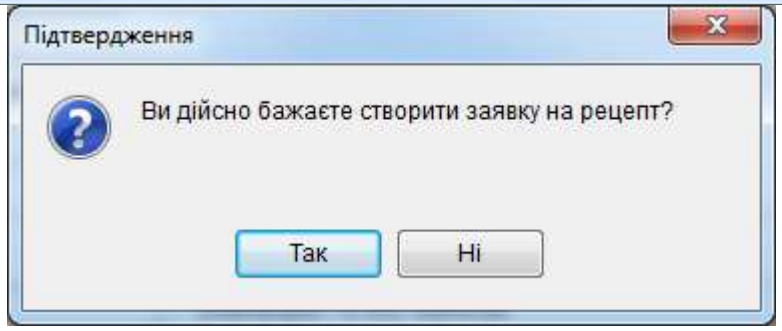
Після заповнення полів, натискаємо кнопку **«Зберегти»**.

Переходимо до реєстрації електронного рецепту в eHealth. Виділивши створений рецепт, натиснути кнопку **«Зареєструвати в eHealth»** (лікарю потрібно буде авторизуватись в системі eHealth).

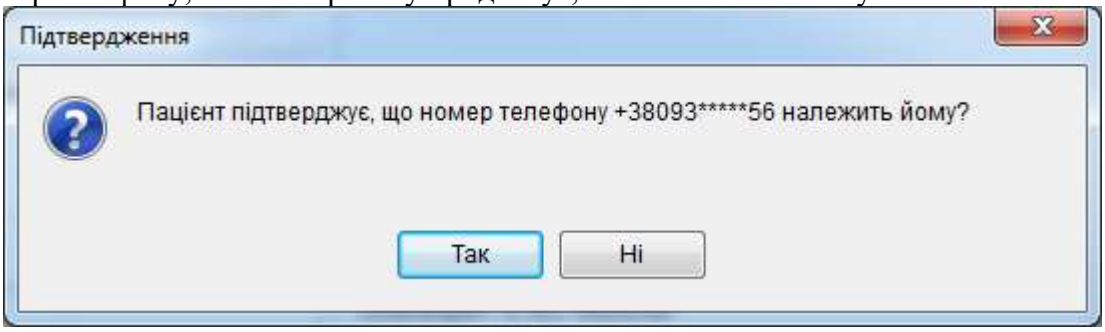


Натискаємо на кнопку **«Створити заявку на рецепт»**.

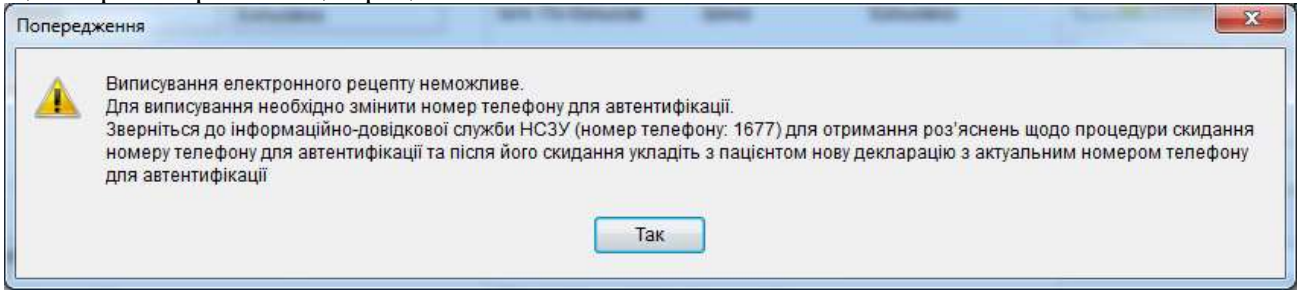




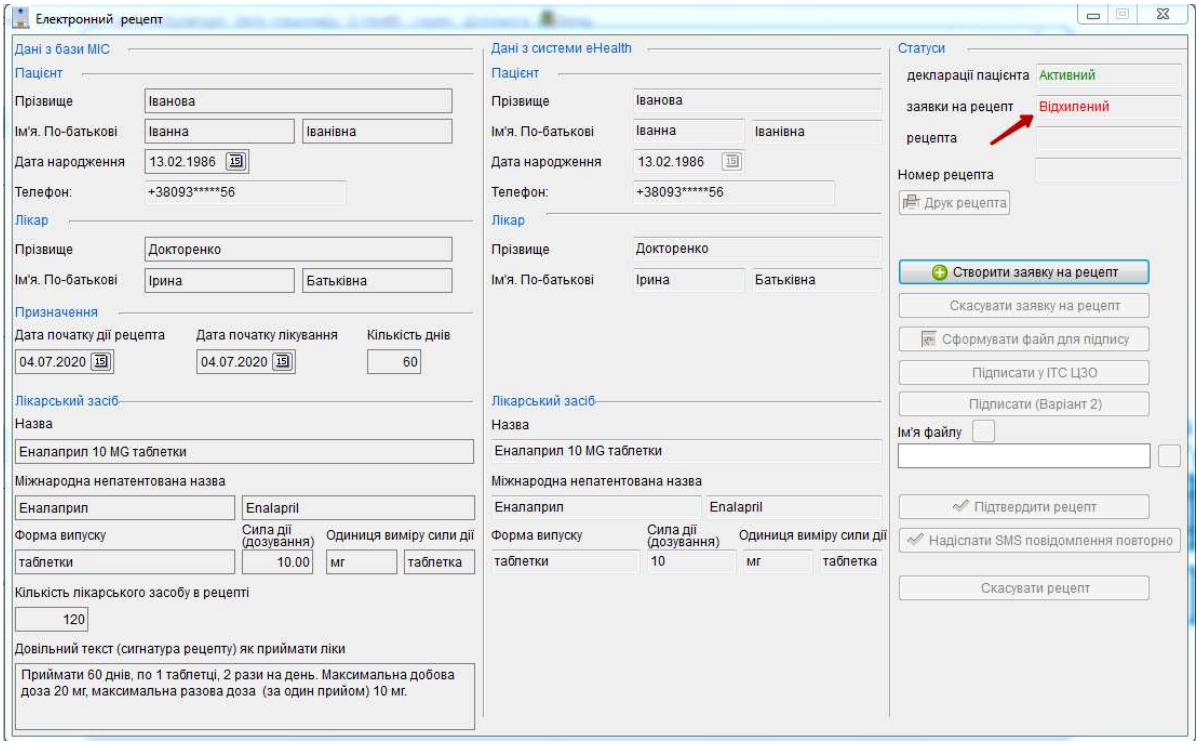
У разі позитивної відповіді, у наступному вікні пацієнту потрібно буде підтвердити, що номер телефону, який лікар йому продиктує, належить саме йому.



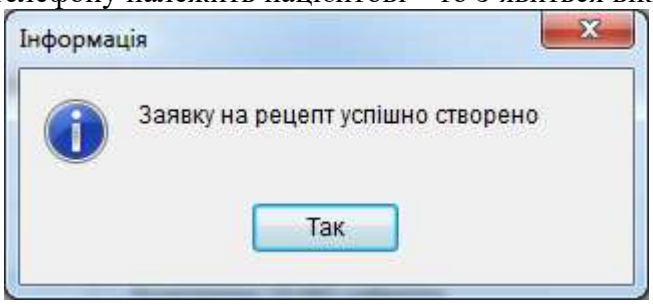
Якщо натиснути «Ні» отримаємо повідомлення про неможливість створення рецепту і що потрібно зробити щоб рецепт виписати:



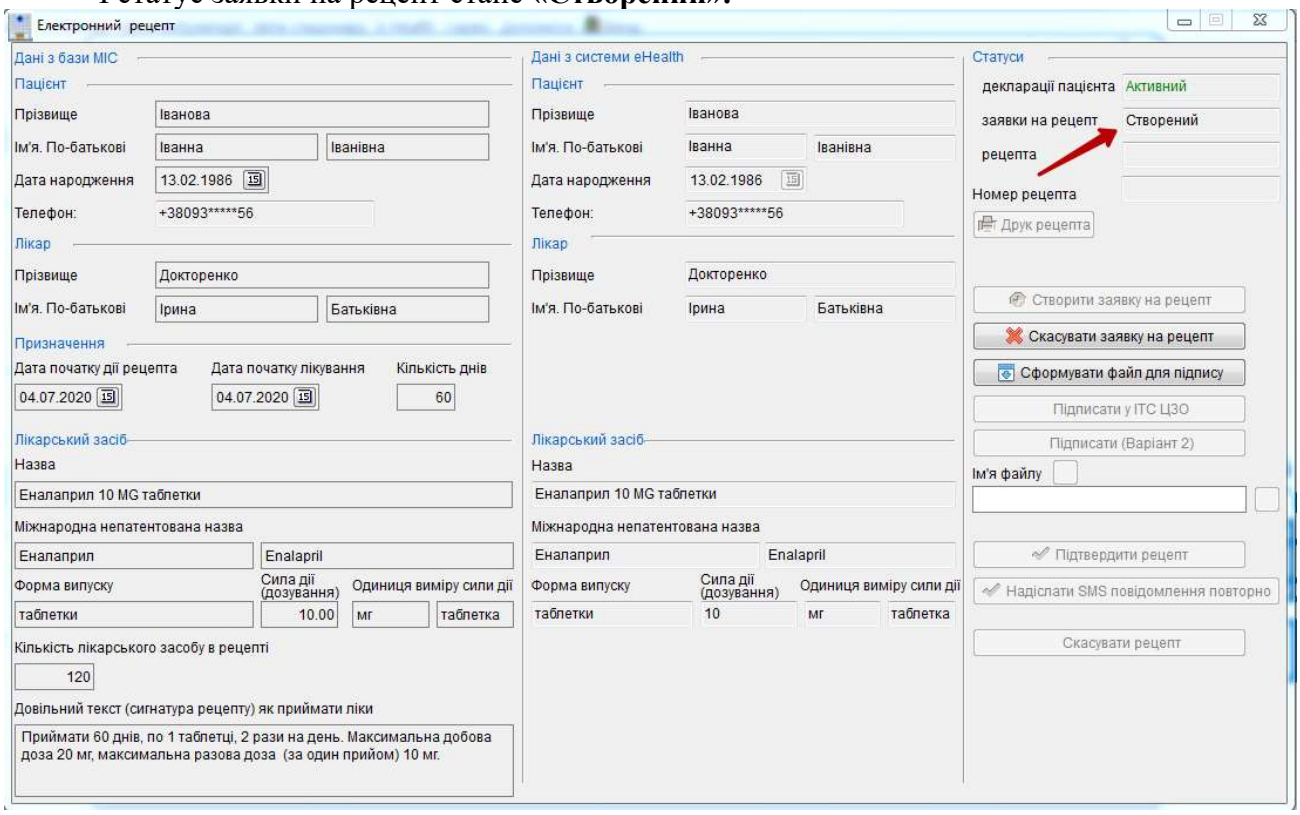
Статус заявки на рецепт стане – **«Відхилено»**.



Якщо ж номер телефону належить пацієнтові – то з’явиться вікно.



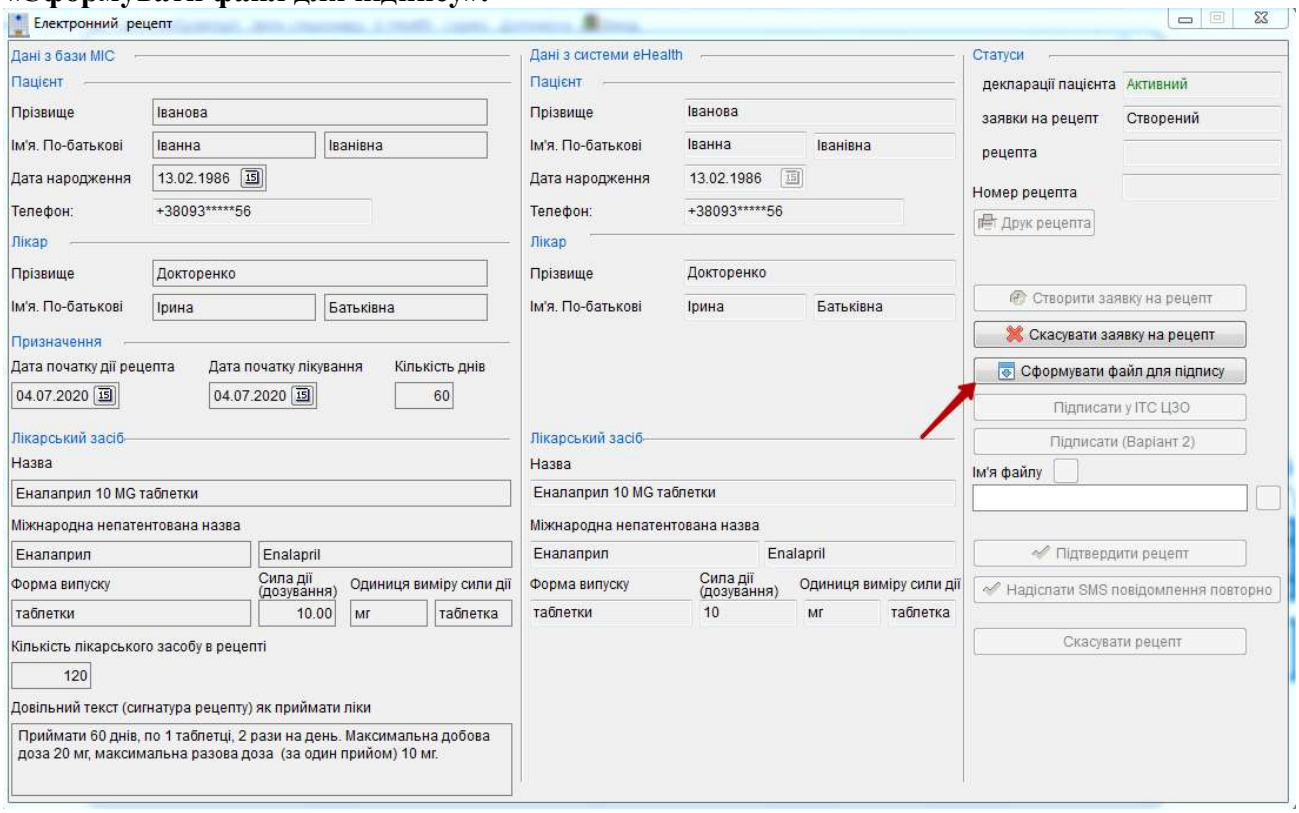
І статус заявки на рецепт стане **«Створений».**



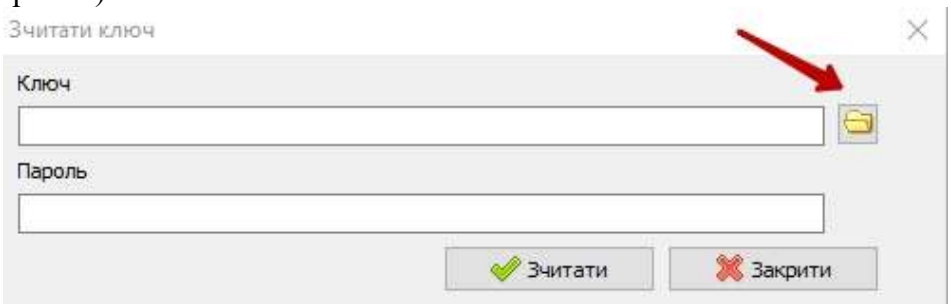
Якщо у пацієнта не вказаний номер телефону (значить що в нього метод автентифікації був оффлайн), то при створені заявки вона буде успішно створена і буде використана оффлайн верифікація пацієнта.

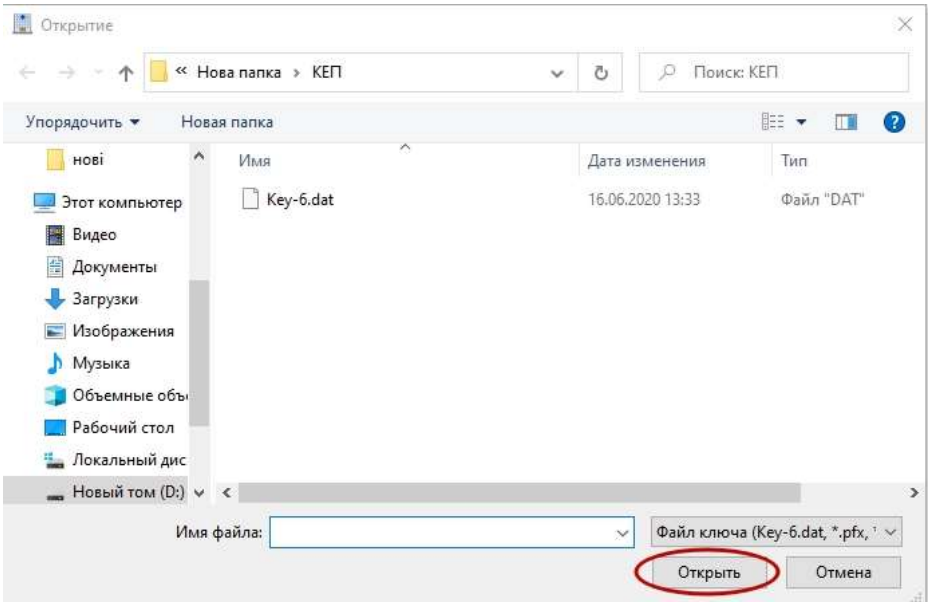
Після створення заявку можна скасувати, натиснувши кнопку **«Скасувати заявку на рецепт»**.

Для продовження створення електронного рецепту потрібно натиснути кнопку **«Сформувати файл для підпису».**



Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).

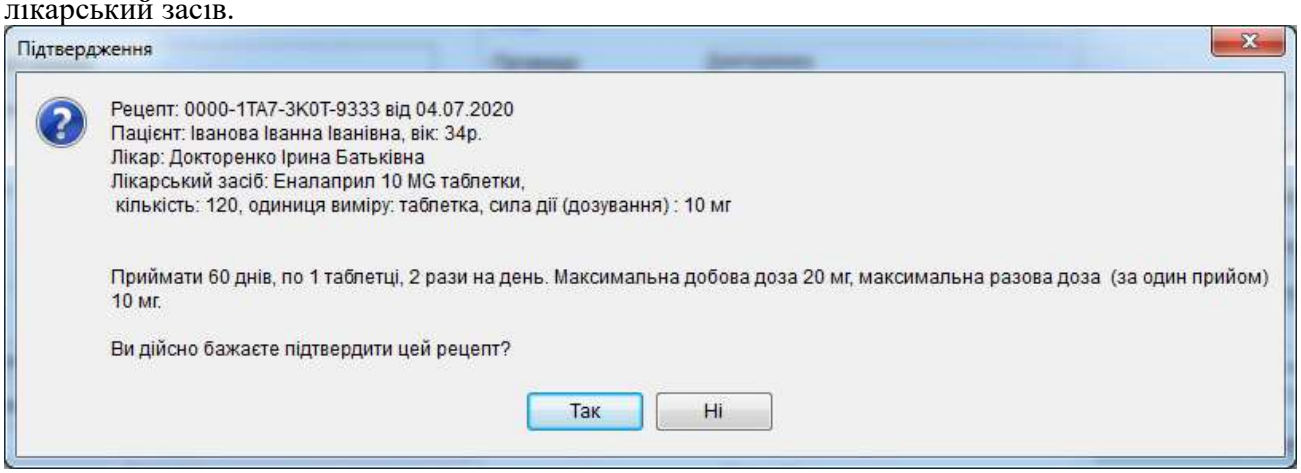




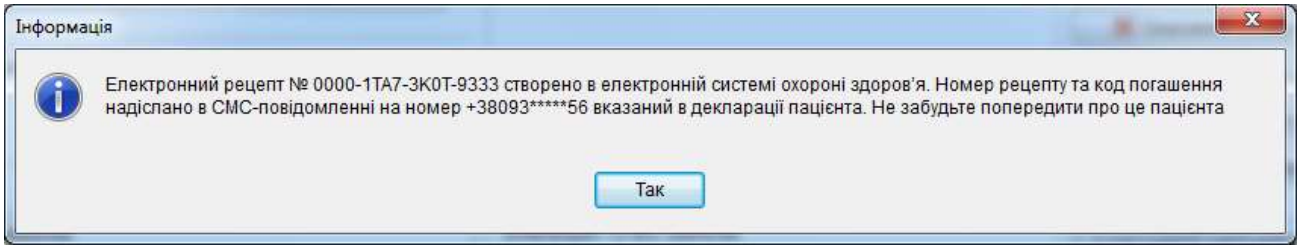
Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».

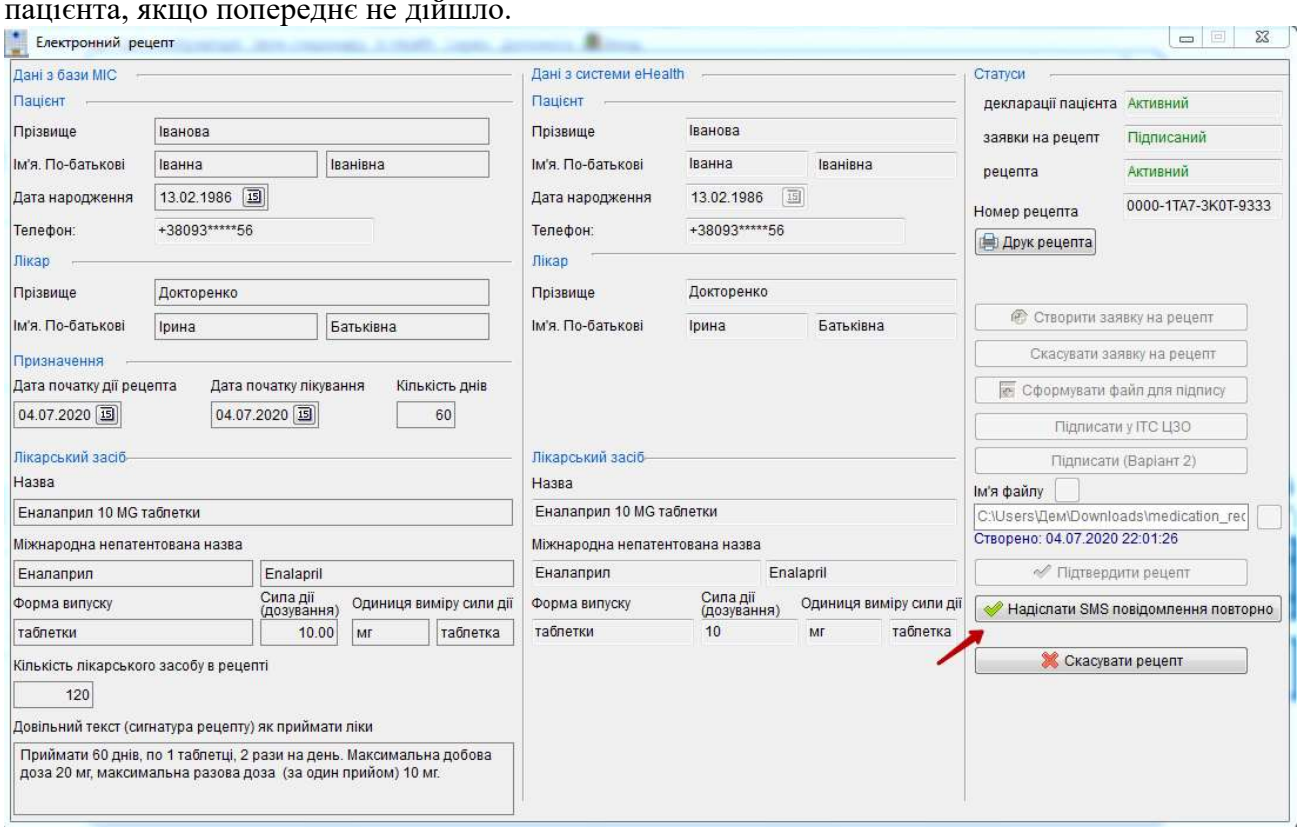
Відкриється вікно для підтвердження з інформацією про рецепт, пацієнта, лікаря, лікарський засів.



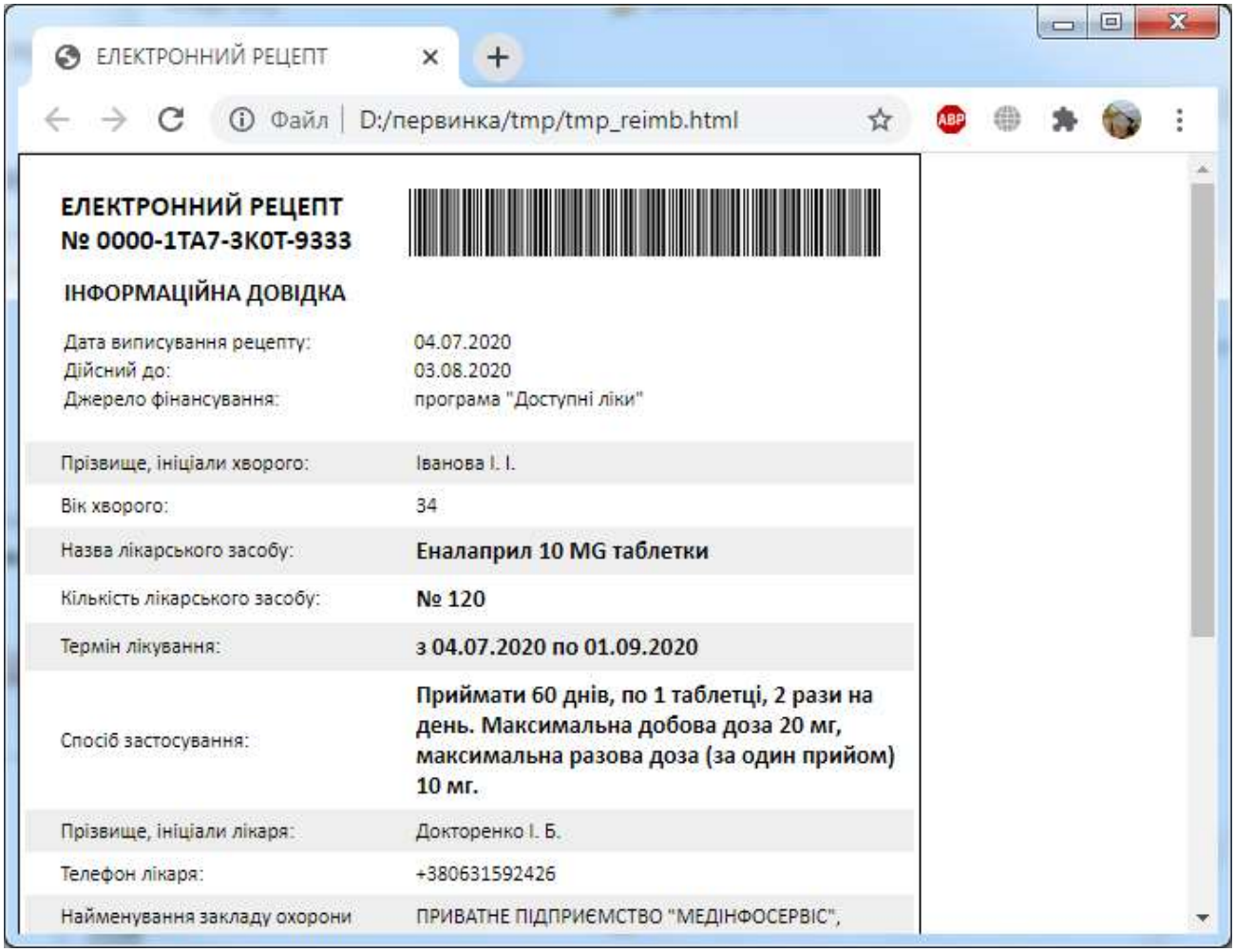
Після підтвердження електронний рецепт №… буде створений в електронній системі охорони здоров'я, номер рецепту та код погашення буде надісланий повідомлення на номер телефону пацієнта (якщо метод верифікації оффлайн, то код погашення автоматично буде 0000 і про це потрібно повідомити пацієнта).



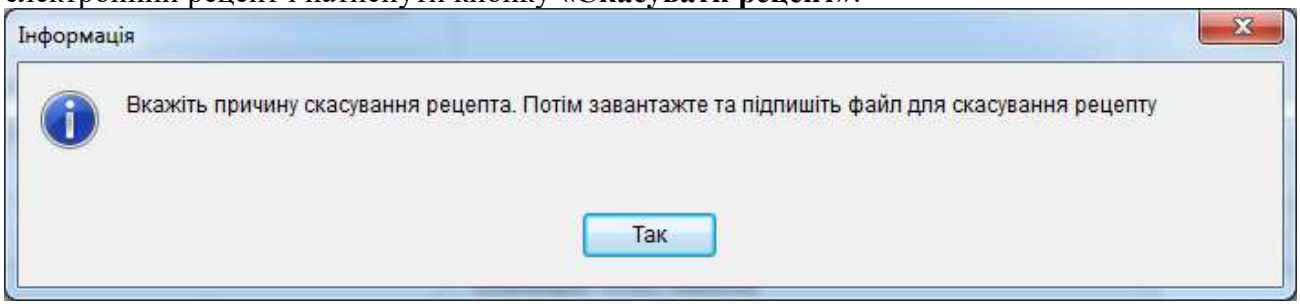
Також є можливість одноразово надіслати повторне смс-повідомлення на номер пацієнта, якщо попереднє не дійшло.

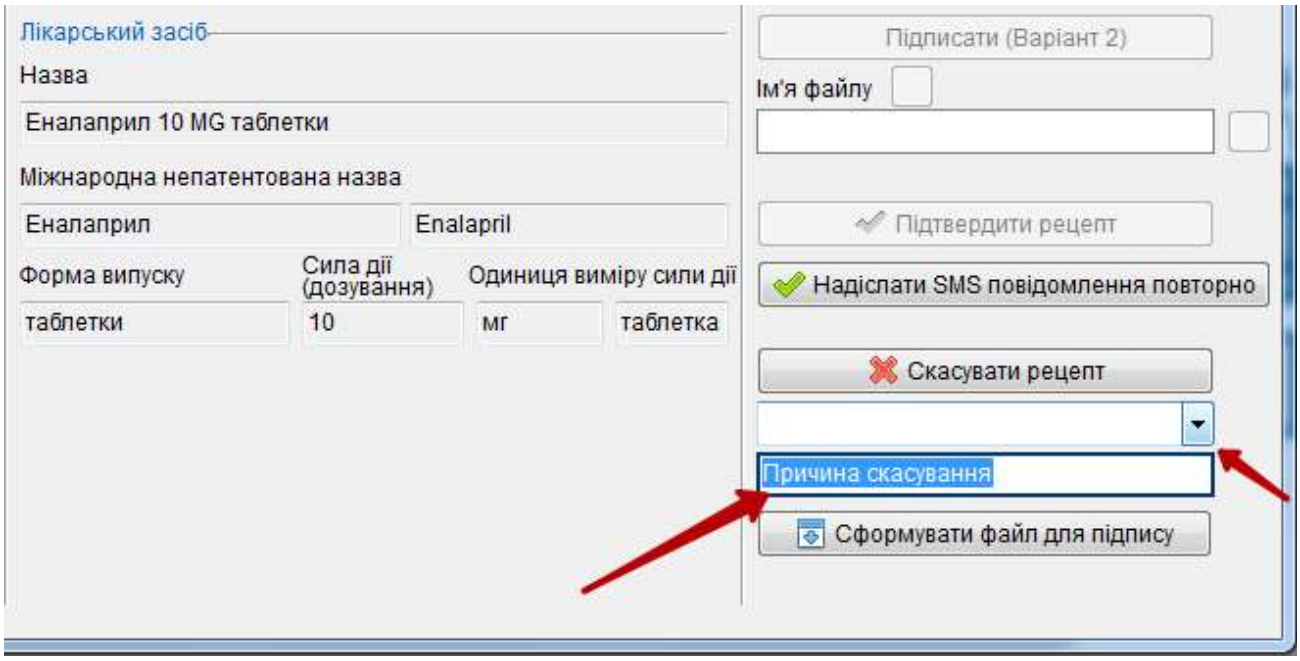


Коли електронний рецепт виписано в статусах буде відображатись статус заявки на рецепт – **«Підписаний»,** а статус рецепта – **«Активний»**, номер рецепта буде заповнений і можна надрукувати рецепт натиснувши кнопку **«Друк рецепта»**.

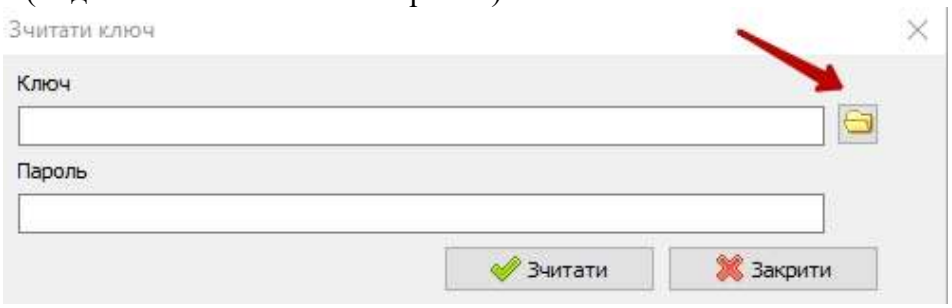


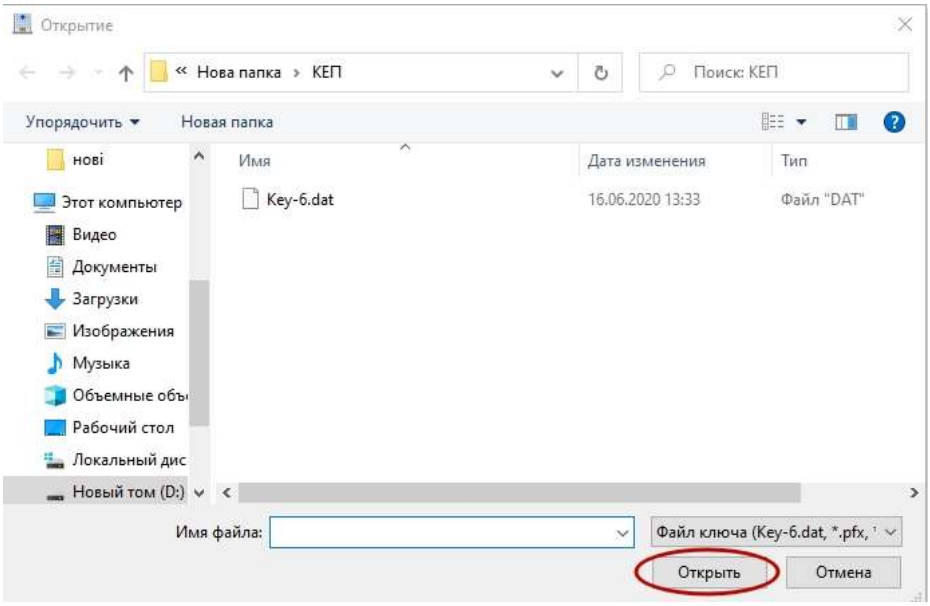
Можливо скасувати виписаний рецепт. Для цього потрібно відкрити раніше створений електронний рецепт і натиснути кнопку **«Скасувати рецепт»**.





Вказати причину скасування і необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).

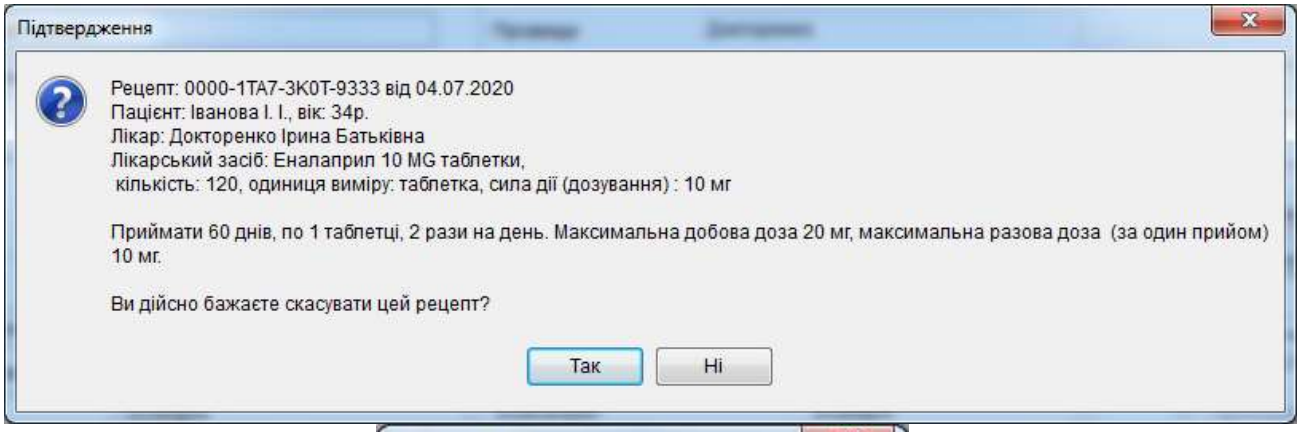


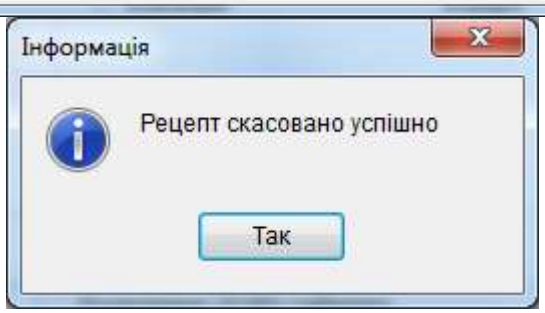


Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».

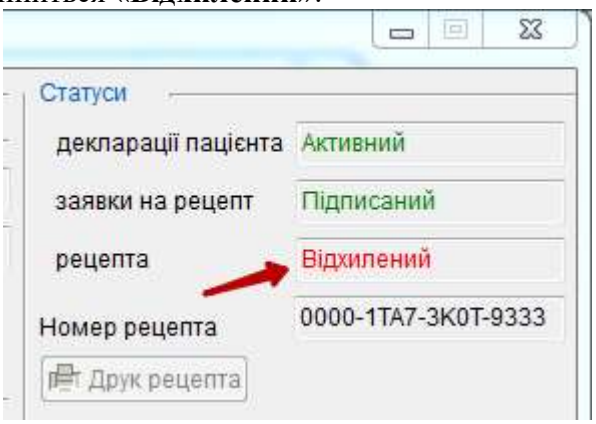
Підтвердити скасування рецепту.





Пацієнт отримає СМС з відповідним повідомленням про відкликаний електронний рецепт.

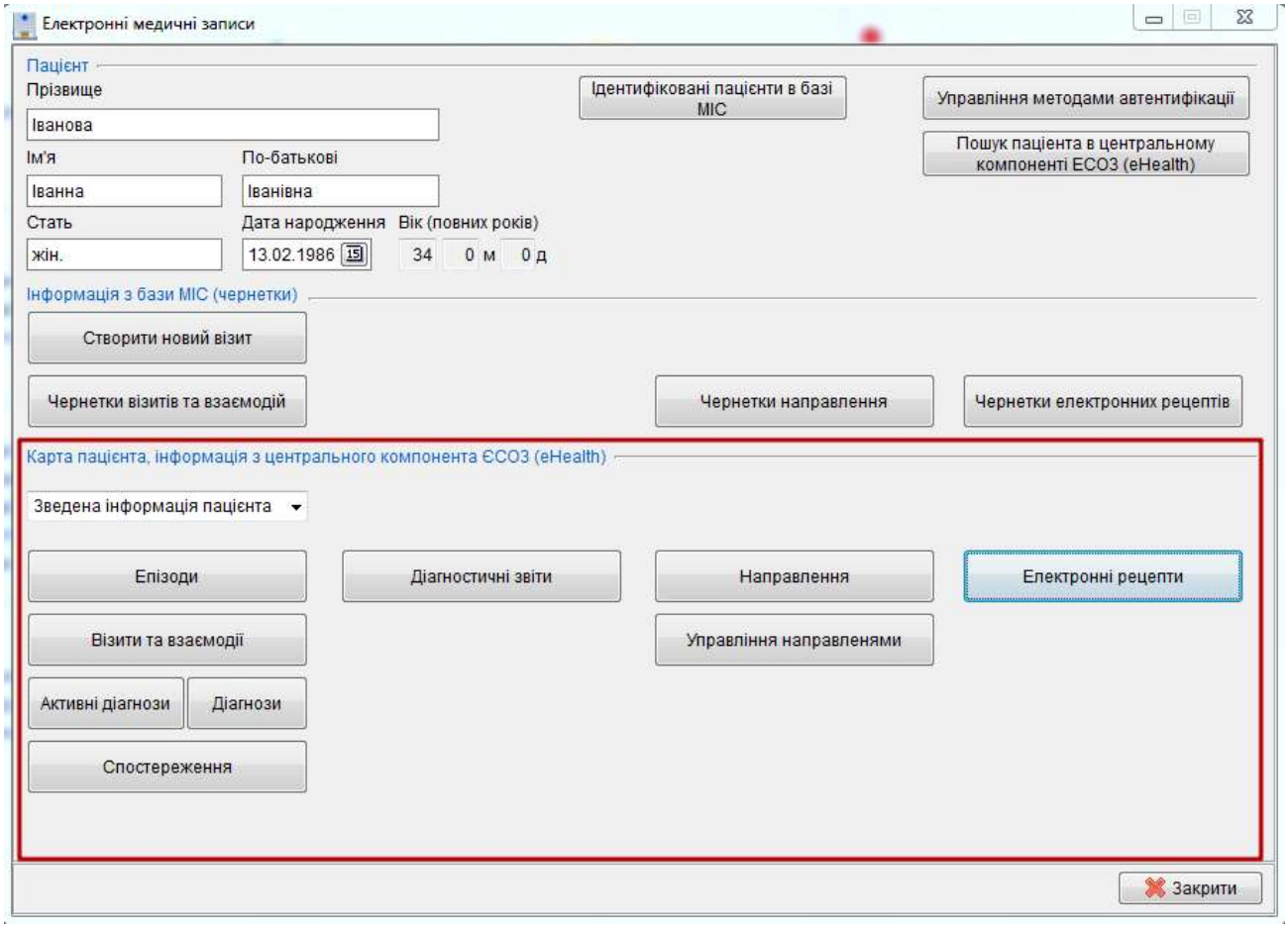
Статус рецепту зміниться **«Відхилений»**.



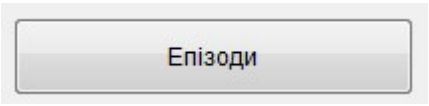
Відео-інструкція по Електронному рецепту на нашому youtube каналі

9.6.6 Карта пацієнта в ЕСОЗ. Інформація з центрального компонента.

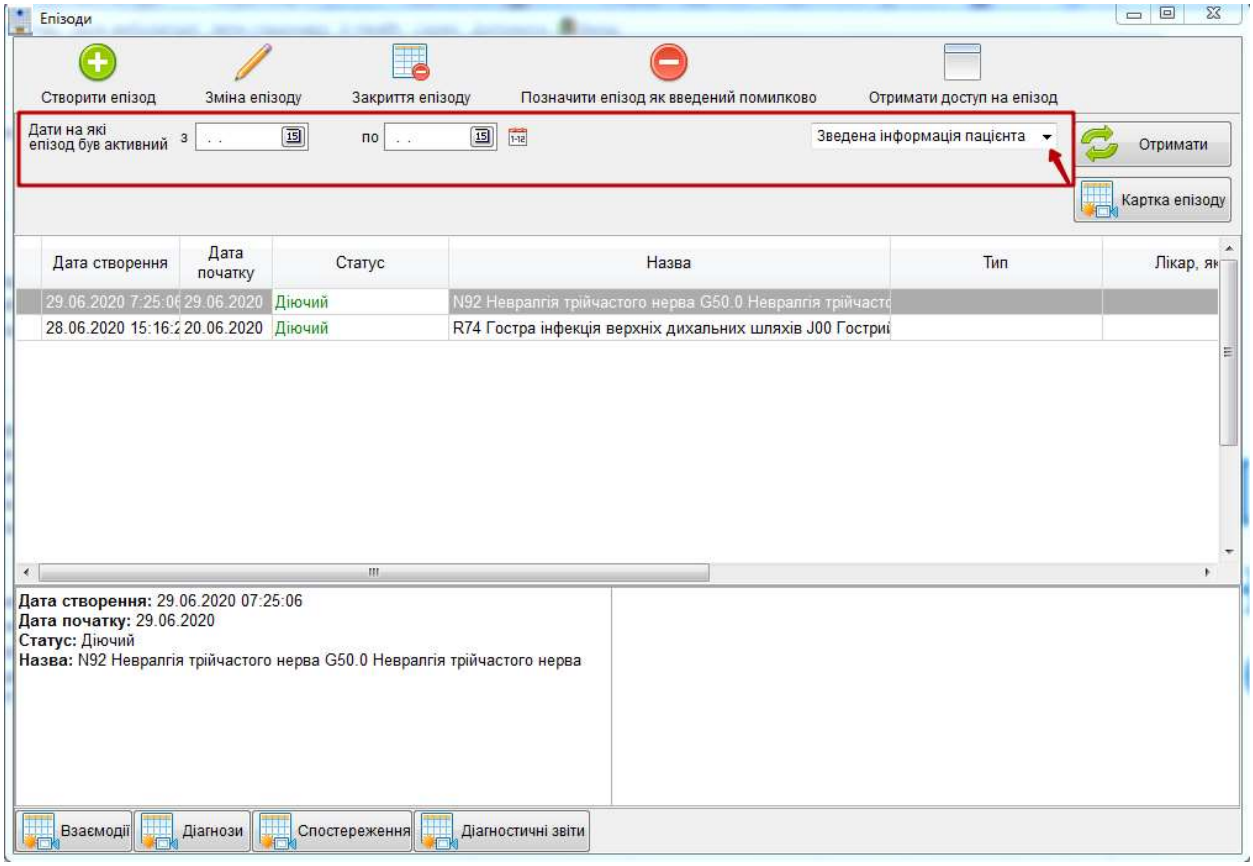
Для перегляду зареєстрованих епізодів/взаємодій, діагнозів і спостереження, закриття епізодів, а також відміни епізодів і електронних направлень використовують кнопки, які розташовані в нижній частині головного вікна



9.6.6.1 Перегляд епізодів/візитів і взаємодій/діагнози/спостереження в ЕСОЗ, закриття епізоду, позначення як введений помилково епізоду/взаємодії.



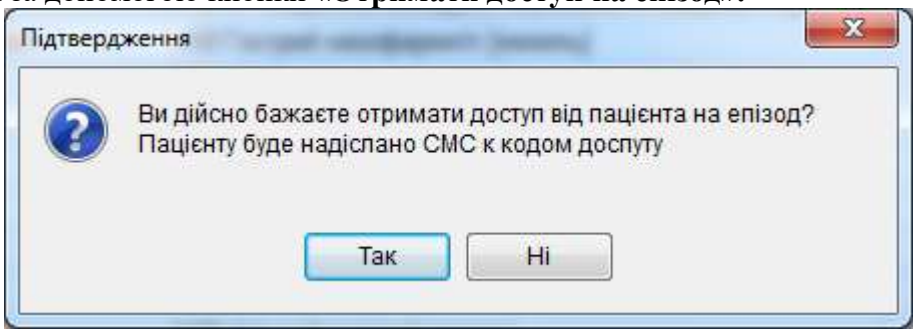
- відображається список створених епізодів, в залежності від налаштування в верхній частині вікна

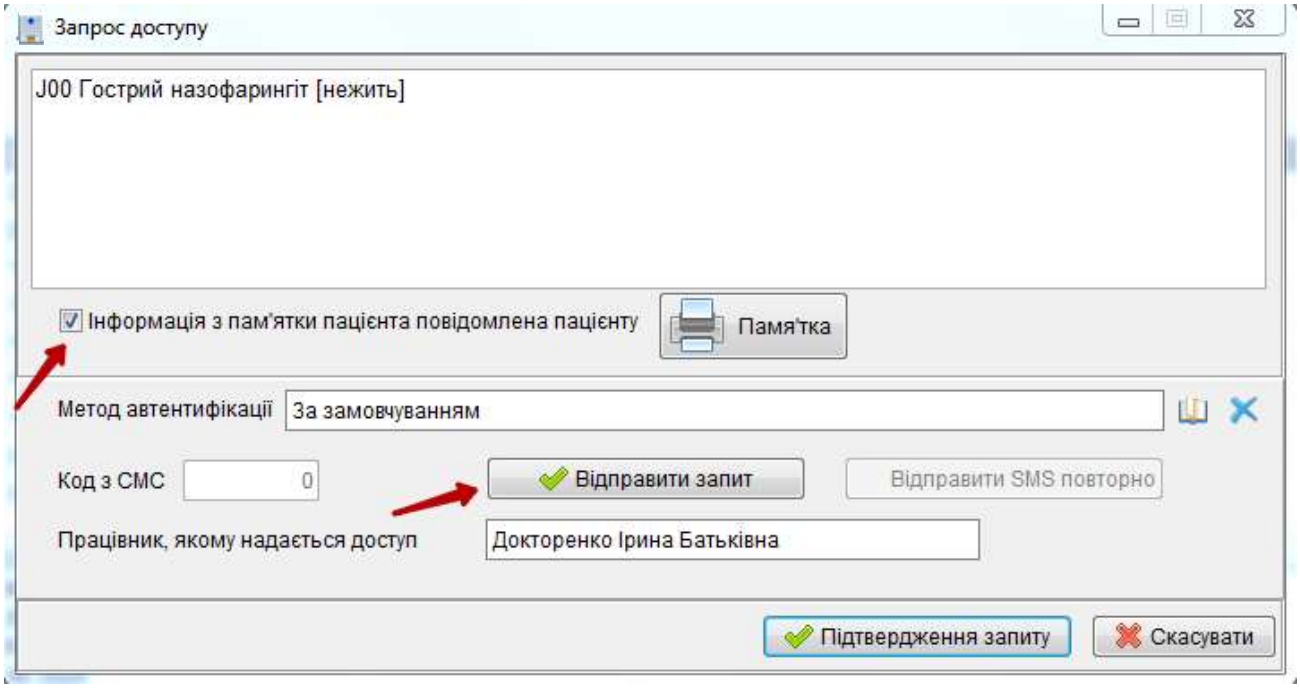


Зведена інформація пацієнта – відображає весь список епізодів створених у пацієнта.

Повна інформація пацієнта – відображає епізоди, створені у власному медичному закладі.

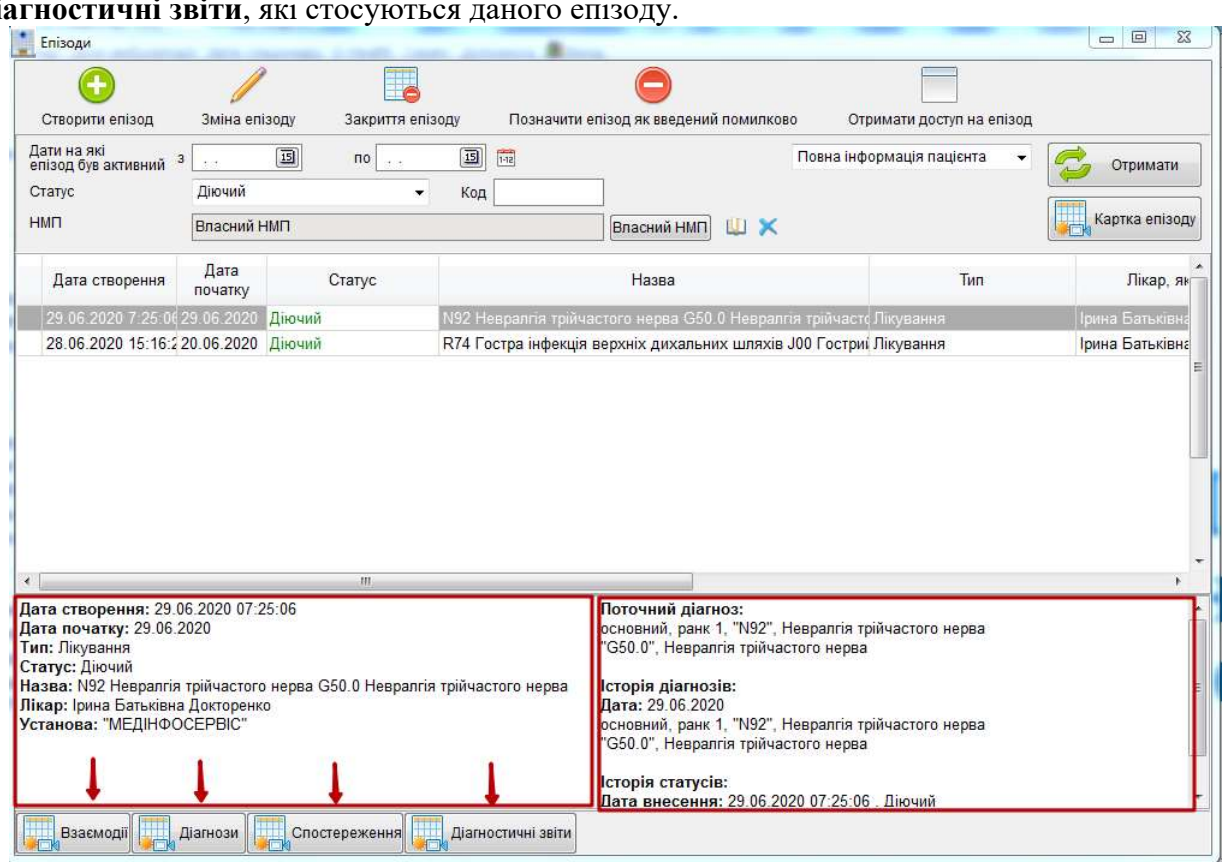
Підтверджені епізоди – відображає епізоди, до яких лікар отримав доступ. Це здійснюється за допомогою кнопки **«Отримати доступ на епізод».**



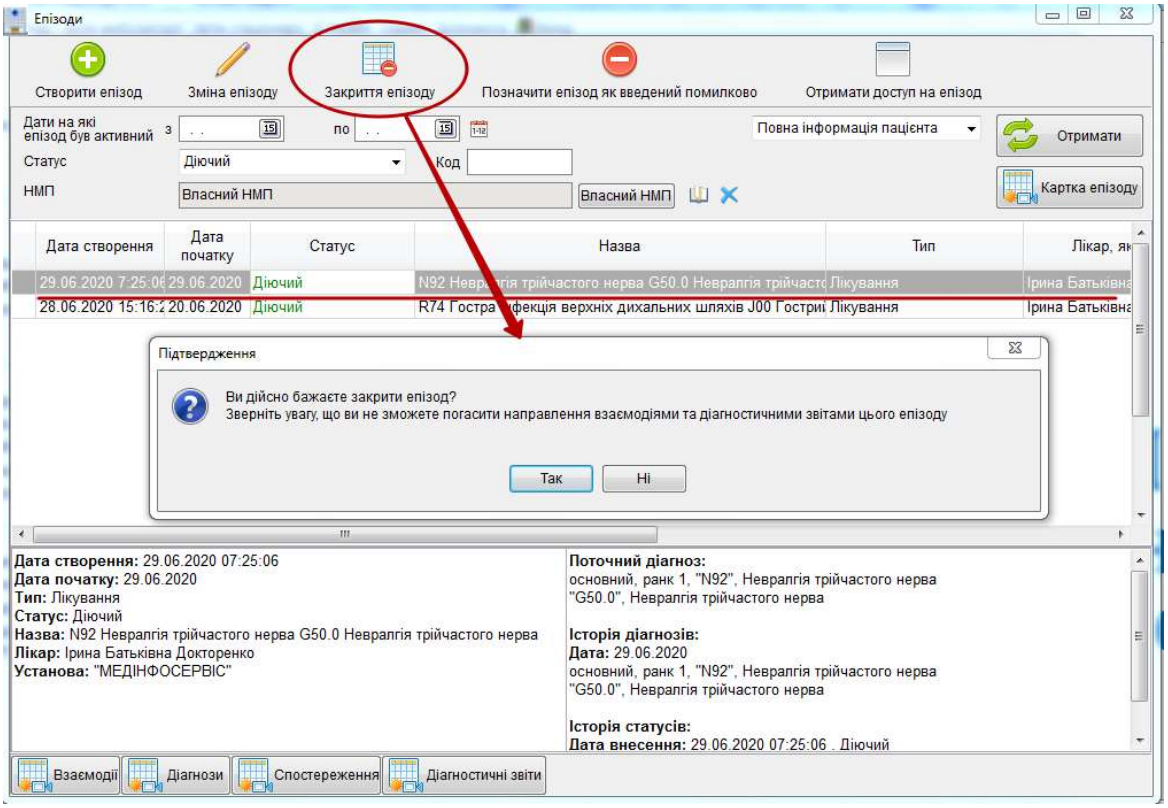


Натиснувши кнопку **«Відправити запит»,** пацієнту буде надіслано СМС з кодом підтвердження, яке потрібно ввести в поле **«Код з СМС»** і натиснути **«Підтвердження запиту».**

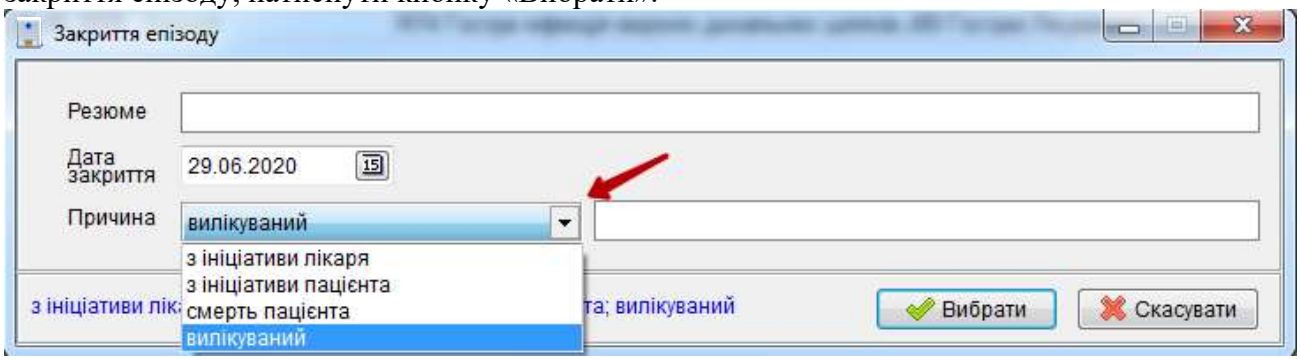
В нижній частині вікна «Епізоди» можна переглянути інформацію по епізодам, діагнозам тощо, а також окремо переглянути **взаємодії, діагнози, спостереження та діагностичні звіти**, які стосуються даного епізоду.

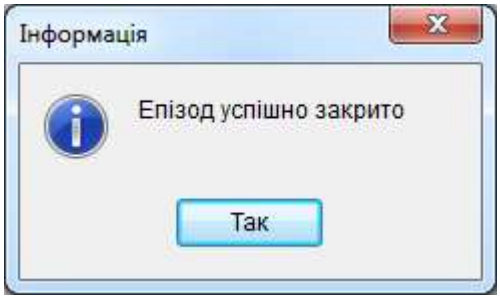


«Закриття епізоду» відбувається у випадку, коли лікар прийняв рішення, що проблема пацієнта вирішена або ж робота лікаря щодо вирішення цієї проблеми закінчена (з будь-яких об'єктивних причин). Щоб закрити епізод, обираємо потрібний і натискаємо відповідну кнопку.

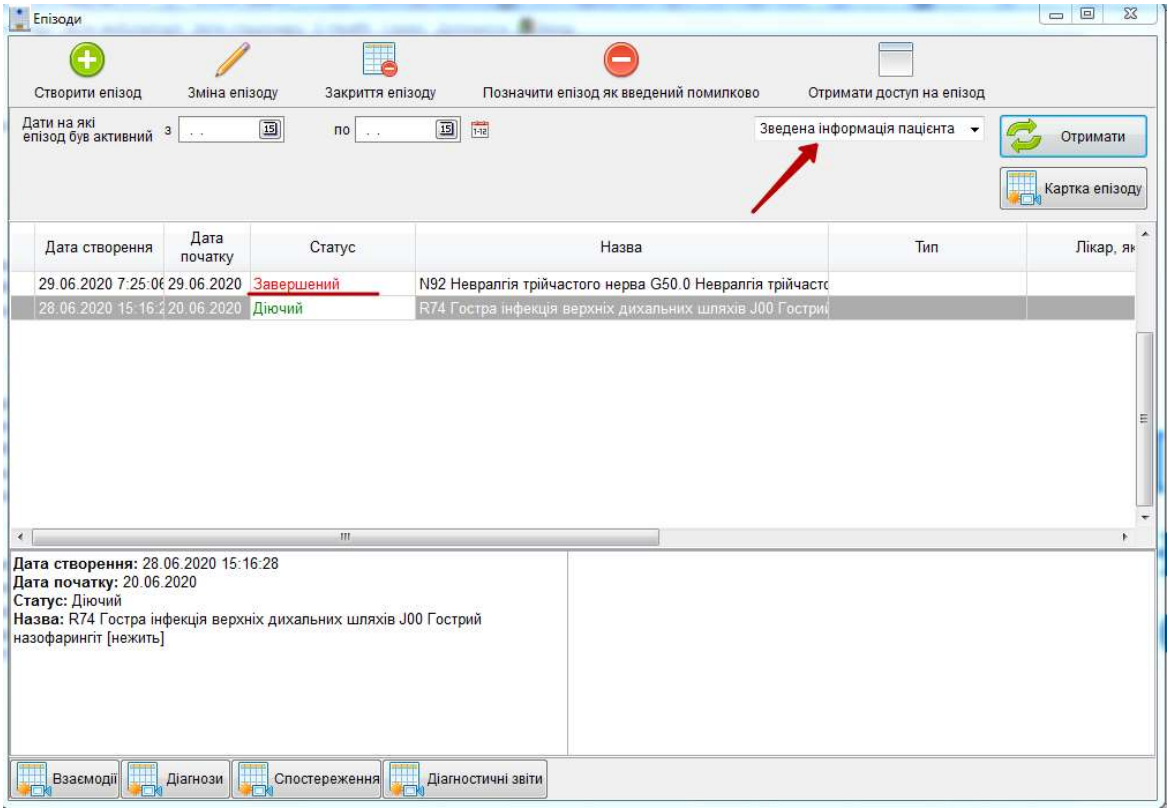


Погодившись, з'являється наступне вікно, де слід, при потребі, надрукувати коротке «Резюме» (інформація про стан пацієнта на момент закриття епізоду), дату та причину закриття епізоду, натиснути кнопку «Вибрати».

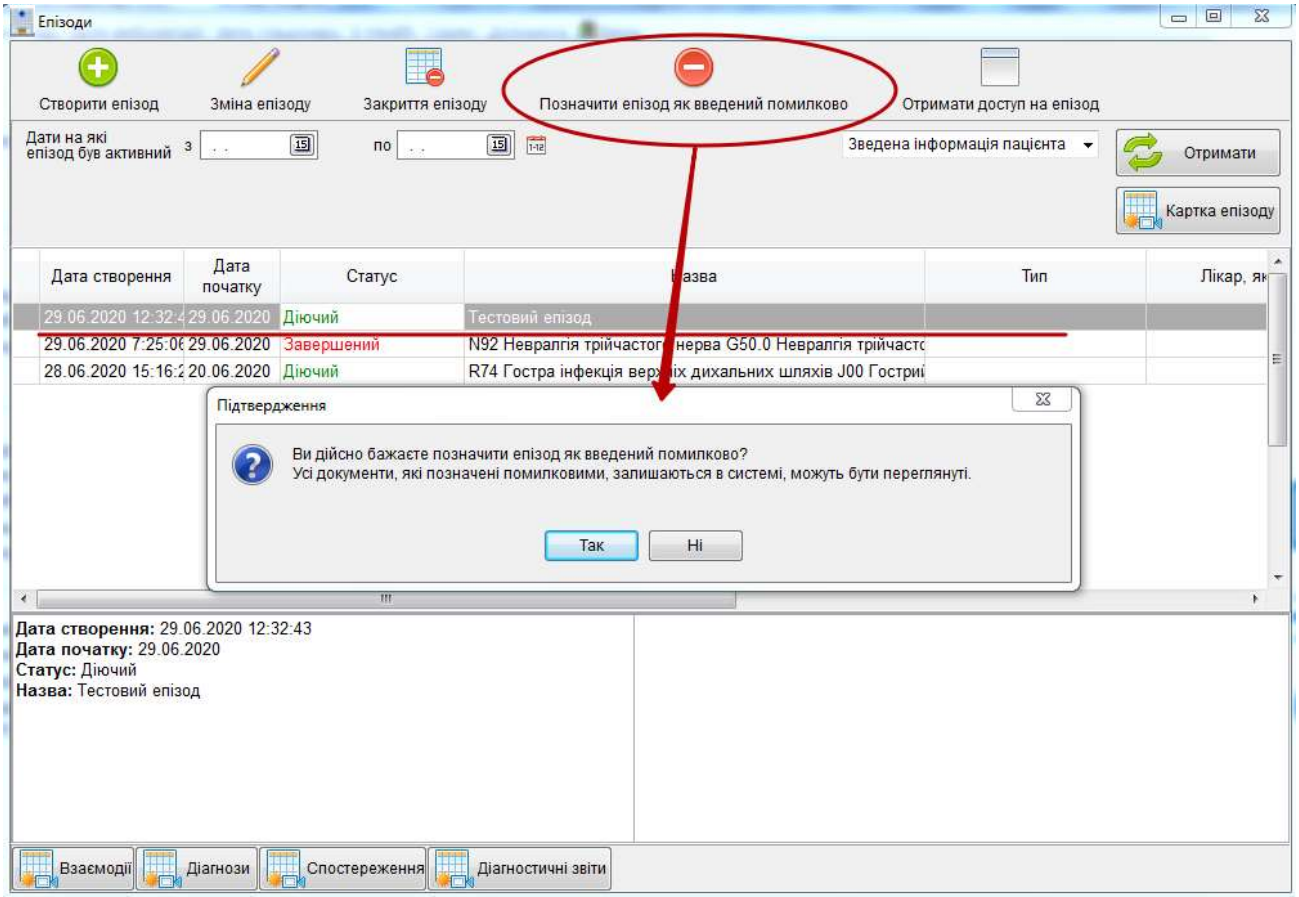




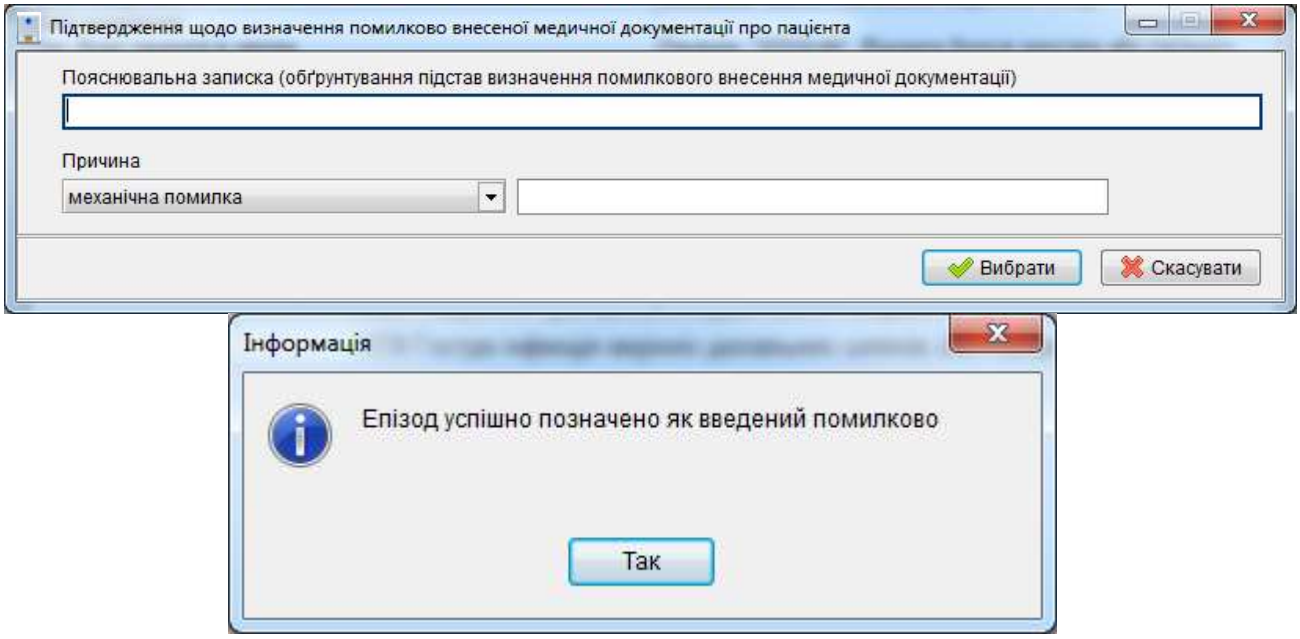
Тепер в переліку епізодів даний буде зі статусом **«Завершений».**



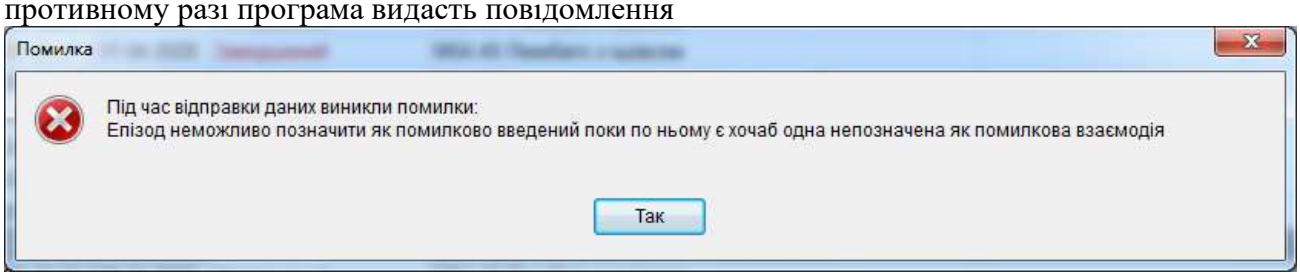
«Позначити епізод як введений помилково» - таку дію можливо виконати, якщо після запису епізоду чи взаємодії в ЕСОЗ, лікар зрозумів, що припустився помилки (неправильно закодував діагноз, створив запис не тому пацієнту тощо).



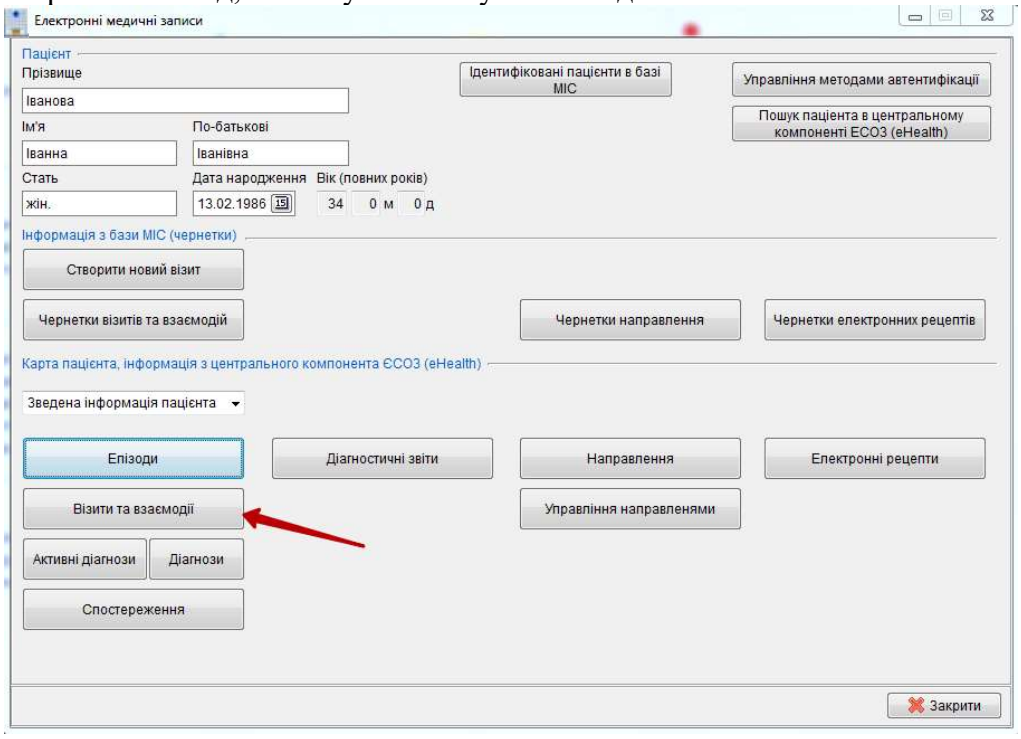
У вікні, що з’явилось вказати причину (механічна або невірно ідентифікований пацієнт) та пояснювальну записку в довільні формі і натиснути «**Вибрати**».

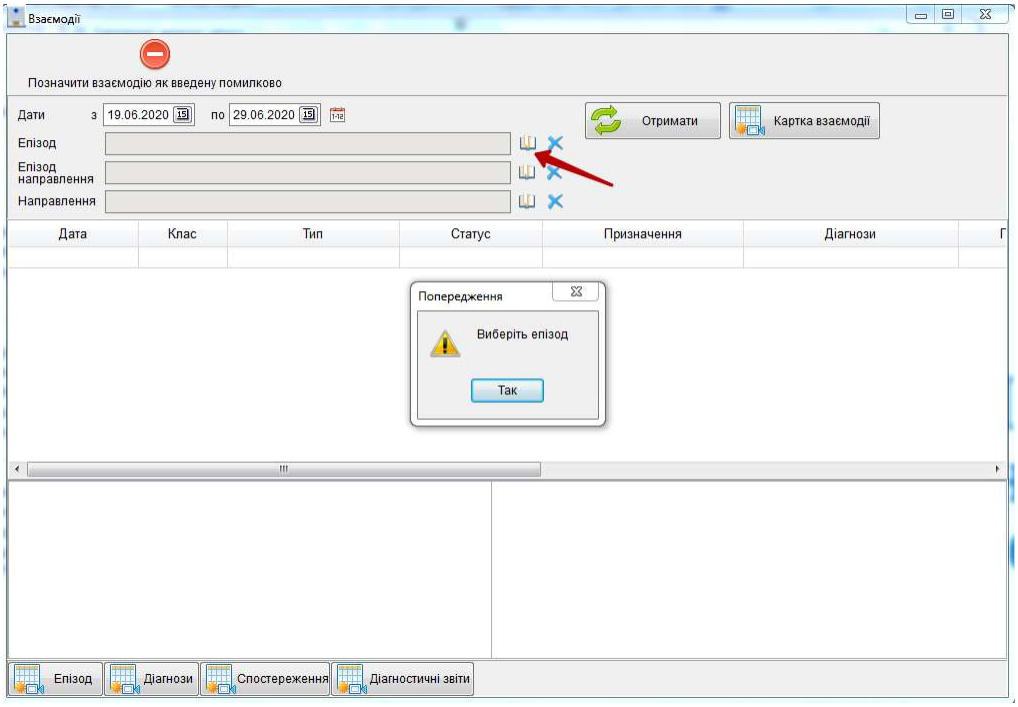


Зверніть увагу ! Щоб позначити епізод як введений помилково, який містить хоча б одну взаємодію, слід спочатку **«Позначити взаємодію як введену помилково».** В противному разі програма видасть повідомлення

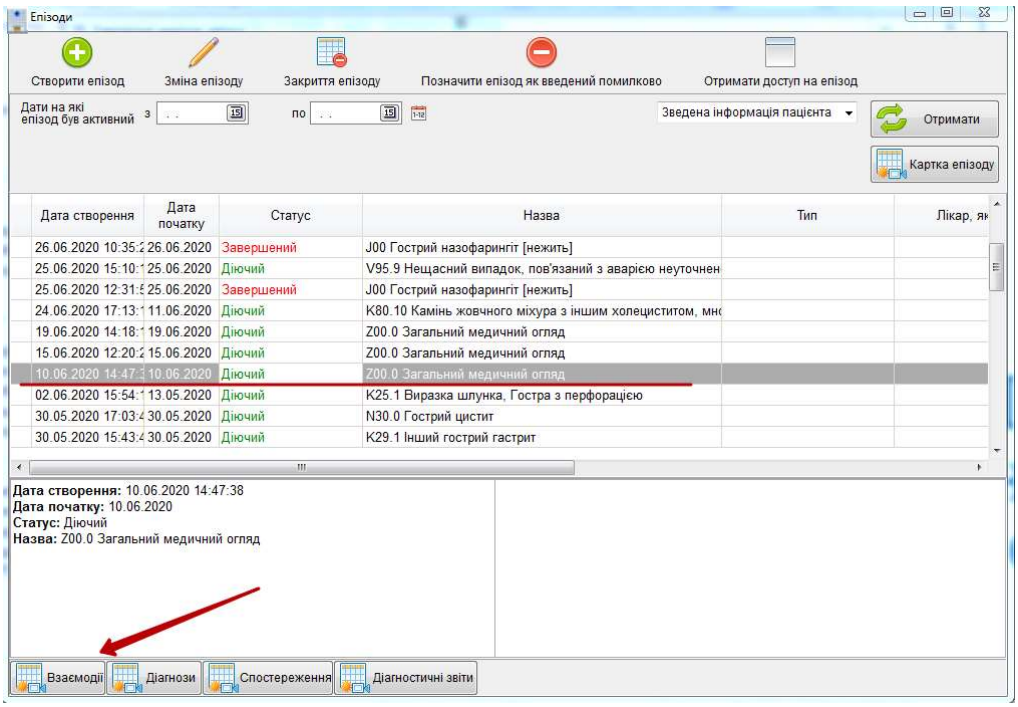


Щоб **«Позначити взаємодію як введену помилково»** необхідно натиснути кнопку **«Візити та взаємодії»** на головному вікні ЕМЗ (вибрати необхідний епізод кнопкою) або обравши потрібний епізод, натиснути кнопку «Взаємодії» в нижній частині вікна «Епізоди».

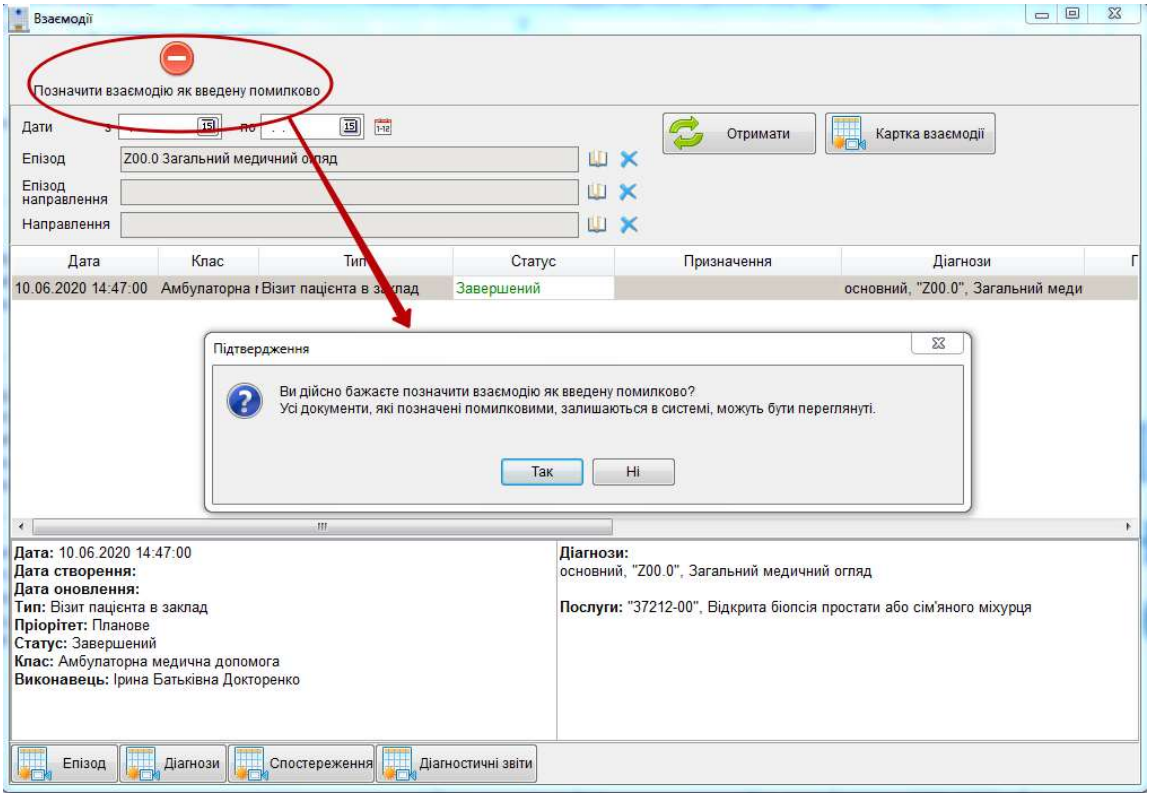




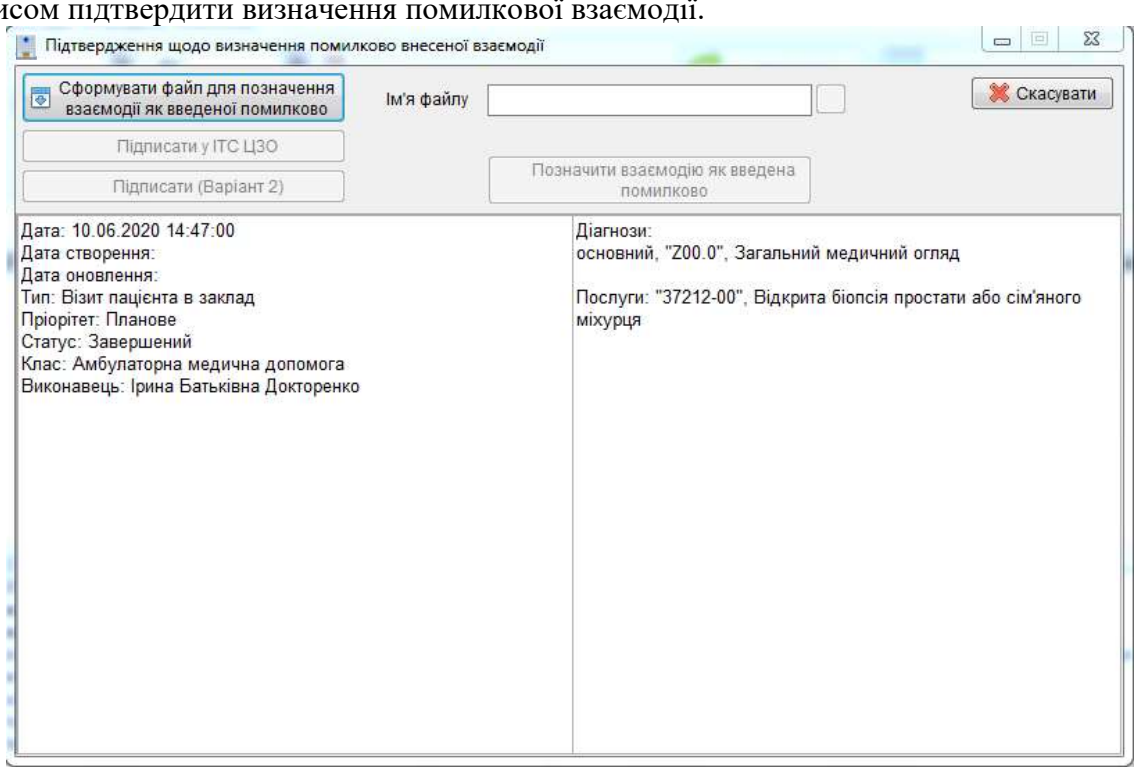
АБО



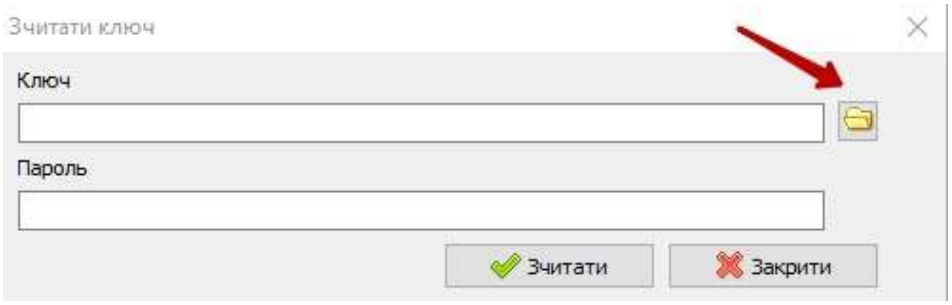
У вікні, що з’явилось слід кожну взаємодію **«Позначити як введену помилково».**

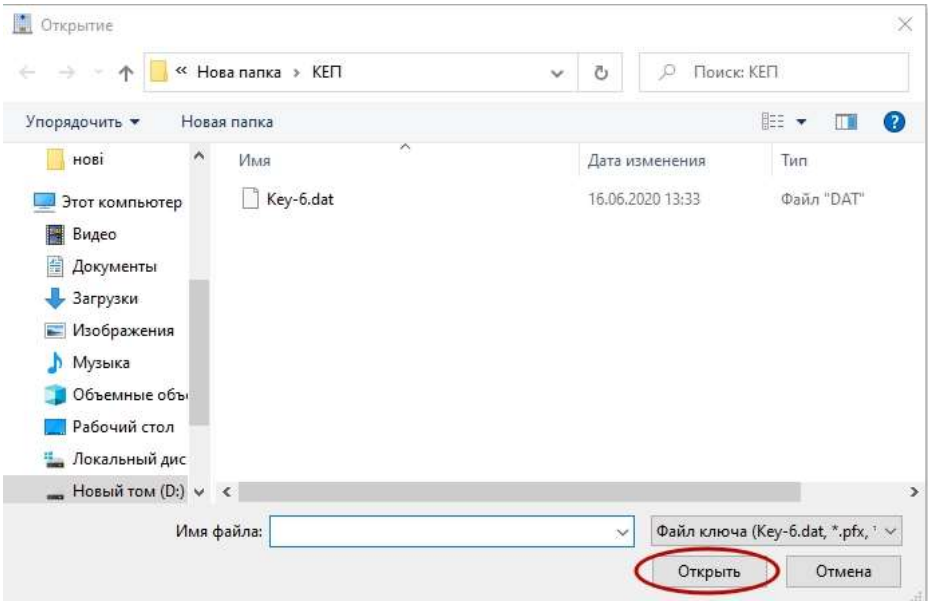


Після позитивної відповіді слідує вікно, в якому необхідно власним цифровим підписом підтвердити визначення помилкової взаємодії.



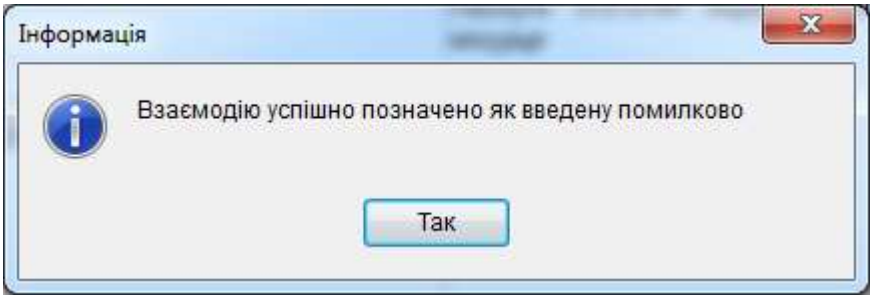
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).



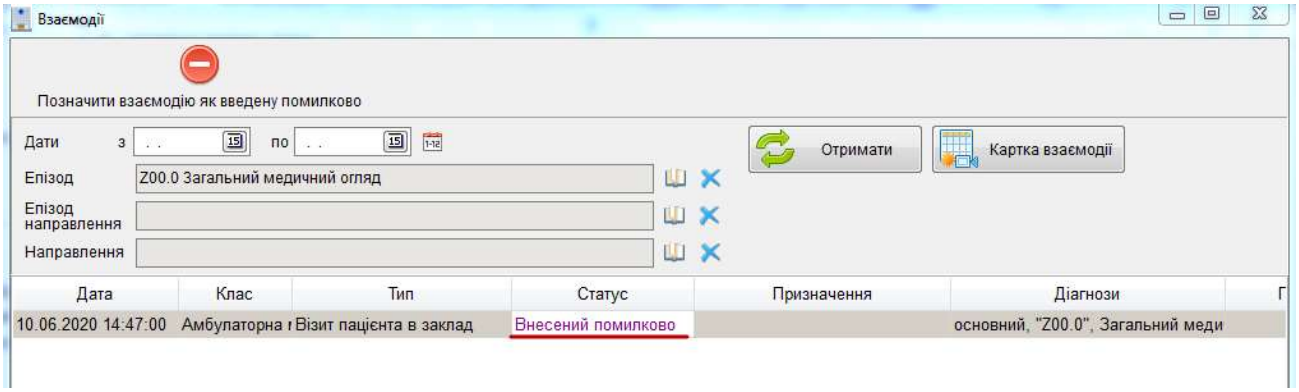


Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».

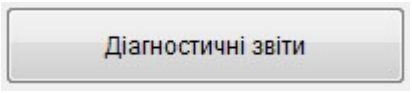


Тепер в переліку взаємодій дана буде зі статусом **«Внесений помилково».**

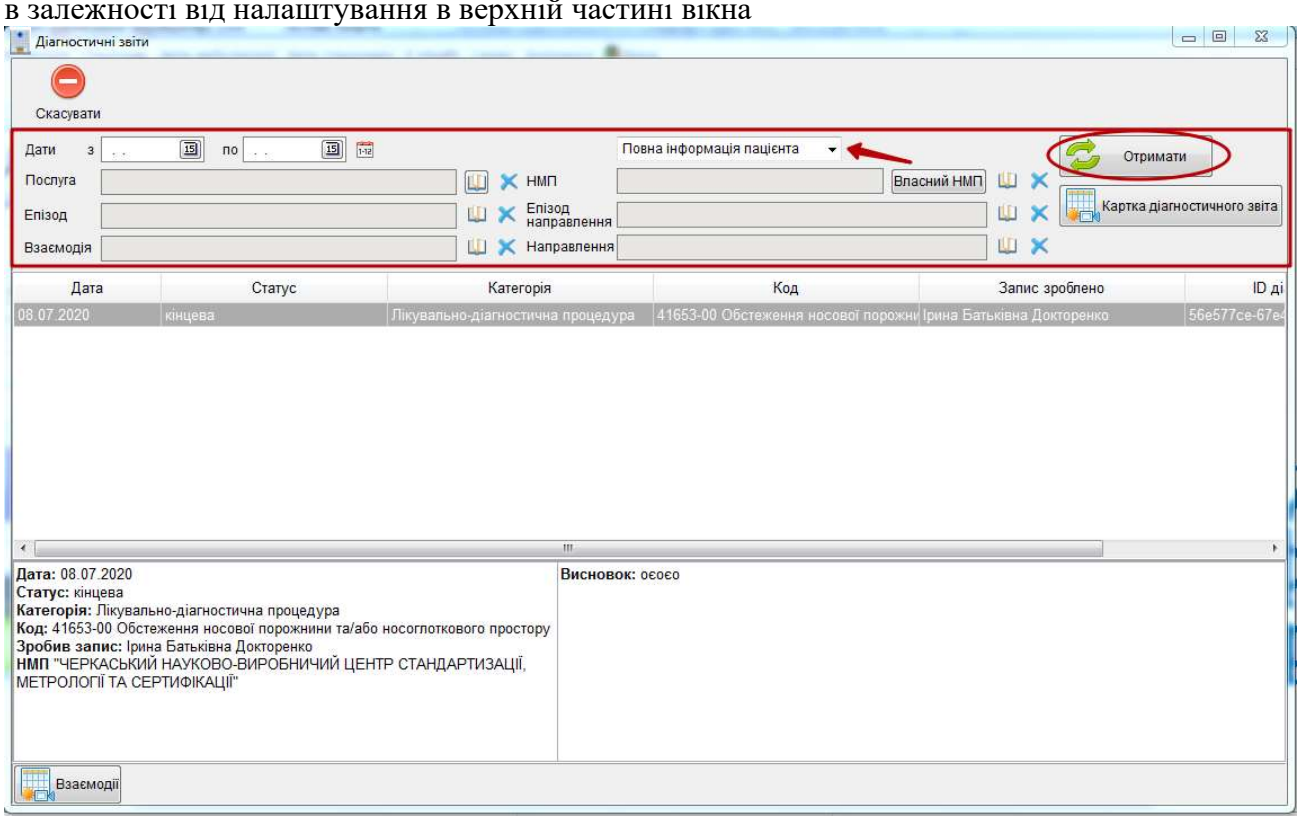


Після того, як всі взаємодії буде відмінено, можна позначати епізод як внесений помилково.

9.6.6.2 Перегляд діагностичних звітів в ЕСОЗ.



- відображається список створених діагностичних звітів, в залежності від налаштування в верхній частині вікна

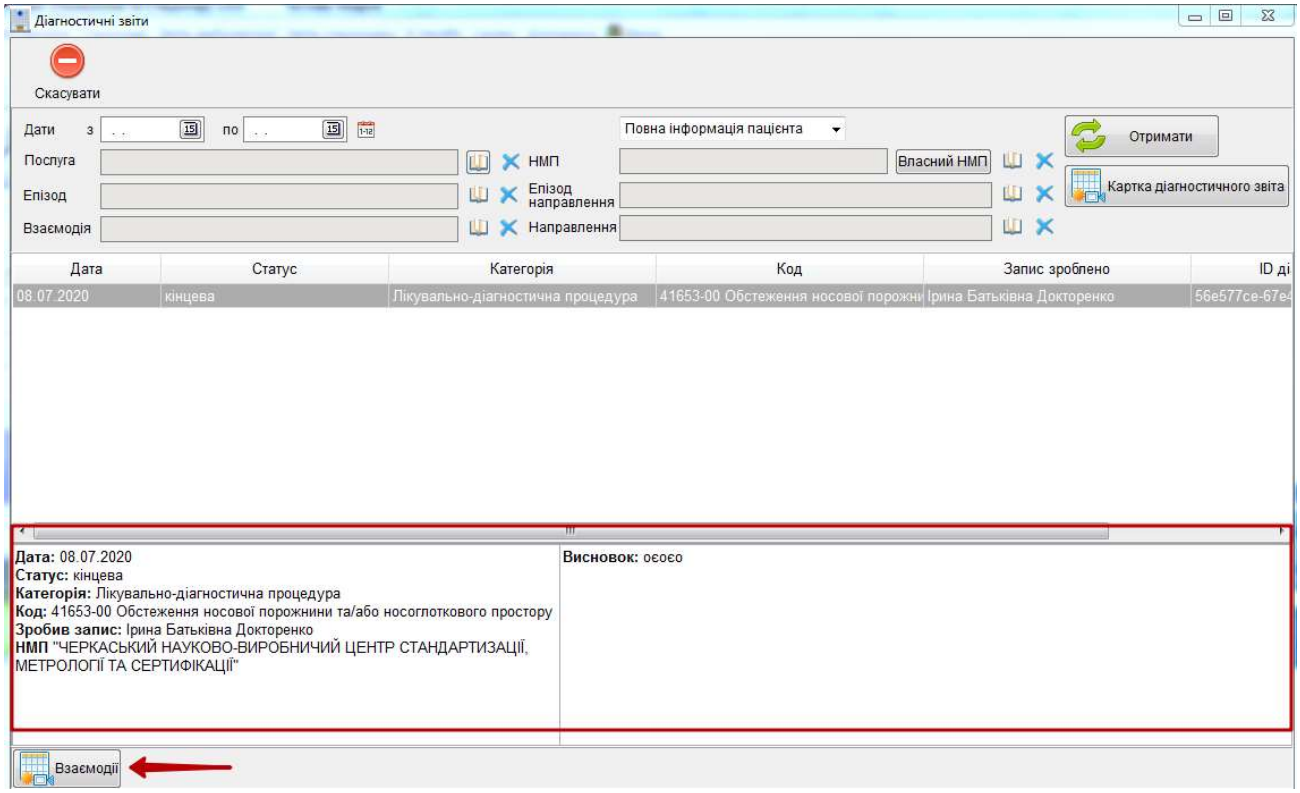


Зведена інформація пацієнта – відображає весь список епізодів створених у пацієнта.

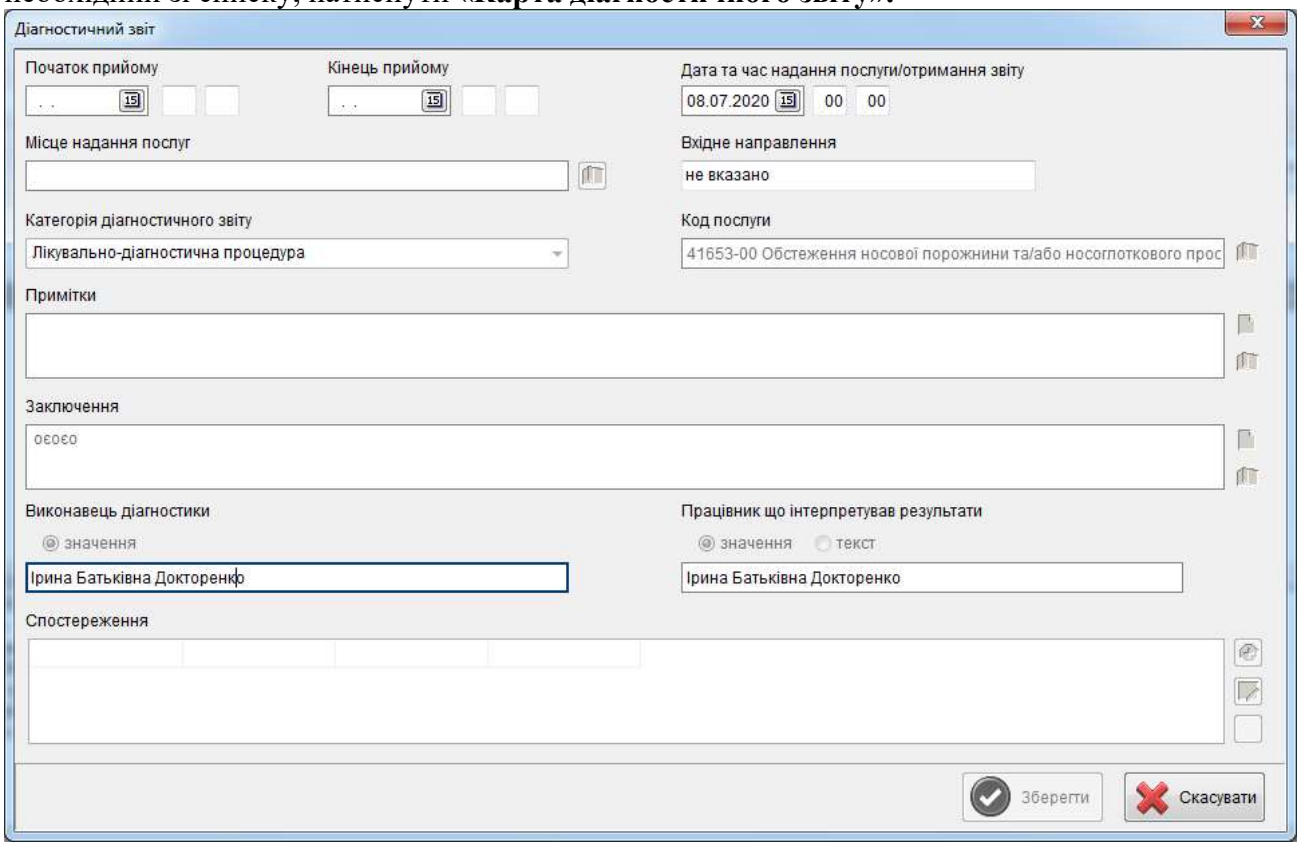
Повна інформація пацієнта – відображає епізоди, створені у власному медичному закладі.

Підтверджені діагностичні звіти – відображає діагностичні звіти, які пов'язані з епізодами, до яких лікар отримав доступ.

В нижній частині вікна «Діагностичні звіти», обравши конкретний, можна переглянути інформацію по ньому, а також переглянути взаємодію, якщо до такої відноситься даний діагностичний звіт.

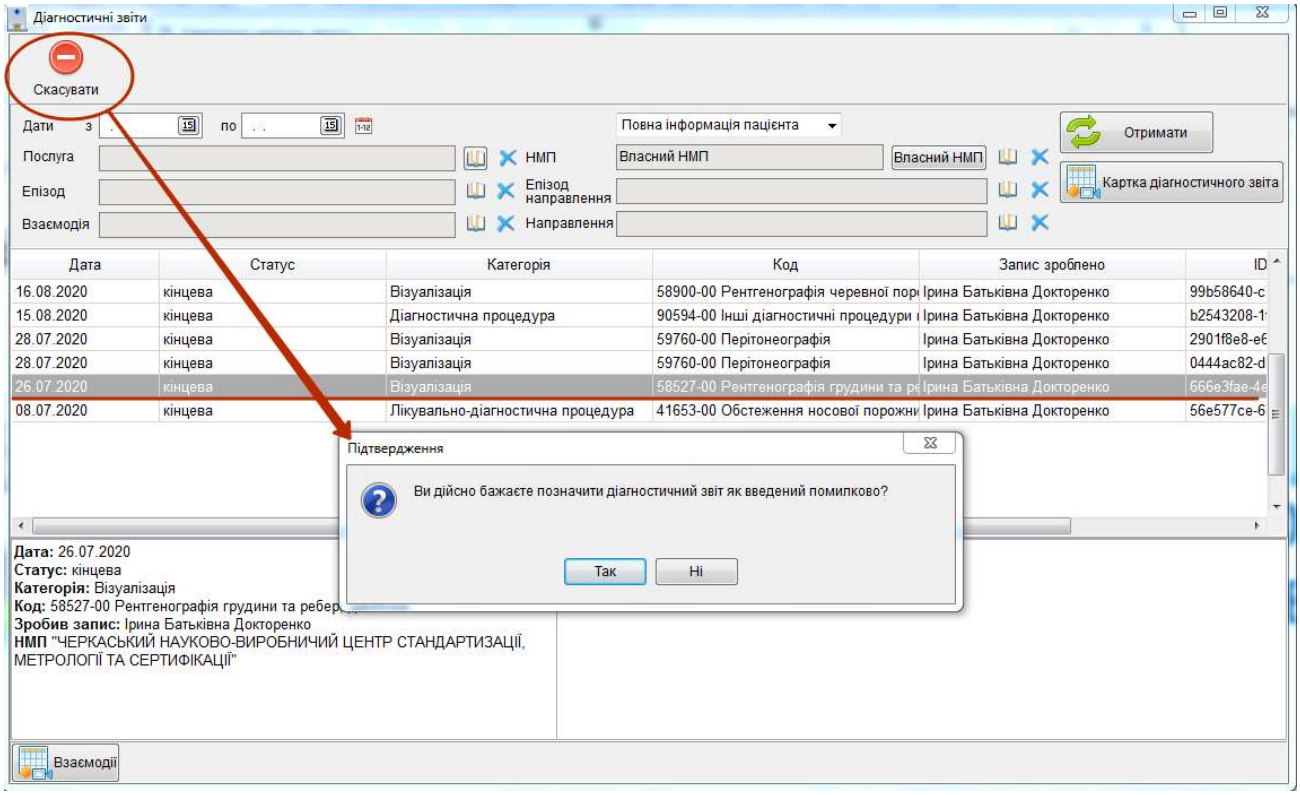


Для того, щоб передивитись дані заповненого діагностичного звіту можна, обравши необхідний зі списку, натиснути **«Карта діагностичного звіту».**

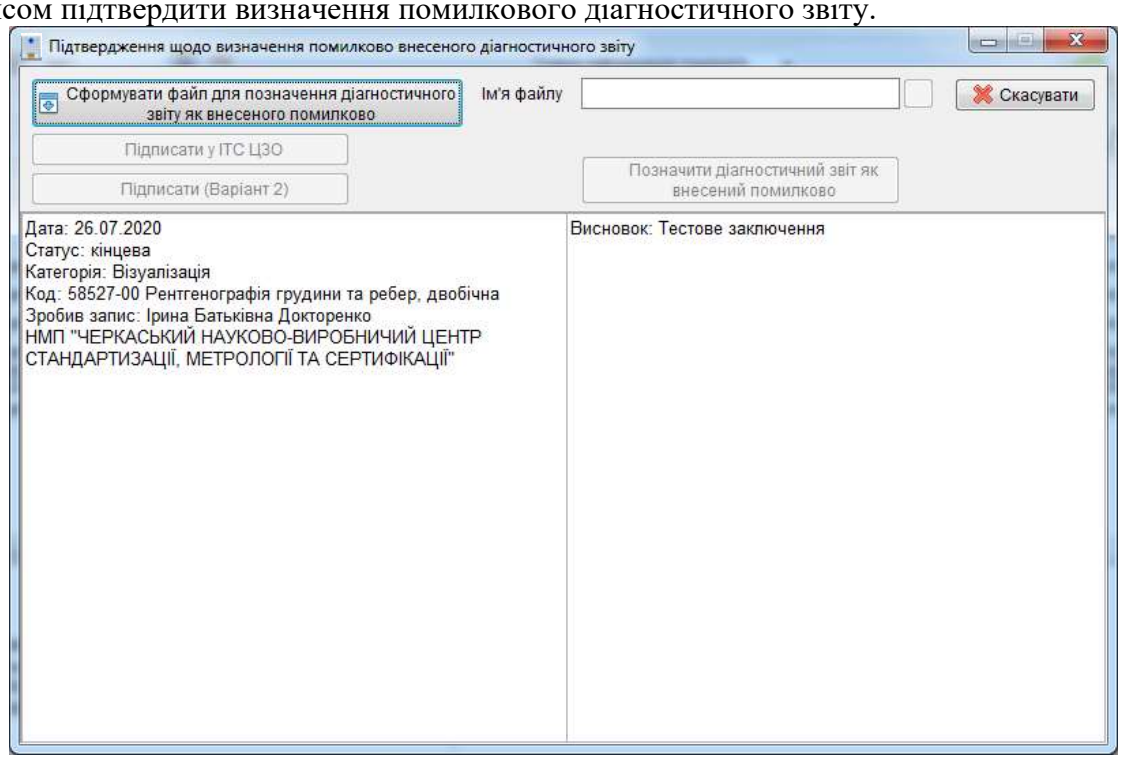


Вікно відкриється тільки для перегляду.

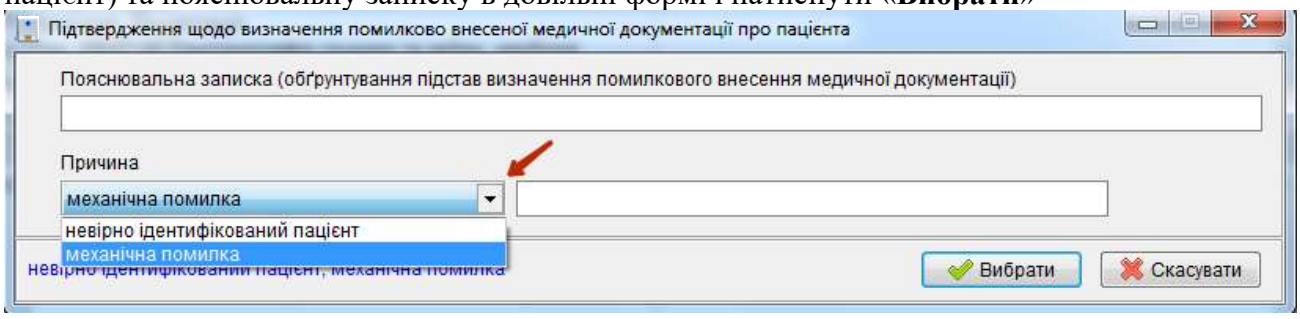
Для того, щоб позначити діагностичний звіт як введений помилково, необхідно обрати необхідний і натиснути кнопку **«Скасувати».**



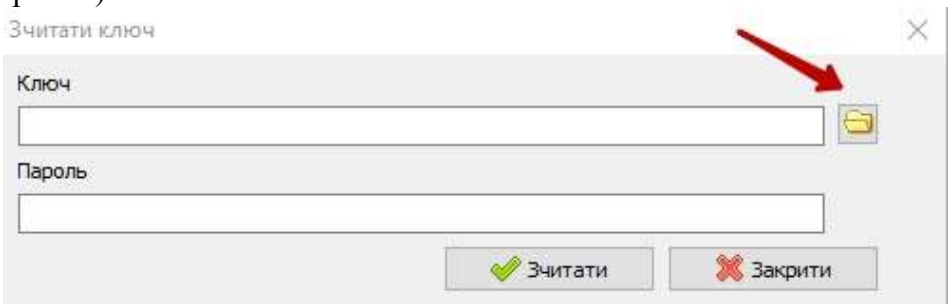
Після позитивної відповіді слідує вікно, в якому необхідно власним цифровим підписом підтвердити визначення помилкового діагностичного звіту.

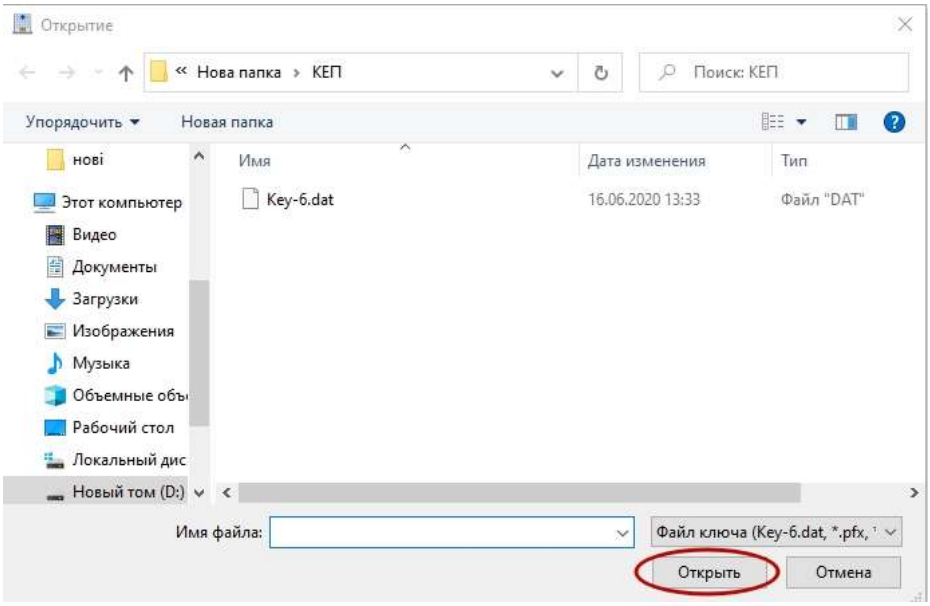


Натискаємо **«Сформувати файл для позначення діагностичного звіту як введеної помилково».** У вікні, що з'явилось вказати причину (механічна або невірно ідентифікований пацієнт) та пояснювальну записку в довільні формі і натиснути «**Вибрати**»



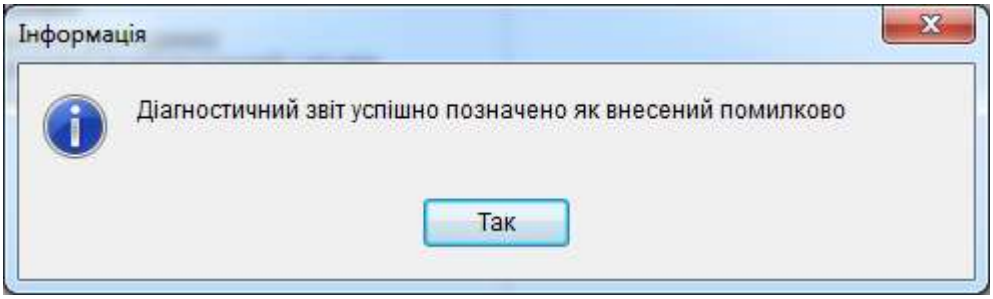
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).



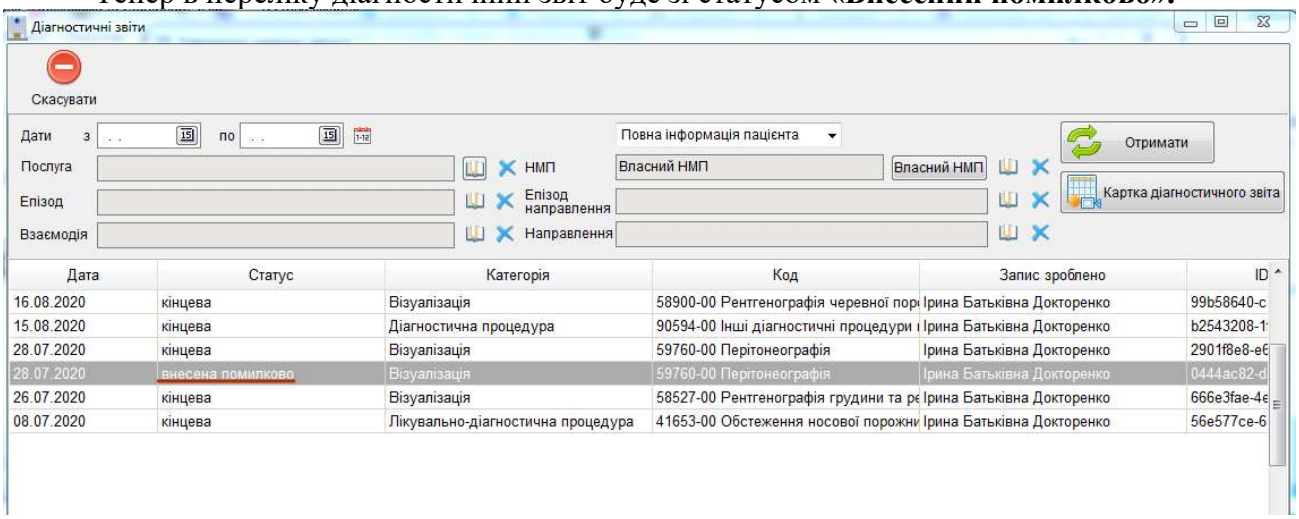


Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

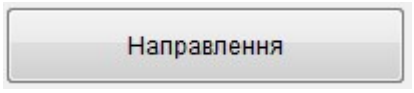
Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».



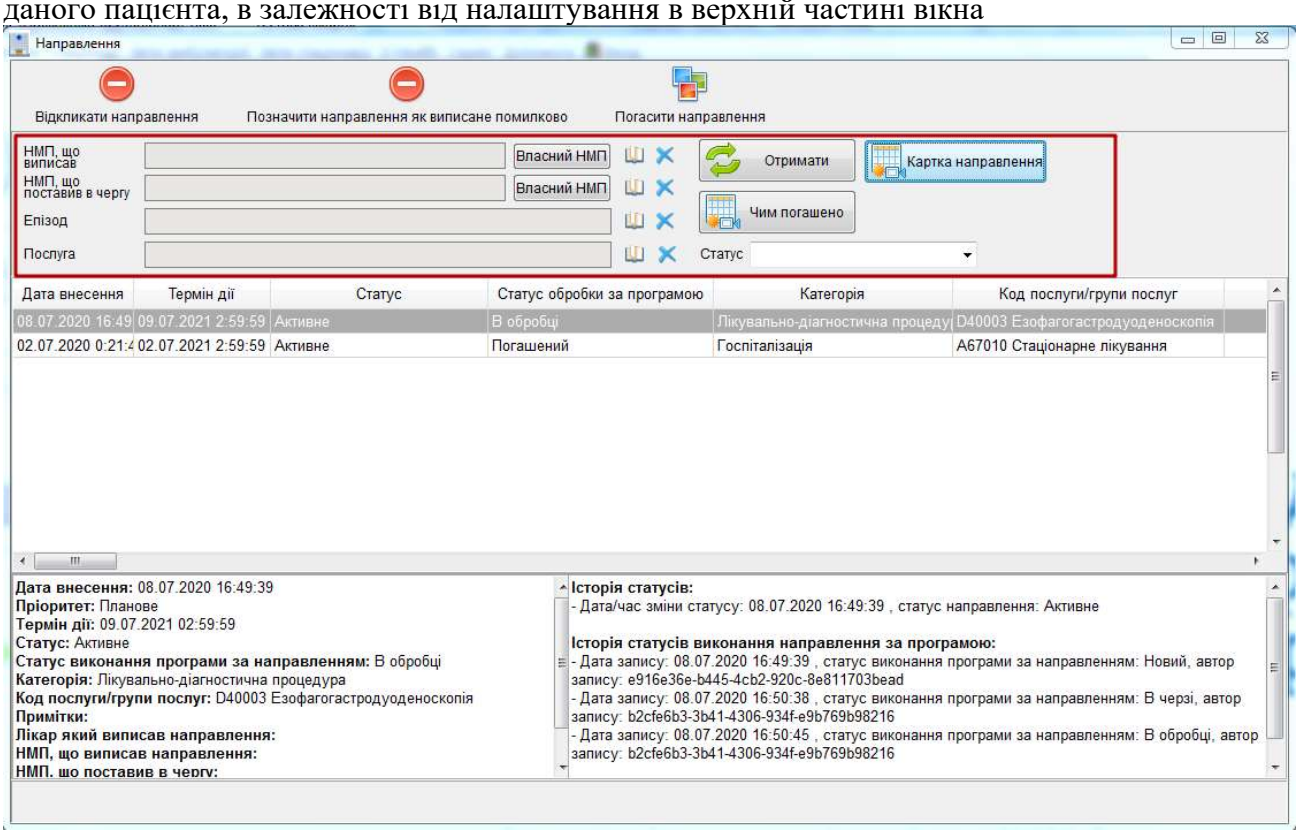
Тепер в переліку діагностичний звіт буде зі статусом **«Внесений помилково».**



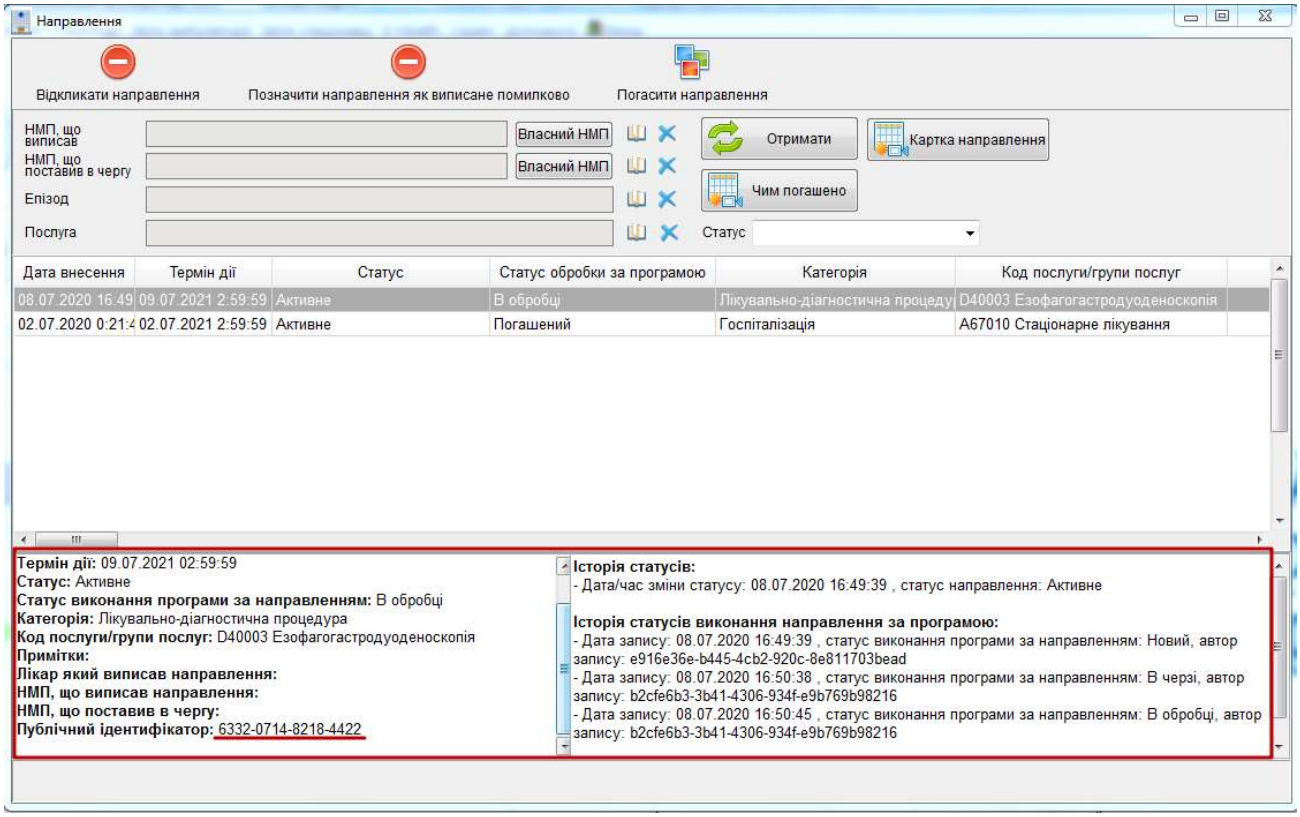
9.6.6.3 Перегляд електронних направлень в ЕСОЗ, відкликати направлення, позначити як виписане помилково



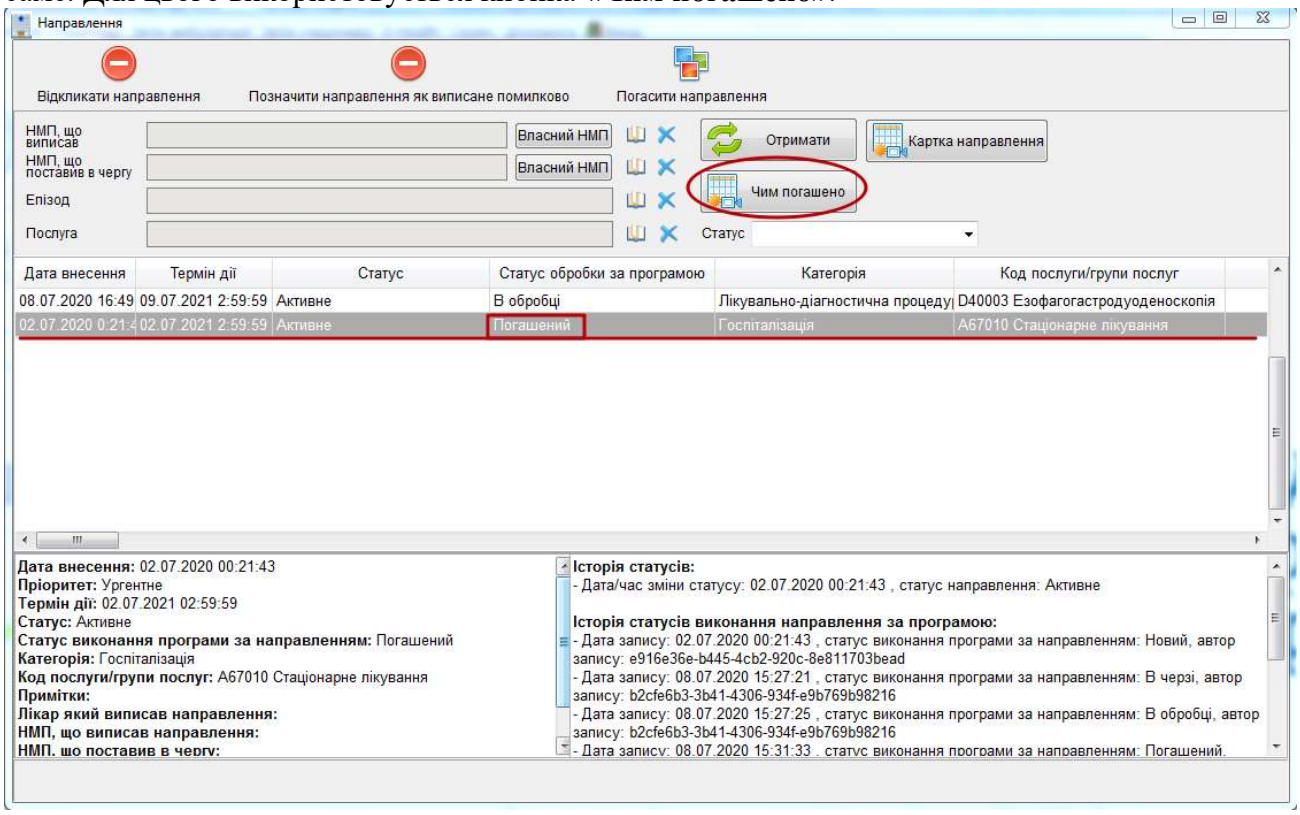
- відображається список створених направлень для даного пацієнта, в залежності від налаштування в верхній частині вікна



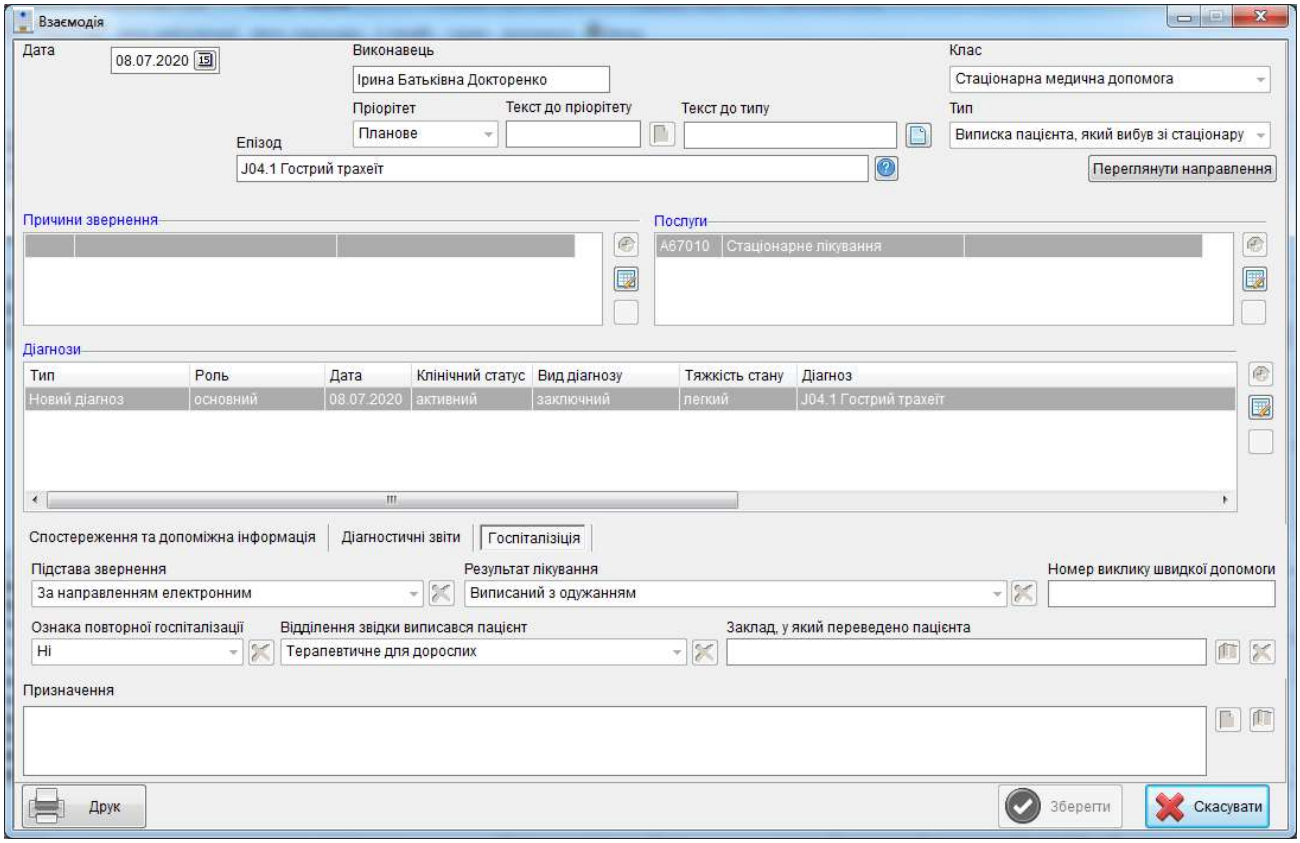
В нижній частині вікна відображається інформація про направлення, історію статусів, також тут можна знайти публічний ідентифікатор даного направлення.



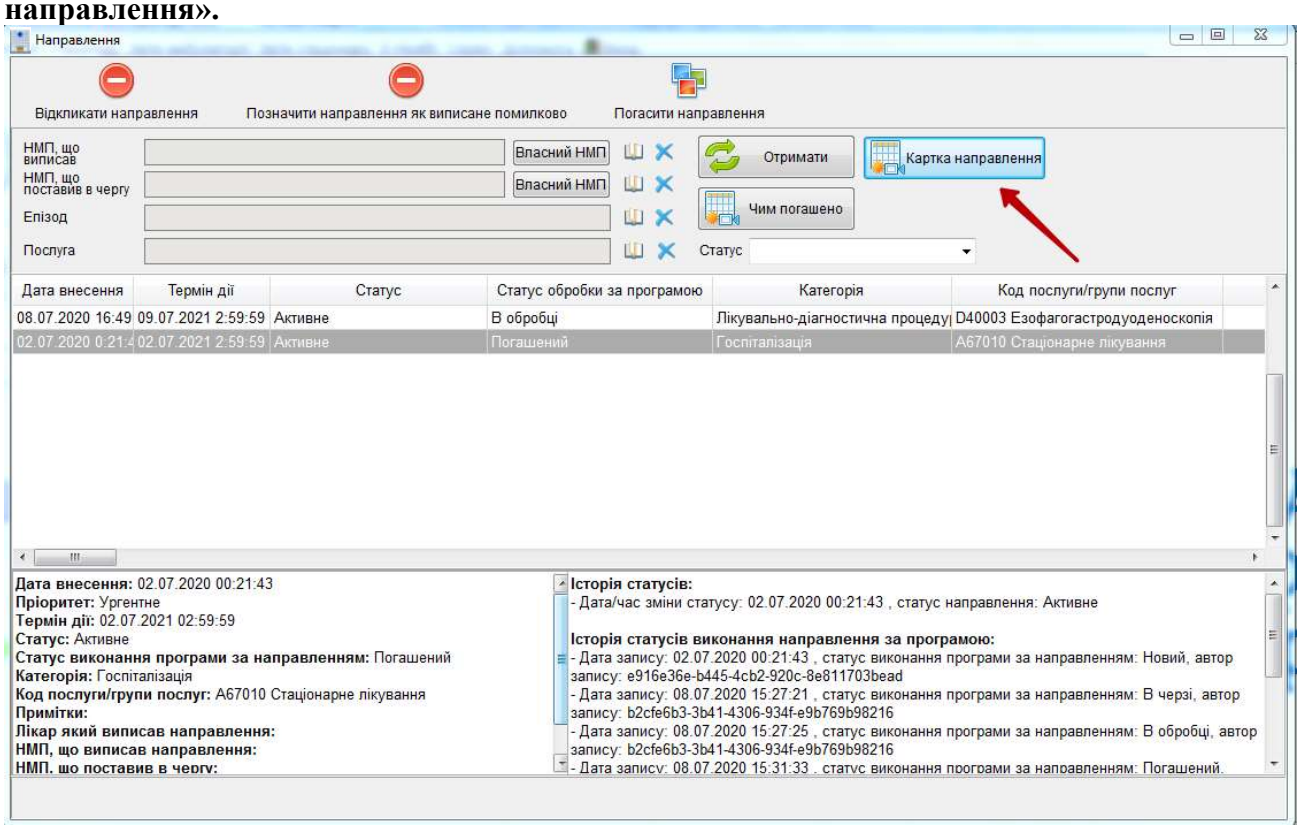
У випадку, коли направлення має статус «Погашений», є можливість побачити чим саме. Для цього використовується кнопка **«Чим погашено»**.

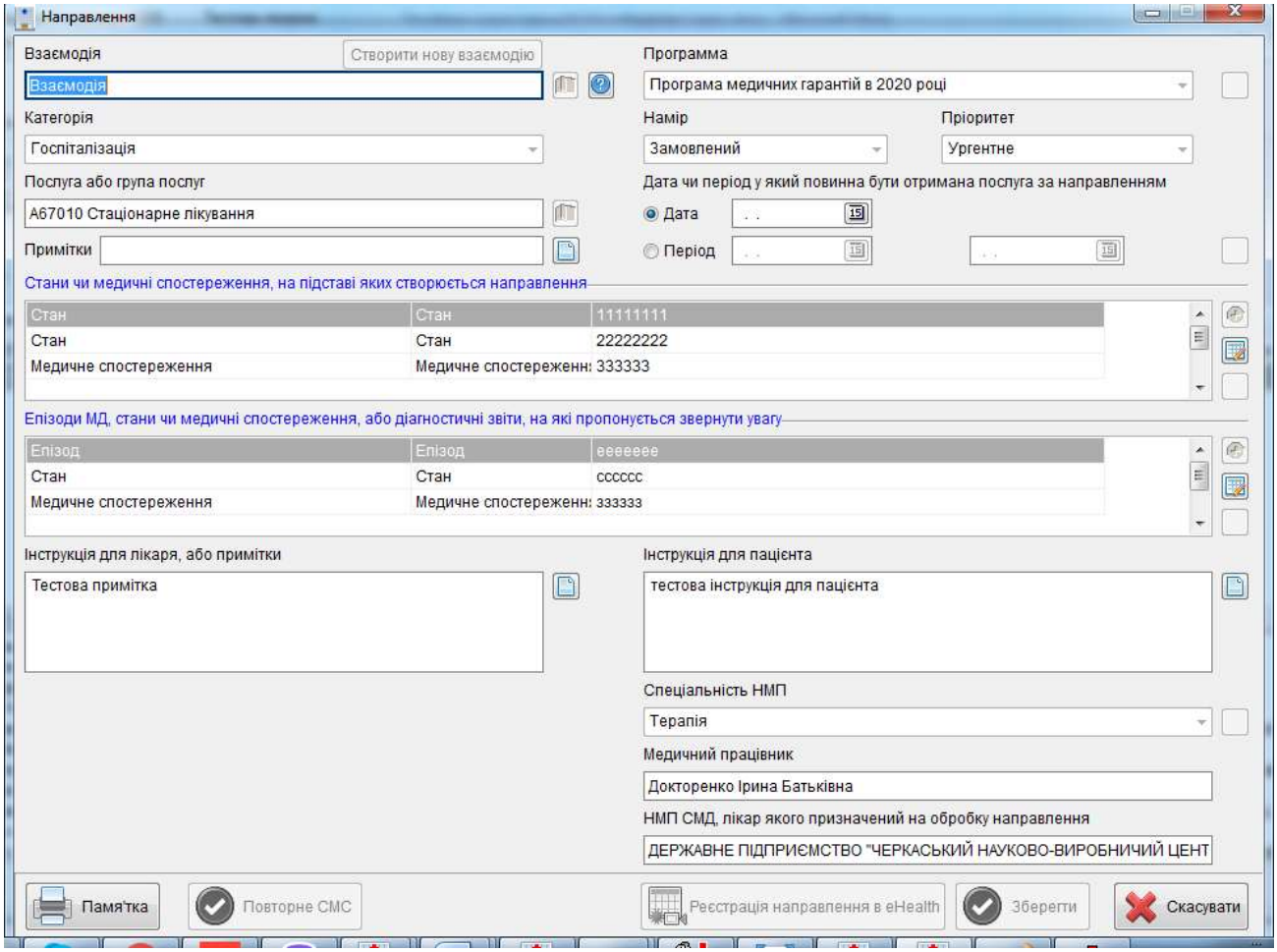


Відкривається взаємодія чи діагностичний звіт, яким було погашено дане електронне направлення.

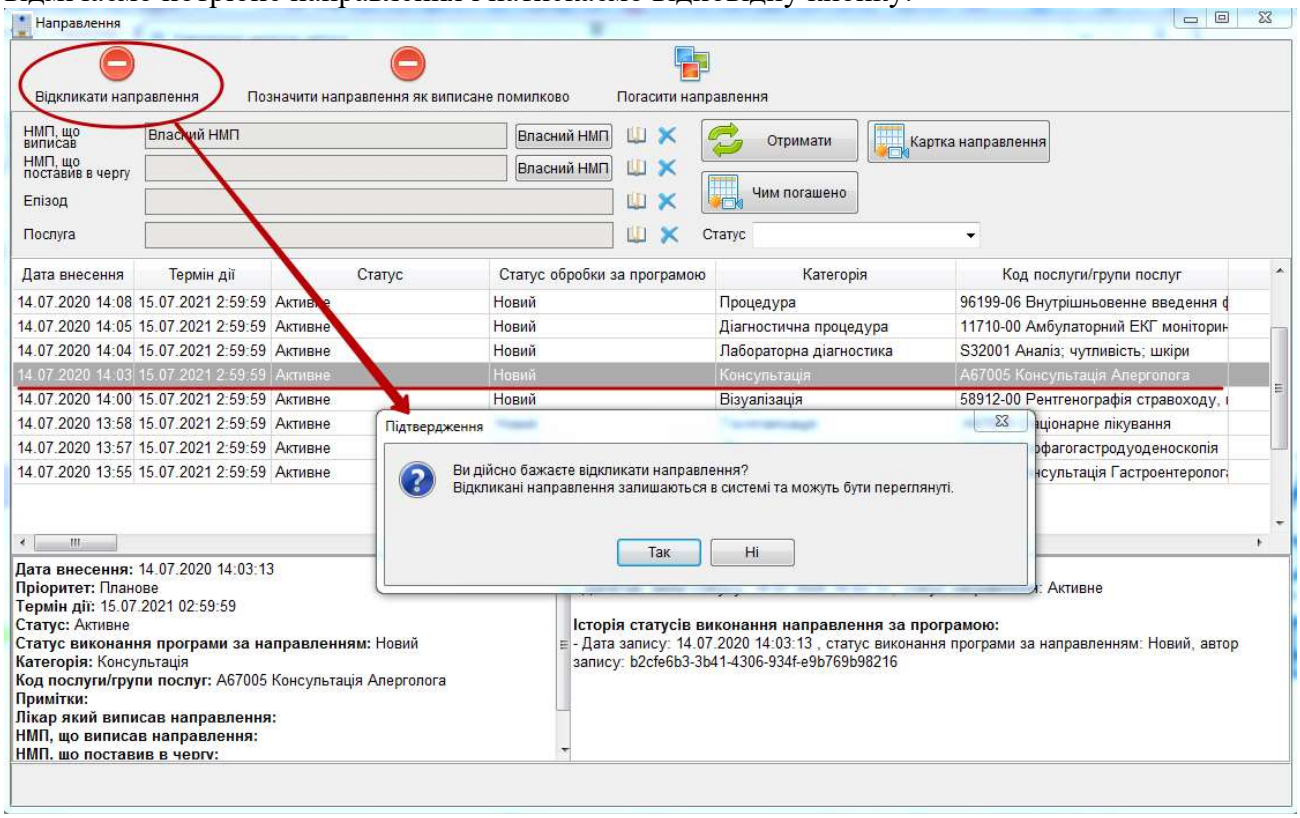


Для перегляду інформації електронного направлення використовують кнопку **«Карта направлення».**

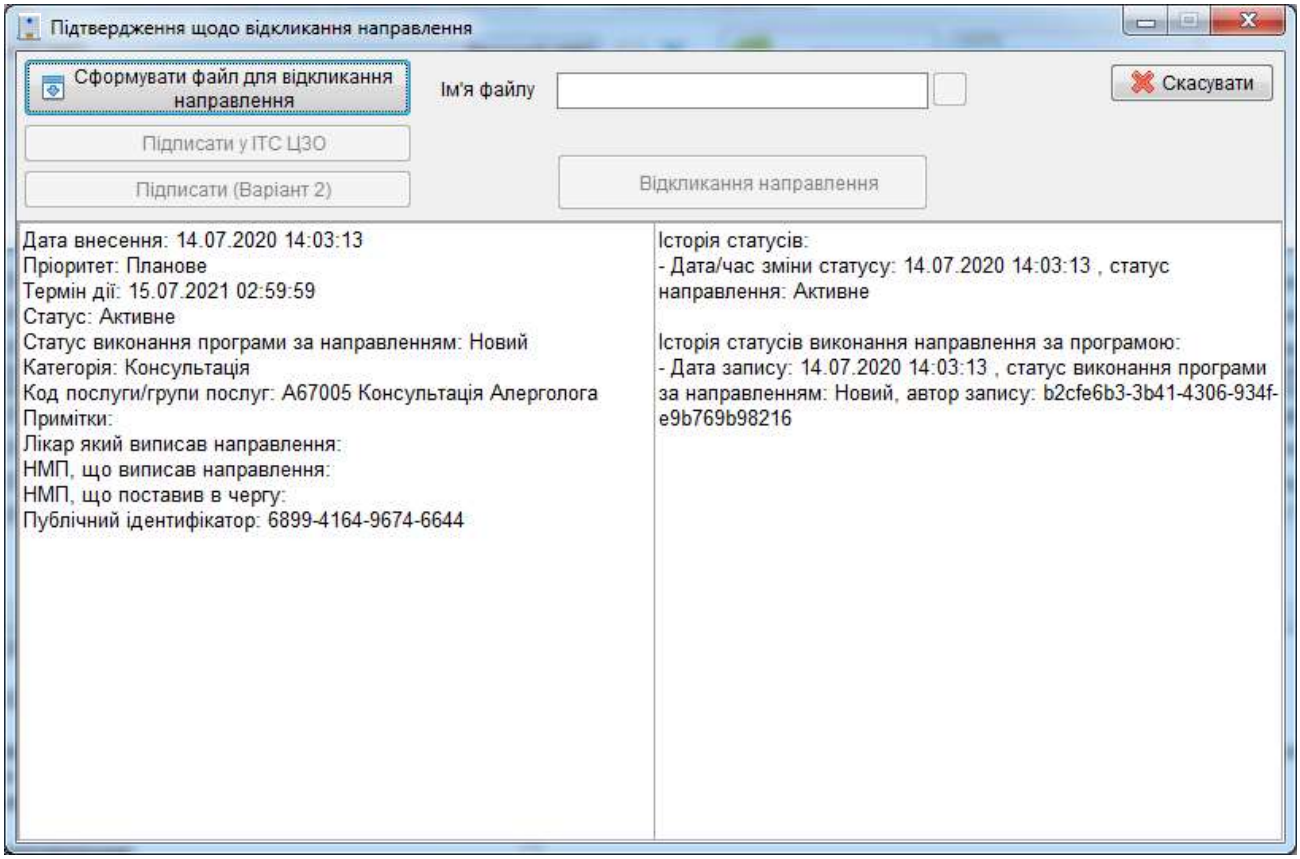




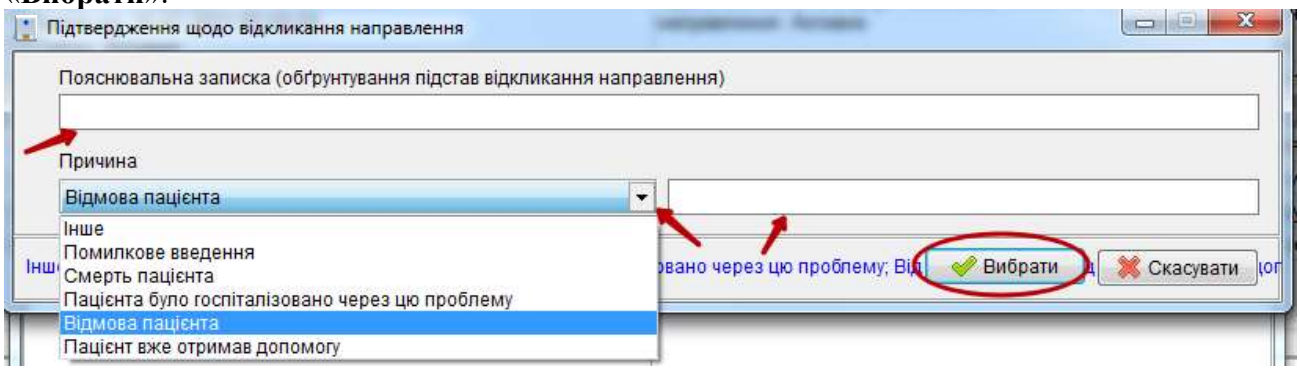
«Відкликати направлення» - відмічається, якщо необхідність у реалізації направлення відпала (пацієнт помер, пацієнт більше не потребує послуги тощо). Для цього відмічаємо потрібне направлення і натискаємо відповідну кнопку.



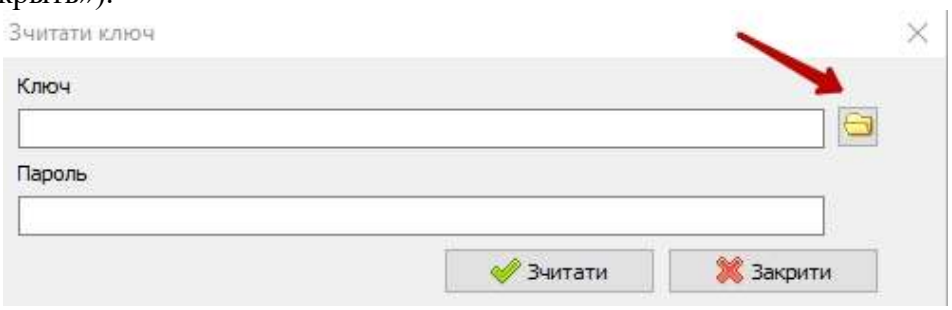
Після позитивної відповіді слідує вікно, в якому необхідно власним цифровим підписом підтвердити відкликання направлення.

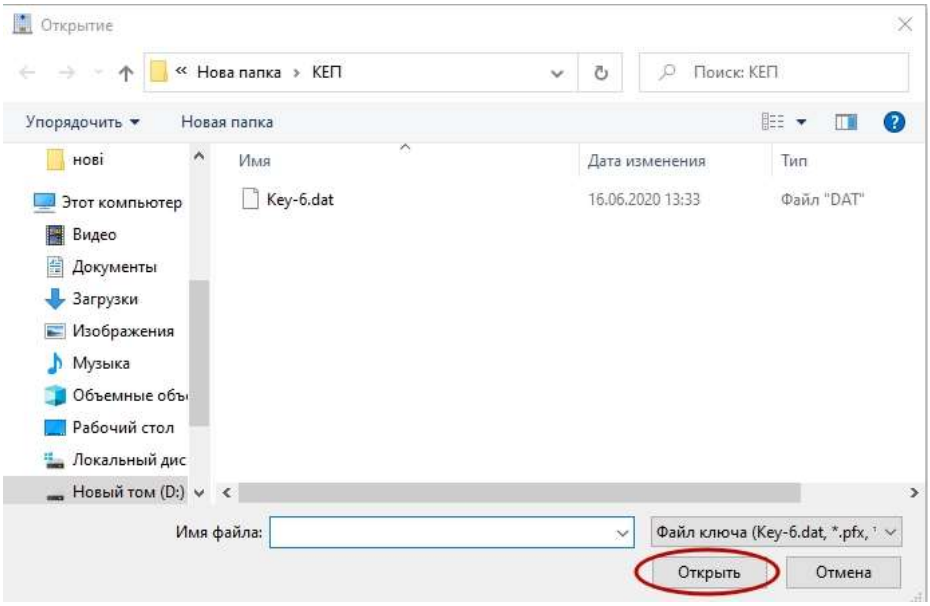


Натискаємо **«Сформувати файл для відкликання направлення».** У вікні, що з'явилось вибрати причину зі списку та пояснювальну записку в довільні формі і натиснути «**Вибрати**».



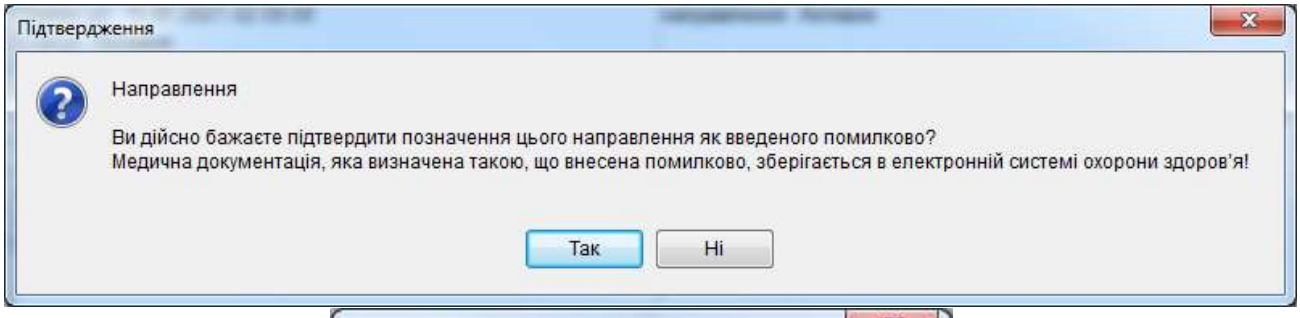
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).

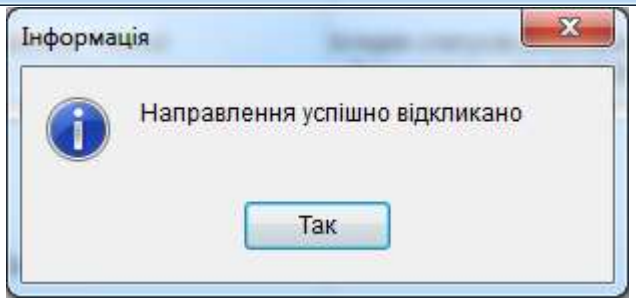




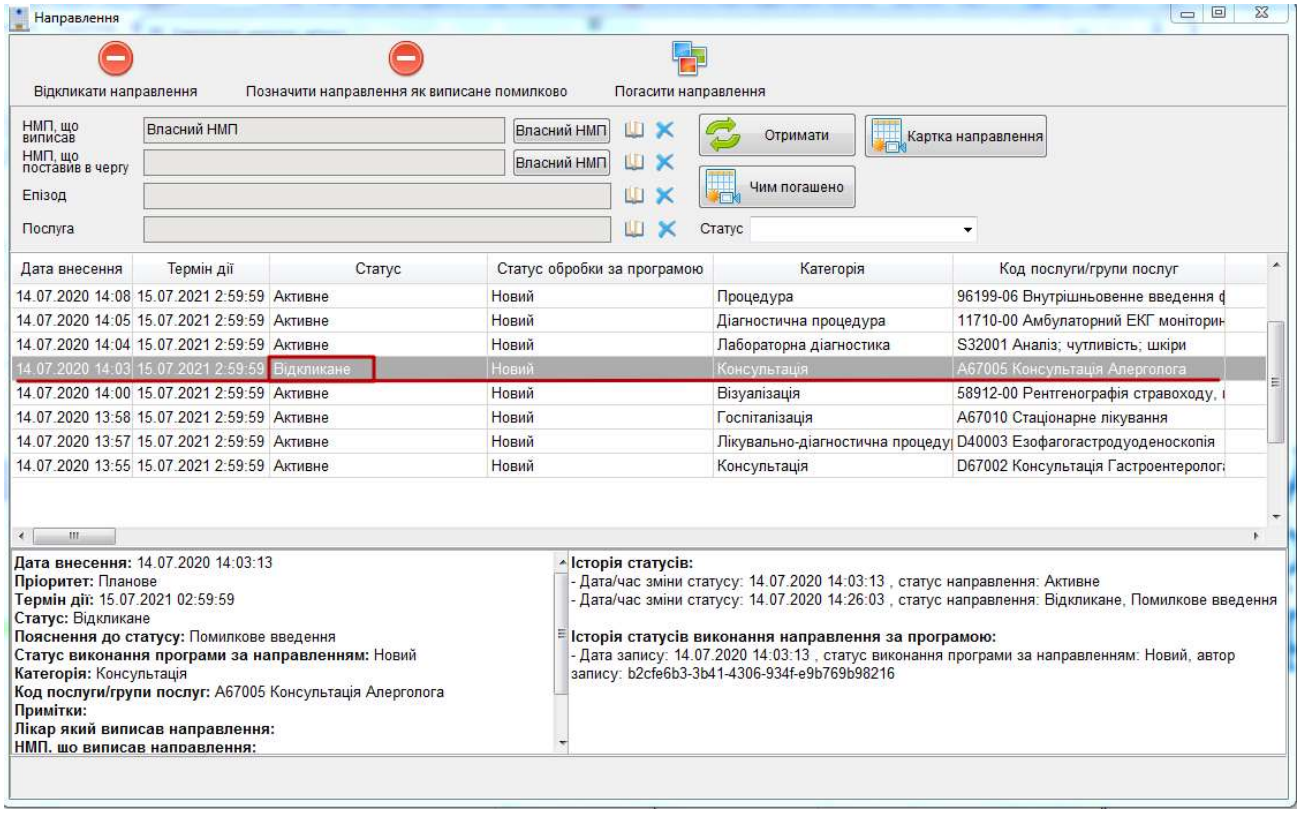
Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».

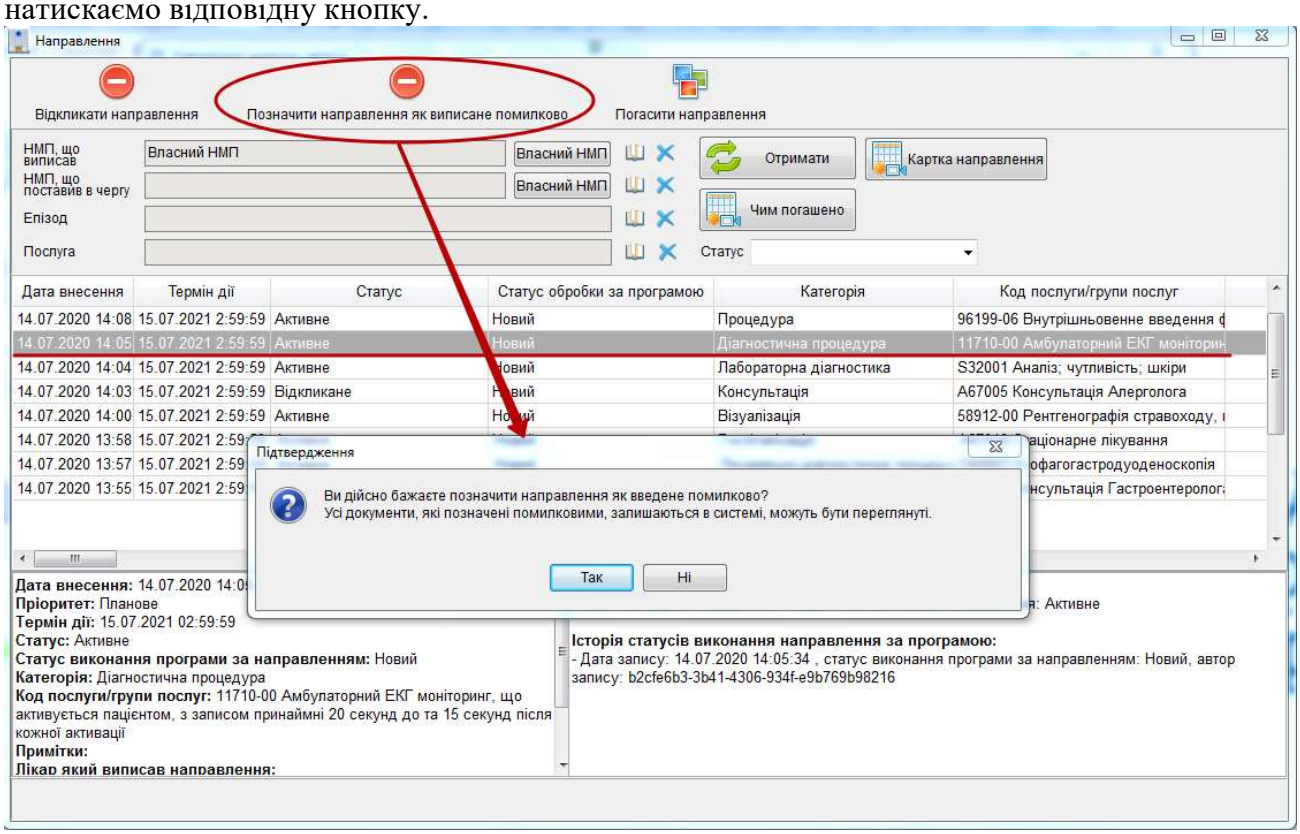




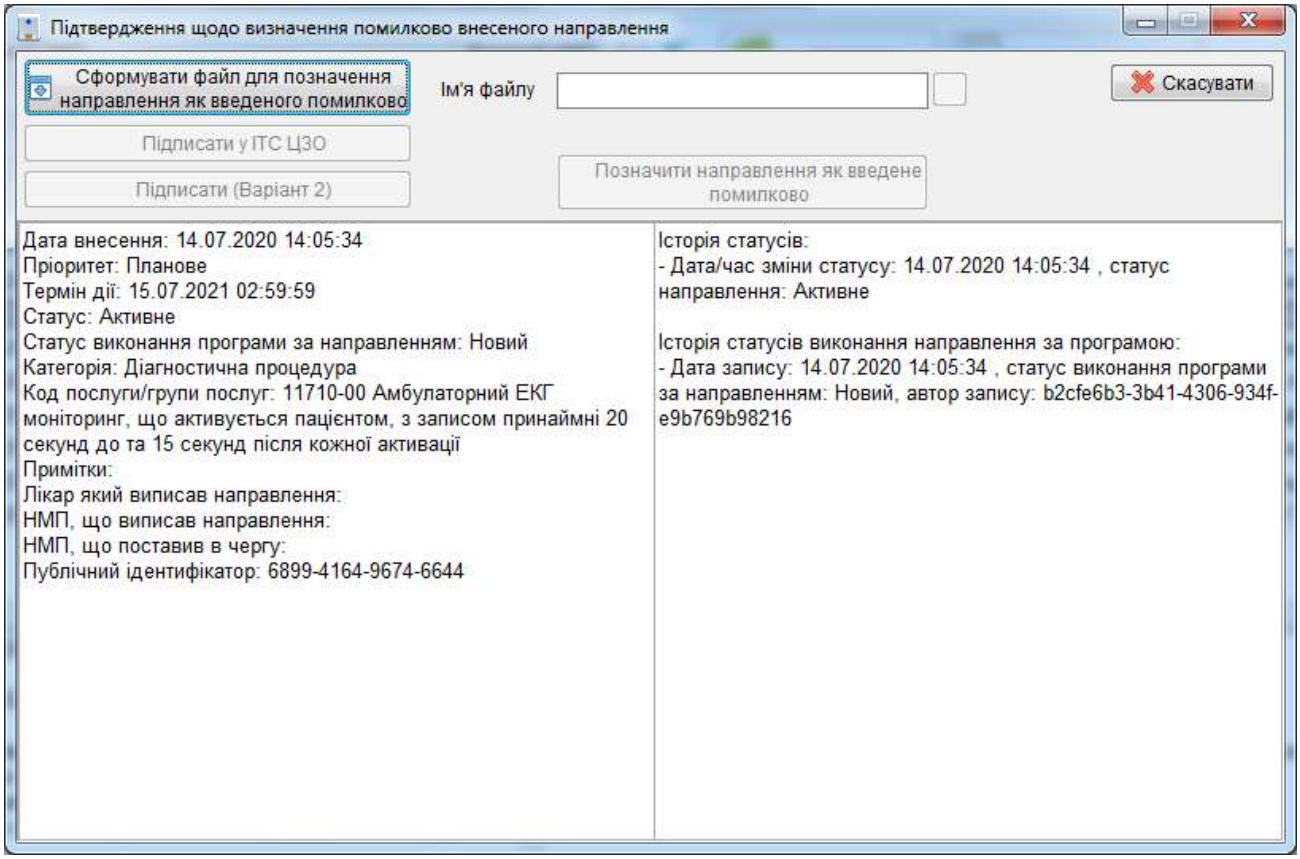
Тепер в переліку направлень дане буде зі статусом **«Відкликане».**



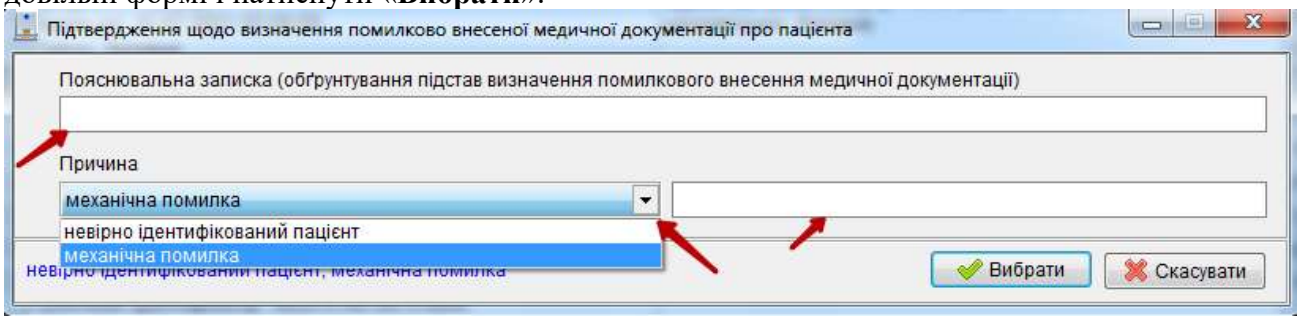
«Позначити направлення як виписане помилково» - відмічається, у виписаному направленні допущена суттєва помилка. Для цього відмічаємо потрібне направлення і натискаємо відповідну кнопку.



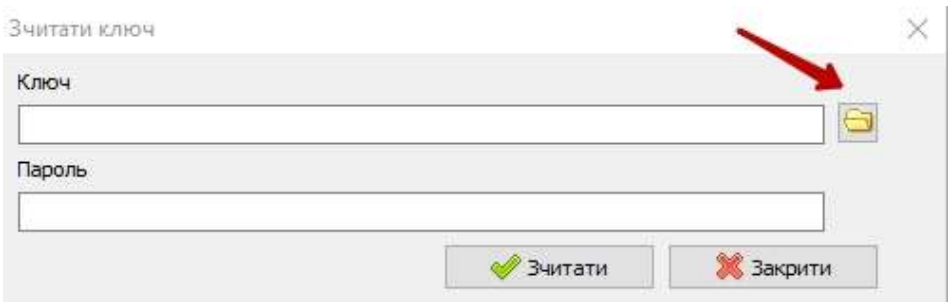
Після позитивної відповіді слідує вікно, в якому необхідно власним цифровим підписом підтвердити визначення помилково внесеного направлення.

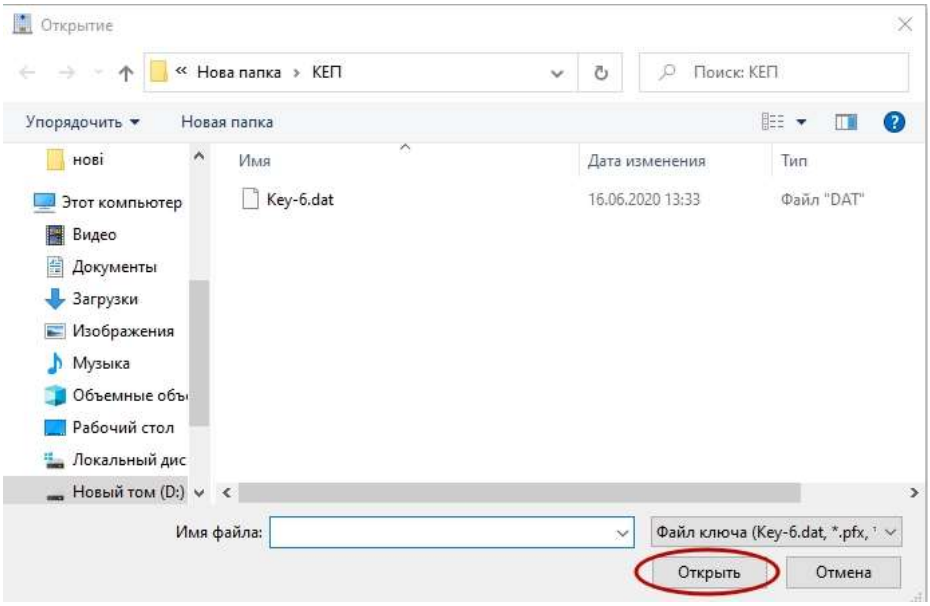


Натискаємо **«Сформувати файл для позначення направлення як введеного помилково».** У вікні, що з'явилось вибрати причину зі списку та пояснювальну записку в довільні формі і натиснути «**Вибрати**».



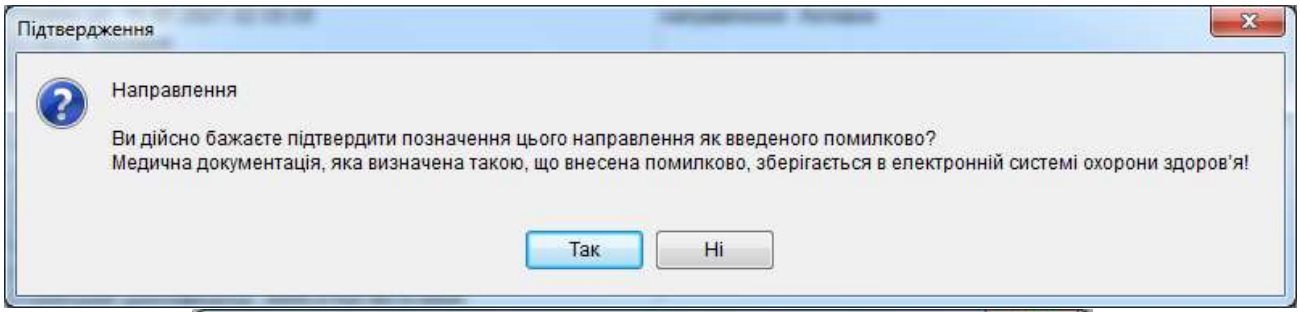
Для цього необхідно натиснути **«Вибрати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).

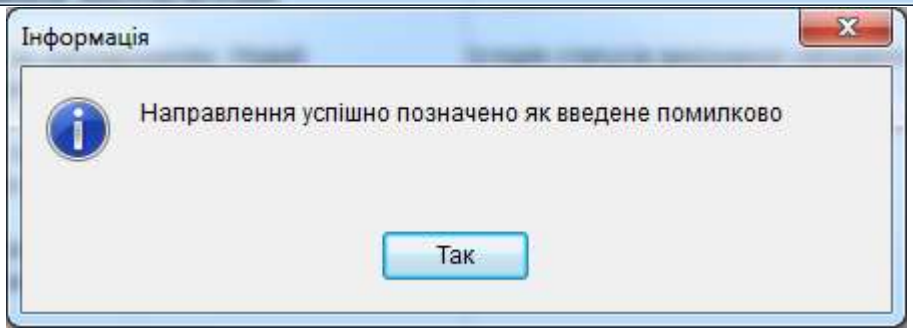




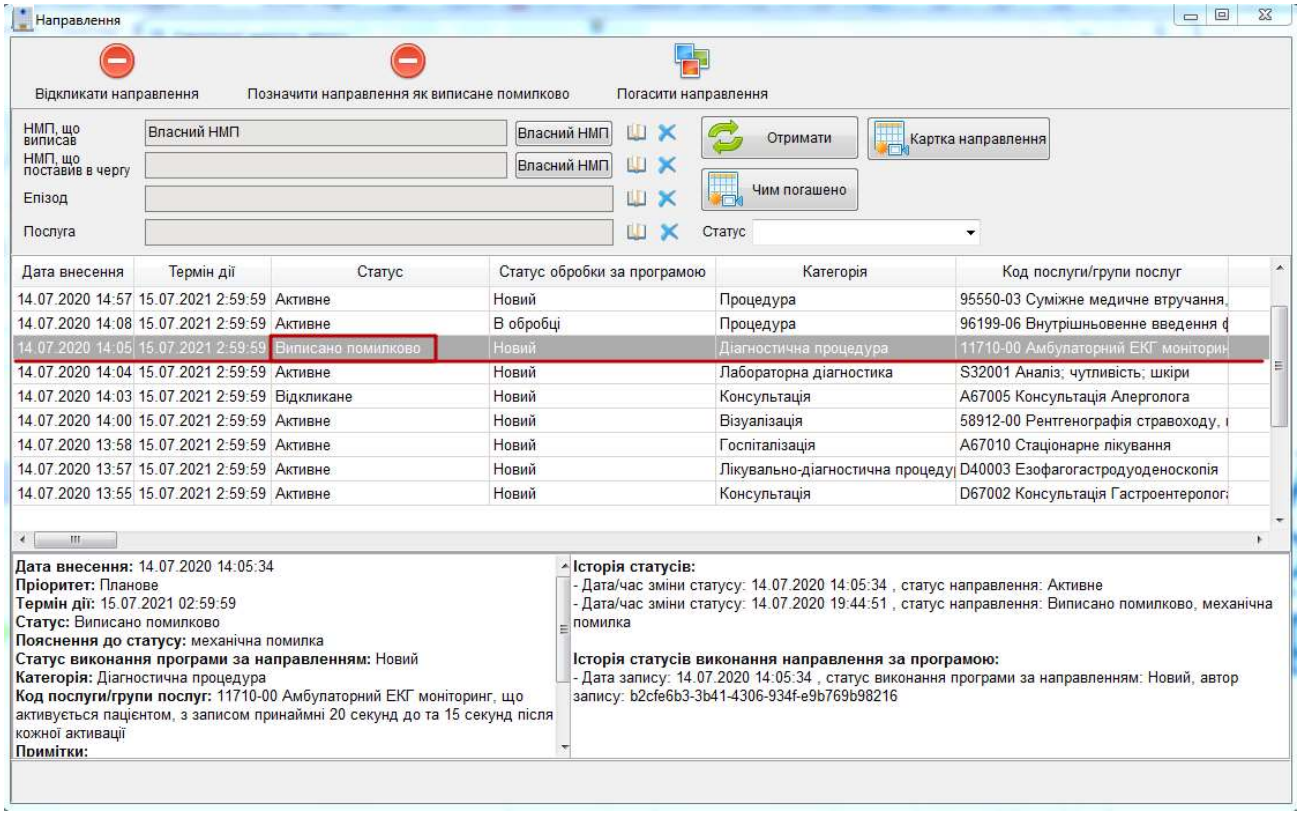
Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».



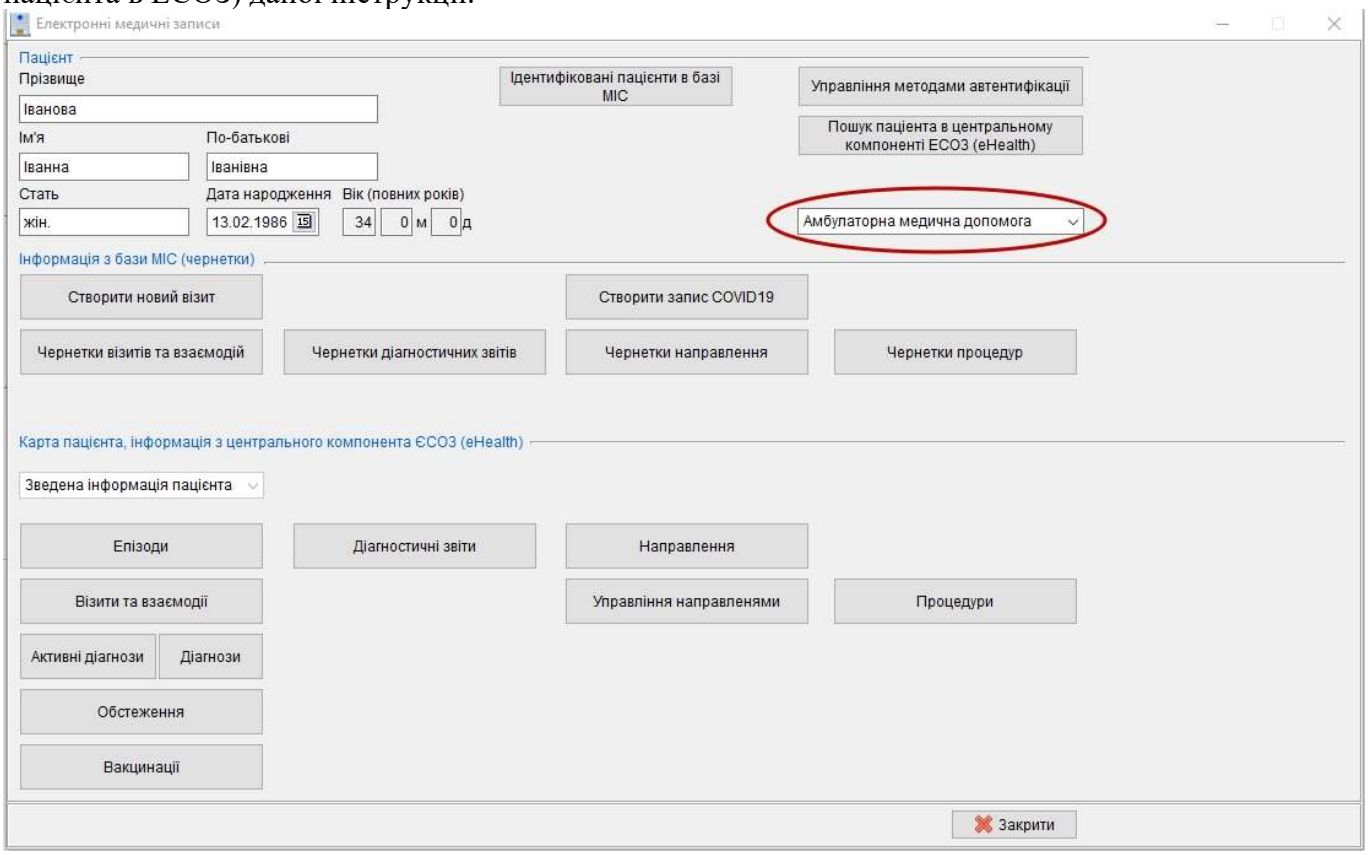


Тепер в переліку направлень дане буде зі статусом **«Виписано помилково».**



9.7 Робота з ЕМЗ для закладів СПЕЦІАЛІЗОВАНО МЕДИЧОЇ ДОПОМОГИ. АМБУЛАТОРНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА.

Для початку роботи з ЕМЗ пацієнта, його слід ідентифікувати, прив’язавши або, створивши в ЕСОЗ, як описано в **пункті 9.2** (прив’язка пацієнта) або **пункті 9.3** (створення пацієнта в ЕСОЗ) даної інструкції.



9.7.1 Створення візиту(взаємодії)/діагностичного звіту/процедуру В МЕЖАХ ЕЛЕКТРОННОГО НАПРАВЛЕННЯ.

Наразі існує 9 типів електронних направлень, а саме:
1. Консультація
2. Лабораторна діагностика
3. Діагностична процедура
4. Процедура
5. Лікувально-діагностична процедура
6. Хірургічна процедура
7. Візуалізація
8. Госпіталізація
9. Переведення до іншого ЗОЗ

Усі направлення має право закривати виключно лікар, який надавав медичну послугу за цим направленням. Виключенням є направлення на «лабораторну діагностику», яку може закрити як сам лікар, так і середній медичний персонал.

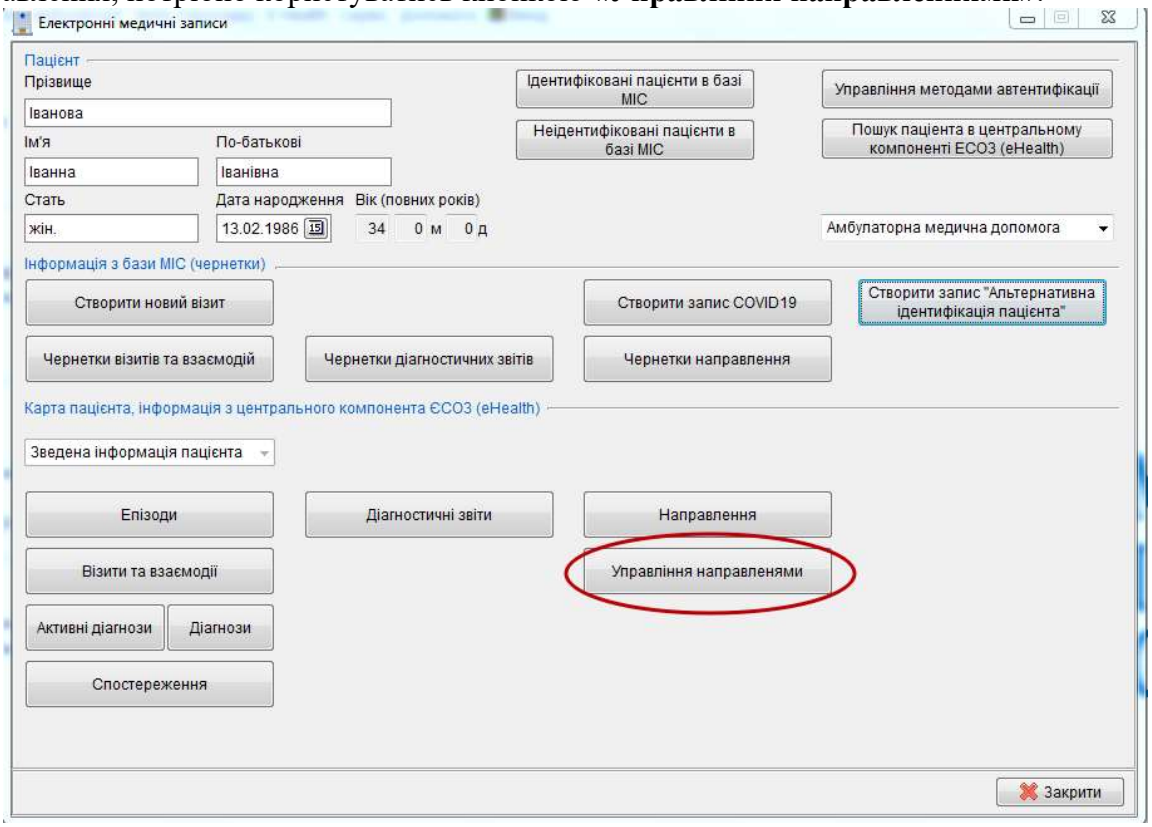
Наразі в системі дозволені такі варіанти, якими можна підтвердити виконання направлення:
- Взаємодія:
  - з зазначеним висновком лікаря спеціаліста (Консультативний висновок)
  - з зазначеним типом «Виписка пацієнта, який вибув зі стаціонару»
- Процедура
- Діагностичний звіт

Нижче наведено таблицю, в якій вказано, яке направлення чим підтверджується виконання:

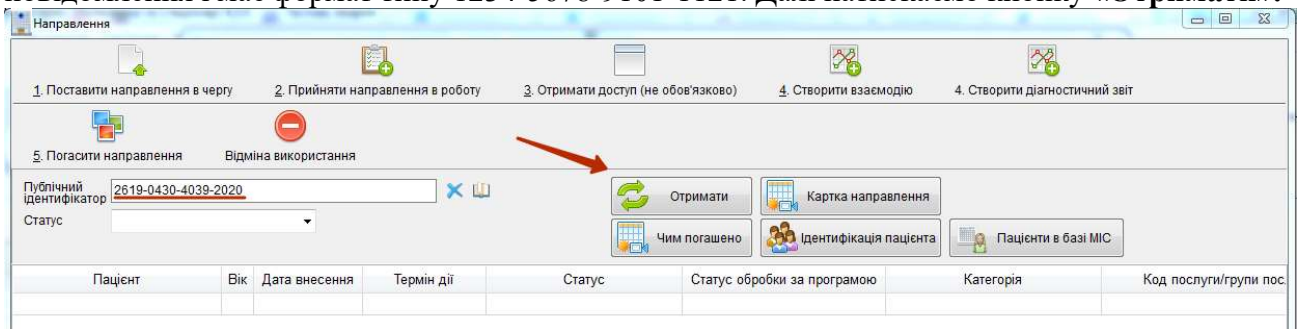
	Взаємодія з зазначеним висновком лікаря спеціаліста (Консультативний висновок)	**Діагностичний звіт**	**Процедура**	**Взаємодія з зазначеним типом “Виписка пацієнта, який вибув зі стаціонару”**
Консультація	✓			
Діагностична процедура	✓	✓		
Лікувально-діагностична процедура	✓	✓		
Лабораторна діагностика		✓		
Візуалізація		✓		
Процедура	✓		✓	
Хірургічна процедура	✓		✓	

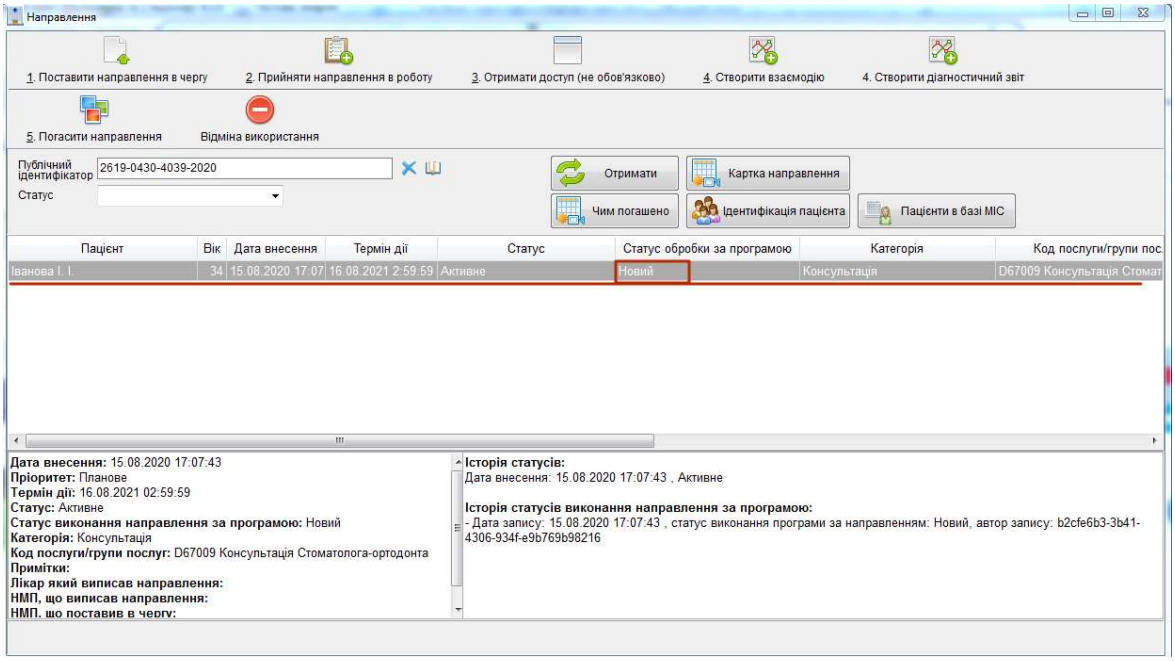
Госпіталізація				✓

У випадку, коли пацієнт прийшов на прийом до лікаря в заклад СМД з електронним направлення, потрібно користуватись кнопкою **«Управління направленнями»**.

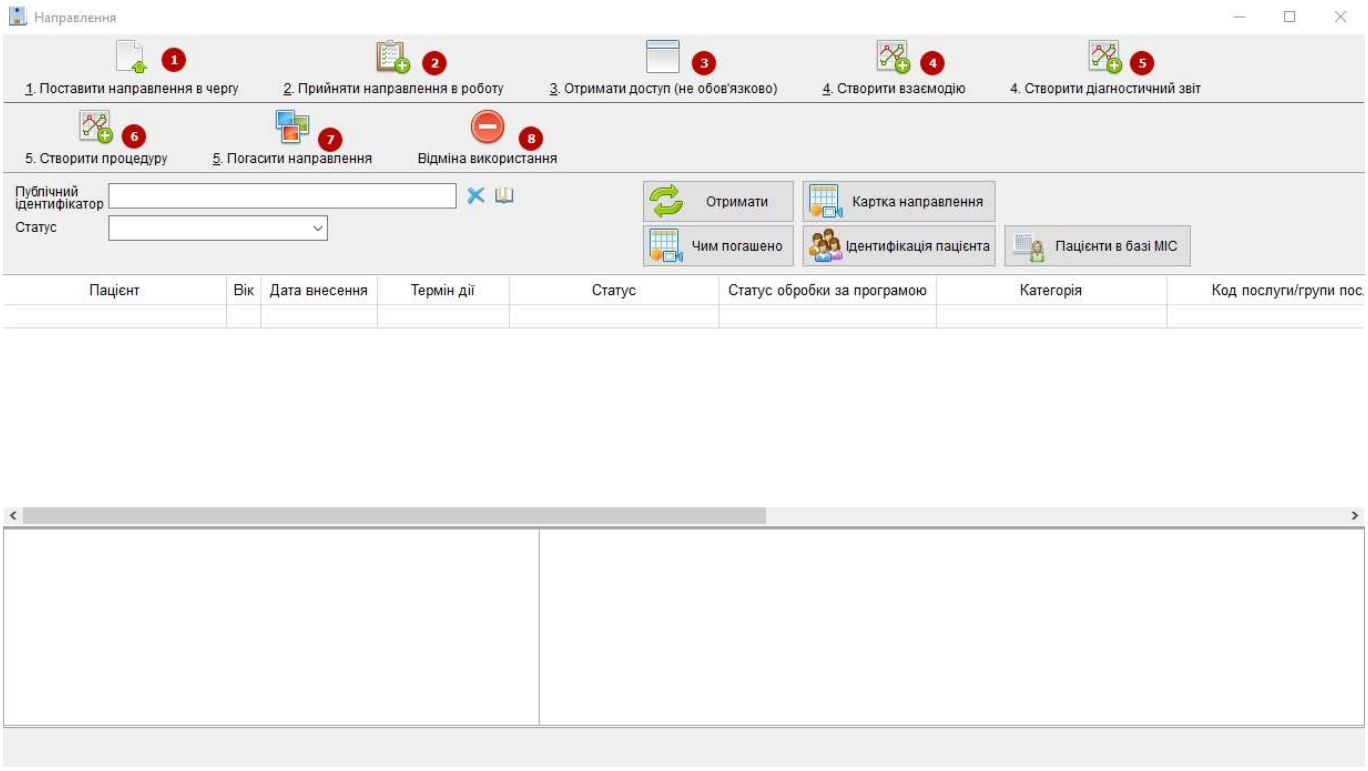


У вікні, що з'явилось необхідно в поле **«Публічний ідентифікатор»** ввести номер направлення, який є в паперовому примірнику видане «на руки» пацієнту або із СМС-повідомлення і має формат типу 1234-5678-9101-1121. Далі натискаємо кнопку **«Отримати».**



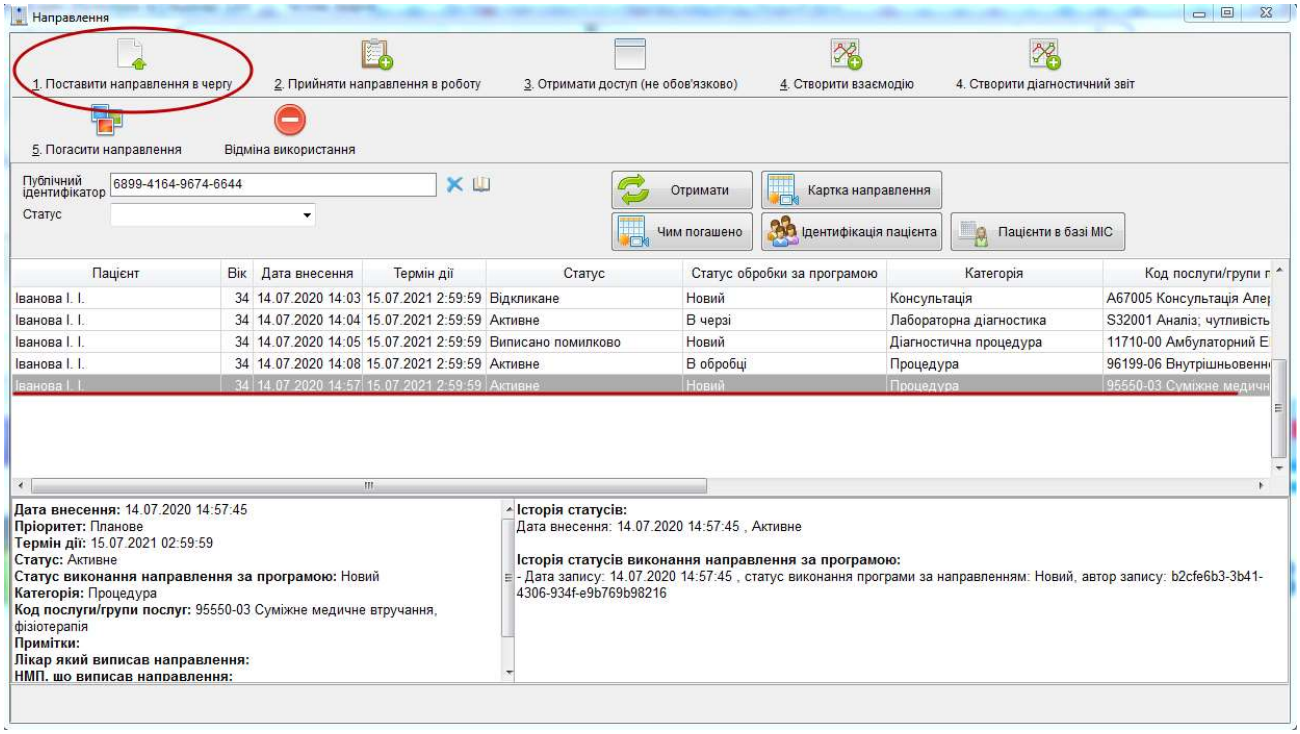


Далі слід покроково виконати всі дії від постановки направлення в чергу, до погашення.



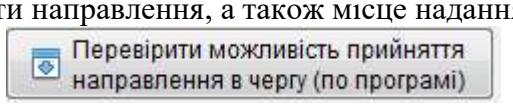
Розглянемо детальніше.

1 **Поставити направлення в чергу -** це дія щодо резервування направлення за конкретним медичним закладом, що планує виконати послуги за направленням.

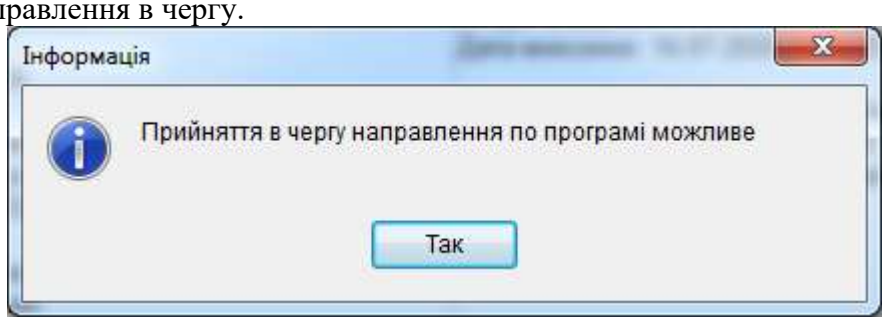


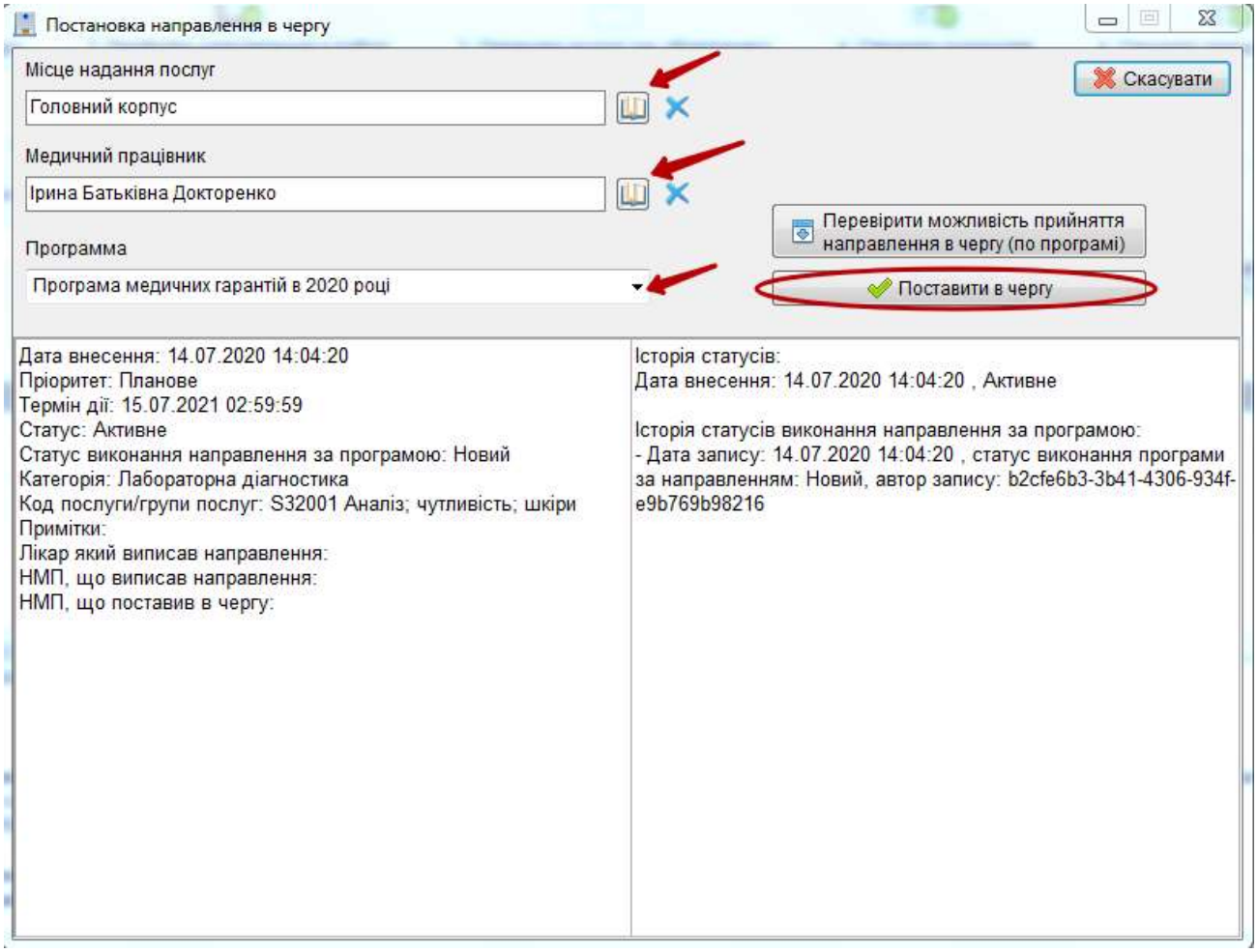
Зверніть увагу ! В той же час, поки направлення знаходиться в обробці, пацієнт має право змінити медичний заклад, в якому він планував використати направлення.

При цьому у вікні обов'язково слід вказати чи буде направлення виконуватись по «Програмі медичних гарантій 2020», можна вказати працівника медичного закладу, який буде реалізовувати направлення, а також місце надання послуг.

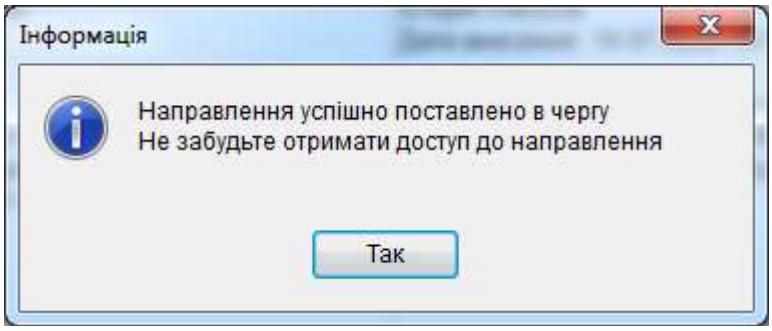
За допомогою кнопки 

перевіряється можливість прийняття направлення в чергу.

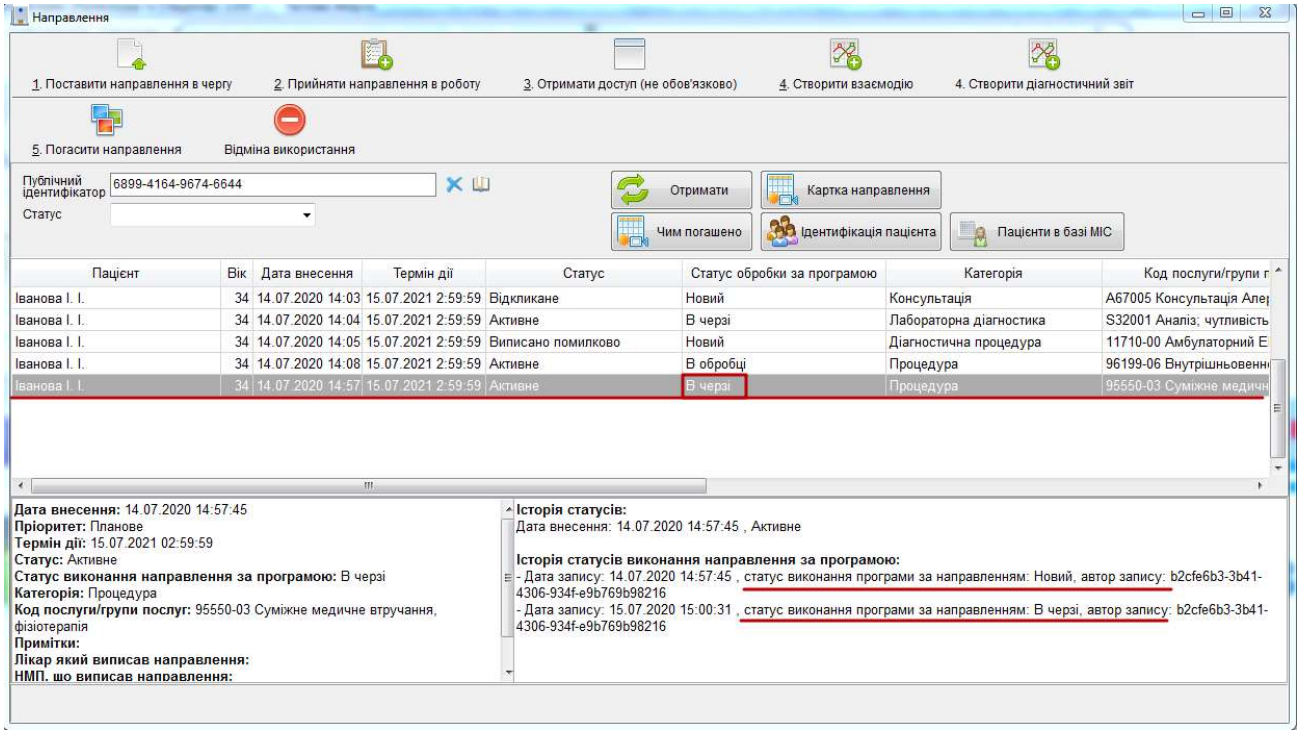




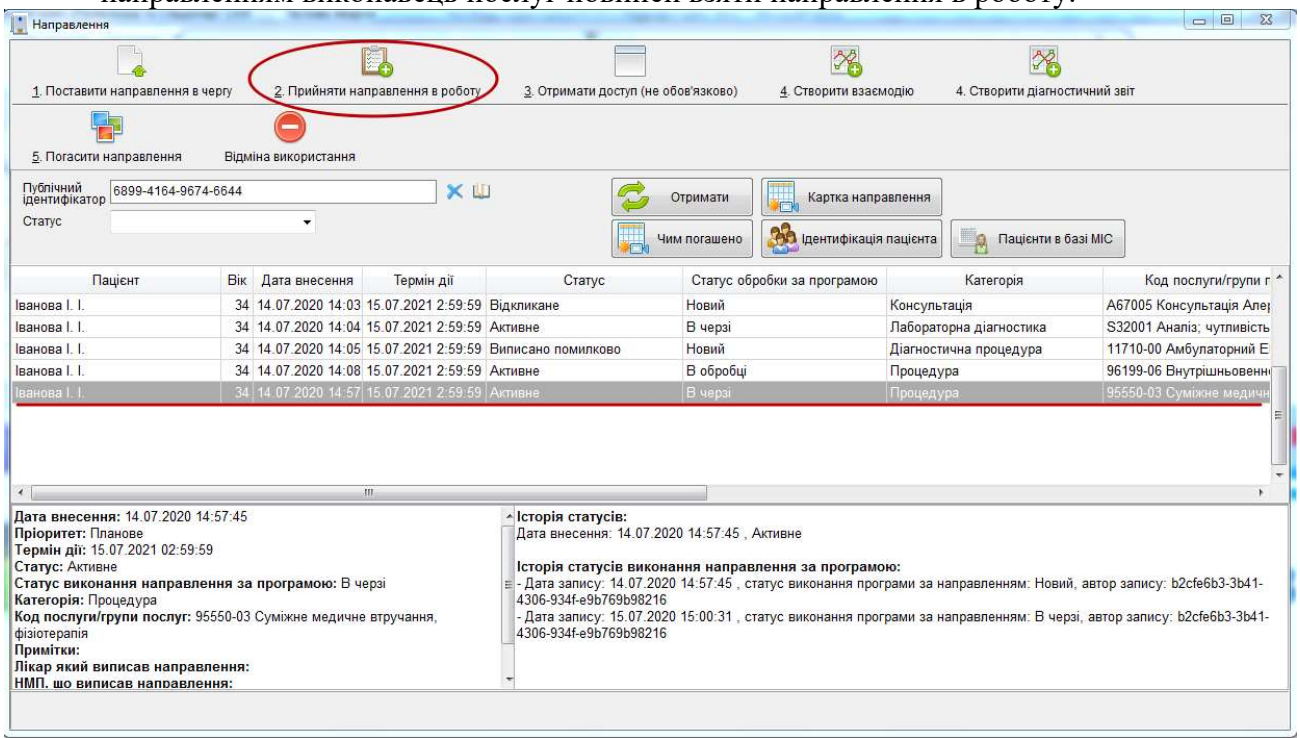
Відмітивши, натискаємо кнопку **«Поставити в чергу»**. Отримуємо наступне повідомлення.

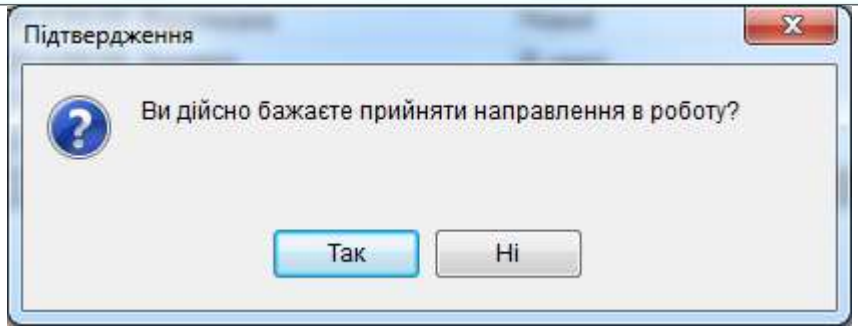


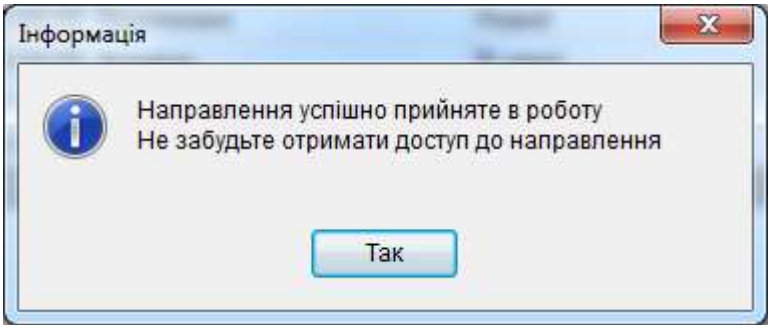
Статус обробки за програмою даного направлення змінився на **«В черзі».**



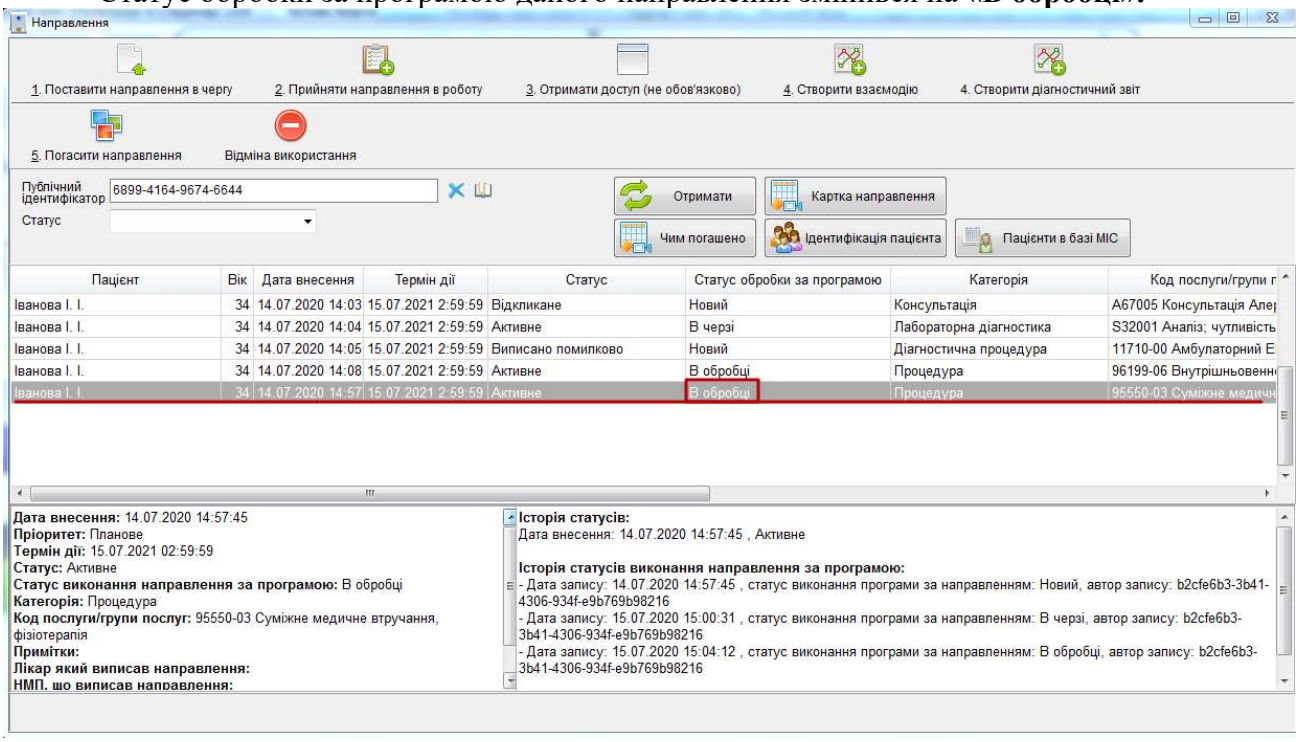
2 **Прийняти направлення в роботу -** перед тим, як почати надавати послуги за направленням виконавець послуг повинен взяти направлення в роботу.





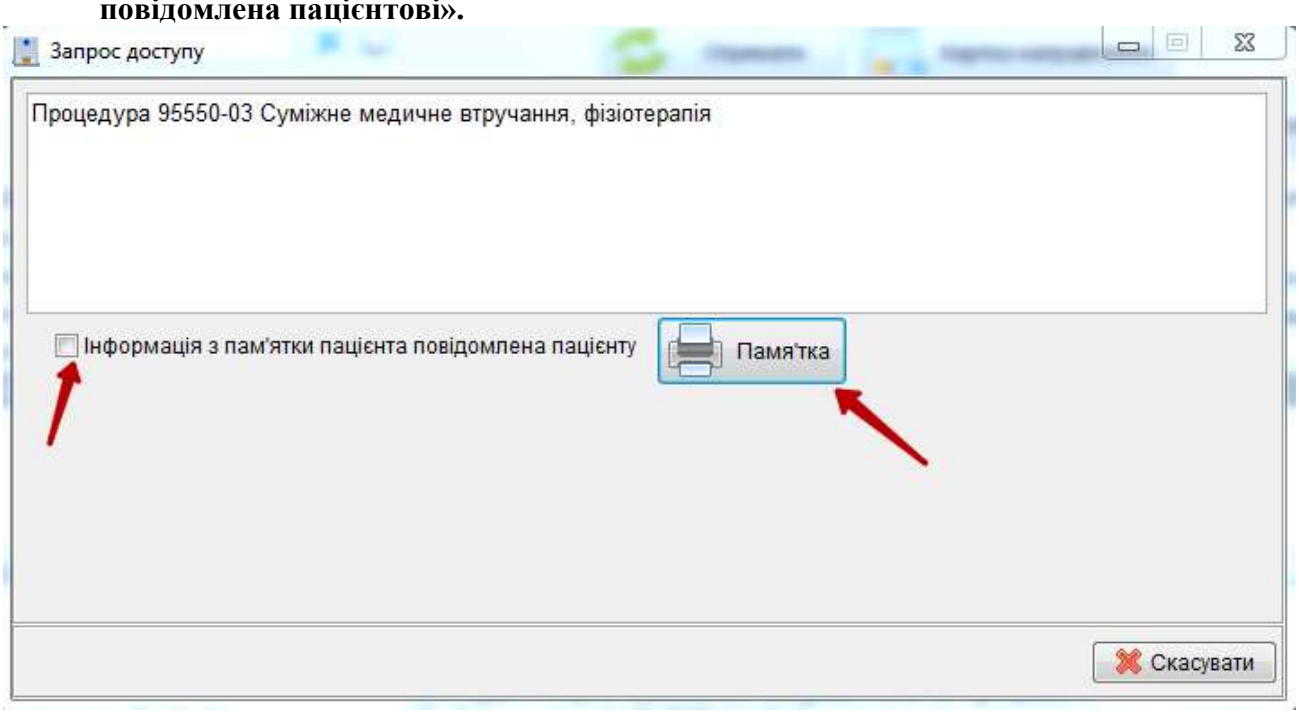


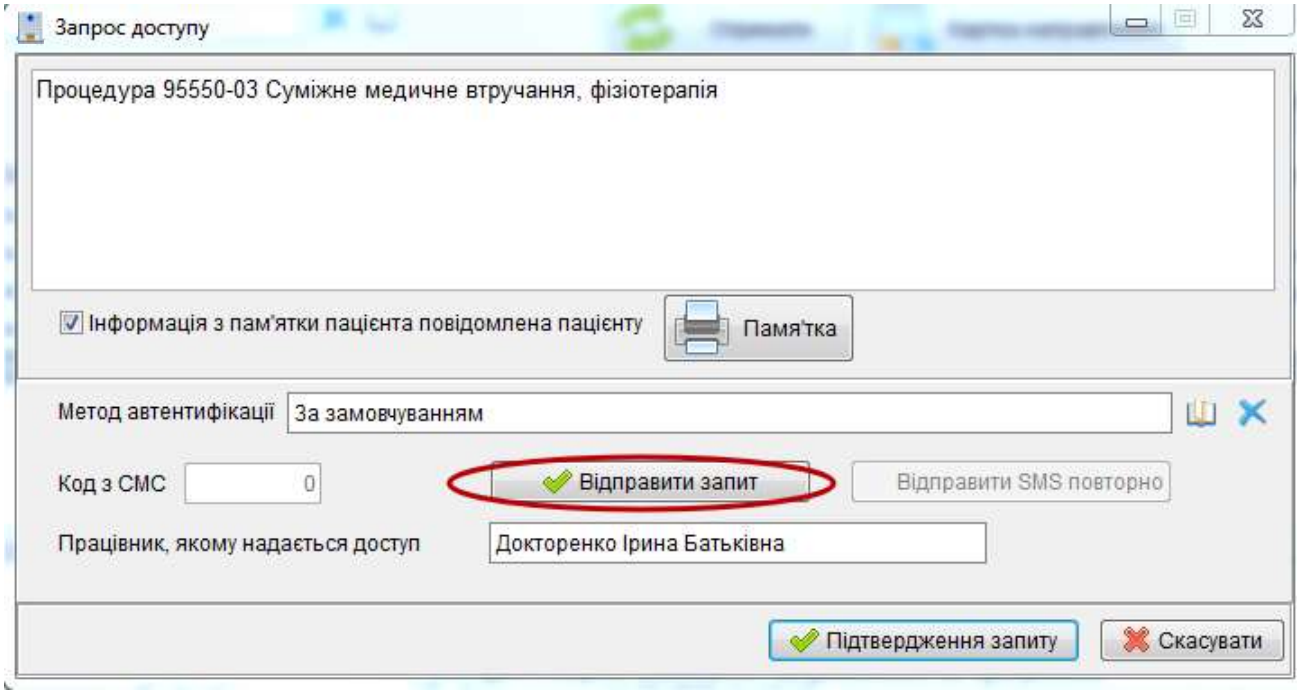
Статус обробки за програмою даного направлення змінився на **«В обробці».**



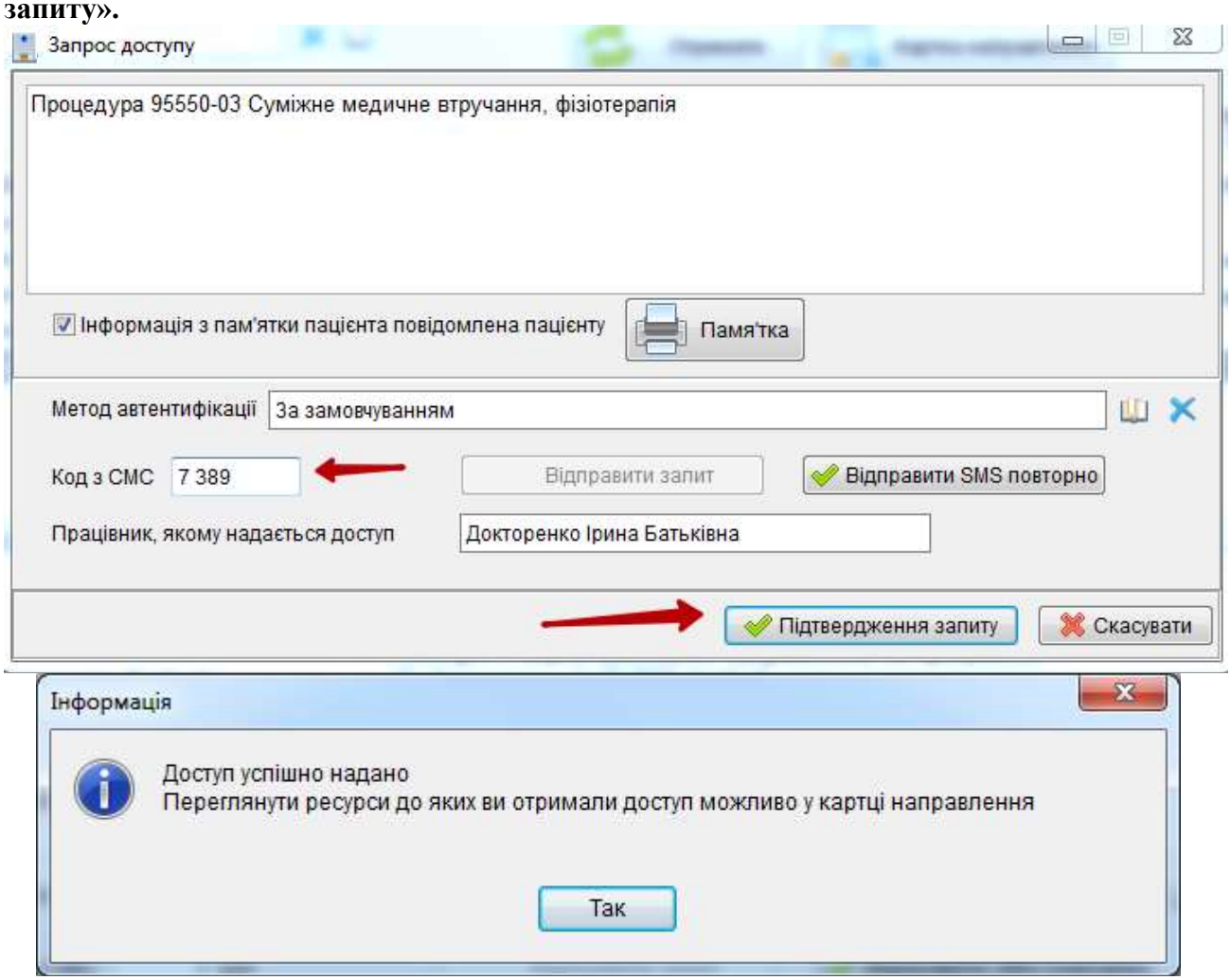
3 **Отримати доступ –** цей крок є необов'язковим для виконання. Використовується для того, щоб пацієнта підтвердив доступ до направлення.

При натисканні, відкривається вікно, де є можливість роздрукувати пацієнтові **«Пам'ятку»**, після чого поставити галочку **«Інформація з пам'ятки пацієнта повідомлена пацієнтові».**





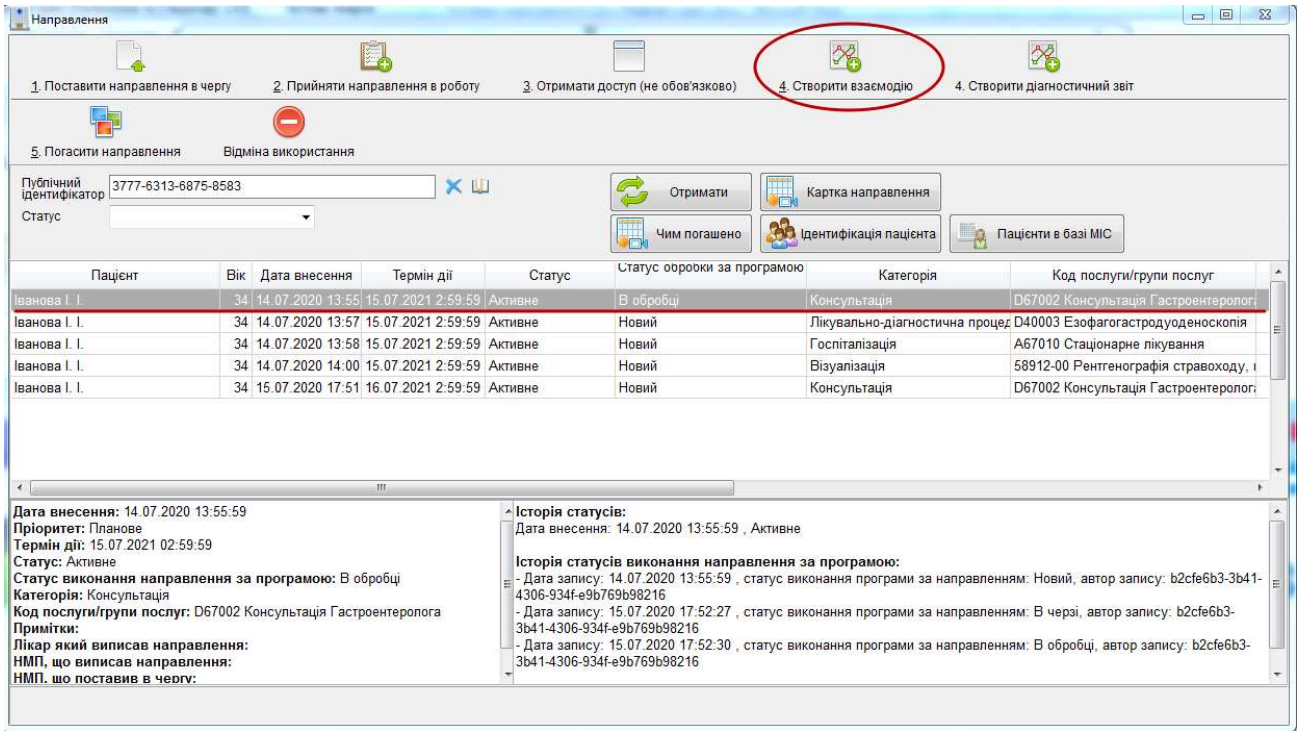
Натиснувши кнопку **«Відправити запит»,** пацієнту буде надіслано СМС з кодом підтвердження, яке потрібно ввести в поле **«Код з СМС»** і натиснути **«Підтвердження запиту».**

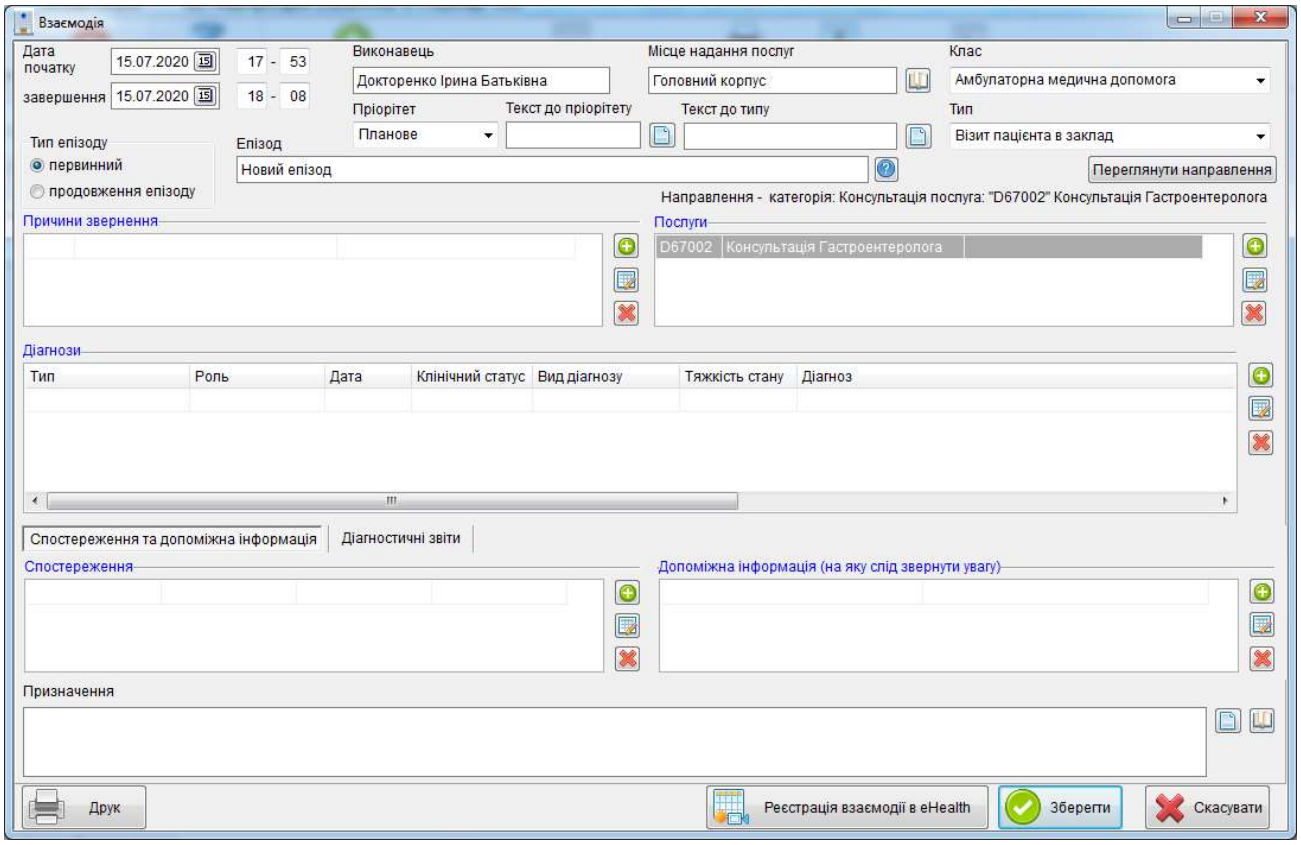


4 **Створити взаємодію –** цей крок виконується лікарем в тому випадку, якщо потрібно закрити (погасити) направлення з відповідною категорією взаємодією. До таких категорій відноситься:

консультація,
лікувально-діагностична процедура,
діагностична процедура,

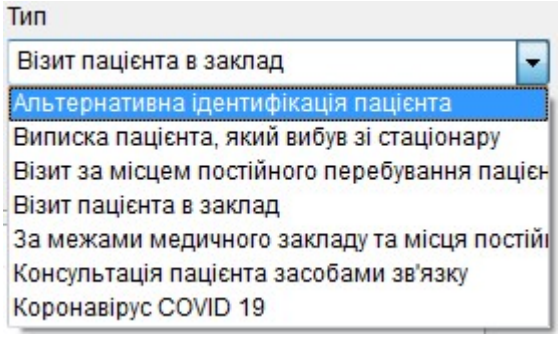
процедура,
хірургічна процедура.





Поля для заповнення взаємодії:

- **дата (час) початку та завершення** візиту;
- **«Виконавець»** та **«Місце надання послуг»**;
- **«Пріоритет»** (примусове, планове, ургентне), при потребі **«Текст до пріоритету»**,
- **«Тип»** взаємодії

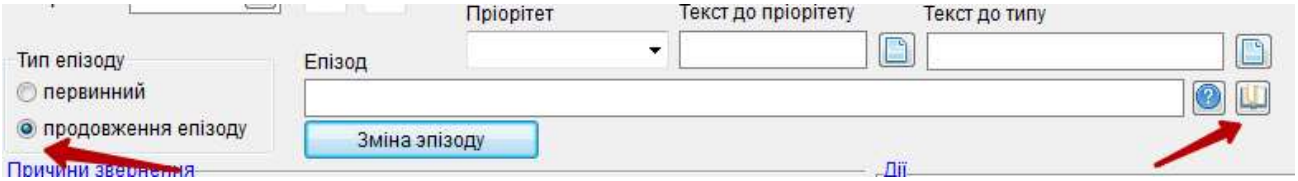


- **«Тип епізоду»**
  - **Первинний.** Згідно інструкції НСЗУ (**Оглядовий матеріал. Частина 1,2**), **новий епізод створюється** при першому зверненні пацієнта в заклад/до лікаря з медичною проблемою або за потреби (хронічне або виліковне захворювання, вакцинація, адміністративні потреби тощо); при новому випадку нехронічного захворювання, при зміні закладу.

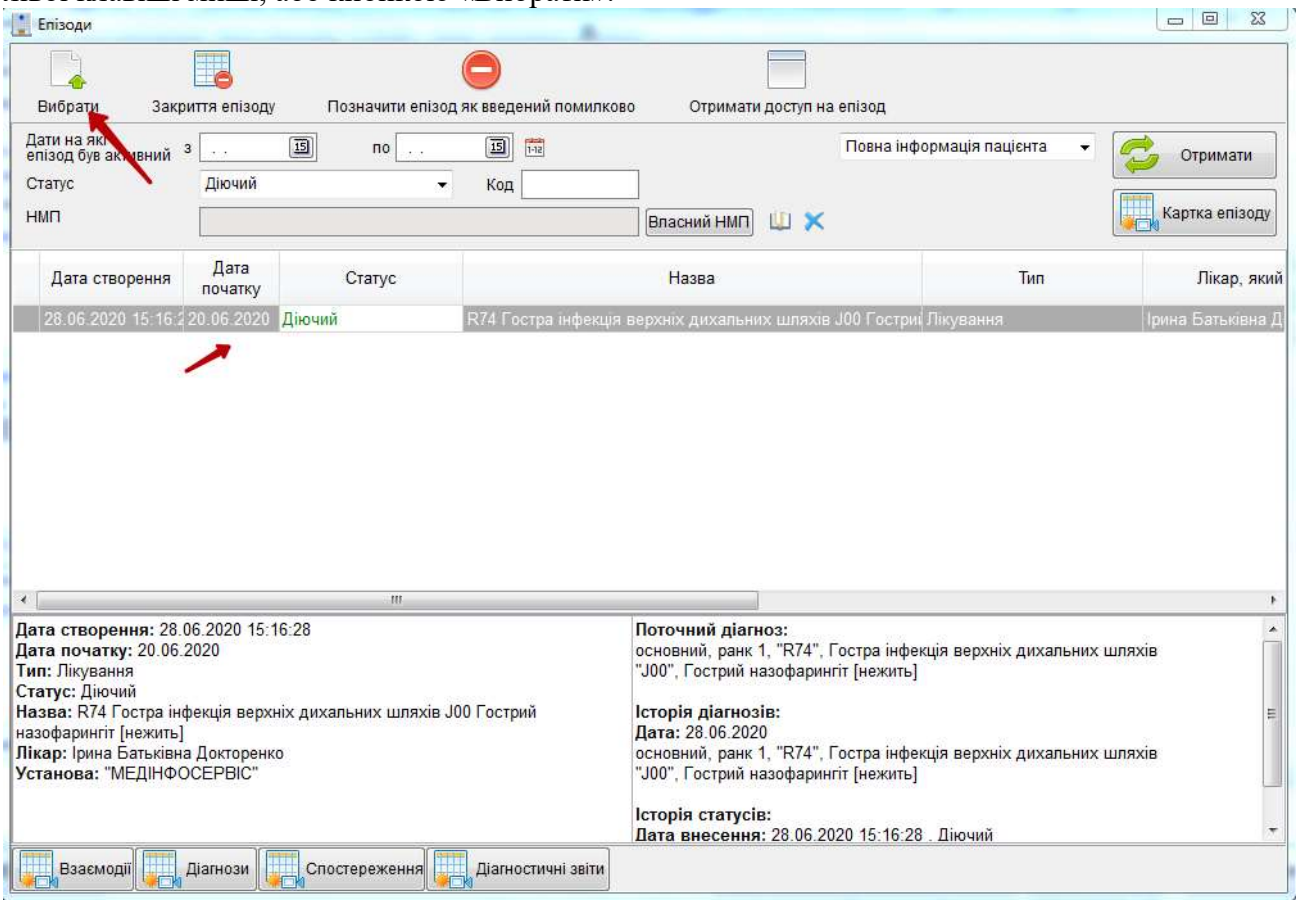
При створенні нового епізоду потрібно обрати **«первинний»** і продовжити заповнювати наступні поля.

- **Продовження епізоду.** Згідно інструкції НСЗУ (**Оглядовий матеріал. Частина 1,2**), **новий епізод НЕ створюється** при повторних зверненнях в процесі лікування одного захворювання (*за виключенням - госпіталізація*), або, якщо вже є епізод з активним статусом, що стосується даної проблеми (*за виключенням – не закритого своєчасно епізоду з таким же діагнозом*).

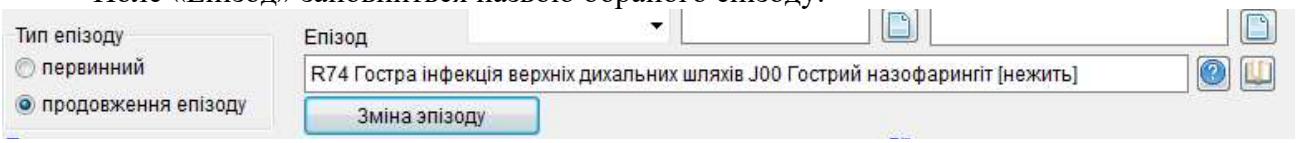
При продовженні епізоду, потрібно обрати його в полі **«Епізод»,** за допомогою кнопки



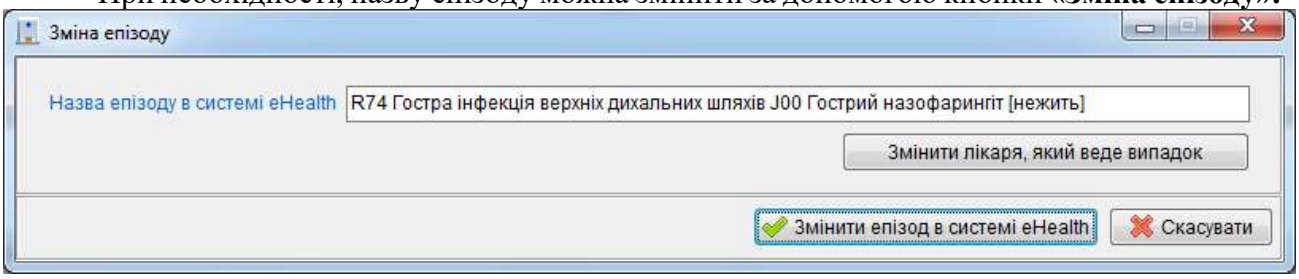
У вікні, що з’явилось обираємо рядок з потрібним епізодом подвійним натисканням лівої клавіші миші, або кнопкою «Вибрати».



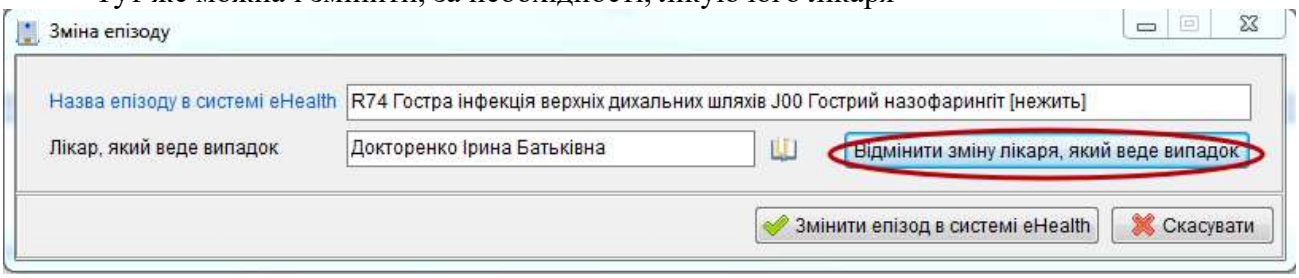
Поле «Епізод» заповниться назвою обраного епізоду.



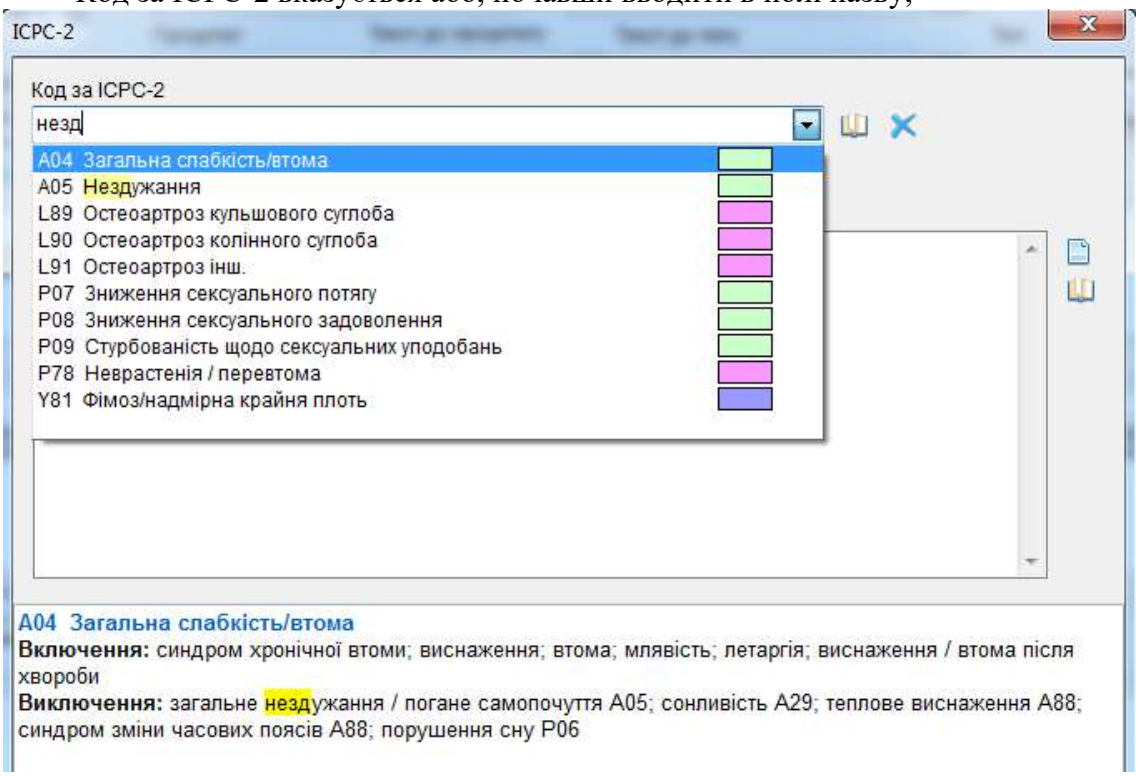
При необхідності, назву епізоду можна змінити за допомогою кнопки **«Зміна епізоду».**



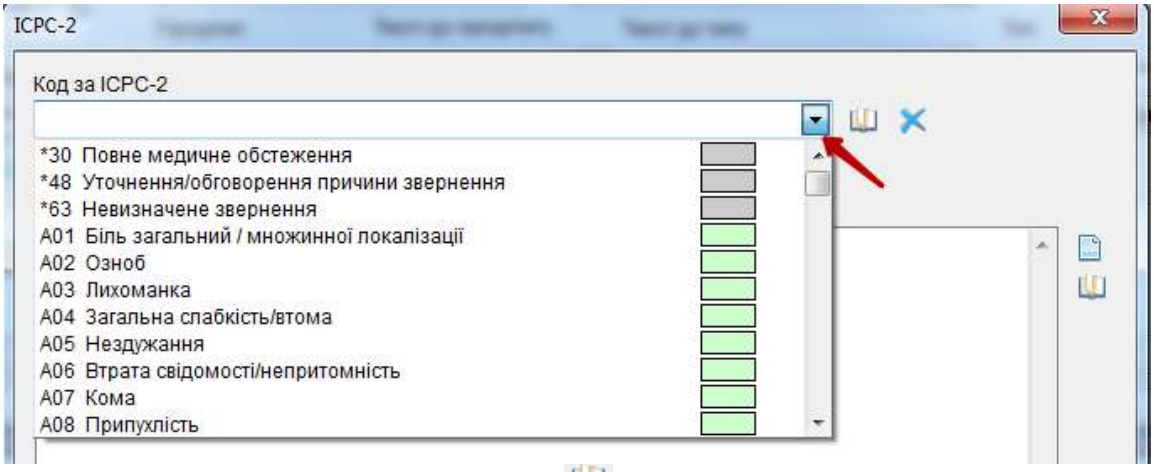
Тут же можна і змінити, за необхідності, лікуючого лікаря



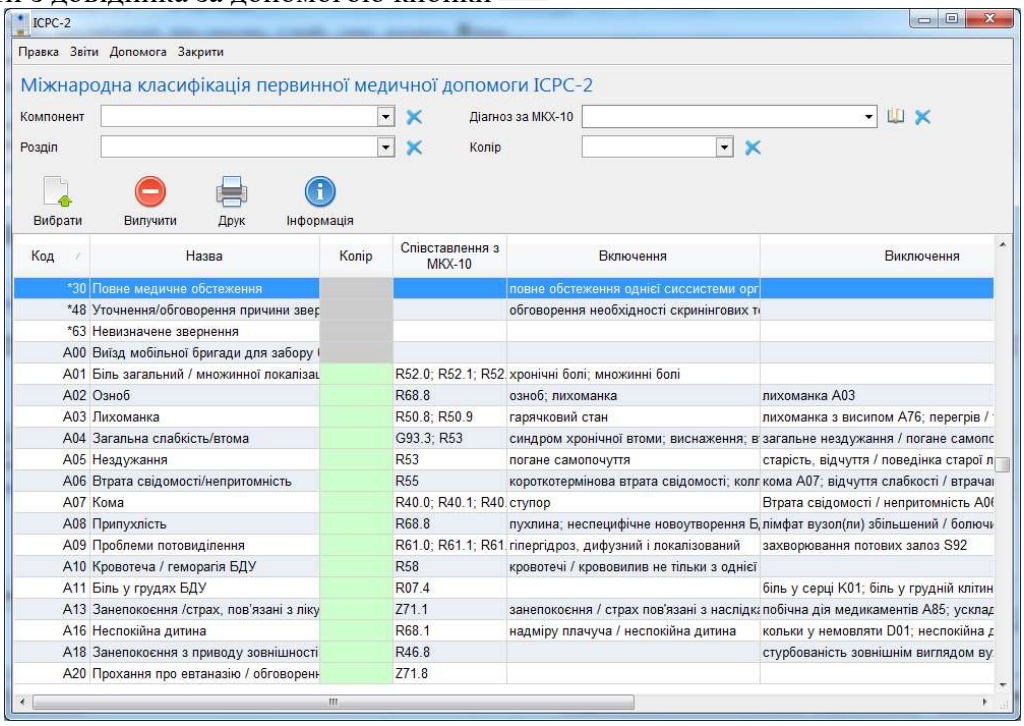
- **«Причини звернення» -** являється полем, **не обов'язковим** для заповнення в закладах СМД.
  Причина вказується згідно міжнародного класифікатора первинної медичної допомоги ICPC-2. Всі причини додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , .
  Код за ICPC-2 вказується або, почавши вводити в полі назву,



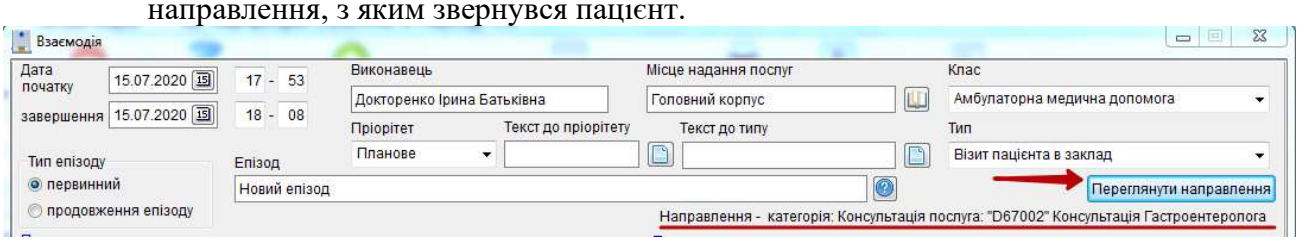
або обравши з випадаючих списків



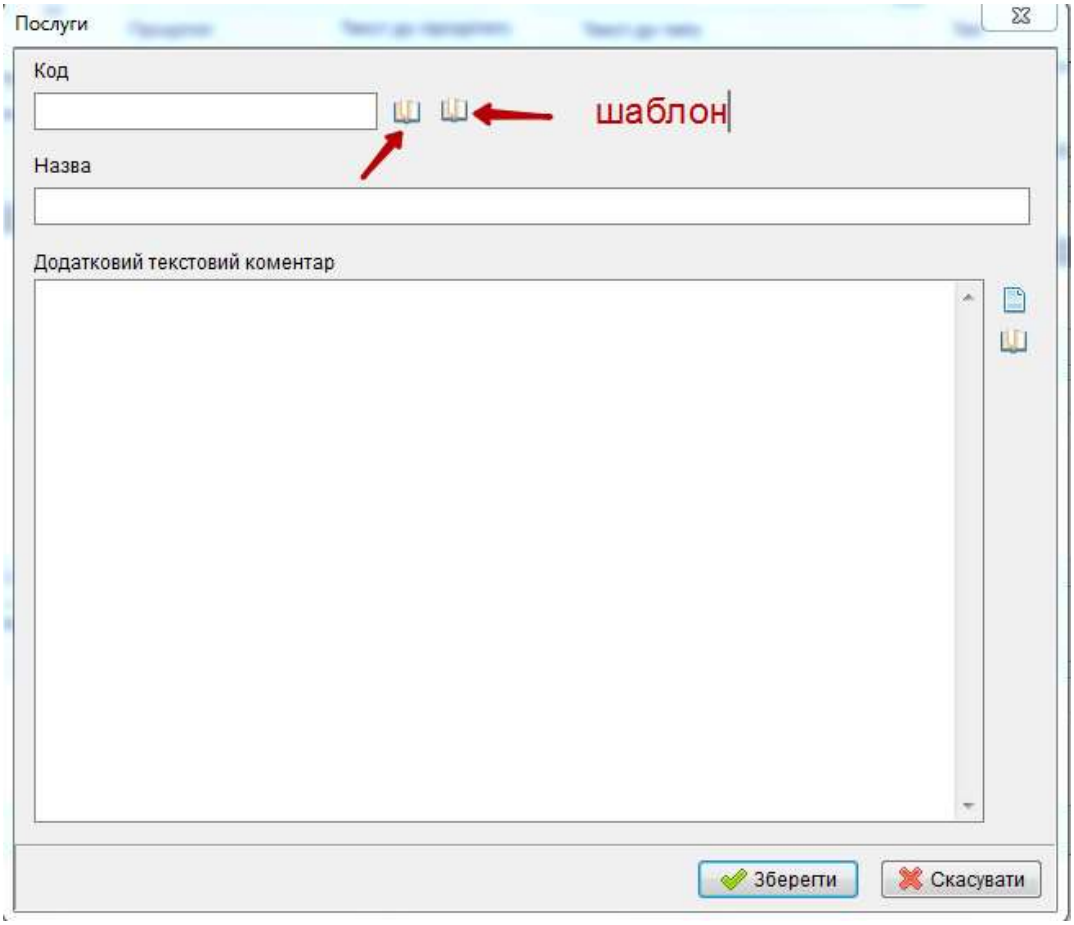
або обрати з довідника за допомогою кнопки



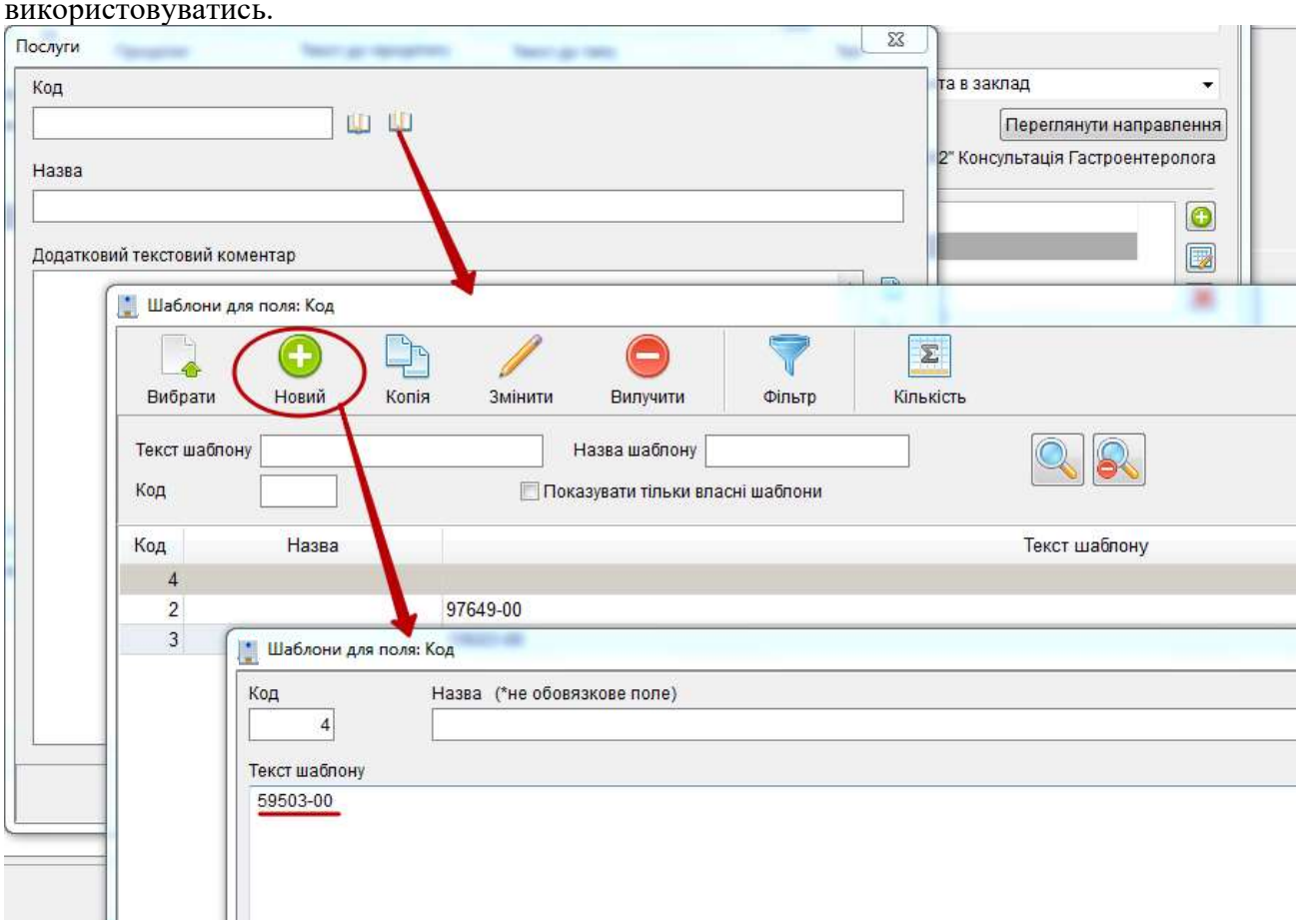
- **«Переглянути направлення»** - дана кнопка дозволяє переглянути електронне направлення, з яким звернувся пацієнт.



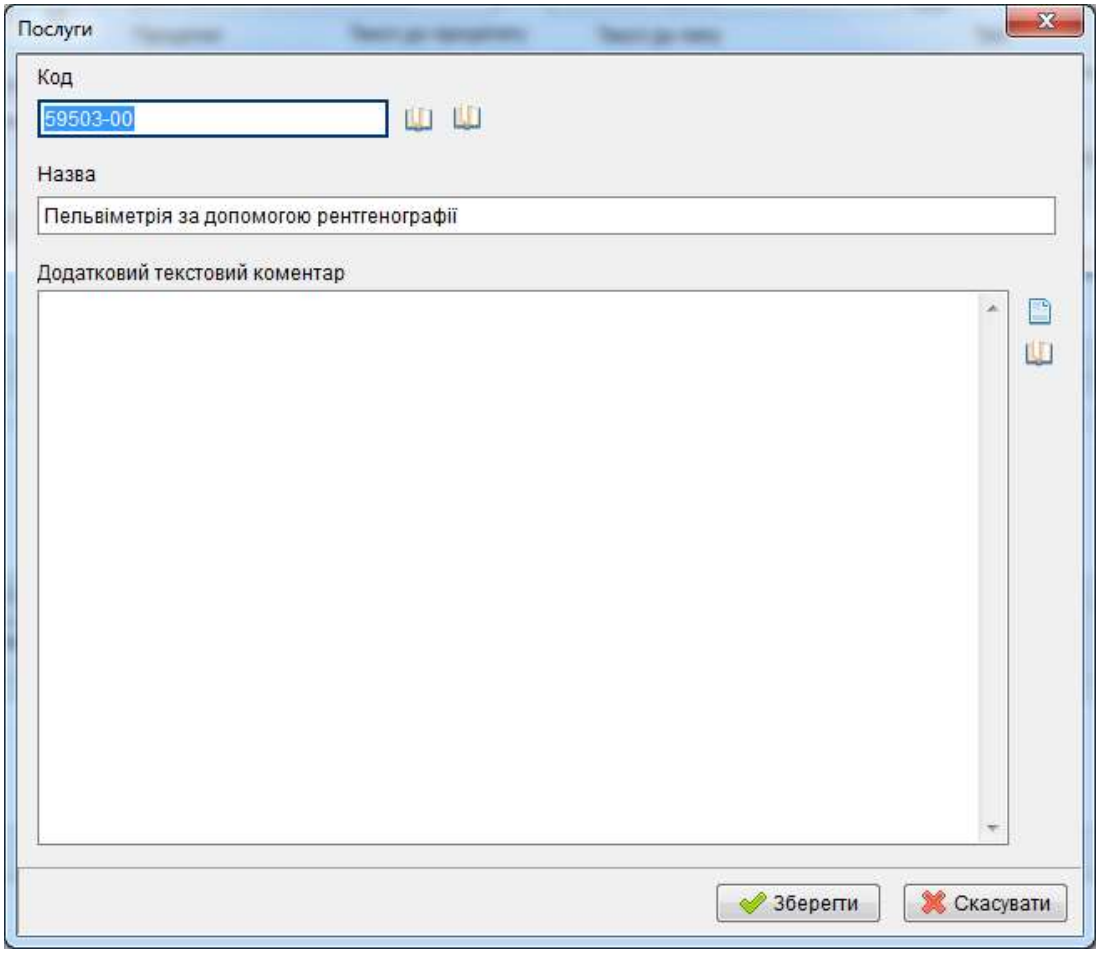
- **«Послуги» -** у випадку, коли взаємодія створюється по електронному направленню, автоматично в даному полі пропишеться послуга, яка була вказана при створенні направлення. При необхідності, додатково вносяться дії та процедури, які були проведені під час взаємодії з Національного класифікатора НК 026:2019 «Класифікатор медичних інтервенцій» гармонізований з Австралійським класифікатором медичних інтервенцій (АКМІ). Всі послуги додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , .
  При додаванні нової послуги з'являється вікно, де потрібно обрати відповідну за допомогою кнопки . Поруч така ж кнопка дозволяє **створити шаблон** для подальшого використання.



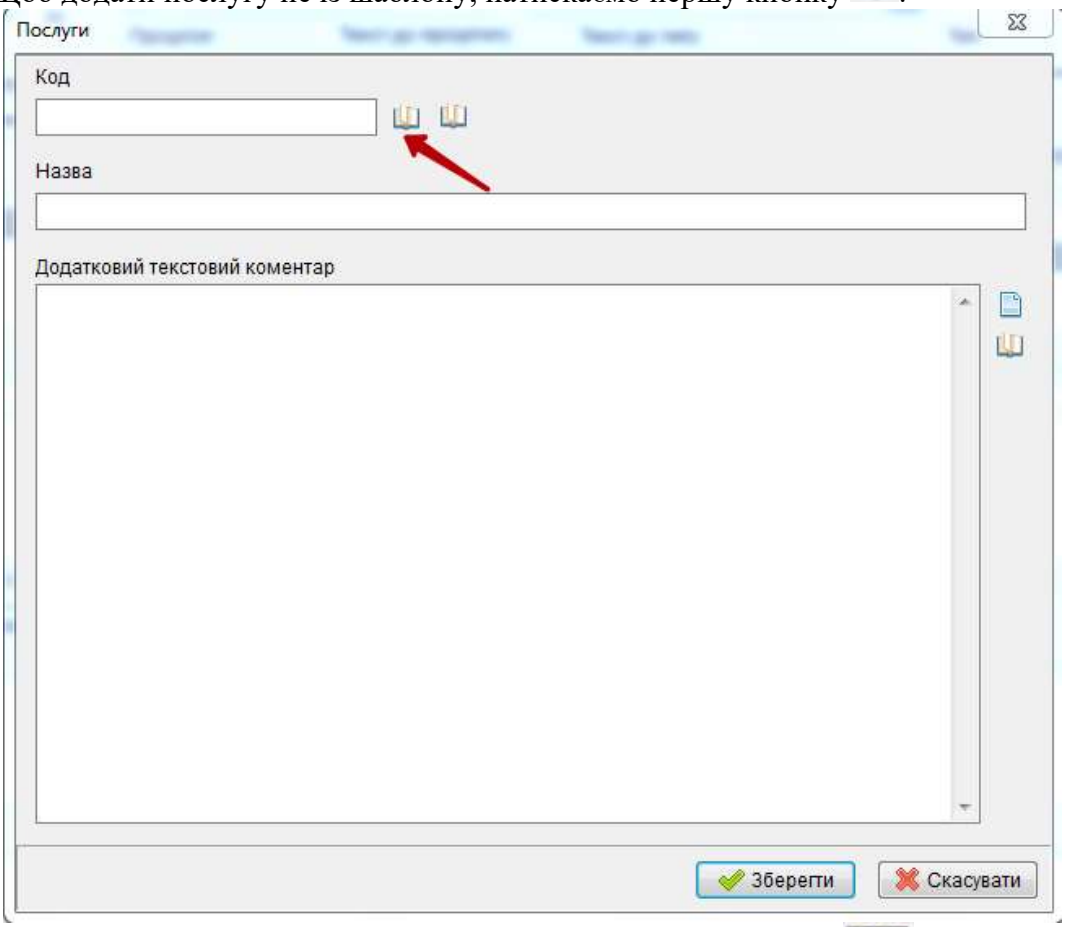
В шаблоні достатньо ввести в поле **«Текст шаблону»** код, який часто буде використовуватись.



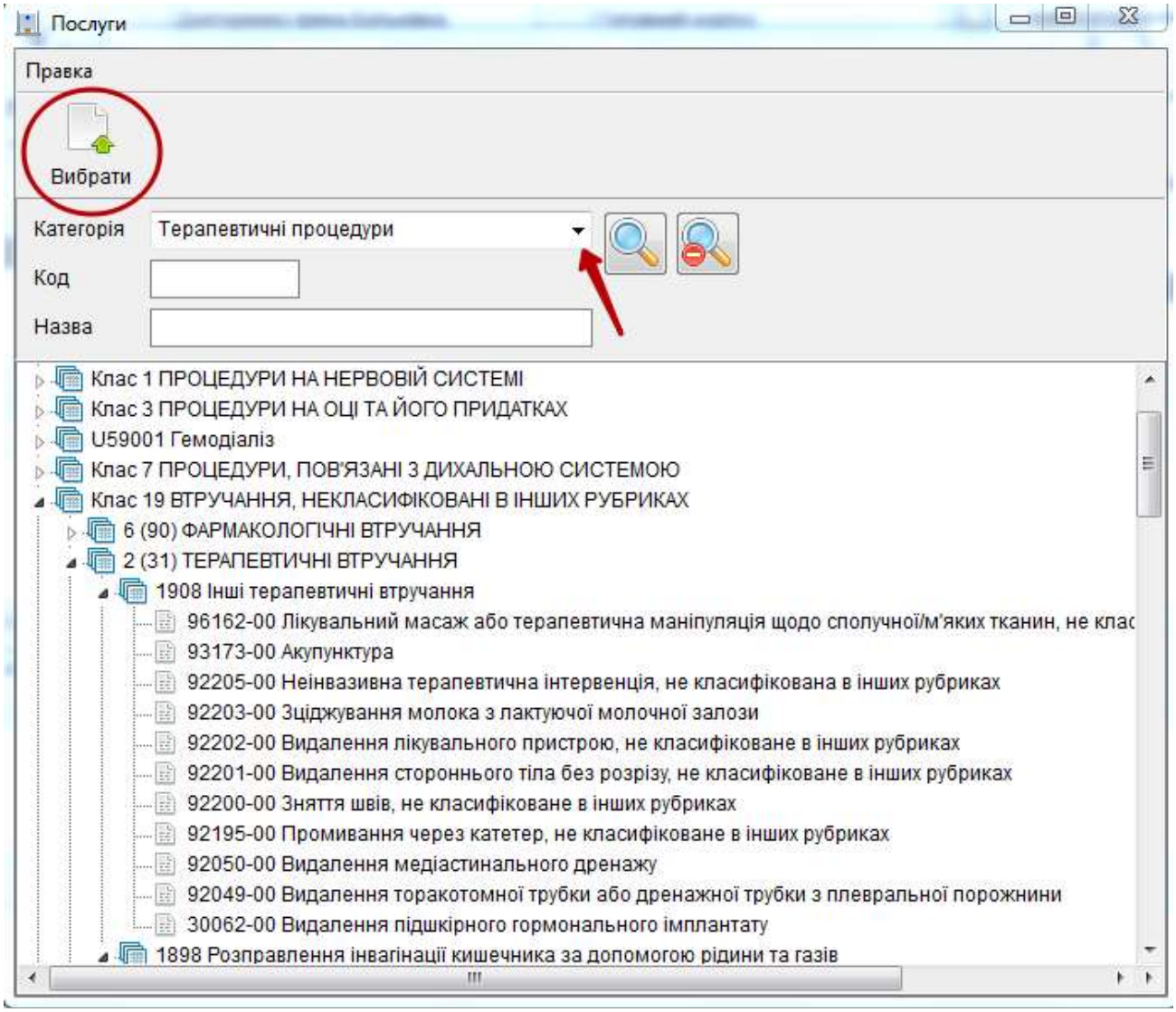
Тоді, після вибору шаблону, обрана послуга підтягнеться автоматично.



Щоб додати послугу не із шаблону, натискаємо першу кнопку .

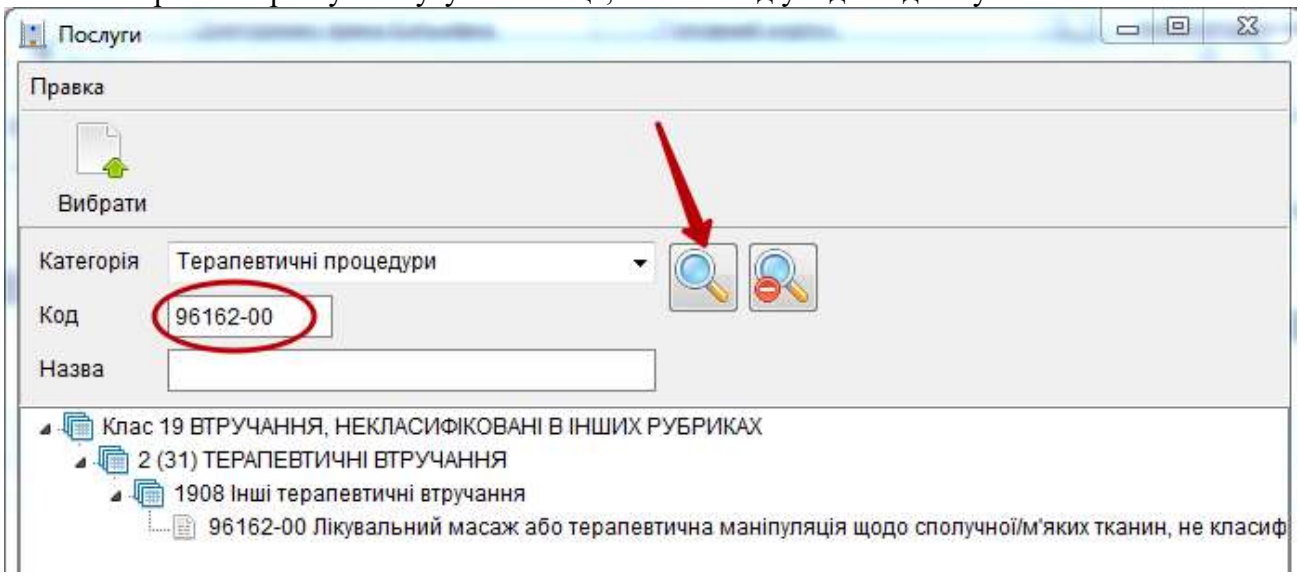


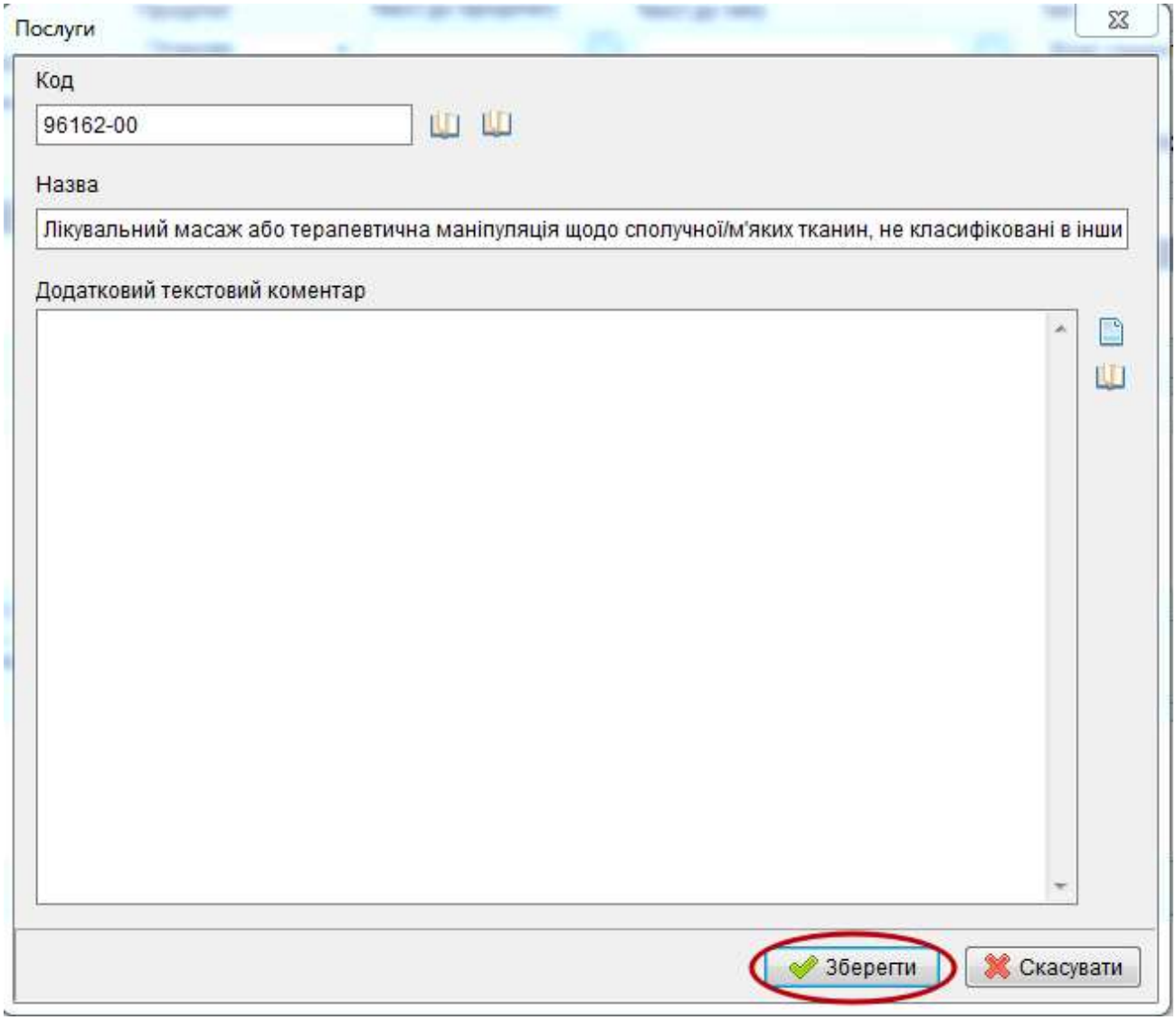
У вікні, що відкрилось обрати категорію та натиснути кнопку .



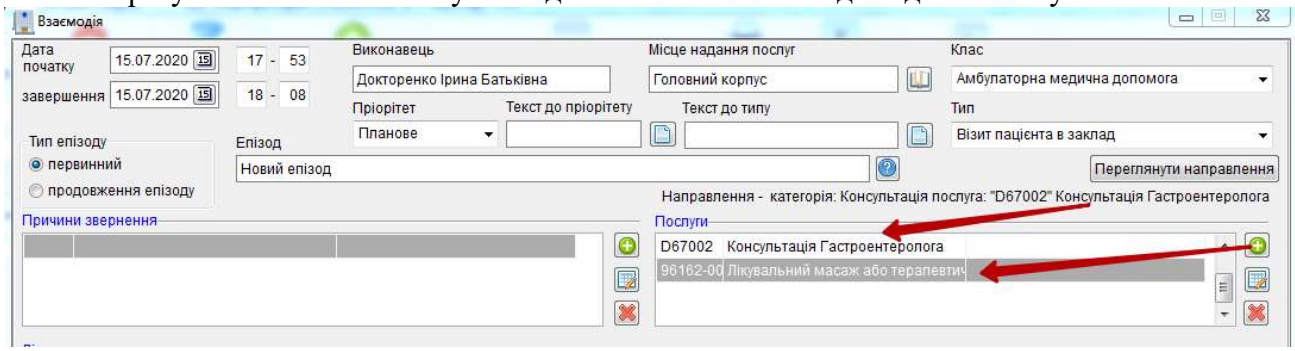
Відфільтрується перелік послуг відповідно категорії, обрати потрібну і натиснути **«Вибрати»**.

Вибрати потрібну послугу можна ще, ввівши код у відповідному полі.



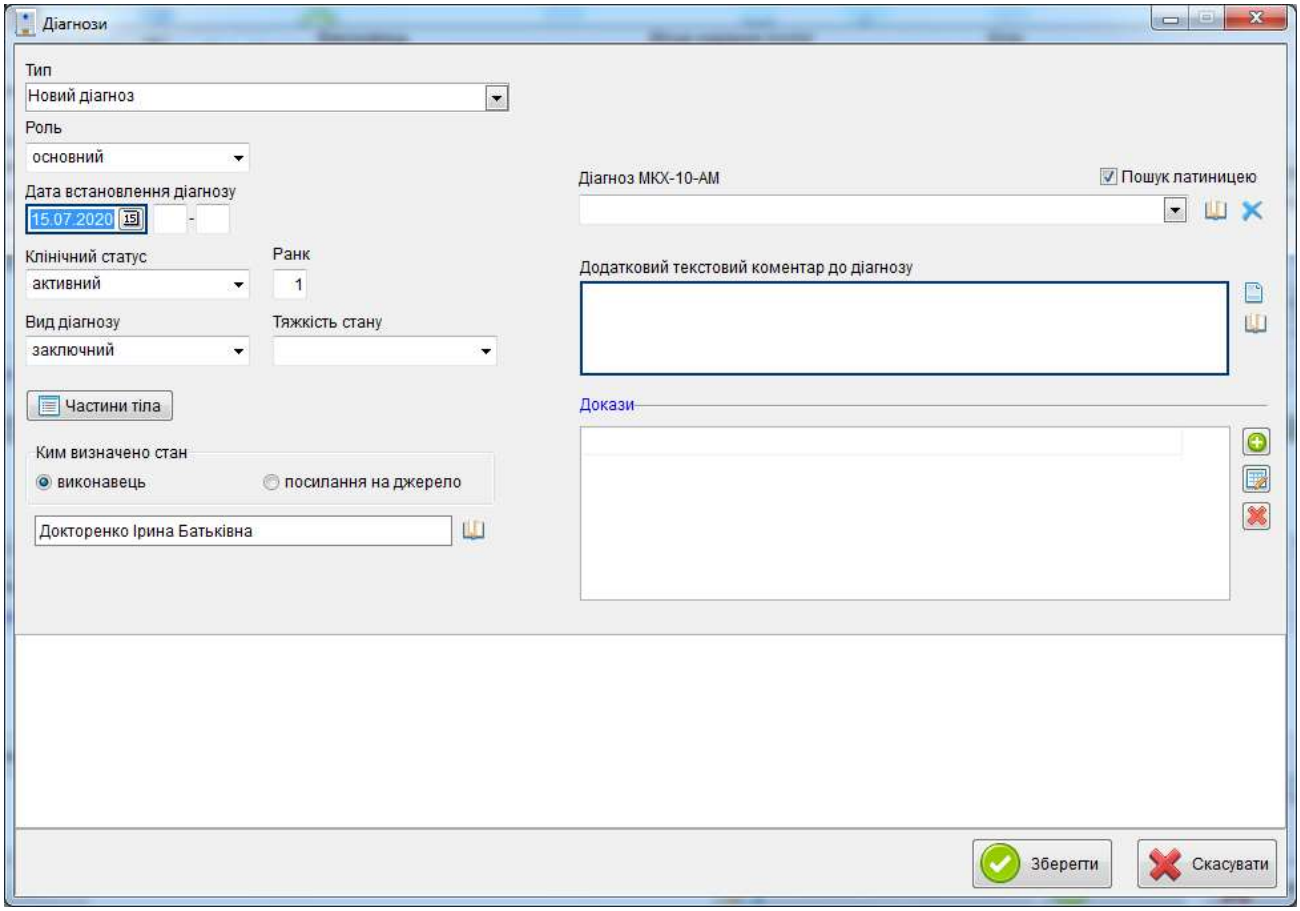


В результаті в полі «Послуги» відмітити всі виконані дії під час візиту.

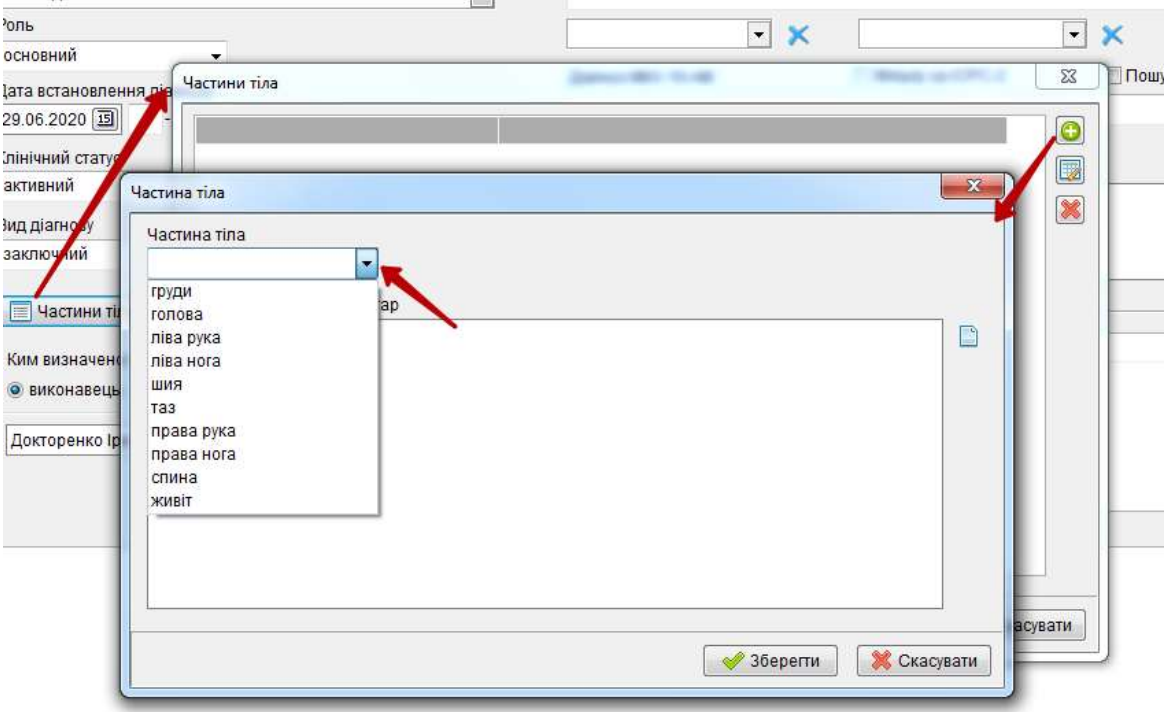


- **«Діагнози» -** в рамках взаємодії лікар може вказати, за необхідності, декілька діагнозів пацієнта, які в свою чергу поділяються на: **основний** (в межах однієї взаємодії можна вказати лише один основний діагноз пацієнта), **супутній** (стан або захворювання, що немає причинно наслідкового зв'язку з основним діагнозом), **ускладнення** (стан або захворювання, що пов'язане з основним діагнозом або діями в процесі медичних втручань).

  Всі діагнози додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , .



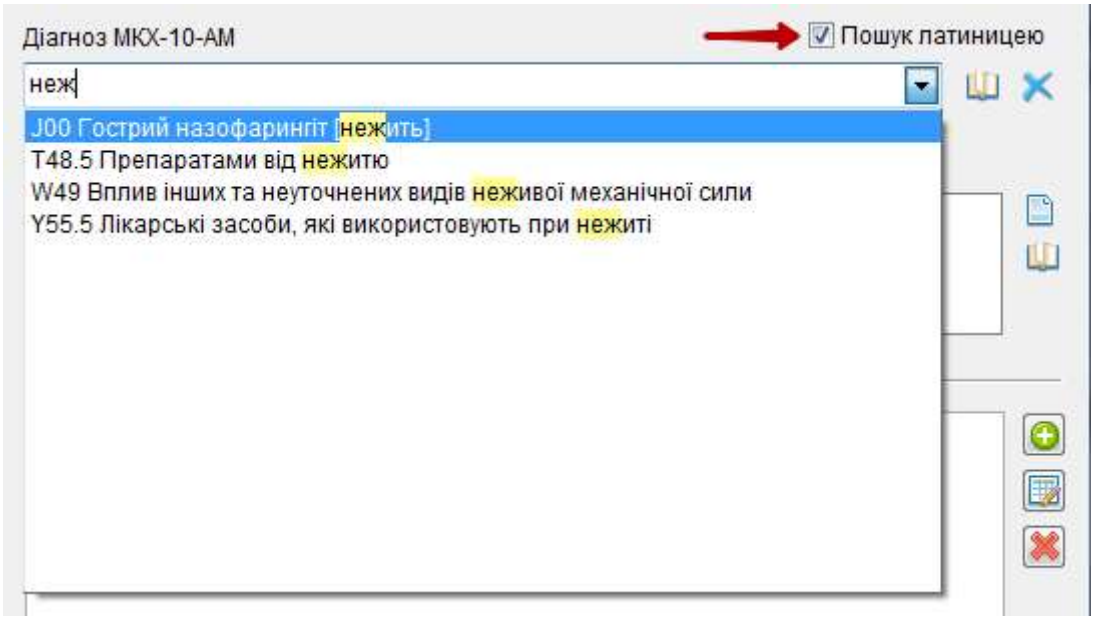
У вікні «Діагнози» необхідно вказати всі важливі дані. **«Роль»** діагнозу (основний, супутній, ускладнення) вноситься для кожного діагнозу (стану); **«Дата встановлення діагнозу»**; **«Клінічний статус»** (активний, завершений, рецидив, ремісія); **«Вид діагнозу»** (заключний, диференціальний, введений помилково, попередній, спростований), **«Тяжкість стану»** (легкий, середньої тяжкості, важкий); **«Частини тіла»,** з якою пов'язаний діагноз



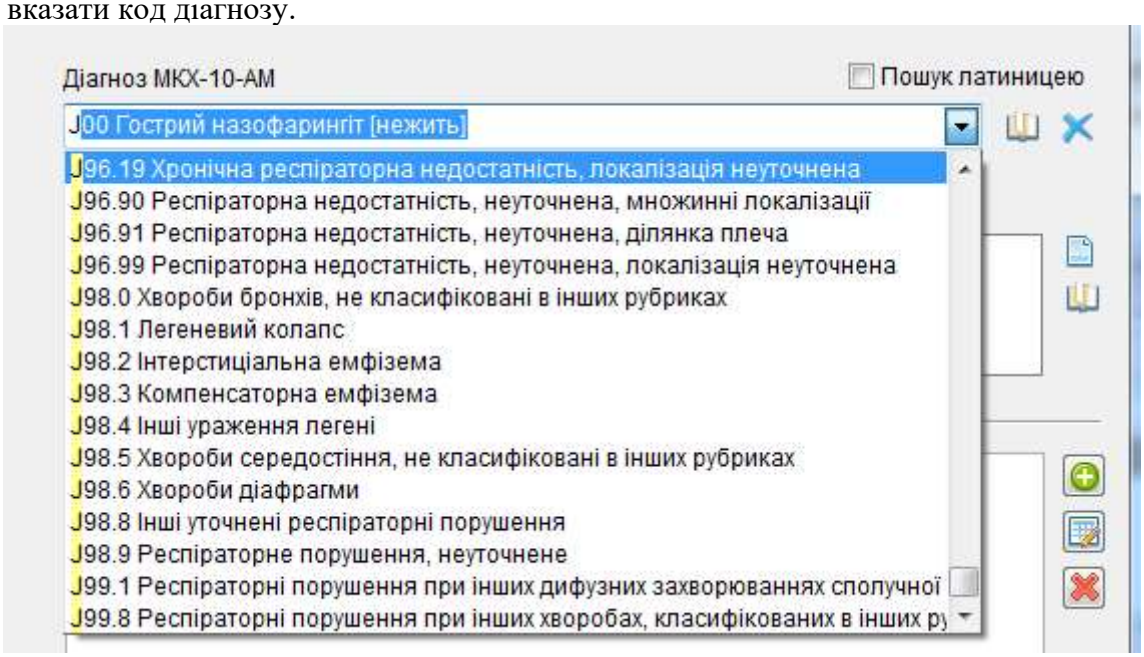
«Ким визначено стан» - «Посилання на джерело» - якщо діагноз встановлено з історичного джерела інформації, то необхідно конкретизувати це джерело (запис в паперовій документації, зі слів пацієнта, зі слів пов'язаної особи).

Вносяться код діагнозу з Національного класифікатора НК 025:2019 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я».

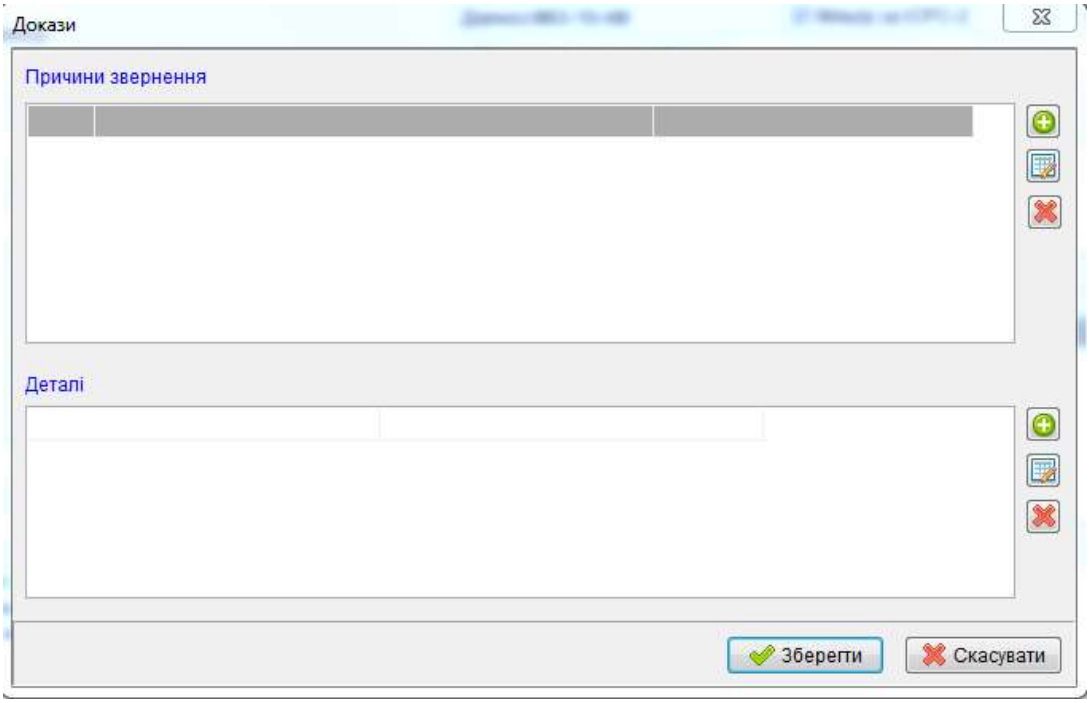
При включеному режимі **«Пошук латиницею»:**

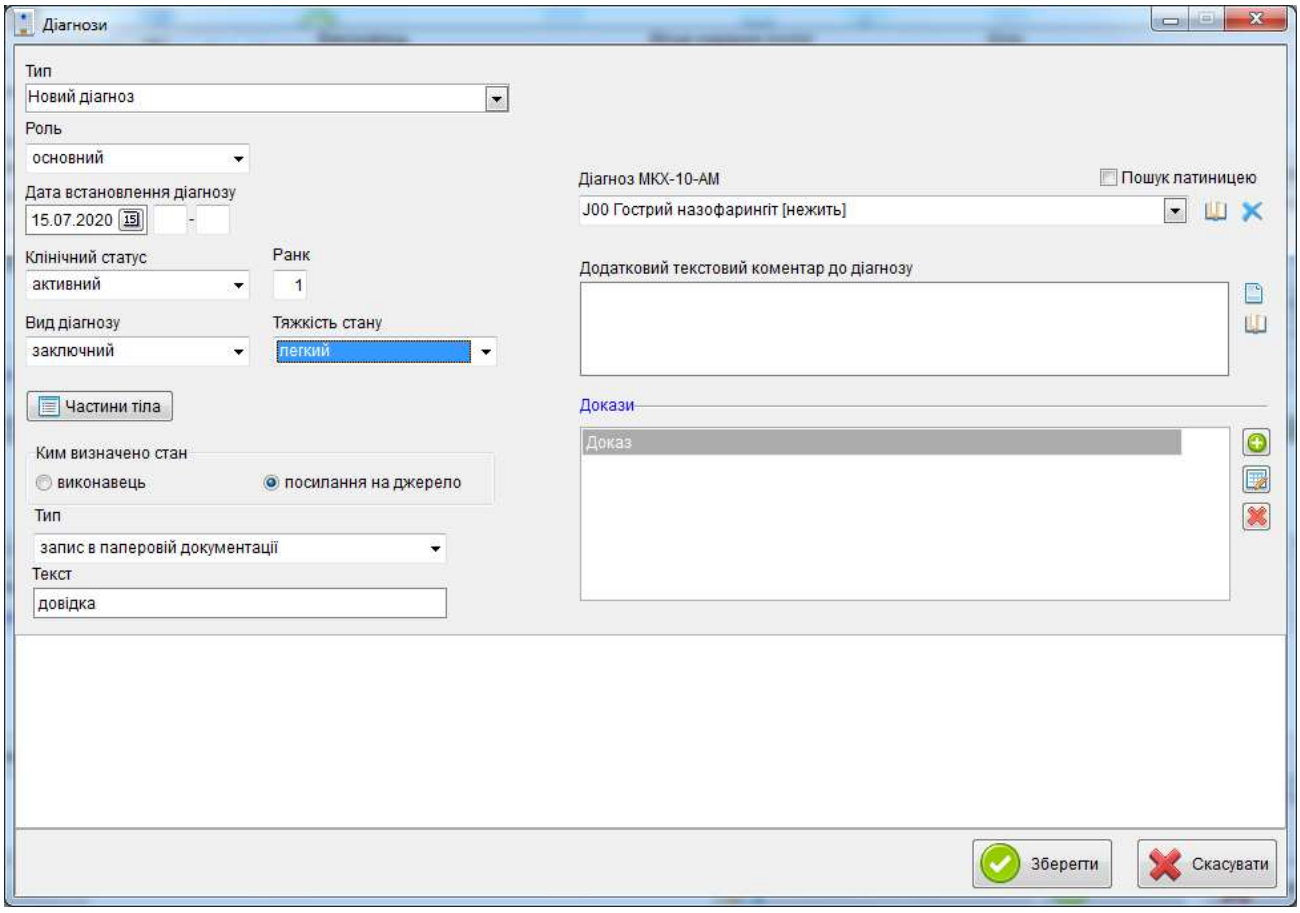


При виключеному режимі «Пошук латиницею»: яка б не була вибрана мова системи, можна вказати код діагнозу.

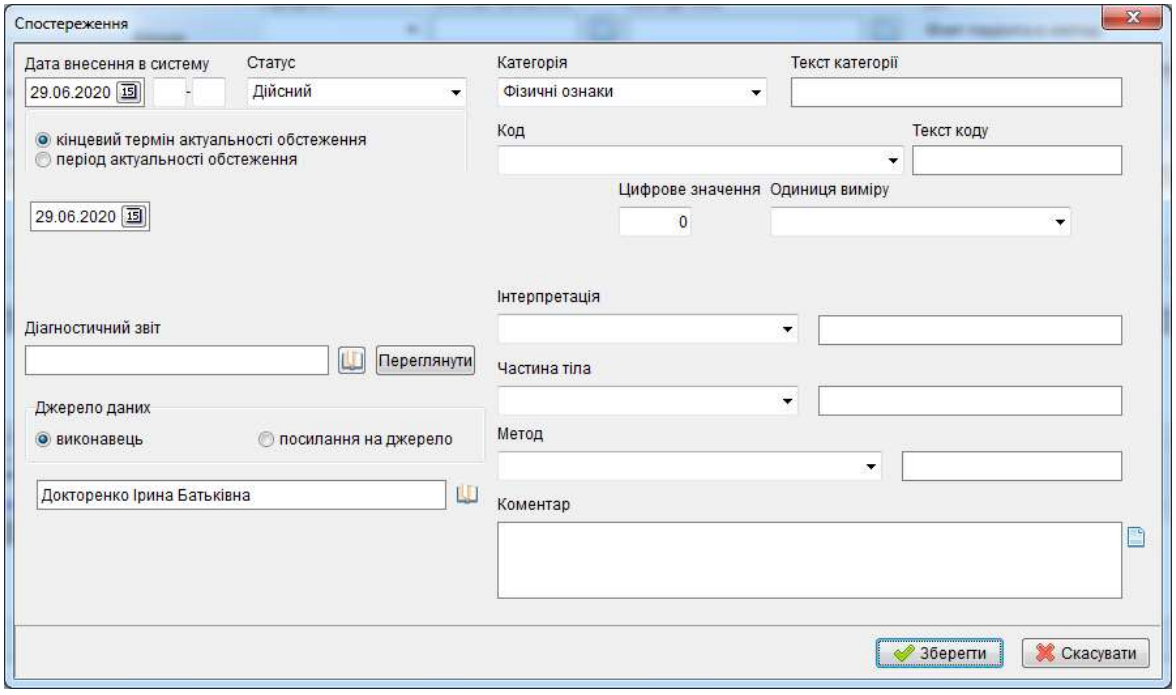


При потребі, можливо вказати **«Докази»**, наприклад, причину звернення пацієнта, на основі якої було встановлено діагноз.

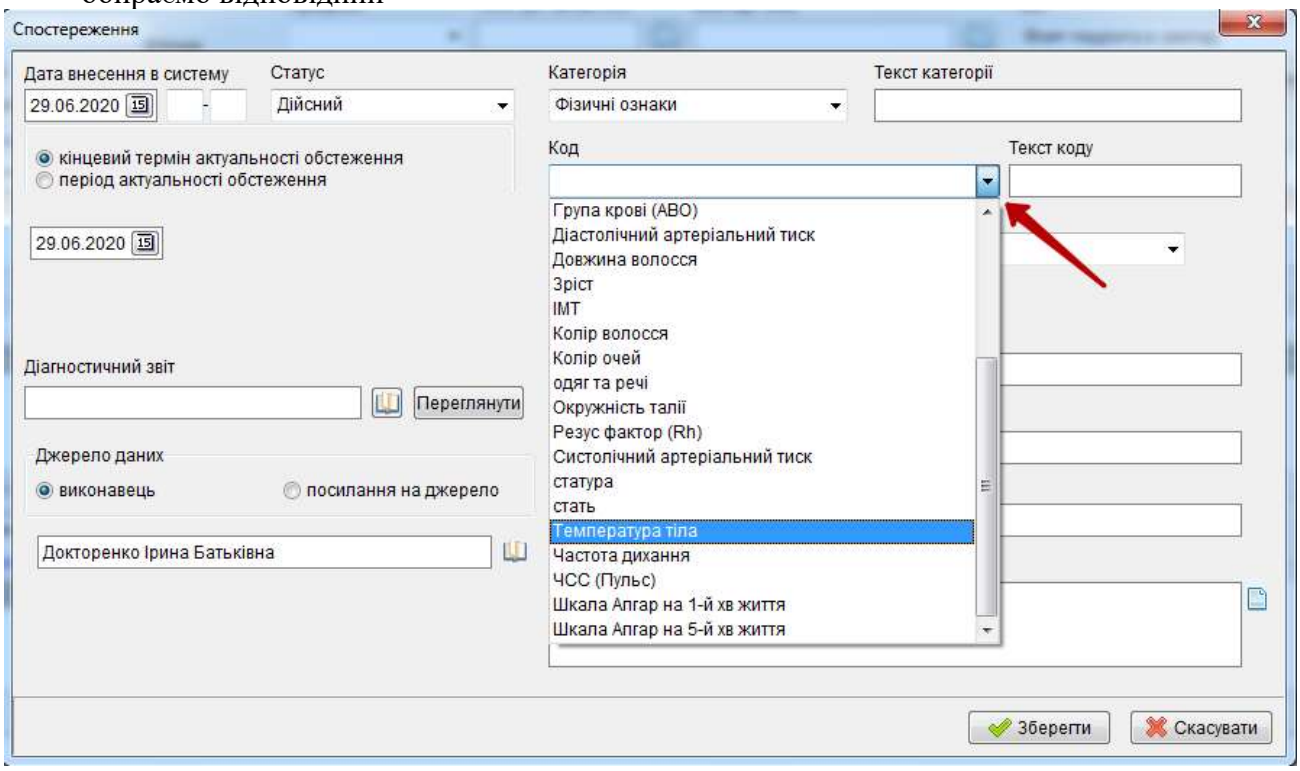




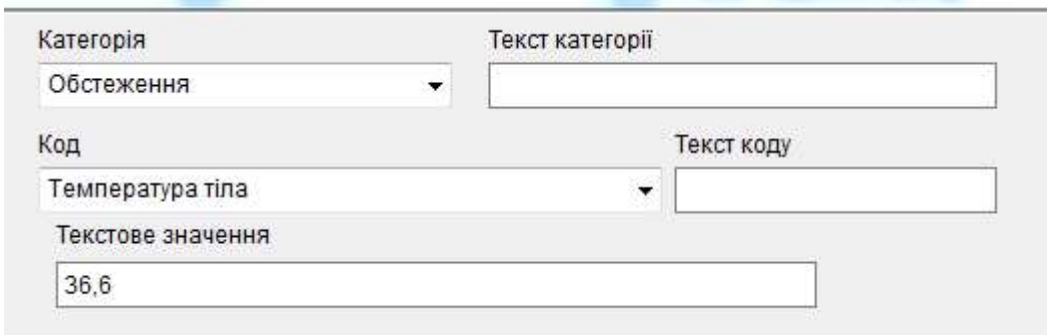
«Спостереження та допоміжна інформація» - результатами спостереження (обстеження) можуть бути відображені такими способами: як текстове поле (у взаємодії, в довільній формі в текстових полях), як окремий документ. Розглянемо останній варіант. Всі діагнози додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , . При створенні спостереження, як окремого документу, лікар повинен заповнити поля наступного вікна.



Наприклад, потрібно вказати температуру тіла. Для цього в полі «Код» обираємо відповідний



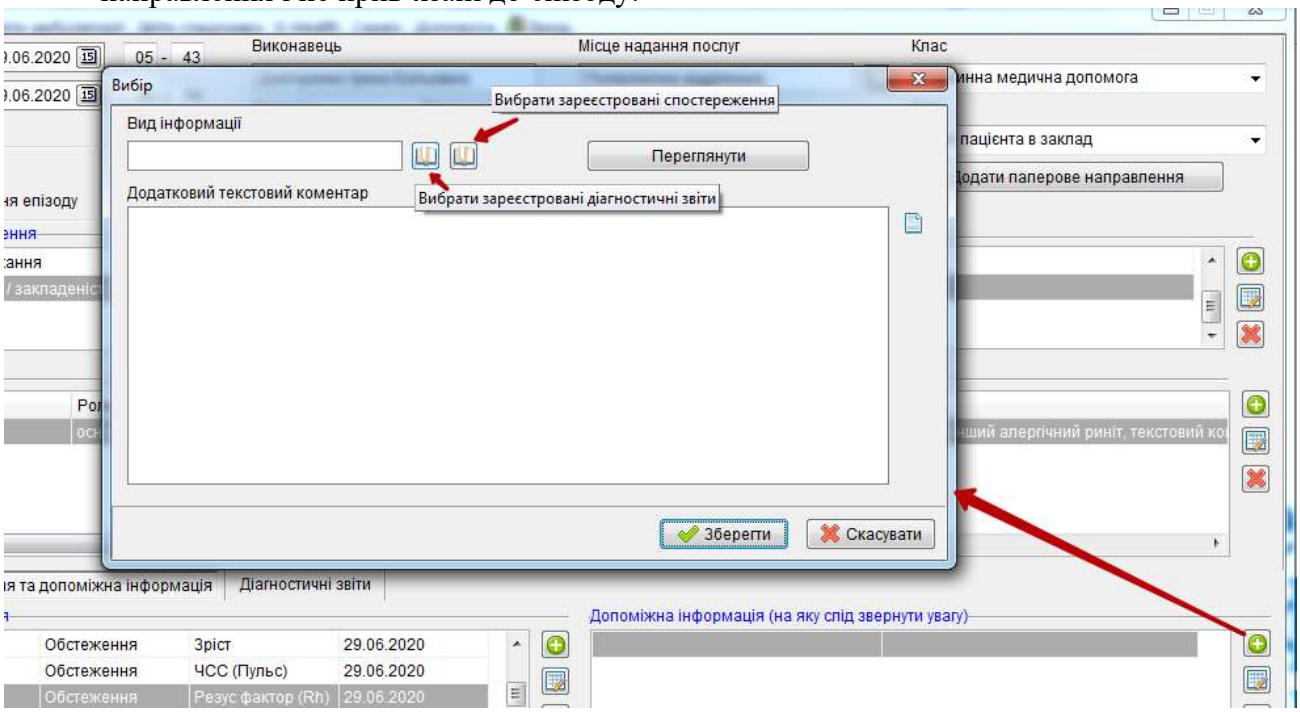
Нижче в полі **«Текстове значення»** вказуємо показник.



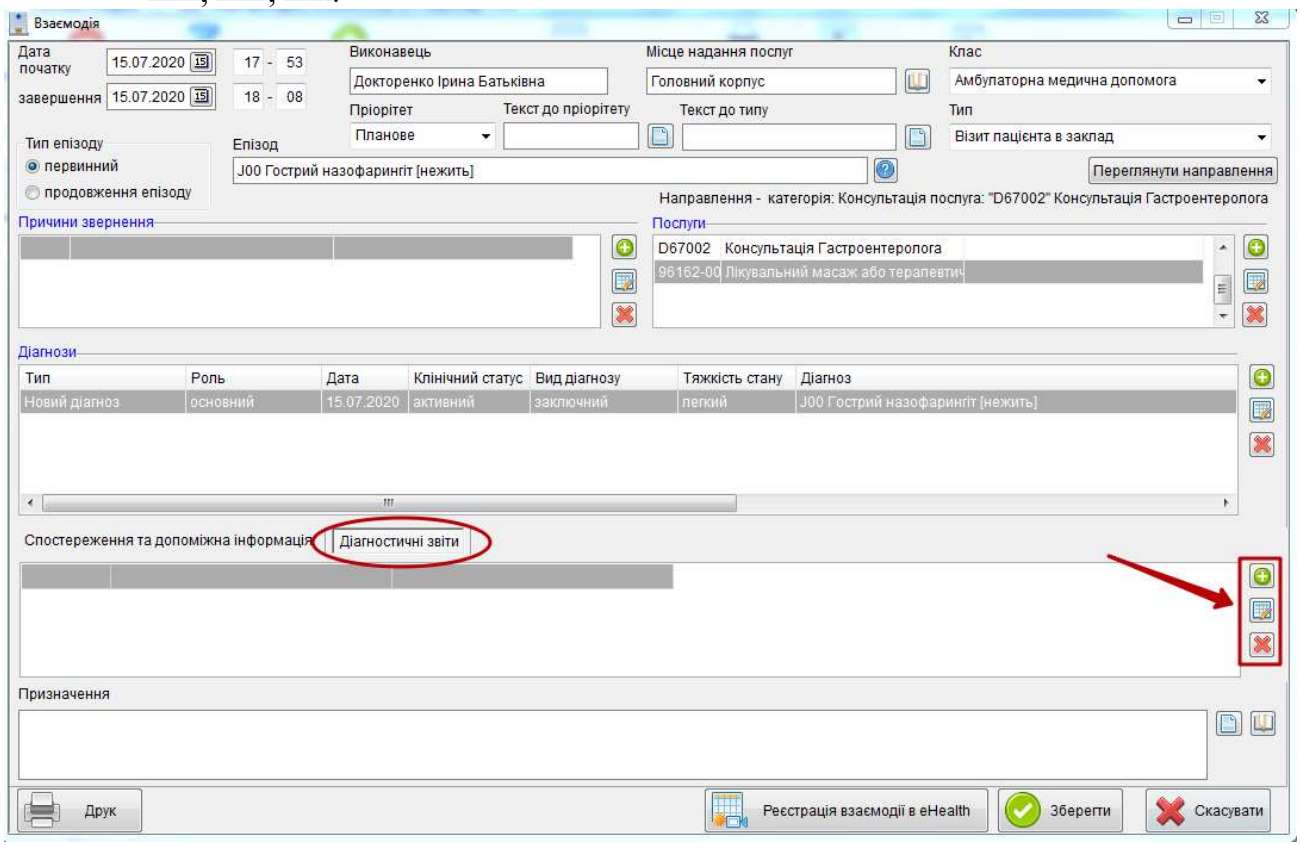
При необхідності, заповнюємо решту полів. За аналогом, додаємо всі спостереження.

«Допоміжна інформація (на яку слід звернути увагу)» - можна обрати зареєстровані діагностичні звіти або спостереження, які будуть важливі в подальшому

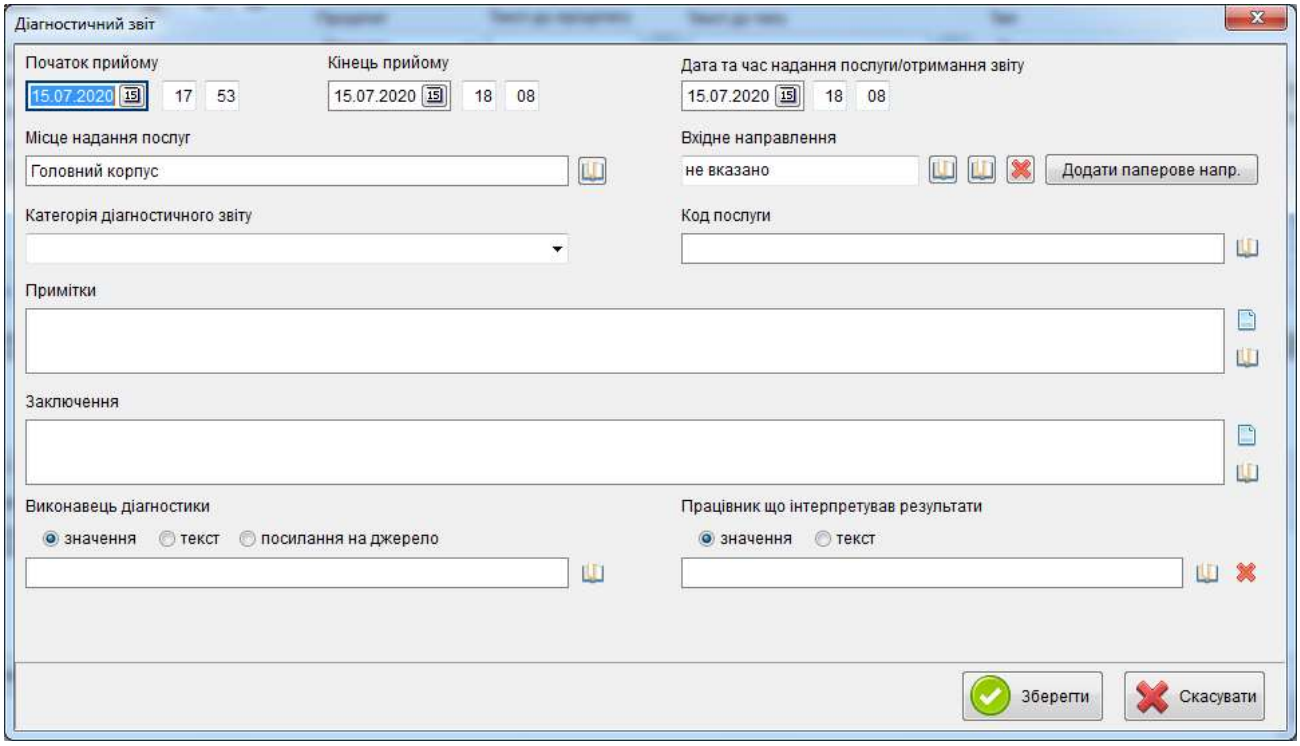
лікуванні пацієнта. Таким чином приєднати діагностичні звіти, які були виконані без направлення і не прив'язані до епізоду.



- **«Діагностичні звіти» -** лікар створює діагностичний звіт в рамках взаємодії, якщо така діагностика проводиться в рамках роботи над існуючим епізодом. Всі діагностичні звіти додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок .



При створенні діагностичного звіту лікар повинен внести такі дані:

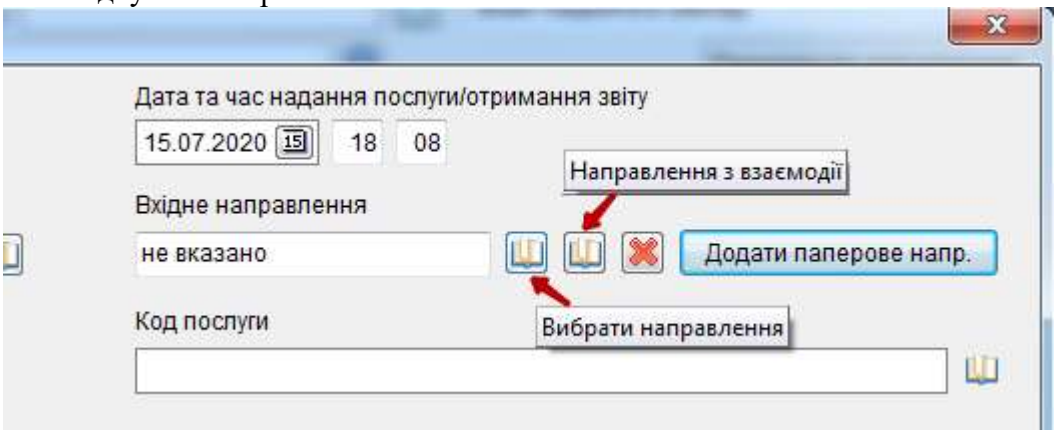


Вказується **період**, впродовж якого результати діагностики є валідними (дата початку та дата закінчення).

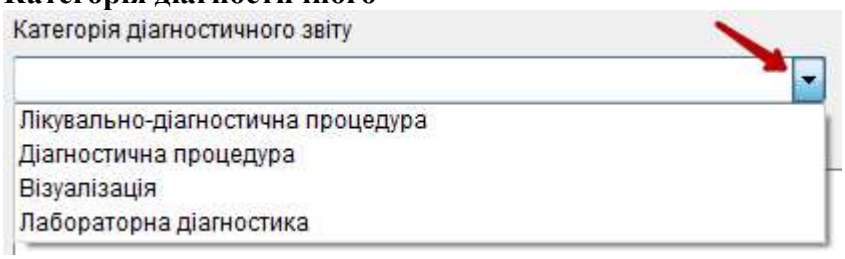
Зазначається **місце надання послуг**, у якому створюється даний діагностичний звіт.

Вказується **направлення**, з яким пацієнт звернувся. «Вибрати направлення» - можна обрати з вже існуючих створених для пацієнта. «Направлення з взаємодії» - якщо підставою для створення діагностичного звіту в рамках взаємодії є електронне направлення.

У випадку самозвернення поле не заповнюється.



Категорія діагностичного

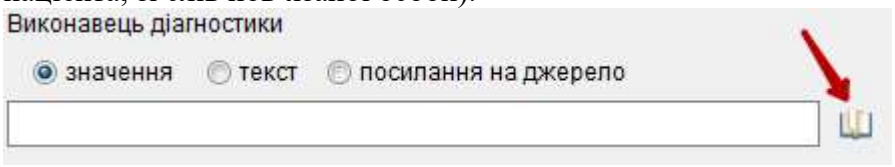


Код послуги - вказується відповідний код процедури, яку було проведено за класифікатором НК 026:2019, або код лабораторного дослідження.

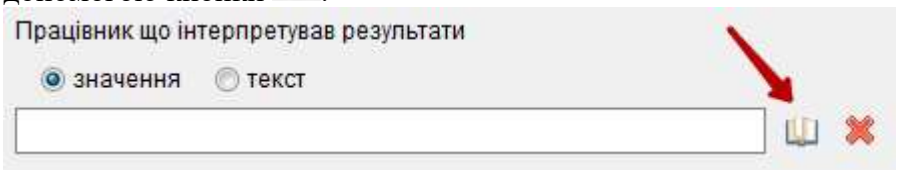
Примітки – вказуються отримані показники за результатами проведення діагностики/ лабораторних досліджень.

Заключення - формується тільки ПІСЛЯ проведення діагностики. Заключення лікаря (вся інформація, яка буде важливою для інших лікарів) зазначається в довільній формі.

Виконавець діагностики - зазначається ПІБ співробітника закладу, який провів діагностику. Обирається зі списку співробітників, зареєстрованих в ЕСОЗ за допомогою кнопки . «Посилання на джерело» **-** якщо діагностику проведено деінде, то необхідно конкретизувати це джерело (запис в паперовій документації, зі слів пацієнта, зі слів пов'язаної особи).

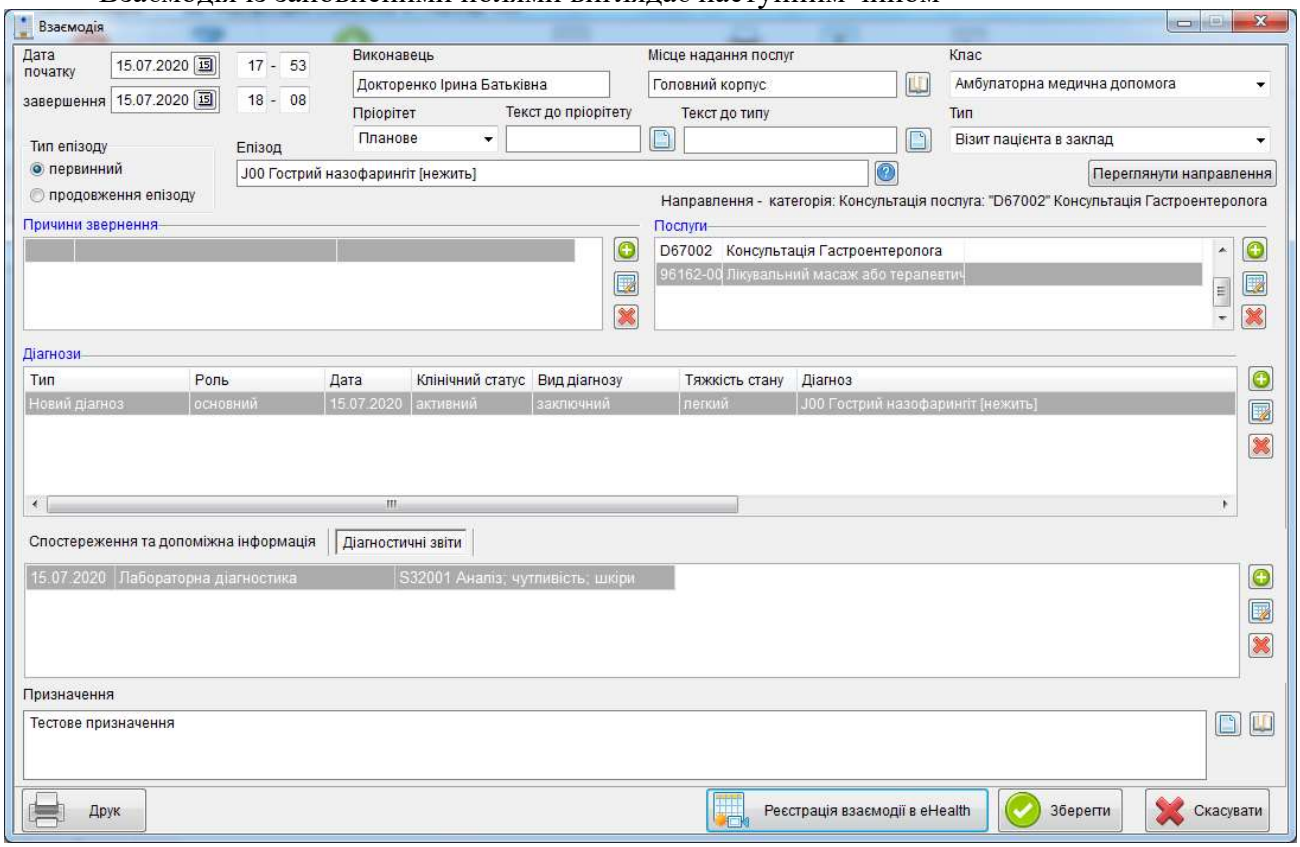


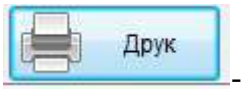
Працівник, що інтерпретував результати - зазначається ПІБ співробітника, який провів інтерпретацію отриманих за результатами діагностики показників та написав заключення. Обирається зі списку співробітників, зареєстрованих в ЕСОЗ за допомогою кнопки .



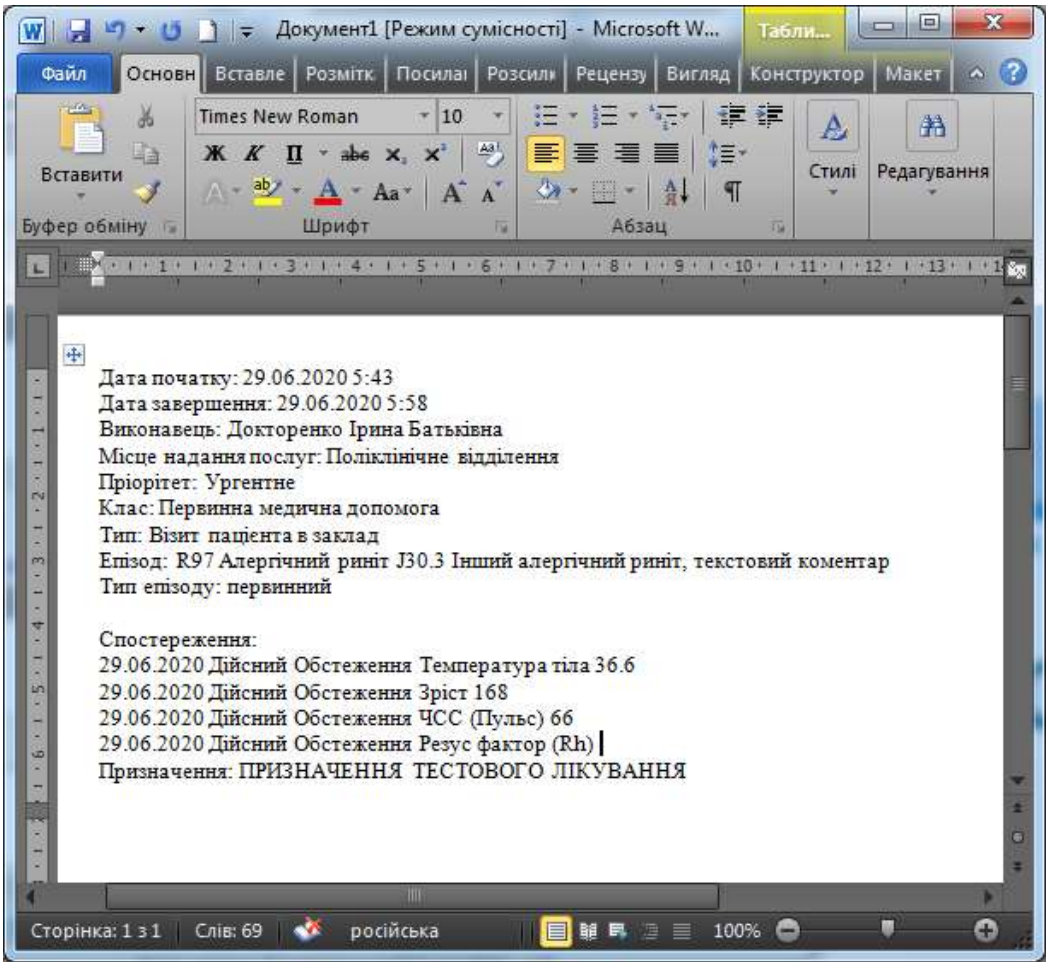
- **«Призначення» -** текстове поле. За результатами взаємодії зазначаються рекомендації лікаря – вся інформація, яка буде важливою для інших лікарів.

Взаємодія із заповненими полями виглядає наступним чином

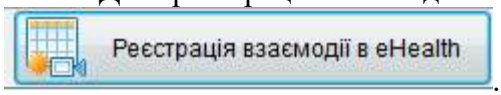




- сформує в документ Word або LibreOffice Writer дані, внесені у взаємодію.

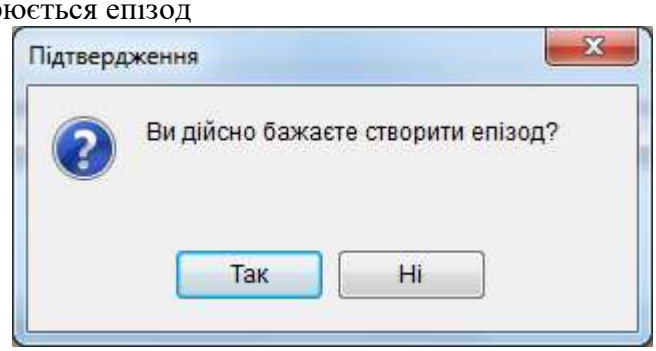


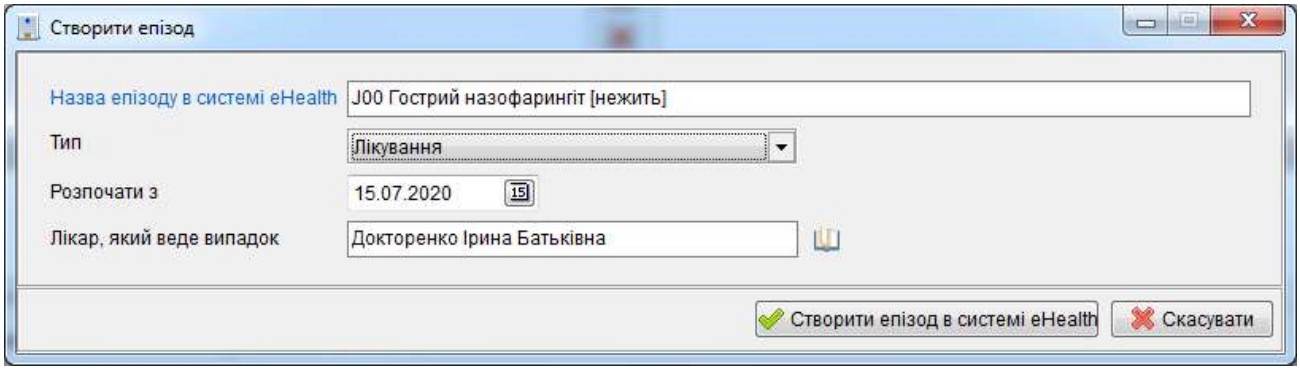
У випадку, коли не встигли заповнити всі дані у взаємодії і необхідно буде доповнити її в інший день, її можна за допомогою кнопки **«Зберегти»**. Це робиться до реєстрації взаємодії в eHealth, адже зареєстровану взаємодію змінити неможна. Знайти збережену (незареєстровану) взаємодію можна в **«Чернетки взаємодій»**.

Для реєстрації взаємодії в центральному компоненті ЕСОЗ натискаємо кнопку 

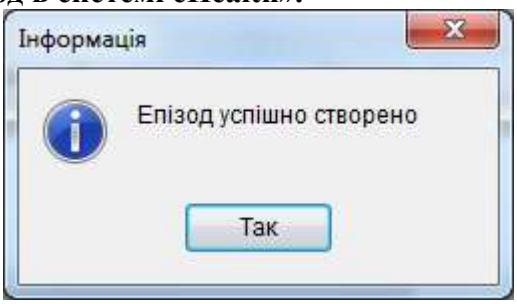
.

Спочатку створюється епізод

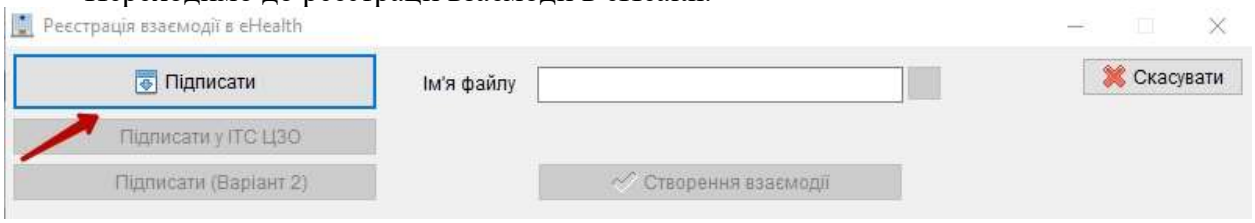




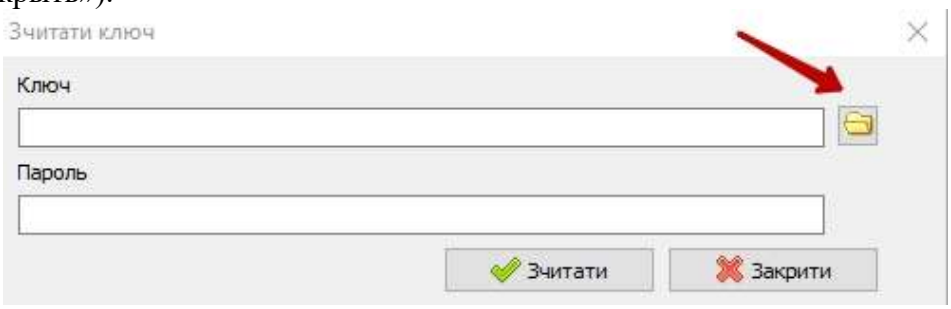
В даному вікні є змога змінити назву епізоду, вказати тип, дату початку, лікаря і натиснути **«Створити епізод в системі eHealth».**

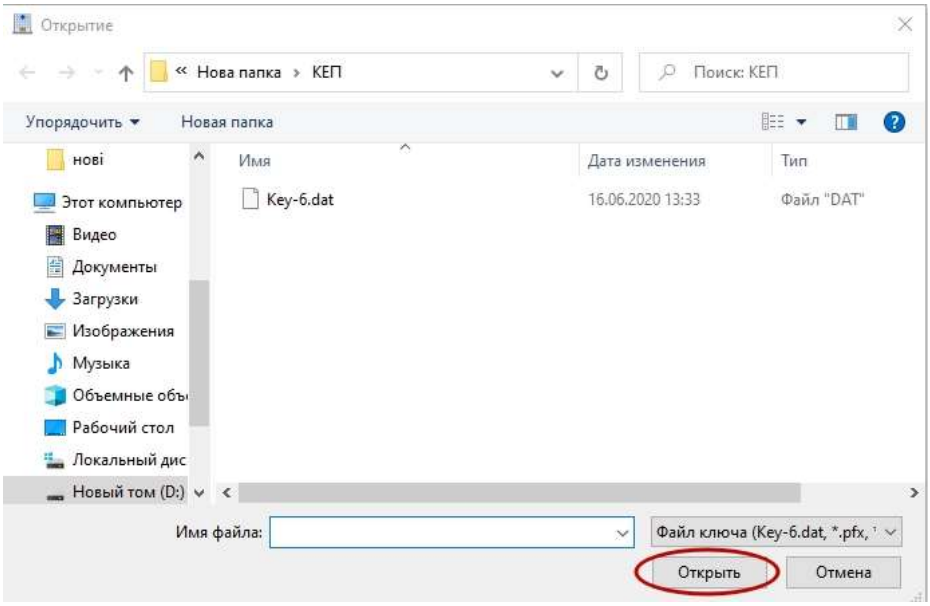


Переходимо до реєстрації взаємодії в eHealth.



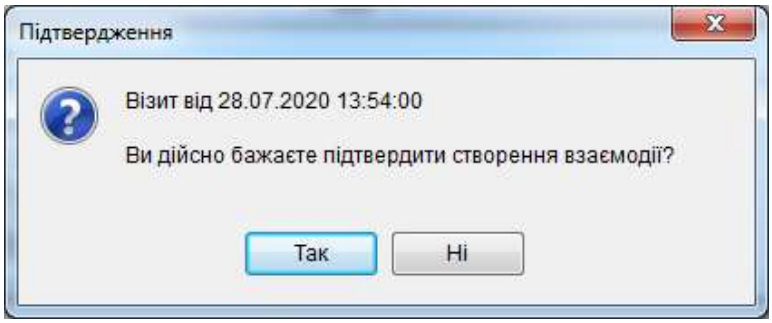
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).

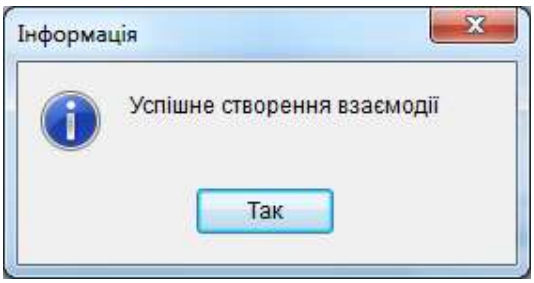




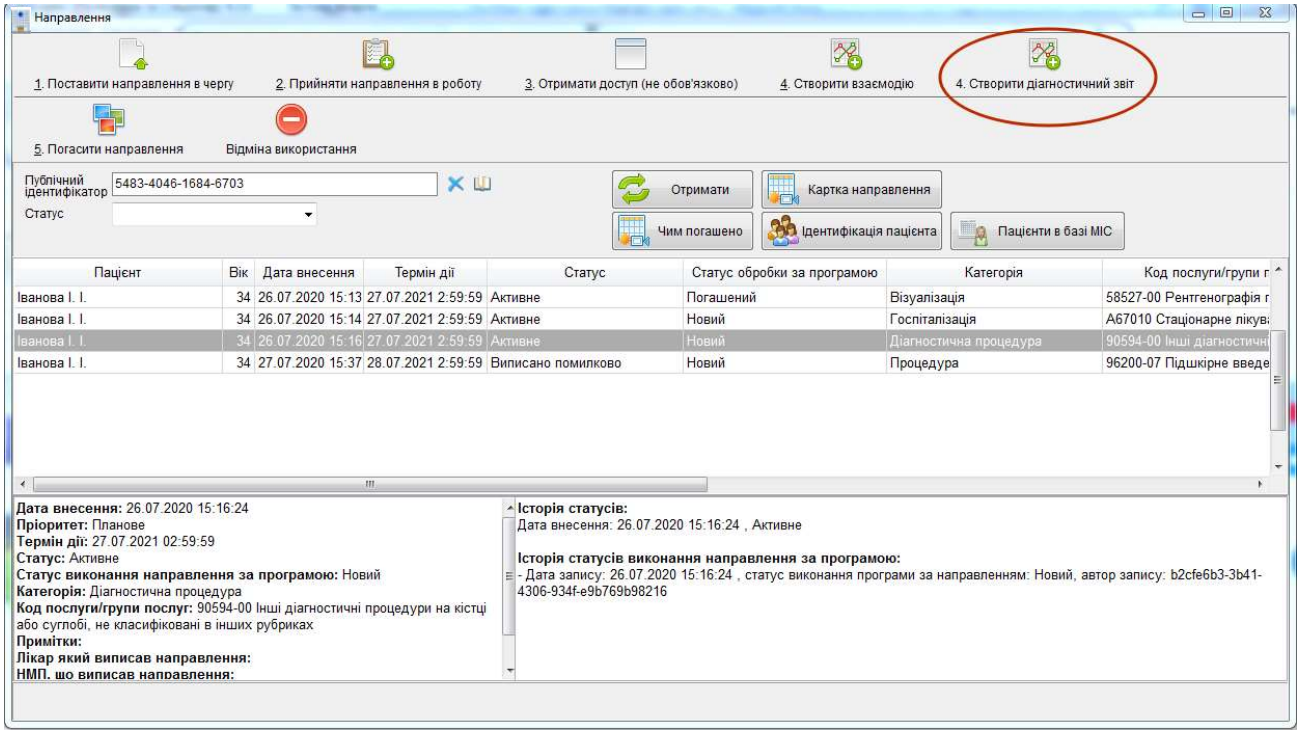
Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

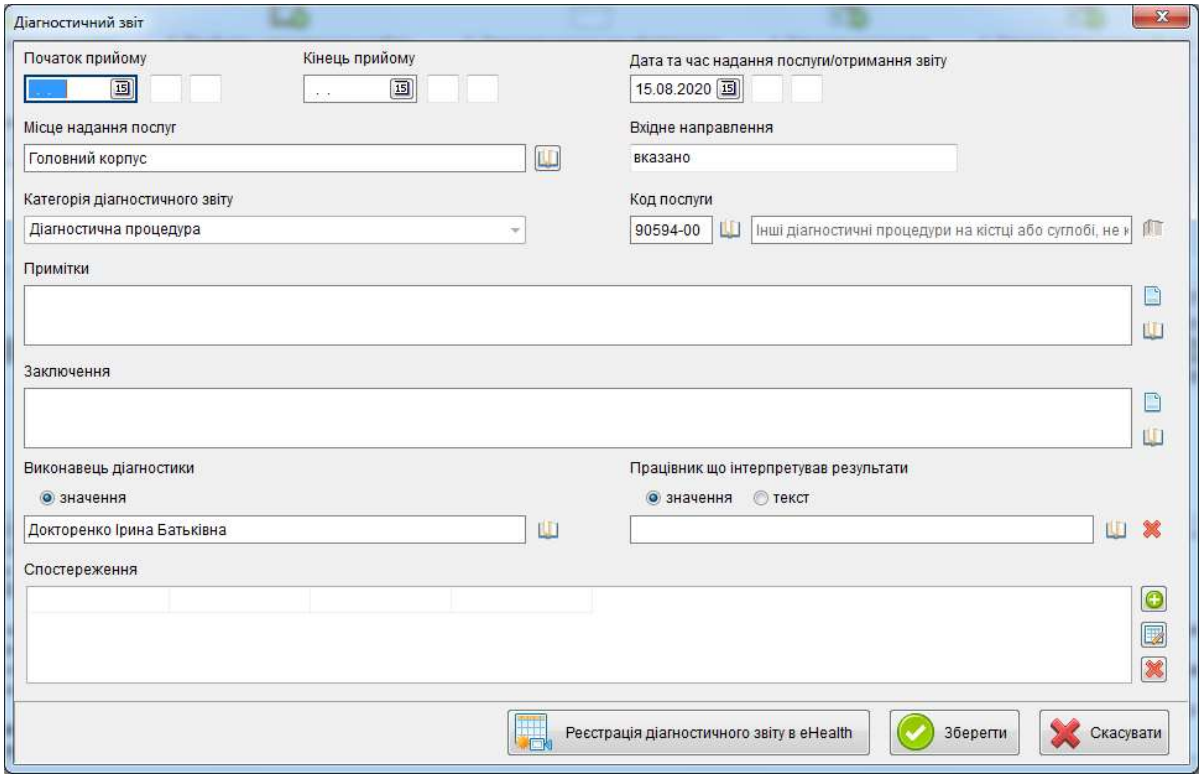
Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».





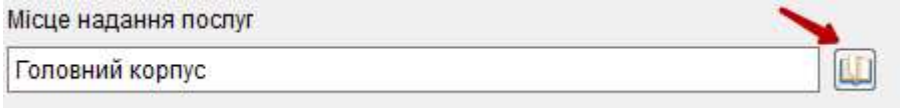
5 **Створити діагностичний звіт** – використовується у разі, якщо категорія направлення відповідає категорії діагностичного звіту (лікувально-діагностична процедура, діагностична процедура, візуалізація, лабораторна діагностика).





Вказується **період**, впродовж якого результати діагностики є валідними (дата початку та дата закінчення).

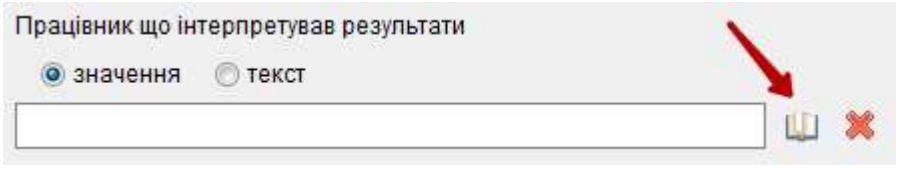
Зазначається **місце надання послуг**, у якому створюється даний діагностичний звіт.



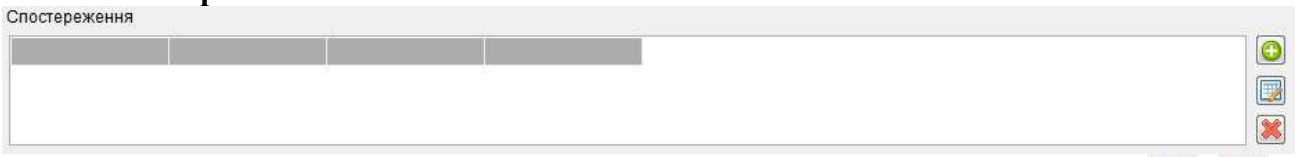
Категорія діагностичного і код послуги заповнюються автоматично із картки направлення.

Примітки – вказуються отримані показники за результатами проведення діагностики/ лабораторних досліджень.
Заключення - формується тільки ПІСЛЯ проведення діагностики. Заключення лікаря (вся інформація, яка буде важливою для інших лікарів) зазначається в довільній формі.
Виконавець діагностики - зазначається ПІБ співробітника закладу, який провів діагностику. Обирається зі списку співробітників, зареєстрованих в ЕСОЗ за допомогою кнопки .

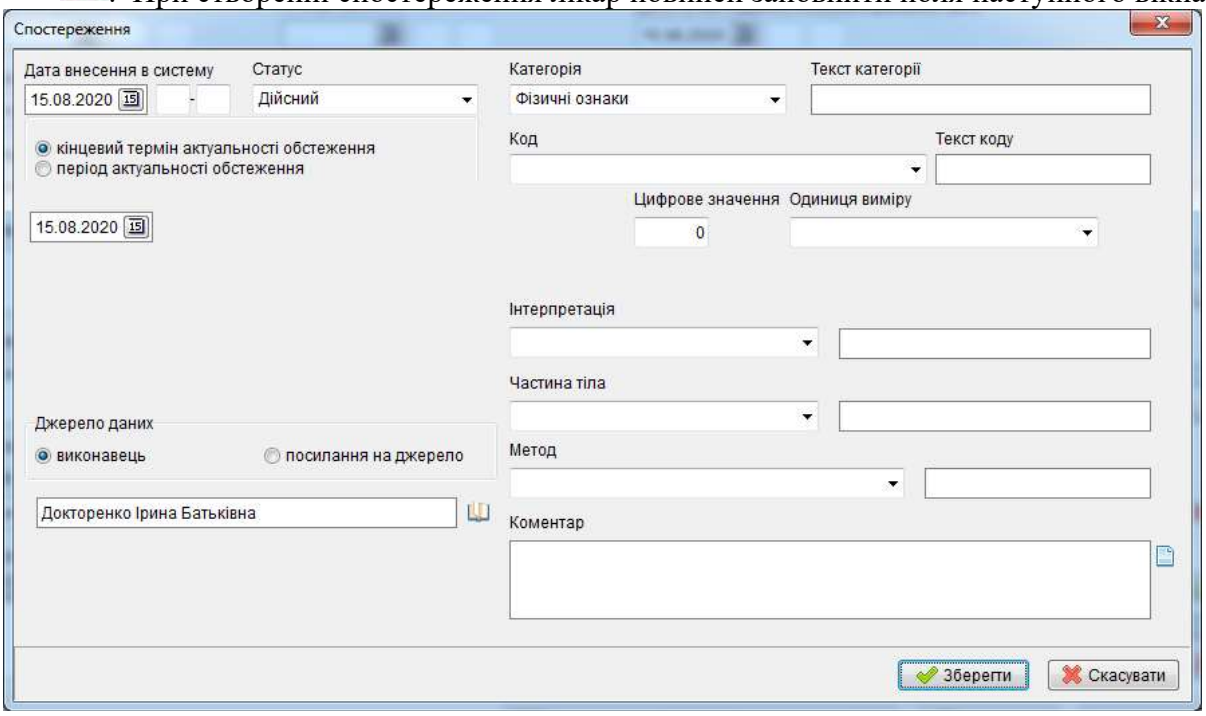
Працівник, що інтерпретував результати - зазначається ПІБ співробітника, який провів інтерпретацію отриманих за результатами діагностики показників та написав заключення. Обирається зі списку співробітників, зареєстрованих в ЕСОЗ за допомогою кнопки .



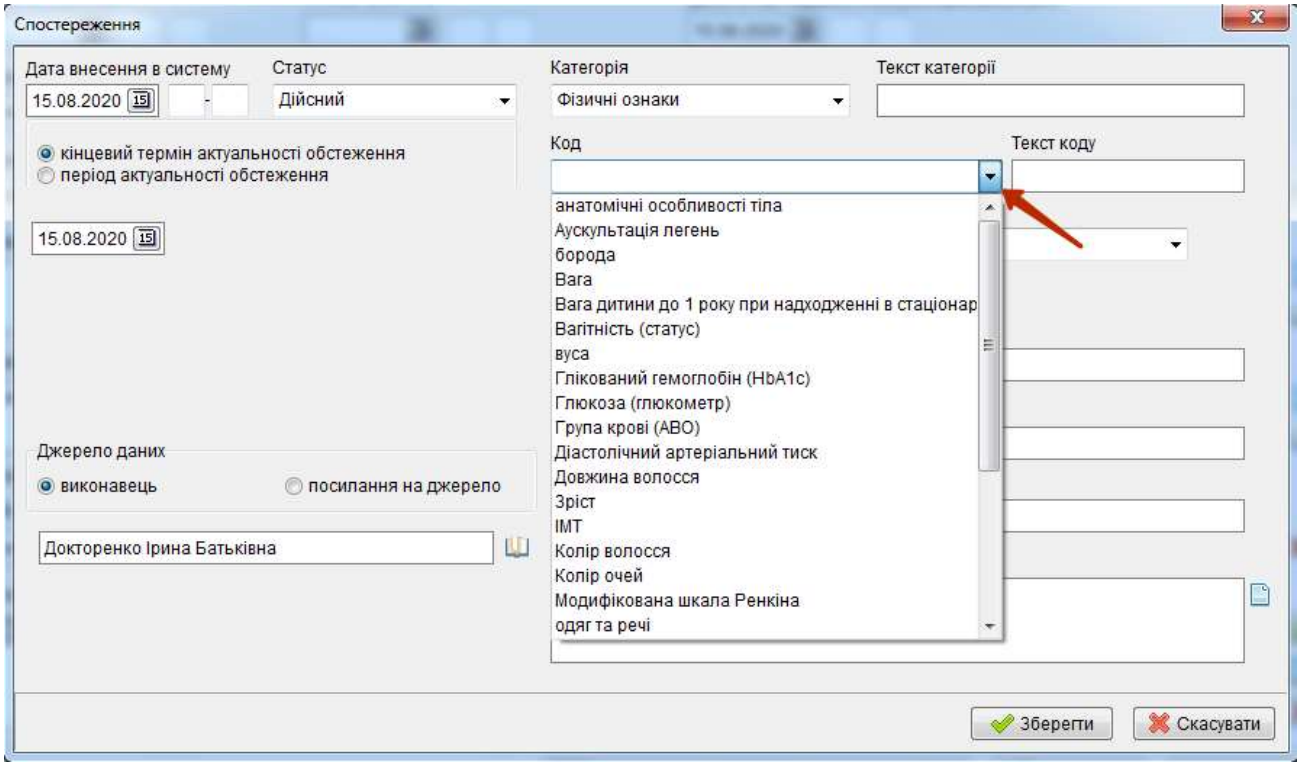
Спостереження



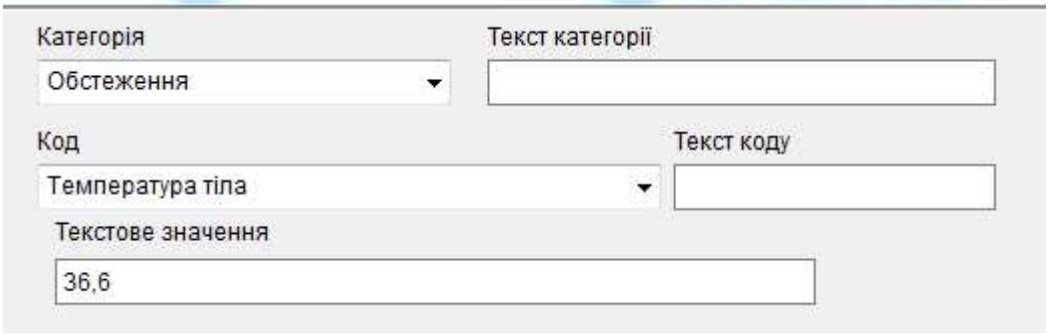
Всі діагнози додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , . При створенні спостереження лікар повинен заповнити поля наступного вікна.



Наприклад, потрібно вказати температуру тіла. Для цього в полі «Код» обираємо відповідний

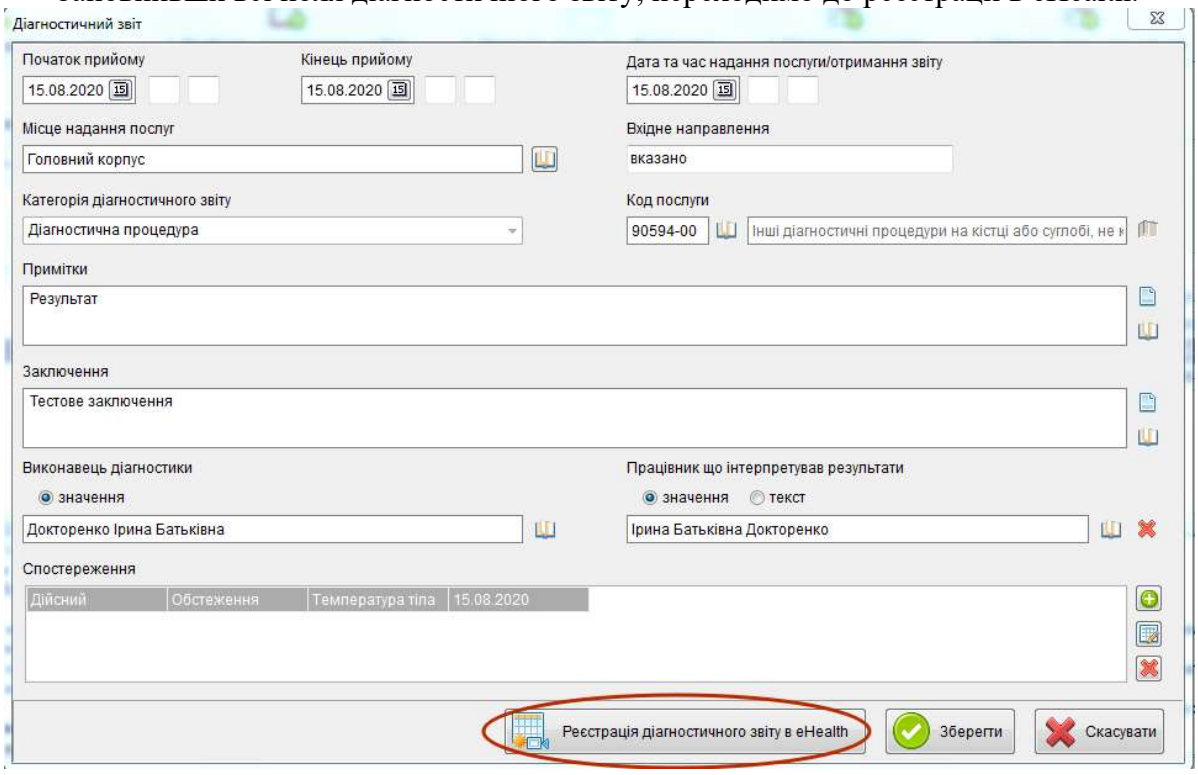


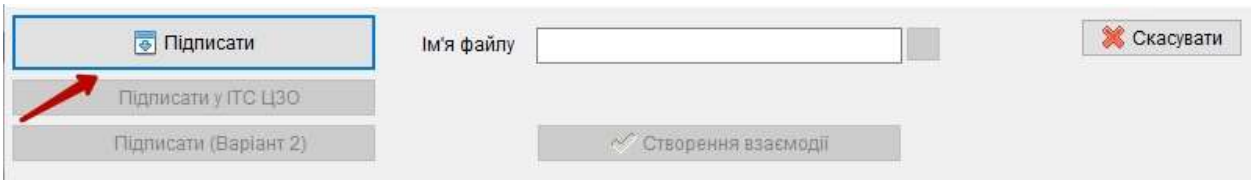
Нижче в полі «Текстове значення» вказуємо показник.



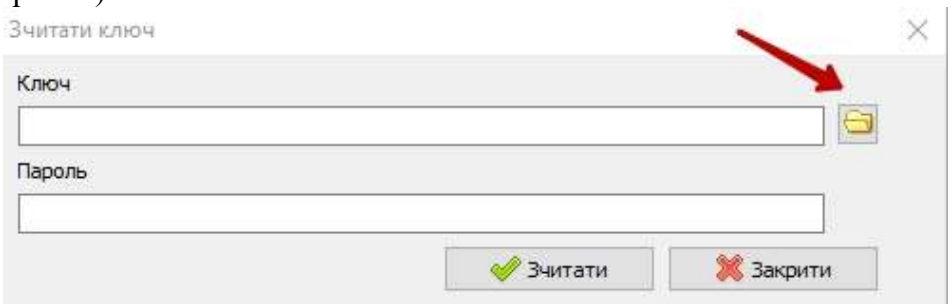
При необхідності, заповнюємо решту полів. За аналогом, додаємо всі спостереження.

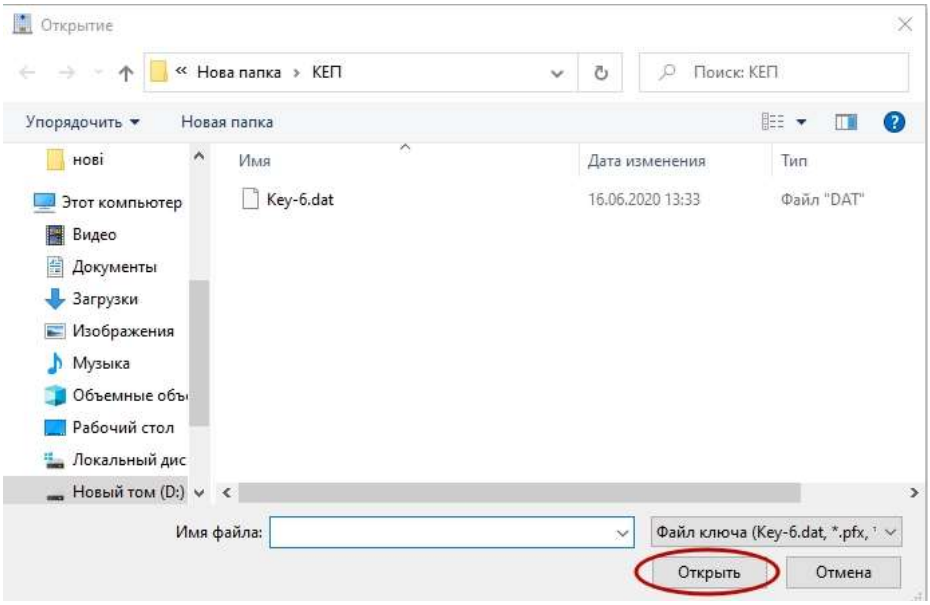
Заповнивши всі поля діагностичного звіту, переходимо до реєстрації в eHealth.





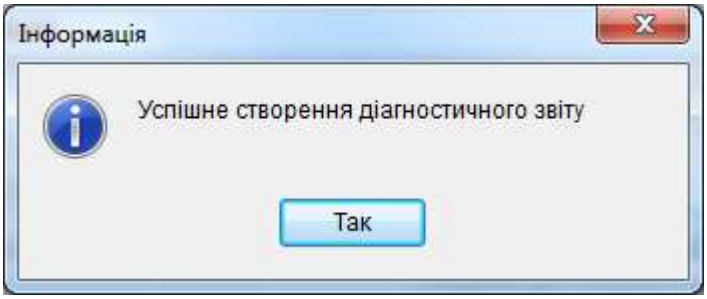
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).



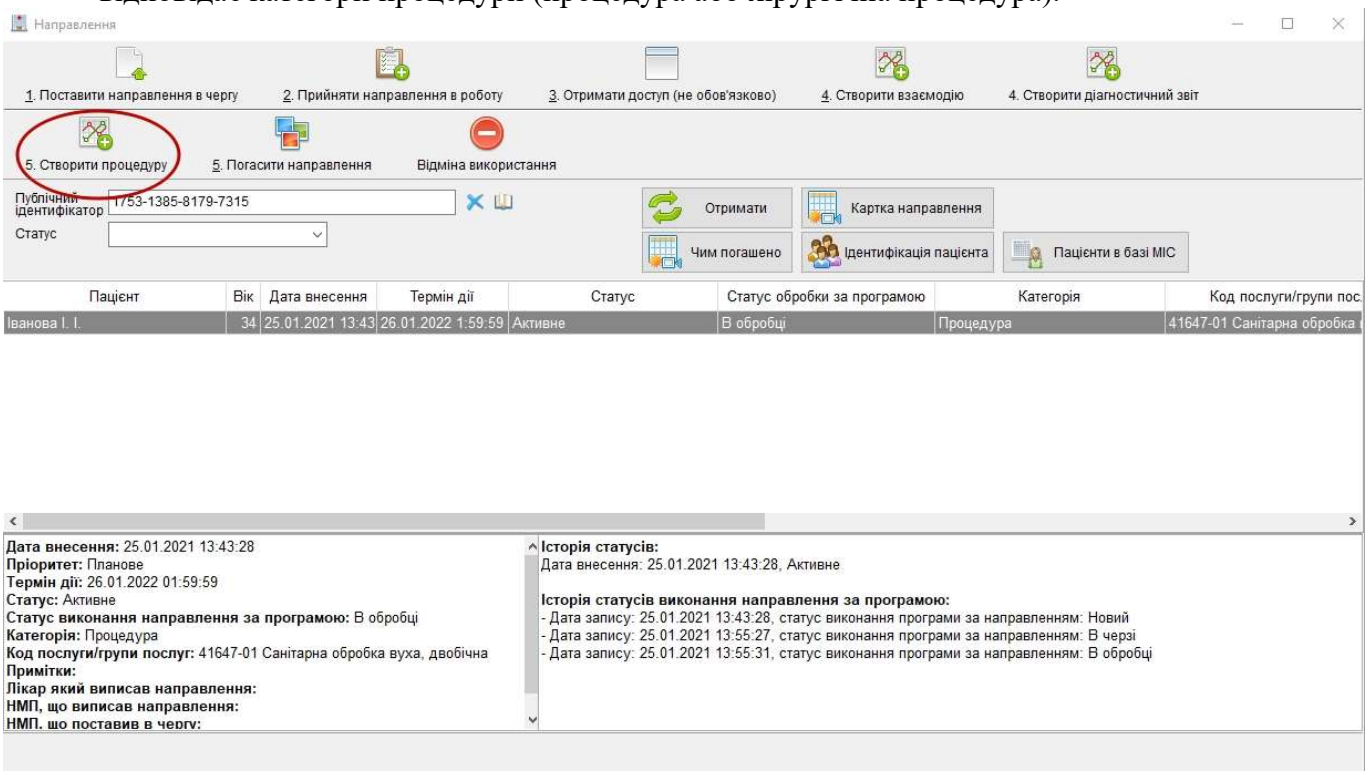


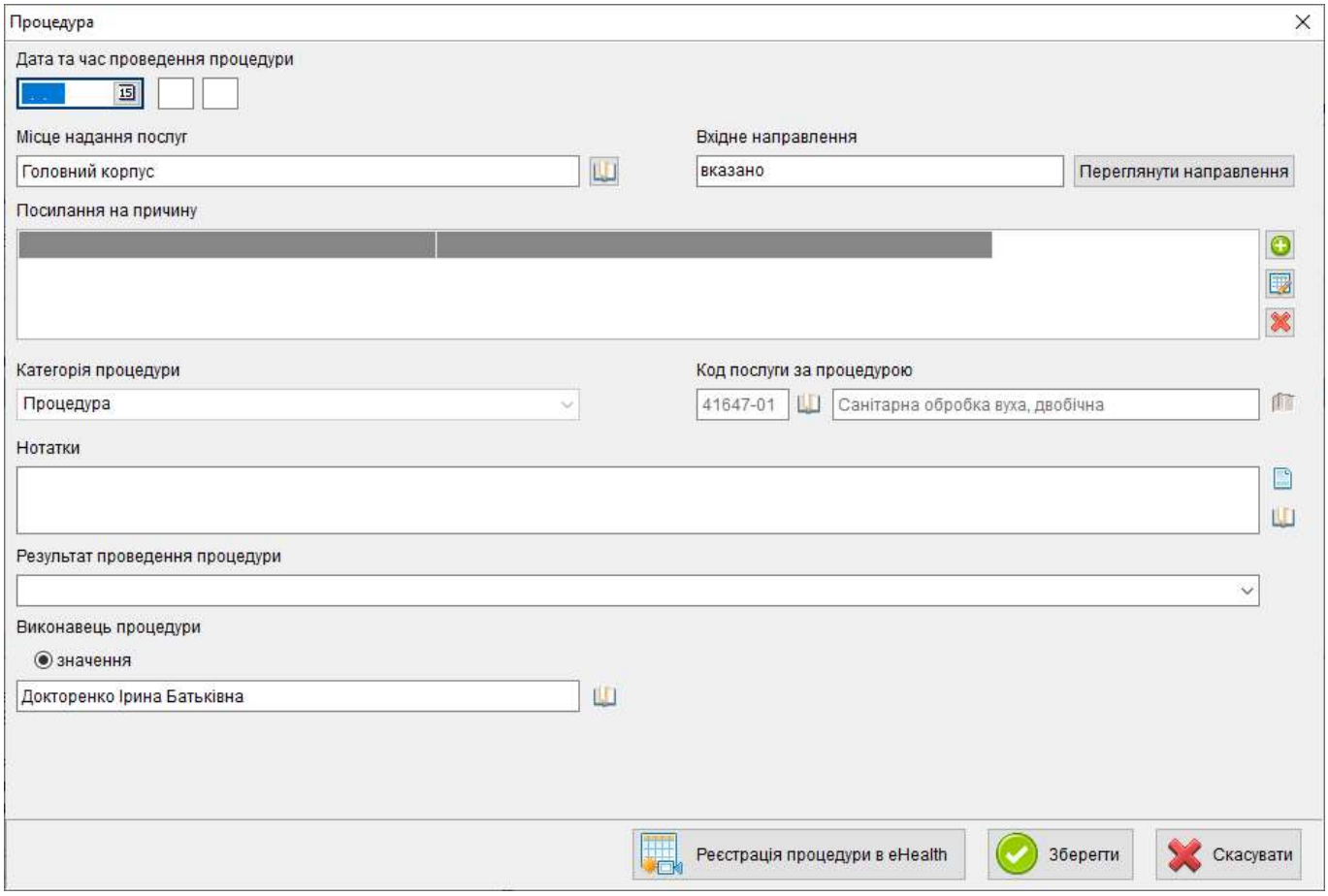
Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».

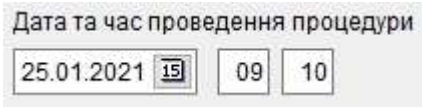


6 **Створити процедуру** – використовується у разі, якщо категорія направлення відповідає категорії процедури (процедура або хірургічна процедура).

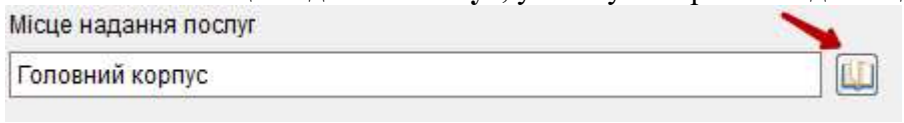




Вказується **дата та час проведення процедури**.

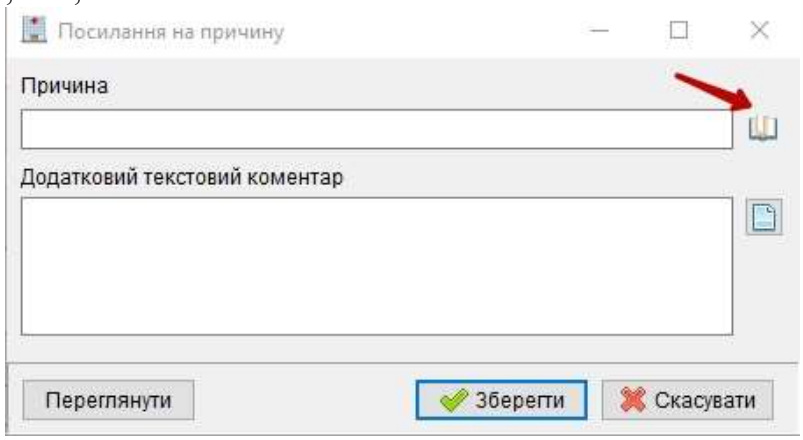


Зазначається **місце надання послуг**, у якому створюється даний діагностичний звіт.



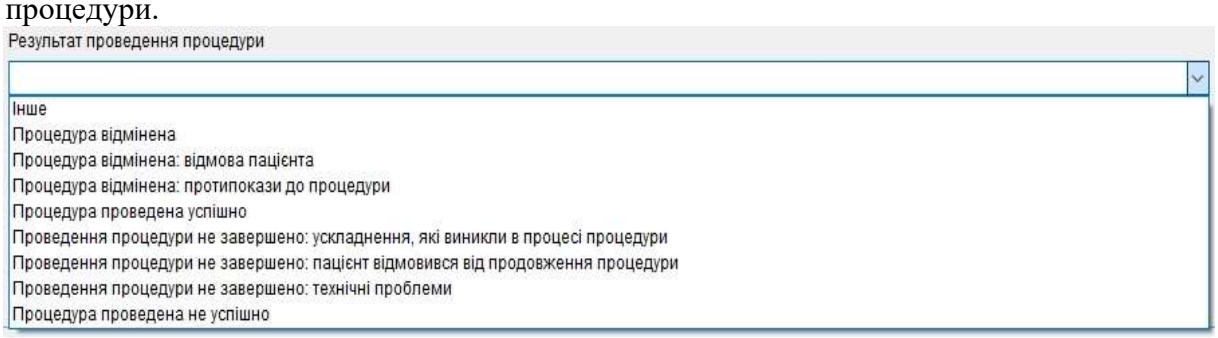
В **посиланні на причину** можливо вказати всі причини (діагнози) для проведення даної процедури.

Всі прчини (діагнози) додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок
, , .



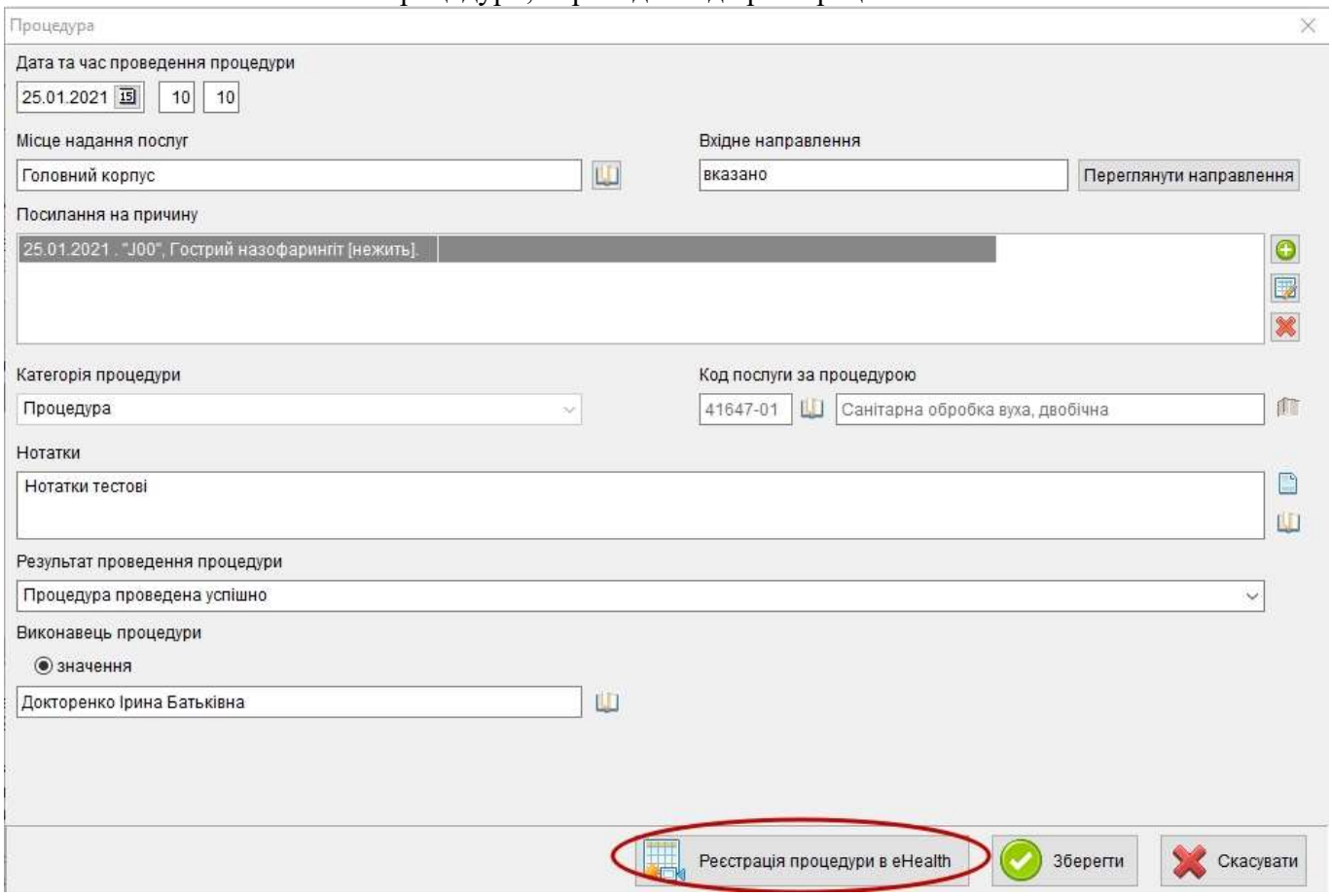
Категорія процедури і код послуги за процедурою заповнюються автоматично із картки направлення.

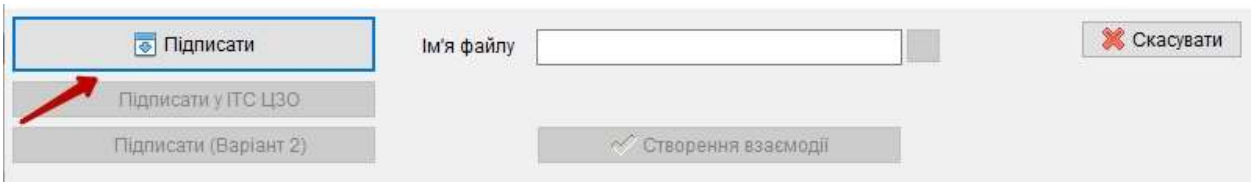
Нотатки – вказуються необхідна додаткова інформація.
Результат проведення процедури - формується тільки ПІСЛЯ проведення процедури.



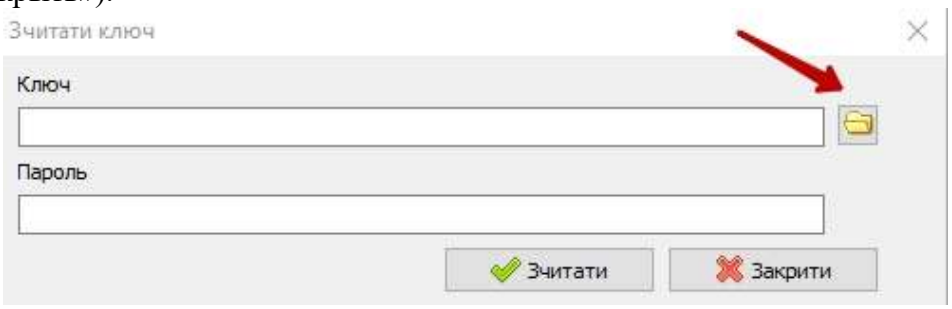
Виконавець процедури - зазначається ПІБ співробітника закладу, який провів процедуру. Обирається зі списку співробітників, зареєстрованих в ЕСОЗ за допомогою кнопки .

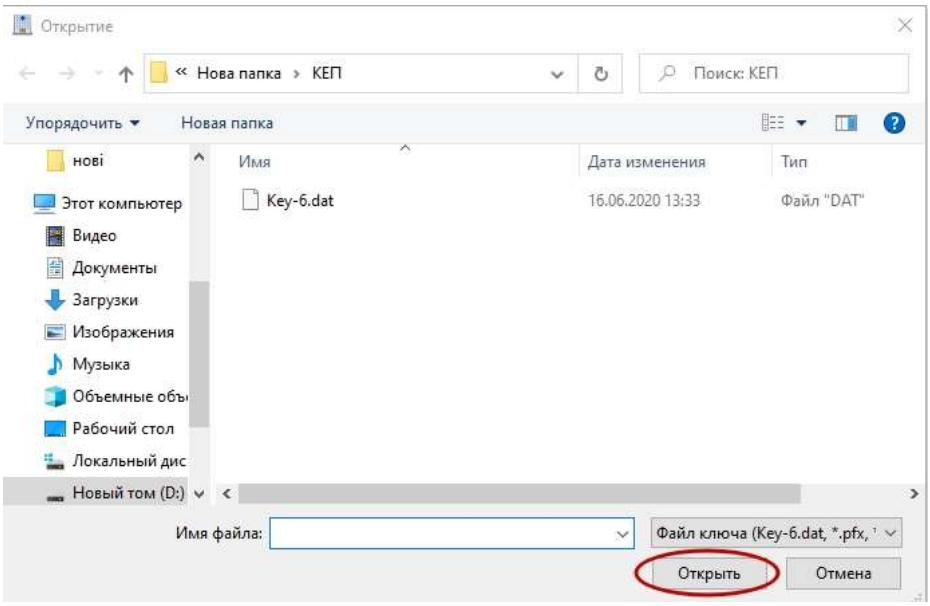
Заповнивши всі поля процедури, переходимо до реєстрації в eHealth.





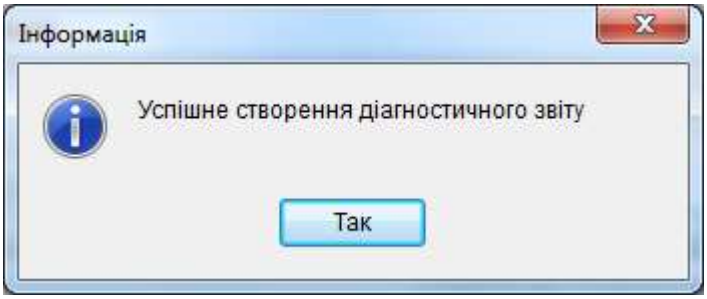
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).





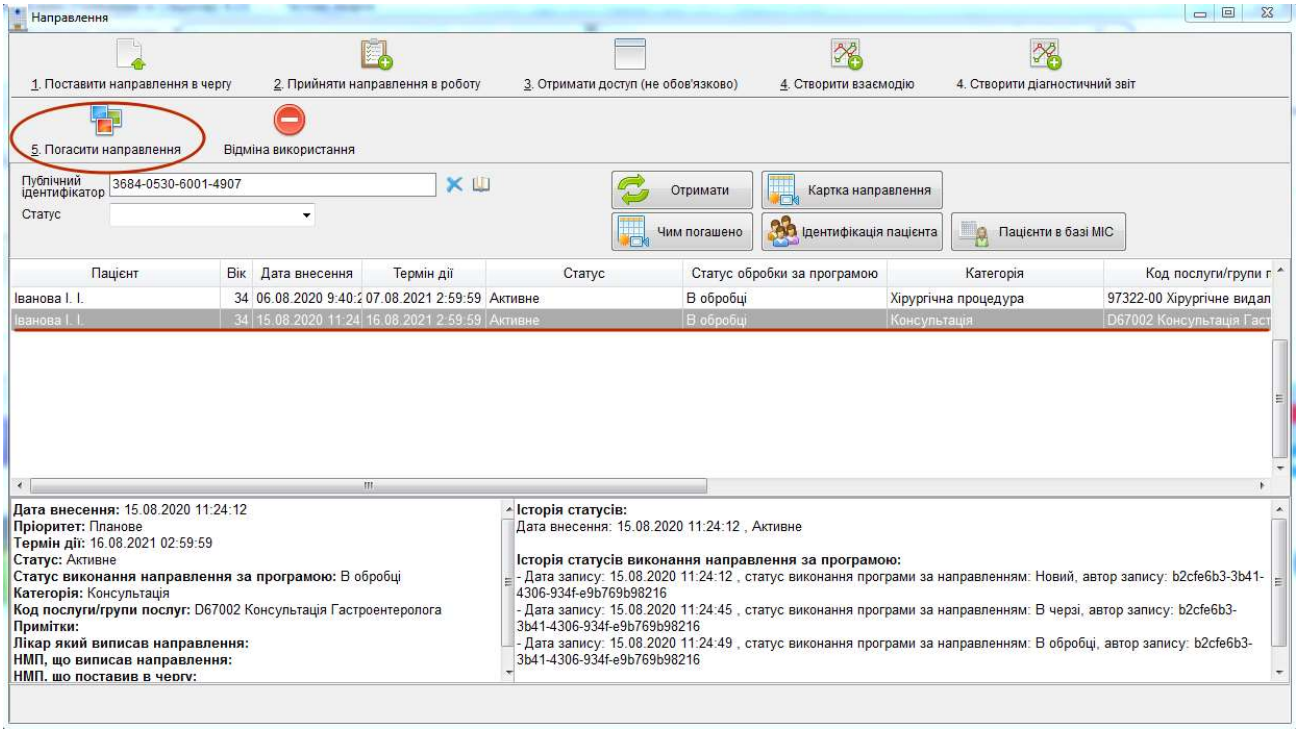
Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».

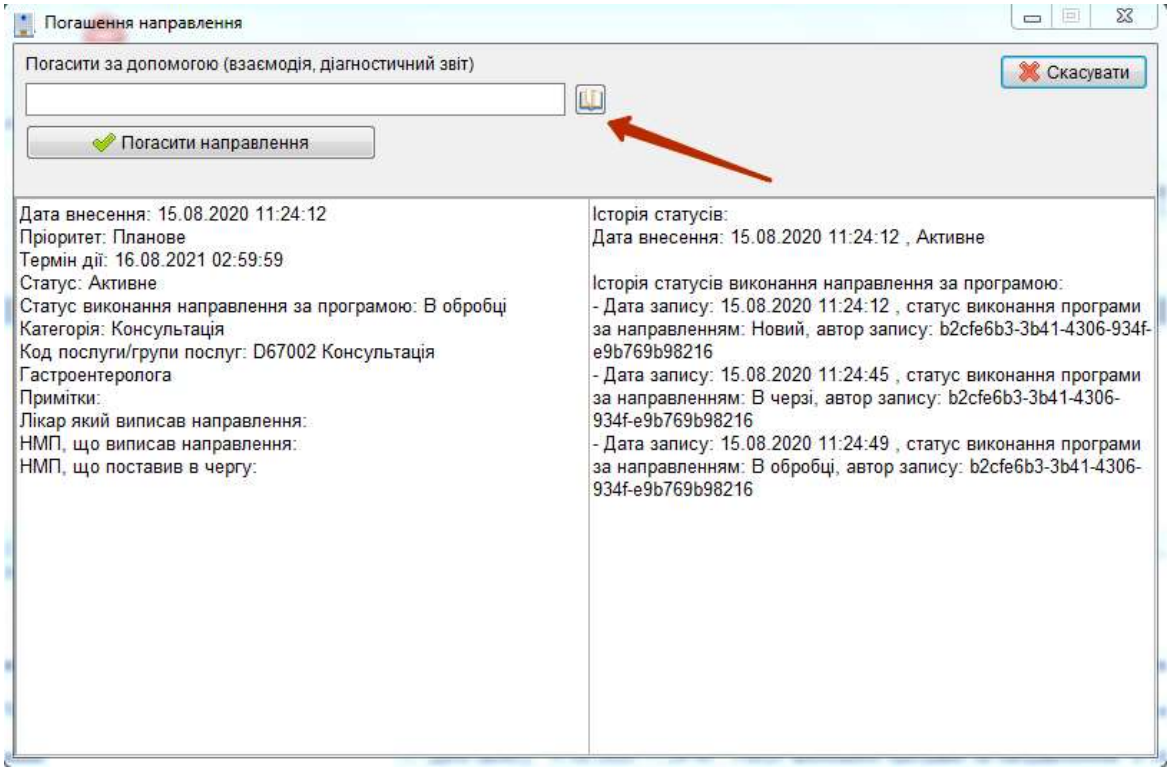


7 **Погасити направлення –** це дія, що позначає направлення як «виконане» (погашене) і дає право медичному закладу включити в звіт для НСЗУ надану послугу за направленням.

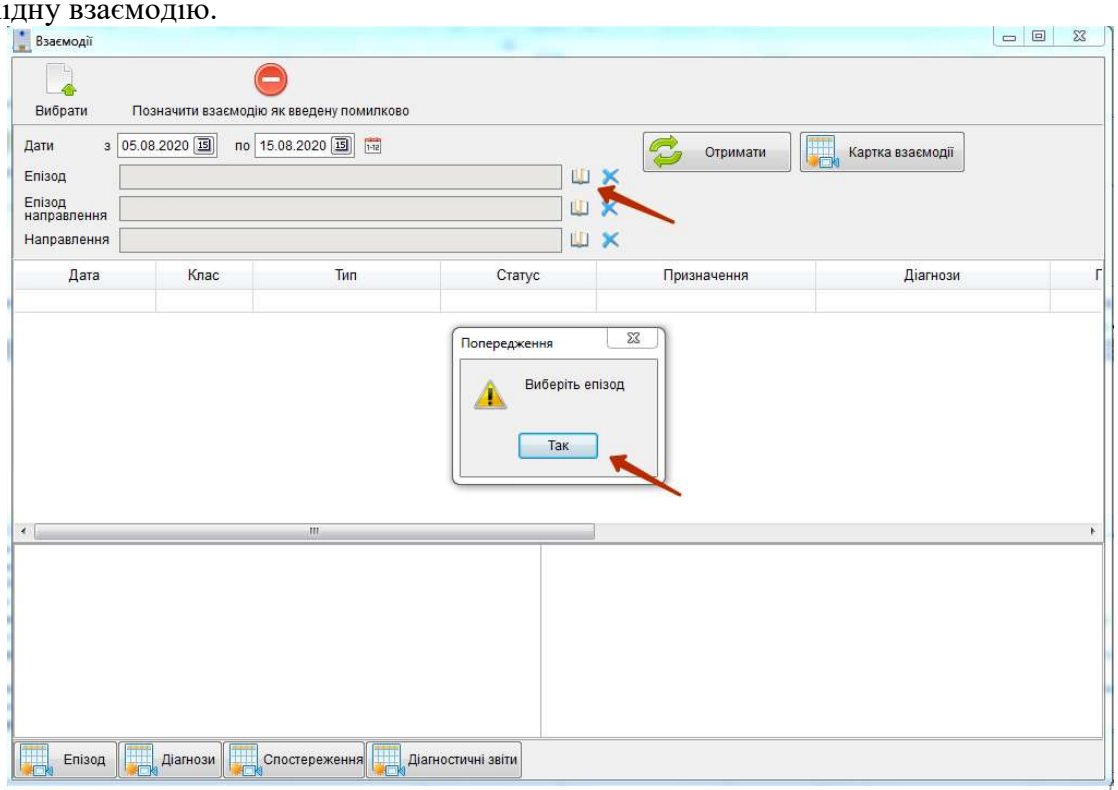
Погашення направлення <u>ВЗАЄМОДІЄЮ</u>

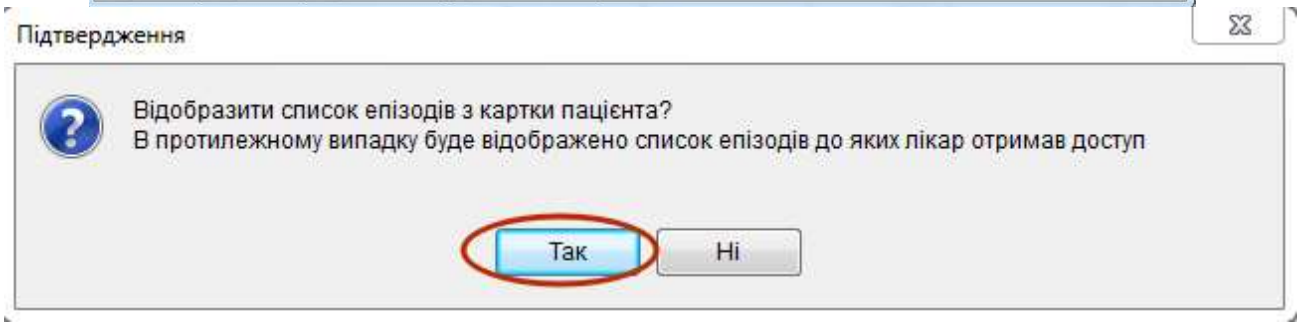


Натиснувши кнопку **«Погасити направлення»,** з'являється вікно, в якому необхідно за допомогою кнопки обрати взаємодію, яка була створена в межах електронного направлення і якою це направлення буде погашене.

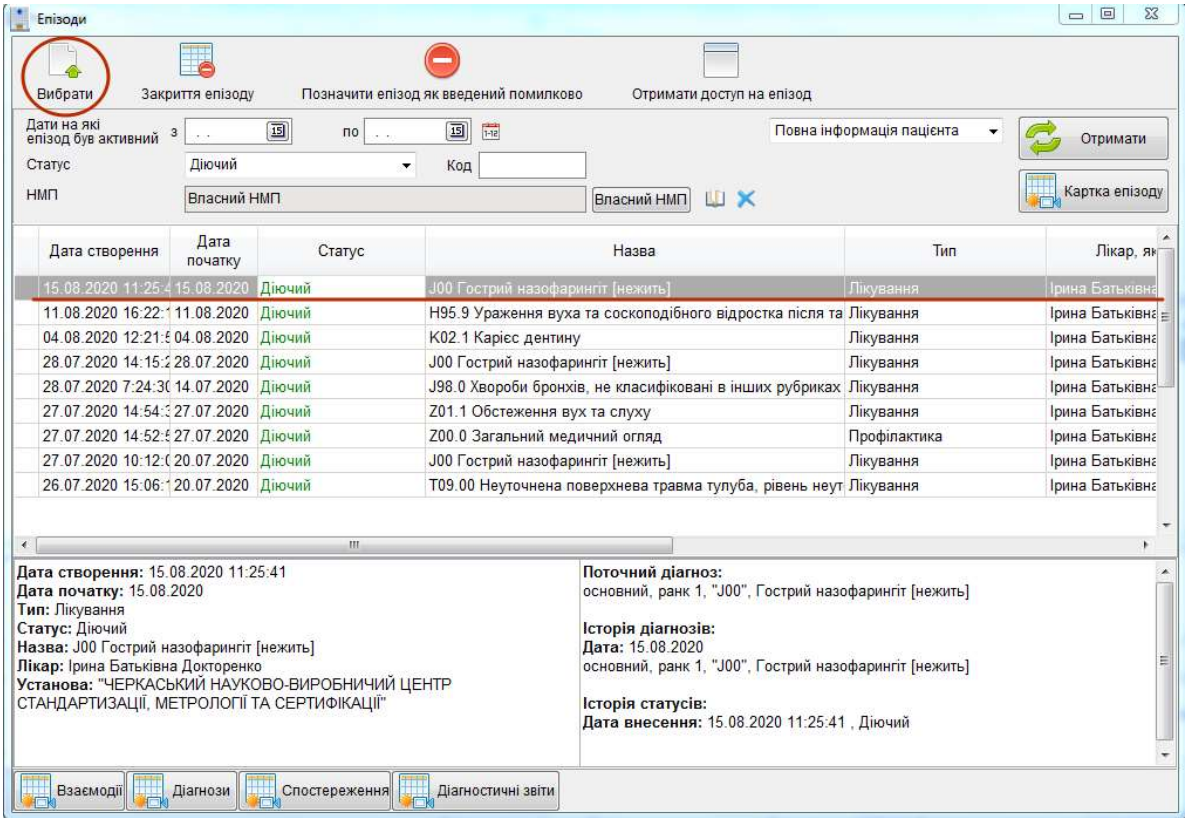


Відкривається вікно **«Взаємодії»,** де спочатку необхідно обрати епізод, який містить необхідну взаємодію.

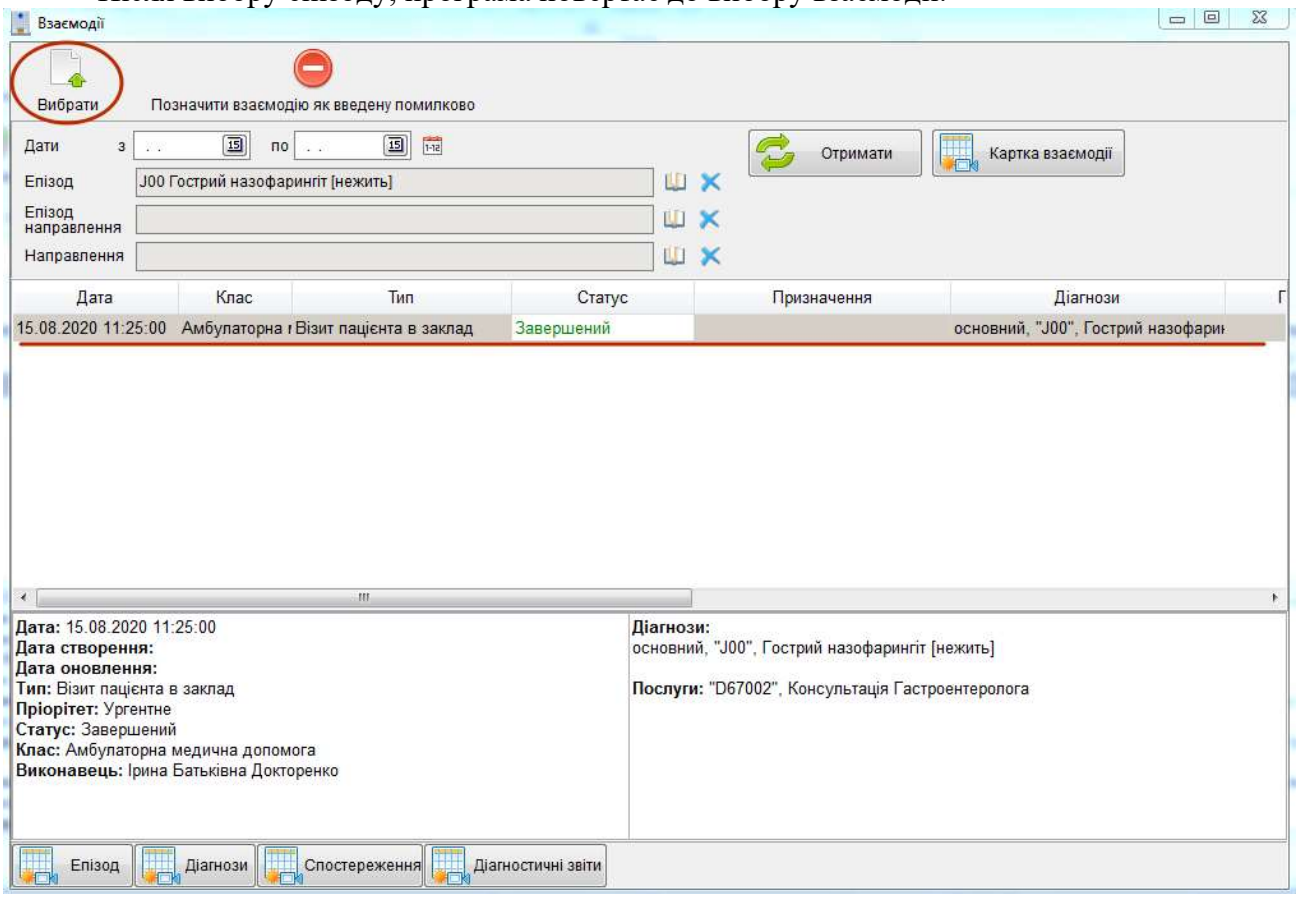




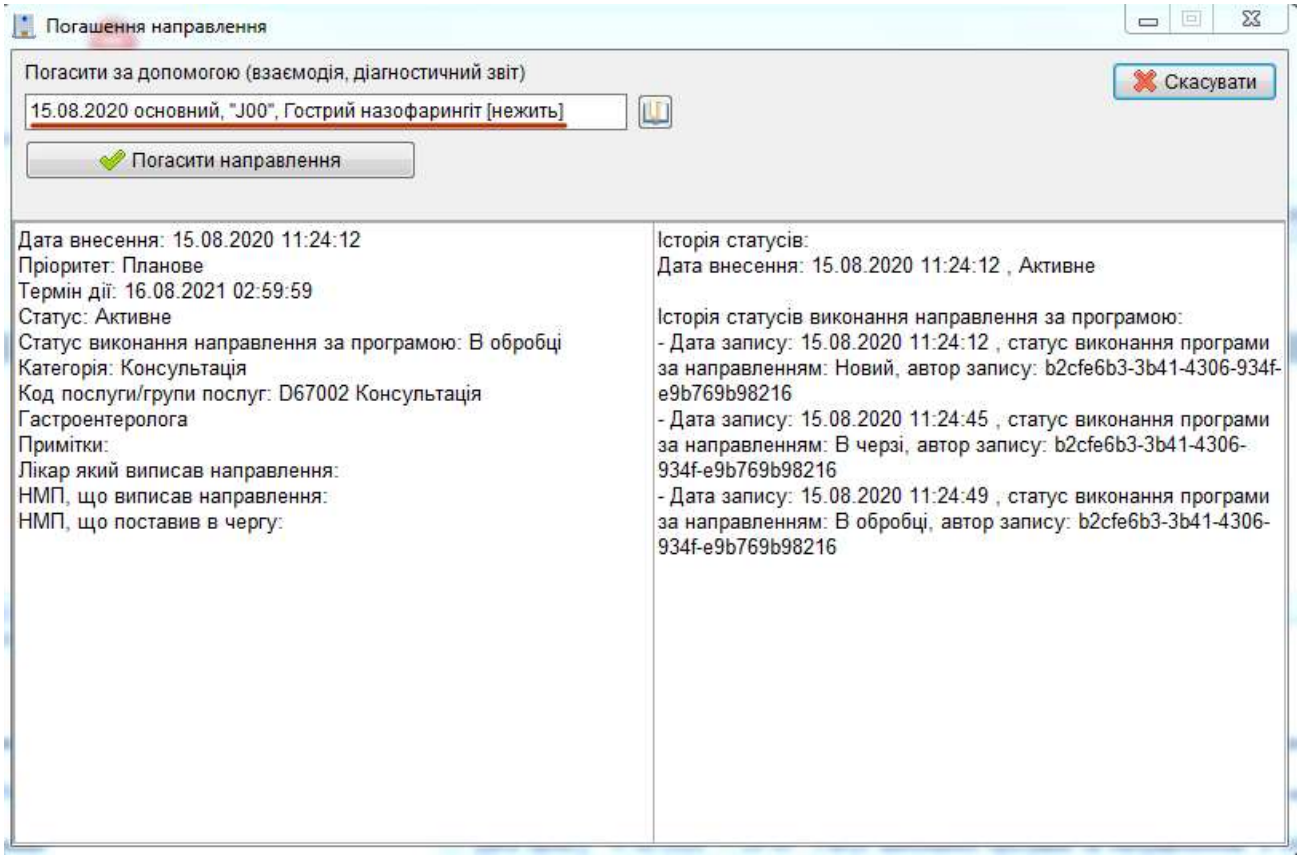
У вікні **«Епізоди»** обираємо необхідний подвійним натисканням лівої клавіші миші, або кнопкою **«Вибрати».**



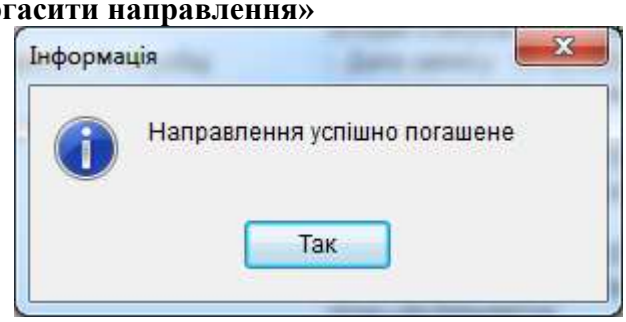
Після вибору епізоду, програма повертає до вибору взаємодії.



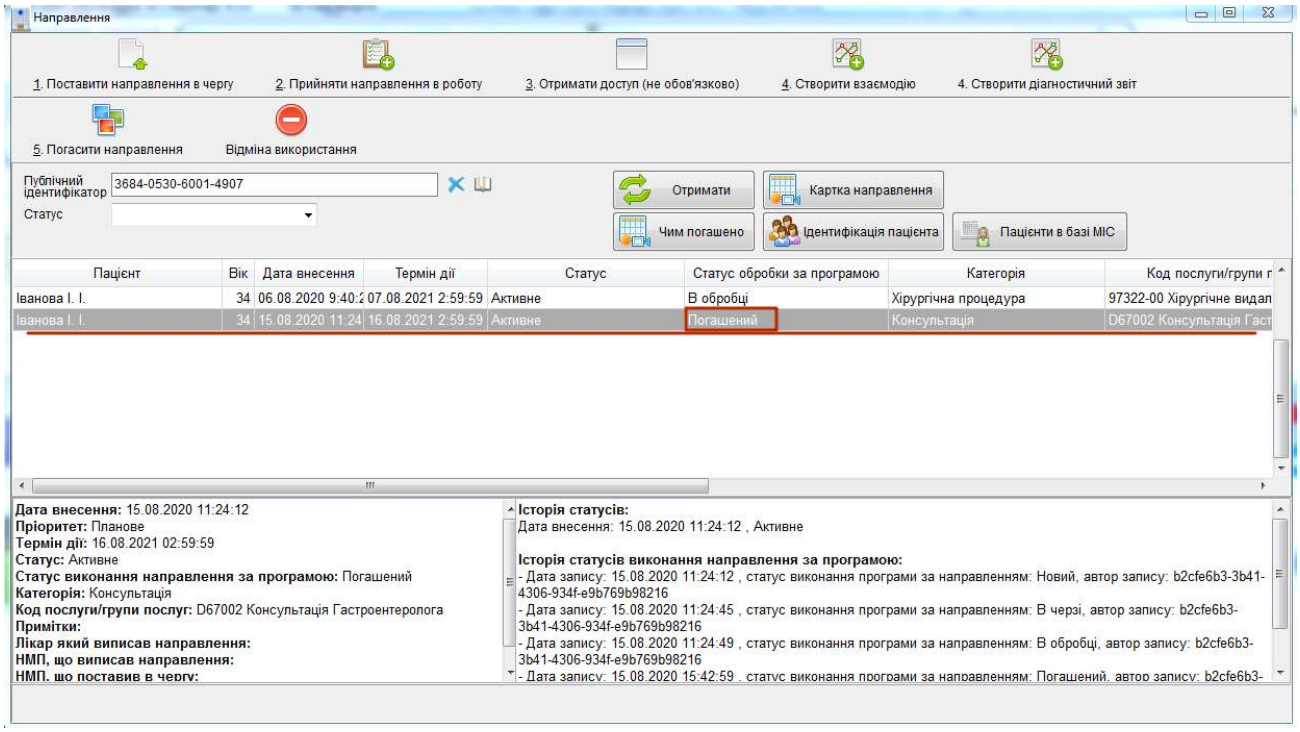
Після цього поле **«Погасити за допомогою…»** автоматично заповниться обраною взаємодією.



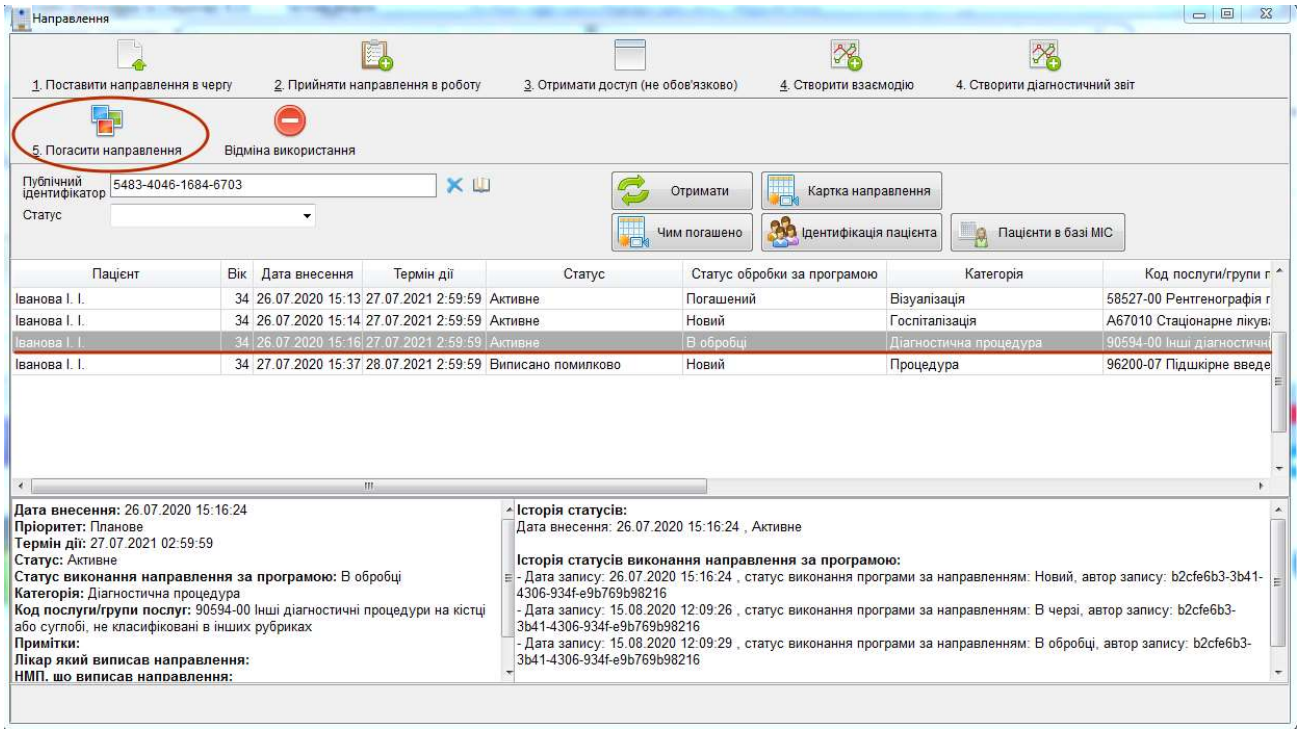
Натискаємо **«Погасити направлення»**



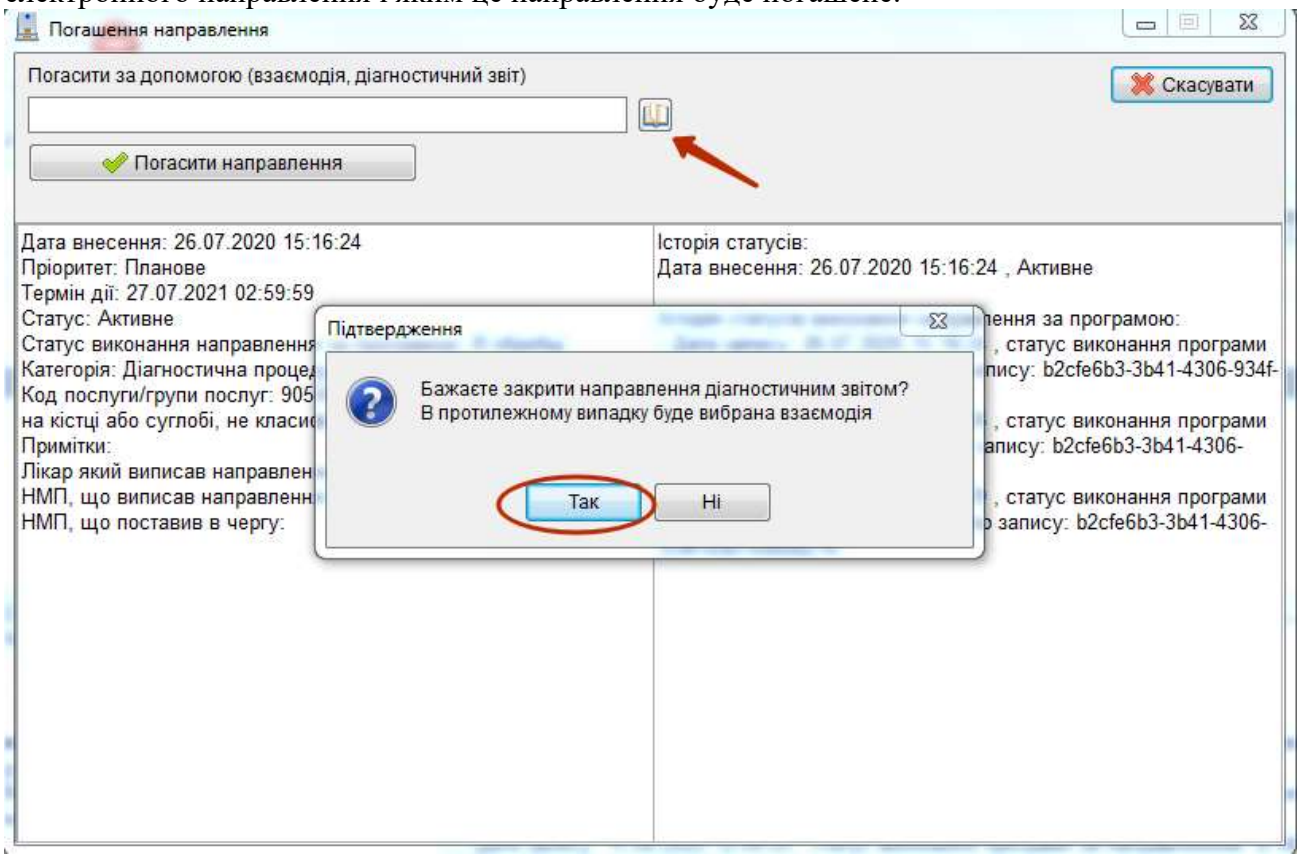
Після успішного погашення, направлення змінює статус обробки за програмою на **«Погашений»**.



Погашення направлення <u>ДІАГНОСТИЧНИМ ЗВІТОМ</u>

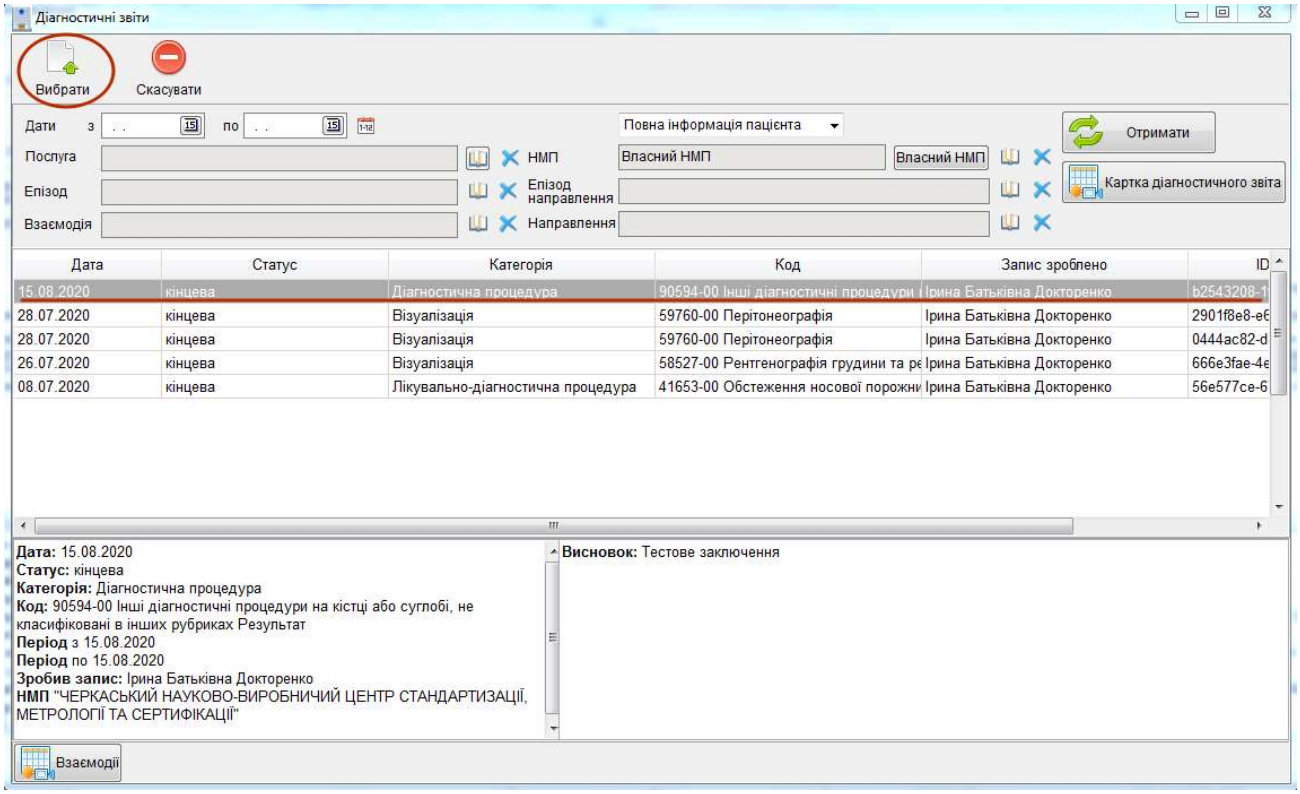


Натиснувши кнопку **«Погасити направлення»,** з'являється вікно, в якому необхідно за допомогою кнопки обрати діагностичний звіт, який був створений в межах електронного направлення і яким це направлення буде погашене.

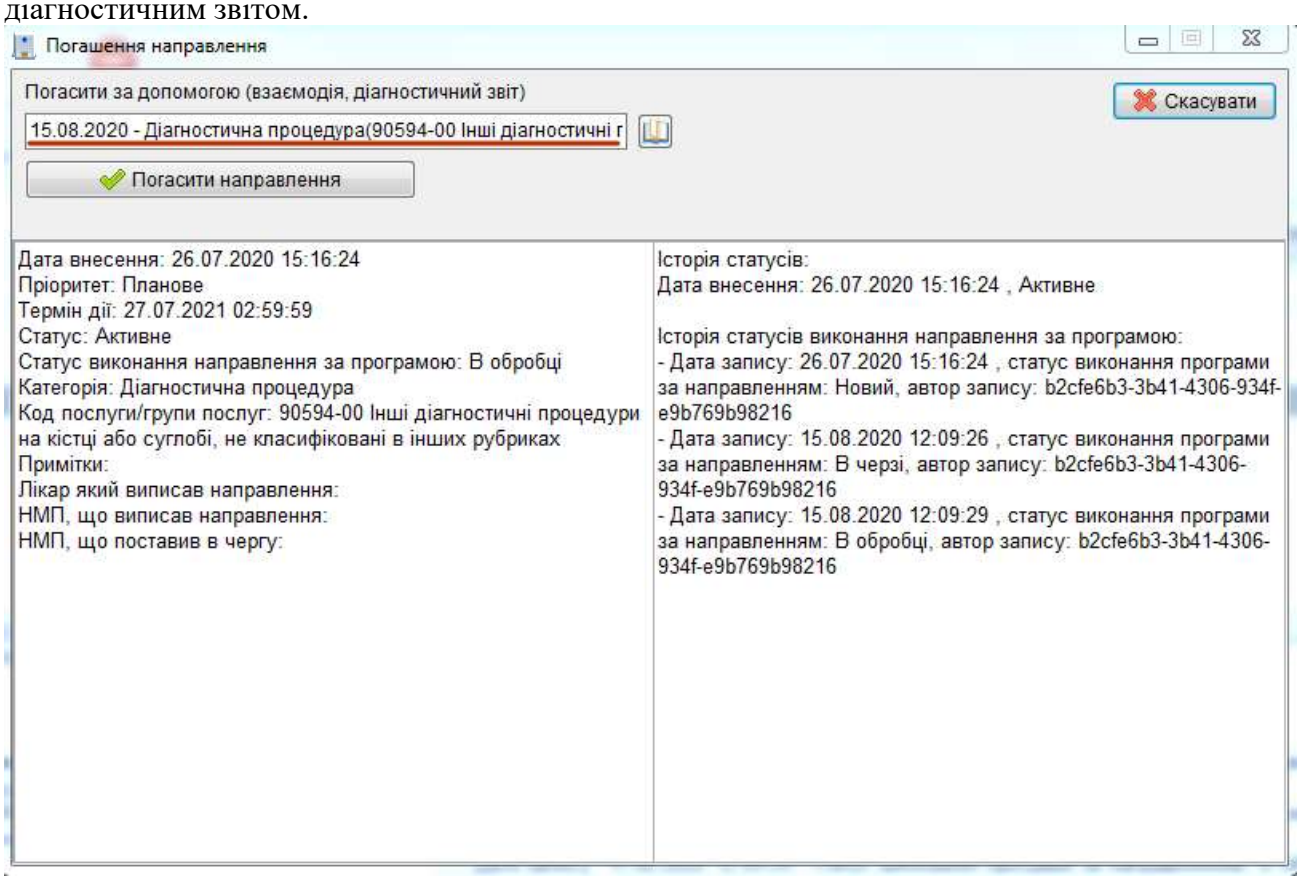


Для вибору діагностичного звіту натискаємо **«Так».**

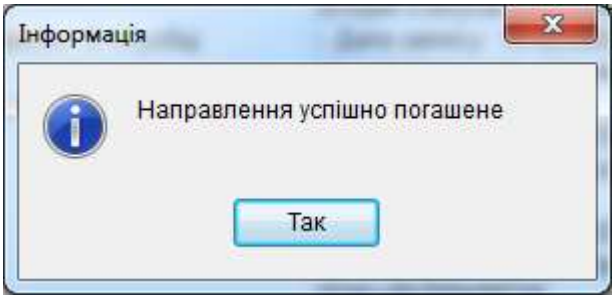
Відкривається вікно **«Діагностичні звіти»**, де необхідний обрати подвійним натисканням лівої клавіші миші, або кнопкою «Вибрати».



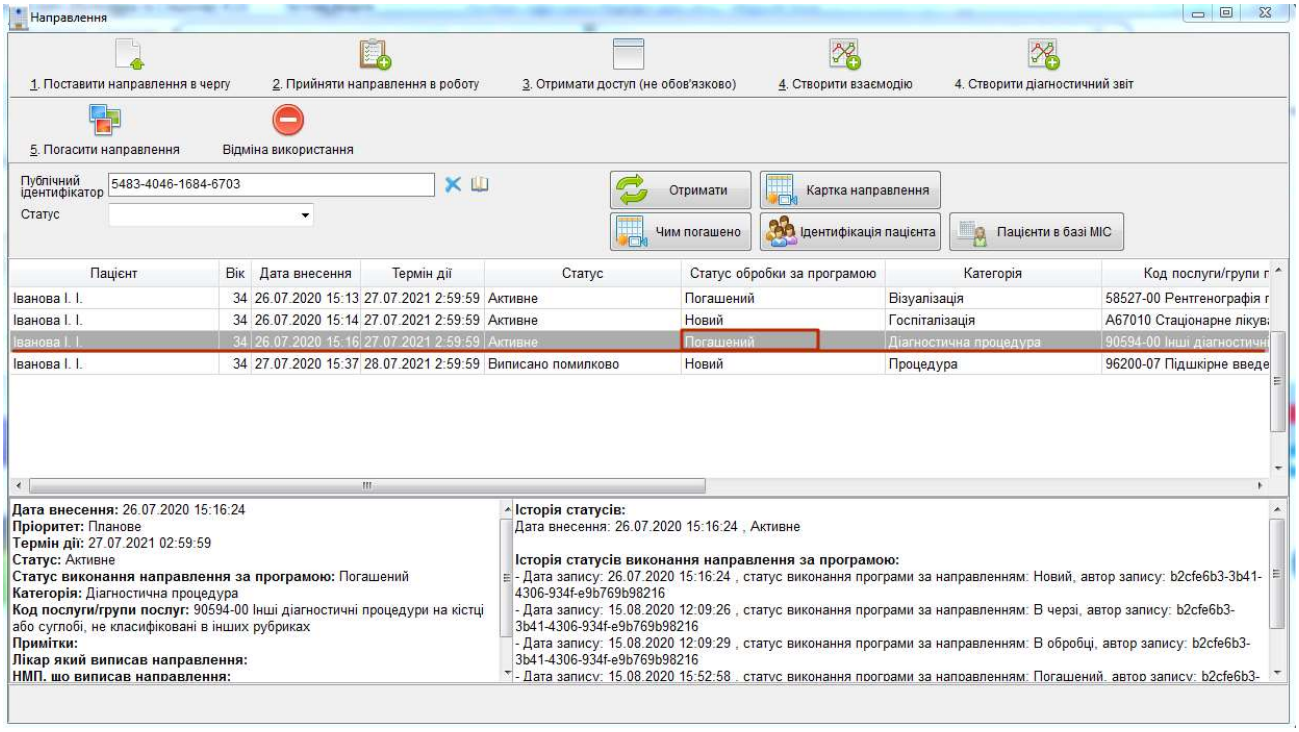
Після цього поле **«Погасити за допомогою…»** автоматично заповниться обраним діагностичним звітом.



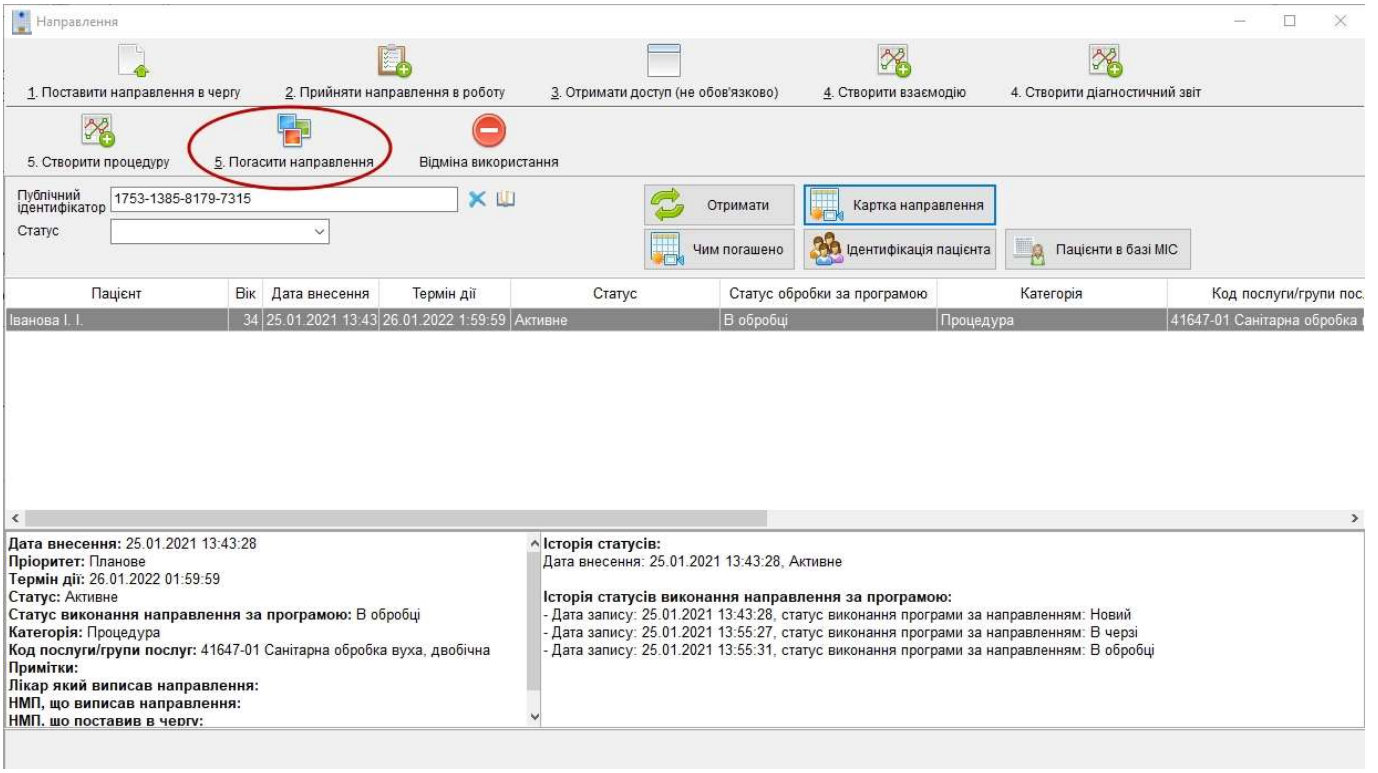
Натискаємо **«Погасити направлення»**



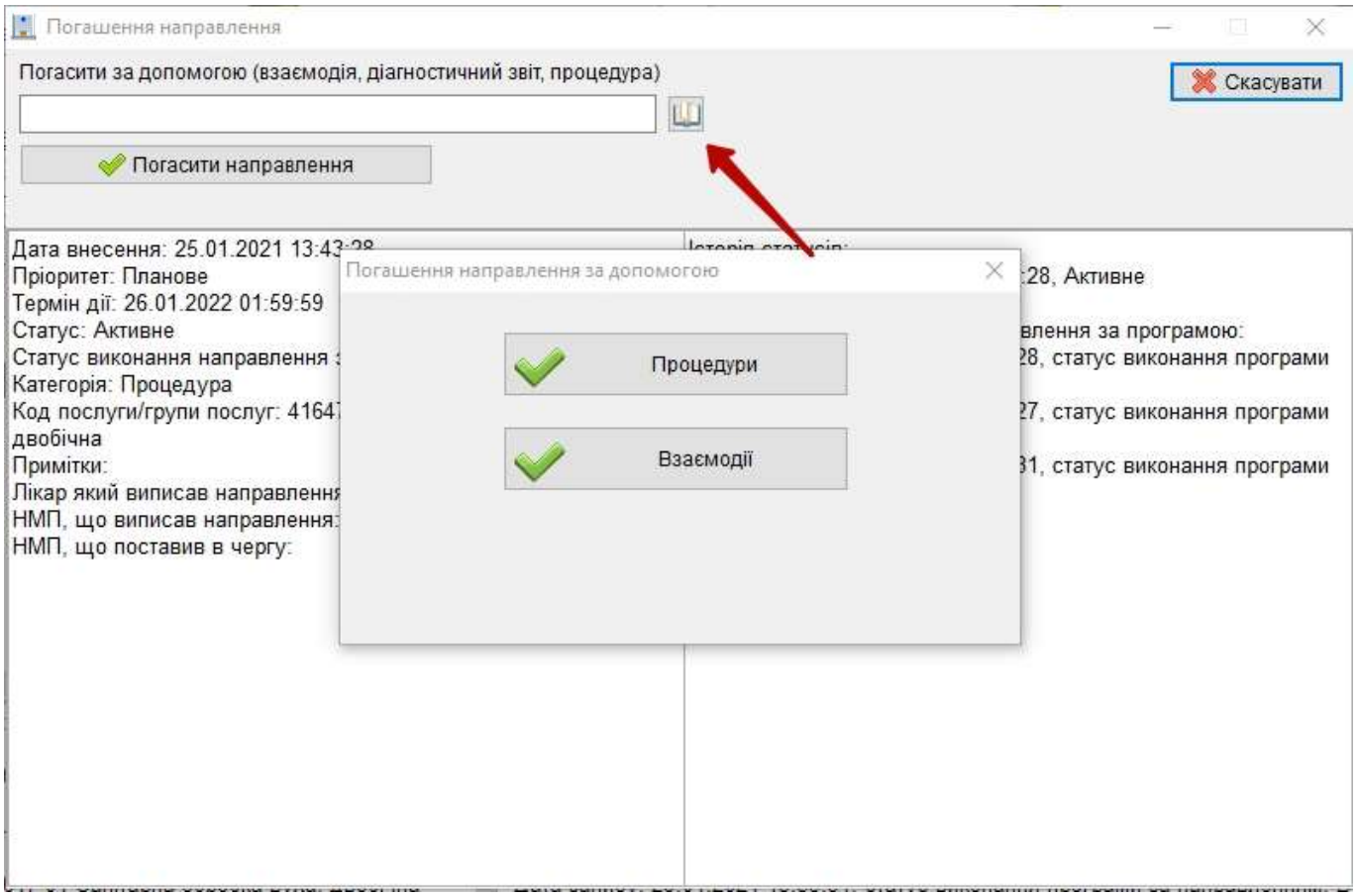
Після успішного погашення, направлення змінює статус обробки за програмою на **«Погашений»**.



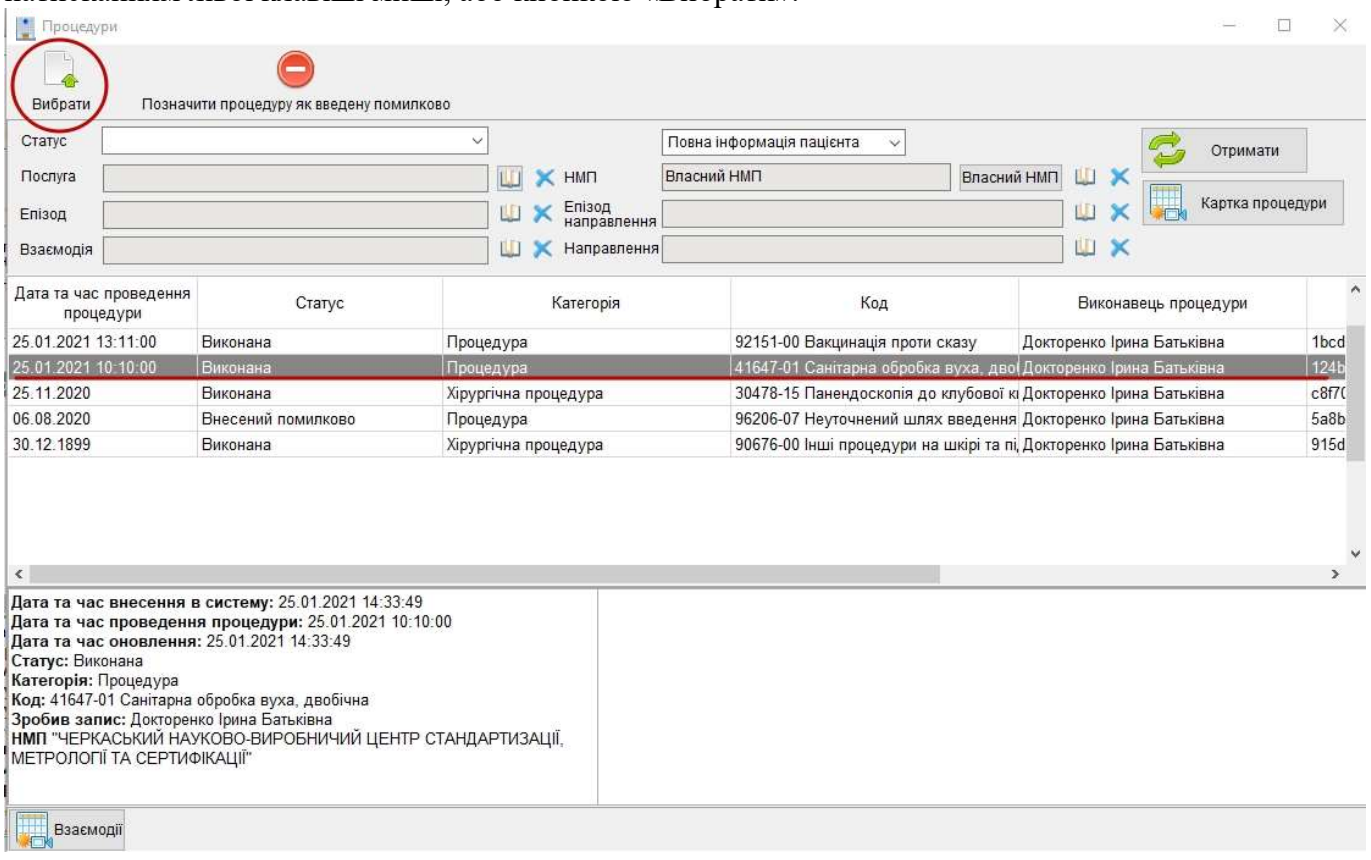
Погашення направлення <u>ПРОЦЕДУРОЮ</u>



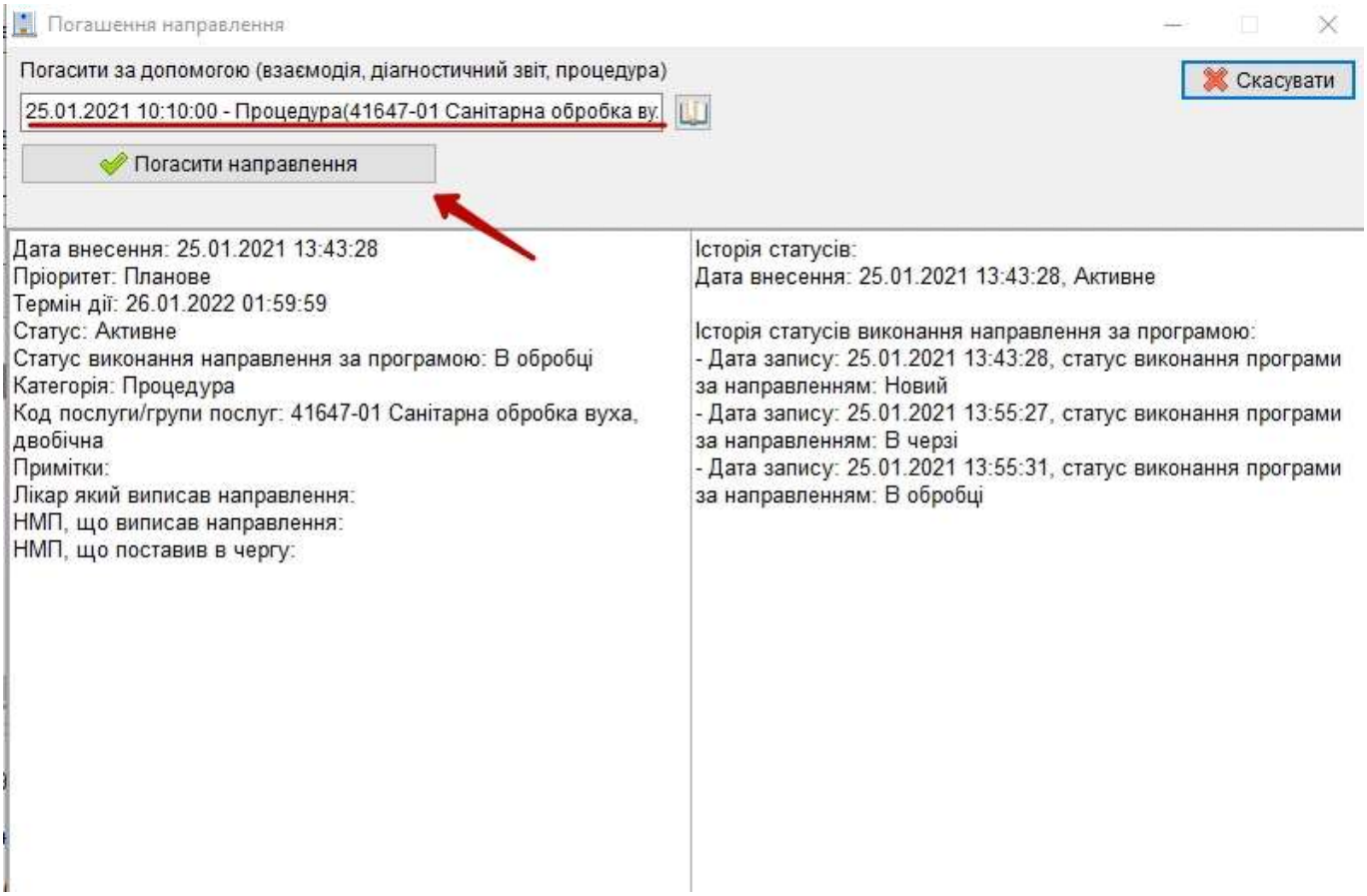
Натиснувши кнопку **«Погасити направлення»,** з’являється вікно, в якому необхідно обрати чим саме буде погашене направлення.



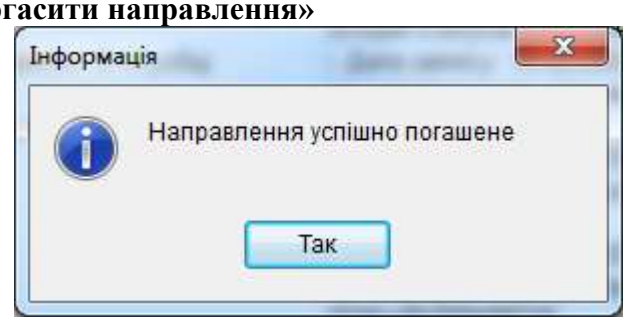
Обравши **«Процедури»** відкривається вікно, де необхідну обрати подвійним натисканням лівої клавіші миші, або кнопкою «Вибрати».



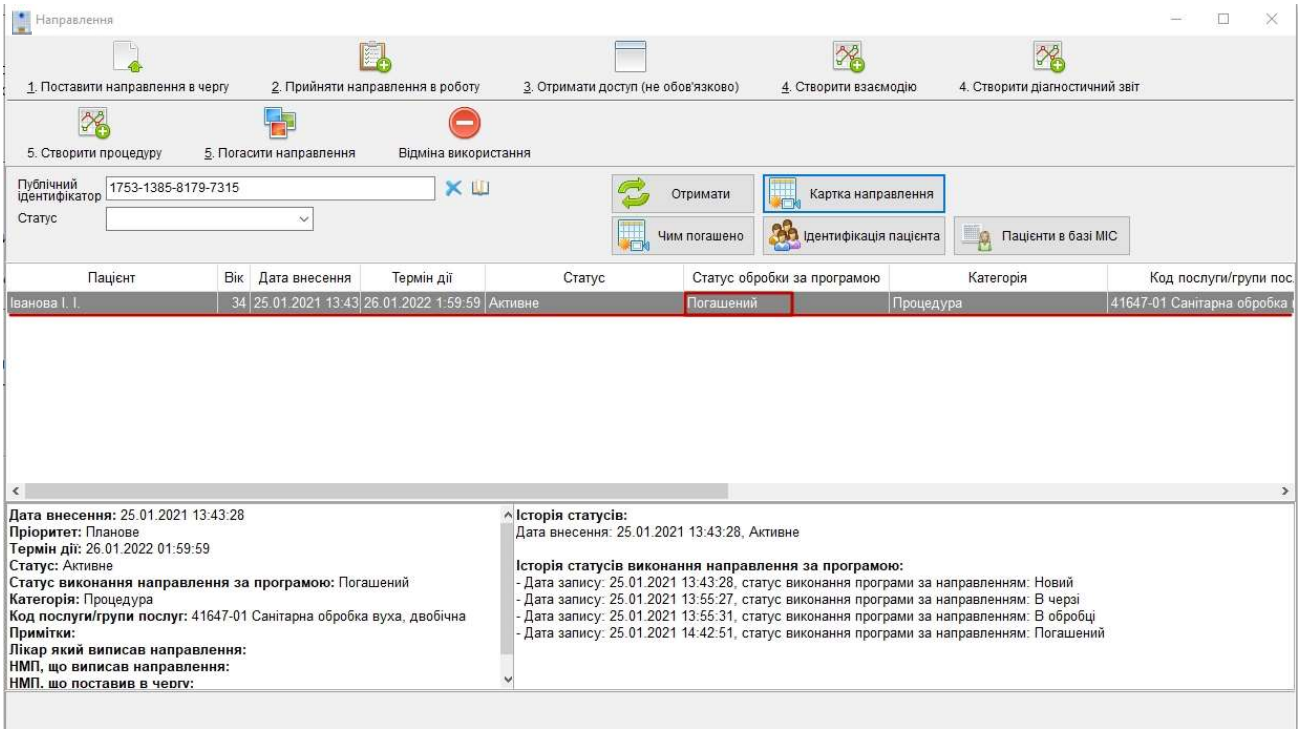
Після цього поле **«Погасити за допомогою…»** автоматично заповниться обраною процедуро.



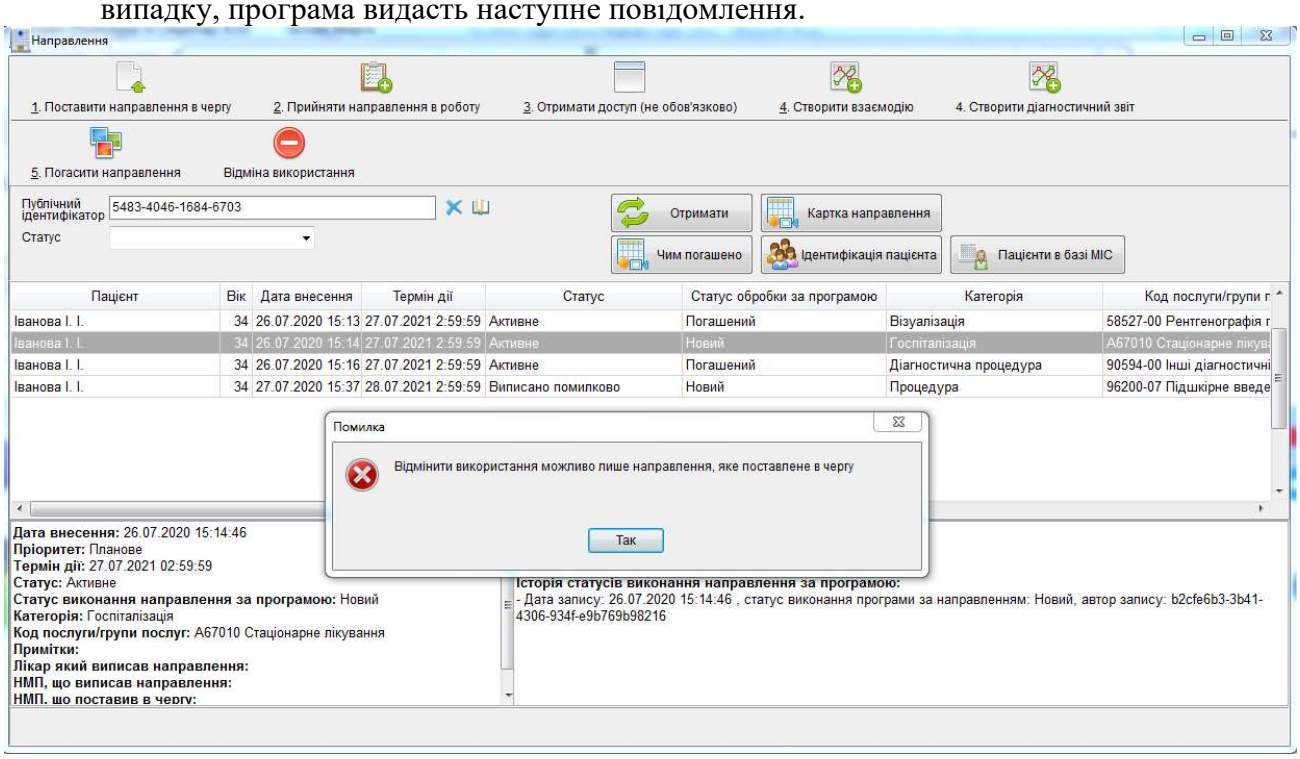
Натискаємо **«Погасити направлення»**



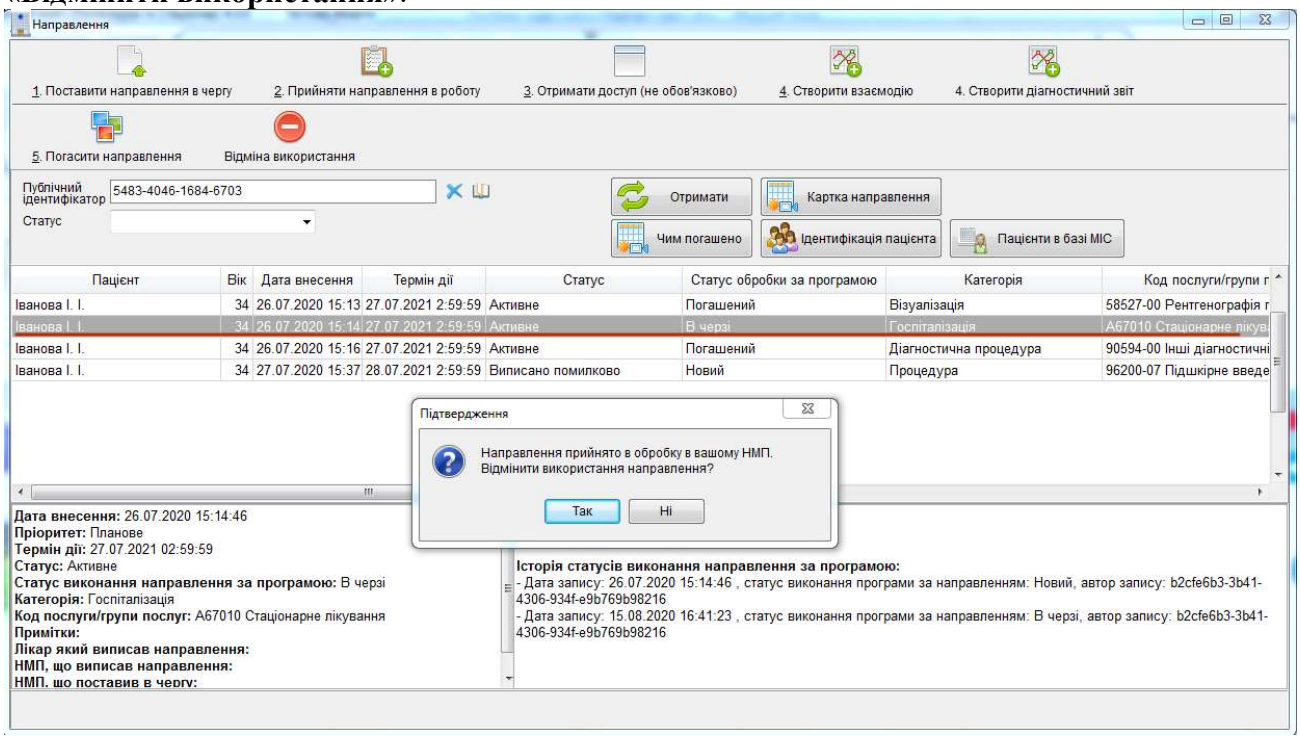
Після успішного погашення, направлення змінює статус обробки за програмою на **«Погашений»**.

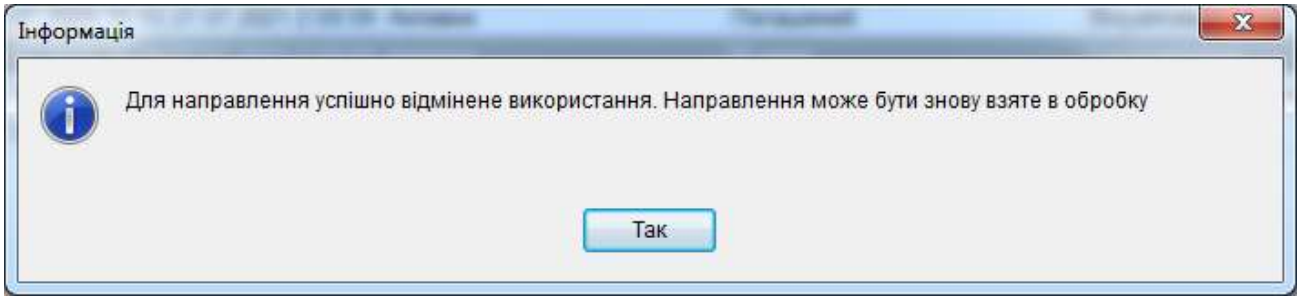


8 **Відміна використання** – це дія, яку можна виконати, коли направлення тільки поставлене в чергу в даному закладі і ще не взяте ним в обробку. В протилежному випадку, програма видасть наступне повідомлення.

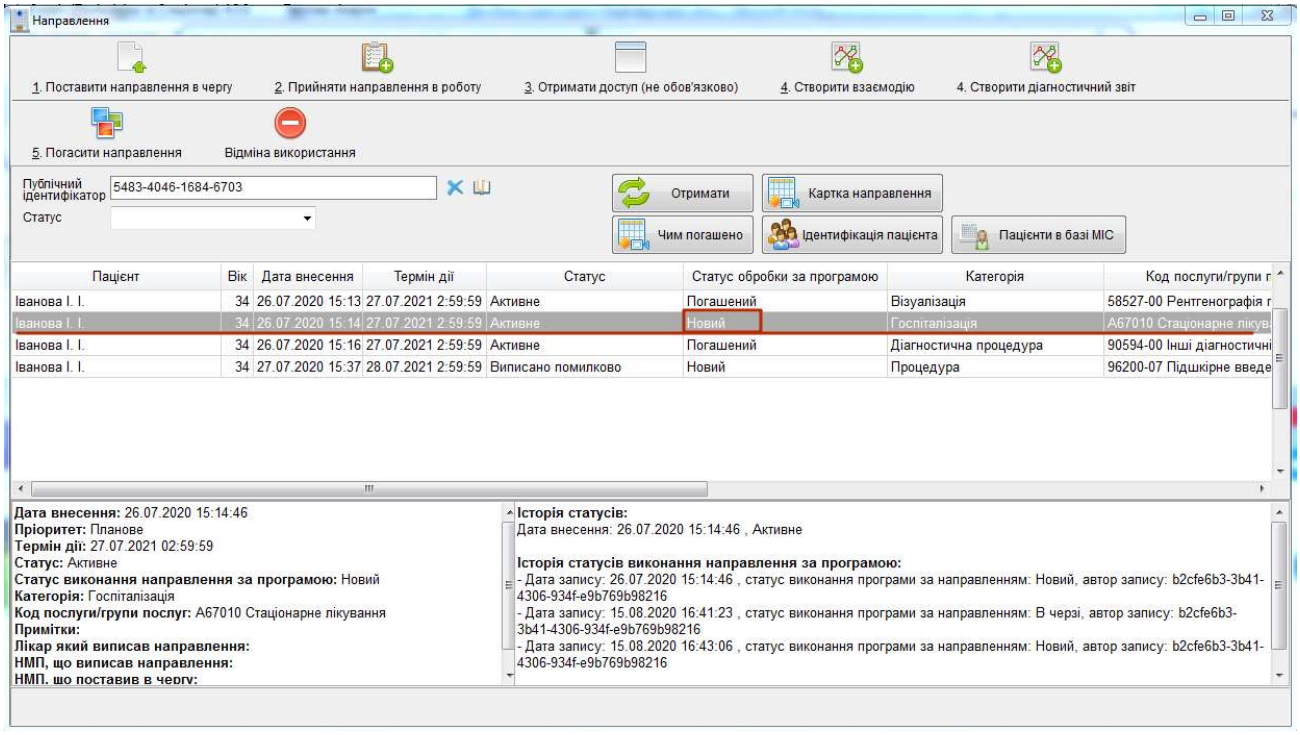


Для відміни направлення, обираємо необхідний зі списку і натискаємо кнопку **«Відмінити використання»**.

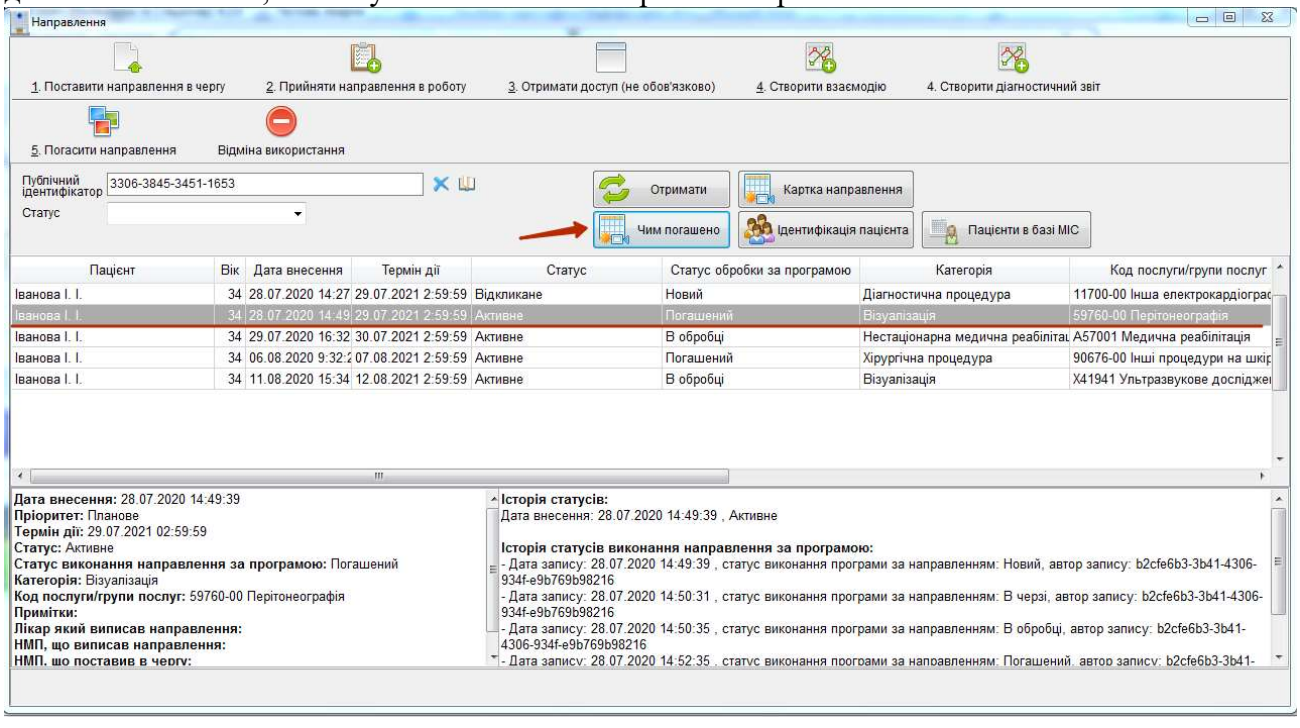


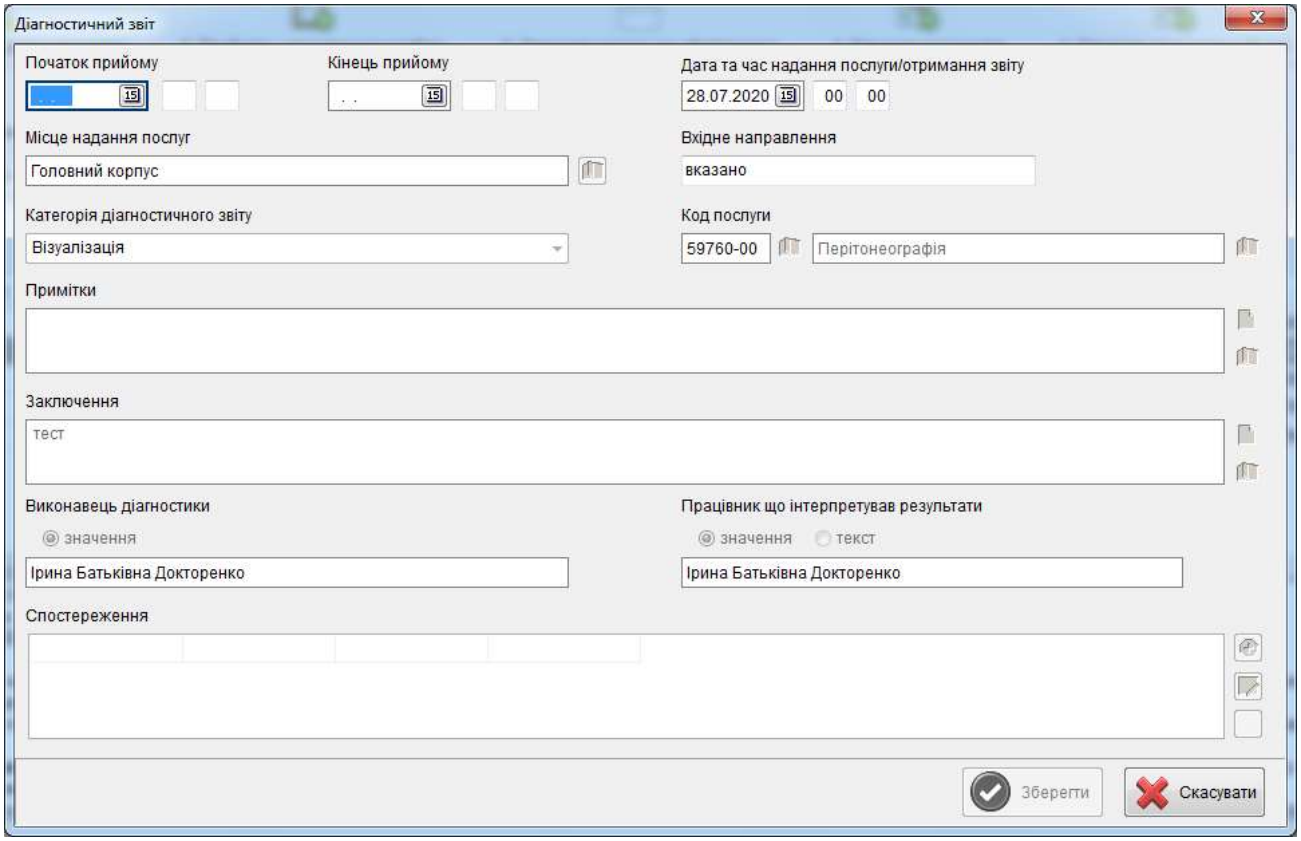


Після відміни використання, дане направлення змінює статус обробки за програмою змінюється на **«Новий».**

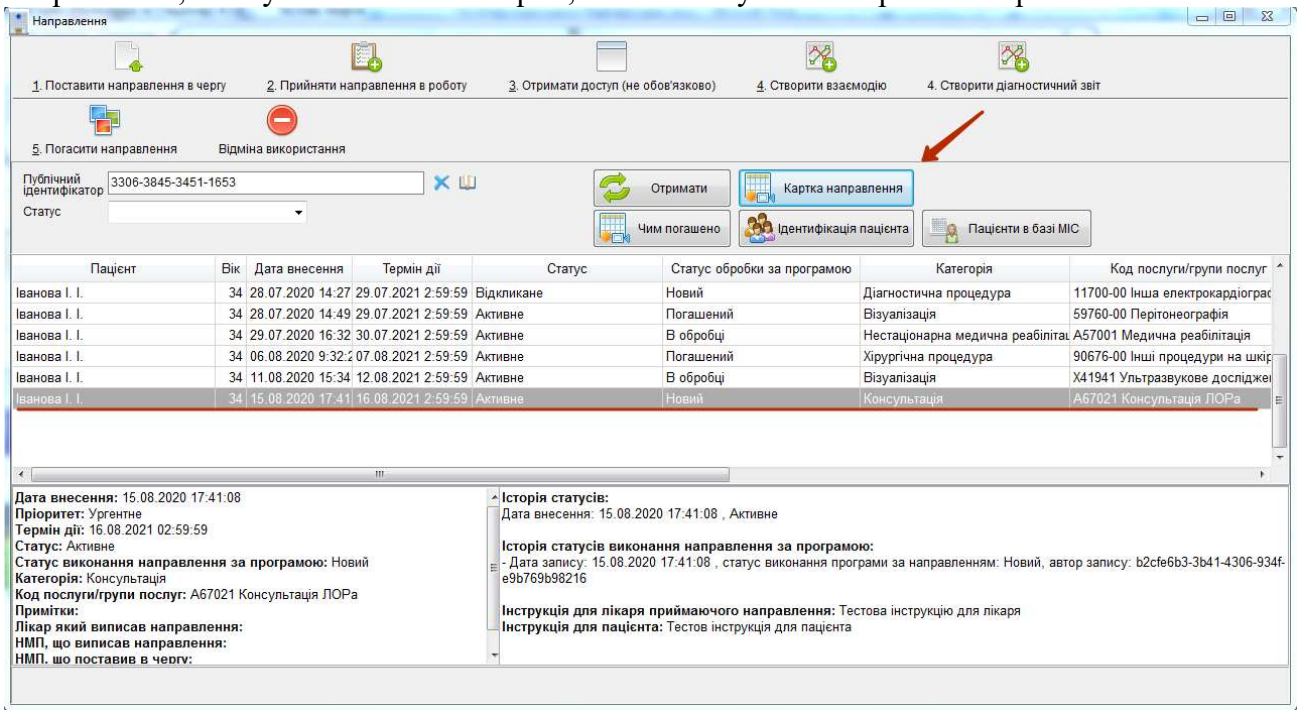


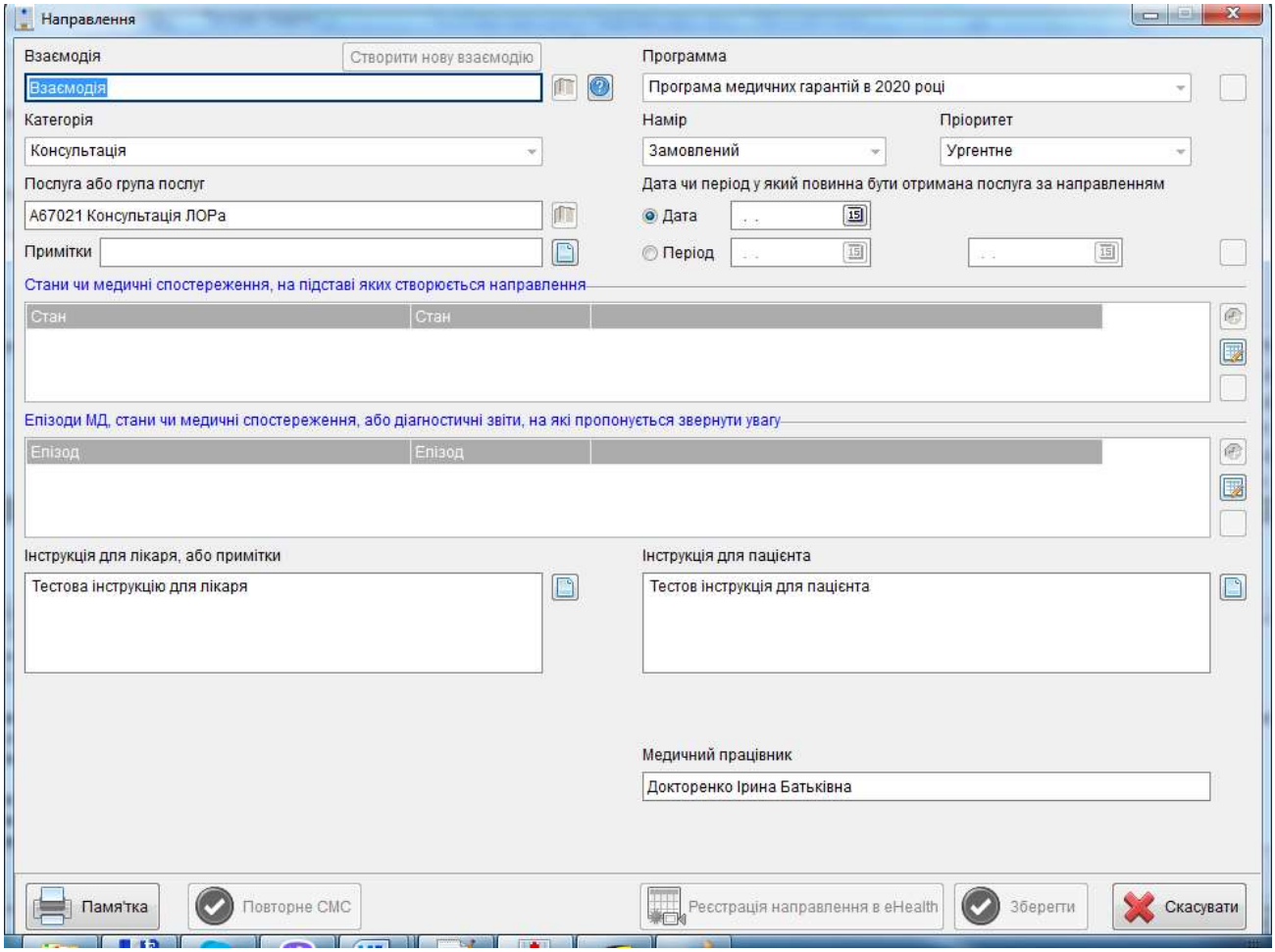
«Чим погашено» - за допомогою цієї кнопки можна відкрити взаємодію чи діагностичний звіт, яким було погашено електронне направлення.



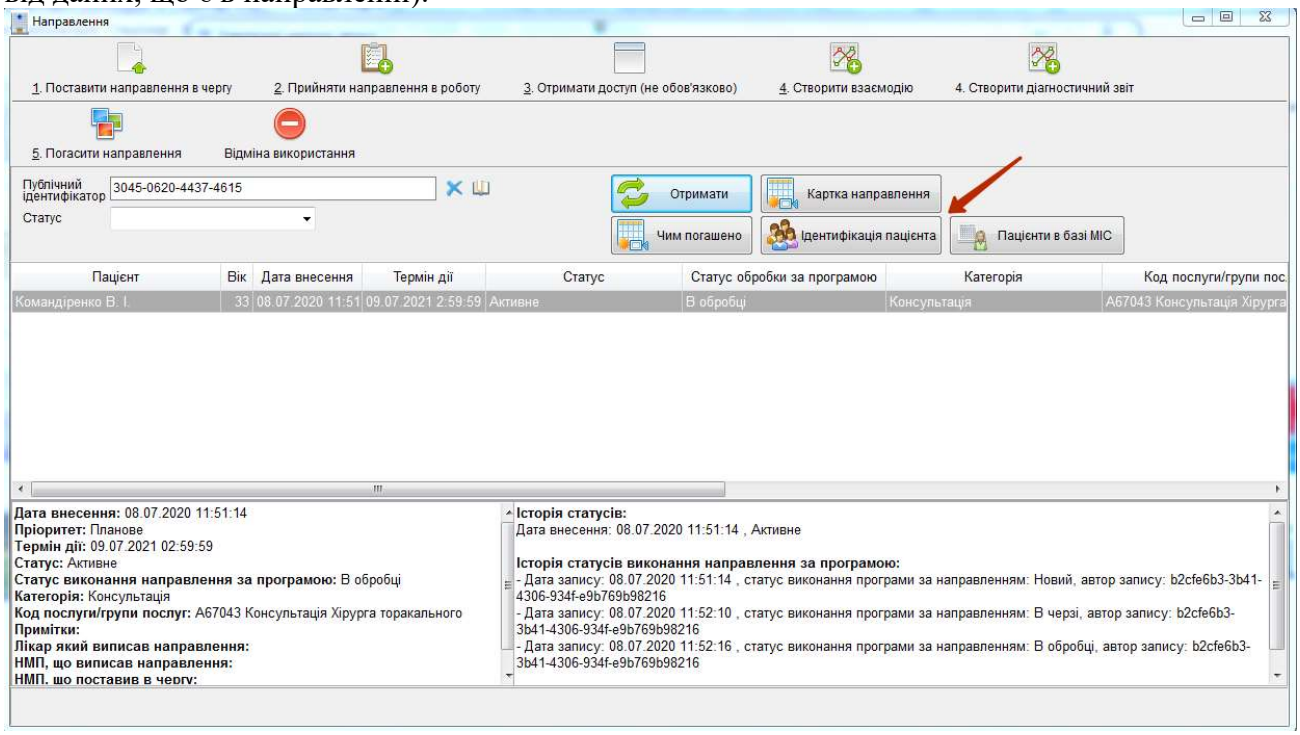


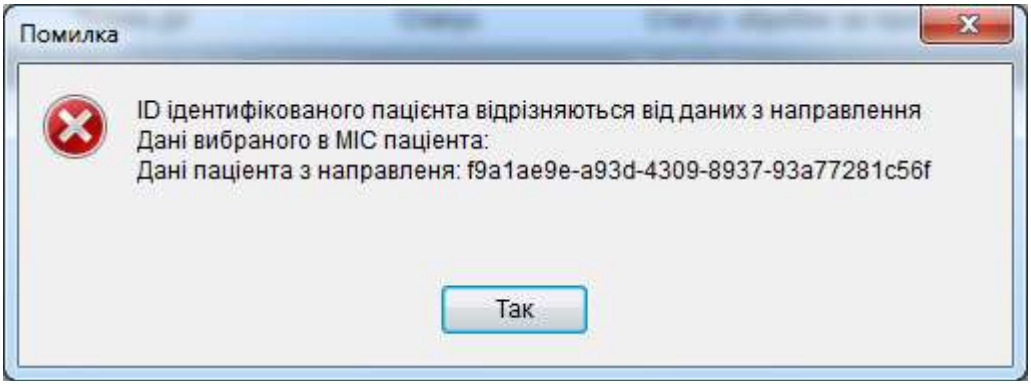
«Картка направлення» - за допомогою цієї кнопки можна відкрити карту направлення, яка була заповнена лікарем, який виписував електронне направлення.



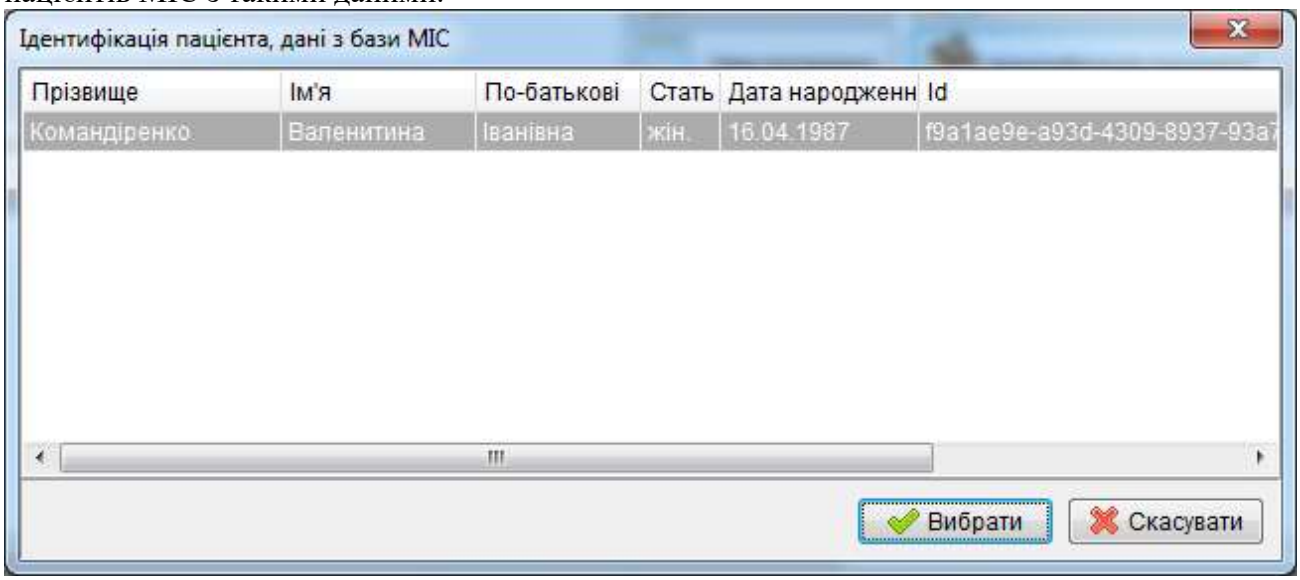


«Ідентифікація пацієнта» - використовується, коли роботу з електронним направленням почали раніше ідентифікації пацієнта (дані головного вікна ЕМЗ відрізняються від даних, що є в направленні).



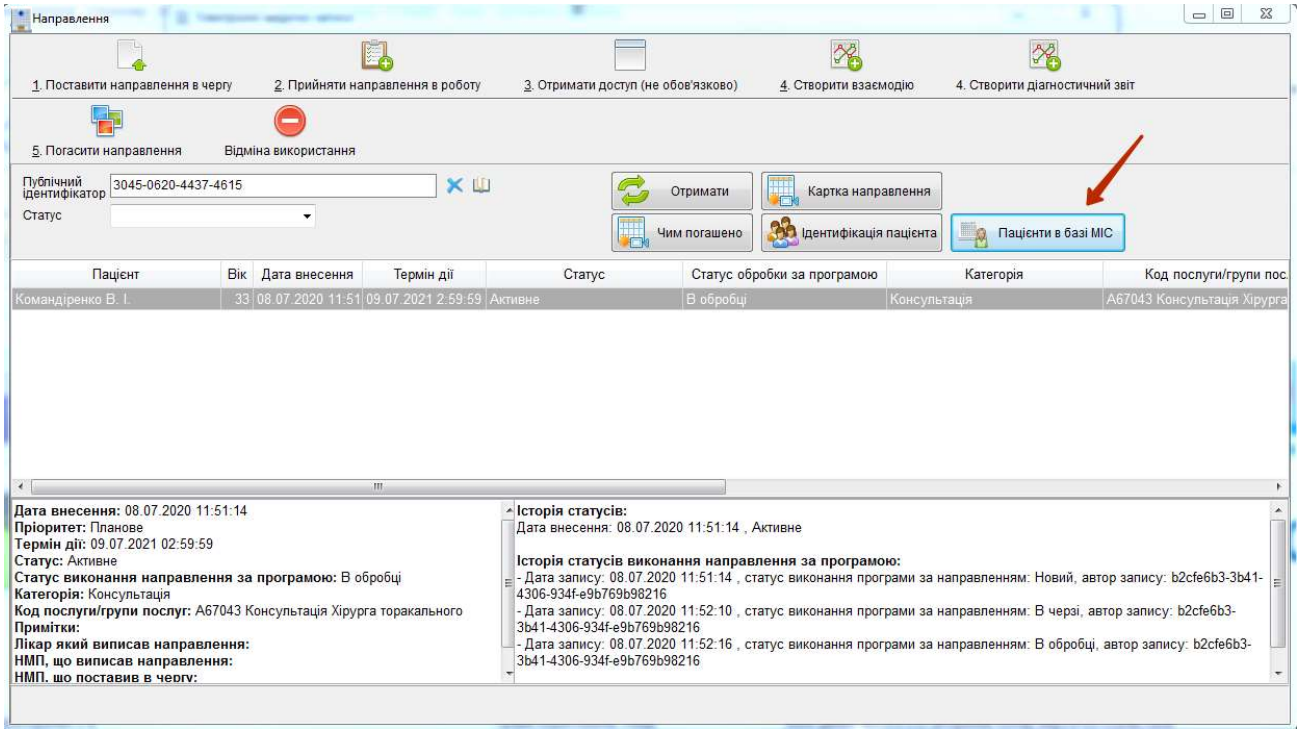


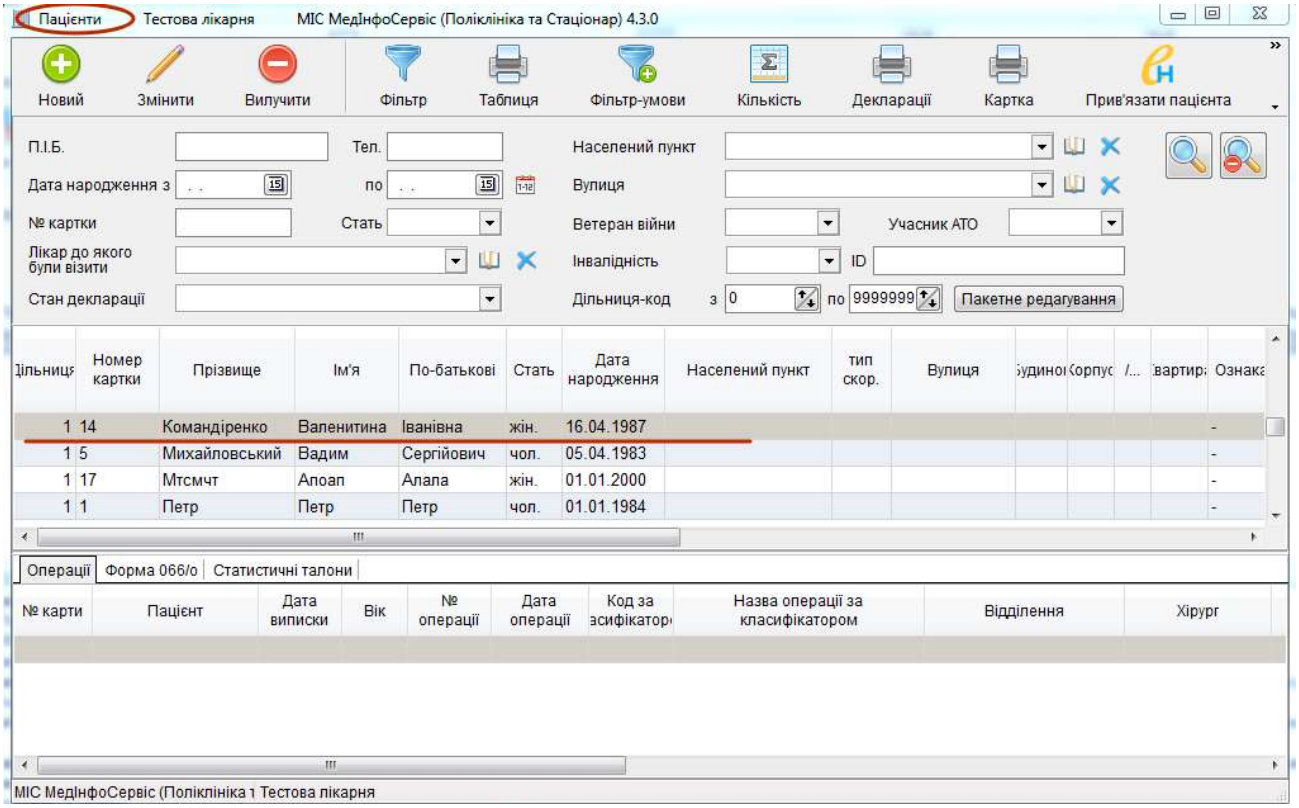
Натискаємо **«Так»** і в наступному вікні програма пропонує перелік із реєстра пацієнтів МІС з такими даними.



Якщо є збіг, обираємо і натискаємо **«Вибрати».** Далі робота з пацієнтом можлива.

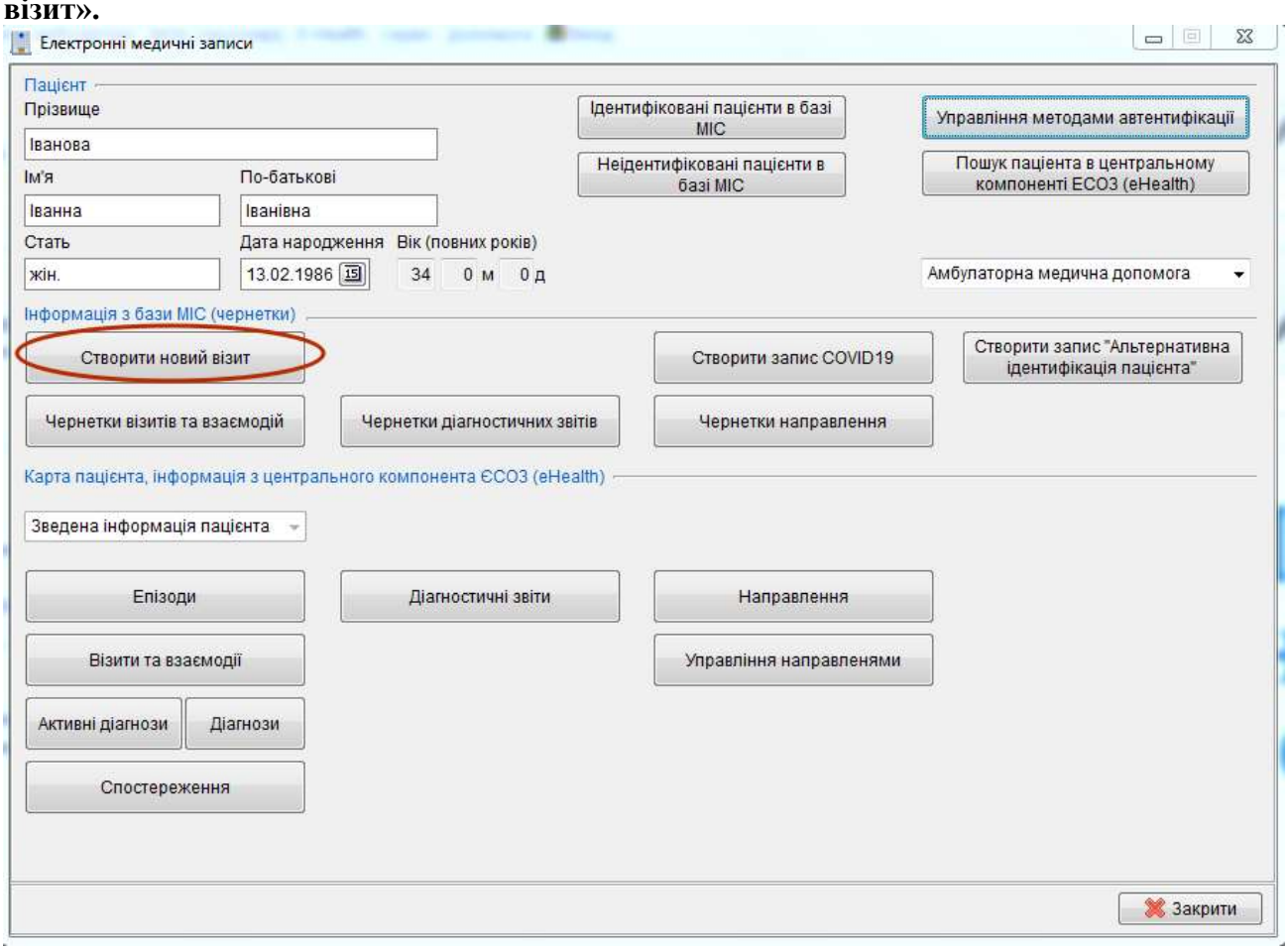
«Пацієнти з бази МІС» - дана кнопка дає можливість перейти в реєстр пацієнтів бази МІС.

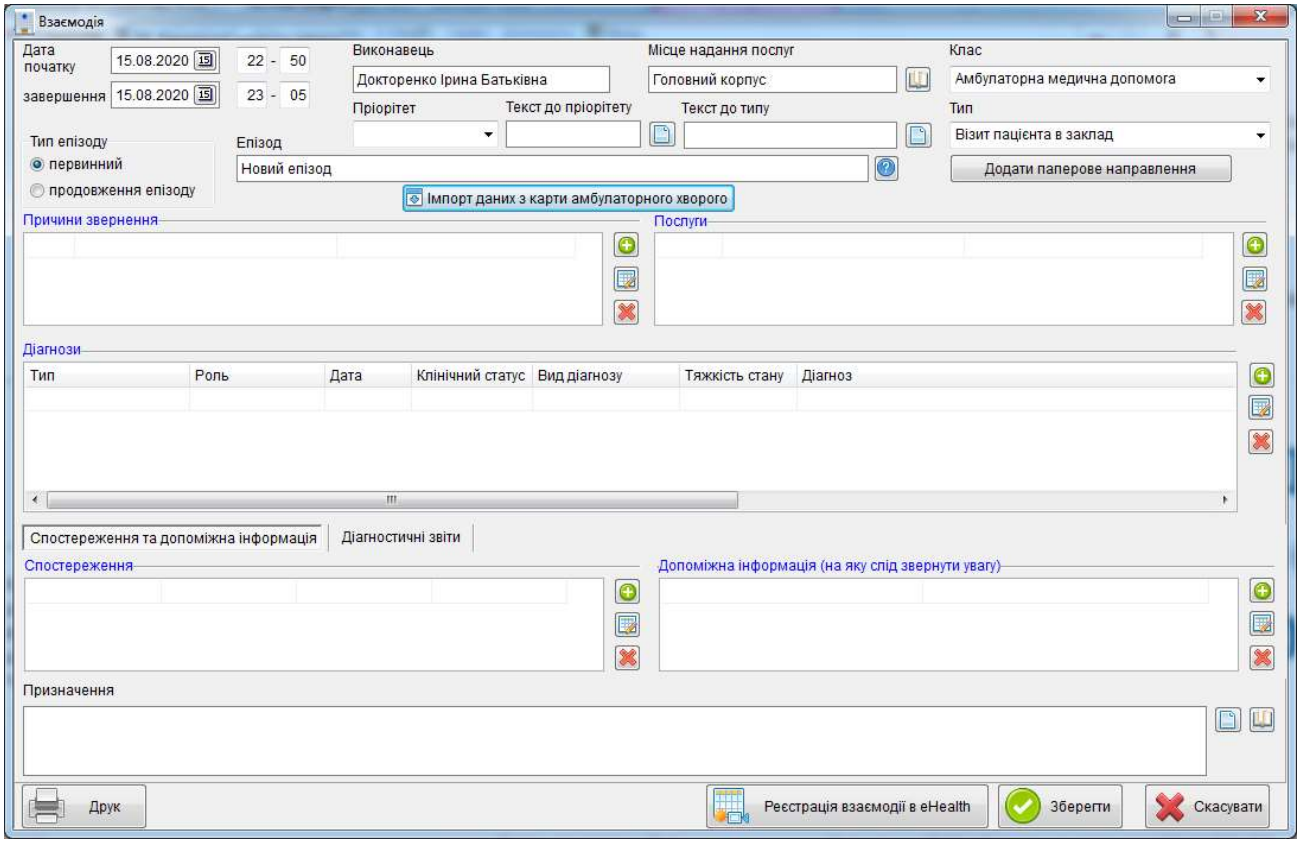




9.7.2 Створення візиту(взаємодії) БЕЗ ЕЛЕКТРОННОГО НАПРАВЛЕННЯ.

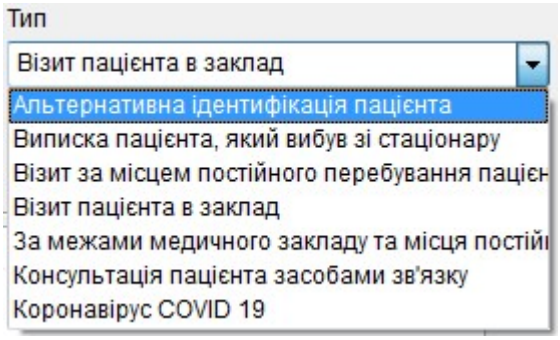
Якщо пацієнт звернулась без електронного направлення (або з паперовим направленням) необхідно на головному вікні ЕМЗ натиснути кнопку **«Створити новий візит».**





Поля для заповнення взаємодії:

- **дата (час) початку та завершення** візиту;
- **«Виконавець»** та **«Місце надання послуг»**;
- **«Пріоритет»** (примусове, планове, ургентне), при потребі **«Текст до пріоритету»**,
- **«Тип»** взаємодії

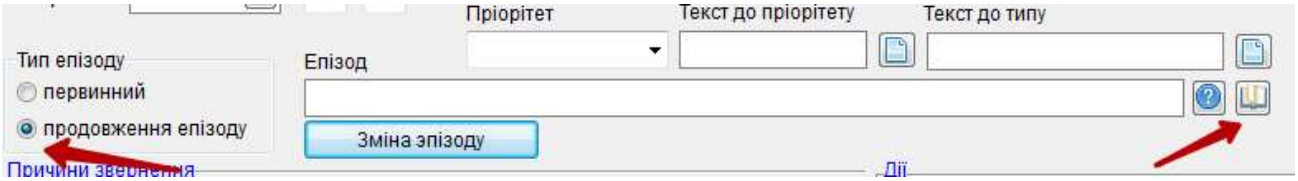


- **«Тип епізоду»**
  - **Первинний. Новий епізод створюється** при першому зверненні пацієнта в заклад/до лікаря з медичною проблемою або за потреби (хронічне або виліковне захворювання, вакцинація, адміністративні потреби тощо); при новому випадку нехронічного захворювання, при зміні закладу.

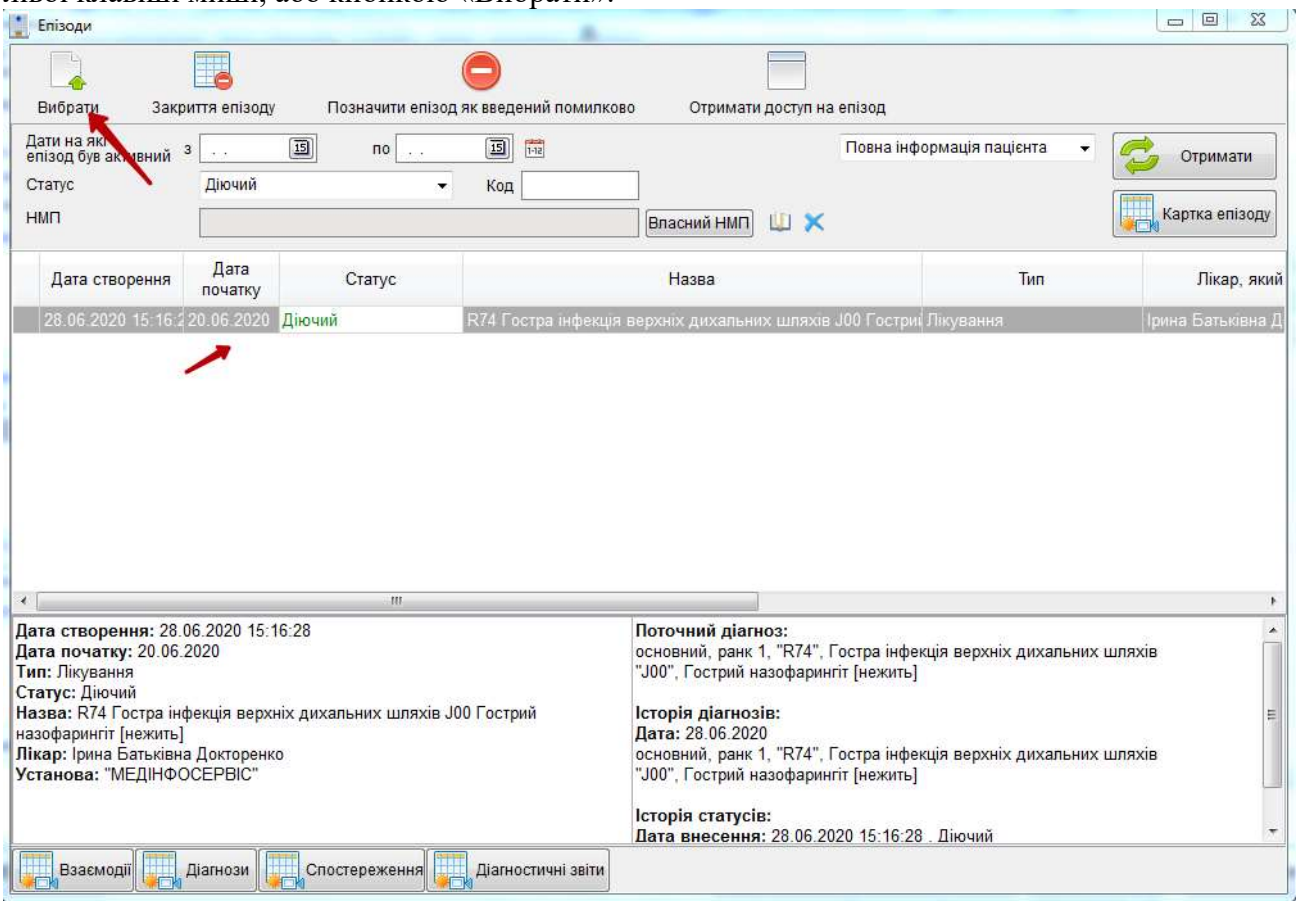
При створенні нового епізоду потрібно обрати **«первинний»** і продовжити заповнювати наступні поля.

  - **Продовження епізоду. Новий епізод НЕ створюється** при повторних зверненнях в процесі лікування одного захворювання (*за виключенням - госпіталізація*), або, якщо вже є епізод з активним статусом, що стосується даної проблеми (*за виключенням – не закритого своєчасно епізоду з таким же діагнозом*).

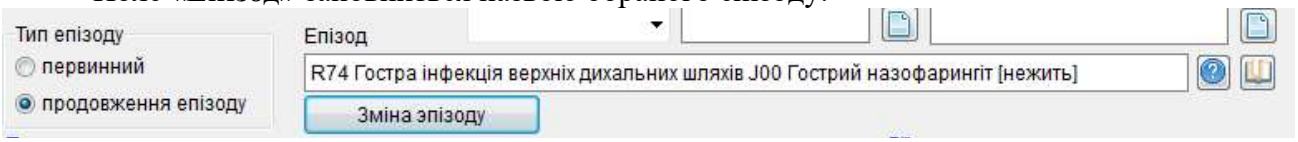
При продовженні епізоду, потрібно обрати його в полі **«Епізод»,** за допомогою кнопки



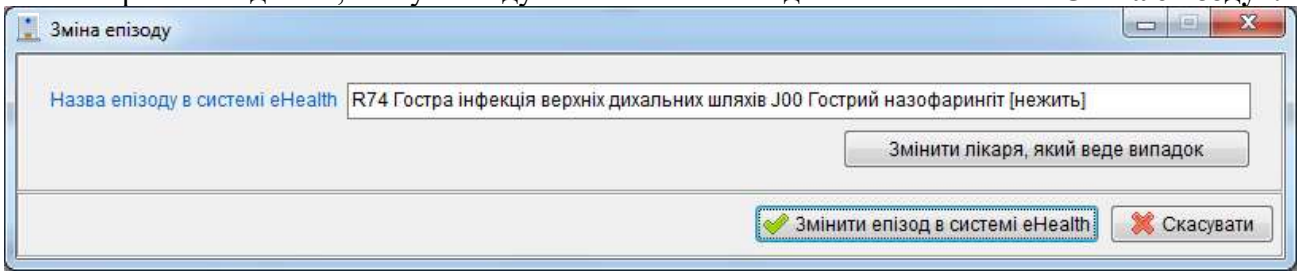
У вікні, що з’явилось обираємо рядок з потрібним епізодом подвійним натисканням лівої клавіші миші, або кнопкою «Вибрати».



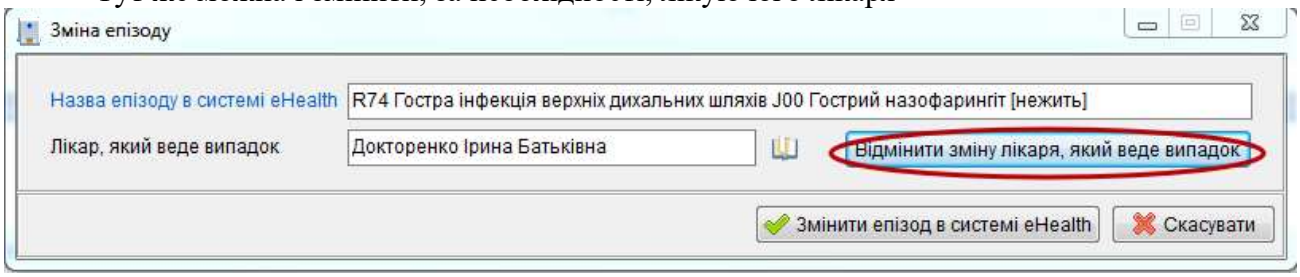
Поле **«Епізод»** заповниться назвою обраного епізоду.



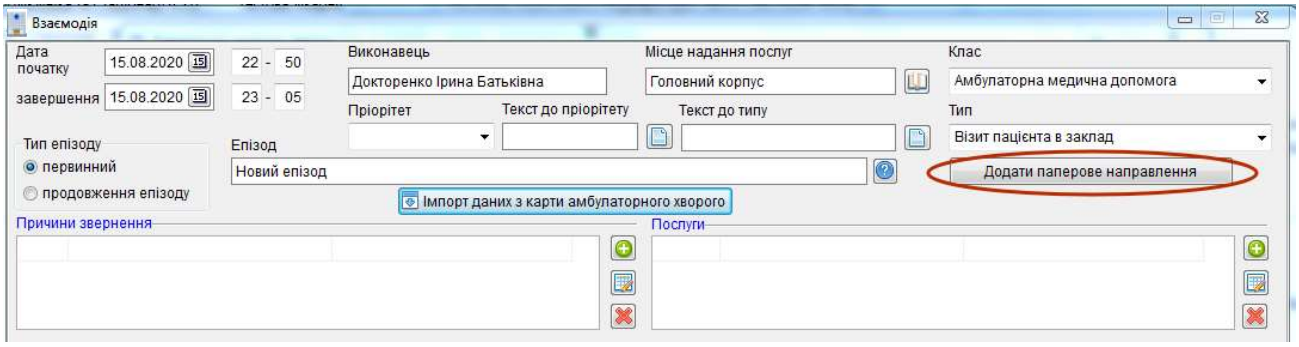
При необхідності, назву епізоду можна змінити за допомогою кнопки **«Зміна епізоду».**

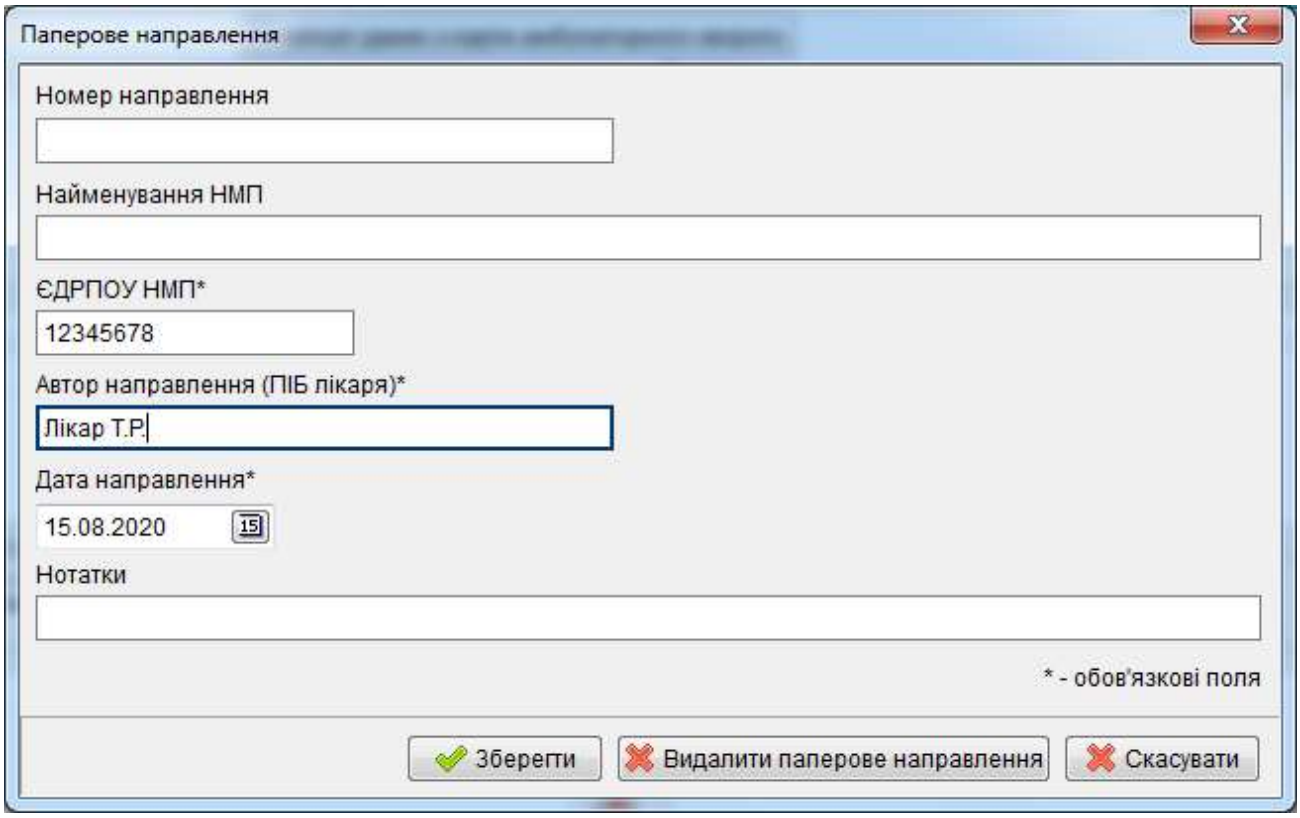


Тут же можна і змінити, за необхідності, лікуючого лікаря

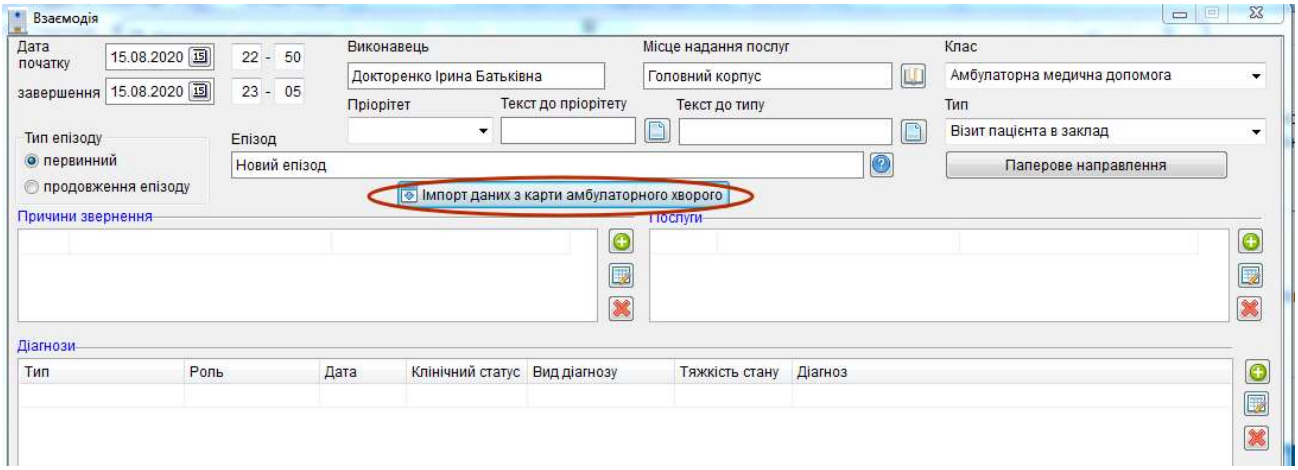


- **«Паперове направлення»** - при необхідності можна додати, вказавши обов’язково ЄДРПОУ закладу, який виписав паперове направлення. ПІБ лікаря і дату виписаного направлення.

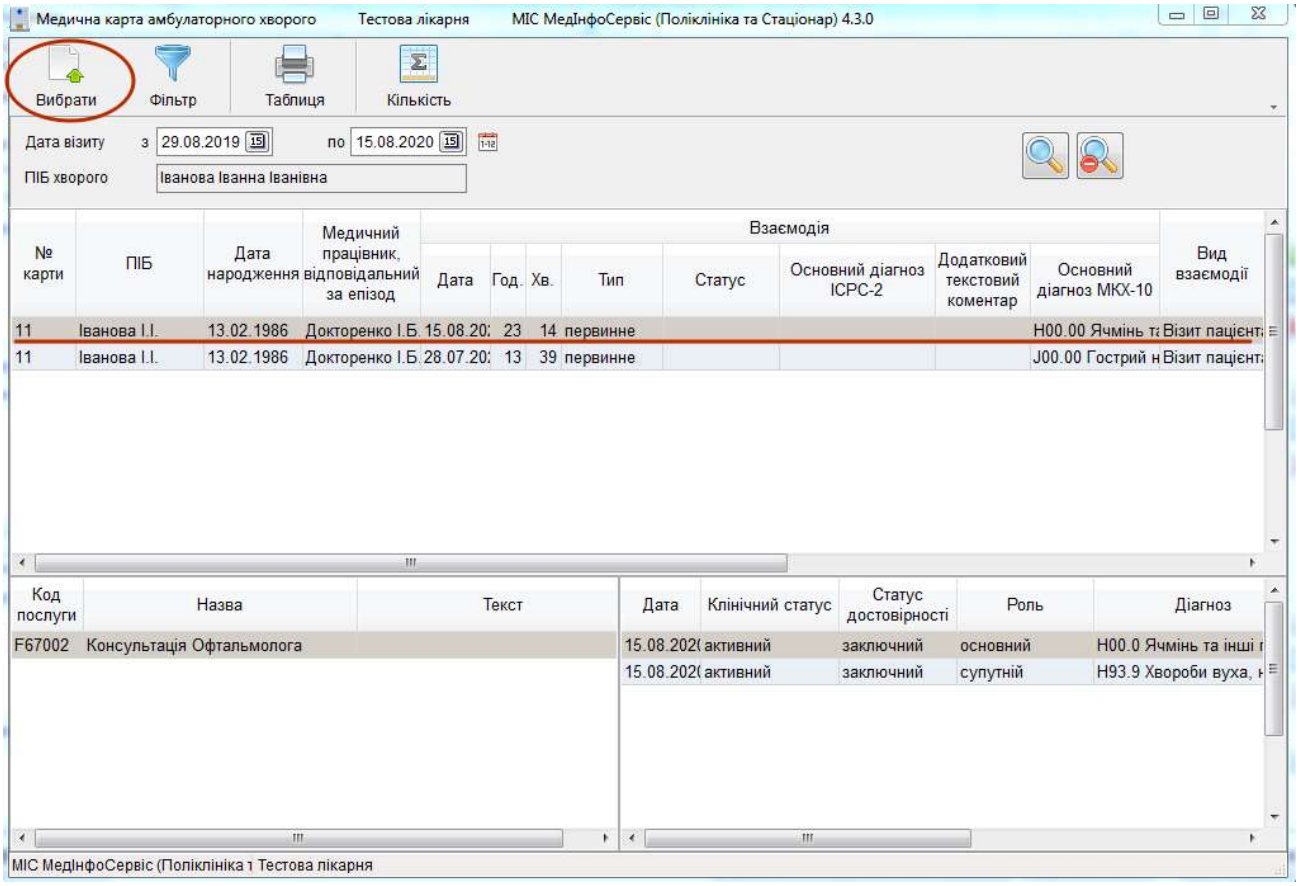




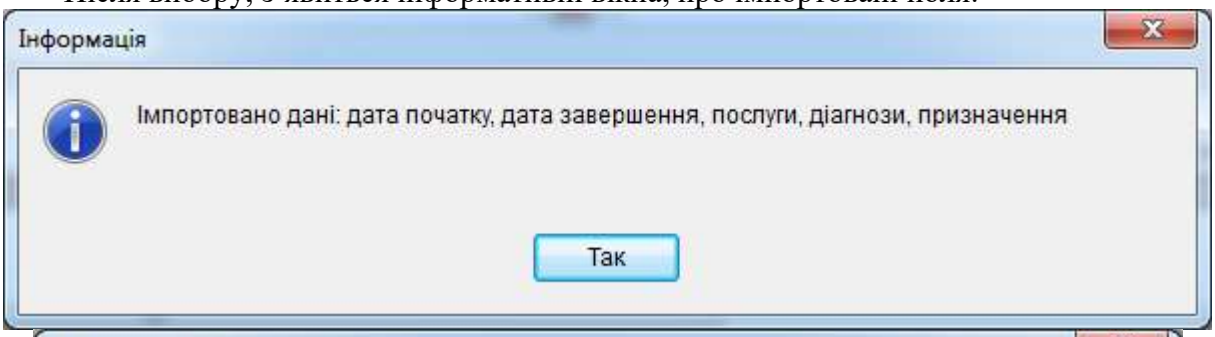
- **«Імпорт даних з карти амбулаторного хворого» -** якщо в амбулаторну карту даного хворого були заповнені дані для ЕСОЗ, то є можливість імпортувати ці дані в ЕМЗ.

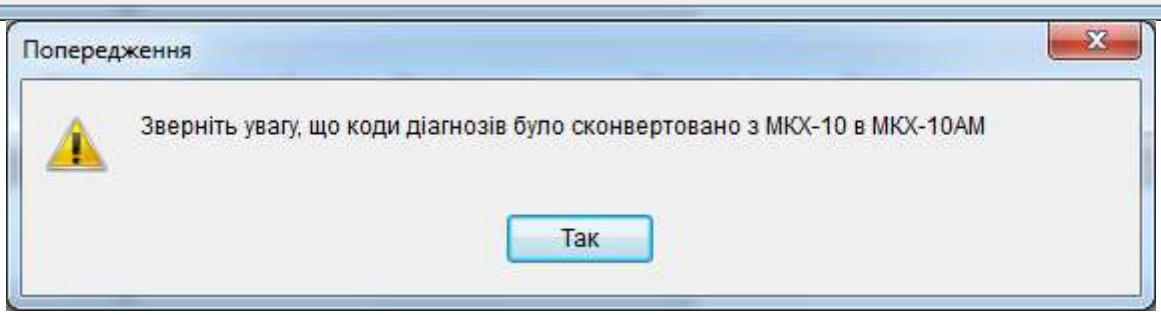


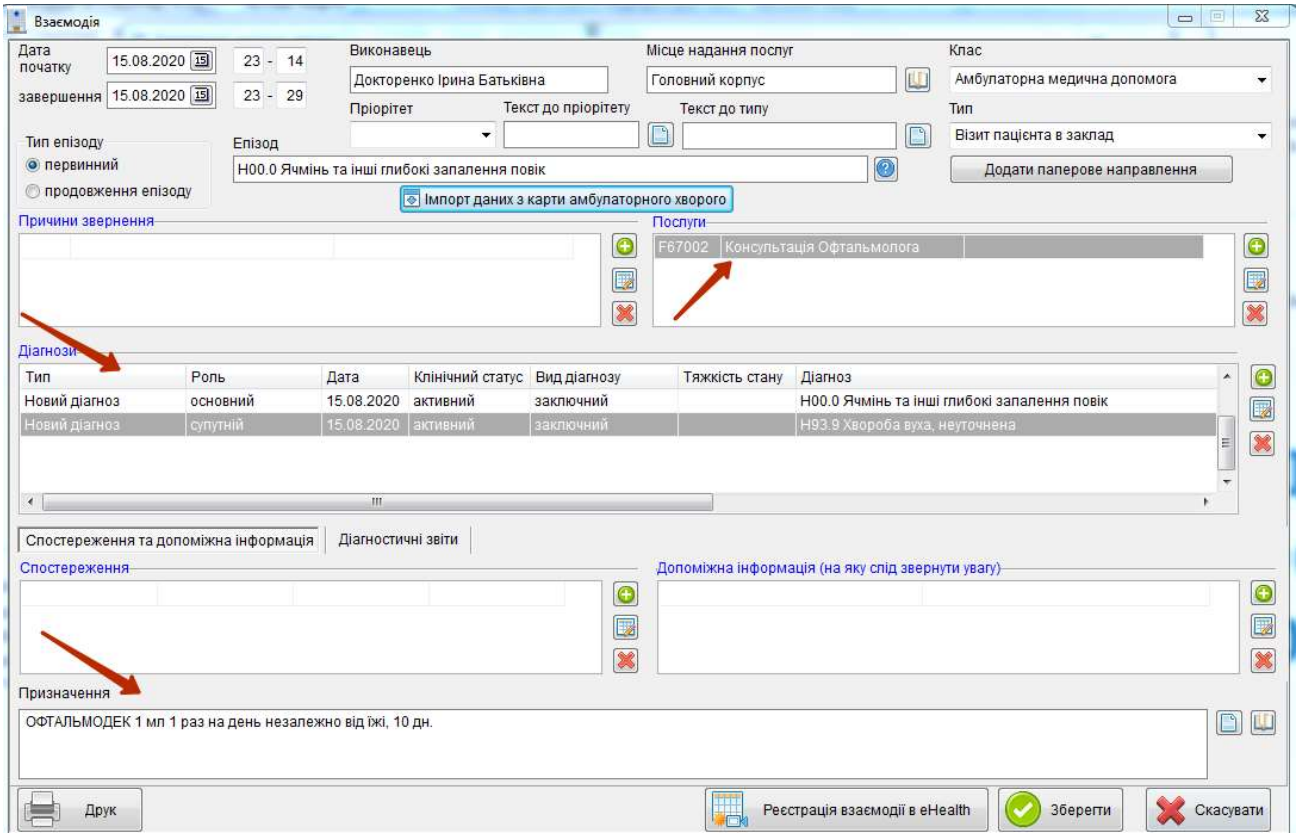
Натиснувши дану кнопку, з’являється вікно, де слід обрати взаємодію, яку будемо імпортувати у взаємодію ЕМЗ, подвійним натисканням лівої клавіші миші, або за допомогою кнопкою **«Вибрати».**



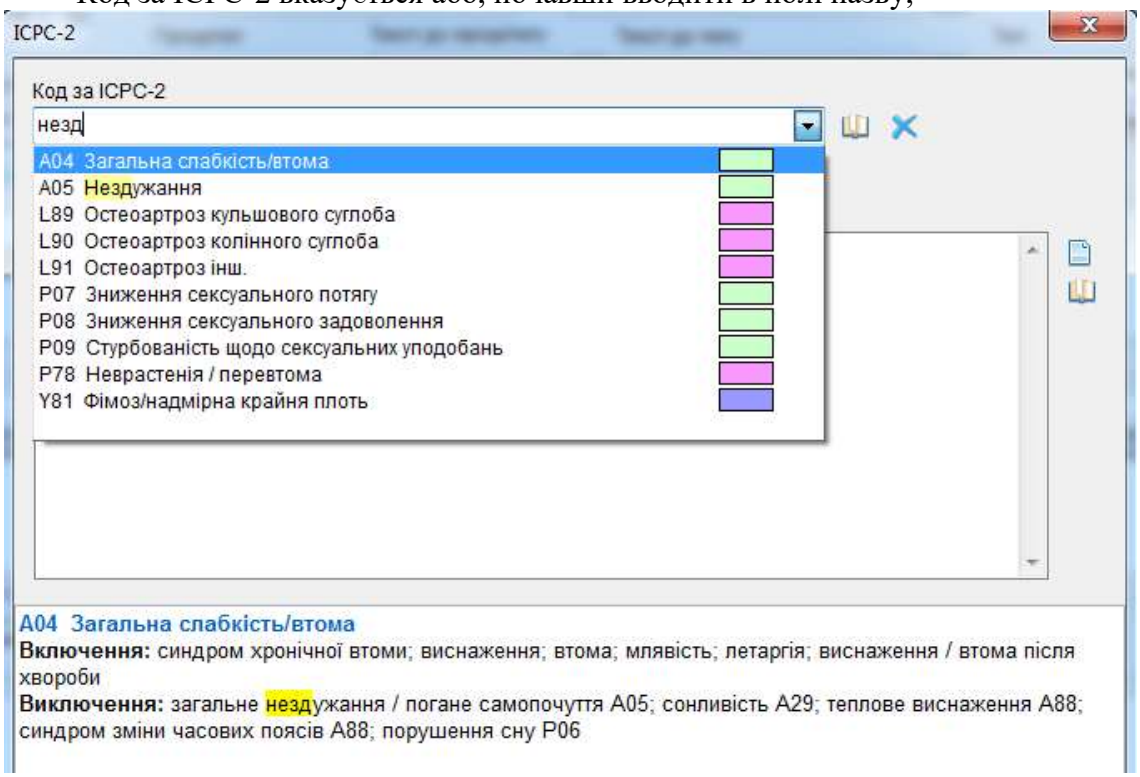
Після вибору, з’явиться інформативні вікна, про імпортовані поля.



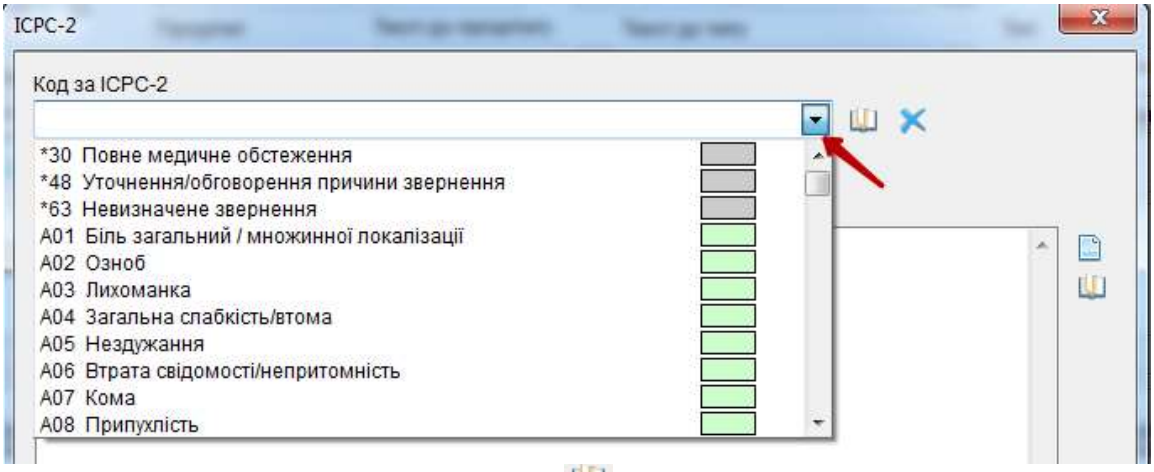




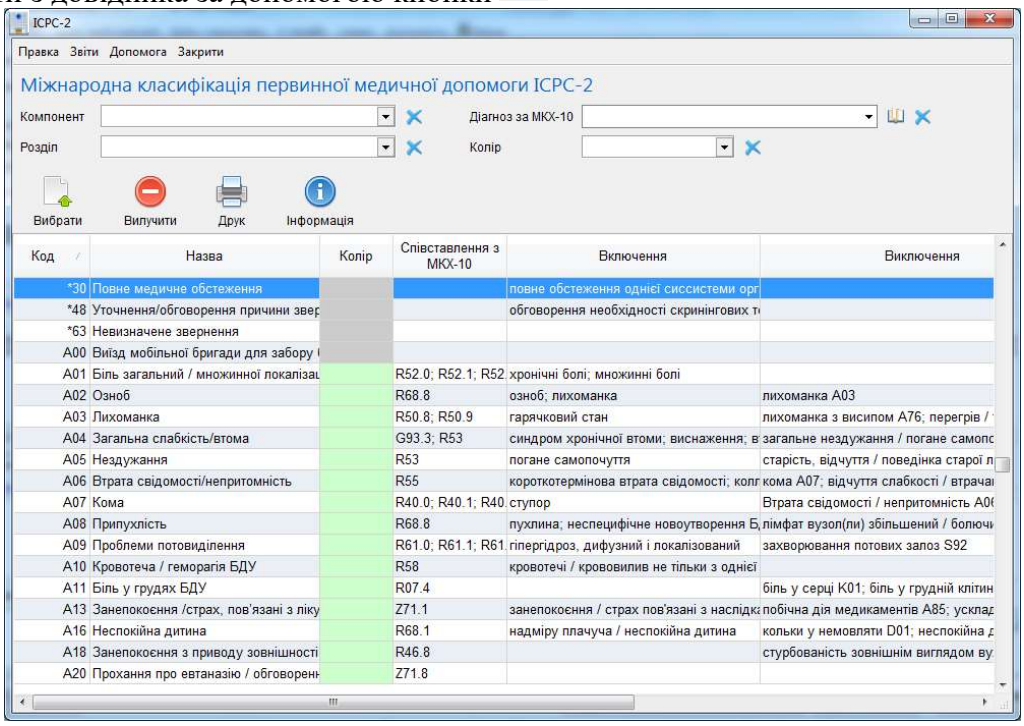
- **«Причини звернення» -** являється полем, **<u>не обов'язковим</u>** для заповнення в закладах СМД.
  Причина вказується згідно міжнародного класифікатора первинної медичної допомоги ICPC-2. Всі причини додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , .
  Код за ICPC-2 вказується або, почавши вводити в полі назву,



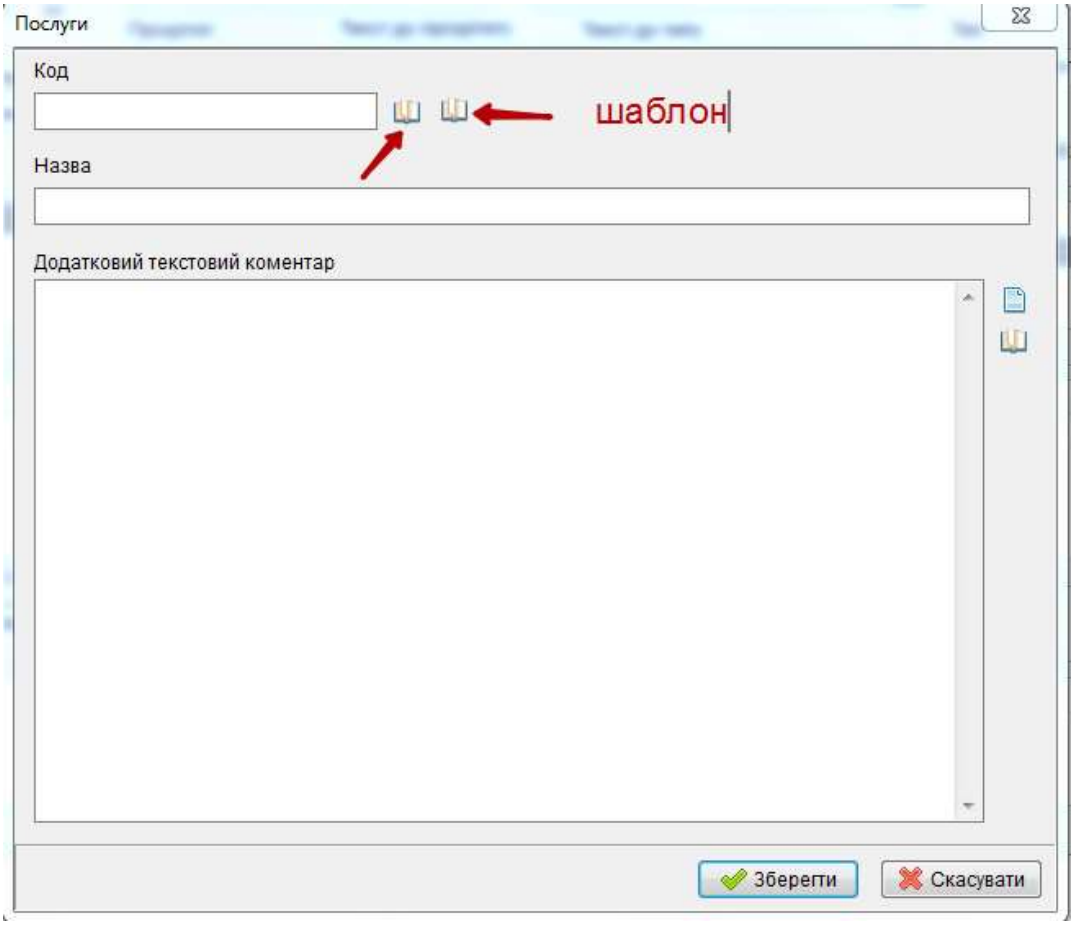
або обравши з випадаючих списків



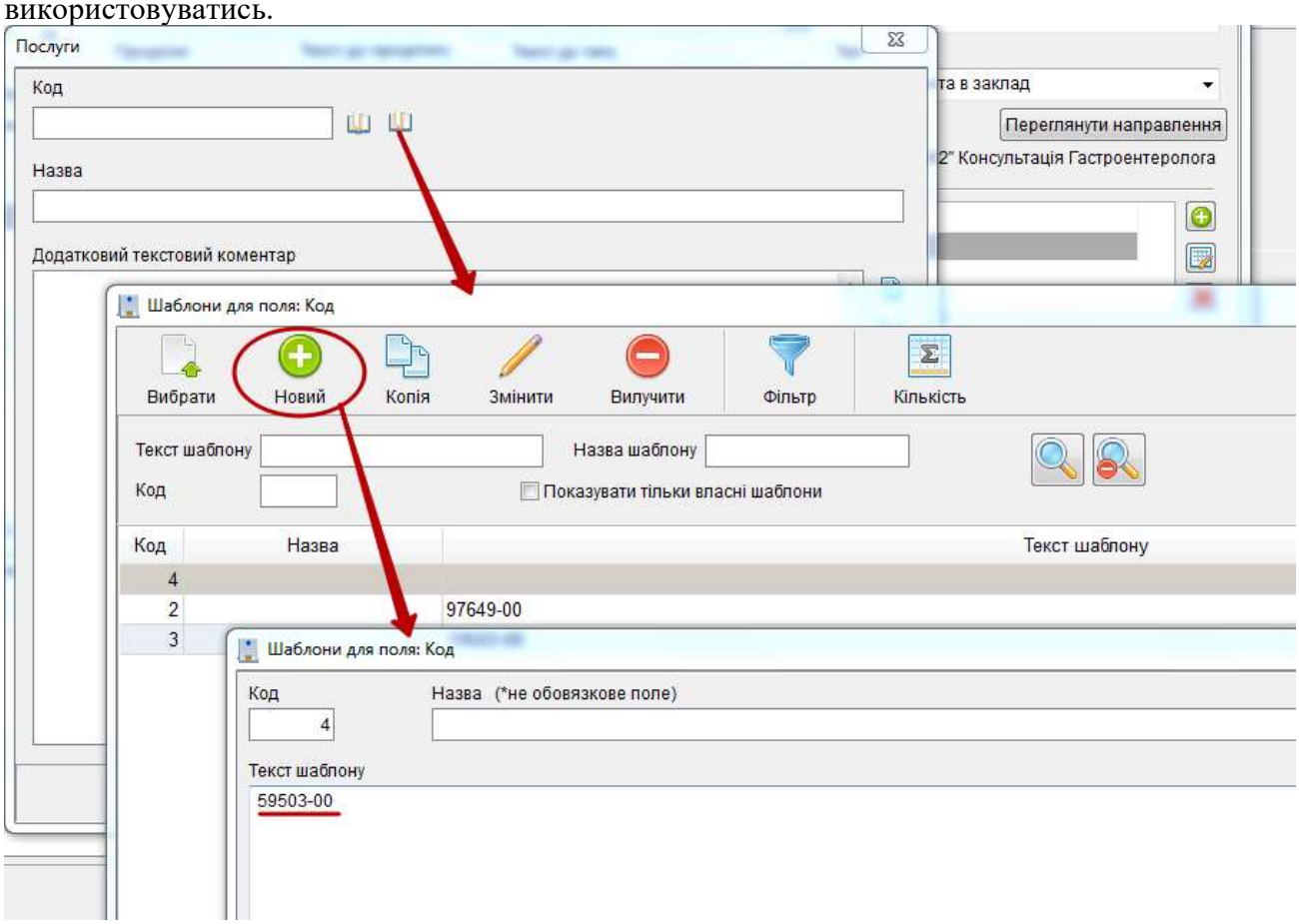
або обрати з довідника за допомогою кнопки



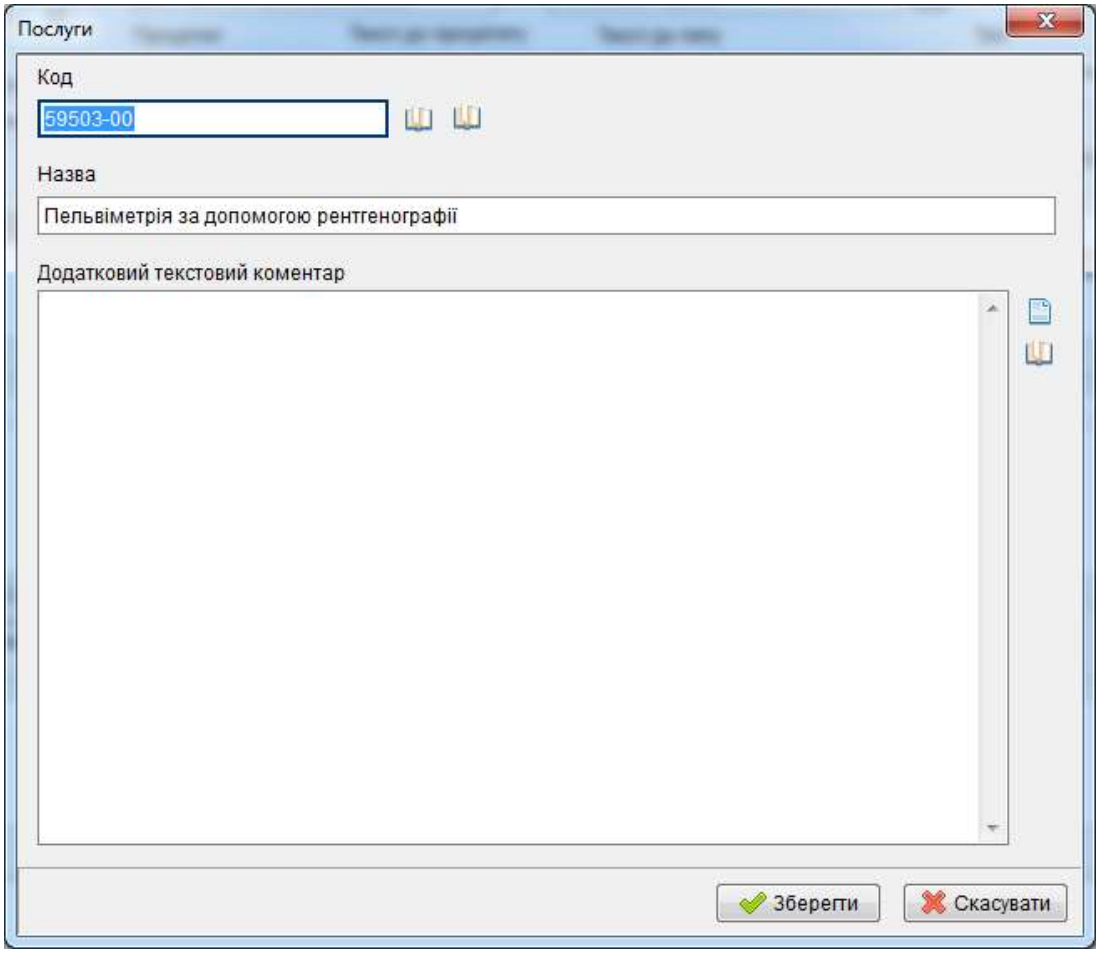
- **«Послуги» -** у випадку, коли взаємодія створюється по електронному направленню, автоматично в даному полі пропишеться послуга, яка була вказана при створенні направлення. При необхідності, додатково вносяться дії та процедури, які були проведені під час взаємодії з Національного класифікатора НК 026:2019 «Класифікатор медичних інтервенцій» гармонізований з Австралійським класифікатором медичних інтервенцій (АКМІ). Всі послуги додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , .
  При додаванні нової послуги з'являється вікно, де потрібно обрати відповідну за допомогою кнопки . Поруч така ж кнопка дозволяє **створити шаблон** для подальшого використання.



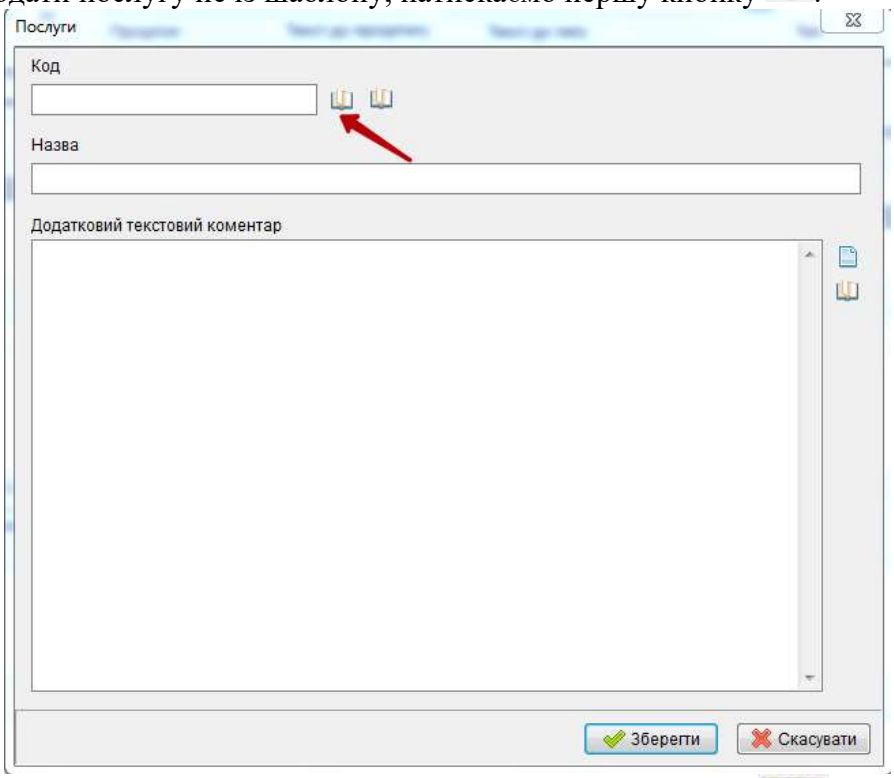
В шаблоні достатньо ввести в поле **«Текст шаблону»** код, який часто буде використовуватись.



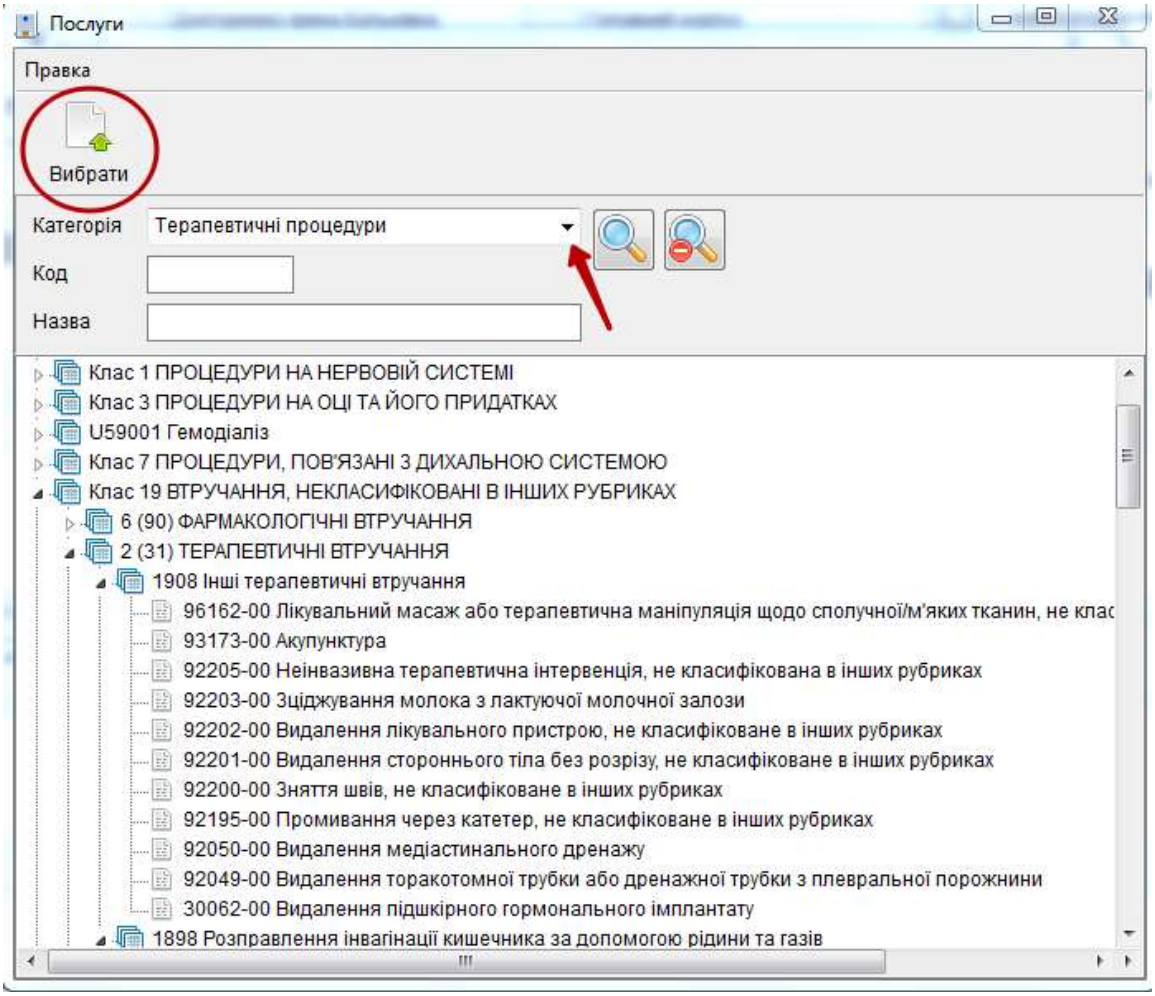
Тоді, після вибору шаблону, обрана послуга підтягнеться автоматично.



Щоб додати послугу не із шаблону, натискаємо першу кнопку .

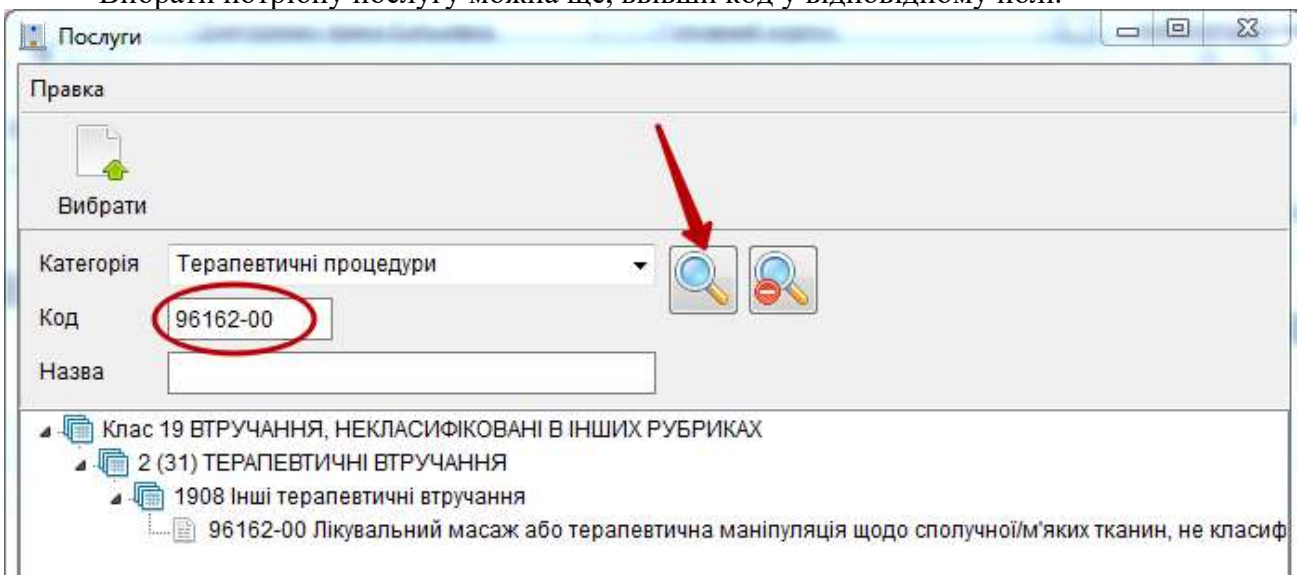


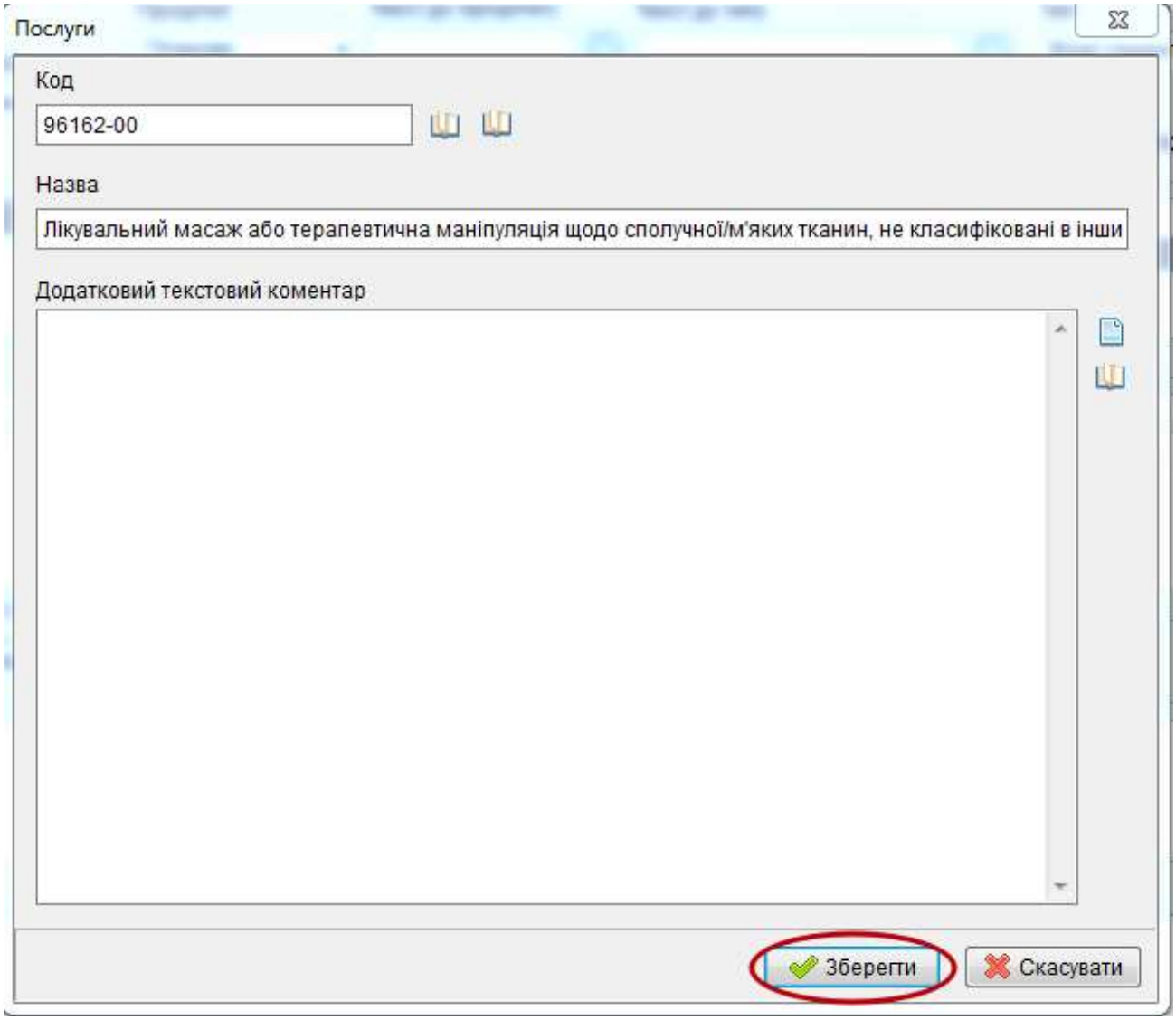
У вікні, що відкрилось обрати категорію та натиснути кнопку .



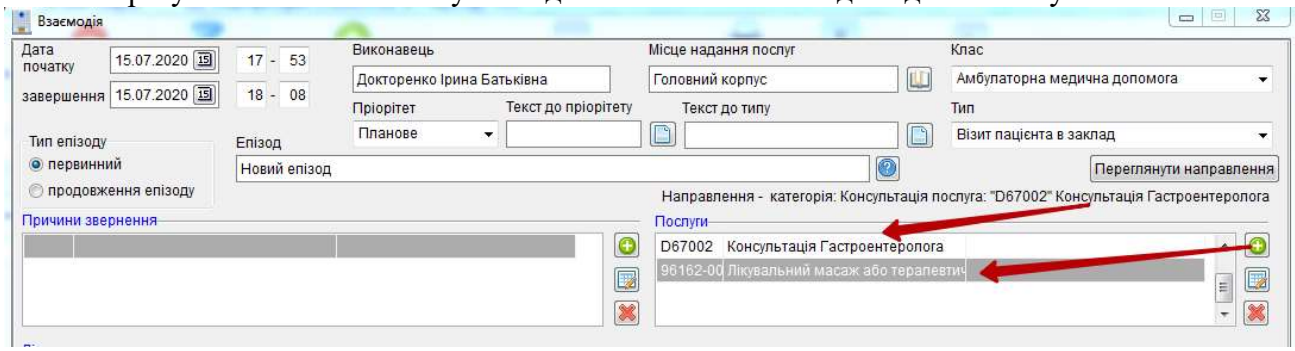
Відфільтрується перелік послуг відповідно категорії, обрати потрібну і натиснути **«Вибрати»**.

Вибрати потрібну послугу можна ще, ввівши код у відповідному полі.



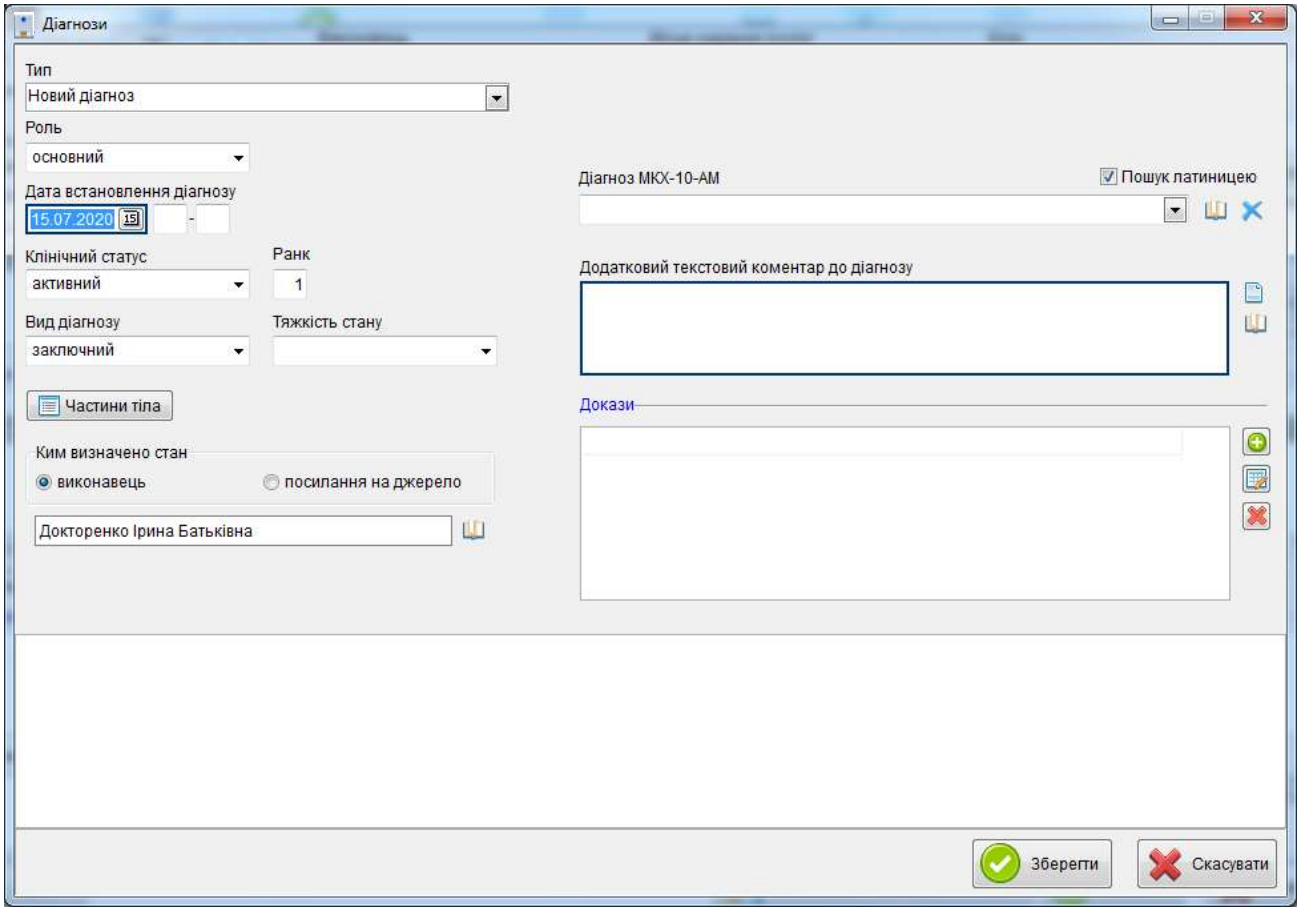


В результаті в полі «Послуги» відмітити всі виконані дії під час візиту.

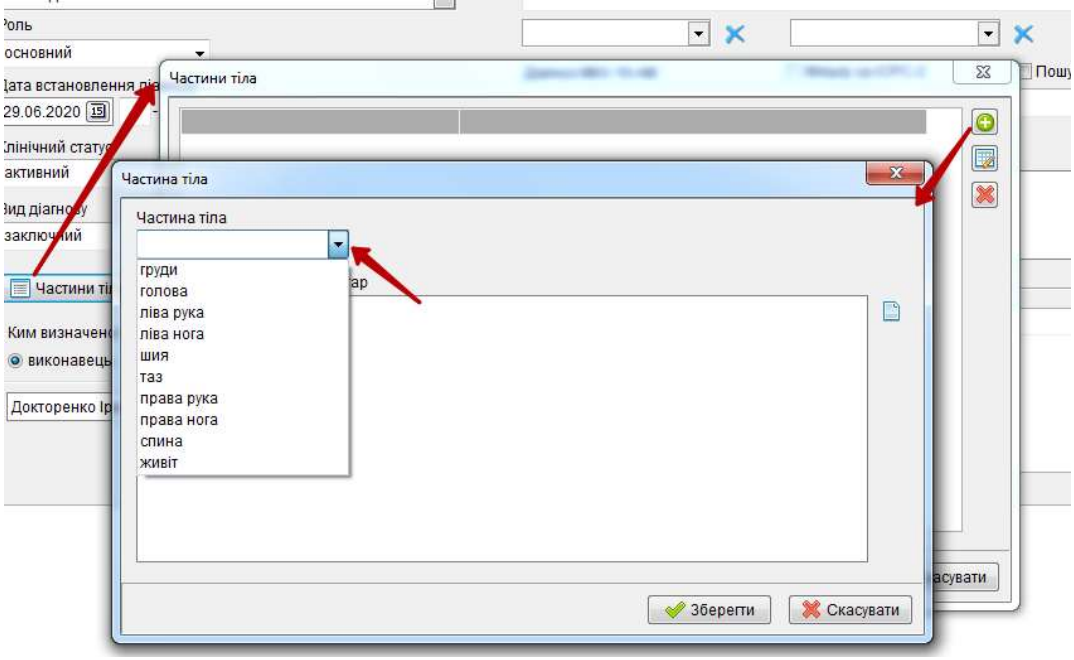


- **«Діагнози» -** в рамках взаємодії лікар може вказати, за необхідності, декілька діагнозів пацієнта, які в свою чергу поділяються на: **основний** (в межах однієї взаємодії можна вказати лише один основний діагноз пацієнта), **супутній** (стан або захворювання, що немає причинно наслідкового зв'язку з основним діагнозом), **ускладнення** (стан або захворювання, що пов'язане з основним діагнозом або діями в процесі медичних втручань).

  Всі діагнози додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , .



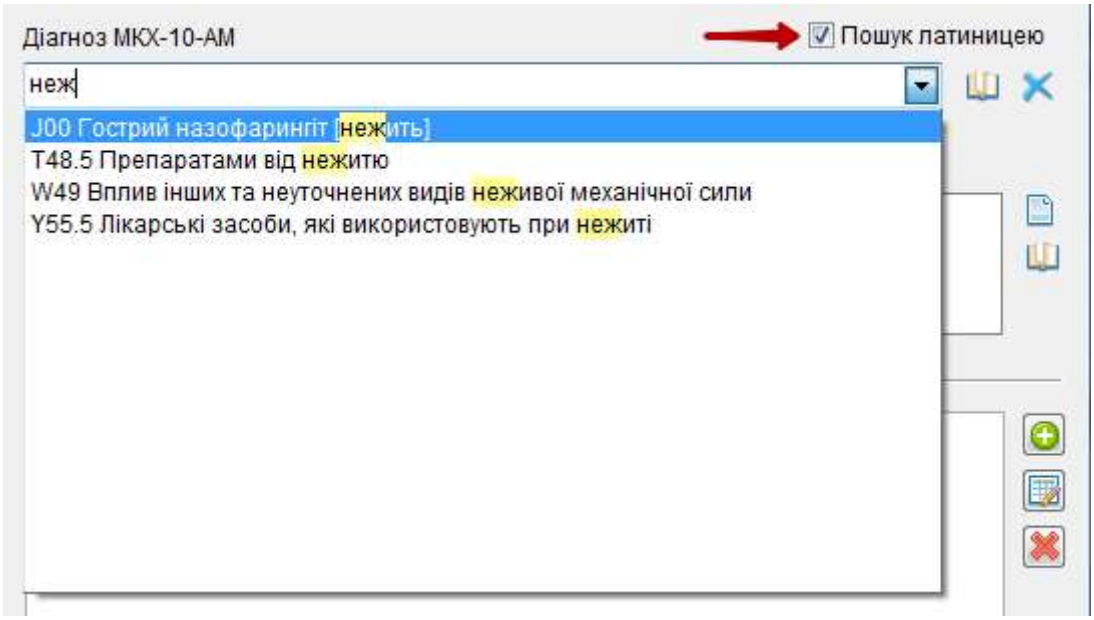
У вікні «Діагнози» необхідно вказати всі важливі дані. **«Роль»** діагнозу (основний, супутній, ускладнення) вноситься для кожного діагнозу (стану); **«Дата встановлення діагнозу»**; **«Клінічний статус»** (активний, завершений, рецидив, ремісія); **«Вид діагнозу»** (заключний, диференціальний, введений помилково, попередній, спростований), **«Тяжкість стану»** (легкий, середньої тяжкості, важкий); **«Частини тіла»,** з якою пов'язаний діагноз



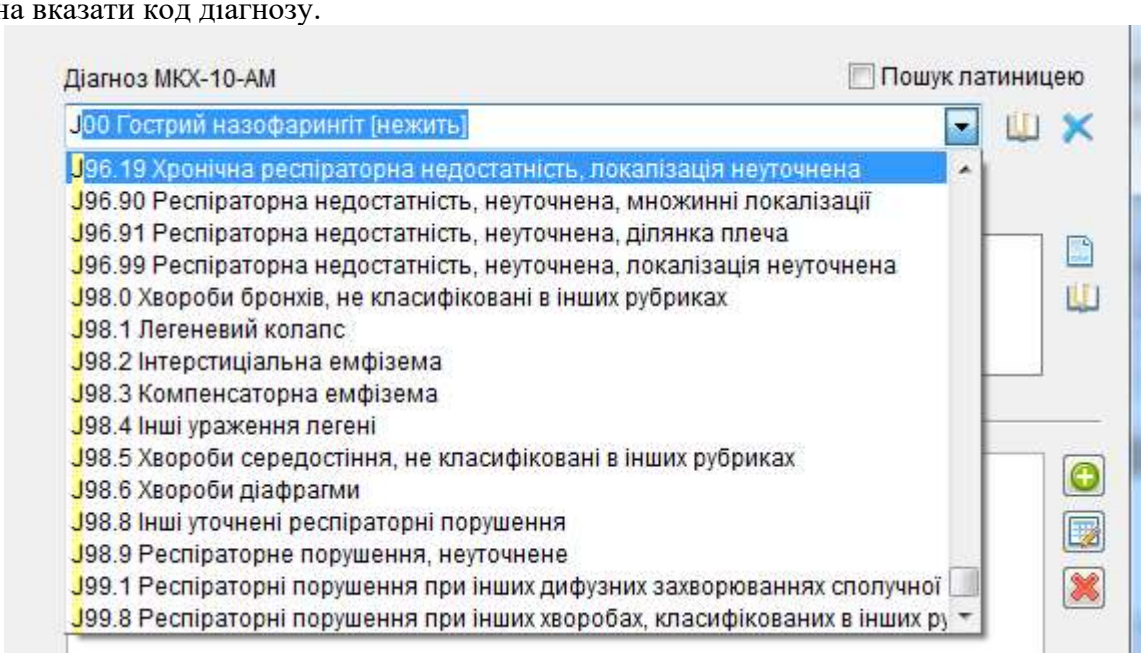
«Ким визначено стан» - «Посилання на джерело» - якщо діагноз встановлено з історичного джерела інформації, то необхідно конкретизувати це джерело (запис в паперовій документації, зі слів пацієнта, зі слів пов'язаної особи).

Вносяться код діагнозу з Національного класифікатора НК 025:2019 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я».

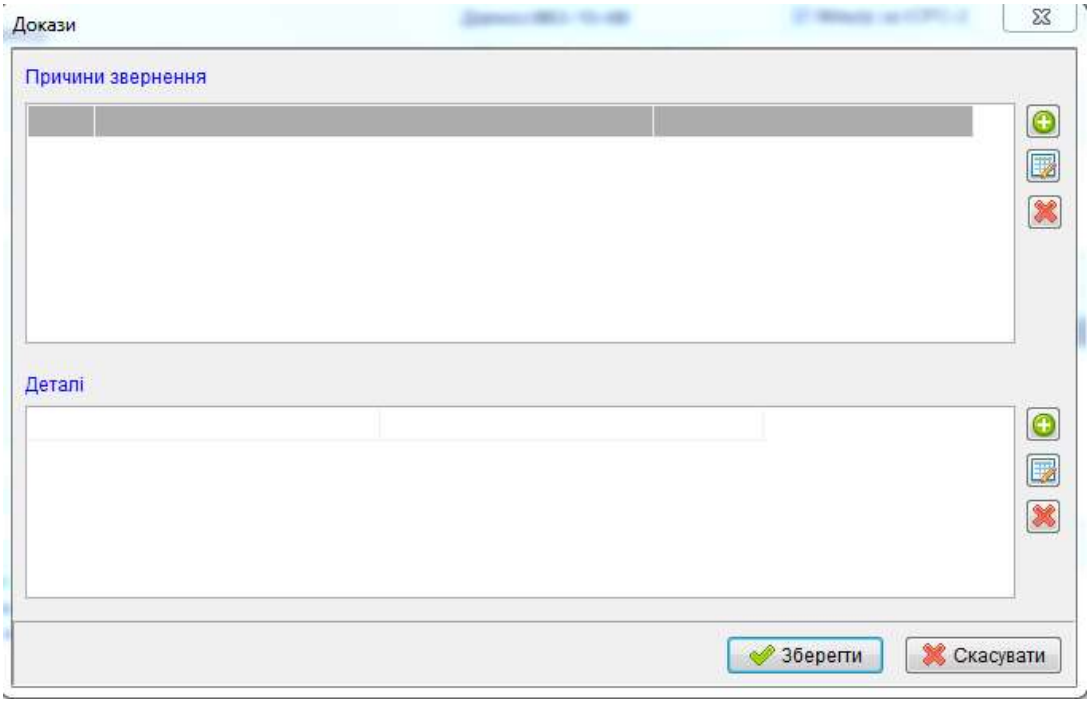
При включеному режимі **«Пошук латиницею»:**

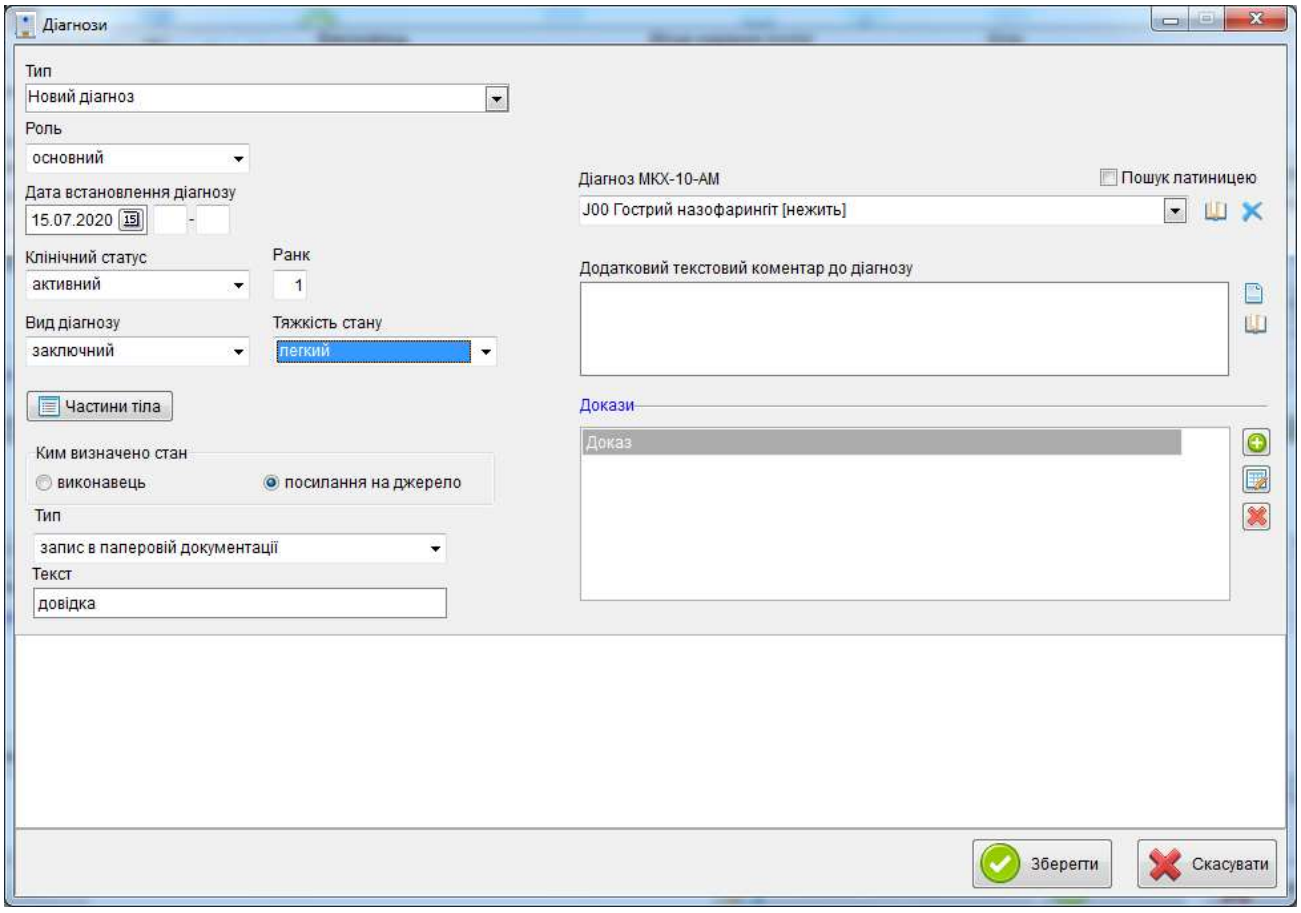


При виключеному режимі «Пошук латиницею»: яка б не була вибрана мова системи, можна вказати код діагнозу.

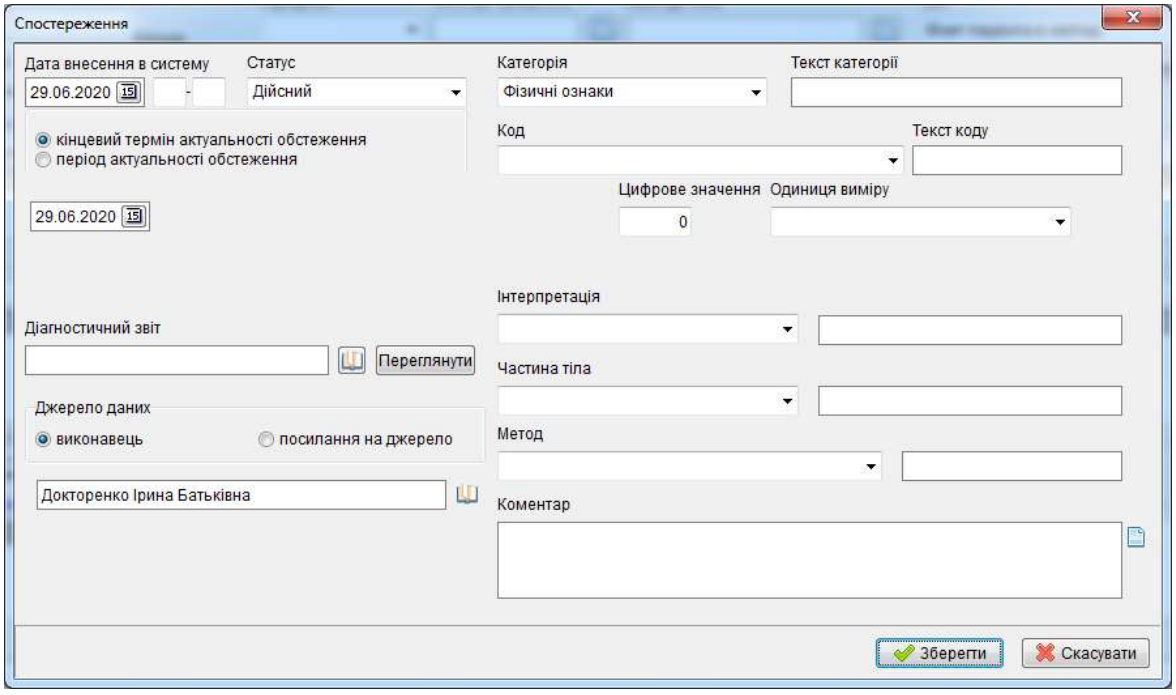


При потребі, можливо вказати **«Докази»**, наприклад, причину звернення пацієнта, на основі якої було встановлено діагноз.

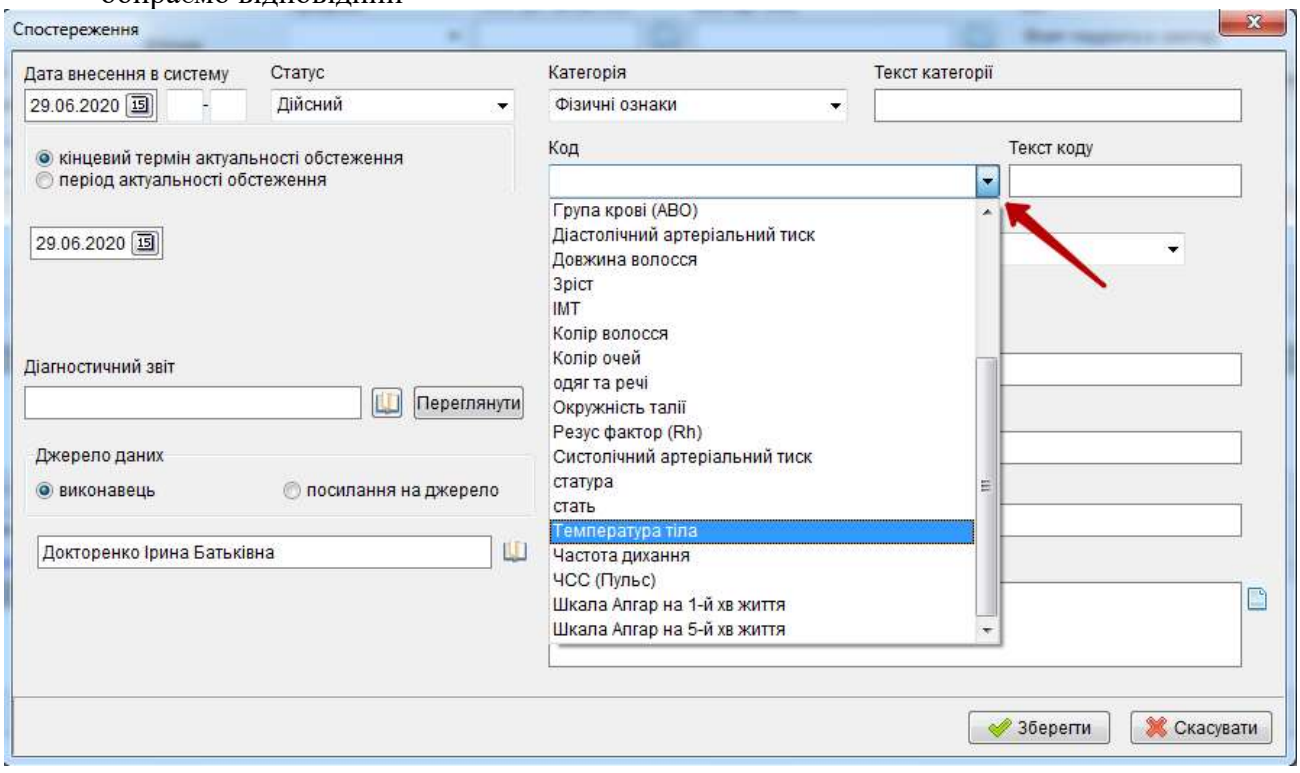




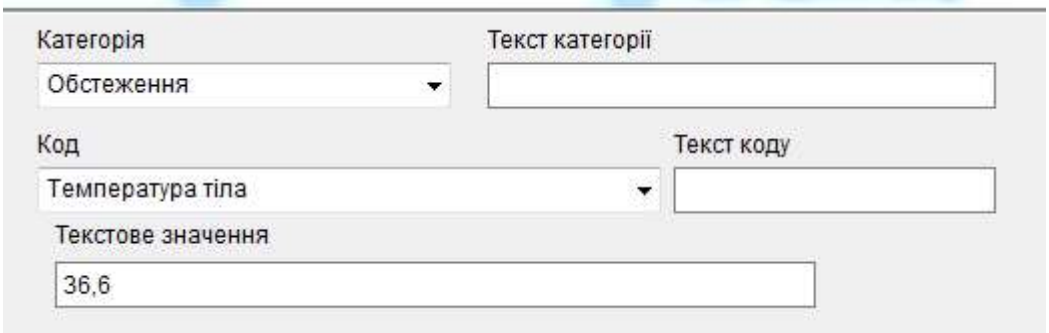
«Спостереження та допоміжна інформація» - результатами спостереження (обстеження) можуть бути відображені такими способами: як текстове поле (у взаємодії, в довільній формі в текстових полях), як окремий документ. Розглянемо останній варіант. Всі діагнози додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , . При створенні спостереження, як окремого документу, лікар повинен заповнити поля наступного вікна.



Наприклад, потрібно вказати температуру тіла. Для цього в полі «Код» обираємо відповідний



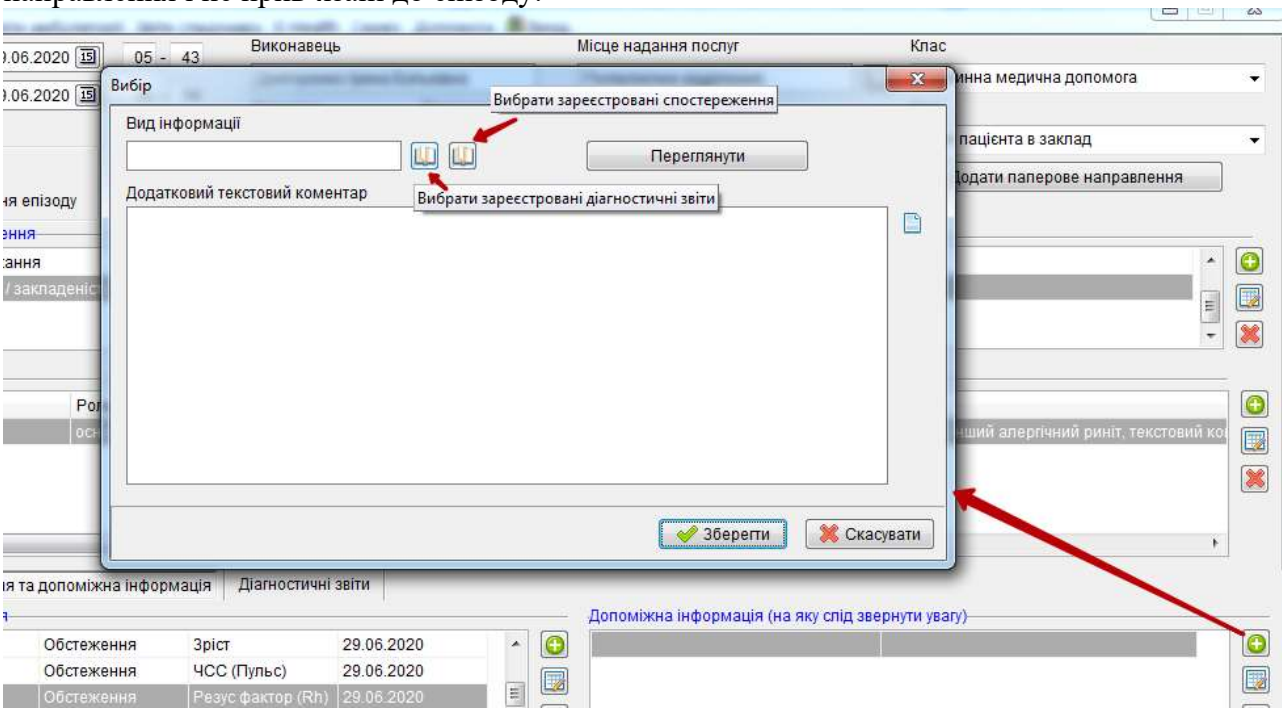
Нижче в полі **«Текстове значення»** вказуємо показник.

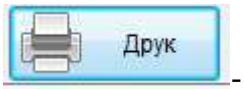


При необхідності, заповнюємо решту полів. За аналогом, додаємо всі спостереження.

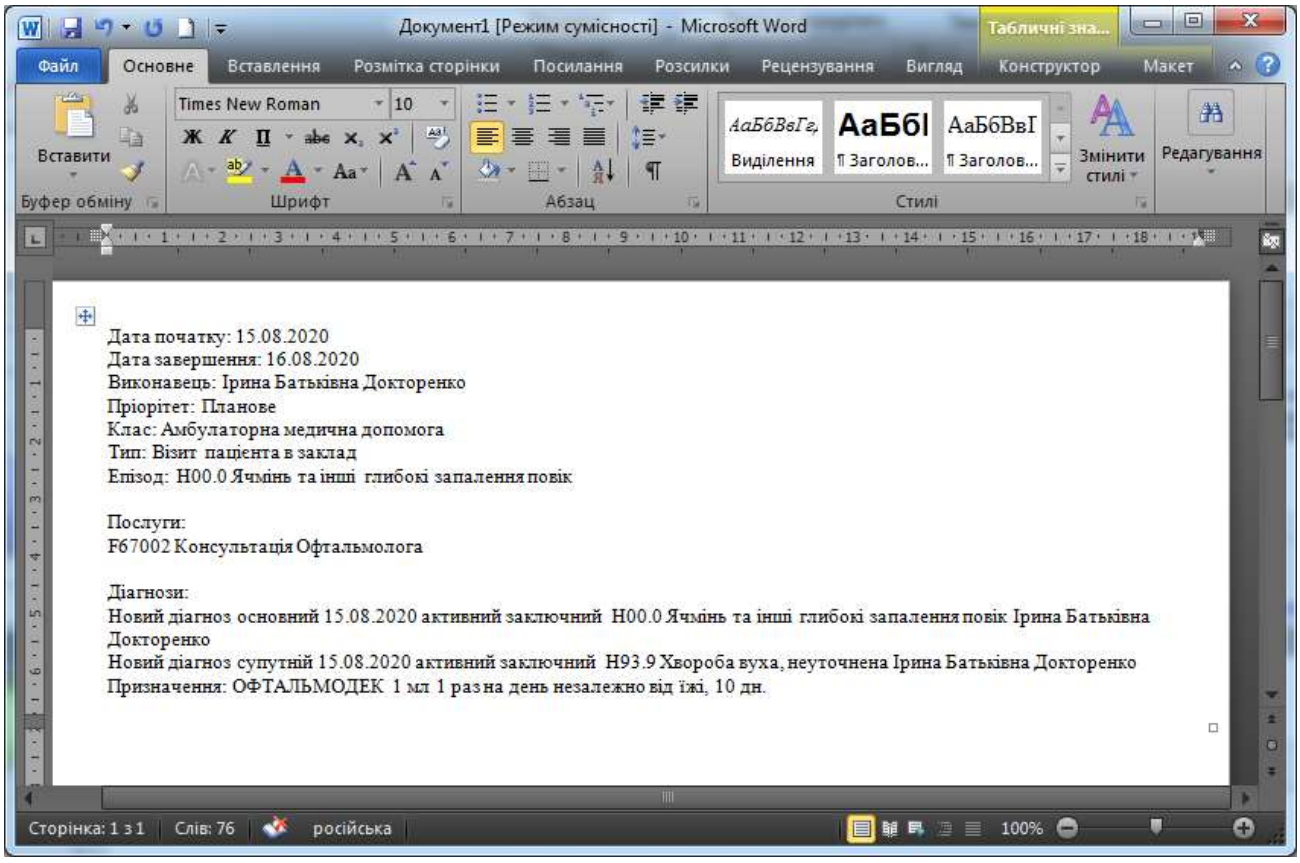
«Допоміжна інформація (на яку слід звернути увагу)» - можна обрати зареєстровані діагностичні звіти або спостереження, які будуть важливі в подальшому

лікуванні пацієнта. Таким чином приєднати діагностичні звіти, які були виконані без направлення і не прив’язані до епізоду.

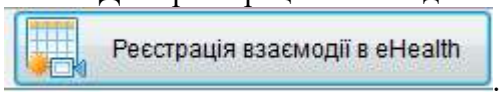




- сформує в документ Word або LibreOffice Writer дані, внесені у взаємодію.

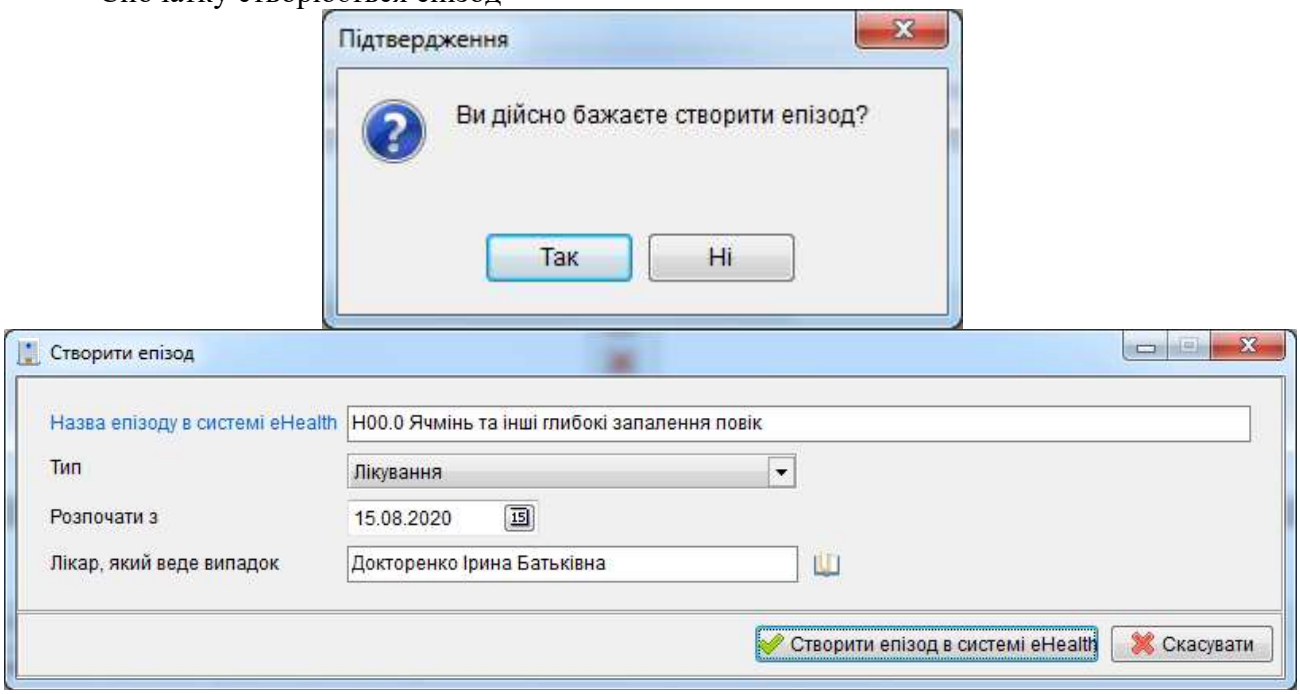


У випадку, коли не встигли заповнити всі дані у взаємодії і необхідно буде доповнити її в інший день, її можна за допомогою кнопки **«Зберегти»**. Це робиться до реєстрації взаємодії в eHealth, адже зареєстровану взаємодію змінити неможна. Знайти збережену (незареєстровану) взаємодію можна в **«Чернетки взаємодій»**.

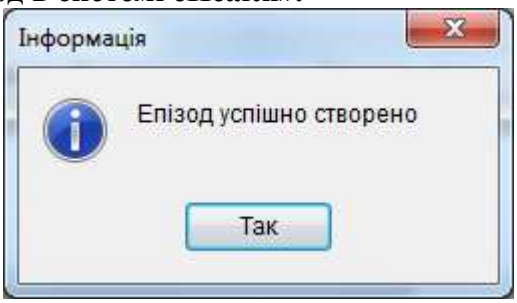
Для реєстрації взаємодії в центральному компоненті ЕСОЗ натискаємо кнопку 

.

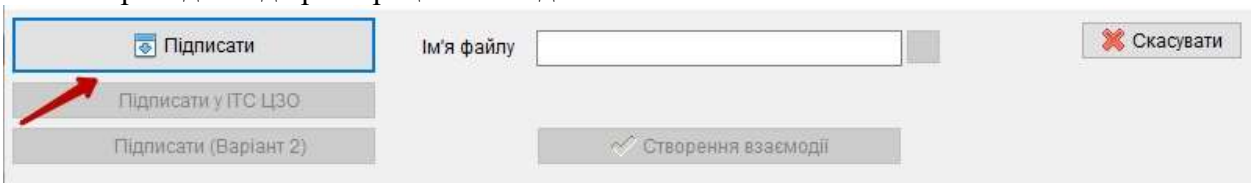
Спочатку створюється епізод



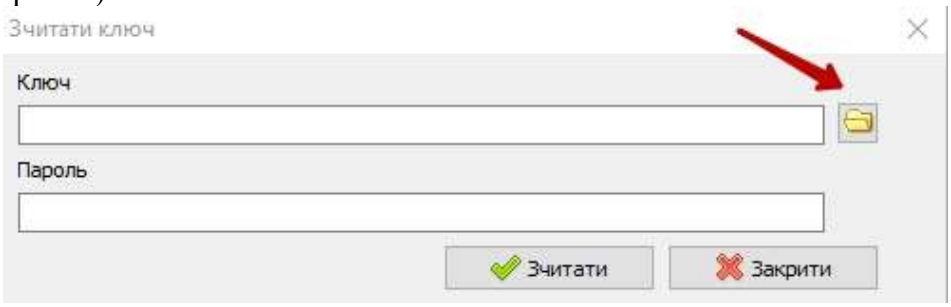
В даному вікні є змога змінити назву епізоду, вказати тип, дату початку, лікаря і натиснути **«Створити епізод в системі eHealth».**

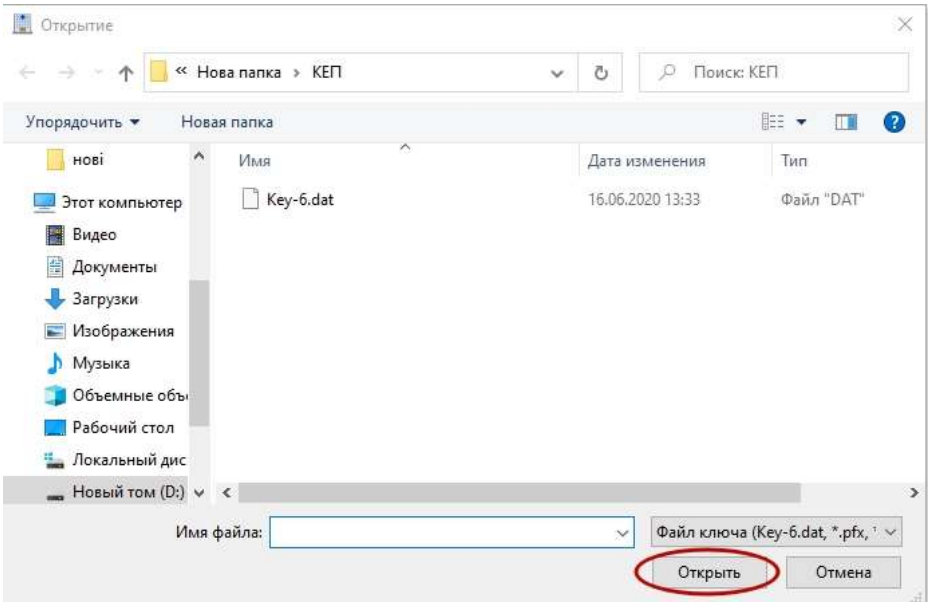


Переходимо до реєстрації взаємодії в eHealth.



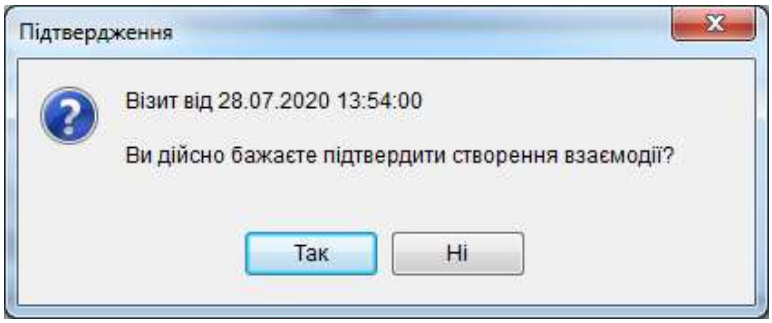
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).

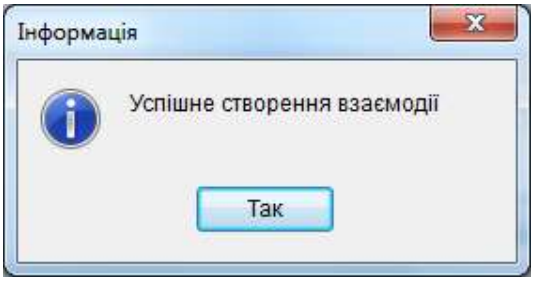




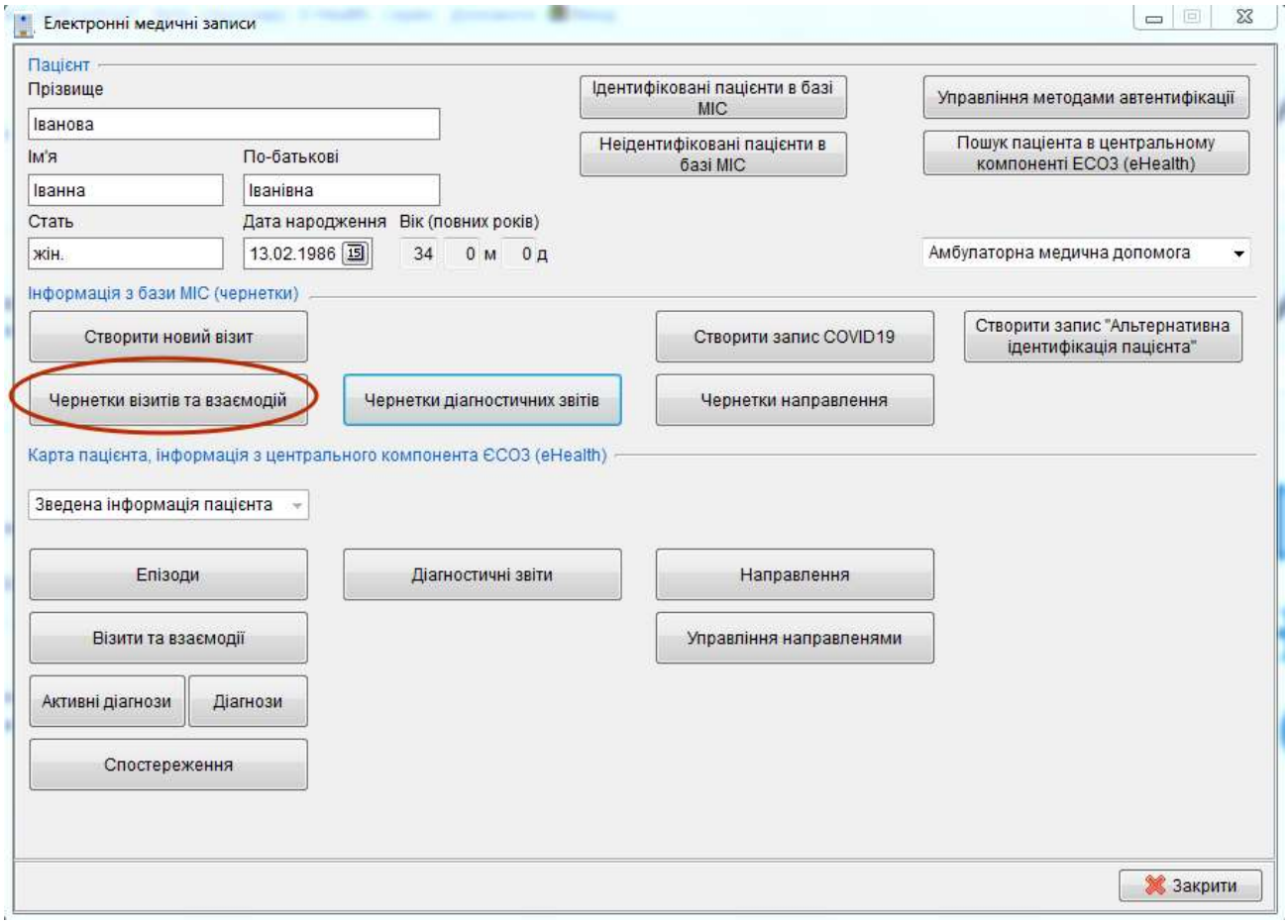
Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».

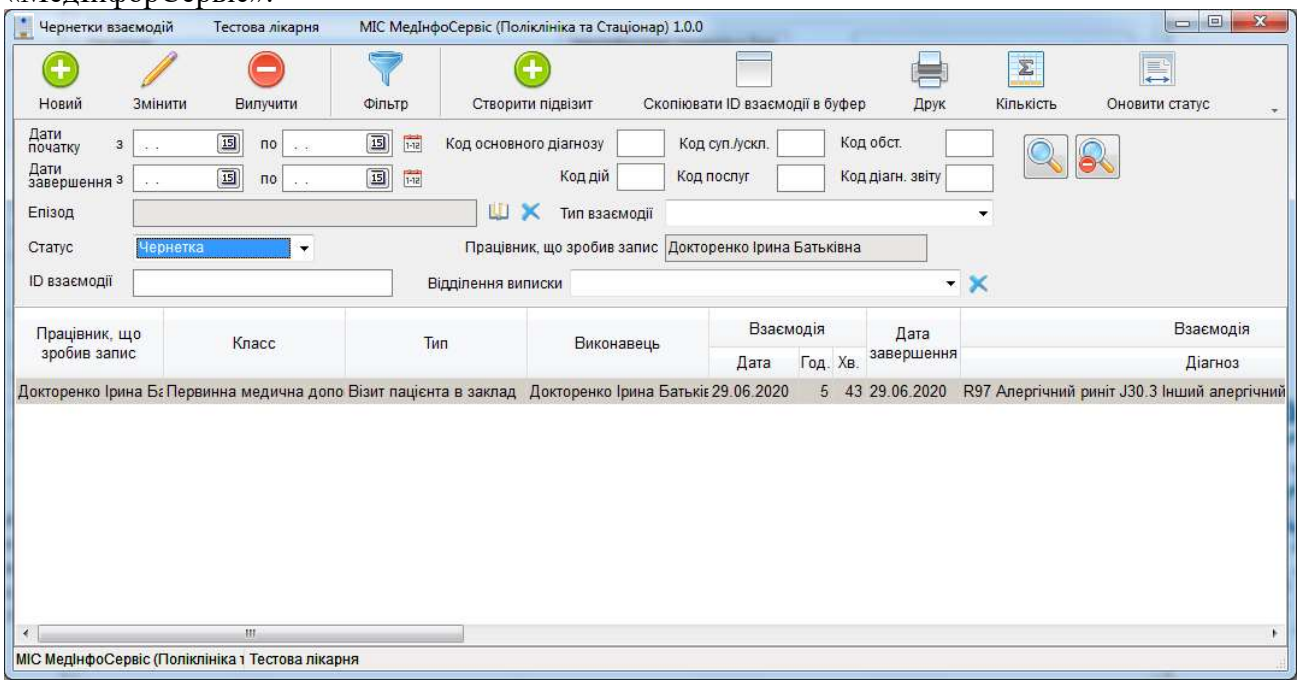




9.7.3 Чернетки візитів та взаємодій

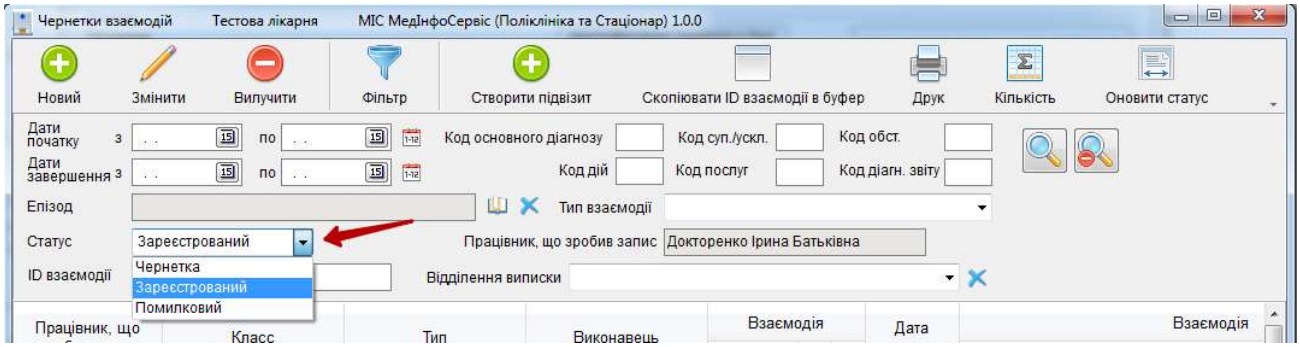


Містить список всіх взаємодій, які були створені для даного пацієнта в МІС «МедІнфорСервіс».



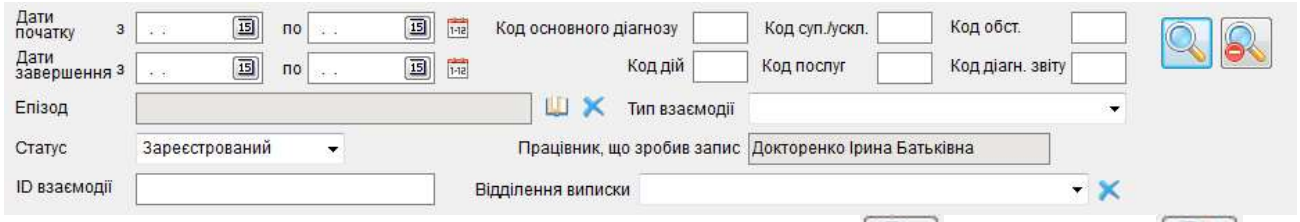
Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити нову взаємодію. Процес, аналогічний описаному в [пункті 9.7.2.]

«Змінити» - відкривається взаємодія для внесення змін. Якщо статус взаємодії **«Зареєстрований»**, тобто підписаний і відправлений в eHealth, то взаємодія буде відкрита, але редагувати її заборонено. Якщо статус – **«Чернетка»** (не зареєстрована в eHealth) – відкриту взаємодію можна буде відредагувати і зареєструвати в ЕСОЗ.



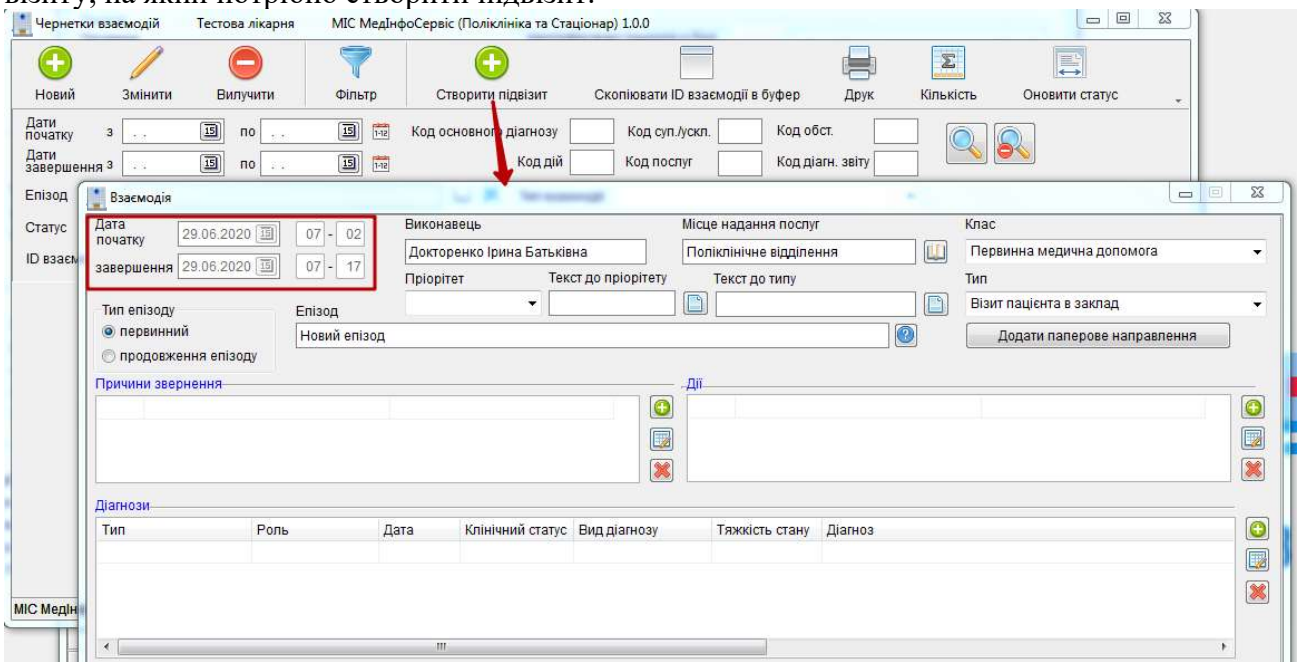
«Вилучити» - видаляє тільки взаємодію, яка має статус «Чернетка».

«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по записам.

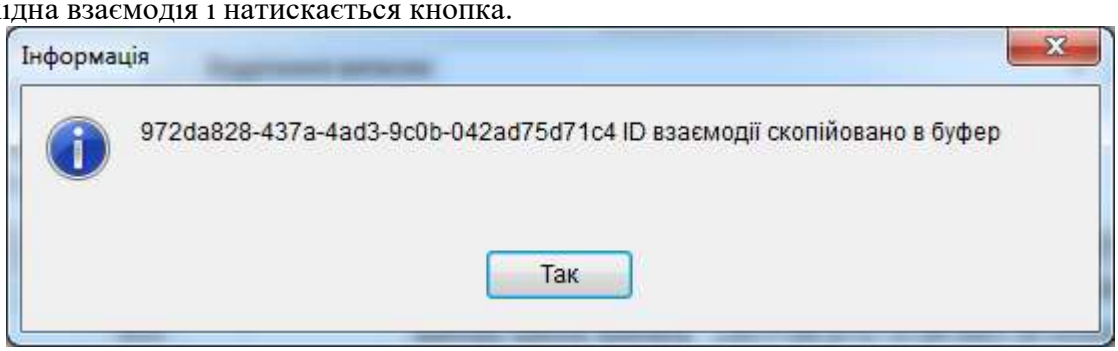


Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

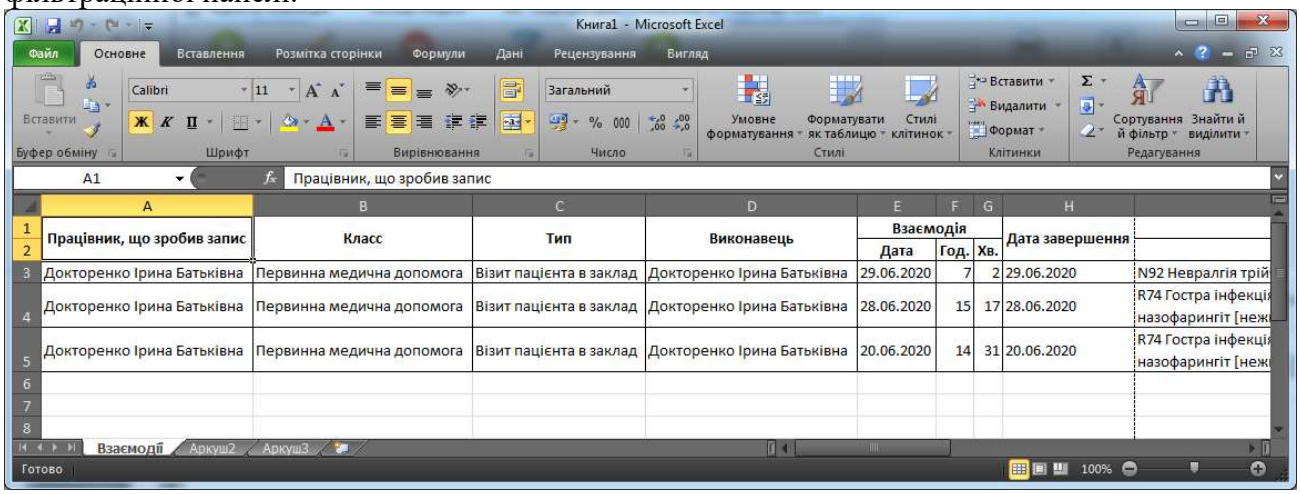
«Створити підвізит» - дозволяє створити нову взаємодію за даним візитом. У вікні створення взаємодії автоматично буде проставлено дата (час) початку і завершення того візиту, на який потрібно створити підвізит.



«Скопіювати ID взаємодії в буфер» - застосовується при потребі. Обирається необхідна взаємодія і натискається кнопка.



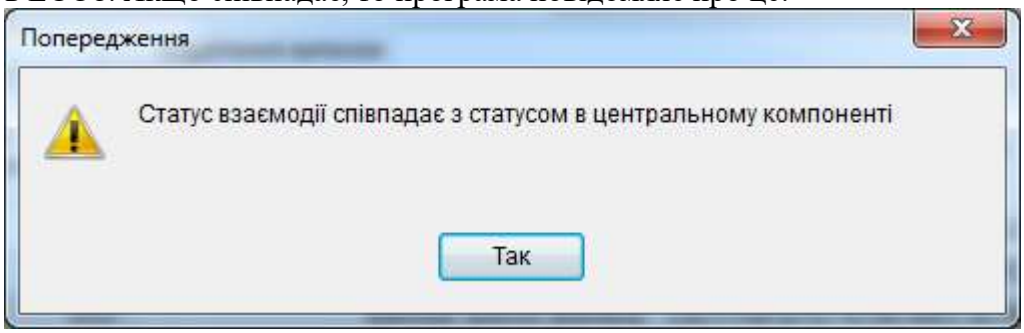
«Друк» - формує список взаємодій в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми і в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.



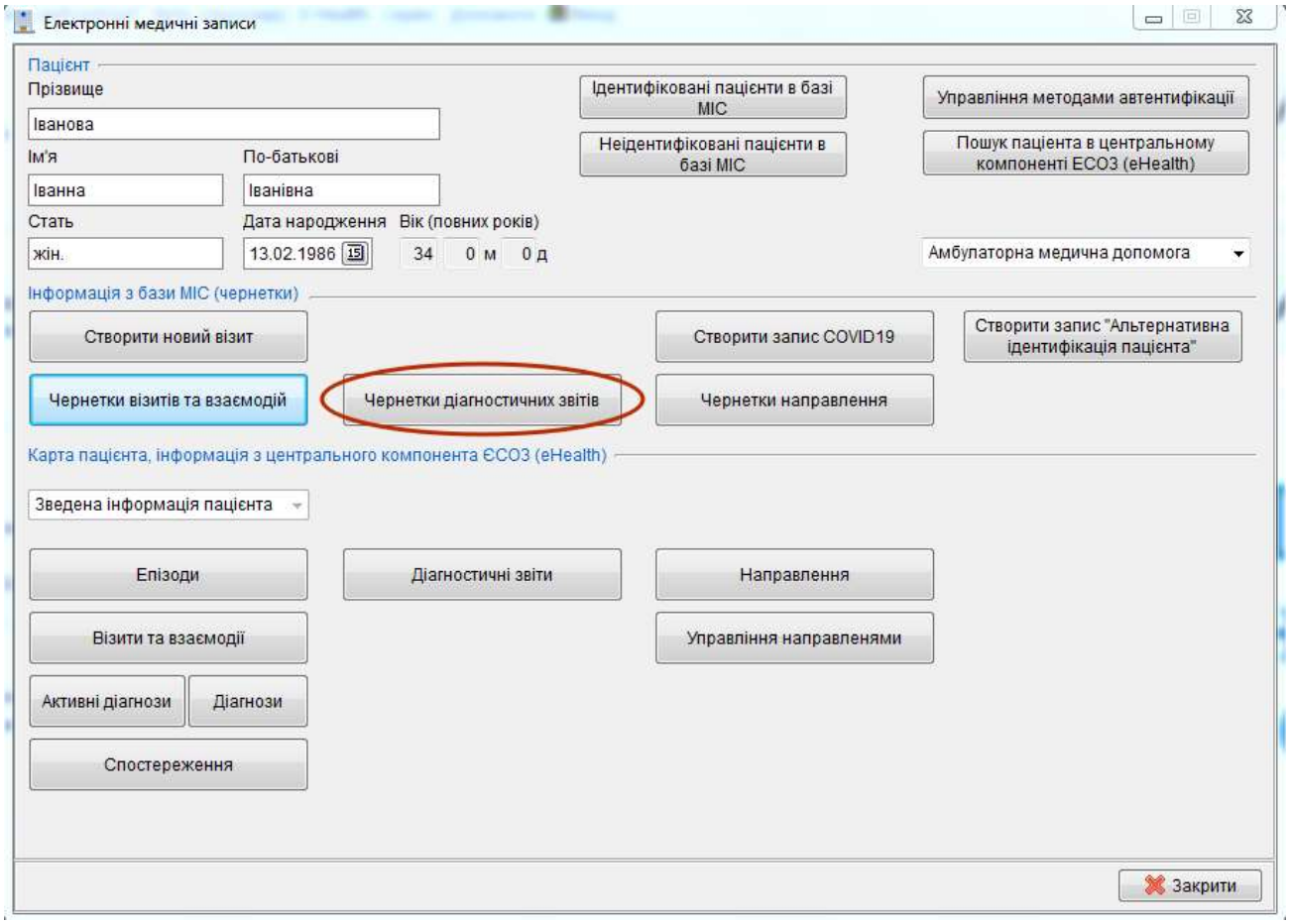
Працівник, що зробив запис	Класс	Тип	Виконавець	Взаємодія			Дата завершення	
				Дата	Год.	Хв.		
Докторенко Ірина Батьківна	Первинна медична допомога	Візит пацієнта в заклад	Докторенко Ірина Батьківна	29.06.2020	7	2	29.06.2020	N92 Невралгія трій
Докторенко Ірина Батьківна	Первинна медична допомога	Візит пацієнта в заклад	Докторенко Ірина Батьківна	28.06.2020	15	17	28.06.2020	R74 Гостра інфекція назофарингіт [неж
Докторенко Ірина Батьківна	Первинна медична допомога	Візит пацієнта в заклад	Докторенко Ірина Батьківна	20.06.2020	14	31	20.06.2020	R74 Гостра інфекція назофарингіт [неж

«Кількість» - розраховує кількість взаємодій в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.

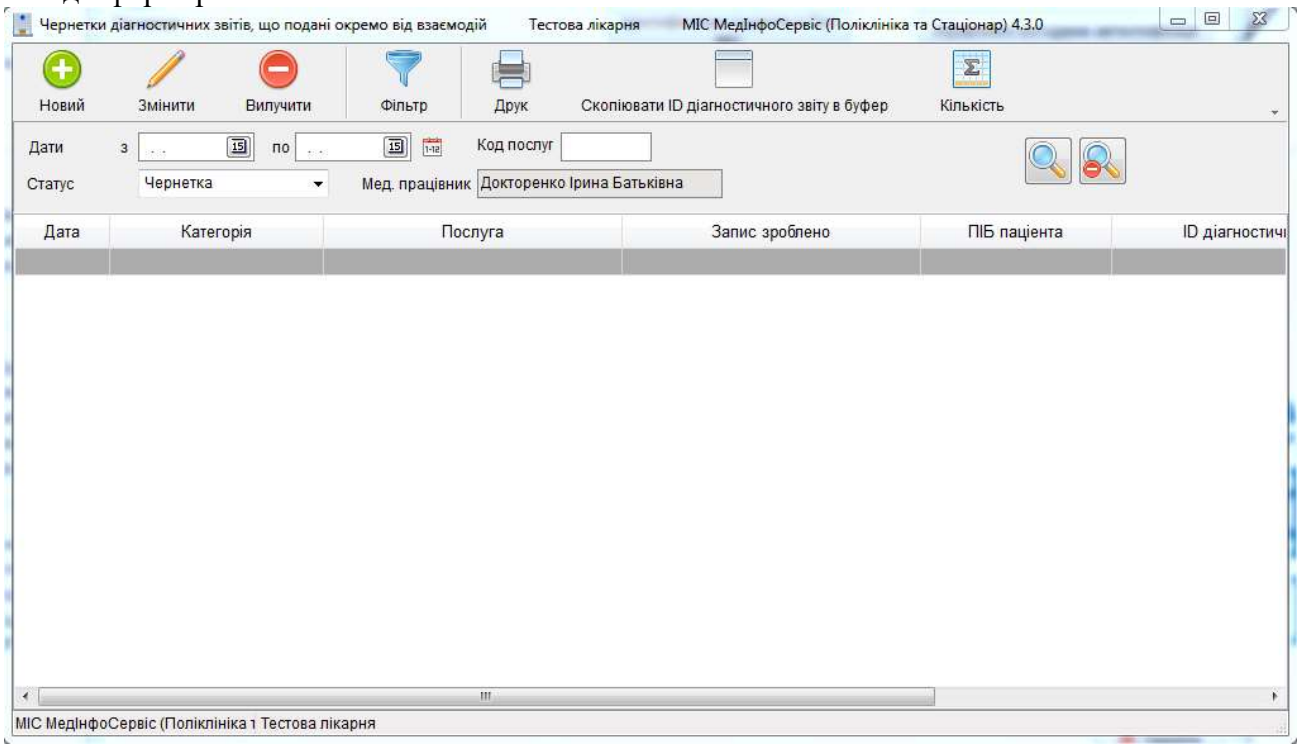
«Оновити статус» - використовується у випадку, коли статус взаємодії не співпадає зі статусом в ЕСОЗ. Якщо співпадає, то програма повідомляє про це.



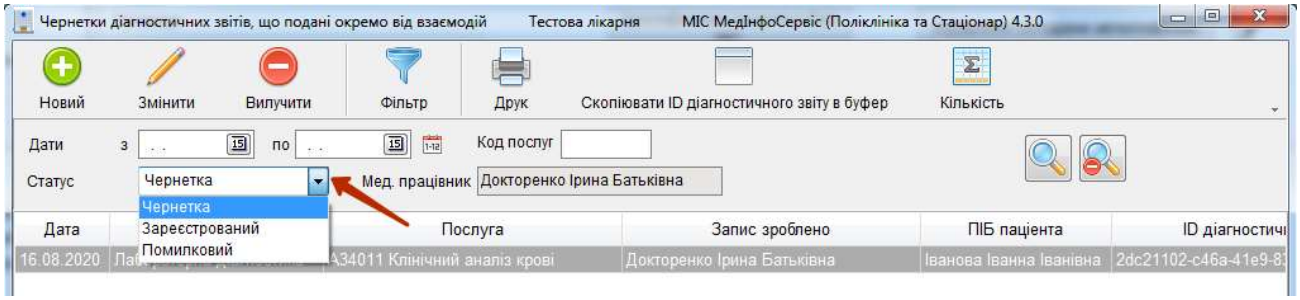
9.7.4 Чернетки діагностичних звітів (СТВОЕРННЯ ДІАГНОСТИЧНОГО ЗВІТУ без електронного направлення).



Містить список всіх діагностичних звітів, які були створені для даного пацієнта в МІС «МедІнфорСервіс».

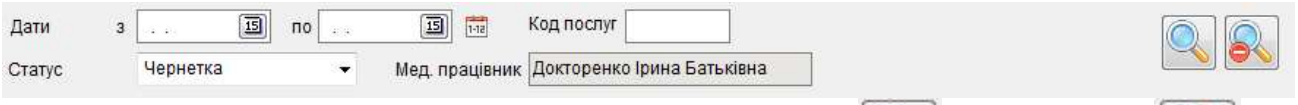


«Змінити» - відкривається діагностичний звіт для внесення змін. Якщо статус його **«Зареєстрований»**, тобто підписаний і відправлений в eHealth, то даний діагностичний звіт буде відкрито, але редагувати його заборонено. Якщо статус – **«Чернетка»** (не зареєстрована в eHealth) – відкритий діагностичний звіт можна буде відредагувати і зареєструвати в ЕСОЗ.



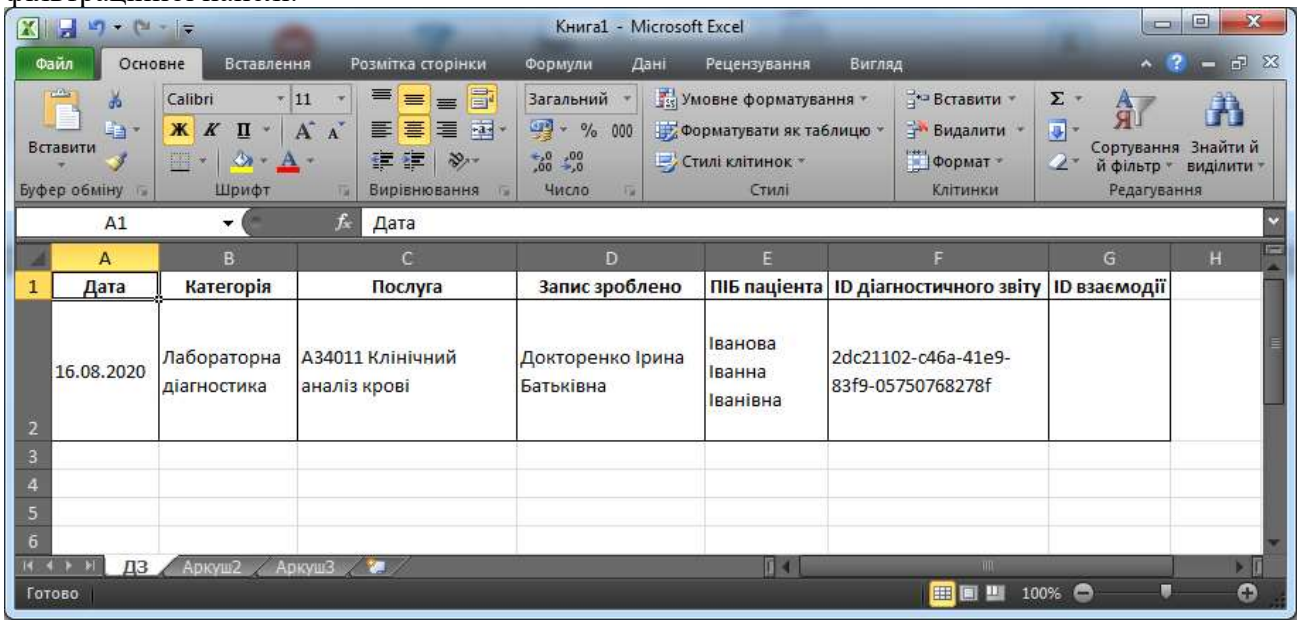
«Вилучити» - видаляє тільки взаємодію, яка має статус «Чернетка».

«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по записам.

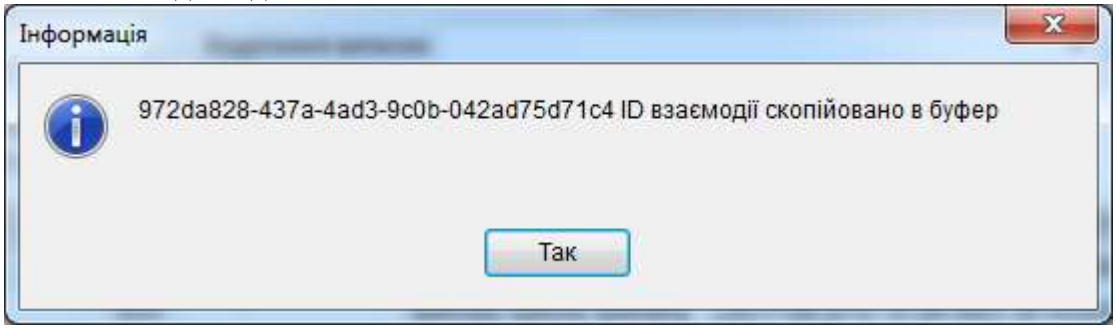


Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

«Друк» - формує список діагностичних звітів в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми і в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.

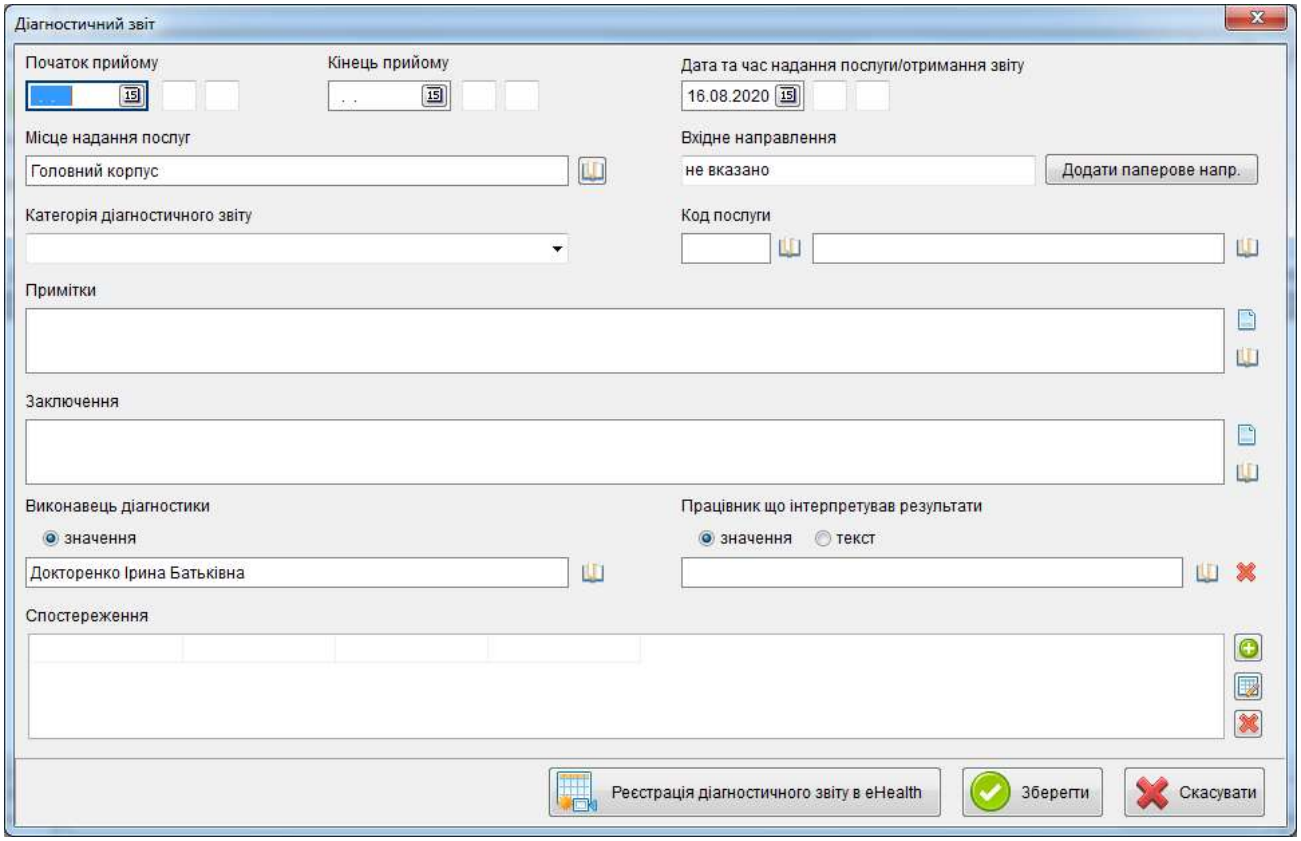


«Скопіювати ID діагностичного звіту в буфер» - застосовується при потребі. Обирається необхідний діагностичний звіт і натискається кнопка.



«Кількість» - розраховує кількість взаємодій в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.

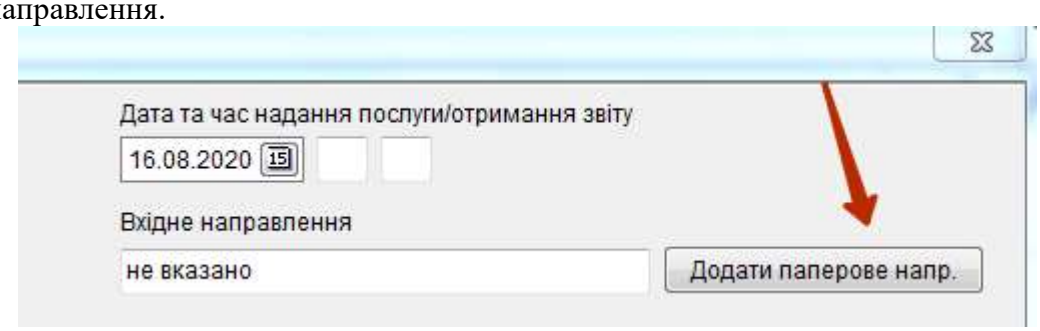
Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити діагностичний звіт.

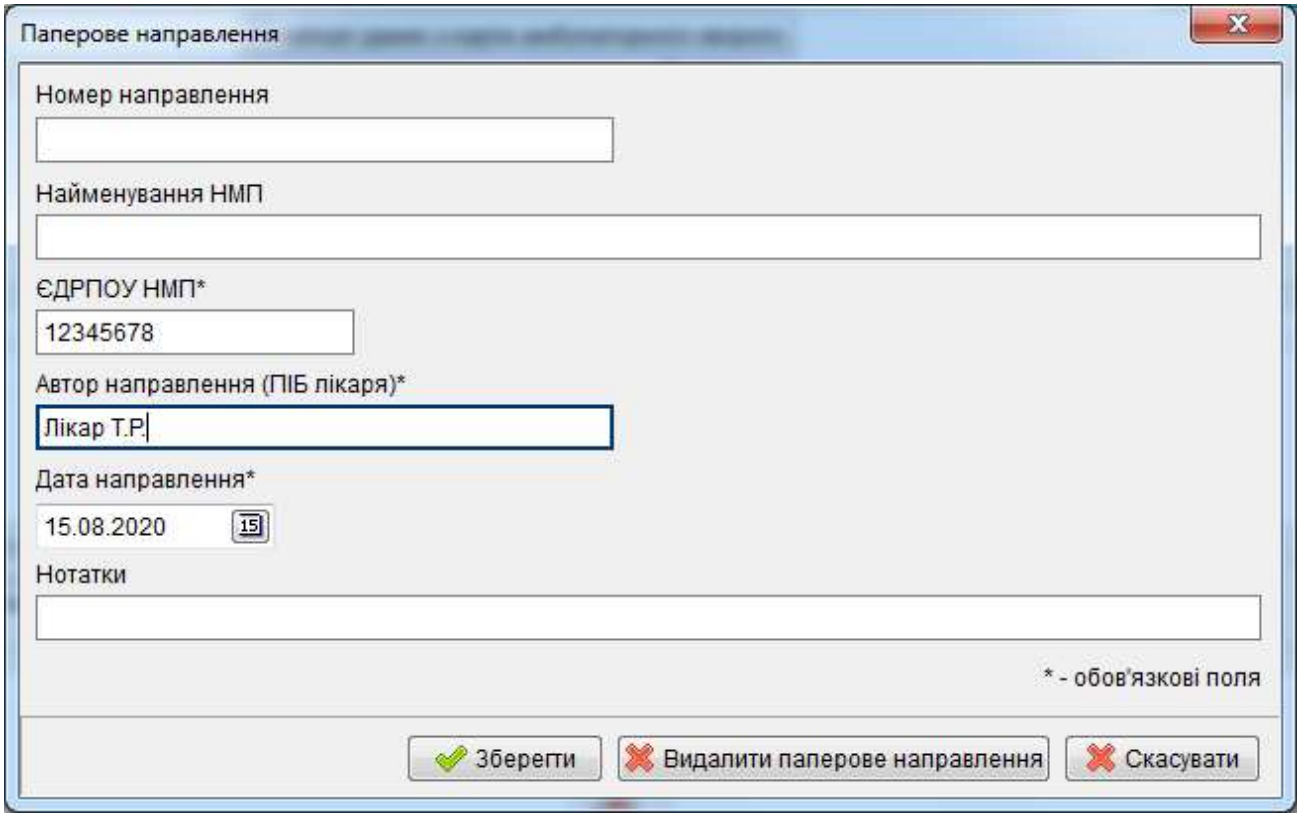


Вказується **період**, впродовж якого результати діагностики є валідними (дата початку та дата закінчення).

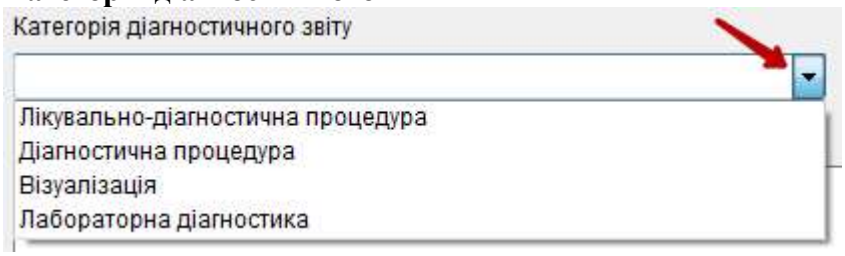
Зазначається **місце надання послуг**, у якому створюється даний діагностичний звіт.

Паперове направлення - при необхідності можна додати, вказавши обов'язково ЄДРПОУ закладу, який виписав паперове направлення. ПІБ лікаря і дату виписаного направлення.

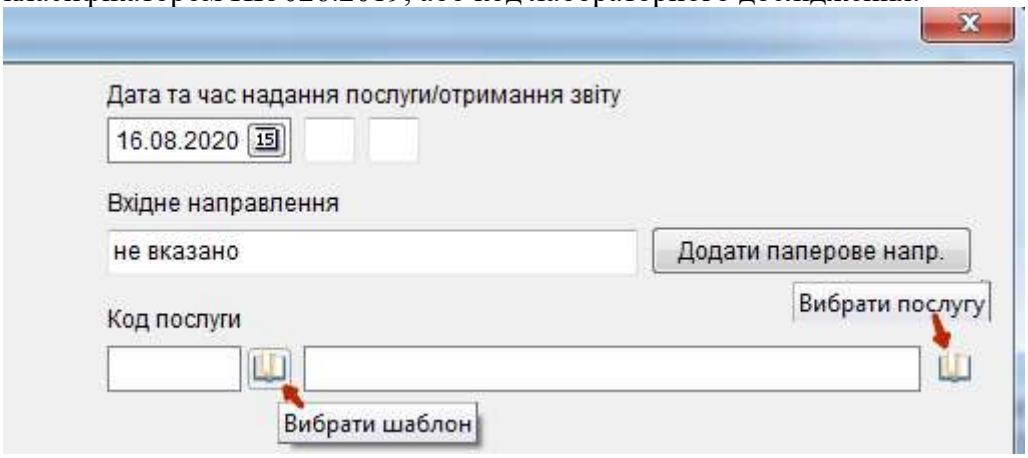




Категорія діагностичного



Код послуги - вказується відповідний код процедури, яку було проведено за класифікатором НК 026:2019, або код лабораторного дослідження.

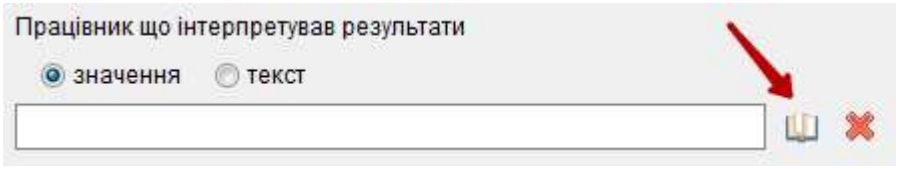


Примітки – вказуються отримані показники за результатами проведення діагностики/ лабораторних досліджень.

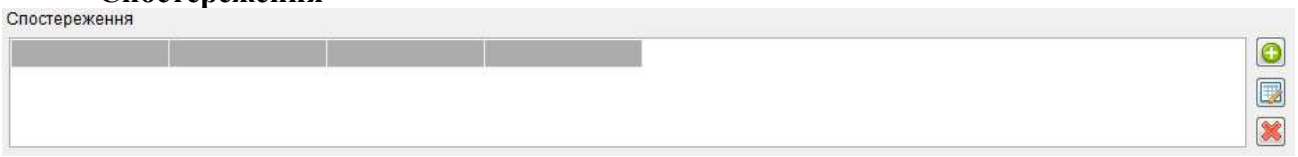
Заключення - формується тільки ПІСЛЯ проведення діагностики. Заключення лікаря (вся інформація, яка буде важливою для інших лікарів) зазначається в довільній формі.

Виконавець діагностики - зазначається ПІБ співробітника закладу, який провів діагностику. Обирається зі списку співробітників, зареєстрованих в ЕСОЗ за допомогою кнопки .

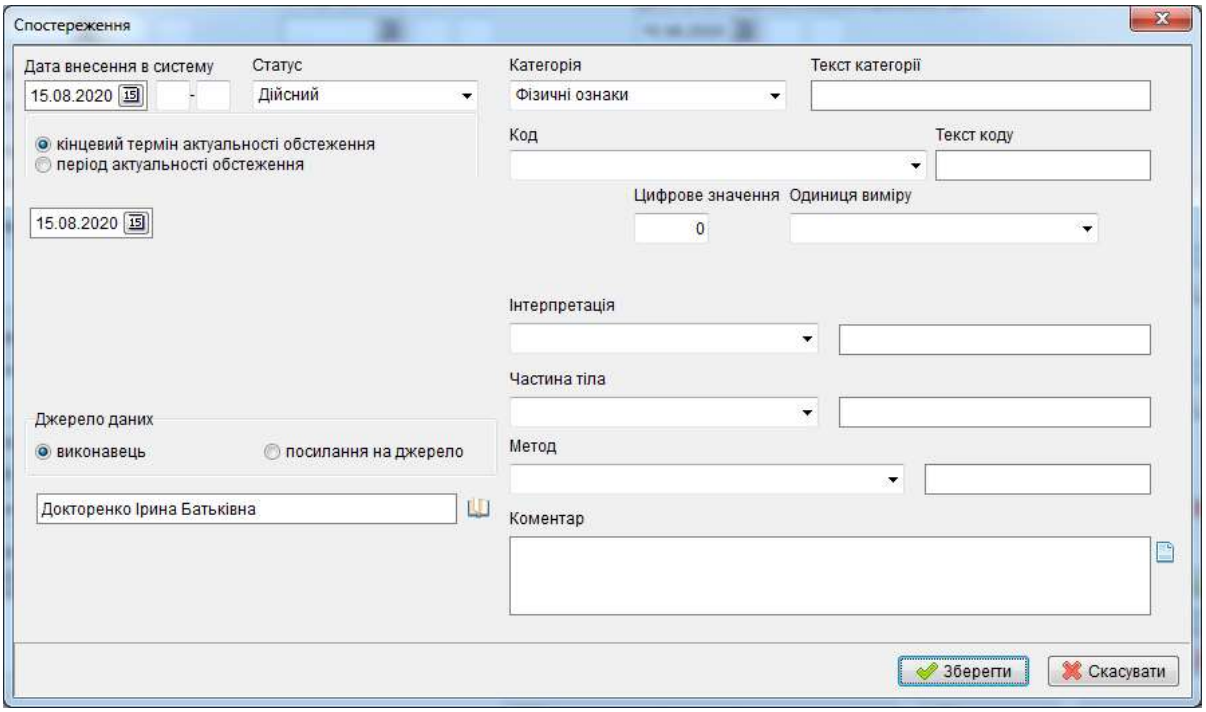
Працівник, що інтерпретував результати - зазначається ПІБ співробітника, який провів інтерпретацію отриманих за результатами діагностики показників та написав заключення. Обирається зі списку співробітників, зареєстрованих в ЕСОЗ за допомогою кнопки .



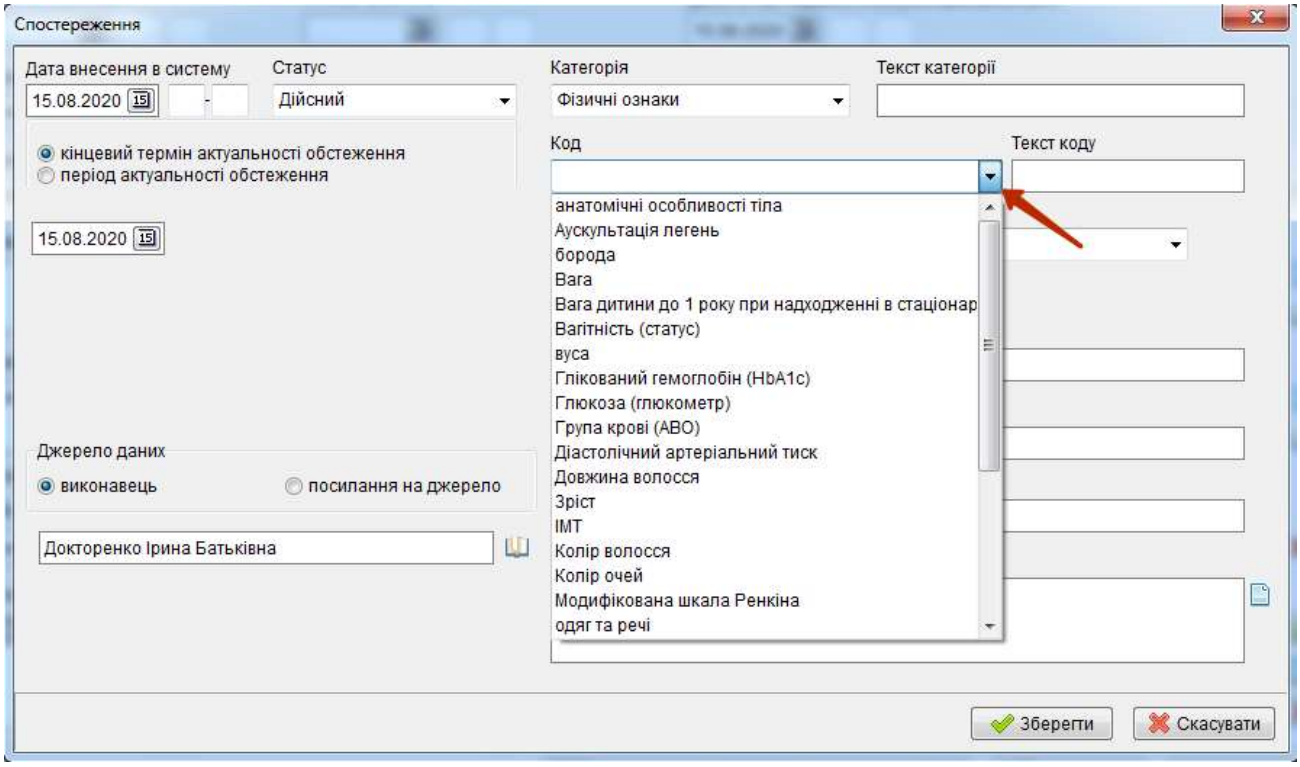
Спостереження



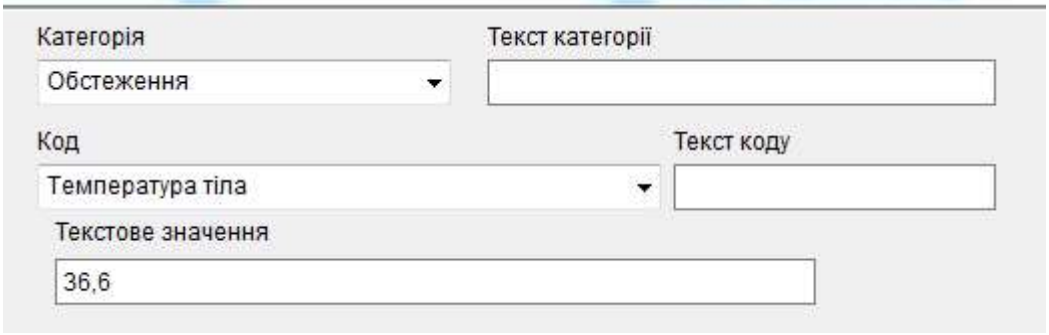
Всі спостереження додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , . При створенні спостереження лікар повинен заповнити поля наступного вікна.



Наприклад, потрібно вказати температуру тіла. Для цього в полі «Код» обираємо відповідний

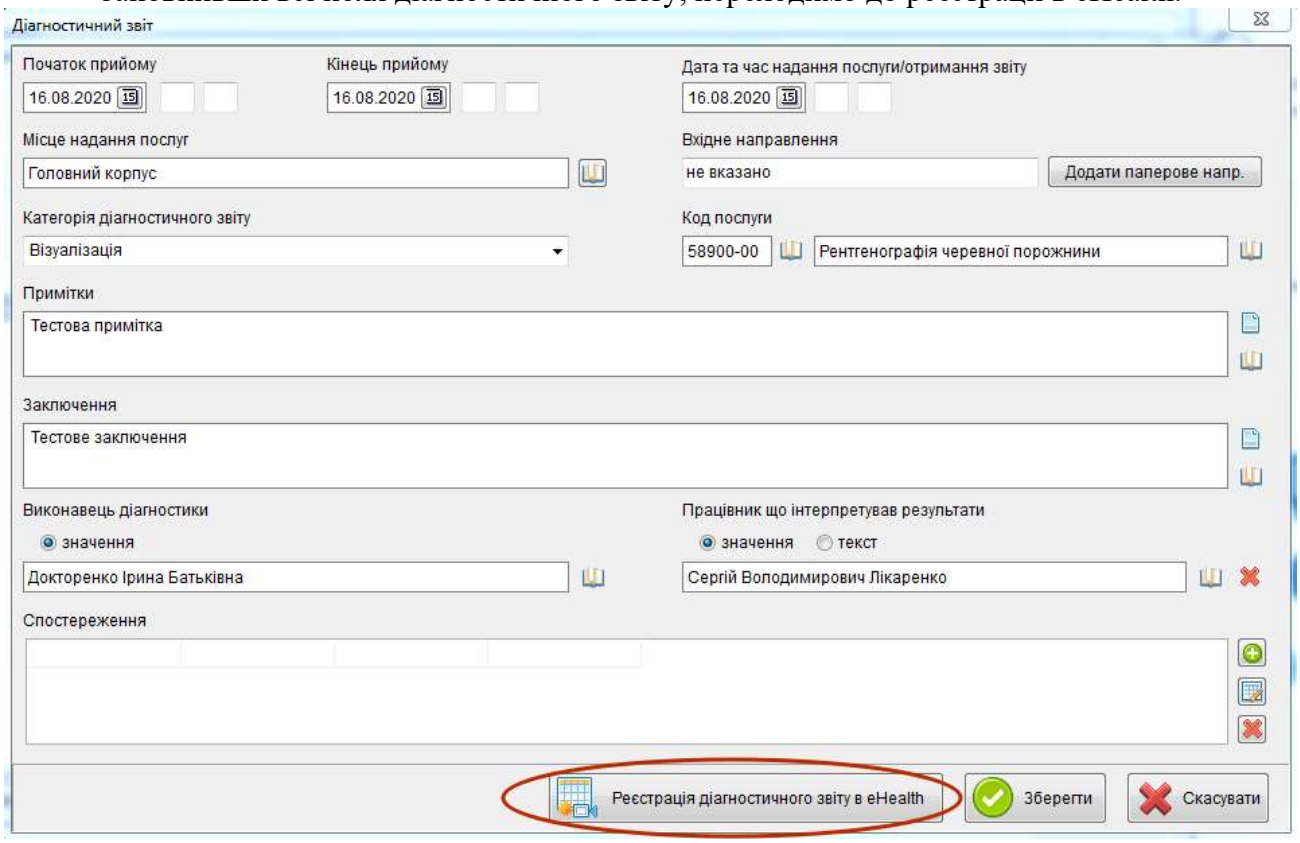


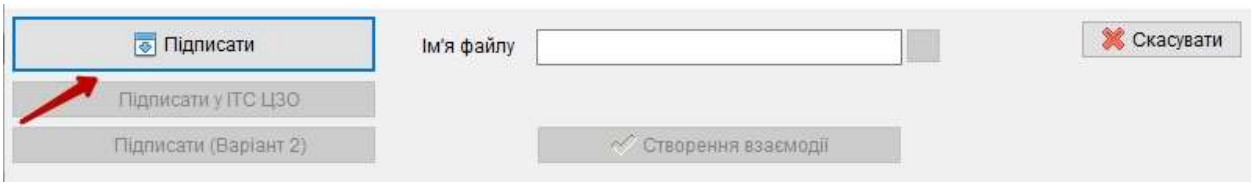
Нижче в полі **«Текстове значення»** вказуємо показник.



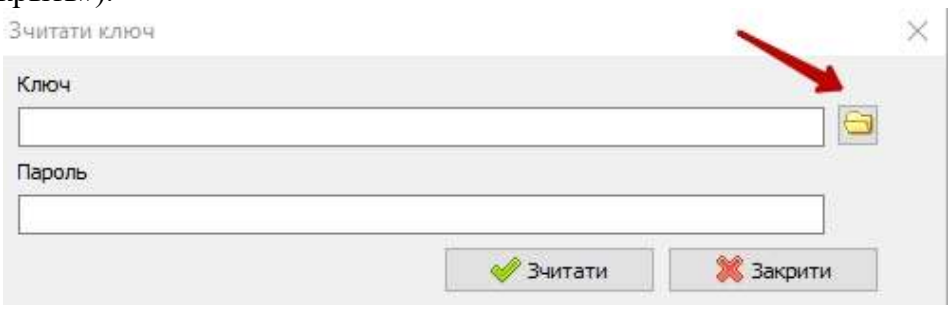
При необхідності, заповнюємо решту полів. За аналогом, додаємо всі спостереження.

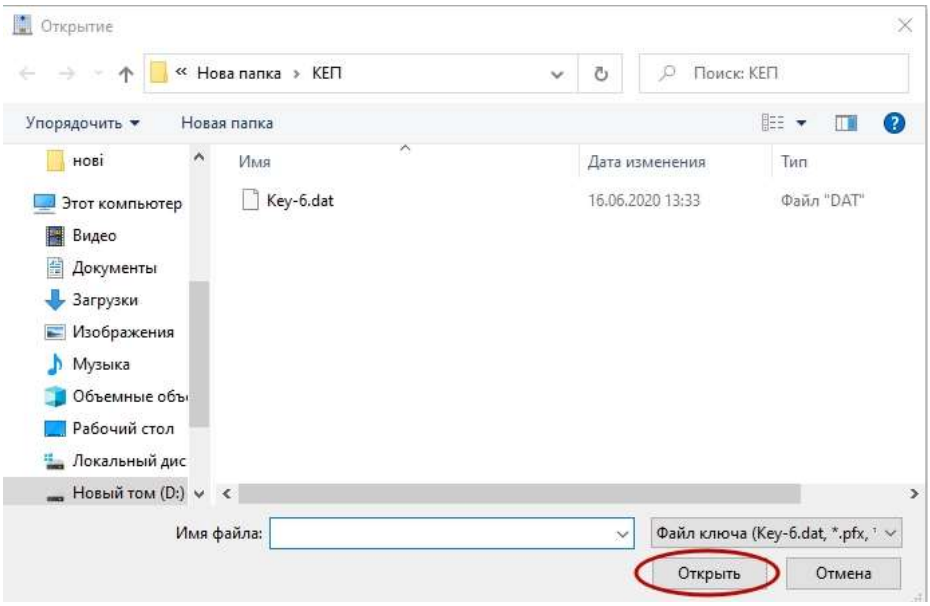
Заповнивши всі поля діагностичного звіту, переходимо до реєстрації в eHealth.





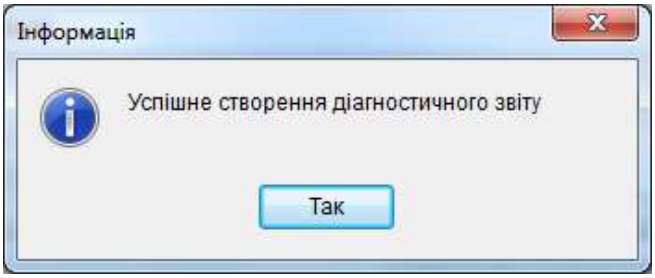
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).





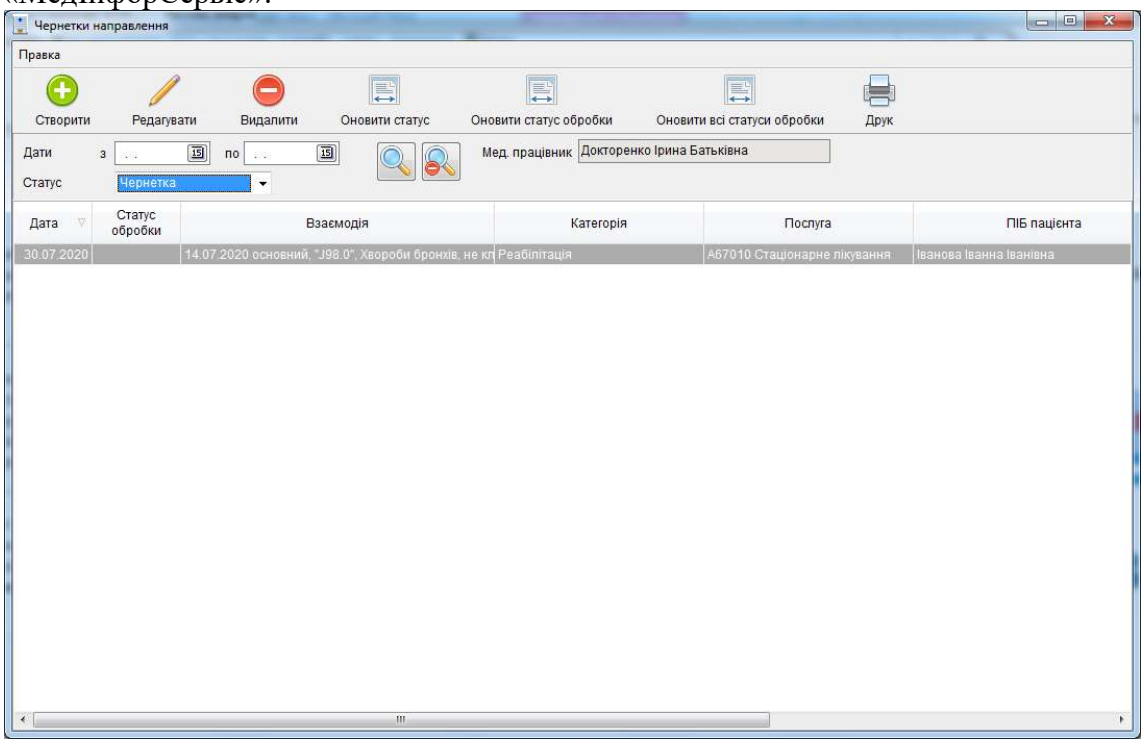
Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».



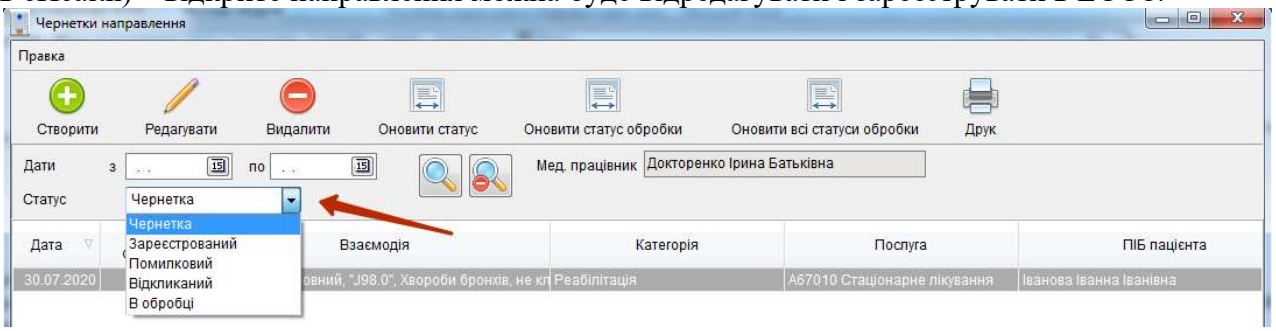
9.7.5 Чернетки направлення (СТВОРЕННЯ ЕЛЕКТРОННОГО НАПРАВЛЕННЯ)

Містить список всіх електронних направлень, які були створені для даного пацієнта в МІС «МедІнфорСервіс».



Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити нове електронне. Алгоритм процесу розписано нижче

«Редагувати» - відкривається направлення для внесення змін. Якщо статус направлення **«Зареєстрований»**, тобто підписаний і відправлений в eHealth, то направлення буде відкрите, але редагувати його заборонено. Якщо статус – **«Чернетка»** (не зареєстрована в eHealth) – відкрите направлення можна буде відредагувати і зареєструвати в ЕСОЗ.

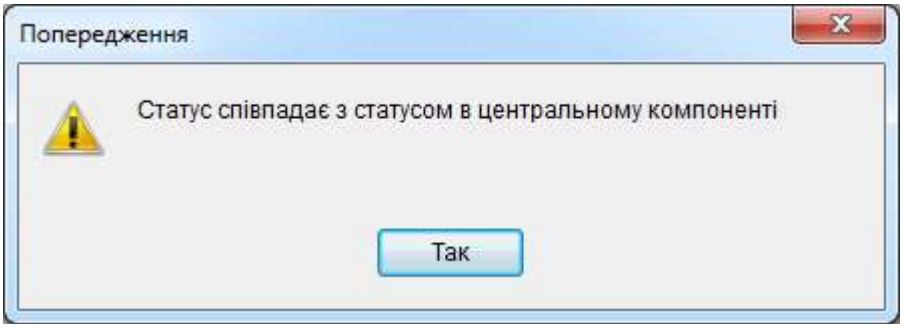


Фільтраційна панель, яка містить поля для фільтра по записам.

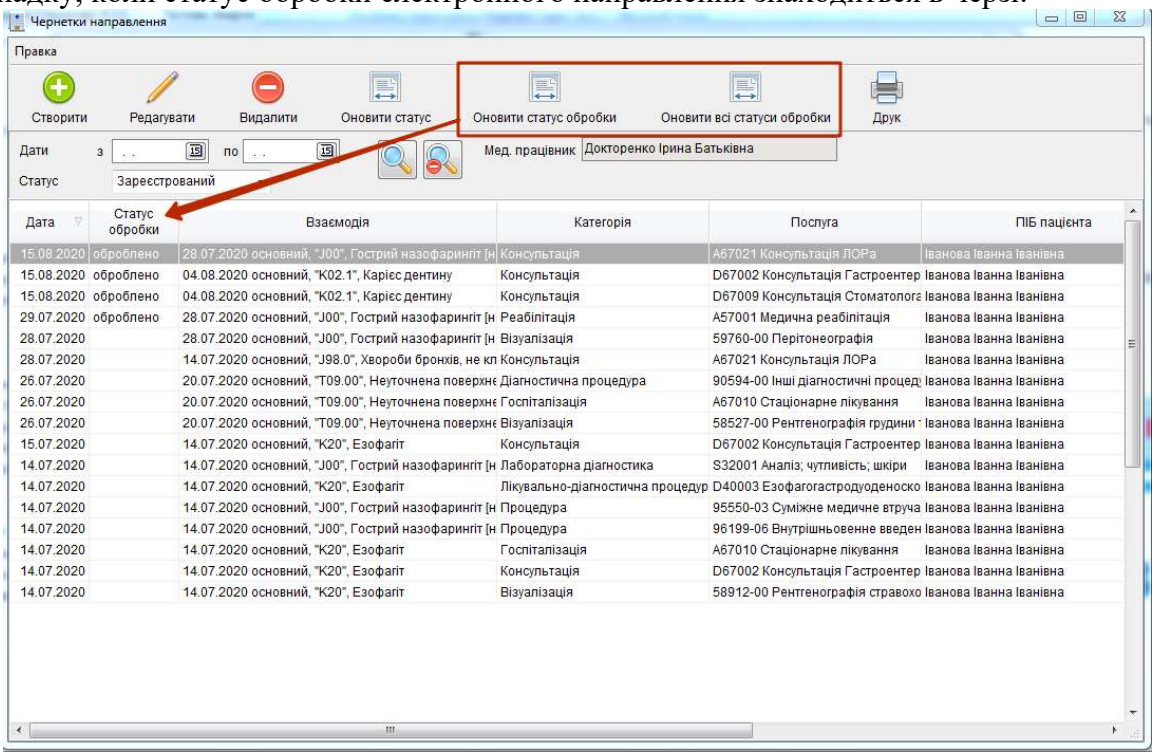
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

«Вилучити» - видаляє тільки направлення, яке має статус «Чернетка».

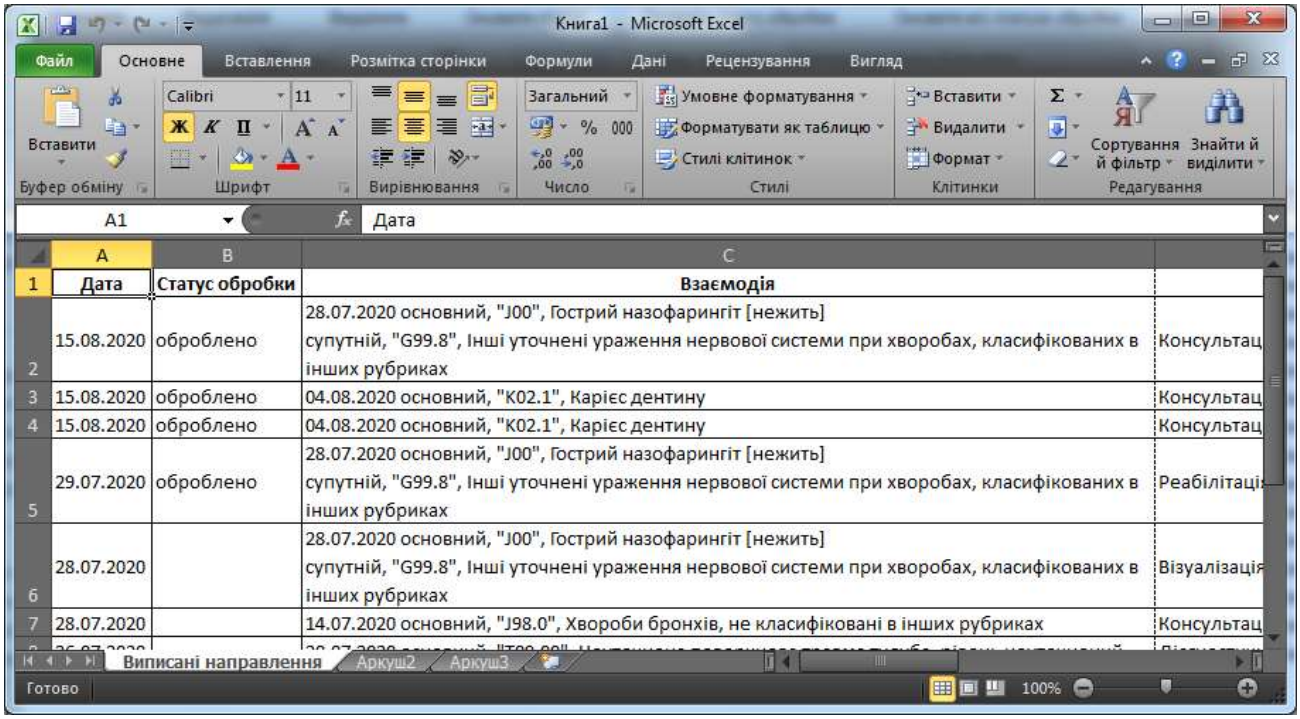
«Оновити статус» - використовується у випадку, коли статус електронного направлення не співпадає зі статусом в ЕСОЗ. Якщо співпадає, то програма повідомляє про це.



«Оновити статус обробки» та «Оновити всі статуси обробки» - використовується у випадку, коли статус обробки електронного направлення знаходиться в черзі.

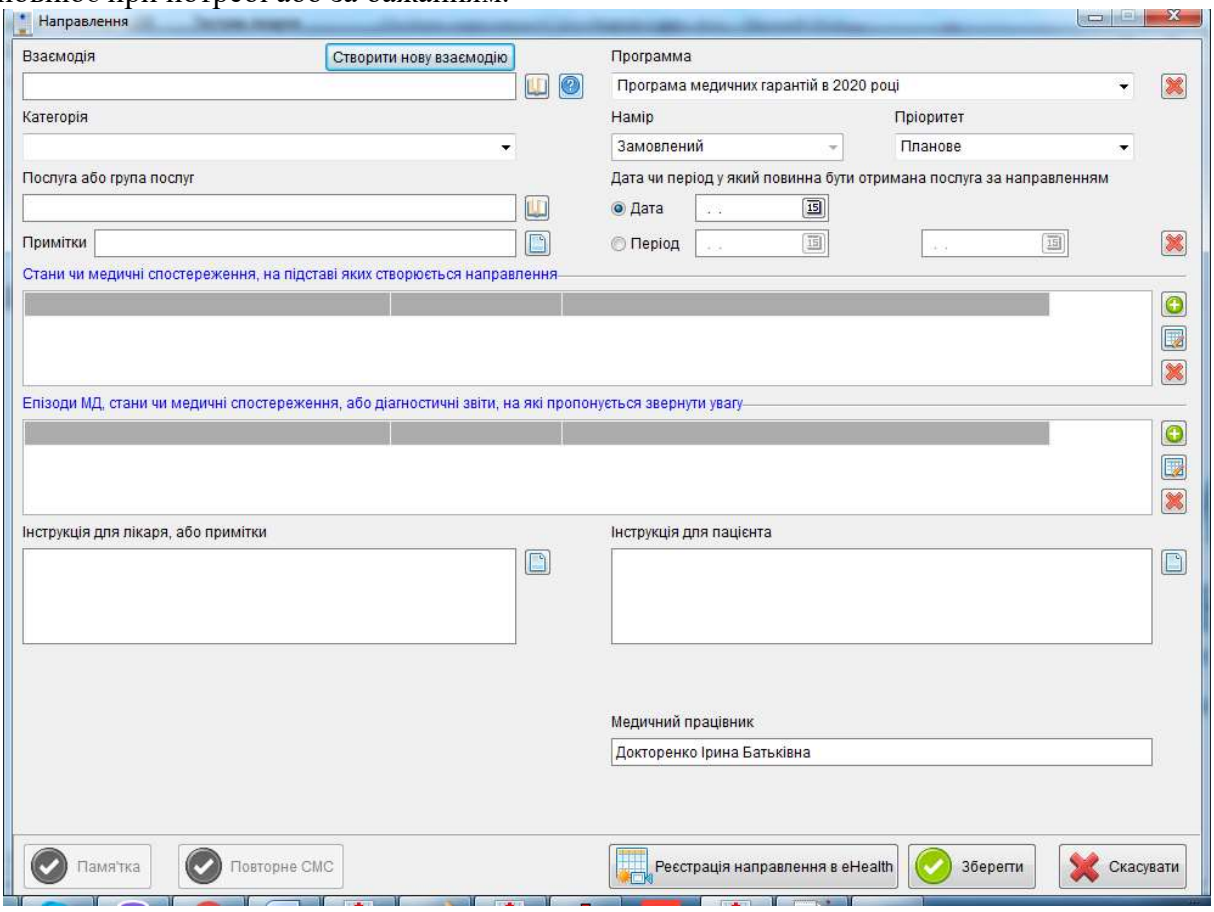


«Друк» - формує список направлень в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми і в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.

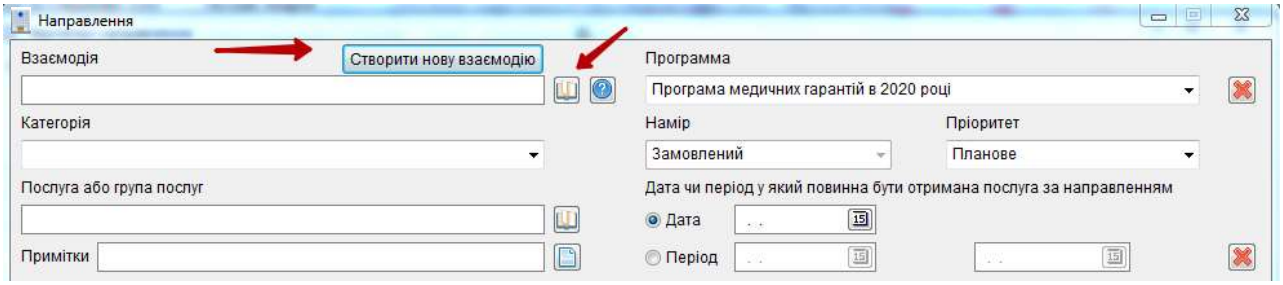


	A	B	C	
1	Дата	Статус обробки	Взаємодія	
2	15.08.2020	оброблено	28.07.2020 основний, "J00", Гострий назофарингіт [нежить] супутній, "G99.8", Інші уточнені ураження нервової системи при хворобах, класифікованих в інших рубриках	Консультац
3	15.08.2020	оброблено	04.08.2020 основний, "K02.1", Карієс дентину	Консультац
4	15.08.2020	оброблено	04.08.2020 основний, "K02.1", Карієс дентину	Консультац
5	29.07.2020	оброблено	28.07.2020 основний, "J00", Гострий назофарингіт [нежить] супутній, "G99.8", Інші уточнені ураження нервової системи при хворобах, класифікованих в інших рубриках	Реабілітаці
6	28.07.2020		28.07.2020 основний, "J00", Гострий назофарингіт [нежить] супутній, "G99.8", Інші уточнені ураження нервової системи при хворобах, класифікованих в інших рубриках	Візуалізаці
7	28.07.2020		14.07.2020 основний, "J98.0", Хвороби бронхів, не класифіковані в інших рубриках	Консультац

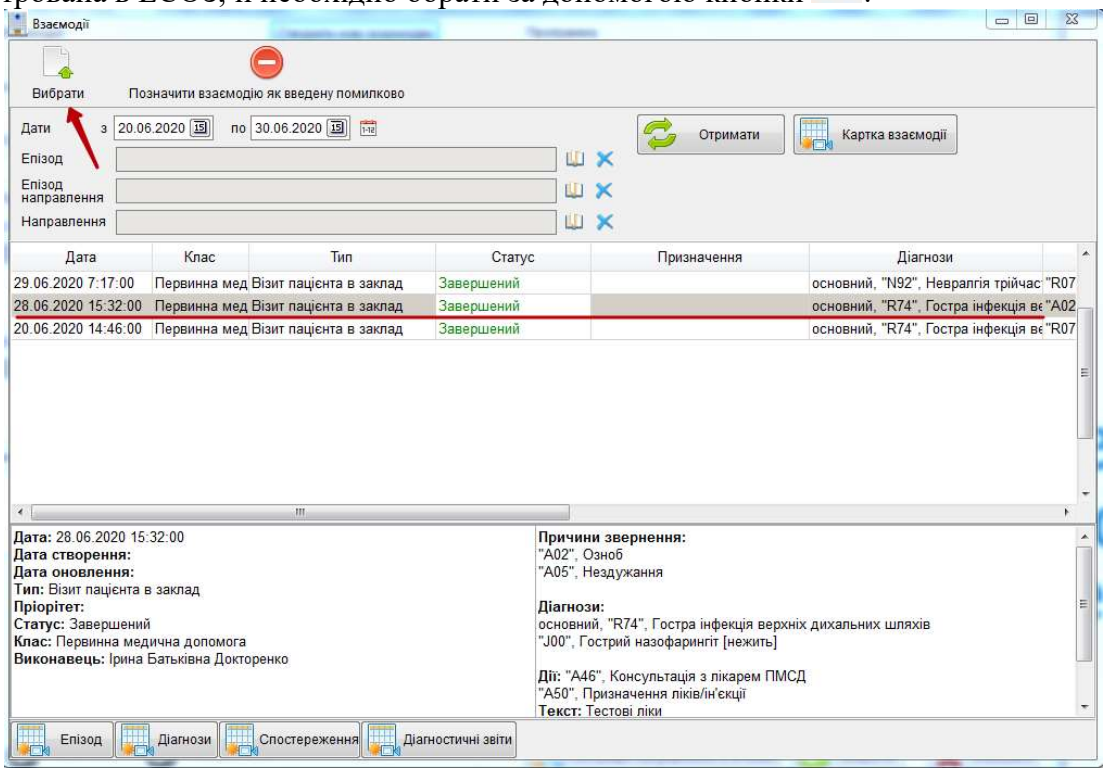
Для того, щоб виписати (створити) електронне направлення для пацієнта необхідно натиснути **«Новий»** у верхній частині вікна. У вікні, що з’явилось необхідними полями для заповнення є «Взаємодія», «Категорія», «Послуга або група послуг», інші поля лікар заповнює при потребі або за бажанням.



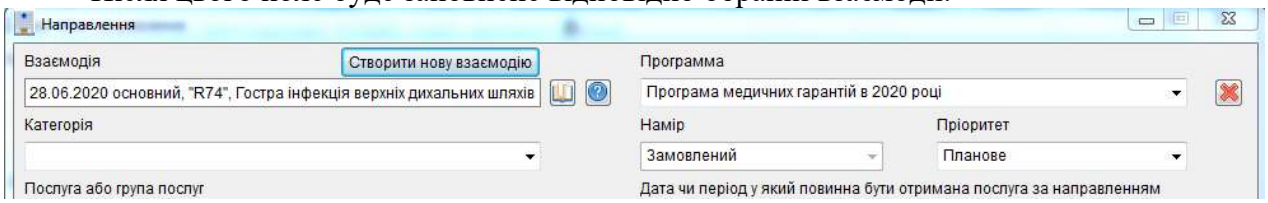
- **«Взаємодія».**



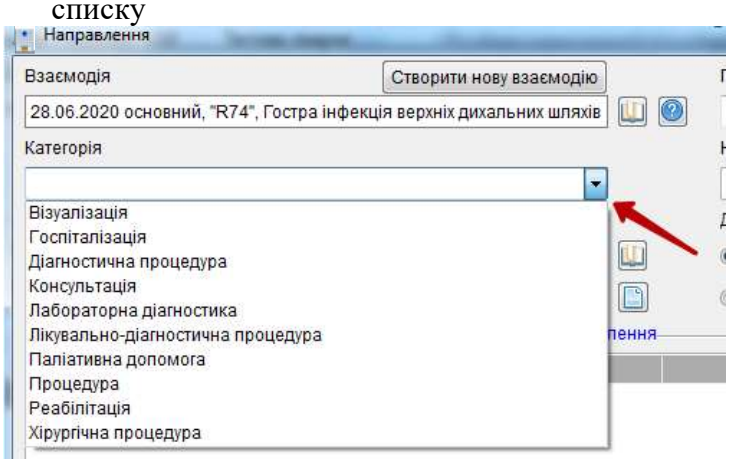
Електронне направлення обов'язково створюється на основі взаємодії («кріпиться» до неї). Якщо взаємодія не створена, то це можна зробити, натиснувши кнопку **«Створити нову взаємодію».** Процес, аналогічний описаному в **пункті 4.6.2**. Якщо ж є взаємодія, яка зареєстрована в ЕСОЗ, її необхідно обрати за допомогою кнопки .



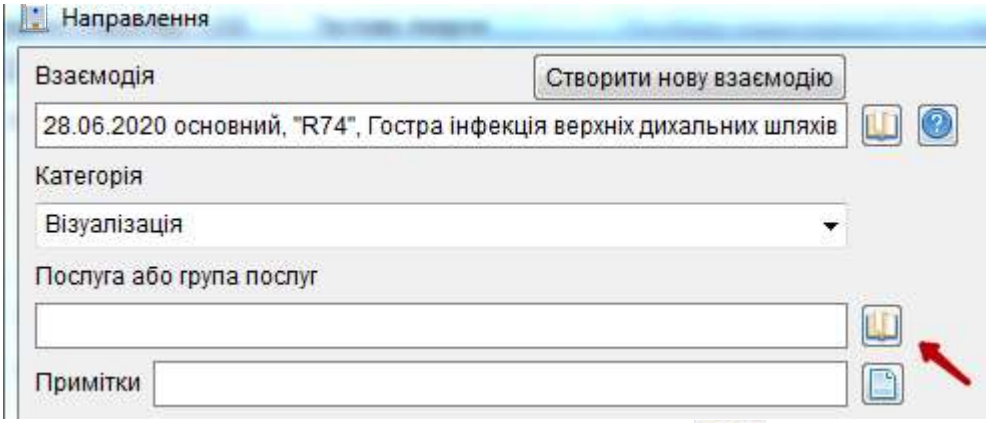
Після цього поле буде заповнене відповідно обраній взаємодії.



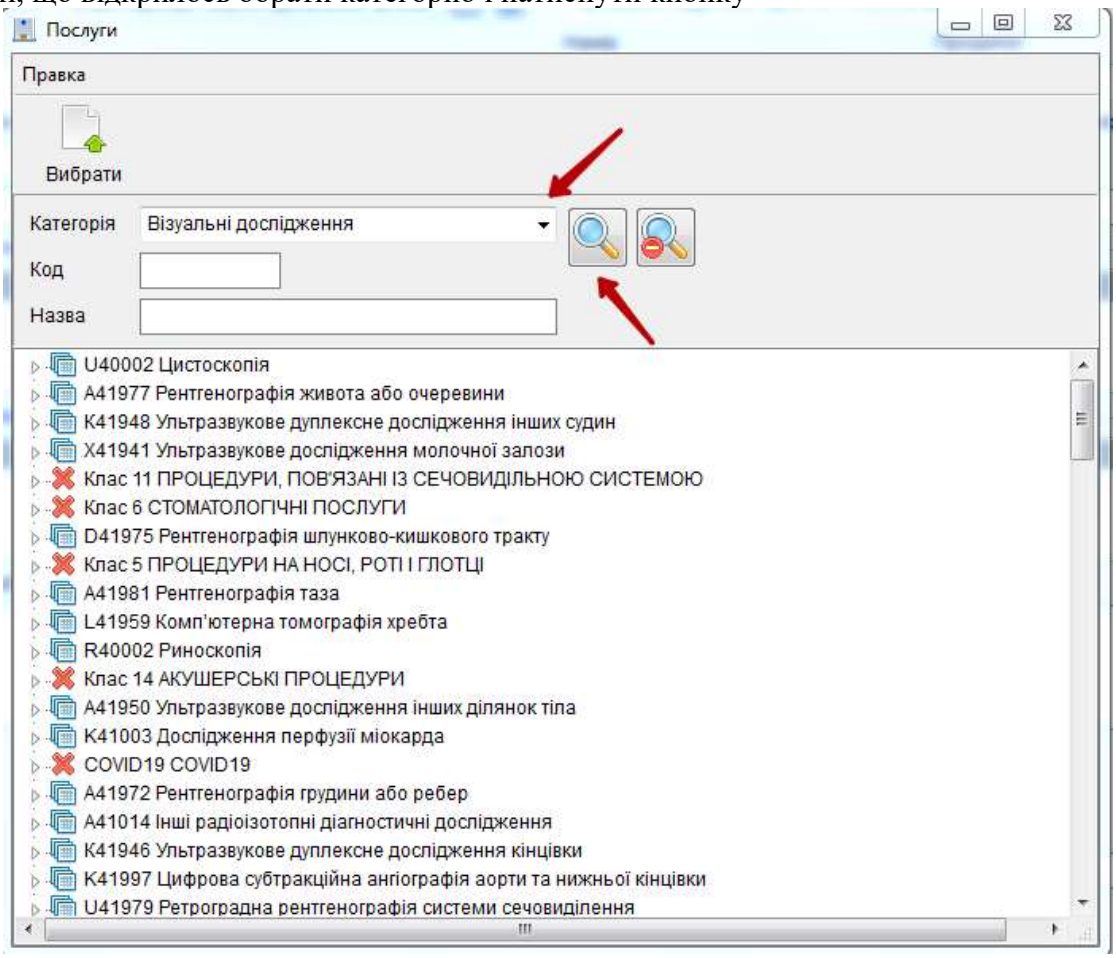
- **«Категорія».** Обирається лікарем в залежності від того. Куди і для чого направляється пацієнт. Необхідно обрати потрібну категорію з випадаючого списку



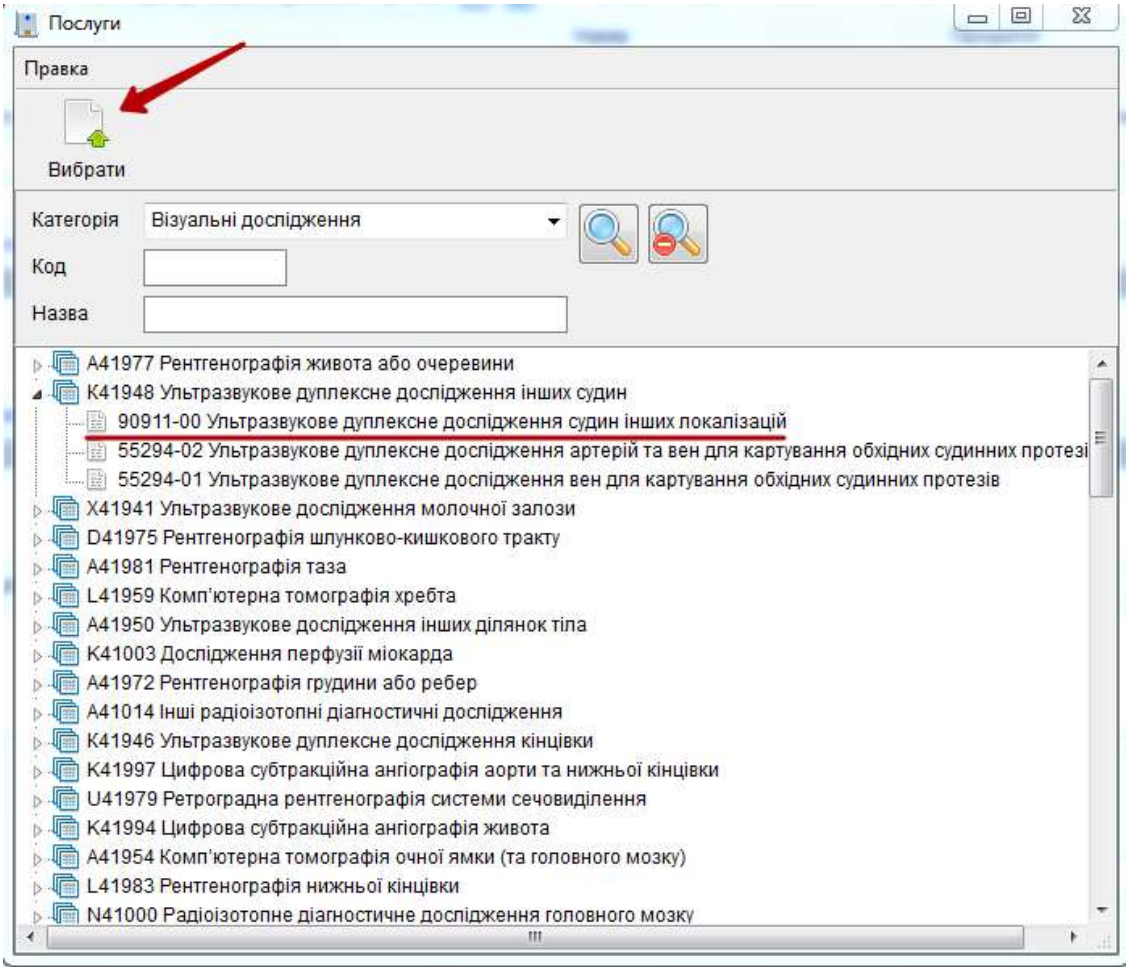
- **«Послуга або група послуг».** Необхідно обрати послугу або групу послу відповідно категорії, яка має бути надана за направленням, натиснувши кнопку .



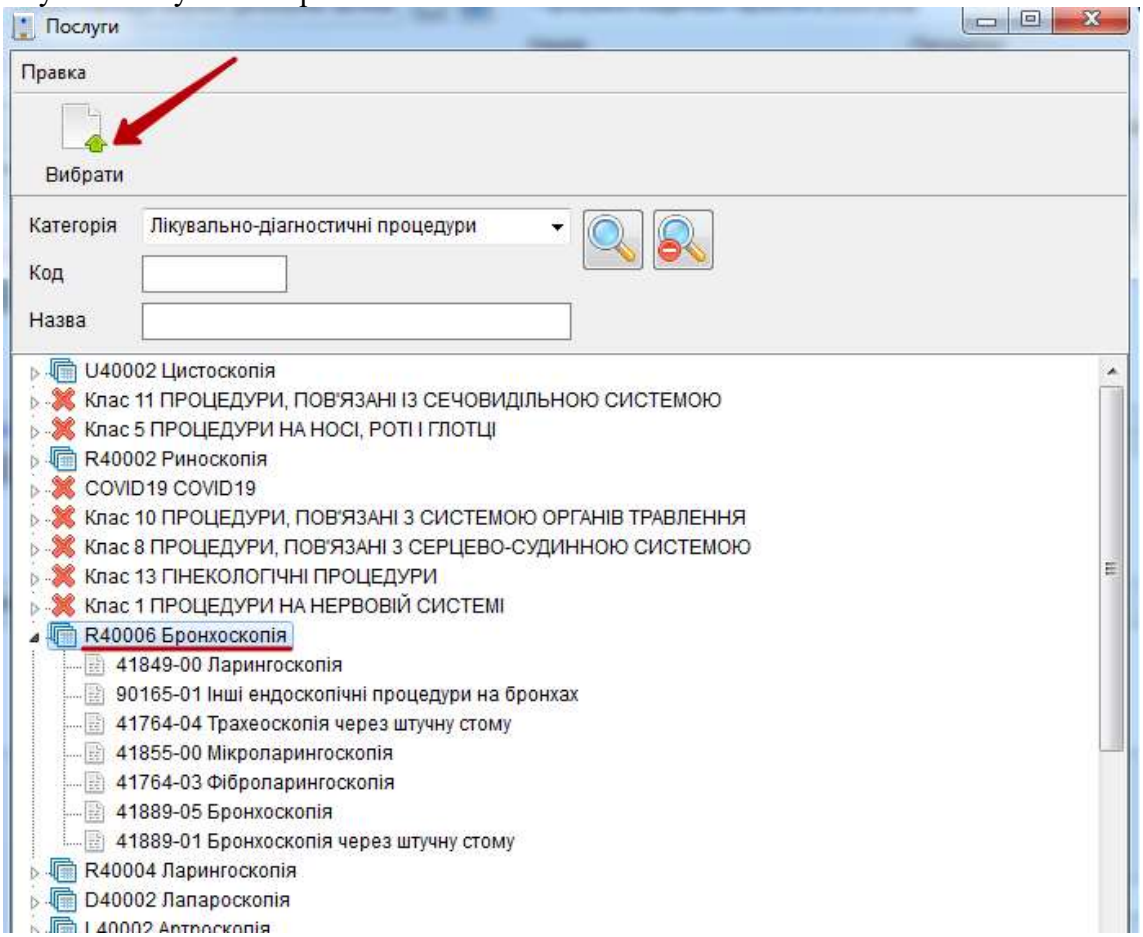
У вікні, що відкрилось обрати категорію і натиснути кнопку



Відфільтрується перелік послуг відповідно категорії, обрати потрібну і натиснути «Вибрати». Вибрати потрібну послугу можна ще, ввівши код у відповідному полі.

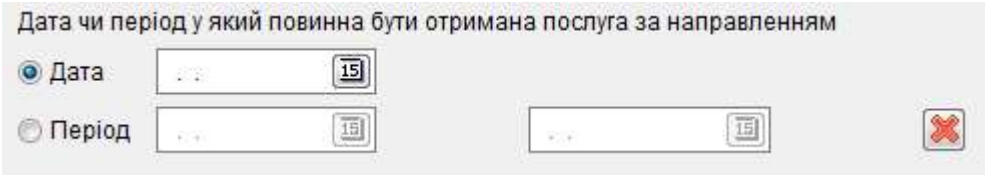


У випадку, коли потрібно обрати групу послуг відповідної категорії, відмітити потрібну і натиснути «Вибрати».



Знак означає, що послуги даного класу можна обирати тільки окремою послугою , а не групою.

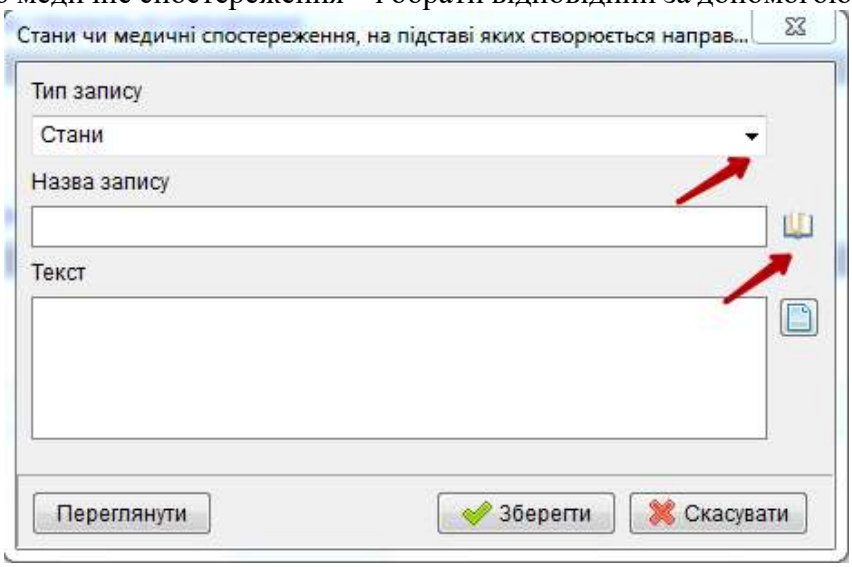
- **«Програма».** Якщо планується, що оплата за надані послуги за направленням буде проведена за рахунок Державної програми медичних гарантій, слід обрати **«Програма медичних гарантій в 2020 році»**, в противному разі це поле слід очистити за допомогою кнопки . У випадку, якщо лікар, який виписує направлення не володіє інформацією щодо наявності у пацієнта страховки на послугу, за якою виписується направлення і пацієнт не висловив бажання самостійної оплатити за такі послуги, то лікар створює направлення за Програмою.
- **«Пріоритет» -** планове/ургентне – обирається лікарем в залежності від клінічної ситуації (стану пацієнта).
- **«Дата чи період, у який повинна бути надана послуга за направленням» -** в даному полі лікар може вказати обмеження у часі щодо виконання послуг , на які виписано направлення. Ця інформація потрібна пацієнту, як орієнтир щодо вимог лікаря про період реалізації направлення.

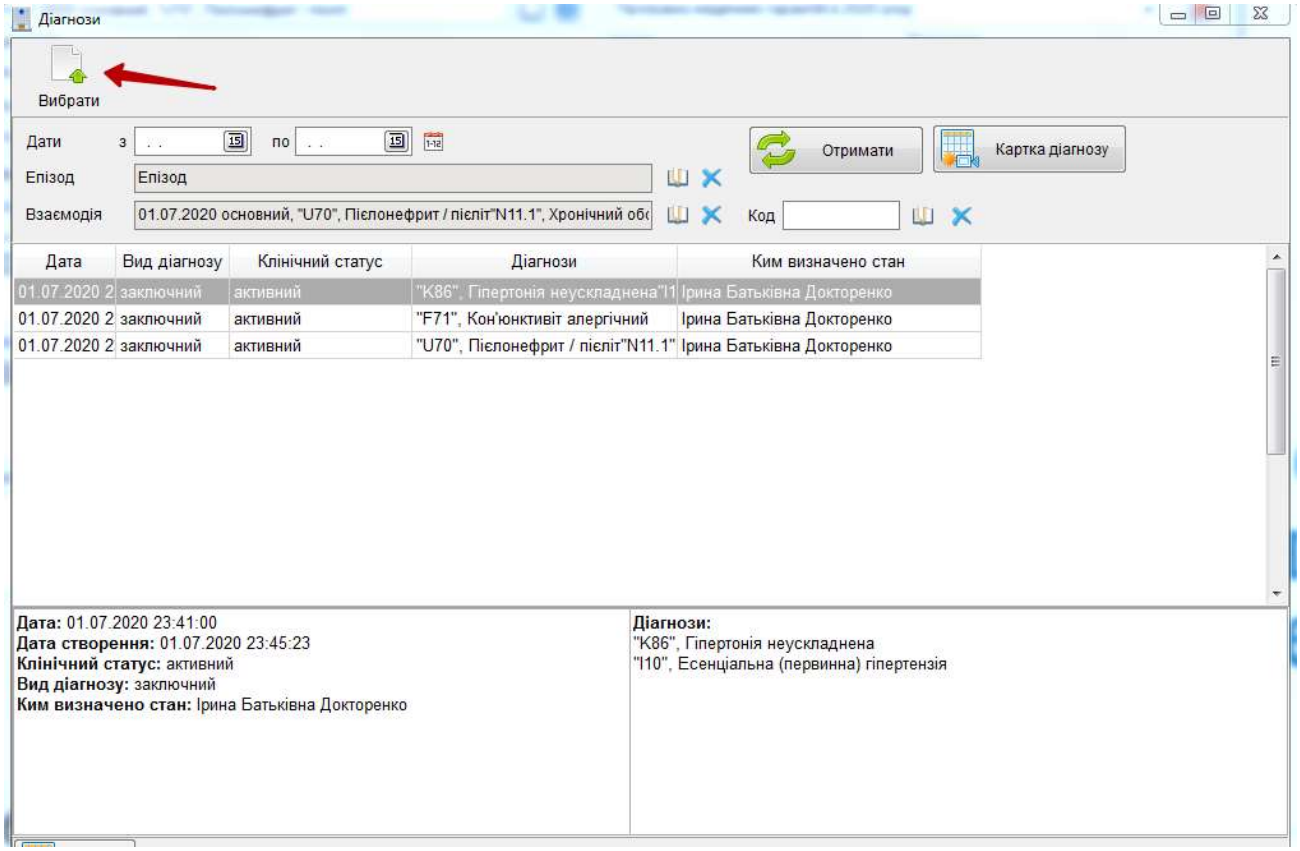


Дата - до якої дати реалізувати направлення.
Період – в межах якого періоду реалізувати направлення**.**
Зверніть увагу! Дані обмеження не впливають на роботу погашення електронного направлення.

- **«Стани чи медичні спостереження, на підставі яких створюється направлення» -** зазначається посилання на медичний запис, в якому зафіксовано діагнози, які слугували причиною виписки направлення. Всі стани (діагнози) та спостереження додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , .

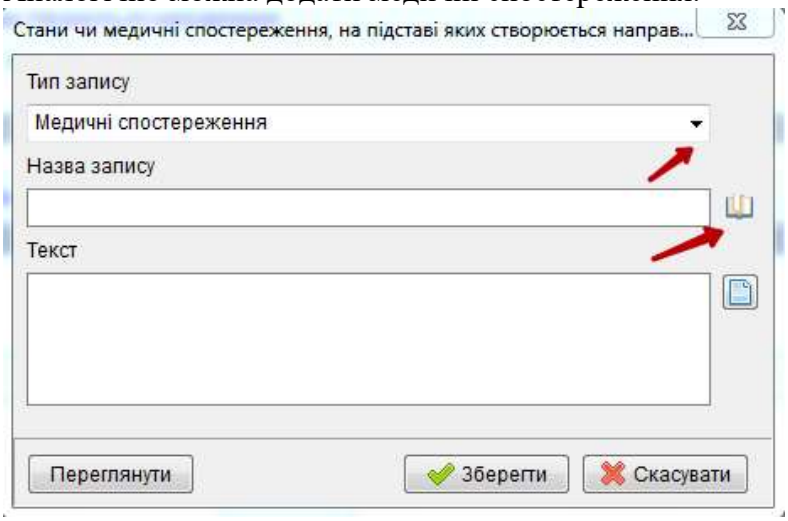
При додаванні з’являється вікно, у якому необхідно обрати «Тип запису» - стан (діагноз) або медичне спостереження – і обрати відповідний за допомогою кнопки

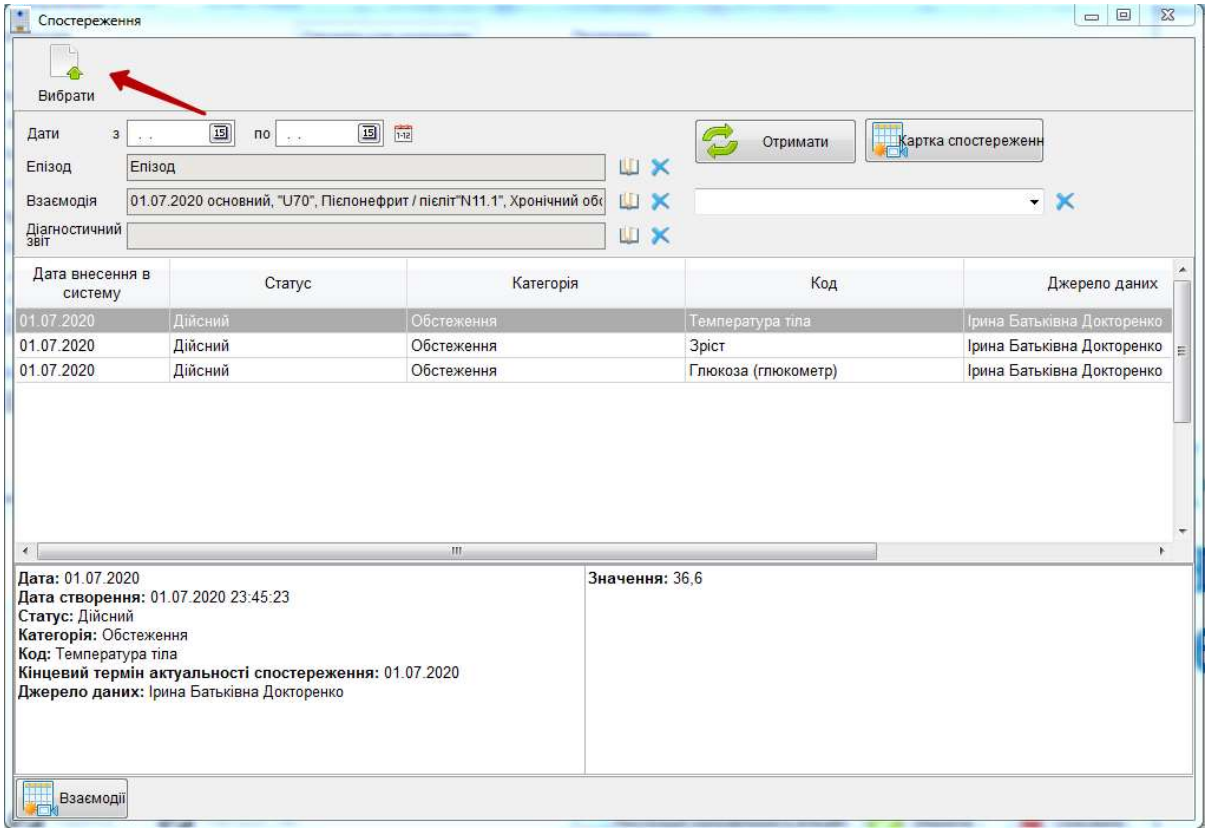




Обрані діагнози відобразяться списком

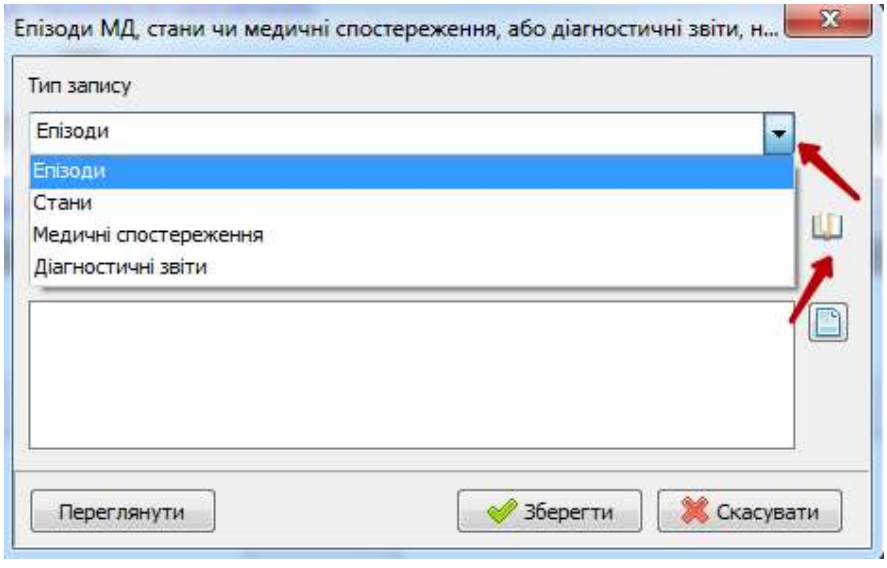
Аналогічно можна додати медичні спостереження.

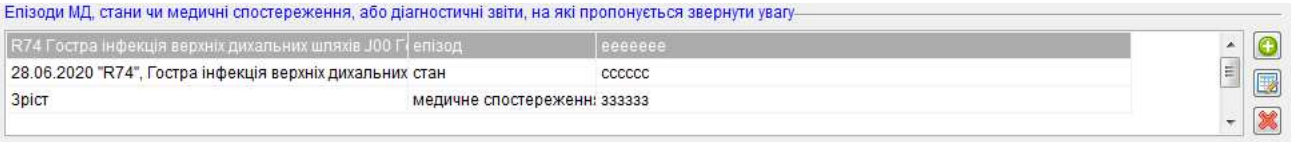




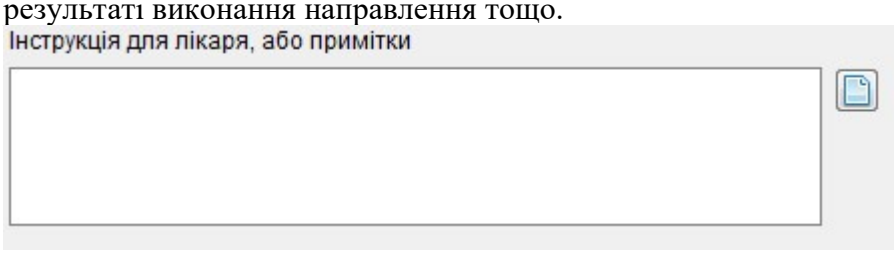
- **«Епізоди МД, стани чи медичні спостереження, або діагностичні звіти, на які пропонується звернути увагу» -** В даному полі лікар може зазначити посилання на медичні записи, які варто подивитися виконавцю послуг за направленням. Всі записи додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок .

При додаванні з'являється вікно, у якому необхідно обрати «Тип запису» - епізоди, стани (діагнози), медичні спостереження або діагностичні звіти – і обрати відповідний за допомогою кнопки

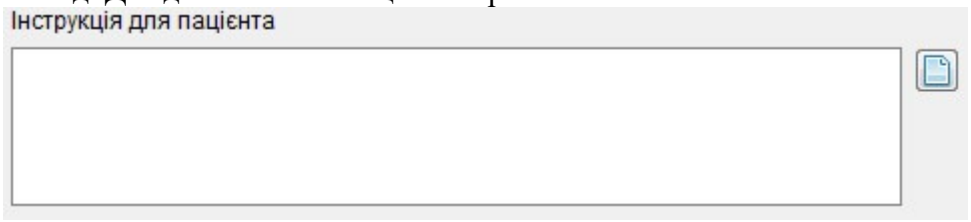




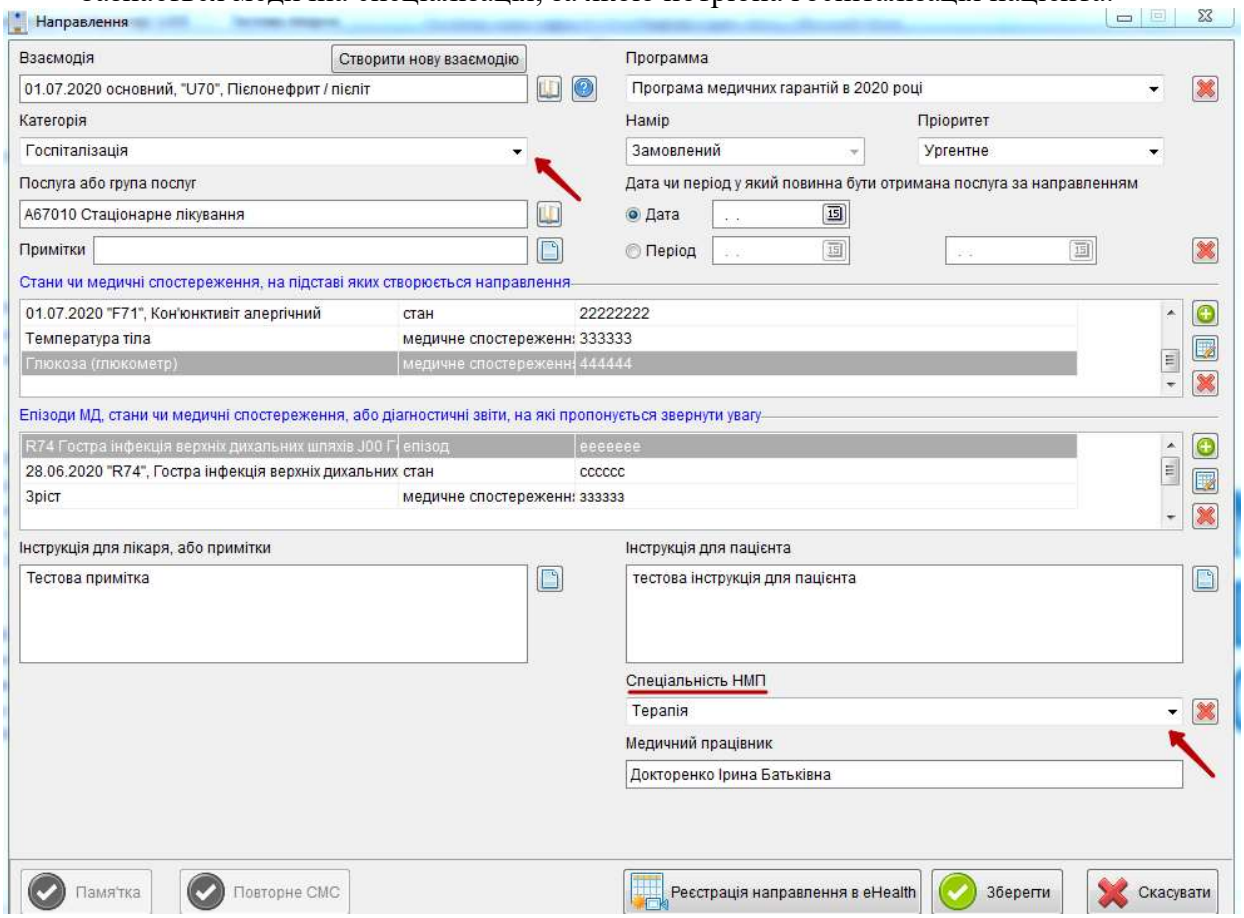
- **«Інструкція для лікаря, або примітки» -** зазначається важлива з точки зору лікуючого лікаря інформація у вільному форматі, яка може бути корисною для лікаря, що буде опрацьовувати направлення. НАПРИКЛАД: лікар може вказати причини сумніву щодо встановленого діагнозу, або ж уточнити, що саме він хоче отримати у результаті виконання направлення тощо.



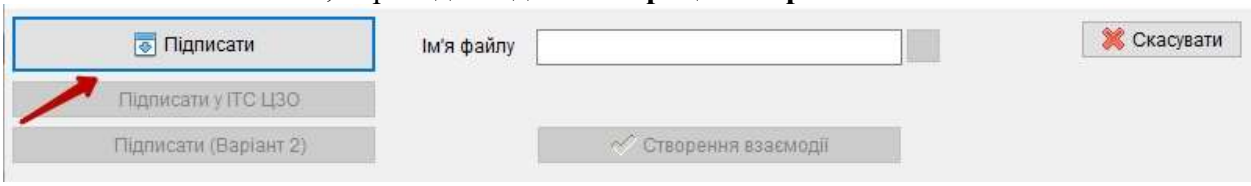
- **«Інструкція для пацієнта» -** зазначається важлива для пацієнта інформація, яка відноситься до направлення. НАПРИКЛАД: не їсти за 12 год. Не вживати алкоголь за 24 год. До здачі аналізів за цим направленням.



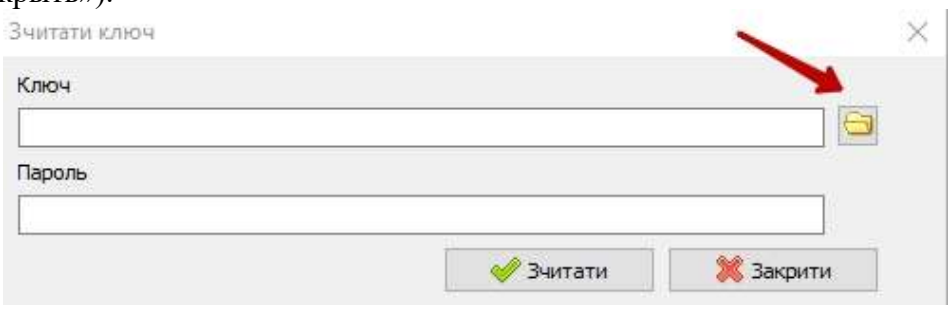
- **«Спеціалізація НМП» -** поле з’являється тільки у випадку, коли направлення виписане на категорії **«Госпіталізація»** або **«Переведення до іншого ЗОЗ»**. Зазнається медична спеціалізація, за якою потрібна госпіталізація пацієнта.

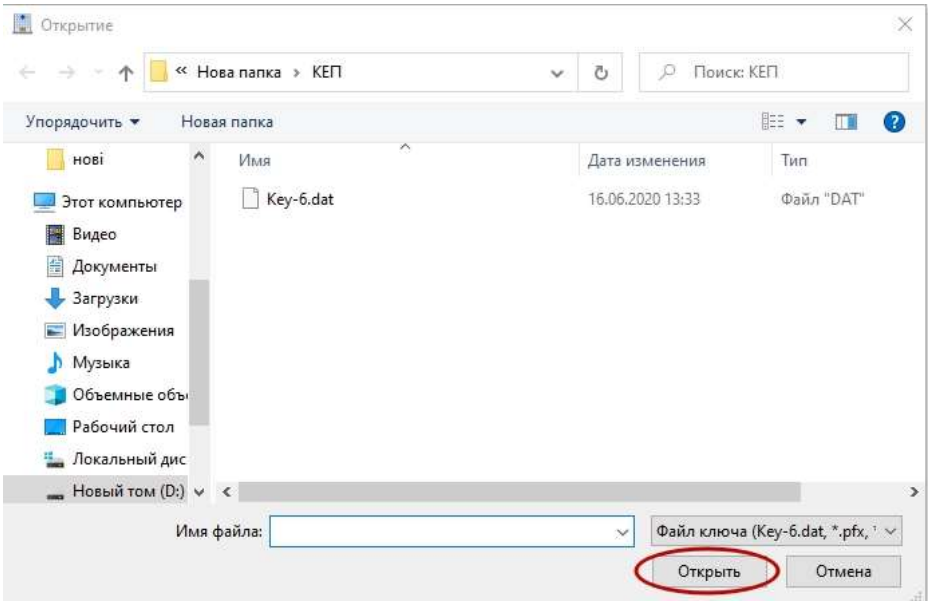


Заповнивши поля, переходимо до **«Реєстрація направлення в eHealth».**



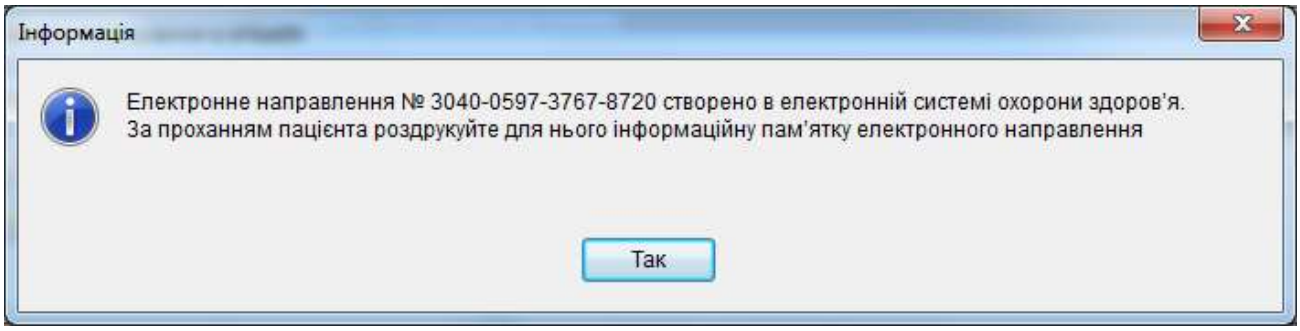
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).



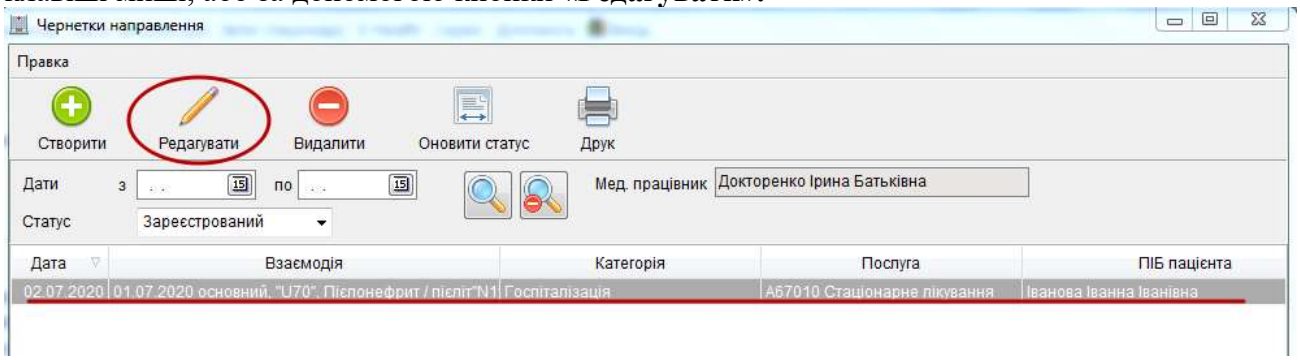


Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

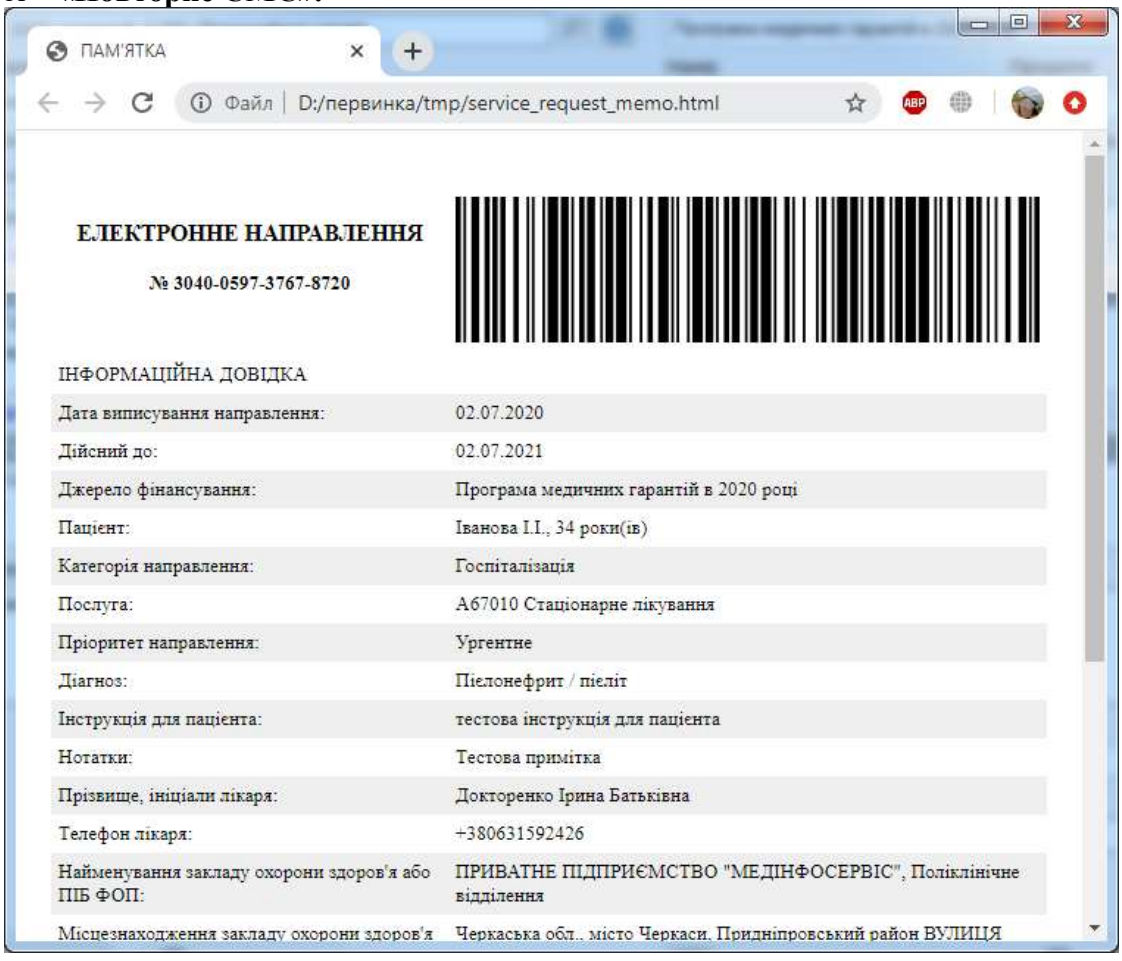
Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».



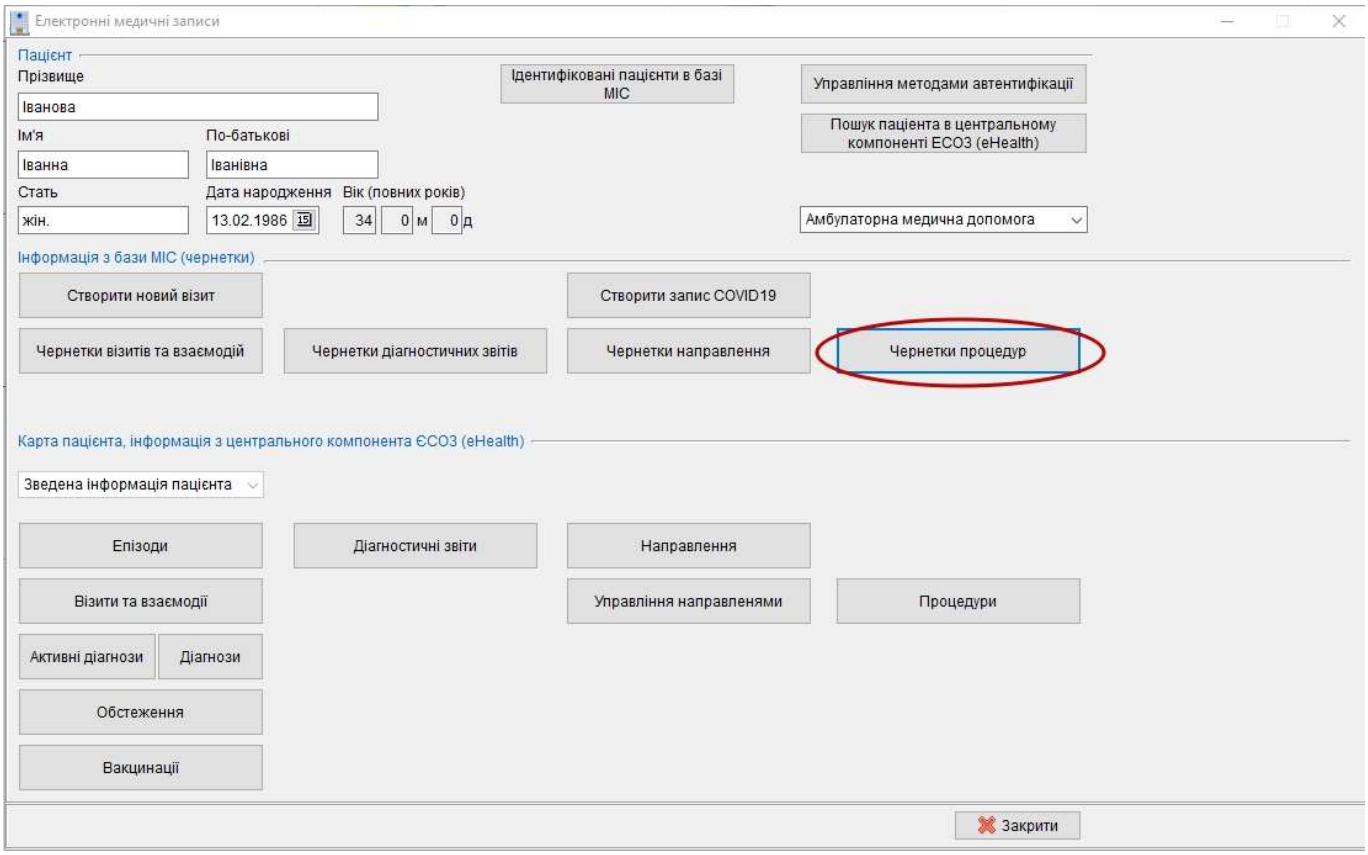
В цей момент пацієнту надходить СМС повідомлення з номер електронного направлення. Натиснувши **«Так»,** програма повертає у вікно **«Чернетки направлення»**, де створене направлення має статус **«Зареєстрований»**. Щоб роздрукувати інформаційну пам'ятку пацієнту, слід обрати щойно створене направлення подвійним натисканням правої клавіші миші, або за допомогою кнопки **«Редагувати».**



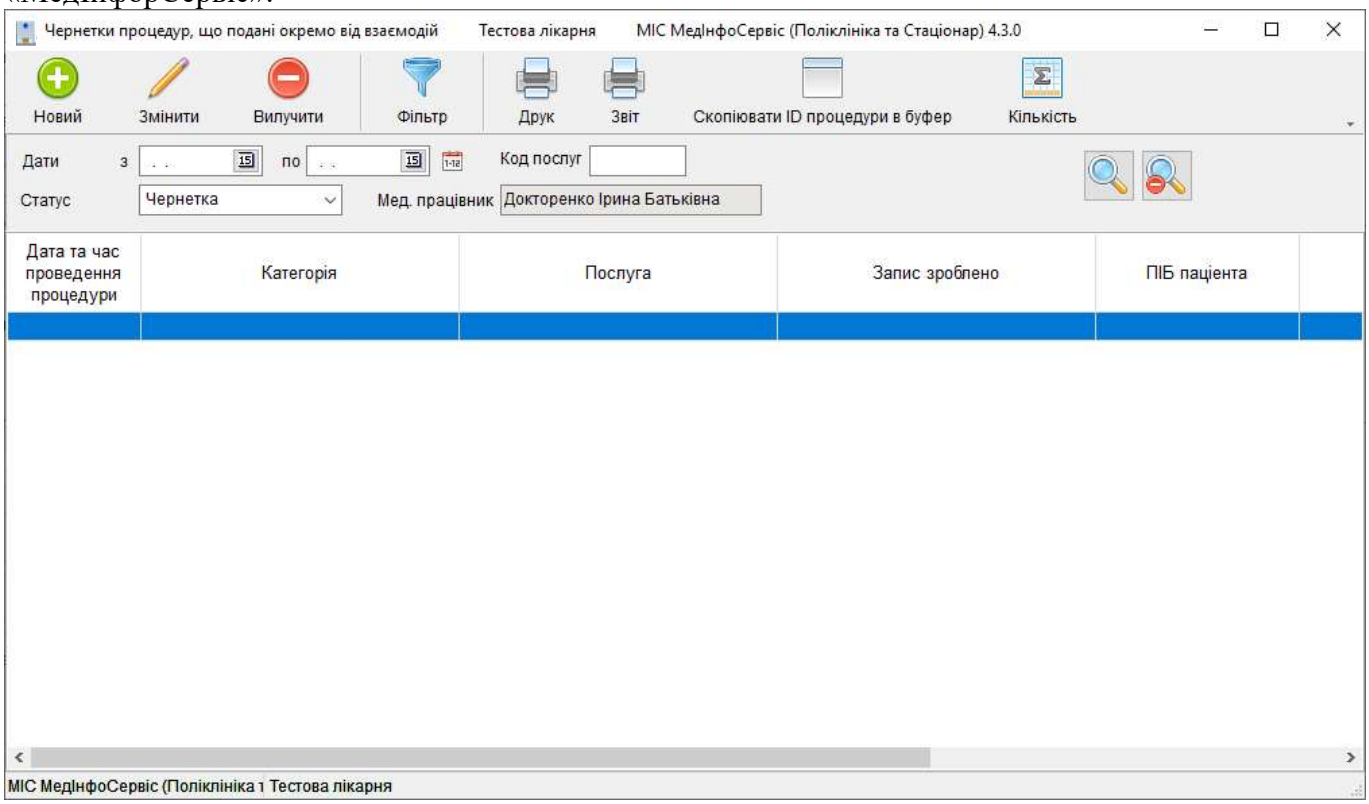
У вікні, що з'явилось, в нижній частині вікна натискаємо кнопку **«Пам'ятка».** При потребі – **«Повторне СМС».**



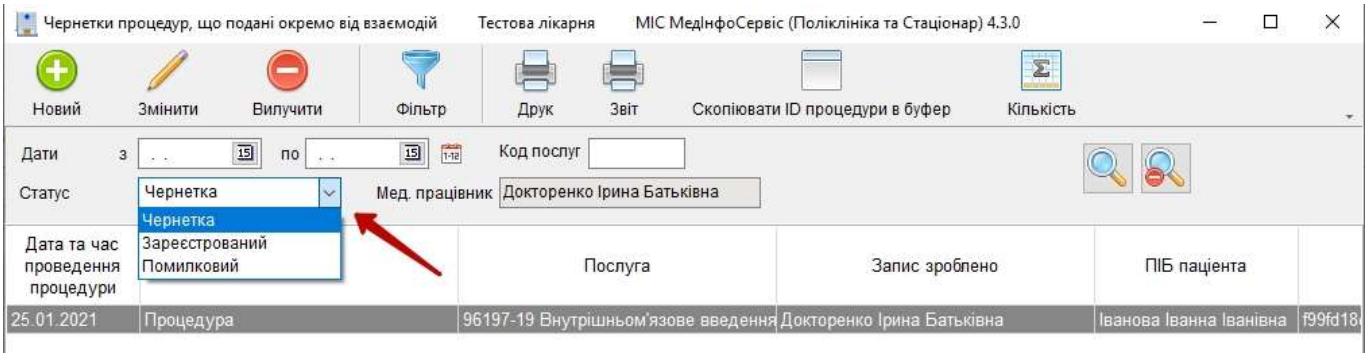
9.7.6 Чернетки процедур (СТВОЕРННЯ ПРОЦЕДУРИ без електронного направлення).



Містить список всіх процедур, які були створені для даного пацієнта в МІС «МедІнфорСервіс».

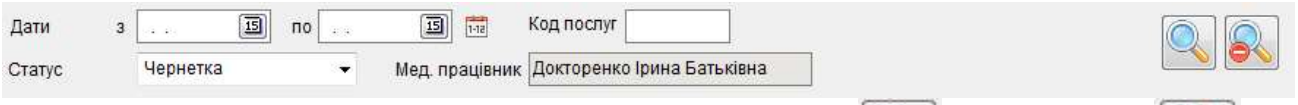


«Змінити» - відкривається процедура для внесення змін. Якщо статус її **«Зареєстрована»**, тобто підписана і відправлена в eHealth, то дана процедура буде відкрита, але редагувати її заборонено. Якщо статус – **«Чернетка»** (не зареєстрована в eHealth) – відкриту процедуру можна буде відредагувати і зареєструвати в ЕСОЗ.



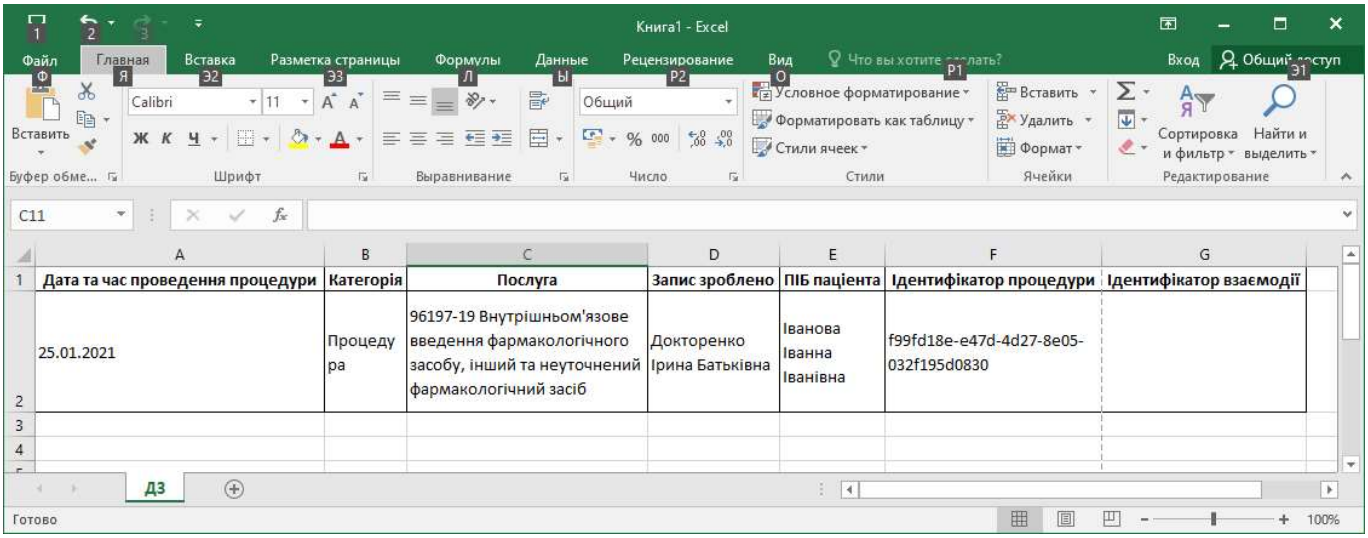
«Вилучити» - видаляє тільки процедуру, яка має статус «Чернетка».

«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по записам.

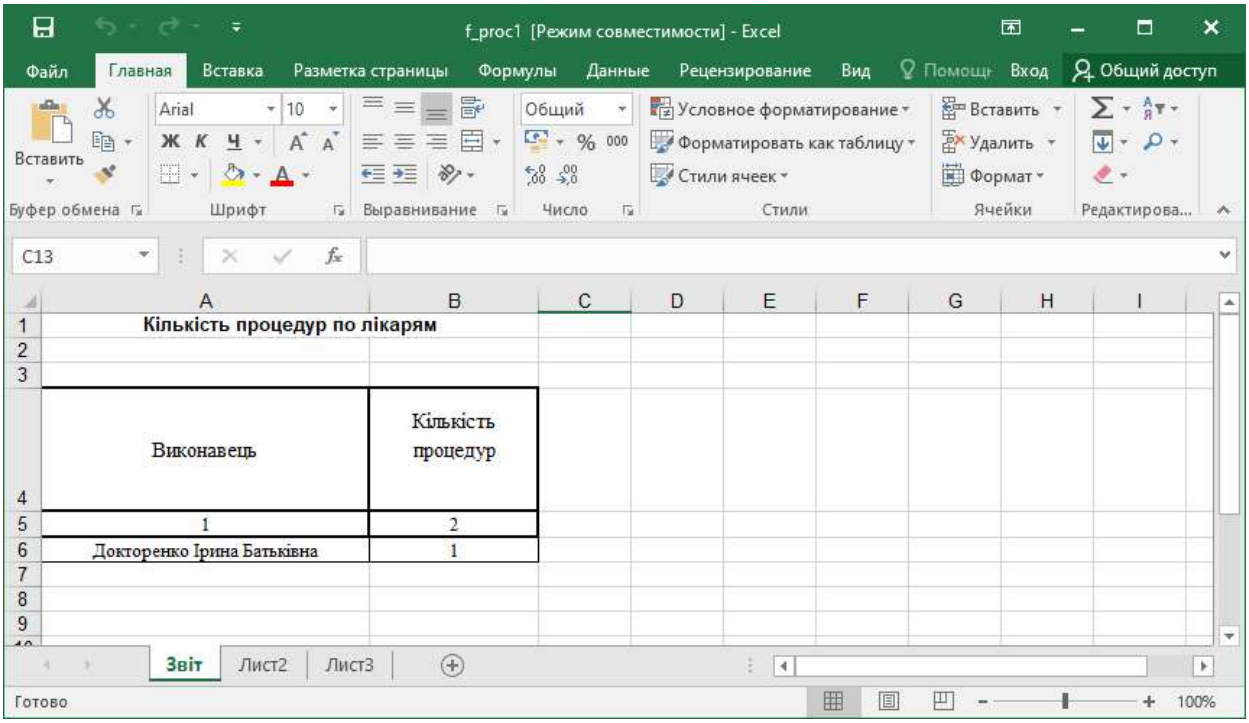


Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

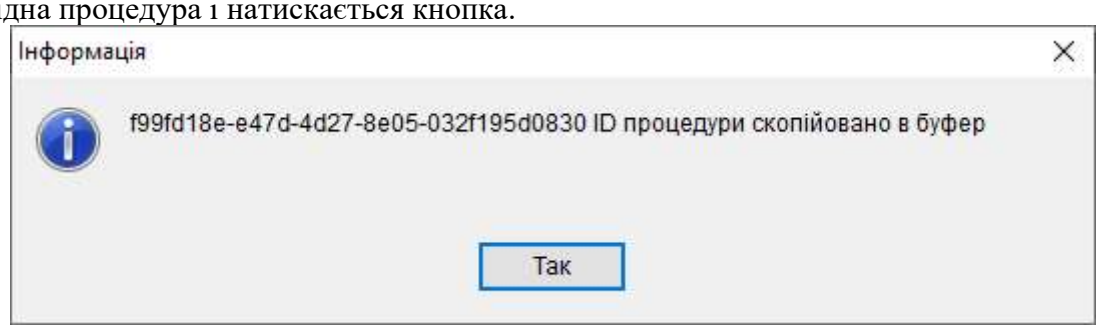
«Друк» - формує список процедур в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми і в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.



«Звіт» - формує кількість процедур по лікарях в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми і в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.

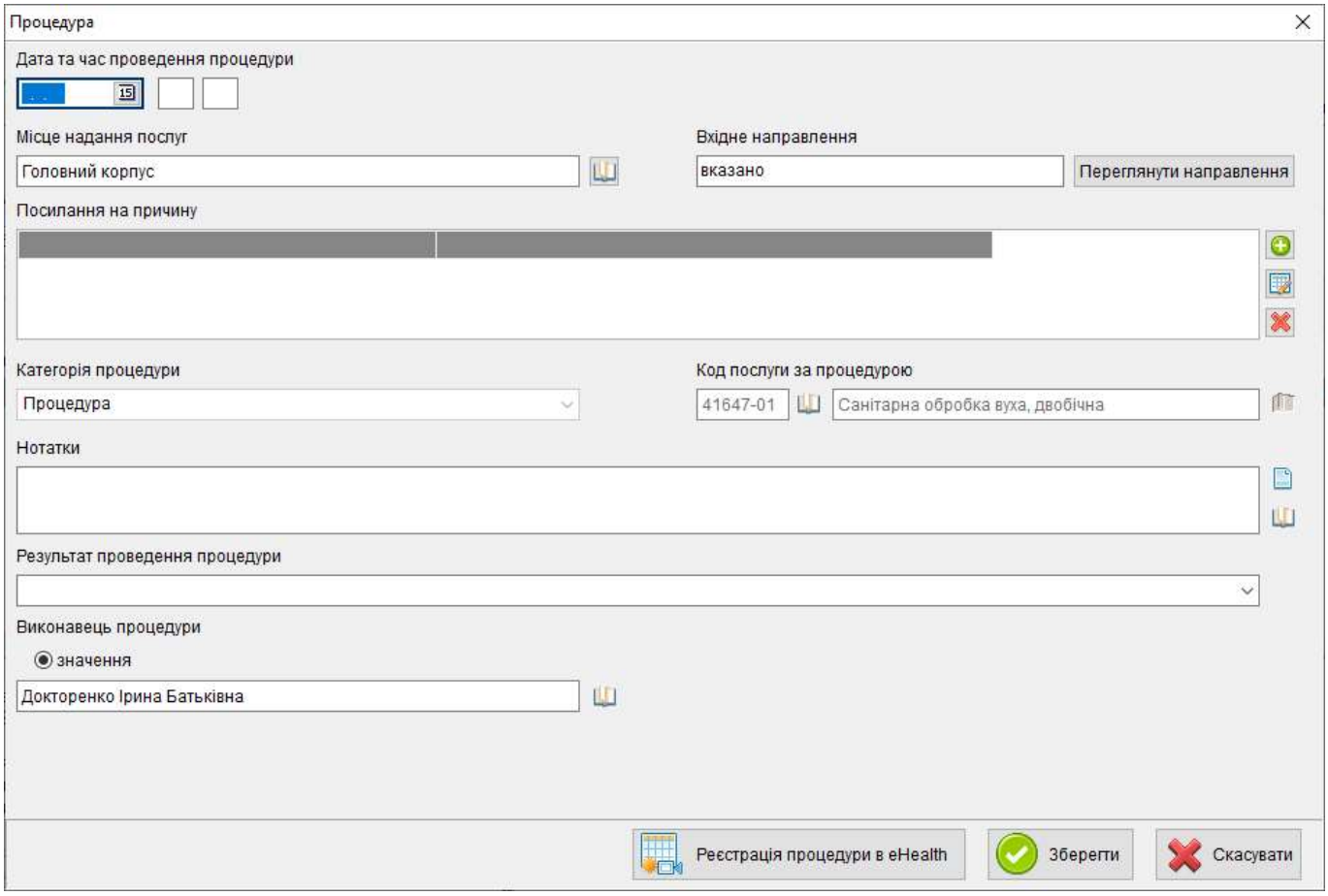


«Скопіювати ID процедури в буфер» - застосовується при потребі. Обирається необхідна процедура і натискається кнопка.

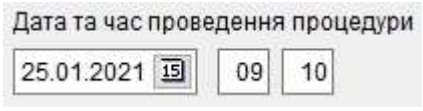


«Кількість» - розраховує кількість взаємодій в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.

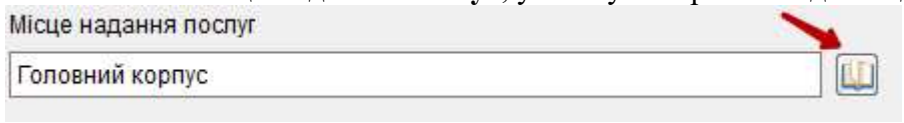
Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити процедуру.



Вказується **дата та час проведення процедури**.

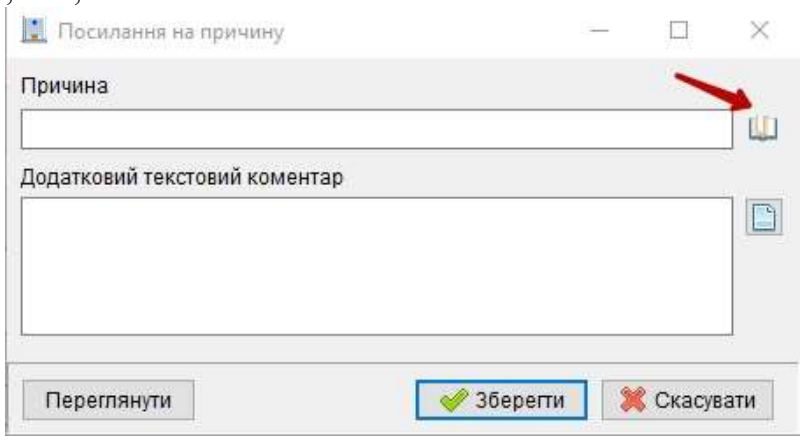


Зазначається **місце надання послуг**, у якому створюється даний діагностичний звіт.



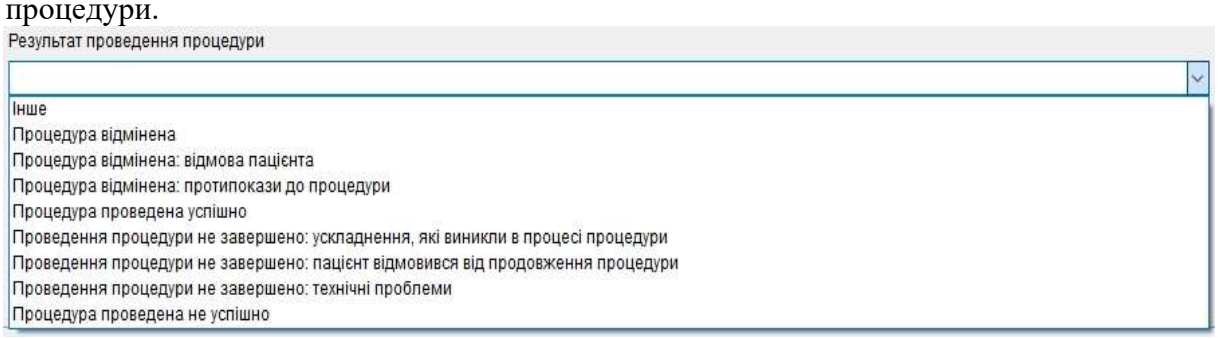
В **посиланні на причину** можливо вказати всі причини (діагнози) для проведення даної процедури.

Всі прчини (діагнози) додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок
, , .



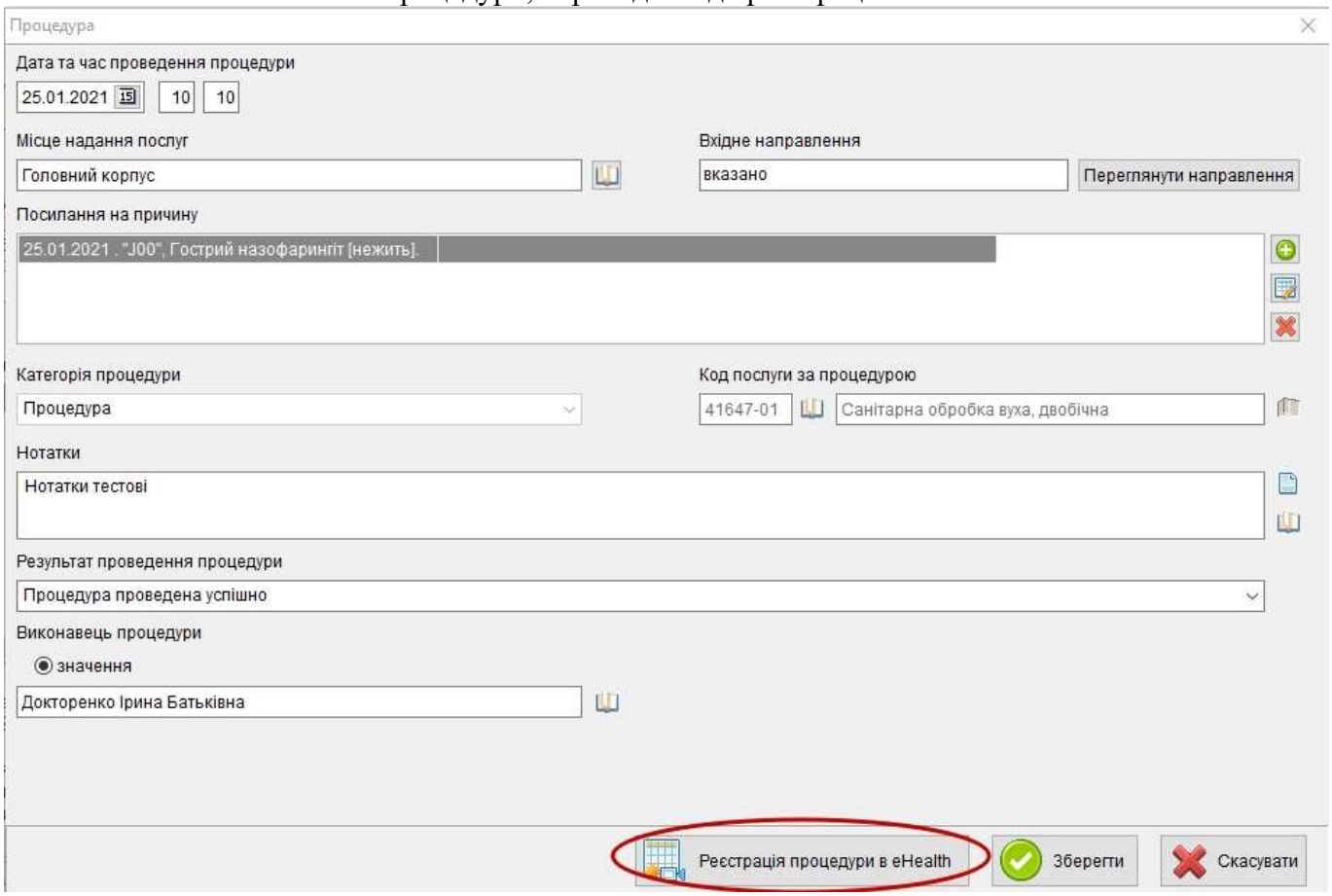
Категорія процедури і код послуги за процедурою заповнюються автоматично із картки направлення.

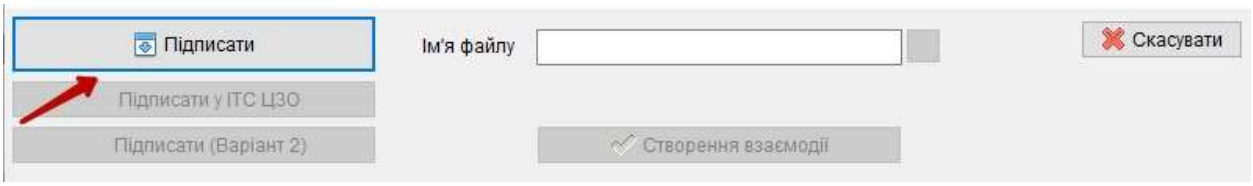
Нотатки – вказуються необхідна додаткова інформація.
Результат проведення процедури - формується тільки ПІСЛЯ проведення процедури.



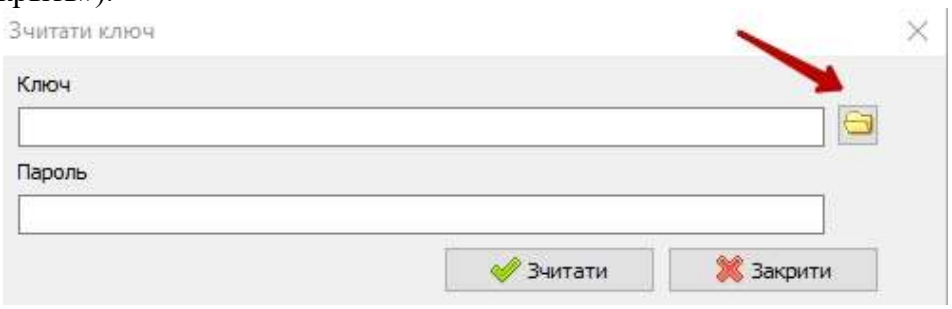
Виконавець процедури - зазначається ПІБ співробітника закладу, який провів процедуру. Обирається зі списку співробітників, зареєстрованих в ЕСОЗ за допомогою кнопки .

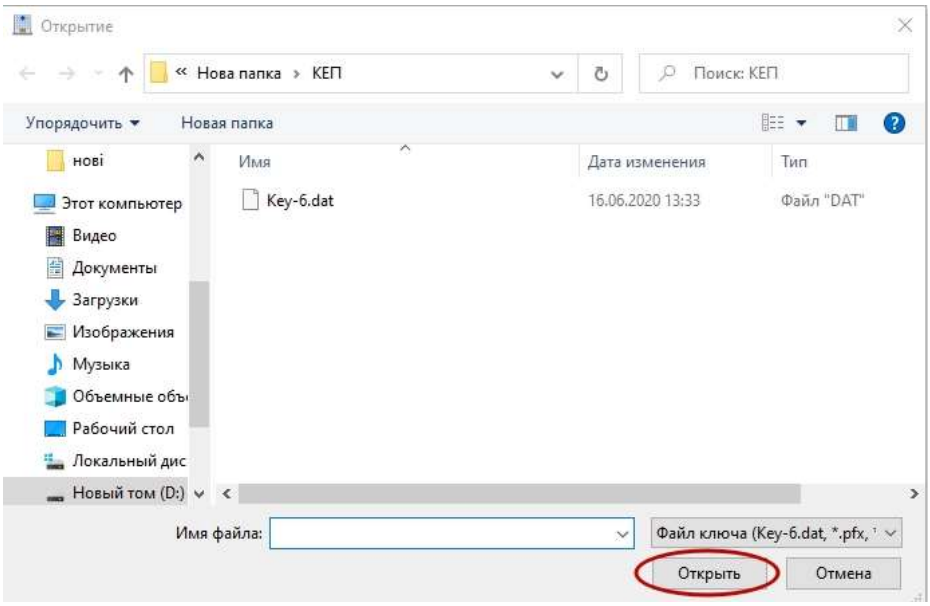
Заповнивши всі поля процедури, переходимо до реєстрації в eHealth.





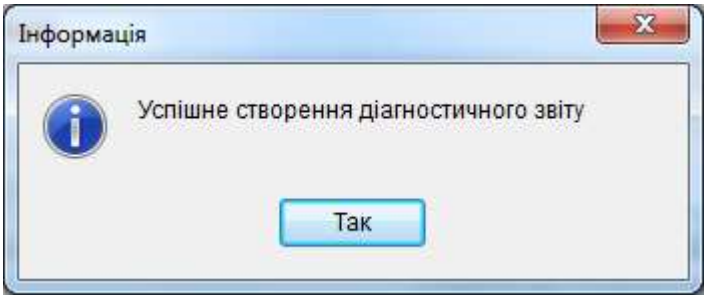
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).





Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».

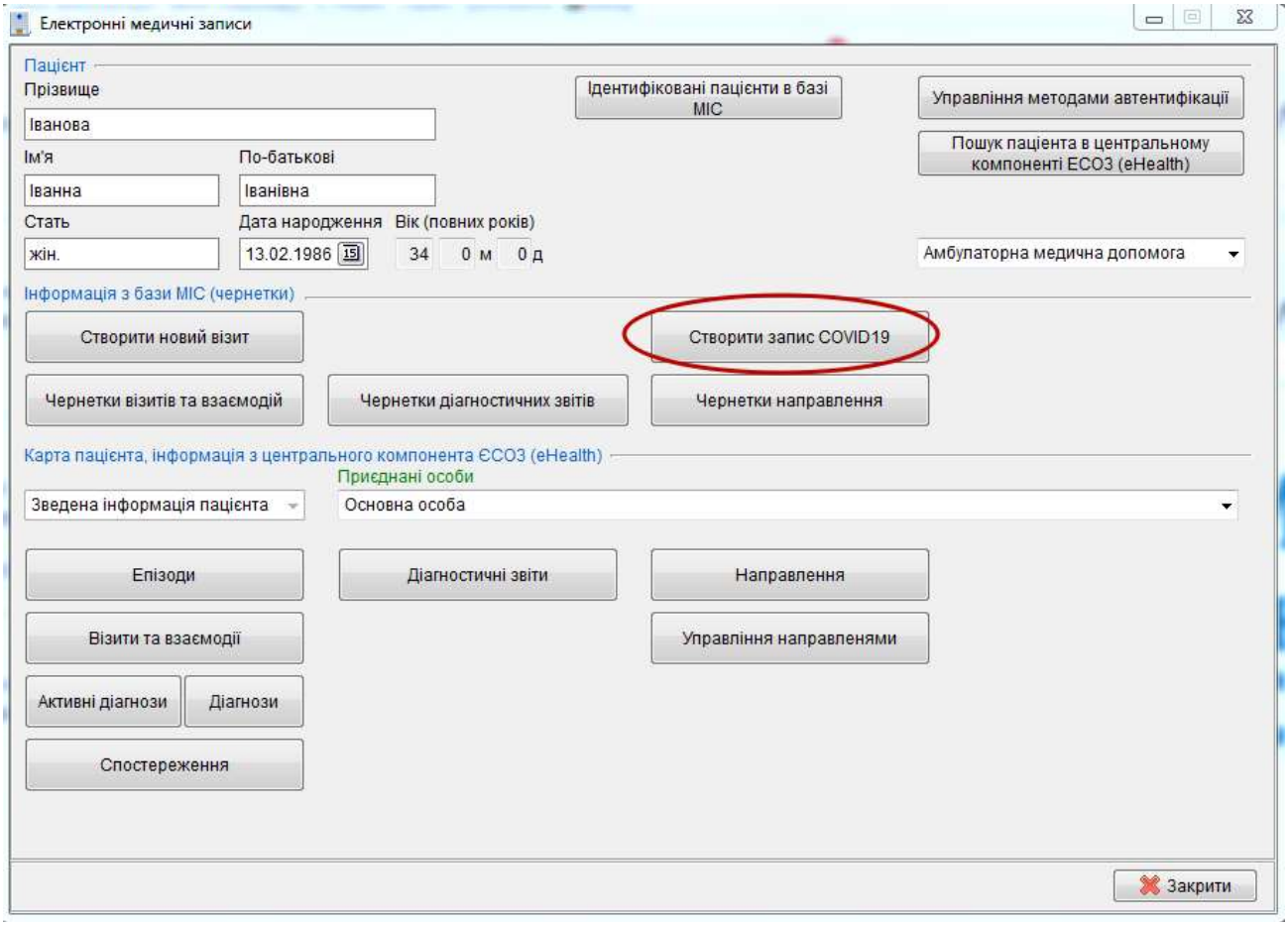


9.7.7 Створити запис COVID-19

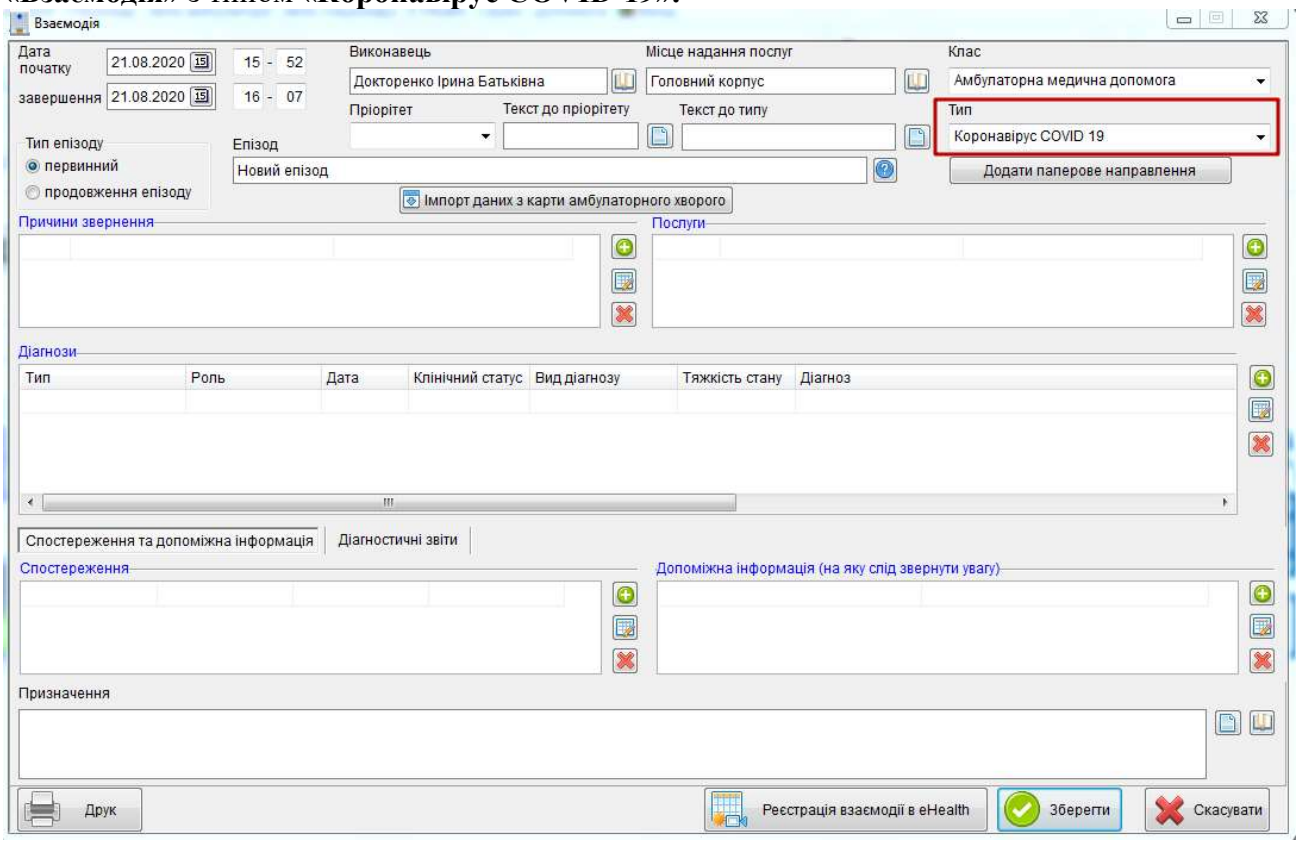
Згідно рекомендацій Національної служби охорони здоров'я, даний тип взаємодії є додатковим інструментом в електронній системі охорони здоров'я для обліку динаміки захворюваності на COVID-19 і не відміняє ведення медичних записів за загальними правилами.

Інструкція з інформацією щодо ведення електронних медичних записів медичними працівниками спеціалізованої медичної допомоги в умовах пандемії COVID-19 для пацієнтів, у яких є підозра чи є встановлений діагноз коронавірусної інфекції та правила ведення електронних
медичних записів, що стосуються пацієнтів з підозрою на COVID- 19 чи встановленим діагнозом COVID-19 розміщена за посиланням https://academy.nszu.gov.ua/mod/folder/view.php?id=269

Для кращого розуміння процесу внесення інформації для звітування за пакетом медичних послуг "Стаціонарна допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2" з використанням функціоналу МІС МедІнфоСервіс, можна скористатись відеоінструкцією за посиланням https://youtu.be/MlumEKMer8I



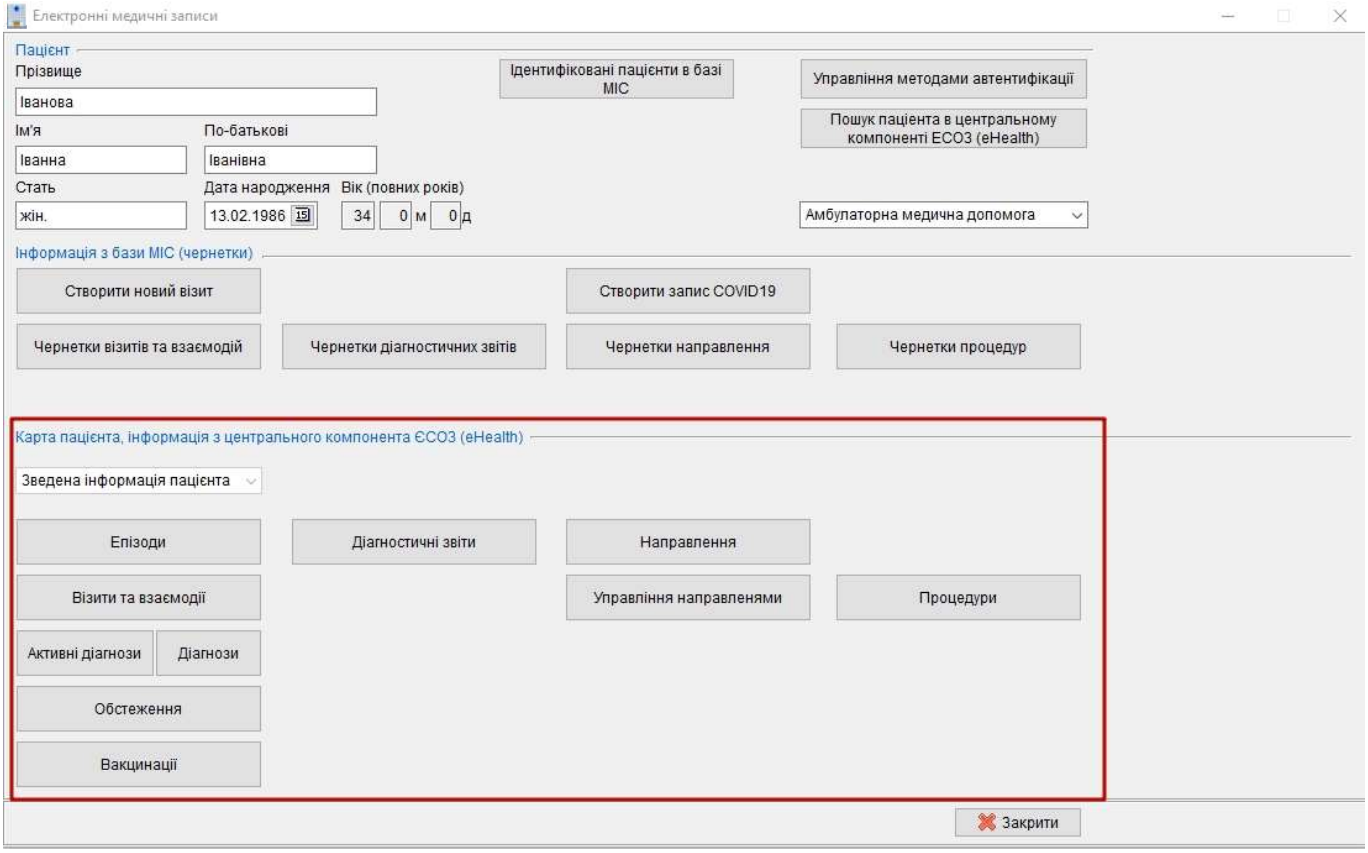
В МІС «МедІнфоСервіс» для ведення таких записів служить кнопка **«Створити запис COVID-19»** в електронних медичних записах. Натиснувши її, відкривається вікно **«Взаємодія»** з типом **«Коронавірус COVID-19».**



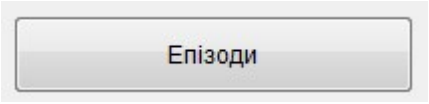
Алгоритм створення взаємодії аналогічний описаному в **пункті 9.7.2.**

9.7.8 Карта пацієнта в ЕСОЗ. Інформація з центрального компонента.

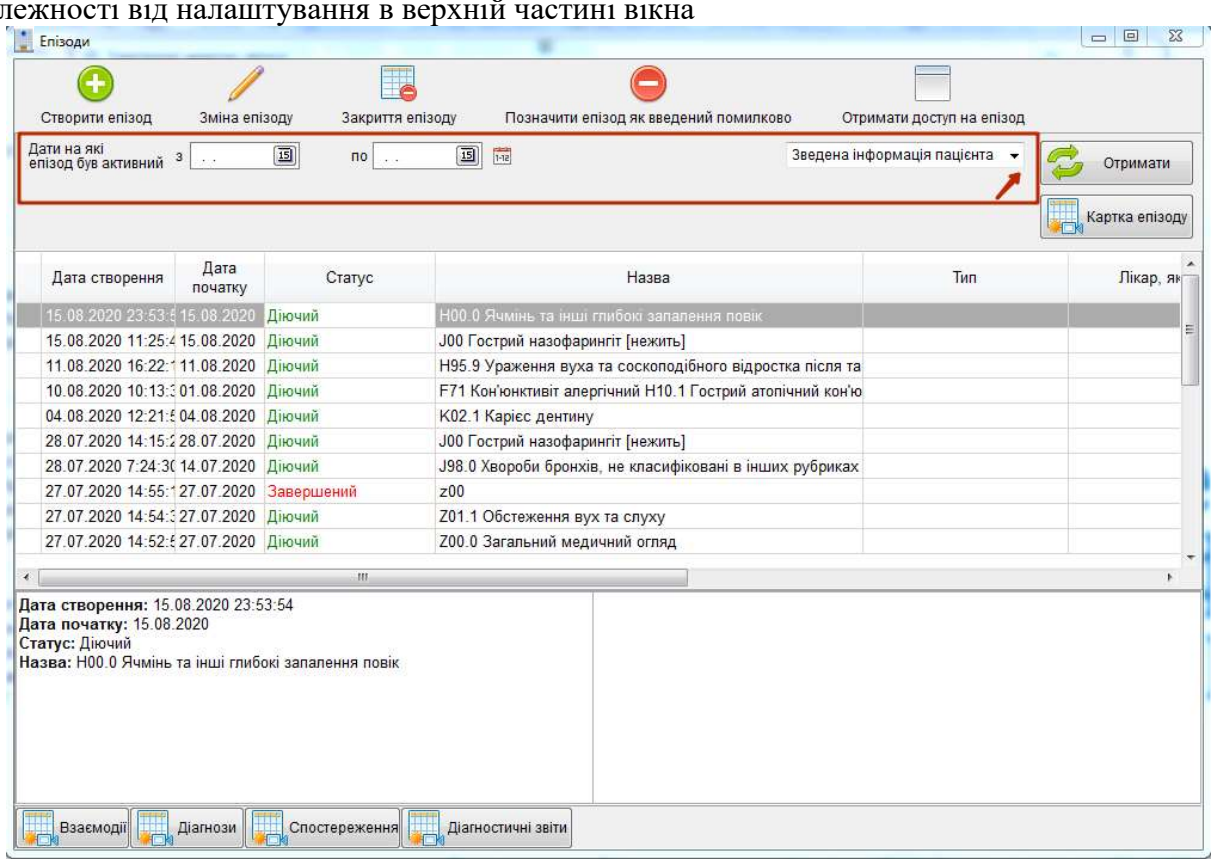
Для перегляду зареєстрованих епізодів/взаємодій, діагностичних звітів, діагнозів і спостережень, закриття епізодів, а також відміни епізодів і електронних направлень використовують кнопки, які розташовані в нижній частині головного вікна



9.7.8.1 Перегляд епізодів/візитів і взаємодій/діагнози/спостереження в ЕСОЗ, закриття епізоду, позначення як введений помилково епізоду/взаємодії.



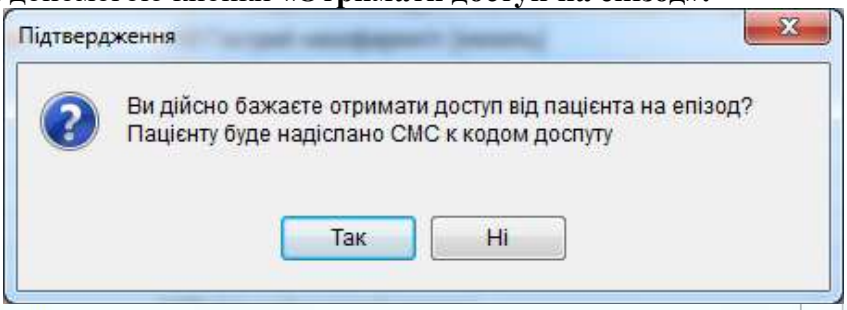
- відображається список створених епізодів, в залежності від налаштування в верхній частині вікна

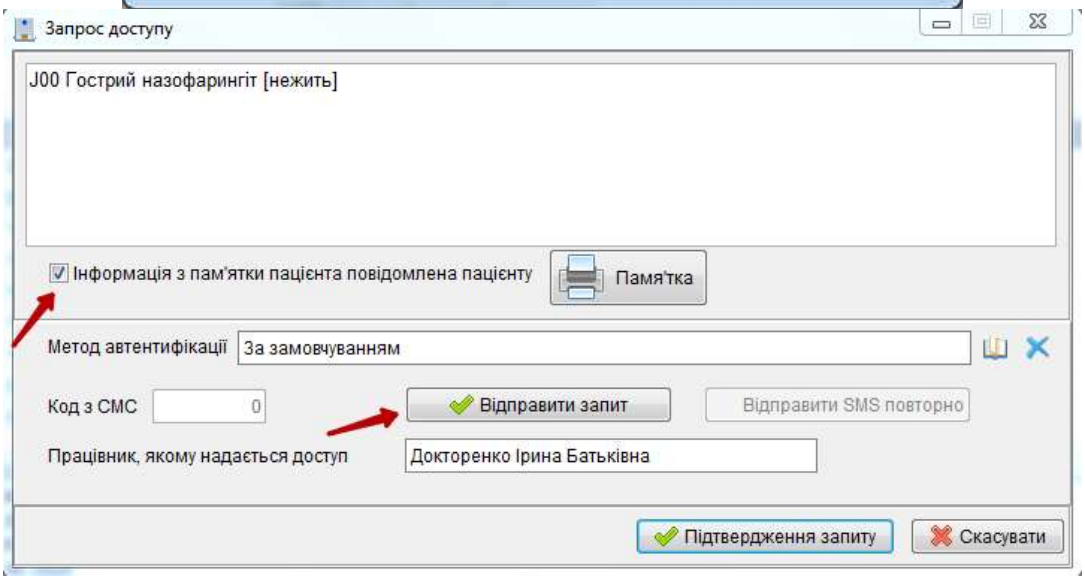


Зведена інформація пацієнта – відображає весь список епізодів створених у пацієнта.

Повна інформація пацієнта – відображає епізоди, створені у власному медичному закладі.

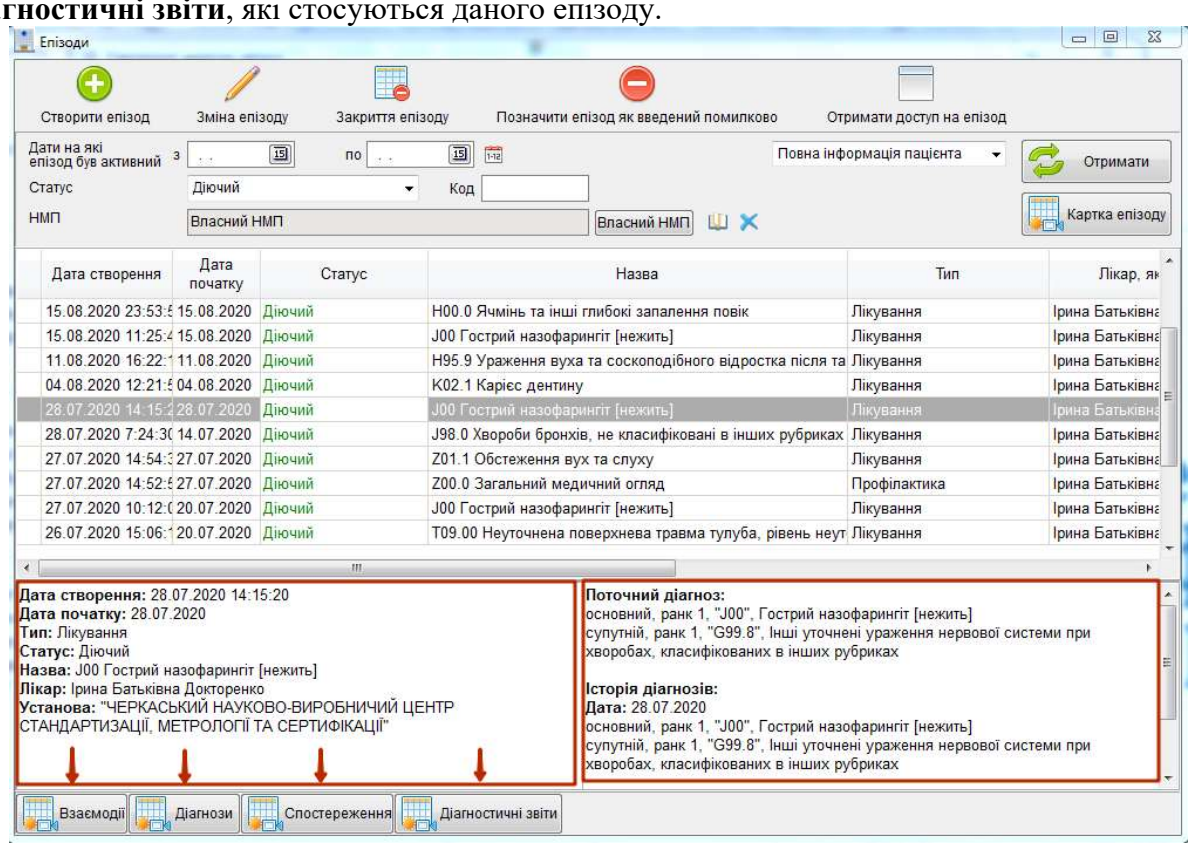
Підтверджені епізоди – відображає епізоди, до яких лікар отримав доступ. Це здійснюється за допомогою кнопки **«Отримати доступ на епізод».**



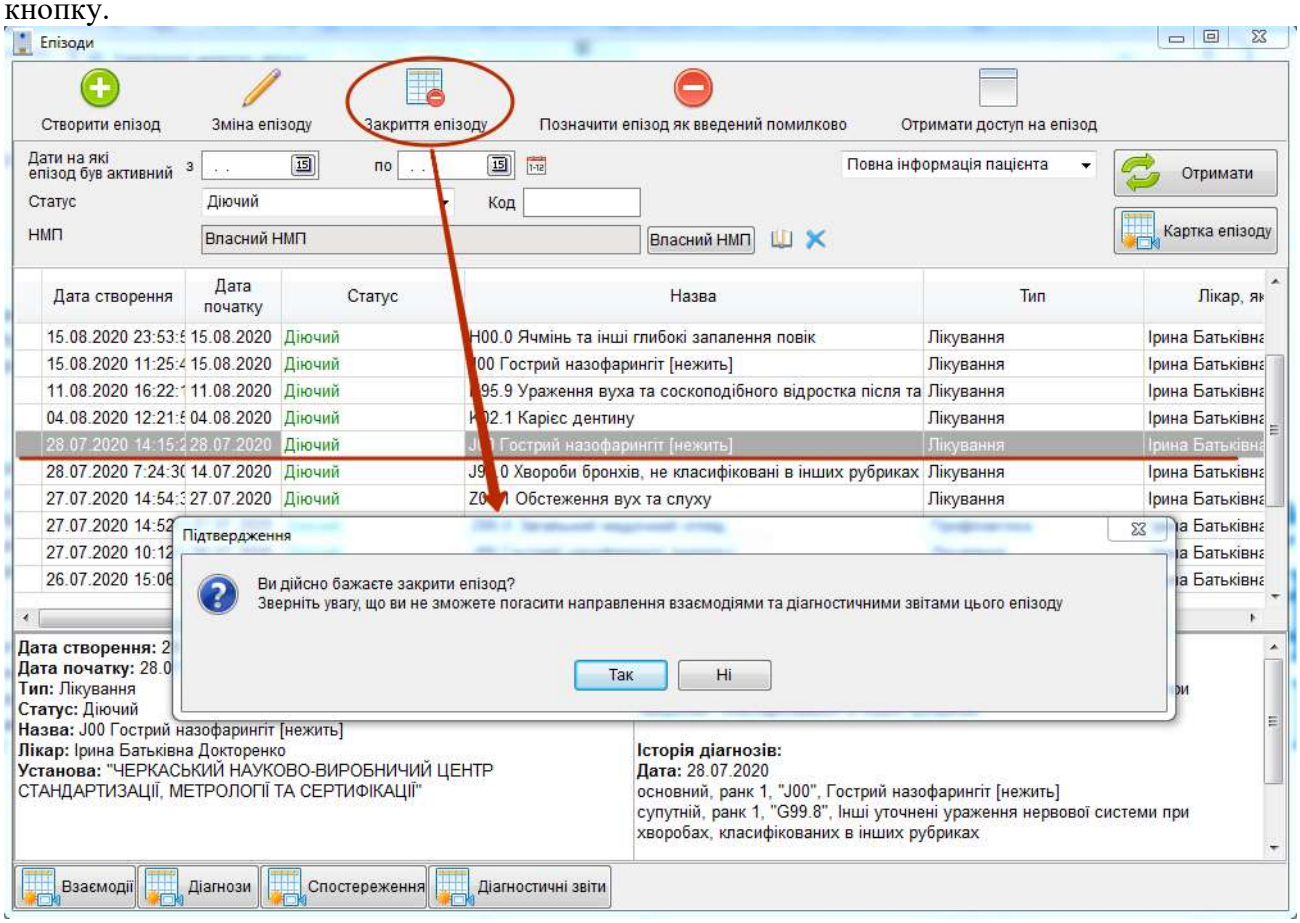


Натиснувши кнопку **«Відправити запит»,** пацієнту буде надіслано СМС з кодом підтвердження, яке потрібно ввести в поле **«Код з СМС»** і натиснути **«Підтвердження запиту».**

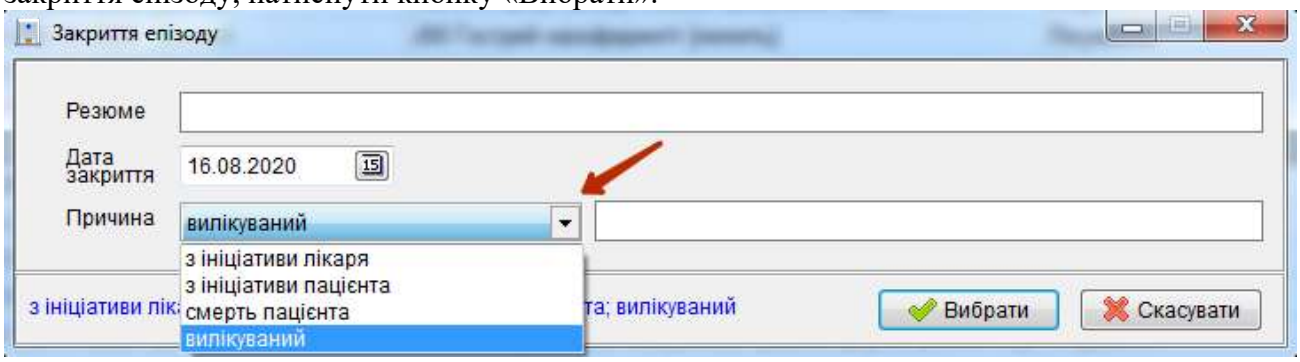
В нижній частині вікна «Епізоди» можна переглянути інформацію по епізодам, діагнозам тощо, а також окремо переглянути **взаємодії, діагнози, спостереження та діагностичні звіти**, які стосуються даного епізоду.

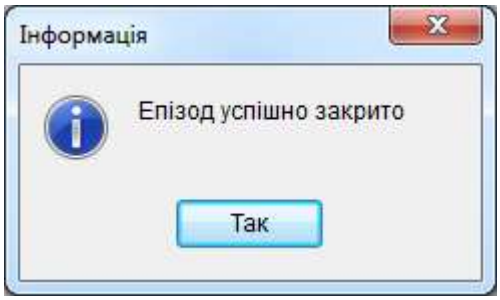


«Закриття епізоду» відбувається у випадку, коли лікар прийняв рішення, що проблема пацієнта вирішена або ж робота лікаря щодо вирішення цієї проблеми закінчена (з будь-яких об'єктивних причин). Щоб закрити епізод, обираємо потрібний і натискаємо відповідну кнопку.

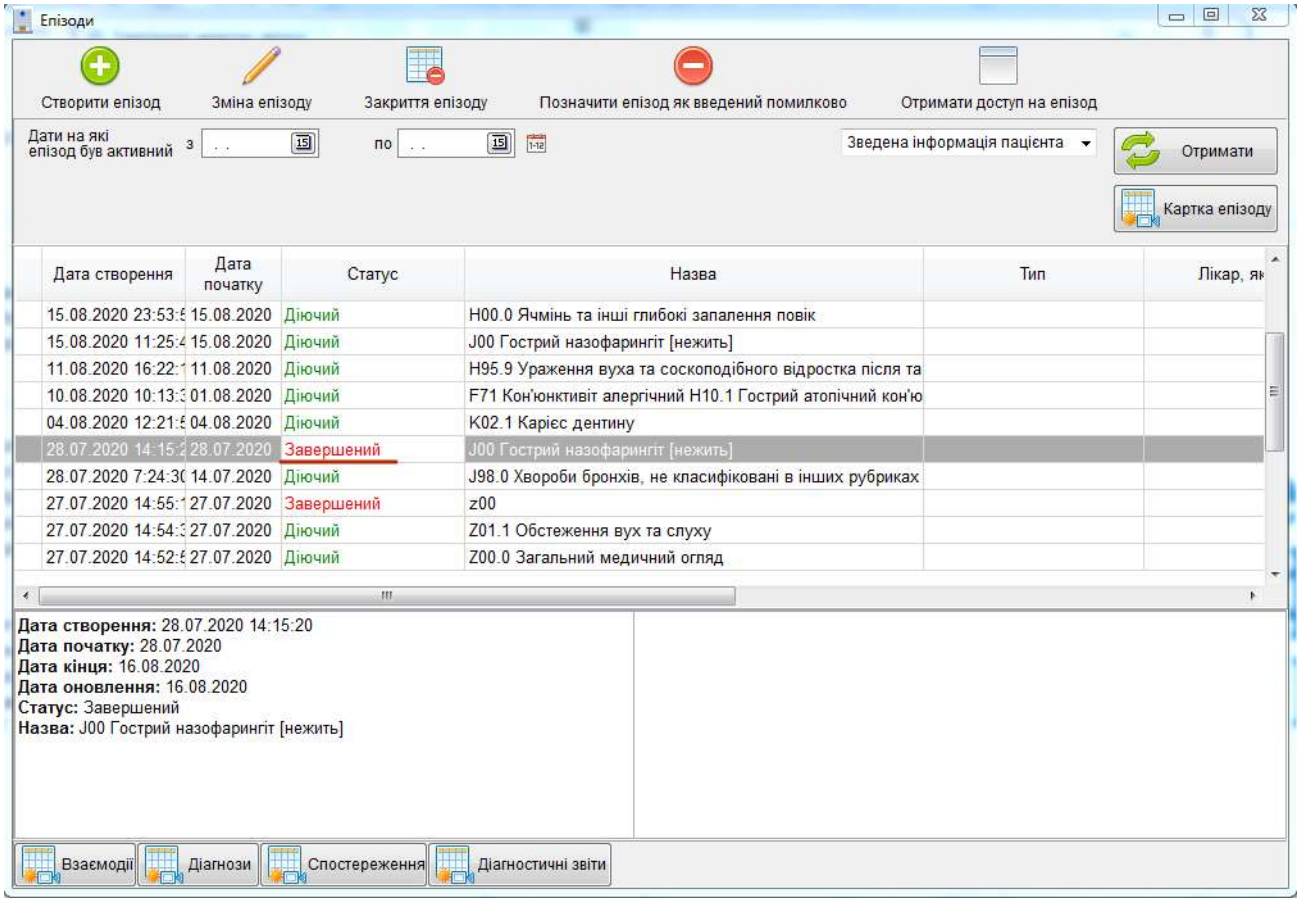


Погодившись, з'являється наступне вікно, де слід, при потребі, надрукувати коротке «Резюме» (інформація про стан пацієнта на момент закриття епізоду), дату та причину закриття епізоду, натиснути кнопку «Вибрати».

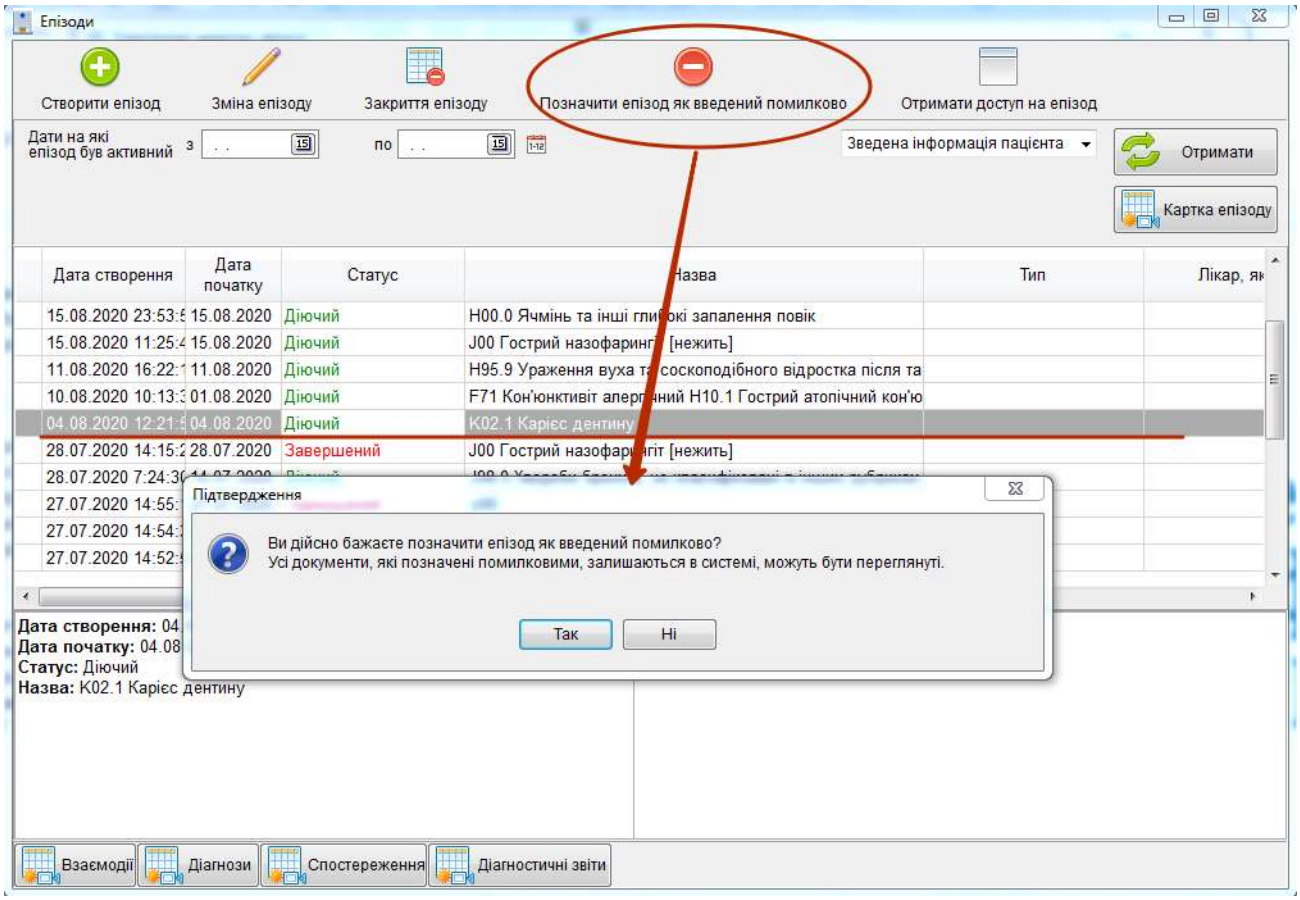




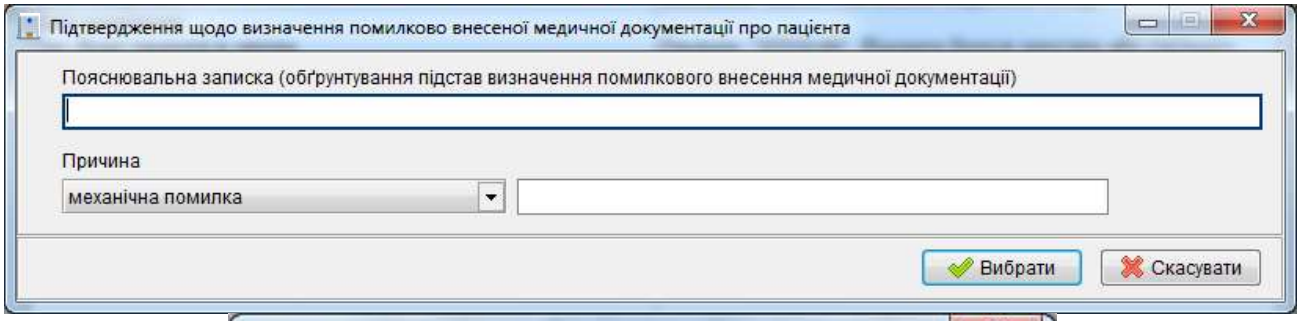
Тепер в переліку епізодів даний буде зі статусом **«Завершений».**

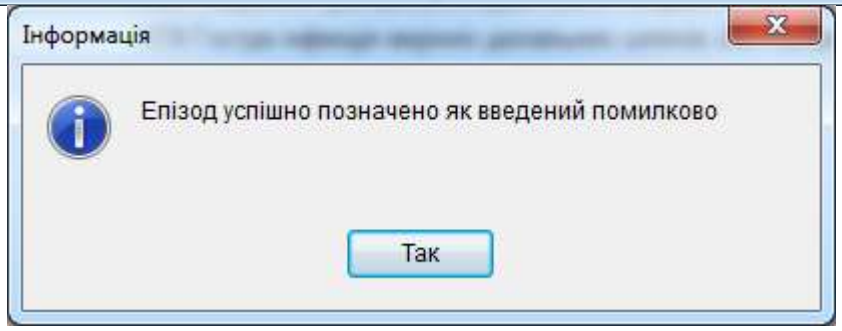


«Позначити епізод як введений помилково» - таку дію можливо виконати, якщо після запису епізоду чи взаємодії в ЕСОЗ, лікар зрозумів, що припустився помилки (неправильно закодував діагноз, створив запис не тому пацієнту тощо).

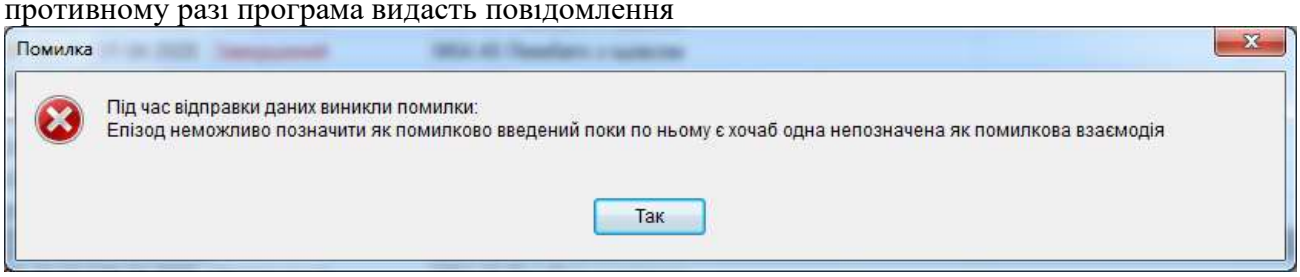


У вікні, що з’явилось вказати причину (механічна або невірно ідентифікований пацієнт) та пояснювальну записку в довільні формі і натиснути «**Вибрати**».

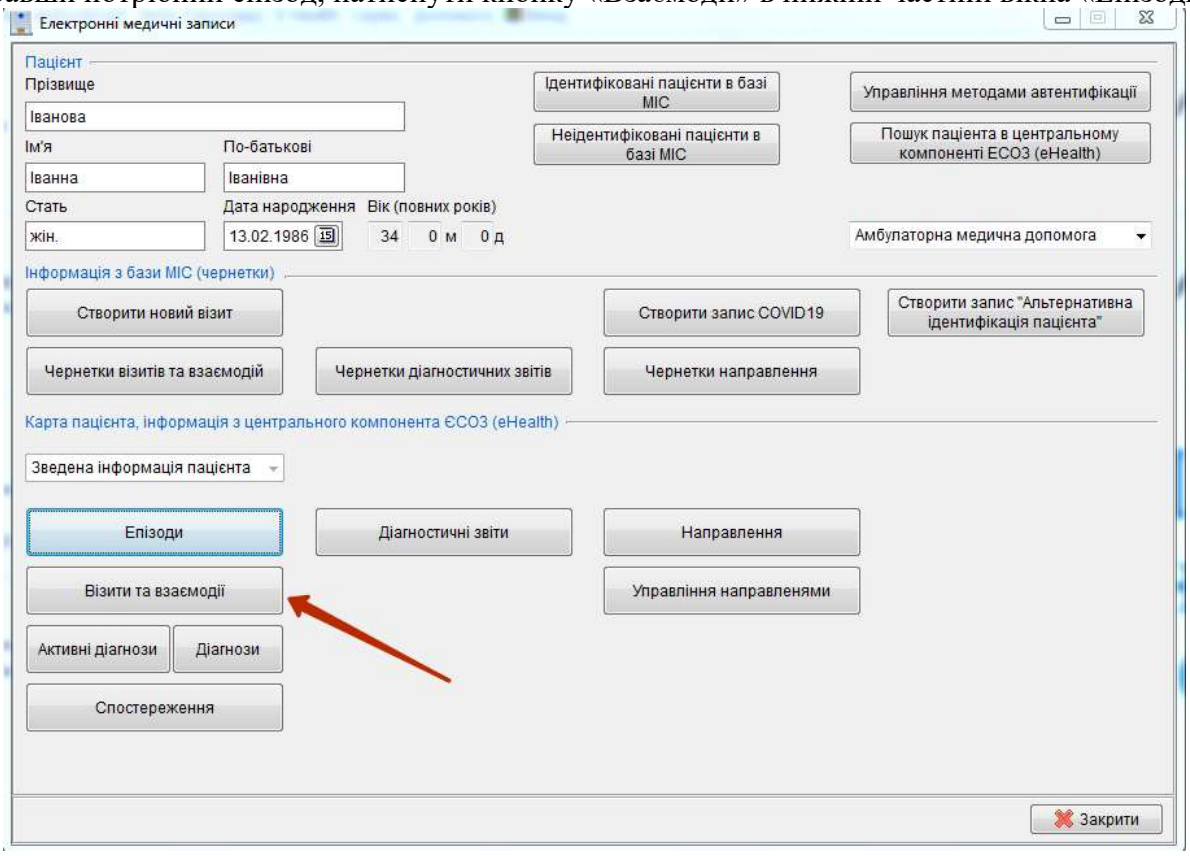


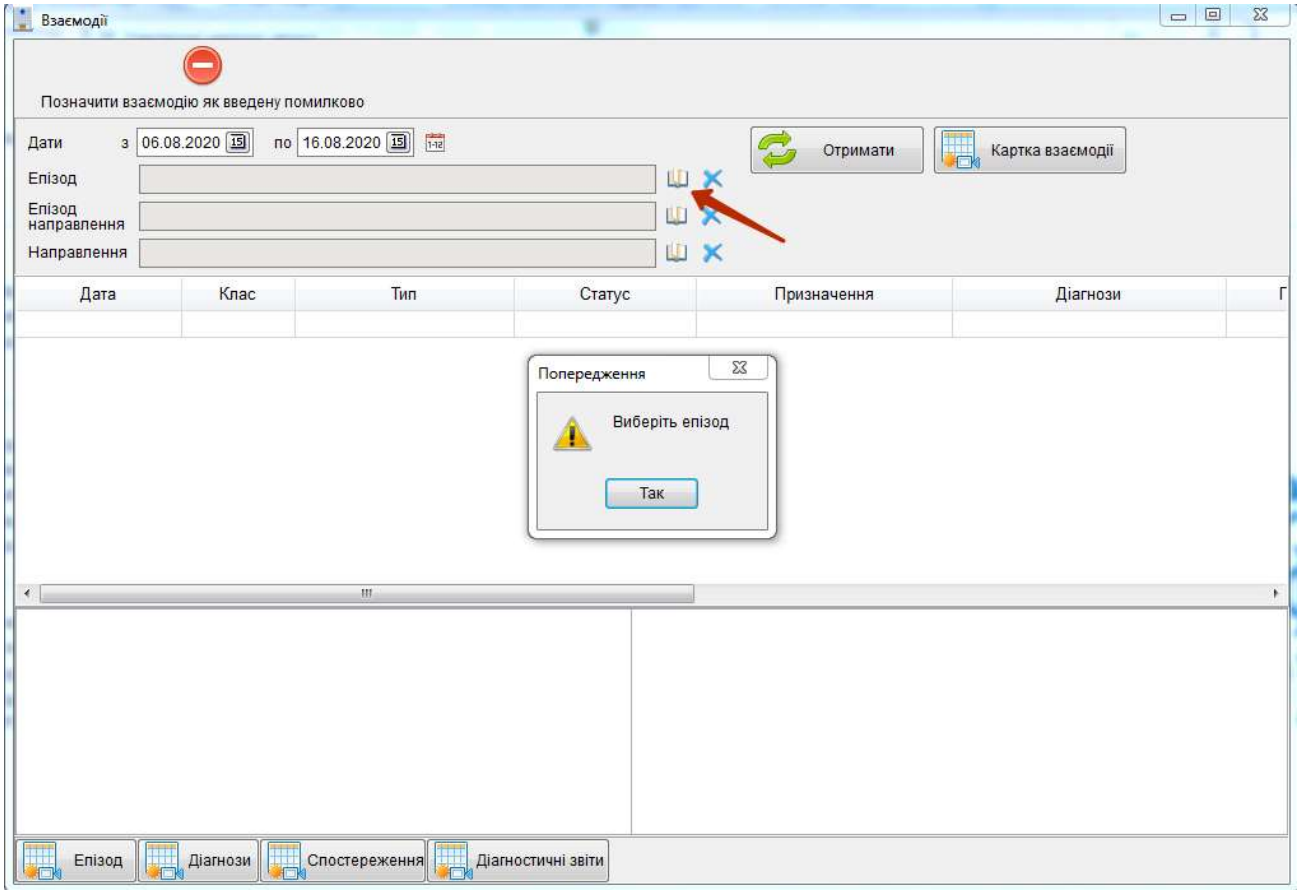


Зверніть увагу ! Щоб позначити епізод як введений помилково, який містить хоча б одну взаємодію, слід спочатку **«Позначити взаємодію як введену помилково».** В противному разі програма видасть повідомлення

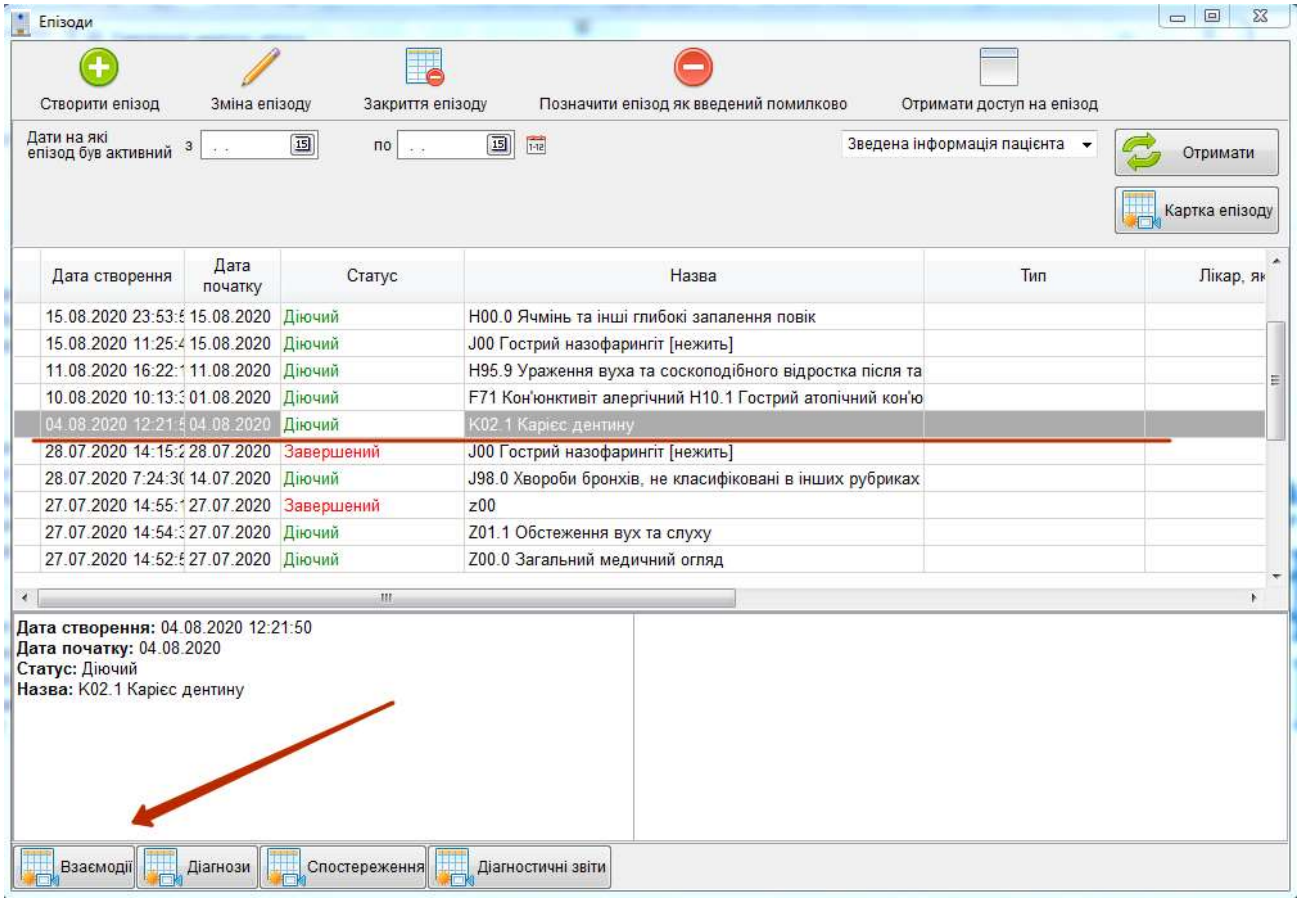


Щоб **«Позначити взаємодію як введену помилково»** необхідно натиснути кнопку **«Візити та взаємодії»** на головному вікні ЕМЗ (вибрати необхідний епізод кнопкою) або обравши потрібний епізод, натиснути кнопку «Взаємодії» в нижній частині вікна «Епізоди».

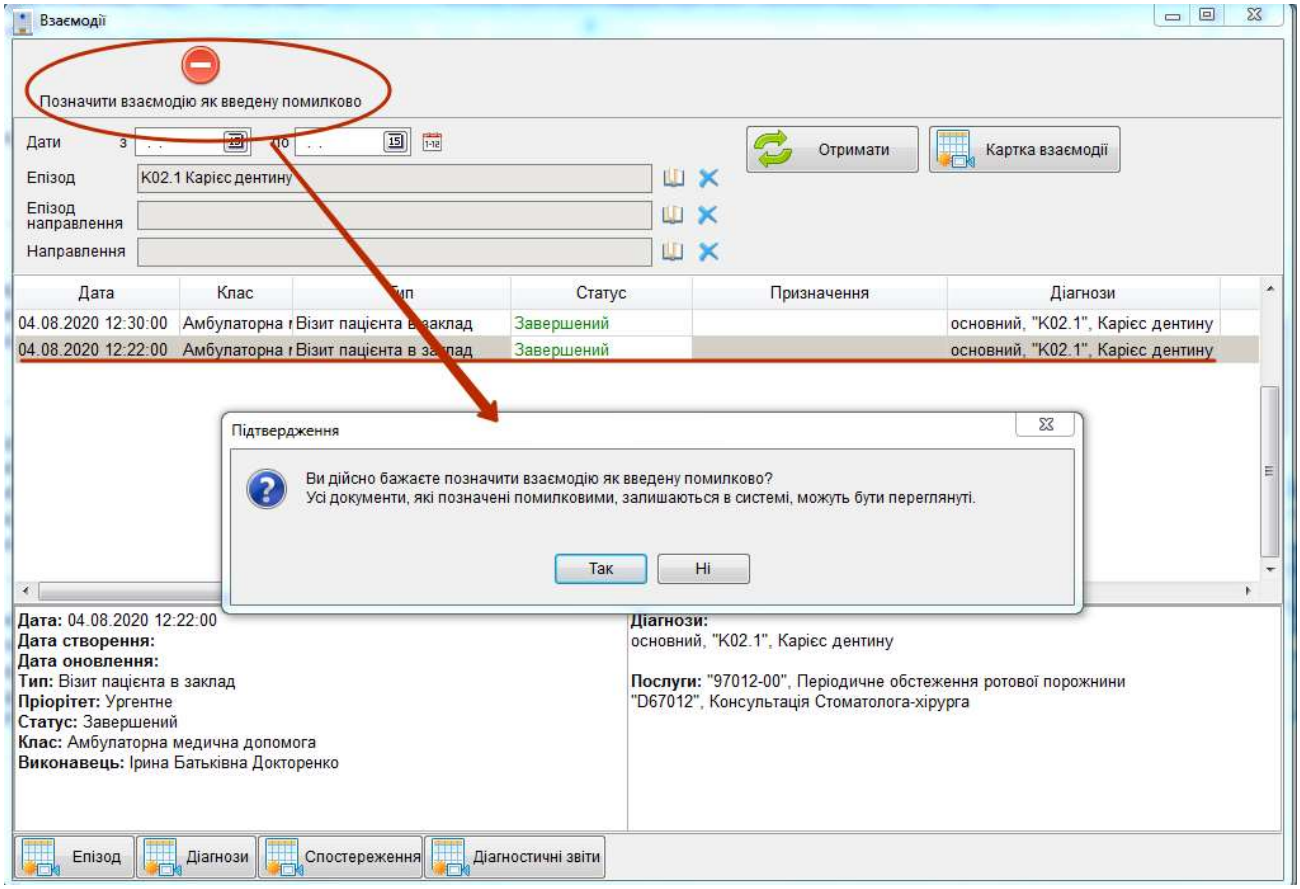




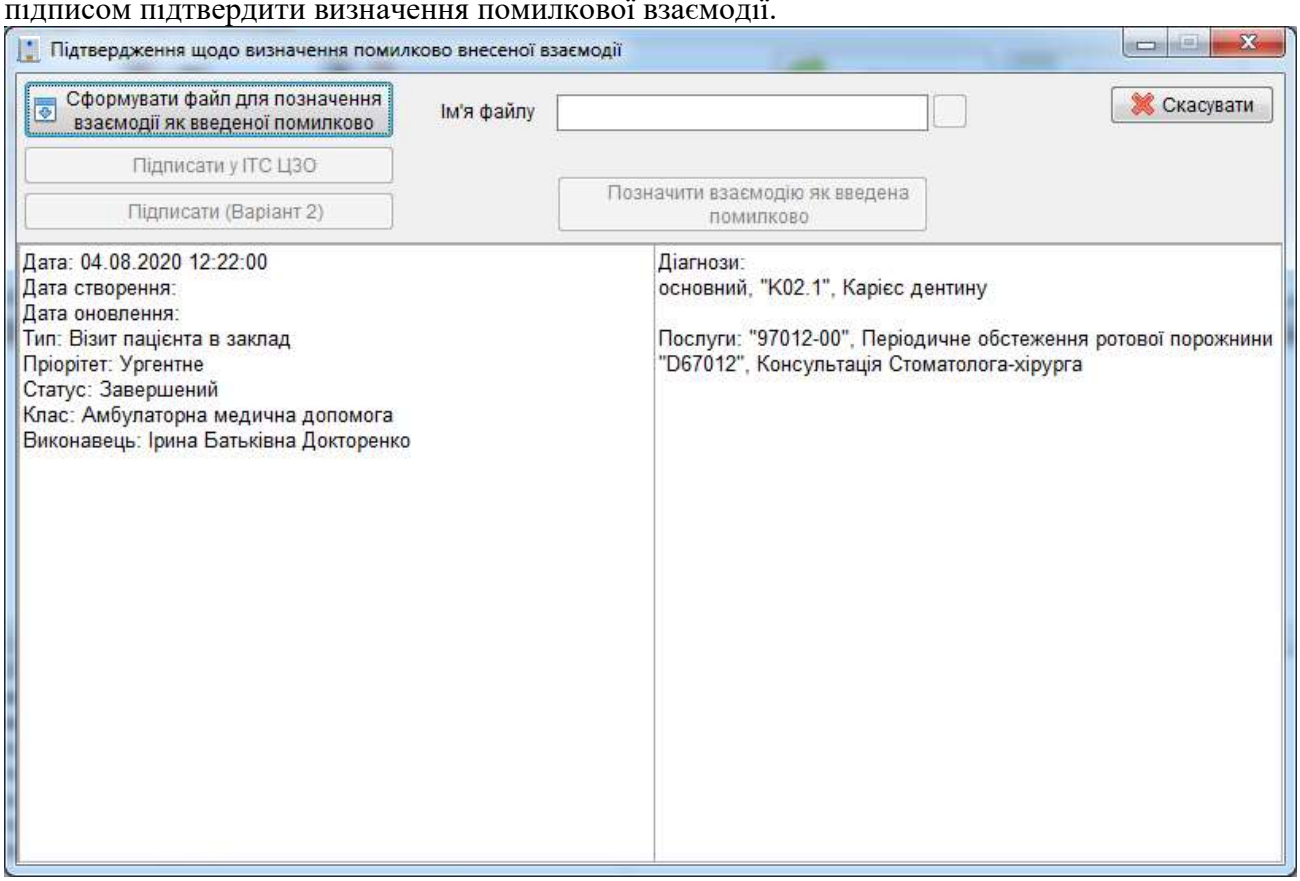
АБО



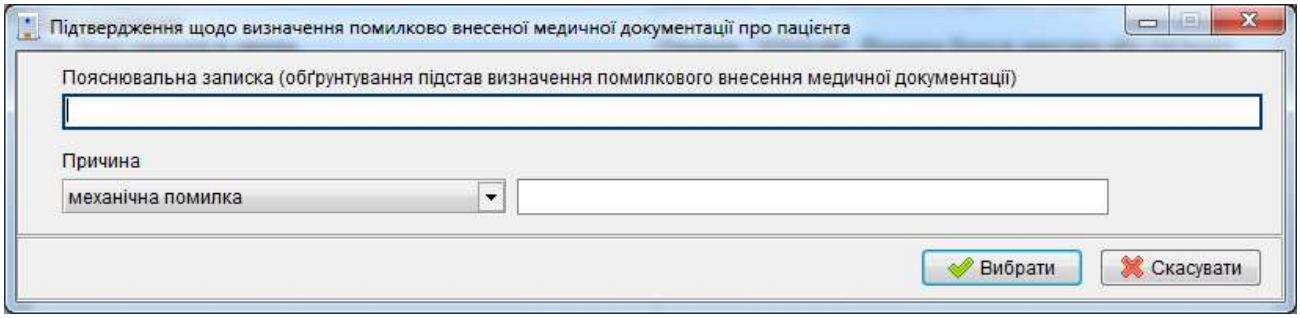
У вікні, що з’явилось слід кожну взаємодію **«Позначити як введену помилково».**



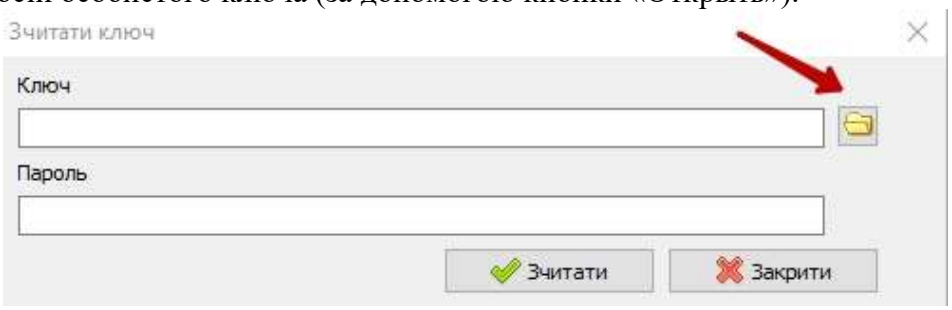
Після позитивної відповіді слідує вікно, в якому необхідно власним цифровим підписом підтвердити визначення помилкової взаємодії.

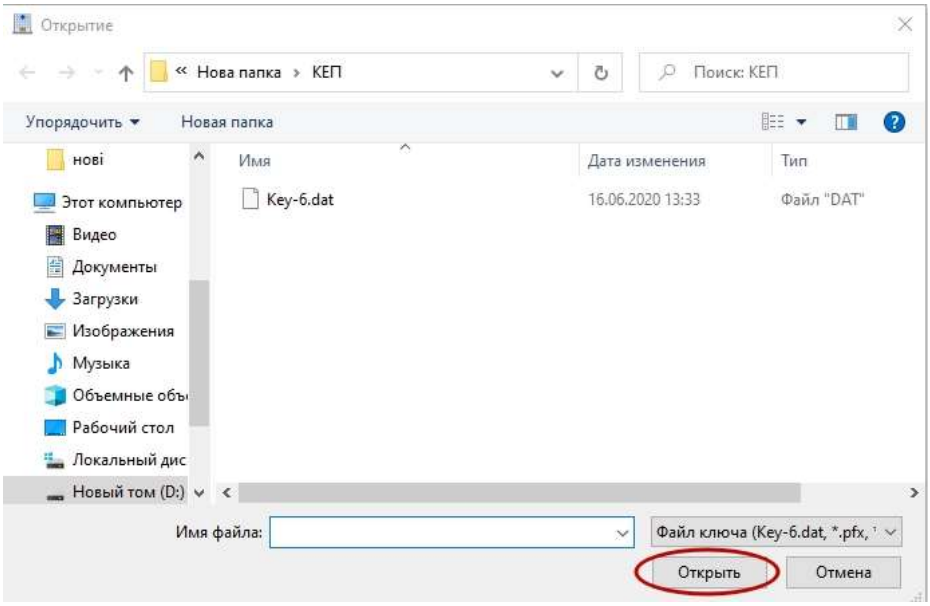


Натискаємо **«Сформувати файл для позначення взаємодії як введеної помилково».** У вікні, що з'явилось вказати причину (механічна або невірно ідентифікований пацієнт) та пояснювальну записку в довільні формі і натиснути «**Вибрати**»



Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).

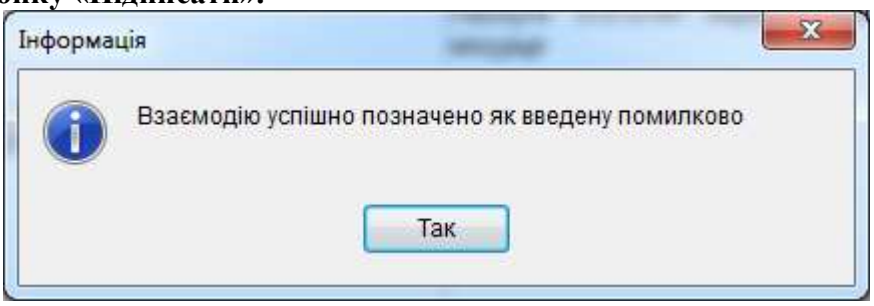




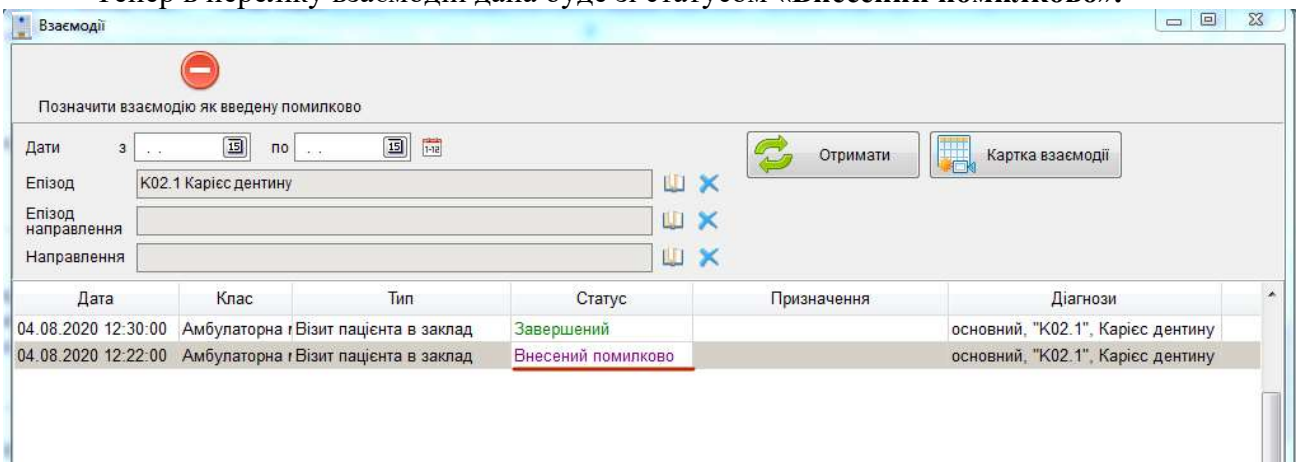
Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний

звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».

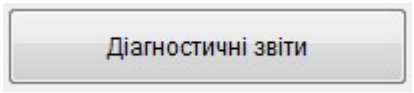


Тепер в переліку взаємодій дана буде зі статусом **«Внесений помилково».**

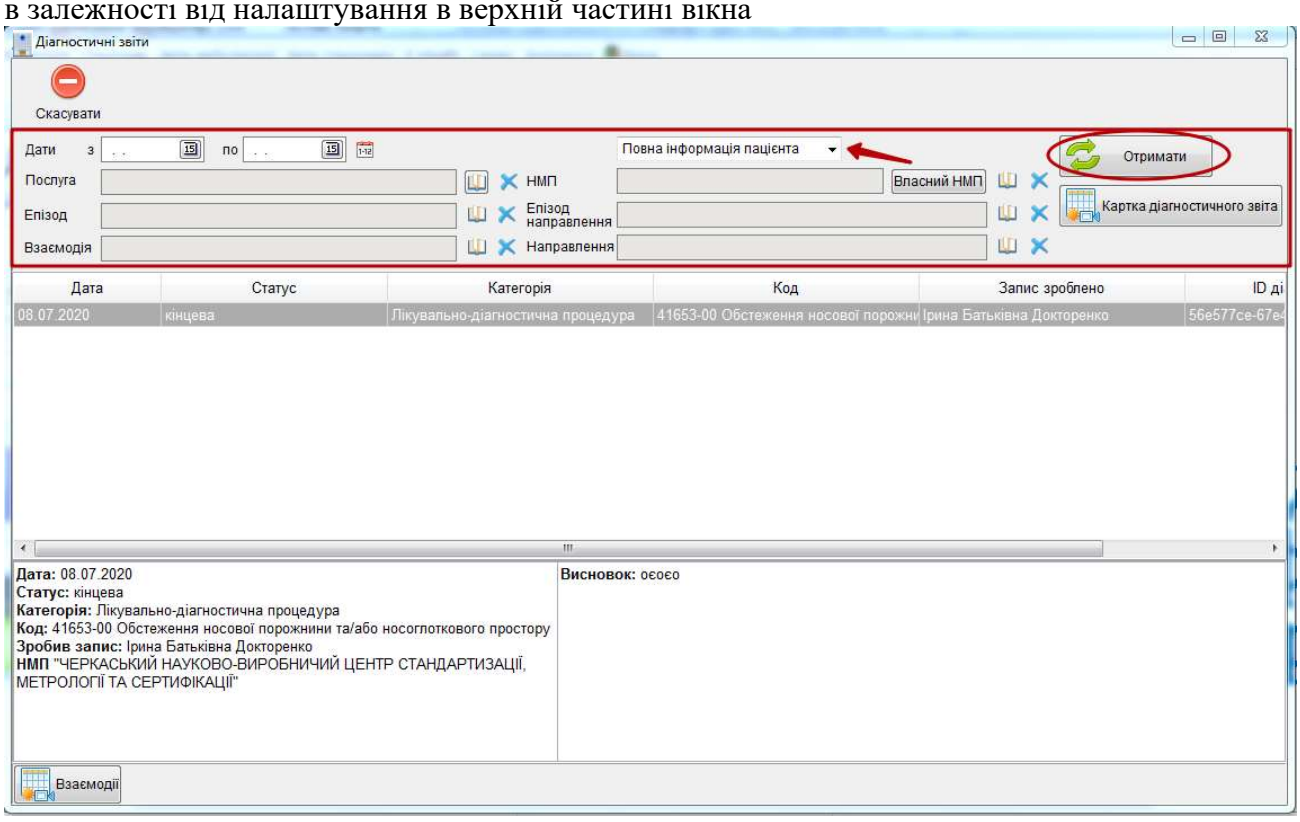


Після того, як всі взаємодії буде відмінено, можна позначати епізод як внесений помилково.

9.7.8.2 Перегляд діагностичних звітів в ЕСОЗ та позначення як введеного помилково.



- відображається список створених діагностичних звітів, в залежності від налаштування в верхній частині вікна

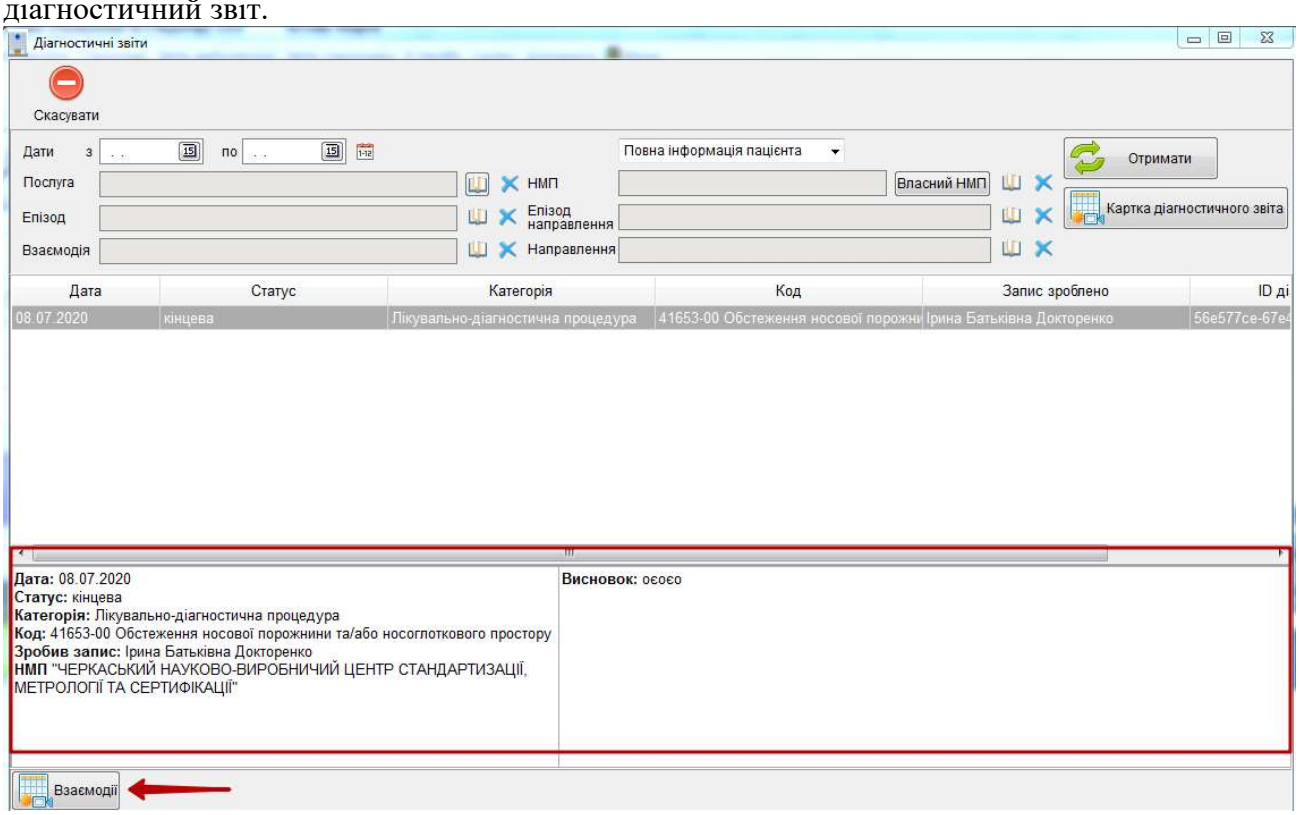


Зведена інформація пацієнта – відображає весь список епізодів створених у пацієнта.

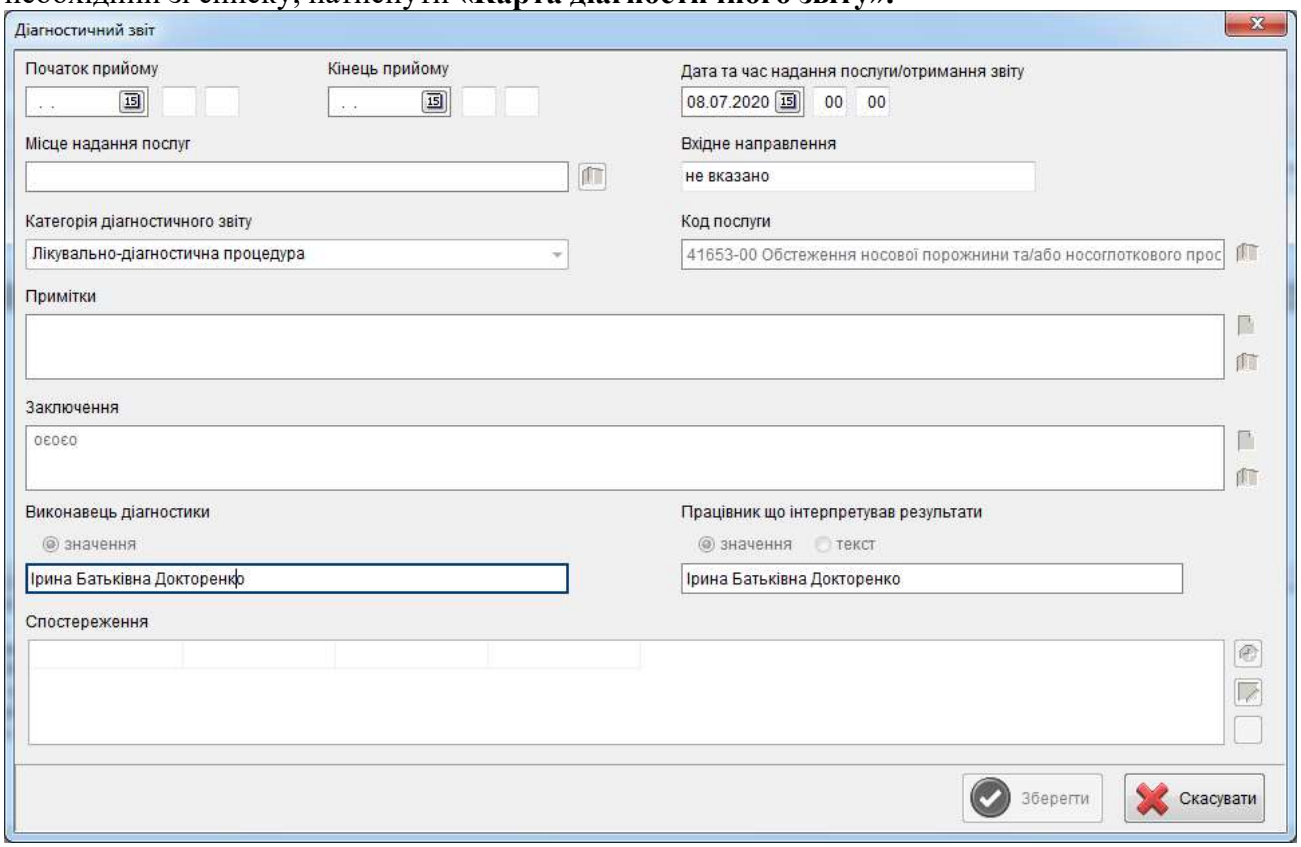
Повна інформація пацієнта – відображає епізоди, створені у власному медичному закладі.

Підтверджені діагностичні звіти – відображає діагностичні звіти, які пов'язані з епізодами, до яких лікар отримав доступ.

В нижній частині вікна «Діагностичні звіти», обравши конкретний, можна переглянути інформацію по ньому, а також переглянути взаємодію, якщо до такої відноситься даний діагностичний звіт.

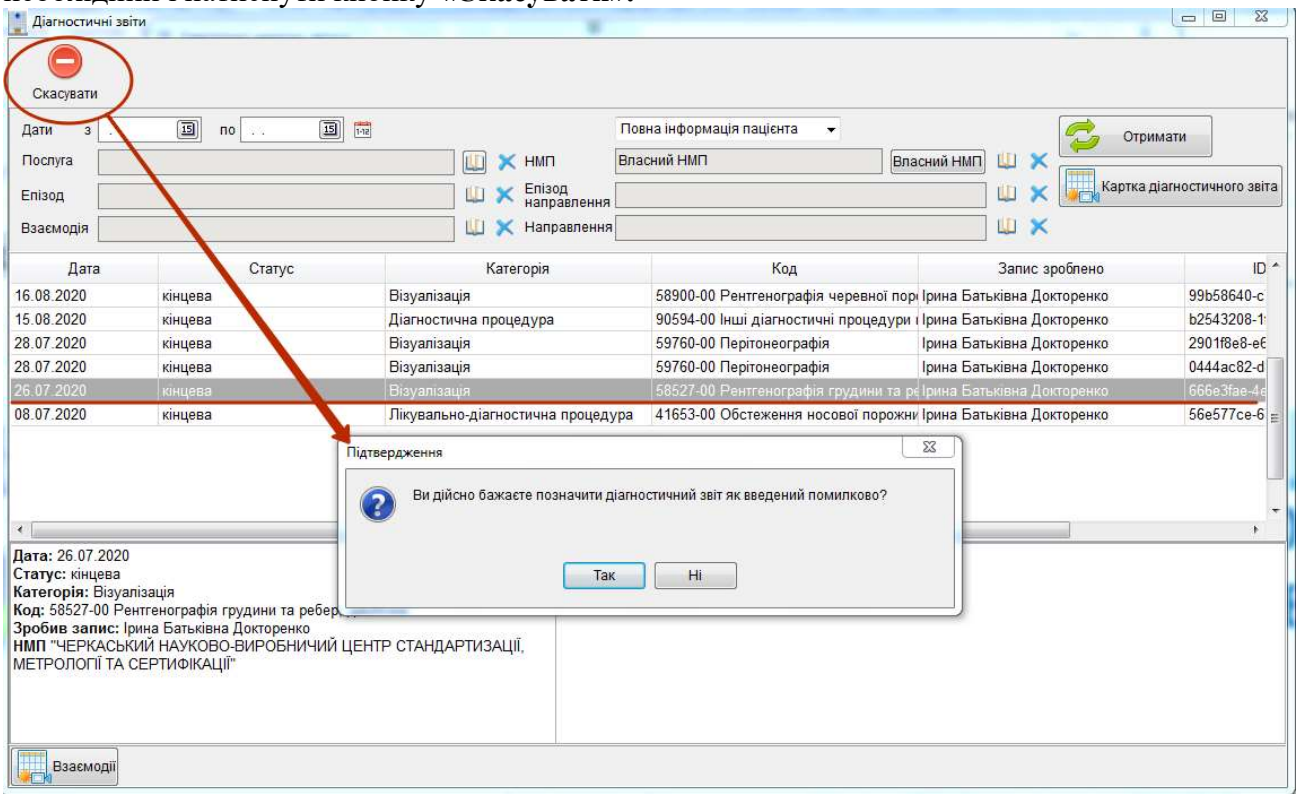


Для того, щоб передивитись дані заповненого діагностичного звіту можна, обравши необхідний зі списку, натиснути **«Карта діагностичного звіту».**

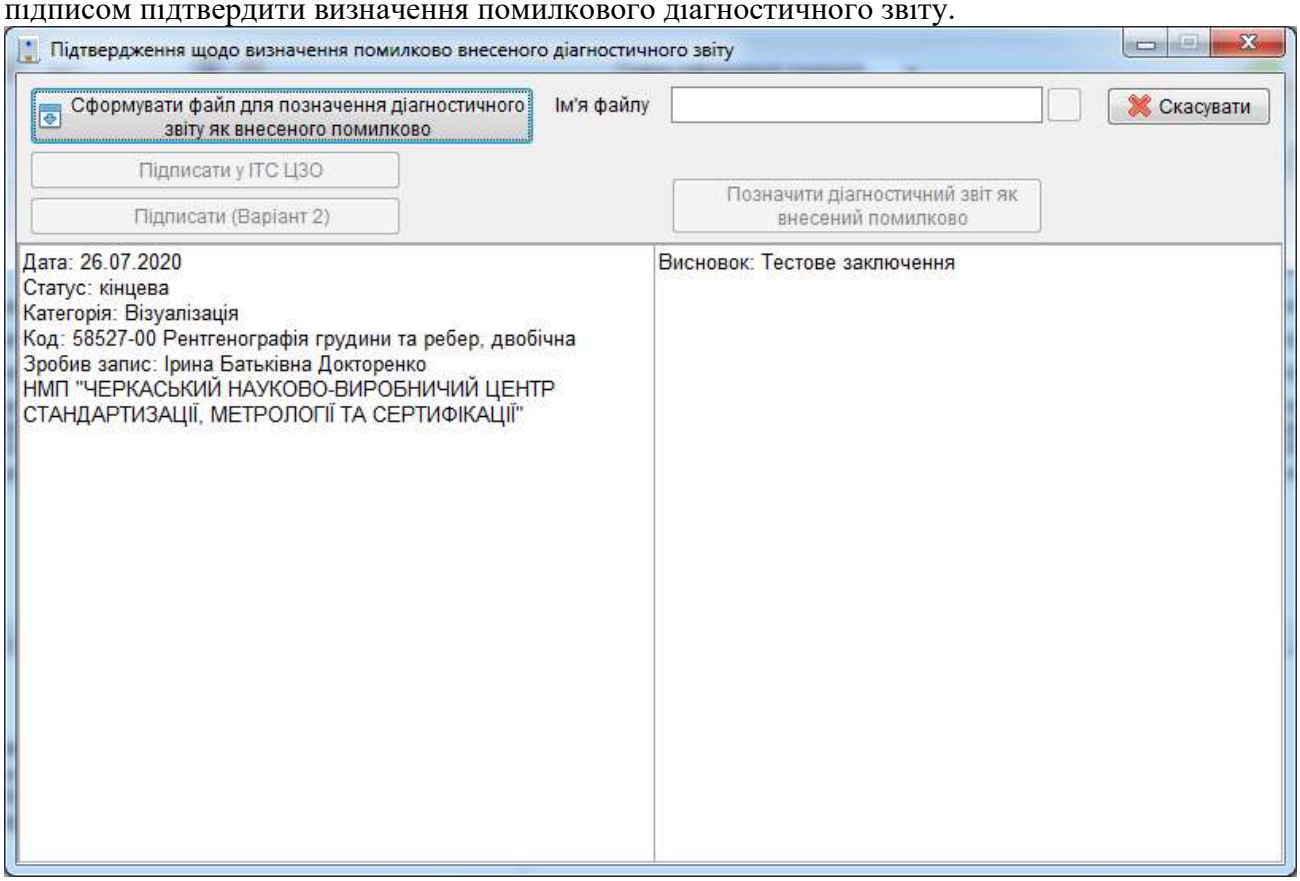


Вікно відкриється тільки для перегляду.

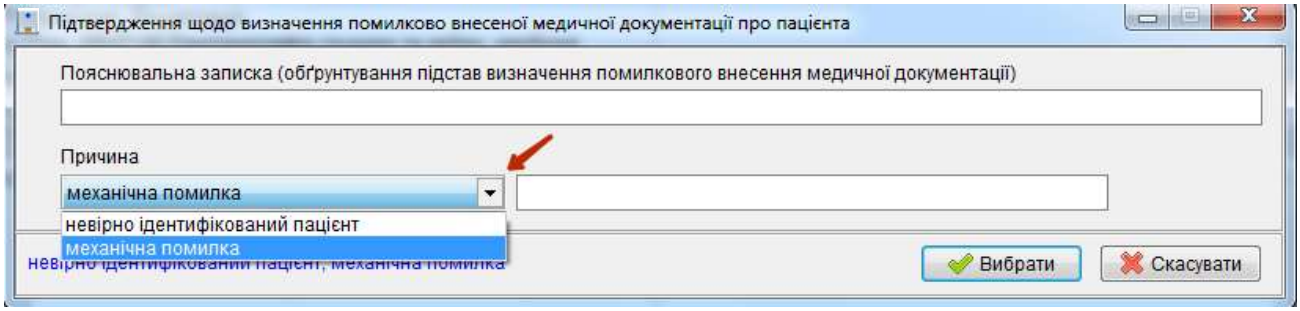
Для того, щоб позначити діагностичний звіт як введений помилково, необхідно обрати необхідний і натиснути кнопку **«Скасувати».**



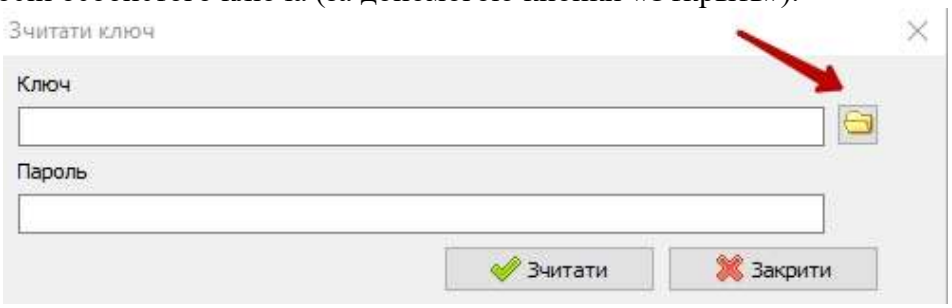
Після позитивної відповіді слідує вікно, в якому необхідно власним цифровим підписом підтвердити визначення помилкового діагностичного звіту.

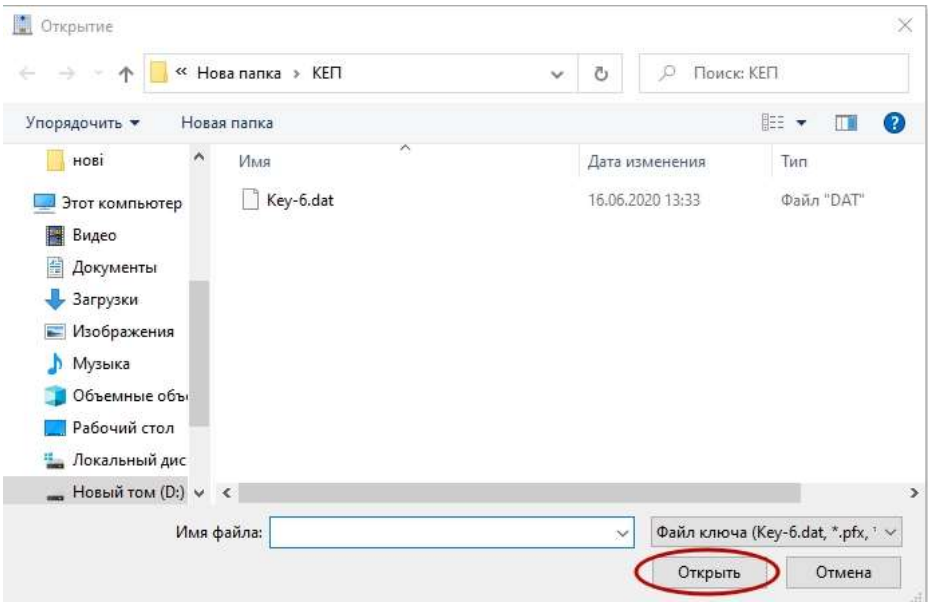


Натискаємо **«Сформувати файл для позначення діагностичного звіту як введеної помилково».** У вікні, що з'явилось вказати причину (механічна або невірно ідентифікований пацієнт) та пояснювальну записку в довільні формі і натиснути «**Вибрати**»



Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).

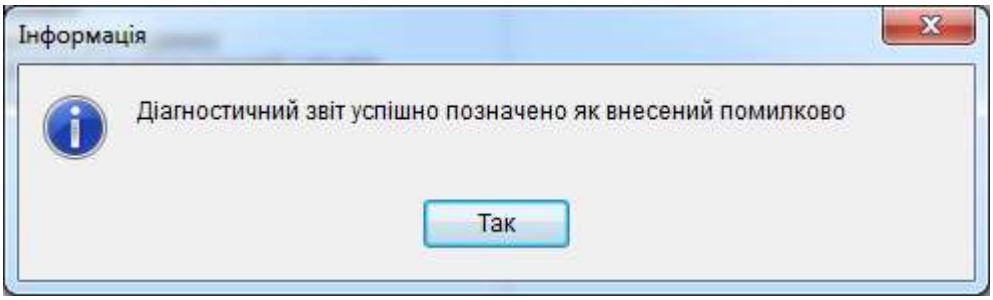




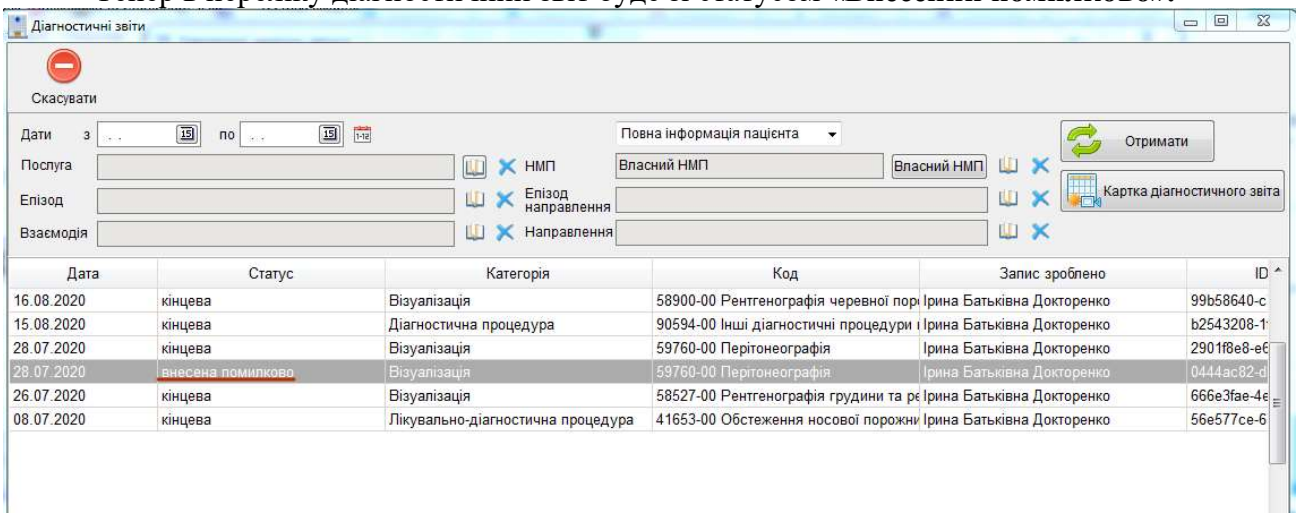
Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний

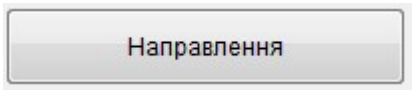
звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».



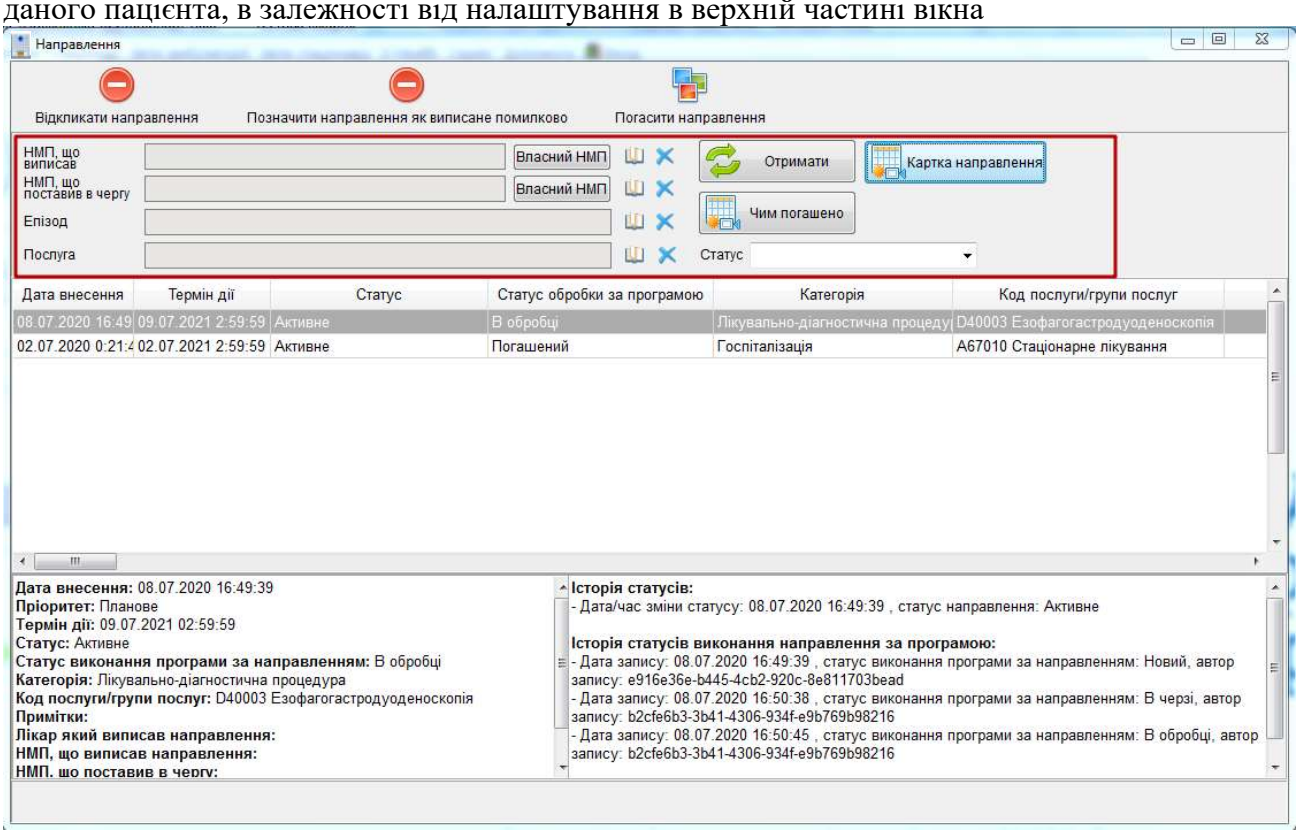
Тепер в переліку діагностичний звіт буде зі статусом **«Внесений помилково».**



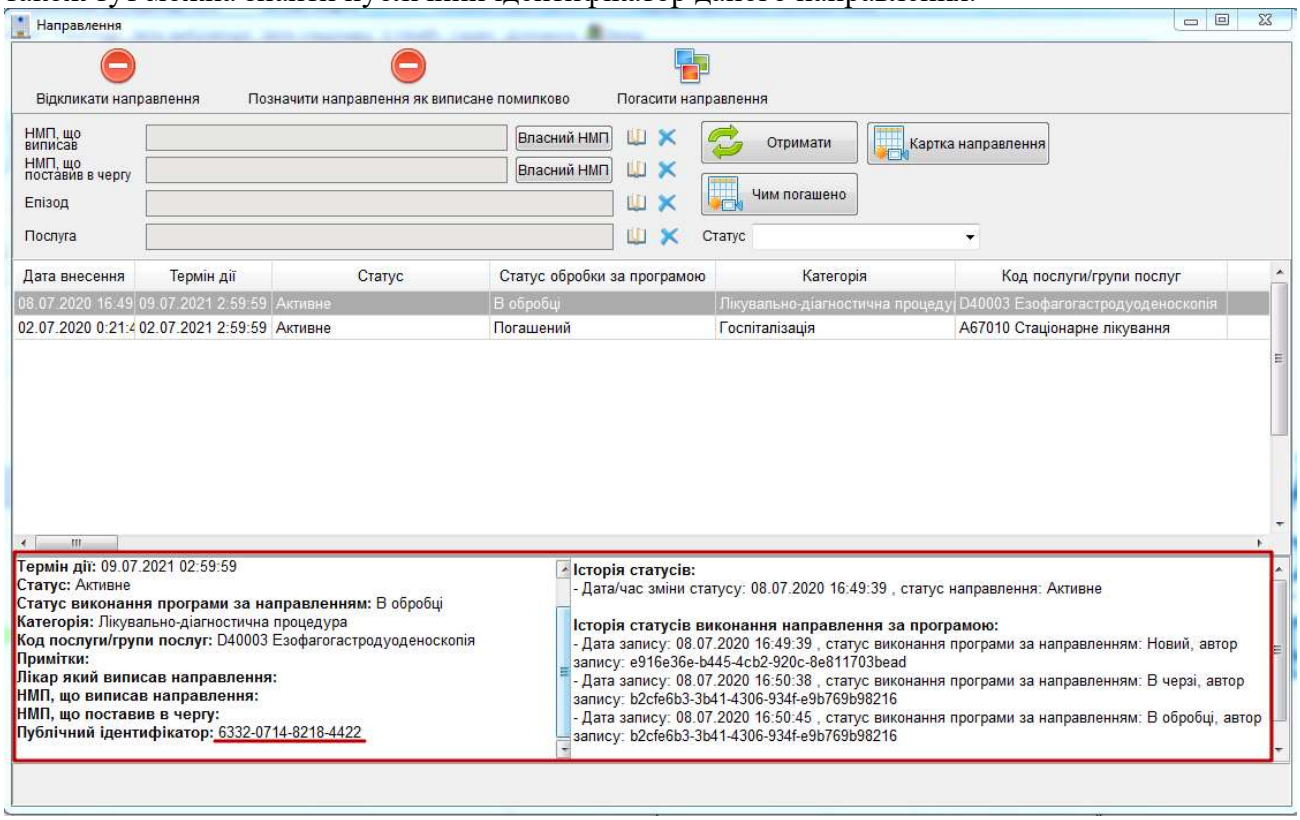
9.7.8.3 Перегляд електронних направлень в ЕСОЗ, відкликати направлення, позначити як виписане помилково



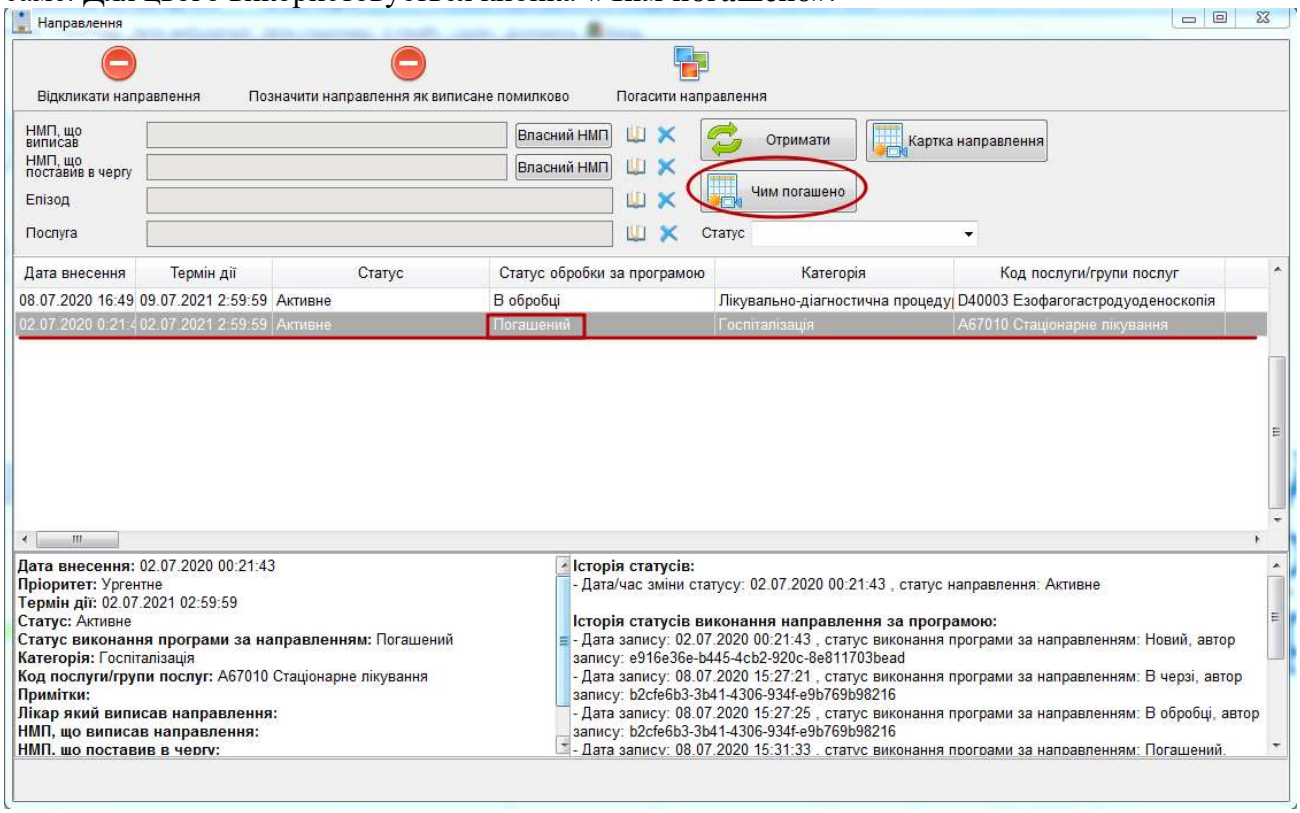
- відображається список створених направлень для даного пацієнта, в залежності від налаштування в верхній частині вікна



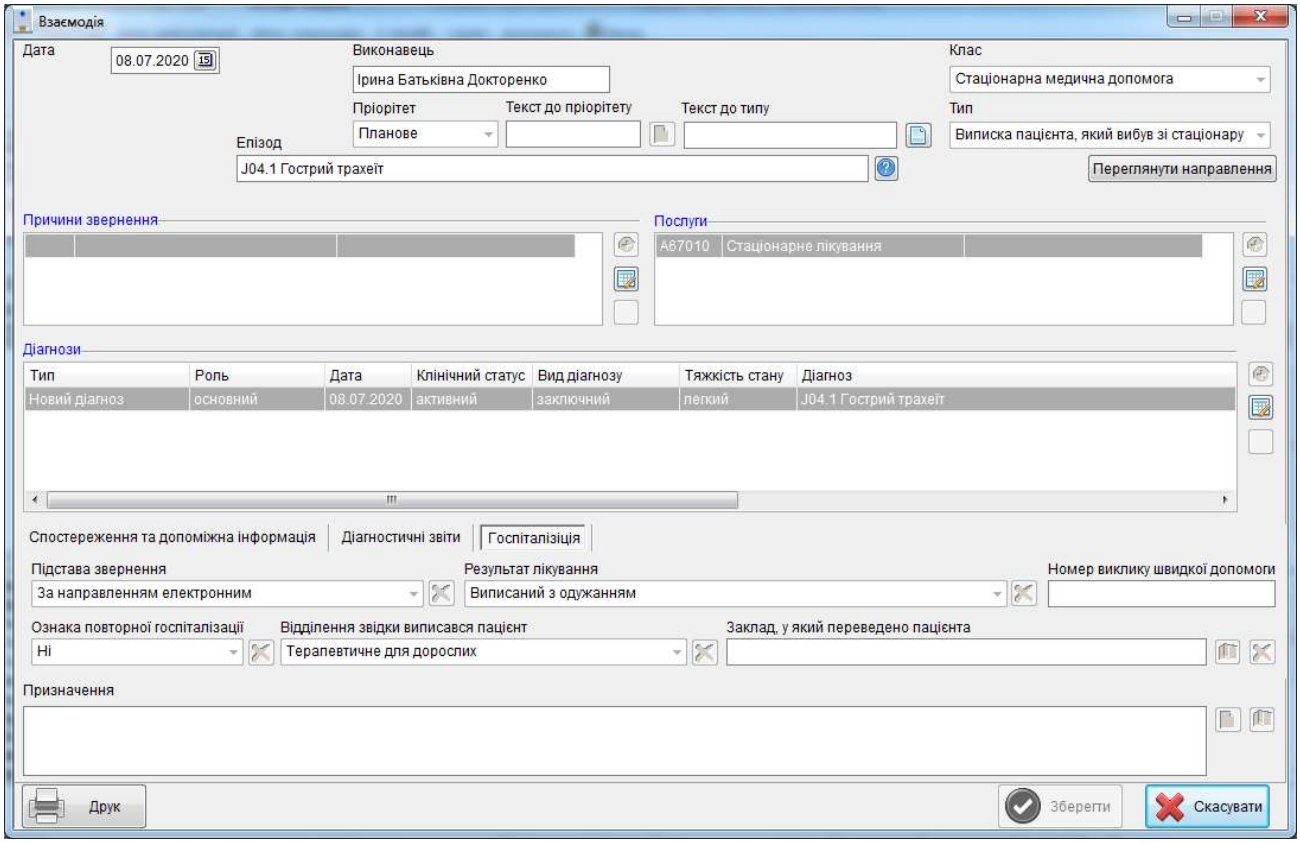
В нижній частині вікна відображається інформація про направлення, історію статусів, також тут можна знайти публічний ідентифікатор даного направлення.



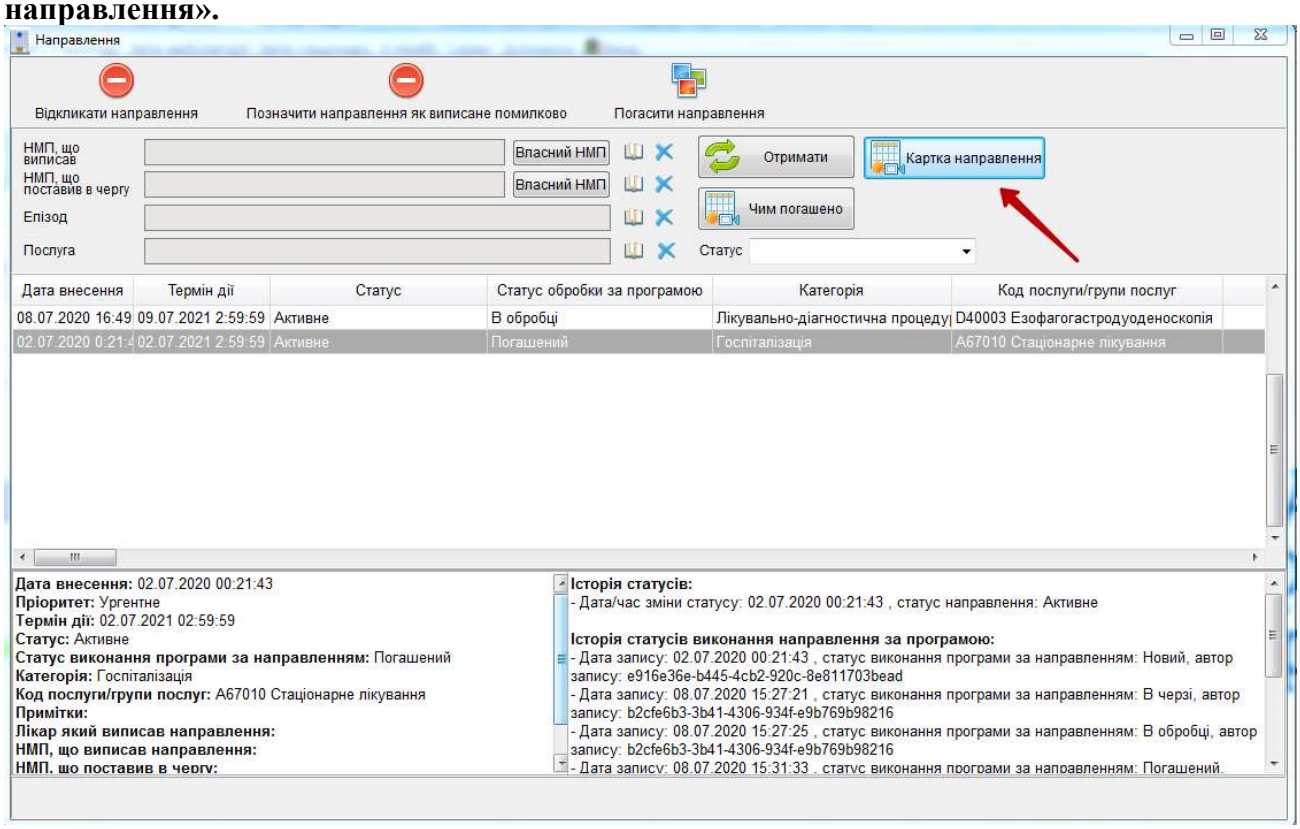
У випадку, коли направлення має статус «Погашений», є можливість побачити чим саме. Для цього використовується кнопка **«Чим погашено»**.

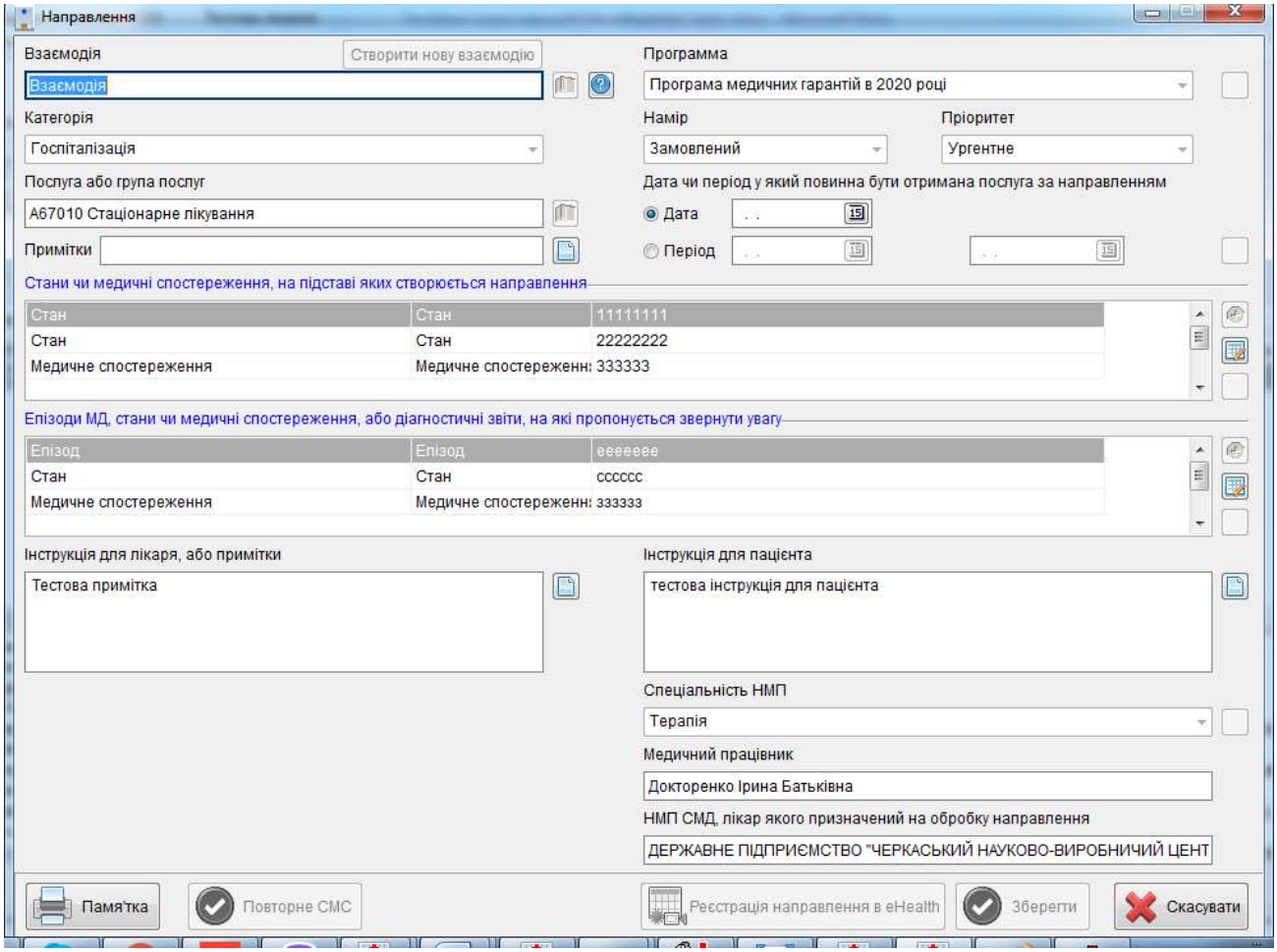


Відкривається взаємодія чи діагностичний звіт, яким було погашено дане електронне направлення.

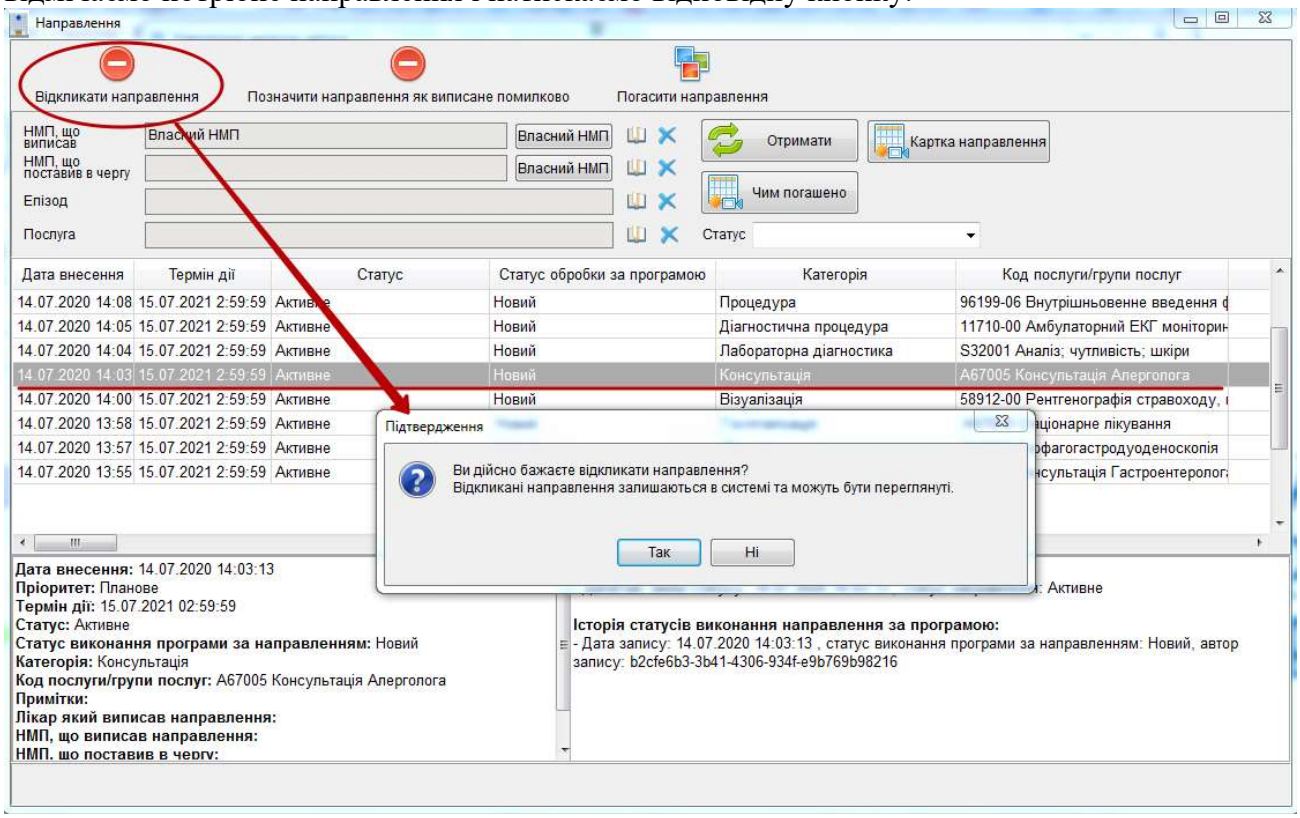


Для перегляду інформації електронного направлення використовують кнопку **«Карта направлення».**

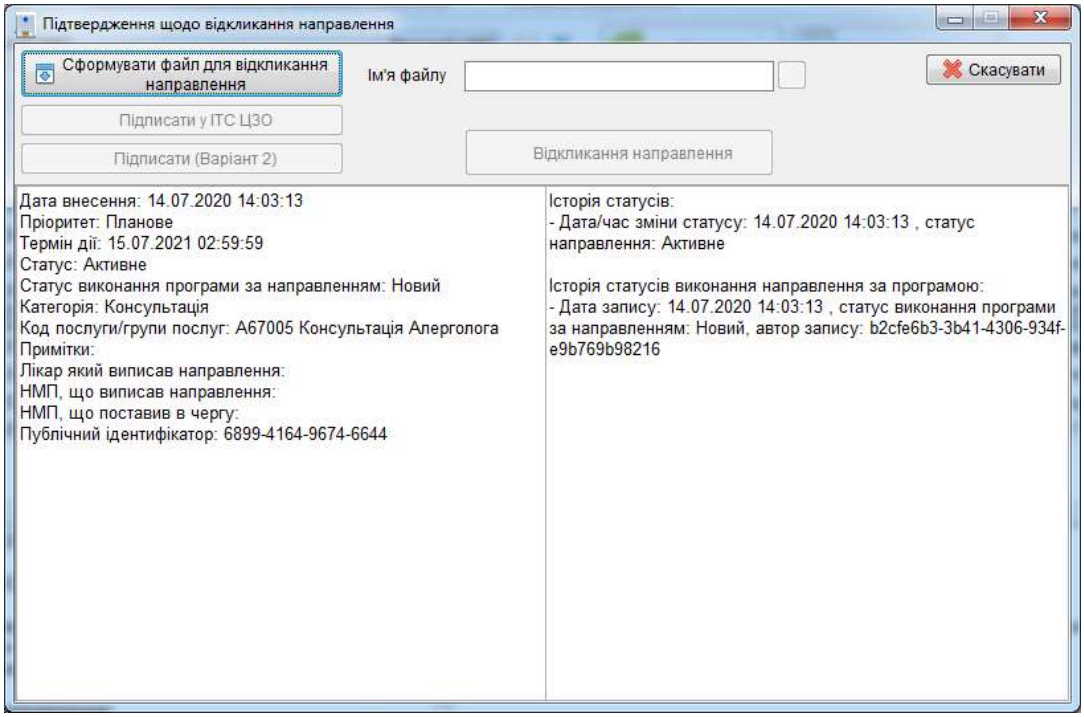




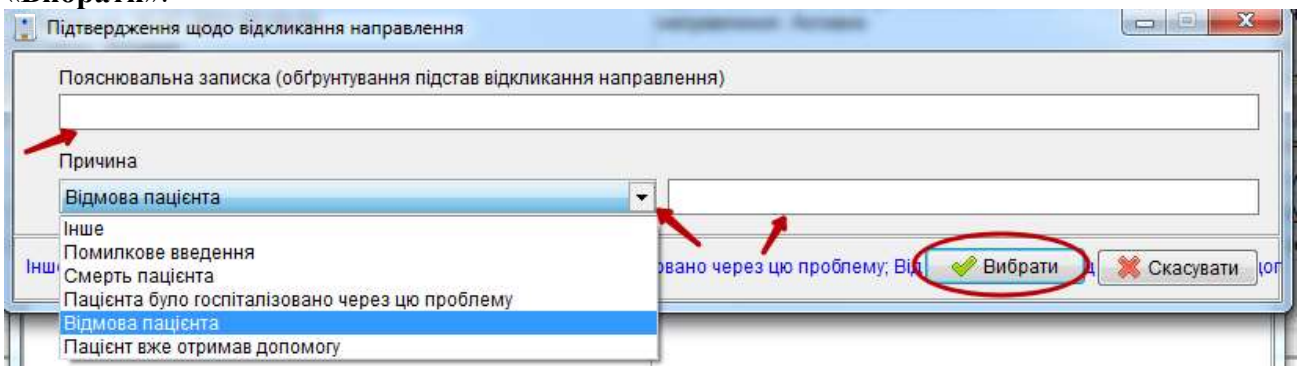
«Відкликати направлення» - відмічається, якщо необхідність у реалізації направлення відпала (пацієнт помер, пацієнт більше не потребує послуги тощо). Для цього відмічаємо потрібне направлення і натискаємо відповідну кнопку.



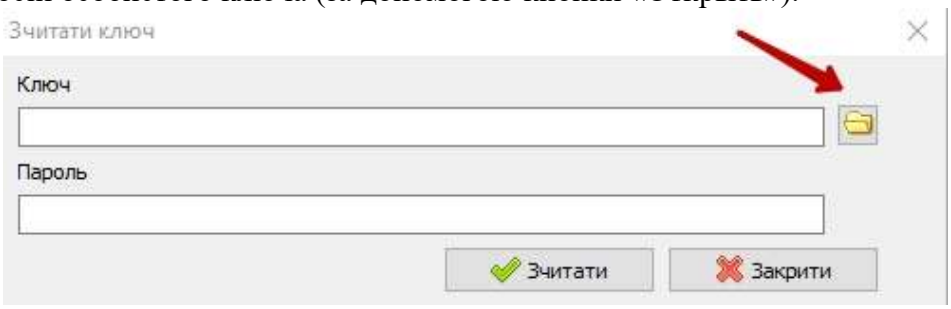
Після позитивної відповіді слідує вікно, в якому необхідно власним цифровим підписом підтвердити відкликання направлення.

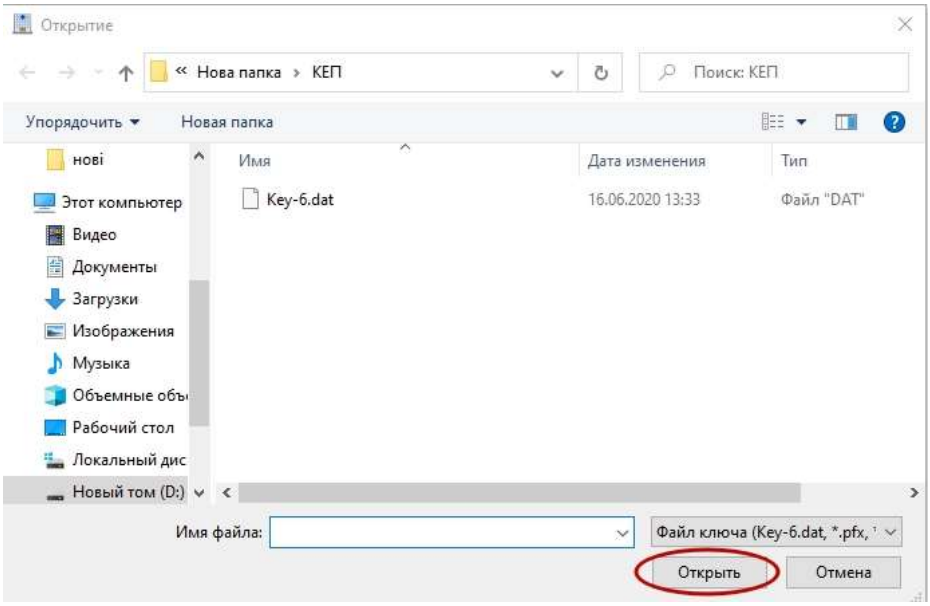


Натискаємо **«Сформувати файл для відкликання направлення».** У вікні, що з’явилось вибрати причину зі списку та пояснювальну записку в довільні формі і натиснути «**Вибрати**».



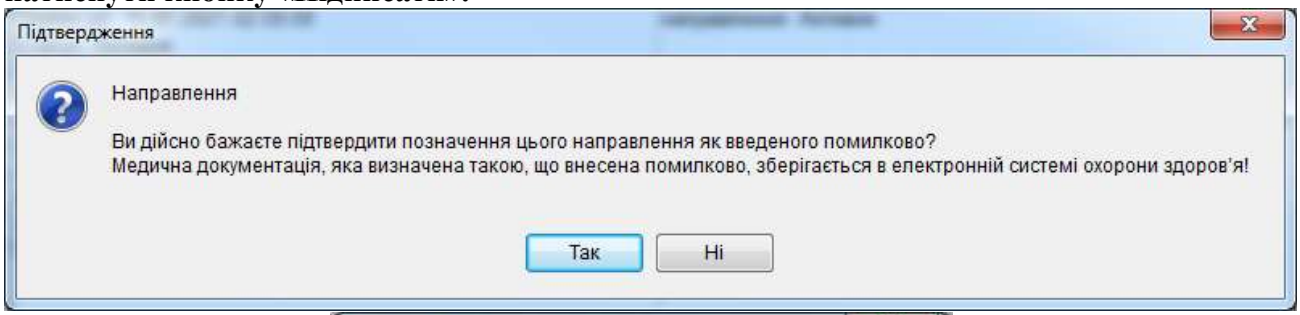
Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).

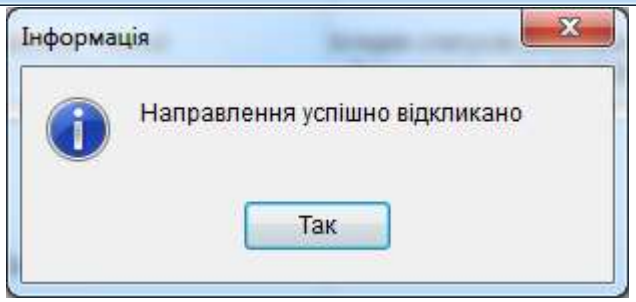




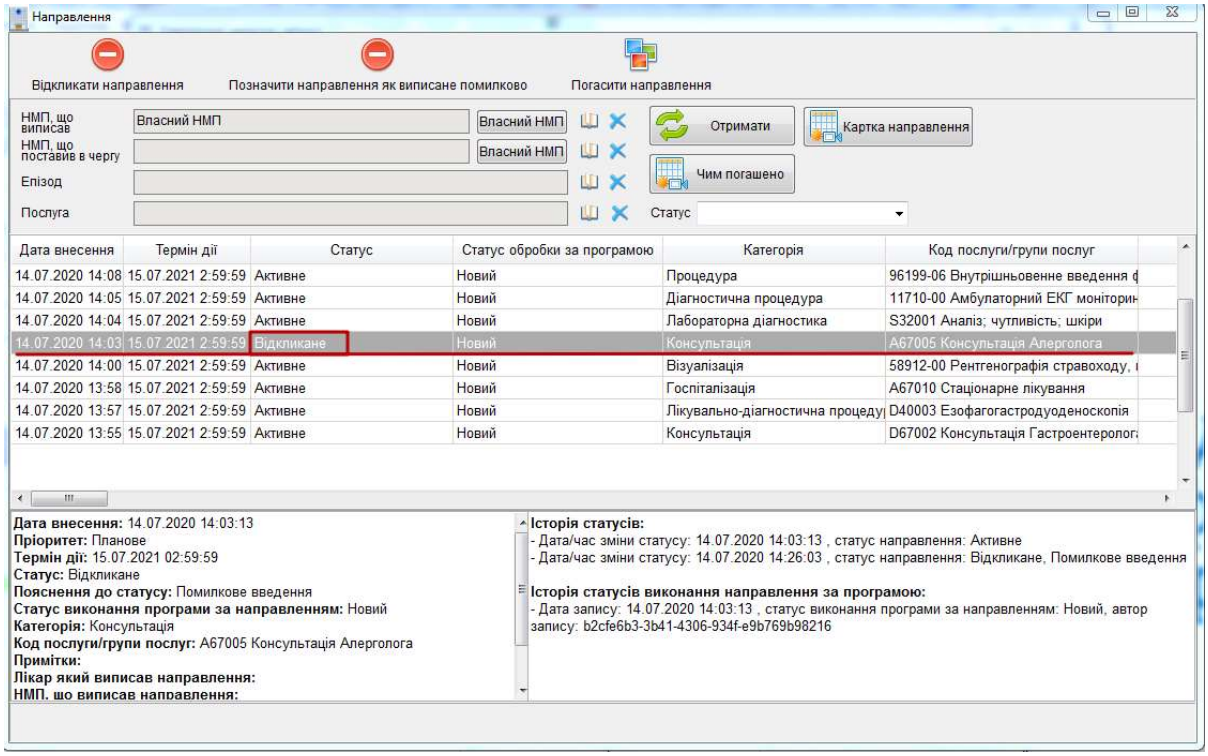
Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».

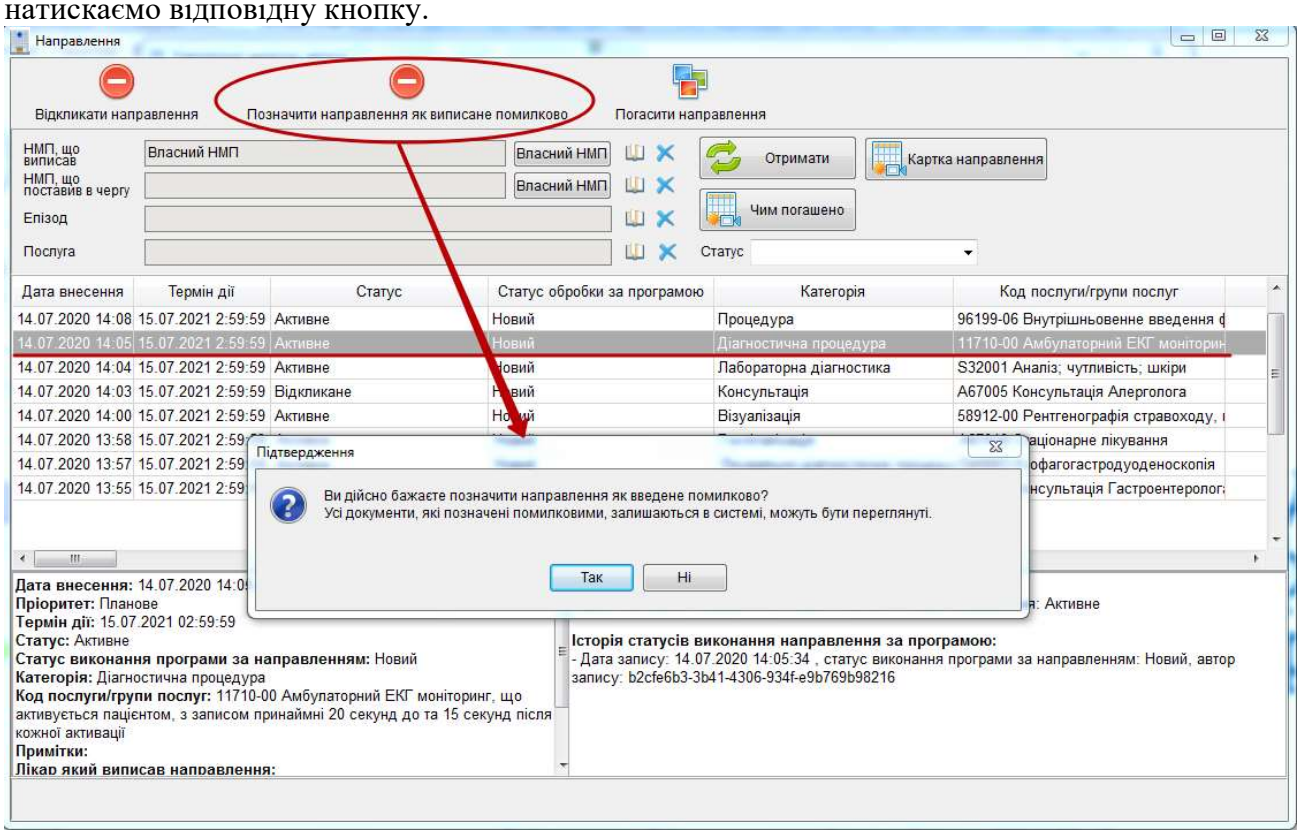




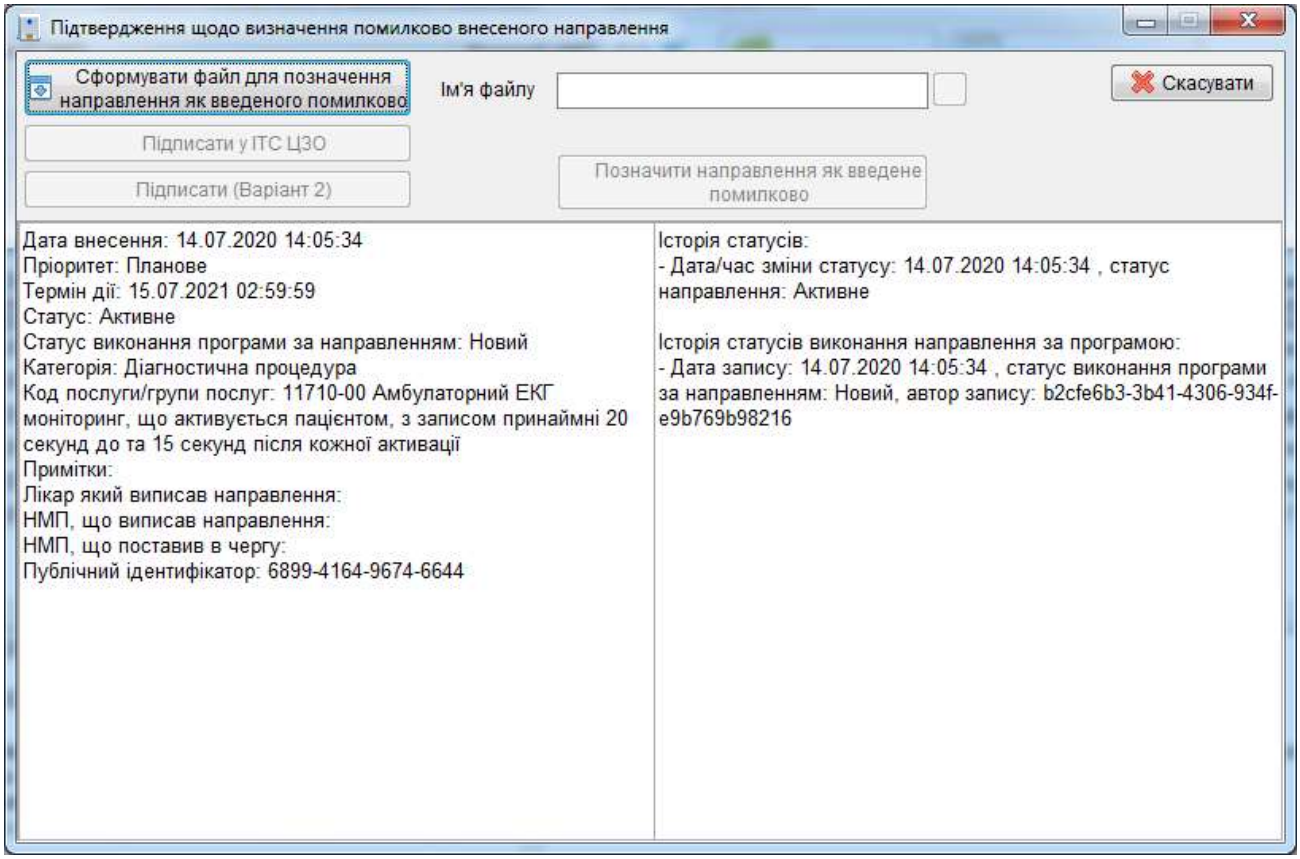
Тепер в переліку направлень дане буде зі статусом **«Відкликане».**



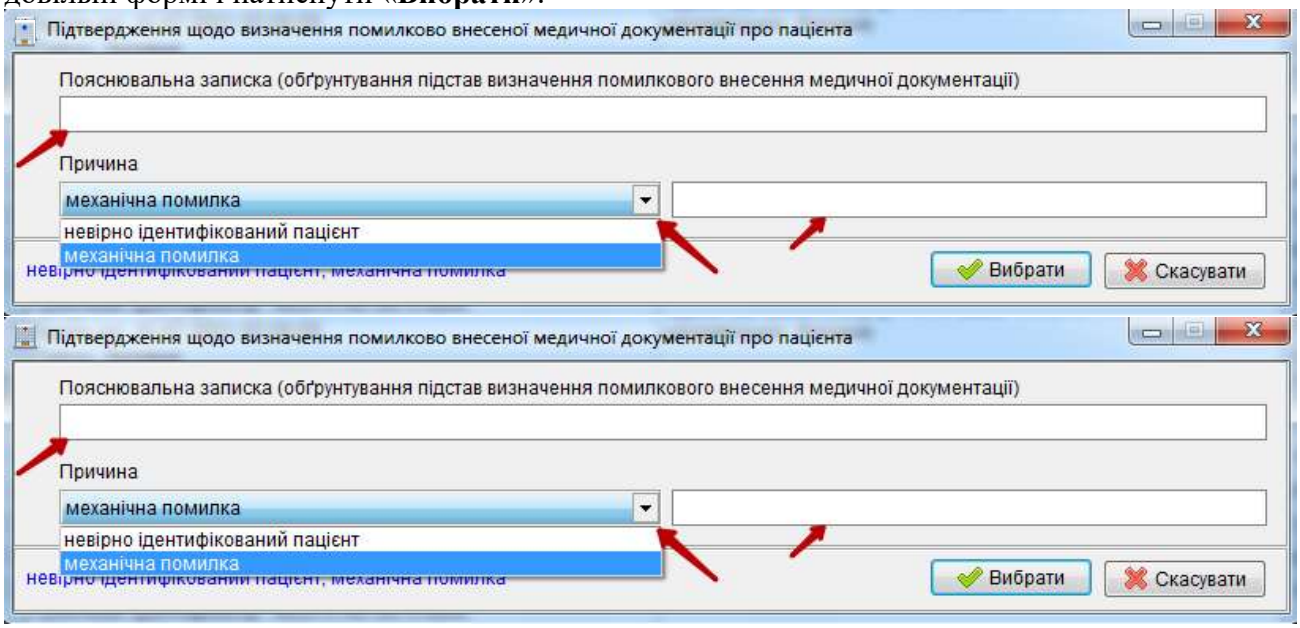
«Позначити направлення як виписане помилково» - відмічається, у виписаному направленні допущена суттєва помилка. Для цього відмічаємо потрібне направлення і натискаємо відповідну кнопку.



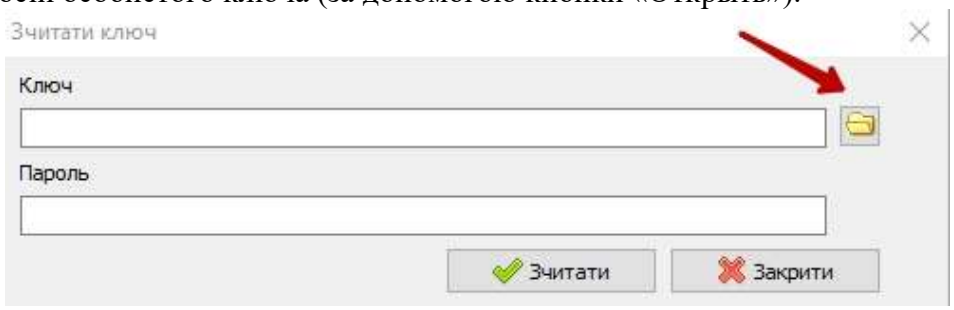
Після позитивної відповіді слідує вікно, в якому необхідно власним цифровим підписом підтвердити визначення помилково внесеного направлення.

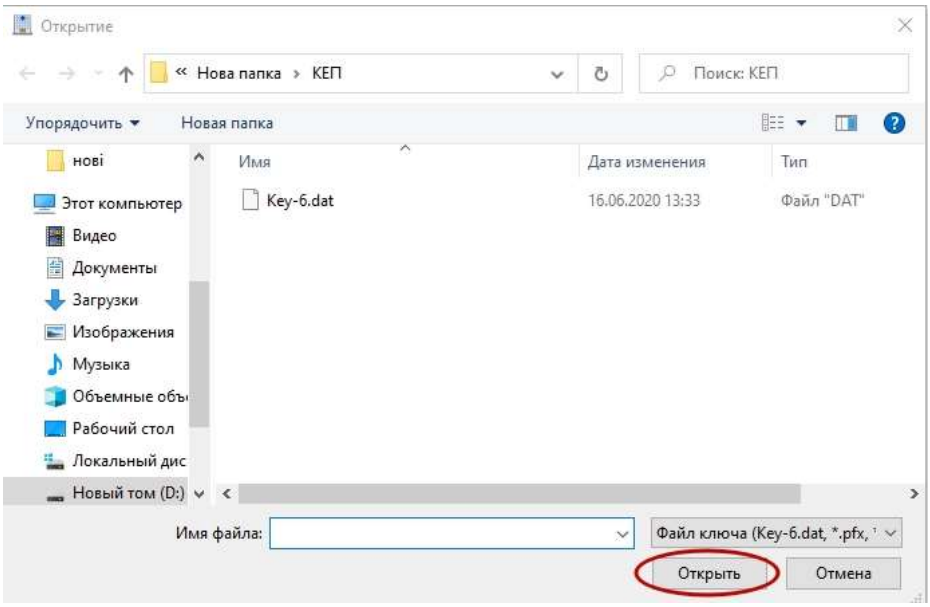


Натискаємо **«Сформувати файл для позначення направлення як введеного помилково».** У вікні, що з'явилось вибрати причину зі списку та пояснювальну записку в довільні формі і натиснути «**Вибрати**».



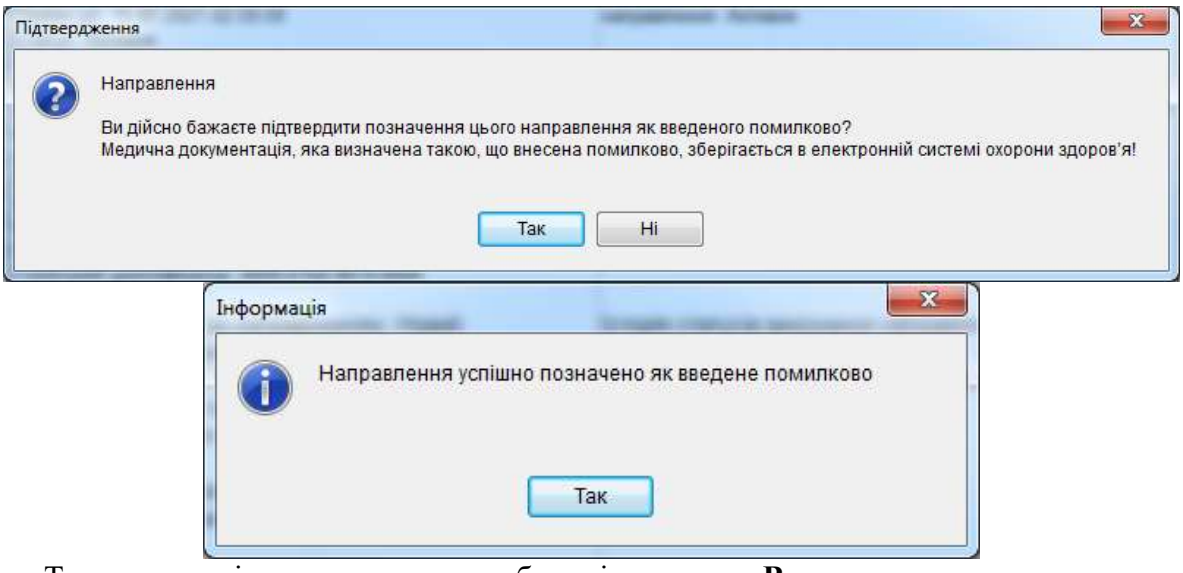
Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).



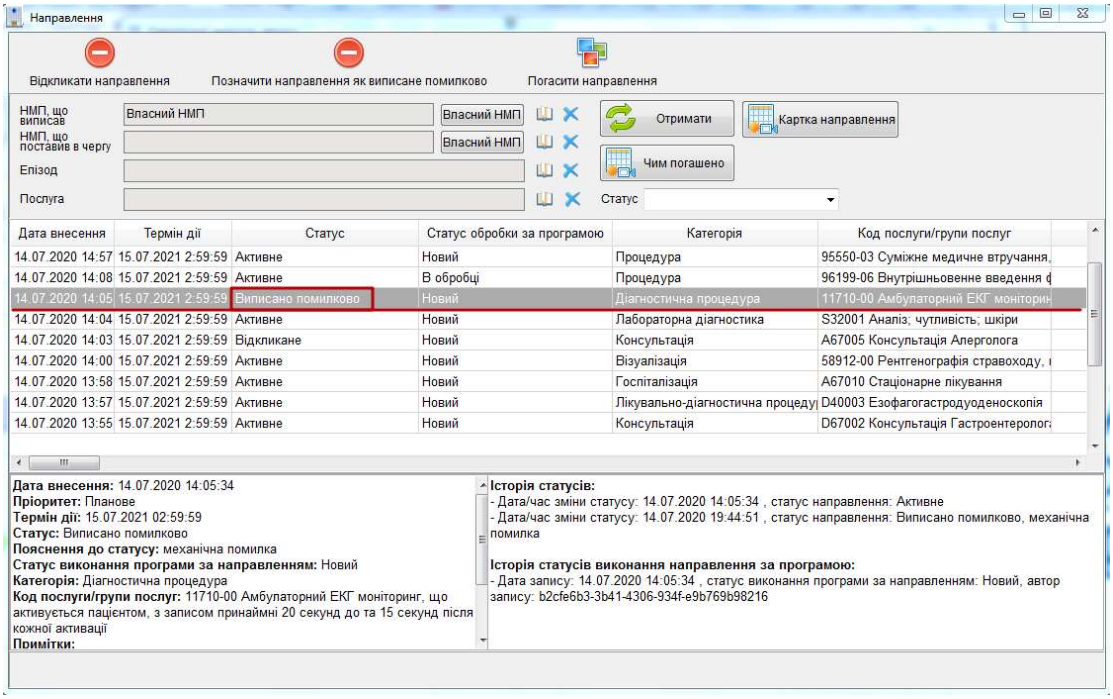


Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

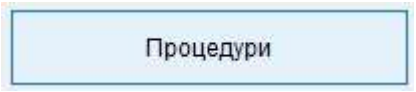
Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».



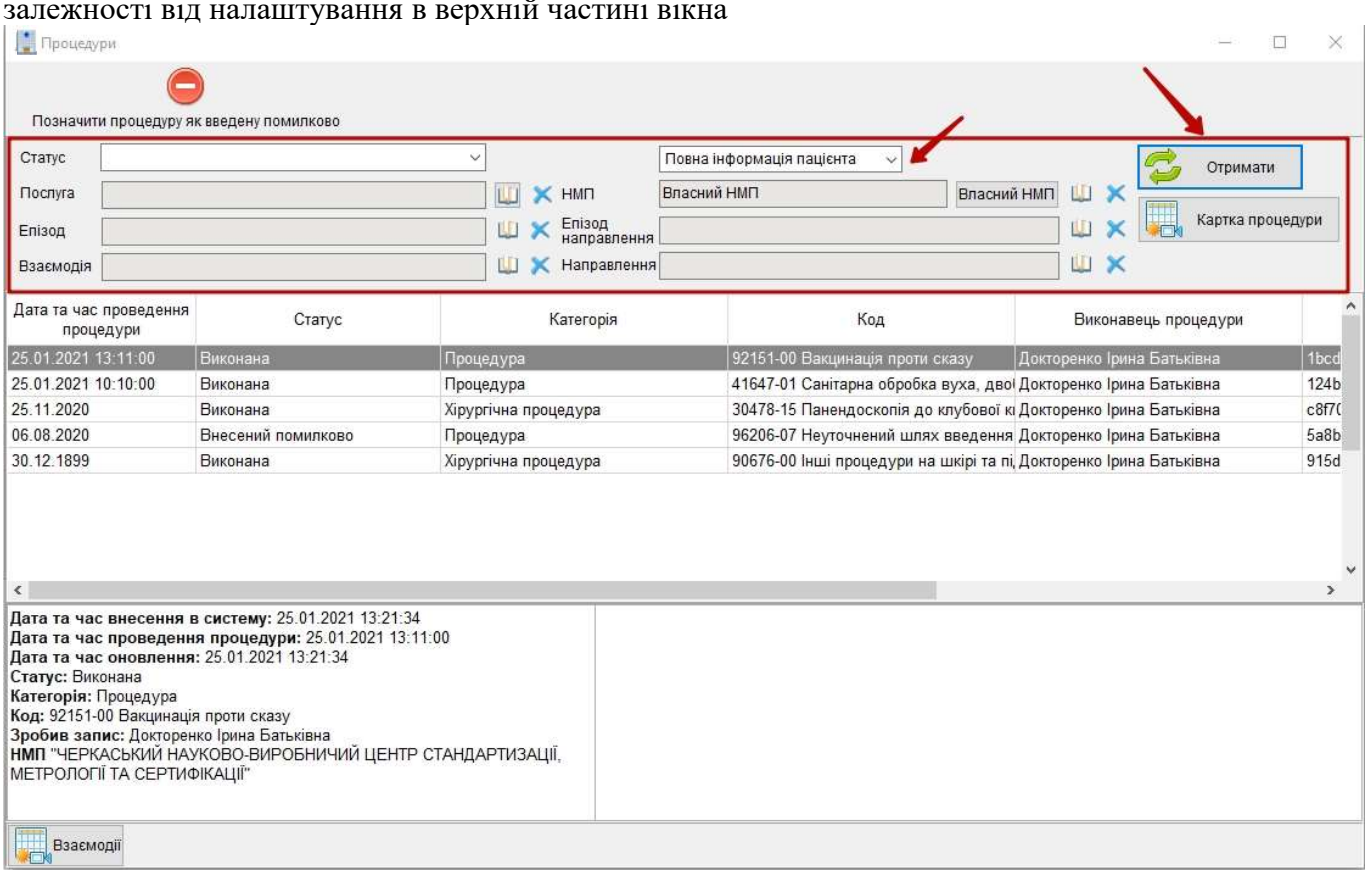
Тепер в переліку направлень дане буде зі статусом **«Виписано помилково».**



9.7.8.4 Перегляд процедур в ЕСОЗ та позначення як введеного помилково.



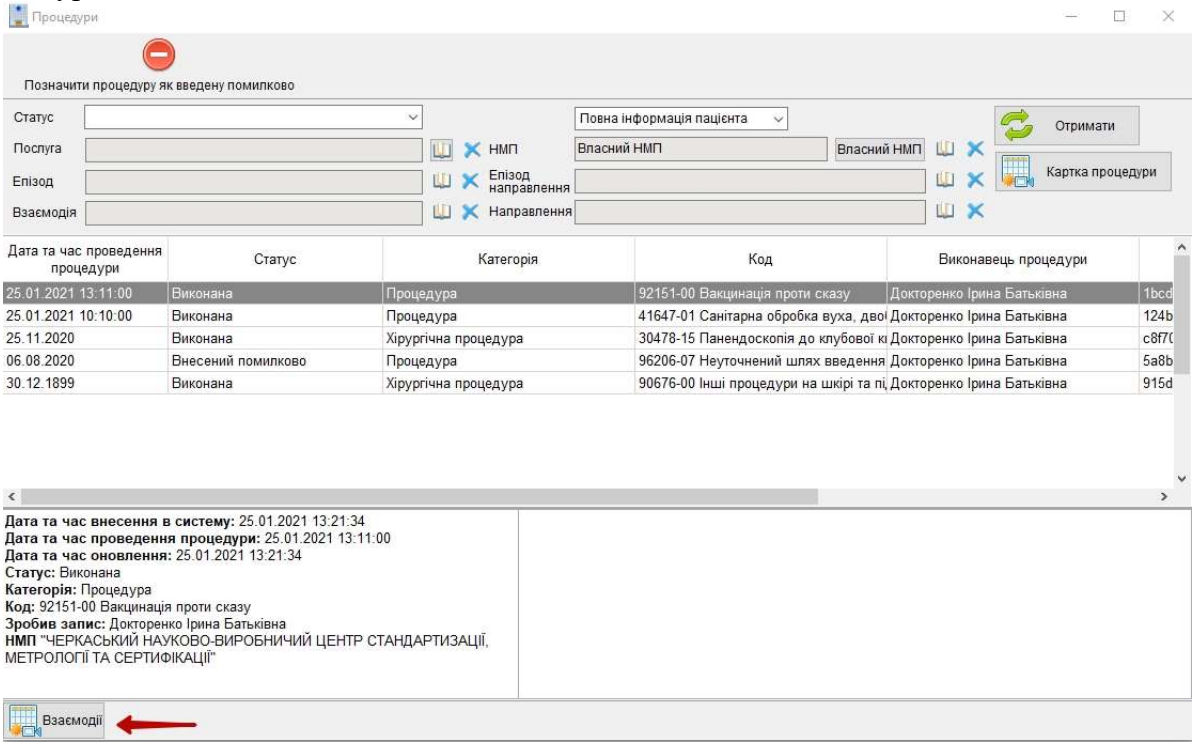
- відображається список створених процедур, в залежності від налаштування в верхній частині вікна



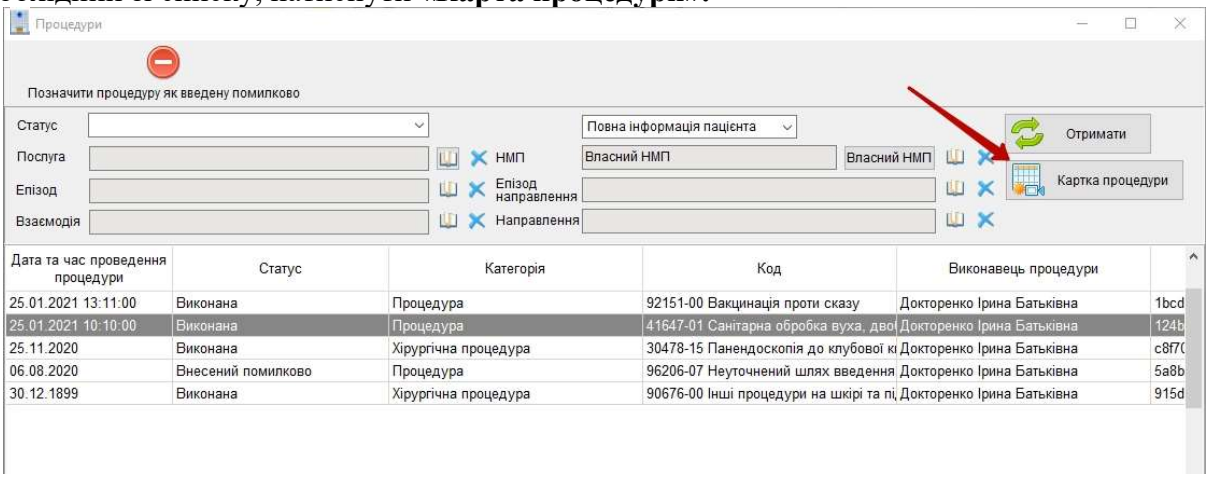
Введена інформація пацієнта – відображає весь список процедур створених у пацієнта.

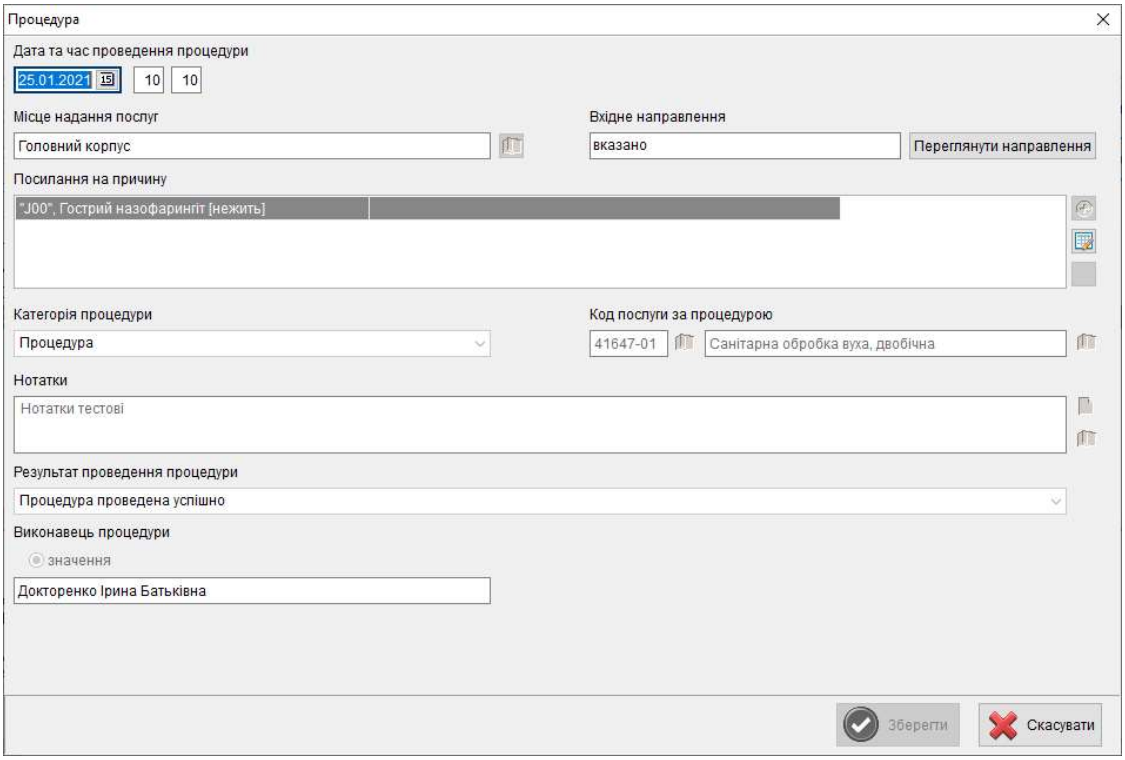
Повна інформація пацієнта – відображає процедури, створені у власному медичному закладі.

В нижній частині вікна «Процедури», обравши конкретний, можна переглянути інформацію по ньому, а також переглянути взаємодію, якщо до такої відноситься дана процедура.



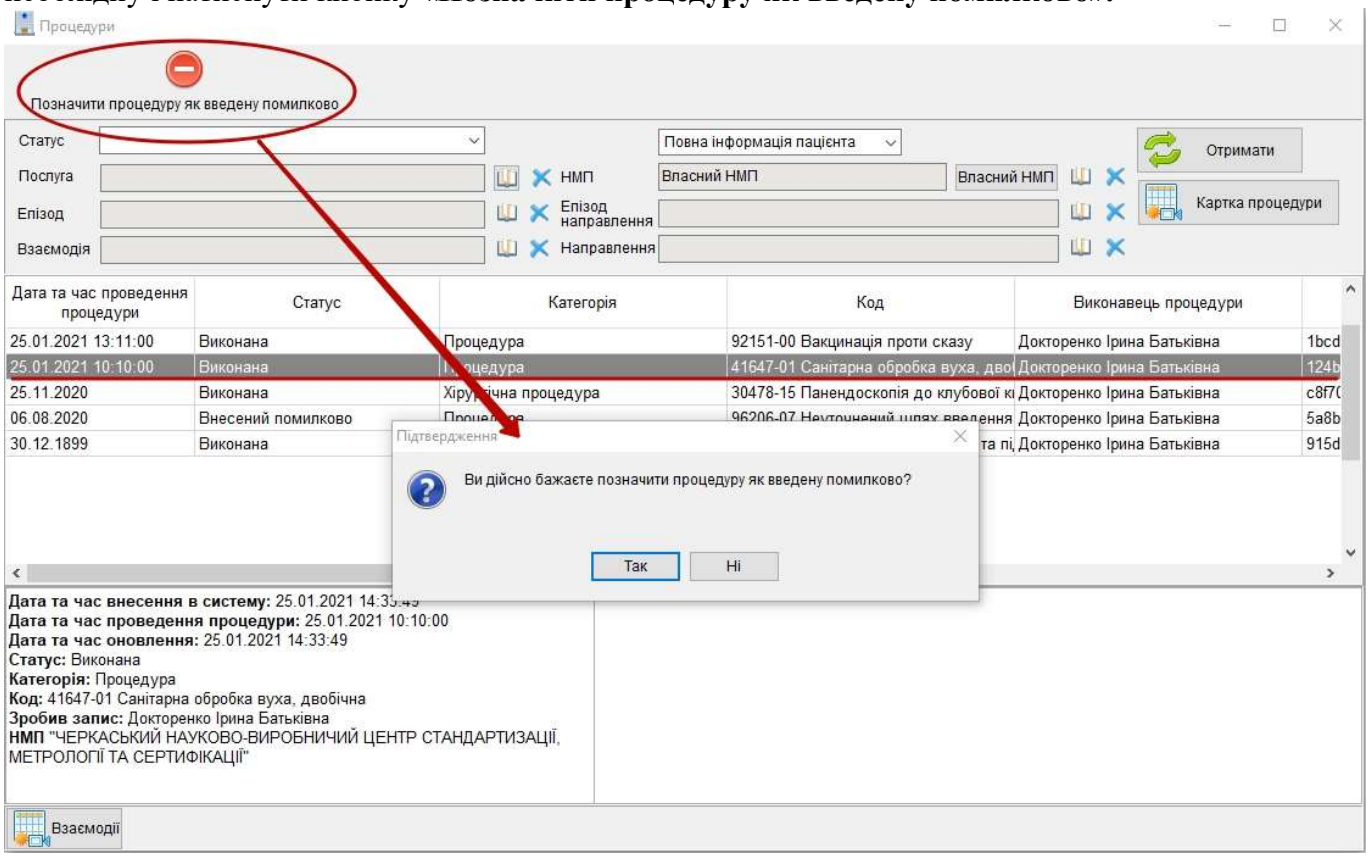
Для того, щоб передивитись дані заповненого діагностичного звіту можна, обравши необхідний зі списку, натиснути **«Карта процедури».**



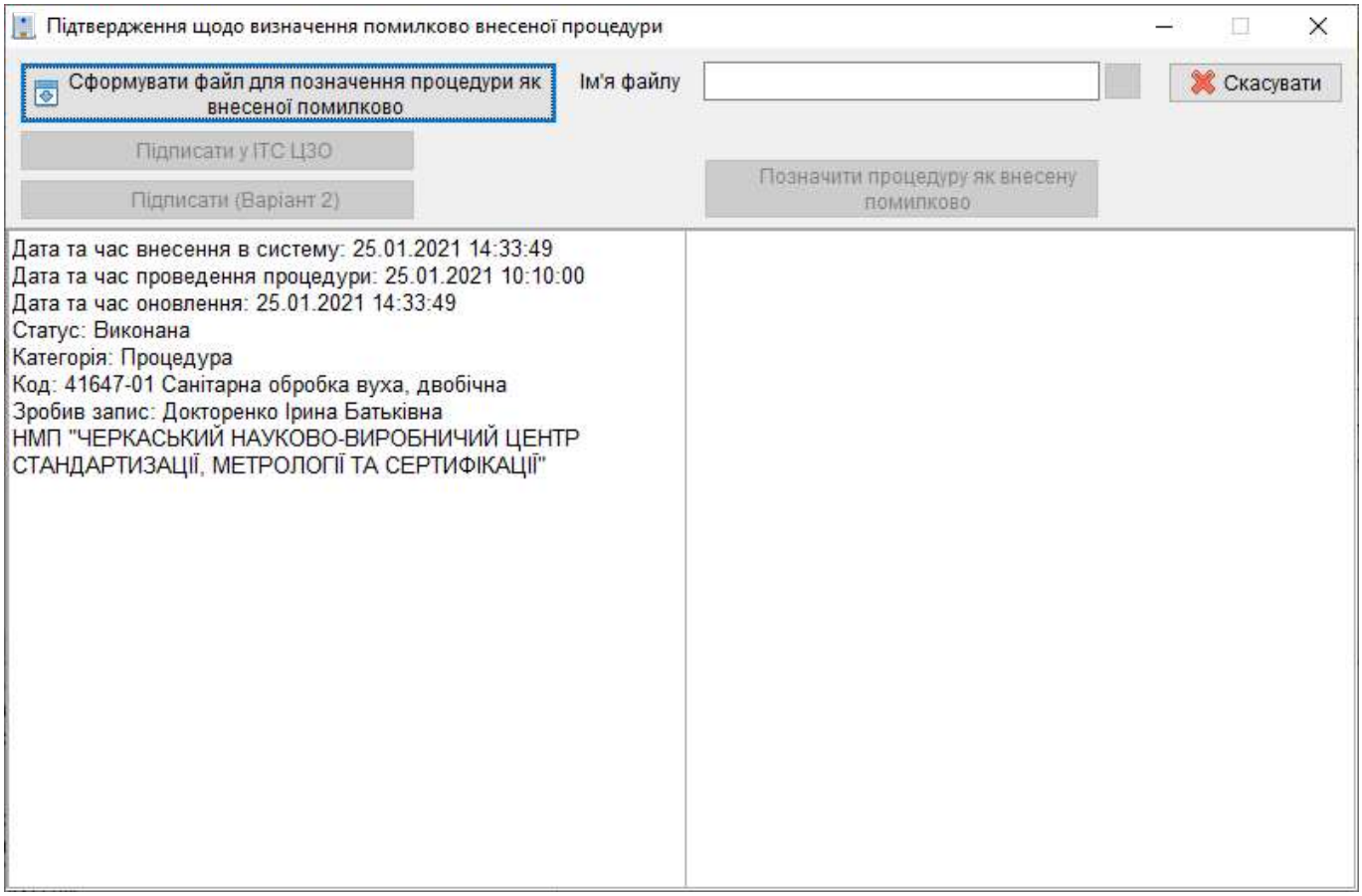


Вікно відкриється тільки для перегляду.

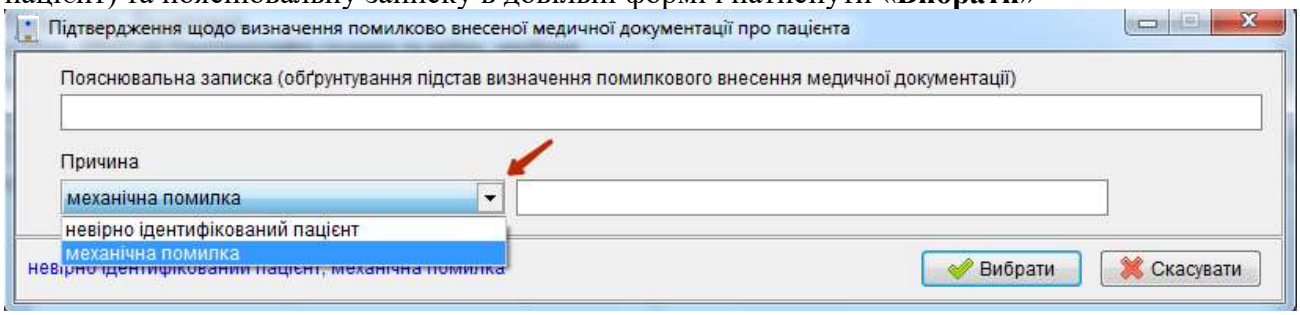
Для того, щоб позначити процедуру як введену помилково, необхідно обрати необхідну і натиснути кнопку **«Позначити процедуру як введену помилково».**



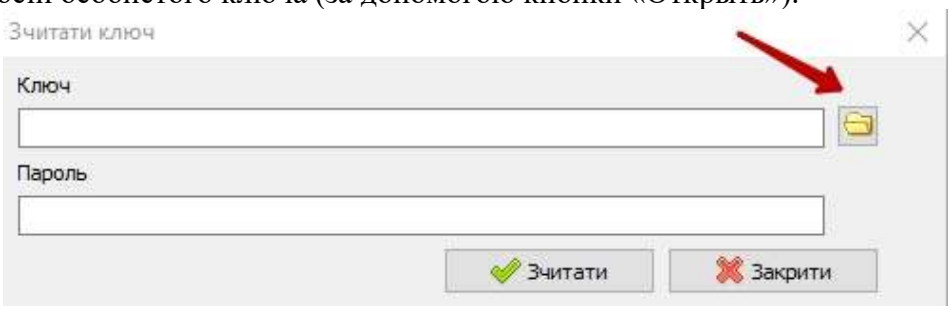
Після позитивної відповіді слідує вікно, в якому необхідно власним цифровим підписом підтвердити визначення помилкової процедури.

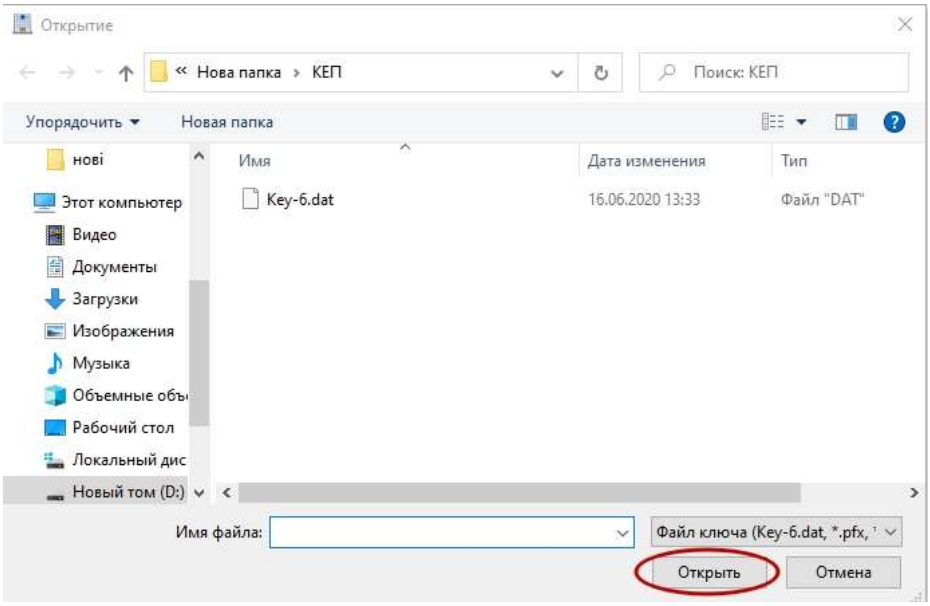


Натискаємо **«Сформувати файл для позначення процедури як введеної помилково».** У вікні, що з'явилось вказати причину (механічна або невірно ідентифікований пацієнт) та пояснювальну записку в довільні формі і натиснути «**Вибрати**»



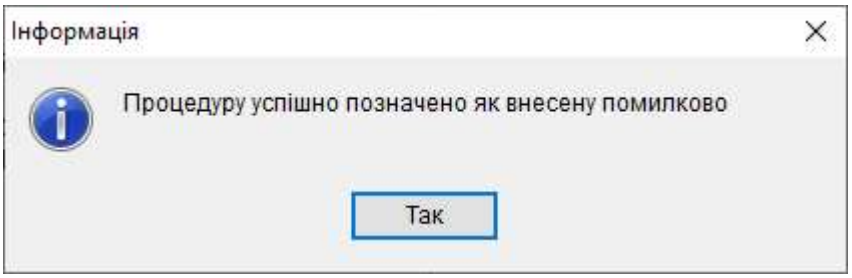
Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).



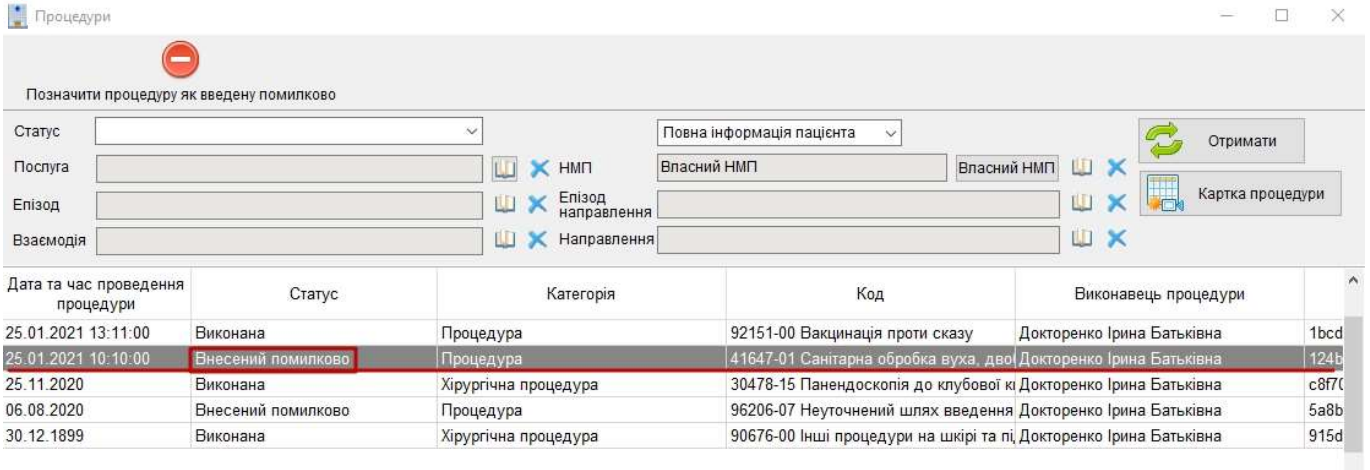


Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».

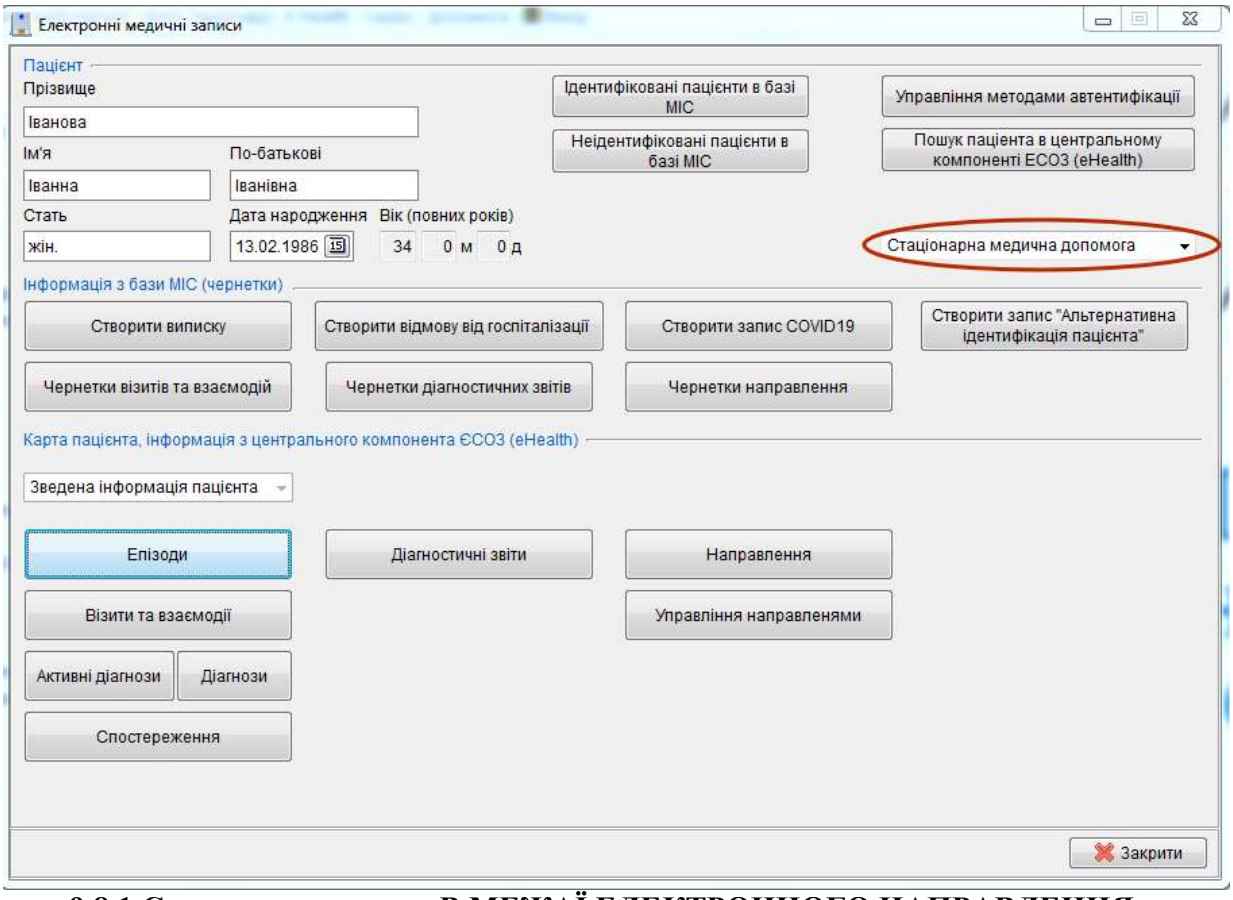


Тепер в переліку процедура буде зі статусом **«Внесений помилково».**



9.8 Робота з ЕМЗ для закладів СПЕЦІАЛІЗОВАНО МЕДИЧОЇ ДОПОМОГИ. СТАЦІОНАРНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА.

Зверніть увагу! Робота в ЕМЗ з пацієнтом в стаціонарній допомозі починається, коли пацієнта виписано з медичного закладу. Для початку його слід ідентифікувати, прив'язавши або, створивши в ЕСОЗ, як описано в **пункті 9.2** (прив'язка пацієнта), **пункті 9.3** (створення пацієнта в ЕСОЗ) або **пункті 9.5** (неідентифіковані особи) даної інструкції.

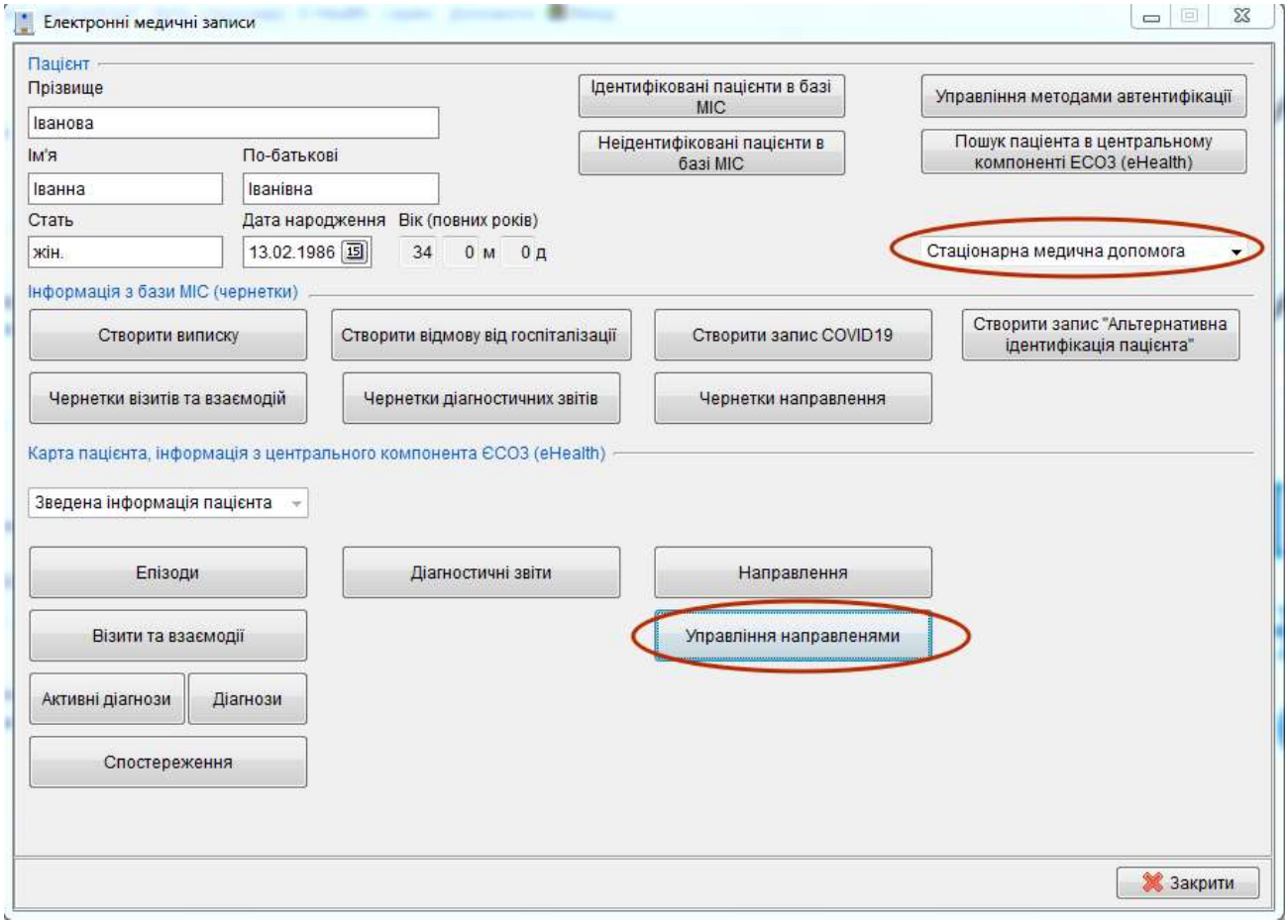


9.8.1 Створення виписки В МЕЖАЇ ЕЛЕКТРОННОГО НАПРАВЛЕННЯ.

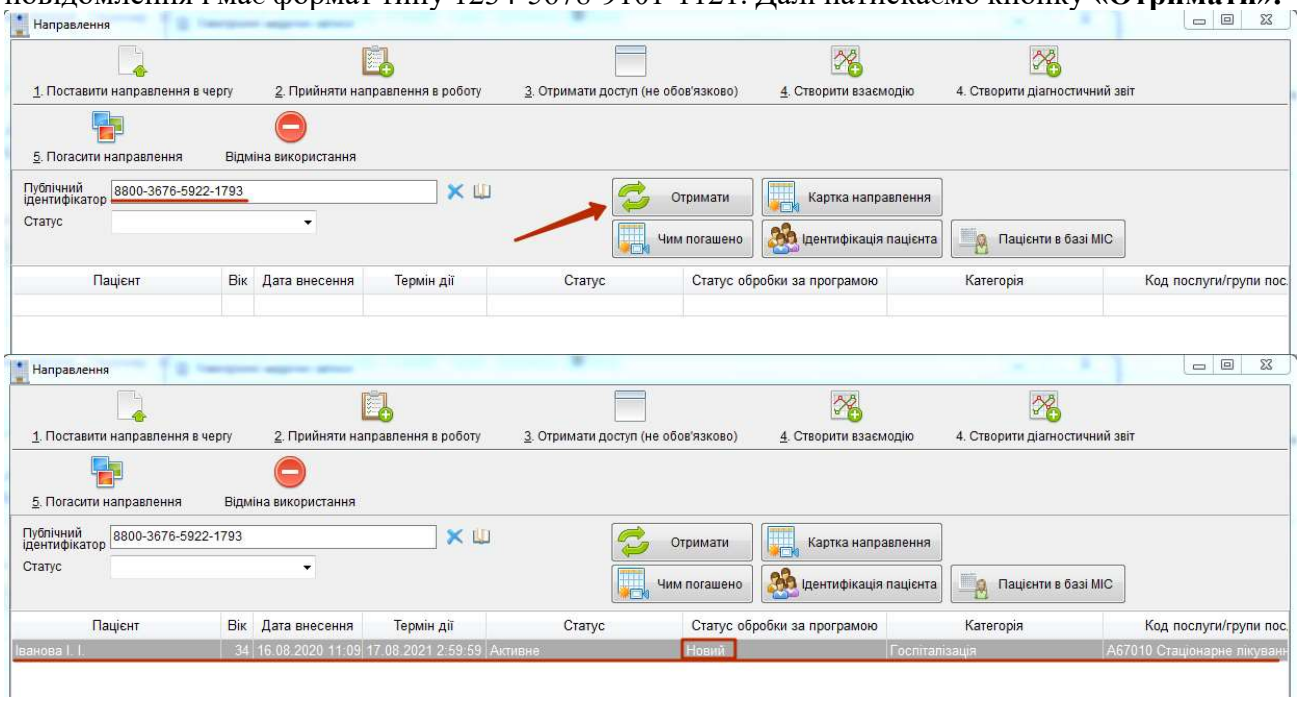
Існує два типи направлення, якими можна закрити (погасити) взаємодією з типом **«Виписка пацієнта, який вибув зі стаціонару».**

1. Госпіталізація
2. Переведення до іншого ЗОЗ

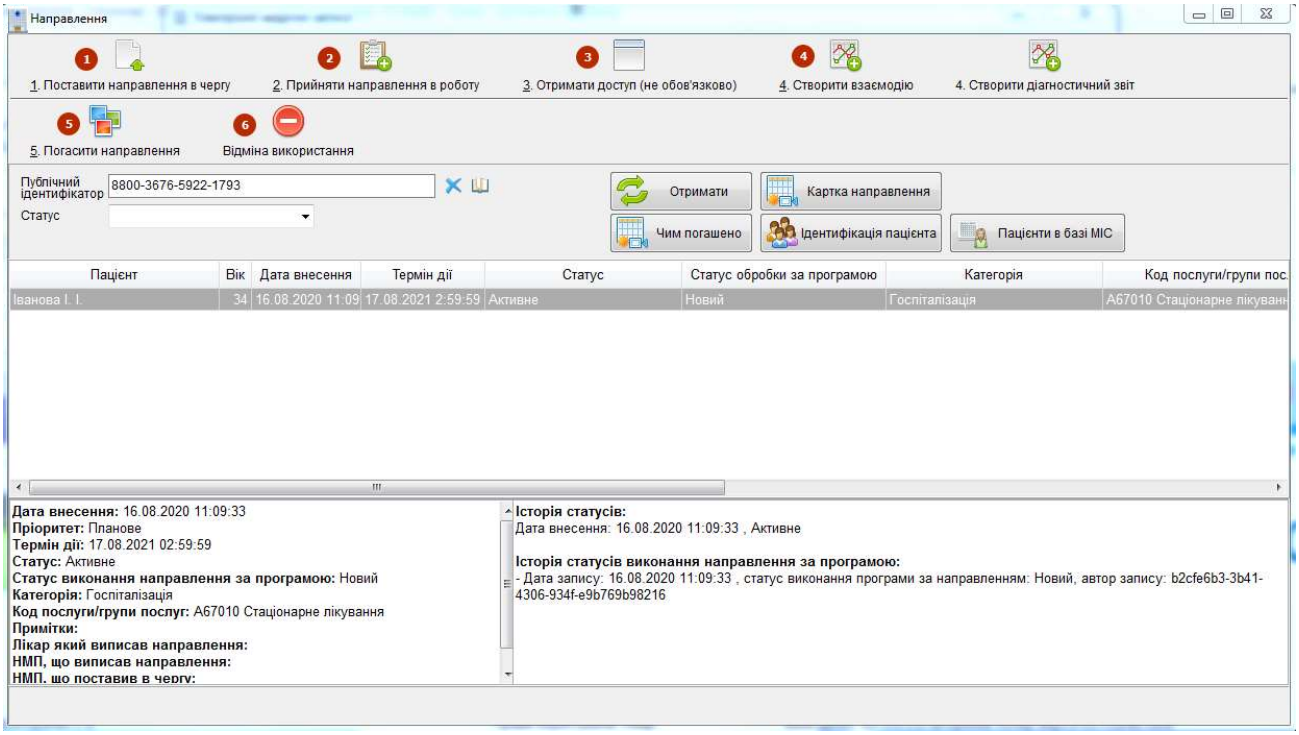
У випадку, коли пацієнт звернувся в заклад СМД за стаціонарною допомогою **з електронним направлення**, потрібно користуватись кнопкою **«Управління направленнями»**.



У вікні, що з'явилось необхідно в поле **«Публічний ідентифікатор»** ввести номер направлення, який є в паперовому примірнику видане «на руки» пацієнту або із СМС-повідомлення і має формат типу 1234-5678-9101-1121. Далі натискаємо кнопку **«Отримати».**

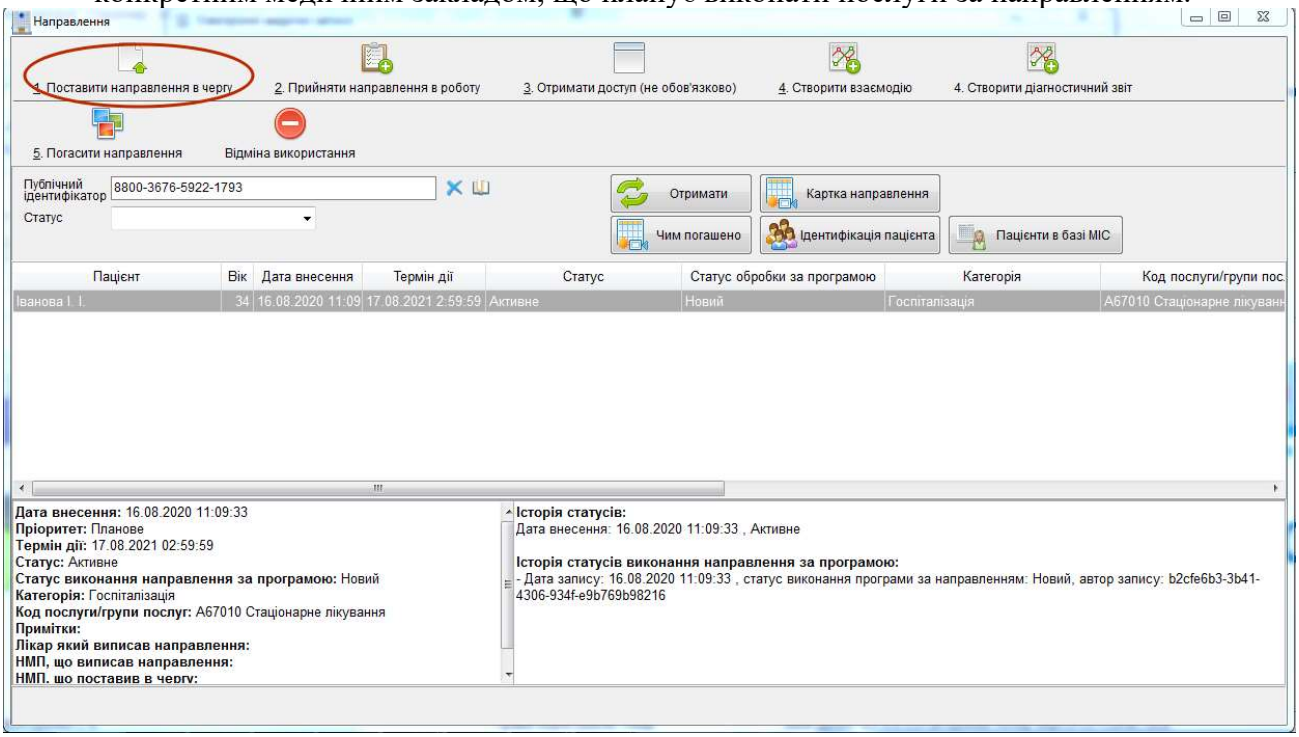


Далі слід покроково виконати всі дії від постановки направлення в чергу, до погашення.

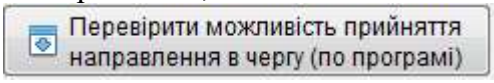


Розглянемо детальніше.

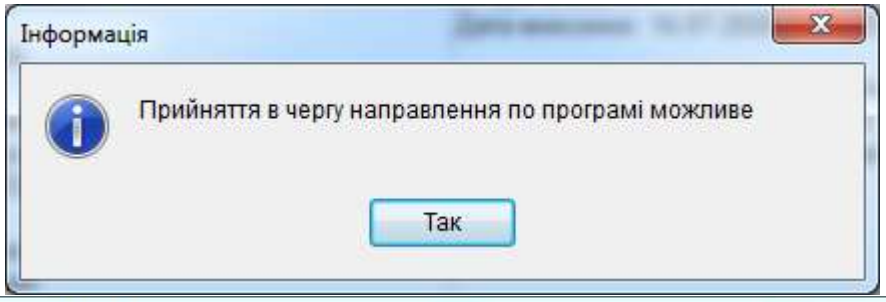
1 **Поставити направлення в чергу -** це дія щодо резервування направлення за конкретним медичним закладом, що планує виконати послуги за направленням.

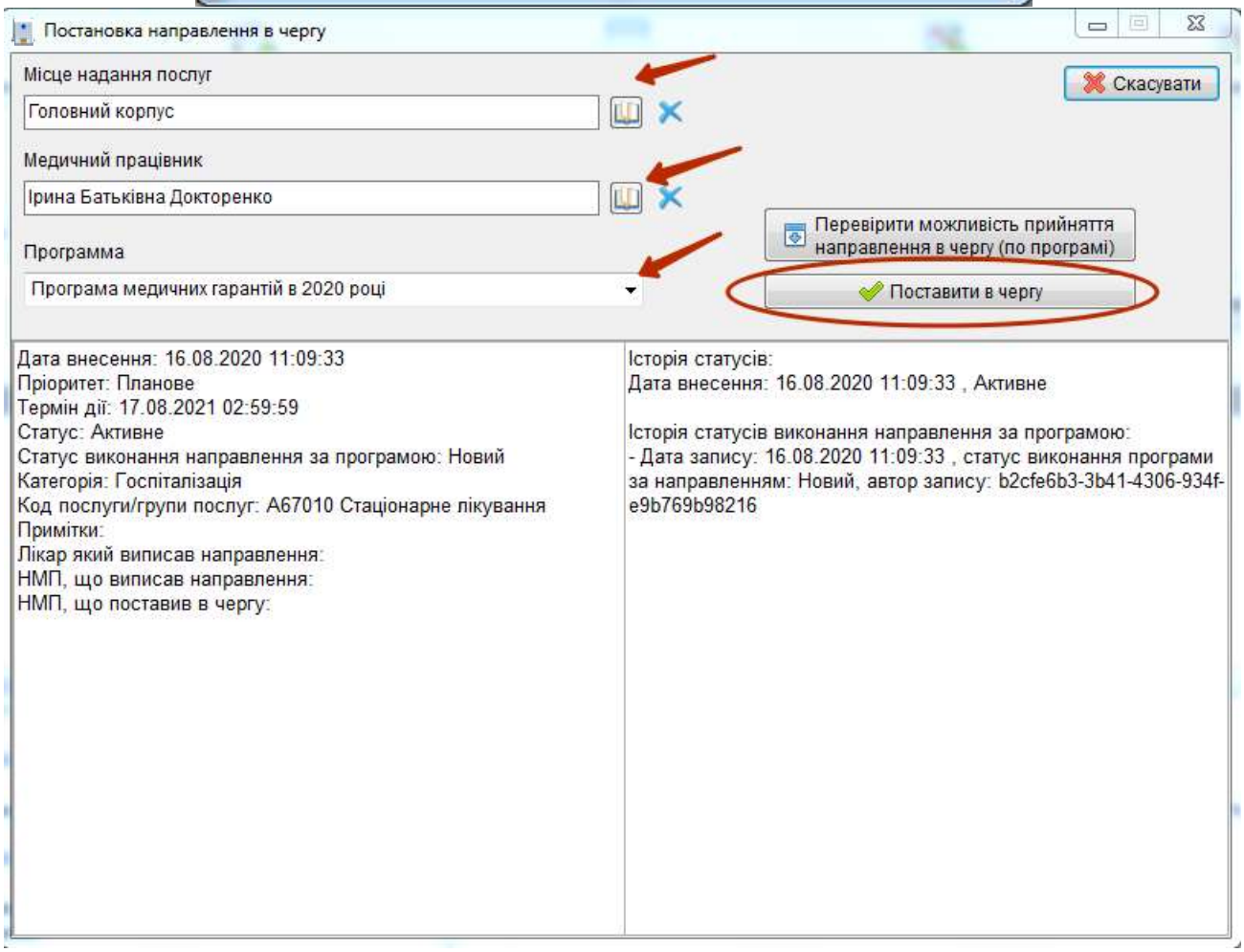


Зверніть увагу ! В той же час, поки направлення знаходиться в обробці, пацієнт має право змінити медичний заклад, в якому він планував використати направлення.
При цьому у вікні обов'язково слід вказати чи буде направлення виконуватись по «Програмі медичних гарантій 2020», можна вказати працівника медичного закладу, який буде реалізовувати направлення, а також місце надання послуг.

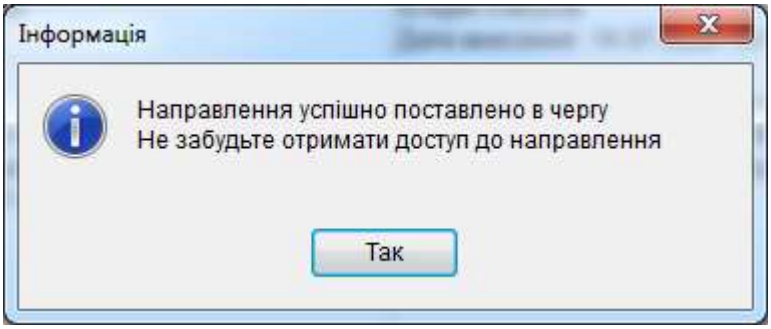
За допомогою кнопки 

перевіряється можливість прийняття направлення в чергу.

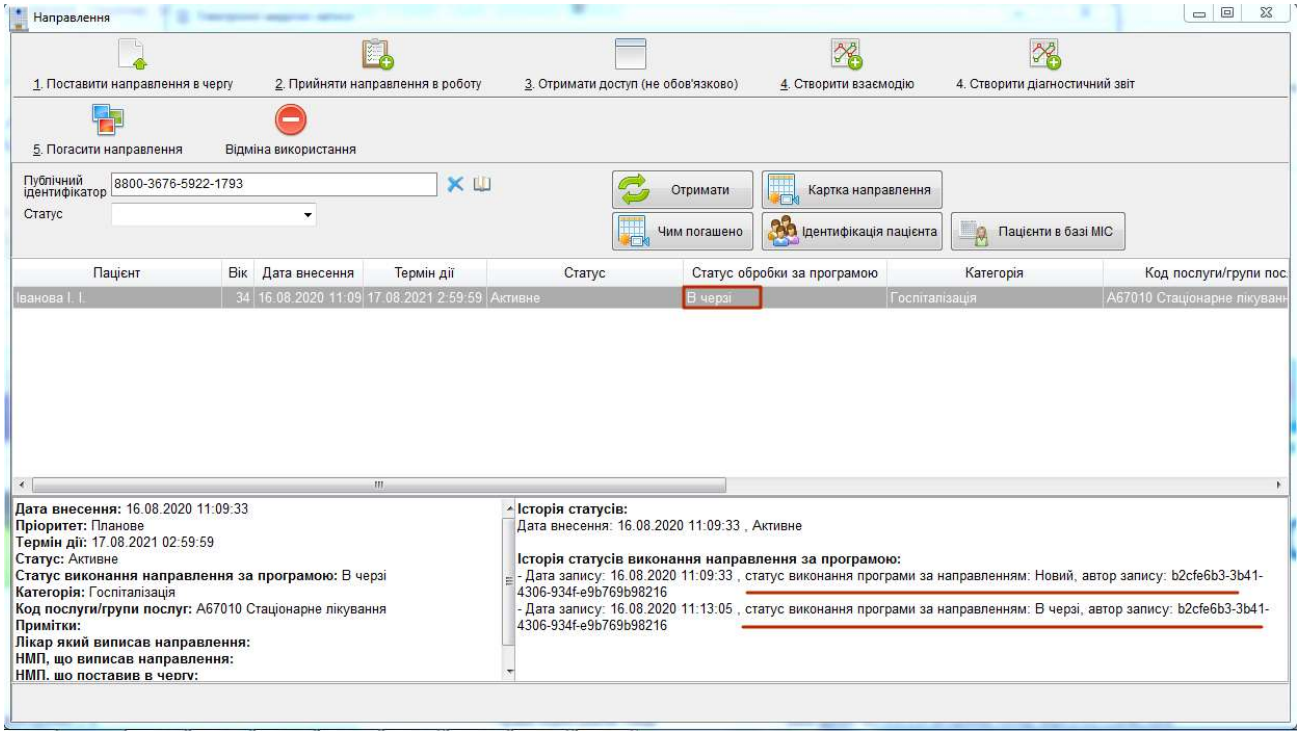




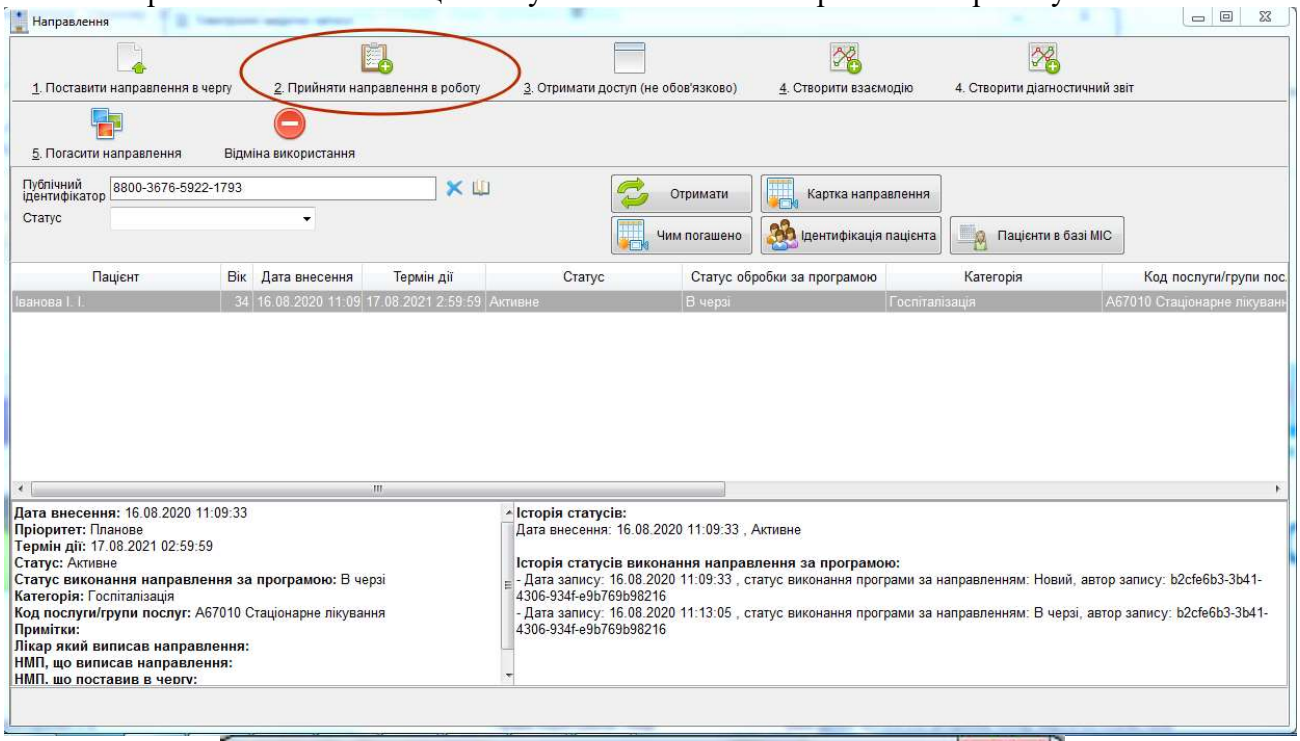
Відмітивши, натискаємо кнопку **«Поставити в чергу»**. Отримуємо наступне повідомлення.

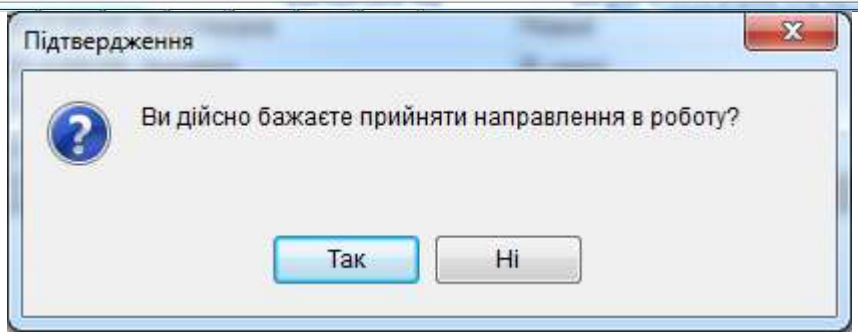


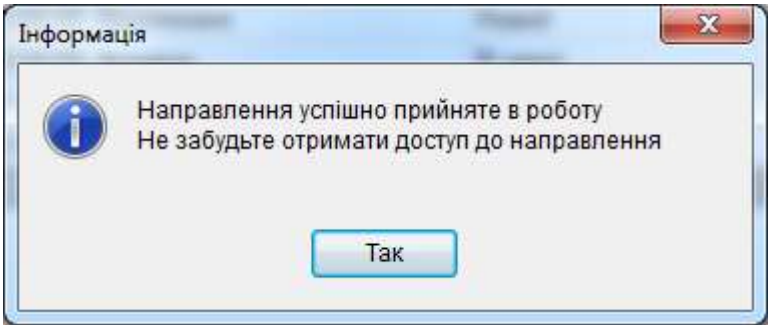
Статус обробки за програмою даного направлення змінився на **«В черзі».**



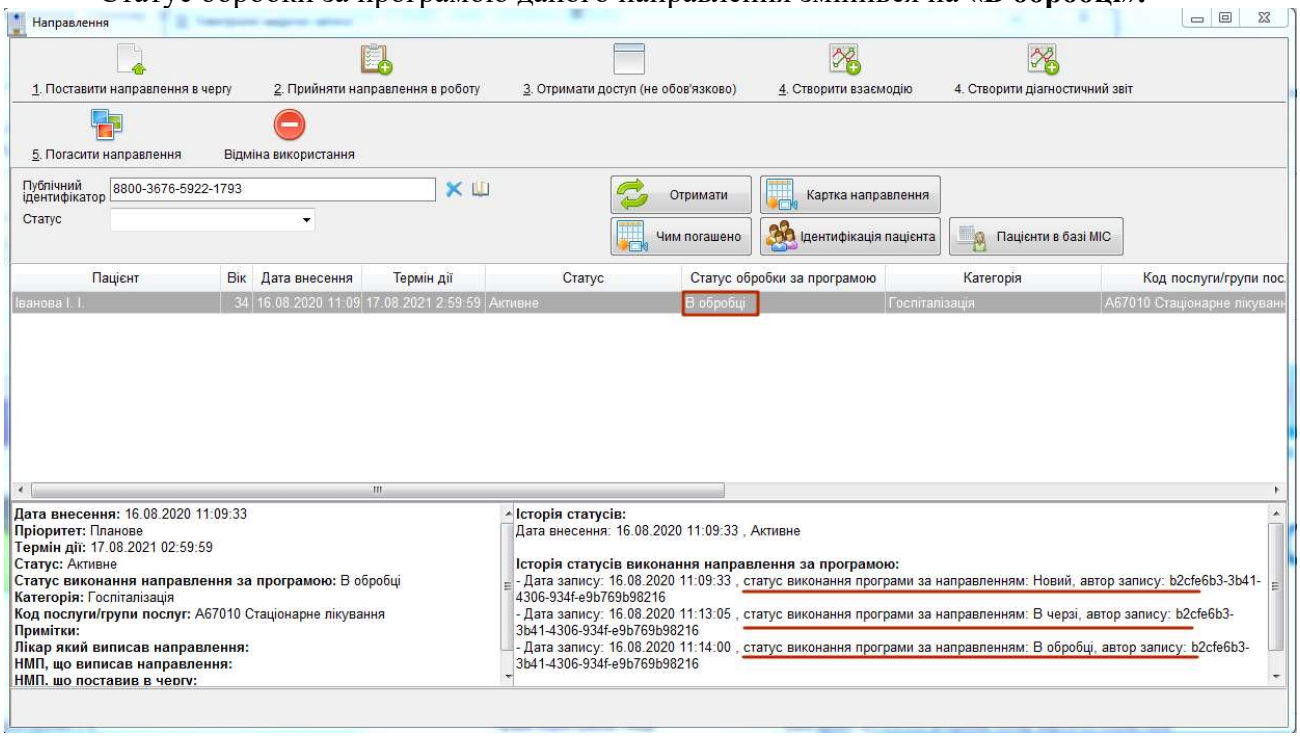
2 **Прийняти направлення в роботу -** перед тим, як почати надавати послуги за направленням виконавець послуг повинен взяти направлення в роботу.





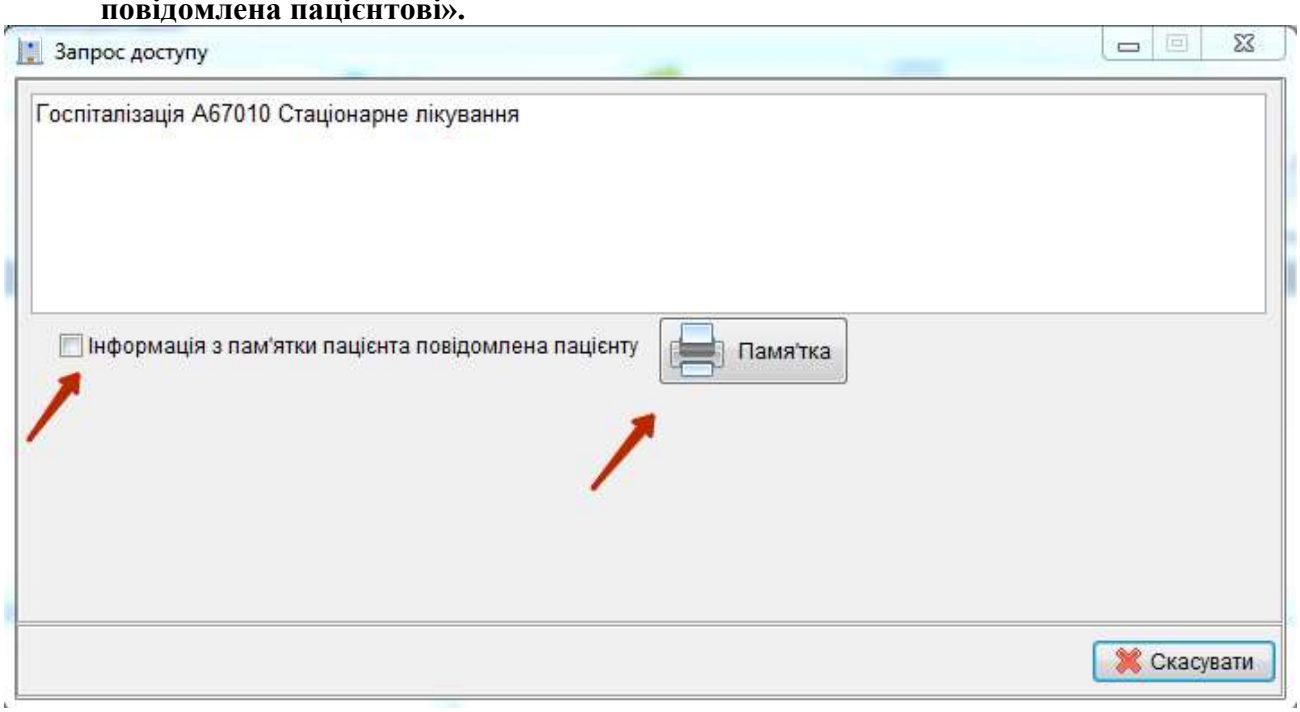


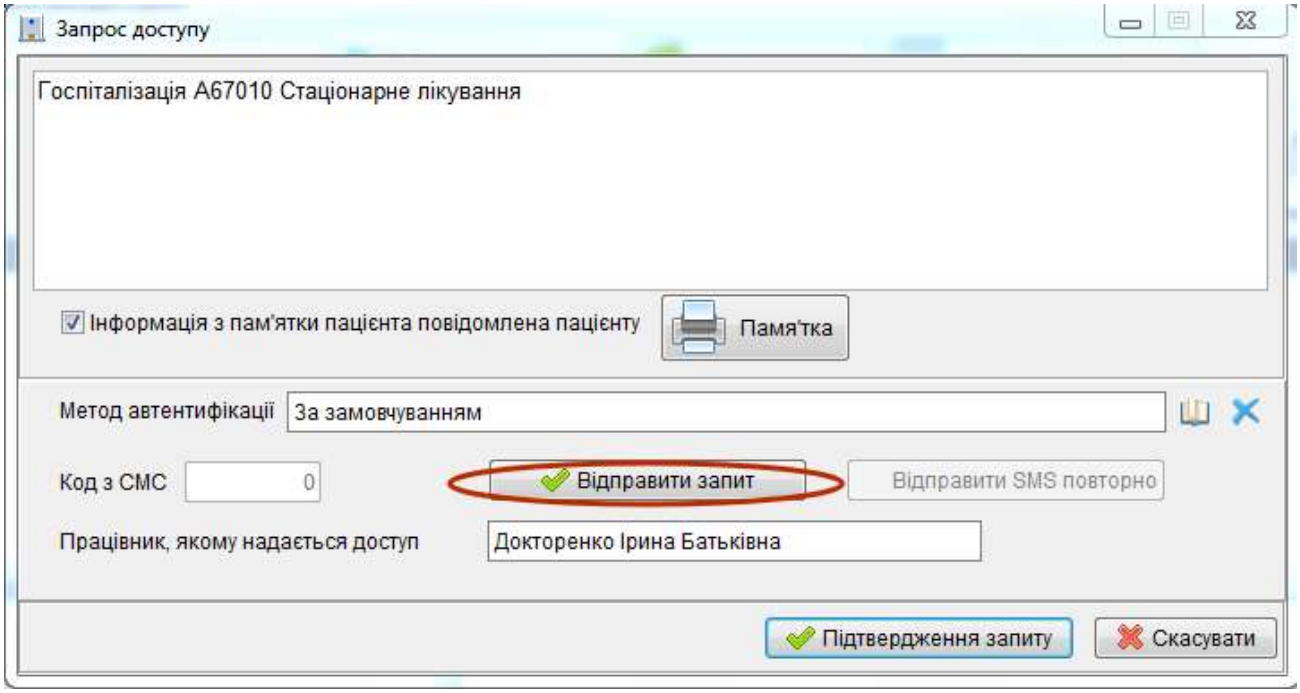
Статус обробки за програмою даного направлення змінився на **«В обробці».**



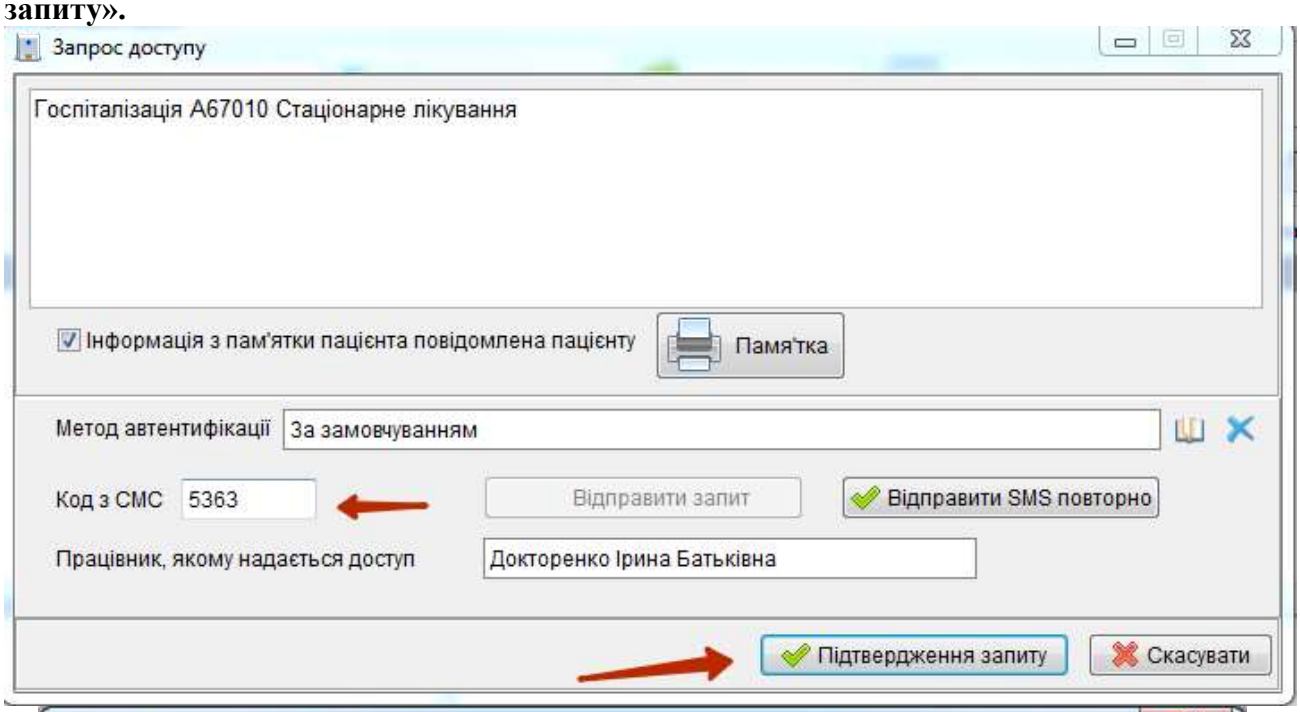
3 **Отримати доступ –** цей крок є необов’язковим для виконання. Використовується для того, щоб пацієнта підтвердив доступ до направлення.

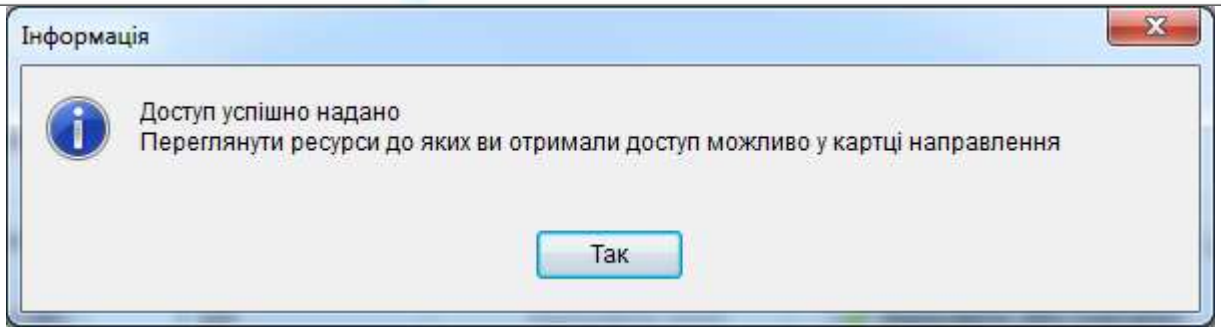
При натисканні, відкривається вікно, де є можливість роздрукувати пацієнтові **«Пам’ятку»**, після чого поставити галочку **«Інформація з пам’ятки пацієнта повідомлена пацієнтові».**



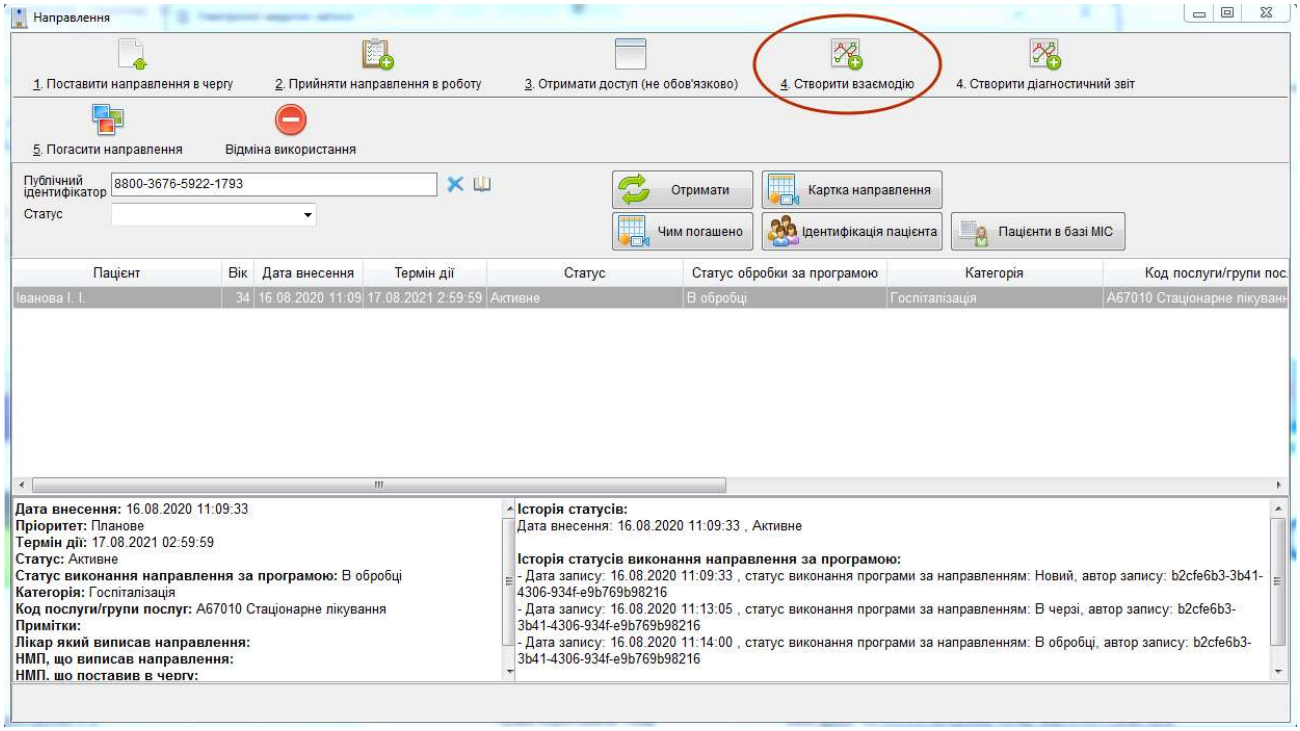


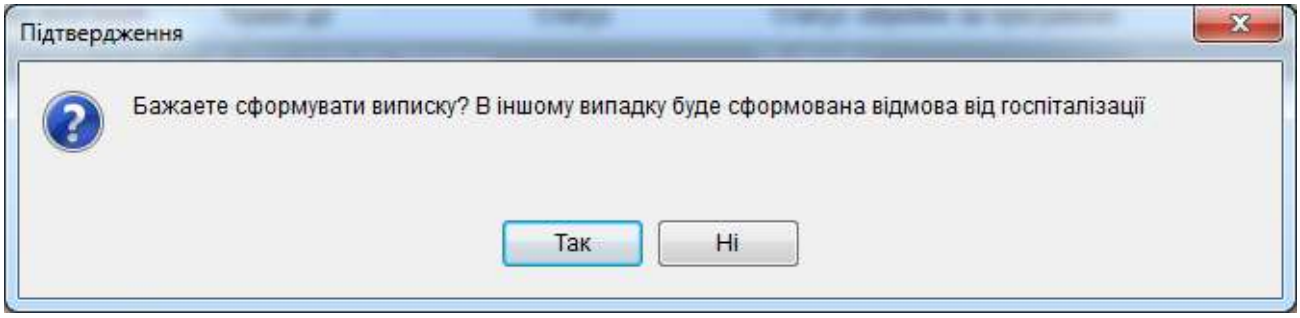
Натиснувши кнопку **«Відправити запит»,** пацієнту буде надіслано СМС з кодом підтвердження, яке потрібно ввести в поле **«Код з СМС»** і натиснути **«Підтвердження запиту».**



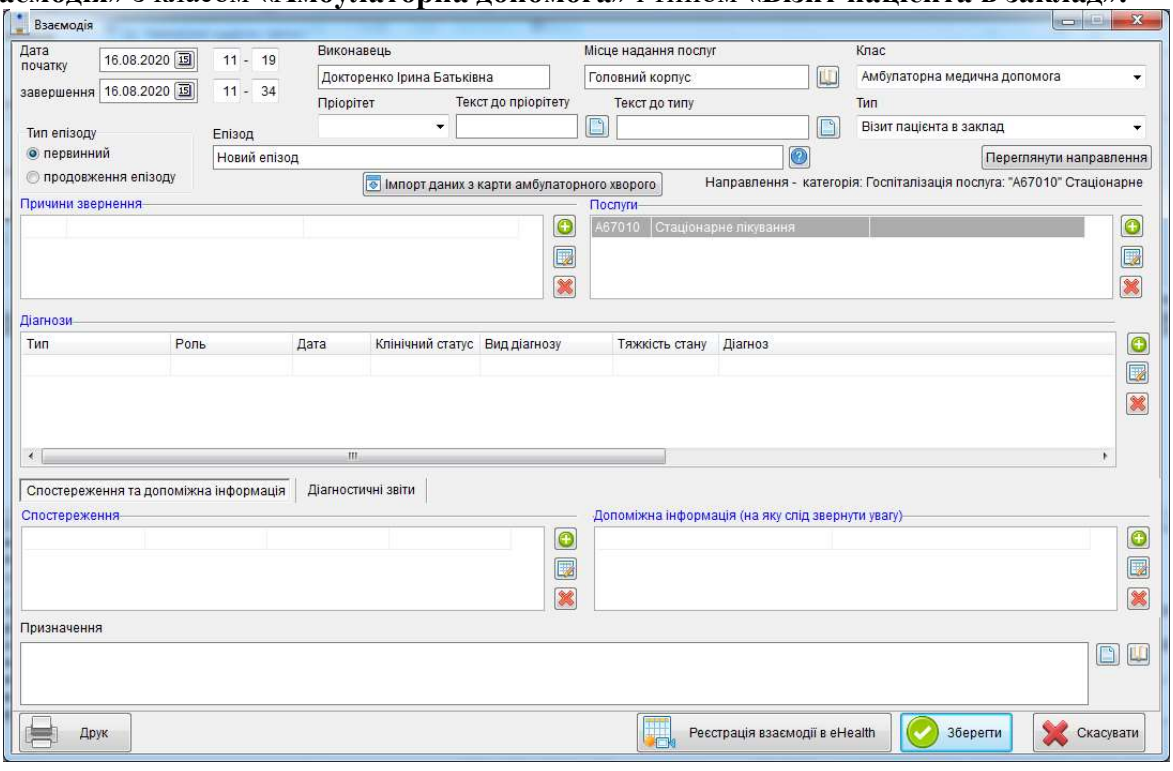


4 **Створити взаємодію** – натиснувши кнопку, програма видає повідомлення, що лікуючий лікар може створити або виписку зі стаціонару або відмову від госпіталізації (у разі відповіді «Ні»).



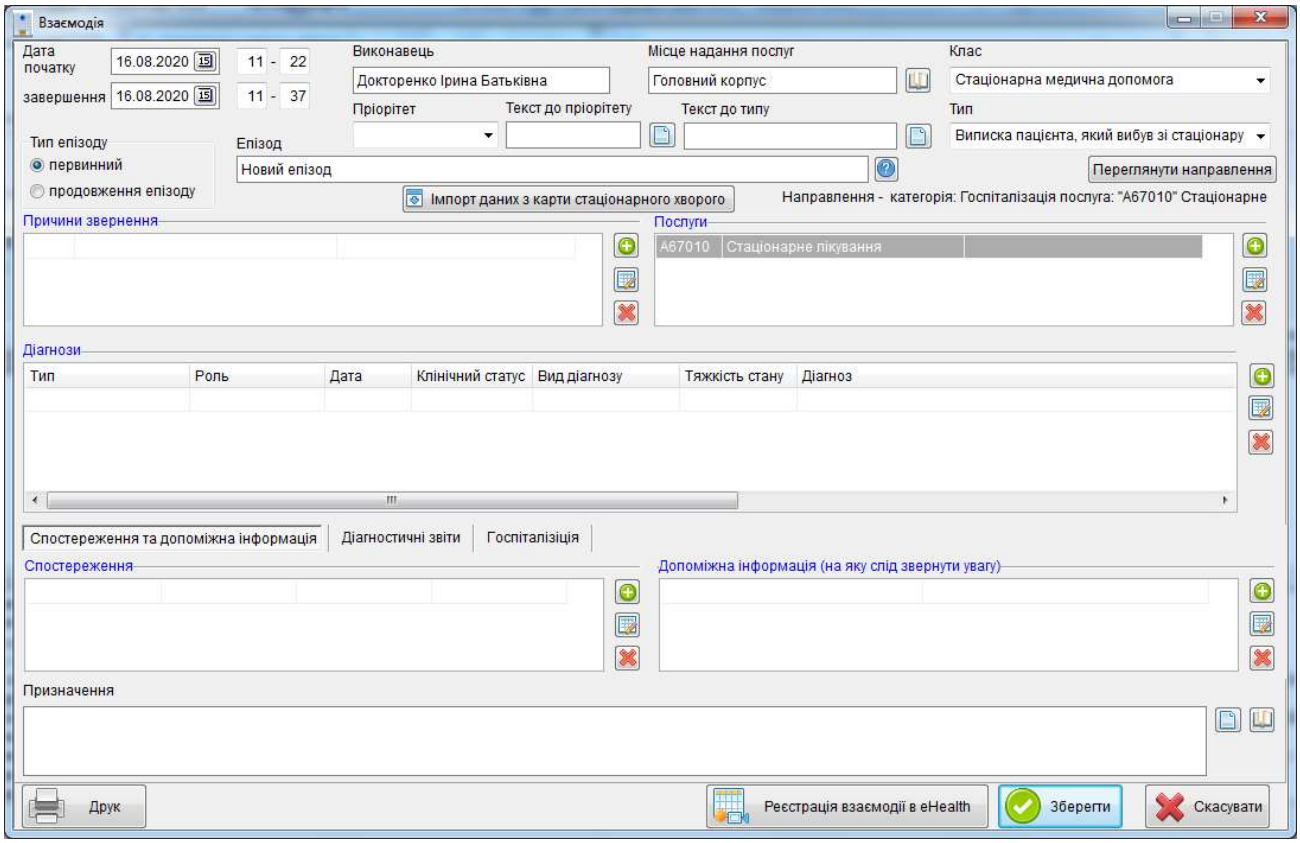


У разі негативної відповіді (створення відмови від госпіталізації) відкривається вікно **«Взаємодія»** з класом **«Амбулаторна допомога»** і типом **«Візит пацієнта в заклад».**

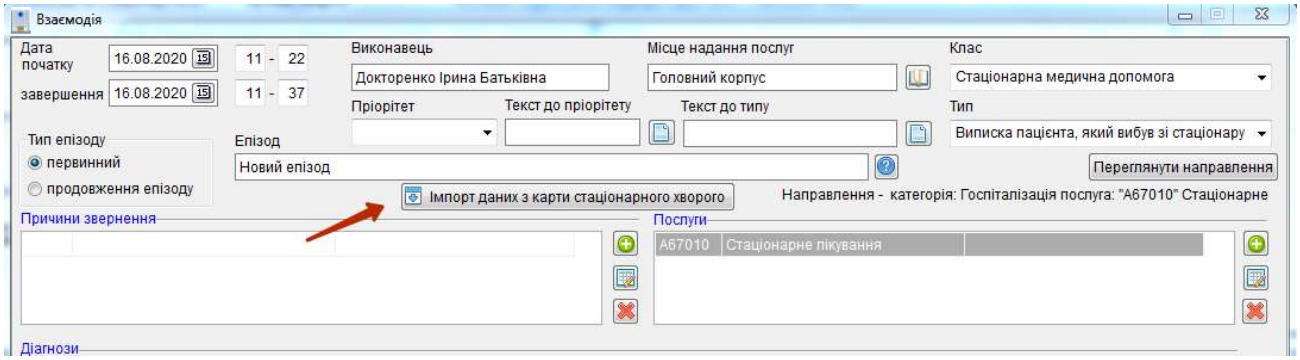


Алгоритм створення такої взаємодії описано в **пункті 9.7.2** даної інструкції.

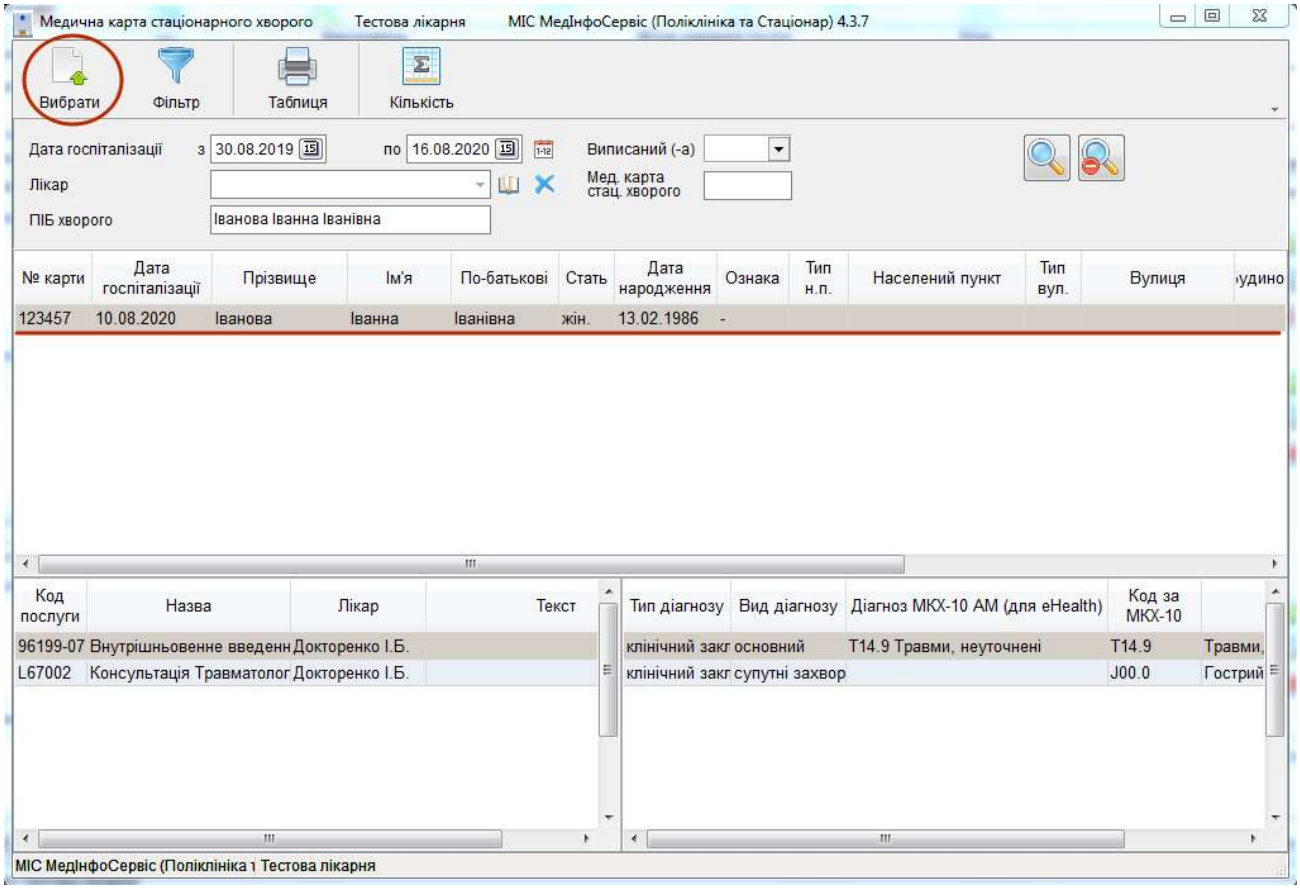
У разі **позитивної відповіді** переходимо до створення взаємодії з **типом «Виписка пацієнта, який вибув зі стаціонару».**



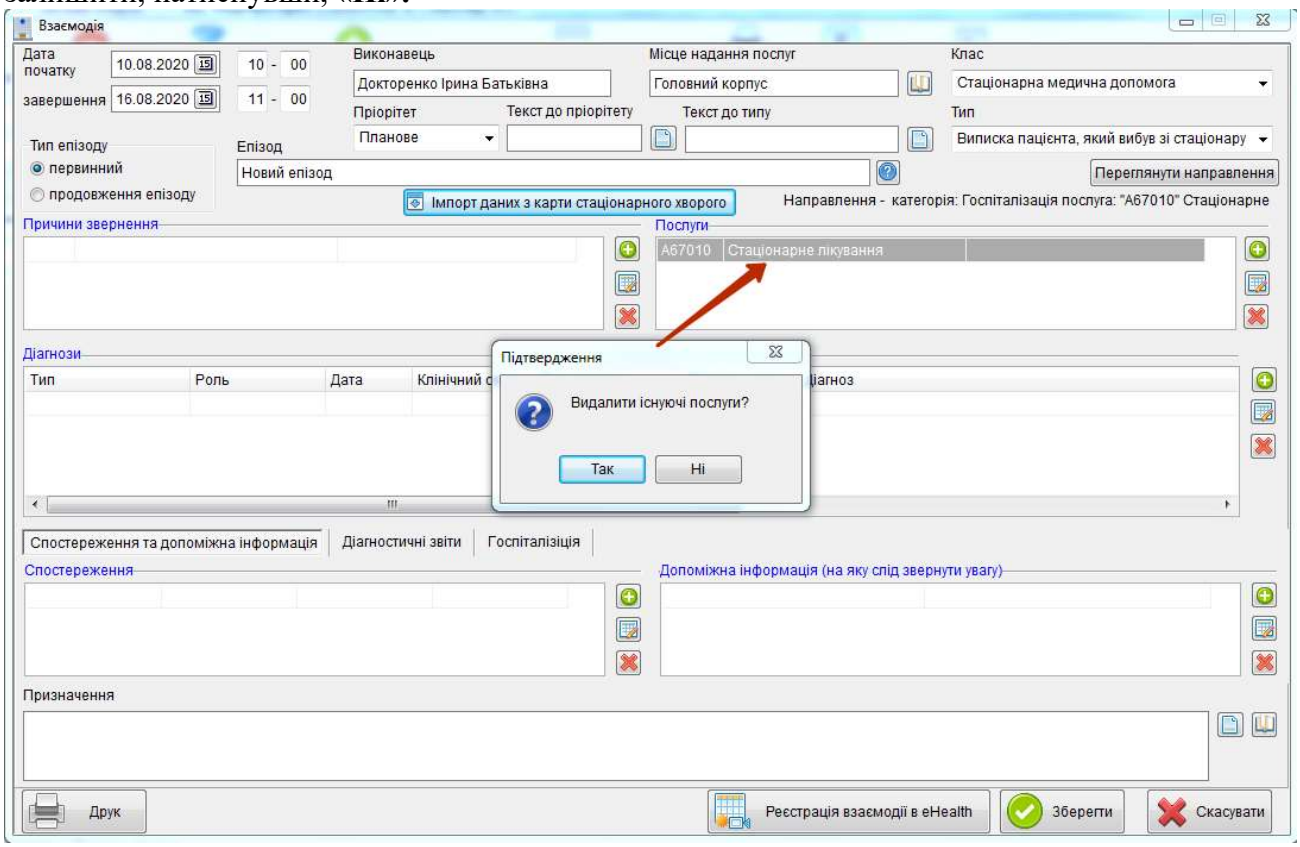
Зверніть увагу! Якщо в стаціонарній карті даного хворого були заповнені дані для ЕСОЗ, то є можливість імпортувати ці дані у виписку за допомогою кнопки **«Імпорт даних з карти стаціонарного хворого».**



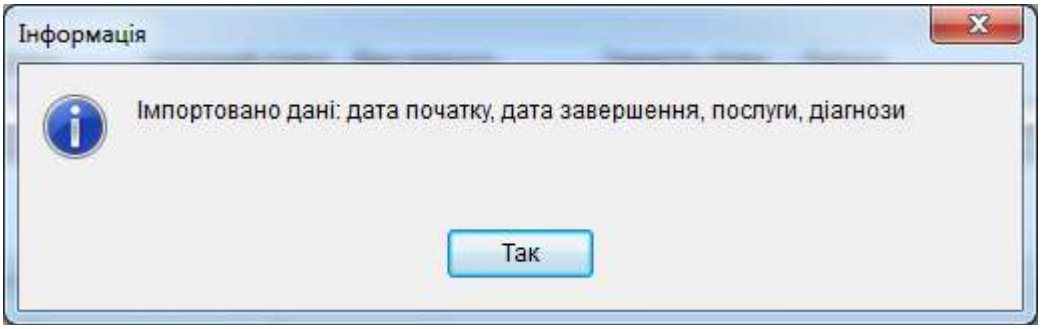
Натиснувши дану кнопку, з’являється вікно, де слід обрати необхідний запис, який будемо імпортувати у взаємодію ЕМЗ, подвійним натисканням лівої клавіші миші, або за допомогою кнопкою **«Вибрати».**

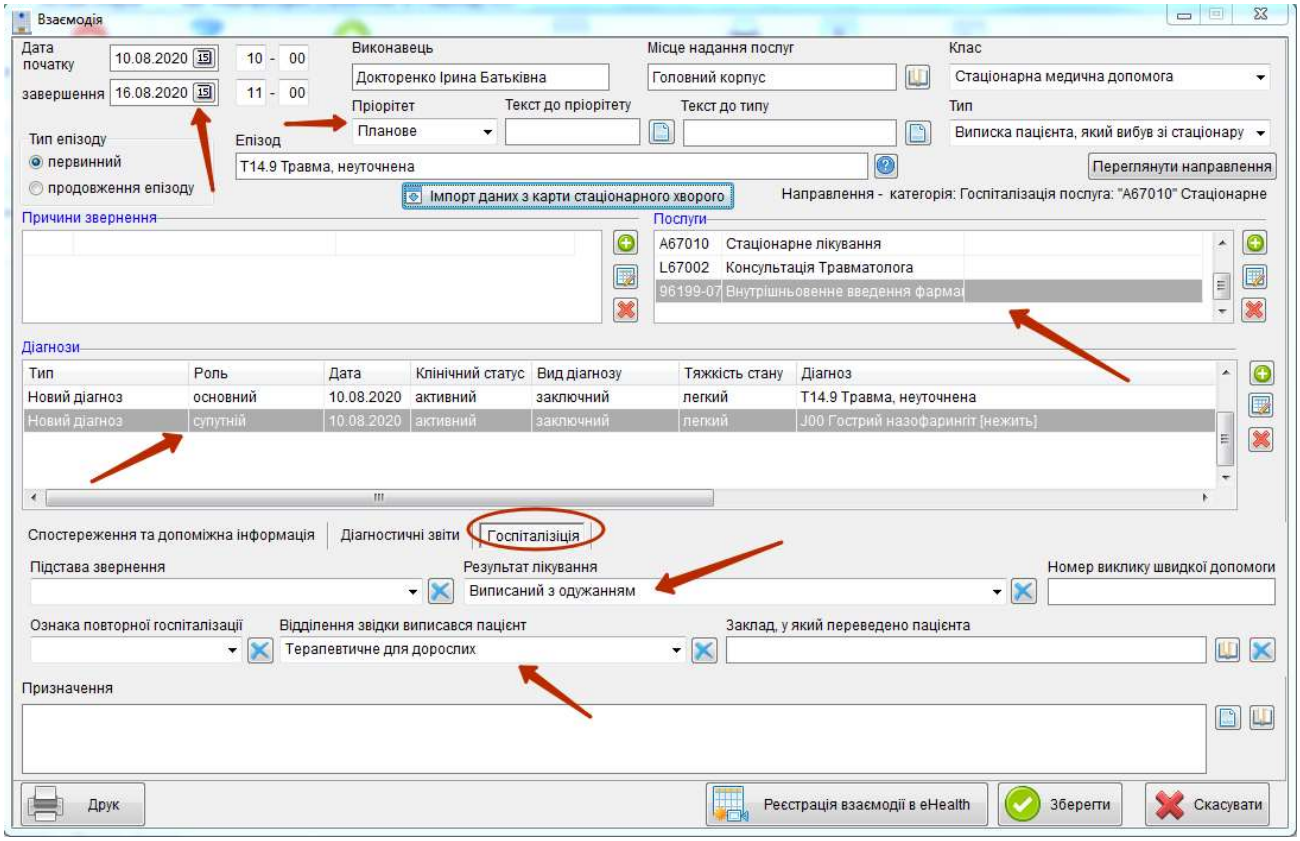


Наступне повідомлення, стосується тих послуг, які автоматично підтягують з електронного направлення. При бажанні їх можна видалити, натиснувши **«Так»**, або залишити, натиснувши, **«Ні».**



Після вибору, з’явиться інформативне вікно, про імпортовані поля.



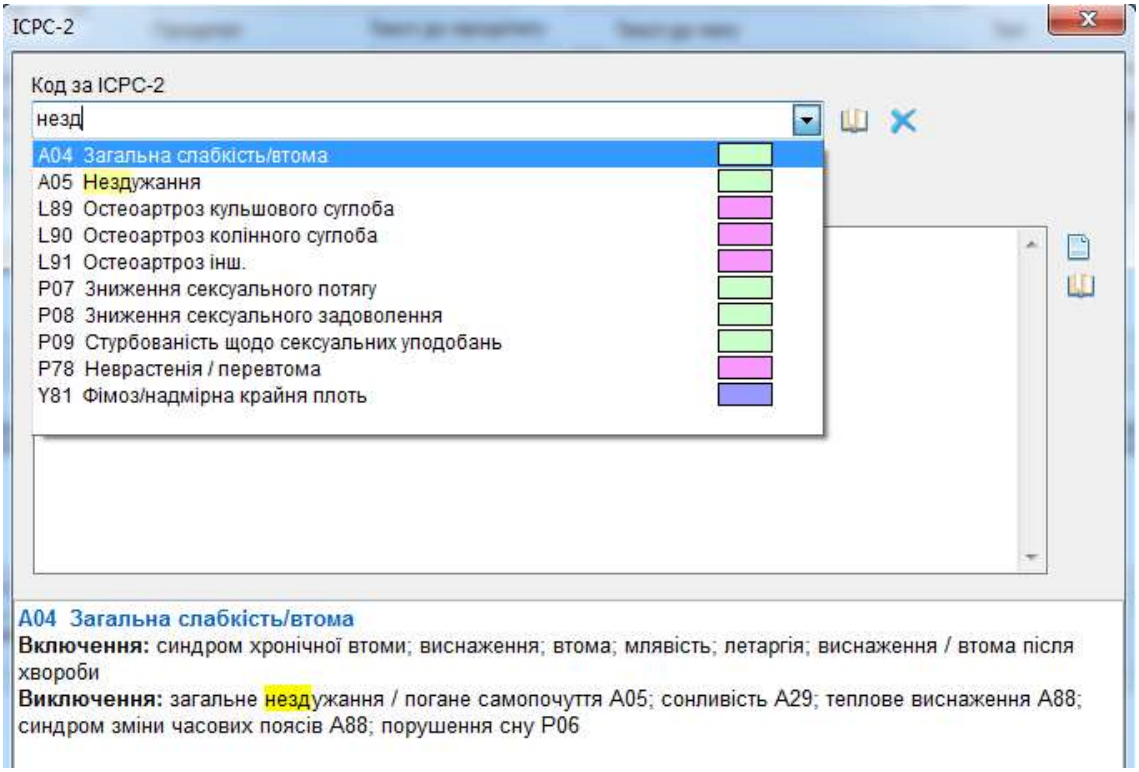


Якщо в базі МІС немає стаціонарної карти 003/о для даного пацієнта слід заповнити наступні поля:

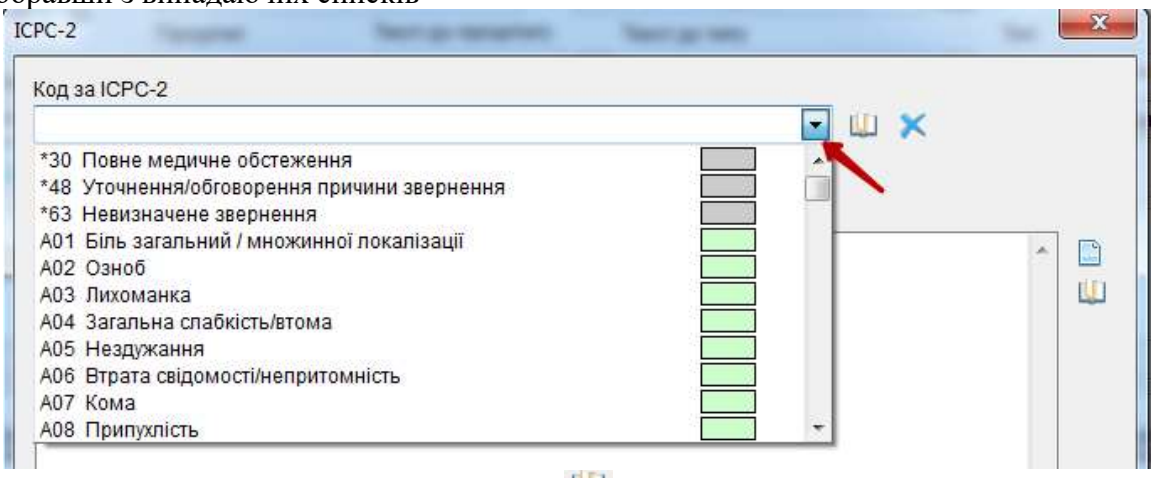
- **дата (час) початку (дата госпіталізації) та завершення (дата виписки)** візиту;
- **«Виконавець»** та **«Місце надання послуг»**;
- **«Пріоритет»** (примусове, планове, ургентне), при потребі **«Текст до пріоритету»**,
- **«Тип епізоду» - Первинний.** Якщо приймається рішення про госпіталізацію пацієнта – для пацієнта **завжди створюється новий епізод**.
- **«Причини звернення» - являється полем, не обов'язковим для заповнення в закладах СМД.**

Причина вказується згідно міжнародного класифікатора первинної медичної допомоги ICPC-2. Всі причини додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , .

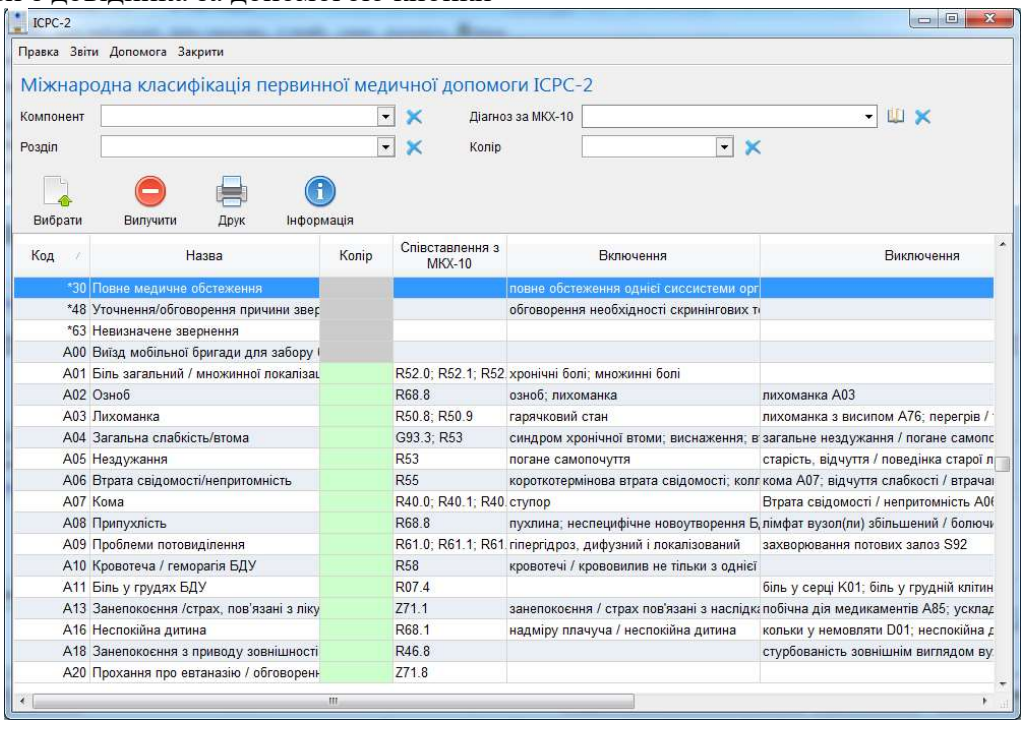
Код за ICPC-2 вказується або, почавши вводити в полі назву,



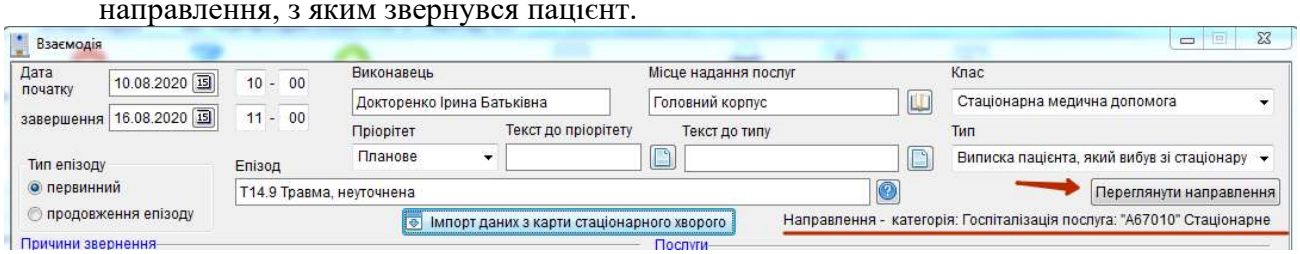
або обравши з випадаючих списків



або обрати з довідника за допомогою кнопки

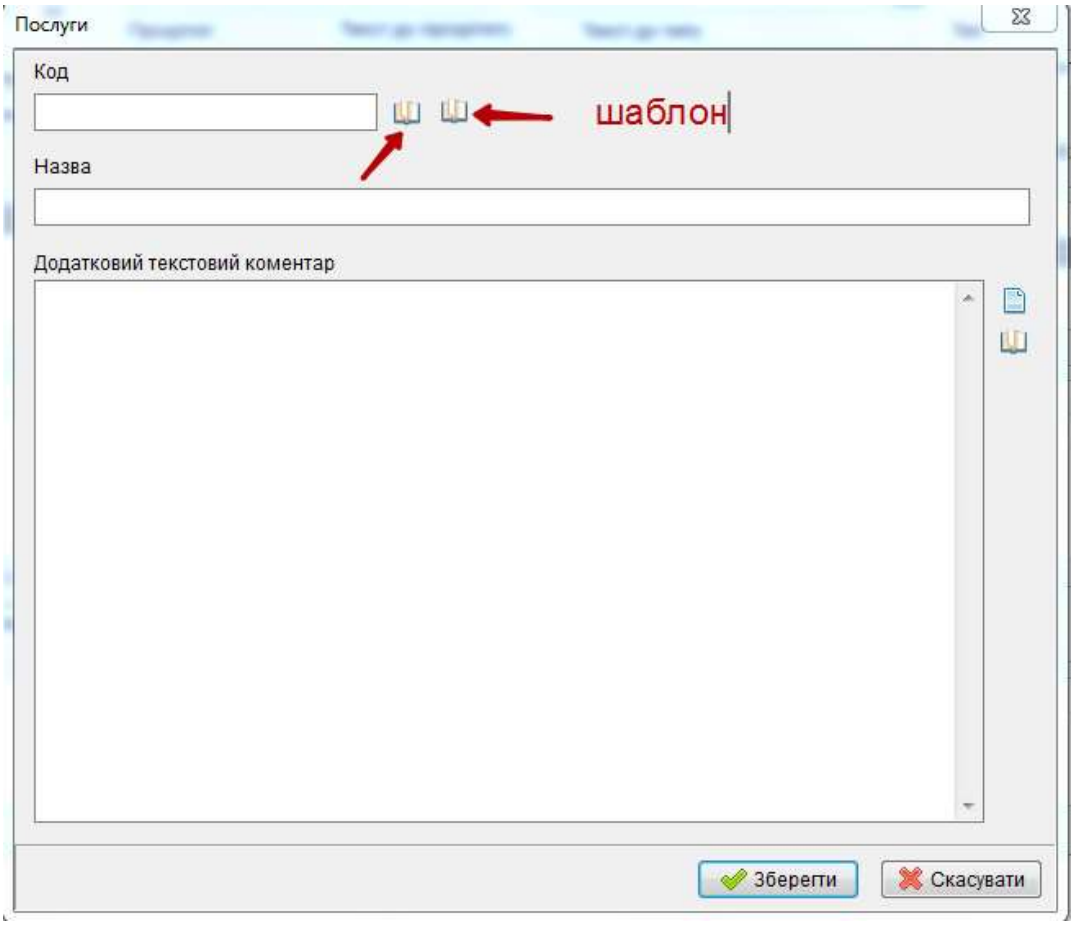


- **«Переглянути направлення»** - дана кнопка дозволяє переглянути електронне направлення, з яким звернувся пацієнт.

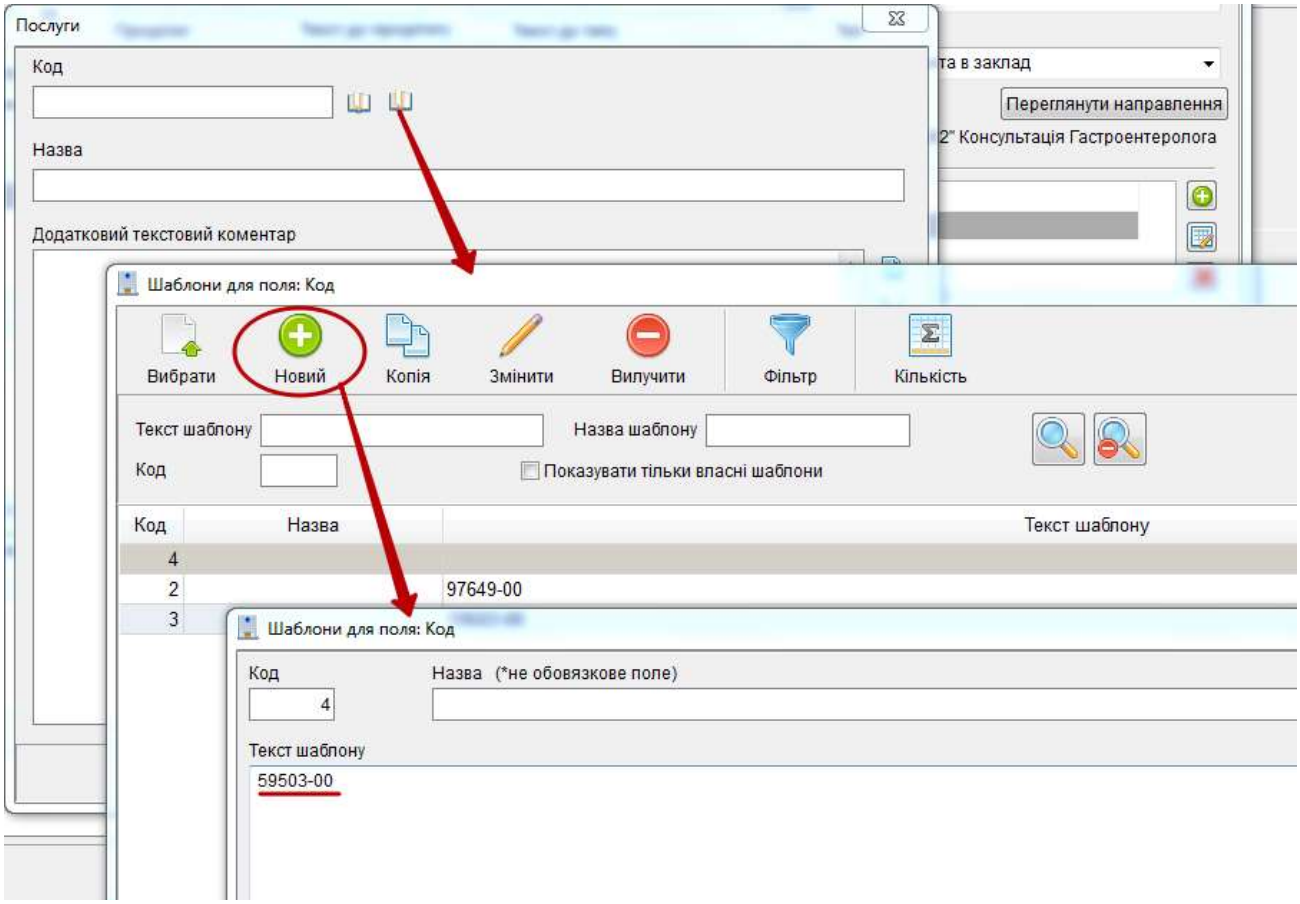


- **«Послуги» -** у випадку, коли взаємодія створюється по електронному направленню, автоматично в даному полі пропишеться послуга, яка була вказана при створенні направлення. При необхідності, додатково вносяться дії та процедури, які були проведені під час взаємодії з Національного класифікатора НК 026:2019 «Класифікатор медичних інтервенцій» гармонізований з Австралійським класифікатором медичних інтервенцій (АКМІ). Всі послуги додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , .

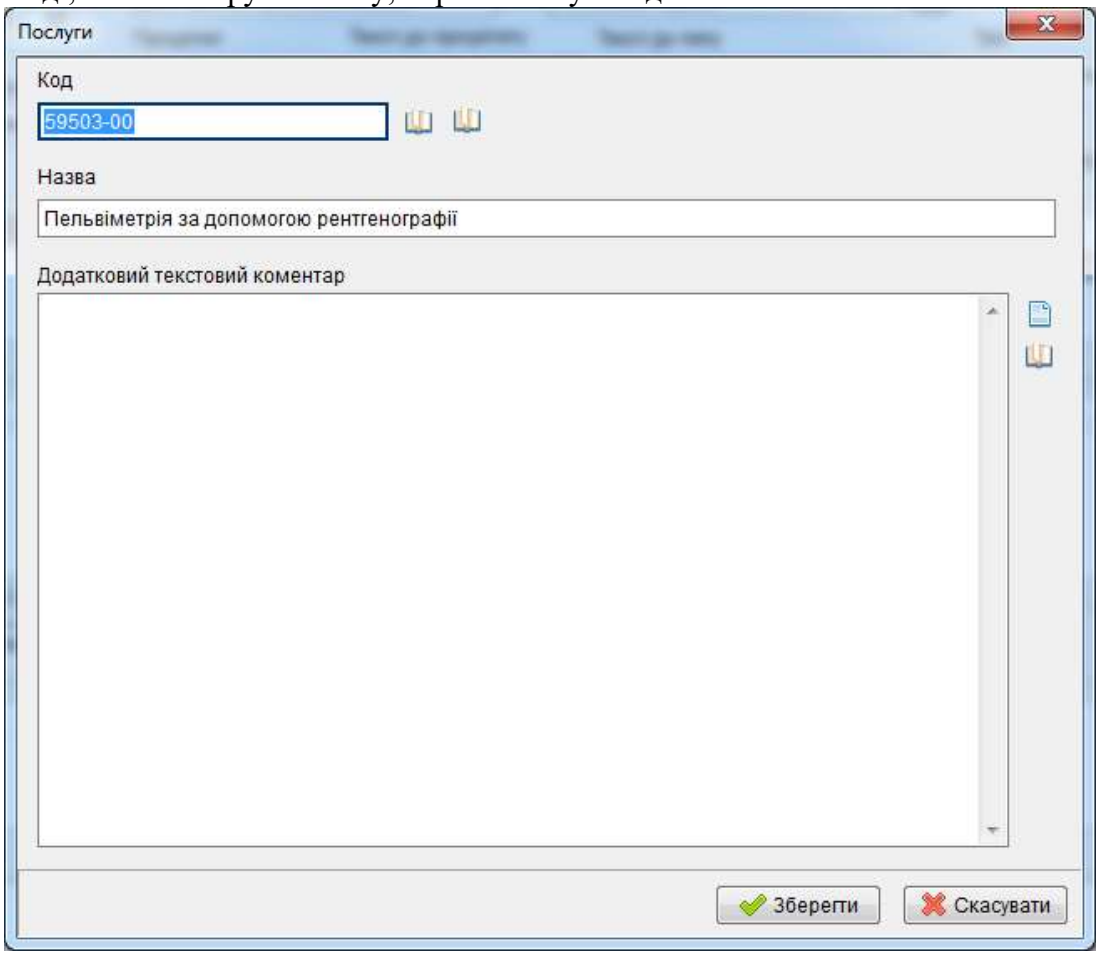
При додаванні нової послуги з'являється вікно, де потрібно обрати відповідну за допомогою кнопки . Поруч така ж кнопка дозволяє **створити шаблон** для подальшого використання.



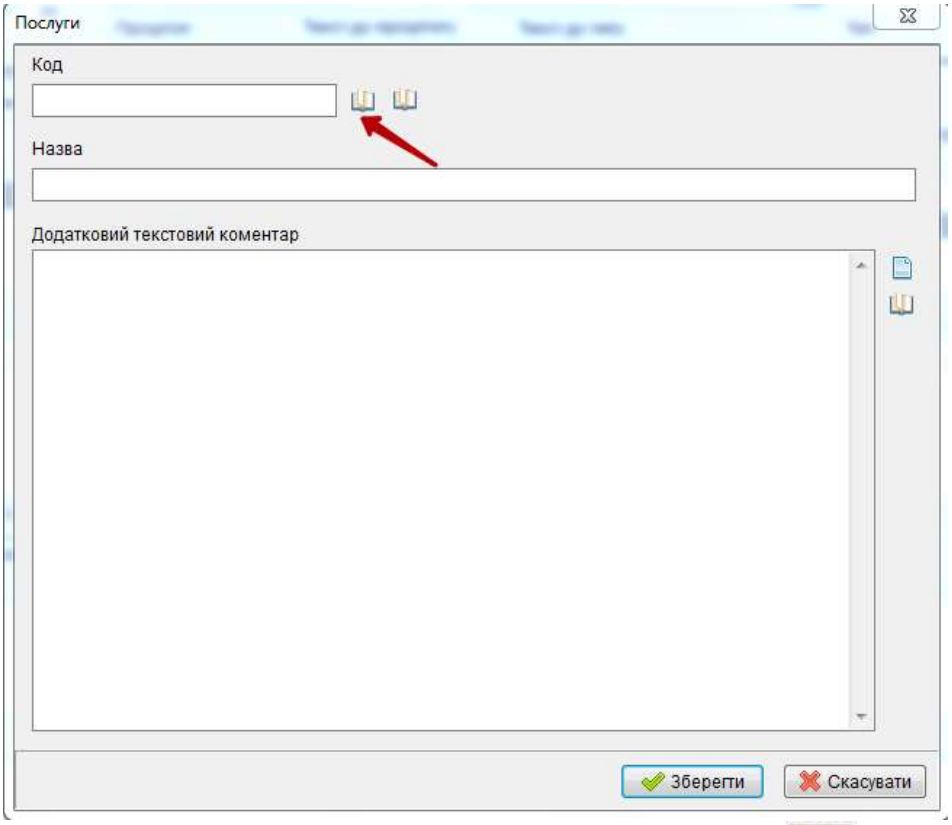
В шаблоні достатньо ввести в поле **«Текст шаблону»** код, який часто буде використовуватись.



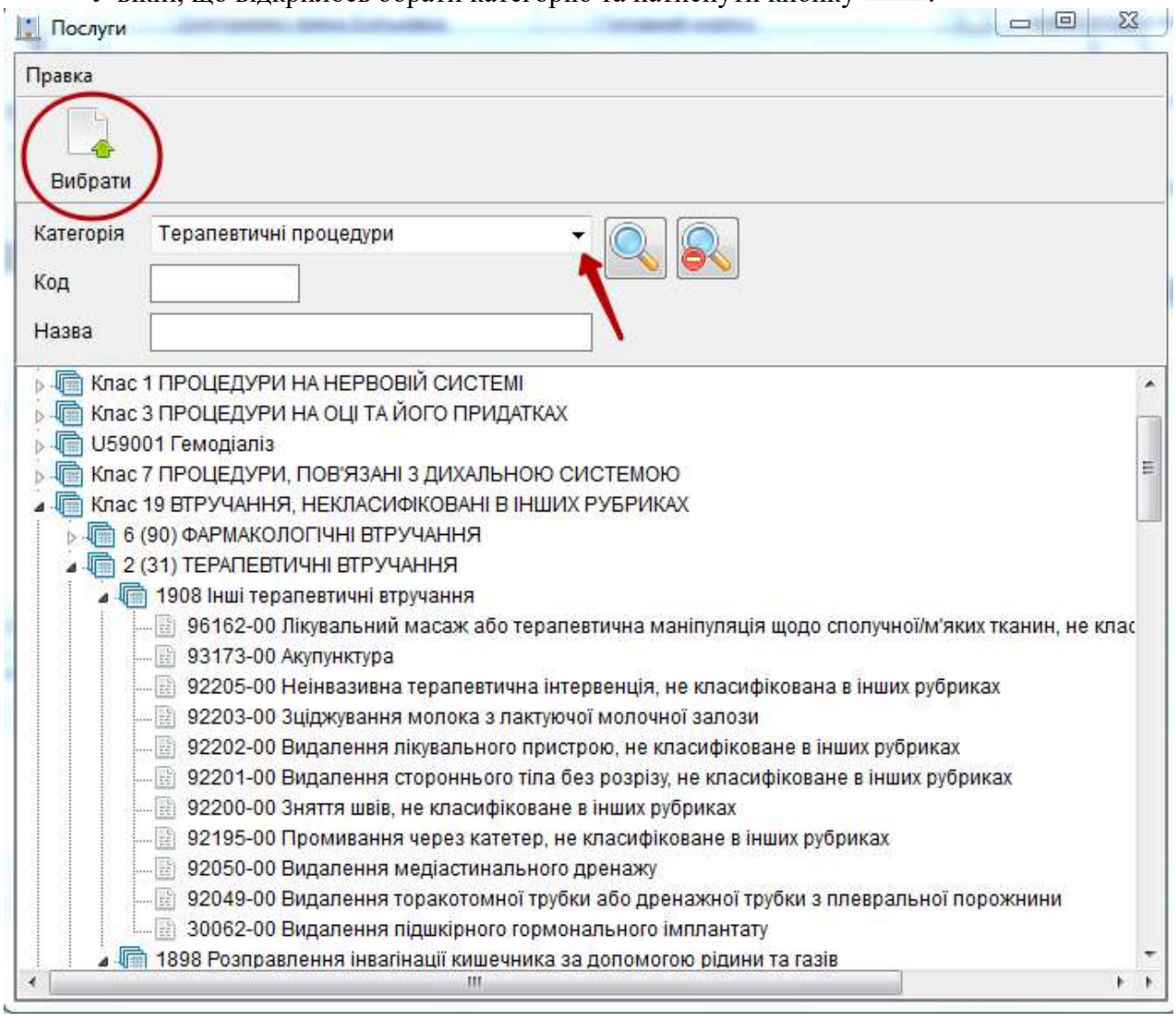
Тоді, після вибору шаблону, обрана послуга підтягнеться автоматично.



Щоб додати послугу не із шаблону, натискаємо першу кнопку .

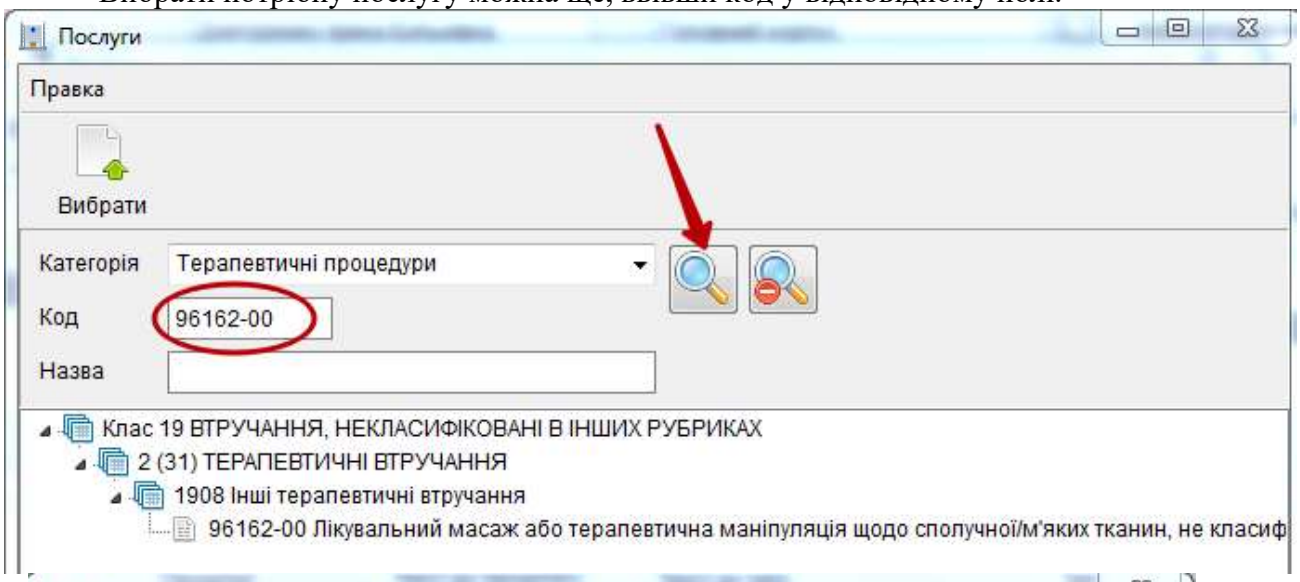


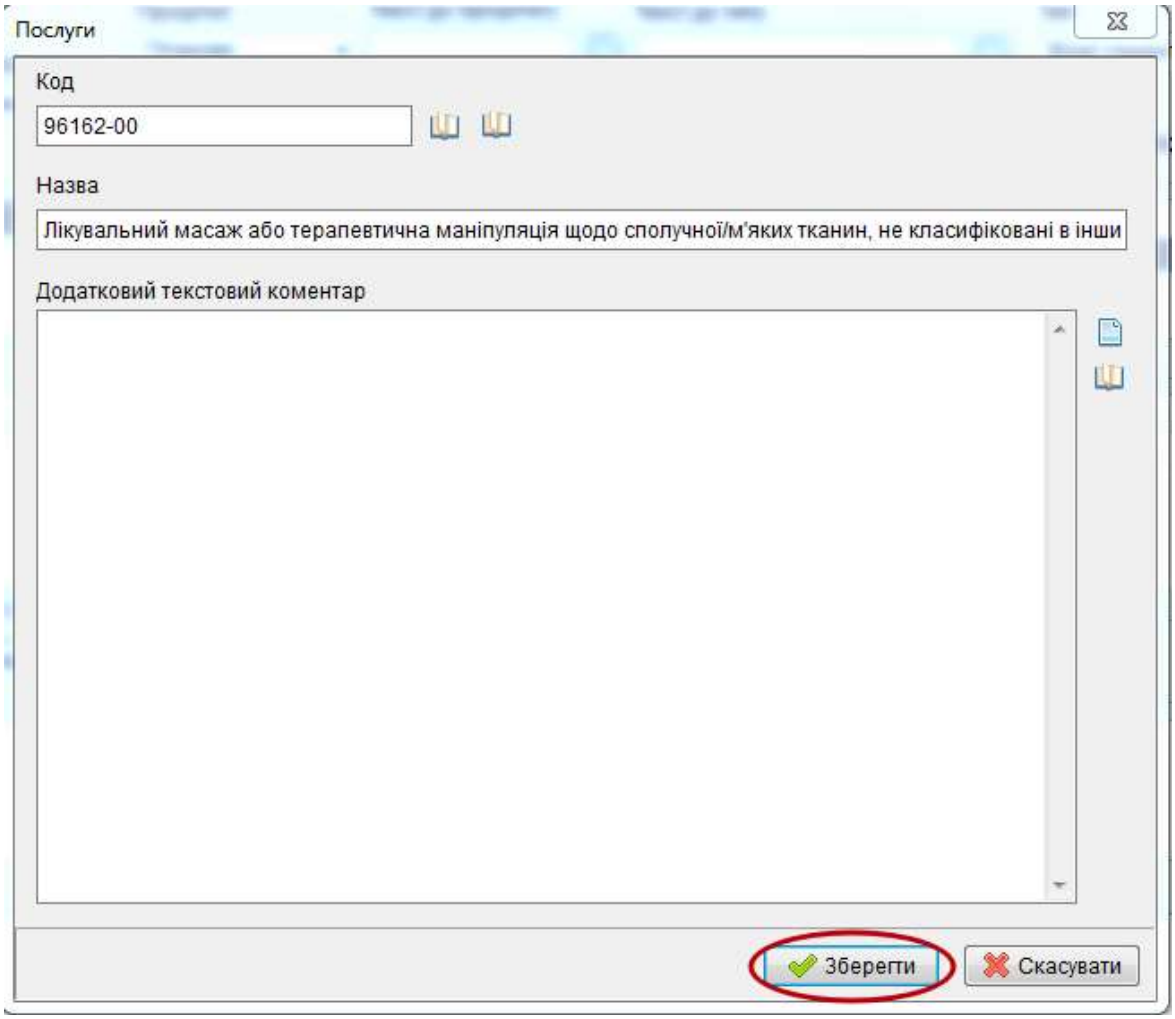
У вікні, що відкрилось обрати категорію та натиснути кнопку .



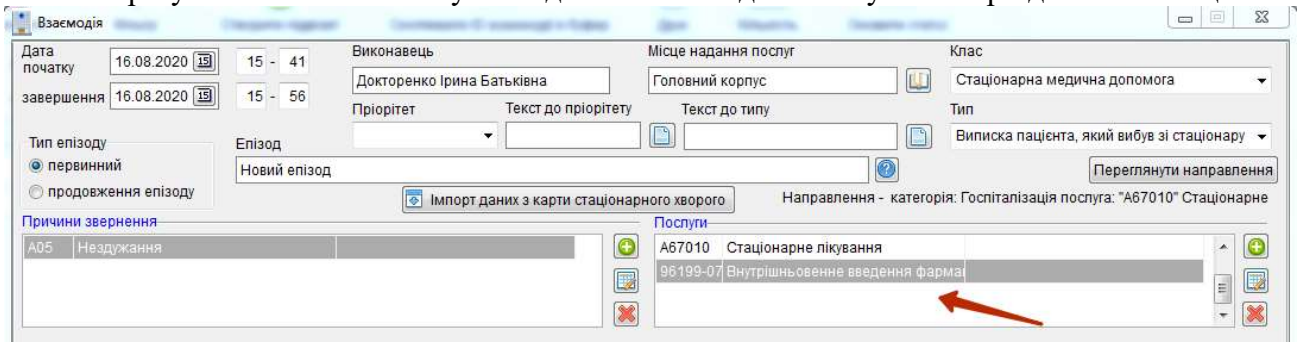
Відфільтрується перелік послуг відповідно категорії, обрати потрібну і натиснути **«Вибрати»**.

Вибрати потрібну послугу можна ще, ввівши код у відповідному полі.



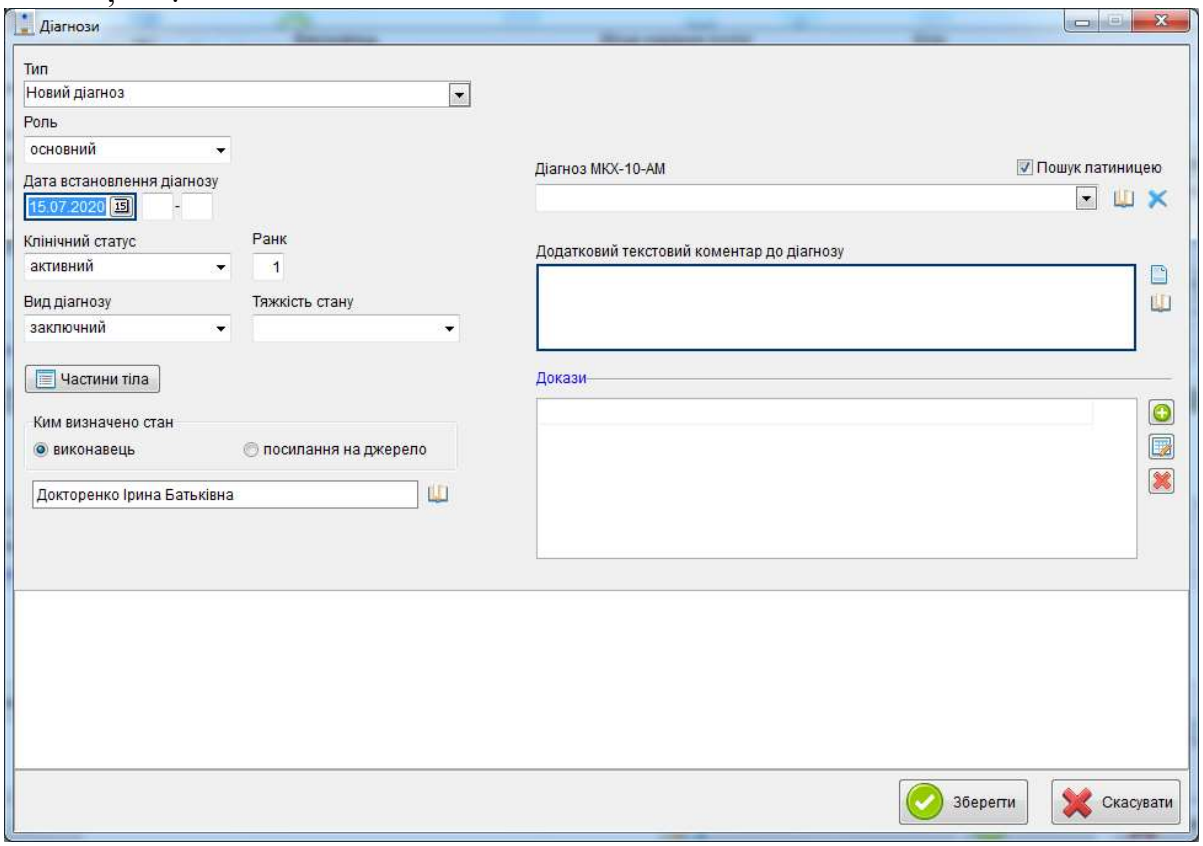


В результаті в полі «Послуги» відмітити всі надані послуги за період госпіталізації.

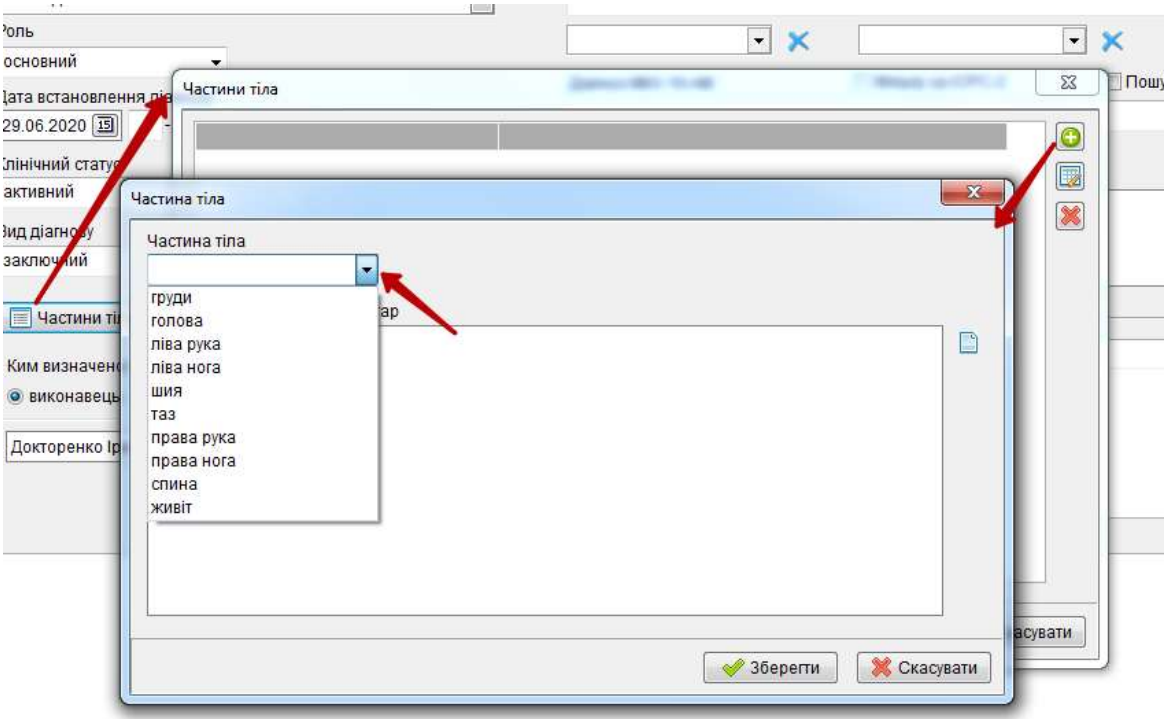


- **«Діагнози» -** в рамках взаємодії лікар може вказати, за необхідності, декілька діагнозів пацієнта, які в свою чергу поділяються на: **основний** (в межах однієї взаємодії можна вказати лише один основний діагноз пацієнта), **супутній** (стан або захворювання, що немає причинно наслідкового зв'язку з основним діагнозом), **ускладнення** (стан або захворювання, що пов'язане з основним діагнозом або діями в процесі медичних втручань).

  Всі діагнози додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , , .



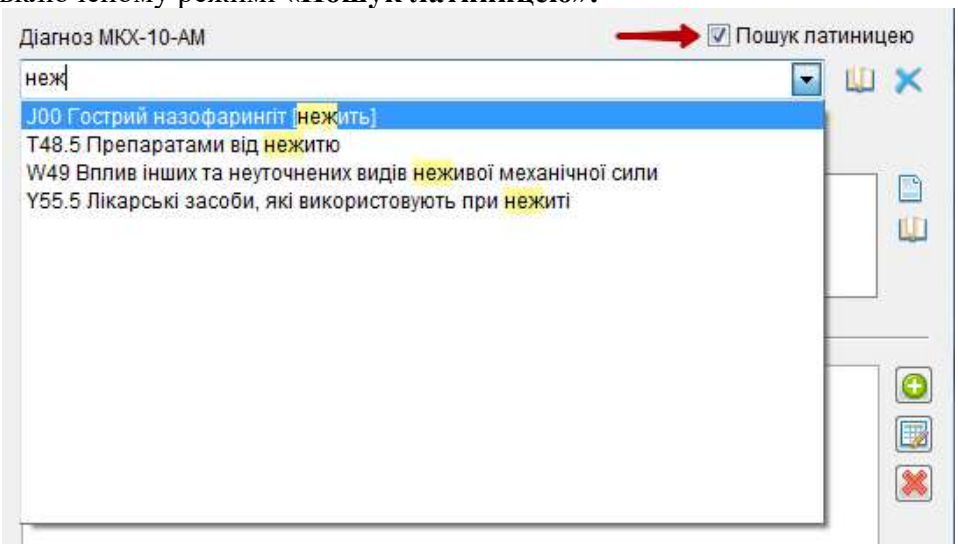
У вікні «Діагнози» необхідно вказати всі важливі дані. **«Роль»** діагнозу (основний, супутній, ускладнення) вноситься для кожного діагнозу (стану); **«Дата встановлення діагнозу»**; **«Клінічний статус»** (активний, завершений, рецидив, ремісія); **«Вид діагнозу»** (заключний, диференціальний, введений помилково, попередній, спростований), **«Тяжкість стану»** (легкий, середньої тяжкості, важкий); **«Частини тіла»,** з якою пов'язаний діагноз



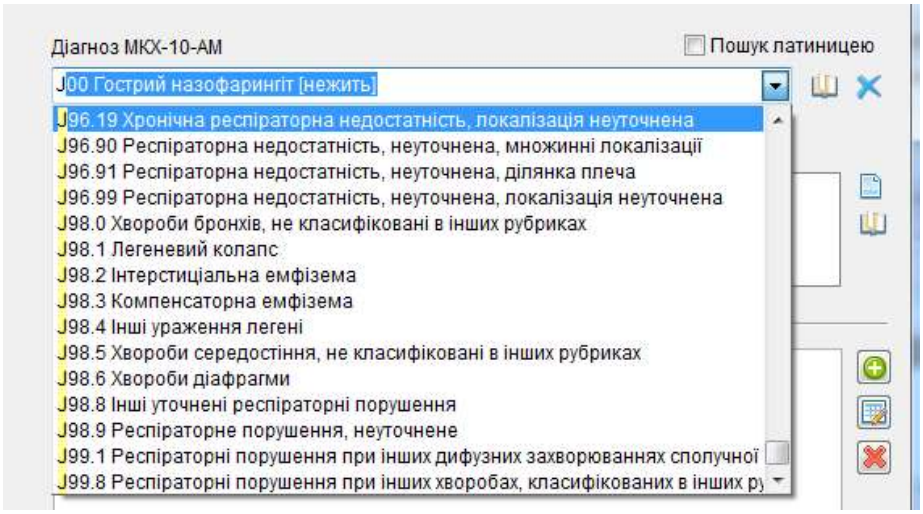
«Ким визначено стан» - «Посилання на джерело» - якщо діагноз встановлено з історичного джерела інформації, то необхідно конкретизувати це джерело (запис в паперовій документації, зі слів пацієнта, зі слів пов'язаної особи).

Вносяться код діагнозу з Національного класифікатора НК 025:2019 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я».

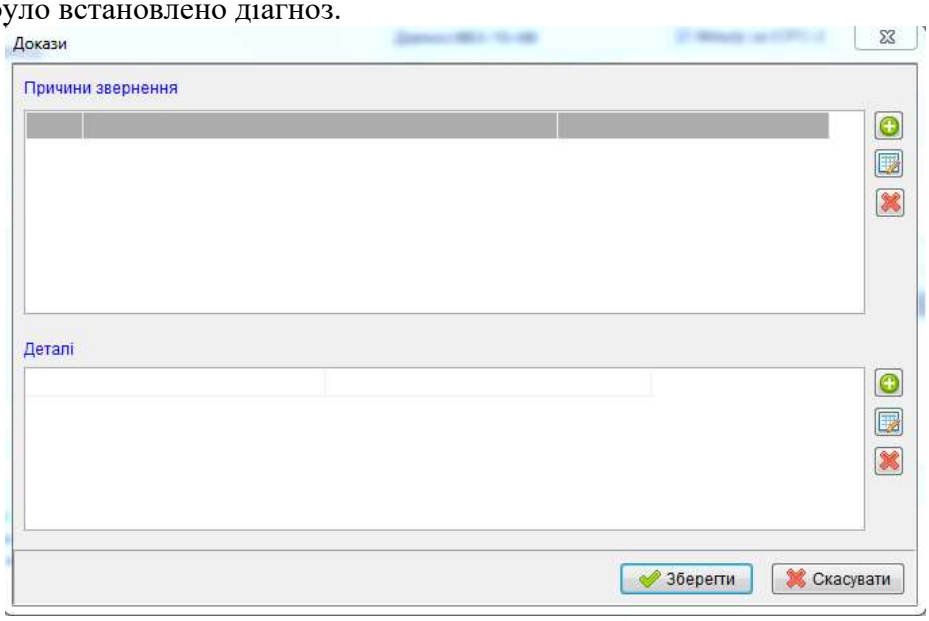
При включеному режимі **«Пошук латиницею»:**

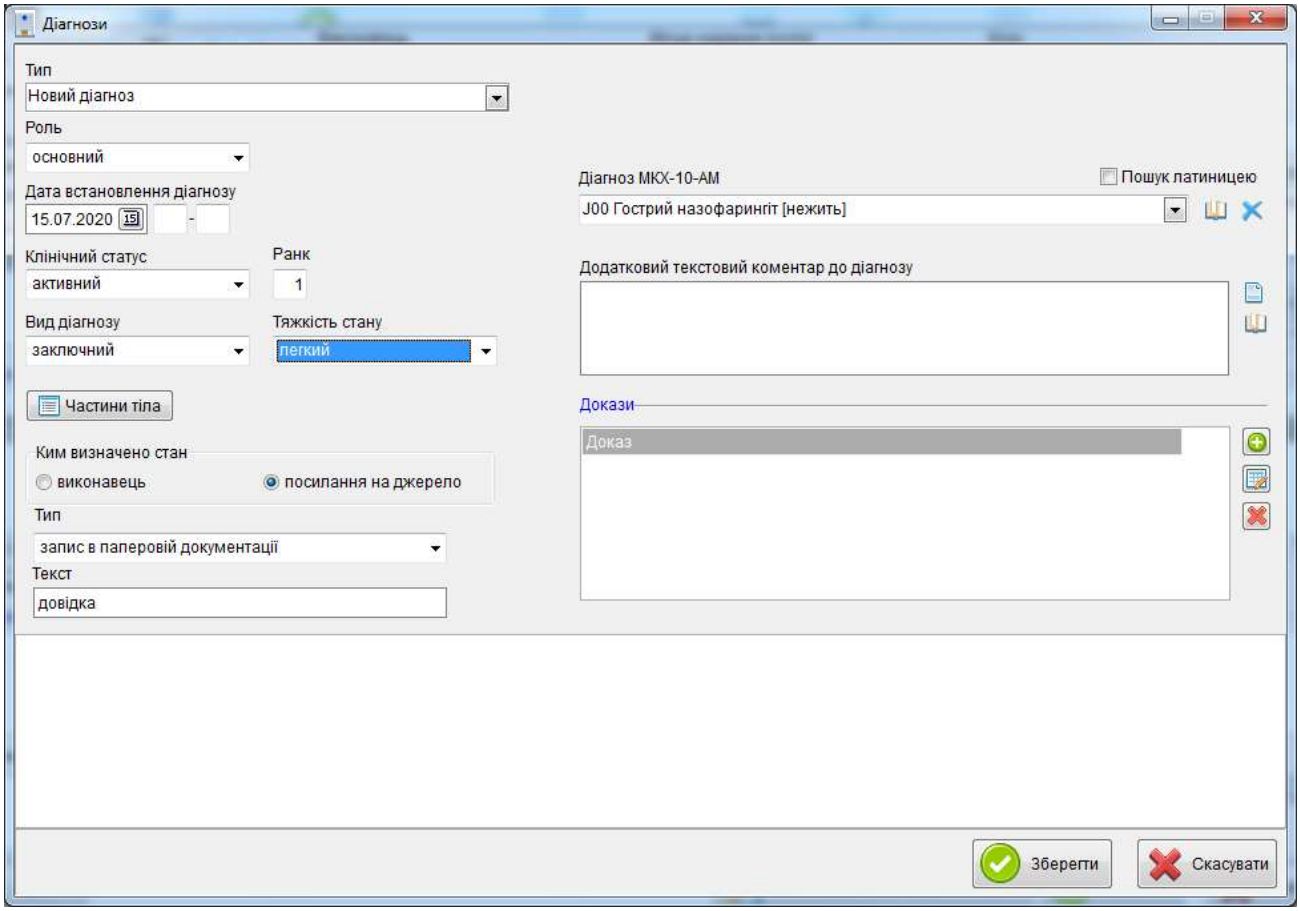


При виключеному режимі «Пошук латиницею»: яка б не була вибрана мова системи, можна вказати код діагнозу.



При потребі, можливо вказати **«Докази»**, наприклад, причину звернення пацієнта, на основі якої було встановлено діагноз.





«Спостереження та допоміжна інформація» - результатами спостереження (обстеження) можуть бути відображені такими способами: як текстове поле (у взаємодії, в довільній формі в текстових полях), як окремий документ. Розглянемо останній варіант.

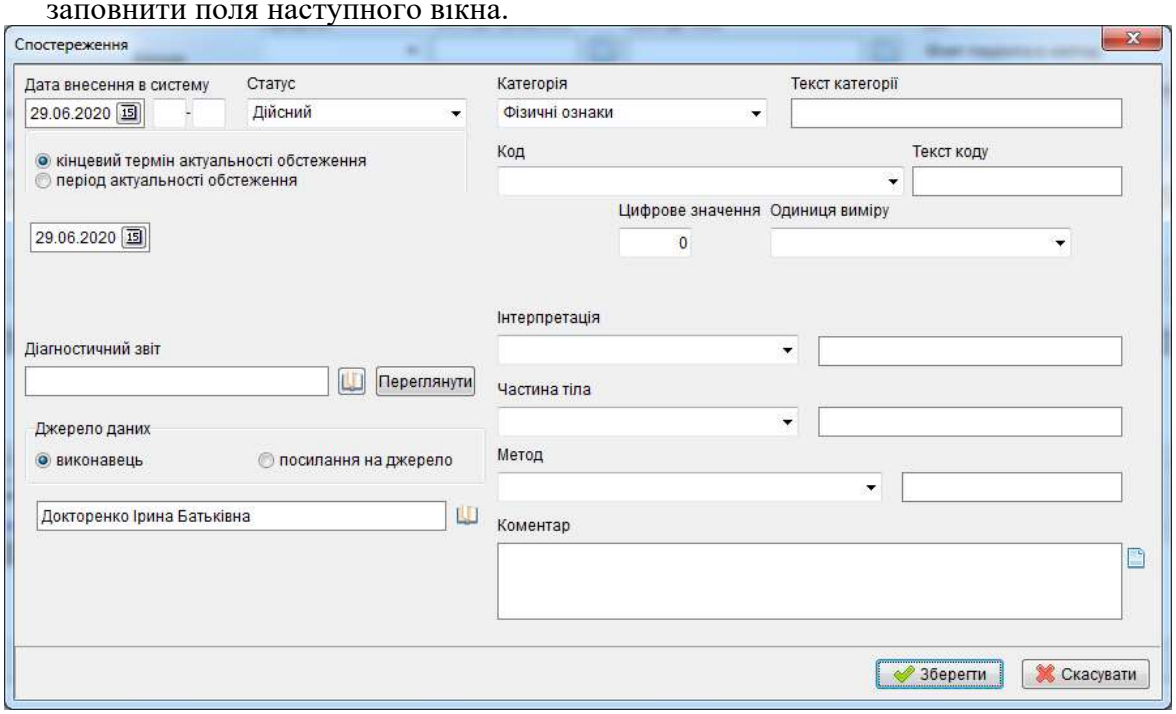
Зверніть увагу! Обов’язковими спостереженнями для виписки є

ПЕРЕЛІК ОБСТЕЖЕНЬ, ЩО ПІДЛЯГАЮТЬ СТВОРЕННЮ:

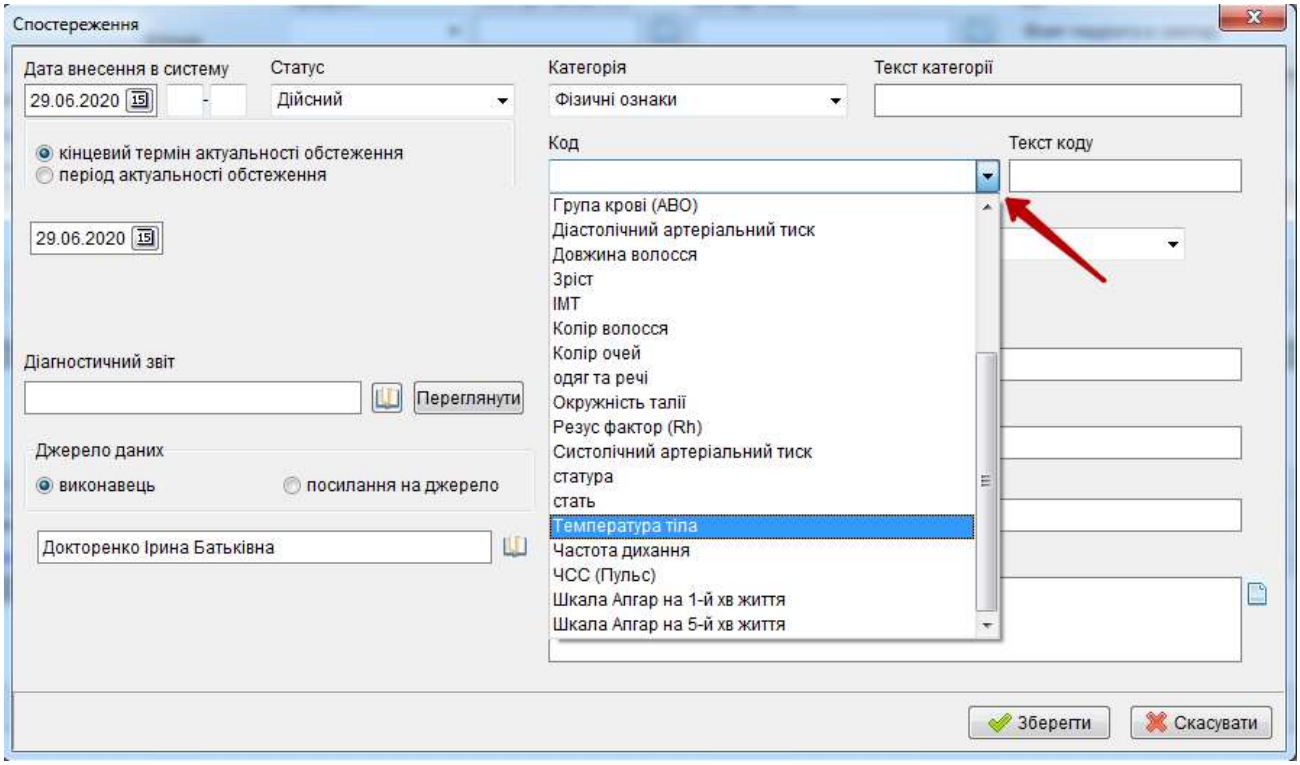
НАЗВА ОБСТЕЖЕННЯ	ГРУПА ПАЦІЄНТІВ, ДЛЯ ЯКОЇ ПОДАЄТЬСЯ ОБСТЕЖЕННЯ:
СТАТЬ	ДЛЯ ВСІХ ПАЦІЄНТІВ
ВАГА ДИТИНИ ДО РОКУ ПРИ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ В СТАЦІОНАР (ОДИНИЦЯ ВИМІРЮВАННЯ ВКАЗУЄТЬСЯ **В ГРАМАХ)**	ДЛЯ ВСІХ ПАЦІЄНТІВ ВІКОМ ДО 1 РОКУ
ШКАЛА АПГАР НА ПЕРШІЙ ХВИЛИНІ ЖИТТЯ	ДЛЯ ВСІХ НЕОНАТАЛЬНИХ ВИПАДКІВ
ШКАЛА АПГАР НА П'ЯТІЙ ХВИЛИНІ ЖИТТЯ	ДЛЯ ВСІХ НЕОНАТАЛЬНИХ ВИПАДКІВ

ВАЖЛИВО: Відсутність, при виписці зі стаціонару, створених обстежень за цим переліком може призвести до неможливості віднесення пролікованого випадку до діагностично-спорідненої групи (ДСГ) та як наслідок - неможливості отримання оплати за цей випадок

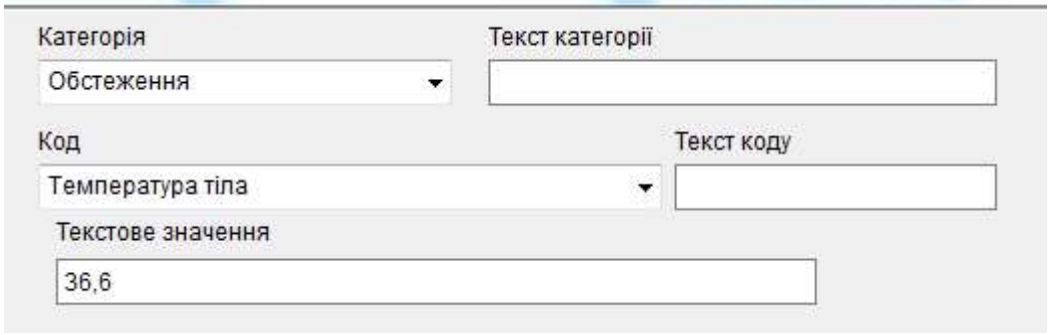
Всі спостереження додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , . При створенні спостереження, як окремого документу, лікар повинен заповнити поля наступного вікна.



Наприклад, потрібно вказати температуру тіла. Для цього в полі «Код» обираємо відповідний

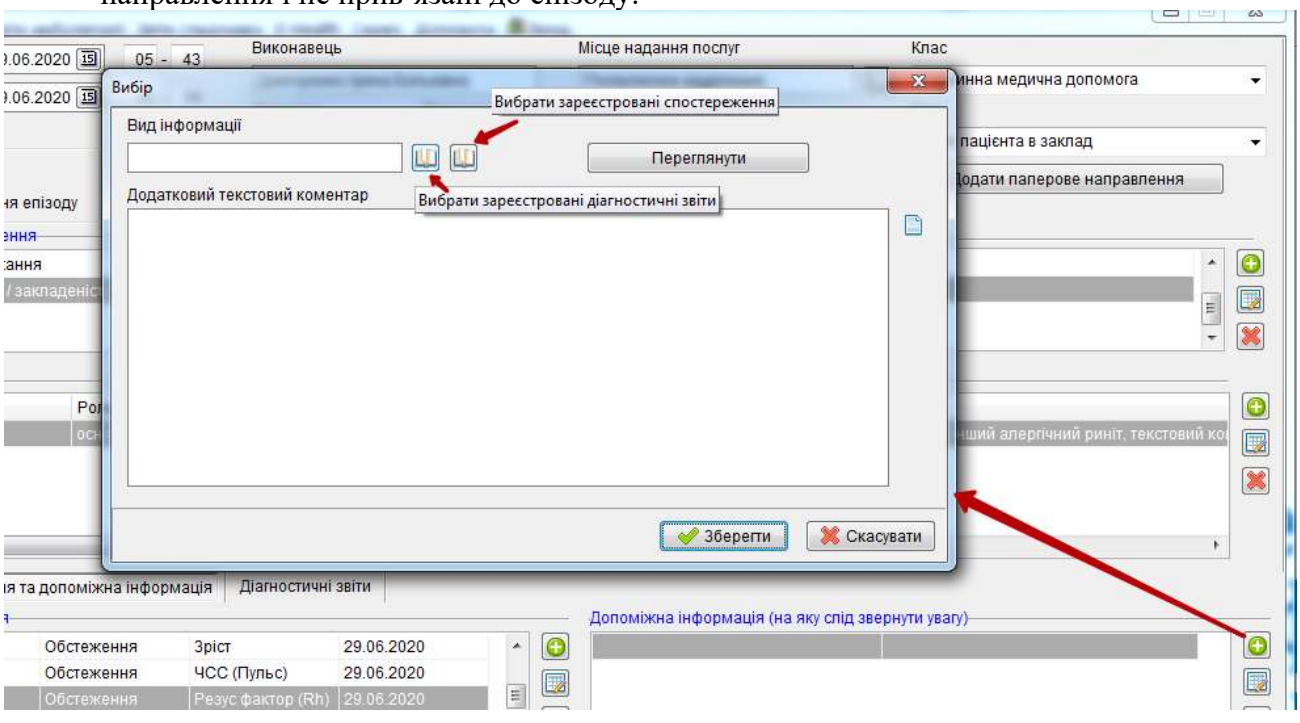


Нижче в полі **«Текстове значення»** вказуємо показник.

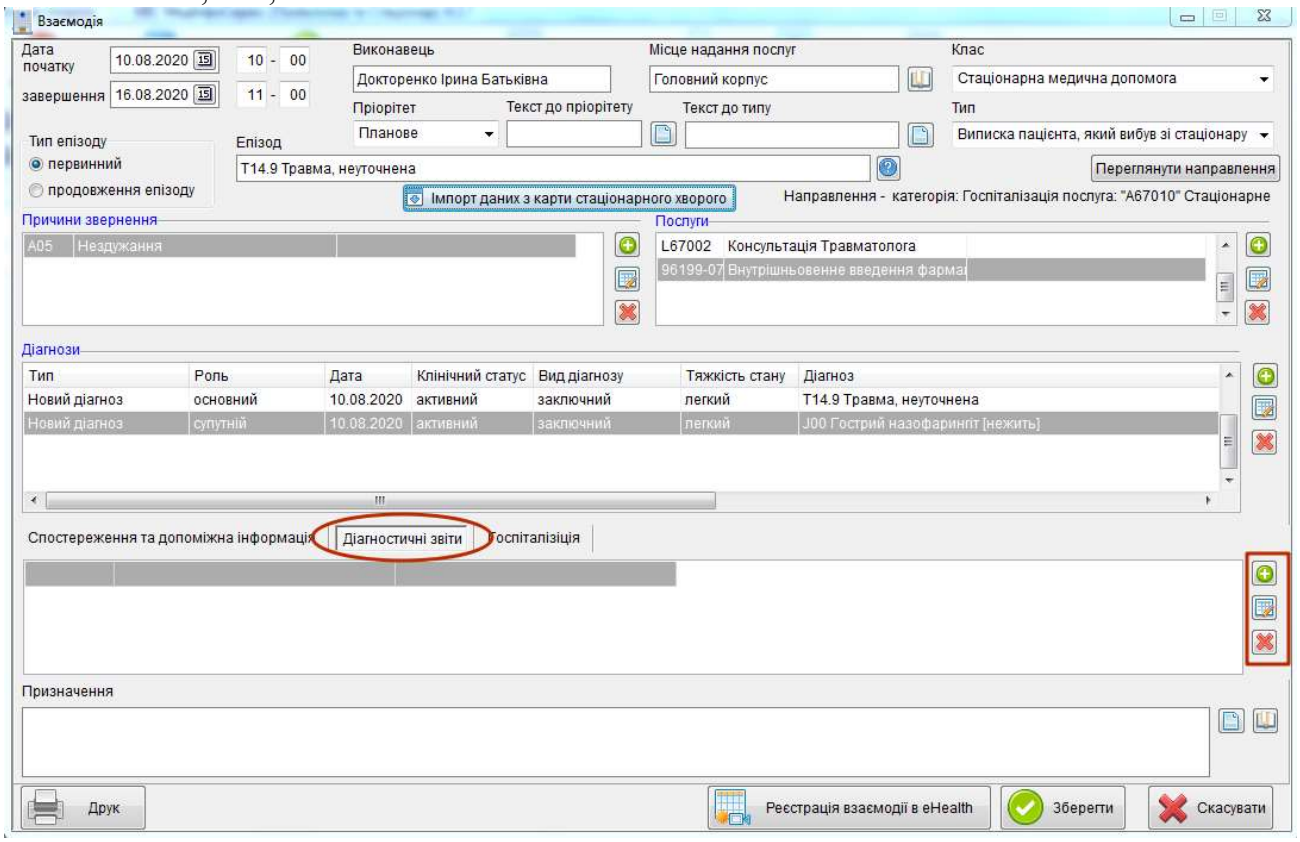


При необхідності, заповнюємо решту полів. За аналогом, додаємо всі спостереження.

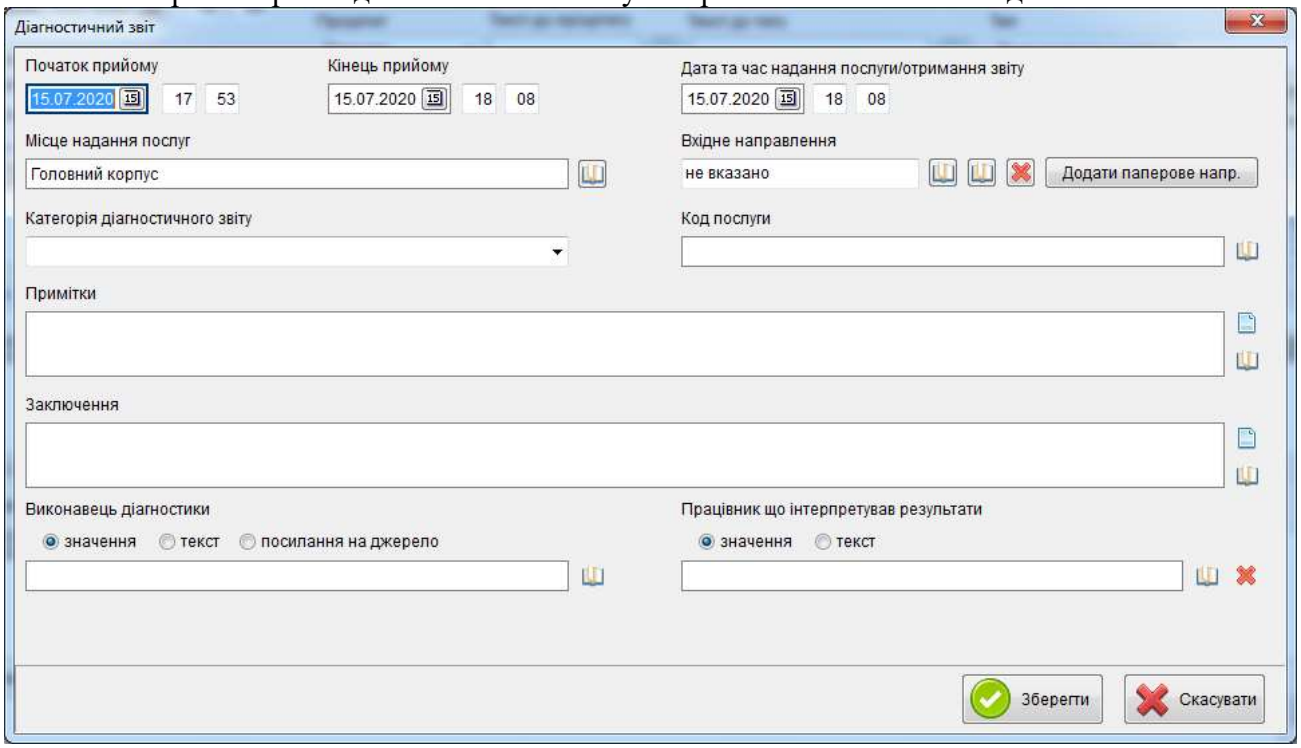
«Допоміжна інформація (на яку слід звернути увагу)» - можна обрати зареєстровані діагностичні звіти або спостереження, які будуть важливі в подальшому лікуванні пацієнта. Таким чином приєднати діагностичні звіти, які були виконані без направлення і не прив'язані до епізоду.



- **«Діагностичні звіти» -** лікар створює діагностичний звіт в рамках взаємодії, якщо така діагностика проводиться в рамках роботи над існуючим епізодом. Всі діагностичні звіти додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , .



При створенні діагностичного звіту лікар повинен внести такі дані:

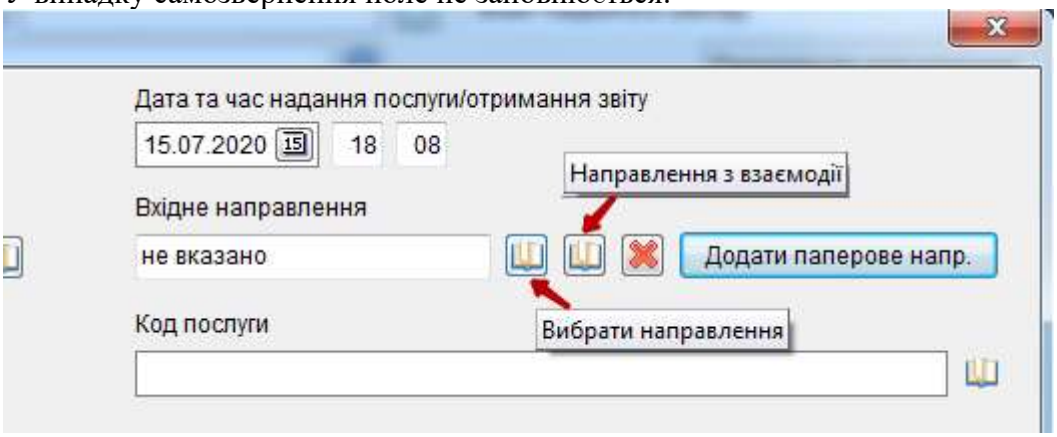


Вказується **період**, впродовж якого результати діагностики є валідними (дата початку та дата закінчення).

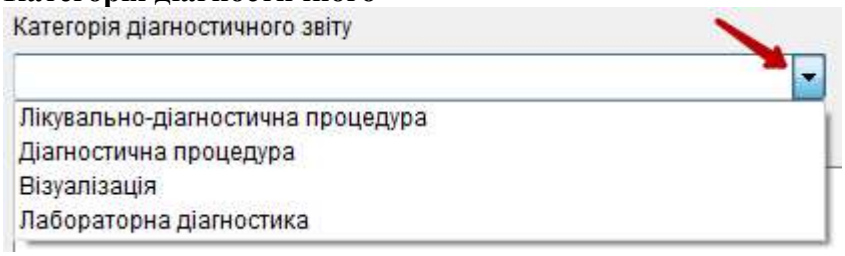
Зазначається **місце надання послуг**, у якому створюється даний діагностичний звіт.

Вказується **направлення**, з яким пацієнт звернувся. «Вибрати направлення» - можна обрати з вже існуючих створених для пацієнта. «Направлення з взаємодії» - якщо підставою для створення діагностичного звіту в рамках взаємодії є електронне направлення.

У випадку самозвернення поле не заповнюється.



Категорія діагностичного

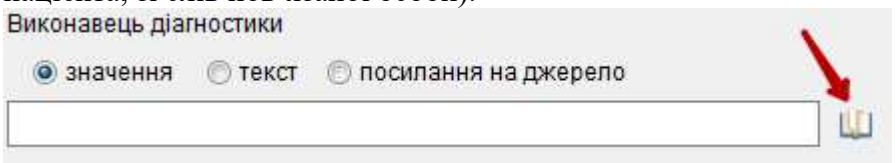


Код послуги - вказується відповідний код процедури, яку було проведено за класифікатором НК 026:2019, або код лабораторного дослідження.

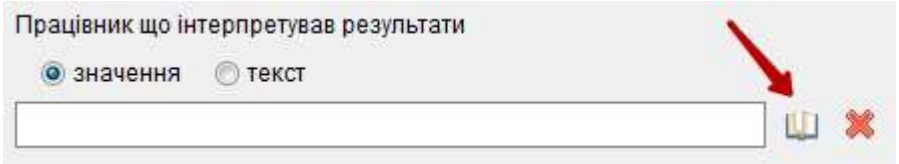
Примітки – вказуються отримані показники за результатами проведення діагностики/ лабораторних досліджень.

Заключення - формується тільки ПІСЛЯ проведення діагностики. Заключення лікаря (вся інформація, яка буде важливою для інших лікарів) зазначається в довільній формі.

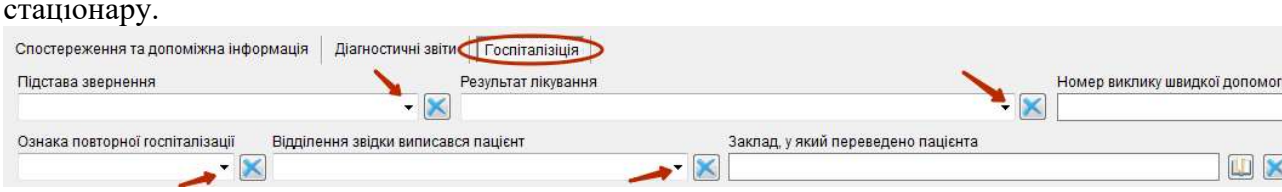
Виконавець діагностики - зазначається ПІБ співробітника закладу, який провів діагностику. Обирається зі списку співробітників, зареєстрованих в ЕСОЗ за допомогою кнопки . «Посилання на джерело» **-** якщо діагностику проведено деінде, то необхідно конкретизувати це джерело (запис в паперовій документації, зі слів пацієнта, зі слів пов'язаної особи).



Працівник, що інтерпретував результати - зазначається ПІБ співробітника, який провів інтерпретацію отриманих за результатами діагностики показників та написав заключення. Обирається зі списку співробітників, зареєстрованих в ЕСОЗ за допомогою кнопки .



- **«Госпіталізація»** - обов'язкова для заповнення вкладка при створенні виписки зі стаціонару.

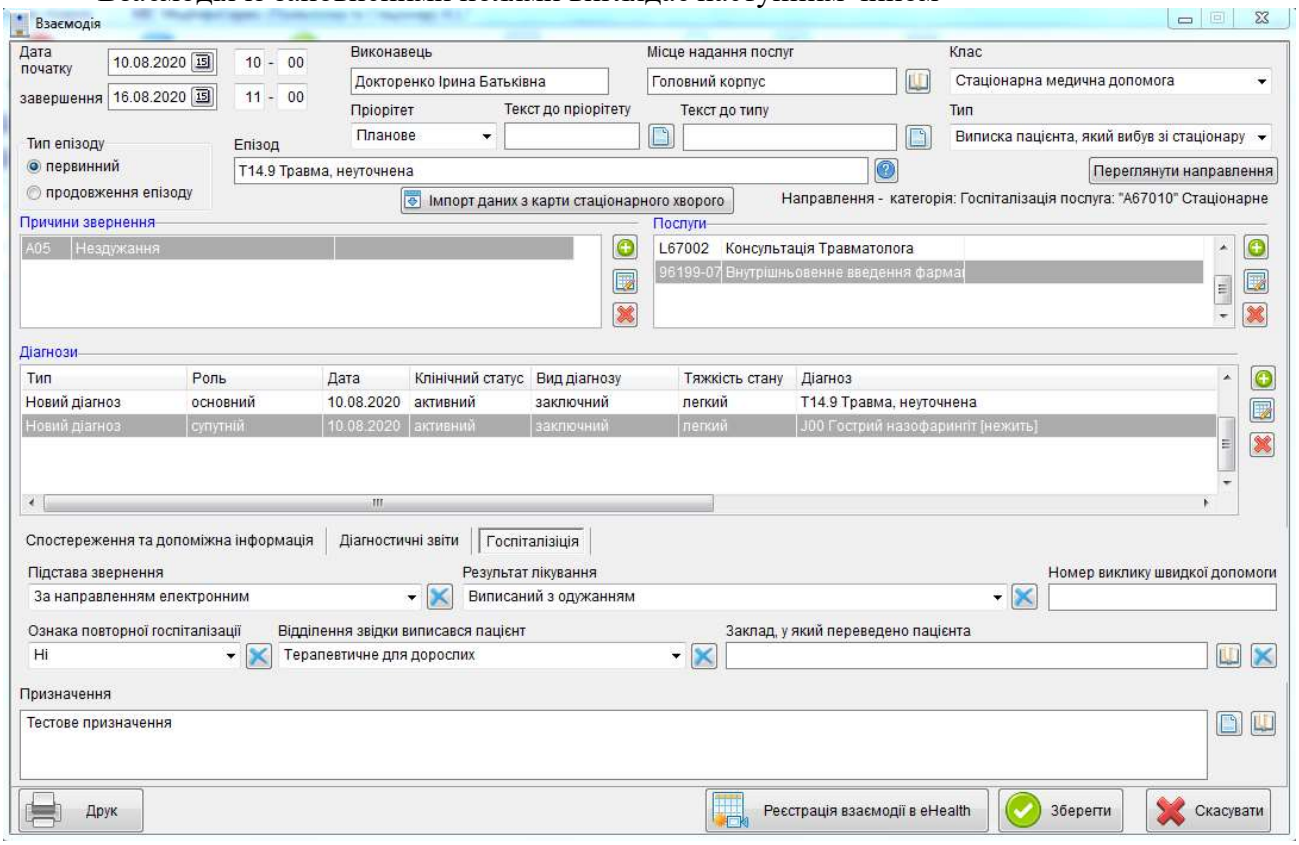


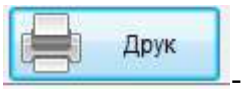
Поля заповняються вибором із випадаючого списку. Виключенням є:

- поле **«Заклад, у який переведено пацієнта»**, він вказується через кнопку і тільки в тому випадку, якщо «Результат лікування» - Переведено в інший ЗОЗ;
- **«Номер виклику швидкої допомоги» -** заповнюється самостійно і тільки в тому випадку, якщо «Підстава звернення» - Бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги.

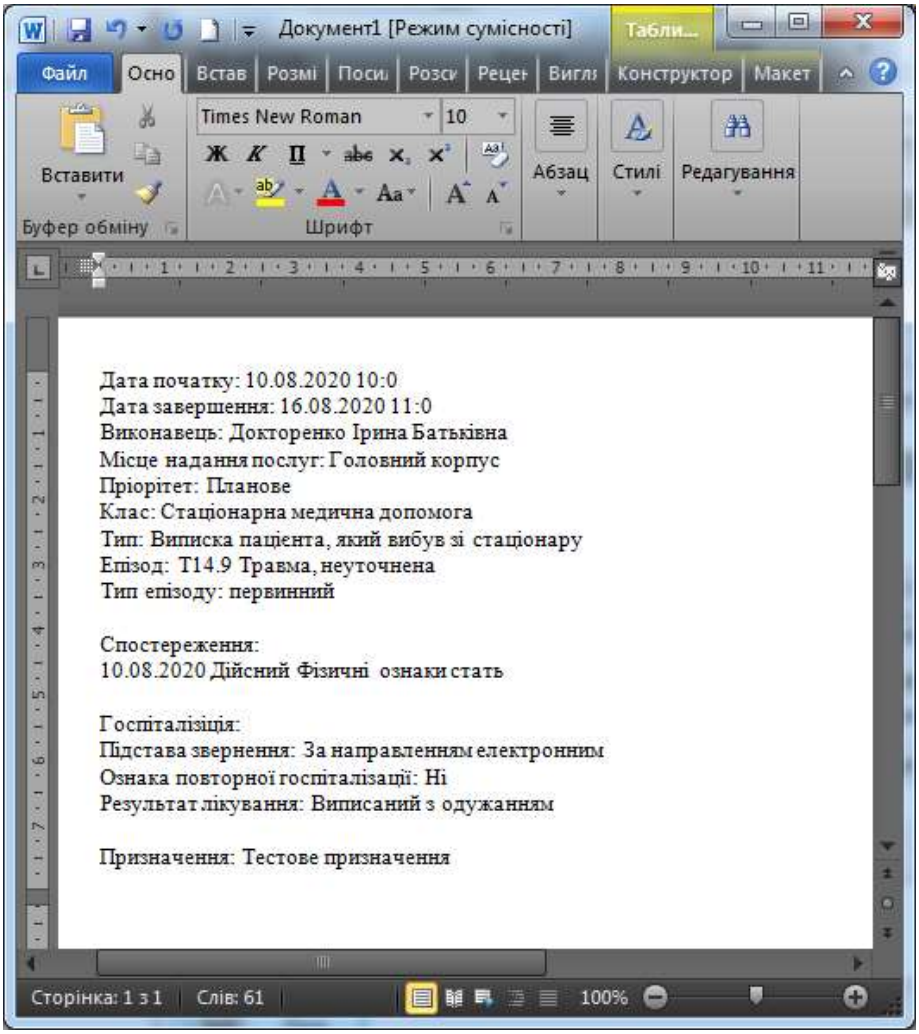
- **«Призначення» -** текстове поле. За результатами взаємодії зазначаються рекомендації лікаря – вся інформація, яка буде важливою для інших лікарів.

Взаємодія із заповненими полями виглядає наступним чином



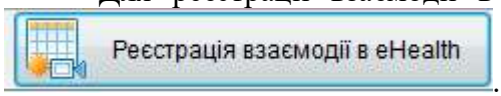


- сформує в документ Word або LibreOffice Writer дані, внесені у взаємодію.



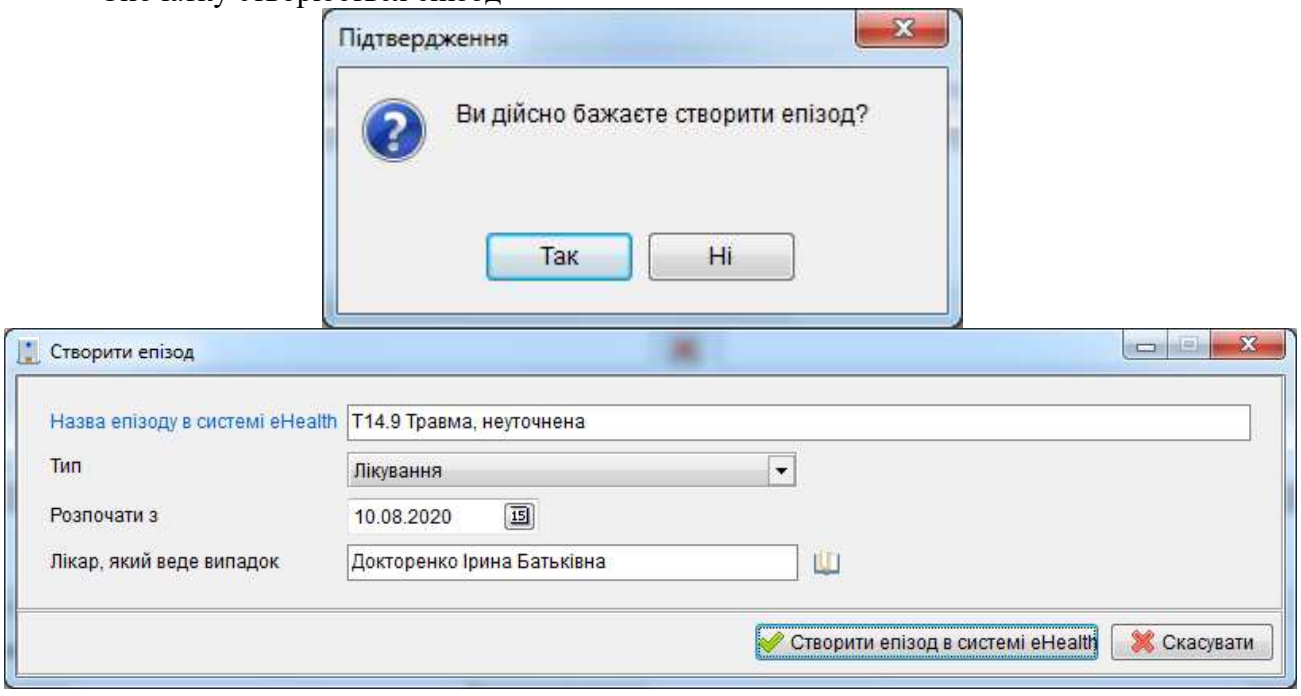
У випадку, коли не встигли заповнити всі дані у взаємодії і необхідно буде доповнити її в інший день, її можна за допомогою кнопки **«Зберегти»**. Це робиться до реєстрації взаємодії в eHealth, адже зареєстровану взаємодію змінити неможна. Знайти збережену (незареєстровану) взаємодію можна в **«Чернетки взаємодій»**.

Для реєстрації взаємодії в центральному компоненті ЕСОЗ натискаємо кнопку

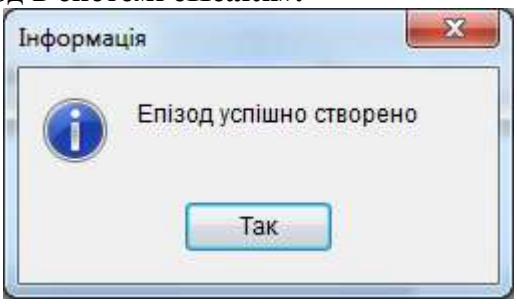


.

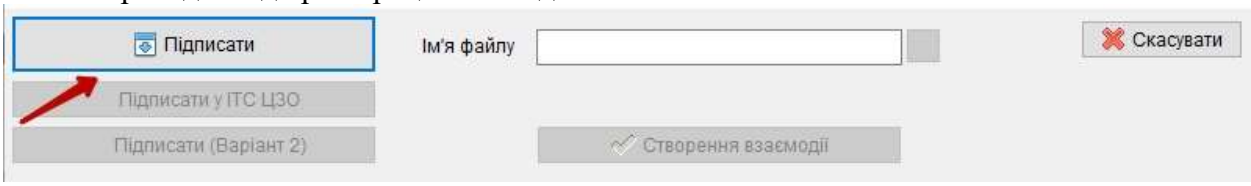
Спочатку створюється епізод



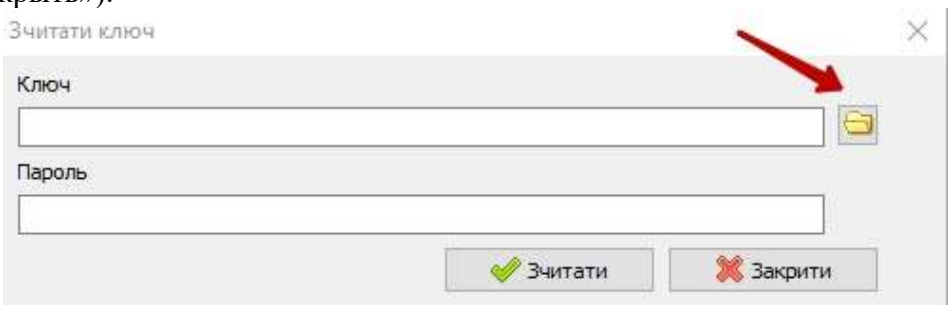
В даному вікні є змога змінити назву епізоду, вказати тип, дату початку, лікаря і натиснути **«Створити епізод в системі eHealth».**

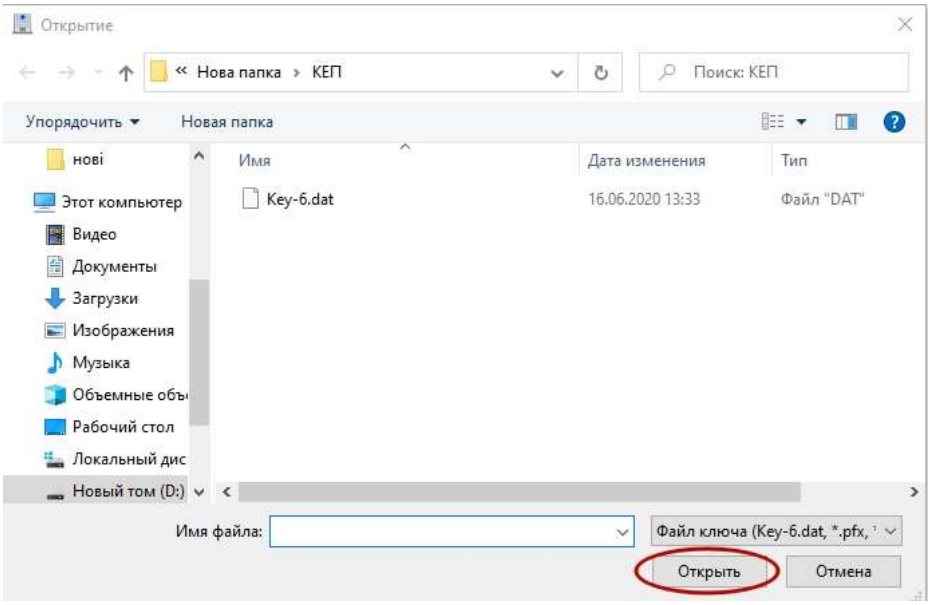


Переходимо до реєстрації взаємодії в eHealth.



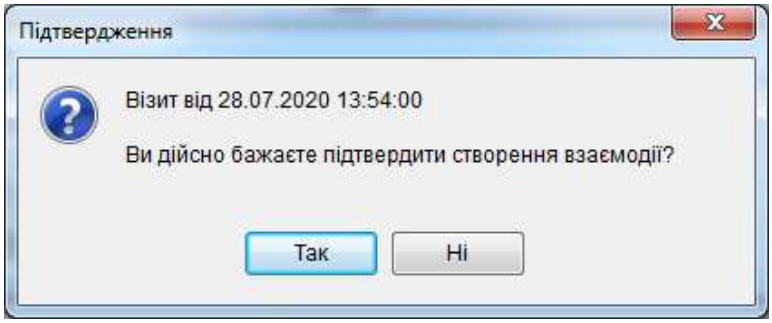
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).

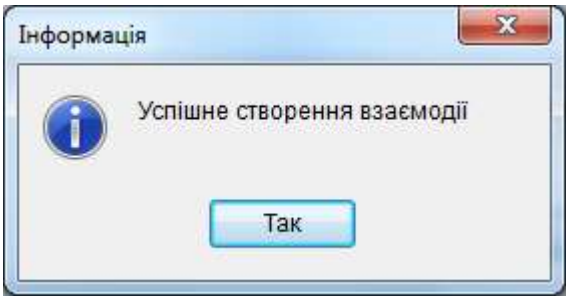




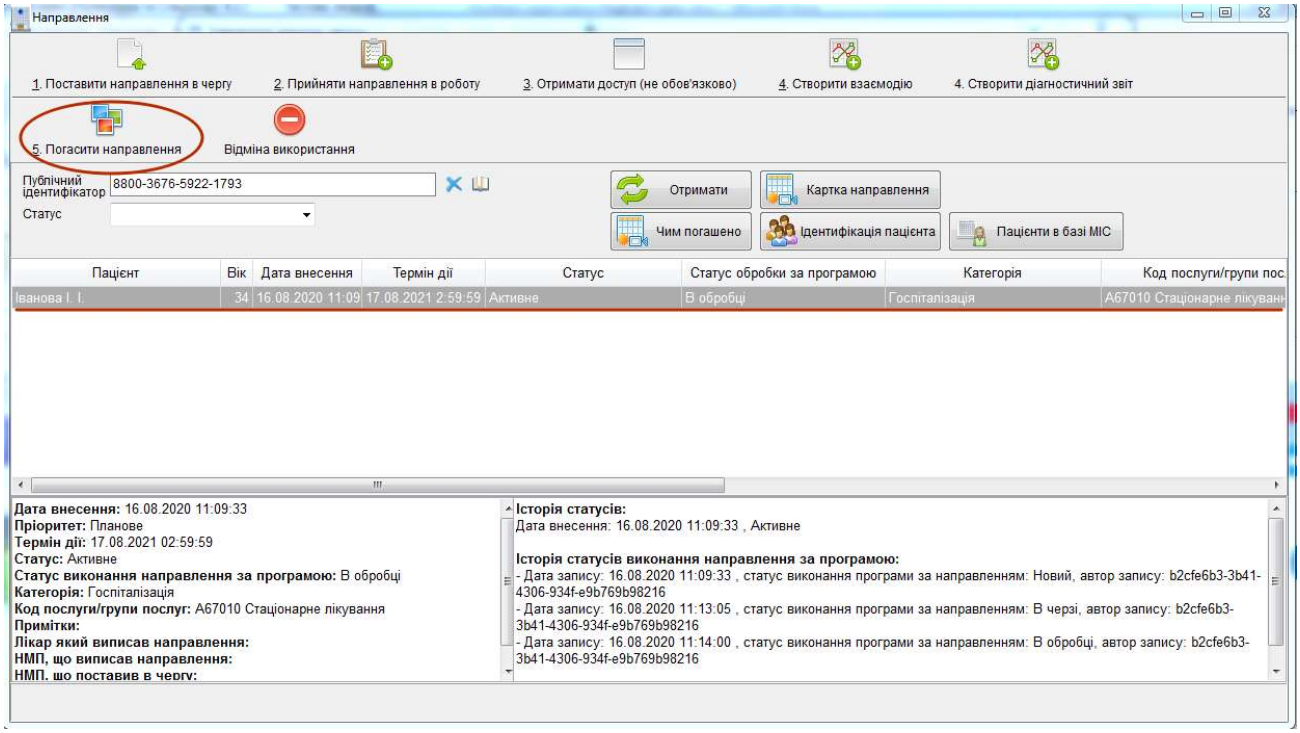
Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».

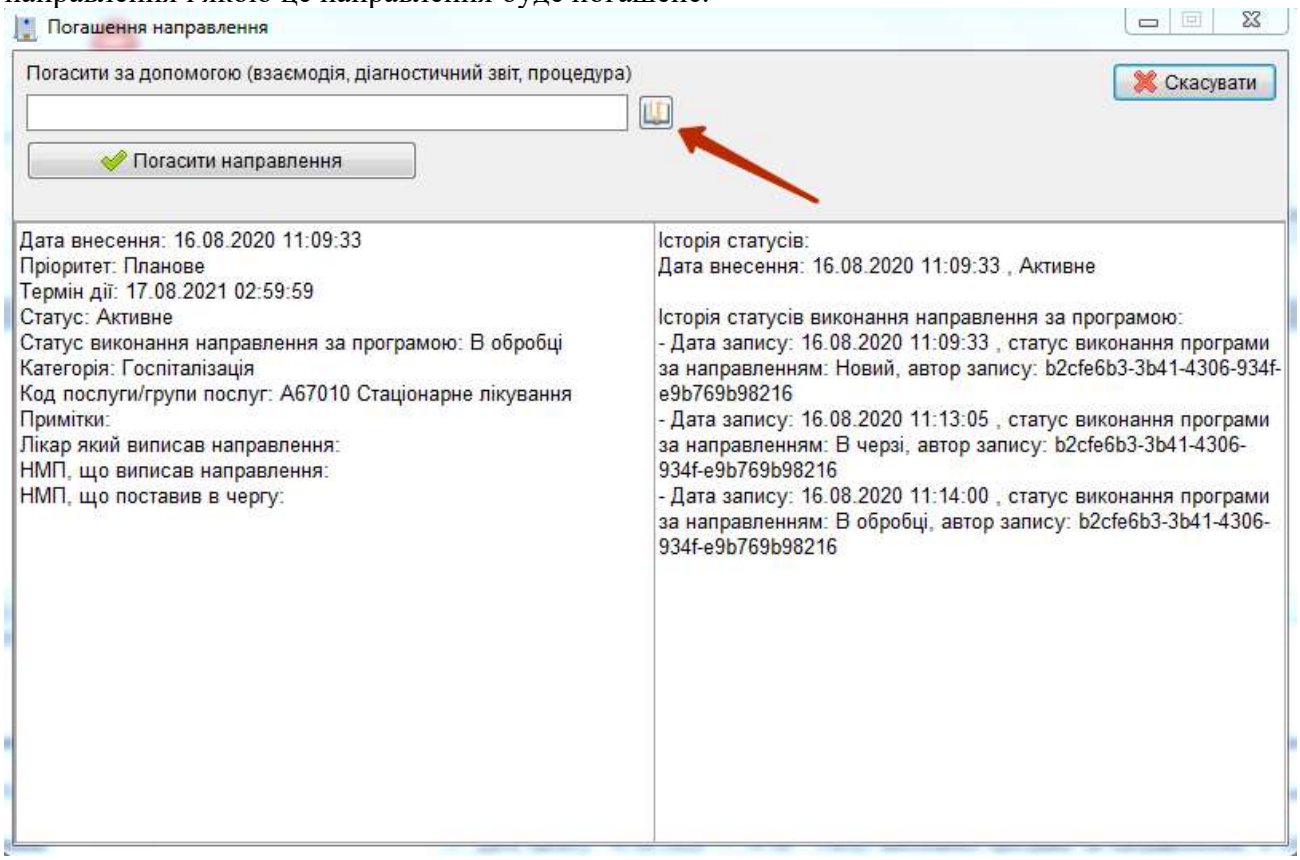




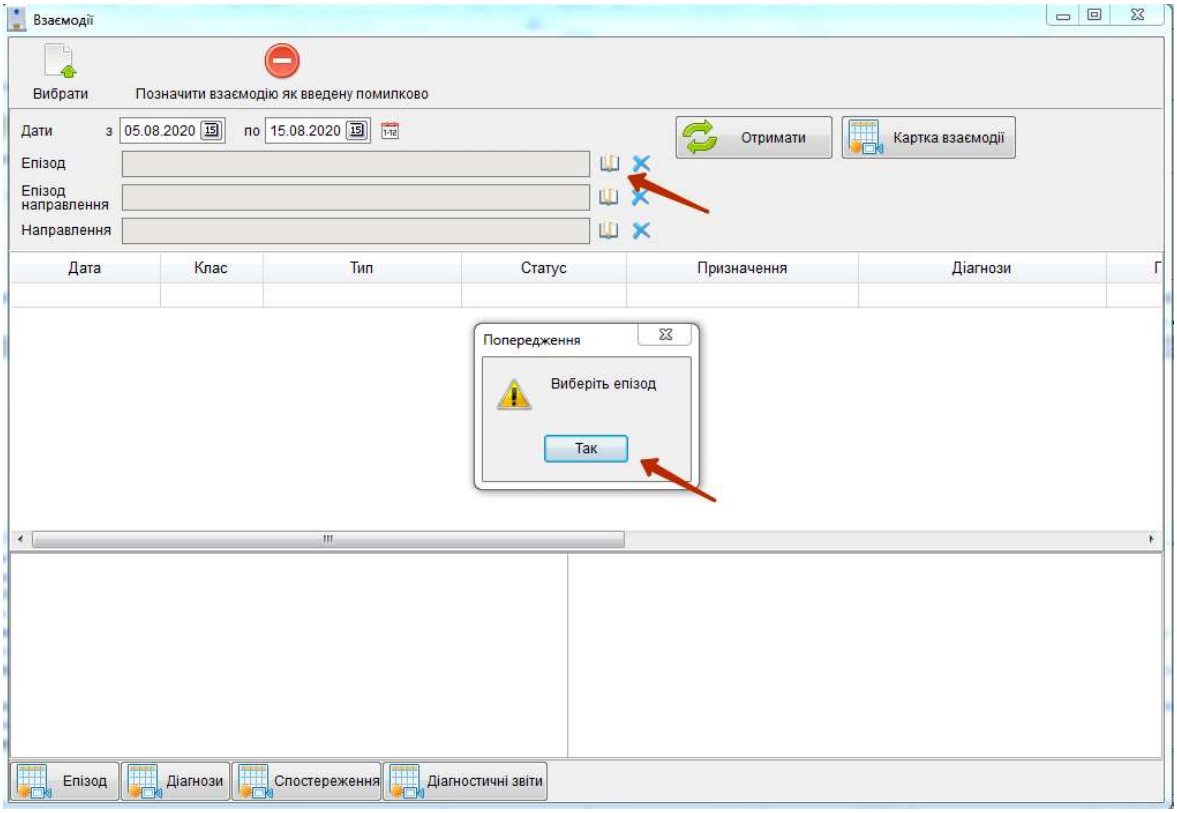
5 **Погасити направлення –** це дія, що позначає направлення як «виконане» (погашене) і дає право медичному закладу включити в звіт для НСЗУ надану послугу за направленням.

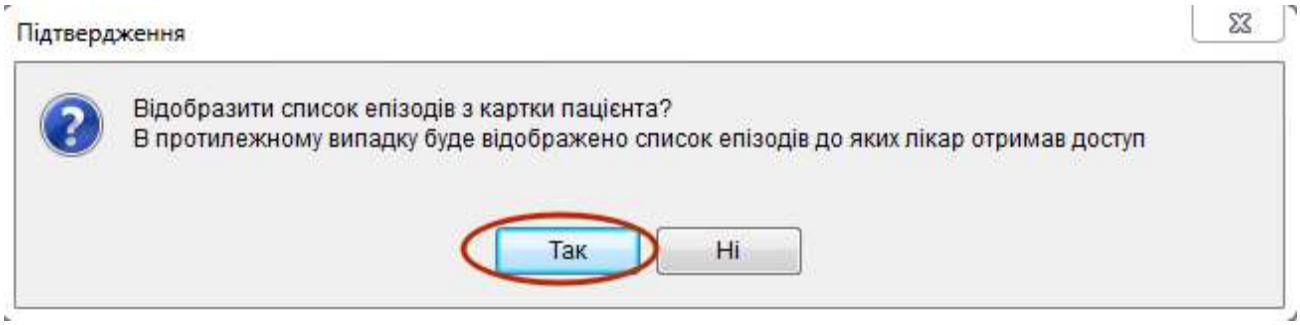


Натиснувши кнопку **«Погасити направлення»,** з'являється вікно, в якому необхідно за допомогою кнопки обрати взаємодію, яка була створена в межах електронного направлення і якою це направлення буде погашене.

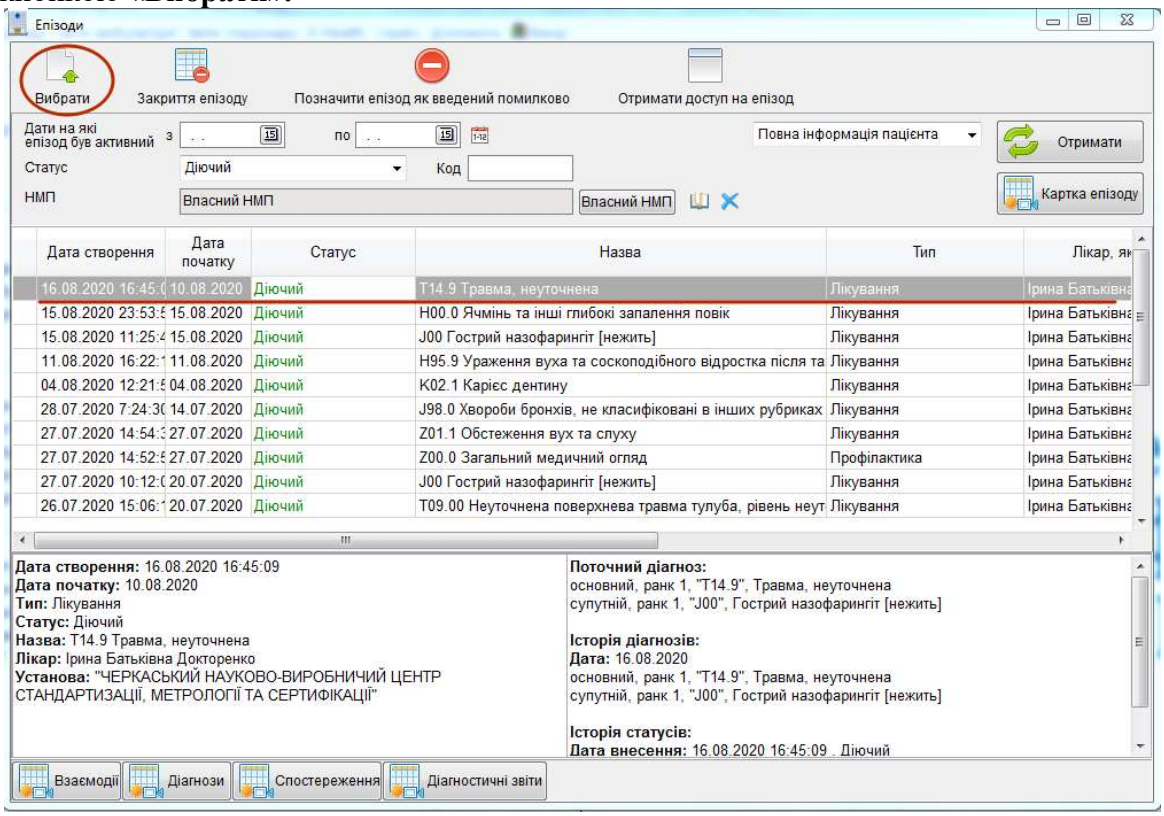


Відкривається вікно **«Взаємодії»,** де спочатку необхідно обрати епізод, який містить необхідну взаємодію.

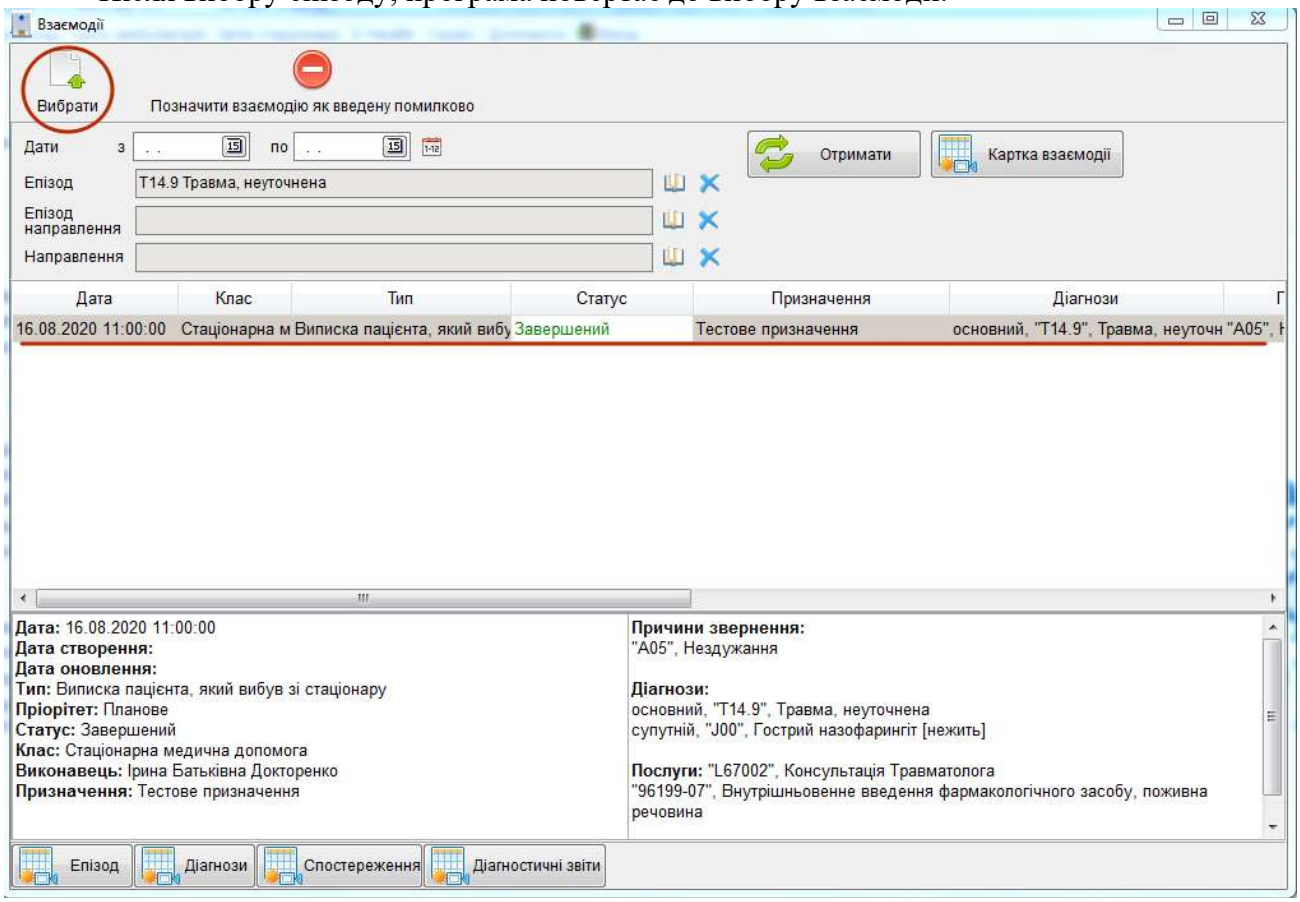




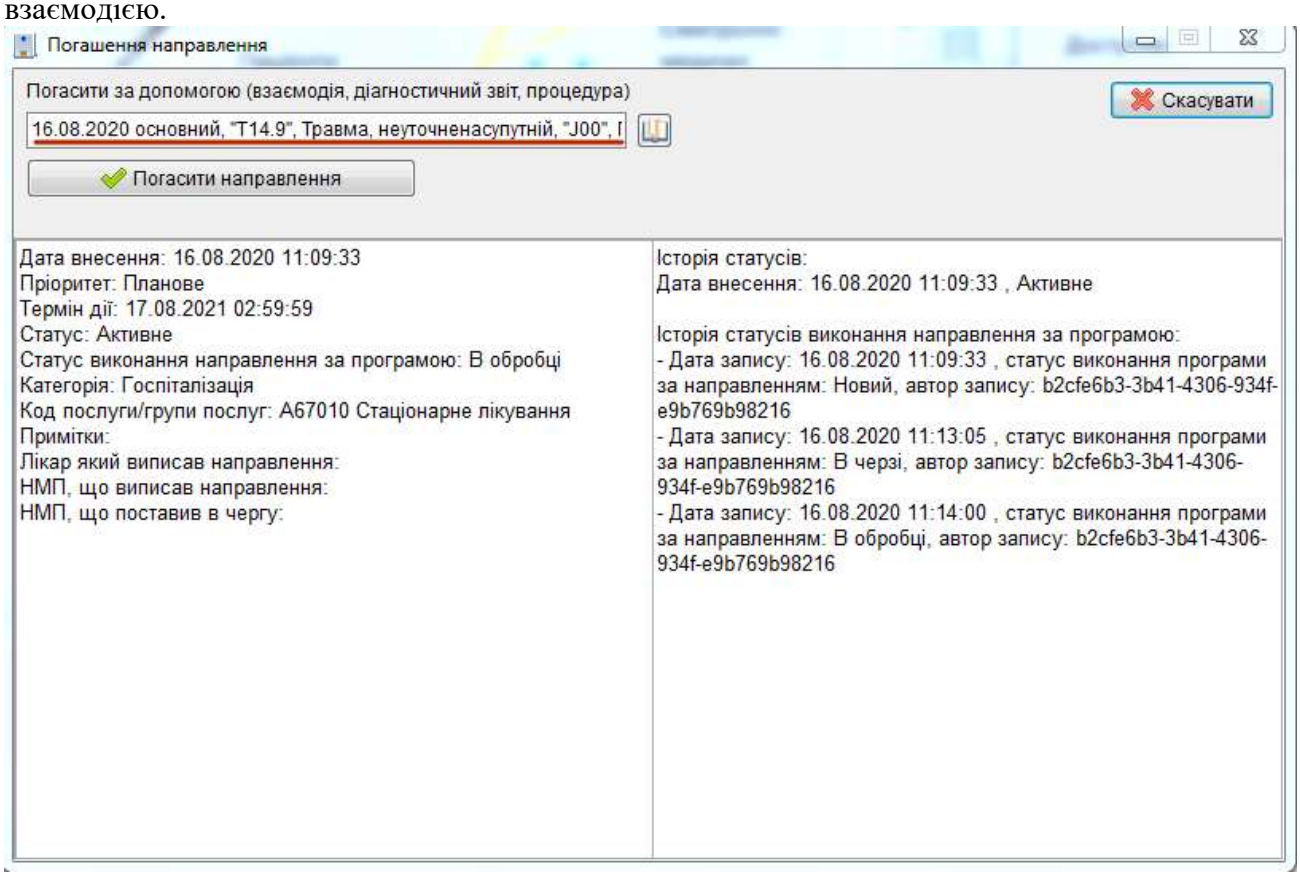
У вікні **«Епізоди»** обираємо необхідний подвійним натисканням лівої клавіші миші, або кнопкою **«Вибрати».**



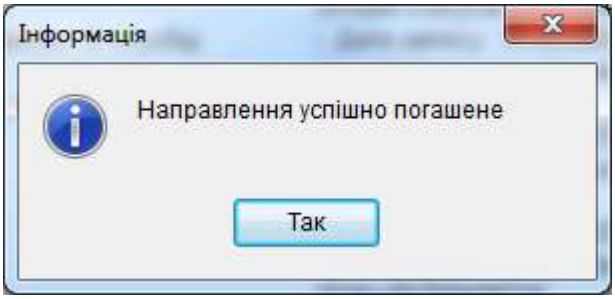
Після вибору епізоду, програма повертає до вибору взаємодії.



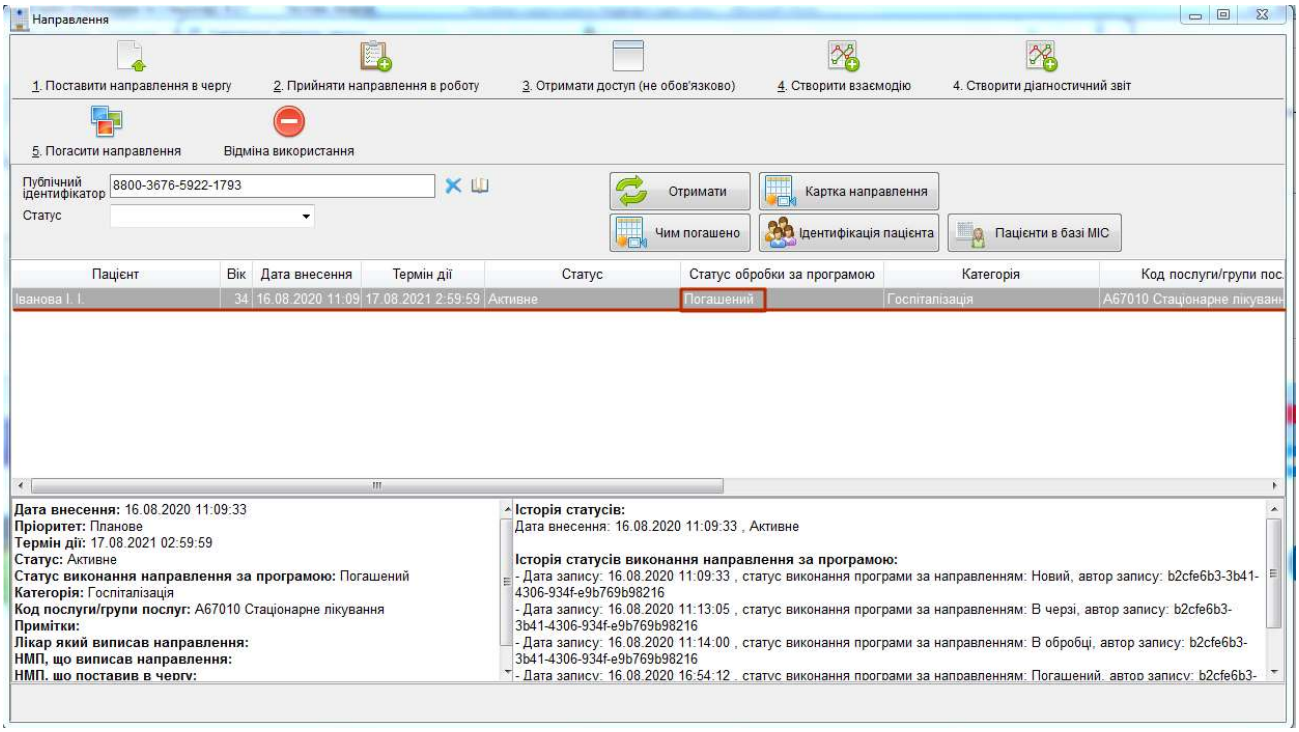
Після цього поле **«Погасити за допомогою…»** автоматично заповниться обраною взаємодією.



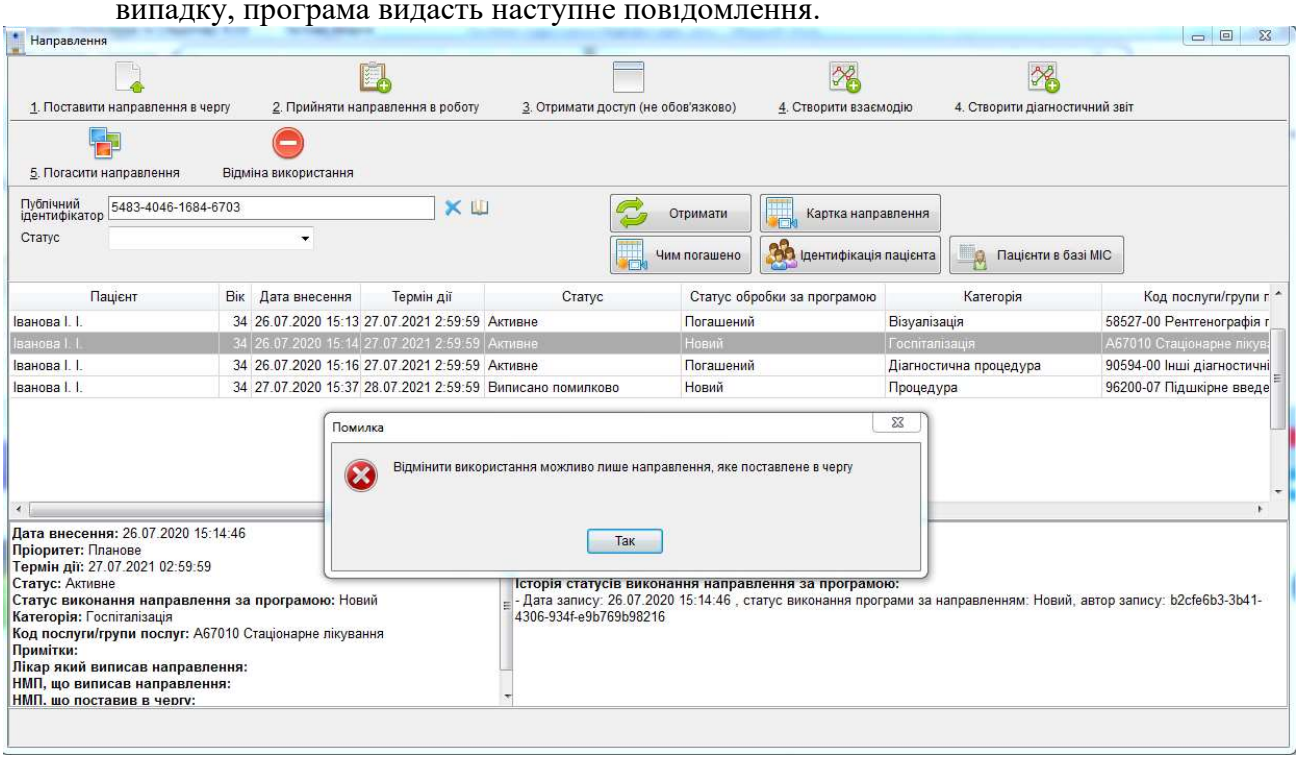
Натискаємо **«Погасити направлення»**



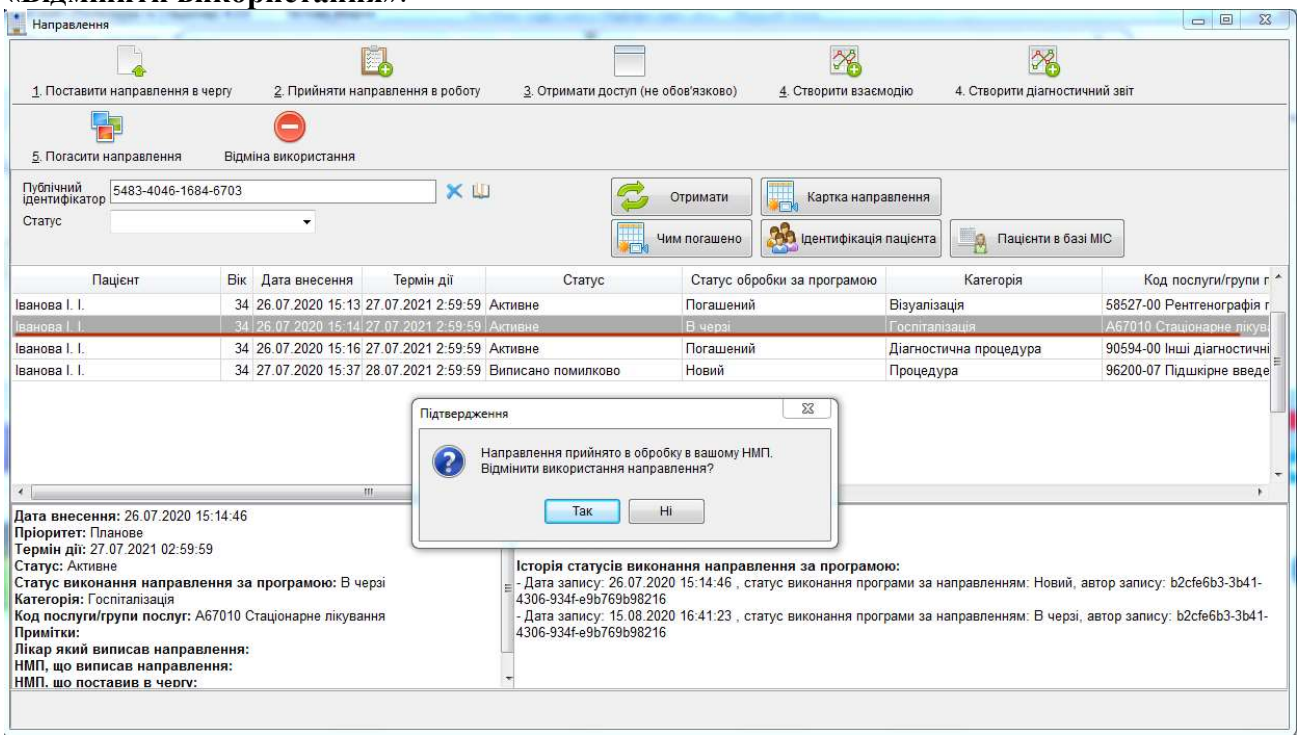
Після успішного погашення, направлення змінює статус обробки за програмою на **«Погашений»**.

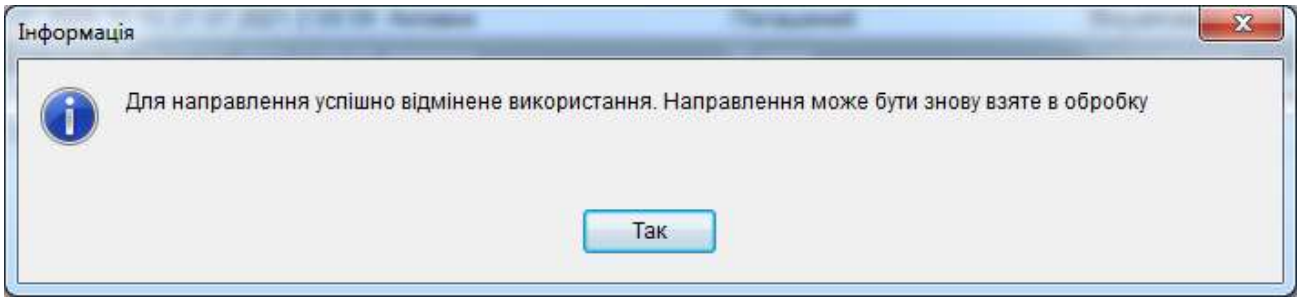


6 **Відміна використання** – це дія, яку можна виконати, коли направлення тільки поставлене в чергу в даному закладі і ще не взяте ним в обробку. В протилежному випадку, програма видасть наступне повідомлення.

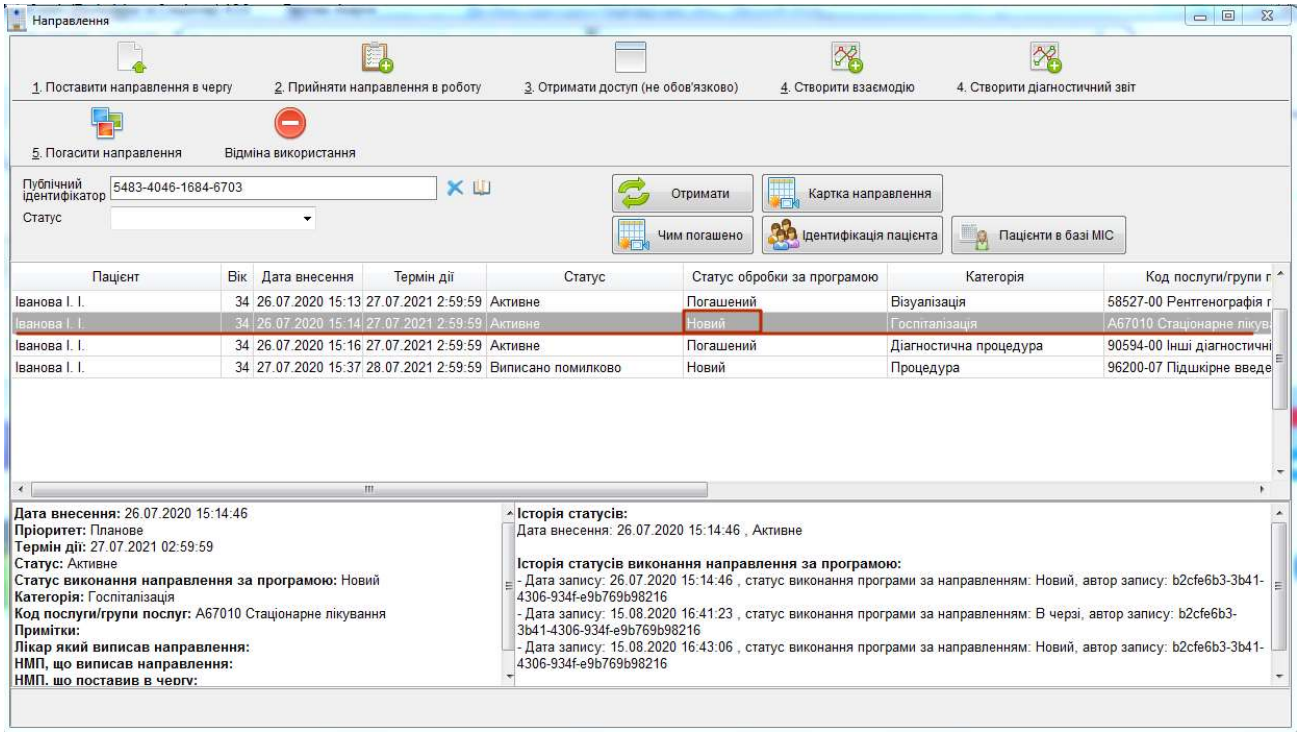


Для відміни направлення, обираємо необхідний зі списку і натискаємо кнопку **«Відмінити використання»**.

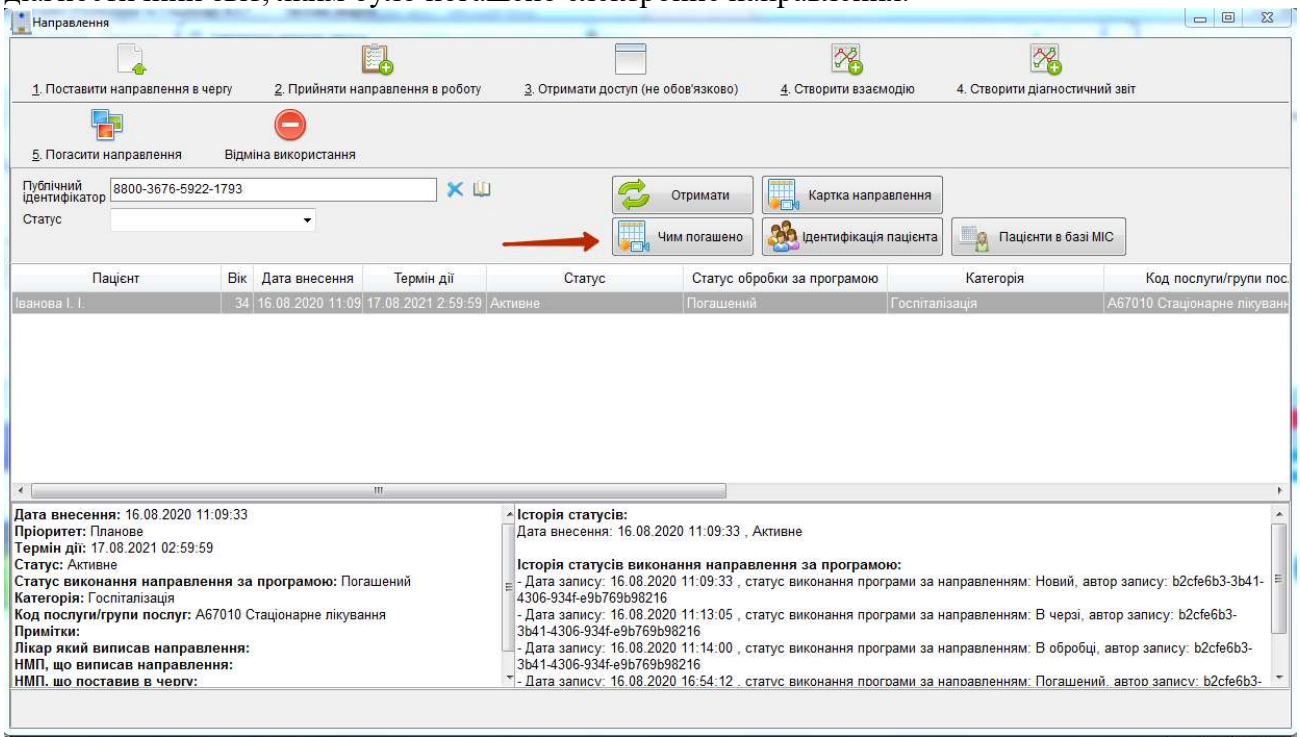


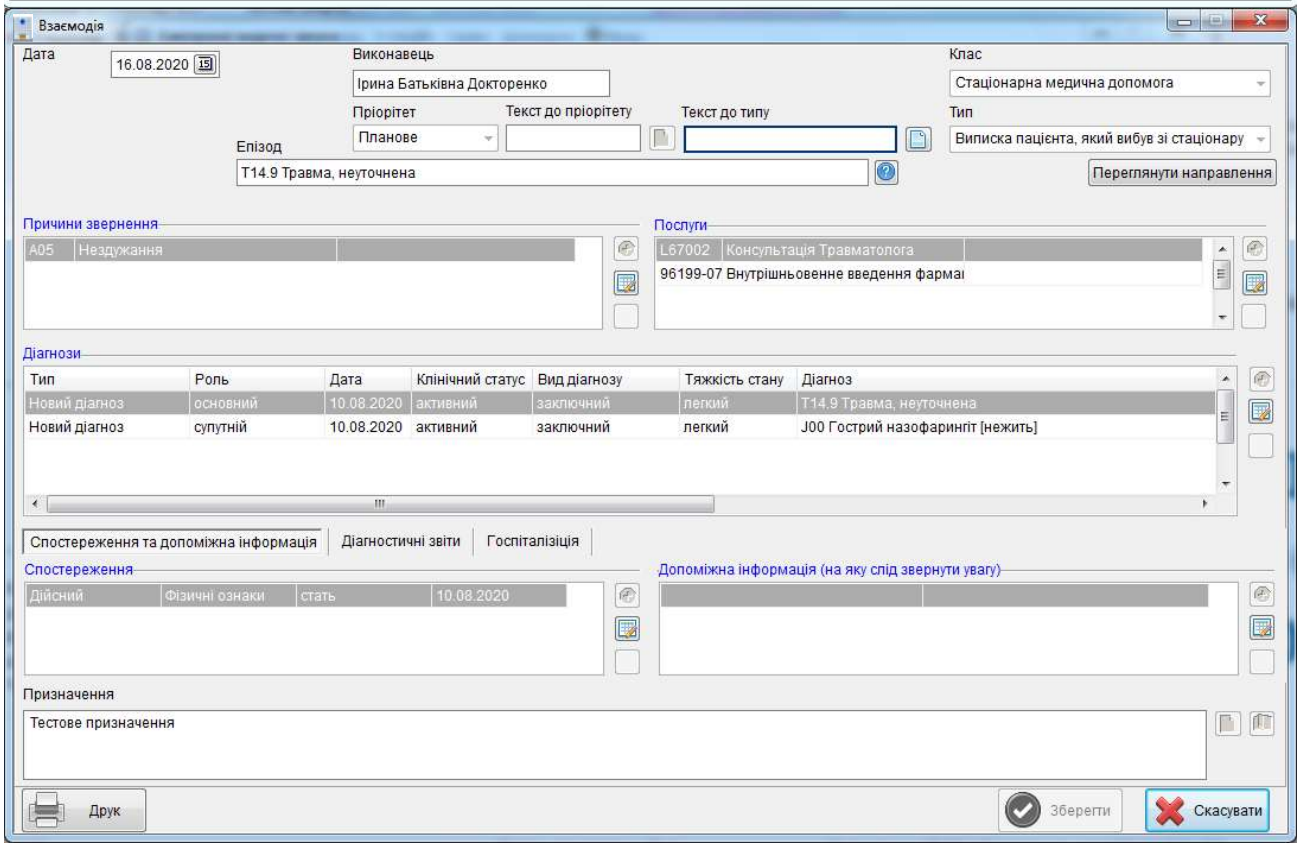


Після відміни використання, дане направлення змінює статус обробки за програмою змінюється на **«Новий».**

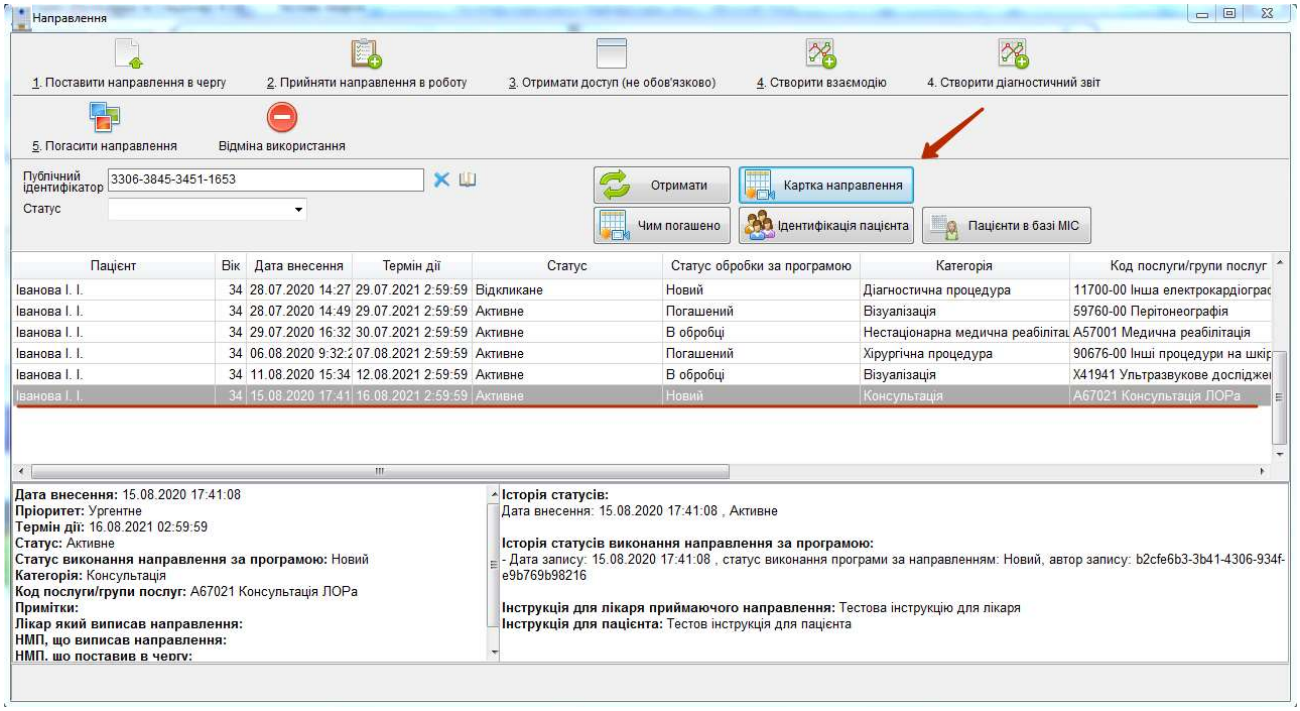


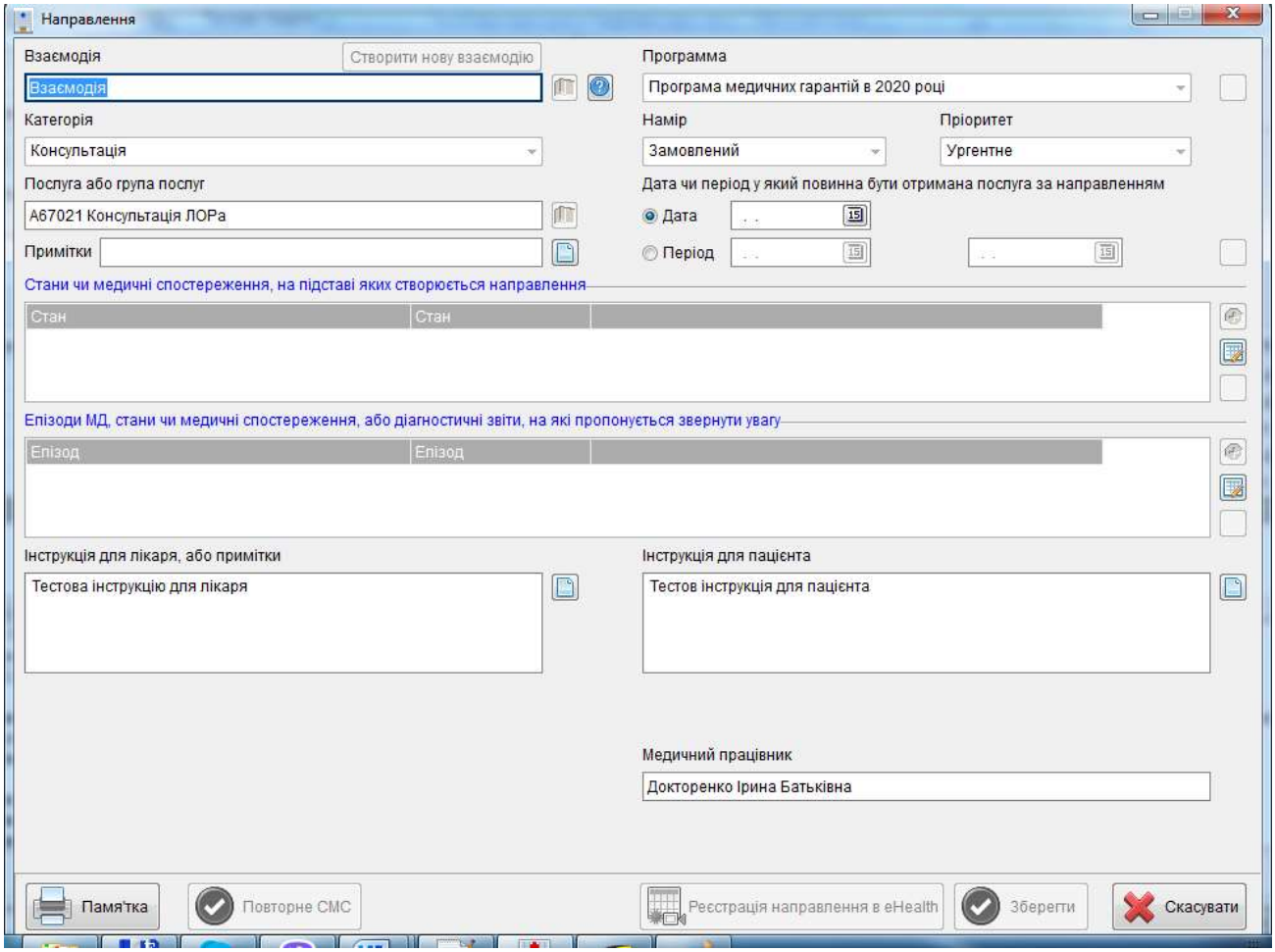
«Чим погашено» - за допомогою цієї кнопки можна відкрити взаємодію чи діагностичний звіт, яким було погашено електронне направлення.



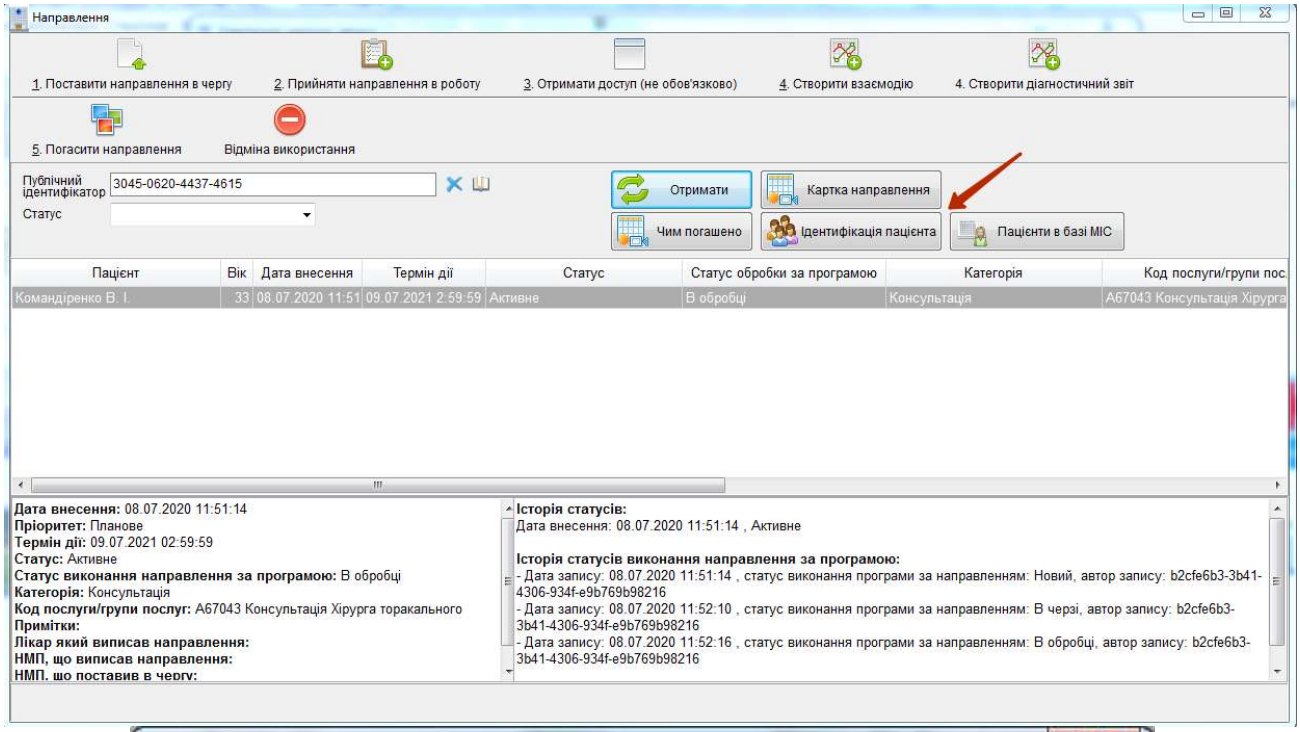


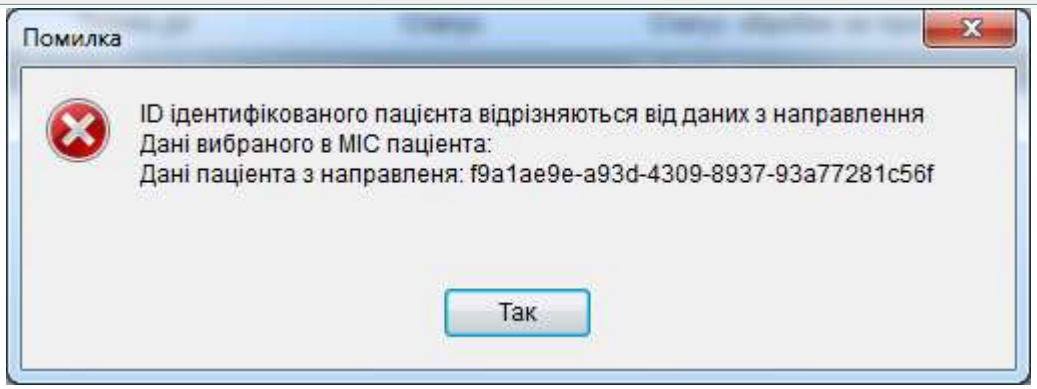
«Картка направлення» - за допомогою цієї кнопки можна відкрити карту направлення, яка була заповнена лікарем, який виписував електронне направлення.



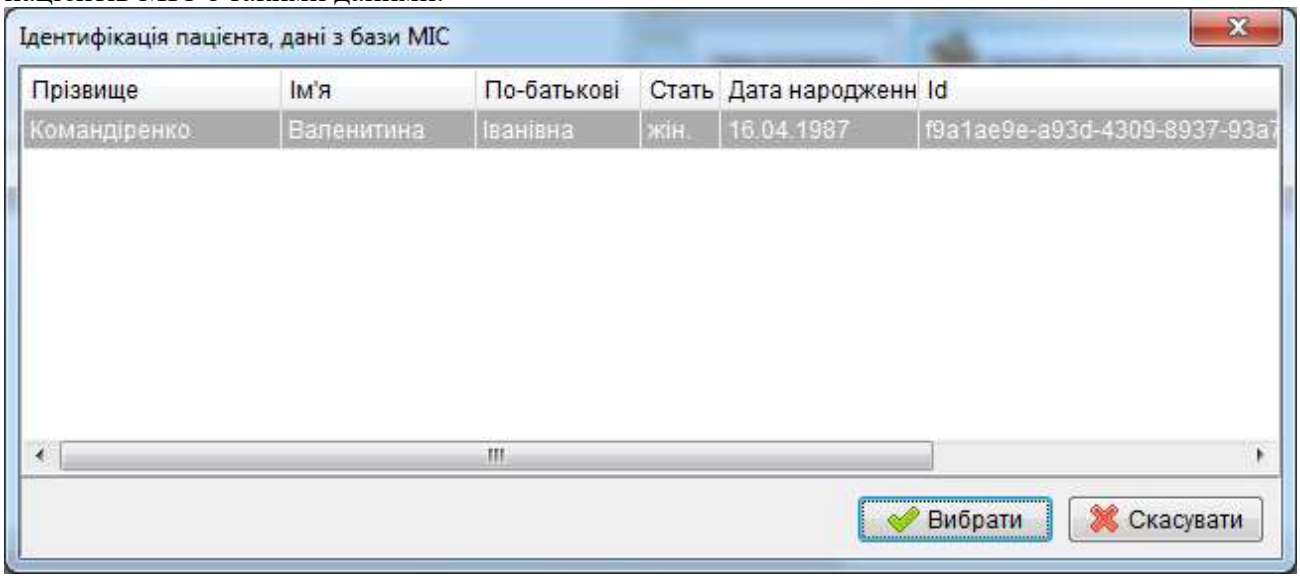


«Ідентифікація пацієнта» - використовується, коли роботу з електронним направленням почали раніше ідентифікації пацієнта (дані головного вікна ЕМЗ відрізняються від даних, що є в направленні).



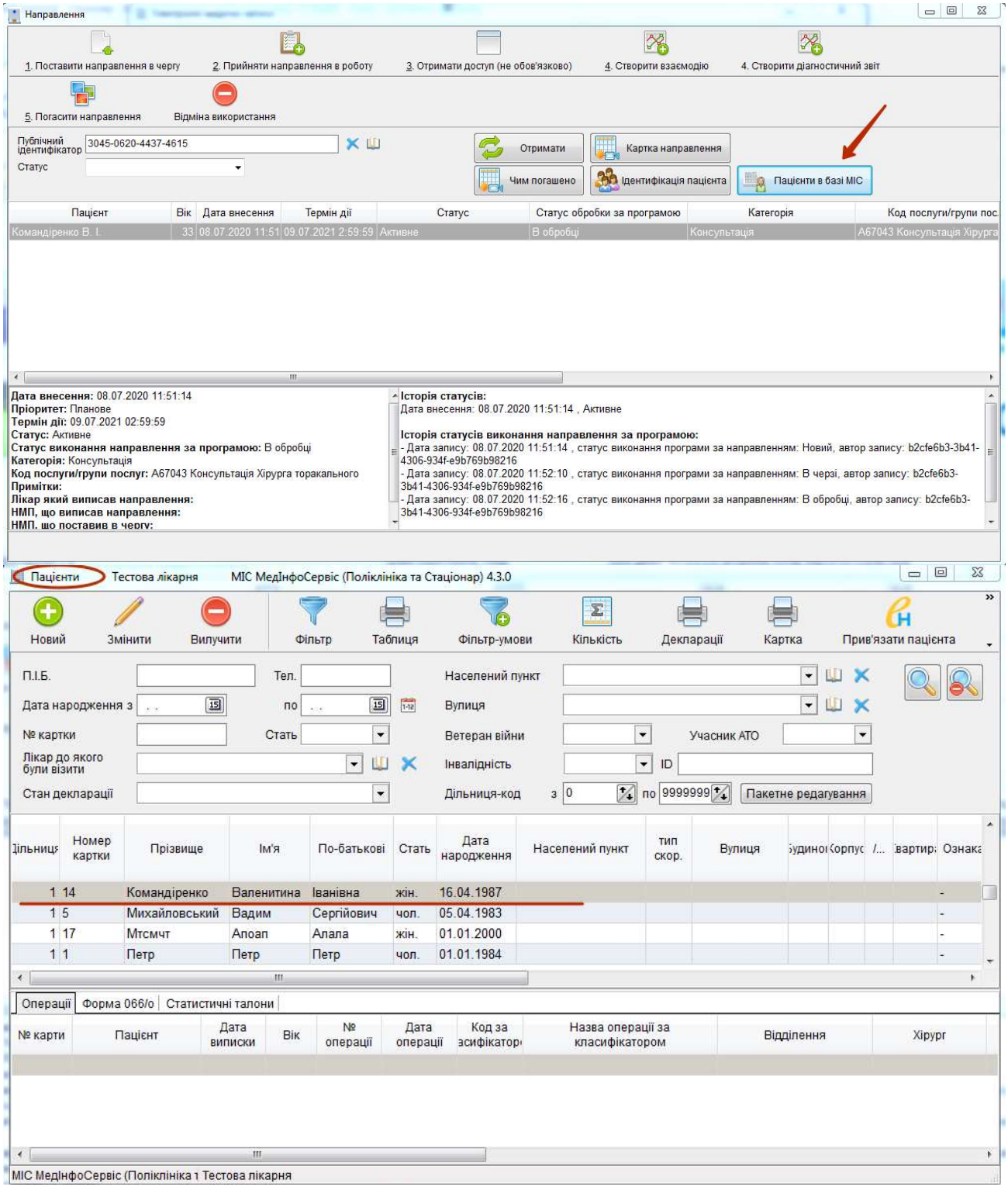


Натискаємо **«Так»** і в наступному вікні програма пропонує перелік із реєстра пацієнтів МІС з такими даними.



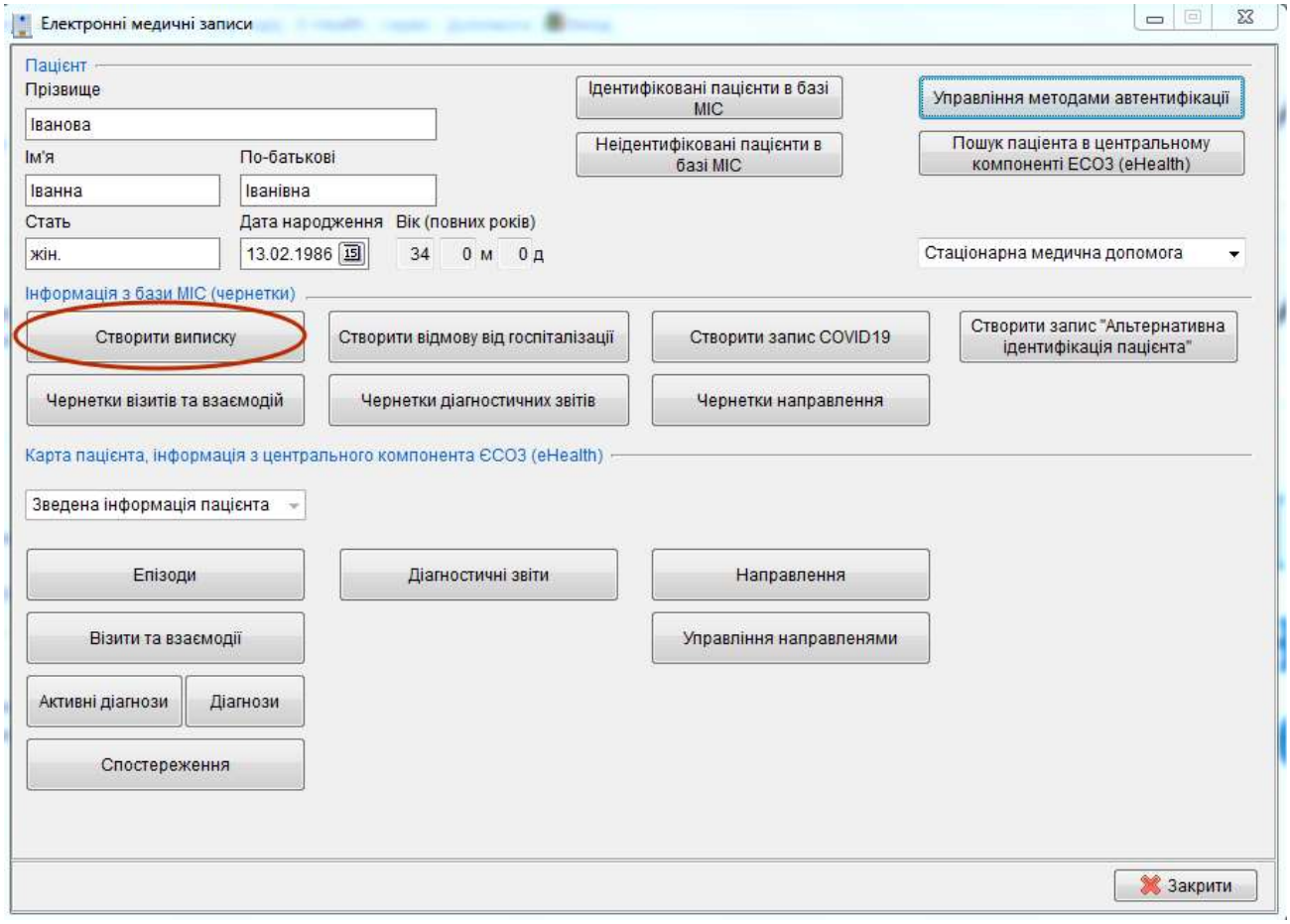
Якщо є збіг, обираємо і натискаємо **«Вибрати».** Далі робота з пацієнтом можлива.

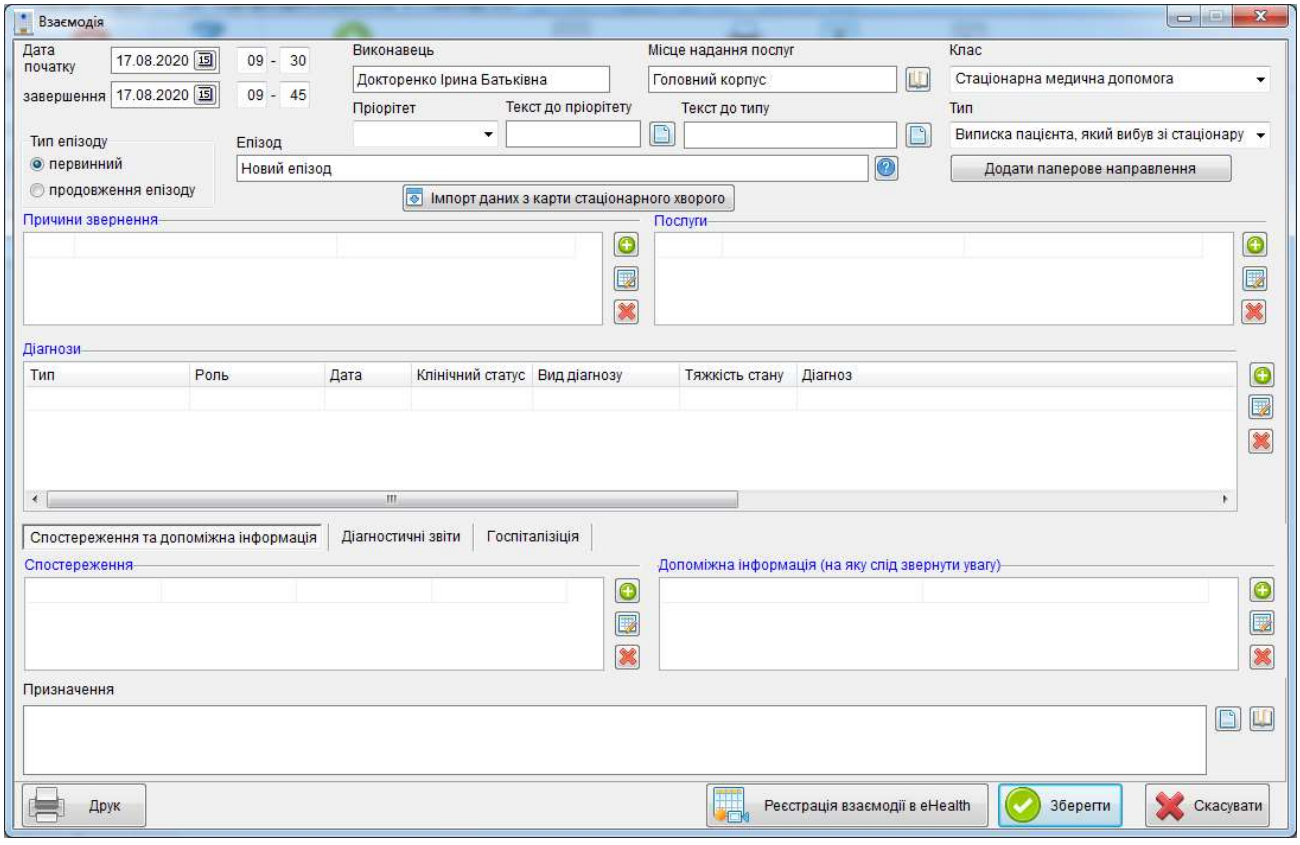
«Пацієнти з бази МІС» - дана кнопка дає можливість перейти в реєстр пацієнтів бази МІС.



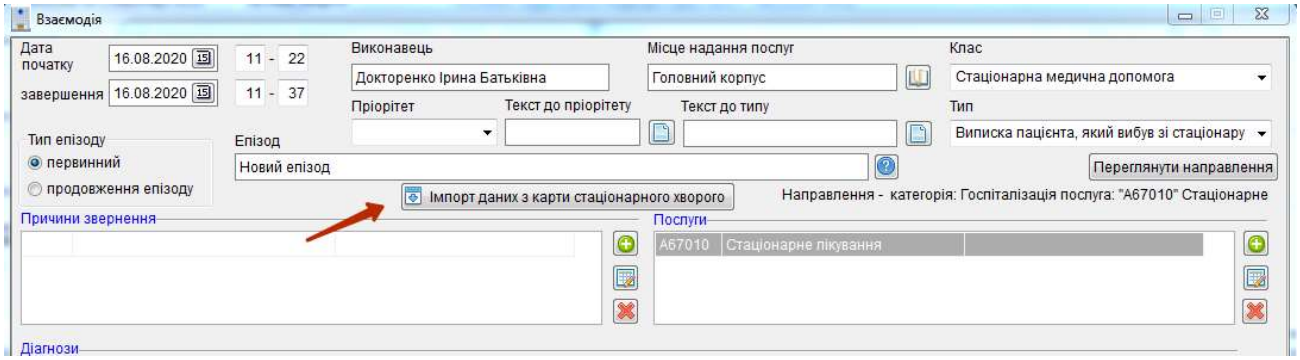
9.8.2 Створення виписки БЕЗ ЕЛЕКТРОННОГО НАПРАВЛЕННЯ (самозвернення, за паперовим направленням тощо)

Якщо пацієнт звернулась без електронного направлення (або з паперовим направленням) необхідно на головному вікні ЕМЗ натиснути кнопку **«Створити новий візит».**

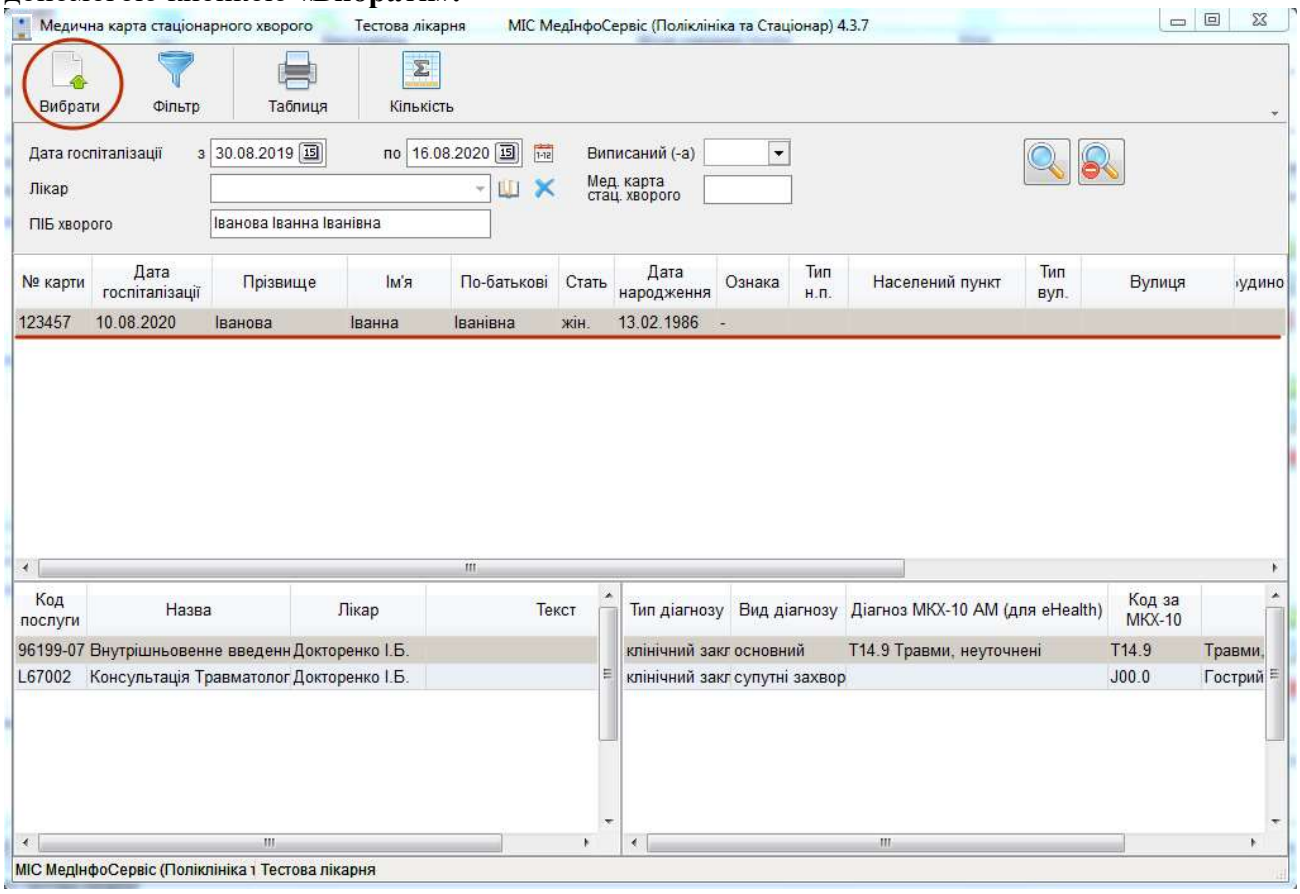




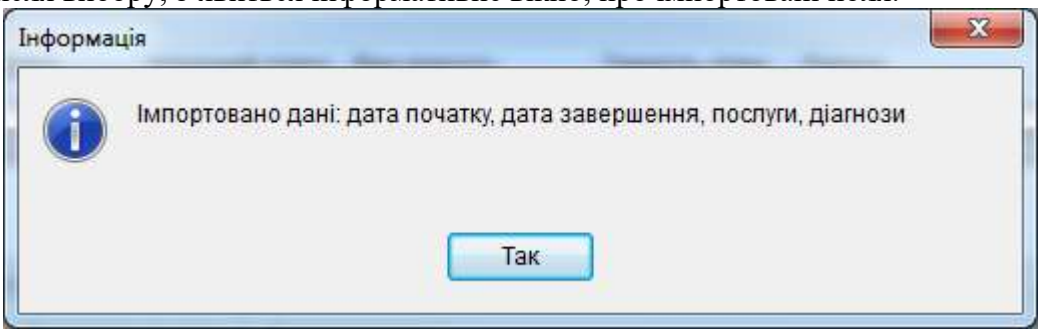
Зверніть увагу! Якщо в стаціонарній карті даного хворого були заповнені дані для ЕСОЗ, то є можливість імпортувати ці дані у виписку за допомогою кнопки **«Імпорт даних з карти стаціонарного хворого».**

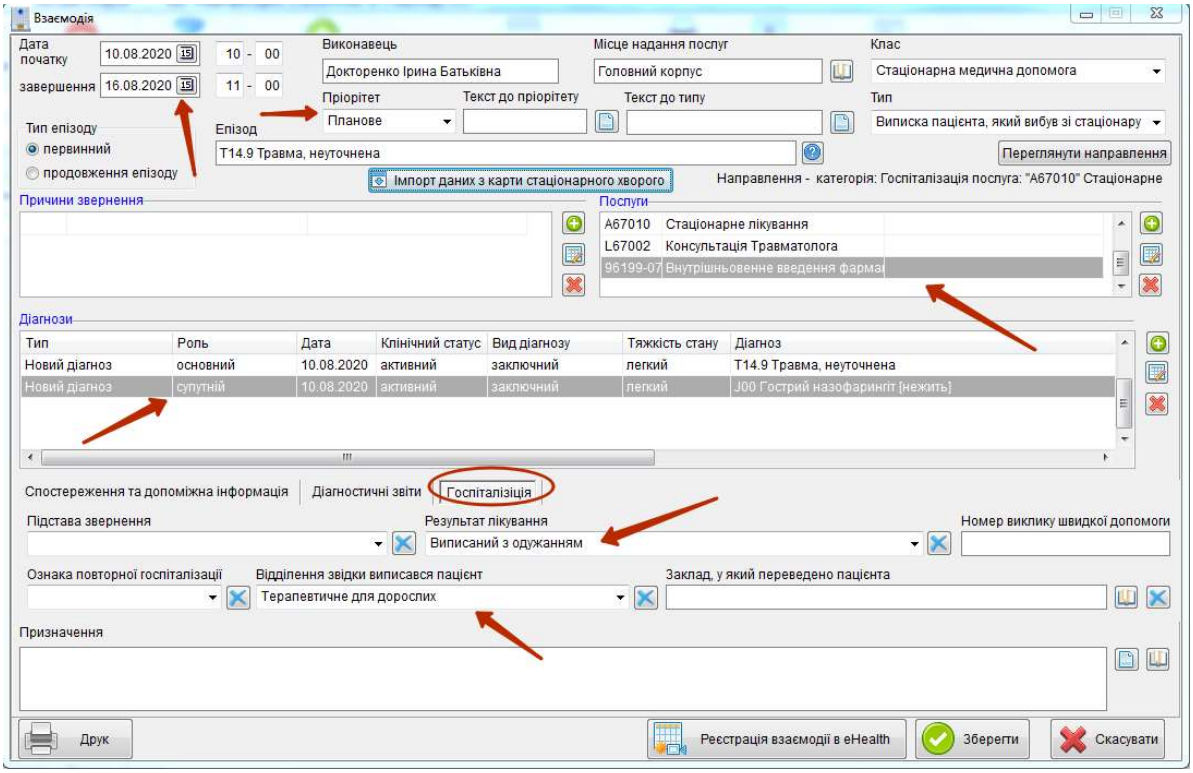


Натиснувши дану кнопку, з’являється вікно, де слід обрати необхідний запис, який будемо імпортувати у взаємодію ЕМЗ, подвійним натисканням лівої клавіші миші, або за допомогою кнопкою **«Вибрати».**



Після вибору, з’явиться інформативне вікно, про імпортовані поля.



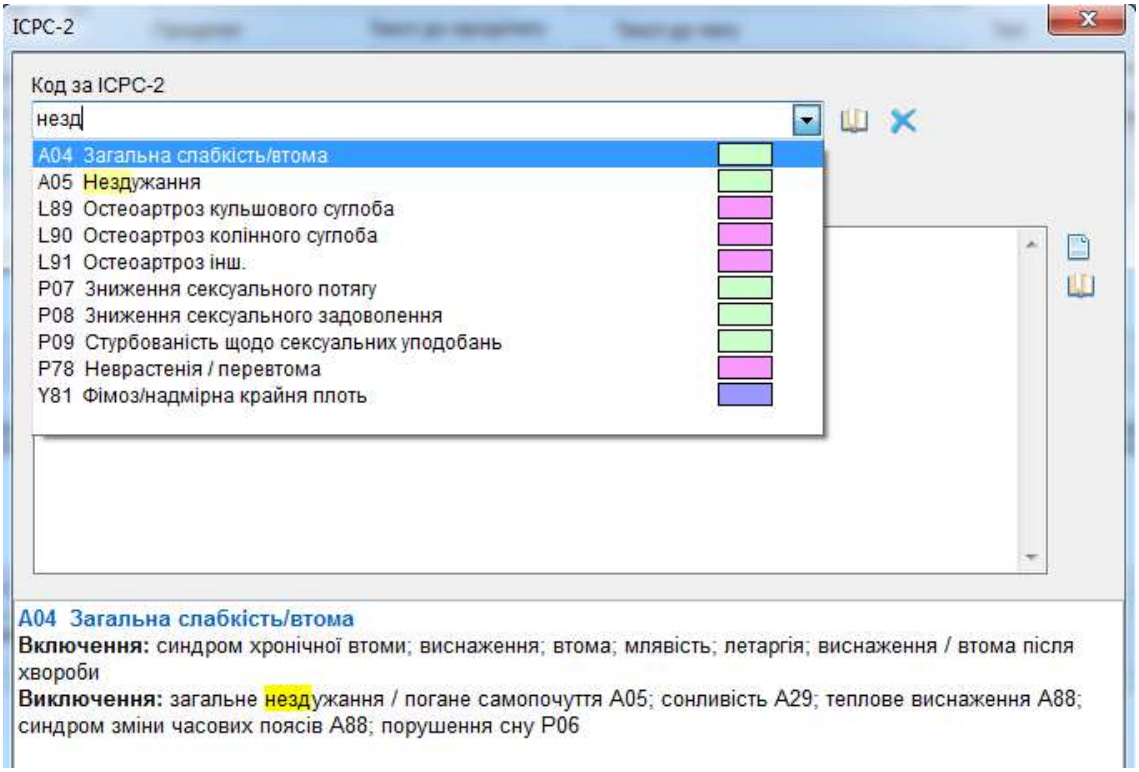


Якщо в базі МІС немає стаціонарної карти 003/о для даного пацієнта слід заповнити наступні поля:

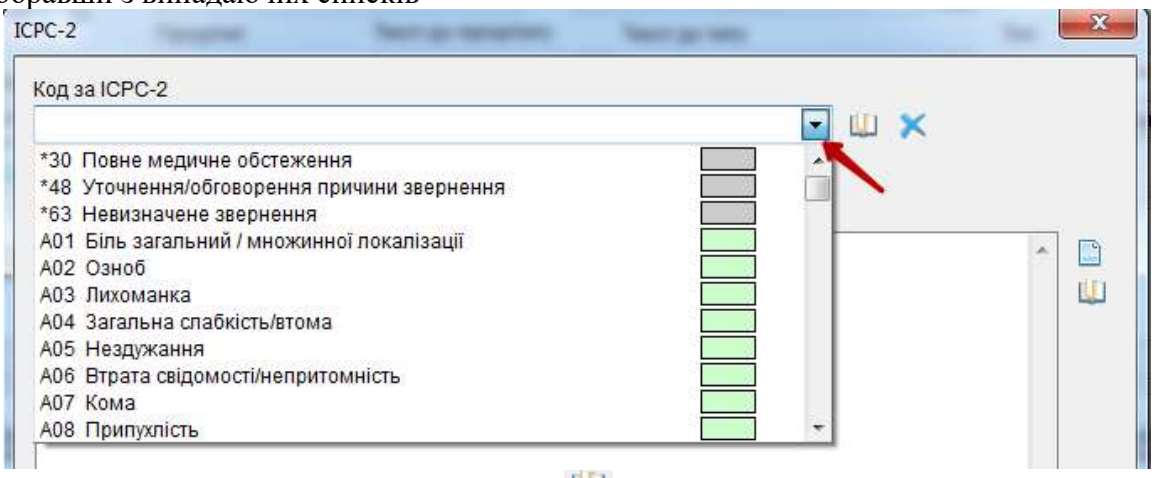
- **дата (час) початку (дата госпіталізації) та завершення (дата виписки)** візиту;
- **«Виконавець»** та **«Місце надання послуг»**;
- **«Пріоритет»** (примусове, планове, ургентне), при потребі **«Текст до пріоритету»**,
- **«Тип епізоду» - Первинний.** Якщо приймається рішення про госпіталізацію пацієнта – для пацієнта **завжди створюється новий епізод**.
- **«Причини звернення» - являється полем, не обов'язковим для заповнення в закладах СМД.**

Причина вказується згідно міжнародного класифікатора первинної медичної допомоги ICPC-2. Всі причини додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , .

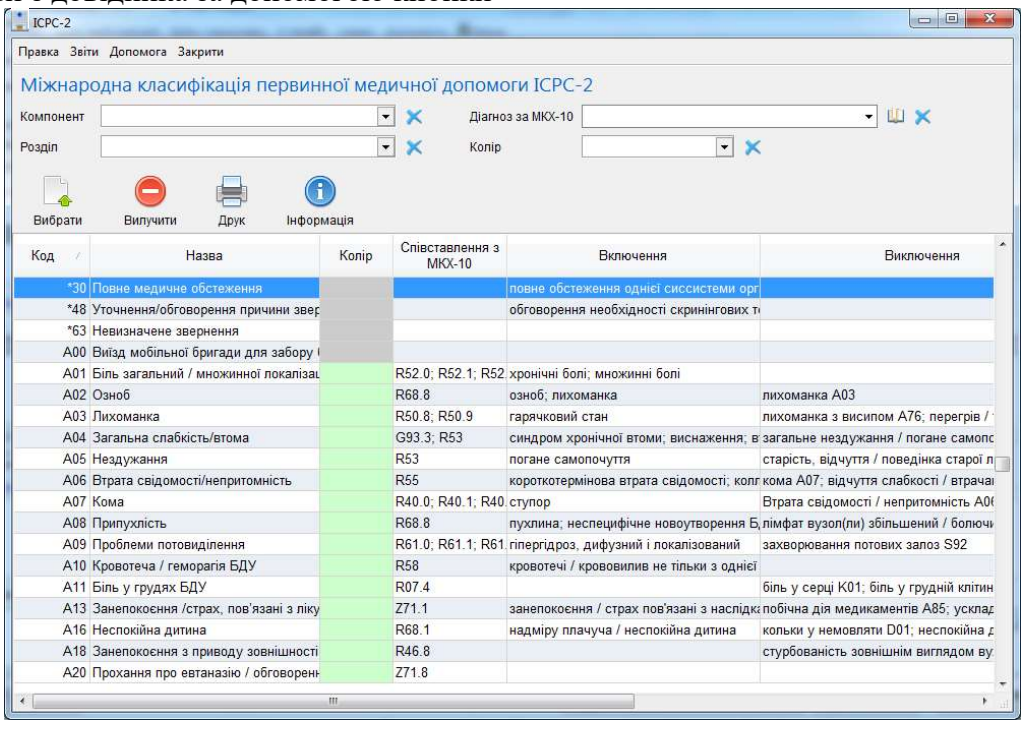
Код за ICPC-2 вказується або, почавши вводити в полі назву,



або обравши з випадаючих списків

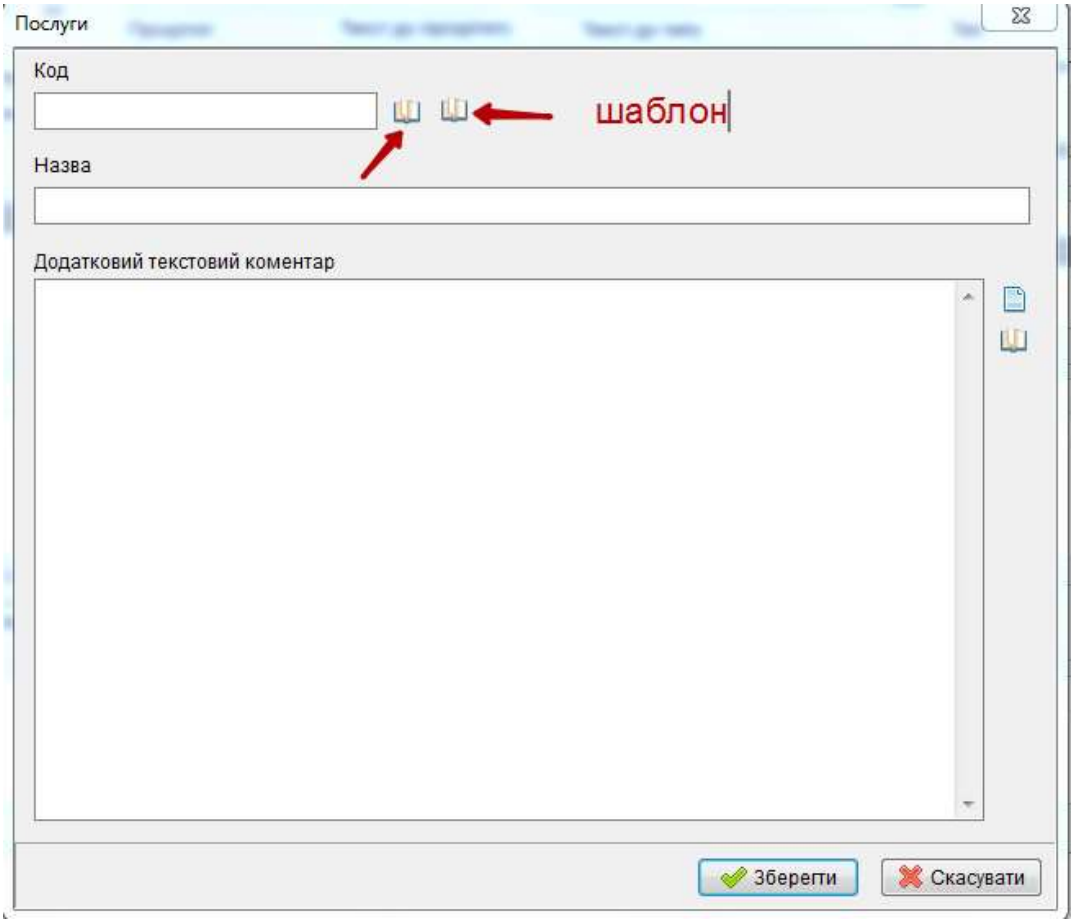


або обрати з довідника за допомогою кнопки

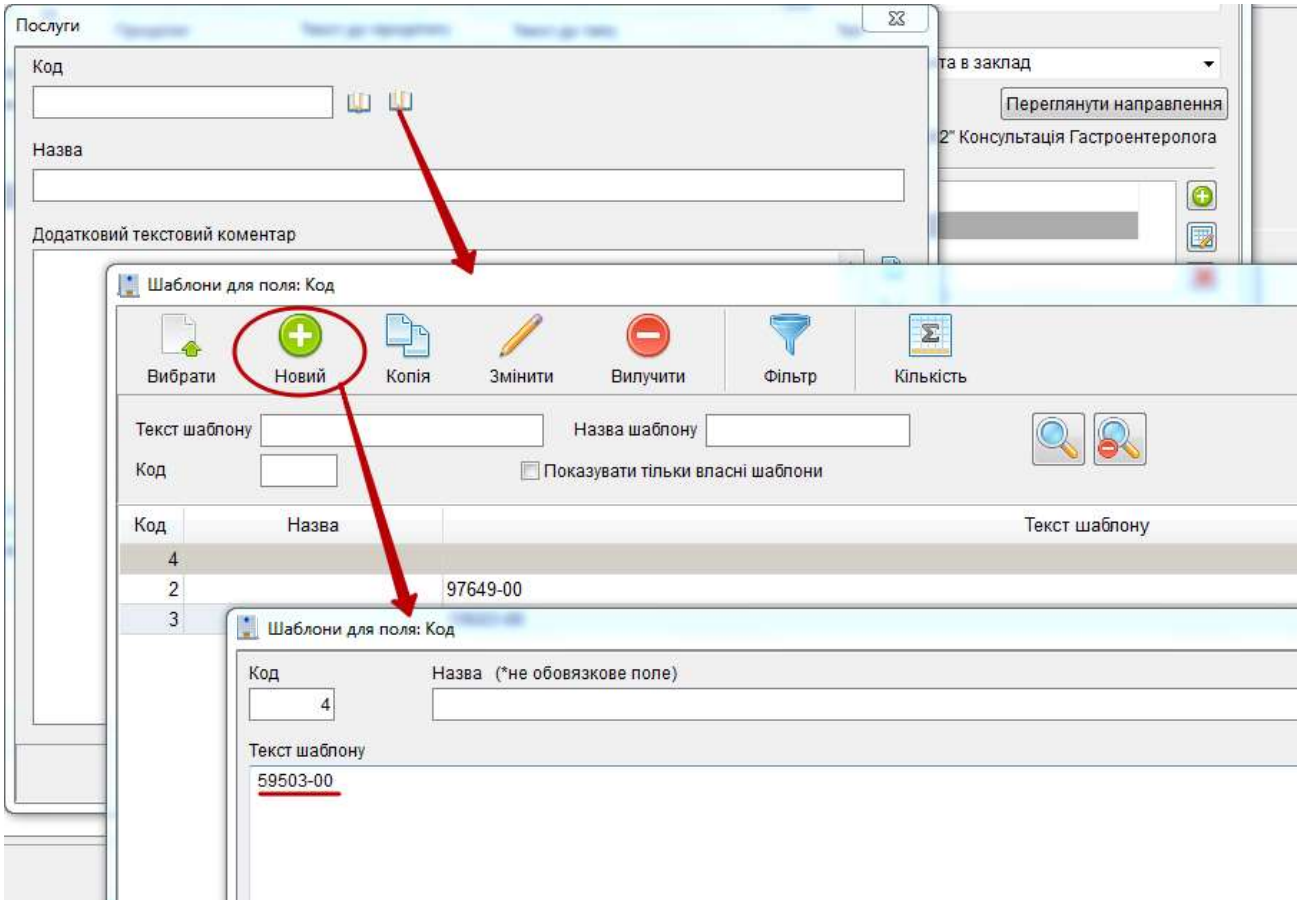


- **«Послуги» -** вносяться дії та процедури, які були надані за період госпіталізації з Національного класифікатора НК 026:2019 «Класифікатор медичних інтервенцій» гармонізований з Австралійським класифікатором медичних інтервенцій (АКМІ). Всі послуги додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , .

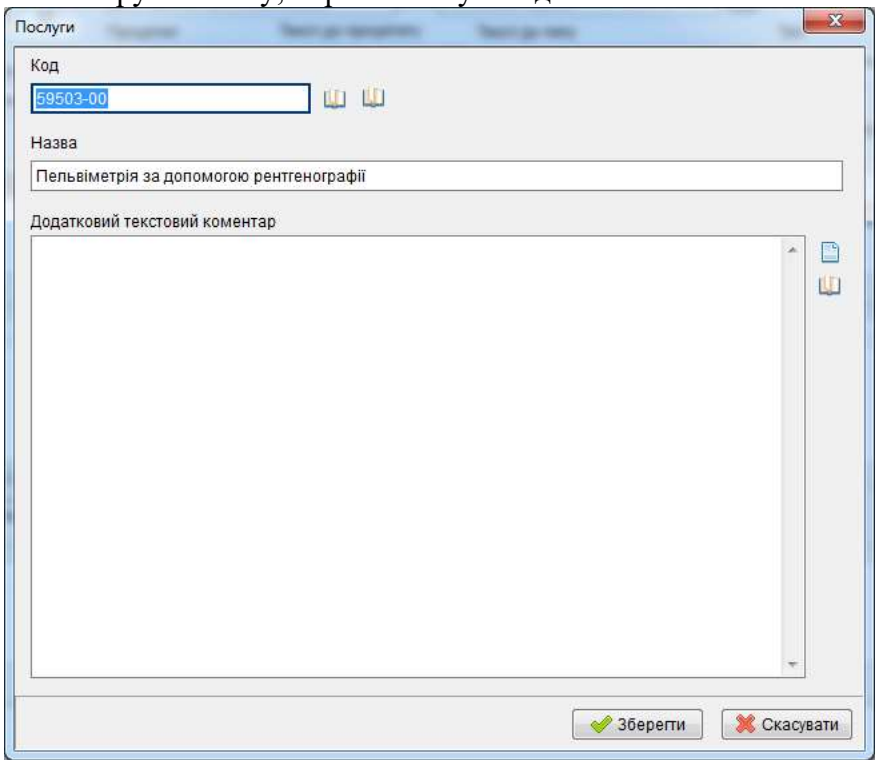
При додаванні нової послуги з'являється вікно, де потрібно обрати відповідну за допомогою кнопки . Поруч така ж кнопка дозволяє **створити шаблон** для подальшого використання.



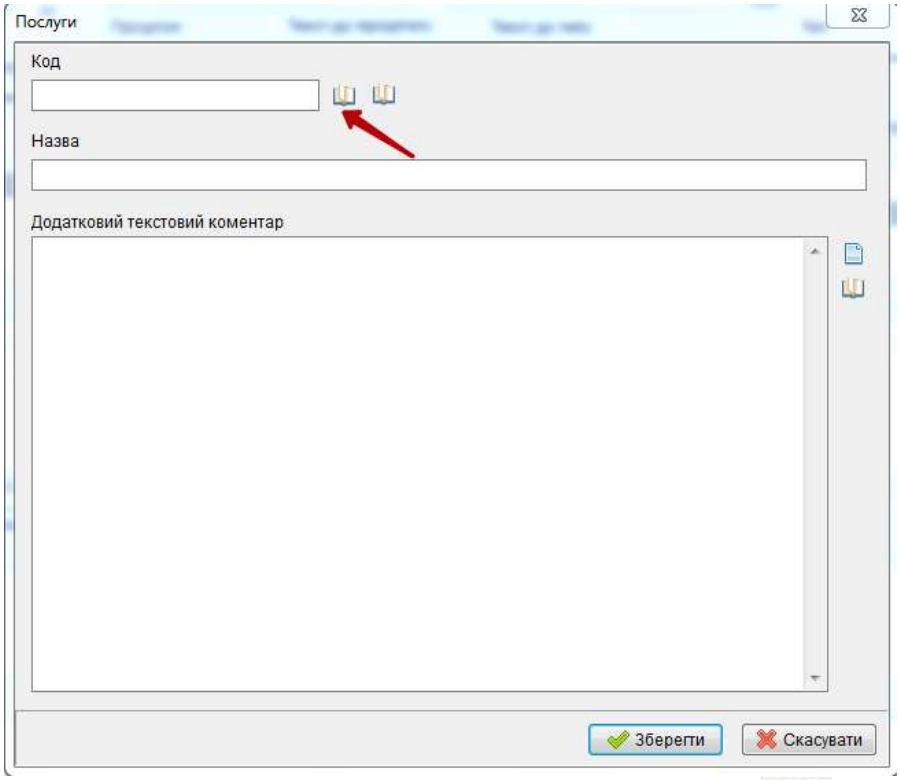
В шаблоні достатньо ввести в поле **«Текст шаблону»** код, який часто буде використовуватись.



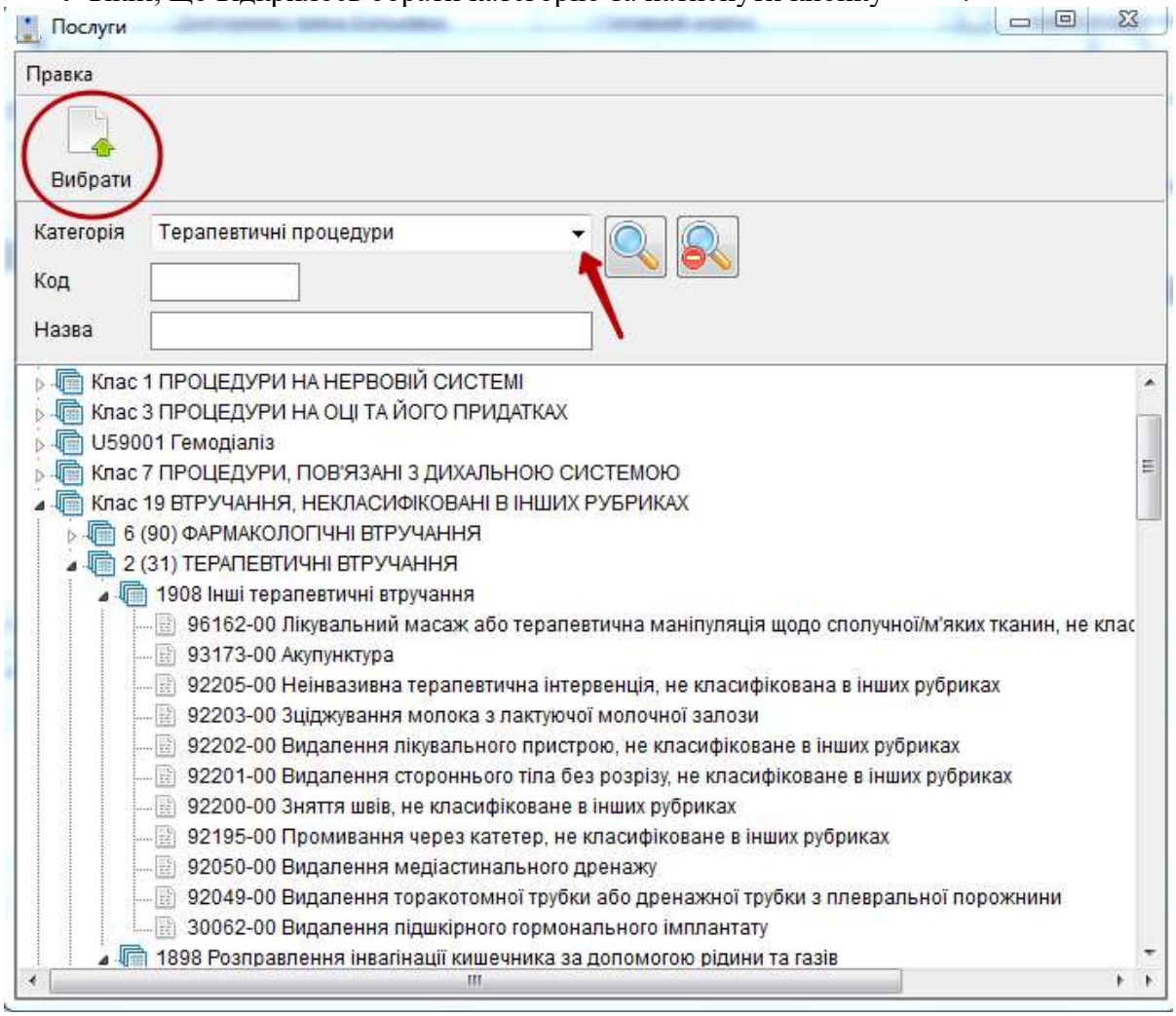
Тоді, після вибору шаблону, обрана послуга підтягнеться автоматично.



Щоб додати послугу не із шаблону, натискаємо першу кнопку .

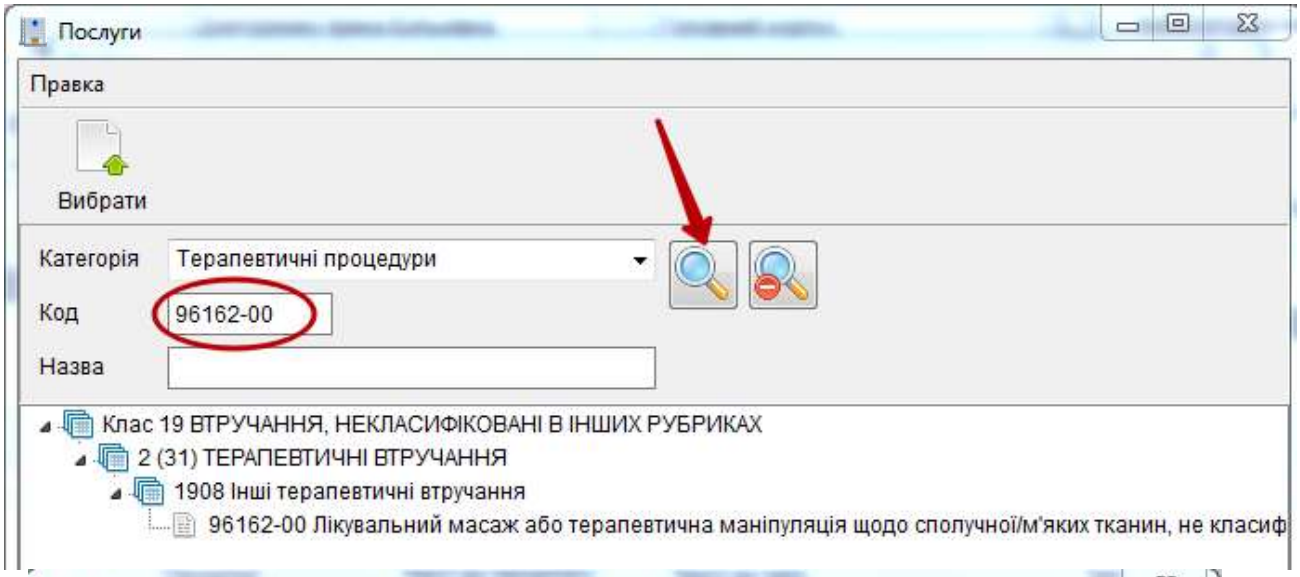


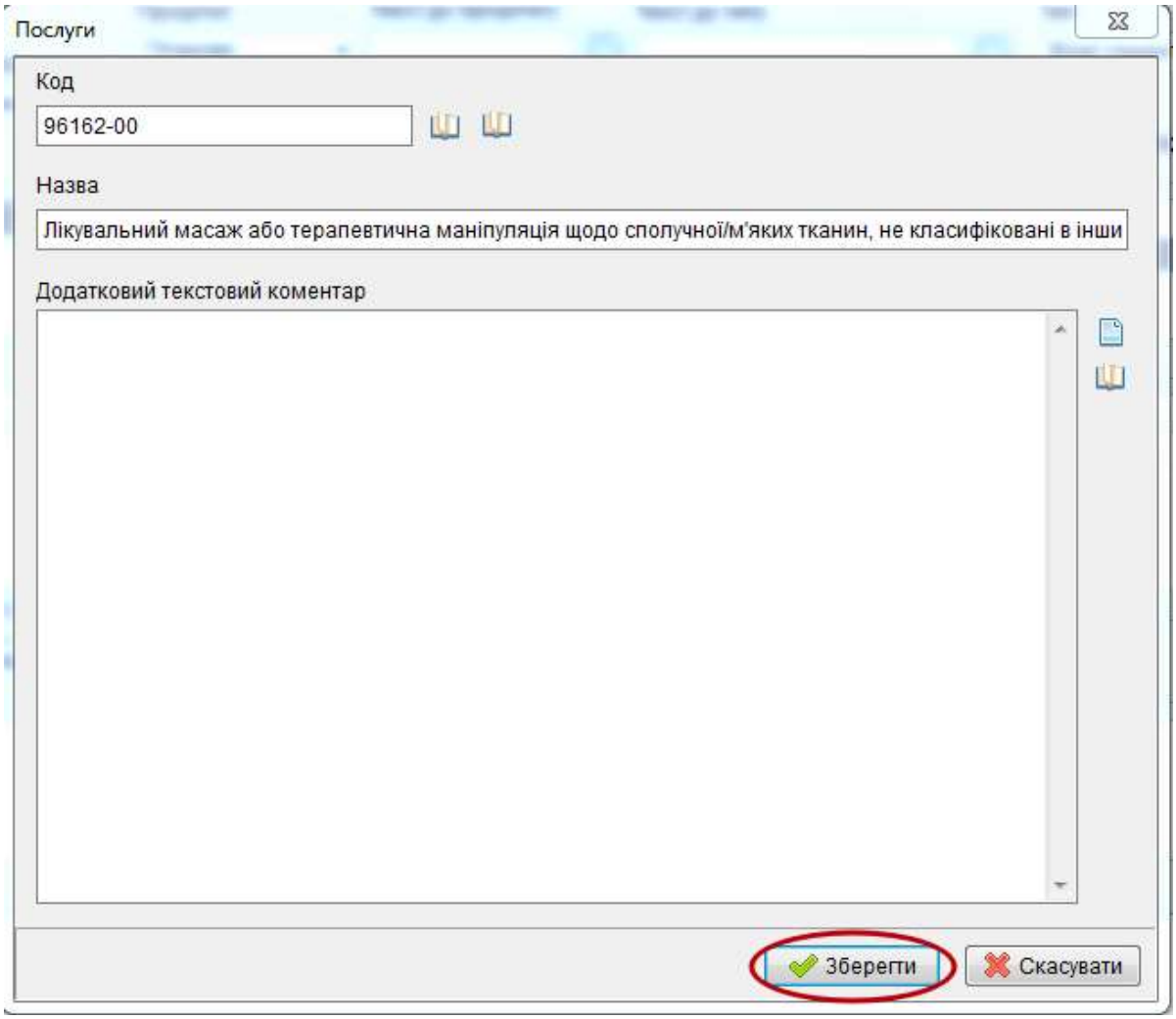
У вікні, що відкрилось обрати категорію та натиснути кнопку .



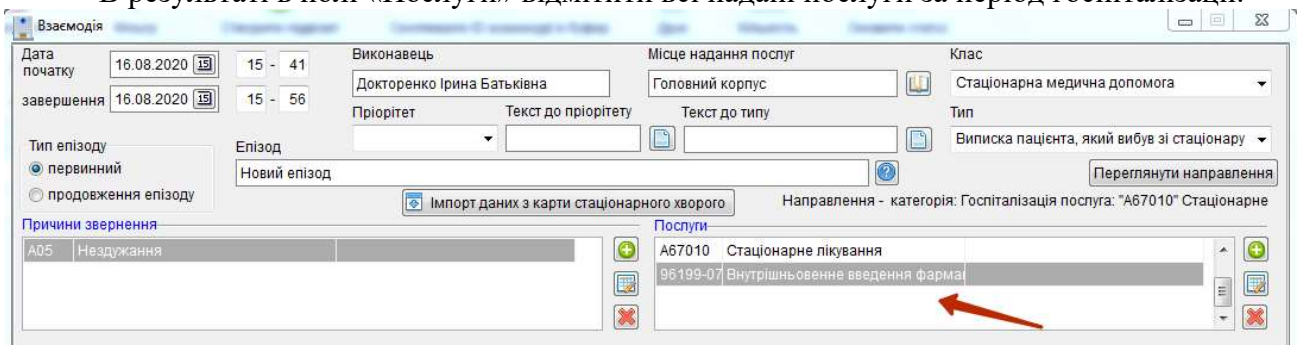
Відфільтрується перелік послуг відповідно категорії, обрати потрібну і натиснути **«Вибрати»**.

Вибрати потрібну послугу можна ще, ввівши код у відповідному полі.



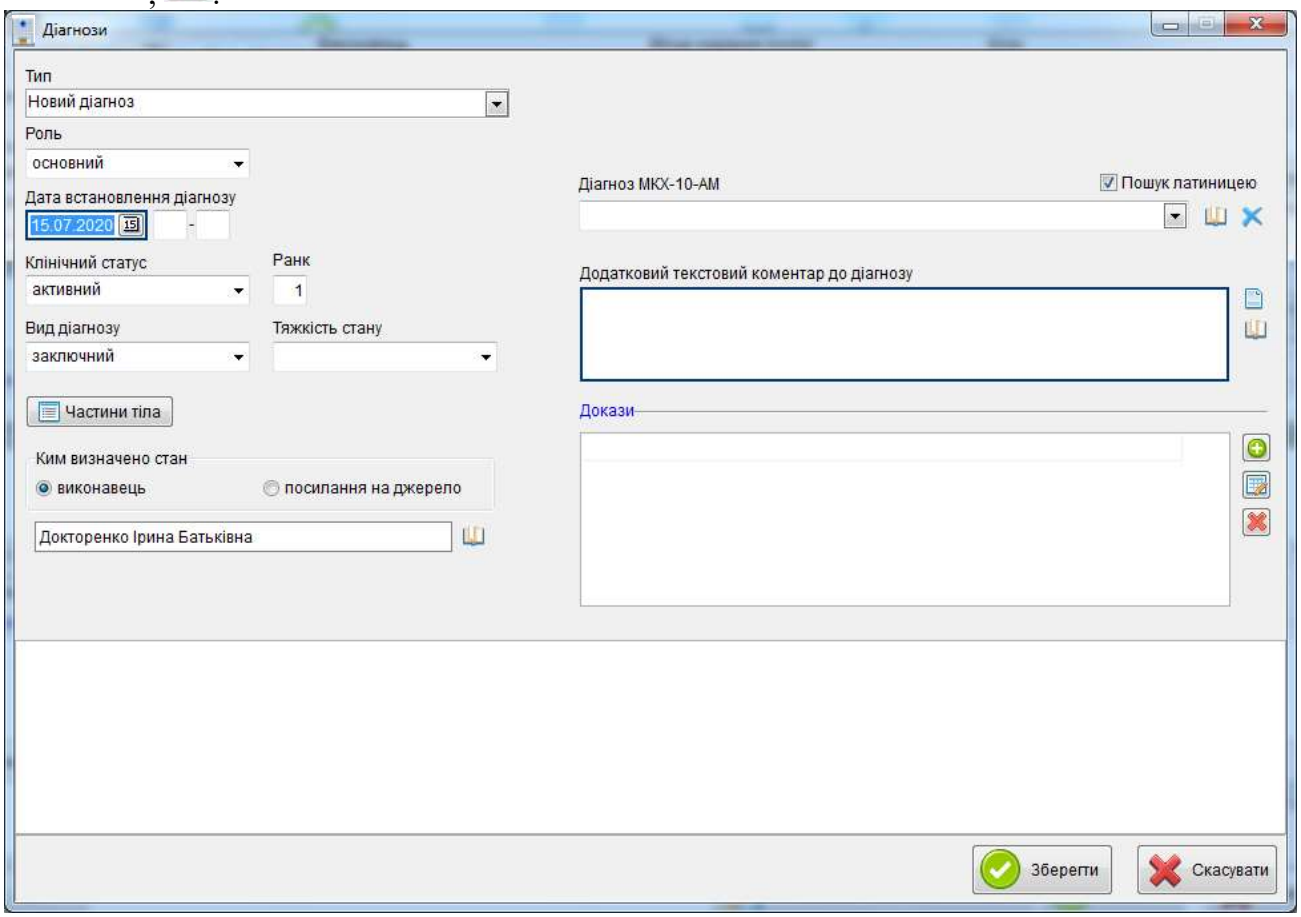


В результаті в полі «Послуги» відмітити всі надані послуги за період госпіталізації.

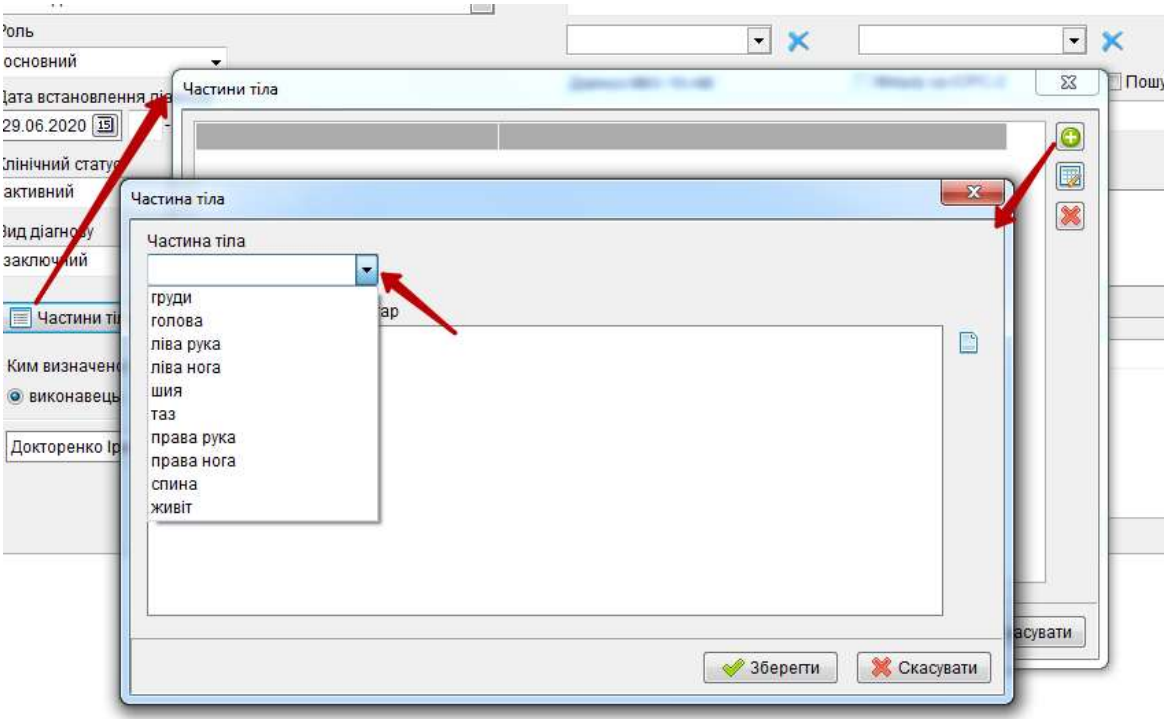


- **«Діагнози» -** в рамках взаємодії лікар може вказати, за необхідності, декілька діагнозів пацієнта, які в свою чергу поділяються на: **основний** (в межах однієї взаємодії можна вказати лише один основний діагноз пацієнта), **супутній** (стан або захворювання, що немає причинно наслідкового зв'язку з основним діагнозом), **ускладнення** (стан або захворювання, що пов'язане з основним діагнозом або діями в процесі медичних втручань).

  Всі діагнози додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , .



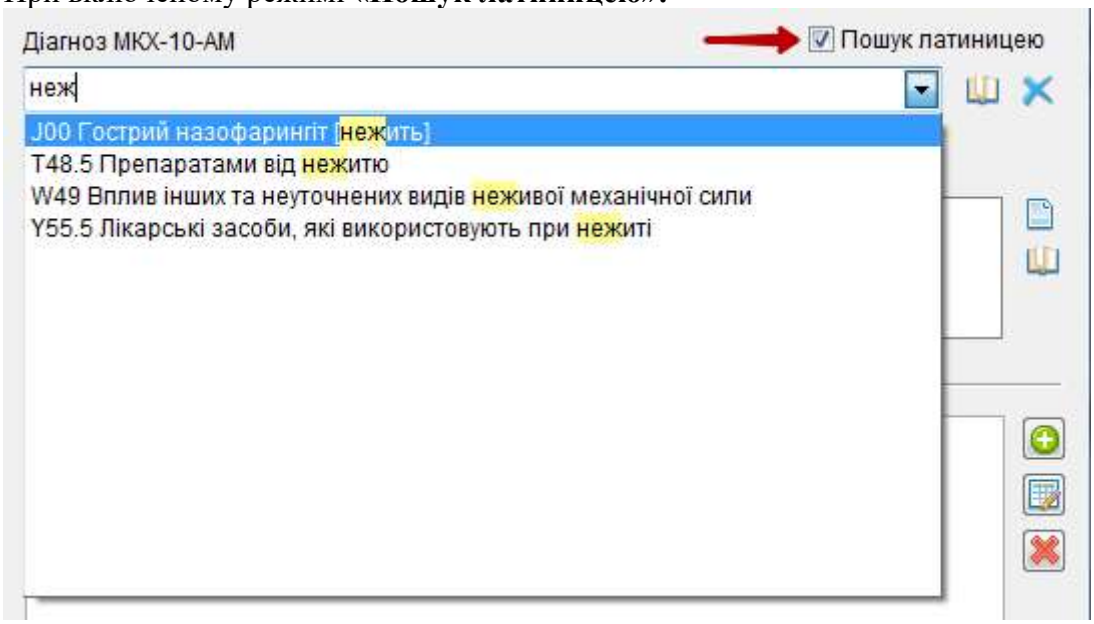
У вікні «Діагнози» необхідно вказати всі важливі дані. **«Роль»** діагнозу (основний, супутній, ускладнення) вноситься для кожного діагнозу (стану); **«Дата встановлення діагнозу»**; **«Клінічний статус»** (активний, завершений, рецидив, ремісія); **«Вид діагнозу»** (заключний, диференціальний, введений помилково, попередній, спростований), **«Тяжкість стану»** (легкий, середньої тяжкості, важкий); **«Частини тіла»,** з якою пов'язаний діагноз



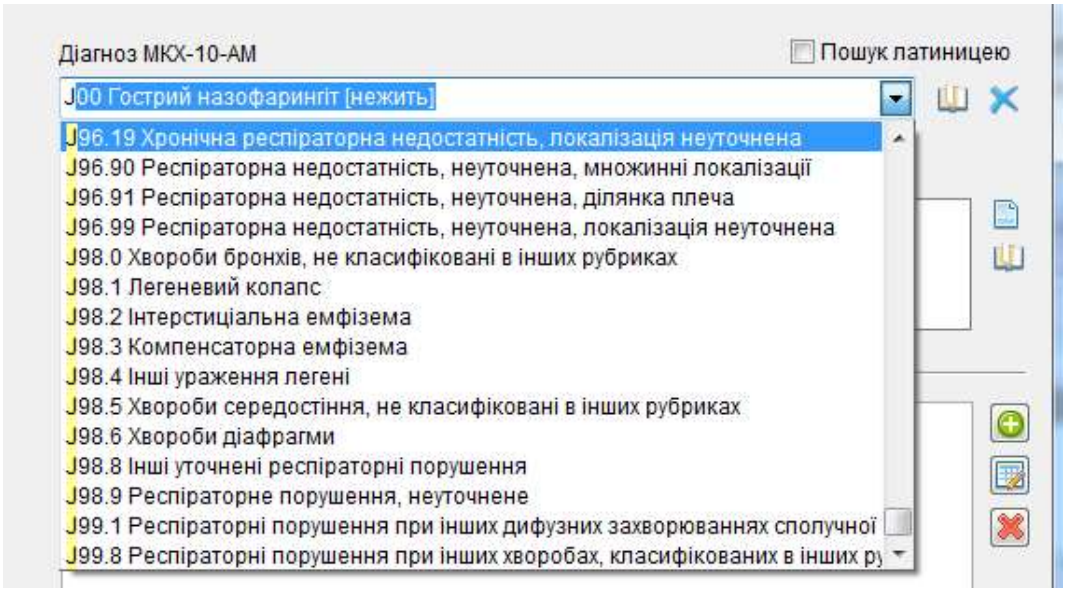
«Ким визначено стан» - «Посилання на джерело» - якщо діагноз встановлено з історичного джерела інформації, то необхідно конкретизувати це джерело (запис в паперовій документації, зі слів пацієнта, зі слів пов'язаної особи).

Вносяться код діагнозу з Національного класифікатора НК 025:2019 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я».

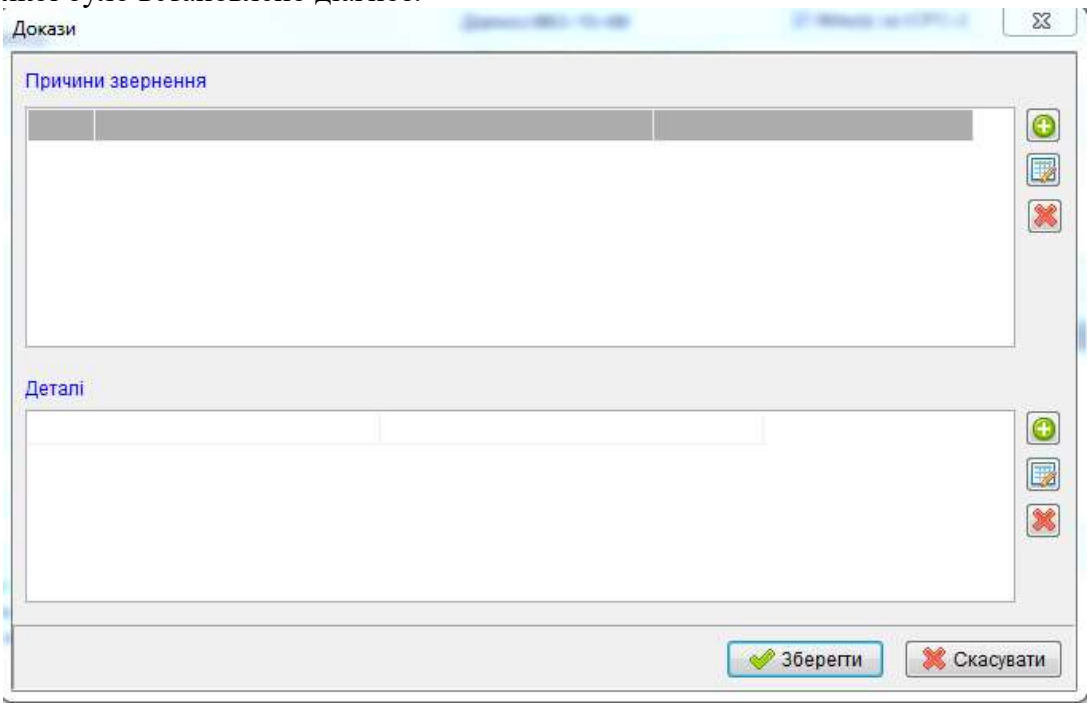
При включеному режимі **«Пошук латиницею»:**

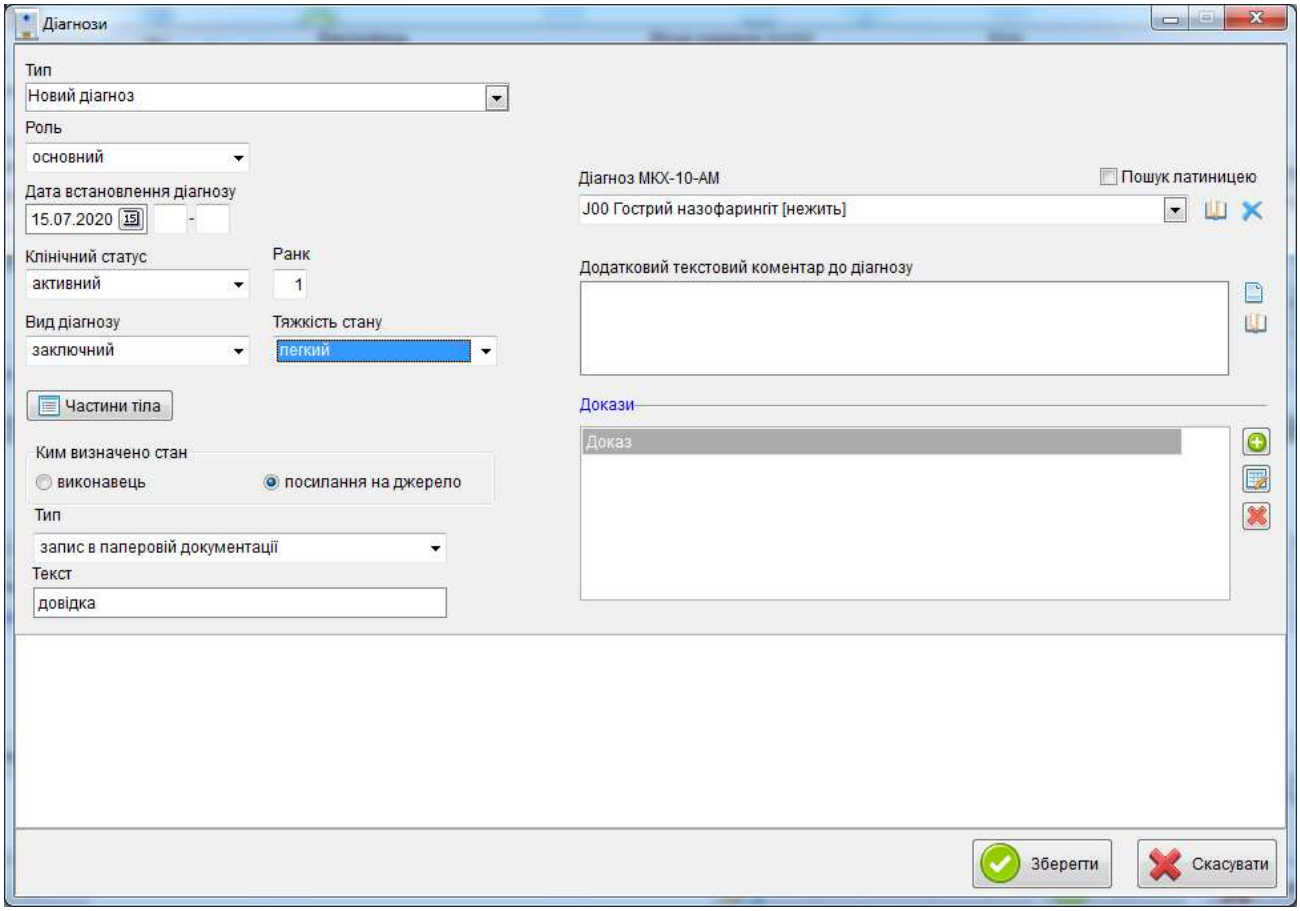


При виключеному режимі «Пошук латиницею»: яка б не була вибрана мова системи, можна вказати код діагнозу.



При потребі, можливо вказати **«Докази»**, наприклад, причину звернення пацієнта, на основі якої було встановлено діагноз.





«Спостереження та допоміжна інформація» - результатами спостереження (обстеження) можуть бути відображені такими способами: як текстове поле (у взаємодії, в довільній формі в текстових полях), як окремий документ. Розглянемо останній варіант.

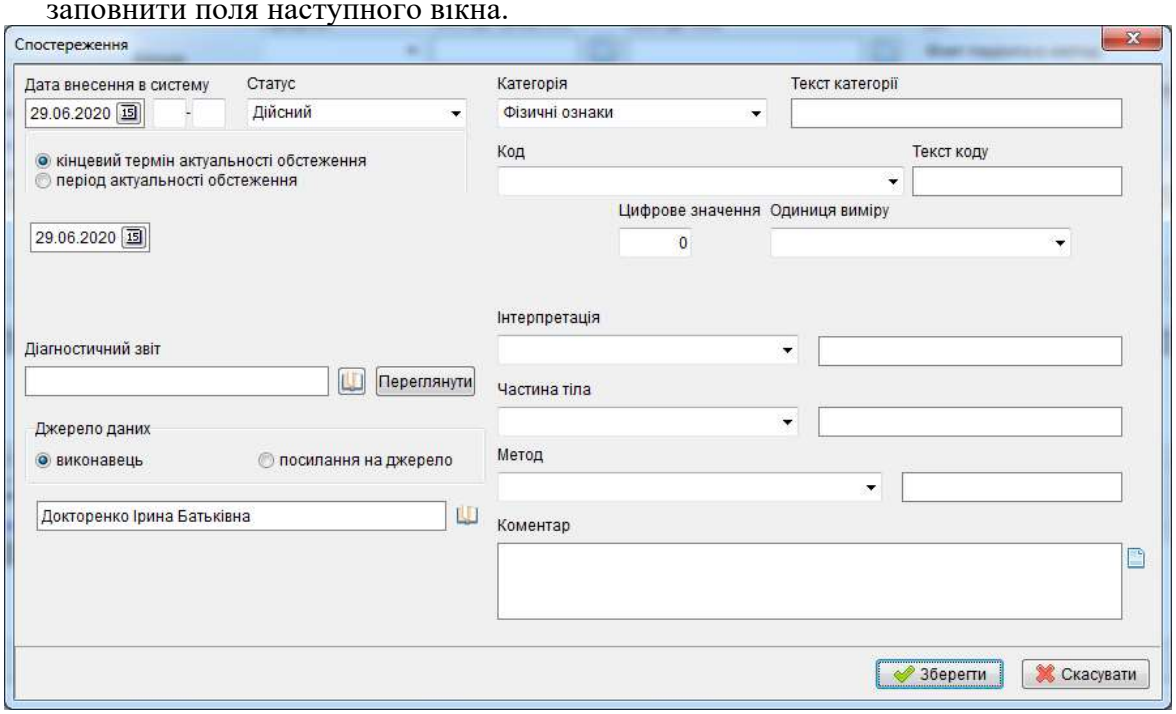
Зверніть увагу! Обов’язковими спостереженнями для виписки є

ПЕРЕЛІК ОБСТЕЖЕНЬ, ЩО ПІДЛЯГАЮТЬ СТВОРЕННЮ:

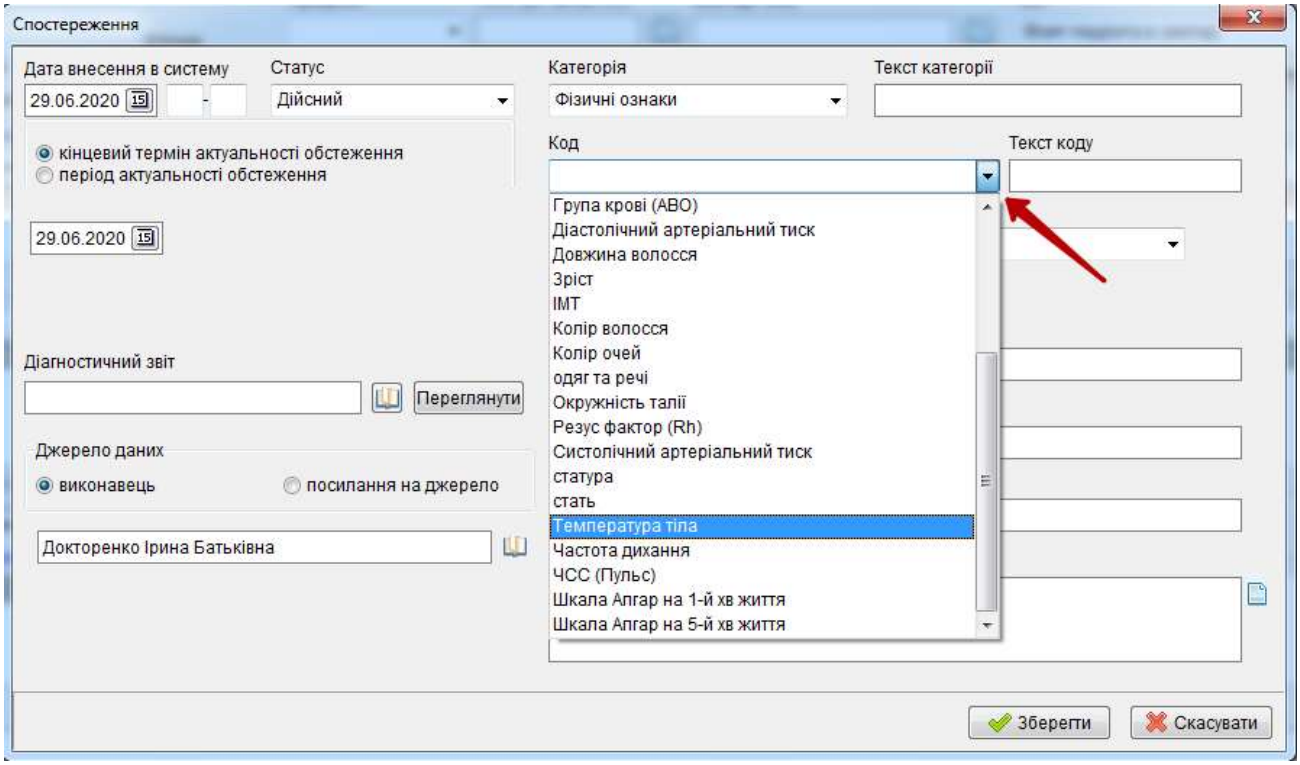
НАЗВА ОБСТЕЖЕННЯ	ГРУПА ПАЦІЄНТІВ, ДЛЯ ЯКОЇ ПОДАЄТЬСЯ ОБСТЕЖЕННЯ:
СТАТЬ	ДЛЯ ВСІХ ПАЦІЄНТІВ
ВАГА ДИТИНИ ДО РОКУ ПРИ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ В СТАЦІОНАР (ОДИНИЦЯ ВИМІРЮВАННЯ ВКАЗУЄТЬСЯ **В ГРАМАХ)**	ДЛЯ ВСІХ ПАЦІЄНТІВ ВІКОМ ДО 1 РОКУ
ШКАЛА АПГАР НА ПЕРШІЙ ХВИЛИНІ ЖИТТЯ	ДЛЯ ВСІХ НЕОНАТАЛЬНИХ ВИПАДКІВ
ШКАЛА АПГАР НА П'ЯТІЙ ХВИЛИНІ ЖИТТЯ	ДЛЯ ВСІХ НЕОНАТАЛЬНИХ ВИПАДКІВ

ВАЖЛИВО: Відсутність, при виписці зі стаціонару, створених обстежень за цим переліком може призвести до неможливості віднесення пролікованого випадку до діагностично-спорідненої групи (ДСГ) та як наслідок - неможливості отримання оплати за цей випадок

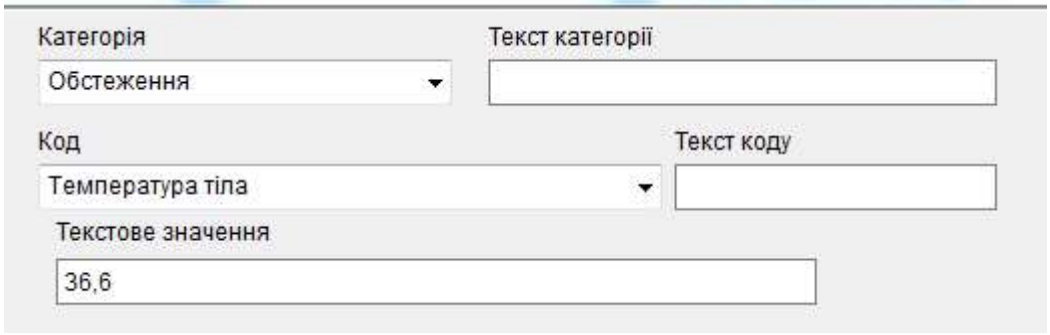
Всі спостереження додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , . При створенні спостереження, як окремого документу, лікар повинен заповнити поля наступного вікна.



Наприклад, потрібно вказати температуру тіла. Для цього в полі «Код» обираємо відповідний

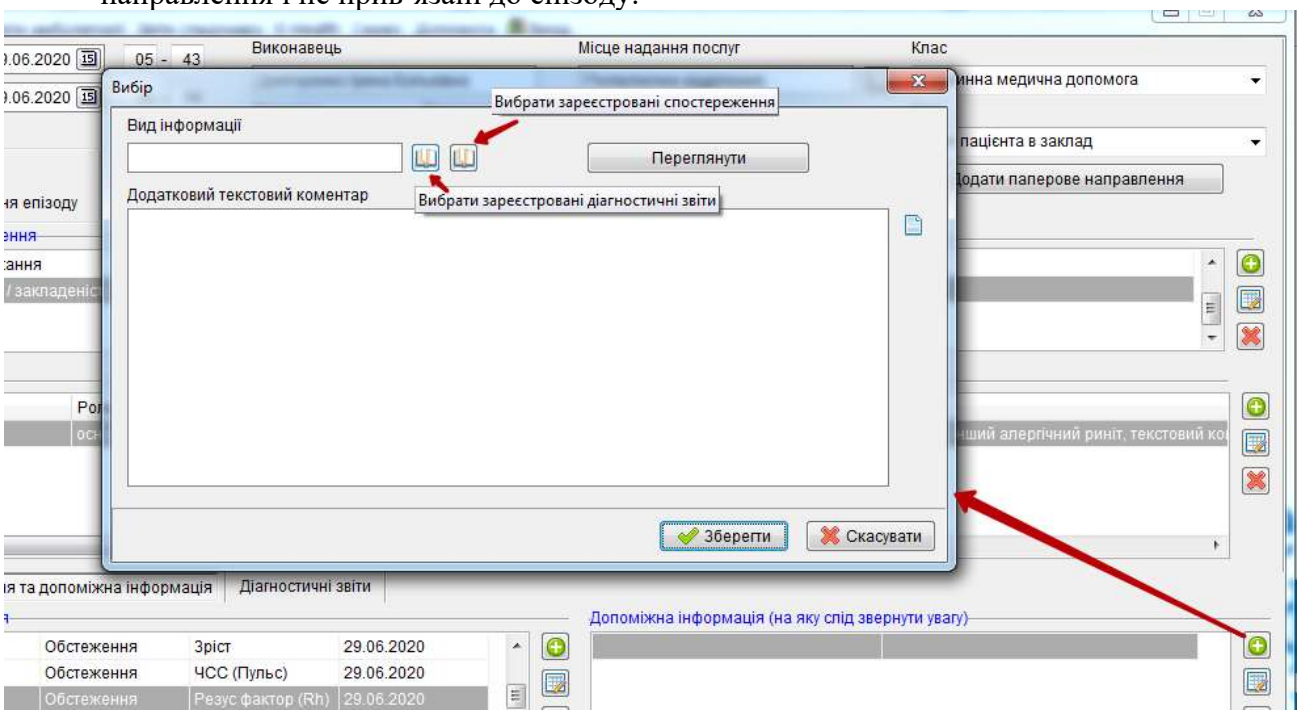


Нижче в полі **«Текстове значення»** вказуємо показник.

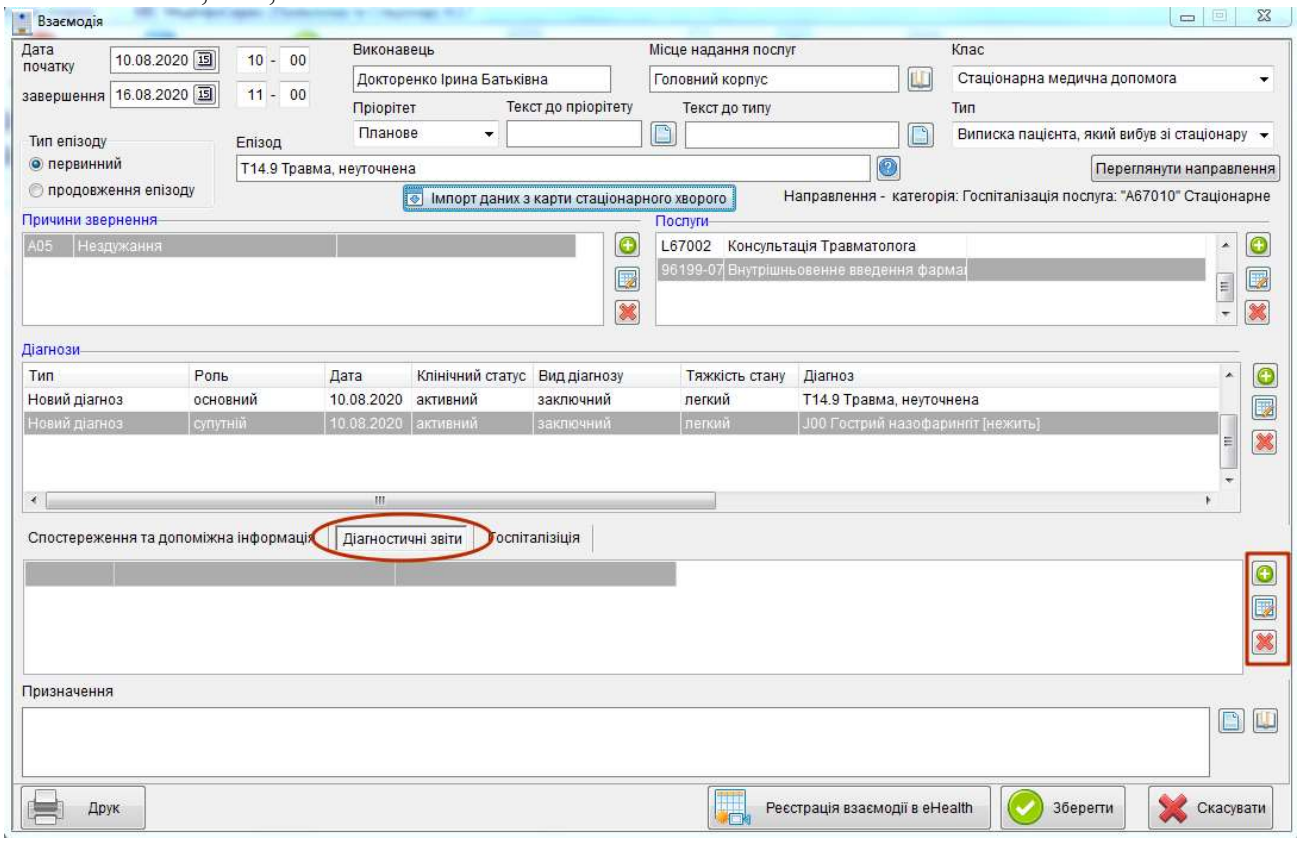


При необхідності, заповнюємо решту полів. За аналогом, додаємо всі спостереження.

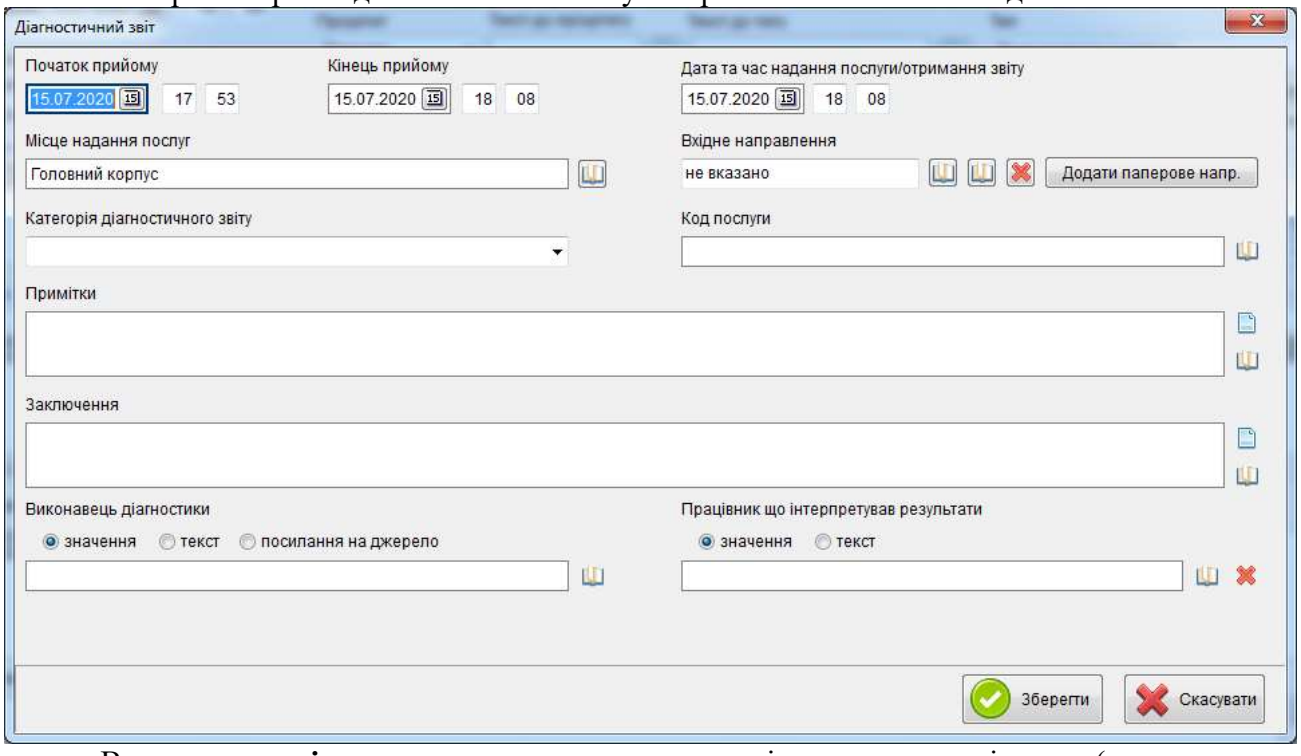
«Допоміжна інформація (на яку слід звернути увагу)» - можна обрати зареєстровані діагностичні звіти або спостереження, які будуть важливі в подальшому лікуванні пацієнта. Таким чином приєднати діагностичні звіти, які були виконані без направлення і не прив'язані до епізоду.



- **«Діагностичні звіти» -** лікар створює діагностичний звіт в рамках взаємодії, якщо така діагностика проводиться в рамках роботи над існуючим епізодом. Всі діагностичні звіти додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , .



При створенні діагностичного звіту лікар повинен внести такі дані:

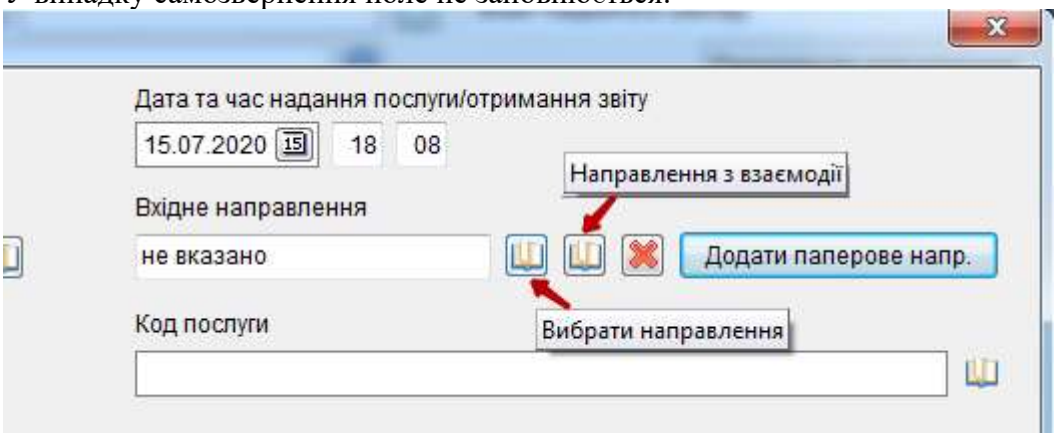


Вказується **період**, впродовж якого результати діагностики є валідними (дата початку та дата закінчення).

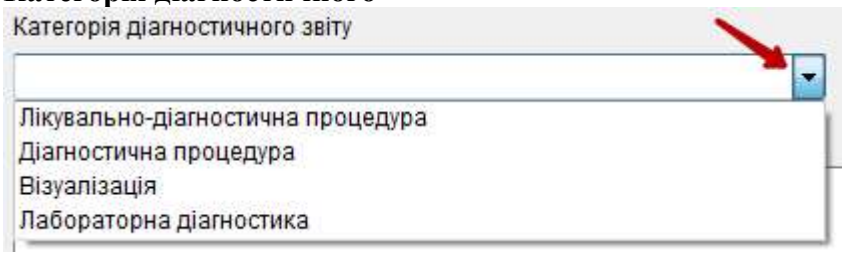
Зазначається **місце надання послуг**, у якому створюється даний діагностичний звіт.

Вказується **направлення**, з яким пацієнт звернувся. «Вибрати направлення» - можна обрати з вже існуючих створених для пацієнта. «Направлення з взаємодії» - якщо підставою для створення діагностичного звіту в рамках взаємодії є електронне направлення.

У випадку самозвернення поле не заповнюється.



Категорія діагностичного

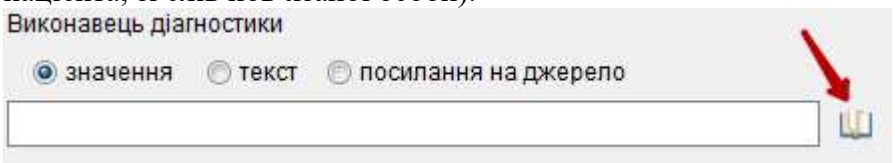


Код послуги - вказується відповідний код процедури, яку було проведено за класифікатором НК 026:2019, або код лабораторного дослідження.

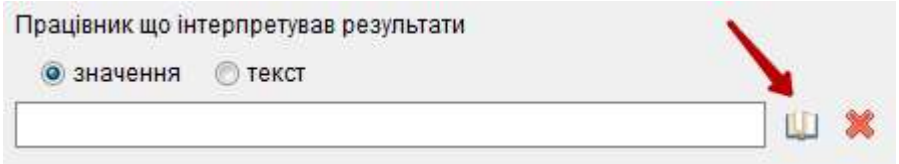
Примітки – вказуються отримані показники за результатами проведення діагностики/ лабораторних досліджень.

Заключення - формується тільки ПІСЛЯ проведення діагностики. Заключення лікаря (вся інформація, яка буде важливою для інших лікарів) зазначається в довільній формі.

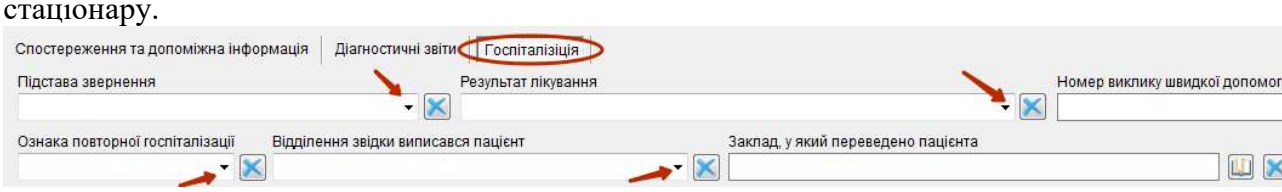
Виконавець діагностики - зазначається ПІБ співробітника закладу, який провів діагностику. Обирається зі списку співробітників, зареєстрованих в ЕСОЗ за допомогою кнопки . «Посилання на джерело» **-** якщо діагностику проведено деінде, то необхідно конкретизувати це джерело (запис в паперовій документації, зі слів пацієнта, зі слів пов'язаної особи).



Працівник, що інтерпретував результати - зазначається ПІБ співробітника, який провів інтерпретацію отриманих за результатами діагностики показників та написав заключення. Обирається зі списку співробітників, зареєстрованих в ЕСОЗ за допомогою кнопки .



- **«Госпіталізація»** - обов'язкова для заповнення вкладка при створенні виписки зі стаціонару.

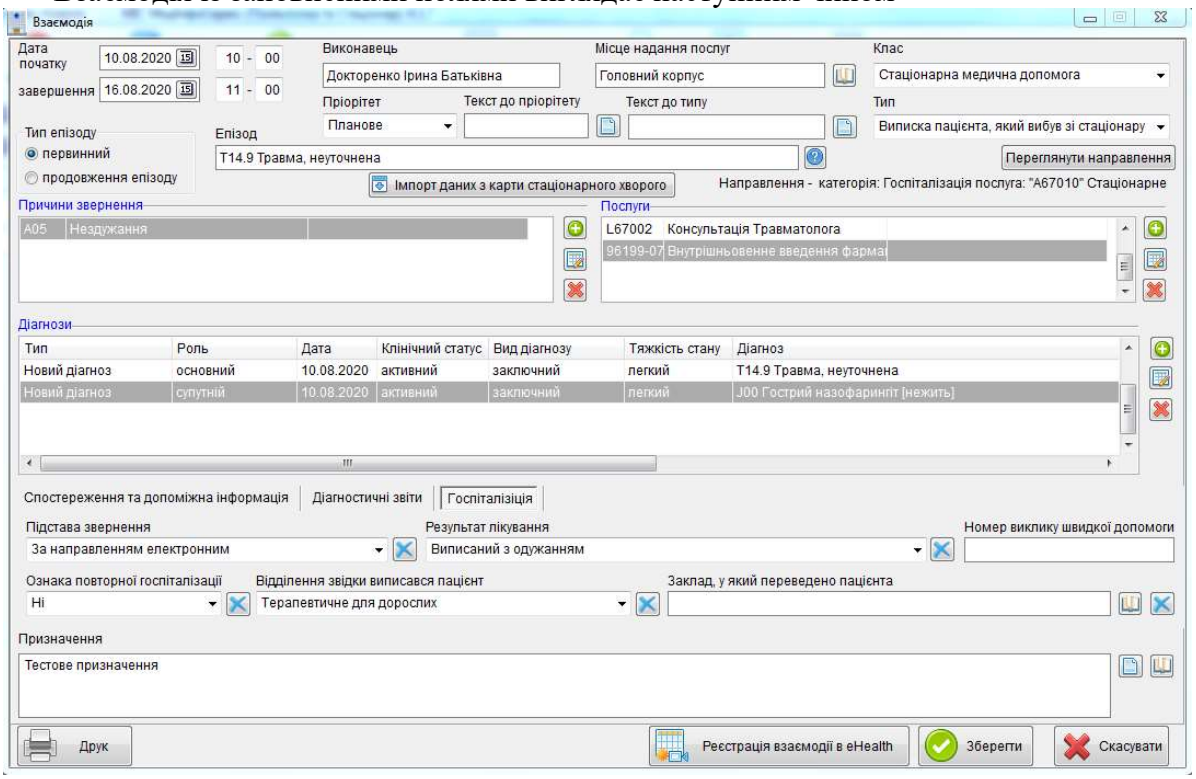


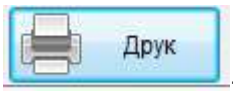
Поля заповняються вибором із випадаючого списку. Виключенням є:

- поле **«Заклад, у який переведено пацієнта»**, він вказується через кнопку і тільки в тому випадку, якщо «Результат лікування» - Переведено в інший ЗОЗ;
- **«Номер виклику швидкої допомоги» -** заповнюється самостійно і тільки в тому випадку, якщо «Підстава звернення» - Бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги.

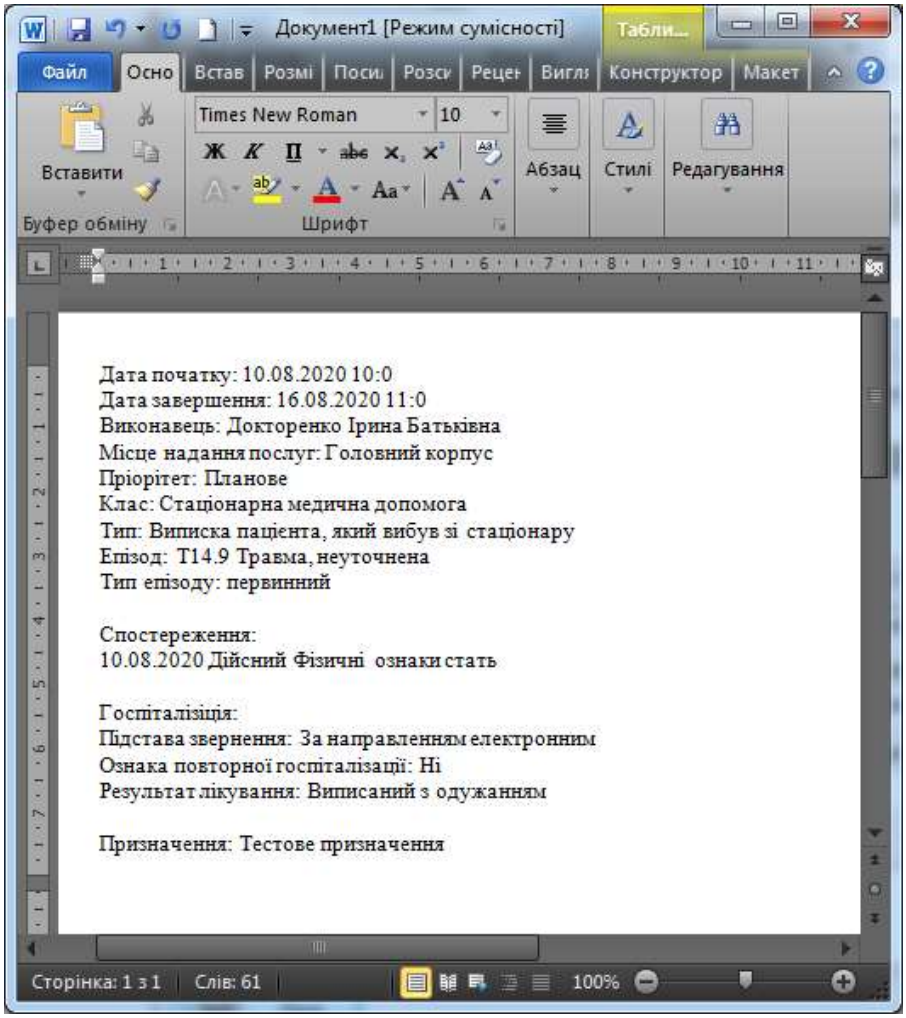
- **«Призначення» -** текстове поле. За результатами взаємодії зазначаються рекомендації лікаря – вся інформація, яка буде важливою для інших лікарів.

Взаємодія із заповненими полями виглядає наступним чином



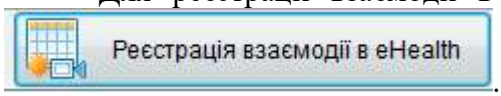


- сформує в документ Word або LibreOffice Writer дані, внесені у взаємодію.



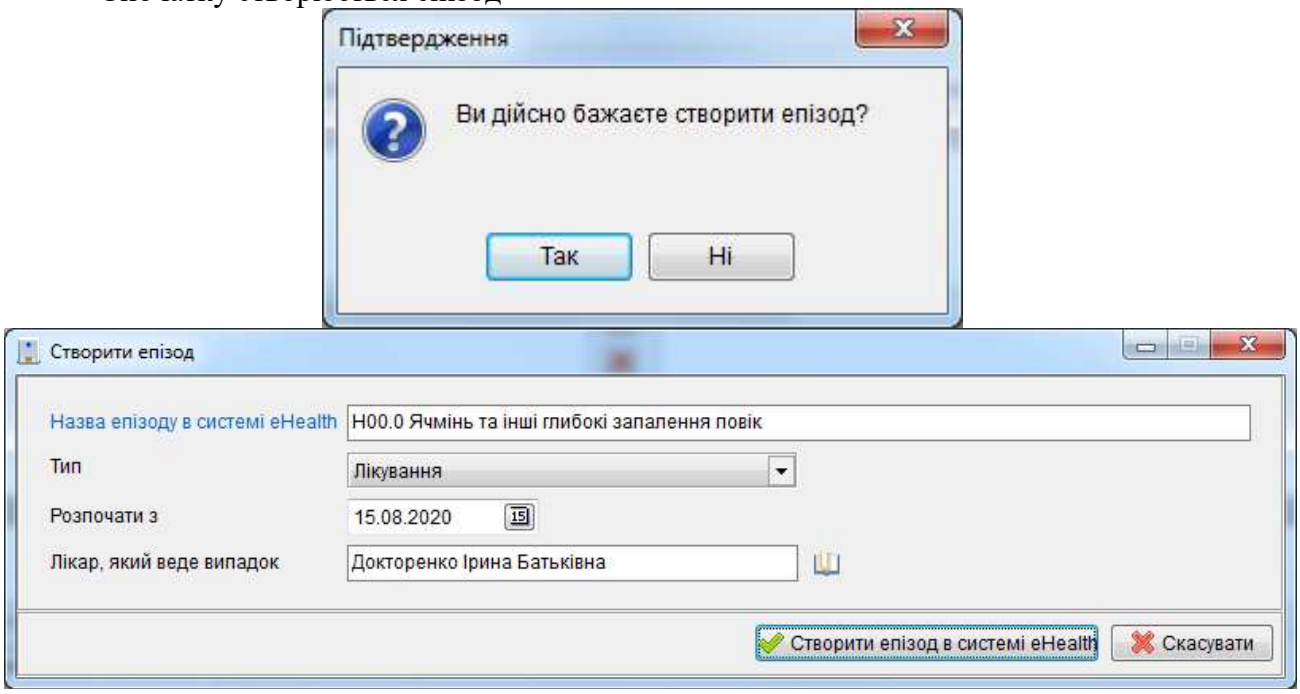
У випадку, коли не встигли заповнити всі дані у взаємодії і необхідно буде доповнити її в інший день, її можна за допомогою кнопки **«Зберегти»**. Це робиться до реєстрації взаємодії в eHealth, адже зареєстровану взаємодію змінити неможна. Знайти збережену (незареєстровану) взаємодію можна в **«Чернетки взаємодій»**.

Для реєстрації взаємодії в центральному компоненті ЕСОЗ натискаємо кнопку

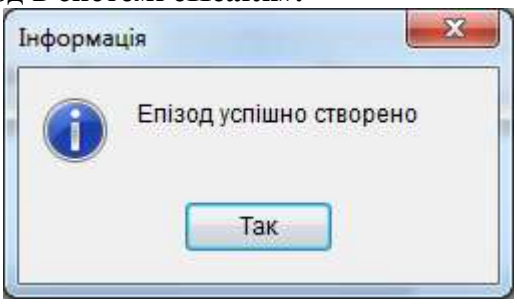


.

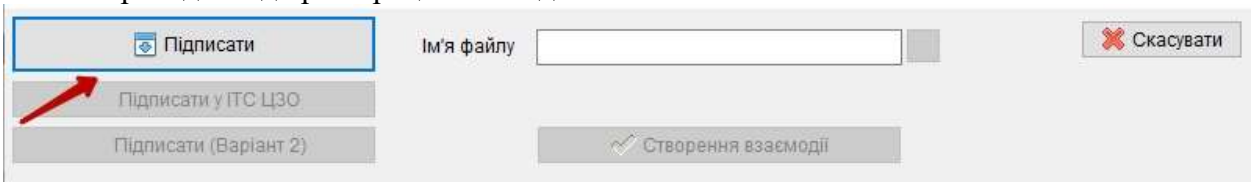
Спочатку створюється епізод



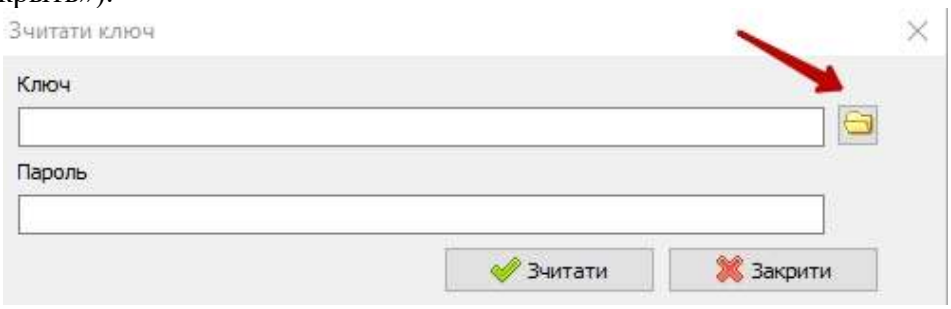
В даному вікні є змога змінити назву епізоду, вказати тип, дату початку, лікаря і натиснути **«Створити епізод в системі eHealth».**

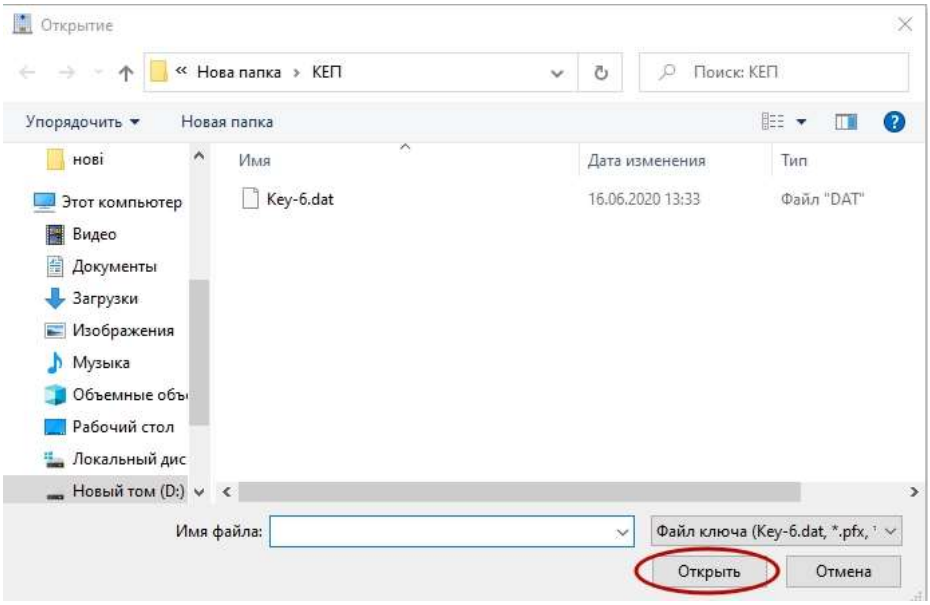


Переходимо до реєстрації взаємодії в eHealth.



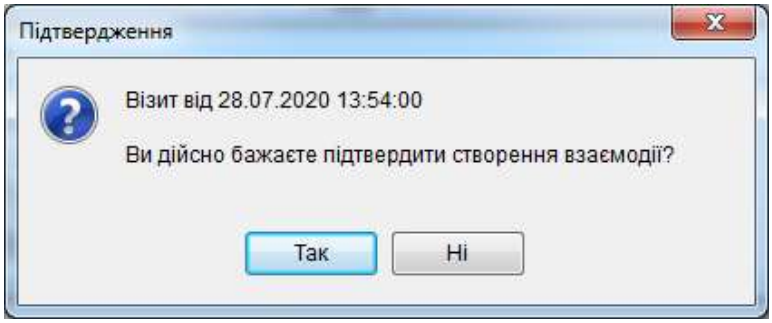
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).

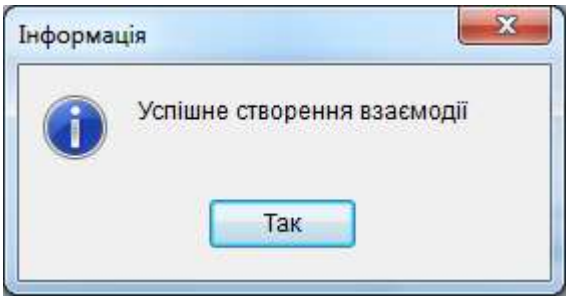




Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

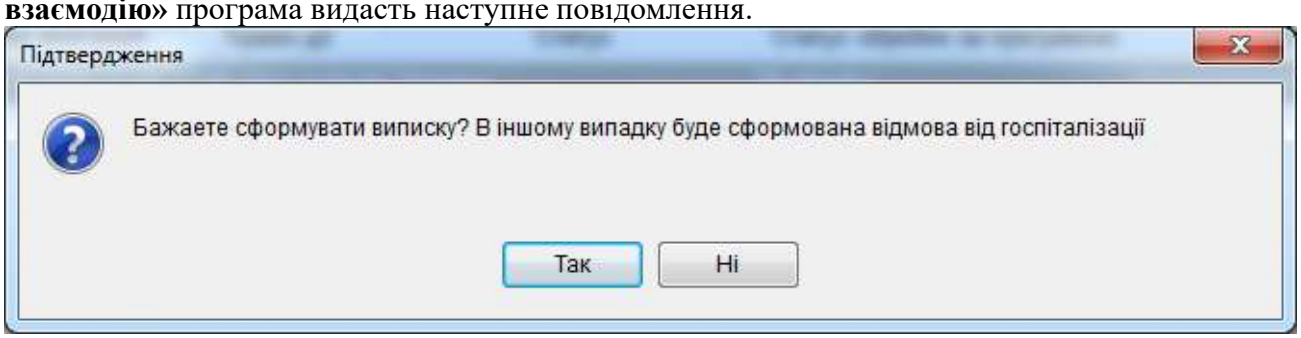
Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».



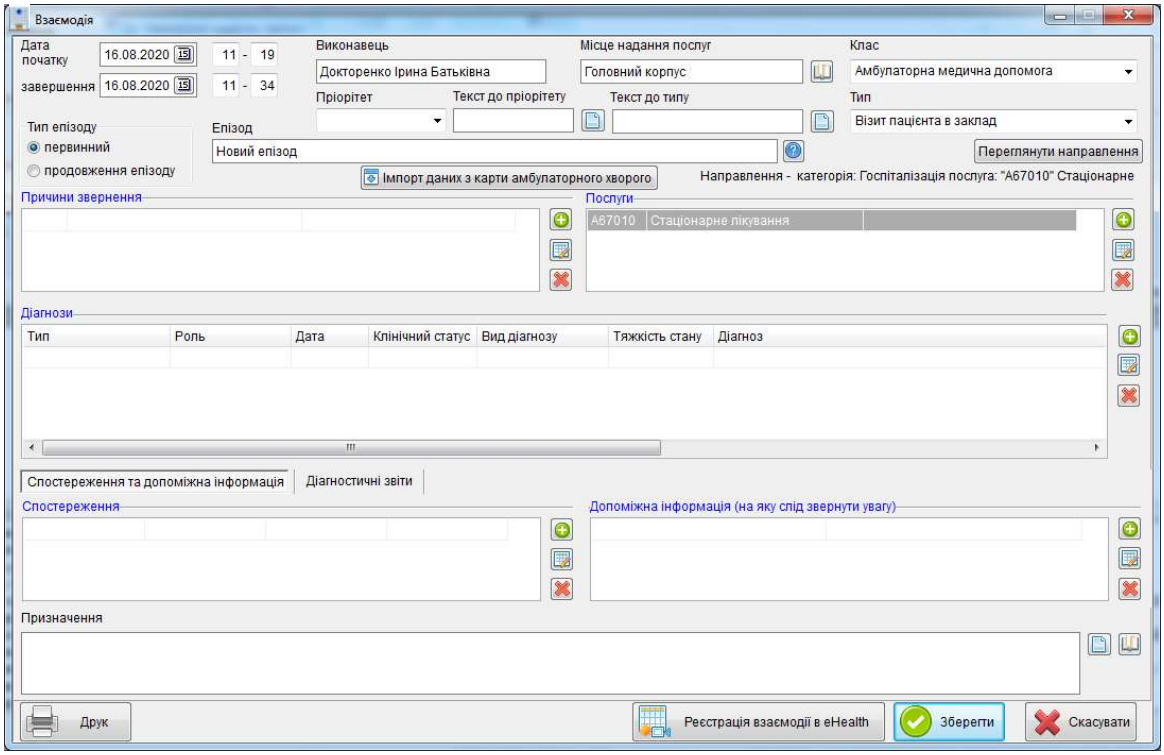


9.8.3 Створити відмову від госпіталізації.

Якщо необхідно створити відмову від госпіталізації **В МЕЖАХ ЕЛЕКТРОННОГО НАПРАВЛЕННЯ**, то в режимі **«Управління направлення»** під час вибору **«Створити взаємодію»** програма видасть наступне повідомлення.



У разі негативної відповіді (створення відмови від госпіталізації) відкривається вікно **«Взаємодія»** з класом **«Амбулаторна допомога»** і типом **«Візит пацієнта в заклад».**

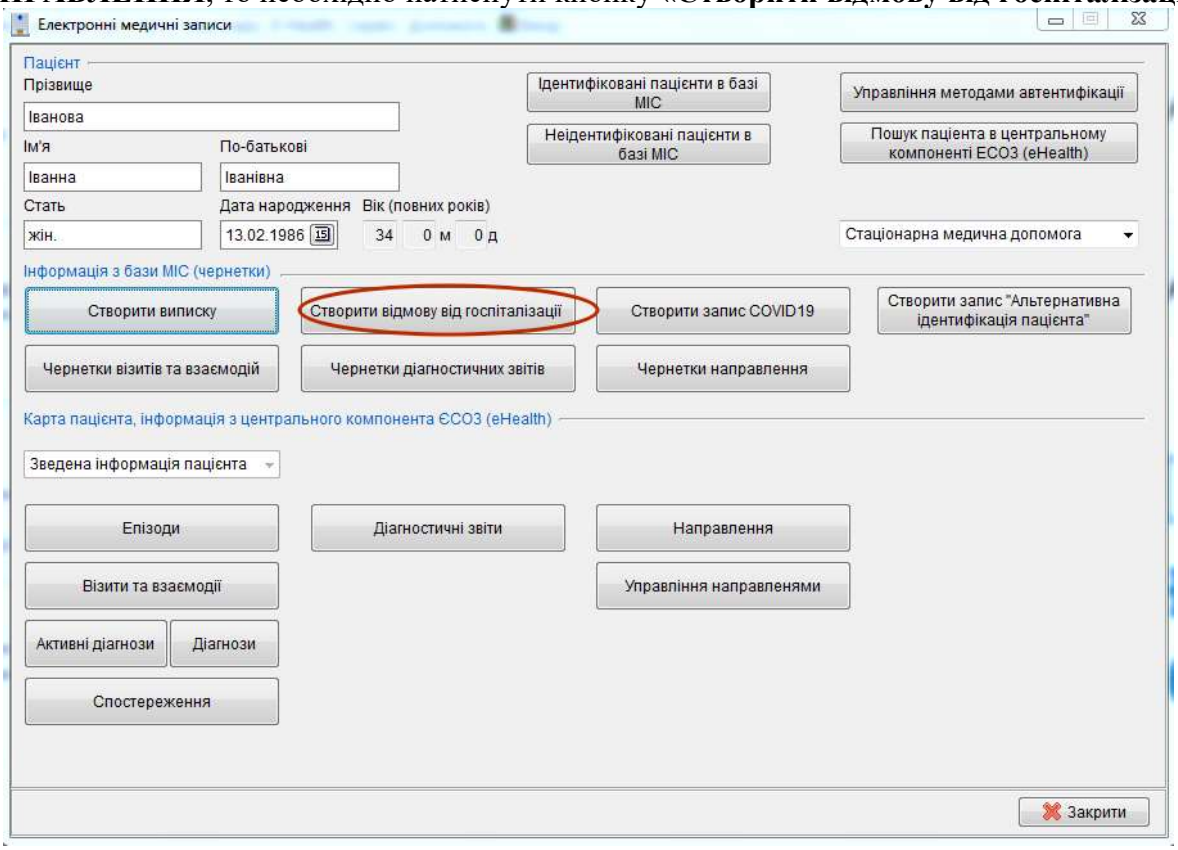


Алгоритм створення такої взаємодії описано в [пункті 9.7.2](#) даної інструкції.

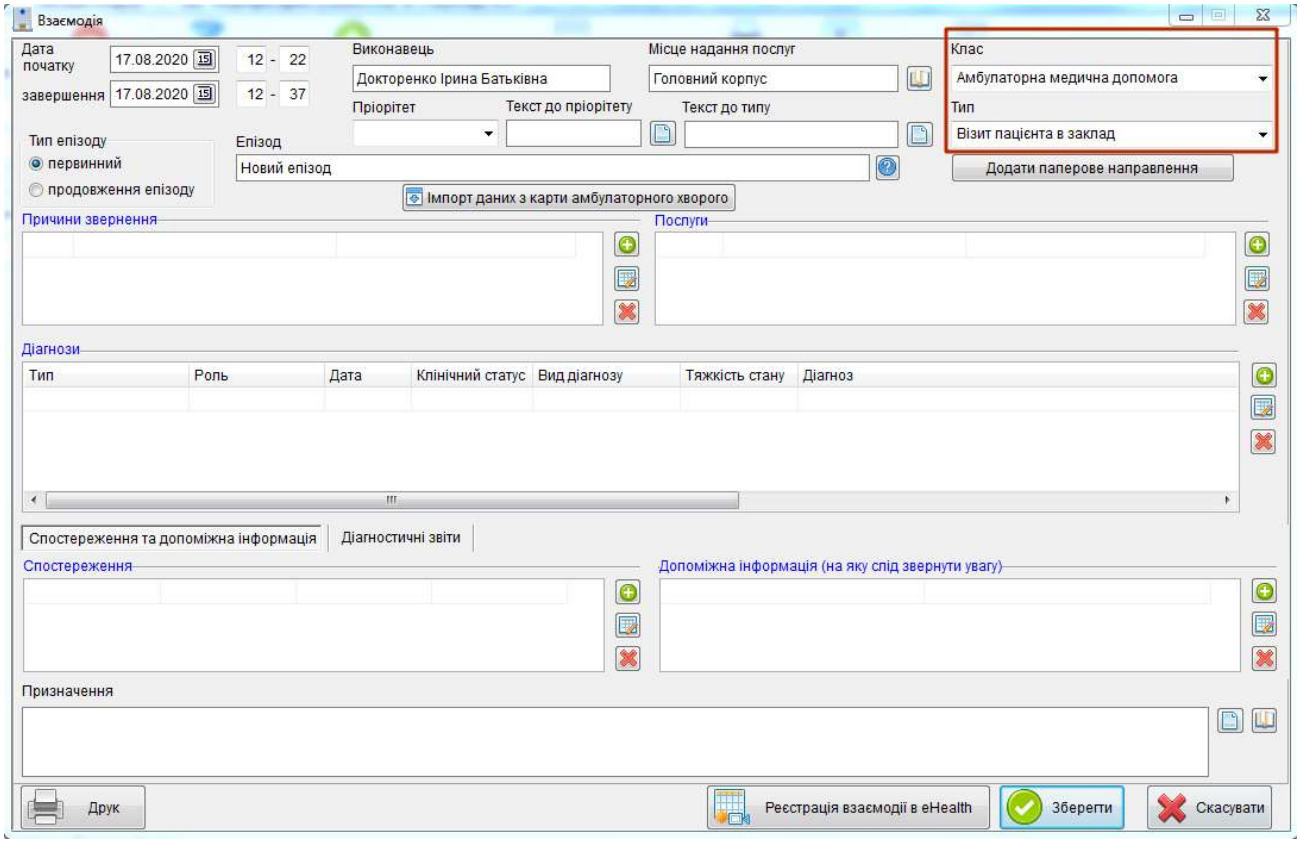
У разі **позитивної відповіді** переходимо до створення взаємодії з **типом «Виписка пацієнта, який вибув зі стаціонару».**

Алгоритм створення такої взаємодії описано в [пункті 9.8.2](#) даної інструкції.

Якщо необхідно створити відмову від госпіталізації **БЕЗ ЕЛЕКТРОННОГО НАПРАВЛЕННЯ**, то необхідно натиснути кнопку **«Створити відмову від госпіталізації».**

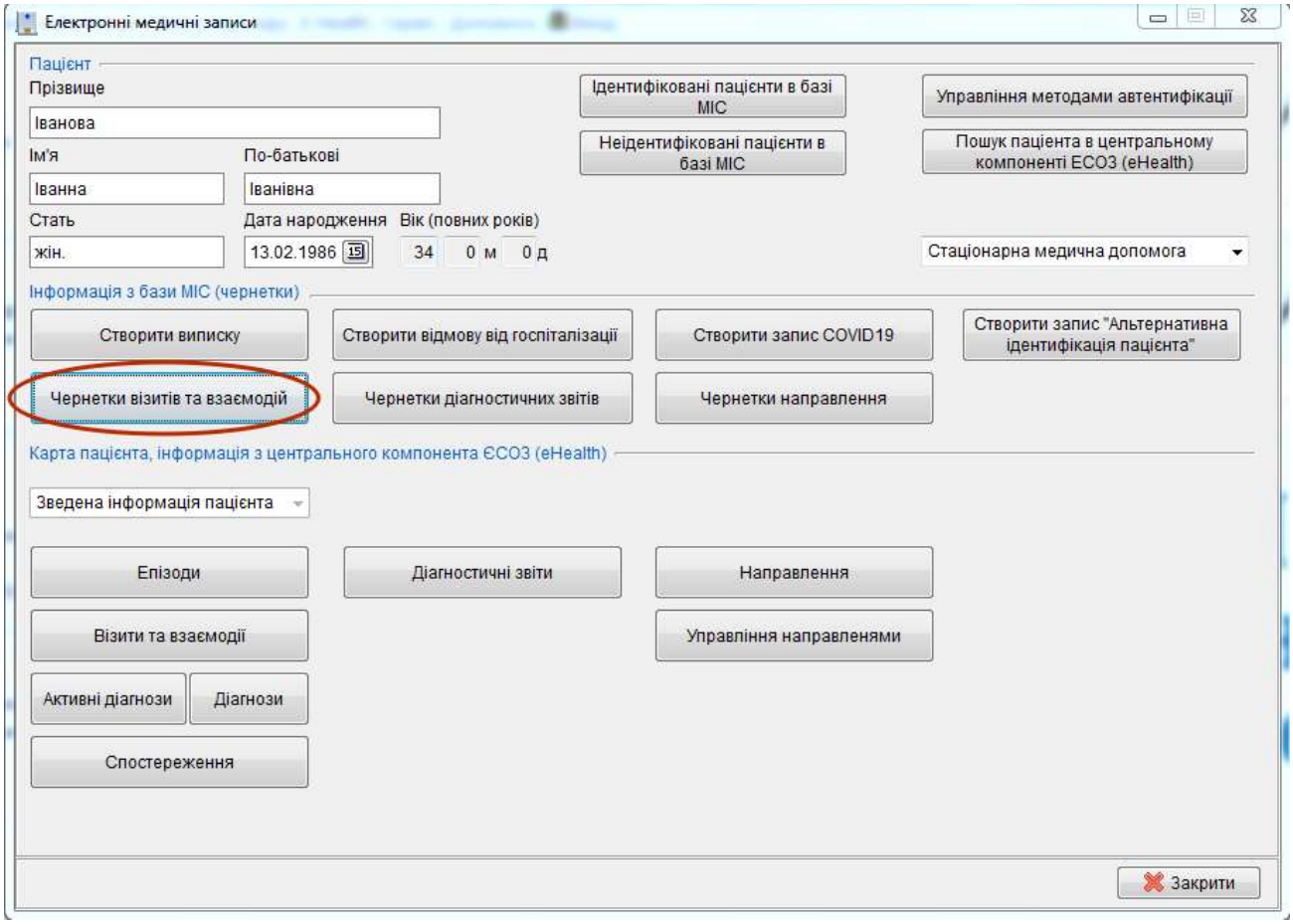


Відкривається вікно **«Взаємодія»** з класом **«Амбулаторна допомога»** і типом **«Візит пацієнта в заклад».**

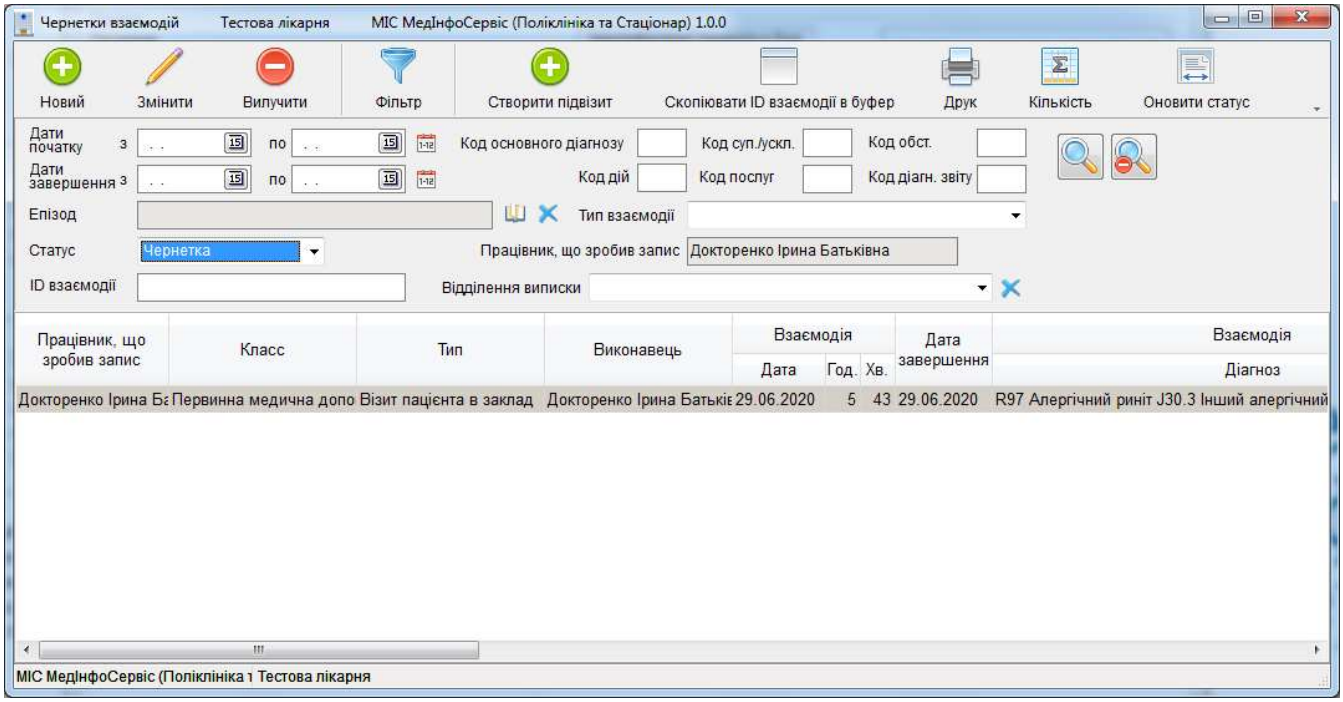


Алгоритм створення такої взаємодії описано в [пункті 9.7.2](#) даної інструкції.

9.8.4 Чернетки візитів та взаємодій

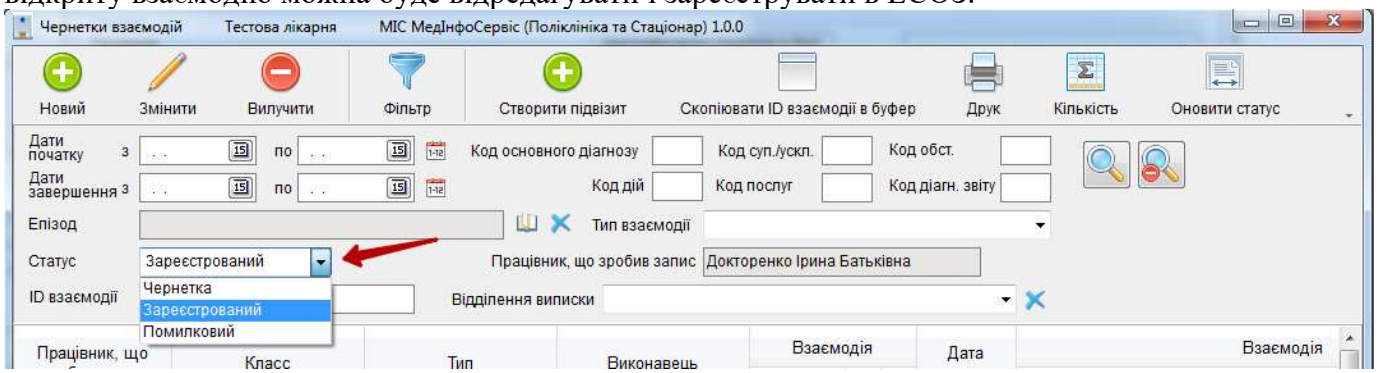


Містить список всіх взаємодій, які були створені для даного пацієнта в МІС «МедІнфорСервіс».



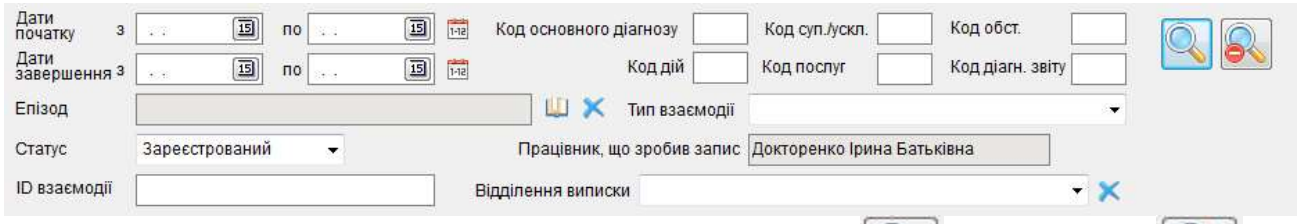
Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити нову взаємодію. Процес, аналогічний описаному в [пункті 9.8.2](#).

«Змінити» - відкривається взаємодія для внесення змін. Якщо статус взаємодії **«Зареєстрований»**, тобто підписаний і відправлений в eHealth, то взаємодія буде відкрита, але редагувати її заборонено. Якщо статус – **«Чернетка»** (не зареєстрована в eHealth) – відкриту взаємодію можна буде відредагувати і зареєструвати в ЕСОЗ.



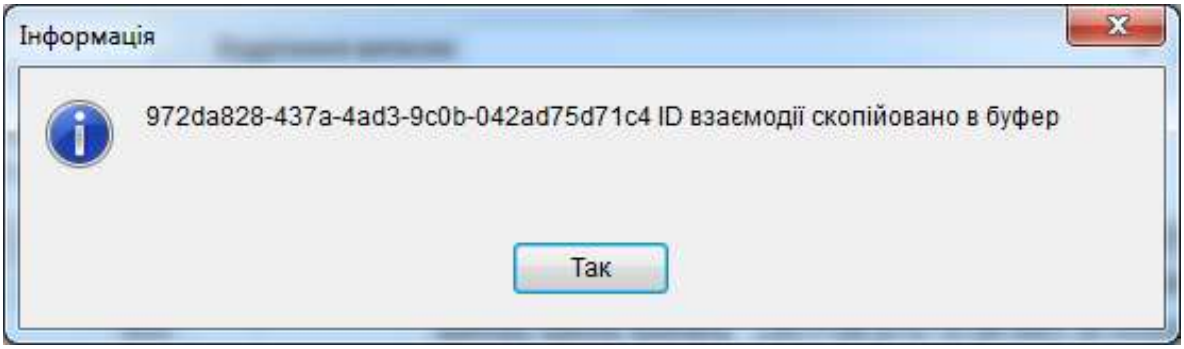
«Вилучити» - видаляє тільки взаємодію, яка має статус «Чернетка».

«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по записам.

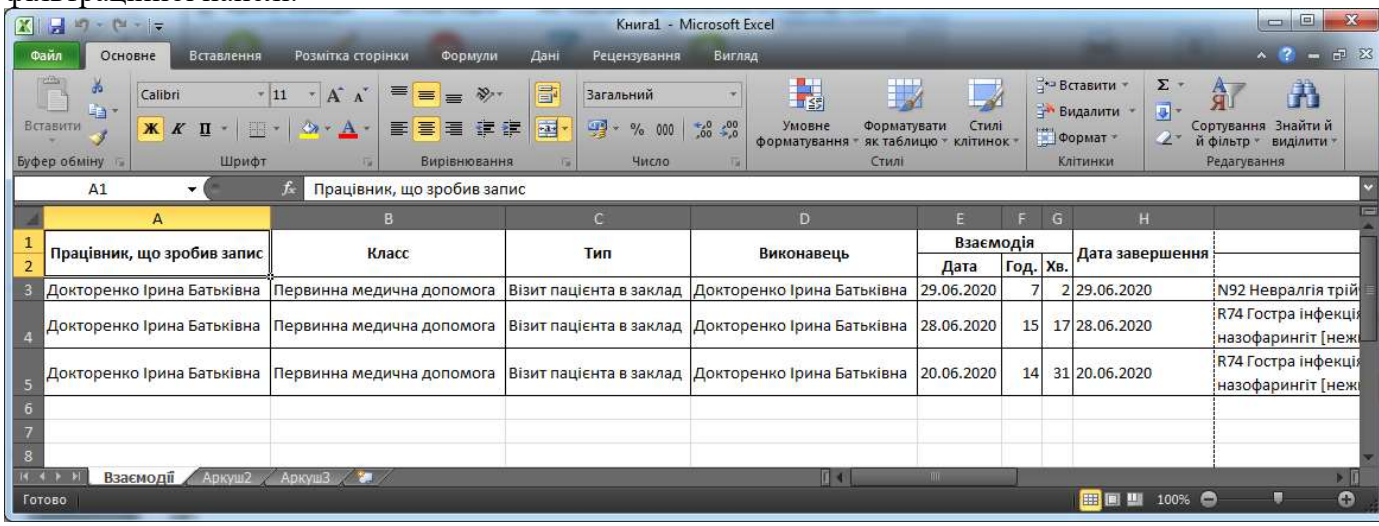


Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

«Скопіювати ID взаємодії в буфер» - застосовується при потребі. Обирається необхідна взаємодія і натискається кнопка.



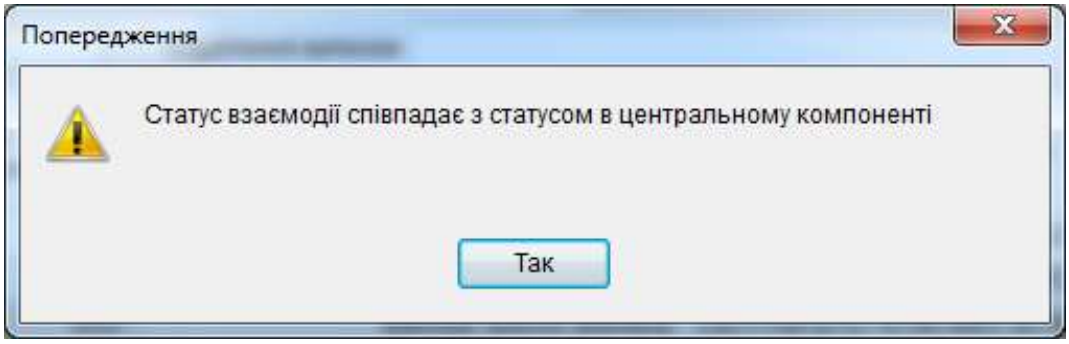
«Друк» - формує список взаємодій в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми і в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.



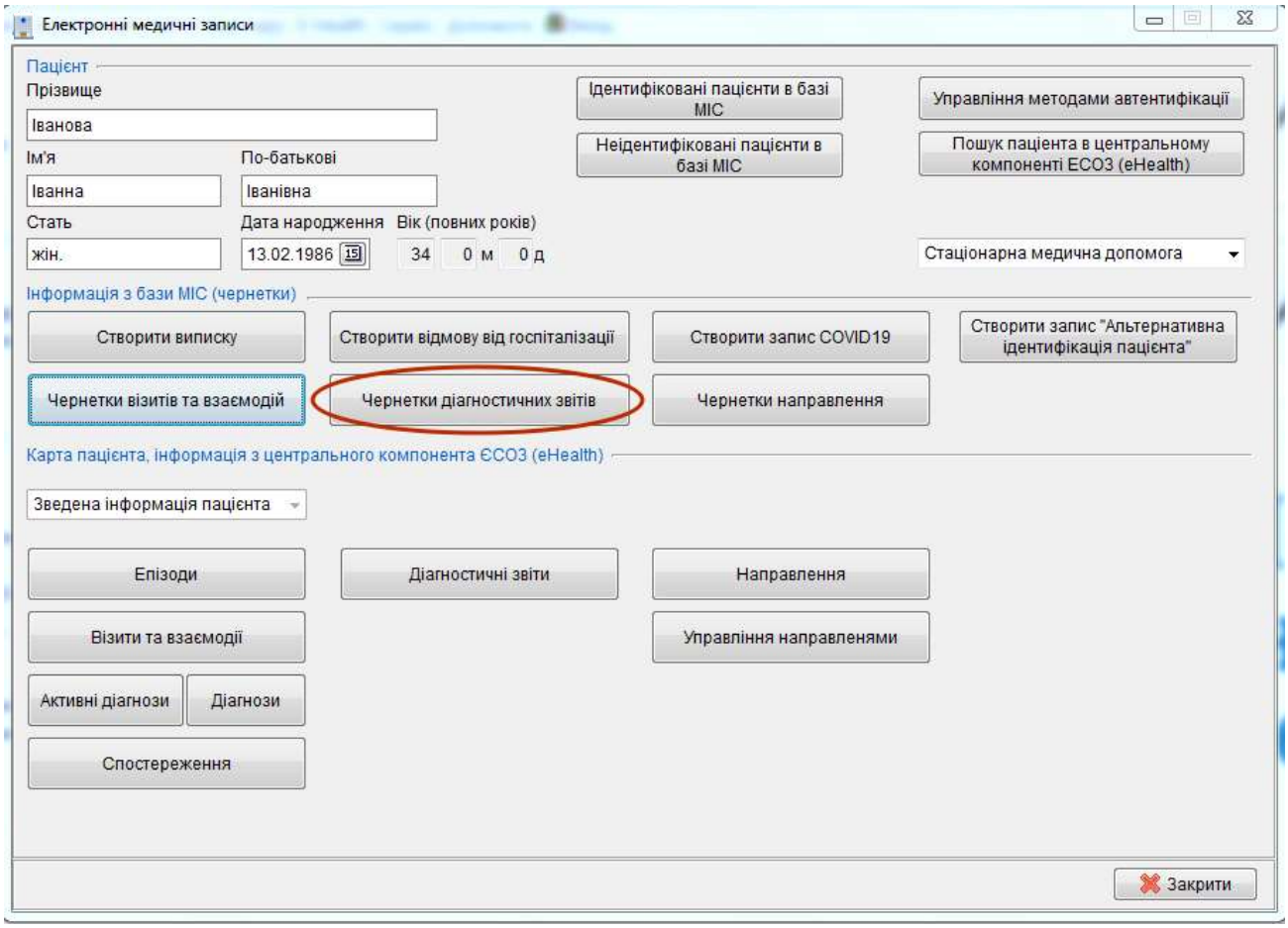
Працівник, що зробив запис	Класс	Тип	Виконавець	Взаємодія			Дата завершення	
				Дата	Год.	Хв.		
Докторенко Ірина Батьківна	Первинна медична допомога	Візит пацієнта в заклад	Докторенко Ірина Батьківна	29.06.2020	7	2	29.06.2020	N92 Невралгія трій
Докторенко Ірина Батьківна	Первинна медична допомога	Візит пацієнта в заклад	Докторенко Ірина Батьківна	28.06.2020	15	17	28.06.2020	R74 Гостра інфекція назофарингіт [неж
Докторенко Ірина Батьківна	Первинна медична допомога	Візит пацієнта в заклад	Докторенко Ірина Батьківна	20.06.2020	14	31	20.06.2020	R74 Гостра інфекція назофарингіт [неж

«Кількість» - розраховує кількість взаємодій в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.

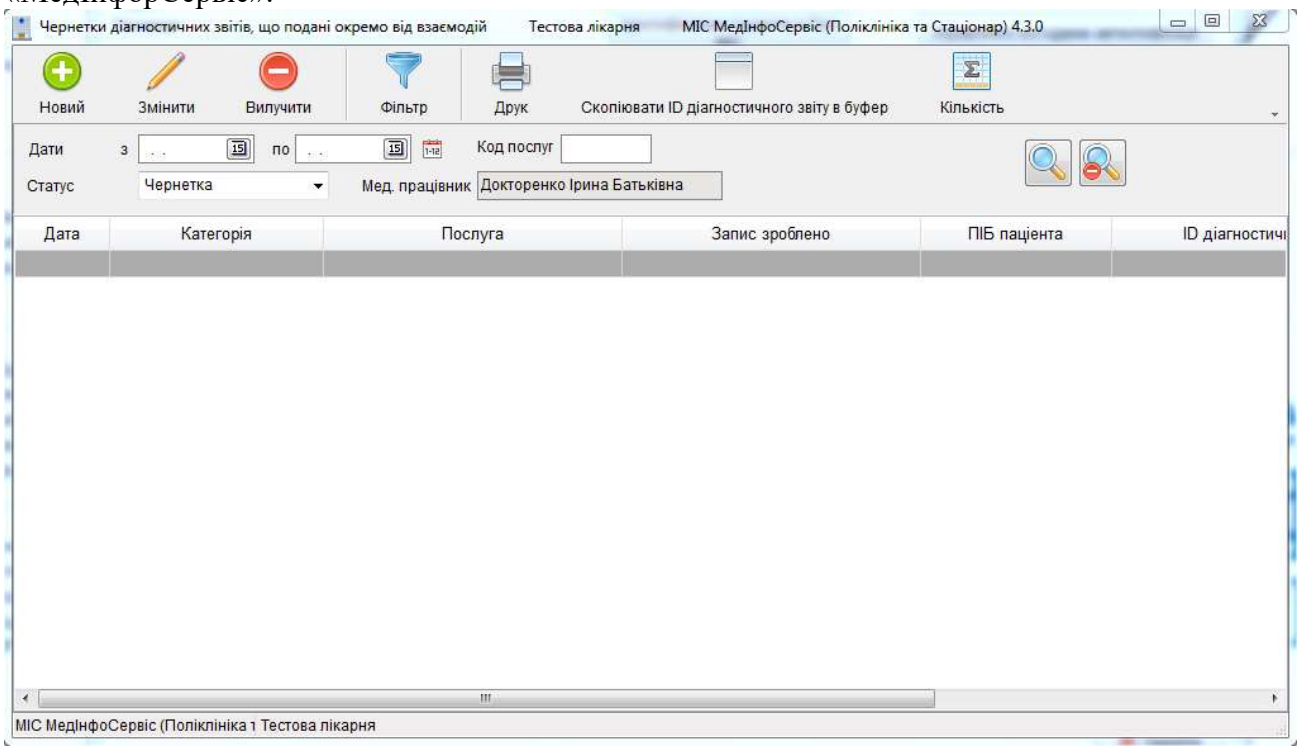
«Оновити статус» - використовується у випадку, коли статус взаємодії не співпадає зі статусом в ЕСОЗ. Якщо співпадає, то програма повідомляє про це.



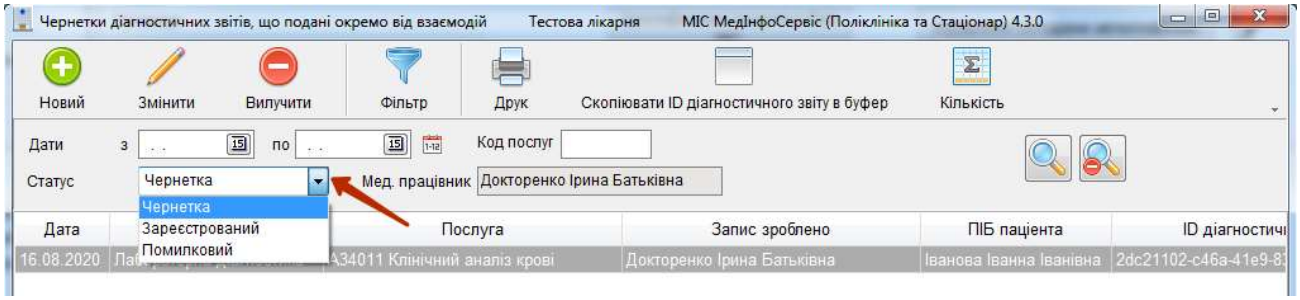
9.8.5 Чернетки діагностичних звітів (СТВОРЕННЯ ДІАГНОСТИЧНОГО ЗВІТУ без електронного направлення).



Містить список всіх діагностичних звітів, які були створені для даного пацієнта в МІС «МедІнфорСервіс».

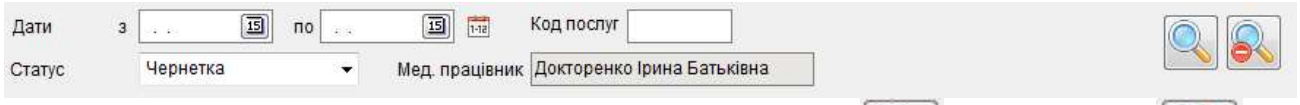


«Змінити» - відкривається діагностичний звіт для внесення змін. Якщо статус його **«Зареєстрований»**, тобто підписаний і відправлений в eHealth, то даний діагностичний звіт буде відкрито, але редагувати його заборонено. Якщо статус – **«Чернетка»** (не зареєстрована в eHealth) – відкритий діагностичний звіт можна буде відредагувати і зареєструвати в ЕСОЗ.



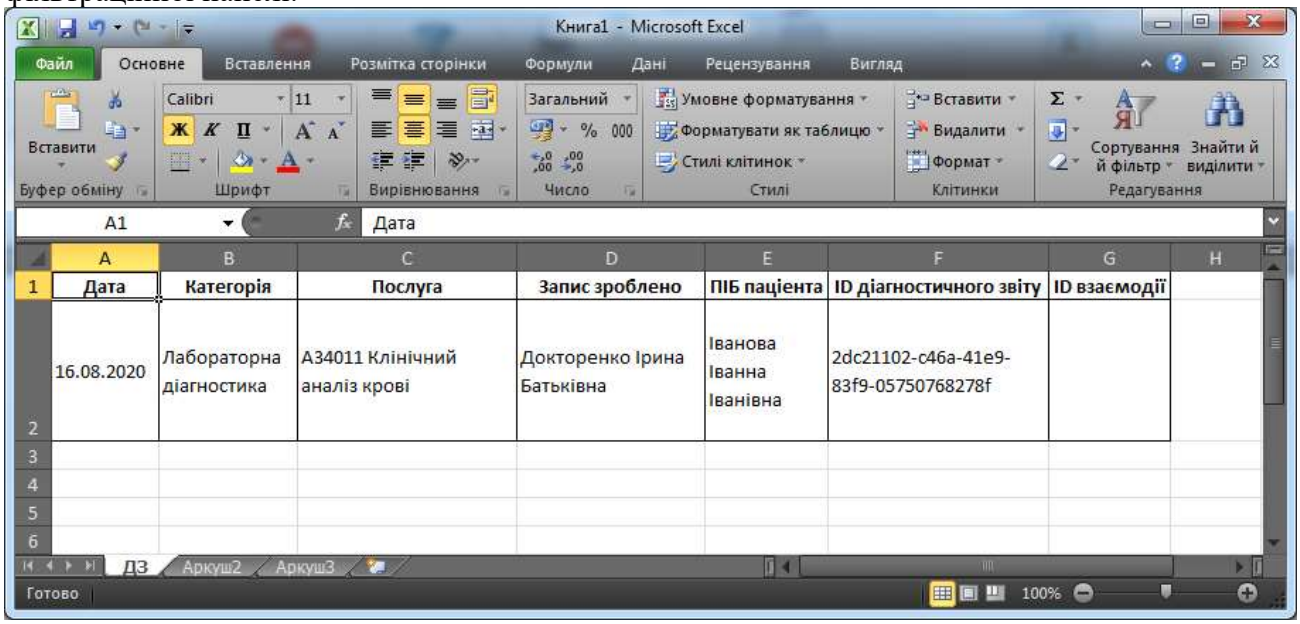
«Вилучити» - видаляє тільки взаємодію, яка має статус «Чернетка».

«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по записам.

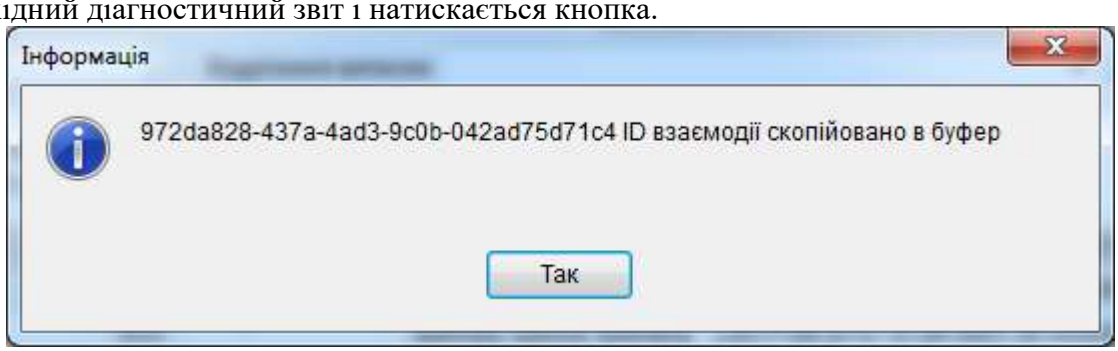


Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

«Друк» - формує список діагностичних звітів в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми і в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.

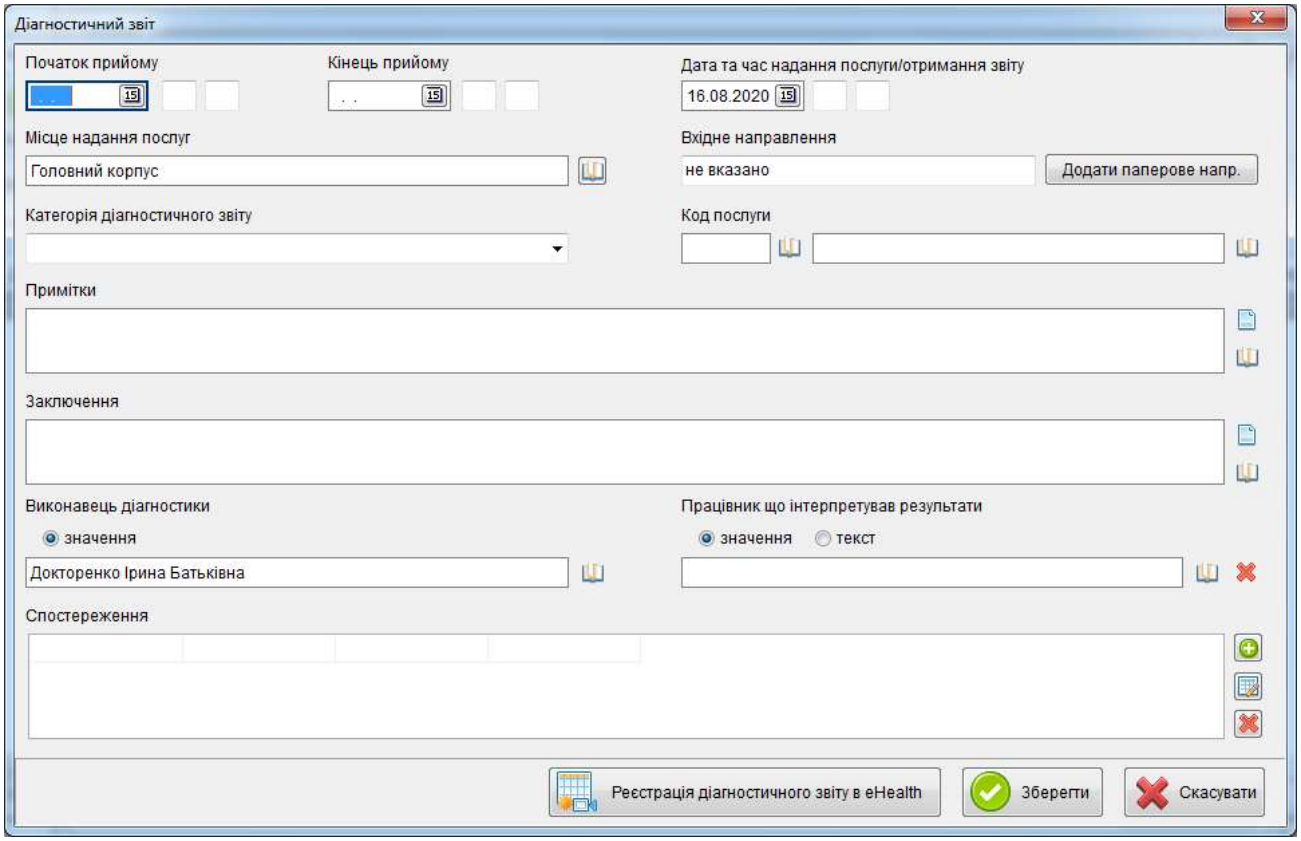


«Скопіювати ID діагностичного звіту в буфер» - застосовується при потребі. Обирається необхідний діагностичний звіт і натискається кнопка.



«Кількість» - розраховує кількість взаємодій в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.

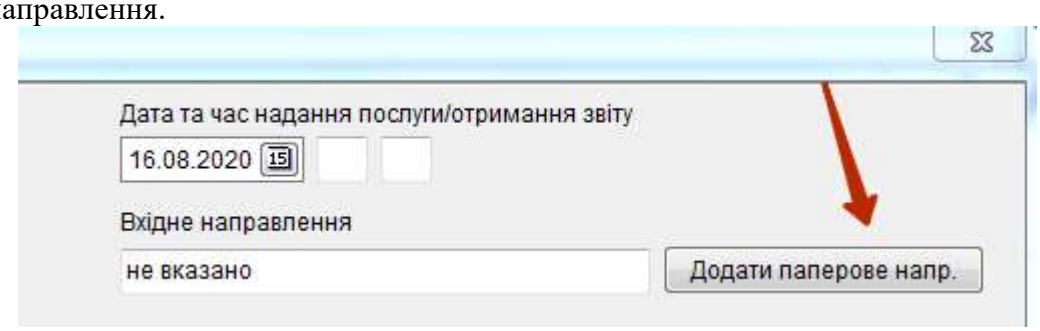
Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити діагностичний звіт.

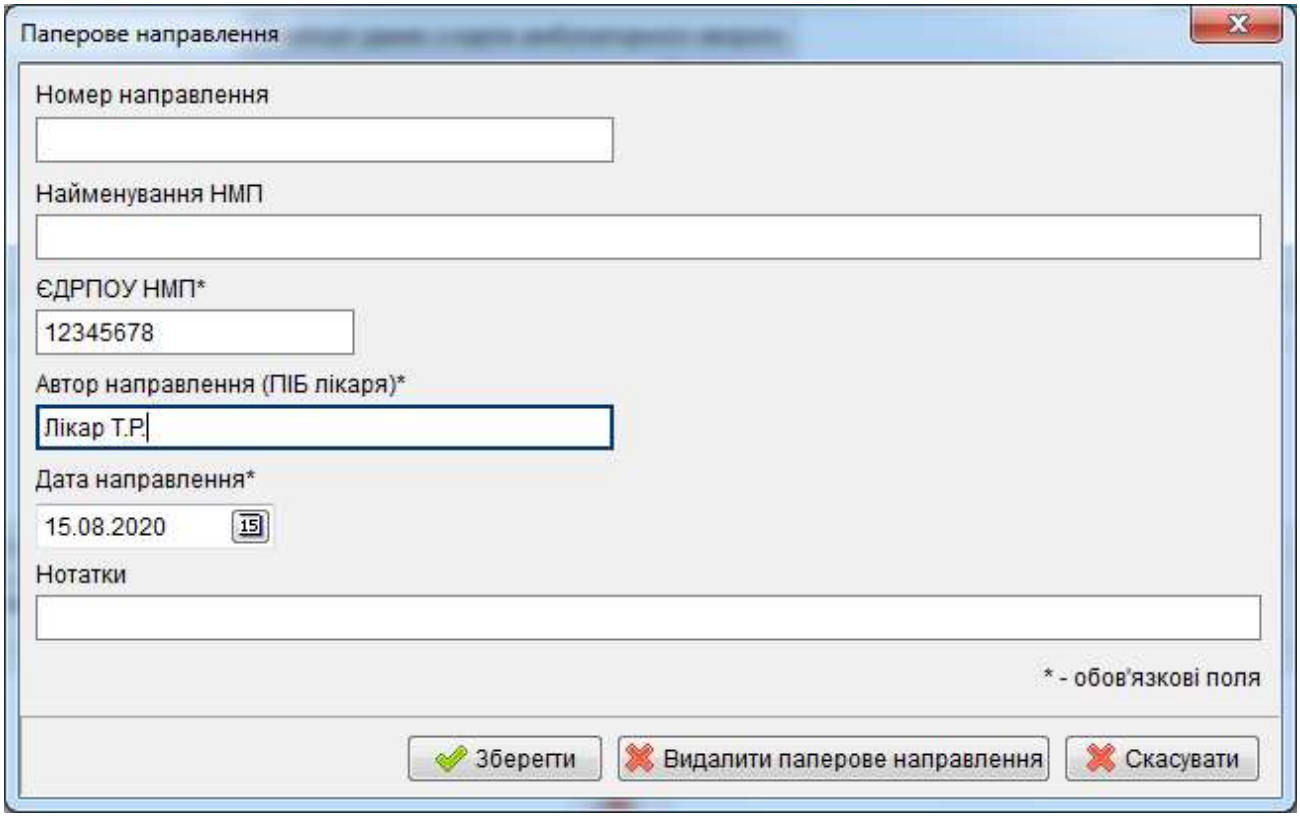


Вказується **період**, впродовж якого результати діагностики є валідними (дата початку та дата закінчення).

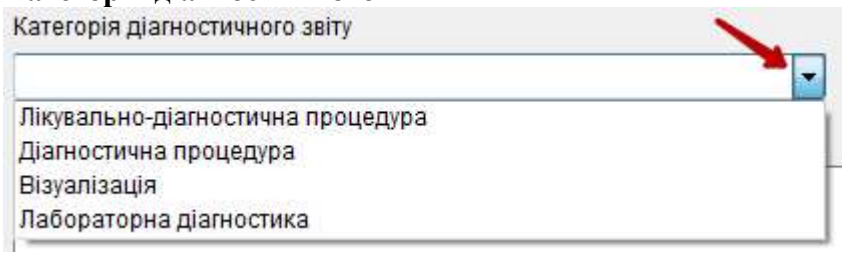
Зазначається **місце надання послуг**, у якому створюється даний діагностичний звіт.

Паперове направлення - при необхідності можна додати, вказавши обов'язково ЄДРПОУ закладу, який виписав паперове направлення. ПІБ лікаря і дату виписаного направлення.

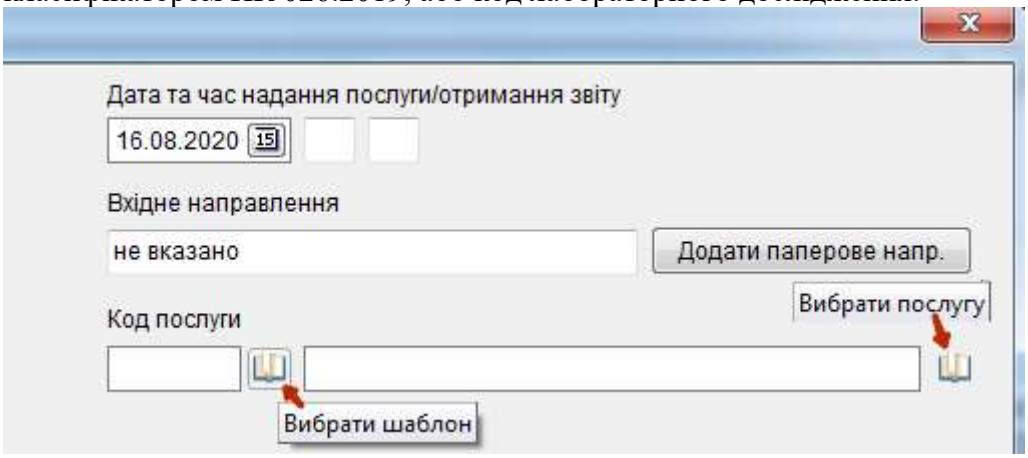




Категорія діагностичного



Код послуги - вказується відповідний код процедури, яку було проведено за класифікатором НК 026:2019, або код лабораторного дослідження.

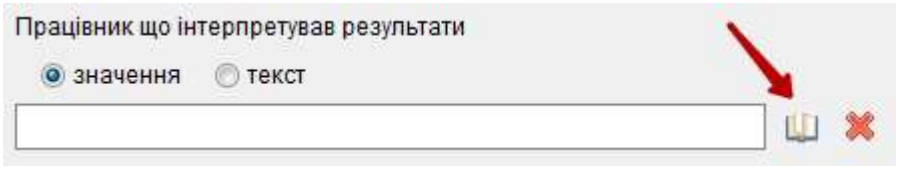


Примітки – вказуються отримані показники за результатами проведення діагностики/ лабораторних досліджень.

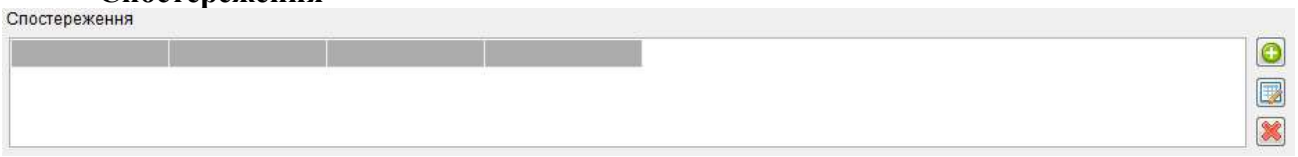
Заключення - формується тільки ПІСЛЯ проведення діагностики. Заключення лікаря (вся інформація, яка буде важливою для інших лікарів) зазначається в довільній формі.

Виконавець діагностики - зазначається ПІБ співробітника закладу, який провів діагностику. Обирається зі списку співробітників, зареєстрованих в ЕСОЗ за допомогою кнопки .

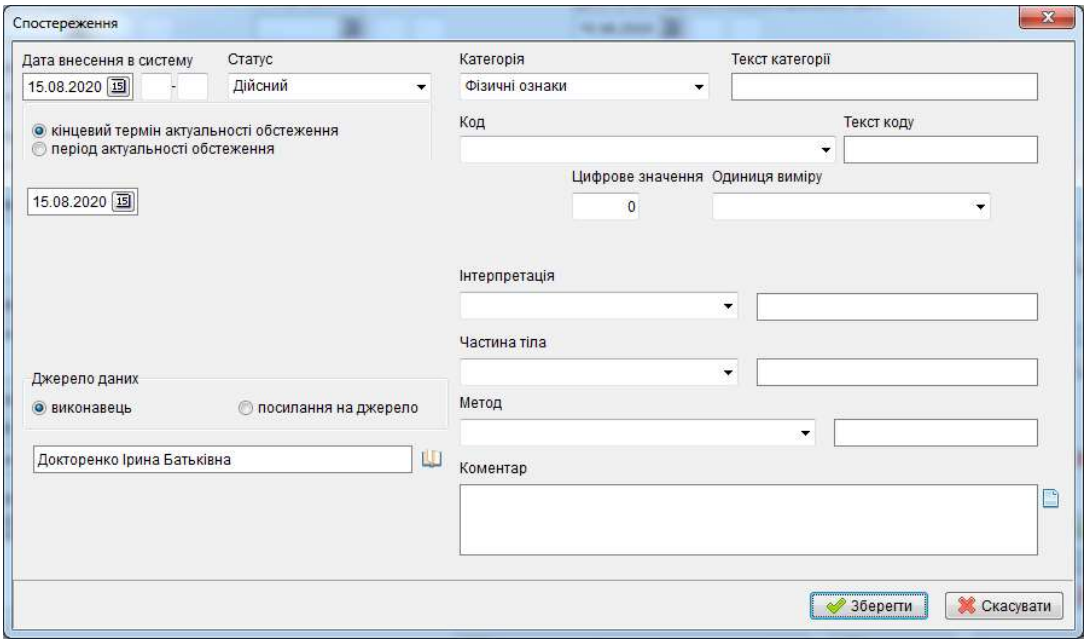
Працівник, що інтерпретував результати - зазначається ПІБ співробітника, який провів інтерпретацію отриманих за результатами діагностики показників та написав заключення. Обирається зі списку співробітників, зареєстрованих в ЕСОЗ за допомогою кнопки .



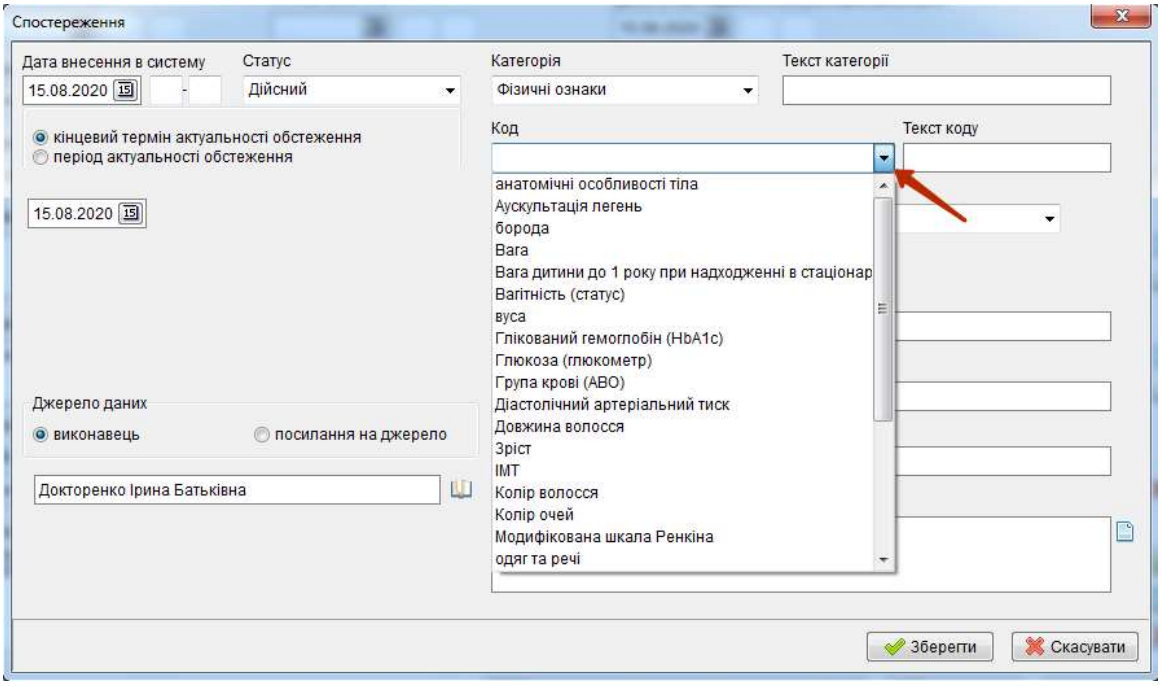
Спостереження



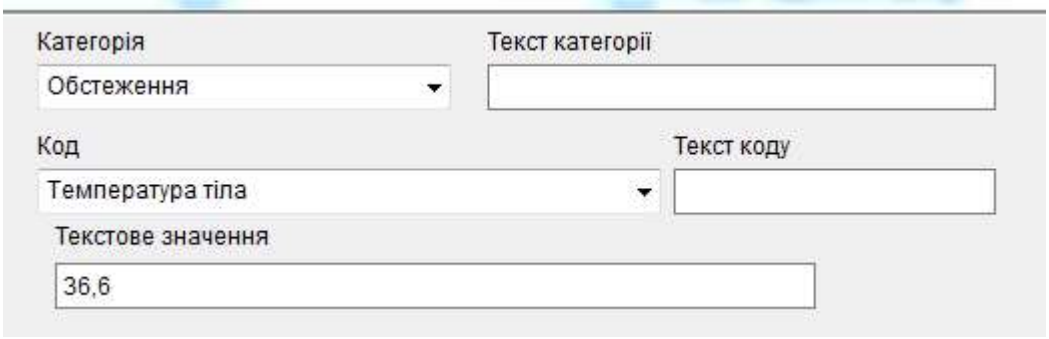
Всі спостереження додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , . При створенні спостереження лікар повинен заповнити поля наступного вікна.



Наприклад, потрібно вказати температуру тіла. Для цього в полі «Код» обираємо відповідний

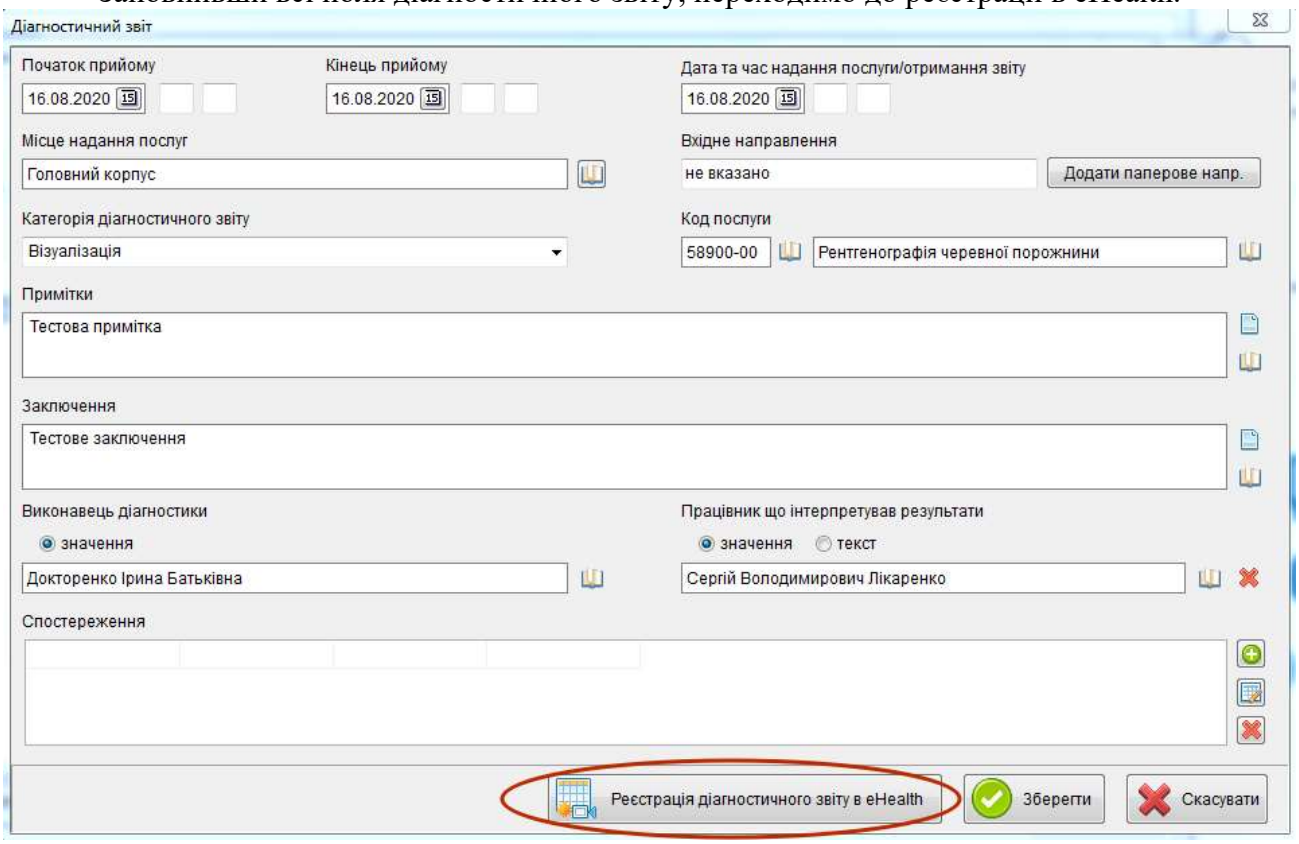


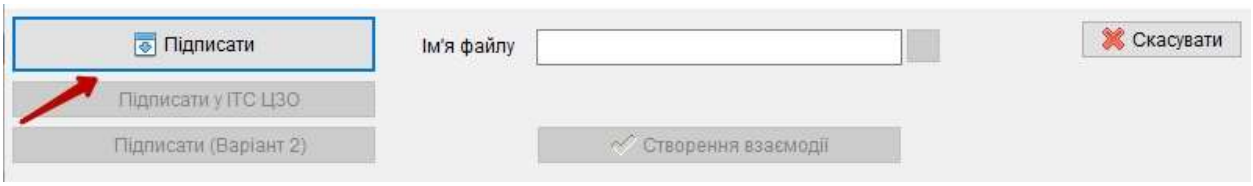
Нижче в полі «**Текстове значення**» вказуємо показник.



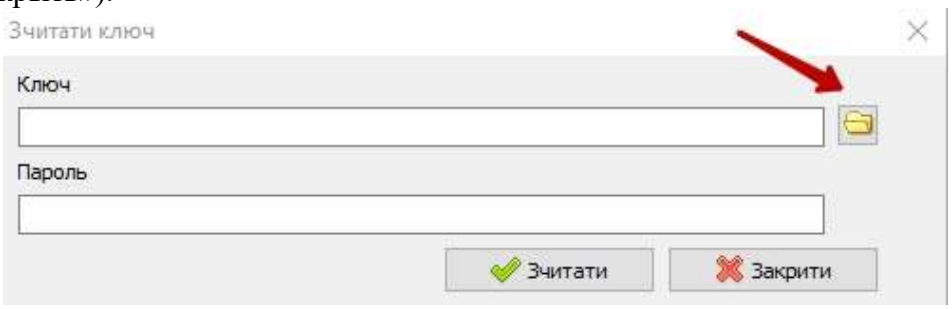
При необхідності, заповнюємо решту полів. За аналогом, додаємо всі спостереження.

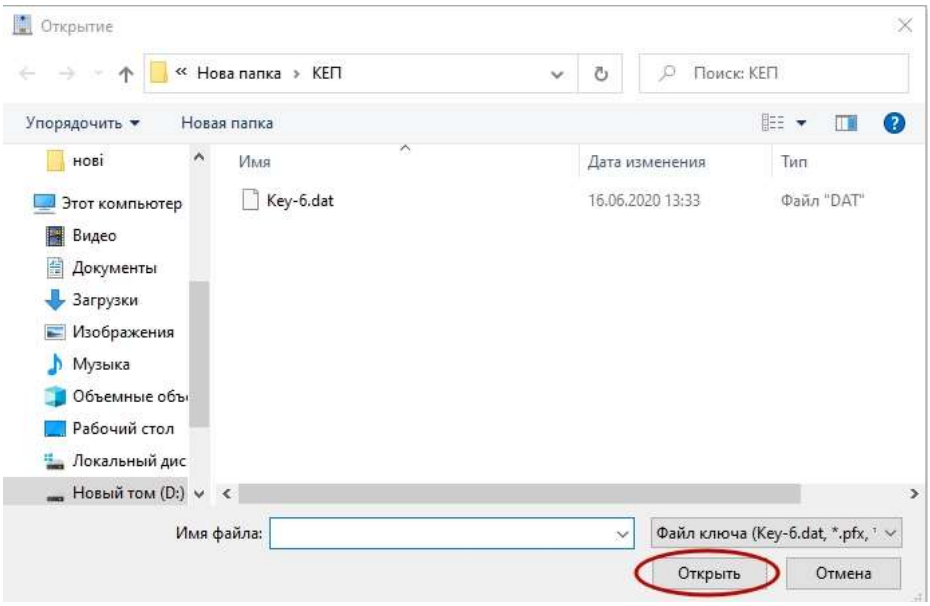
Заповнивши всі поля діагностичного звіту, переходимо до реєстрації в eHealth.





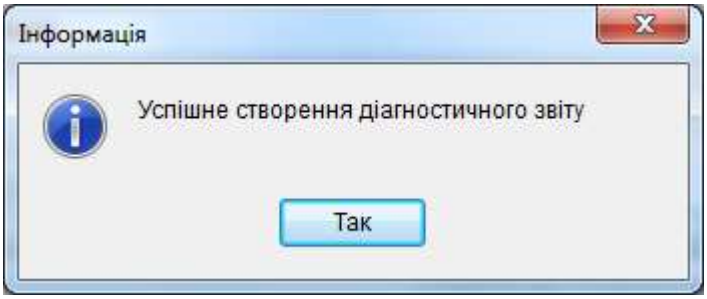
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).





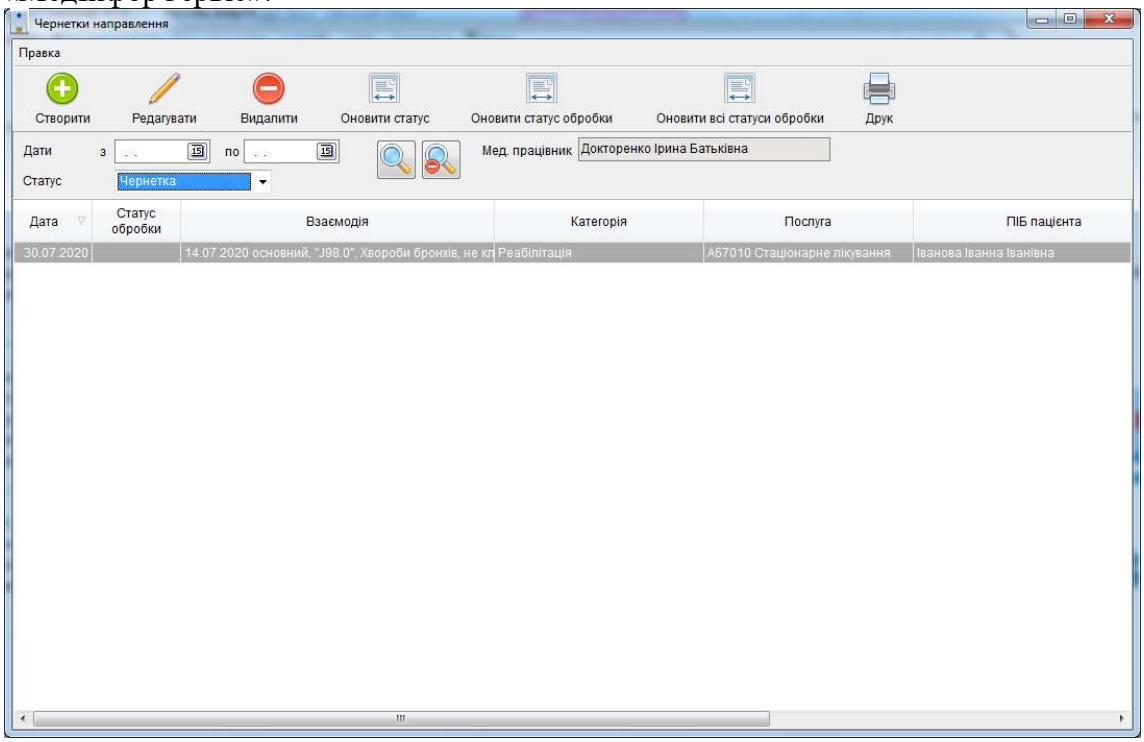
Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».



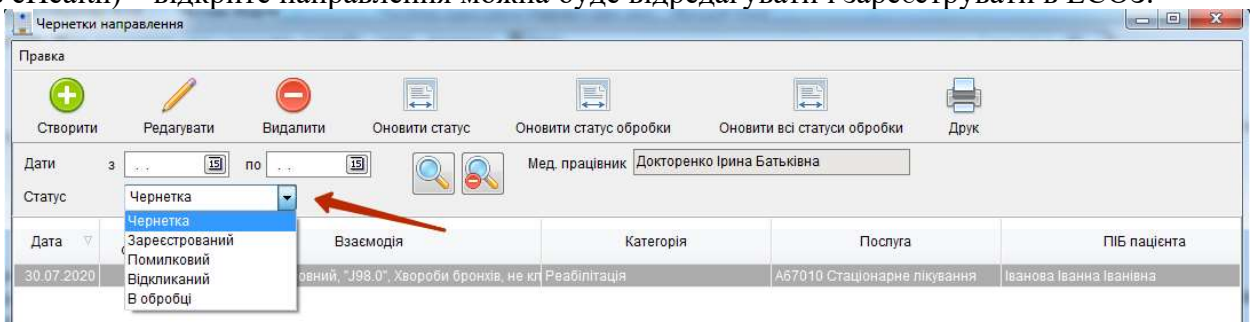
9.8.6 Чернетки направлення (СТВОРЕННЯ ЕЛЕКТРОННОГО НАПРАВЛЕННЯ)

Містить список всіх електронних направлень, які були створені для даного пацієнта в МІС «МедІнфорСервіс».

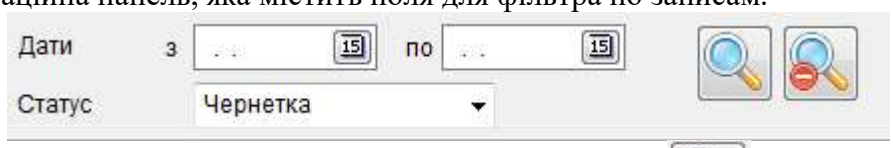


Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити нове електронне. Алгоритм процесу розписано нижче

«Редагувати» - відкривається направлення для внесення змін. Якщо статус направлення **«Зареєстрований»**, тобто підписаний і відправлений в eHealth, то направлення буде відкрите, але редагувати його заборонено. Якщо статус – **«Чернетка»** (не зареєстрована в eHealth) – відкрите направлення можна буде відредагувати і зареєструвати в ЕСОЗ.



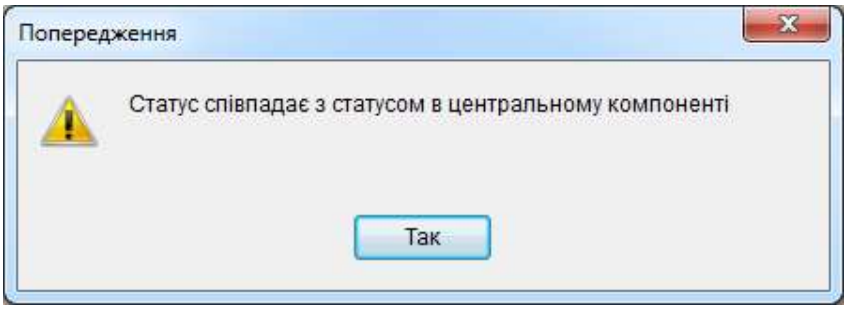
Фільтраційна панель, яка містить поля для фільтра по записам.



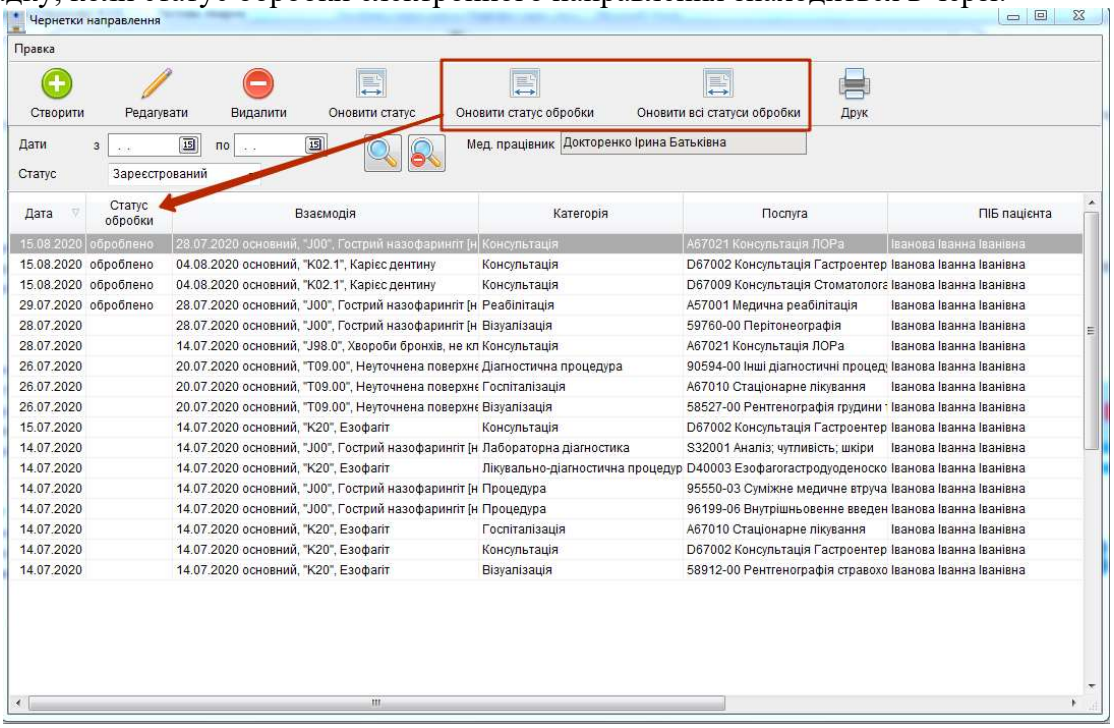
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

«Вилучити» - видаляє тільки направлення, яке має статус «Чернетка».

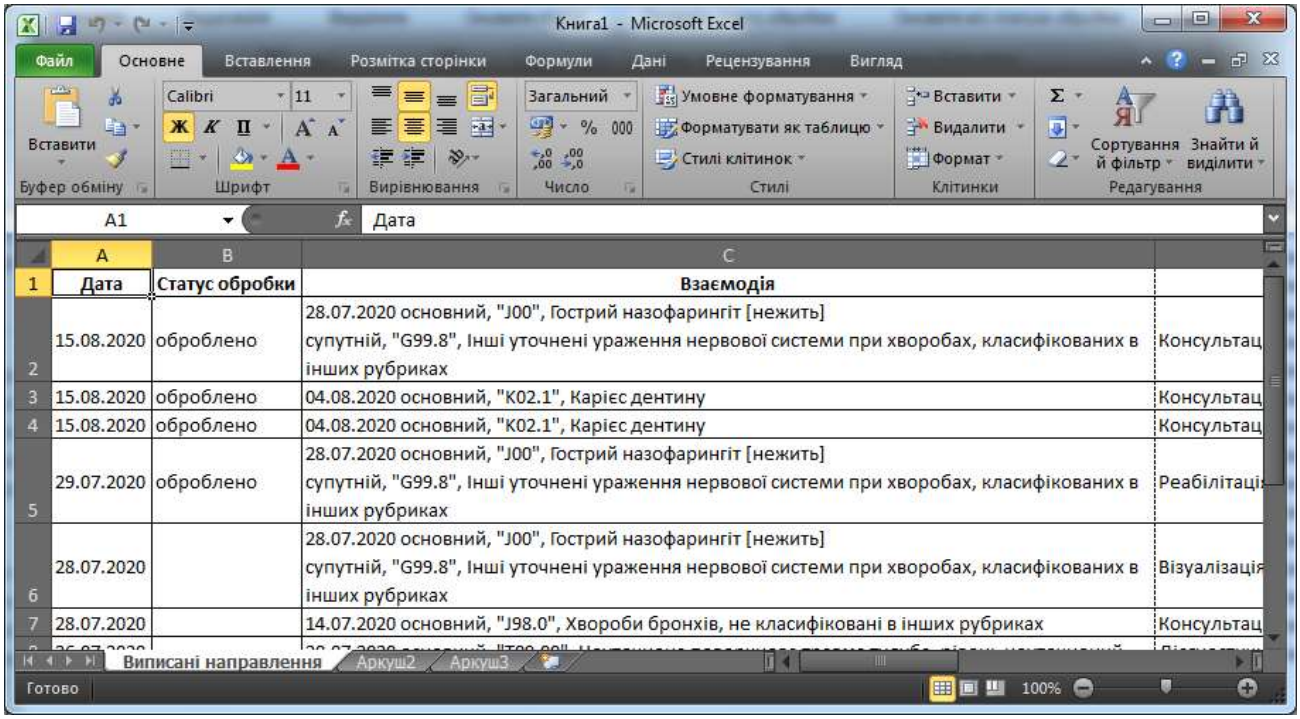
«Оновити статус» - використовується у випадку, коли статус електронного направлення не співпадає зі статусом в ЕСОЗ. Якщо співпадає, то програма повідомляє про це.



«Оновити статус обробки» та «Оновити всі статуси обробки» - використовується у випадку, коли статус обробки електронного направлення знаходиться в черзі.

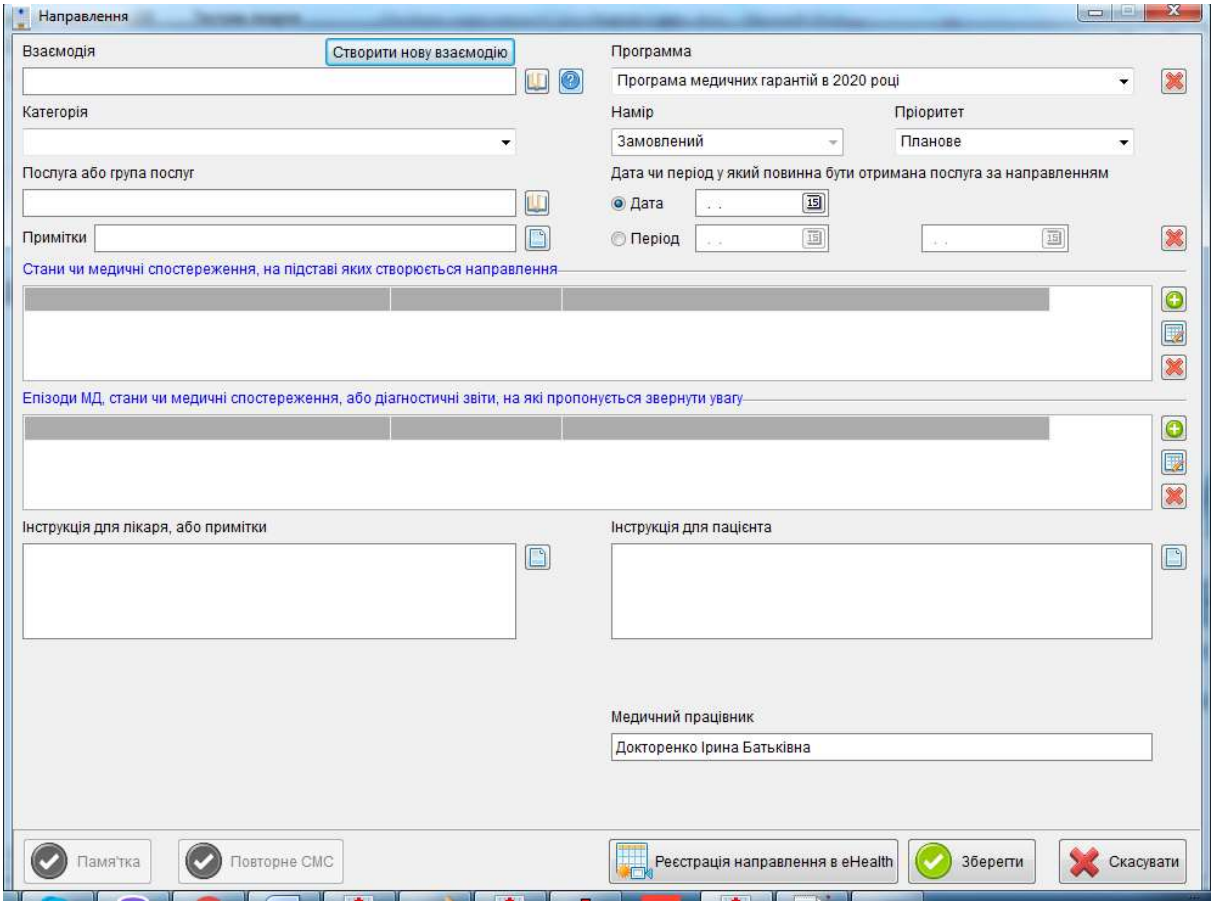


«Друк» - формує список направлень в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми і в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.

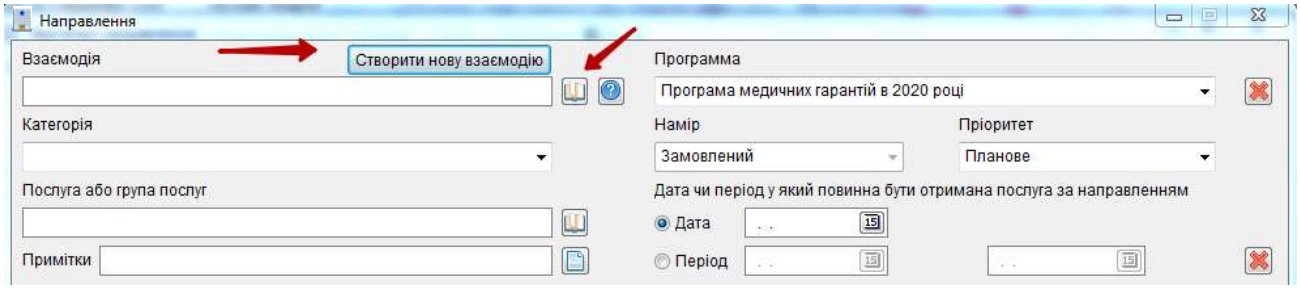


Для того, щоб виписати (створити) електронне направлення для пацієнта необхідно натиснути **«Новий»** у верхній частині вікна. У вікні, що з'явилось необхідними полями для заповнення є «Взаємодія», «Категорія», «Послуга або група послуг», інші поля лікар заповнює при потребі або за бажанням.

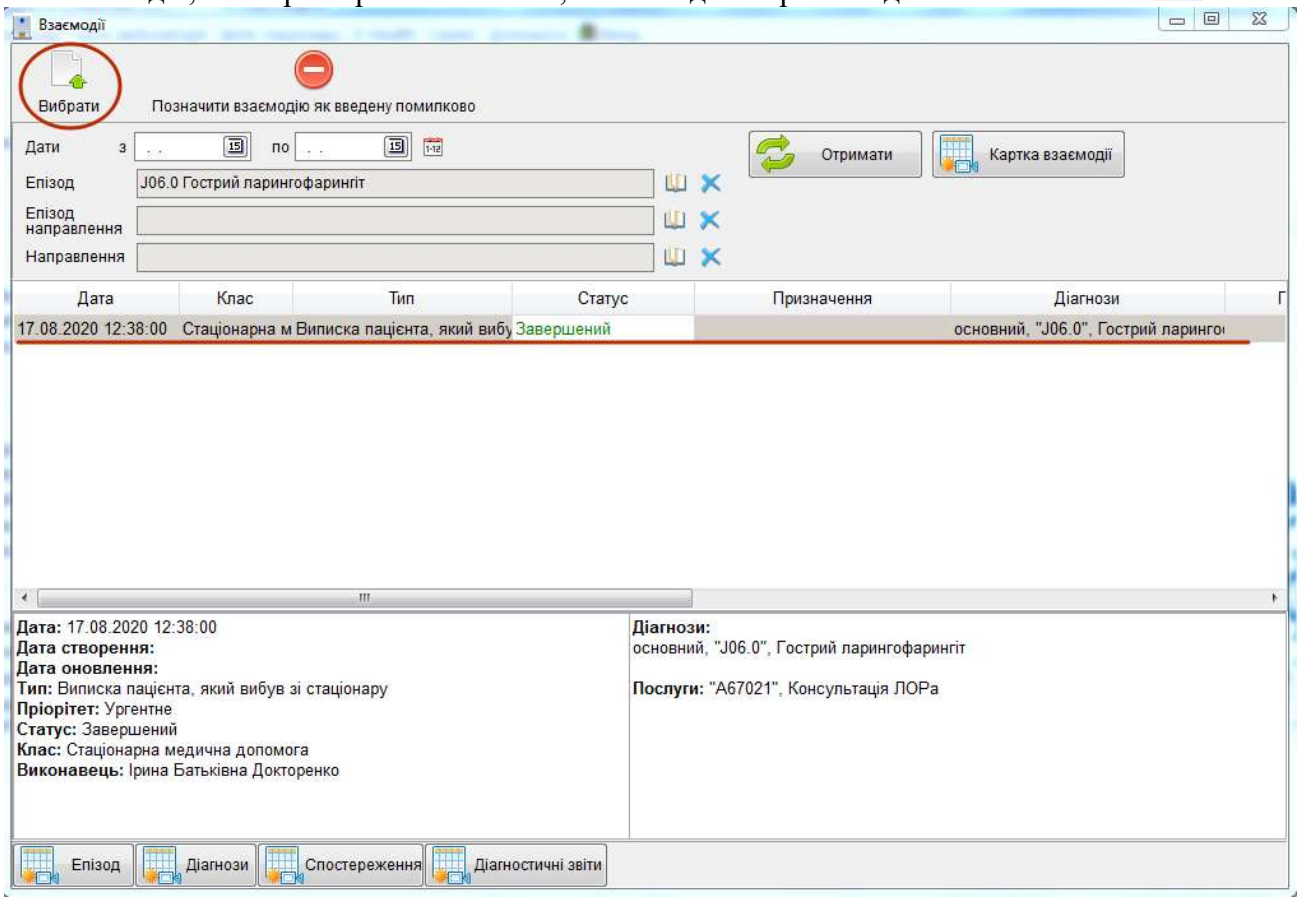
Зверніть увагу ! В режимі стаціонарна медична допомога є можливість виписати електронне направлення тільки з категорією «Переведення в інший ЗОЗ»



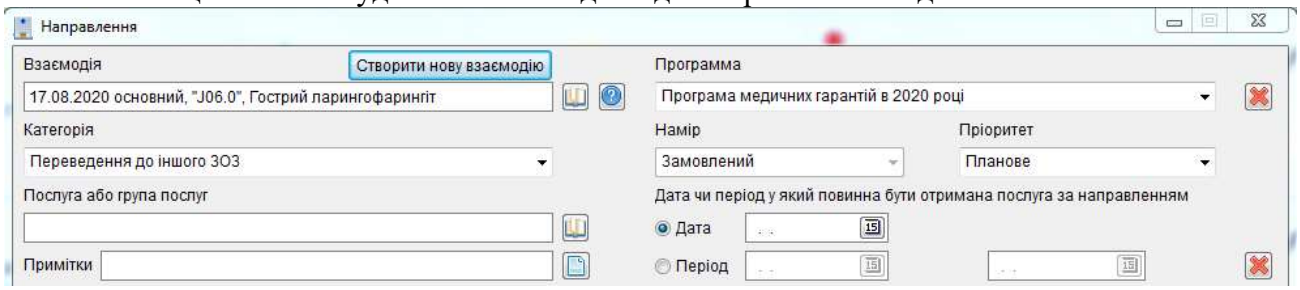
- **«Взаємодія».**



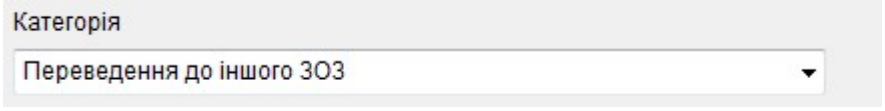
Електронне направлення обов'язково створюється на основі взаємодії з типом **«Виписка пацієнта, який вибув зі стаціонару»**, де результат лікування вказано **«Переведено до іншого ЗОЗ»**. Якщо взаємодія не створена, то це можна зробити, натиснувши кнопку **«Створити нову взаємодію».** Процес, аналогічний описаному в [пункті 9.8.2](). Якщо ж є взаємодія, яка зареєстрована в ЕСОЗ, її необхідно обрати за допомогою кнопки .



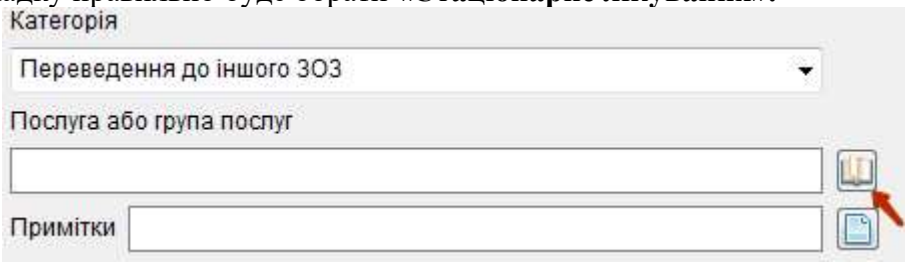
Після цього поле буде заповнене відповідно обраній взаємодії.



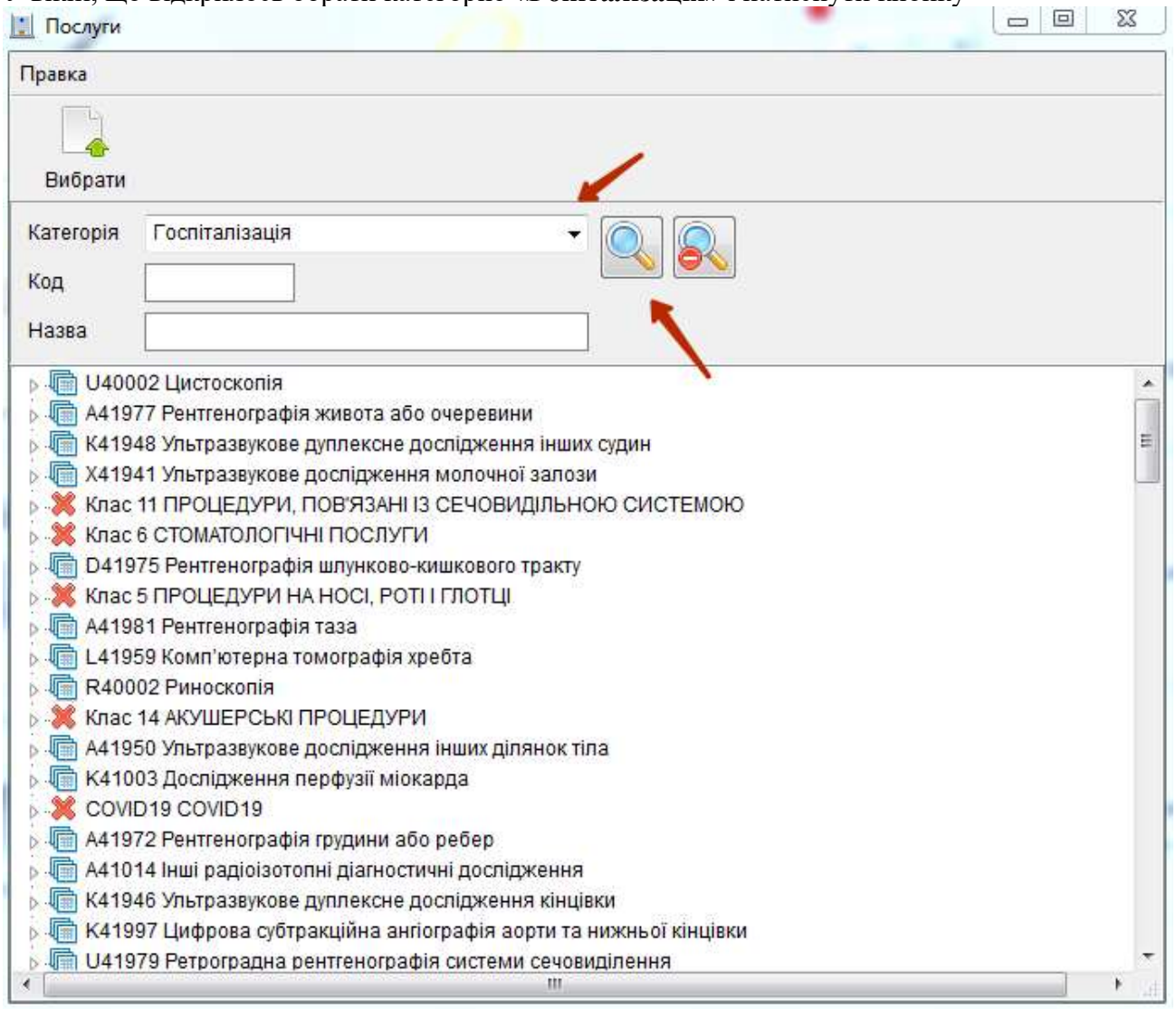
- **«Категорія».** Категорія в такому випадку підтягується автоматично



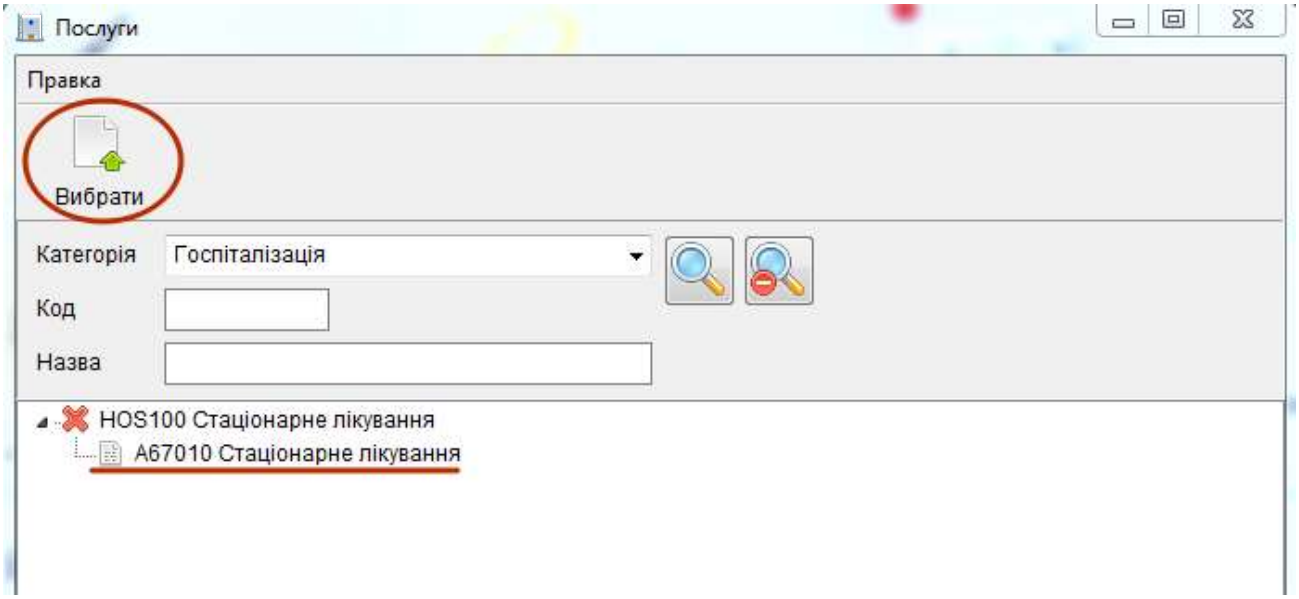
- **«Послуга або група послуг».** Необхідно обрати послугу або групу послу відповідно категорії, яка має бути надана за направленням, натиснувши кнопку . В даному випадку правильно буде обрати **«Стаціонарне лікування».**



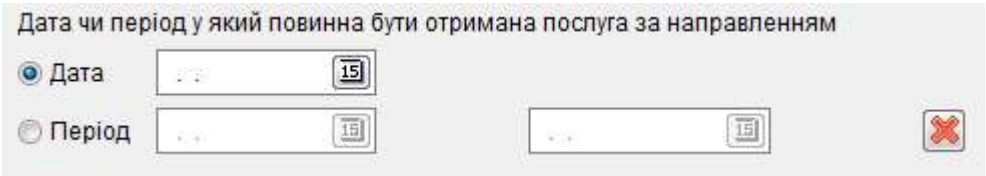
У вікні, що відкрилось обрати категорію **«Гопіталізація»** і натиснути кнопку



Відфільтрується перелік послуг відповідно категорії, обрати **«Стаціонарна допомога»** і натиснути **«Вибрати».** Вибрати потрібну послугу можна ще, ввівши код у відповідному полі.



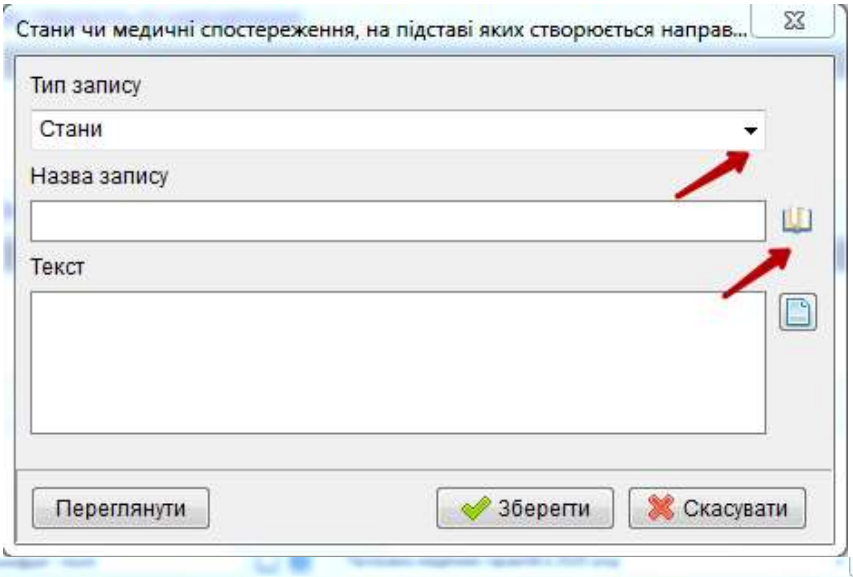
- **«Програма».** Якщо планується, що оплата за надані послуги за направленням буде проведена за рахунок Державної програми медичних гарантій, слід обрати **«Програма медичних гарантій в 2020 році»**, в противному разі це поле слід очистити за допомогою кнопки . У випадку, якщо лікар, який виписує направлення не володіє інформацією щодо наявності у пацієнта страховки на послугу, за якою виписується направлення і пацієнт не висловив бажання самостійної оплатити за такі послуги, то лікар створює направлення за Програмою.
- **«Пріоритет» -** планове/ургентне – обирається лікарем в залежності від клінічної ситуації (стану пацієнта).
- **«Дата чи період, у який повинна бути надана послуга за направленням» -** в даному полі лікар може вказати обмеження у часі щодо виконання послуг , на які виписано направлення. Ця інформація потрібна пацієнту, як орієнтир щодо вимог лікаря про період реалізації направлення.

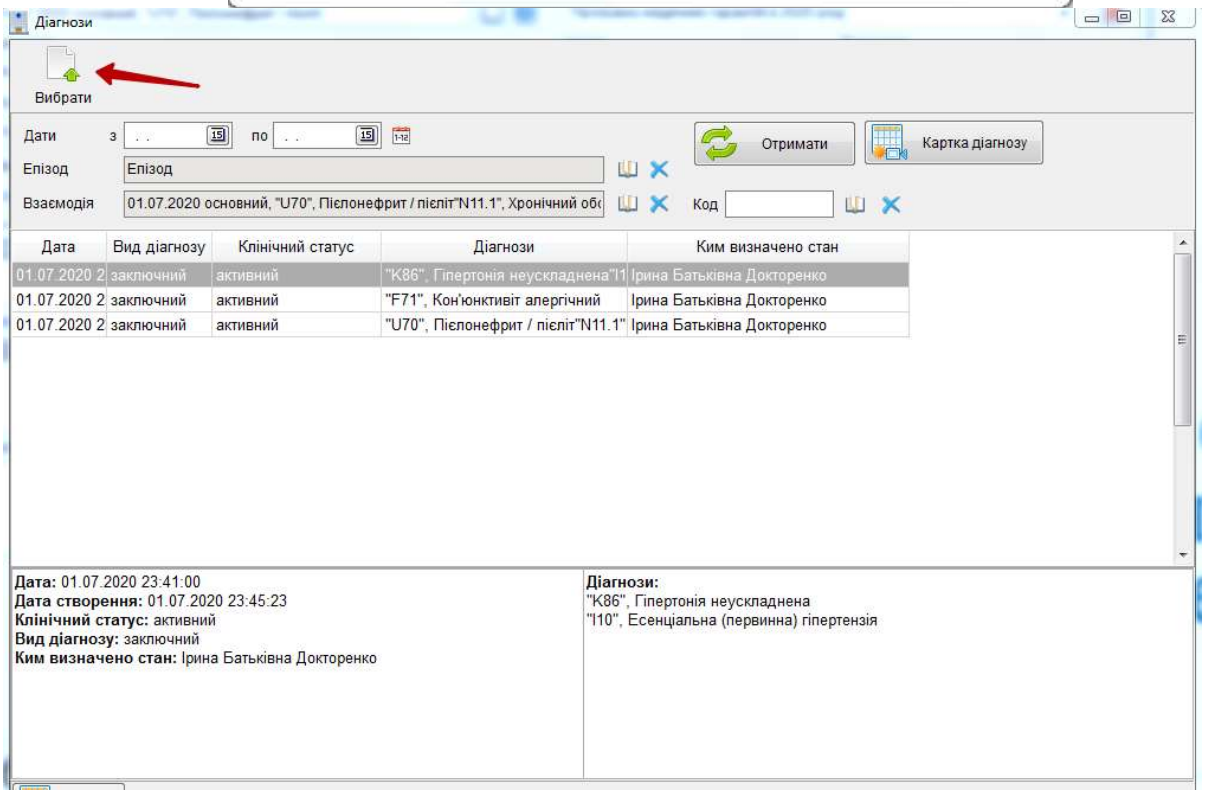


Дата - до якої дати реалізувати направлення.
Період – в межах якого періоду реалізувати направлення**.**
Зверніть увагу! Дані обмеження не впливають на роботу погашення електронного направлення.

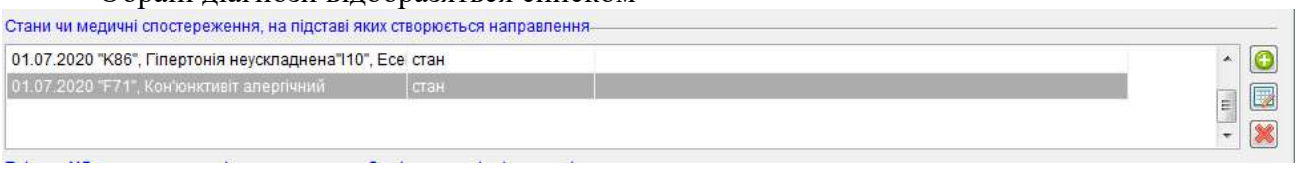
- **«Стани чи медичні спостереження, на підставі яких створюється направлення» -** зазначається посилання на медичний запис, в якому зафіксовано діагнози, які слугували причиною виписки направлення. Всі стани (діагнози) та спостереження додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , .

При додаванні з'являється вікно, у якому необхідно обрати «Тип запису» - стан (діагноз) або медичне спостереження – і обрати відповідний за допомогою кнопки

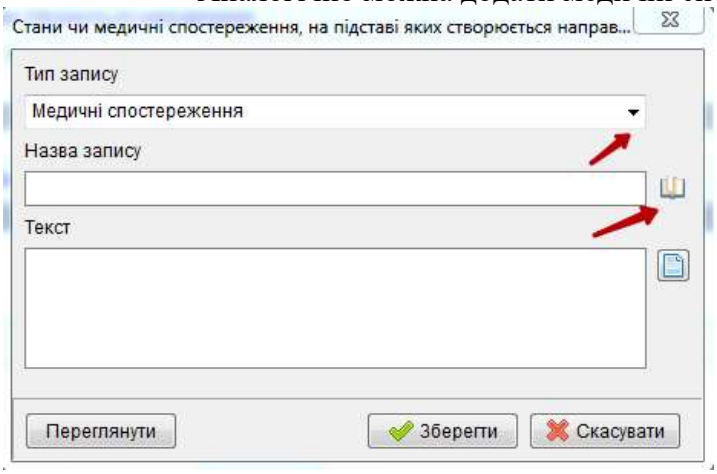


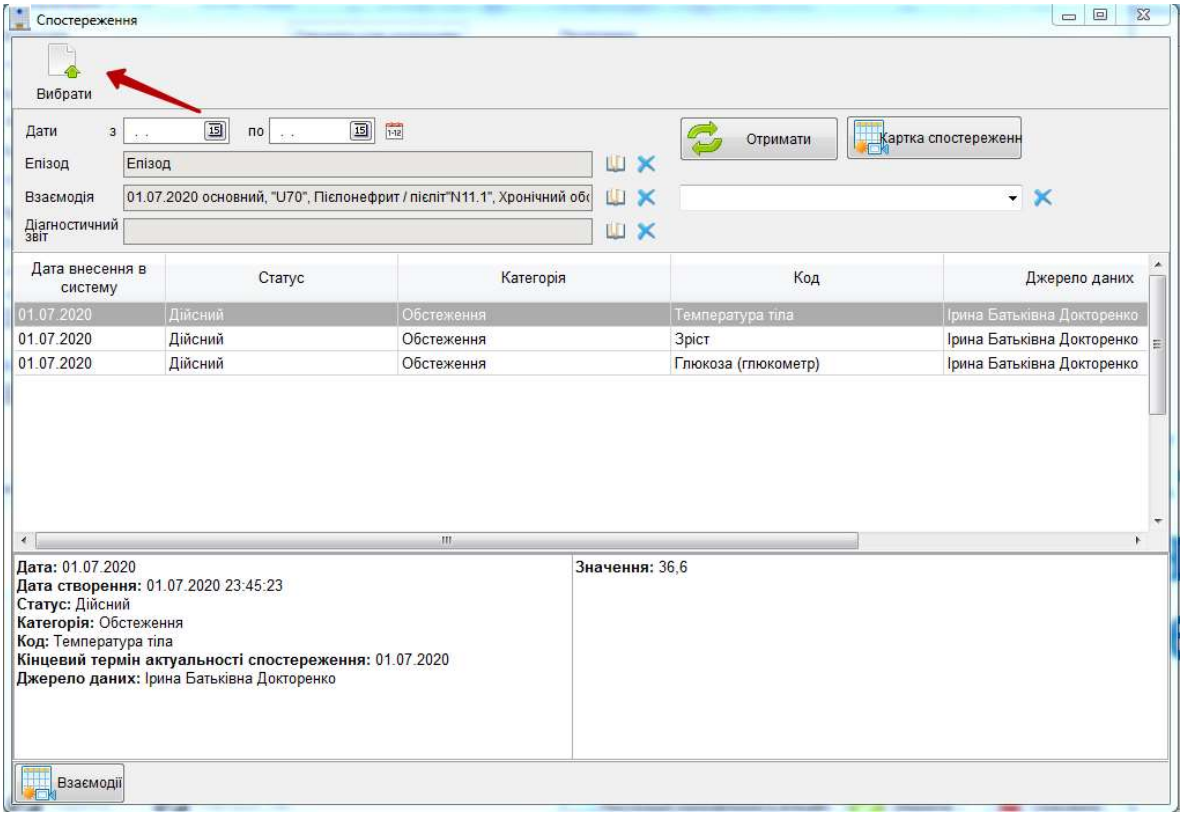


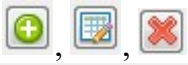
Обрані діагнози відобразяться списком

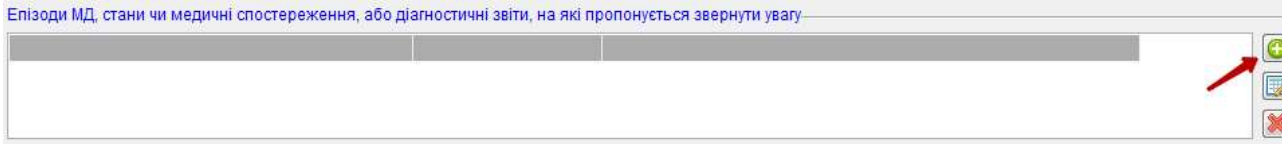


Аналогічно можна додати медичні спостереження.

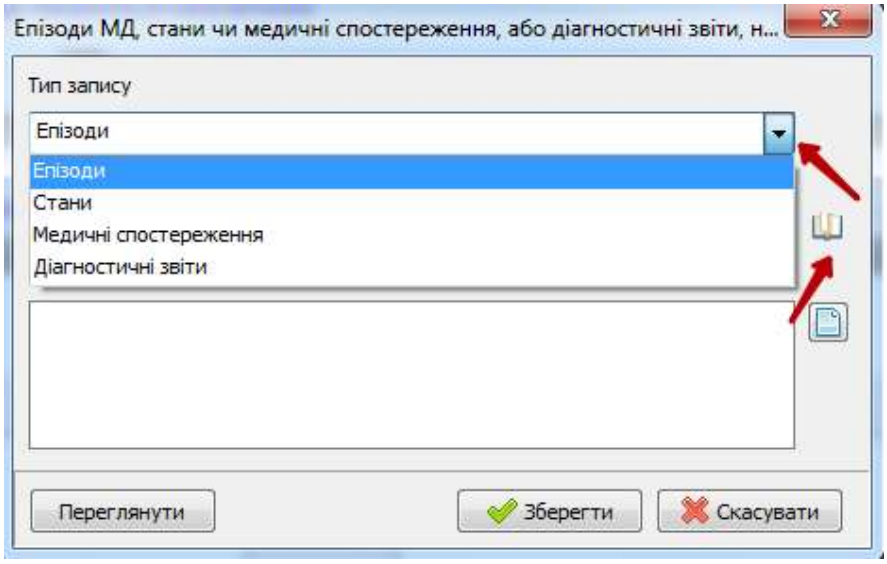


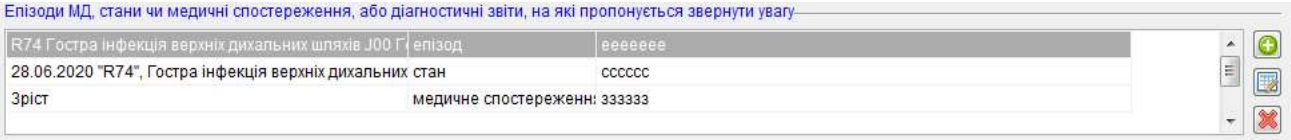


- **«Епізоди МД, стани чи медичні спостереження, або діагностичні звіти, на які пропонується звернути увагу» -** В даному полі лікар може зазначити посилання на медичні записи, які варто подивитися виконавцю послуг за направленням. Всі записи додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок  .

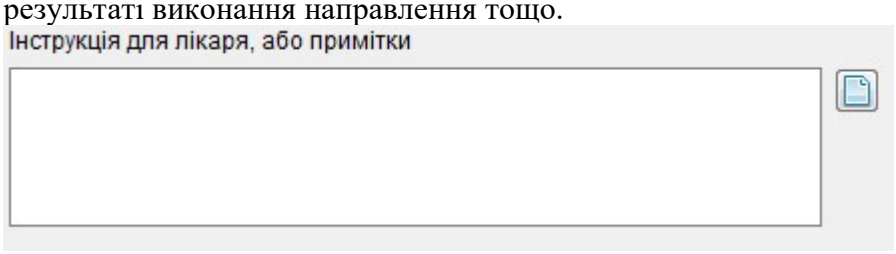


При додаванні з'являється вікно, у якому необхідно обрати «Тип запису» - епізоди, стани (діагнози), медичні спостереження або діагностичні звіти – і обрати відповідний за допомогою кнопки

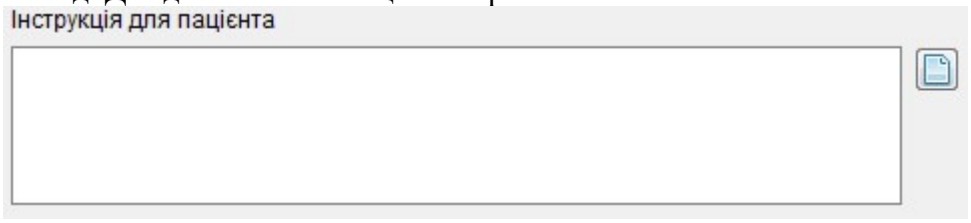




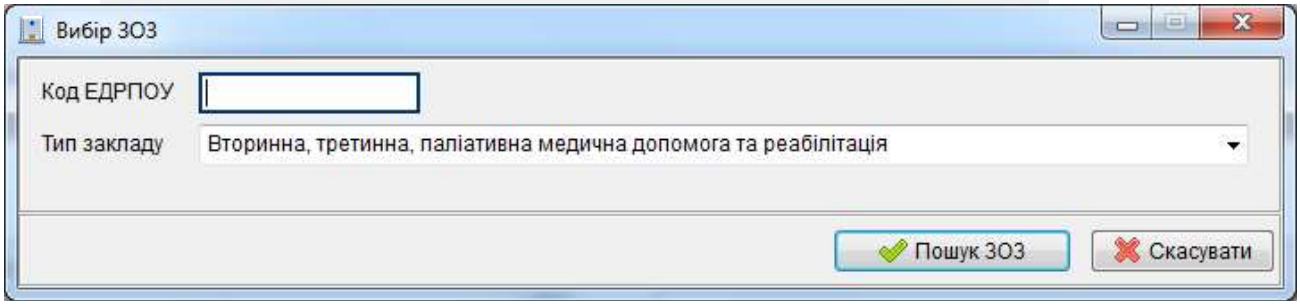
- **«Інструкція для лікаря, або примітки» -** зазначається важлива з точки зору лікуючого лікаря інформація у вільному форматі, яка може бути корисною для лікаря, що буде опрацьовувати направлення. НАПРИКЛАД: лікар може вказати причини сумніву щодо встановленого діагнозу, або ж уточнити, що саме він хоче отримати у результаті виконання направлення тощо.



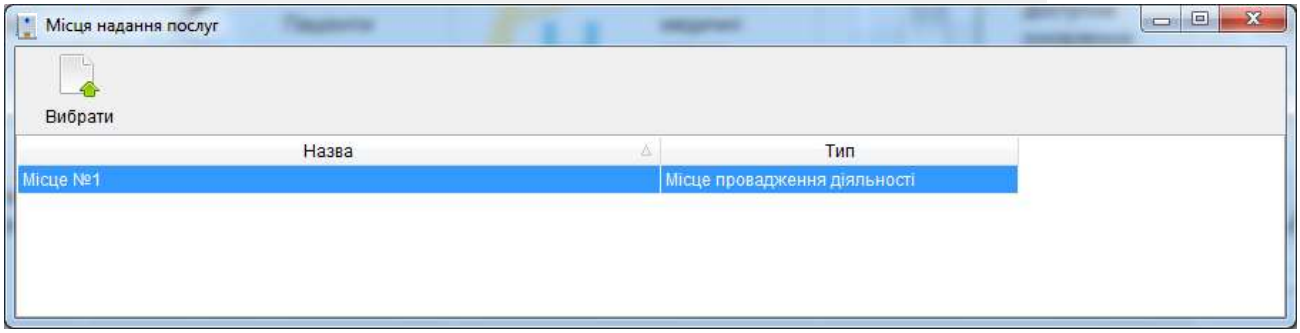
- **«Інструкція для пацієнта» -** зазначається важлива для пацієнта інформація, яка відноситься до направлення. НАПРИКЛАД: не їсти за 12 год. Не вживати алкоголь за 24 год. До здачі аналізів за цим направленням.



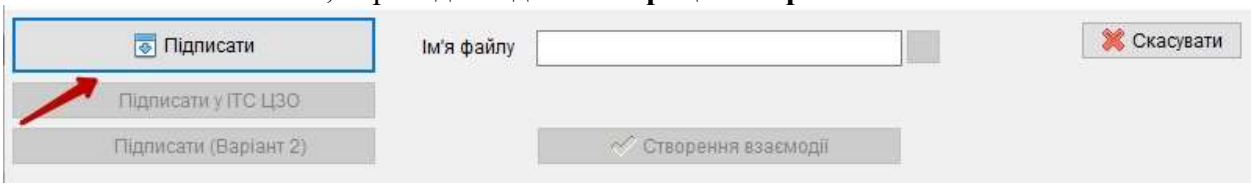
- **«Посилання на НМП» -** або автоматично заповнюється інформацією, яка була вказана у виписці, вкладка **«Госпіталізація»**, поле **«Заклад, у який переведено пацієнта»,** або вказується у картці направлення за допомого кнопки , вказавши ЄДРПОУ закладу**.**



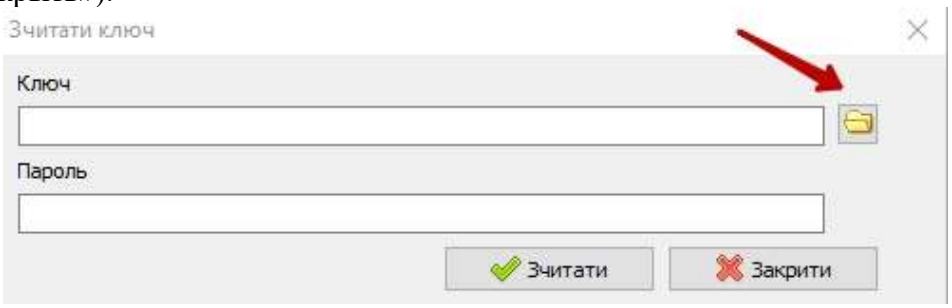
- **«Місце надання послуг НМП» -** вказується місце надання послуг за допомогою кнопки **.**

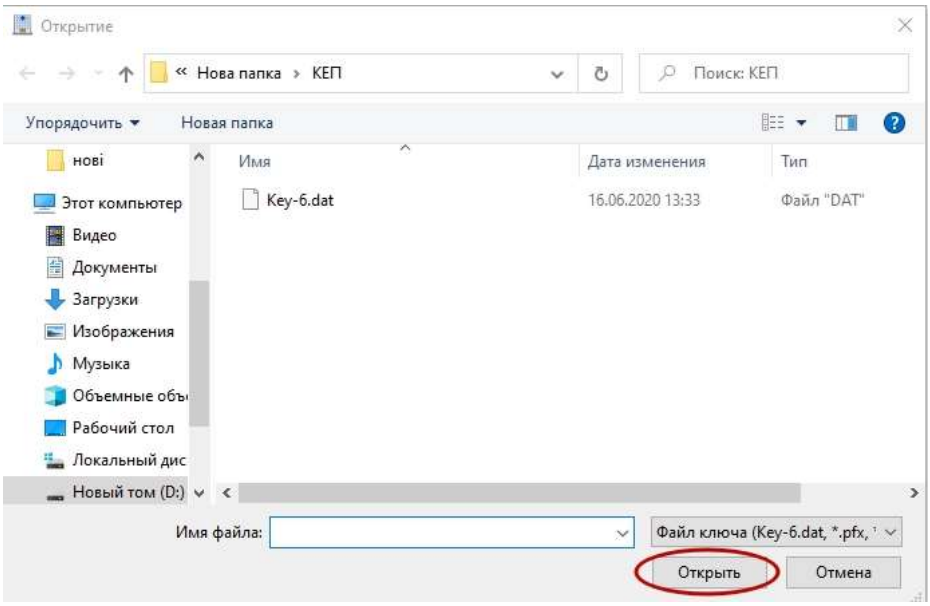


Заповнивши поля, переходимо до **«Реєстрація направлення в eHealth».**



Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).

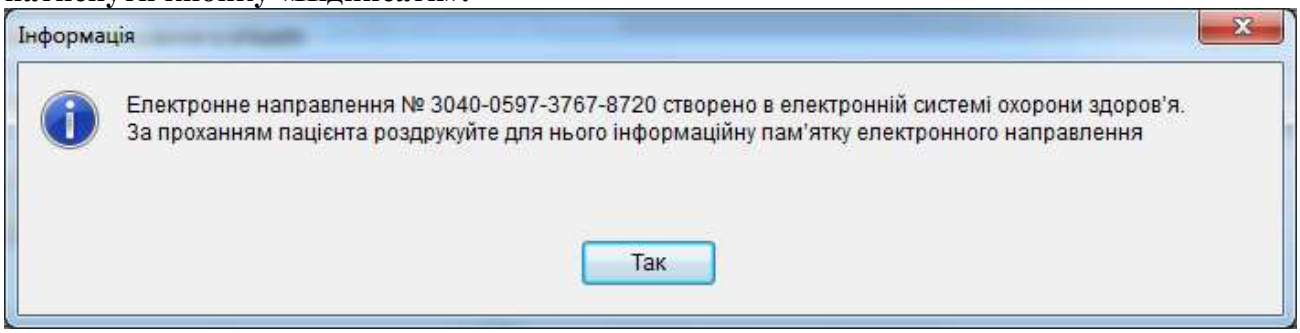




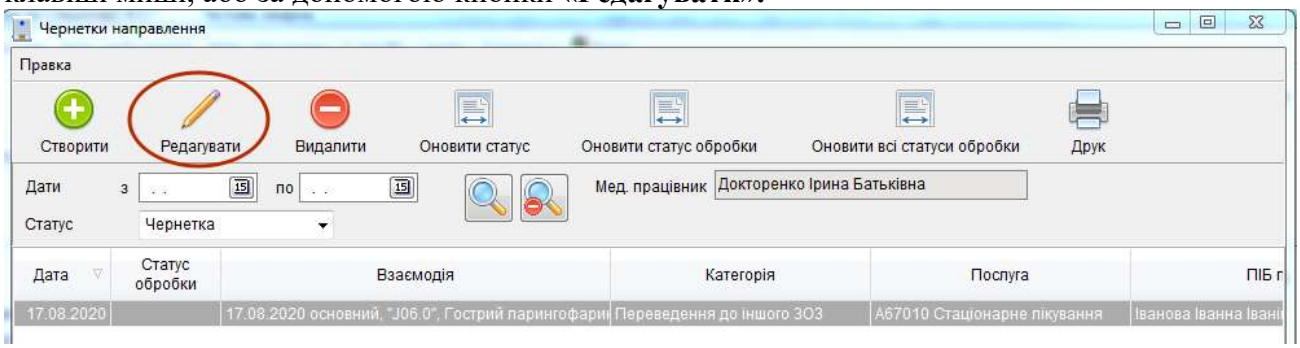
Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний

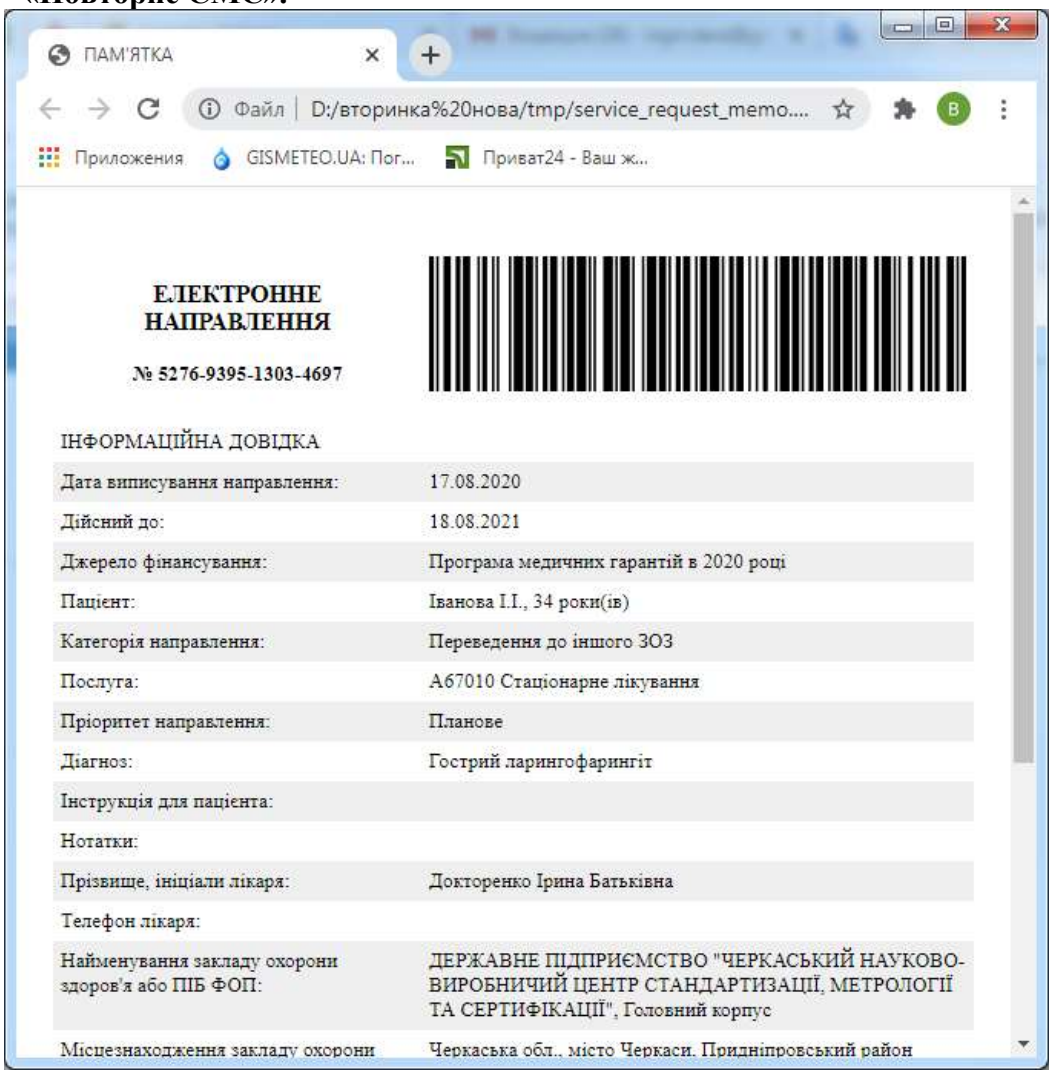
звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».



В цей момент пацієнту надходить СМС повідомлення з номер електронного направлення. Натиснувши **«Так»,** програма повертає у вікно **«Чернетки направлення»**, де створене направлення має статус **«Зареєстрований»**. Щоб роздрукувати інформаційну пам'ятку пацієнту, слід обрати щойно створене направлення подвійним натисканням правої клавіші миші, або за допомогою кнопки **«Редагувати».**



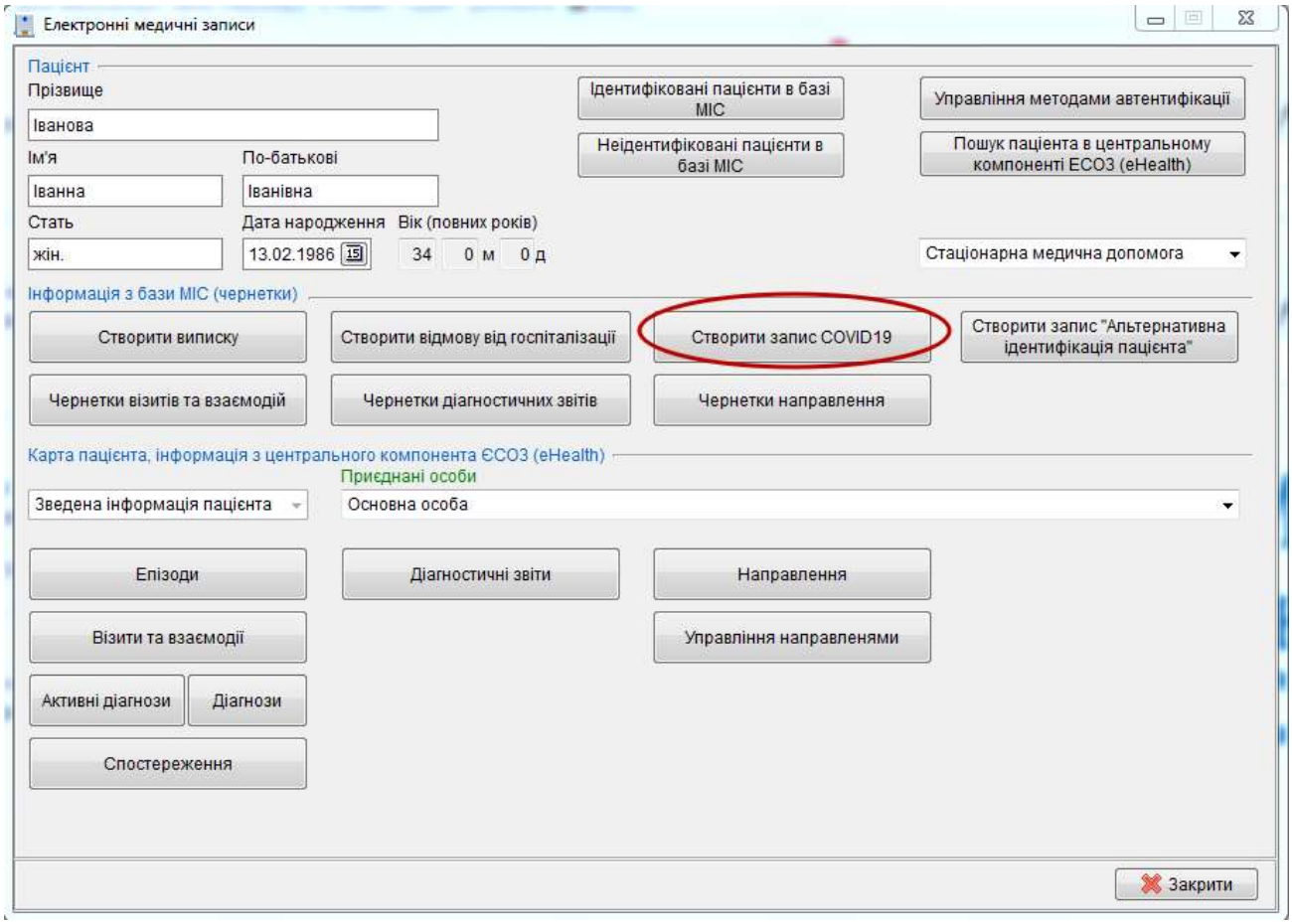
У вікні, що з'явилось, в нижній частині вікна натискаємо кнопку **«Пам'ятка».** При потребі – **«Повторне СМС».**



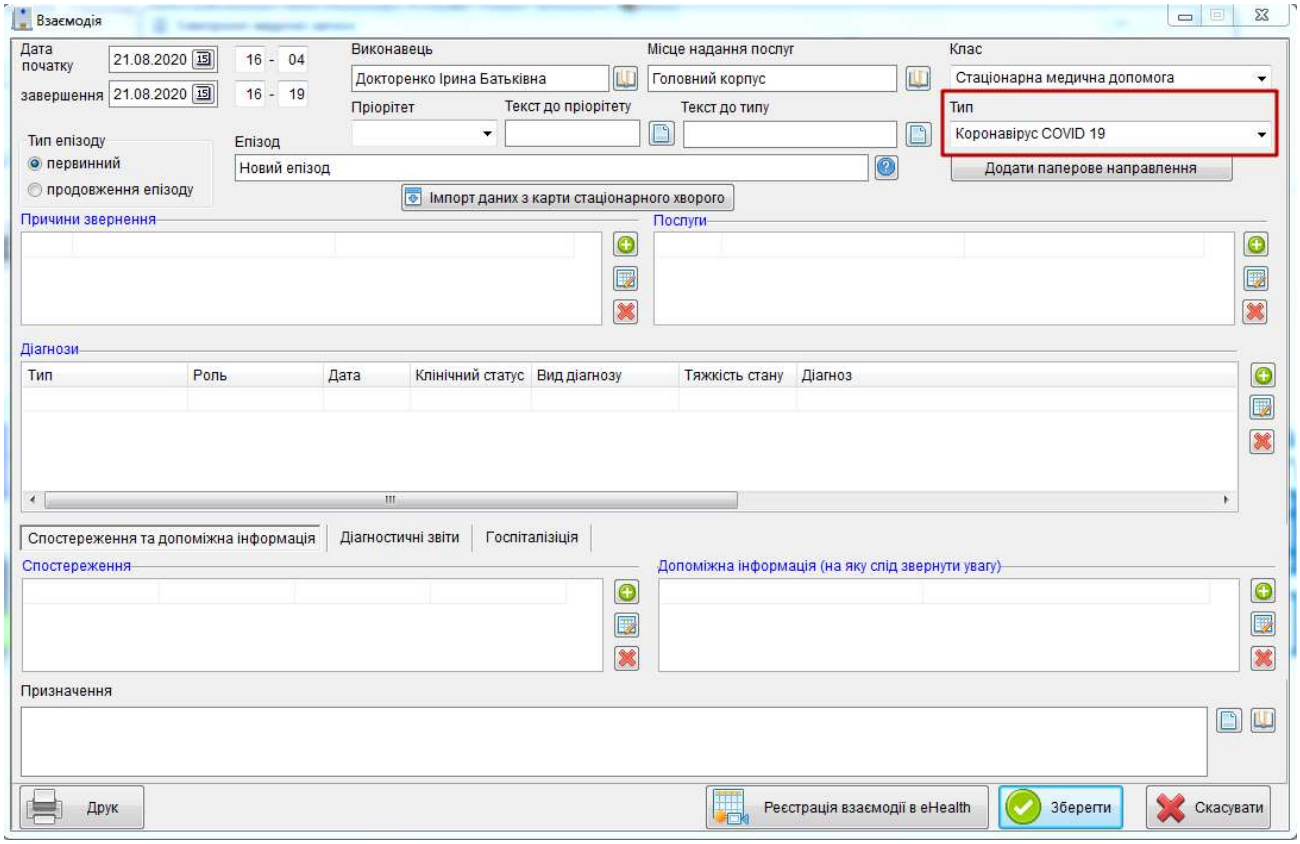
9.8.7 Створити запис COVID-19

Згідно рекомендацій Національної служби охорони здоров'я, даний тип взаємодії є додатковим інструментом в електронній системі охорони здоров'я для обліку динаміки захворюваності на COVID-19 і не відміняє ведення медичних записів за загальними правилами.

Інструкція з інформацією щодо ведення електронних медичних записів медичними працівниками спеціалізованої медичної допомоги в умовах пандемії COVID-19 для пацієнтів, у яких є підозра чи є встановлений діагноз коронавірусної інфекції та правила ведення електронних
медичних записів, що стосуються пацієнтів з підозрою на COVID- 19 чи встановленим діагнозом COVID-19 розміщена за посиланням https://academy.nszu.gov.ua/mod/folder/view.php?id=269



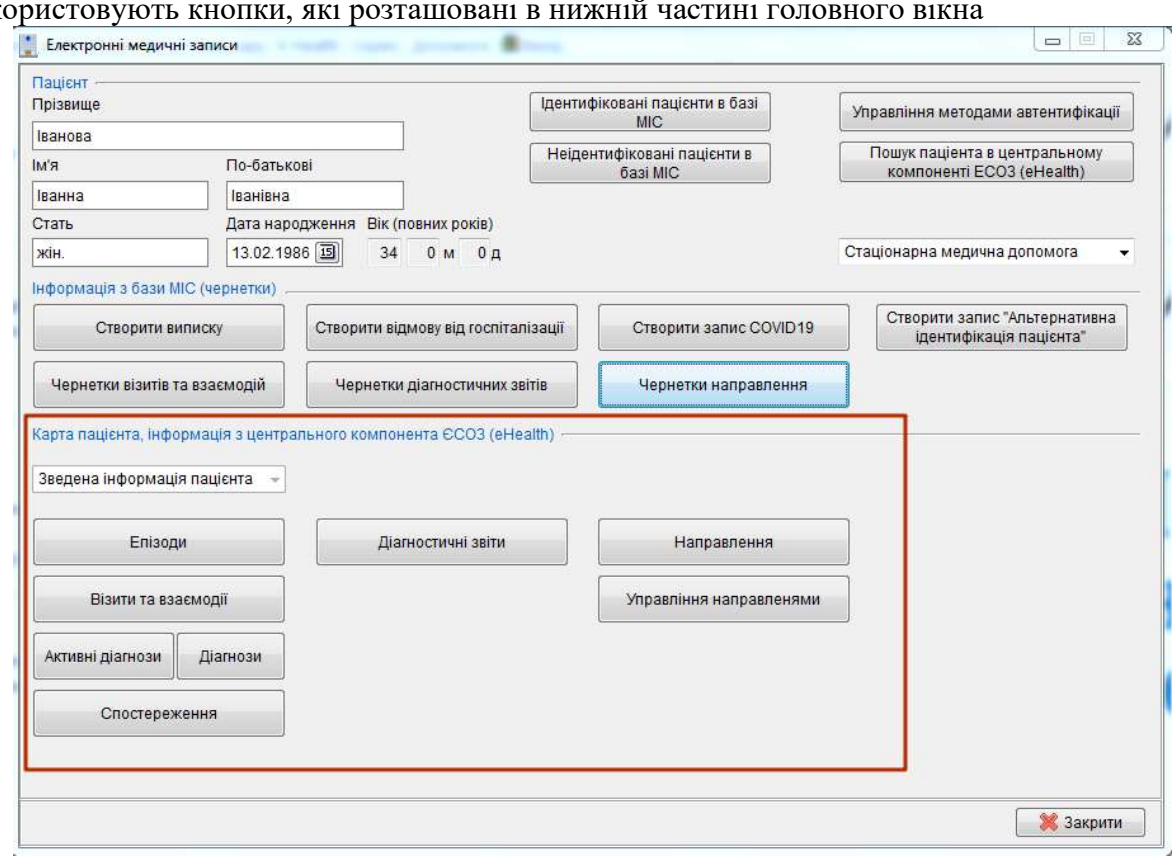
В МІС «МедІнфоСервіс» для ведення таких записів служить кнопка **«Створити запис COVID-19»** в електронних медичних записах. Натиснувши її, відкривається вікно **«Взаємодія»** з типом **«Коронавірус COVID-19».**



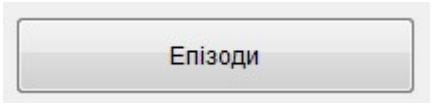
Алгоритм створення взаємодії аналогічний описаному в [пункті 9.8.2.]

9.8.8 Карта пацієнта в ЕСОЗ. Інформація з центрального компонента.

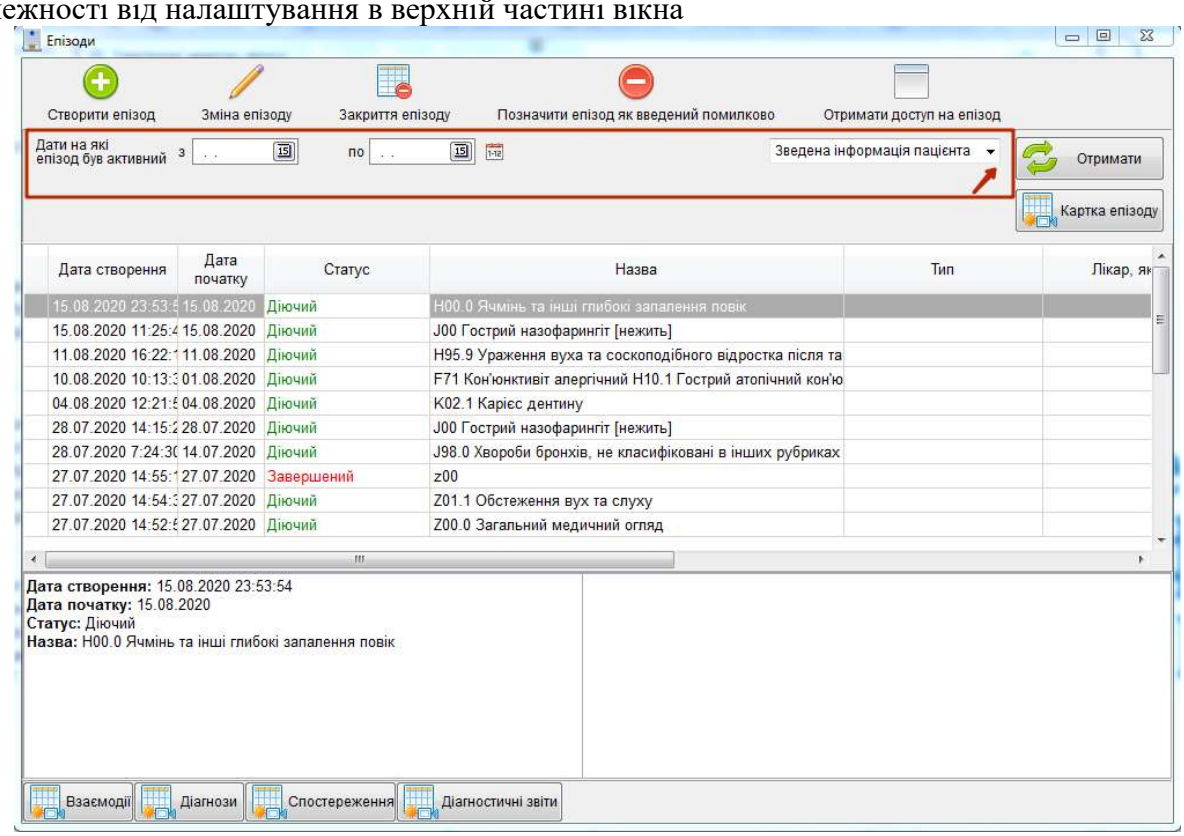
Для перегляду зареєстрованих епізодів/взаємодій, діагностичних звітів, діагнозів і спостережень, закриття епізодів, а також відміни епізодів і електронних направлень використовують кнопки, які розташовані в нижній частині головного вікна



9.8.8.1 Перегляд епізодів/візитів і взаємодій/діагнози/спостереження в ЕСОЗ, закриття епізоду, позначення як введений помилково епізоду/взаємодії.



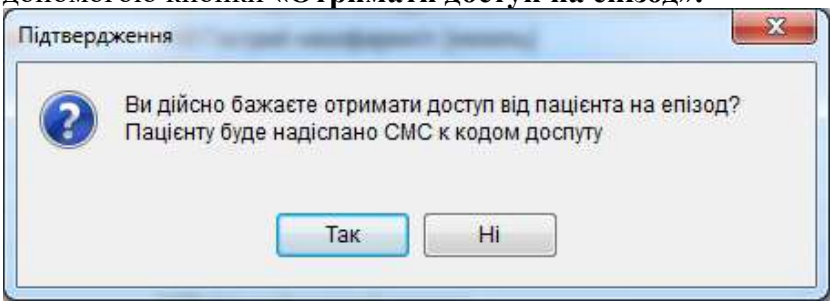
- відображається список створених епізодів, в залежності від налаштування в верхній частині вікна

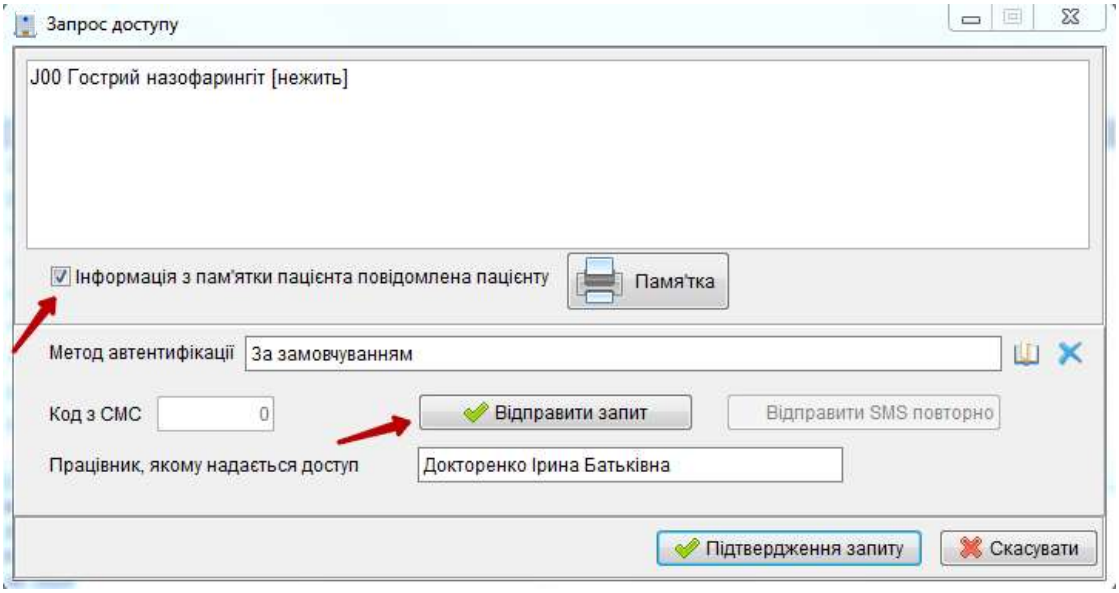


Зведена інформація пацієнта – відображає весь список епізодів створених у пацієнта.

Повна інформація пацієнта – відображає епізоди, створені у власному медичному закладі.

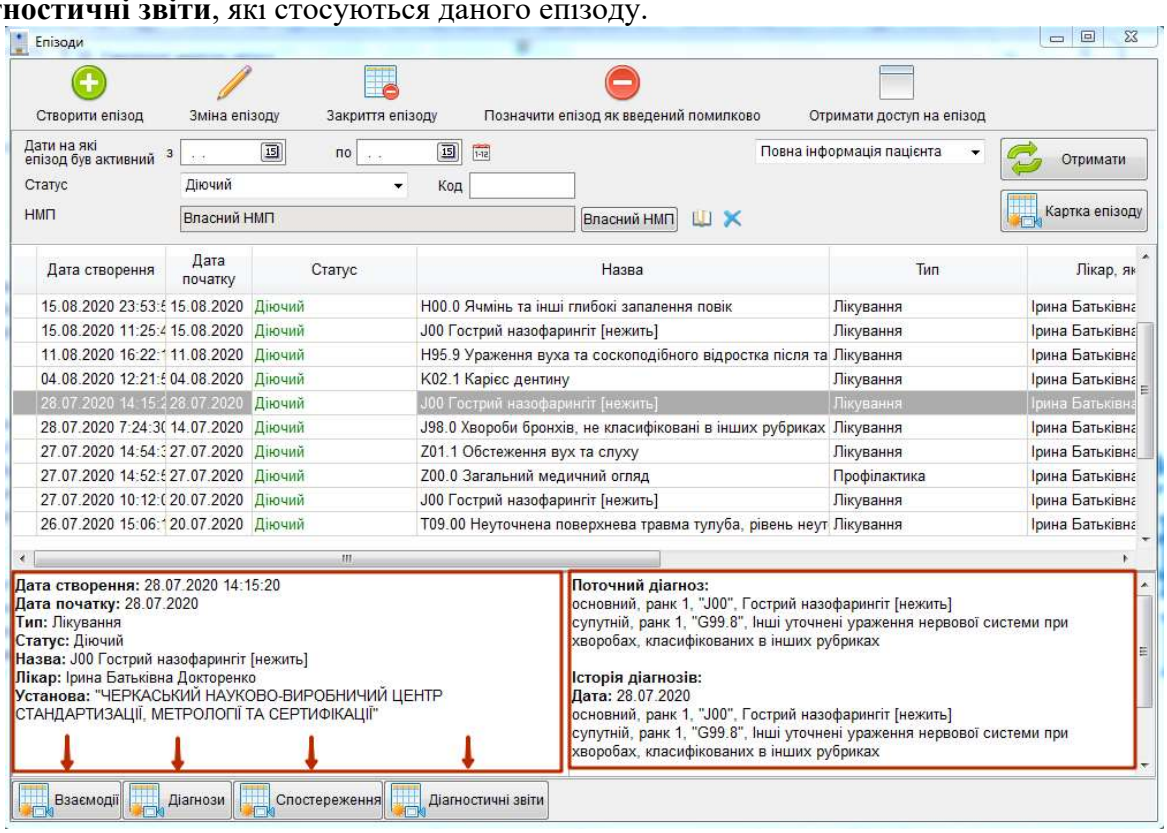
Підтверджені епізоди – відображає епізоди, до яких лікар отримав доступ. Це здійснюється за допомогою кнопки **«Отримати доступ на епізод».**



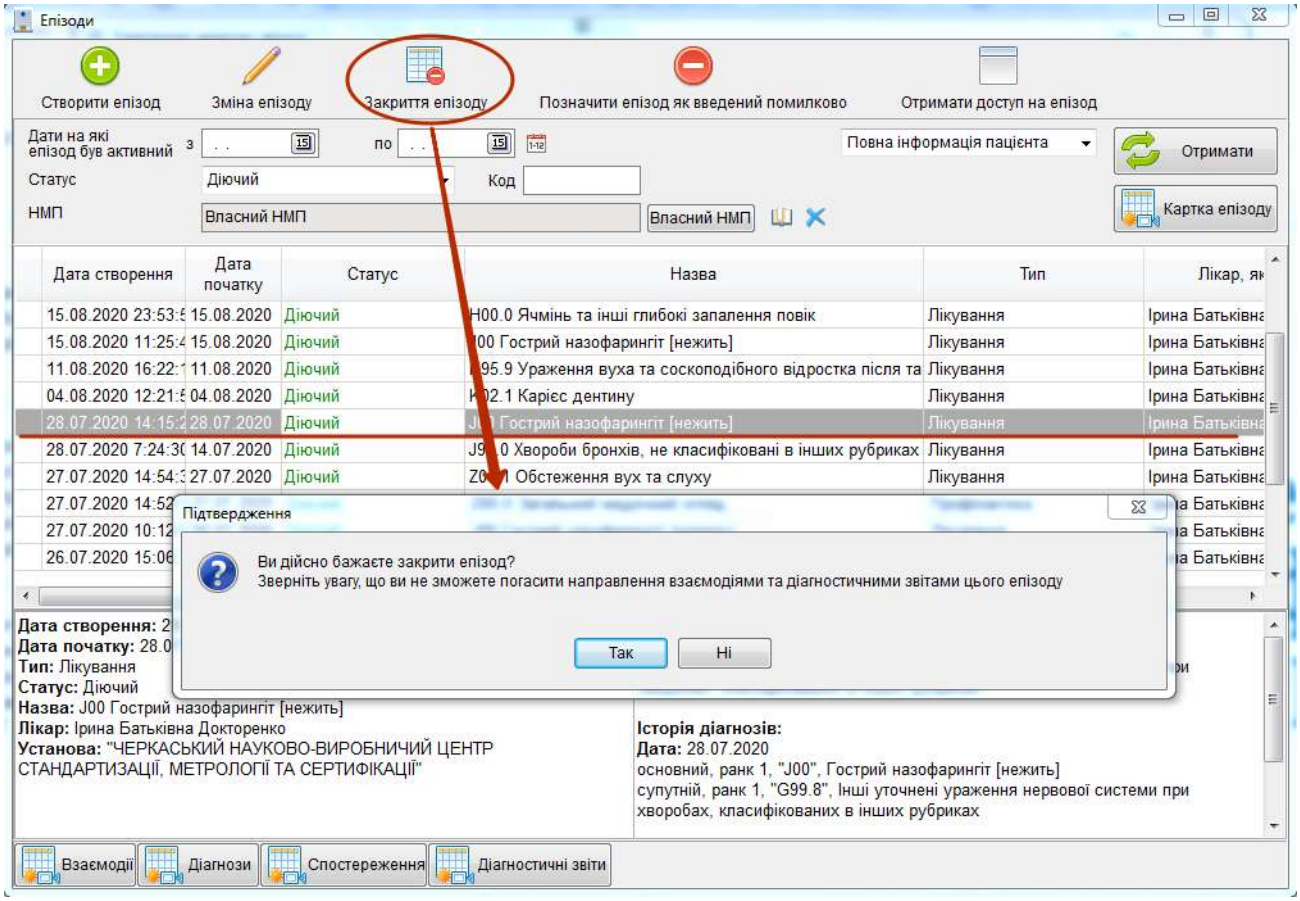


Натиснувши кнопку **«Відправити запит»,** пацієнту буде надіслано СМС з кодом підтвердження, яке потрібно ввести в поле **«Код з СМС»** і натиснути **«Підтвердження запиту».**

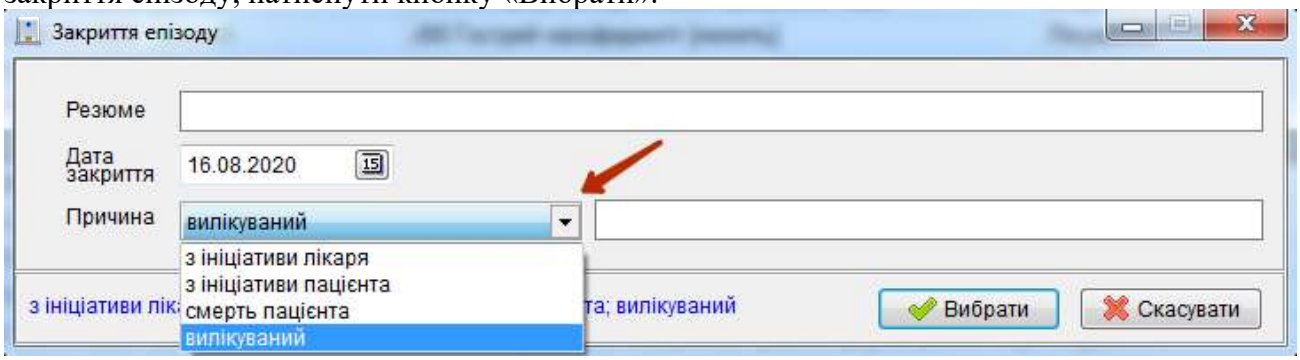
В нижній частині вікна «Епізоди» можна переглянути інформацію по епізодам, діагнозам тощо, а також окремо переглянути **взаємодії, діагнози, спостереження та діагностичні звіти**, які стосуються даного епізоду.

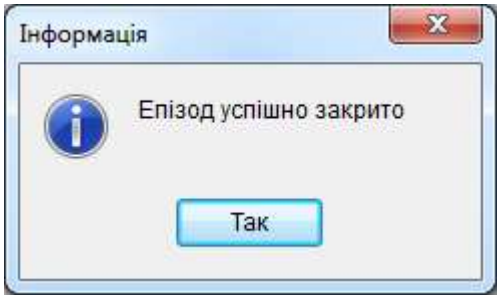


«Закриття епізоду» відбувається у випадку, коли лікар прийняв рішення, що проблема пацієнта вирішена або ж робота лікаря щодо вирішення цієї проблеми закінчена (з будь-яких об'єктивних причин). Щоб закрити епізод, обираємо потрібний і натискаємо відповідну кнопку.

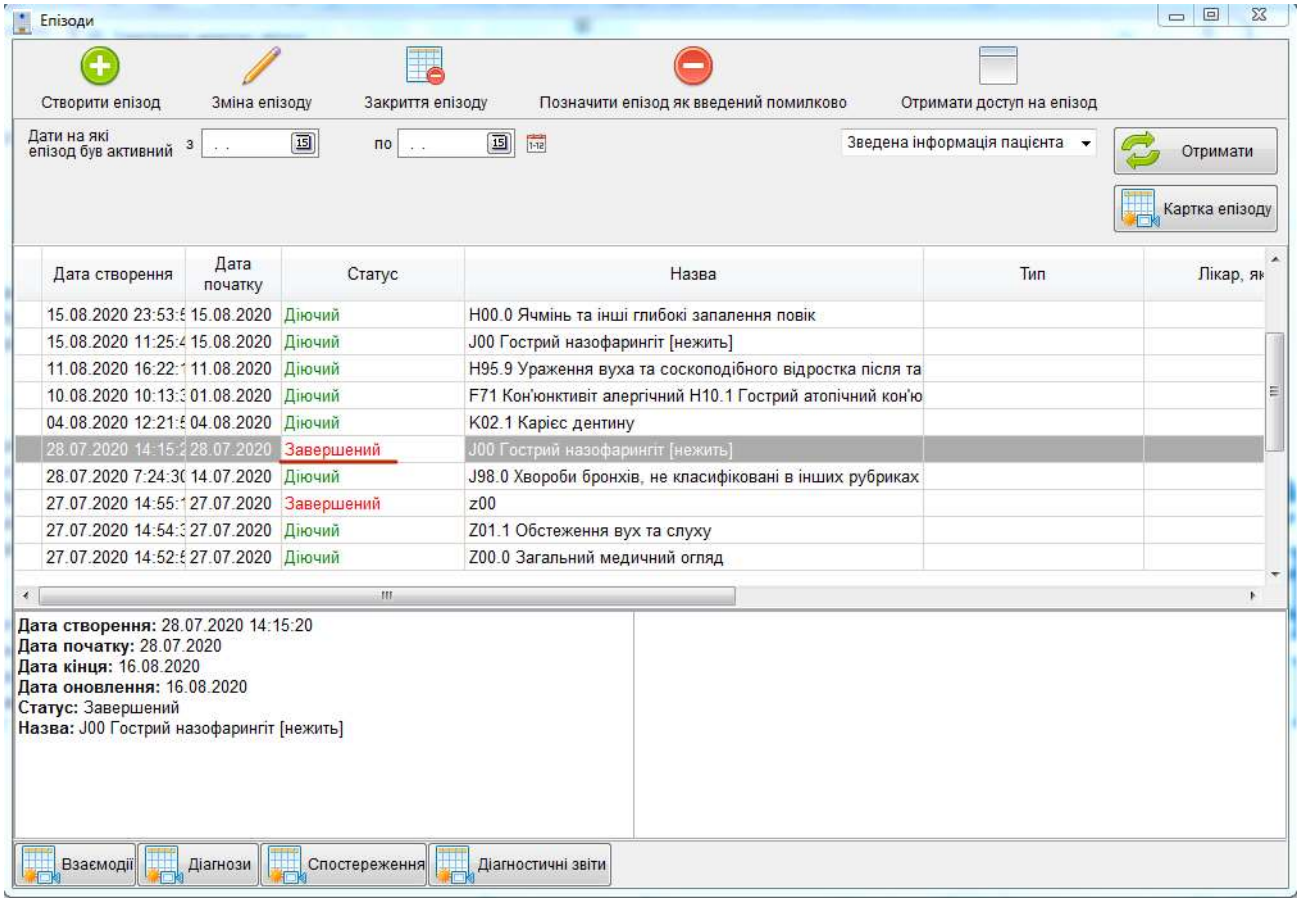


Погодившись, з'являється наступне вікно, де слід, при потребі, надрукувати коротке «Резюме» (інформація про стан пацієнта на момент закриття епізоду), дату та причину закриття епізоду, натиснути кнопку «Вибрати».

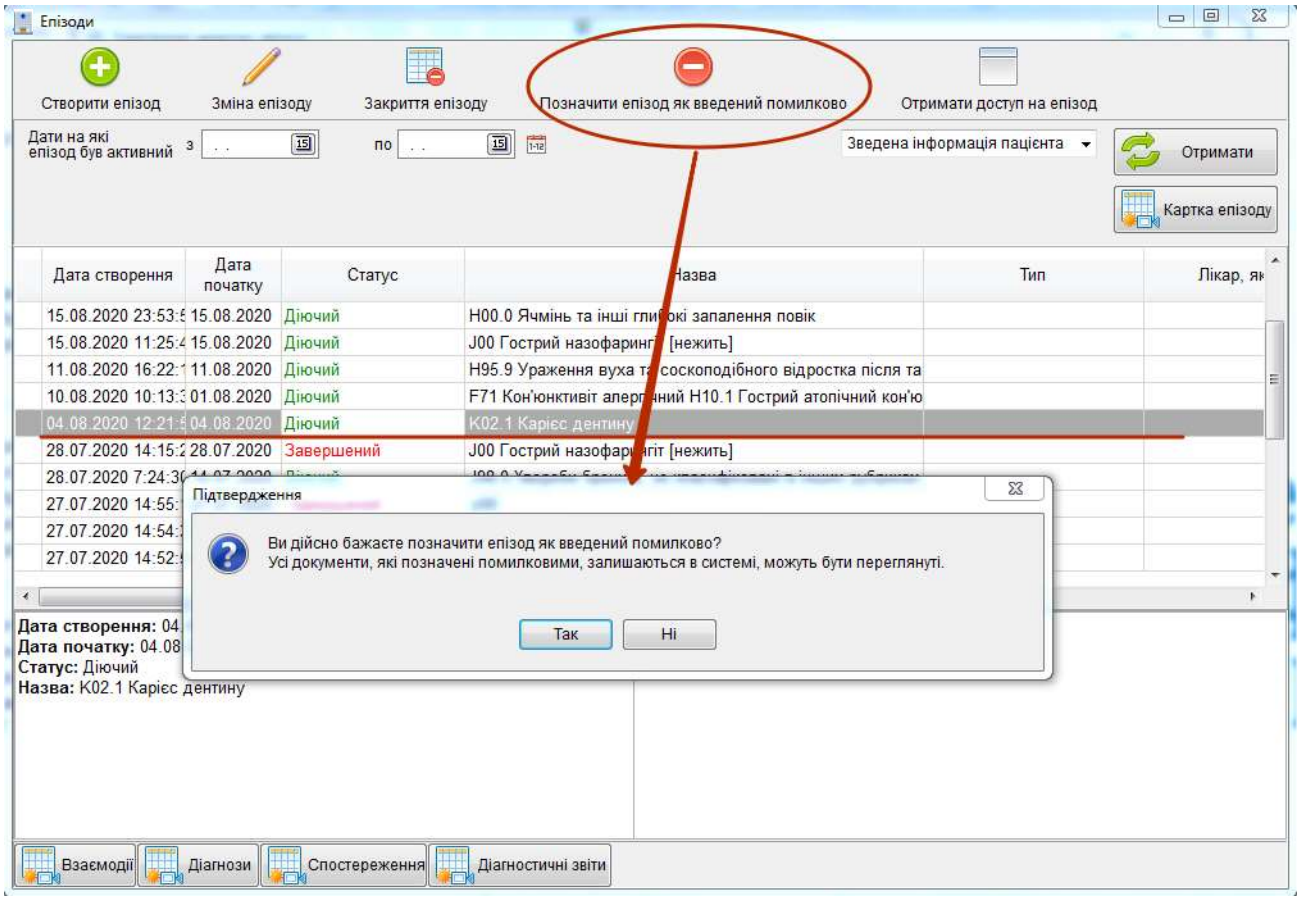




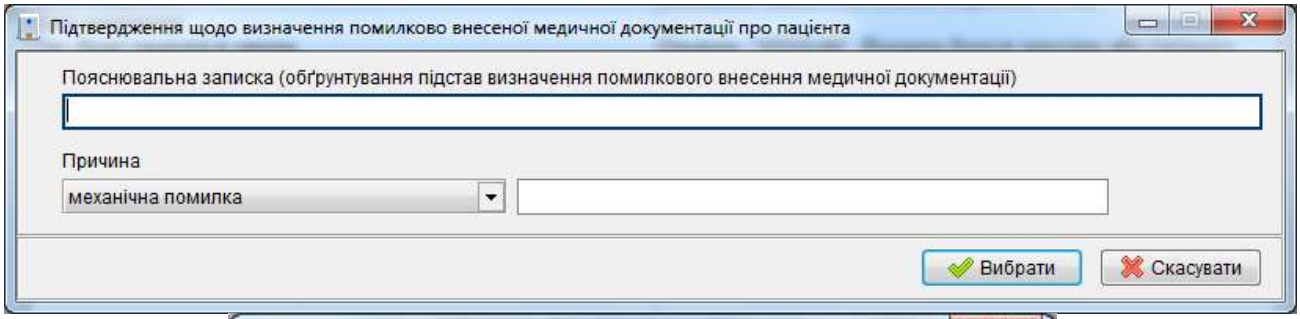
Тепер в переліку епізодів даний буде зі статусом **«Завершений».**

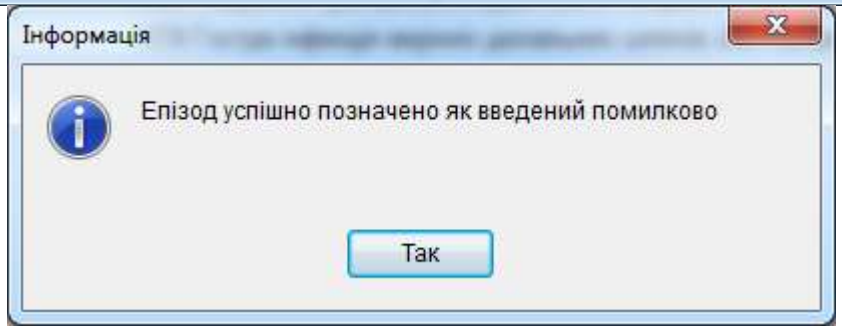


«Позначити епізод як введений помилково» - таку дію можливо виконати, якщо після запису епізоду чи взаємодії в ЕСОЗ, лікар зрозумів, що припустився помилки (неправильно закодував діагноз, створив запис не тому пацієнту тощо).

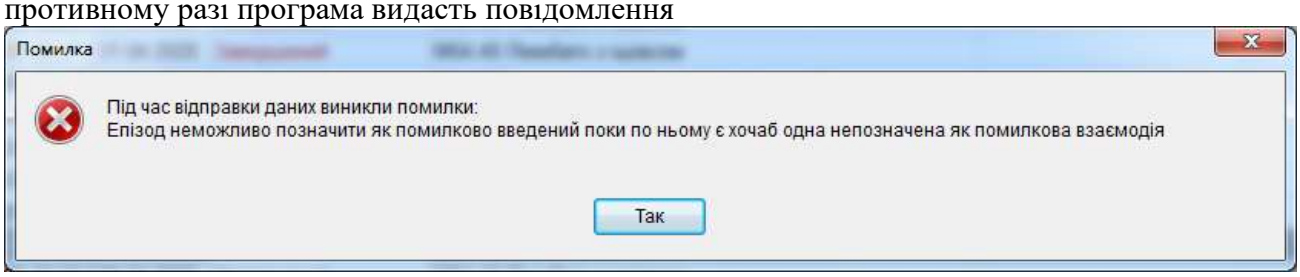


У вікні, що з’явилось вказати причину (механічна або невірно ідентифікований пацієнт) та пояснювальну записку в довільні формі і натиснути «**Вибрати**».

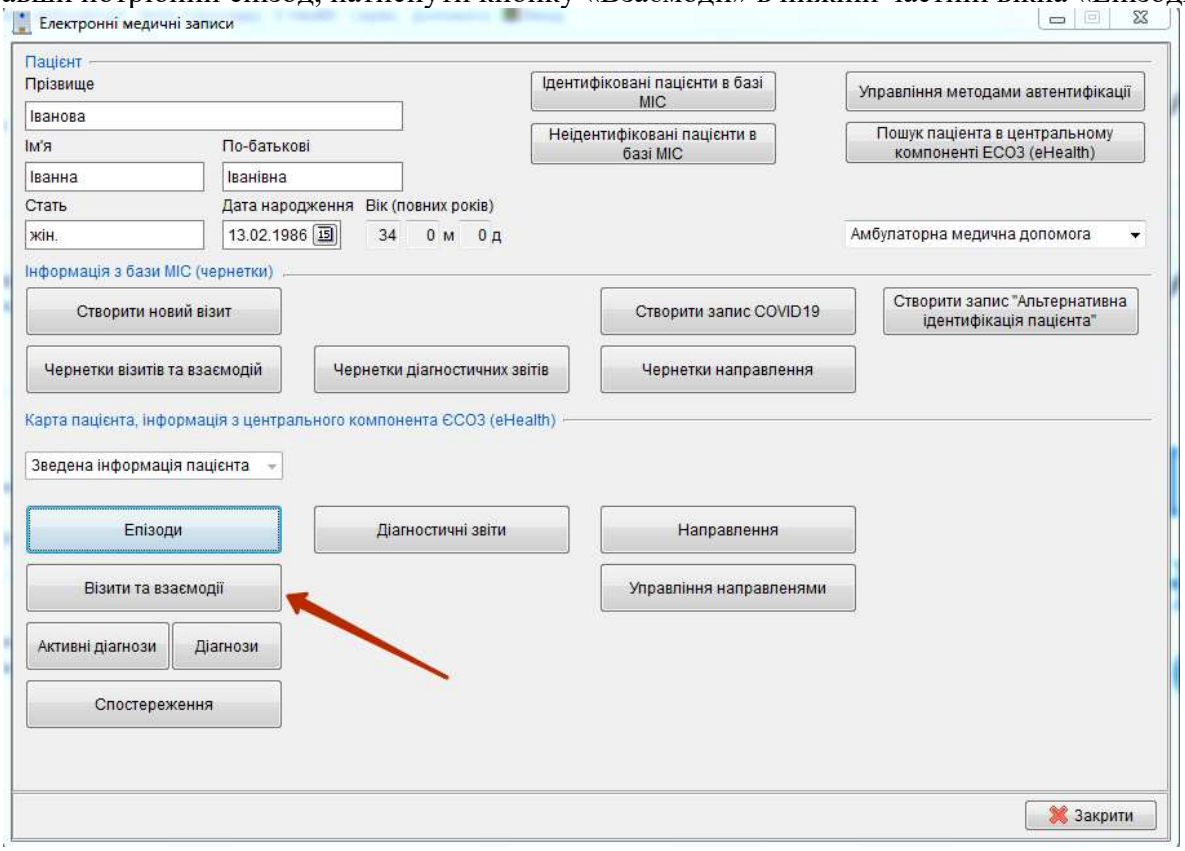


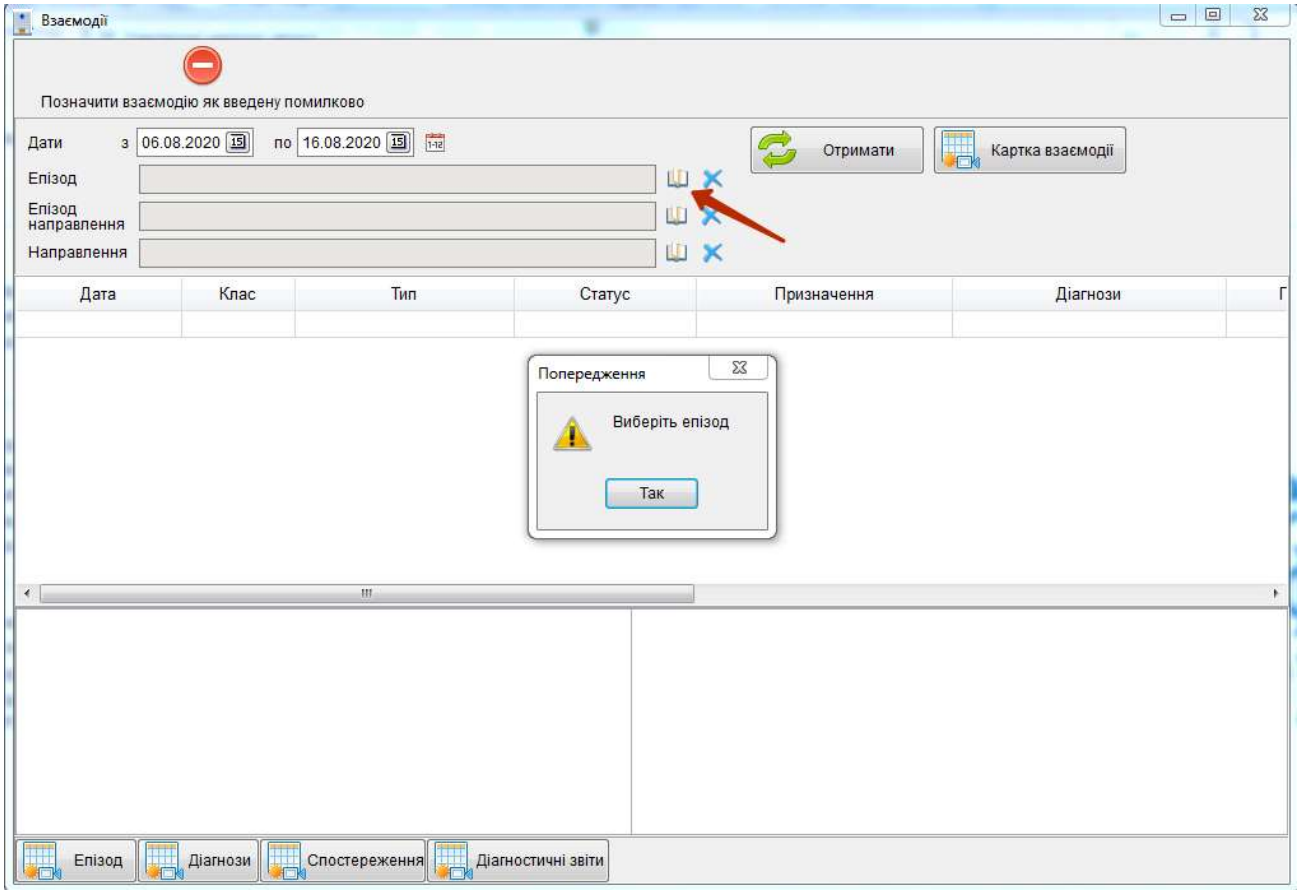


Зверніть увагу ! Щоб позначити епізод як введений помилково, який містить хоча б одну взаємодію, слід спочатку **«Позначити взаємодію як введену помилково».** В противному разі програма видасть повідомлення

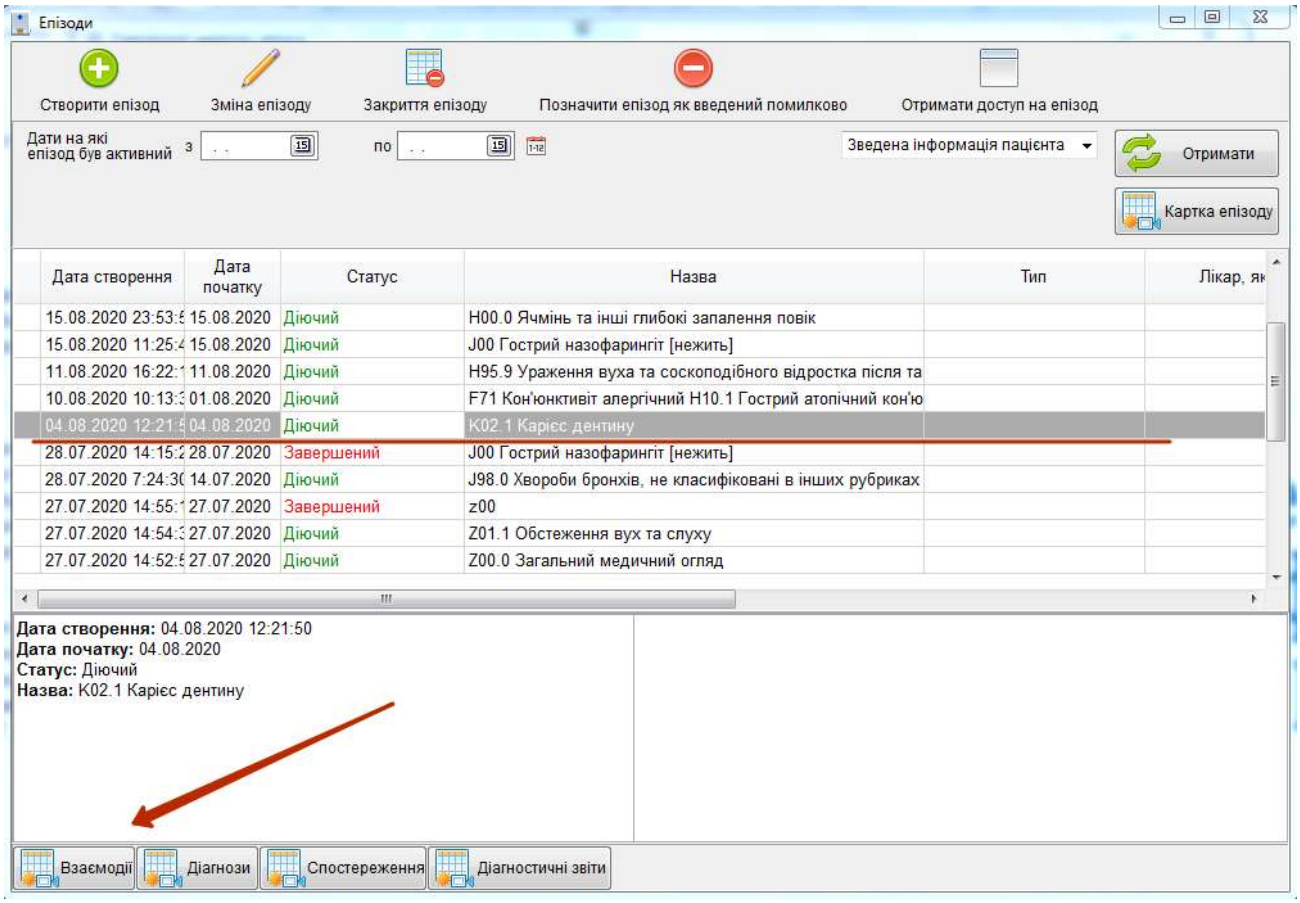


Щоб **«Позначити взаємодію як введену помилково»** необхідно натиснути кнопку **«Візити та взаємодії»** на головному вікні ЕМЗ (вибрати необхідний епізод кнопкою) або обравши потрібний епізод, натиснути кнопку «Взаємодії» в нижній частині вікна «Епізоди».

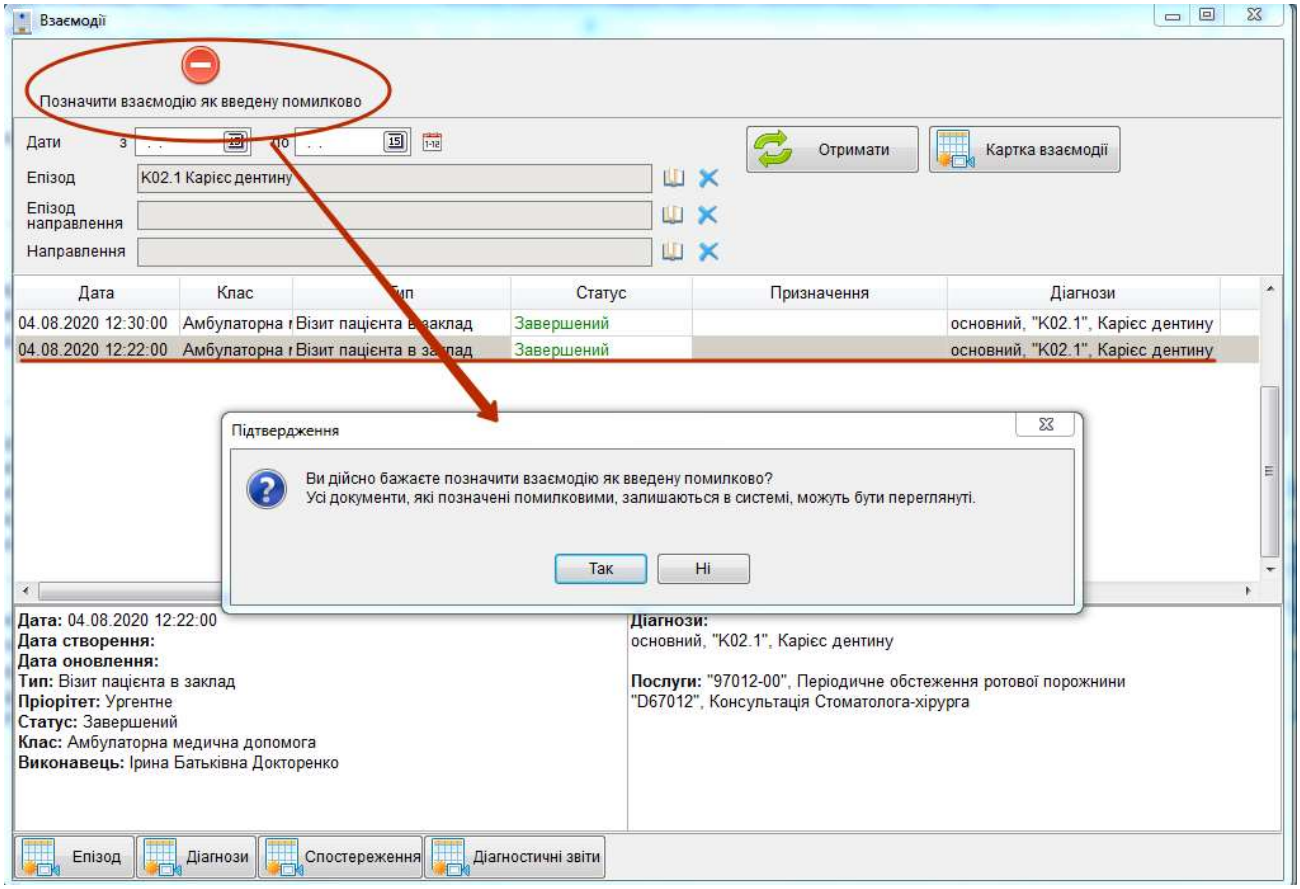




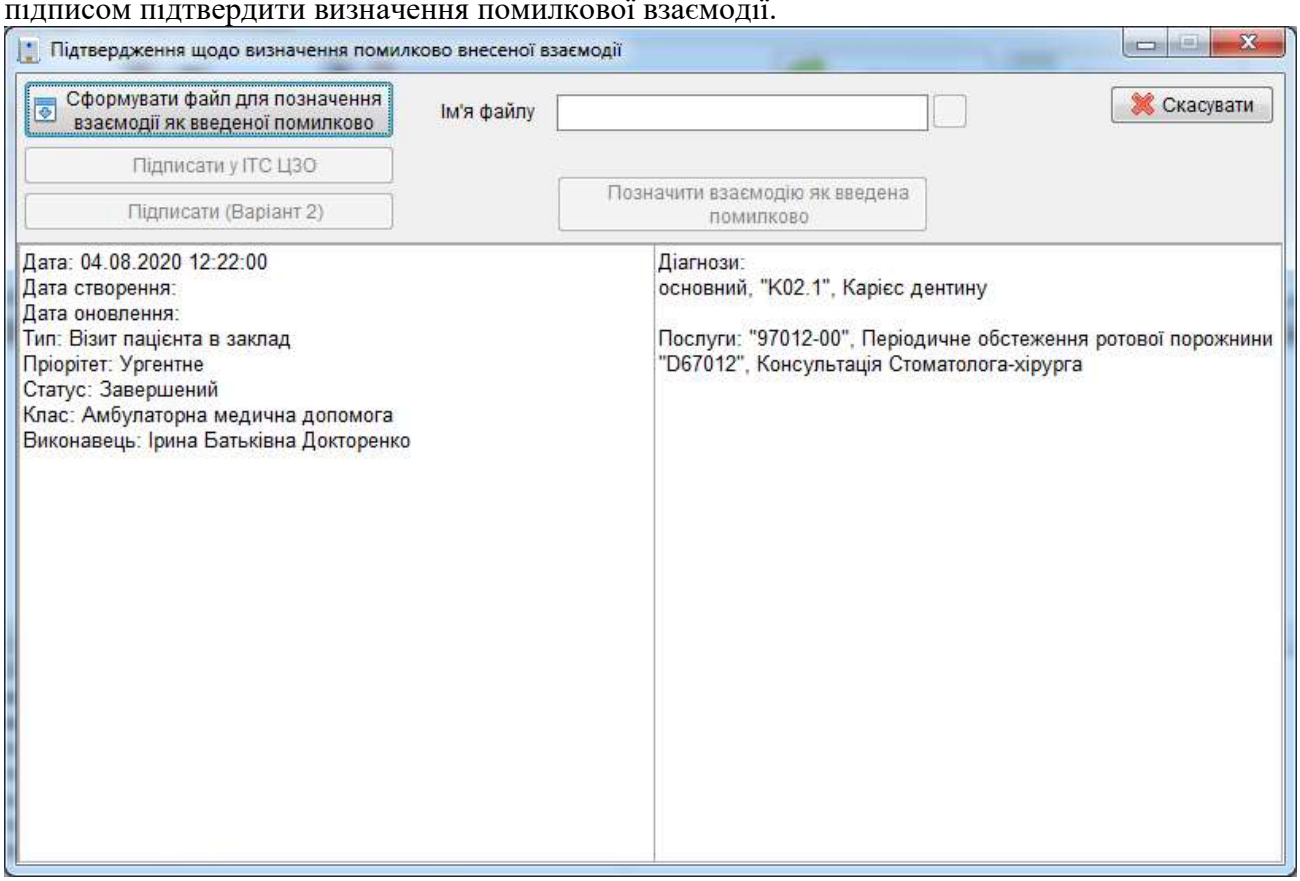
АБО



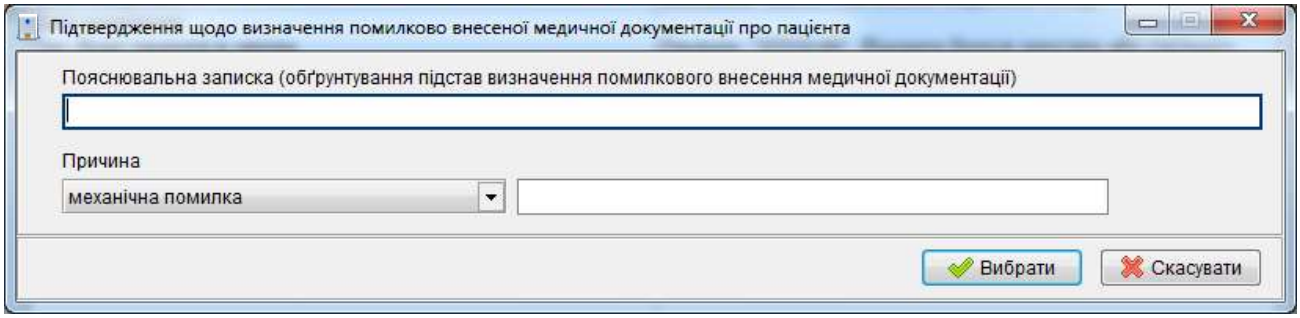
У вікні, що з’явилось слід кожну взаємодію **«Позначити як введену помилково».**



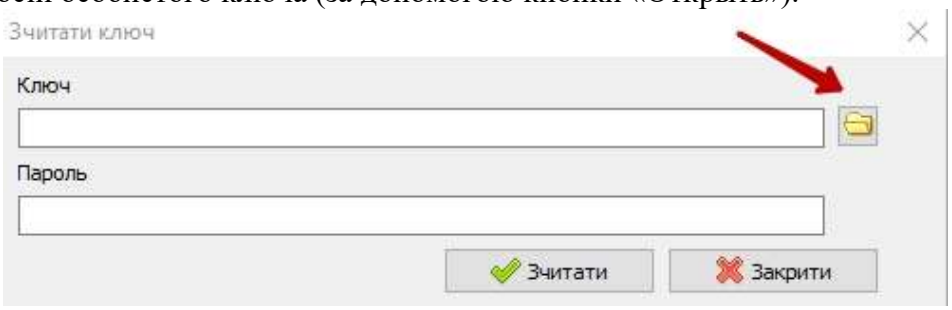
Після позитивної відповіді слідує вікно, в якому необхідно власним цифровим підписом підтвердити визначення помилкової взаємодії.

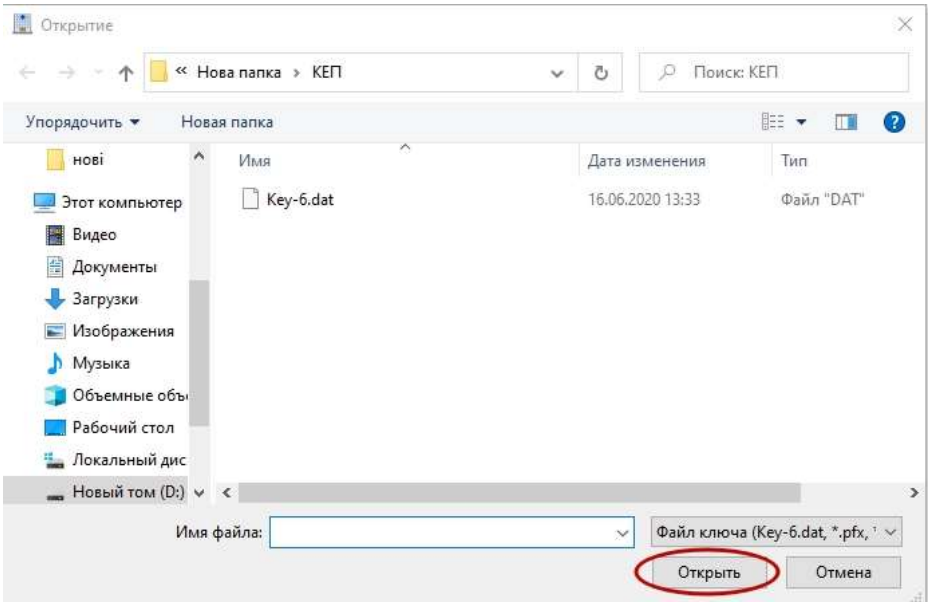


Натискаємо **«Сформувати файл для позначення взаємодії як введеної помилково».** У вікні, що з'явилось вказати причину (механічна або невірно ідентифікований пацієнт) та пояснювальну записку в довільні формі і натиснути «**Вибрати**»



Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).

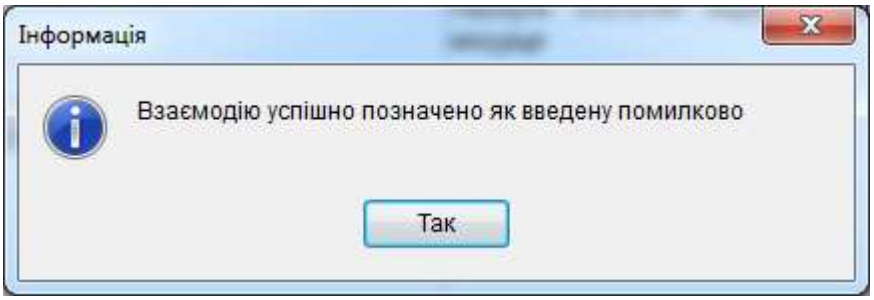




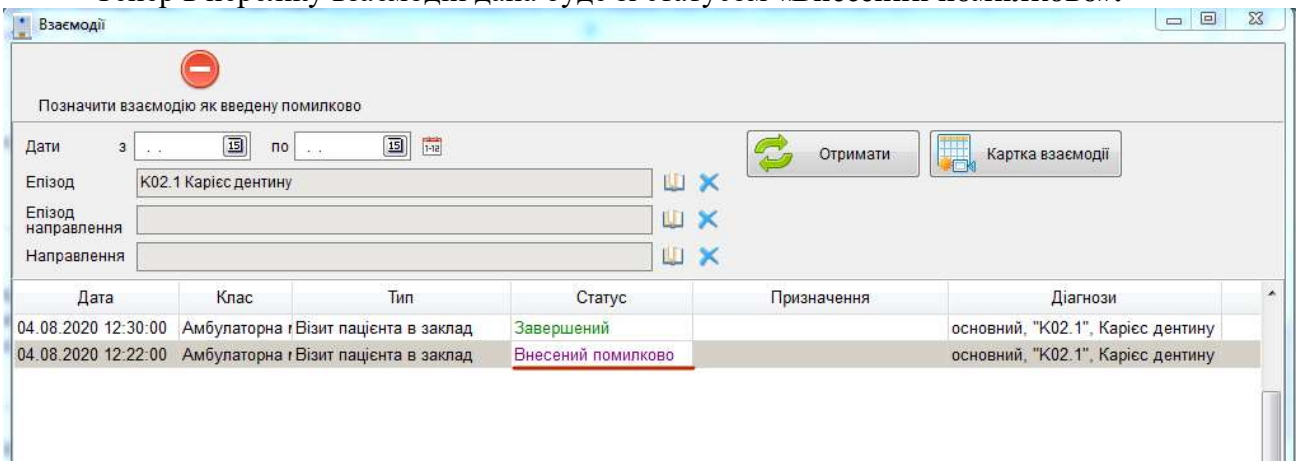
Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний

звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».

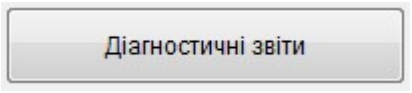


Тепер в переліку взаємодій дана буде зі статусом **«Внесений помилково».**

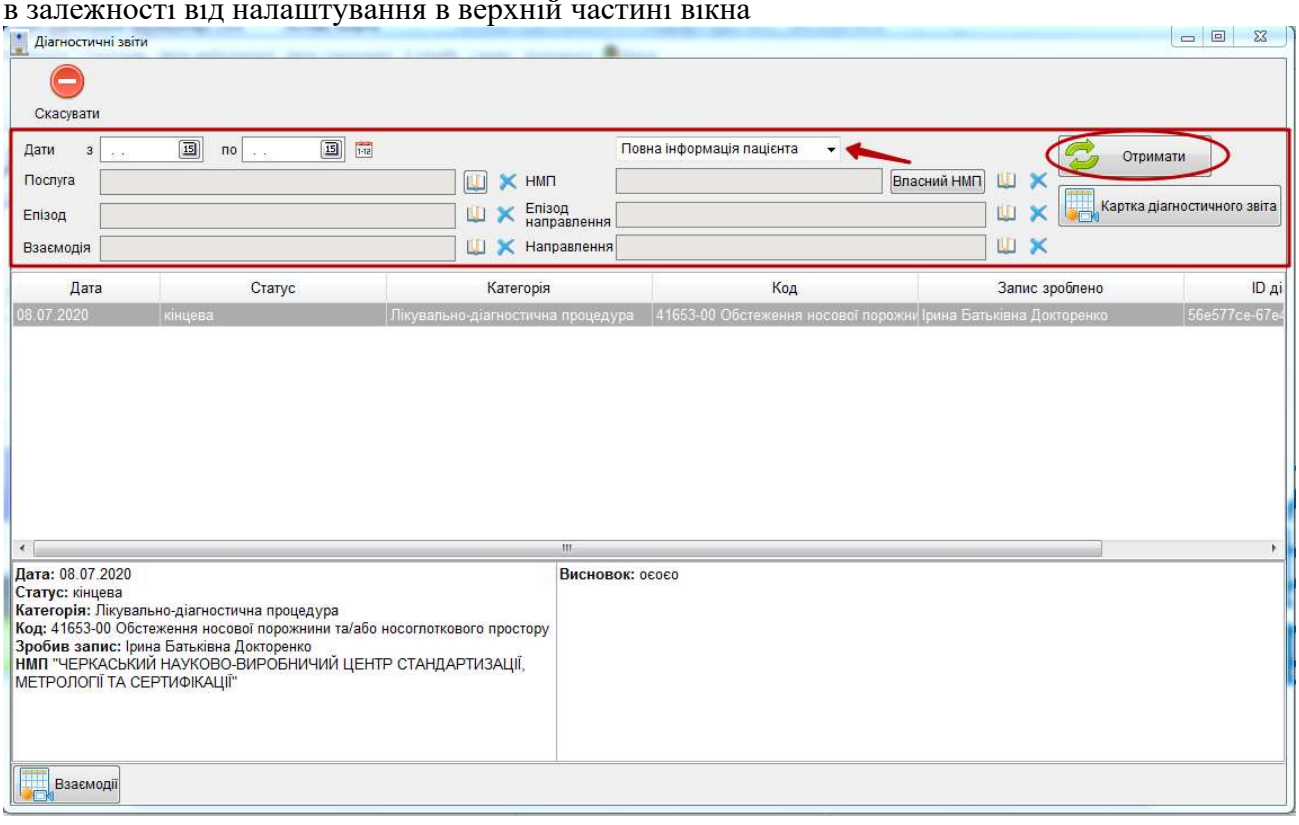


Після того, як всі взаємодії буде відмінено, можна позначати епізод як внесений помилково.

9.8.8.2 Перегляд діагностичних звітів в ЕСОЗ та позначення як введеного помилково.



- відображається список створених діагностичних звітів, в залежності від налаштування в верхній частині вікна

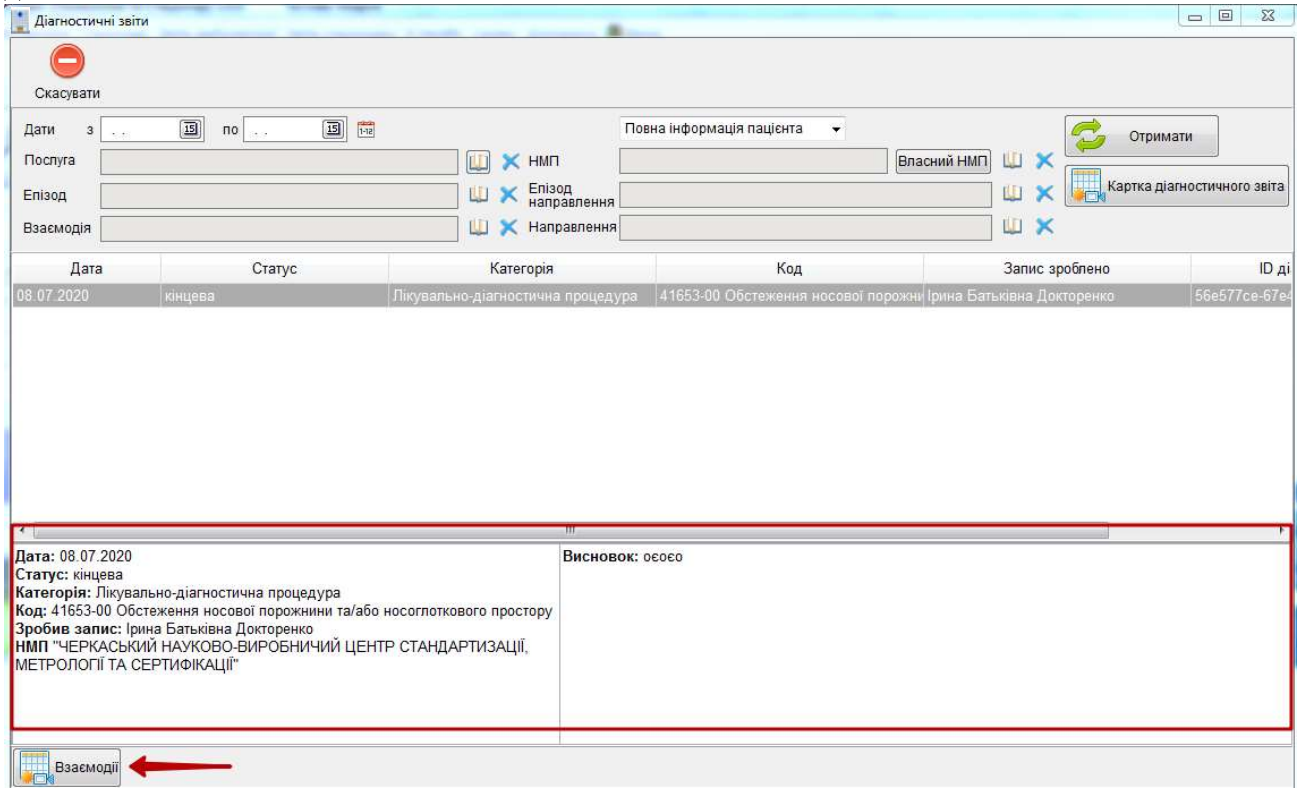


Зведена інформація пацієнта – відображає весь список епізодів створених у пацієнта.

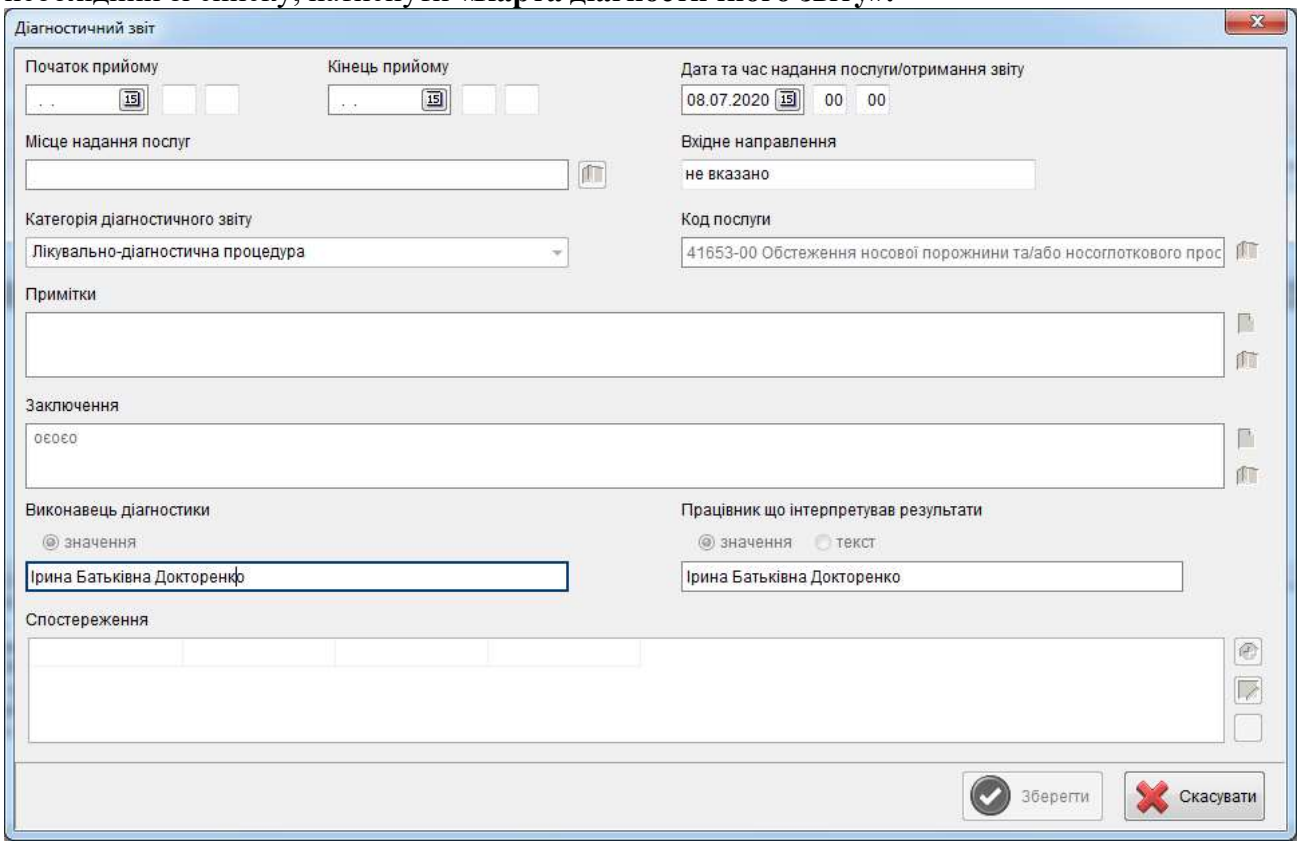
Повна інформація пацієнта – відображає епізоди, створені у власному медичному закладі.

Підтверджені діагностичні звіти – відображає діагностичні звіти, які пов'язані з епізодами, до яких лікар отримав доступ.

В нижній частині вікна «Діагностичні звіти», обравши конкретний, можна переглянути інформацію по ньому, а також переглянути взаємодію, якщо до такої відноситься даний діагностичний звіт.

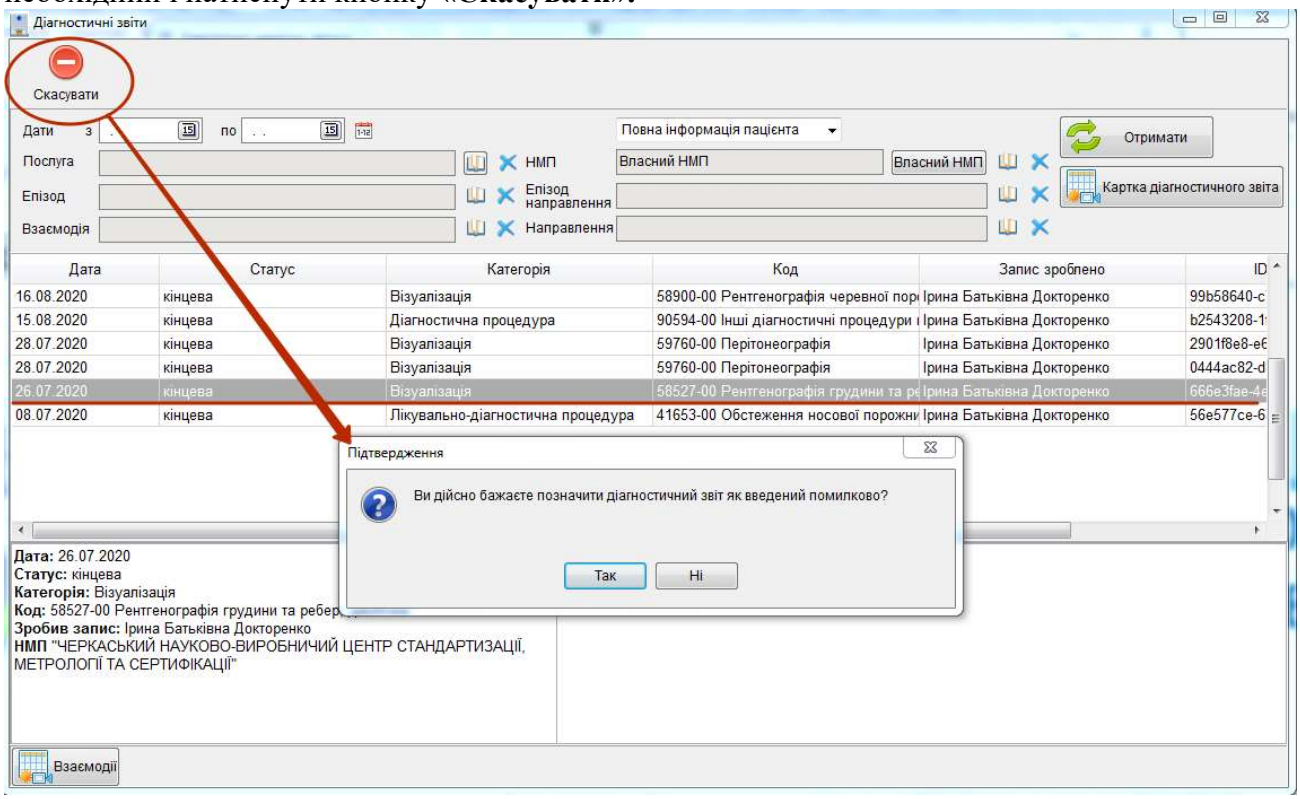


Для того, щоб передивитись дані заповненого діагностичного звіту можна, обравши необхідний зі списку, натиснути **«Карта діагностичного звіту».**

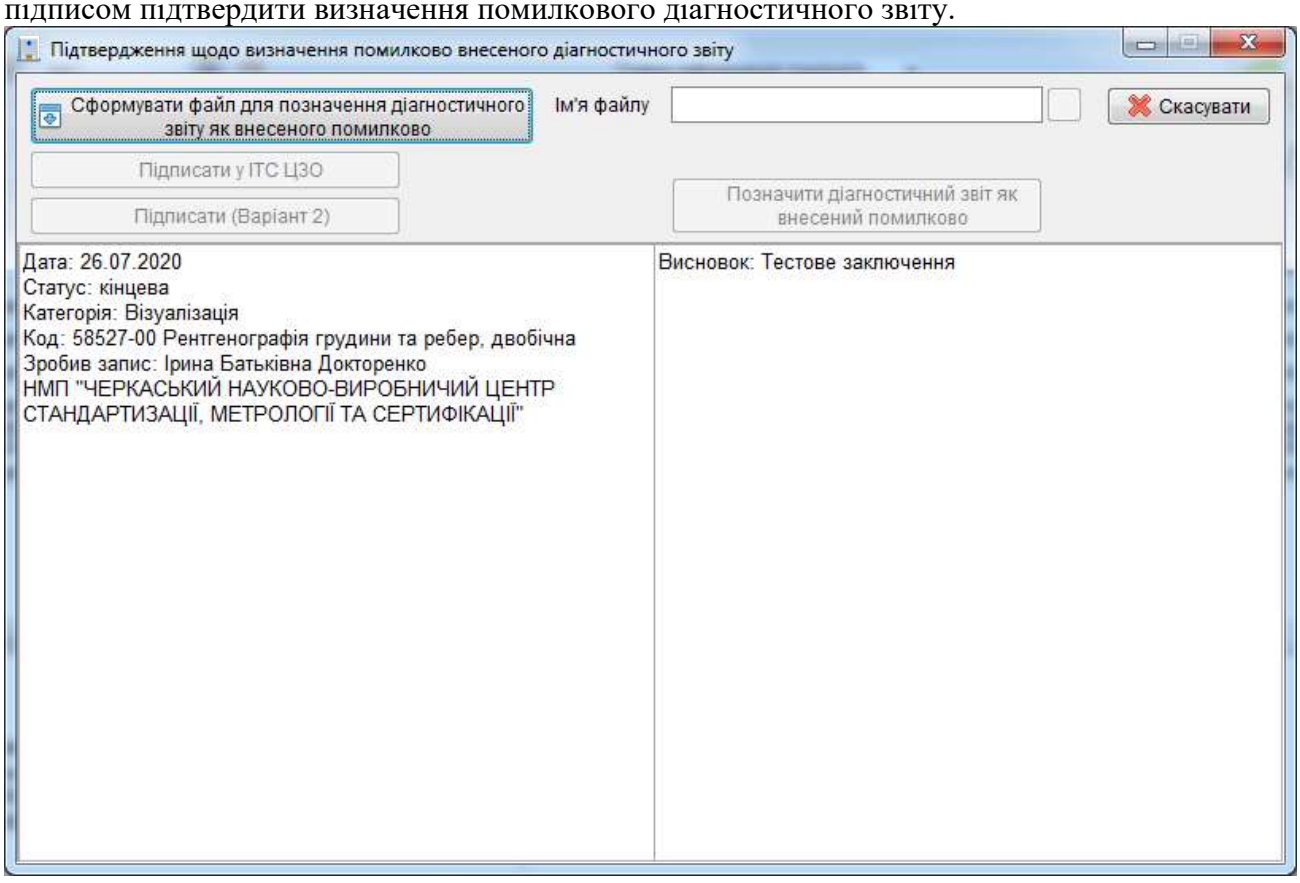


Вікно відкриється тільки для перегляду.

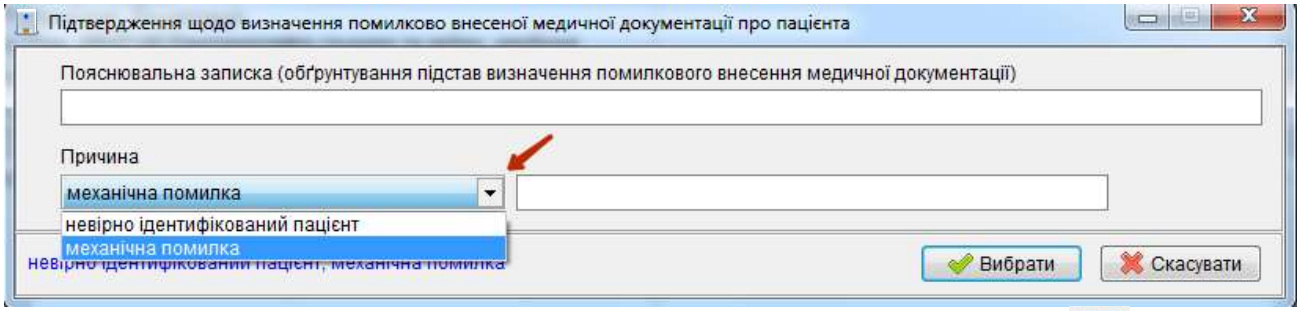
Для того, щоб позначити діагностичний звіт як введений помилково, необхідно обрати необхідний і натиснути кнопку **«Скасувати».**



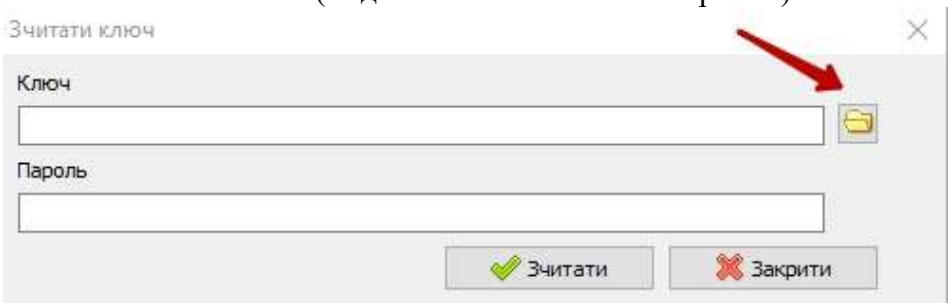
Після позитивної відповіді слідує вікно, в якому необхідно власним цифровим підписом підтвердити визначення помилкового діагностичного звіту.

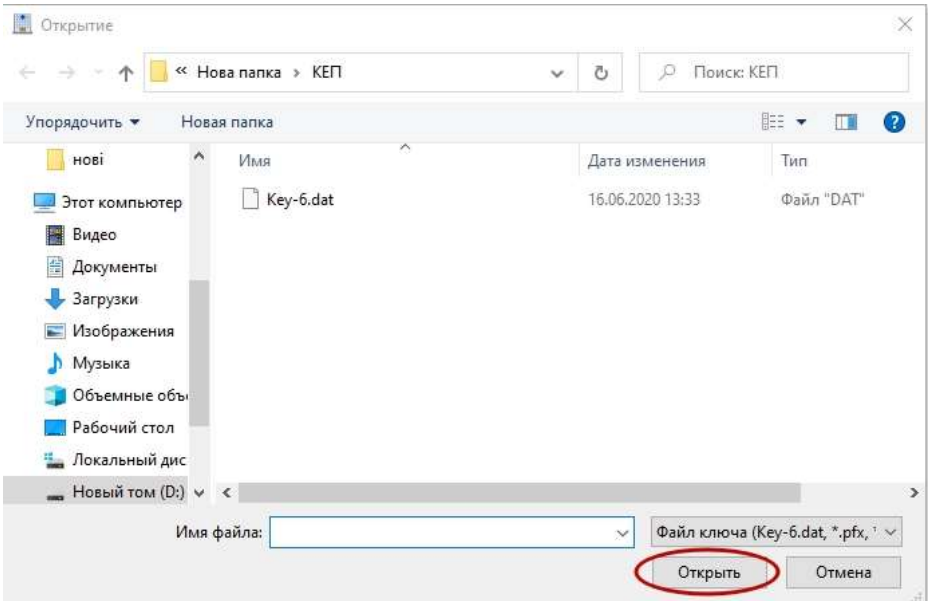


Натискаємо **«Сформувати файл для позначення діагностичного звіту як введеної помилково».** У вікні, що з'явилось вказати причину (механічна або невірно ідентифікований пацієнт) та пояснювальну записку в довільні формі і натиснути «**Вибрати**»



Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).

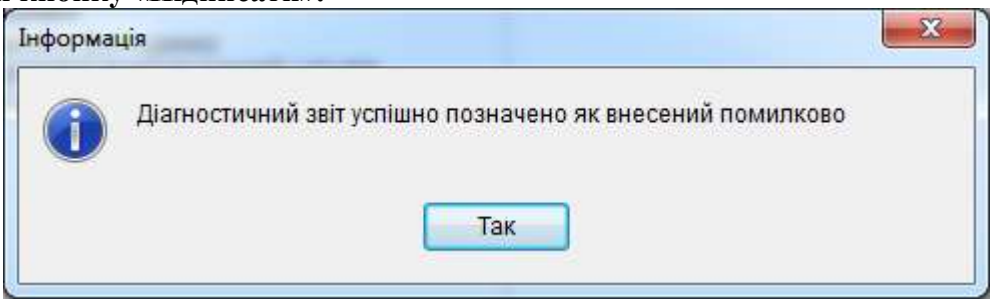




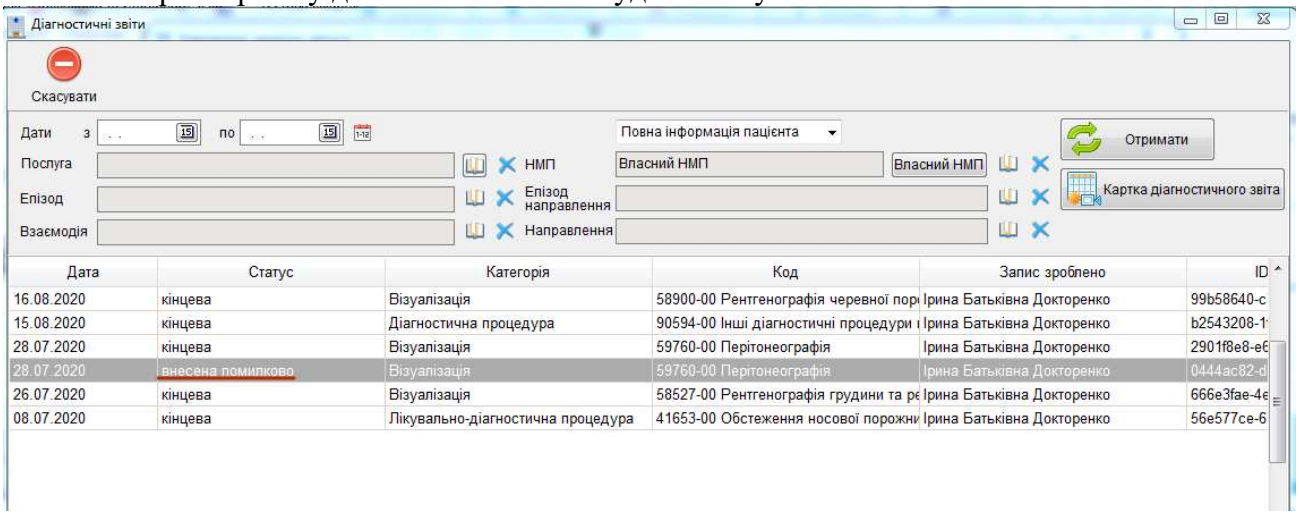
Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний

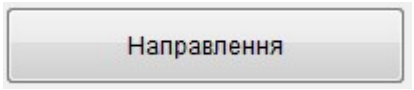
звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».



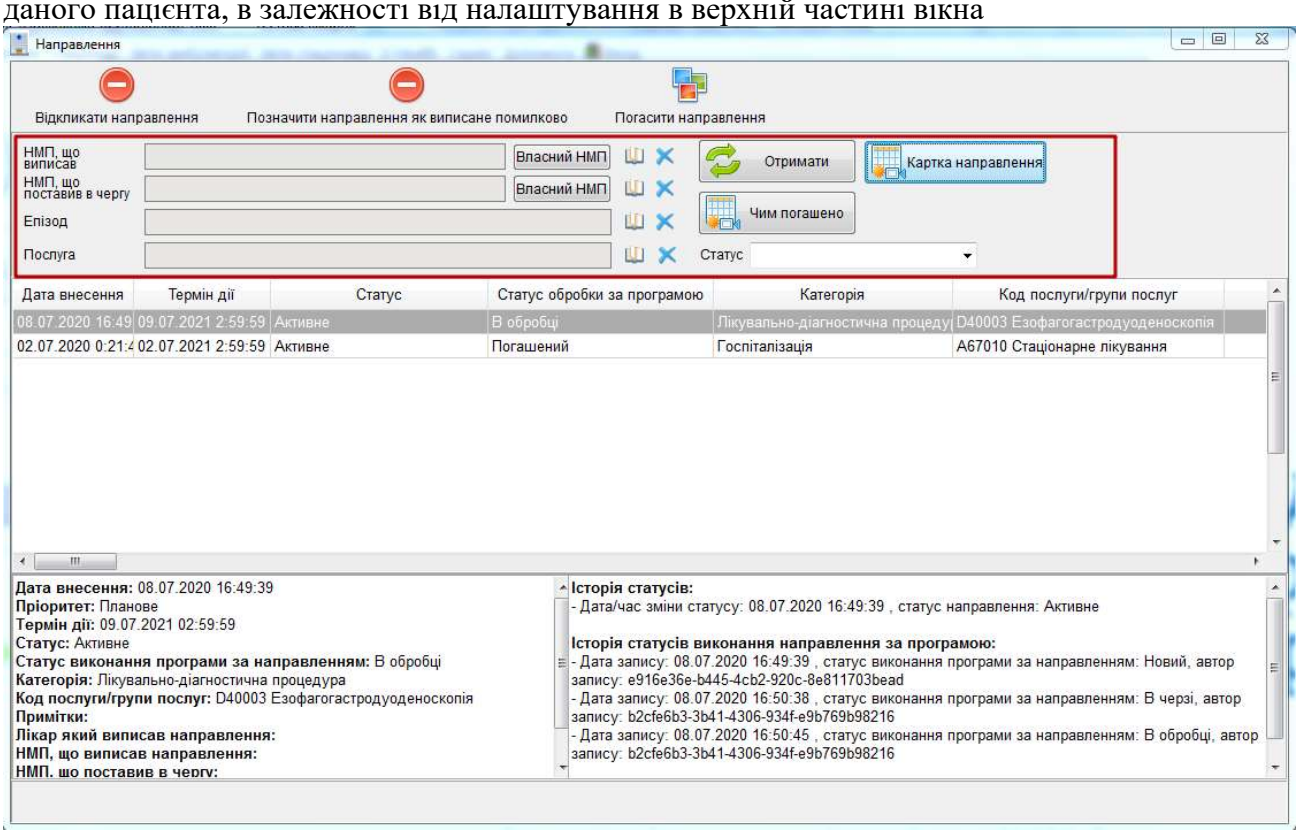
Тепер в переліку діагностичний звіт буде зі статусом **«Внесений помилково».**



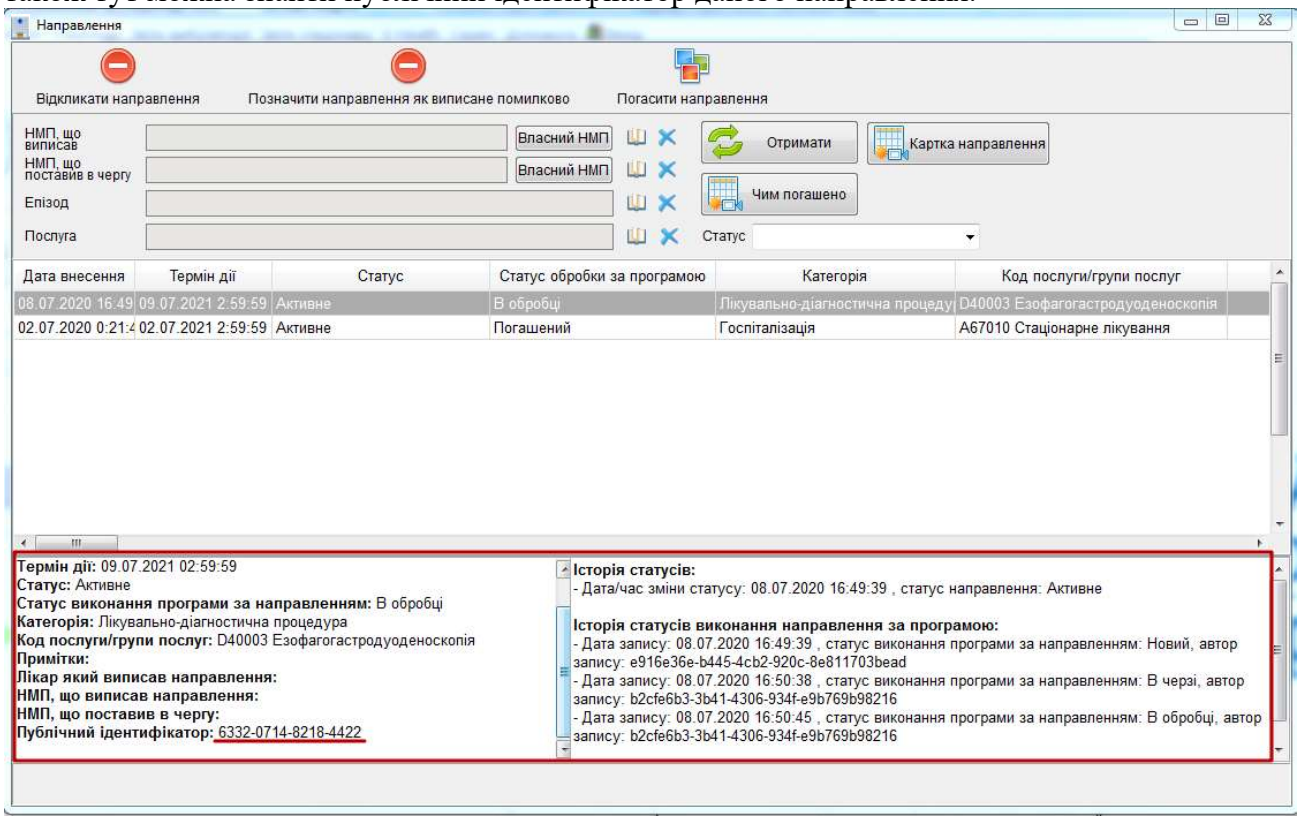
9.8.8.3 Перегляд електронних направлень в ЕСОЗ, відкликати направлення, позначити як виписане помилково



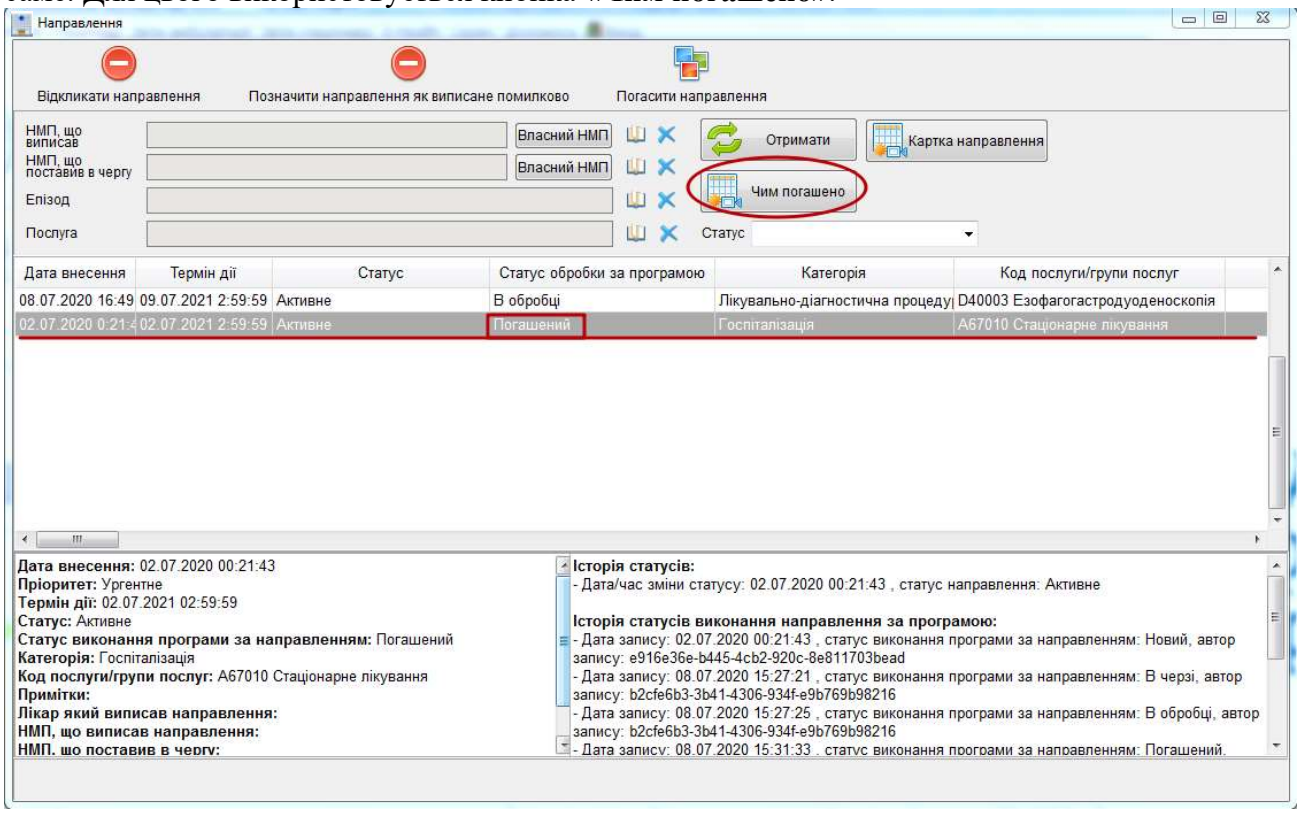
- відображається список створених направлень для даного пацієнта, в залежності від налаштування в верхній частині вікна



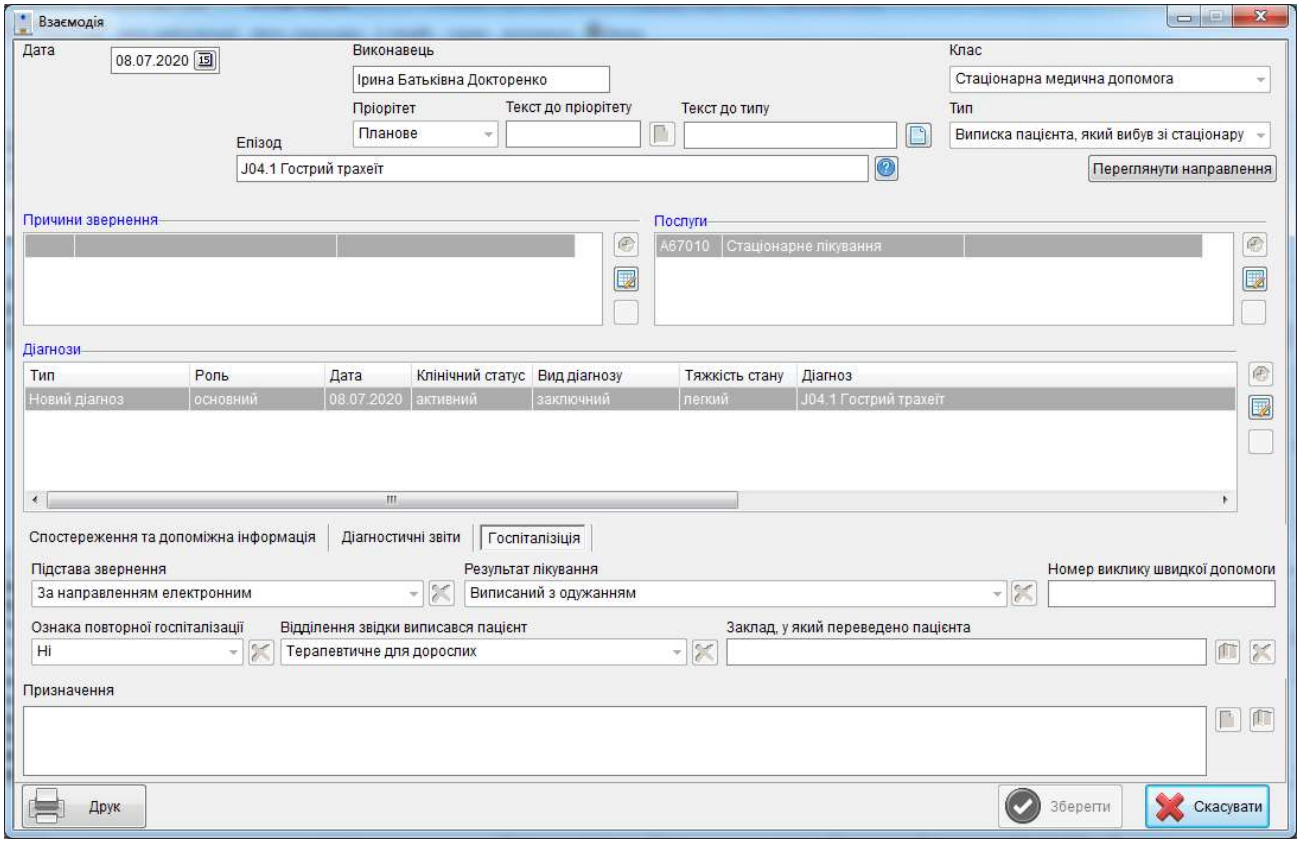
В нижній частині вікна відображається інформація про направлення, історію статусів, також тут можна знайти публічний ідентифікатор даного направлення.



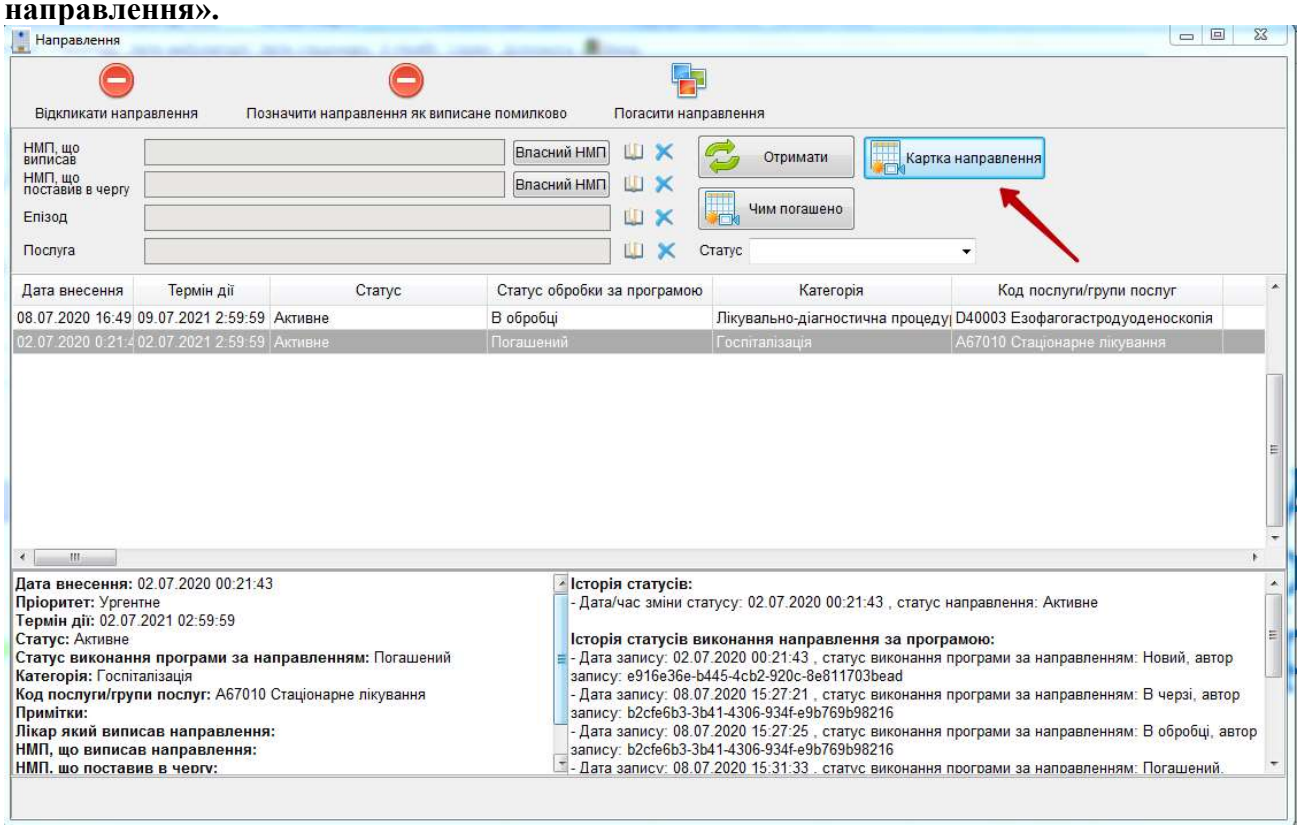
У випадку, коли направлення має статус «Погашений», є можливість побачити чим саме. Для цього використовується кнопка **«Чим погашено»**.

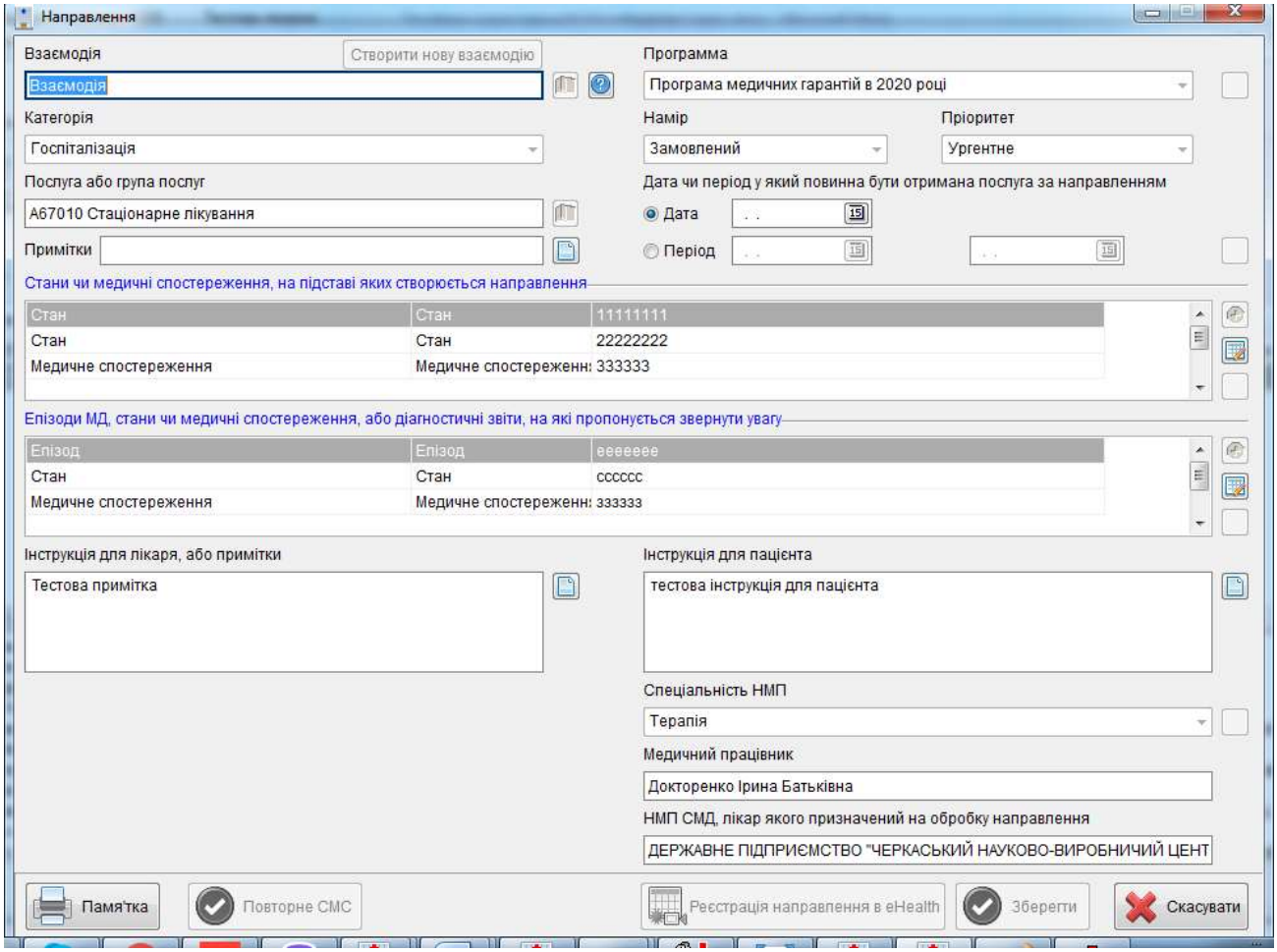


Відкривається взаємодія чи діагностичний звіт, яким було погашено дане електронне направлення.

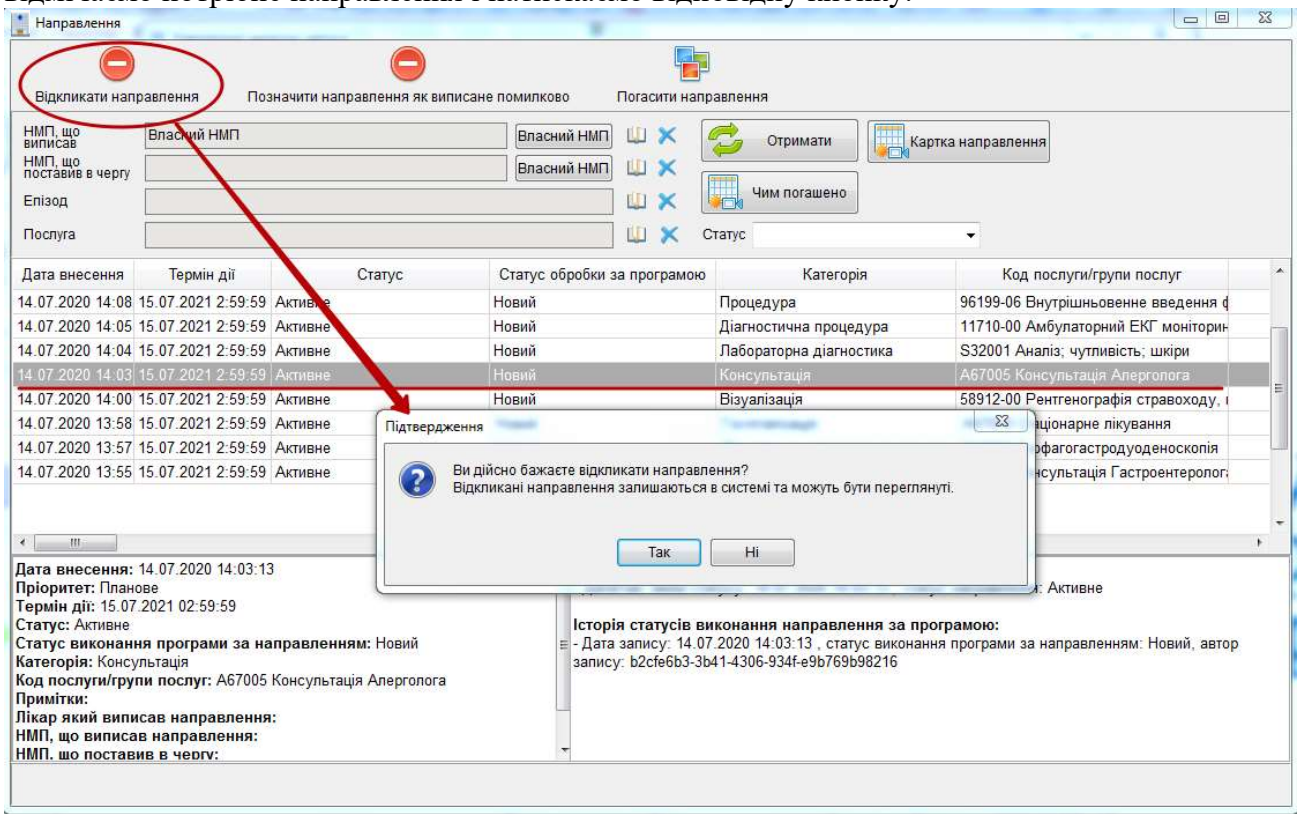


Для перегляду інформації електронного направлення використовують кнопку **«Карта направлення».**

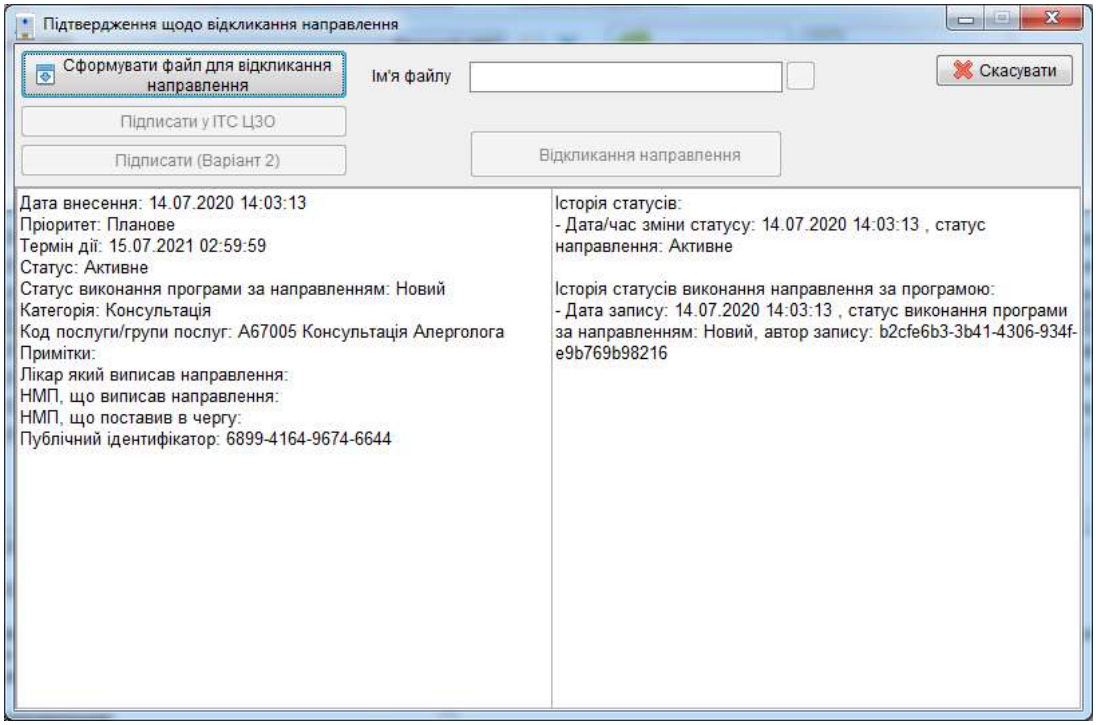




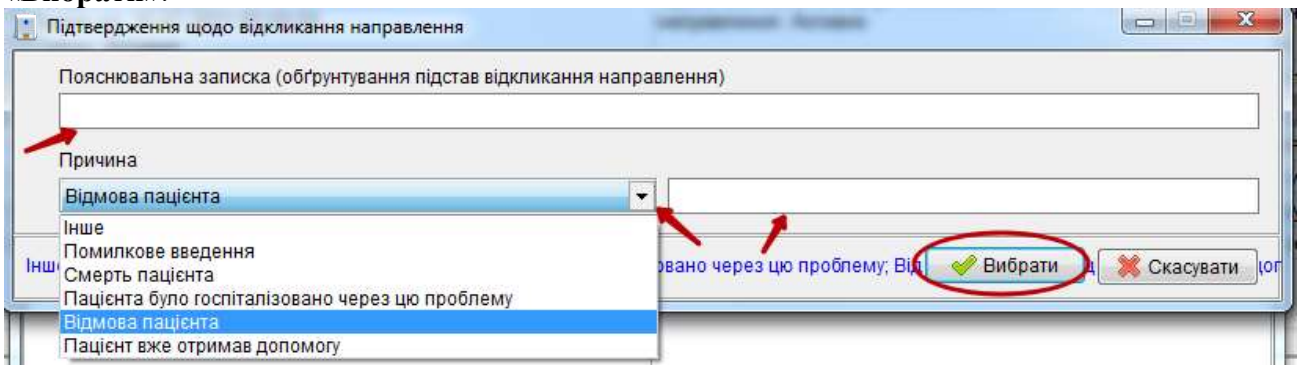
«Відкликати направлення» - відмічається, якщо необхідність у реалізації направлення відпала (пацієнт помер, пацієнт більше не потребує послуги тощо). Для цього відмічаємо потрібне направлення і натискаємо відповідну кнопку.



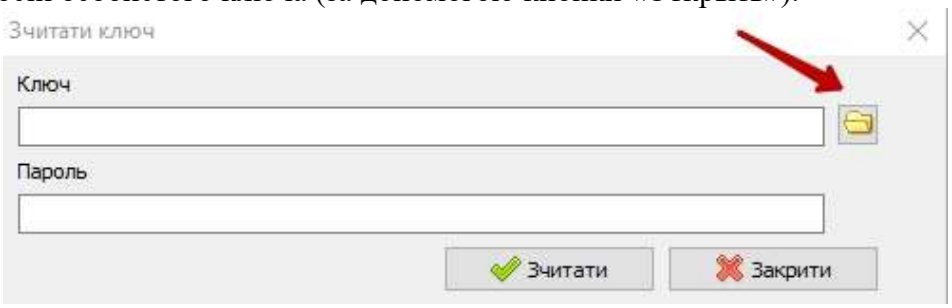
Після позитивної відповіді слідує вікно, в якому необхідно власним цифровим підписом підтвердити відкликання направлення.

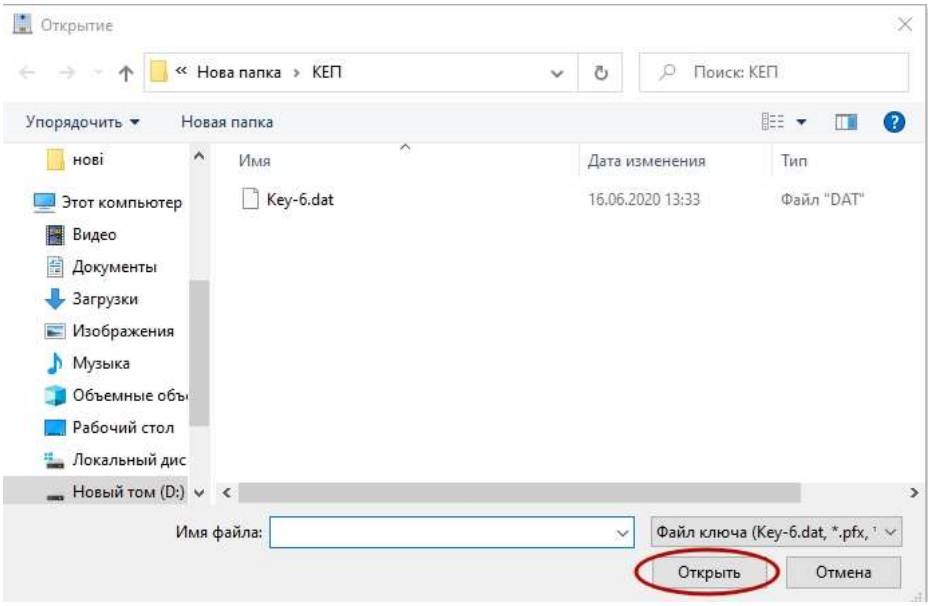


Натискаємо **«Сформувати файл для відкликання направлення».** У вікні, що з’явилось вибрати причину зі списку та пояснювальну записку в довільні формі і натиснути «**Вибрати**».



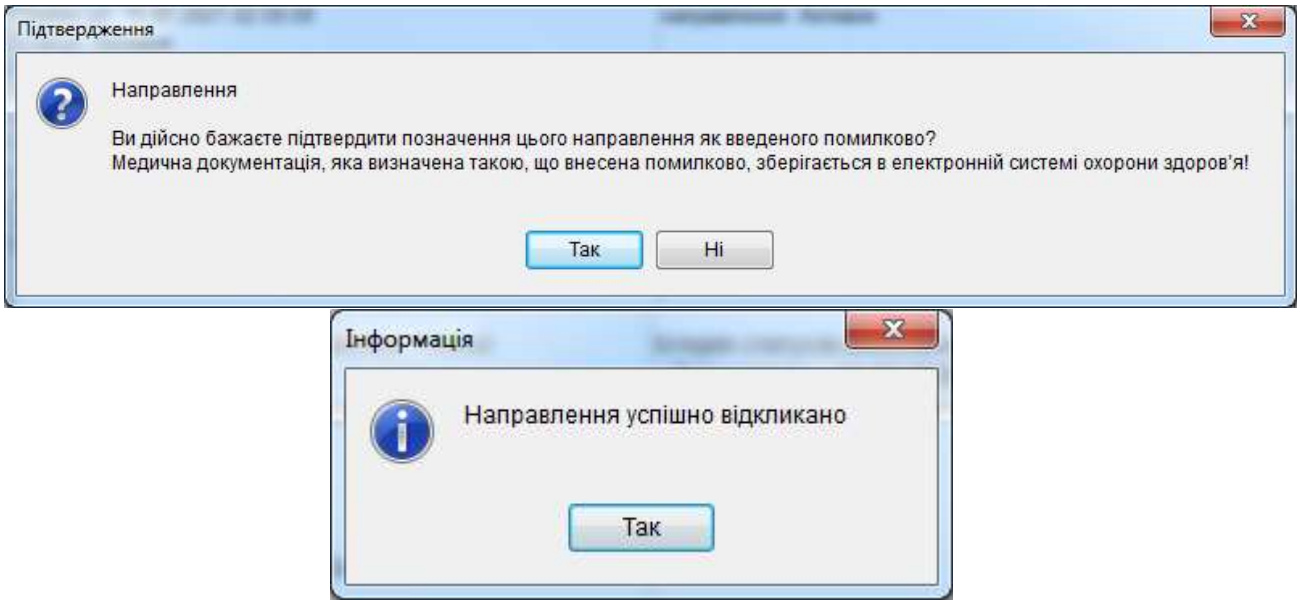
Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).



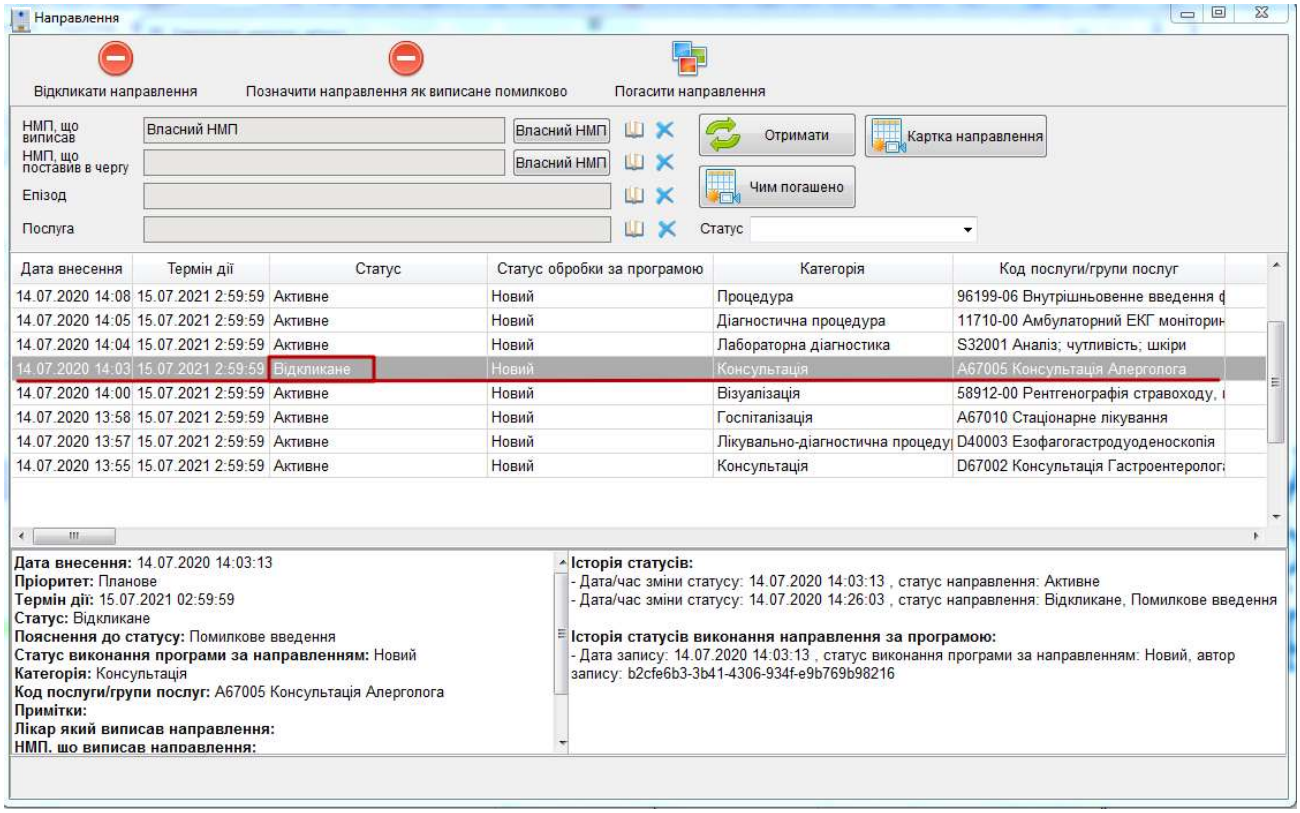


Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

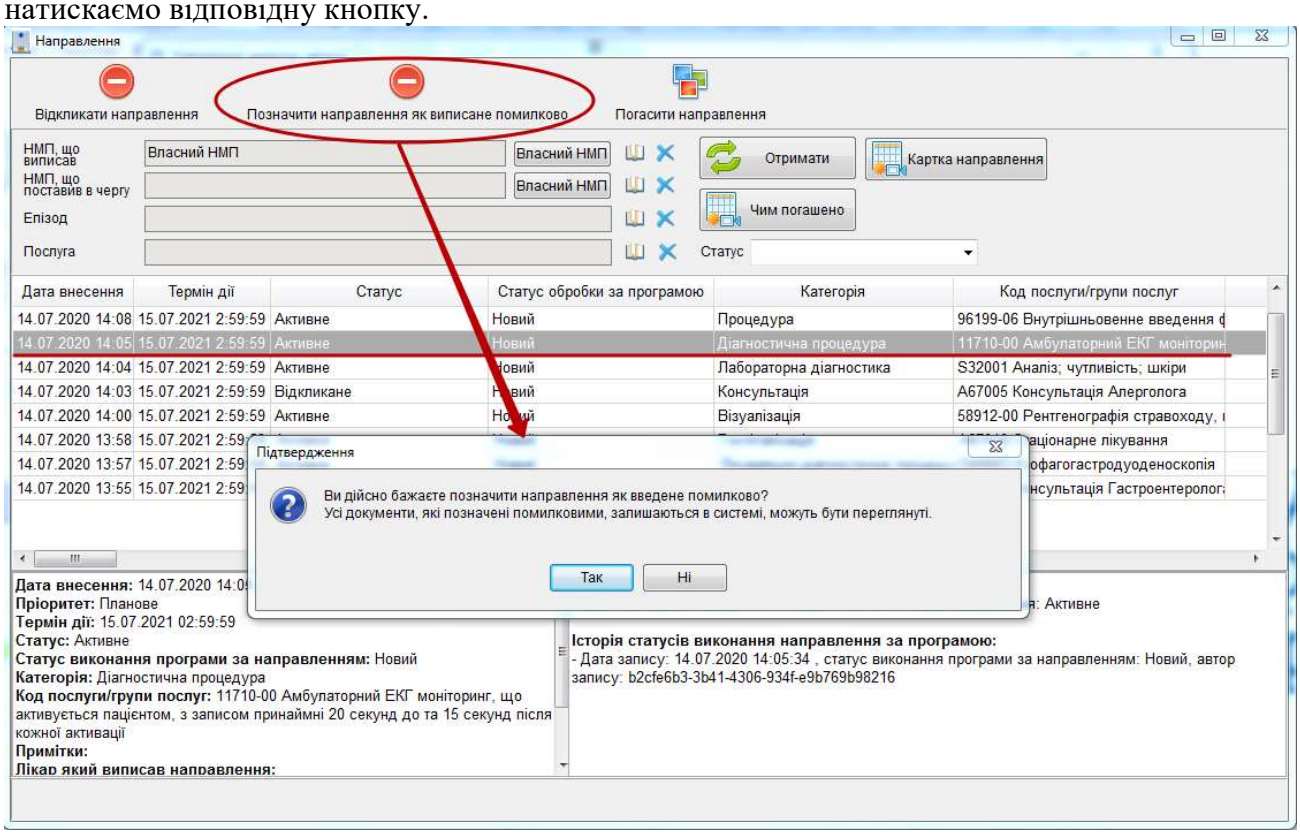
Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».



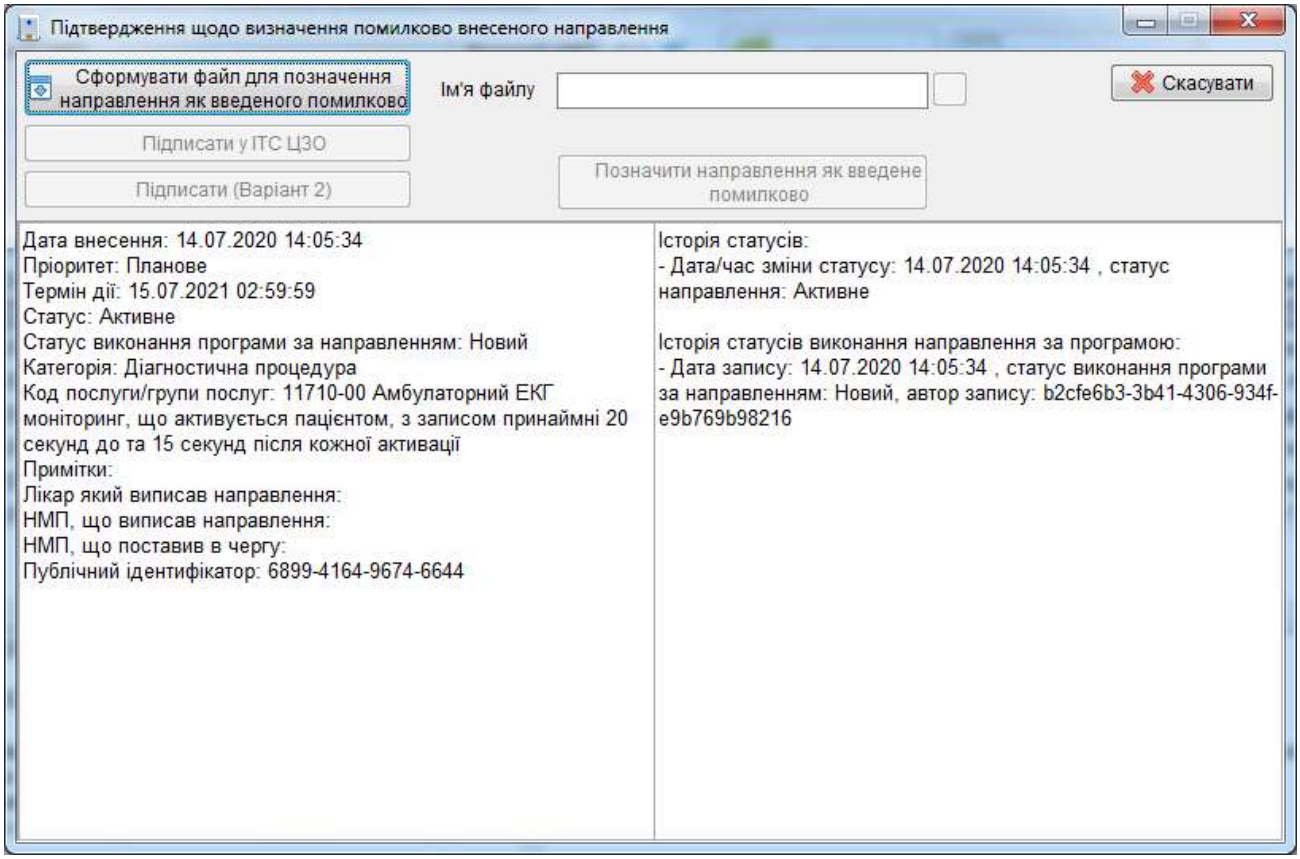
Тепер в переліку направлень дане буде зі статусом **«Відкликане».**



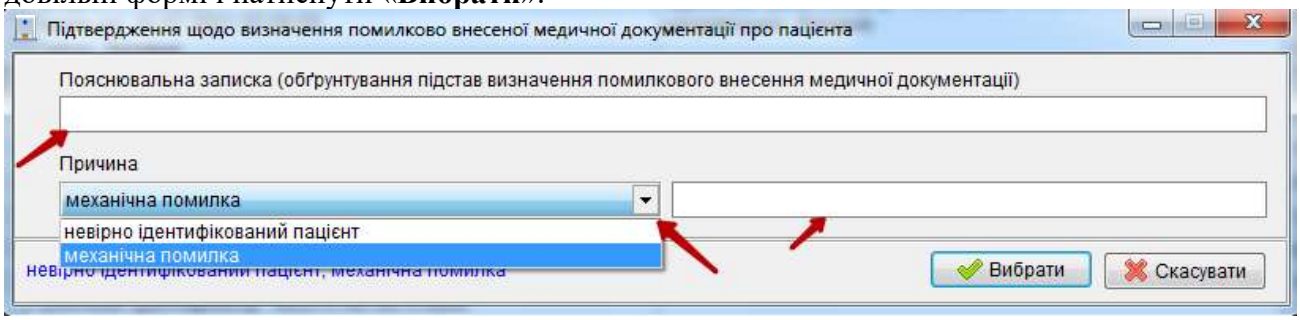
«Позначити направлення як виписане помилково» - відмічається, у виписаному направленні допущена суттєва помилка. Для цього відмічаємо потрібне направлення і натискаємо відповідну кнопку.



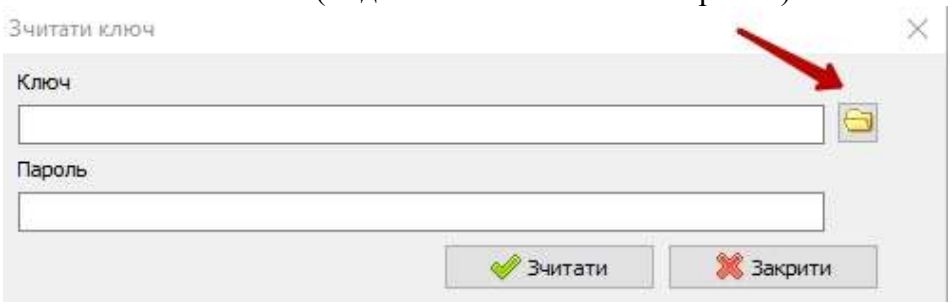
Після позитивної відповіді слідує вікно, в якому необхідно власним цифровим підписом підтвердити визначення помилково внесеного направлення.

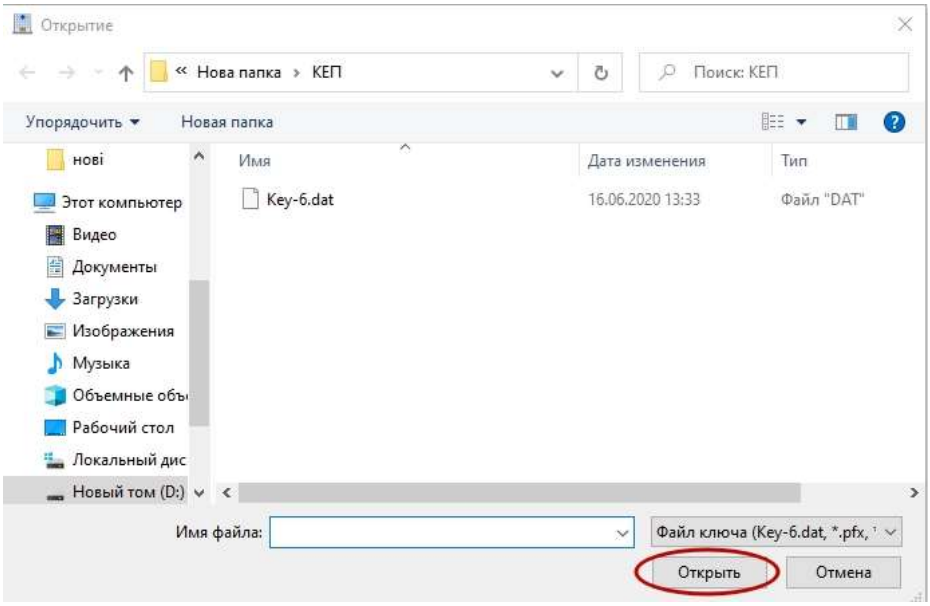


Натискаємо **«Сформувати файл для позначення направлення як введеного помилково».** У вікні, що з'явилось вибрати причину зі списку та пояснювальну записку в довільні формі і натиснути «**Вибрати**».



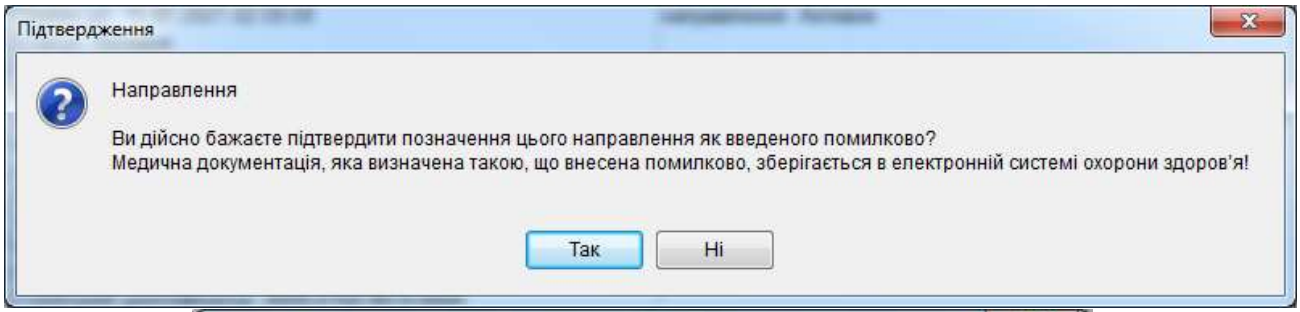
Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).

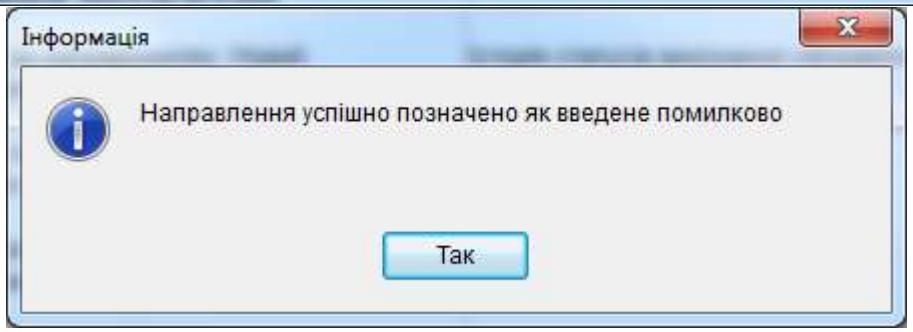




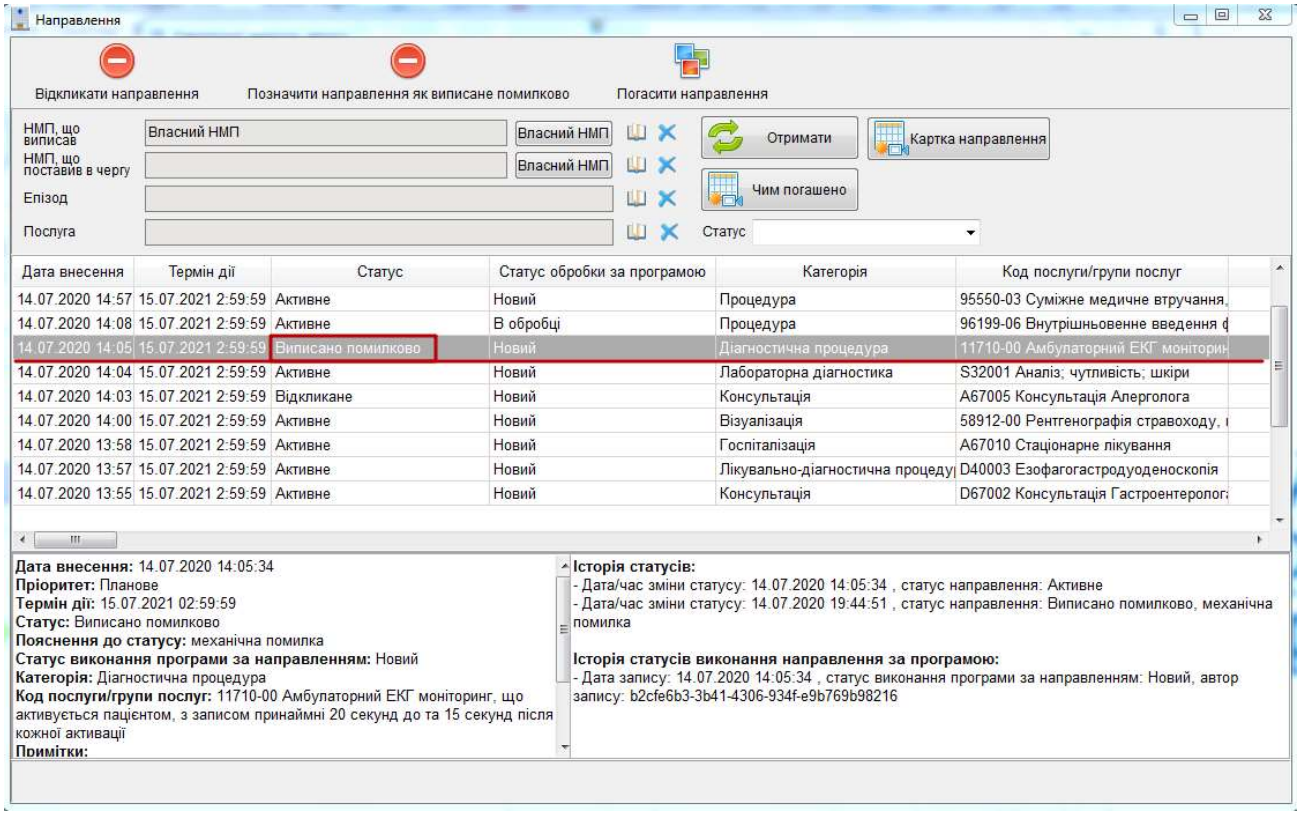
Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».

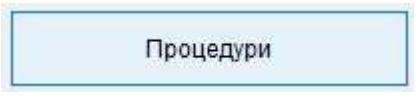




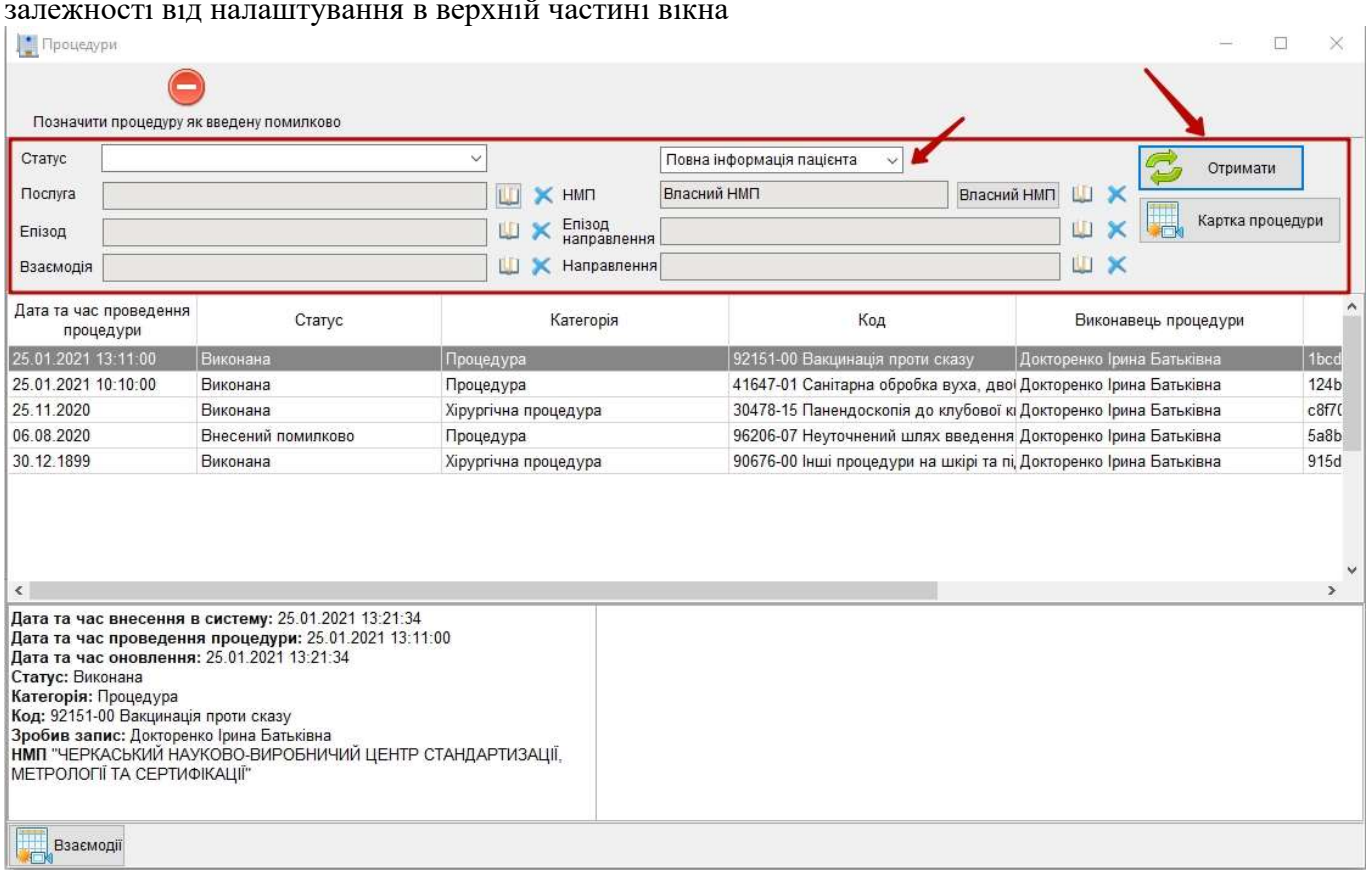
Тепер в переліку направлень дане буде зі статусом **«Виписано помилково».**



9.8.8.4 Перегляд процедур в ЕСОЗ та позначення як введеного помилково.



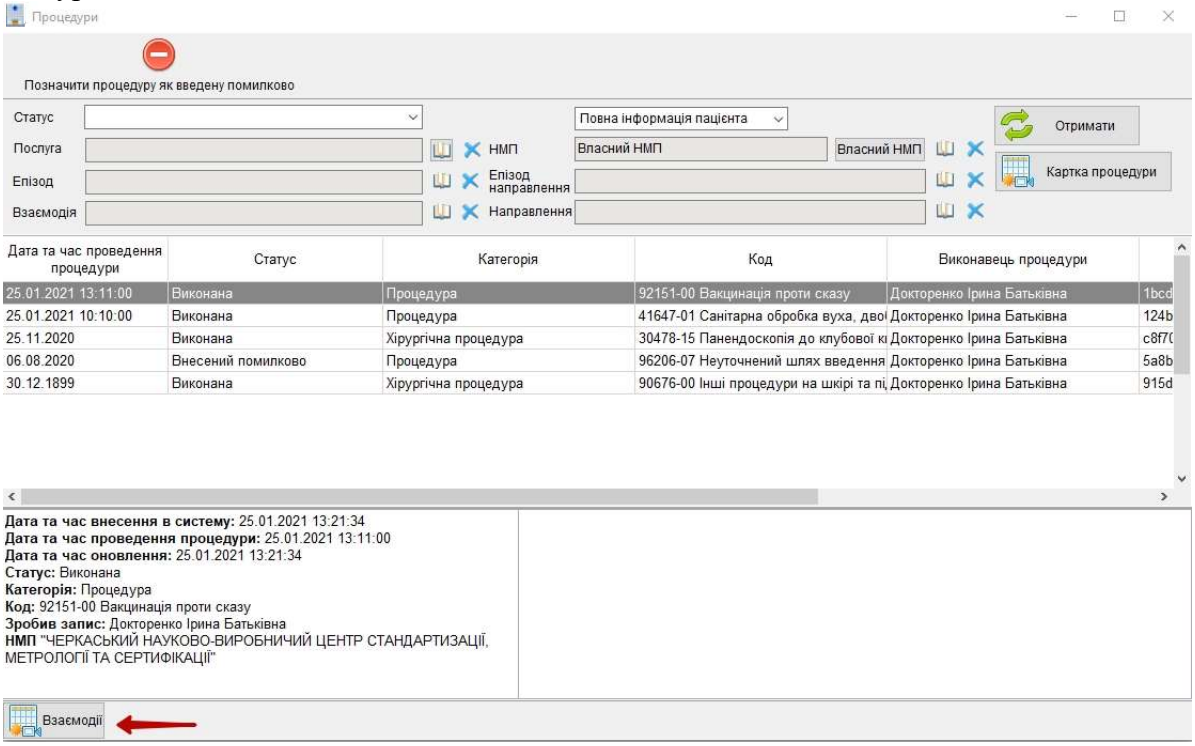
- відображається список створених процедур, в залежності від налаштування в верхній частині вікна



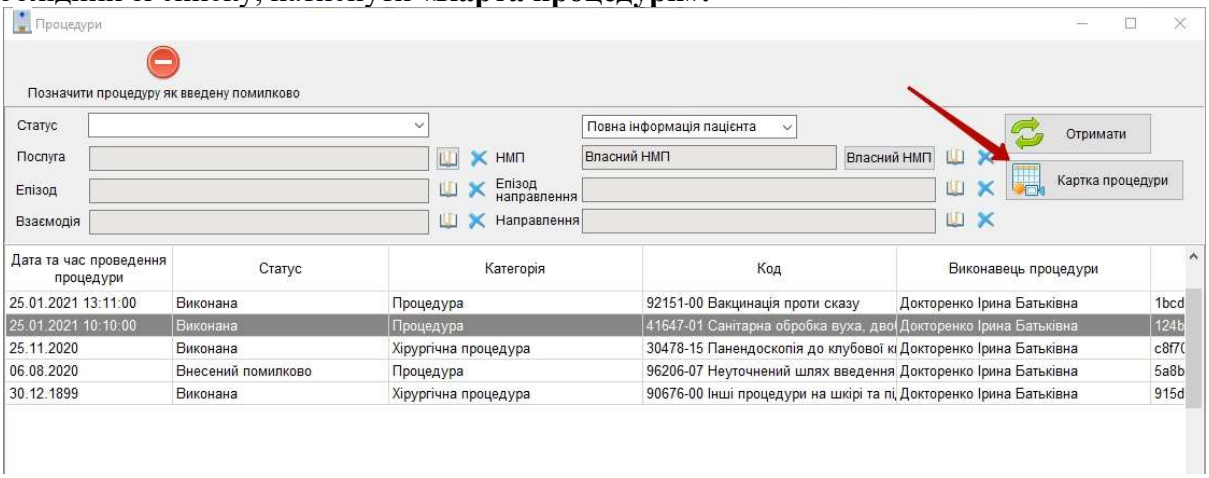
Зведена інформація пацієнта – відображає весь список процедур створених у пацієнта.

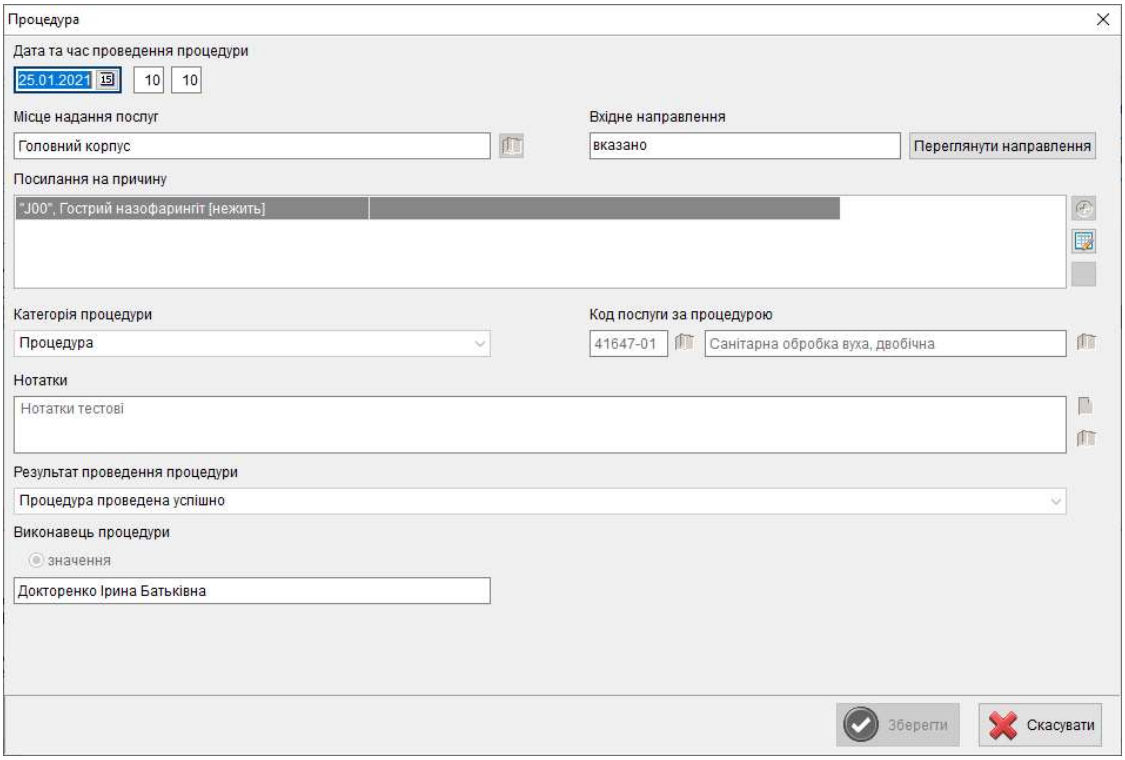
Повна інформація пацієнта – відображає процедури, створені у власному медичному закладі.

В нижній частині вікна «Процедури», обравши конкретний, можна переглянути інформацію по ньому, а також переглянути взаємодію, якщо до такої відноситься дана процедура.



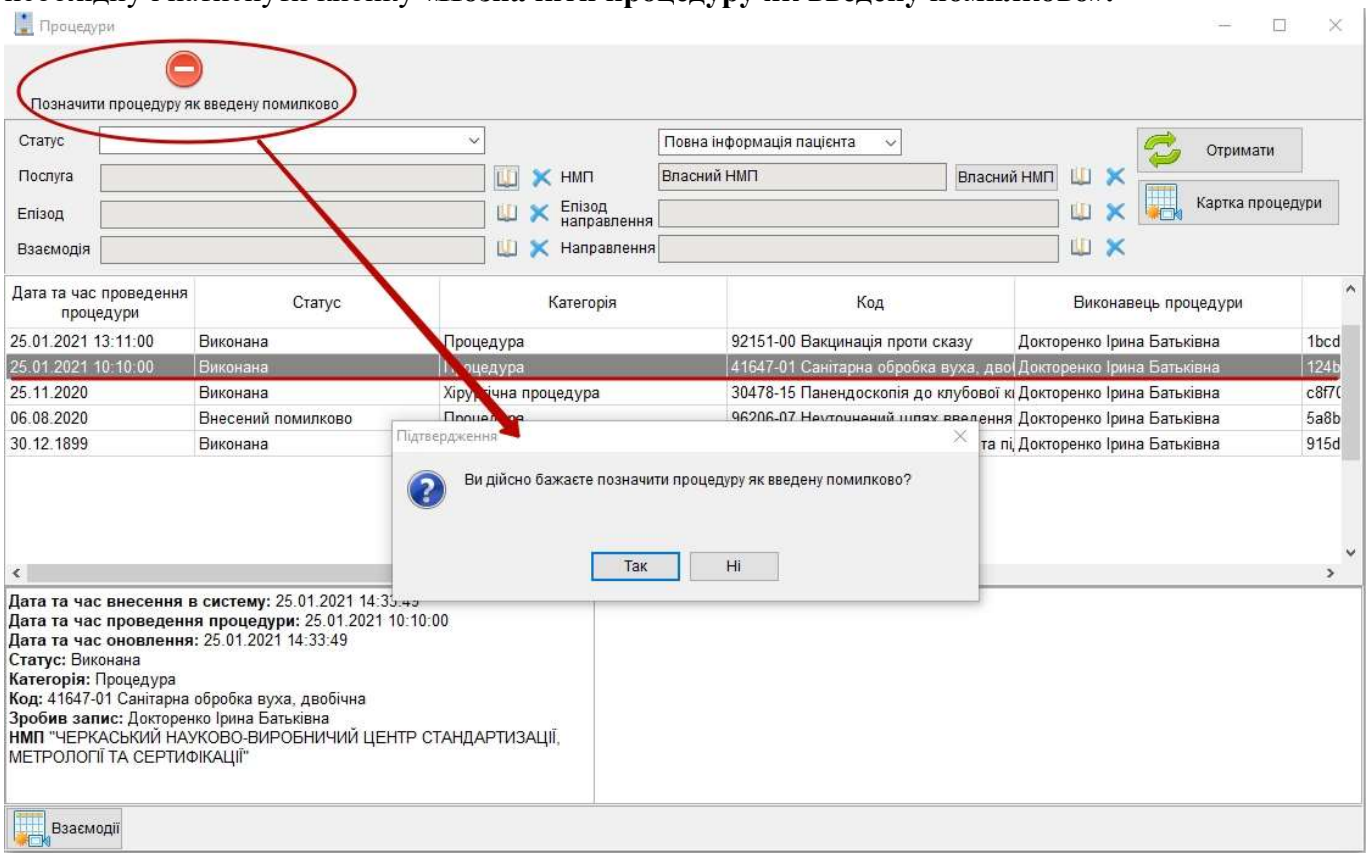
Для того, щоб передивитись дані заповненого діагностичного звіту можна, обравши необхідний зі списку, натиснути **«Карта процедури».**



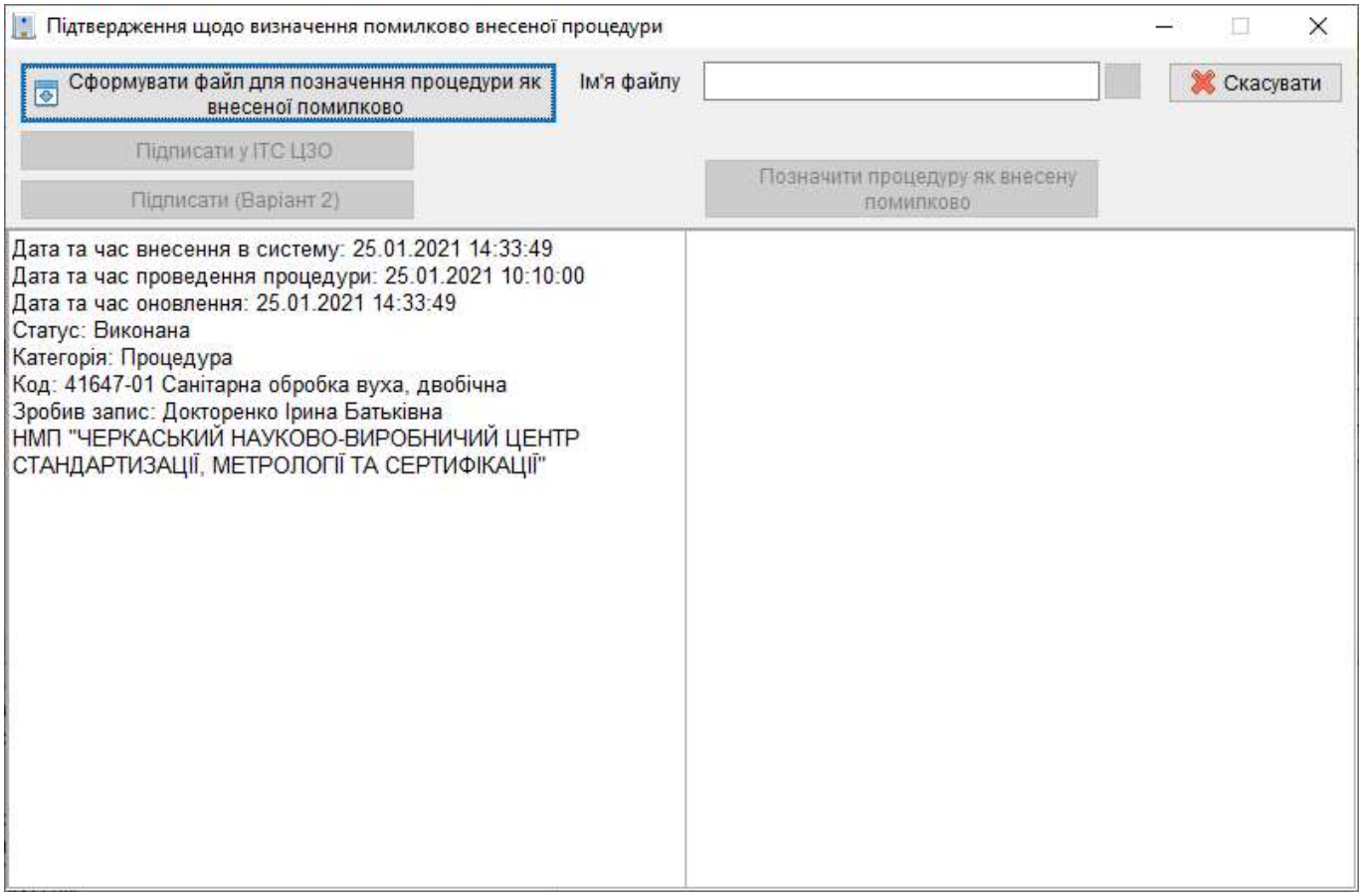


Вікно відкриється тільки для перегляду.

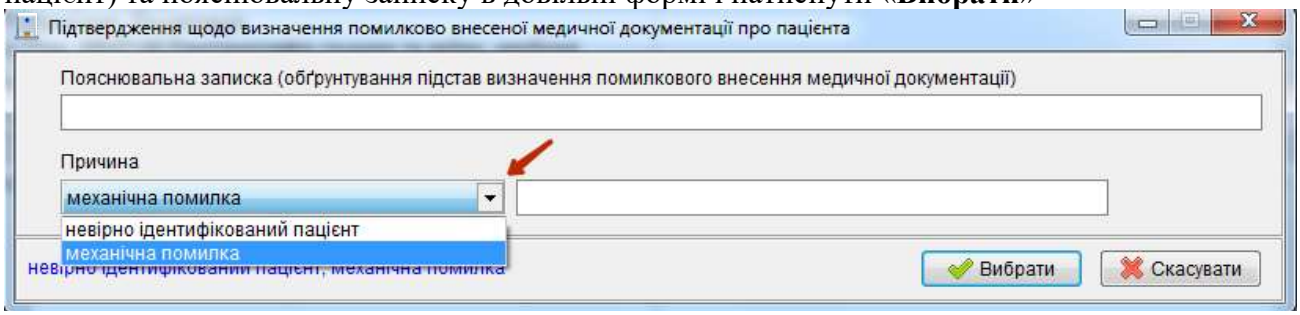
Для того, щоб позначити процедуру як введену помилково, необхідно обрати необхідну і натиснути кнопку **«Позначити процедуру як введену помилково».**



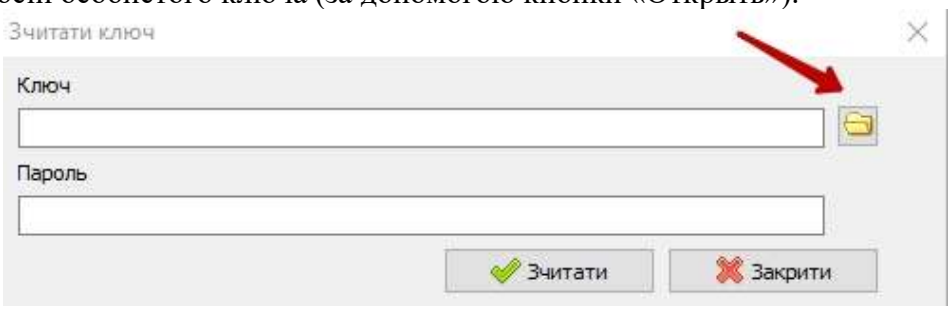
Після позитивної відповіді слідує вікно, в якому необхідно власним цифровим підписом підтвердити визначення помилкової процедури.

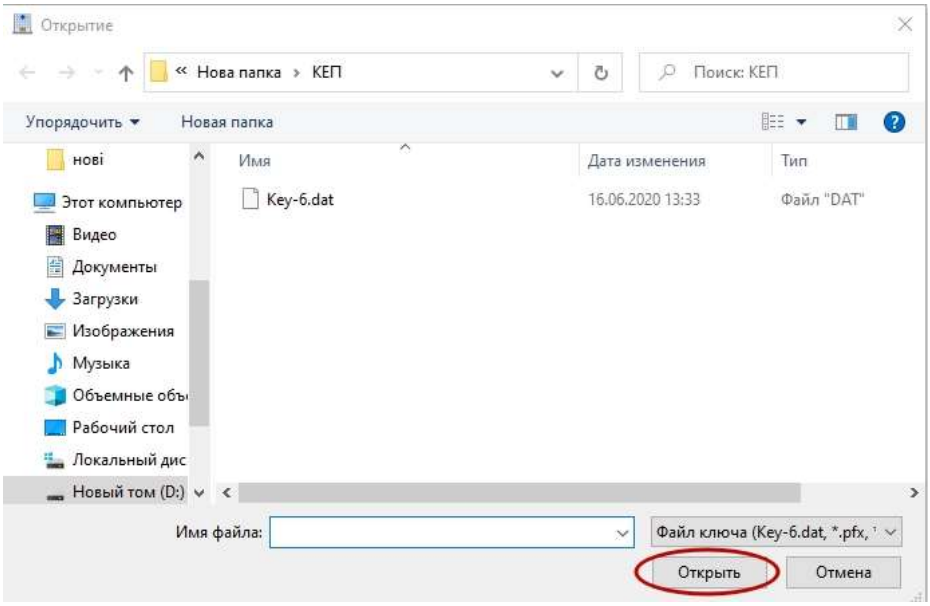


Натискаємо **«Сформувати файл для позначення процедури як введеної помилково».** У вікні, що з'явилось вказати причину (механічна або невірно ідентифікований пацієнт) та пояснювальну записку в довільні формі і натиснути «**Вибрати**»



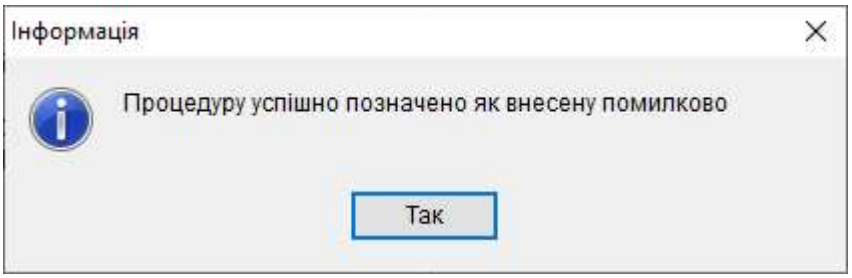
Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).



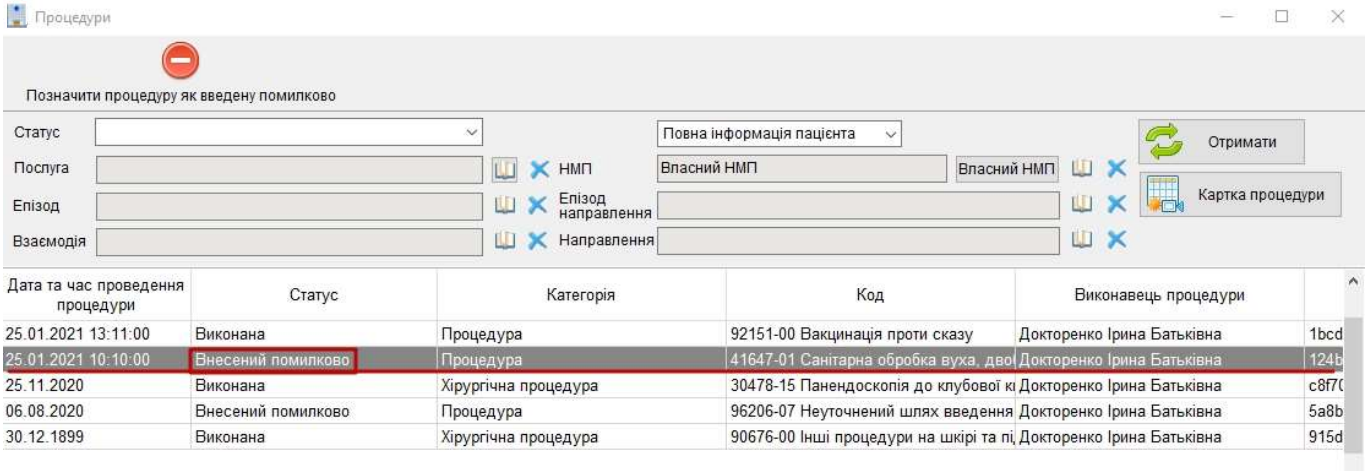


Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

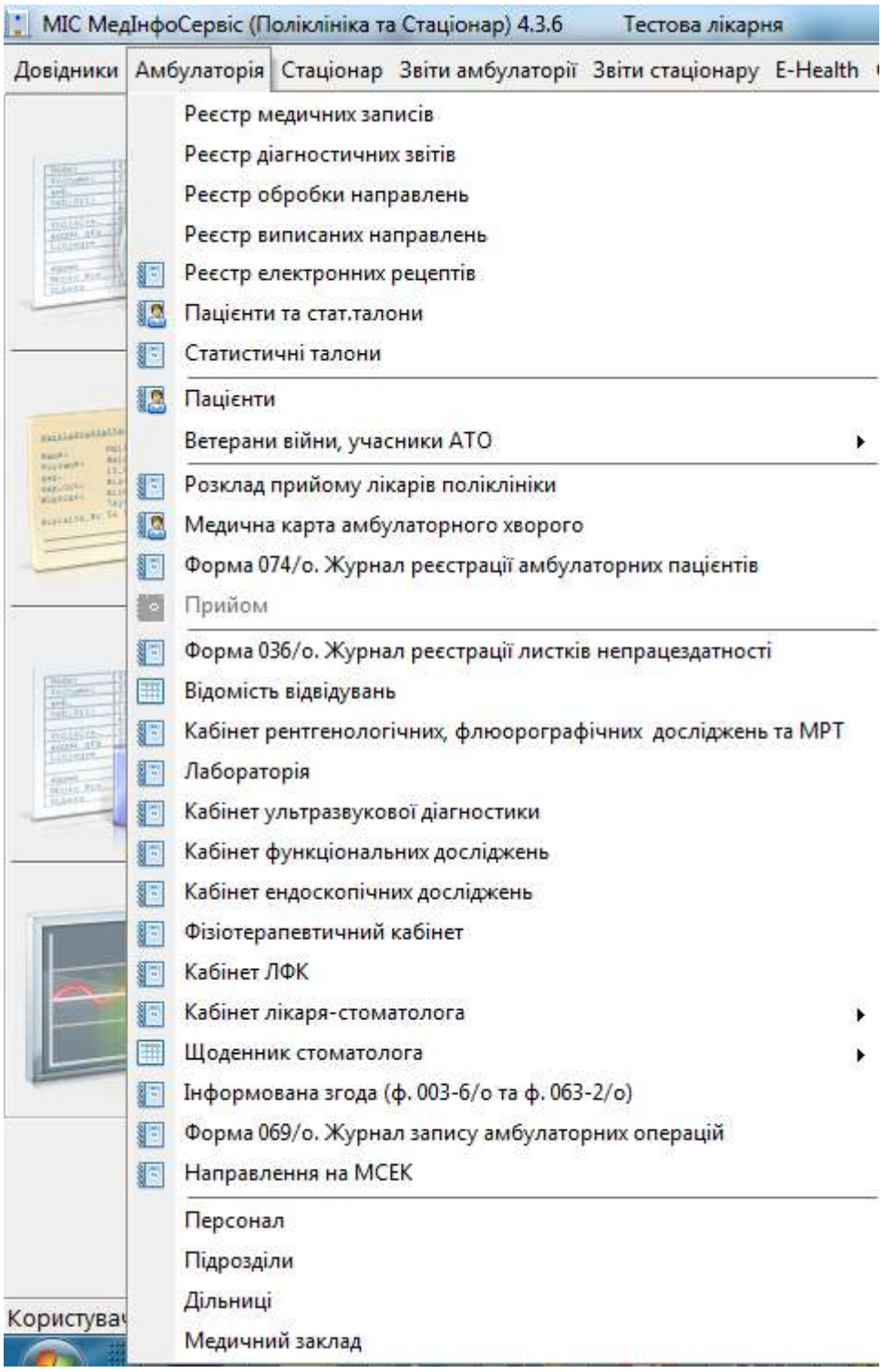
Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».



Тепер в переліку процедура буде зі статусом **«Внесений помилково».**

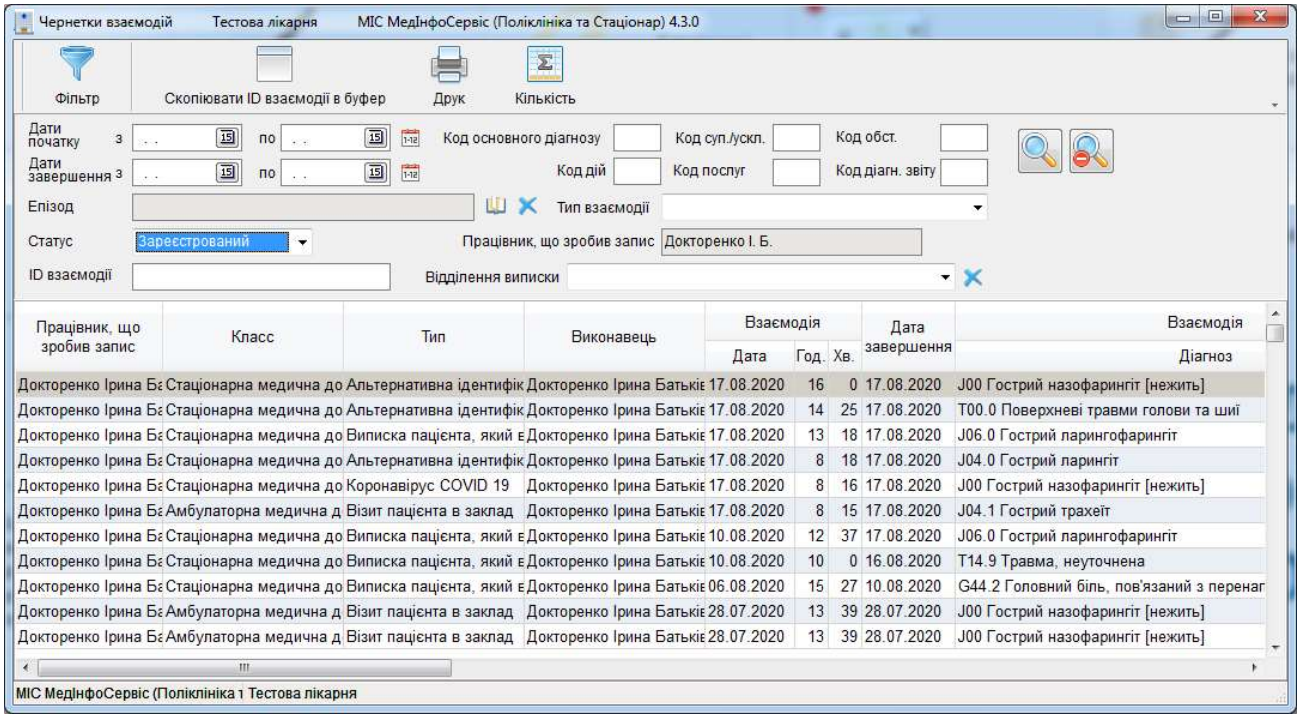


10. Амбулаторія

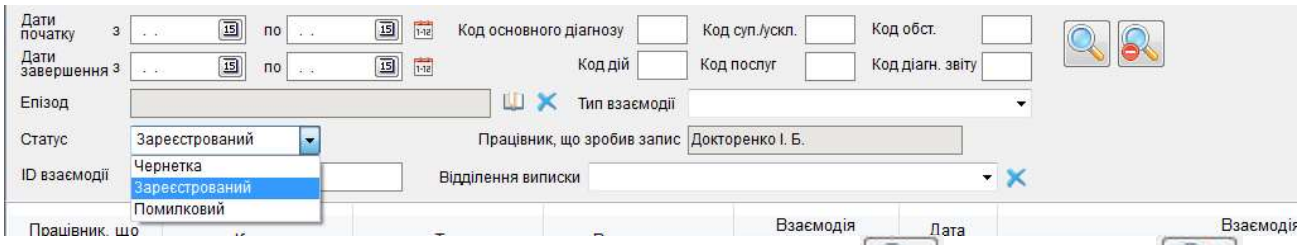


10.1 Реєстр медичних записів

В даному вікні відображується реєстр всіх взаємодій, які створені лікарями в межах закладу в МІС «МедІнфорСервіс».

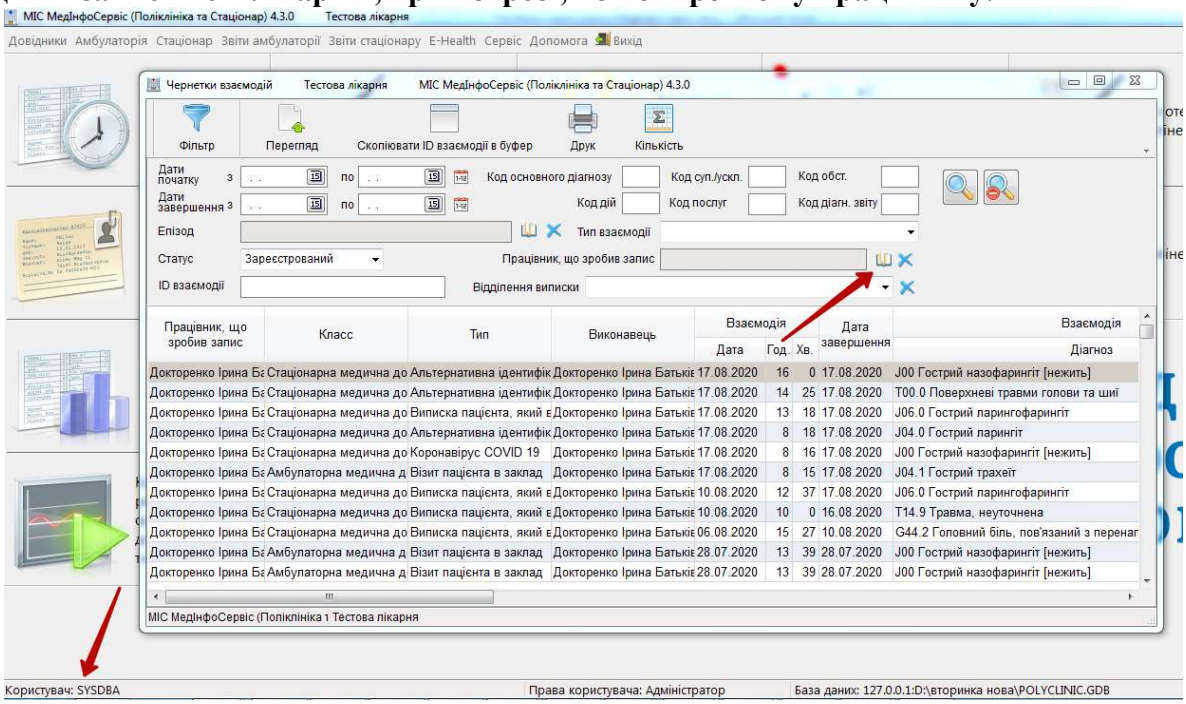


«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по записам.

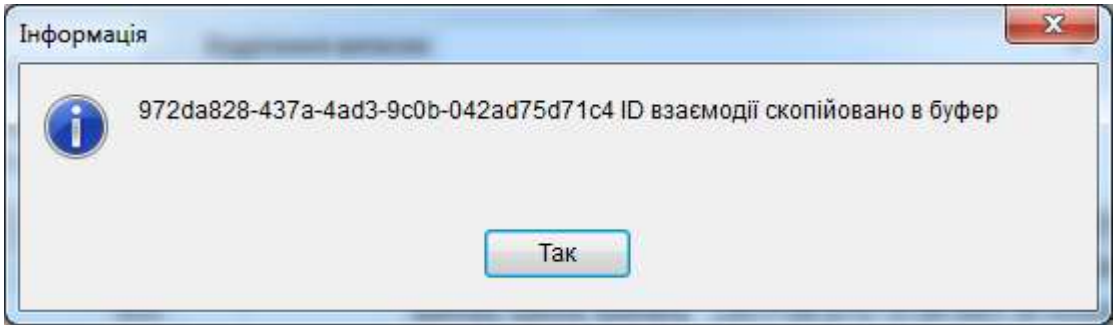


Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

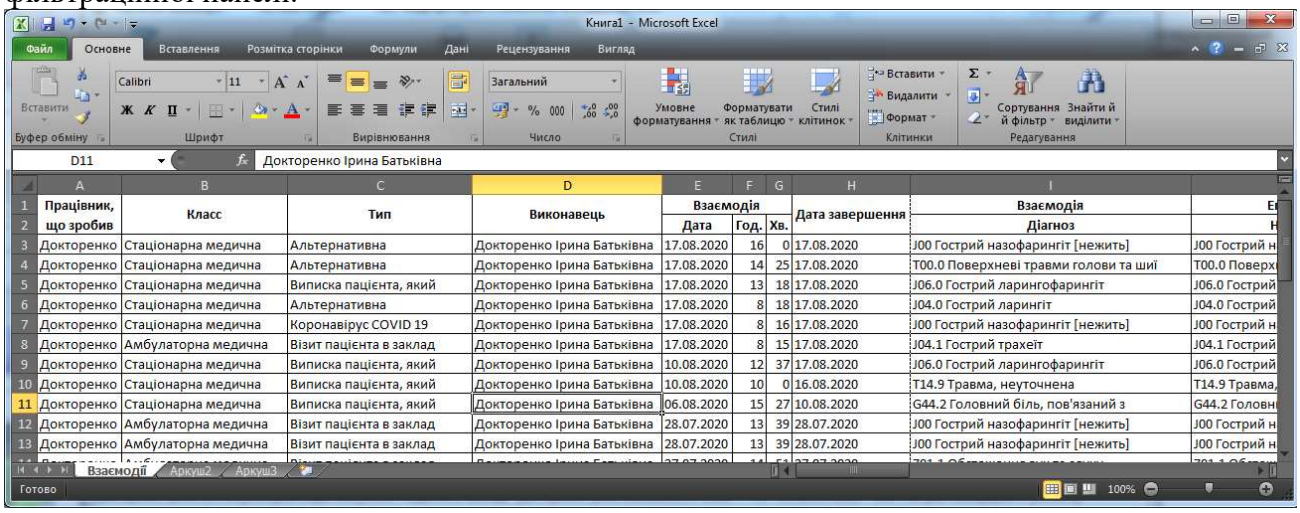
Зверніть увагу! Зайшовши під адміністратором в програму можна побачити медичні записи всіх лікарів і, при потребі, по конкретному працівнику.



«Скопіювати ID взаємодії в буфер» - застосовується при потребі. Обирається необхідна взаємодія і натискається кнопка.



«Друк» - формує список взаємодій в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми і в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.

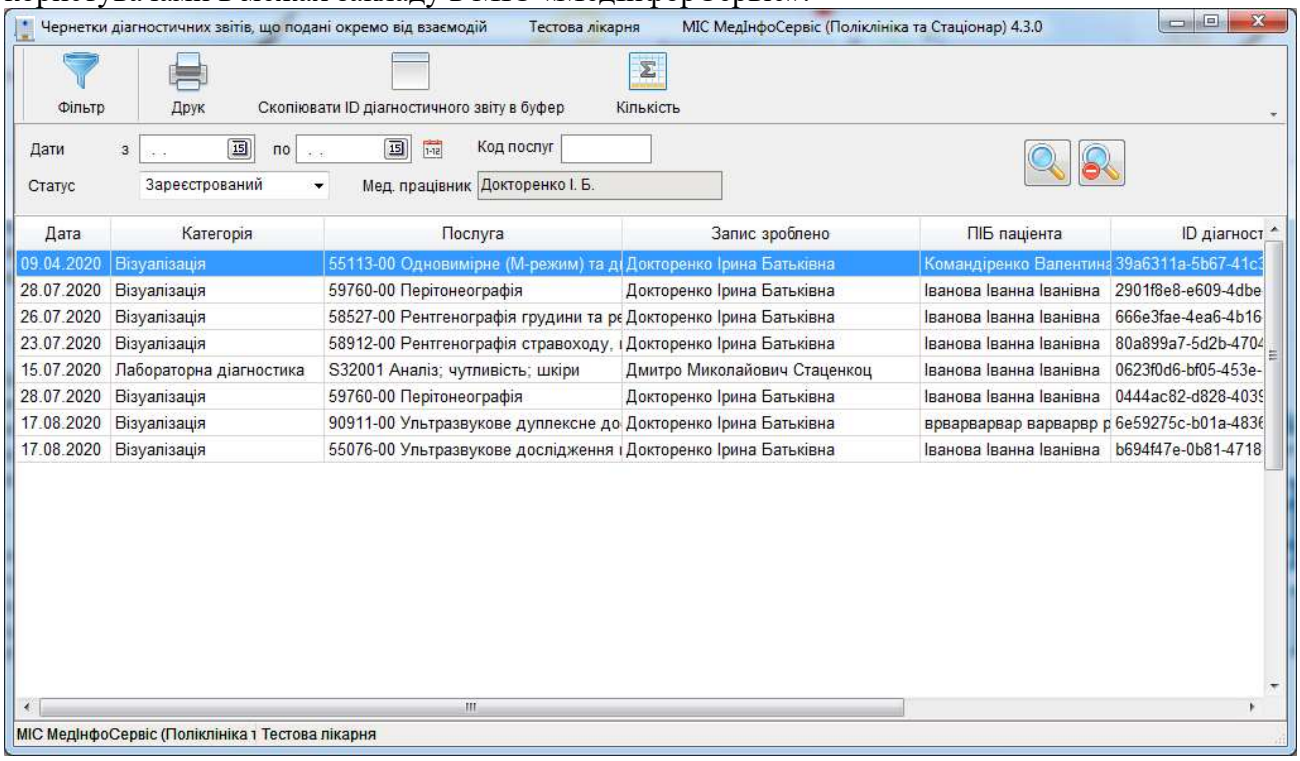


Працівник, що зробив	Клас	Тип	Виконавець	Взаємодія			Дата завершення	Взаємодія	
				Дата	Год.	Хв.		Діагноз	
Докторенко	Стаціонарна медична	Альтернативна	Докторенко Ірина Батьківна	17.08.2020	16	0	17.08.2020	J00 Гострий назофарингіт [нежить]	J00 Гострий н
Докторенко	Стаціонарна медична	Альтернативна	Докторенко Ірина Батьківна	17.08.2020	14	25	17.08.2020	T00.0 Поверхневі травми голови та шиї	T00.0 Поверх
Докторенко	Стаціонарна медична	Виписка пацієнта, який	Докторенко Ірина Батьківна	17.08.2020	13	18	17.08.2020	J06.0 Гострий ларингофарингіт	J06.0 Гострий
Докторенко	Стаціонарна медична	Альтернативна	Докторенко Ірина Батьківна	17.08.2020	8	18	17.08.2020	J04.0 Гострий ларингіт	J04.0 Гострий
Докторенко	Стаціонарна медична	Коронавірус COVID 19	Докторенко Ірина Батьківна	17.08.2020	8	16	17.08.2020	J00 Гострий назофарингіт [нежить]	J00 Гострий н
Докторенко	Амбулаторна медична	Візит пацієнта в заклад	Докторенко Ірина Батьківна	17.08.2020	8	15	17.08.2020	J04.1 Гострий трахеїт	J04.1 Гострий
Докторенко	Стаціонарна медична	Виписка пацієнта, який	Докторенко Ірина Батьківна	10.08.2020	12	37	17.08.2020	J06.0 Гострий ларингофарингіт	J06.0 Гострий
Докторенко	Стаціонарна медична	Виписка пацієнта, який	Докторенко Ірина Батьківна	10.08.2020	10	0	16.08.2020	T14.9 Травма, неуточнена	T14.9 Травма,
Докторенко	Стаціонарна медична	Виписка пацієнта, який	Докторенко Ірина Батьківна	06.08.2020	15	27	10.08.2020	G44.2 Головний біль, пов'язаний з	G44.2 Головн
Докторенко	Амбулаторна медична	Візит пацієнта в заклад	Докторенко Ірина Батьківна	28.07.2020	13	39	28.07.2020	J00 Гострий назофарингіт [нежить]	J00 Гострий н
Докторенко	Амбулаторна медична	Візит пацієнта в заклад	Докторенко Ірина Батьківна	28.07.2020	13	39	28.07.2020	J00 Гострий назофарингіт [нежить]	J00 Гострий н

«Кількість» - розраховує кількість записів в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.

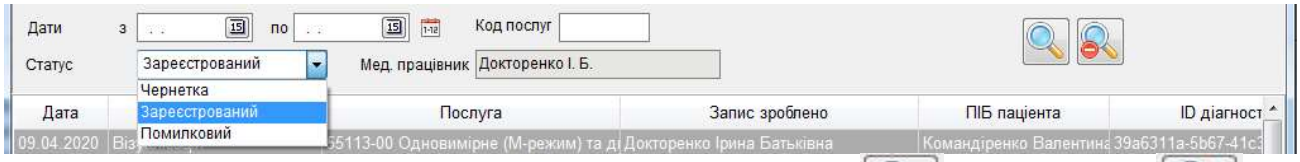
10.2 Реєстр діагностичних звітів

В даному вікні відображується реєстр всіх діагностичних звітів, які створені користувачами в межах закладу в МІС «МедІнфорСервіс».



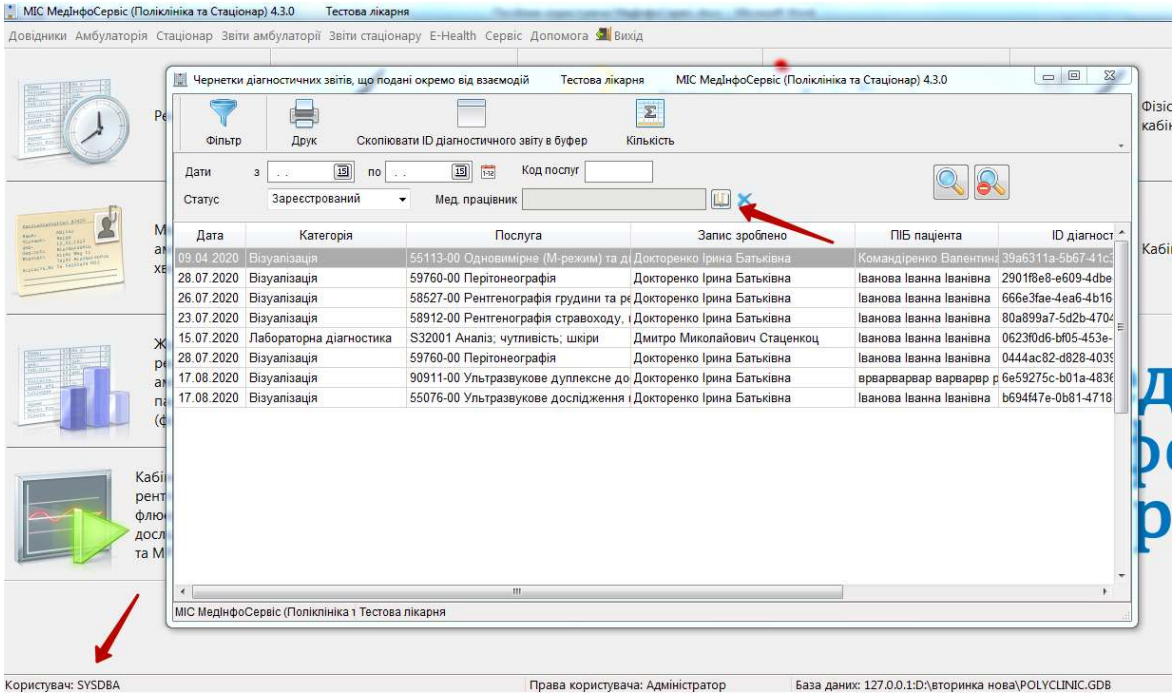
Дата	Категорія	Послуга	Запис зроблено	ПІБ пацієнта	ID діагност
09.04.2020	Візуалізація	55113-00 Одновимірне (М-режим) та д	Докторенко Ірина Батьківна	Командіренко Валентина	39a6311a-5b67-41c
28.07.2020	Візуалізація	59760-00 Перітонеографія	Докторенко Ірина Батьківна	Іванова Іванна Іванівна	2901f8e8-e609-4dbe
26.07.2020	Візуалізація	58527-00 Рентгенографія грудини та ре	Докторенко Ірина Батьківна	Іванова Іванна Іванівна	666e3fae-4ea6-4b16
23.07.2020	Візуалізація	58912-00 Рентгенографія стравоходу,	Докторенко Ірина Батьківна	Іванова Іванна Іванівна	80a899a7-5d2b-4704
15.07.2020	Лабораторна діагностика	S32001 Аналіз; чутливість; шкіри	Дмитро Миколайович Стаценкоц	Іванова Іванна Іванівна	0623f0d6-bf05-453e-
28.07.2020	Візуалізація	59760-00 Перітонеографія	Докторенко Ірина Батьківна	Іванова Іванна Іванівна	0444ac82-d828-403
17.08.2020	Візуалізація	90911-00 Ультразвукове дуплексне до	Докторенко Ірина Батьківна	врварварвар варварвр р	6e59275c-b01a-483
17.08.2020	Візуалізація	55076-00 Ультразвукове дослідження	Докторенко Ірина Батьківна	Іванова Іванна Іванівна	b694f47e-0b81-4718

«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по записам.

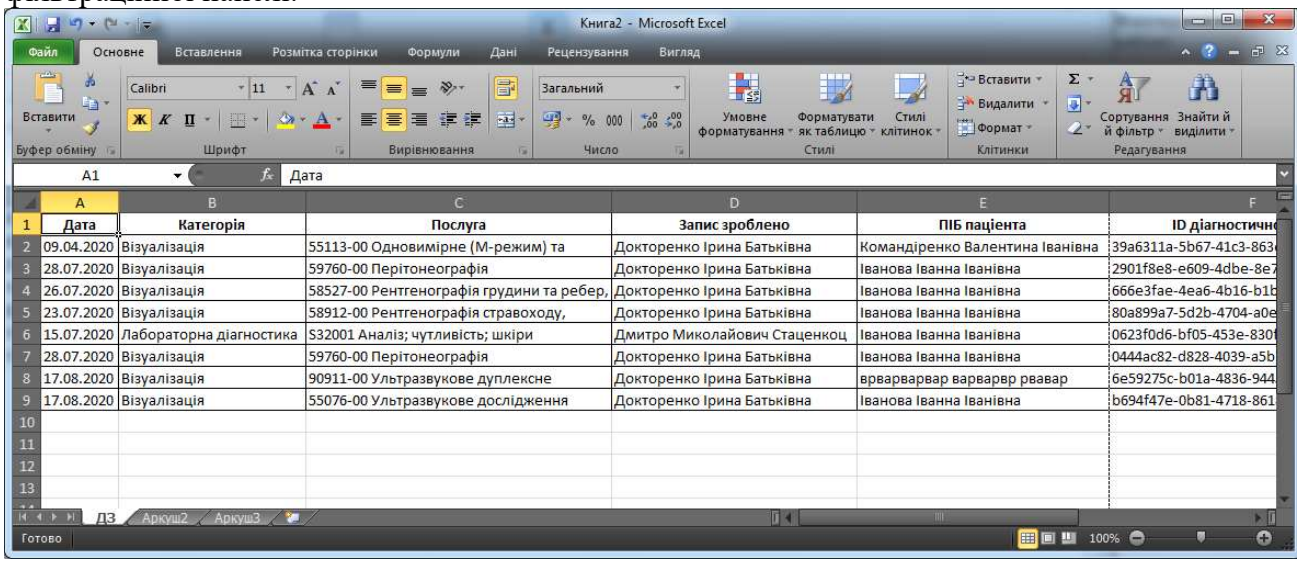


Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

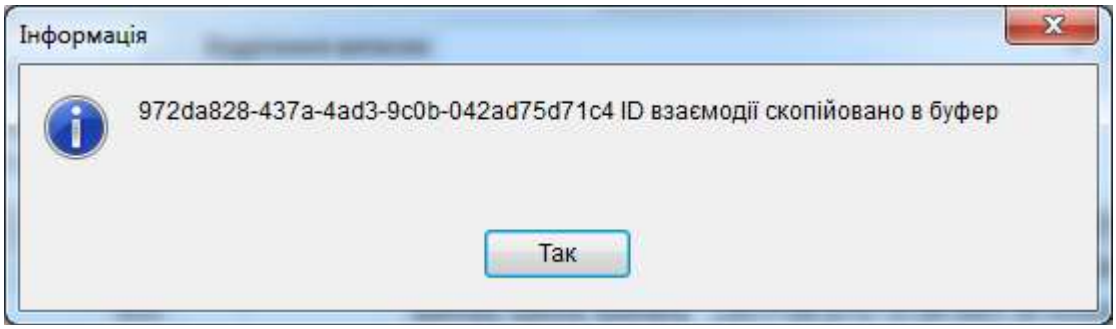
Зверніть увагу! Зайшовши під адміністратором в програму можна побачити діагностичні звіти всіх працівників і, при потребі, по конкретному працівнику.



«Друк» - формує список діагностичних звітів в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми і в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.



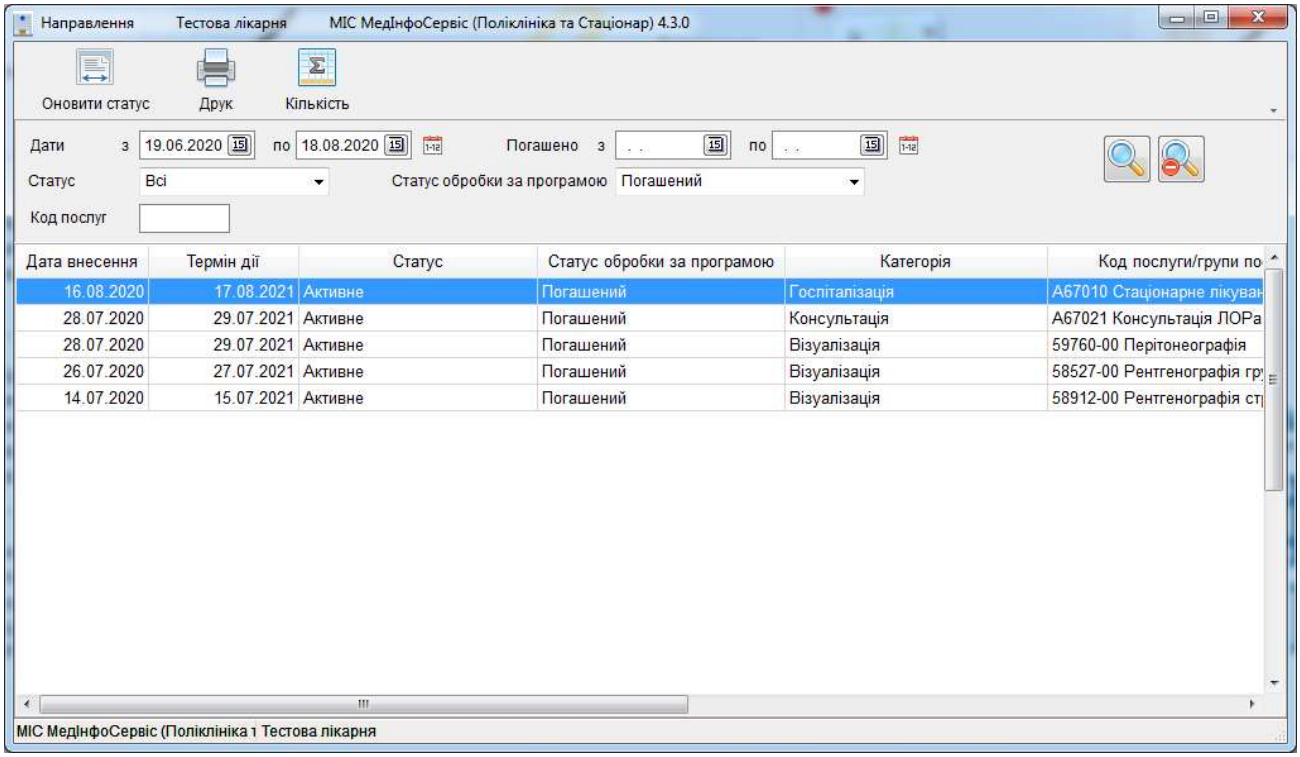
«Скопіювати ID діагностичного звіту в буфер» - застосовується при потребі. Обирається необхідний діагностичний звіт і натискається кнопка.



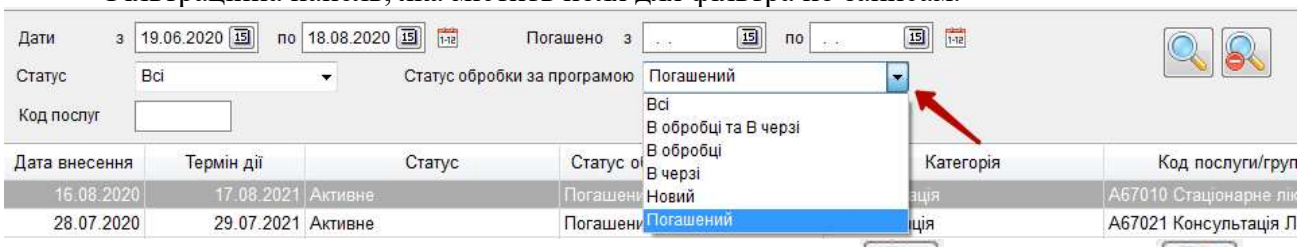
«Кількість» - розраховує кількість записів в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.

10.3 Реєстр обробки направлень

В даному вікні відображується реєстр обробки всіх електронних направлень, які створені користувачами в межах закладу в МІС «МедІнфорСервіс».

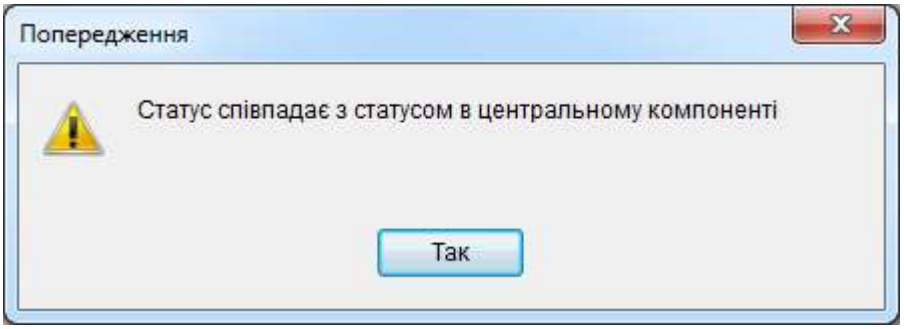


Фільтраційна панель, яка містить поля для фільтра по записам.

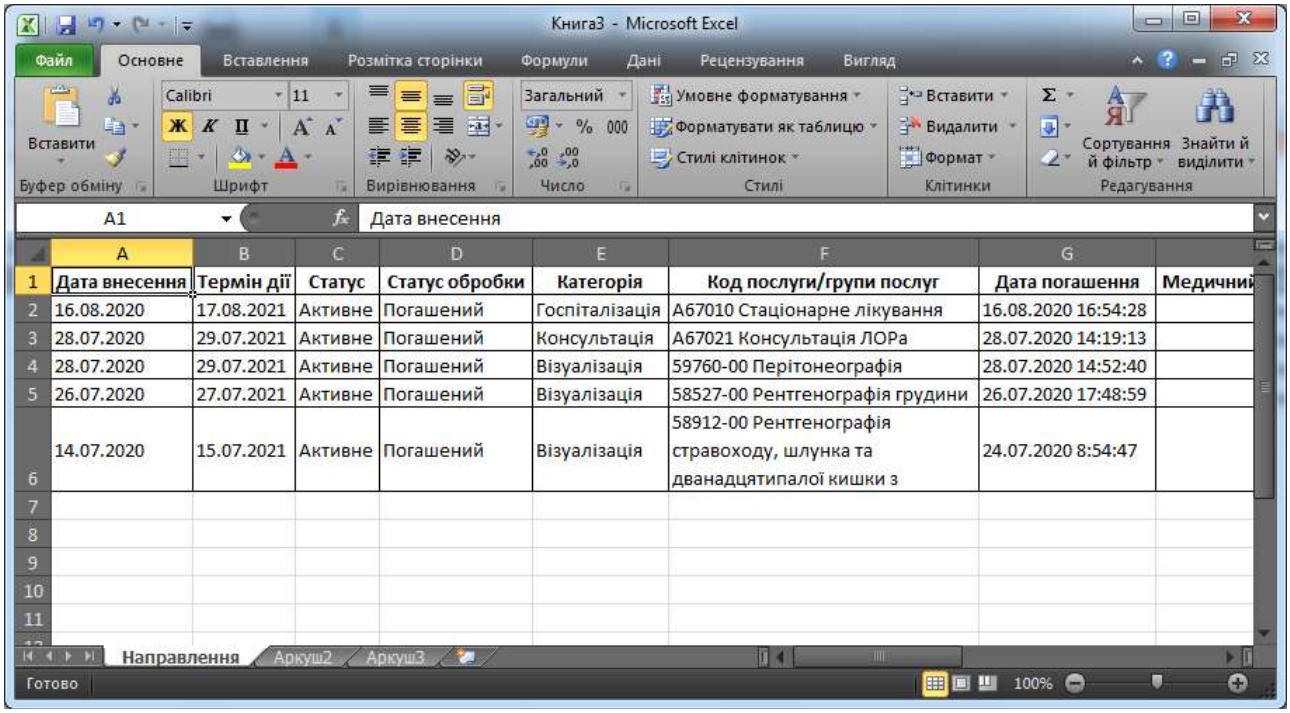


Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

«Оновити статус» - використовується у випадку, коли статус електронного направлення не співпадає зі статусом в ЕСОЗ. Якщо співпадає, то програма повідомляє про це.



«Друк» - формує список направлень в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми і в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.

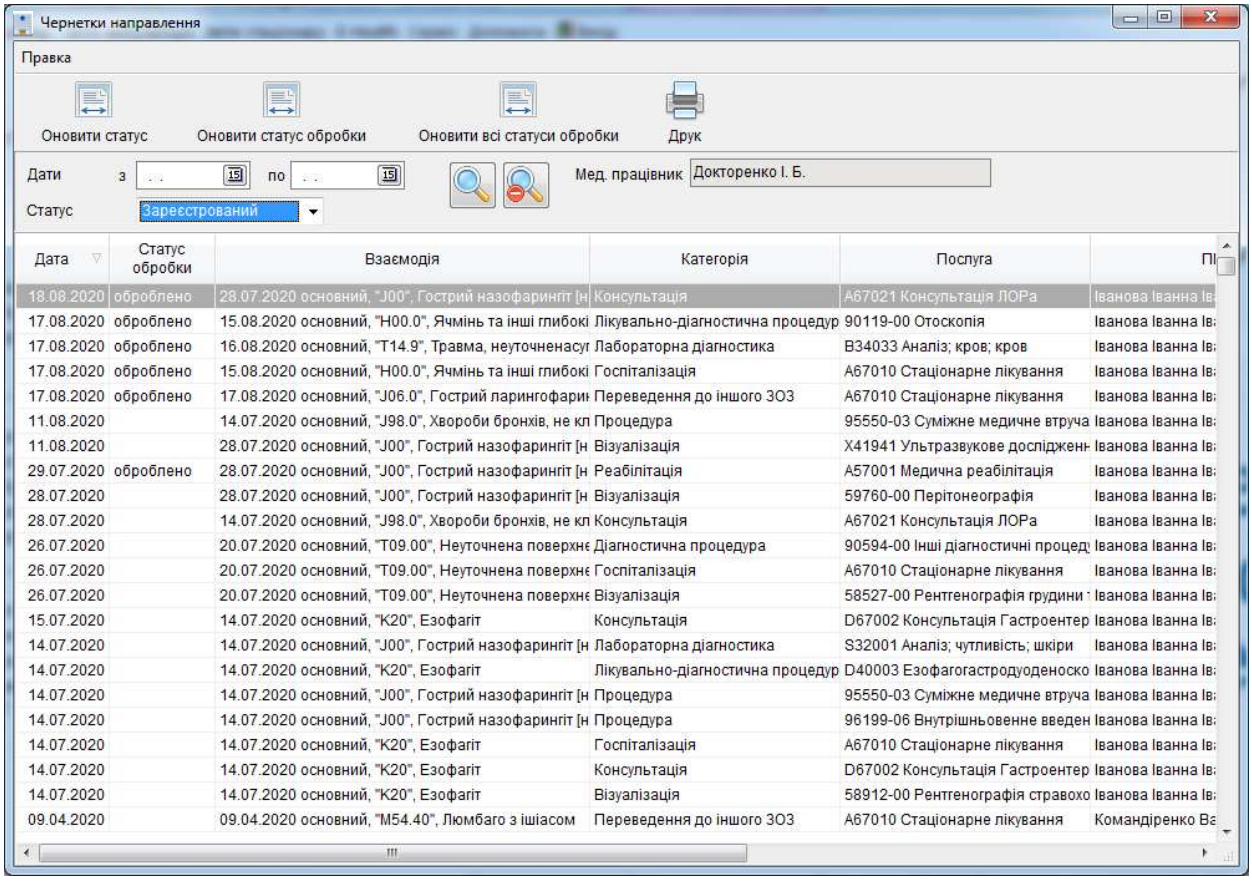


Дата внесення	Термін дії	Статус	Статус обробки	Категорія	Код послуги/групи послуг	Дата погашення	Медичний
16.08.2020	17.08.2021	Активне	Погашений	Госпіталізація	A67010 Стаціонарне лікування	16.08.2020 16:54:28	
28.07.2020	29.07.2021	Активне	Погашений	Консультація	A67021 Консультація ЛОРа	28.07.2020 14:19:13	
28.07.2020	29.07.2021	Активне	Погашений	Візуалізація	59760-00 Перітонеографія	28.07.2020 14:52:40	
26.07.2020	27.07.2021	Активне	Погашений	Візуалізація	58527-00 Рентгенографія грудини	26.07.2020 17:48:59	
14.07.2020	15.07.2021	Активне	Погашений	Візуалізація	58912-00 Рентгенографія стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки з	24.07.2020 8:54:47	

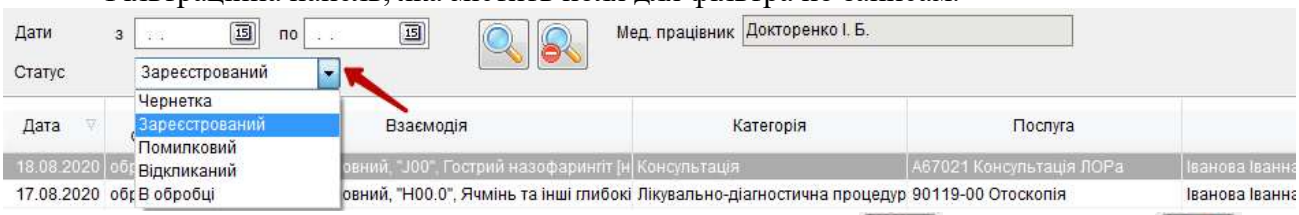
«Кількість» - розраховує кількість записів в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.

10.4 Реєстр виписаних направлень

В даному вікні відображується реєстр виписаних всіх електронних направлень, які створені користувачами в межах закладу в МІС «МедІнфорСервіс».

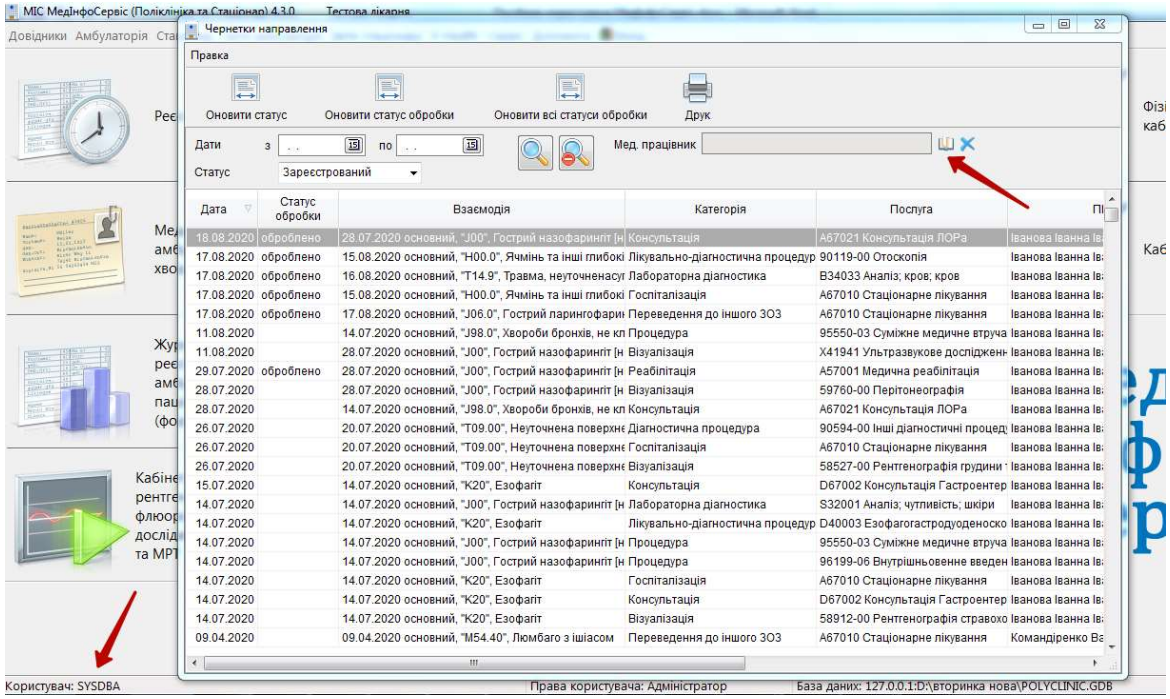


Фільтраційна панель, яка містить поля для фільтра по записам.

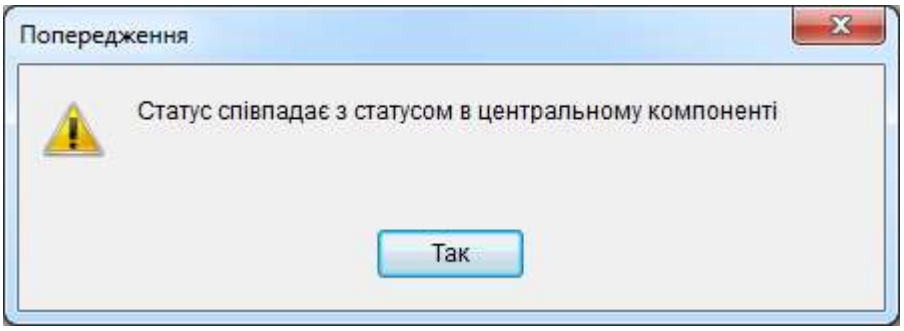


Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

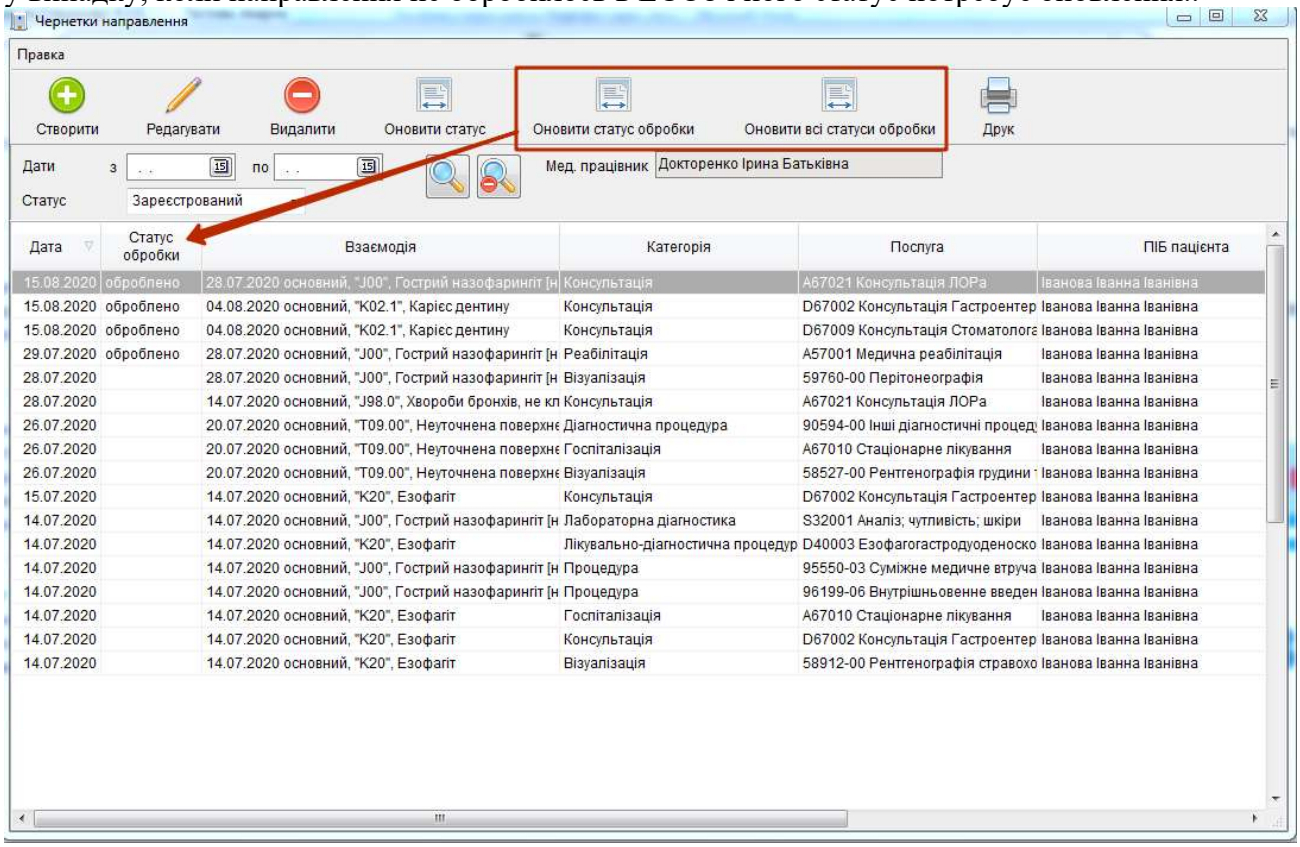
Зверніть увагу! Зайшовши під адміністратором в програму можна побачити діагностичні звіти всіх працівників і, при потребі, по конкретному працівнику.



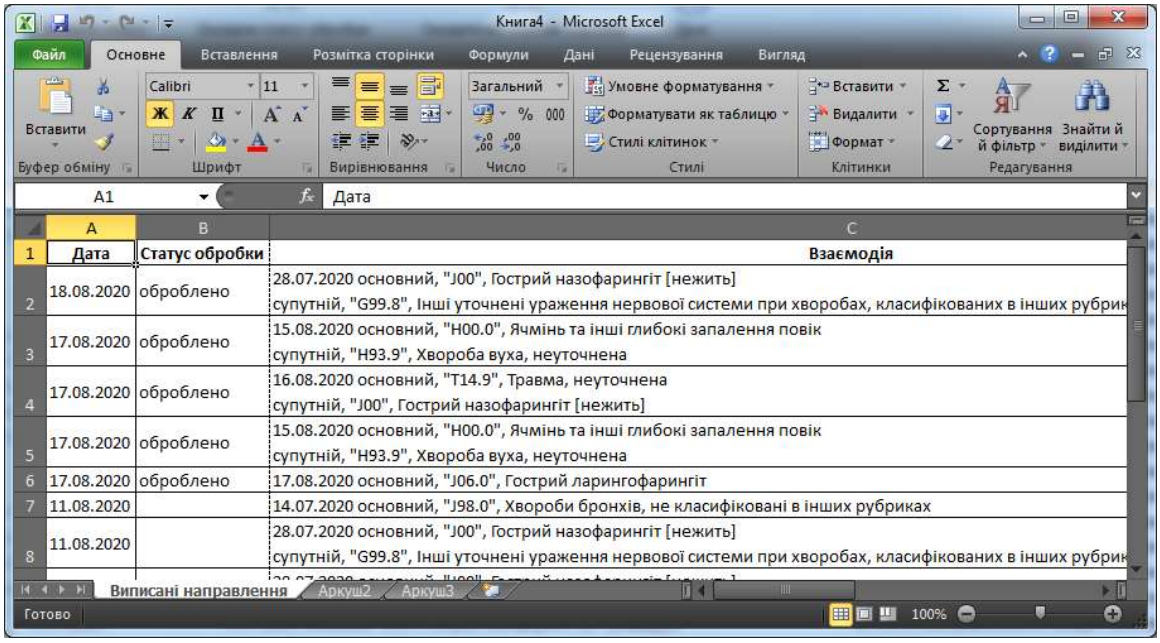
«Оновити статус» - використовується у випадку, коли статус електронного направлення не співпадає зі статусом в ЕСОЗ. Якщо співпадає, то програма повідомляє про це.



«Оновити статус обробки» та «Оновити всі статуси обробки» - використовується у випадку, коли направлення не обробилось в ЕСОЗ і його статус потребує оновлення..



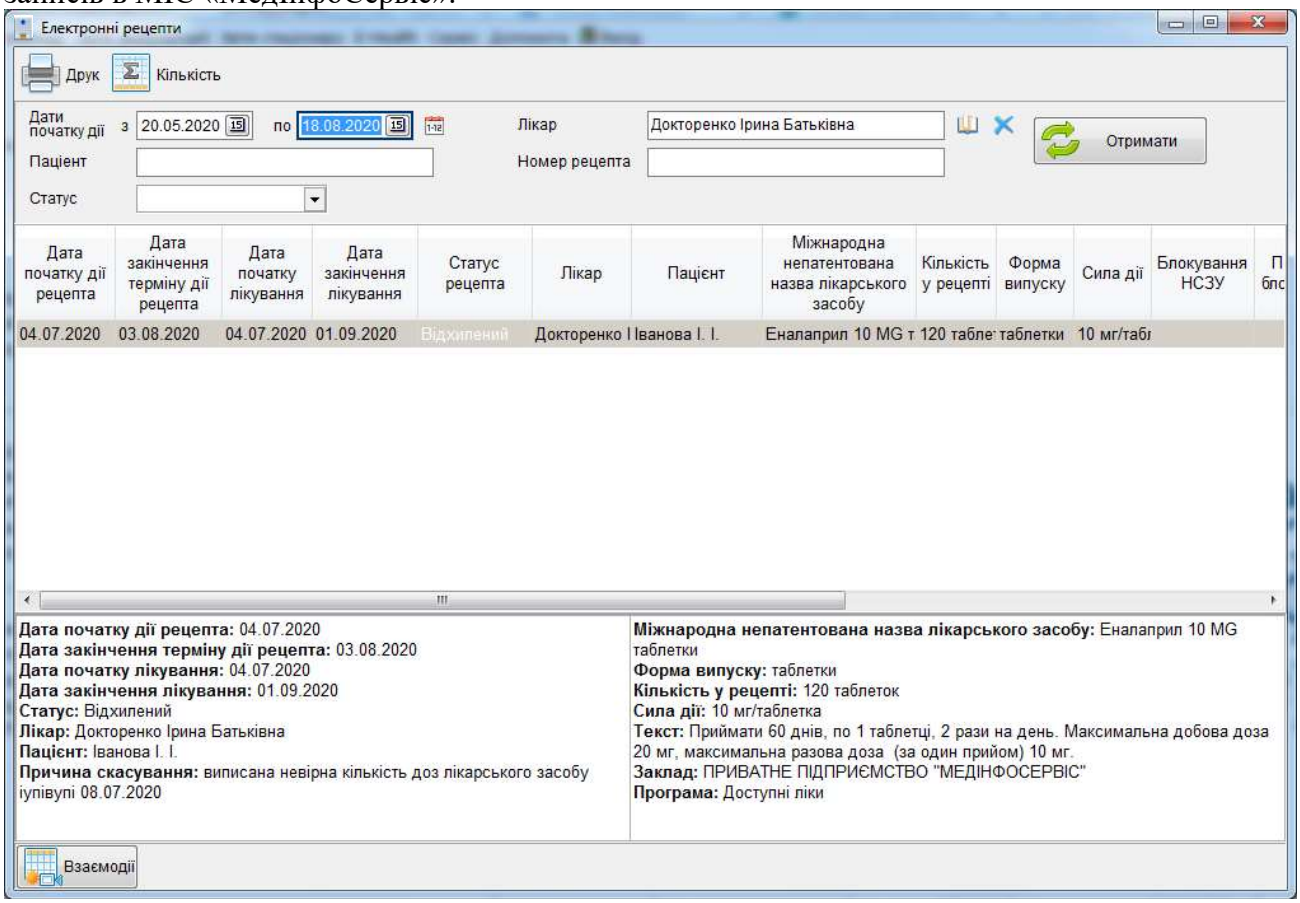
«Друк» - формує список направлень в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми і в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.



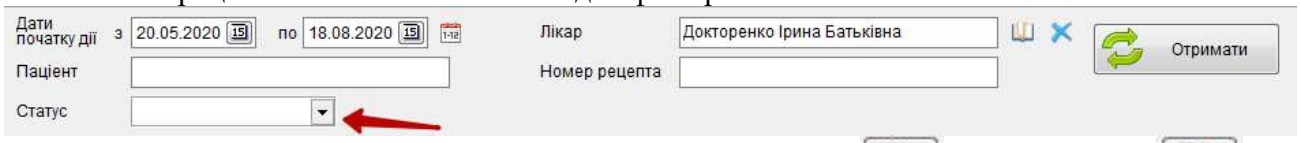
	A	B	C
1	Дата	Статус обробки	Взаємодія
2	18.08.2020	оброблено	28.07.2020 основний, "J00", Гострий назофарингіт [нежить] супутній, "G99.8", Інші уточнені ураження нервової системи при хворобах, класифікованих в інших рубрик
3	17.08.2020	оброблено	15.08.2020 основний, "H00.0", Ячмінь та інші глибокі запалення повік супутній, "H93.9", Хвороба вуха, неуточнена
4	17.08.2020	оброблено	16.08.2020 основний, "T14.9", Травма, неуточнена супутній, "J00", Гострий назофарингіт [нежить]
5	17.08.2020	оброблено	15.08.2020 основний, "H00.0", Ячмінь та інші глибокі запалення повік супутній, "H93.9", Хвороба вуха, неуточнена
6	17.08.2020	оброблено	17.08.2020 основний, "J06.0", Гострий ларингофарингіт
7	11.08.2020		14.07.2020 основний, "J98.0", Хвороби бронхів, не класифіковані в інших рубриках
8	11.08.2020		28.07.2020 основний, "J00", Гострий назофарингіт [нежить] супутній, "G99.8", Інші уточнені ураження нервової системи при хворобах, класифікованих в інших рубрик

10.5 Реєстр електронних рецептів

Даний режим доступний тільки користувачам, які зареєстровані в eHealth. Реєстр містить в собі список виписаних електронних рецептів за допомогою електронних медичних записів в МІС «МедІнфоСервіс».

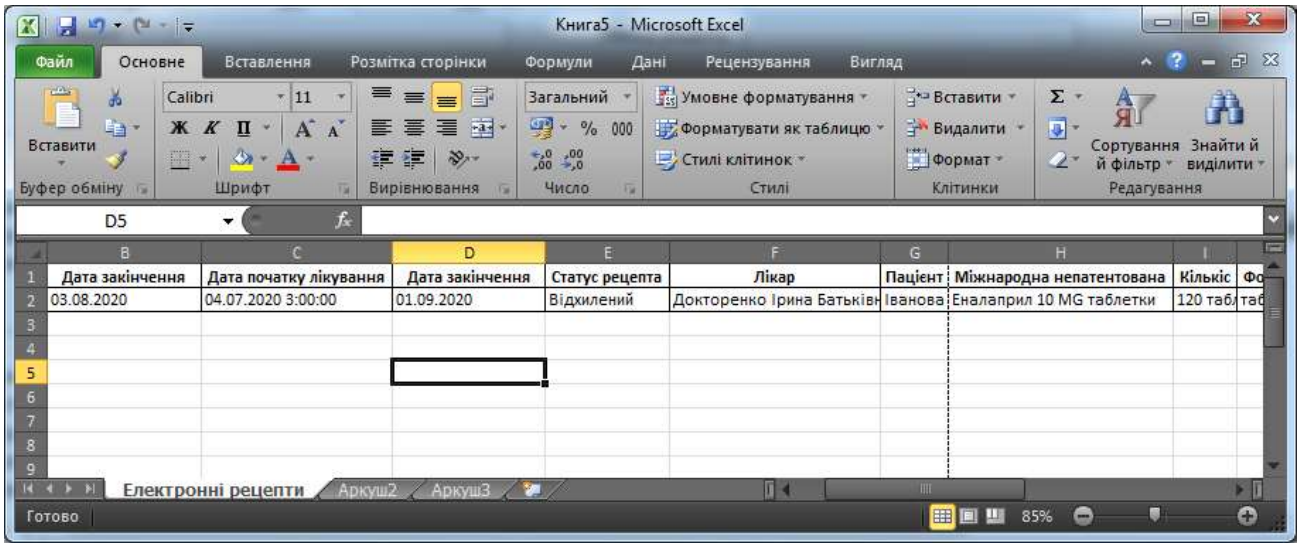


Фільтраційна панель містить поля для фільтра по записам.



Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

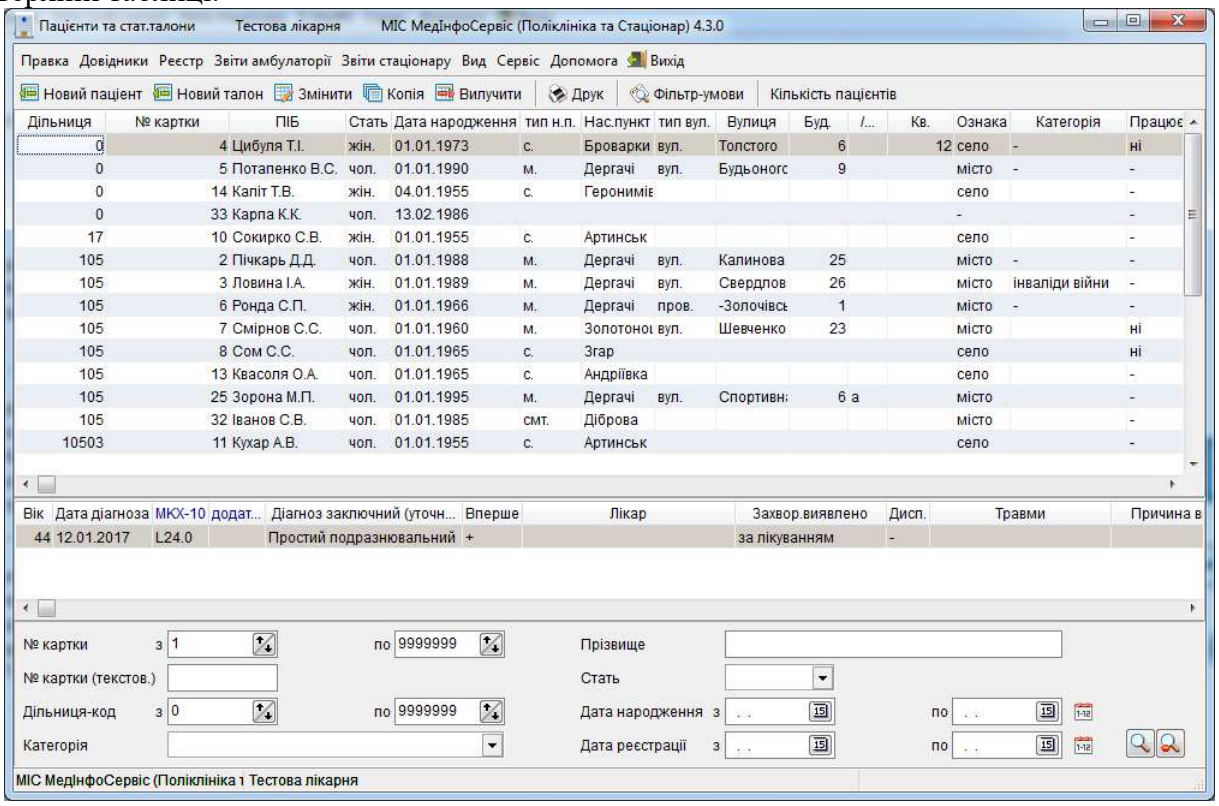
«Друк» - формує список записів в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми і в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.



«Кількість» - розраховує кількість записів в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.

10.6 Пацієнти та статистичні талони

Режим для ведення реєстру пацієнтів і статистичних талонів для них. У вікні знаходиться дві таблиці: список пацієнтів і статистичних талонів. Кнопки редагування таблиць працюють з таблицями в залежності від того на якій з них знаходиться фокус. У нижній таблиці статистичних талонів, відображаються талони того пацієнта який був обраний у верхній таблиці.

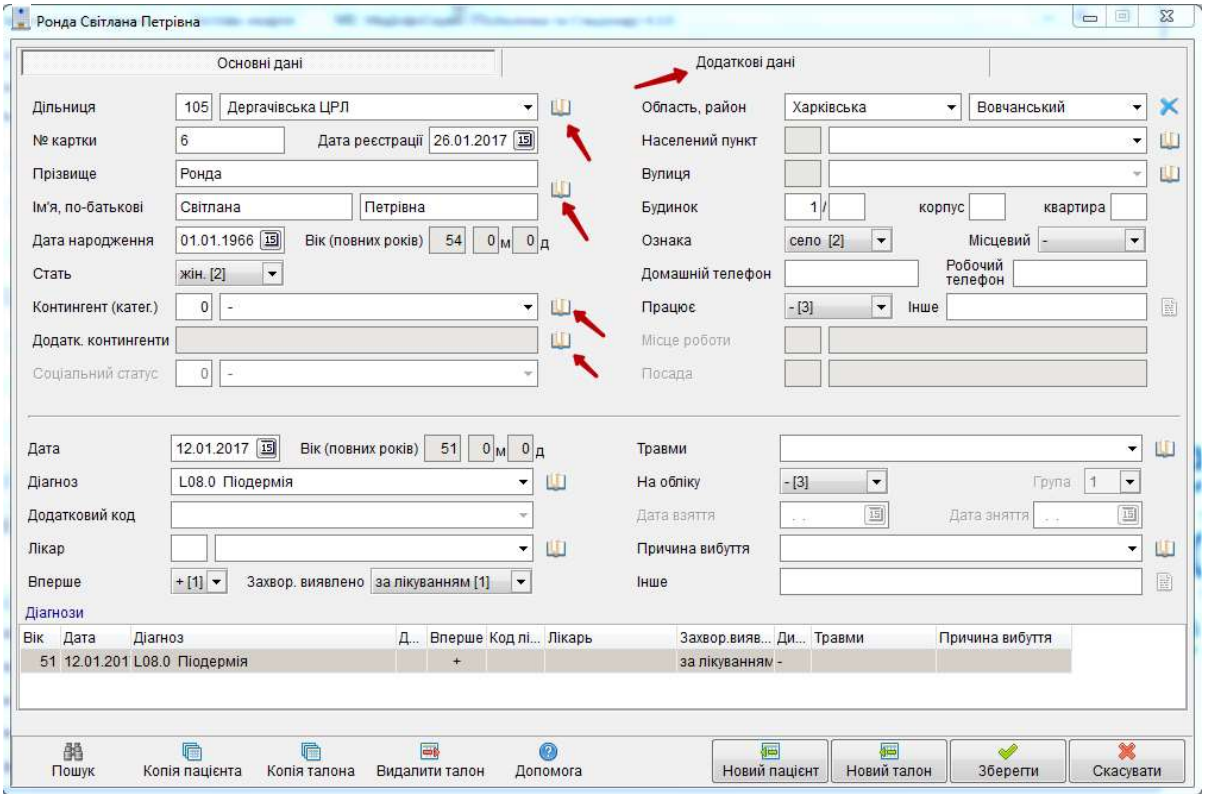


Команди меню

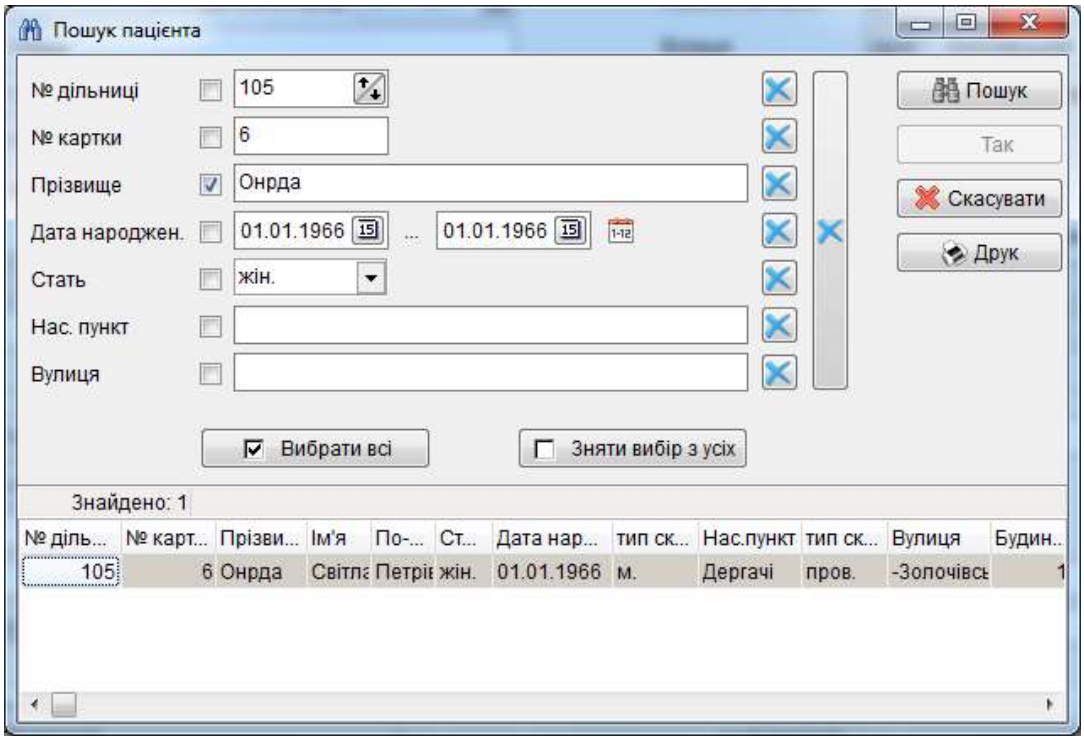
«Вид»: **«Сховати фільтр»**, **«Сховати талони»** - ховають відповідні панелі.

Для введення нових записів і їх редагування в таблицях пацієнтів і статистичних талонів служить одна і та ж форма. Для деяких полів, на цій формі, дані вибираються з довідників, за допомогою кнопки Ще вибирати ці дані можливо наступними способами:

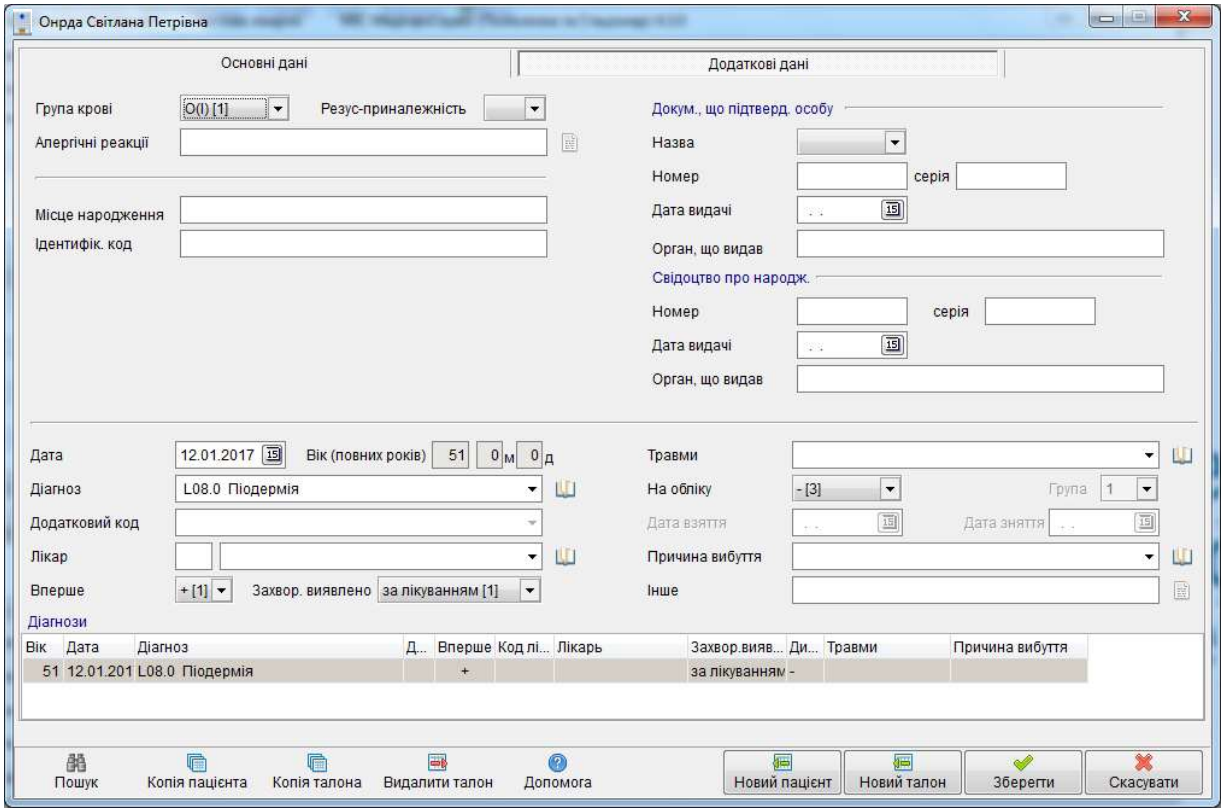
випадає меню (якщо є), відповідною кнопкою праворуч від поля, або комбінацією клавіш Ctrl+F1.



У таблиці пацієнтів, за допомогою, форми редагування можливо: додавати нові записи (Ctrl + F7), створювати нові записи копіюючи інформацію з уже існуючих (Ctrl + F5), проводити пошук (F3).



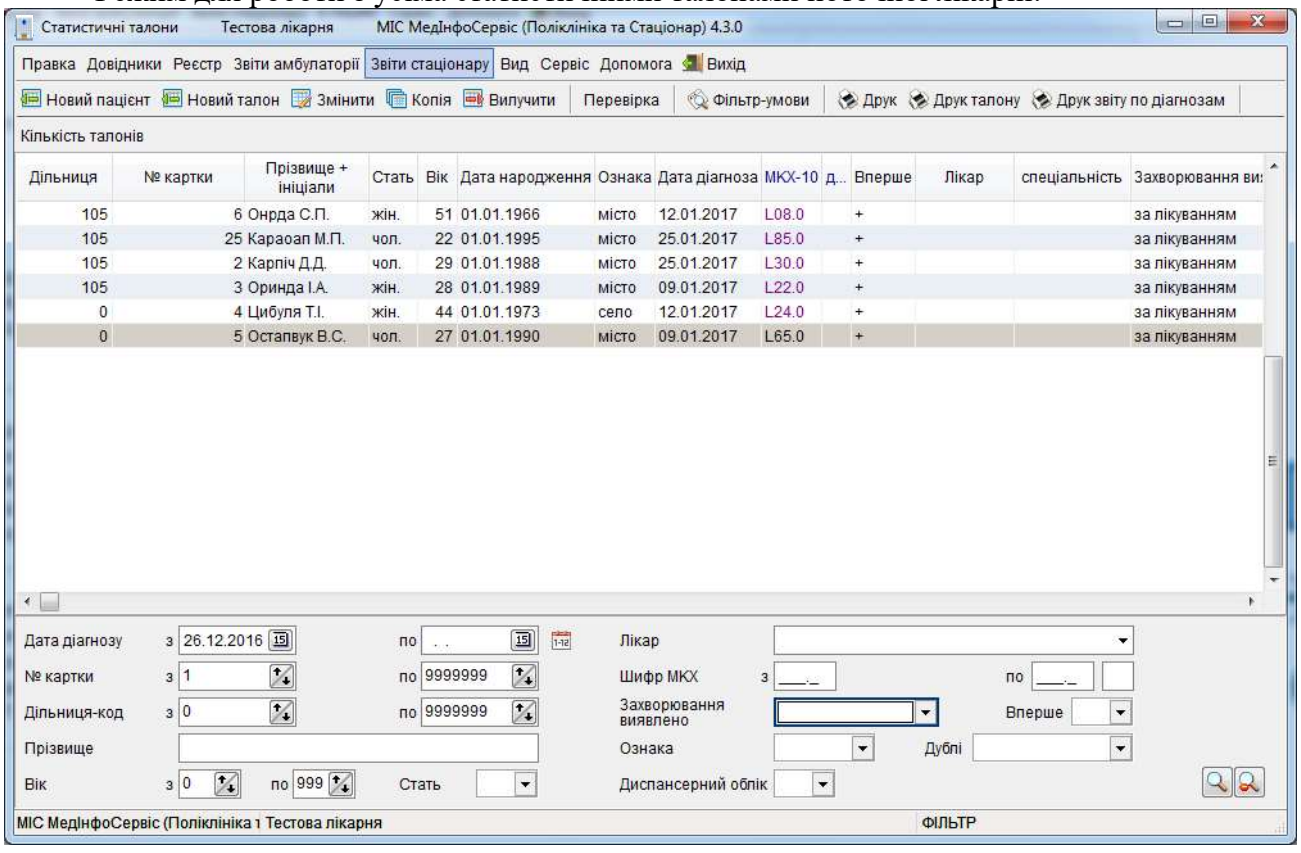
На вкладці **«Додаткові дані»** знаходиться розгорнута інформація по пацієнту. Тут присутні деякі поля, яких немає на основній вкладці «Основні дані» - група крові, алергічні реакції, тощо.



У таблиці статистичних талонів, за допомогою, форми редагування можливо: додавати нові записи (F7), створювати нові записи копіюючи інформацію з уже існуючих (F5), видаляти вже існуючі записи (F8).

10.7 Статистичні талони

Режим для роботи з усіма статистичними талонами поточної лікарні.

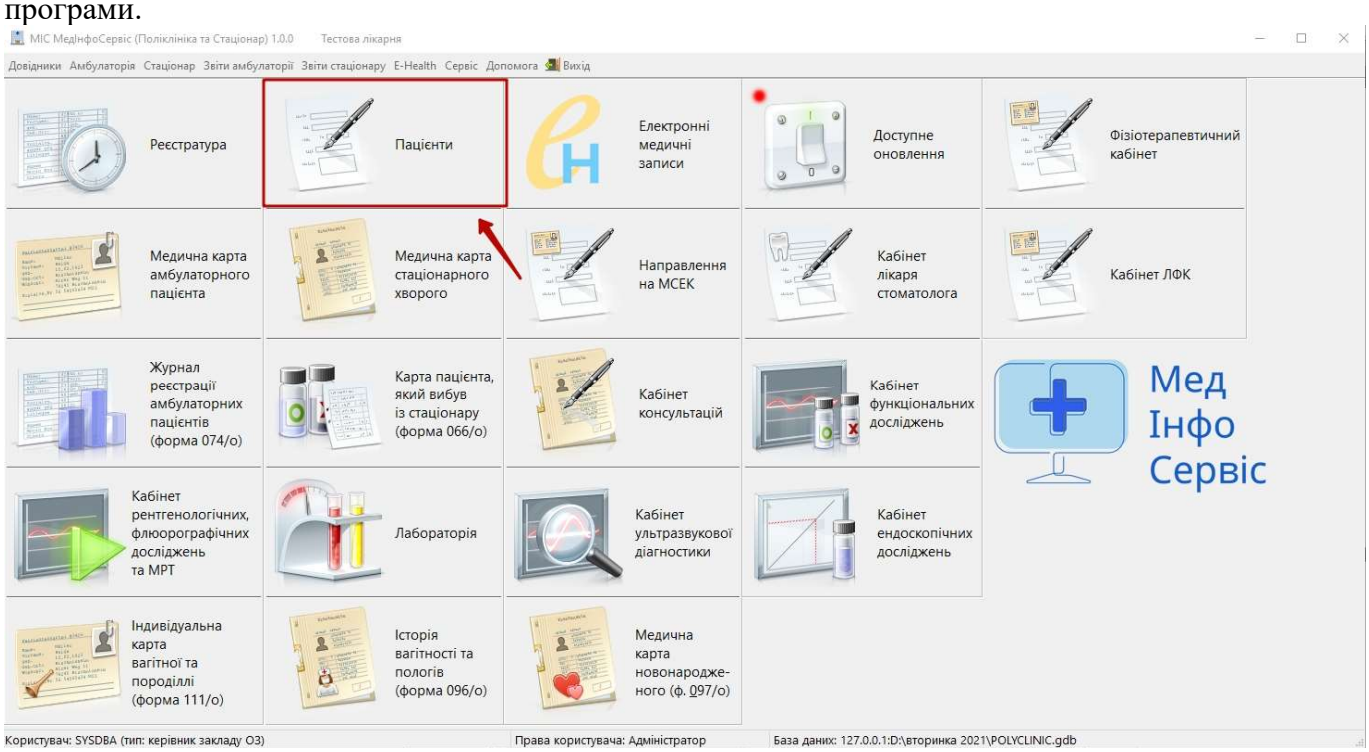


Створення та редагування записів виконується у вікні редагування, що і в режимі «Пацієнти та стат талони».

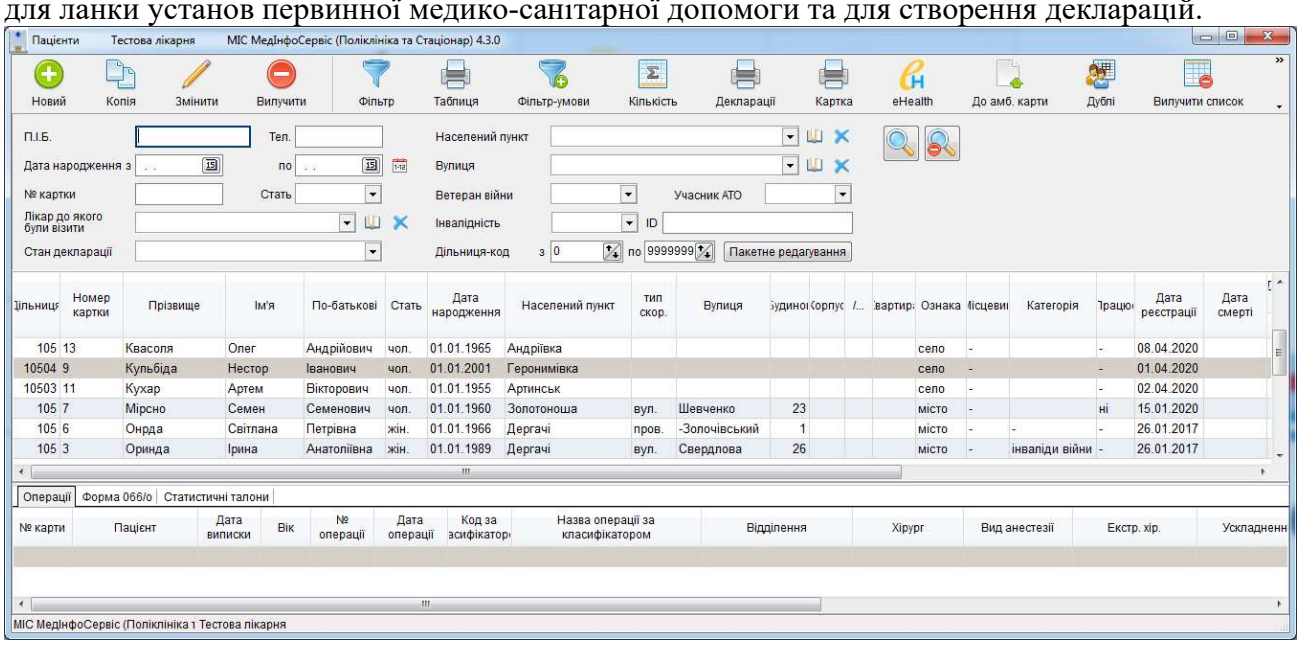
У вікні є можливість здійснення пошуку дублів (кнопка **«Перевірка»**), який відображає записи, в яких знайдено дублі, а також самі дублі.

10.8 Пацієнти

Знайти реєстр пацієнтів можна в пункті меню **«Амбулаторія»**, **«Стаціонар»** та, для зручності, його розміщено на головному вікні програми, яке з'являється після запуску програми.

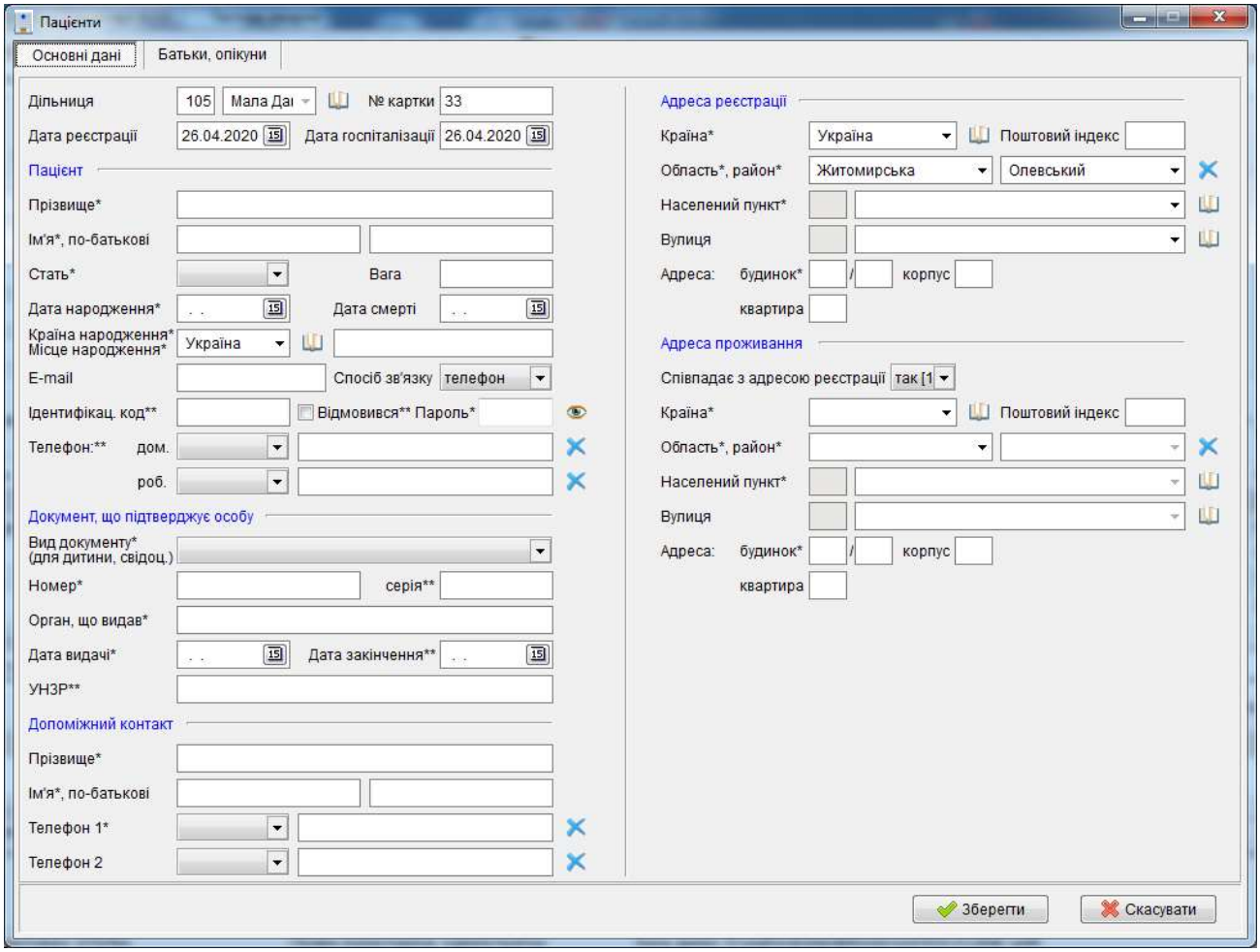


Містить список пацієнтів з усіма необхідними даними, використовується найчастіше для ланки установ первинної медико-санітарної допомоги та для створення декларацій.



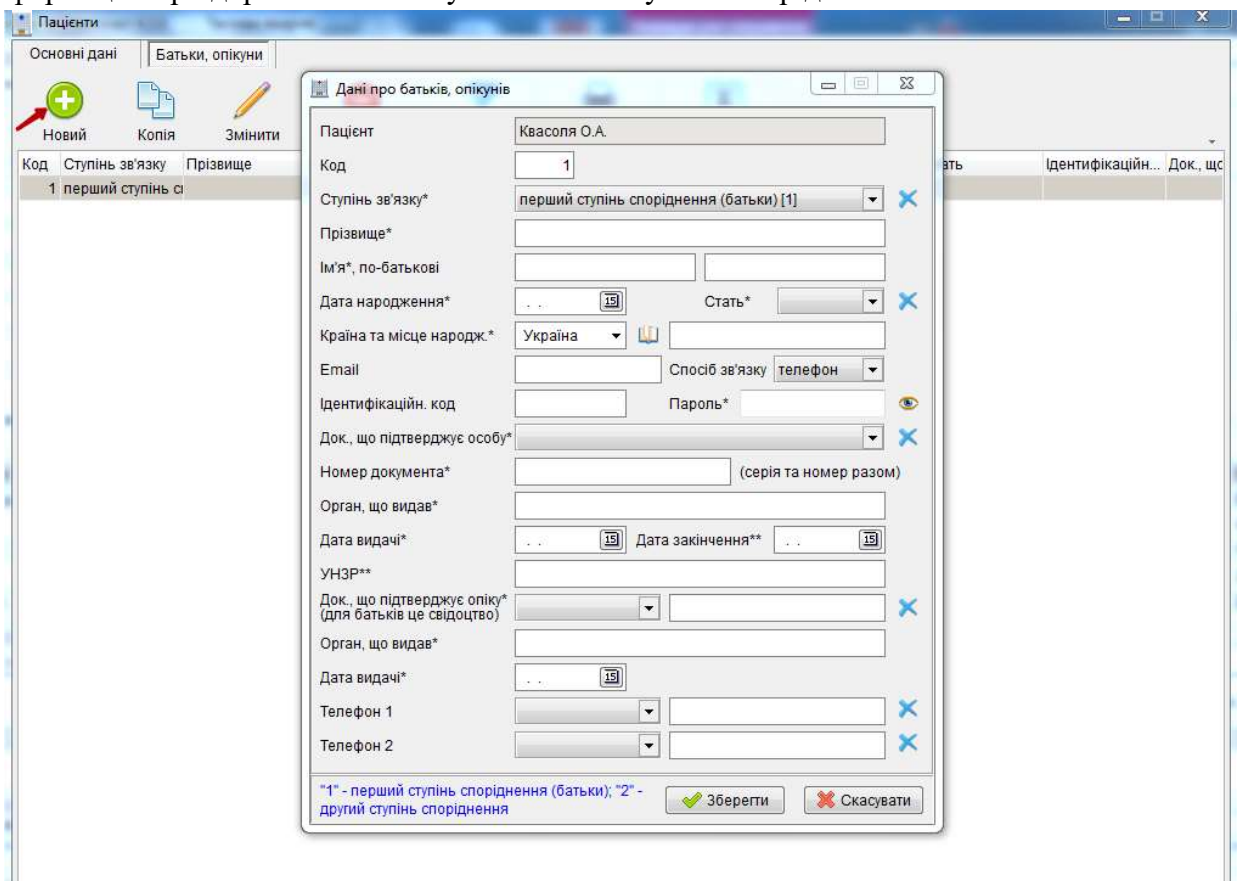
У верхньому меню:

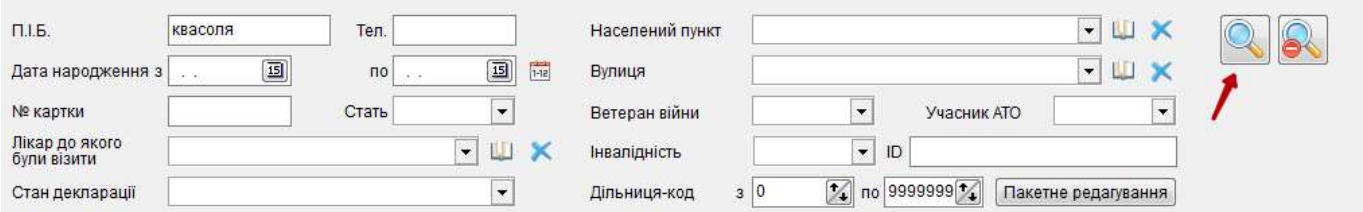
Карта пацієнта ділиться на **«Основні дані»**, і **«Батьки, опікуни»**.



В ***«Основних даних»*** вибрати дільницю, дату реєстрації, внести його паспортні дані та іншу інформацію, що використовується при формуванні звітів, а також, що потрібні для створення декларації. Поля які відмічені * - обовязкові для заповнення.

Якщо картка вноситься на дитину, то потрібно у вкладці ***«Батьки, опікуни»*** добавити інформацію про дорослого/лих із уточненням ступеня спорідненості.

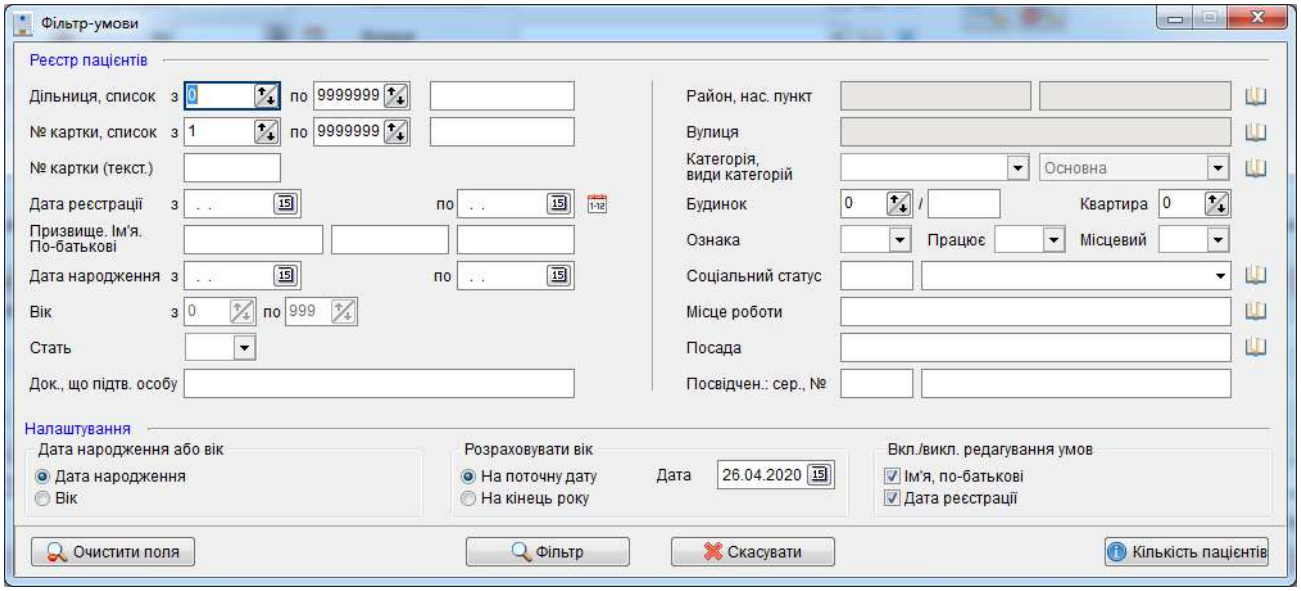




Поля, по яким можна провести фільтрацію записів інформаційної частини вікна (тобто по яким стовпчикам).

«Фільтр-умови»

- виводить вікно із додатковими полями для фільтрації по записам.



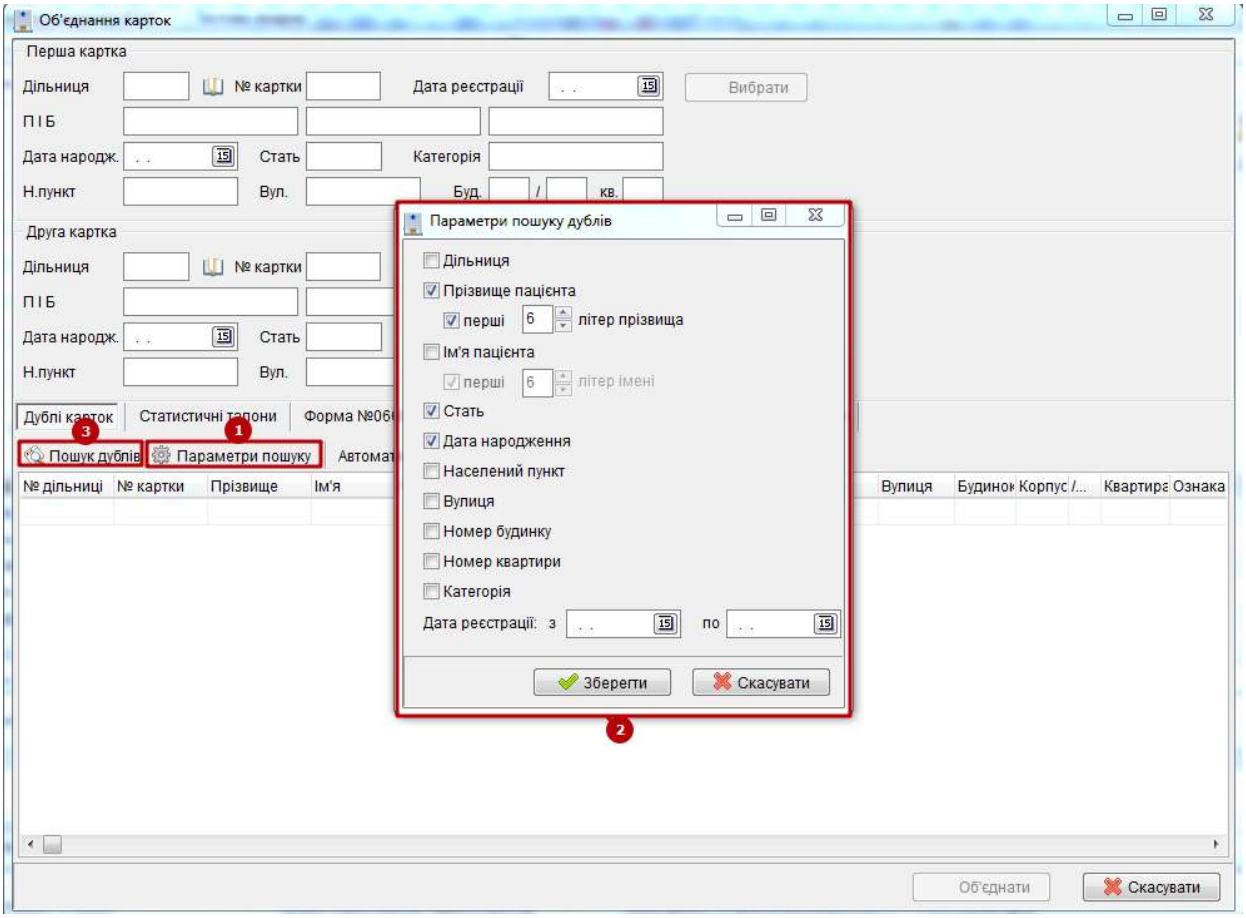
«Кількість» - при натисканні, рахується кількість записів. Можливо також, попередньо, відфільтрувати записи і натиснувши на кнопку – побачити кількість записів по заданим умовам.

«Декларації» - формування звіту по кількості деклараціям по лікарям, або по підрозділам в MS Office Excel.

«eHealth» - модуль взаємодії з національною електронною системою охорони здоров'я «e-Health». При першому з'єднанні потрібно буде авторизуватись, внести логін і пароль для авторизації в системі «eHealth», і поки програма не буде закрита, при подальших натисканнях на кнопку «eHealth» на екрані відображатимуться дані про вибраного пацієнта, які були/будуть використані для/при створені декларації. Якщо для вибраного пацієнта декларація іще не створювалась, в низу вікна буде відображатись надпис «Статус декларації: нестворена» і попередньо перевіривши правильність внесених даних можна створити декларації натиснувши кнопку «Далі». Якщо для даного пацієнта декларація уже була створена, то в низу вікна буде відображатись надпис «Статус декларації: активна», декларацію можливо перестворити натиснувши кнопку «Перестворити».

Більш детальний опис для укладання декларацій описаний в інструкції **«Укладання декларації»**, Ви також можете ознайомитись із відео-інструкціями на нашому Youtube-каналі.

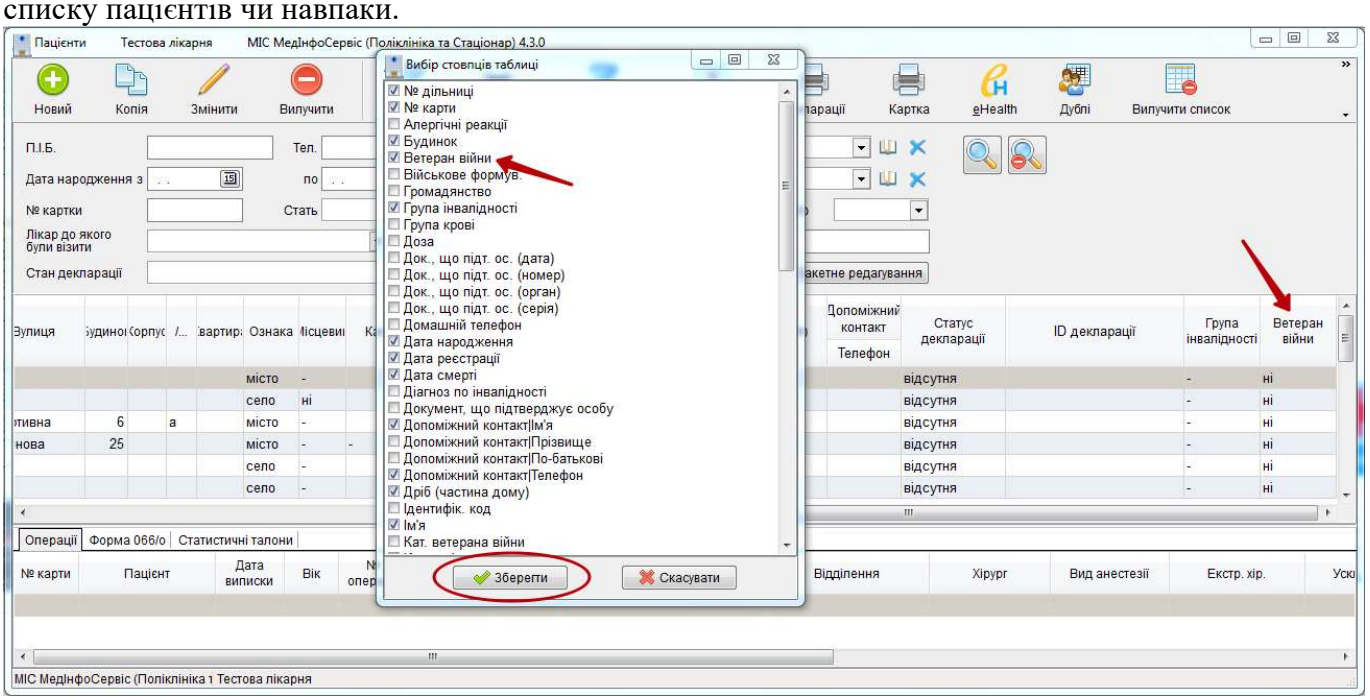
«Дублі» - пошук дублів по списку записів. По замовчуванню пошук дублів відбувається за першими шести символами прізвища, статті і даті народження, але параметри пошуку дублів можна задати за допомогою «параметрів пошуку» (1), після чого потрібно натиснути на «Пошук дублів»(3).



Якщо в системі знайдуться дублі, то їх можна буде побачити в списку. Виділіть одну картку – натисніть кнопку «Вибрати» в блоці «Перша картка», по аналогії зробіть теж саме для дубля картки в блок «Друга картка» і об'єднайте кнопкою «Об'єднати».

«Вилучити список» - видалення списку карток пацієнтів із системи. Можливо видалити весь список записів, або попередньо відсортувавши по заданим параметрам за допомогою фільтру.

«Стовпці» - меню вибору стовпців таблиці для відображення даних із картки пацієнта. Достатньо поставити відмітки напроти пункту зі списку і зберегти, щоб відобразились дані в списку пацієнтів чи навпаки.



У нижній таблиці відображаються записи, що відповідають карточці обраного пацієнта, зі списку – для швидкого перегляду всіх проведених хірургічних операцій, заповненої форми 066/о та статистичних талонів.

10.9 Ветерани війни, учасники АТО

10.9.1 Реєстр ветеранів війни

В «Реєстр ветеранів війни» включаються особи, на яких поширюється дія Закону України від 22 жовтня 1993 року №3551-XII «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту».

Програмою виконується ведення основних даних та необхідних довідників, додавання записів, коректування, видалення, перегляд, сортування і пошук необхідних записів по всіх основних реквізитах, фільтри і вибір списків записів по різних критеріях або комбінаціях критеріїв і друк вибраних списків.

Ведення модулю, дозволяє:

- створення сучасної інформаційно-аналітичної бази медико-соціального забезпечення ветеранів війни;
- контроль за повнотою та якістю попереднього динамічного спостереження;
- контроль за змінами у стані здоров'я ветеранів війни в порівнянні з попереднім періодом;
- відбір хворих для проведення планового лікування та реабілітації;
- контроль за медикаментозним забезпеченням та протезування ветеранів війни;
- удосконалення виконання регіональних програм медико-соціального забезпечення ветеранів війни;
- раціонального використання кадрових і матеріально-технічних ресурсів лікувально-профілактичних закладів;
- забезпечення послідовності та взаємозв'язку окремих ланок лікувально-профілактичної допомоги, а також співпраці медичних, соціальних та громадських структур;
- покращання планування розрахунків навантаження лікувально-профілактичних закладів з надання медико-соціальної допомоги ветеранам війни.

Програма має можливість розрахувати наступні дані:

- Кількість ветеранів війни, які перебувають на диспансерному обліку станом на початок та кінець року, в тому числі:
  - інваліди війни,
  - учасники бойових дій,
  - учасники війни,
  - особи прирівняні за пільгами, діти війни.

  У тому числі, які проживають у сільській місцевості по категоріям.
- Інвалідність по групі: I, II, III.
- Кількість знятих з обліку, вибувших та померлих.
- Кількість взятих на диспансерний облік у кожного спеціаліста з вказаним діагнозом (МКХ-10) та знятих з Д обліку.
- Кількість ветеранів війни, які потребували та були забезпеченні виробами медичного призначення.

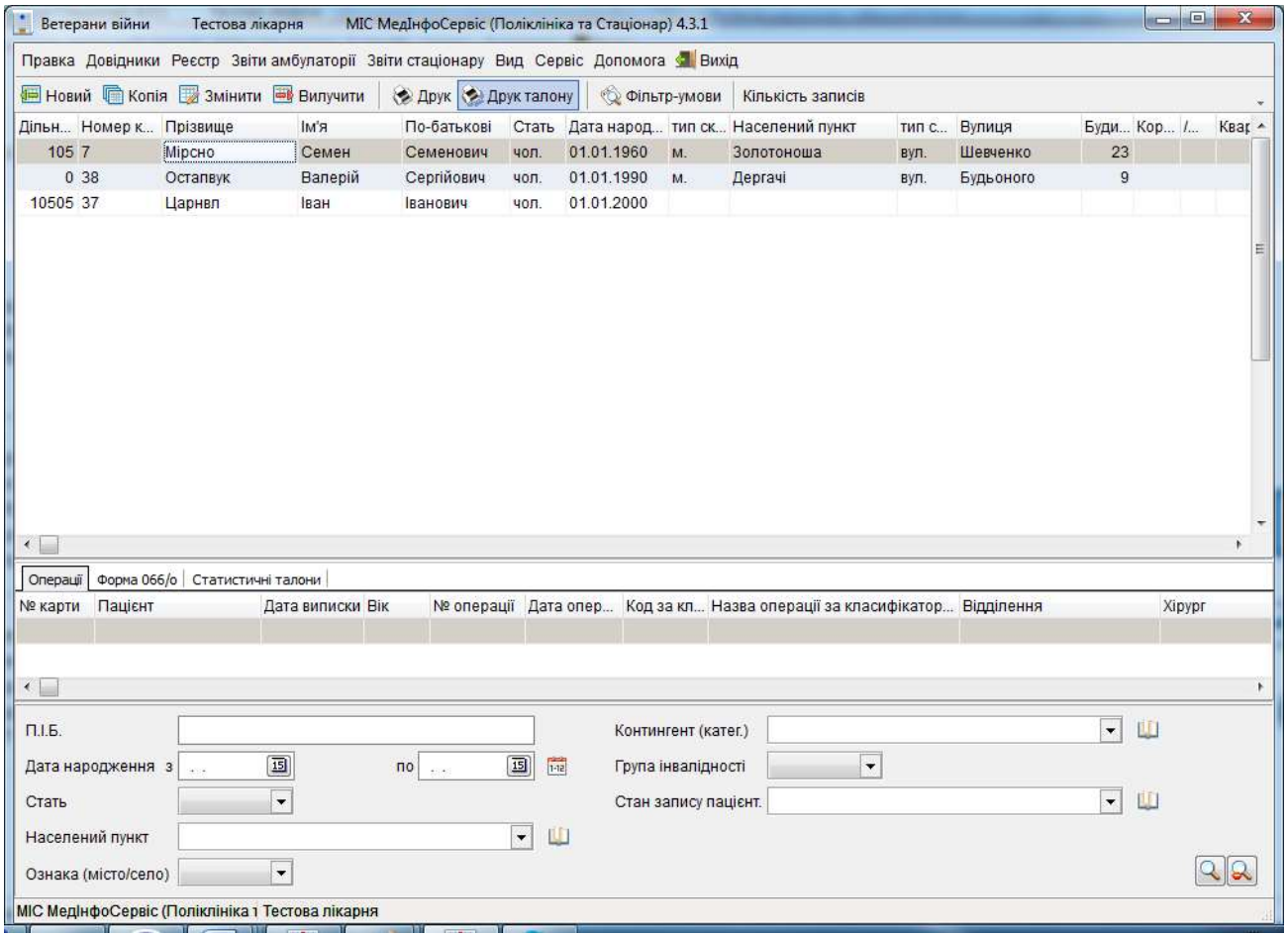
  Сума забезпечення, суми коштів з місцевого бюджету та за власний рахунок.
- Кількість ветеранів війни, в тому числі з сільської місцевості, які пройшли у звітному році комплексні медичні огляди:
  - повний комплексний медичний огляд,
  - частковий комплексний медичний огляд,
  - в тому числі жителів сільської місцевості, які пройшли повний комплексний та частковий комплексний медичний огляд.
- Кількість ветеранів війни, які потребували протезування та були протезовані.

  Сума, на яку забезпечено протезування.

  Суми коштів з місцевого бюджету та за власний рахунок.
- Кількість ветеранів війни, які потребують планового оздоровлення та отримано у звітному році:
  - стаціонарне лікування, в тому числі жителів сільської місцевості;
  - амбулаторне лікування, в тому числі жителів сільської місцевості;

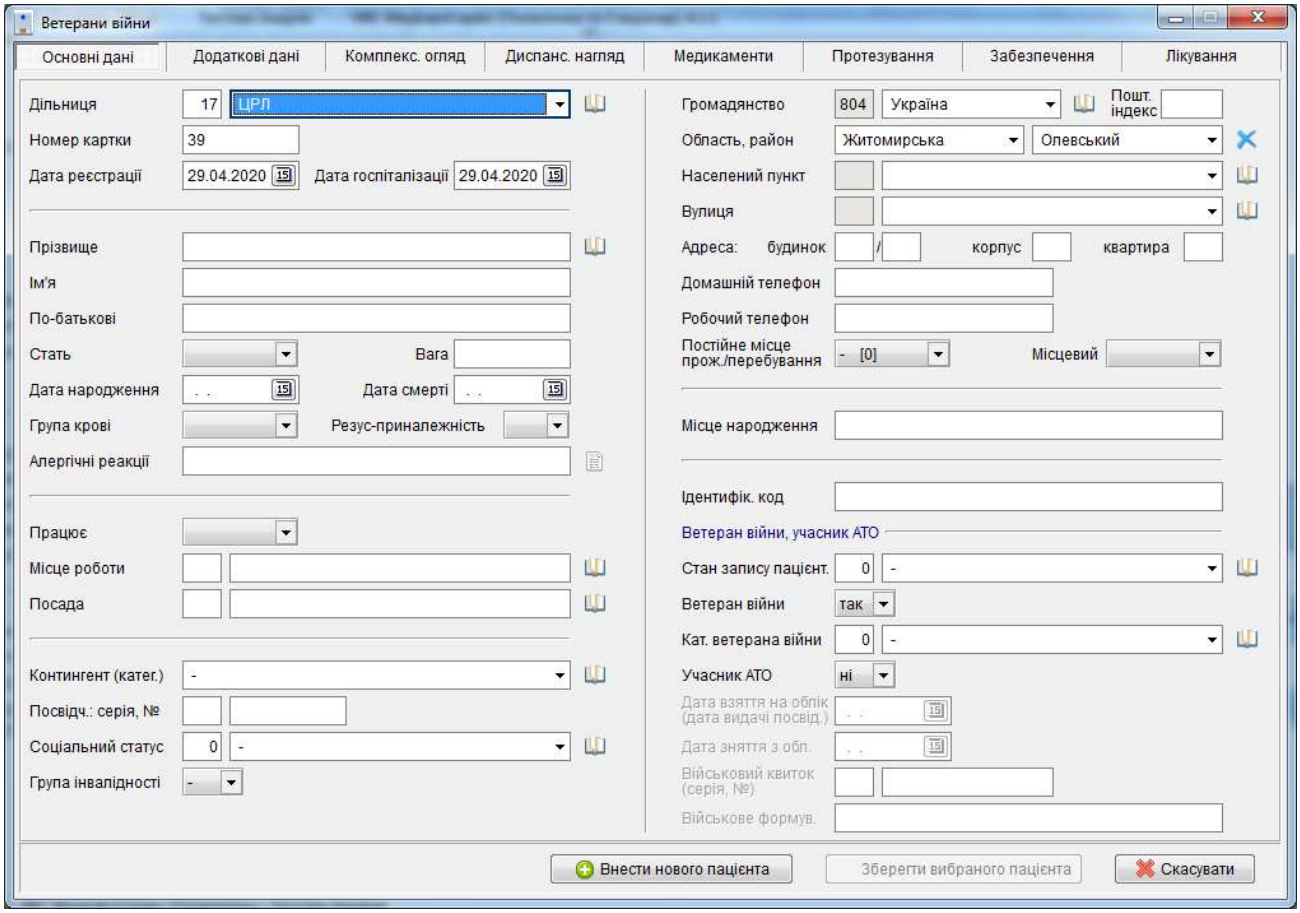
- санаторно-курортне лікування, в тому числі з сільської місцевості;
- в центрах реабілітації та відновного лікування;
- в інших закладах.

- Сума фінансування пільгового забезпечення ветеранів війни ліками за рецептами лікарів, в тому числі на одного ветерана війни (виділено та фактично витрачено).

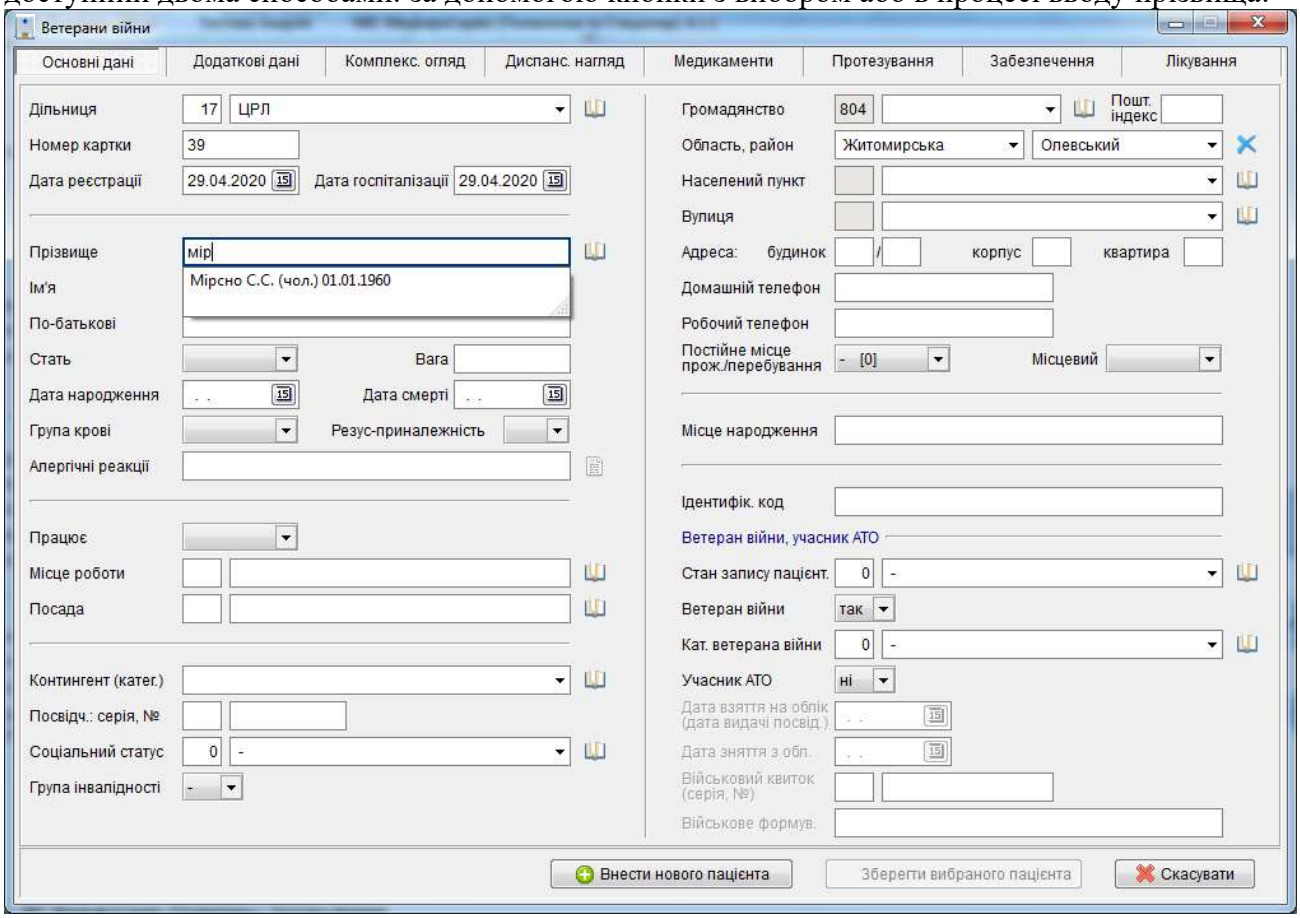


В розділі меню Реєстр» – «Ветерани війни, учасники АТО» також доступні інші реєстри по обліку ветеранів війни, які як правило використовуються для різних вибірок, але також за допомогою них можна вводити дані.

Для внесення нового запису в «Реєстр ветеранів війни» необхідно використати команду «Новий».



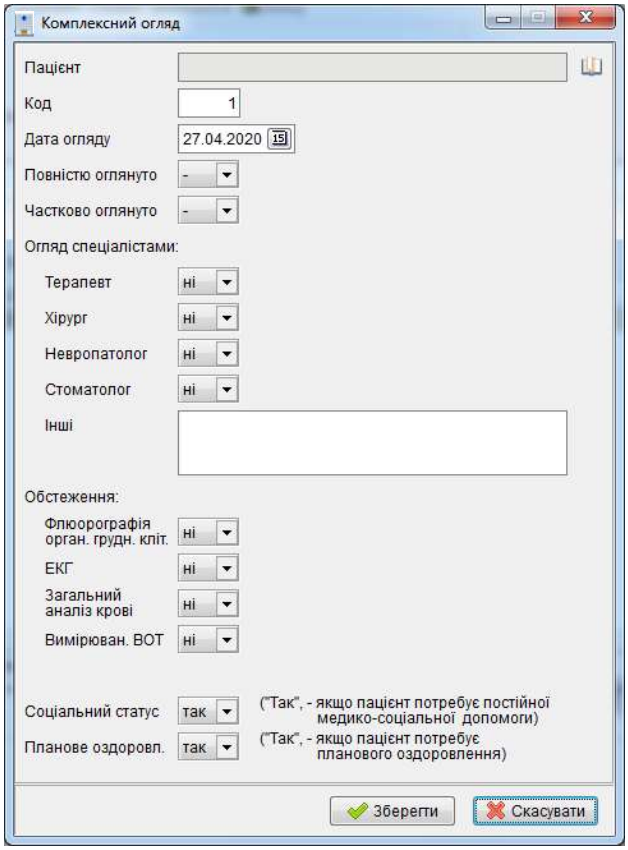
Далі заповнити всі необхідні особові дані ветерана війни та внести нового пацієнта, або вибрати раніше внесеного з реєстру пацієнтів. Вибір раніше внесеного пацієнта доступний двома способами: за допомогою кнопки з вибором або в процесі вводу прізвища:



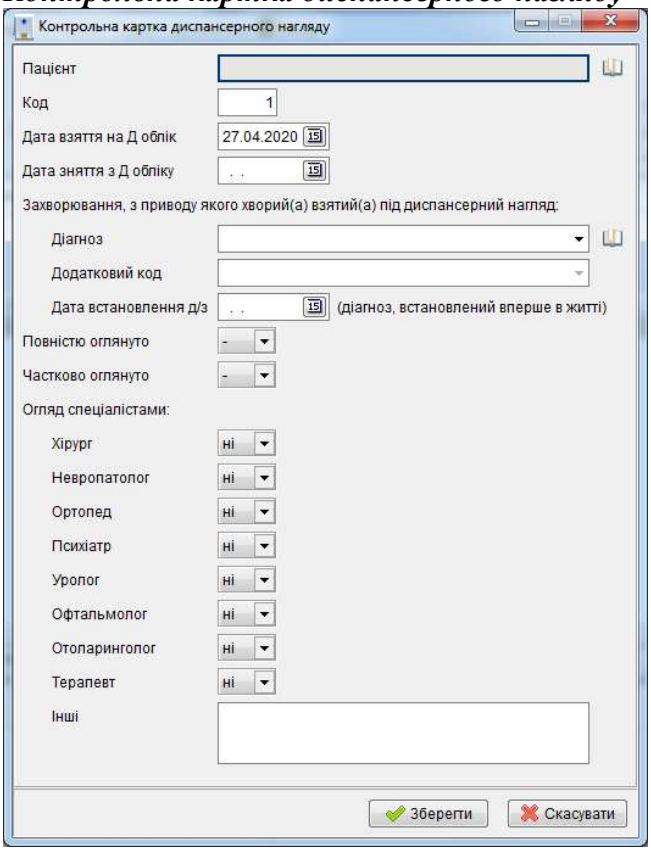
В разі коли вибрано раніше внесеного пацієнта становиться доступна кнопка «Зберегти вибраного пацієнта», тобто можна або внести нового або працювати з раніше внесеним. Коректніше працювати з раніше внесеним.

Після занесення особових даних по пацієнту можна переключатись по закладкам та вносити іншу інформацію по ветерану війни:

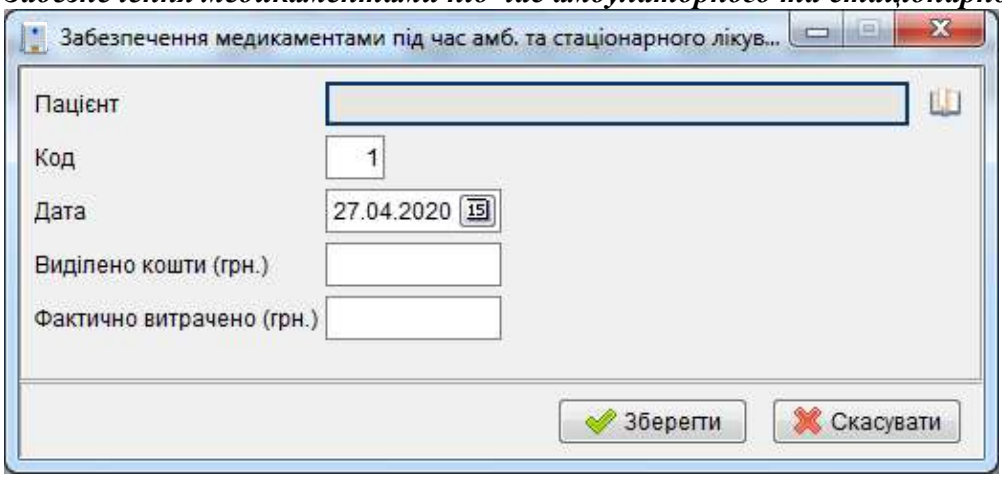
Комплексний огляд



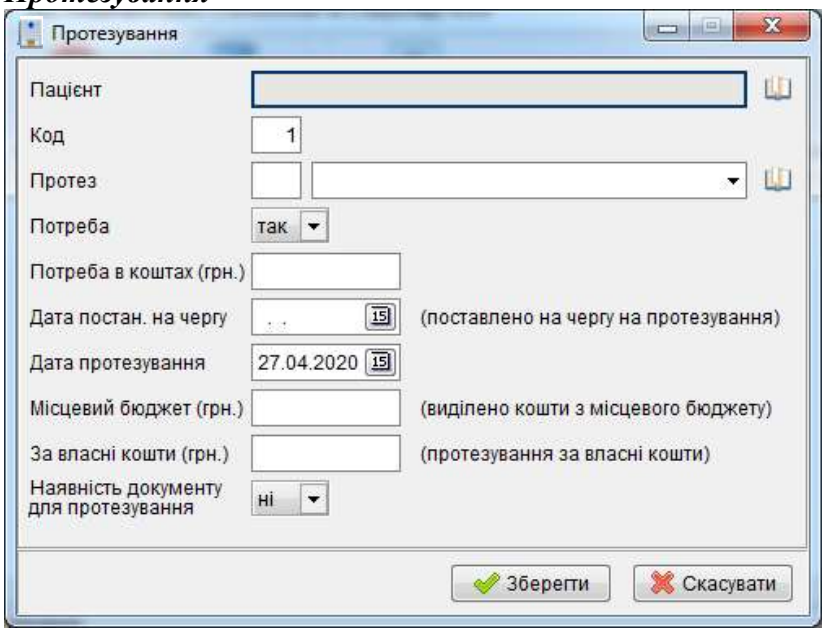
Контрольна картка диспансерного нагляду



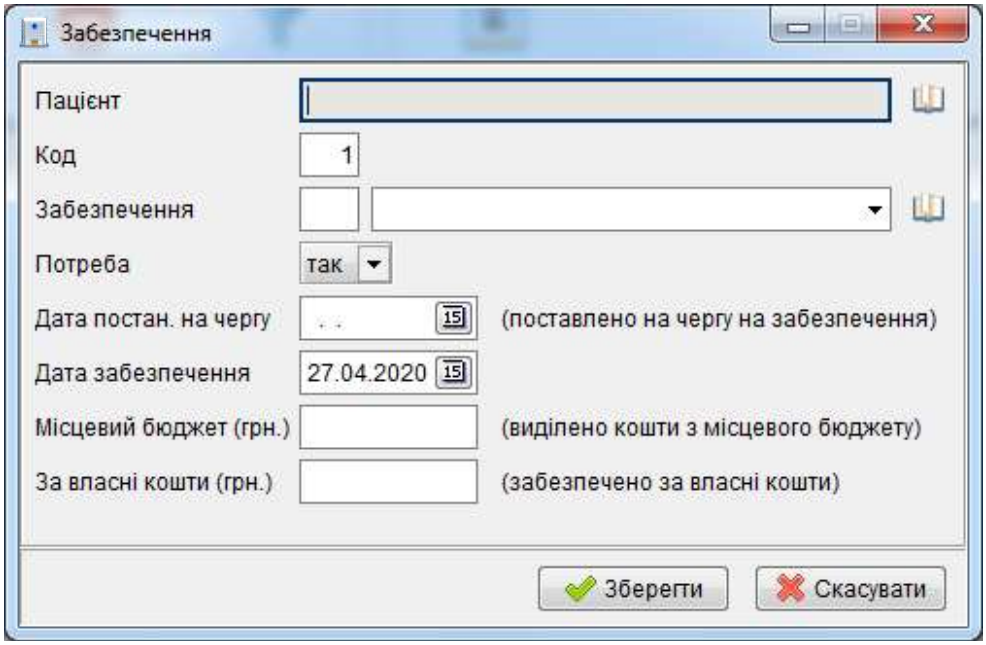
Забезпечення медикаментами під час амбулаторного та стаціонарного лікування



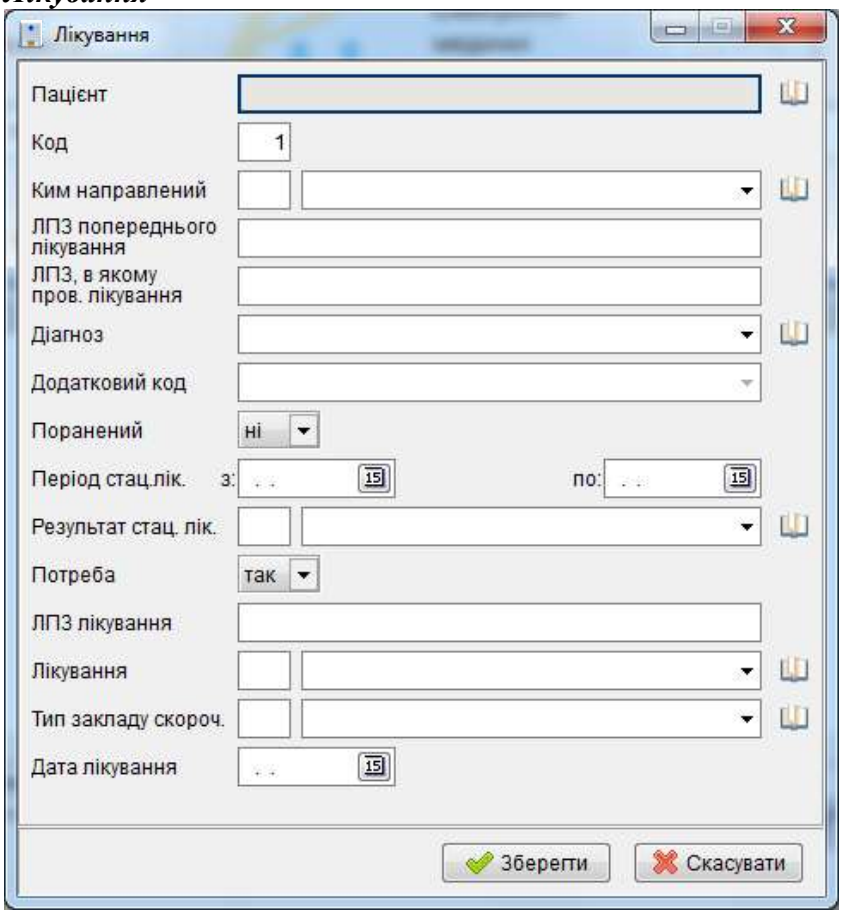
Протезування



Забезпечення



Лікування



10.9.2 Реєстр учасників АТО

В «Реєстр учасників АТО» включаються особи, на яких поширюється дія Протокольного рішення за результатами наради Адміністрації Президента України від 18.09.2014 №03/1-01/348, та наказу Департаменту охорони здоров'я ЧОДА №751 від 02.10.2014 «Про медичне обслуговування учасників та постраждалих під час АТО в закладах охорони здоров'я області».

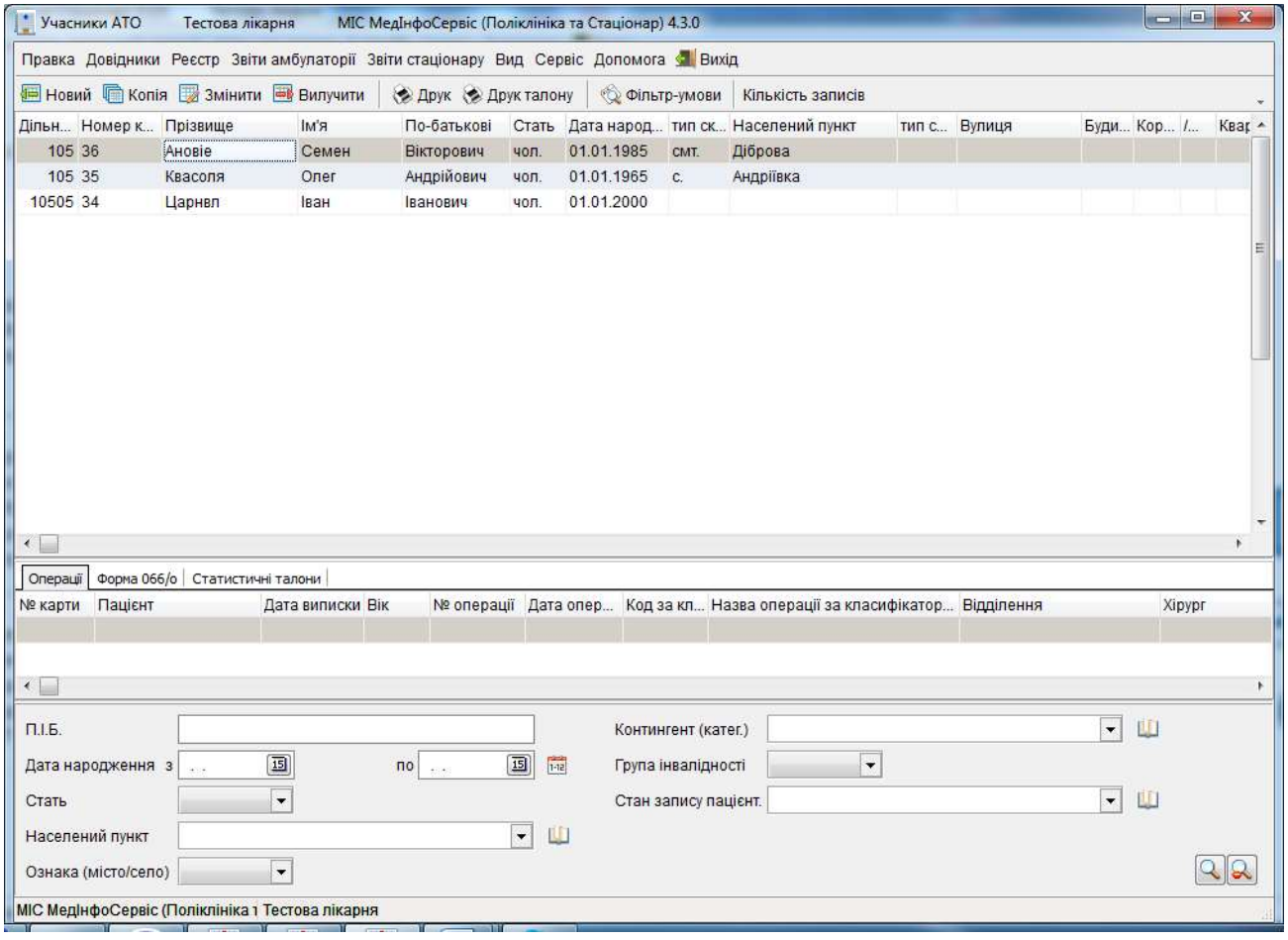
Програмою виконується ведення основних даних та необхідних довідників, додавання записів, коректування, видалення, перегляд, сортування і пошук необхідних записів по всіх основних реквізитах, фільтри і вибір списків записів по різних критеріях або комбінаціях критеріїв і друк вибраних списків.

Ведення модулю, дозволяє:

- створення сучасної інформаційно-аналітичної бази медико-соціального забезпечення учасників АТО;
- контроль за повнотою та якістю попереднього динамічного спостереження;
- контроль за змінами у стані здоров'я учасників АТО в порівнянні з попереднім періодом;
- відбір хворих для проведення планового лікування та реабілітації;
- контроль за медикаментозним забезпеченням та протезування учасників АТО;
- удосконалення виконання регіональних програм медико-соціального забезпечення учасників АТО;
- раціонального використання кадрових і матеріально-технічних ресурсів лікувально-профілактичних закладів;
- забезпечення послідовності та взаємозв'язку окремих ланок лікувально-профілактичної допомоги, а також співпраці медичних, соціальних та громадських структур;
- покращання планування розрахунків навантаження лікувально-профілактичних закладів з надання медико-соціальної допомоги учасникам АТО.

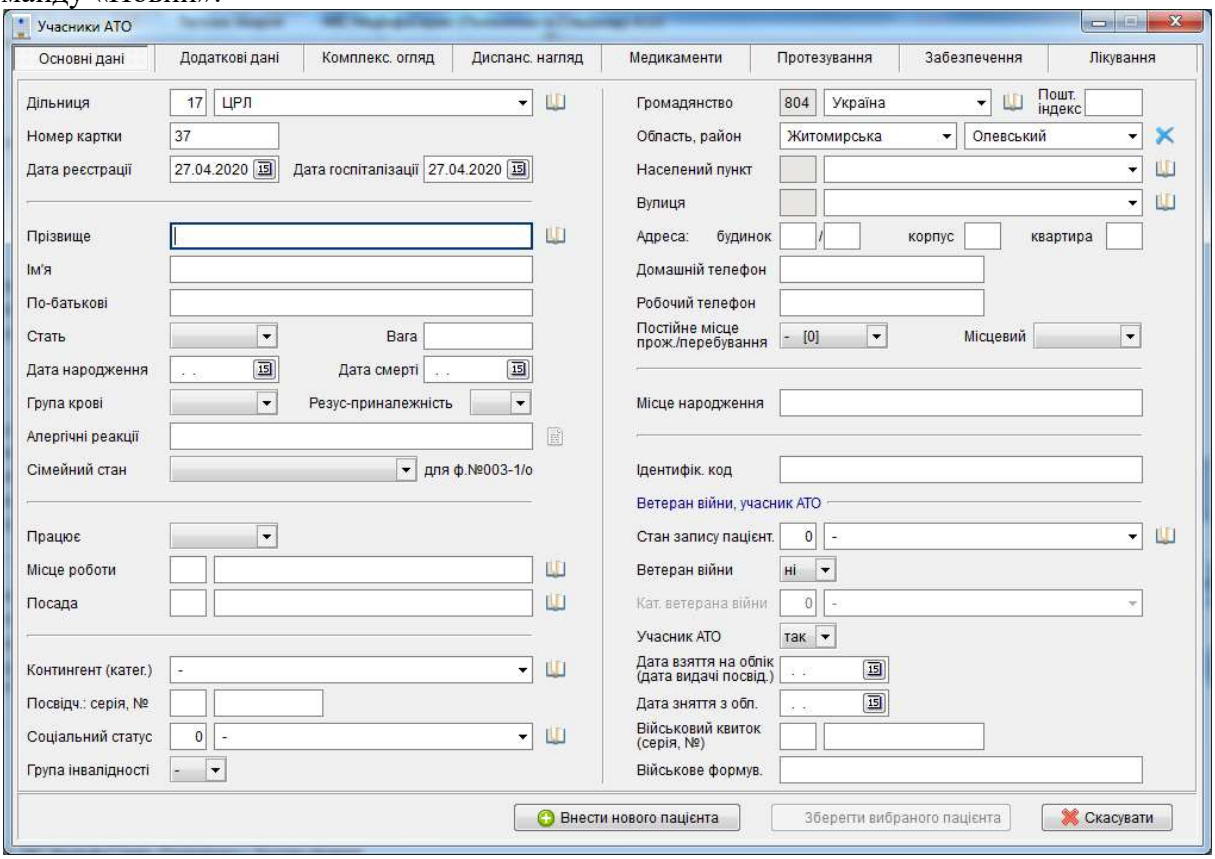
Програма має можливість розрахувати наступні дані:

- Кількість учасників АТО, які перебувають на диспансерному обліку станом на початок та кінець року. У тому числі, які проживають у сільській місцевості.
- Інвалідність по групі: I, II, III.
- Кількість знятих з обліку, вибувших та померлих.
- Кількість взятих на диспансерний облік у кожного спеціаліста з вказаним діагнозом (МКХ-10) та знятих з Д обліку.
- Кількість учасників АТО, які потребували та були забезпеченні виробами медичного призначення. Сума забезпечення, суми коштів з місцевого бюджету та за власний рахунок.
- Кількість учасників АТО, в тому числі з сільської місцевості, які пройшли у звітному році комплексні медичні огляди:
  - повний комплексний медичний огляд,
  - частковий комплексний медичний огляд,
  - в тому числі жителів сільської місцевості, які пройшли повний комплексний та частковий комплексний медичний огляд.
- Кількість учасників АТО, які потребували протезування та були протезовані. Сума, на яку забезпечено протезування. Суми коштів з місцевого бюджету та за власний рахунок.
- Кількість учасників АТО, які потребують планового оздоровлення та отримано у звітному році:
  - стаціонарне лікування, в тому числі жителів сільської місцевості;
  - амбулаторне лікування, в тому числі жителів сільської місцевості;
  - санаторно-курортне лікування, в тому числі з сільської місцевості;
  - в центрах реабілітації та відновного лікування;
  - в інших закладах.
- Сума фінансування пільгового забезпечення учасників АТО ліками за рецептами лікарів, в тому числі на одного учасників АТО (виділено та фактично витрачено).

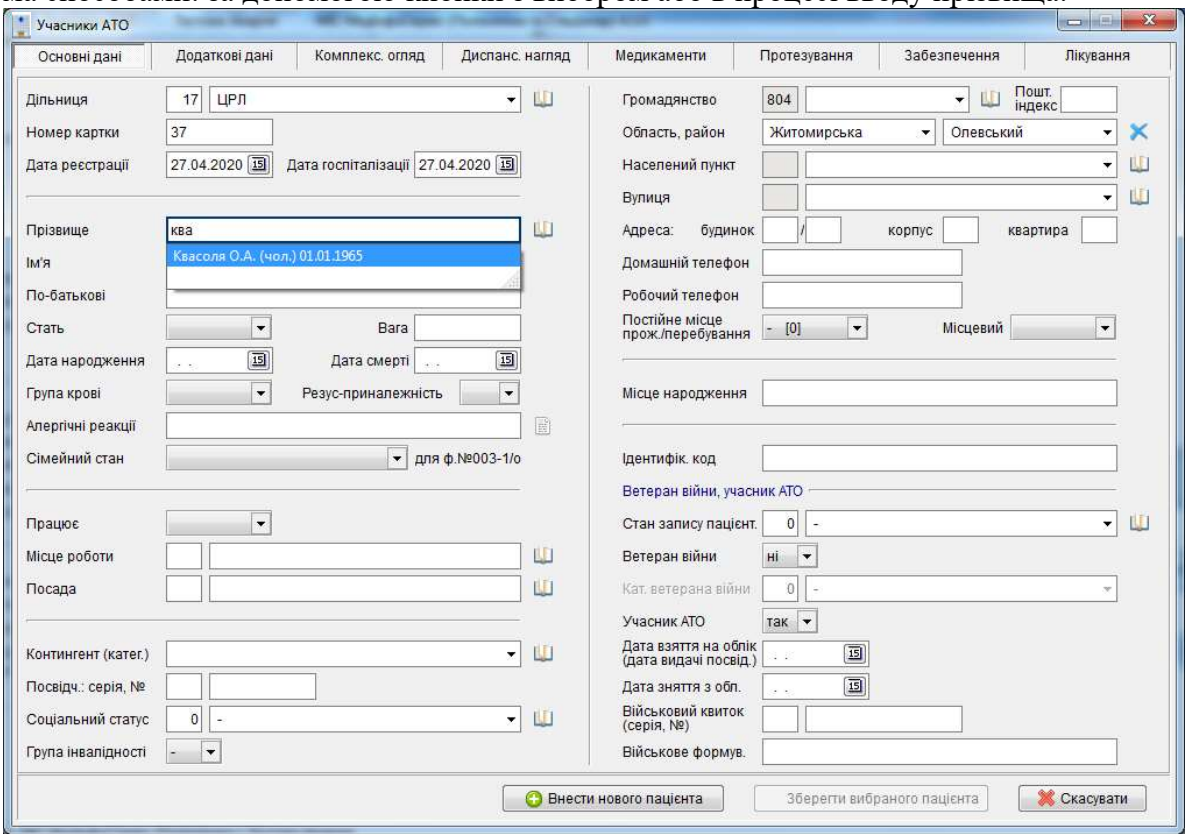


В розділі меню Реєстр» – «Ветерани війни, учасники АТО» також доступні інші реєстри по обліку учасників АТО, які як правило використовуються для різних вибірок, але також за допомогою них можна вводити дані.

Для внесення нового запису в «Реєстр учасників АТО» необхідно використати команду «Новий».



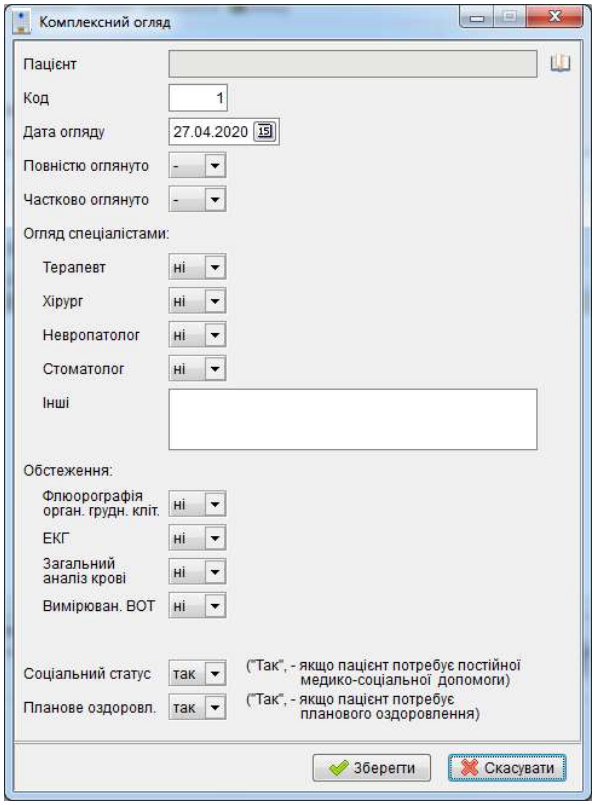
Далі заповнити всі необхідні особові дані учасника АТО та внести нового пацієнта, або вибрати раніше внесеного з реєстру пацієнтів. Вибір раніше внесеного пацієнта доступний двома способами: за допомогою кнопки з вибором або в процесі вводу прізвища:



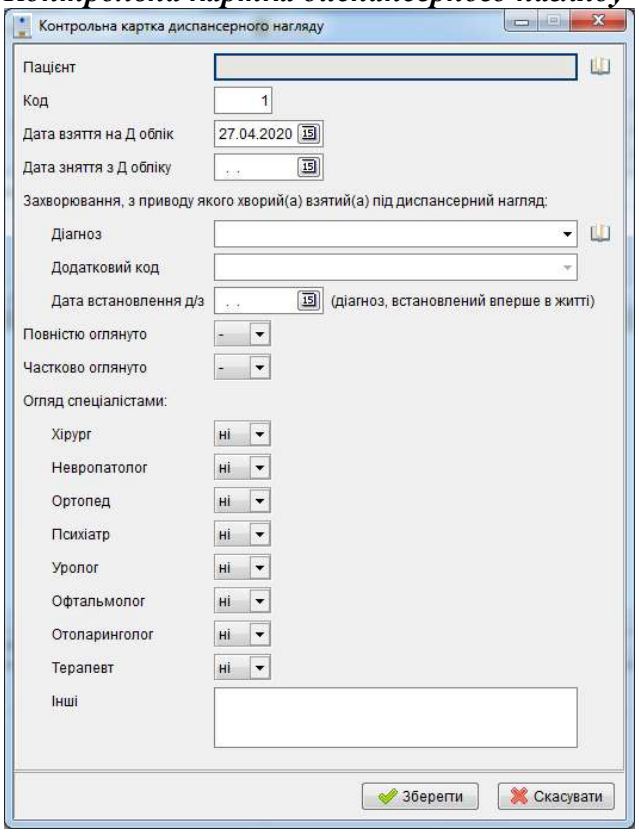
В разі коли вибрано раніше внесеного пацієнта становиться доступна кнопка «Зберегти вибраного пацієнта», тобто можна або внести нового або працювати з раніше внесеним. Коректніше працювати з раніше внесеним.

Після занесення особових даних по пацієнту можна переключатись по закладкам та вносити іншу інформацію по учаснику АТО:

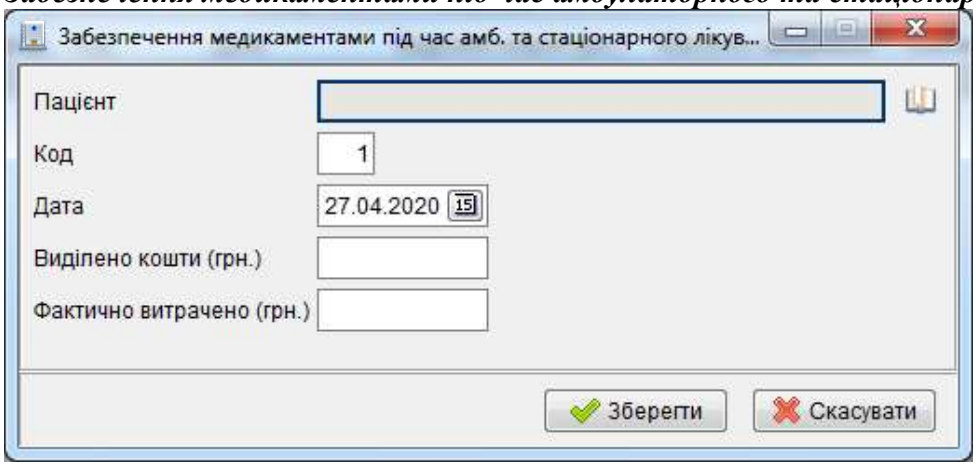
Комплексний огляд



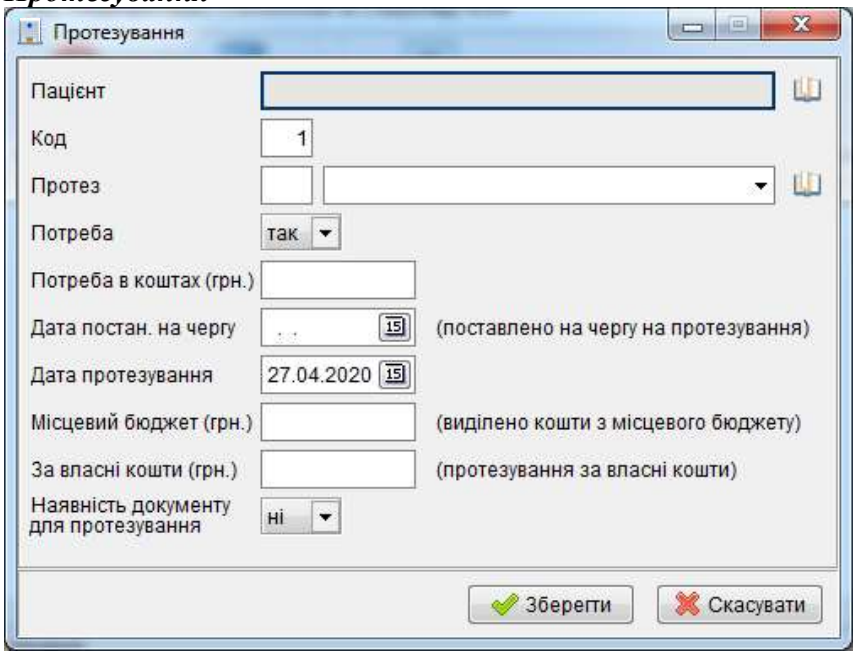
Контрольна картка диспансерного нагляду



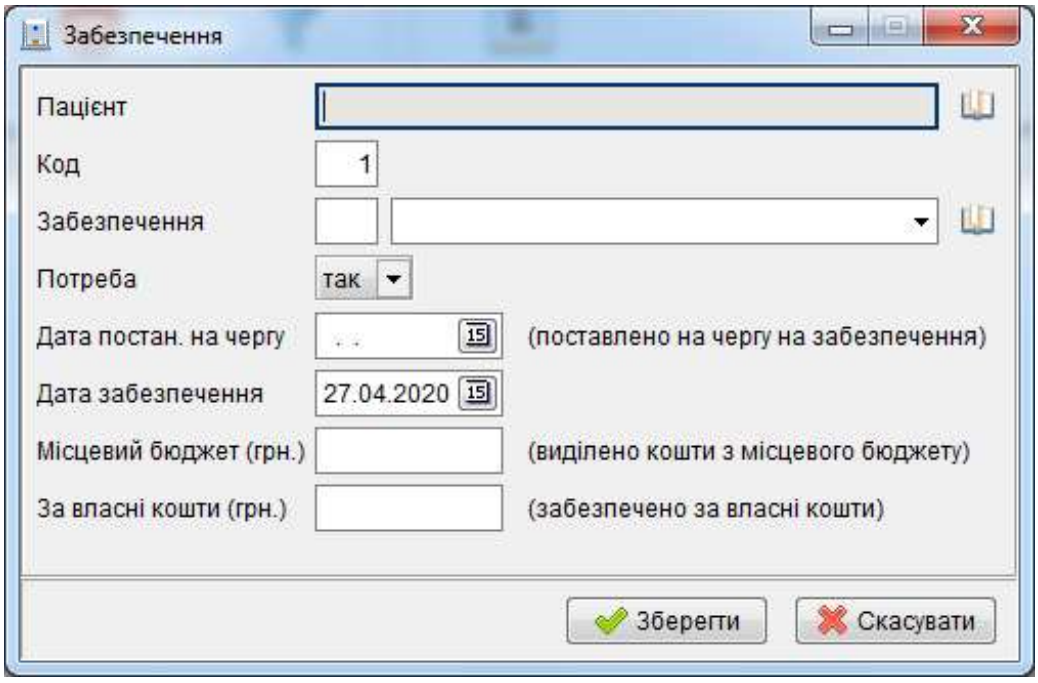
Забезпечення медикаментами під час амбулаторного та стаціонарного лікування



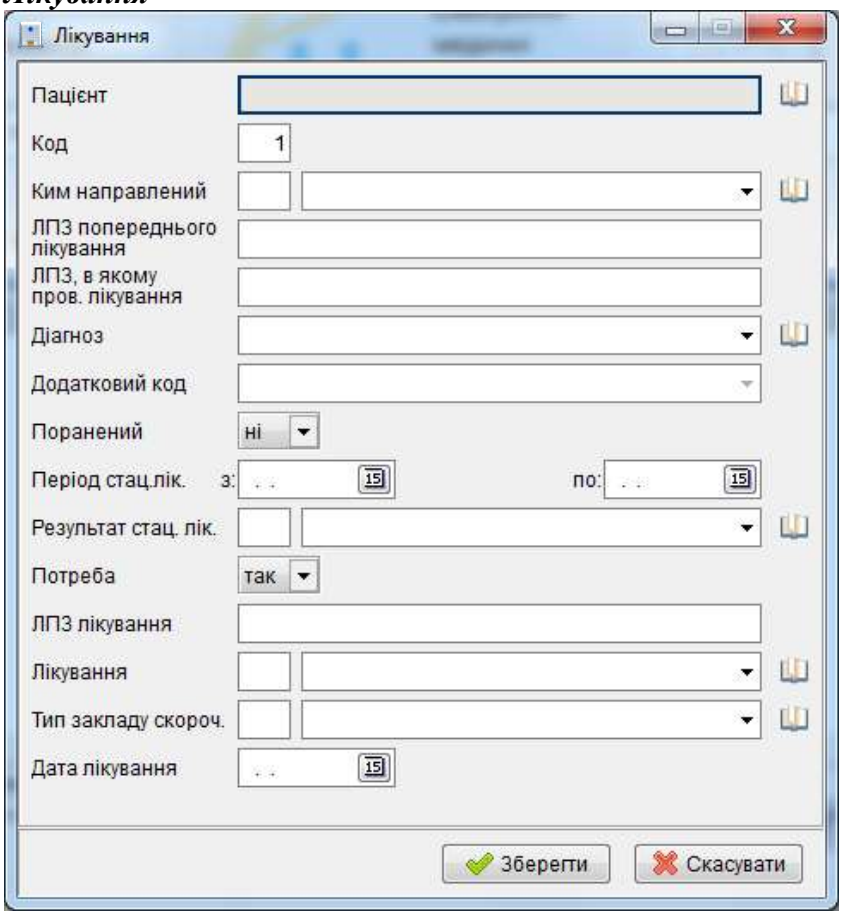
Протезування



Забезпечення

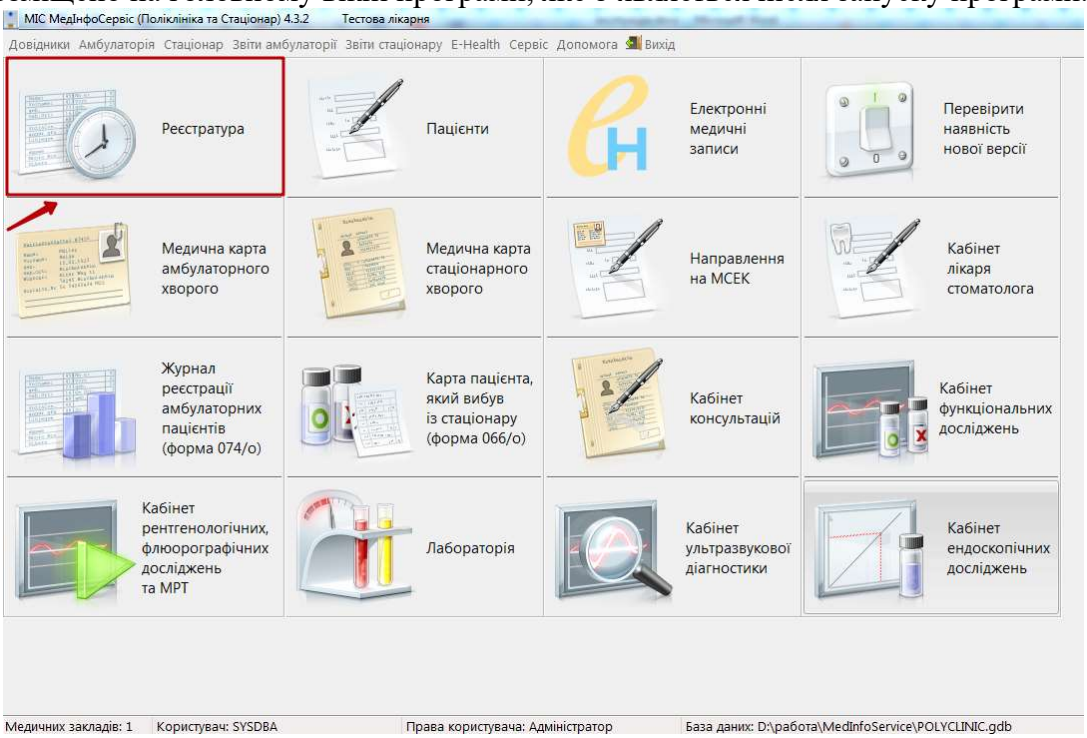


Лікування

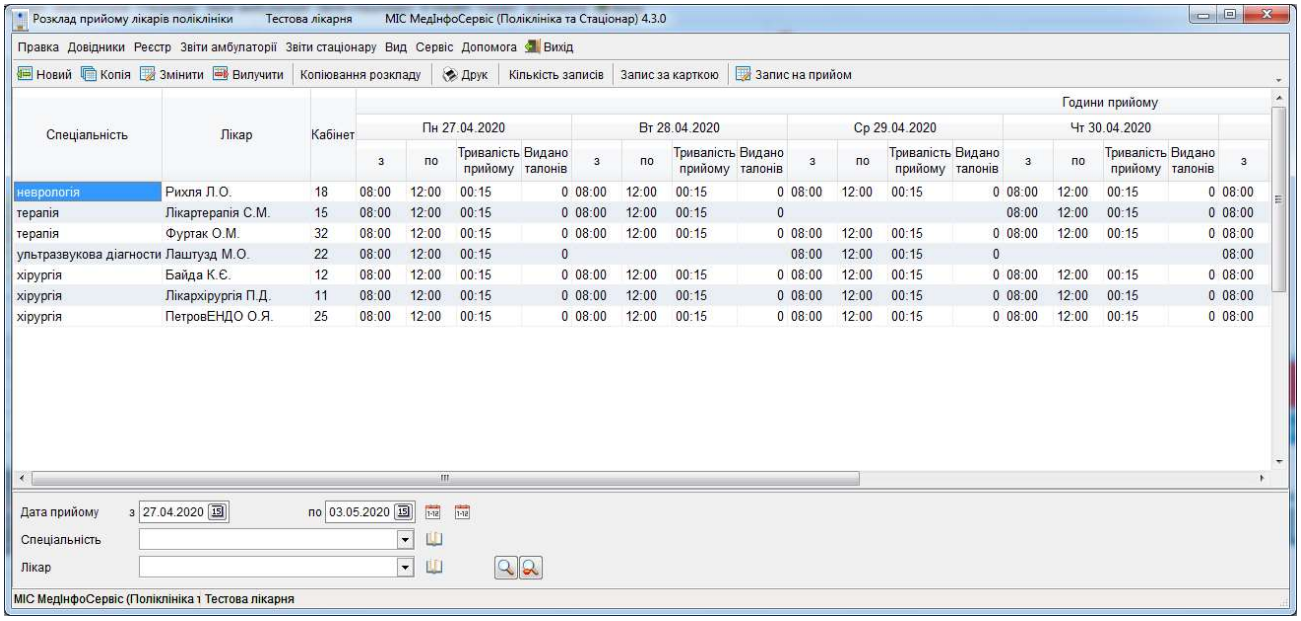


10.10 Розклад прийому лікарів поліклініки (модуль «Реєстратура»)

Знайти модуль «Реєстратура» можна в пункті меню **«Амбулаторія»** та, для зручності, його розміщено на головному вікні програми, яке з’являється після запуску програми.

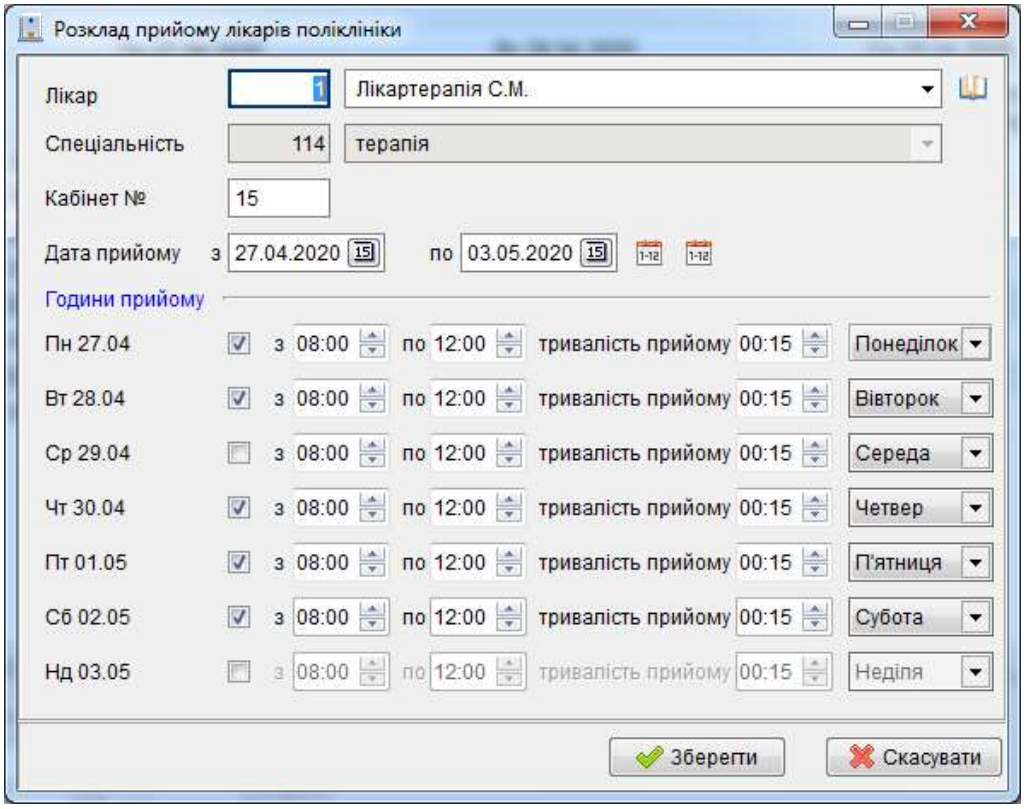


Модуль призначений для працівників реєстратури. Він дозволяє складати потижневий розклад прийому лікарями пацієнтів та виконувати запис на прийом відвідувачів поліклініки.



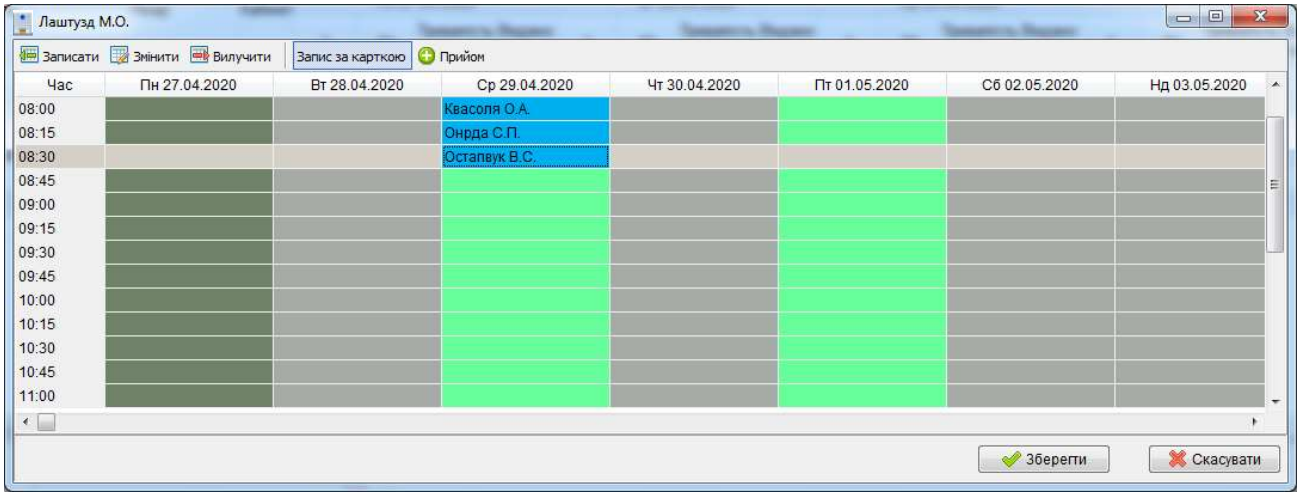
Головне вікно реєстру містить таблицю в якій зазначено спеціальність лікаря, його ПІБ, номер кабінету а також інформацію про кожен день прийому окремо: початок та кінець прийому, його тривалість, та кількість записів, що вже виконано.

Для внесення нового запису в «Розклад прийому лікарів поліклініки» необхідно використати команду **«Новий».**

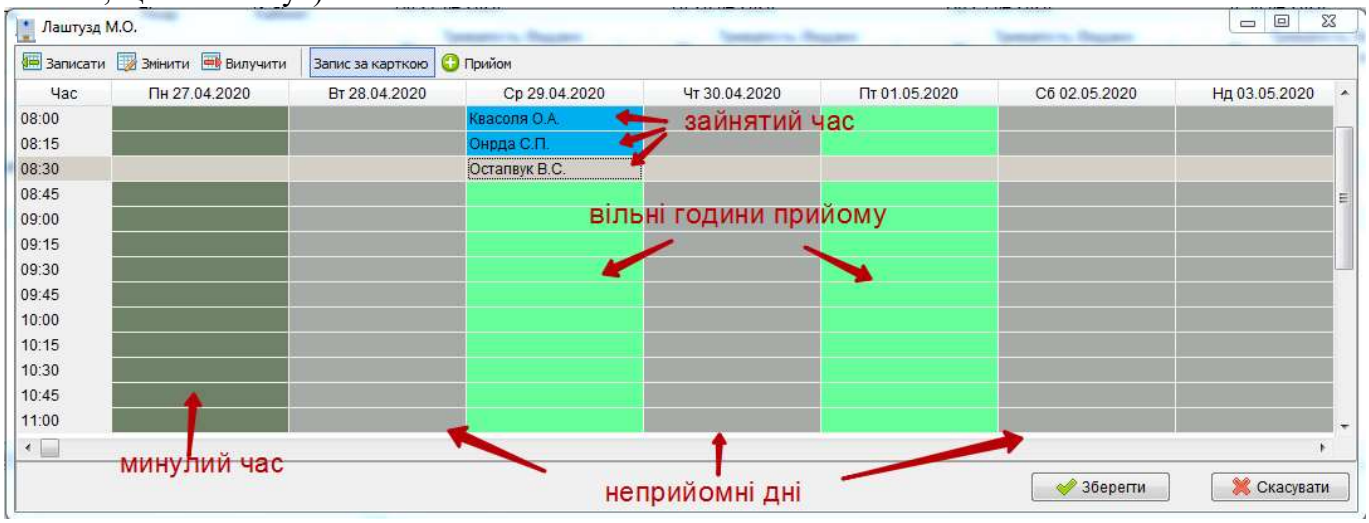


Далі заповнити всі необхідні дані: ПІБ лікаря, № кабінету, дати початку і кінця тижня і години прийому на кожен приймальний день. Для пришвидшення заповнення годин прийому слугує останній стовпчик, що містить перелік днів тижня (вибір у ньому якогось дня, що відрізняється від того, інформація по якому заповнюється, призводить до копіювання годин прийому і періоду (тривалості) із вибраного дня до поточного).

Головне вікно реєстру **«Розклад прийому лікарів поліклініки»** дозволяє здійснювати запис на прийом пацієнтів. Для цього слід вибрати рядок з необхідним спеціалістом і потім подвійним натисканням мишки на ньому або за допомогою кнопки **«Запис на прийом»** на панелі інструментів відкрити вікно запису пацієнтів.

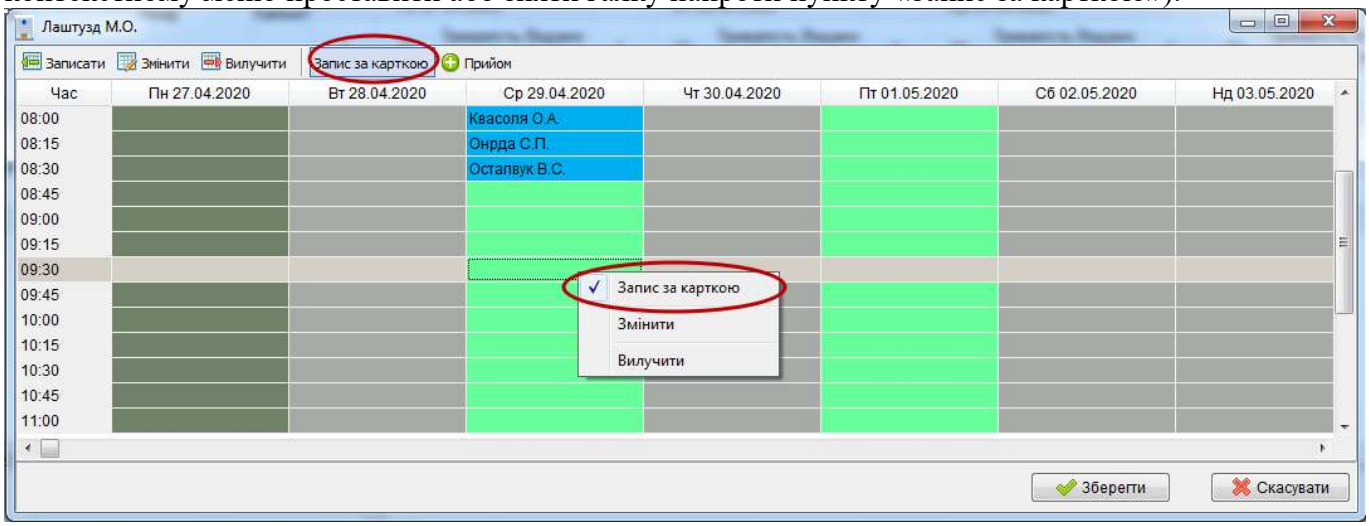


Записувати пацієнтів можна лише до комірок, що мають зелений колір. Синій колір – це зайняті комірки, що вже містять записи, а сірий – недоступні комірки (неприйомні години, або час, що вже минув).

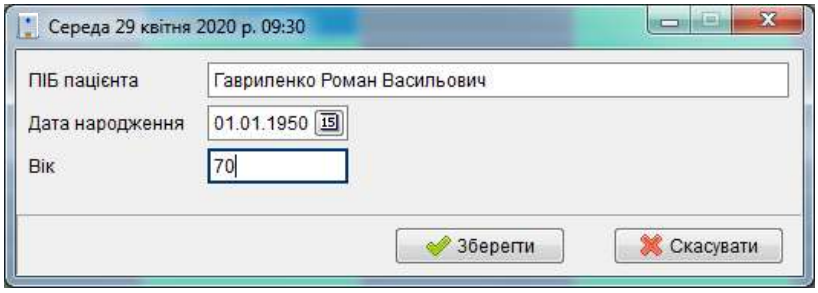


Запис пацієнтів можна виконувати двома способами: запис за карткою і без.

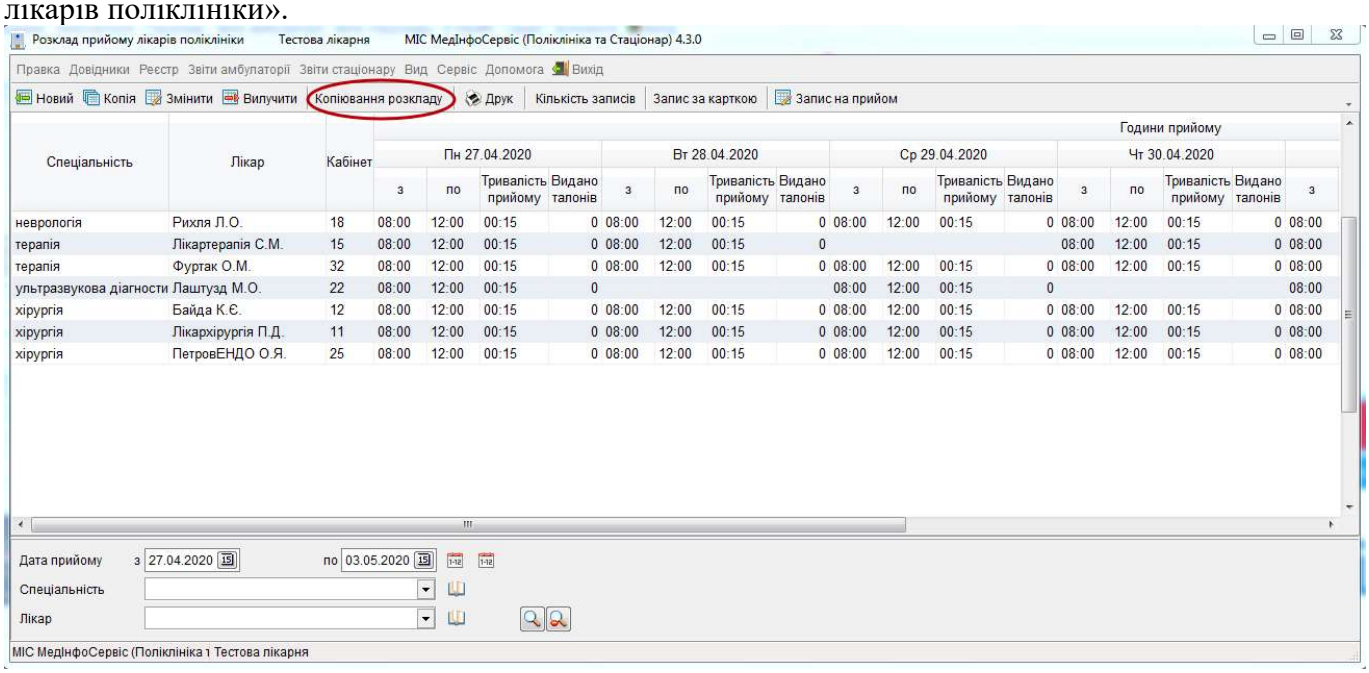
У разі запису за карткою необхідно буде вибрати в реєстрі «Пацієнти» потрібну картку або ж завести нову. Вибирати, яким чином проводити запис, за карткою чи без, можна як у головному вікні реєстру «Розклад прийому лікарів поліклініки» (за допомогою кнопки **«Запис за карткою»** на панелі інструментів) так і безпосередньо у вікні запису пацієнтів (у контекстному меню проставити або зняти галку напроти пункту «Запис за карткою»).



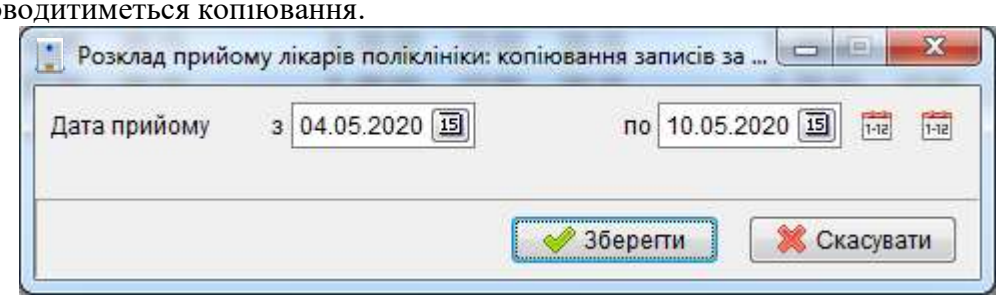
В іншому випадку для запису потрібно буде ввести ПІБ пацієнта, дату народження і вік (усі перелічені поля не є необхідними: у разі відсутності ПІБ буде автоматично проставлений номер, вік розрахується автоматично, якщо вказати дату народження).



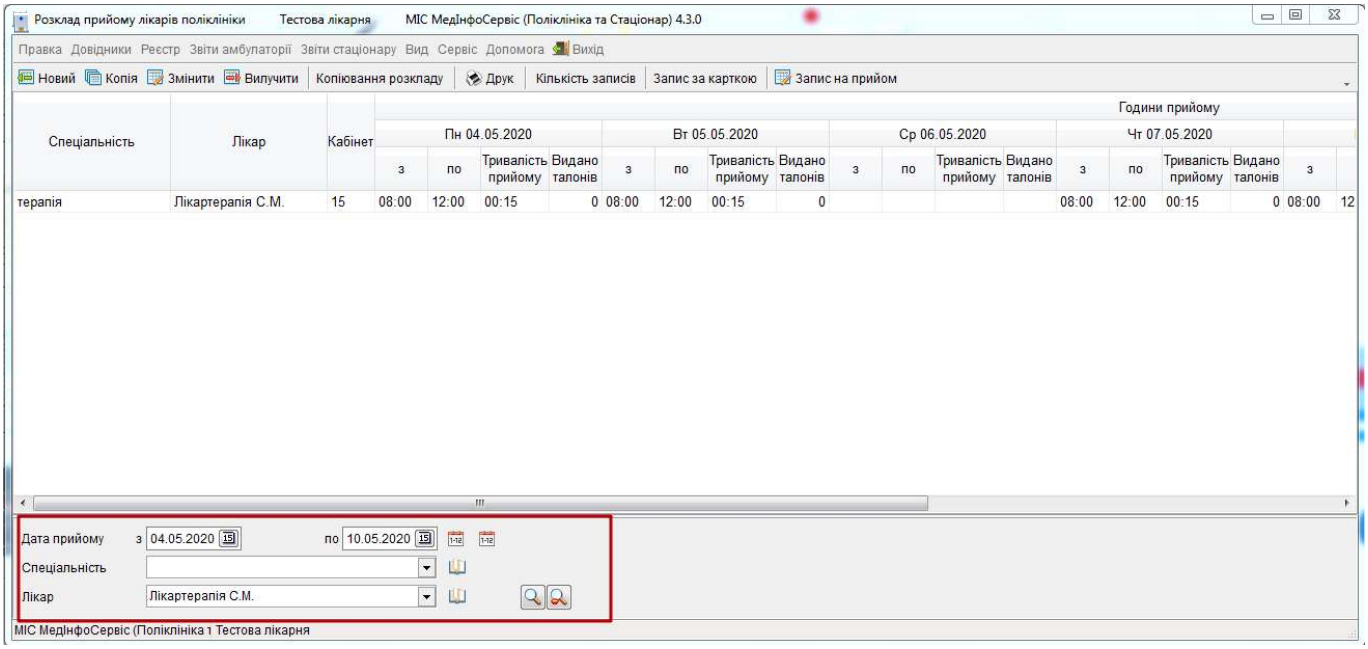
Для полегшення роботи існує можливість скопіювати одразу весь графік прийому за тиждень до іншого тижня. Це може стати в нагоді, коли розклад прийому за один тиждень має небагато відмінностей від розкладу за інший тиждень. У такому разі можна скопіювати весь розклад (або його частину, використовуючи фільтр лікарів і їх спеціальностей) і потім внести зміни в уже готовий розклад, замість створення його з нуля. Дана операція виконується за допомогою кнопки **«Копіювання розкладу»** головного вікна реєстру «Розклад прийому лікарів поліклініки».



У вікні, що з’явиться необхідно буде лише вказати дату початку і кінця тижня, до якого проводитиметься копіювання.

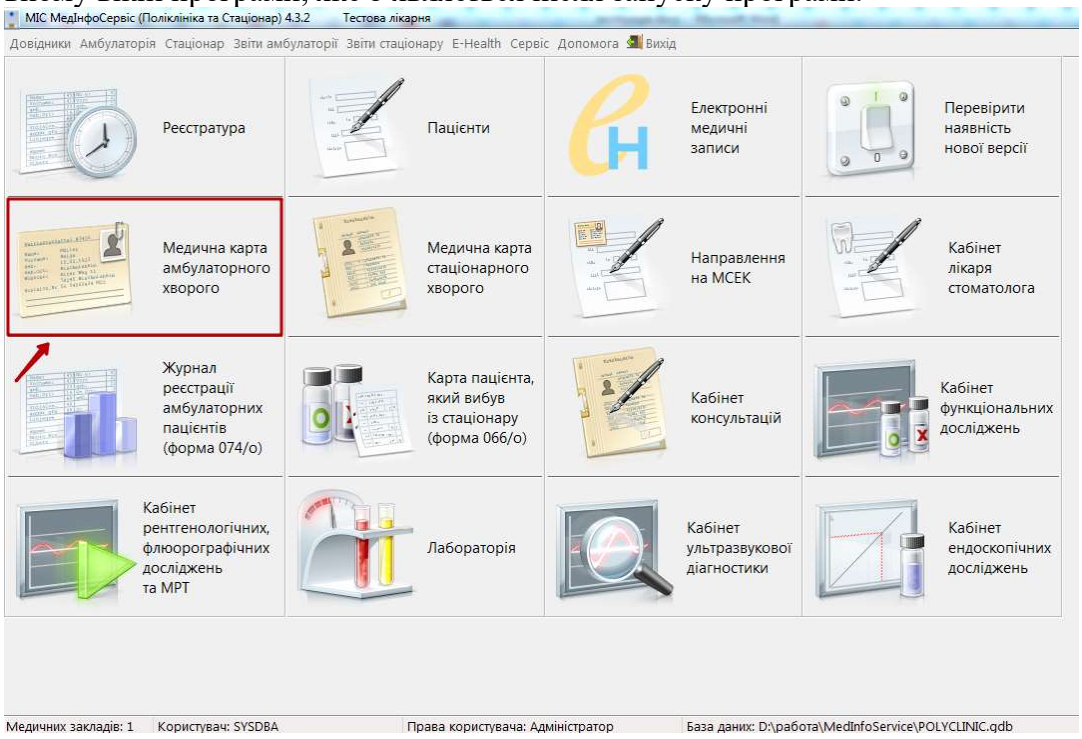


Для того, щоб побачити скопійований розклад, необхідно виконати необхідні налаштування на фільтраційній панелі.



10.11 Медична карта амбулаторного хворого

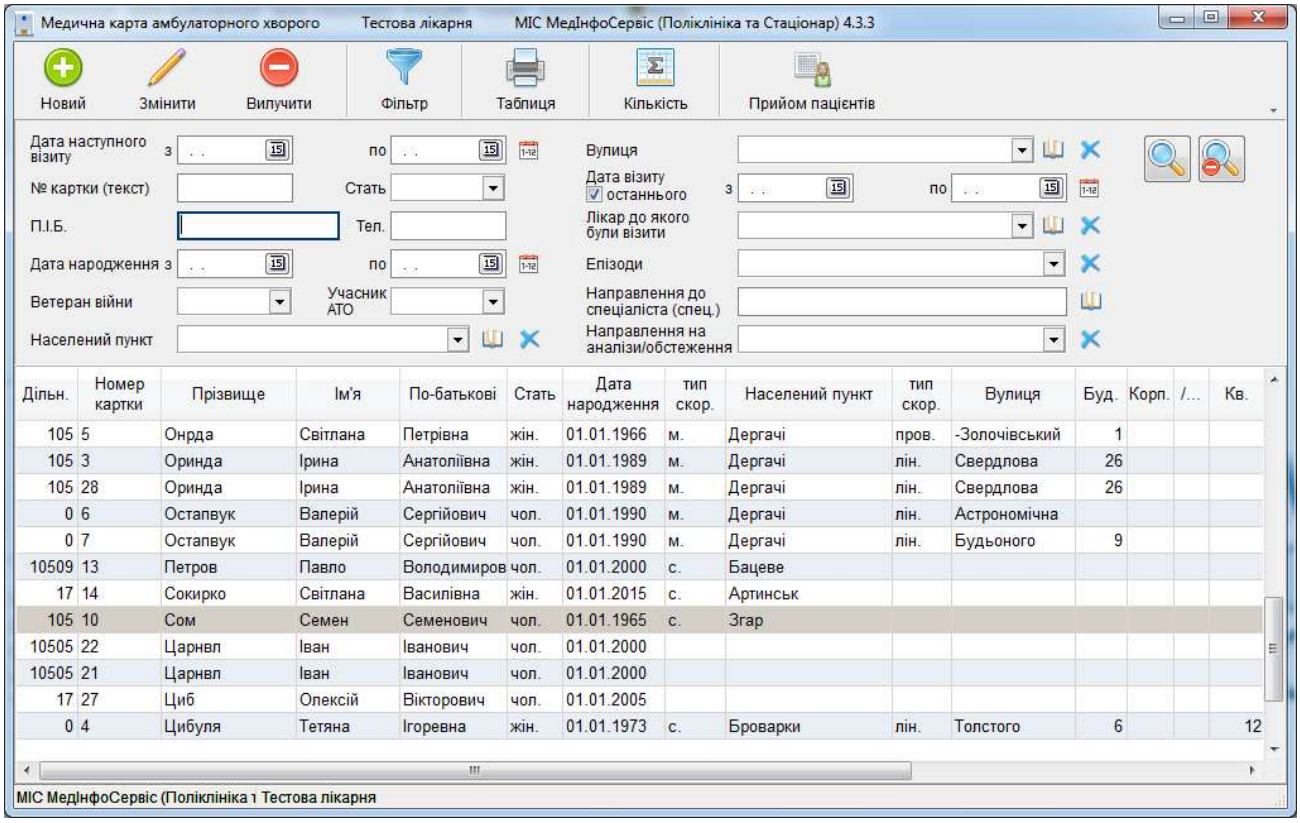
Знайти реєстр можна в пункті меню **«Амбулаторія»** та, для зручності, його розміщено на головному вікні програми, яке з'являється після запуску програми.



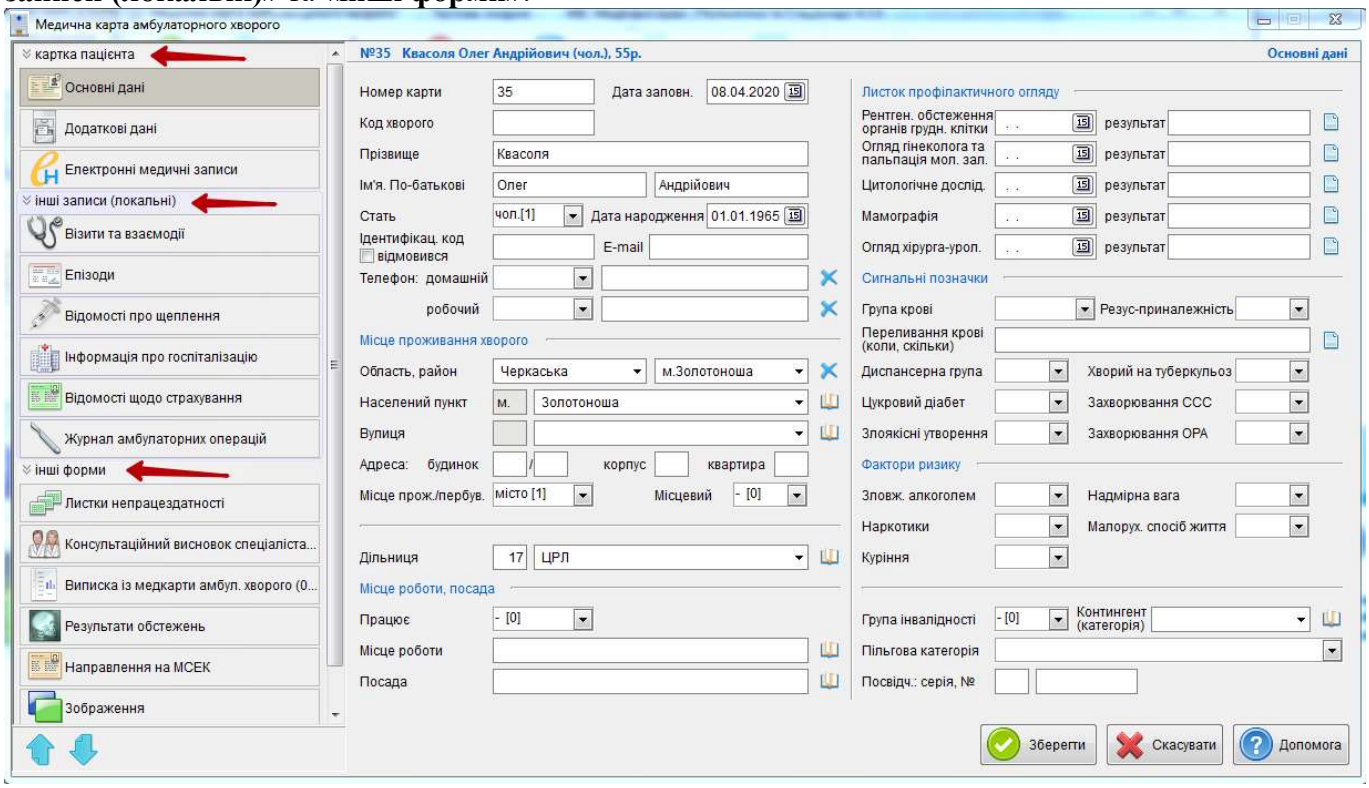
Медична карта амбулаторного хворого — основний первинний медичний документ пацієнта, який лікується в амбулаторно-поліклінічному закладі або вдома, а також незалежно від того, лікується він в одного чи декількох лікарів.

Є одним із основних компонентів медичної інформаційної системи «МедІнфоСервіс». В ній зберігається вся інформація про пацієнта — реєстраційні дані, результати оглядів лікаря, антропометричні виміри, лабораторні обстеження.

Містить список карток пацієнтів з усіма необхідними даними. Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити медичну карту для пацієнта **«Змінити»** - відкривається картка для внесення змін, **«Вилучити»** - видаляє запис; **«Фільтр»** - показує/ховає поля для фільтра по медичним карткам (на малюнку нижче, фільтр увімкнений); **«Таблиця»** - формує список карток в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми; **«Кількість»** - розраховує кількість карток; **«Прийом пацієнтів»** - відкриває форму для створення нового візиту пацієнта, що виділений в списку (тільки у тому випадку, коли в систему авторизовані як «лікар»).



Карта амбулаторного хворого складається із трьох частин : **«картка пацієнта»**, **«інші записи (локальні)»** та **«інші форми»**.



«Основні дані» - зазначаються: прізвище, ім'я, по батькові, стать, дата народження, телефони: домашній та робочий, місце проживання пацієнта згідно з паспортними даними, місце роботи, посада, а також результати профілактичного огляду, сигнальні позначки, фактори ризику і приналежність чи ні, пацієнта, до диспансерної групи, контингент пільгових категорій, номер пільгового посвідчення.

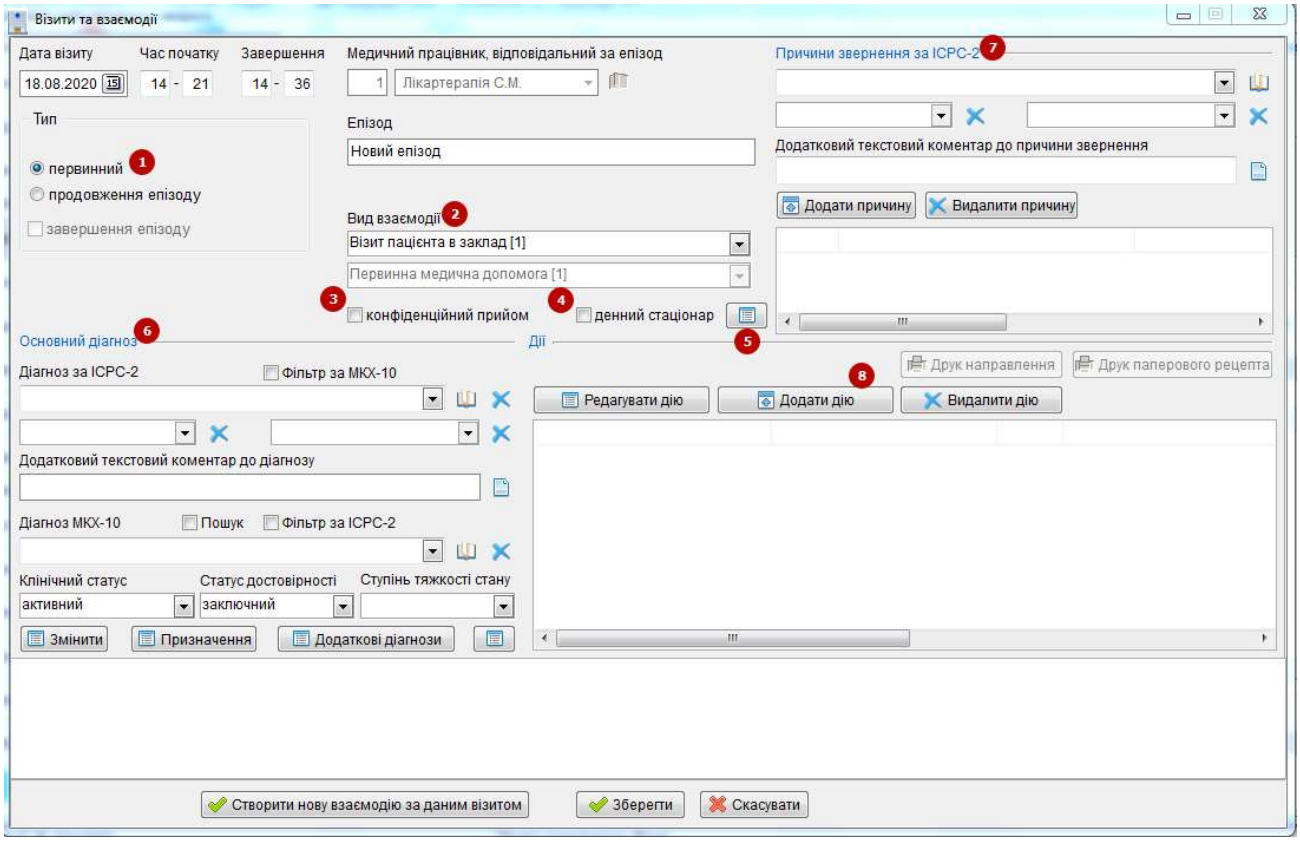
«Додаткові дані» - реалізовано ведення: анамнезу життя; документу, що підтверджує особу; приналежність чи ні пацієнта до диспансерної групи, контингент пільгових категорій, номер пільгового посвідчення; лікарське свідоцтво про смерть; дані про соціальний статус і інше.

«Електронні медичні записи» - створення медичного запису в ЕСОЗ для даного пацієнта. Детальна інструкція для роботи в цій вкладці розписана в **пункті 9.7**.

«Візити», «Епізоди» - Реалізовано поняття візитів та епізодів у відповідності до україномовного варіанту Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги ICPC-2, який в свою чергу зв'язаний з МКХ-10. Для лікарів вторинної ланки доступна робота без Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги ICPC-2 (для цього в конфігурації в пункті меню Поліклініка – Пацієнт потрібно вибрати рівень надання медичної допомоги «Вторинний», таким чином при створенні візиту поля «Діагноз за ICPC-2» і «Причина звернення за ICPC-2» будуть неактивні). Форми 074/о та 039/о автоматично заповнюються на підставі візитів пацієнтів. В якості процесів (дій) в амбулаторній карті реалізовані наступні режими:

- огляд та скарги;
- аналізи, діагностика, скринінг, дослідження;
- ліки, маніпуляції, лікування;
- консультації спеціалістів (направлення);
- листки непрацездатності;
- адміністративні функції (видача довідок);
- щеплення.

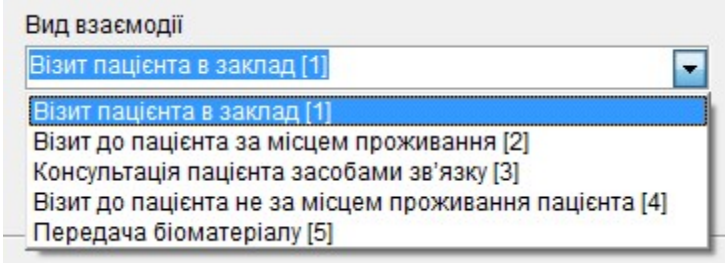
Розглянемо детальніше:



При додаванні візиту, вноситься дата візиту і по потребі, час. Розглянемо основні пункти для внесення візиту (нумерація відповідає відміткам на мал. 1):

1 Тип візиту можливий **«первинний»**, в такому випадку в полі «назва епізоду» по замовчуванню буде «Новий епізод» і зміниться назва в процесі заповнення діагнозу, або «**продовження епізоду»**, в такому випадку в полі «Назва епізоду» потрібно буде вибрати попередній епізод для якого створюватиметься продовження. Для першого і іншого випадку можливо відмітити чек-бокс **«завершення епізоду»**, в такому разі при зберігання даного візиту і для даного епізоду звернення буде закрите і епізод не можливо буде продовжити.

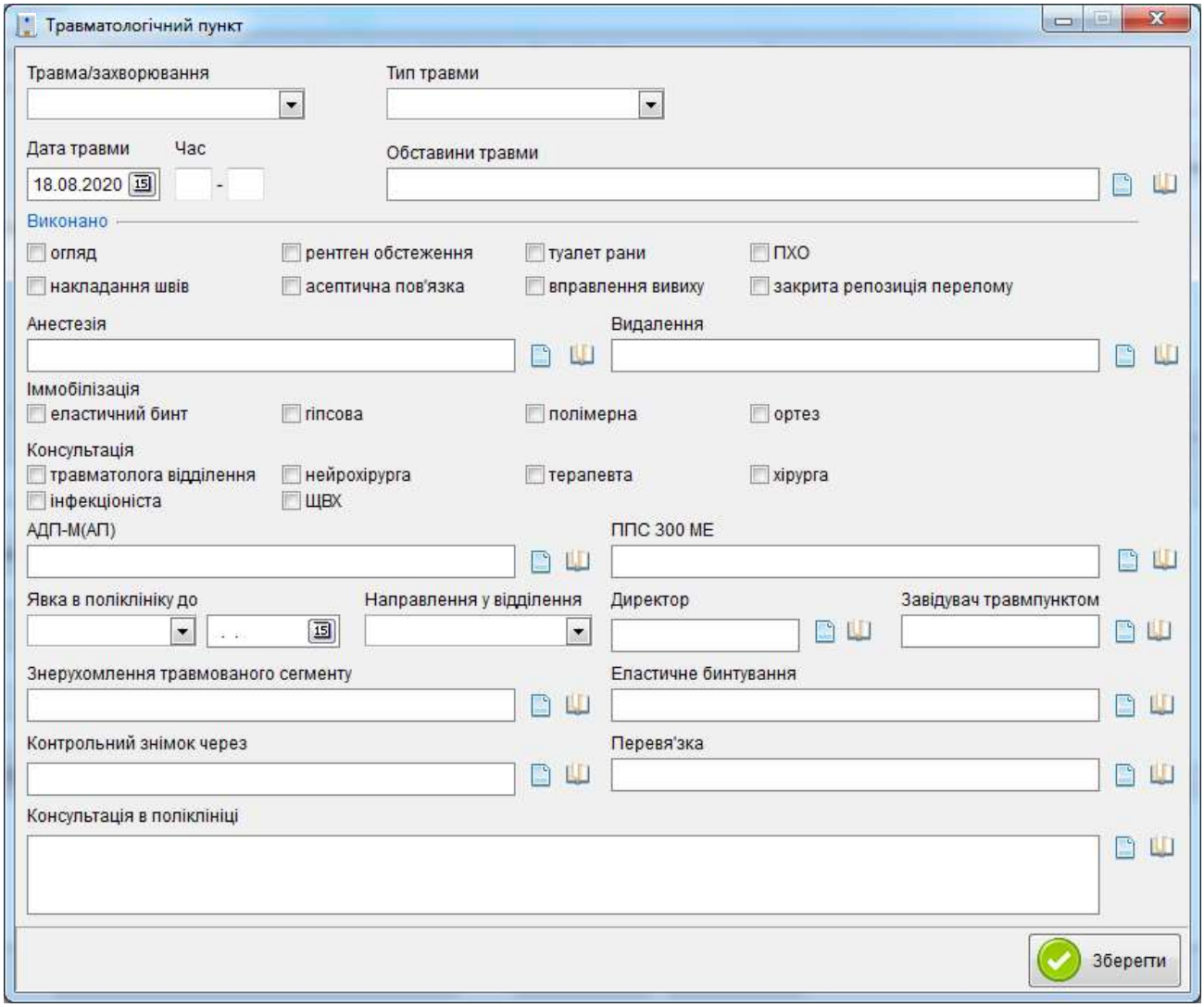
2 У розкривних списках потрібно вибрати вид взаємодії.



3 **«Конфіденційний прийом»** - режим для збереження конфіденційності медичної інформації стосовно тих діагнозів, які має переглядати лише лікуючий лікар. Поля з діагнозами, створені в цьому режимі будуть відображатись у вигляді «-». Відкрити і відредагувати записи зможе тільки той лікар, який їх створив.

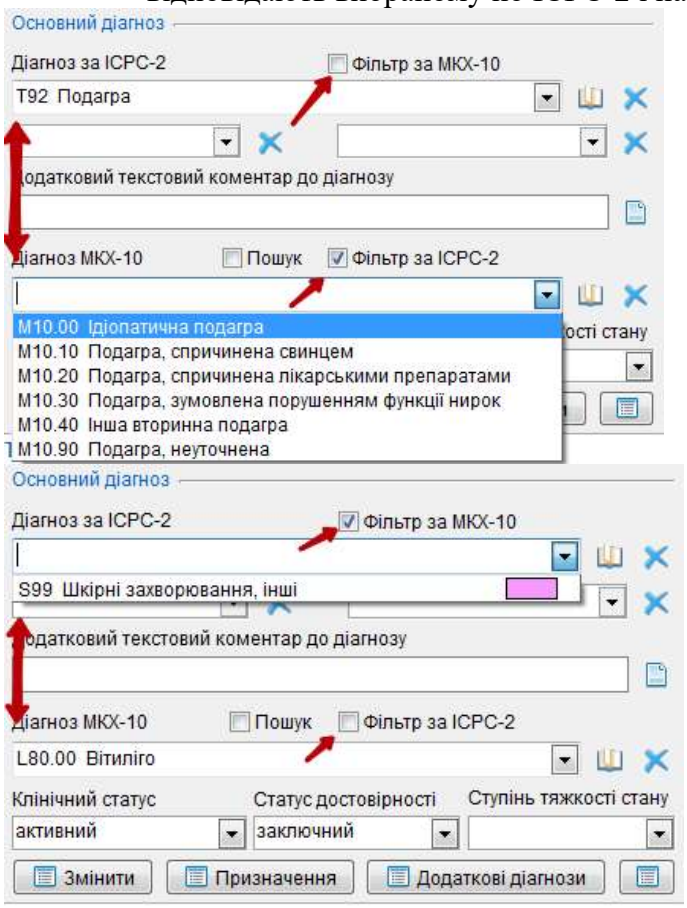
4 **«Денний стаціонар»** - ставиться відмітка про те, що візит стосується відвідин денного стаціонару. Переглядати інформацію стосовно денного стаціонару можна, використовуючи фільтр у журналі 074/о "Журнал реєстрації амбулаторних пацієнтів"

5 **«Травматологічний пункт» -** заповнюються лікарем дані для довідки травматолога**.**

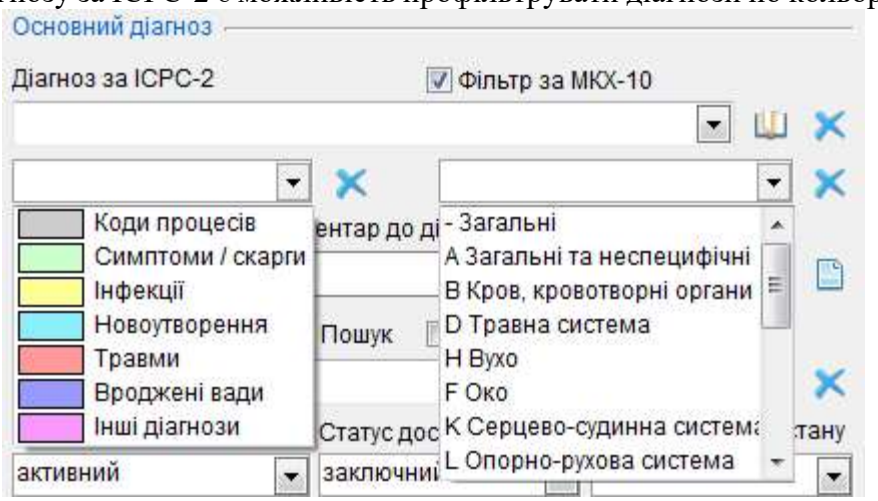


6 Вибір діагнозу за ICPC-2/ МКХ-10. Вибір діагнозу за ICPC-2 буде можливий якщо в налаштуваннях програми, на вкладці «Поліклініка», рівень надання медичної допомоги буде вибраний «Первинний», інакше можливість вибору діагнозу буде тільки по МКХ-10. Вибравши діагноз за ICPC-2, і відзначивши чек-бокс «Фільтр за

ICPC-2», то в випадаючому списку діагнозу МКХ-10 будуть діагнози що відповідають вибраному по ICPC-2 і навпаки:

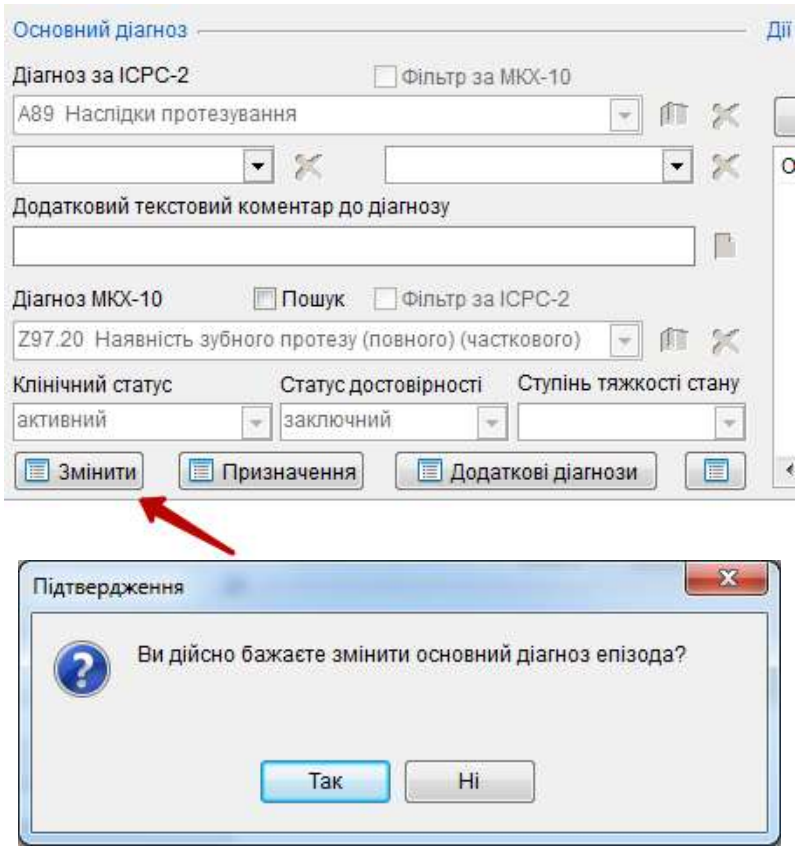


При виборі діагнозу за ICPC-2 є можливість профільтрувати діагнози по кольору і по розділу:

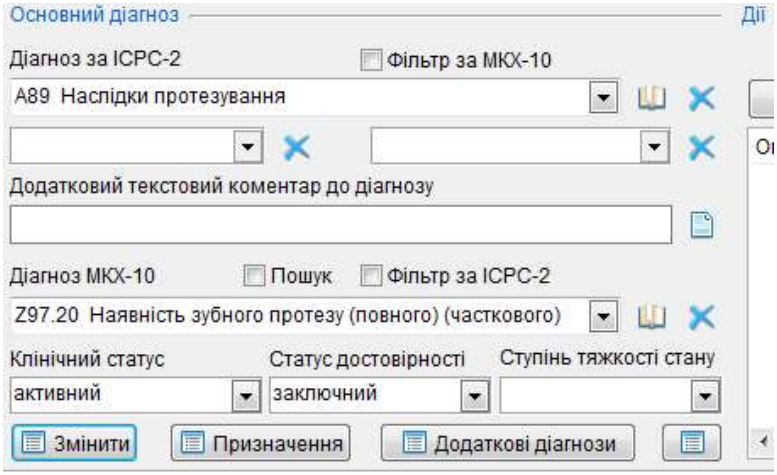


Зверніть увагу! Необхідно вказувати основний і всі додаткові діагнози пацієнта. Є можливість ці дані імпортувати в електронні медичні записи.

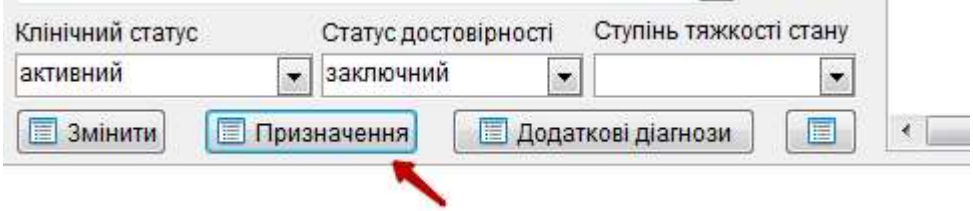
Щоб змінити основний діагноз у взаємодії, необхідно натиснути кнопку **«Змінити»**.

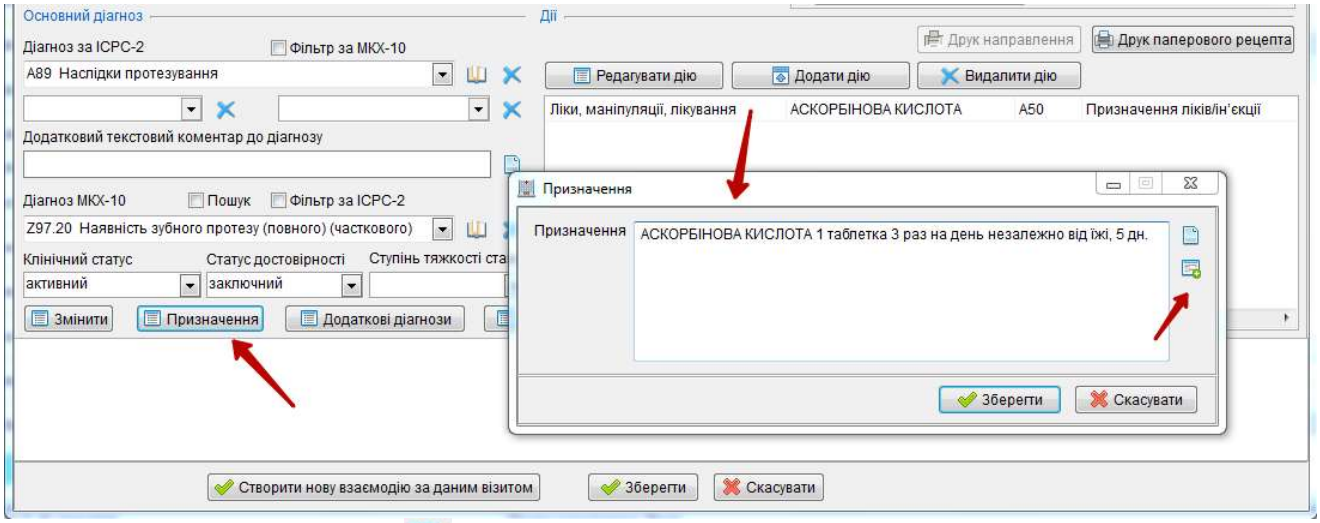


Після цього, поля з діагнозами стають активними для редагування.

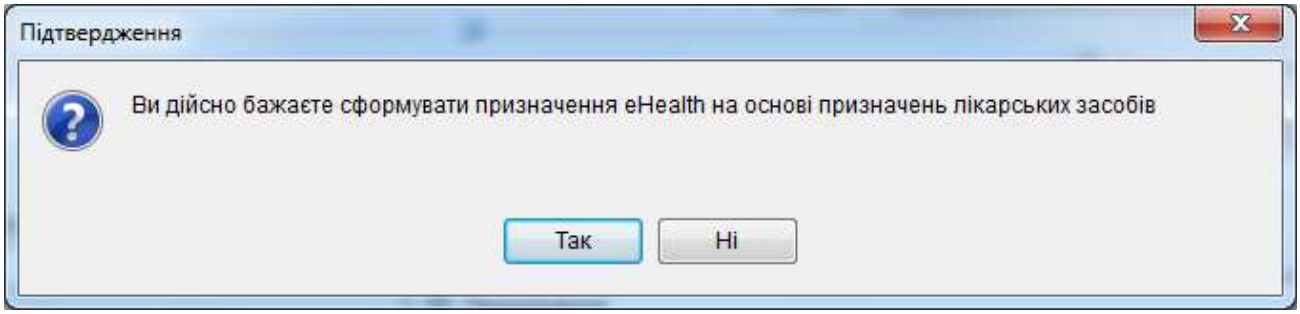


«Призначення» - дає можливість автоматично підтягнути дані із блока «Дії» - «Ліки, маніпуляція, лікування» для подальшого імпорту в електронні медичні записи.



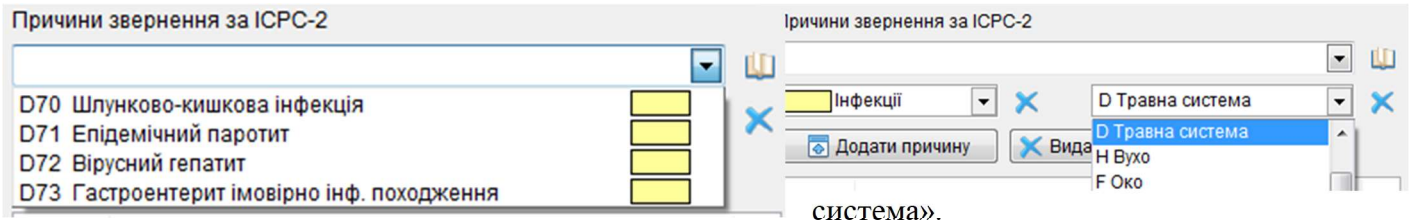


За допомогою кнопки сформується і заповниться поле **«Призначення»** у взаємодії в електронних медичних записах у випадку імпорту даних із амбулаторної карти пацієнта.



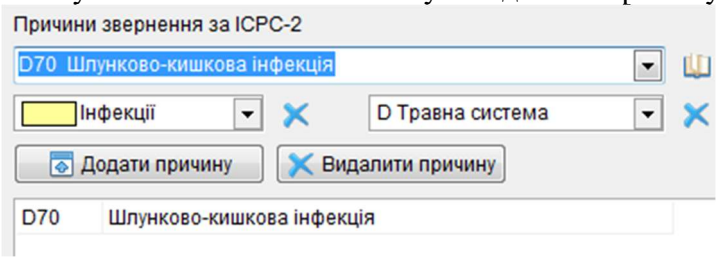
Причини звернення за ICPC-2 вибираються тільки коли рівень надання медичної допомоги Первинний, в іншому випадку – дане поле буде не активне. Як і при вборі діагнозу, є можливість уточнення вибору причини по кольору і розділу:

на даному малюнку показано, що вибраний жовтий колір, «інфекції» і розділ «D Травна система».



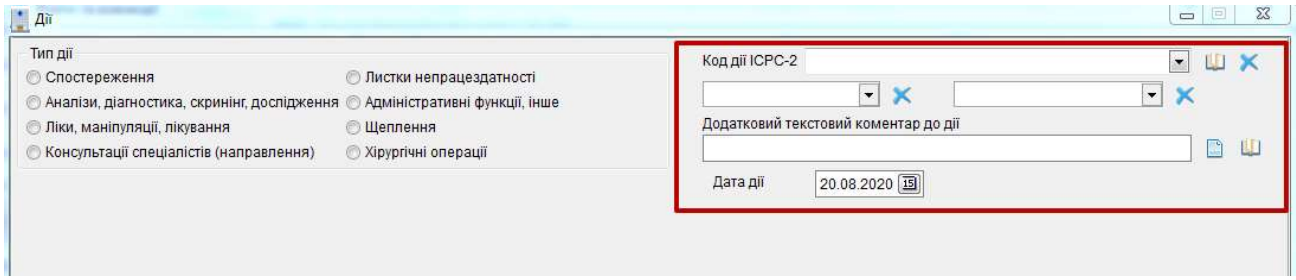
Список причин звернень буде відфільтрований відповідно даних уточнень.

Вибравши причину звернення потрібно натиснути кнопку «Додати причину» і вони запишеться в поле для причин. Якщо потрібно відкоригувати дані по зверненню і видалити причину, виділіть причину в полі і натисніть кнопку «Видалити причину»:

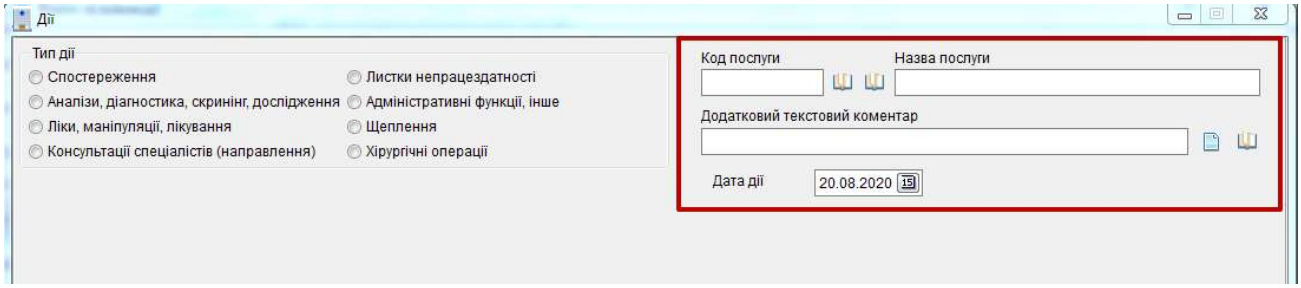


8 Блок **«Дії»** - в даному блоку записуються дії по відношенню до пацієнта, тобто додаються процеси, редагуються чи видаляються записи по процесам в даному візиті.

Зверніть увагу! Для **первинної медичної допомоги** коди дії, які можна буде **імпортувати в електронні медичні записи** вказуються із класифікатора ICPC-2 в правому верхньому кутку.

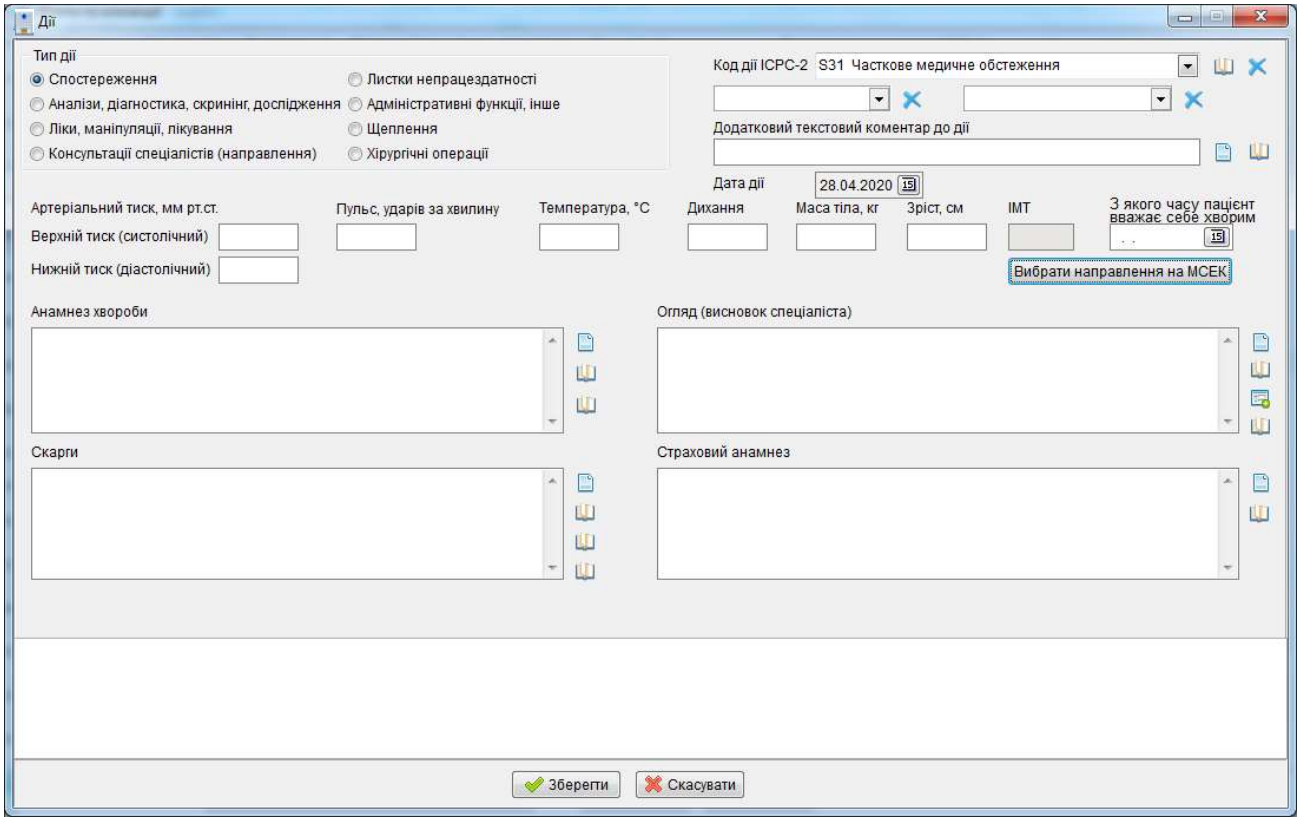


Зверніть увагу! Для **спеціалізованої медичної допомоги** коди дії, які можна буде **імпортувати в електронні медичні записи** вказуються із класифікатора НК 026:2019 «Класифікатор медичних інтервенцій» гармонізований з гармонізований з Австралійським класифікатором медичних інтервенцій [AKMI] (Australian Classification
of Health Interventions, ACHI) в правому верхньому кутку.

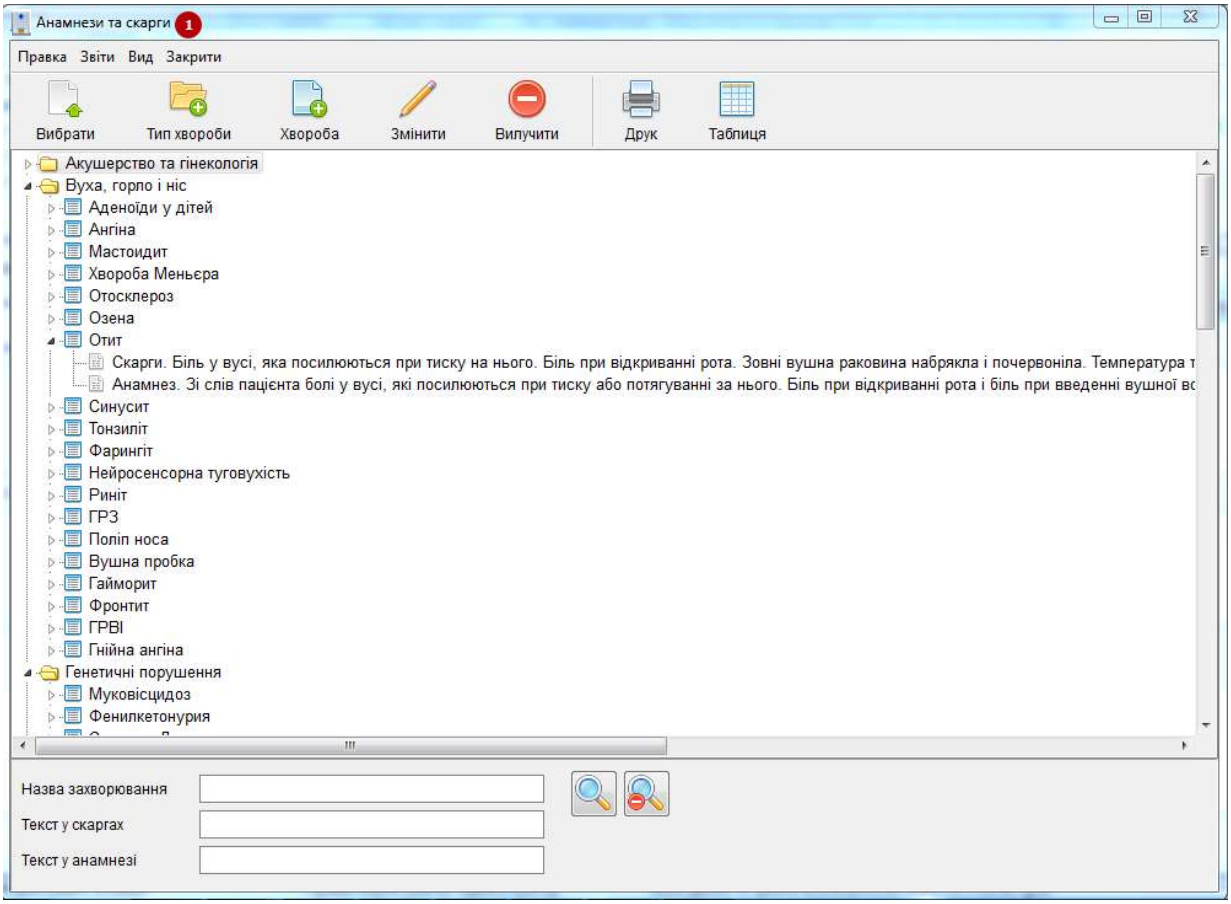


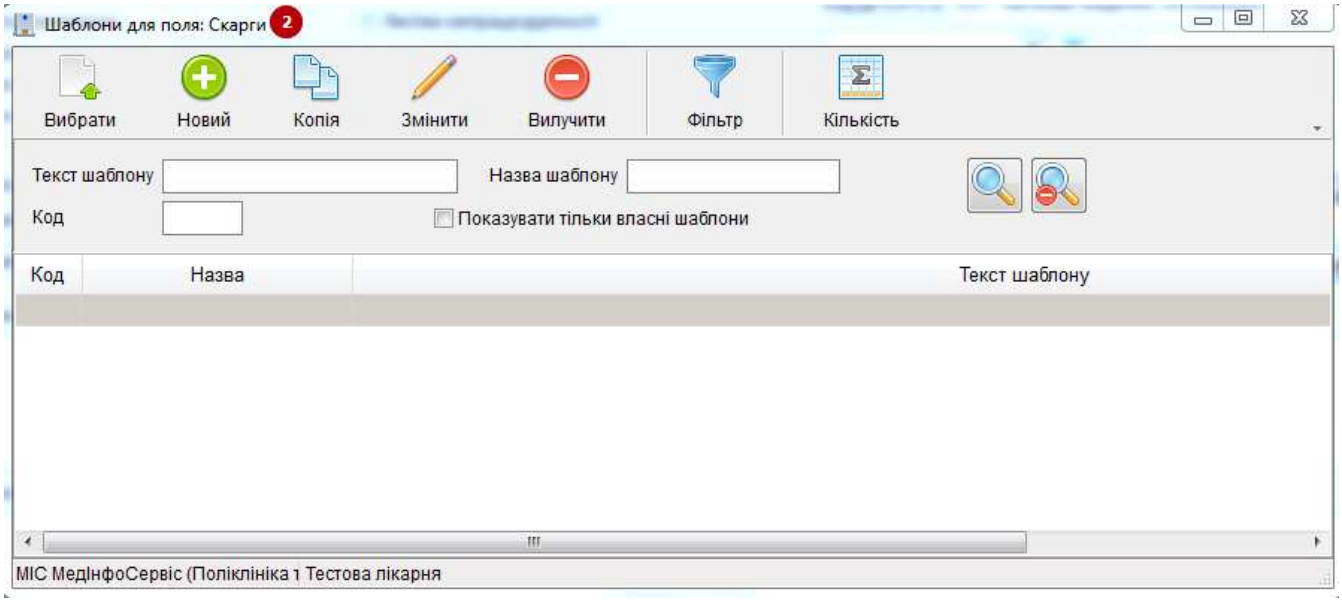
7 Щоб додати дію при візиті потрібно натиснути на кнопку **«Додати дію»**, відкриється діалогове вікно для внесення даних по процесу. В першу чергу потрібно вибрати **«Тип процесу»**:

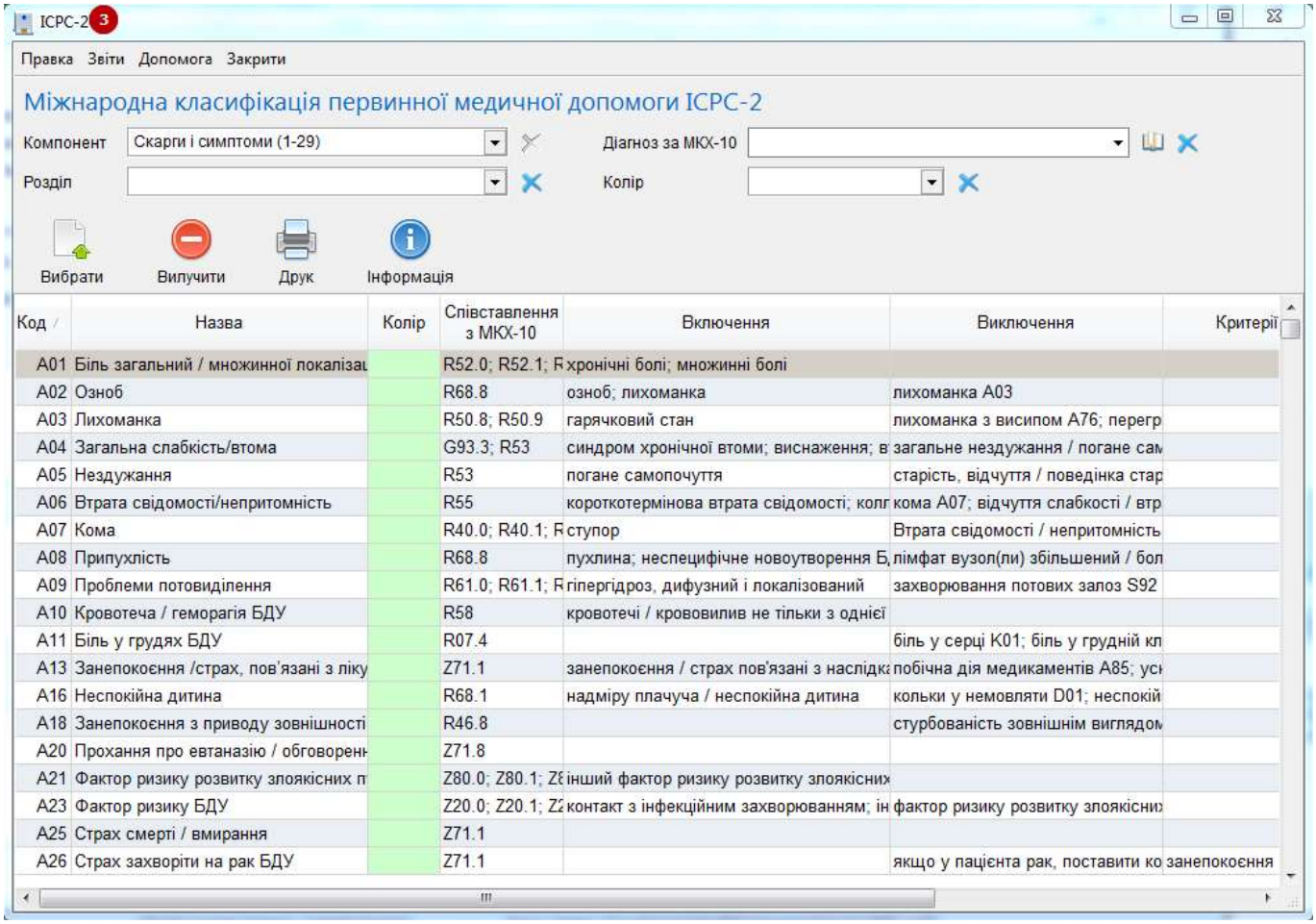
«Спостереження» - вносяться оглядові дані для пацієнта: артеріальний тиск на час огляду, пульс, температура, дихання, маса, зріст, а також вказується з якого часу пацієнт вважає себе хворим. Вписуються дані про анамнез хвороби, огляд, станови анамнез, скарги, обрати направлення на МСЕК, якщо таке є в наявності.



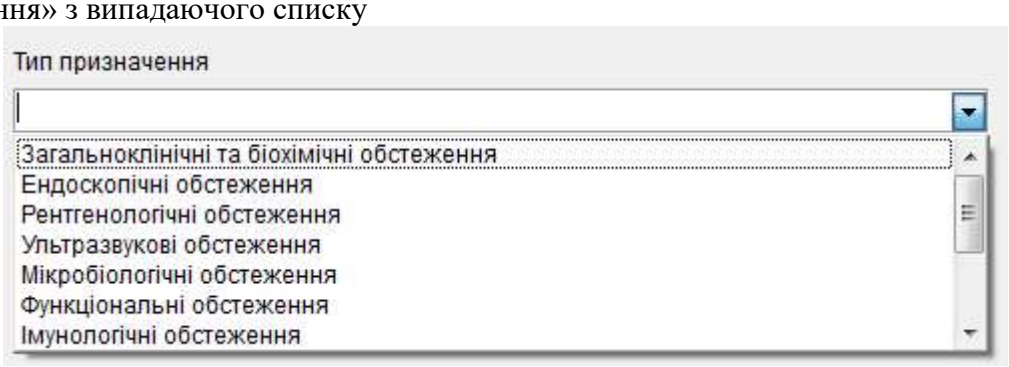
За допомогою іконок можливо вибрати готові дані із довідників або шаблонів. Наприклад, для внесення скарг є можливість вибрати із готового довідника «Анамнези та скарги», із створеного користувачем довідника шаблонів та із класифікатора ICPC-2.


Анамнези та скарги
1
Правка Звіти Вид Закрити
Вибрати
Тип хвороби
Хвороба
Змінити
Вилучити
Друк
Таблиця
Акушерство та гінекологія
Вуха, горло і ніс
Аденоїди у дітей
Ангіна
Мастоидит
Хвороба Меньєра
Отосклероз
Озена
Отит
Скарги. Біль у вусі, яка посилюються при тиску на нього. Біль при відкриванні рота. Зовні вушна раковина набрякла і почервоніла. Температура т
Анамнез. Зі слів пацієнта болі у вусі, які посилюються при тиску або потягуванні за нього. Біль при відкриванні рота і біль при введенні вушної во
Синусит
Тонзиліт
Фарингіт
Нейросенсорна туговухість
Риніт
ГРЗ
Поліп носа
Вушна пробка
Гайморит
Фронтит
ГРВІ
Гнійна ангіна
Генетичні порушення
Муковісцидоз
Фенилкетонурия
Назва захворювання
Текст у скаргах
Текст у анамнезі

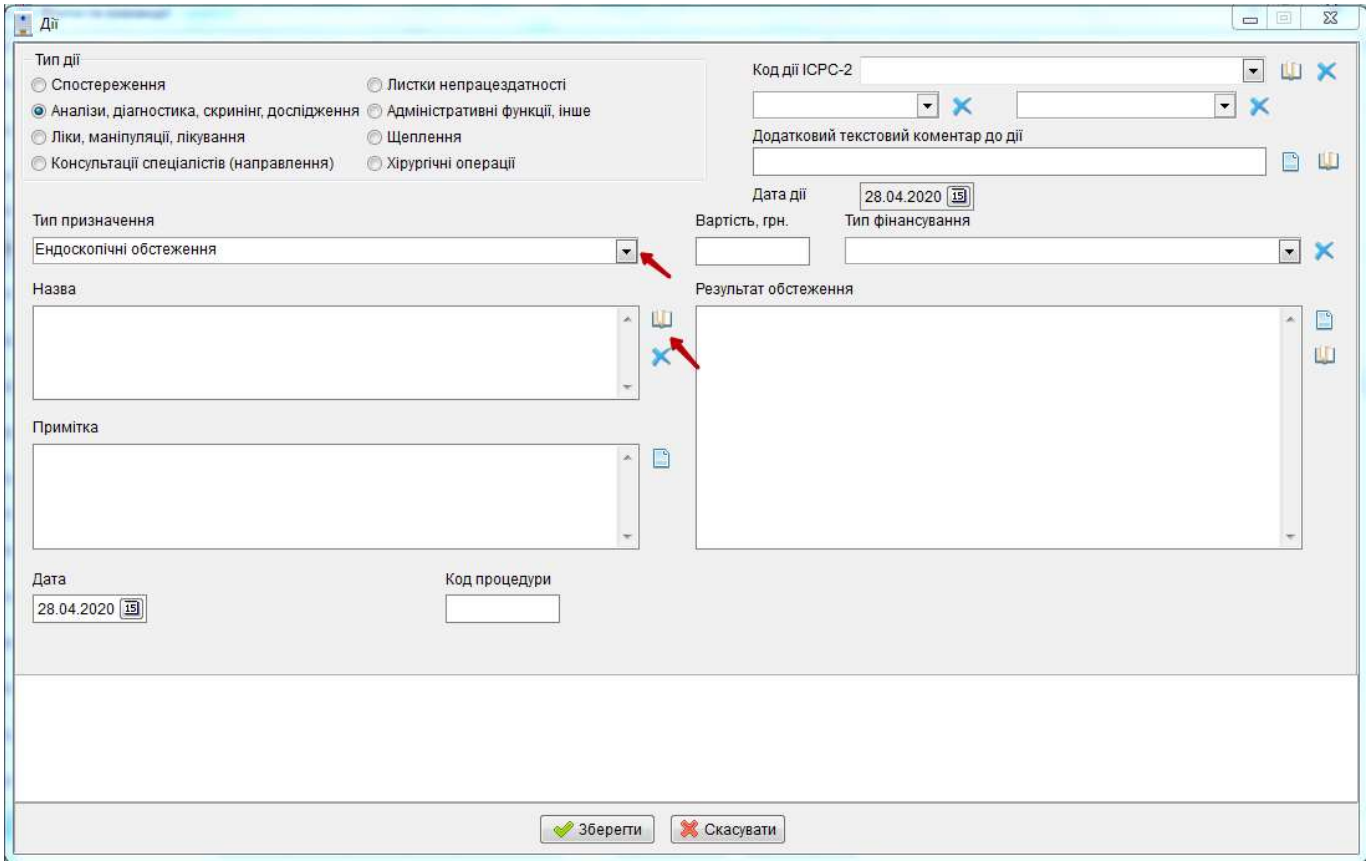

Шаблони для поля: Скарги
2
Вибрати
Новий
Копія
Змінити
Вилучити
Фільтр
Кількість
Текст шаблону
Назва шаблону
Код
Показувати тільки власні шаблони
Код
Назва
Текст шаблону
МІС МедІнфоСервіс (Поліклініка 1 Тестова лікарня



«Аналізи, діагностика, скринінг, дослідження» - тип для призначення/внесення аналізів/діагностики/скринінг/досліджень пацієнта. Першочергово потрібно вибрати «Тип призначення» з випадаючого списку

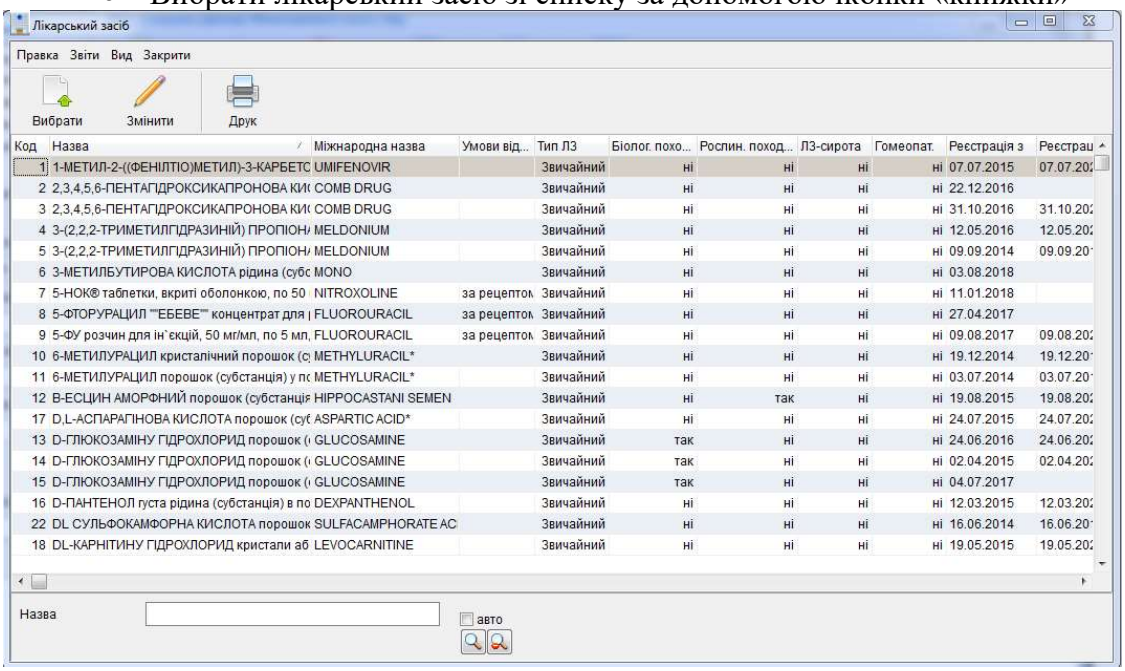


В полі «Назва» внести інформацію відповідно вибраного типу, або вибрати за допомогою іконки вид аналізу чи дослідження, можливо також внести примітки до назначеного призначення. В полях «Вартість» і «Тип фінансування» вказуються ціна і тип відповідно. В «Результатах обстеження» потрібно внести результат - відразу якщо пацієнт прийшов з результатами аналізу, а також можливо даний процес відредагувати і внести дані в поле після отримання пацієнтом результату.



«Ліки, маніпуляції, лікування» - тип процесу для призначення лікування. Лікар може призначити лікування як за допомогою **«Паперового рецепту»**. При виборі **«Паперовий рецепт»** потрібно заповнити:

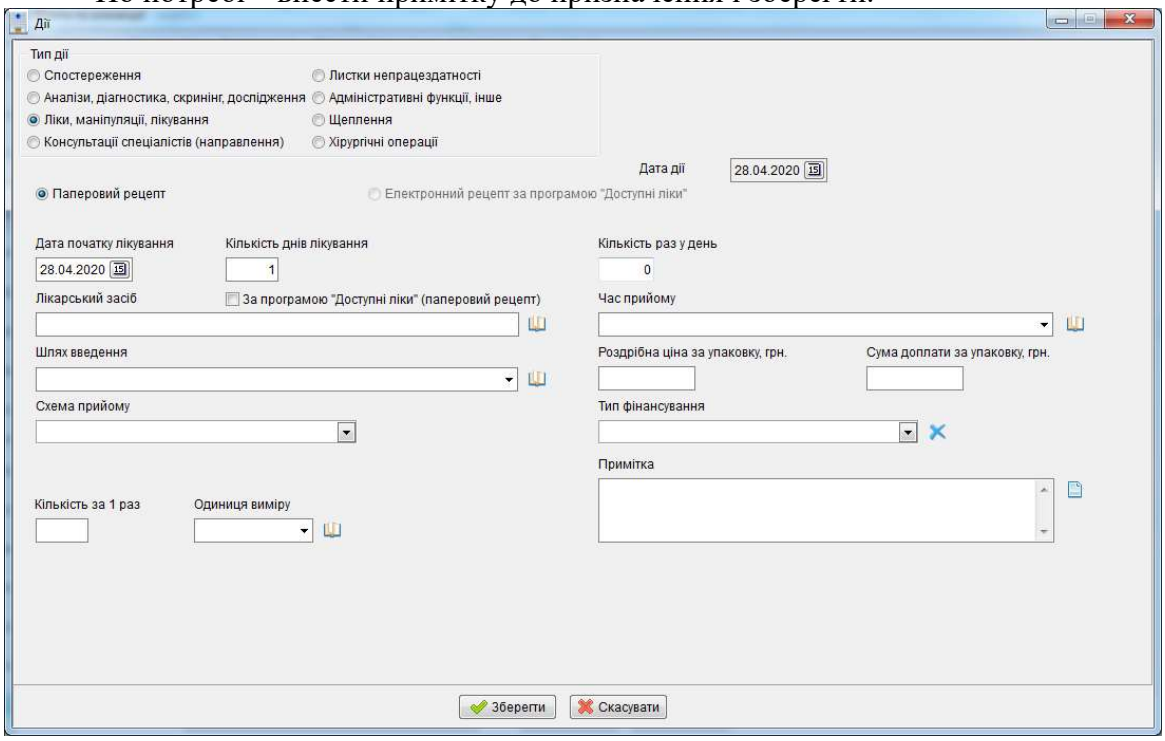
- Дату початку лікування (по замовчуванню стоїть дата заповнення форми, можна змінювати)
- Кількість днів для лікування
    - Вибрати лікарський засіб зі списку за допомогою іконки «книжки»



- Вибрати шлях введення зі списку, або натиснувши на іконку «книжка», в даному вікні можливо за допомогою кнопки

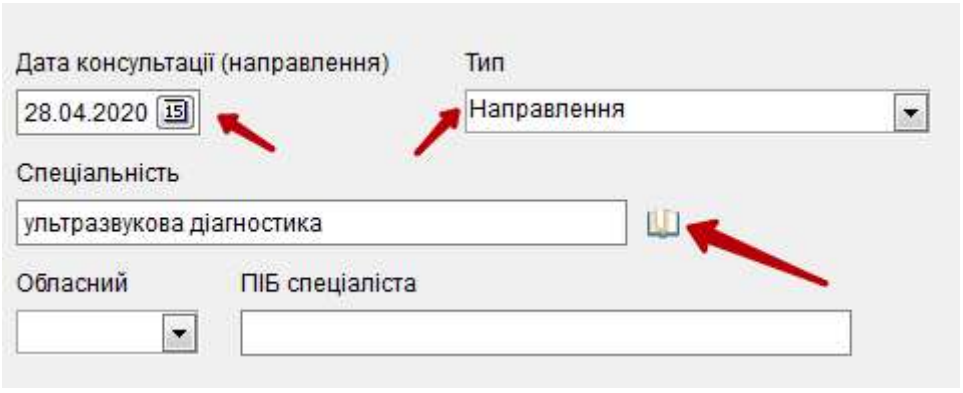
добавити свій шлях введення.
- Вибрати схему прийому
- Вписати дозу кількості прийому ліків за 1 раз (наприклад 2)

- Вибрати одиницю виміру (наприклад – капсули, в такому разі потрібно буде пацієнтові приймати по 2 капсули за 1 раз)
- Внести скільки раз на день буде прийом ліків
- Вибрати час прийому з довідника
- Роздрібна ціна за упаковку і сума до сплати автоматично розраховується і вноситься при виборі ліків із програми «Доступні ліки», при умові що тип фінансування За рахунок державного бюджету.
- По потребі – внести примітку до призначення і зберегти.

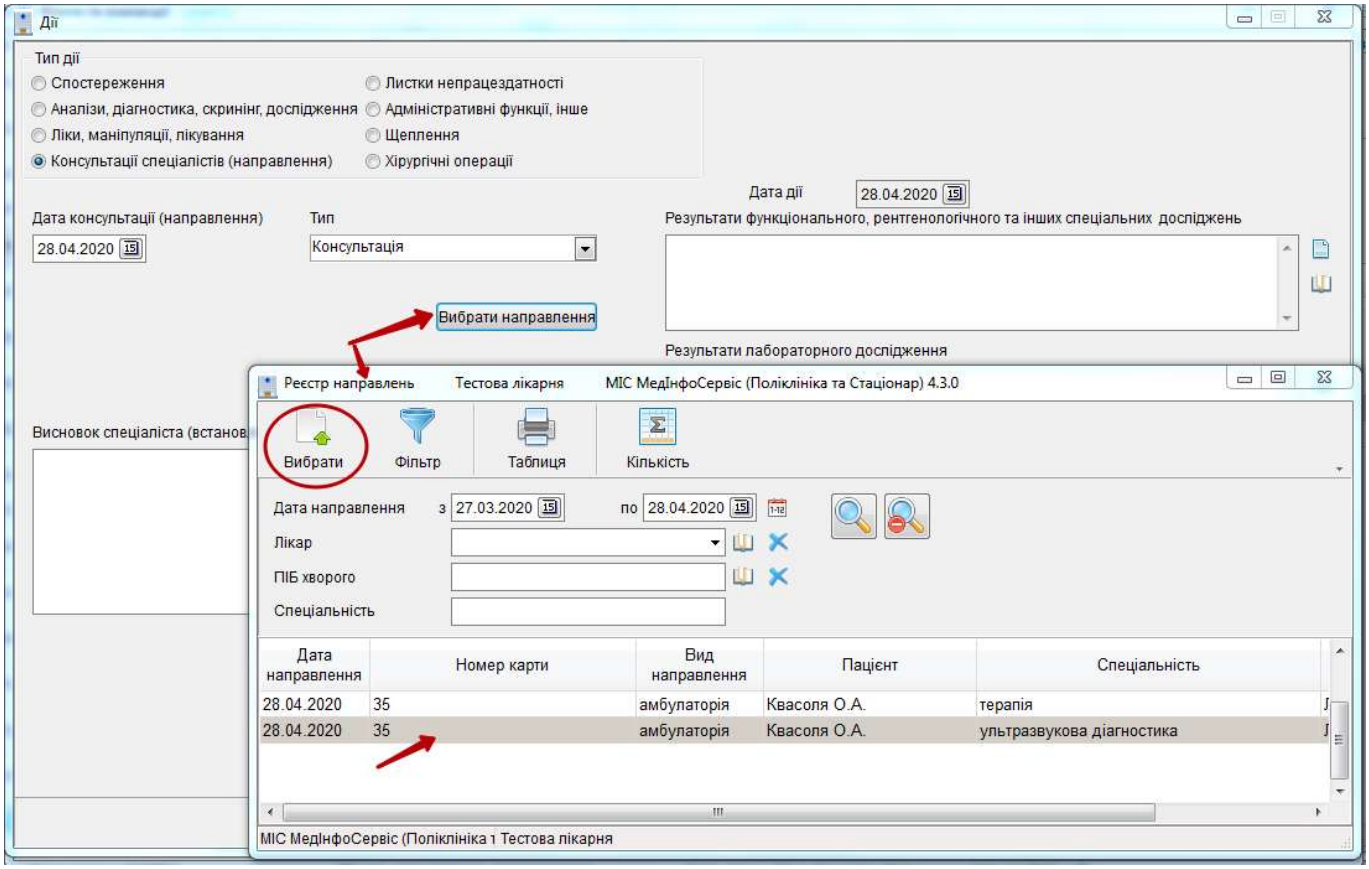


«Консультації спеціалістів, направлення» - вносяться консультативні висновки спеціалістів або виписується направлення на консультацію до спеціаліста.

Якщо виписується **направлення**, в першу чергу вибрати дату консультації, тип – направлення, вибрати спеціальність, по бажанню вказати обласний спеціаліст чи ні та прописати ПІБ.

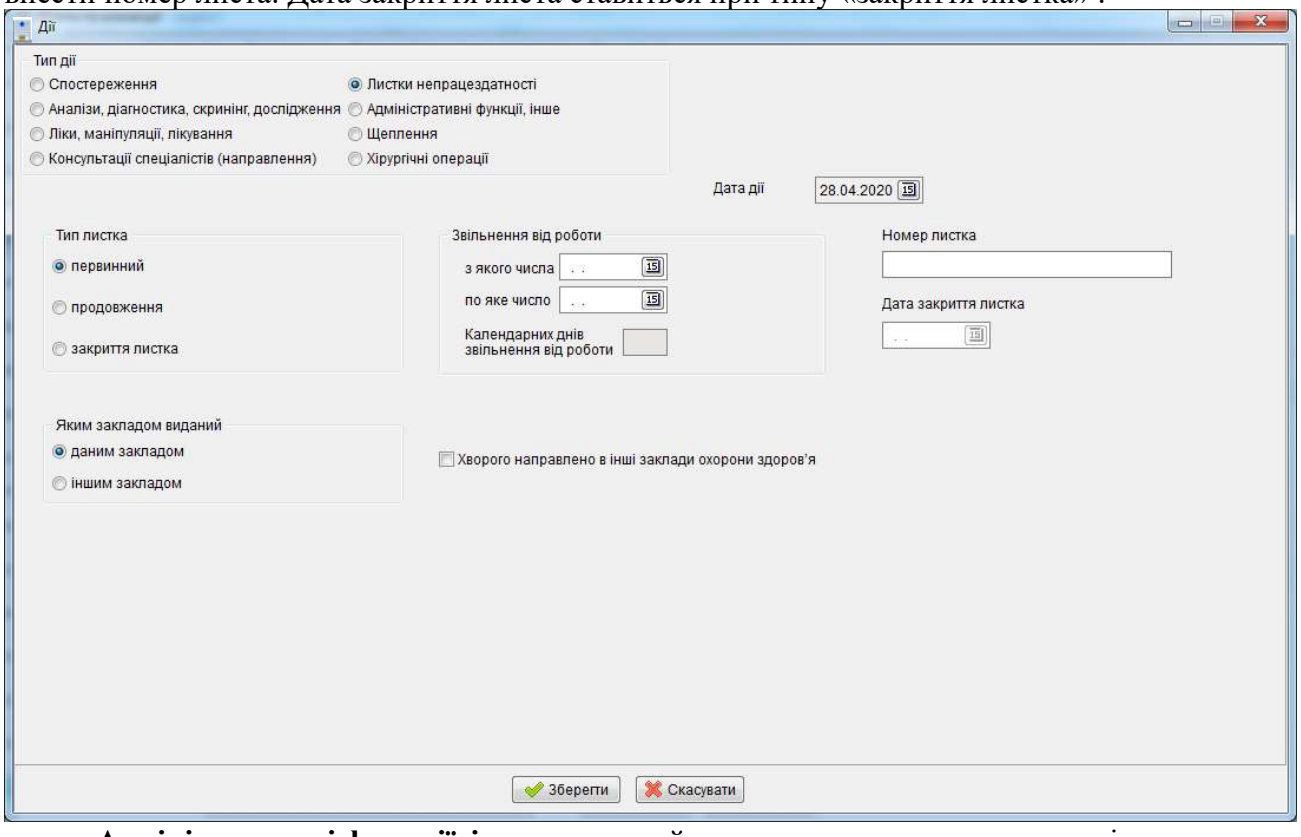


Якщо виконується **консультація**, виписаного направлення іншим лікарем, обираємо тип – консультація та натискаємо на кнопку **«Вибрати направлення»**, відкривається вікно «Реєстр направлень», в якому обираємо необхідне направлення.

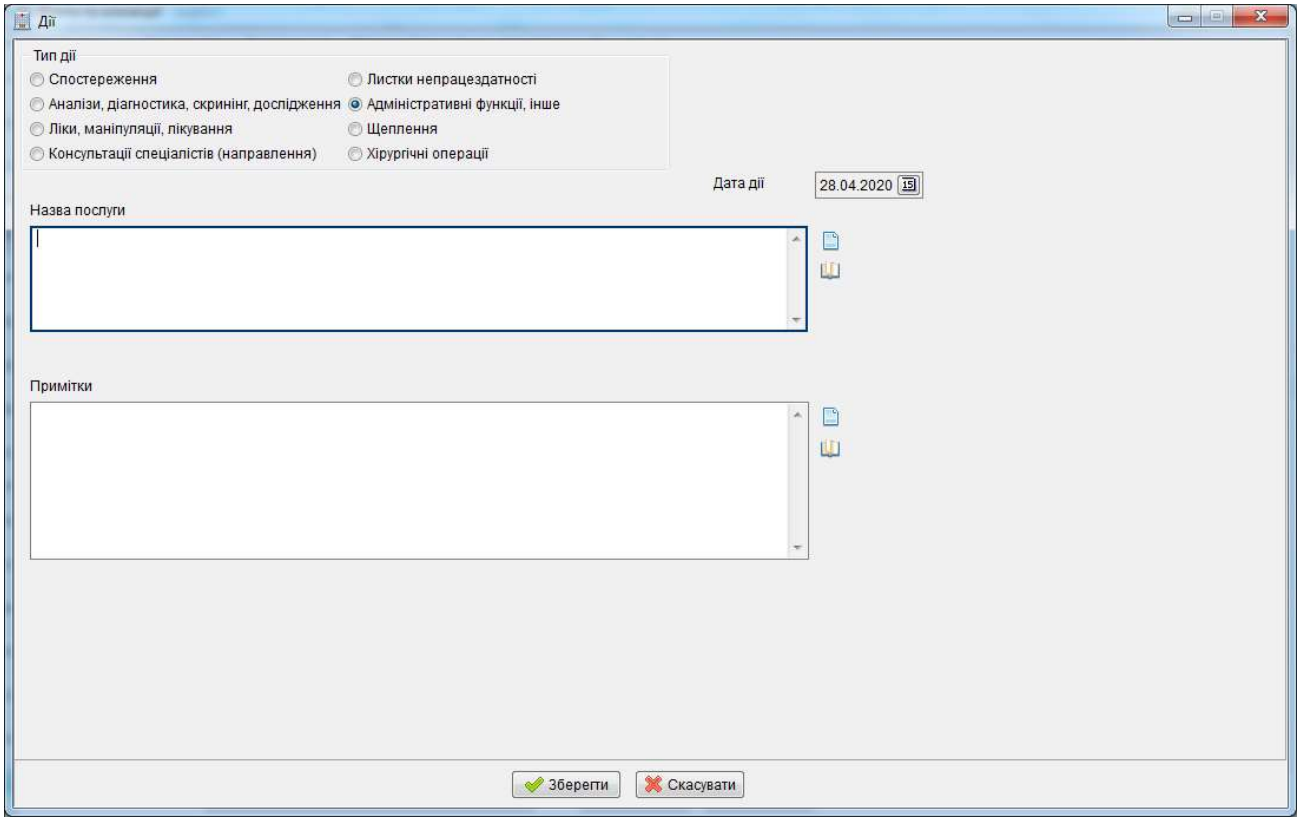


Вписати результати лабораторного дослідження, результати функціонального/ рентгенологічного та інших спеціальних досліджень, висновок спеціаліста (встановлений діагноз), рекомендації.

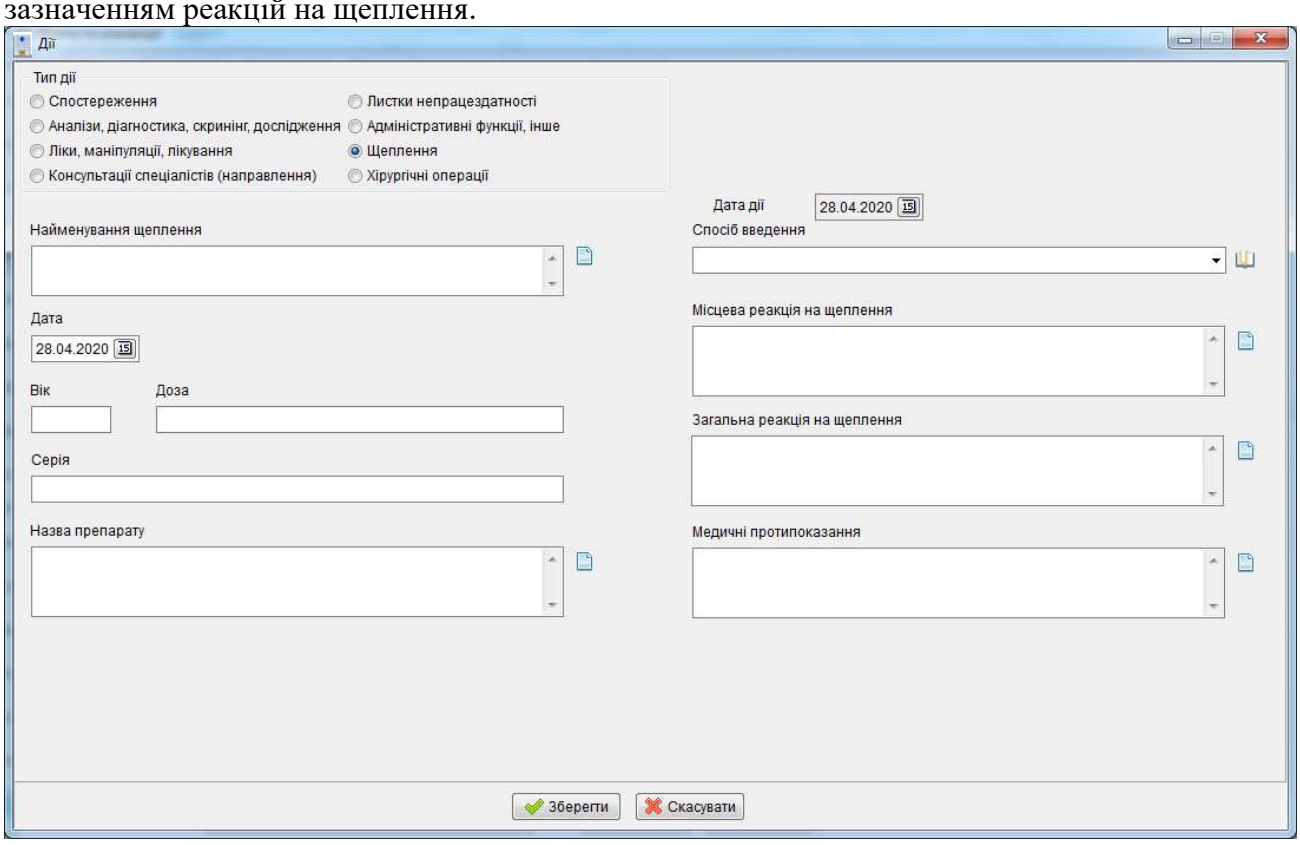
«Листки непрацездатності» - внесення електронного тимчасового листка непрацездатності. Тип листа: первинний – при відкритті, продовження – продовження листка, закриття листка. Вказати дату звільнення від роботи, вибрати яким закладом виданий лист, внести номер листа. Дата закриття листа ставиться при типу «закриття листка» .



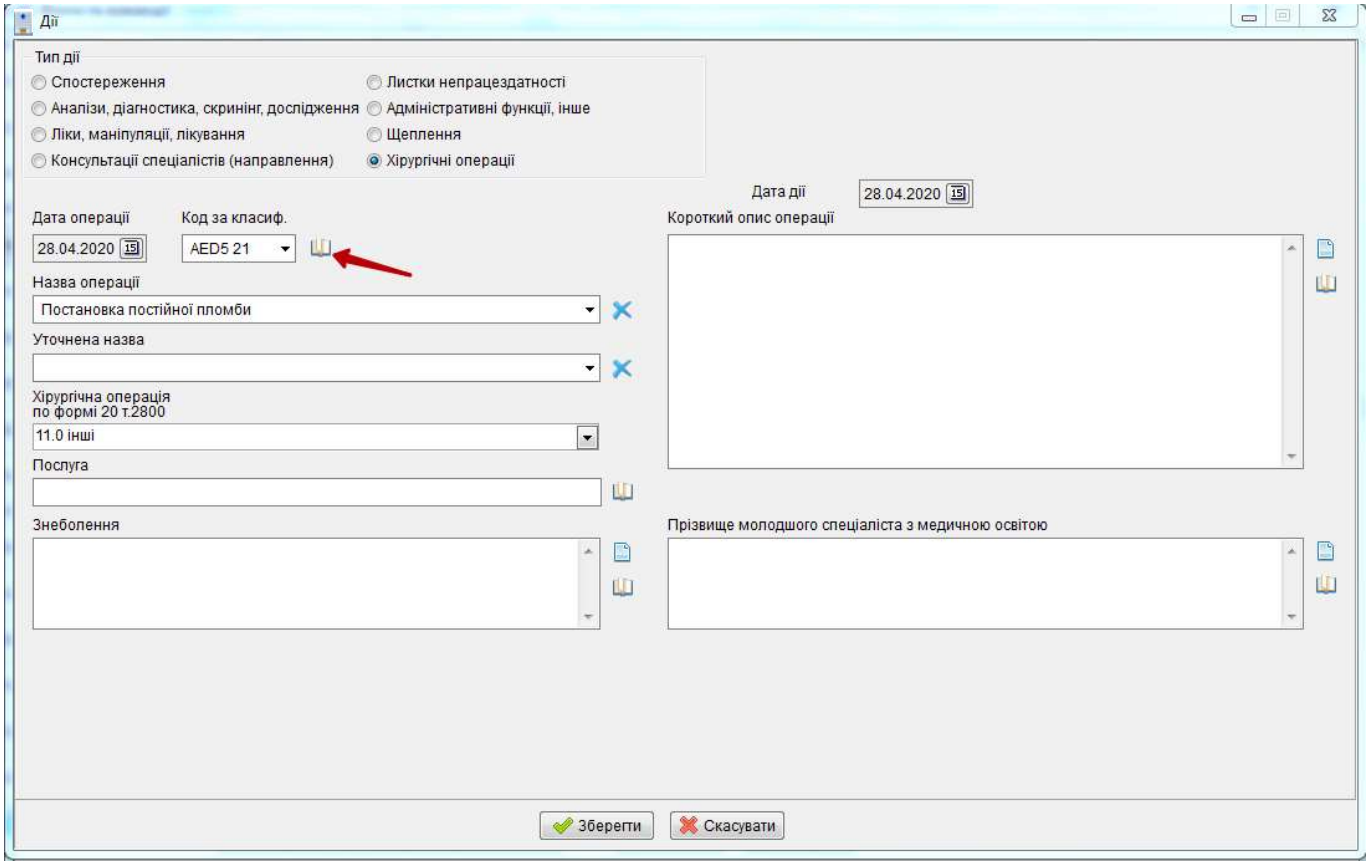
«Адміністративні функції, інше» - в даний тип процесу вносяться назви різних послуг і примітки до них, наприклад, виписка лікарем довідки.



«Щеплення» - вносяться відомості про щеплення. Заповнюється лікарем у випадку проведення хворому профілактичних щеплень, де слід заповнювати всі необхідні графи із зазначенням реакцій на щеплення.

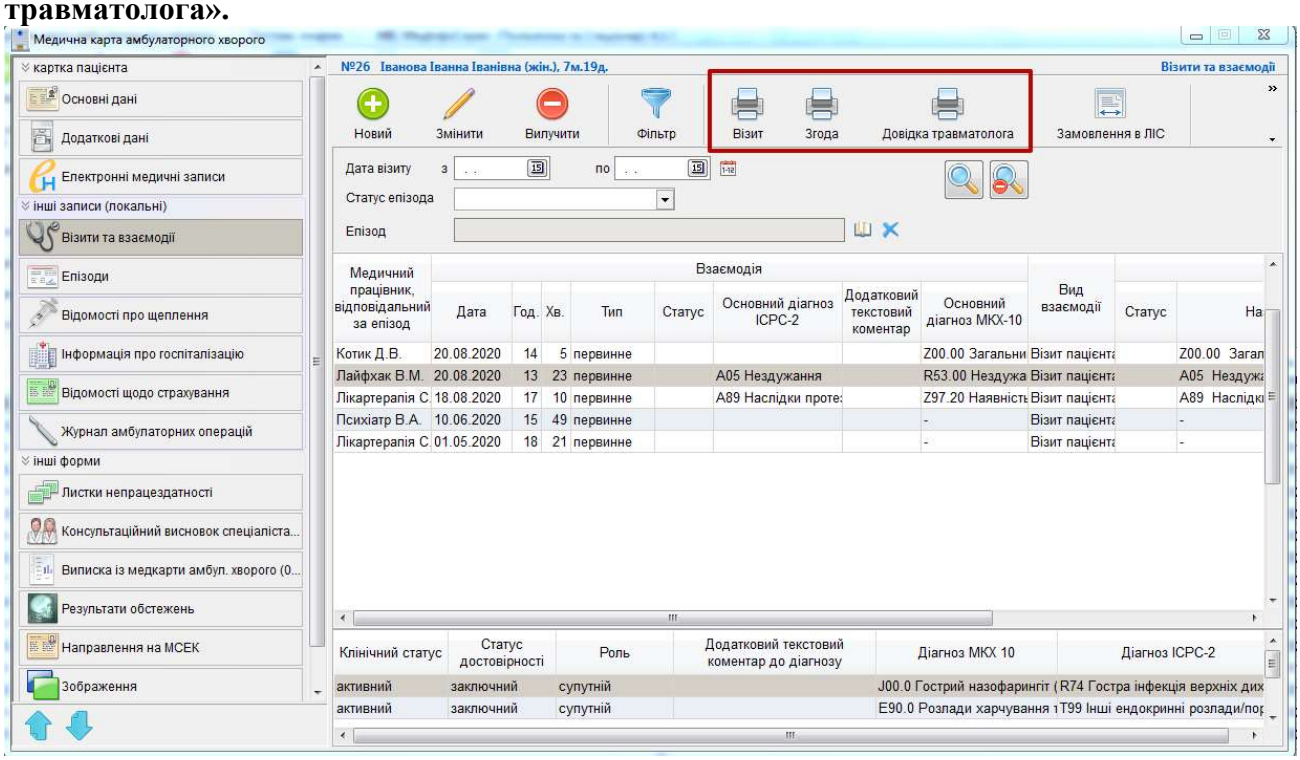


«Хірургічні операції» - вносяться відомості про хірургічні операції, які були проведені в амбулаторних умовах. Лікарю перш за все необхідно вибрати операцію із класифікатора медичних процедур та хірургічних операцій, а потім слід заповнити всі необхідні поля, відповідно проведеній операції.



Після додавання дій потрібно натиснути на кнопку **«Зберегти»**, щоб зберегти візит із внесеними даними, або **«Скасувати»** - візит не буде створений, а також можливо створити нову взаємодію, натиснувши **«Створити нову взаємодію за даним візитом»**.

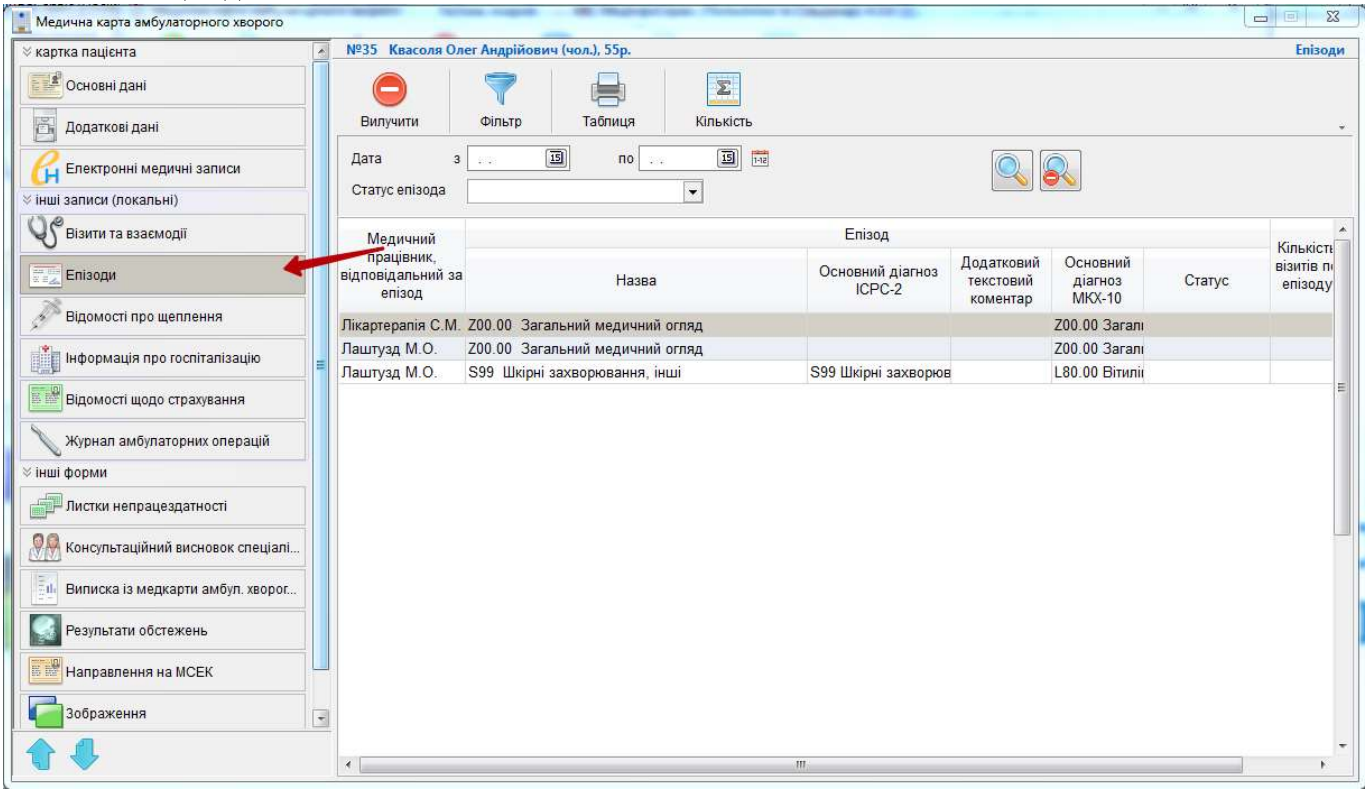
На основі внесених даних є можливість роздрукувати **«Візит», «Згода», «Довідка травматолога».**



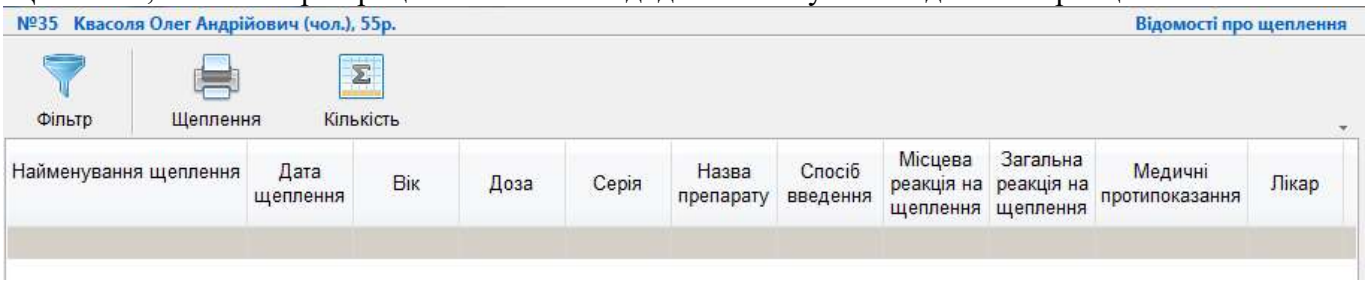
На основі записів в **«Візитах»**, дані записуються відповідно в :

«Епізоди» - одне або більше звернень пацієнта становлять епізод медичної допомоги. Епізод є проблемою зі здоров'ям від першого звернення за медичною допомогою до

останнього. Кожне окреме звернення може включати оцінювання більше ніж одного епізоду, якщо статус «Завершення» - пустий, це означає що по даному епізоду звернення не закрите і можливий іще один візит.

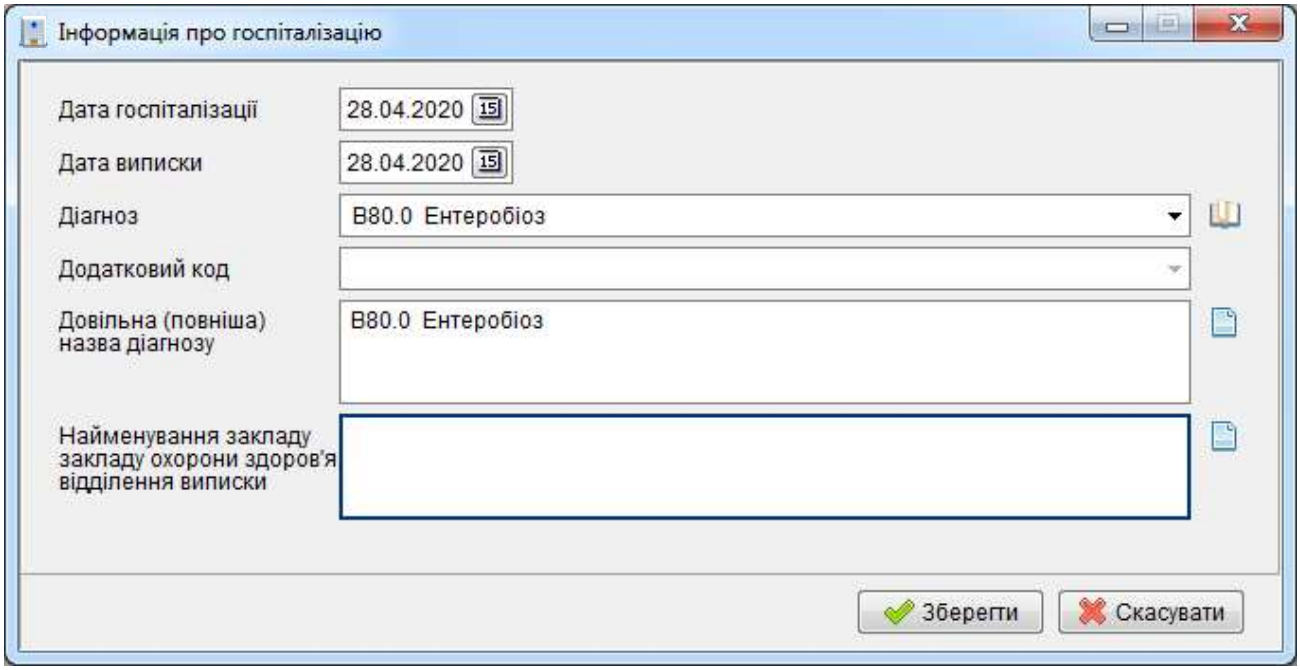


«Відомості про щеплення» - у випадку коли тип процесу для візиту пацієнта, був Щеплення, то запис про процес автоматично додається в пункт «Відомості про щеплення».

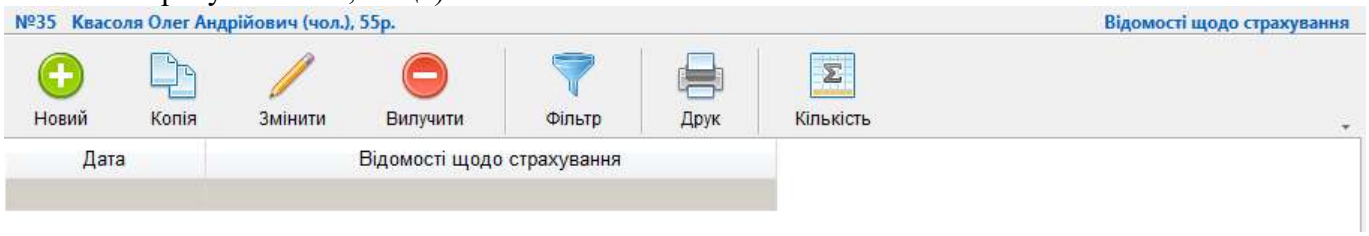


Заповнюється лікарем у випадку проведення хворому профілактичних щеплень, де слід заповнювати всі необхідні графи із зазначенням реакцій на щеплення.

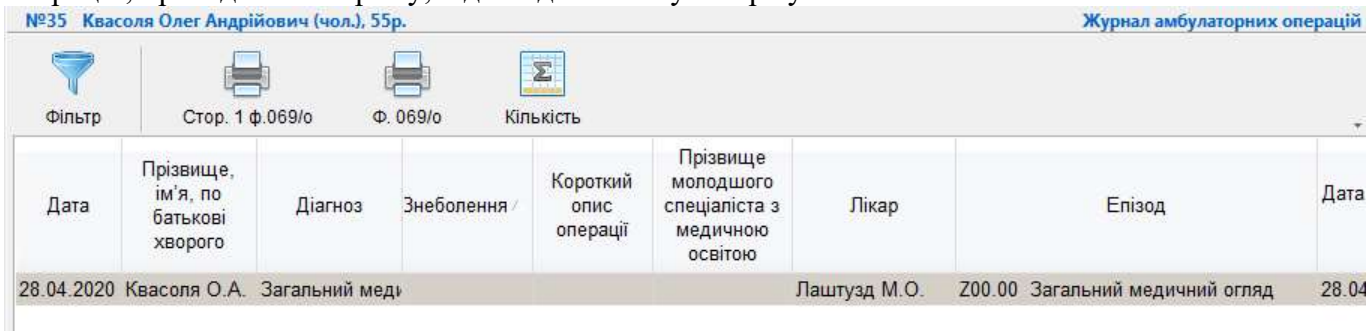
«Інформація про госпіталізацію» - вказуються дані щодо госпіталізації хворого протягом року із зазначенням: дати госпіталізації, дати виписки, вибрати діагноз, внести найменування закладу охорони здоров’я, відділення.



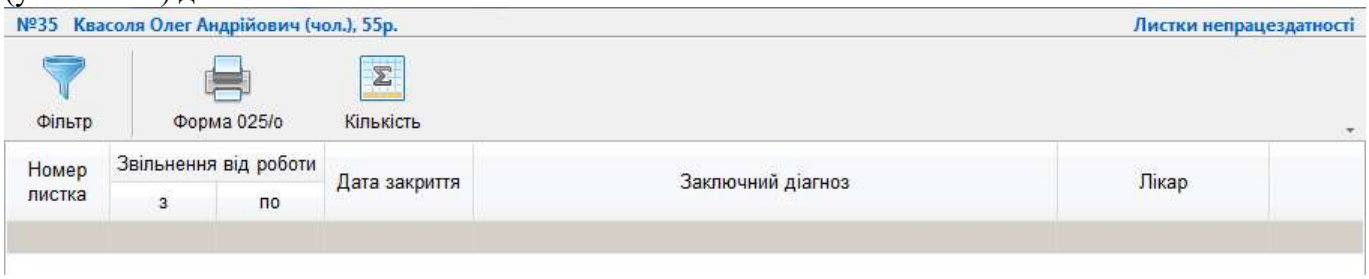
«Відомості щодо страхування» - вказуються дані щодо страхування хворого: дата, і відомості щодо страхування (наявність страхового поліса, його номер, найменування компанії-страхувальника, тощо).



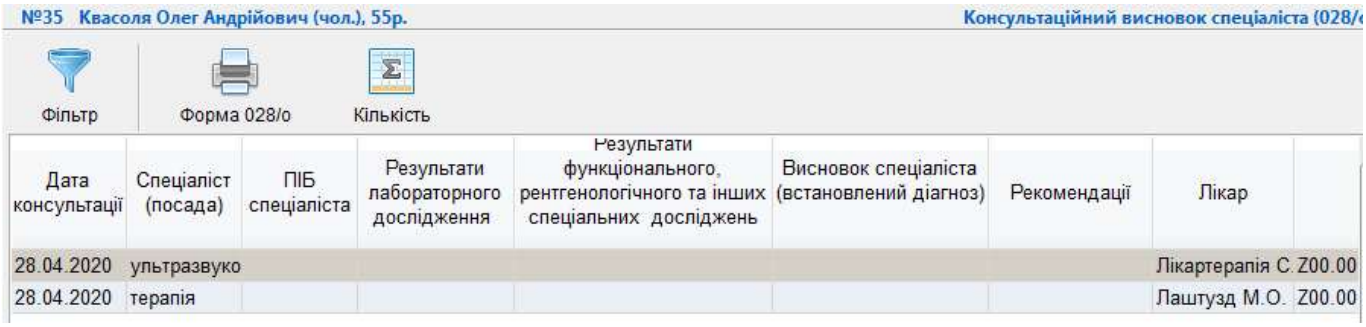
«Журнал амбулаторних операцій (ф.069/о)» - вказуються дані щодо хірургічних операцій, проведених хворому, відповідно запису лікаря у Візитах.



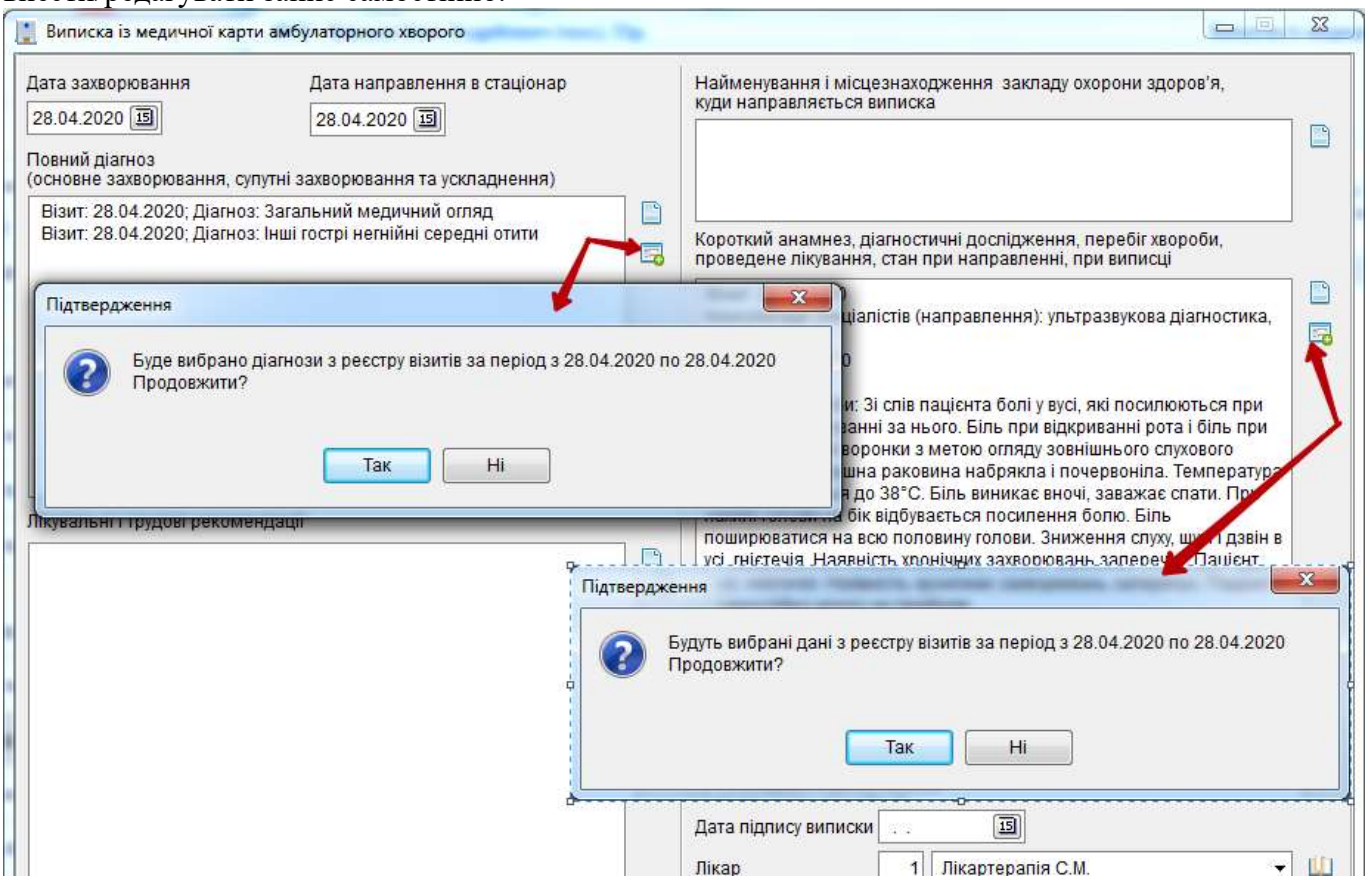
«Листки непрацездатності» - відображення списку звільнення від роботи відповідно запису лікаря в Візитах. Заповнюється на кожний випадок тимчасової непрацездатності хворого, де вказуються номер листка непрацездатності, дата його видачі, заключний (уточнений) діагноз.



«Консультаційний висновок спеціаліста (ф.028/о)» - в даному меню відображатимуться записи висновків спеціалістів, які були створенні в **«Візитах»** де Тип процесу – **«Консультації спеціалістів, направлення»**. Виділивши запис по консультації – можна вивести на друк форму 028/о



«Виписка із медкарти амбул.хворого (ф.027/о)» - відомості про пацієнта вносить лікар, який направляє його на консультування до іншого медичного закладу або на стаціонарне лікування. Лікар, який займався лікуванням пацієнта, вносить інформацію у форму № 027/о у разі виписки чи смерті пацієнта. При створенні виписки потрібно внести дату захворювання і дату направлення на стаціонар, таким чином в поле діагноз можна із системи вибрати діагнози з реєстру візитів по заданим датам натиснувши іконку , або внести/редагувати запис самостійно.



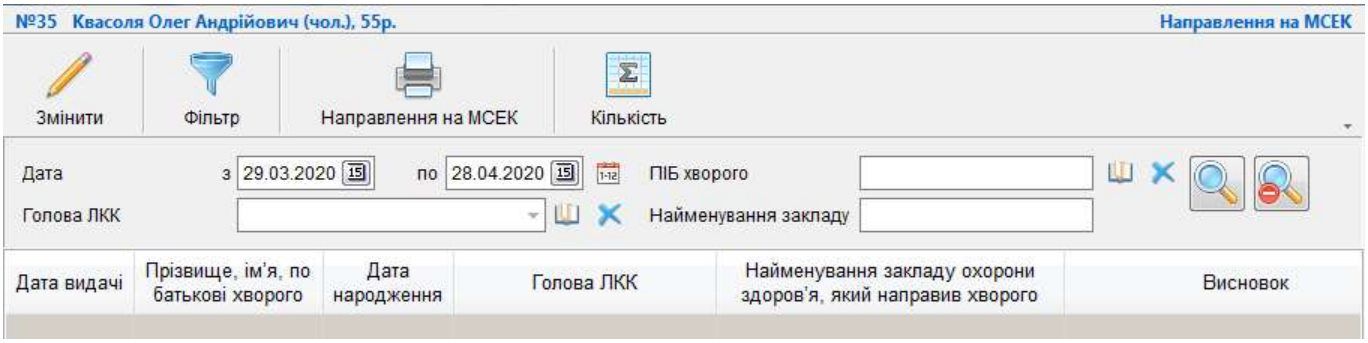
Відповідно дані в поле Короткий анамнез, діагностичні дослідження, перебіг хвороби, проведене лікування, стан при направленні, при виписці можливо заповнити методом витяжки з бази також.

А також внести дані в Лікувальні трудові рекомендації і Найменування і місцезнаходження закладу охорони здоров'я, куди направляється виписка, внести обов'язково дату виписки і зберегти. Таким чином можливо створити виписку для пацієнта.

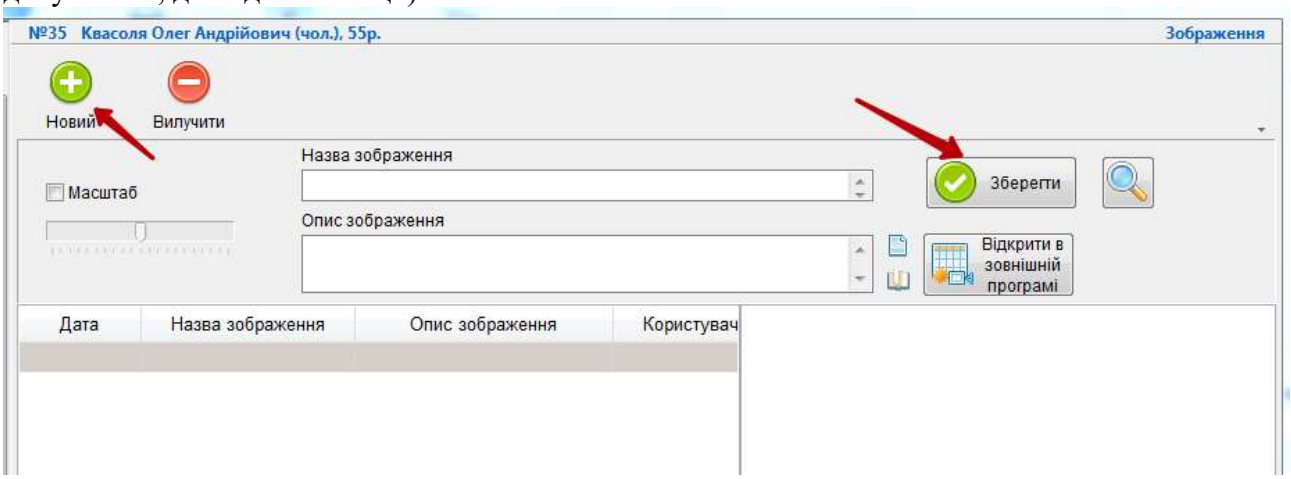
Створену Виписку можливо подати на друк натиснувши на кнопку у верхньому меню.

«Результати обстежень» - відображається список із результатами обстежень які були створенні в Візитах при вибраному типі процесу **«Аналізи, діагностика, скринінг, дослідження»** і проведені у відповідних кабінетах.

«Направлення на МСЕК» - відображається направлення, створене через **«Направлення на медико-соціально-експертну комісію (МСЕК)».**

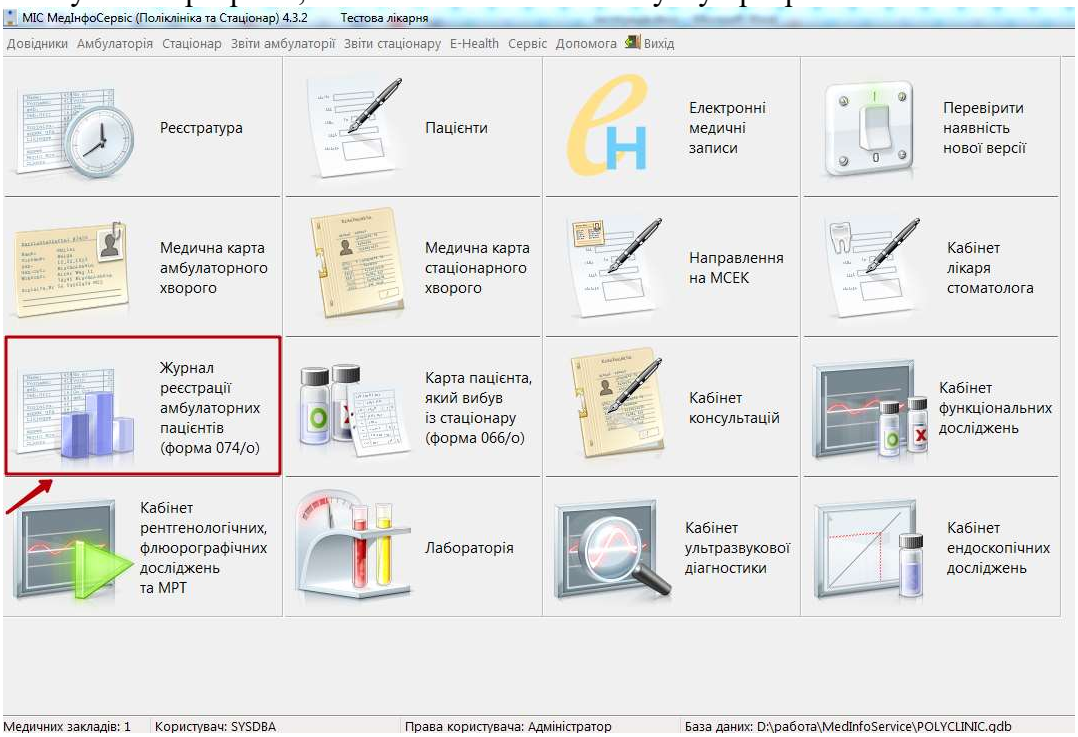


«Зображення» - є можливість закріпити зображення до картки (скановану копію документів, досліджень тощо)

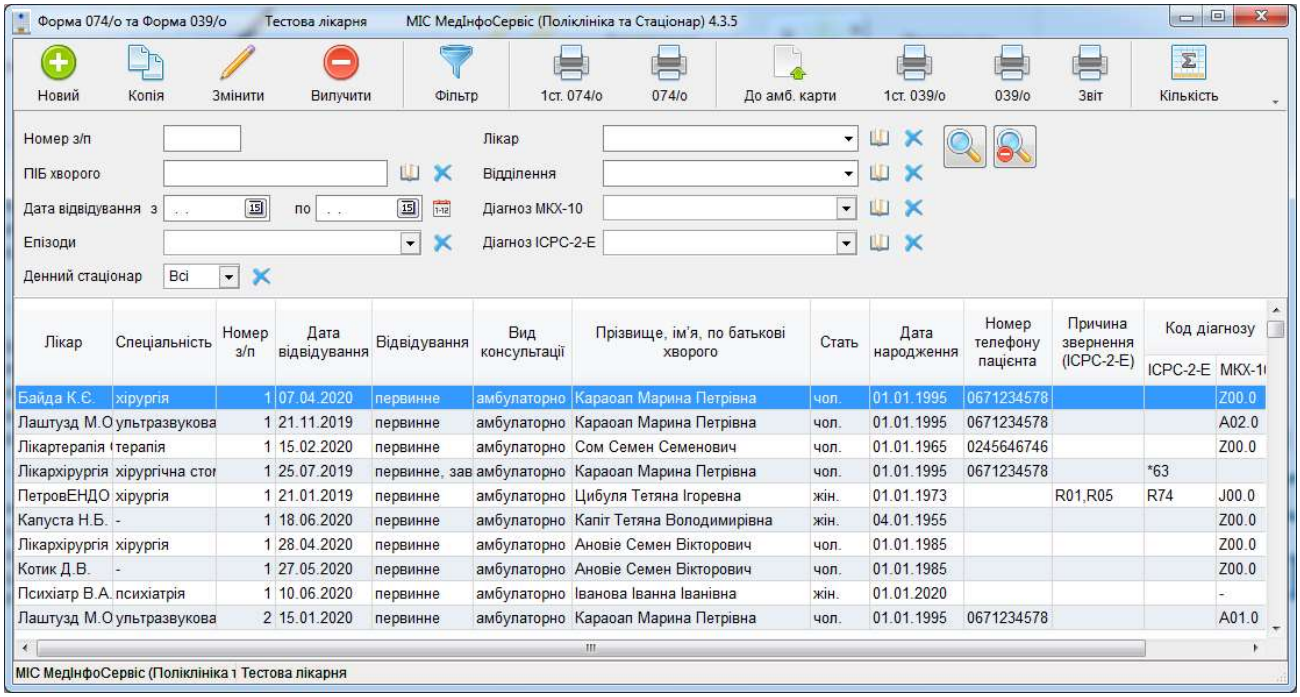


10.12 Форма 074/о «Журнал реєстрації амбулаторних пацієнтів»

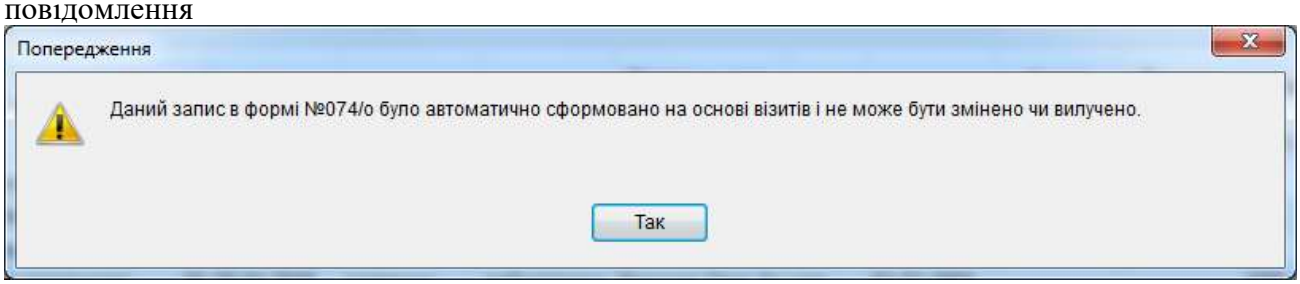
Знайти журнал можна в пункті меню **«Амбулаторія»** та, для зручності, його розміщено на головному вікні програми, яке з'являється після запуску програми.



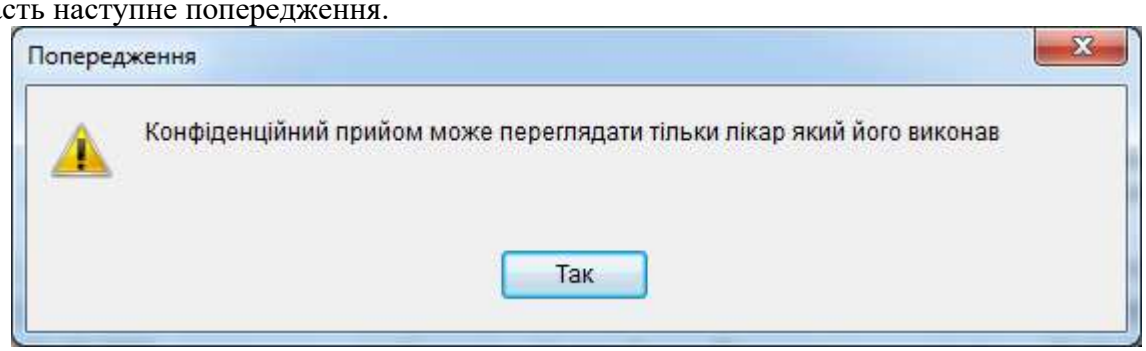
Журнал 074/о автоматично заповнюється на підставі візитів (обов'язково із заповненим діагнозом) з електронної медичних карт 025/о пацієнта, також доступний режим ручного заповнення форми.



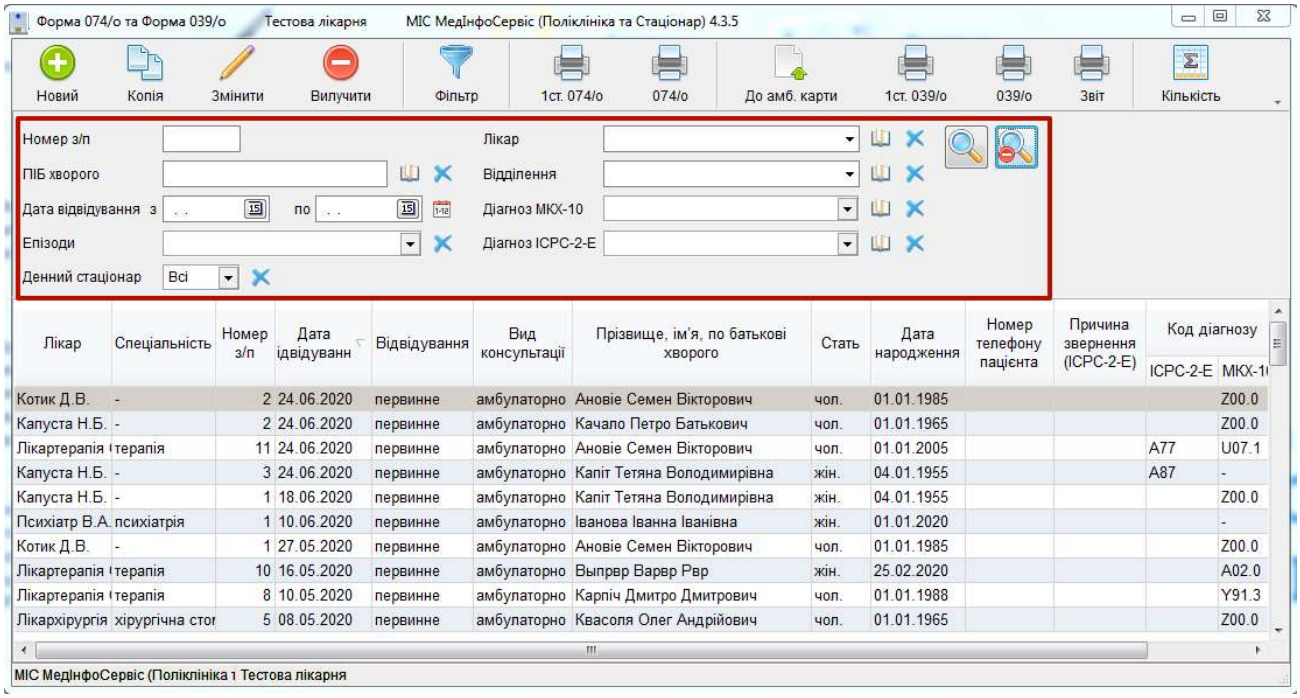
Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити новий запис в журналі. Кнопки **«Копія»**, **«Змінити» та «Вилучити»** - відповідно працюють тільки з тими записами, які були занесені вручну в журнал через кнопку «Новий». При спробі внести провести якісь маніпуляції з записом , який автоматично створений на основі амбулаторної карти – з'явиться повідомлення

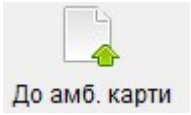


У випадку, коли прийом був відмічений як **«Конфіденційний прийом»**, то програма видасть наступне попередження.



«Фільтр» - показує/ховає поля для фільтра по медичним карткам.

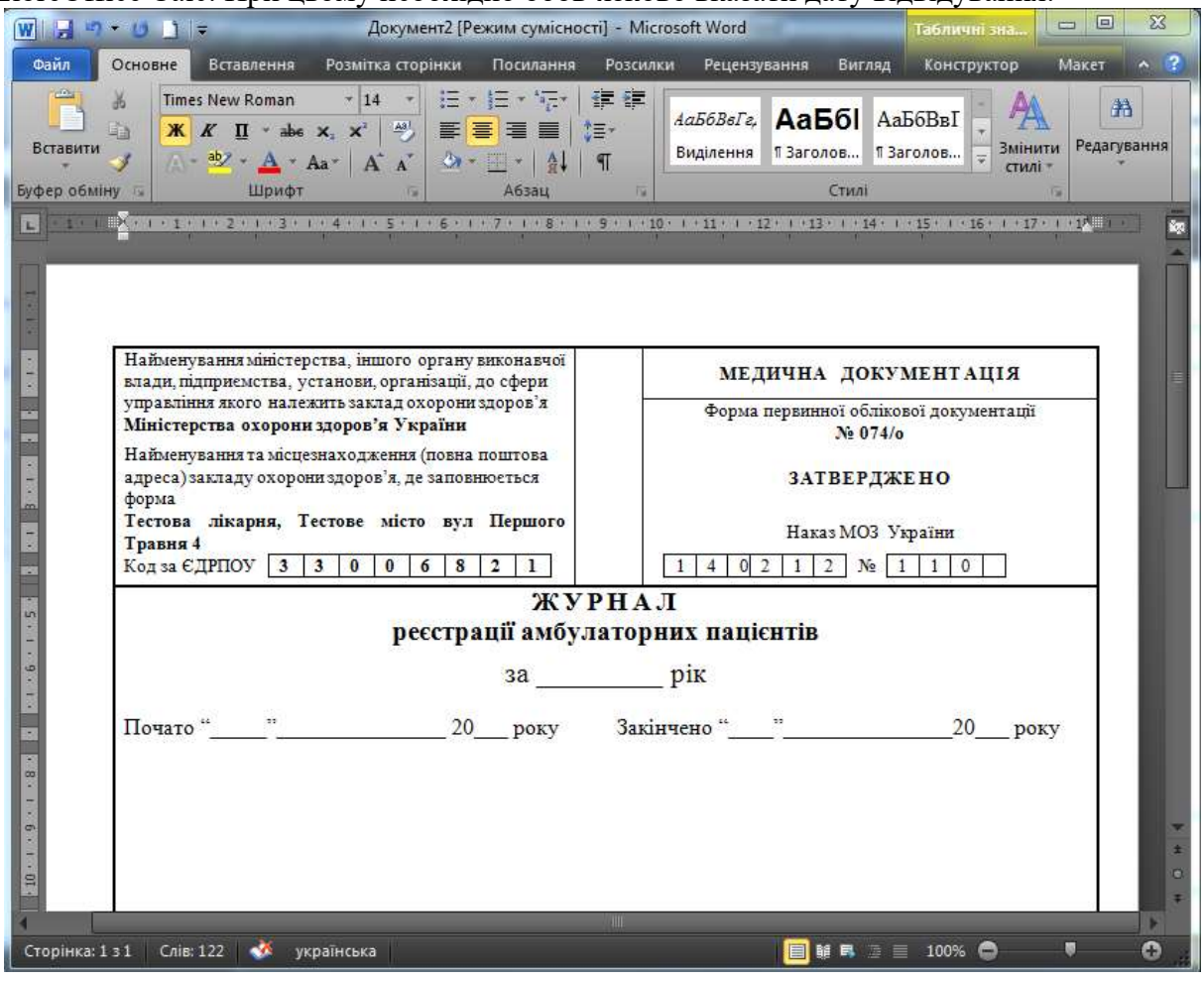


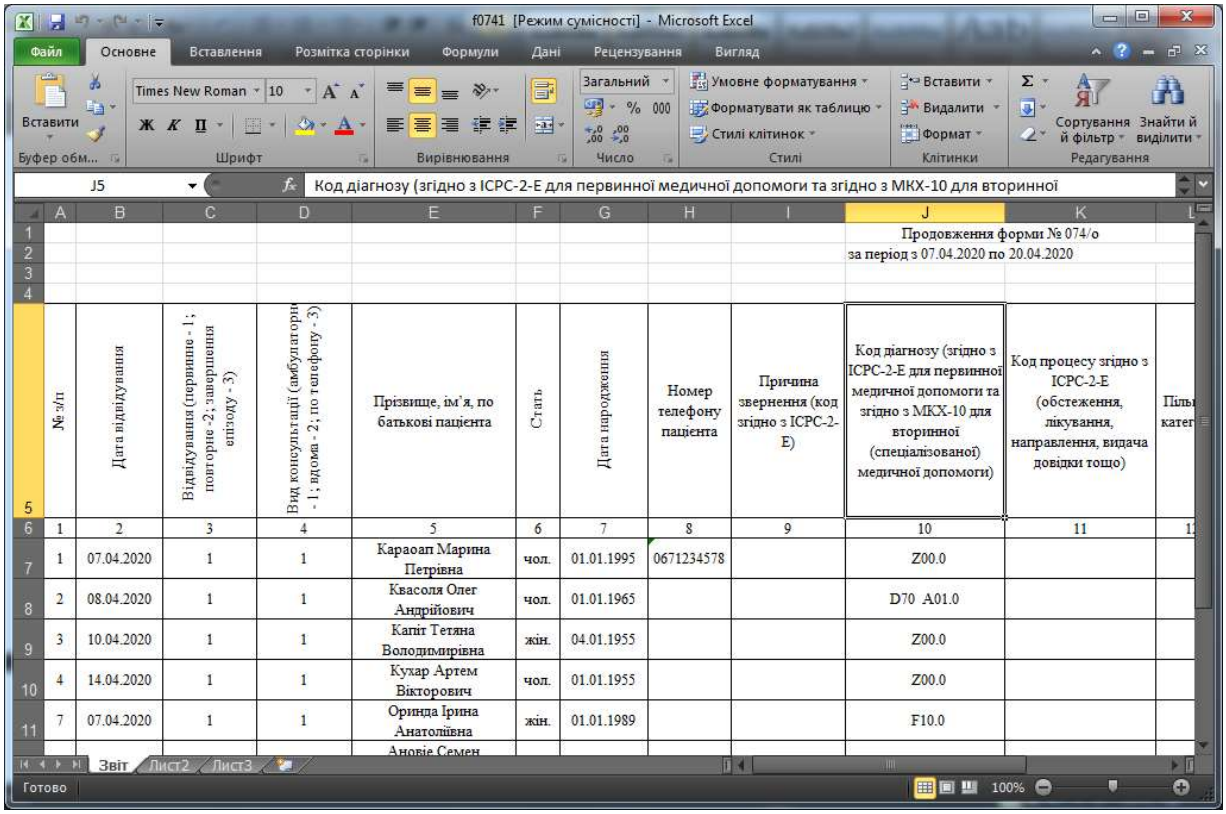


- дає можливість переходу до вкладки «Візити і взаємодії» амбулаторної карти при виборі запису в журналі 074/о.

Для друку журналу 074/о використовують кнопки

, де перша сторінка виводиться в документ Word або LibreOffice Writer, а таблиця в документ Excel або в LibreOffice Calc. При цьому необхідно обов'язково вказати дату відвідування.





f0741 [Режим сумісності] - Microsoft Excel

Файл | Основне | Вставлення | Розмітка сторінки | Формули | Дані | Рецензування | Вигляд

J5 Код діагнозу (згідно з ICPC-2-E для первинної медичної допомоги та згідно з МКХ-10 для вторинної

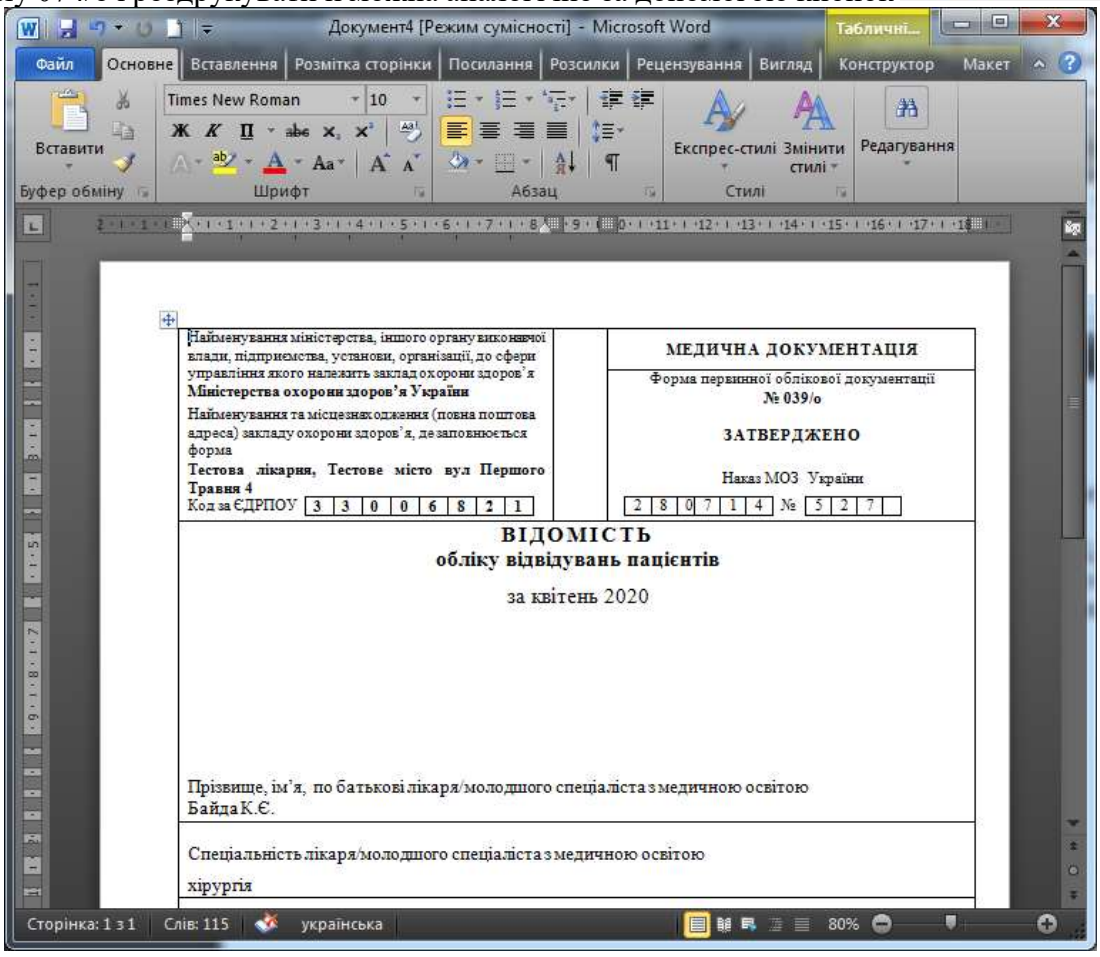
Продовження форми № 074/о
за період з 07.04.2020 по 20.04.2020

№ з/п	Дата відвідування	Відвідування (первинне - 1; повторне -2; завершення епізоду - 3)	Вид консультації (амбулаторія - 1; вдома - 2; по телефону - 3)	Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта	Стать	Дата народження	Номер телефону пацієнта	Причина звернення (код згідно з ICPC-2-E)	Код діагнозу (згідно з ICPC-2-E для первинної медичної допомоги та згідно з МКХ-10 для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги)	Код процесу згідно з ICPC-2-E (обстеження, лікування, направлення, видача довідки тощо)	Пільг категор
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	07.04.2020	1	1	Караоап Марина Петрівна	чол.	01.01.1995	0671234578		Z00.0		
2	08.04.2020	1	1	Квасоля Олег Андрійович	чол.	01.01.1965			D70 A01.0		
3	10.04.2020	1	1	Капіт Тетяна Володимирівна	жін.	04.01.1955			Z00.0		
4	14.04.2020	1	1	Кухар Артем Вікторович	чол.	01.01.1955			Z00.0		
7	07.04.2020	1	1	Оринда Ірина Анатоліївна	жін.	01.01.1989			F10.0		
				Яновіє Семен							

Звіт | Лист2 | Лист3

Готово 100%

Форма 039/о «Відомість обліку відвідувань пацієнтів» заповнюється на підставі журналу 074/о і роздрукувати її можна аналогічно за допомогою кнопок



Документ4 [Режим сумісності] - Microsoft Word

Файл | Основне | Вставлення | Розмітка сторінки | Посилання | Розсилки | Рецензування | Вигляд | Конструктор | Макет

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я
Міністерства охорони здоров'я України
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма
Тестова лікарня, Тестове місто вул Першого Травня 4
Код за ЄДРПОУ 3 3 0 0 6 8 2 1

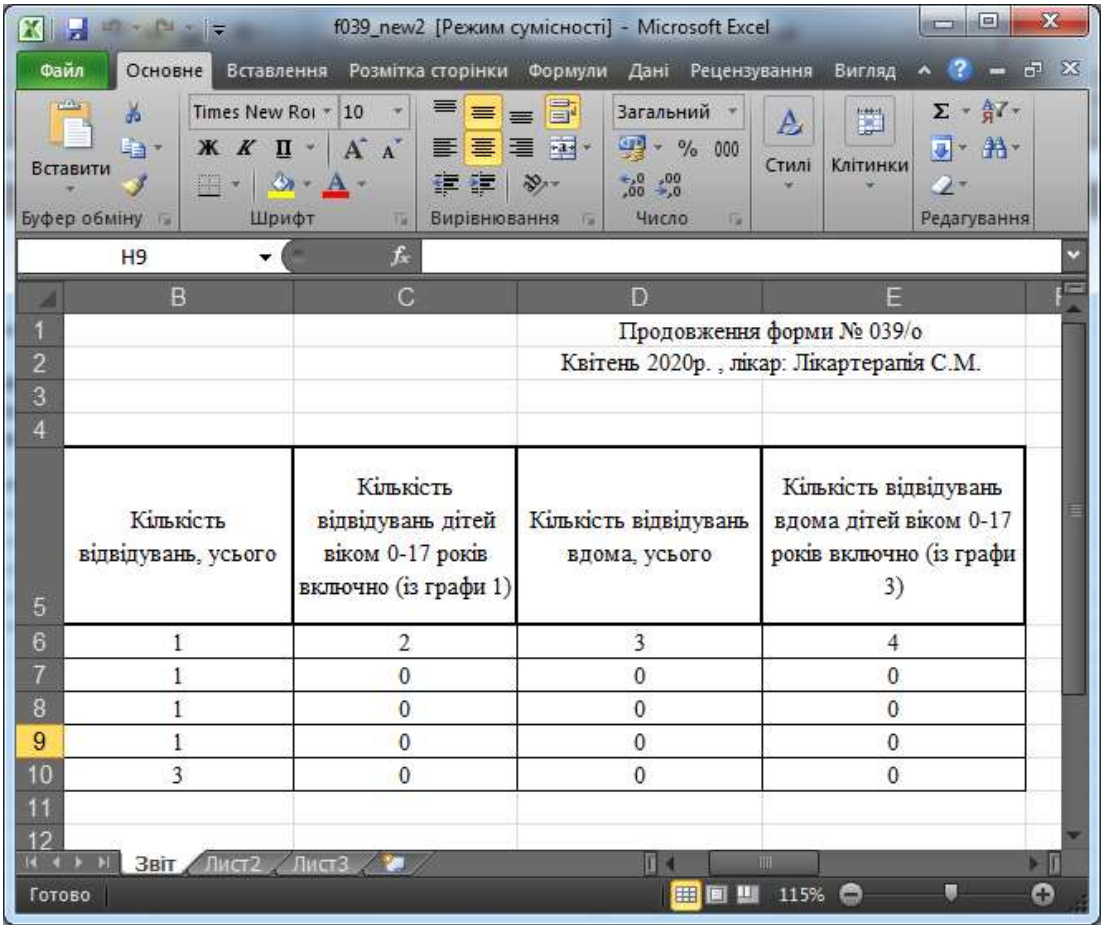
МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Форма первинної облікової документації
№ 039/о
ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
2 8 0 7 1 4 № 5 2 7

ВІДОМІСТЬ
обліку відвідувань пацієнтів
за квітень 2020

Прізвище, ім'я, по батькові лікаря/молодшого спеціаліста з медичною освітою
Байда К.Є.

Спеціальність лікаря/молодшого спеціаліста з медичною освітою
хірургія

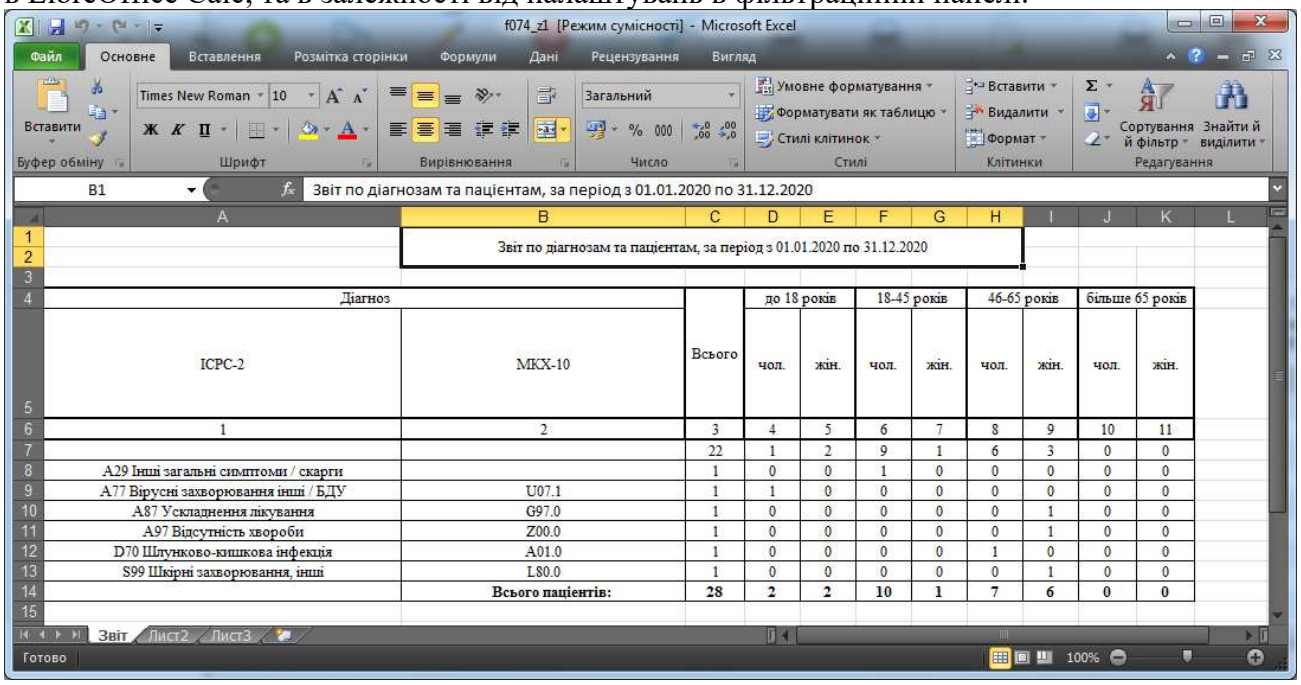
Сторінка: 1 з 1 | Слів: 115 | українська 80%



Продовження форми № 039/о
Квітень 2020р. , лікар: Лікартерапія С.М.

Кількість відвідувань, усього	Кількість відвідувань дітей віком 0-17 років включно (із графи 1)	Кількість відвідувань вдома, усього	Кількість відвідувань вдома дітей віком 0-17 років включно (із графи 3)
1	2	3	4
1	0	0	0
1	0	0	0
1	0	0	0
3	0	0	0

«Звіт» - формує звіт по діагнозам та пацієнтам за певний період в документ Excel або в LibreOffice Calc, та в залежності від налаштувань в фільтраційній панелі.

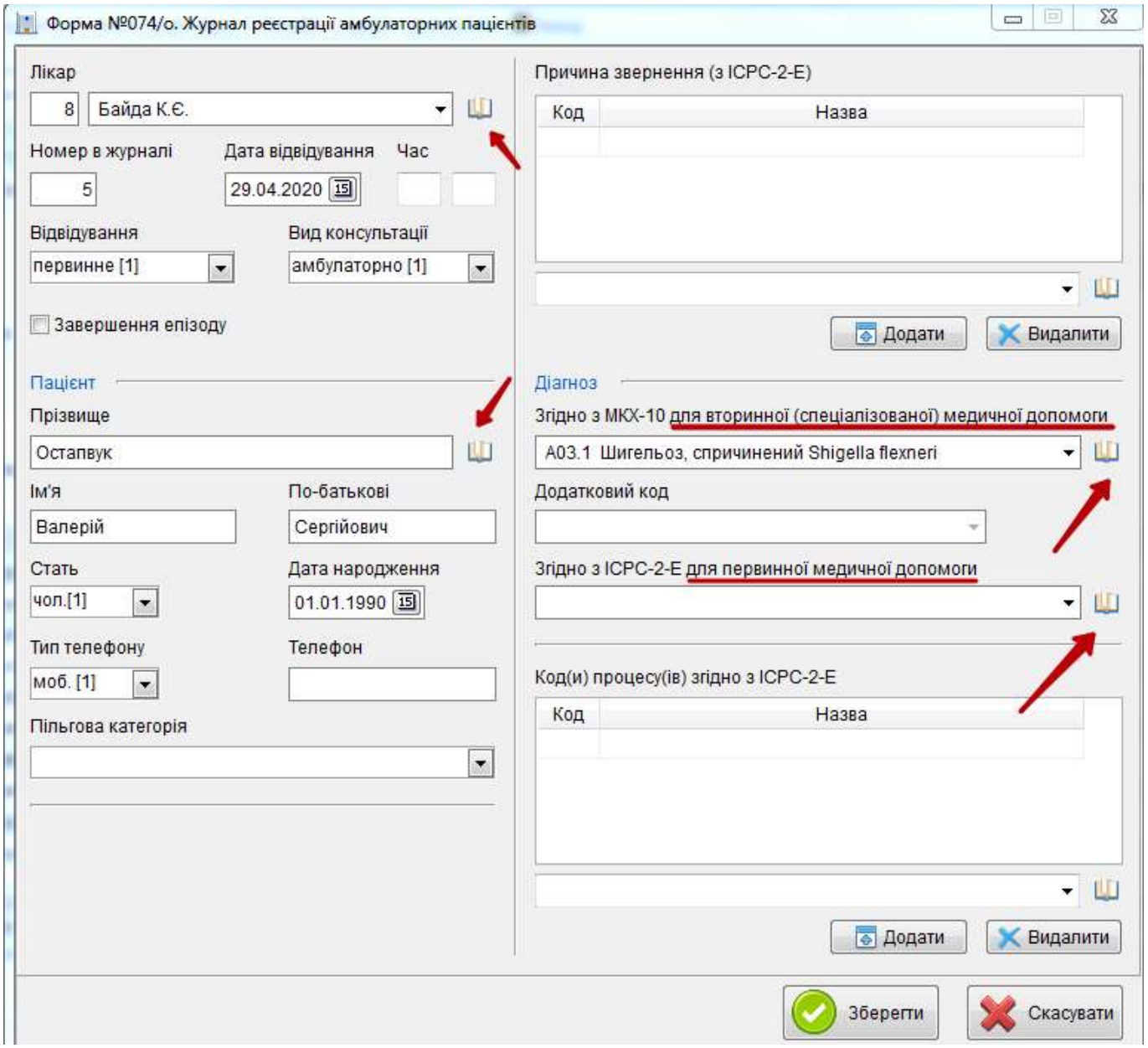


Звіт по діагнозам та пацієнтам, за період з 01.01.2020 по 31.12.2020

Діагноз		Всього	до 18 років		18-45 років		46-65 років		більше 65 років	
ICPC-2	МКХ-10		чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		22	1	2	9	1	6	3	0	0
A29 Інші загальні симптоми / скарги		1	0	0	1	0	0	0	0	0
A77 Вірусні захворювання інші / БДУ	U07.1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
A87 Ускладнення лікування	G97.0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
A97 Відсутність хвороби	Z00.0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
D70 Шлунково-кишкова інфекція	A01.0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
S99 Шкірні захворювання, інші	L80.0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
	Всього пацієнтів:	**28**	**2**	**2**	**10**	**1**	**7**	**6**	**0**	**0**

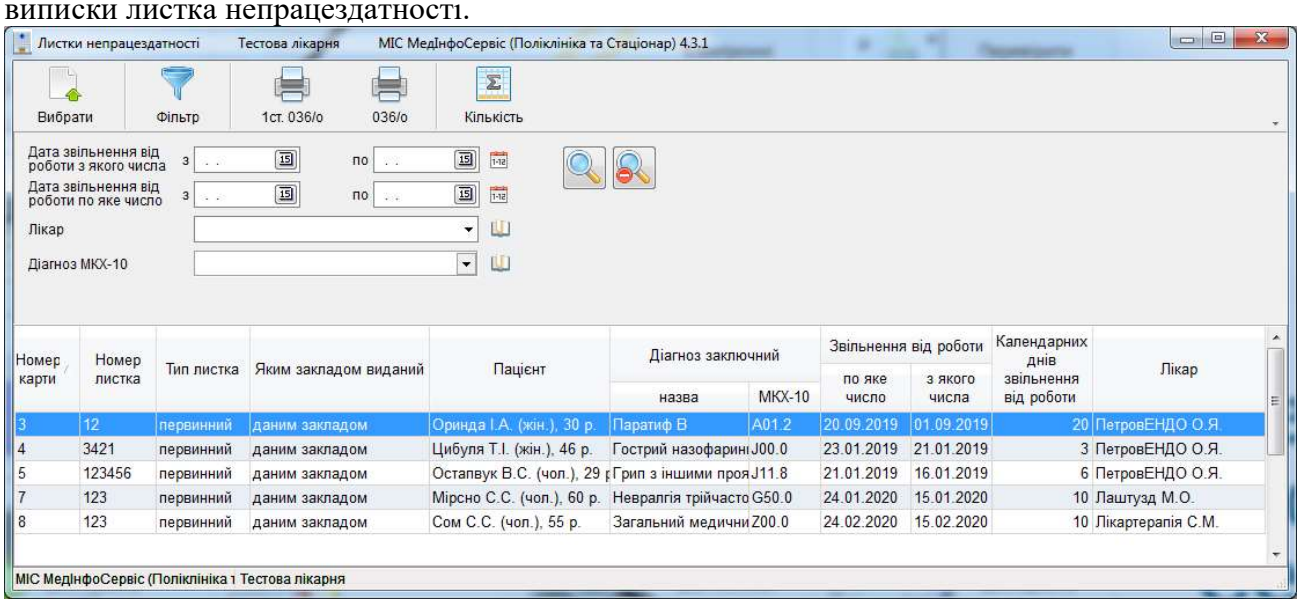
«Кількість» - розраховує кількість записів, в залежності від налаштування фільтраційної панелі.

Для **створення нового запису** в журналі необхідно натиснути **«Новий»**. У вікні, що з’явилось необхідно вказати всі дані по прийому амбулаторного пацієнта: дані по лікарю, час, вид консультації, відвідування, дані по пацієнту (при виборі пацієнта із бази – дані підтягнуться автоматично), вказати причину по ICPC-2, діагноз по ICPC-2 - для закладу первинної медичної допомоги, та МКХ-10 – для вторинної.

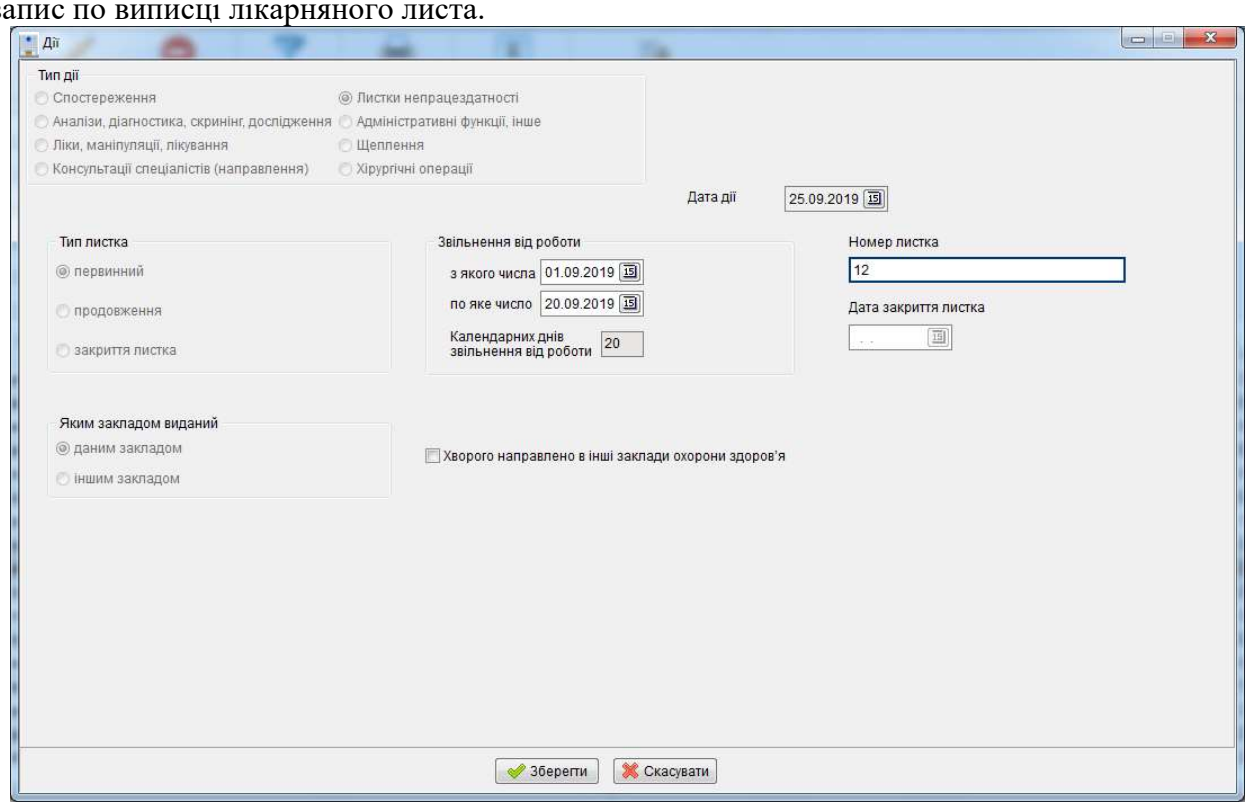


10.13 Форма 036/о «Журнал реєстрації листків непрацездатності»

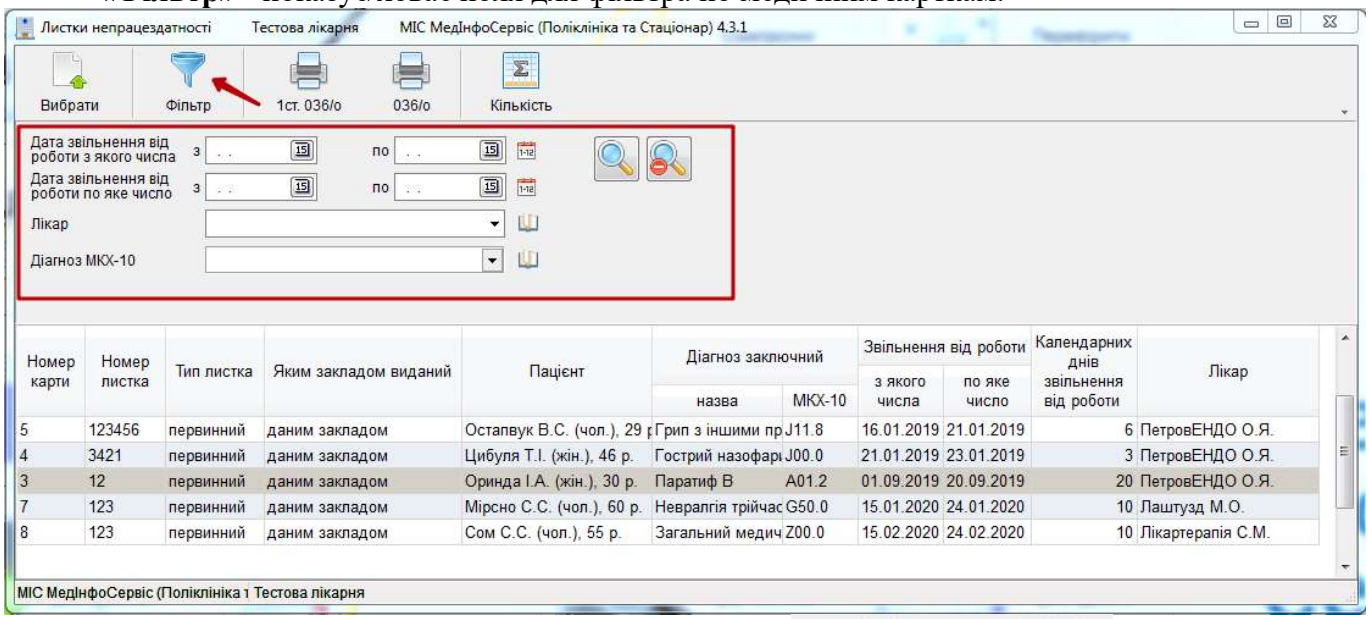
Форма 036/о автоматично заповнюється на підставі візитів, в яких була додана дія виписки листка непрацездатності.

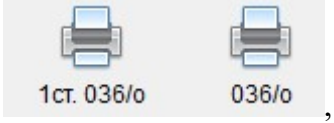


Натиснувши **«Вибрати»**, на верхній панелі, можна відкрити для перегляду відповідний запис по виписці лікарняного листа.

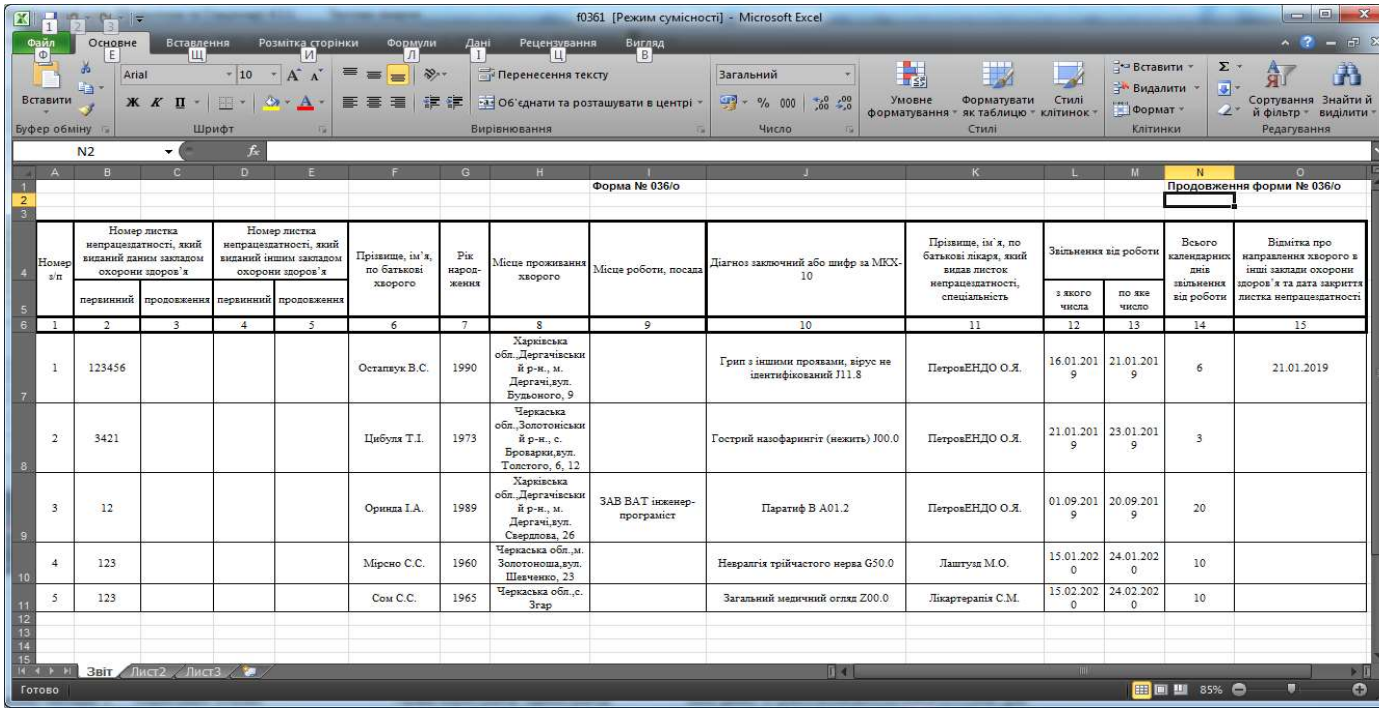


«Фільтр» - показує/ховає поля для фільтра по медичним карткам.



Для друку журналу використовують кнопки 

, де перша сторінка виводиться в документ Word або LibreOffice Writer, а таблиця в документ Excel або в LibreOffice Calc..



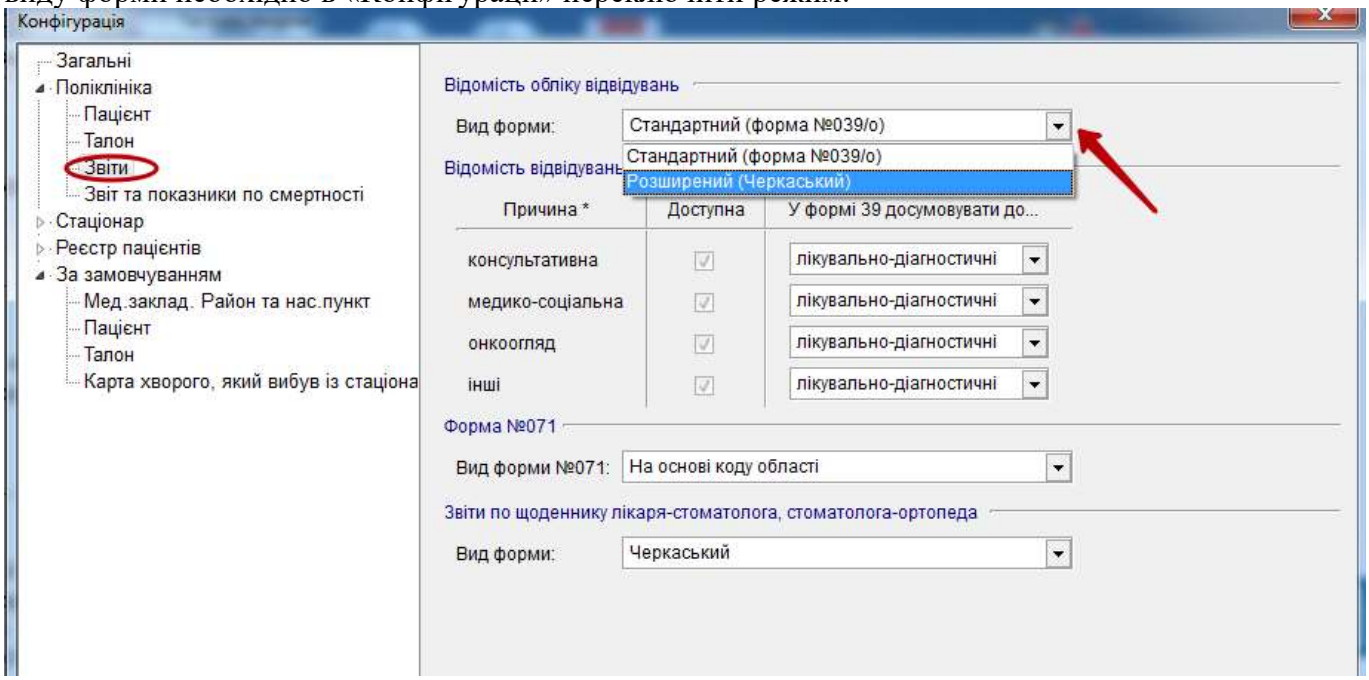
Форма № 036/о

Продовження форми № 036/о

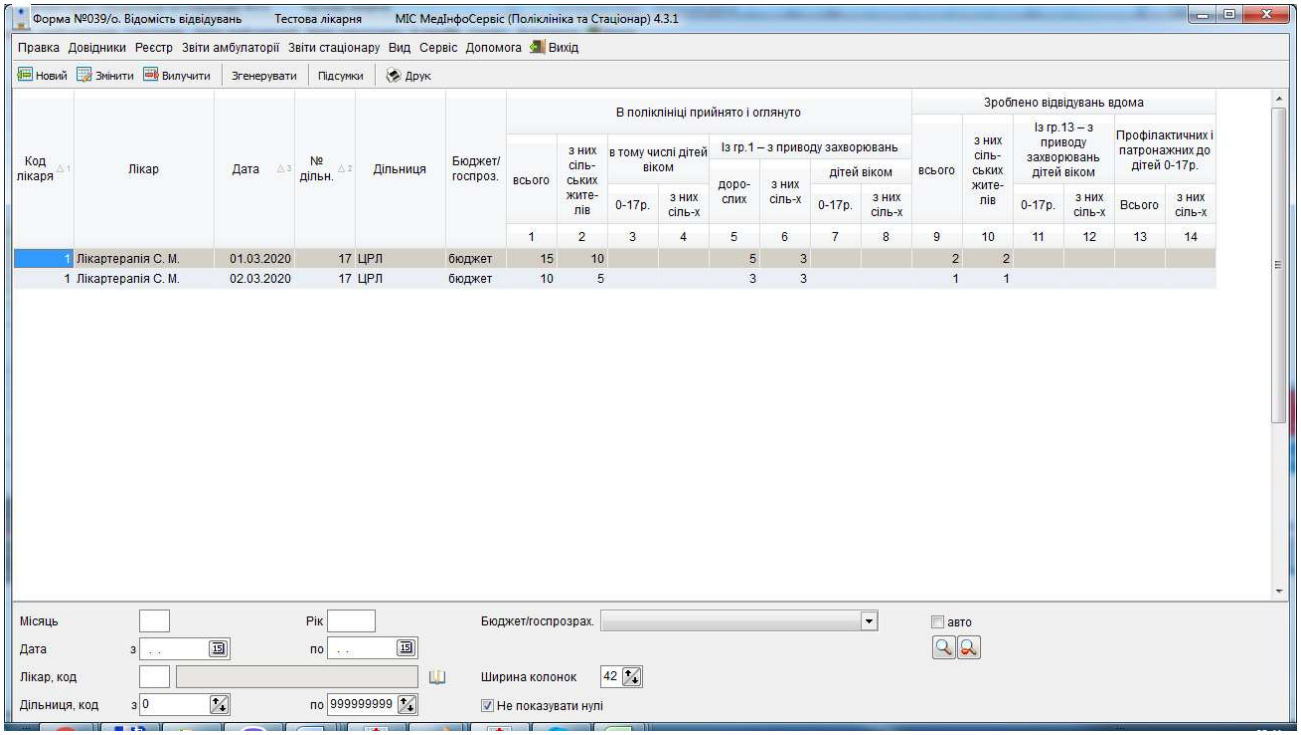
Номер з/п	Номер листка непрацездатності, який виданий даним закладом охорони здоров'я		Номер листка непрацездатності, який виданий іншим закладом охорони здоров'я		Прізвище, ім'я, по батькові хворого	Рік народження	Місце проживання хворого	Місце роботи, посада	Діагноз заключний або шифр за МКХ-10	Прізвище, ім'я, по батькові лікаря, який видав листок непрацездатності, спеціальність	Звільнення від роботи		Всього календарних днів звільнення від роботи	Відмітка про направлення хворого в інші заклади охорони здоров'я та дата закриття листка непрацездатності
	первинний	продовження	первинний	продовження							з якого числа	по яке число		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	123456				Остапчук В.С.	1990	Харківська обл.,Дергачівський р-н., м. Дергачі,вул. Будьоного, 9		Грип з іншими проявами, вірус не ідентифікований J11.8	ПетровЕНДО О.Я.	16.01.2019	21.01.2019	6	21.01.2019
2	3421				Цибуля Т.І.	1973	Черкаська обл.,Золотоніський р-н., с. Броварки,вул. Толстого, 6, 12		Гострий назофарингіт (нежить) J00.0	ПетровЕНДО О.Я.	21.01.2019	23.01.2019	3	
3	12				Оринда І.А.	1989	Харківська обл.,Дергачівський р-н., м. Дергачі,вул. Свердлова, 26	ЗАВ ВАТ інженер-програміст	Паратиф В А01.2	ПетровЕНДО О.Я.	01.09.2019	20.09.2019	20	
4	123				Мірсно С.С.	1960	Черкаська обл.,м. Золотоноша,вул. Шевченко, 23		Невралгія трійчастого нерва G50.0	Лаштуд М.О.	15.01.2020	24.01.2020	10	
5	123				Сом С.С.	1965	Черкаська обл.,с. Згар		Загальний медичний огляд Z00.0	Лікартерапія С.М.	15.02.2020	24.02.2020	10	

10.14 Відомість обліку відвідувань (ф.039/о)

В програмі представлена у вигляді двох форм. **«Стандартна (ф.039/о)»** та **«Розширена (Черкаська)»** - більш розширений варіант, розроблений для Черкаської області. Для зміни виду форми необхідно в «Конфігурації» переключити режим.

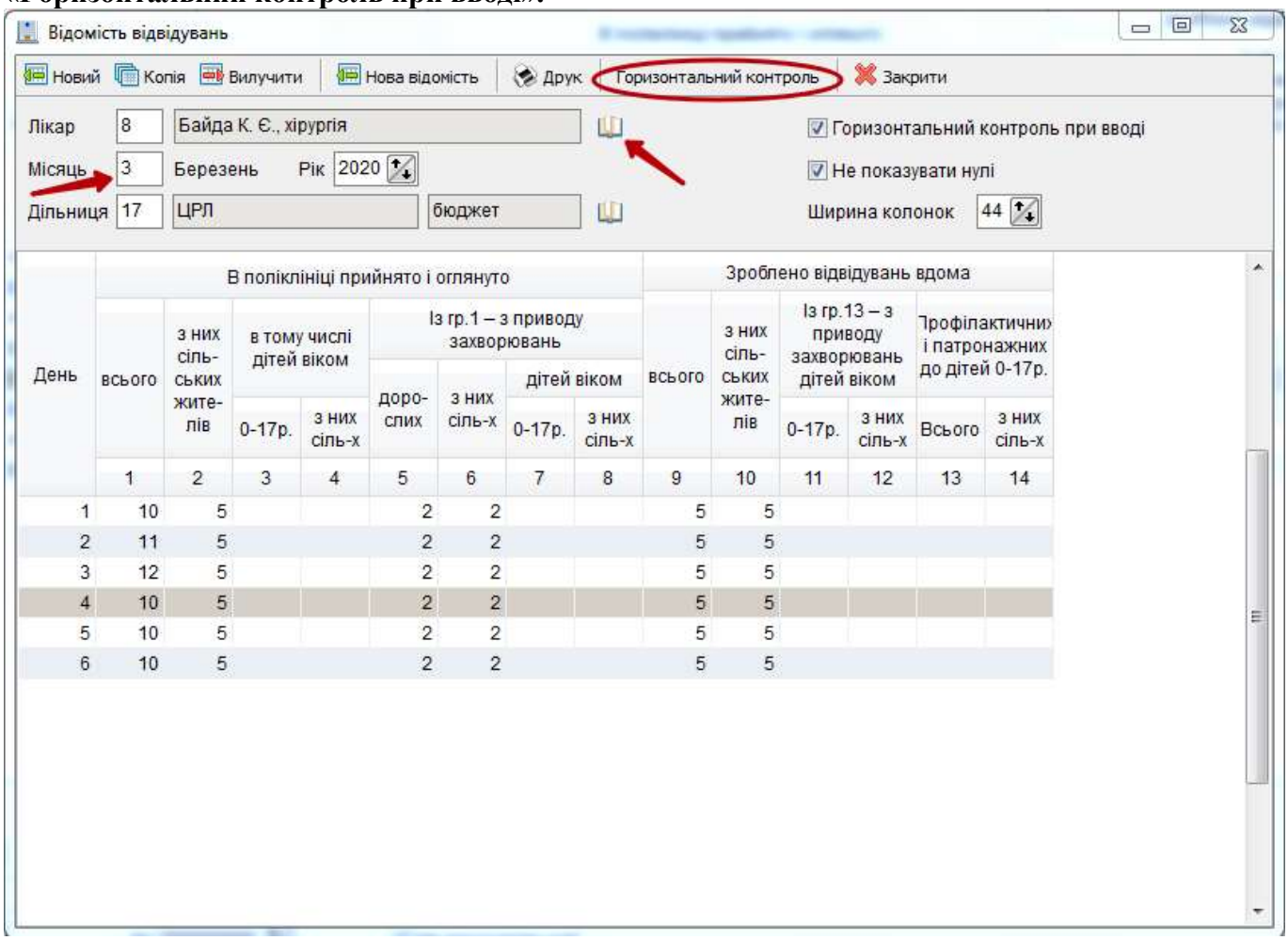


Стандартна відомість містить дані про відвідування лікаря пацієнтом, на основі яких формується звіт про роботу лікарів (форма № 20, таблиця 2100).



Для внесення нового запису по лікарю, необхідно натиснути кнопку «Новий», після чого відкриється форма редагування, яка має можливість введення окремого щоденника в табличному вигляді.

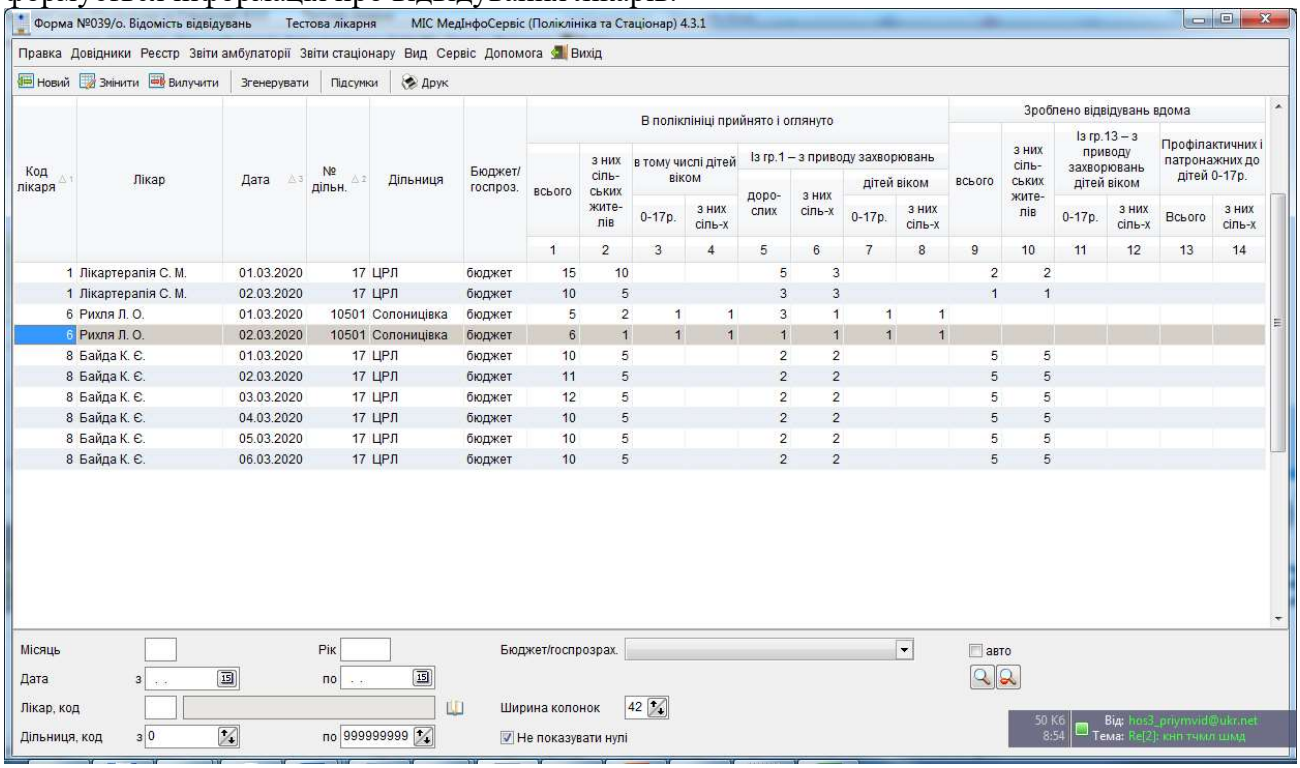
Перш за все, необхідно обрати лікаря та вказати місяць, після цього програма дає можливість вносити дані, які можна копіювати, вилучати або роздруковувати зі відповідними кнопками у верхній частині вікна. Для зручності і внесенні коректності даних можна виконати перевірку за допомогою кнопки **«Горизонтальний контроль»**, або ввімкнувши режим **«Горизонтальний контроль при вводі».**



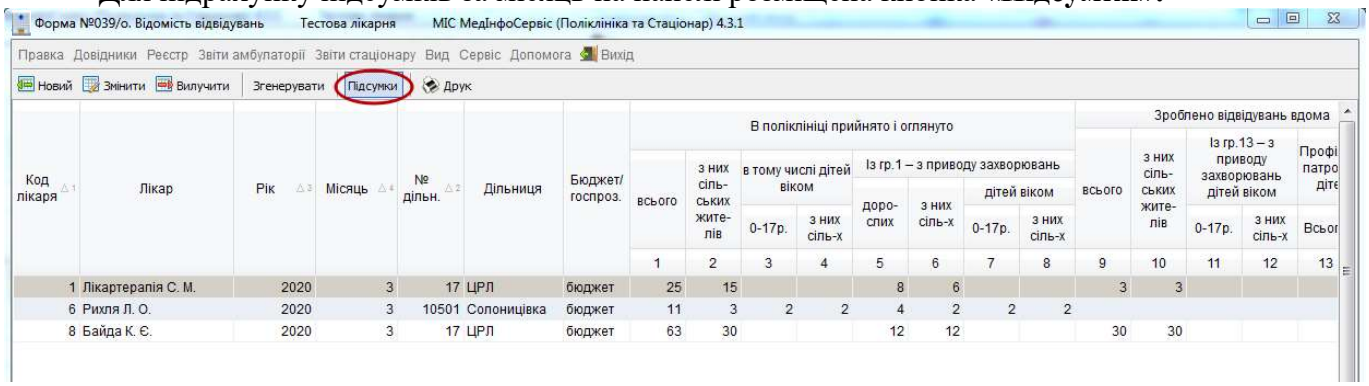
День	В поліклініці прийнято і оглянуто								Зроблено відвідувань вдома					
	всього	з них сільських жителів	в тому числі дітей віком		Із гр.1 – з приводу захворювань				всього	з них сільських жителів	Із гр.13 – з приводу захворювань дітей віком		Профілактичних і патронажних до дітей 0-17р.	
			0-17р.	з них сіль-х	дорослих	з них сіль-х	дітей віком 0-17р.	дітей віком з них сіль-х			0-17р.	з них сіль-х	Всього	з них сіль-х
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	10	5			2	2			5	5				
2	11	5			2	2			5	5				
3	12	5			2	2			5	5				
4	10	5			2	2			5	5				
5	10	5			2	2			5	5				
6	10	5			2	2			5	5				

Після внесення даних по відомості одного лікаря, не закриваючі вікна, можна заповнити відвідування по наступному лікарю – натиснувши **«Нова відомість»**.

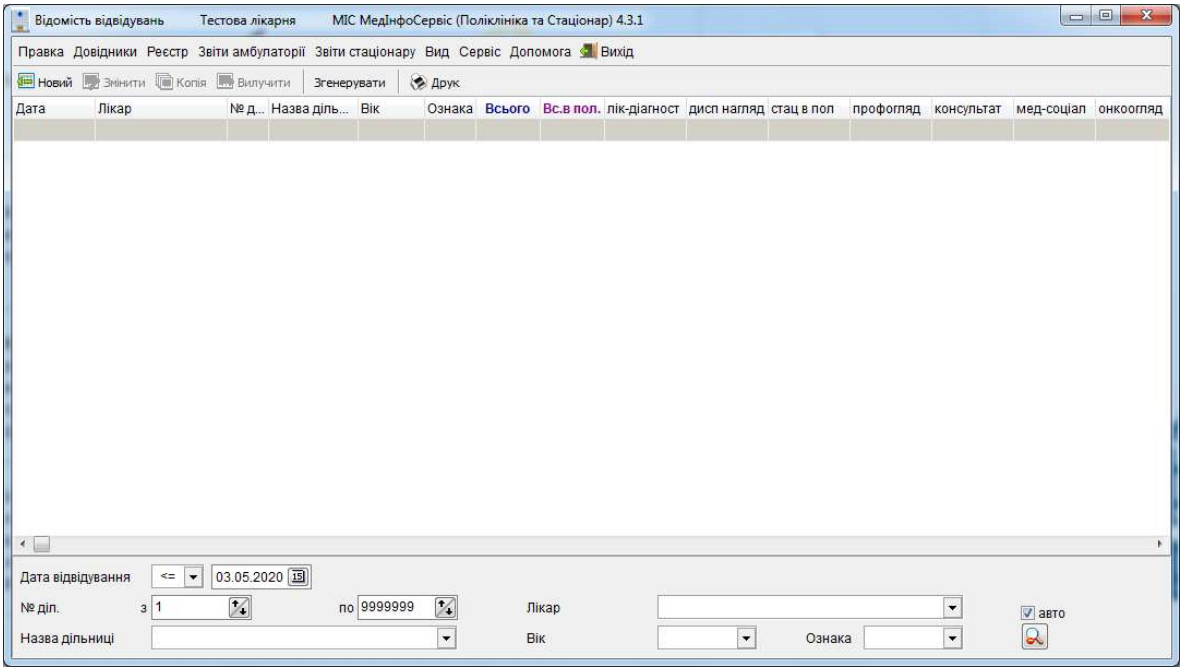
При натисканні кнопки **«Закрити»** програма повертає в головне вікно відомості, де формується інформація про відвідування лікарів.



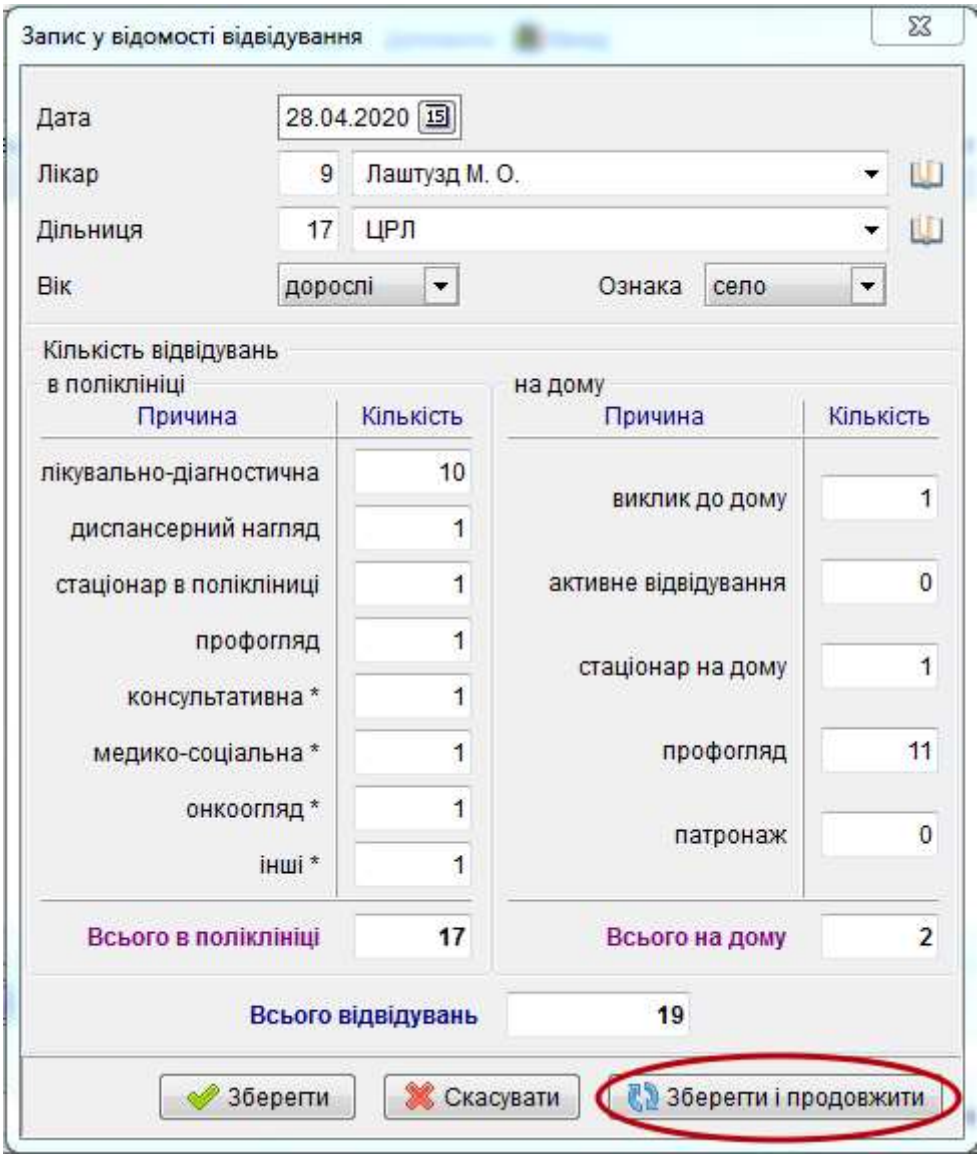
Для підрахунку підсумків за місяць на панелі розміщена кнопка **«Підсумки».**



Розширена форма відрізняється від стандартної по структурі таблиці, та можливості вносити відвідування не за місяць в цілому, а по дням.

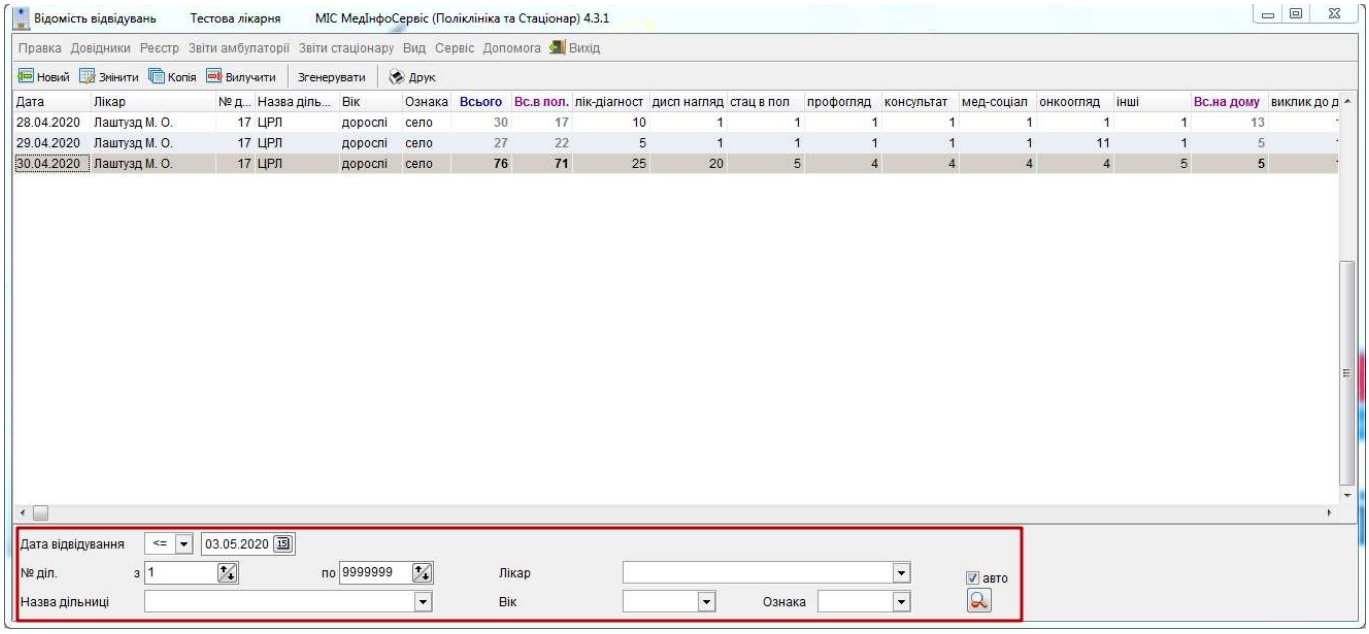


Вікно внесення запису має такий же принцип заповнення, як і в стандартній формі, але підсумки **«Всього в поліклініці»**, **«Всього на дому»** та **«Всього відвідувань»** підраховується автоматично.



Форма редагування має можливість збереження поточного запису з одночасним створенням нового на основі попереднього.

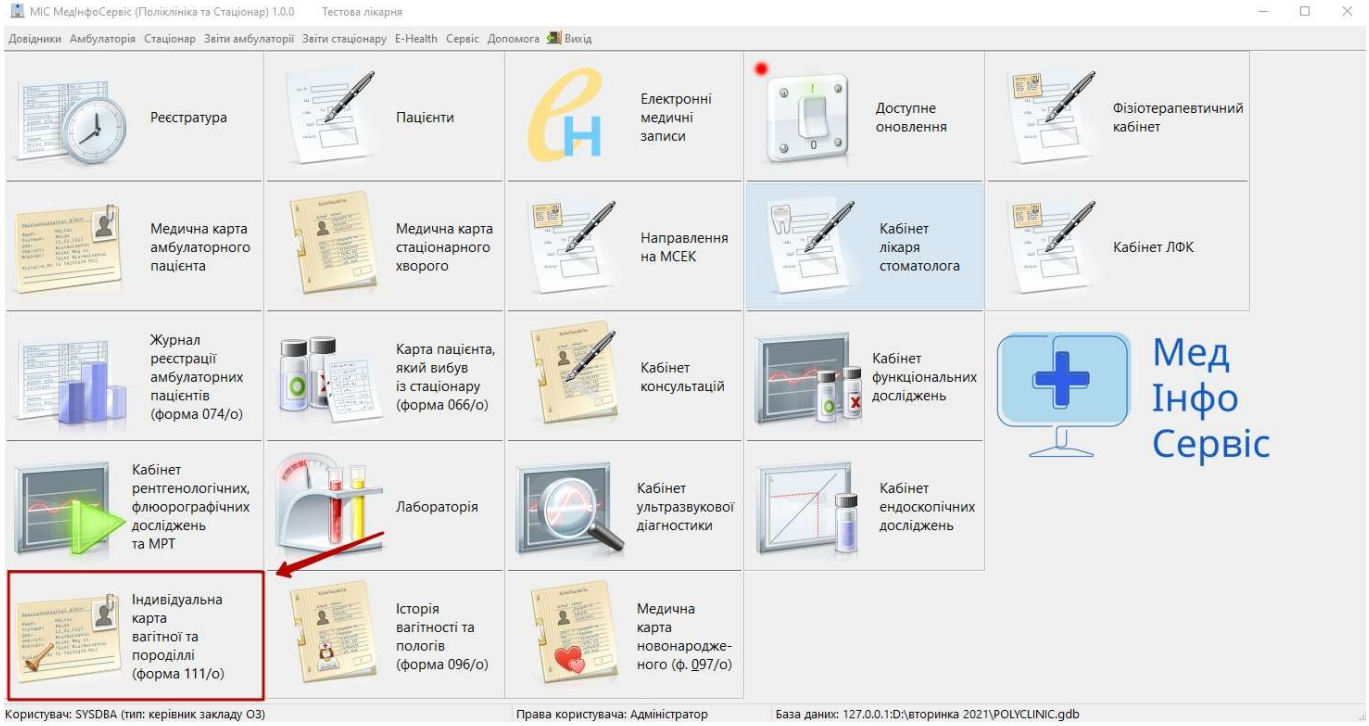
Головне вікно відомості із заповненими даними має вигляд



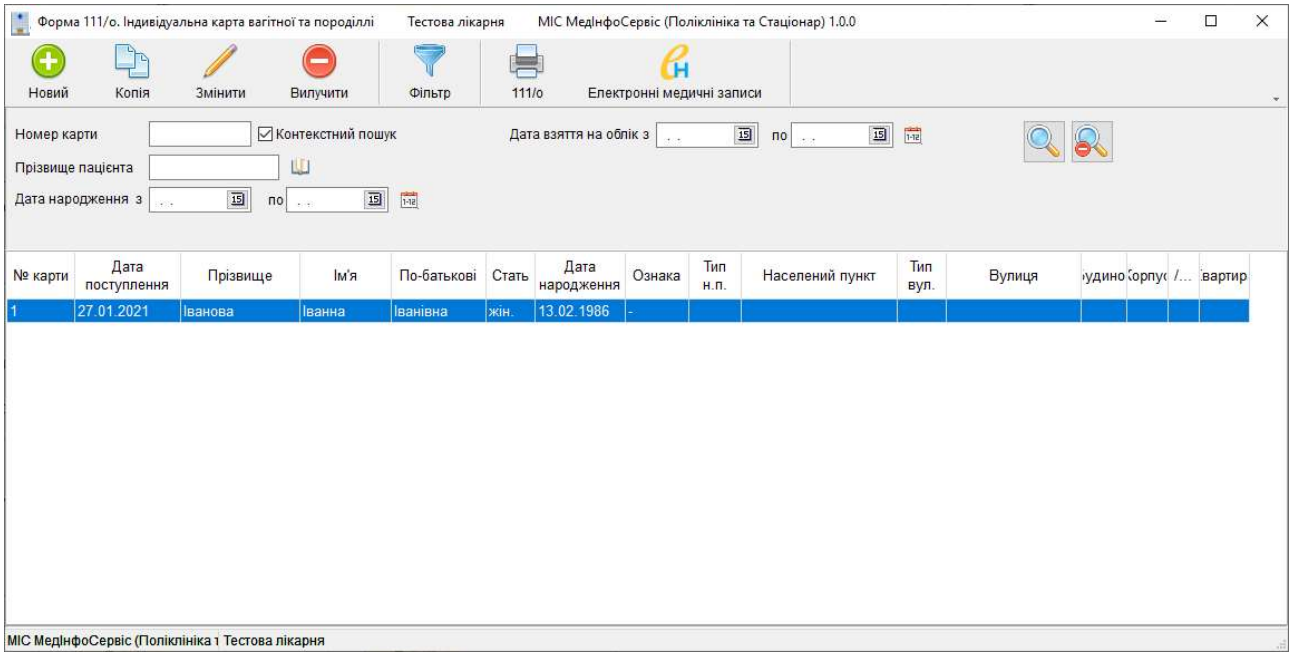
Для зручності внизу вікна розміщена фільтраційна панель, за допомогою якої легко відфільтрувати необхідні записи, ввівши для цього потрібні параметри.

10.15 Форма 111/о «Індивідуальна карта вагітної та породіллі»

Знайти форму можна в пункті меню **«Амбулаторія»** та, для зручності, її розміщено на головному вікні програми, яке з’являється після запуску програми.

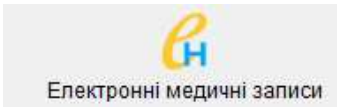


“Індивідуальна карта вагітної і породіллі” (форма № 111/о) заповнюється на кожну вагітну, яка звернулась в жіночу консультацію з метою збереження вагітності.



Містить список карток пацієнтів з усіма необхідними даними. Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити медичну карту для пацієнта, **«Копія»** - копіює карту, **«Змінити»** - відкривається картка для внесення змін, **«Вилучити»** - видаляє запис; **«Фільтр»** - показує/ховає поля для фільтра по медичним карткам;

- друк форми

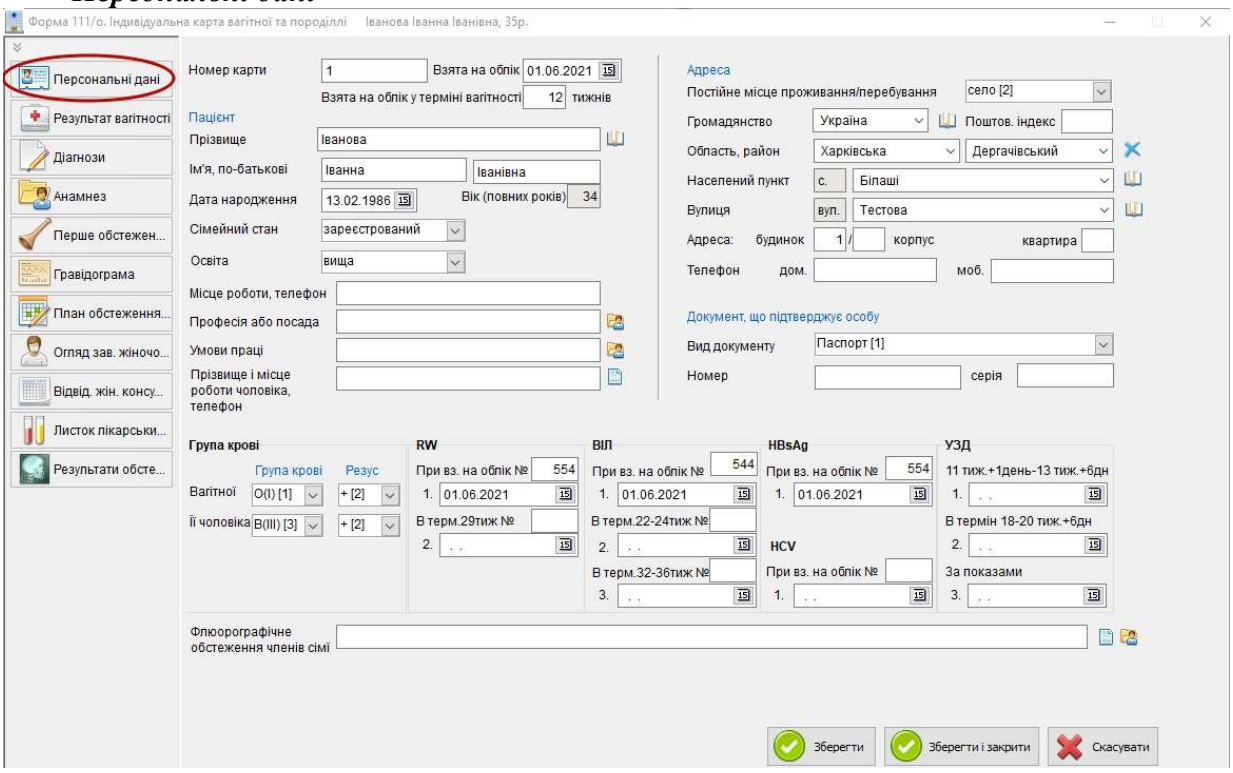
«Електронні медичні записи» 

- перехід до електронних медичних записів обраного із списку пацієнта.

«Кількість» - розраховує кількість записів, в залежності від налаштування фільтраційної панелі.

Індивідуальна карта містить вкладки, при переході між якими, дані автоматично зберігаються.

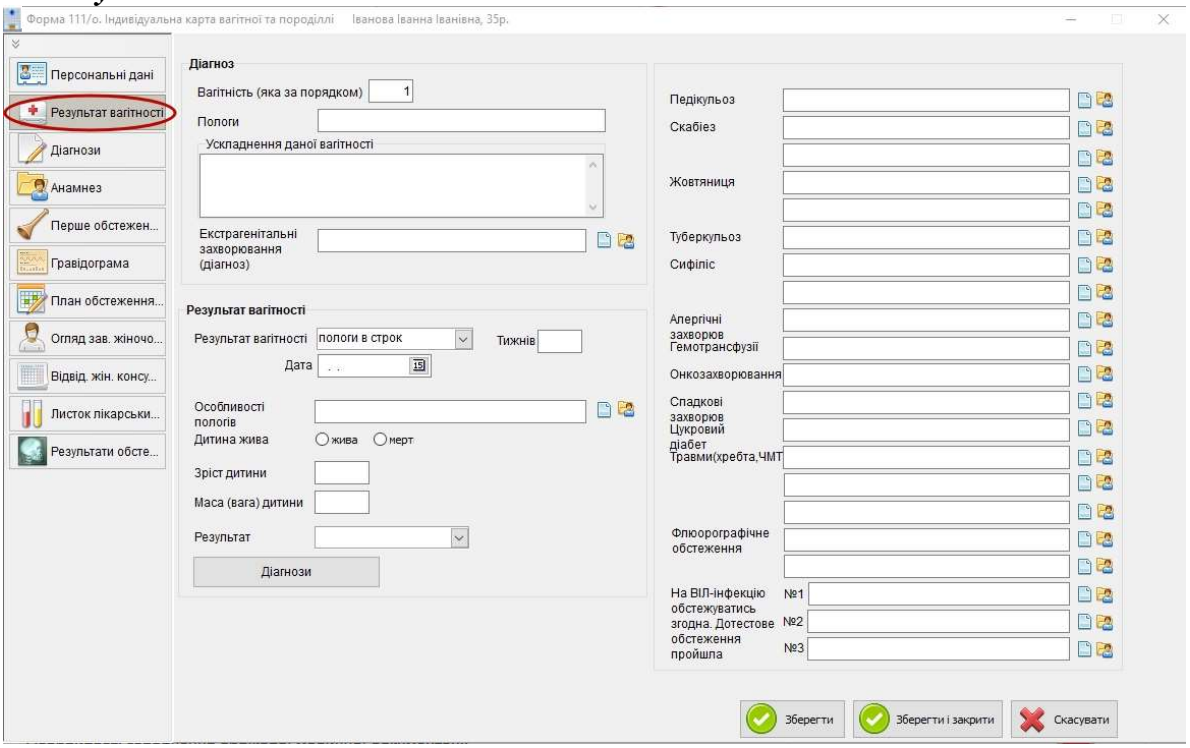
Персональні дані



Зазначаються номер індивідуальної карти, дані про пацієнта (дата та час госпіталізації, прізвище, ім’я, по батькові хворого, стать, дата народження), назва та номер документа, що посвідчує особу; місце роботи, посада; постійне місце проживання/перебування тощо.

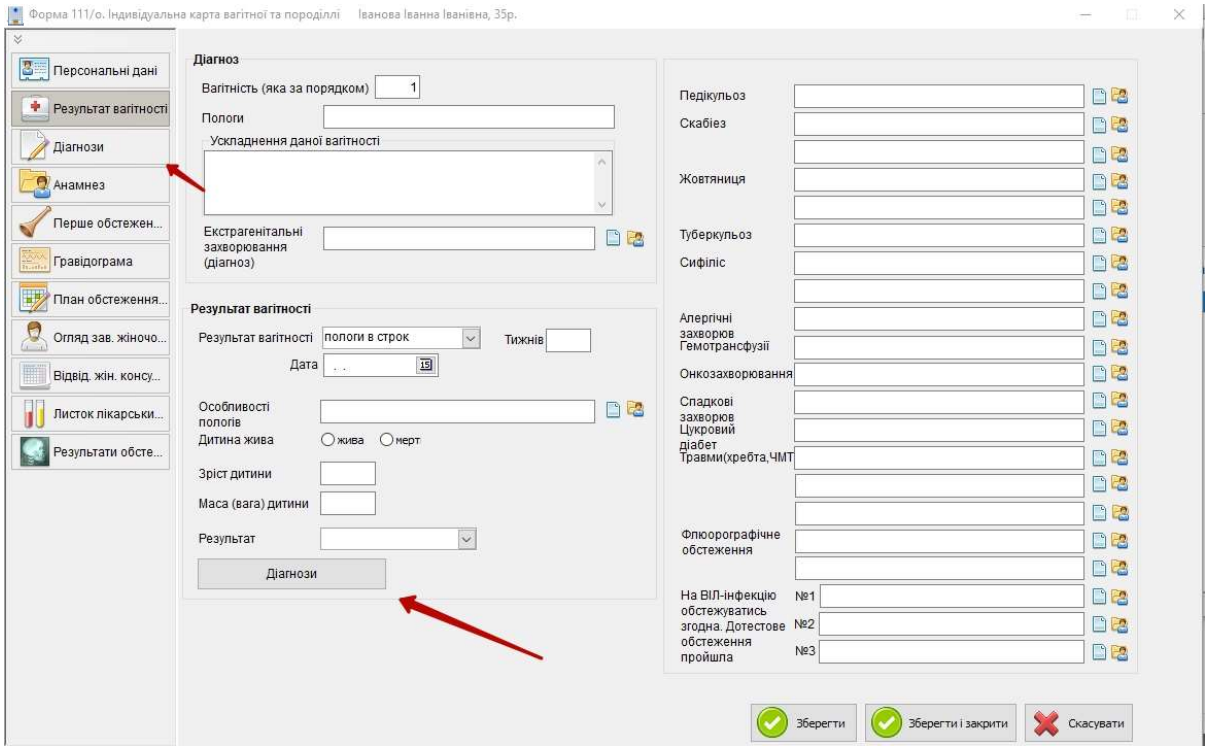
Кнопка - дозволяє обрати дані із довідників.

Результат вагітності

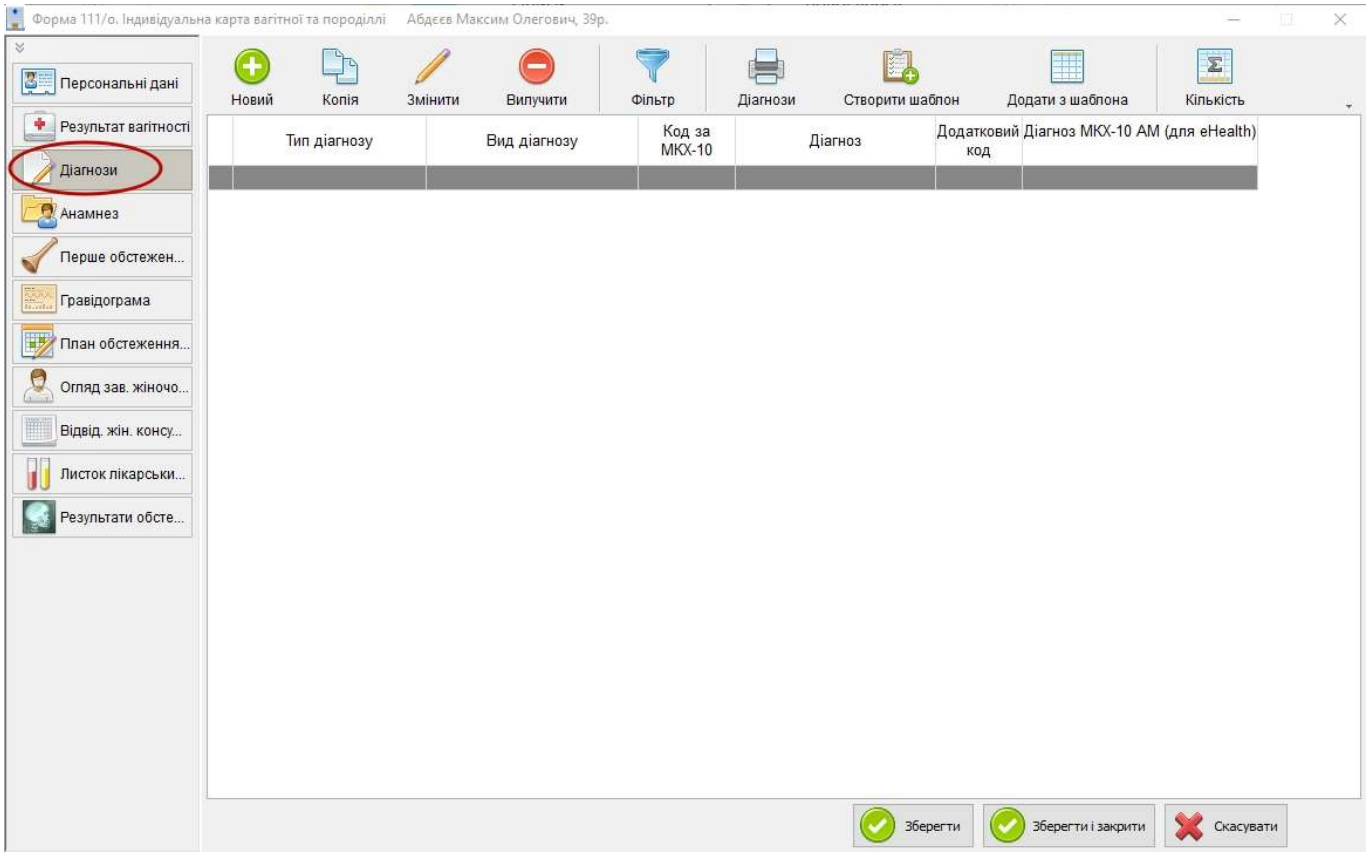


Заповнюються відповідні поля по діагнозу, результату вагітності і перенесених хворобах.

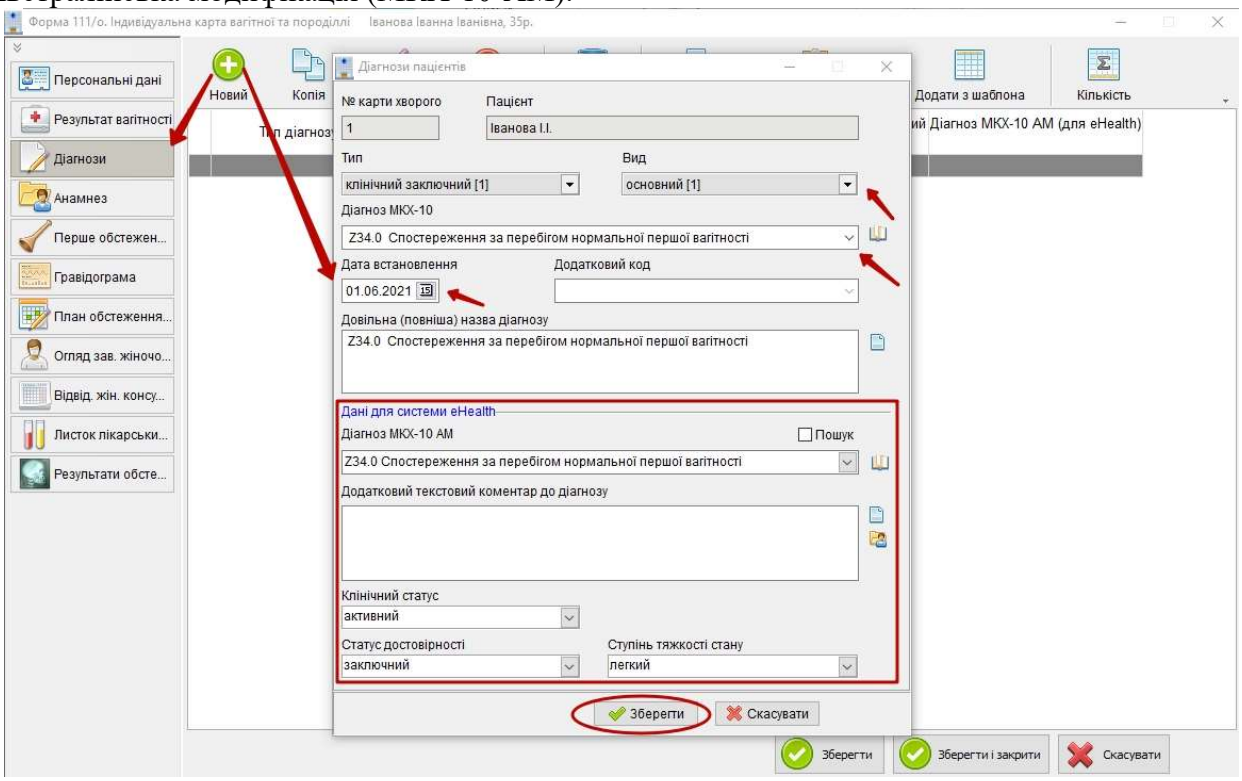
За допомогою кнопки «Діагнози» можна обрати необхідний із відповідної вкладки.



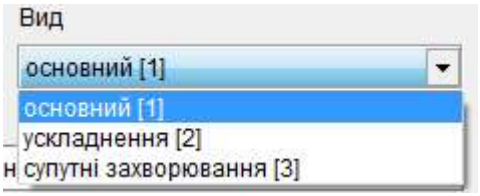
Діагнози

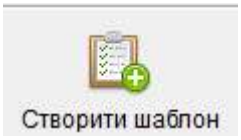


В даній закладці необхідно обов’язково відмітити всі діагнози (основний, супутній та ускладнення) при госпіталізації та під час перебування в стаціонарі із кодом захворювання згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я Десятого перегляду (МКХ-10) та обов’язково заповнити дані для E-Health - відповідний код за Національний класифікатор НК 025:2019 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я» гармонізований з Міжнародним статистичним класифікатором хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду, Австралійська модифікація (МКХ-10-АМ).

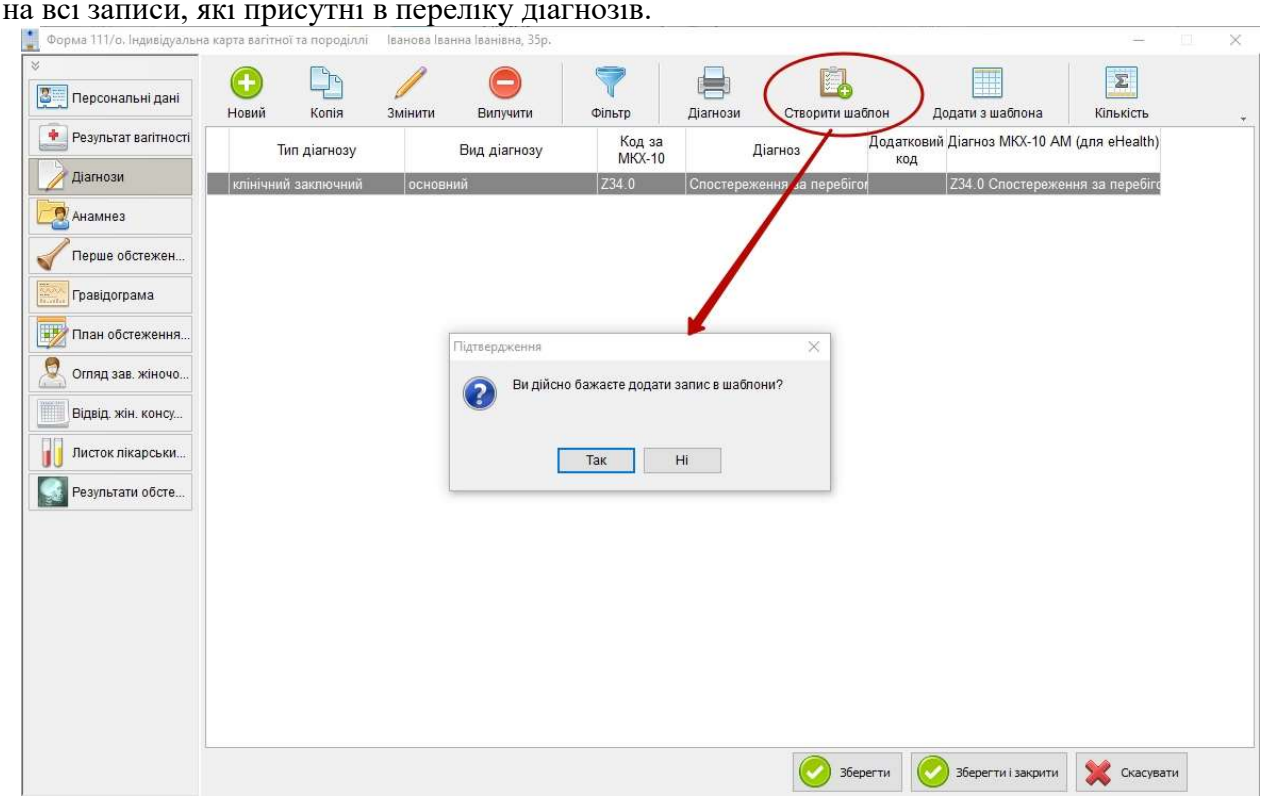


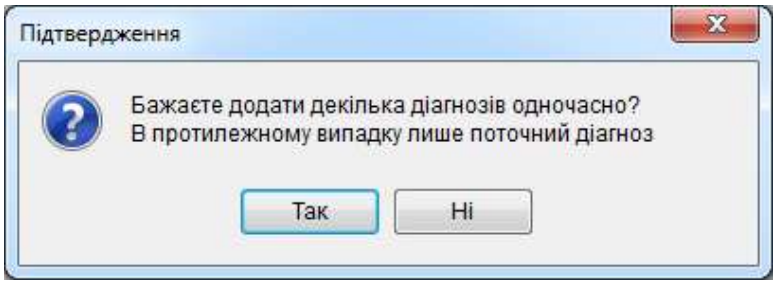
Таким чином вказати всі супутні діагнози та ускладнення.



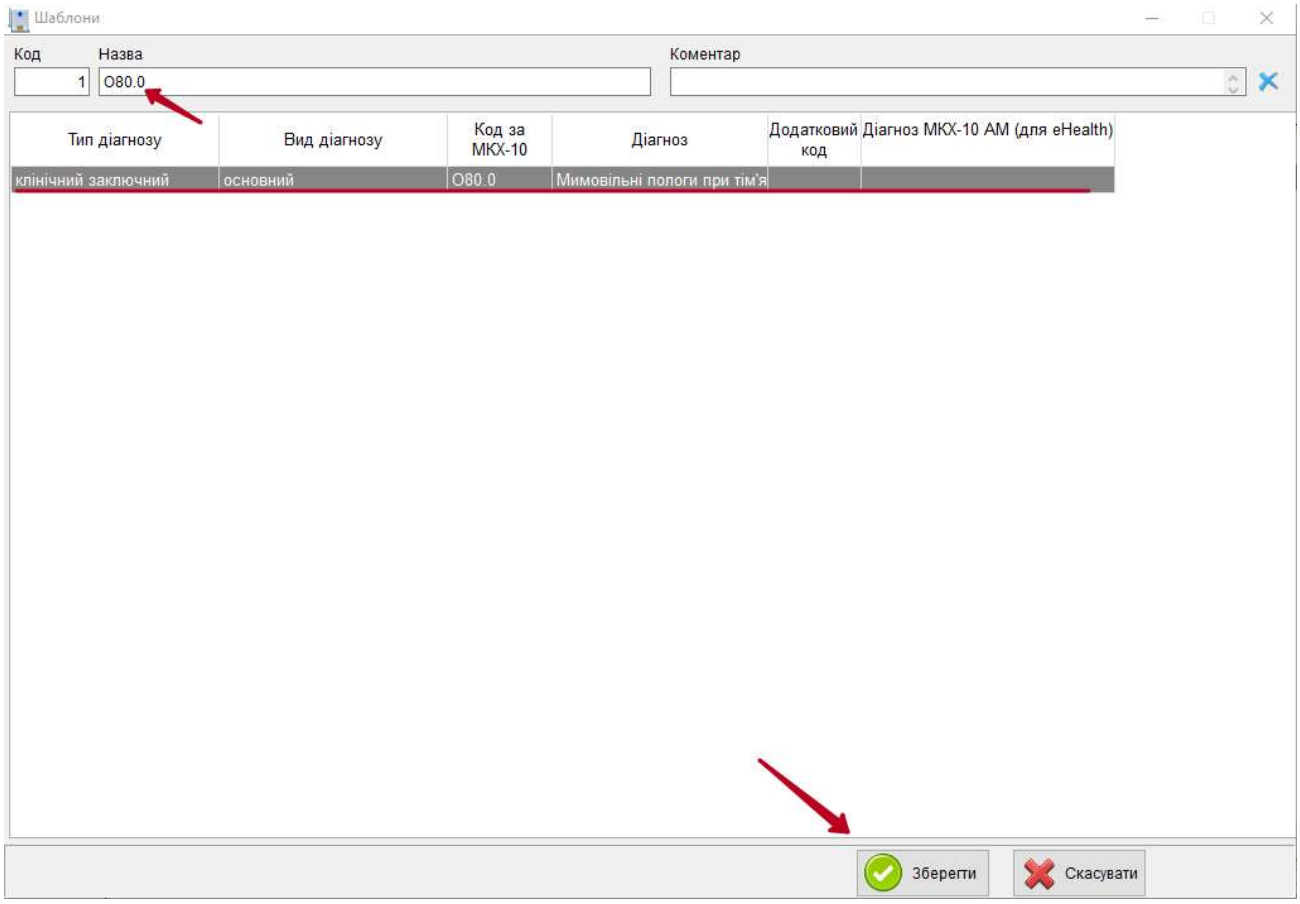


- дає можливість створити шаблон на лікарський засіб із вже створеною схемою прийому. Можна створити шаблон на один запис (обраний зі списку) чи на всі записи, які присутні в переліку діагнозів.

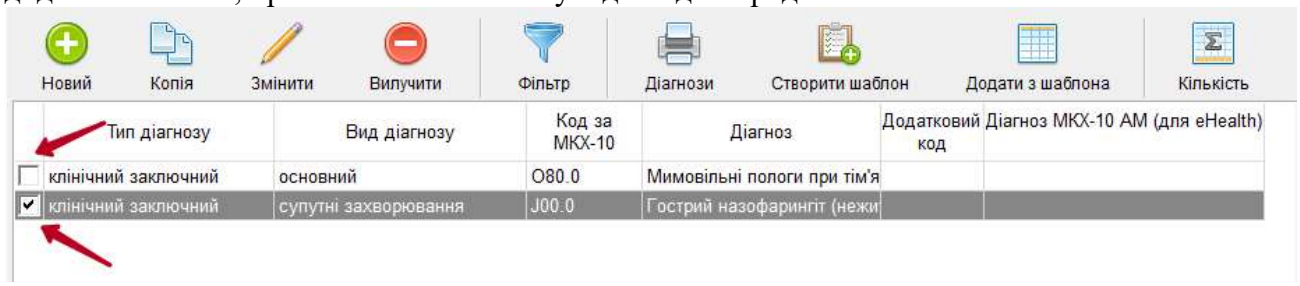




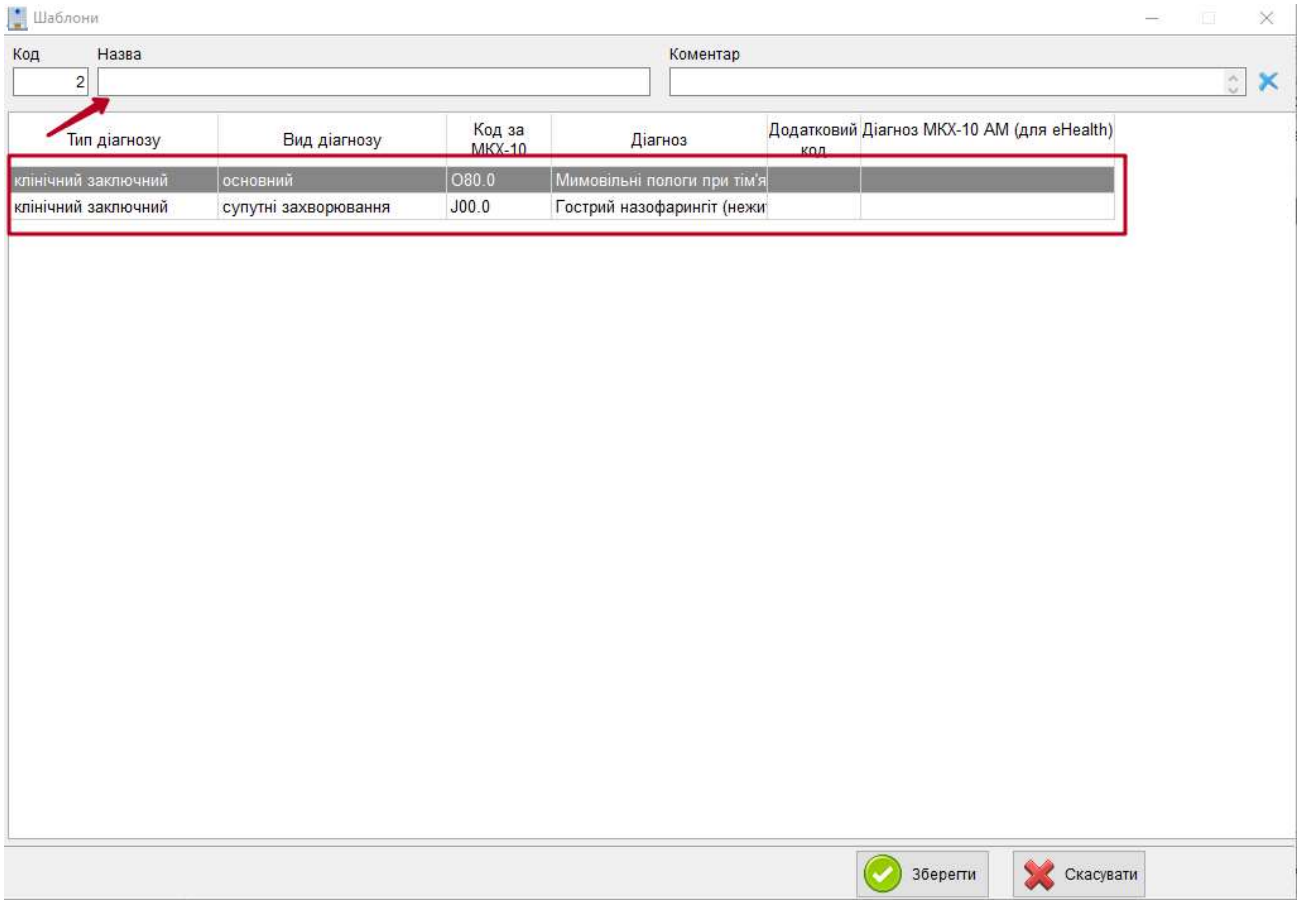
У випадку негативної відповіді, відкриється вікно шаблону і з внесеним одним (обраний зі списку) діагноз. Необхідно внести назву шаблону і натиснути кнопку «Зберегти».



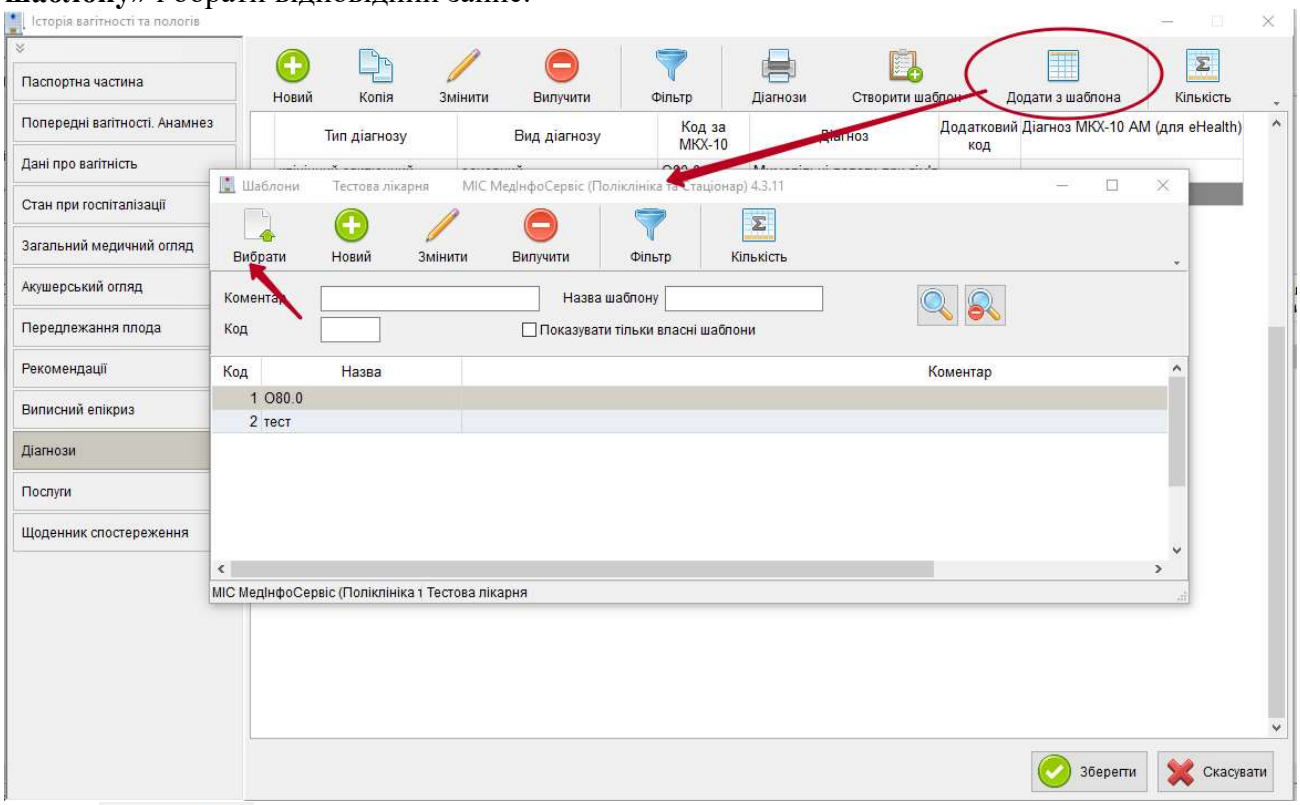
У разі позитивної відповіді, буде можливість обрати, які саме діагнози бажаєте додати в шаблон, проставивши галочки у відповідних рядках.



Потім необхідно знову натиснути кнопку **«Створити шаблон»,** після чого відкриється вікно шаблону із переліком внесених діагнозів. Вносимо назву шаблону і натискаємо **«Зберегти».**

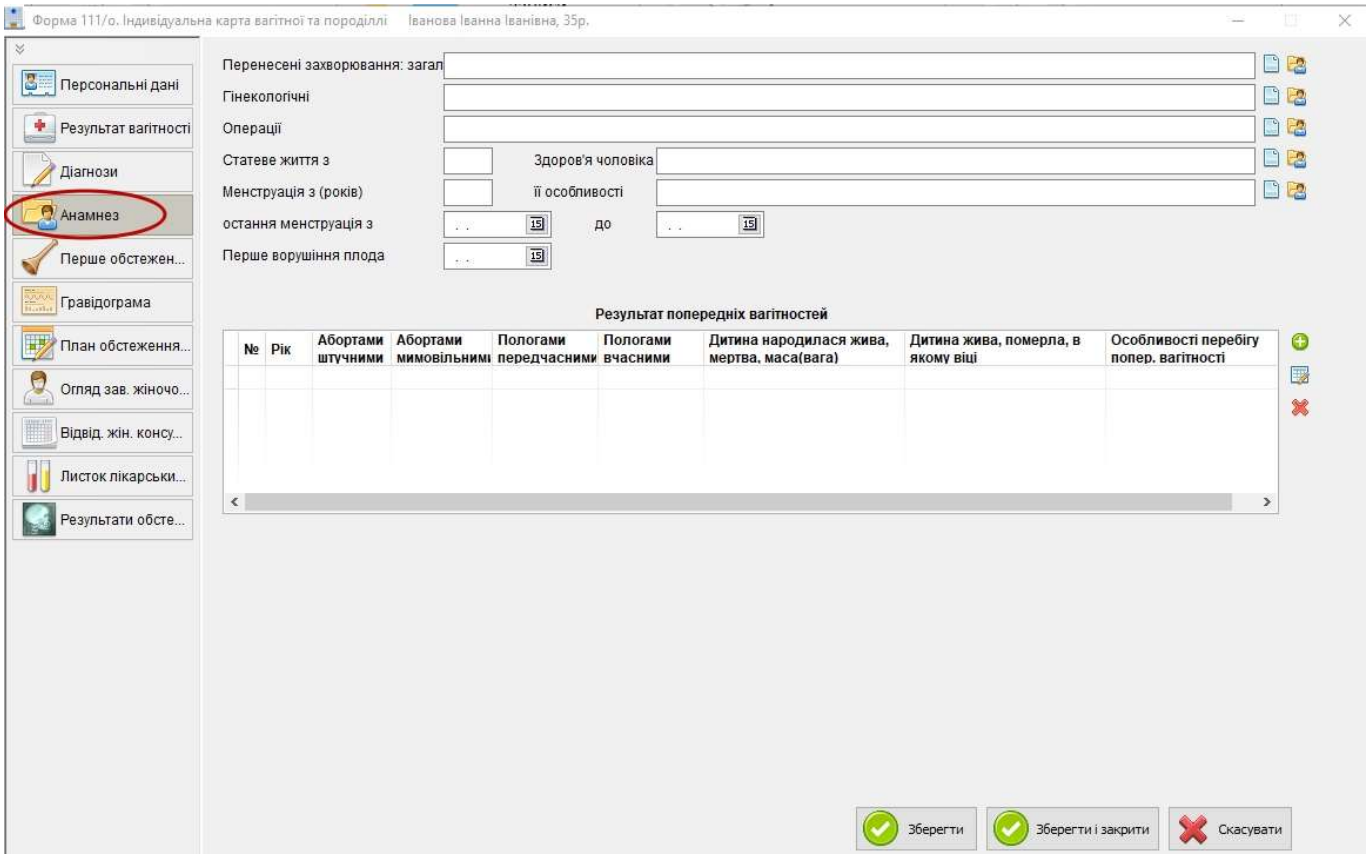


Для того, щоб використати створені шаблони, слід натиснути кнопку **«Додати із шаблону»** і обрати відповідний запис.



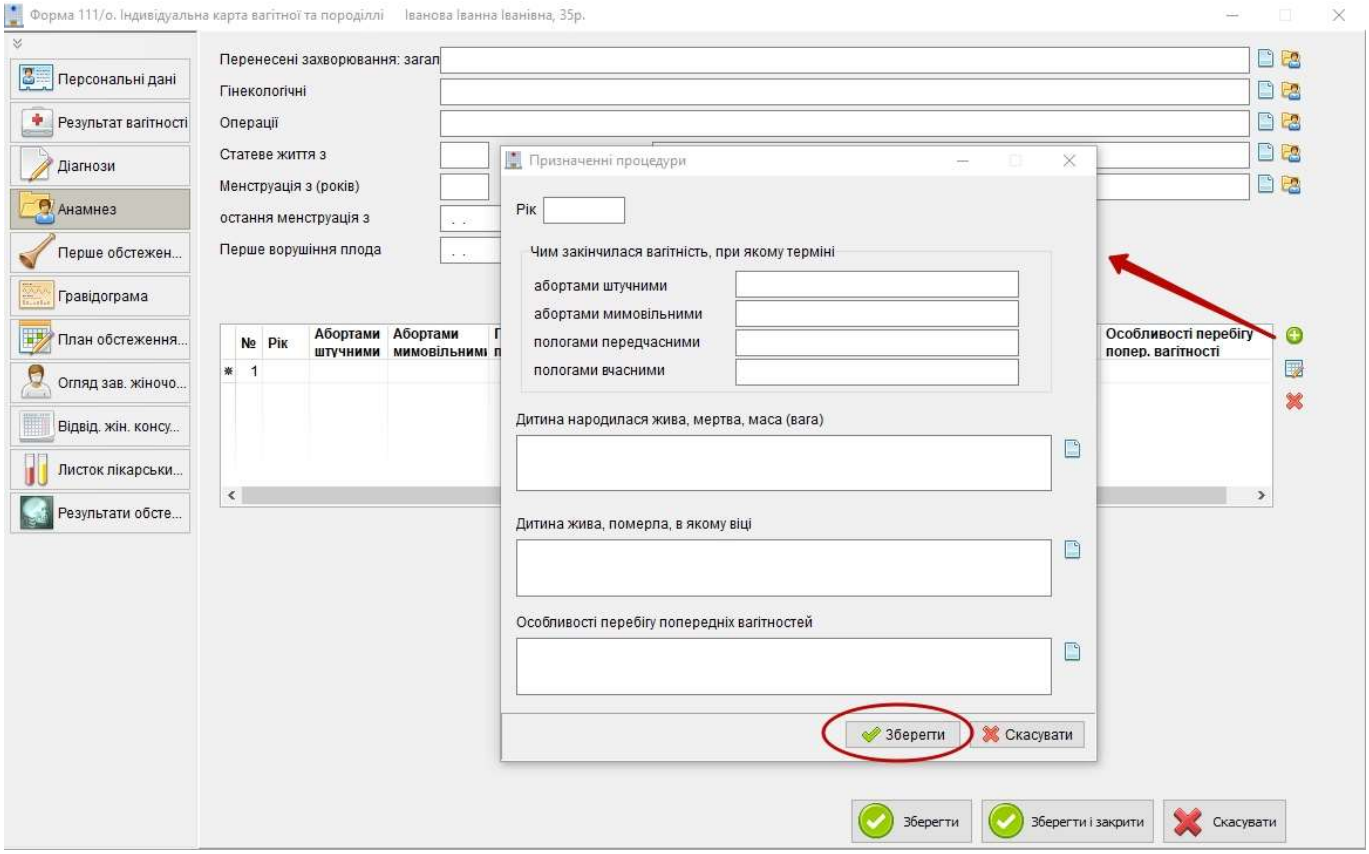
- формує список записів в документ Excel або в LibreOffice Calc, та в залежності від налаштувань в фільтраційній панелі

Анамнез

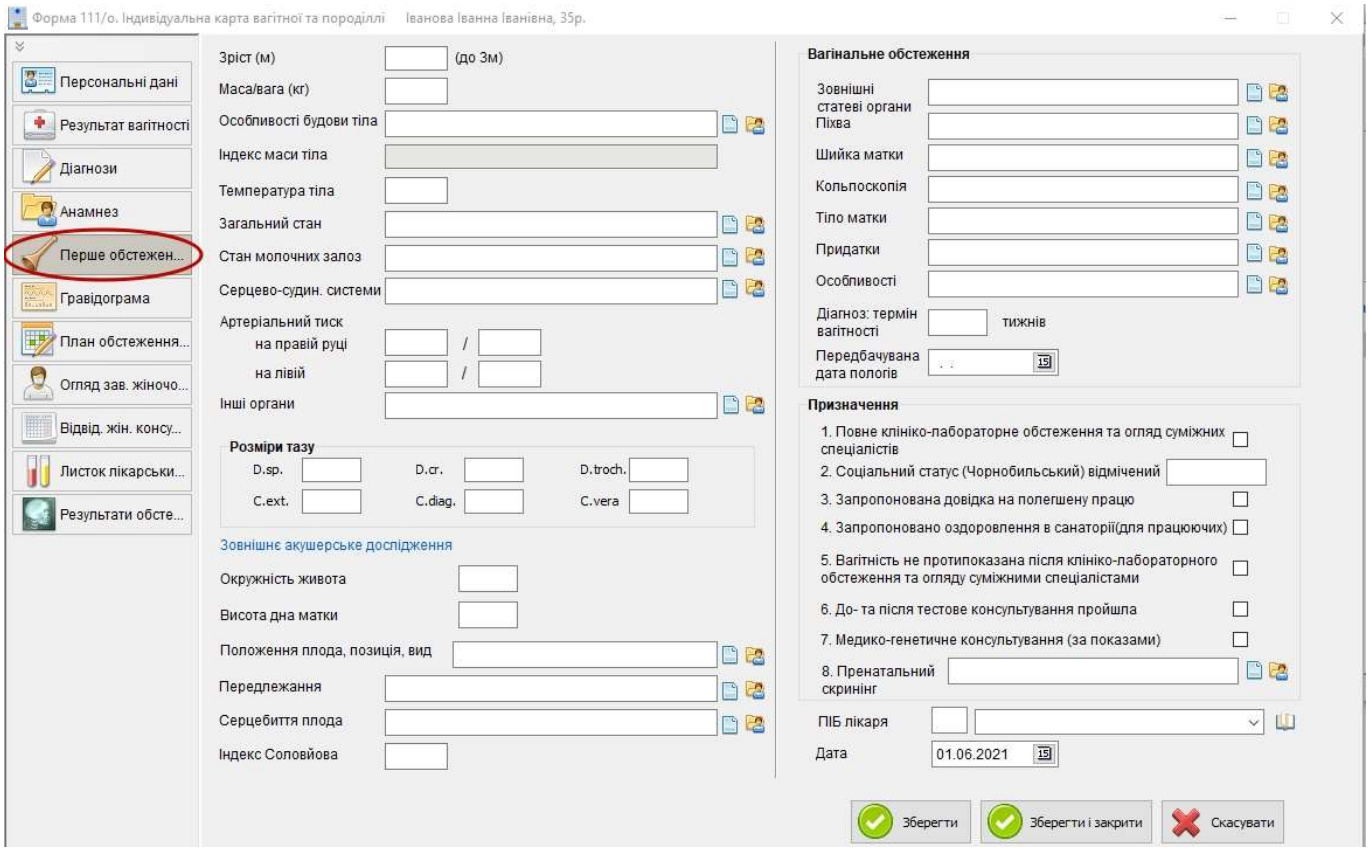


Біля текстових полів, для зручності присутні кнопка , за допомогою яких можна створити власні шаблони і в подальшому їх використовувати.

Всі рядки таблиці **«Результат попередніх вагітностей»** додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , .



Перше обстеження

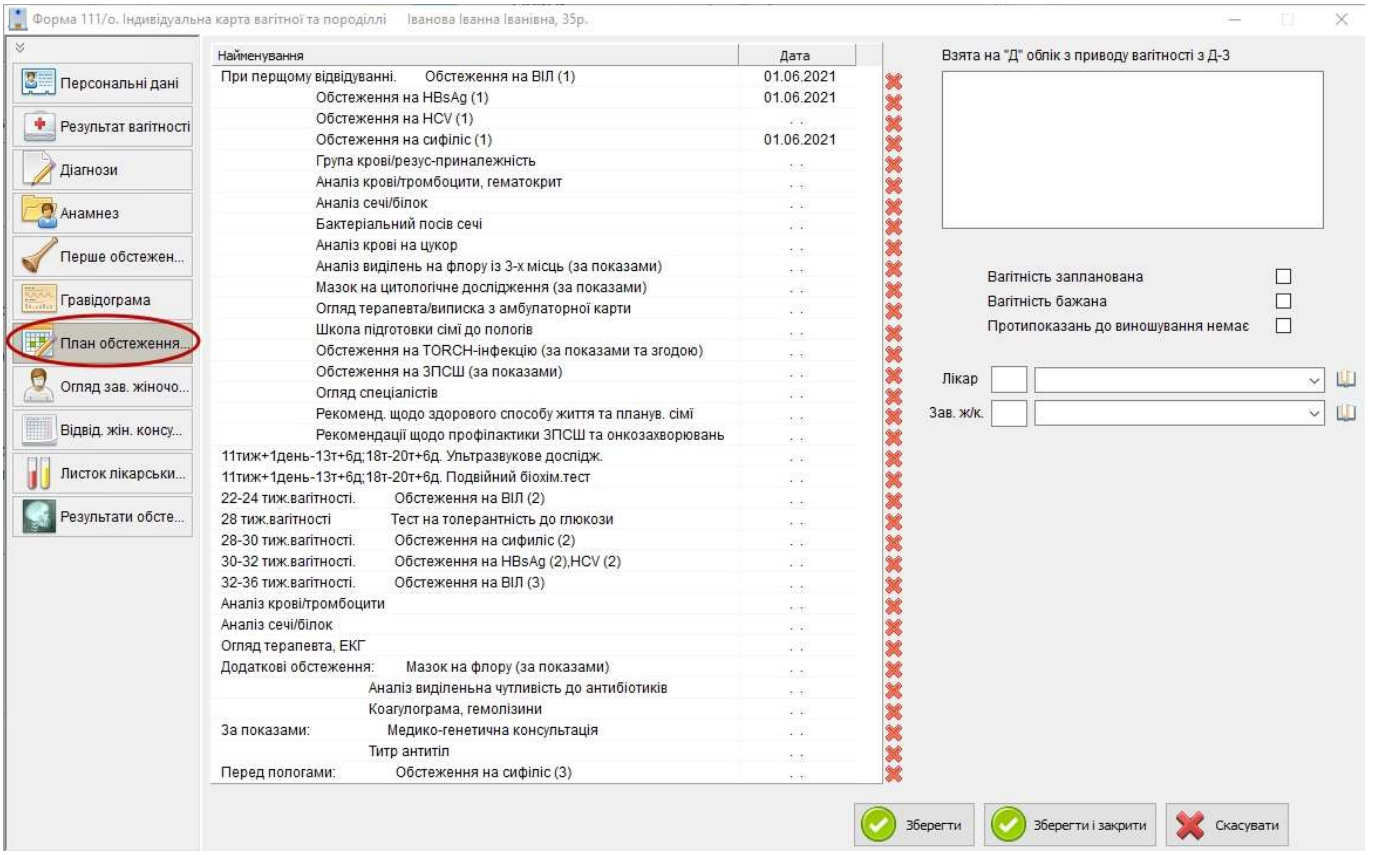


Біля текстових полів, для зручності присутні кнопка , за допомогою яких можна створити власні шаблони і в подальшому їх використовувати.

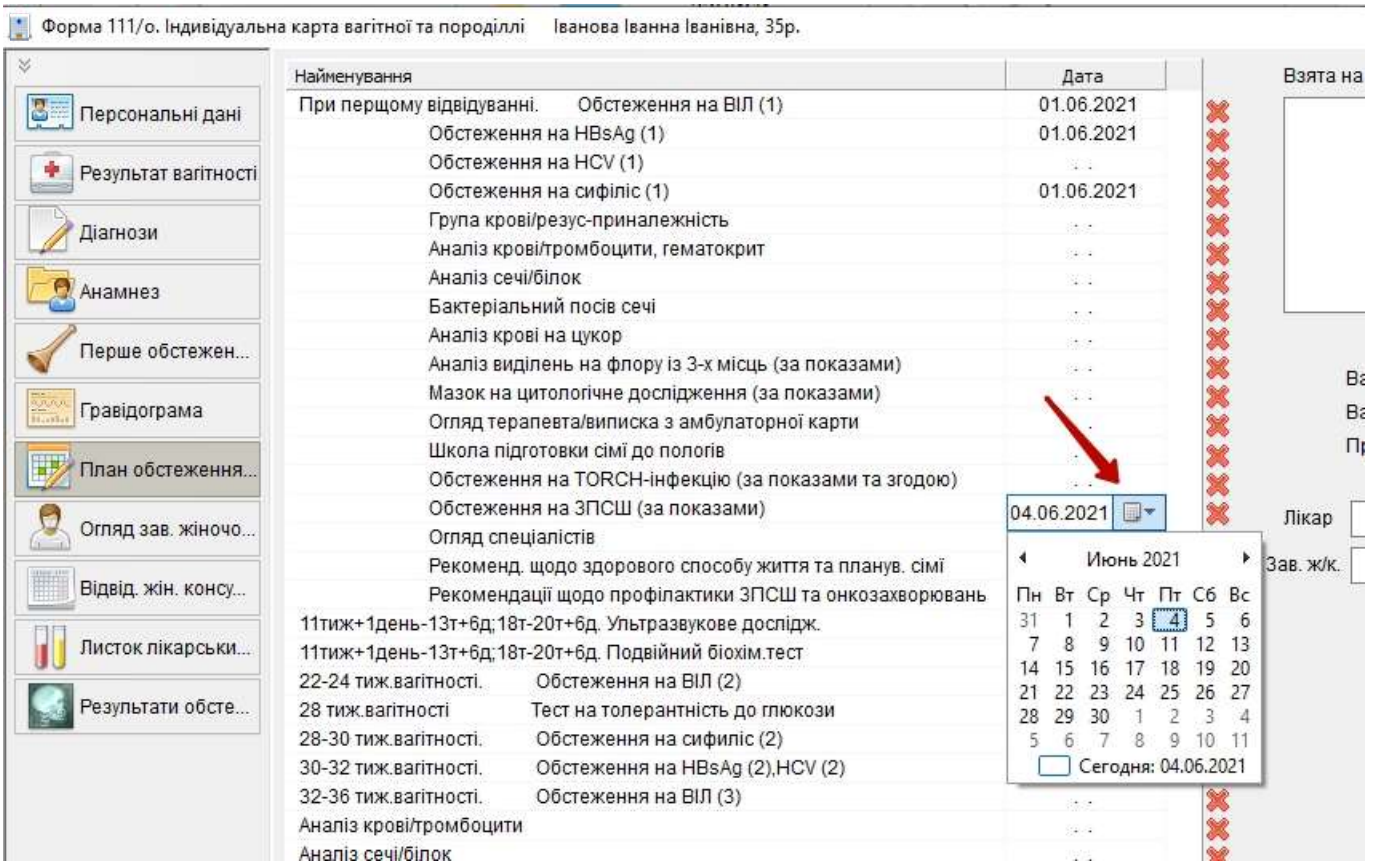
Гравідограма

В комірках з тижнем вагітності вноситься відповідне значення ВДМ (Висоти дна матки) і на основі цих даних автоматично будується графік.

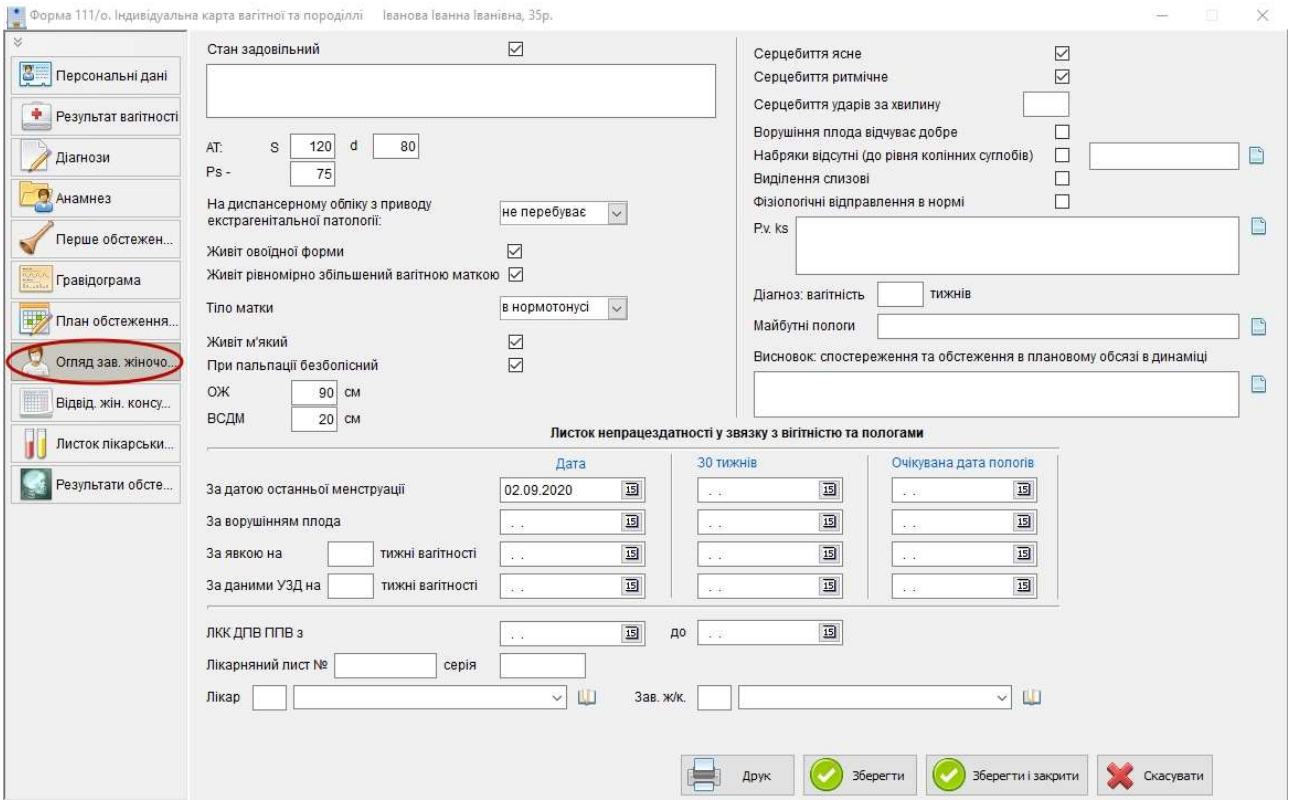
План обстеження



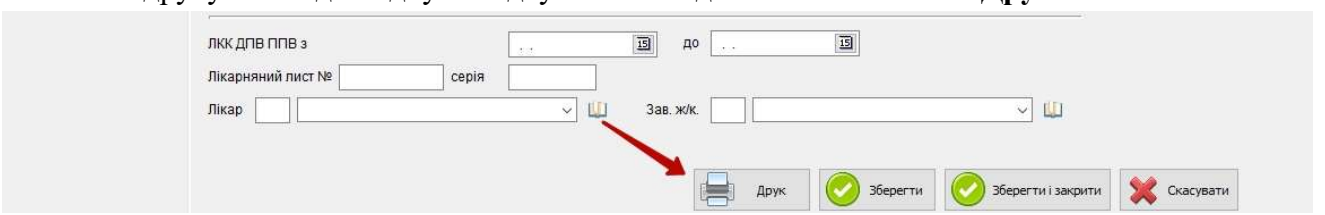
Дата заповнюється в полях . . з можливістю обрати необхідну через випадаючий календар .



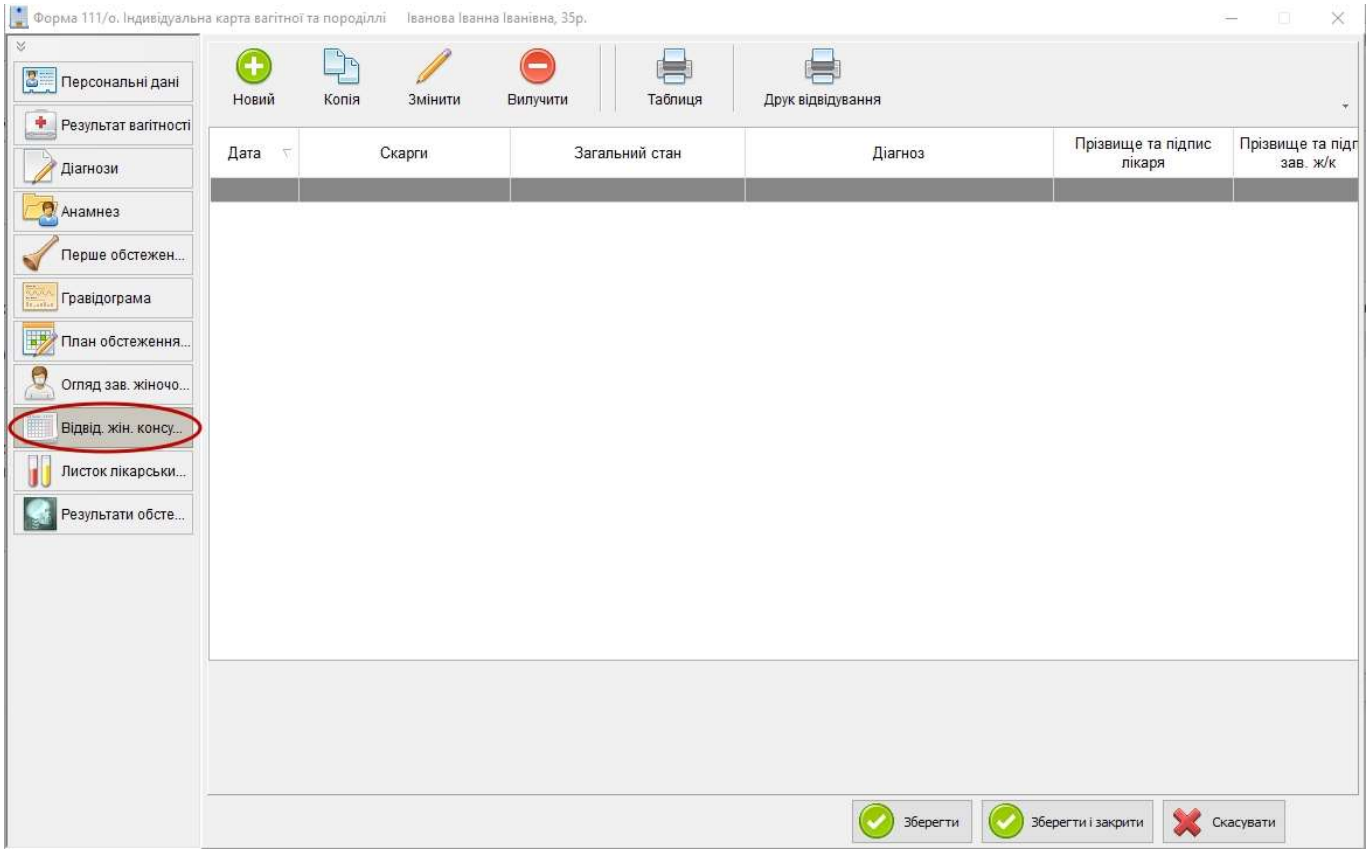
Огляд зав. жіночої консультації



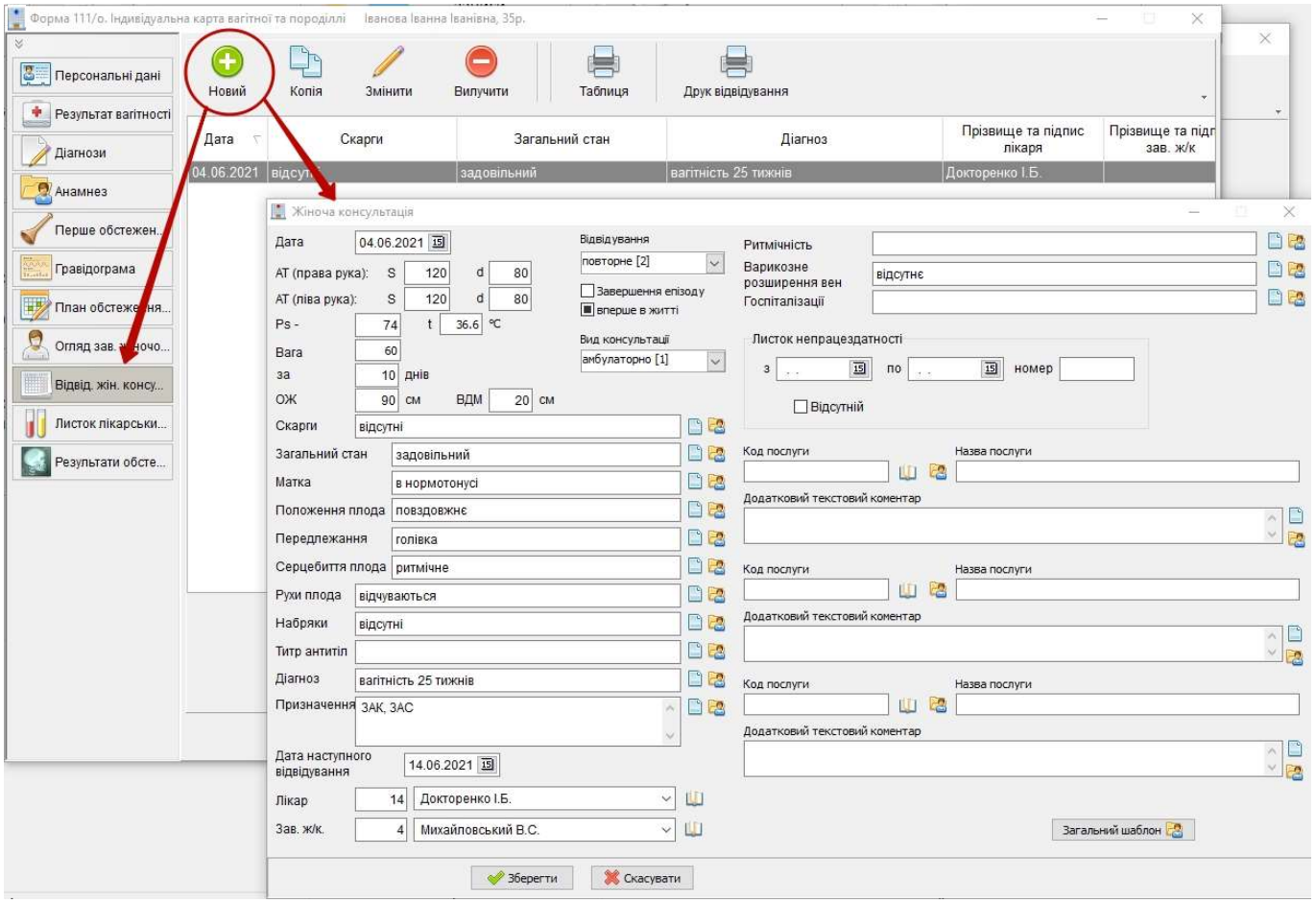
Роздрукувати відповідну вкладку можна за допомогою кнопки «**Друк».**



Відвідування жіночої консультації

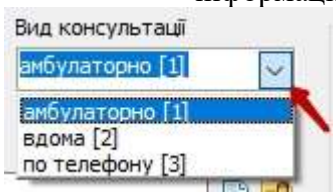


Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити новий запис відвідування, **«Копія»** - копіює запис, **«Змінити»** - відкривається запис для внесення змін, **«Вилучити»** - видаляє запис; **«Таблиця»** - формує список всіх записів в документ Excel або в LibreOffice Calc; **«Друк відвідування»** - формує обраний запис із таблиці в документ Word або LibreOffice Writer.



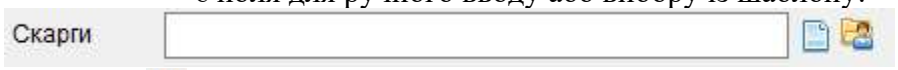
У вікні необхідно заповнити всі потрібні поля. Для цього в програмі представлений різновид внесення інформації:

- за допомогою випадаючих списків, з можливістю внесення додаткової інформації

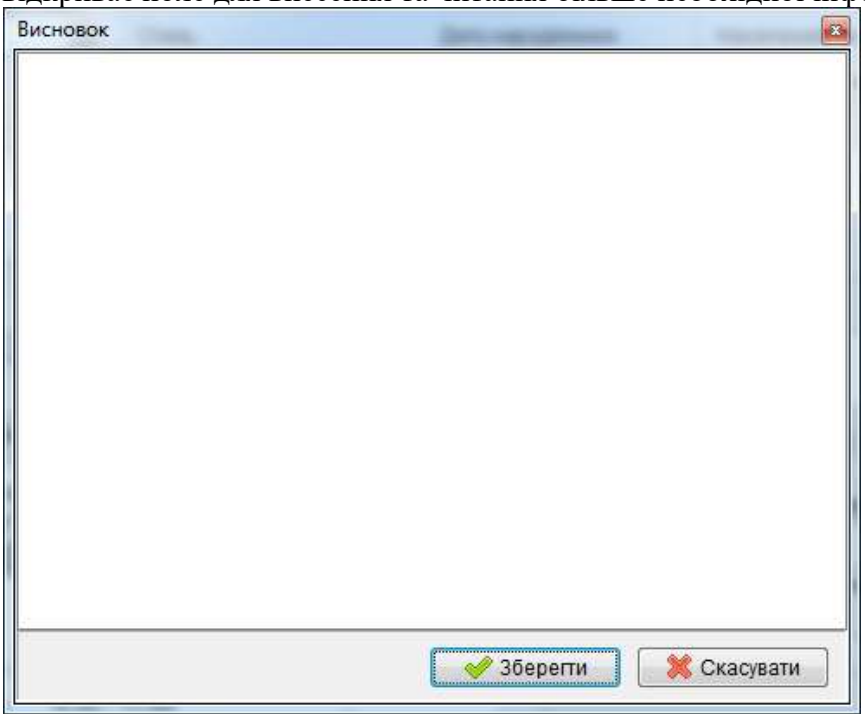


- вручну вводиться інформація

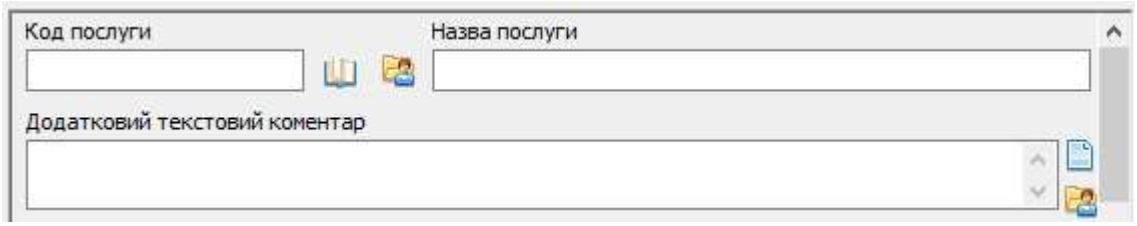
;
- є поля для ручного вводу або вибору із шаблону:



 - відкриває поле для внесення та читання більше необхідної інформації.



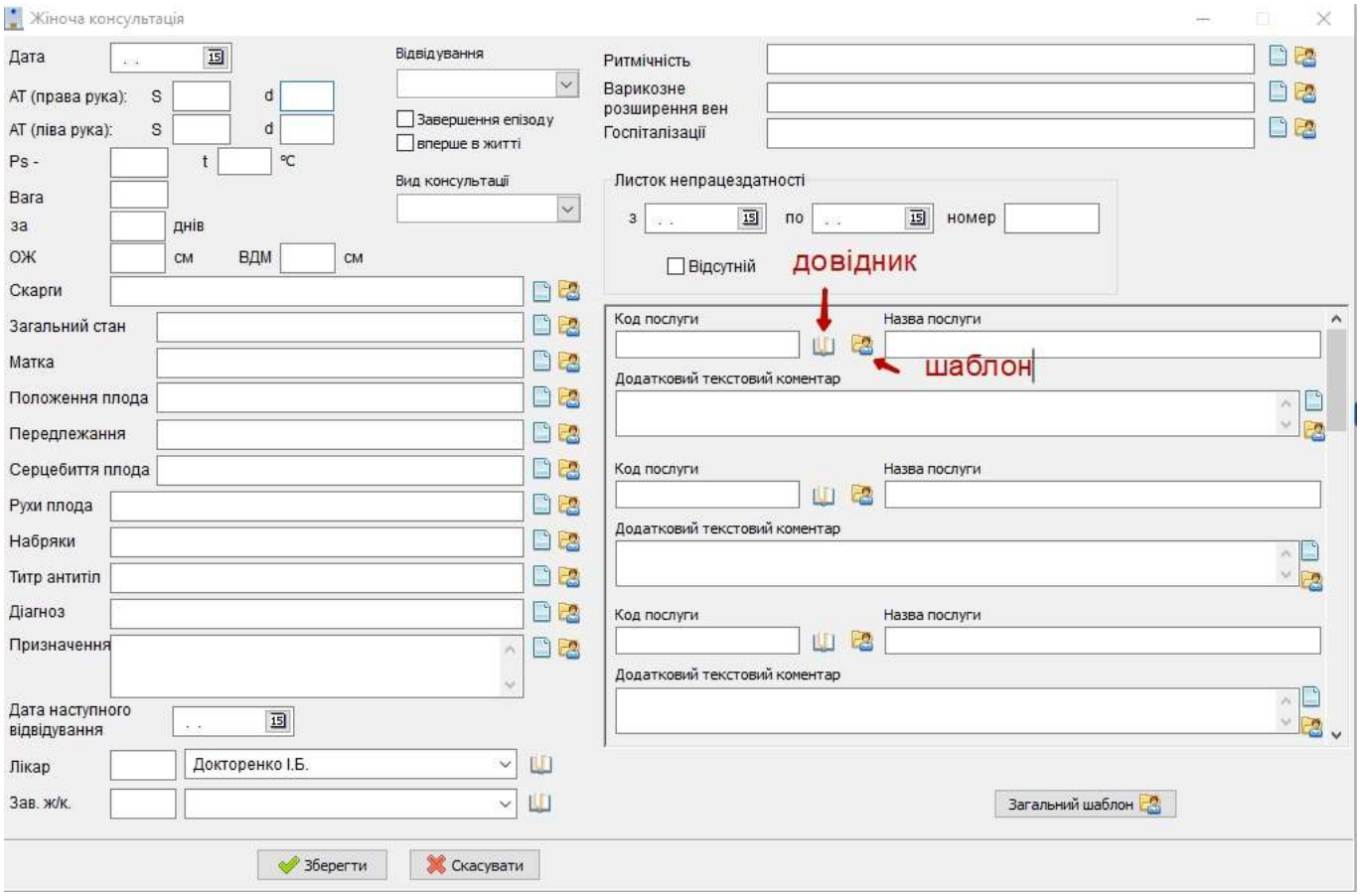
- дає можливість вибрати висновок із раніше введеного шаблону



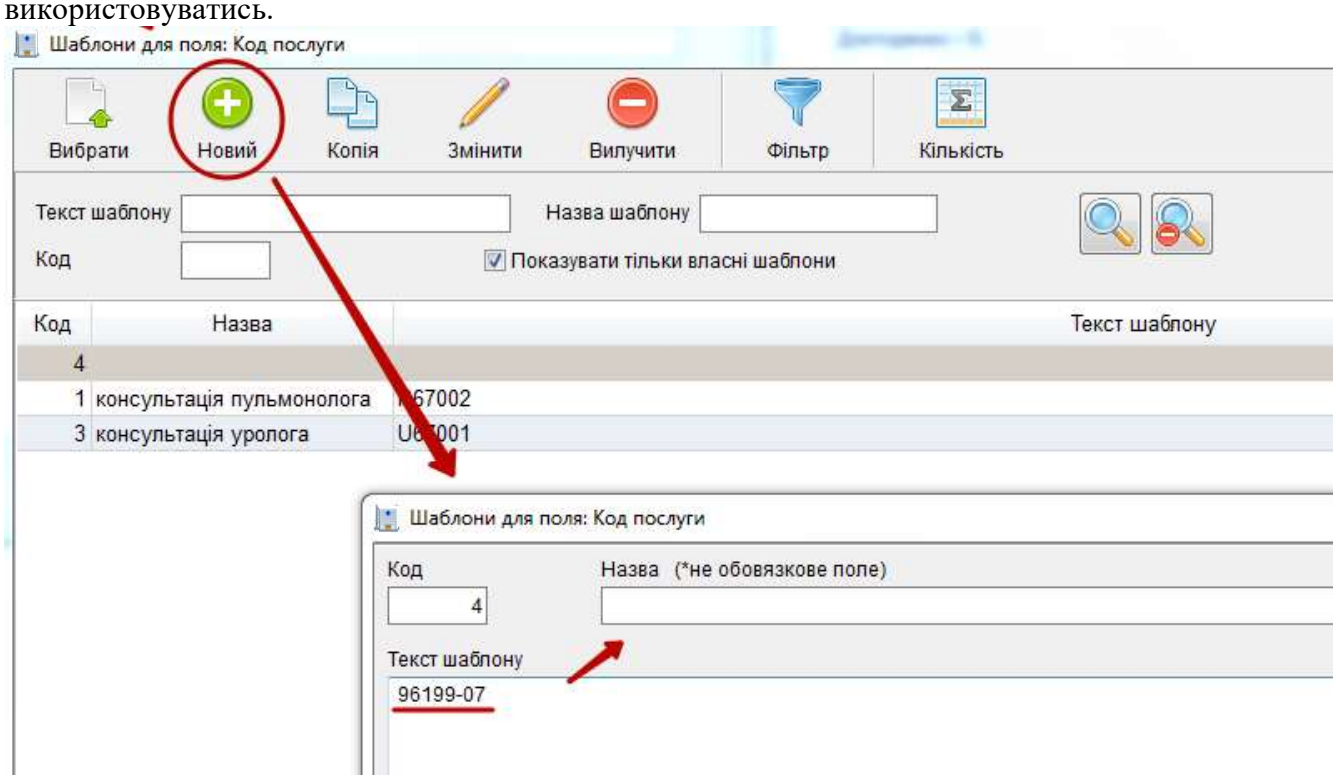
Зверніть увагу!

Всі вказані послуги будуть, при потребі, імпортовані у взаємодію при передачі даних до ЕСОЗ.

Вказуються всі послуги з Національного класифікатору НК 026:2019 «Класифікатор медичних інтервенцій» гармонізований з гармонізований з Австралійським класифікатором медичних інтервенцій [АКМІ] (Australian Classification of Health Interventions, ACHI), які були надані пацієнту за період візиту і, які можна буде імпортувати в електронні медичні записи.



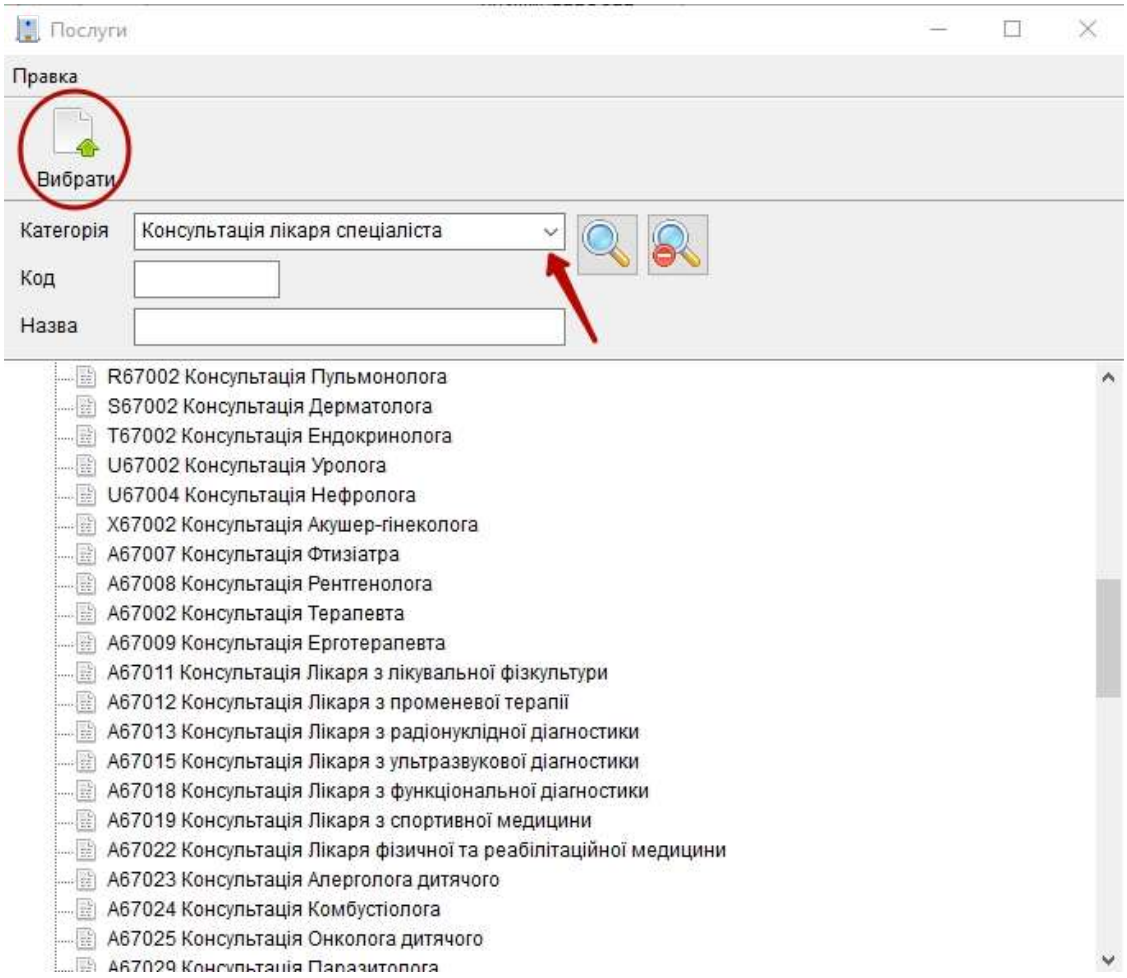
В шаблоні достатньо ввести в поле **«Текст шаблону»** код, який часто буде використовуватись.



Тоді, після вибору шаблону, обрана послуга підтягнеться автоматично.

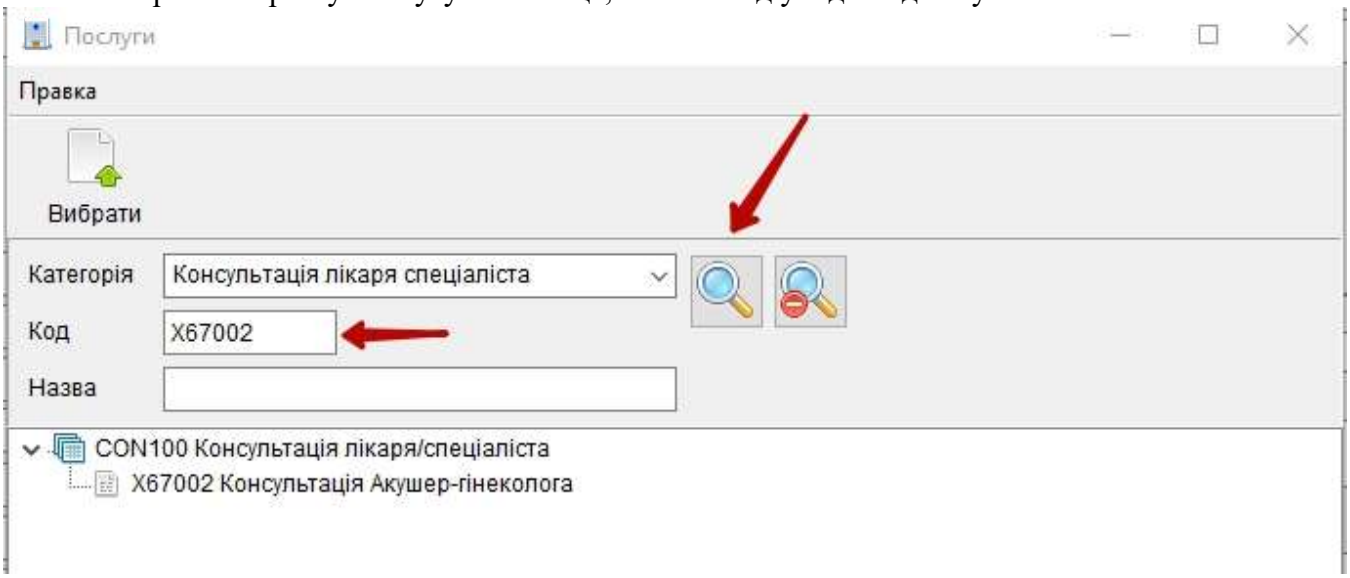
Щоб додати послугу не із шаблону, натискаємо першу кнопку .

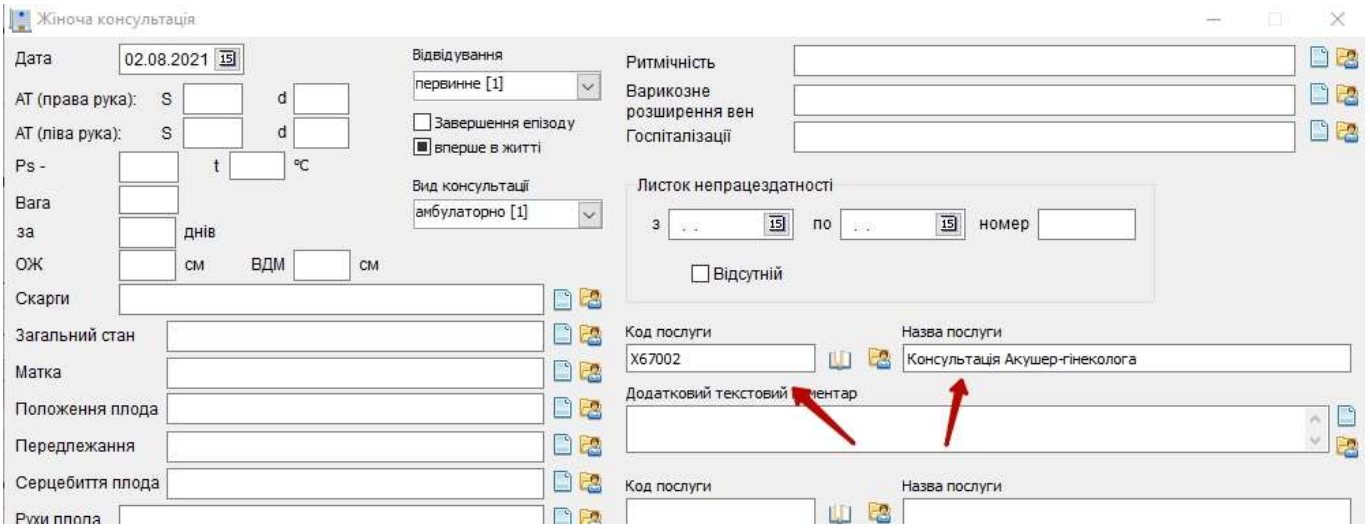
У вікні, що відкрилось обрати категорію та натиснути кнопку .



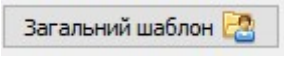
Відфільтрується перелік послуг відповідно категорії, обрати потрібну і натиснути **«Вибрати»**.

Вибрати потрібну послугу можна ще, ввівши код у відповідному полі.

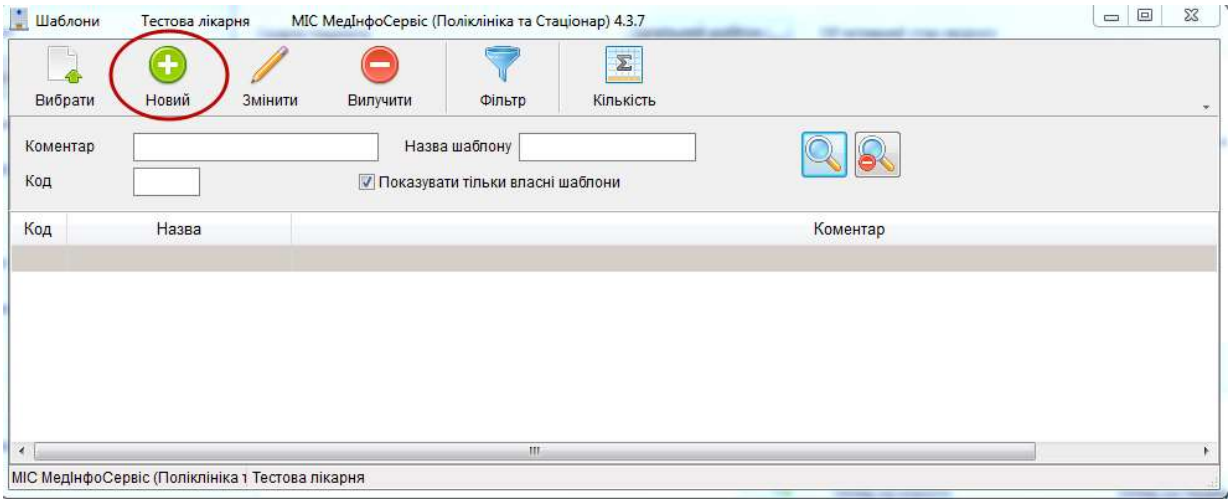




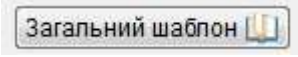
Таким чином, додати всі послуги, які були надані за період візиту.

Заповнивши всі поля, є можливість створити загальний шаблон, який буде містити всі заповнені поля. Для цього натискаємо кнопку 

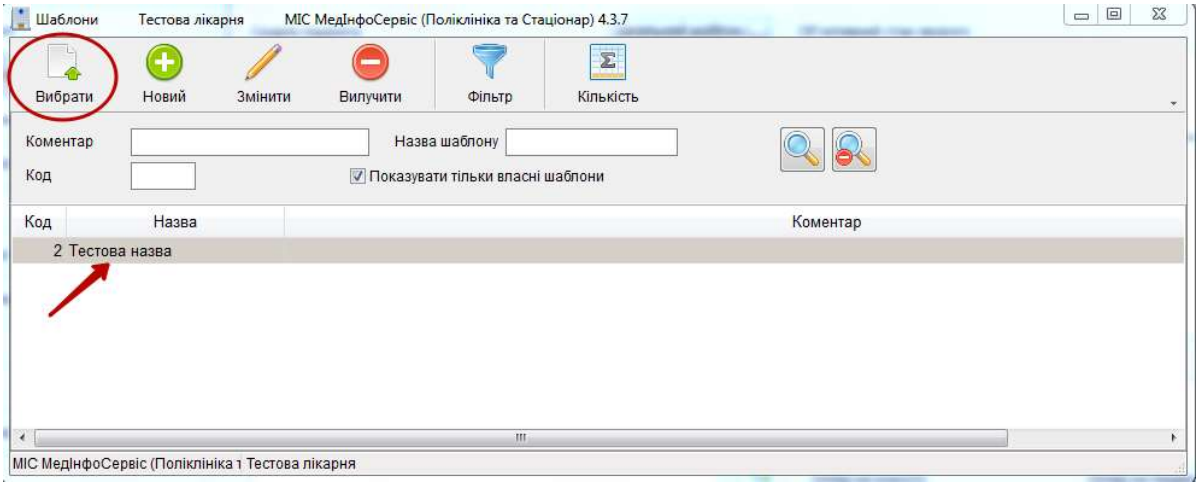
. У вікні шаблонів, що з'явиться натискаємо **«Новий».**



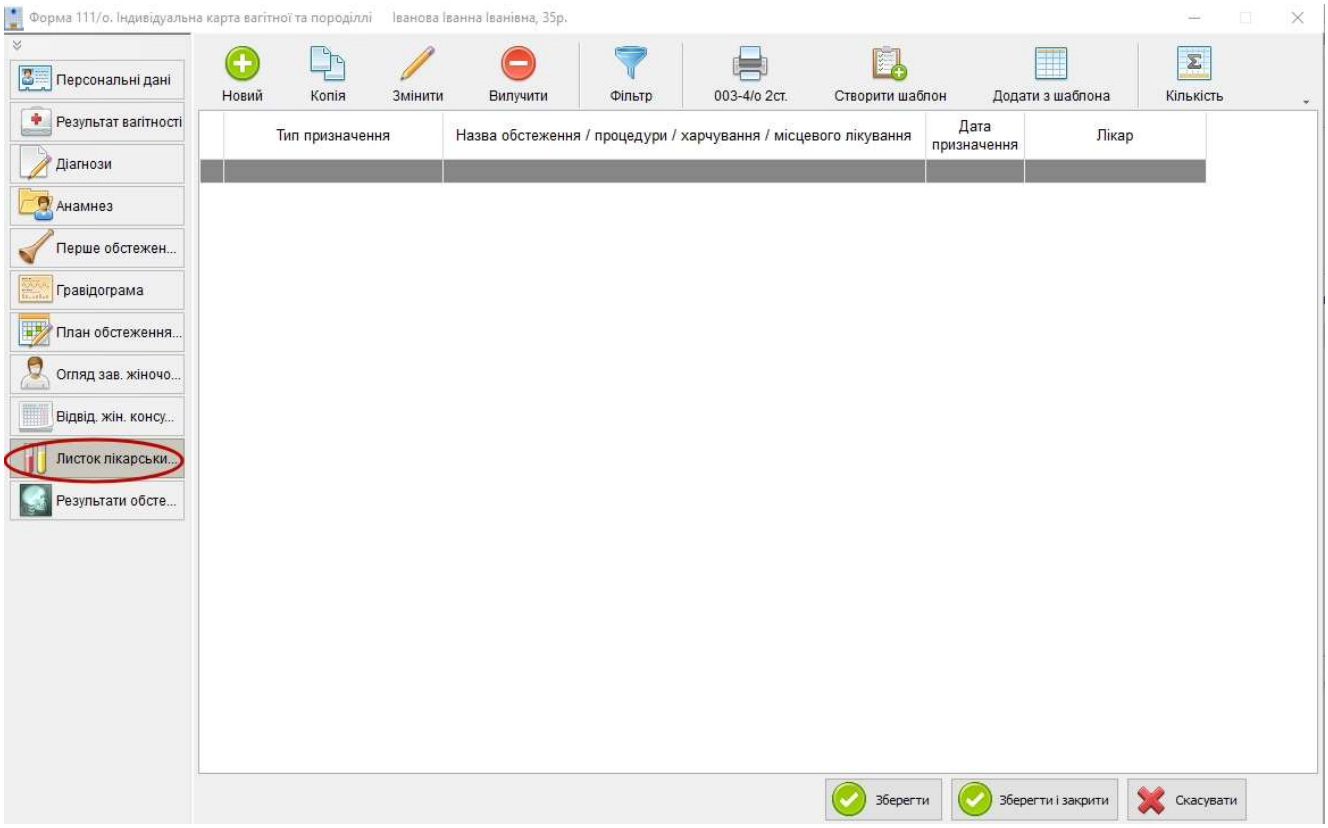
Далі вносимо назву шаблону і натискаємо кнопку **«Зберегти».**

Потім, щоб обрати шаблон, необхідно натиснути 

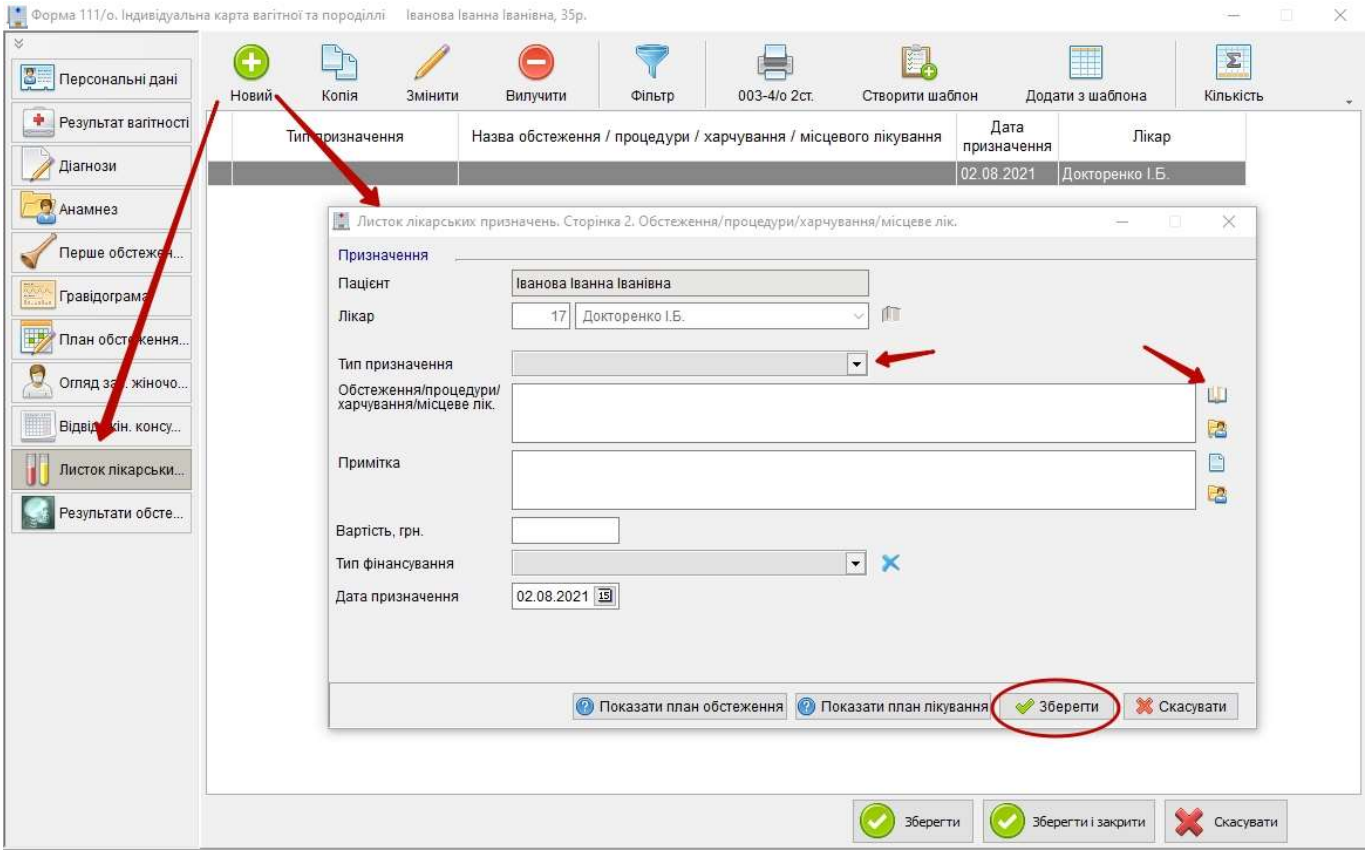
і обрати потрібний.



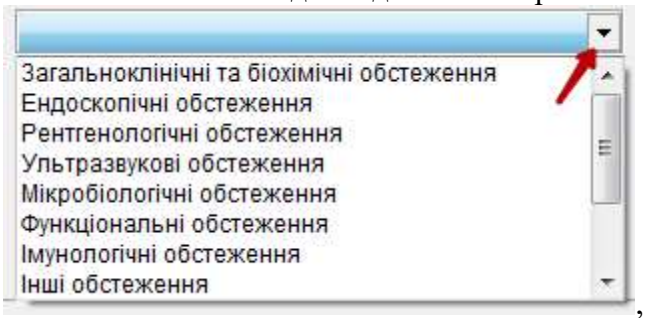
Листок лікарських призначень (стор.2)



Сторінка 2 – відмічається призначення йому дієтичного харчування, методів обстеження, фізіотерапевтичних та інших обстежень пацієнта. Кожне призначений вноситься лікарем, за допомогою кнопки **«Новий»**



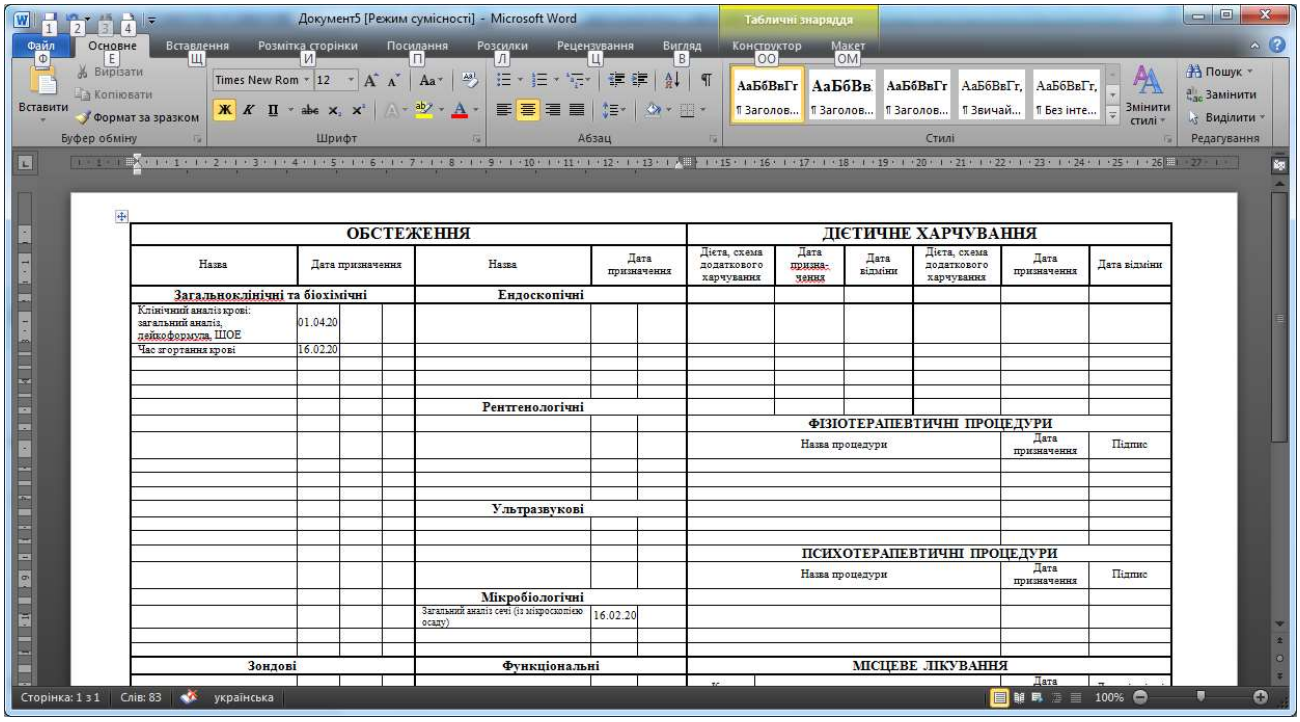
У вікні необхідно відмітити потрібний тип призначення зі списку

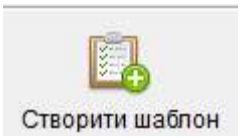


, а в наступному полі, відповідно вказаному типу, вибрати, яке саме обстеження/процедура/ харчування із довідника (перша) або вибрати із шаблону (друга)

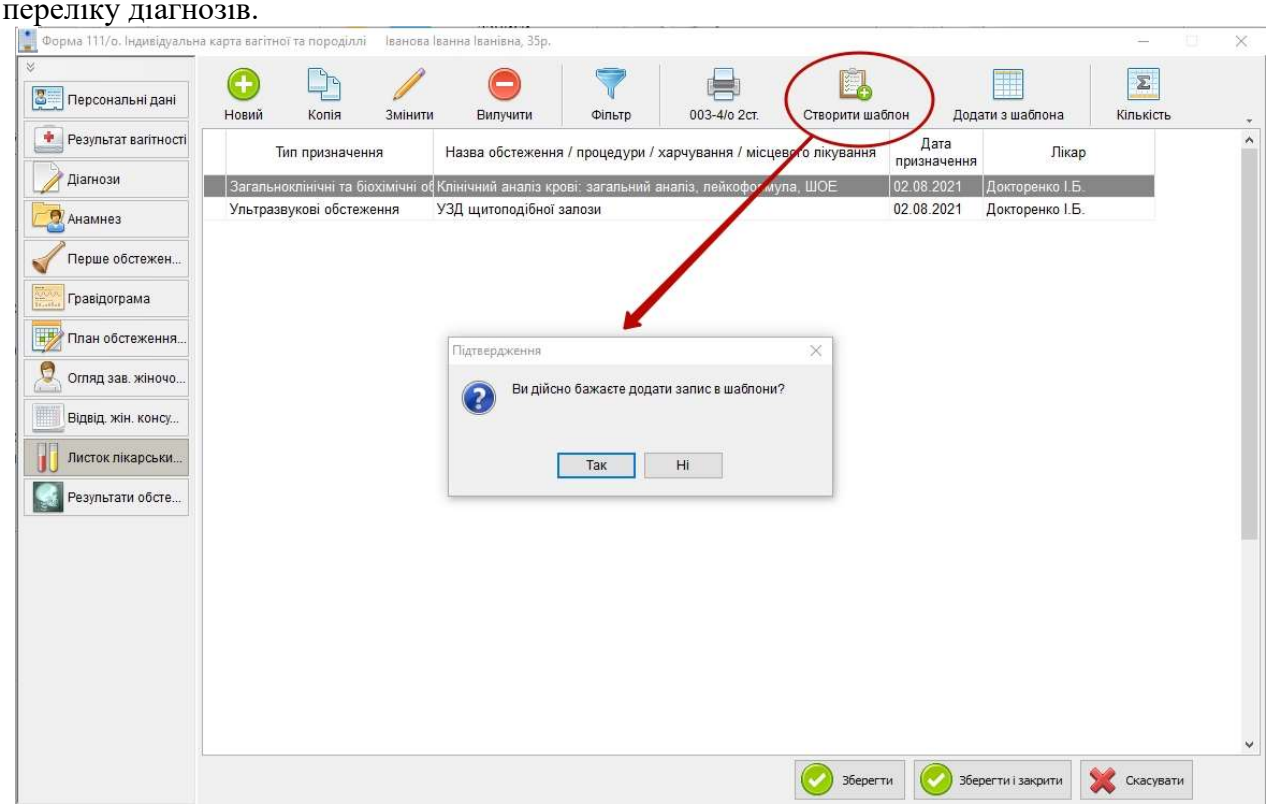
.

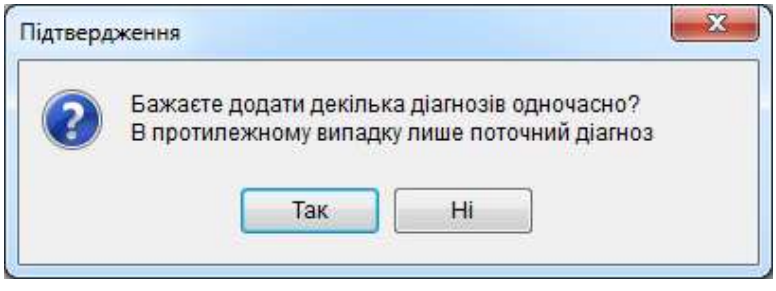
- дає можливість сформувати форму для друку в документ Word або LibreOffice Writer





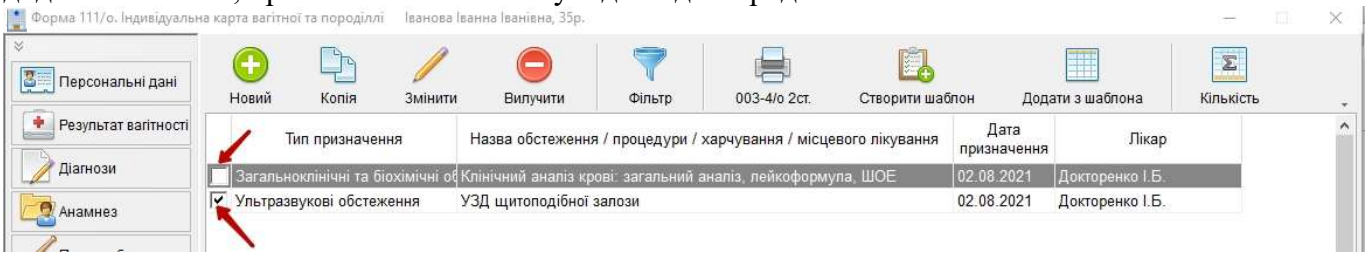
- дає можливість створити шаблон на лікарський призначення. Можна створити шаблон на один запис (обраний зі списку) чи на всі записи, які присутні в переліку діагнозів.





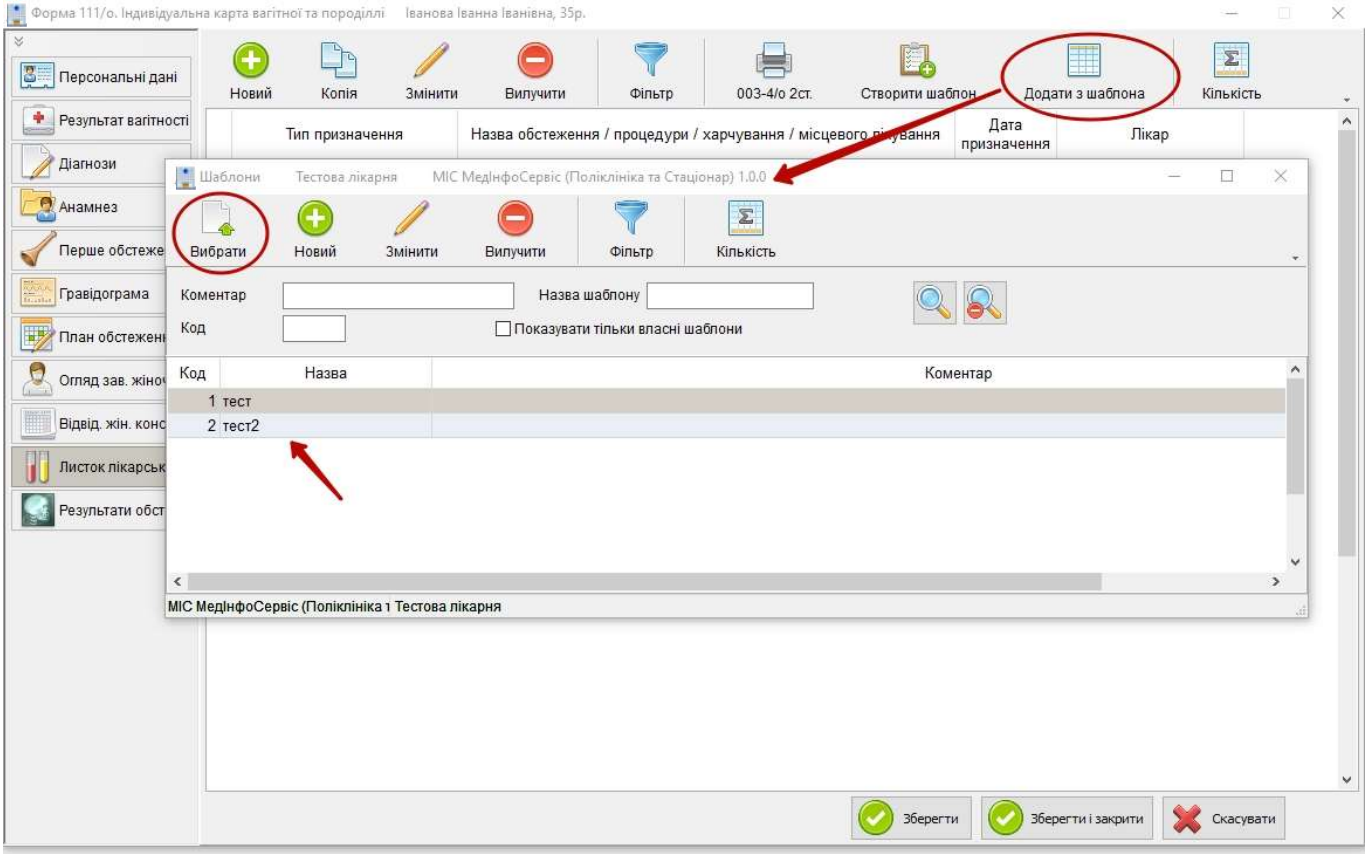
У випадку негативної відповіді, відкриється вікно шаблону і з внесеним одним (обраний зі списку) призначенням. Необхідно внести назву шаблону і натиснути кнопку «Зберегти».

У разі позитивної відповіді, буде можливість обрати, які саме діагнози бажаєте додати в шаблон, проставивши галочки у відповідних рядках.

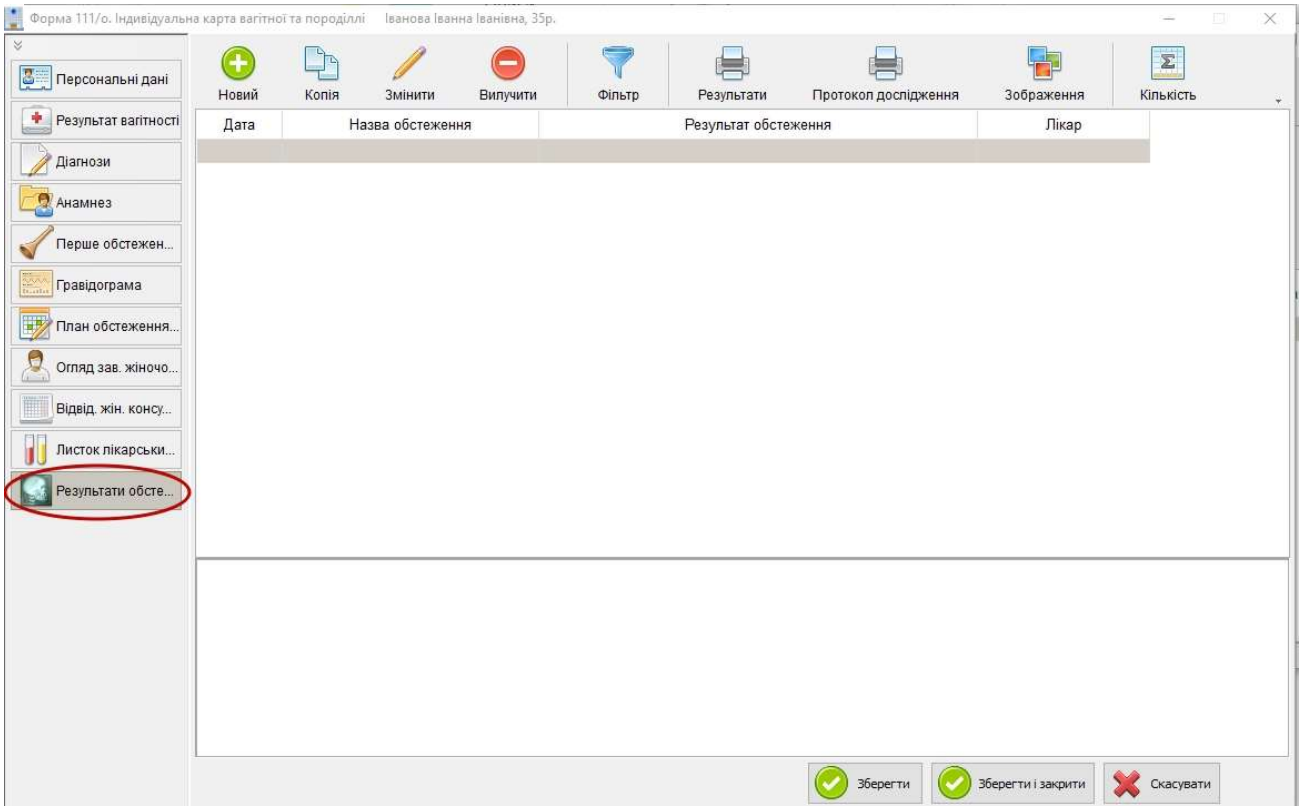


Потім необхідно знову натиснути кнопку **«Створити шаблон»,** після чого відкриється вікно шаблону із переліком внесених діагнозів. Вносимо назву шаблону і натискаємо **«Зберегти».**

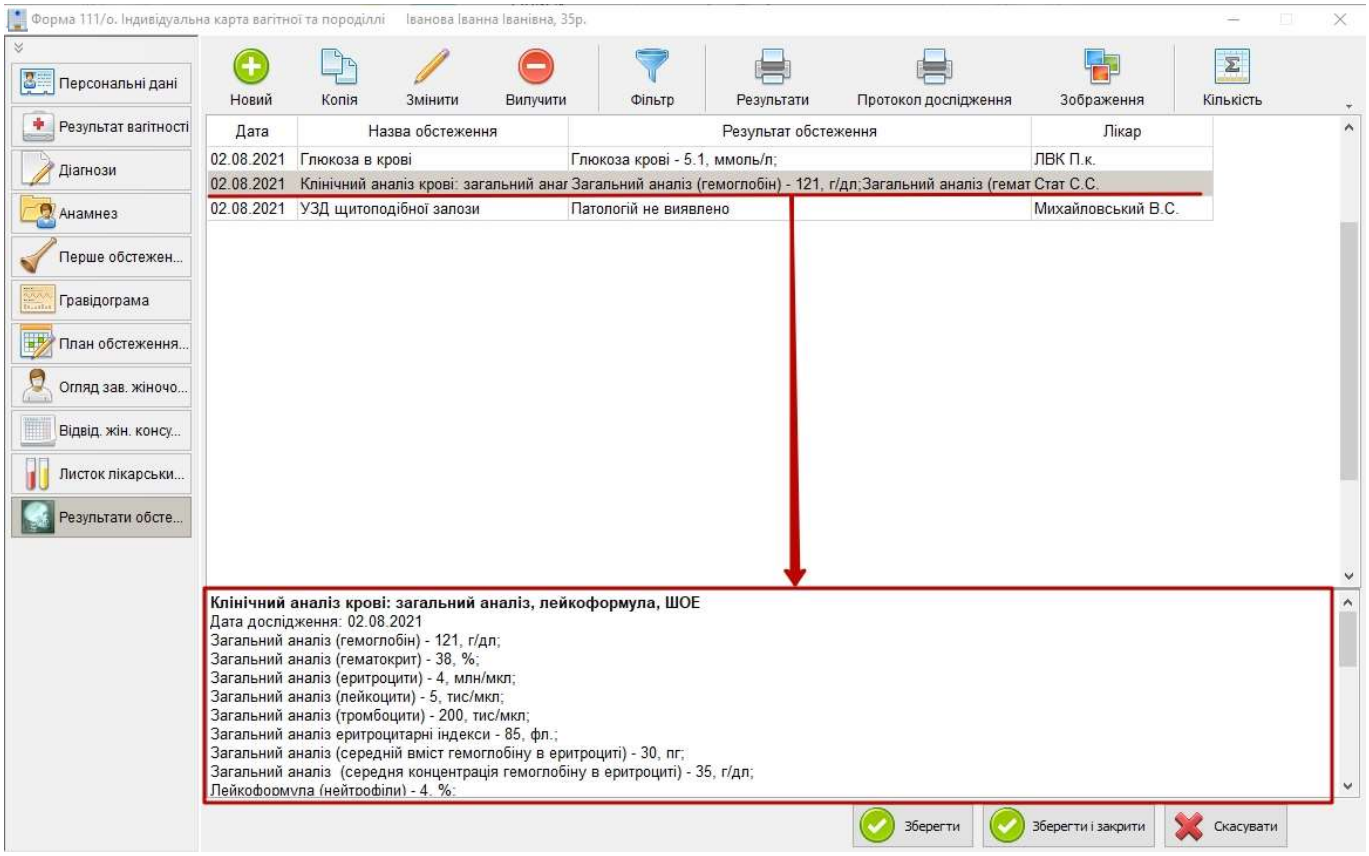
Для того, щоб використати створені шаблони, слід натиснути кнопку **«Додати із шаблону»** і обрати відповідний запис.



Результати обстежень

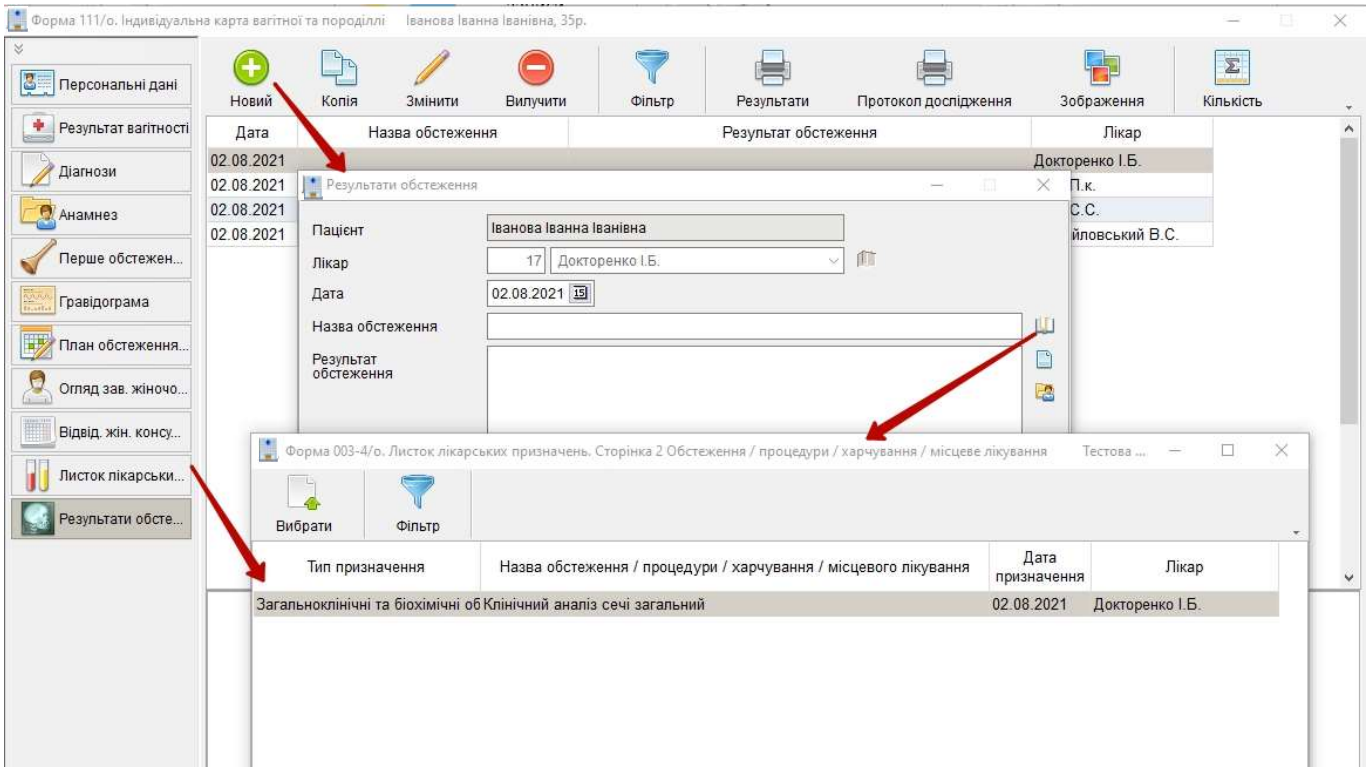


В даній закладці автоматично відмічаються/відображаються результати обстежень, які були виконані в таких модулях, як «Лабораторія», «Кабінет функціональних досліджень», «Кабінет ендоскопічних досліджень», «Кабінет рентгенологічних, флюорографічних досліджень та МРТ» та «Кабінет ультразвукової діагностики».



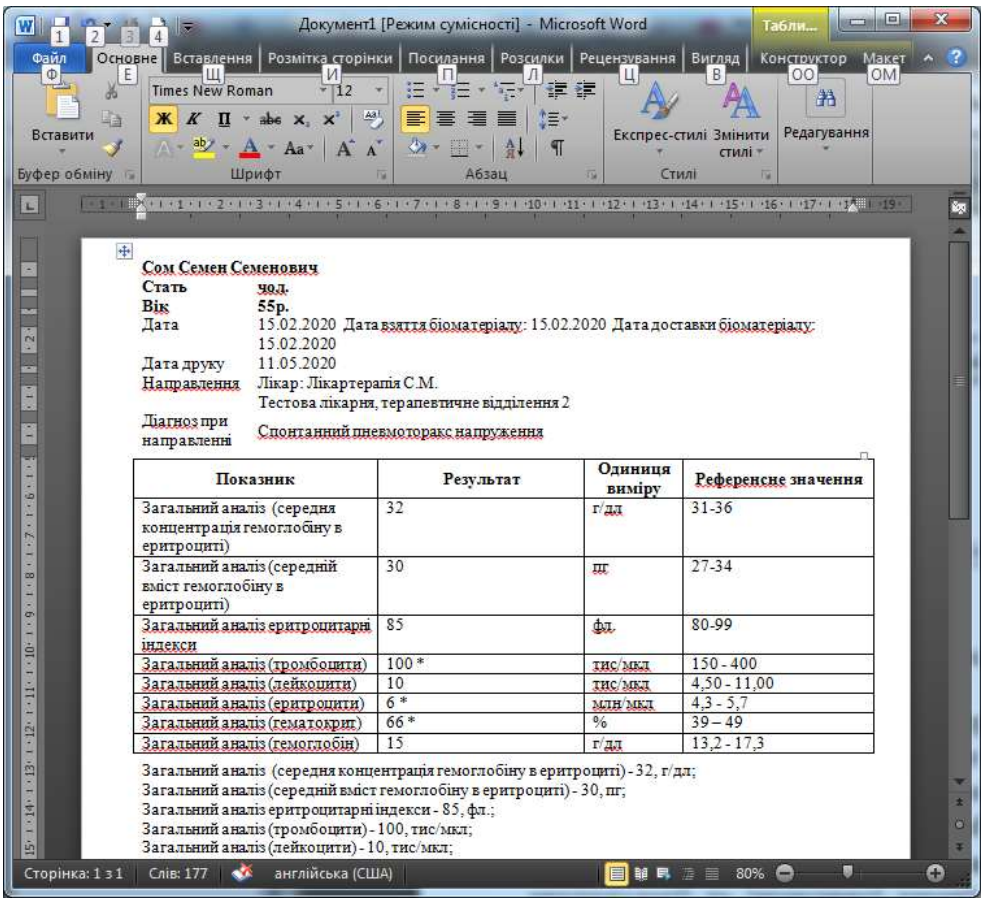
В нижній частині вікна відображається результат обраного зі списку дослідження.

Також є можливість внести вручну результати. Для цього необхідно натиснути «Новий» із верхнього меню, таким чином з’явиться вікно для внесення/вибору назви обстеження (вибирається із форми первинної облікової документації № 003-4/о «Листок лікарських призначень (стор. 2)») і вікно для вводу результату.

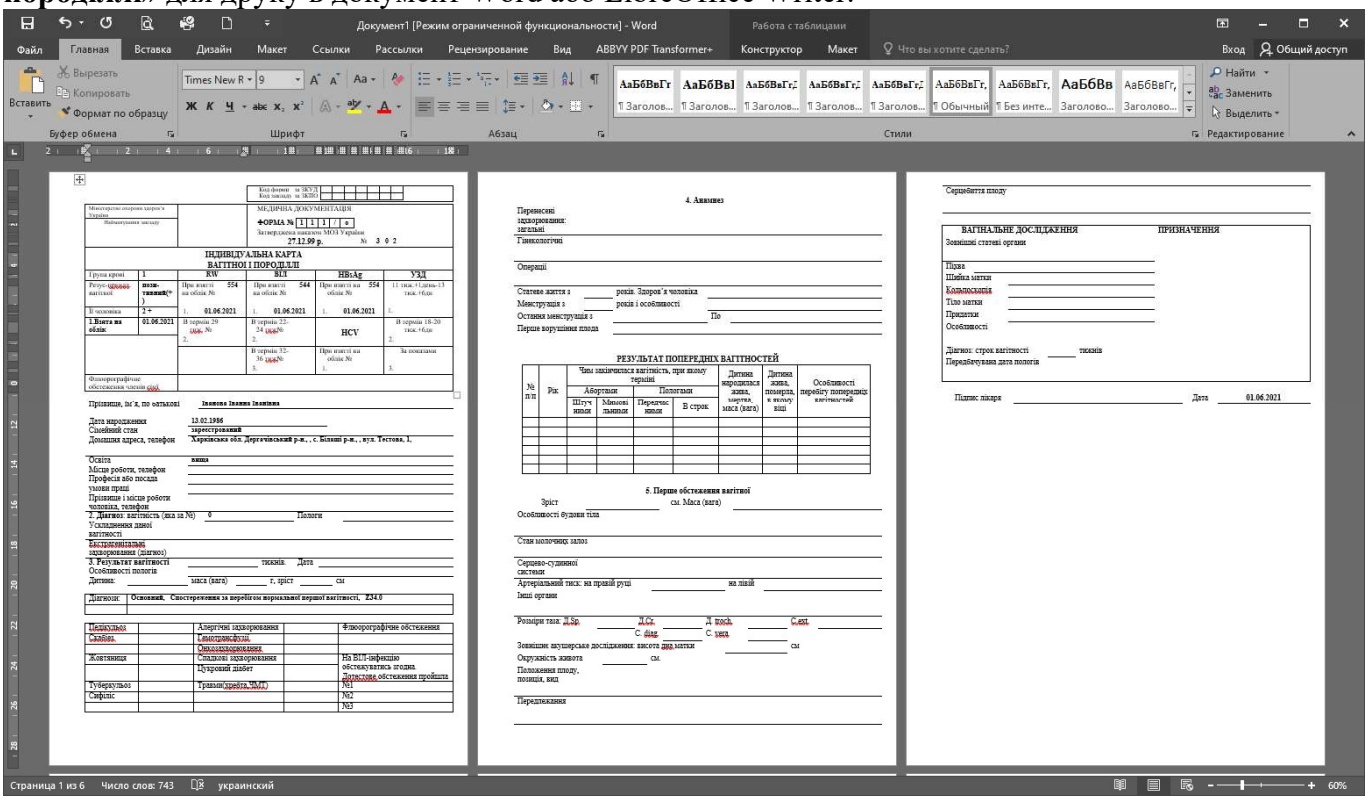


- відображає зображення, завантажені лікарями в кабінетах програми МІС.

- сформує результат обраного з переліку дослідження в документ Word або LibreOffice Writer

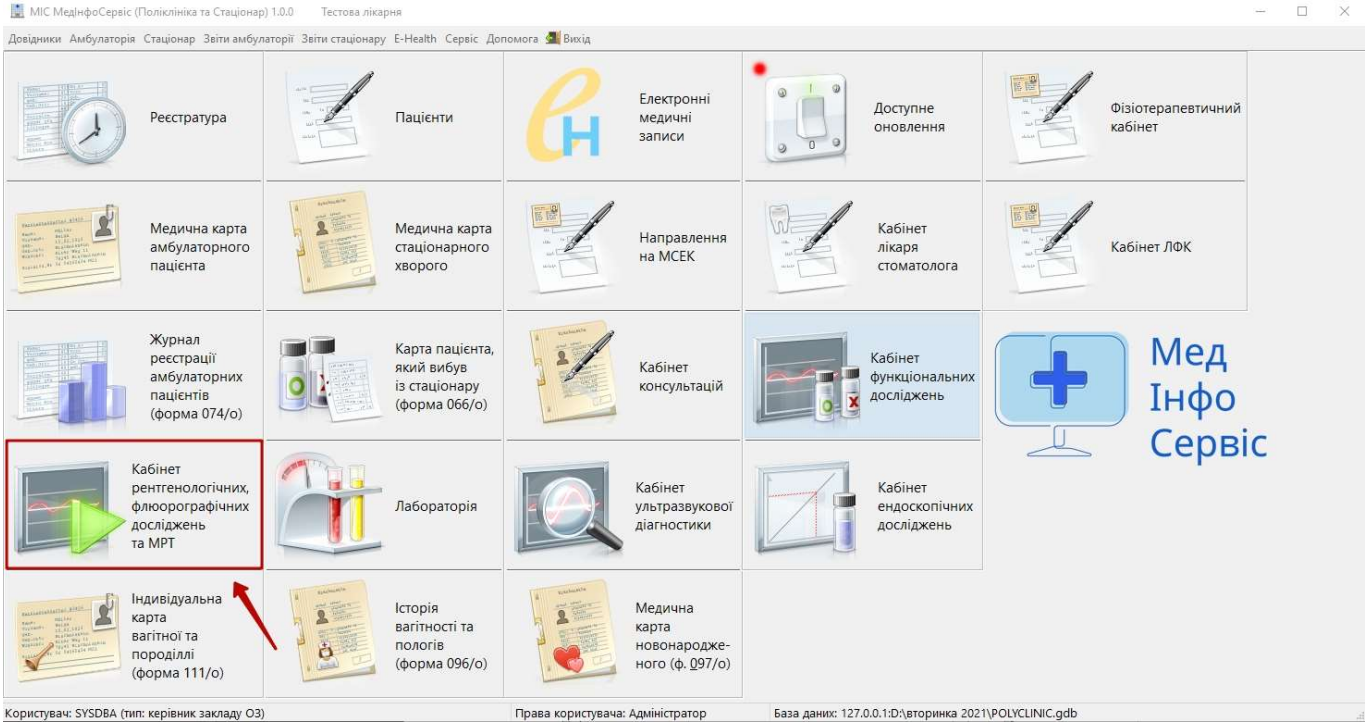


- дає можливість сформувати **форму 111/о «Індивідуальна карта вагітної і породіллі»** для друку в документ Word або LibreOffice Writer.



10.16 Кабінет рентгенологічних, флюорографічних досліджень та МРТ.

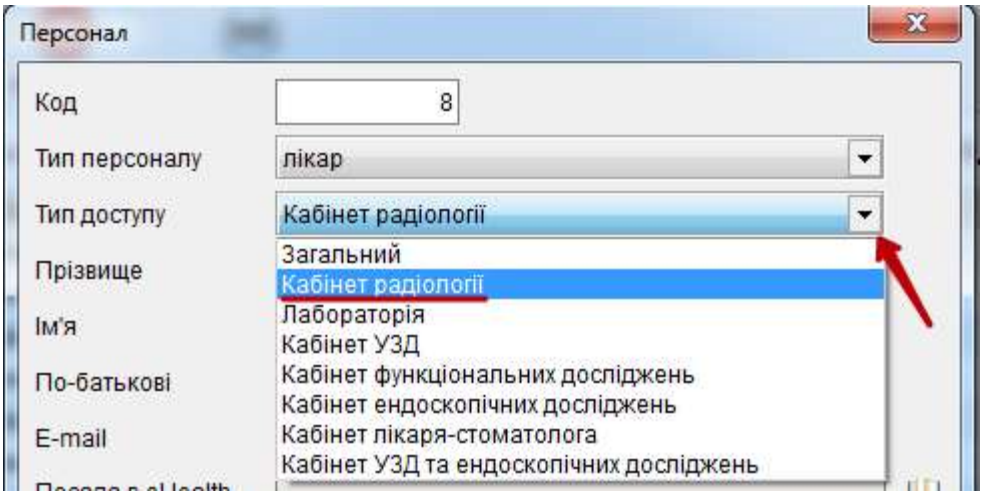
Знайти кабінет можна в пункті меню **«Амбулаторія»**, **«Стаціонар»** та, для зручності, його розміщено на головному вікні програми, яке з’являється після запуску програми.



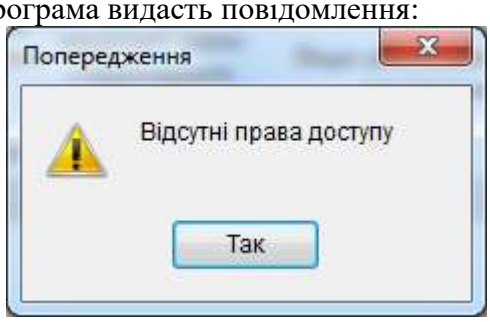
В кабінеті рентгенологічних, флюорографічних досліджень та МРТ є можливість відобразити роботу рентгенологічної служби закладу, отримати «**Карту профілактичних**

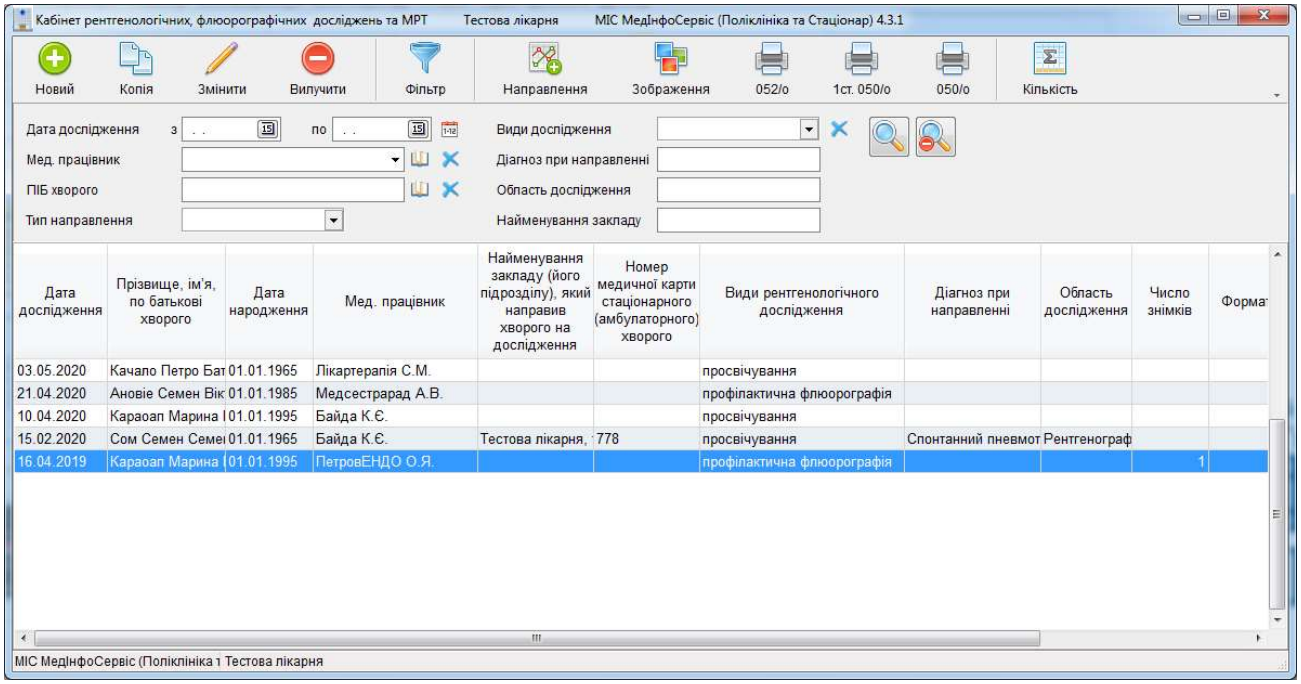
флюорографічних досліджень» (форма 052/о) та вести **«Журнал запису рентгенологічних досліджень, магніторезонансних томографій» (форма 050/о)**.

Зверніть увагу! В кабінеті мають право працювати тільки ті лікарі чи середній медичний персонал, у яких в **«Персонал»** в пункті **«Тип доступу»** вибрано **«Кабінет радіології»**.

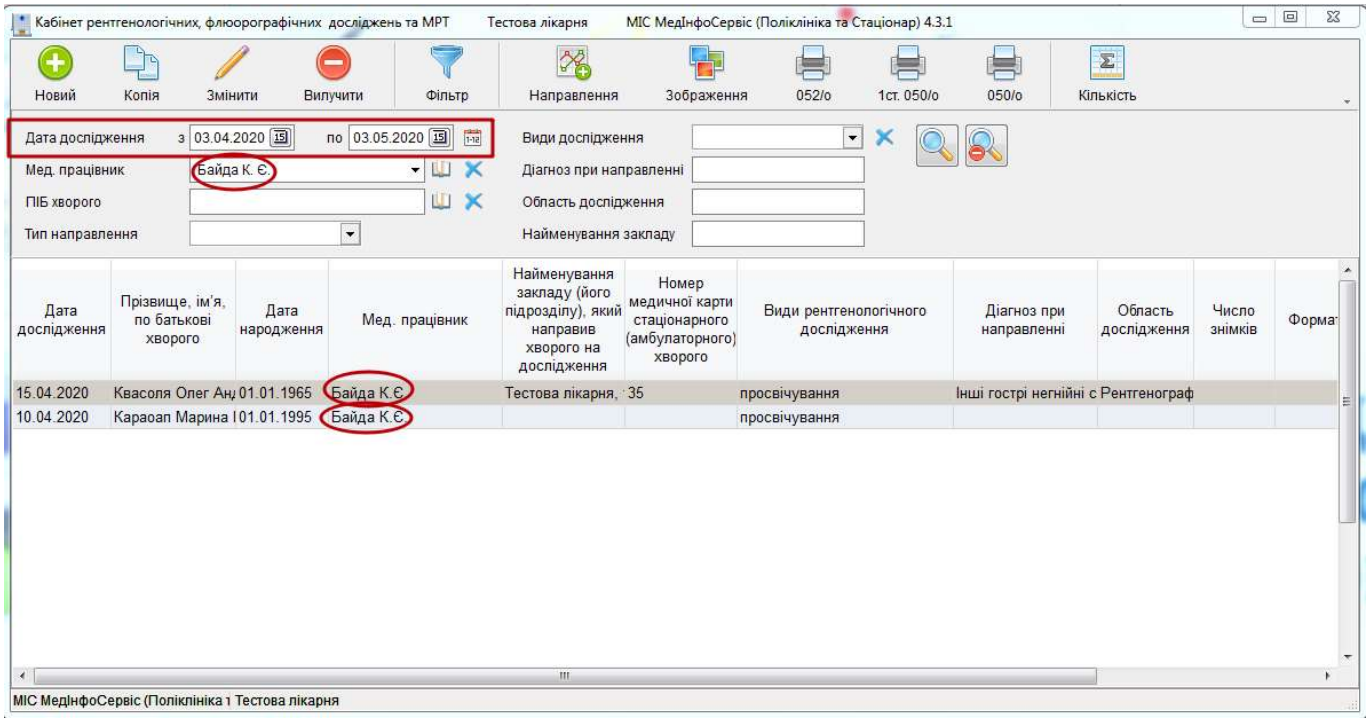


В противному разі, програма видасть повідомлення:

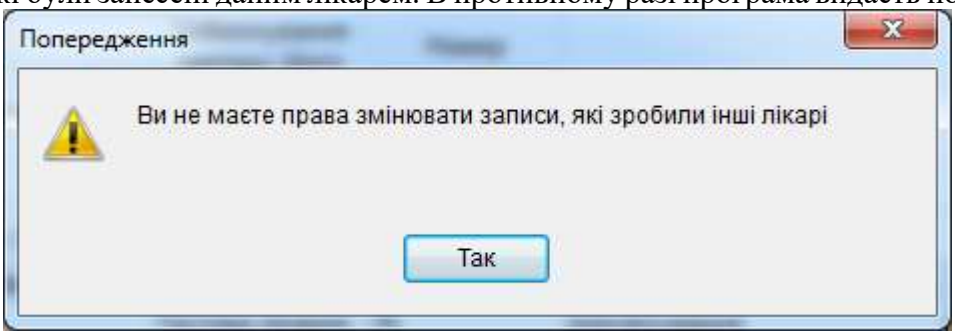




Зайшовши в програму під працівником з відповідними правами доступу, користувачеві відкриється головне вікно кабінету радіології, де він буде бачити тільки свої виконані дослідження за останній місяць.

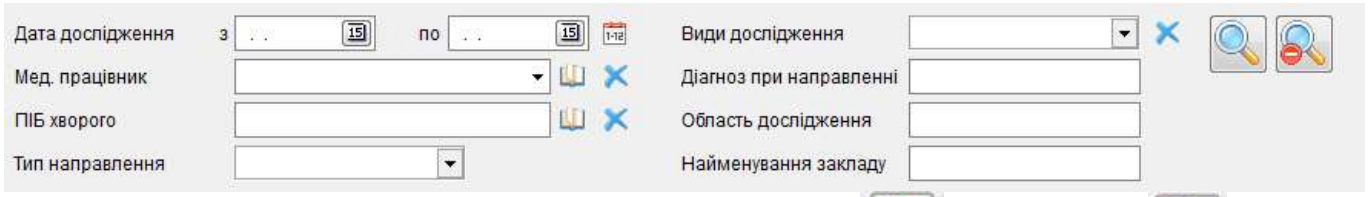


Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити нове дослідження для пацієнта. Кнопки **«Копія»**, **«Змінити» та «Вилучити»** - відповідно працюють тільки з тими записами, які були занесені даним лікарем. В противному разі програма видасть повідомлення

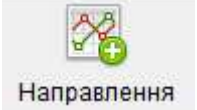


і відкриє дослідження тільки для перегляду.

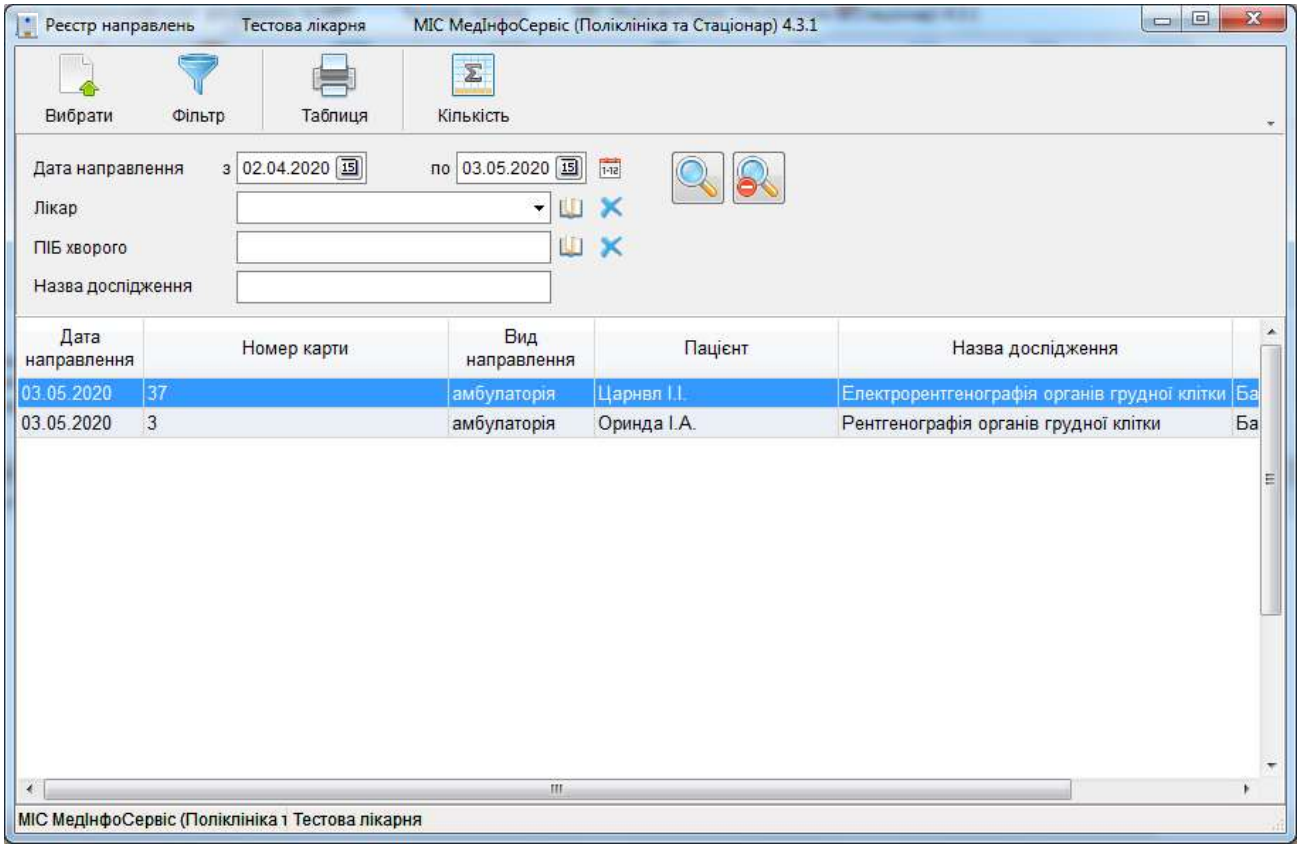
«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по дослідженням.



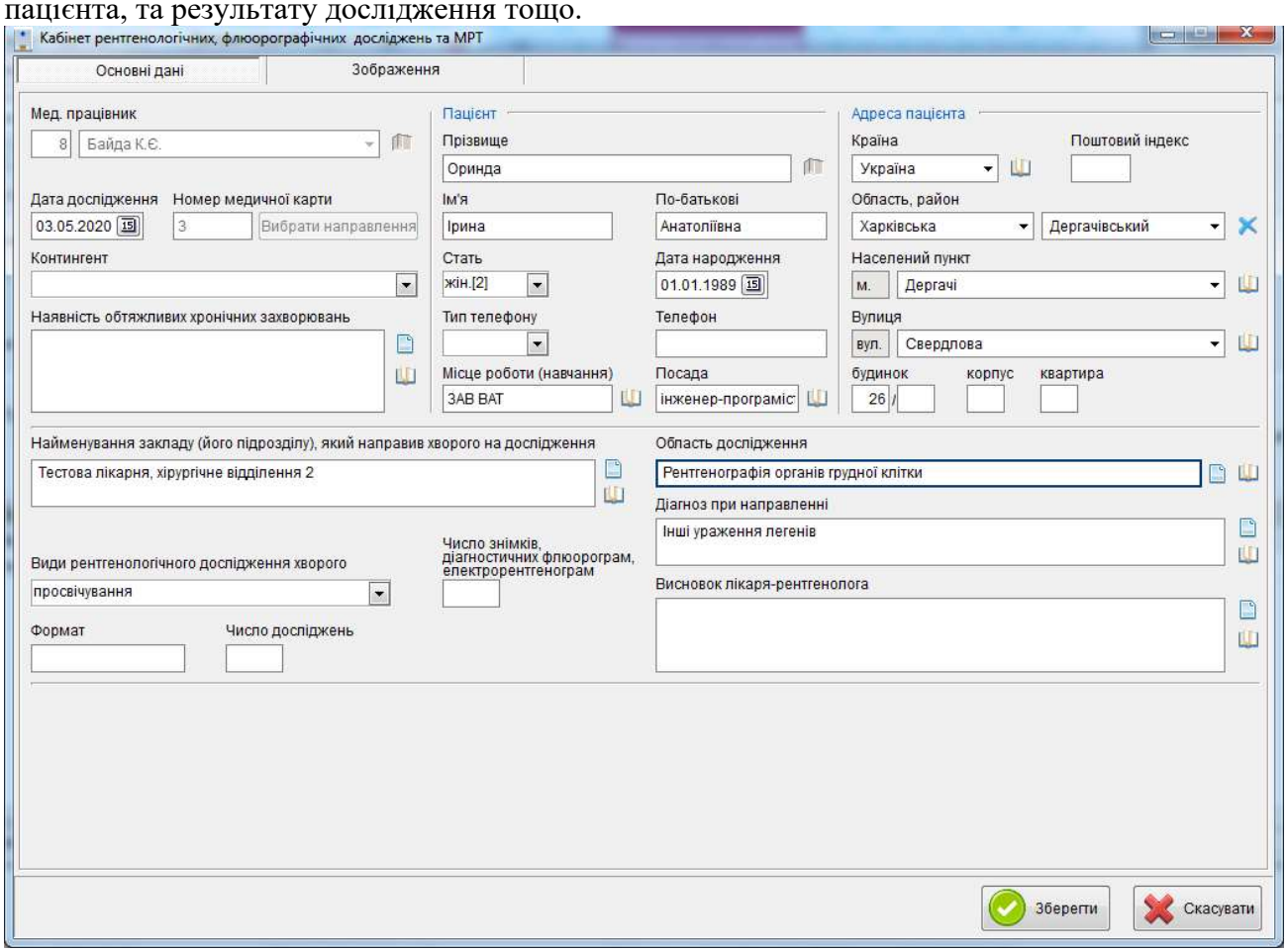
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

«Направлення» 

- відкриває перед працівником кабінету список пацієнтів, які були направлені на дослідження із амбулаторії або стаціонару за останній місяць.

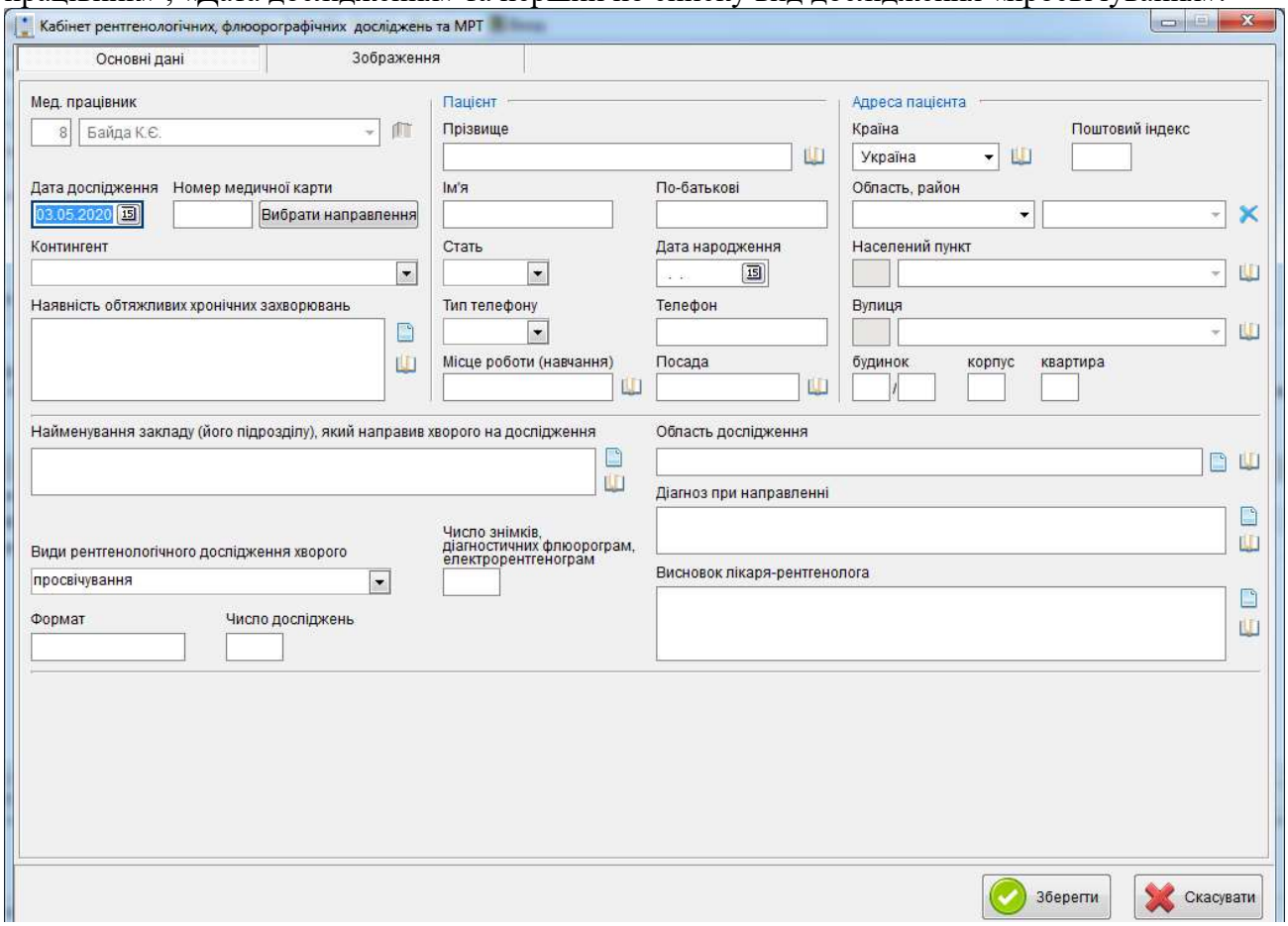


Для вибору направлення необхідно двічі натиснути на нього або, натиснувши один раз і **«Вибрати».** В результаті, відкриється вікно (закладка **«Основні дані»**) для внесення даних пацієнта, та результату дослідження тощо.



У випадку (на малюнку зверху), якщо дослідження здійснюється **по направленню** автоматично заповнюються дані про пацієнта з з амбулаторної чи стаціонарної карти пацієнта, найменування закладу, вид дослідження, область дослідження, діагноз при направленні. Працівнику кабінету залишиться заповнити інші поля, при потребі, і, головне, **«Висновок лікаря - рентгенолога»**.

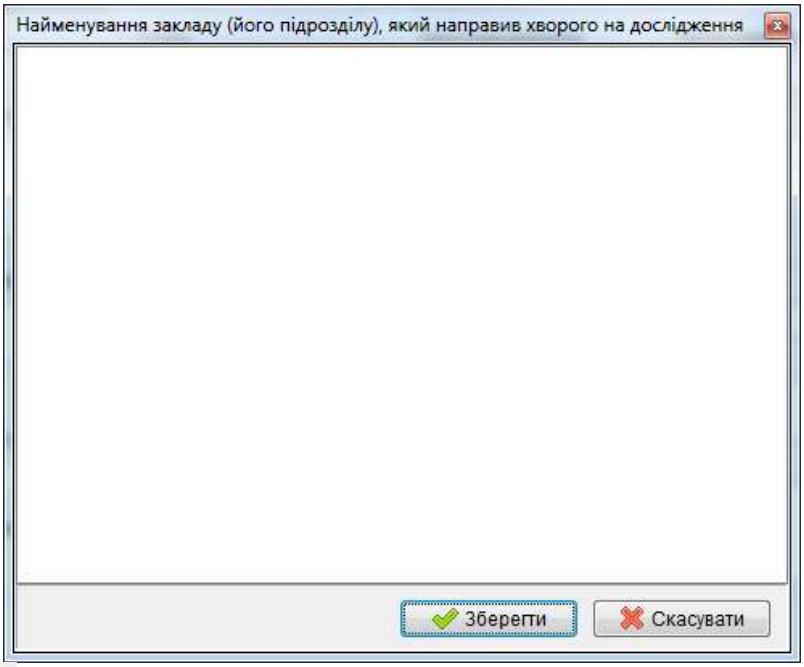
У разі, якщо до лікаря, пацієнт прийшов з самозверненням або з паперовим направленням, то користувачу необхідно створити такий запис самостійно через кнопку **«Новий».** Вікно, яке з'явиться матиме автоматично заповненими тільки поля «Мед. працівник» , «Дата дослідження» та перший по списку вид дослідження «просвічування».



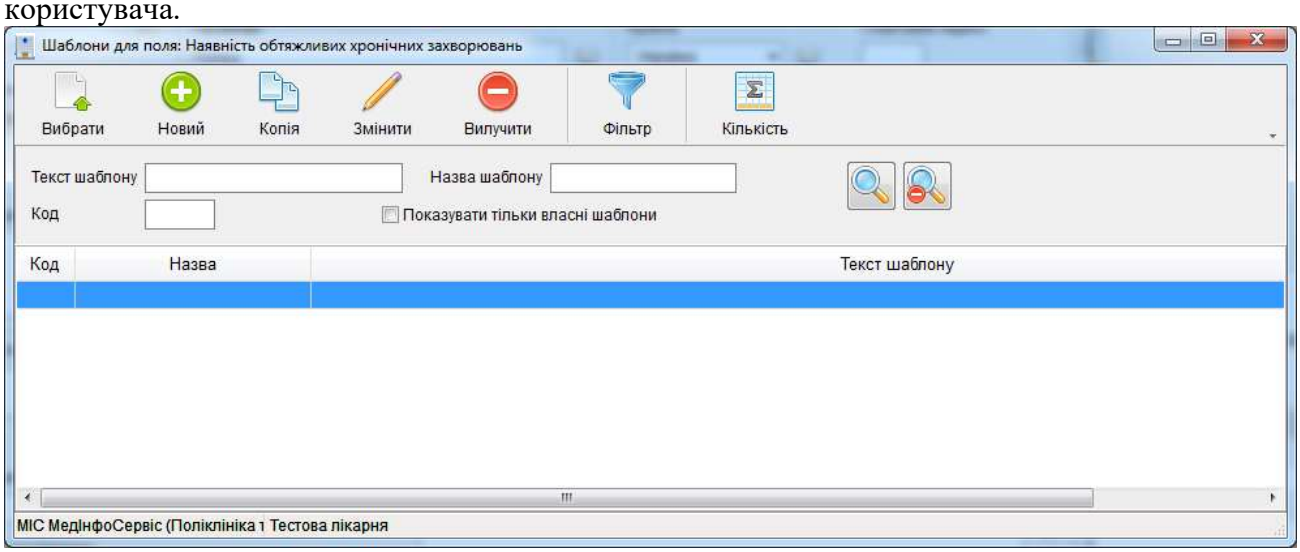
Для внесення даних про пацієнта, його можна вибрати з реєстру пацієнтів (за допомогою кнопки або ввівши перші три літери прізвища і обрати з переліку

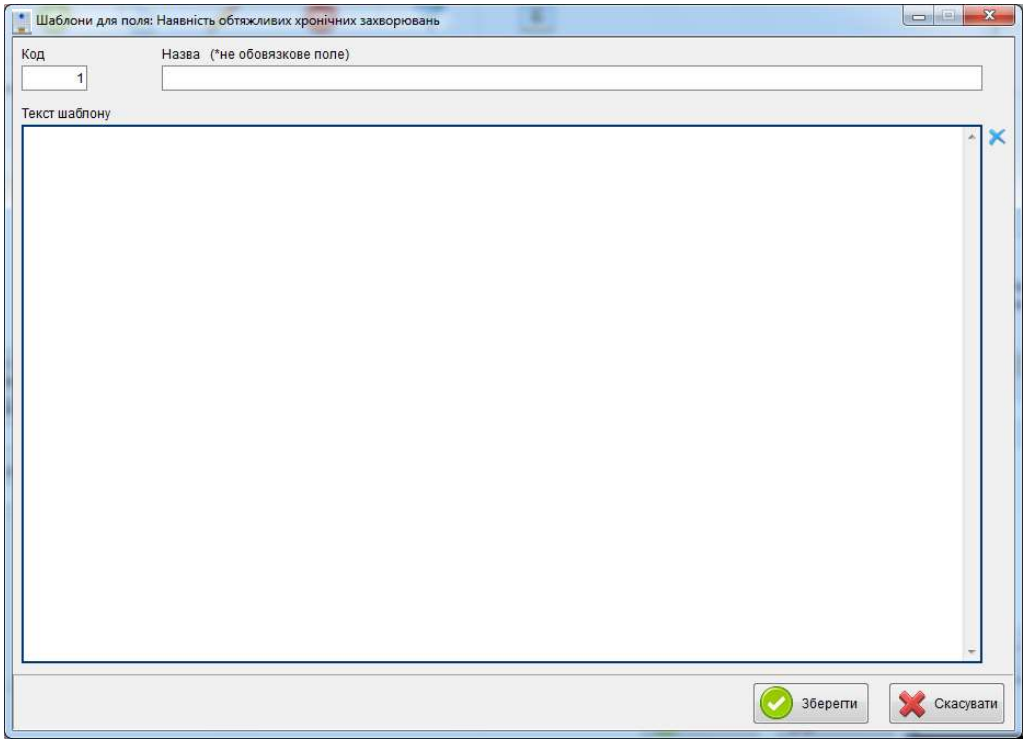
) або внести дані нового в даному вікні. Мінімальна кількість полів для заповнення пацієнта це: ПІБ, стать та дата народження.

Кнопка , яка розташована біля деяких полів дає можливість ввести більше необхідної інформації:

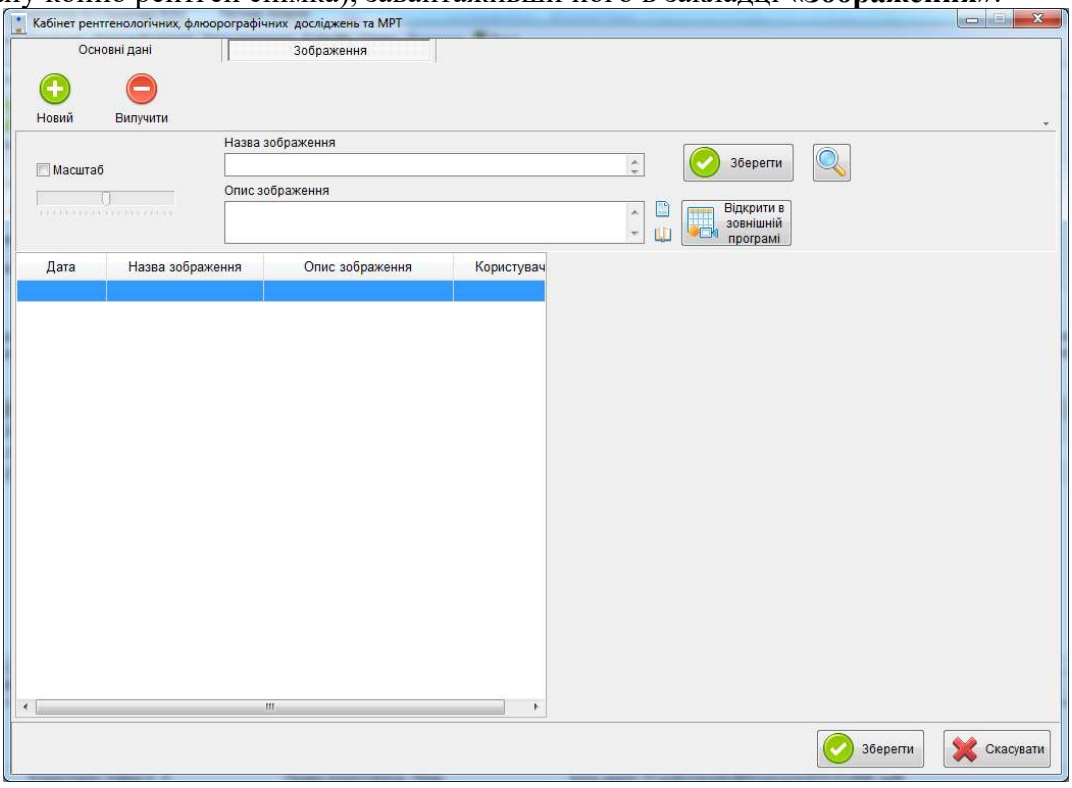


Кнопка біля одних полів (таких як, «Країна», «населений пункт», «Вулиця» тощо), дає можливість вибрати з готового довідника бази, а біля інших («Область дослідження», «Діагноз при направленні», «Висновок лікаря - рентгенолога» тощо) дає можливість створити власні шаблони, якими найчастіше користуються в роботі. **«Показувати власні шаблони»** означає, що лікар буде бачити тільки ті шаблони, які він створив під своєю обліковим записом користувача.

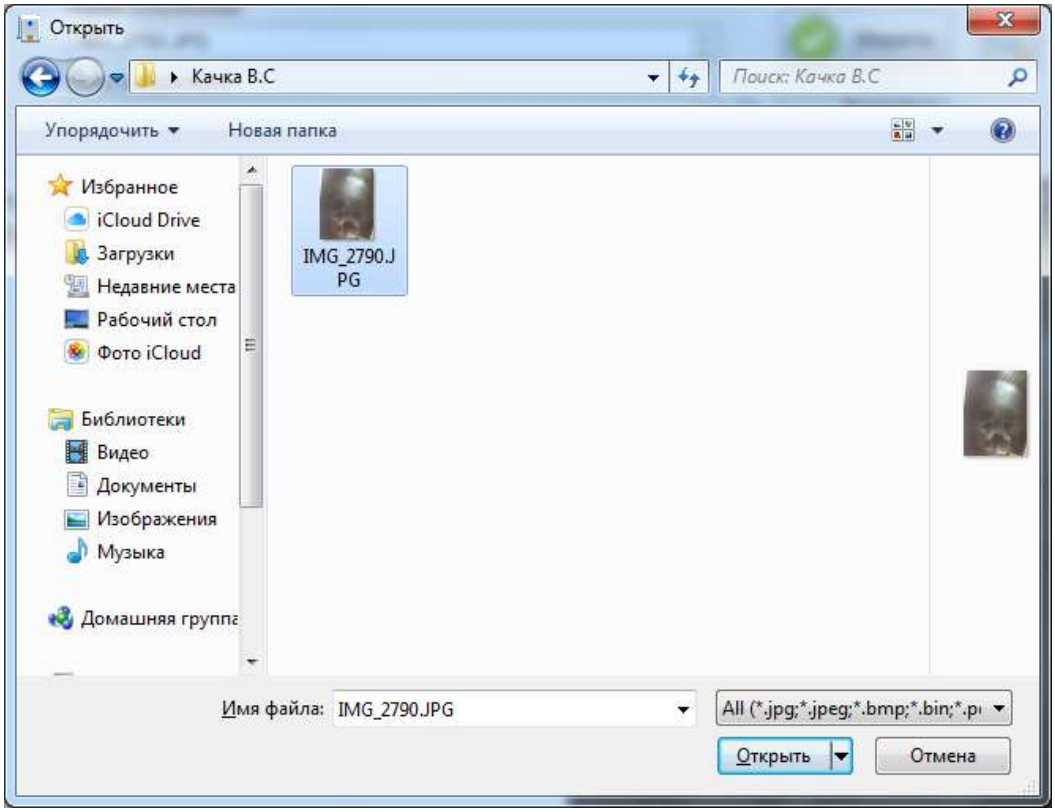




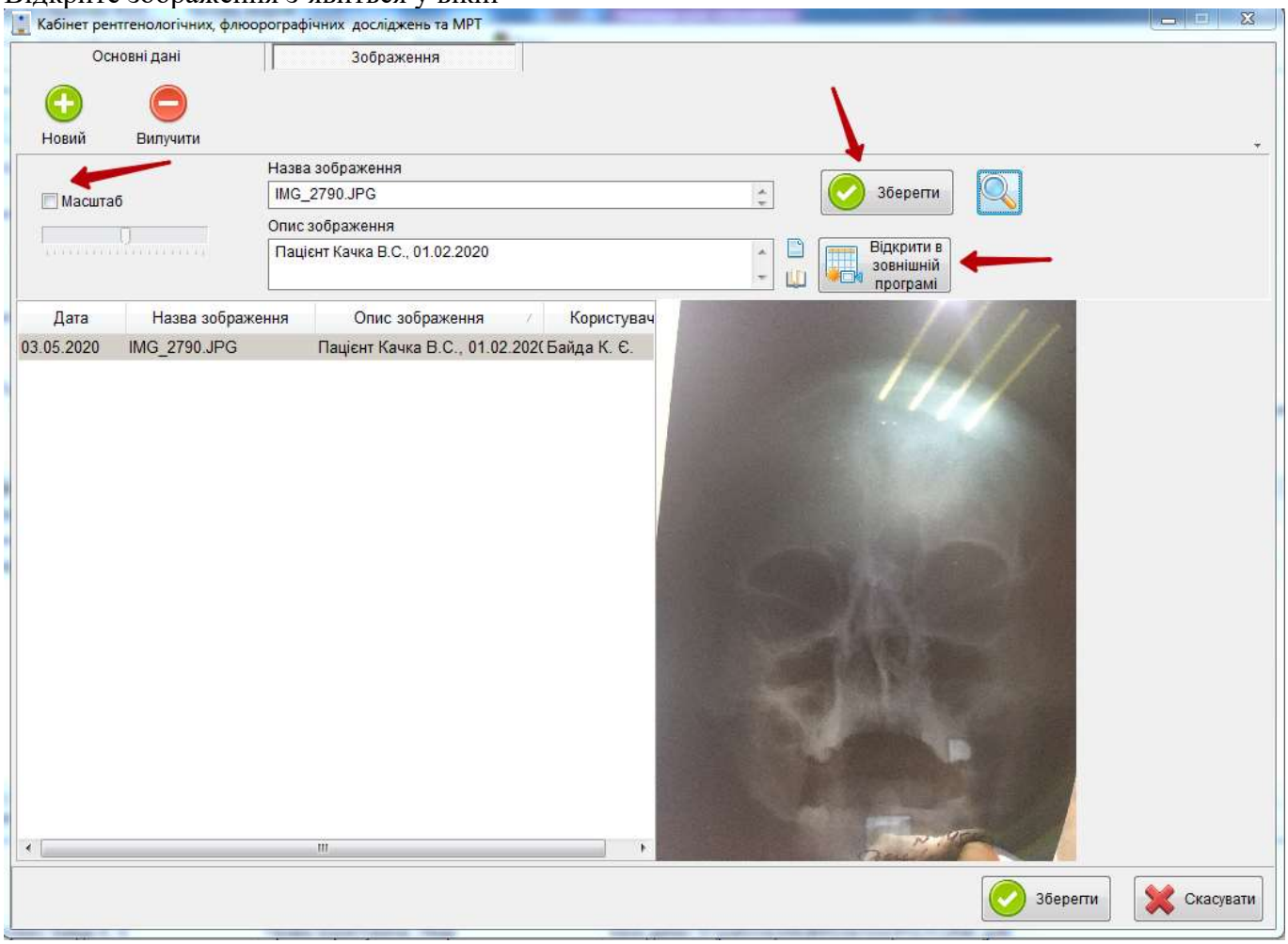
В даному модулі можливо «прикріпити» зображення до дослідження (наприклад, скановану копію рентген снімка), завантаживши його в закладці **«Зображення»**.



Для завантаження нового зображення необхідно натиснути «Новий», обрати зображення із локального диску чи зовнішнього носія і «Открыть».



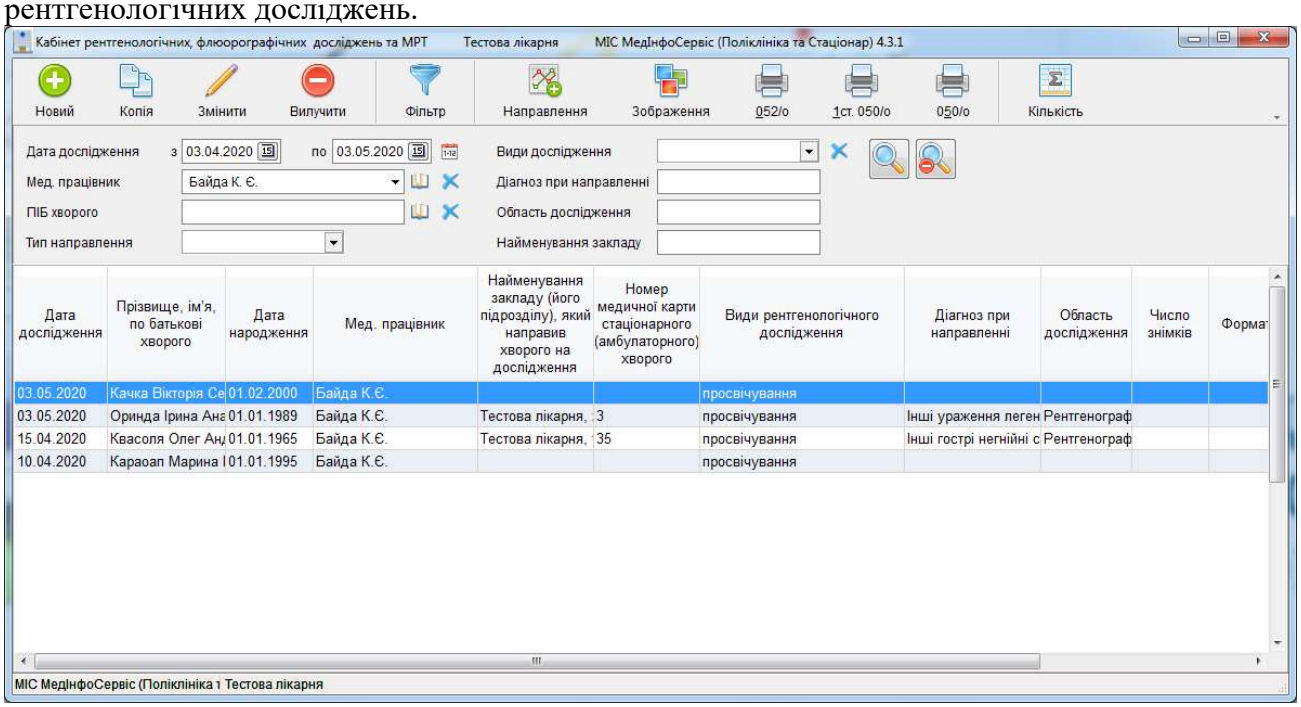
Відкрите зображення з’явиться у вікні



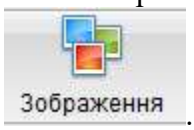
Натиснувши у верхній частині вікна кнопку **«Зберегти»**, можна переходити до завантаження наступних зображень. Також є можливість скористатися масштабом, при потребі,м або відкрити зображення в зовнішній програмі.

Всі виконані дослідження (по направленню і без) та їх результати автоматично відображаються в електронній медичній карті амбулаторного або стаціонарного пацієнта в

розділі **«Результати обстежень»**, а також формуються в список у головному вікні кабінету рентгенологічних досліджень.



Переглянути всі завантаженні зображення можливо за допомогою кнопки



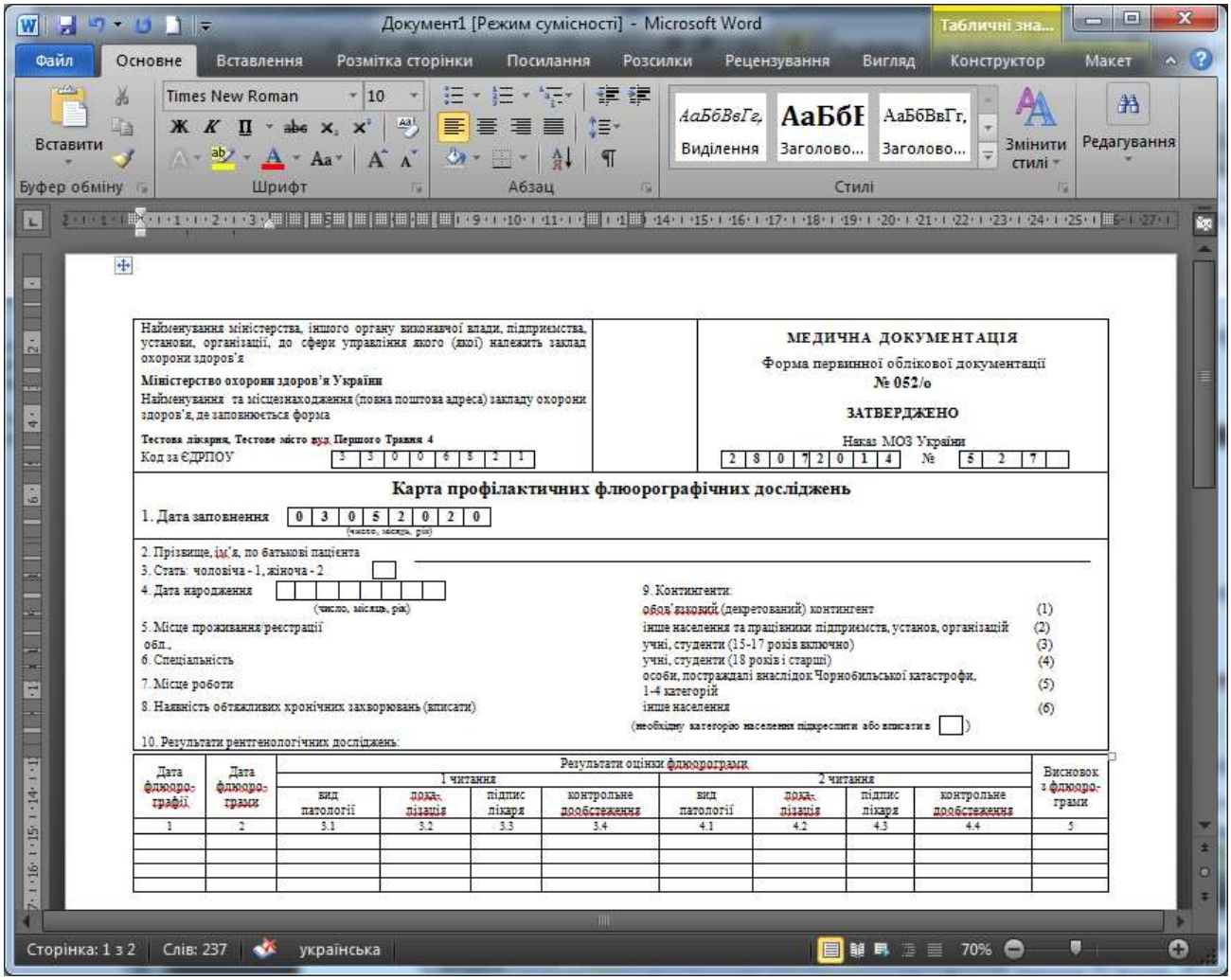
.

В кабінеті рентгенологічних, флюорографічних досліджень та МРТ є можливість роздрукувати наступні форми облікової документації:

- **«Карта профілактичних флюорографічних досліджень» (форма 052/о)**

Для друку необхідно обрати пацієнта та натиснути кнопку

. Форма буде сформована в документ Word або LibreOffice Writer



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я

Міністерство охорони здоров'я України

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма

Тестова лікарня, Тестове місто вул. Першого Травня 4

Код за ЄДРПОУ 3 5 0 0 6 5 2 1

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації

№ 052/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України

2 8 0 7 2 0 1 4 № 5 2 7

Карта профілактичних флюорографічних досліджень

1. Дата заповнення 0 3 0 5 2 0 2 0 (число, місяць, рік)

2. Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта

3. Стать: чоловіча - 1, жіноча - 2

4. Дата народження (число, місяць, рік)

5. Місце проживання/реєстрації обл.,

6. Спеціальність

7. Місце роботи

8. Наявність обтяжливих хронічних захворювань (вписати)

9. Контингенти:
обов'язковий (декретований) контингент (1)
інше населення та працівники підприємств, установ, організацій (2)
учні, студенти (15-17 років включно) (3)
учні, студенти (18 років і старші) (4)
особи, постраждалі внаслідок Чорнобильської катастрофи, 1-4 категорій (5)
інше населення (6)
(необхідну категорію населення підкреслити або вписати в)

10. Результати рентгенологічних досліджень:

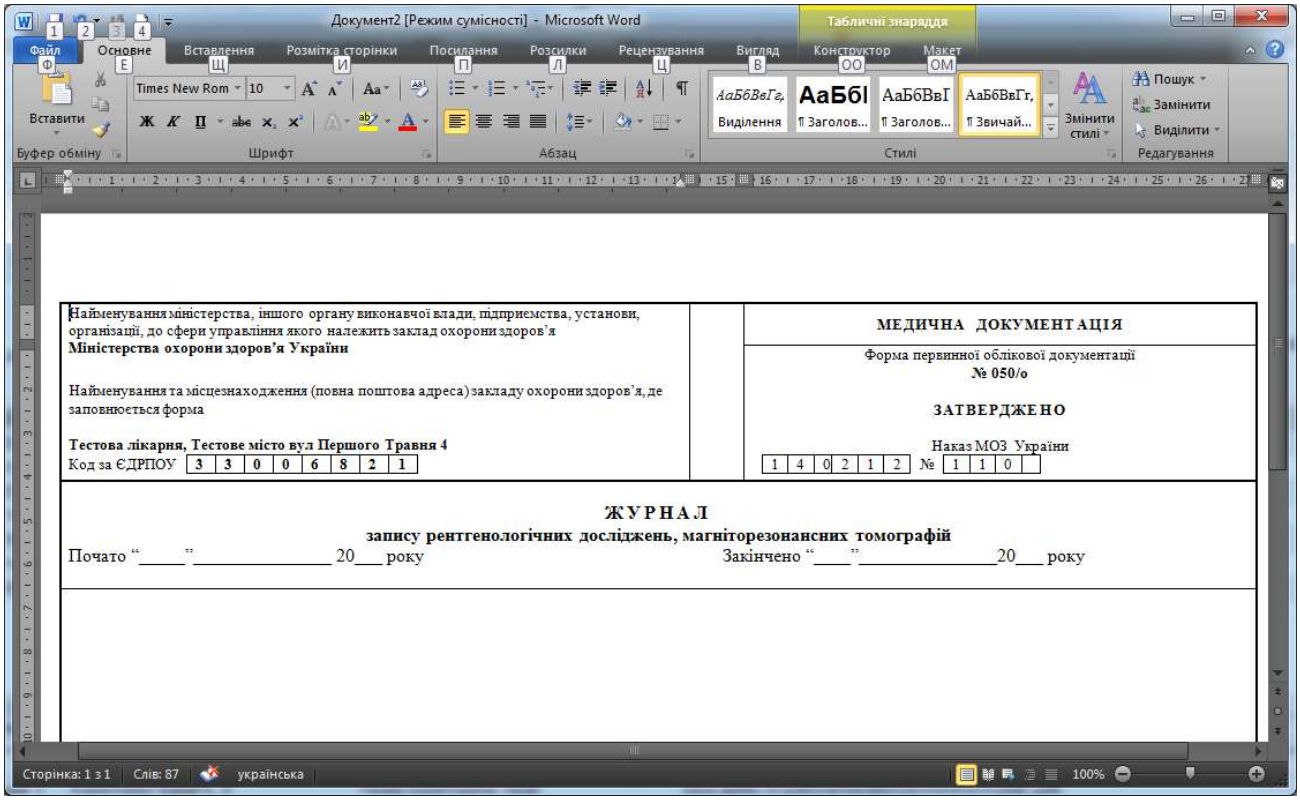
Дата флюорографії	Дата флюрограми	Результати оцінки флюрограми								Висновок з флюрограми
		1 читання				2 читання				
		вид патології	локалізація	підпис лікаря	контрольне дообстеження	вид патології	локалізація	підпис лікаря	контрольне дообстеження	
1	2	3.1	3.2	3.3	3.4	4.1	4.2	4.3	4.4	5

Сторінка: 1 з 2 Слів: 237 українська 70%

- **«Журнал запису рентгенологічних досліджень, магніторезонансних томографій» (форма 050/о)**.

Для друку журналу 050/о використовують кнопки

, де перша сторінка виводиться в документ Word або LibreOffice Writer, а таблиця в документ Excel або в LibreOffice Calc. При цьому необхідно обов'язково вказати дату відвідування.



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я
Міністерства охорони здоров'я України

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма

Тестова лікарня, Тестове місто вул Першого Травня 4
Код за ЄДРПОУ 3 3 0 0 6 8 2 1

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

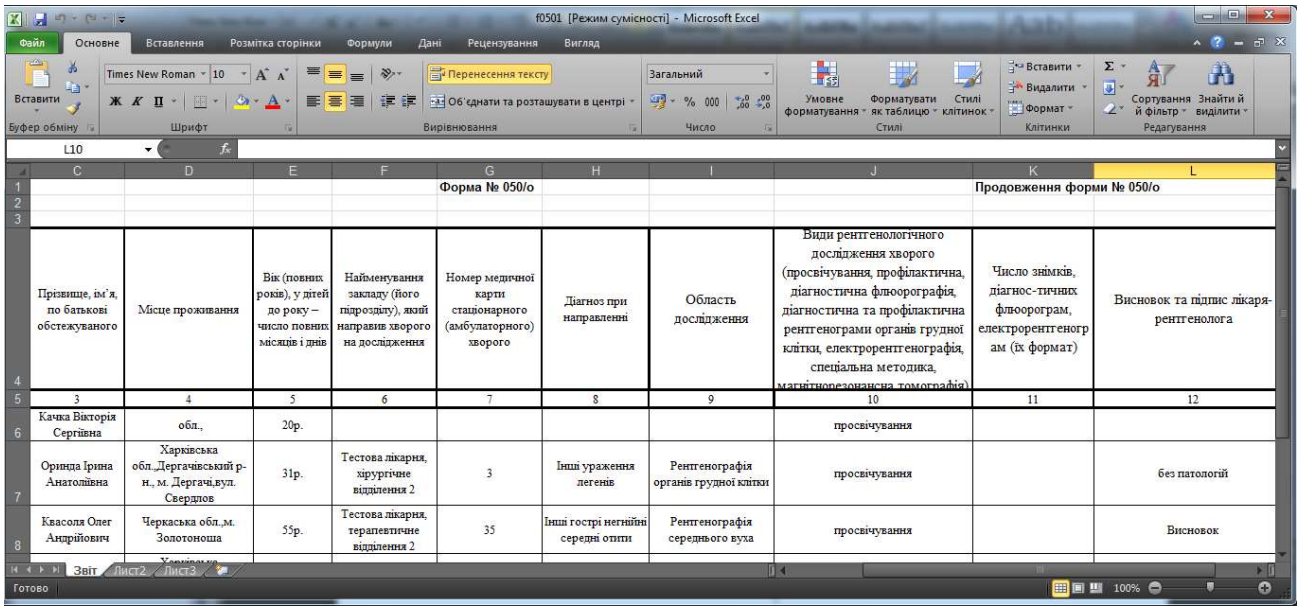
Форма первинної облікової документації
№ 050/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України
1 4 0 2 1 2 № 1 1 0

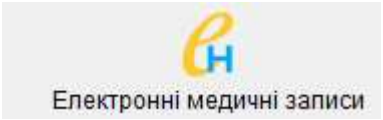
ЖУРНАЛ
запису рентгенологічних досліджень, магніторезонансних томографій

Почато "____" _____ 20___ року Закінчено "____" _____ 20___ року



Форма № 050/о — Продовження форми № 050/о

	Прізвище, ім'я, по батькові обстежуваного	Місце проживання	Вік (повних років), у літей до року – число повних місяців і днів	Найменування закладу (його підрозділу), який направив хворого на дослідження	Номер медичної карти стаціонарного (амбулаторного) хворого	Діагноз при направленні	Область дослідження	Види рентгенологічного дослідження хворого (просвічування, профілактична, діагностична флюорографія, діагностична та профілактична рентгенограми органів грудної клітки, електрорентгенографія, спеціальна методика, магніторезонансна томографія)	Число знімків, діагнос-тичних флюорограм, електрорентгенограм (їх формат)	Висновок та підпис лікаря-рентгенолога
5	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
6	Качка Вікторія Сергіївна	обл.,	20р.					просвічування		
7	Оринда Ірина Анатоліївна	Харківська обл.,Дергачівський р-н., м. Дергачі,вул. Свердлов	31р.	Тестова лікарня, хірургічне відділення 2	3	Інші ураження легенів	Рентгенографія органів грудної клітки	просвічування		без патологій
8	Квасоля Олег Андрійович	Черкаська обл.,м. Золотоноша	55р.	Тестова лікарня, терапевтичне відділення 2	35	Інші гострі негнійні середні отити	Рентгенографія середнього вуха	просвічування		Висновок

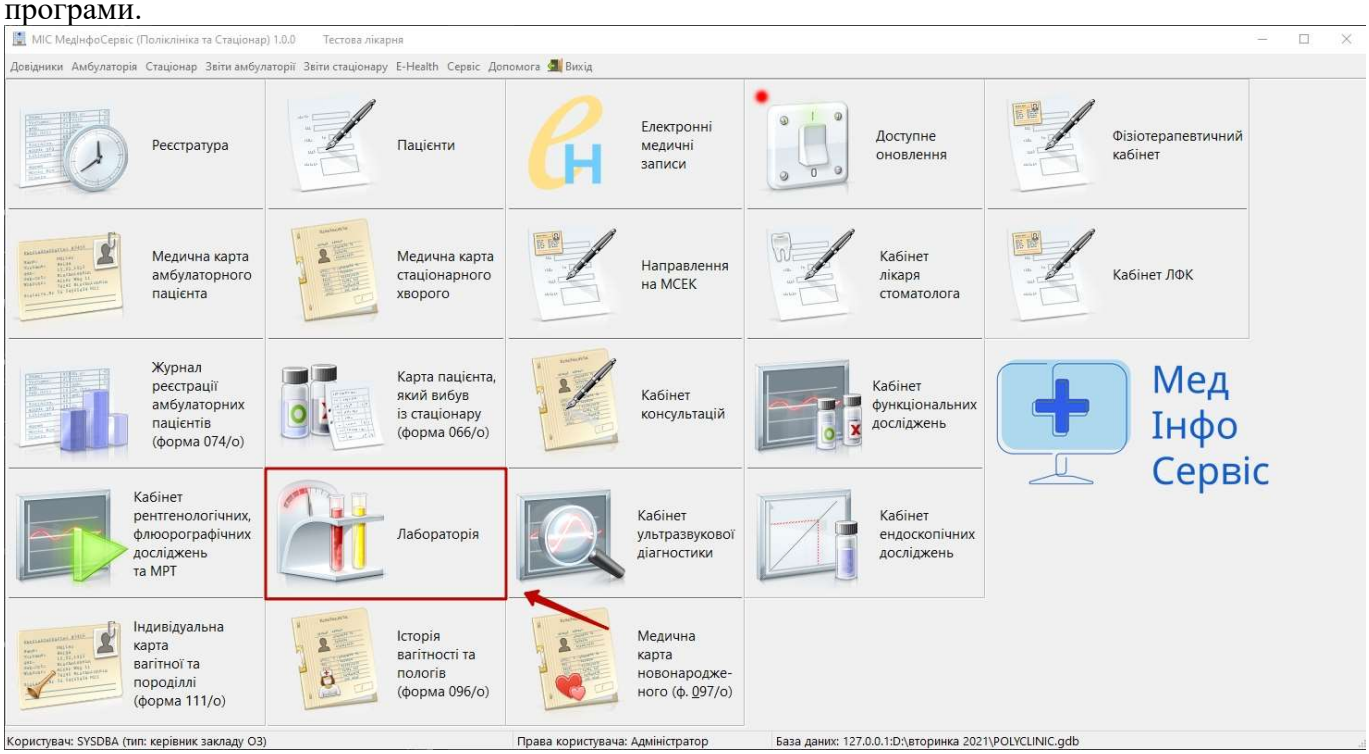
«Електронні медичні записи» 

- перехід до електронних медичних записів обраного із списку пацієнта.

«Кількість» - розраховує кількість записів, в залежності від налаштування фільтраційної панелі.

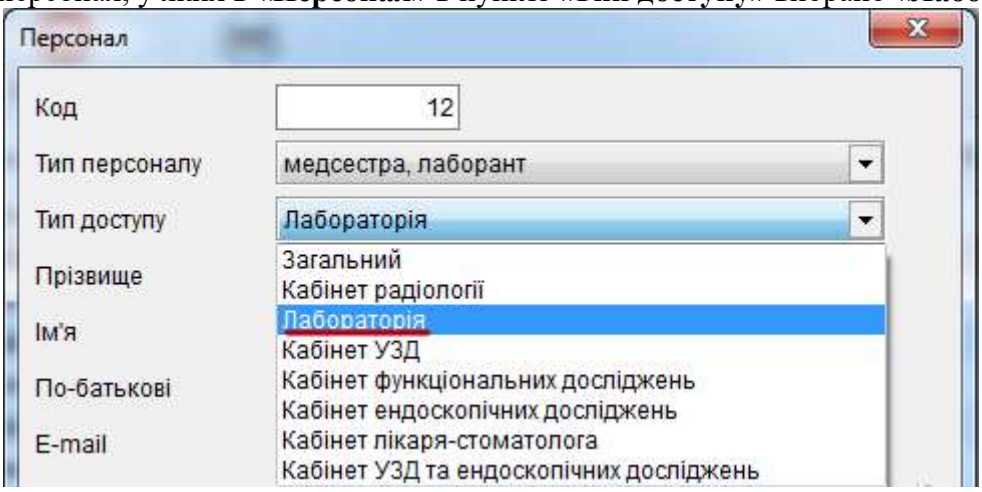
10.17 Лабораторія

Знайти даний модуль можна в пункті меню **«Амбулаторія»**, **«Стаціонар»** та, для зручності, його розміщено на головному вікні програми, яке з'являється після запуску програми.

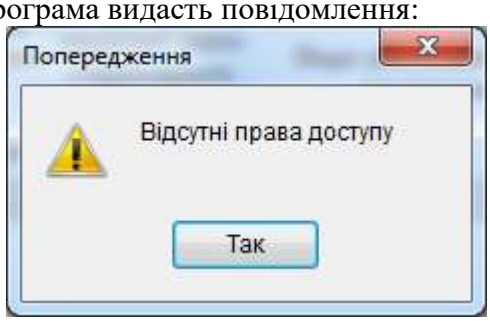


Модуль «Лабораторія», дозволяє вести облік досліджень по пацієнтам, як за направленнями так і без них, вносити результати аналізів/досліджень.

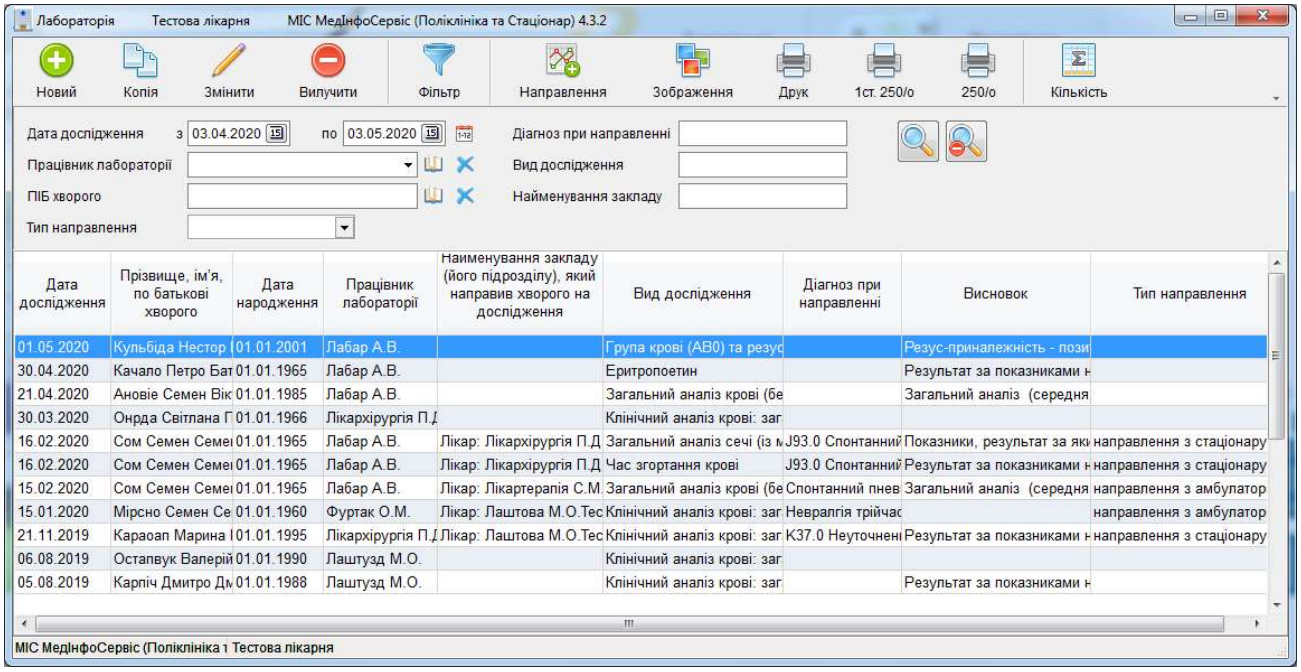
Зверніть увагу! В лабораторії мають право працювати тільки ті лікарі чи середній медичний персонал, у яких в **«Персонал»** в пункті **«Тип доступу»** вибрано **«Лабораторія»**.



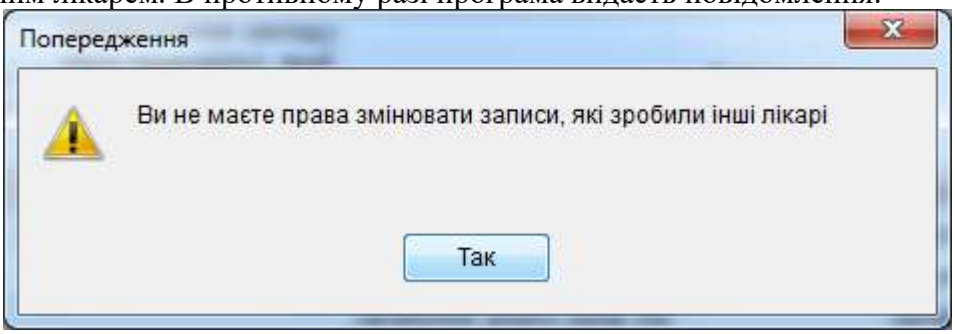
В противному разі, програма видасть повідомлення:



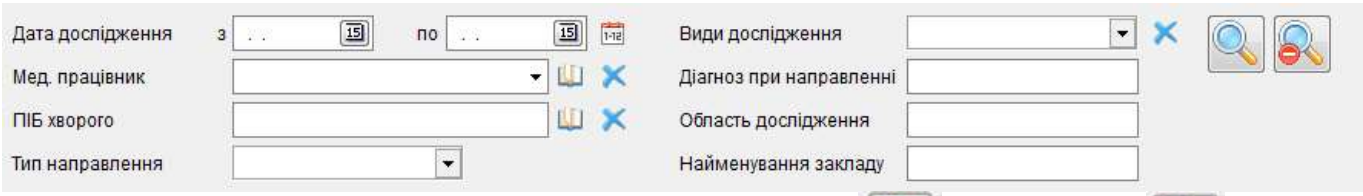
Зайшовши в програму під працівником лабораторії з відповідними правами доступу, користувачеві відкриється головне вікно лабораторії, де будуть відображені дослідження, виконані за останній місяць.



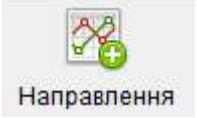
Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити нове дослідження для пацієнта. **«Копія»** - створює копію дослідження і відкриває його. **«Змінити»** - відкривається дослідження для внесення змін тільки по вибору виду дослідження та внесенню показників, інші поля для редагування неактивні. **«Вилучити» -** видаляє тільки ті дослідження, які були занесені даним лікарем. В противному разі програма видасть повідомлення.



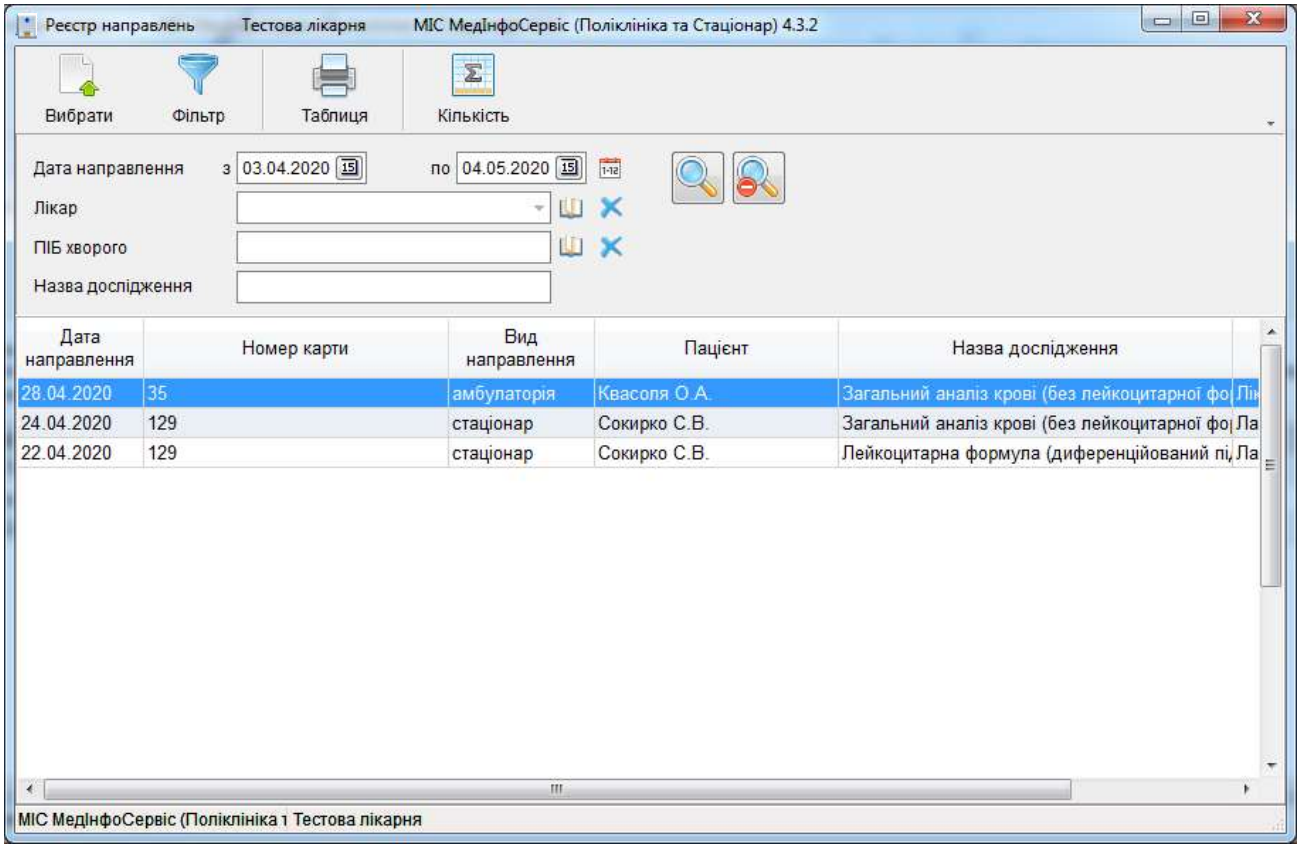
«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по дослідженням.



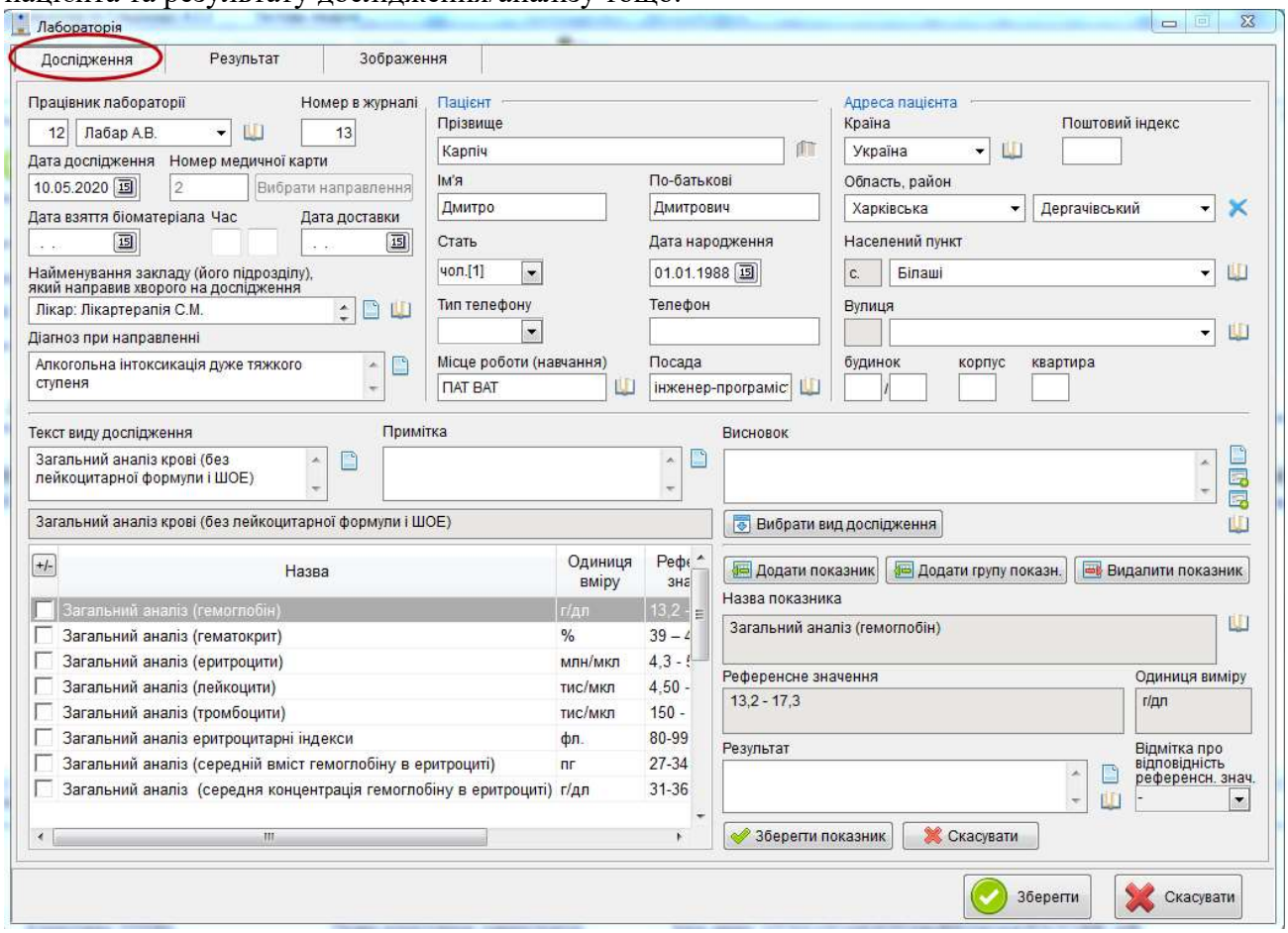
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

«Направлення» 

- відкриває перед працівником кабінету список пацієнтів, які були направлені на дослідження із амбулаторії або стаціонару за останній місяць.



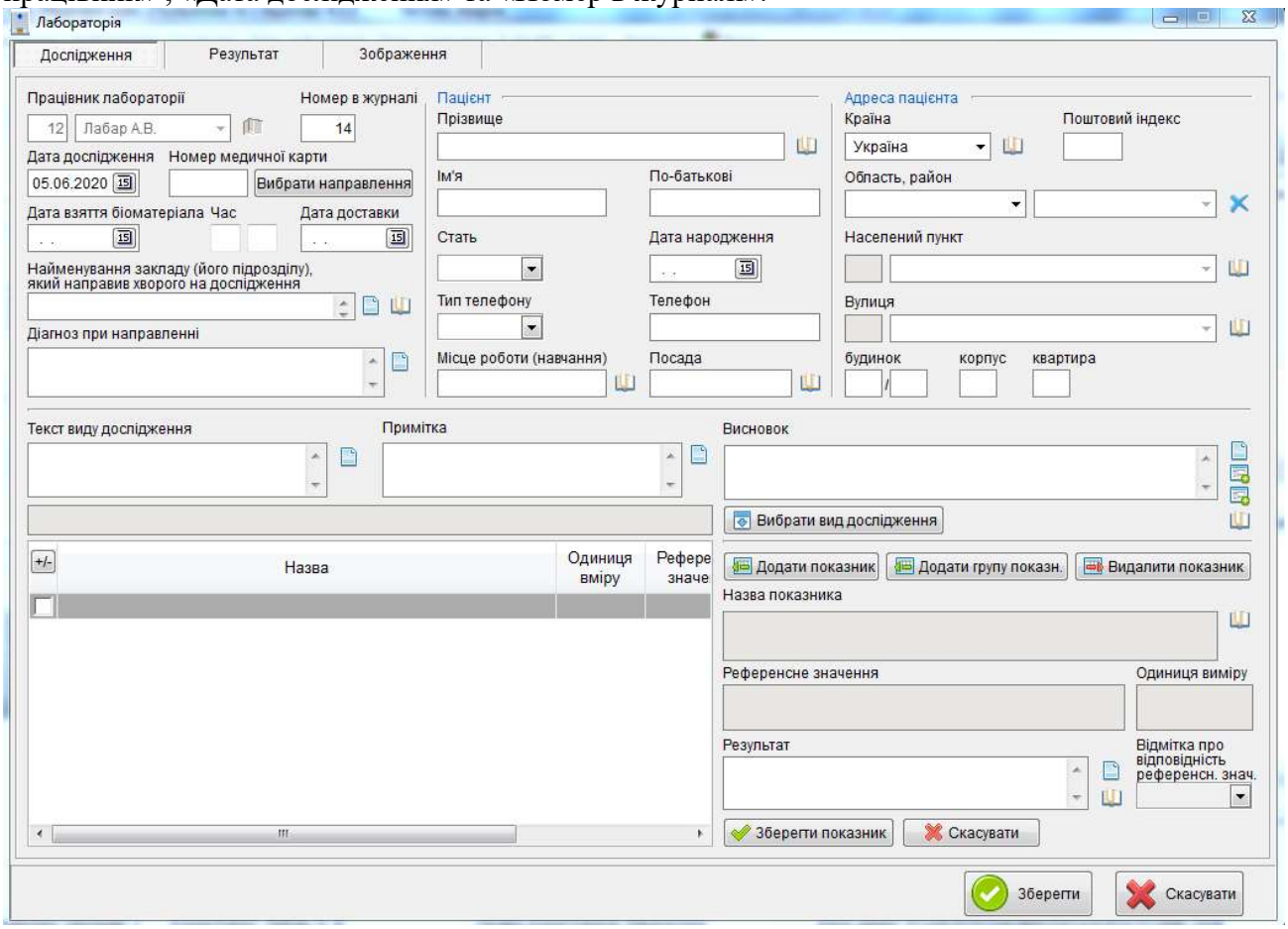
Для вибору направлення необхідно двічі натиснути на нього або, натиснувши один раз і **«Вибрати».** В результаті, відкриється вікно (закладка **«Дослідження»**) для внесення даних пацієнта та результату дослідження/аналізу тощо.



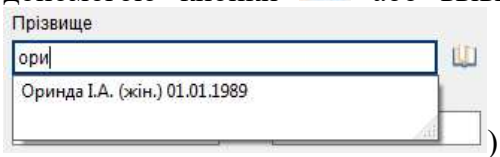
У випадку (як на малюнку зверху), якщо дослідження здійснюється **по направленню** автоматично заповнюються дані про пацієнта з амбулаторної чи стаціонарної карти пацієнта, найменування закладу, вид дослідження, область дослідження, діагноз при направленні тощо.

Працівнику лабораторії залишиться заповнити результати показників дослідження/аналізу і, головне, **«Висновок»**.

У разі, якщо до лікаря, пацієнт прийшов з самозверненням або з паперовим направленням, то користувачу необхідно створити такий запис самостійно через кнопку **«Новий».** Вікно, яке з'явиться матиме автоматично заповненими тільки поля «Мед. працівник» , «Дата дослідження» та «Номер в журналі».

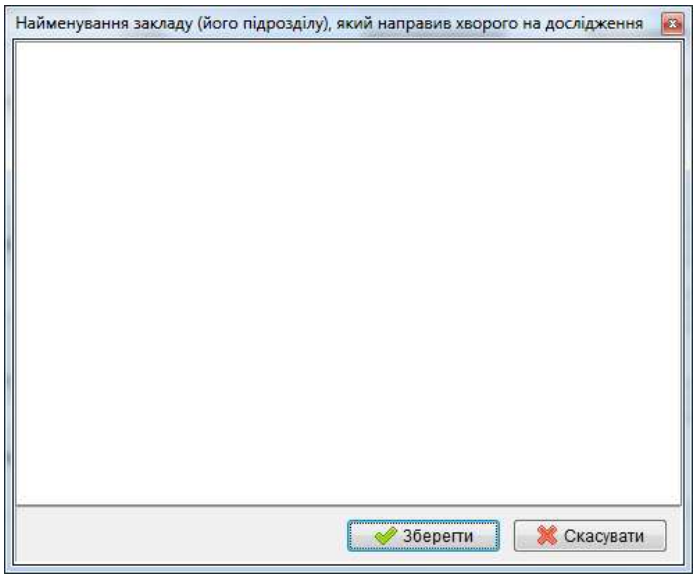


Для внесення даних про пацієнта, його можна вибрати з реєстру пацієнтів (за допомогою кнопки або ввівши перші три літери прізвища і обрати з переліку

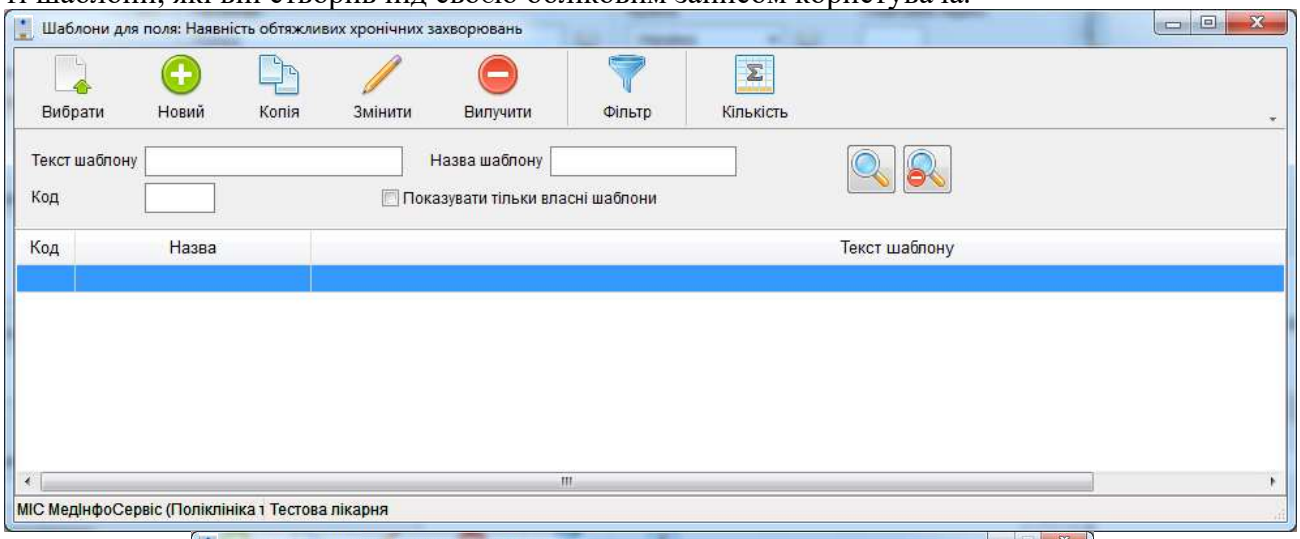


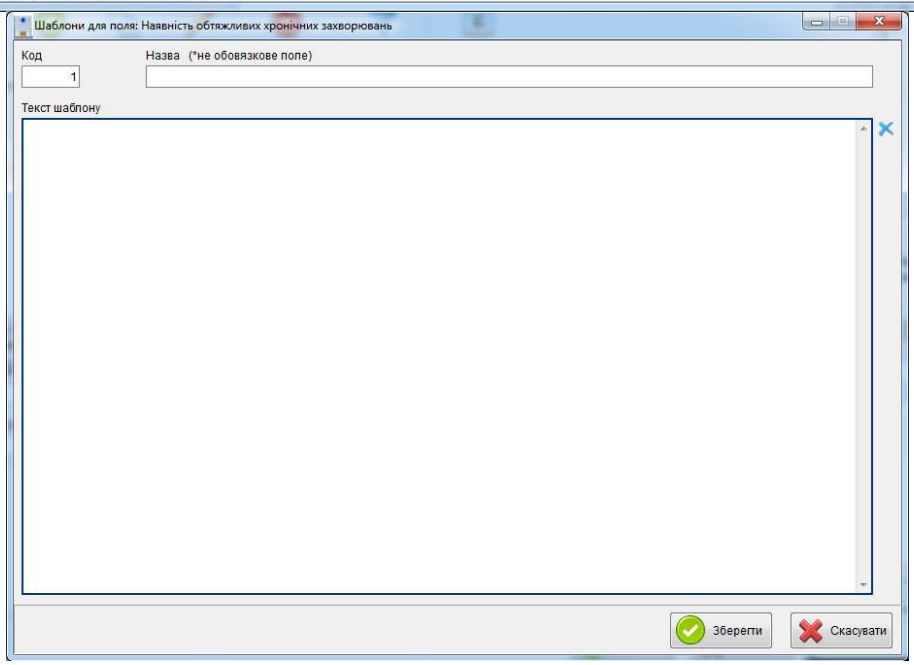
) або внести дані нового в даному вікні. Мінімальна кількість полів для заповнення пацієнта це: ПІБ, стать та дата народження.

Кнопка , яка розташована біля деяких полів дає можливість ввести більше необхідної інформації:

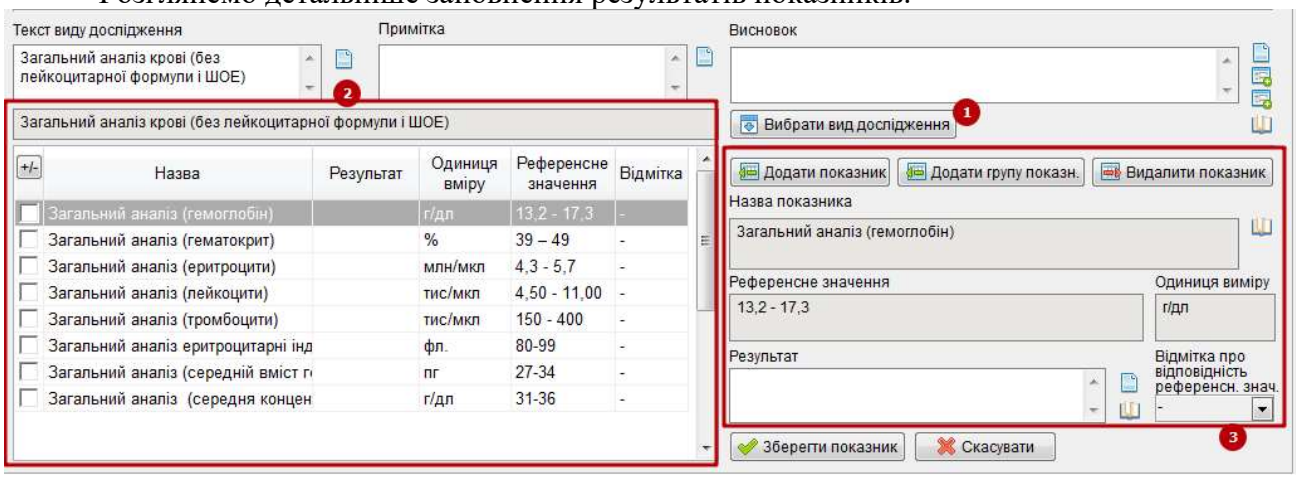


Кнопка біля одних полів (таких як, «Країна», «населений пункт», «Вулиця» тощо), дає можливість вибрати з готового довідника бази, а біля інших («Найменування закладу..», «Висновок», «Результат») дає можливість створити власні шаблони, якими найчастіше користуються в роботі. **«Показувати власні шаблони»** означає, що лікар буде бачити тільки ті шаблони, які він створив під своєю обліковим записом користувача.

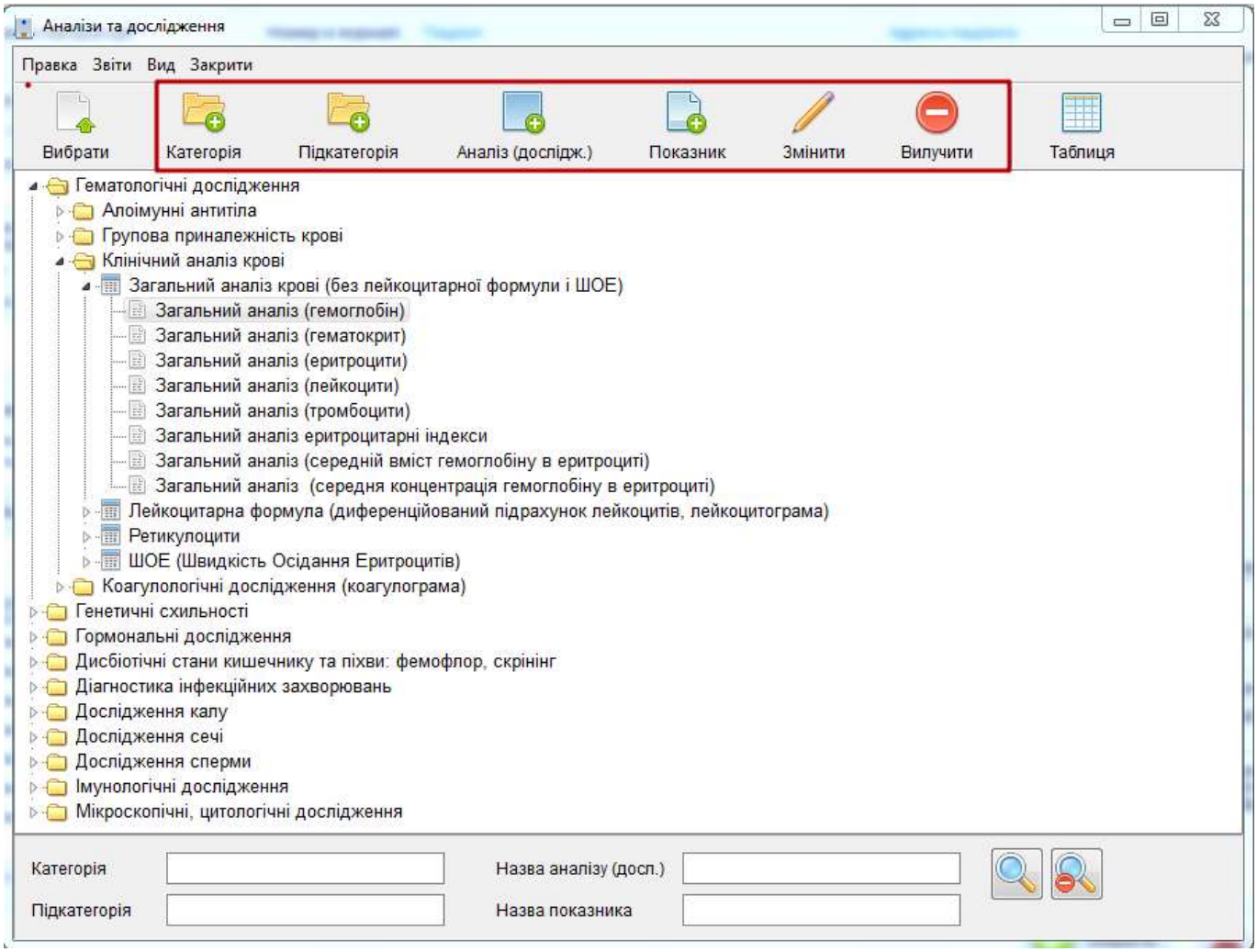




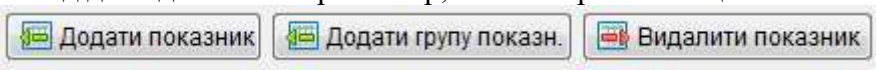
Розглянемо детальніше заповнення результатів показників.



1 **«Вибрати вид дослідження»** - кнопка відкриває довідник **«Аналізи та дослідження»**, в який працівники мають можливість редагувати як існуючі аналізи та показники, так і створювати нові.

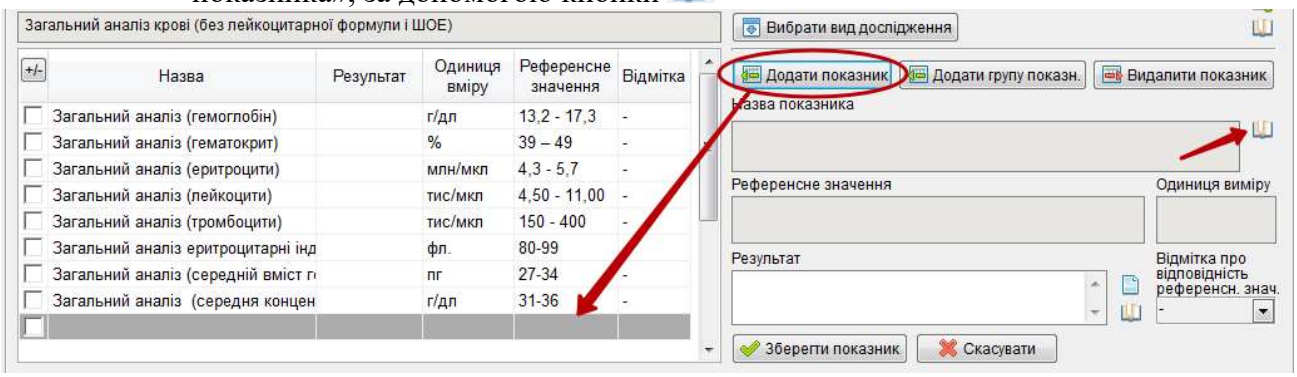


2 Таблиця автоматично заповнюється показниками того виду аналізу чи дослідження, яке було обрано з довідника. У випадку з направленням, потрібний вид дослідження обирає лікар, який направляє пацієнта в лабораторію.

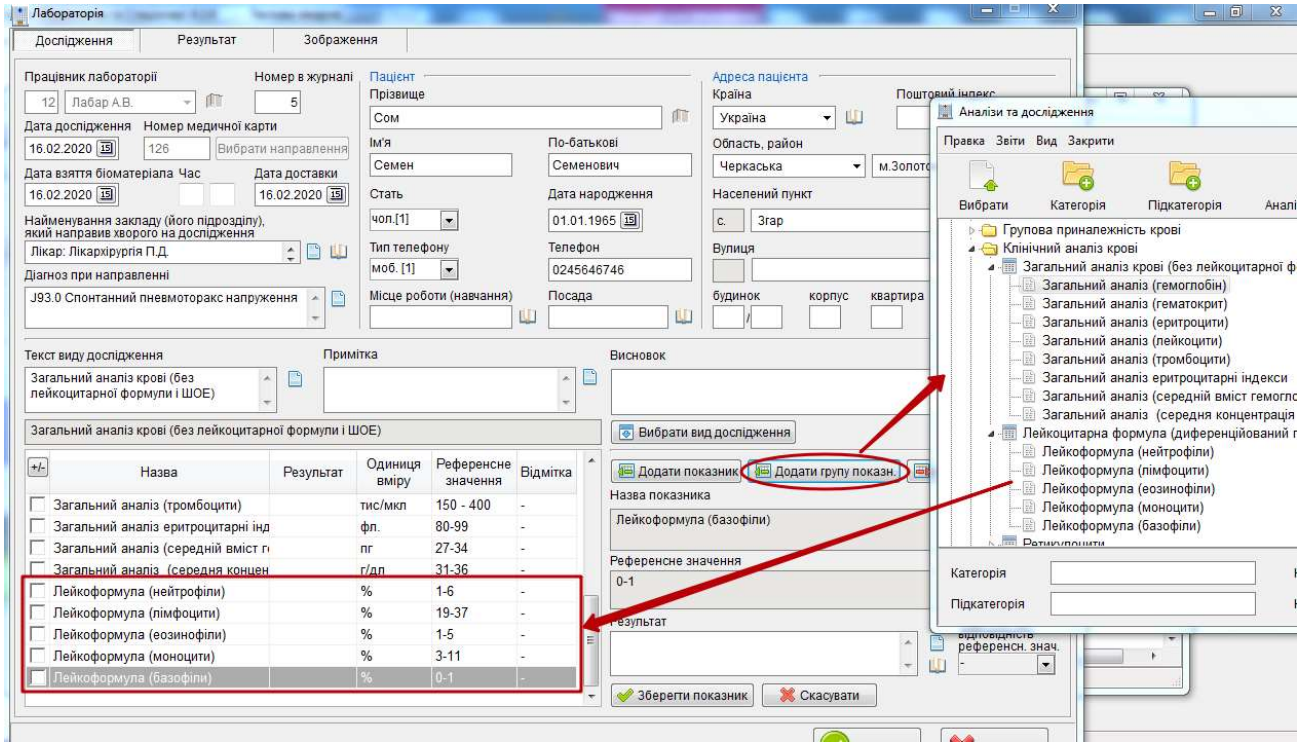
Кнопки 

дають можливість:

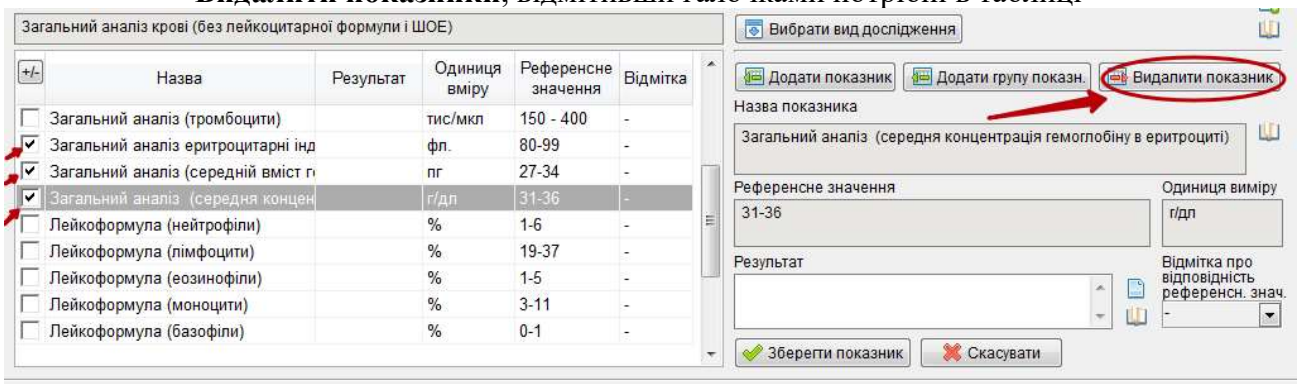
- **Додати показник** в таблицю. Обрати необхідний потрібно в полі «Назва показника», за допомогою кнопки



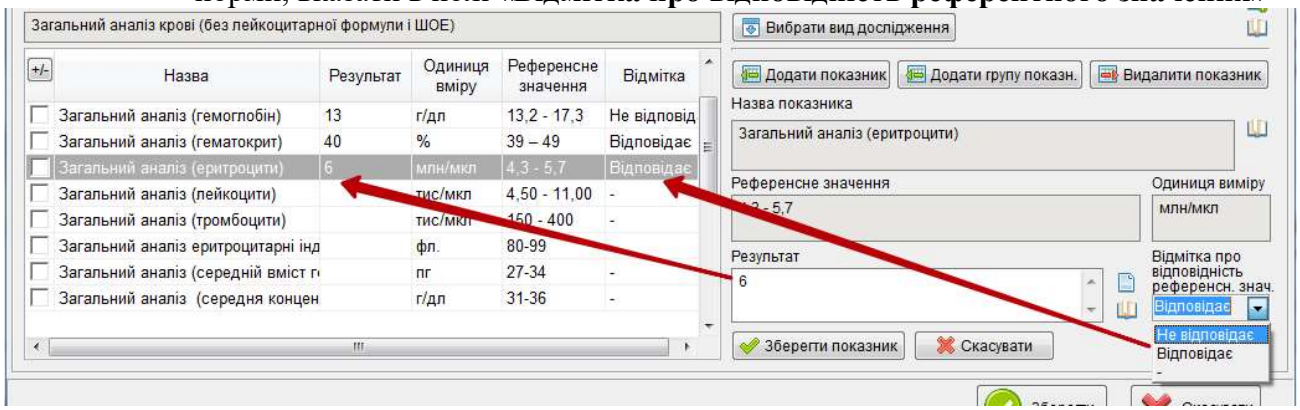
- **Додати групу показників –** дозволяє додати ще аналізи (з групою показників) до вже існуючого списку



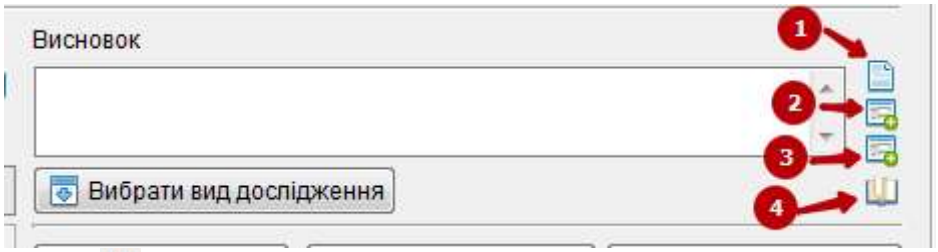
- **Видалити показники**, відмітивши галочками потрібні в таблиці



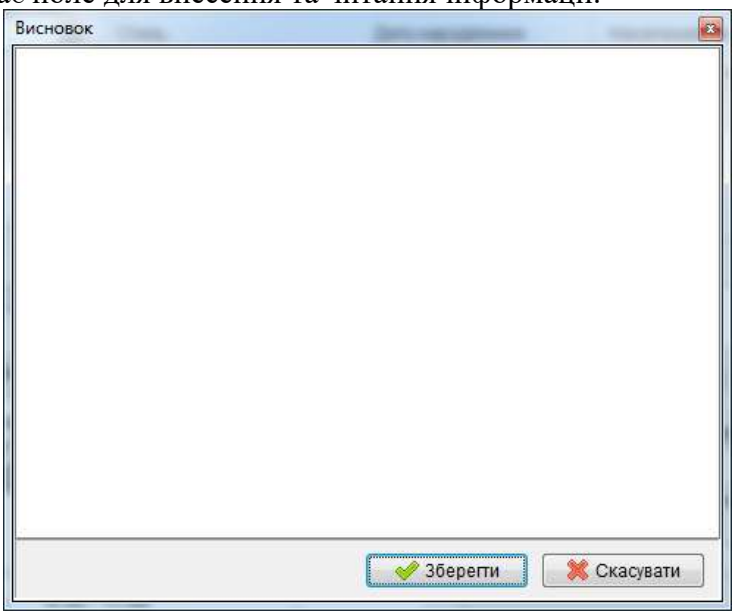
3 Результати необхідно відмічати відповідно обраного показника із таблиці в поле **«Результат»**, і, в залежності від того, чи результат відповідає показникам норми, вказати в полі **«Відмітка про відповідність референтного значення»**



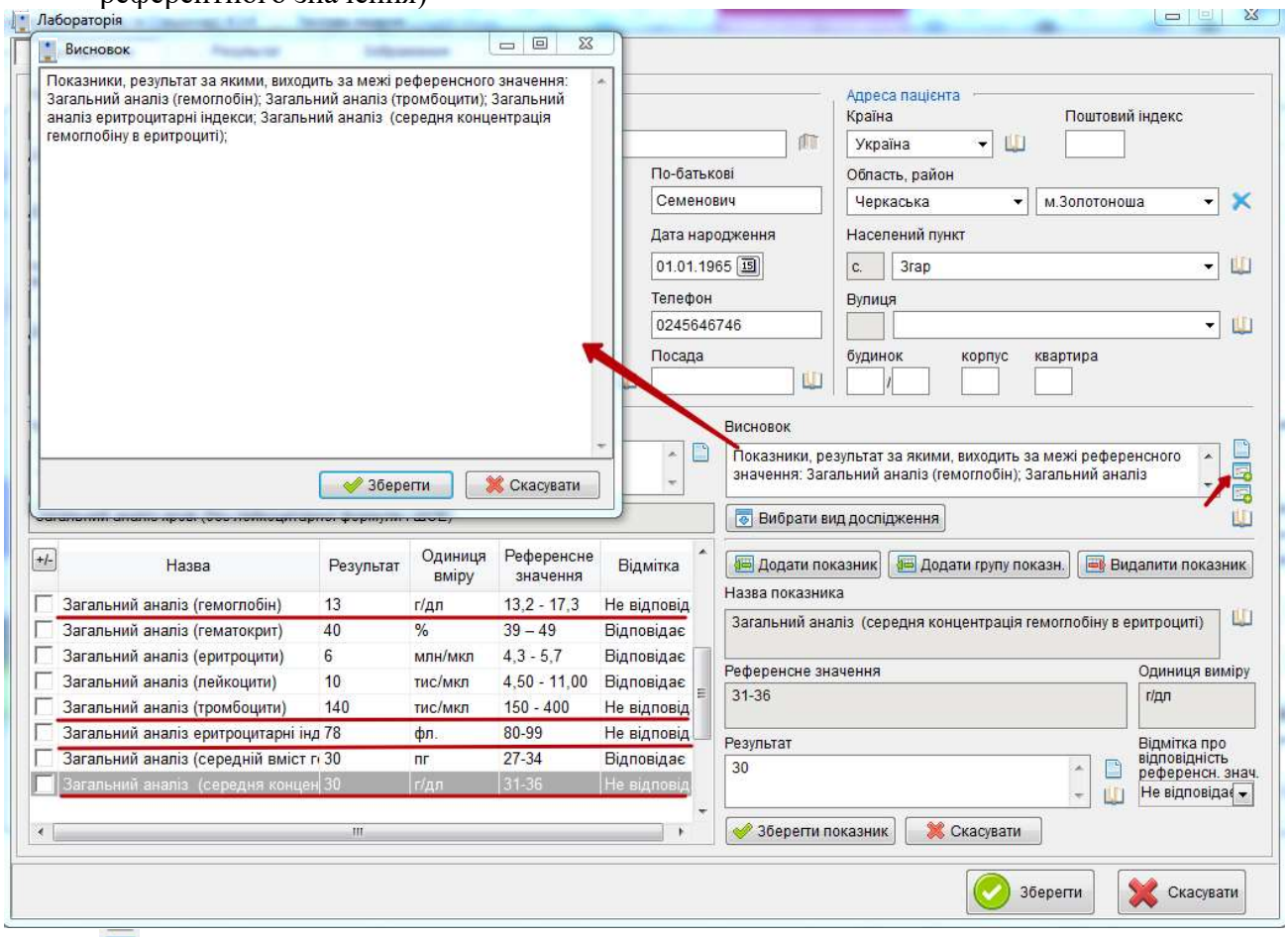
Після того, як всі показники будуть вказані, слід заповнити поле **«Висновок»**. Є чотири способі заповнити висновок:



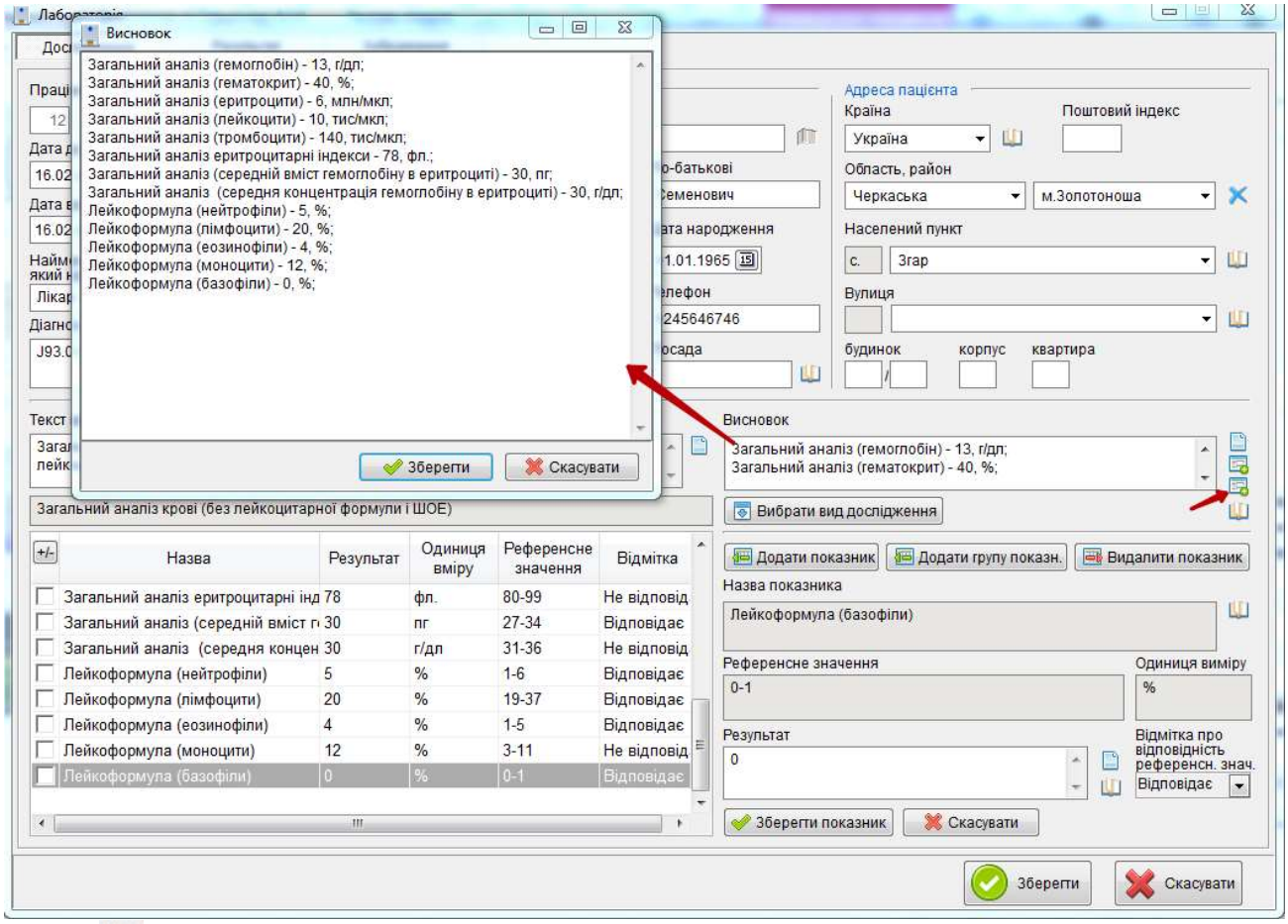
1. - відкриває поле для внесення та читання інформації.



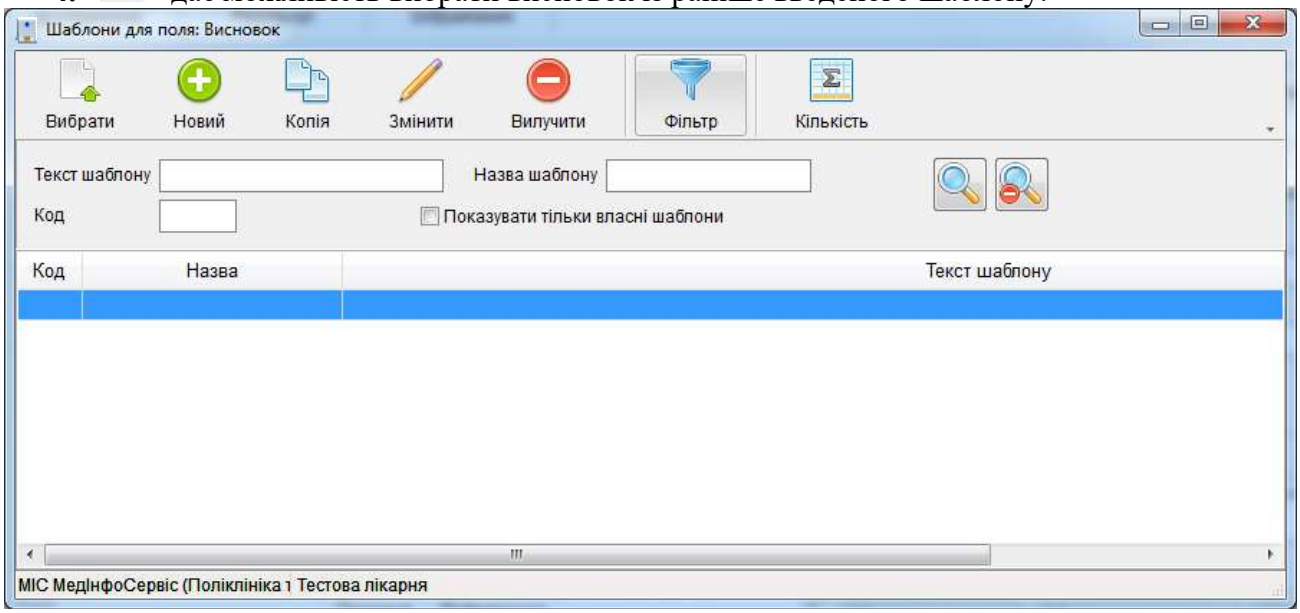
2. - після підтвердження, дає можливість автоматично заповнити висновок на підставі показників (будуть відображені назви показників, результати яких виходять за межі референтного значення)



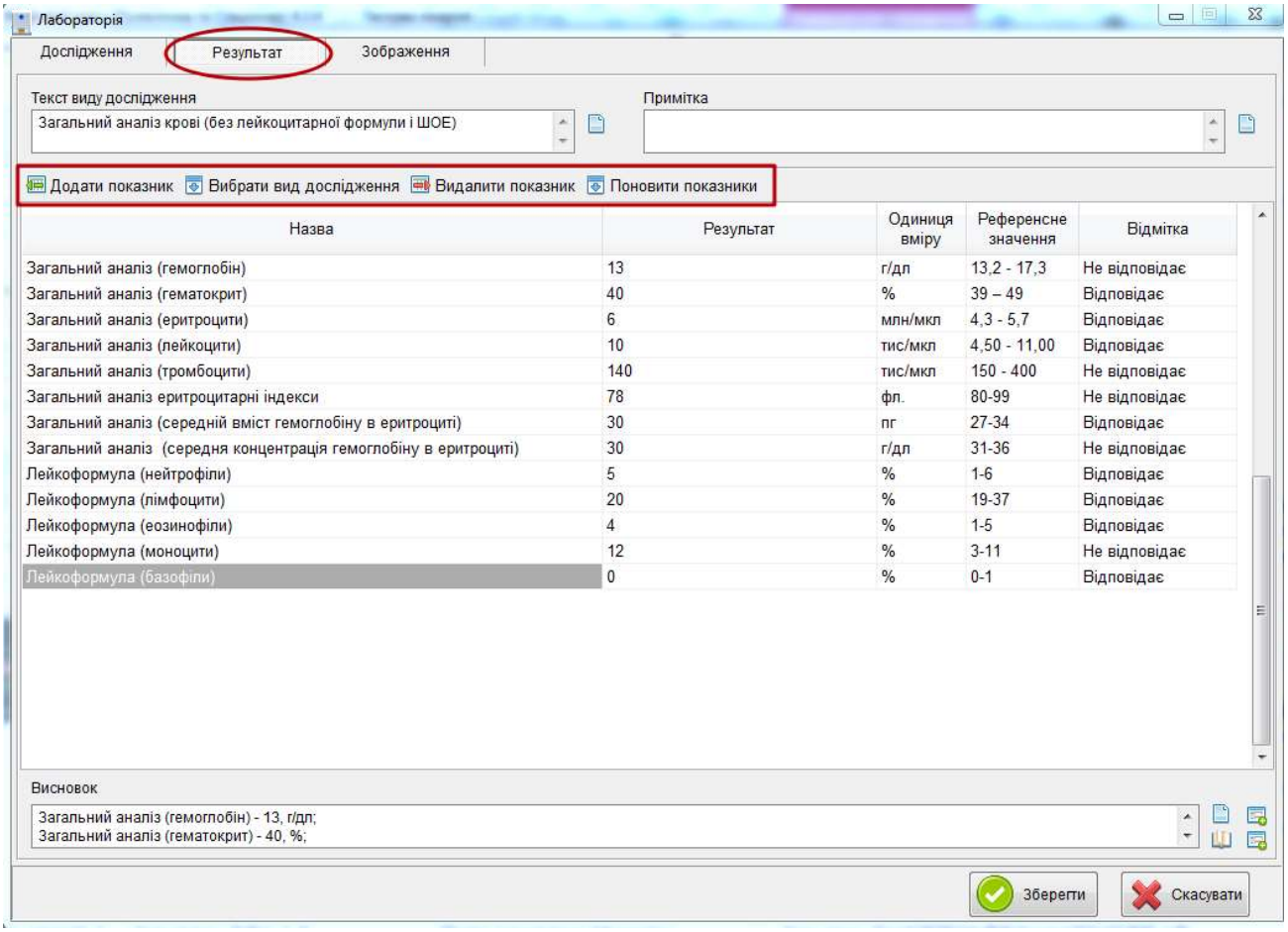
3. - після підтвердження, дає можливість автоматично заповнити висновок показниками (відображаються всі показники з результатами)



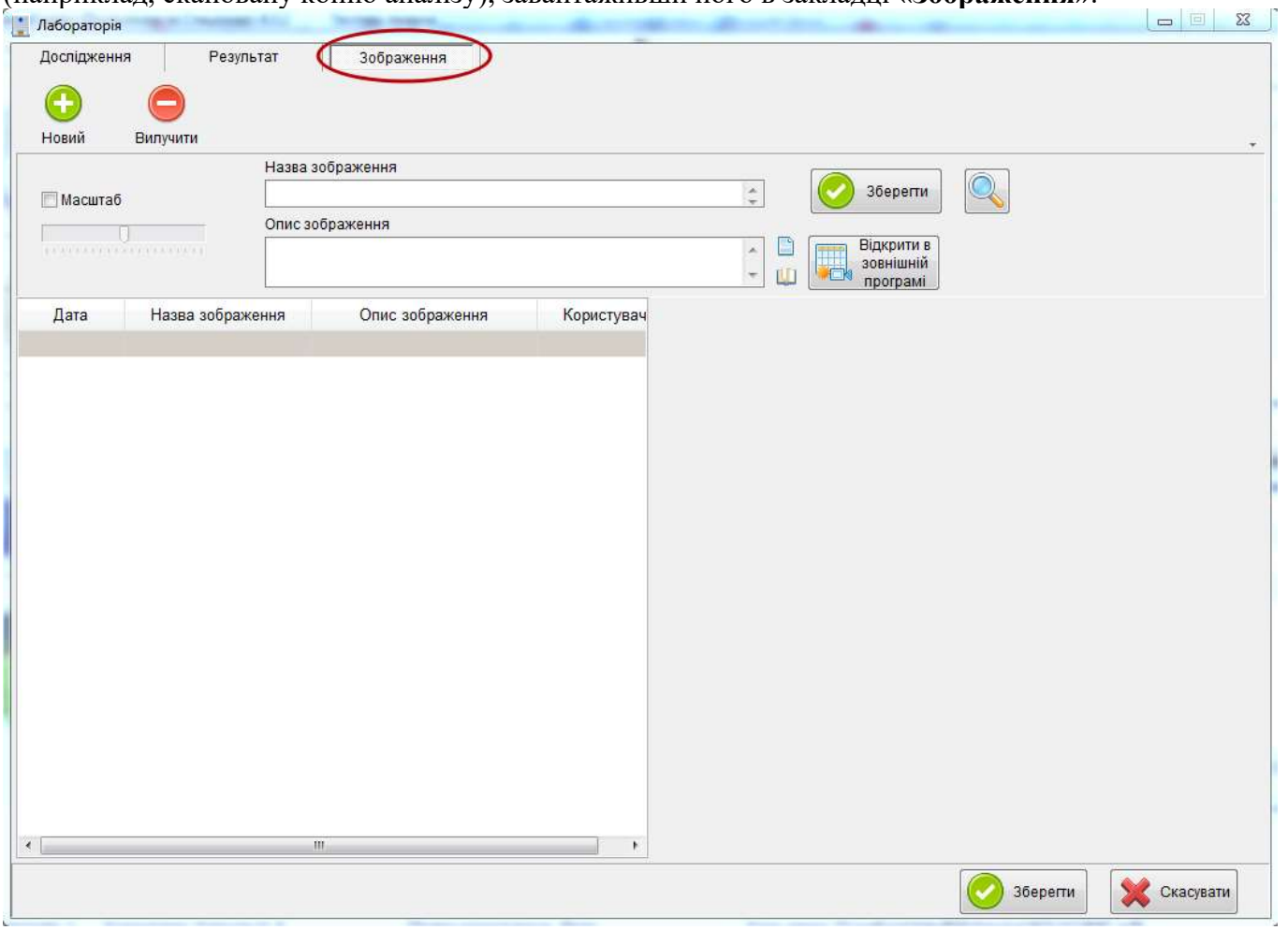
4. - дає можливість вибрати висновок із раніше введеного шаблону.



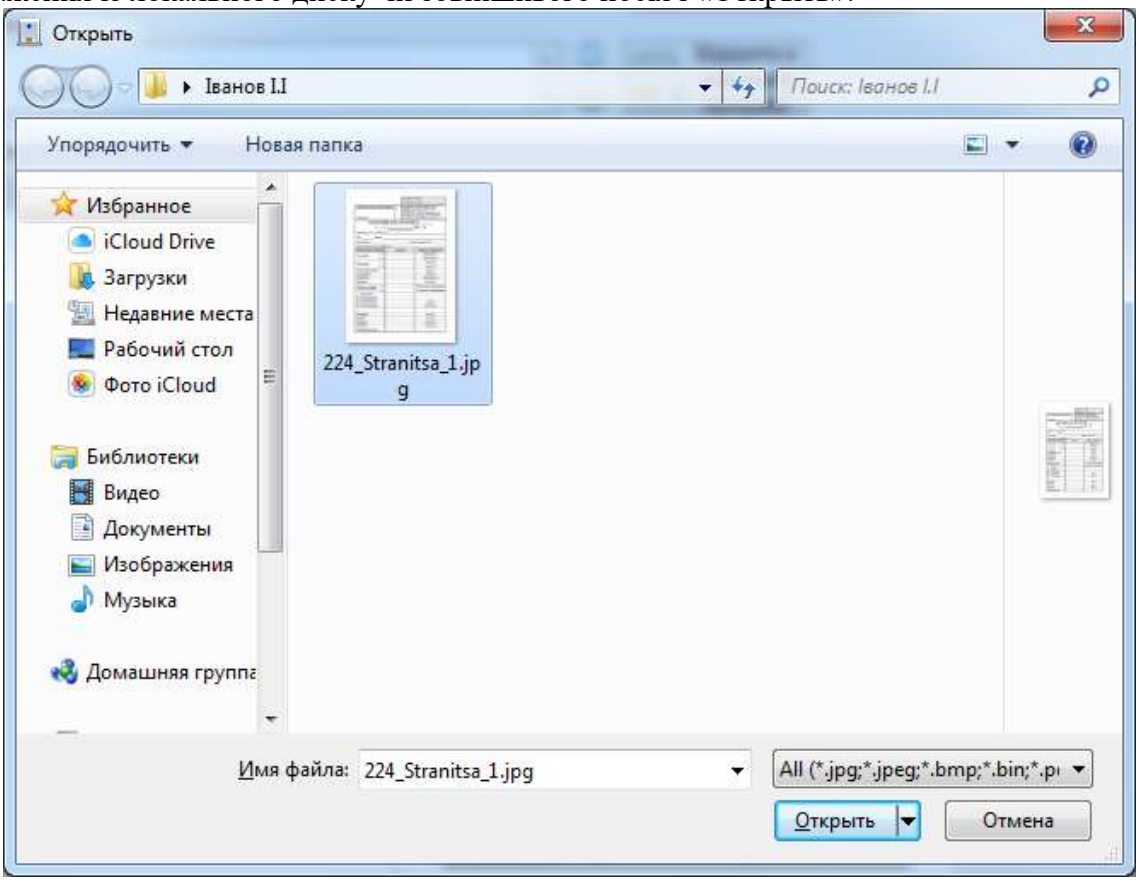
Відповідно внесеним результатам в закладці «Дослідження», виконані показники автоматично відображаються в закладці **«Результат».** Тут є можливість вносити зміни, додавати, поновлювати чи видаляти показники, тобто виконувати всі ті дії, які були описані вище.



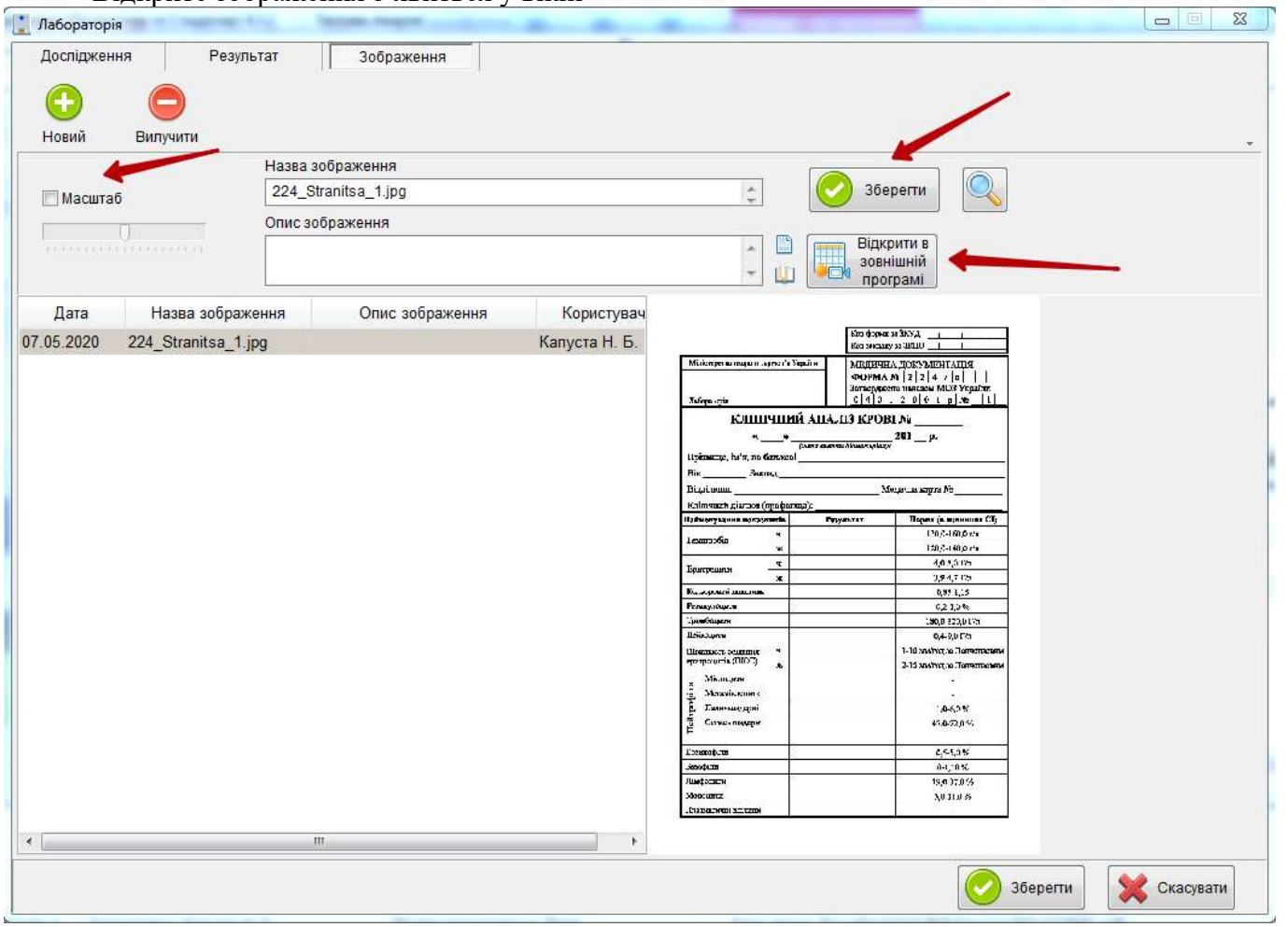
В модулі «Лабораторія» можливо «прикріпити» зображення до дослідження (наприклад, скановану копію аналізу), завантаживши його в закладці **«Зображення»**.



Для завантаження нового зображення необхідно натиснути «Новий», обрати зображення із локального диску чи зовнішнього носія і «Открыть».

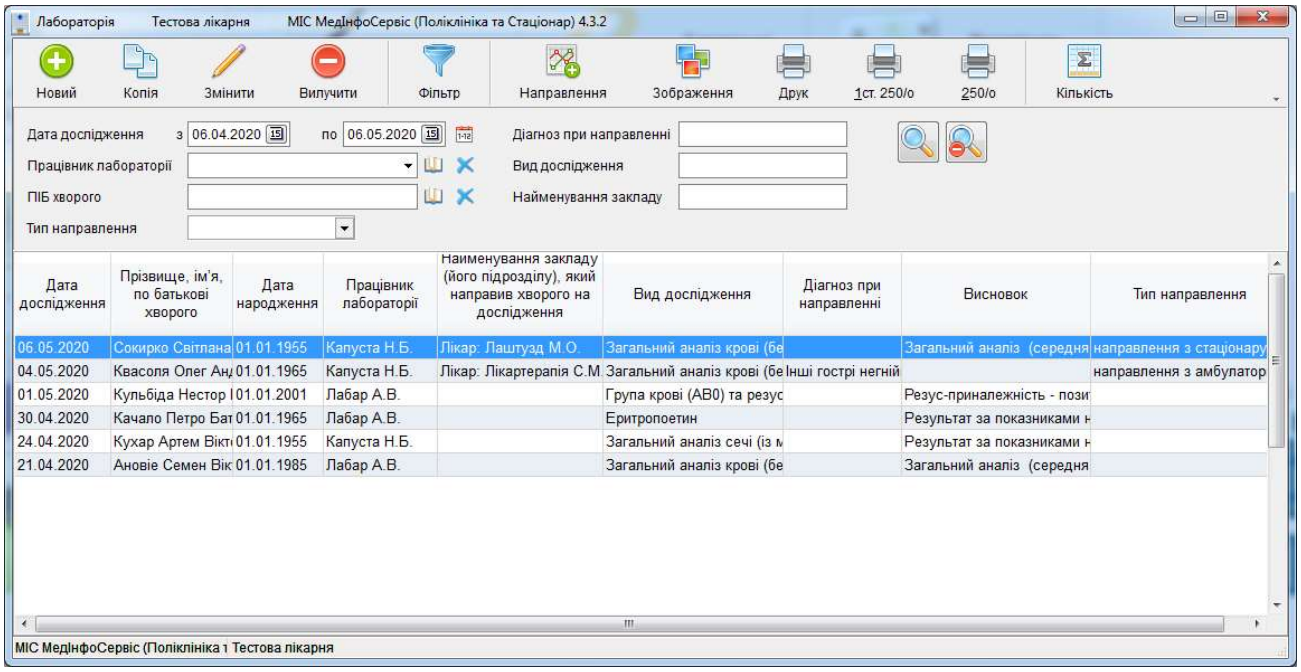


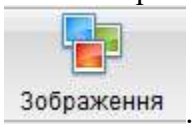
Відкрите зображення з’явиться у вікні



Натиснувши у верхній частині вікна кнопку **«Зберегти»**, можна переходити до завантаження наступних зображень. Також є можливість скористатися масштабом, при потребі, або відкрити зображення в зовнішній програмі.

Всі виконані дослідження (по направленню і без) автоматично відображаються в електронній медичній карті амбулаторного або стаціонарного пацієнта в розділі **«Результати обстежень»**, а також формуються в список у головному вікні модуля «Лабораторія».



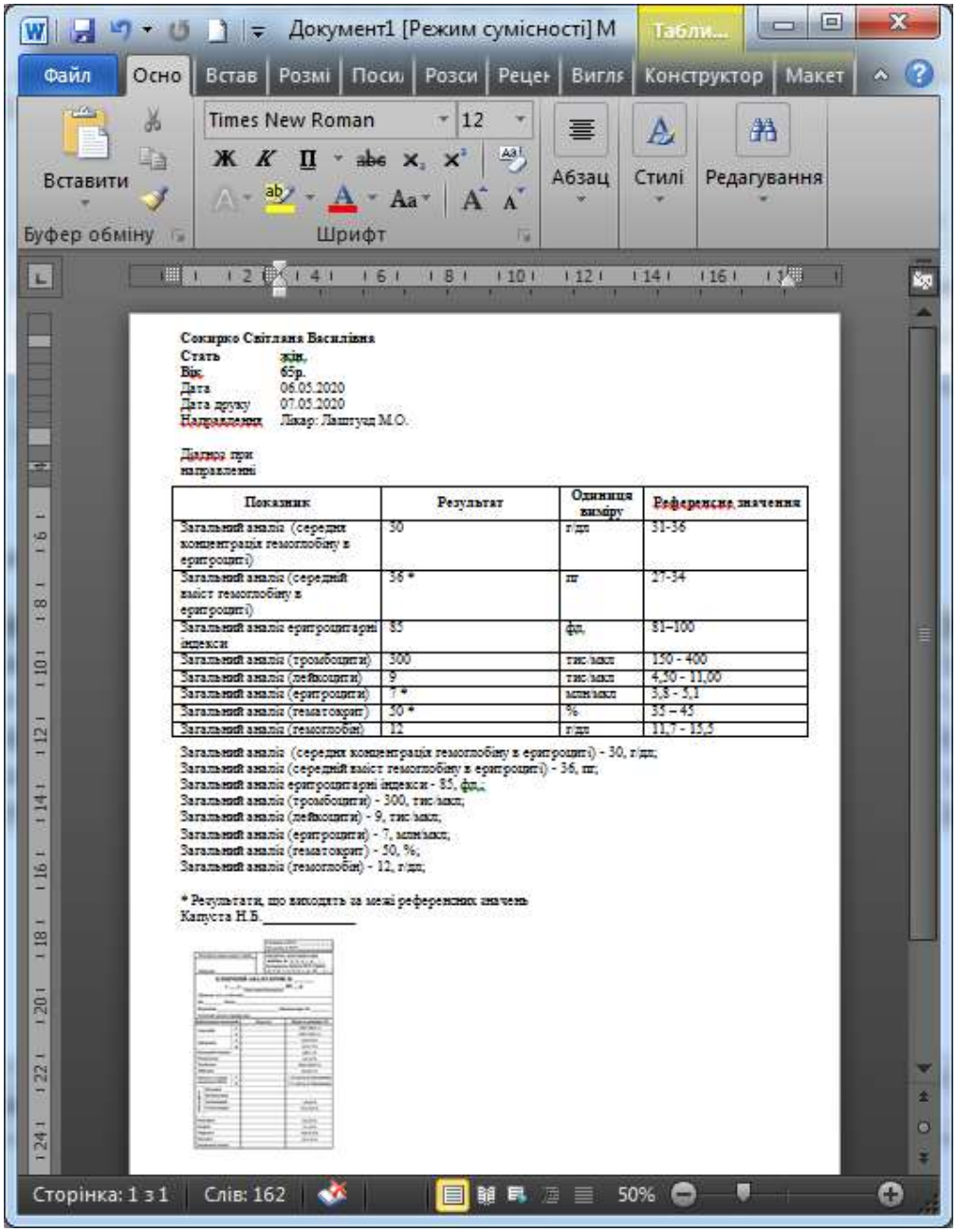
Переглянути всі завантажені зображення можливо за допомогою кнопки 

.

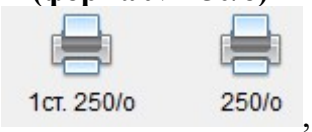
В лабораторії є кнопки для друку:

-

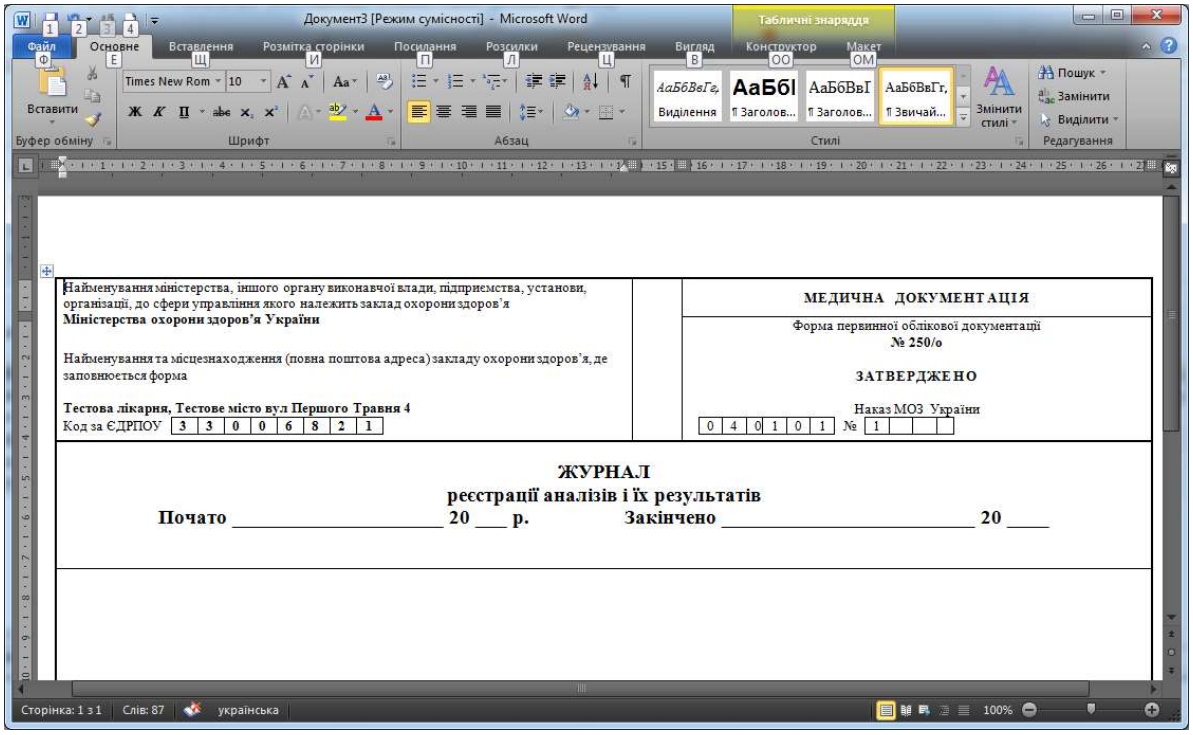
 - сформує в документ Word або LibreOffice Writer результат обраного в таблиці дослідження

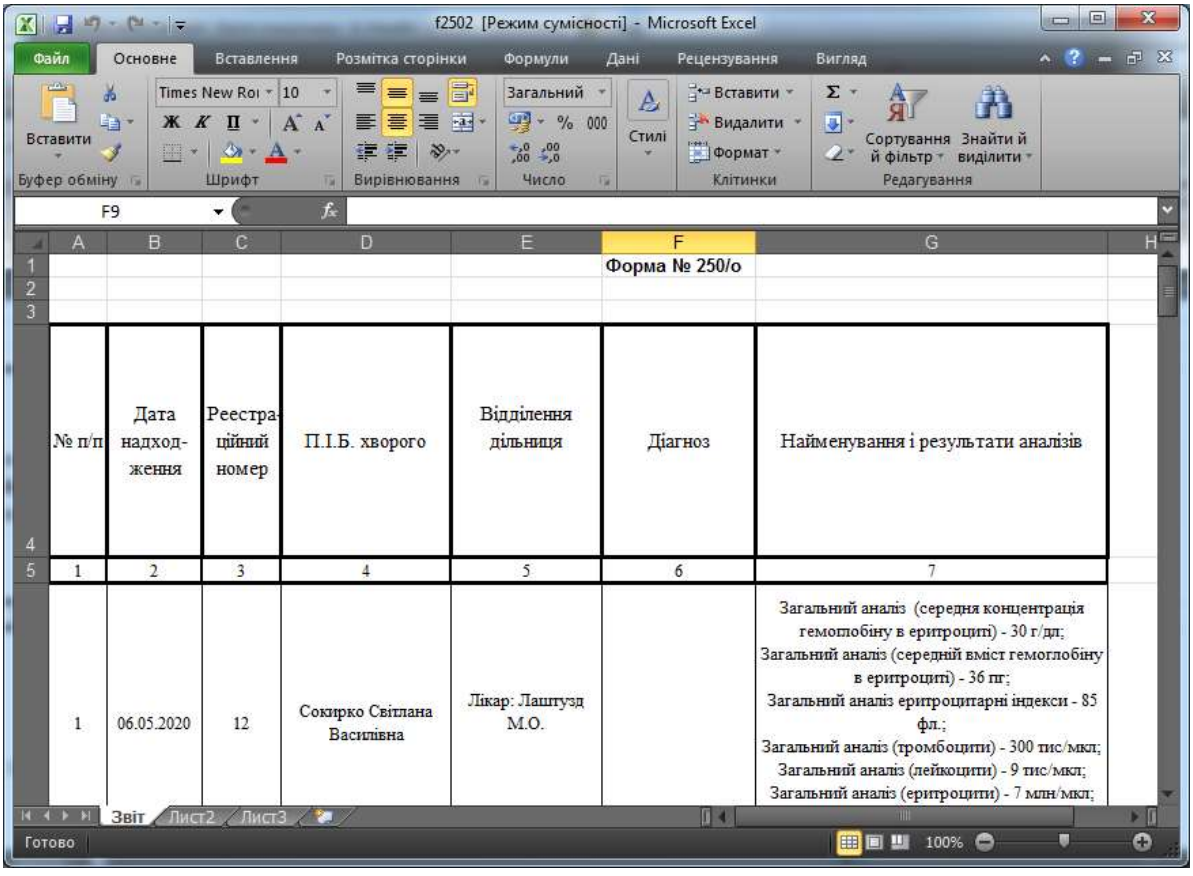


- **«Журнал реєстрації аналізів і їх результатів» (форма № 250/о)**

Для друку журналу 250/о використовують кнопки 

, де перша сторінка виводиться в документ Word або LibreOffice Writer, а таблиця в документ Excel або в LibreOffice Calc. При цьому необхідно обов’язково вказати дату відвідування.

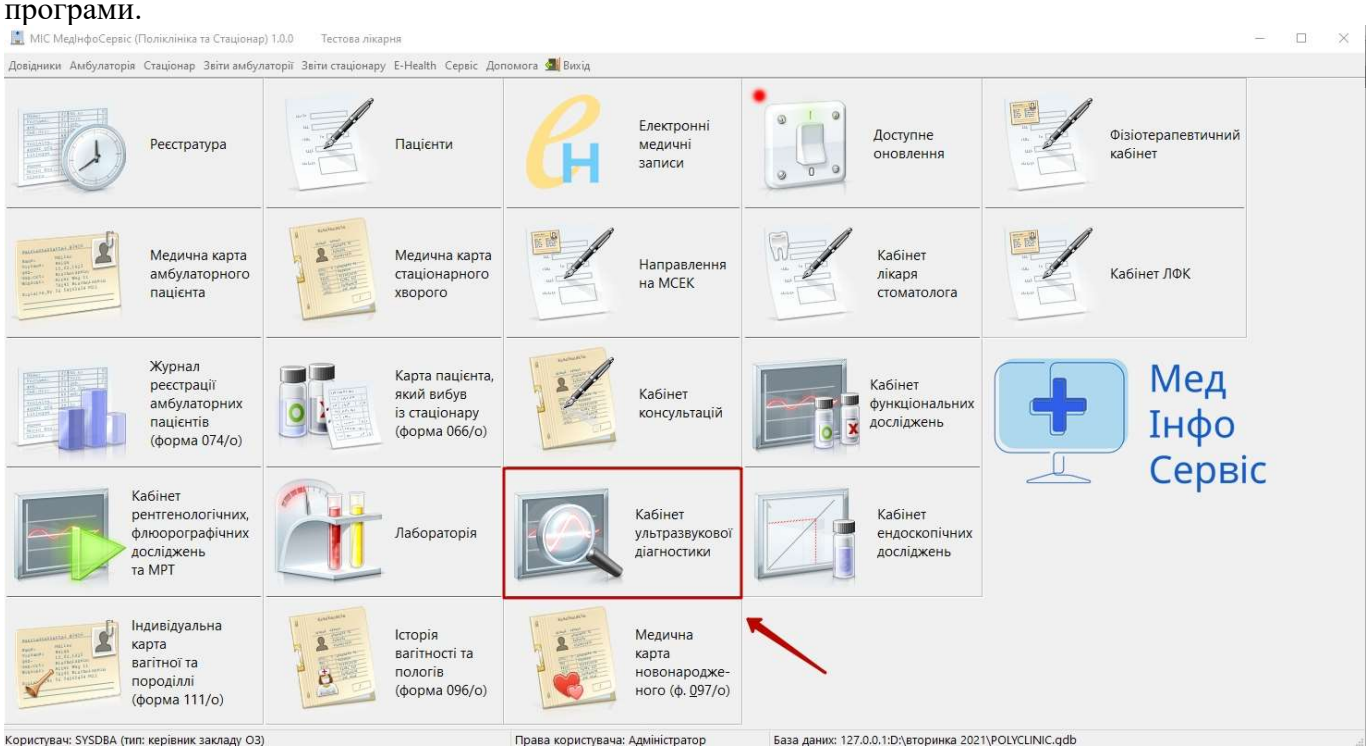




«Кількість» - розраховує кількість записів, в залежності від налаштування фільтраційної панелі.

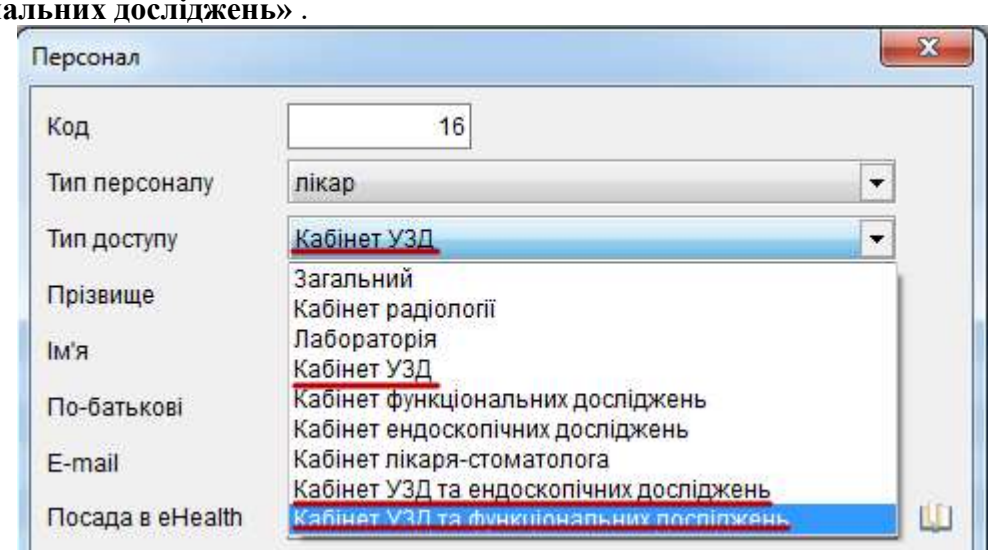
10.18 Кабінет ультразвукової діагностики

Знайти даний модуль можна в пункті меню **«Амбулаторія»**, **«Стаціонар»** та, для зручності, його розміщено на головному вікні програми, яке з'являється після запуску програми.

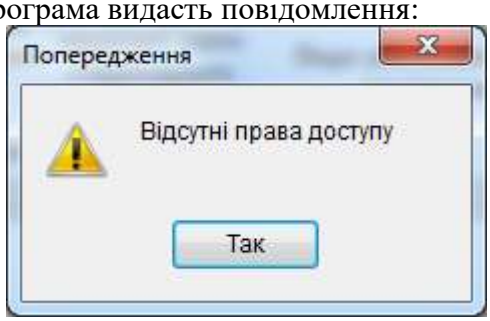


Модуль «Кабінет ультразвукової діагностики», дозволяє вести облік досліджень по пацієнтам, як за направленнями так і без них, вносити результати досліджень.

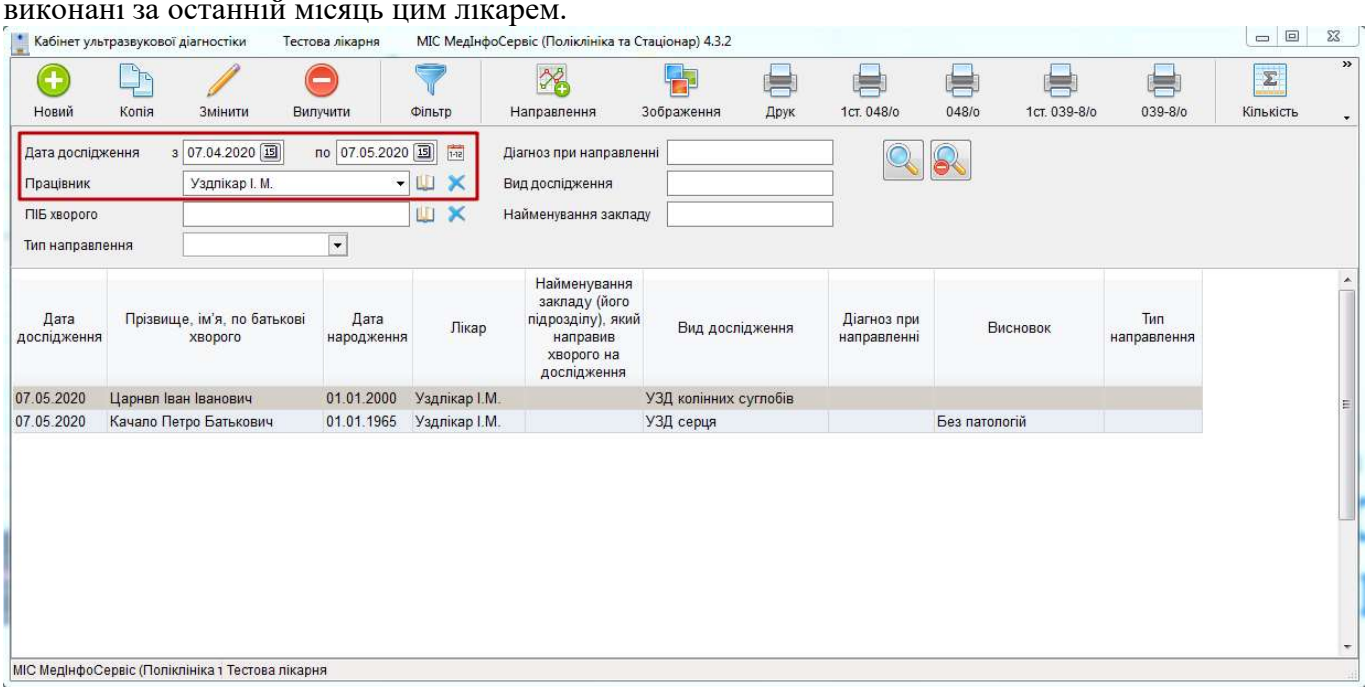
Зверніть увагу! В лабораторії мають право працювати тільки ті лікарі чи середній медичний персонал, у яких в **«Персонал»** в пункті **«Тип доступу»** вибрано **«Кабінет УЗД»** або, при потребі, **«Кабінет УЗД та ендоскопічних досліджень»** чи **«Кабінет УЗД та функціональних досліджень»** .



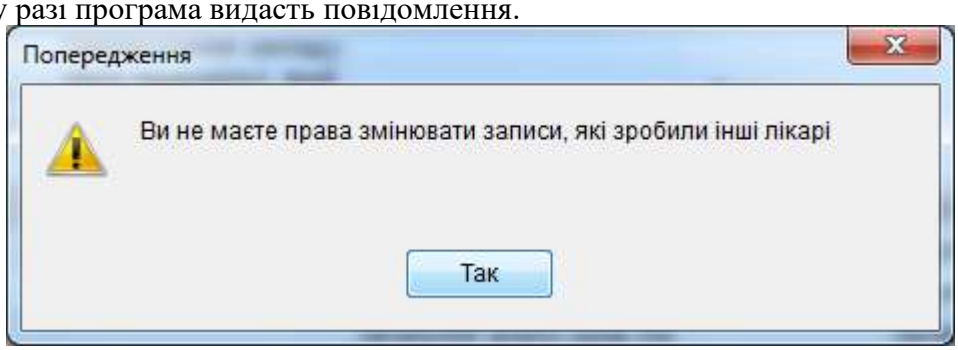
В противному разі, програма видасть повідомлення:



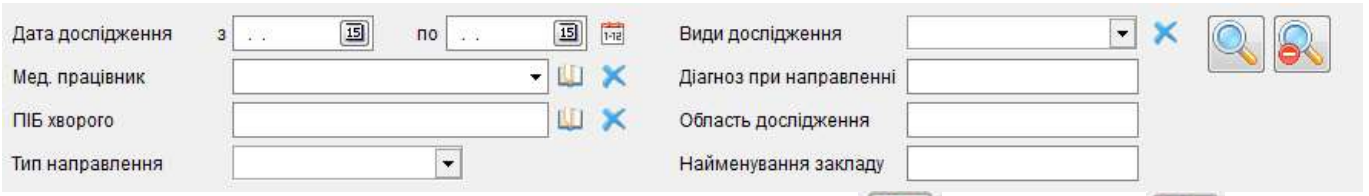
Зайшовши в програму під працівником кабінету УЗД з відповідними правами доступу, користувачеві відкриється головне вікно кабінету, де будуть відображені дослідження, виконані за останній місяць цим лікарем.



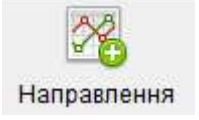
Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити нове дослідження для пацієнта. **«Копія»** - створює копію дослідження і відкриває його. Кнопки **«Змінити»** та **«Вилучити» -** змінює і видаляє тільки ті дослідження, які були занесені даним лікарем. В противному разі програма видасть повідомлення.



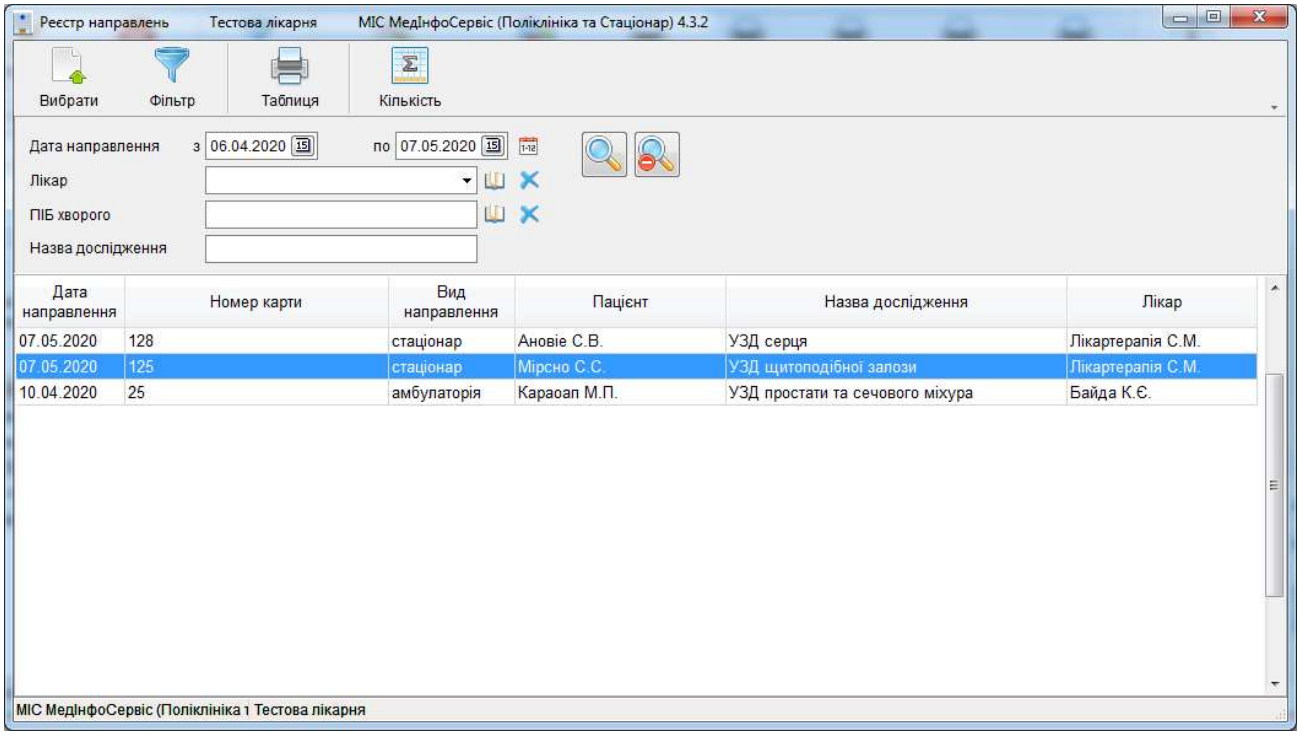
«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по дослідженням.



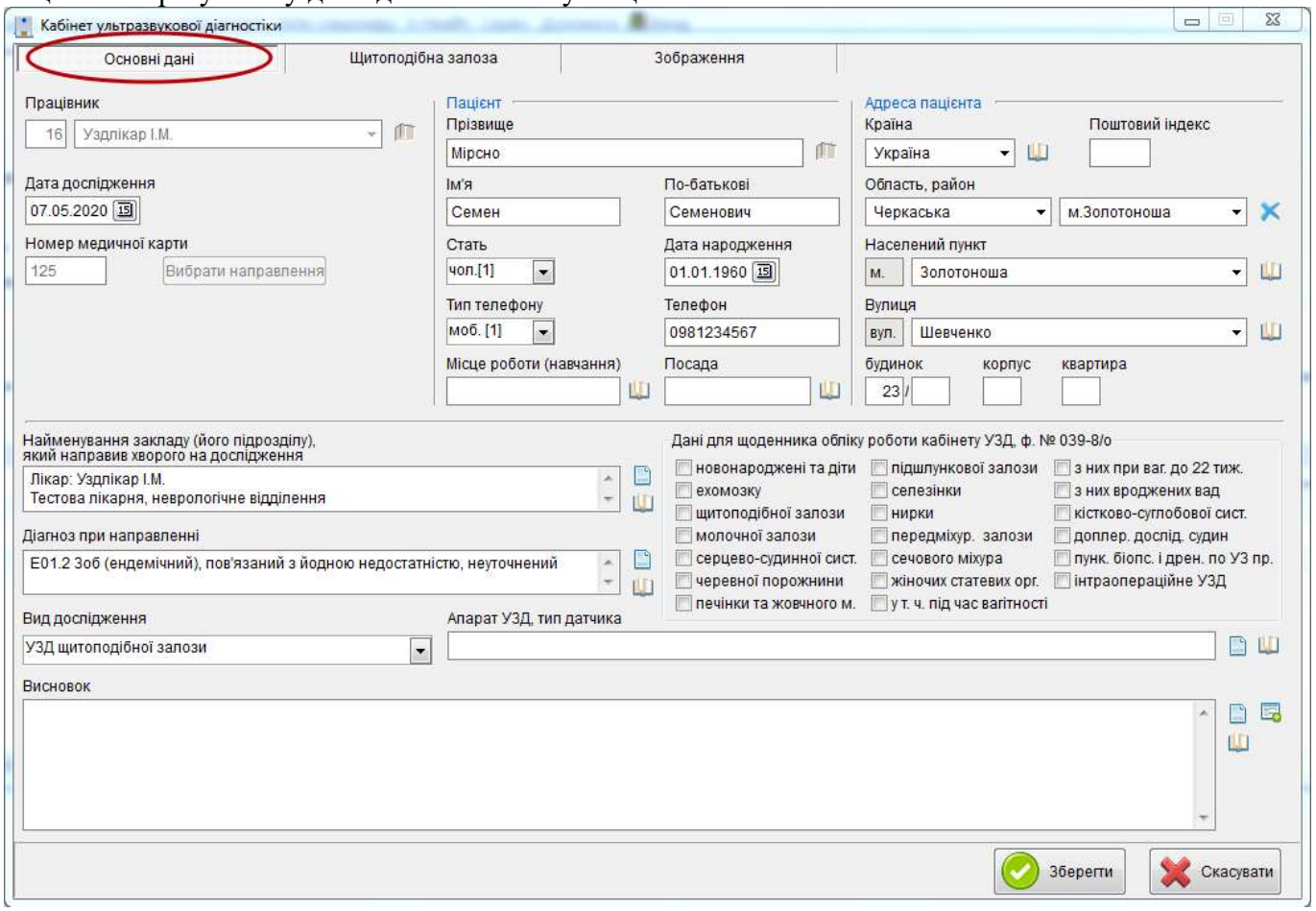
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

«Направлення» 

- відкриває перед працівником кабінету список пацієнтів, які були направлені на дослідження із амбулаторії або стаціонару за останній місяць.



Для вибору направлення необхідно двічі натиснути на нього або, натиснувши один раз і **«Вибрати».** В результаті, відкриється вікно (закладка **«Дослідження»**) для внесення даних пацієнта та результату дослідження/аналізу тощо.

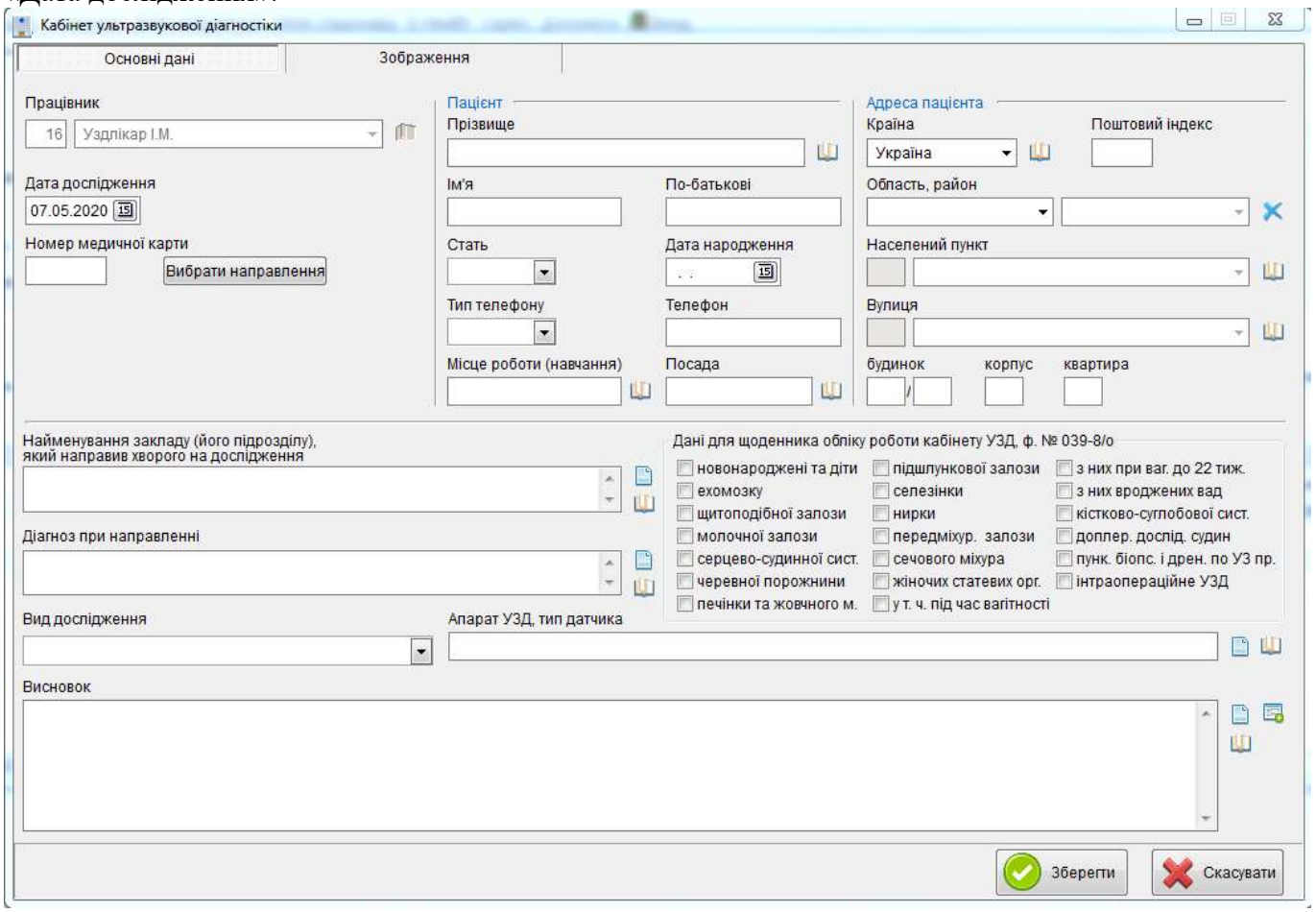


У випадку (як на малюнку зверху), якщо дослідження здійснюється **по направленню** автоматично заповнюються дані про пацієнта з амбулаторної чи стаціонарної карти пацієнта, найменування закладу, діагноз при направленні, вид дослідження.

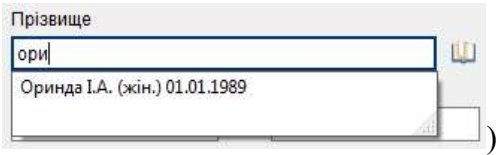
Працівнику кабінету залишиться заповнити протокол УЗД в закладках і, головне, **«Висновок»**.

У разі, якщо до лікаря, пацієнт прийшов з самозверненням або з паперовим направленням, то користувачу необхідно створити такий запис самостійно через кнопку

«Новий». Вікно, яке з’явиться матиме автоматично заповненими тільки поля «Працівник» та «Дата дослідження».

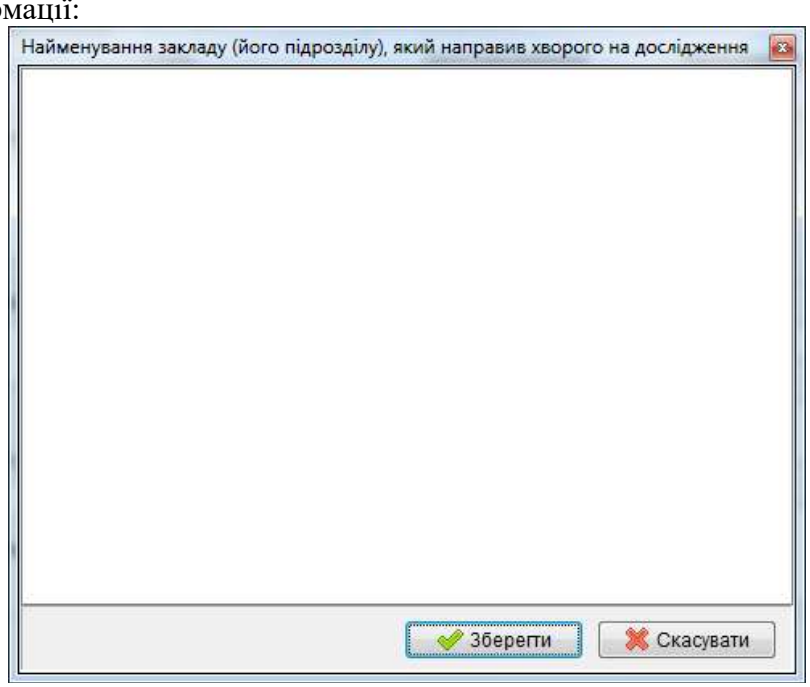


Для внесення даних про пацієнта, його можна вибрати з реєстру пацієнтів (за допомогою кнопки або ввівши перші три літери прізвища і обрати з переліку

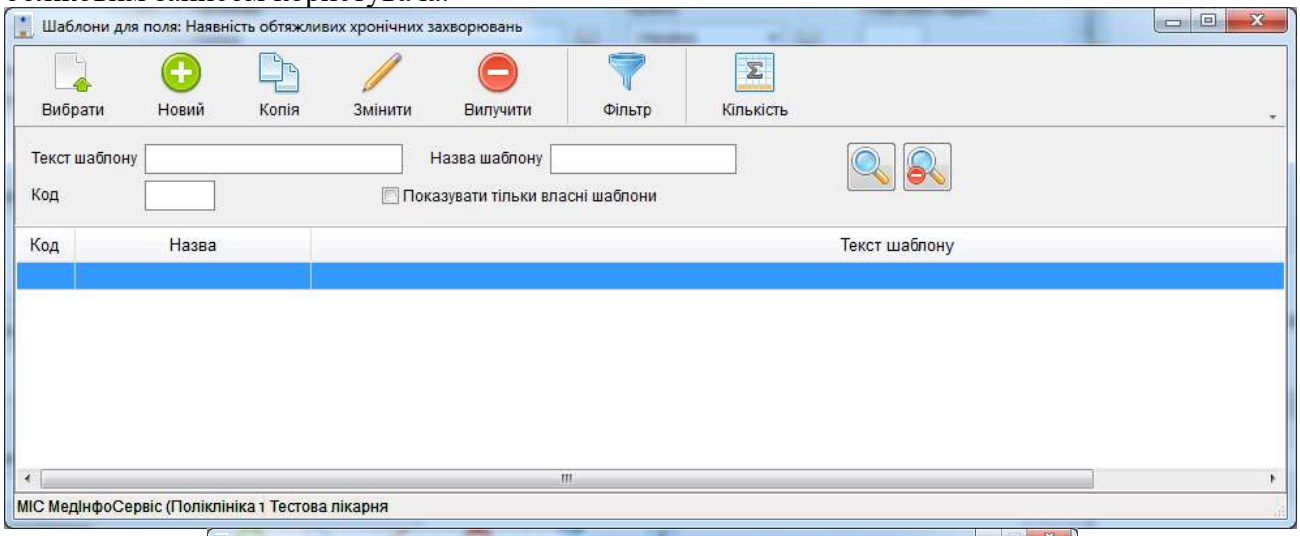


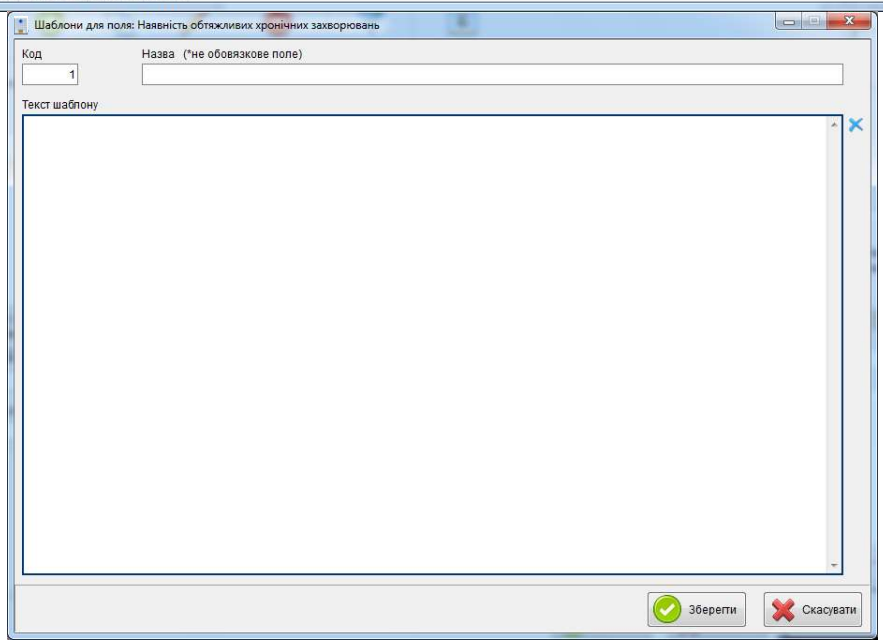
) або внести дані нового в даному вікні. Мінімальна кількість полів для заповнення пацієнта це: ПІБ, стать та дата народження.

Кнопка , яка розташована біля деяких полів дає можливість ввести більше необхідної інформації:



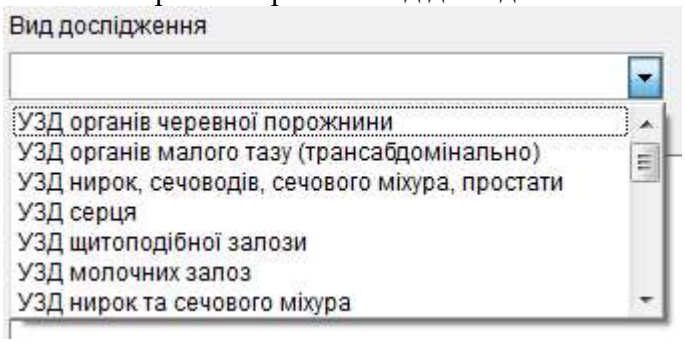
Кнопка біля одних полів (таких як, «Країна», «населений пункт», «Вулиця» тощо), дає можливість вибрати з готового довідника бази, а біля інших («Найменування закладу..», «Діагноз при направленні», «Апарат УЗД, тип датчика», «Висновок») дає можливість створити власні шаблони, якими найчастіше користуються в роботі. **«Показувати власні шаблони»** означає, що лікар буде бачити тільки ті шаблони, які він створив під своєю обліковим записом користувача.



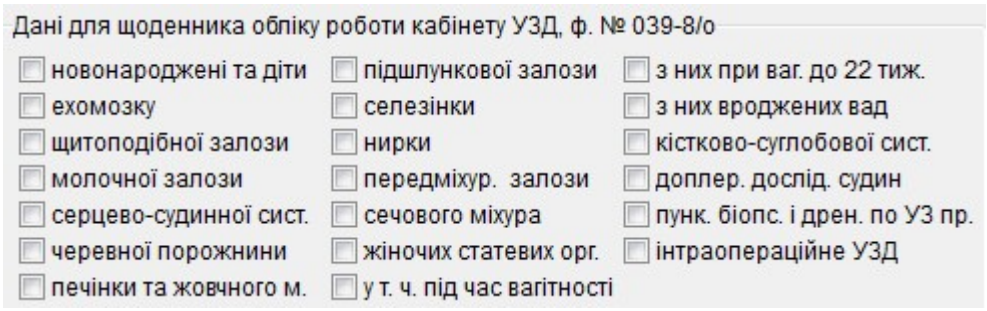


Після того, як працівник внесе всі дані про пацієнта, найменування закладу, діагноз при направленні, необхідно:

- Вибрати потрібний вид дослідження зі списку



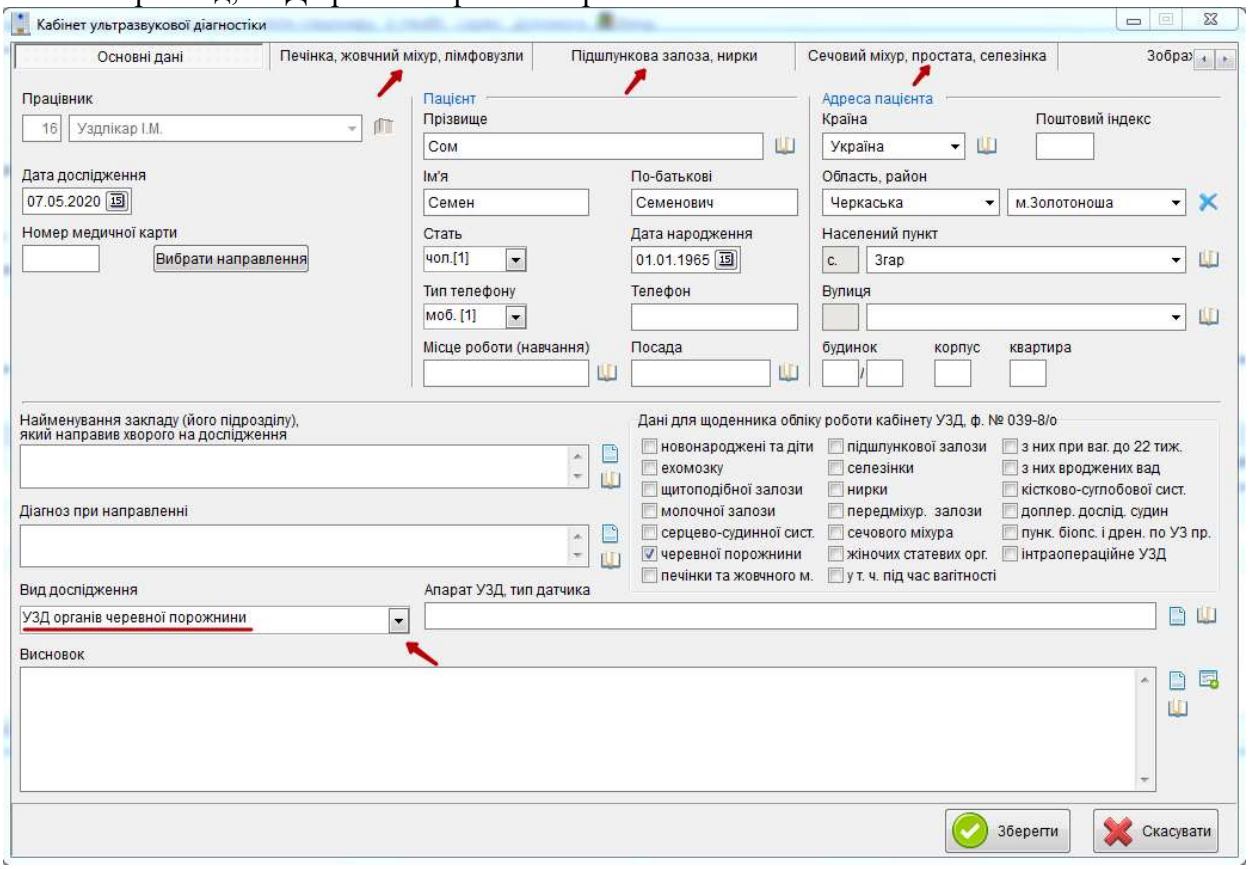
- Галочкою відмітити потрібний вид дослідження для щоденника 039-8/о



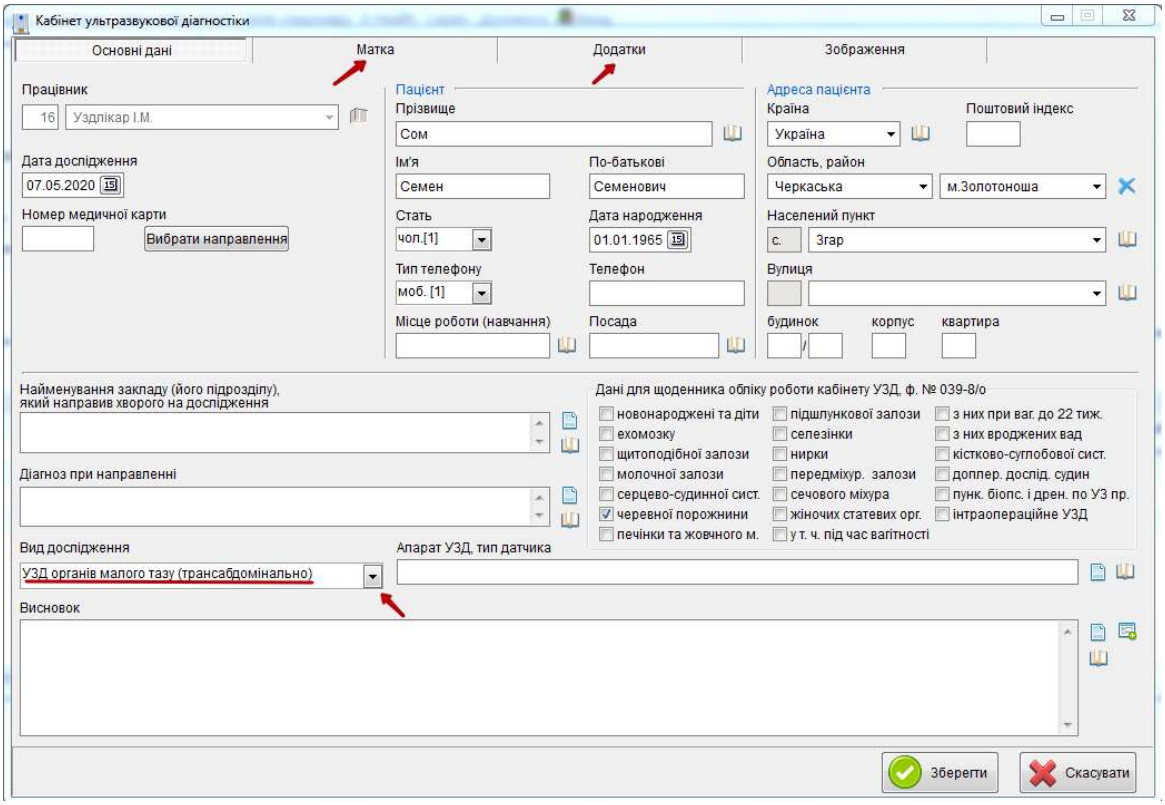
- Вказати апарат УЗД та тип датчика можливо як заповнивши поле, або вибравши із раніше внесеного шаблону.

В залежності від обраного виду дослідження зі списку, з’являються відповідні закладки для заповнення протоколу дослідження УЗД.

Наприклад, УЗД органів черевної порожнини

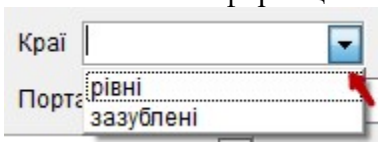


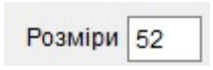
або УЗД органів малого тазу



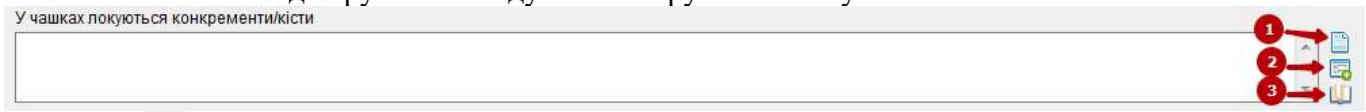
В закладках необхідно заповнити всі потрібні поля. Для цього в програмі представлений різновид внесення інформації:

- за допомогою випадаючих списків, з можливістю внесення додаткової інформації

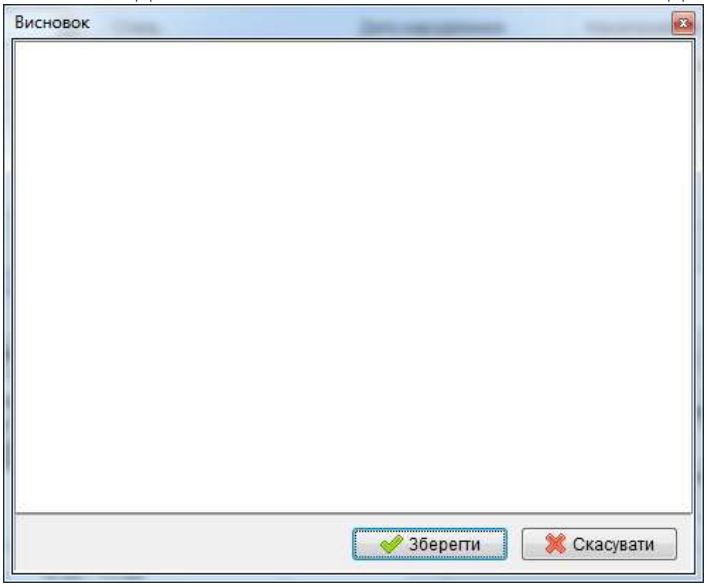


- вручну вводиться інформація 

;
- є поля для ручного вводу або вибору із шаблону:

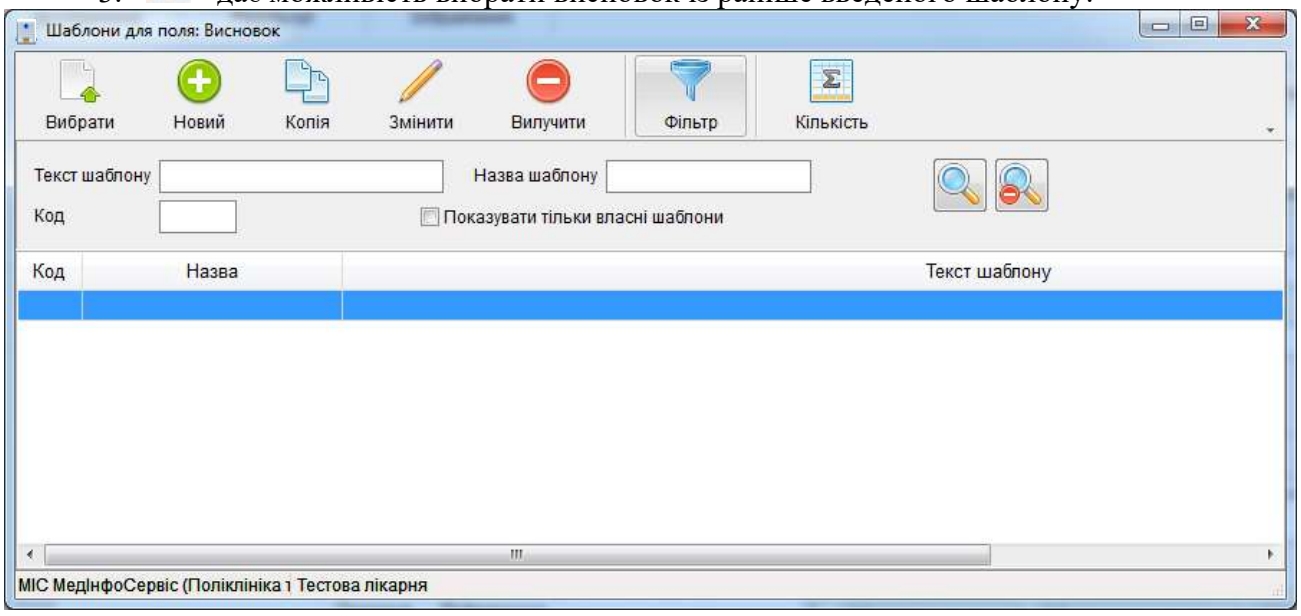


1. - відкриває поле для внесення та читання більше необхідної інформації.

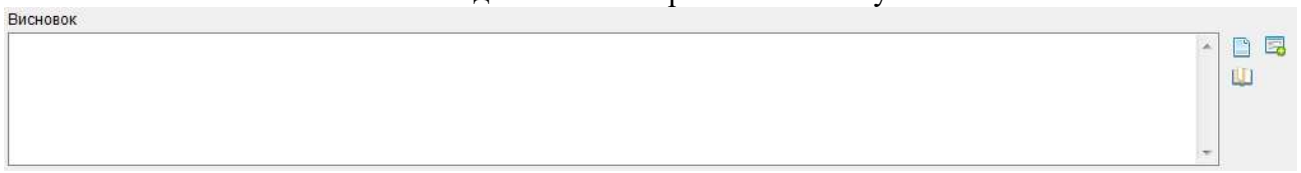


2. - при натисканні з’являється вікно для заповнення готової форми

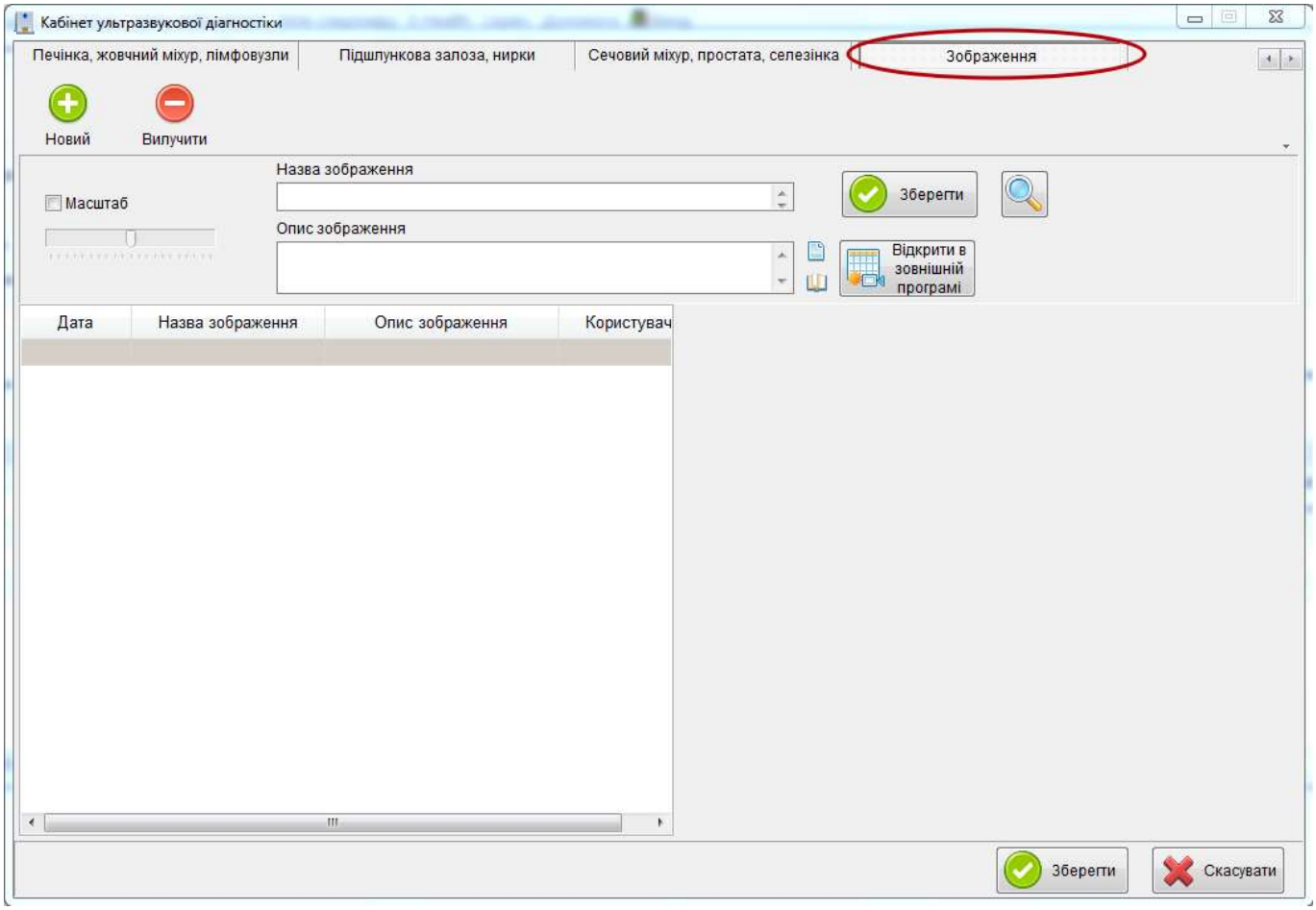
3. - дає можливість вибрати висновок із раніше введеного шаблону.



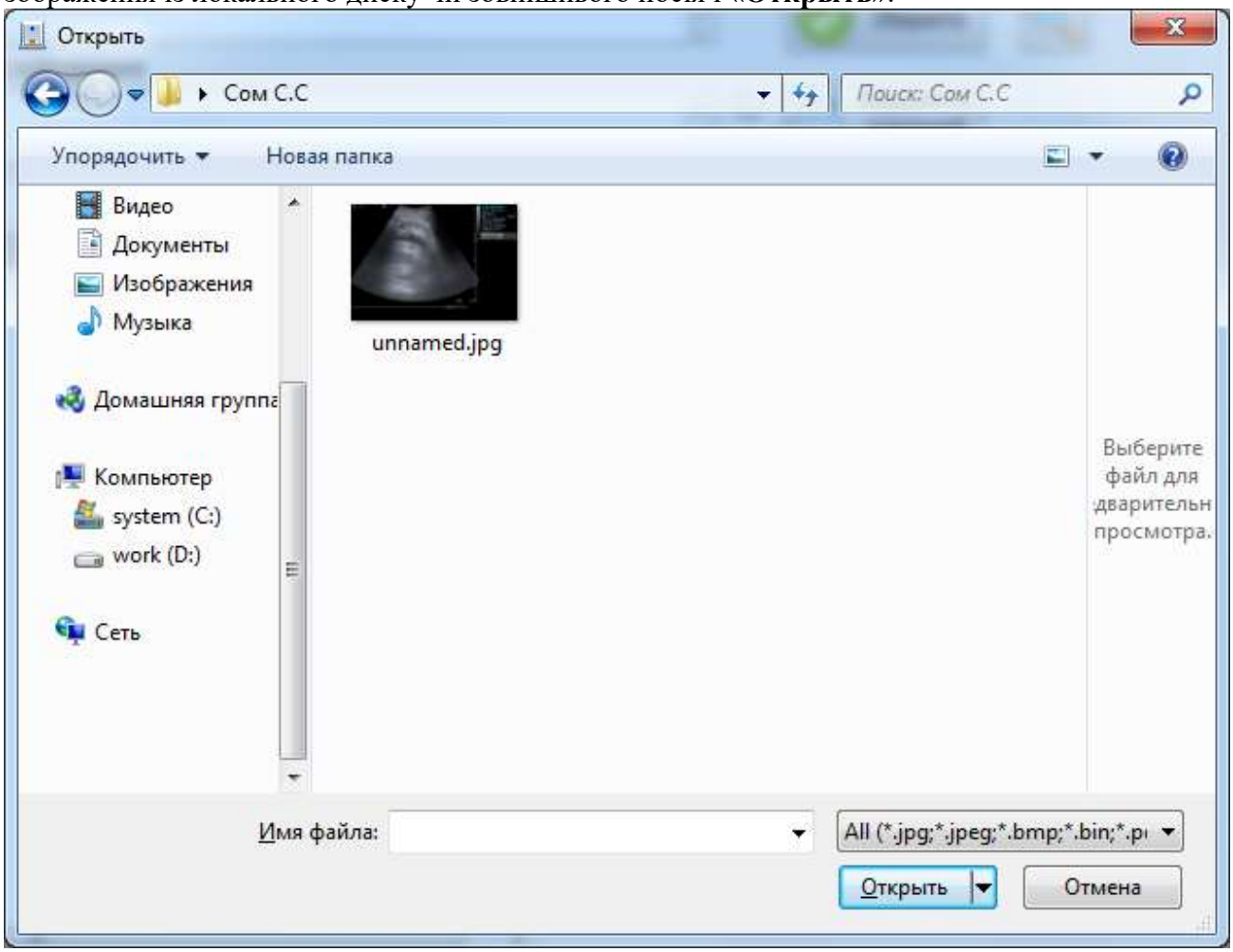
Відповідно внесеним показникам у вкладках в кабінеті УЗД, в поле **«Висновок»** є можливість автоматично заповнити на підставі показників, за допомогою кнопки , заповнити самостійно поле або за допомогою обраного шаблону.



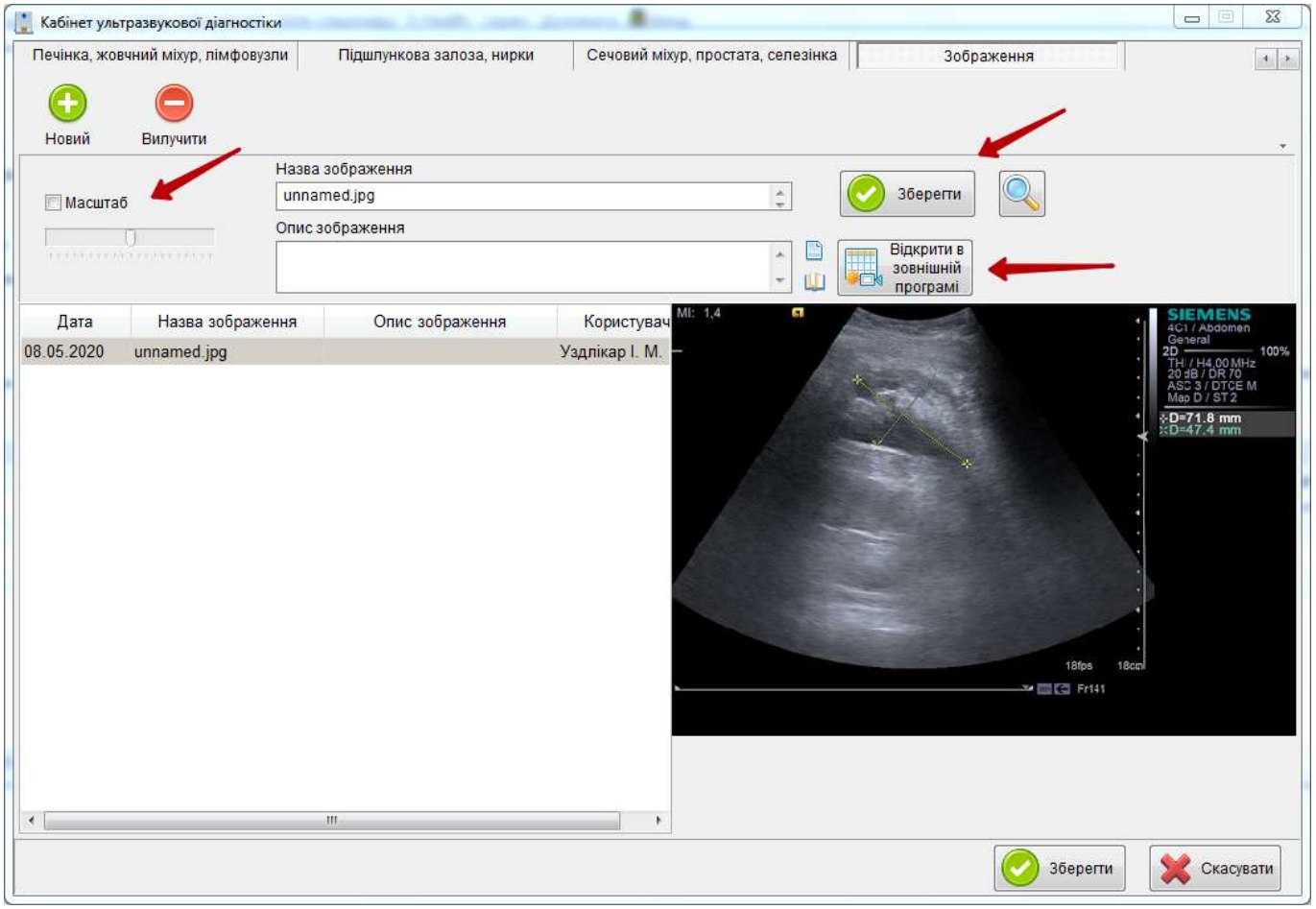
В модулі «Кабінет УЗД» для кожного виду дослідження є можливість «прикріпити» зображення до дослідження (наприклад, скановану копію), завантаживши його у вкладці **«Зображення»**.



Для завантаження нового зображення необхідно натиснути **«Новий»**, обрати зображення із локального диску чи зовнішнього носія і **«Открыть»**.

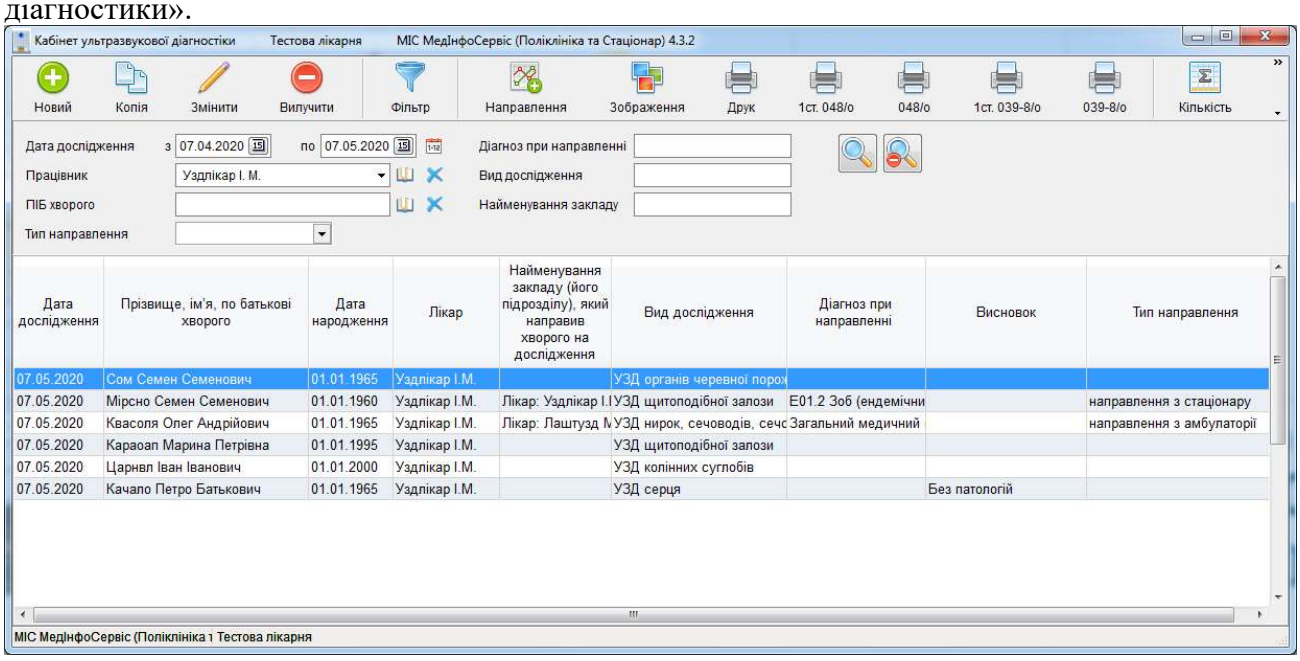


Відкрите зображення з’явиться у вікні

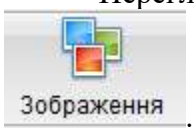


Натиснувши у верхній частині вікна кнопку **«Зберегти»**, можна переходити до завантаження наступних зображень. Також є можливість скористатися масштабом, при потребі, або відкрити зображення в зовнішній програмі.

Всі виконані дослідження (по направленню і без) автоматично відображаються в електронній медичній карті амбулаторного або стаціонарного пацієнта в розділі **«Результати обстежень»**, а також формуються в список у головному вікні модуля «Кабінет ультразвукової діагностики».



Переглянути всі завантажені зображення можливо за допомогою кнопки

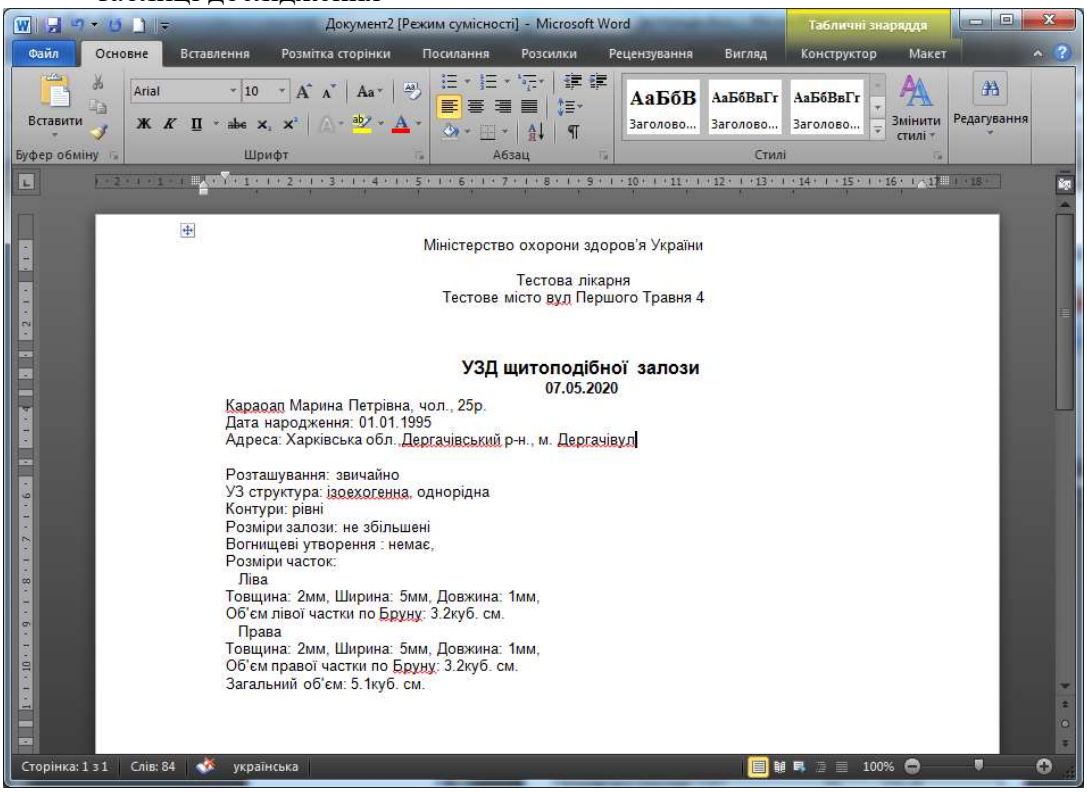


.

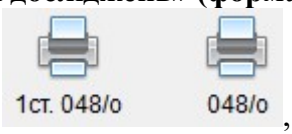
В кабінеті ультразвукової діагностики є кнопки для друку:

-

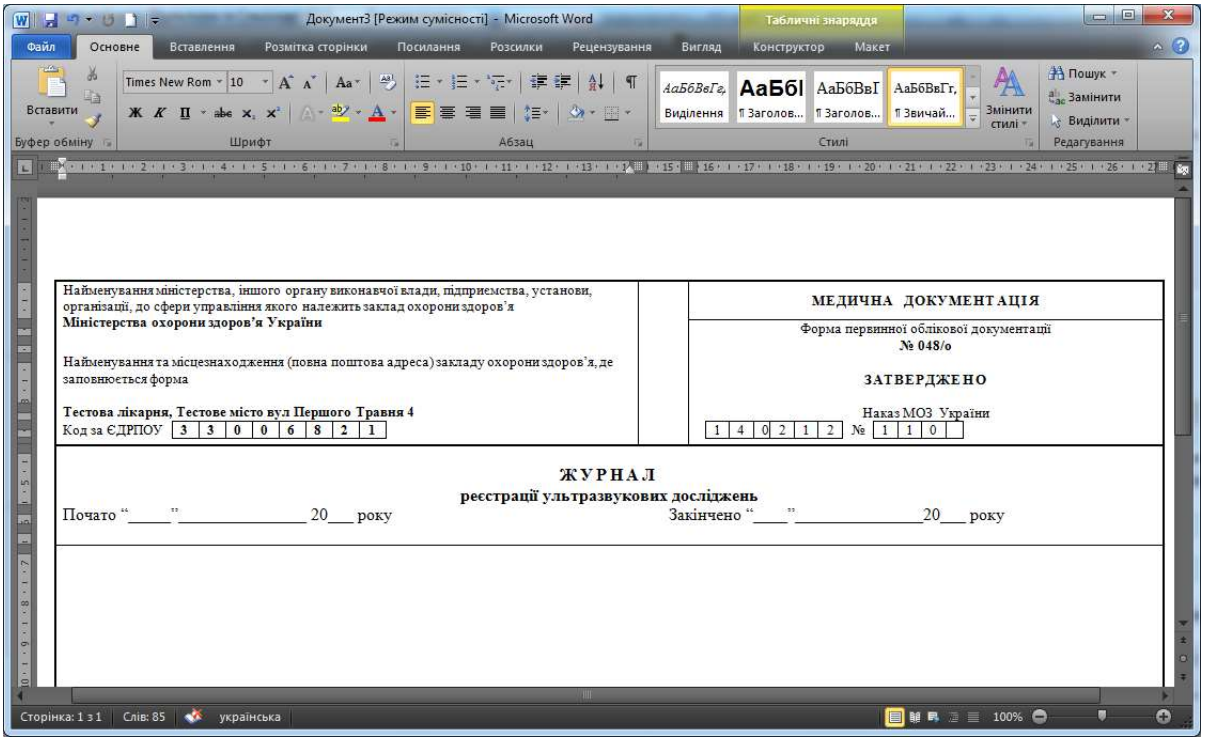
- сформує в документ Word або LibreOffice Writer результат обраного в таблиці дослідження

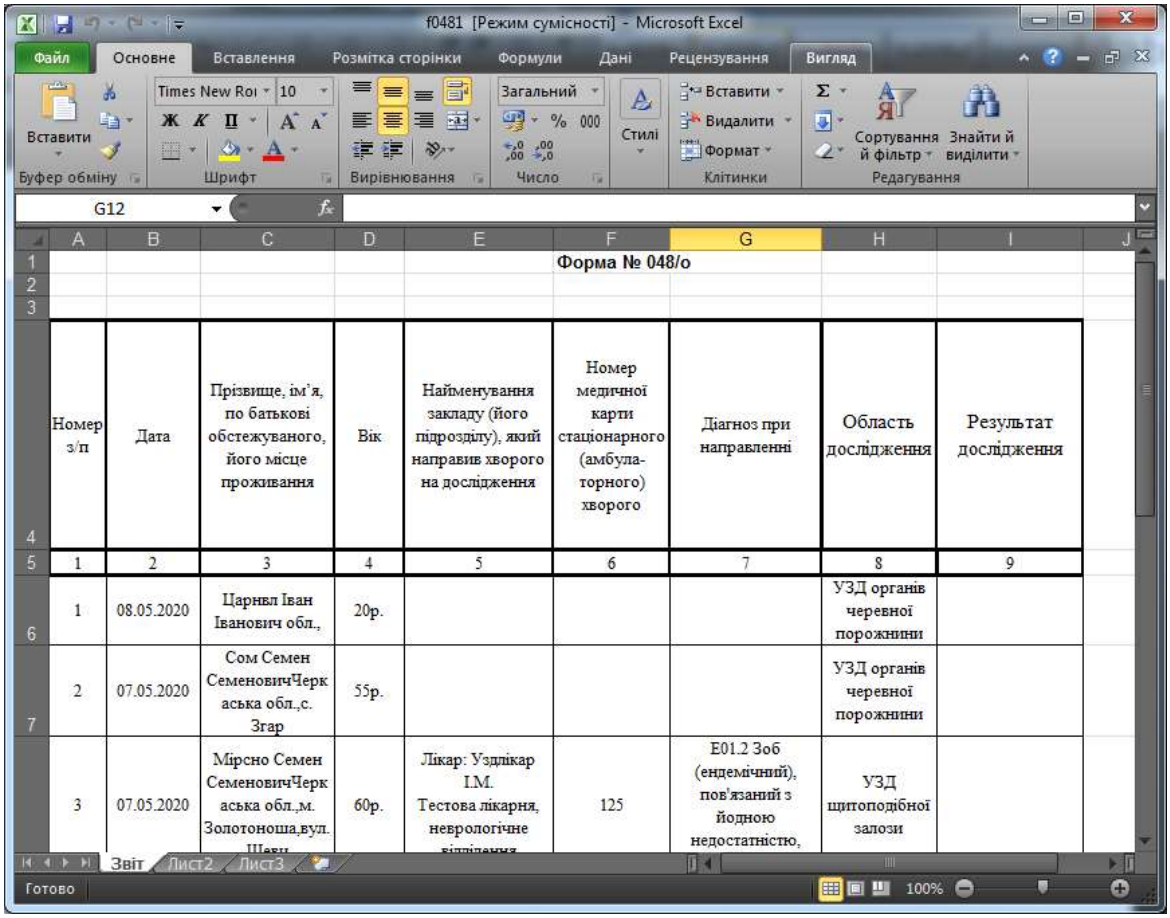


- **«Журнал реєстрації ультразвукових досліджень» (форма № 048/о)**

Для друку журналу 048/о використовують кнопки 

, де перша сторінка виводиться в документ Word або LibreOffice Writer, а таблиця в документ Excel або в LibreOffice Calc.



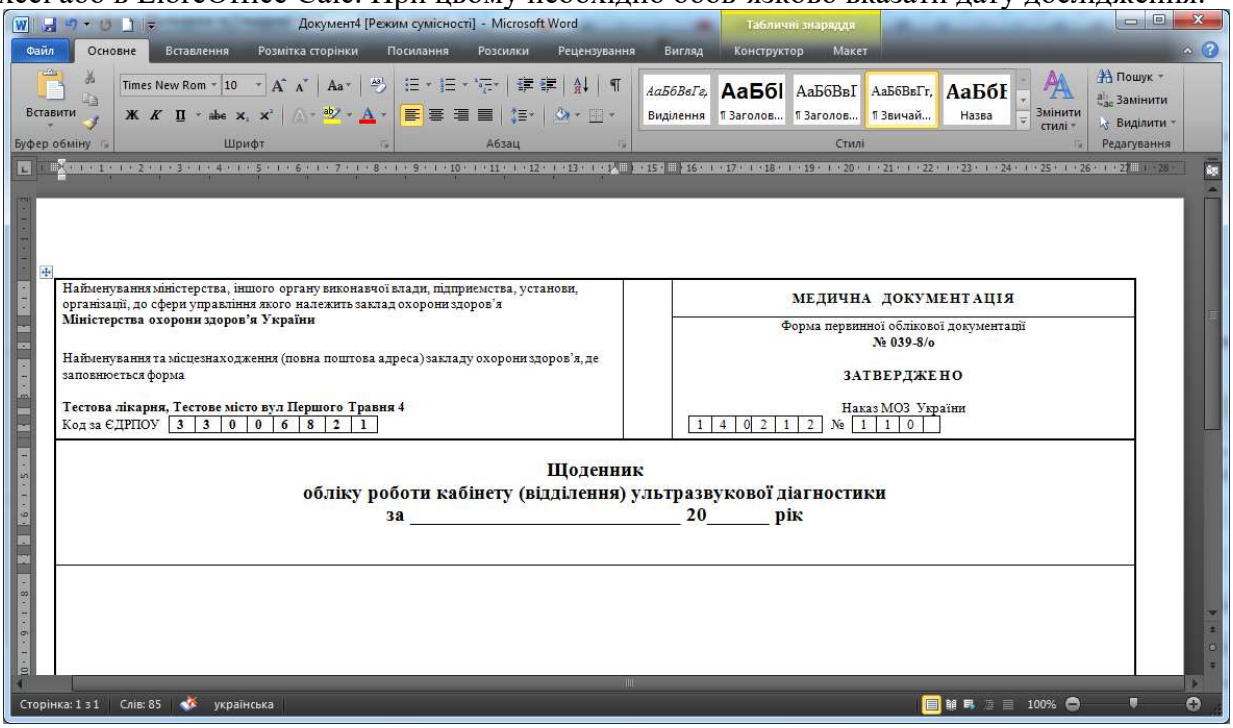


Форма № 048/о

Номер з/п	Дата	Прізвище, ім'я, по батькові обстежуваного, його місце проживання	Вік	Найменування закладу (його підрозділу), який направив хворого на дослідження	Номер медичної карти стаціонарного (амбула-торного) хворого	Діагноз при направленні	Область дослідження	Результат дослідження
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	08.05.2020	Царнвл Іван Іванович обл.,	20р.				УЗД органів черевної порожнини	
2	07.05.2020	Сом Семен СеменовичЧерк аська обл.,с. Згар	55р.				УЗД органів черевної порожнини	
3	07.05.2020	Мірсно Семен СеменовичЧерк аська обл.,м. Золотоноша,вул. Шевч	60р.	Лікар: Уздлікар І.М. Тестова лікарня, неврологічне відділення	125	Е01.2 Зоб (ендемічний), пов'язаний з йодною недостатністю,	УЗД щитоподібної залози	

- **«Щоденник обліку роботи кабінету (відділення) ультразвукової діагностики» (форма № 039-8/о)**

Для друку щоденника 039-8/о використовують кнопки , де перша сторінка виводиться в документ Word або LibreOffice Writer, а таблиця в документ Excel або в LibreOffice Calc. При цьому необхідно обов'язково вказати дату дослідження.



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я
Міністерства охорони здоров'я України

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма

Тестова лікарня, Тестове місто вул Першого Травня 4
Код за ЄДРПОУ 3 3 0 0 6 8 2 1

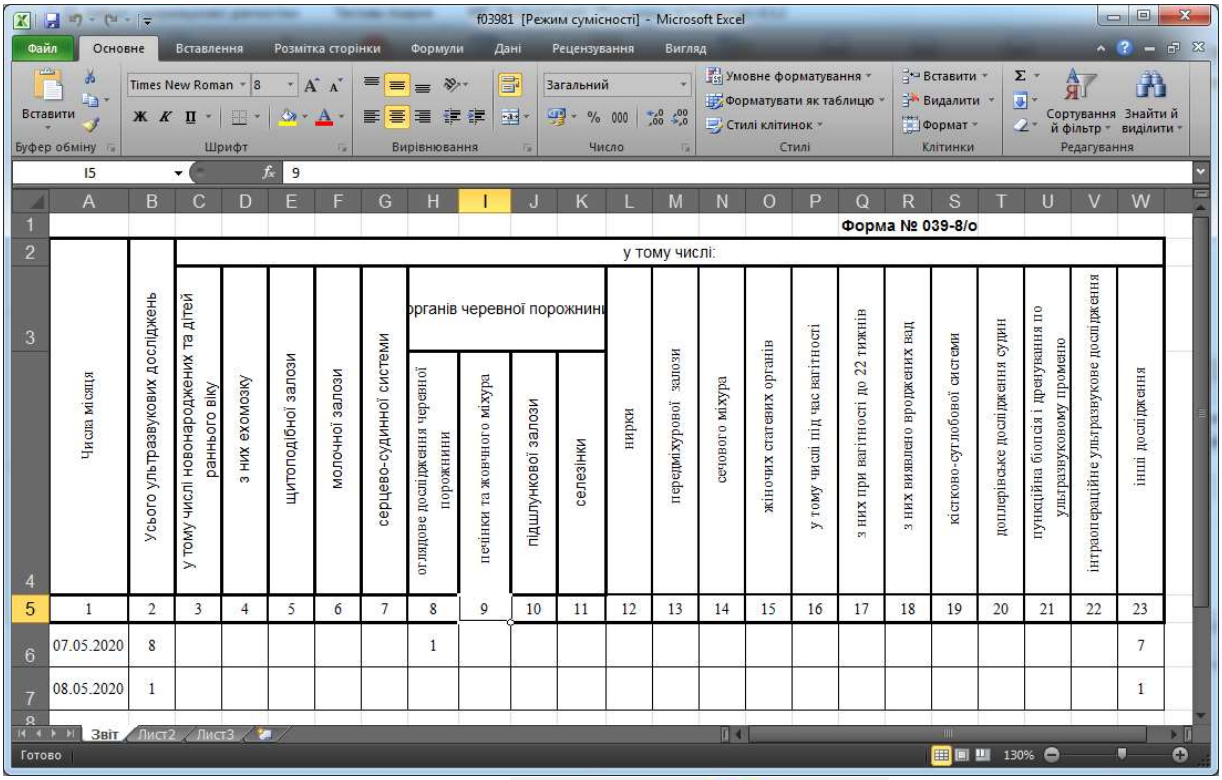
МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

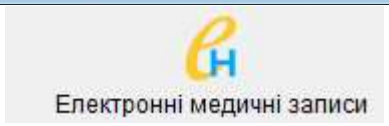
Форма первинної облікової документації
№ 039-8/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України
1 4 0 2 1 2 № 1 1 0

Щоденник
обліку роботи кабінету (відділення) ультразвукової діагностики
за _____ 20_____ рік



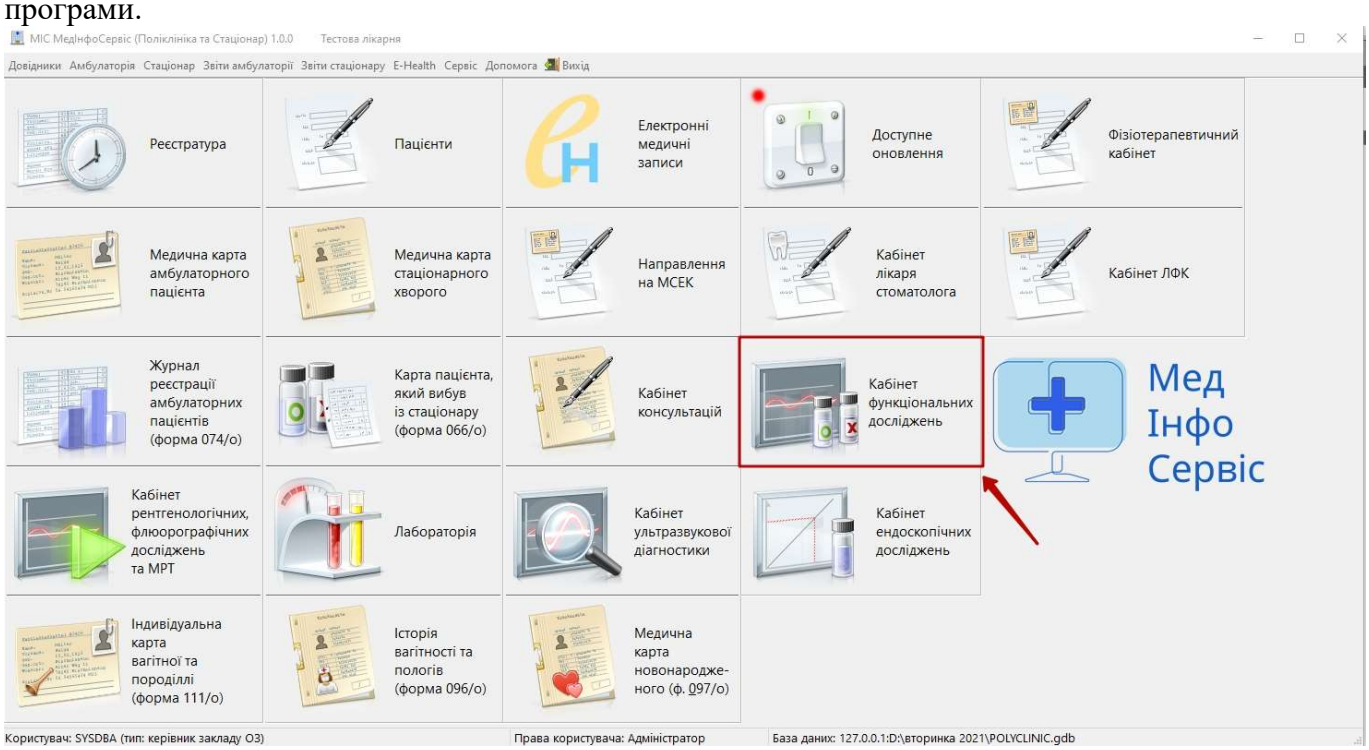


«Електронні медичні записи» - перехід до електронних медичних записів обраного із списку пацієнта.

«Кількість» - розраховує кількість записів, в залежності від налаштування фільтраційної панелі.

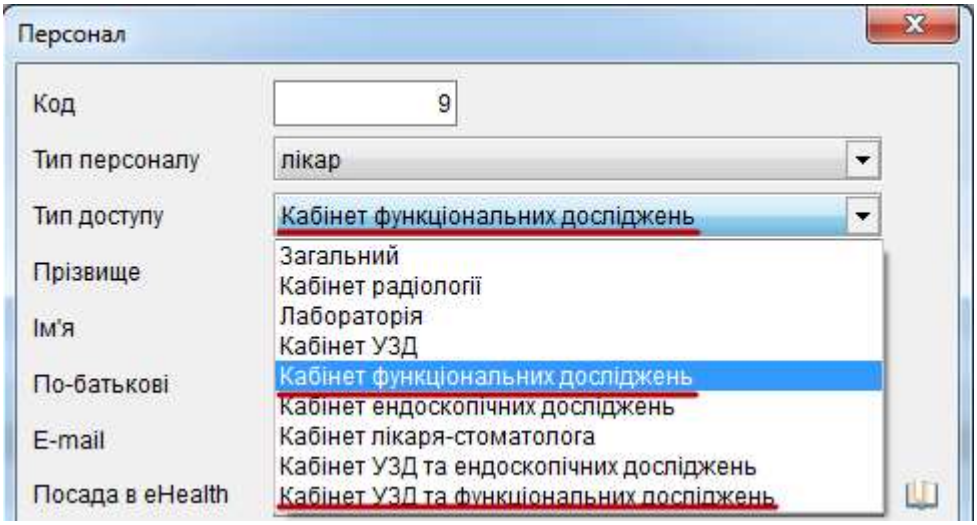
10.19 Кабінет функціональної діагностики

Знайти даний модуль можна в пункті меню **«Амбулаторія»**, **«Стаціонар»** та, для зручності, його розміщено на головному вікні програми, яке з’являється після запуску програми.

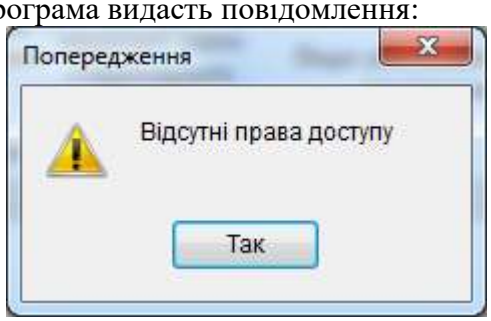


Модуль «Кабінет функціональної діагностики», дозволяє вести облік досліджень по пацієнтам, як за направленнями так і без них, вносити результати досліджень.

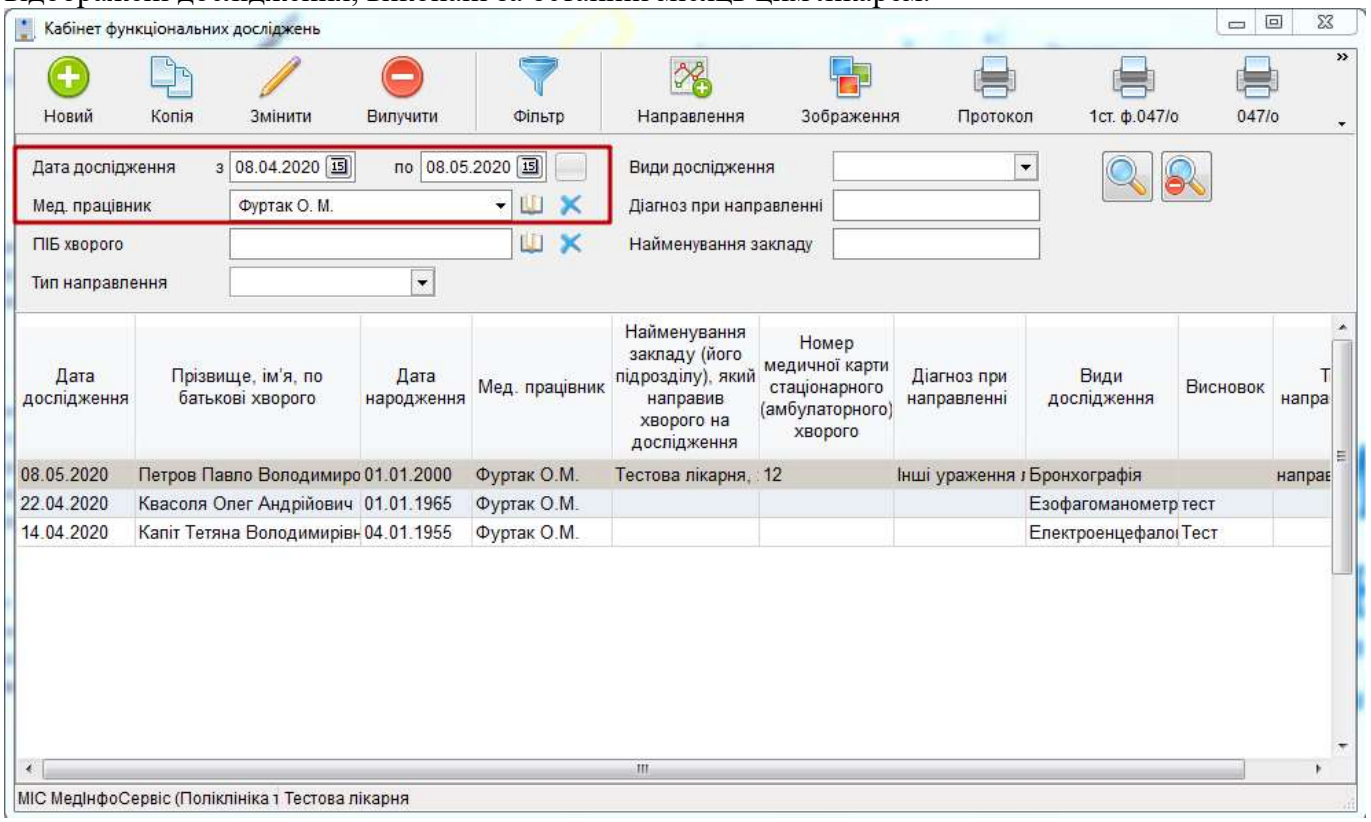
Зверніть увагу! В лабораторії мають право працювати тільки ті лікарі чи середній медичний персонал, у яких в **«Персонал»** в пункті **«Тип доступу»** вибрано **«Кабінет функціональних досліджень»** чи, при потребі, **«Кабінет УЗД та функціональних досліджень»**.



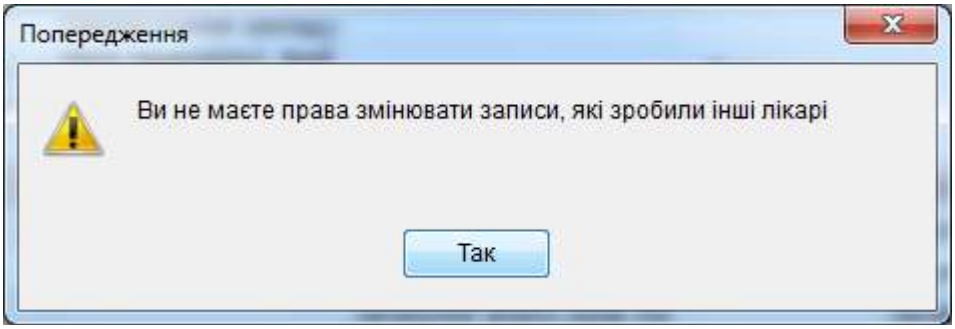
В противному разі, програма видасть повідомлення:



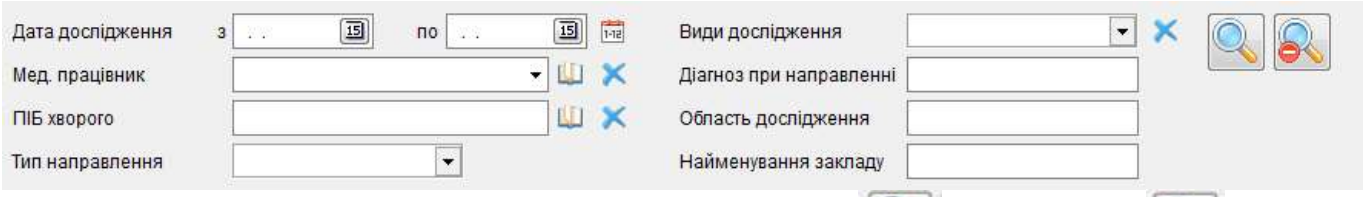
Зайшовши в програму під працівником кабінету функціональної діагностики з відповідними правами доступу, користувачеві відкриється головне вікно кабінету, де будуть відображені дослідження, виконані за останній місяць цим лікарем.



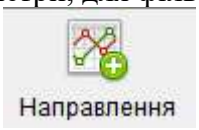
Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити нове дослідження для пацієнта. **«Копія»** - створює копію дослідження і відкриває його. Кнопки **«Змінити»** та **«Вилучити» -** змінює і видаляє тільки ті дослідження, які були занесені даним лікарем. В противному разі програма видасть повідомлення.



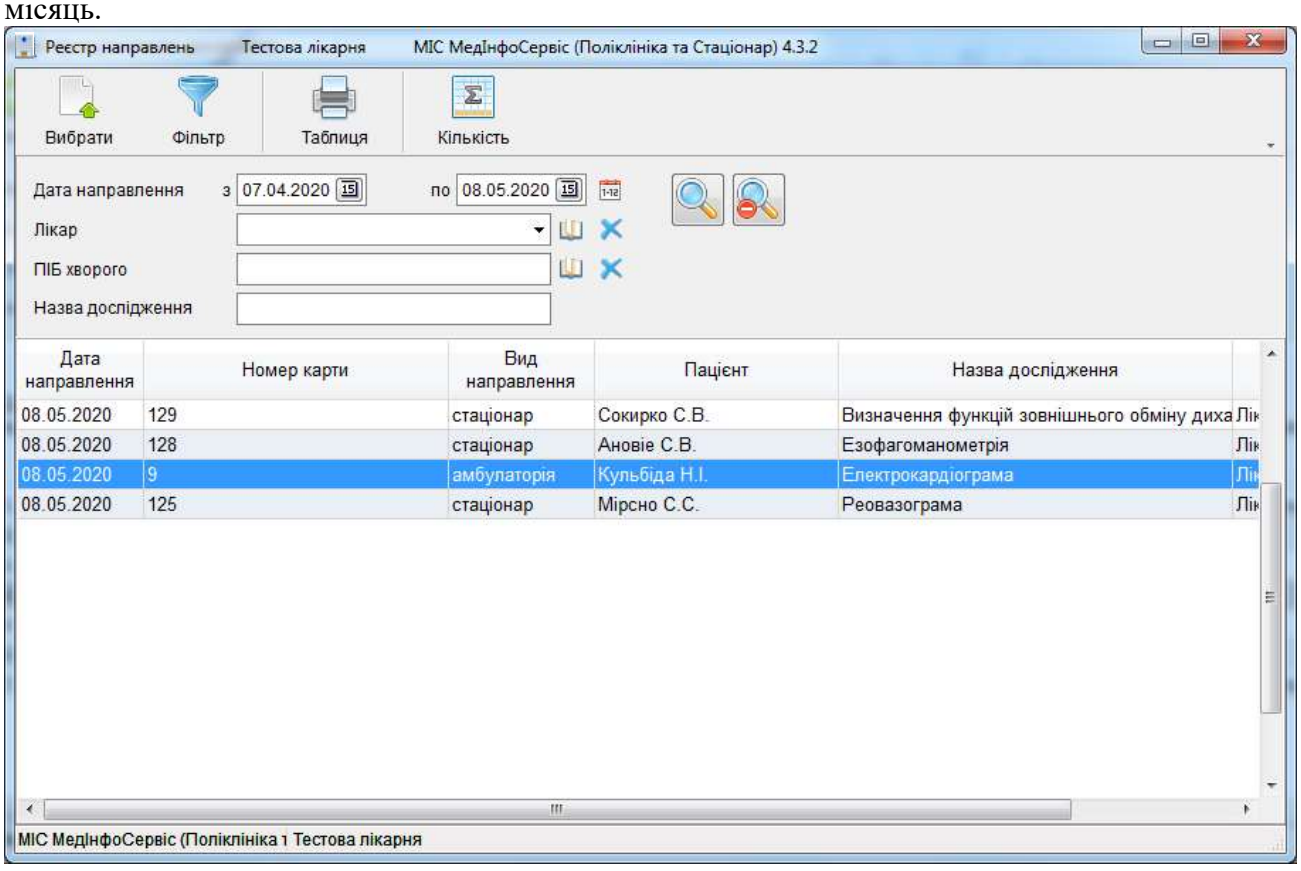
«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по дослідженням.



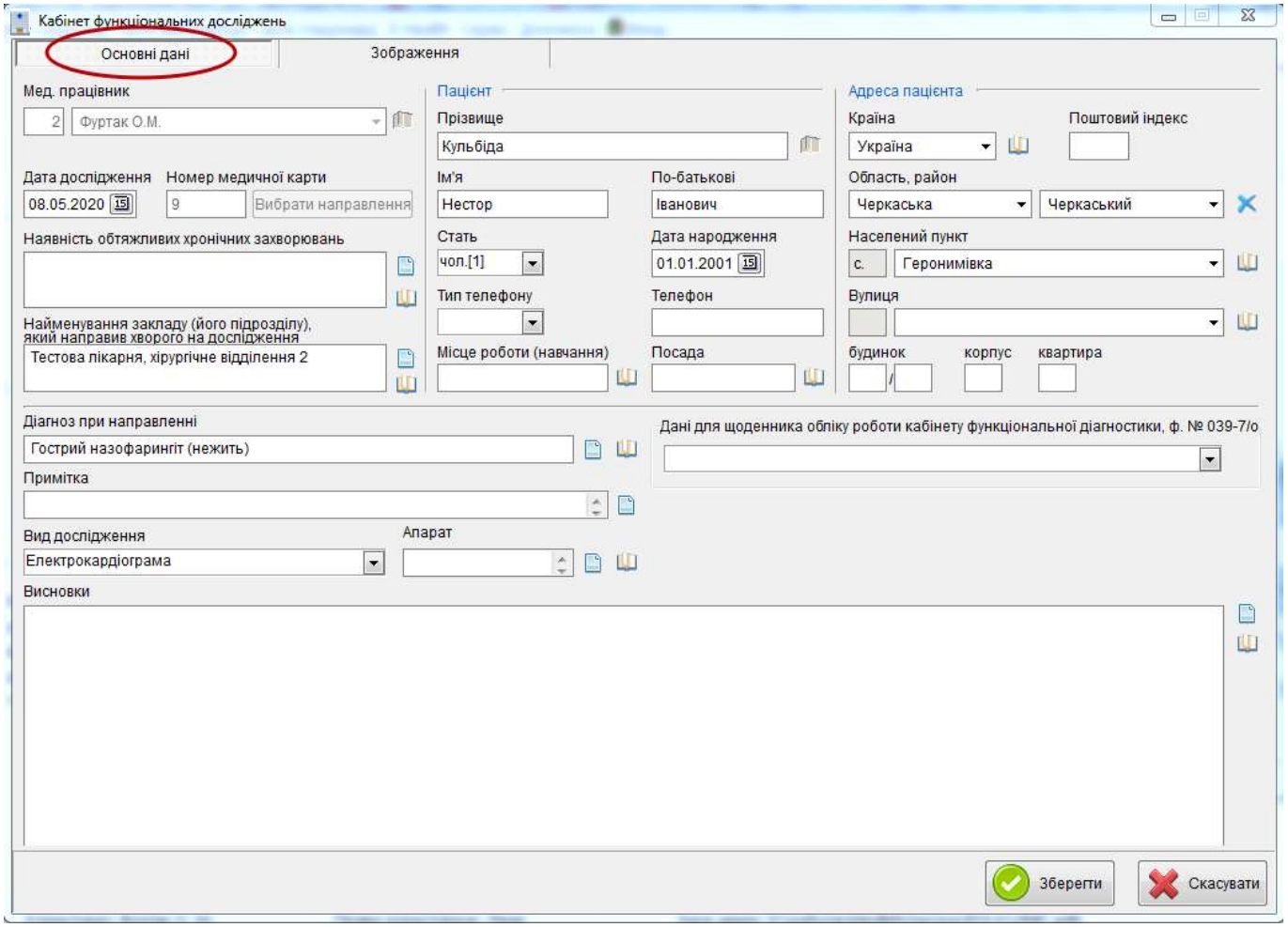
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

«Направлення» 

- відкриває перед працівником кабінету список пацієнтів, які були направлені на дослідження із амбулаторії або стаціонару за останній місяць.



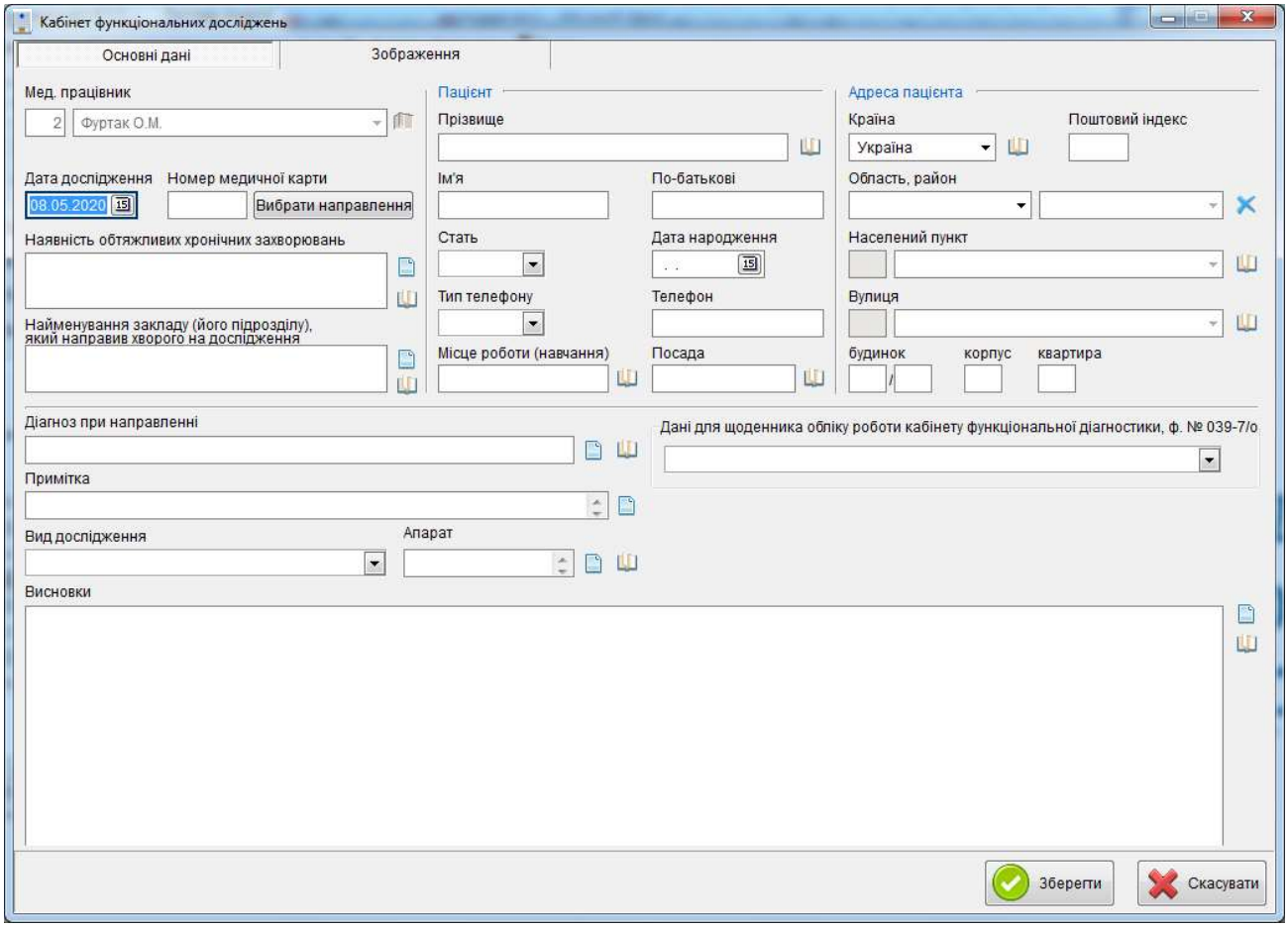
Для вибору направлення необхідно двічі натиснути на нього або, натиснувши один раз і **«Вибрати».** В результаті, відкриється вікно (закладка **«Основні дані»**) для внесення даних пацієнта та результату дослідження/аналізу тощо.



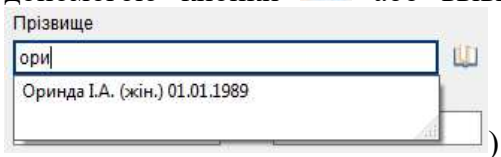
У випадку (як на малюнку зверху), якщо дослідження здійснюється **по направленню** автоматично заповнюються дані про пацієнта з амбулаторної чи стаціонарної карти пацієнта, найменування закладу, діагноз при направленні, вид дослідження.

Працівнику кабінету залишиться заповнити дані дослідження в закладках (для деяких видів) і, головне, **«Висновок»**.

У разі, якщо до лікаря, пацієнт прийшов з самозверненням або з паперовим направленням, то користувачу необхідно створити такий запис самостійно через кнопку **«Новий».** Вікно, яке з’явиться матиме автоматично заповненими тільки поля «Працівник» та «Дата дослідження».

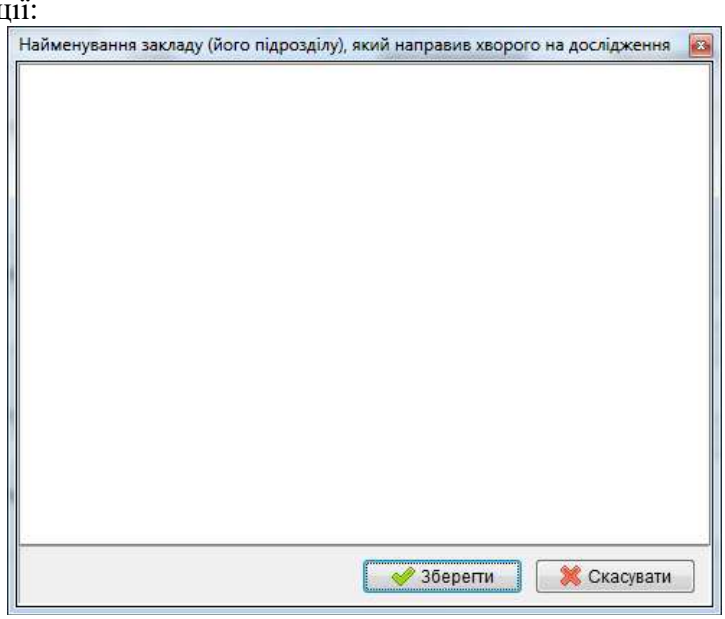


Для внесення даних про пацієнта, його можна вибрати з реєстру пацієнтів (за допомогою кнопки або ввівши перші три літери прізвища і обрати з переліку



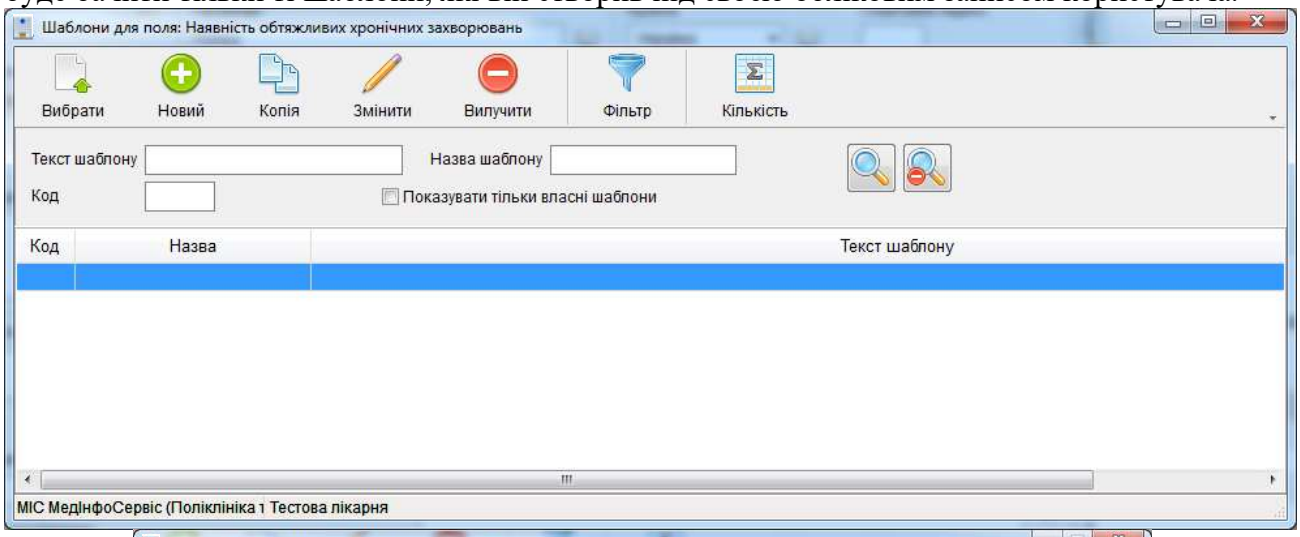
) або внести дані нового в даному вікні. Мінімальна кількість полів для заповнення пацієнта це: ПІБ, стать та дата народження.

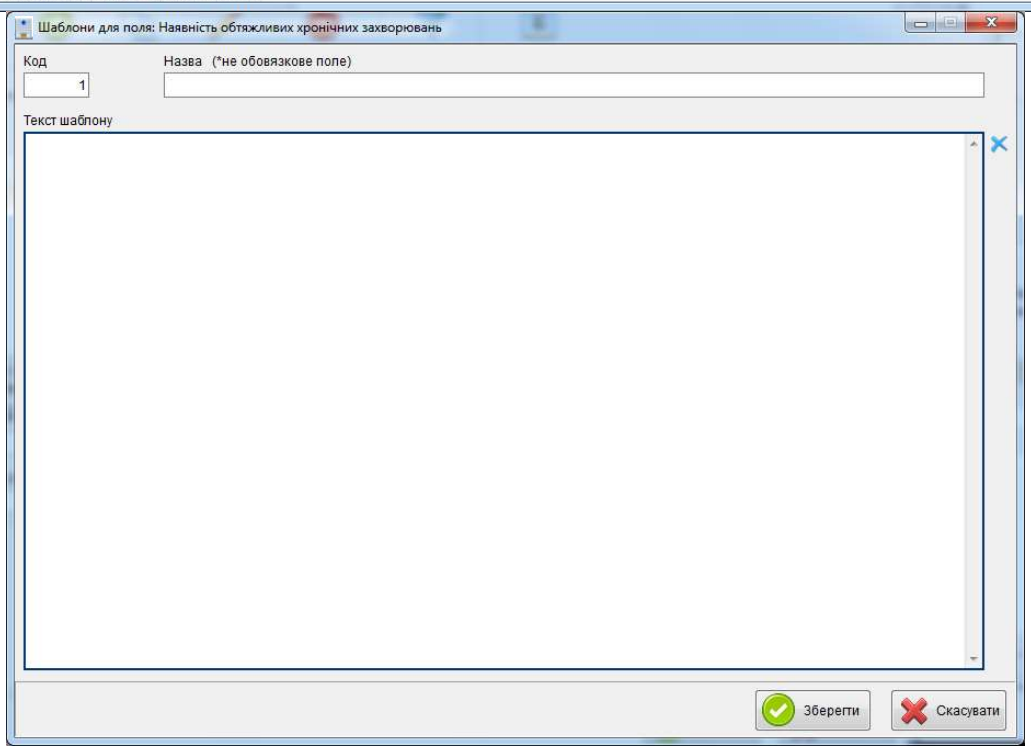
Кнопка , яка розташована біля деяких полів дає можливість ввести більше необхідної інформації:



Кнопка біля одних полів (таких як, «Країна», «населений пункт», «Вулиця» тощо), дає можливість вибрати з готового довідника бази, а біля інших («Найменування закладу..», «Діагноз при направленні», «Апарат», «Висновок») дає можливість створити власні шаблони,

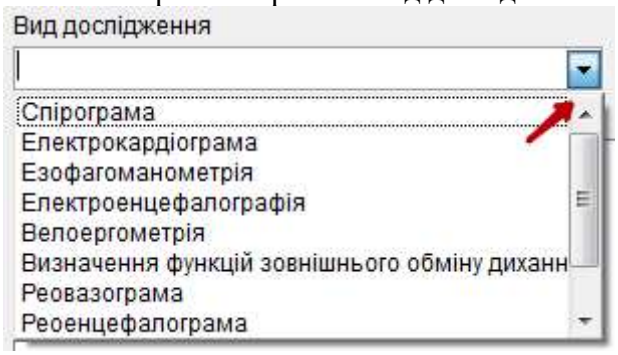
якими найчастіше користуються в роботі. **«Показувати власні шаблони»** означає, що лікар буде бачити тільки ті шаблони, які він створив під своєю обліковим записом користувача.



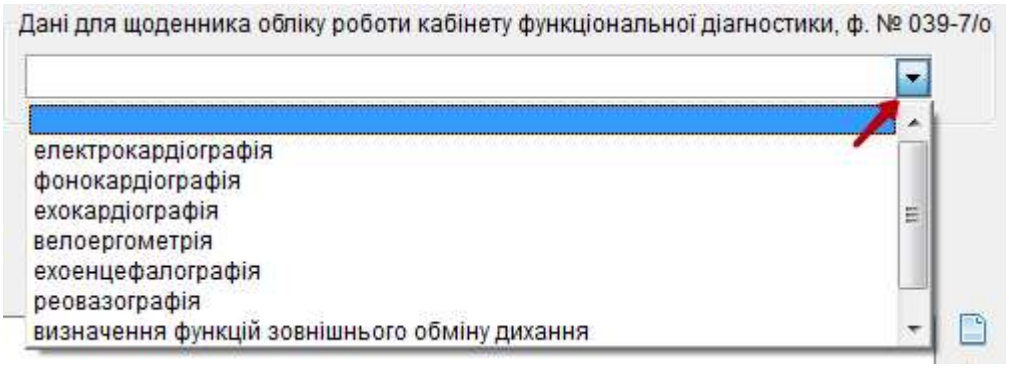


Після того, як працівник внесе всі дані про пацієнта, найменування закладу, діагноз при направленні, наявність обтяжливих хронічних захворювань, необхідно:

- Вибрати потрібний вид дослідження зі списку

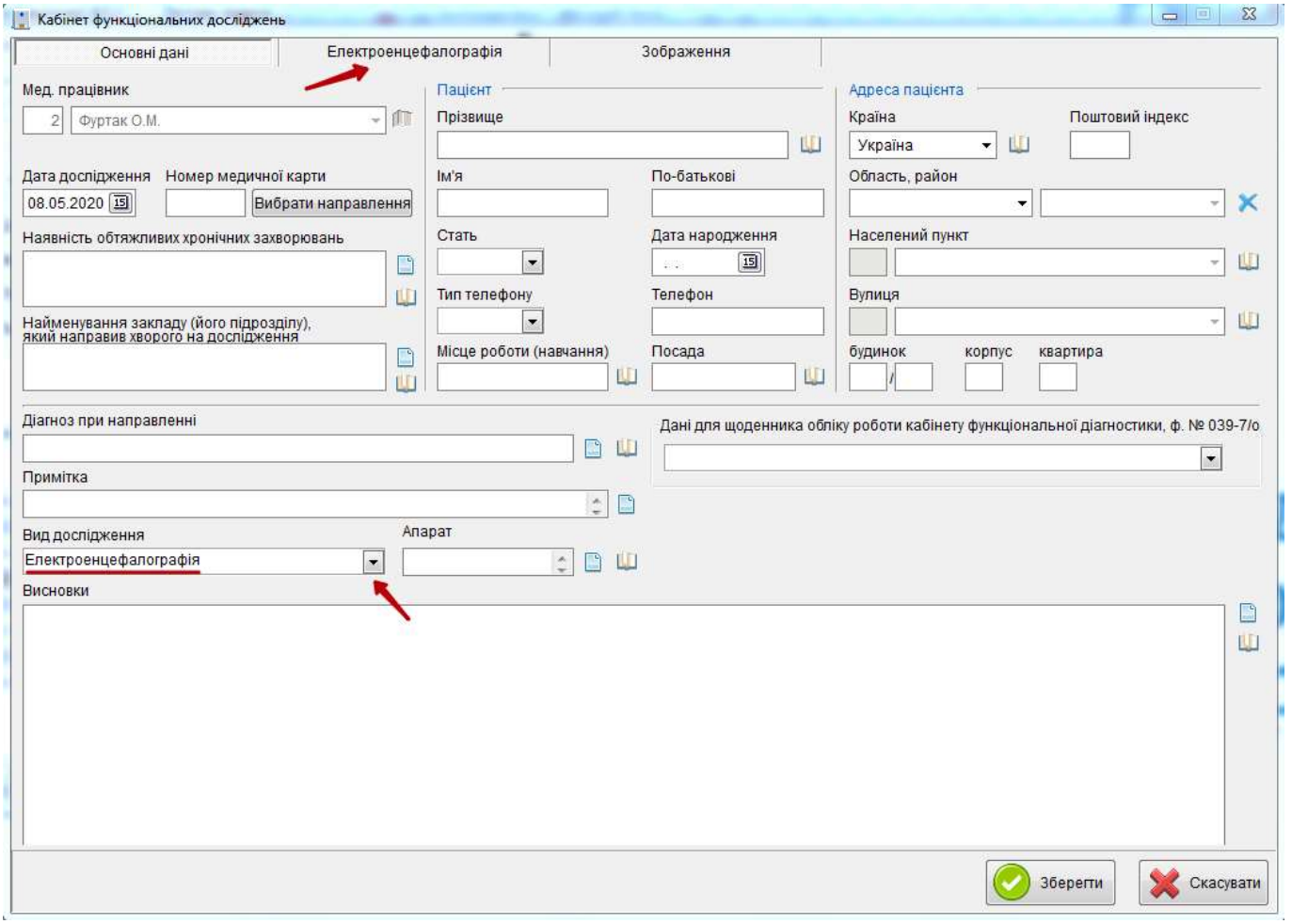


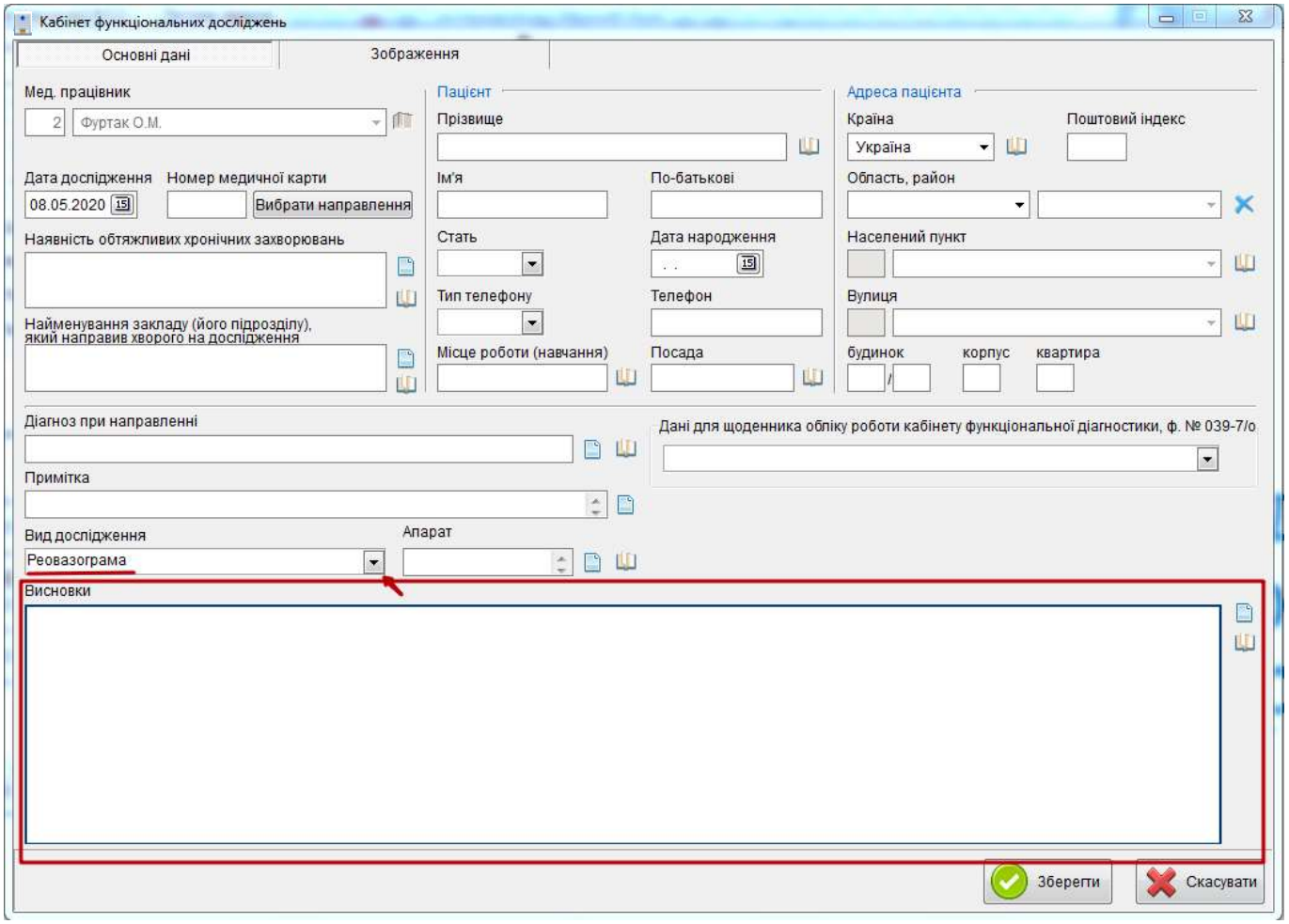
- Вибрати зі списку потрібний вид дослідження для щоденника 039-7/о



- Вказати апарат УЗД та тип датчика можливо як заповнивши поле, або вибравши із раніше внесеного шаблону.

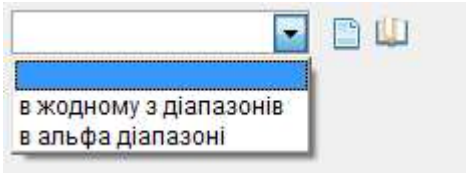
В залежності від обраного виду дослідження зі списку, зокрема для електроенцефалографії, реоенцефалограми, електрокардіографії з'являються відповідна закладка для заповнення протоколу функціонального обстеження, для інших – результати заповнюються в поле «Висновок».





В закладках необхідно заповнити поля для протоколу функціонального дослідження. Для цього в програмі представлений різновид для внесення інформації:

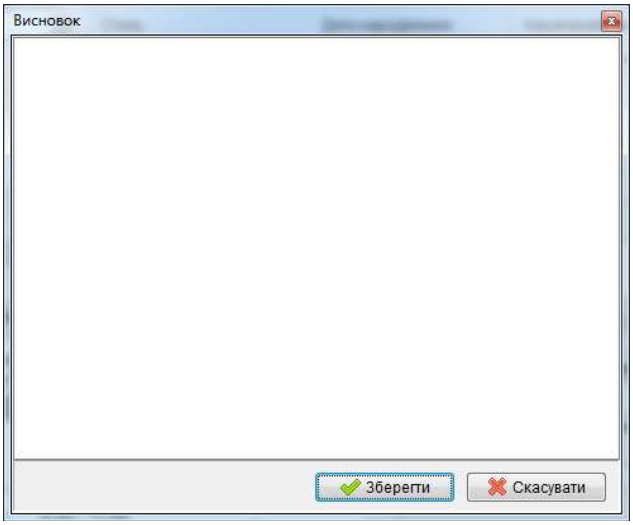
- за допомогою випадаючих списків, з можливістю внесення додаткової інформації та дає можливість вибрати висновок із раніше введеного шаблону



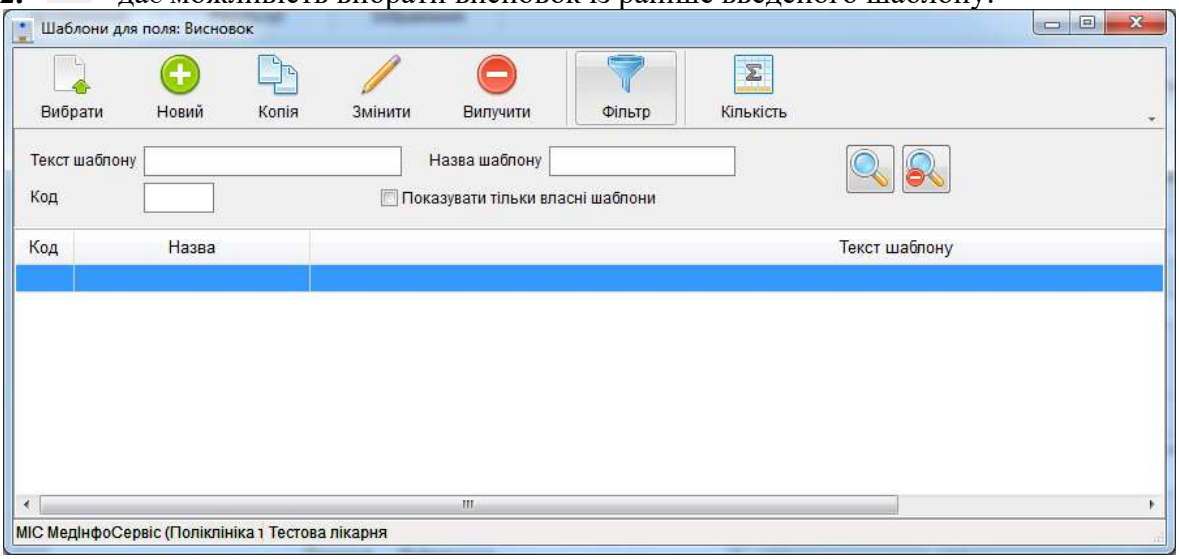
- вручну вводити дані

Після того, як всі показники будуть вказані, слід заповнити поле **«Висновки»**. Є два способи заповнити висновок:

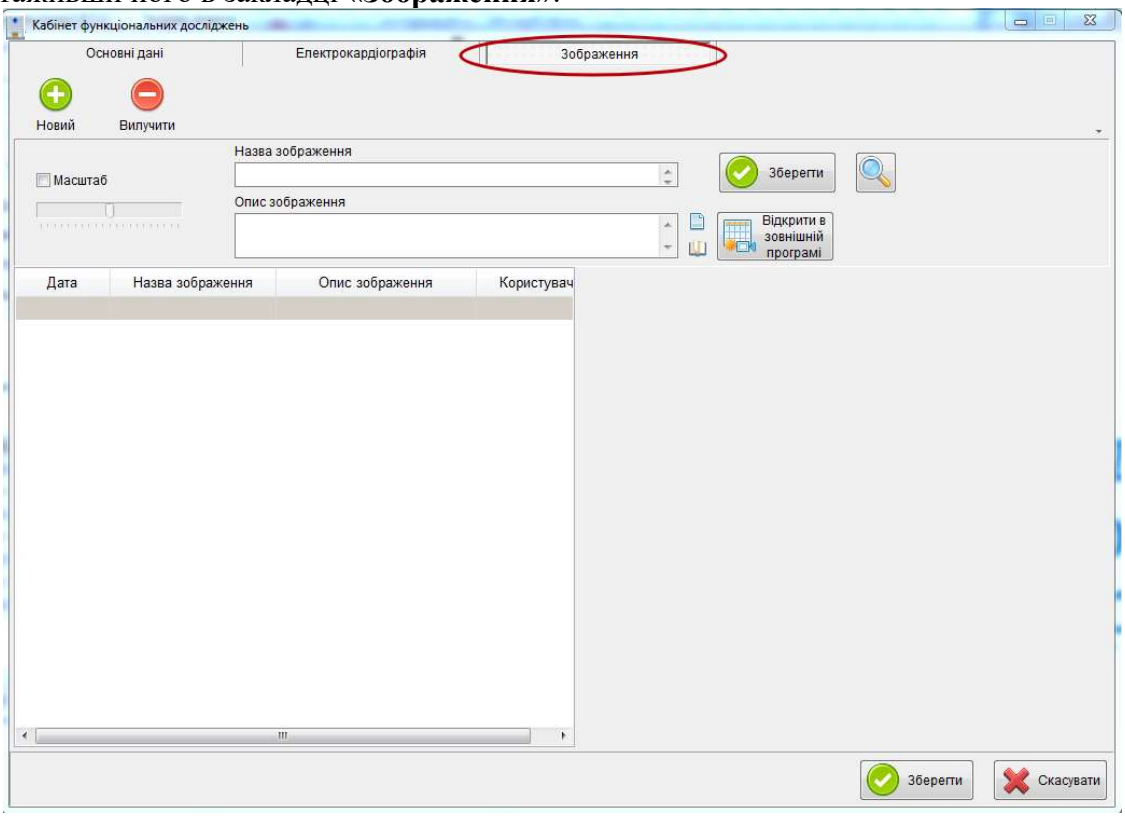
1. - відкриває поле для внесення та читання більше необхідної інформації.



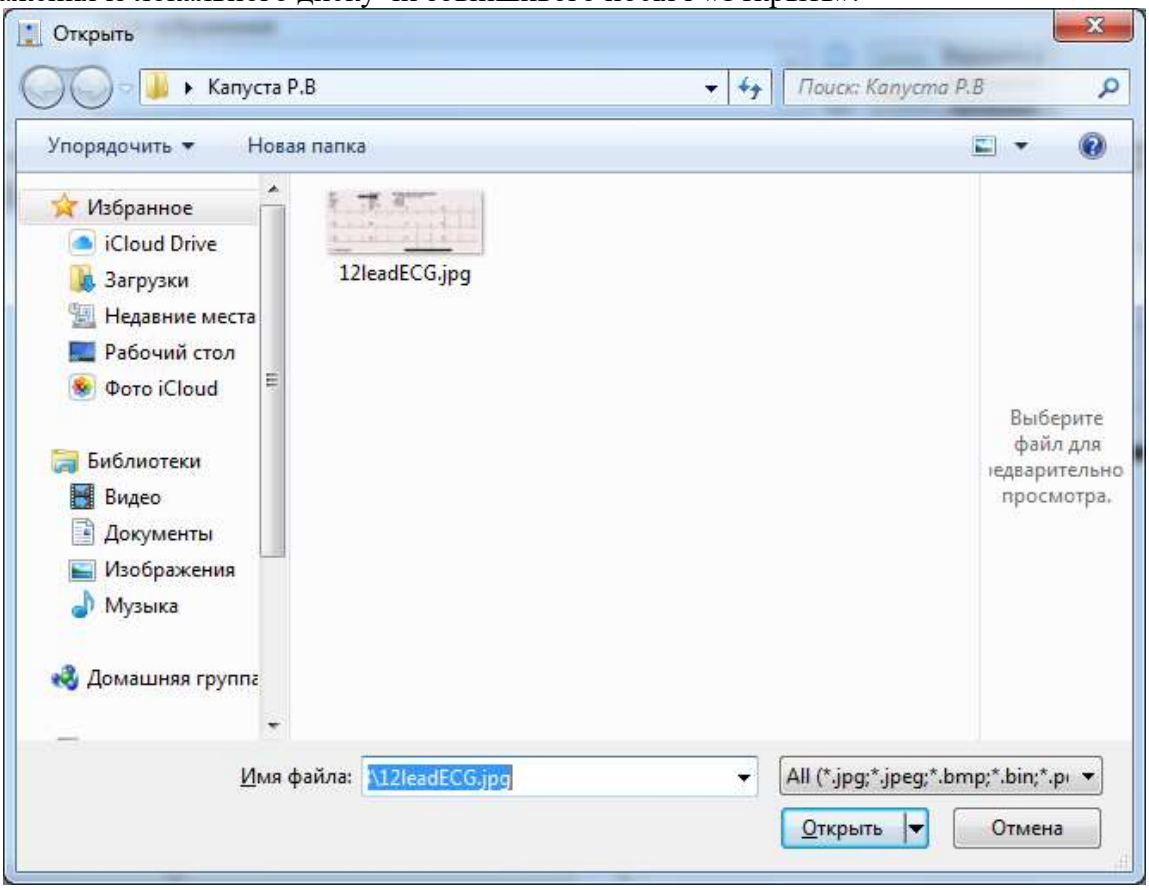
2. - дає можливість вибрати висновок із раніше введеного шаблону.



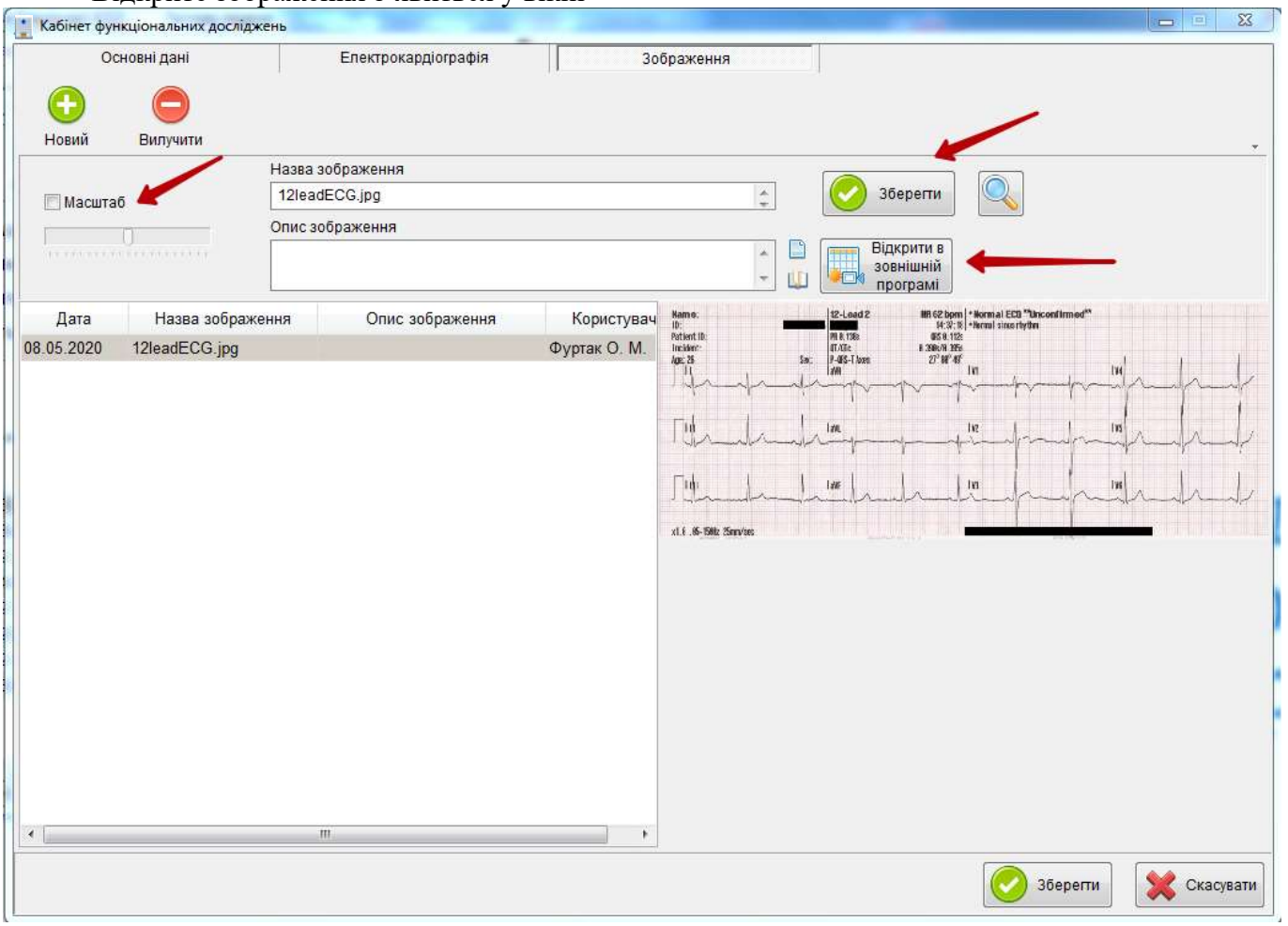
В модулі «Кабінет функціональних досліджень» для кожного виду дослідження є можливість «прикріпити» зображення до дослідження (наприклад, скановану копію), завантаживши його в закладці **«Зображення»**.



Для завантаження нового зображення необхідно натиснути «Новий», обрати зображення із локального диску чи зовнішнього носія і «Открыть».

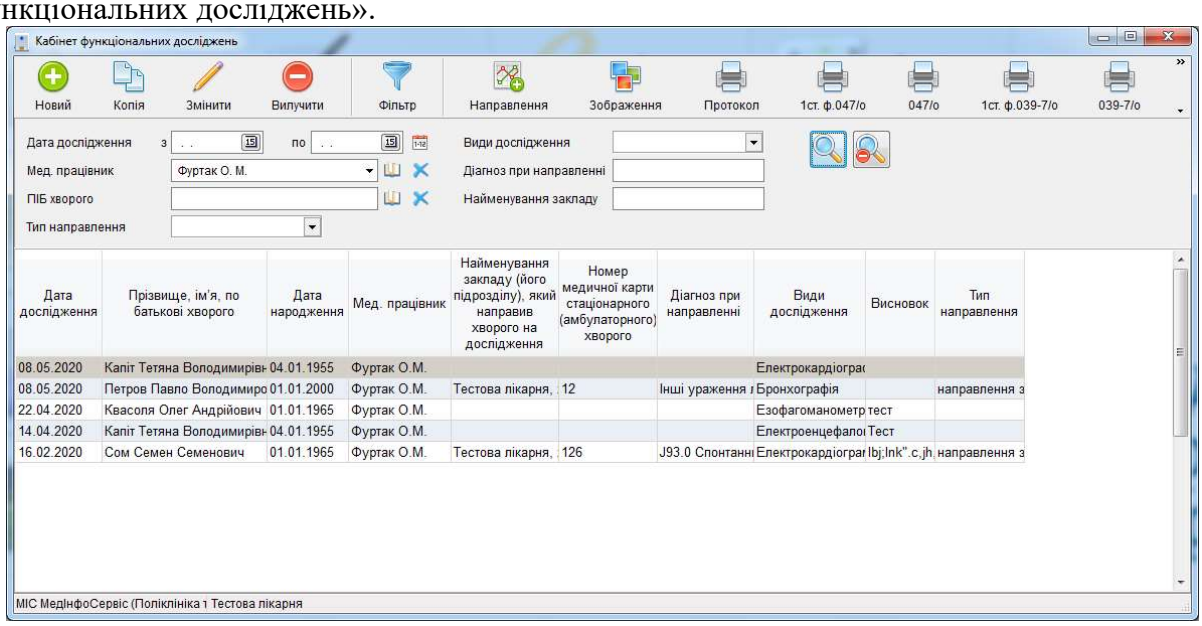


Відкрите зображення з’явиться у вікні

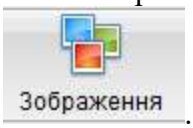


Натиснувши у верхній частині вікна кнопку **«Зберегти»**, можна переходити до завантаження наступних зображень. Також є можливість скористатися масштабом, при потребі, або відкрити зображення в зовнішній програмі.

Всі виконані дослідження (по направленню і без) автоматично відображаються в електронній медичній карті амбулаторного або стаціонарного пацієнта в розділі **«Результати обстежень»**, а також формуються в список у головному вікні модуля «Кабінет функціональних досліджень».

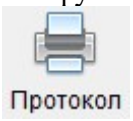


Переглянути всі завантажені зображення можливо за допомогою кнопки

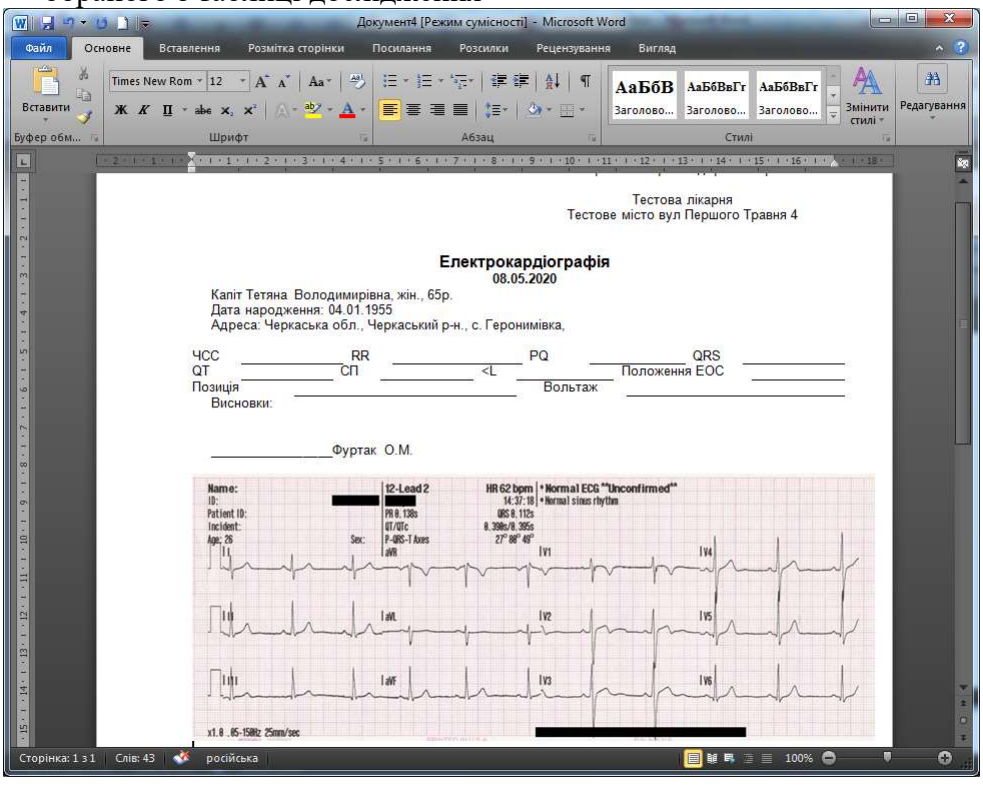


.

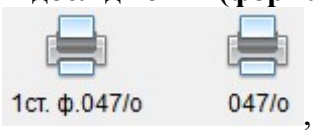
В кабінеті функціональних досліджень присутні кнопки для друку:

- 

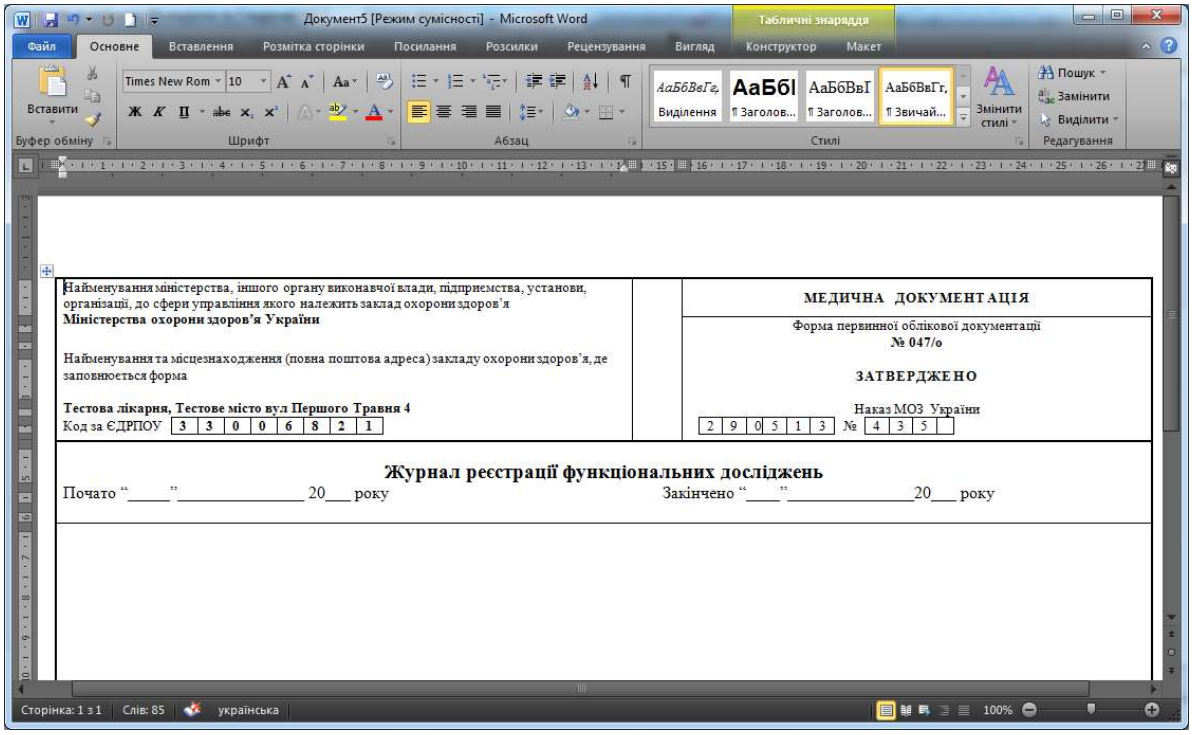
- сформує протокол в документ Word або LibreOffice Writer результат обраного з таблиці дослідження

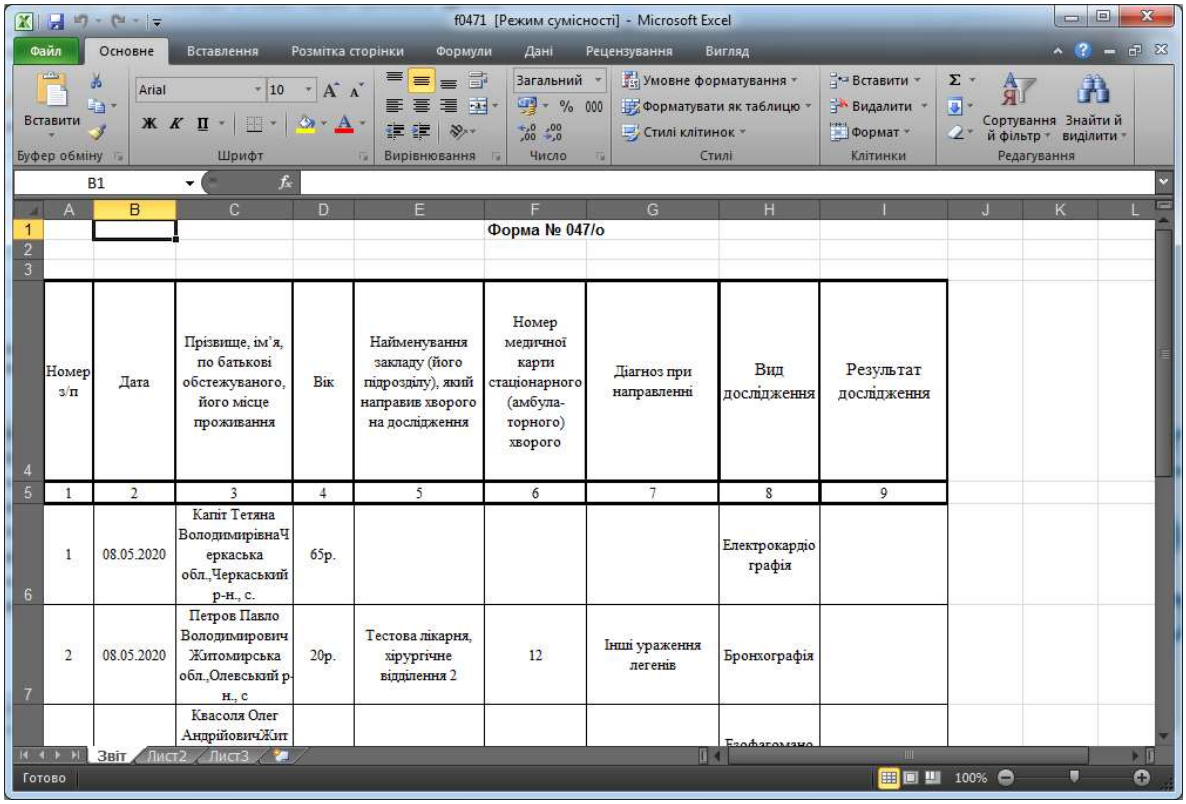


- **«Журнал реєстрації функціональних досліджень» (форма № 047/о)**

Для друку журналу 048/о використовують кнопки 

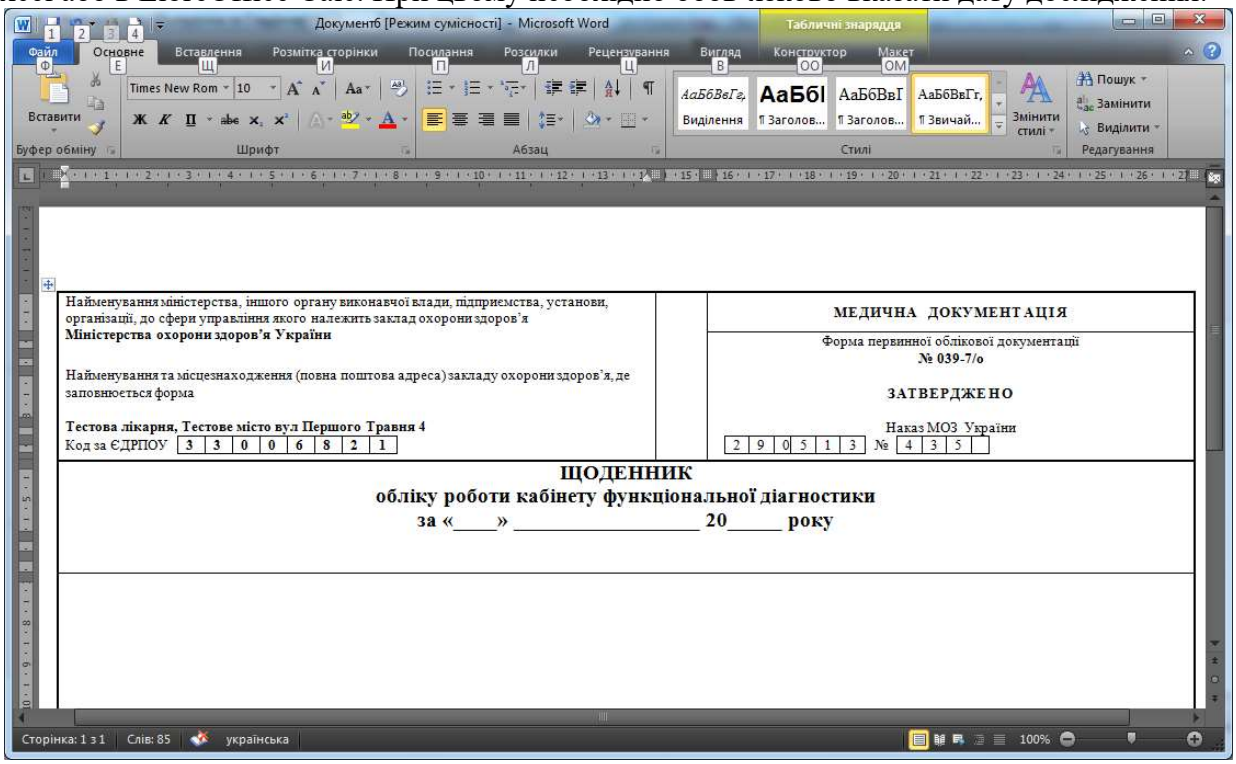
, де перша сторінка виводиться в документ Word або LibreOffice Writer, а таблиця в документ Excel або в LibreOffice Calc.





- **«Щоденник обліку роботи кабінету (відділення) функціональної діагностики» (форма № 039-7/о)**

Для друку щоденника 039-7/о використовують кнопки , де перша сторінка виводиться в документ Word або LibreOffice Writer, а таблиця в документ Excel або в LibreOffice Calc. При цьому необхідно обов'язково вказати дату дослідження.



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я
Міністерства охорони здоров'я України

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма

Тестова лікарня, Тестове місто вул Першого Травня 4
Код за ЄДРПОУ 3 3 0 0 6 8 2 1

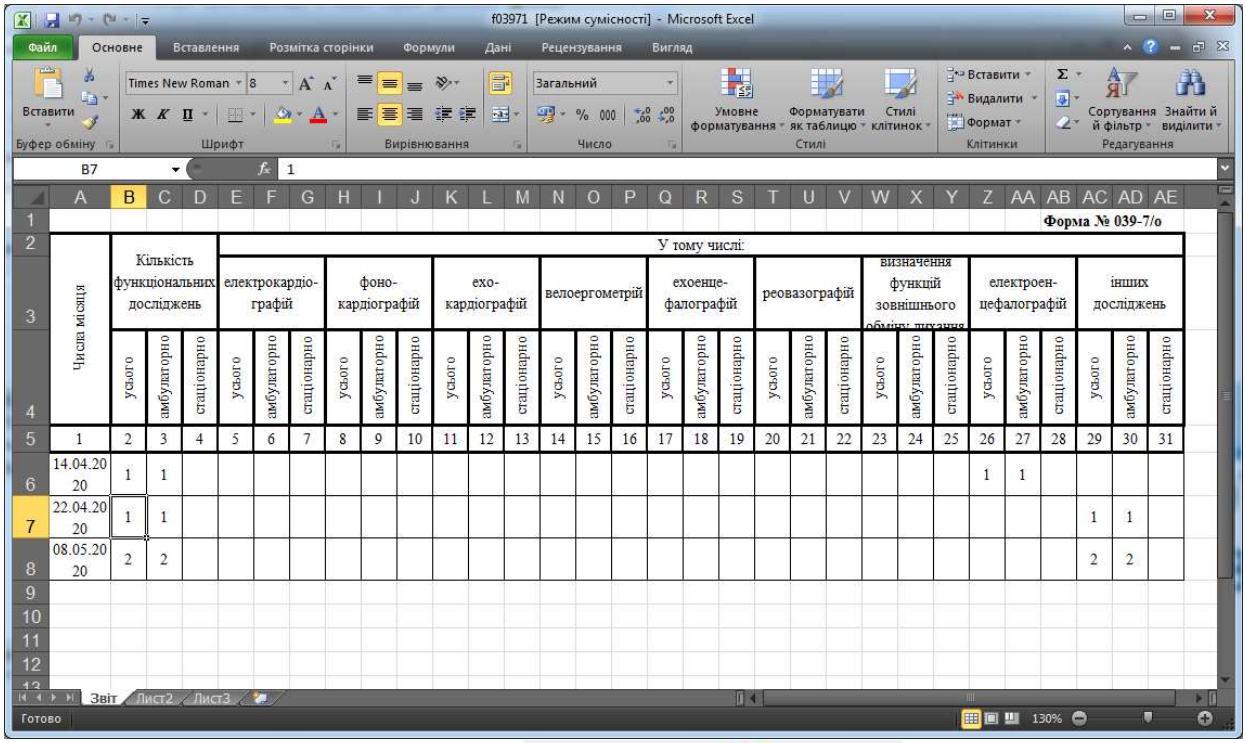
МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації
№ 039-7/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України
2 9 0 5 1 3 № 4 3 5

ЩОДЕННИК
обліку роботи кабінету функціональної діагностики
за «____» _____ 20_____ року



Форма № 039-7/о

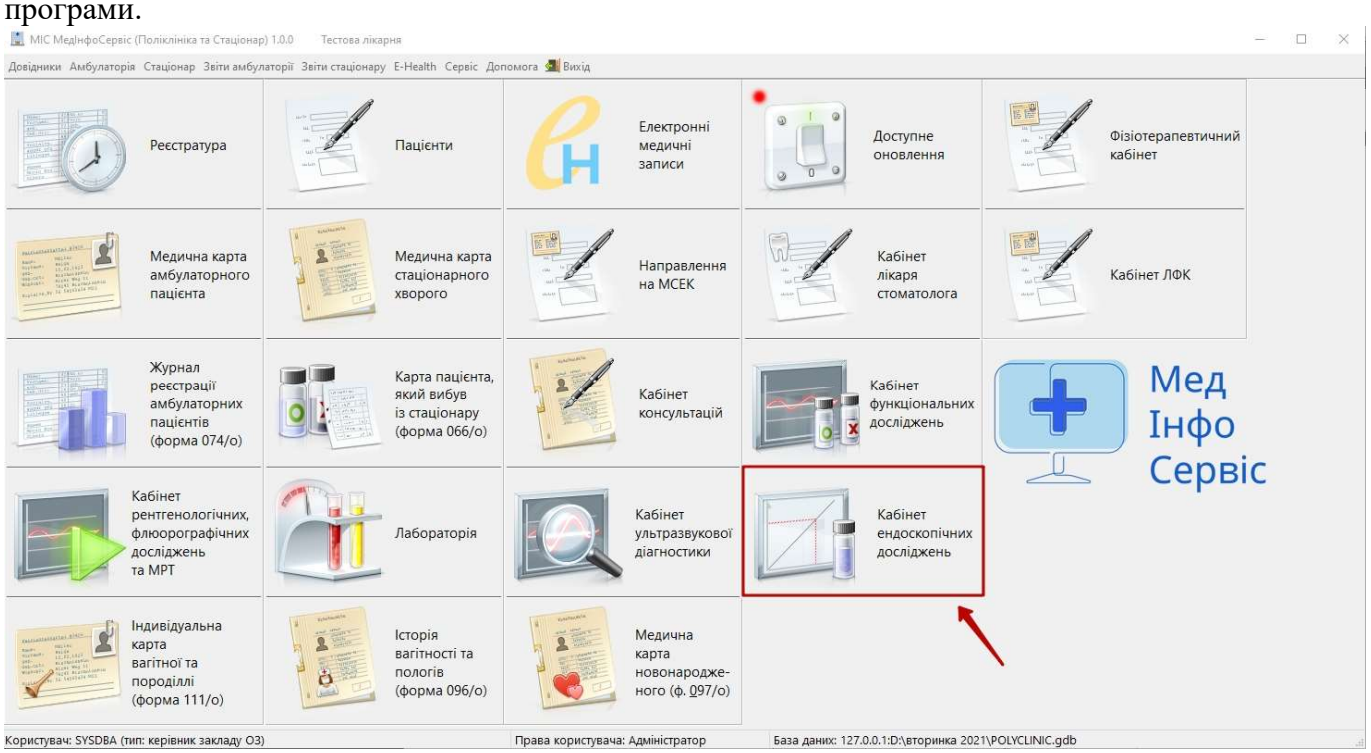
Числа місяця	Кількість функціональних досліджень			У тому числі:																								
				електрокардіографій			фоно-кардіографій			ехо-кардіографій			велоергометрій			ехоенце-фалографій			реовазографій			визначення функцій зовнішнього обміну дихання			електроен-цефалографій			інших досліджень		
	усього	амбулаторно	стаціонарно	усього	амбулаторно	стаціонарно	усього	амбулаторно	стаціонарно	усього	амбулаторно	стаціонарно	усього	амбулаторно	стаціонарно	усього	амбулаторно	стаціонарно	усього	амбулаторно	стаціонарно	усього	амбулаторно	стаціонарно	усього	амбулаторно	стаціонарно	усього	амбулаторно	стаціонарно
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
14.04.2020	1	1																							1	1				
22.04.2020	1	1																										1	1	
08.05.2020	2	2																										2	2	

«Електронні медичні записи» - перехід до електронних медичних записів обраного із списку пацієнта.

«Кількість» - розраховує кількість записів, в залежності від налаштування фільтраційної панелі.

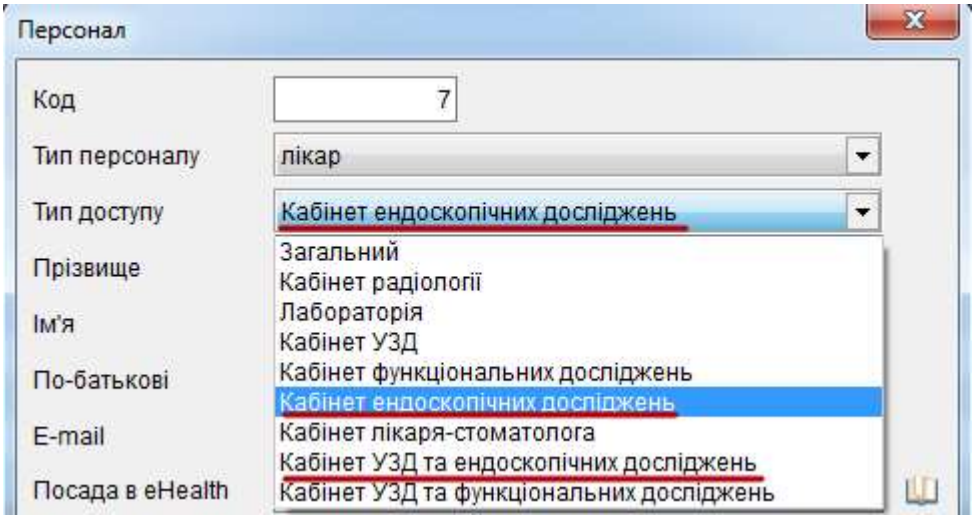
10.20 Кабінет ендоскопічних досліджень

Знайти даний модуль можна в пункті меню **«Амбулаторія»**, **«Стаціонар»** та, для зручності, його розміщено на головному вікні програми, яке з'являється після запуску програми.

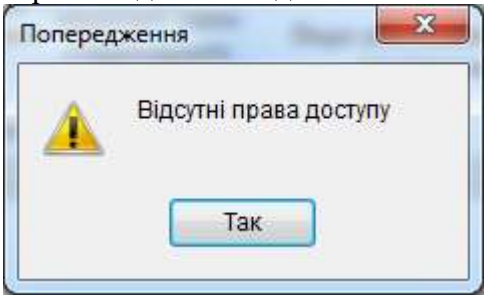


Модуль «Кабінет ендоскопічних досліджень», дозволяє вести облік досліджень по пацієнтам, як за направленнями так і без них, вносити результати досліджень.

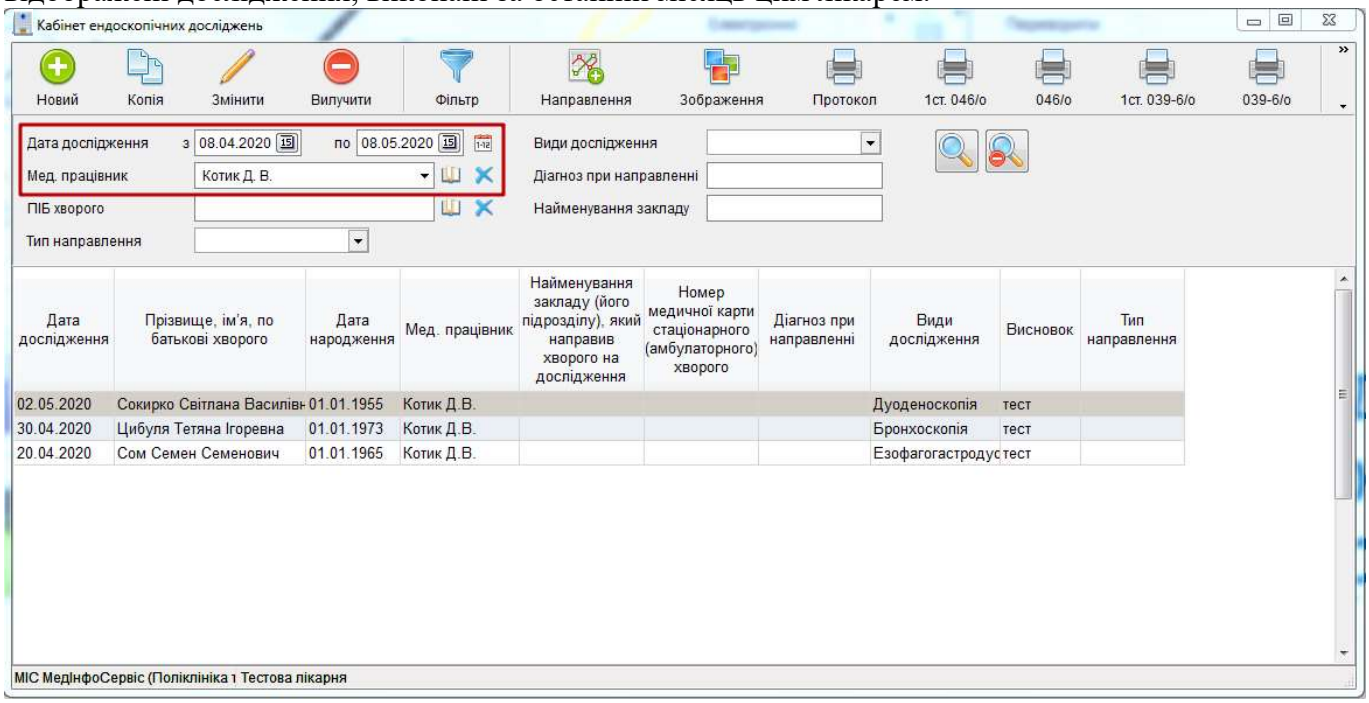
Зверніть увагу! В кабінеті мають право працювати тільки ті лікарі чи середній медичний персонал, у яких в **«Персонал»** в пункті **«Тип доступу»** вибрано **«Кабінет ендоскопічних досліджень»** або, при потребі, **«Кабінет УЗД та ендоскопічних досліджень»**.



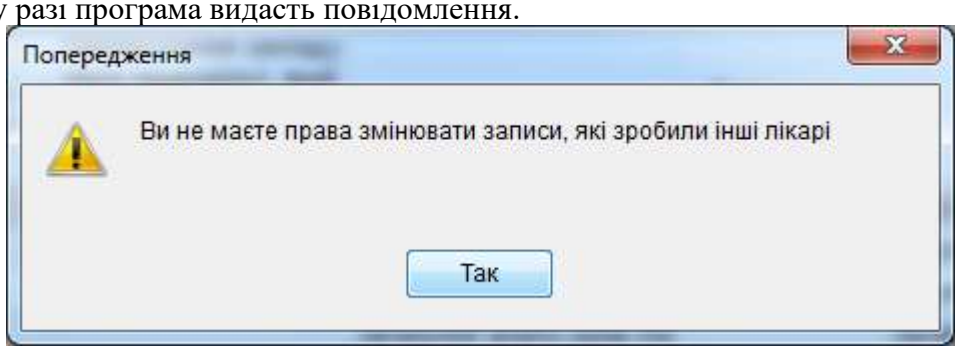
В противному разі, програма видасть повідомлення:



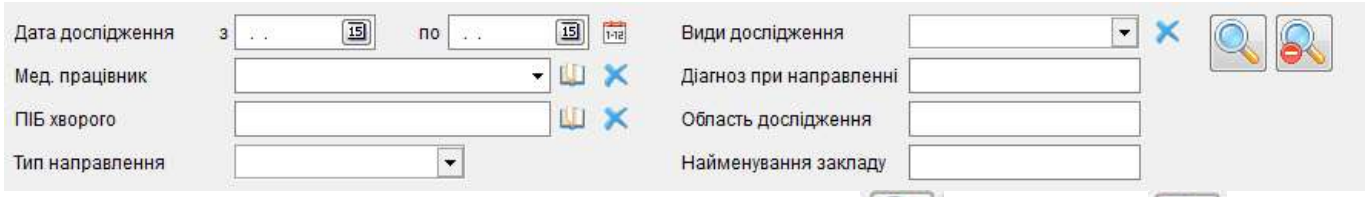
Зайшовши в програму під працівником кабінету ендоскопічних досліджень з відповідними правами доступу, користувачеві відкриється головне вікно кабінету, де будуть відображені дослідження, виконані за останній місяць цим лікарем.



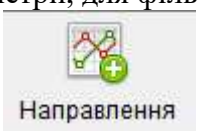
Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити нове дослідження для пацієнта. **«Копія»** - створює копію дослідження і відкриває його. Кнопки **«Змінити»** та **«Вилучити» -** змінює і видаляє тільки ті дослідження, які були занесені даним лікарем. В противному разі програма видасть повідомлення.



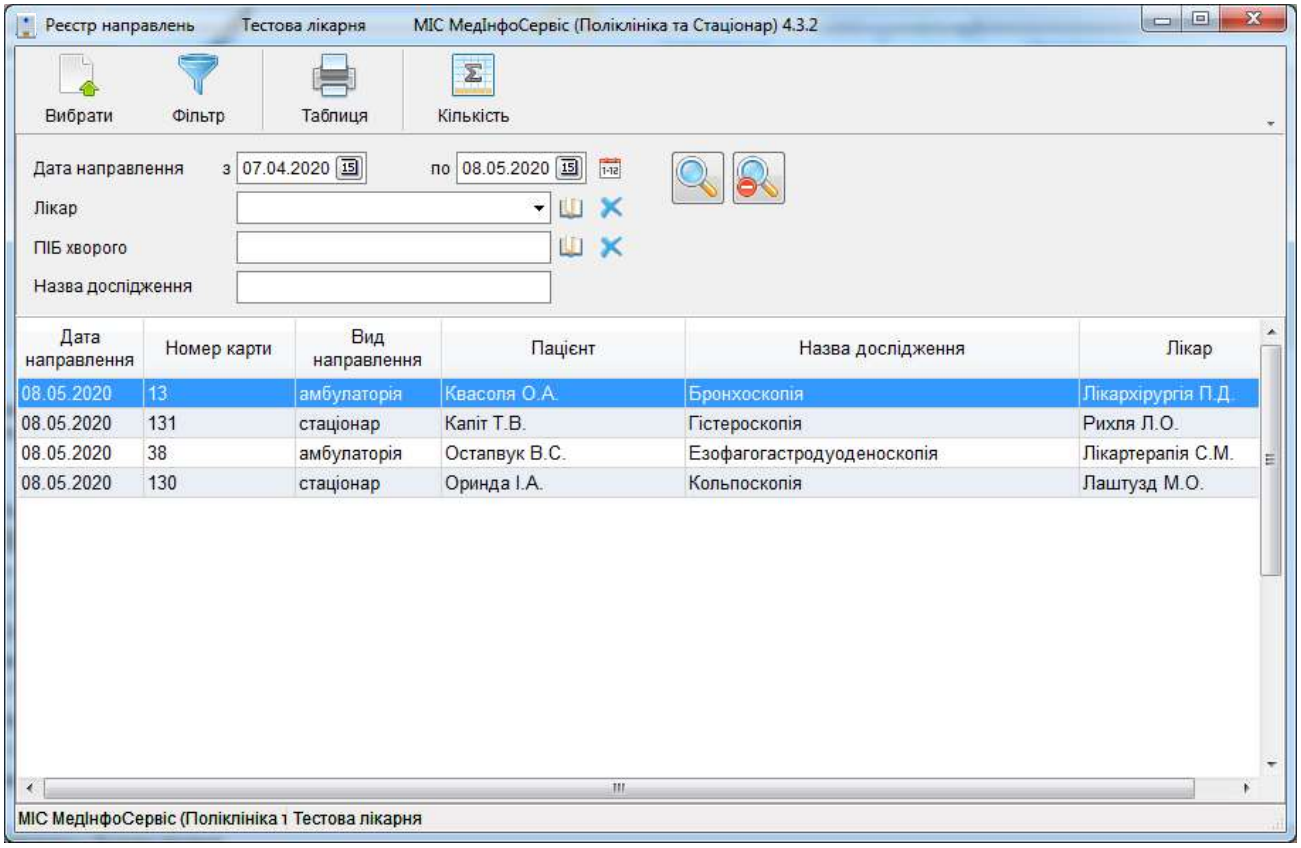
«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по дослідженням.



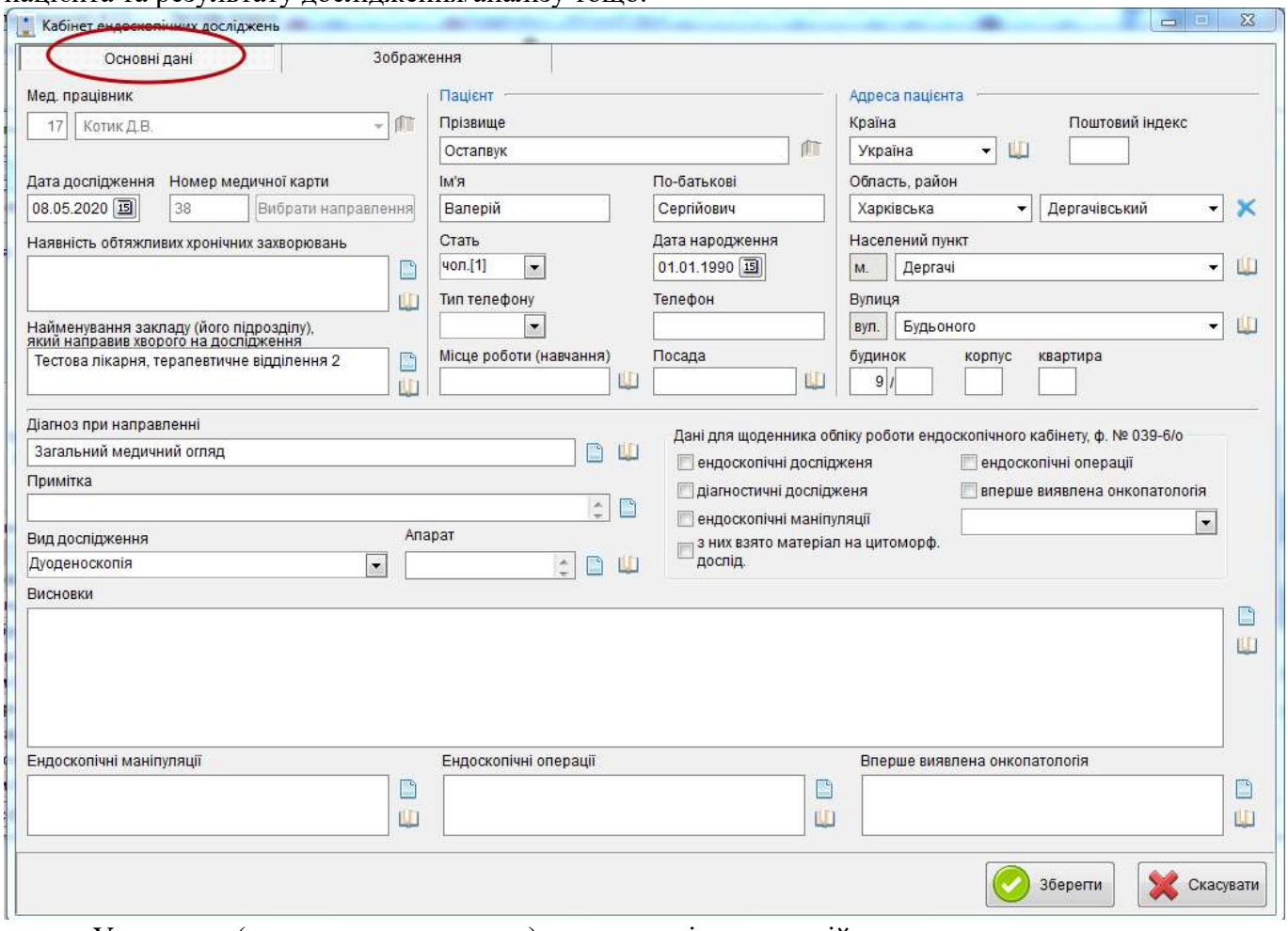
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

«Направлення» 

- відкриває перед працівником кабінету список пацієнтів, які були направлені на дослідження із амбулаторії або стаціонару за останній місяць.



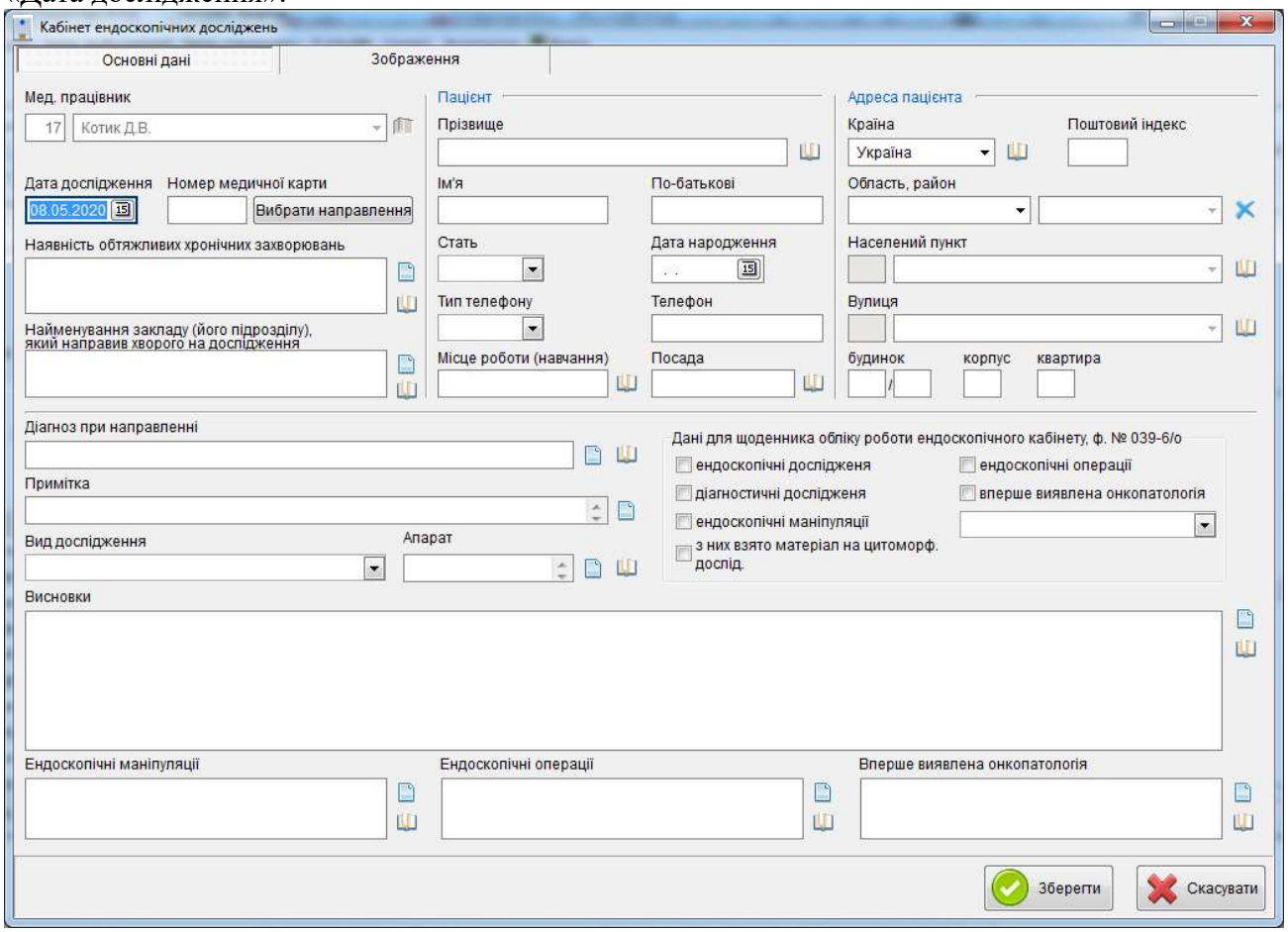
Для вибору направлення необхідно двічі натиснути на нього або, натиснувши один раз і **«Вибрати».** В результаті, відкриється вікно (закладка **«Основні дані»**) для внесення даних пацієнта та результату дослідження/аналізу тощо.



У випадку (як на малюнку зверху), якщо дослідження здійснюється **по направленню** автоматично заповнюються дані про пацієнта з амбулаторної чи стаціонарної карти пацієнта, найменування закладу, діагноз при направленні, вид дослідження.

Працівнику кабінету залишиться заповнити дані дослідження в закладках (для деяких видів) і, головне, **«Висновки»**.

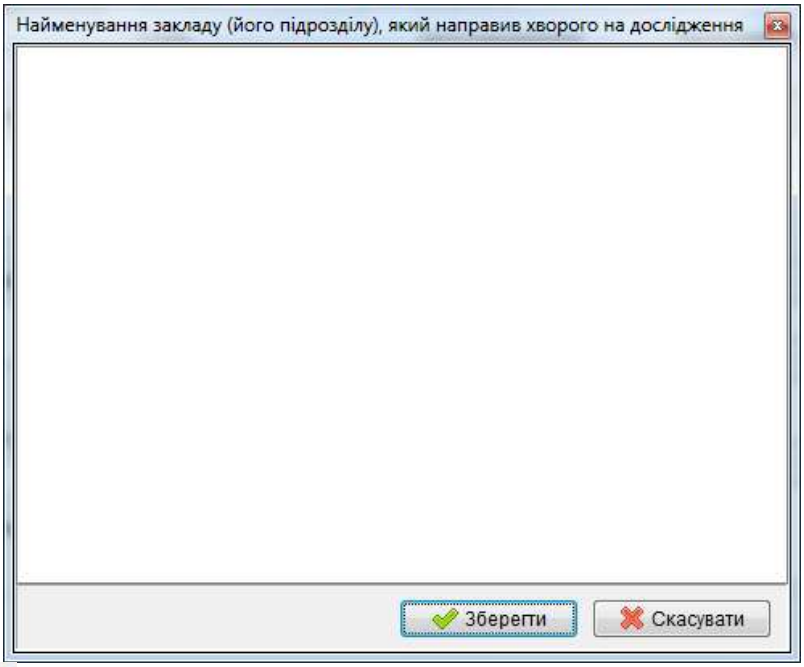
У разі, якщо до лікаря, пацієнт прийшов з самозверненням або з паперовим направленням, то користувачу необхідно створити такий запис самостійно через кнопку **«Новий».** Вікно, яке з'явиться матиме автоматично заповненими тільки поля «Працівник» та «Дата дослідження».



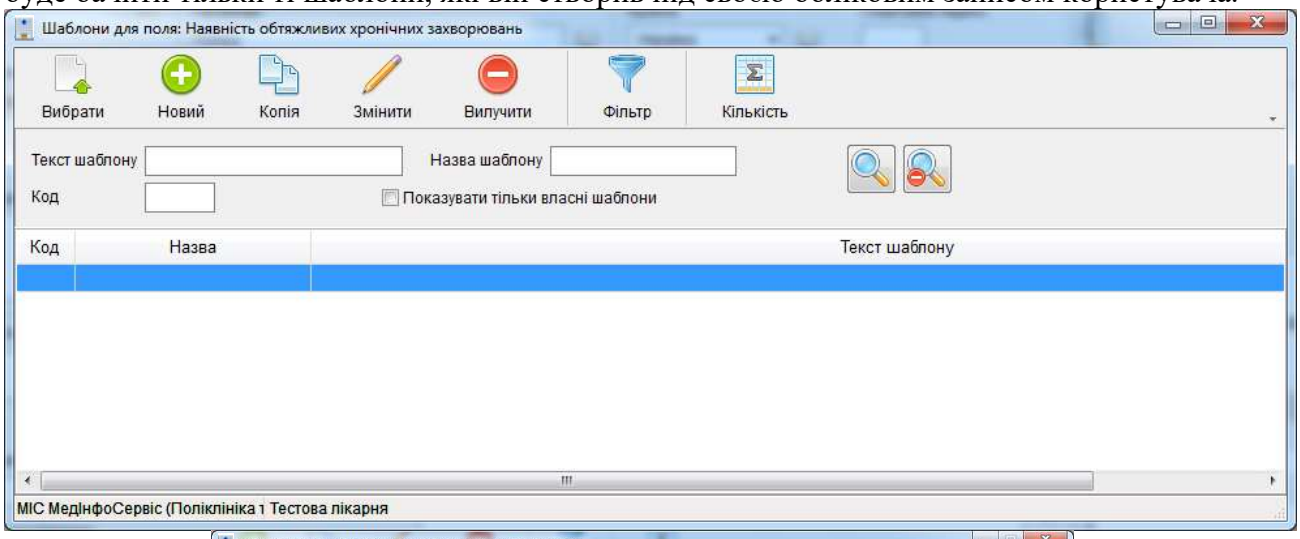
Для внесення даних про пацієнта, його можна вибрати з реєстру пацієнтів (за допомогою кнопки або ввівши перші три літери прізвища і обрати з переліку

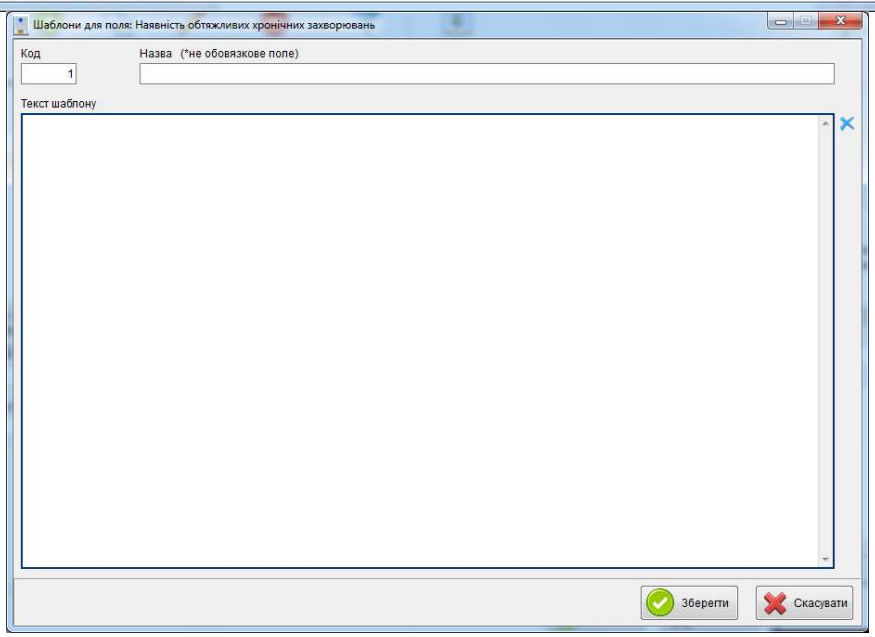
) або внести дані нового в даному вікні. Мінімальна кількість полів для заповнення пацієнта це: ПІБ, стать та дата народження.

Кнопка , яка розташована біля деяких полів дає можливість ввести більше необхідної інформації:



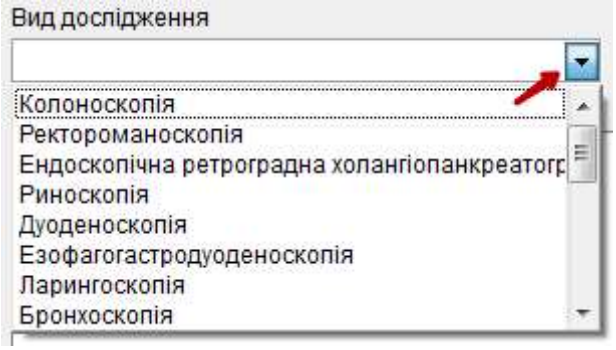
Кнопка біля одних полів (таких як, «Країна», «населений пункт», «Вулиця» тощо), дає можливість вибрати з готового довідника бази, а біля інших («Найменування закладу..», «Діагноз при направленні», «Апарат», «Висновок») дає можливість створити власні шаблони, якими найчастіше користуються в роботі. **«Показувати власні шаблони»** означає, що лікар буде бачити тільки ті шаблони, які він створив під своєю обліковим записом користувача.



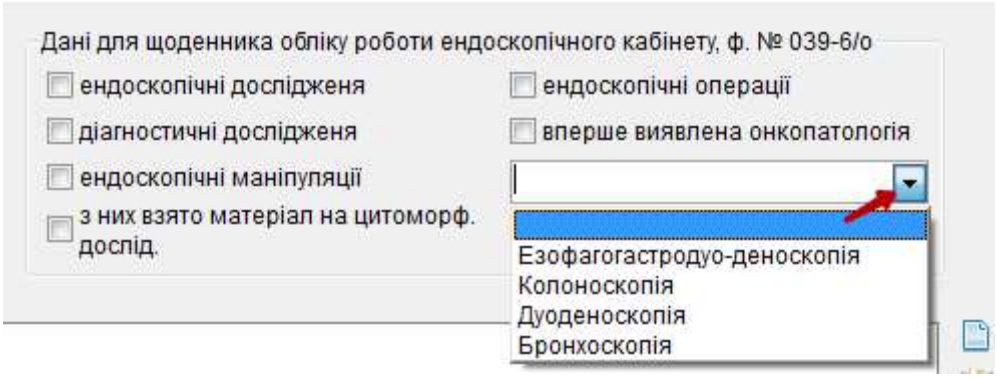


Після того, як працівник внесе всі дані про пацієнта, найменування закладу, діагноз при направленні, наявність обтяжливих хронічних захворювань, необхідно:

- Вибрати потрібний вид дослідження зі списку



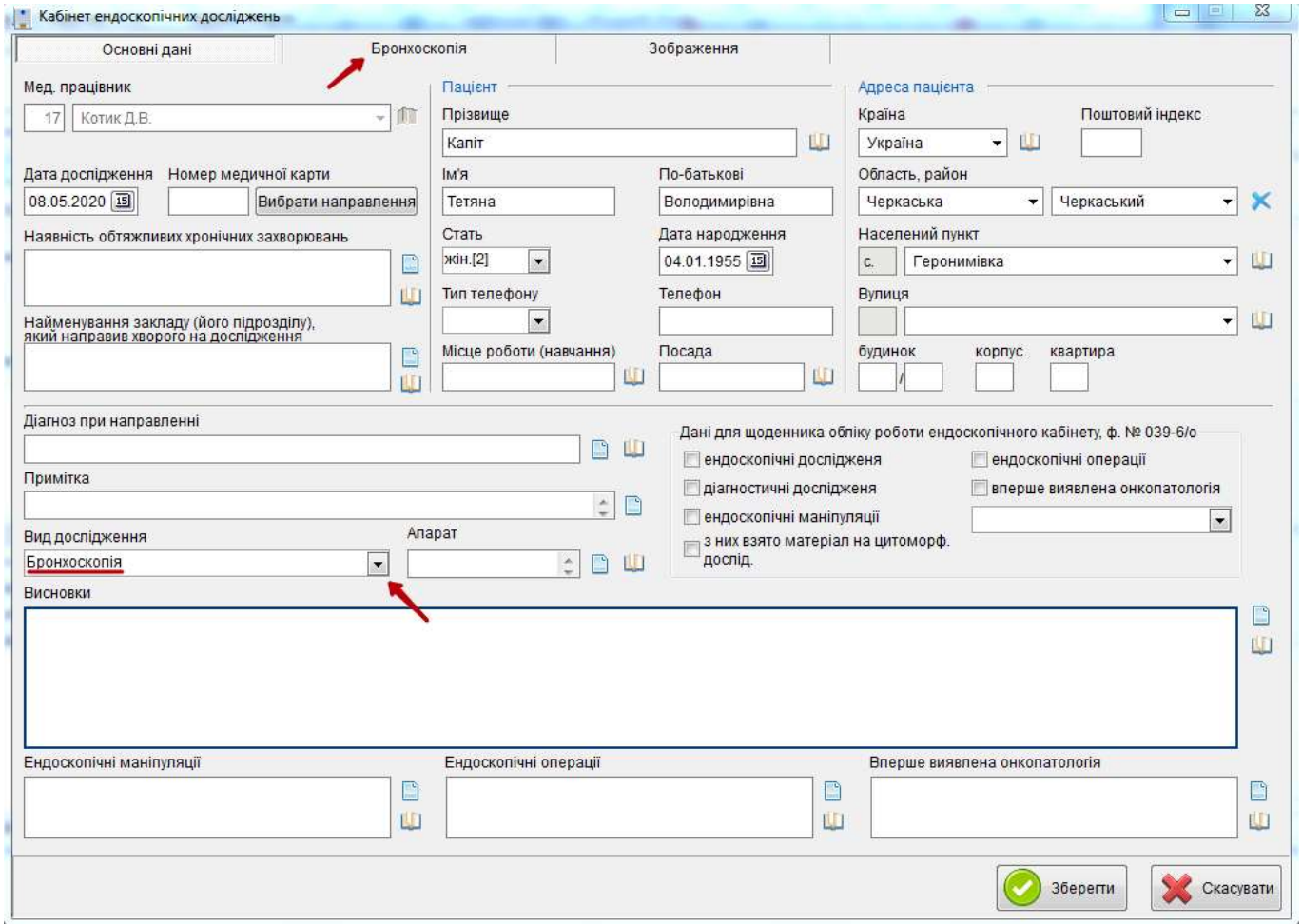
- Відмітити дані для щоденника 039-6/о

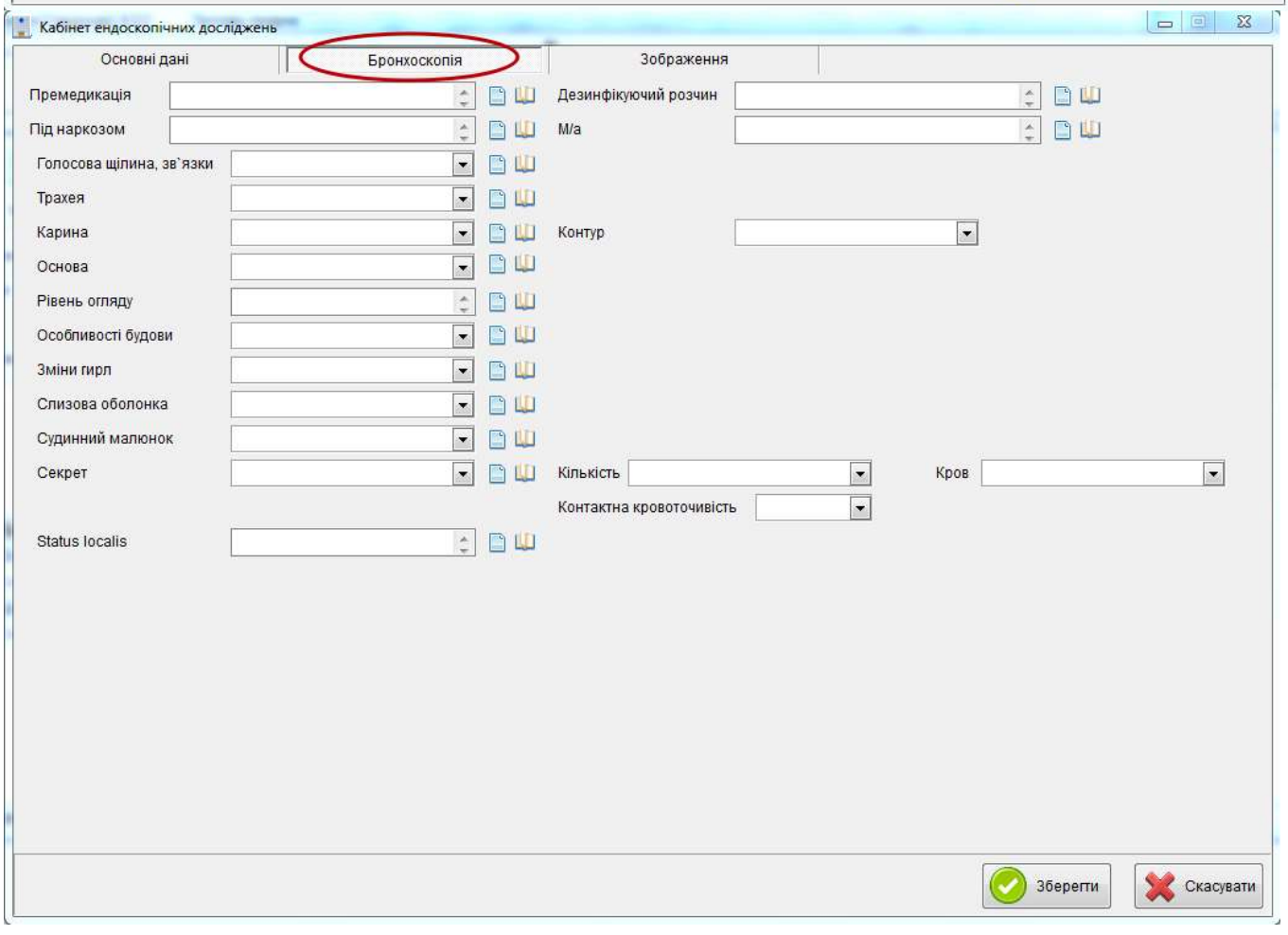


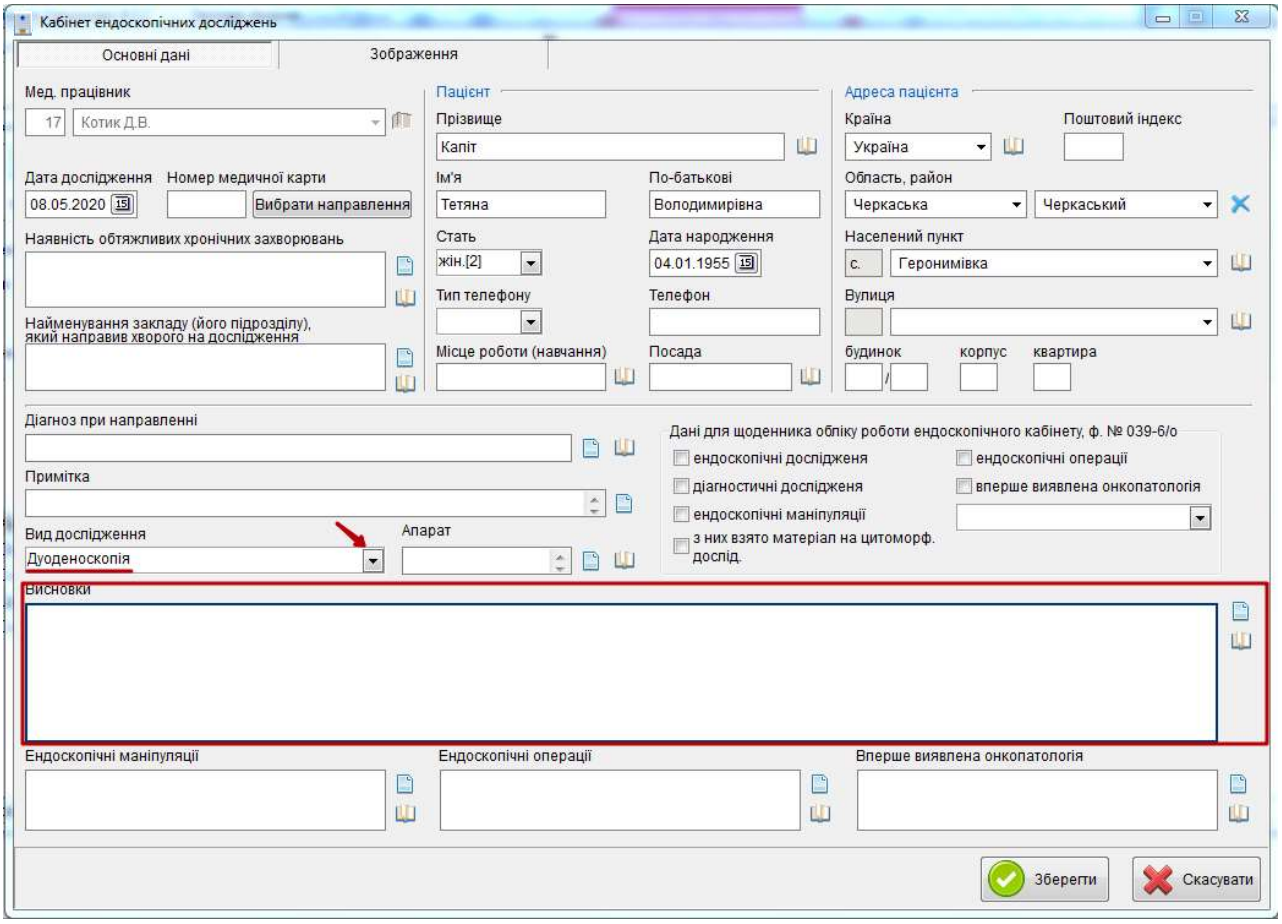
- Вказати апарат можливо як заповнивши поле, та і вибравши із раніше внесеного шаблону

- Заповнити, при потребі, можна як самостійно ввівши інформацію, так і, вибравши із раніше внесеного шаблону, поля «Ендоскопічні маніпуляції», «Ендоскопічні операції», «Вперше виявлена онкопатологія»

В залежності від обраного виду дослідження зі списку, зокрема для колоноскопії, езофагогастродуоденоскопії, бронхоскопії та інші з’являється відповідна закладка для заповнення протоколу ендоскопічного втручання, для інших – результати заповнюються в поле **«Висновок»**.

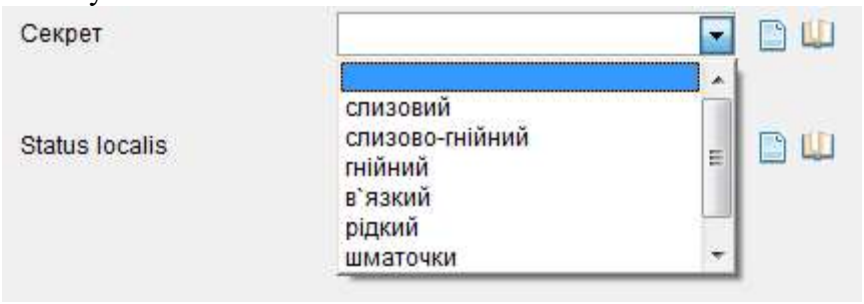

Кабінет ендоскопічних досліджень
Основні дані
Бронхоскопія
Зображення
Мед. працівник
17
Котик Д.В.
Пацієнт
Прізвище
Каліт
Адреса пацієнта
Країна
Україна
Поштовий індекс
Дата дослідження
08.05.2020
Номер медичної карти
Вибрати направлення
Ім'я
Тетяна
По-батькові
Володимирівна
Область, район
Черкаська
Черкаський
Наявність обтяжливих хронічних захворювань
Стать
жін.[2]
Дата народження
04.01.1955
Населений пункт
с.
Геронимівка
Тип телефону
Телефон
Вулиця
Найменування закладу (його підрозділу), який направив хворого на дослідження
Місце роботи (навчання)
Посада
будинок
корпус
квартира
Діагноз при направленні
Дані для щоденника обліку роботи ендоскопічного кабінету, ф. № 039-6/о
ендоскопічні дослідження
ендоскопічні операції
Примітка
діагностичні дослідження
вперше виявлена онкопатологія
ендоскопічні маніпуляції
Вид дослідження
Бронхоскопія
Апарат
з них взято матеріал на цитоморф. дослід.
Висновки
Ендоскопічні маніпуляції
Ендоскопічні операції
Вперше виявлена онкопатологія
Зберегти
Скасувати


Кабінет ендоскопічних досліджень
Основні дані
Бронхоскопія
Зображення
Премедикація
Дезинфікуючий розчин
Під наркозом
М/а
Голосова щілина, зв`язки
Трахея
Карина
Контур
Основа
Рівень огляду
Особливості будови
Зміни гирл
Слизова оболонка
Судинний малюнок
Секрет
Кількість
Кров
Контактна кровоточивість
Status localis
Зберегти
Скасувати



В закладках необхідно заповнити поля для протоколу ендоскопічного дослідження. Для цього в програмі представлений різновид для внесення інформації:

- за допомогою випадаючих списків, з можливістю внесення додаткової інформації та дає можливість вибрати висновок із раніше введеного шаблону

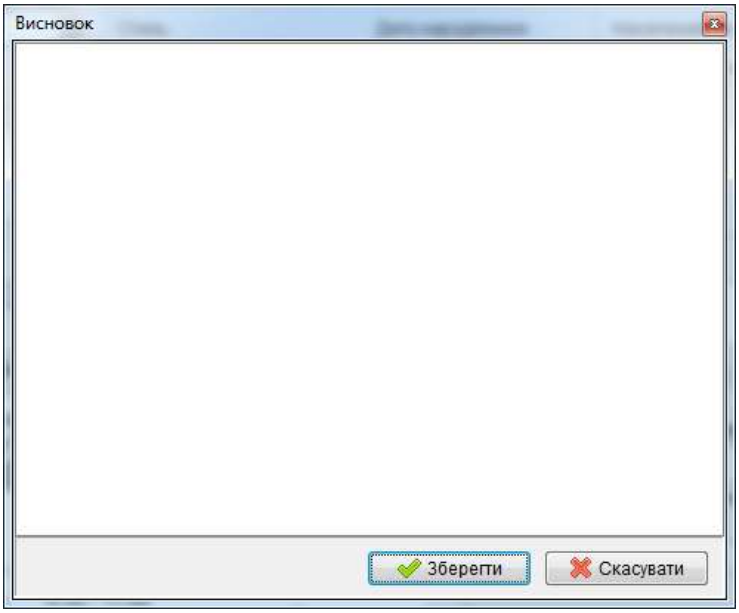


- вручну вводити дані

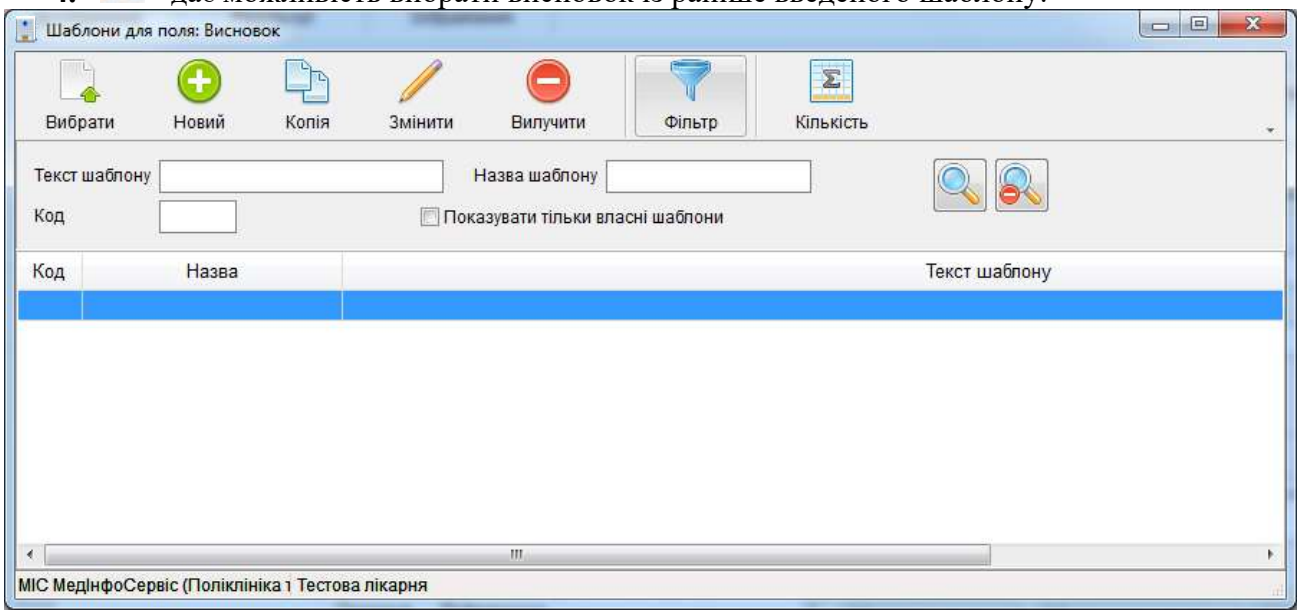
.

Після того, як всі показники будуть вказані, слід заповнити поле **«Висновки»**. Є два способи заповнити висновок:

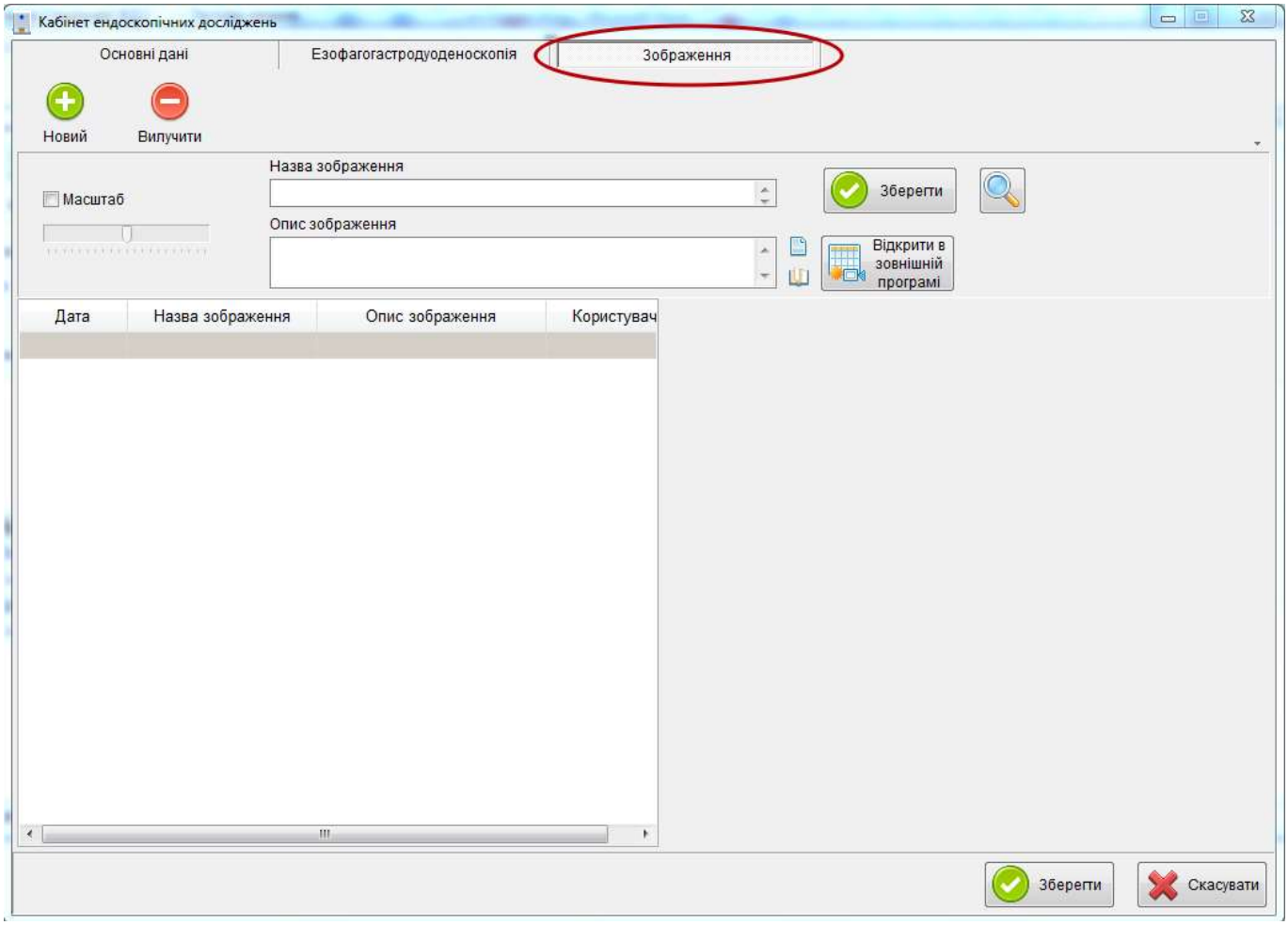
3. - відкриває поле для внесення та читання більше необхідної інформації.



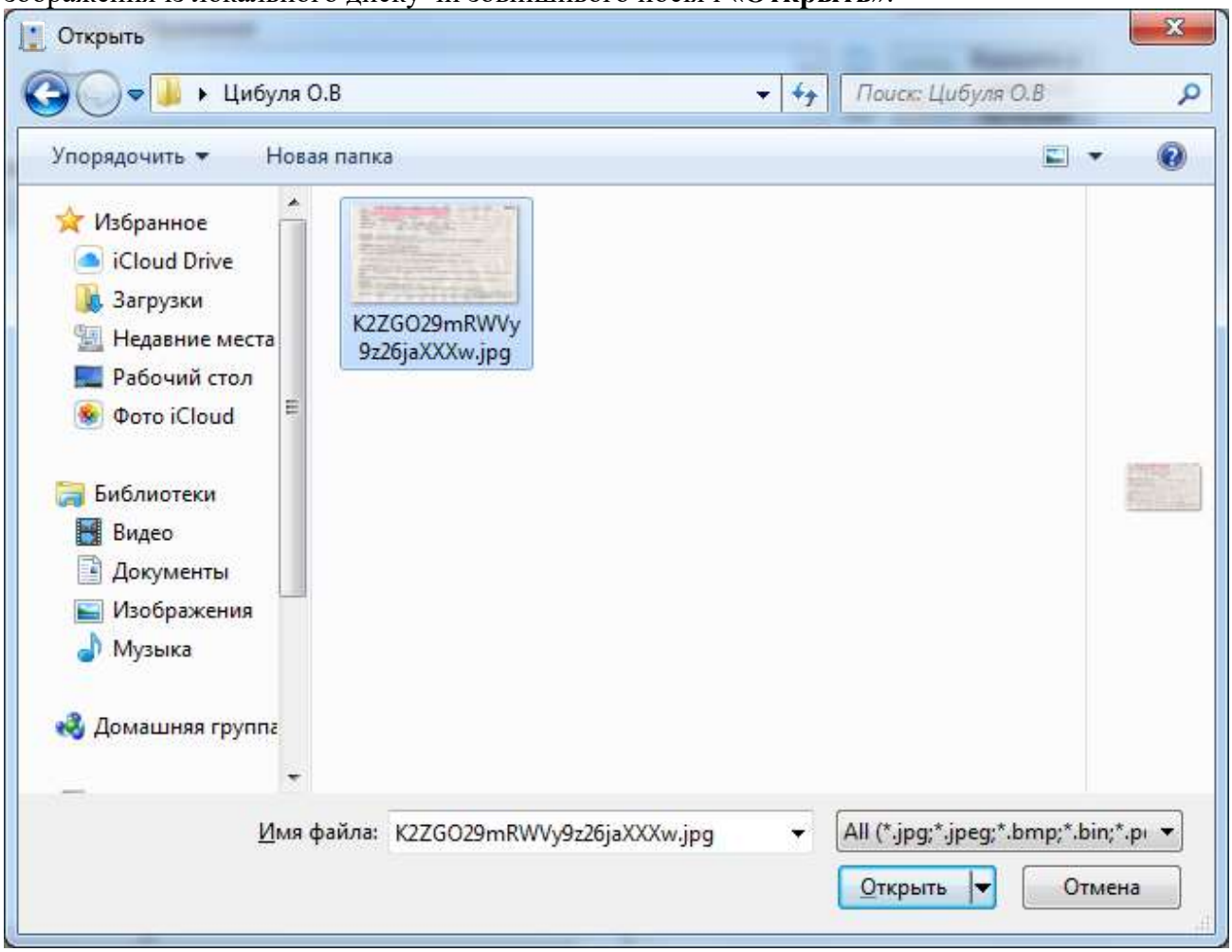
4. - дає можливість вибрати висновок із раніше введеного шаблону.



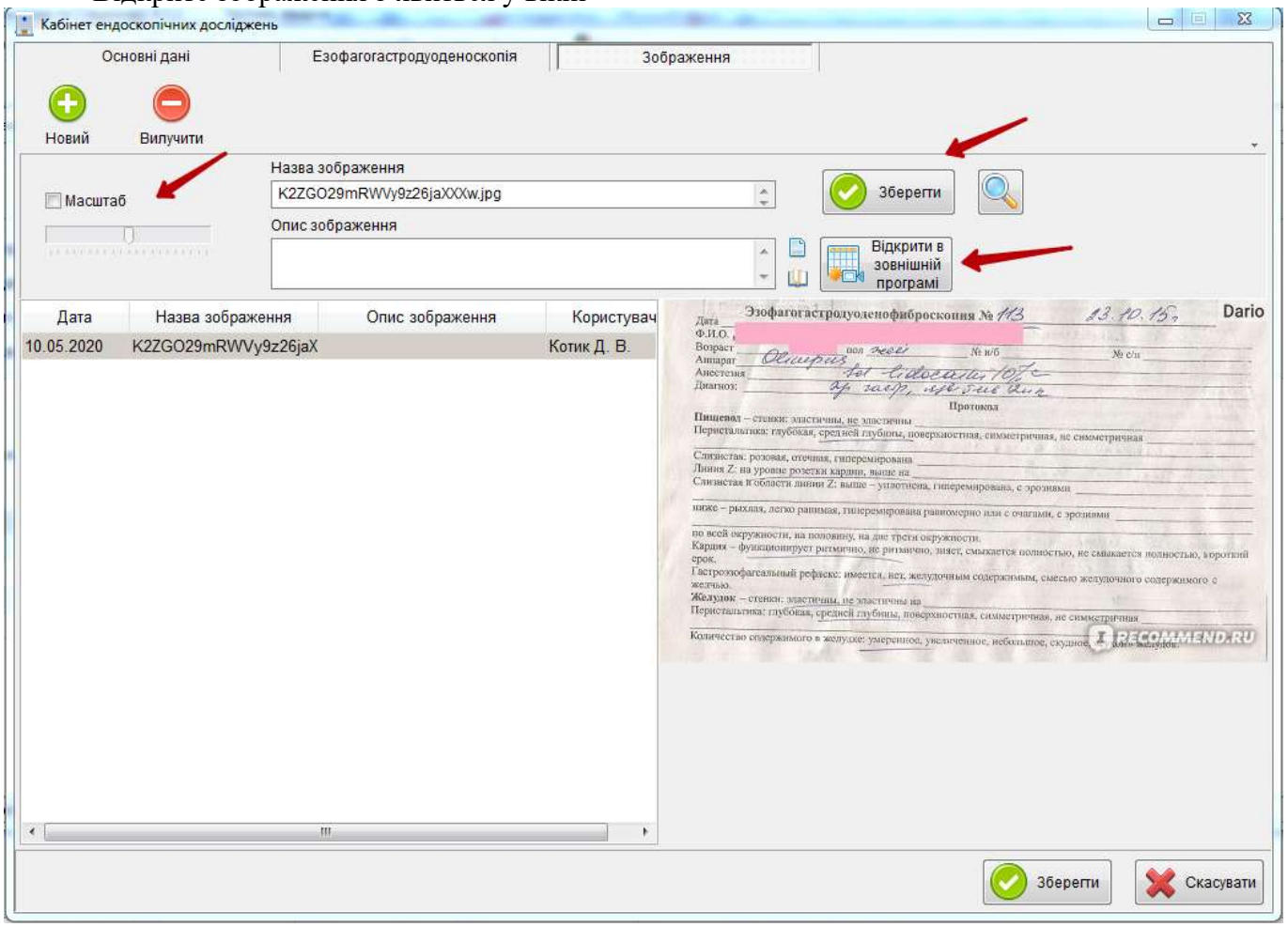
В модулі «Кабінет ендоскопічних досліджень» для кожного виду дослідження є можливість «прикріпити» зображення до дослідження (наприклад, скановану копію), завантаживши його в закладці **«Зображення»**.



Для завантаження нового зображення необхідно натиснути **«Новий»,** обрати зображення із локального диску чи зовнішнього носія і **«Открыть»**.

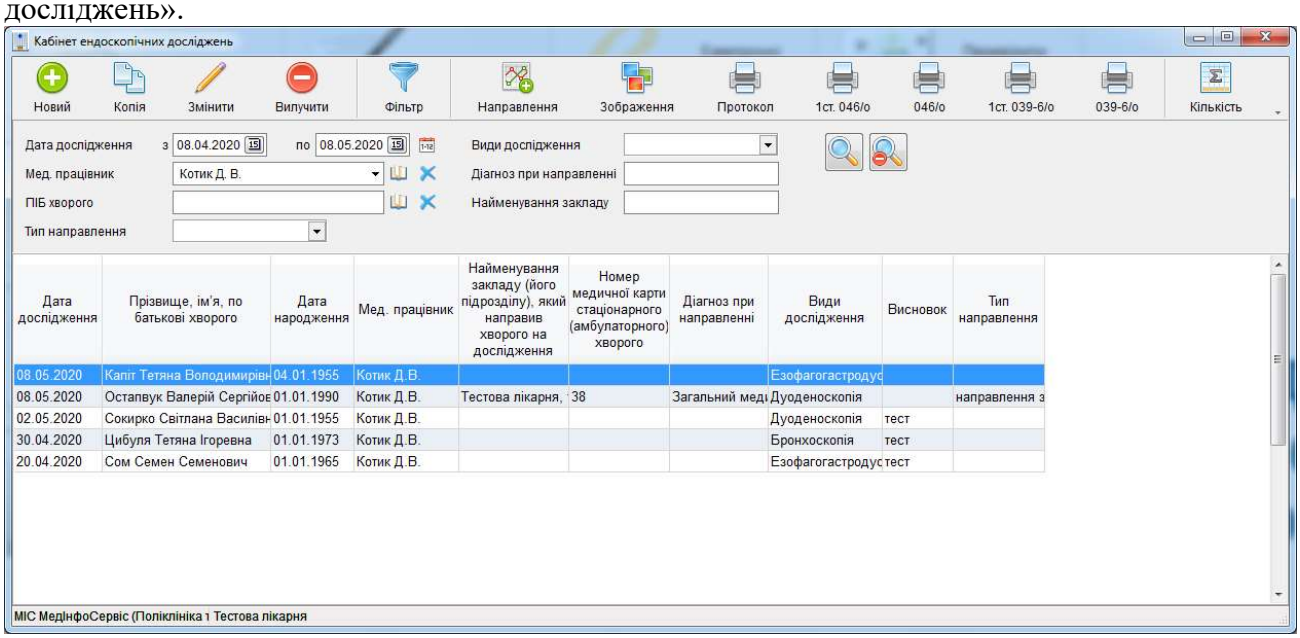


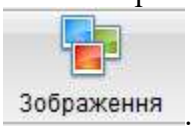
Відкрите зображення з’явиться у вікні



Натиснувши у верхній частині вікна кнопку **«Зберегти»**, можна переходити до завантаження наступних зображень. Також є можливість скористатися масштабом, при потребі, або відкрити зображення в зовнішній програмі.

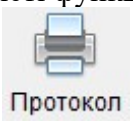
Всі виконані дослідження (по направленню і без) автоматично відображаються в електронній медичній карті амбулаторного або стаціонарного пацієнта в розділі **«Результати обстежень»**, а також формуються в список у головному вікні модуля «Кабінет ендоскопічних досліджень».



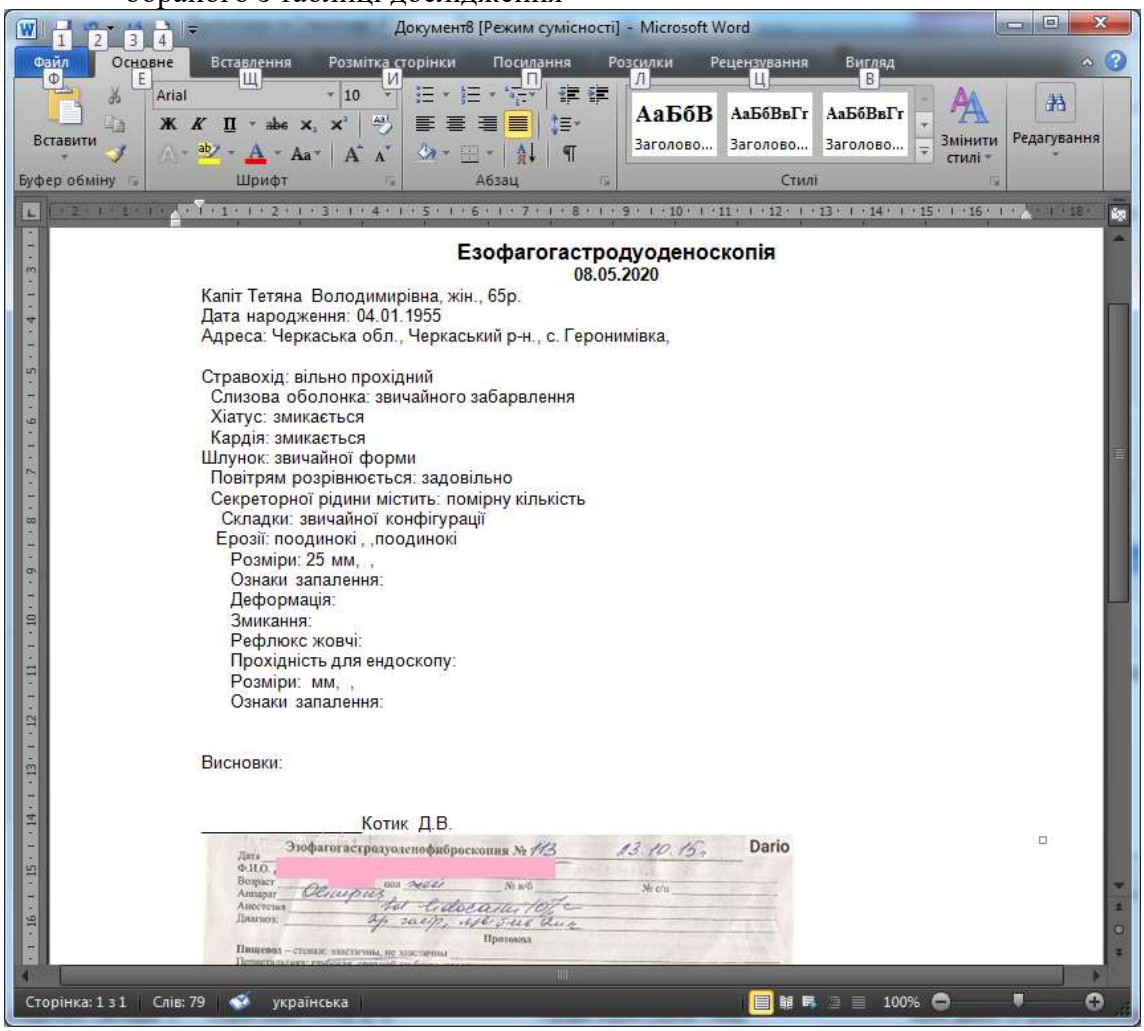
Переглянути всі завантажені зображення можливо за допомогою кнопки 

.

В кабінеті функціональних досліджень присутні кнопки для друку:

- 

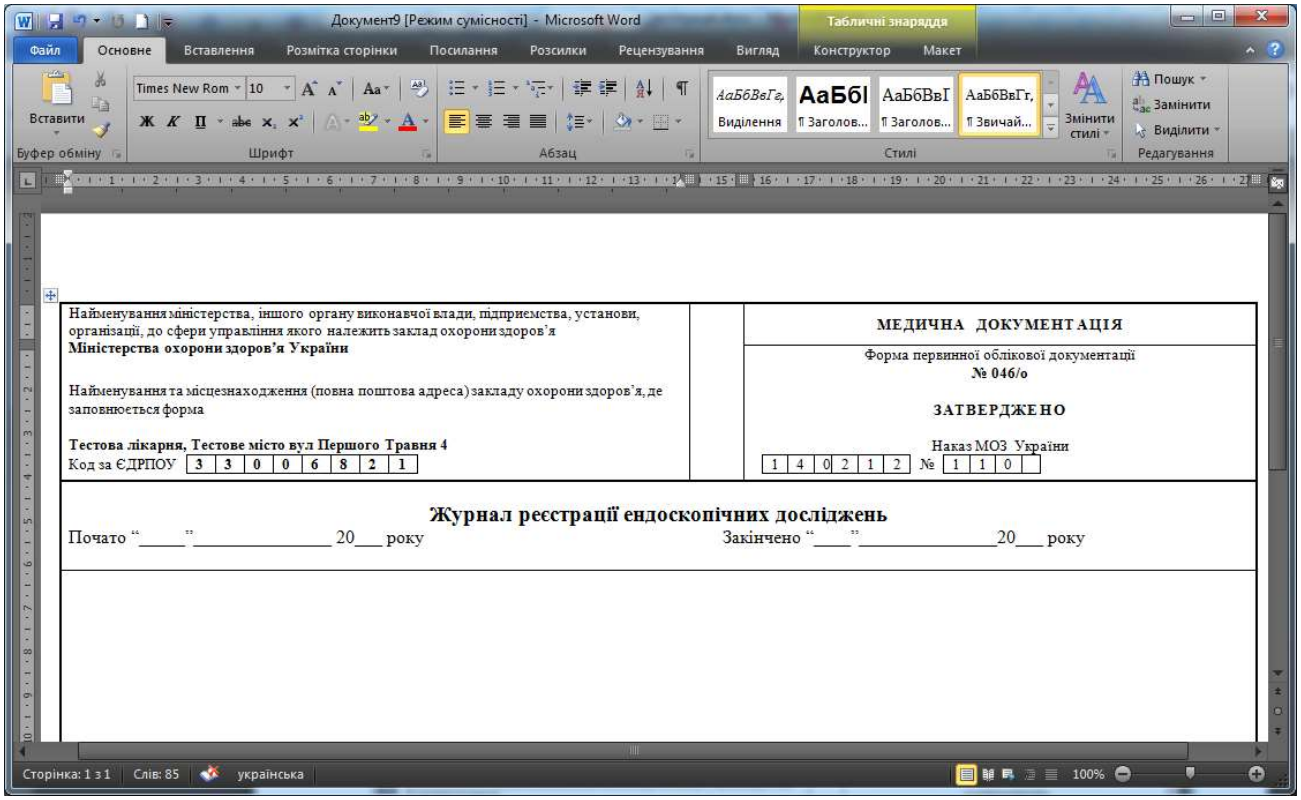
- сформує протокол в документ Word або LibreOffice Writer результат обраного з таблиці дослідження



- **«Журнал реєстрації функціональних досліджень» (форма № 047/о)**

Для друку журналу 048/о використовують кнопки

, де перша сторінка виводиться в документ Word або LibreOffice Writer, а таблиця в документ Excel або в LibreOffice Calc.



Документ9 [Режим сумісності] - Microsoft Word

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я
Міністерства охорони здоров'я України

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма

Тестова лікарня, Тестове місто вул Першого Травня 4
Код за ЄДРПОУ 3 3 0 0 6 8 2 1

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

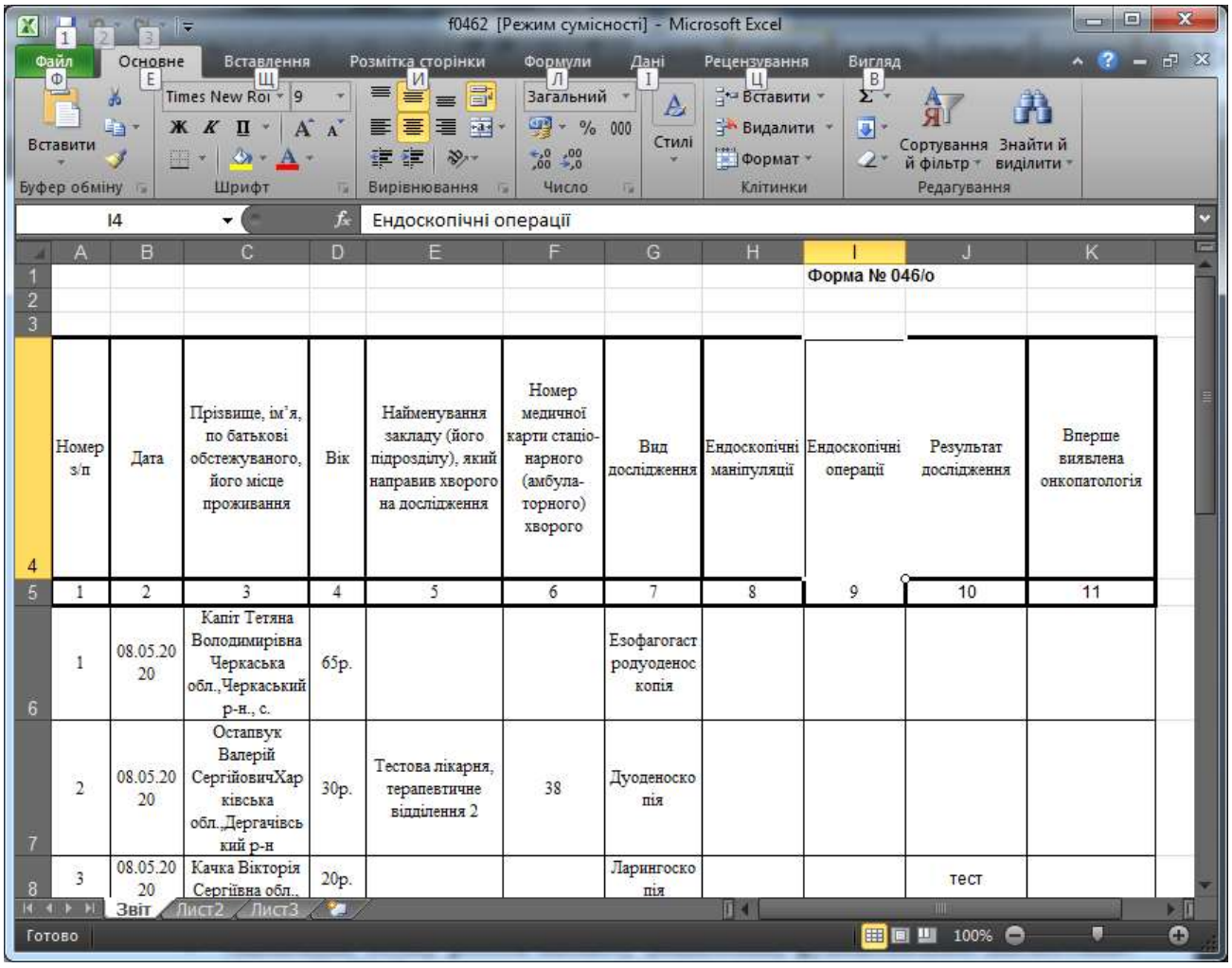
Форма первинної облікової документації
№ 046/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України
1 4 0 2 1 2 № 1 1 0

Журнал реєстрації ендоскопічних досліджень

Почато "_____" _____ 20___ року Закінчено "____" _____ 20___ року



f0462 [Режим сумісності] - Microsoft Excel

I4 Ендоскопічні операції

Форма № 046/о

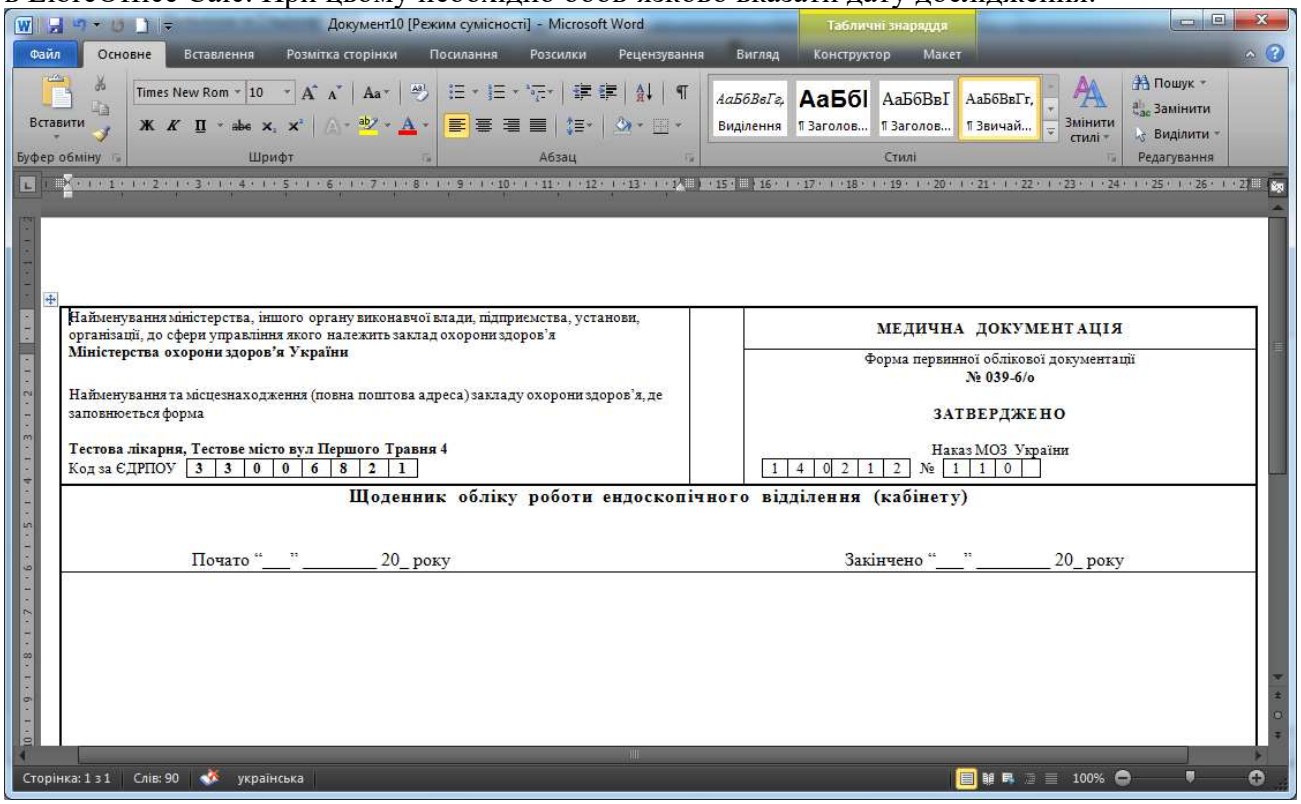
Номер з/п	Дата	Прізвище, ім'я, по батькові обстежуваного, його місце проживання	Вік	Найменування закладу (його підрозділу), який направив хворого на дослідження	Номер медичної карти стаціонарного (амбулаторного) хворого	Вид дослідження	Ендоскопічні маніпуляції	Ендоскопічні операції	Результат дослідження	Вперше виявлена онкопатологія
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	08.05.2020	Капіт Тетяна Володимирівна Черкаська обл.,Черкаський р-н., с.	65р.			Езофагогастродуоденоскопія				
2	08.05.2020	Остапвук Валерій СергійовичХарківська обл.,Дергачівський р-н	30р.	Тестова лікарня, терапевтичне відділення 2	38	Дуоденоскопія				
3	08.05.2020	Качка Вікторія Сергіївна обл.,	20р.			Ларингоскопія			тест	

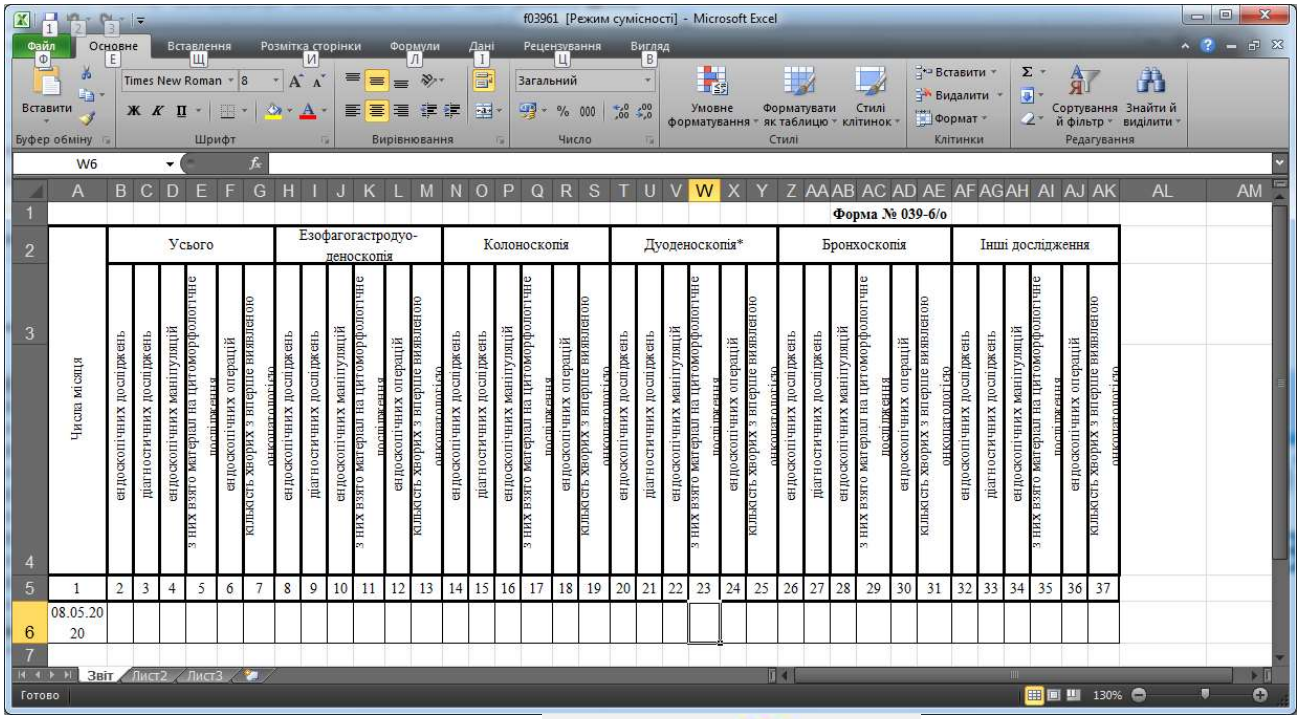
Звіт Лист2 Лист3

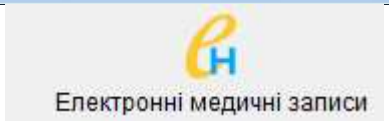
Готово

- **«Щоденник обліку роботи ендоскопічного відділення» (форма № 039-6/о)**

Для друку щоденника 039-7/о використовують кнопки , де перша сторінка виводиться в документ Word або LibreOffice Writer, а таблиця в документ Excel або в LibreOffice Calc. При цьому необхідно обов'язково вказати дату дослідження.





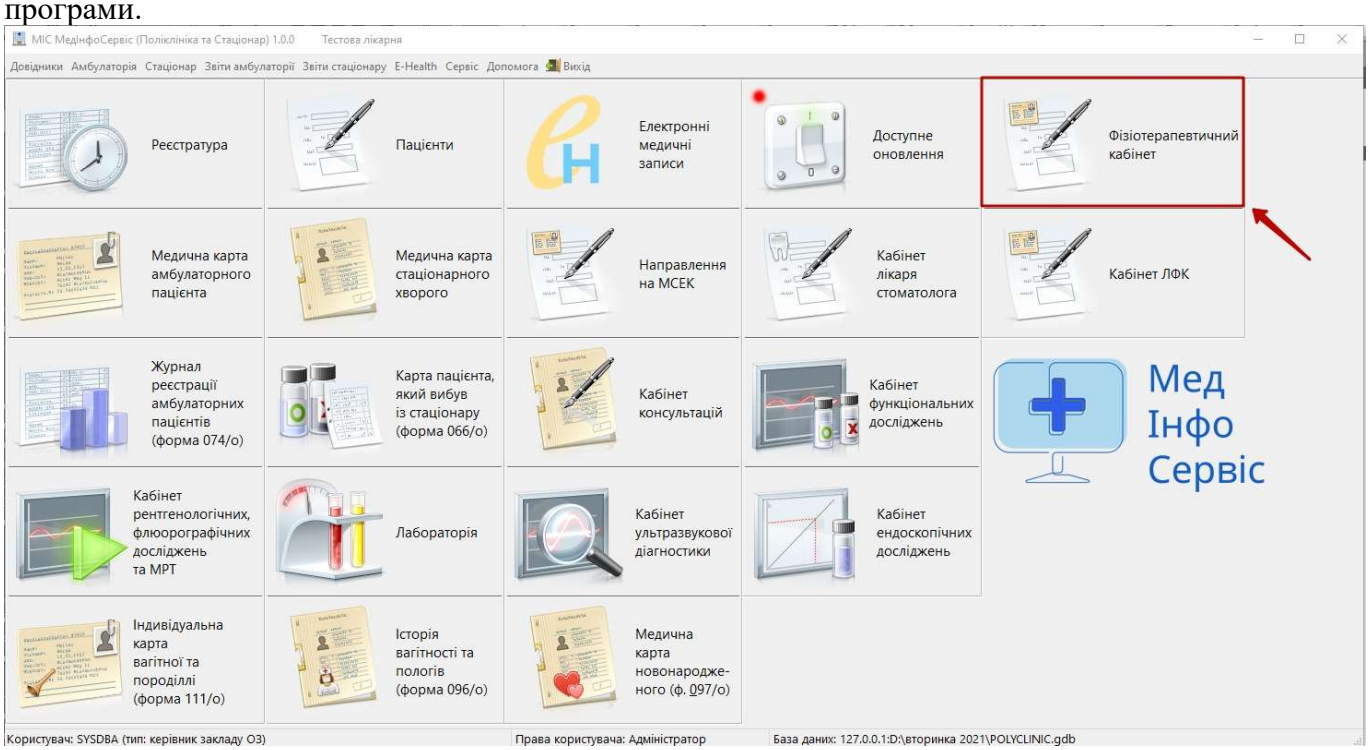


«Електронні медичні записи» - перехід до електронних медичних записів обраного із списку пацієнта.

«Кількість» - розраховує кількість записів, в залежності від налаштування фільтраційної панелі.

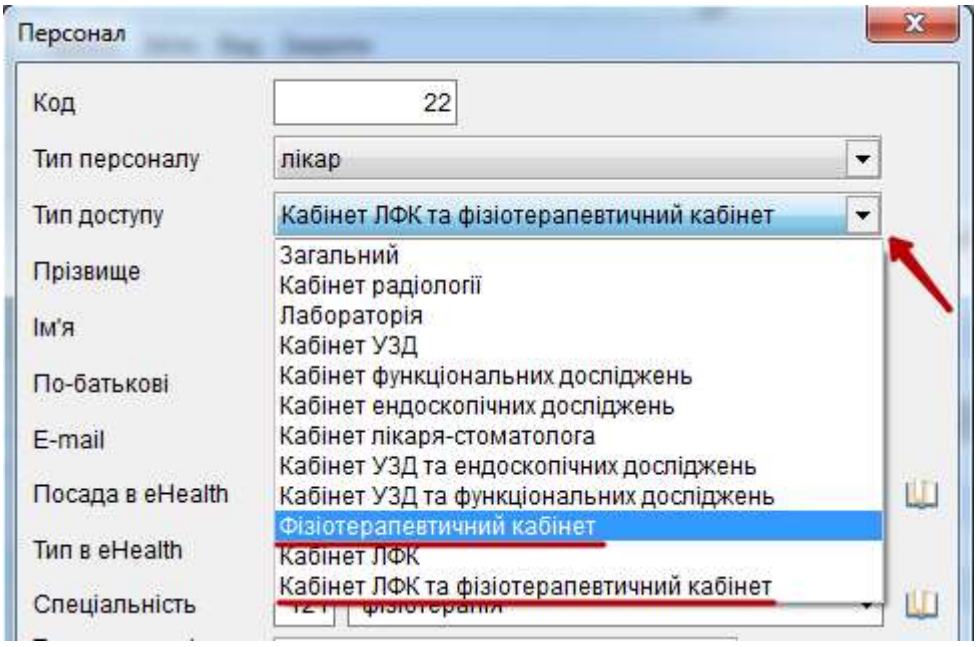
10.21 Фізіотерапевтичний кабінет

Знайти даний модуль можна в пункті меню **«Амбулаторія»**, **«Стаціонар»** та, для зручності, його розміщено на головному вікні програми, яке з'являється після запуску програми.

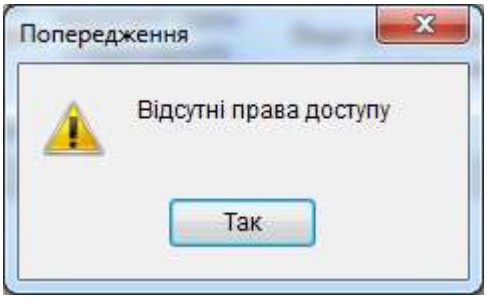


Модуль «Фізіотерапевтичний кабінет», дозволяє вести облік процедур по пацієнтам, як за направленнями так і без них, вносити результати досліджень.

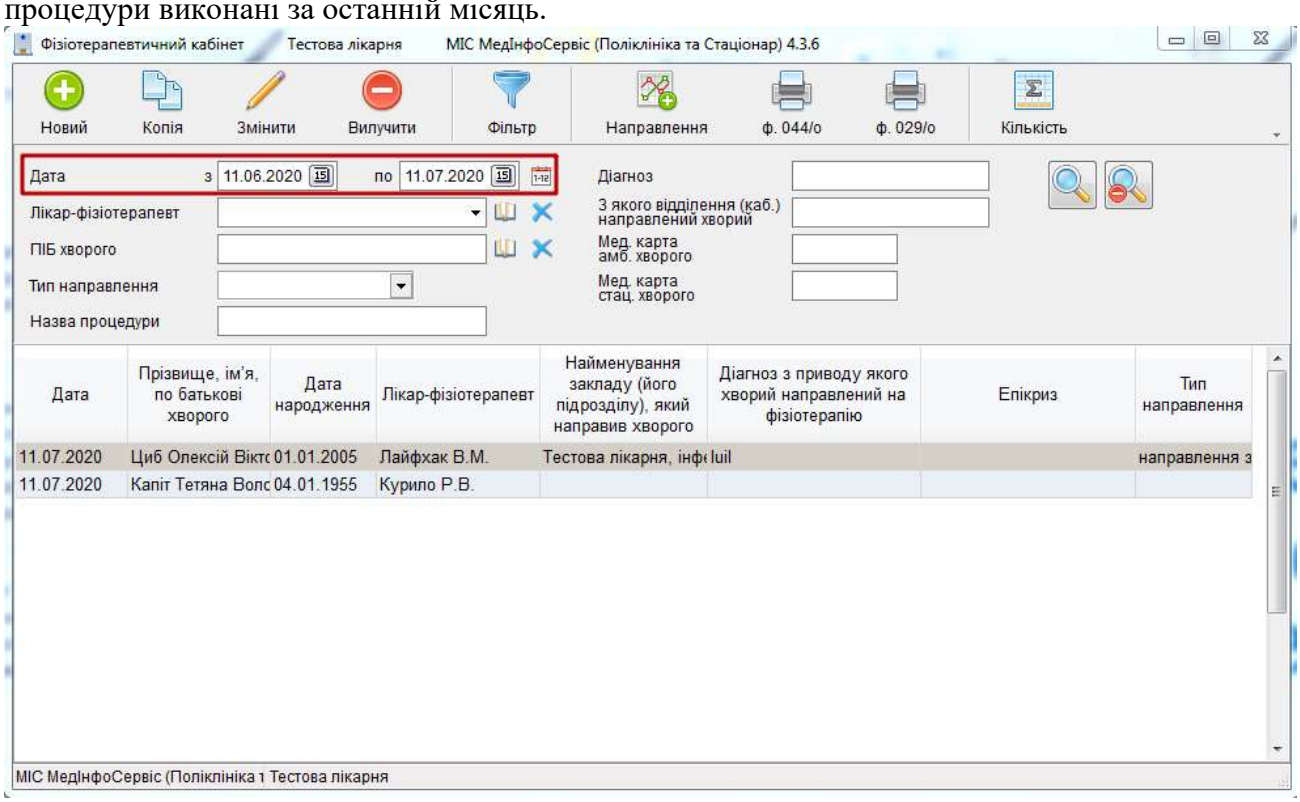
Зверніть увагу! В кабінеті мають право працювати тільки ті лікарі чи середній медичний персонал, у яких в **«Персонал»** в пункті **«Тип доступу»** вибрано **«Фізіотерапевтичний кабінет»** або, при потребі, **«Кабінет ЛФК та фізіотерапевтичний кабінет»**.



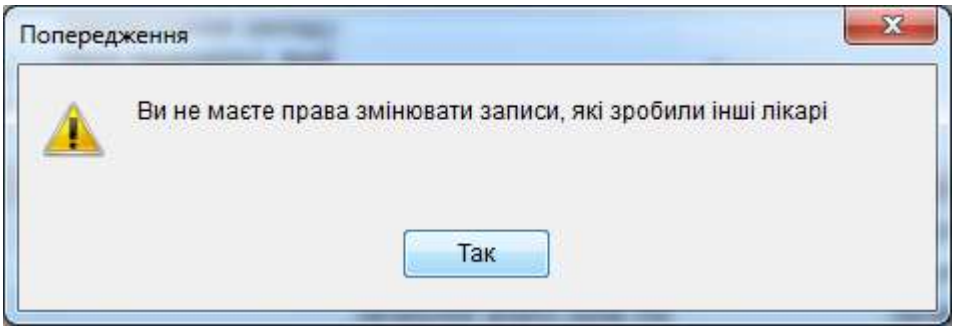
В противному разі, програма видасть повідомлення:



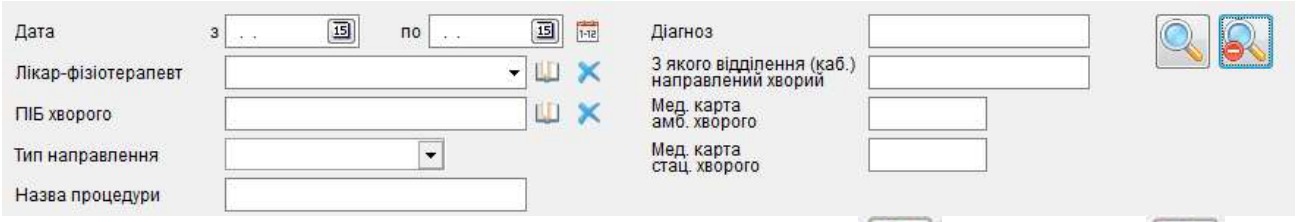
Зайшовши в програму під працівником фізіотерапевтичного кабінету з відповідними правами доступу, користувачеві відкриється головне вікно кабінету, де будуть відображені процедури виконані за останній місяць.



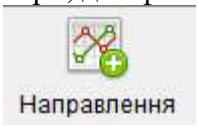
Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити запис про нову процедуру для пацієнта. **«Копія»** - створює копію тільки внесеної даним лікарем процедури. Кнопка **«Змінити»** дозволяє вносити зміни в процедури, створені даним лікарем. Процедури, створені іншим лікарем редагувати за допомогою цієї кнопки неможливо, але є можливість додати процедури, якщо даний лікар являється виконавцем. **«Вилучити» -** видаляє тільки ті дослідження, які були занесені даним лікарем. В противному разі програма видасть повідомлення.



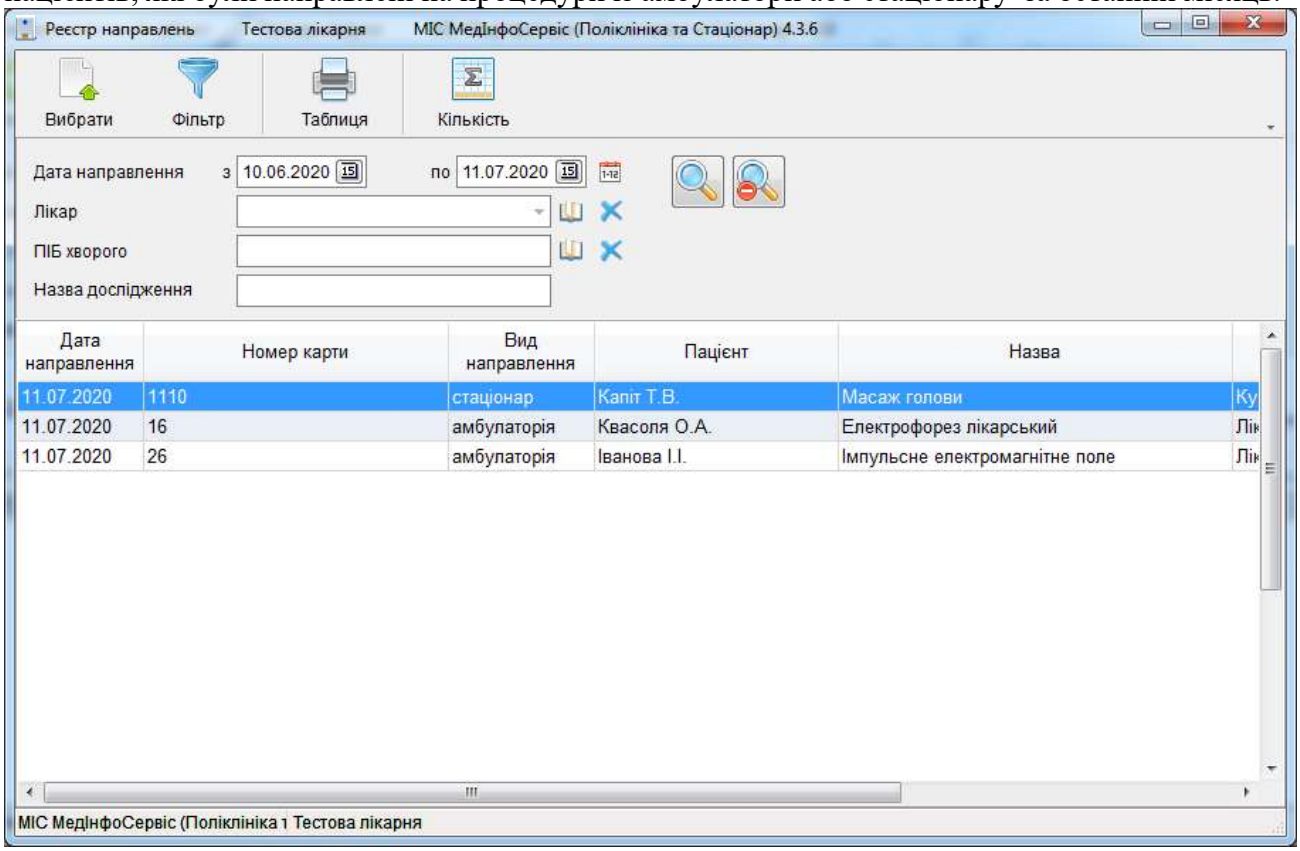
«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по дослідженням.



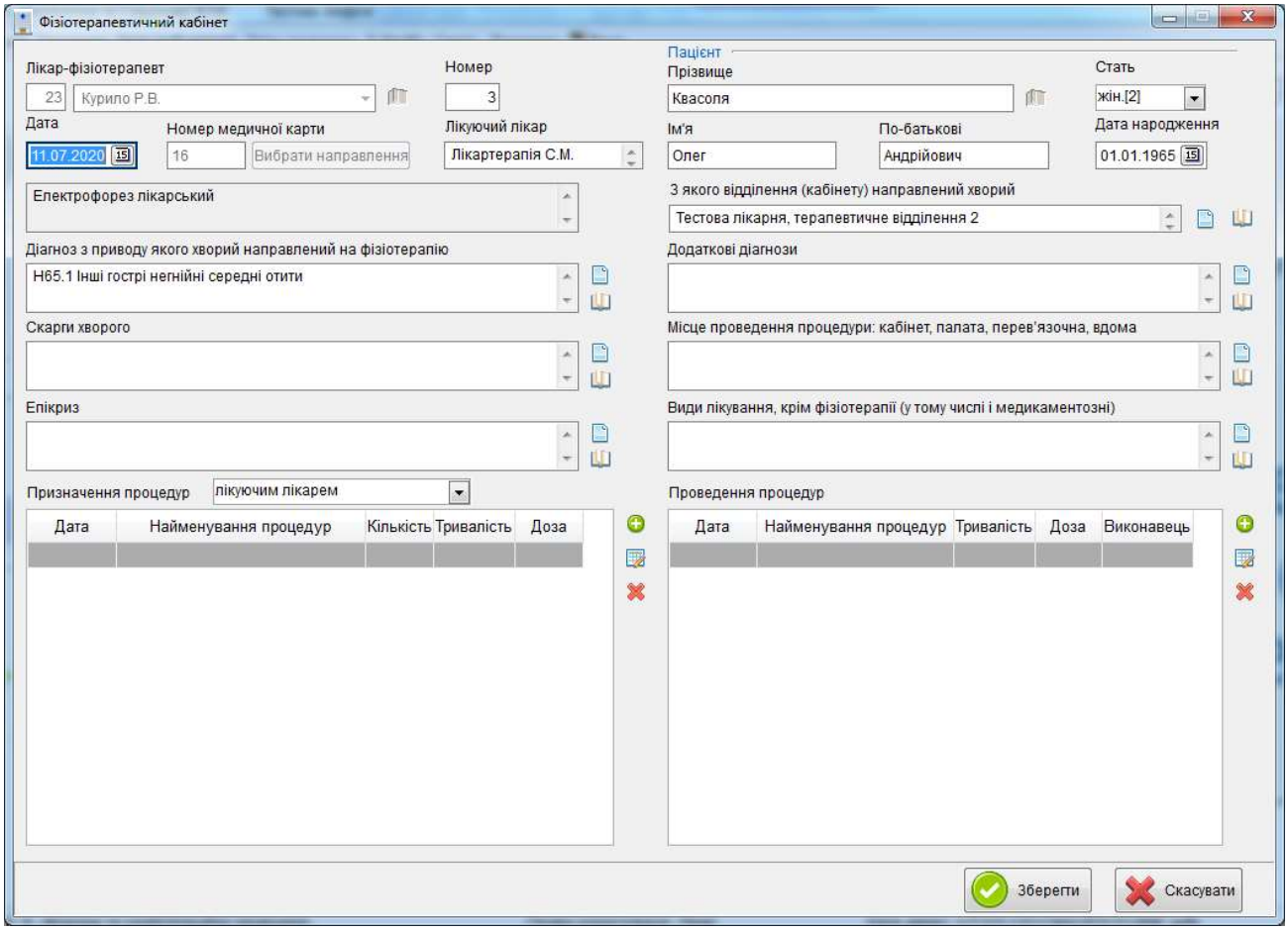
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .



«Направлення» - відкриває перед працівником кабінету список пацієнтів, які були направлені на процедури із амбулаторії або стаціонару за останній місяць.

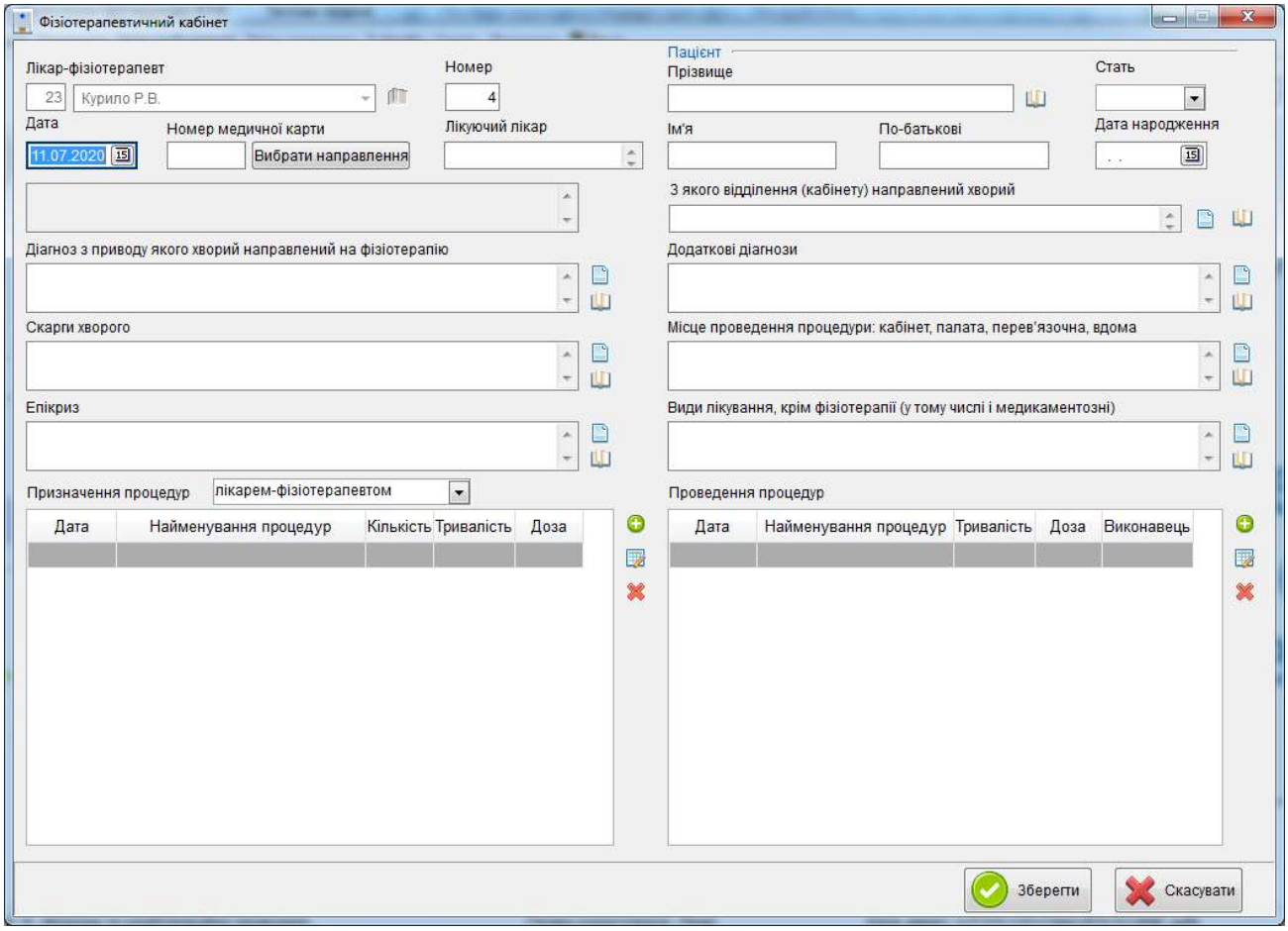


Для вибору направлення необхідно двічі натиснути на нього або, натиснувши один раз і **«Вибрати».** В результаті, відкриється вікно для внесення даних пацієнта та проведених процедур.



У випадку (як на малюнку зверху), якщо процедура здійснюється **по направленню** автоматично заповнюються дані про пацієнта з амбулаторної чи стаціонарної карти пацієнта, найменування закладу, відділення, діагноз при направленні, вид процедури.

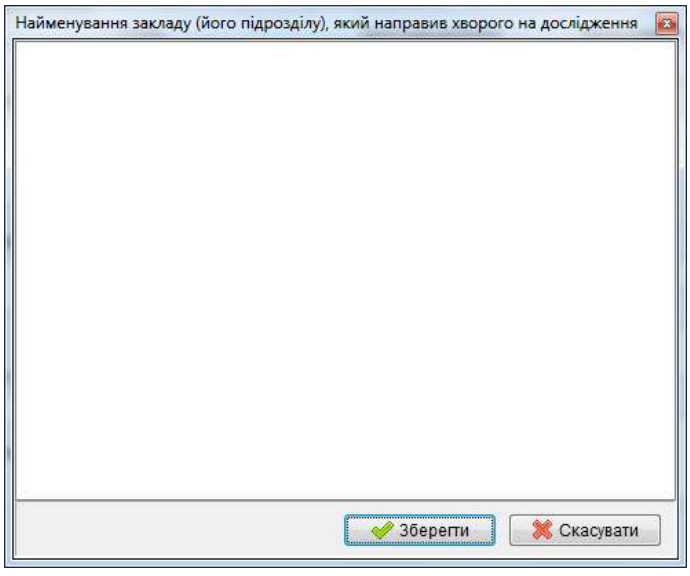
У разі, якщо до лікаря, пацієнт прийшов з самозверненням або з паперовим направленням, то користувачу необхідно створити такий запис самостійно через кнопку **«Новий».** Вікно, яке з'явиться матиме автоматично заповненими тільки поля «Працівник» та «Дата».



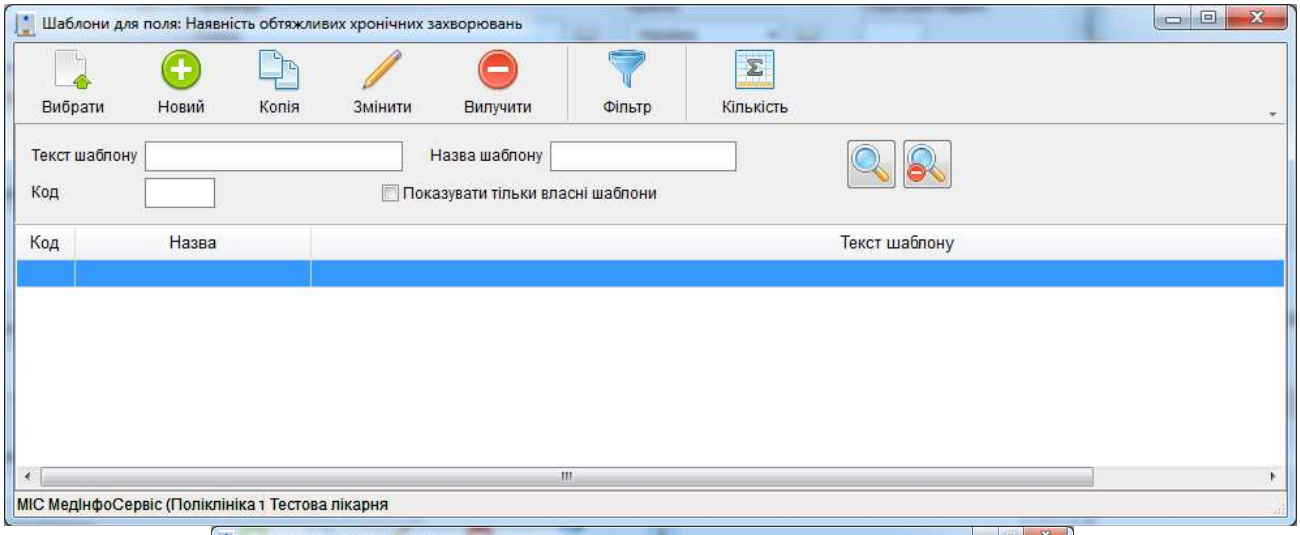
Для внесення даних про пацієнта, його можна вибрати з реєстру пацієнтів (за допомогою кнопки або ввівши перші три літери прізвища і обрати з переліку

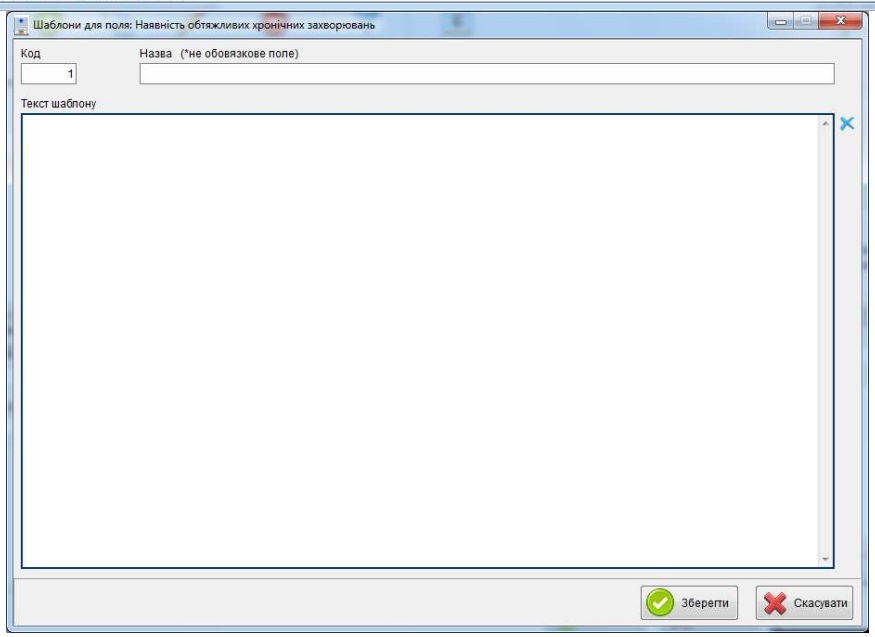
) або внести дані нового в даному вікні. Мінімальна кількість полів для заповнення пацієнта це: ПІБ, стать та дата народження.

Кнопка , яка розташована біля деяких полів дає можливість ввести більше необхідної інформації:

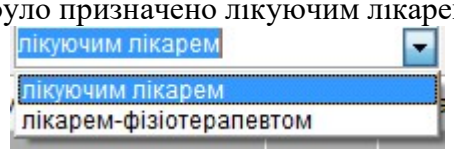


Кнопка біля полів дає можливість створити власні шаблони, якими найчастіше користуються в роботі. **«Показувати власні шаблони»** означає, що лікар буде бачити тільки ті шаблони, які він створив під своєю обліковим записом користувача.

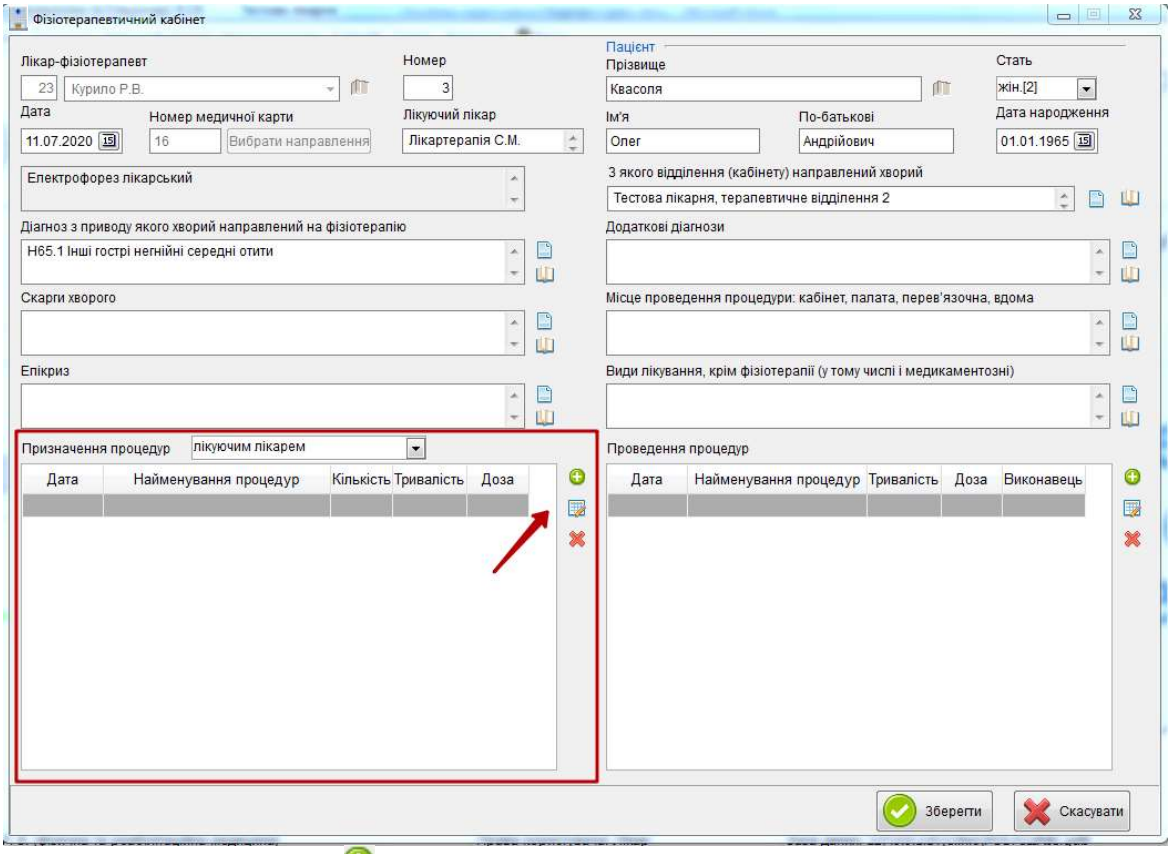




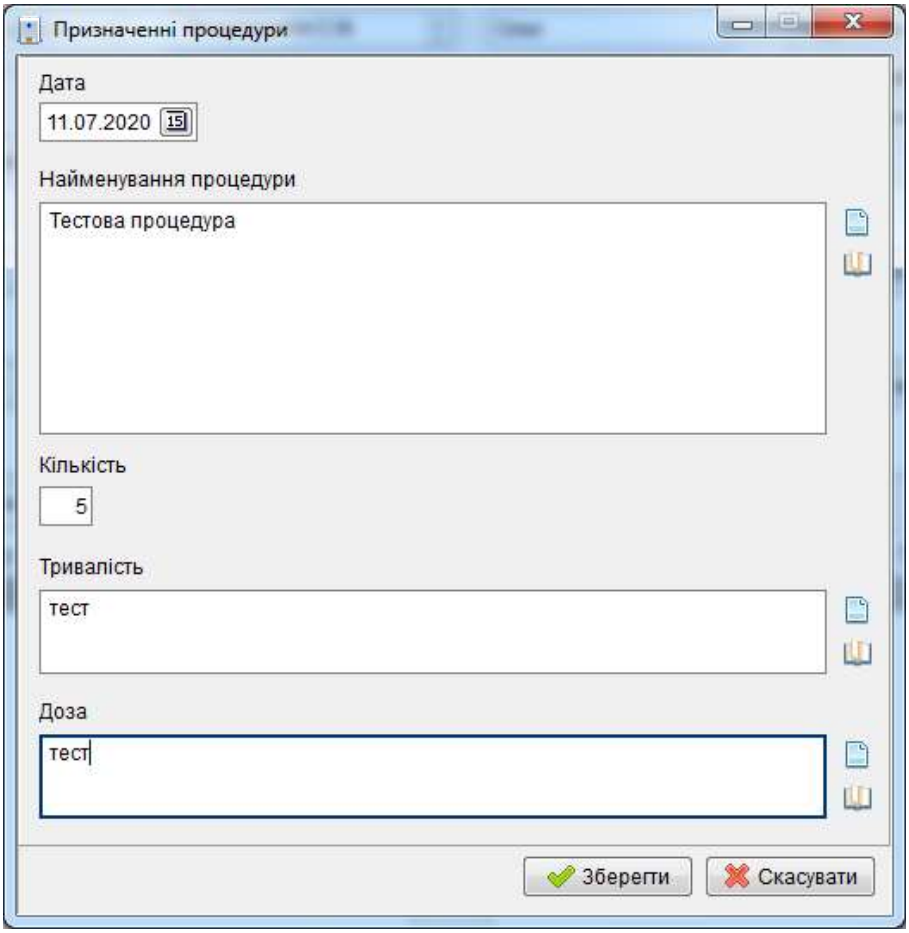
Після того, як працівник внесе всі дані про пацієнта, найменування закладу, діагноз при направленні, скарги хворого, епікриз, додаткові діагнози, місце проведення процедури, інші види лікування пацієнта, необхідно: вказати **«Призначення процедур»**, відмітивши ким саме було призначено лікуючим лікарем чи лікарем-фізіотерапевтом.



Записи в призначення процедури додаються за допомогою кнопки , редагується кнопкою , видаляється - .

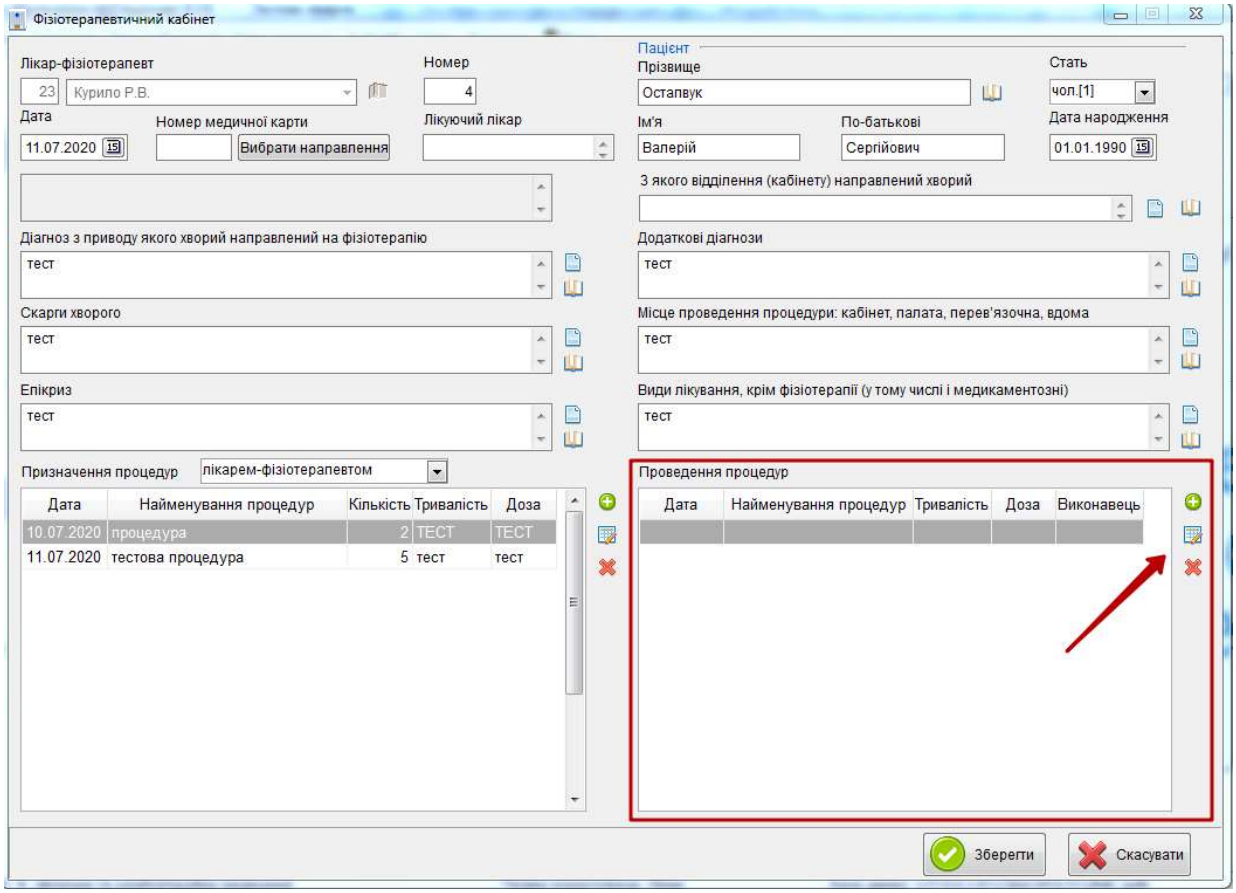


Натиснувши додати (), необхідно заповнити всі поля, що стосується призначеної процедури

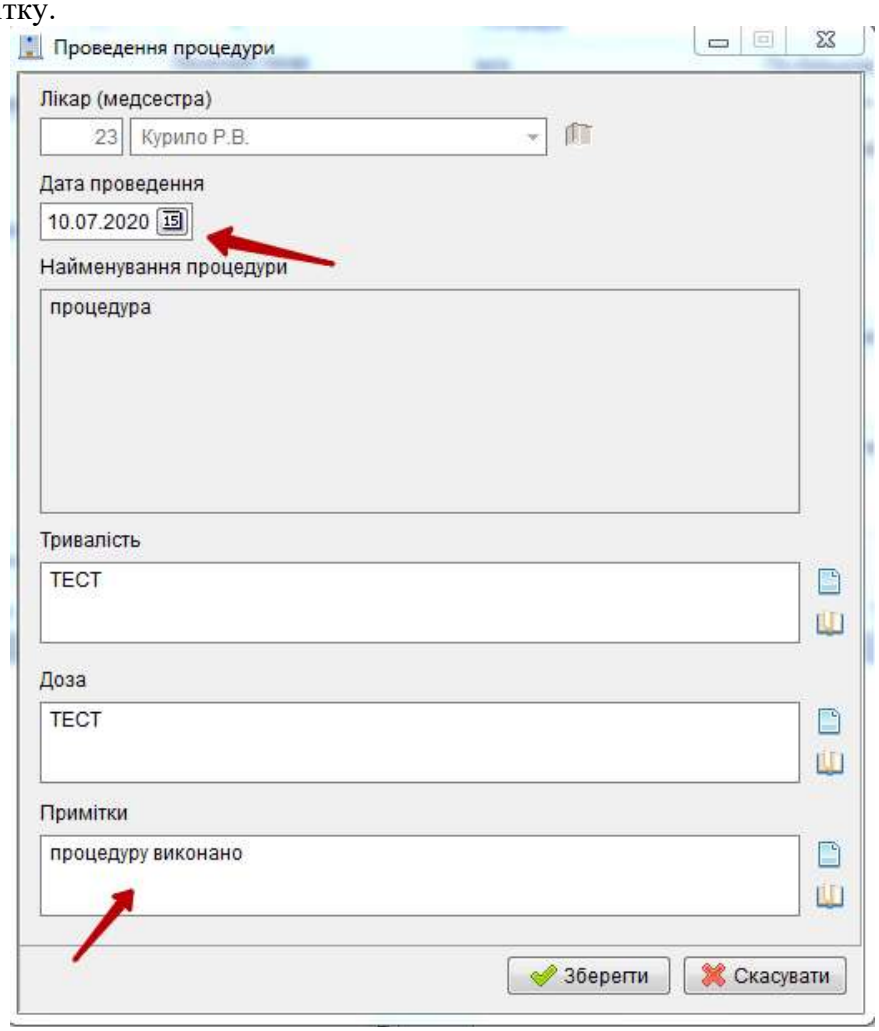


Таким чином, додаємо всі процедури, які були назначені пацієнтові.

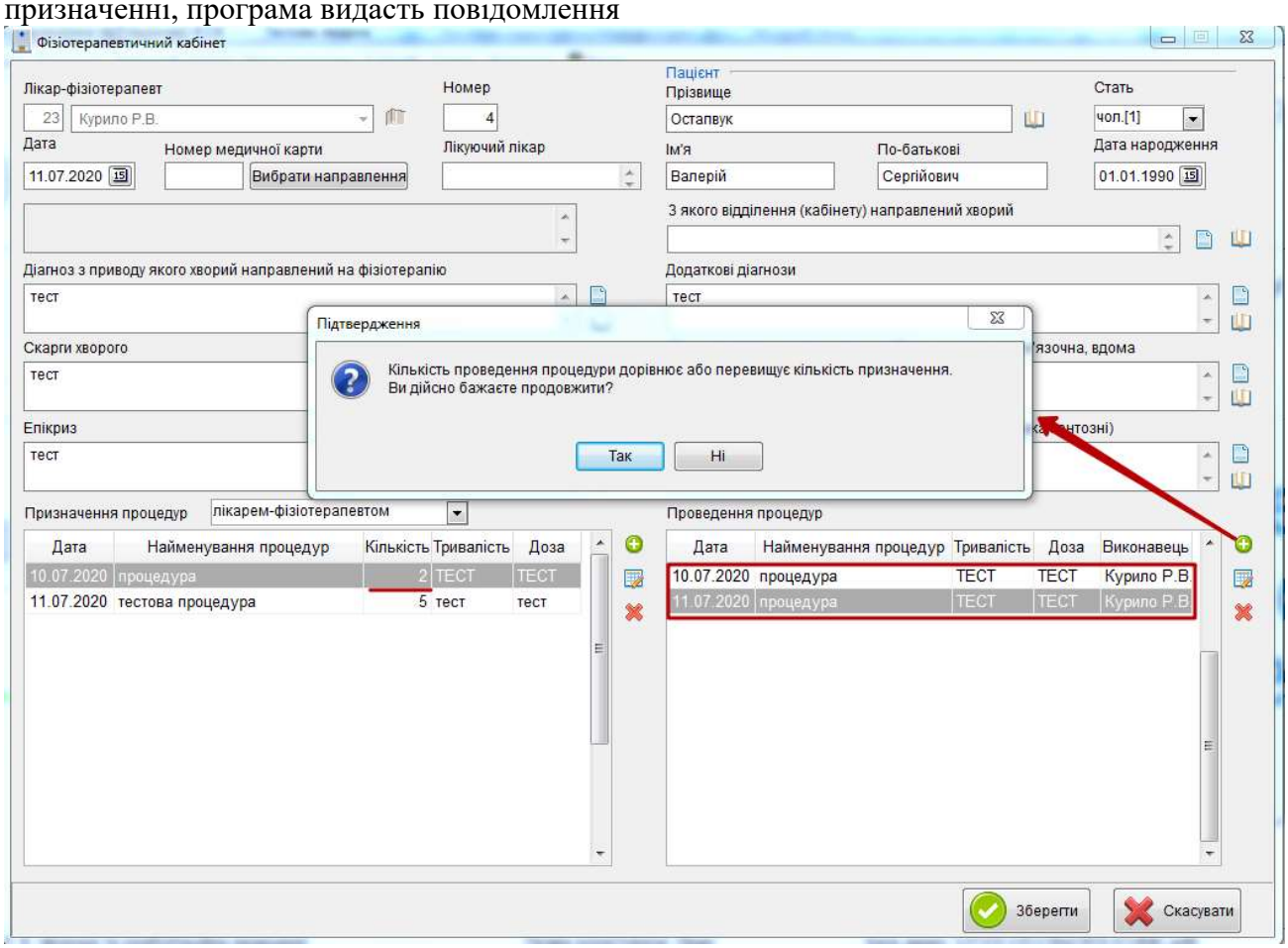
Заповнивши поля і, вказавши кількість необхідних процедур, працівники, які виконуватимуть ці процедури будуть відмічати свою роботу в полях **«Проведення процедур»,** так само, за допомогою кнопок , , .



Виконавець процедури, обравши в лівій частині потрібну, буде заповнювати проведення в полі в правій частині вікна, вказавши дату проведення і заповнивши, при потребі, примітку.

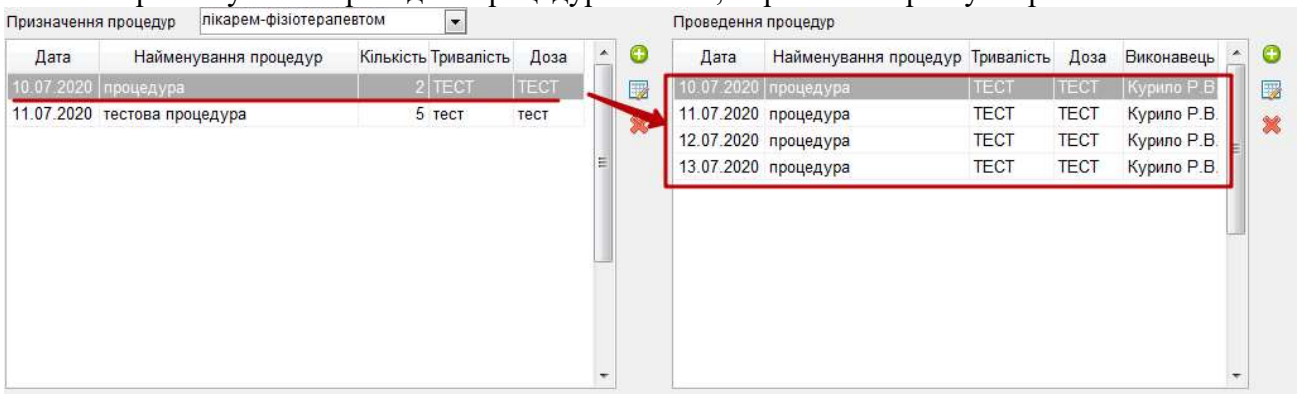


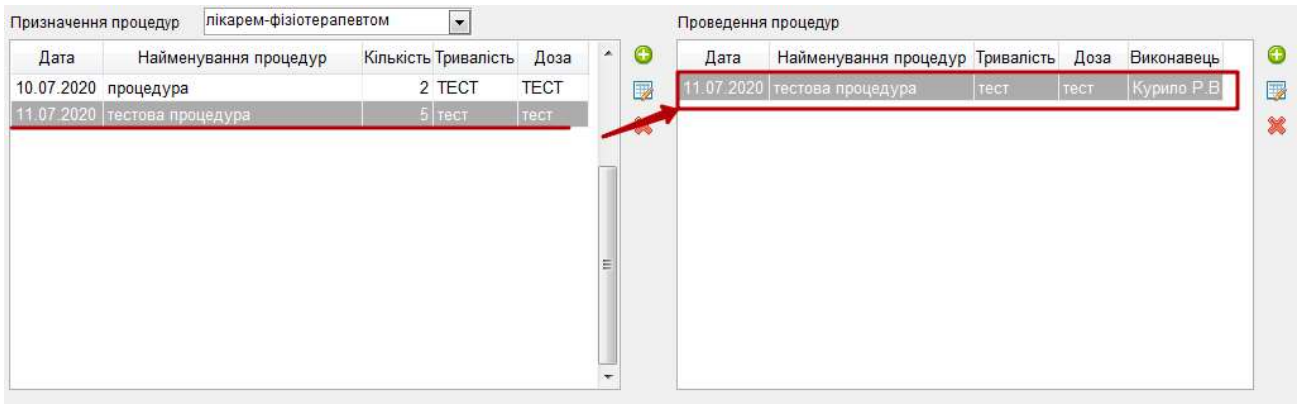
У випадку, коли працівник захоче відмітити процедур більше, ніж було вказано у призначенні, програма видасть повідомлення



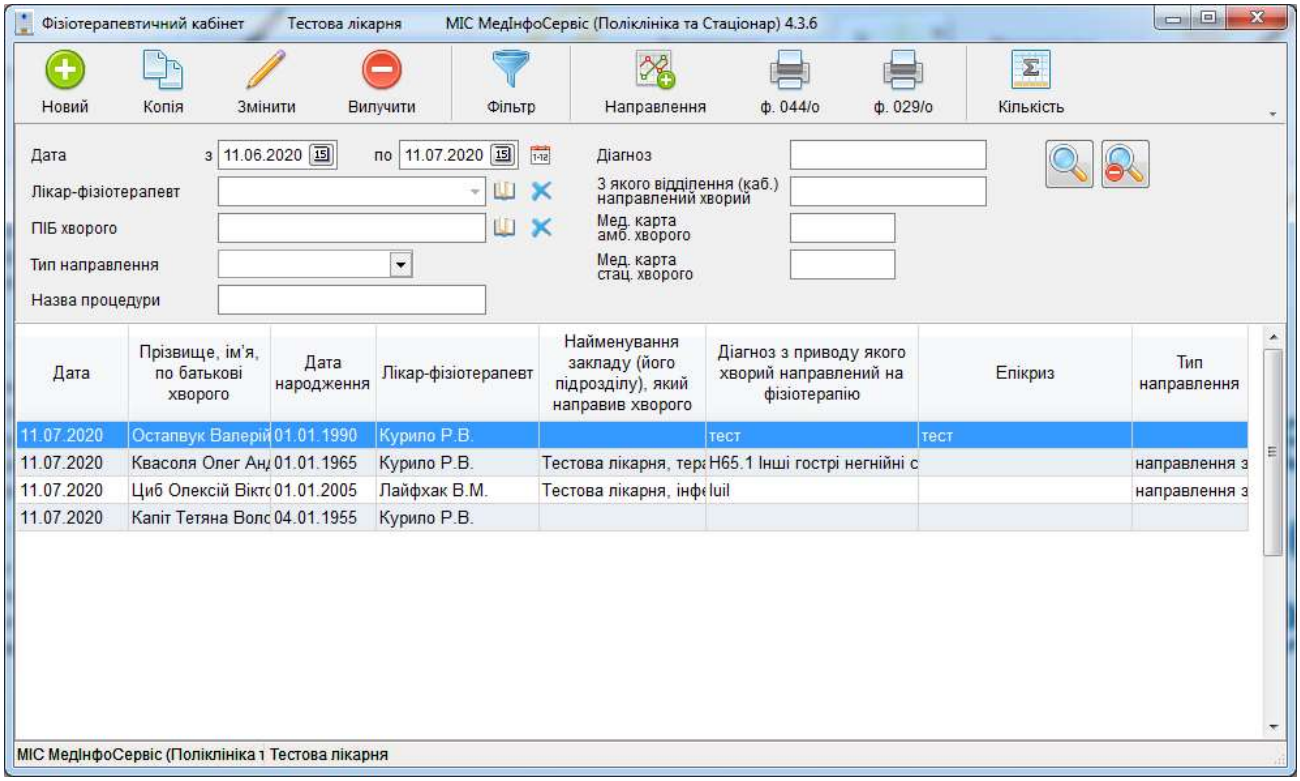
Погодившись, процедури можна буде додавати стільки, скільки потрібно.

Переглянути всі проведені процедури можна, обравши потрібну в призначенні.



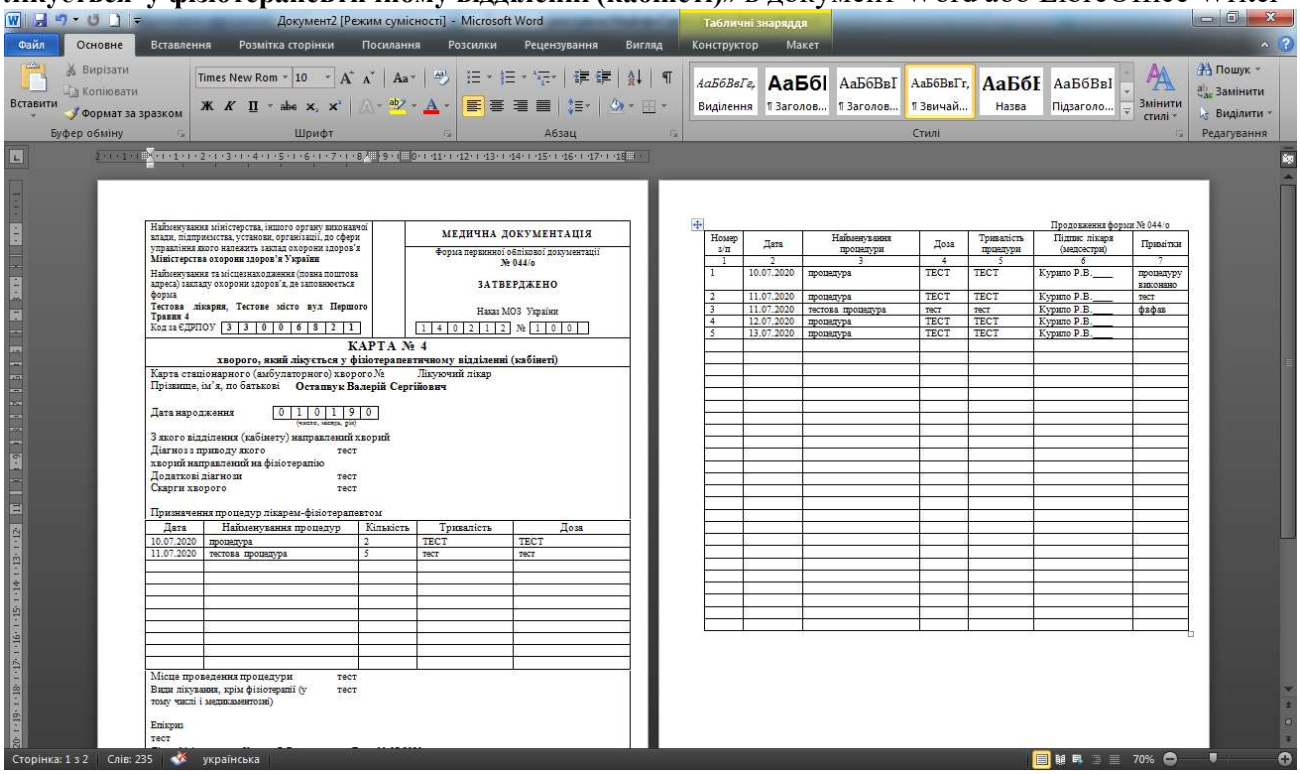


Всі виконані процедури (по направленню і без) автоматично формуються в список у головному вікні модуля «Фізіотерапевтичний кабінет».

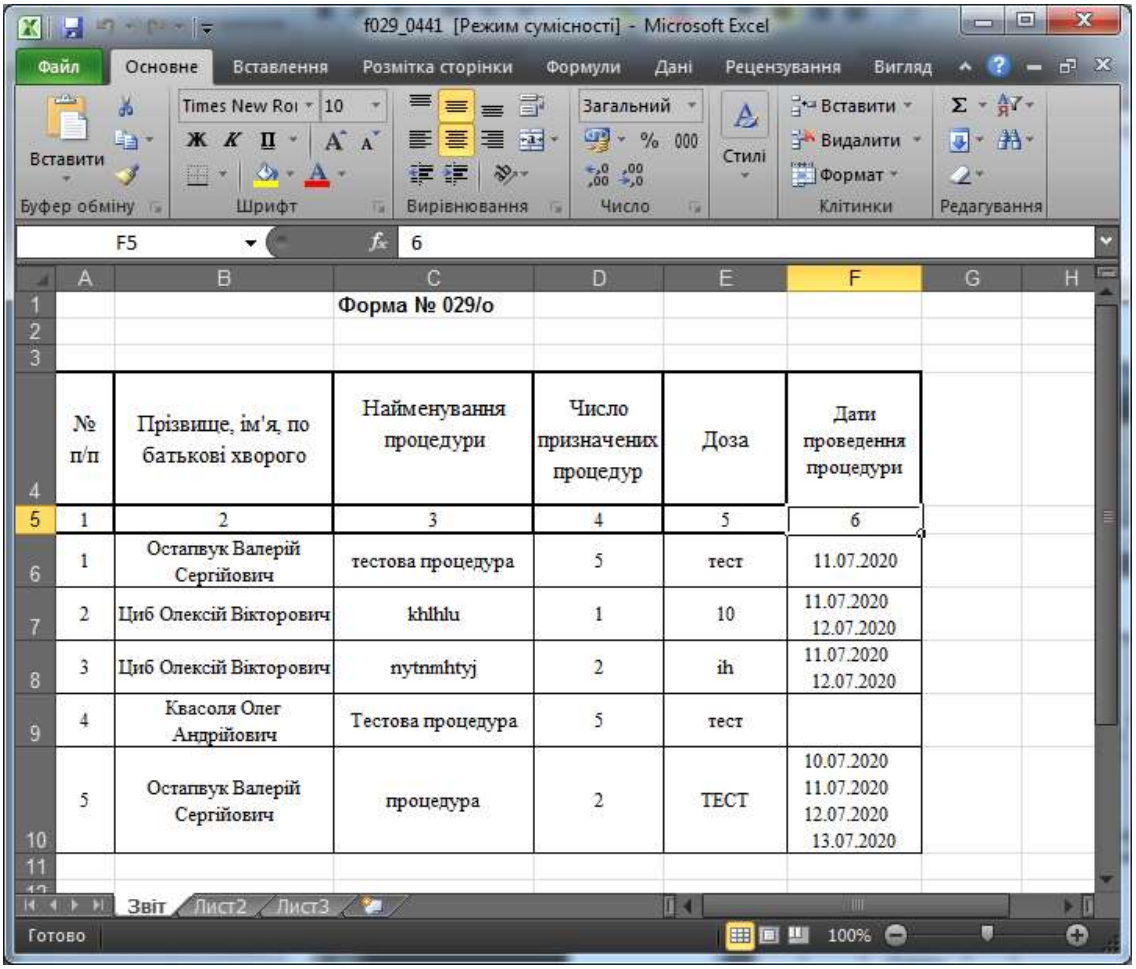


В кабінеті можна роздрукувати наступну первинну облікову документацію:

- сформує для обраного запису **ф.044/о «К А Р Т А № _____ хворого, який лікується у фізіотерапевтичному відділенні (кабінеті)»** в документ Word або LibreOffice Writer



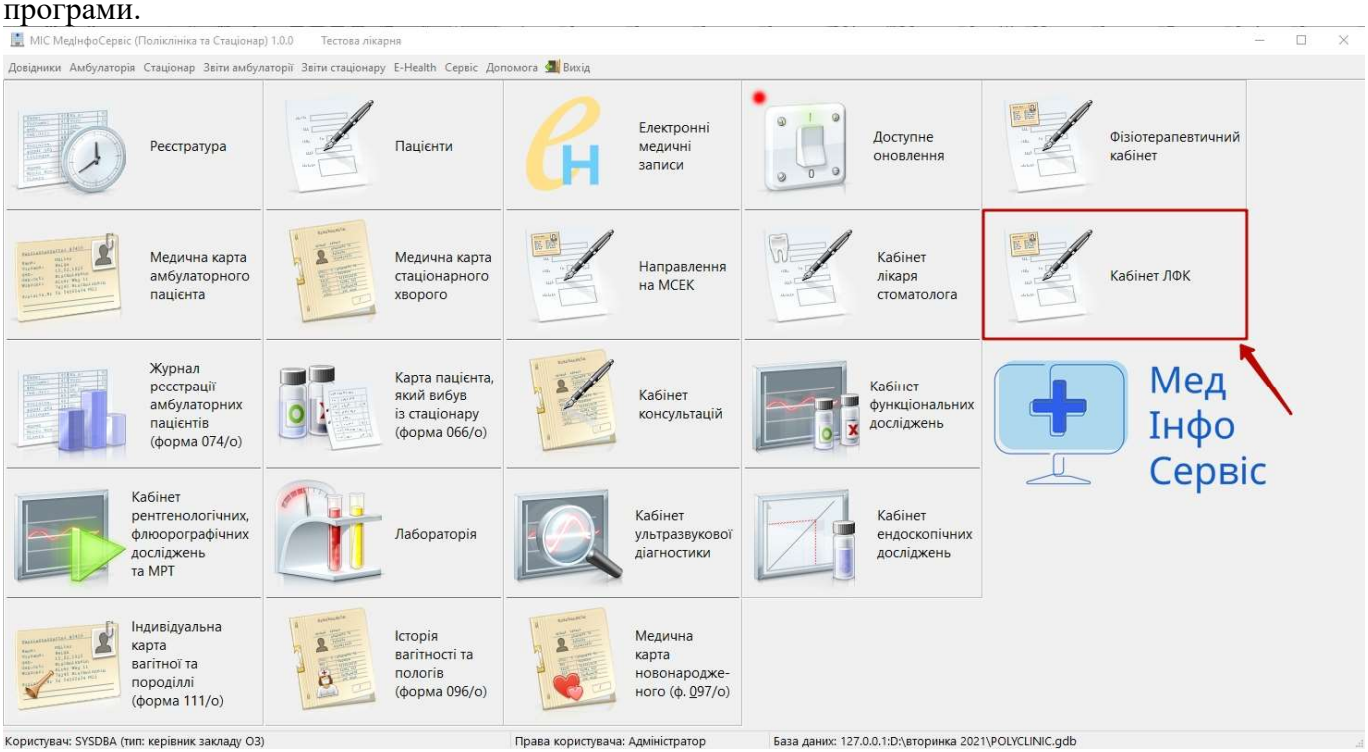
- сформує **ф.029/о «Журнал обліку процедур»** в таблицю Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.



«Кількість» - розраховує кількість записів, в залежності від налаштування фільтраційної панелі.

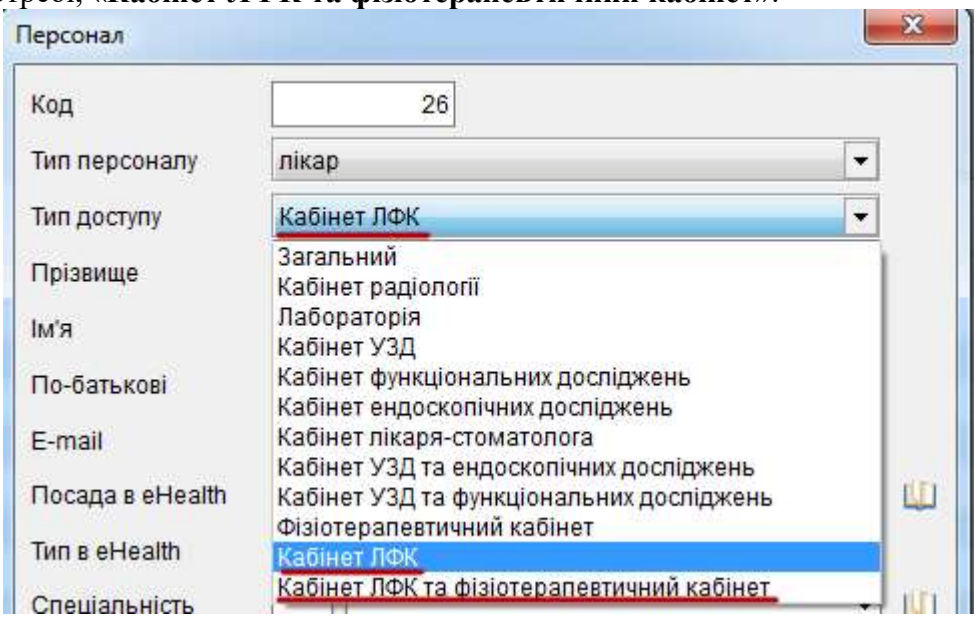
10.22 Кабінет ЛФК

Знайти даний модуль можна в пункті меню **«Амбулаторія»**, **«Стаціонар»** та, для зручності, його розміщено на головному вікні програми, яке з'являється після запуску програми.

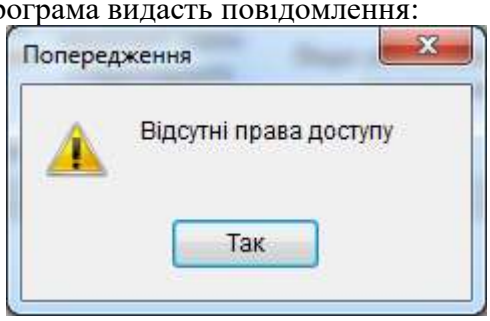


Модуль «Кабінет ЛФК», дозволяє вести облік процедур по пацієнтам, як за направленнями так і без них, вносити проведені процедур.

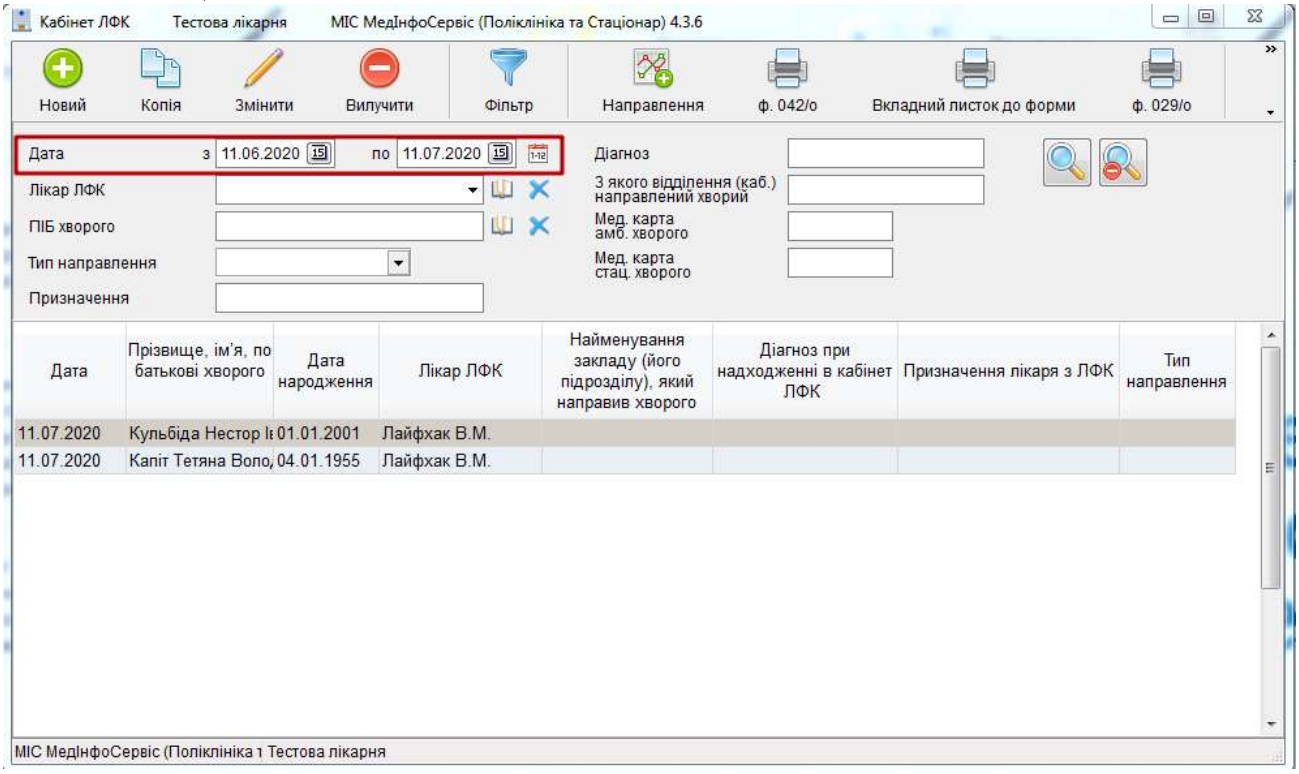
Зверніть увагу! В кабінеті мають право працювати тільки ті лікарі чи середній медичний персонал, у яких в **«Персонал»** в пункті **«Тип доступу»** вибрано **«Кабінет ЛФК»** або, при потребі, **«Кабінет ЛФК та фізіотерапевтичний кабінет»**.



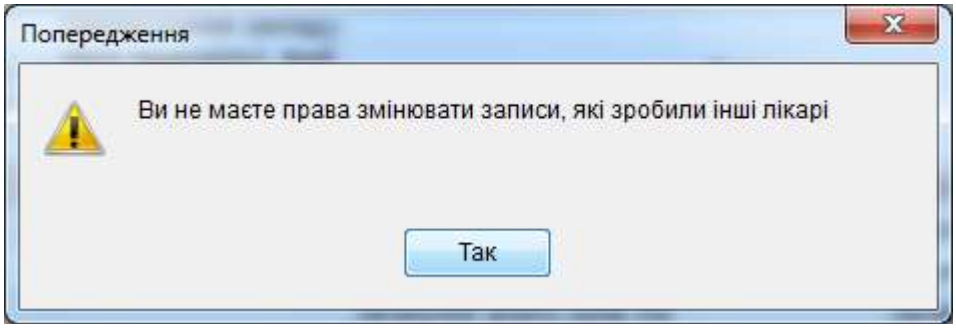
В противному разі, програма видасть повідомлення:



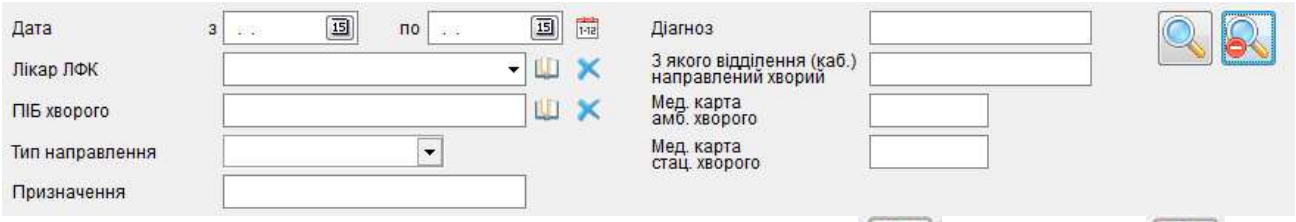
Зайшовши в програму під працівником кабінету ЛФК з відповідними правами доступу, користувачеві відкриється головне вікно, де будуть відображені процедури виконані за останній місяць.



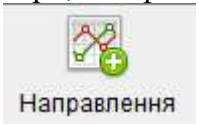
Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити запис про нову процедуру для пацієнта. Кнопки **«Копія»**, **«Змінити»** та **«Вилучити» -** копіює/змінює/видаляє тільки ті процедури, які були занесені даним лікарем. В противному разі програма видасть повідомлення.



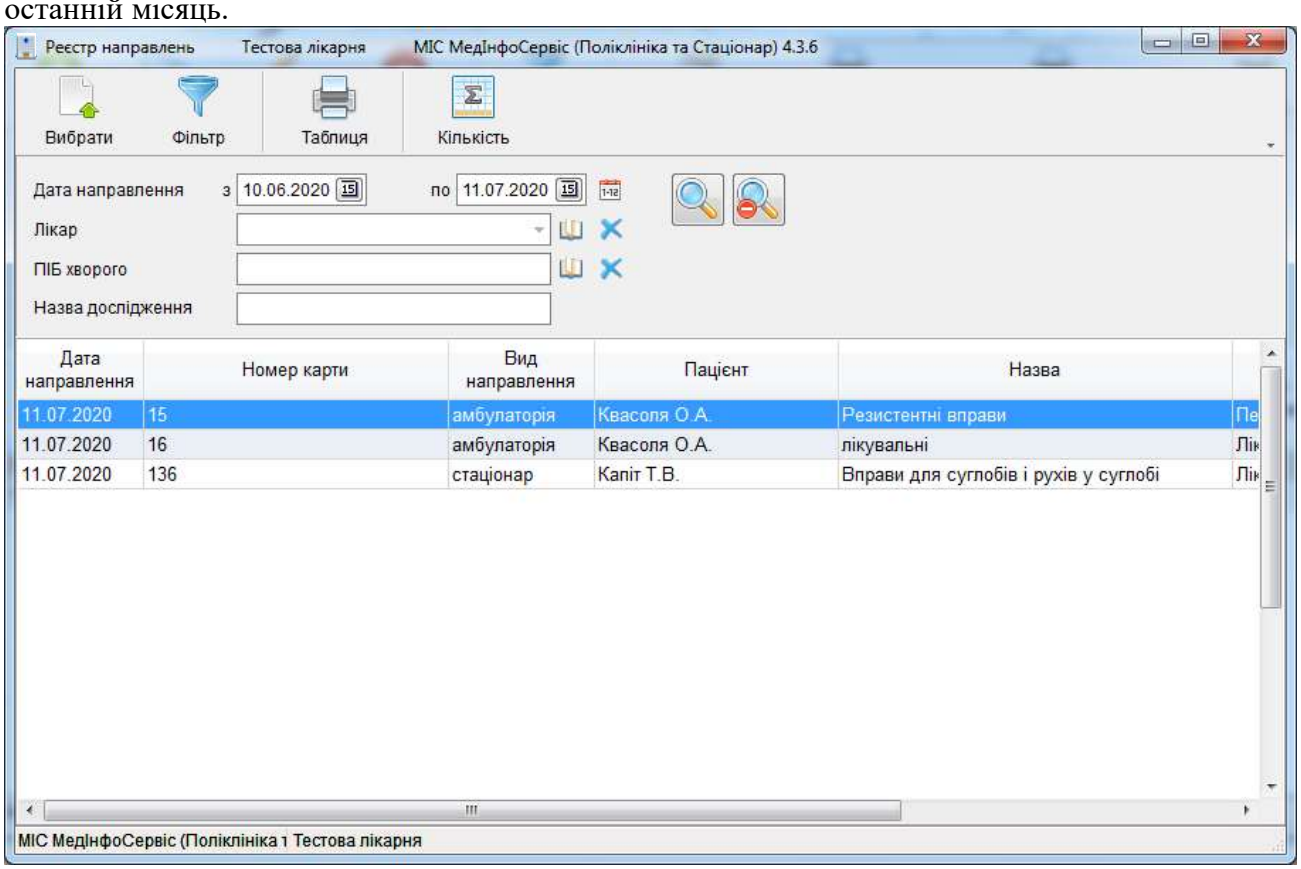
«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по дослідженням.



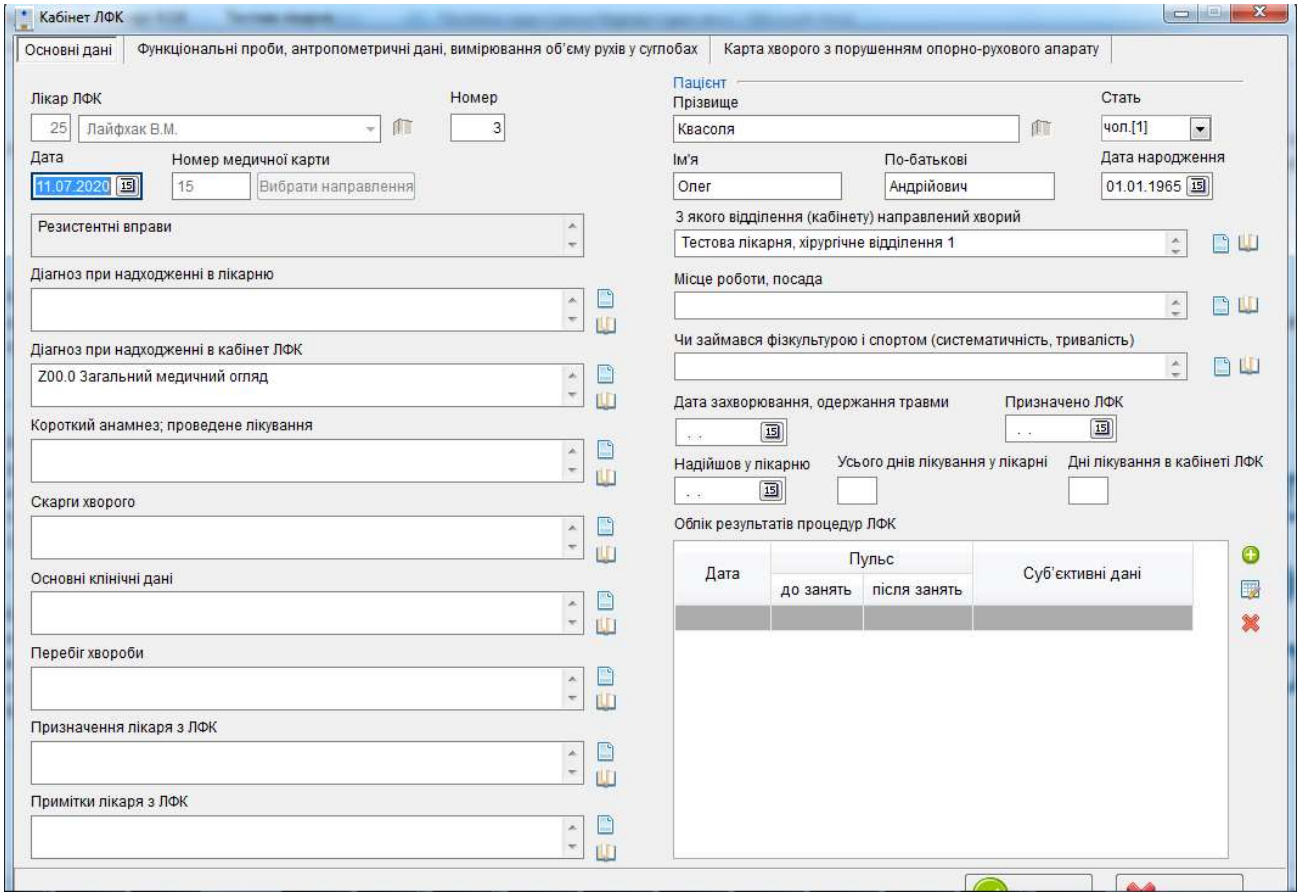
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

«Направлення» 

- відкриває перед працівником кабінету список пацієнтів, які були направлені на лікувальну фізкультуру із амбулаторії або стаціонару за останній місяць.

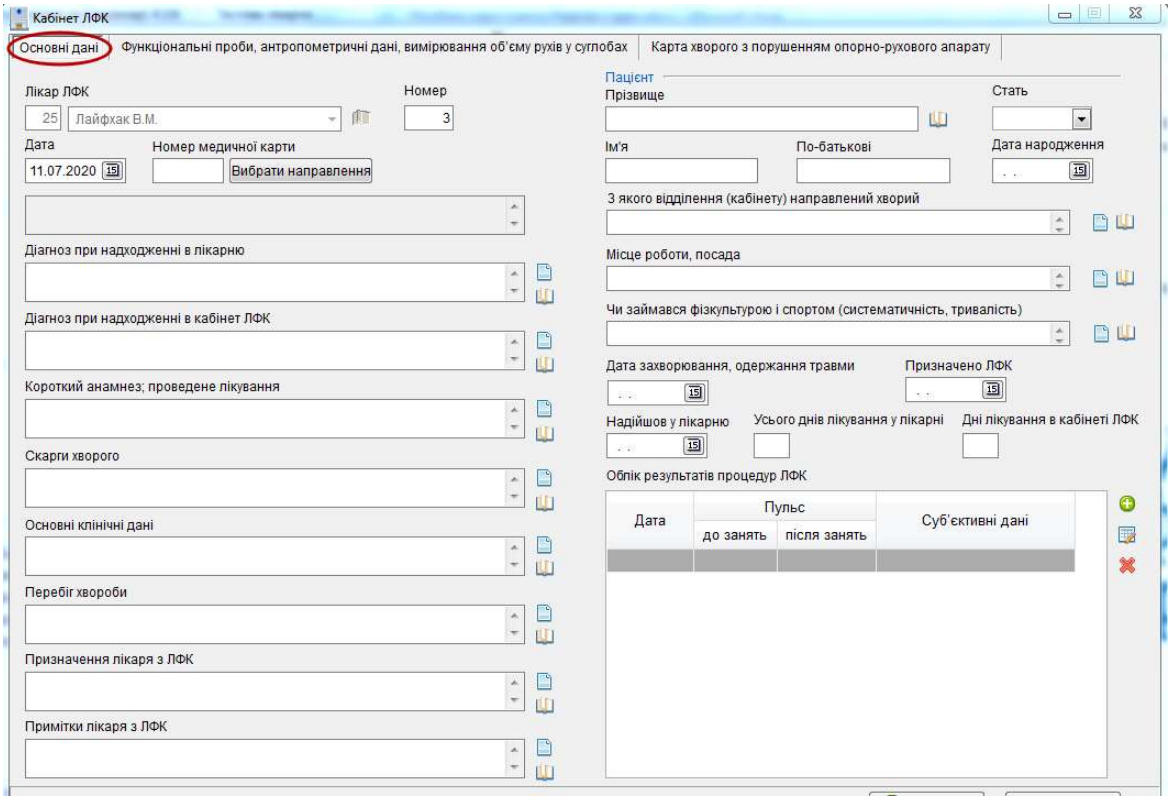


Для вибору направлення необхідно двічі натиснути на нього або, натиснувши один раз і **«Вибрати».** В результаті, відкриється вікно для внесення даних пацієнта та проведених процедур.



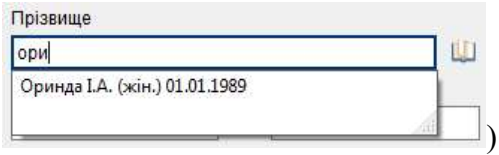
У випадку (як на малюнку зверху), якщо процедура здійснюється **по направленню** автоматично заповнюються дані про пацієнта з амбулаторної чи стаціонарної карти пацієнта, найменування закладу, відділення, діагноз при направленні, вид процедури.

У разі, якщо до лікаря, пацієнт прийшов з самозверненням або з паперовим направленням, то користувачу необхідно створити такий запис самостійно через кнопку **«Новий».** Вікно, яке з'явиться матиме автоматично заповненими тільки поля «Працівник» та «Дата».



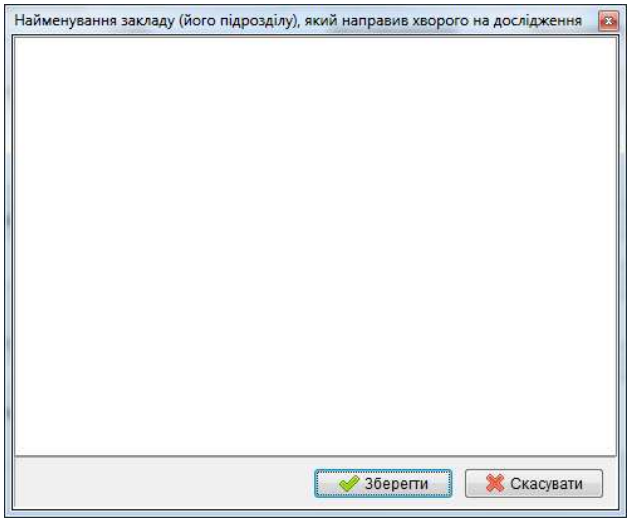
Основні дані

Для внесення даних про пацієнта, його можна вибрати з реєстру пацієнтів (за допомогою кнопки або ввівши перші три літери прізвища і обрати з переліку

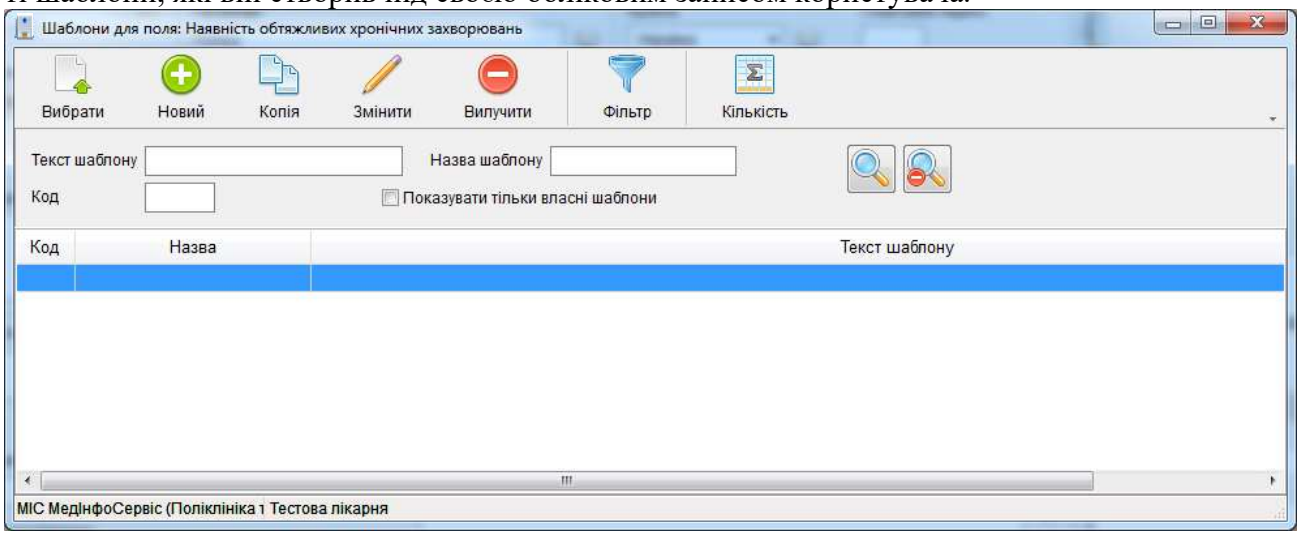


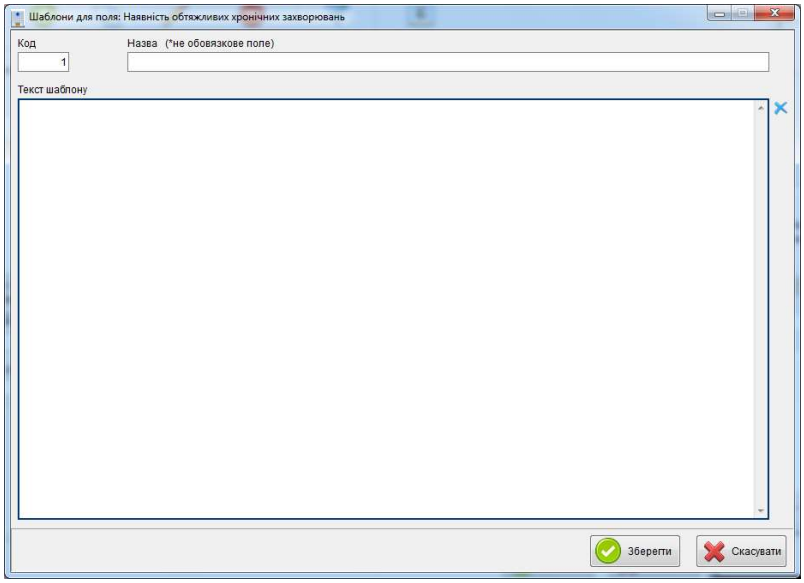
) або внести дані нового в даному вікні. Мінімальна кількість полів для заповнення пацієнта це: ПІБ, стать та дата народження.

Кнопка , яка розташована біля деяких полів дає можливість ввести більше необхідної інформації:

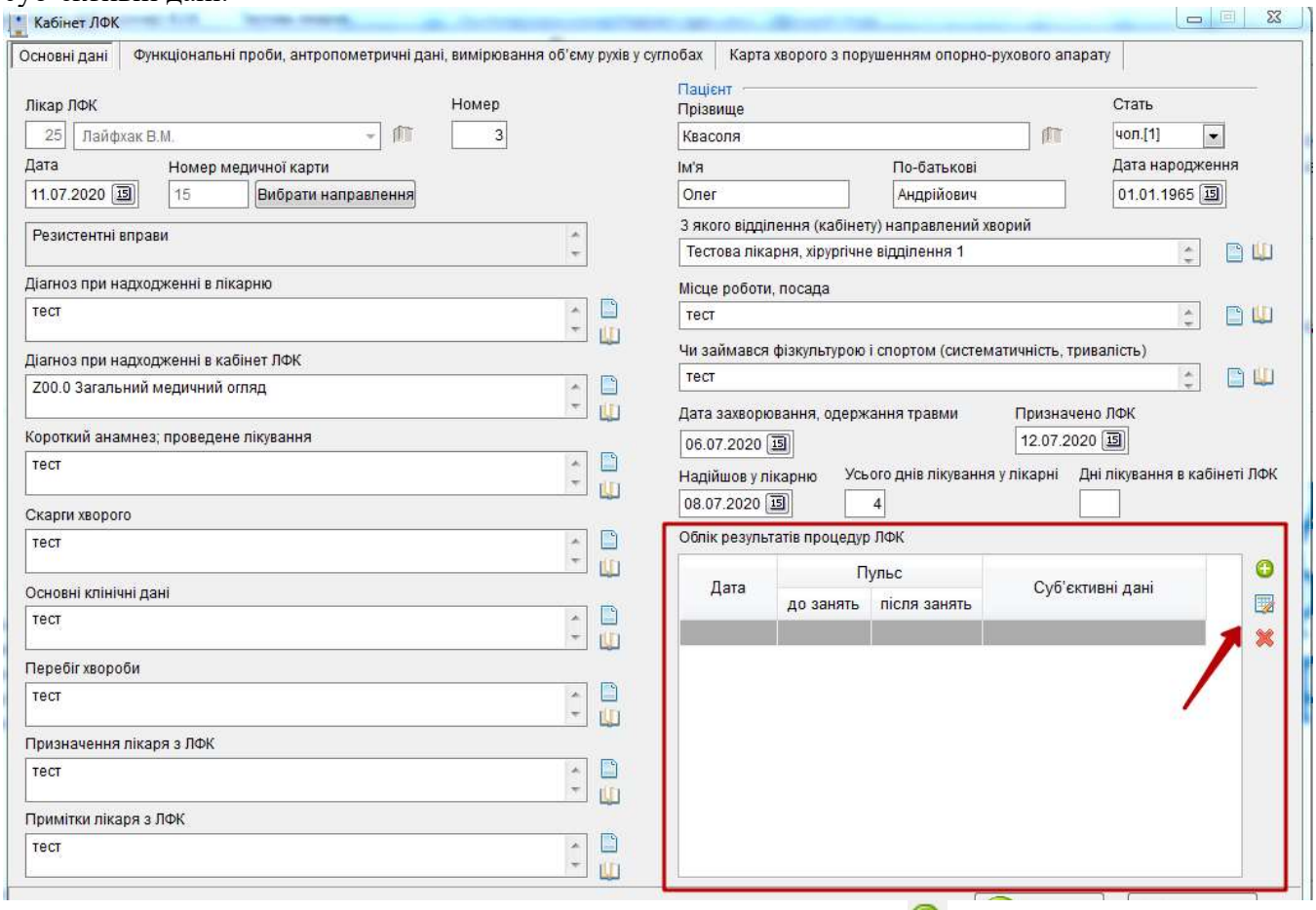


Кнопка біля полів дає можливість створити власні шаблони, якими найчастіше користуються в роботі. **«Показувати власні шаблони»** означає, що лікар буде бачити тільки ті шаблони, які він створив під своєю обліковим записом користувача.

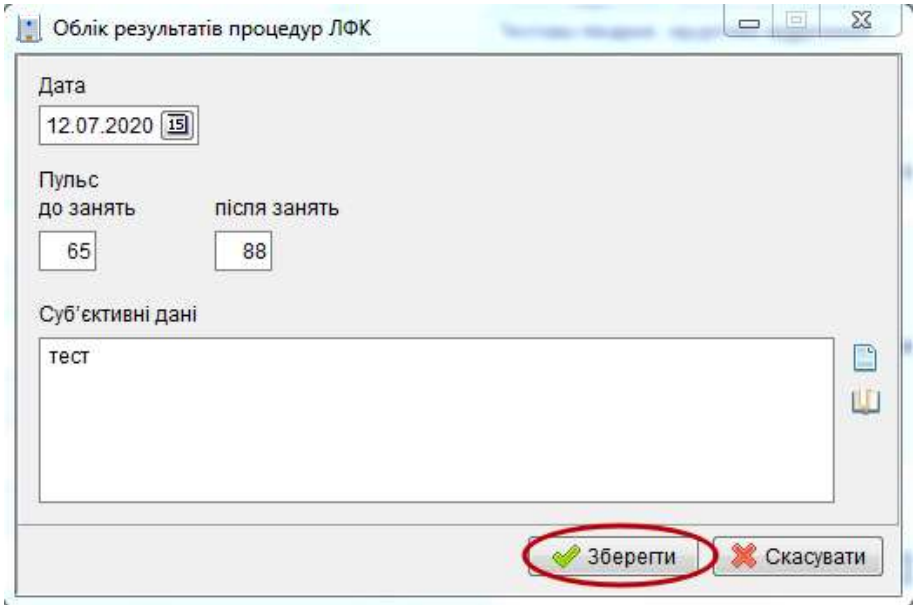




Після того, як працівник внесе всі основні та інформативні дані про пацієнта необхідно зазначити облік результатів процедур з ЛФК, а саме: дата, пульс (до занять та після них), суб'єктивні дані.

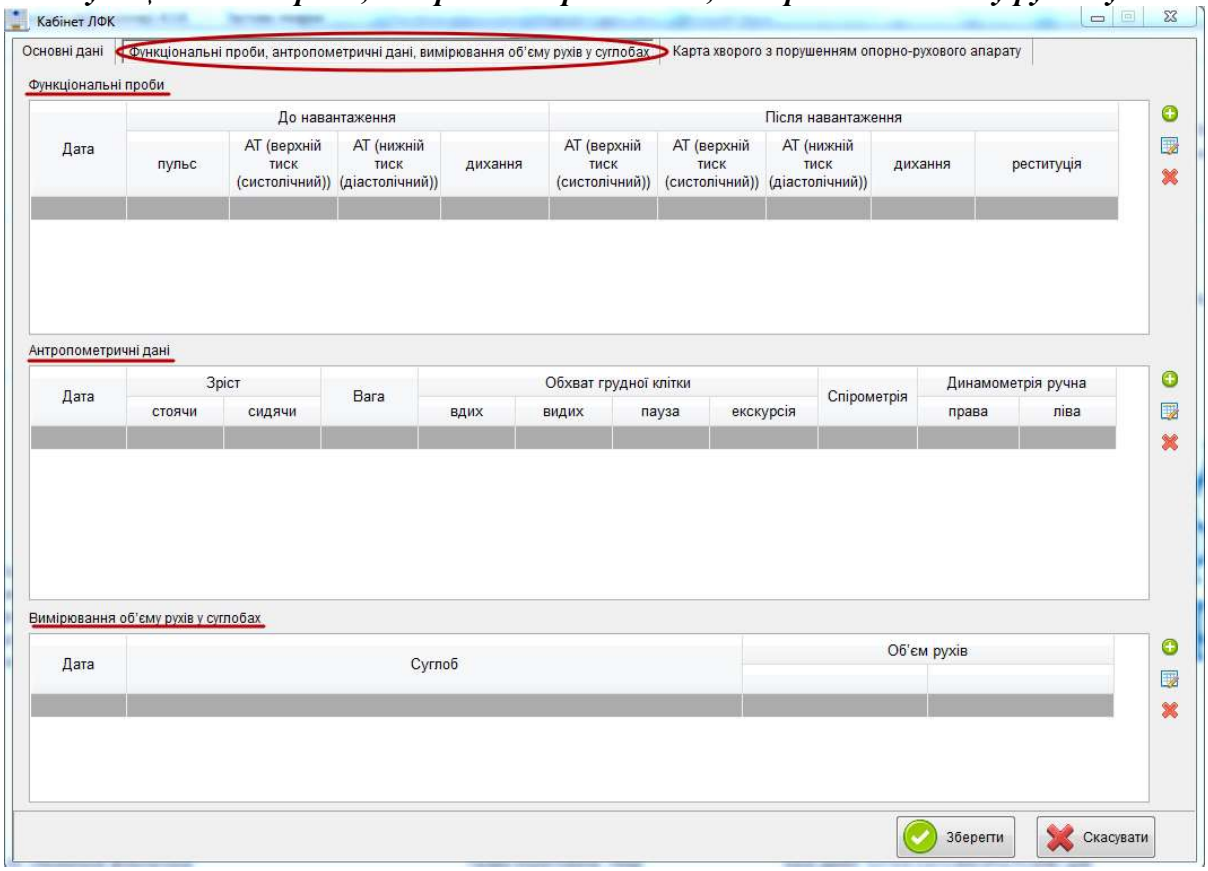


Записи в облік результатів додаються за допомогою кнопки , редагується кнопкою , видаляється - .

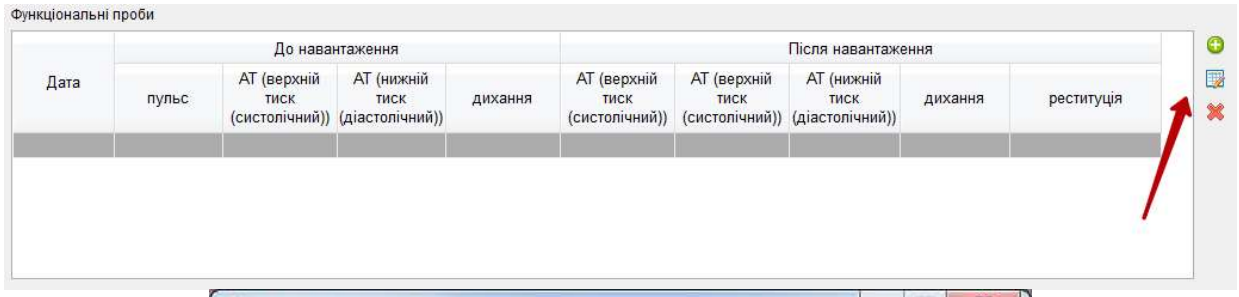


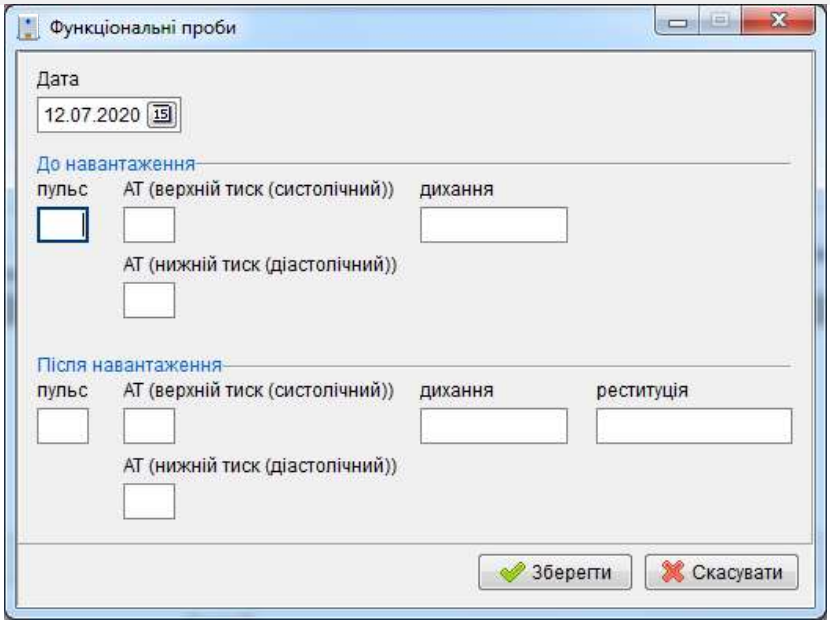
Таким чином додаються всі дані обліку.

Функціональні проби, антропометричні дані, вимірювання об'єму рухів суглобів

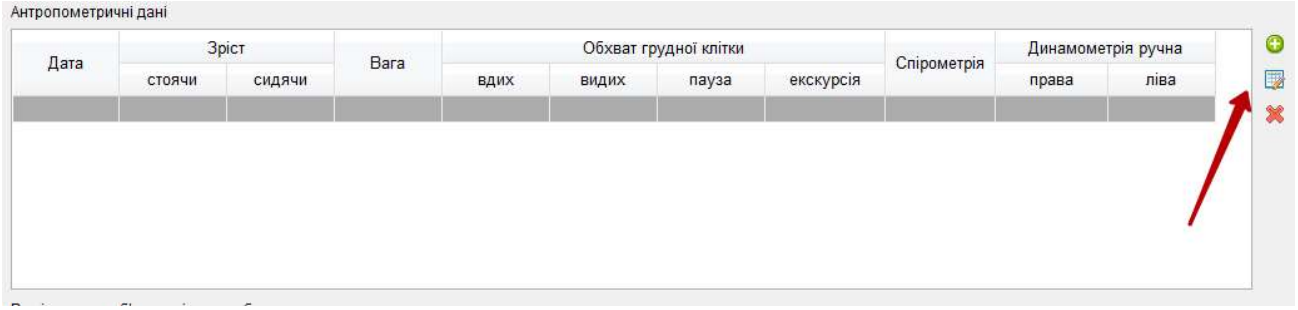


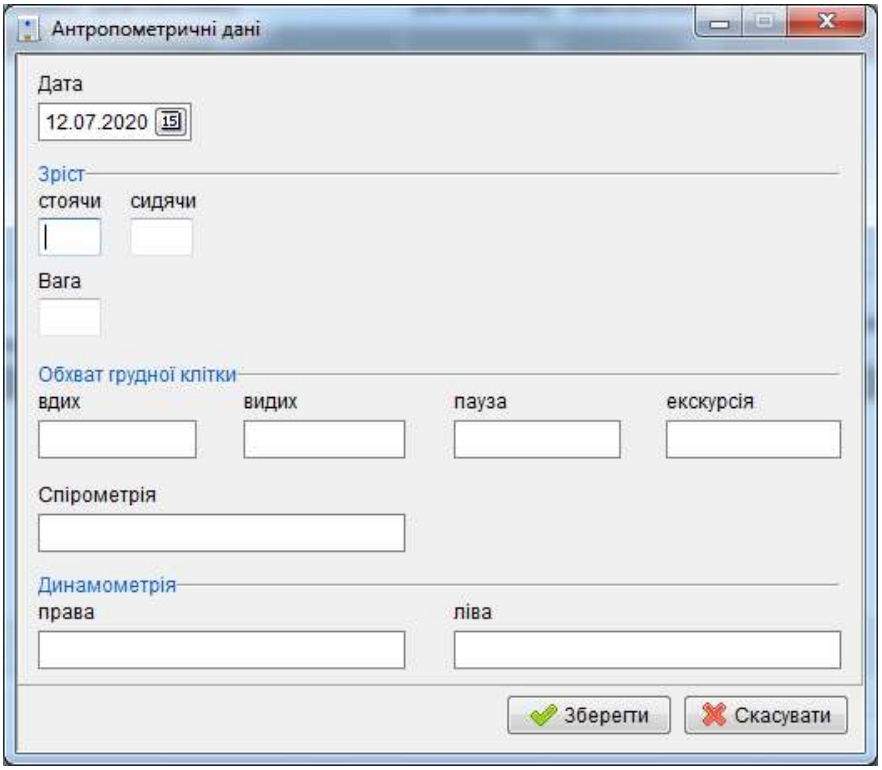
- **Функціональні проби** - вказуються функціональні проби до навантаження та після нього (зазначаються дата, пульс, артеріальний тиск, дихання)



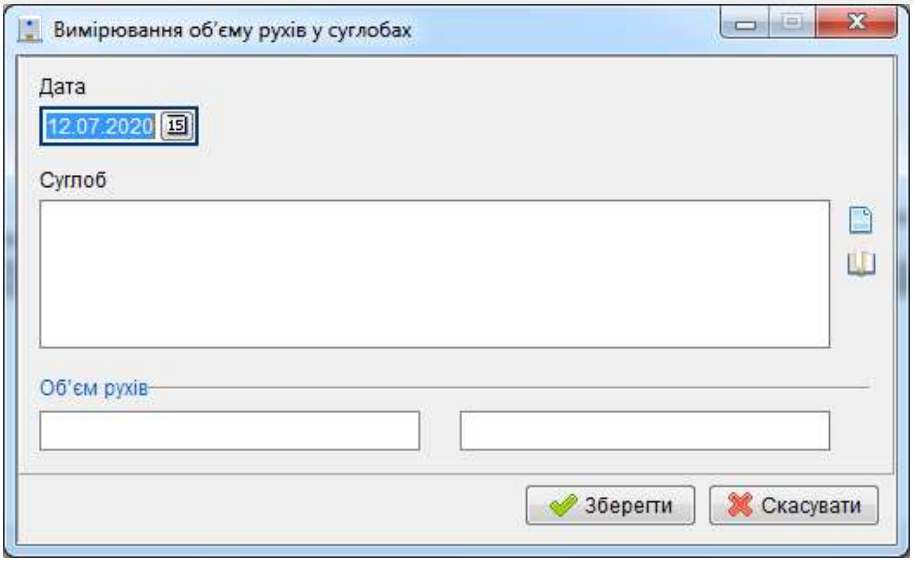


- **Антропометричні дані** - проставляються антропометричні дані хворого, а саме: зріст (стоячи, сидячи), вага, обхват грудної клітки (вдих, видих, пауза, екскурсія), спірометрія, динамометрія ручна (права, ліва) із зазначенням дати заповнення

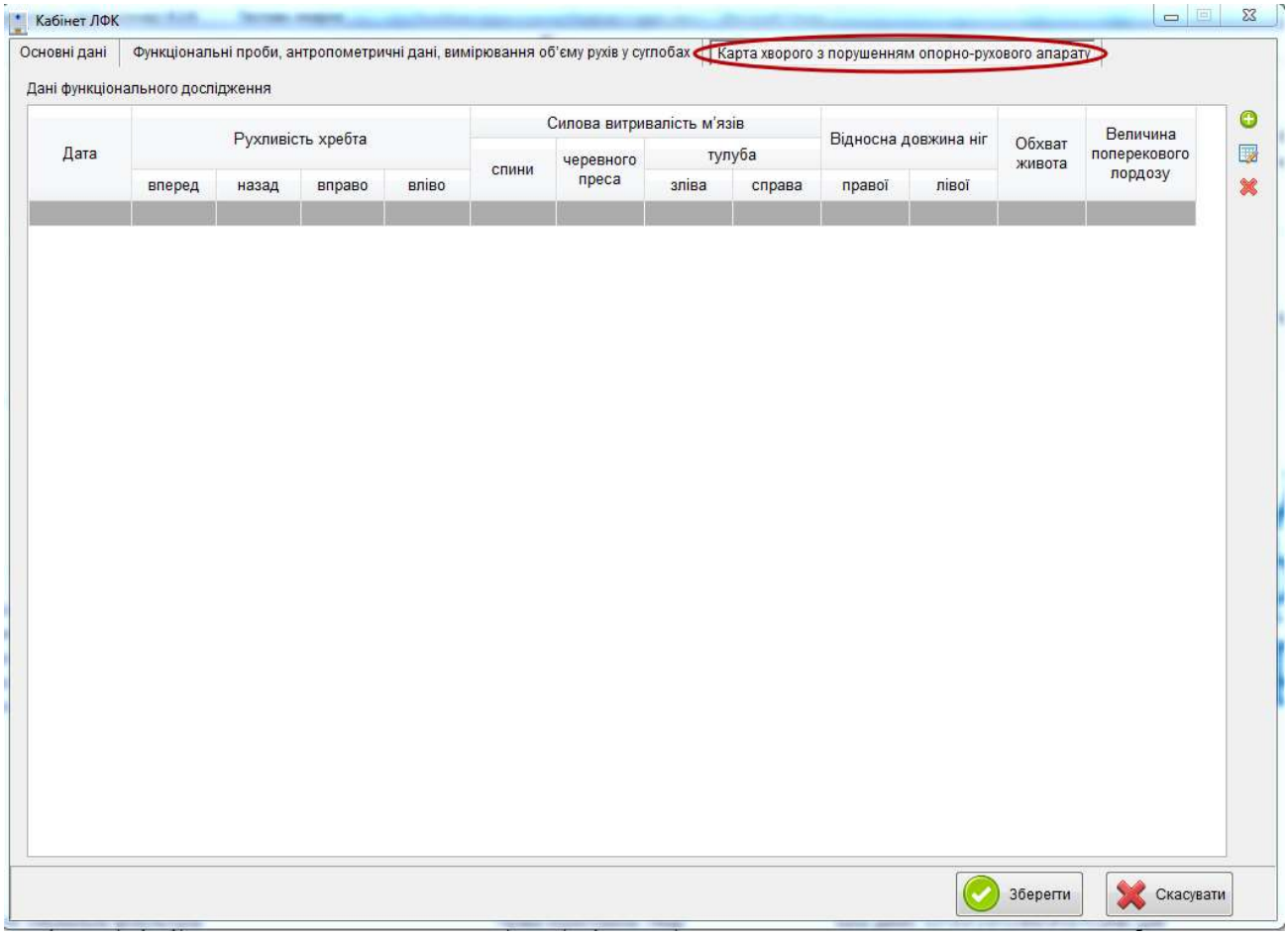




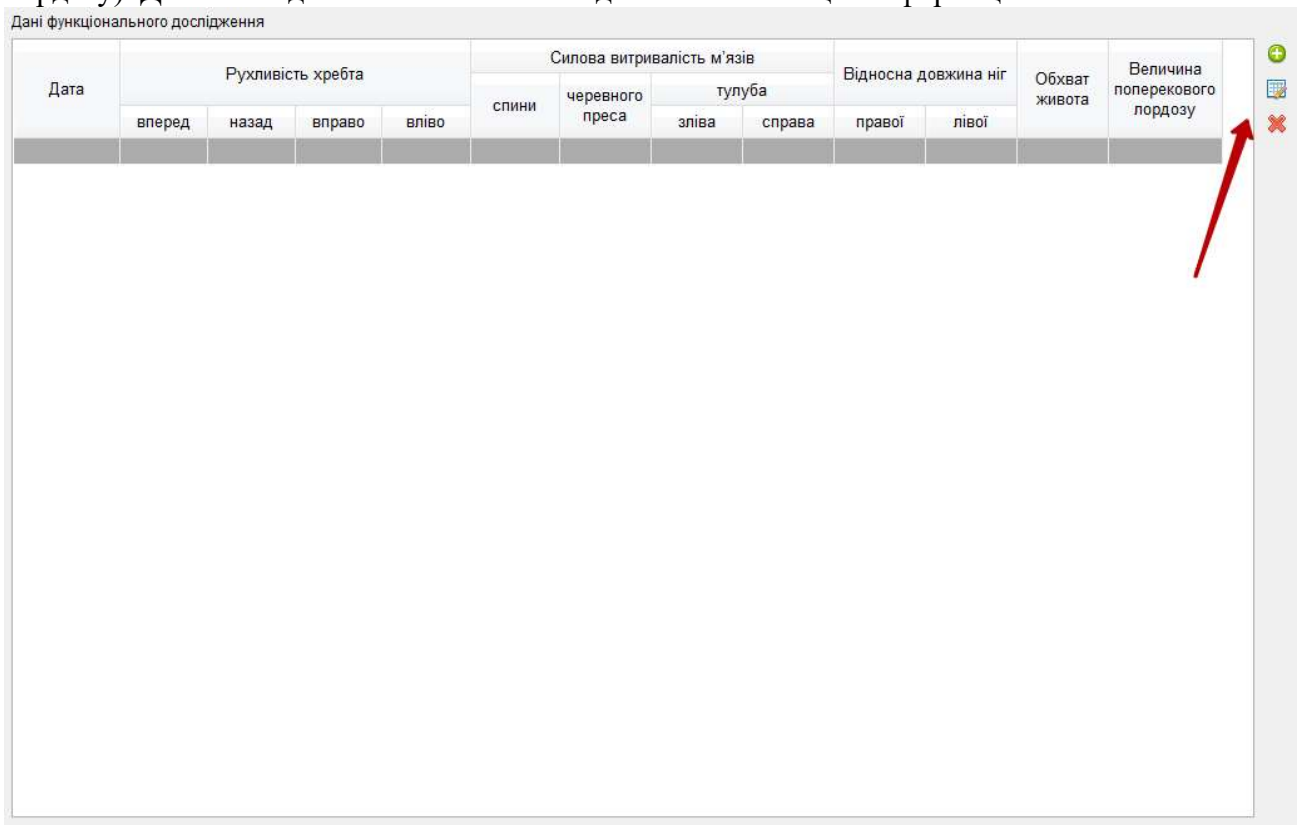
- **Вимірювання об’єму рухів у суглобах** із зазначенням дати, найменування суглоба та об’єму рухів.

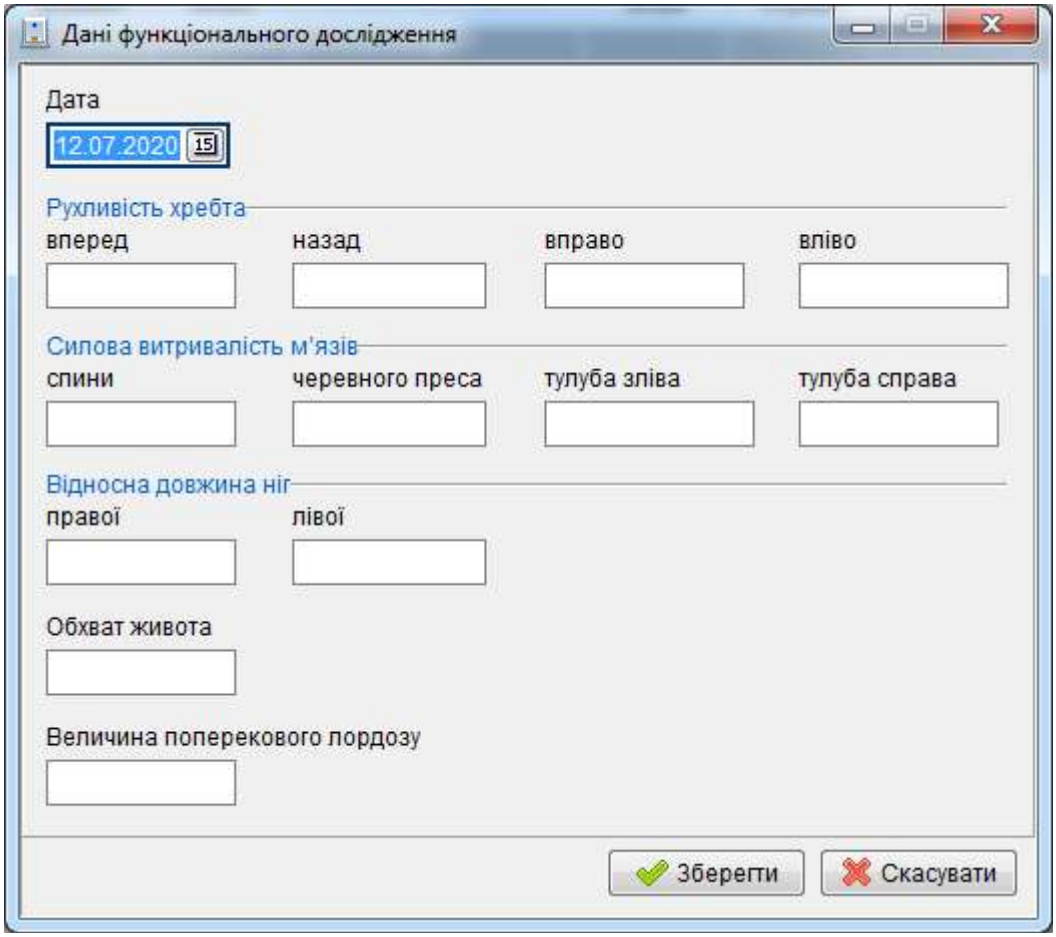


Карта хворого з порушенням опорно-рухового апарату

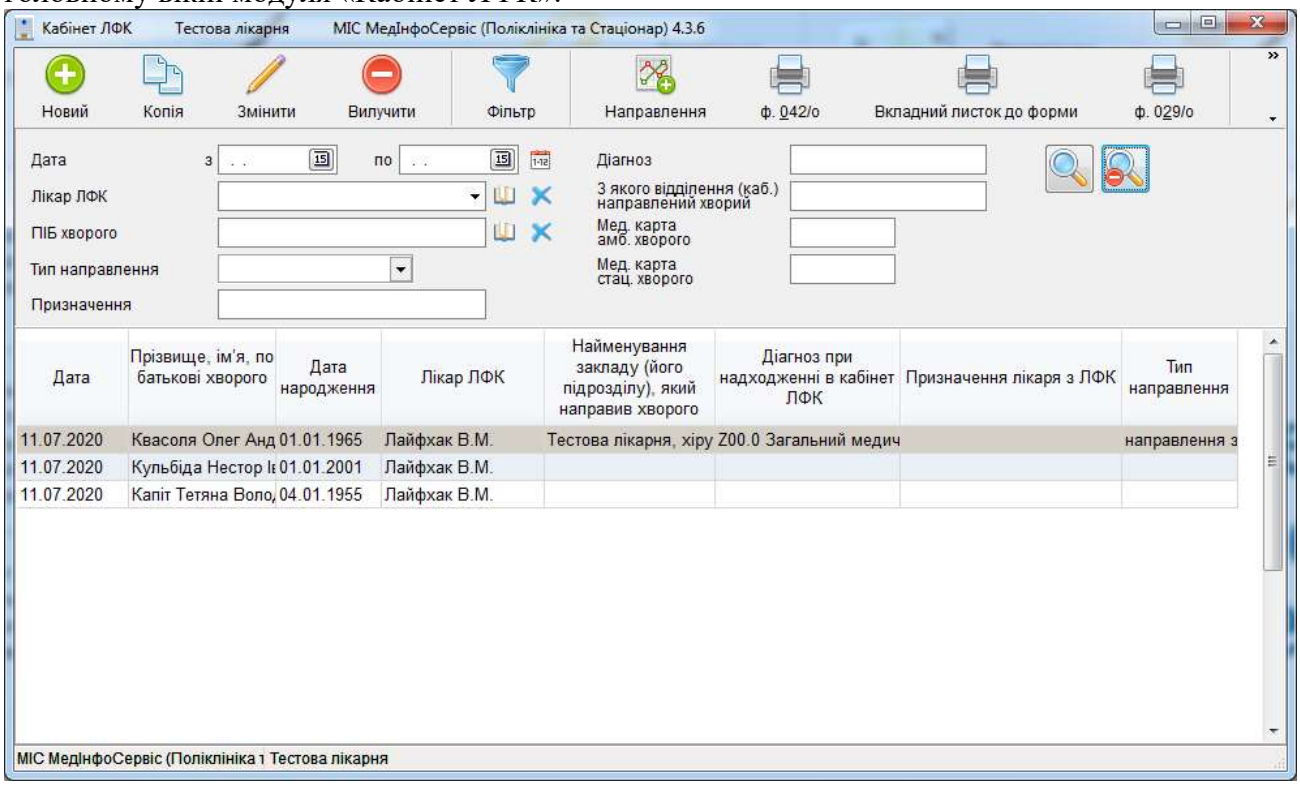


До форми № 042/о додається вкладний листок, що має додаткові відомості про хворих, які отримують ЛФК у зв'язку з порушенням опорно-рухового апарату, де зазначаються: дата, прізвище, ім'я, по батькові хворого та дані функціонального дослідження (рухливість хребта, силова витривалість м'язів, відносна довжина ніг, обхват живота, величина поперекового лордозу). Дана закладка саме містить поля для заповнення цієї інформації.



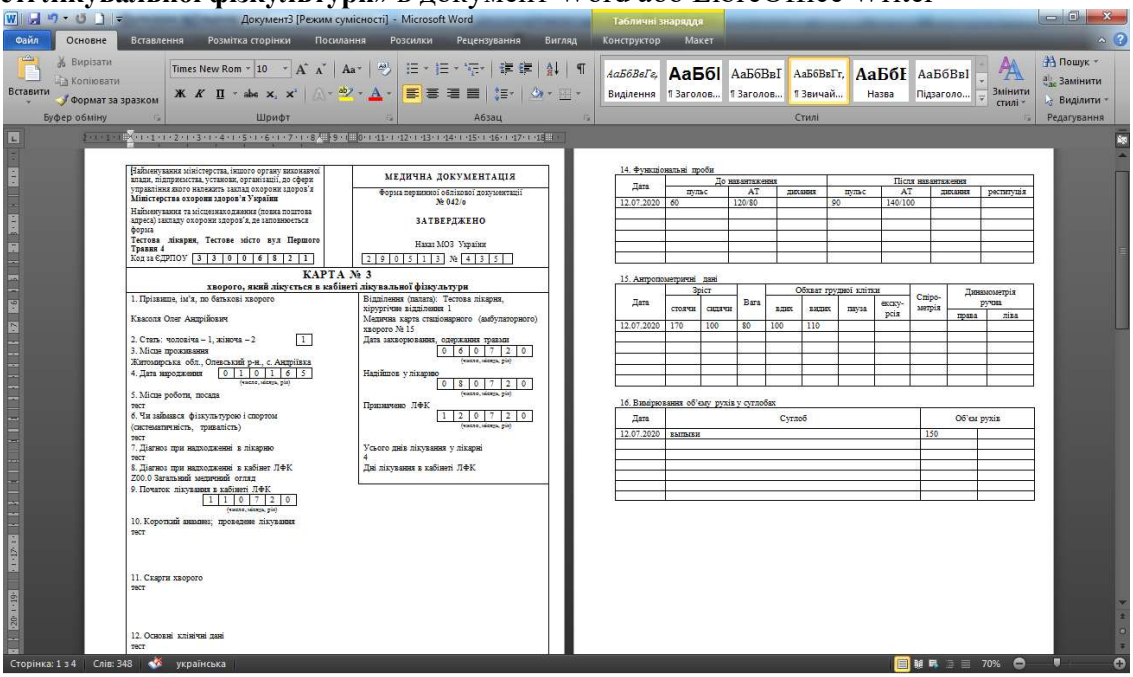


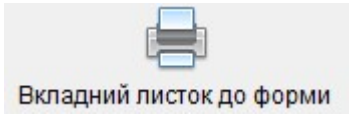
Всі виконані процедури (по направленню і без) автоматично формуються в список у головному вікні модуля «Кабінет ЛФК».



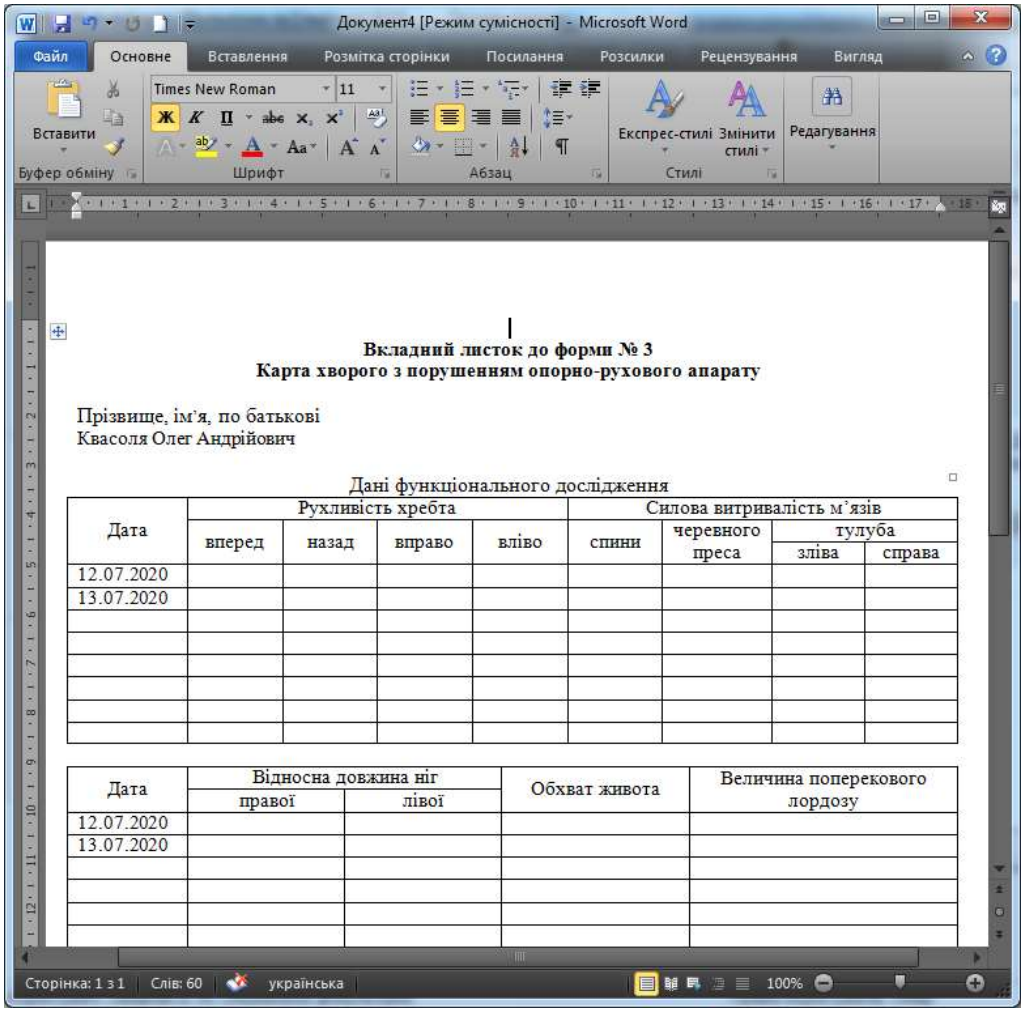
В кабінеті можна роздрукувати наступну первинну облікову документацію:

- сформує для обраного запису **ф.042/о «Карта хворого, який лікується в кабінеті лікувальної фізкультури»** в документ Word або LibreOffice Writer





- сформує вкладний листок до форми 042/о в документ Word або LibreOffice Writer



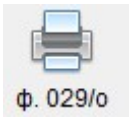
Вкладний листок до форми № 3
Карта хворого з порушенням опорно-рухового апарату

Прізвище, ім'я, по батькові
Квасоля Олег Андрійович

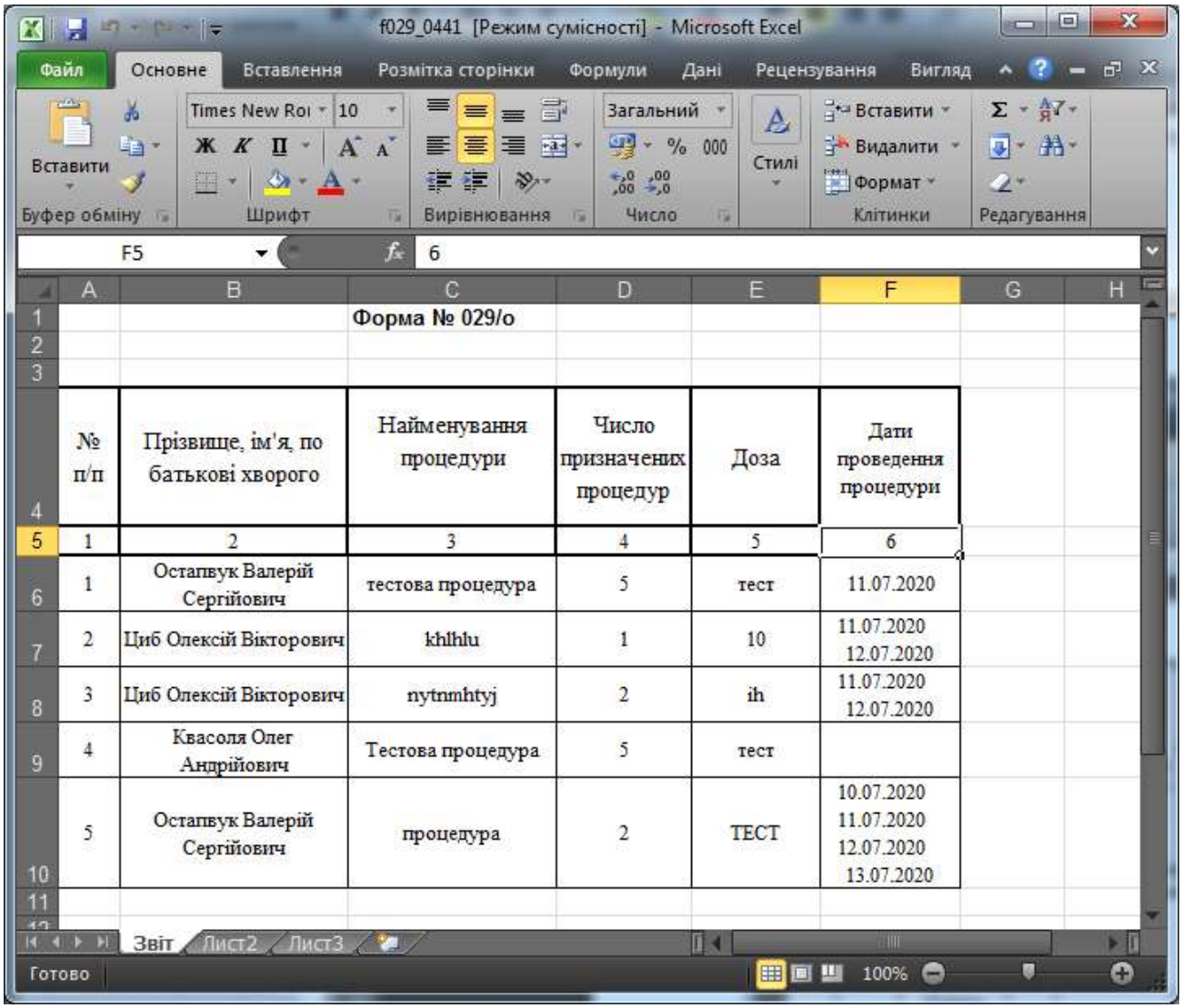
Дані функціонального дослідження

Дата	Рухливість хребта				Силова витривалість м'язів			
	вперед	назад	вправо	вліво	спини	черевного преса	тулуба зліва	тулуба справа
12.07.2020								
13.07.2020								

Дата	Відносна довжина ніг		Обхват живота	Величина поперекового лордозу
	правої	лівої		
12.07.2020				
13.07.2020				



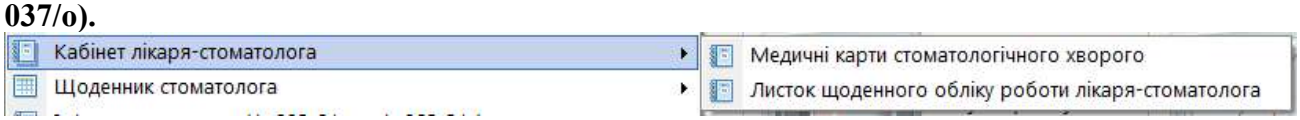
- сформує **ф.029/о «Журнал обліку процедур»** в таблицю Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.



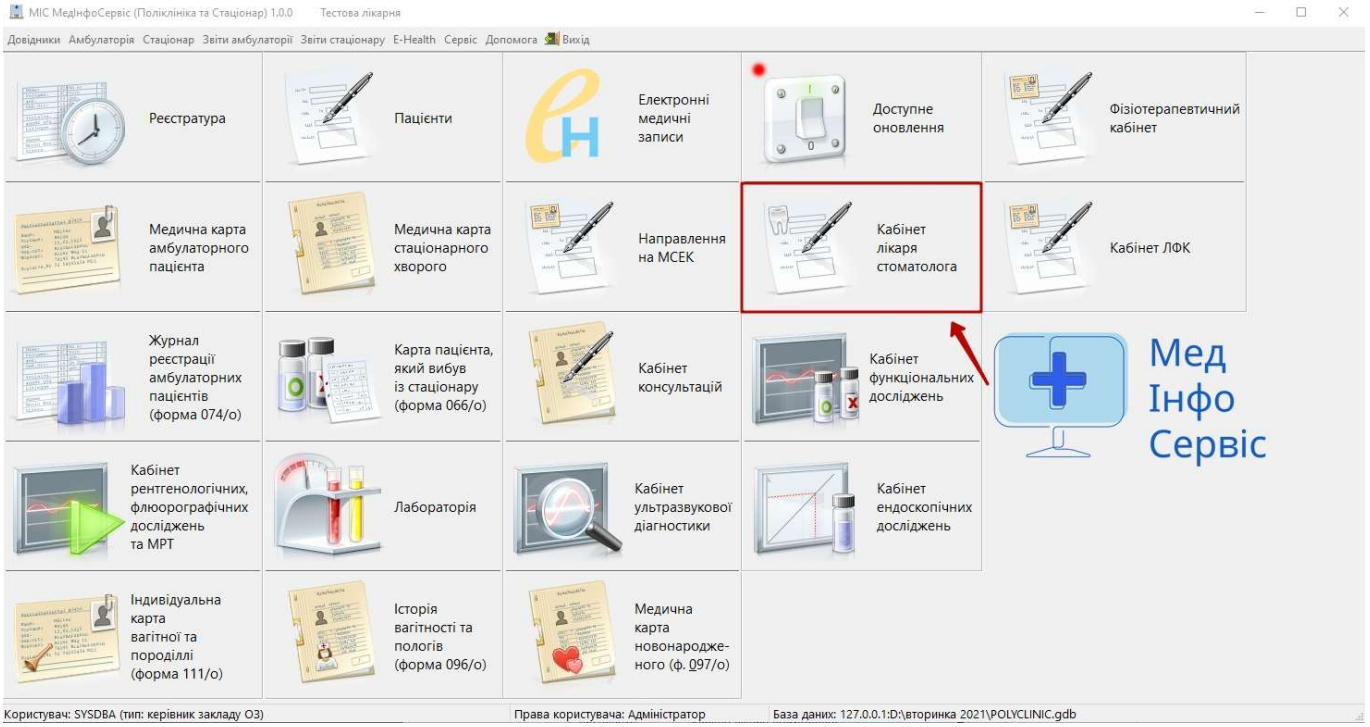
«Кількість» - розраховує кількість записів, в залежності від налаштування фільтраційної панелі.

10.23 Кабінет лікаря-стоматолога

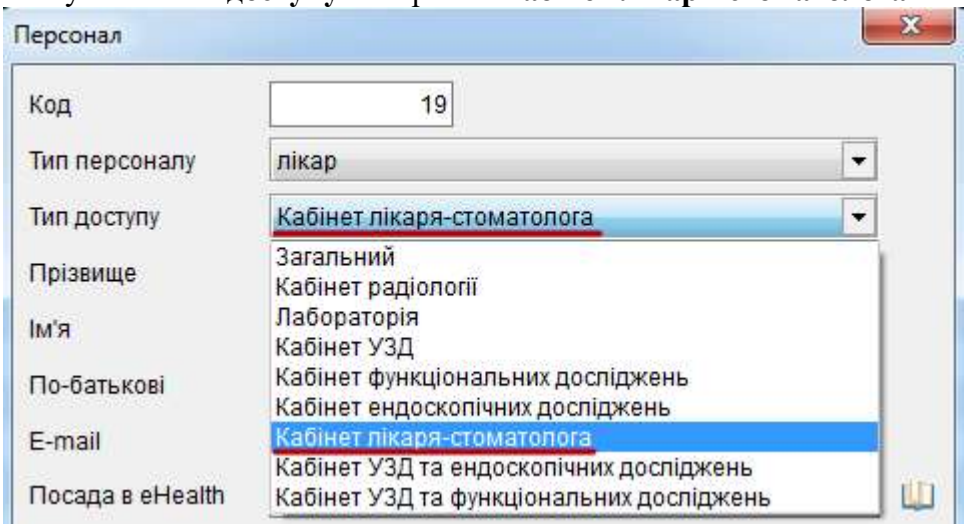
Даний пункт містить в собі реєстр **«Медичні карти стоматологічного хворого» (форма 043/о)** та реєстр **«Листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога» (форма 037/о).**



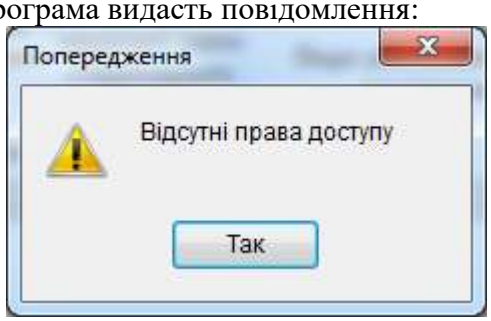
Модуль «Кабінет лікаря-стоматолога» для зручності, його розміщено на головному вікні програми, яке з’являється після запуску програми.



Зверніть увагу! В кабінеті мають право працювати тільки ті працівники, у яких в **«Персонал»** в пункті **«Тип доступу»** вибрано **«Кабінет лікаря-стоматолога»**.



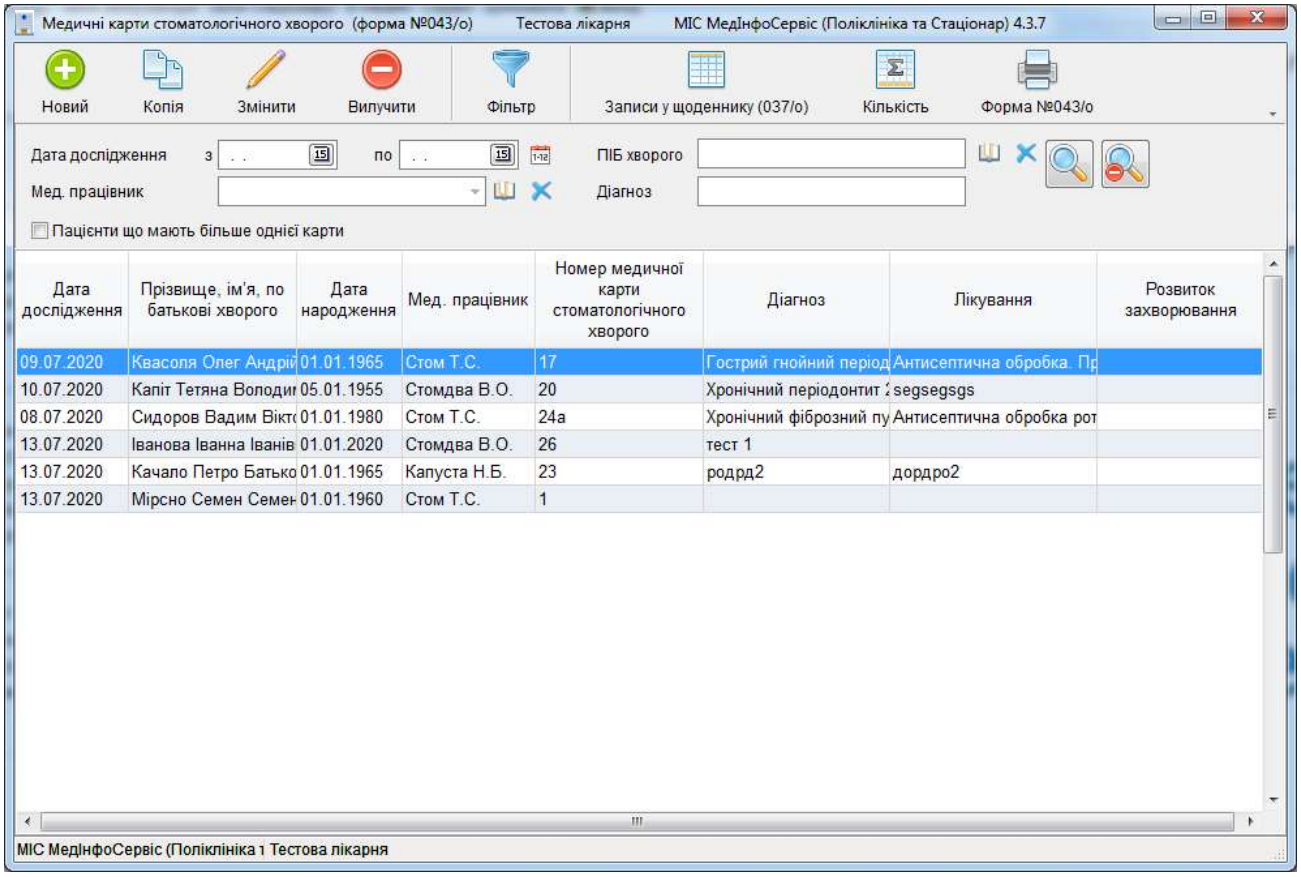
В противному разі, програма видасть повідомлення:



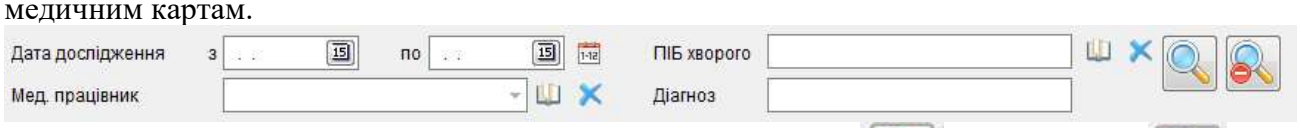
Функціонал кабінету складається із роботи реєстратури і, безпосередньо, роботи лікаря.

Реєстратура

Робота «Кабінету лікаря-стоматолога» починається із працівника реєстратури (тип персоналу). Зайшовши в програму під працівником з відповідними правами доступу, користувачеві відкриється реєстр **«Медичні карти стоматологічного хворого» (форма 043/о)**.

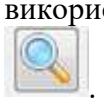


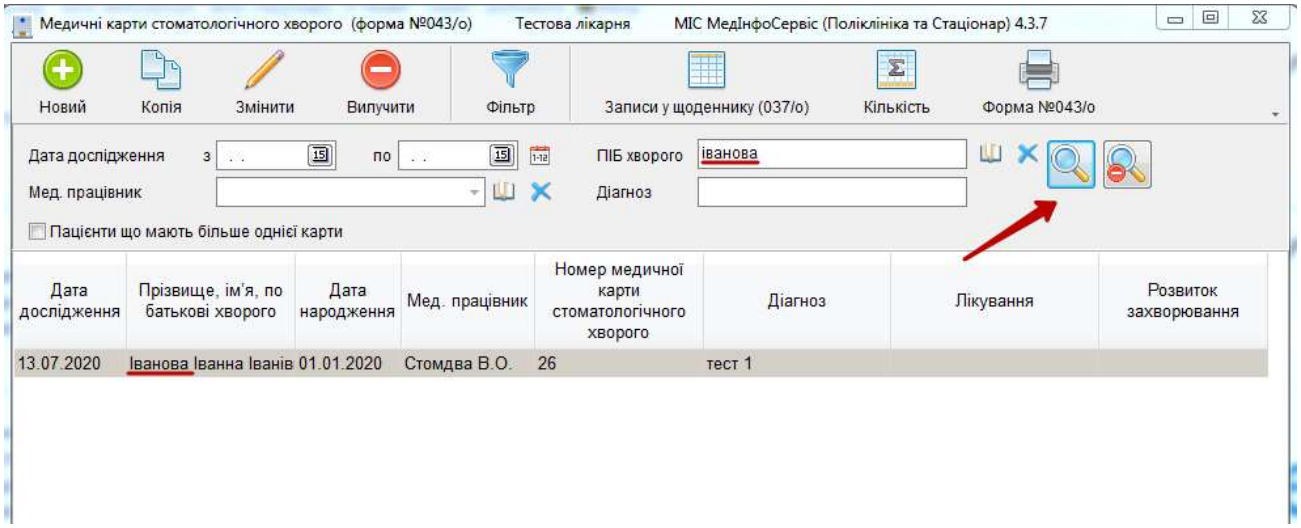
«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по медичним картам.



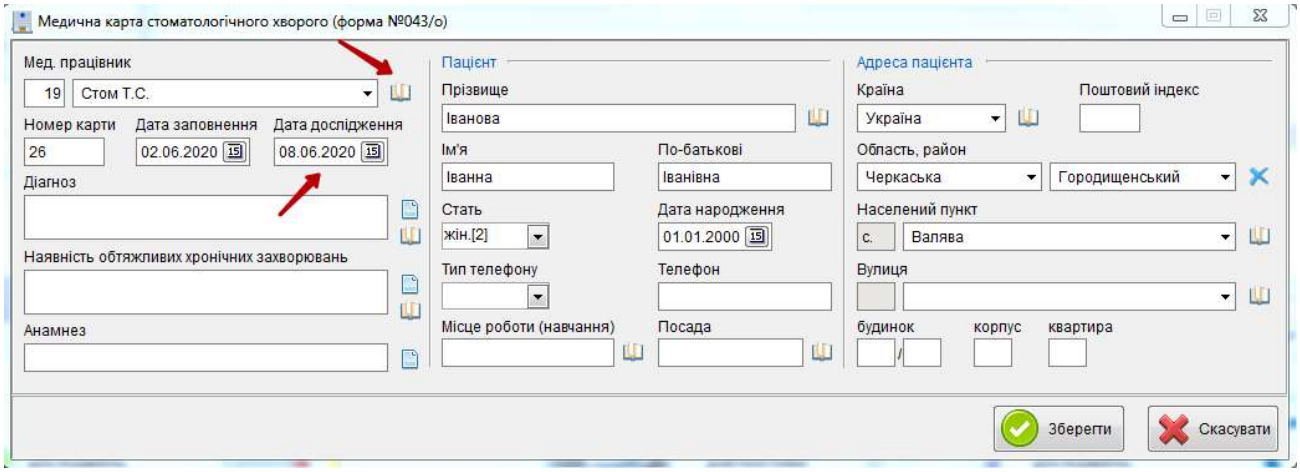
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

Під час звернення пацієнта до лікувального закладу, працівнику реєстратури необхідно знайти медичну карту 043/о серед існуючих в реєстрі бази даних, або створити нову, якщо пацієнт звернувся вперше.

Для пошуку в базі необхідної медичної карти стоматологічного хворого слід використовувати фільтр, де в полі «ПІБ хворого» вказати потрібне прізвище і натиснути  .

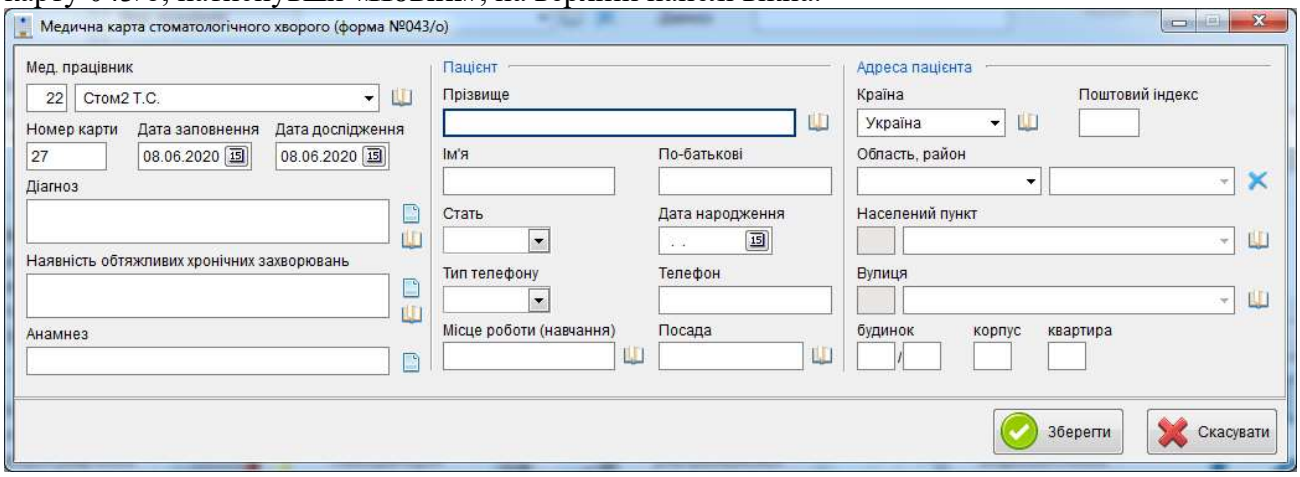


Обравши з переліку потрібну медичну картку, відкрити її подвійним натисканням миші або натиснути кнопку **«Змінити»**.

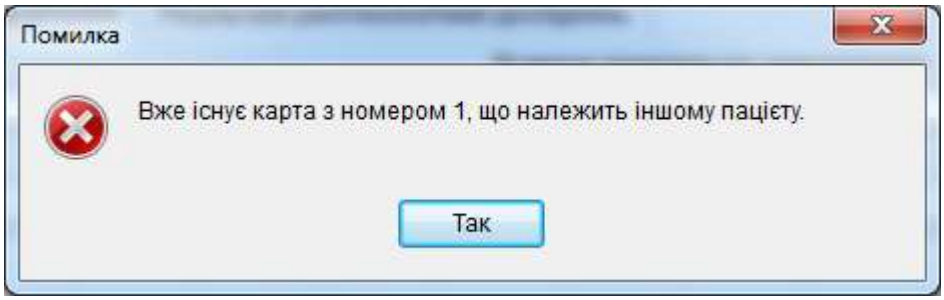


У вікні, що з'явилось необхідно вказати лікаря, до якого направляється із реєстратури пацієнт (в даному прикладі це лікар Стом Т.С.), поточну дату дослідження та натиснути кнопку **«Зберегти»**.

В тому випадку, коли пацієнт вперше звертається в заклад йому слід створити медичну карту 043/о, натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі вікна.



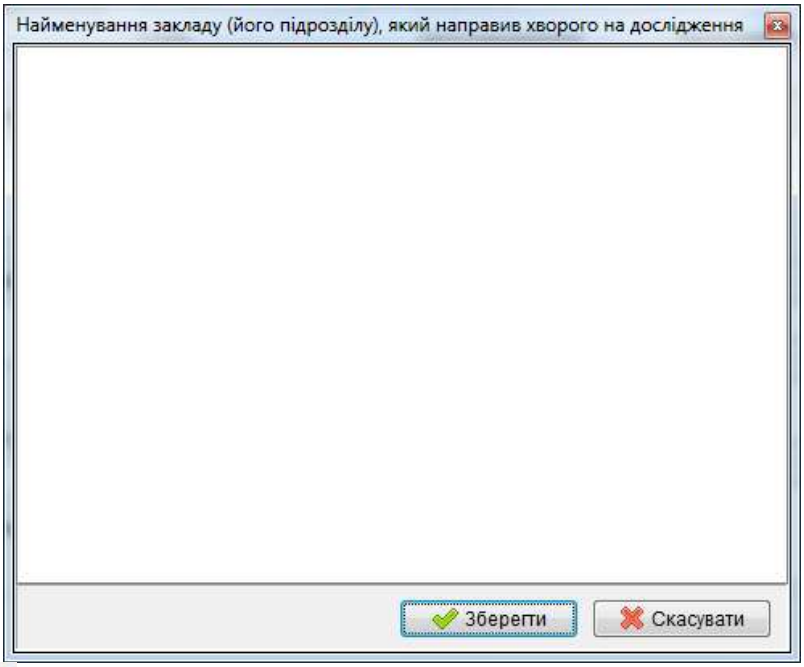
Номер карти програма згенерує автоматично. При потребі, його можна змінити на такий, якого немає в реєстрі. У противному випадку програма видасть наступне повідомлення



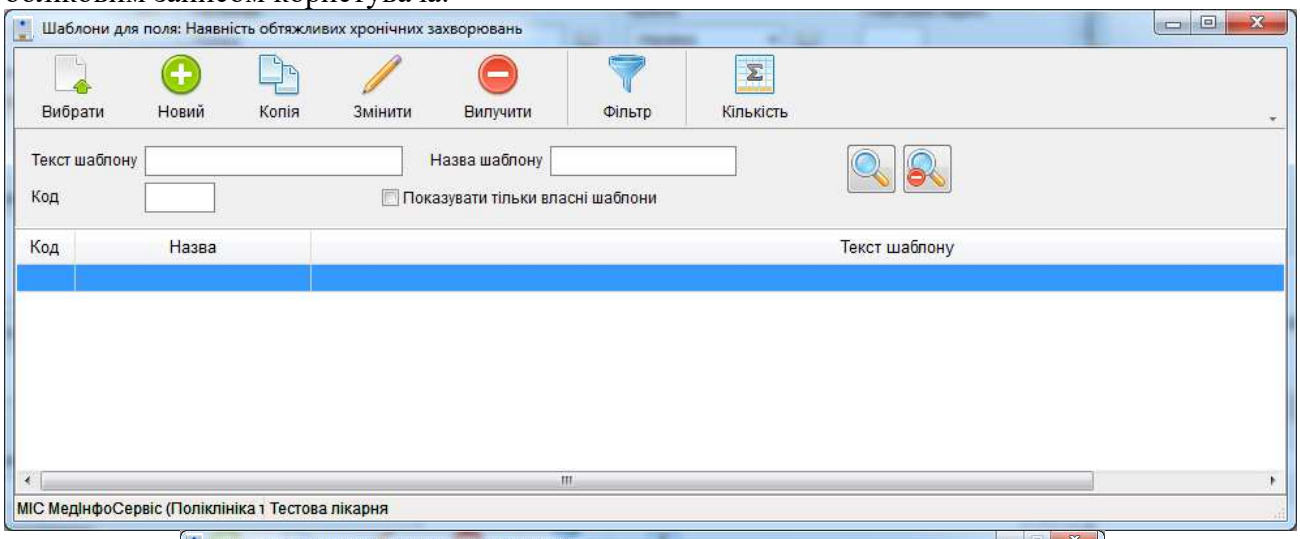
Для внесення даних про пацієнта, його можна вибрати з реєстру пацієнтів (за допомогою кнопки або ввівши перші три літери прізвища і обрати з переліку

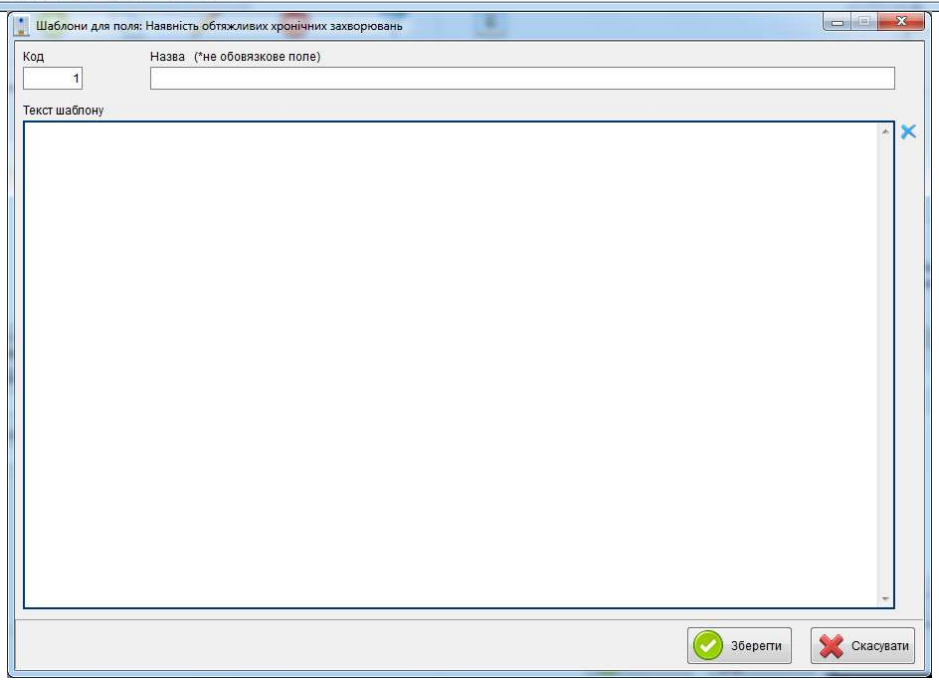
) або внести дані нового в даному вікні. Мінімальна кількість полів для заповнення пацієнта це: ПІБ, стать та дата народження.

Кнопка , яка розташована біля деяких полів дає можливість ввести більше необхідної інформації:



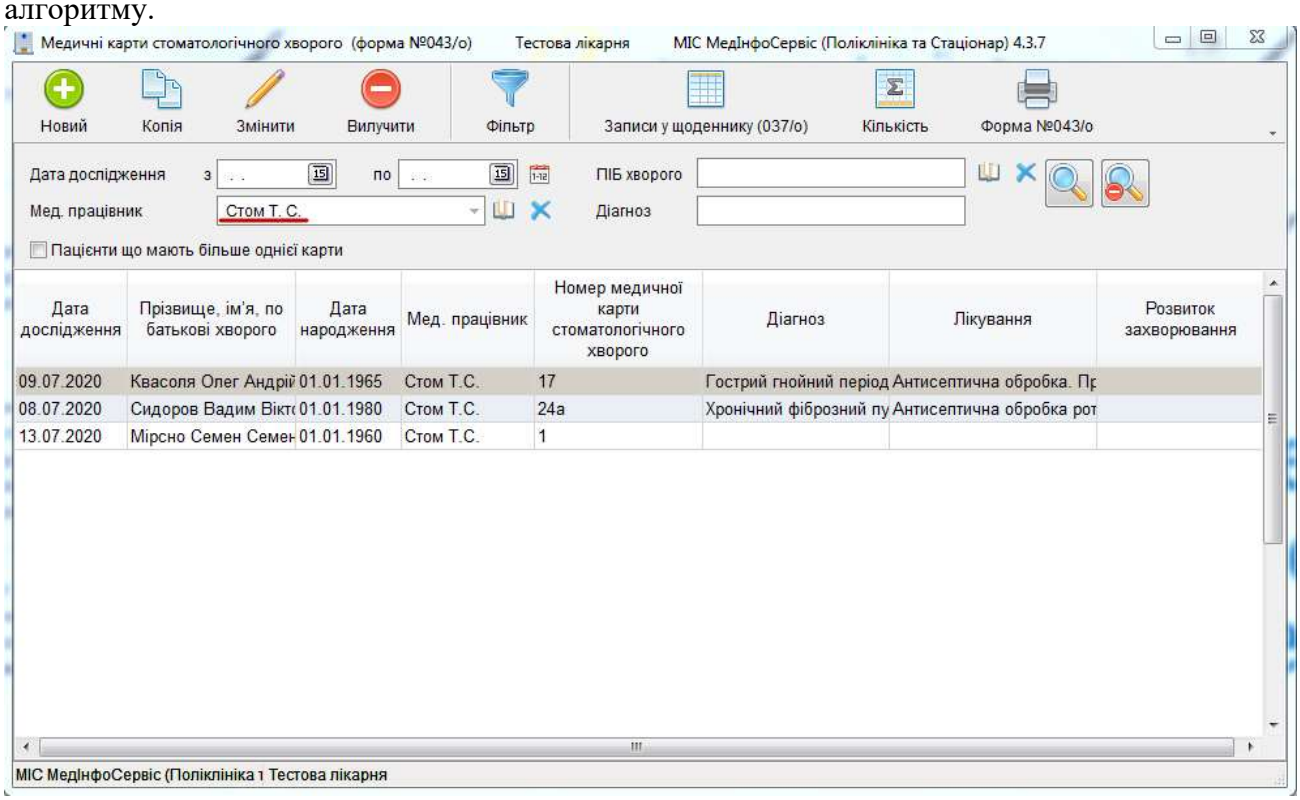
Кнопка біля одних полів (таких як, «Країна», «населений пункт», «Вулиця» тощо), дає можливість вибрати з готового довідника бази, а біля інших («Діагноз») дає можливість створити власні шаблони, якими найчастіше користуються в роботі. **«Показувати власні шаблони»** означає, що лікар буде бачити тільки ті шаблони, які він створив під своєю обліковим записом користувача.





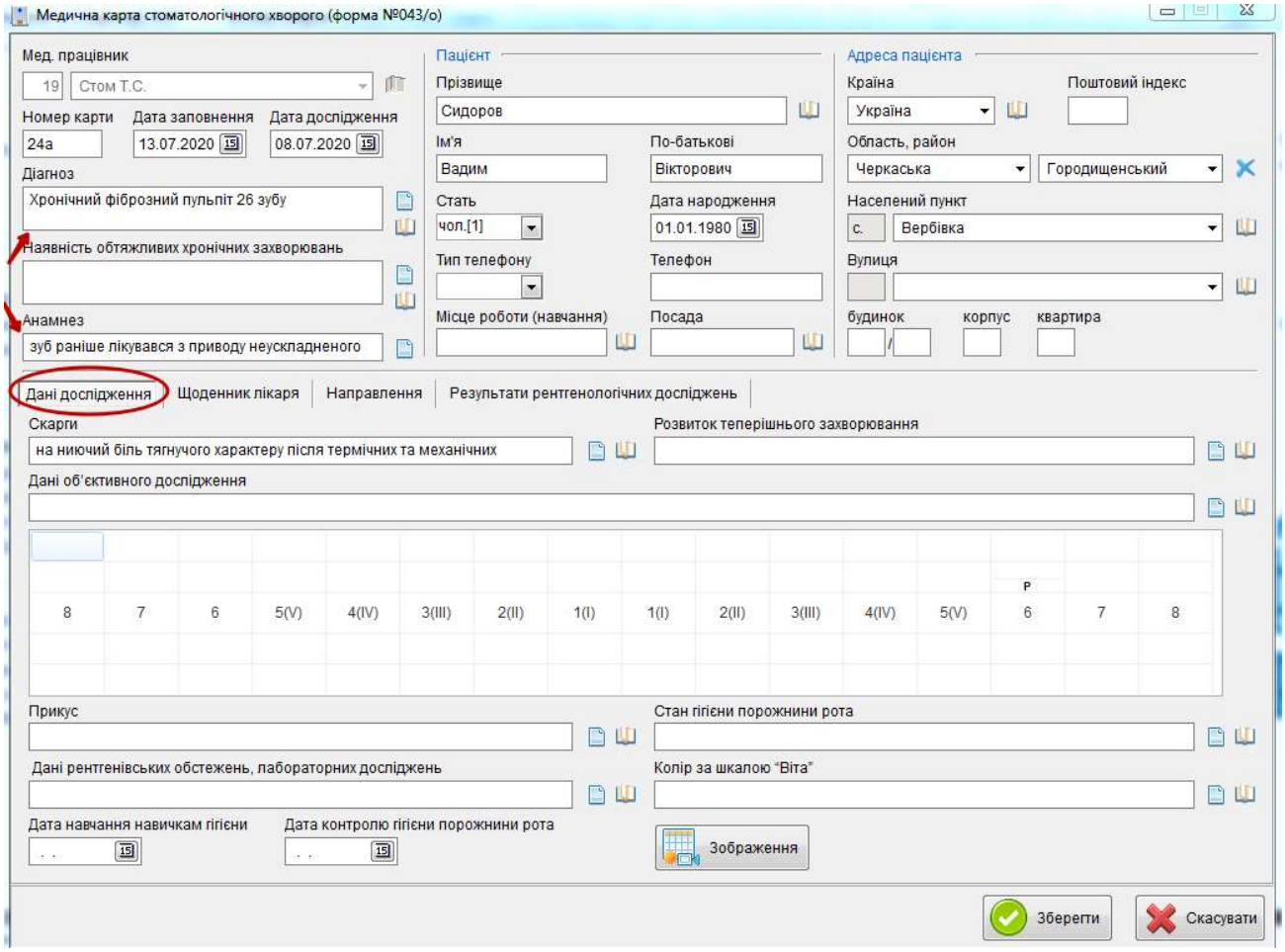
Лікар

Зайшовши в програму під лікарем з відповідними правами доступу, користувачеві відкриється реєстр «Медичні карти стоматологічного хворого» (форма 043/о) зі списком карток тих пацієнтів, яких було записано працівником реєстратури до даного лікаря. При потребі, лікар або медична сестра мають створити нову карту, згідно вищеописаному алгоритму.

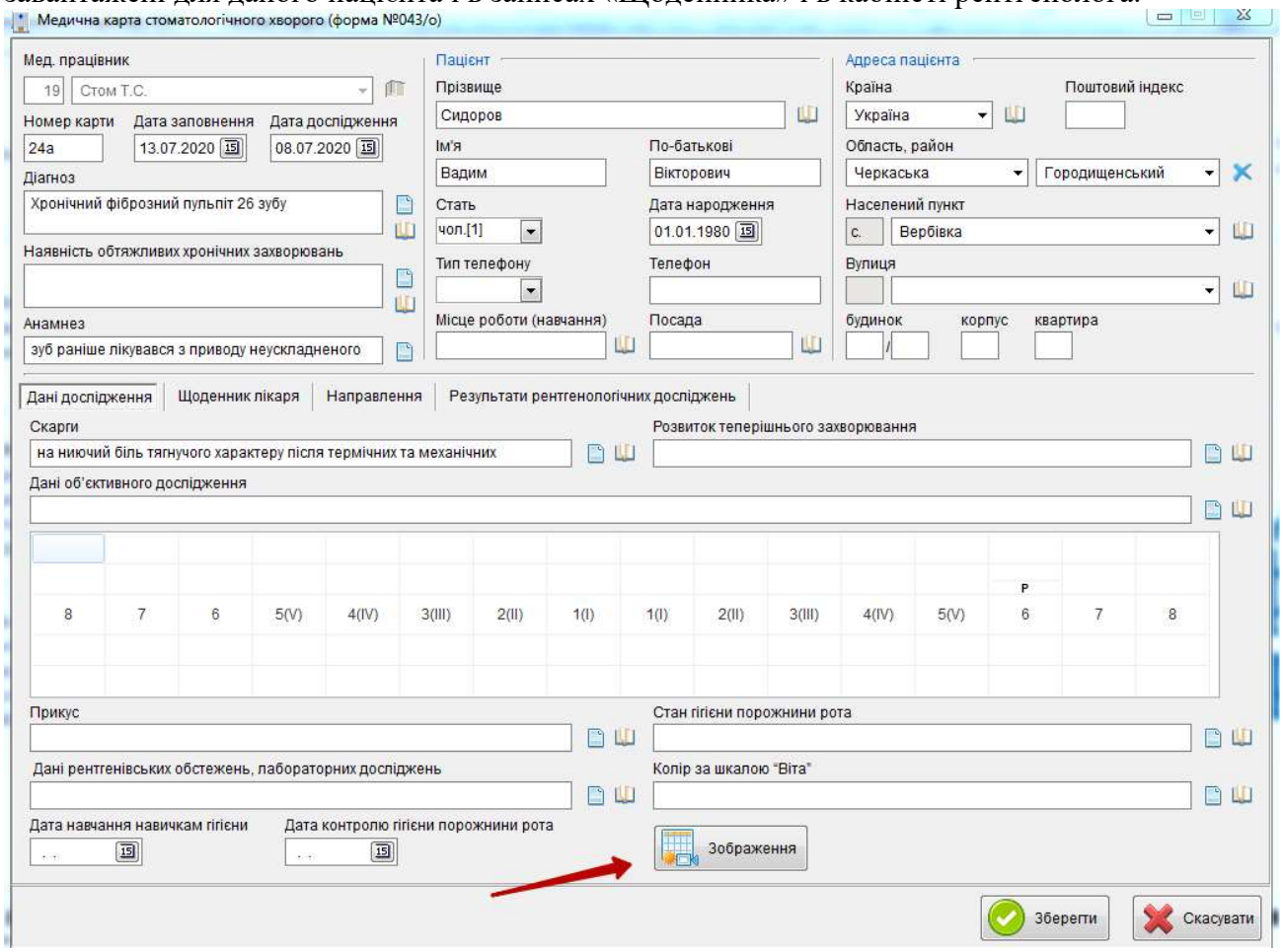


Алгоритм дій для роботи лікаря

1 Обравши зі списку медичну карту стоматологічного хворого, перед лікарем відкриється головне вікно карти 043/о з активною вкладкою **«Дані дослідження».**

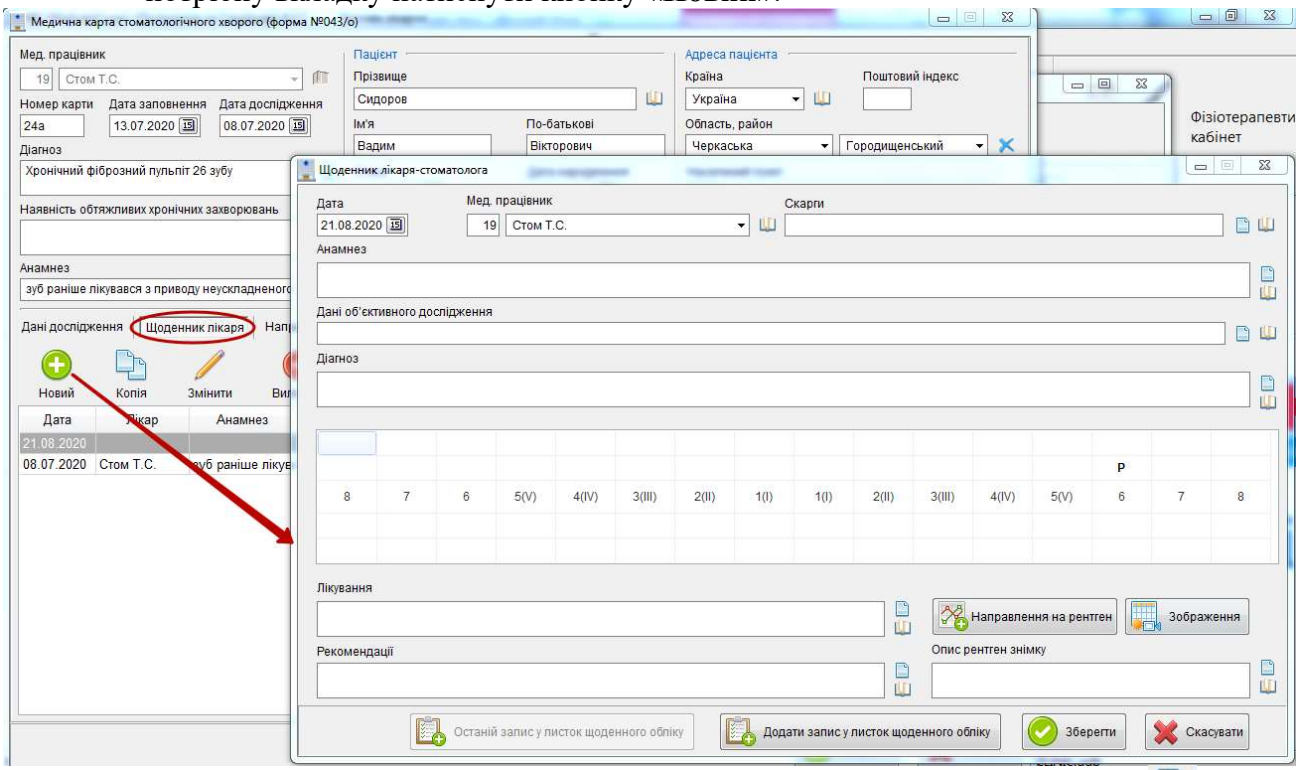


«Зображення» - за допомогою кнопки відкривається реєстр всіх зображень, які були завантажені для даного пацієнта і в записах «Щоденника» і в кабінеті рентгенолога.

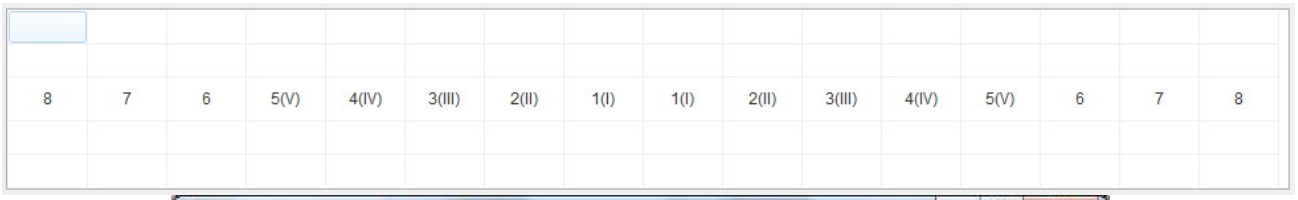


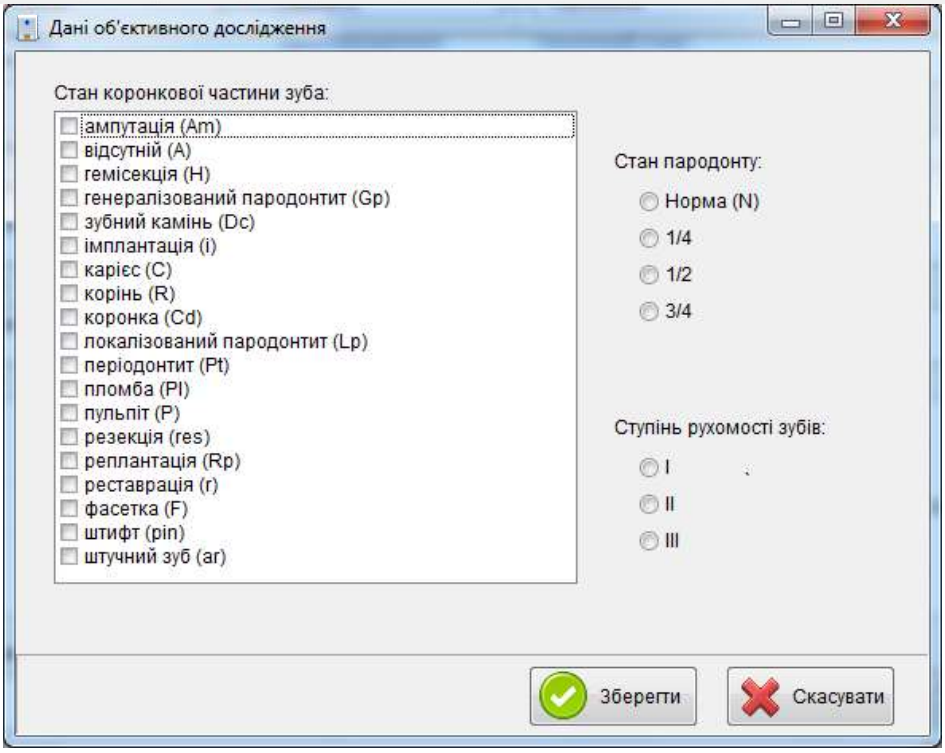
Поля заповнюються згідно останнього запису того лікаря, на прийомі у якого пацієнт був минулого разу.

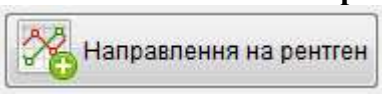
2 Щоб відобразити роботу даного лікаря (в даному прикладі Стом Т.С.), йому необхідно зробити новий запис в **«Щоденник лікаря».** Для цього, перейшовши в потрібну вкладку натиснути кнопку **«Новий»**.



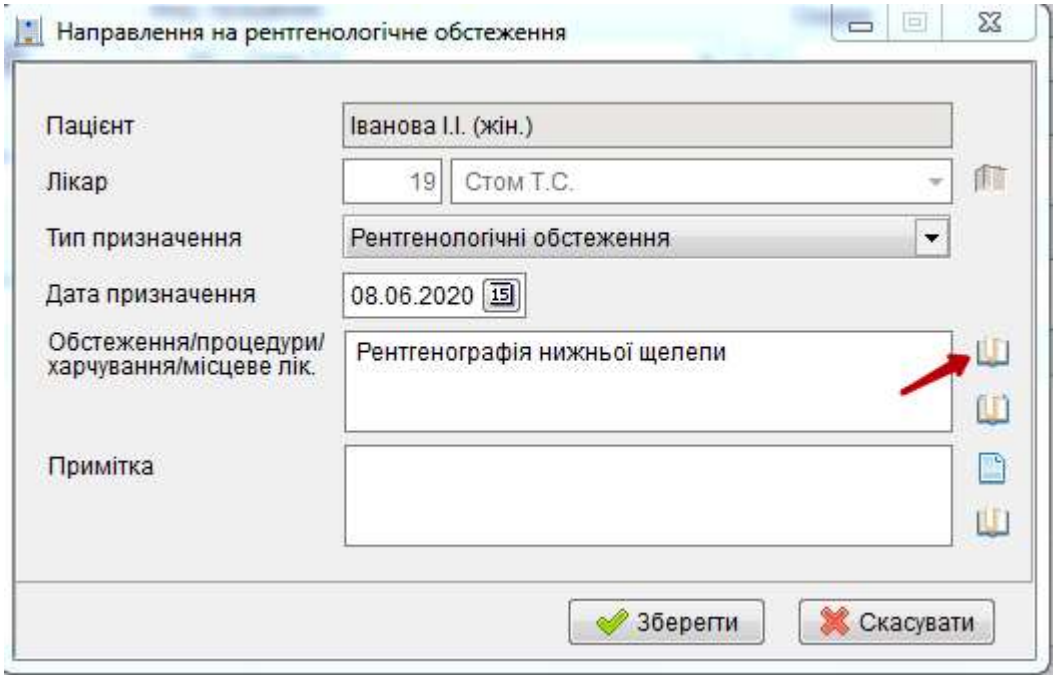
Лікуючому лікарю необхідно заповнити всі поля, користуючись кнопками . При потребі, відредагувати записи попереднього лікаря в полях **«Анамнез»**, **«Діагноз»** та внести **«Дані об'єктивного дослідження»**, обравши подвійним натисканням миші потрібну комірку в полі



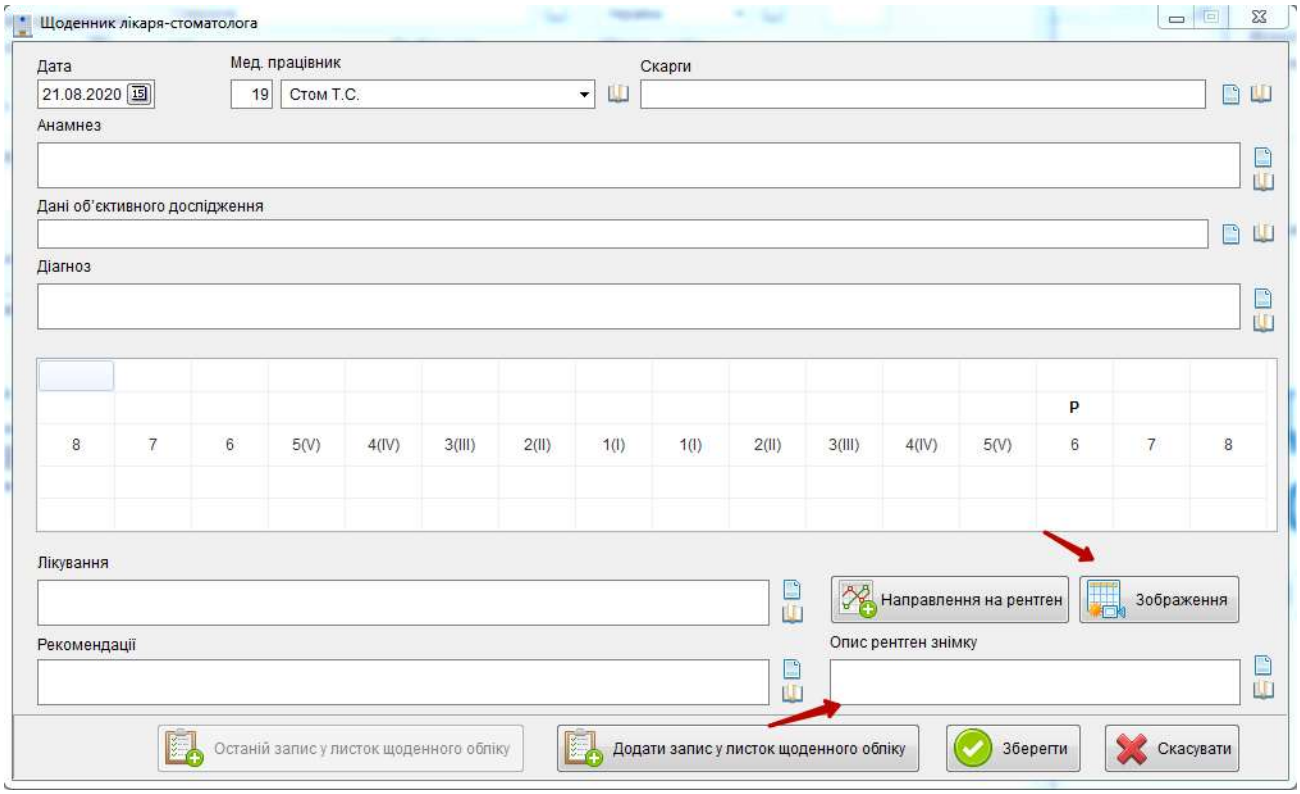


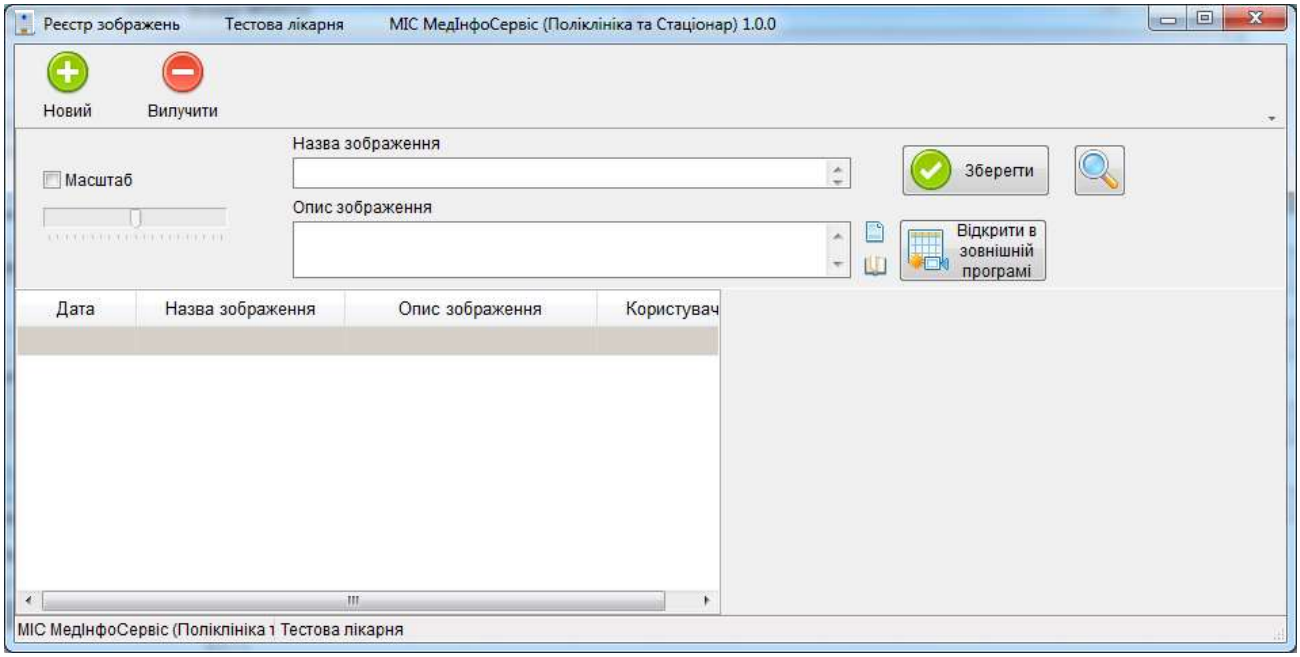
Виписати **«Направлення на рентген»** можливо за допомогою кнопки 

, обравши необхідне дослідження із класифікатора.

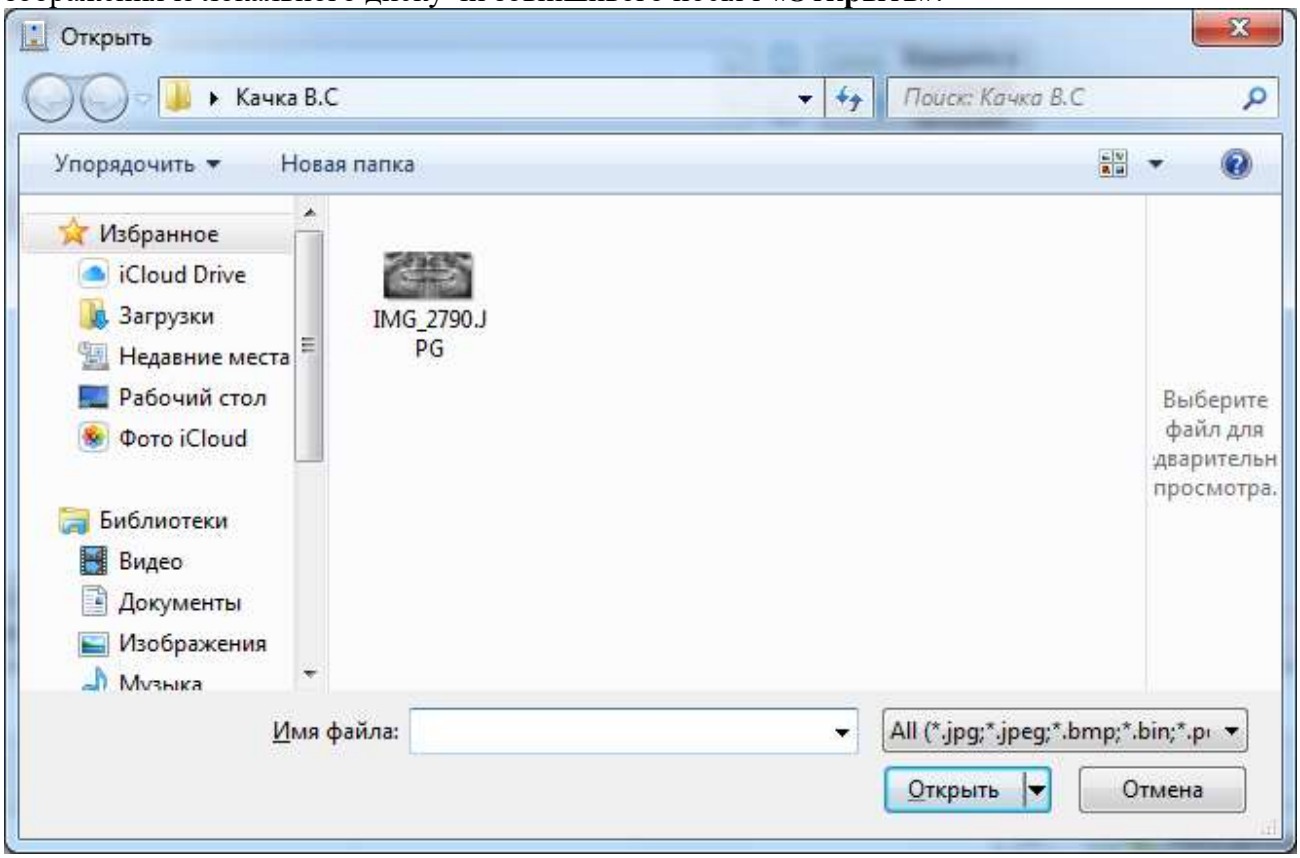


Кнопка **«Зображення»** дозволяє прикріпити зображення рентген знімку, яке виконувалось, наприклад, в іншому закладі, а в полі **«Опис рентген знімку» -** внести опис його.

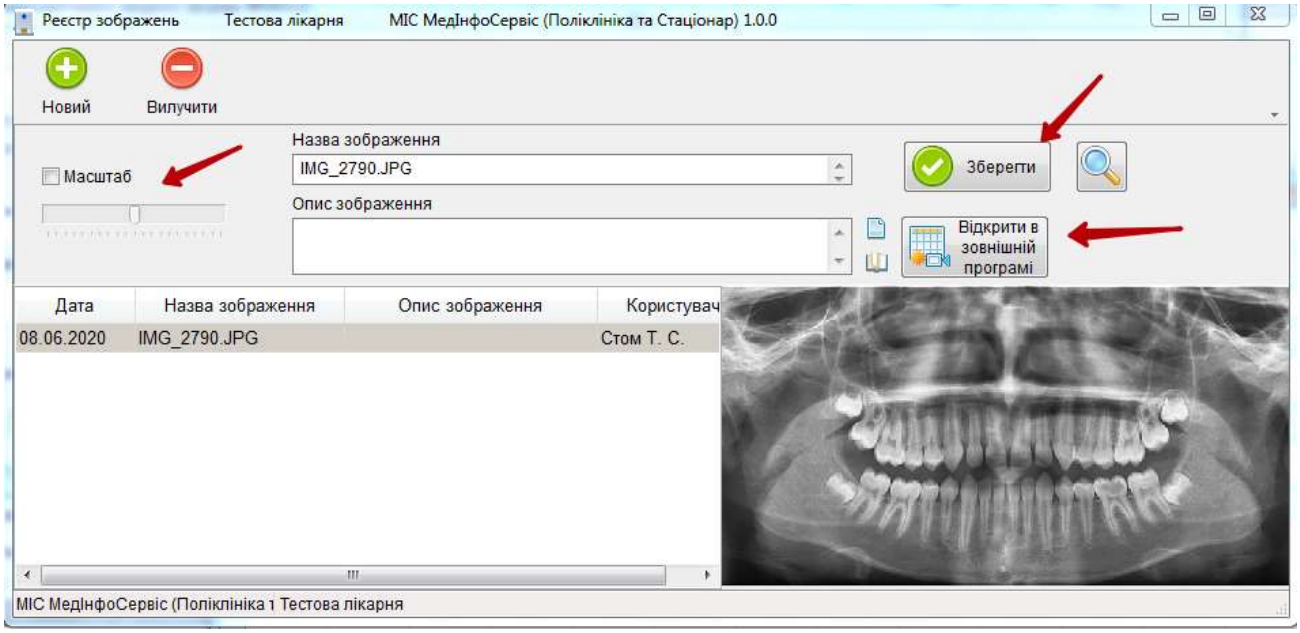




Для завантаження нового зображення необхідно натиснути **«Новий»,** обрати зображення із локального диску чи зовнішнього носія і **«Открыть»**.

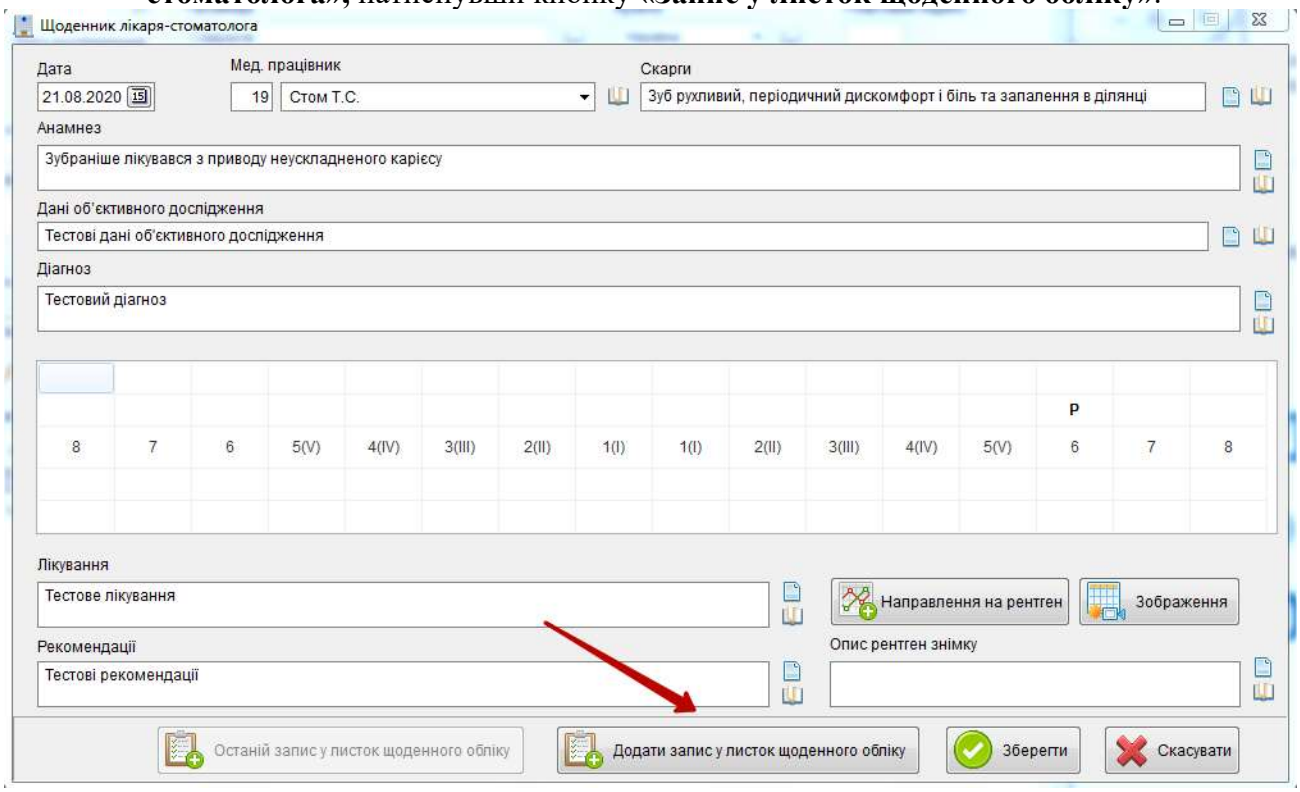


Відкрите зображення з’явиться у вікні

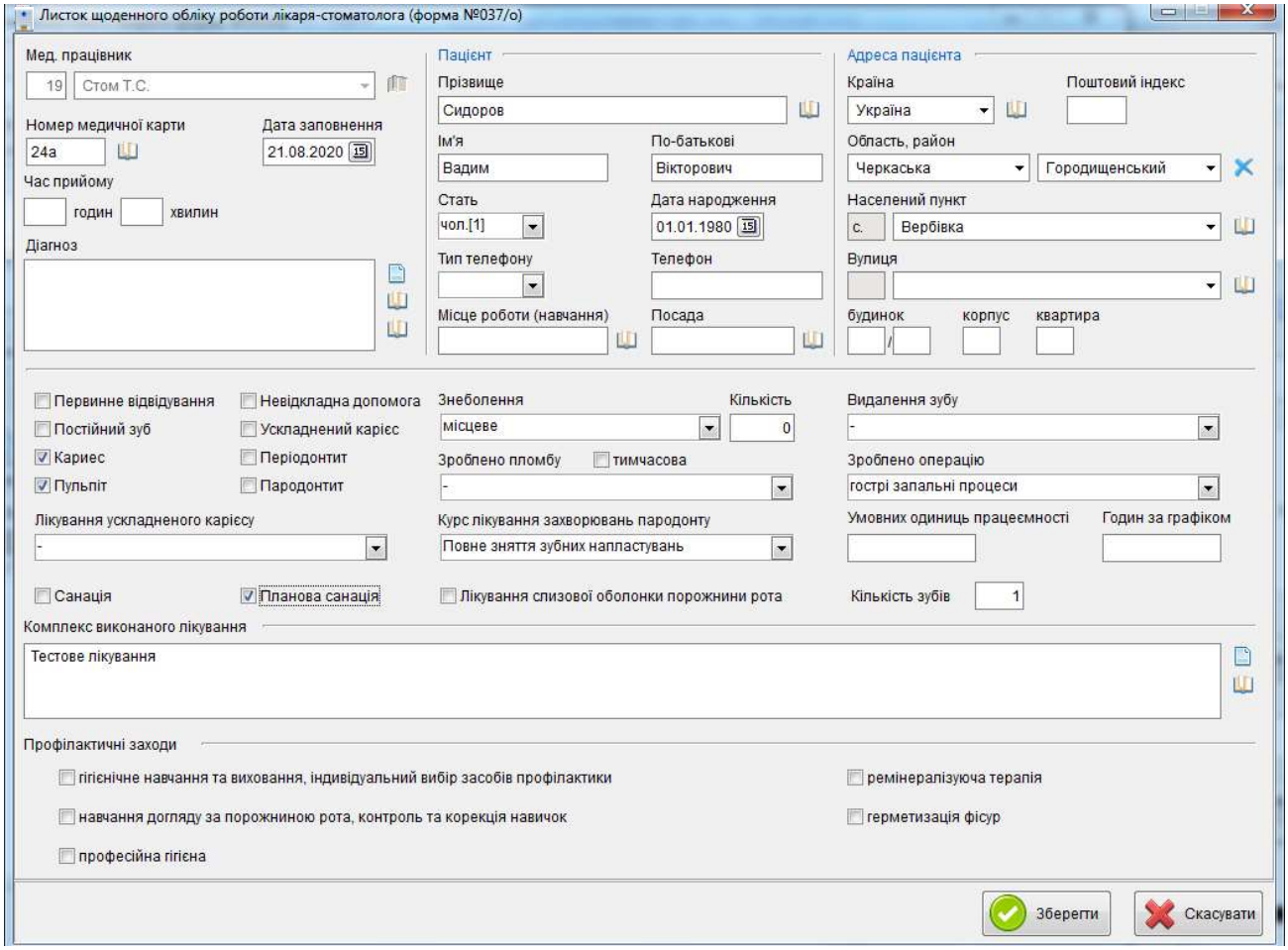


Натиснувши у верхній частині вікна кнопку **«Зберегти»**, можна переходити до завантаження наступних зображень. Також є можливість скористатися масштабом, при потребі, або відкрити зображення в зовнішній програмі.

3 Після того, як лікар зробив всі записи в полях «Щоденника лікаря-стоматолога» потрібно заповнити **форму 037/о «Листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога»,** натиснувши кнопку **«Запис у листок щоденного обліку»**.

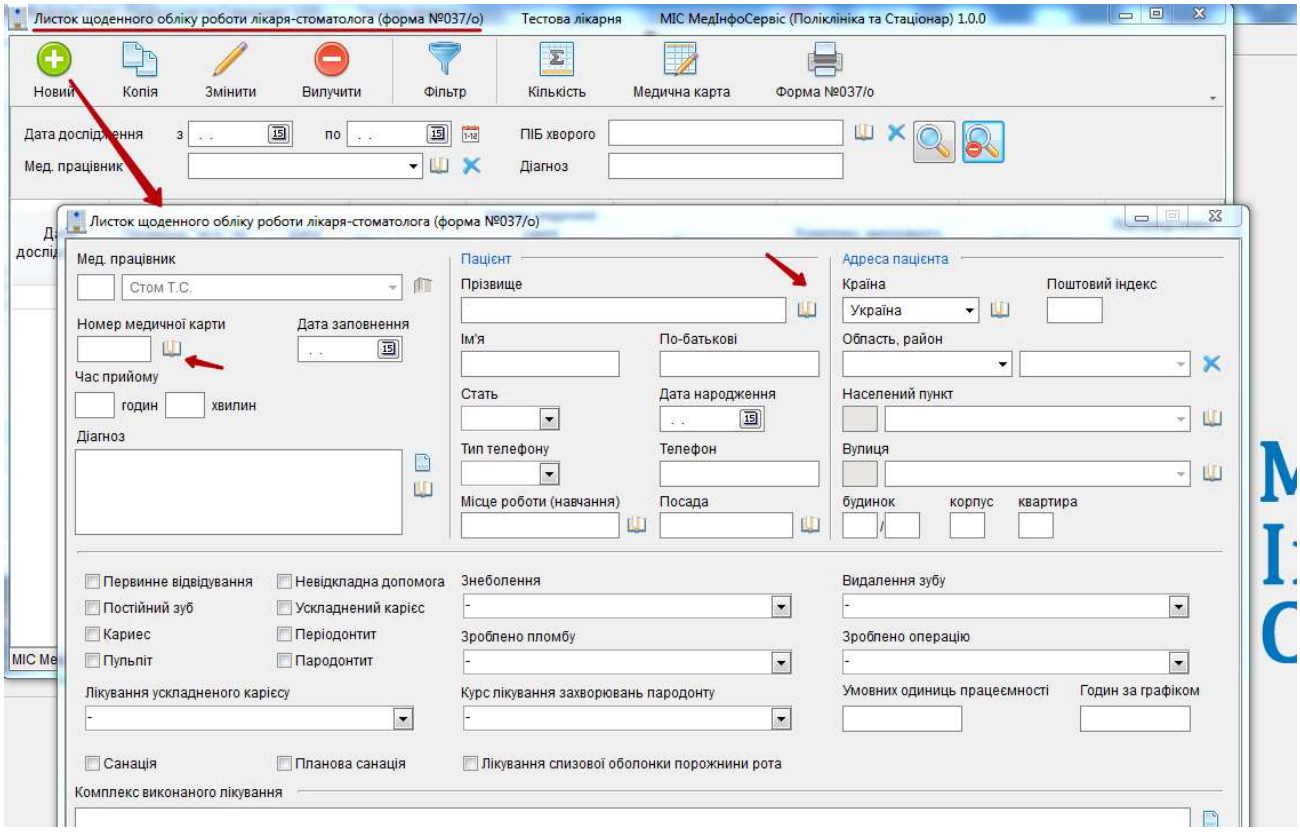


Додавши запис, можна відкрити останній, натиснувши кнопку **«Останній запис у листок щоденного обліку».**

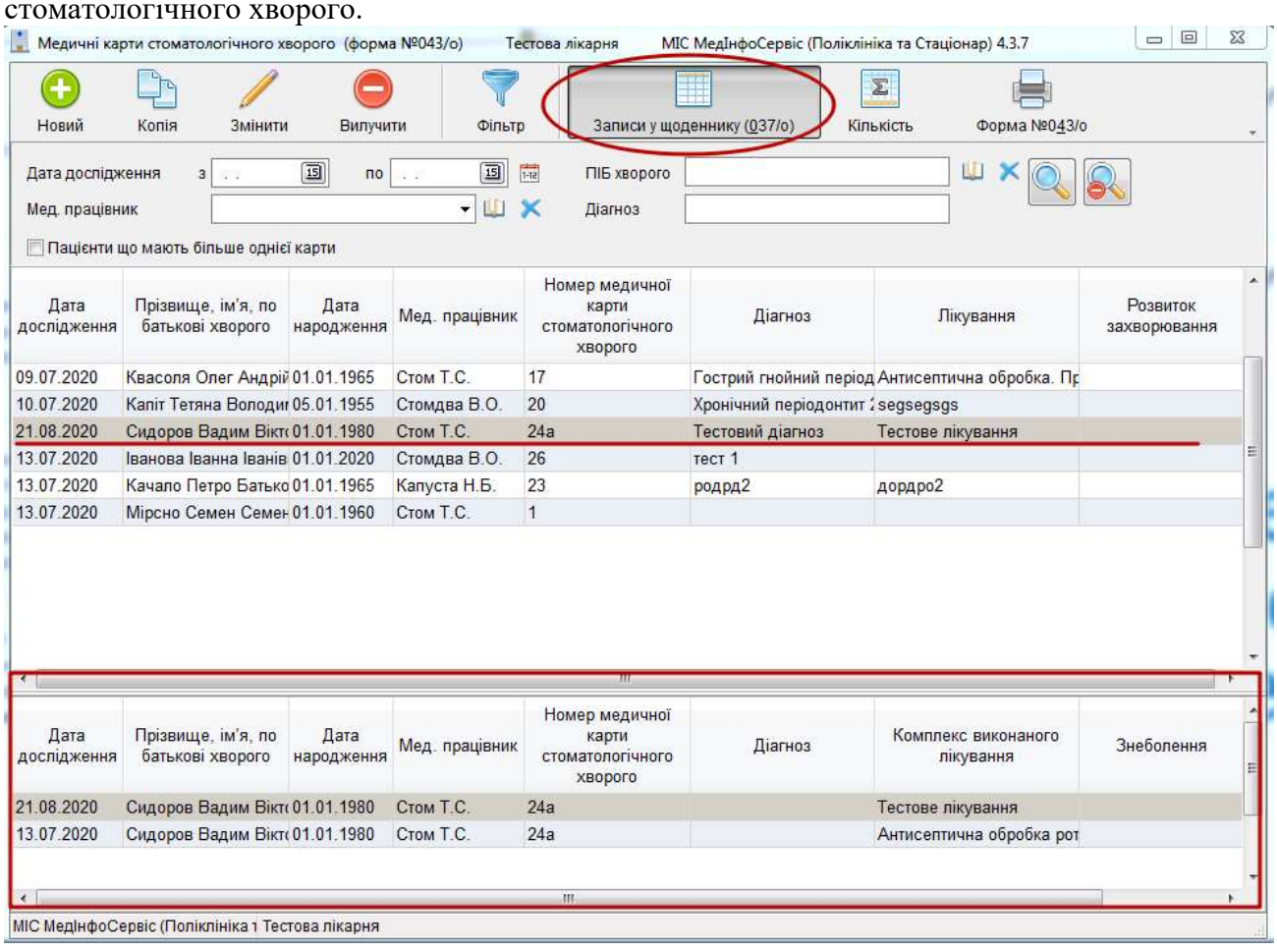


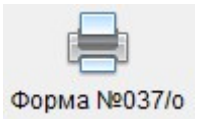
У вікні, що з’явилося потрібно заповнити поля, відповідно, обравши з випадаючого списку або, відмітивши потрібні дані галочками , та натиснути кнопку **«Зберегти»**. На основі внесених даних в формі 037/о можна автоматично заповнити **форму 039-2/о «Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога»** (даний процес описано в **пункті 10.23 Щоденник стоматолога**)

Створити новий запис **(не з медичної карти 043/о)** в реєстрі ф.037/о можна за допомогою кнопки **«Новий»,** обравши з бази пацієнта або медичну карту кнопкою **.**

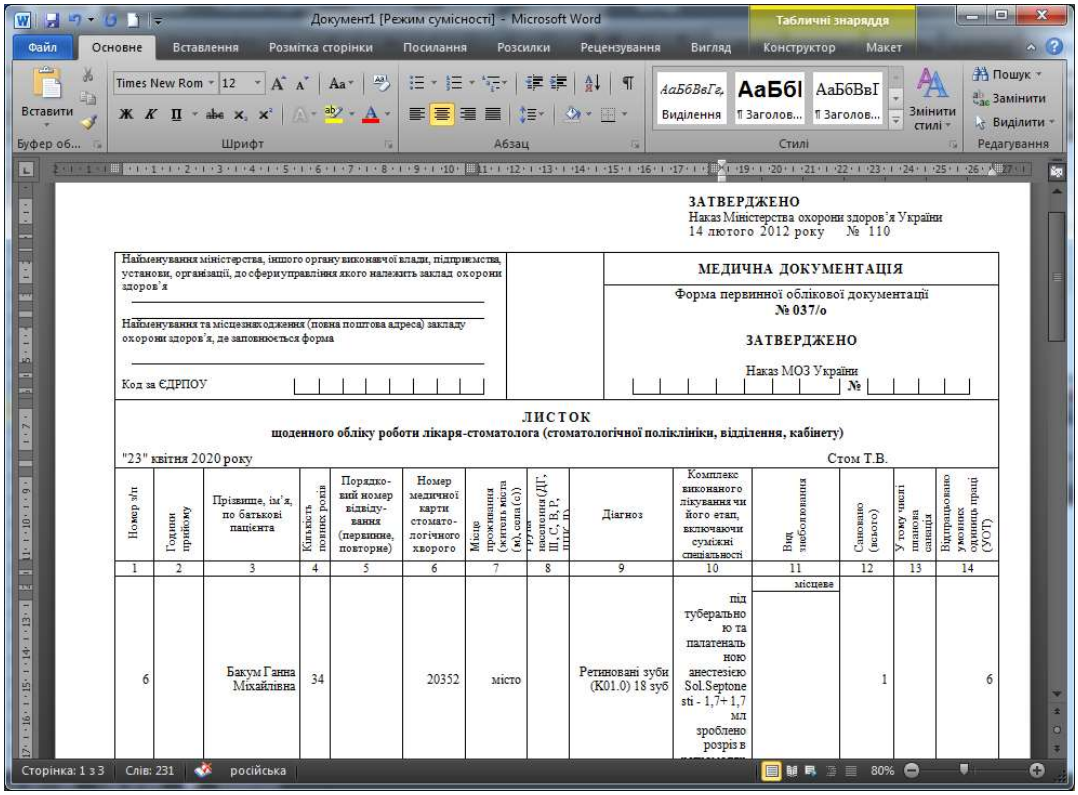


Переглянути створенні записи в ф.037/о «Листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога» для конкретного пацієнта можна в реєстрі ф.043/о, обравши необхідну карту стоматологічного хворого.

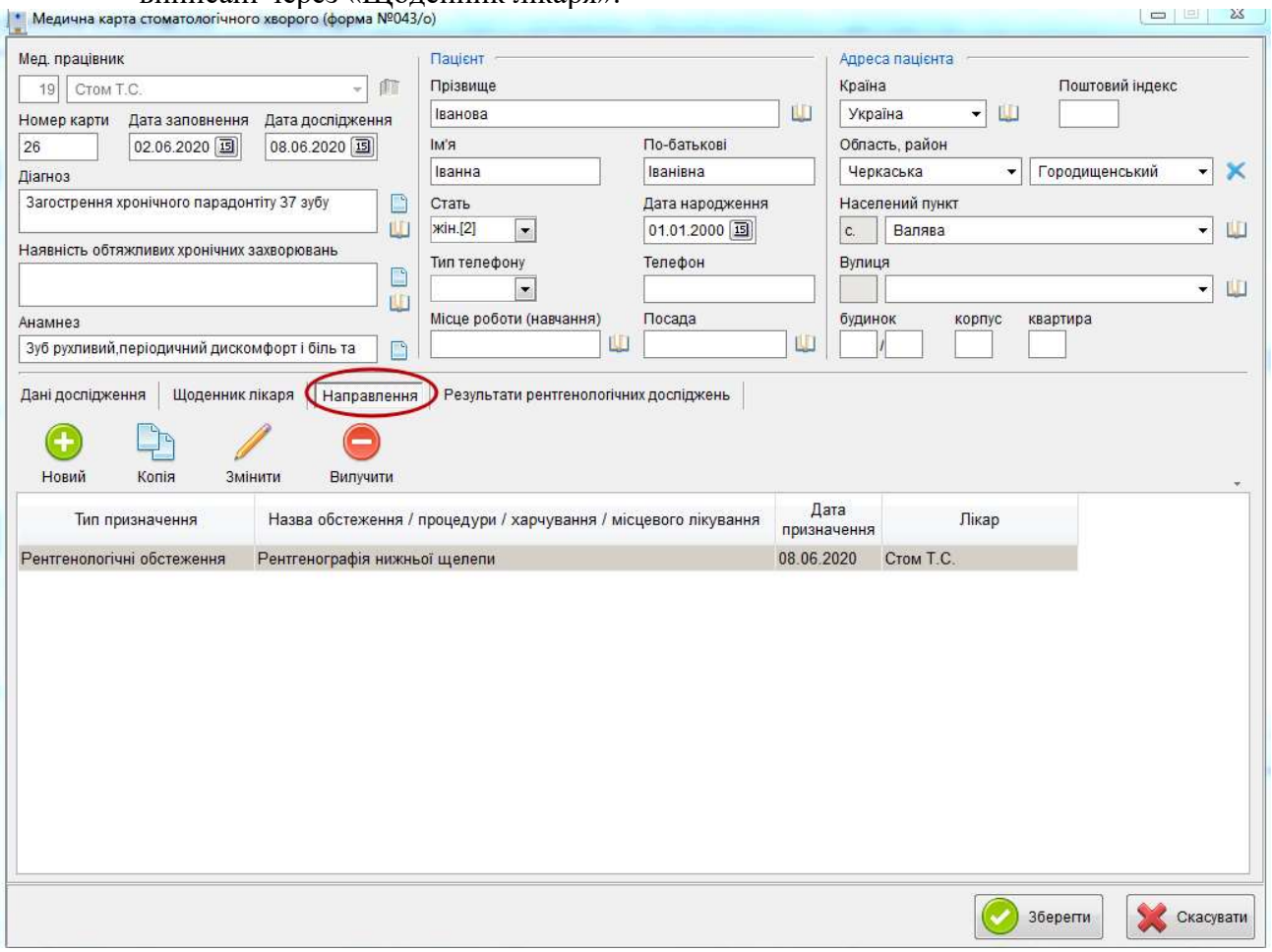




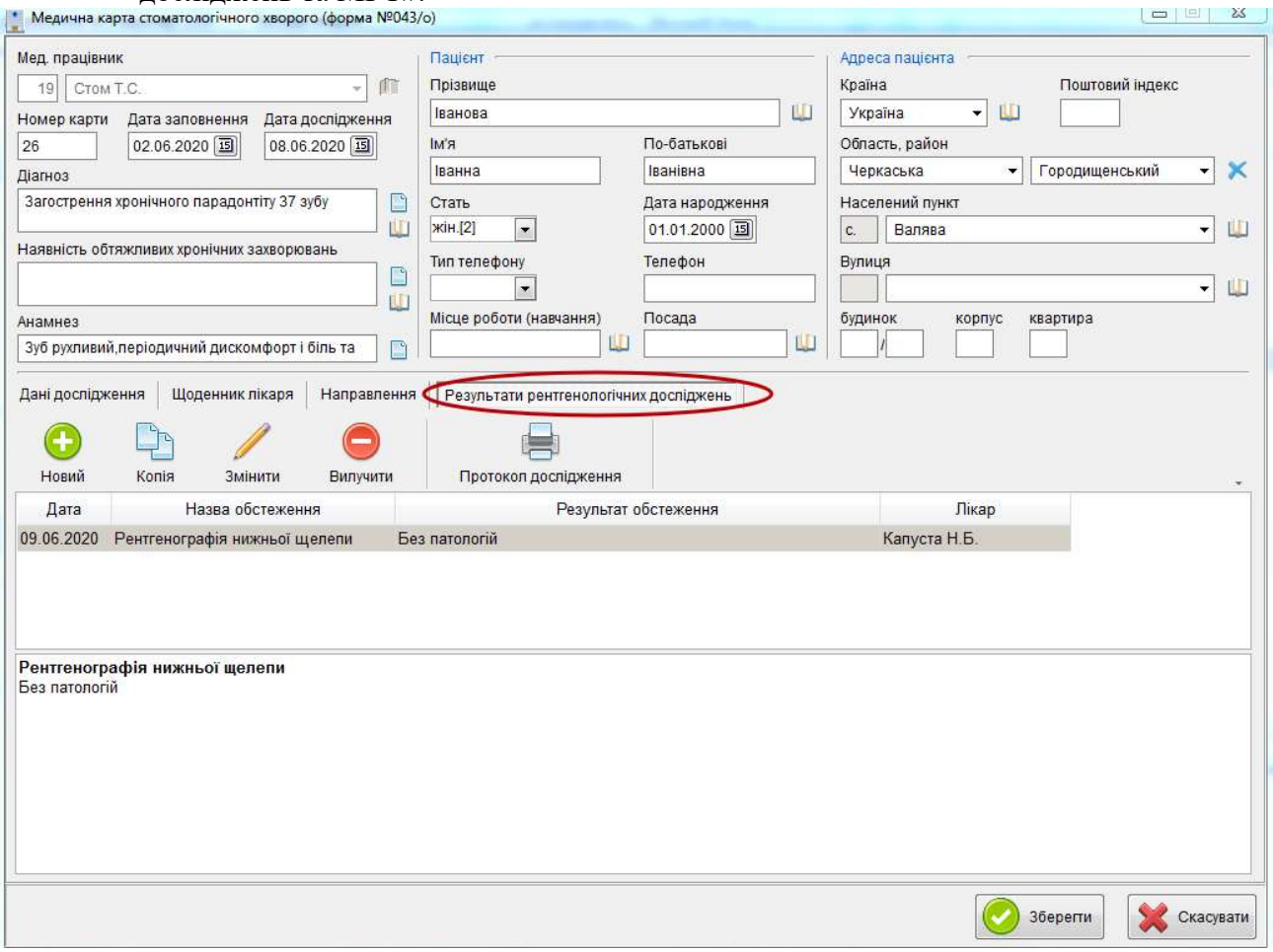
- при натисканні, сформує форму №037/о в документ Word або LibreOffice Writer



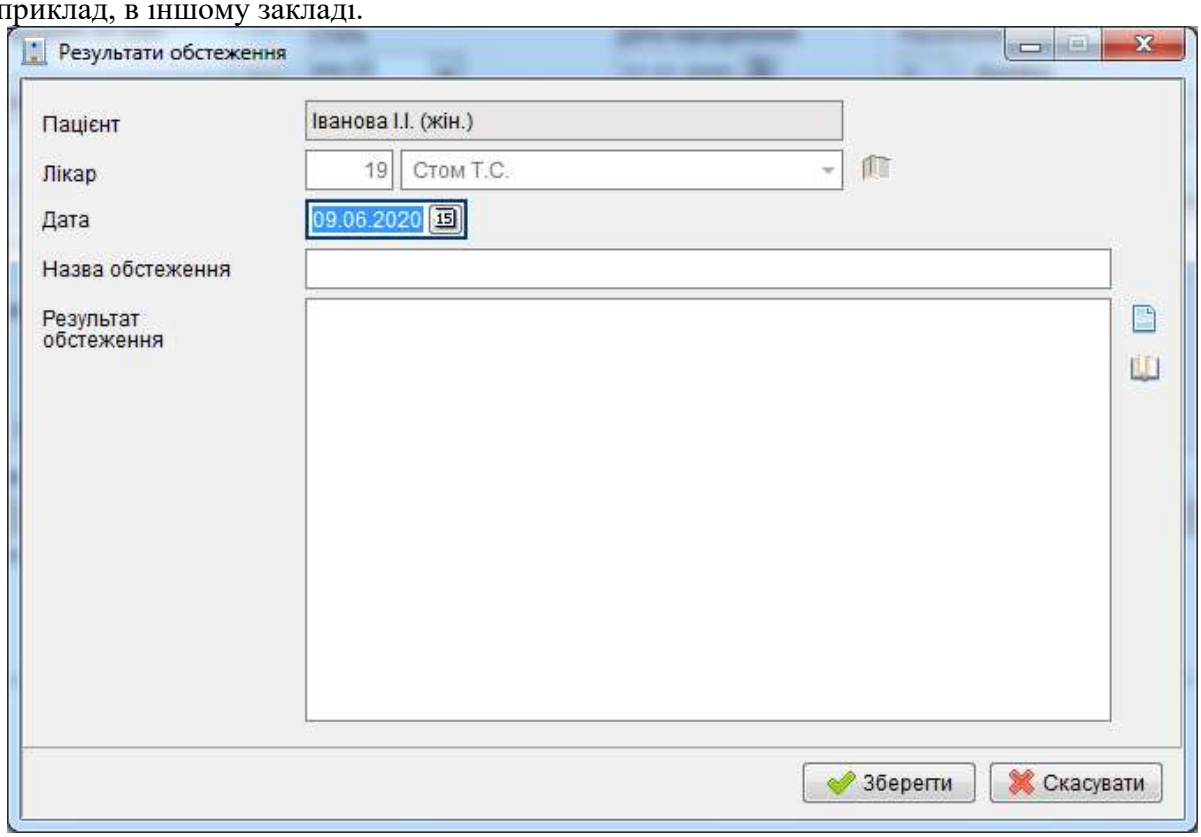
4 Повертаючись до медичної карти 043/о пацієнта, у вкладці **«Направлення»** можна виписати нове направлення на рентген, також відображаються направлення, виписані через «Щоденник лікаря».



5 **«Результати рентгенологічних досліджень»** - вкладка, яка містить виконані дослідження працівниками «Кабінету рентгенологічних, флюорографічних досліджень та МРТ».

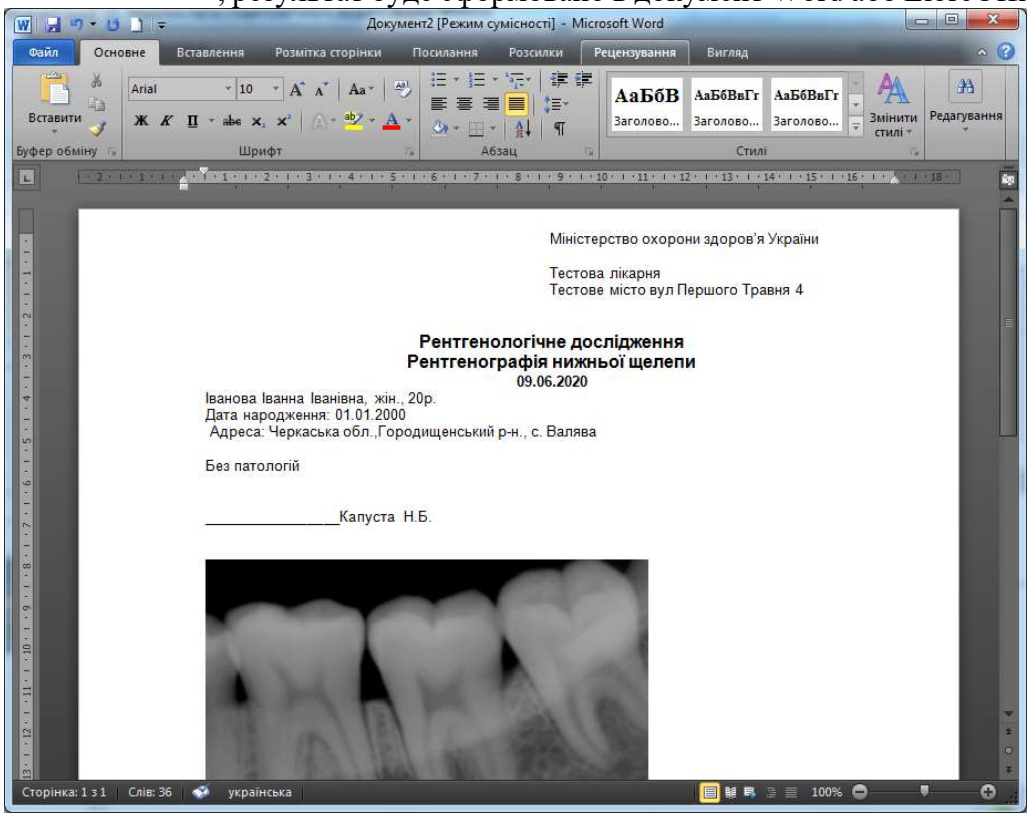


За допомогою кнопки **«Новий»** можна додати результат дослідження, виконаного, наприклад, в іншому закладі.

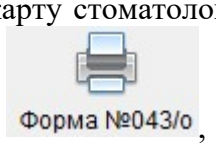


Для друку протоколу дослідження, необхідно натиснути кнопку

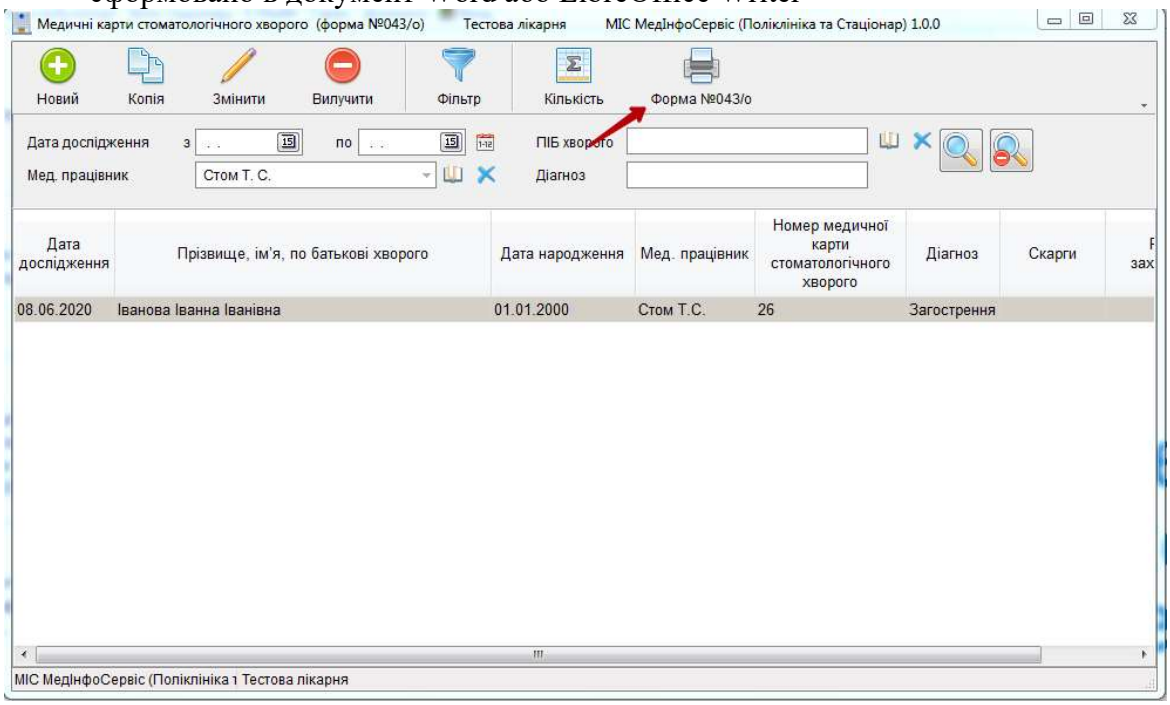
, результат буде сформовано в документ Word або LibreOffice Writer.

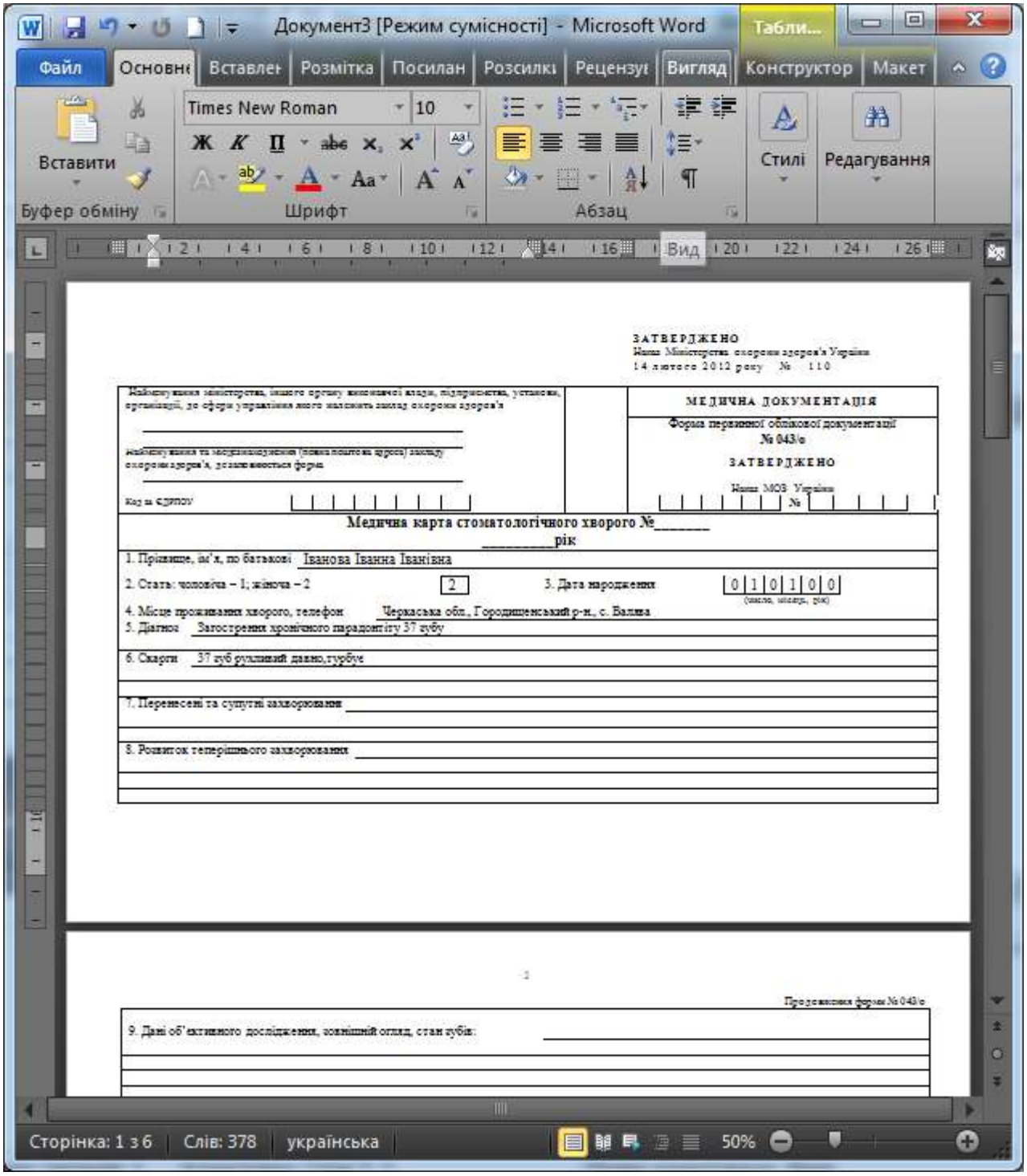


6 В програмі є можливість роздрукувати медичну карту стоматологічного хворого

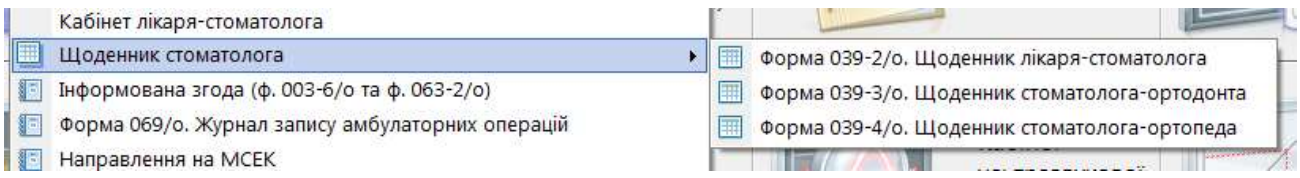


043/о, для цього в реєстрі карт слід натиснути , результат буде сформовано в документ Word або LibreOffice Writer



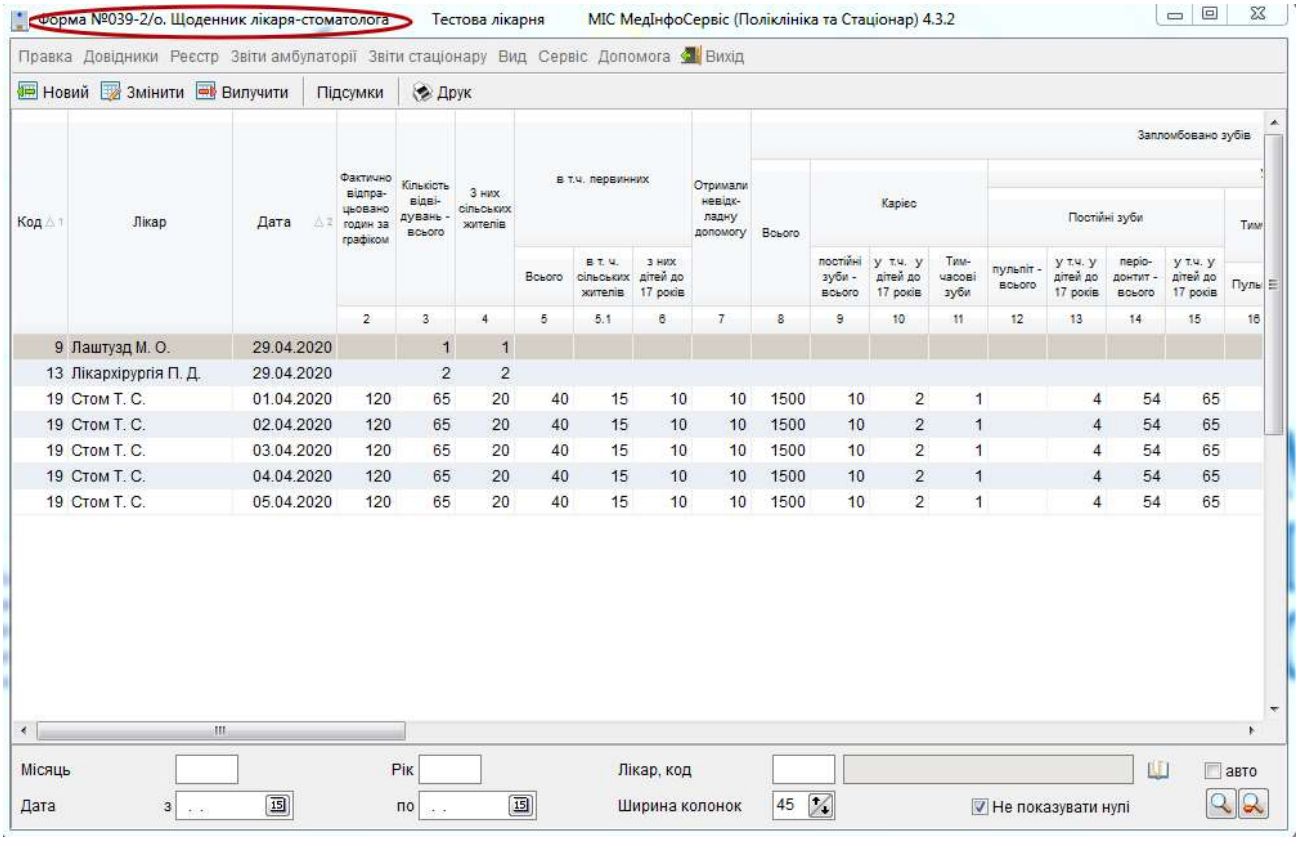


10.24 Щоденник стоматолога



Форма № 039-2/о «Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету)»

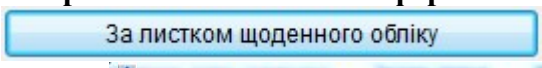
Є основним обліковим документом для отримання відомостей про роботу лікаря-стоматолога за поточний місяць, про обсяг лікувальної та профілактичної роботи, яка проводиться лікарем на амбулаторному прийомі.

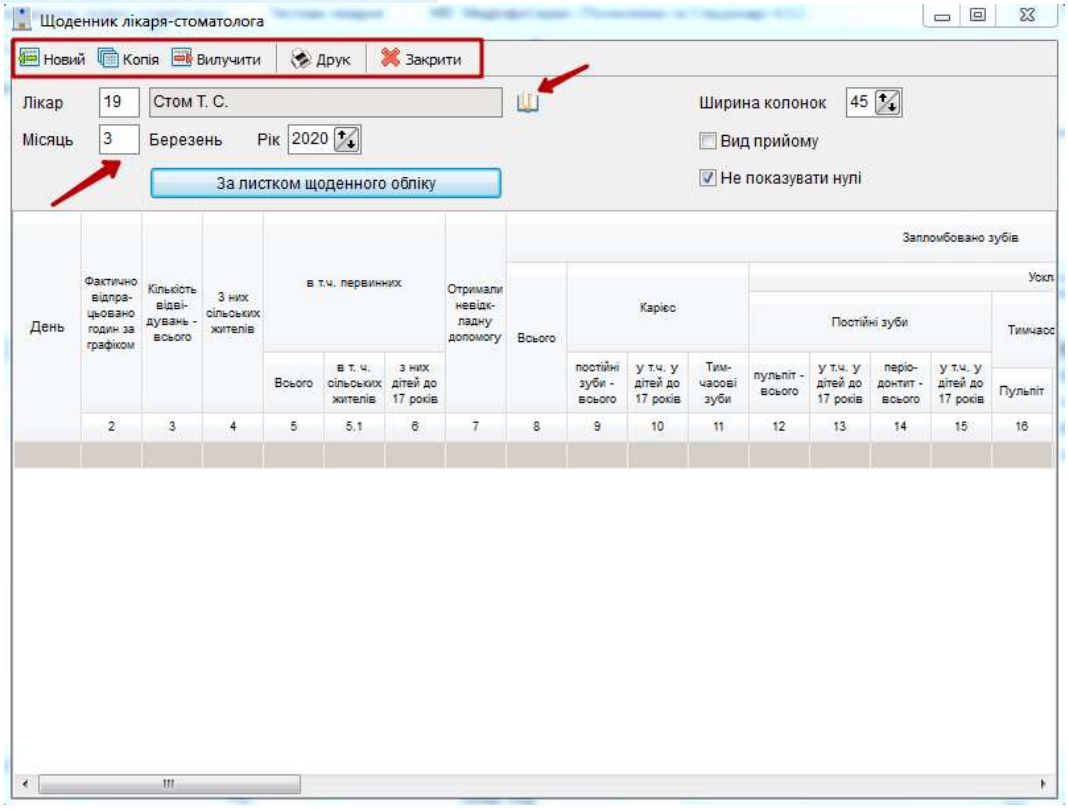


Для внесення нового запису по лікарю, необхідно натиснути кнопку «Новий», після чого відкриється форма редагування, яка має можливість введення окремого щоденника в табличному вигляді.

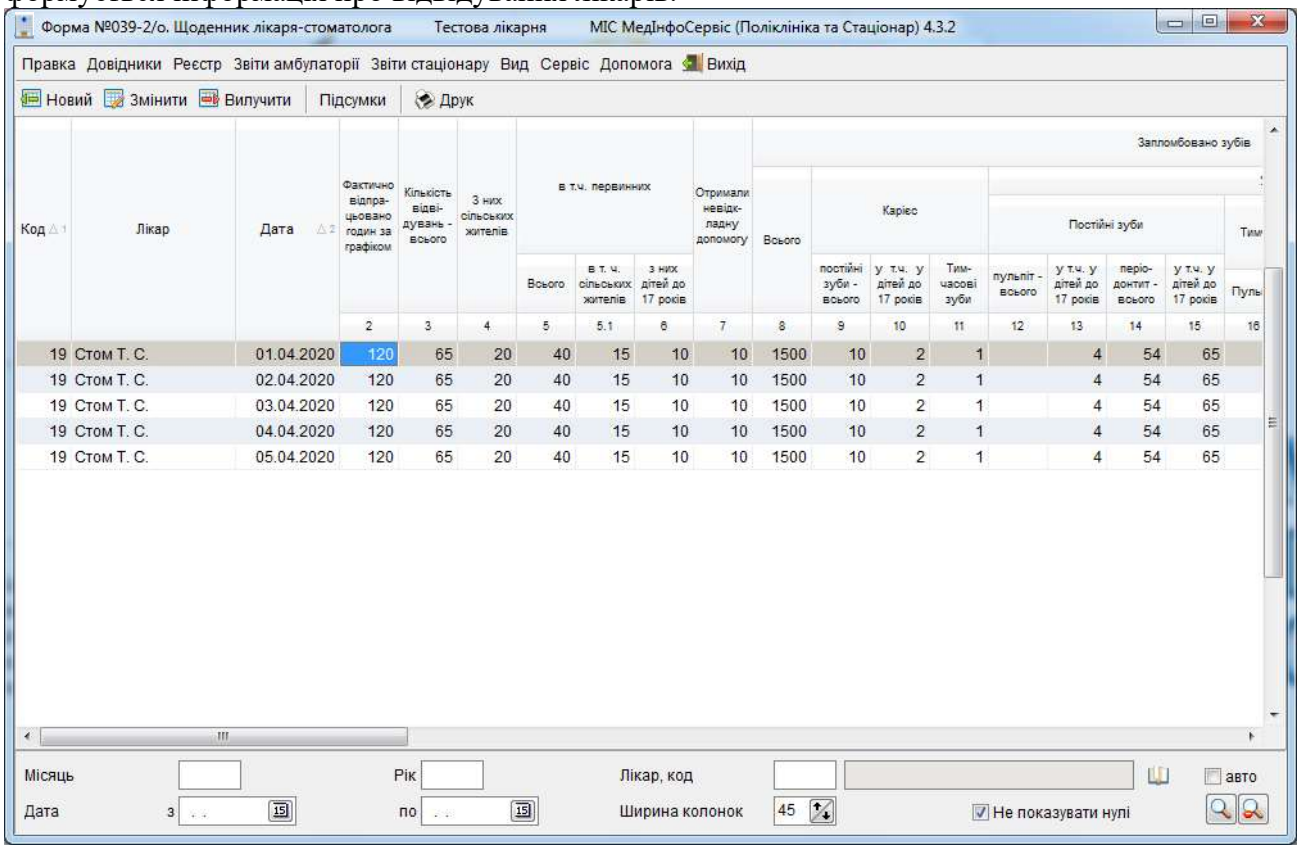
Перш за все, необхідно обрати лікаря та вказати місяць, після цього програма дає можливість вносити дані, які можна копіювати, вилучати або роздруковувати зі відповідними кнопками у верхній частині вікна.

Для автоматичного заповнення щоденника із **«Листка щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога» форма 037/о**, необхідно натиснути кнопку

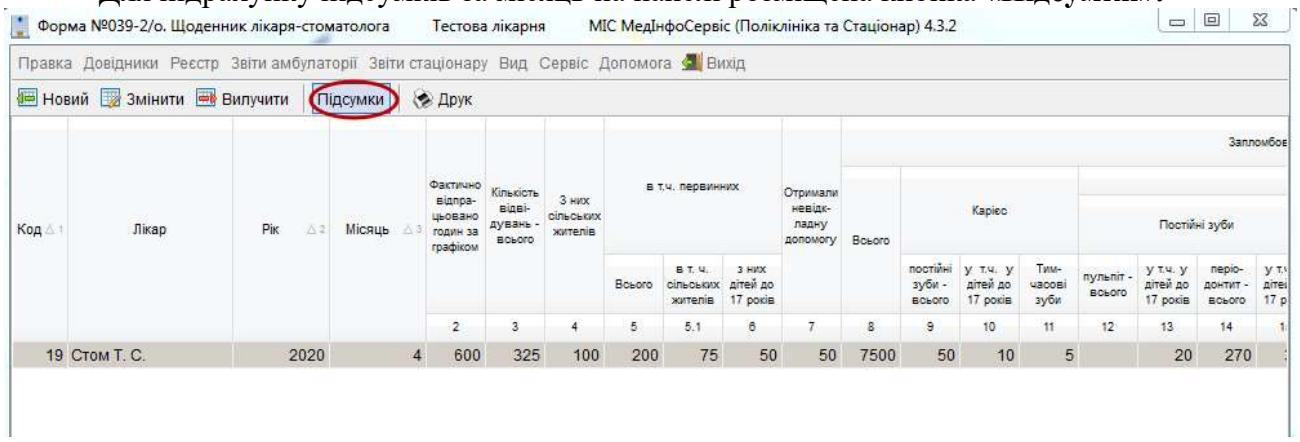




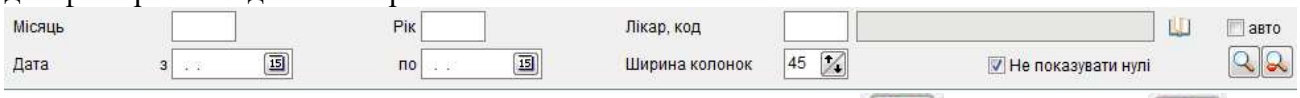
При натисканні кнопки «Закрити» програма повертає в головне вікно відомості, де формується інформація про відвідування лікарів.



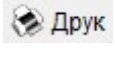
Для підрахунку підсумків за місяць на панелі розміщена кнопка **«Підсумки».**



«Вид»>«Показувати фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по медичним карткам в нижні частині вікна.



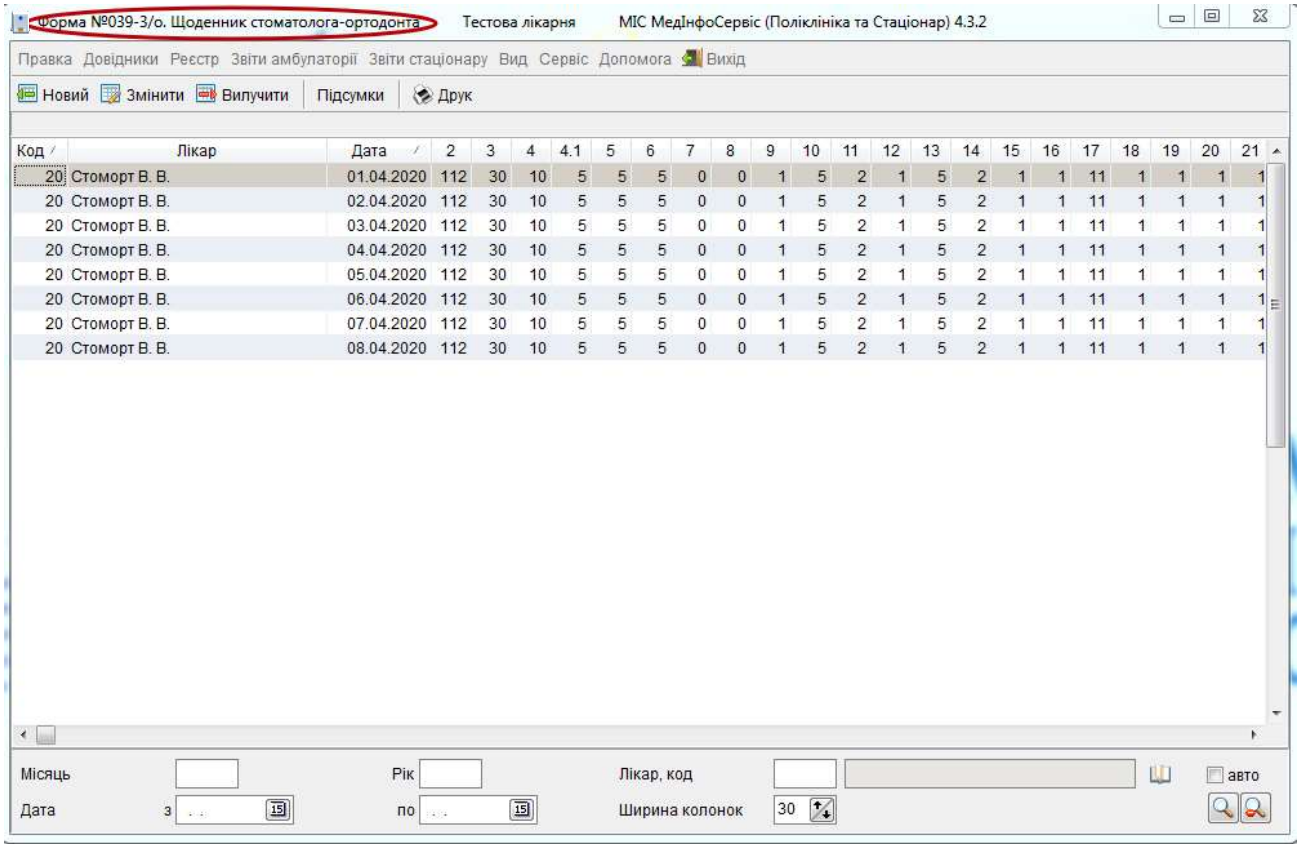
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .



- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.

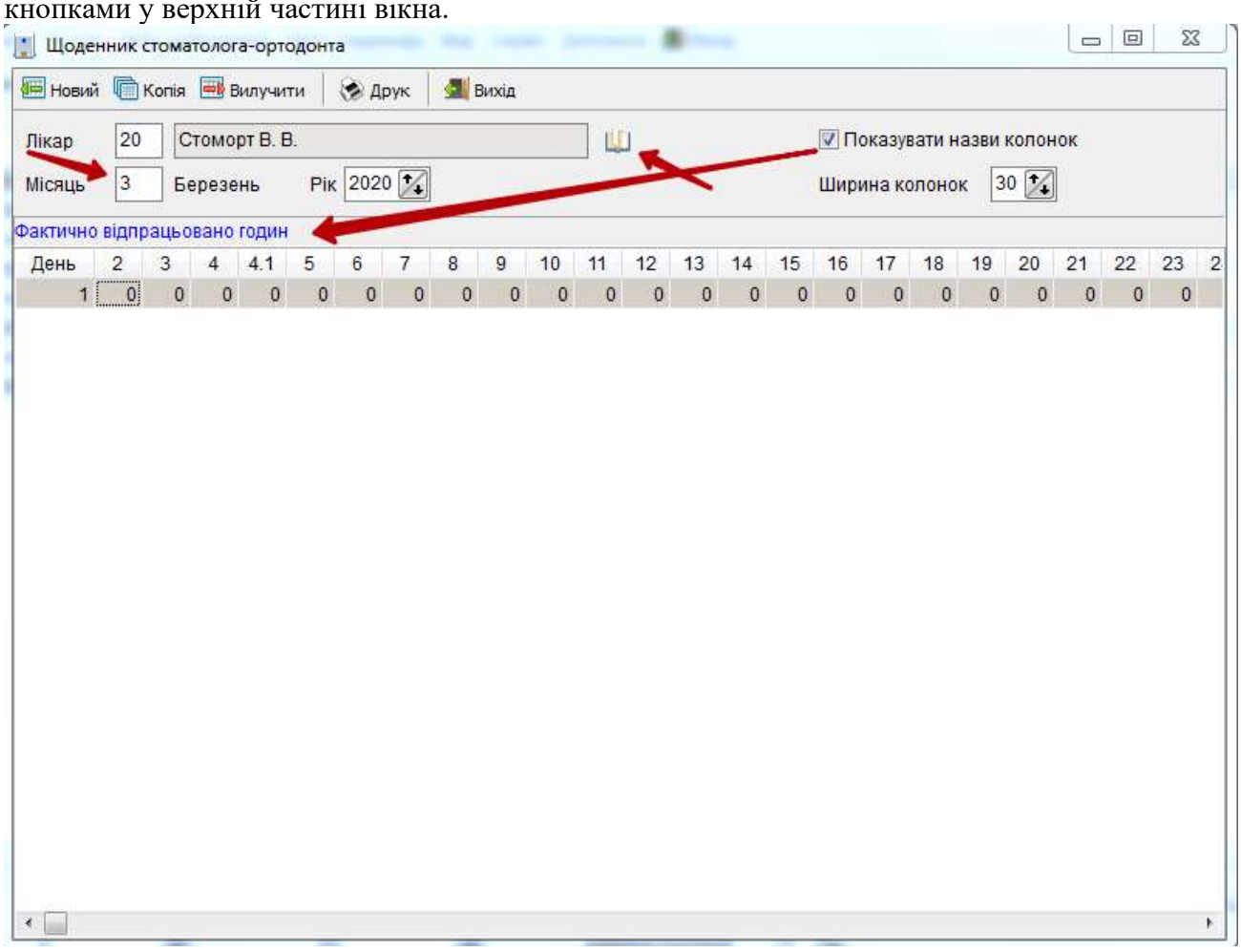
Форма № 039-3/о «Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога-ортодонта (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету)»

Є основним обліковим документом для отримання відомостей про роботу лікаря-стоматолога-ортодонта за поточний місяць, про обсяг лікувальної та профілактичної роботи, яка проводиться лікарем на амбулаторному прийомі.

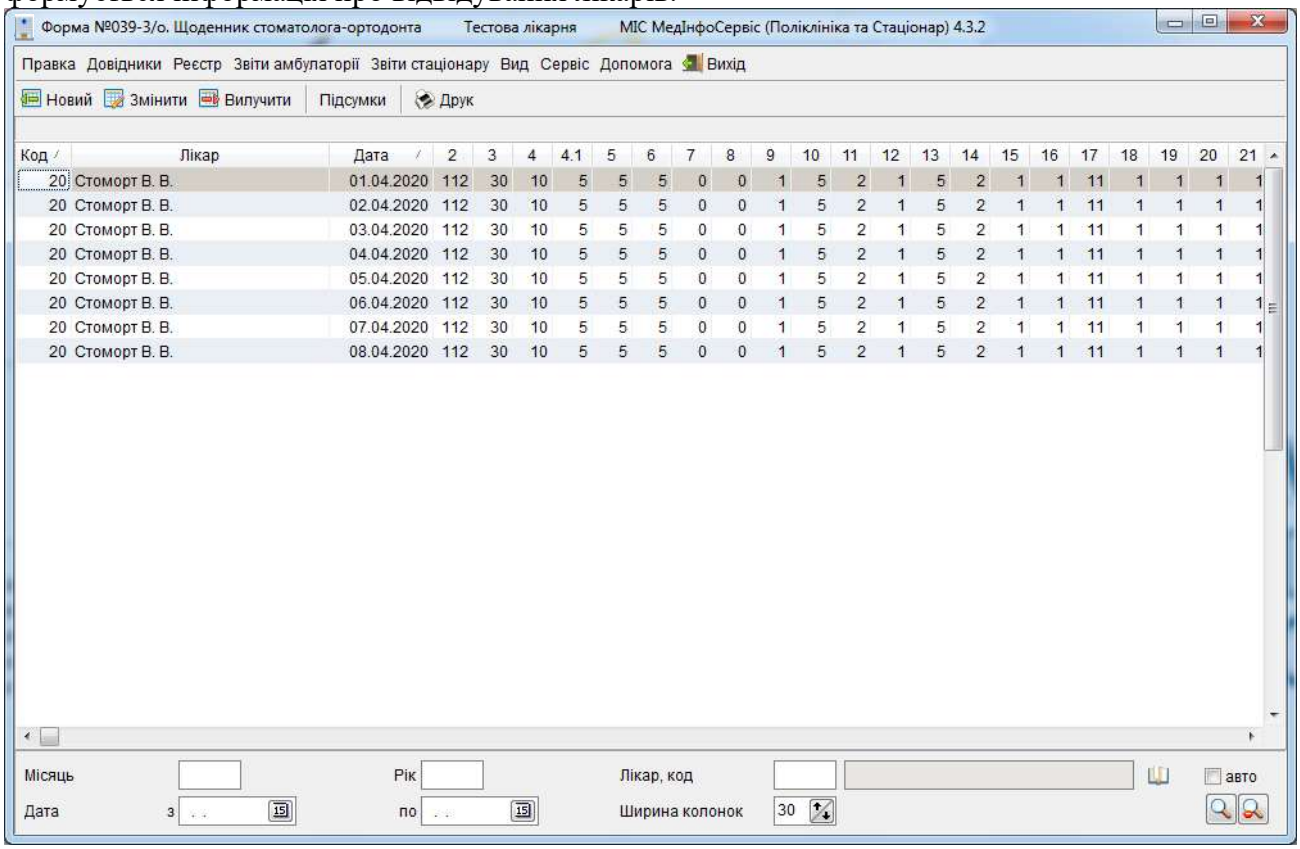


Для внесення нового запису по лікарю, необхідно натиснути кнопку «Новий», після чого відкриється форма редагування, яка має можливість введення окремого щоденника в табличному вигляді.

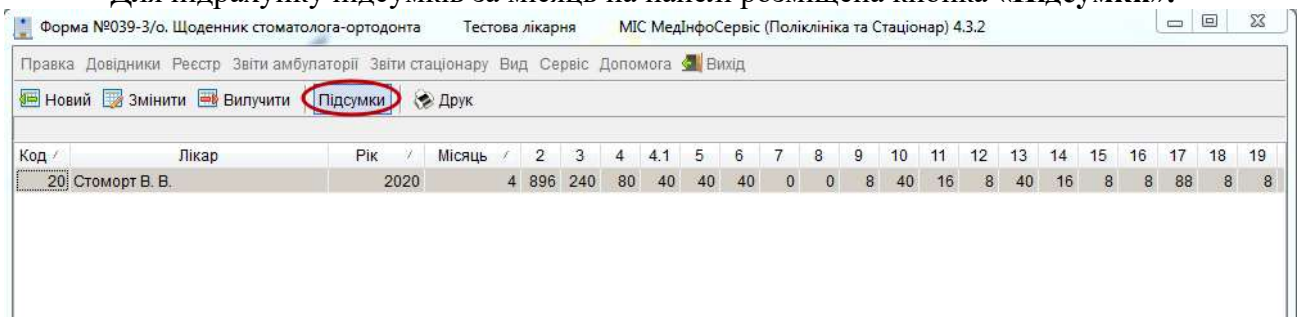
Перш за все, необхідно обрати лікаря та вказати місяць, після цього програма дає можливість вносити дані, які можна копіювати, вилучати або роздруковувати зі відповідними кнопками у верхній частині вікна.



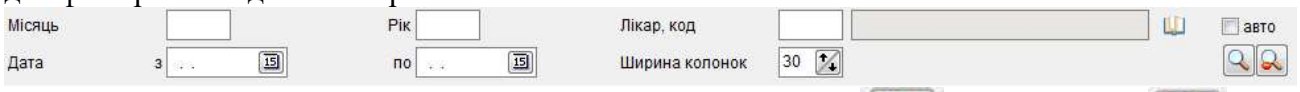
При натисканні кнопки «Закрити» програма повертає в головне вікно відомості, де формується інформація про відвідування лікарів.



Для підрахунку підсумків за місяць на панелі розміщена кнопка **«Підсумки».**



«Вид»>«Показувати фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по медичним карткам в нижні частині вікна.

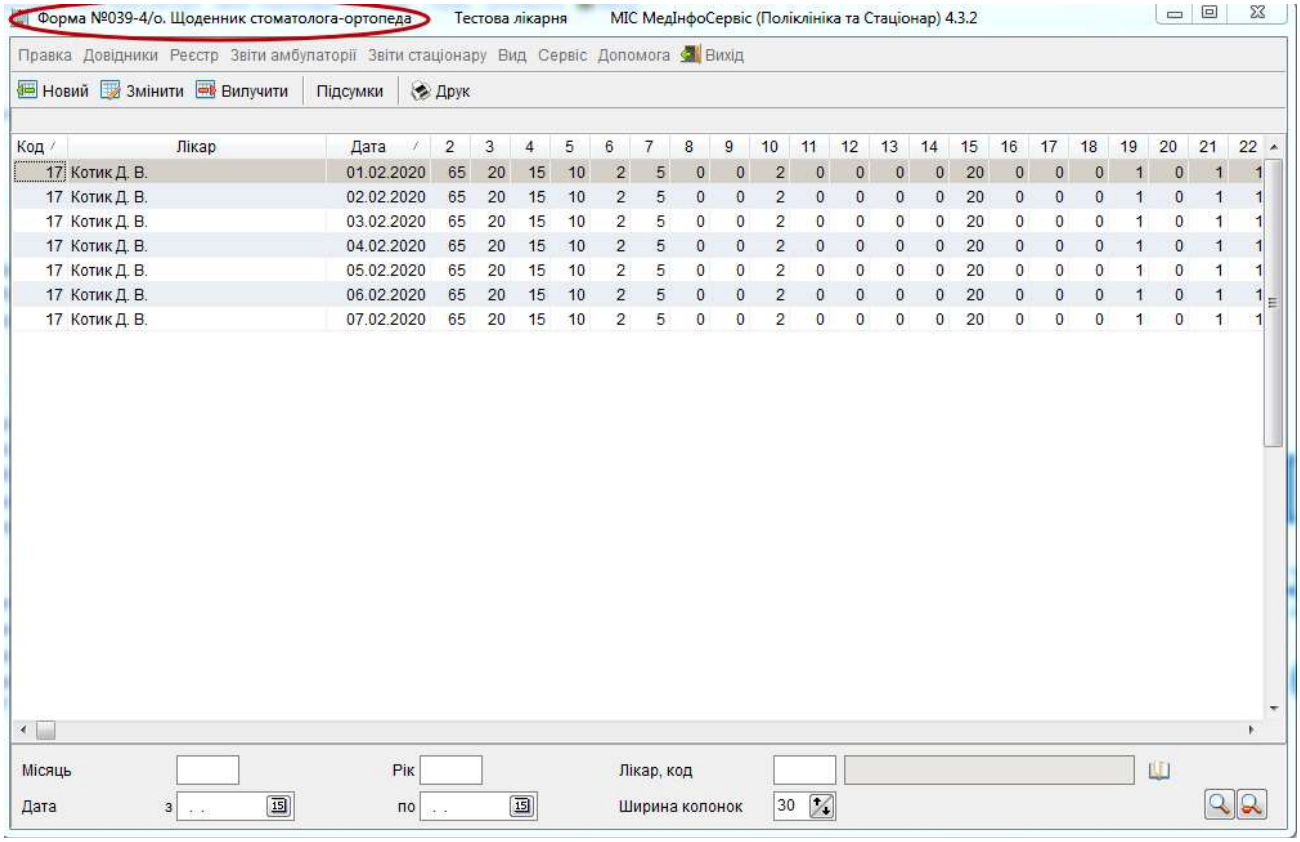


Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.

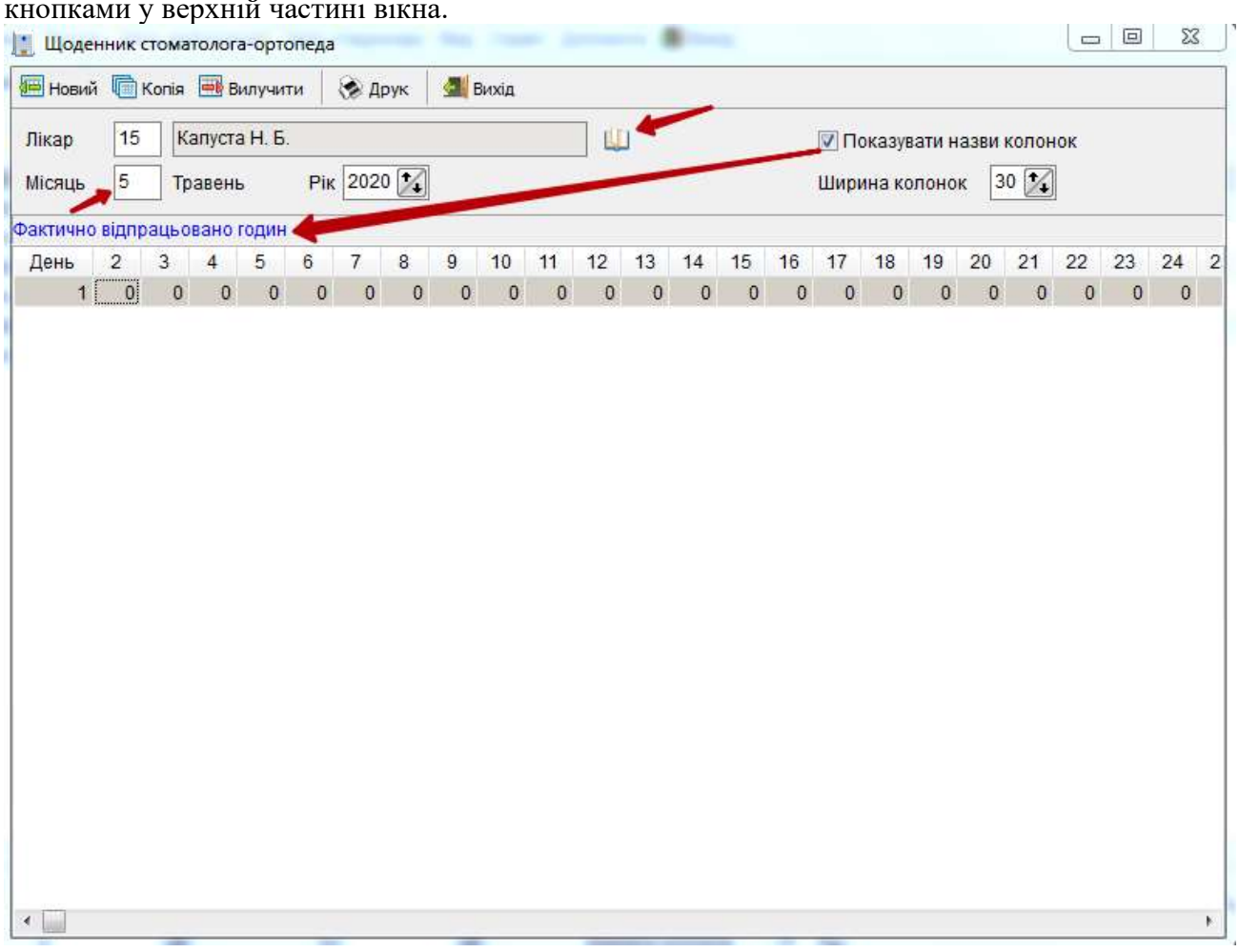
Форма № 039-4/о «Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога-ортопеда»

Є основним обліковим документом для отримання відомостей про роботу лікаря-стоматолога-ортопеда за поточний місяць, про обсяг лікувальної та профілактичної роботи, яка проводиться лікарем на амбулаторному прийомі.

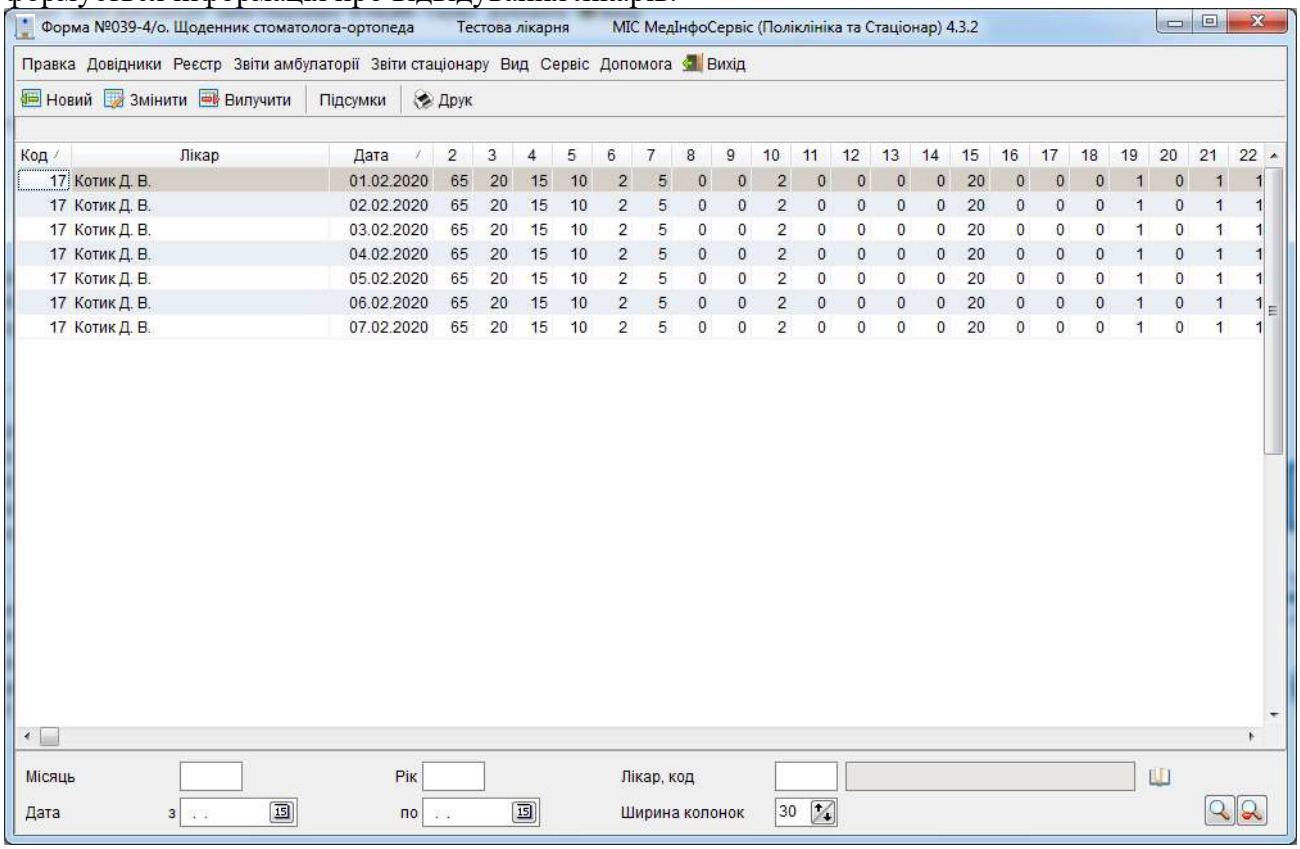


Для внесення нового запису по лікарю, необхідно натиснути кнопку «Новий», після чого відкриється форма редагування, яка має можливість введення окремого щоденника в табличному вигляді.

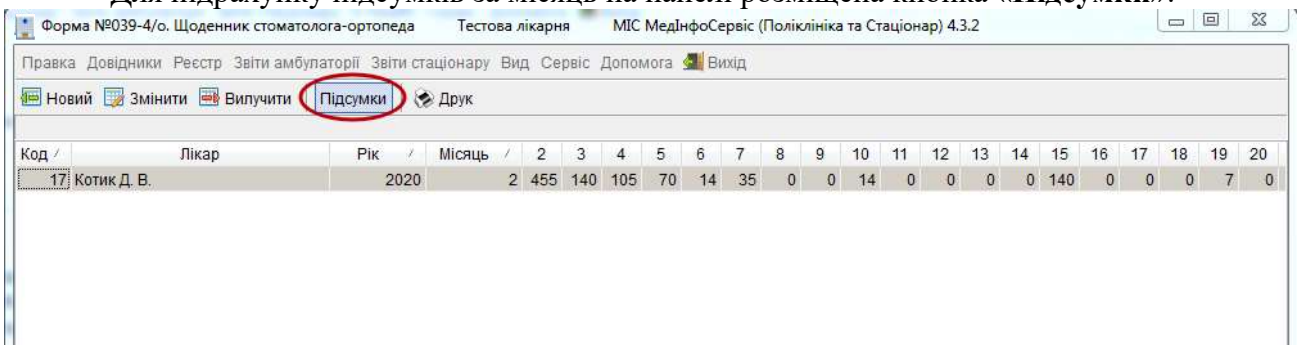
Перш за все, необхідно обрати лікаря та вказати місяць, після цього програма дає можливість вносити дані, які можна копіювати, вилучати або роздруковувати зі відповідними кнопками у верхній частині вікна.



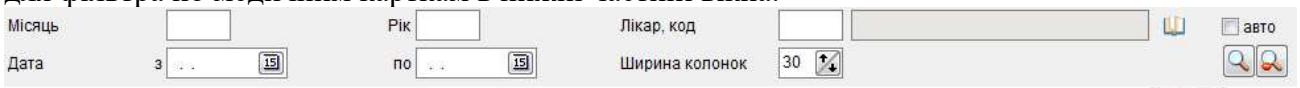
При натисканні кнопки **«Закрити»** програма повертає в головне вікно відомості, де формується інформація про відвідування лікарів.



Для підрахунку підсумків за місяць на панелі розміщена кнопка **«Підсумки»**.



«Вид»>«Показувати фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по медичним карткам в нижні частині вікна.

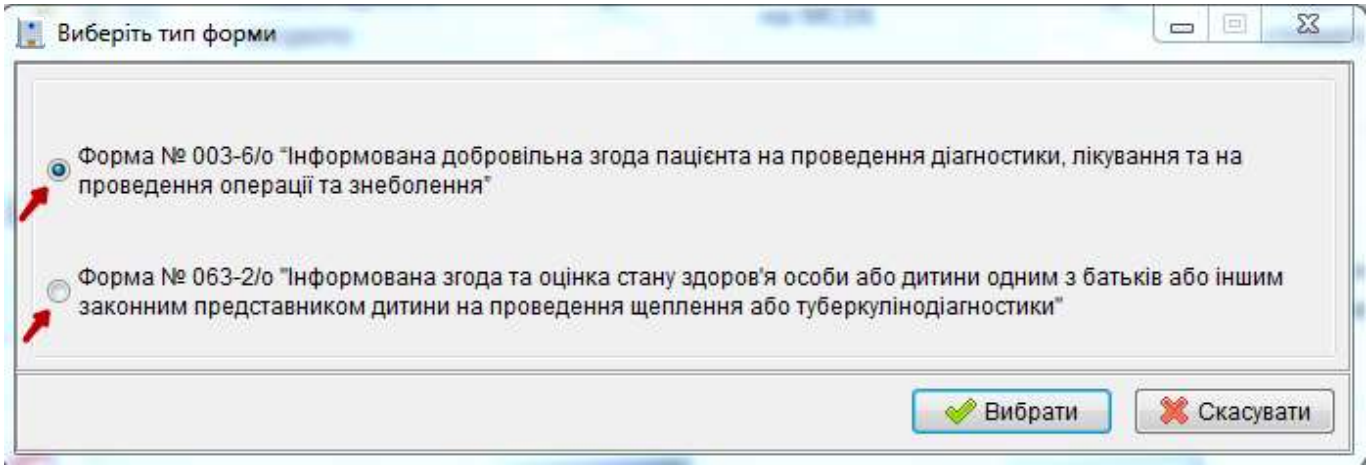


Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

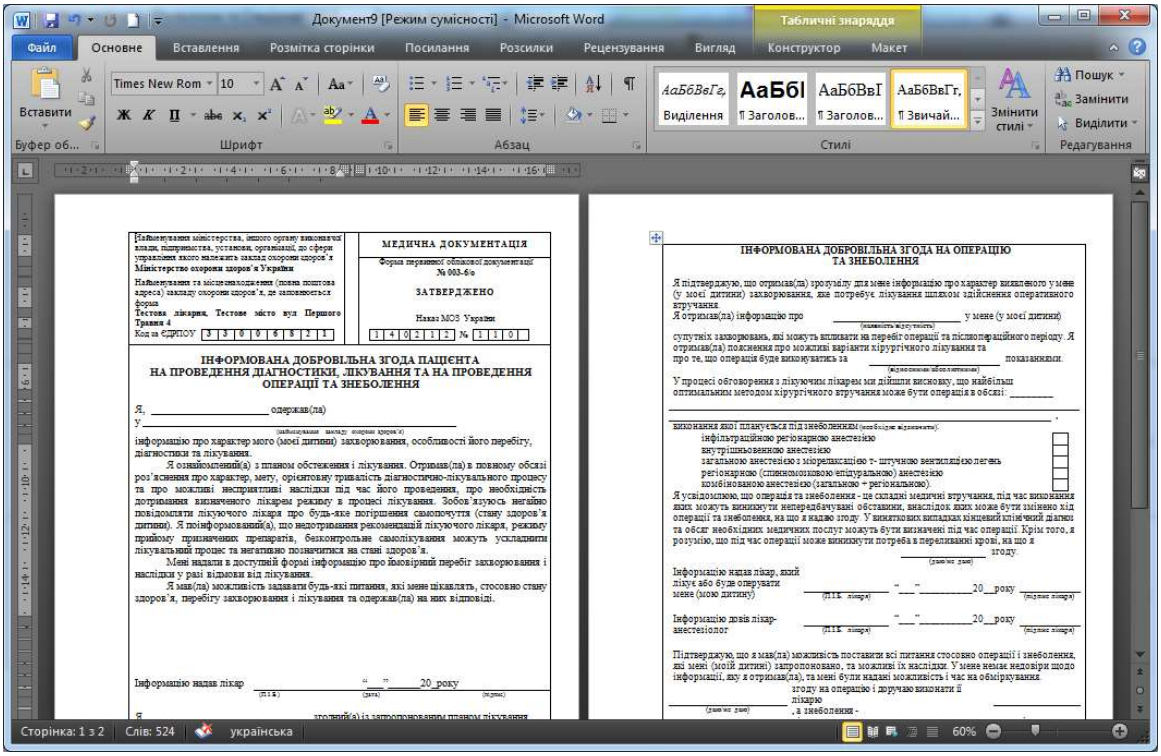
- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.

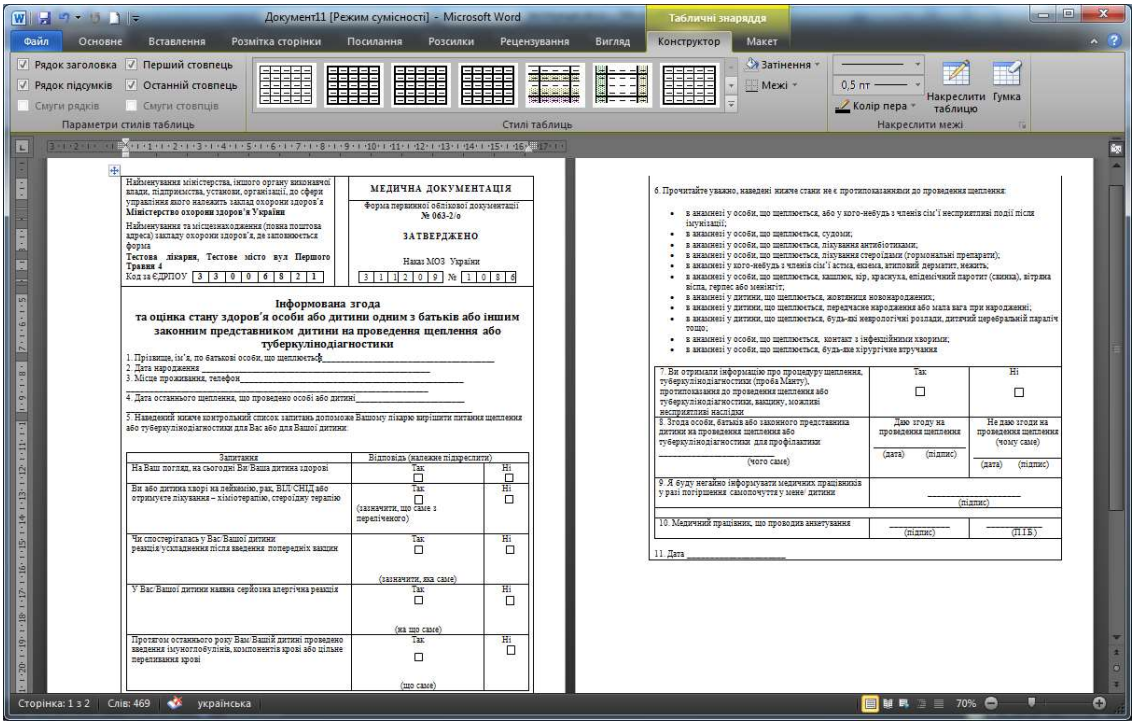
10.25 Інформована згода (ф.003-6/о та ф.063-2/о)

Даний пункт меню дає можливість сформувати та роздрукувати форми первинної облікової документації **№ 003-6/о «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення»** та **№ 063-2/о «Інформована згода та оцінка стану здоров'я особи або дитини одним з батьків або іншим законним представником дитини на проведення щеплення або туберкулінодіагностики»**.



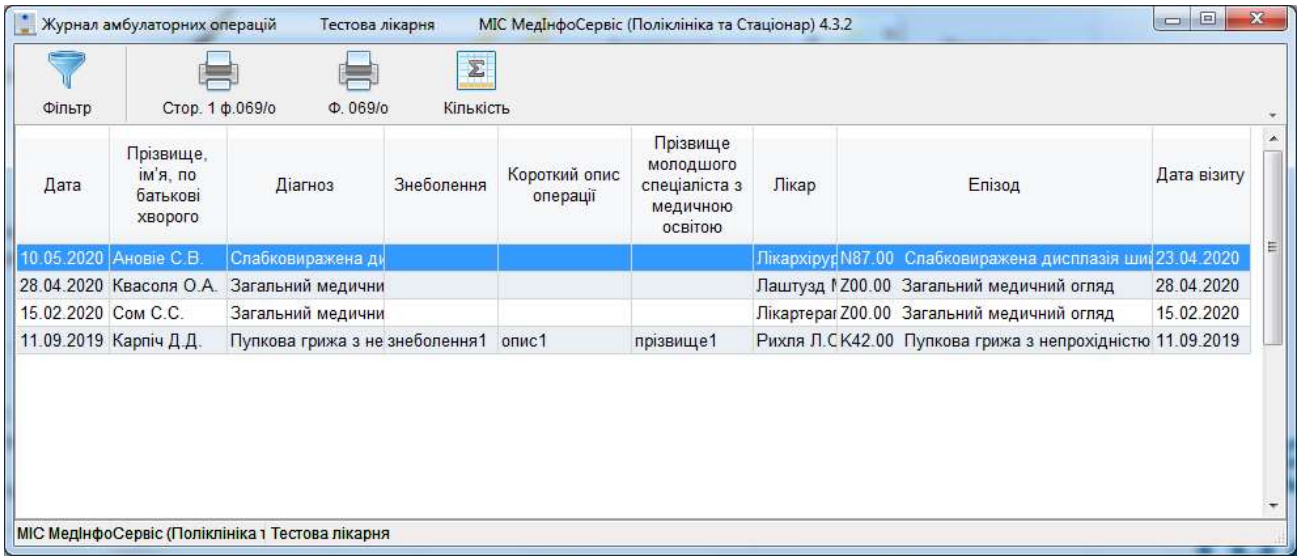
Відмітивши необхідну форму, і, натиснувши кнопку **«Вибрати»,** згода сформується в документ Word або LibreOffice Writer.





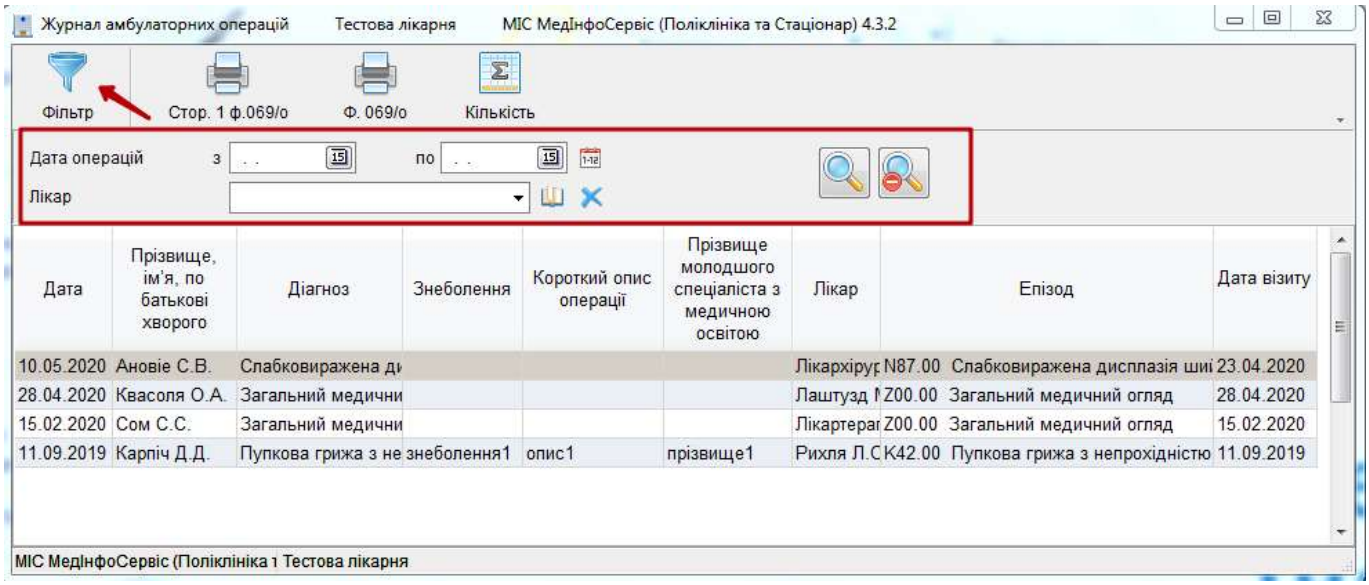
10.26 Форма 069/о «Журнал амбулаторних операцій»

Журнал 069/о автоматично заповнюється на підставі хірургічних операцій, відмічених у візитах медичної карти амбулаторного хворого № 025/о.



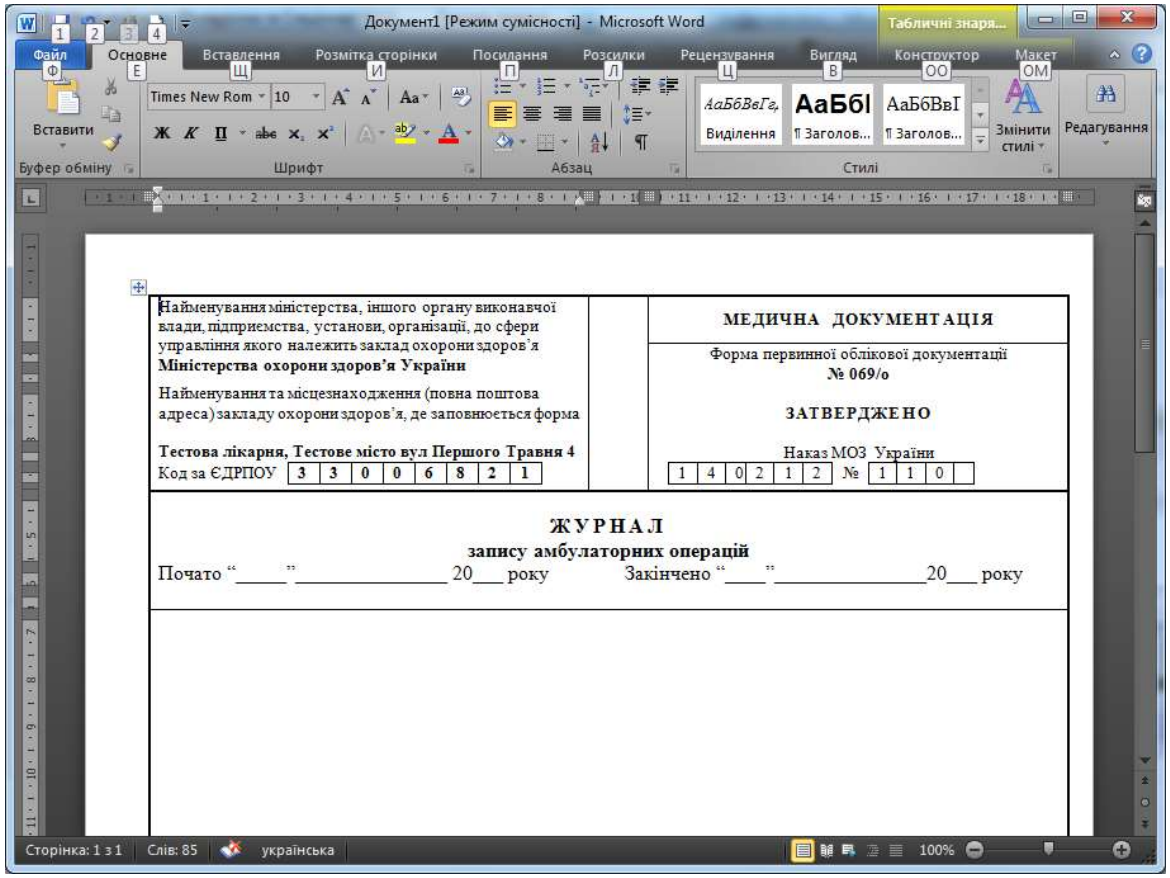
«Фільтр»

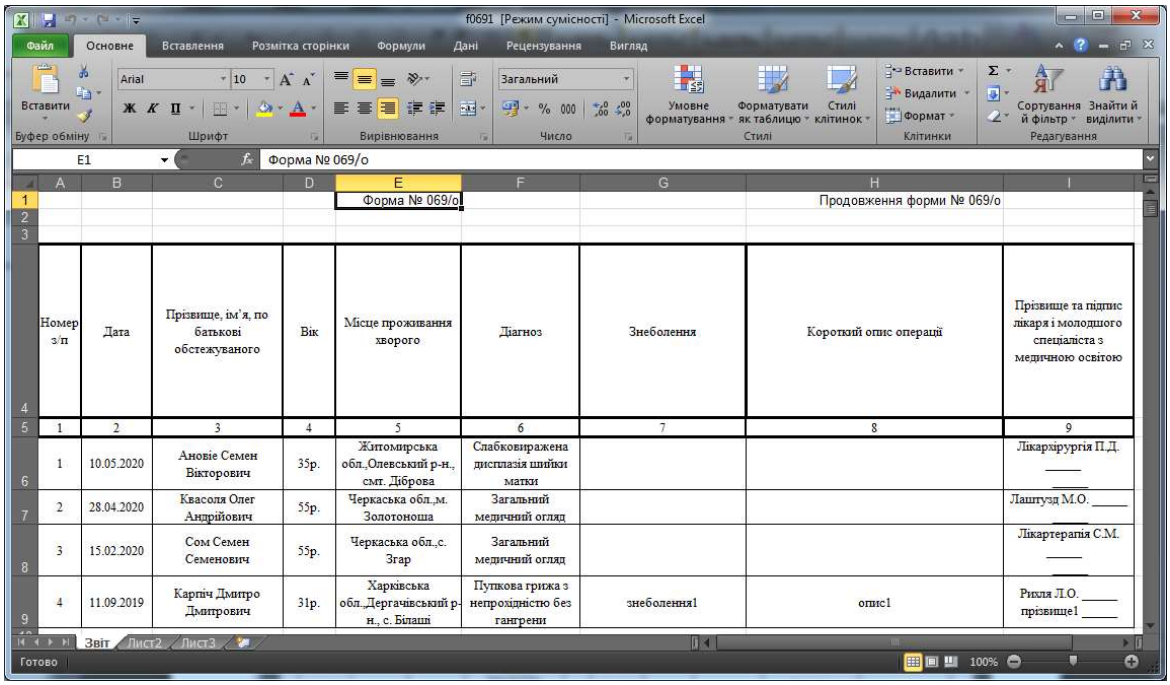
- показує/ховає поля для фільтра по хірургічних операціях.



Для друку журналу 069/о використовують кнопки

, де перша сторінка виводиться в документ Word або LibreOffice Writer, а таблиця в документ Excel або в LibreOffice Calc. При цьому необхідно обов'язково вказати дату відвідування.

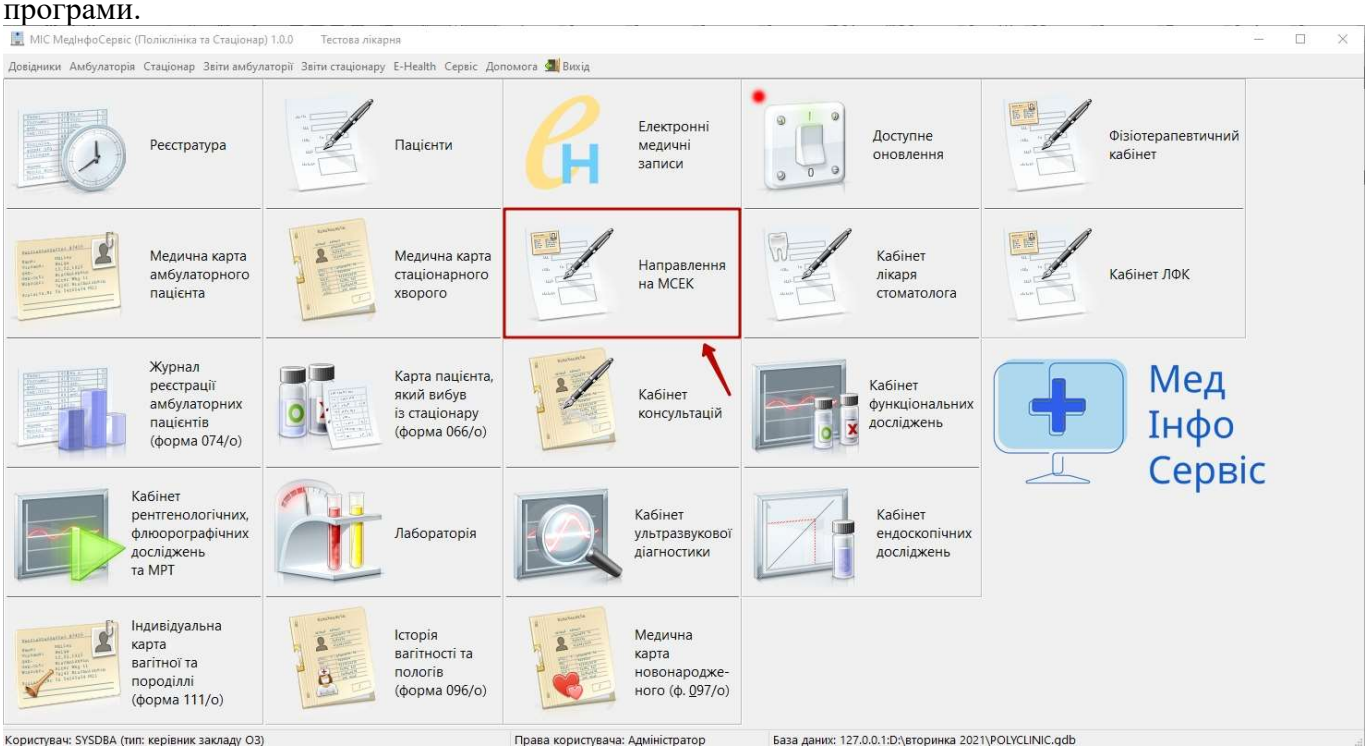




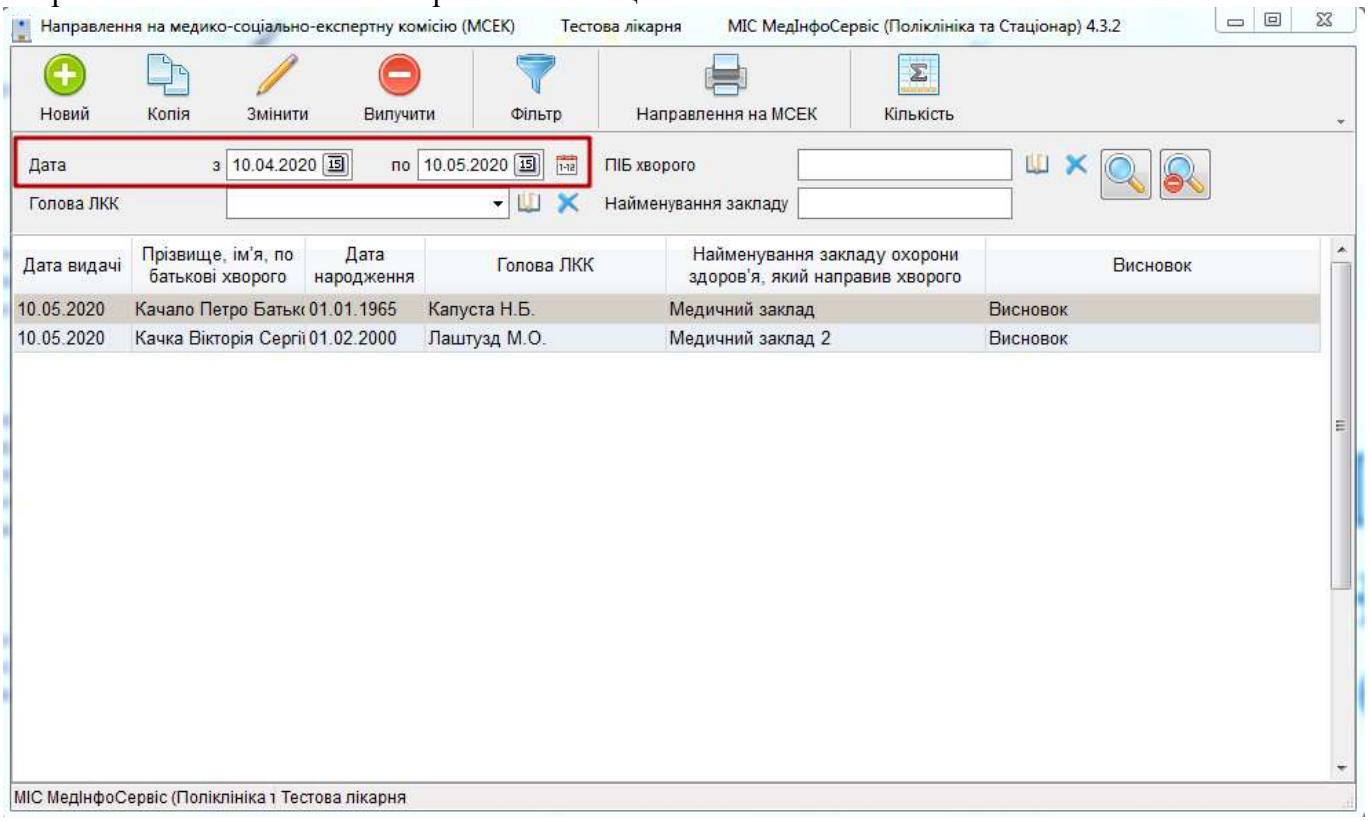
«Кількість» - розраховує кількість записів, в залежності від налаштування фільтраційної панелі.

10.27 Направлення на МСЕК

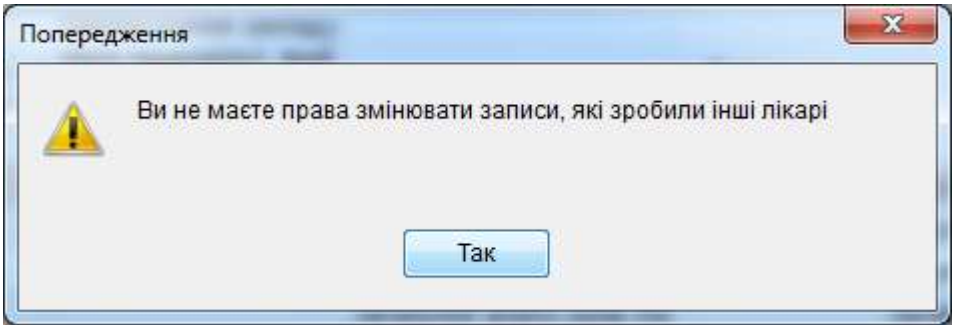
Знайти даний модуль можна в пункті меню **«Амбулаторія»**, **«Стаціонар»** та, для зручності, його розміщено на головному вікні програми, яке з'являється після запуску програми.



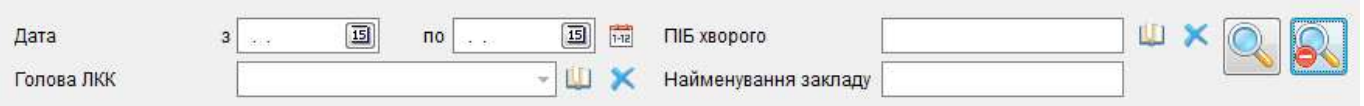
Модуль «Направлення на медико-соціальну експертну комісію» дозволяє створити направлення та вести облік направлень по пацієнтам.



Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити нове дослідження для пацієнта. **«Копія»** - створює копію дослідження і відкриває його. **«Змінити»** та **«Вилучити»** - редагує та видаляє тільки ті направлення, які були занесені лікарем, під яким зайшли в програму. В противному разі програма видасть повідомлення.

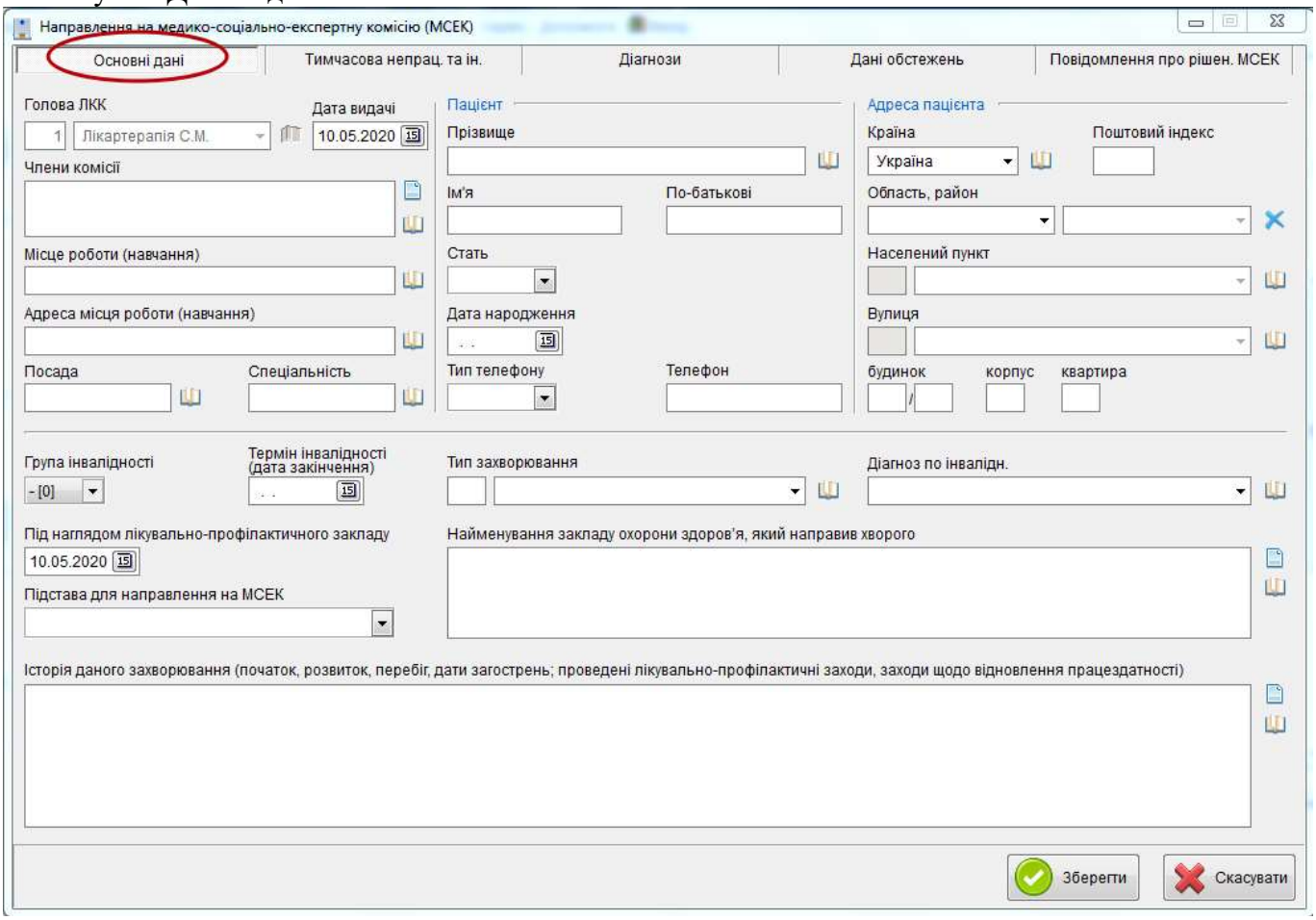


«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по дослідженням.

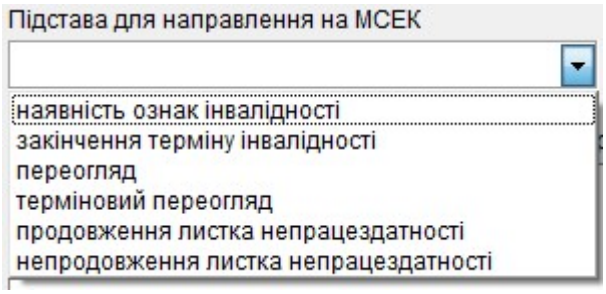


Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

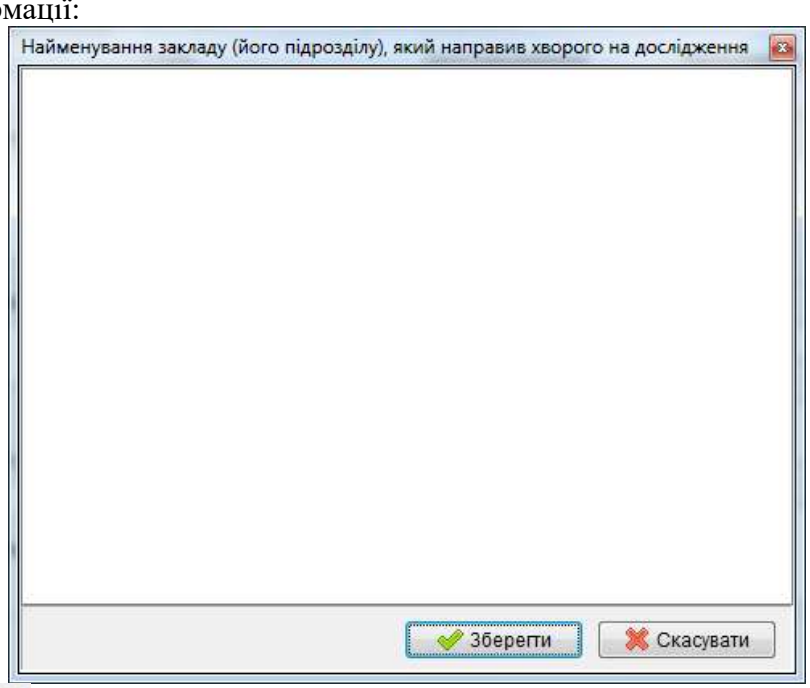
Для створення нового направлення слід натиснути кнопку **«Новий».** Вікно, яке з'явиться матиме автоматично заповненими поля «Голова ЛКК» лікарем, під яким зайшли в систему та «Дата видачі».



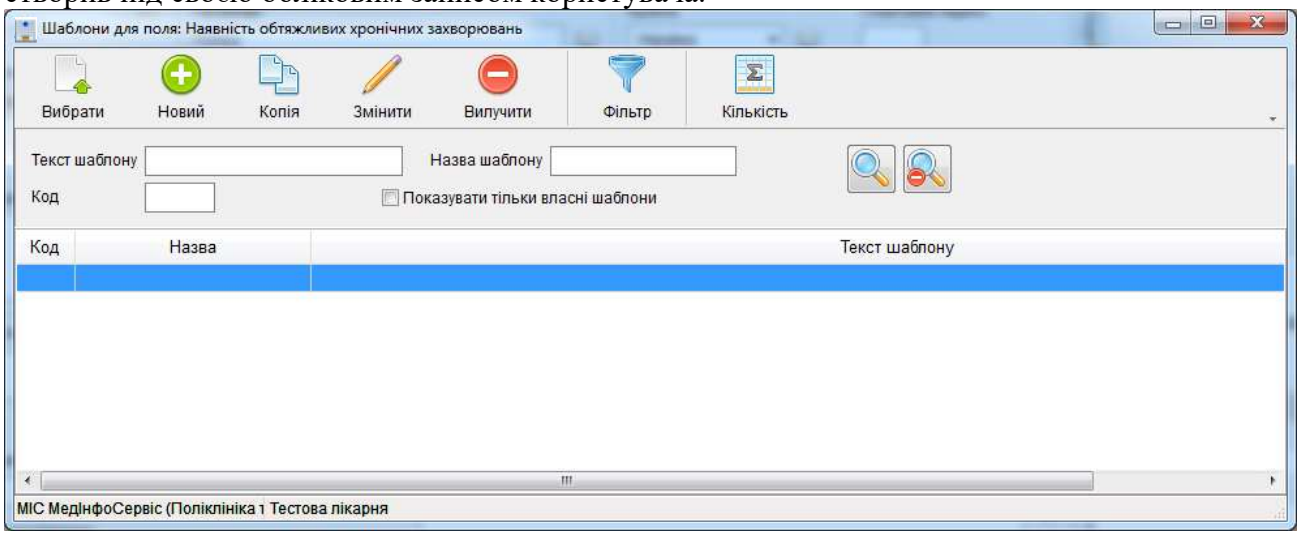
В закладці **«Основні дані»** необхідно максимально заповнити всі поля. Для внесення даних про пацієнта, його можна вибрати з реєстру пацієнтів (за допомогою кнопки або ввівши перші три літери прізвища і обрати з переліку) або внести дані нового в даному вікні. Обов'язковим для заповнення є поле «Підстава для направлення на МСЕК», яку можна обрати з випадаючого списку.

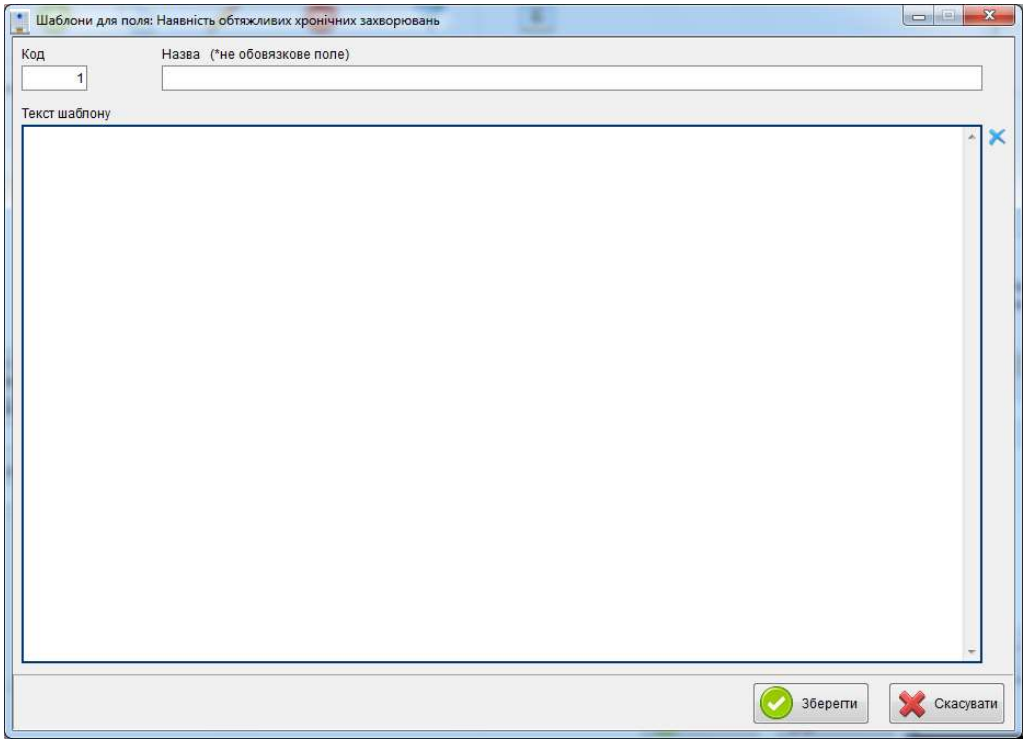


Кнопка , яка розташована біля деяких полів дає можливість ввести більше необхідної інформації:



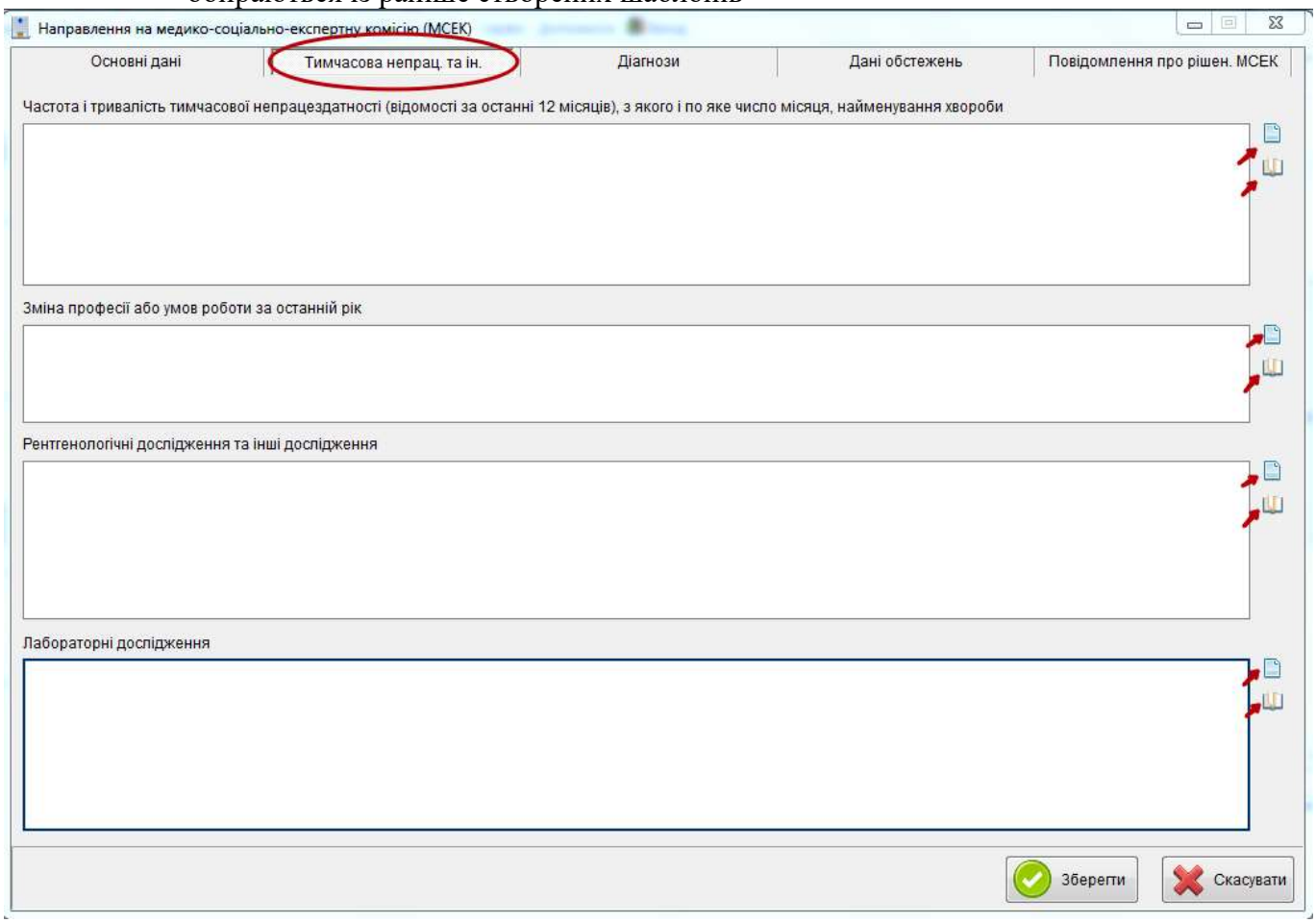
Кнопка біля одних полів (таких як, «Країна», «Населений пункт», «Вулиця», «Діагноз по інвар.», «Тип захворювання» тощо), дає можливість вибрати з готового довідника бази, а біля інших («Найменування закладу..», «Історія даного захворювання…» тощо) дає можливість створити власні шаблони, якими найчастіше користуються в роботі. **«Показувати власні шаблони»** означає, що лікар буде бачити тільки ті шаблони, які він створив під своєю обліковим записом користувача.



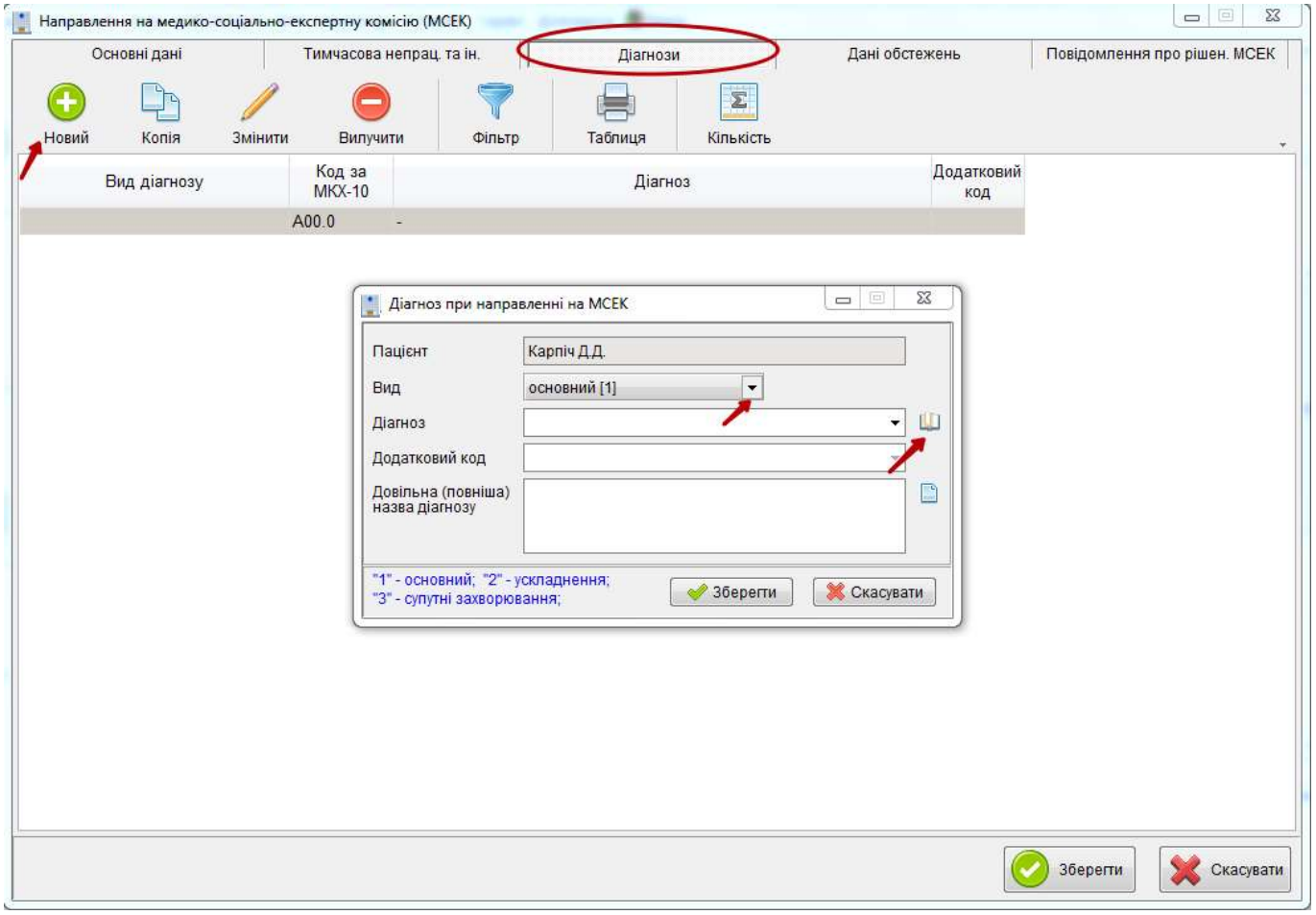


Заповнивши всі дані в закладці «Основні дані» переходимо до наступних закладок:

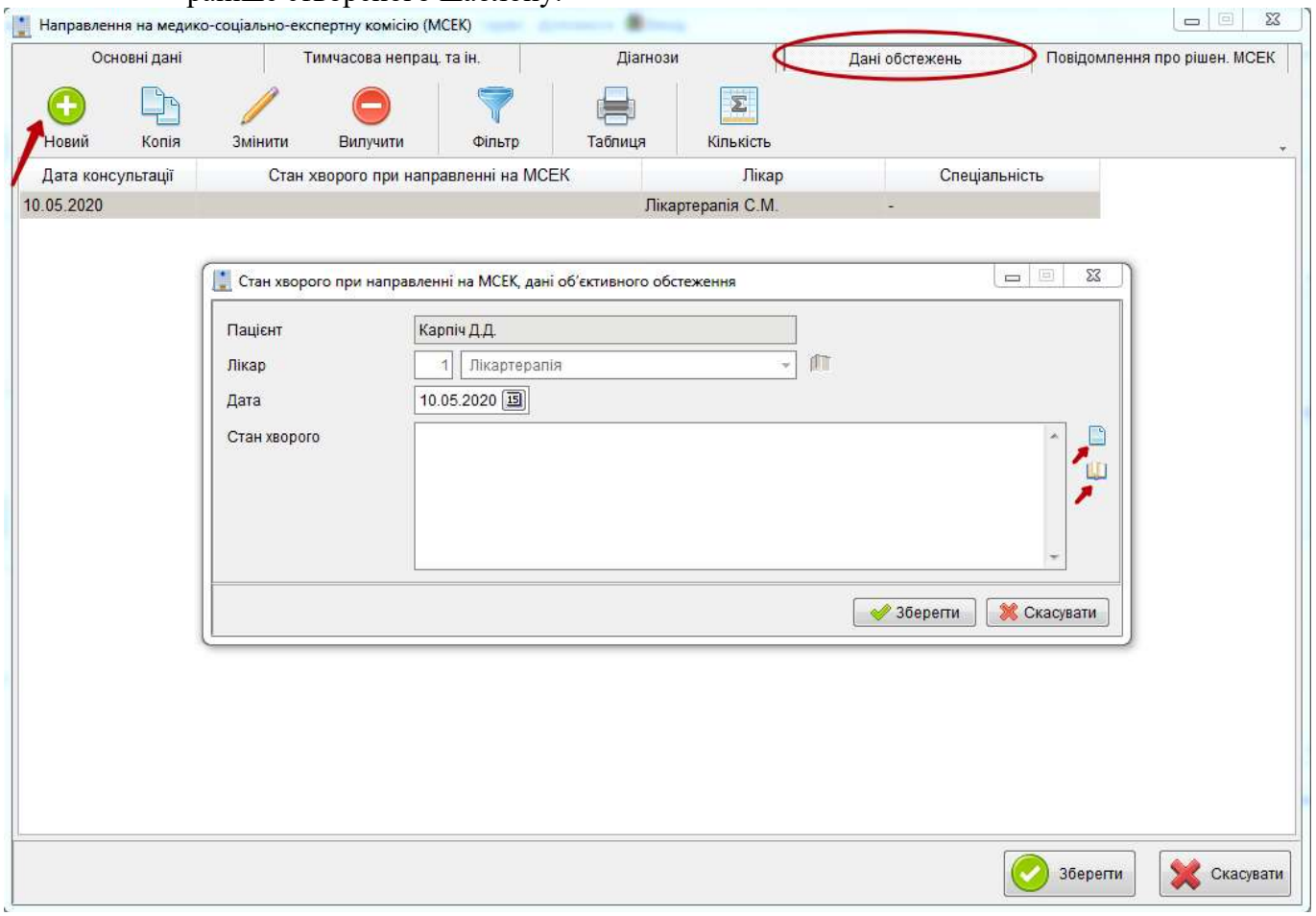
- **«Тимчасово непрацездатність та інше» -** поля заповнюються вручну або обираються із раніше створених шаблонів



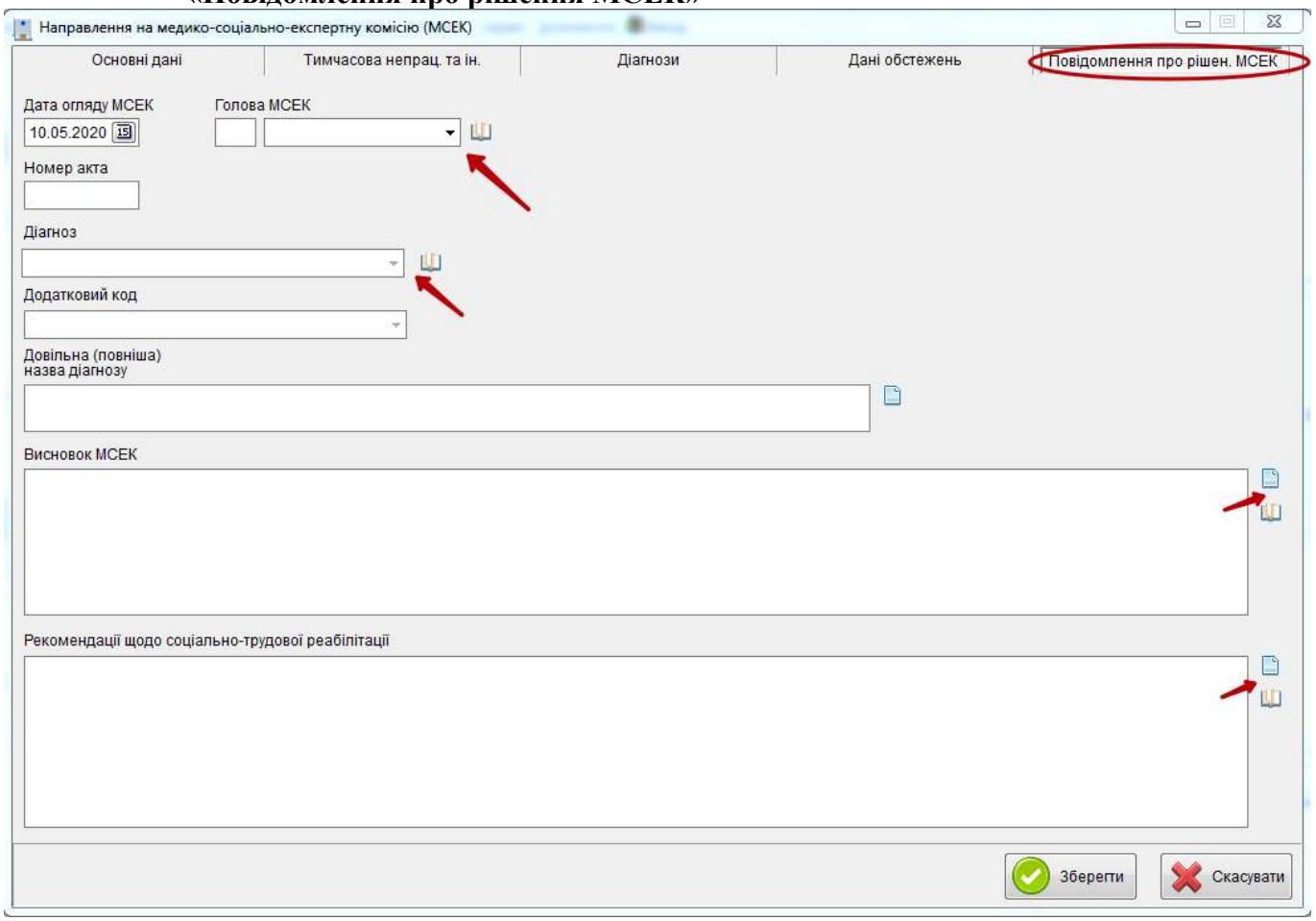
- **«Діагнози».** Створити новий запис, натиснувши «Новий» і внести інформацію про діагнози.



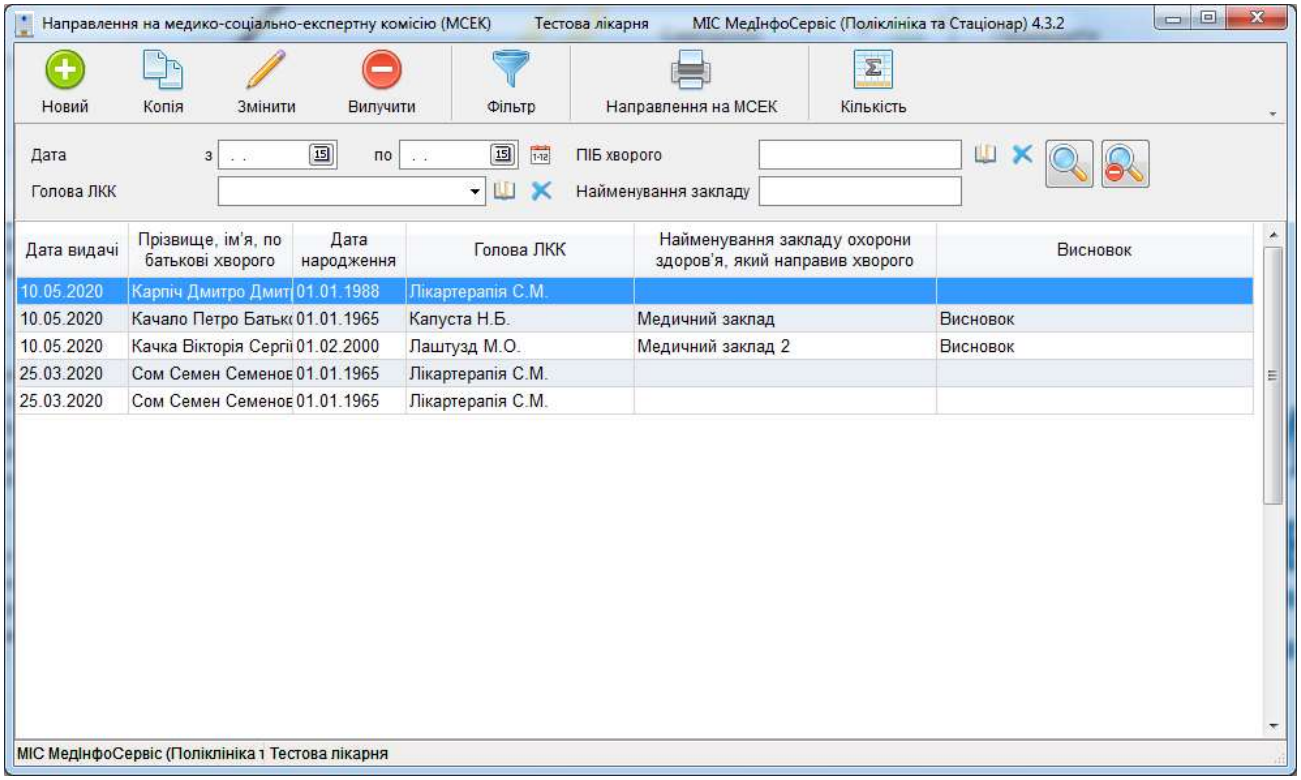
- **«Дані обстежень».** Записи створюються на основі внесених даних із візитів амбулаторної карти. Для того, щоб створити новий запис слід натиснути «Новий» і внести інформацію про стан хворого або вручну, або, обравши із раніше створеного шаблону.



- **«Повідомлення про рішення МСЕК»**

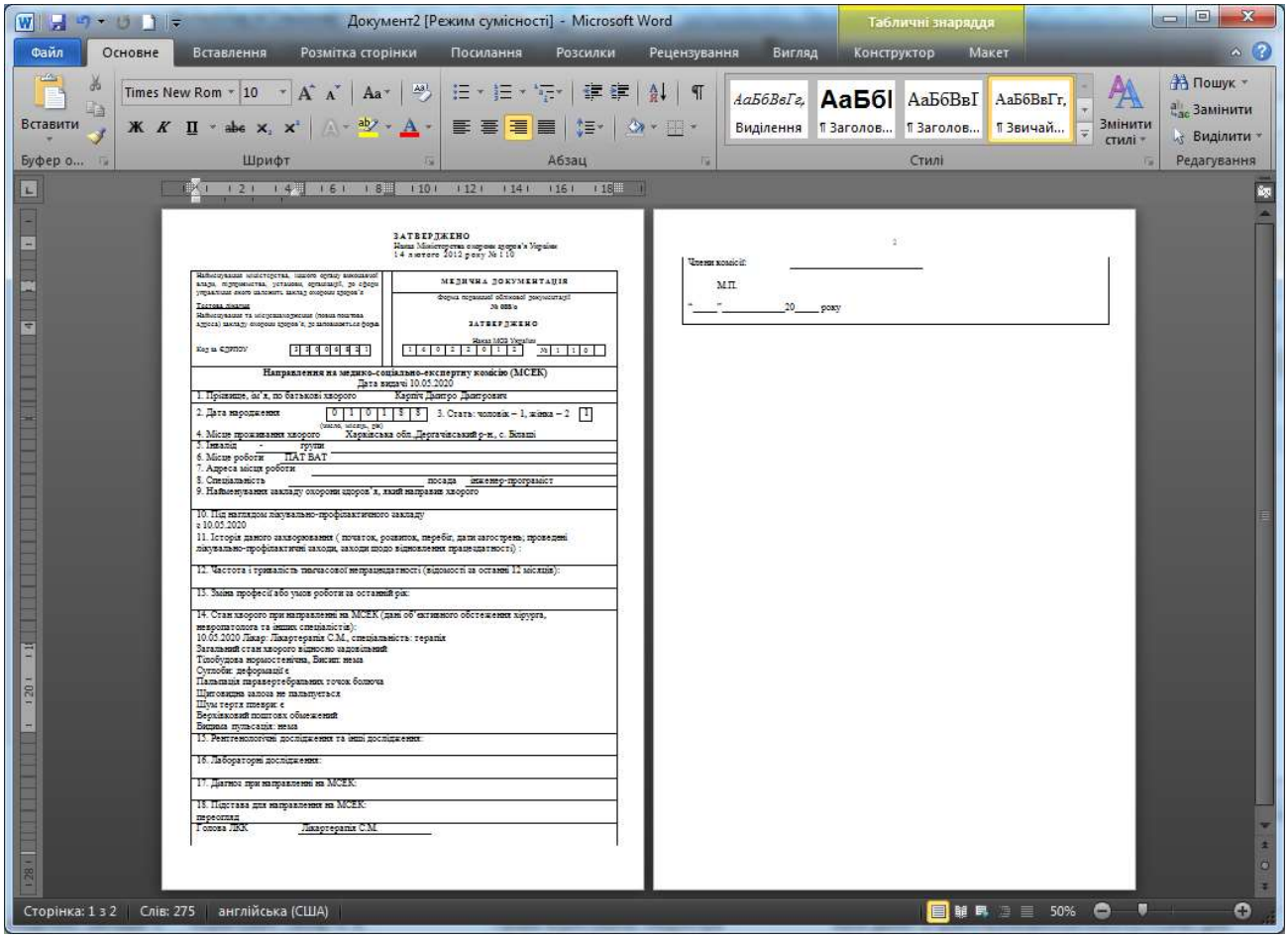


Всі створені направлення автоматично відображаються в електронній медичній карті амбулаторного або стаціонарного пацієнта в розділі **«Направлення на МСЕК»**, а також формуються в список у головному вікні модуля «Направлення на МСЕК».



В даному вікні є можливість роздрукувати направлення на медико-соціальну експертну комісію:

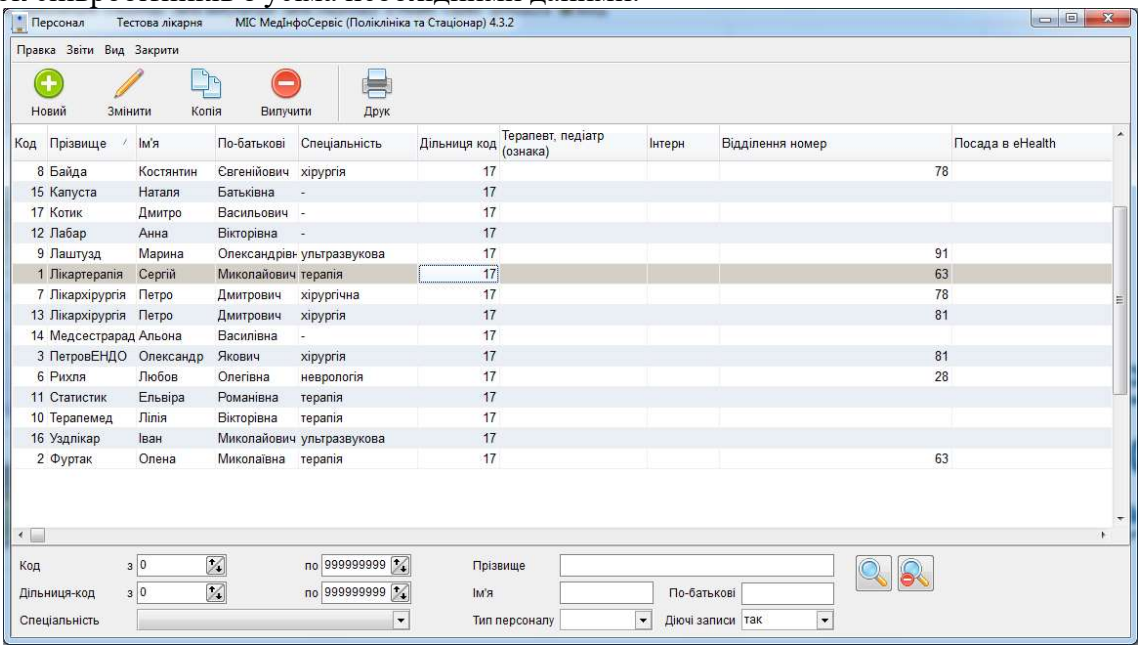
- сформує обране направлення з таблиці в документ Word або LibreOffice Writer



«Кількість» - розраховує кількість записів, в залежності від налаштування фільтраційної панелі.

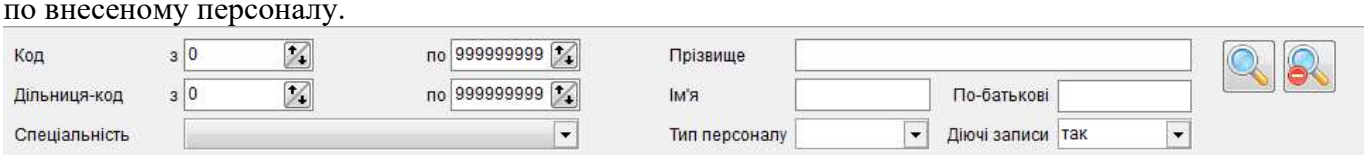
10.28 Персонал

Знайти реєстр можна в пункті меню як **«Амбулаторія»**, так і **«Стаціонар»**. Містить список співробітників з усіма необхідними даними.



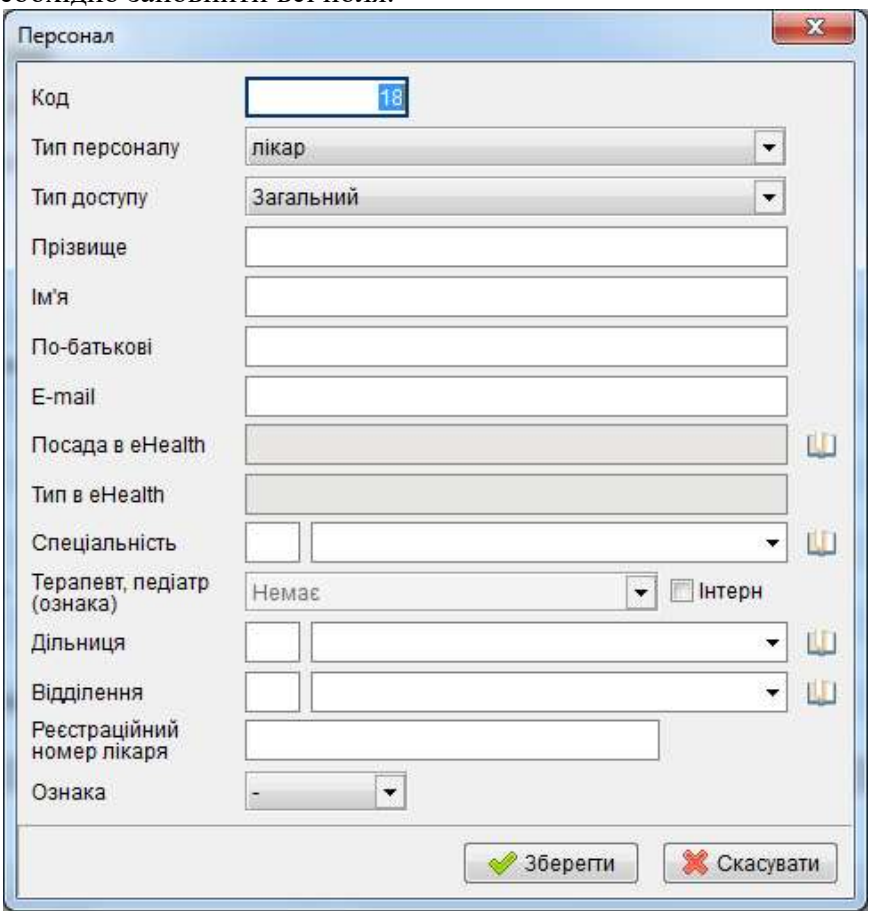
Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити новий запис про працівника. **«Копія»** - створює копію запису і відкриває його; **«Змінити»** - відкривається запис для внесення змін, **«Вилучити»** - видаляє запис;

«Вид» > «Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по внесеному персоналу.

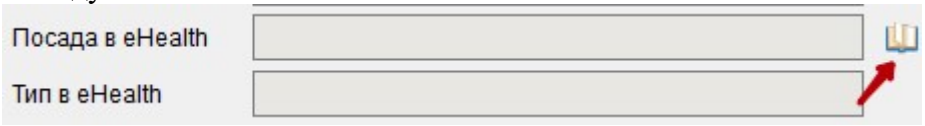


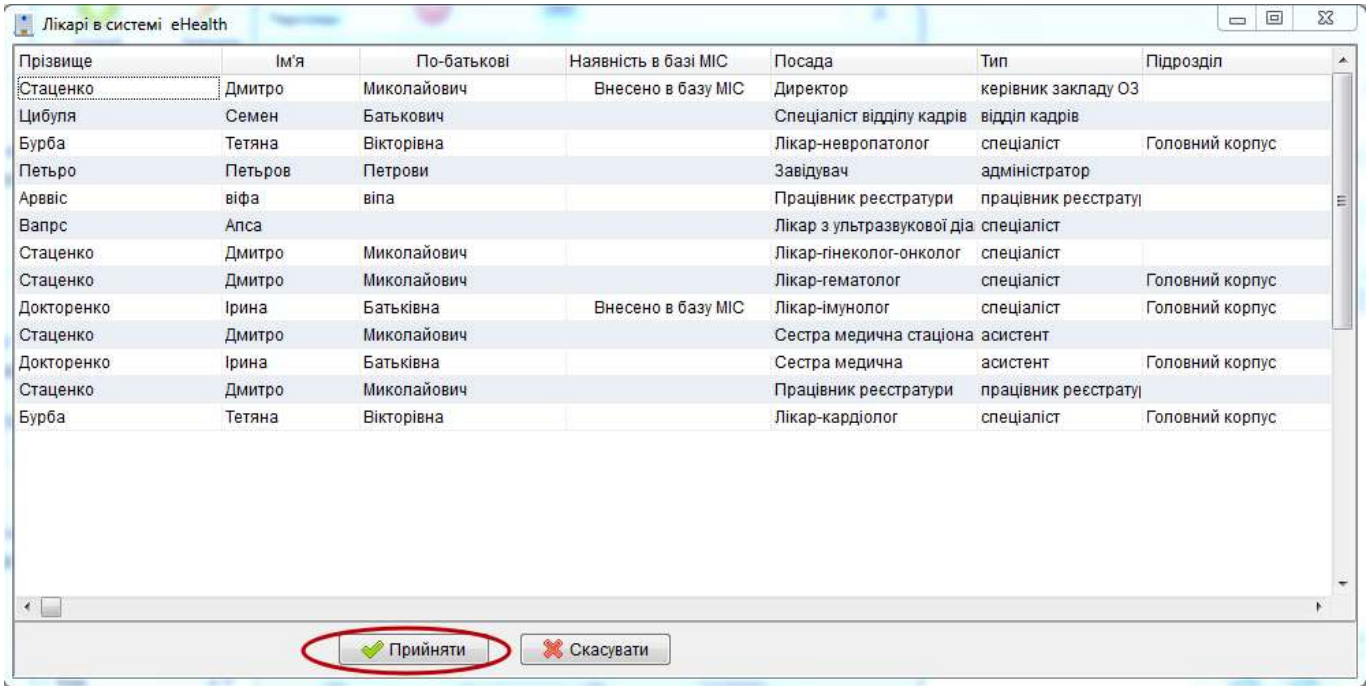
«Діючі записи» - показує працівників, які працюють в закладі. Коли людина звільняється, її видаляють із персоналу, але не із бази. Побачити її можливо, вибравши в полі «Діючі записи» - «Ні». Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

Для створення нового працівника в реєстрі слід натиснути кнопку «Новий». У вікні, що з’явиться необхідно заповнити всі поля.

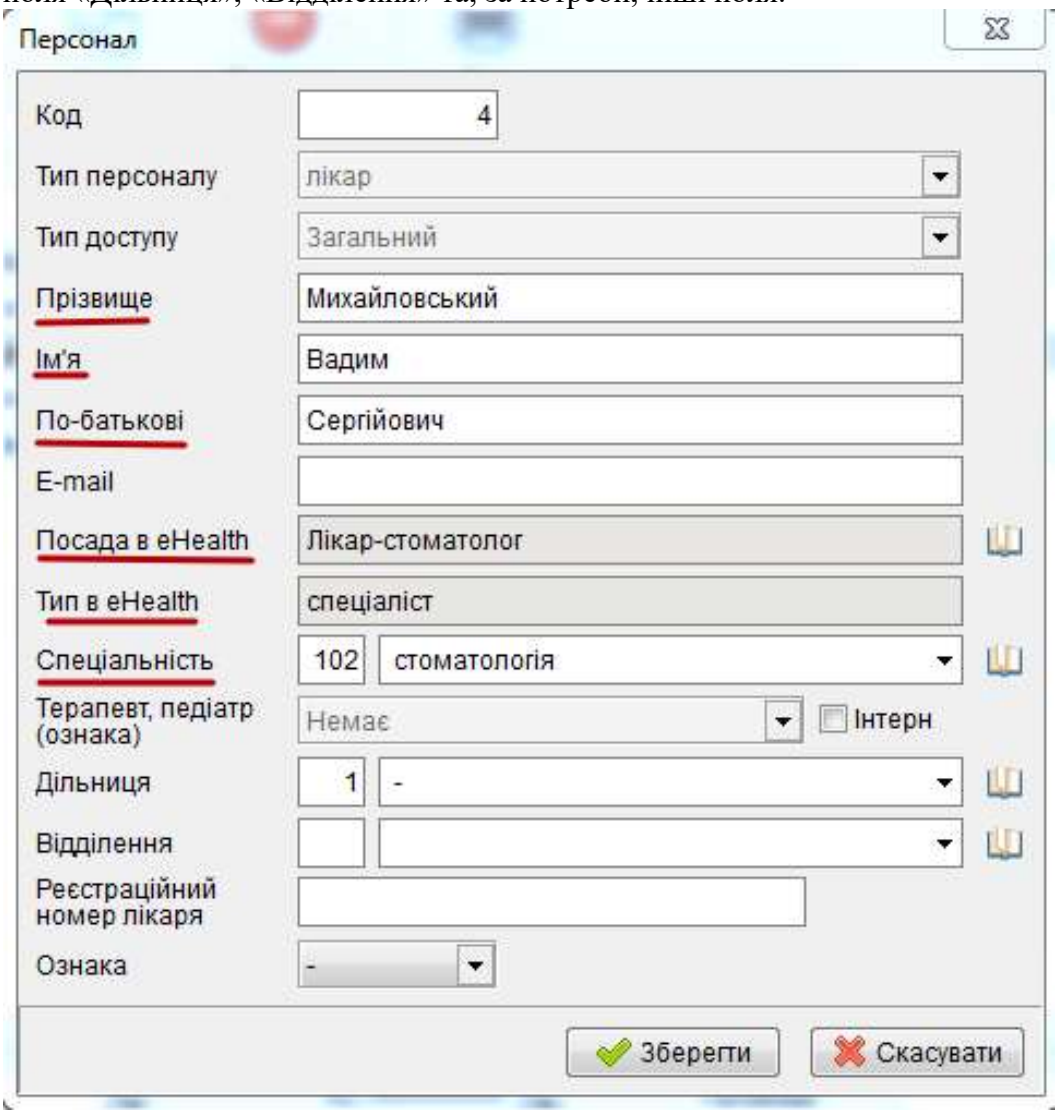


У випадку, коли заклад із співробітниками зареєстрований в електронній системі охорони здоров’я (інформацію повинна бути внесена в пункті меню E-Health), то слід спочатку обрати посаду з e-Health



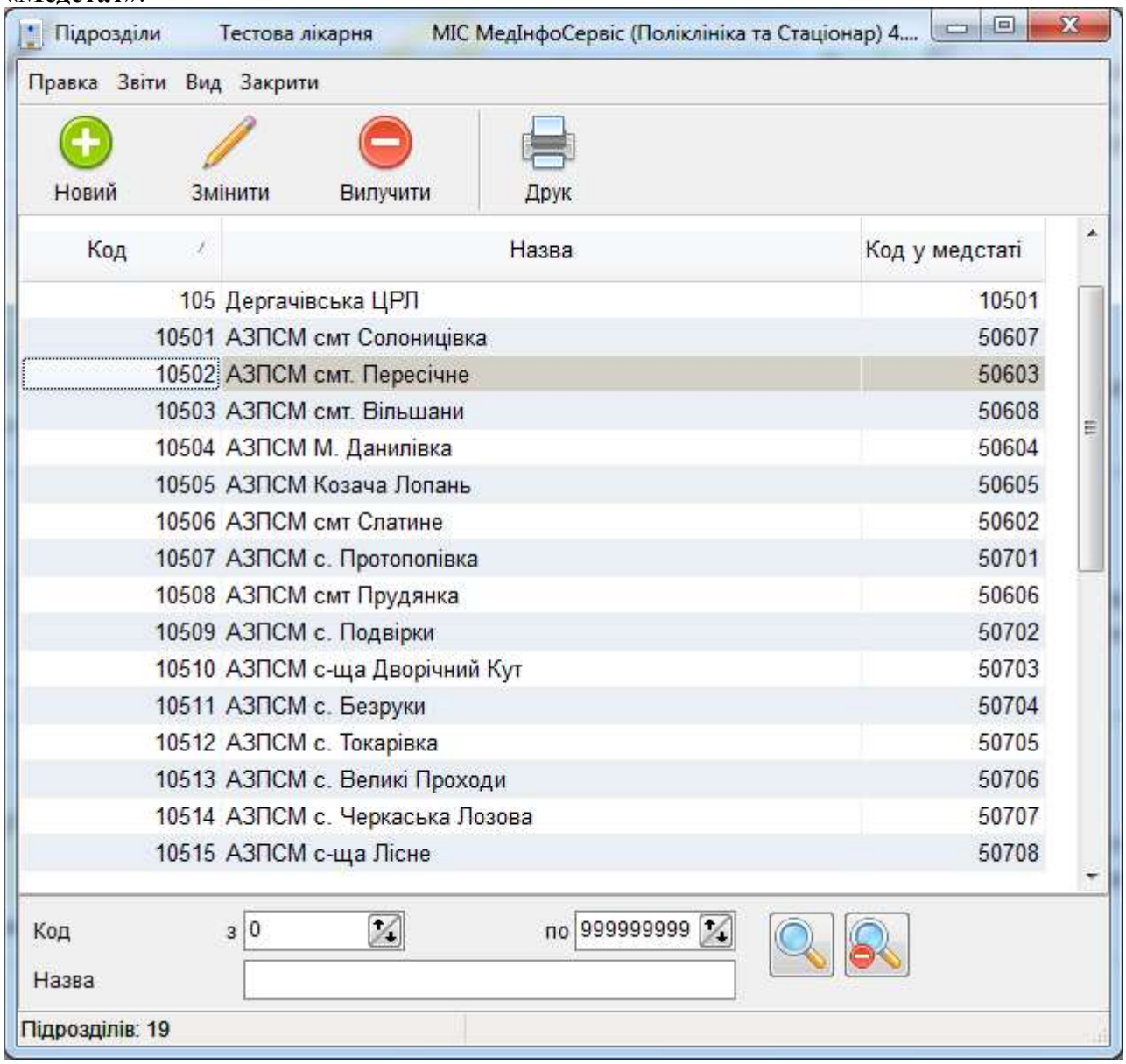


Із ЕСОЗ в «Персонал» підтягується ПІБ працівника та спеціальність. Необхідно вказати поля «Дільниця», «Відділення» та, за потреби, інші поля.

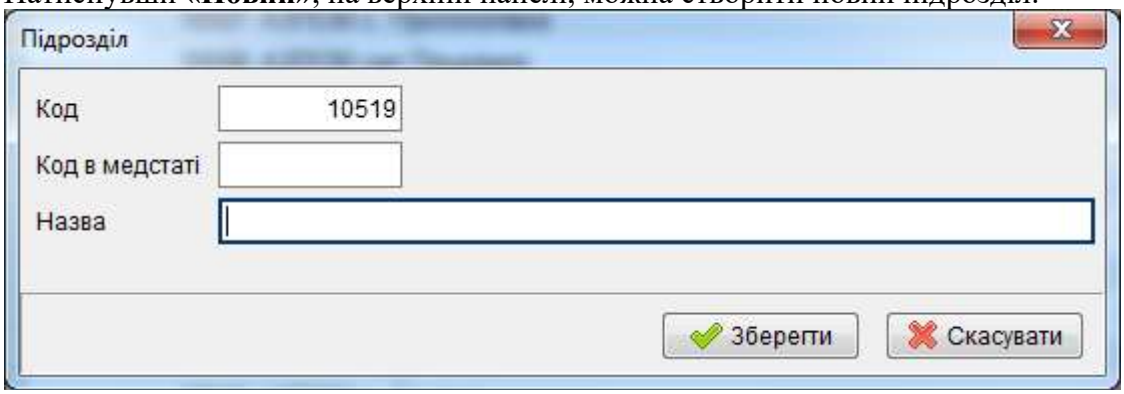


10.29 Підрозділи

Містить список підрозділів з кодом в програмі МІС та кодом, відповідним до програми **«Медстат»**.

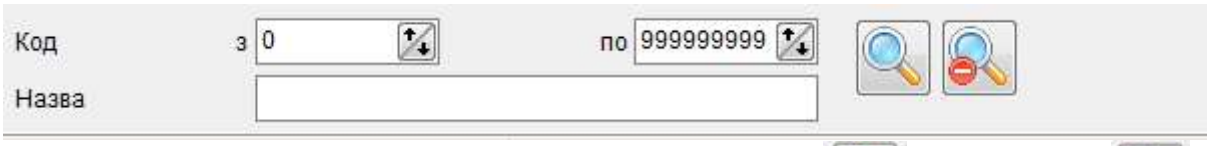


Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити новий підрозділ.



«Копія» - створює копію підрозділу і відкриває його; **«Змінити»** - відкривається запис для внесення змін, **«Вилучити»** - видаляє підрозділ. **«Друк»** - формує список підрозділів в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми.

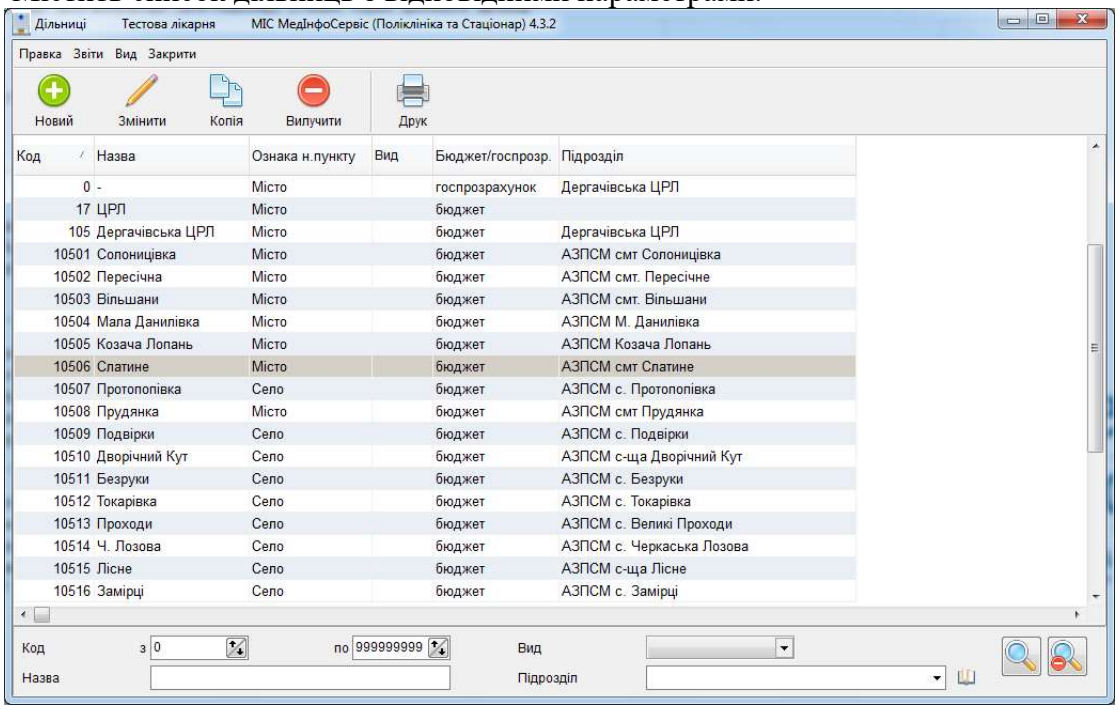
«Вид» > «Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по внесеному персоналу.



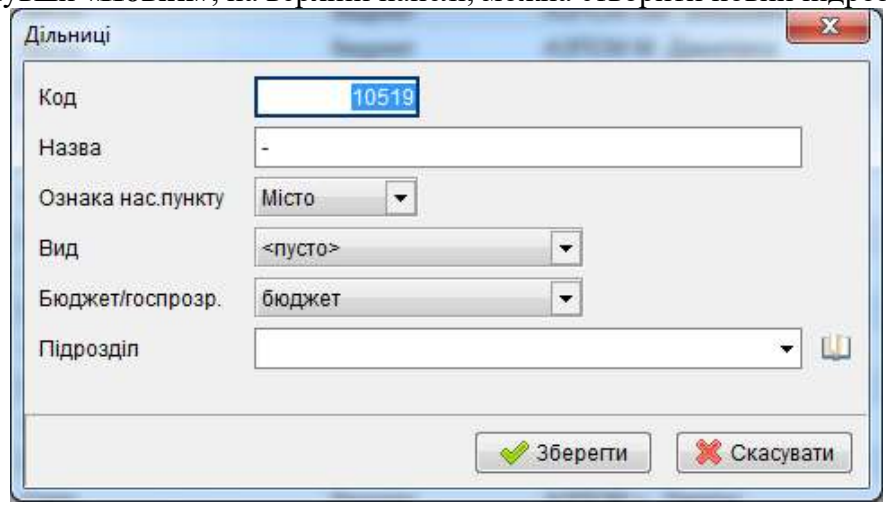
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

10.30 Дільниці

Містить список дільниць з відповідними параметрами.

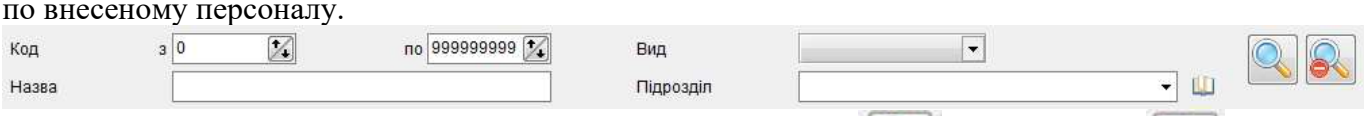


Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити новий підрозділ.



«Копія» - створює копію підрозділу і відкриває його; **«Змінити»** - відкривається запис для внесення змін, **«Вилучити»** - видаляє підрозділ. **«Друк»** - формує список підрозділів в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми.

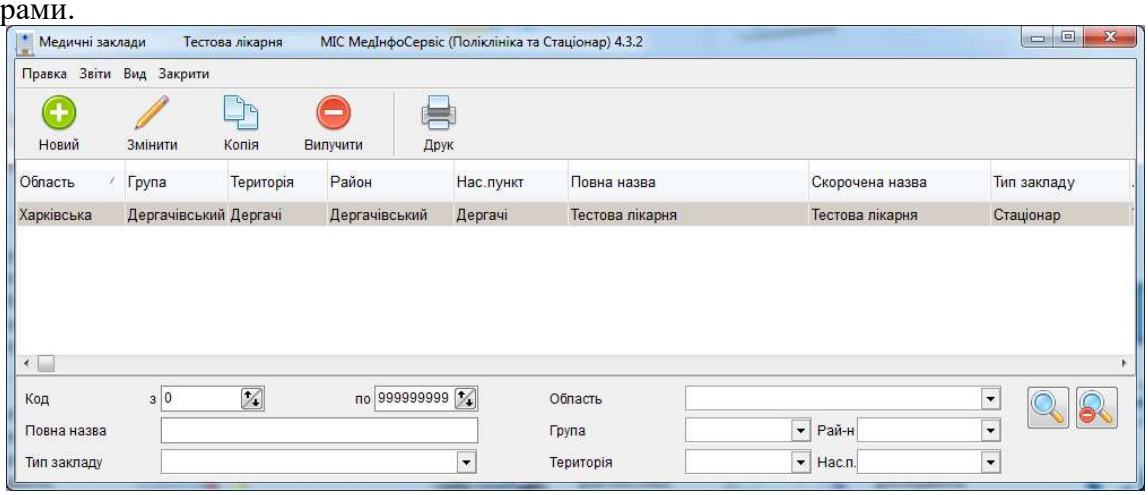
«Вид» > «Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по внесеному персоналу.



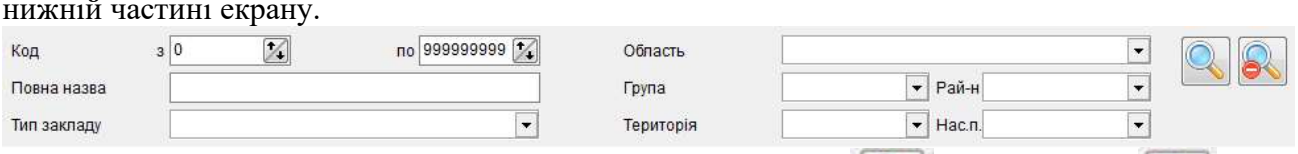
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

10.31 Медичні заклади

В даному реєстрі відображається перелік медичних закладів, які присутні в базі програми.



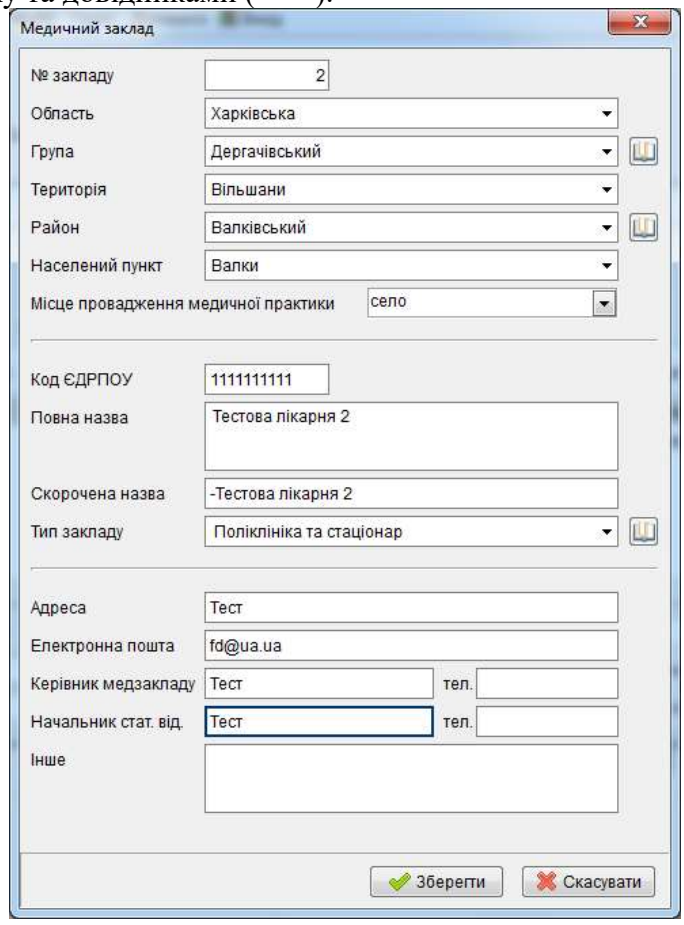
«Вид»>«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра в нижній частині екрану.



Вказавши необхідні параметри для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

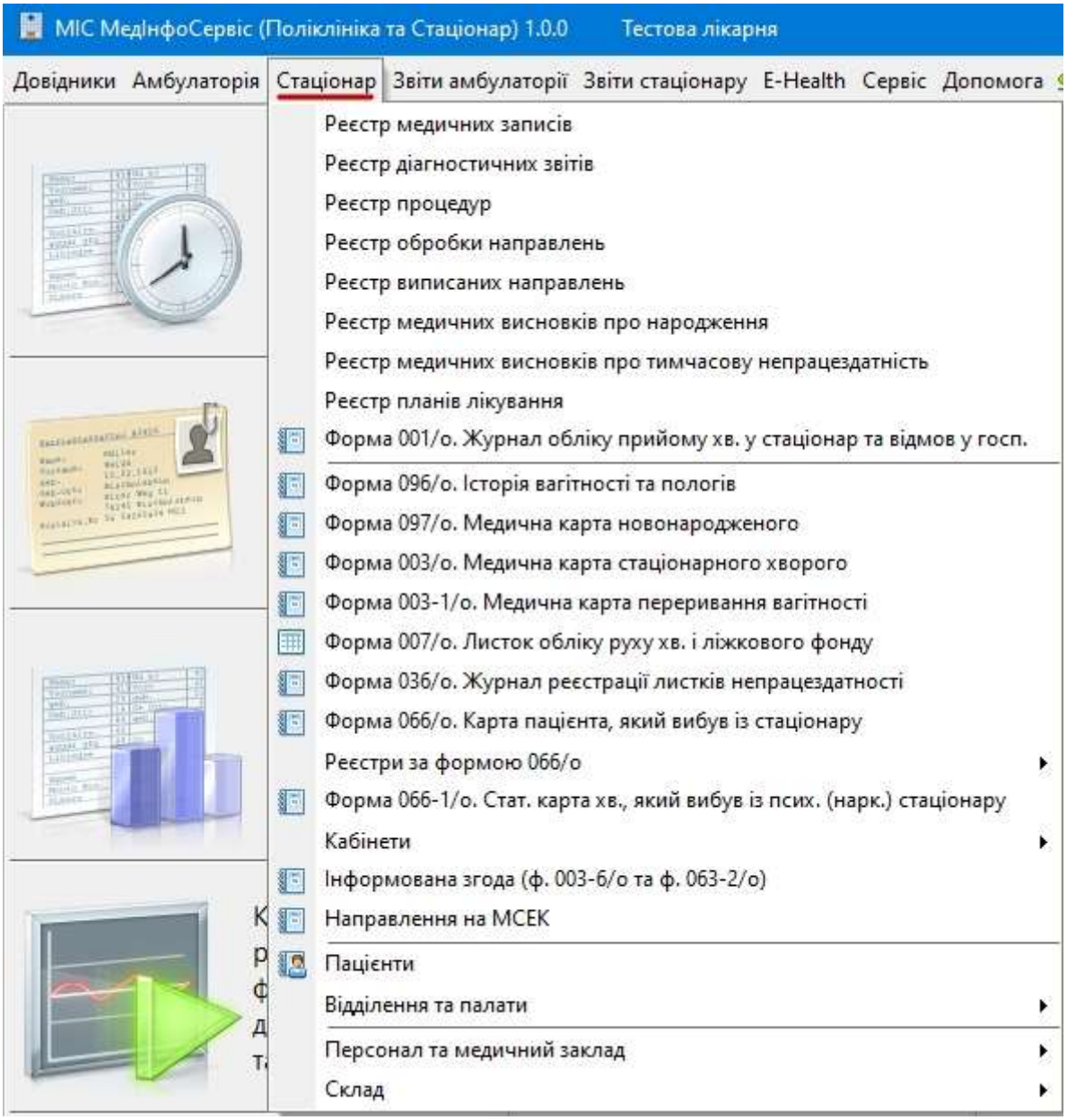
Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити новий заклад. Кнопки **«Змінити»** та **«Вилучити» -** змінює і видаляє заклад.

При створенні нового закладу слід заповнити всі потрібні поля, користуючись даними із випадаючого списку та довідниками ( ).



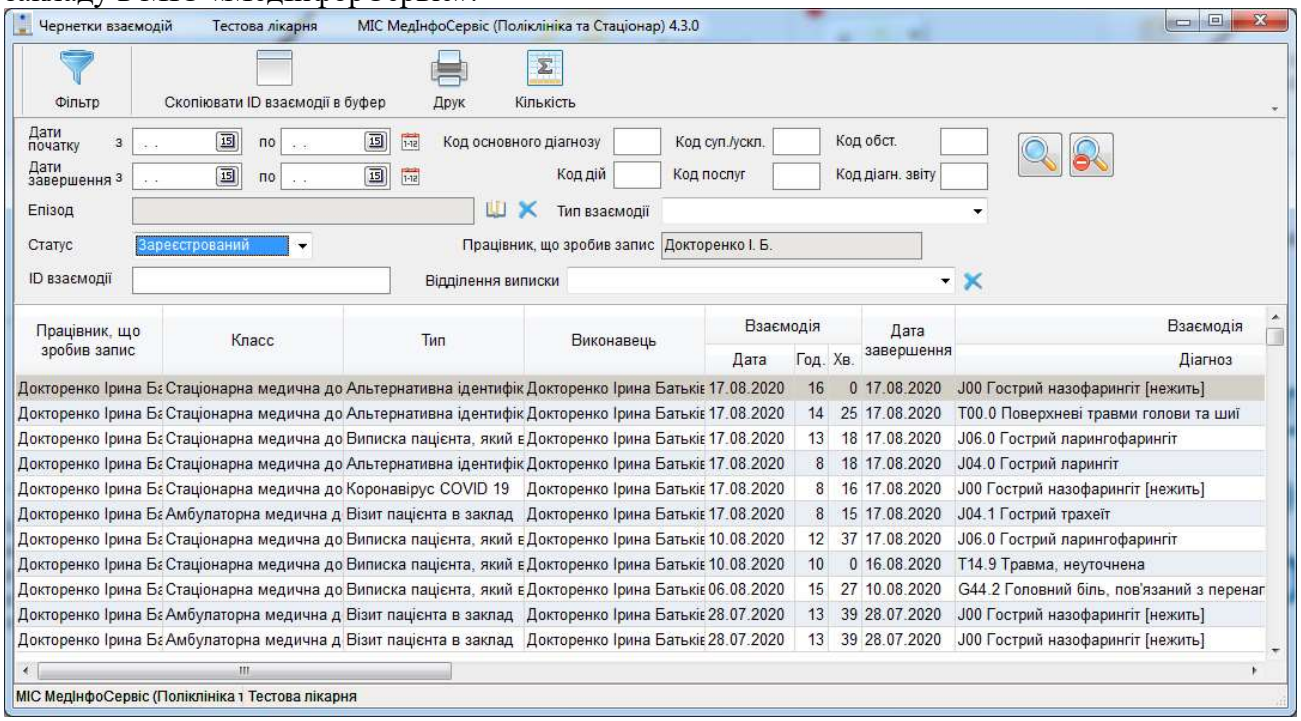
- формує кількість ліжок та планових ліжко-днів в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в фільтраційній панелі.

11. Стаціонар

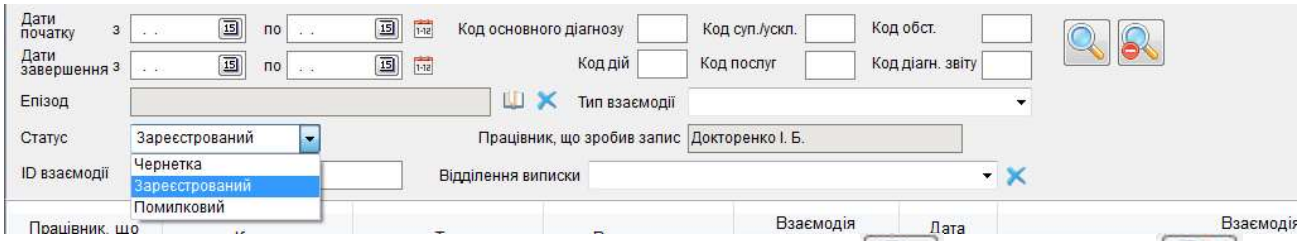


11.1 Реєстр медичних записів

В даному вікні відображується реєстр всіх взаємодій, які створені лікарями в межах закладу в МІС «МедІнфорСервіс».

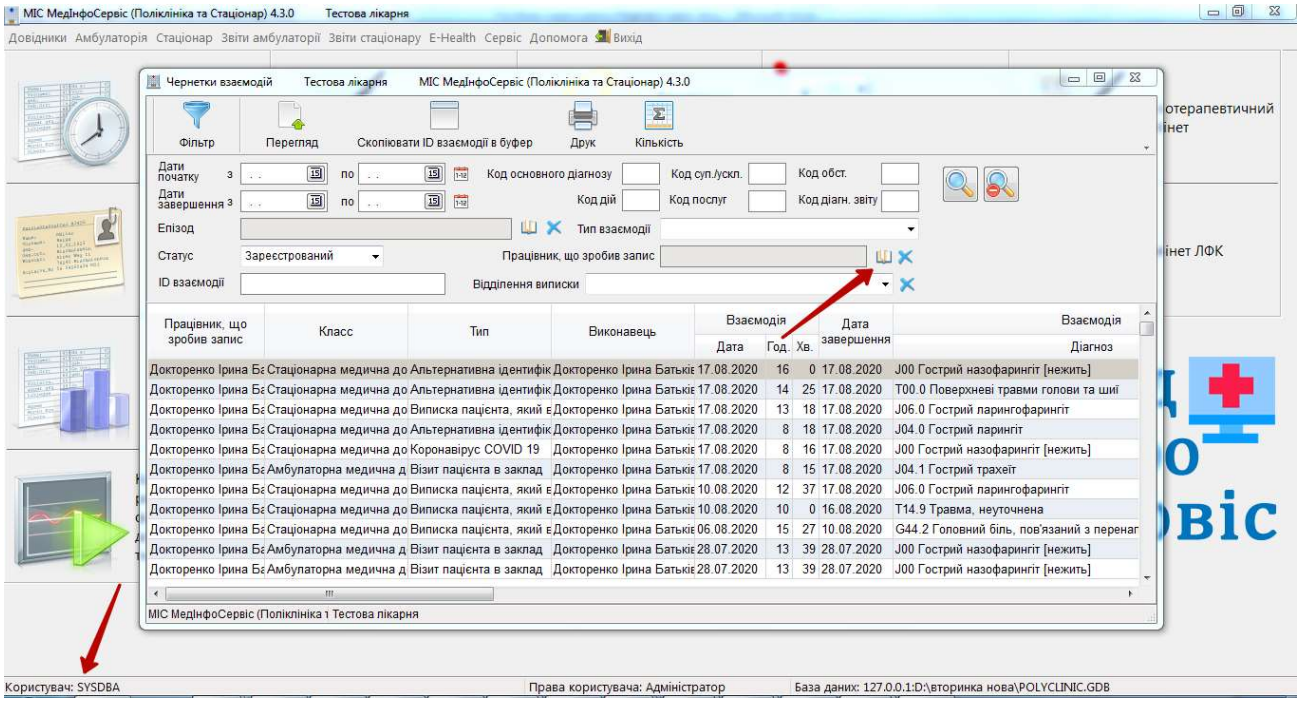


«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по записам.

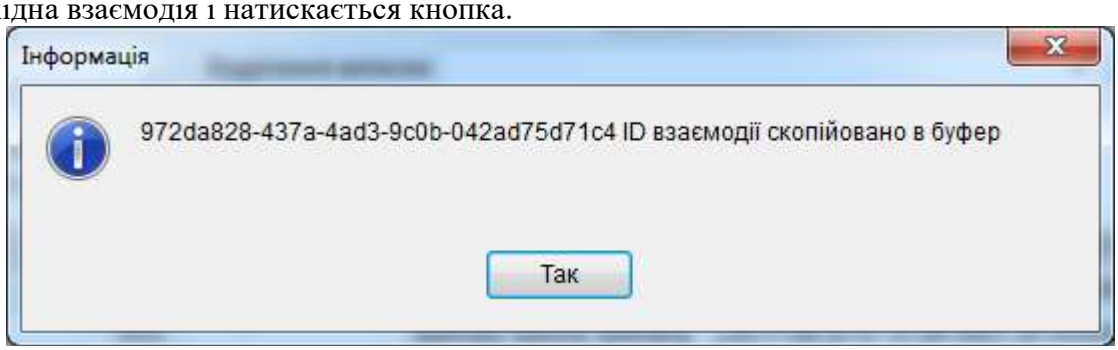


Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

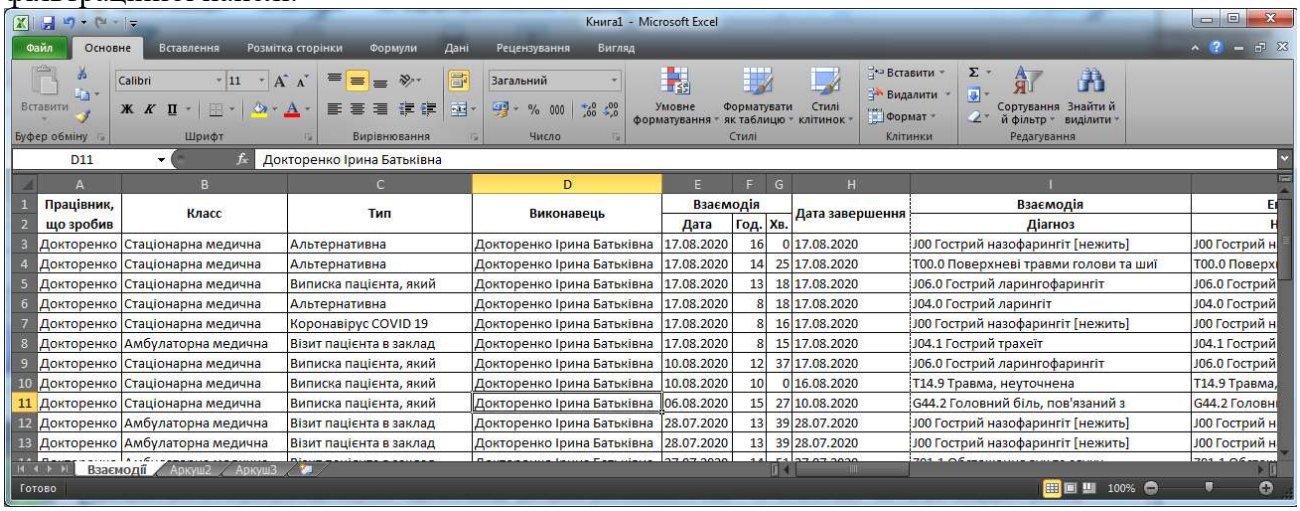
Зверніть увагу! Зайшовши під адміністратором в програму можна побачити медичні записи всіх лікарів і, при потребі, по конкретному працівнику.



«Скопіювати ID взаємодії в буфер» - застосовується при потребі. Обирається необхідна взаємодія і натискається кнопка.



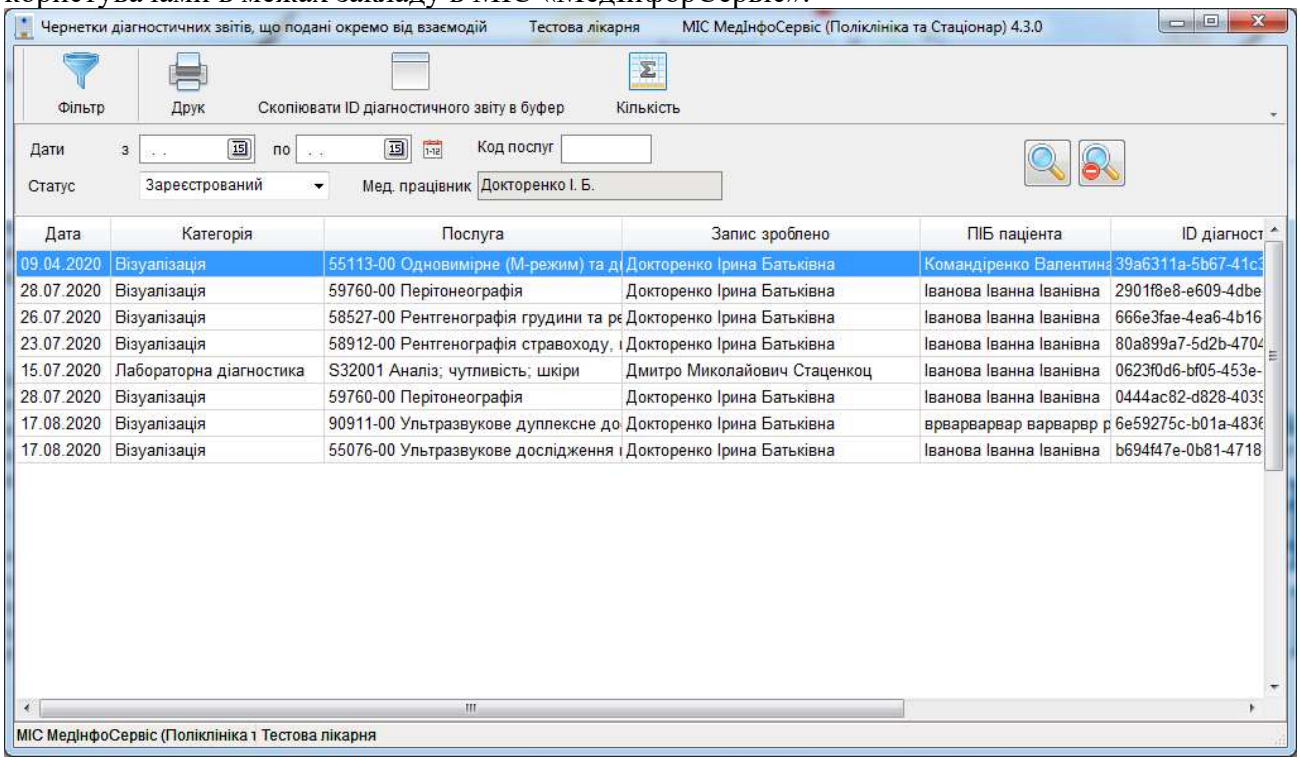
«Друк» - формує список взаємодій в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми і в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.



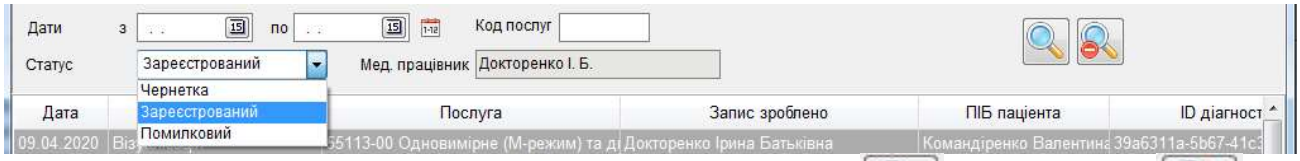
«Кількість» - розраховує кількість записів в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.

11.2 Реєстр діагностичних звітів

В даному вікні відображується реєстр всіх діагностичних звітів, які створені користувачами в межах закладу в МІС «МедІнфорСервіс».

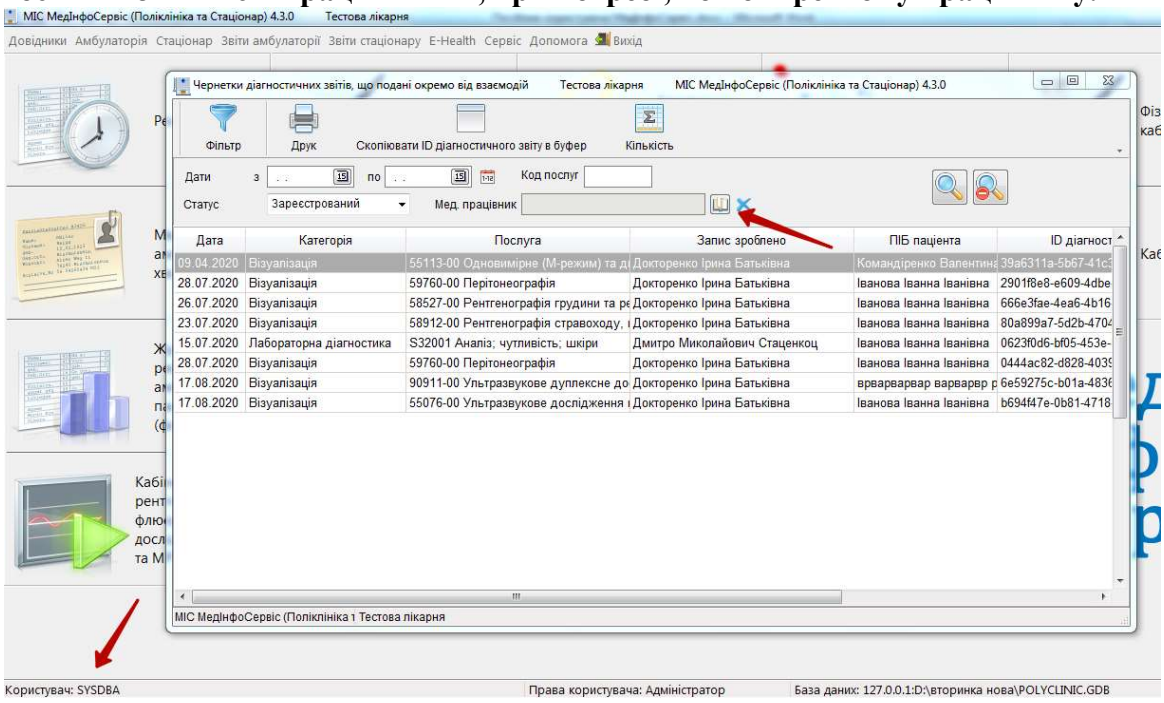


«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по записам.

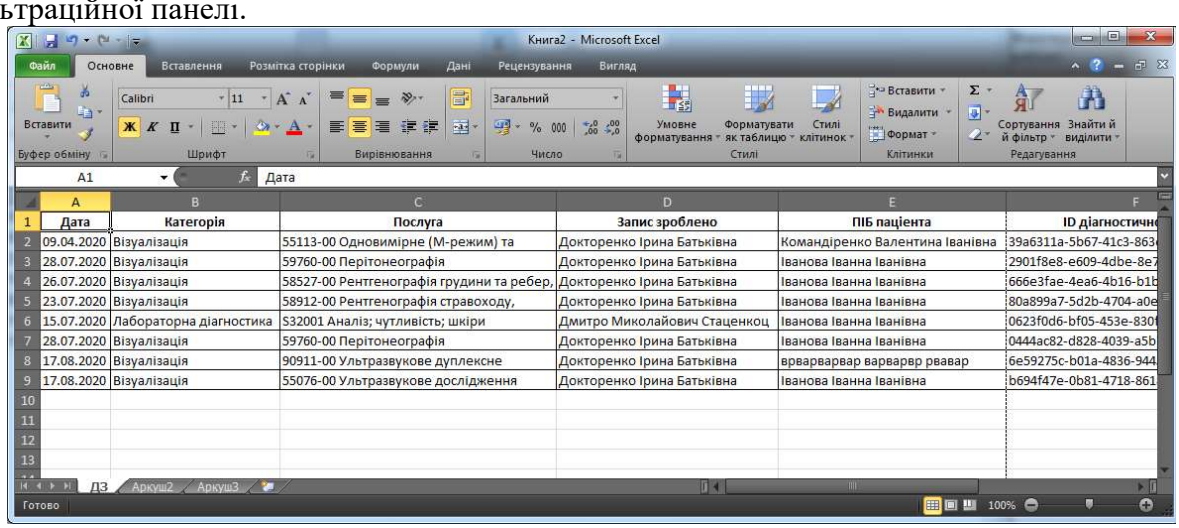


Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

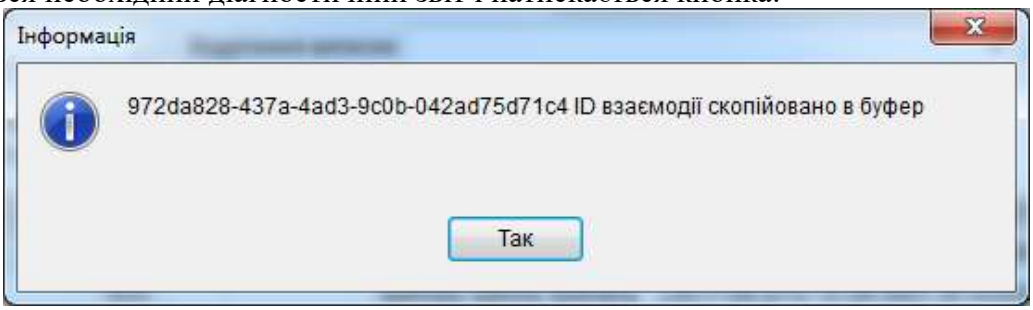
Зверніть увагу! Зайшовши під адміністратором в програму можна побачити діагностичні звіти всіх працівників і, при потребі, по конкретному працівнику.



«Друк» - формує список діагностичних звітів в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми і в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.



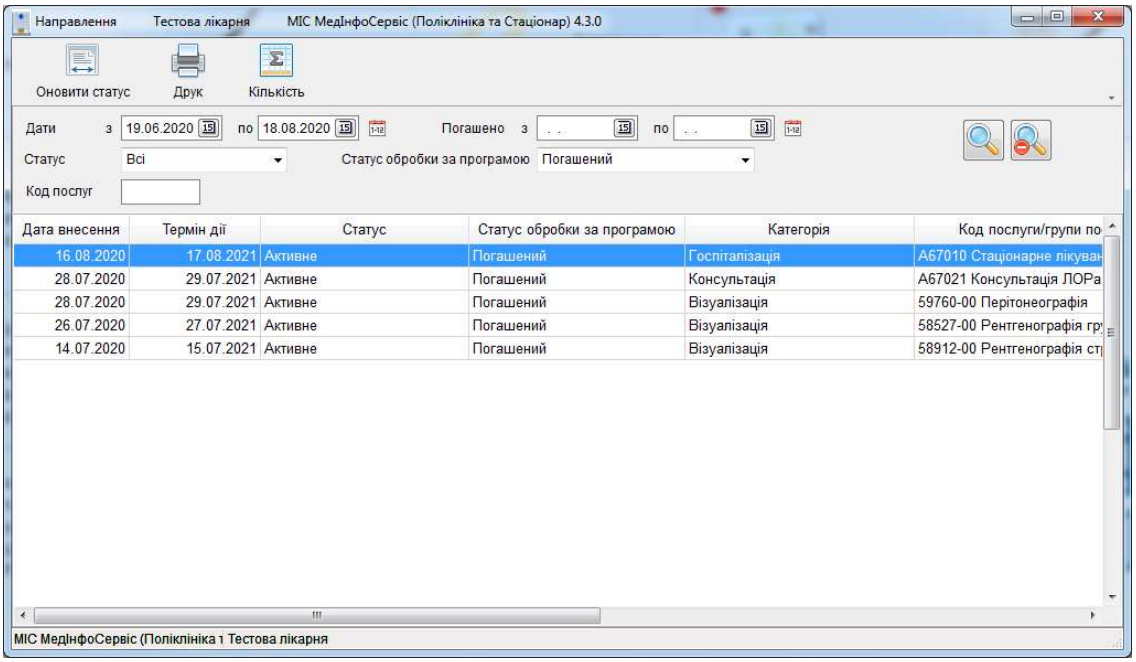
«Скопіювати ID діагностичного звіту в буфер» - застосовується при потребі. Обирається необхідний діагностичний звіт і натискається кнопка.



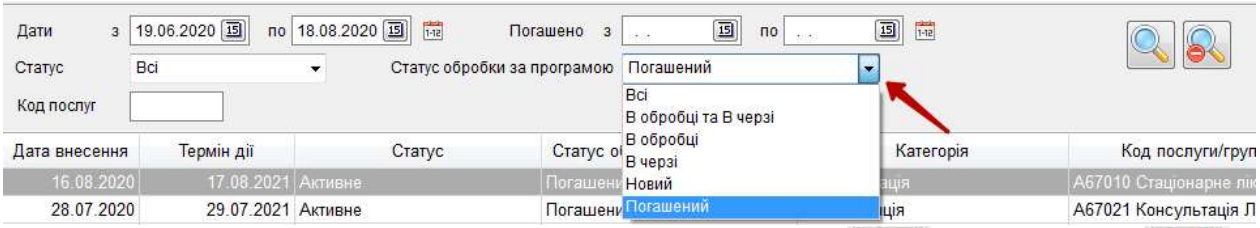
«Кількість» - розраховує кількість записів в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.

11.3 Реєстр обробки направлень

В даному вікні відображується реєстр обробки всіх електронних направлень, які створені користувачами в межах закладу в МІС «МедІнфорСервіс».

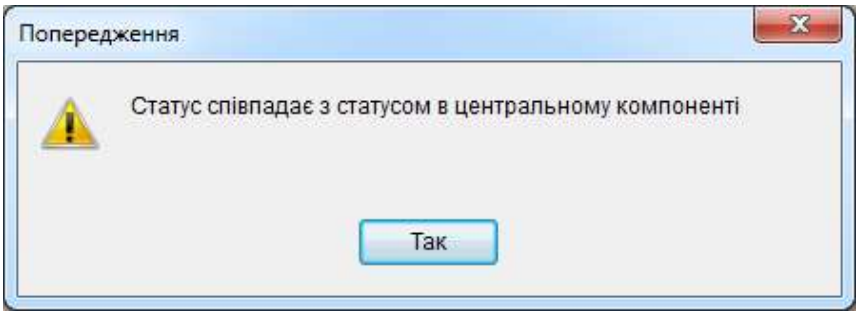


Фільтраційна панель, яка містить поля для фільтра по записам.

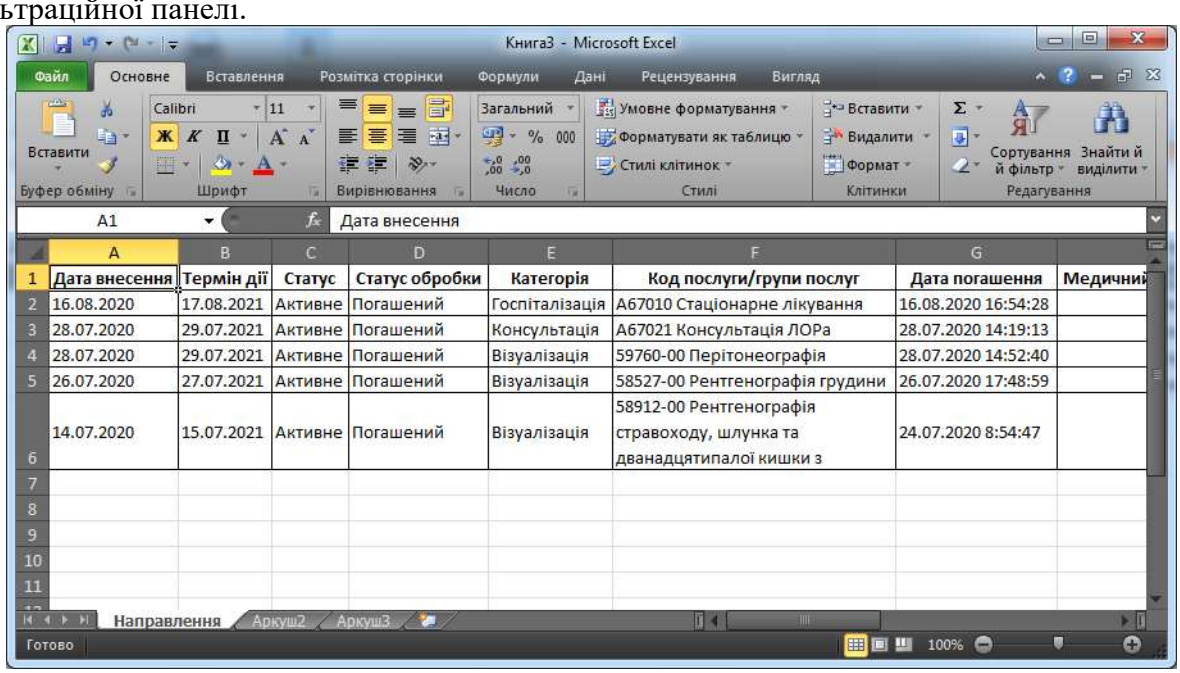


Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

«Оновити статус» - використовується у випадку, коли статус електронного направлення не співпадає зі статусом в ЕСОЗ. Якщо співпадає, то програма повідомляє про це.



«Друк» - формує список направлень в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми і в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.

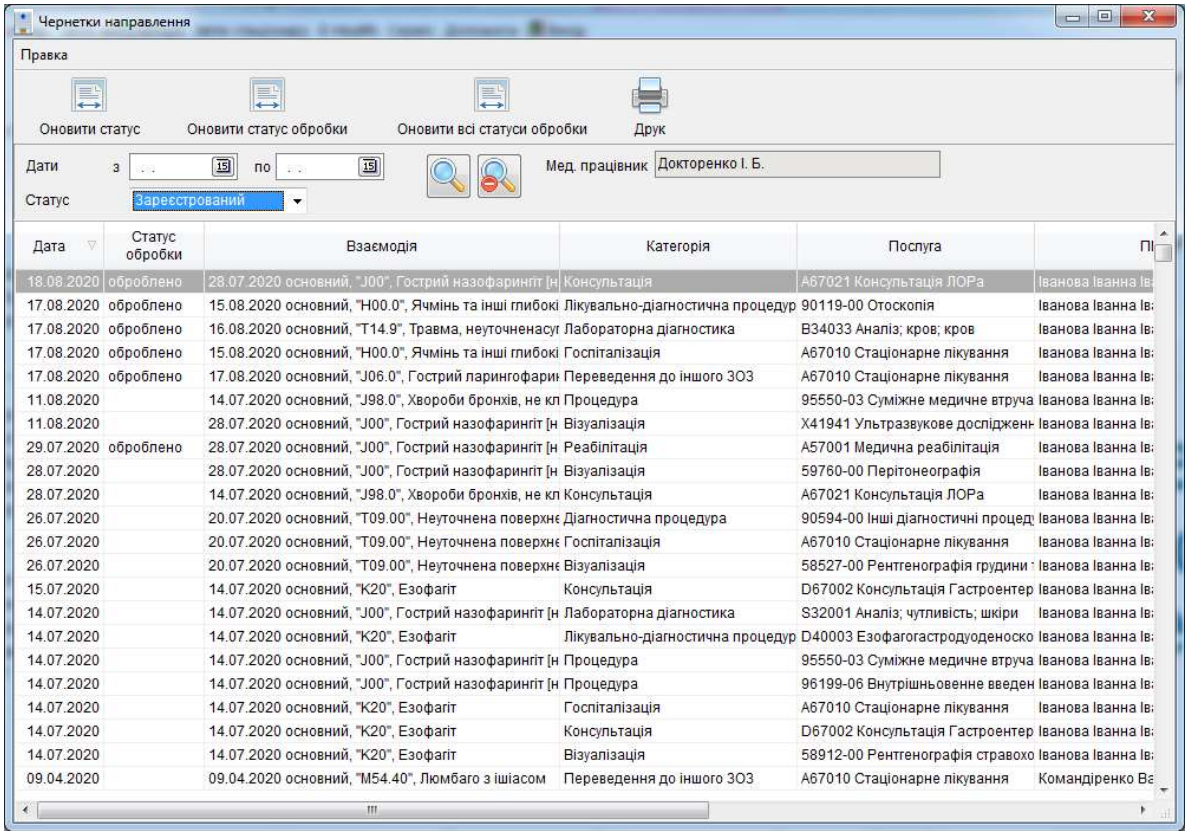


	A	B	C	D	E	F	G	
1	Дата внесення	Термін дії	Статус	Статус обробки	Категорія	Код послуги/групи послуг	Дата погашення	Медичний
2	16.08.2020	17.08.2021	Активне	Погашений	Госпіталізація	A67010 Стаціонарне лікування	16.08.2020 16:54:28	
3	28.07.2020	29.07.2021	Активне	Погашений	Консультація	A67021 Консультація ЛОРа	28.07.2020 14:19:13	
4	28.07.2020	29.07.2021	Активне	Погашений	Візуалізація	59760-00 Перітонеографія	28.07.2020 14:52:40	
5	26.07.2020	27.07.2021	Активне	Погашений	Візуалізація	58527-00 Рентгенографія грудини	26.07.2020 17:48:59	
6	14.07.2020	15.07.2021	Активне	Погашений	Візуалізація	58912-00 Рентгенографія стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки з	24.07.2020 8:54:47	
7								
8								
9								
10								
11								

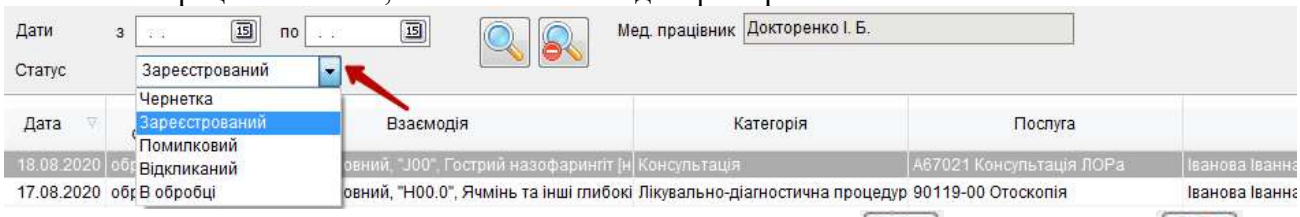
«Кількість» - розраховує кількість записів в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.

11.4 Реєстр виписаних направлень

В даному вікні відображується реєстр виписаних всіх електронних направлень, які створені користувачами в межах закладу в МІС «МедІнфорСервіс».

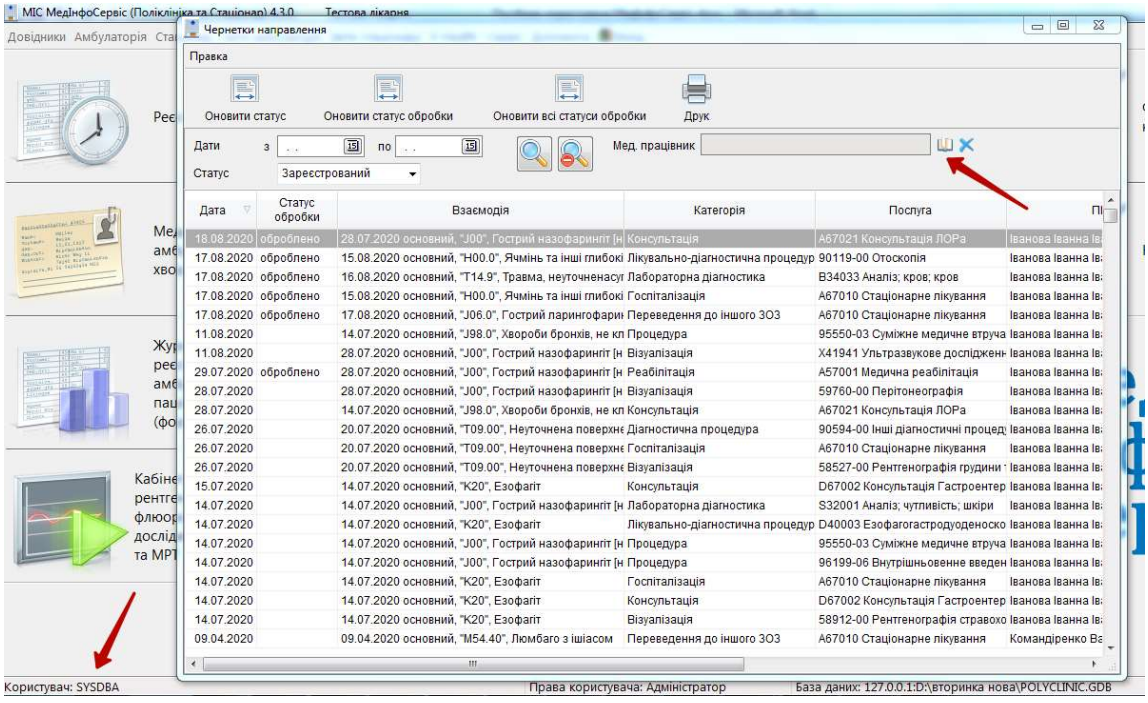


Фільтраційна панель, яка містить поля для фільтра по записам.

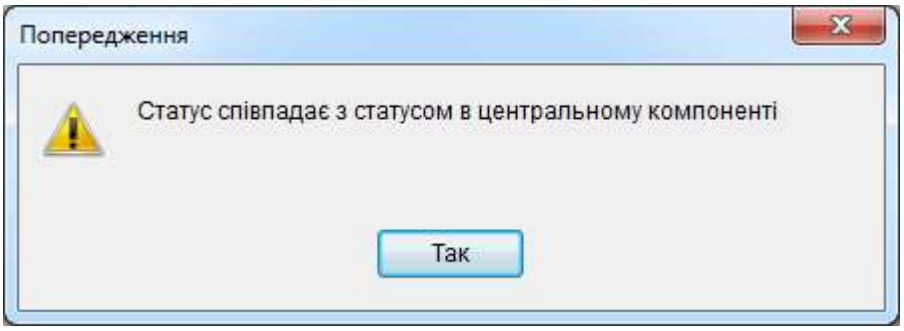


Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

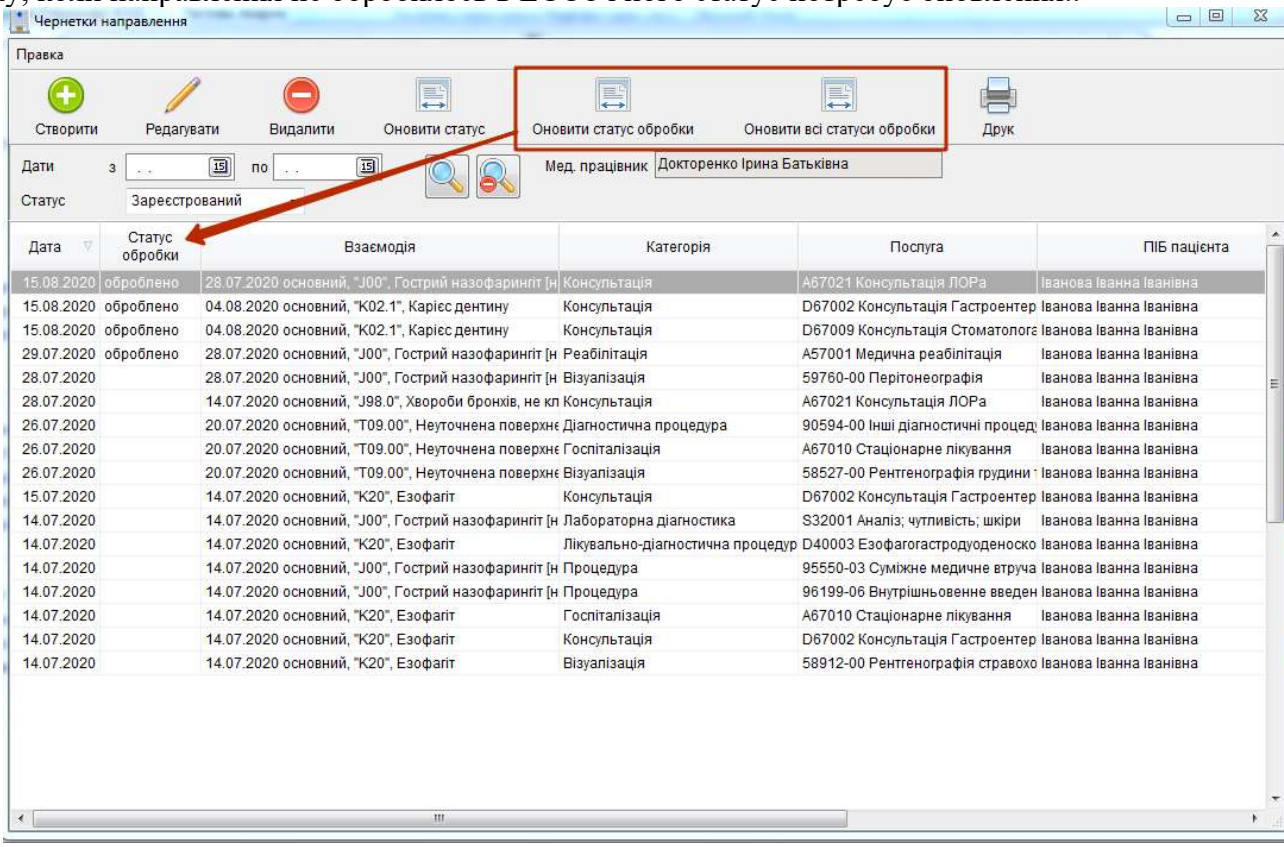
Зверніть увагу! Зайшовши під адміністратором в програму можна побачити діагностичні звіти всіх працівників і, при потребі, по конкретному працівнику.



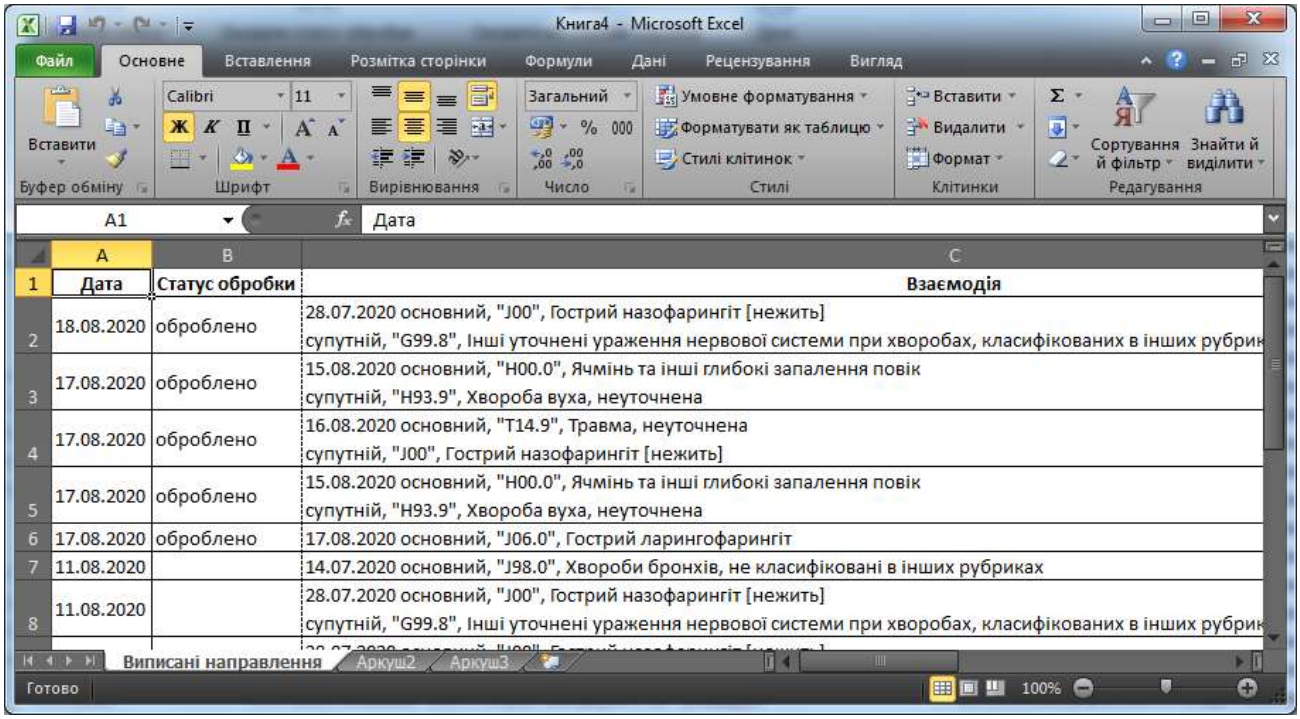
«Оновити статус» - використовується у випадку, коли статус електронного направлення не співпадає зі статусом в ЕСОЗ. Якщо співпадає, то програма повідомляє про це.



«Оновити статус обробки» та «Оновити всі статуси обробки» - використовується у випадку, коли направлення не обробилось в ЕСОЗ і його статус потребує оновлення..

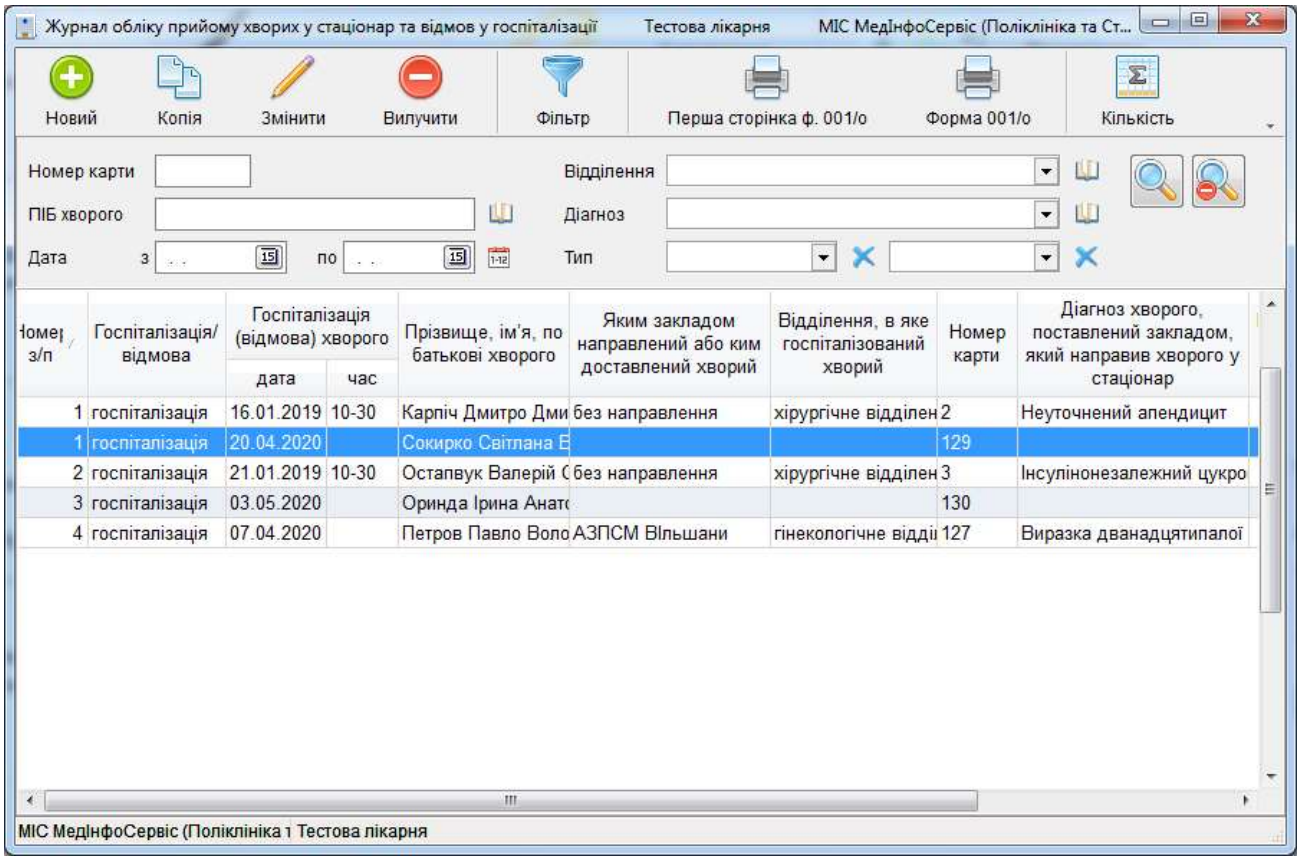


«Друк» - формує список направлень в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми і в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.



	A	B	C
1	Дата	Статус обробки	Взаємодія
2	18.08.2020	оброблено	28.07.2020 основний, "J00", Гострий назофарингіт [нежить] супутній, "G99.8", Інші уточнені ураження нервової системи при хворобах, класифікованих в інших рубрик
3	17.08.2020	оброблено	15.08.2020 основний, "H00.0", Ячмінь та інші глибокі запалення повік супутній, "H93.9", Хвороба вуха, неуточнена
4	17.08.2020	оброблено	16.08.2020 основний, "T14.9", Травма, неуточнена супутній, "J00", Гострий назофарингіт [нежить]
5	17.08.2020	оброблено	15.08.2020 основний, "H00.0", Ячмінь та інші глибокі запалення повік супутній, "H93.9", Хвороба вуха, неуточнена
6	17.08.2020	оброблено	17.08.2020 основний, "J06.0", Гострий ларингофарингіт
7	11.08.2020		14.07.2020 основний, "J98.0", Хвороби бронхів, не класифіковані в інших рубриках
8	11.08.2020		28.07.2020 основний, "J00", Гострий назофарингіт [нежить] супутній, "G99.8", Інші уточнені ураження нервової системи при хворобах, класифікованих в інших рубрик

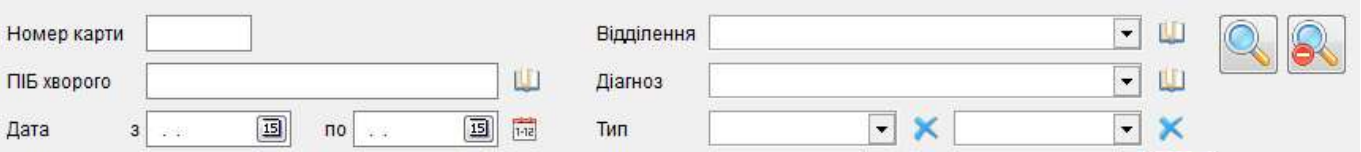
11.5 Форма 001/о «Журнал обліку прийому хворих у стаціонар та відмов у госпіталізації»



Номер з/п	Госпіталізація/ відмова	Госпіталізація (відмова) хворого		Прізвище, ім'я, по батькові хворого	Яким закладом направлений або ким доставлений хворий	Відділення, в яке госпіталізований хворий	Номер карти	Діагноз хворого, поставлений закладом, який направив хворого у стаціонар
		дата	час					
1	госпіталізація	16.01.2019	10-30	Карпіч Дмитро Дми	без направлення	хірургічне відділен	2	Неуточнений апендицит
1	госпіталізація	20.04.2020		Сокирко Світлана Е			129	
2	госпіталізація	21.01.2019	10-30	Остапвук Валерій С	без направлення	хірургічне відділен	3	Інсулінонезалежний цукро
3	госпіталізація	03.05.2020		Оринда Ірина Анат			130	
4	госпіталізація	07.04.2020		Петров Павло Воло	АЗПСМ Вільшани	гінекологічне відді	127	Виразка дванадцятипалої

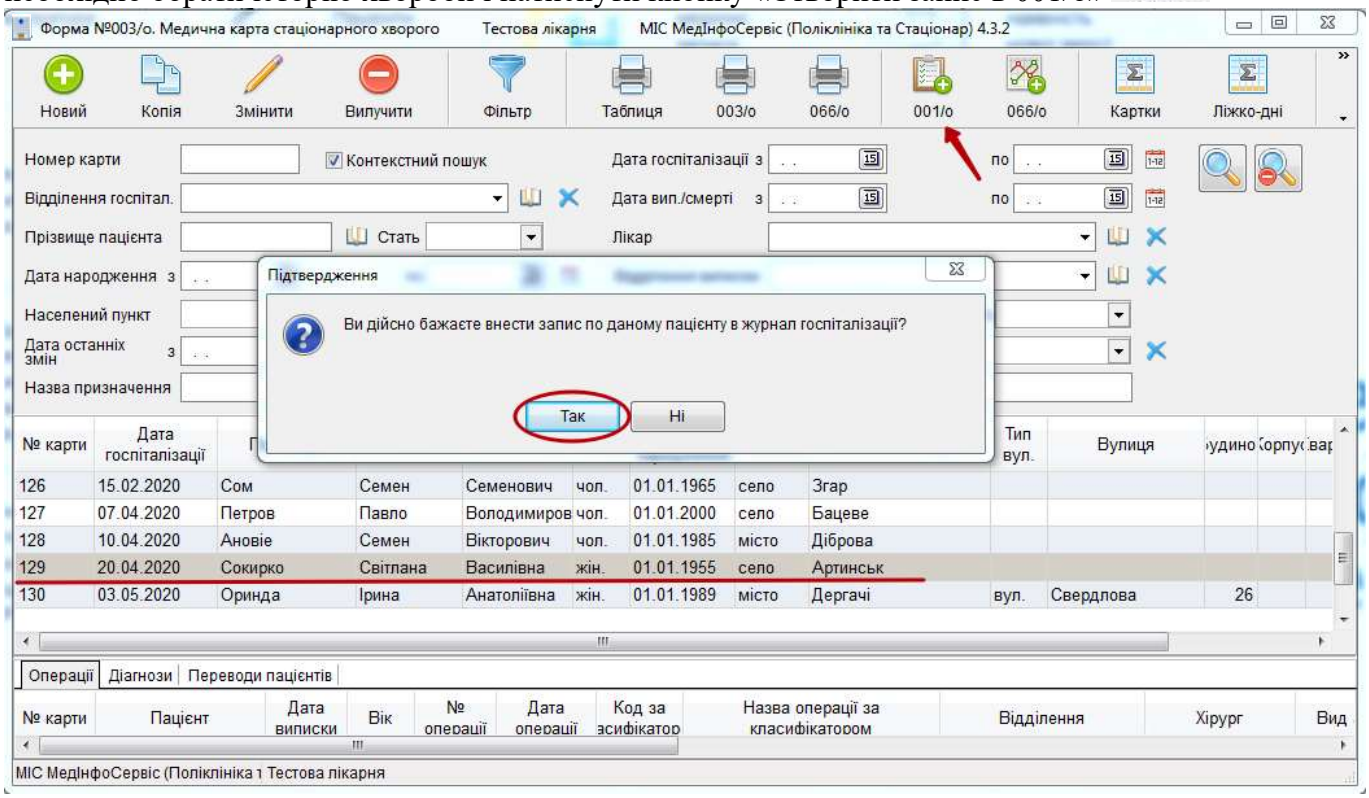
Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити новий запис в журналі. **«Копія»** - створює копію запису і відкриває його; **«Змінити»** - відкривається запис для внесення змін, **«Вилучити»** - видаляє запис.

«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по внесеному персоналу.

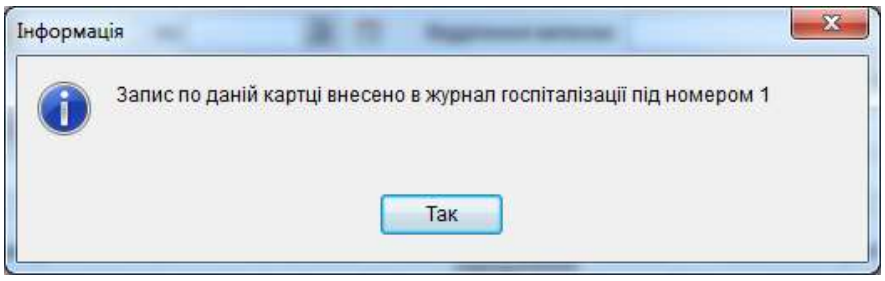


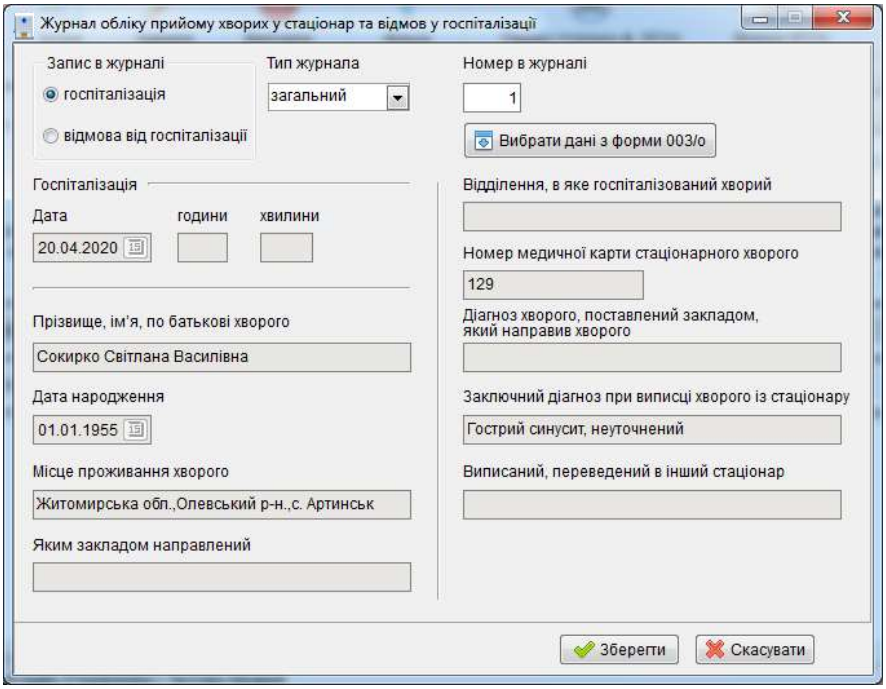
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

Записи в журнал 001 створюються або внесенням вручну (за допомогою кнопки «Новий»), або за допомогою реєстру медичних карт стаціонарного хворого (ф.003/о), де необхідно обрати історію хвороби і натиснути кнопку «Створити запис в 001/о»

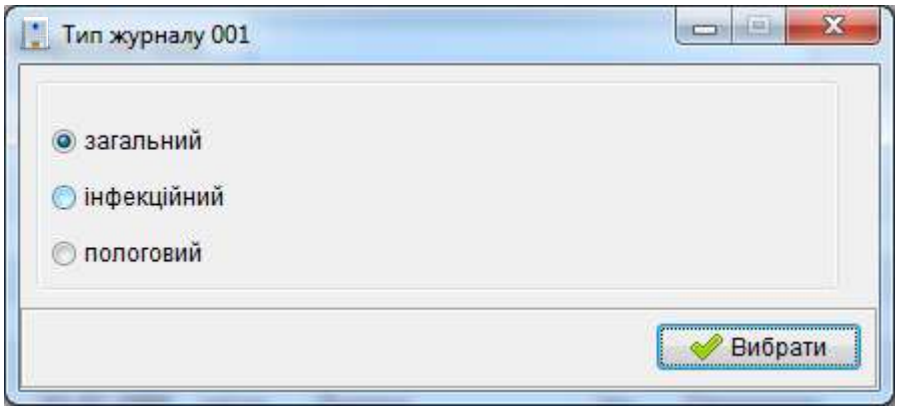


У випадку, коли відділення госпіталізації – інфекційне, то і запис автоматично буде внесено в тип журналу «інфекційний», якщо пологове відділення – тип журналу «пологовий», інші відділення – тип «загальний».

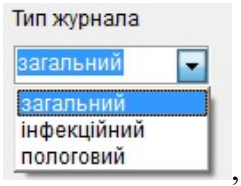




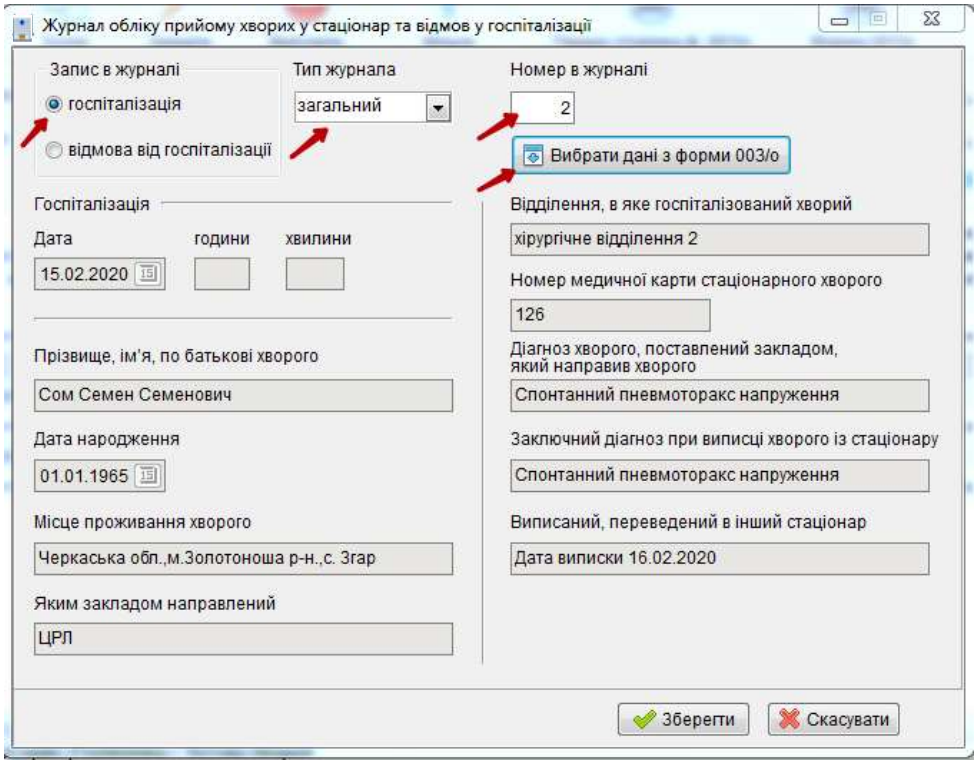
У випадку, коли в формі 003/о "Медична карта стаціонарного хворого" не вказано відділення госпіталізації, при автоматичному перенесенні даних у форму 001/о "Журнал обліку прийому хворих у стаціонар та відмов у госпіталізації" додано вікно з вибором типу журналу



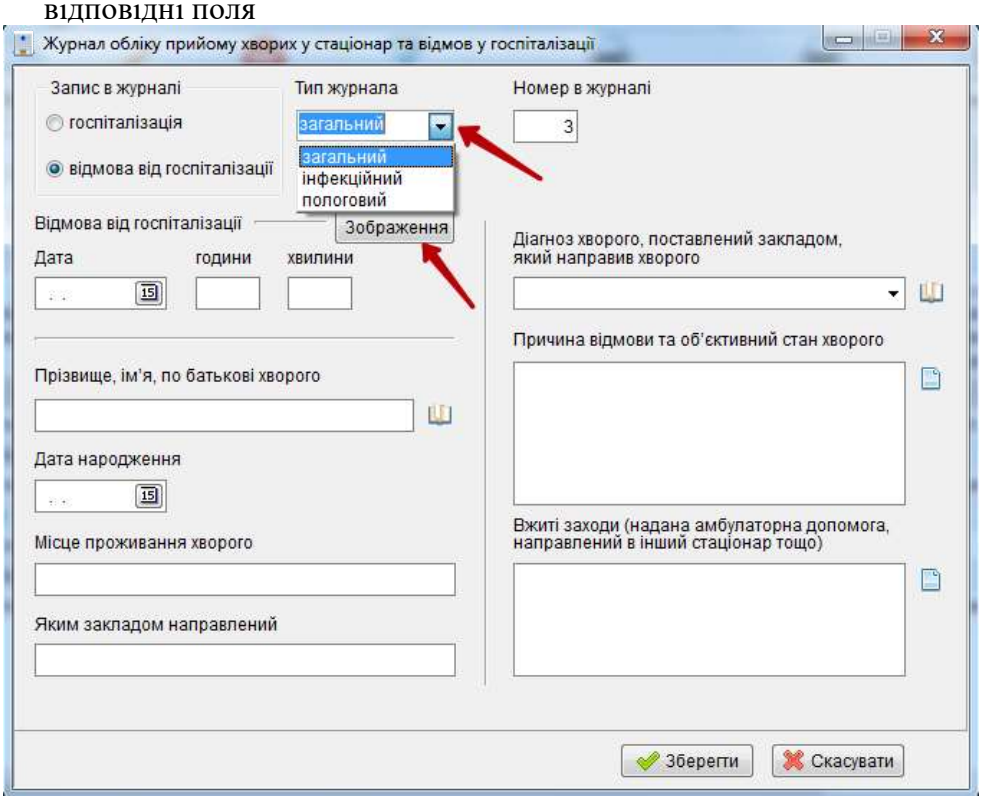
Для створення нового запису в журналі 001/о слід натиснути кнопку **«Новий».** У вікні, що з'явиться необхідно відмітити запис в журналі:



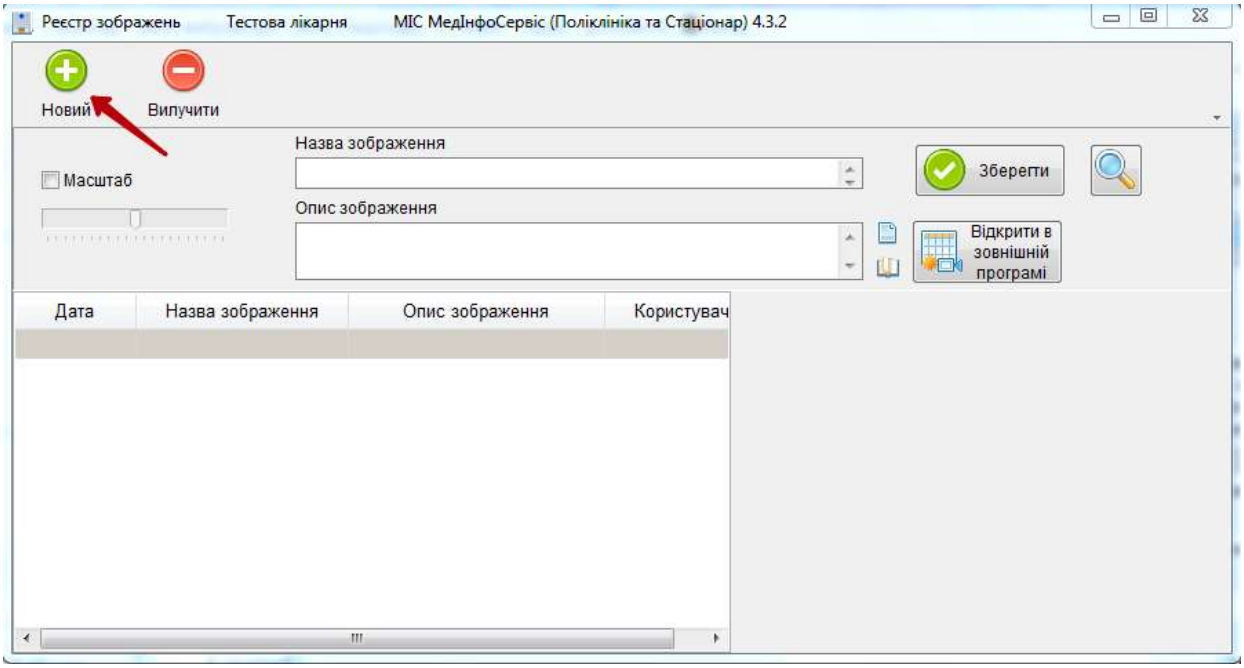
- **«госпіталізації» -** вказати «тип журналу» , номер в журналі та обрати історію хвороби 003/о, за допомогою кнопки «Вибрати дані з форми 003/о»;



- **«відмова від госпіталізації»** - вказати тип журналу, номер і заповнити всі відповідні поля

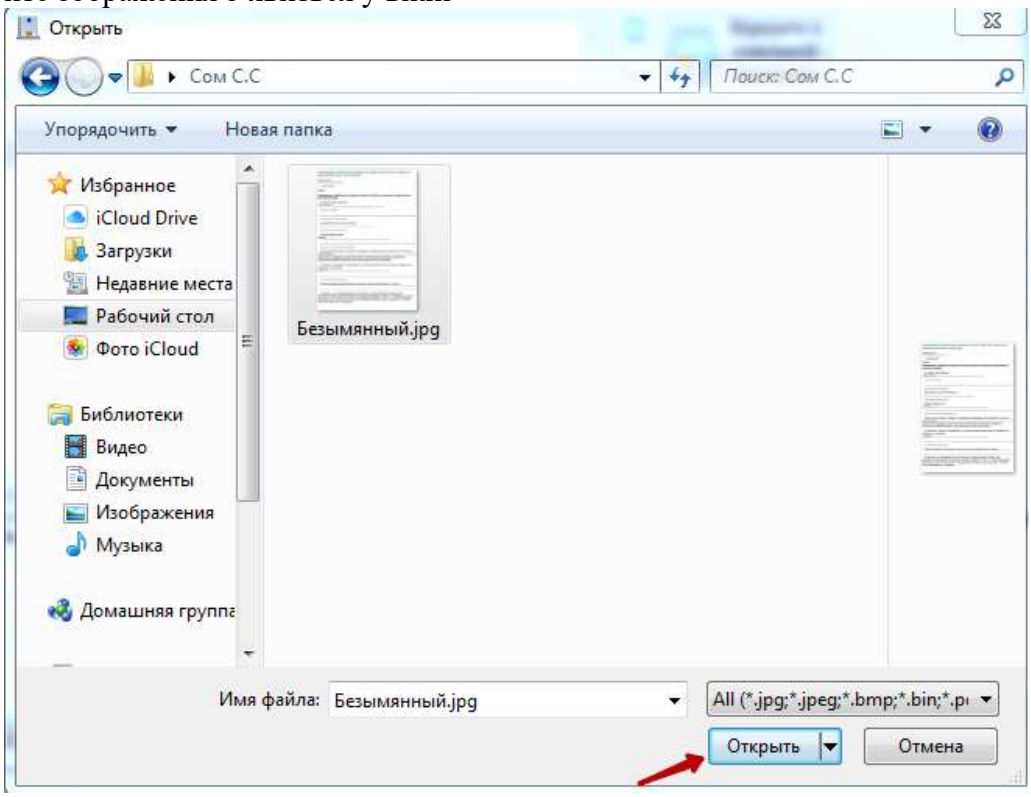


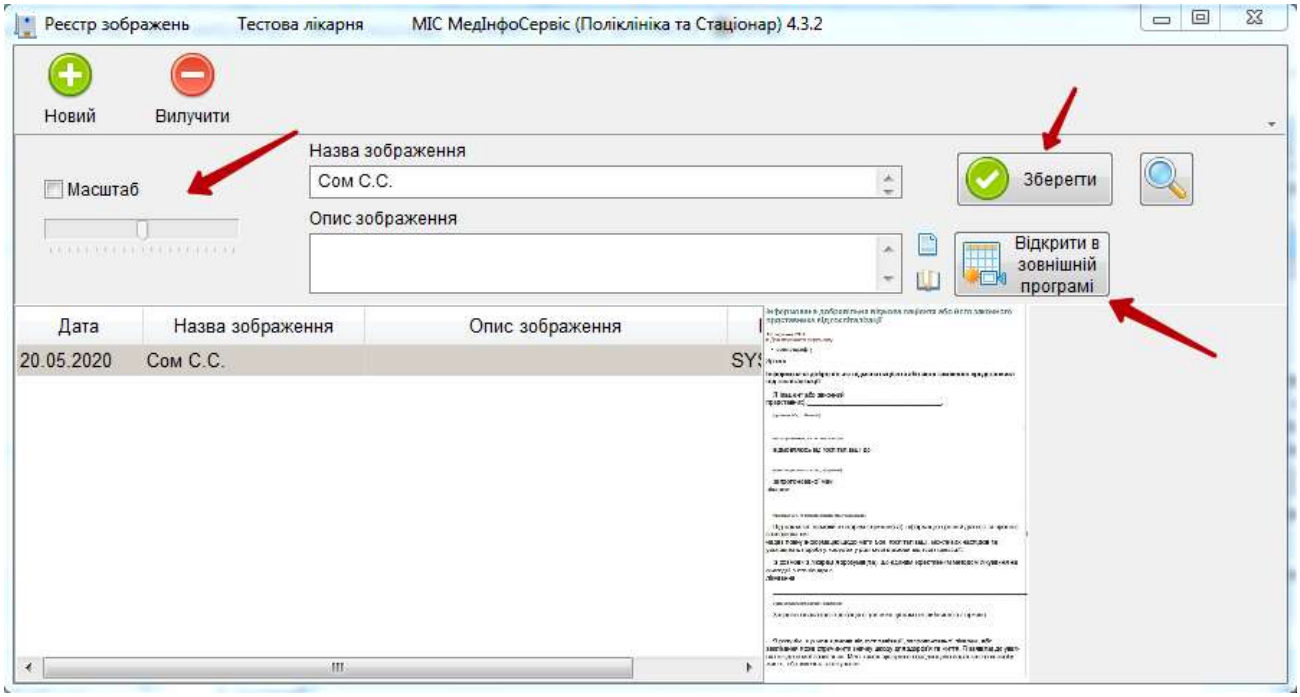
У разі відмови від госпіталізації є можливість прикріплювати зображення, наприклад скановану копію, натиснувши кнопку Зображення.



Для завантаження нового зображення необхідно натиснути **«Новий»**, обрати зображення із локального диску чи зовнішнього носія і **«Открыть»**.

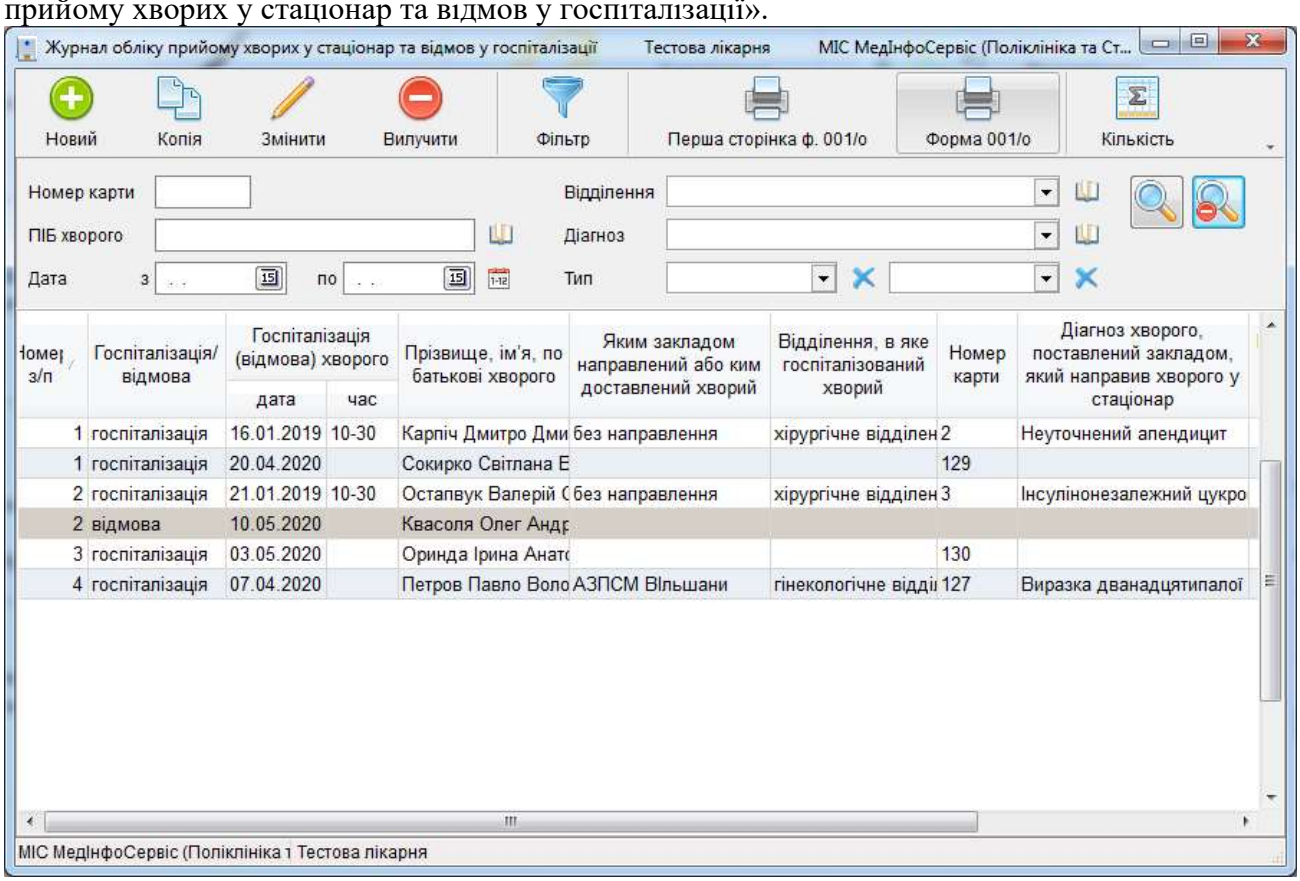
Відкрите зображення з’явиться у вікні



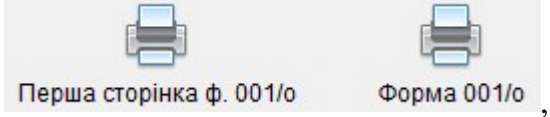


Натиснувши у верхній частині вікна кнопку **«Зберегти»**, можна переходити до завантаження наступних зображень. Також є можливість скористатися масштабом, при потребі, або відкрити зображення в зовнішній програмі.

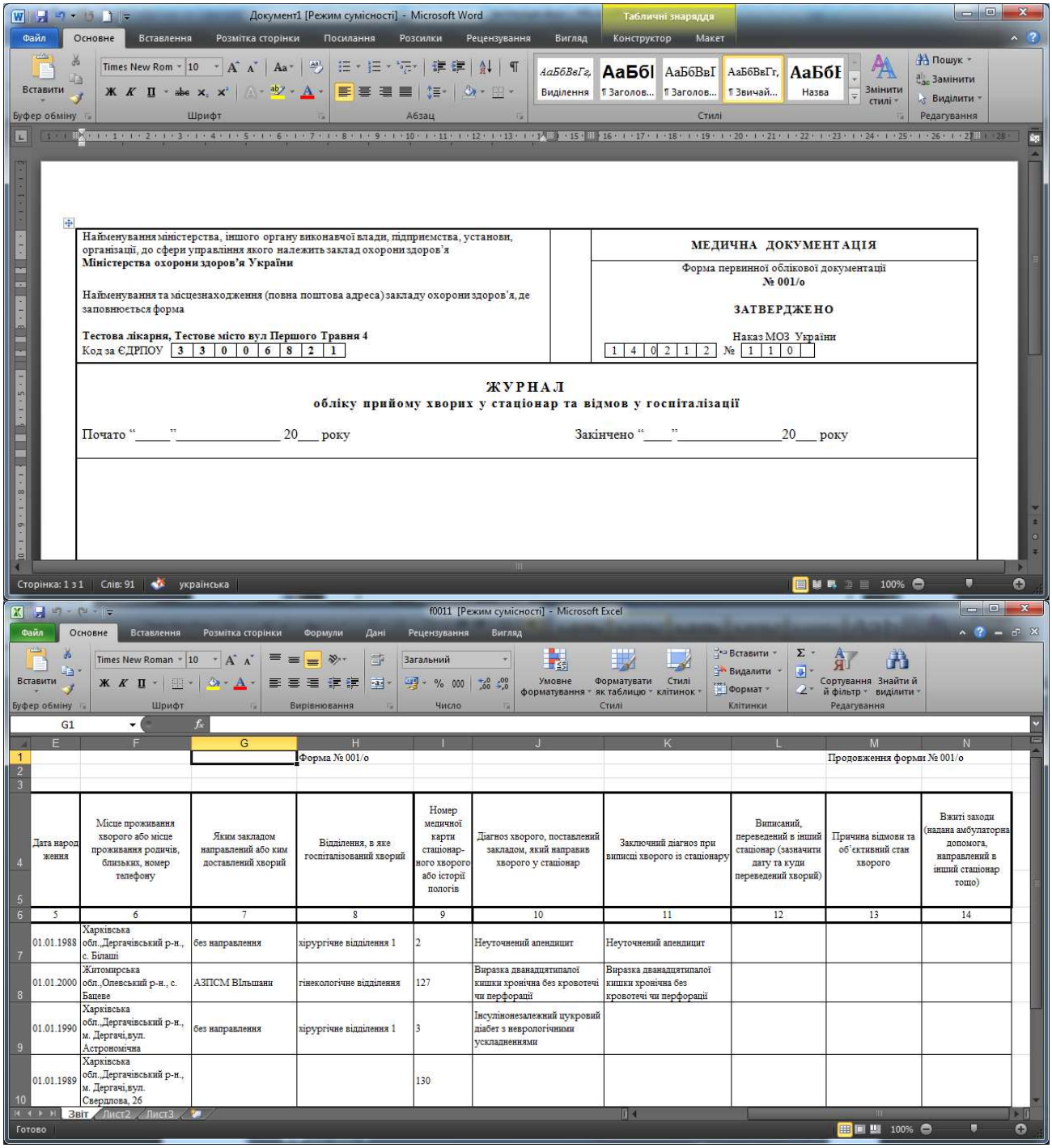
Всі створені записи формуються в список у головному вікні модуля «Журнал обліку прийому хворих у стаціонар та відмов у госпіталізації».



Для друку журналу 001/о використовують кнопки



, де перша сторінка виводиться в документ Word або LibreOffice Writer, а таблиця в документ Excel або в LibreOffice Calc. При цьому необхідно обов’язково вказати дату відвідування.



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я
Міністерства охорони здоров'я України

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма

Тестова лікарня, Тестове місто вул Першого Травня 4
Код за ЄДРПОУ 3 3 0 0 6 8 2 1

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації
№ 001/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України
1 4 0 2 1 2 № 1 1 0

ЖУРНАЛ
обліку прийому хворих у стаціонар та відмов у госпіталізації

Почато "____" _____ 20___ року

Закінчено "____" _____ 20___ року

Форма № 001/о

Продовження форми № 001/о

Дата народження	Місце проживання хворого або місце проживання родичів, близьких, номер телефону	Яким закладом направлений або ким доставлений хворий	Відділення, в яке госпіталізований хворий	Номер медичної карти стаціонарного хворого або історії пологів	Діагноз хворого, поставлений закладом, який направив хворого у стаціонар	Заключний діагноз при виписці хворого із стаціонару	Виписаний, переведений в інший стаціонар (зазначити дату та куди переведений хворий)	Причина відмови та об'єктивний стан хворого	Вжиті заходи (надана амбулаторна допомога, направлений в інший стаціонар тощо)
5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
01.01.1988	Харківська обл.,Дергачівський р-н., с. Біляші	без направлення	хірургічне відділення 1	2	Неуточнений апендицит	Неуточнений апендицит			
01.01.2000	Житомирська обл.,Олевський р-н., с. Бацеве	АЗПСМ Вільшани	гінекологічне відділення	127	Виразка дванадцятипалої кишки хронічна без кровотечі чи перфорації	Виразка дванадцятипалої кишки хронічна без кровотечі чи перфорації			
01.01.1990	Харківська обл.,Дергачівський р-н., м. Дергачі,вул. Астрономічна	без направлення	хірургічне відділення 1	3	Інсулінонезалежний цукровий діабет з неврологічними ускладненнями				
01.01.1989	Харківська обл.,Дергачівський р-н., м. Дергачі,вул. Свердлова, 26			130					

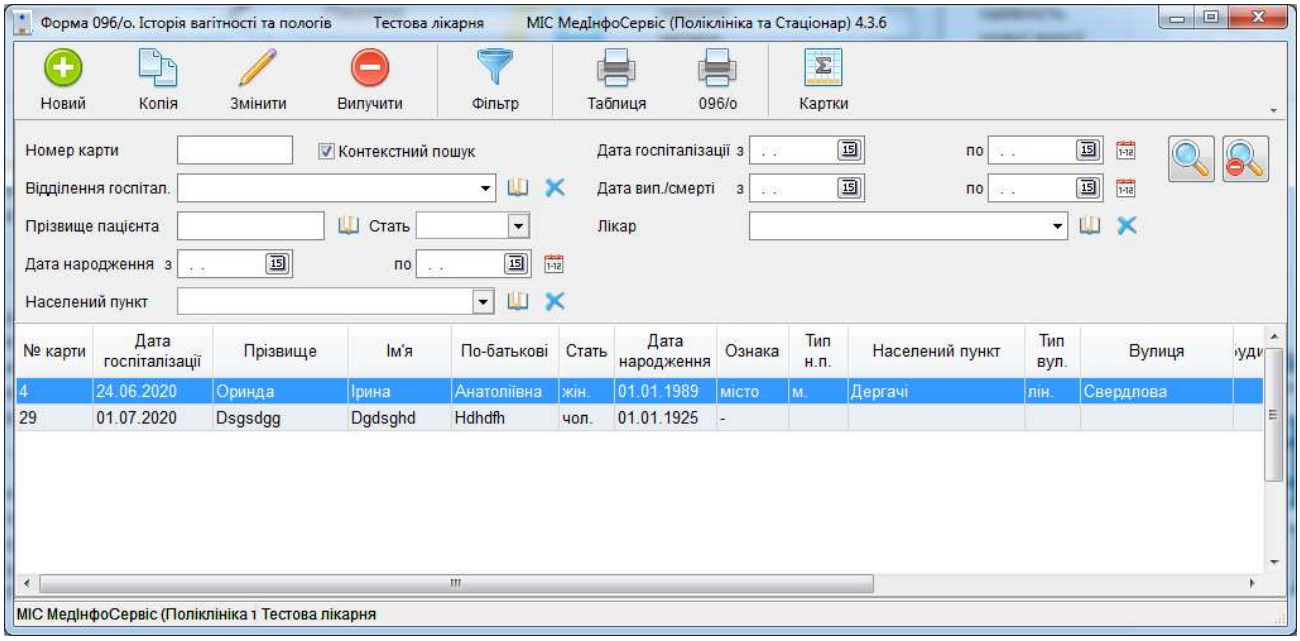
«Кількість» - розраховує кількість записів, в залежності від налаштування фільтраційної панелі.

11.6 Історія вагітності та пологів (форма 096/о)

Форма № 096/о є формою первинної облікової документації, що заповнюється на кожну вагітну, роділлю та породіллю, які госпіталізовані в стаціонар із строком вагітності 22 тижні та більше.

Містить всі дані щодо перебігу пологів протягом усього періоду перебування в стаціонарі, організації медичного лікування, дані об'єктивних обстежень та призначень.

Ведеться з метою контролю правильності організації лікувально-діагностичного процесу та використовується для надання матеріалів за запитами (правоохоронних органів, суду тощо).

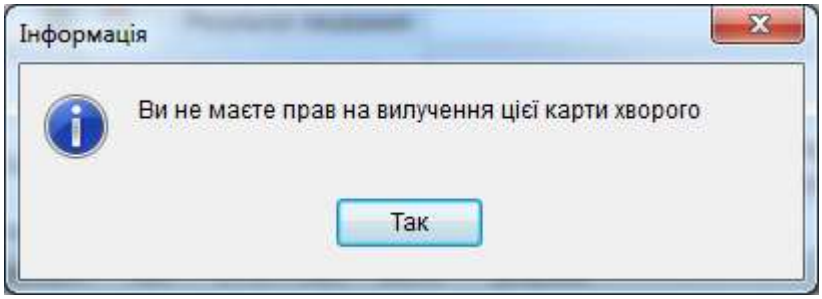


Розглянемо основні пункти меню для роботи з картками:

«Новий» - форма для створення медичної карти стаціонарного хворого (003/о);

«Змінити» - відкривається картка пацієнта, що була виділена в списку, для внесення змін;

«Вилучити» - видаляє запис, але тільки адміністратор (користувач SYSDBA) має на це право ;



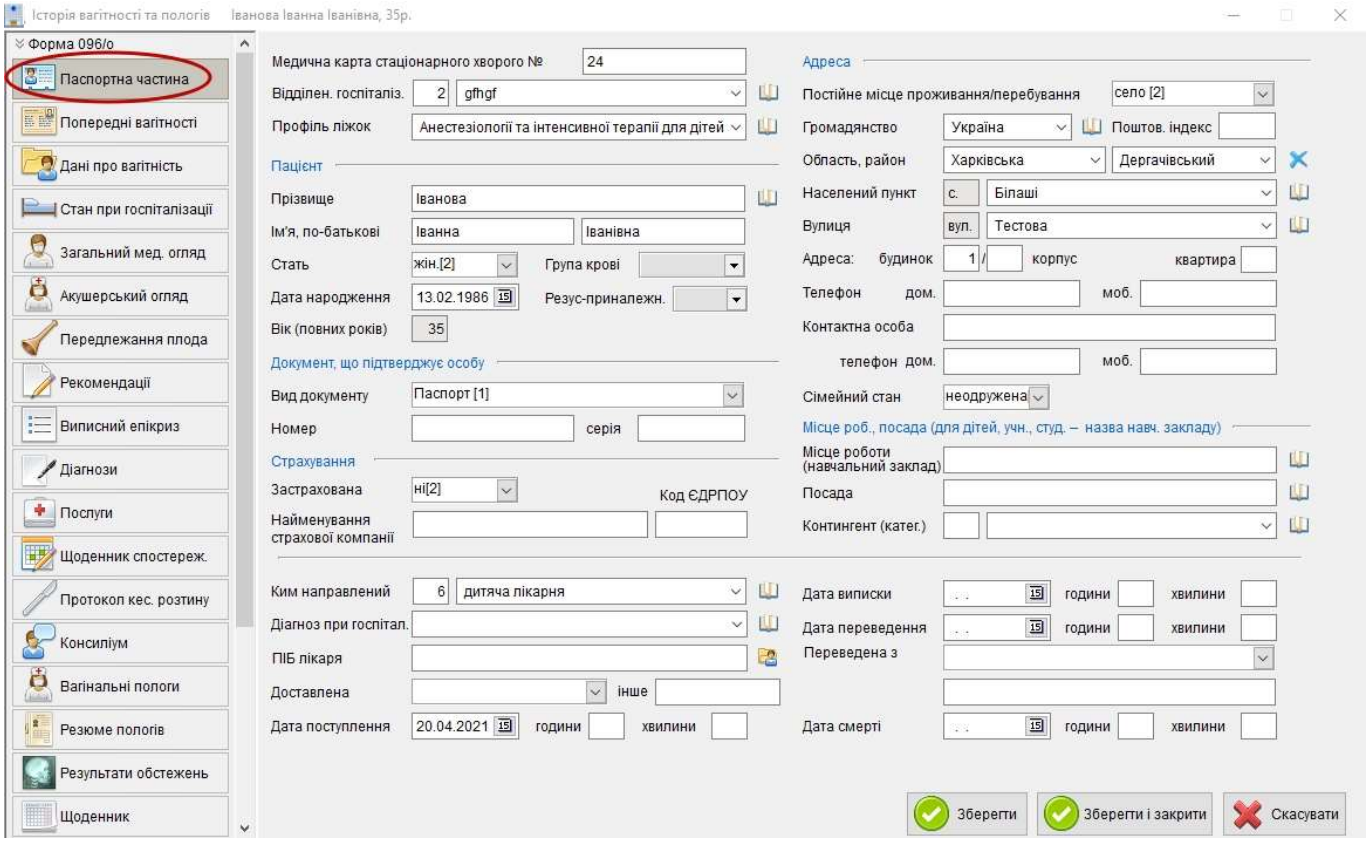
«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по медичним карткам.

- формує список карток в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми;

- розрахунок кількість карток в списку. Якщо відфільтрувати записи за допомогою умов фільтру і натиснути «Картки», то порахується кількість карток відповідно заданим умов у фільтраційній панелі;

Історія вагітності та пологів містить вкладки, при переході між якими, дані автоматично зберігаються.

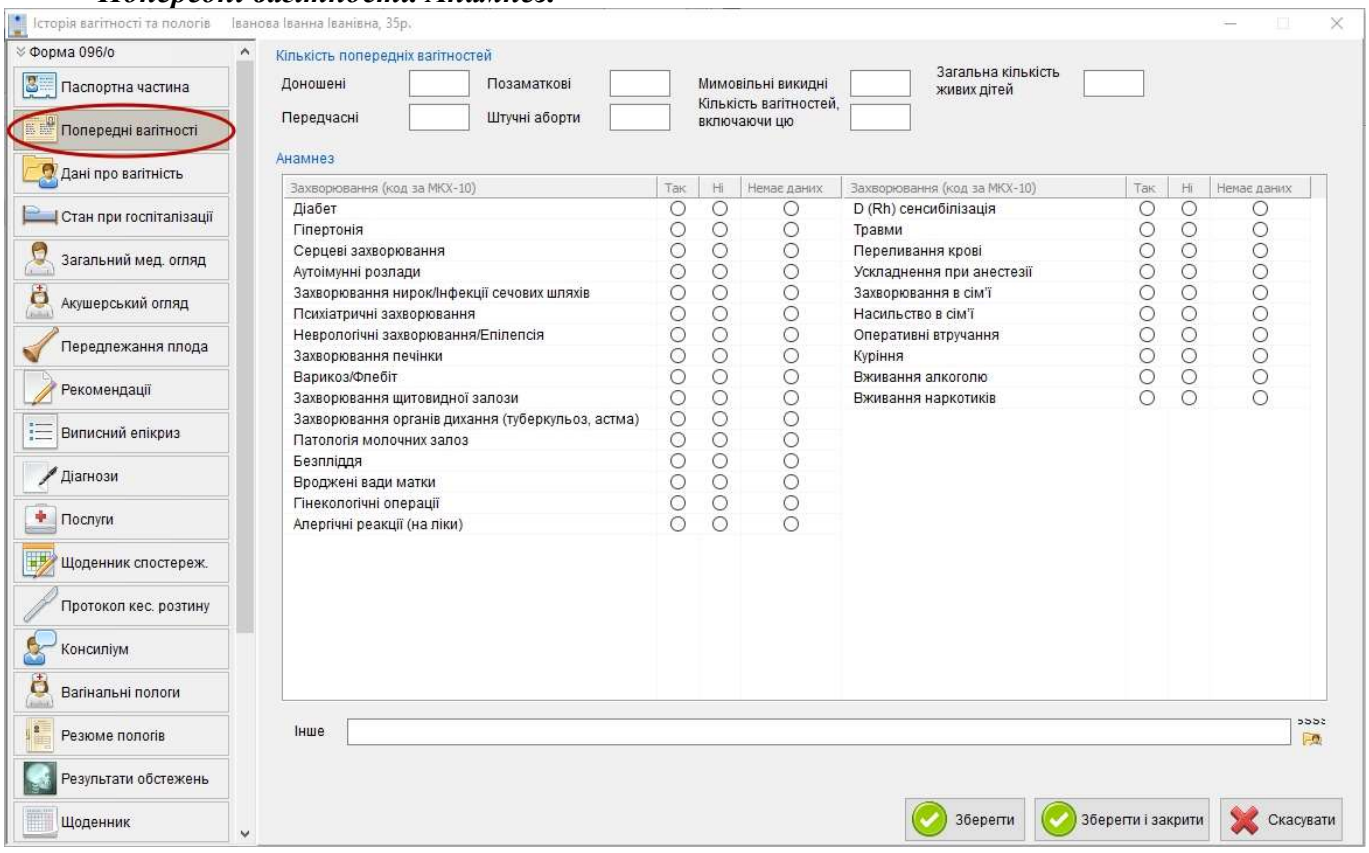
Паспортна частина



Зазначаються номер медичної карти, відділення госпіталізації, дані про пацієнта (дата та час госпіталізації, прізвище, ім'я, по батькові хворого, стать, дата народження), назва та номер документа, що посвідчує особу; наявне страхування, місце роботи, посада (для дітей, учнів, студентів - найменування навчального закладу, для інвалідів - вид і група інвалідності); постійне місце проживання/перебування; найменування та код закладу охорони здоров'я, який направляє хворого до стаціонару, діагноз при госпіталізації, як доставлена тощо.

Кнопка - дозволяє обрати дані із довідників.

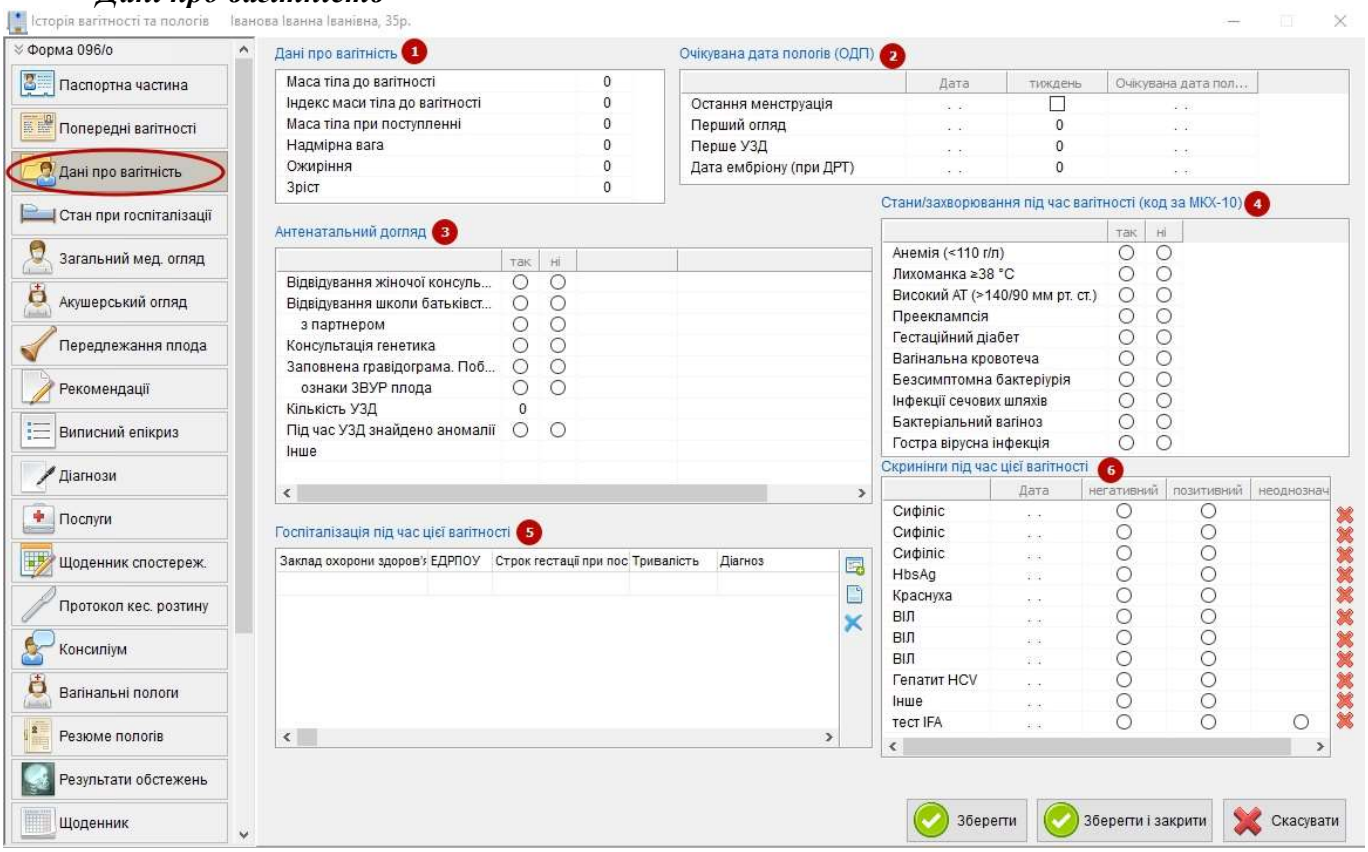
Попередні вагітності. Анамнез.



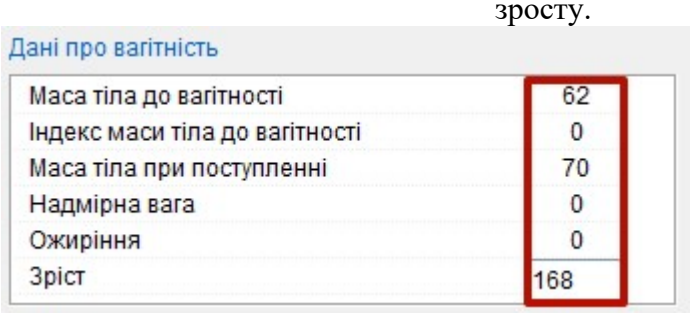
У верхній частині вікна необхідно вказати дані в полях, щодо кількості попередніх пологів.

В полі **«Анамнез»** позначками відмітити захворювання, які мала вагітна протягом життя.

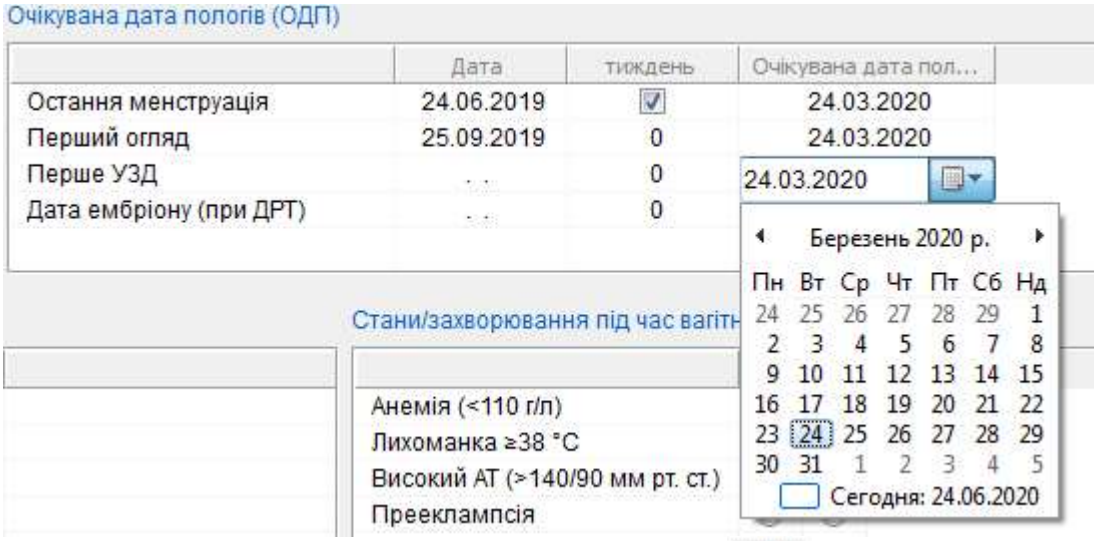
Дані про вагітність



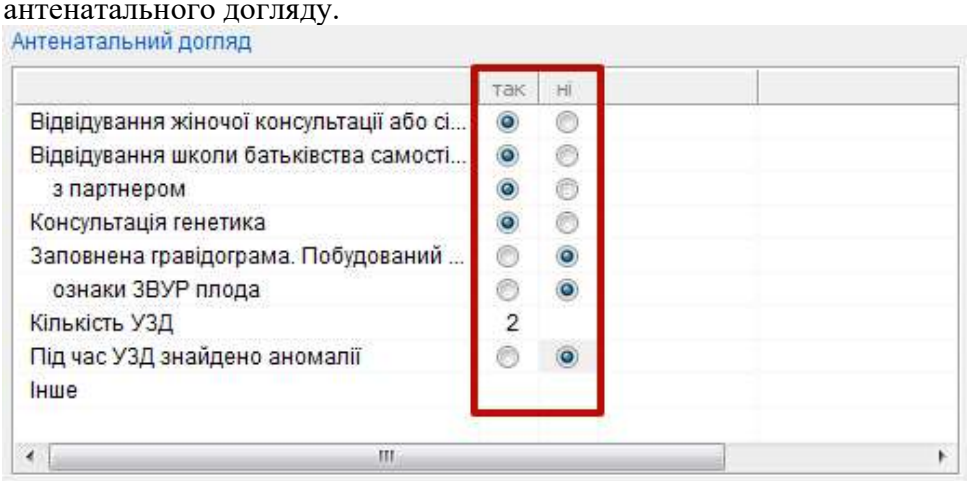
1 **Дані про вагітність** – в комірка вказуються відповідні показники щодо маси тіла та зросту.



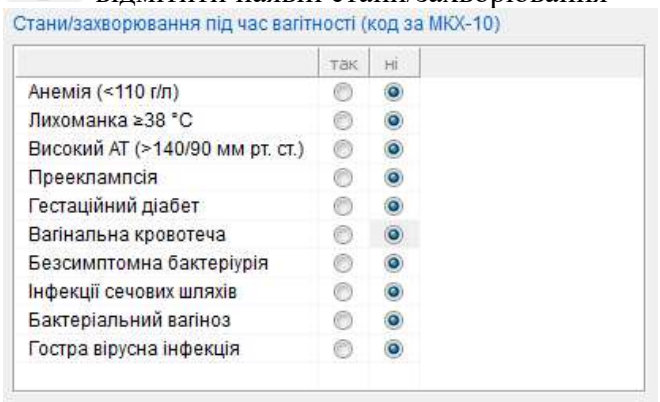
2 **Очікувана дата пологів (ОДП) –** відмічається дата останньої менструації, першого огляду, першого УЗД та дата ембріону (при ДРТ).



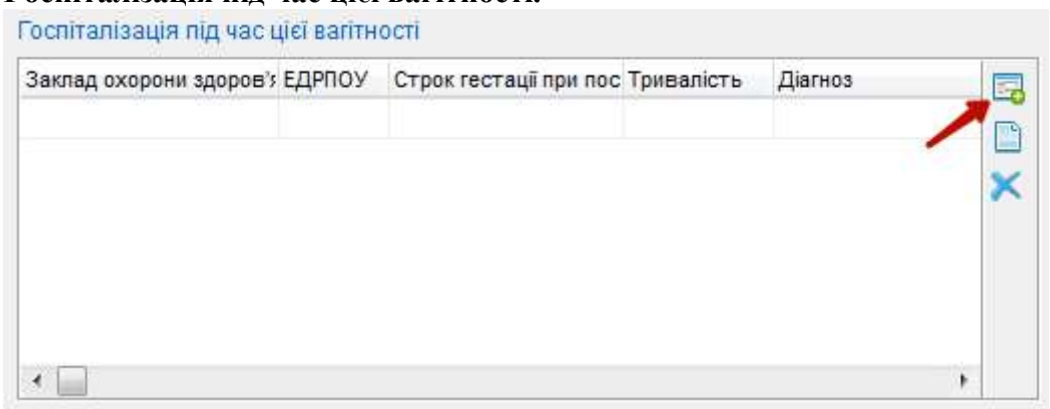
3 **Антенатальний догляд –** за допомогою позначок відмітити відомості щодо антенатального догляду.



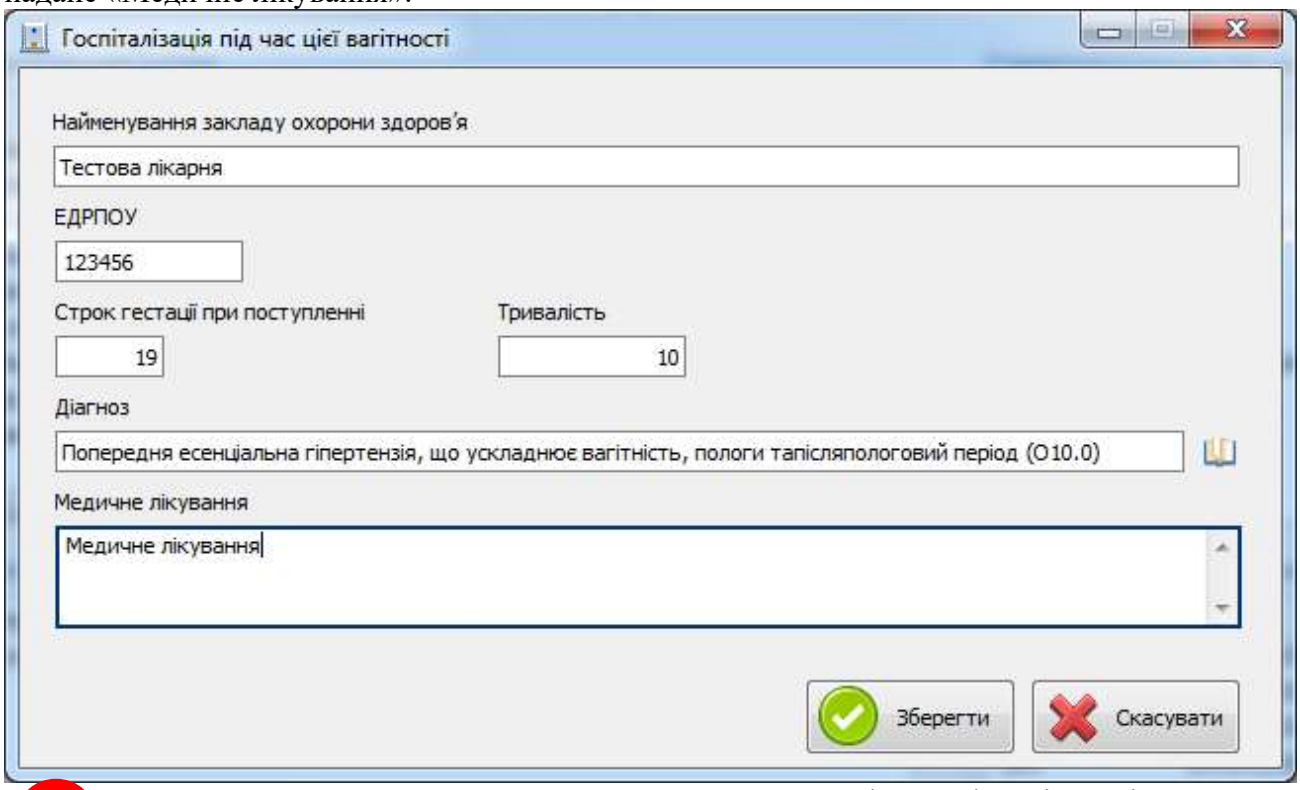
4 **Стани/захворювання під час вагітності (код за МКХ-10) –** за допомогою позначок відмітити наявні стани/захворювання



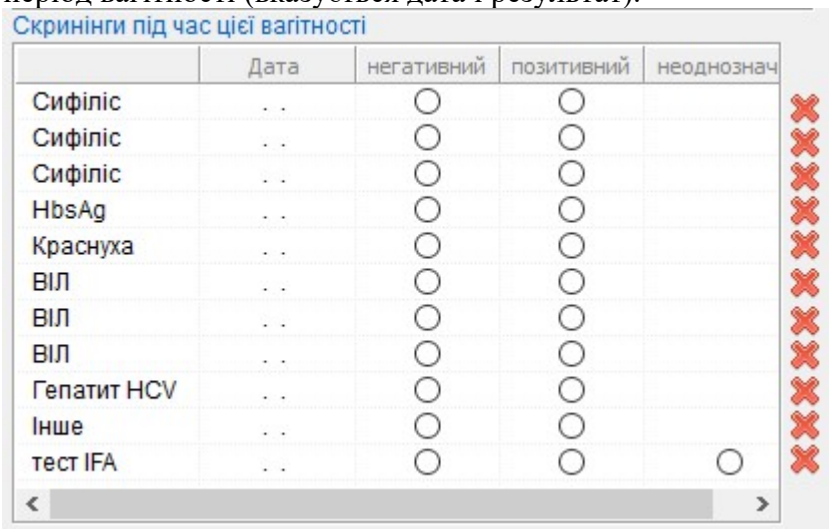
5 **Госпіталізація під час цієї вагітності.**



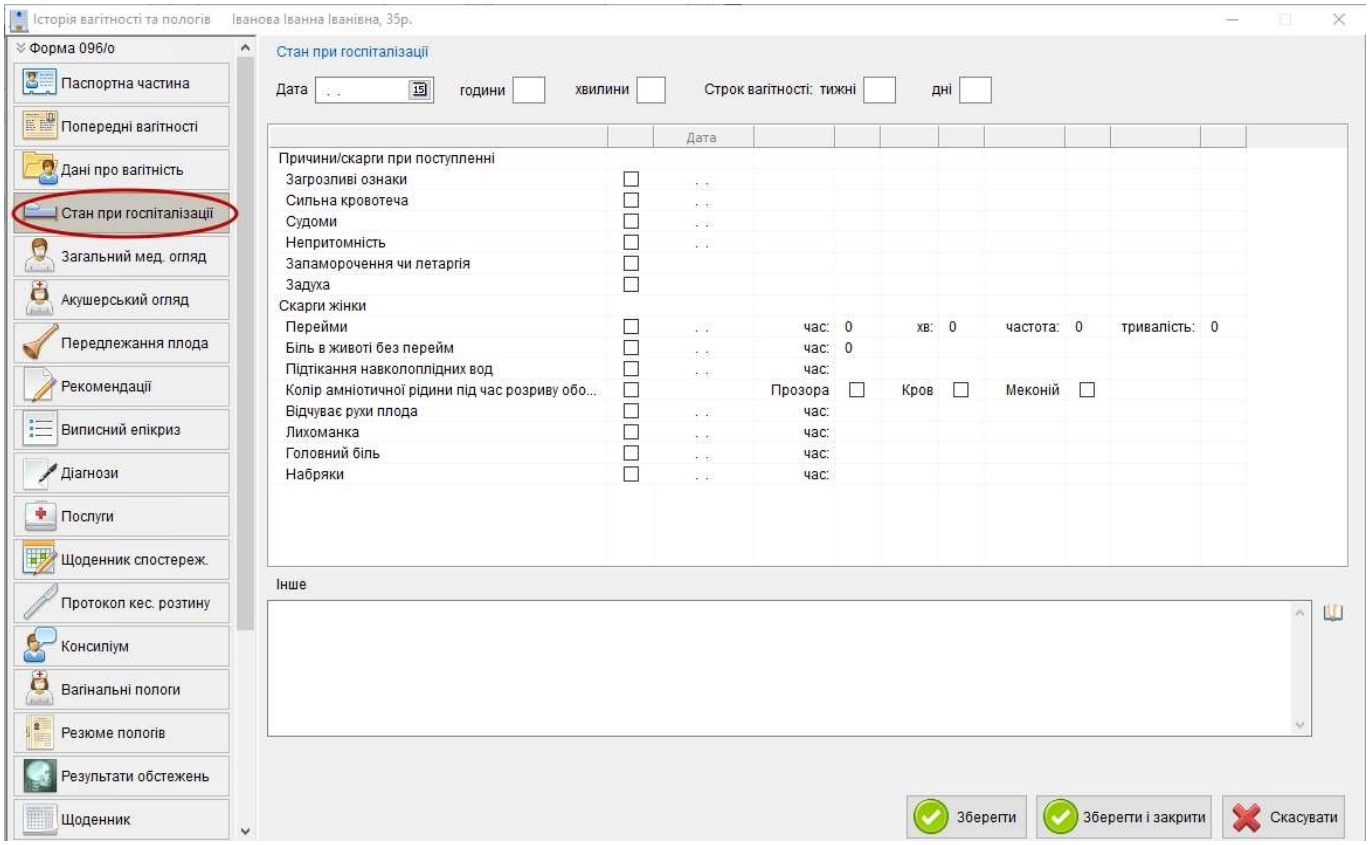
За допомогою кнопки вказати заклад, де проходила госпіталізація породіллі, а також «Строк гестації при поступленні» (кількість тижнів), «Тривалість» (днів), «Діагноз» та надане «Медичне лікування».



6 **Скринінги під час вагітності** – вказуються виконані скринінгові дослідження за період вагітності (вказується дата і результат).

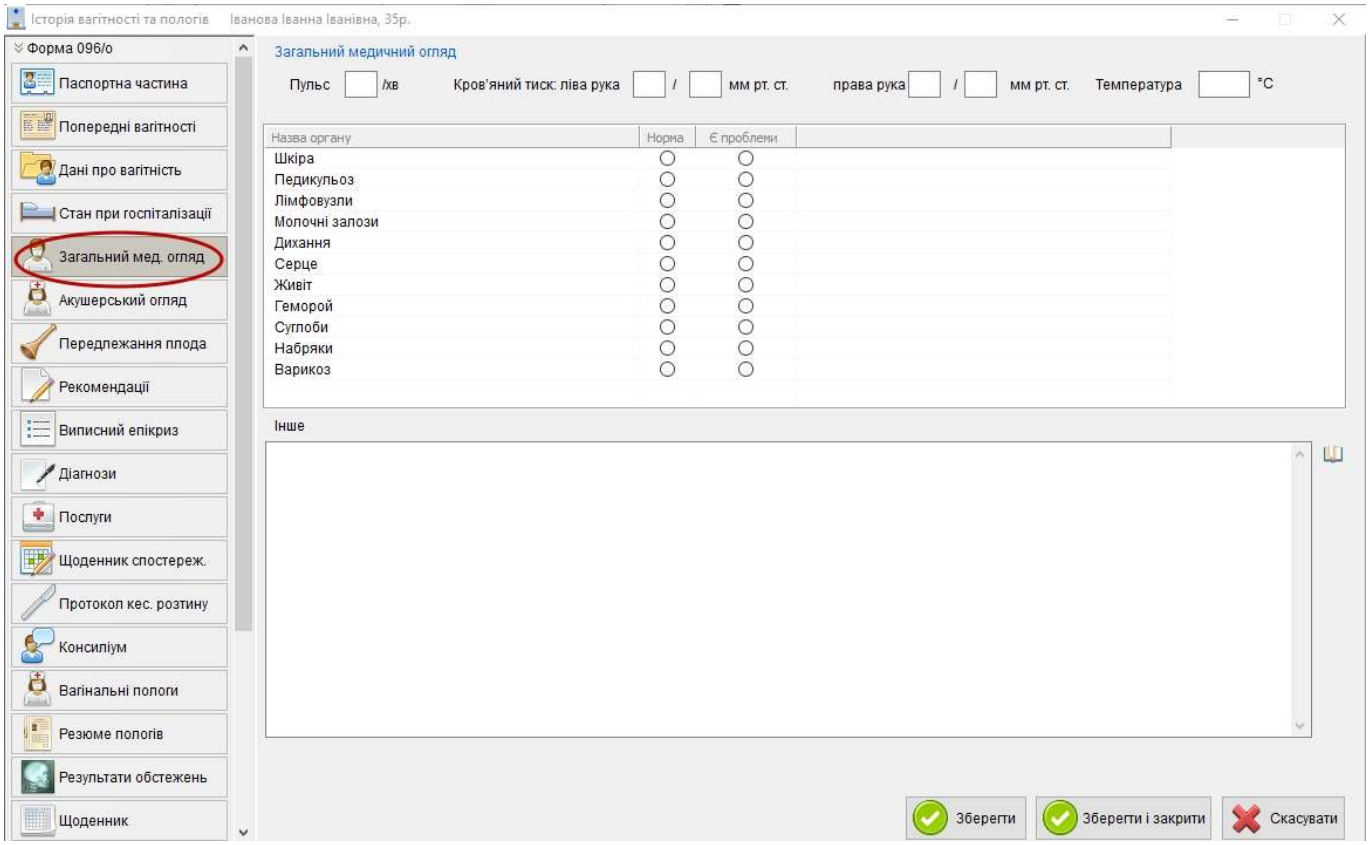


Стан при госпіталізації



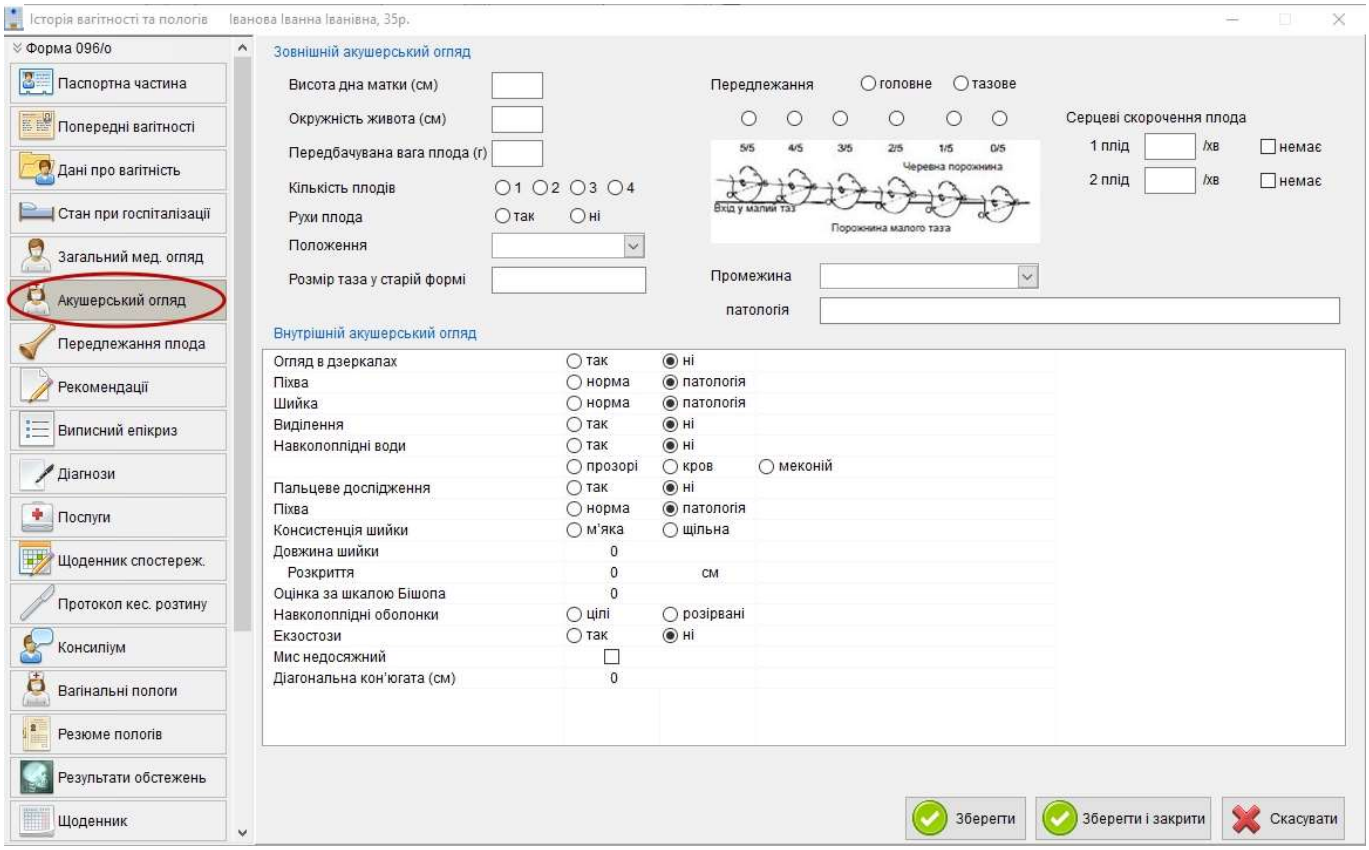
Вказуються дата госпіталізації, строк, а також причини/скарги пацієнтки із зазначенням дати та часу при потребі.

Загальний медичний огляд



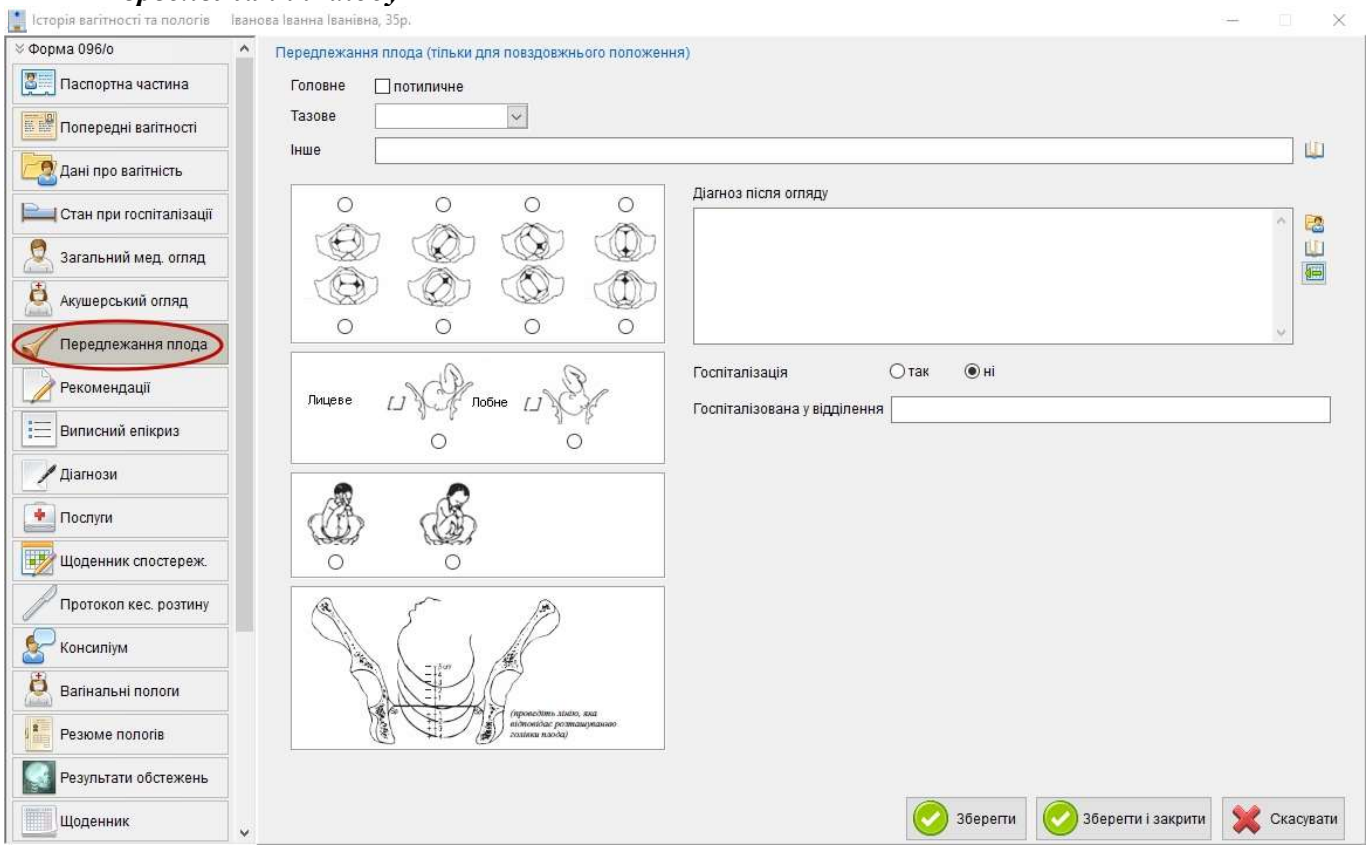
Вказуються відомості відповідно загальному медичному огляду.

Акушерський огляд



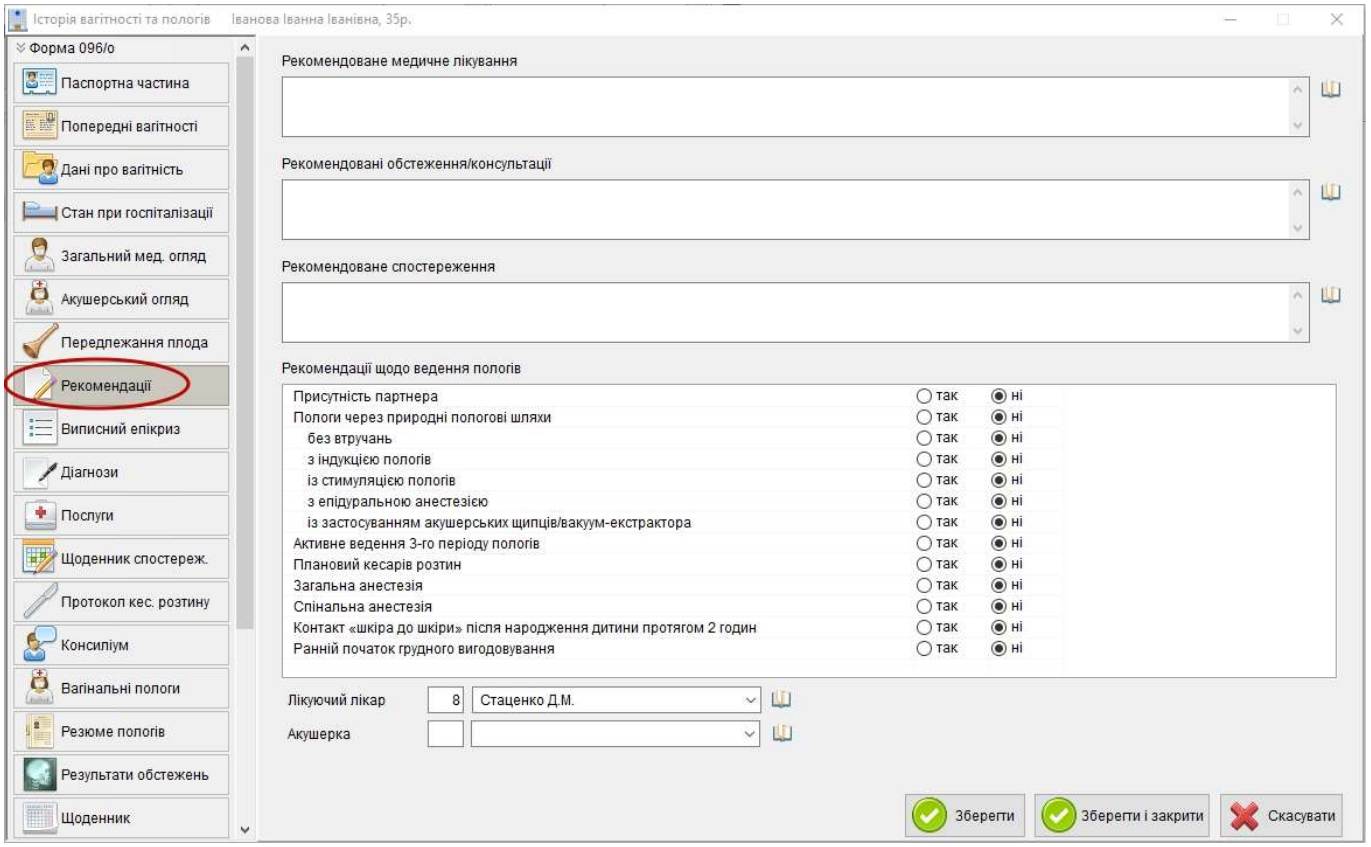
Вказуються відомості відповідно акушерському огляду.

Передлежання плоду



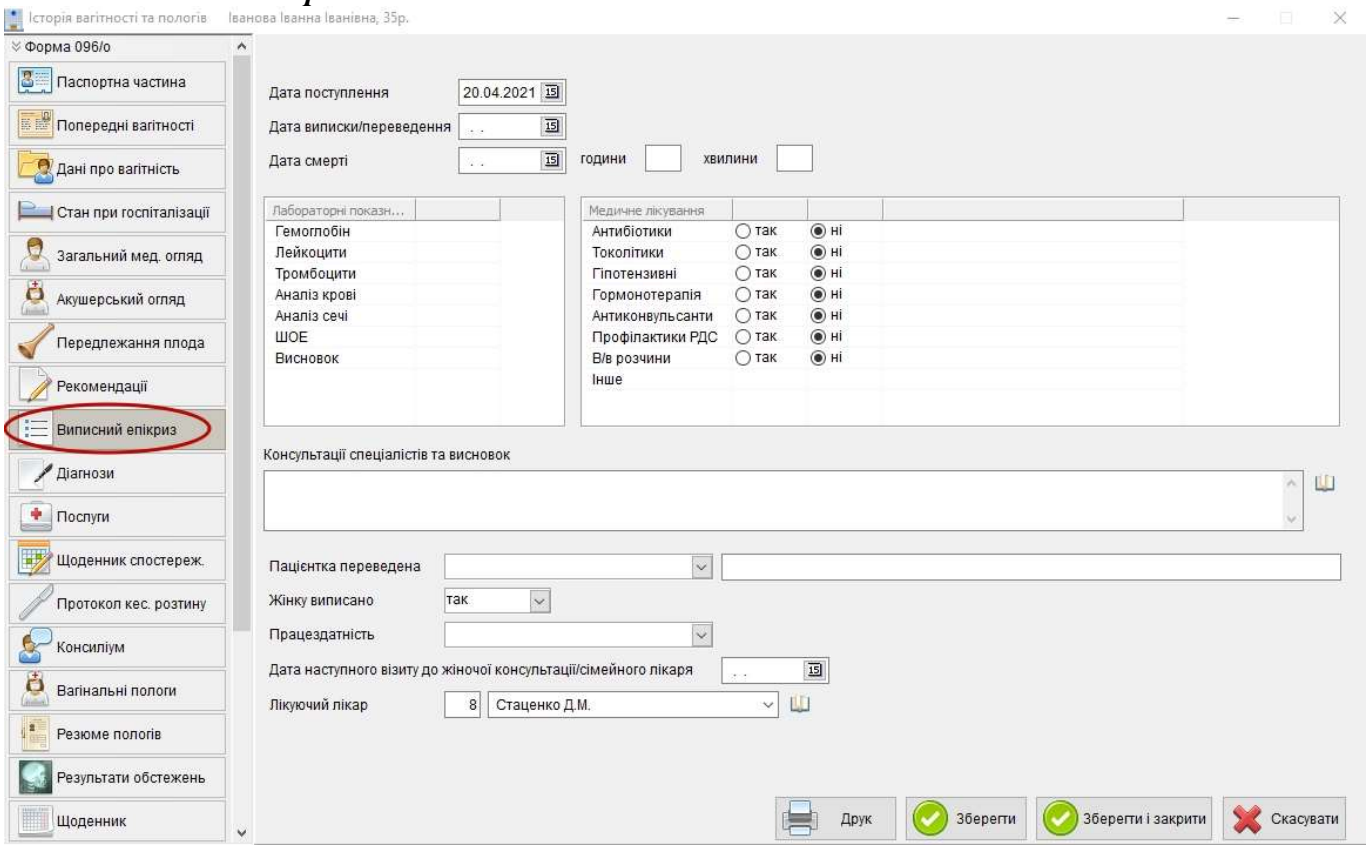
Вказуються відомості у випадку, коли передлежання плоду – повздовжнє.

Рекомендації



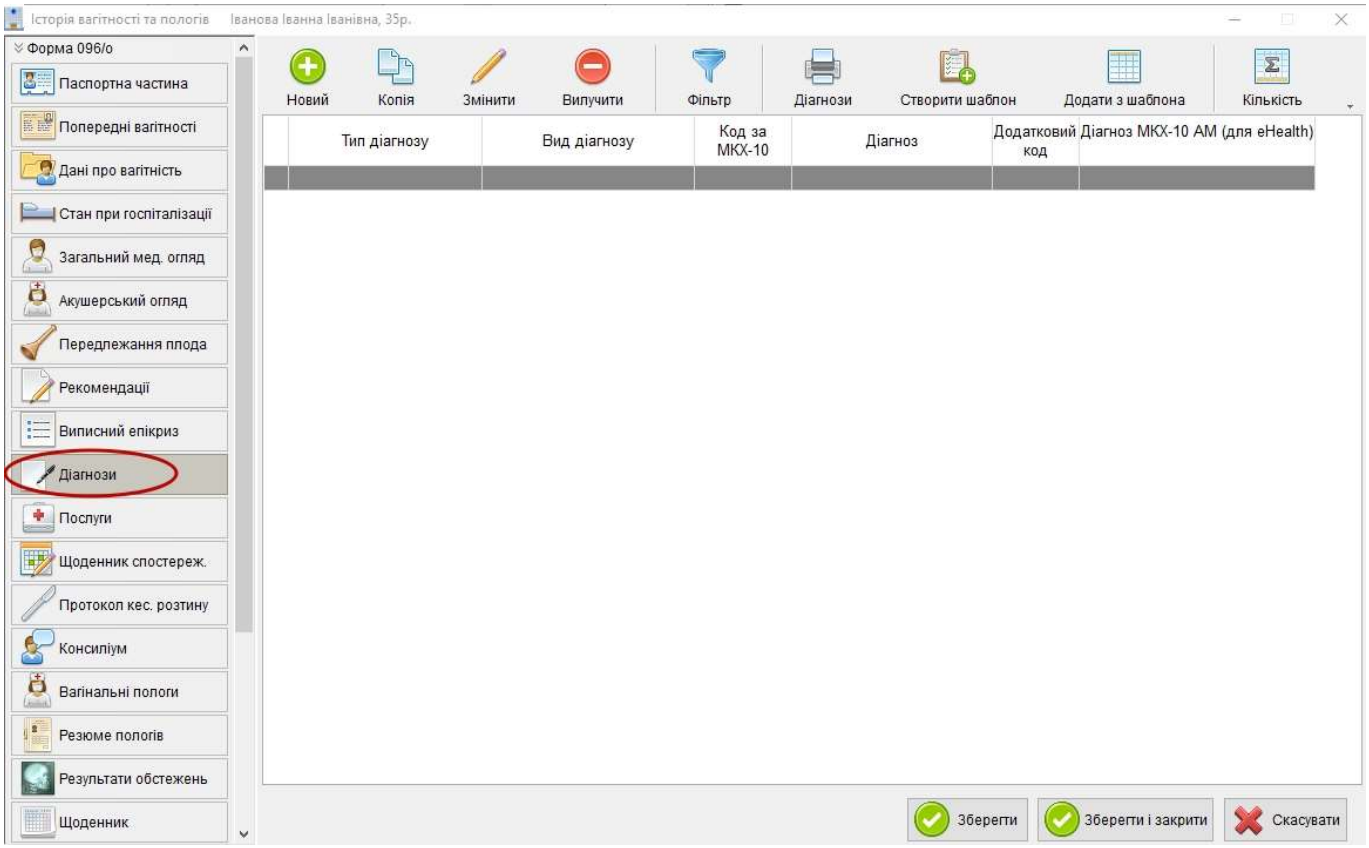
У відповідних полях вказуються рекомендації щодо медичного лікування, обстеження чи консультацію, спостереження, а також рекомендації щодо ведення пологів, лікуючий лікар та акушерка.

Виписний епікриз

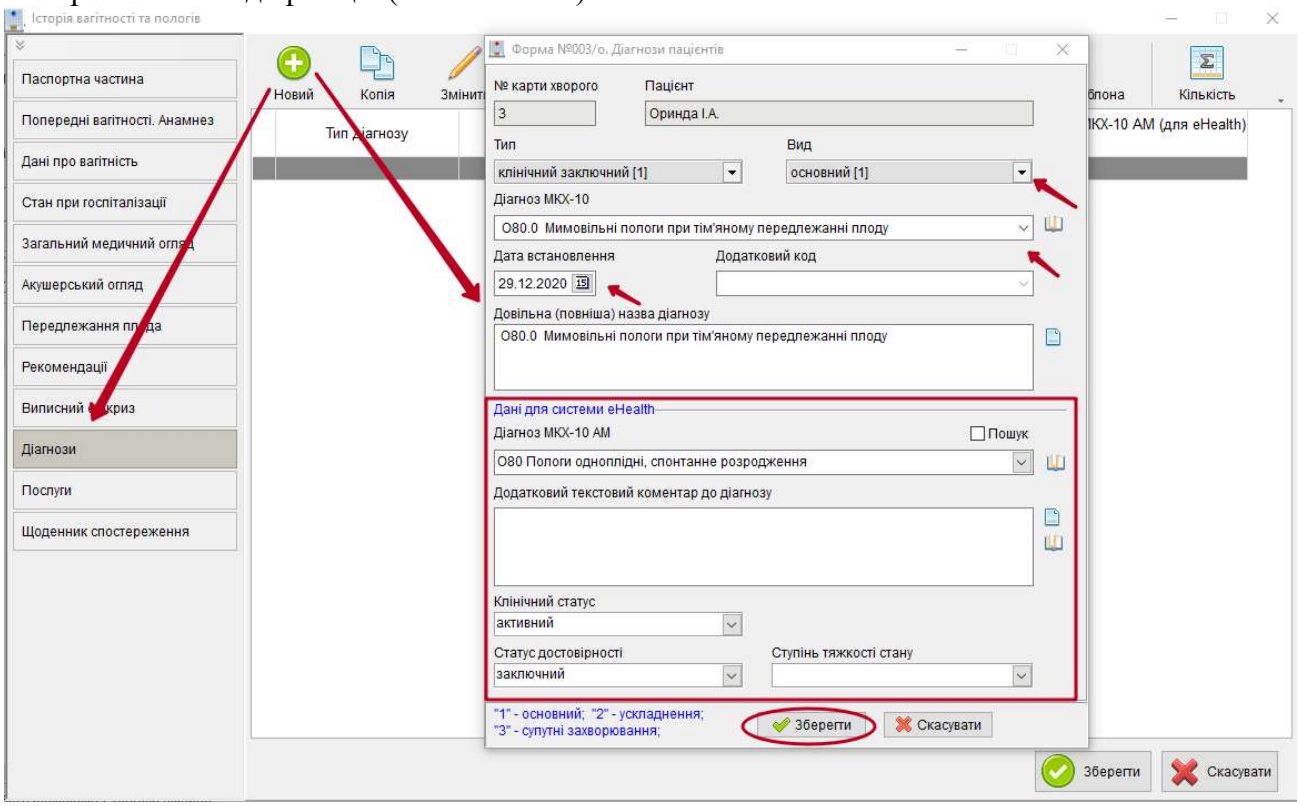


Зазначаються лабораторні показники, методи лікування, консультації спеціалістів та висновки, переведення, виписка.

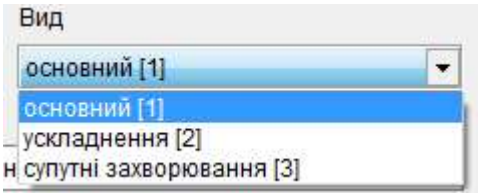
Діагнози

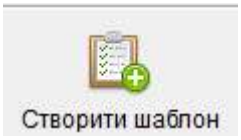


В даній закладці необхідно обов’язково відмітити всі діагнози (основний, супутній та ускладнення) при госпіталізації та під час перебування в стаціонарі із кодом захворювання згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я Десятого перегляду (МКХ-10) та обов’язково заповнити дані для E-Health - відповідний код за Національний класифікатор НК 025:2019 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я» гармонізований з Міжнародним статистичним класифікатором хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду, Австралійська модифікація (МКХ-10-АМ).

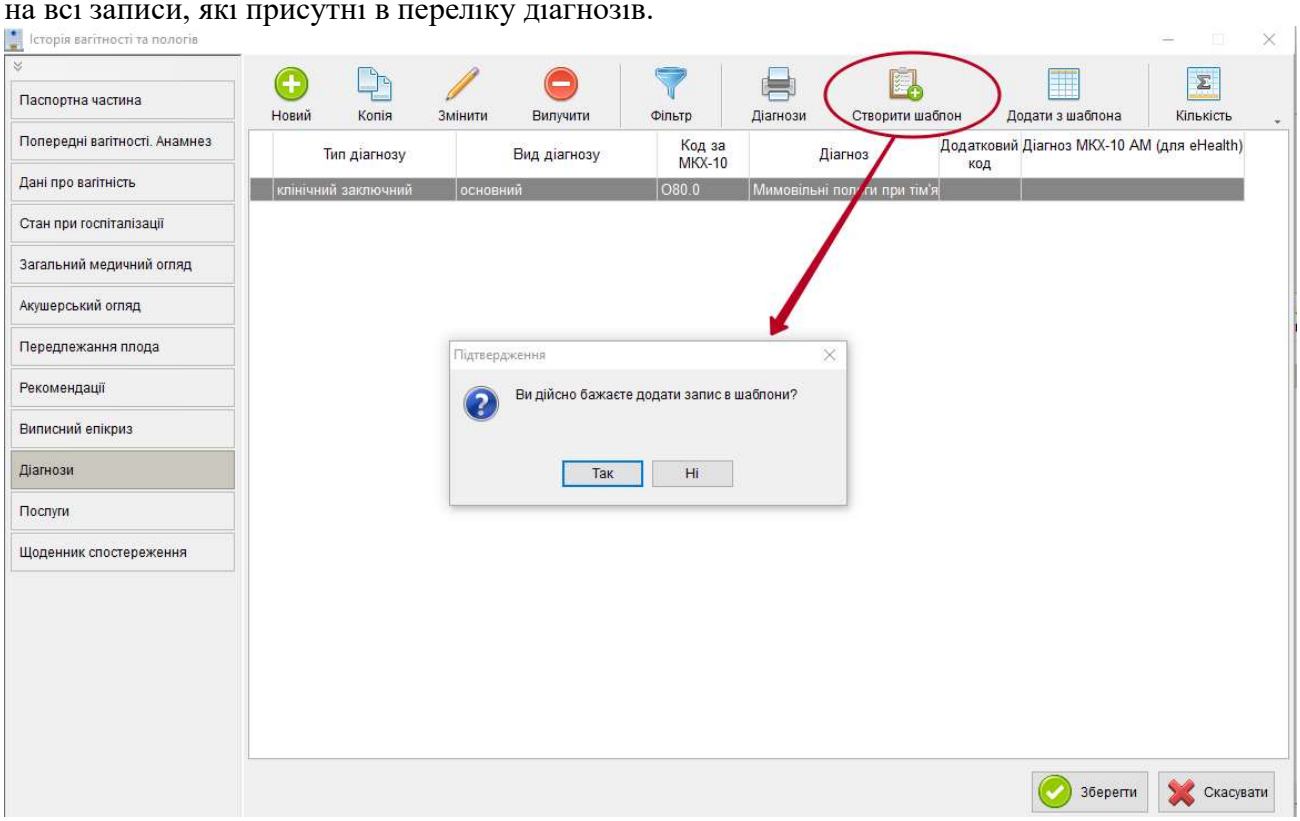


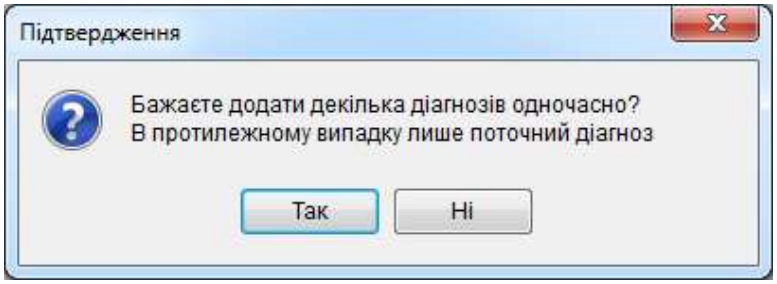
Таким чином вказати всі супутні діагнози та ускладнення.



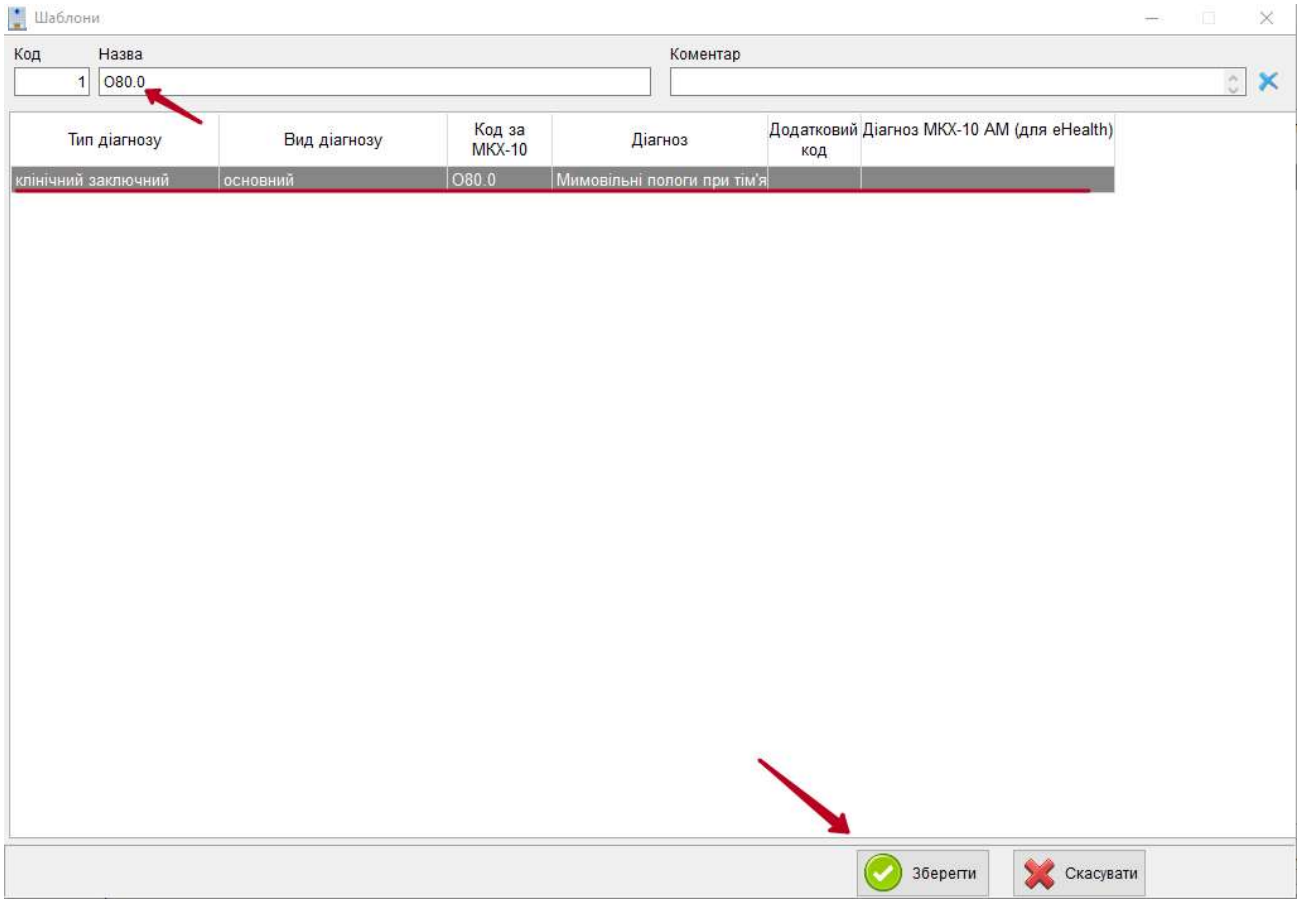


- дає можливість створити шаблон на лікарський засіб із вже створеною схемою прийому. Можна створити шаблон на один запис (обраний зі списку) чи на всі записи, які присутні в переліку діагнозів.

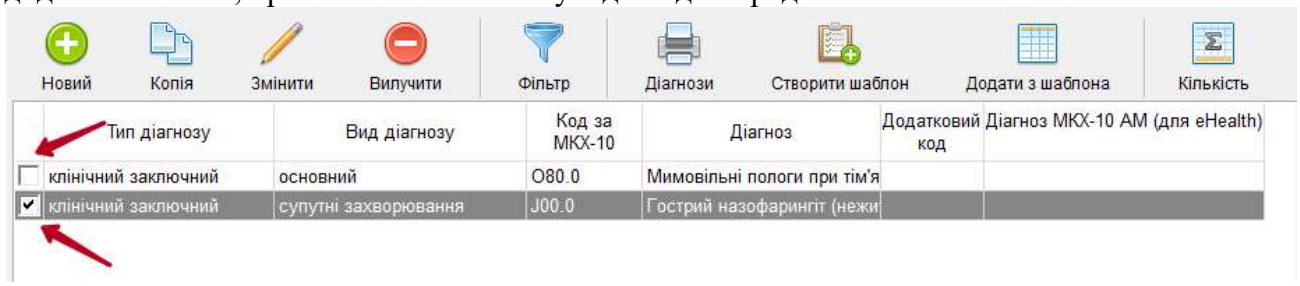




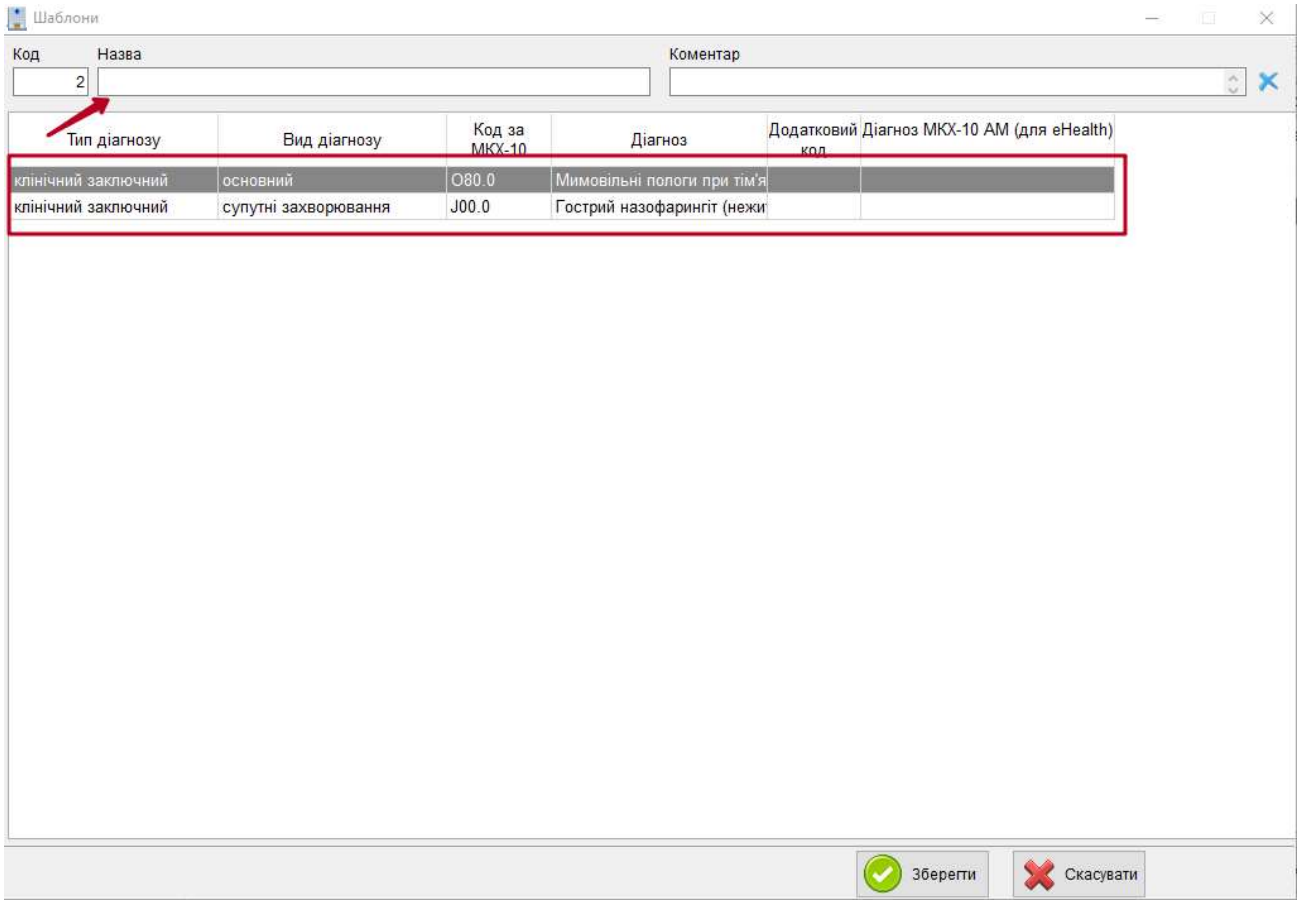
У випадку негативної відповіді, відкриється вікно шаблону і з внесеним одним (обраний зі списку) діагноз. Необхідно внести назву шаблону і натиснути кнопку «Зберегти».



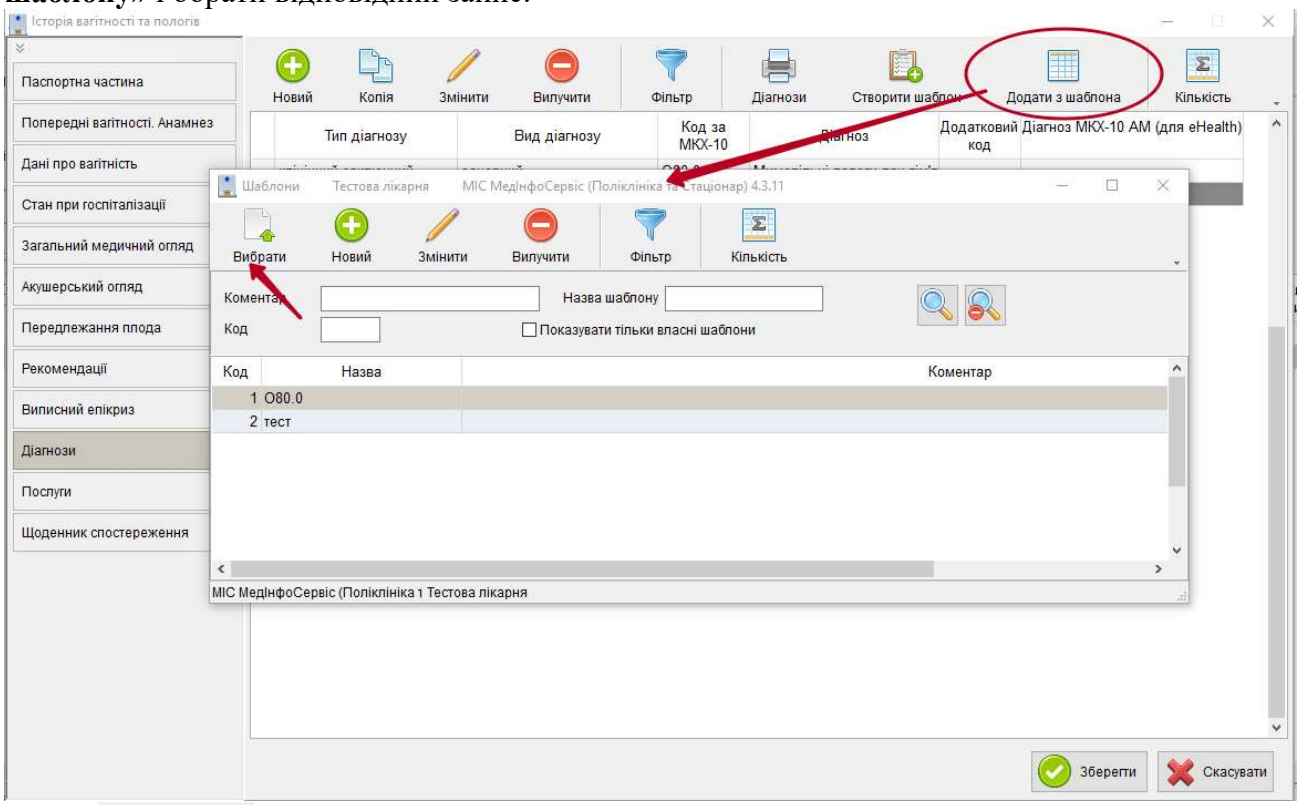
У разі позитивної відповіді, буде можливість обрати, які саме діагнози бажаєте додати в шаблон, проставивши галочки у відповідних рядках.



Потім необхідно знову натиснути кнопку **«Створити шаблон»,** після чого відкриється вікно шаблону із переліком внесених діагнозів. Вносимо назву шаблону і натискаємо **«Зберегти».**



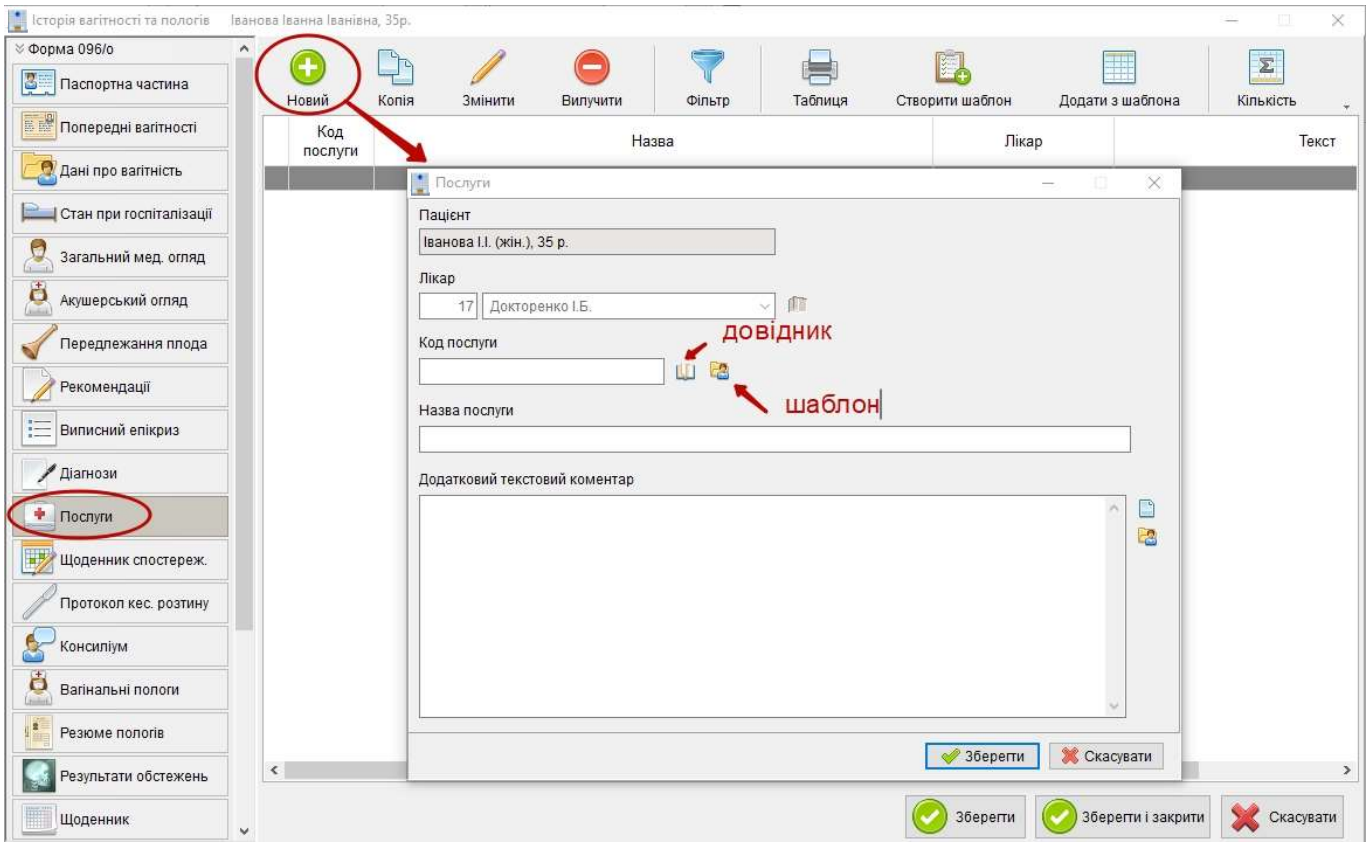
Для того, щоб використати створені шаблони, слід натиснути кнопку **«Додати із шаблону»** і обрати відповідний запис.



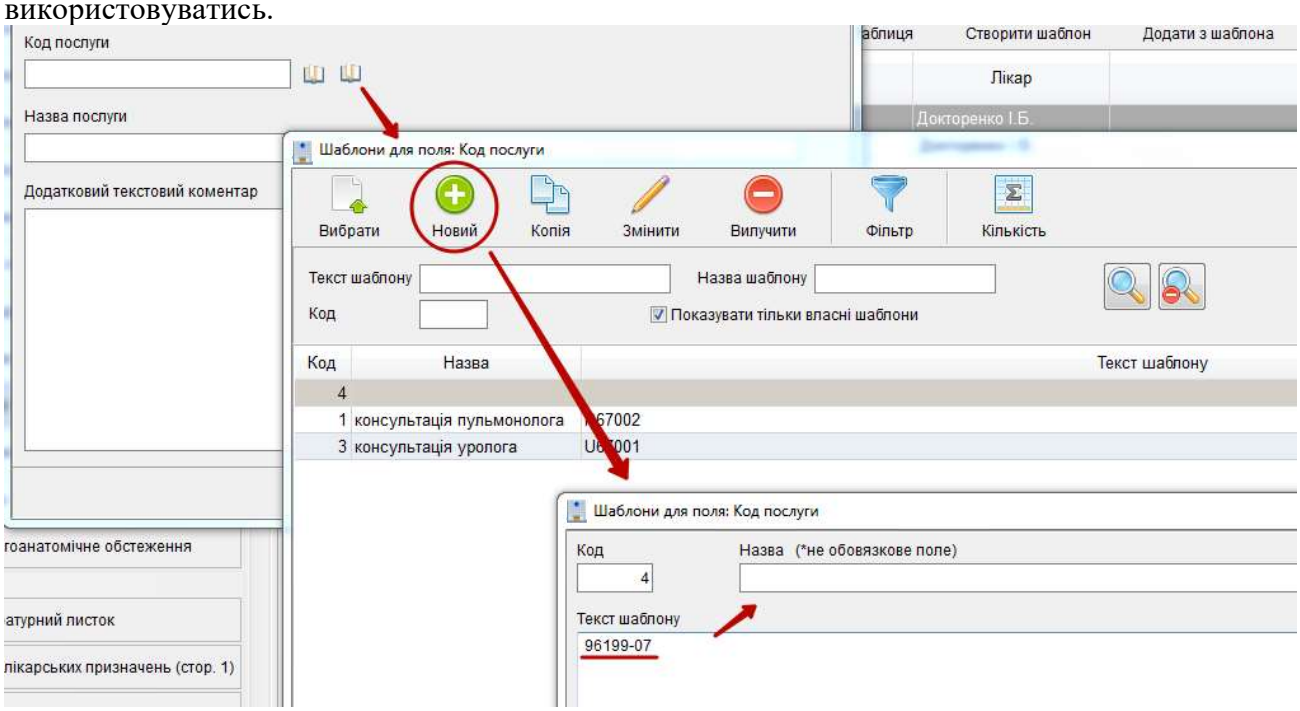
- формує список записів в документ Excel або в LibreOffice Calc, та в залежності від налаштувань в фільтраційній панелі

Послуги

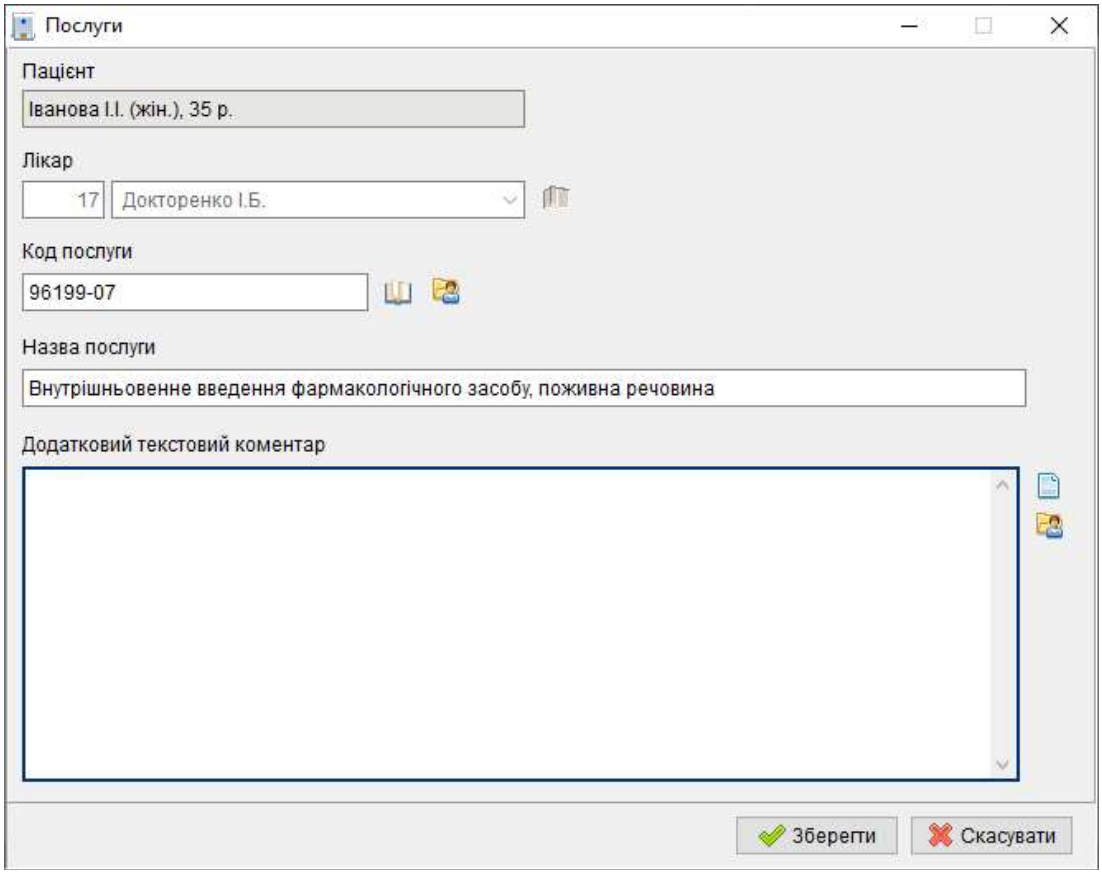
Вказуються всі послуги з Національного класифікатору НК 026:2019 «Класифікатор медичних інтервенцій» гармонізований з гармонізований з Австралійським класифікатором медичних інтервенцій [АКМІ] (Australian Classification of Health Interventions, ACHI), які були надані пацієнту за період госпіталізації і, які можна буде імпортувати в електронні медичні записи.



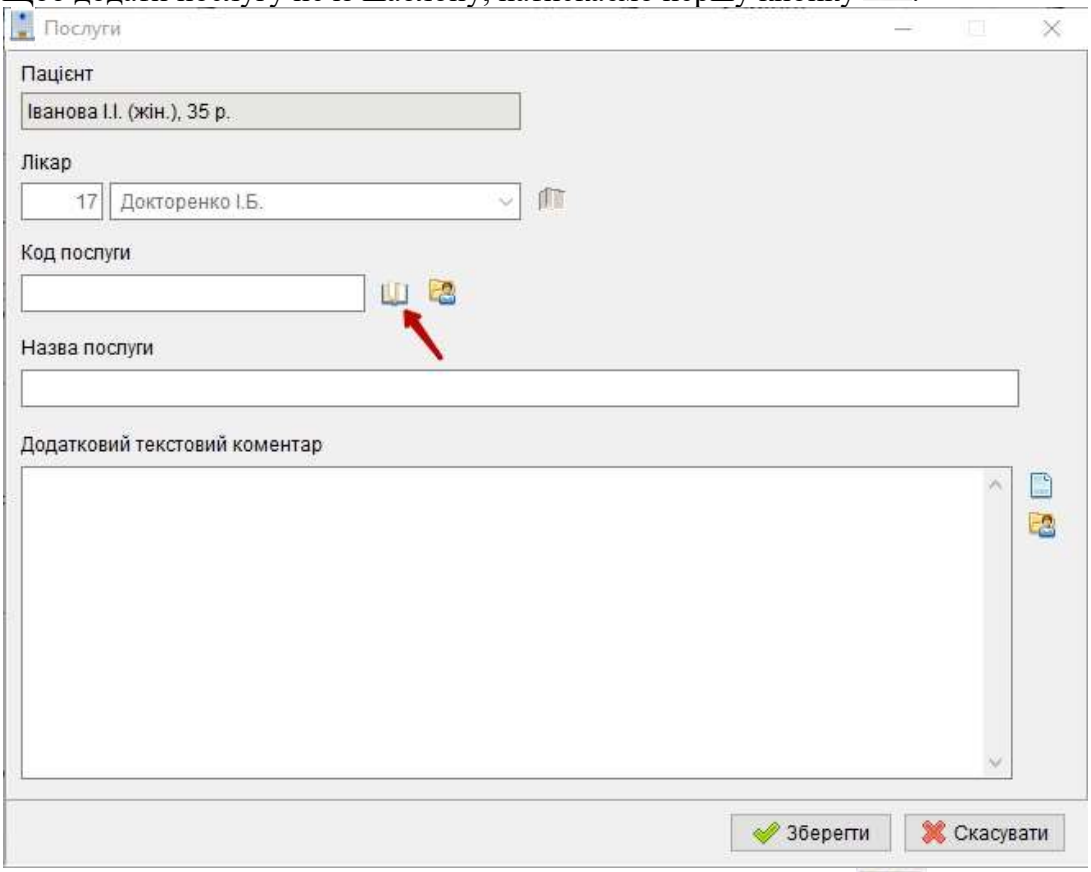
В шаблоні достатньо ввести в поле **«Текст шаблону»** код, який часто буде використовуватись.



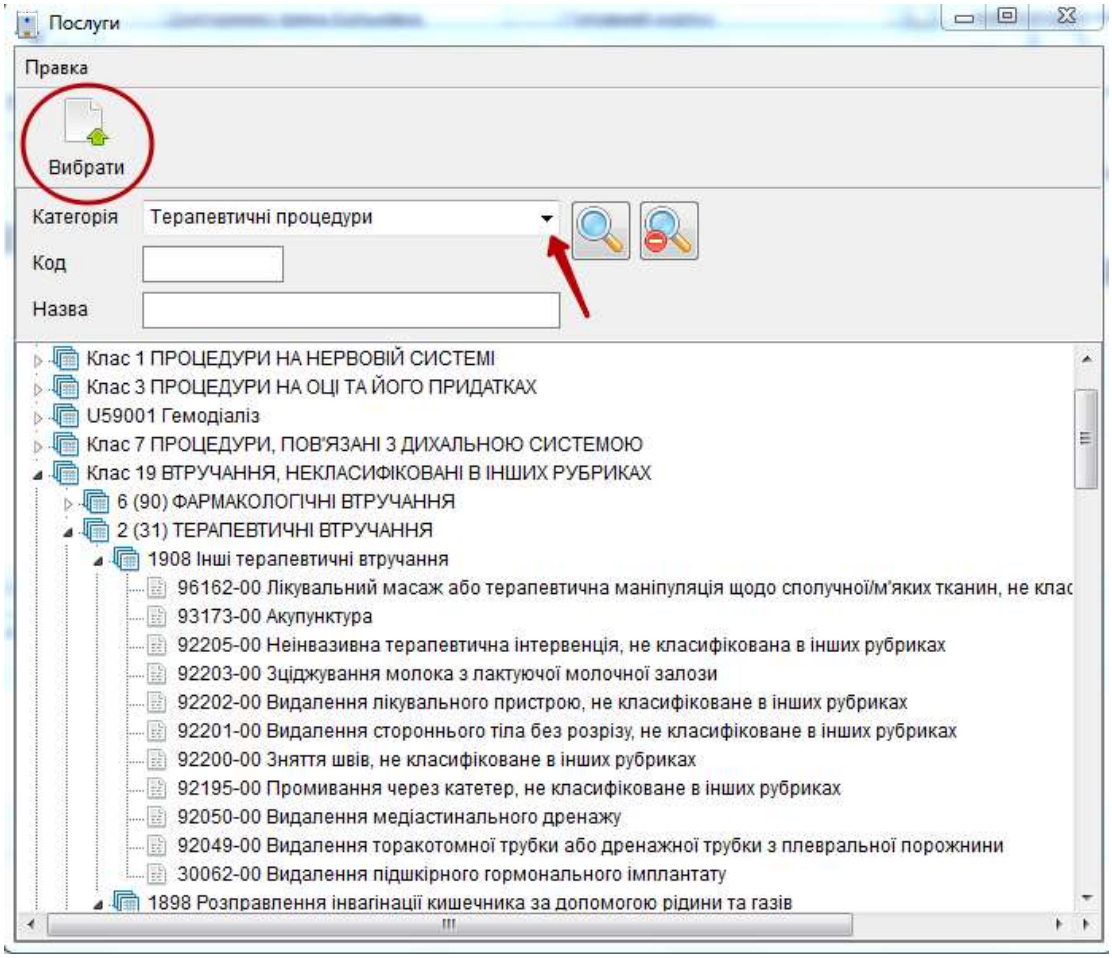
Тоді, після вибору шаблону, обрана послуга підтягнеться автоматично.



Щоб додати послугу не із шаблону, натискаємо першу кнопку .

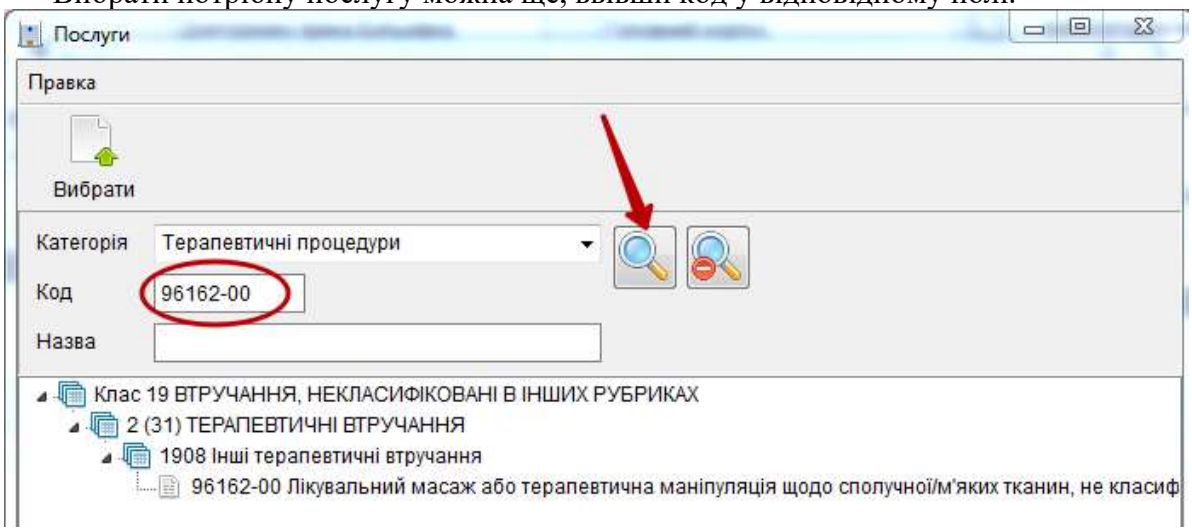


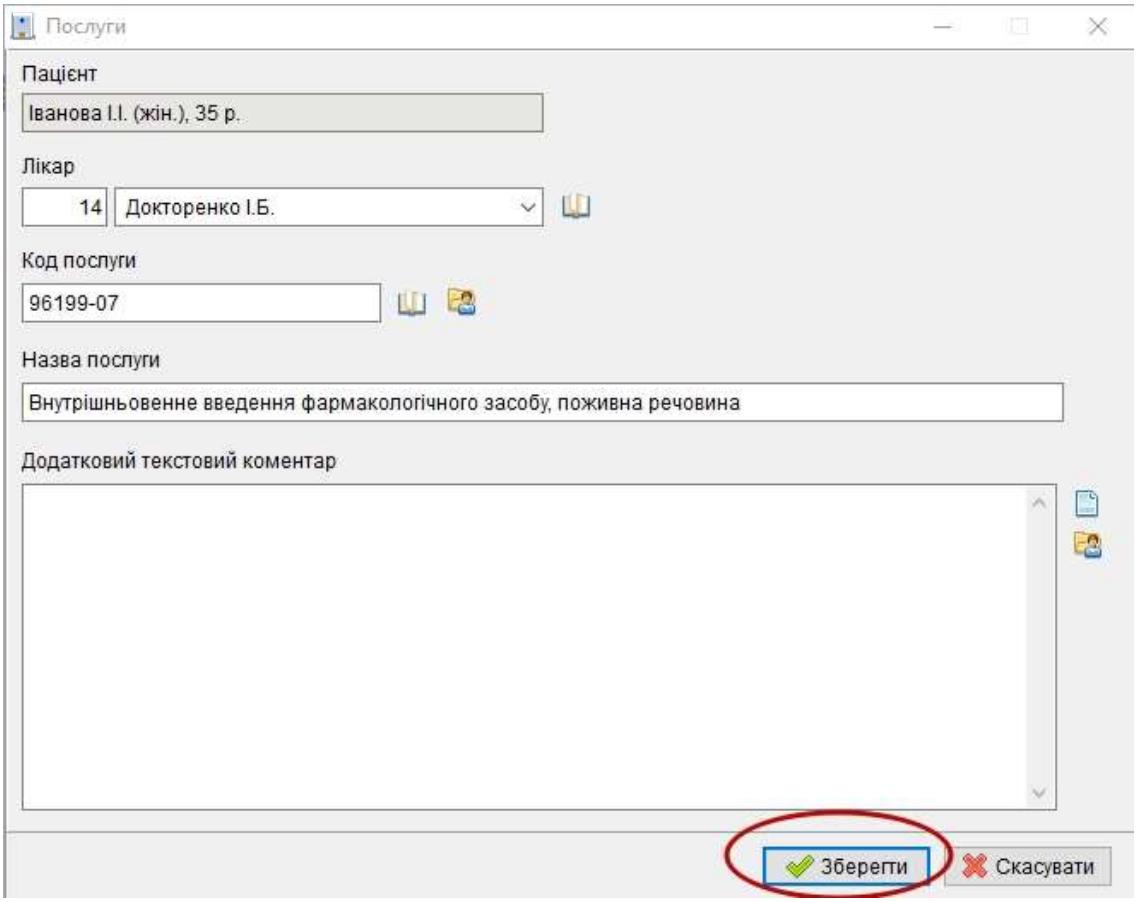
У вікні, що відкрилось обрати категорію та натиснути кнопку .



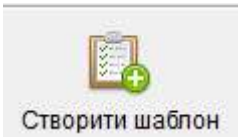
Відфільтрується перелік послуг відповідно категорії, обрати потрібну і натиснути **«Вибрати»**.

Вибрати потрібну послугу можна ще, ввівши код у відповідному полі.

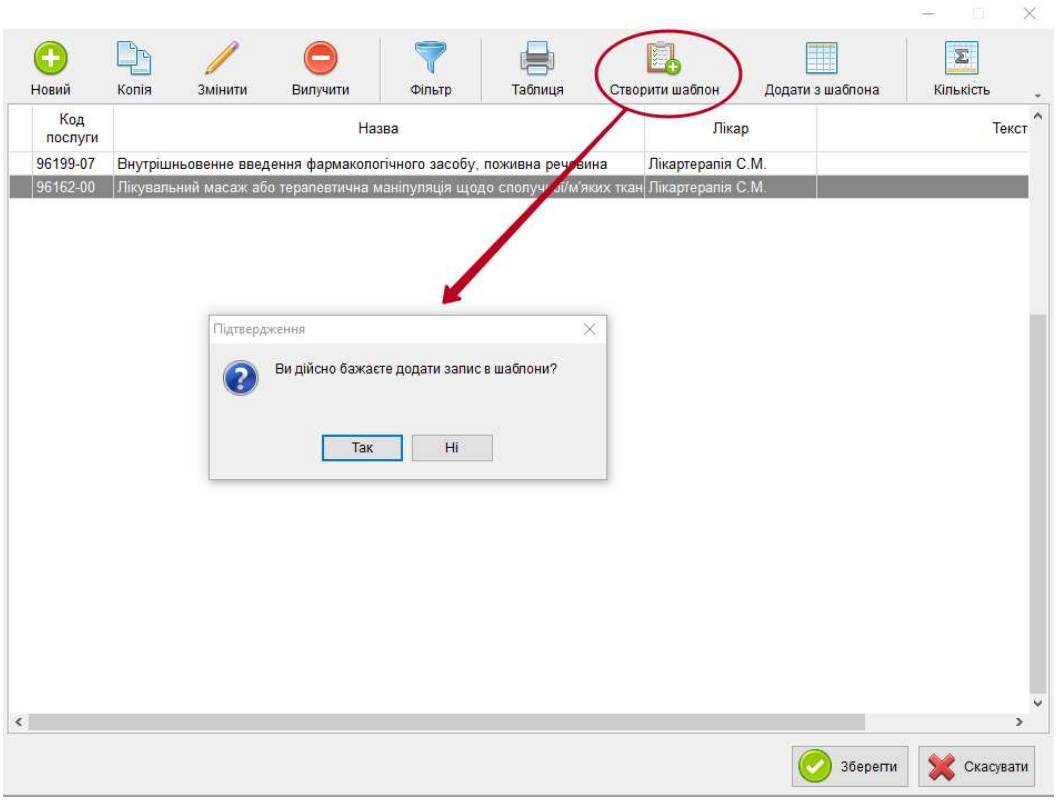


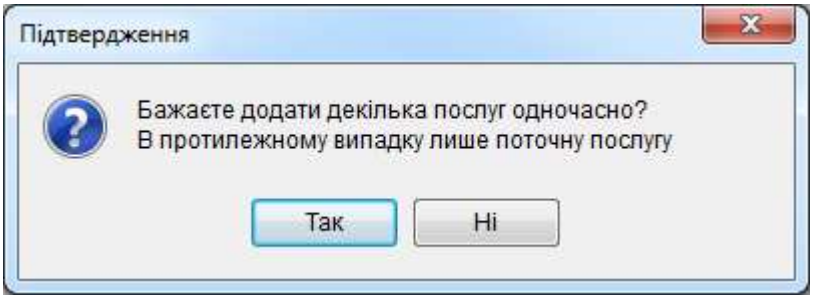


Таким чином, додати всі послуги, які були надані за період госпіталізації.

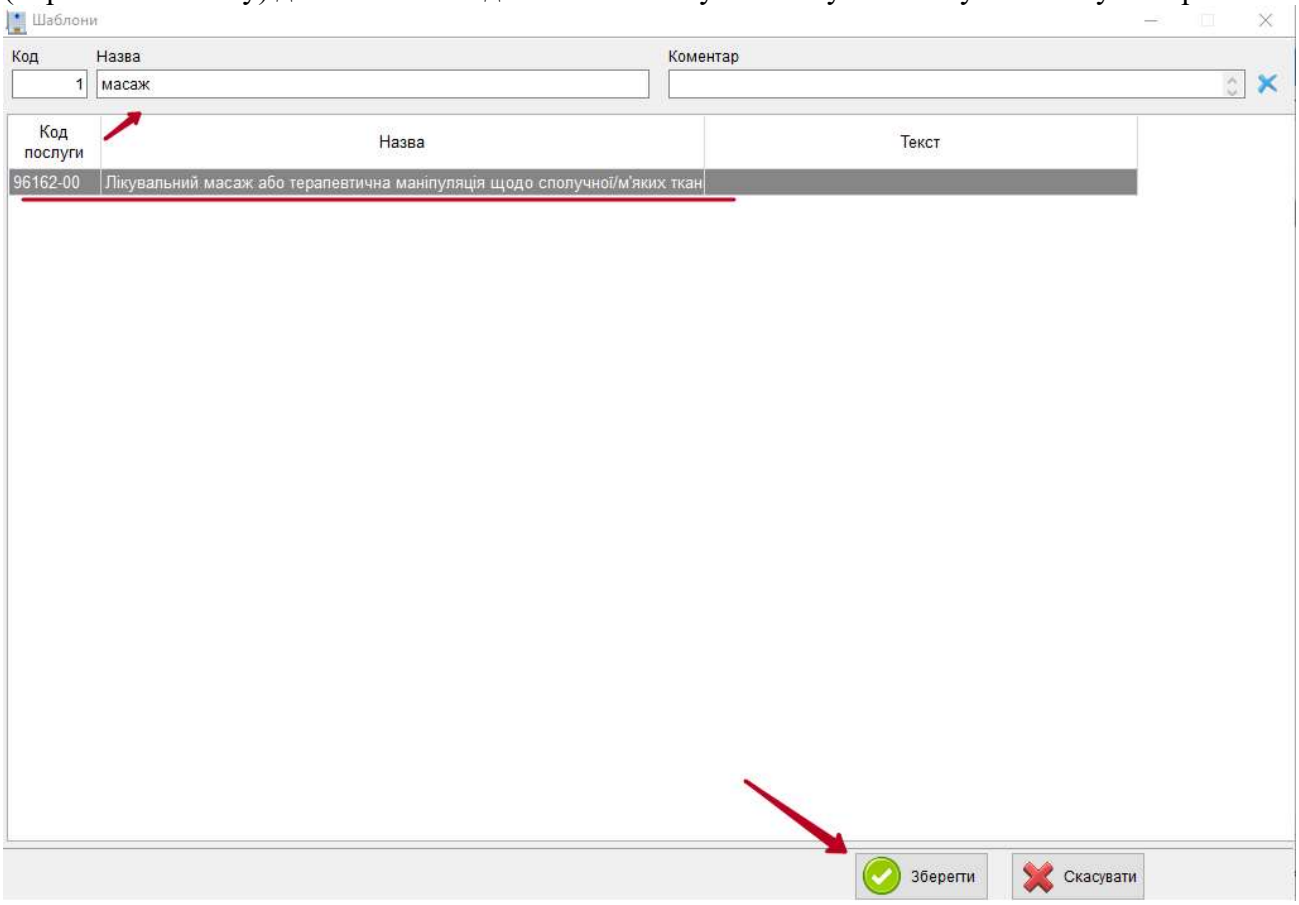


- дає можливість створити шаблон на послуги або групу послуг. Можна створити шаблон на один запис (обраний зі списку) чи на всі записи, які присутні в переліку послуг.

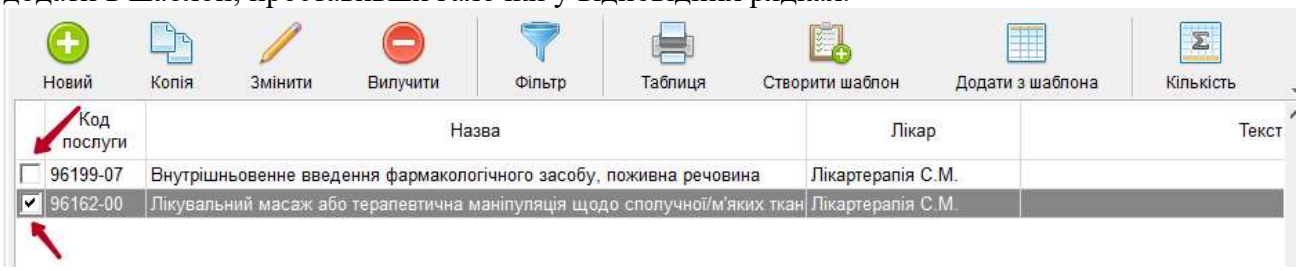




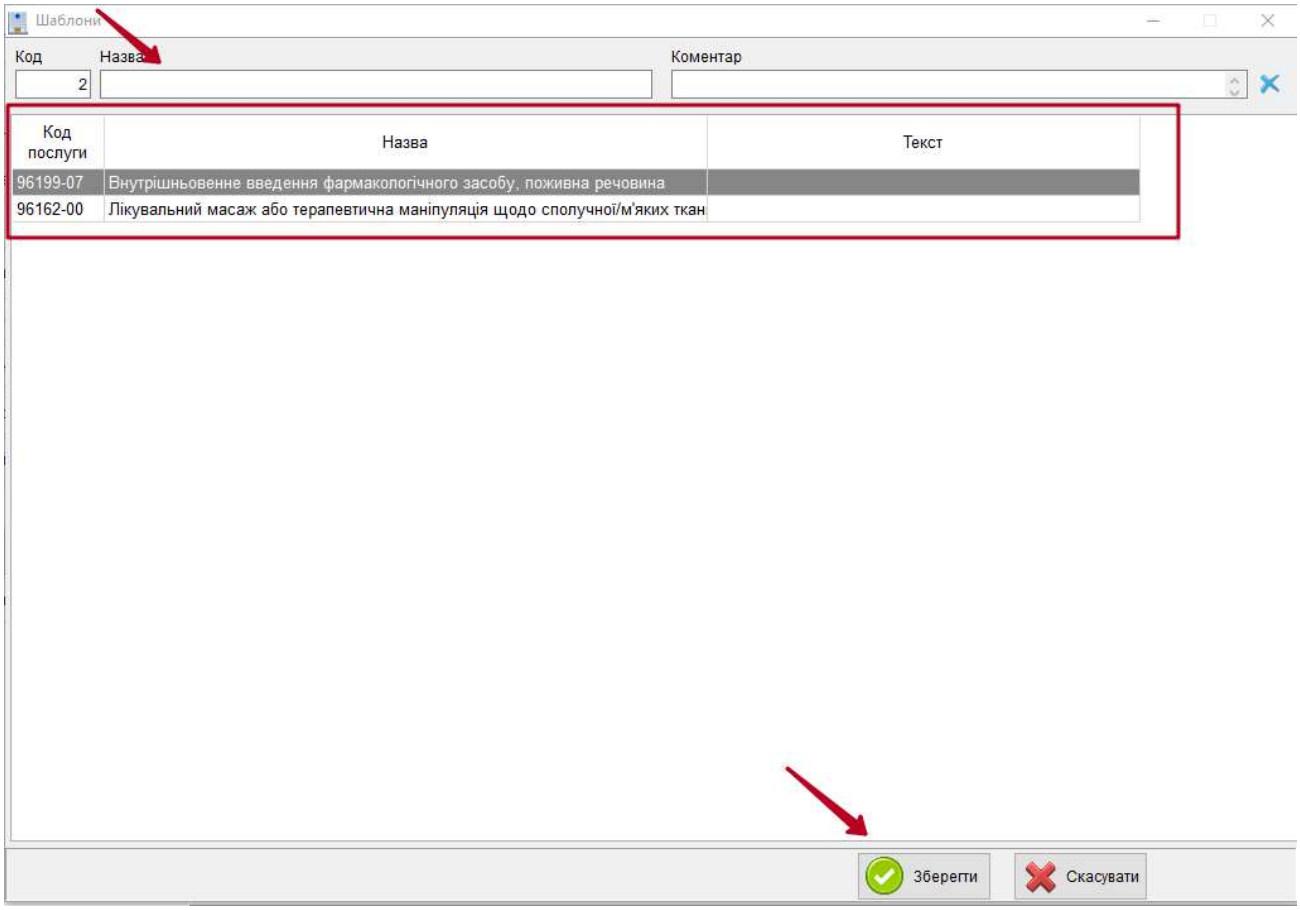
У випадку негативної відповіді, відкриється вікно шаблону і з внесеним одним (обраний зі списку) діагноз. Необхідно внести назву шаблону і натиснути кнопку «Зберегти».



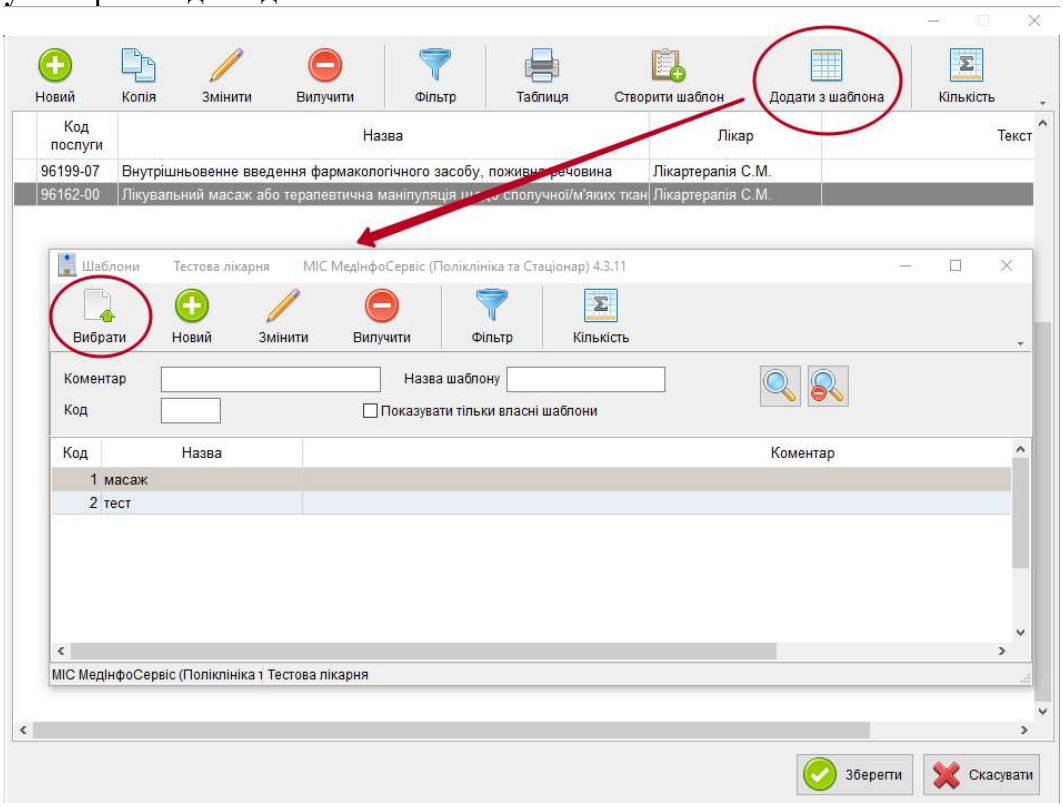
У разі позитивної відповіді, буде можливість обрати, які саме діагнози бажаєте додати в шаблон, проставивши галочки у відповідних рядках.



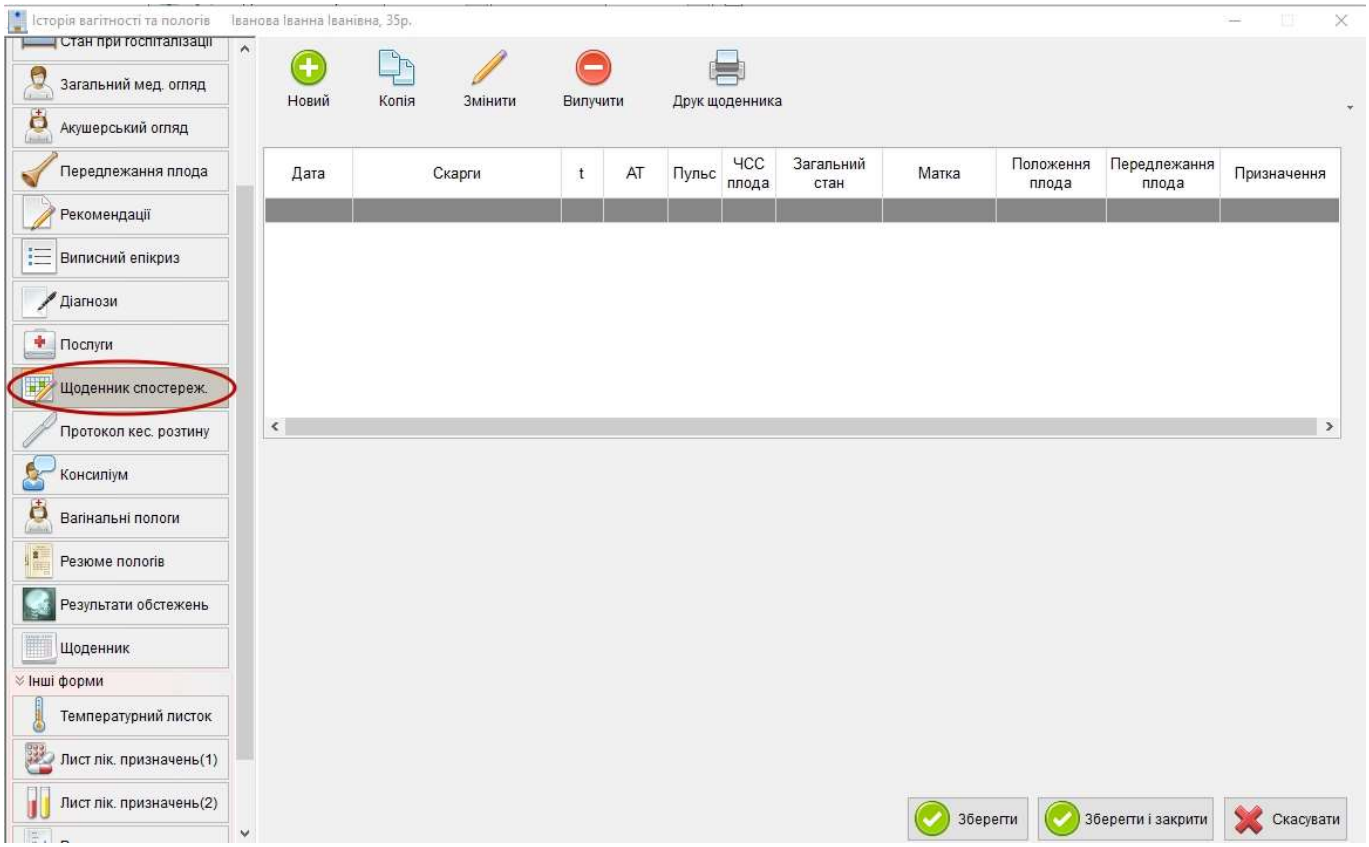
Потім необхідно знову натиснути кнопку **«Створити шаблон»,** після чого відкриється вікно шаблону із переліком внесених діагнозів. Вносимо назву шаблону і натискаємо **«Зберегти».**



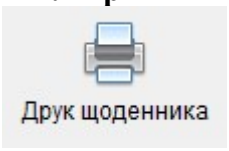
Для того, щоб використати створені шаблони, слід натиснути кнопку **«Додати із шаблону»** і обрати відповідний запис.



Щоденник спостереження

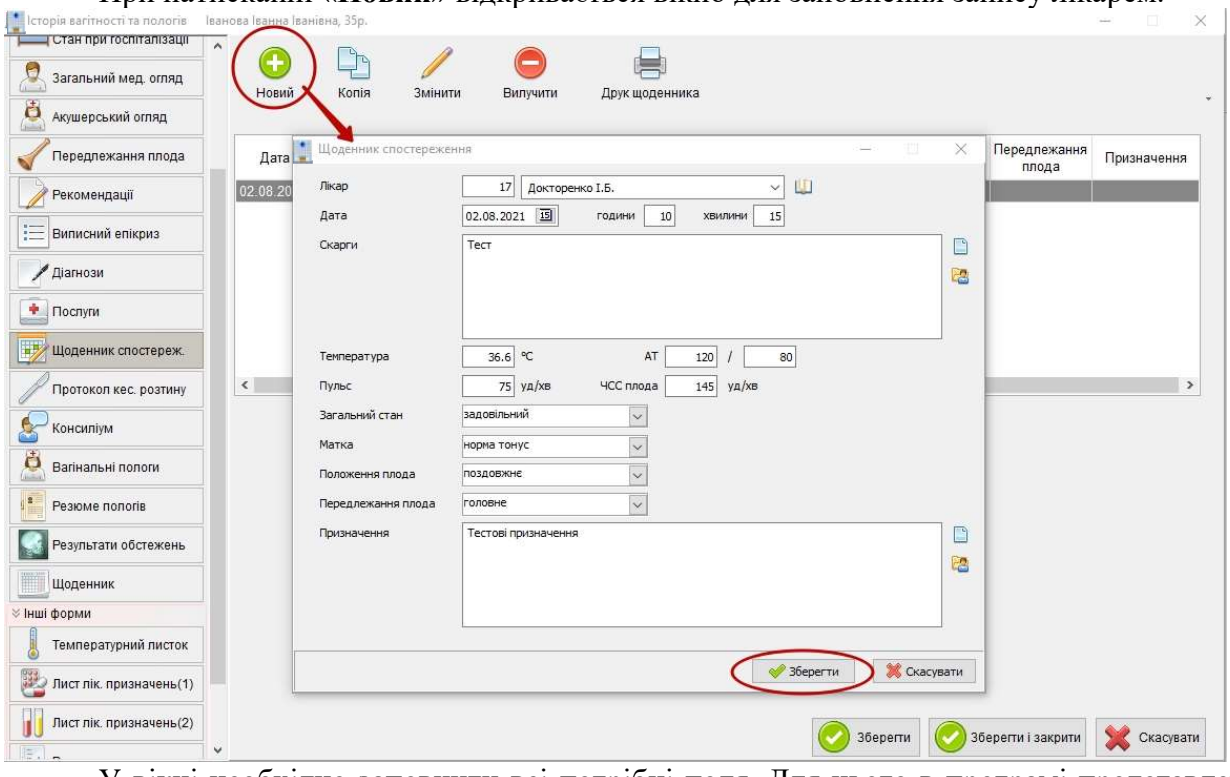


Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити запис щоденника, **«Копія»** - копіює карту, **«Змінити»** - відкривається картка для внесення змін, **«Вилучити»** - видаляє запис; **«Фільтр»** - показує/ховає поля для фільтра по медичним карткам;



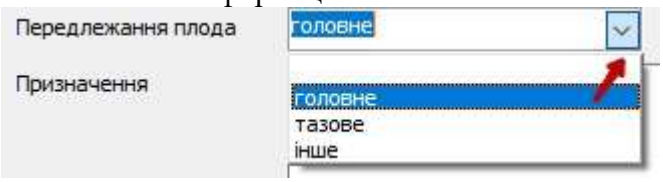
- друк щоденника

При натисканні **«Новий»** відкривається вікно для заповнення запису лікарем.

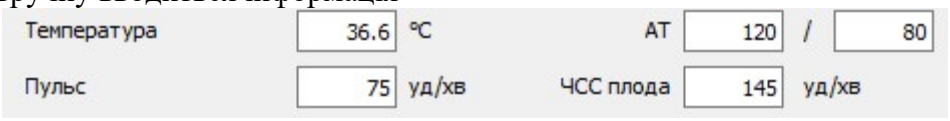


У вікні необхідно заповнити всі потрібні поля. Для цього в програмі представлений різновид внесення інформації:

- за допомогою випадаючих списків, з можливістю внесення додаткової інформації

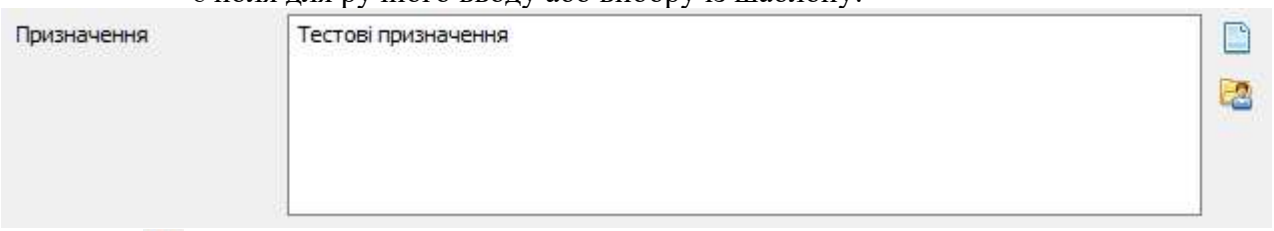


- вручну вводиться інформація

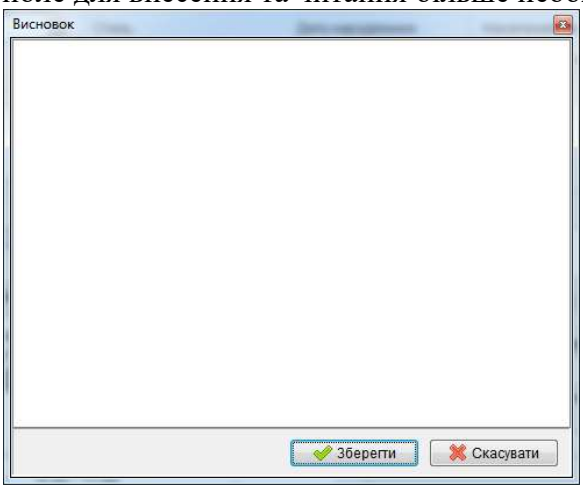


;

- є поля для ручного вводу або вибору із шаблону:

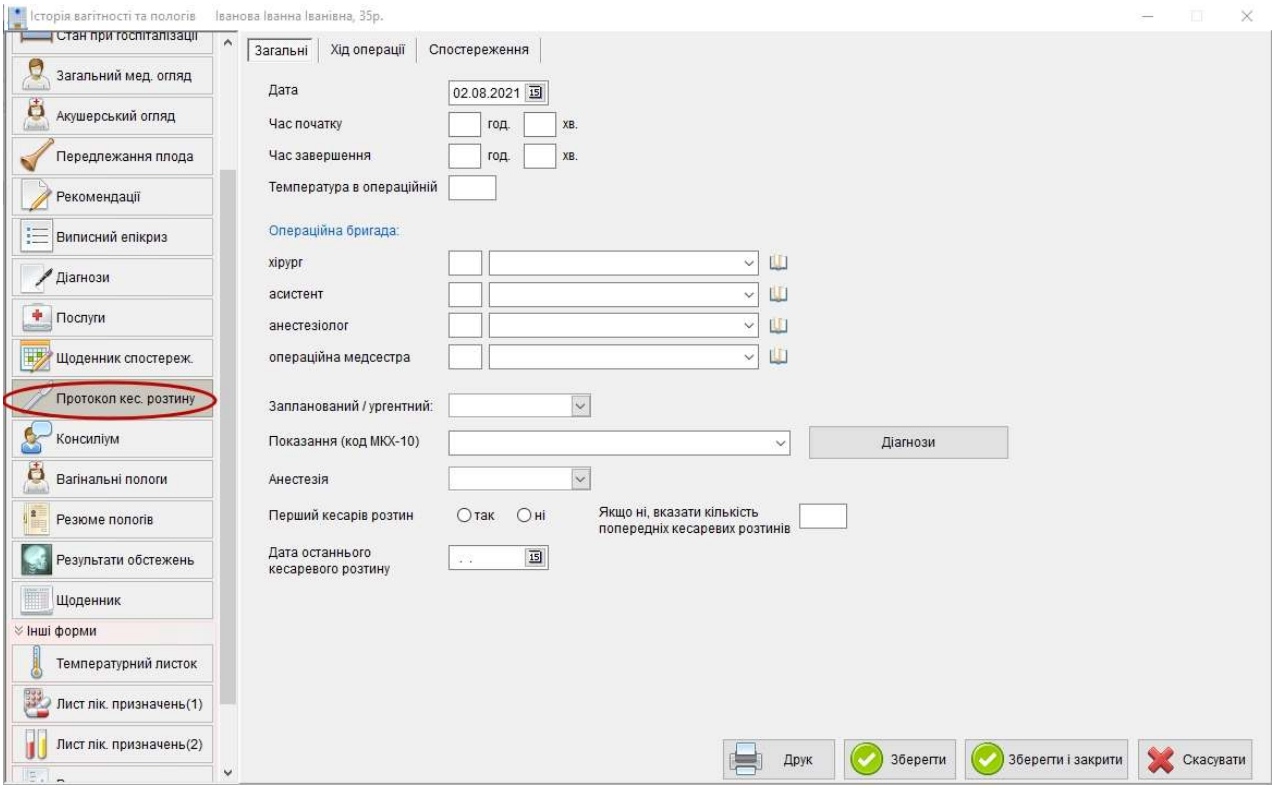


- відкриває поле для внесення та читання більше необхідної інформації.

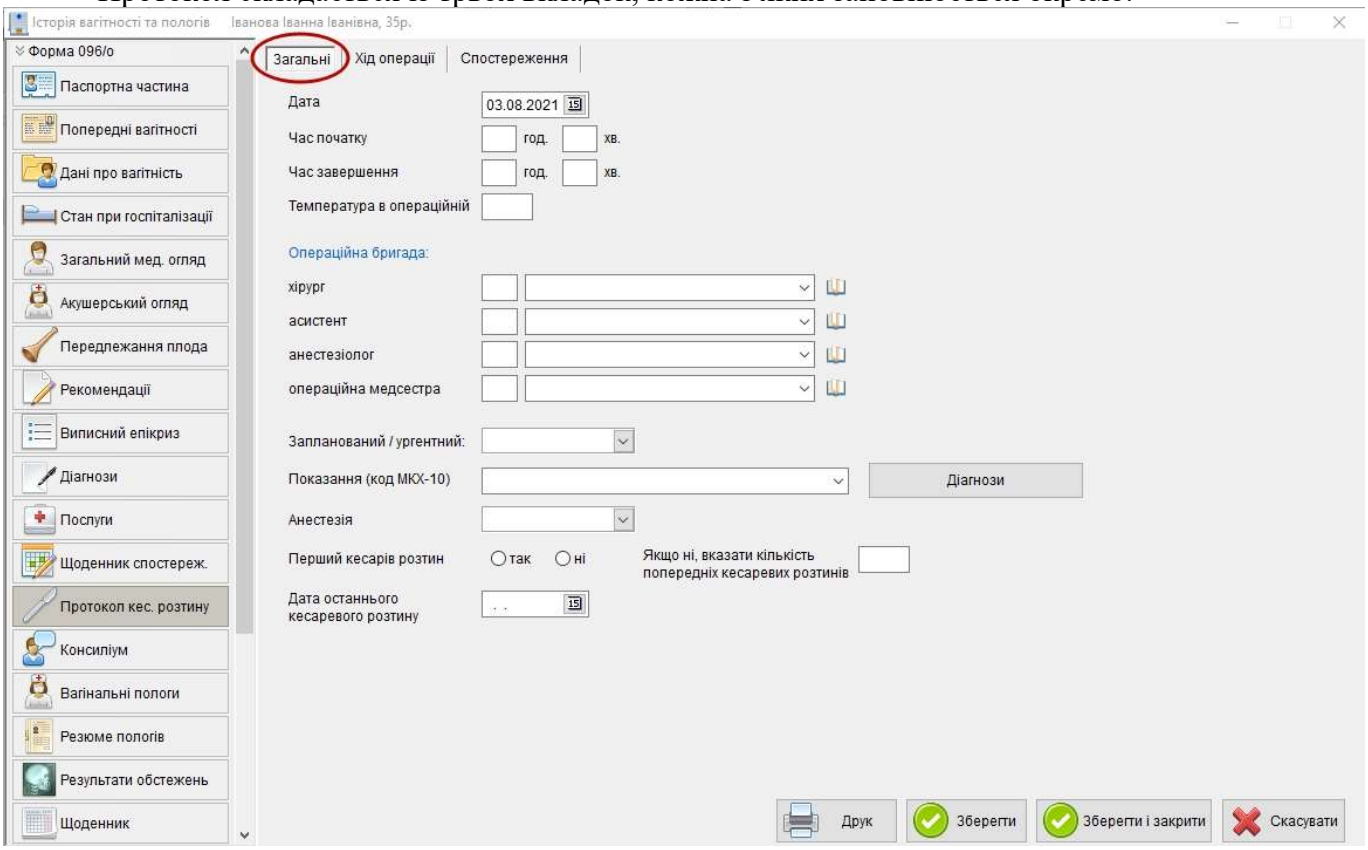


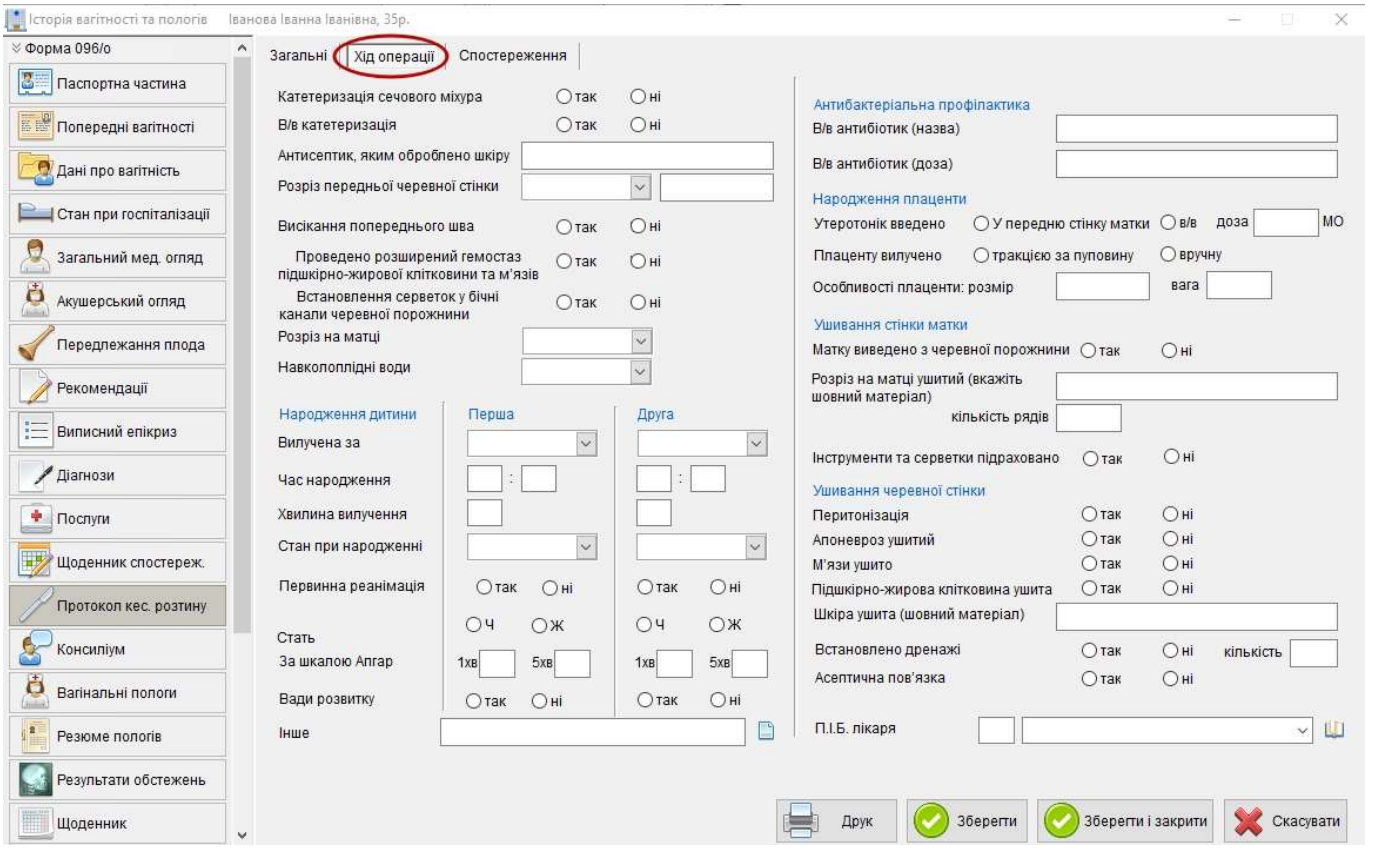
- дає можливість вибрати висновок із раніше введеного шаблону

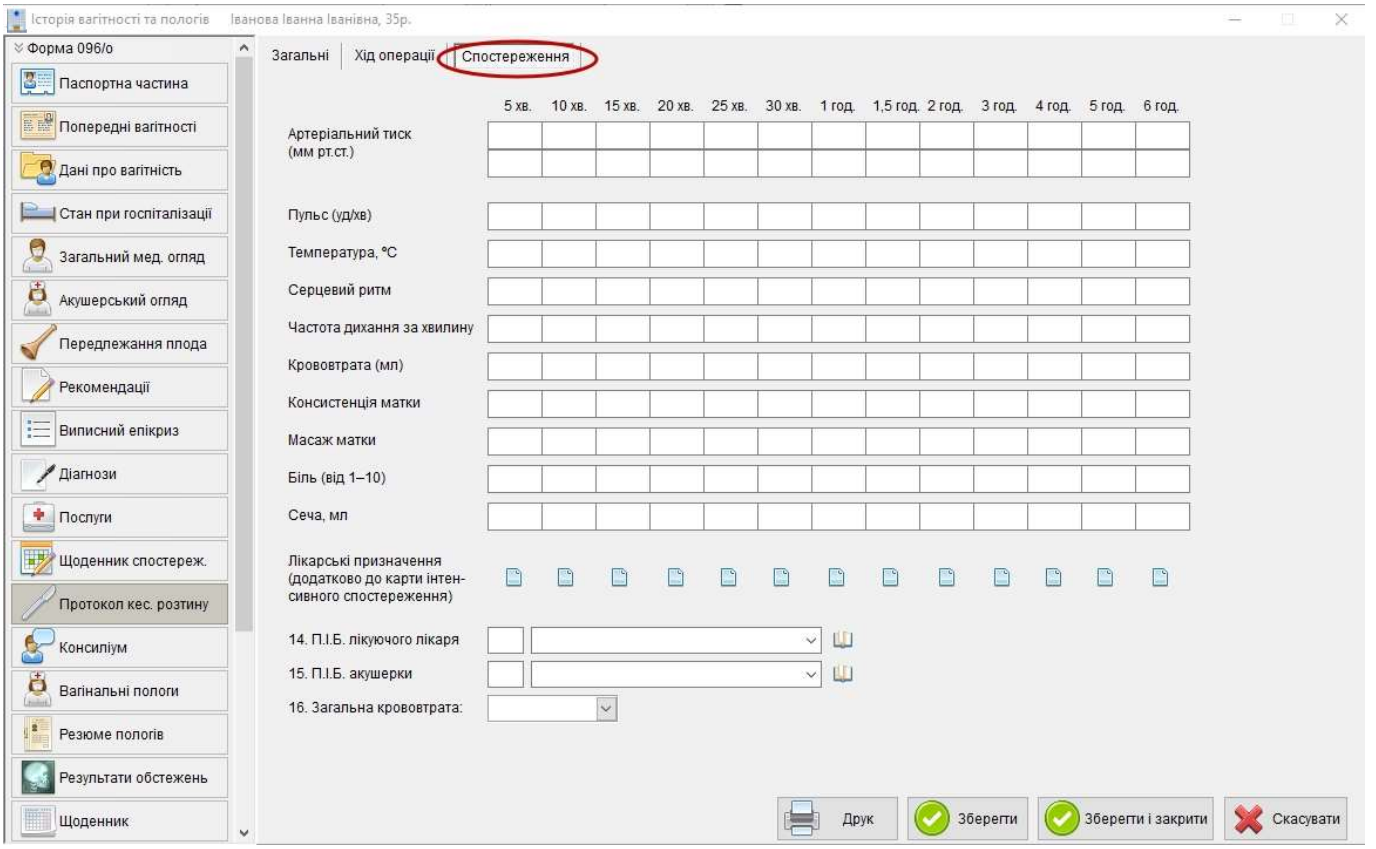
Протокол кесарів розтину

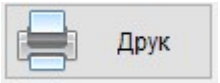


Протокол складається із трьох вкладок, кожна з яких заповнюється окремо.



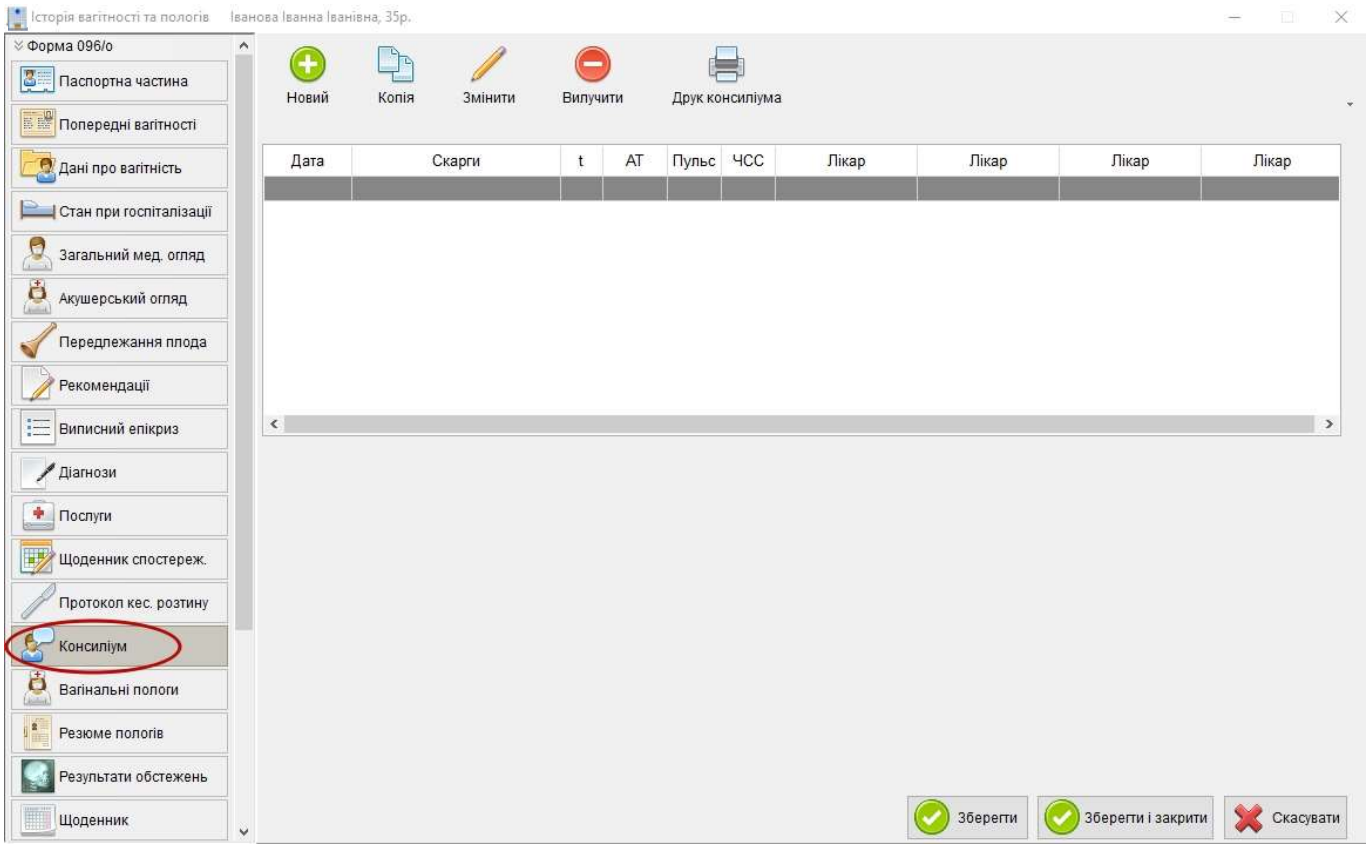






- формує протокол для друку в документ Word або LibreOffice Writer.

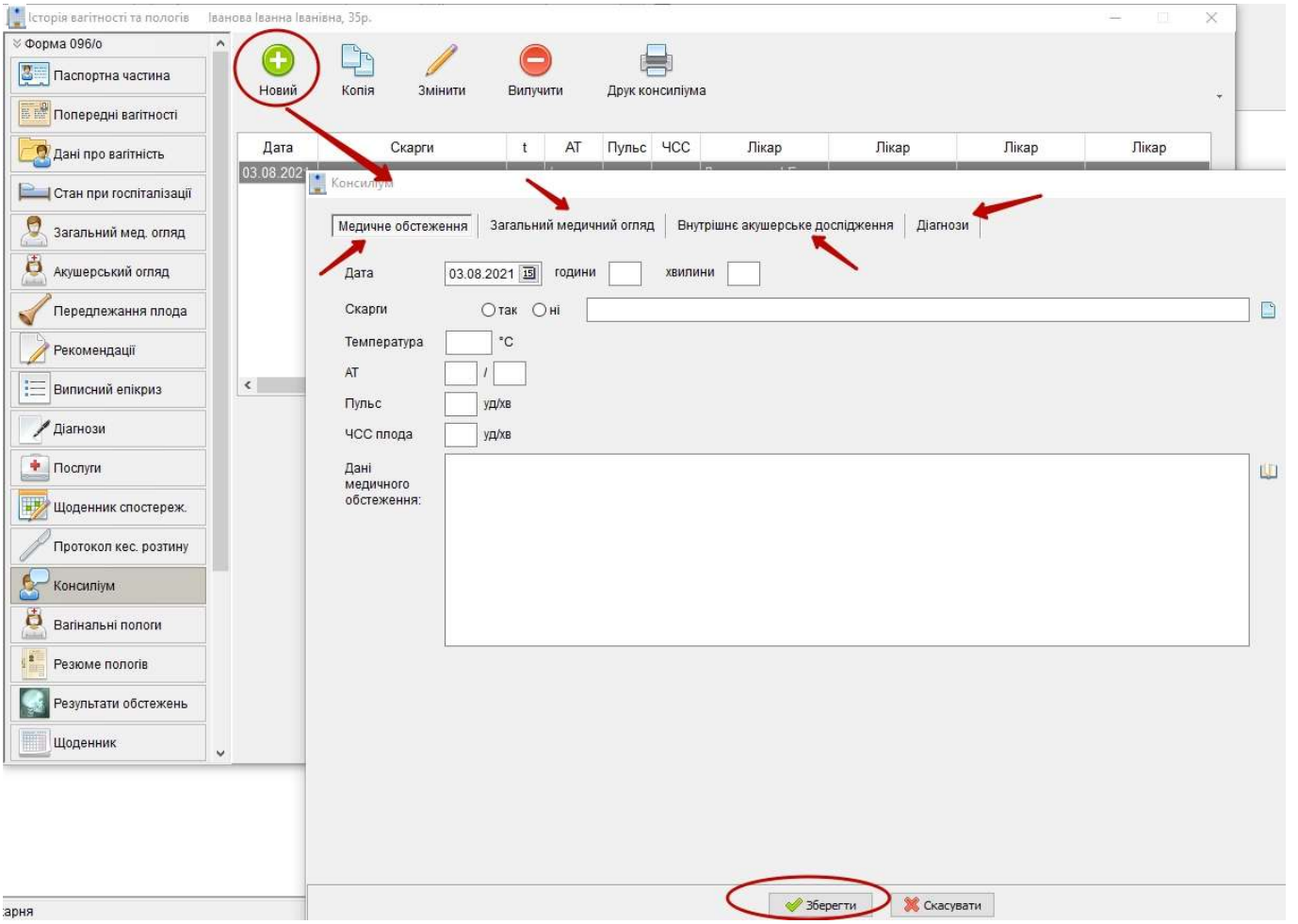
Консиліум



Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити запис, **«Копія»** - копіює запис, **«Змінити»** - відкривається запис для внесення змін, **«Вилучити»** - видаляє запис;

- друк консиліум

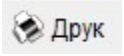
При натисканні **«Новий»** відкривається вікно для заповнення запису лікарем.



Вікно містить чотири вкладки для заповнення: «Медичне обстеження», «Загальний медичний огляд», «Внутрішнє акушерське дослідження» і «Діагнози».

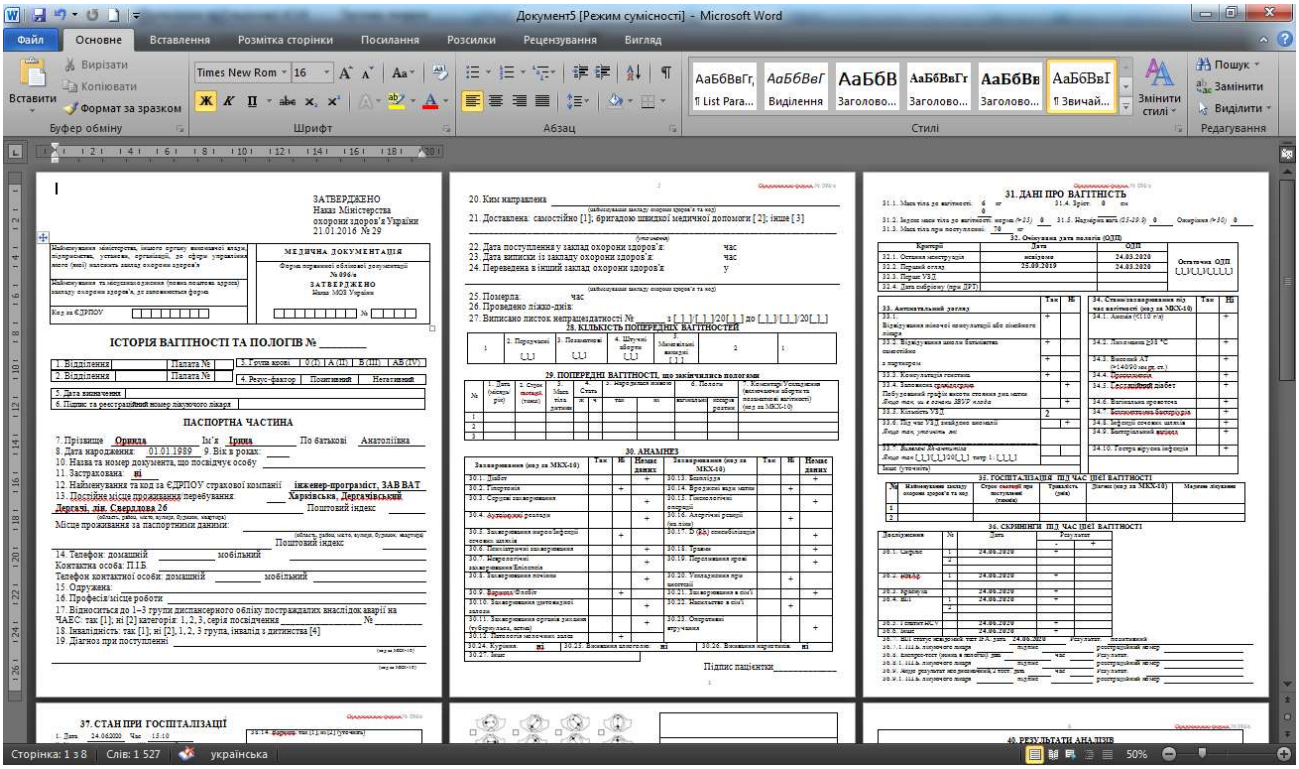
Зверніть увагу!

Для друку повного «Консиліум» необхідно заповнювати максимум інформації у вкладках.

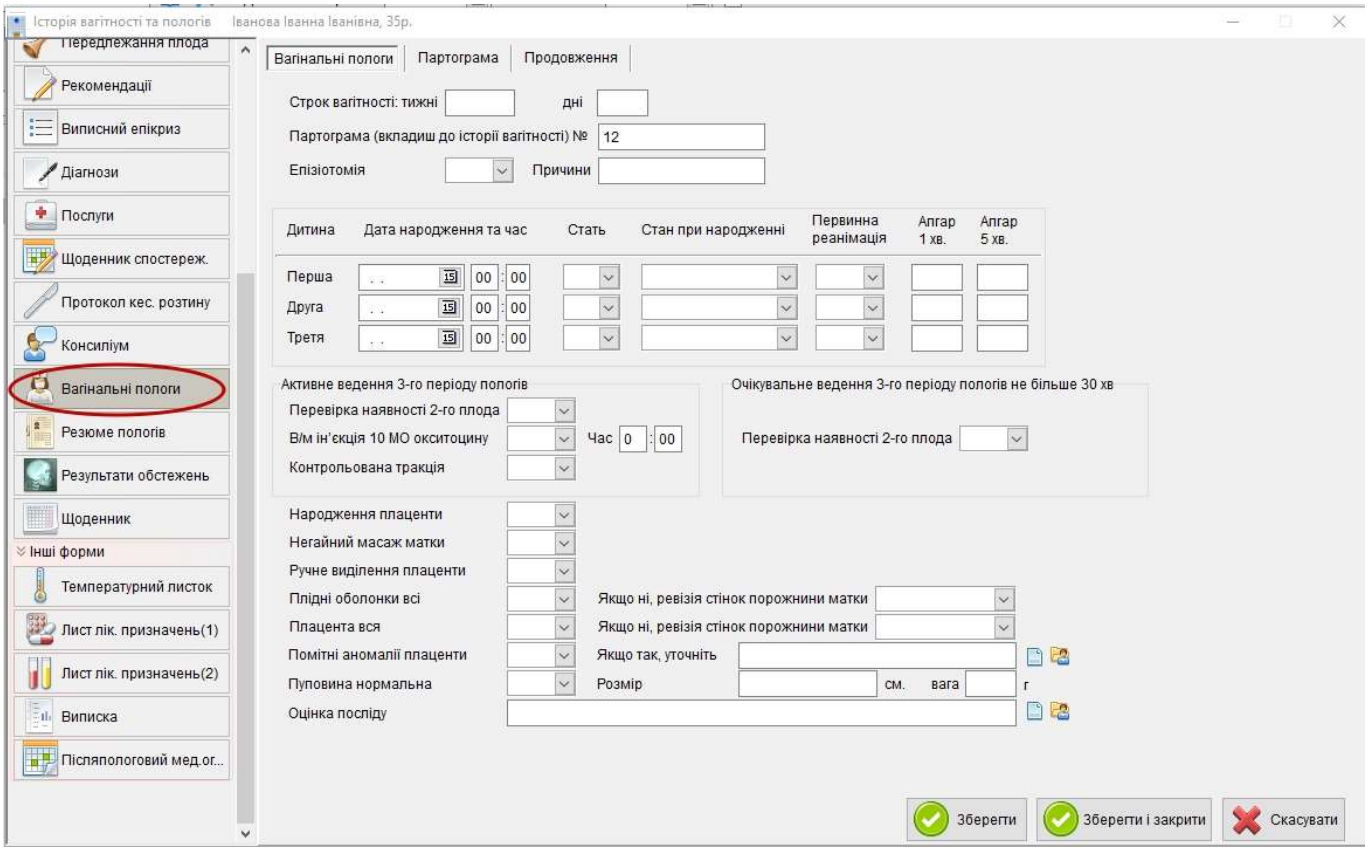


- формує список карток в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми;

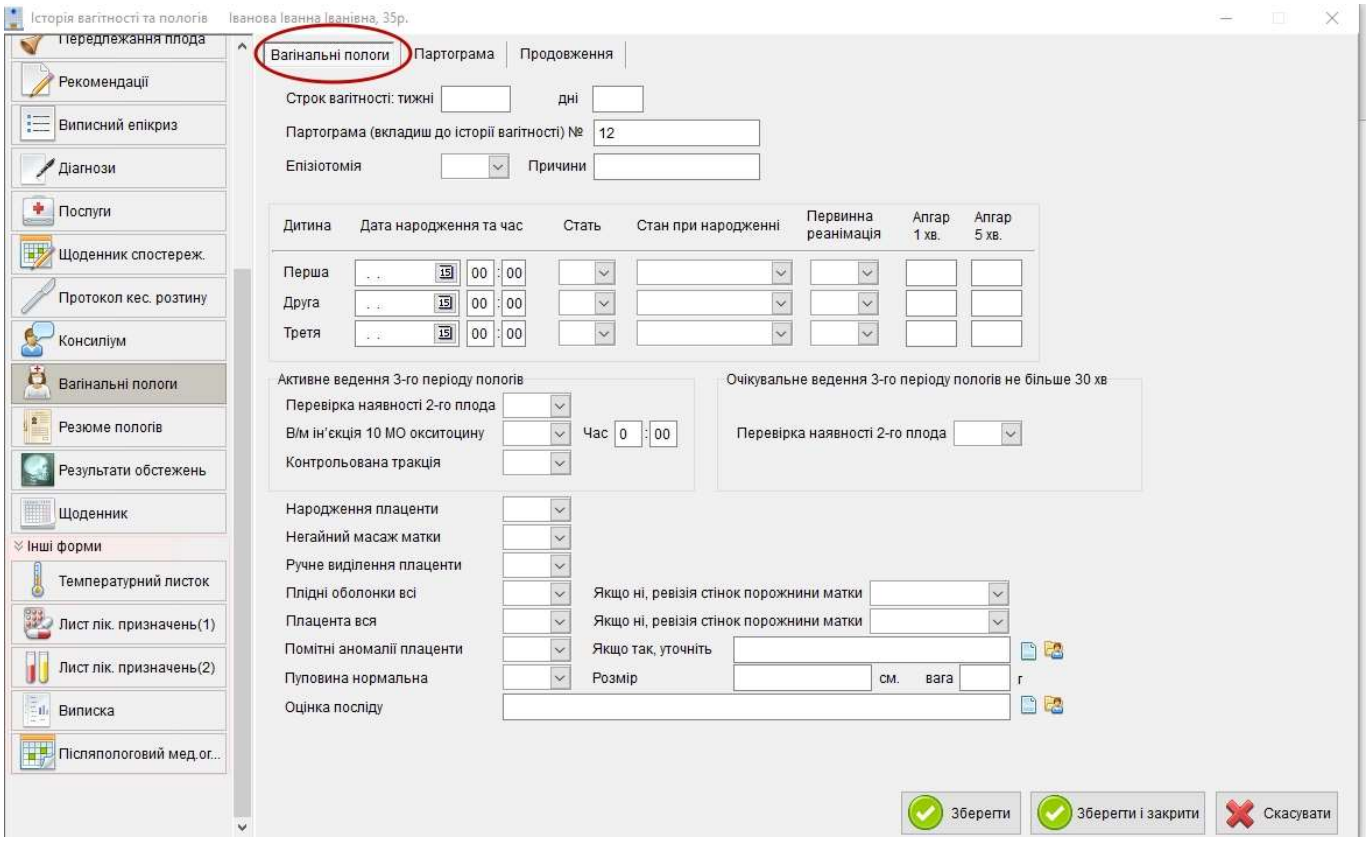
- дає можливість сформувати **форму 096/о «Історія вагітності і пологів»** для друку в документ Word або LibreOffice Writer.



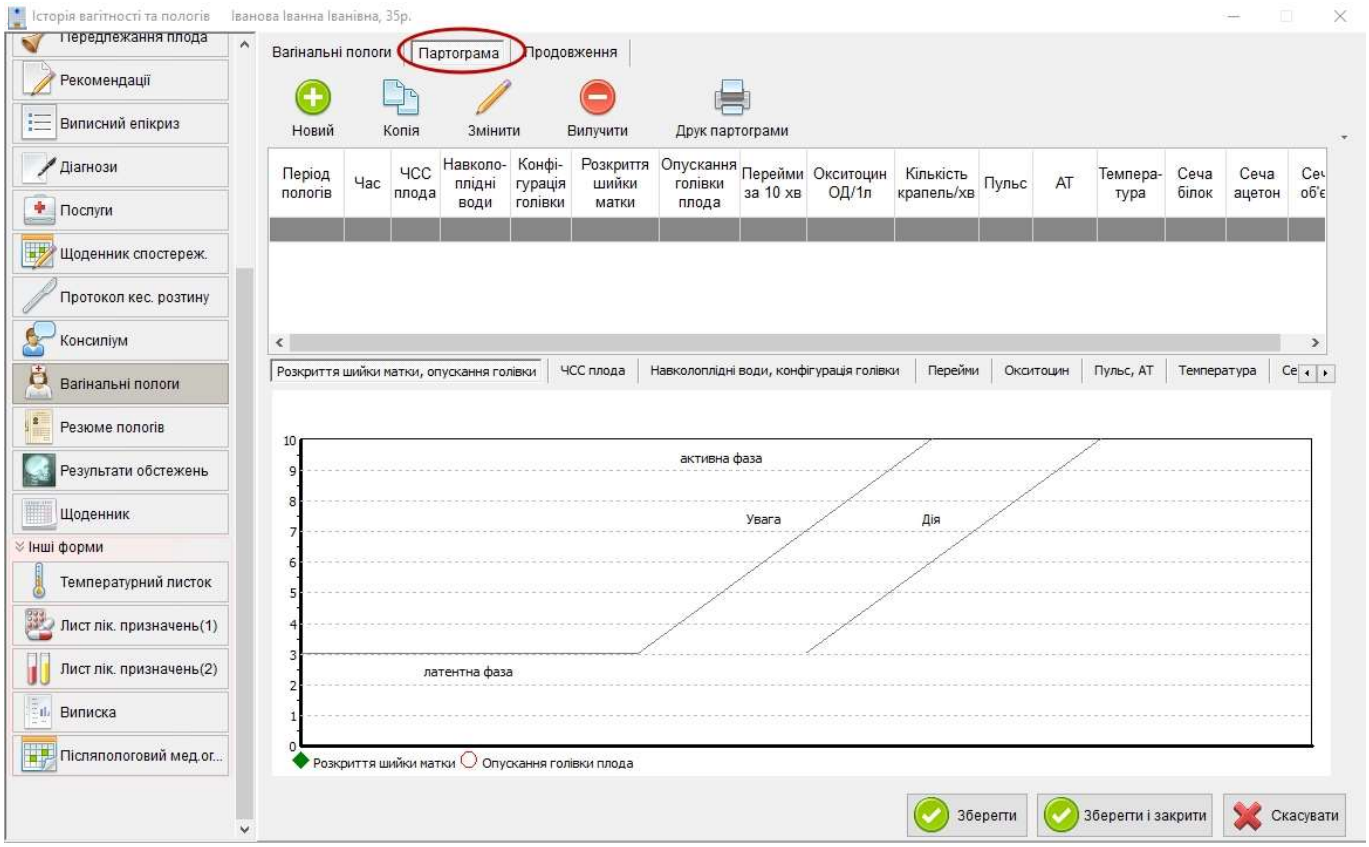
Вагінальні пологи



Протокол складається із трьох вкладок, кожна з яких заповнюється окремо.

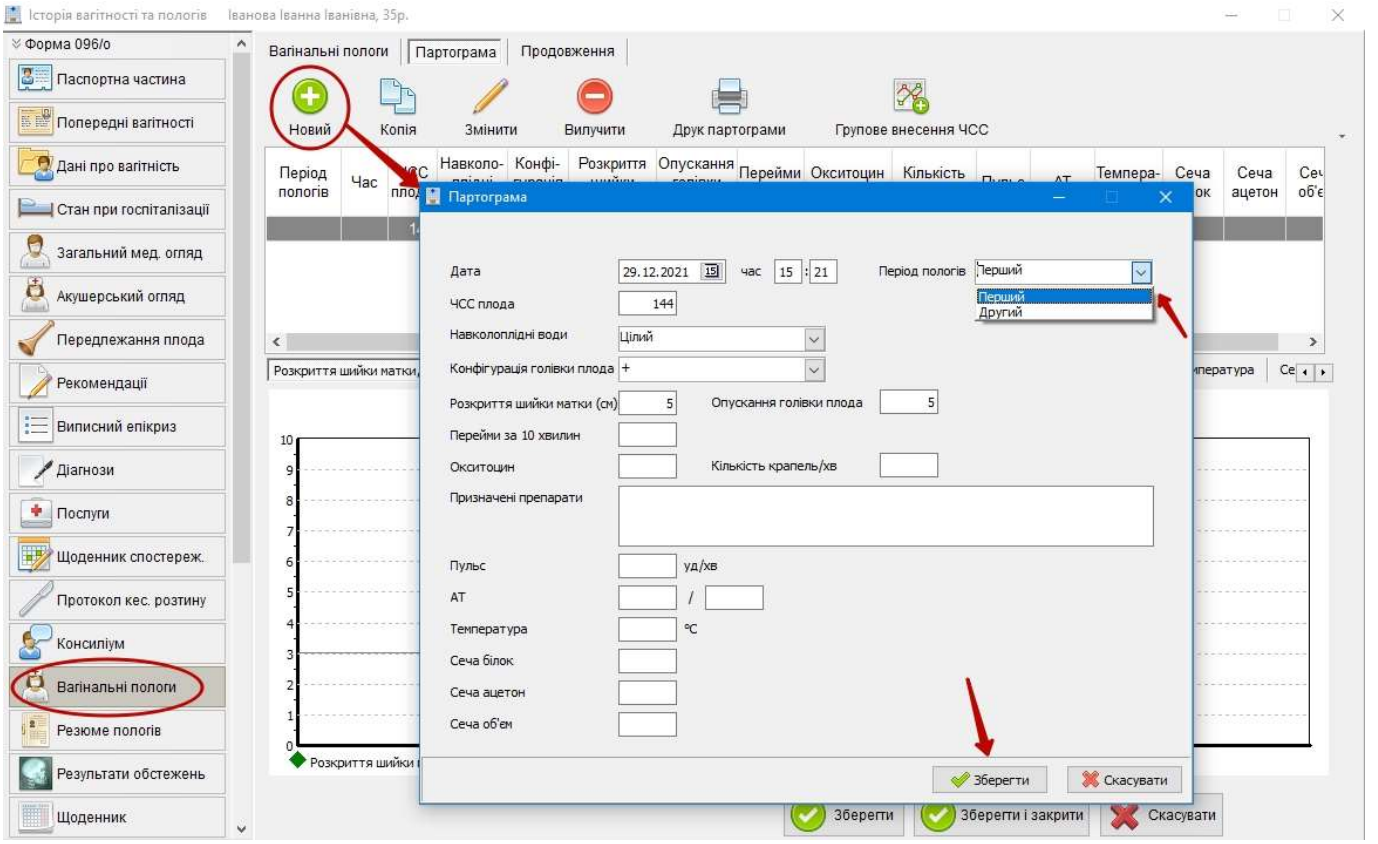


ПАРТОГРАМА

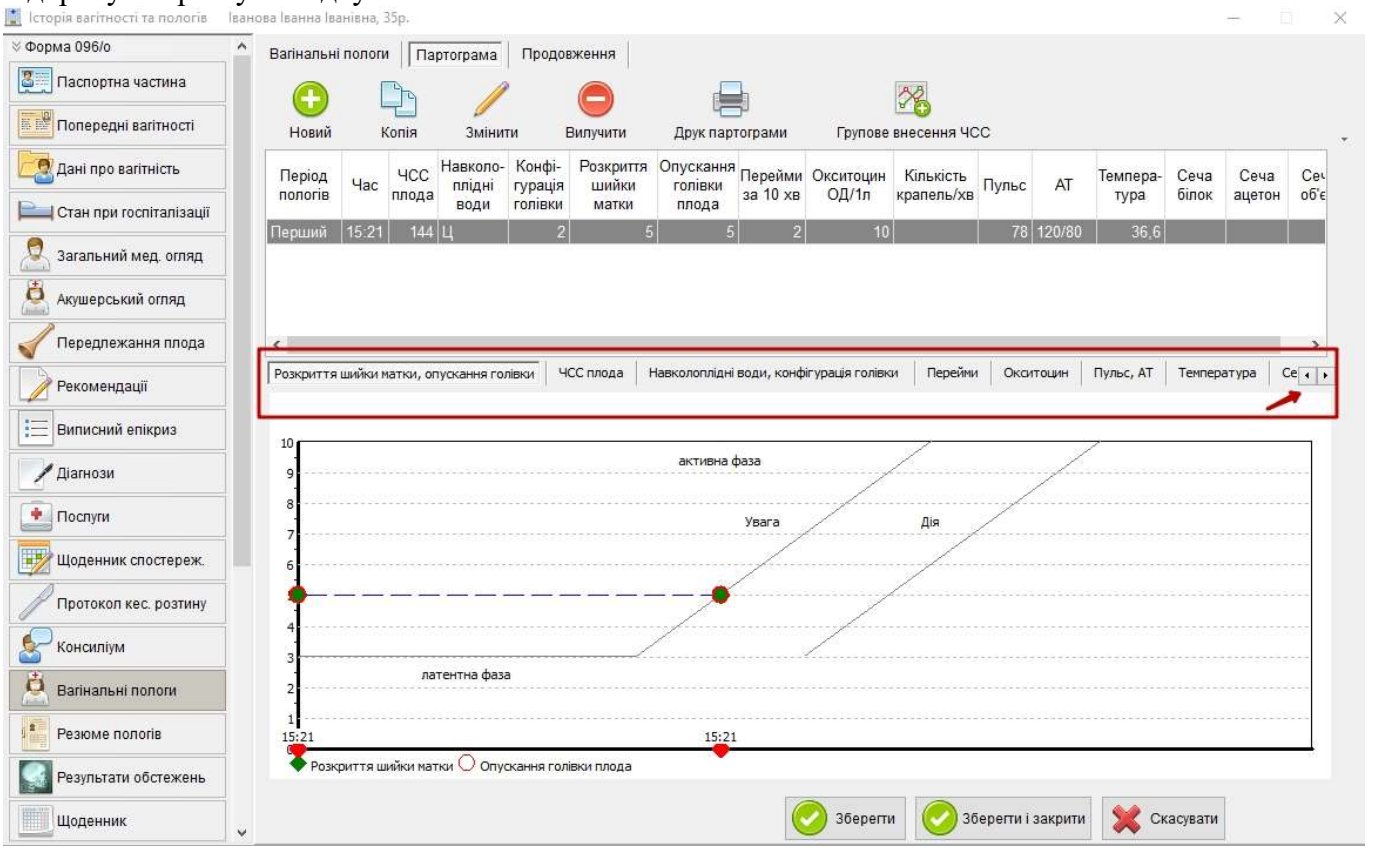


Партограма (графічний запис перебігу пологів, стану роділлі та плода) призначена для занесення інформації щодо результатів спостереження під час пологів за станом матері, плода, процесами розкриття шийки матки та просування голівки плода.

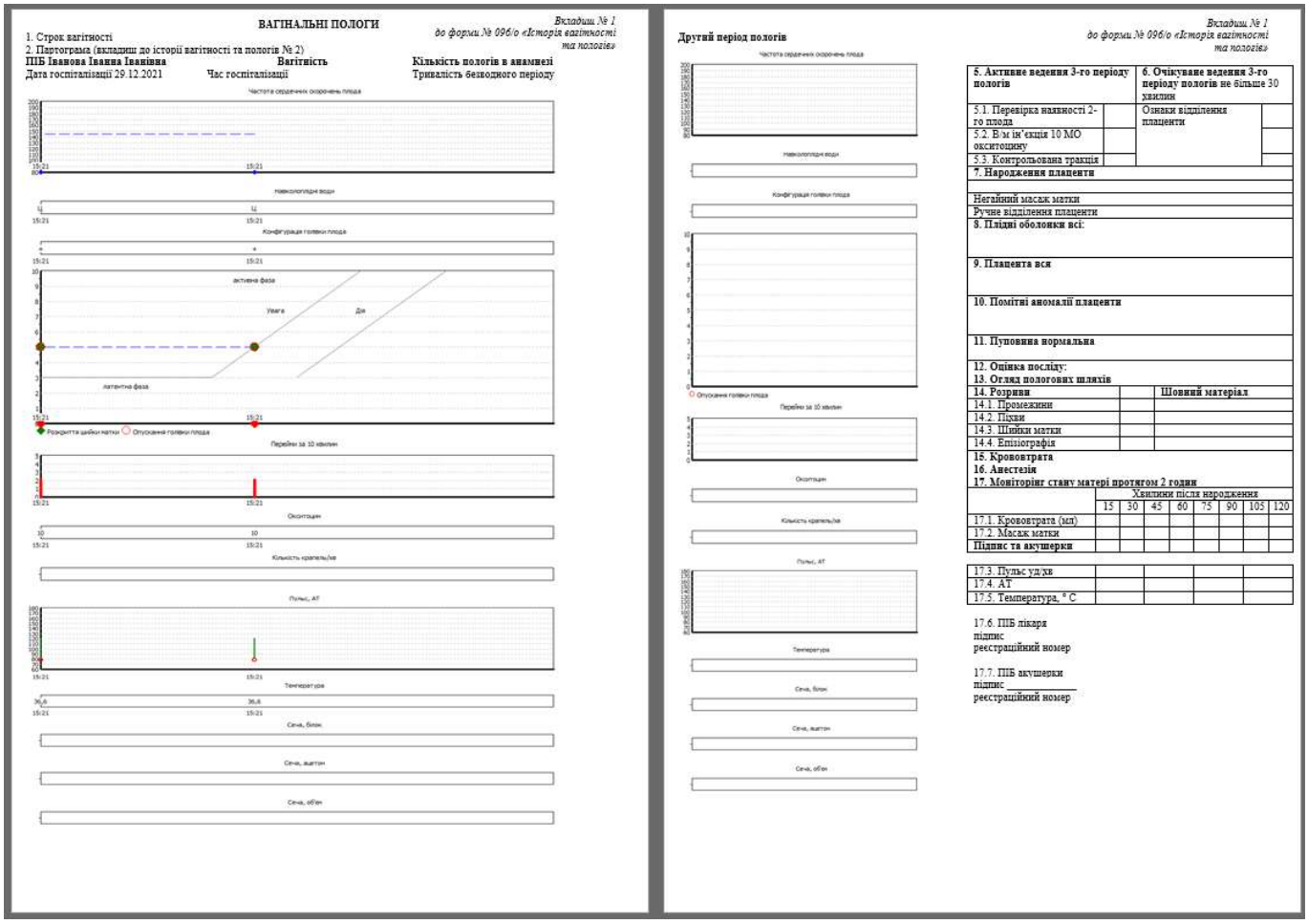
При натисканні на кнопку **«Новий»** відкривається вікно для заповнення необхідної інформації у відповідний період пологів.



Після внесення даних графік будується автоматично, для перегляду необхідно відкриту потрібну вкладку.



Для друку необхідно натиснути кнопку **«Друк партограми»**



ВАГІНАЛЬНІ ПОЛОГИ

Вкладиш № 1 до форми № 096/о «Історія вагітності та пологів»

1. Строк вагітності
2. Партограма (вкладиш до історії вагітності та пологів № 2)

ПІБ Іванова Іванна Іванівна **Вагітність** **Кількість пологів в анамнезі**

Дата госпіталізації 29.12.2021 Час госпіталізації **Тривалість безводного періоду**

Частота серцевих скорочень плода

Навколоплідні води

Конфігурація голівки плода

активна фаза

Увага Дія

латентна фаза

Розкриття шийки матки Опускання голівки плода

Перейми за 10 хвилин

Окситоцин

Кількість крапель/хв

Пульс, АТ

Температура

Сеча, білок

Сеча, ацетон

Сеча, обєм

Другий період пологів

Вкладиш № 1 до форми № 096/о «Історія вагітності та пологів»

5. Активне ведення 3-го періоду пологів		**6. Очікуване ведення 3-го періоду пологів** не більше 30 хвилин	
5.1. Перевірка наявності 2-го плода		Ознаки відділення плаценти	
5.2. В/м ін'єкція 10 МО окситоцину			
5.3. Контрольована тракція			

7. Народження плаценти

Негайний масаж матки

Ручне відділення плаценти

8. Плідні оболонки всі:

9. Плацента вся

10. Помітні аномалії плаценти

11. Пуповина нормальна

12. Оцінка посліду:

13. Огляд пологових шляхів

14. Розриви		**Шовний матеріал**
14.1. Промежини		
14.2. Піхви		
14.3. Шийки матки		
14.4. Епізіографія		

15. Крововтрата

16. Анестезія

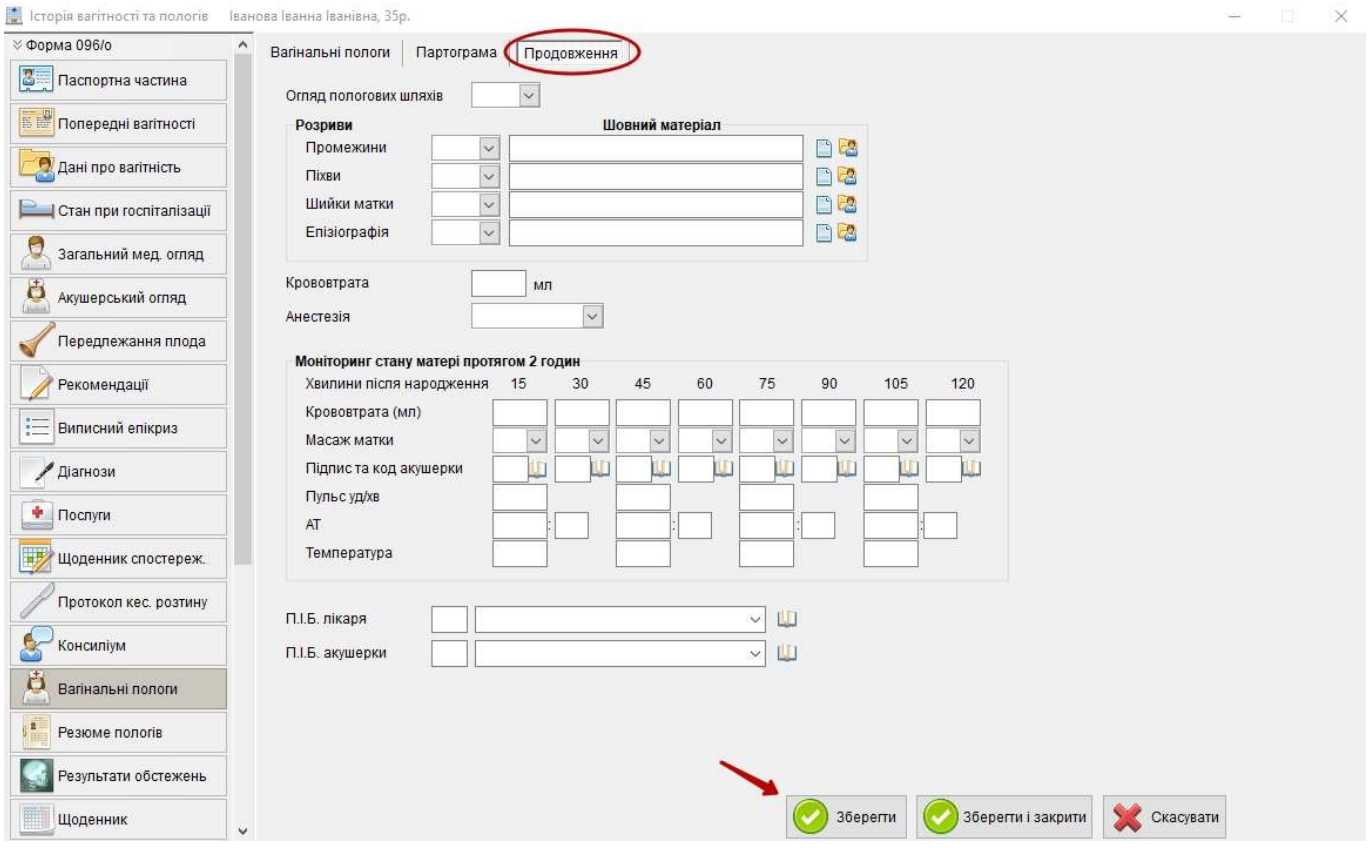
17. Моніторінг стану матері протягом 2 годин

	Хвилини після народження							
	15	30	45	60	75	90	105	120
17.1. Крововтрата (мл)								
17.2. Масаж матки								
Підпис та акушерки								
17.3. Пульс уд/хв								
17.4. АТ								
17.5. Температура, ° С								

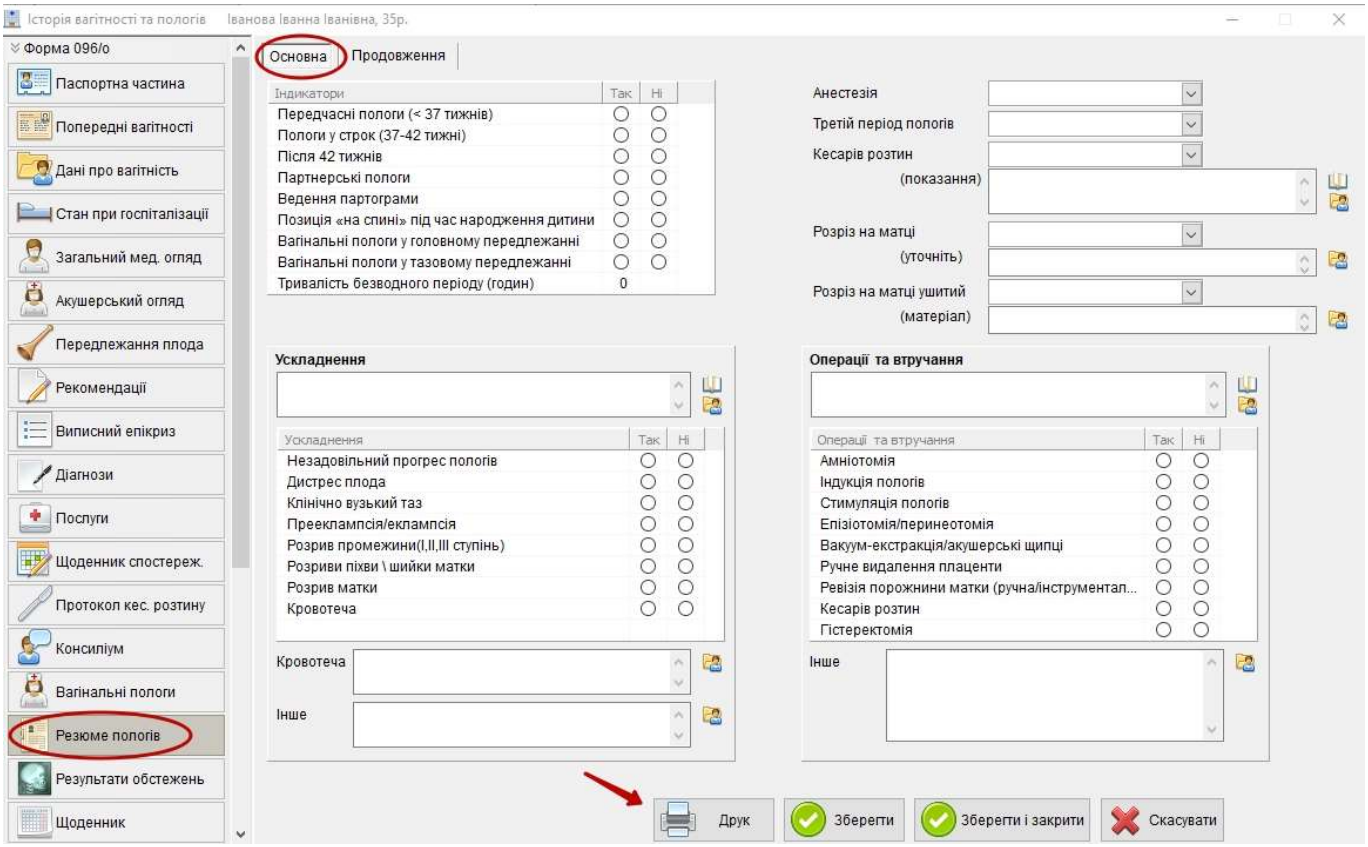
17.6. ПІБ лікаря
підпис
реєстраційний номер

17.7. ПІБ акушерки
підпис
реєстраційний номер

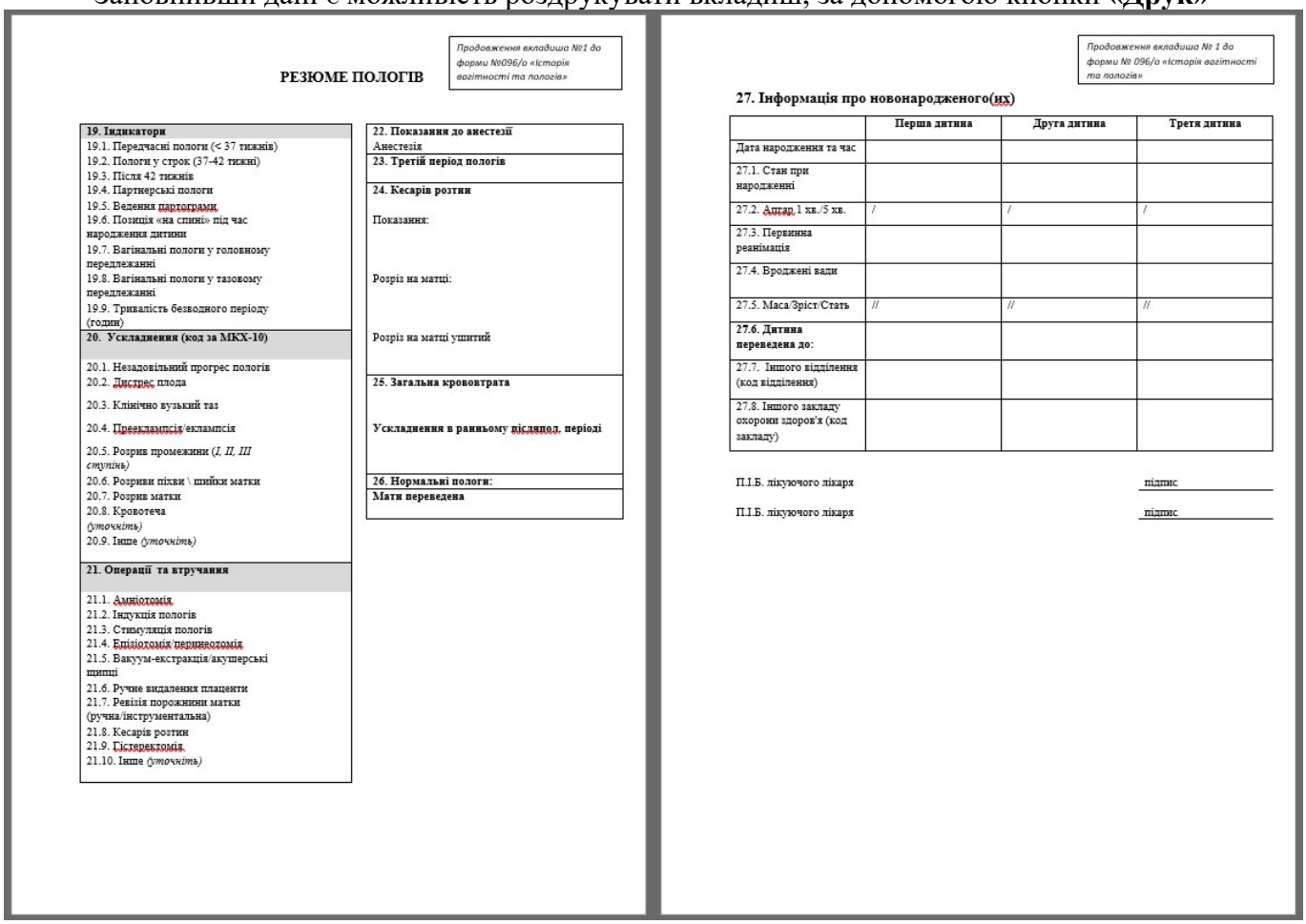
ПРОДОВЖЕННЯ



Резюме пологів



Заповнивши дані є можливість роздрукувати вкладиш, за допомогою кнопки «**Друк**»



Продовження вкладиша №1 до форми №096/о «історія вагітності та пологів»

РЕЗЮМЕ ПОЛОГІВ

19. Індикатори
19.1. Передчасні пологи (< 37 тижнів)
19.2. Пологи у строк (37-42 тижні)
19.3. Після 42 тижнів
19.4. Партнерські пологи
19.5. Ведення партограми
19.6. Позиція «на спині» під час народження дитини
19.7. Вагінальні пологи у головному передлежанні
19.8. Вагінальні пологи у тазовому передлежанні
19.9. Тривалість безводного періоду (годин)

20. Ускладнення (код за МКХ-10)
20.1. Незадовільний прогрес пологів
20.2. Дистрес плода
20.3. Клінічно вузький таз
20.4. Прееклампсія/еклампсія
20.5. Розрив промежини (*I, II, III ступінь*)
20.6. Розриви піхви \ шийки матки
20.7. Розрив матки
20.8. Кровотеча (*уточніть*)
20.9. Інше (*уточніть*)

21. Операції та втручання
21.1. Амніотомія
21.2. Індукція пологів
21.3. Стимуляція пологів
21.4. Епізіотомія/перинеотомія
21.5. Вакуум-екстракція/акушерські щипці
21.6. Ручне видалення плаценти
21.7. Ревізія порожнини матки (ручна/інструментальна)
21.8. Кесарів розтин
21.9. Гістеректомія
21.10. Інше (*уточніть*)

22. Показання до анестезії
Анестезія

23. Третій період пологів

24. Кесарів розтин
Показання:
Розріз на матці:
Розріз на матці ушитий

25. Загальна крововтрата

Ускладнення в ранньому післяпол. періоді

26. Нормальні пологи:
Мати переведена

Продовження вкладиша № 1 до форми № 096/о «історія вагітності та пологів»

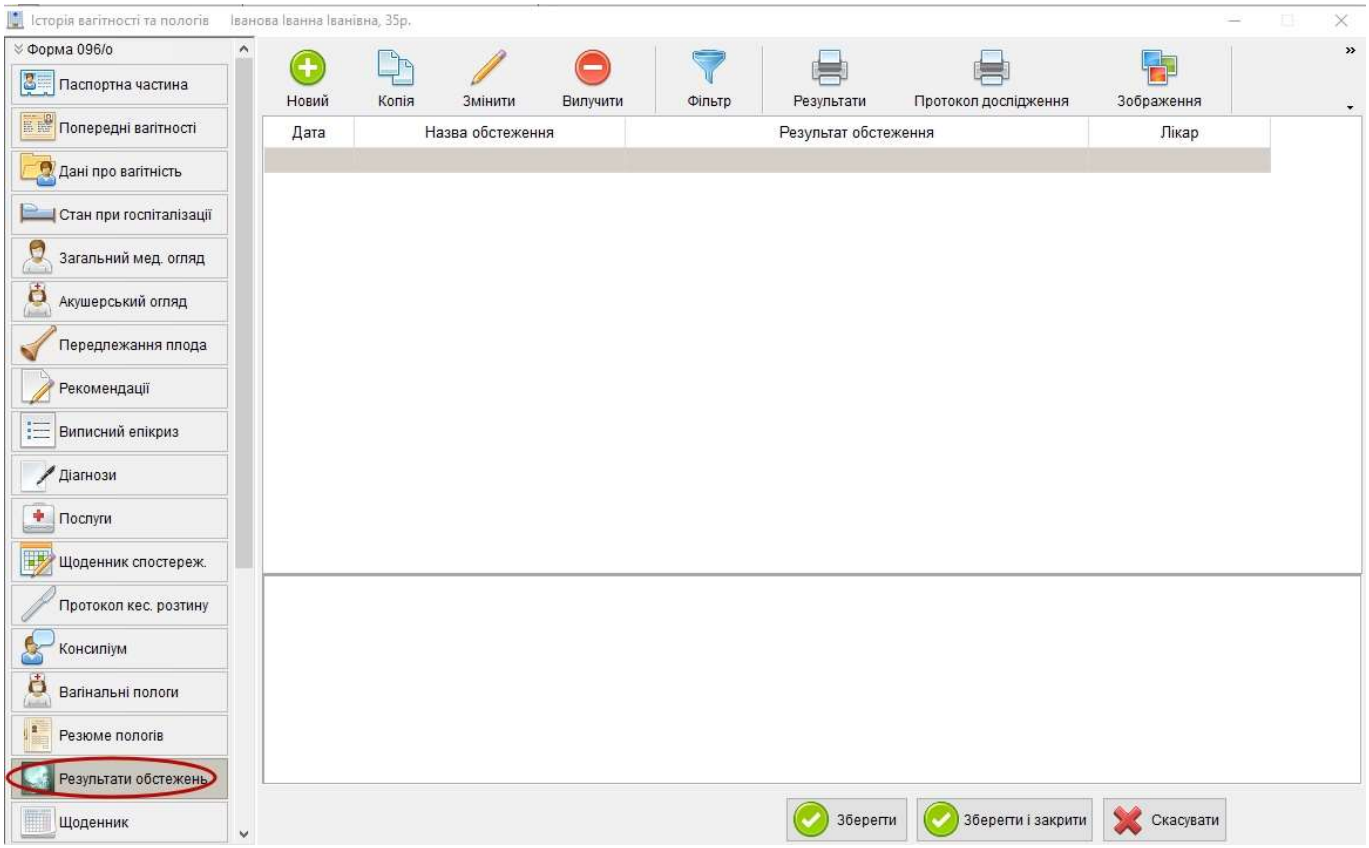
27. Інформація про новонародженого(их)

	Перша дитина	Друга дитина	Третя дитина
Дата народження та час			
27.1. Стан при народженні			
27.2. Апгар 1 хв./5 хв.	/	/	/
27.3. Первинна реанімація			
27.4. Вроджені вади			
27.5. Маса/Зріст/Стать	//	//	//
27.6. Дитина переведена до:			
27.7. Іншого відділення (код відділення)			
27.8. Іншого закладу охорони здоров'я (код закладу)			

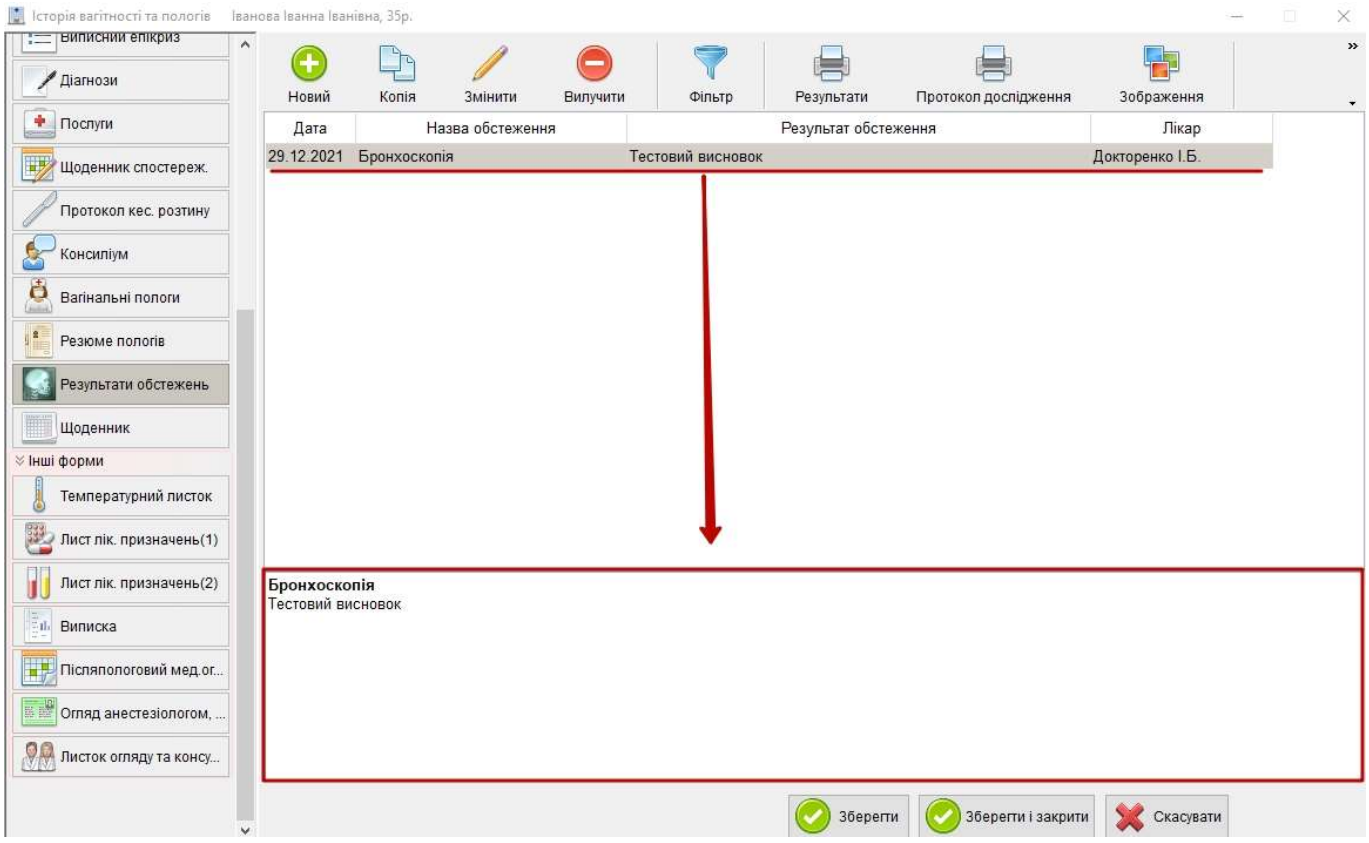
П.І.Б. лікуючого лікаря підпис

П.І.Б. лікуючого лікаря підпис

Результати обстежень



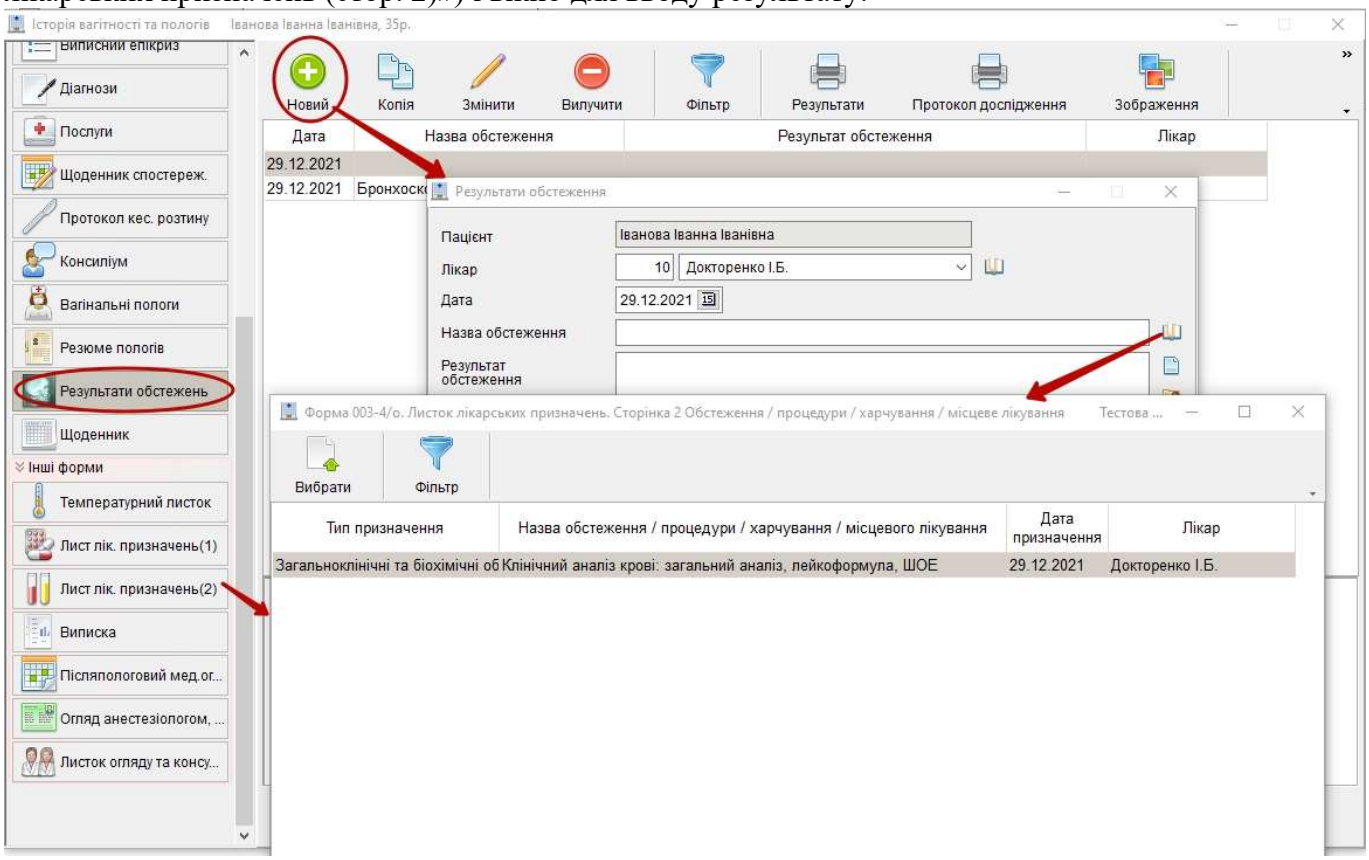
В даній закладці автоматично відмічаються/відображаються результати обстежень, які були виконані в таких модулях, як «Лабораторія», «Кабінет функціональних досліджень», «Кабінет ендоскопічних досліджень», «Кабінет рентгенологічних, флюорографічних досліджень та МРТ» та «Кабінет ультразвукової діагностики».

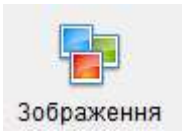


В нижній частині вікна відображається результат обраного зі списку дослідження.

Також є можливість внести вручну результати. Для цього необхідно натиснути «Новий» із верхнього меню, таким чином з’явиться вікно для внесення/вибору назви

обстеження (вибирається із форми первинної облікової документації № 003-4/о «Листок лікарських призначень (стор. 2)») і вікно для вводу результату.



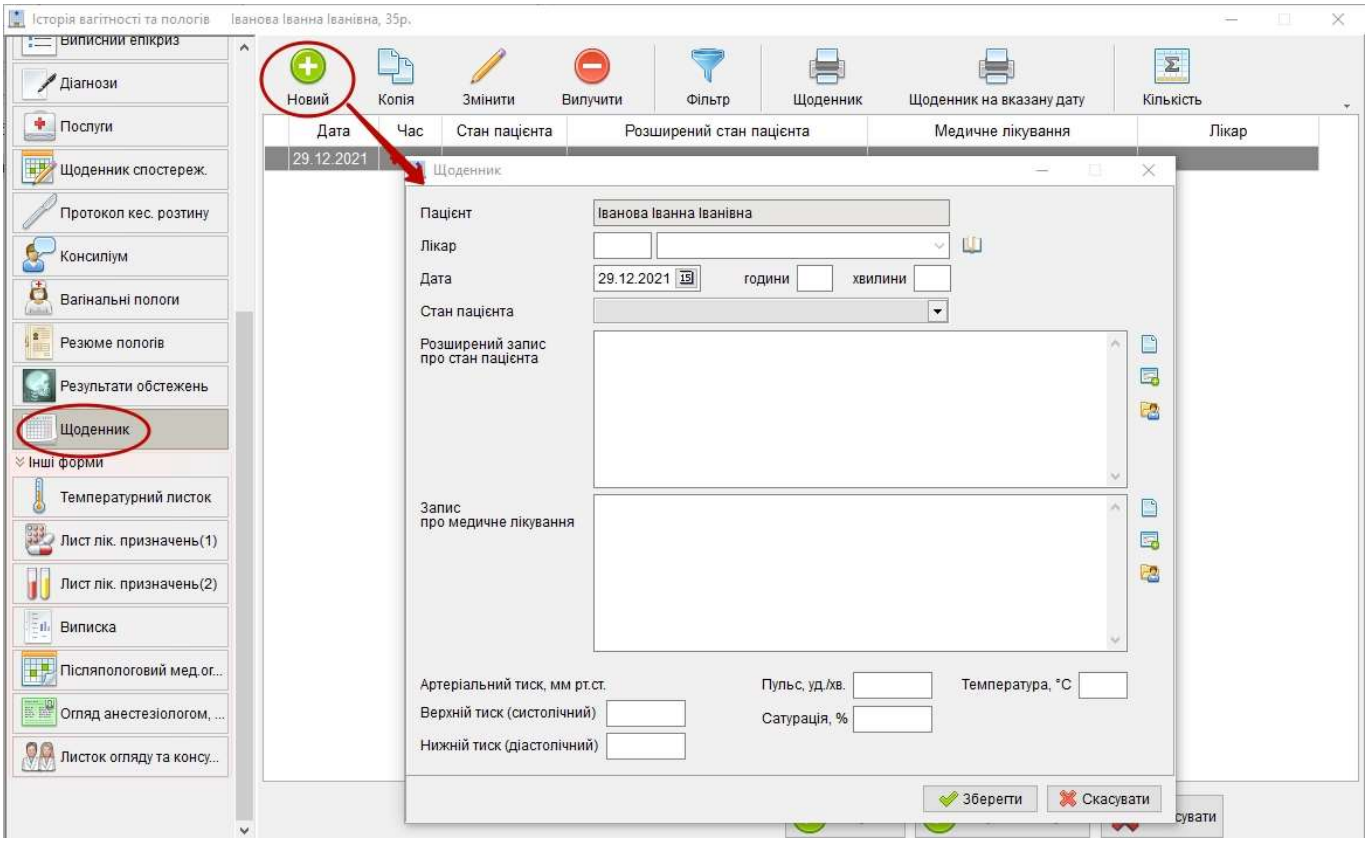


- відображає зображення, завантажені лікарями в кабінетах програми МІС.

- сформує результат обраного з переліку дослідження в документ Word або LibreOffice Writer

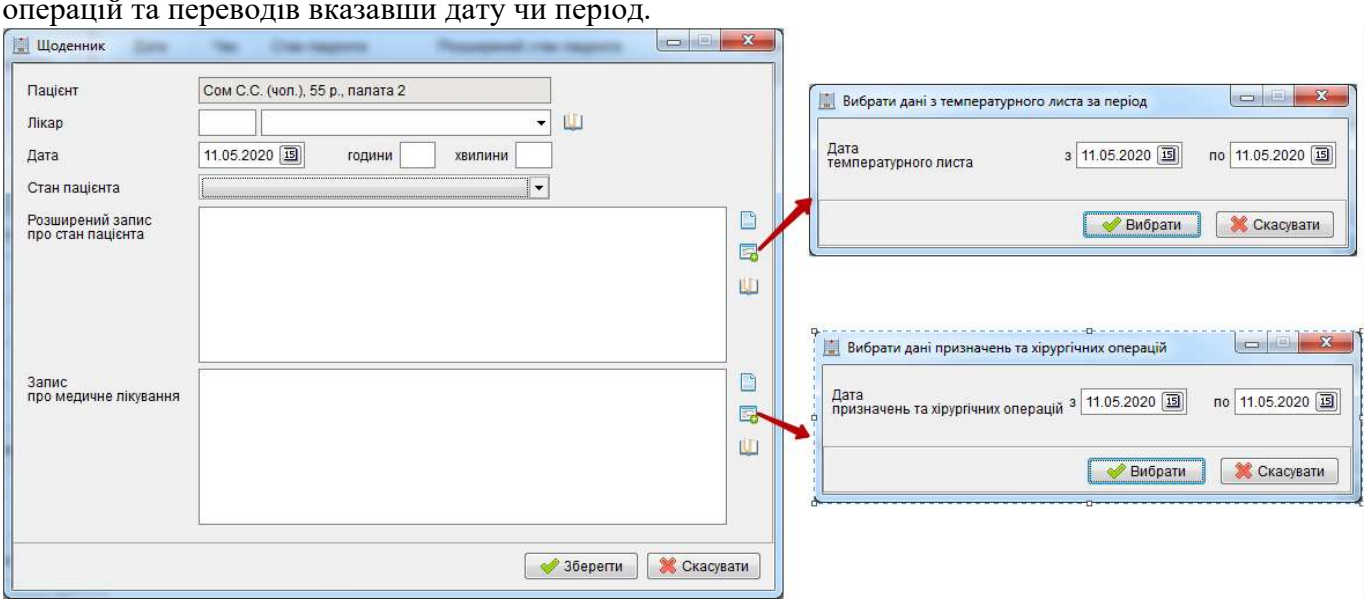
Щоденник

За допомогою кнопки **«Новий»** лікар здійснює записи про стан здоров'я та медичного лікування хворого або щогодини, або щодня, або щотижня залежно від стану хворого та місця його перебування (палата інтенсивної терапії, відділення анестезіології та інтенсивної терапії, відділення хірургічного, терапевтичного, психіатричного профілю тощо).



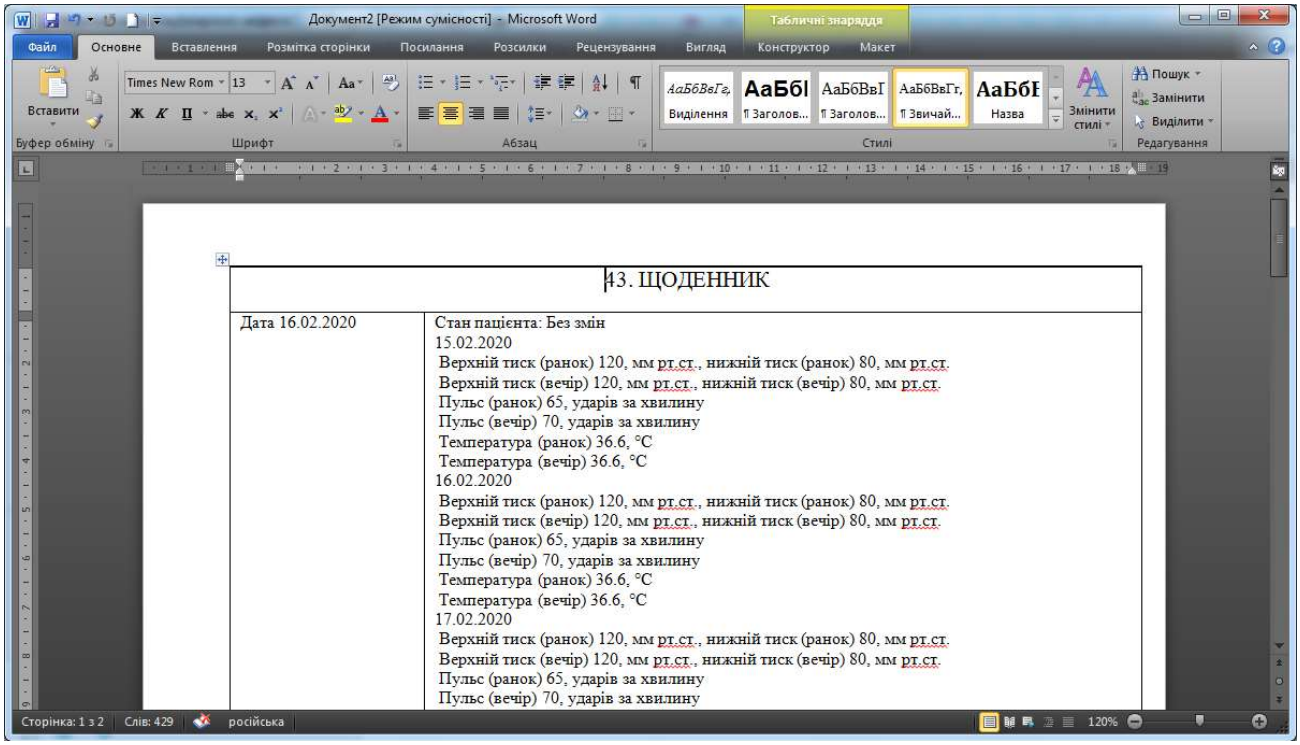
Записи повинні у повному обсязі відображати зміни стану хворого (погіршення, поліпшення, повне одужання) та увесь процес медичного лікування чи реабілітації впродовж перебування в стаціонарі.

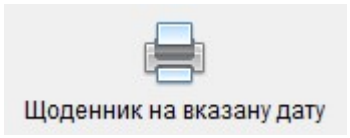
Для розширеного запису про стан пацієнта можливо вибрати дані з температурного листа (1), а для запису про медичне лікування – вибрати дані з призначень, хірургічних операцій та переводів вказавши дату чи період.



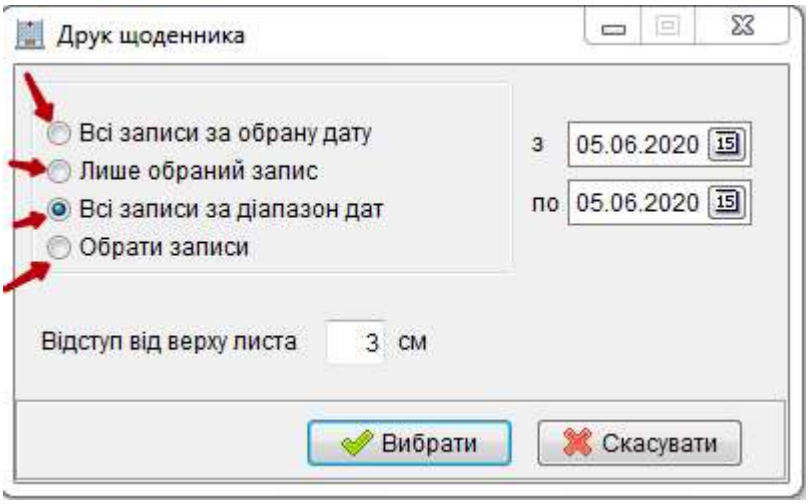
У день виписки хворого зі стаціонару запис лікаря має бути максимально детальним. Щоденникові записи потрібно формулювати стисло і чітко, обов’язково зазначати дату та час (години, хвилини) проведення медичного огляду пацієнта.

- сформує запис обраний з переліку в документ Word або LibreOffice Writer (ф.003/о)



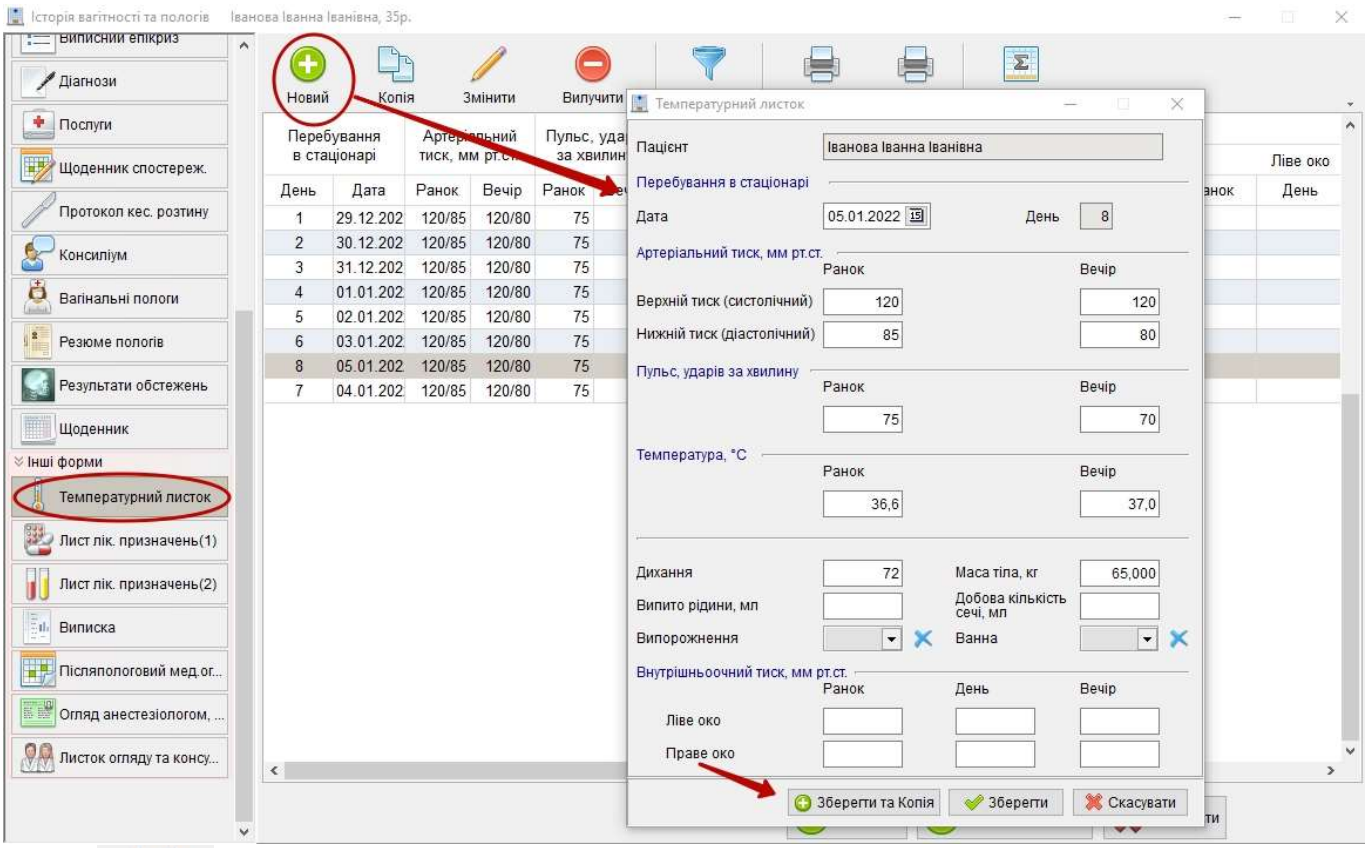


- можливість друку всіх записів щоденника за обрану дату, лише обраного запису, записів за вказаний діапазон дат, або обрати через записи, які потрібно роздрукувати.

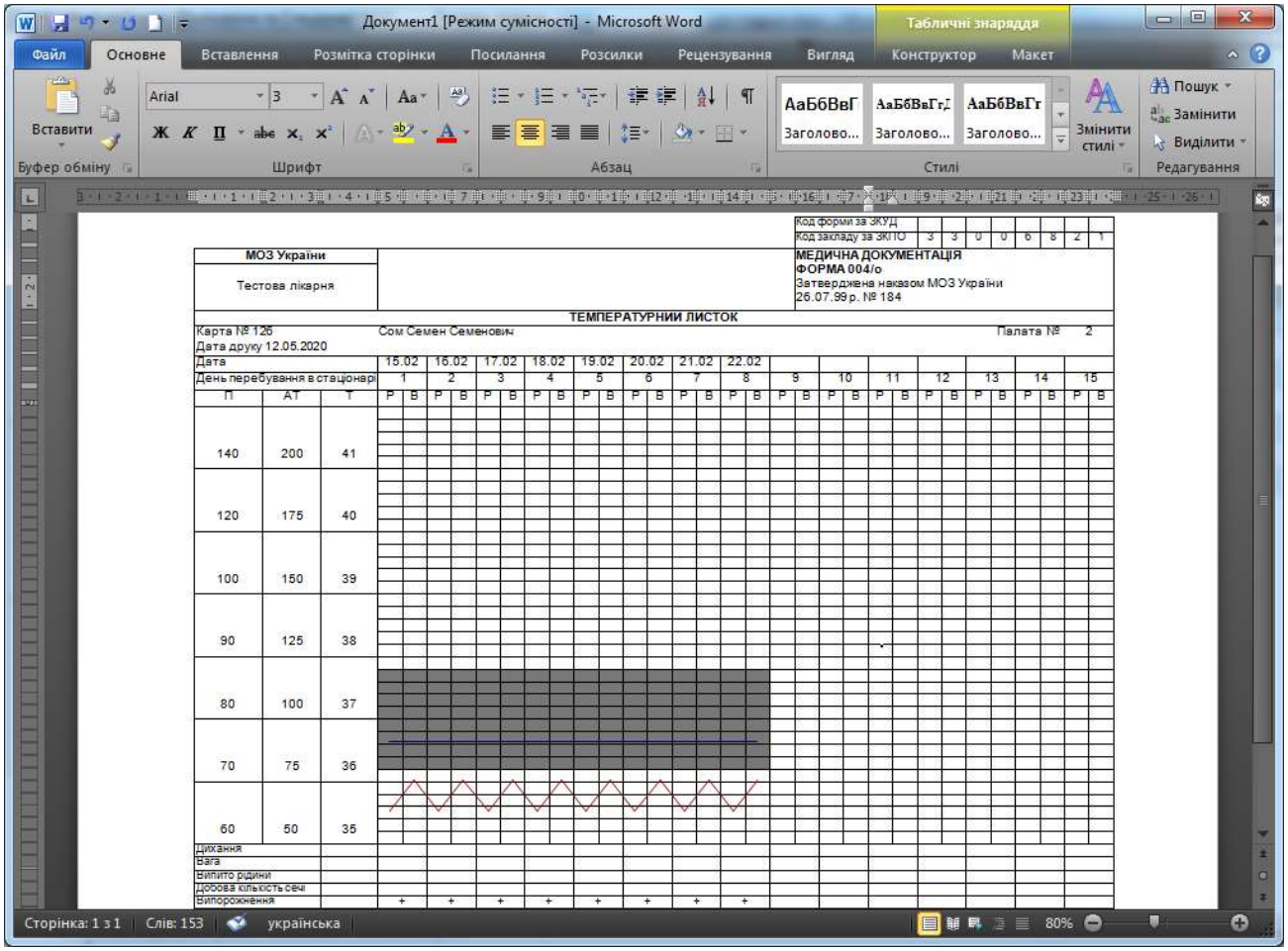


Температурний листок (ф.004/о)

Форма 004/ являється оперативним документом для графічного зображення деяких основних даних, які характеризують стан здоров'я пацієнта: пульс, артеріальний тиск, температура тощо.



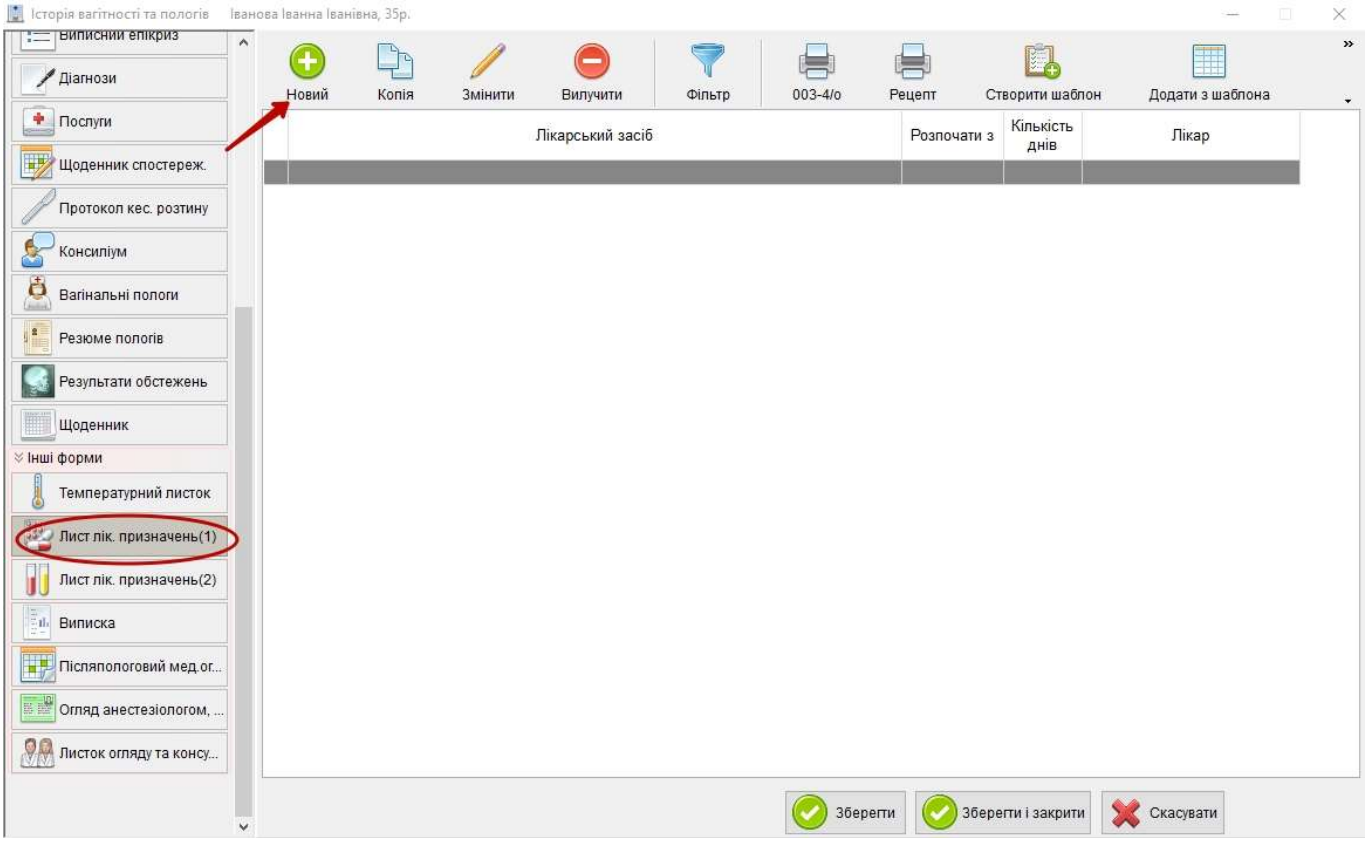
- дає можливість сформувати форму для друку в документ Word або LibreOffice Writer

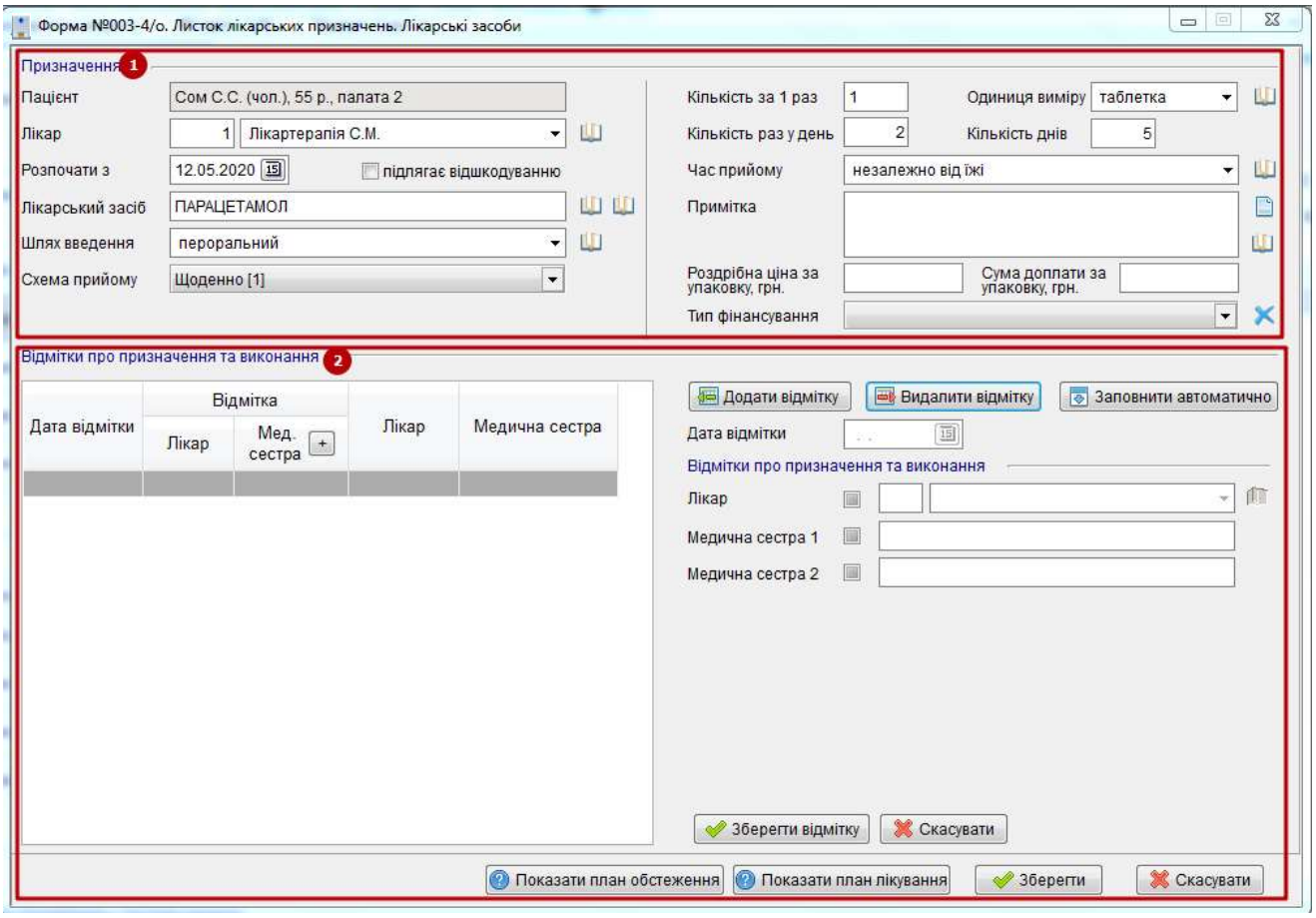


Листок лікарських призначень - стор.1 (ф.003-4/о)

Форма № 003-4/о є основним обліковим документом, що призначається для реєстрації режиму перебування хворого в стаціонарі, призначеного йому дієтичного харчування, методів обстеження, медикаментозного лікування, фізіотерапевтичних та психотерапевтичних процедур.

Сторінка 1 – відмічається медикаментозне лікування пацієнта. Кожен призначений препарат вноситься, за допомогою кнопки **«Новий»**



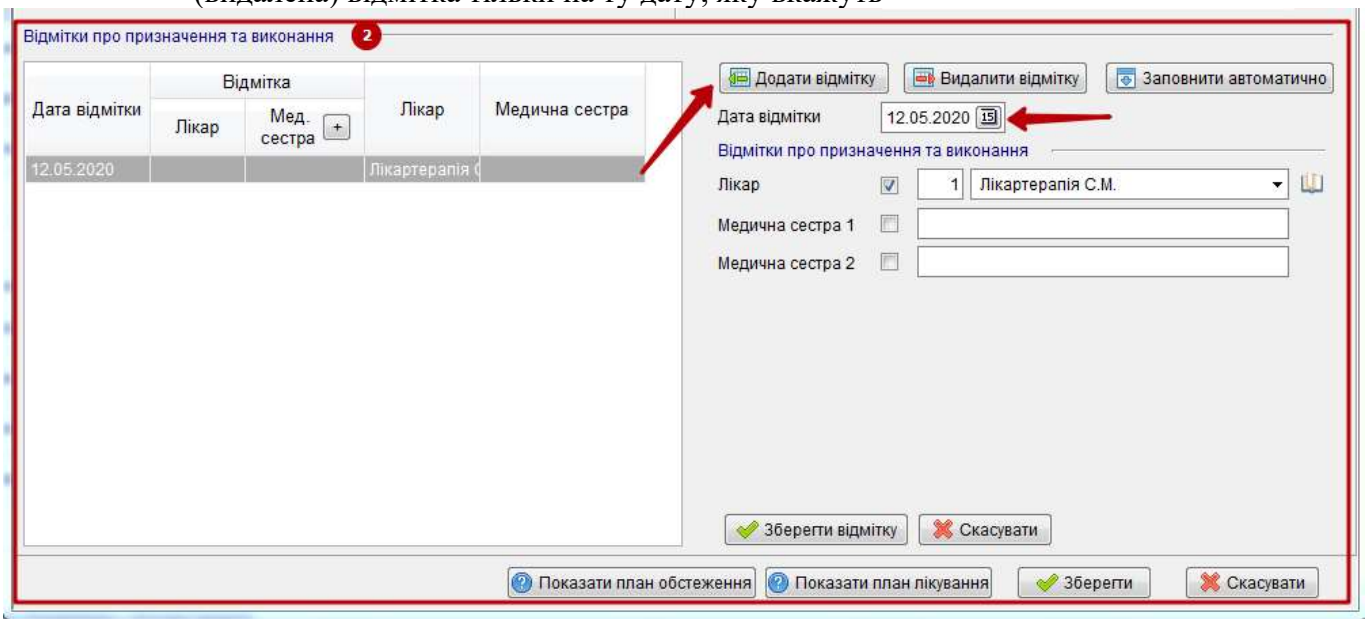


Для внесення лікарського засобу потрібно заповнити:

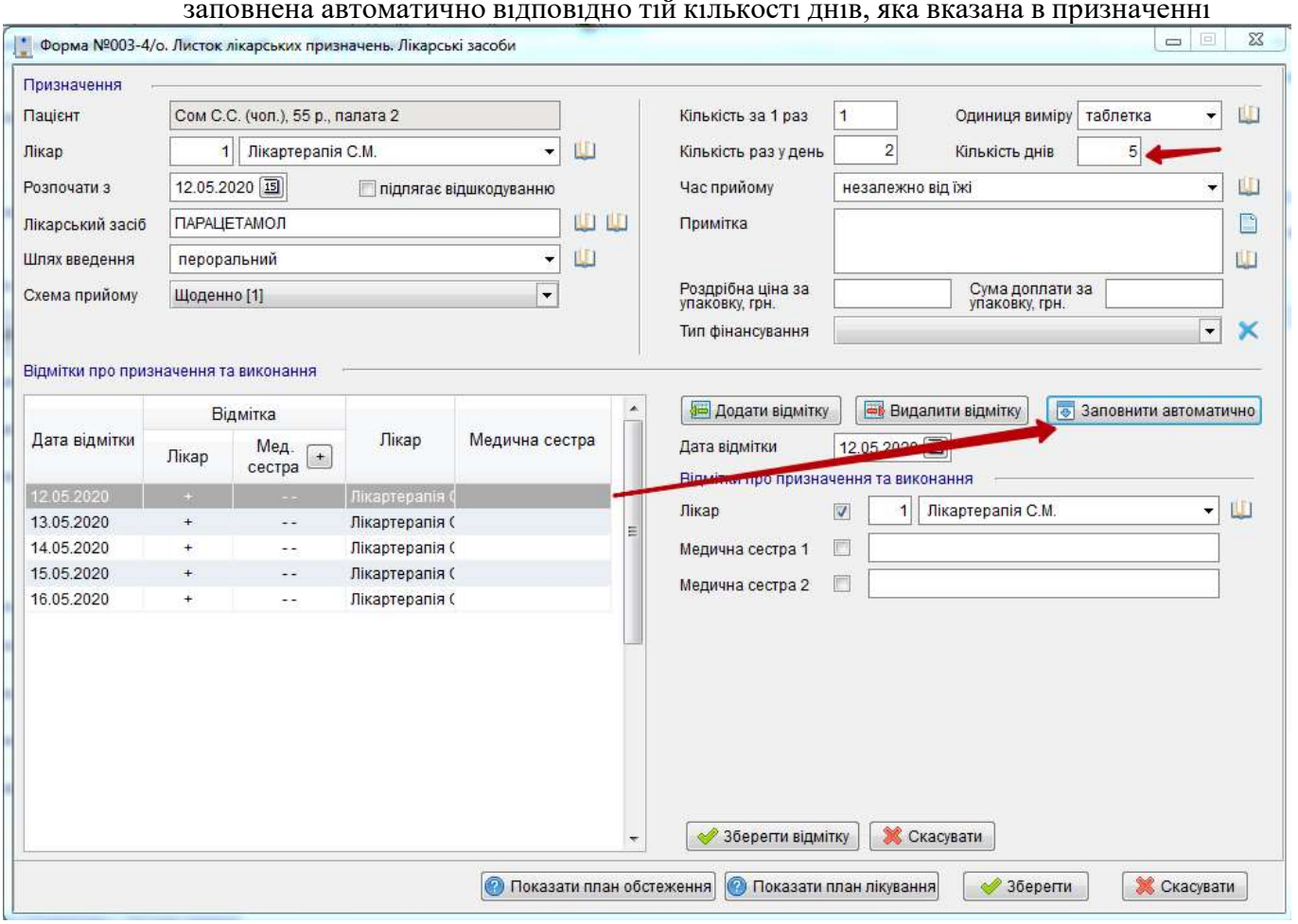
1 **призначення** - вказати лікарський засіб із довідника (перша 📖) або вибрати із шаблону (друга 📖), і відмітити всі поля для схеми прийому;

2 **відмітки про призначення та виконання**. – є два варіанти для заповнення відміток**:**

- за допомогою кнопки **«Додати відмітку» («Видалити відмітку»)** - буде додана (видалена) відмітка тільки на ту дату, яку вкажуть

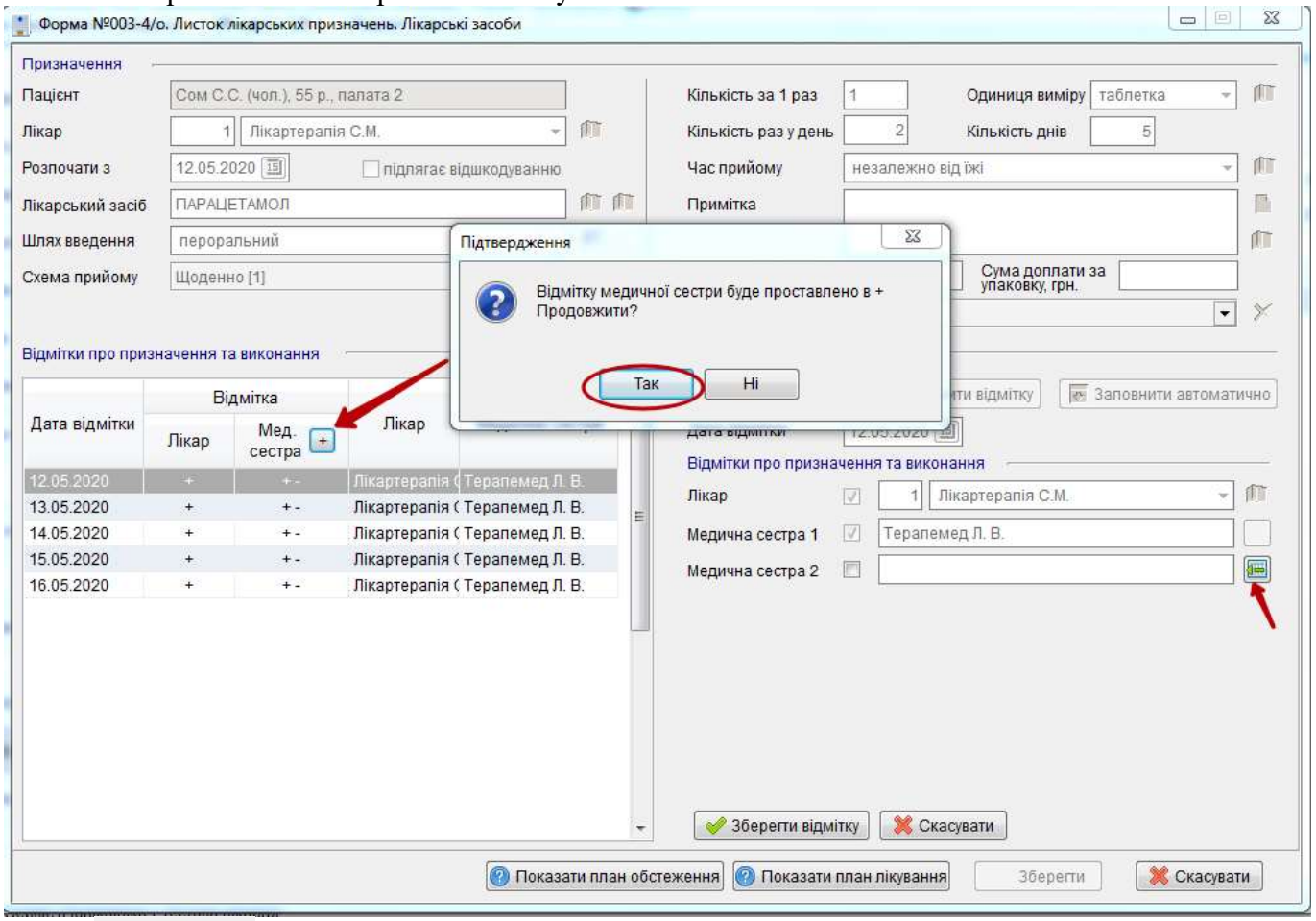


- за допомогою кнопки **«Заповнити автоматично»** - таблиця для відміток буде заповнена автоматично відповідно тій кількості днів, яка вказана в призначенні

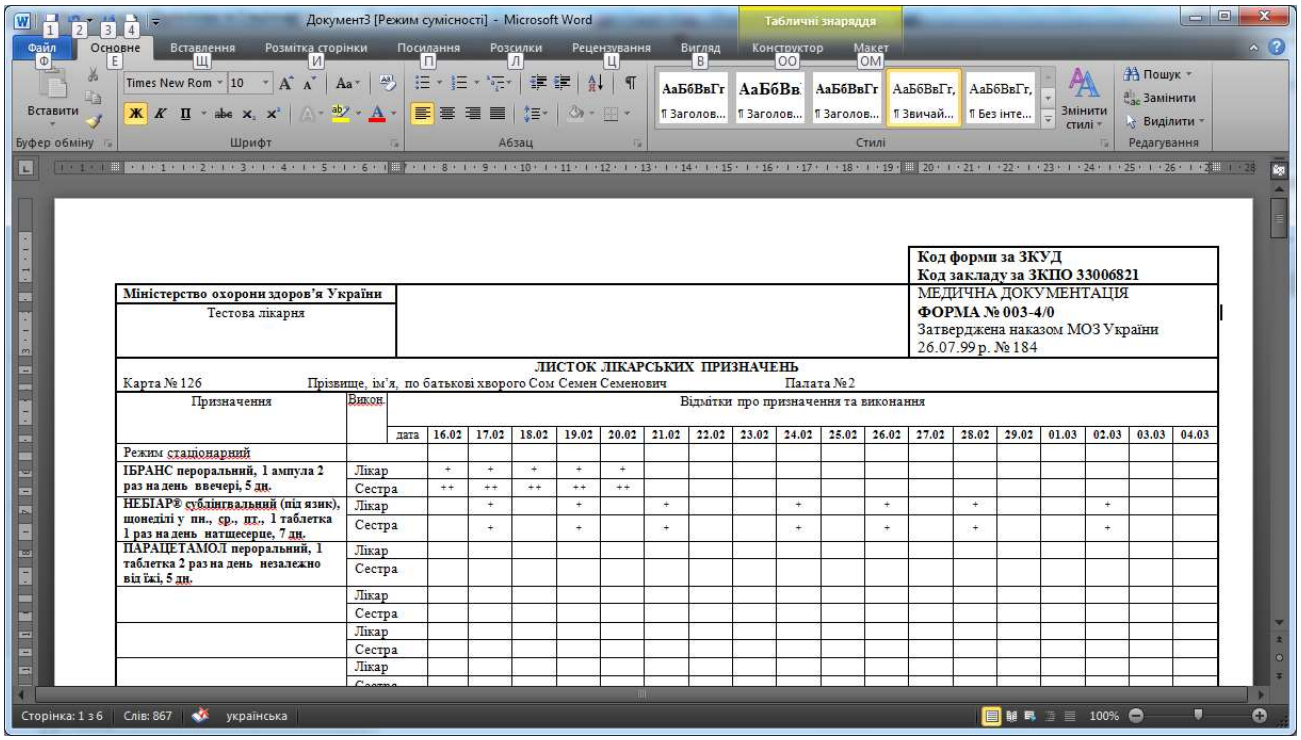


При автоматичному заповненні для лікаря на всі дні проставляються «+». В програмі є можливість проставляти відмітки медичної сестри в залежності від кількості призначення

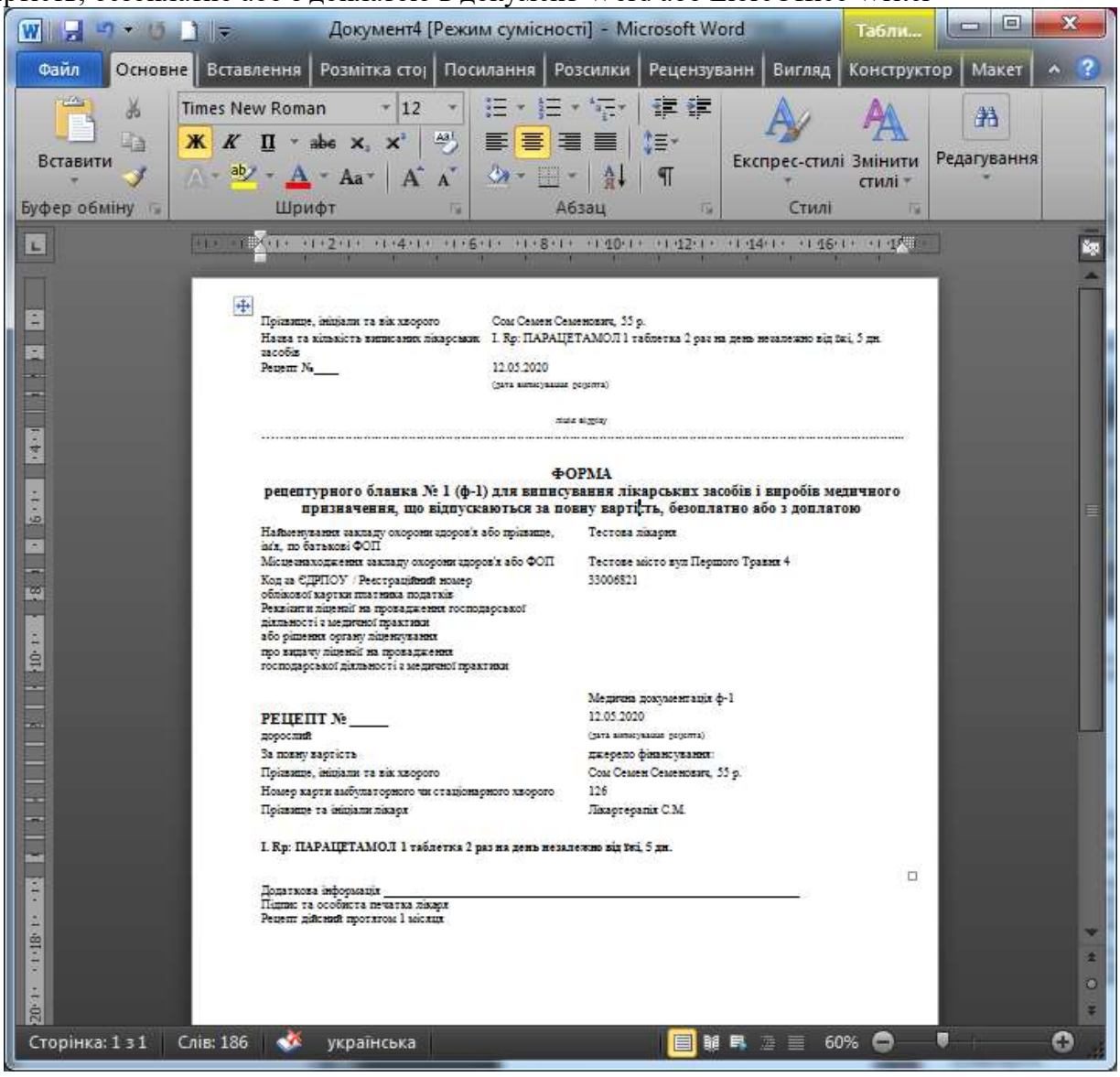
лікарського засобу в один день. Для того, щоб відмічало прізвище медсестри, необхідно зайти в програму під користувачем з типом персоналу «медсестра» і зробити відмітку про виконання призначення лікарського засобу.

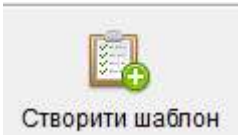


- дає можливість сформувати форму для друку в документ Word або LibreOffice Writer

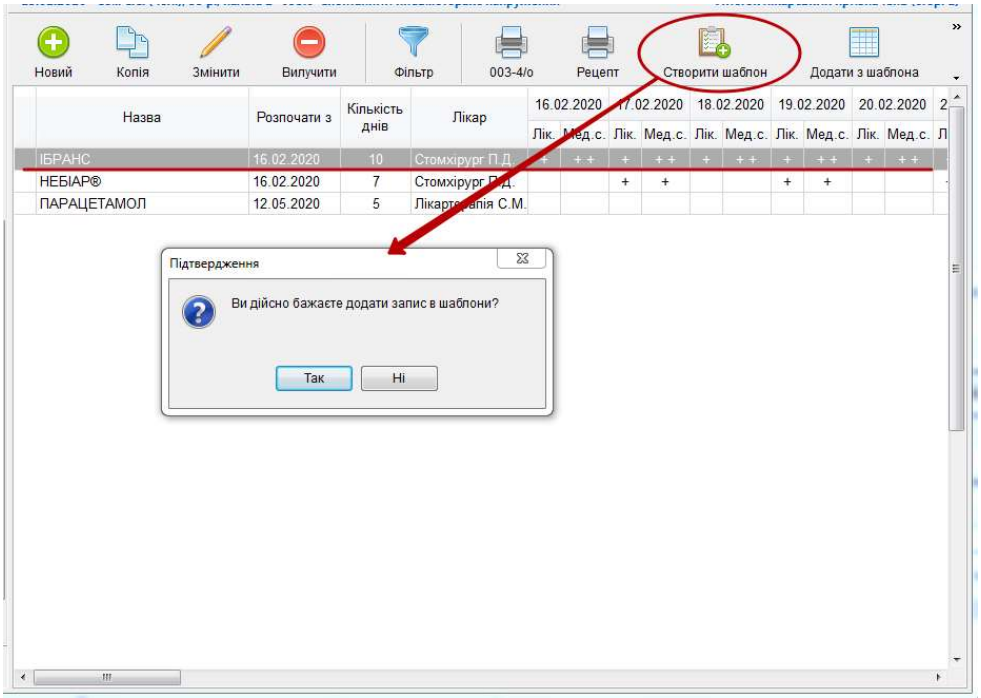


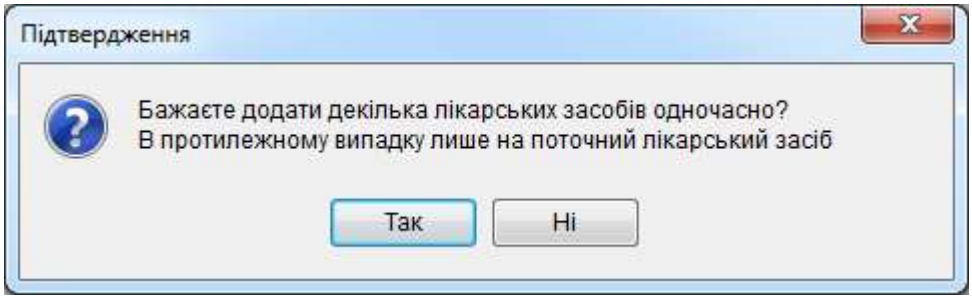
- дає можливість сформувати форму рецептурного бланка № 1 (ф-1) для виписування лікарських засобів і виробів медичного призначення, що відпускаються за повну вартість, безоплатно або з доплатою в документ Word або LibreOffice Writer



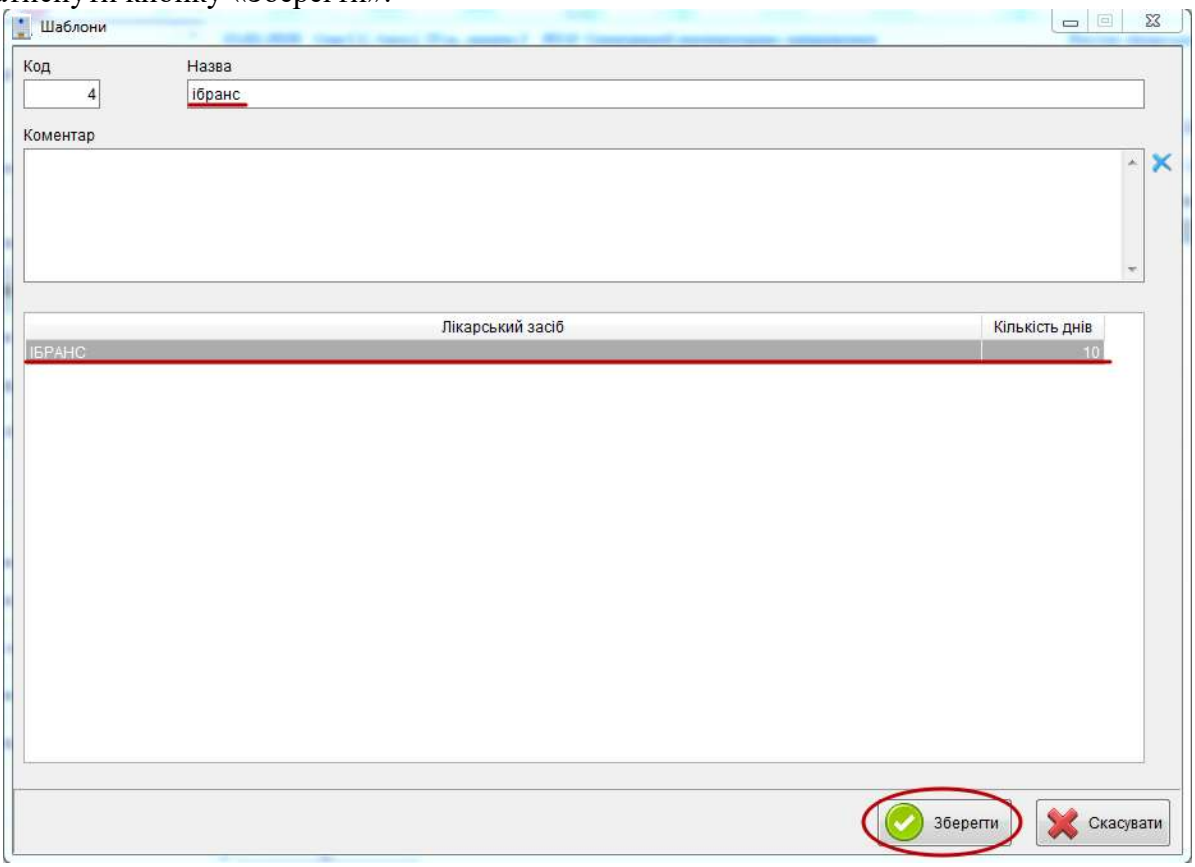


- дає можливість створити шаблон на лікарський засіб із вже створеною схемою прийому. Можна створити шаблон на один лікарський засіб (обраний зі списку) чи на всі лікарські засоби які присутні в переліку листку лікарських призначень стор.1.

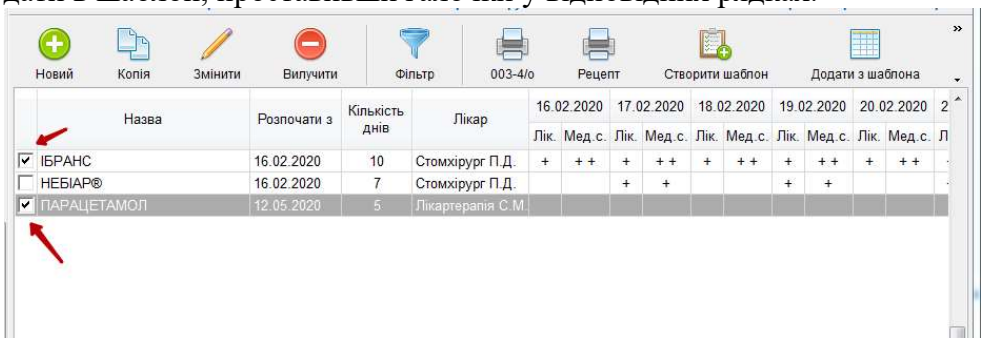




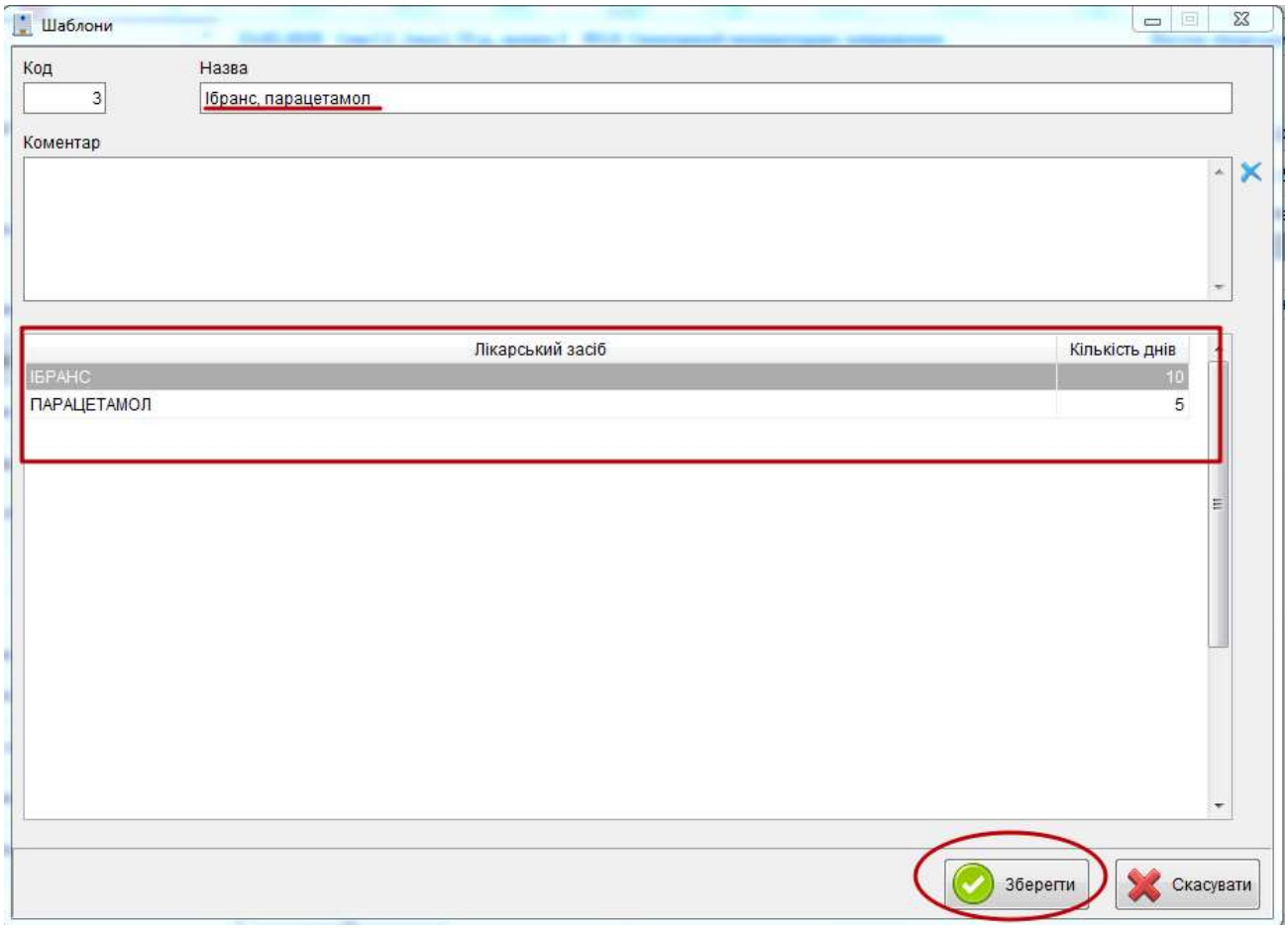
У випадку негативної відповіді, відкриється вікно шаблону і з внесеним одним (обраний зі списку) лікарським засобом і схемою лікування. Необхідно внести назву шаблону і натиснути кнопку «Зберегти».



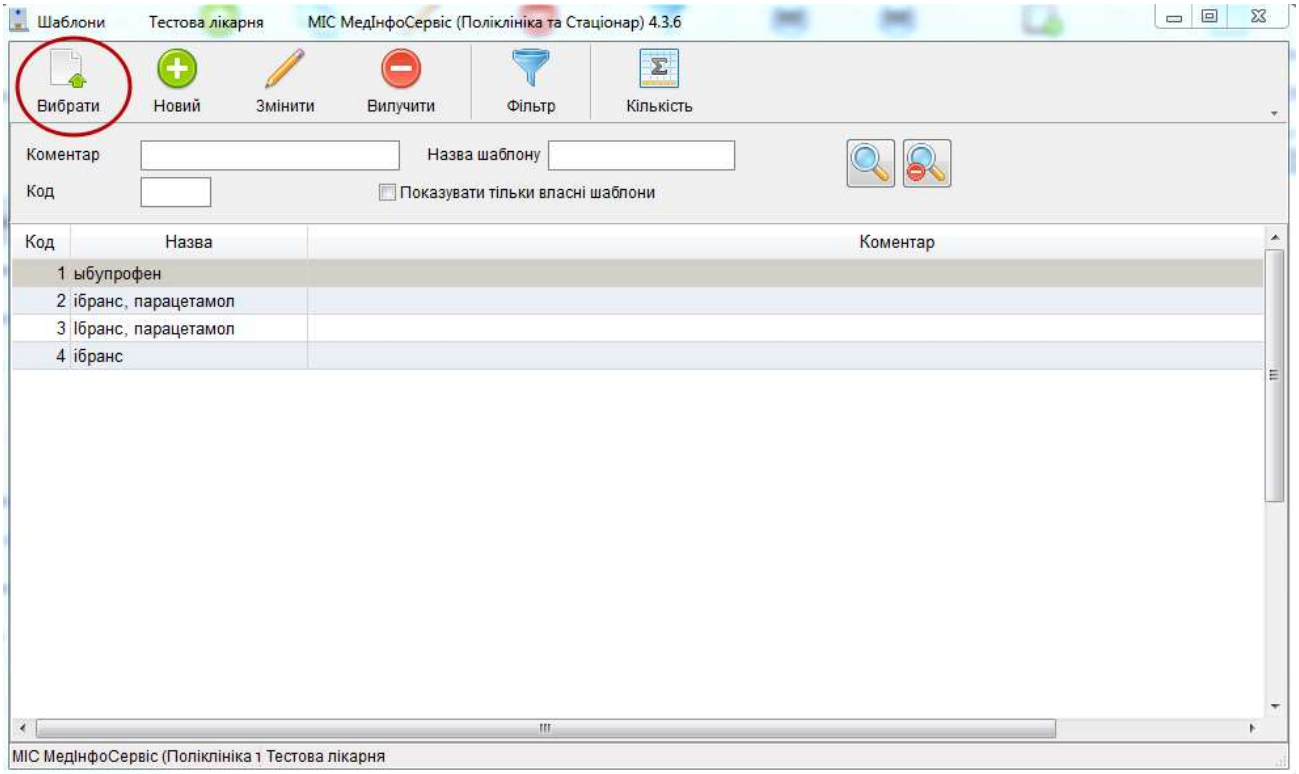
У разі позитивної відповіді, буде можливість обрати, які саме лікарські засоби бажаєте додати в шаблон, проставивши галочки у відповідних рядках.



Потім необхідно знову натиснути кнопку «Створити шаблон», після чого відкриється вікно шаблону із переліком внесених лікарських засобів, із збереженою схемою лікування. Вносимо назву шаблону і натискаємо «Зберегти».



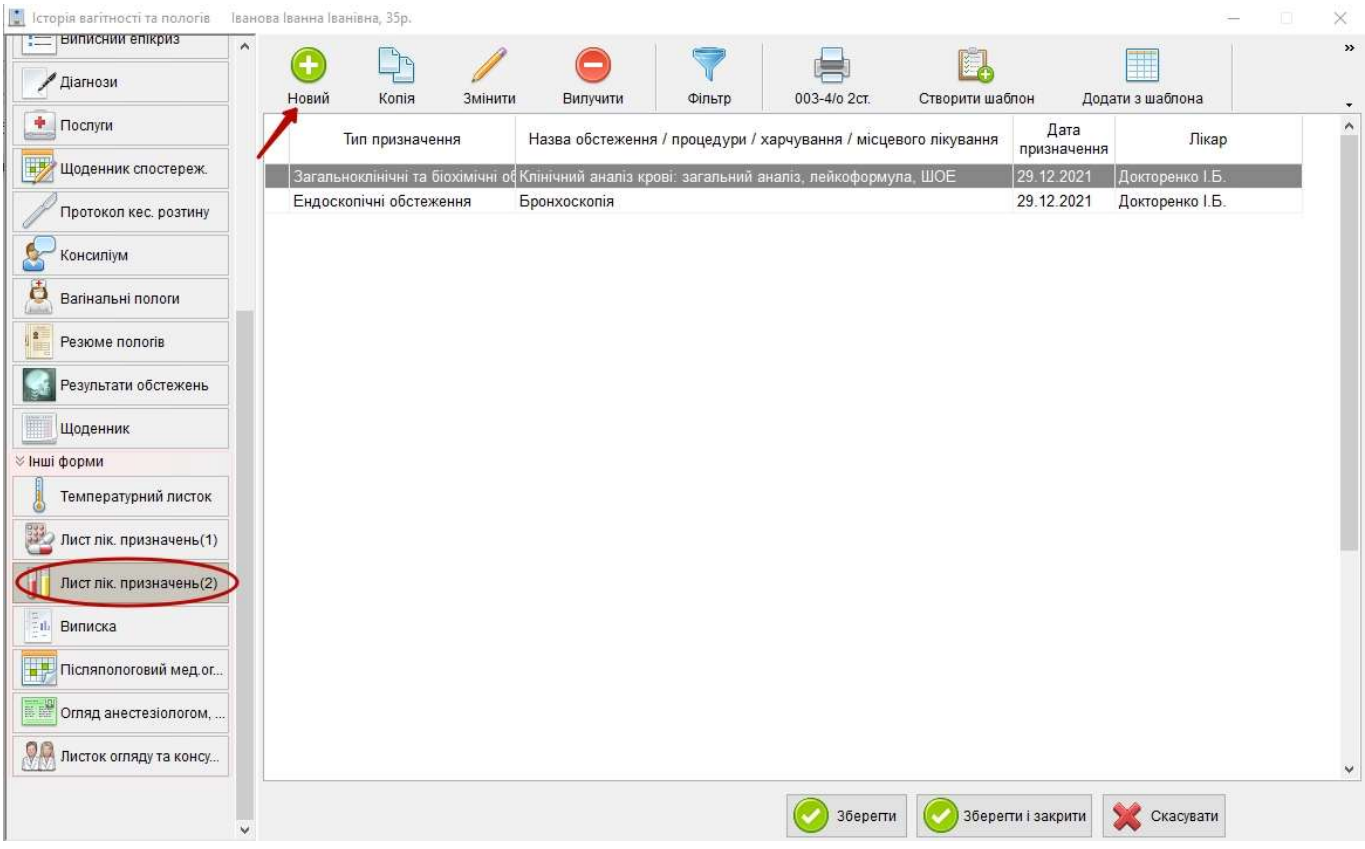
Для того, щоб використати створені шаблони, слід натиснути кнопку **«Додати із шаблону»** і обрати відповідний лікарський засіб.

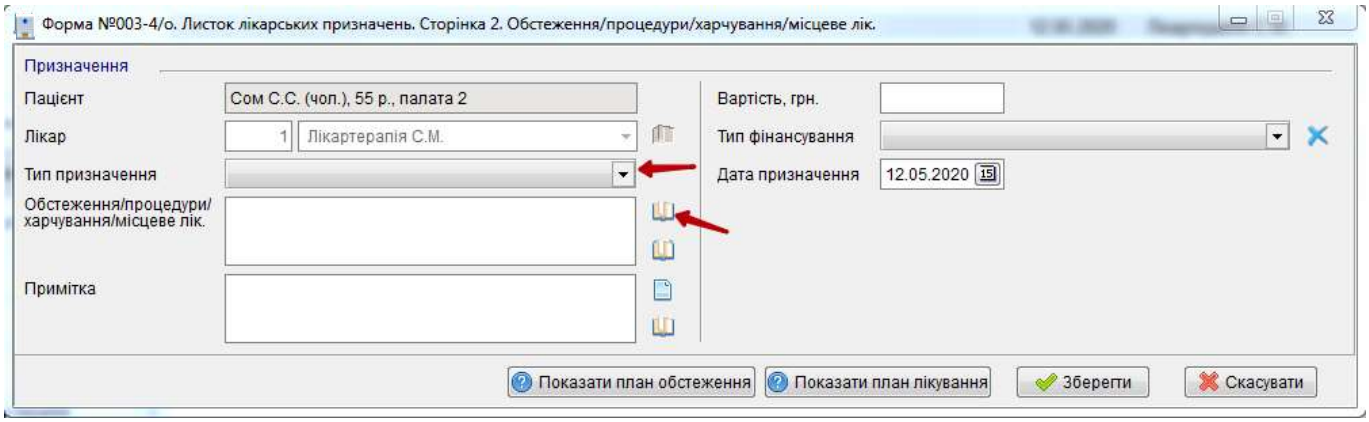


Листок лікарських призначень - стор.2 (ф.003-4/о)

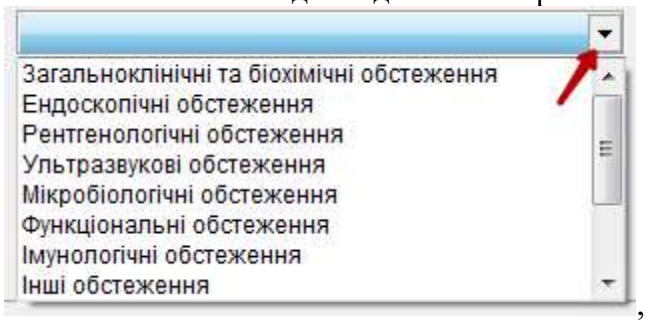
Форма № 003-4/о є основним обліковим документом, що призначається для реєстрації режиму перебування хворого в стаціонарі, призначеного йому дієтичного харчування, методів обстеження, медикаментозного лікування, фізіотерапевтичних та психотерапевтичних процедур.

Сторінка 2 – відмічається призначення йому дієтичного харчування, методів обстеження, фізіотерапевтичних та інших обстежень пацієнта. Кожне призначений вноситься лікарем, за допомогою кнопки **«Новий»**





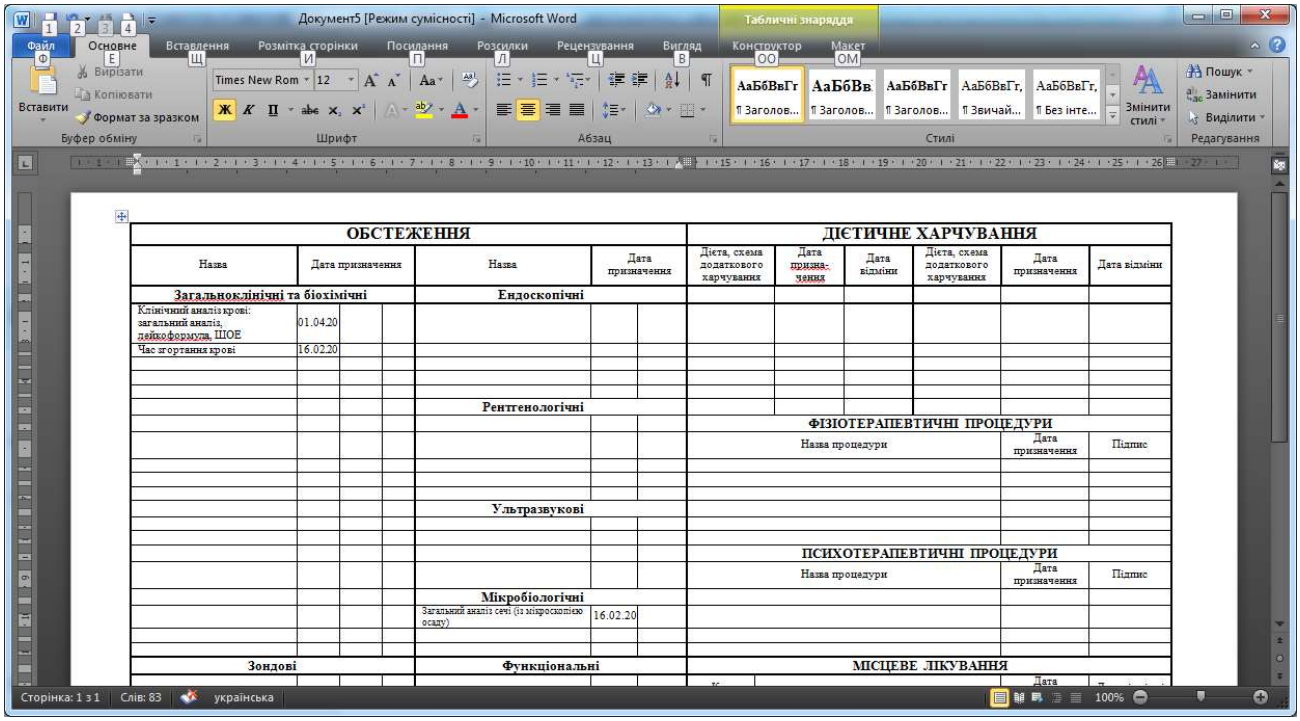
У вікні необхідно відмітити потрібний тип призначення зі списку



, а в наступному полі, відповідно вказаному типу, вибрати, яке саме обстеження/процедура/ харчування із довідника (перша) або вибрати із шаблону (друга)

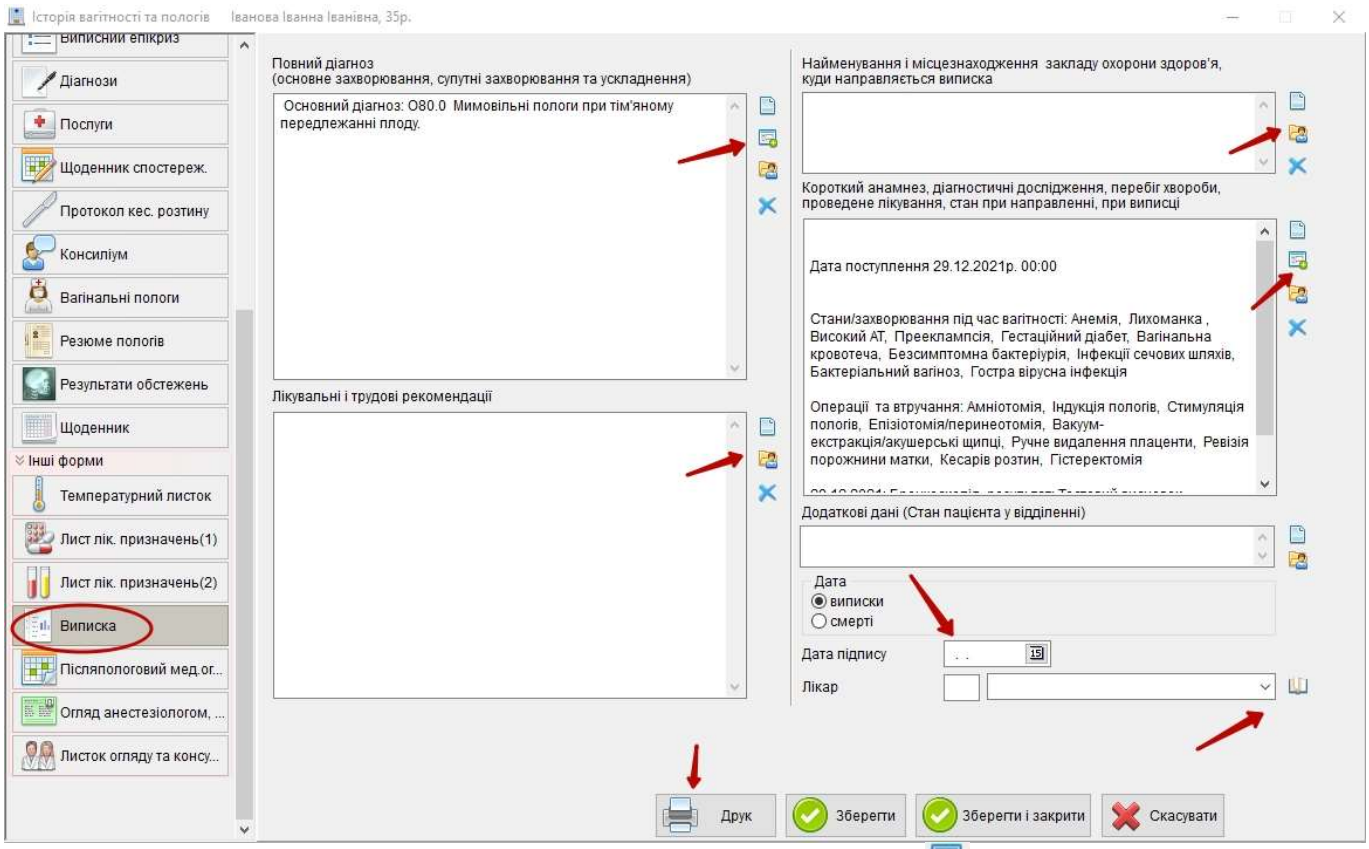
.

- дає можливість сформувати форму для друку в документ Word або LibreOffice Writer



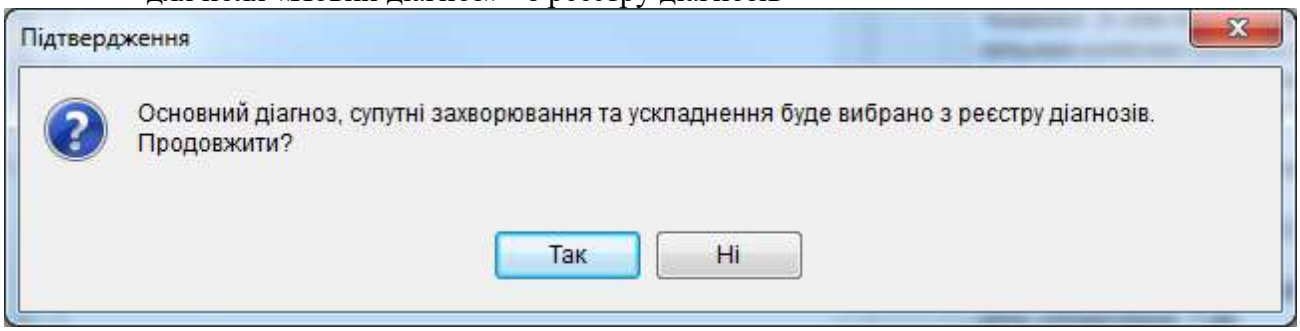
Виписка

У разі виписки пацієнта лікуючий лікар заповнює виписку.

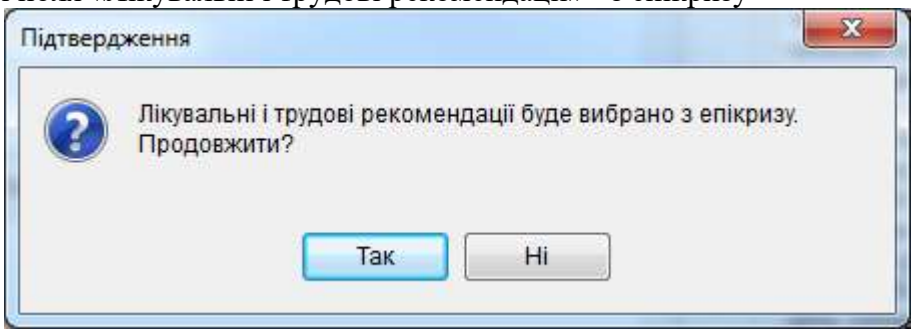


Для зручності заповнення полів можна використати кнопку , яка для кожного поля дані вибирає з різних закладок форми 003/о:

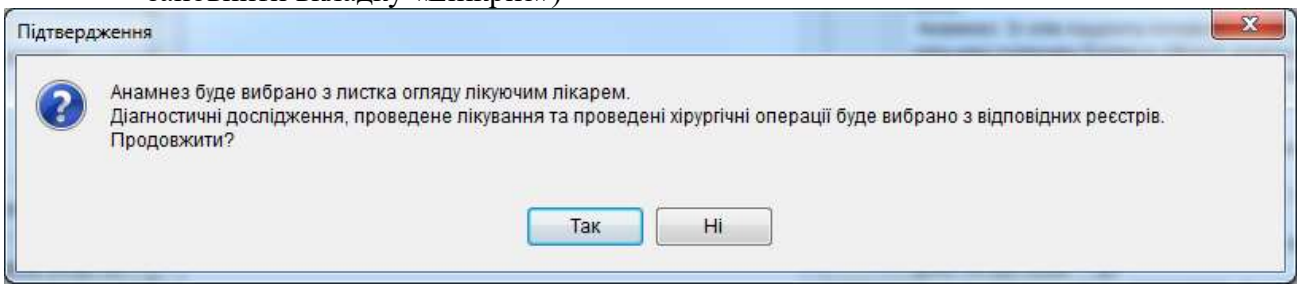
- для поля «Повий діагноз» - з реєстру діагнозів



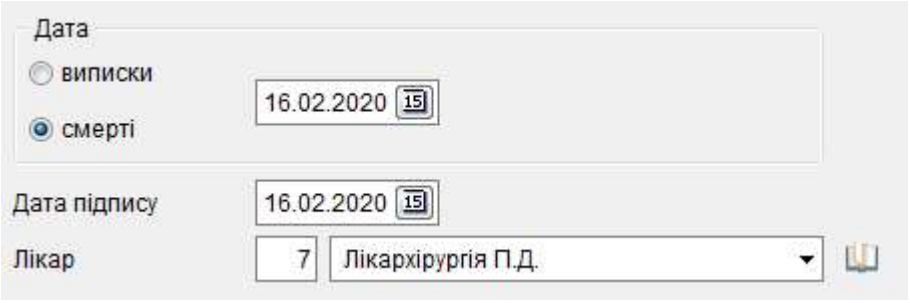
- для поля «Лікувальні і трудові рекомендації» - з епікризу



- для поля «Короткий анамнез …» - з епікризу (обов'язково спочатку потрібно заповнити вкладку «Епікриз»)

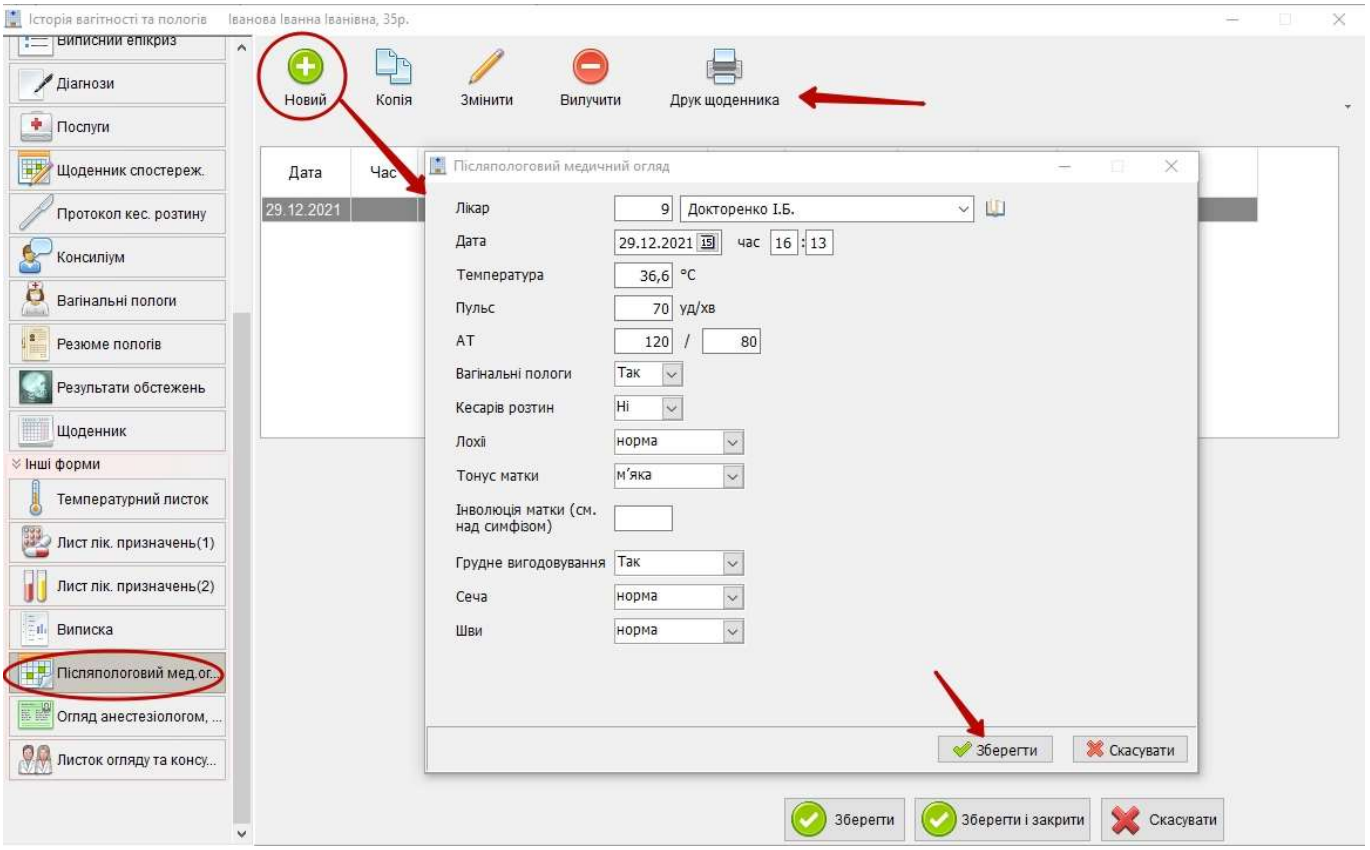


Обов'язковим є відмітити дату виписки/смерті і вказати лікаря.



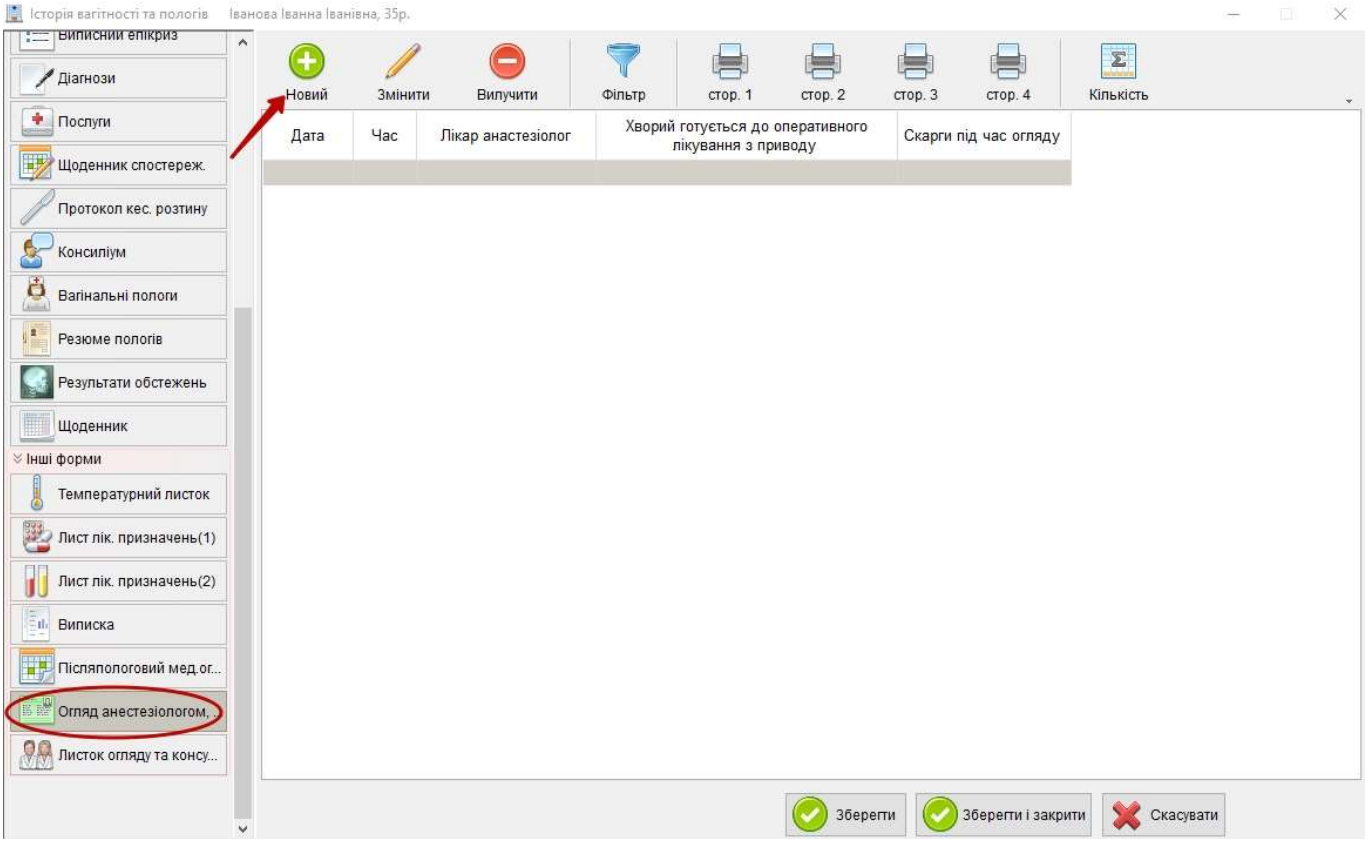
- формує виписку в документ Word або LibreOffice Writer (ф.027/о)

Післяпологовий медичний огляд



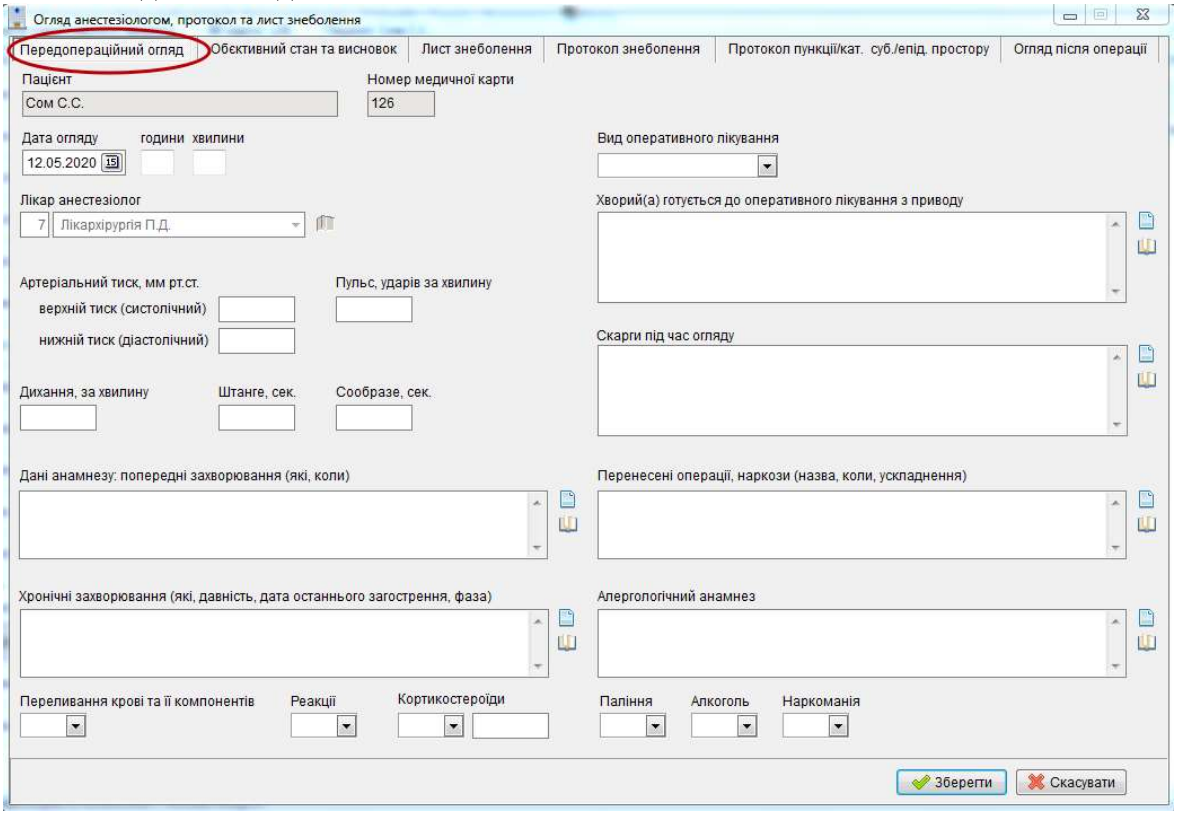
Огляд анестезіологом, протокол знеболення

Внесені дані інтегруються в форму 003-3/о «Передопераційний огляд анестезіологом та протокол загального знеболення», яка є одним із основних документів, який заповнюється у закладах охорони здоров'я, що надають стаціонарну хірургічну допомогу населенню і містить дані щодо передопераційного огляду анестезіологом та листок і протокол загального знеболення.



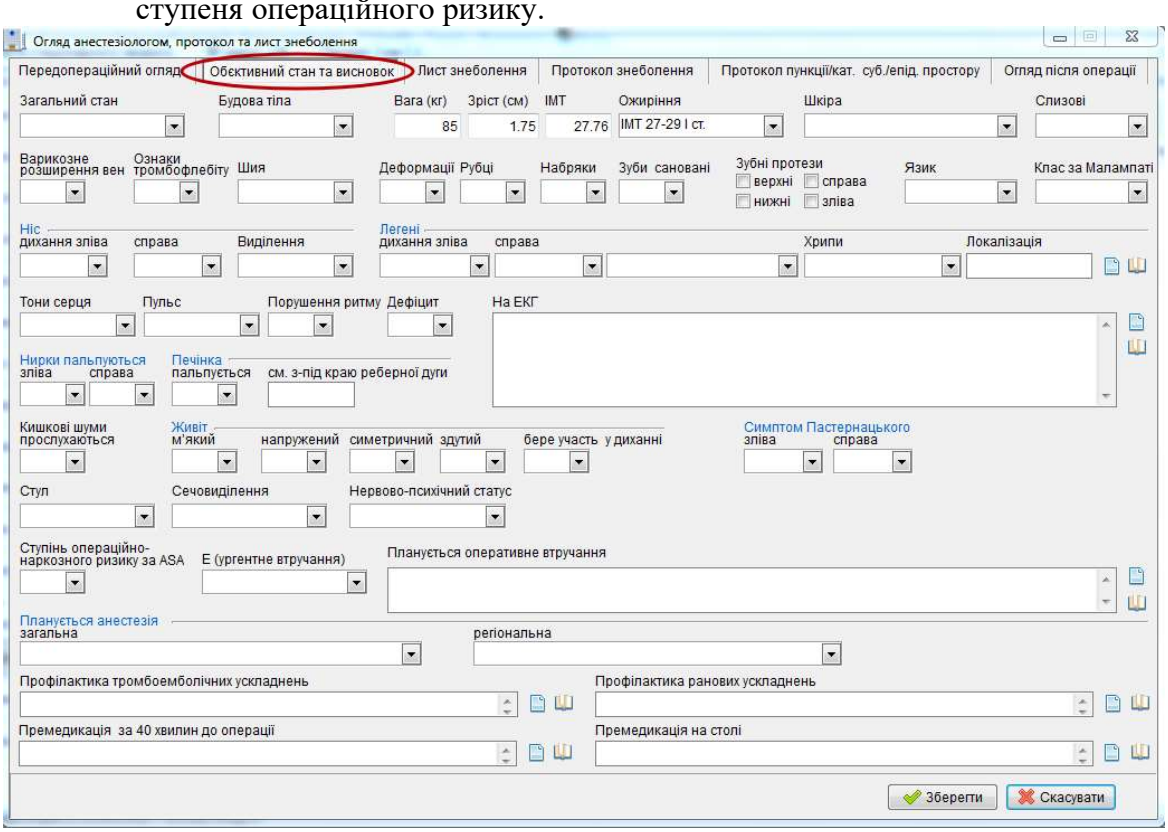
Для створення нового запису слід натиснути кнопку **«Новий»** і у вікні, що з’явиться заповнити наступні закладки:

- **«Передопераційний огляд»**. Заповнюється лікарем-анестезіологом за добу до призначеного оперативного втручання та містить інформацію щодо прізвища, імені та по батькові хворого, його віку, даних анамнезу життя, захворювань, алергологічного анамнезу, наявності шкідливих звичок, хронічного прийому деяких медикаментів

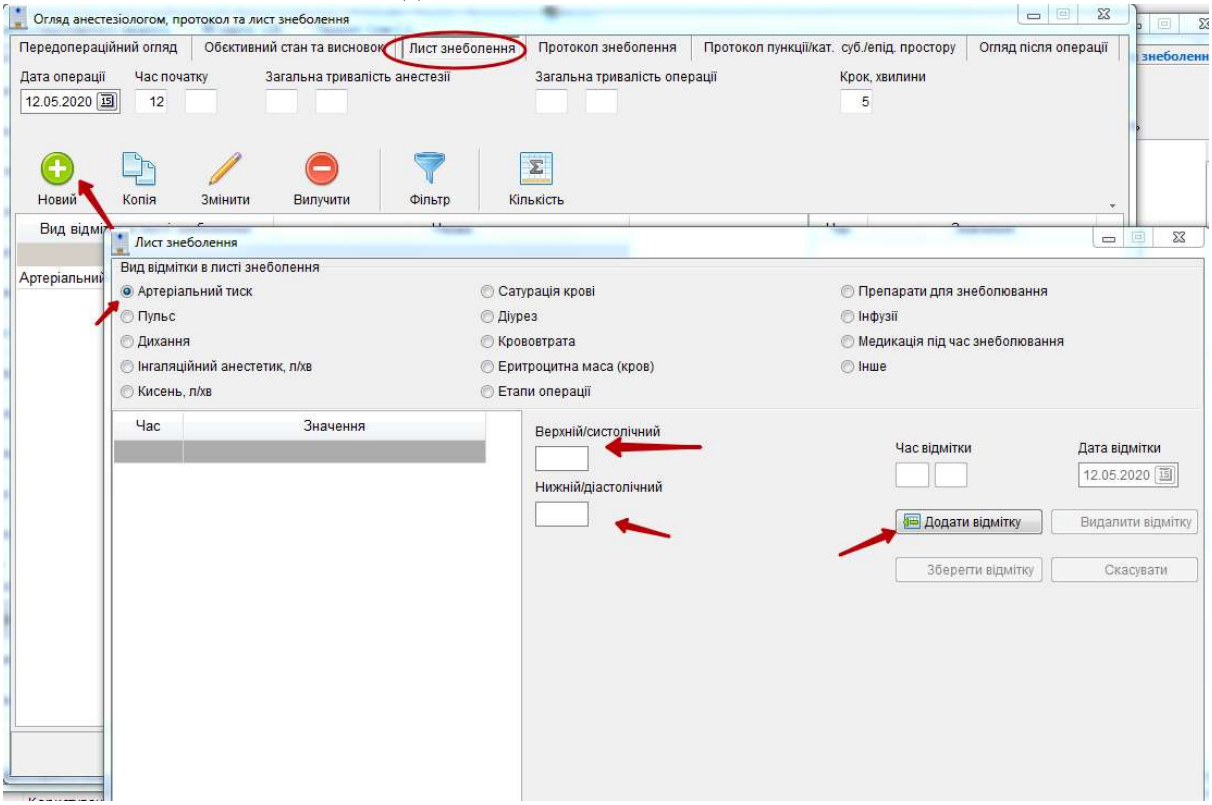


- «Об’єктивний стан та висновок». Об’єктивний стан включає в себе відображення функцій всіх органів та систем хворого, дані лабораторних та допоміжних методів досліджень. Висновок містить рекомендації щодо

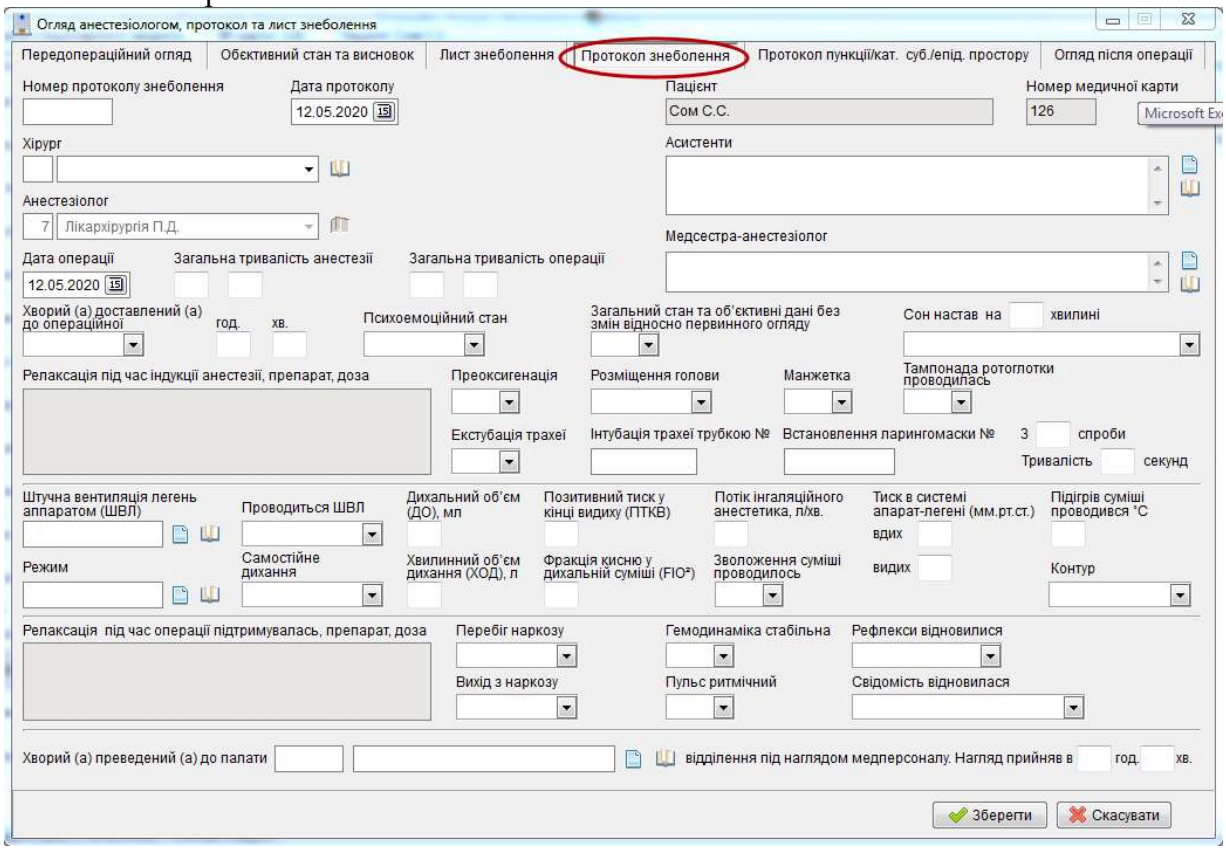
підготовки хворого до операції, премедикації, призначеного знеболення та ступеня операційного ризику.



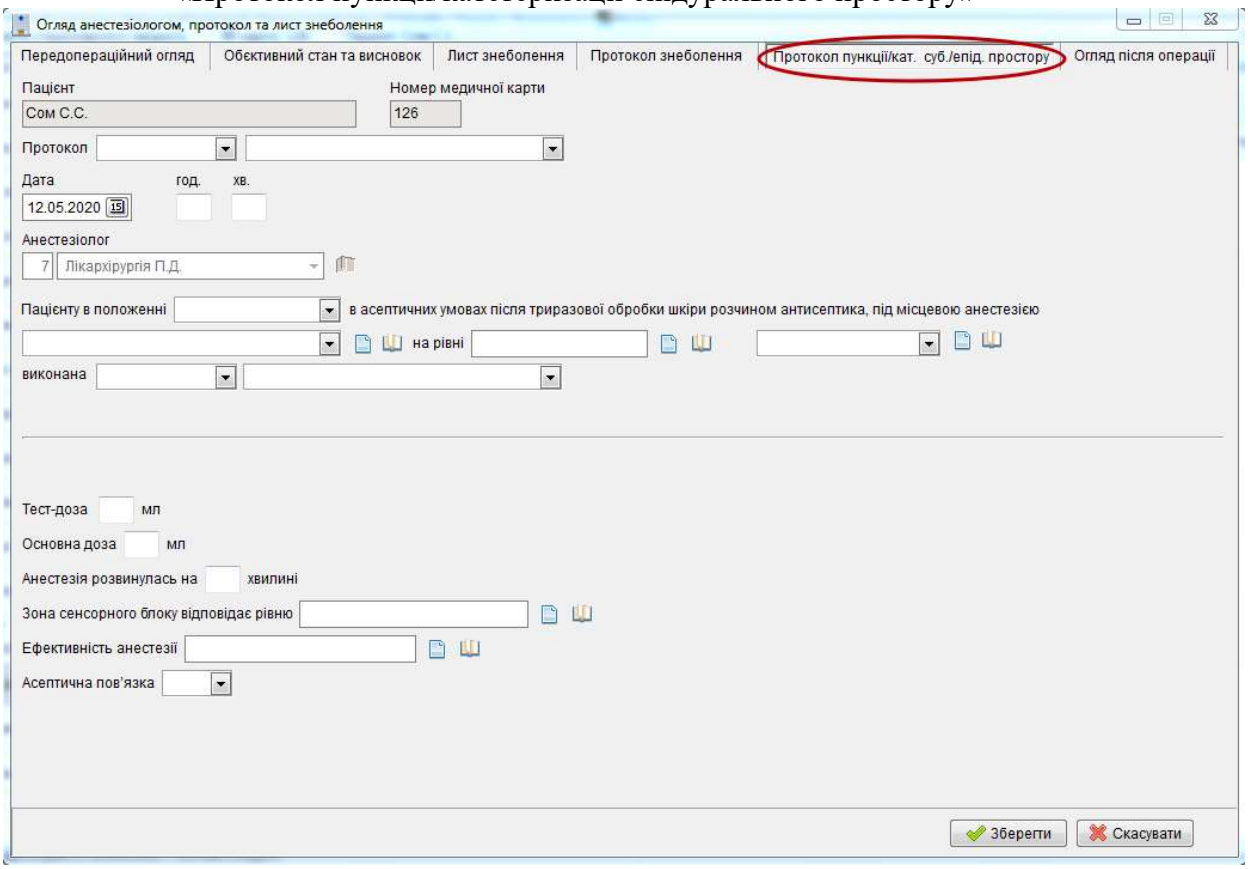
- «Лист знеболення» включає відомості про перебіг наркозу, особливості надання анестезіологічної допомоги.



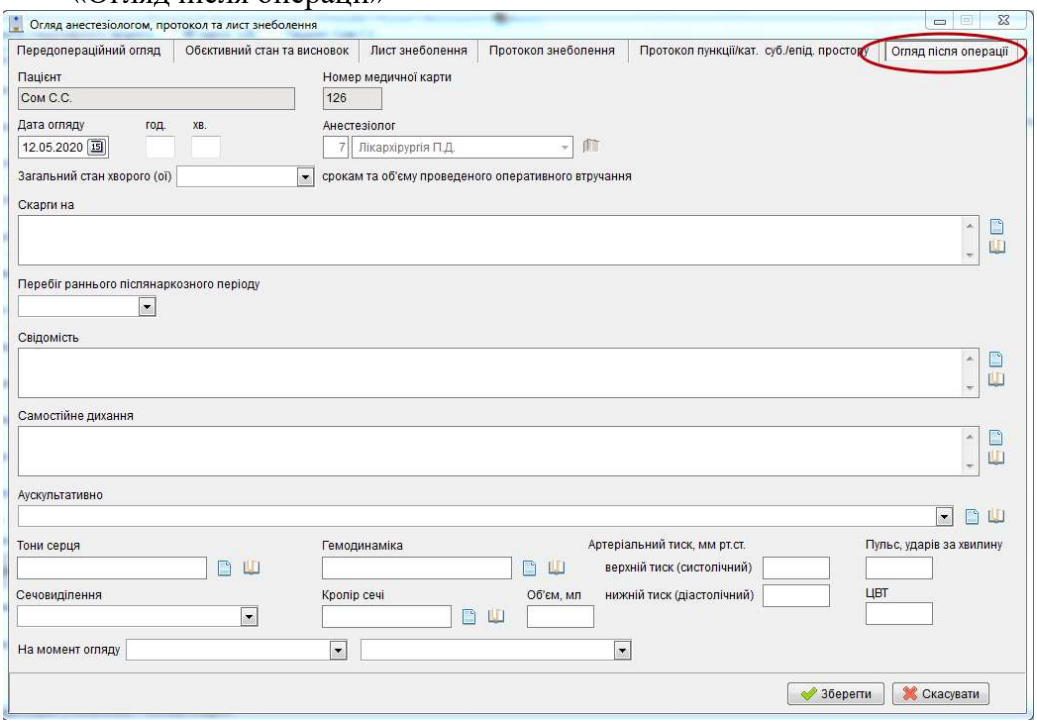
- «Протокол знеболення»

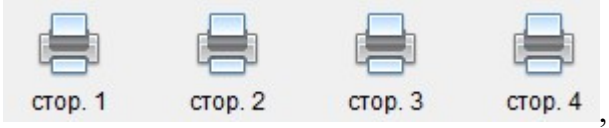


- «Протокол пункції/катетеризації епідурального простору»



- «Огляд після операції»

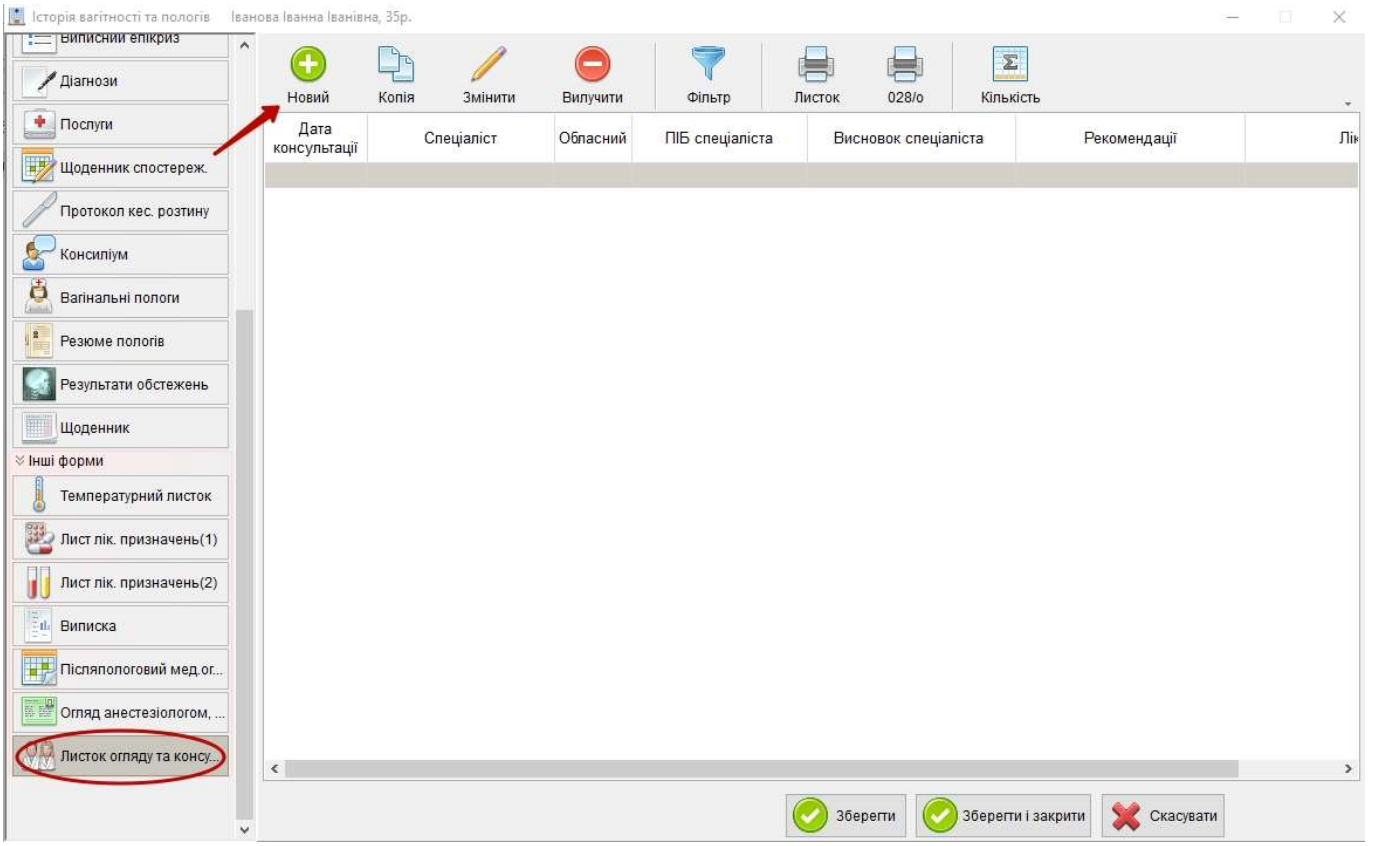


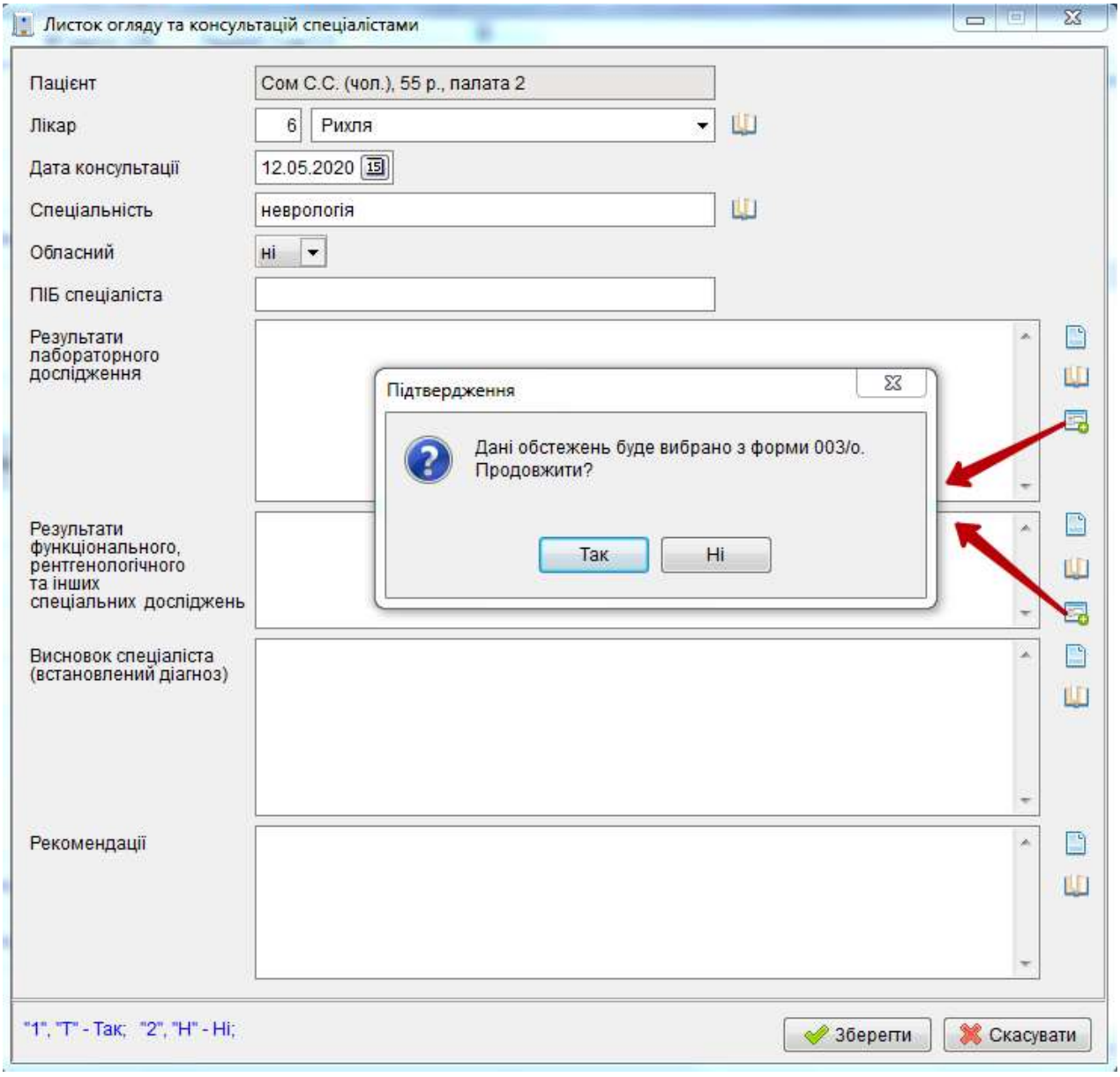
Для друку внесеного запису в закладку «Огляд анестезіологом, протокол знеболення» використовують кнопки 

, які формують дані в документ Word або LibreOffice Writer, та Excel або в LibreOffice Calc.

Листок огляду та консультацій спеціалістами (ф.028/о)

За допомогою кнопки «Новий» зазначаються результати оглядів та консультацій пацієнта лікарями-спеціалістами.


Історія вагітності та пологів
Іванова Іванна Іванівна, 35р.
Виписний епікриз
Діагнози
Послуги
Щоденник спостереж.
Протокол кес. розтину
Консиліум
Вагінальні пологи
Резюме пологів
Результати обстежень
Щоденник
Інші форми
Температурний листок
Лист лік. призначень(1)
Лист лік. призначень(2)
Виписка
Післяпологовий мед.ог...
Огляд анестезіологом, ...
Листок огляду та консу...
Новий
Копія
Змінити
Вилучити
Фільтр
Листок
028/о
Кількість
Дата консультації
Спеціаліст
Обласний
ПІБ спеціаліста
Висновок спеціаліста
Рекомендації
Зберегти
Зберегти і закрити
Скасувати


Листок огляду та консультацій спеціалістами
Пацієнт
Сом С.С. (чол.), 55 р., палата 2
Лікар
6
Рихля
Дата консультації
12.05.2020
Спеціальність
неврологія
Обласний
ні
ПІБ спеціаліста
Результати лабораторного дослідження
Результати функціонального, рентгенологічного та інших спеціальних досліджень
Висновок спеціаліста (встановлений діагноз)
Рекомендації
Підтвердження
Дані обстежень буде вибрано з форми 003/о.
Продовжити?
Так
Ні
"1", "Т" - Так; "2", "Н" - Ні;
Зберегти
Скасувати

- сформує запис обраний з переліку в документ Word або LibreOffice Writer (ф.003/о)

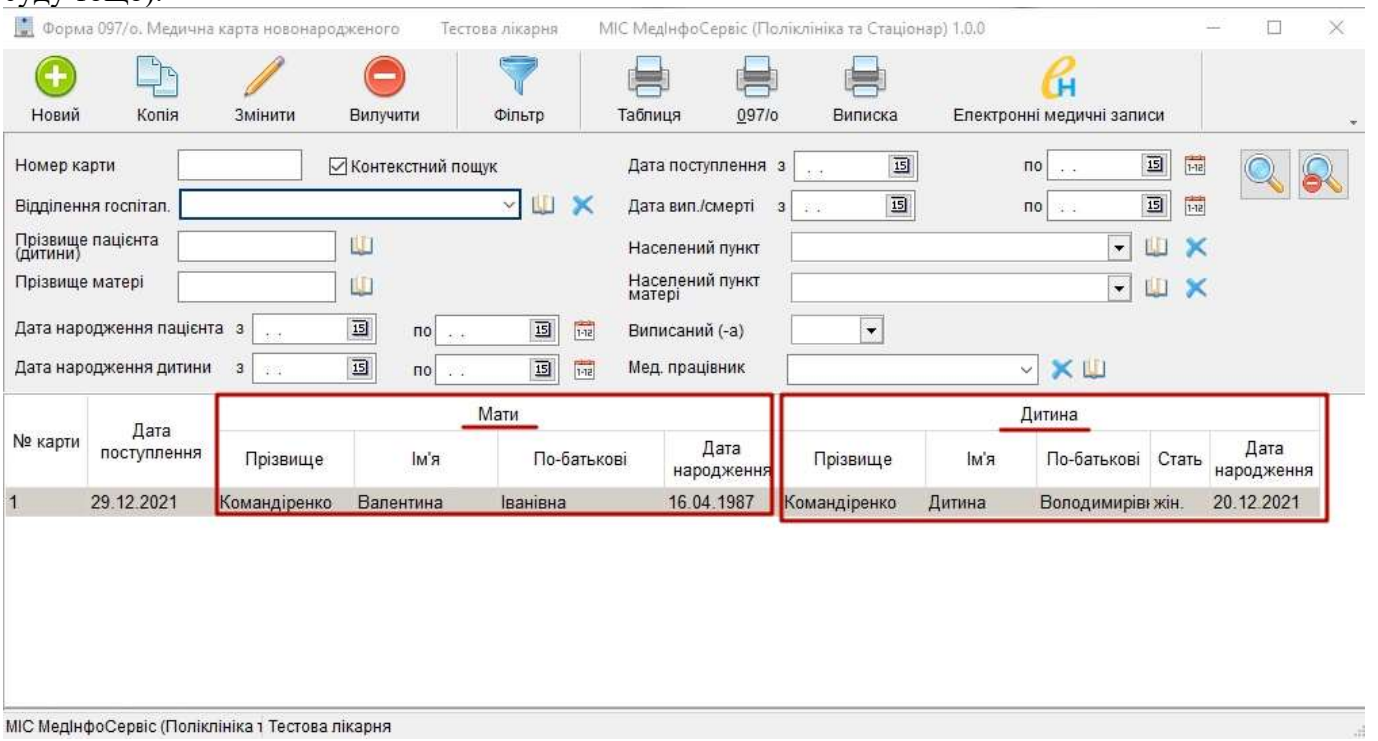
- дає можливість сформувати форму 028/о «Консультаційний висновок спеціаліста» для обраного запису в документ Word або LibreOffice Writer

11.7 Медична карта новонародженого (форма 097/о)

Форма № 097/о заповнюється на всіх новонароджених, які народились у стаціонарі, госпіталізовані після пологів вдома, в дорозі, а також переведених з інших закладів охорони здоров'я.

Містить всі дані щодо стану новонародженого протягом всього періоду перебування в стаціонарі, відомості про матір, дані об'єктивних обстежень та призначень.

Ведеться з метою контролю правильності організації лікувально-діагностичного процесу та використовується для надання матеріалів за запитами (правоохоронних органів, суду тощо).

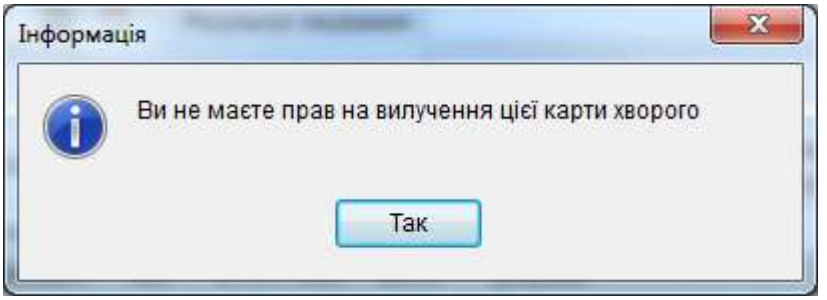


Розглянемо основні пункти меню для роботи з картками:

«Новий» - форма для створення медичної карти новонародженого;

«Змінити» - відкривається картка пацієнта, що була виділена в списку, для внесення змін;

«Вилучити» - видаляє запис, але тільки адміністратор (користувач SYSDBA) має на це право ;



«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по медичним карткам.

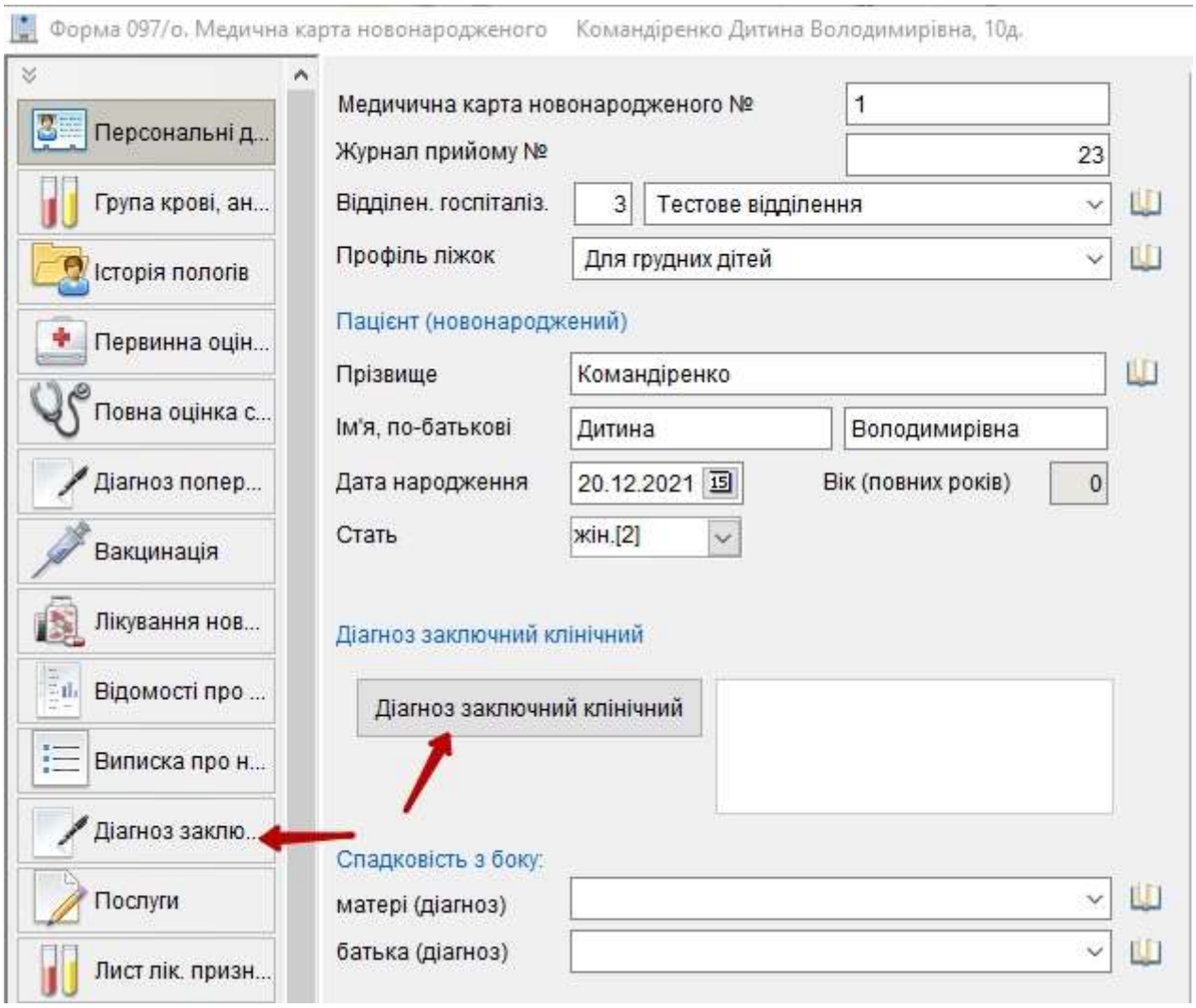
- формує список карток в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми;

Медична карта новонародженого містить вкладки, при переході між якими, дані автоматично зберігаються.

Персональні дані

Зазначаються прізвище, ім'я, по батькові матері, вік, місце проживання згідно з паспортними даними, місце роботи, професія, заміжня чи ні. За відсутності паспорта або документа, що посвідчує особу, робиться примітка, що записано зі слів матері, число, місяць, рік, години, хвилини народження дитини, поступлення, виписки, смерті, переведення (у разі переведення відмічається, куди була переведена дитина (найменування закладу охорони здоров'я, відділення тощо). Також зазначаються номер палати сумісного перебування матері і дитини та номер ліжка дитини. У разі переведення дитини в іншу палату вказуються номери палати та ліжка.

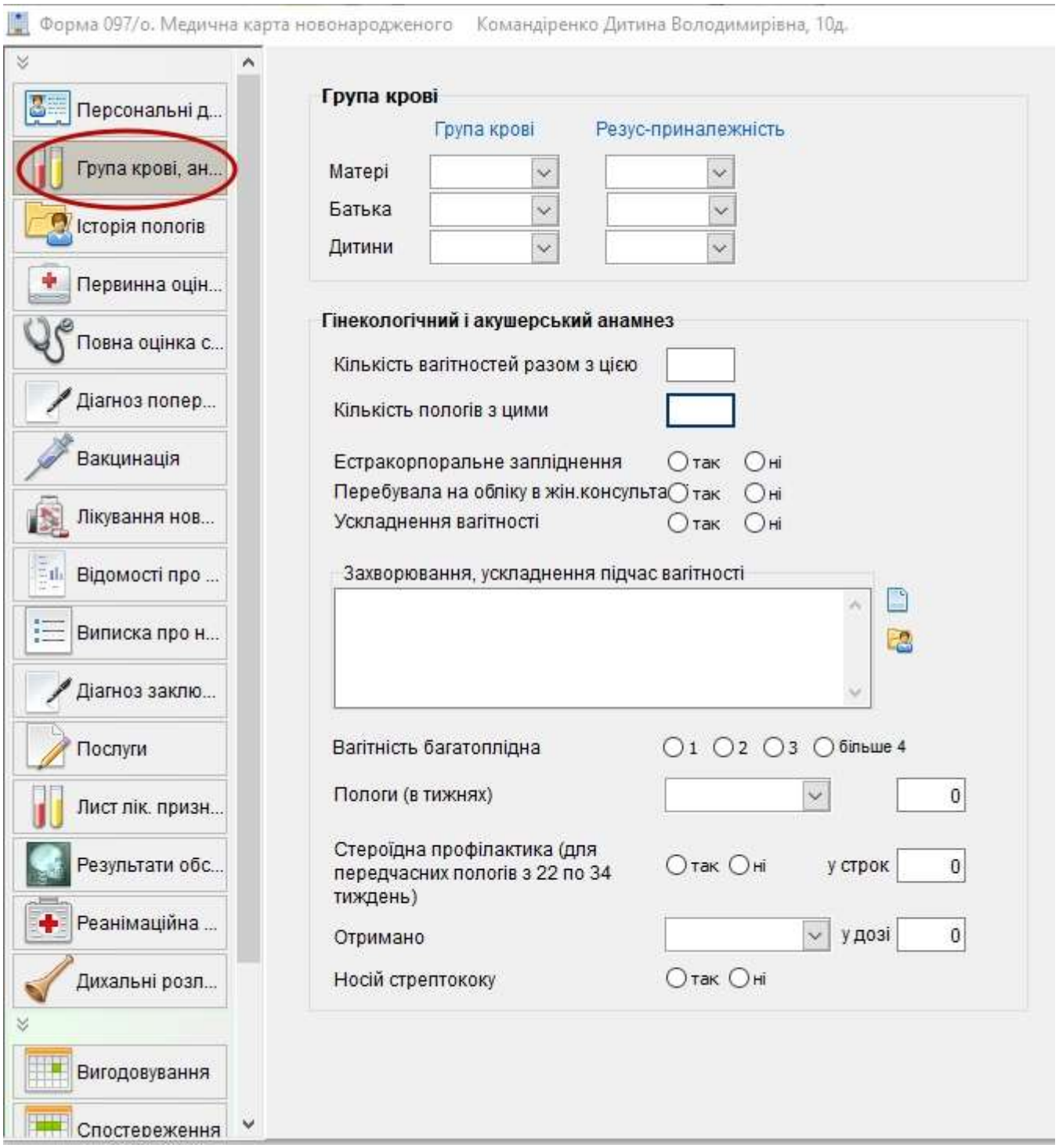
Лікар записує заключний клінічний діагноз, визначений ним на момент виписки дитини або переведення її до іншого закладу охорони здоров'я. Заключний клінічний діагноз складається із основного діагнозу, ускладнень при пологах, ускладнень після пологів, які підлягають кодуванню згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду (далі - МКХ-10). Натиснувши «Діагноз заключний», відкривається відповідна вкладка ф.097/о.



Зазначаються спадковість з боку матері та батька, шкідливі звички у матері: вживання алкоголю, паління тютюну, вживання наркотиків (токсикоманія), вид наркотику.

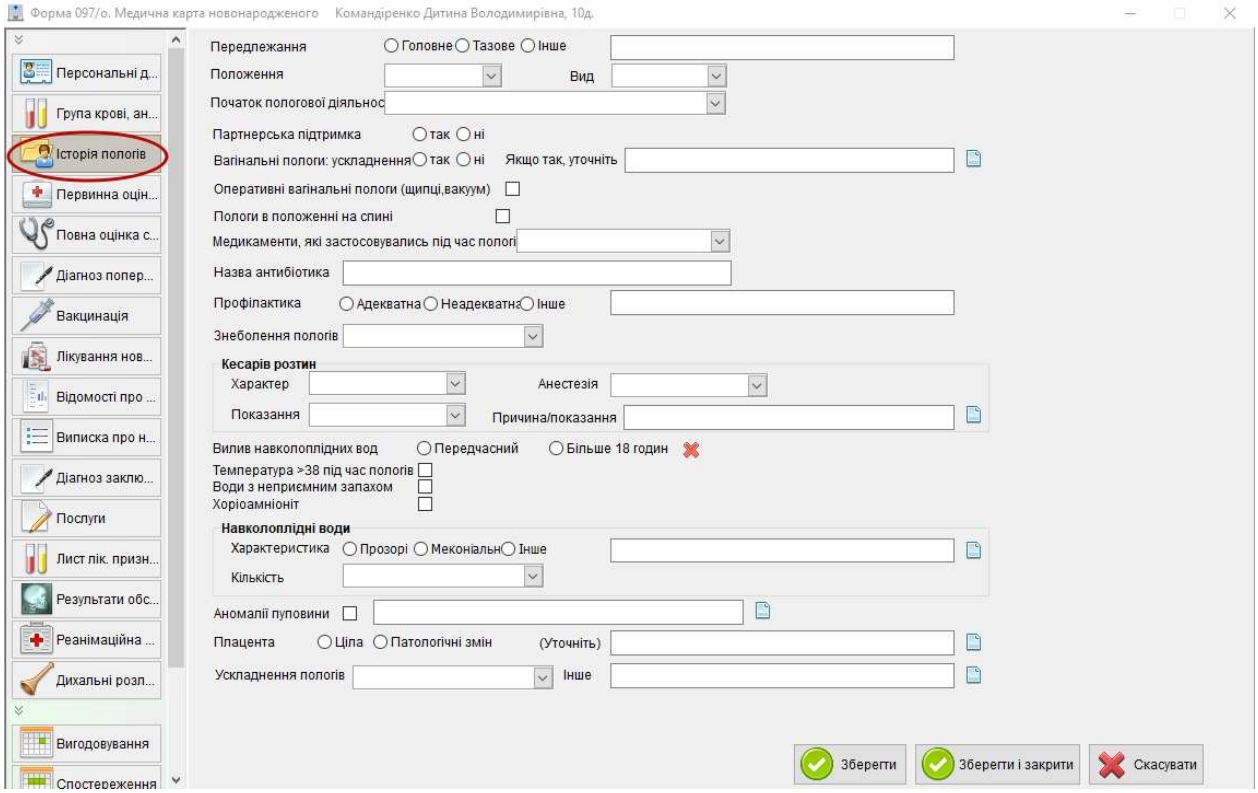
Кнопка - дозволяє обрати дані із довідників.

Група крові, анамнез



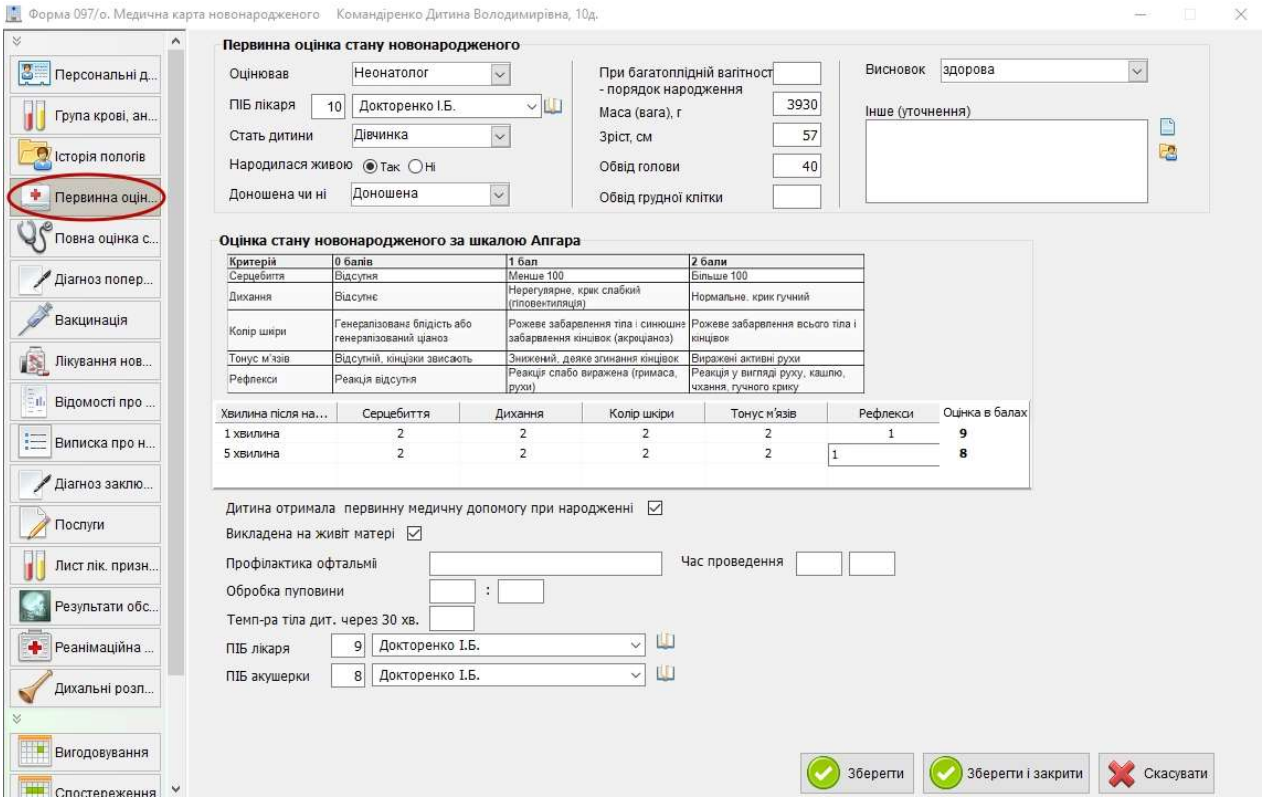
Вказуються група крові і резус-приналежність, особливості гінекологічного та акушерського анамнезу: кількість вагітностей і пологів, включно з цими, допоміжні репродуктивні технології, перебування під наглядом у жіночій консультації, ускладнення цієї вагітності та захворювання під час вагітності, за наявності багатоплідної вагітності вказується кількість плодів, термін пологів (термінові, передчасні чи запізнілі), проведення стероїдної профілактики (в якому терміні вагітності, яким лікарським засобом, у якій дозі), вказується носій стрептококу або відсутність обстеження на стрептокок.

Історія пологів



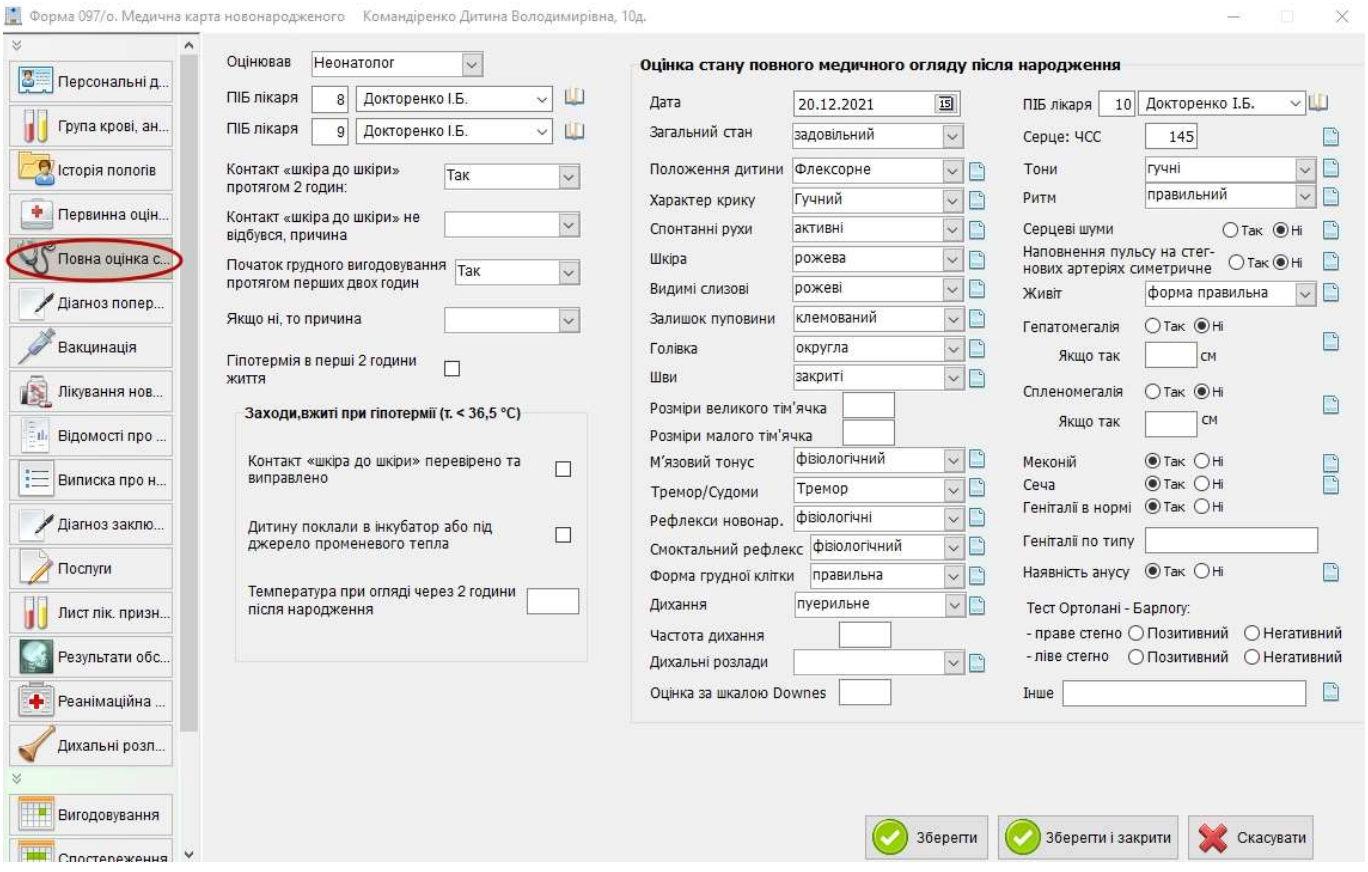
Вказуються особливості історії пологів: передлежання та положення плода, початок пологової діяльності, партнерська підтримка, при вагінальних пологах відмічаються ускладнення, оперативні втручання (щипці, вакуум), проведення пологів в положенні на спині, медикаменти, які застосовувалися під час пологів, та антибіотико-профілактика. Якщо проводилось знеболювання пологів, вказується вид знеболювання. При кесаревому розтині вказуються вид анестезії, характер (екстрений чи плановий), причина або показання. Зазначаються передчасний вилив навколоплідних вод та наслідки, характеристика та кількість навколоплідних вод, аномалії пуповини і плаценти, ускладнення пологів.

Первинна оцінка стану



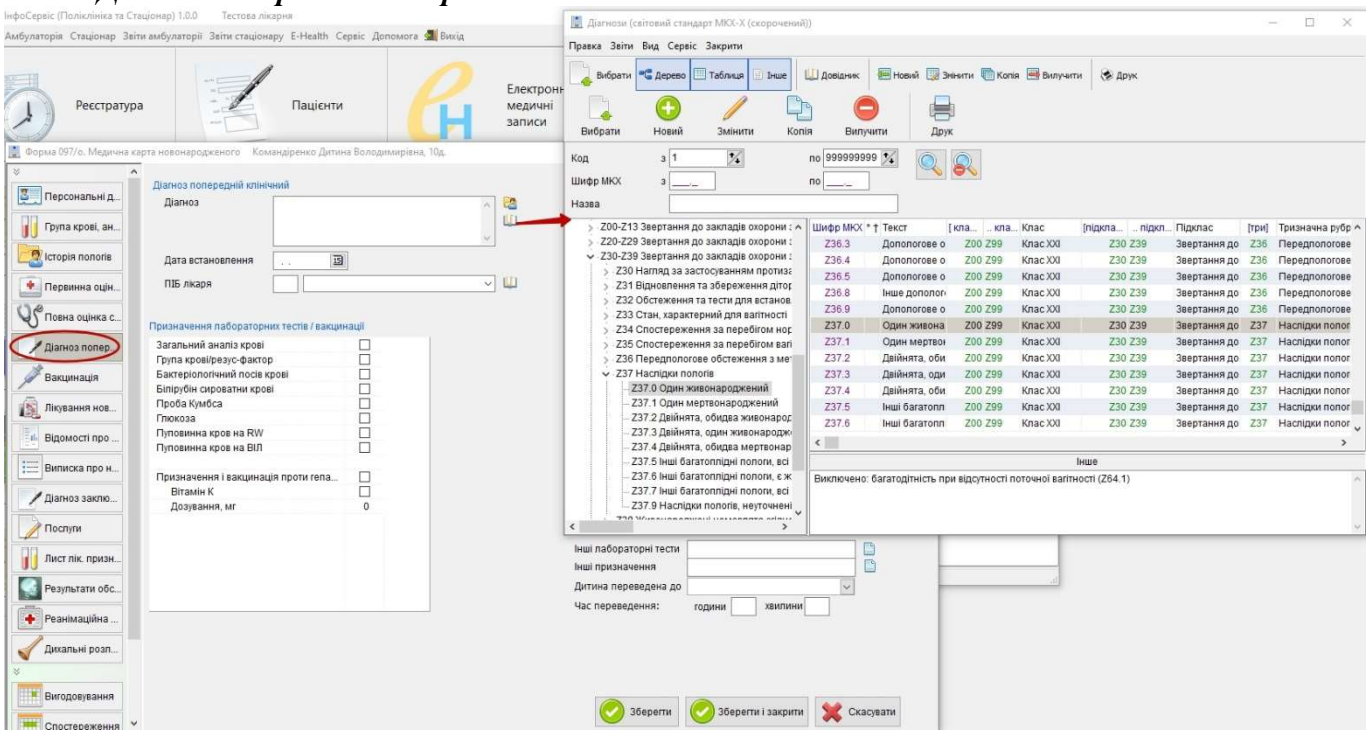
Вказуються фах і прізвище особи, що проводила оцінювання, порядок народження при багатоплідній вагітності, результат первинної оцінки новонародженого за шкалою Апгар. При народженні дитини з малою масою тіла проводиться оцінка гестаційного віку за новою шкалою Баллард та фізичного розвитку дитини відповідно до строку гестації. Вказується, чи була надана дитині первинна медична допомога при народженні, чи викладена на живіт матері, зазначаються час проведення офтальмії, обробки пуповини та температура тіла дитини через 30 хвилин після народження.

Повна оцінка стану



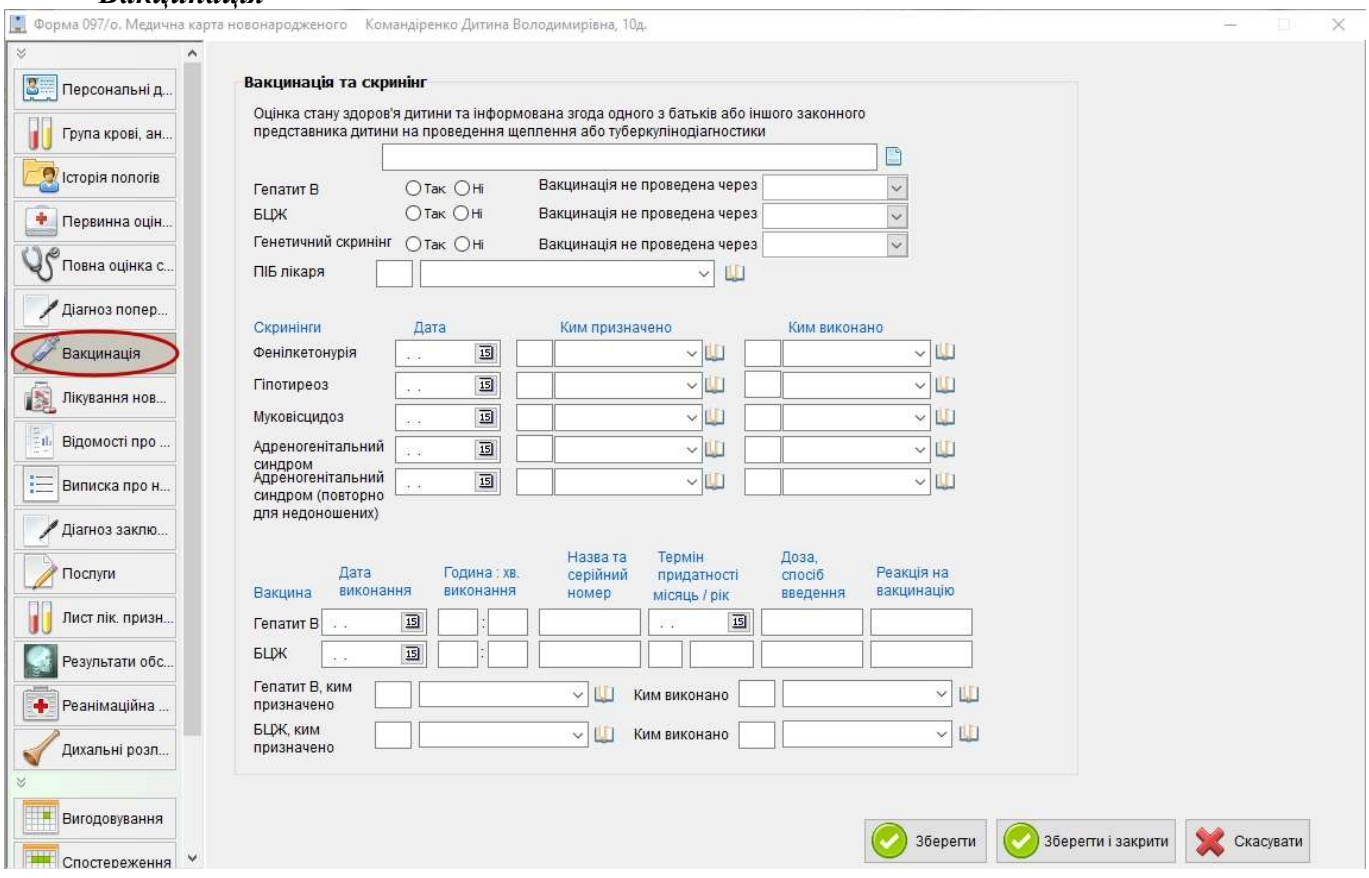
Зазначаються відомості про повний медичний огляд після народження щодо контакту "шкіра до шкіри", початок грудного вигодовування, гіпотермія в перші 2 години життя та вжиті заходи; вказуються оцінка стану повного медичного огляду після народження. За наявності дихальних розладів заповнюється "Оцінка важкості дихальних розладів новонародженого" з використанням шкали Downes.

Діагноз попередній та призначення



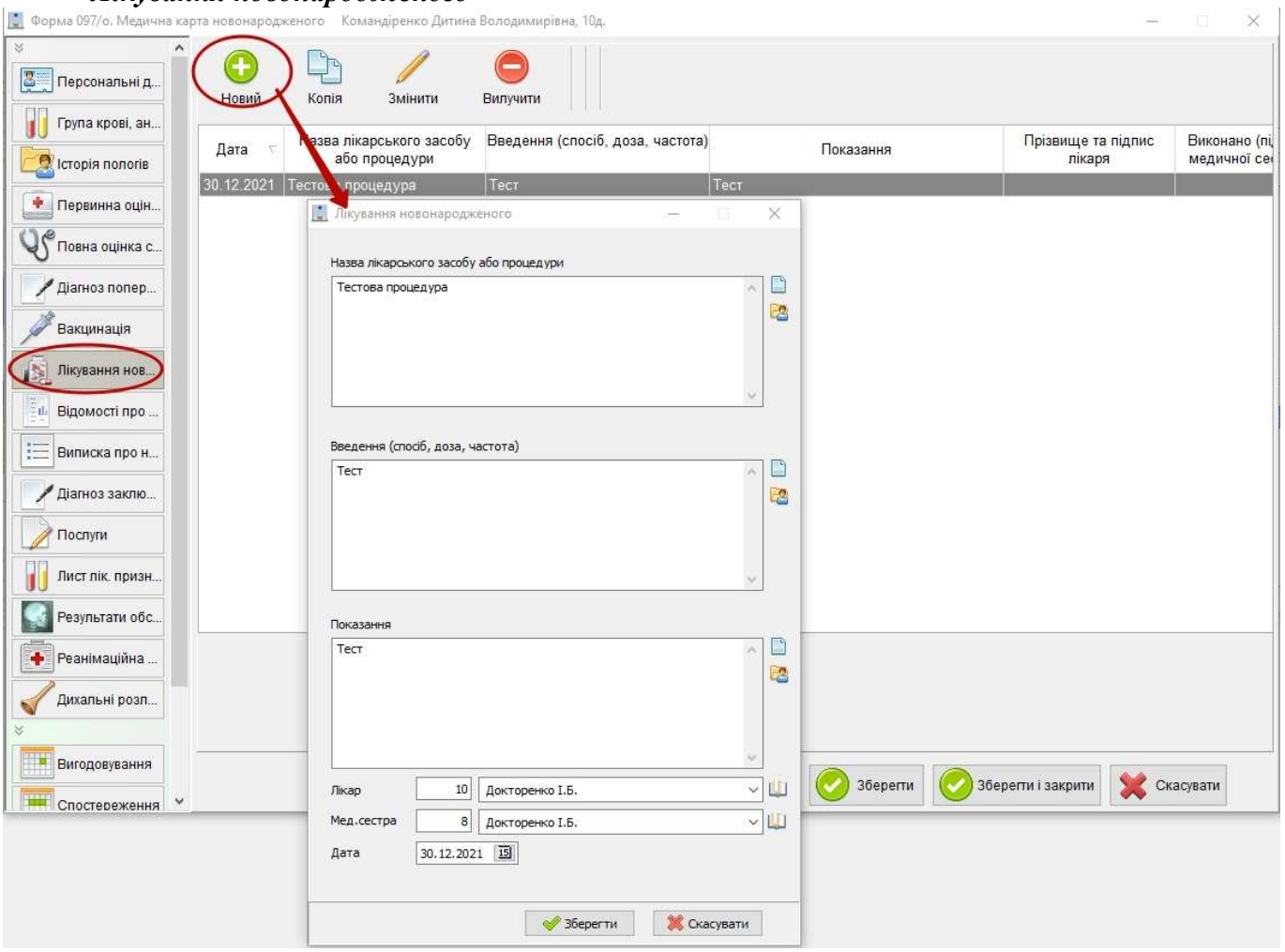
Вказуються діагноз попередній клінічний та призначення щодо лабораторних тестів тощо.

Вакцинація



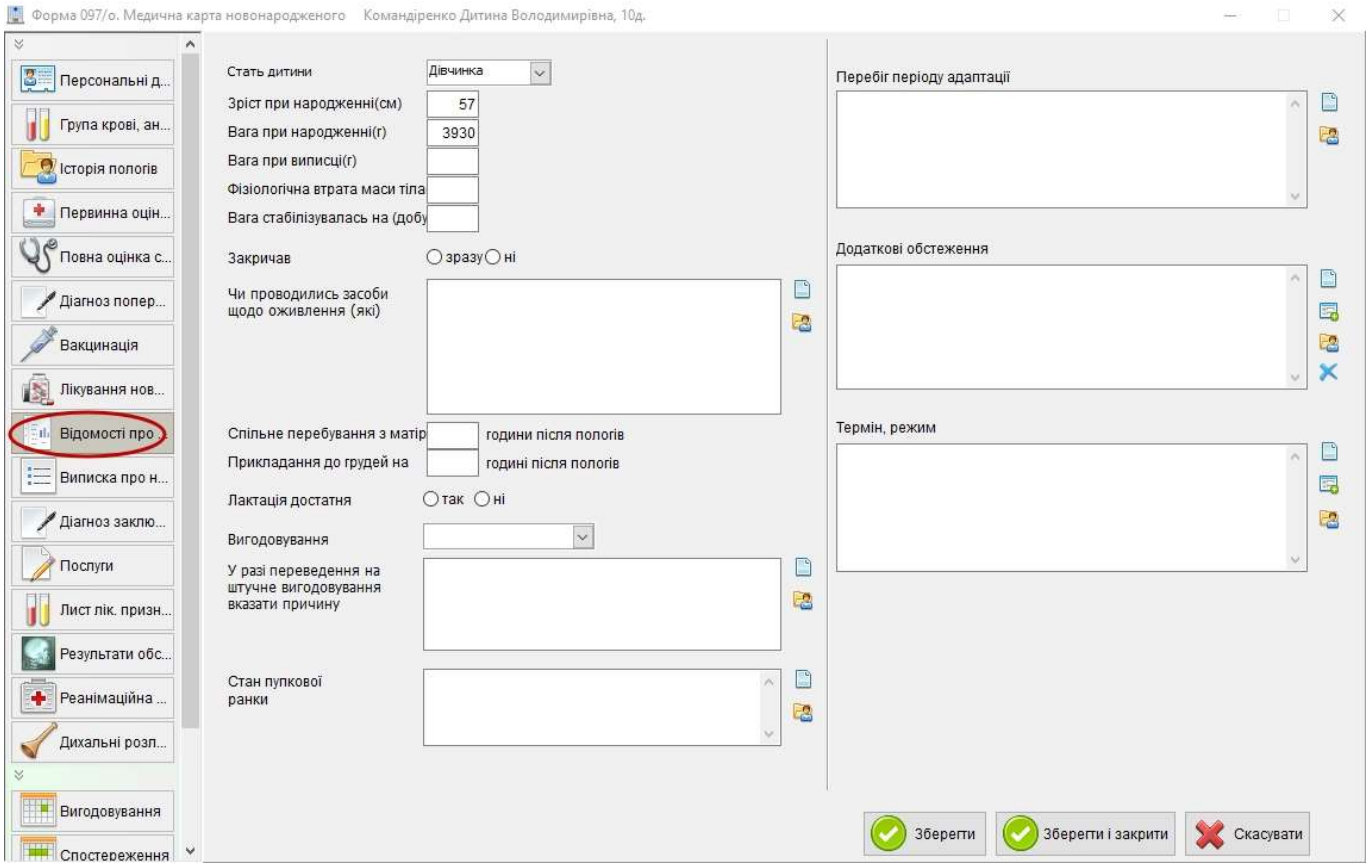
Вказуються відомості про вакцинацію, скринінг та зазначається, чи проведена оцінка стану здоров'я дитини, підписана чи ні інформована згода одним з батьків або іншим законним представником дитини на проведення щеплення або туберкулінодіагностики.

Лікування новонародженого

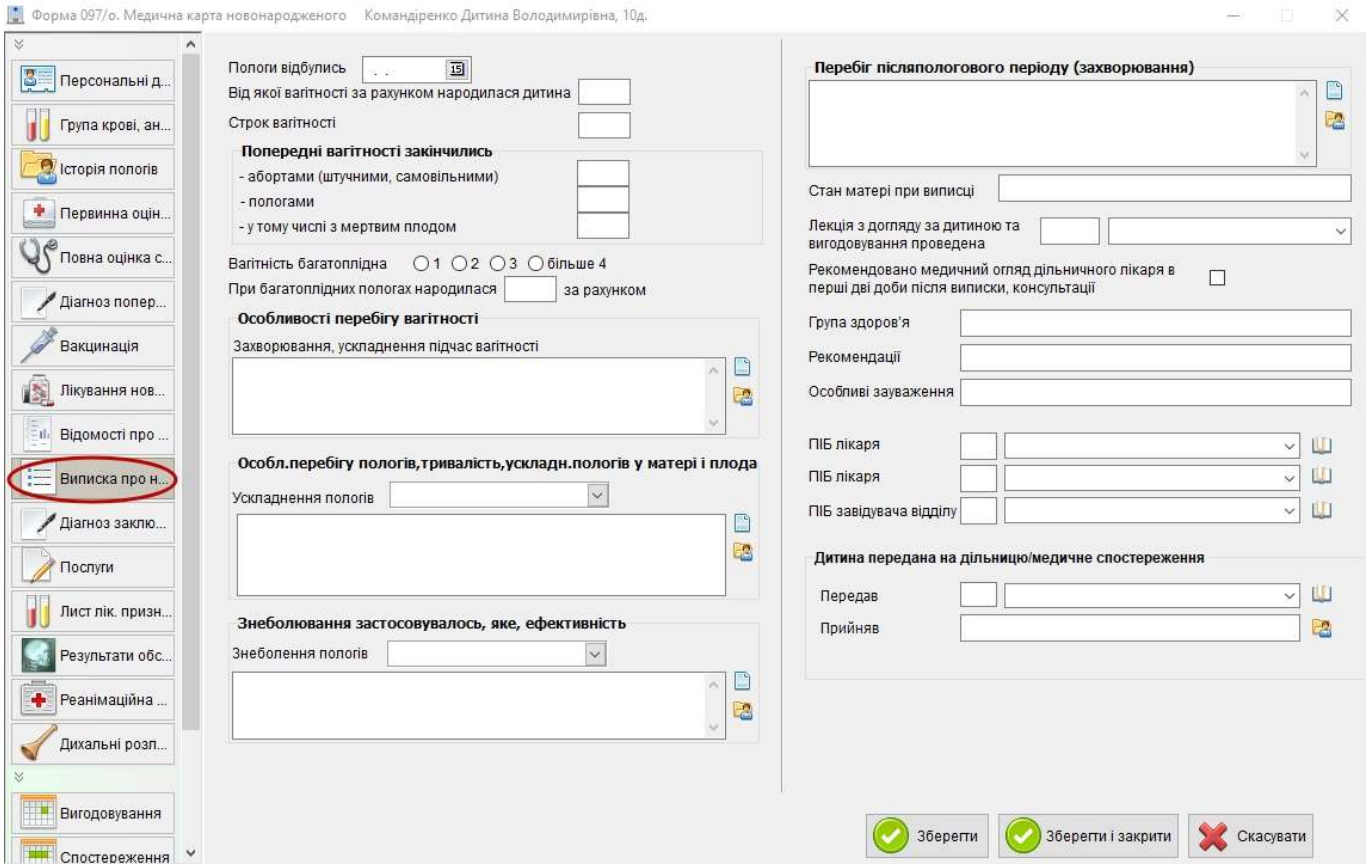


"Лікування новонародженого" заповнюється щодня, у разі наявності відмітки про призначення детально розписуються призначення та їх виконання

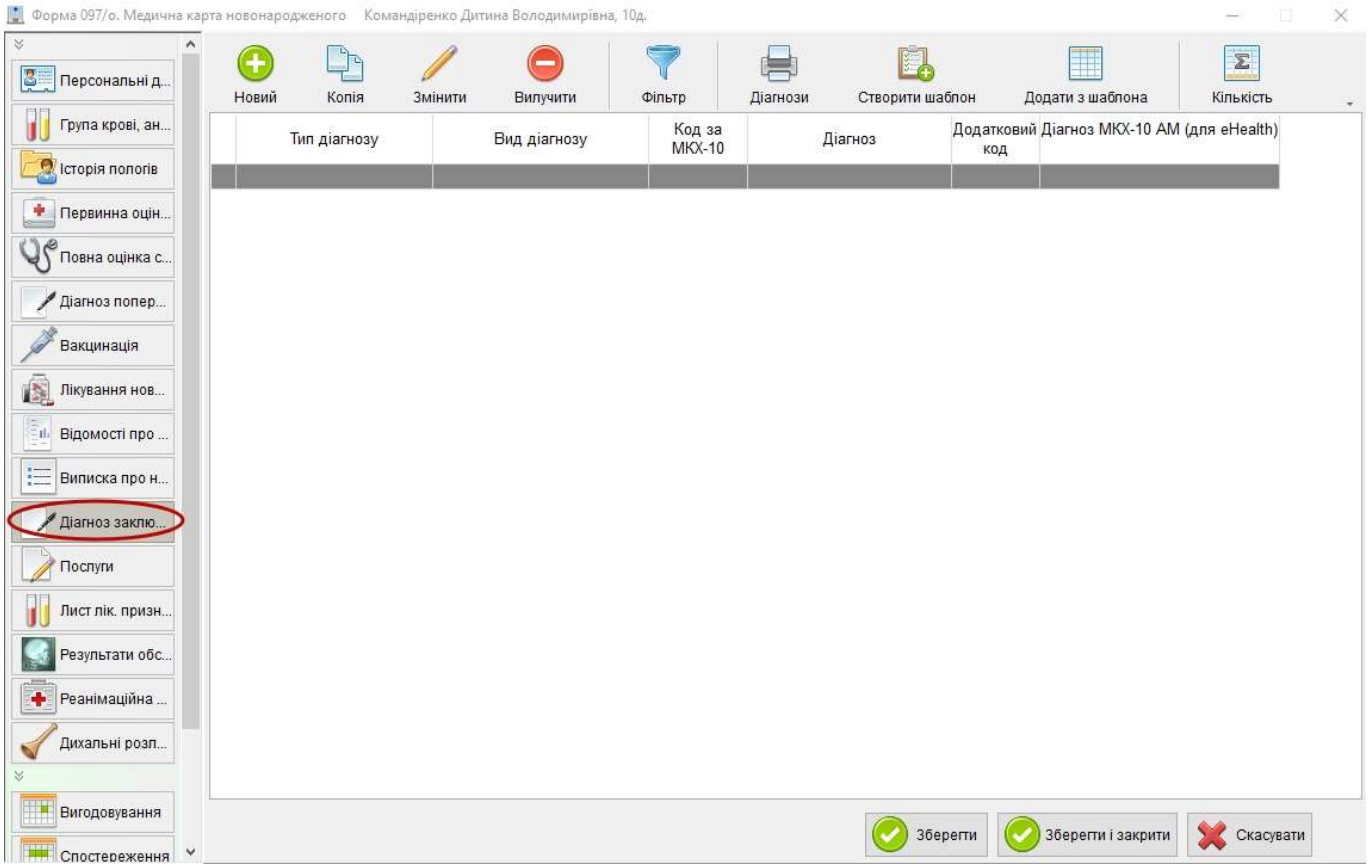
Відомості про новонародженого



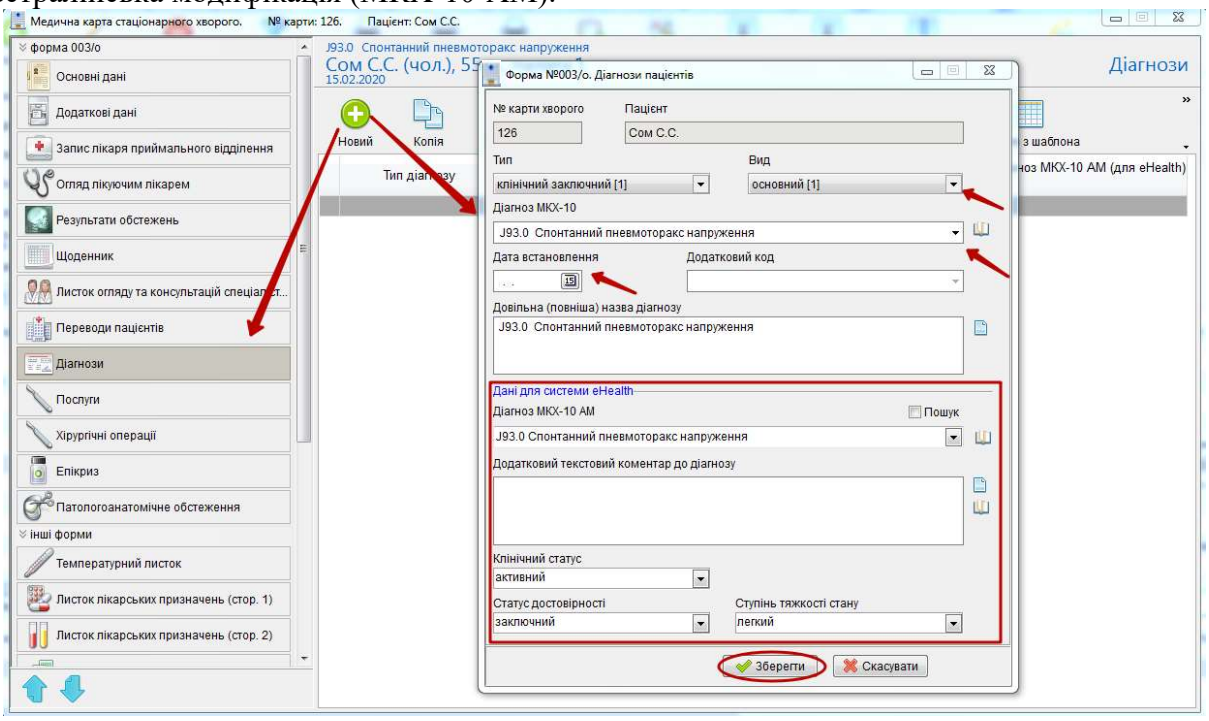
Виписка про новонародженого



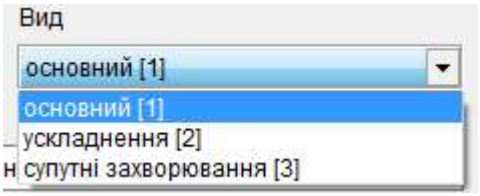
Діагноз заключний клінічний

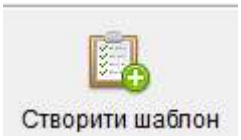


В даній закладці необхідно обов’язково відмітити всі діагнози (основний, супутній та ускладнення) при госпіталізації та під час перебування в стаціонарі із кодом захворювання згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я Десятого перегляду (МКХ-10) та обов’язково заповнити дані для E-Health - відповідний код за Національний класифікатор НК 025:2019 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я» гармонізований з Міжнародним статистичним класифікатором хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду, Австралійська модифікація (МКХ-10-АМ).

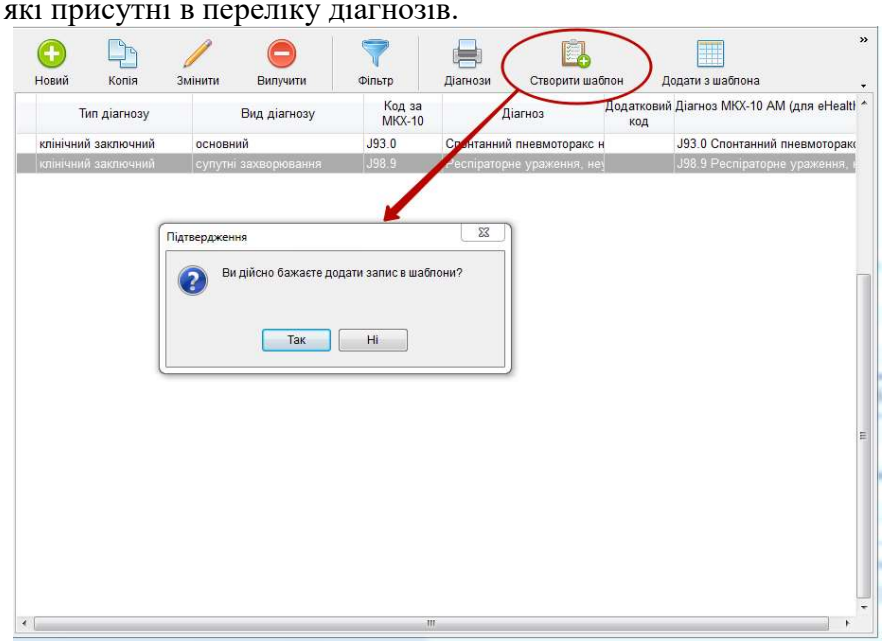


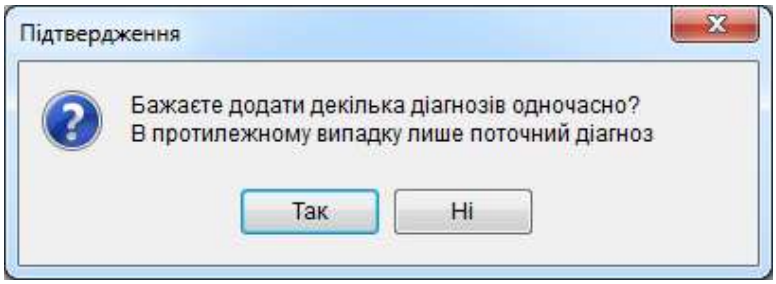
Таким чином вказати всі супутні діагнози та ускладнення.



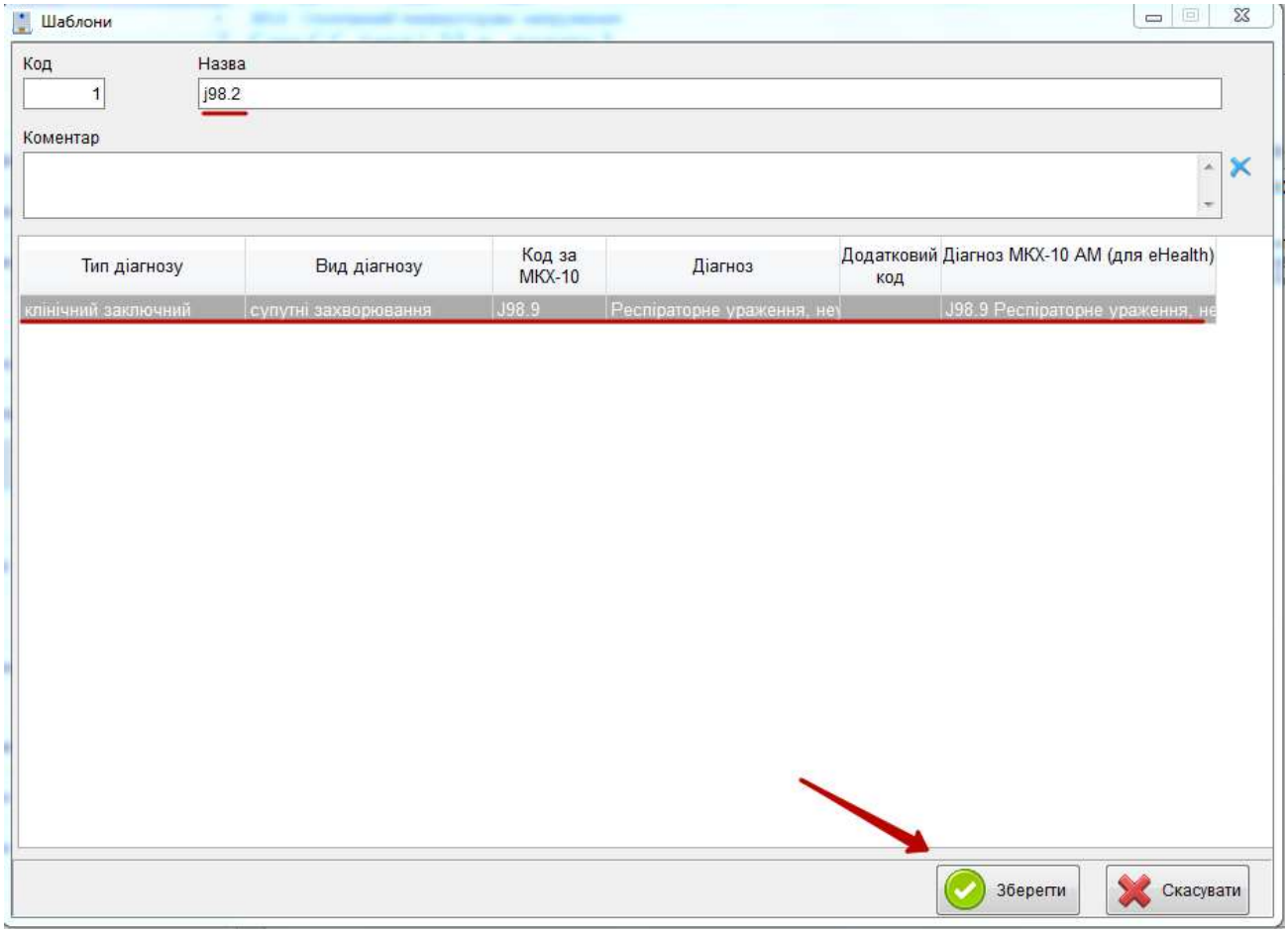


- дає можливість створити шаблон на лікарський засіб із вже створеною схемою прийому. Можна створити шаблон на один запис (обраний зі списку) чи на всі записи, які присутні в переліку діагнозів.

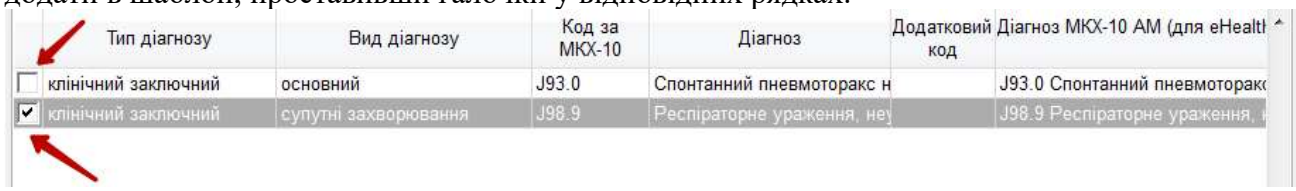




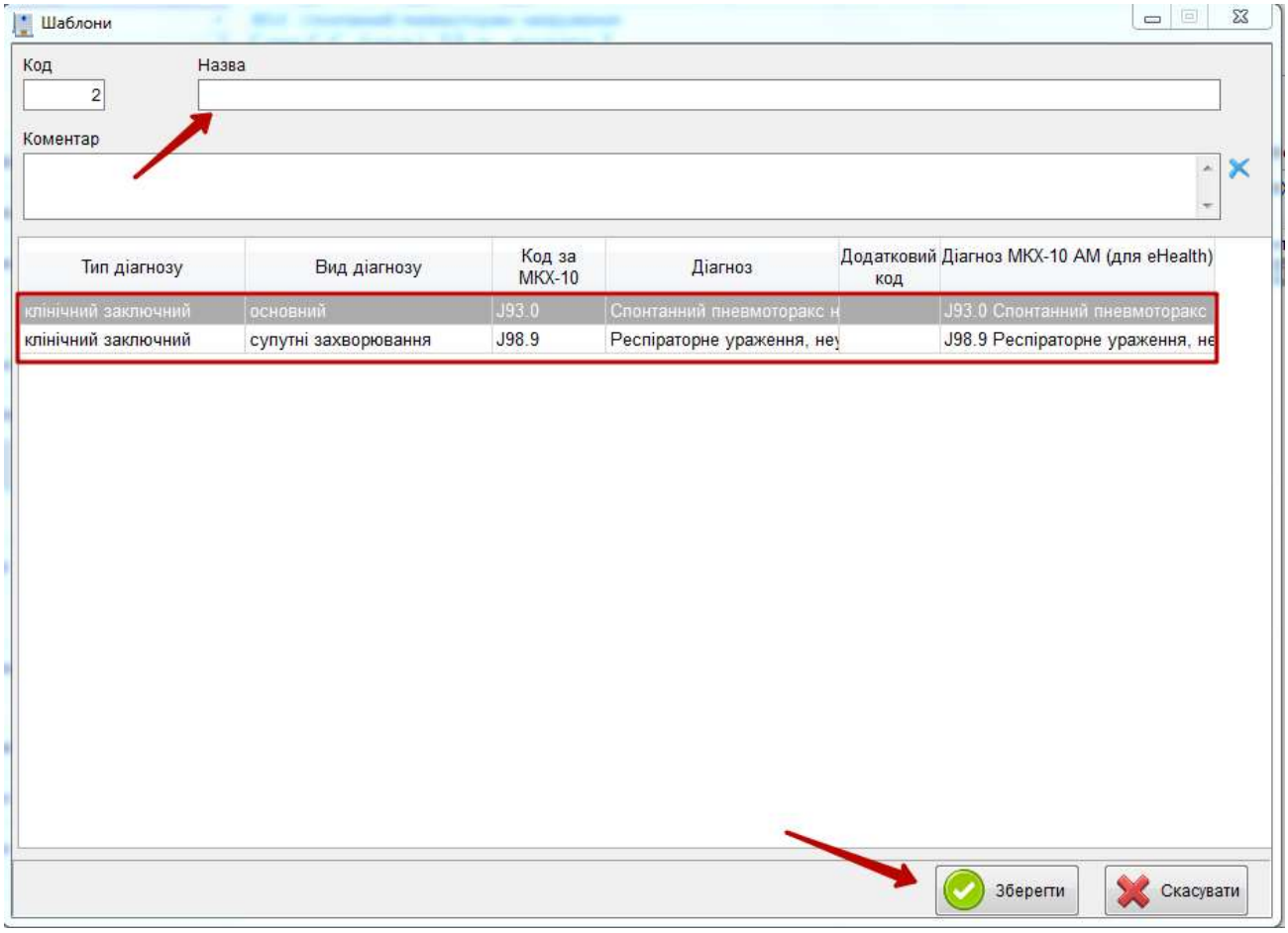
У випадку негативної відповіді, відкриється вікно шаблону і з внесеним одним (обраний зі списку) діагноз. Необхідно внести назву шаблону і натиснути кнопку «Зберегти».



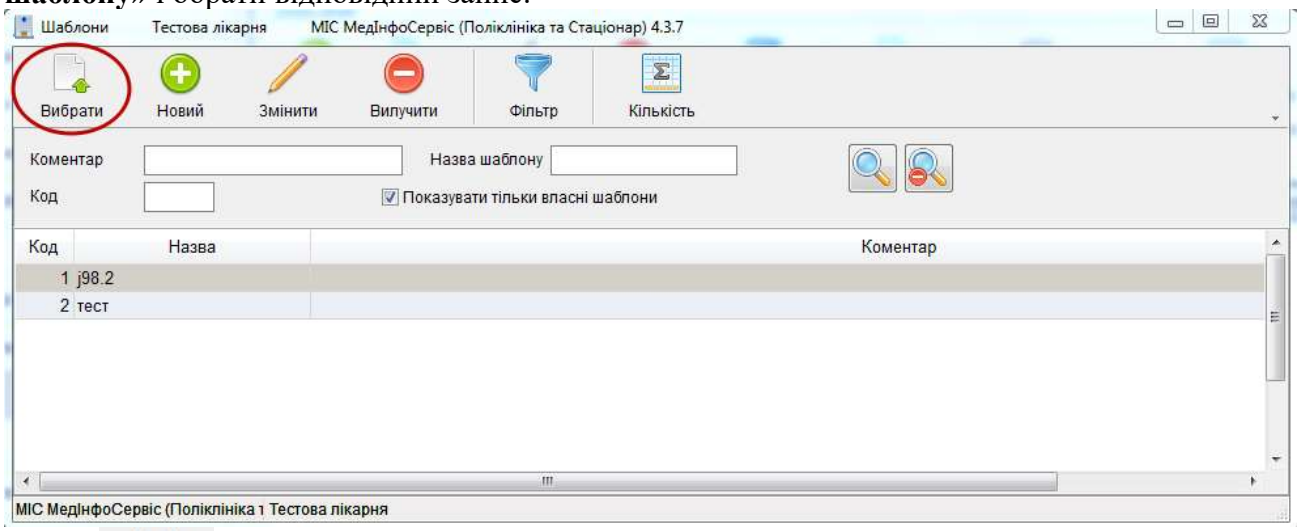
У разі позитивної відповіді, буде можливість обрати, які саме діагнози бажаєте додати в шаблон, проставивши галочки у відповідних рядках.



Потім необхідно знову натиснути кнопку **«Створити шаблон»,** після чого відкриється вікно шаблону із переліком внесених діагнозів. Вносимо назву шаблону і натискаємо **«Зберегти».**



Для того, щоб використати створені шаблони, слід натиснути кнопку **«Додати із шаблону»** і обрати відповідний запис.

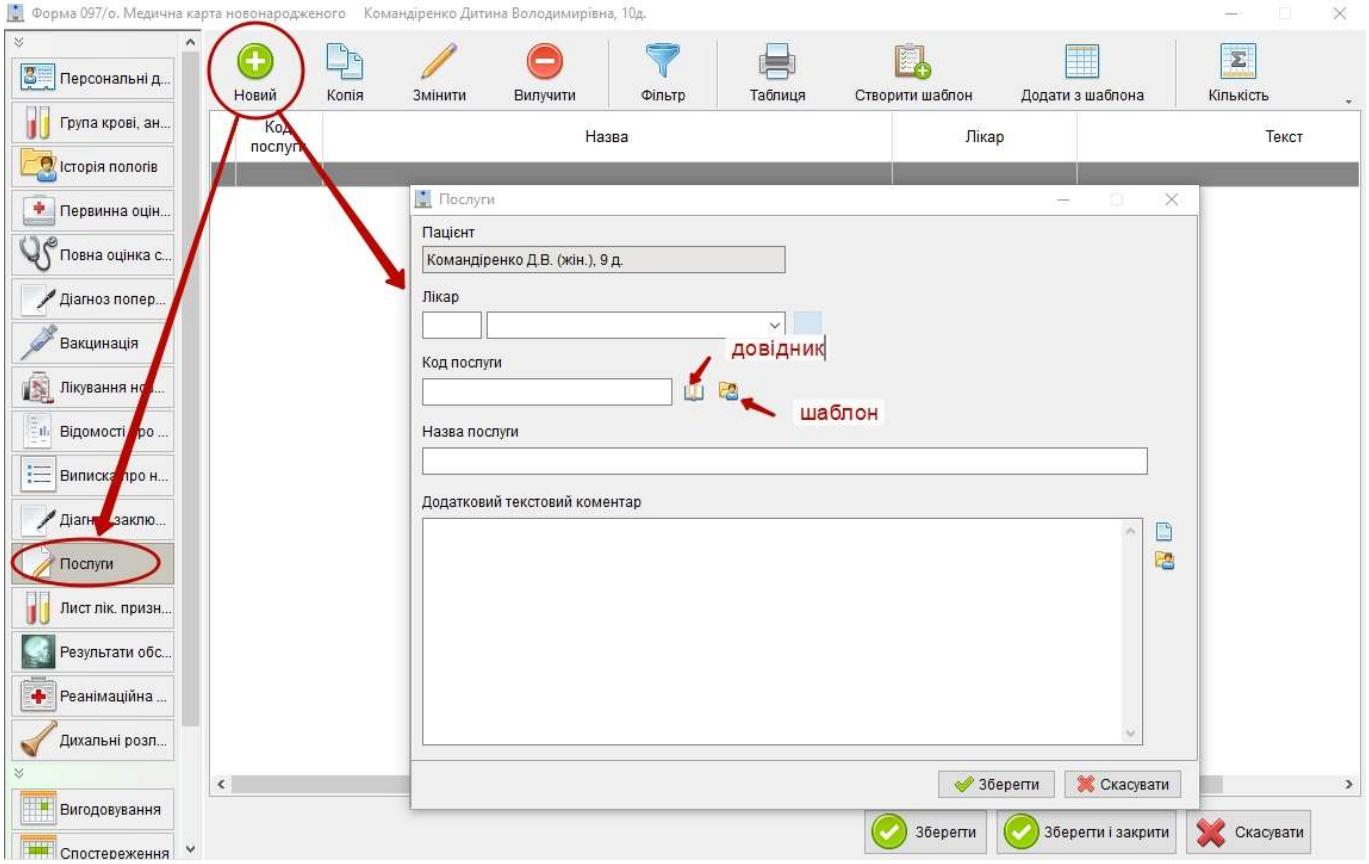


- формує список записів в документ Excel або в LibreOffice Calc, та в залежності від налаштувань в фільтраційній панелі

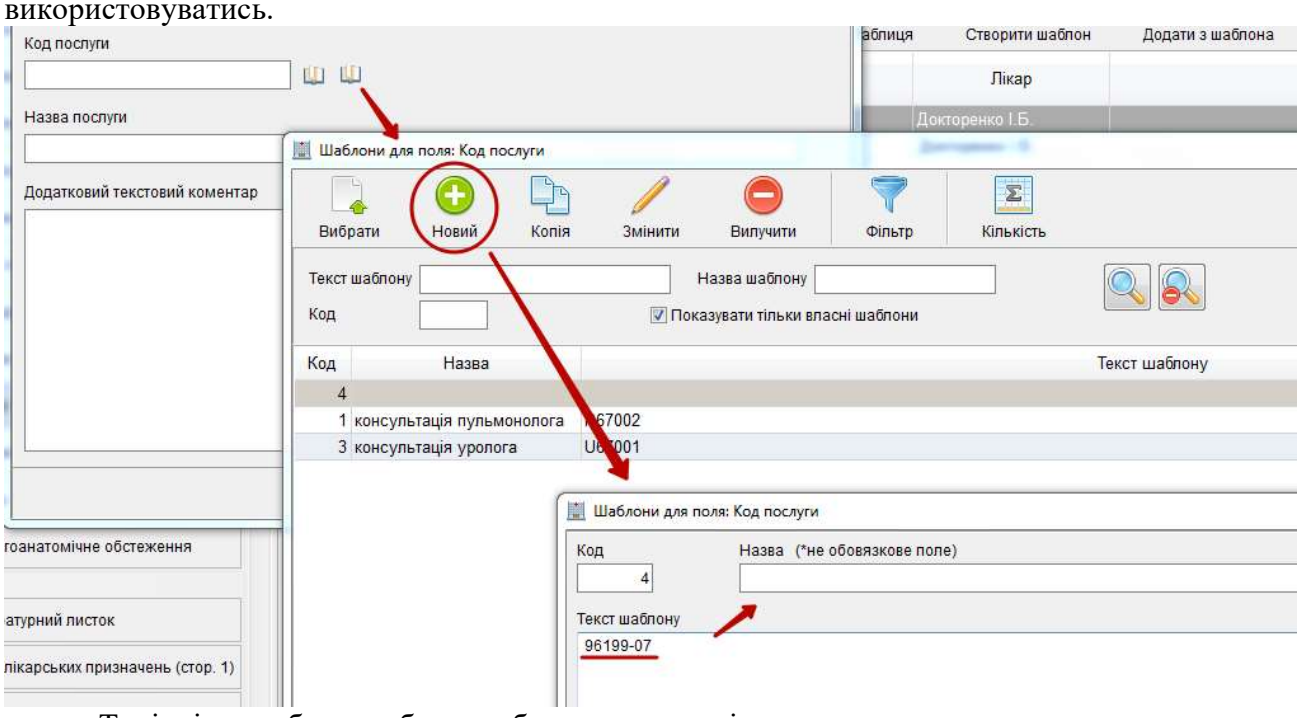
Послуги

Вказуються всі послуги з Національного класифікатору НК 026:2019 «Класифікатор медичних інтервенцій» гармонізований з гармонізований з Австралійським класифікатором медичних інтервенцій [AKMI] (Australian Classification of Health Interventions, ACHI), які були

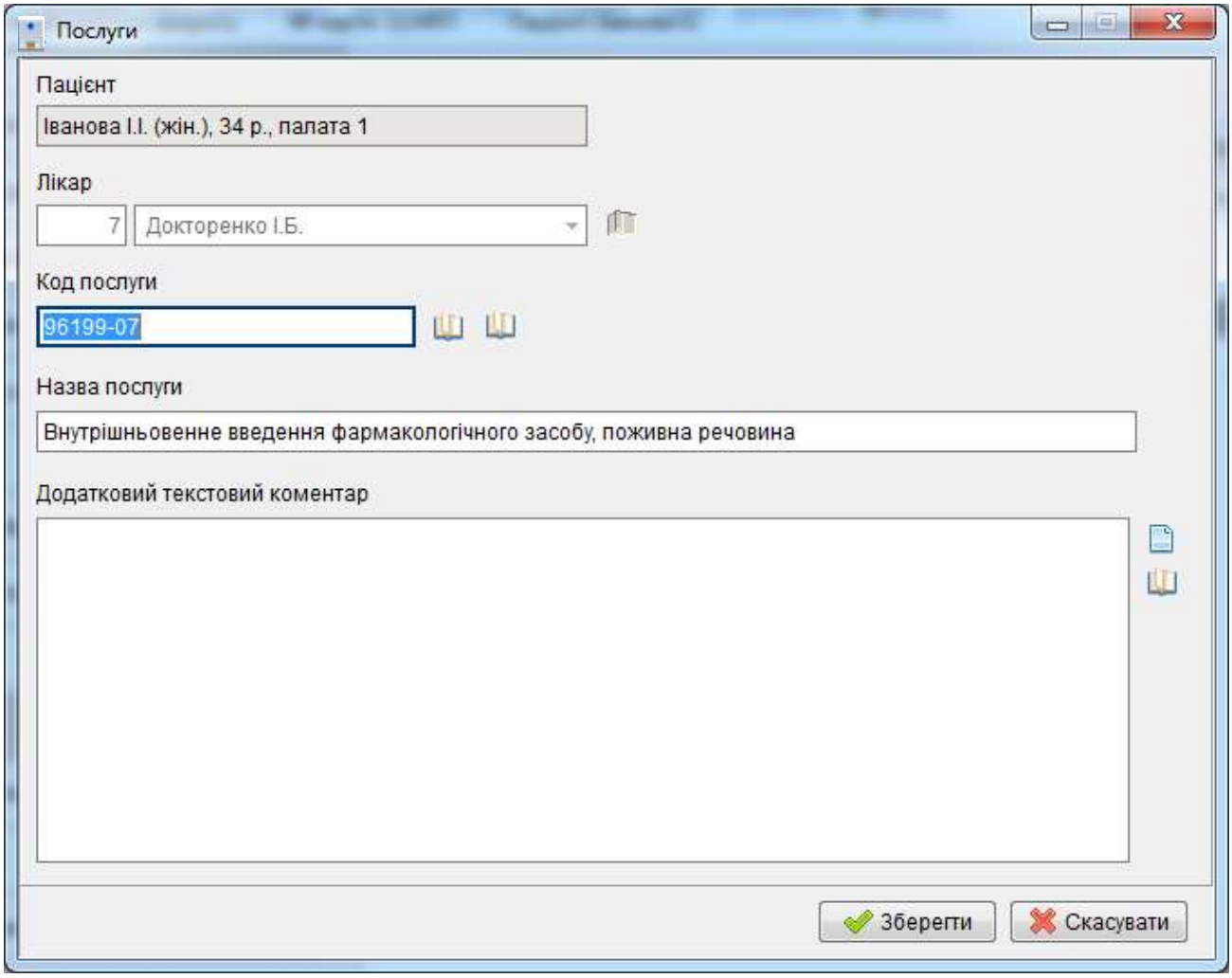
надані пацієнту за період госпіталізації і, які можна буде імпортувати в електронні медичні записи.



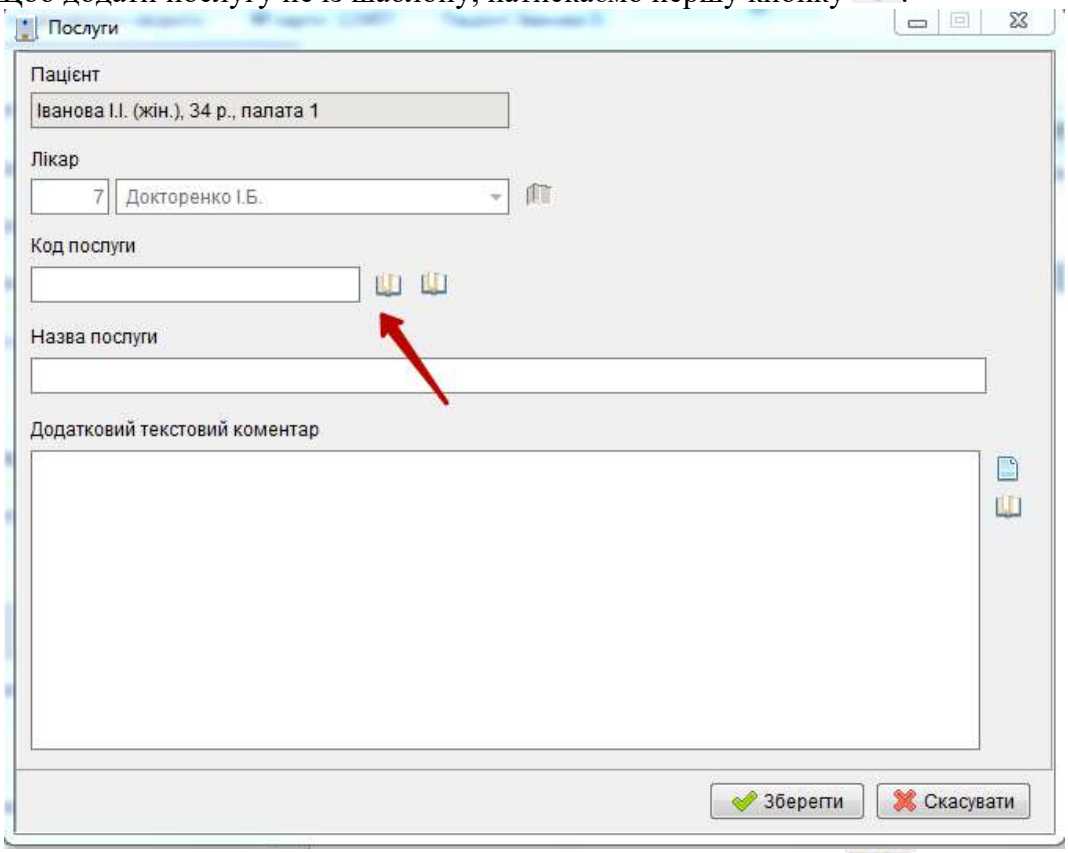
В шаблоні достатньо ввести в поле **«Текст шаблону»** код, який часто буде використовуватись.



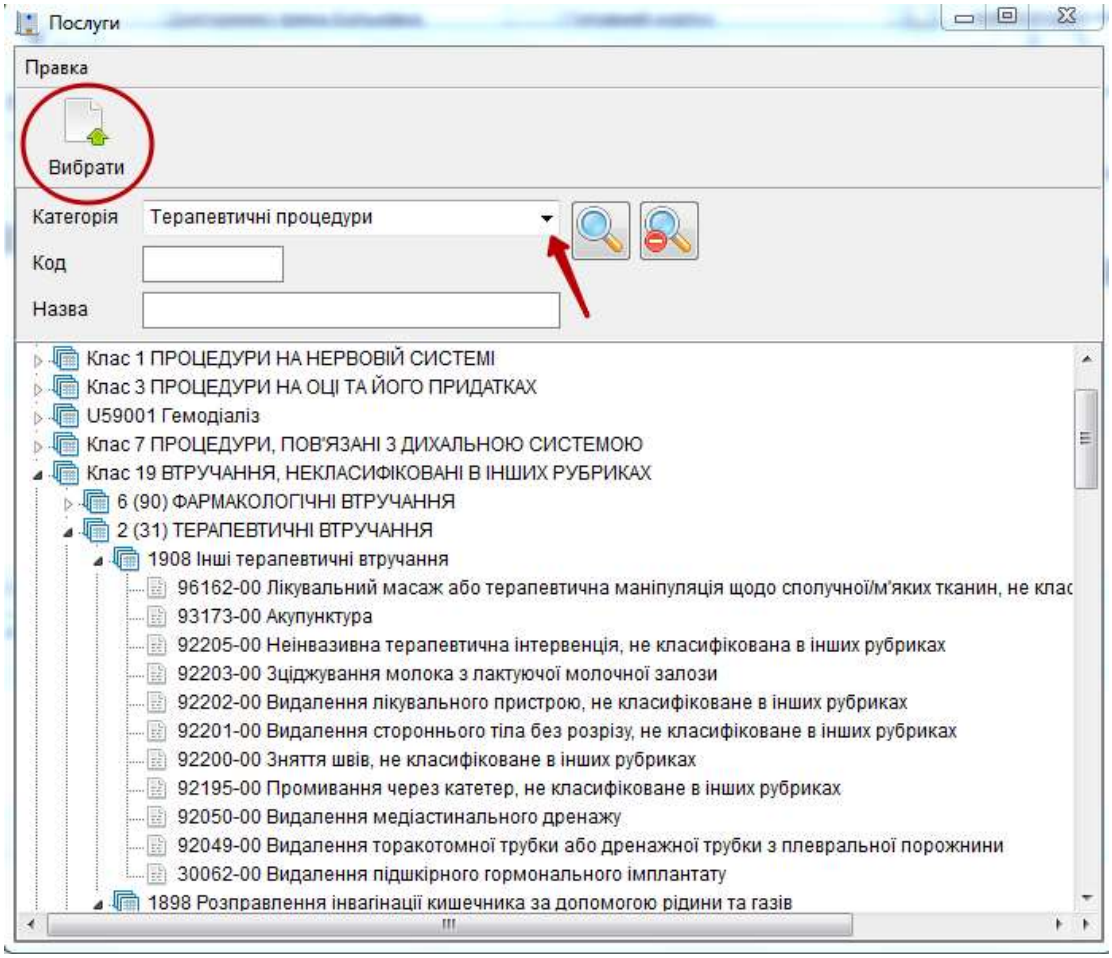
Тоді, після вибору шаблону, обрана послуга підтягнеться автоматично.



Щоб додати послугу не із шаблону, натискаємо першу кнопку .

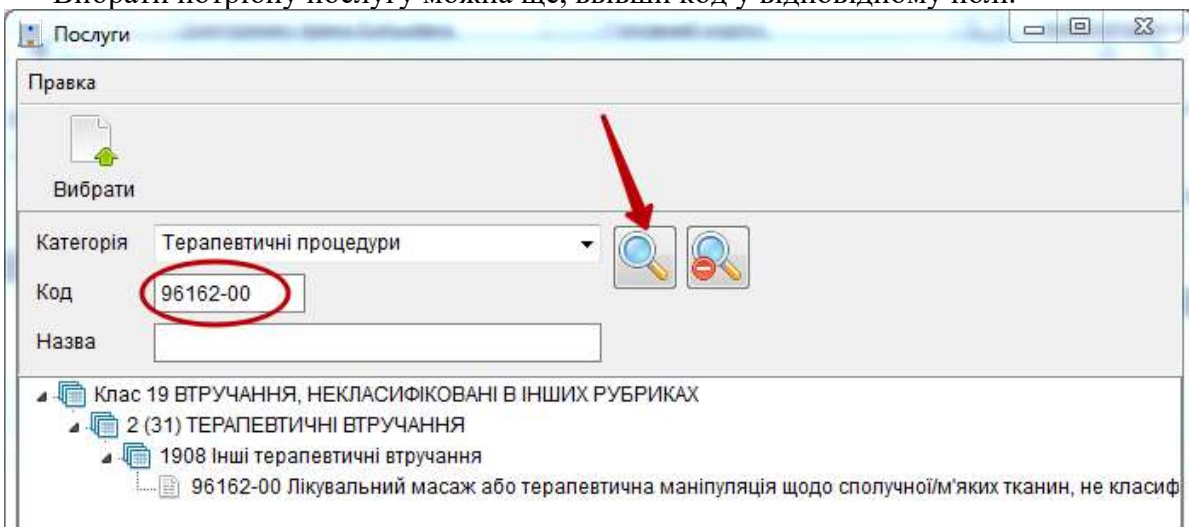


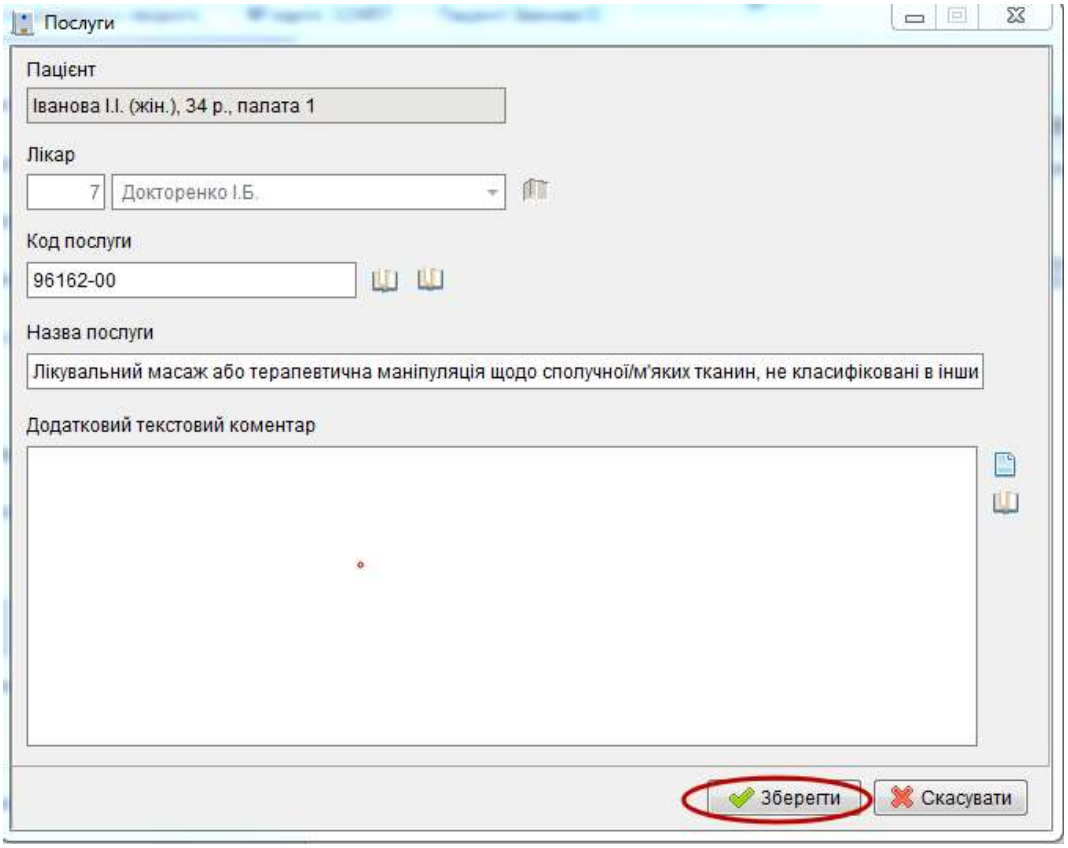
У вікні, що відкрилось обрати категорію та натиснути кнопку .



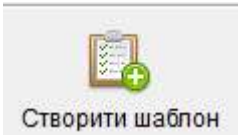
Відфільтрується перелік послуг відповідно категорії, обрати потрібну і натиснути **«Вибрати»**.

Вибрати потрібну послугу можна ще, ввівши код у відповідному полі.

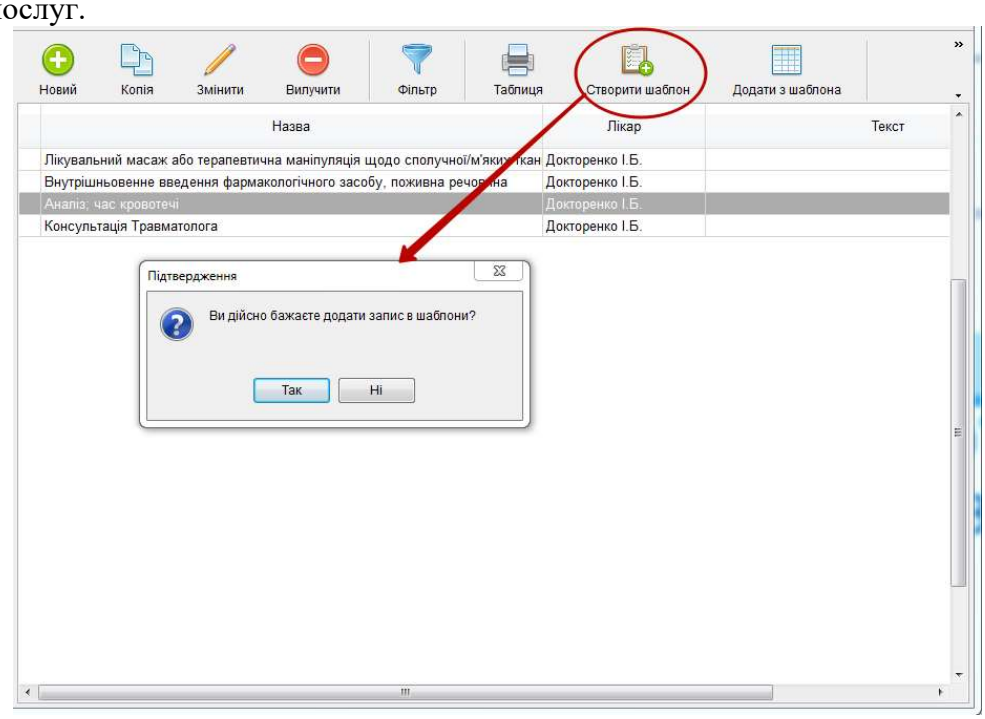


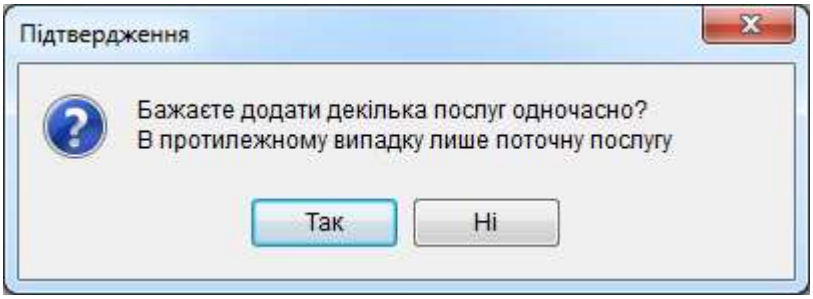


Таким чином, додати всі послуги, які були надані за період госпіталізації.

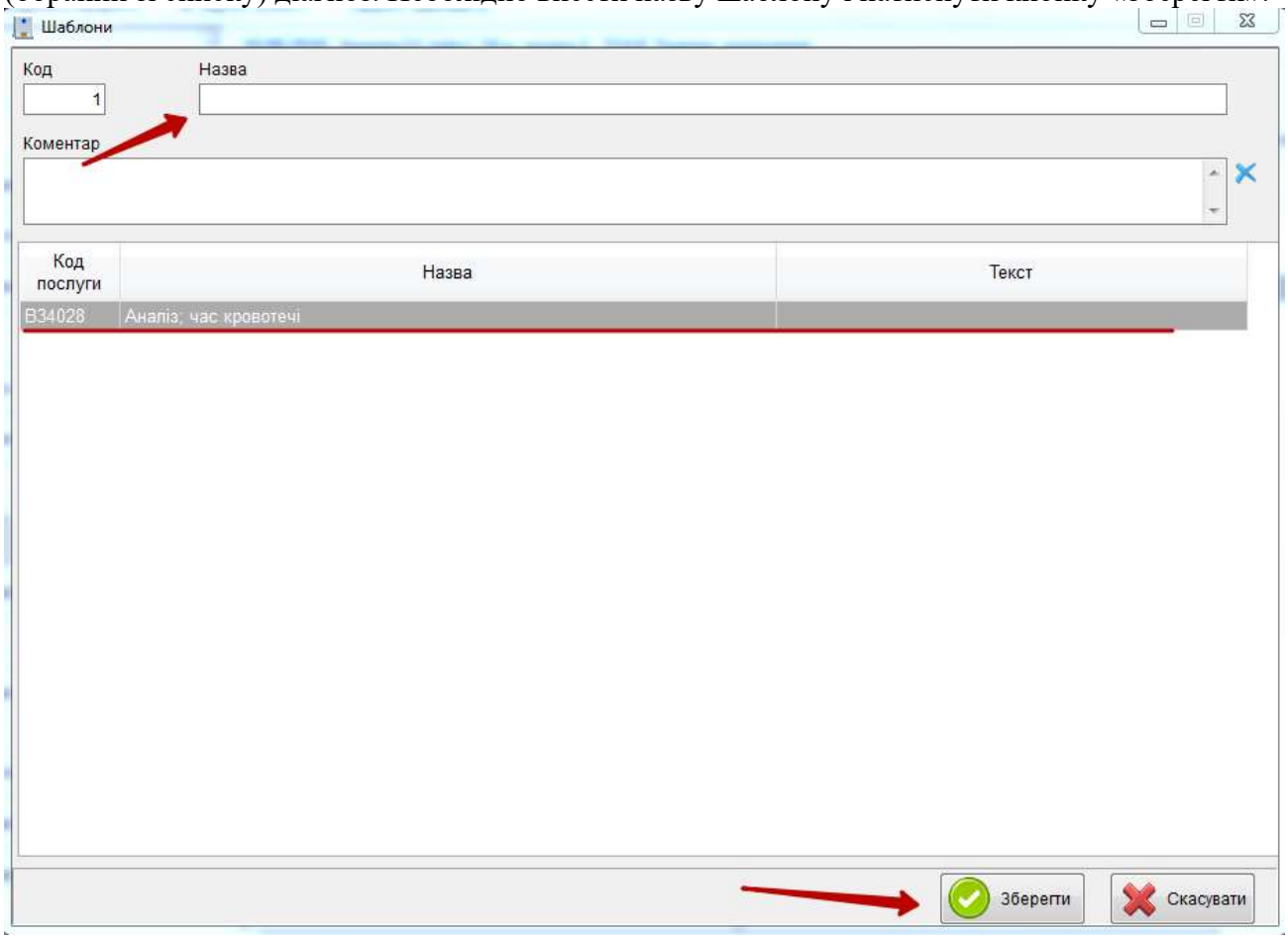


- дає можливість створити шаблон на послуги або групу послуг. Можна створити шаблон на один запис (обраний зі списку) чи на всі записи, які присутні в переліку послуг.

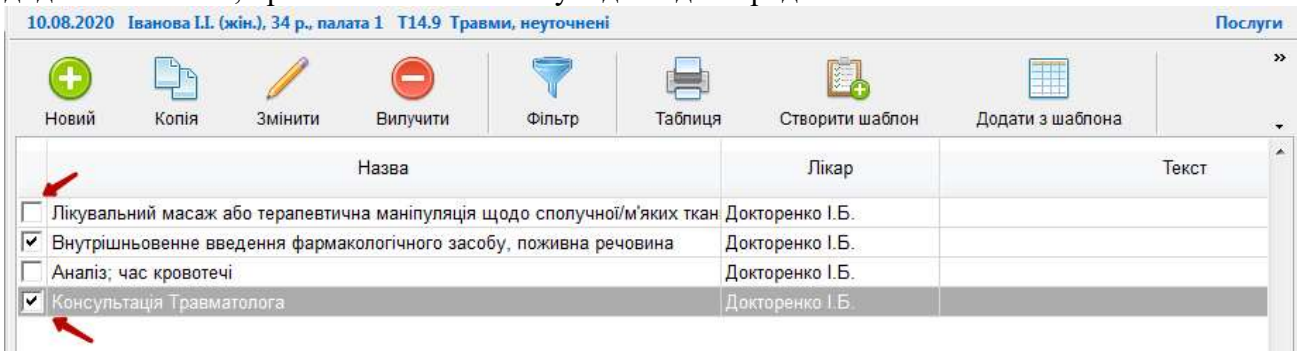




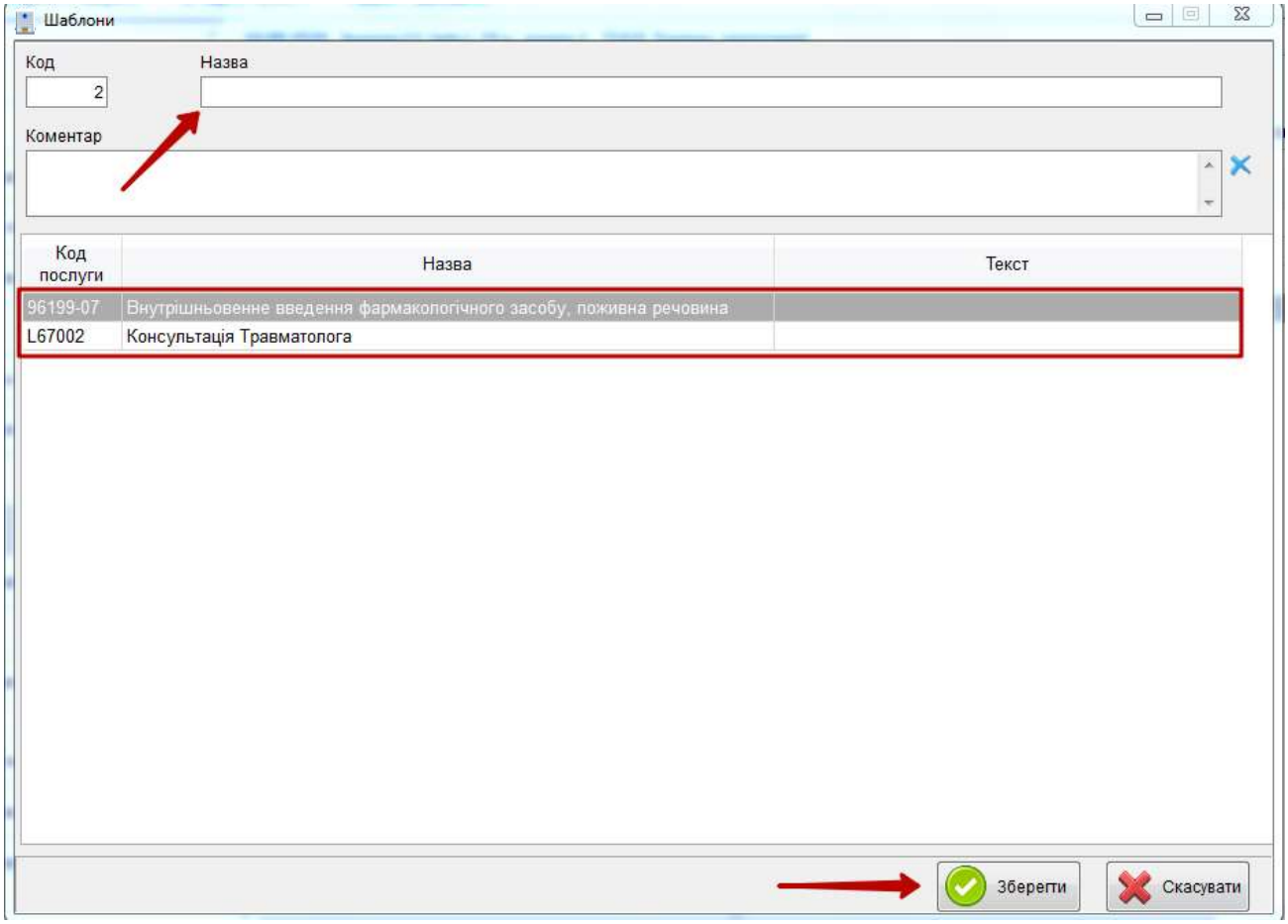
У випадку негативної відповіді, відкриється вікно шаблону і з внесеним одним (обраний зі списку) діагноз. Необхідно внести назву шаблону і натиснути кнопку «Зберегти».



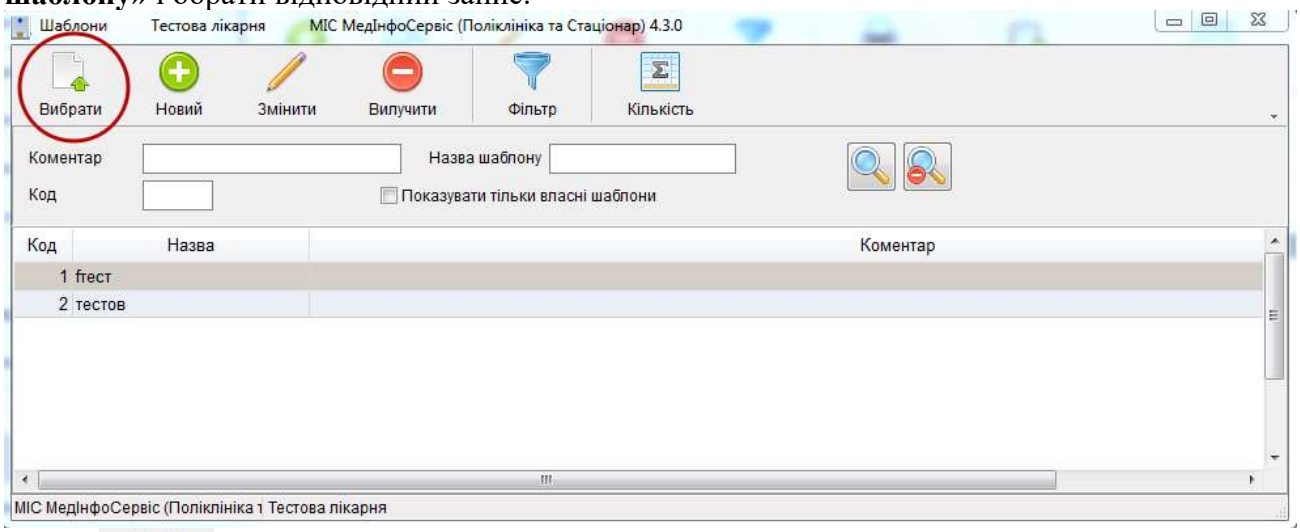
У разі позитивної відповіді, буде можливість обрати, які саме діагнози бажаєте додати в шаблон, проставивши галочки у відповідних рядках.



Потім необхідно знову натиснути кнопку **«Створити шаблон»,** після чого відкриється вікно шаблону із переліком внесених діагнозів. Вносимо назву шаблону і натискаємо **«Зберегти».**



Для того, щоб використати створені шаблони, слід натиснути кнопку **«Додати із шаблону»** і обрати відповідний запис.

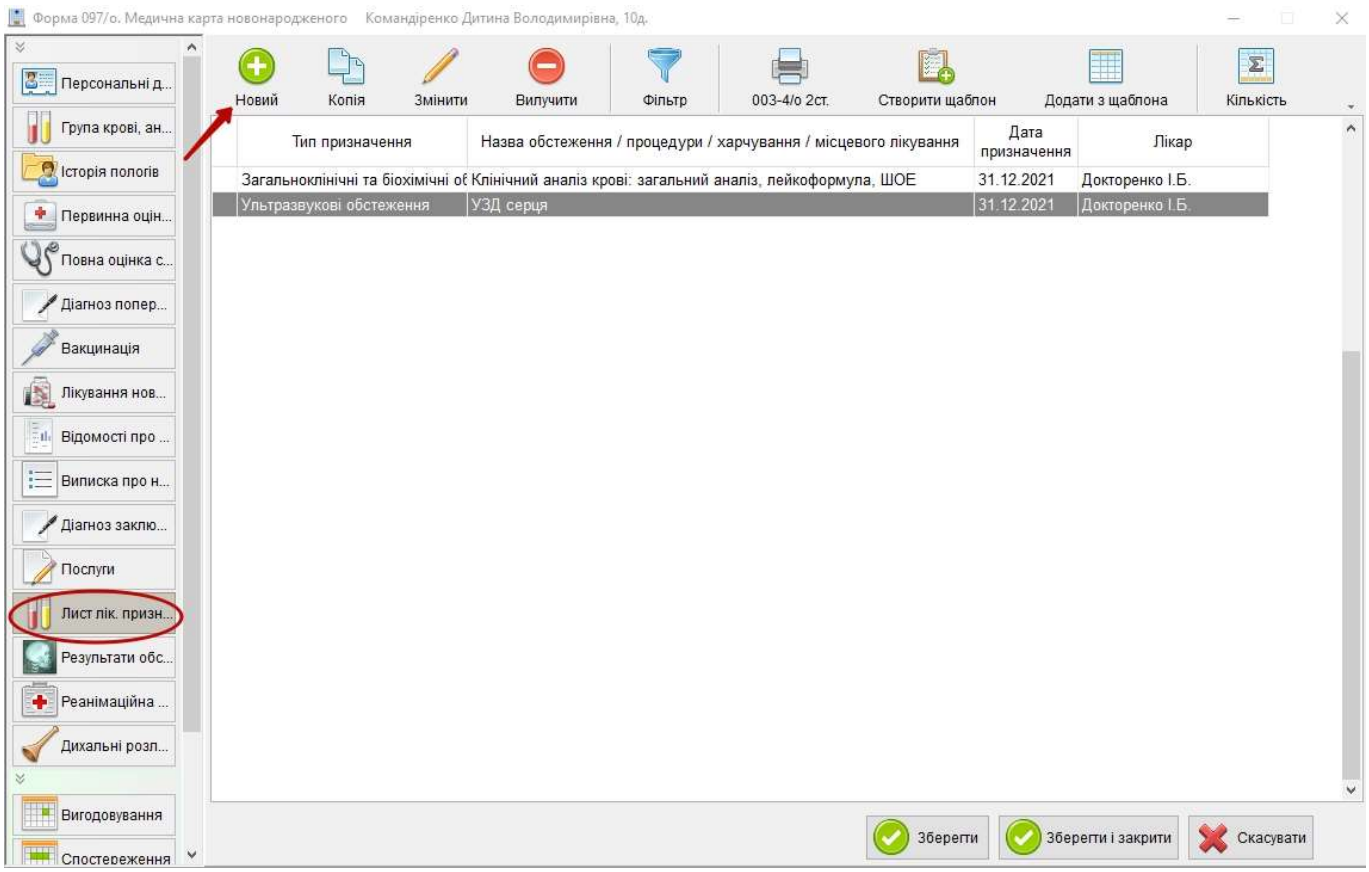


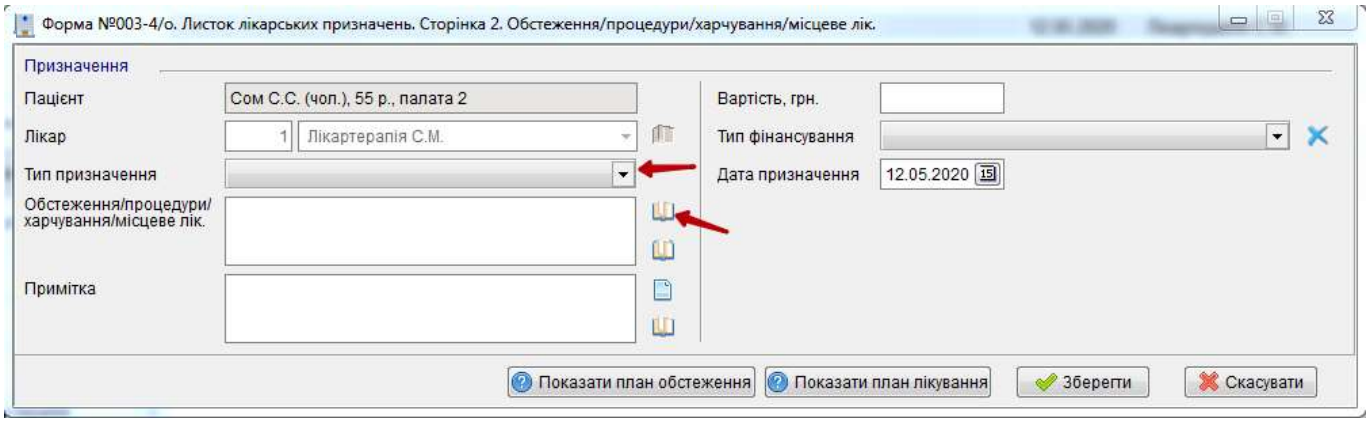
- формує список записів в документ Excel або в LibreOffice Calc, та в залежності від налаштувань в фільтраційній панелі

Листок лікарських призначень - стор.2

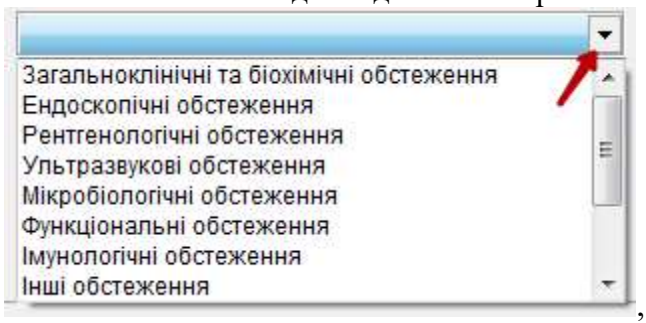
Форма № 003-4/о є основним обліковим документом, що призначається для реєстрації режиму перебування хворого в стаціонарі, призначеного йому дієтичного харчування, методів обстеження, медикаментозного лікування, фізіотерапевтичних та психотерапевтичних процедур.

Сторінка 2 – відмічається призначення йому дієтичного харчування, методів обстеження, фізіотерапевтичних та інших обстежень пацієнта. Кожне призначений вноситься лікарем, за допомогою кнопки **«Новий»**





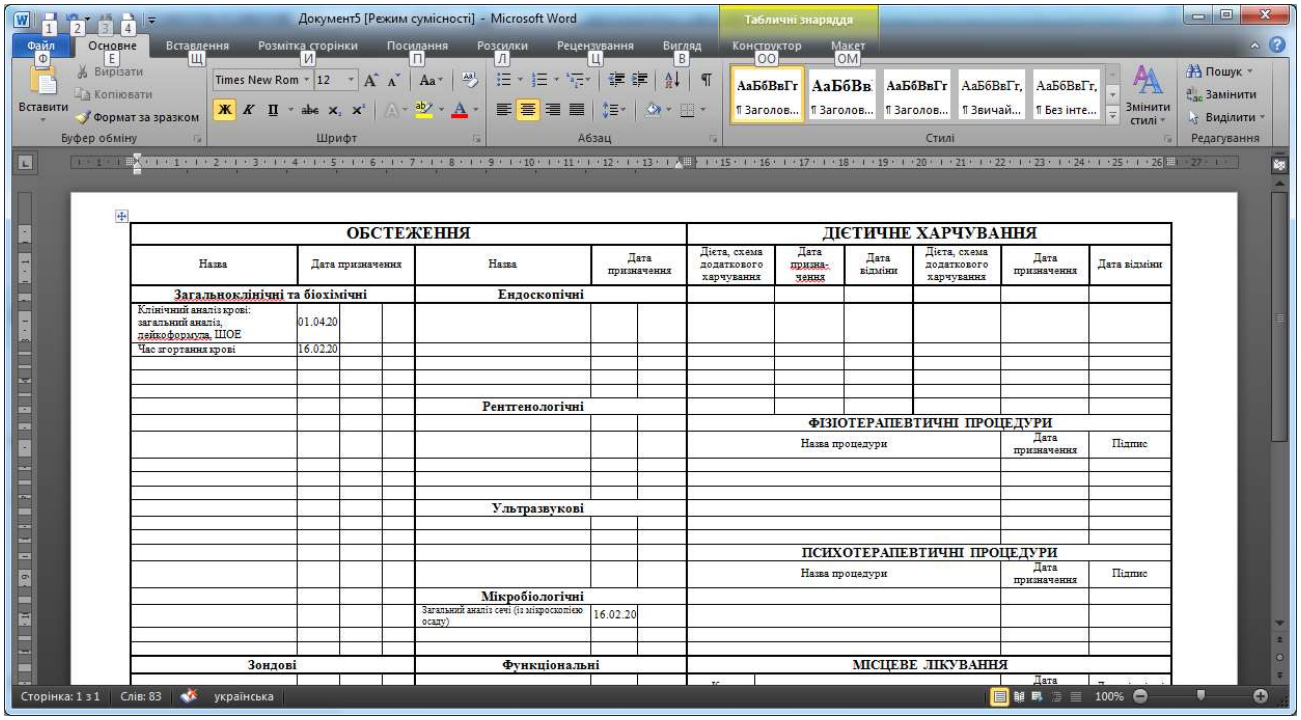
У вікні необхідно відмітити потрібний тип призначення зі списку



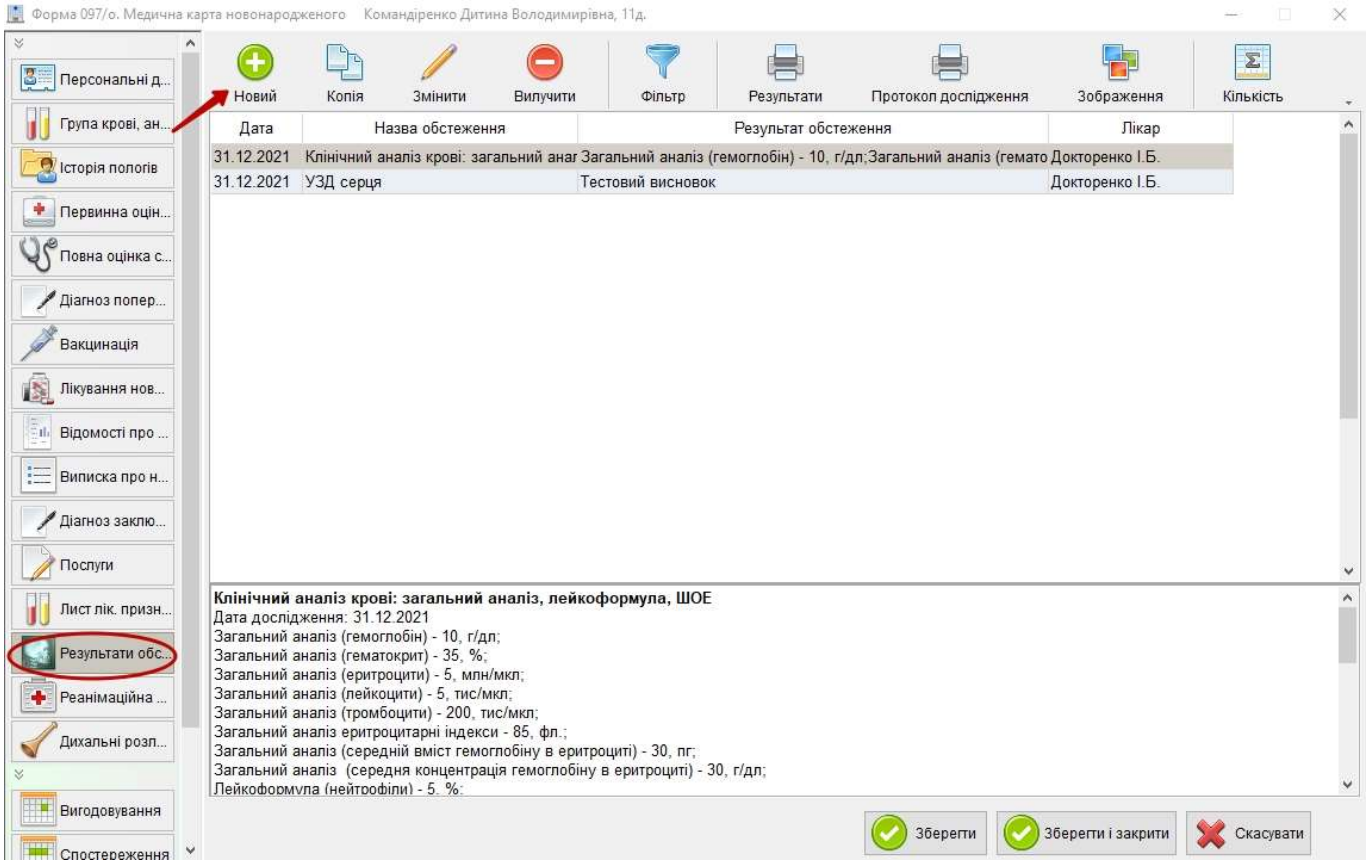
, а в наступному полі, відповідно вказаному типу, вибрати, яке саме обстеження/процедура/ харчування із довідника (перша 📖) або вибрати із шаблону (друга 📖)

.

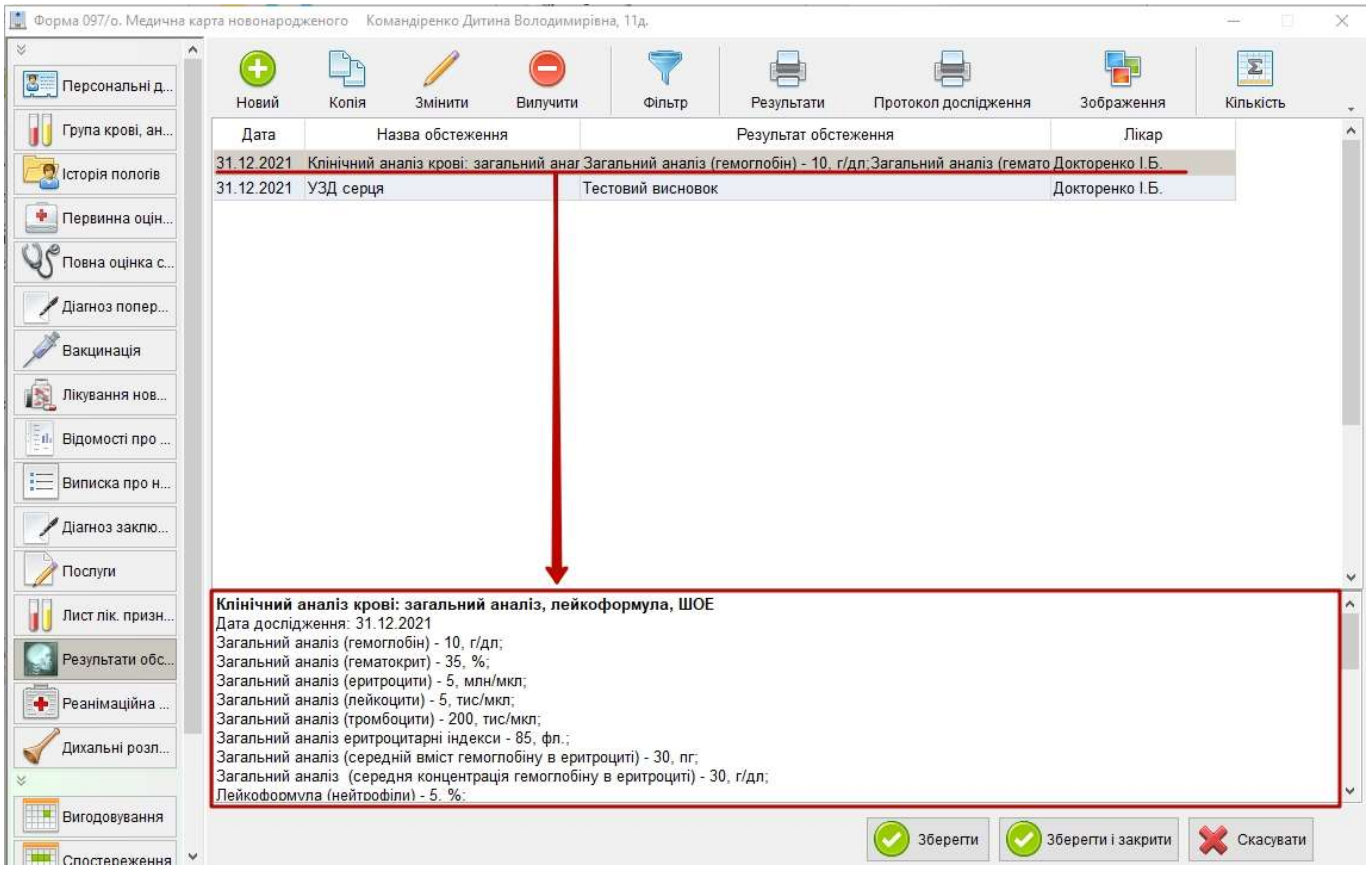
- дає можливість сформувати форму для друку в документ Word або LibreOffice Writer



Результати обстежень

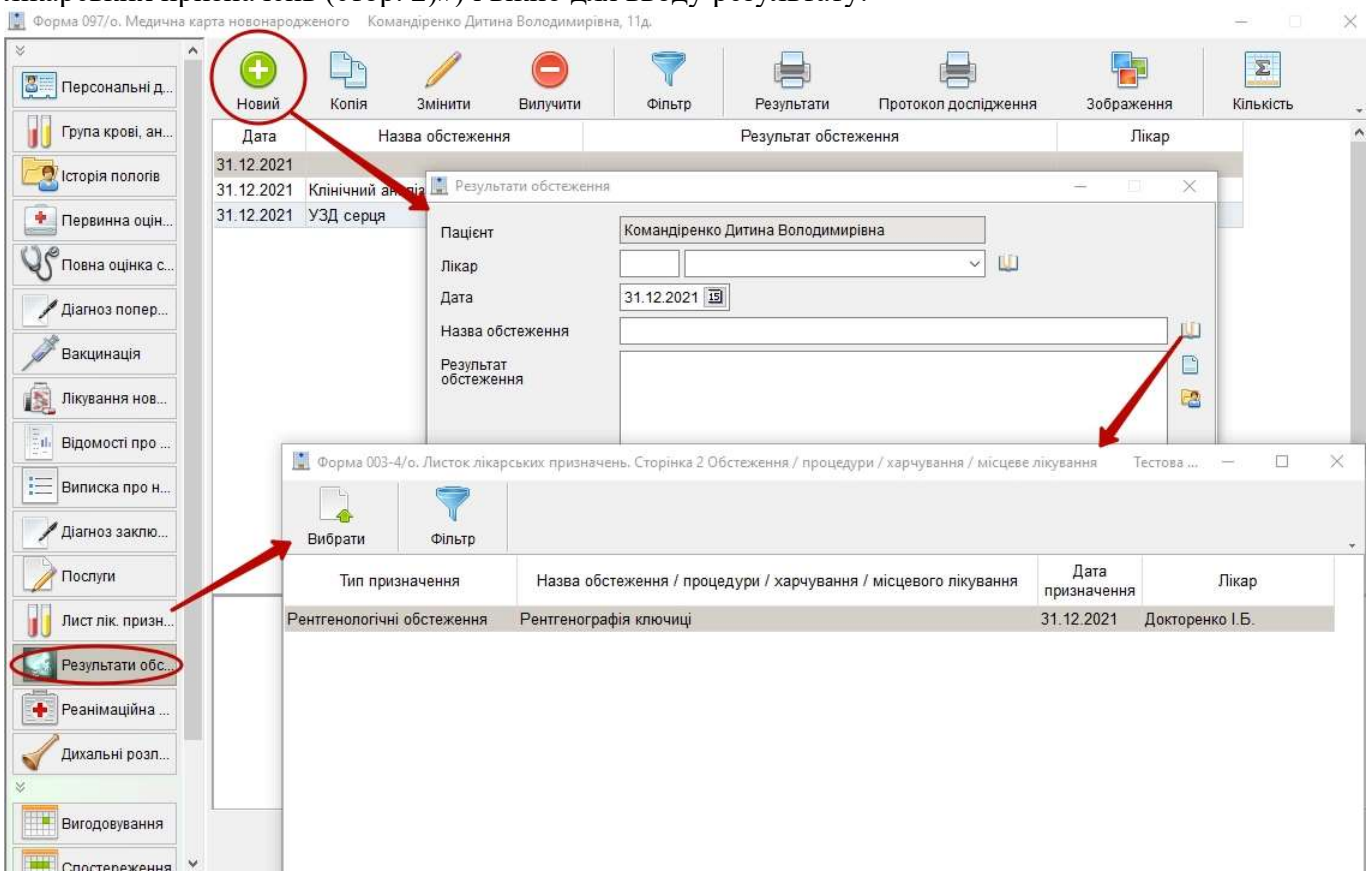


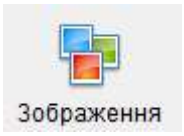
В даній закладці автоматично відмічаються/відображаються результати обстежень, які були виконані в таких модулях, як «Лабораторія», «Кабінет функціональних досліджень», «Кабінет ендоскопічних досліджень», «Кабінет рентгенологічних, флюорографічних досліджень та МРТ» та «Кабінет ультразвукової діагностики».



В нижній частині вікна відображається результат обраного зі списку дослідження.

Також є можливість внести вручну результати. Для цього необхідно натиснути «Новий» із верхнього меню, таким чином з’явиться вікно для внесення/вибору назви обстеження (вибирається із форми первинної облікової документації № 003-4/о «Листок лікарських призначень (стор. 2)») і вікно для вводу результату.

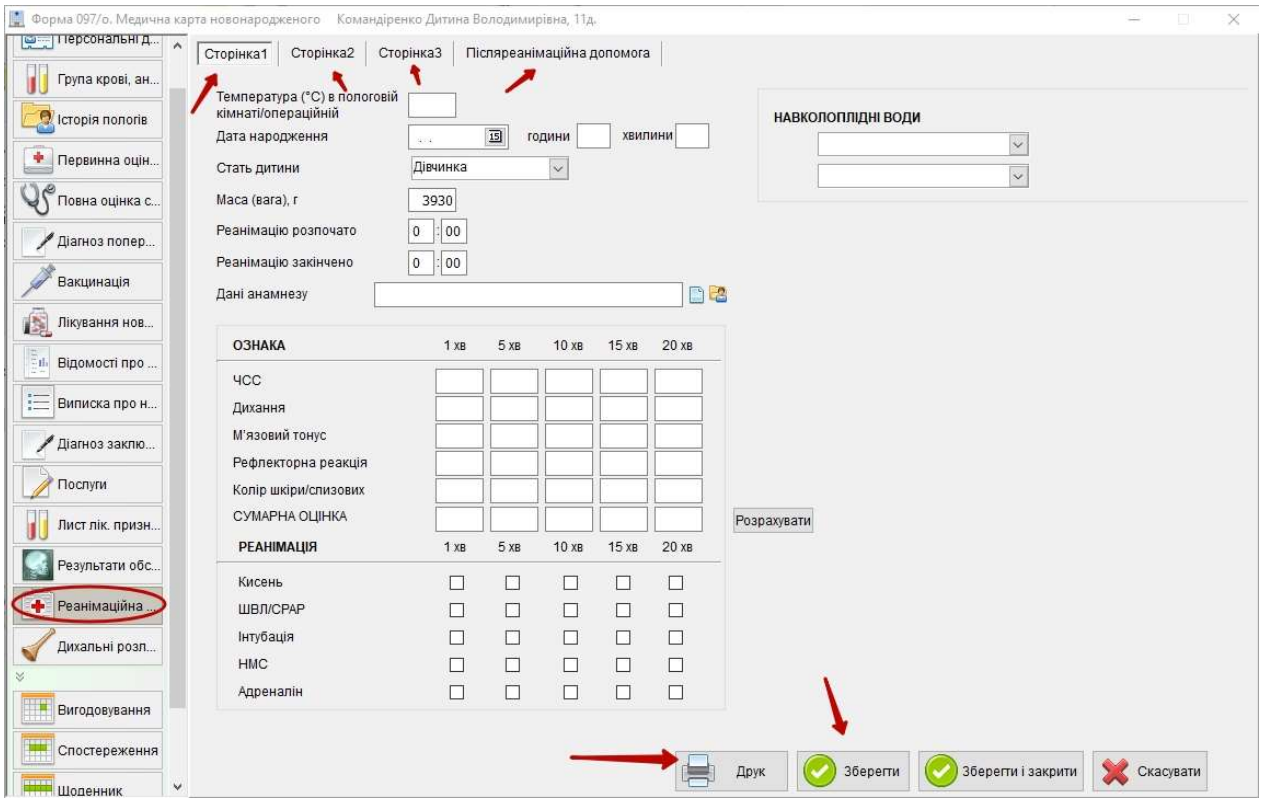




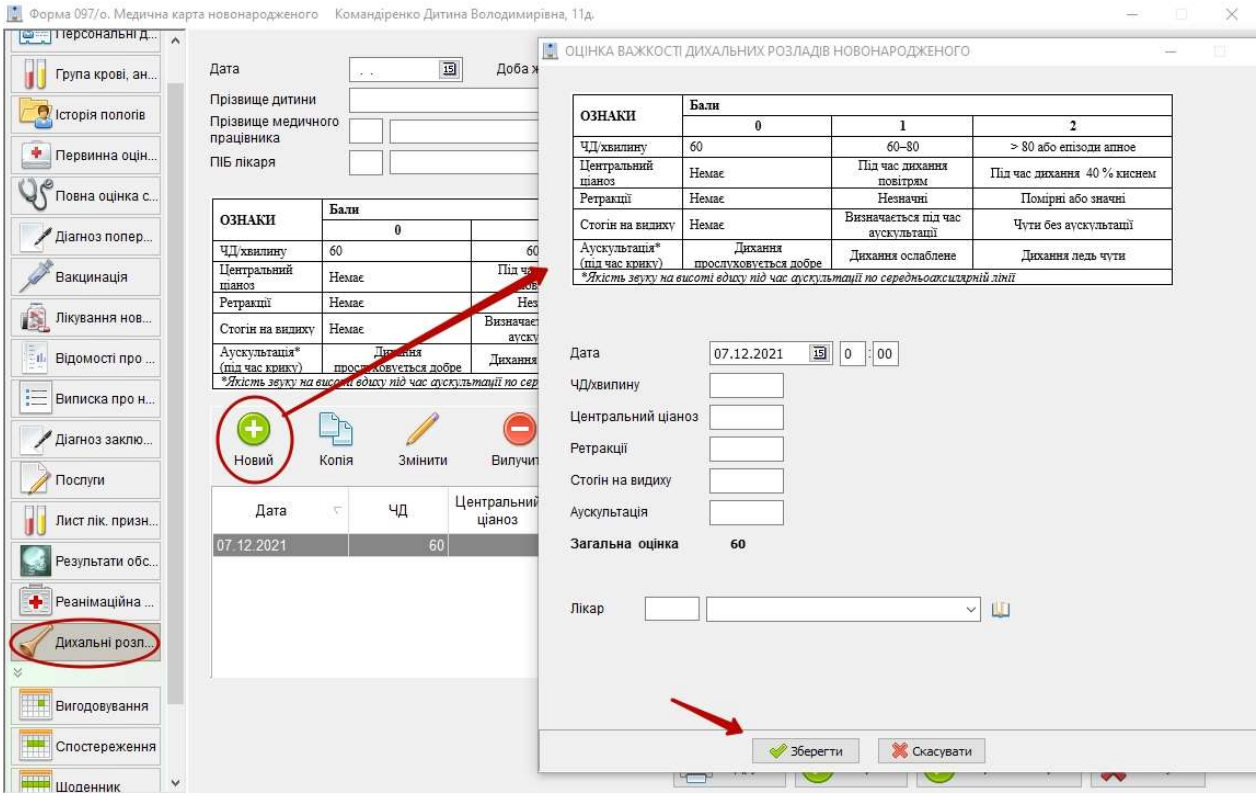
- відображає зображення, завантажені лікарями в кабінетах програми МІС.

- сформує результат обраного з переліку дослідження в документ Word або LibreOffice Writer

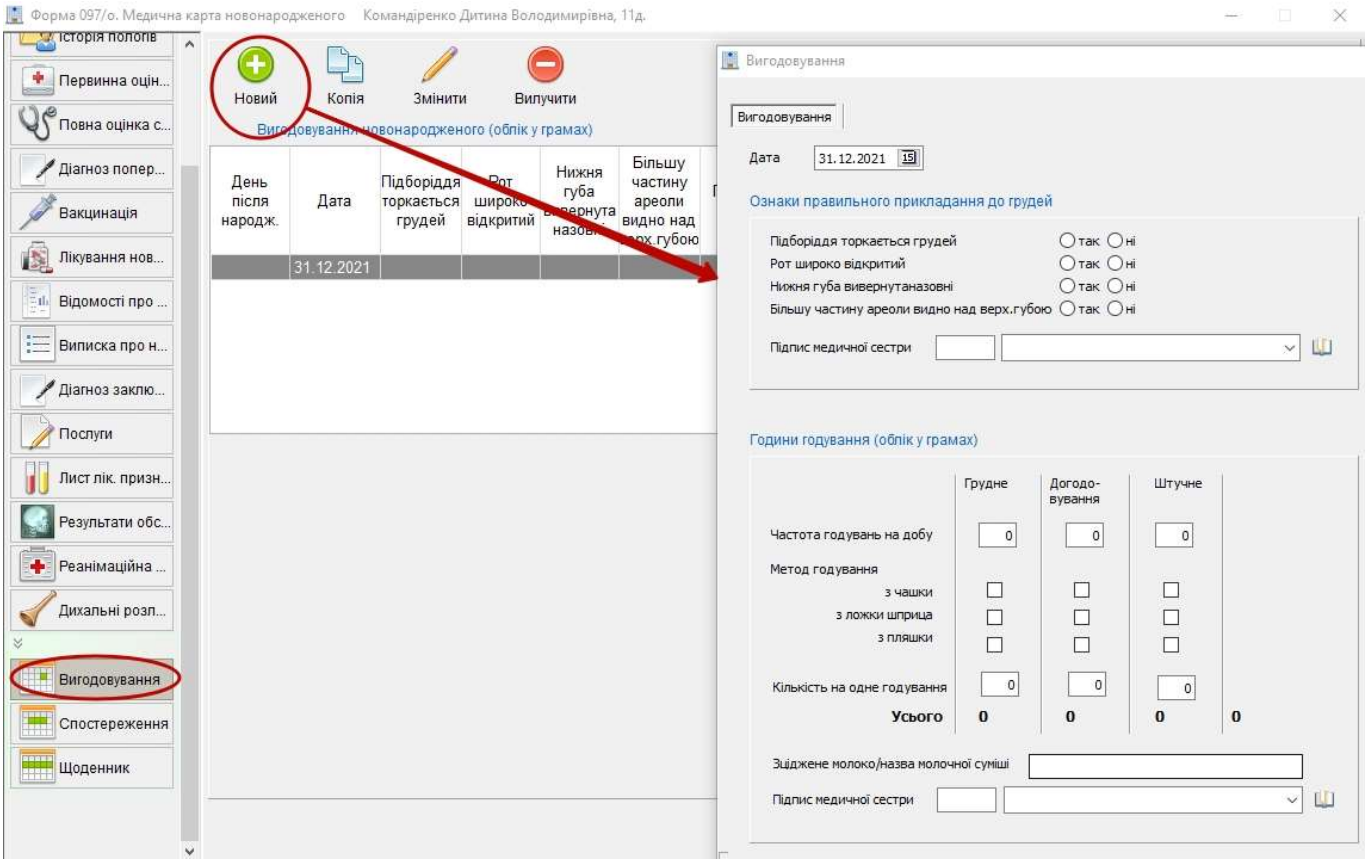
Реанімаційна допомога



Дихальні розлади

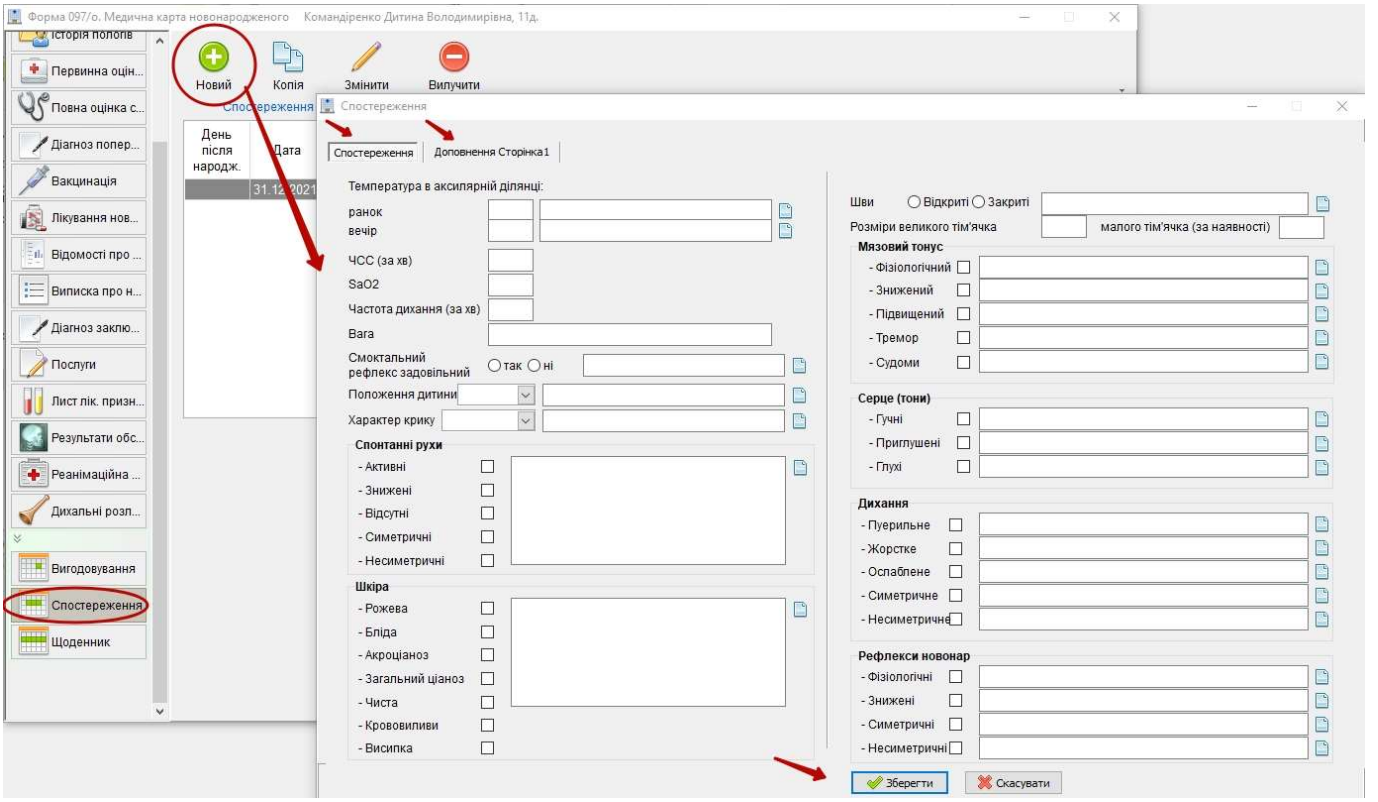


Вигодовування



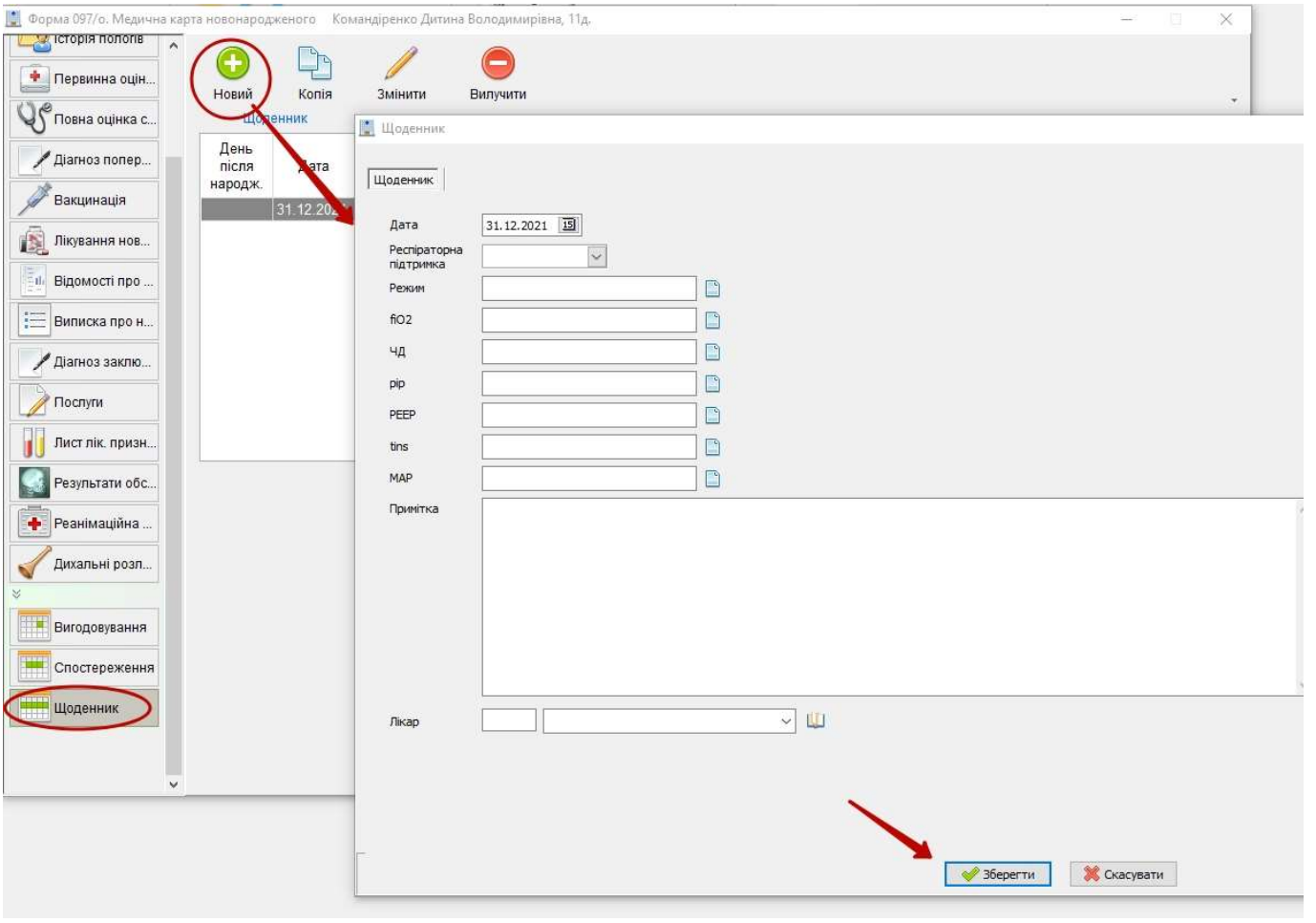
Зазначаються результати щоденного контролю за вигодовуванням новонародженого.

Спостереження



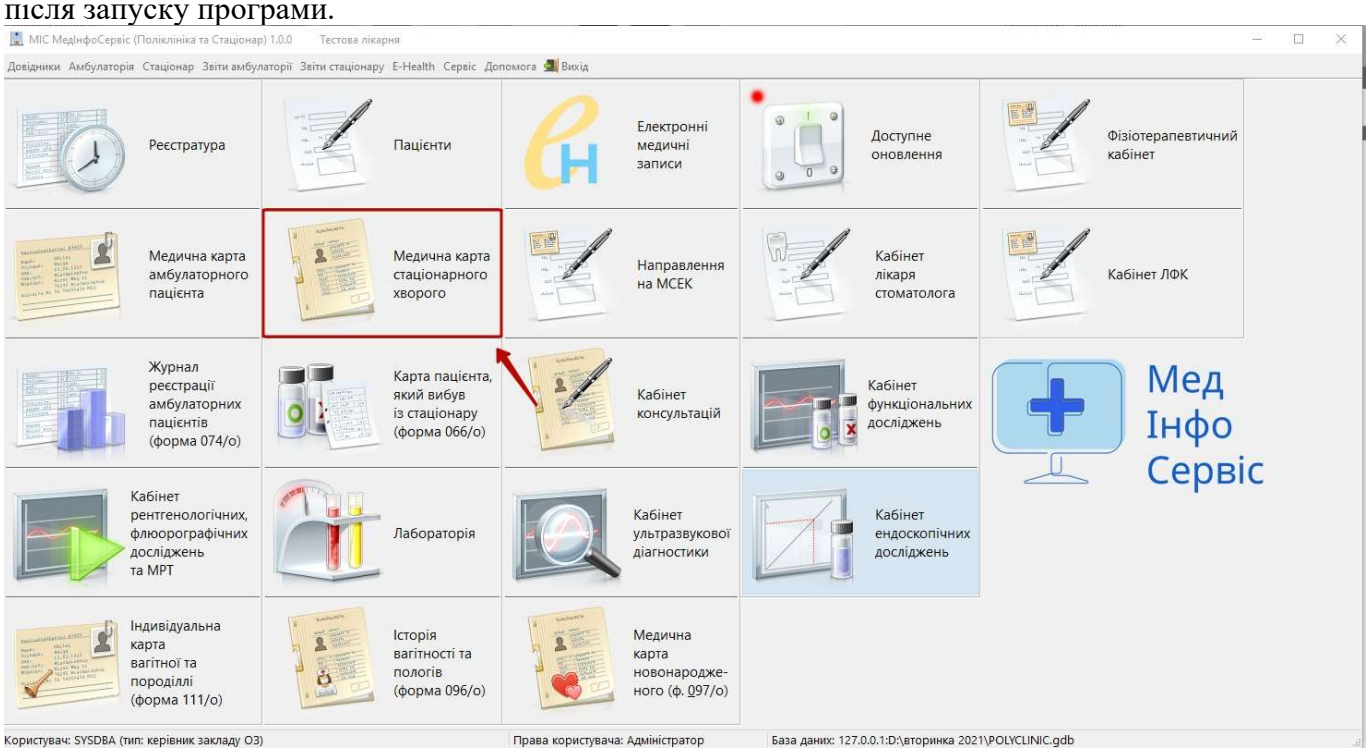
Зазначаються результати щоденного спостереження.

Щоденник



11.8 Форма 003/о «Медична карта стаціонарного хворого»

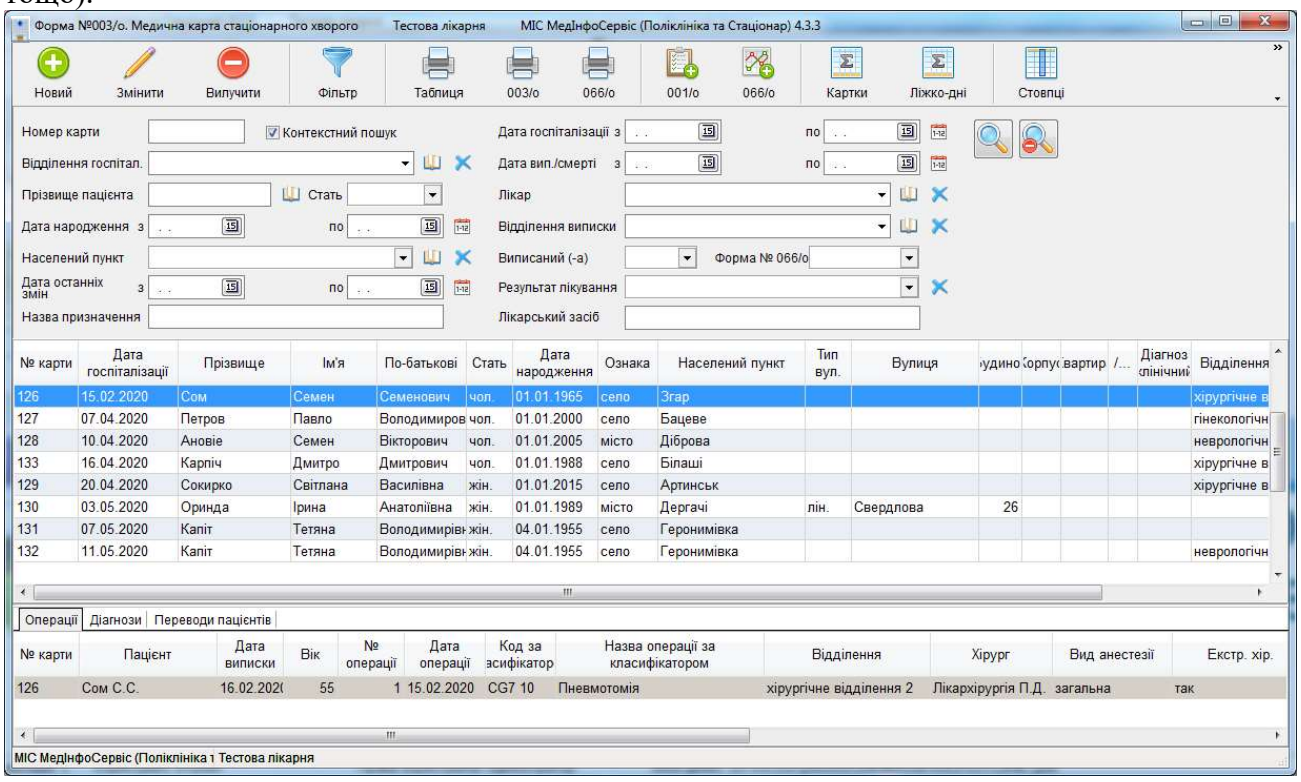
Для зручності даний модуль розміщено на головному вікні програми, яке з’являється після запуску програми.



Медична карта стаціонарного хворого є основним медичним документом, що заповнюється на кожного хворого, який поступає на стаціонарне медичне лікування, та заповнюється в усіх закладах охорони здоров’я, які надають стаціонарну допомогу, та санаторіях.

Містить всі дані щодо стану хворого протягом усього періоду перебування в стаціонарі, організації та проведення лікування, а також дані об’єктивних, функціональних, рентгенологічних, лабораторних та інших методів обстежень.

Ведеться з метою контролю належної організації лікувально-діагностичного процесу та використовується для надання матеріалів за запитами (правоохоронних органів, суду тощо).

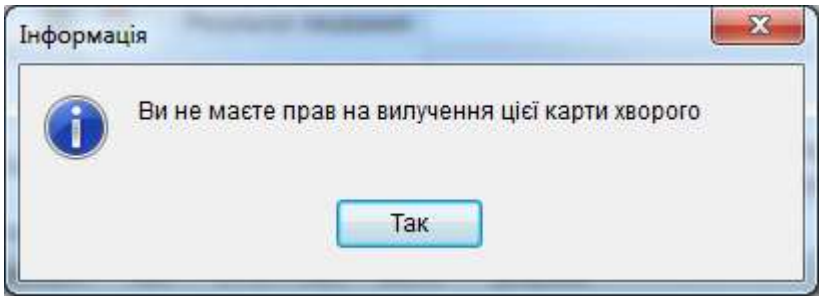


Розглянемо основні пункти меню для роботи з картками:

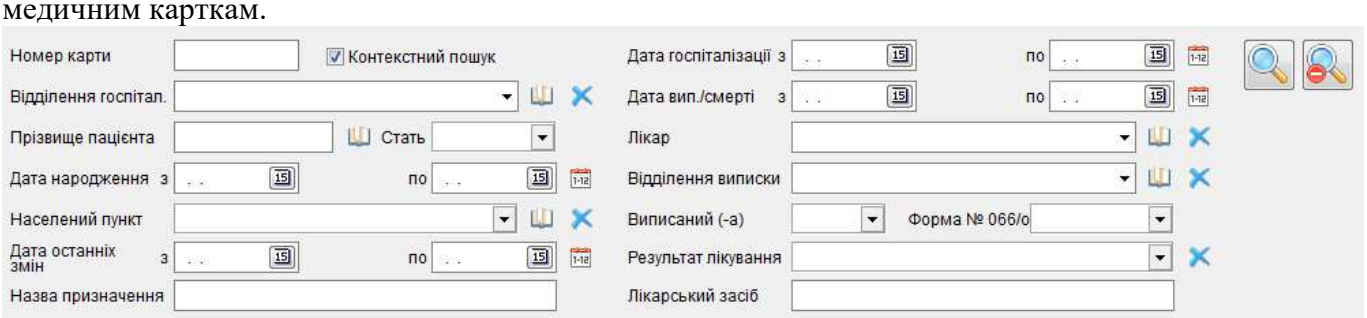
«Новий» - форма для створення медичної карти стаціонарного хворого (003/о);

«Змінити» - відкривається картка пацієнта, що була виділена в списку, для внесення змін;

«Вилучити» - видаляє запис, але тільки адміністратор (користувач SYSDBA) має на це право ;



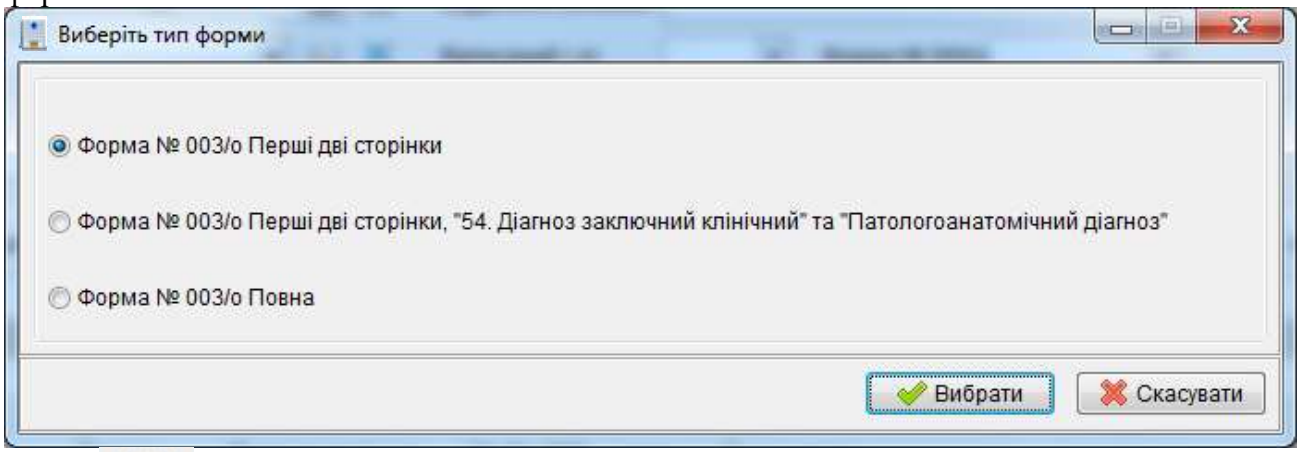
«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по медичним карткам.



Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

- формує список карток в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми;

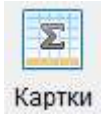
- друк форми 003/о для виділеної карточки в списку. Є три варіанта для друку форми:



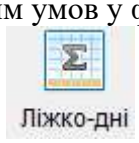
- друк бланку форми 066/о «Карта пацієнта, який вибув із стаціонару, № __ «для виділеної карточки пацієнта;

- створити запис по даному пацієнту в форму 001/о «Журнал обліку прийому хворих у стаціонар та відмов у госпіталізації»;

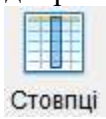
- створення карток форми 066/о на основі відібраного списку форм 003/о. Створяться ті записи карток, для яких в (формі 003/о) картці стаціонарного хворого, внесена дата виписки/смерті;



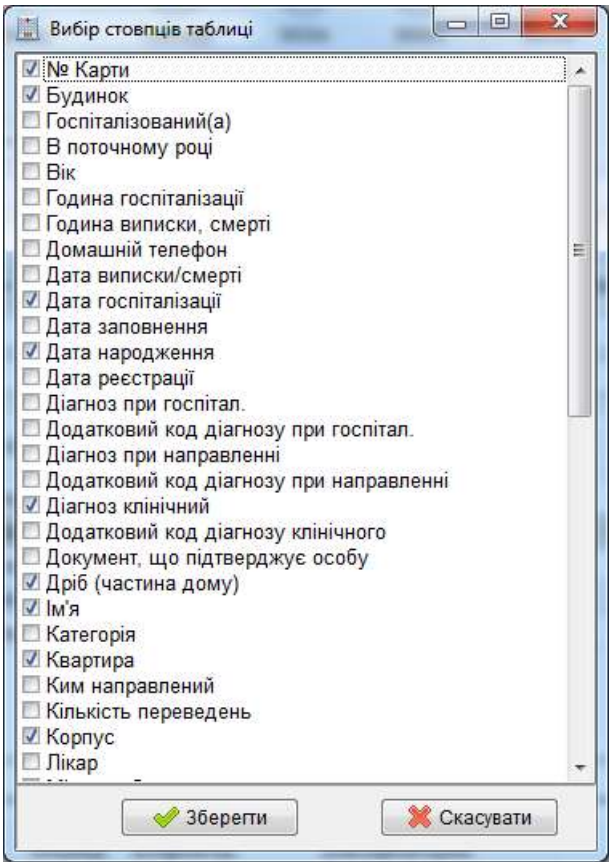
- розрахунок кількість карток в списку. Якщо відфільтрувати записи за допомогою умов фільтру і натиснути «Картки», то порахується кількість карток відповідно заданим умов у фільтраційній панелі;



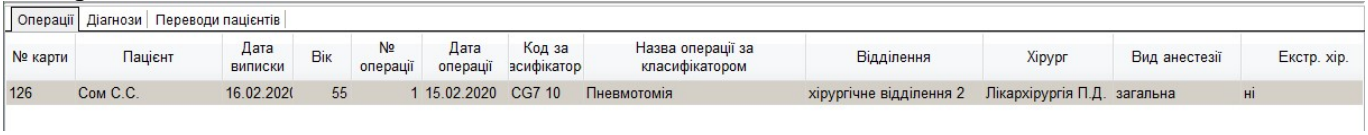
- розрахунок загальної кількості проведених ліжко-днів пацієнтів, картки яких присутні в списку. Відповідно, якщо відфільтрувати картки за допомогою умов фільтру – то порахується загальна кількість проведених ліжко-днів тільки по тим пацієнтам, картки яких відображатимуться в списку;



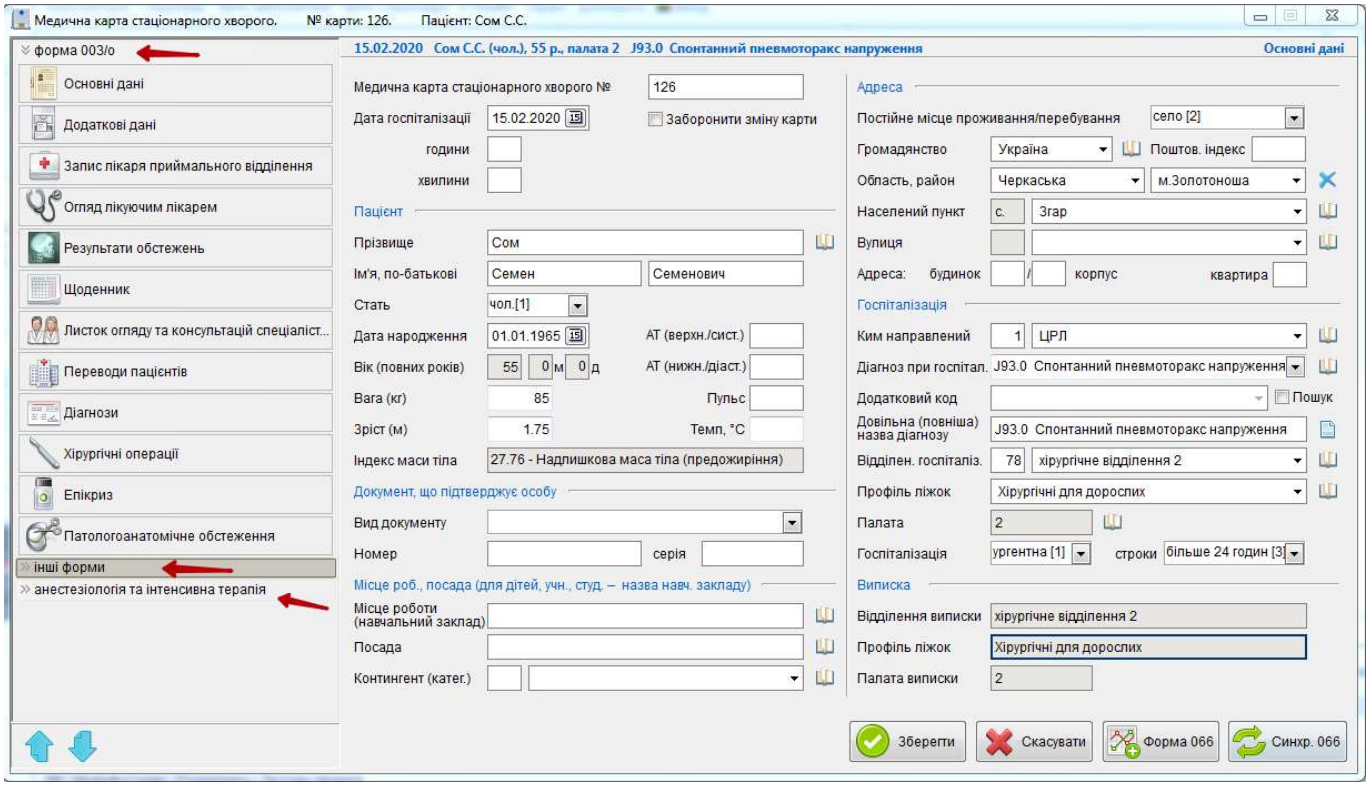
- меню вибору стовпців таблиці для відображення даних із картки пацієнта. Достатньо поставити відмітки напроти пункту зі списку і зберегти, щоб відобразились дані в списку пацієнтів чи навпаки.



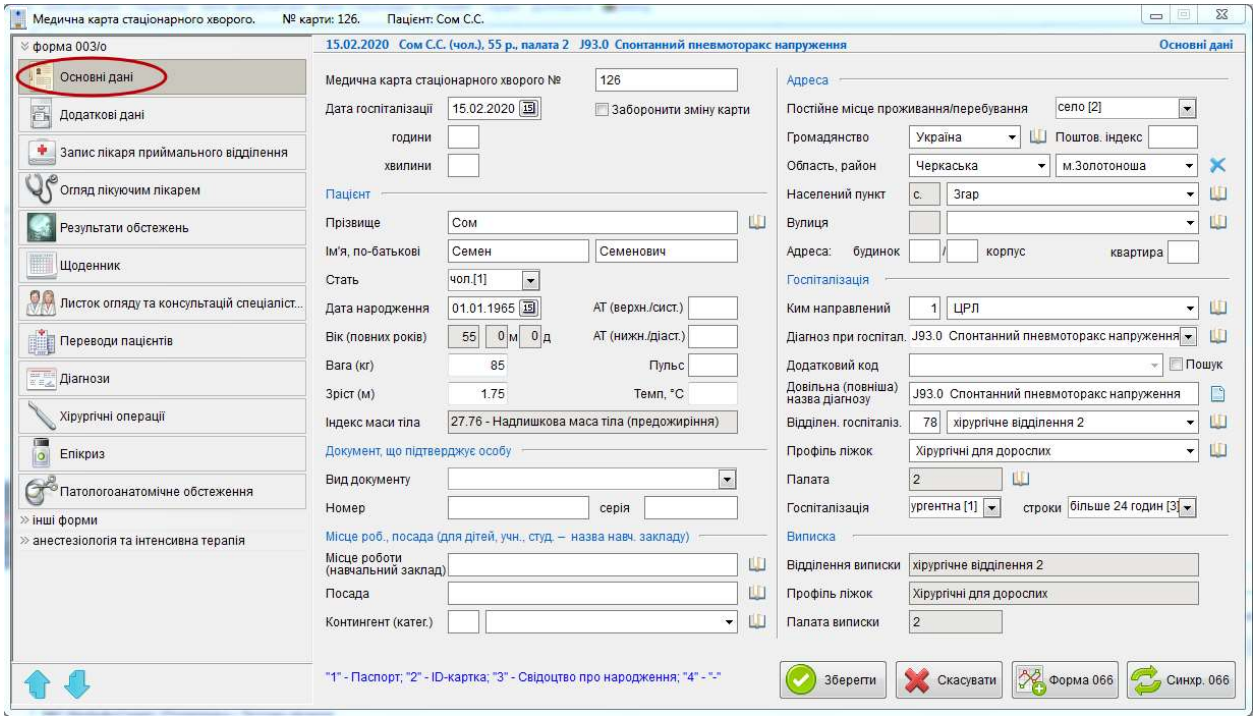
У нижній частині вікна відображається таблиця записів, відповідно карточці обраного пацієнта зі списку – для швидкого перегляду всіх проведених хірургічних операцій, діагнозів чи переведень.



Медична карта стаціонарного хворого складається із трьох частин : **«форма 003/о»**, **«інші форми»** та **«анестезіологія та інтенсивна терапія»**. При переході від однієї закладки до іншої, дані автоматично зберігаються.

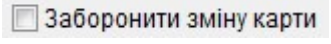


Основні дані



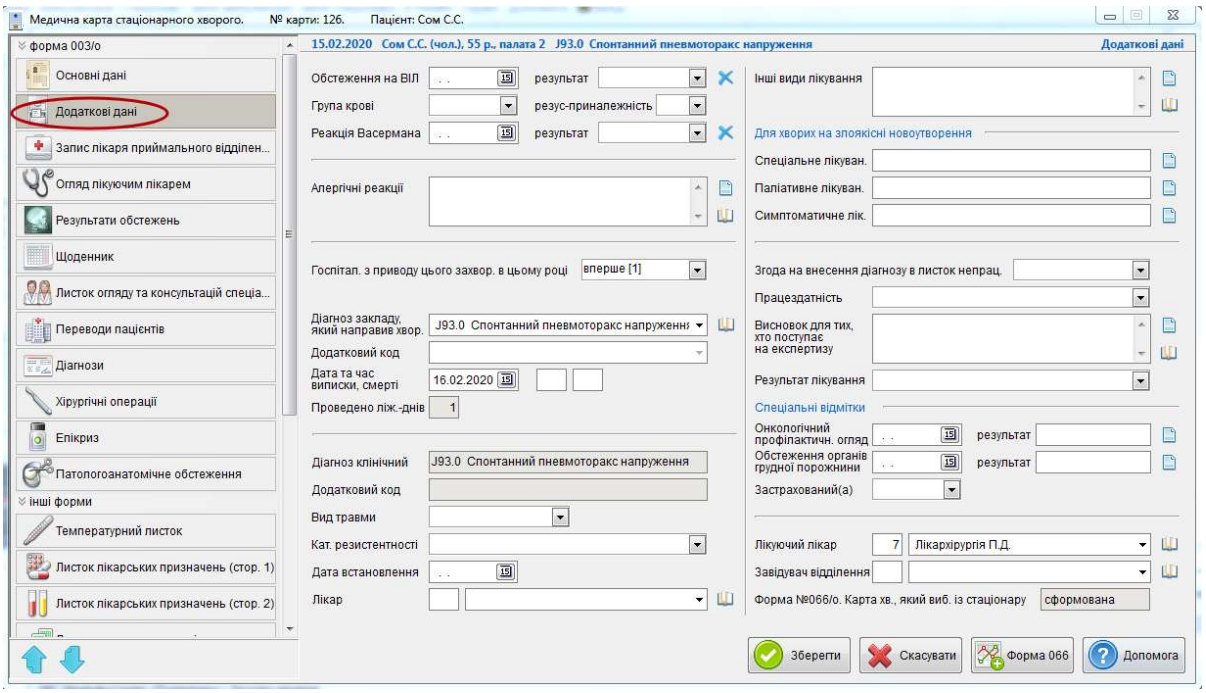
Зазначаються номер медичної карти, дані про пацієнта (дата та час госпіталізації, прізвище, ім'я, по батькові хворого, стать, дата народження), назва та номер документа, що посвідчує особу; місце роботи, посада (для дітей, учнів, студентів - найменування навчального закладу, для інвалідів - вид і група інвалідності); постійне місце проживання/перебування (у разі якщо стаціонарним хворим є дитина, зазначається місце проживання її батьків або її законних представників); найменування та код закладу охорони здоров'я, який направляє хворого до стаціонару, діагноз при госпіталізації, відділення, профіль ліжок; вид госпіталізації: ургентна – 1, планова – 2.

Кнопка - дозволяє обрати дані із довідників.



- дає можливість поставити обмеження редагування картки після того, як пацієнта було виписано. Дана функція дозволена адміністратору та користувачеві, у якого «Тип персоналу» - «Статистик».

Додаткові дані



Зазначаються дата (число, місяць, рік) обстеження на ВІЛ-інфекцію, група крові хворого, резус-приналежність, дата (число, місяць, рік) проведення реакції Вассермана; містить інформацію щодо алергічних реакцій, гіперчутливості чи непереносимості лікарського засобу (вказуються назва лікарського засобу, характер побічної дії), вказується госпіталізація з приводу цього захворювання в цьому році: вперше - 1; повторно – 2; повторна госпіталізація з приводу цього захворювання до 30 днів після виписки; дата (число, місяць, рік) та час (година) виписки/смерті хворого; кількість проведених хворим у закладі охорони здоров'я ліжко-днів (день госпіталізації і день виписки/смерті рахуються як один день).

Далі відображається інформація щодо заключного клінічного діагнозу хворого при виписці/смерті (у випадку травми зазначається її вид: виробнича - 1; невиробнича - 2).

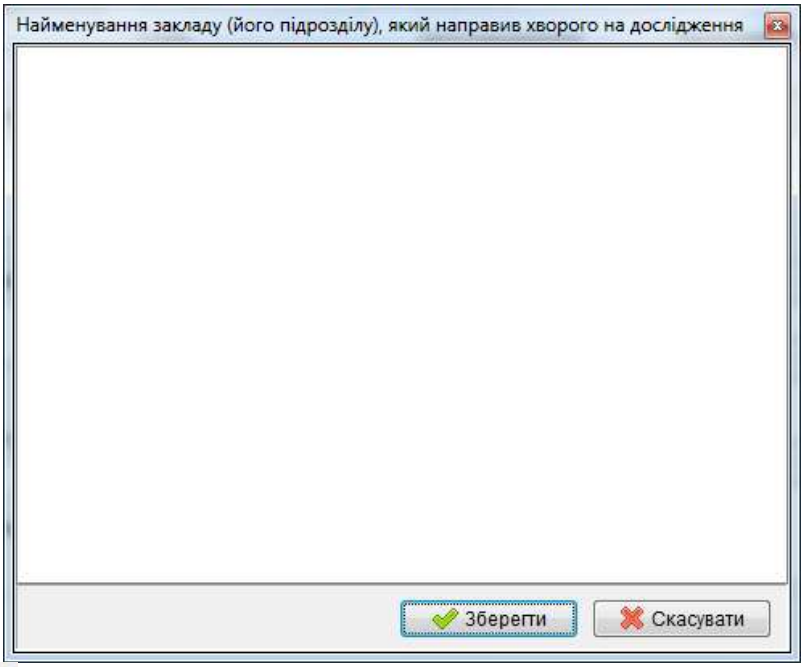
За наявності у хворого діагнозу активної форми туберкульозу (А15-А19, В90) необхідно вказати відповідну категорію резистентності. Цей підпункт є обов'язковим для протитуберкульозних закладів охорони здоров'я, а також вказується дату визначення і лікаря.

В додаткових даних також вказуються інші види медичного лікування для онкологічних хворих: спеціальне, паліативне, симптоматичне.

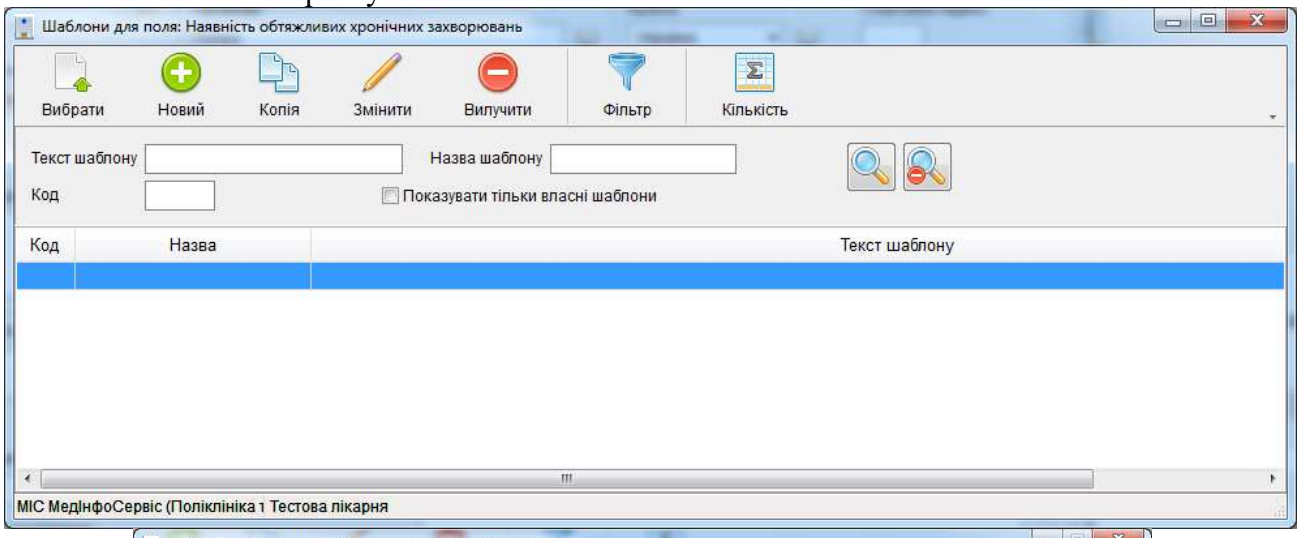
Зазначаються дані щодо тимчасової непрацездатності хворого, вказується висновок для хворих, які потребують проведення медико-соціальної експертизи, зазначається результат медичного лікування хворого: виписаний(а) з: одужанням - 1; поліпшенням - 2; погіршенням - 3; без змін - 4; помер(ла) - 5; переведений(а) до іншого закладу охорони здоров'я - 6; здоровий(а) – 7, дати (число, місяць, рік) проведення профілактичного медичного огляду на наявність злоякісного новоутворення (онкологічний профілактичний огляд) та профілактичного медичного обстеження органів грудної порожнини (огляду на виявлення туберкульозу) за період стаціонарного лікування, ставляться відмітки щодо страхування хворого – так або ні.

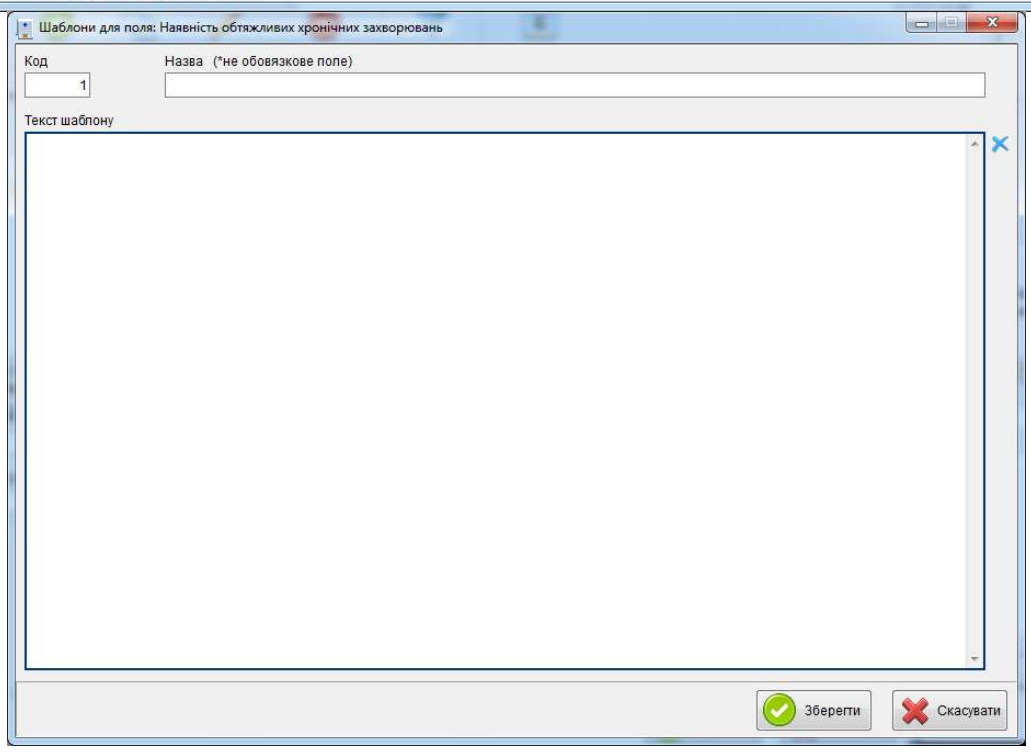
Всі записи здійснює лікуючий лікар, він зазначає свої прізвище, ім'я, по батькові, а також вказується завідувач відділення.

Кнопка , яка розташована біля деяких полів дає можливість ввести більше необхідної інформації:



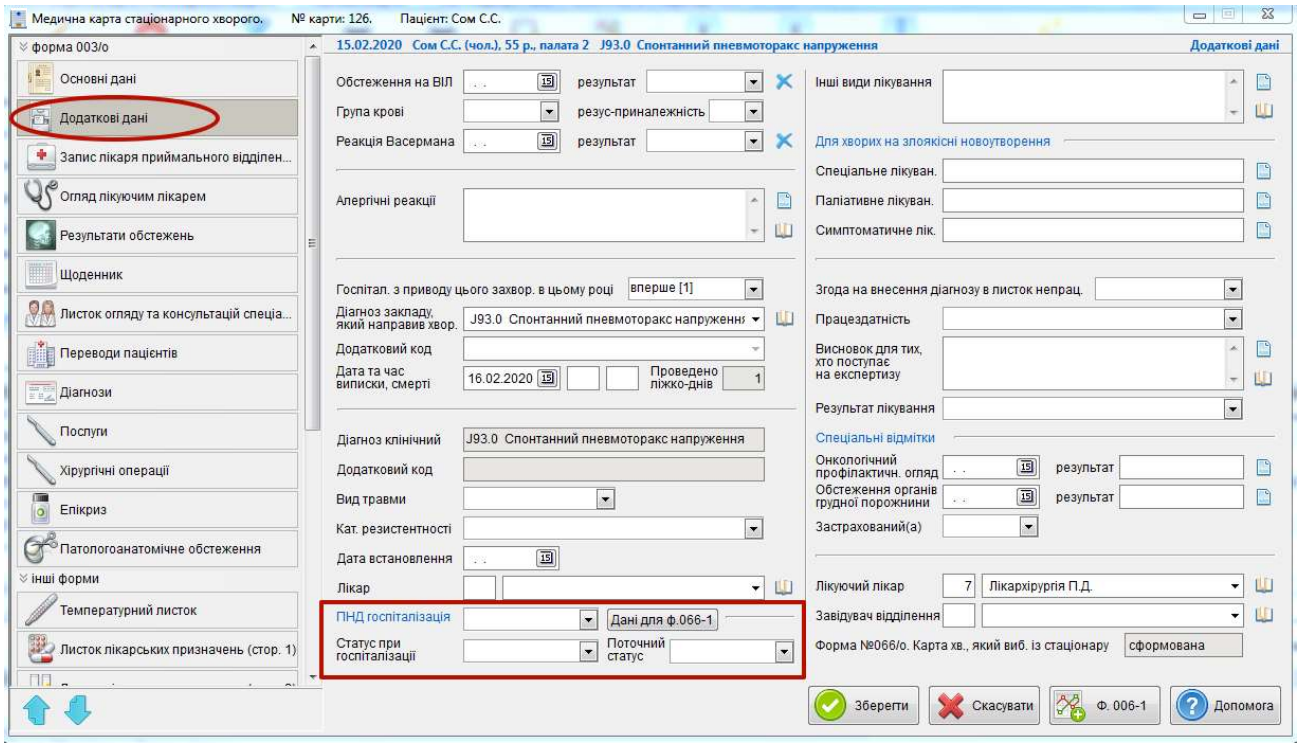
Кнопка біля одних полів дає можливість вибрати з готового довідника бази, а біля інших) - створити власні шаблони, якими найчастіше користуються в роботі. **«Показувати власні шаблони»** означає, що лікар буде бачити тільки ті шаблони, які він створив під своєю обліковим записом користувача.



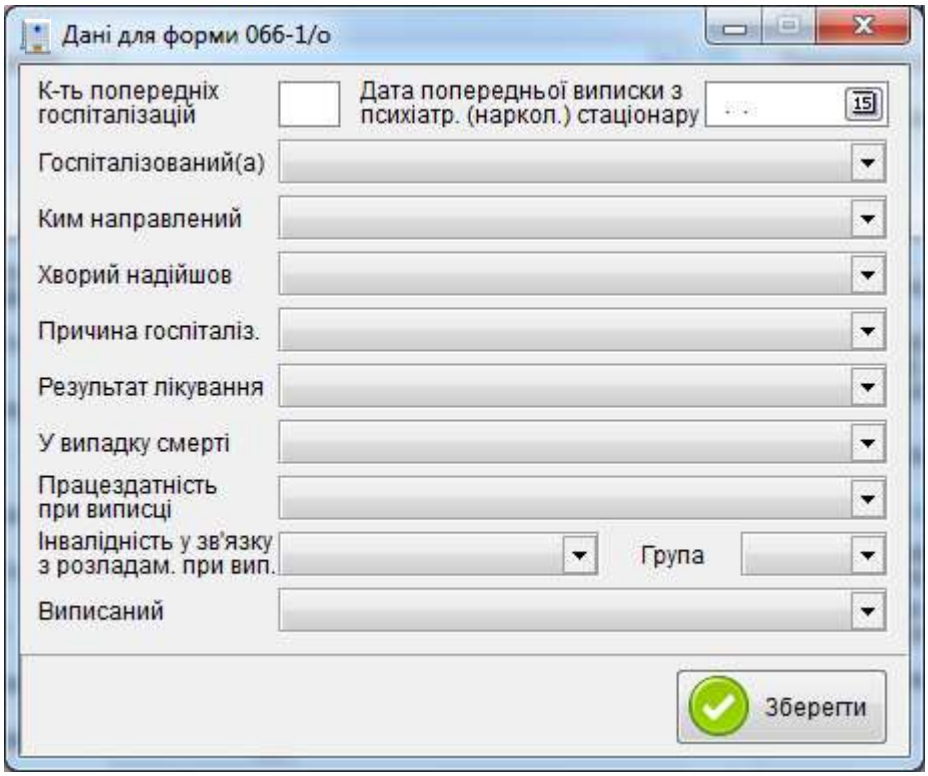


Зверніть увагу!

У випадку, коли в налаштуваннях програми, а саме в **Сервіс > Конфігурації >Загальні,** в полі **«Психоневрологічний диспансер»**, стоїть **«ТАК»**, то у вкладці «Додаткові дані» з'являються додаткові поля, що стосуються саме пацієнтів закладу з таким профілем.



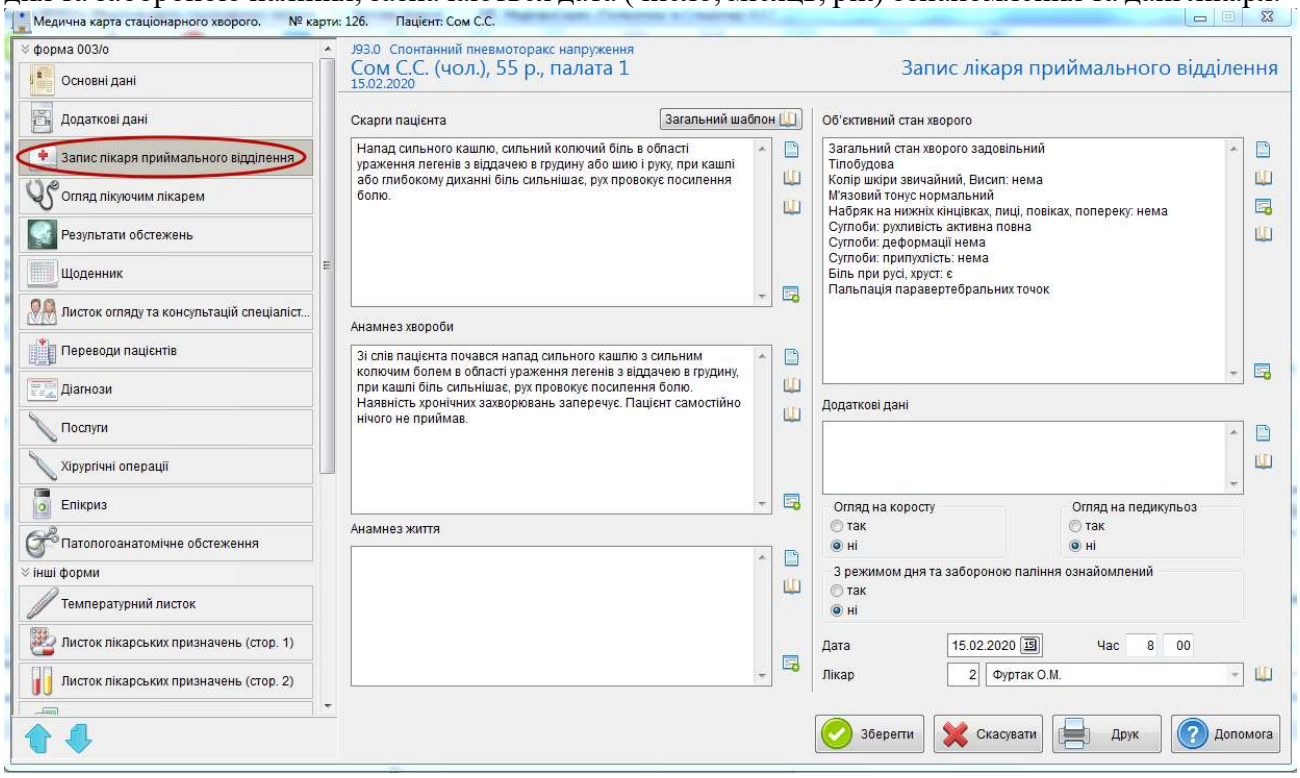
Заповнюються поля «ПНД госпіталізація» (недієспроможний, дієспроможний), «Статус при госпіталізації» (Стаття 14, Стаття 508, ПЗМХ, добровільно), «Поточний статус» (Стаття 14, Стаття 508, ПЗМХ, добровільно). Також слід заповнити додаткові дані для ф. 066-1 «Статистична карта хворого, який вибув із психіатричного (наркологічного) стаціонару».



Запис лікаря приймального відділення

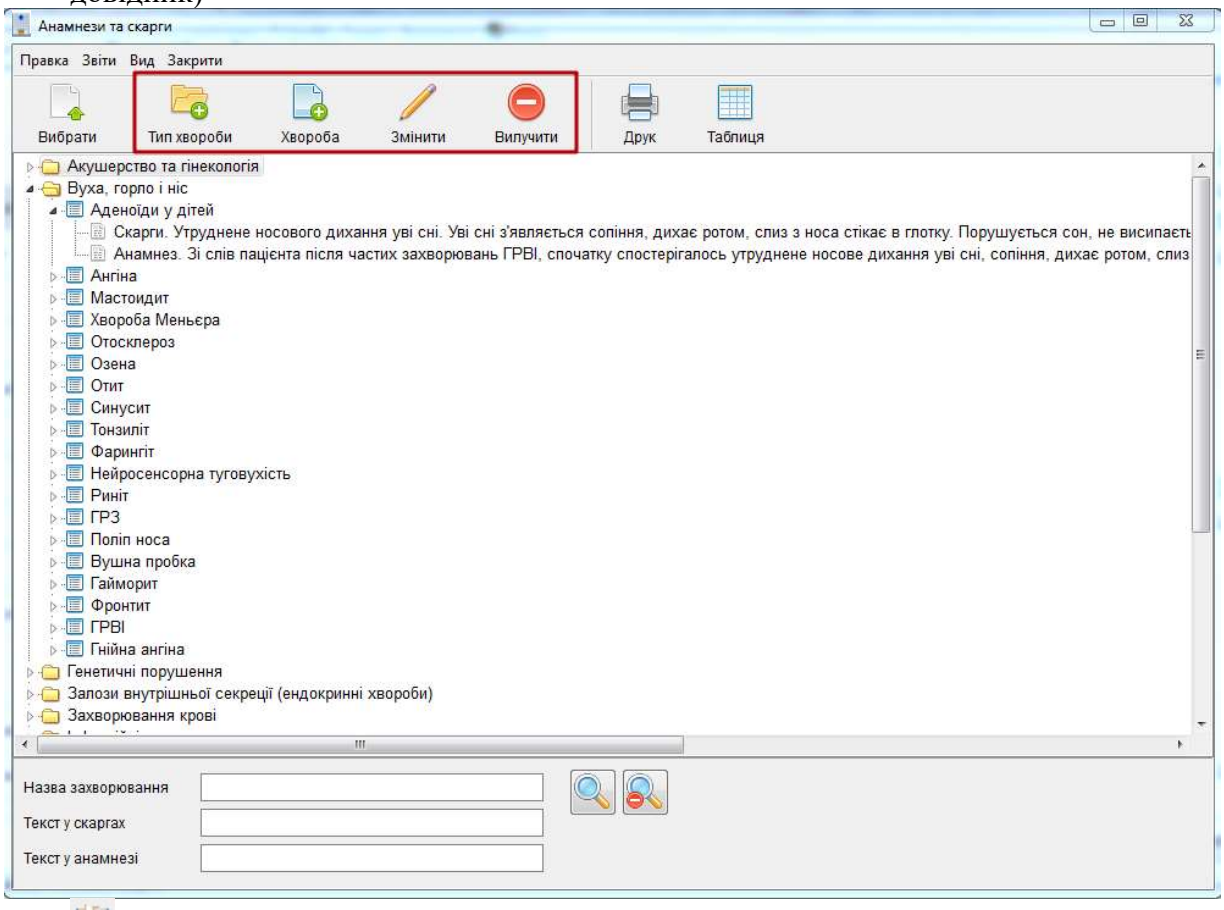
Дану закладку заповнює лікар приймального відділення. Зазначаються скарги хворого, стисло вказуються дані анамнезу хвороби та життя, об'єктивний стан хворого, інформацію

щодо оглядів на коросту та педикульоз, відмічається, чи ознайомлений хворий із режимом дня та забороною паління, зазначаються дата (число, місяць, рік) ознайомлення та дані лікаря.



Такі поля, як «Скарги пацієнта і анамнез» мають 3 способи заповнення даними:

1. - відкриває поле для внесення та читання інформації.
2. - вибрати із довідника «Анамнези та скарги» (є можливість додати дані в довідник)

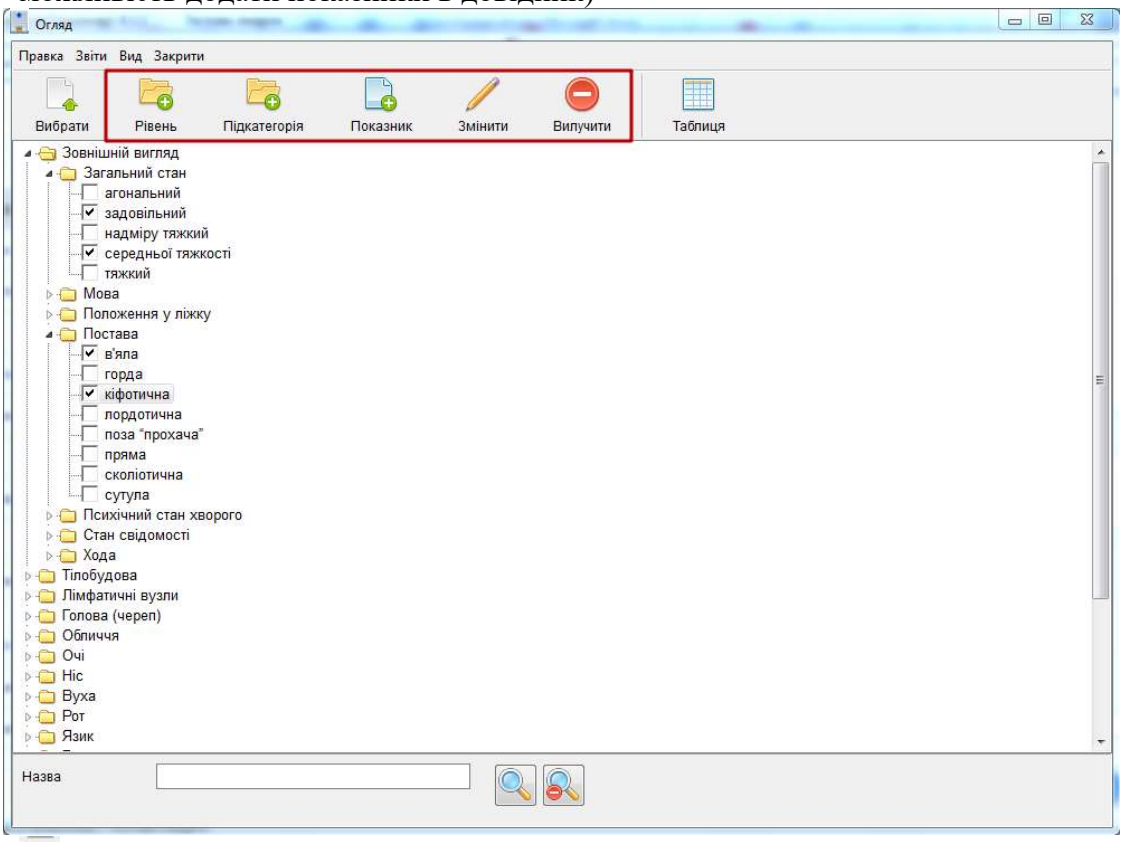


3. - вибрати дані із раніше введеного шаблону.

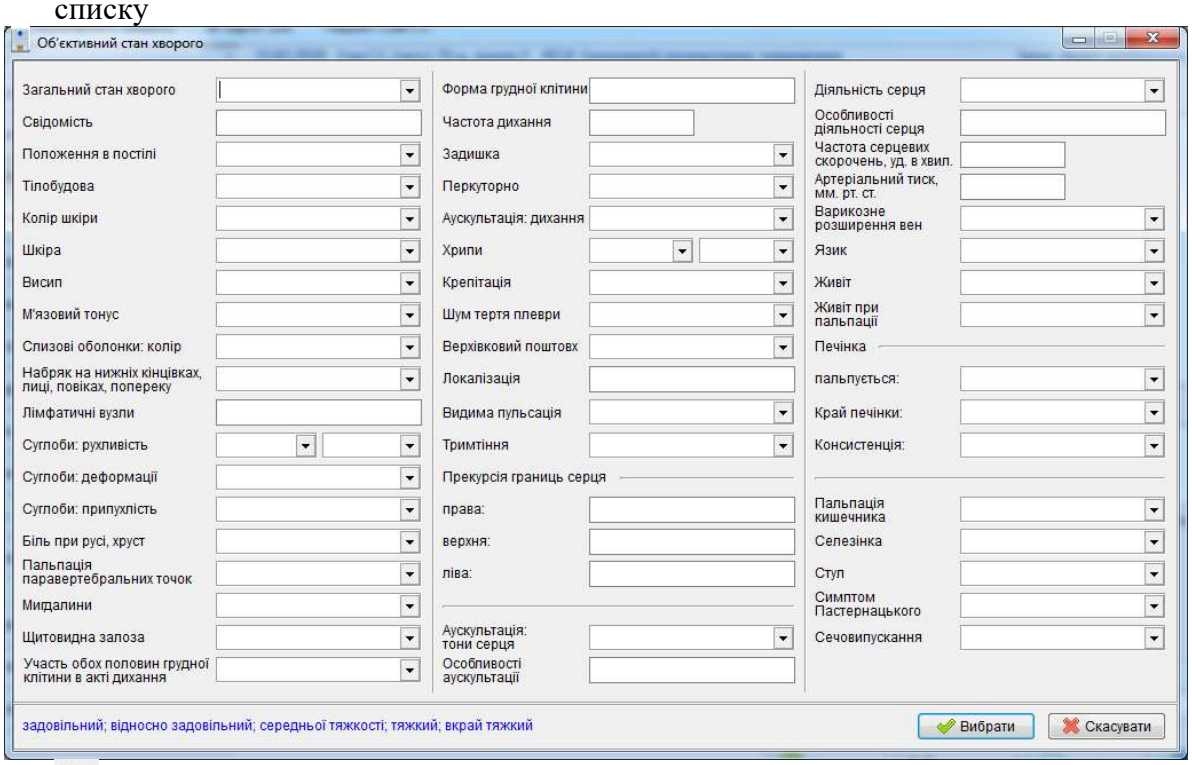
В полі «Об'єктивний стан хворого» кнопки дещо відрізняються:

1. - відкриває поле для внесення та читання інформації.

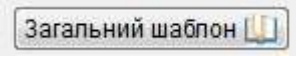
2. - вибрати із довідника «Огляд», де галочками проставити потрібні позиції (є можливість додати показники в довідник)



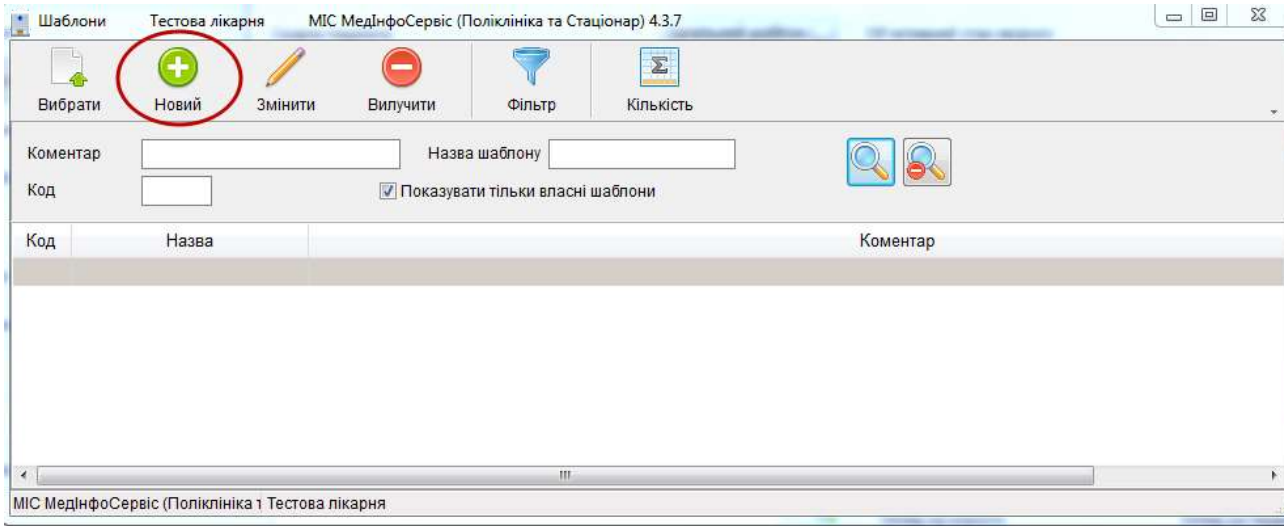
3. - вибрати дані із готової форми, де кожний показник обирається із випадаючого списку



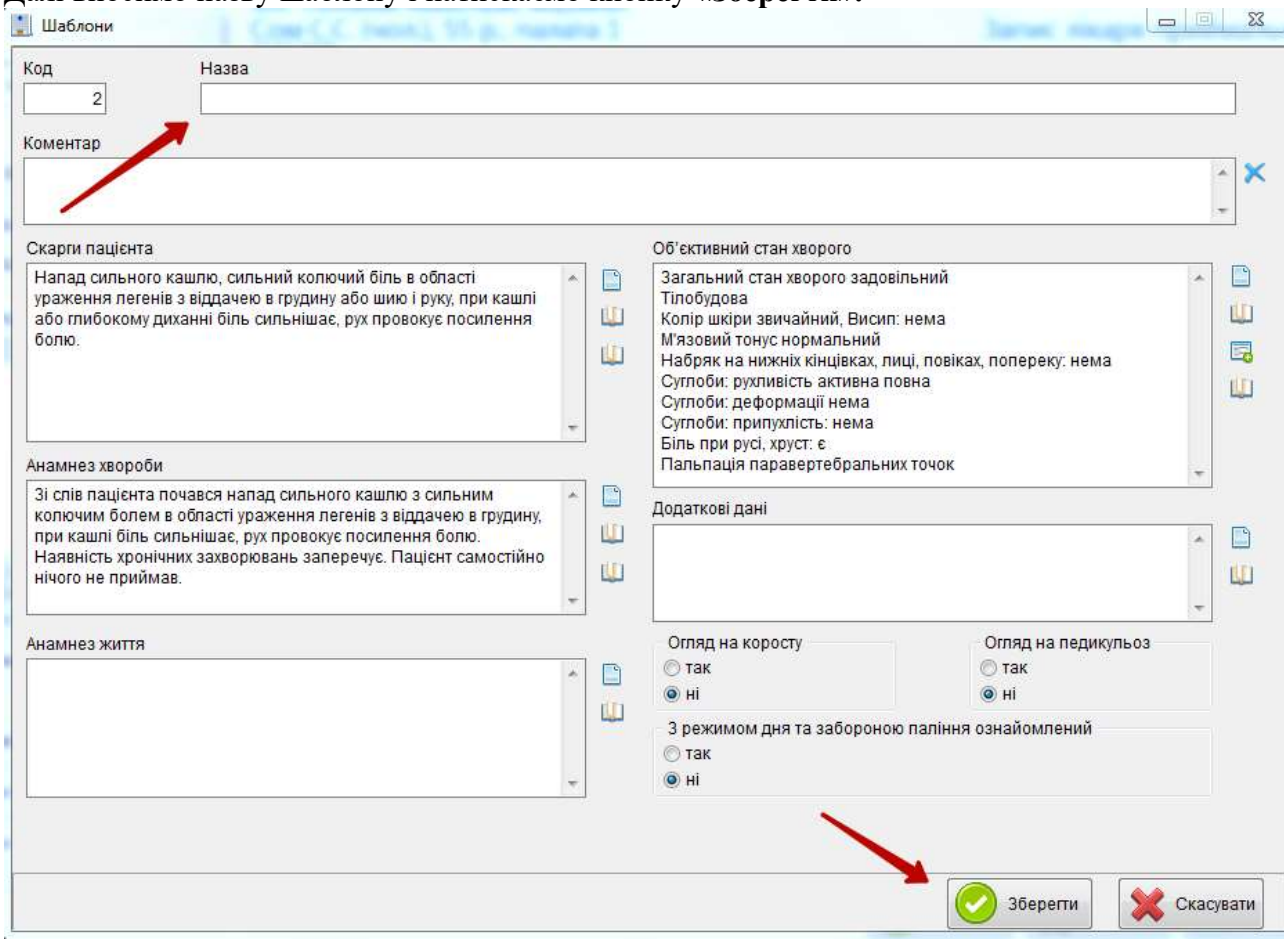
4. - вибрати дані із раніше введеного шаблону.

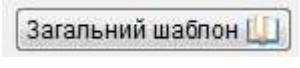
Заповнивши всі поля, в даній вкладці є можливість створити загальний шаблон, який буде містити всі заповнені поля. Для цього натискаємо кнопку 

. У вікні шаблонів, що з'явиться натискаємо **«Новий».**

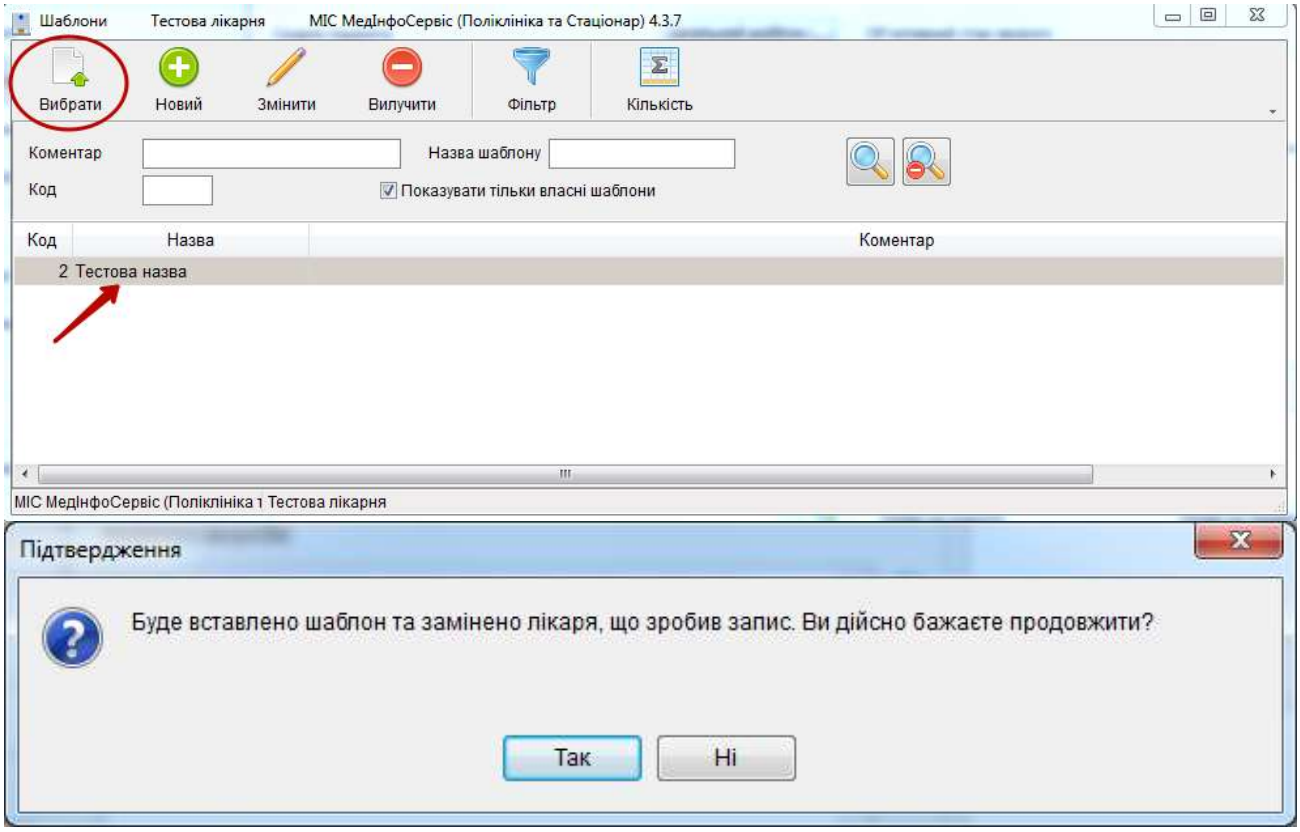


Далі вносимо назву шаблону і натискаємо кнопку **«Зберегти».**



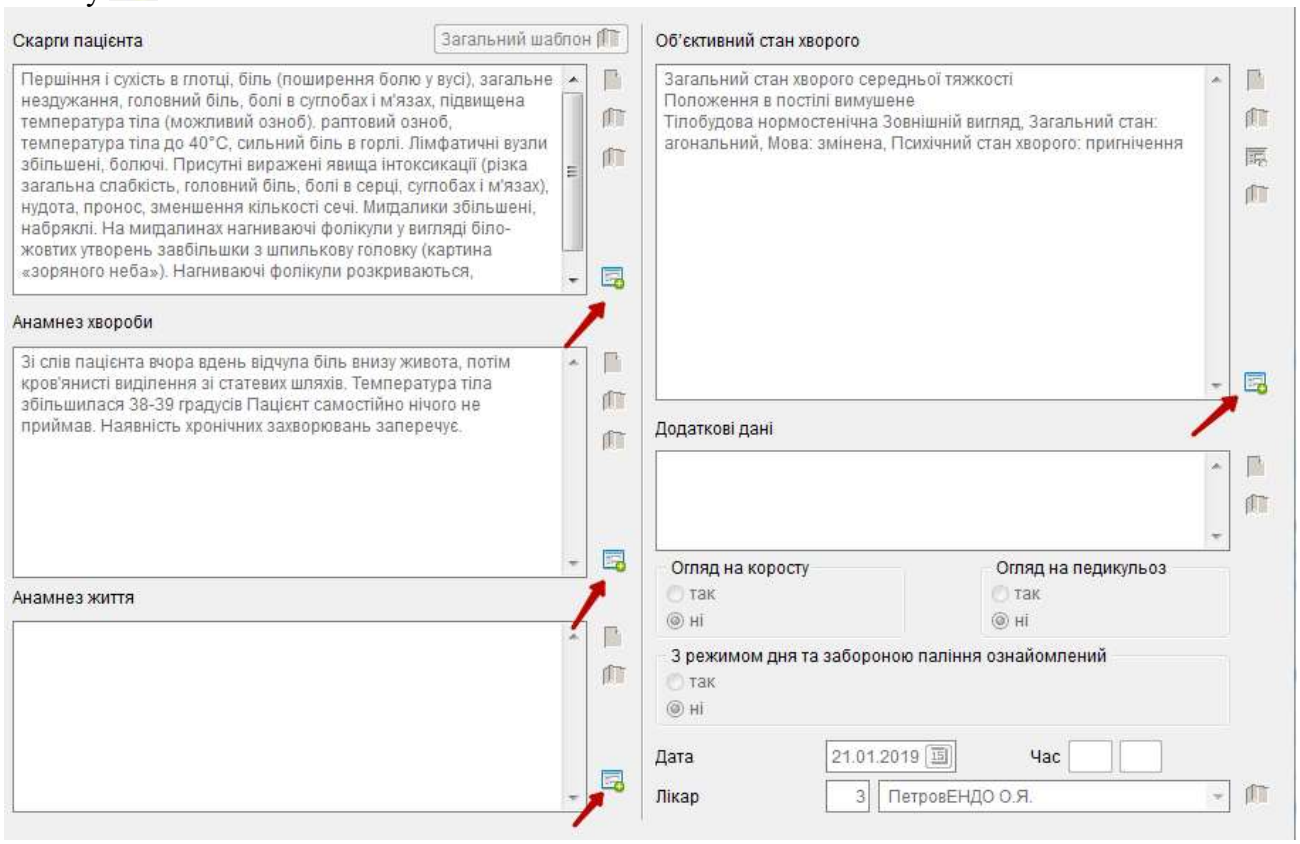
Потім, щоб обрати шаблон, необхідно натиснути 

і обрати потрібний.

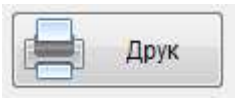


Після позитивної відповіді, поля будуть заповнені даними із шаблона.

Зверніть увагу! Запис примального відділення внесений іншим лікарем і для даного користвача поля з записами є неактивні. Якщо є потреба в скопіюванні тексту використовуємо кнопку .



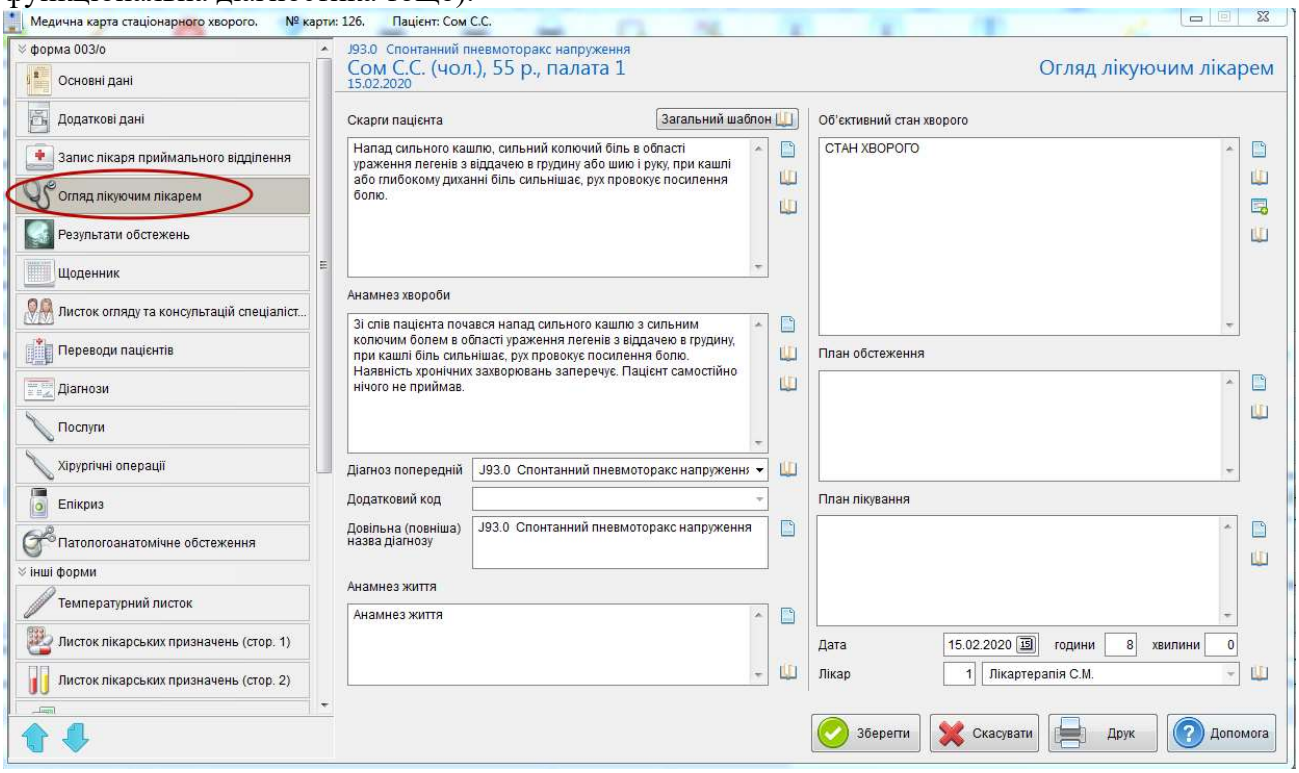
З її допомогою тескт буде скопійовано в буфер обміну. І потім залишить цей текст «Вставити» або за допомогою контексного меню, або за допомого «гарячих клавіш».



- формує запис документ Word або LibreOffice Writer (ф.003/о)

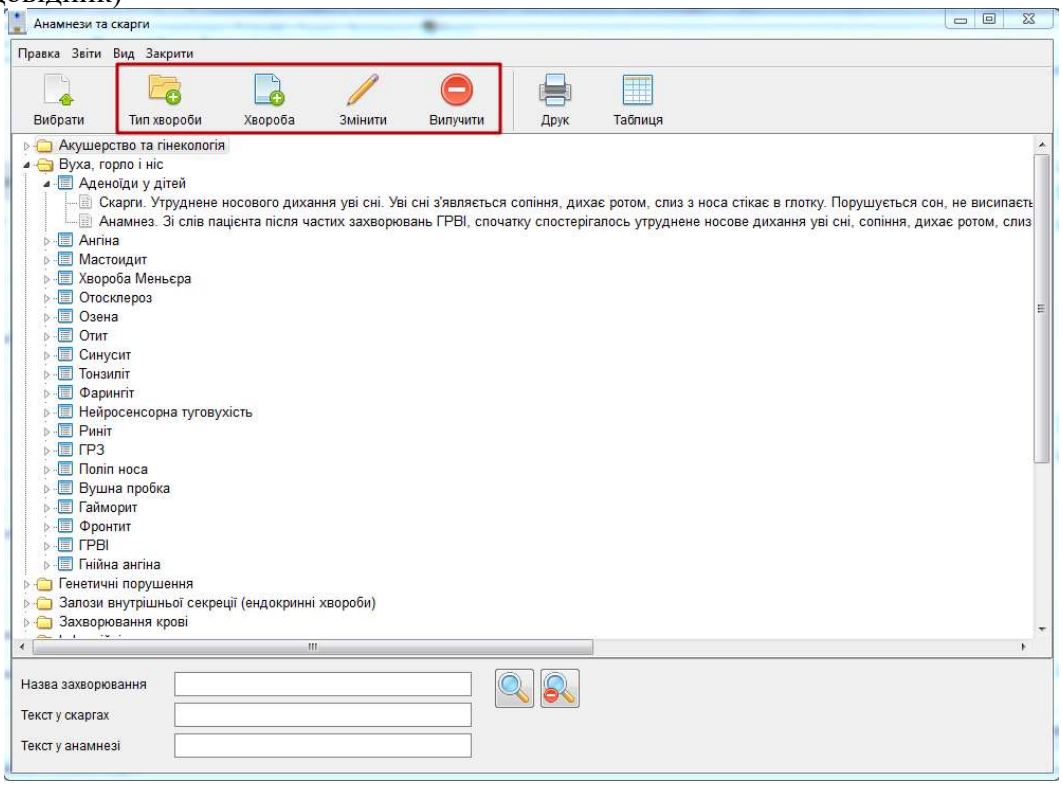
Огляд лікуючим лікарем

Лікуючий лікар зазначає скарги пацієнта, анамнез хвороби, анамнез життя, об'єктивний стан хворого, попередній діагноз, план обстеження та план медичного лікування, відмічаються результати обстежень (лабораторні, ультразвукові, рентгенологічні, функціональна діагностика тощо).



Такі поля, як «Об'єктивний стан хворого» мають 3 способи заповнення даними:

1. - відкриває поле для внесення та читання інформації.
2. - вибрати із довідника «Анамнези та скарги» (є можливість додати дані в довідник)

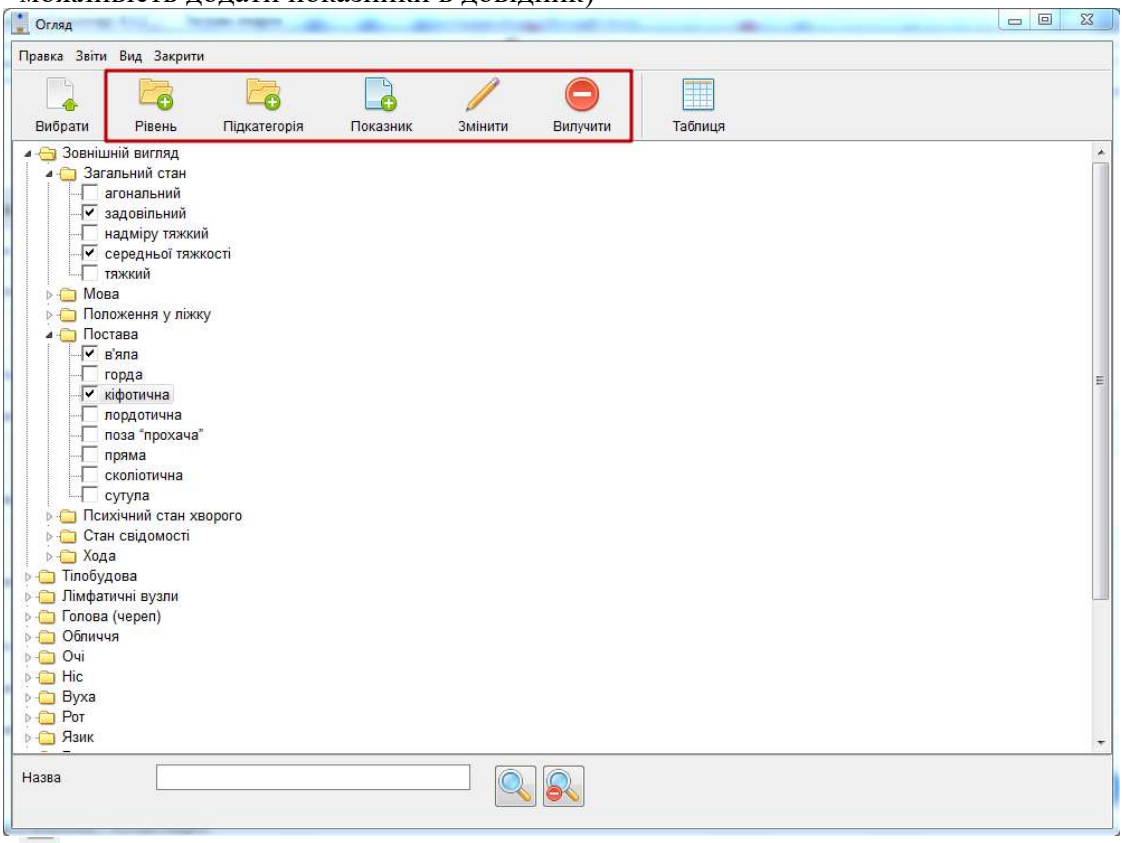


3. - вибрати дані із раніше введеного шаблону.

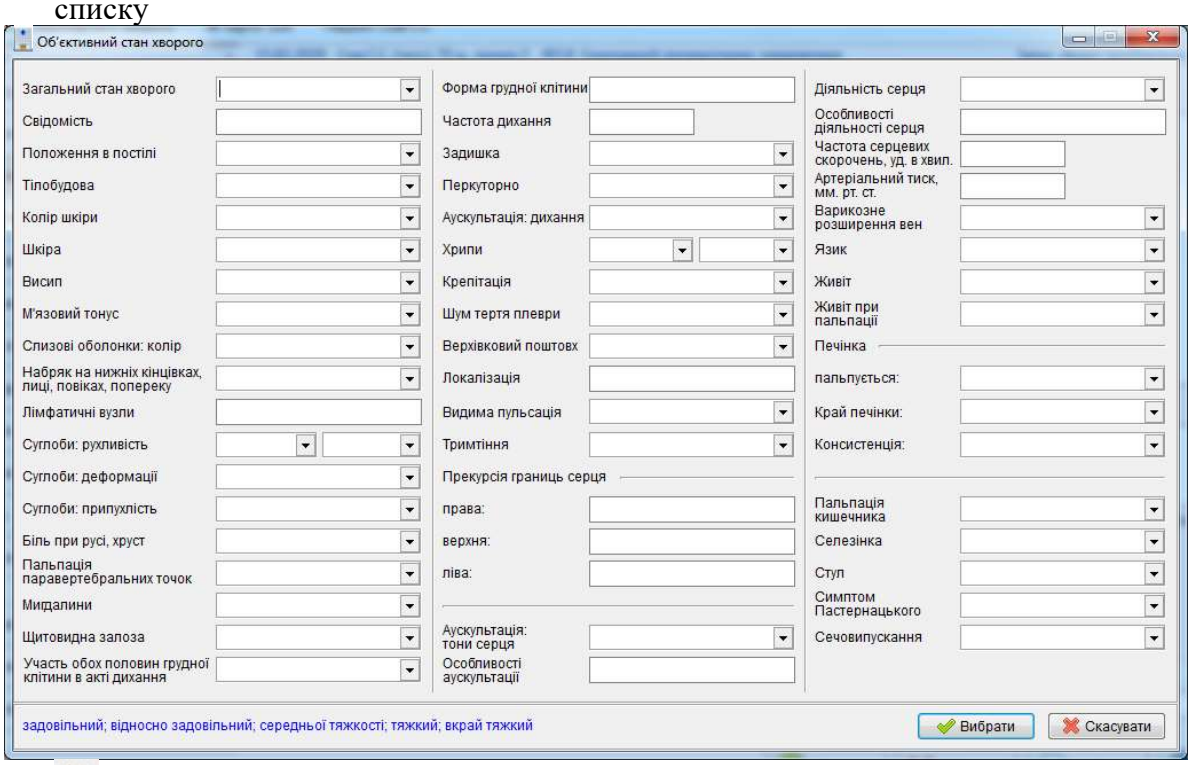
В полі «Об’єктивний стан хворого» кнопки дещо відрізняються:

5. - відкриває поле для внесення та читання інформації.

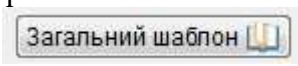
6. - вибрати із довідника «Огляд», де галочками проставити потрібні позиції (є можливість додати показники в довідник)



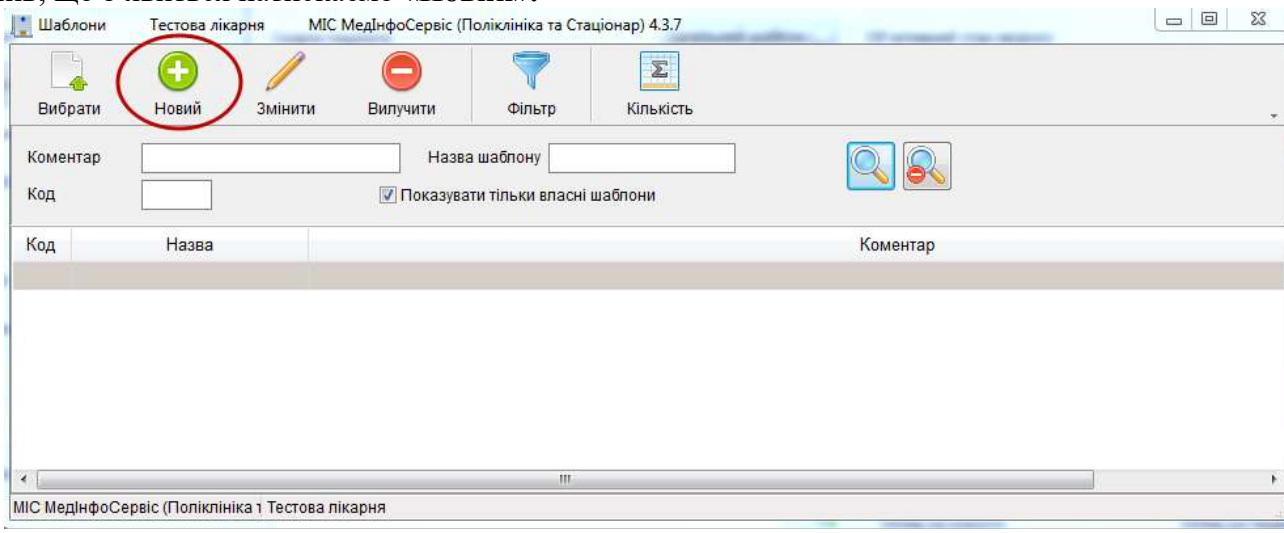
7. - вибрати дані із готової форми, де кожний показник обирається із випадаючого списку



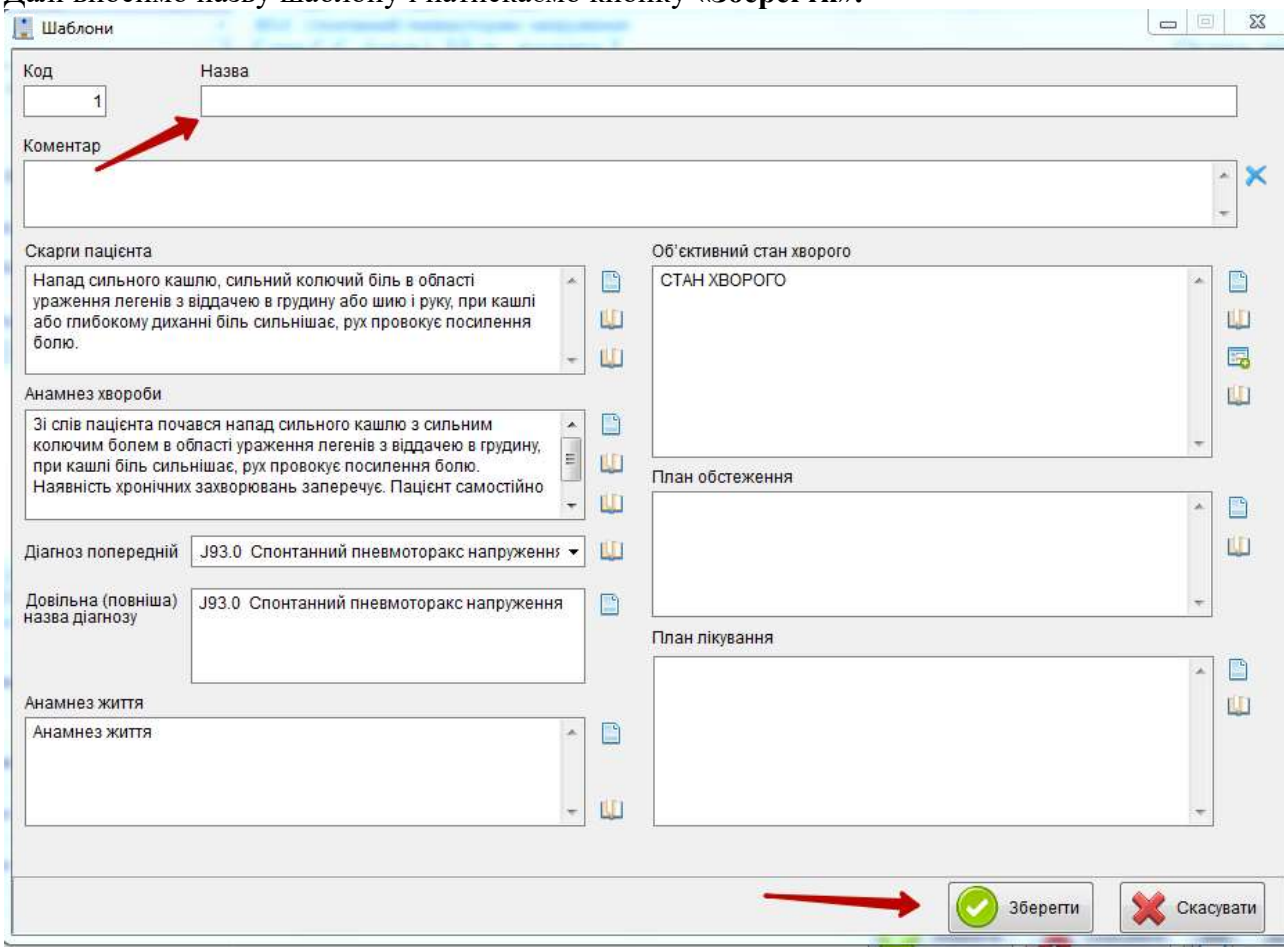
8. - вибрати дані із раніше введеного шаблону.

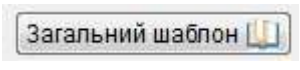
Заповнивши всі поля, в даній вкладці є можливість створити загальний шаблон, який буде містити всі заповнені поля. Для цього натискаємо кнопку 

. У вікні шаблонів, що з’явиться натискаємо **«Новий».**

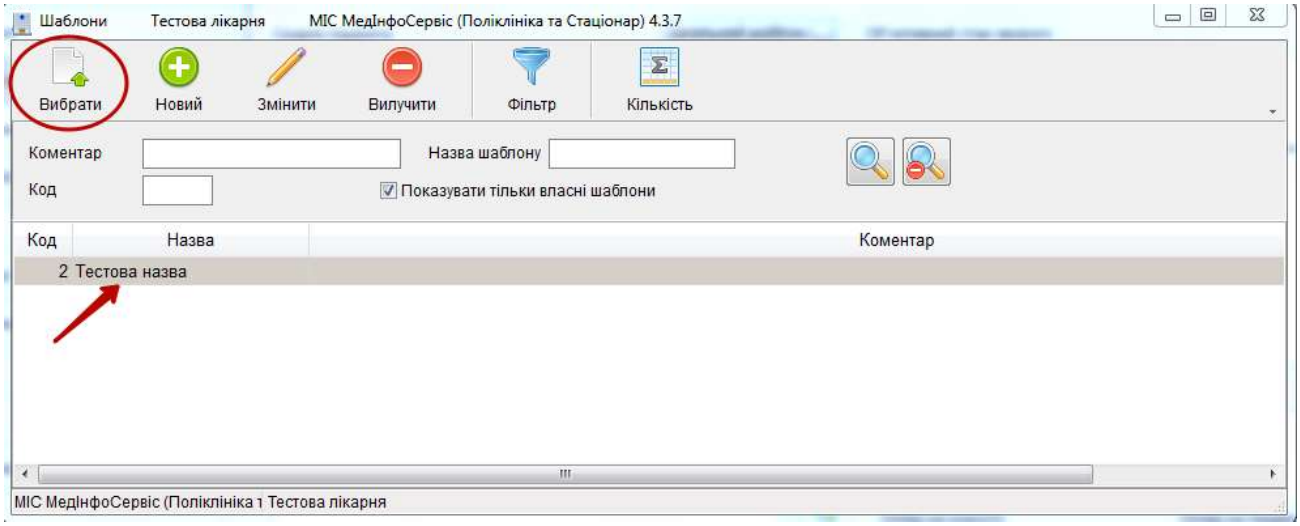


Далі вносимо назву шаблону і натискаємо кнопку **«Зберегти».**



Потім, щоб обрати шаблон, необхідно натиснути 

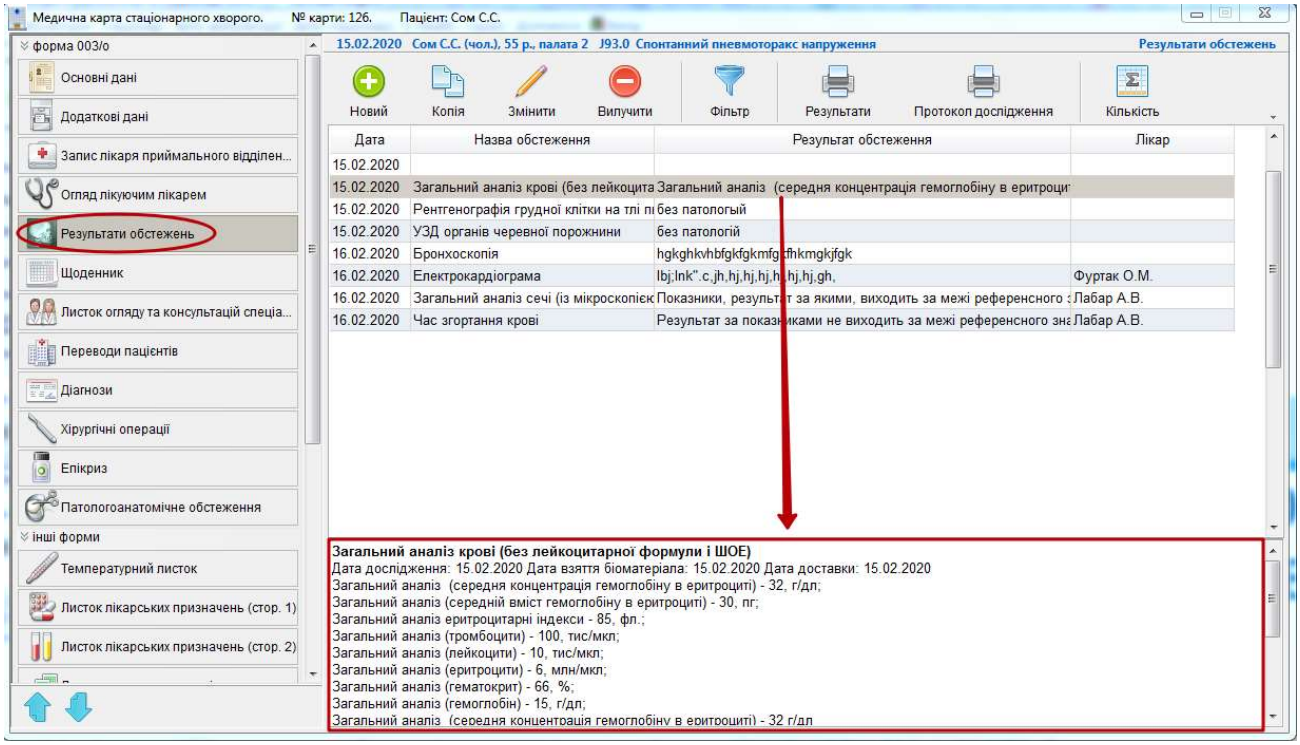
і обрати потрібний.



- формує огляд в документ Word або LibreOffice Writer (ф.003/о)

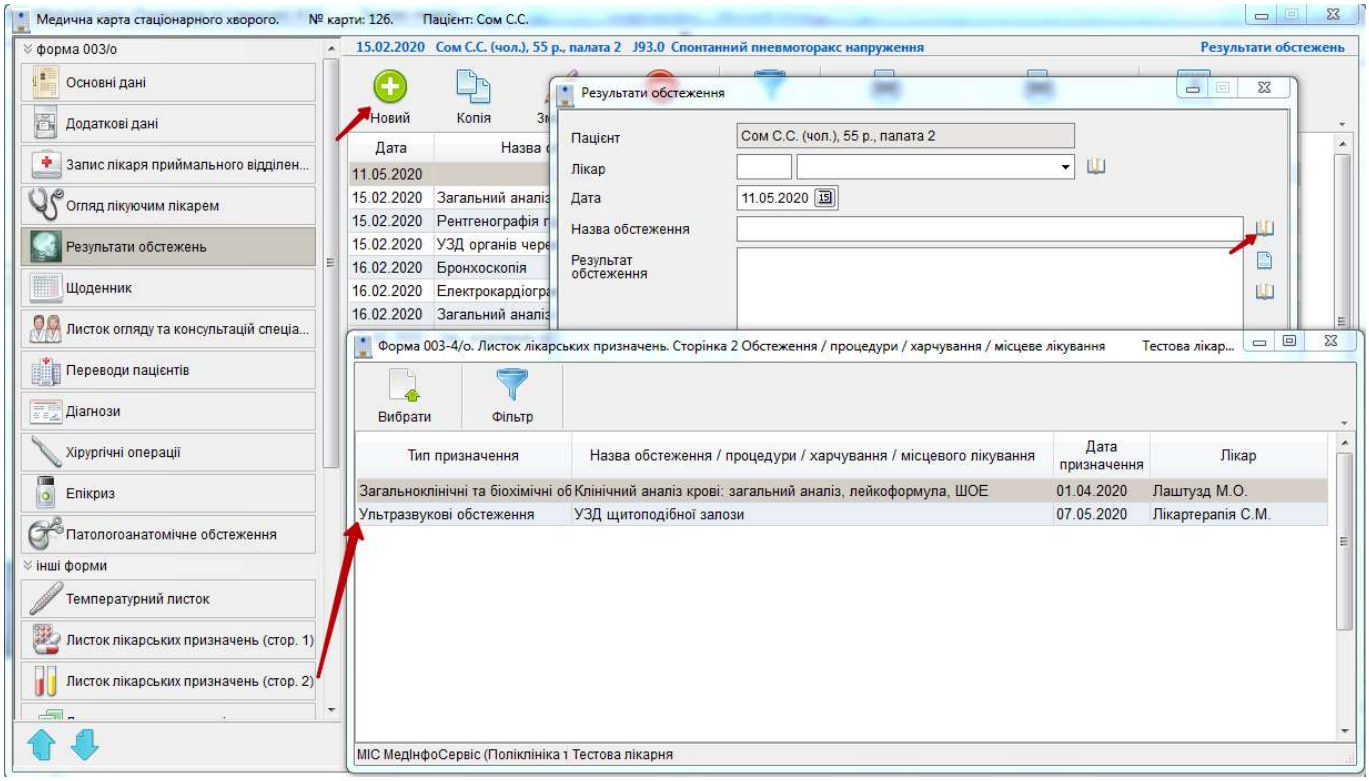
Результати обстежень

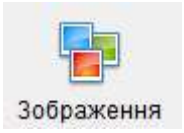
В даній закладці автоматично відмічаються/відображаються результати обстежень, які були виконані в таких модулях, як «Лабораторія», «Кабінет функціональних досліджень», «Кабінет ендоскопічних досліджень», «Кабінет рентгенологічних, флюорографічних досліджень та МРТ» та «Кабінет ультразвукової діагностики».



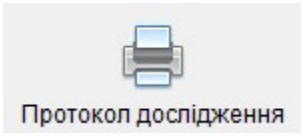
В нижній частині вікна відображається результат обраного зі списку дослідження.

Також є можливість внести вручну результати. Для цього необхідно натиснути «Новий» із верхнього меню, таким чином з’явиться вікно для внесення/вибору назви обстеження (вибирається із форми первинної облікової документації № 003-4/о «Листок лікарських призначень (стор. 2)») і вікно для вводу результату.

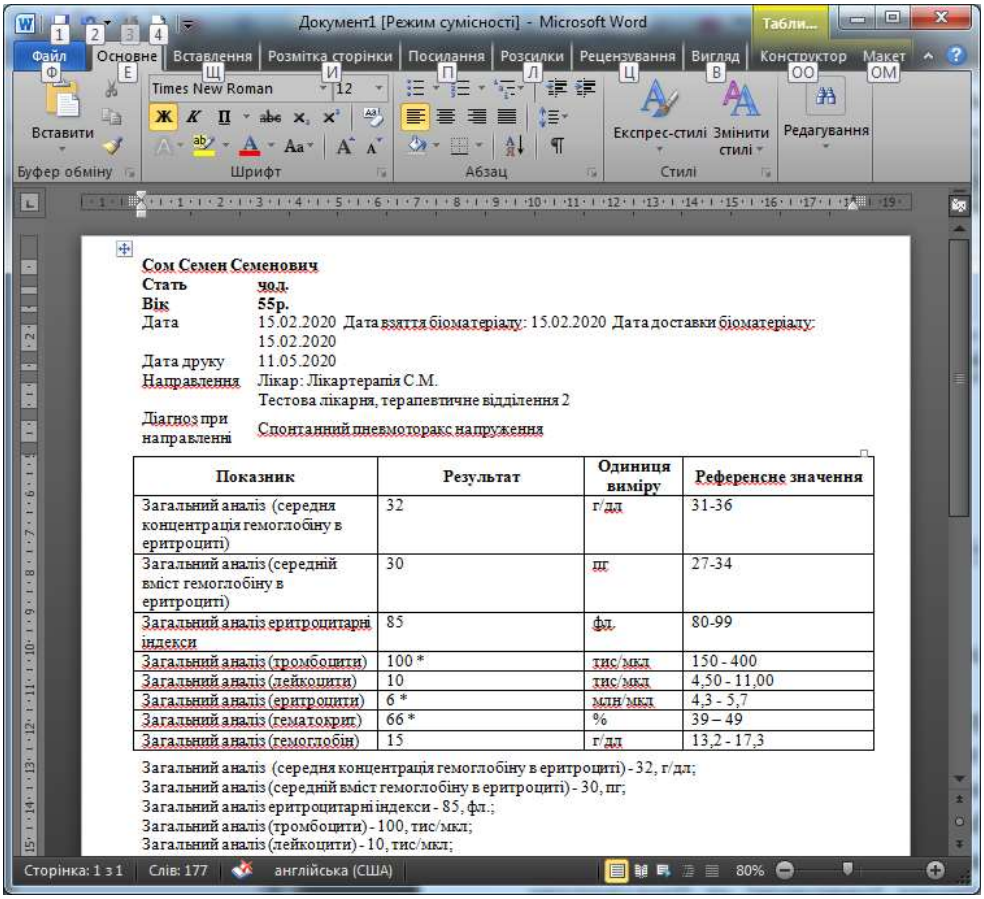




- відображає зображення, завантажені лікарями в кабінетах програми МІС.

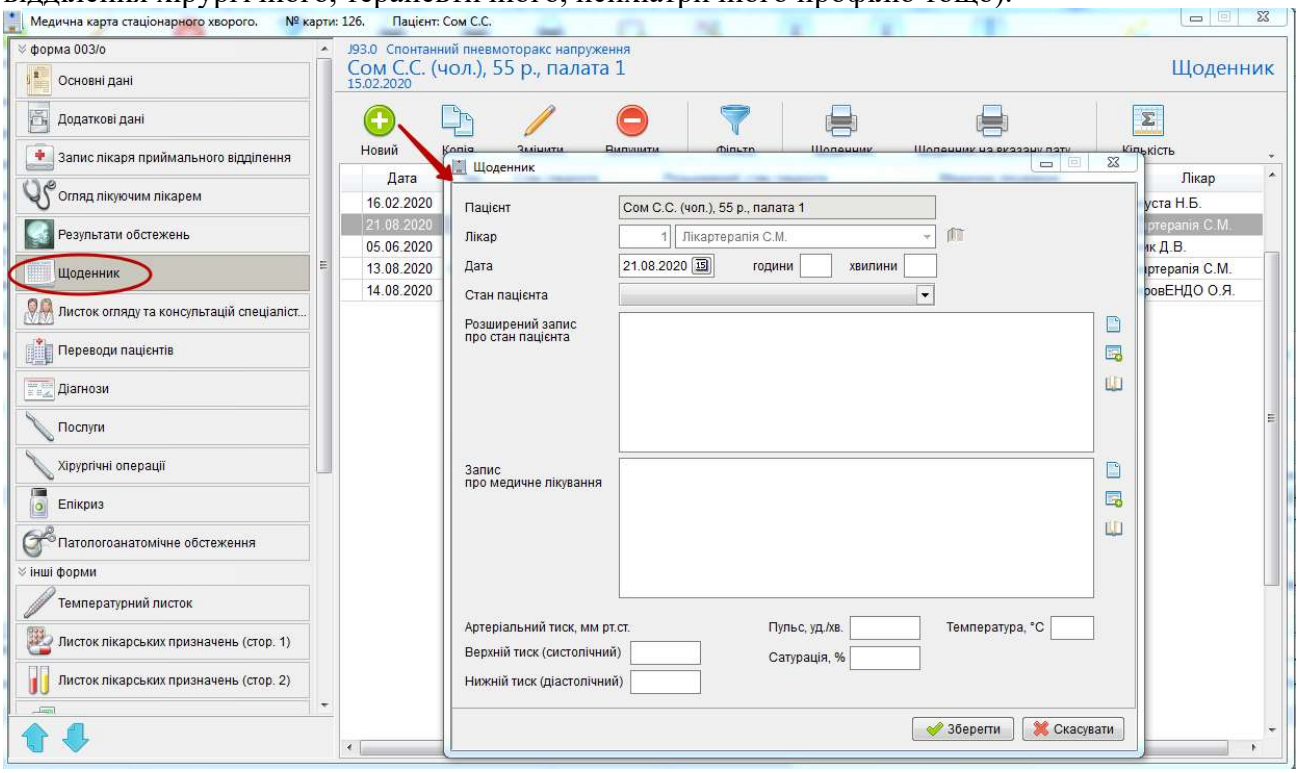


- сформує результат обраного з переліку дослідження в документ Word або LibreOffice Writer



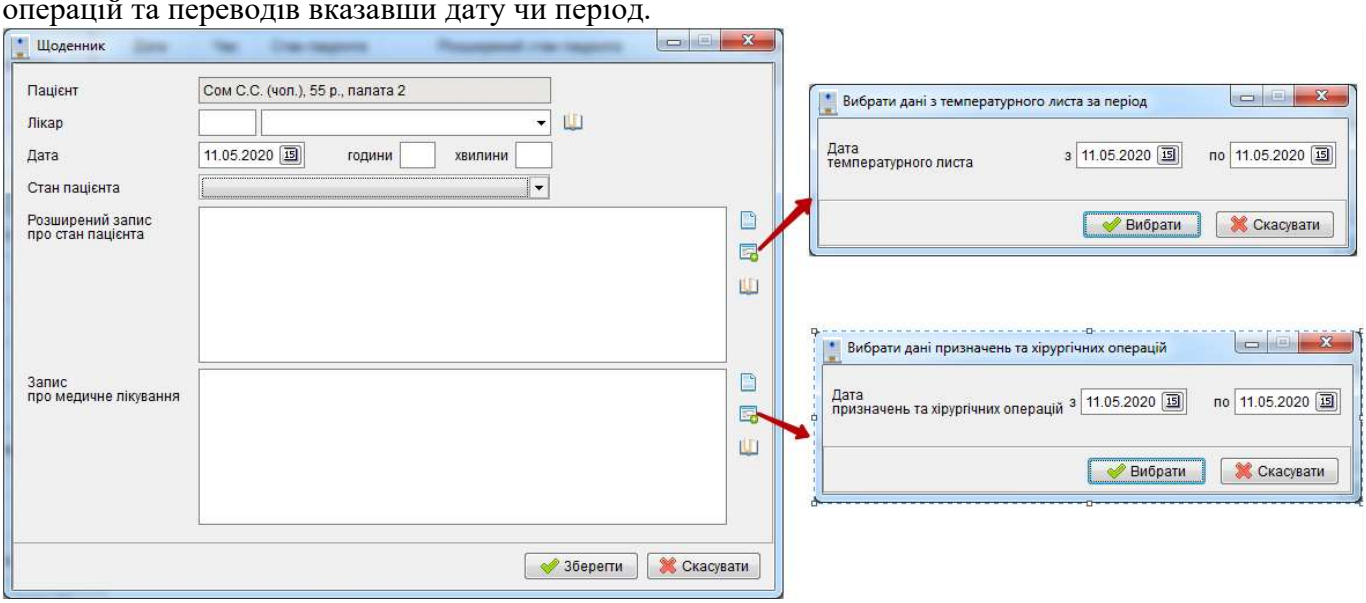
Щоденник

За допомогою кнопки **«Новий»** лікар здійснює записи про стан здоров'я та медичного лікування хворого або щогодини, або щодня, або щотижня залежно від стану хворого та місця його перебування (палата інтенсивної терапії, відділення анестезіології та інтенсивної терапії, відділення хірургічного, терапевтичного, психіатричного профілю тощо).



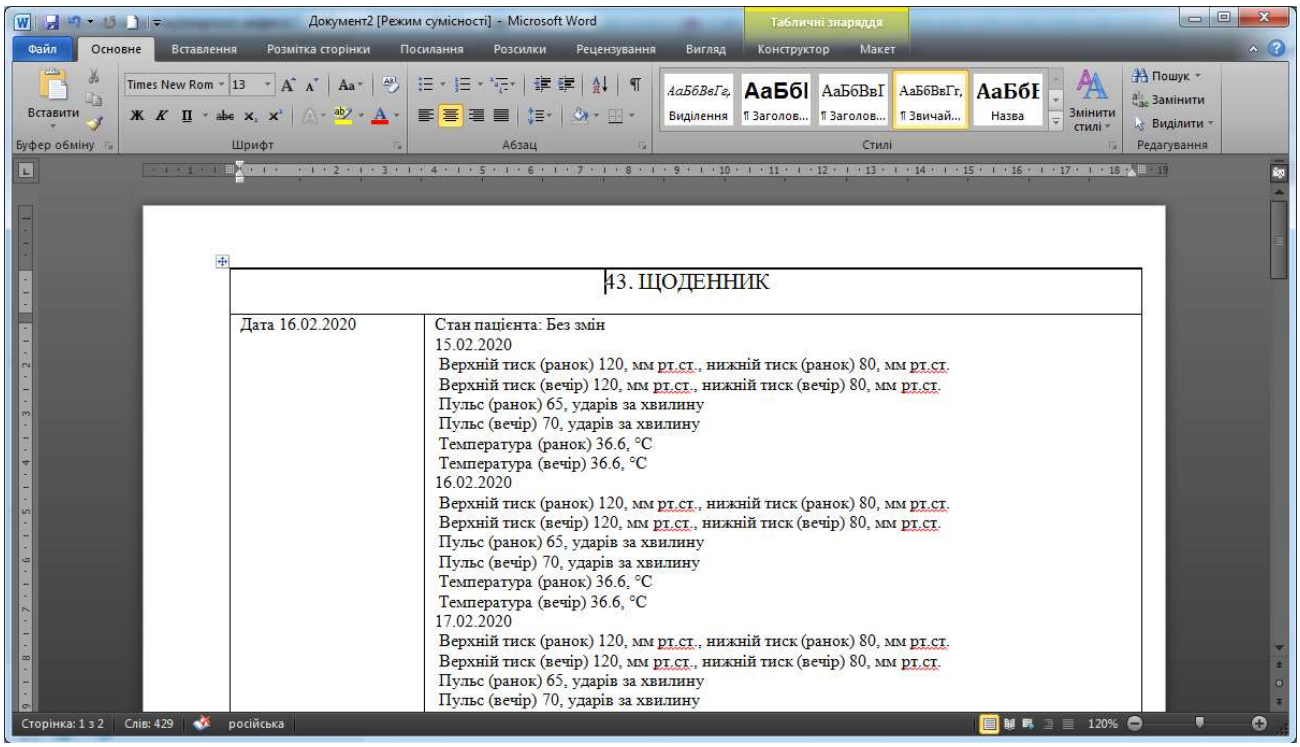
Записи повинні у повному обсязі відображати зміни стану хворого (погіршення, поліпшення, повне одужання) та увесь процес медичного лікування чи реабілітації впродовж перебування в стаціонарі.

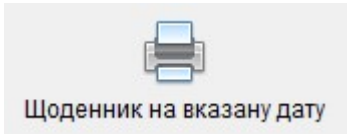
Для розширеного запису про стан пацієнта можливо вибрати дані з температурного листа (1), а для запису про медичне лікування – вибрати дані з призначень, хірургічних операцій та переводів вказавши дату чи період.



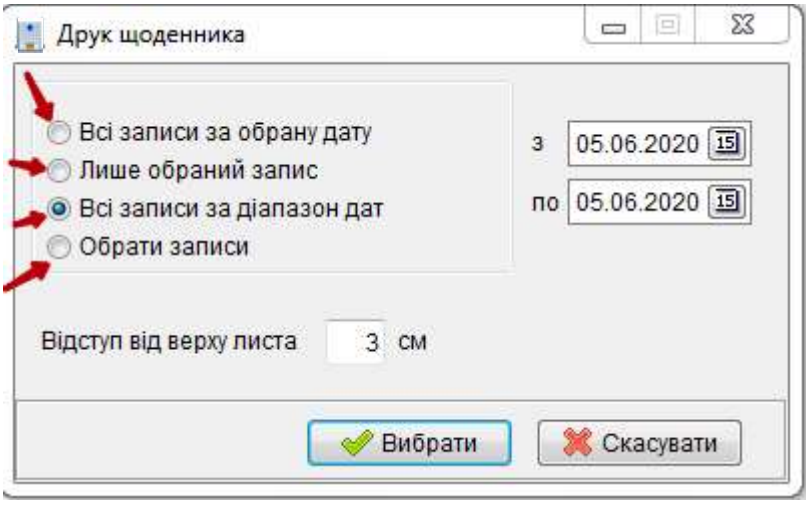
У день виписки хворого зі стаціонару запис лікаря має бути максимально детальним. Щоденникові записи потрібно формулювати стисло і чітко, обов'язково зазначати дату та час (години, хвилини) проведення медичного огляду пацієнта.

- сформує запис обраний з переліку в документ Word або LibreOffice Writer (ф.003/о)



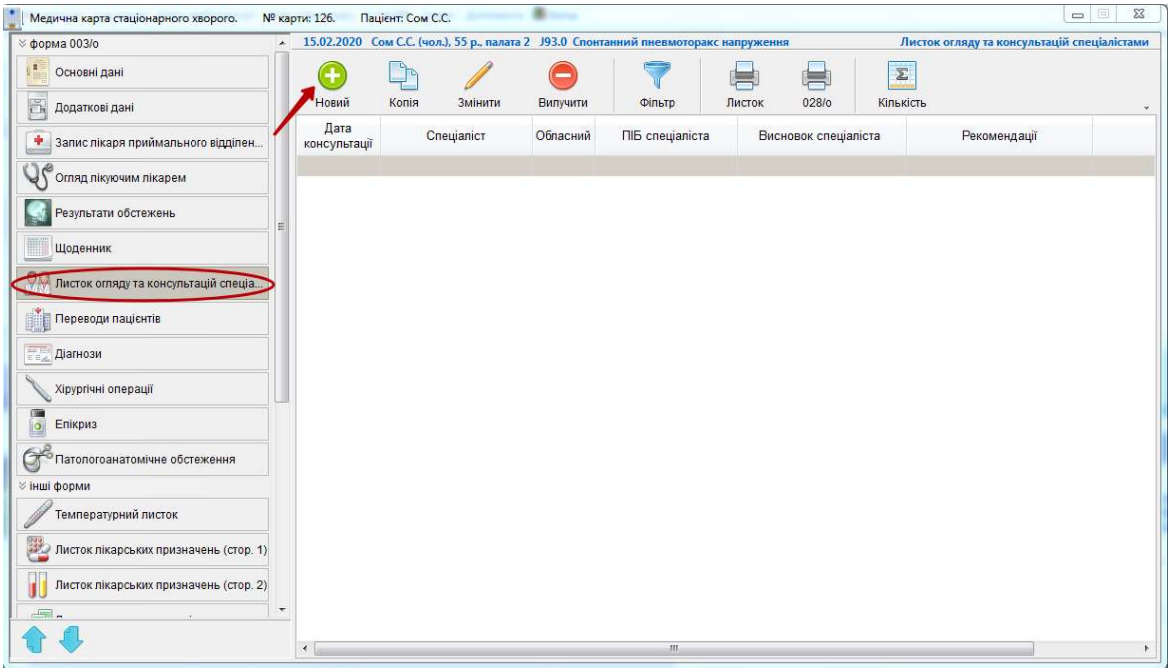


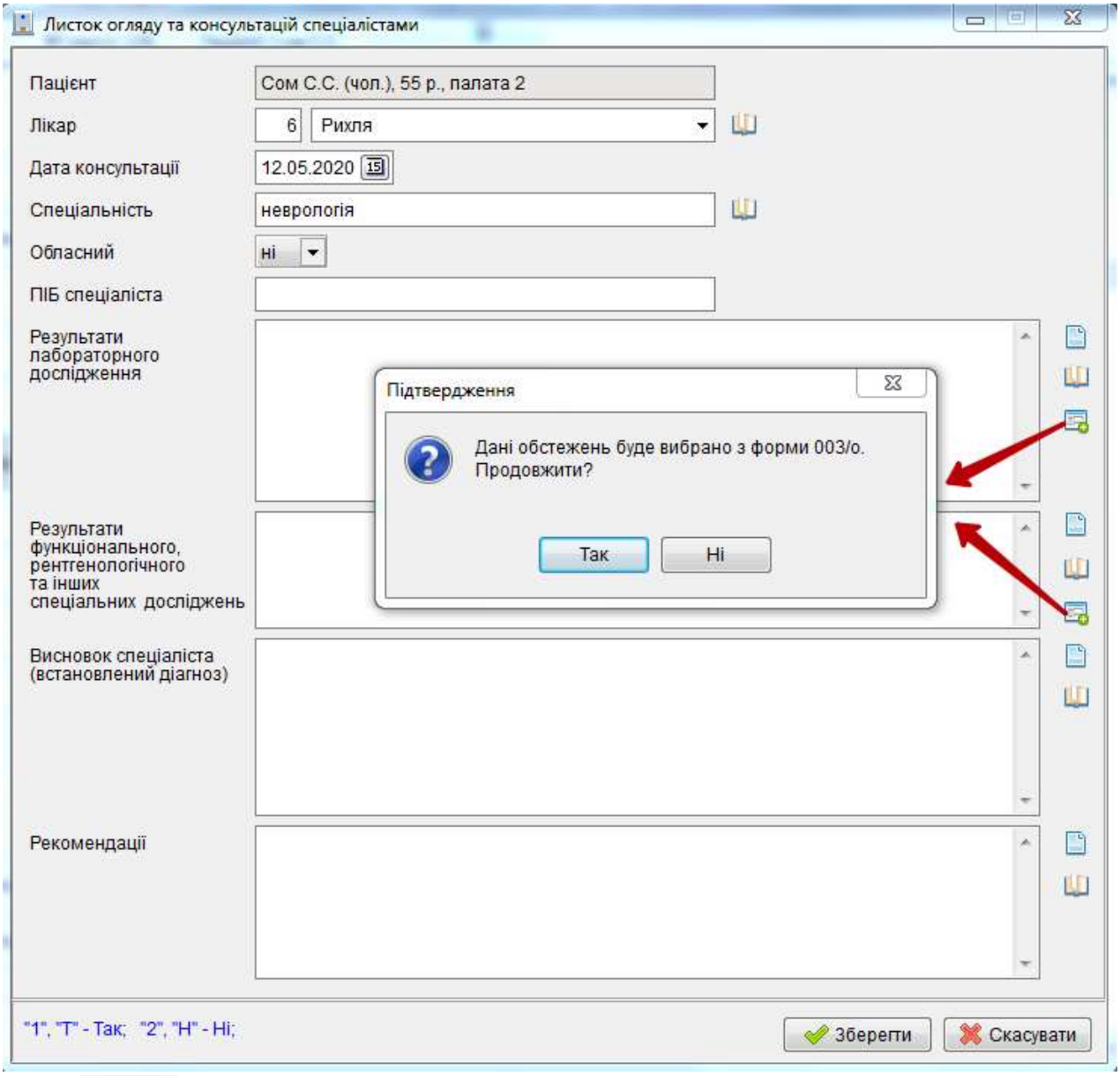
- можливість друку всіх записів щоденника за обрану дату, лише обраного запису, записів за вказаний діапазон дат, або обрати через записи, які потрібно роздрукувати.



Листок огляду та консультацій спеціалістами (ф.028/о)

За допомогою кнопки «Новий» зазначаються результати оглядів та консультацій пацієнта лікарями-спеціалістами.



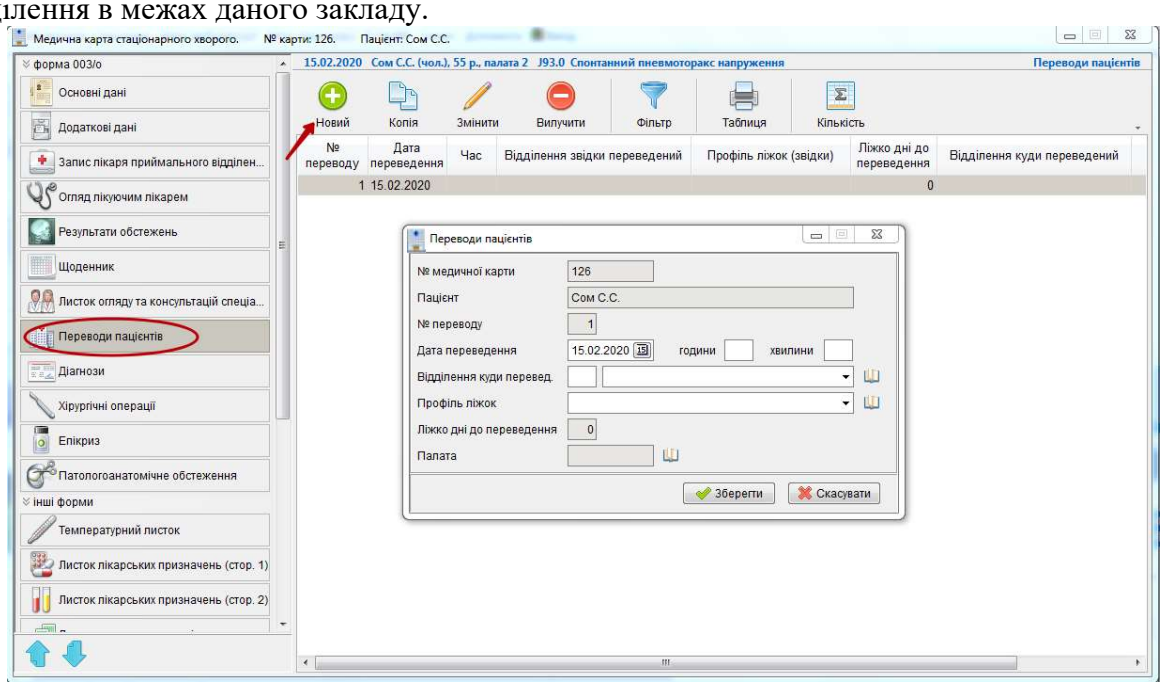


- сформує запис обраний з переліку в документ Word або LibreOffice Writer (ф.003/о)

- дає можливість сформувати форму 028/о «Консультаційний висновок спеціаліста» для обраного запису в документ Word або LibreOffice Writer

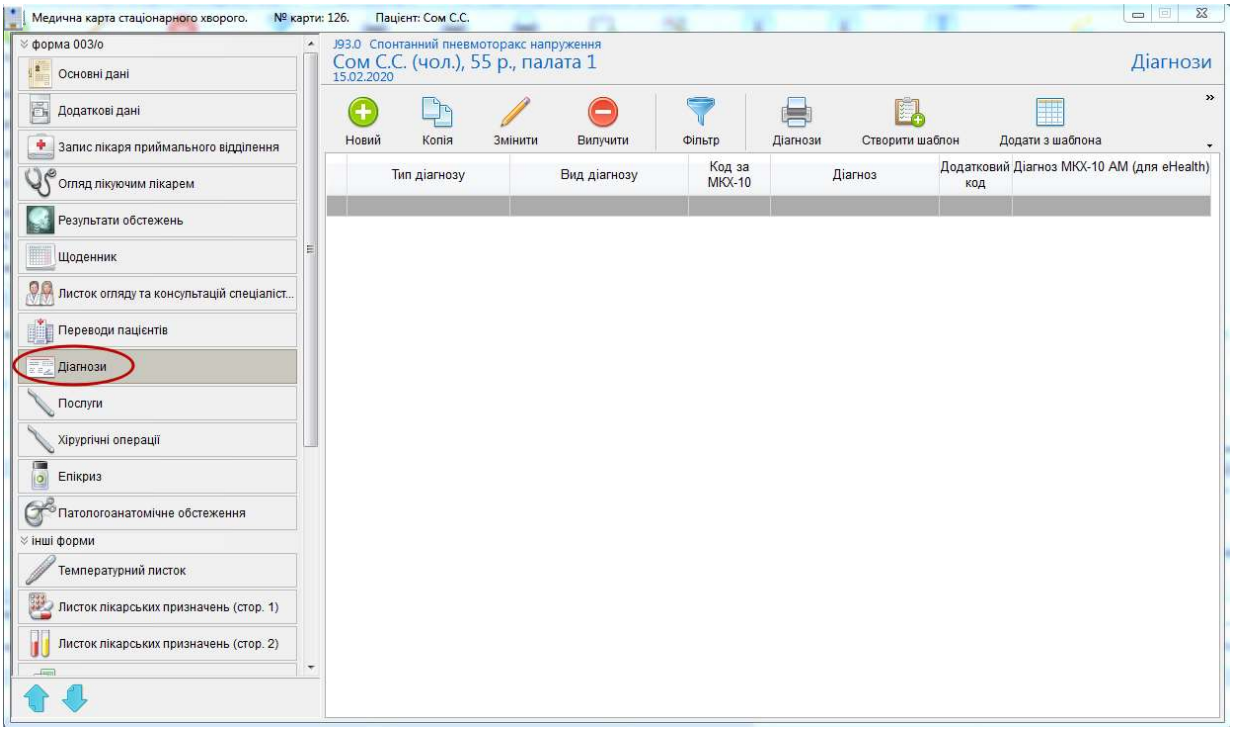
Переводи пацієнтів

За допомогою кнопки «Новий» відмічаються переводи пацієнта із відділення в відділення в межах даного закладу.



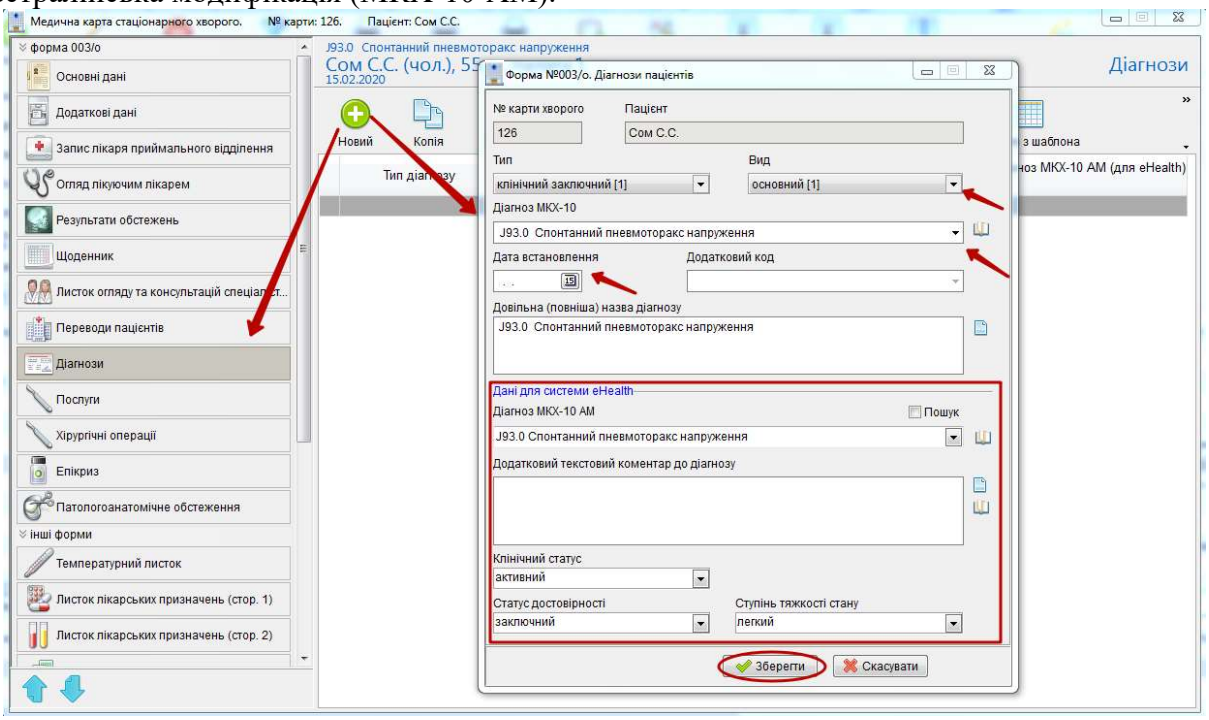
- формує список записів в документ Excel або в LibreOffice Calc, та в залежності від налаштувань в фільтраційній панелі

Діагнози

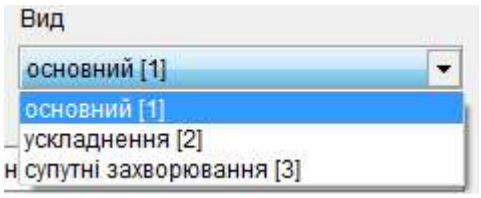


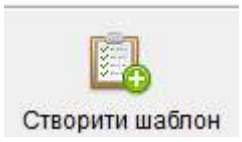
В даній закладці необхідно обов’язково відмітити всі діагнози (основний, супутній та ускладнення) при госпіталізації та під час перебування в стаціонарі із кодом захворювання

згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду (МКХ-10) та обов'язково заповнити дані для E-Health - відповідний код за Національний класифікатор НК 025:2019 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я» гармонізований з Міжнародним статистичним класифікатором хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду, Австралійська модифікація (МКХ-10-АМ).

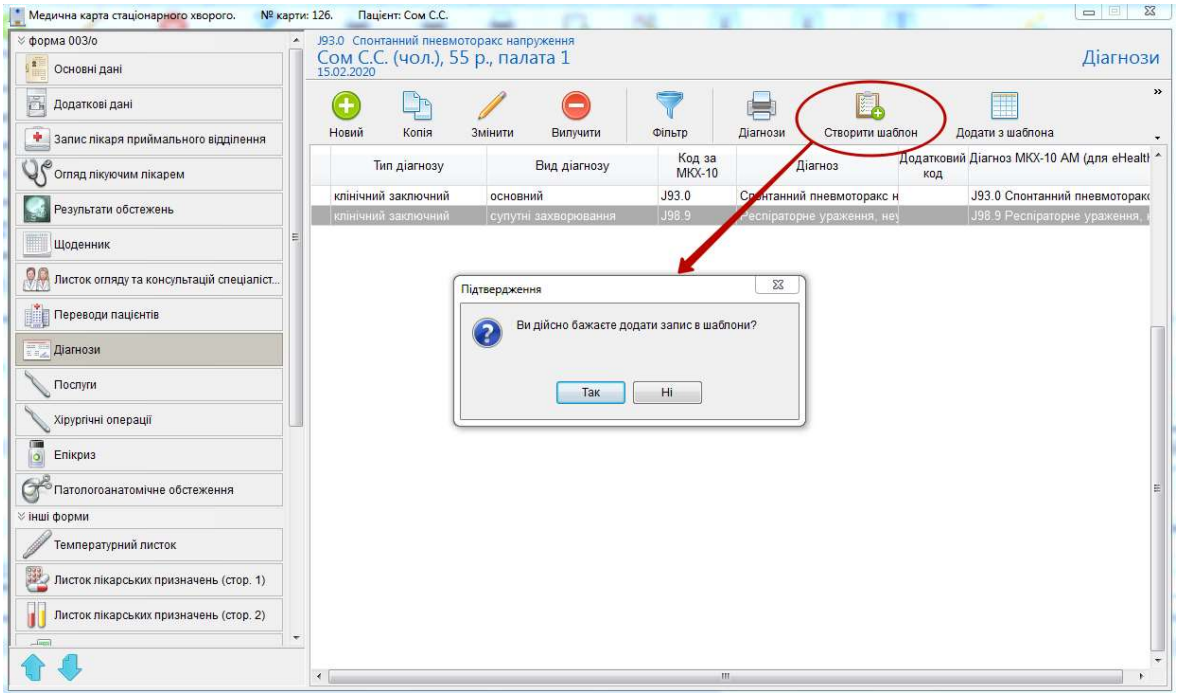


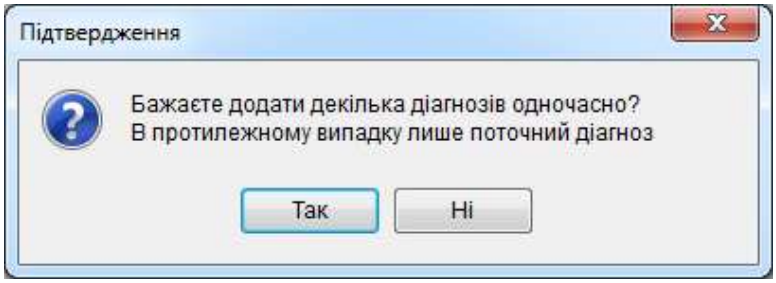
Таким чином вказати всі супутні діагнози та ускладнення.



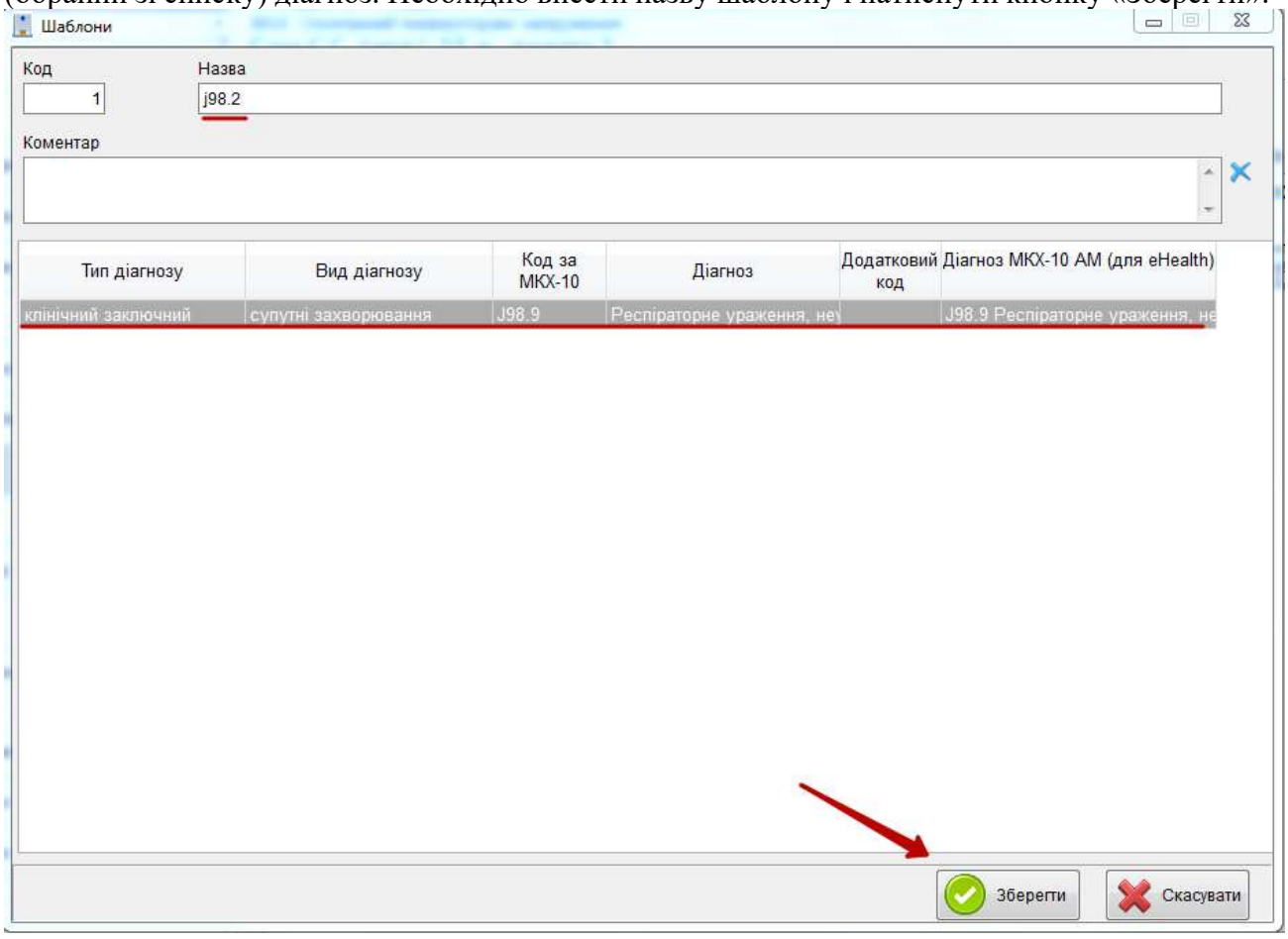


- дає можливість створити шаблон на лікарський засіб із вже створеною схемою прийому. Можна створити шаблон на один запис (обраний зі списку) чи на всі записи, які присутні в переліку діагнозів.

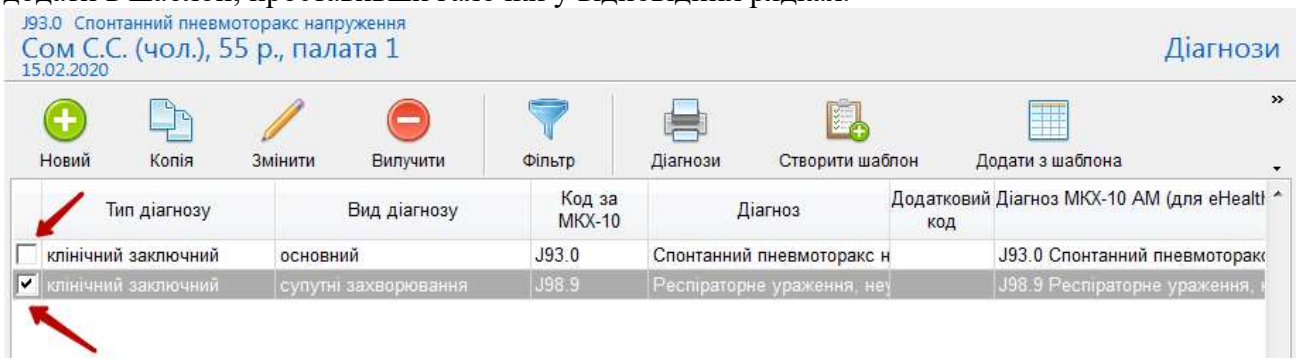




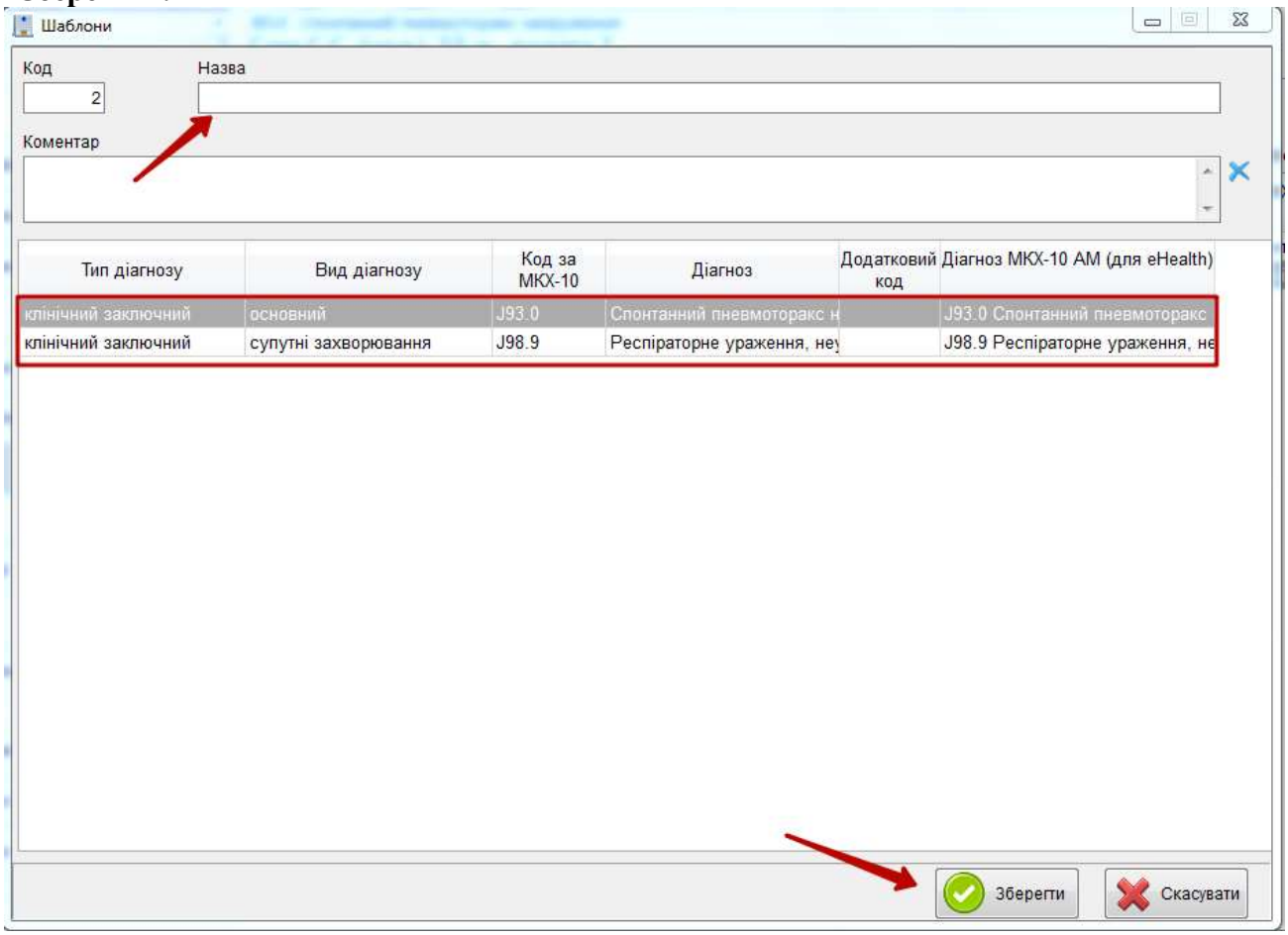
У випадку негативної відповіді, відкриється вікно шаблону і з внесеним одним (обраний зі списку) діагноз. Необхідно внести назву шаблону і натиснути кнопку «Зберегти».



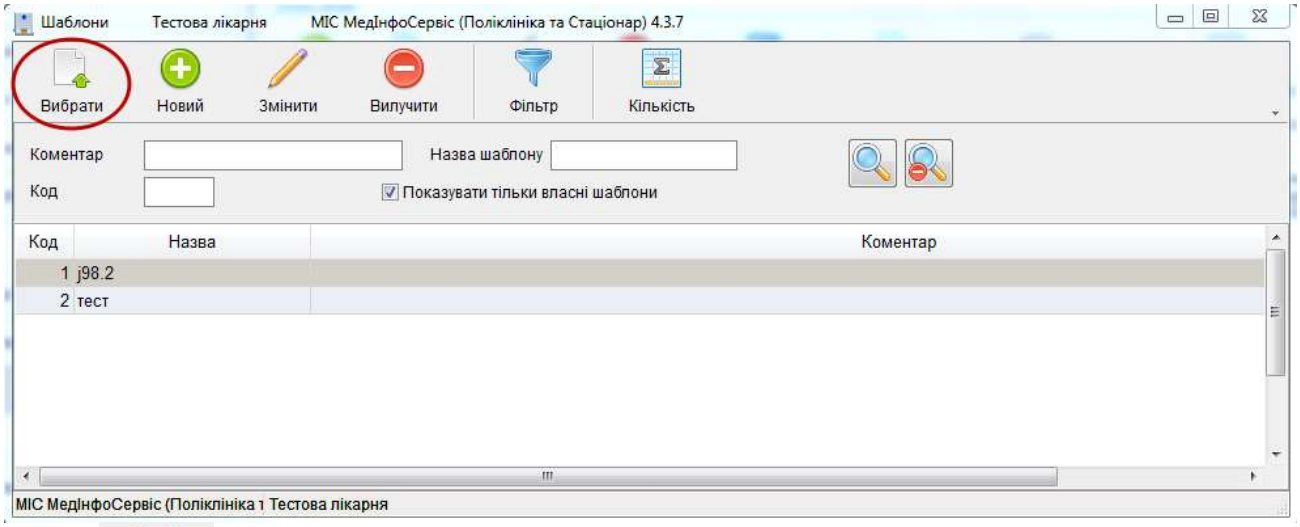
У разі позитивної відповіді, буде можливість обрати, які саме діагнози бажаєте додати в шаблон, проставивши галочки у відповідних рядках.



Потім необхідно знову натиснути кнопку **«Створити шаблон»,** після чого відкриється вікно шаблону із переліком внесених діагнозів. Вносимо назву шаблону і натискаємо **«Зберегти».**



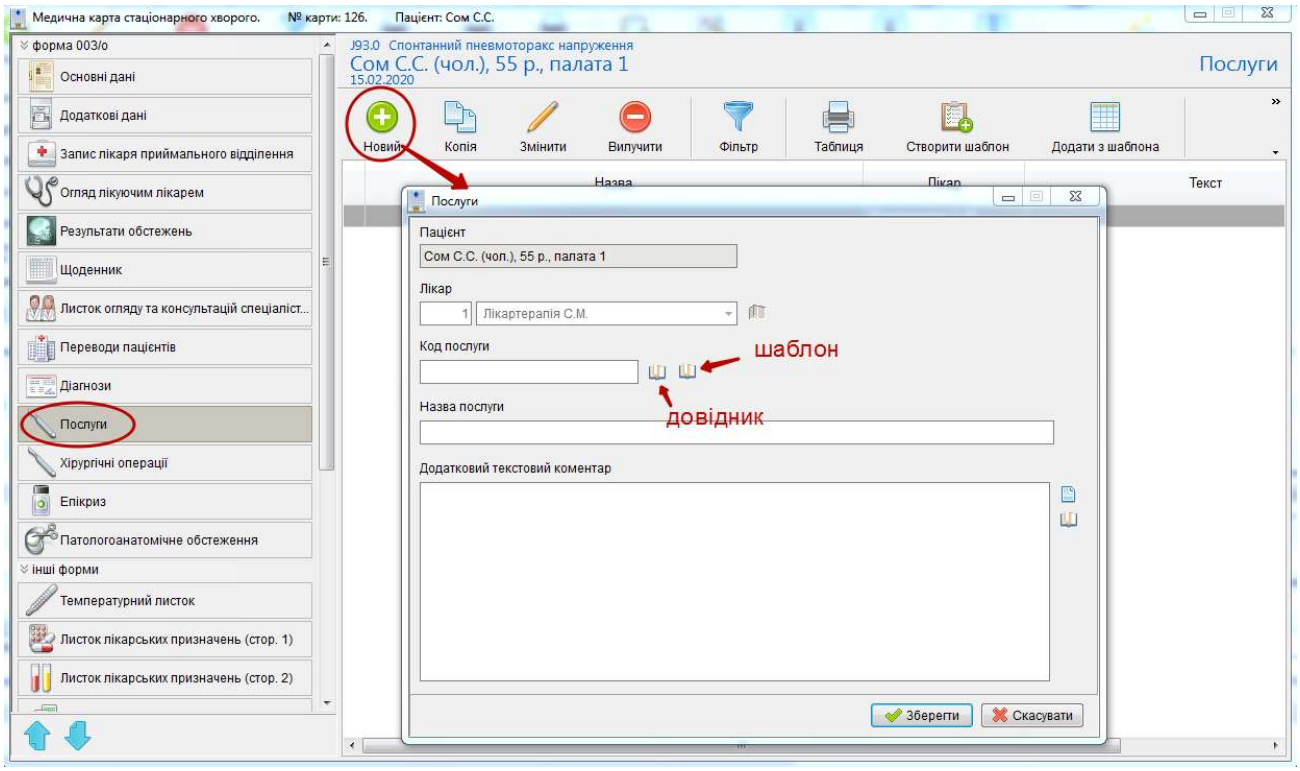
Для того, щоб використати створені шаблони, слід натиснути кнопку **«Додати із шаблону»** і обрати відповідний запис.



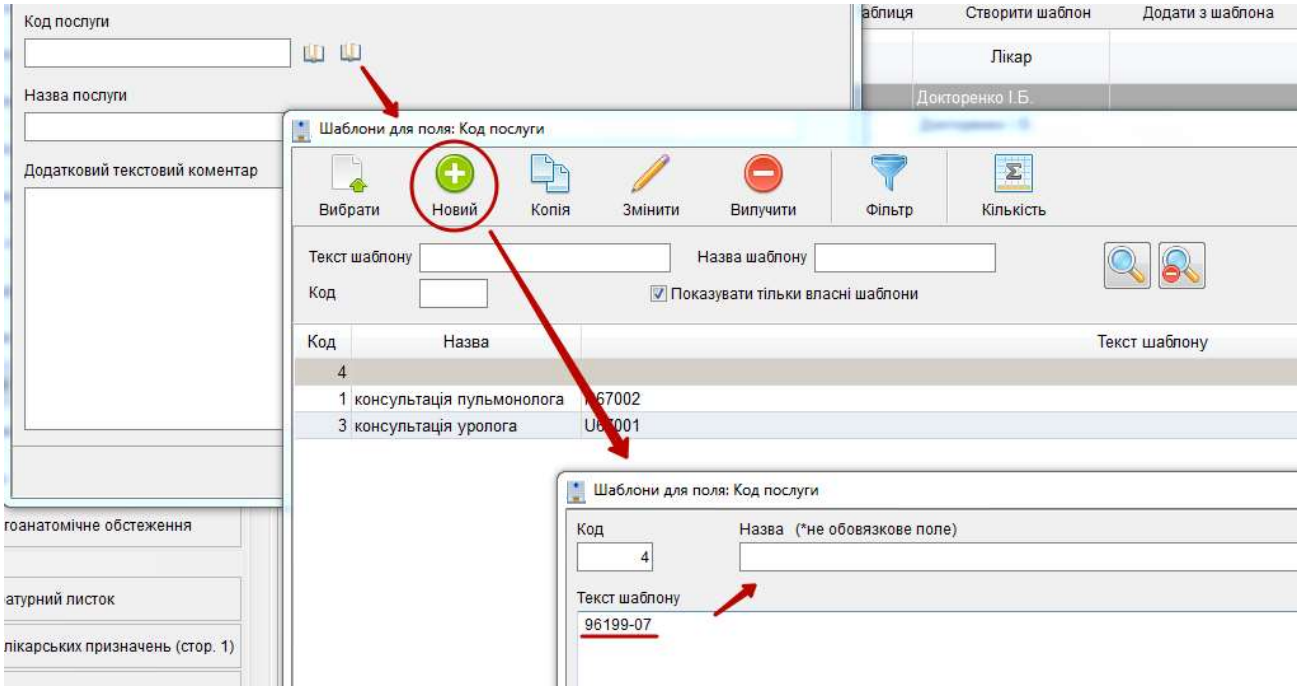
- формує список записів в документ Excel або в LibreOffice Calc, та в залежності від налаштувань в фільтраційній панелі

Послуги

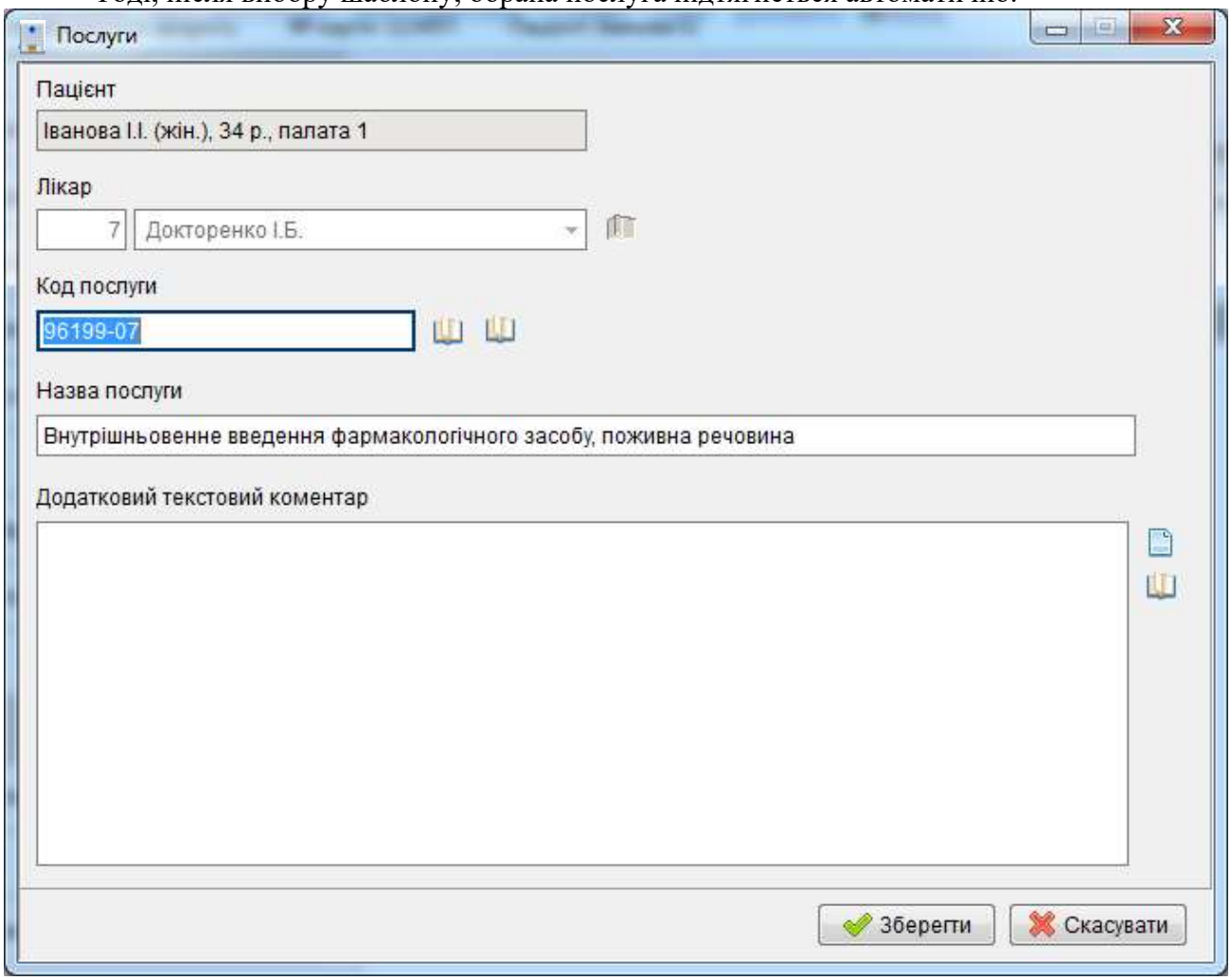
Вказуються всі послуги з Національного класифікатору НК 026:2019 «Класифікатор медичних інтервенцій» гармонізований з гармонізований з Австралійським класифікатором медичних інтервенцій [AKMI] (Australian Classification of Health Interventions, ACHI), які були надані пацієнту за період госпіталізації і, які можна буде імпортувати в електронні медичні записи.



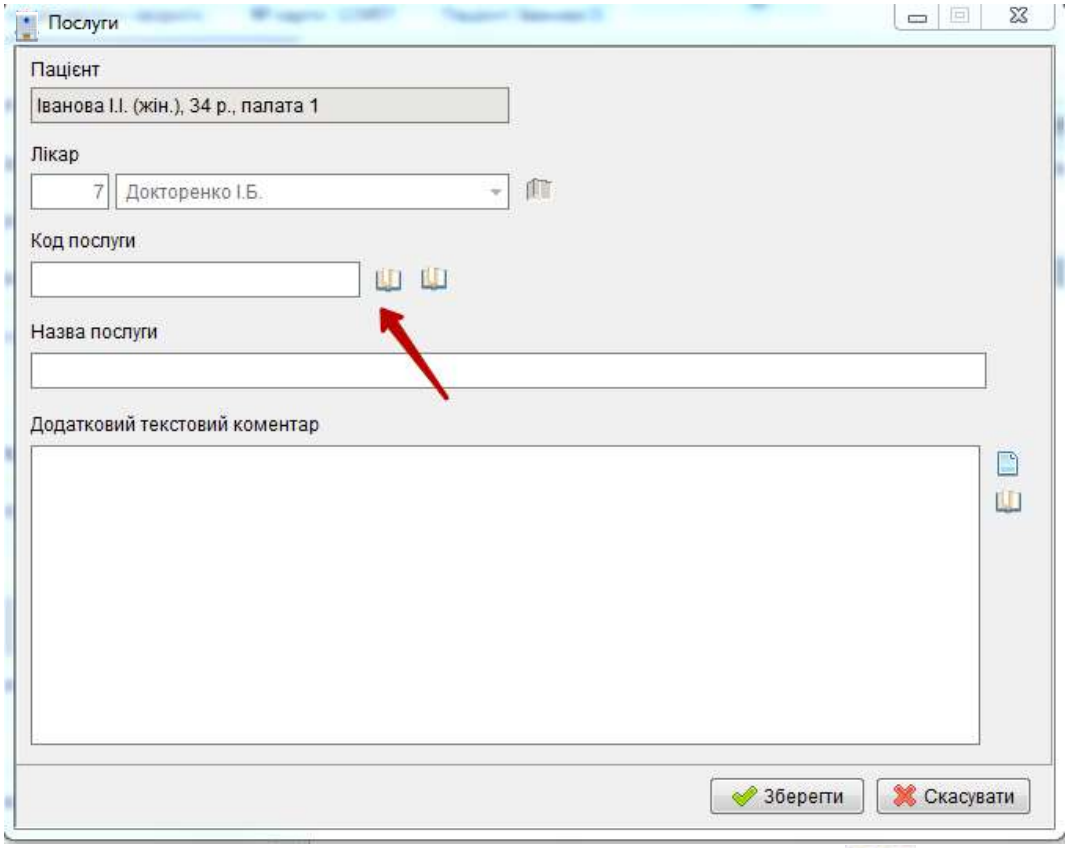
В шаблоні достатньо ввести в поле **«Текст шаблону»** код, який часто буде використовуватись.



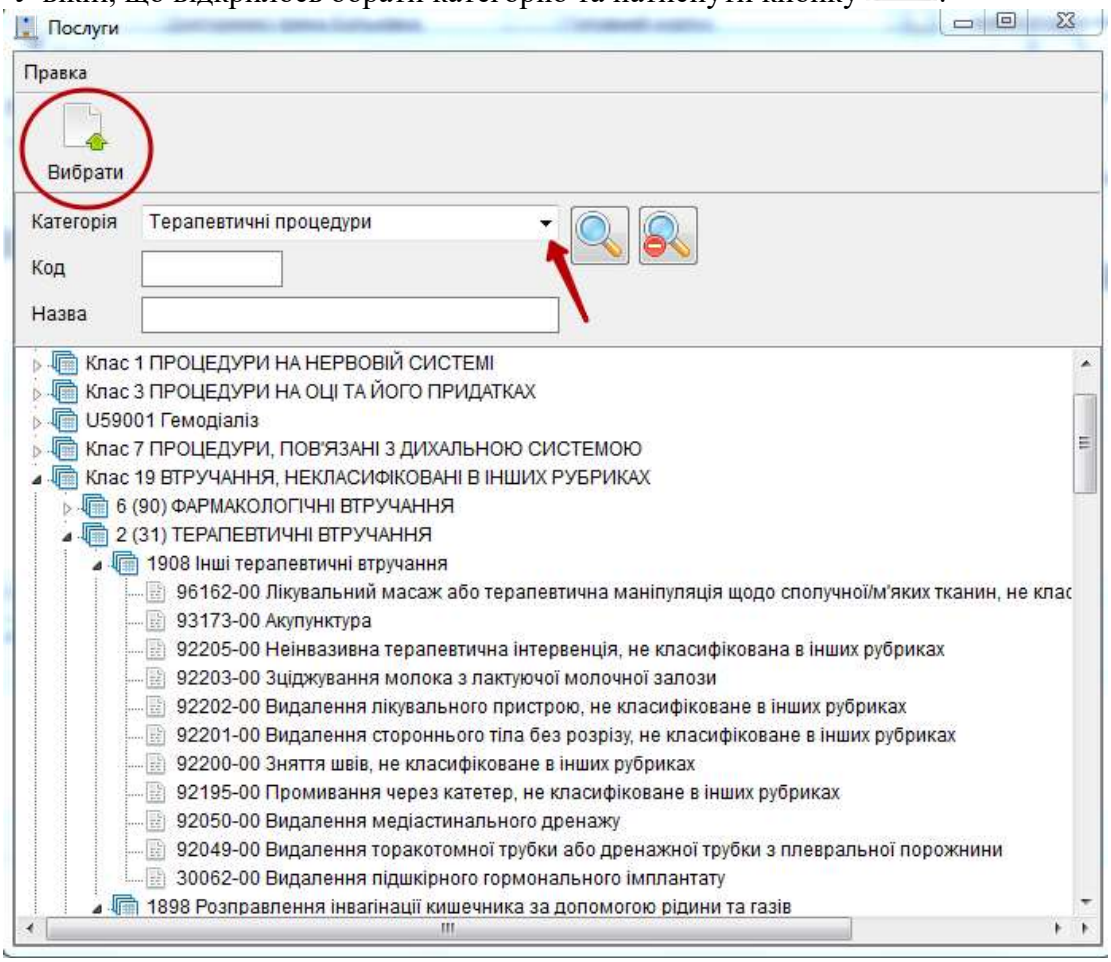
Тоді, після вибору шаблону, обрана послуга підтягнеться автоматично.



Щоб додати послугу не із шаблону, натискаємо першу кнопку .

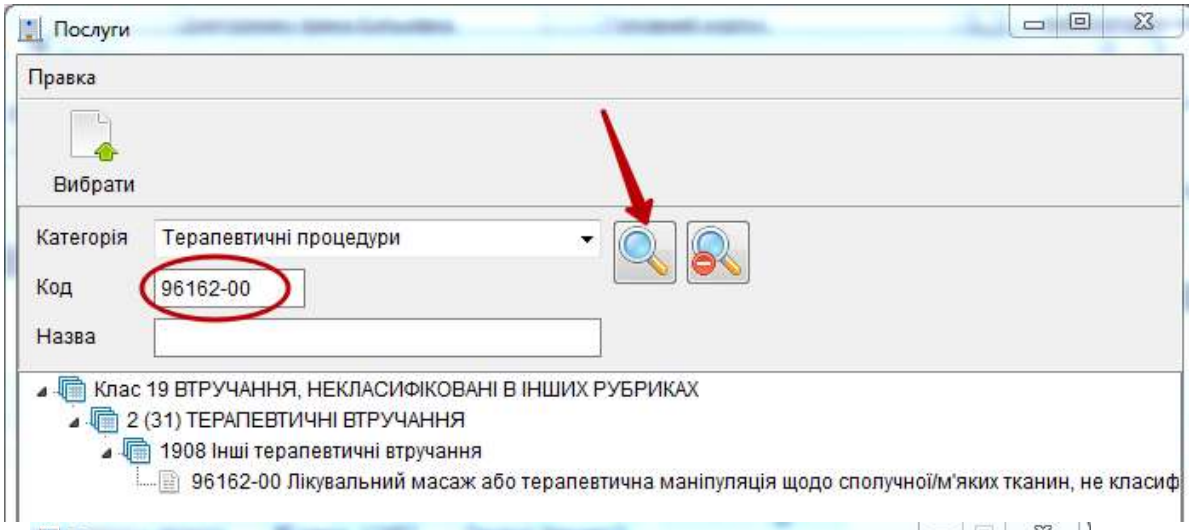


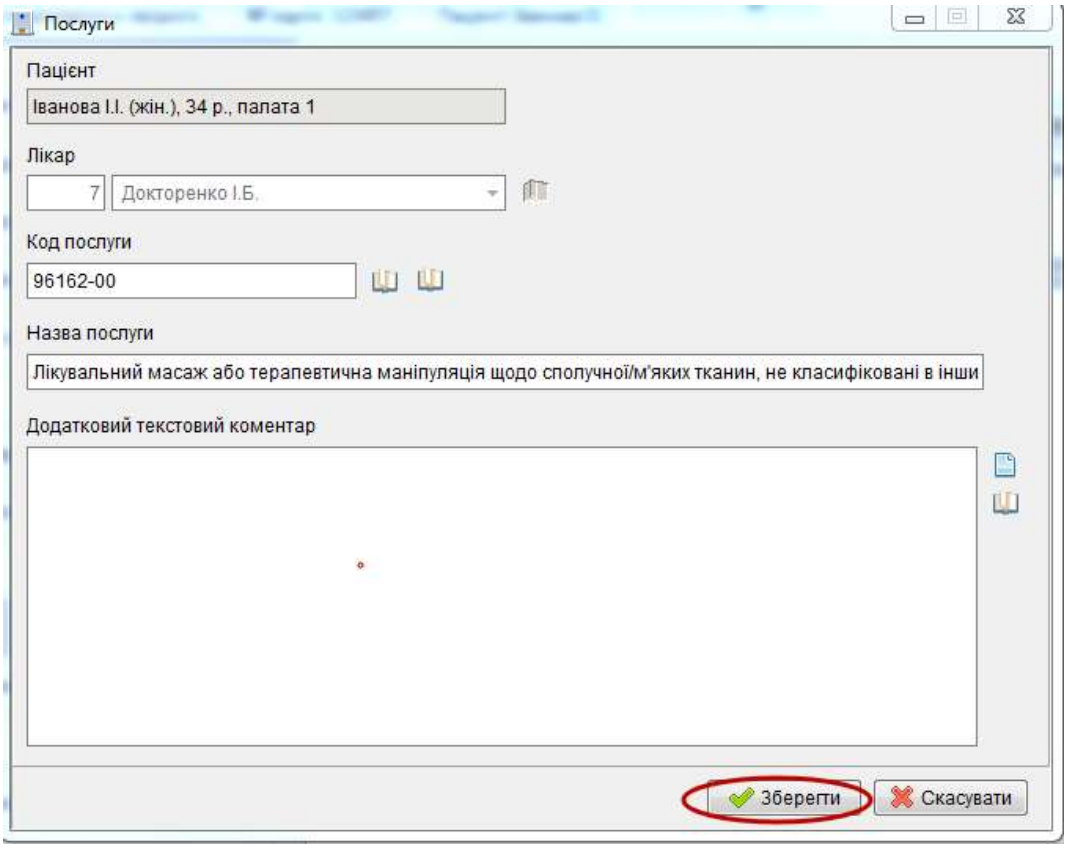
У вікні, що відкрилось обрати категорію та натиснути кнопку .



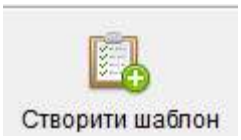
Відфільтрується перелік послуг відповідно категорії, обрати потрібну і натиснути **«Вибрати»**.

Вибрати потрібну послугу можна ще, ввівши код у відповідному полі.

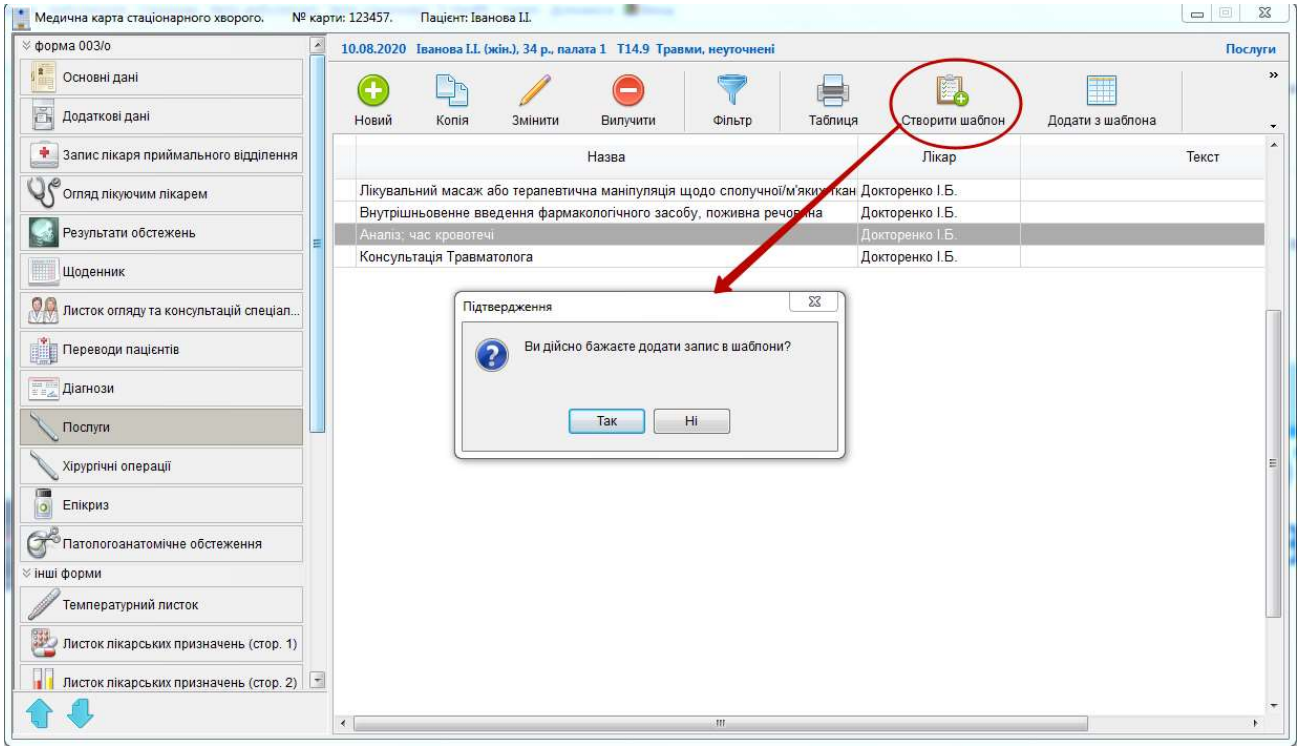


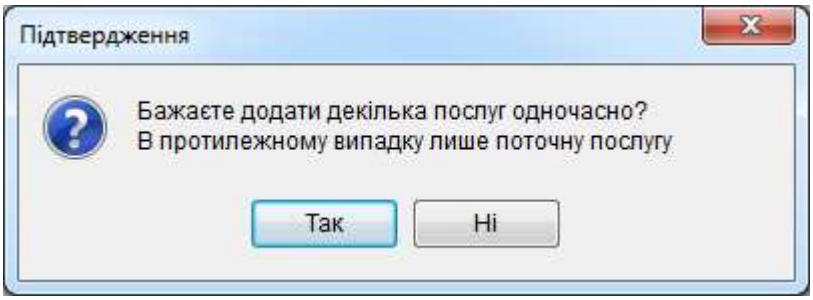


Таким чином, додати всі послуги, які були надані за період госпіталізації.

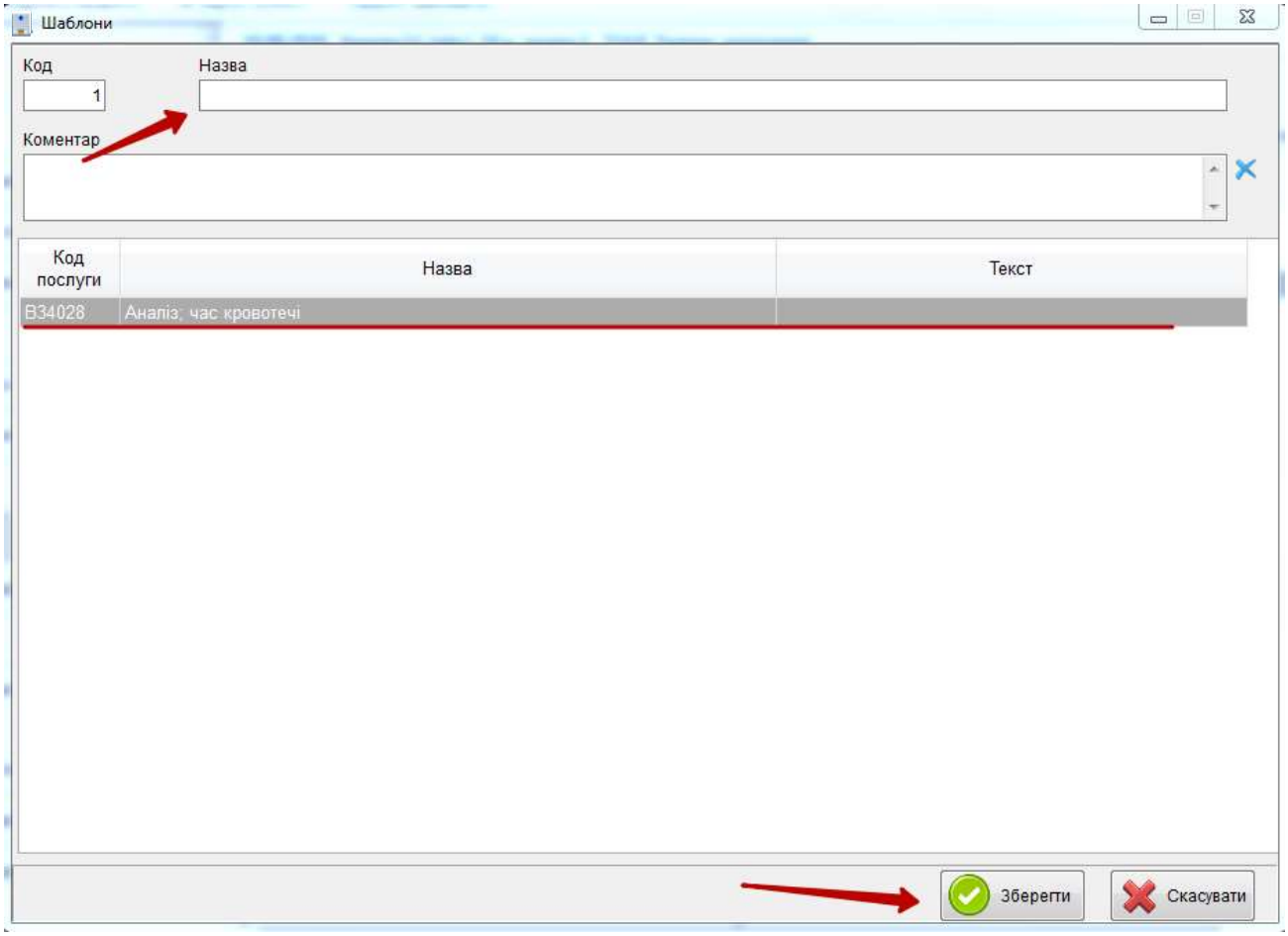


- дає можливість створити шаблон на послуги або групу послуг. Можна створити шаблон на один запис (обраний зі списку) чи на всі записи, які присутні в переліку послуг.

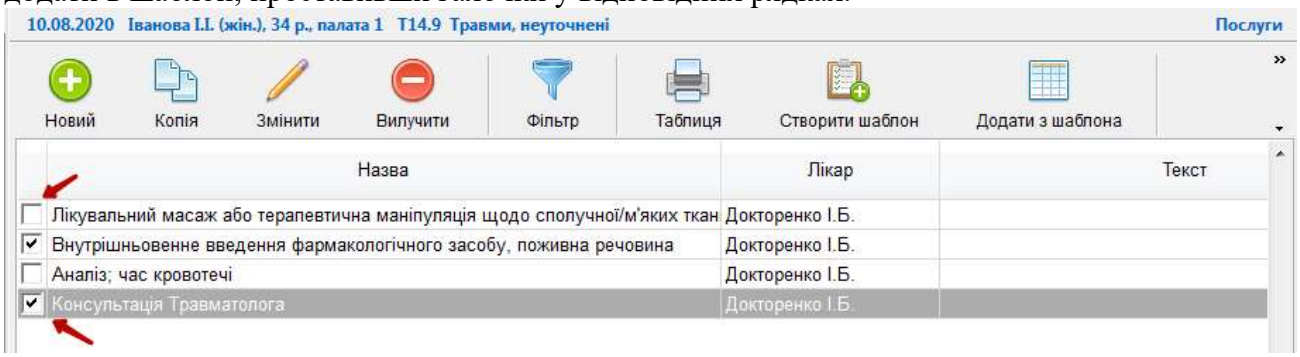




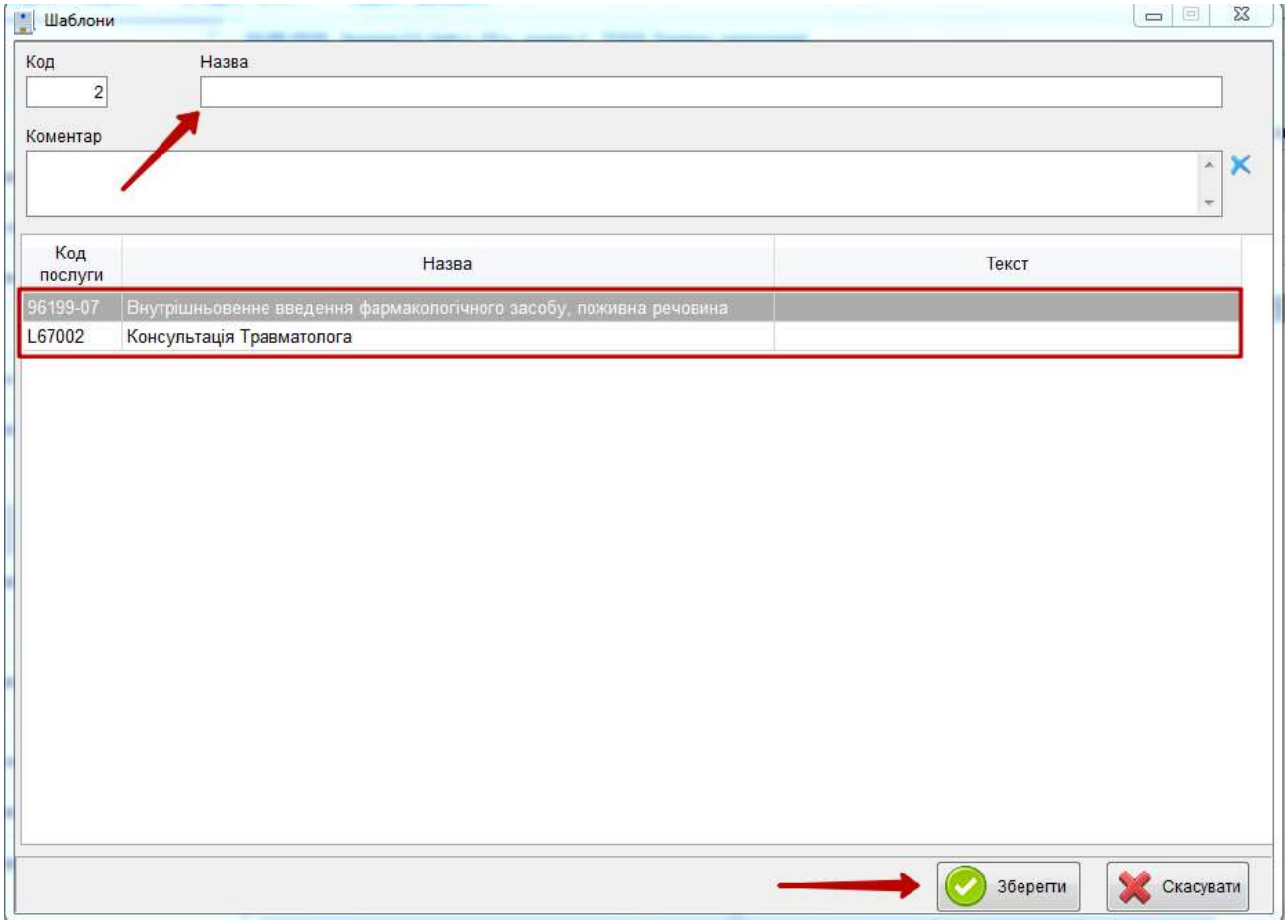
У випадку негативної відповіді, відкриється вікно шаблону і з внесеним одним (обраний зі списку) діагноз. Необхідно внести назву шаблону і натиснути кнопку «Зберегти».



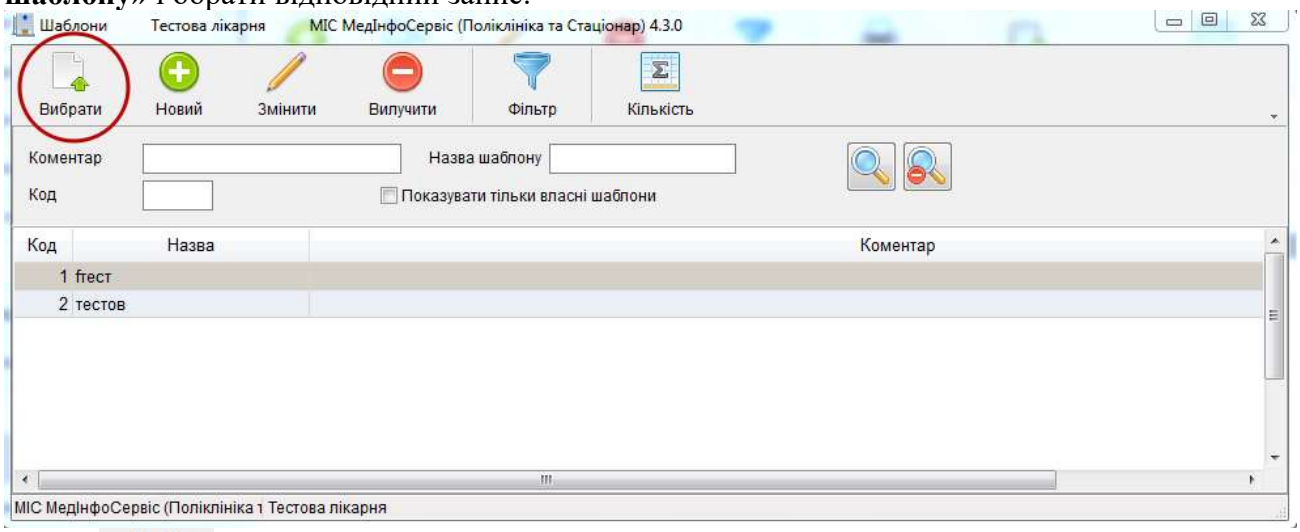
У разі позитивної відповіді, буде можливість обрати, які саме діагнози бажаєте додати в шаблон, проставивши галочки у відповідних рядках.



Потім необхідно знову натиснути кнопку **«Створити шаблон»,** після чого відкриється вікно шаблону із переліком внесених діагнозів. Вносимо назву шаблону і натискаємо **«Зберегти».**



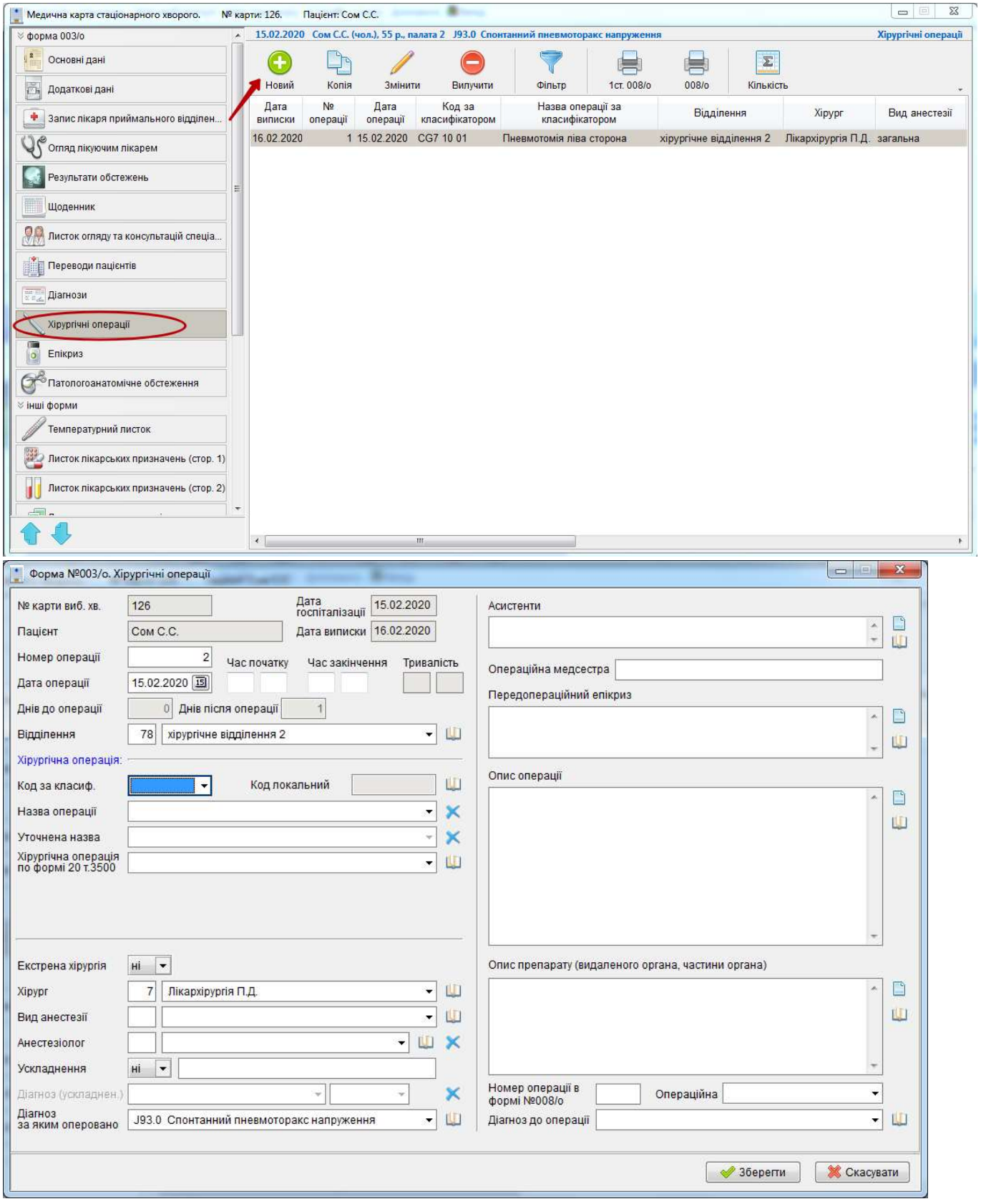
Для того, щоб використати створені шаблони, слід натиснути кнопку **«Додати із шаблону»** і обрати відповідний запис.



- формує список записів в документ Excel або в LibreOffice Calc, та в залежності від налаштувань в фільтраційній панелі

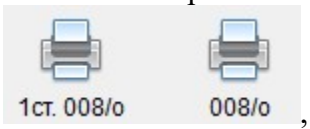
Хірургічні операції (ф.008/о)

У випадку, якщо пацієнту проводились хірургічні втручання або процедури, то в даній закладці відобразити їх за допомогою кнопки «Новий».



Вказуються дата (число, місяць, рік), тривалість проведення (кількість годин, хвилин), код і назва процедури/хірургічної операції згідно з Тимчасовим галузевим класифікатором оперативних утручань, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28.03.2019 №688 «Про внесення змін до тимчасового галузевого класифікатора медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій», вказується хірург що проводить операцію, вид анестезії (відсутня - 1; місцева -2; загальна - 3; інша - 4) та лікар-анестезіолог, ускладнення, якщо такі мали місце (код згідно з МКХ-10). Детальний опис операції проводиться в щоденнику за відповідною датою та в формі первинної облікової документації **№ 008/о «Журнал запису оперативних втручань в стаціонарі»**, затвердженій наказом Міністерства

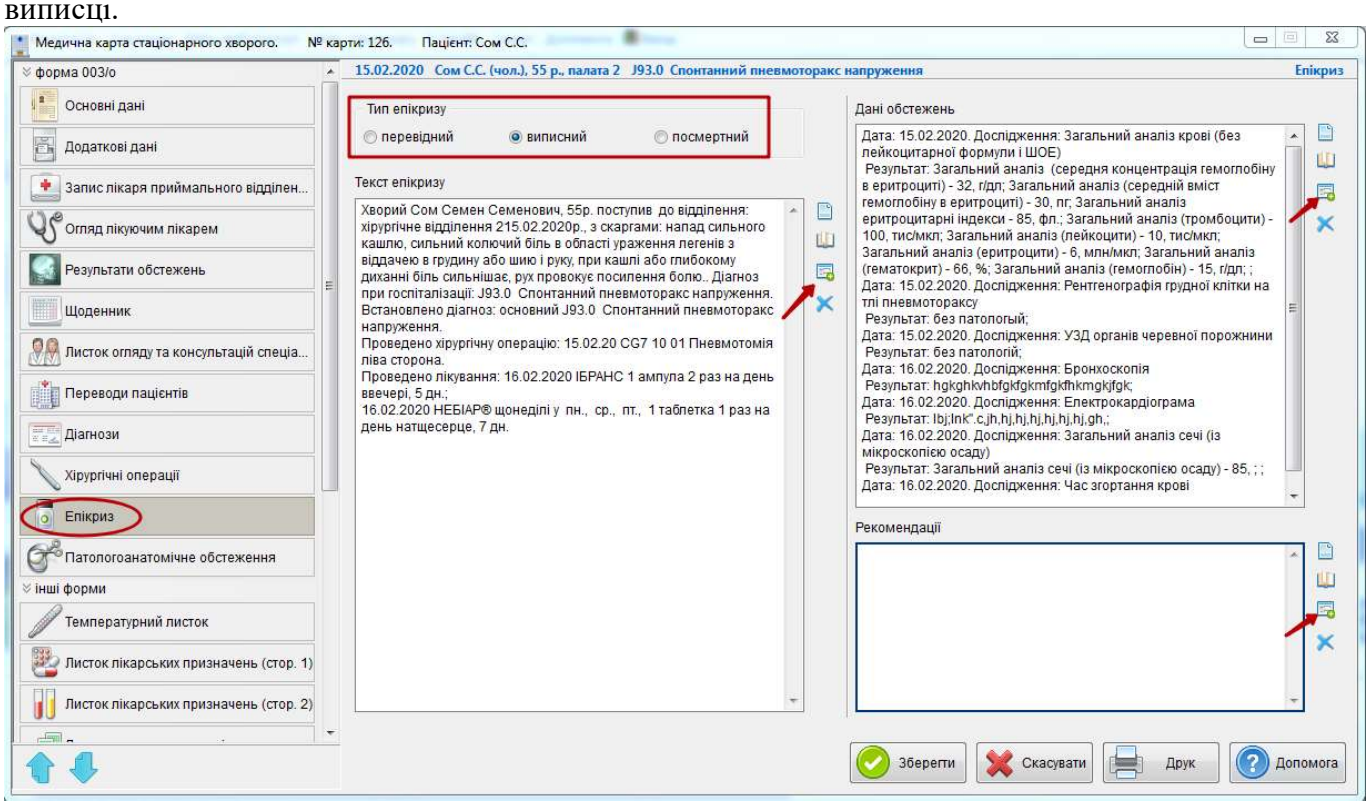
охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (далі - наказ МОЗ України № 110).

Для друку журналу 008/о використовують кнопки 

, де форма виводиться в документ Word або LibreOffice Writer.

Епікриз

При переведенні хворого до іншого закладу охорони здоров'я складається перевідний епікриз, у випадку смерті – посмертний, при виписці хворого лікуючий лікар складає виписний епікриз, у якому коротко резюмує дані про стан хворого при госпіталізації та виписці.

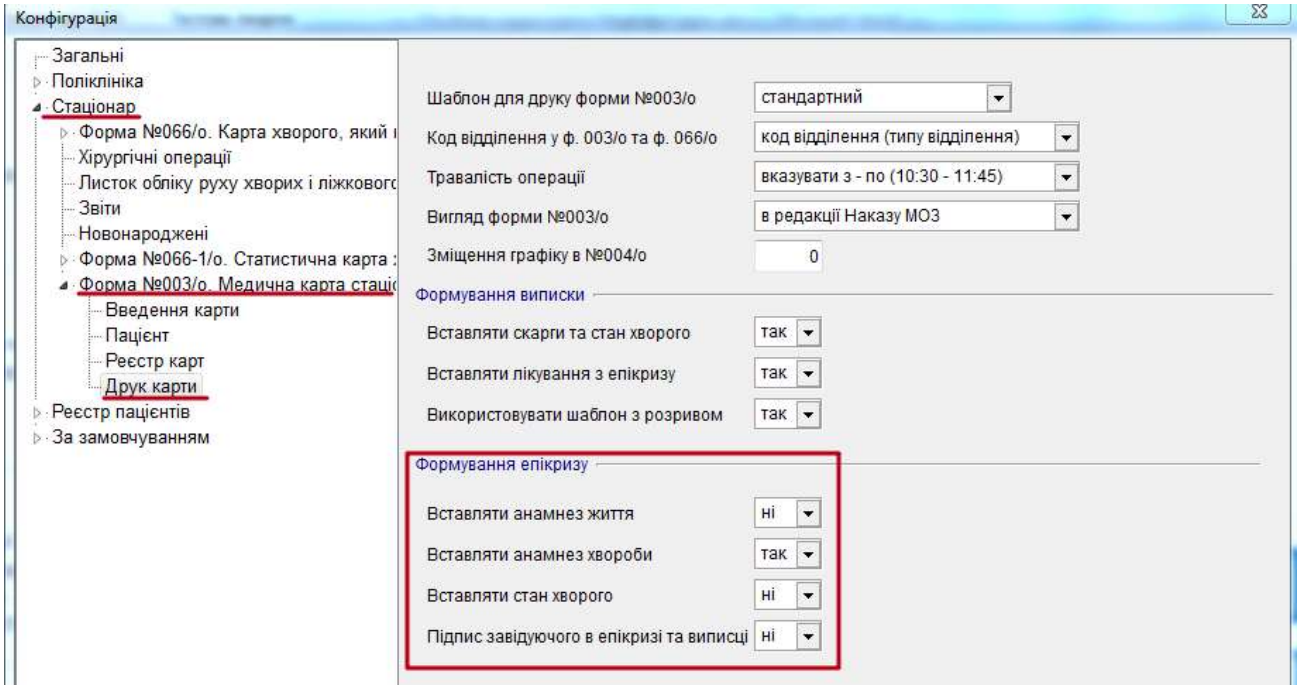


Текст епікризу, дані чи рекомендації можна автоматично сформувати на основі внесених даних в форму 003/о натиснувши на іконку .

- формує виписку в документ Word або LibreOffice Writer (ф.003/о)

Зверніть увагу!

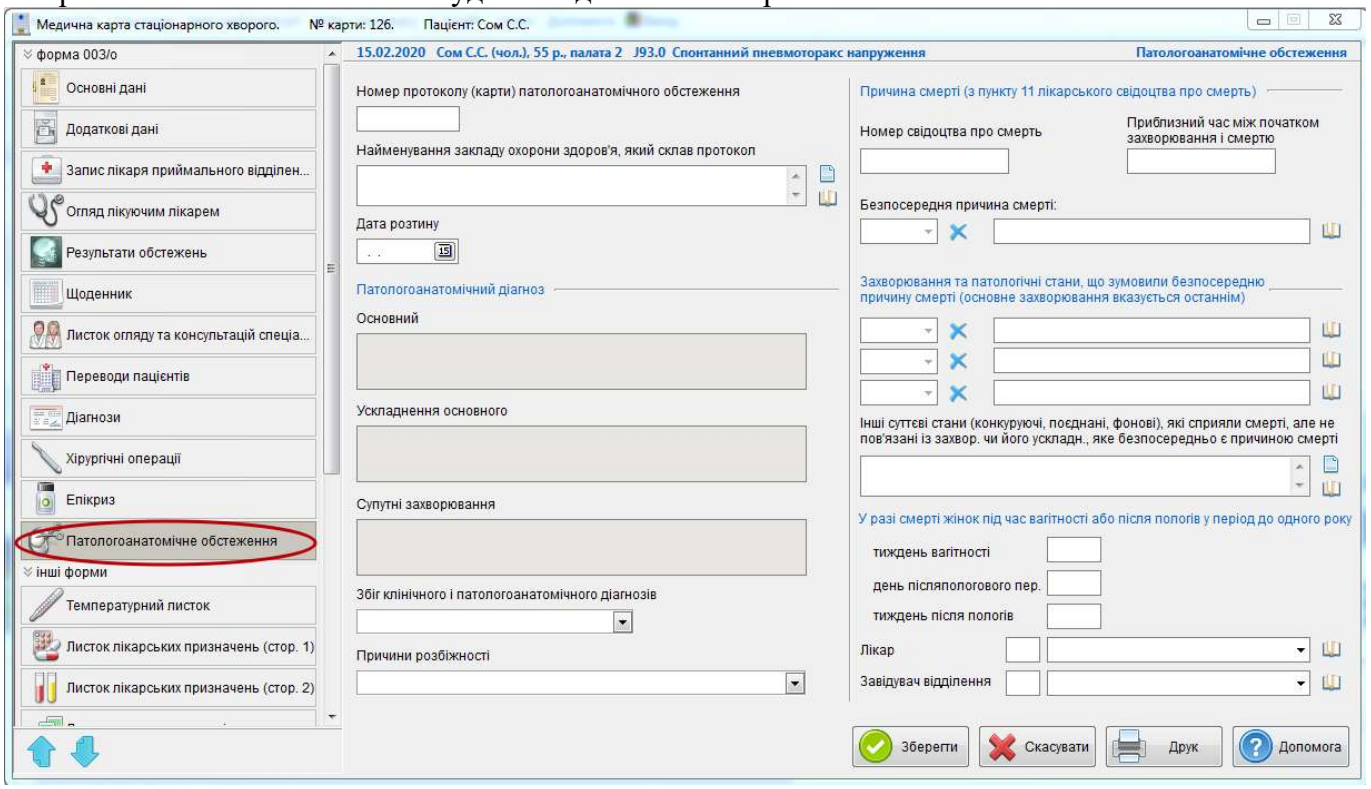
В програмі, для зручності, є можливість налаштувати друк виписки. Для цього необхідно зайти в **Сервіс > Конфігурація > Стаціонар > Форма 003/о > Друк карти** і відмітити ТАК або НІ у відповідних полях **«Формування епікризу».**



Патологоанатомічне обстеження

У разі смерті пацієнта лікар-патологоанатом після розтину заповнює виписку з протоколу (карти) патологоанатомічного обстеження.

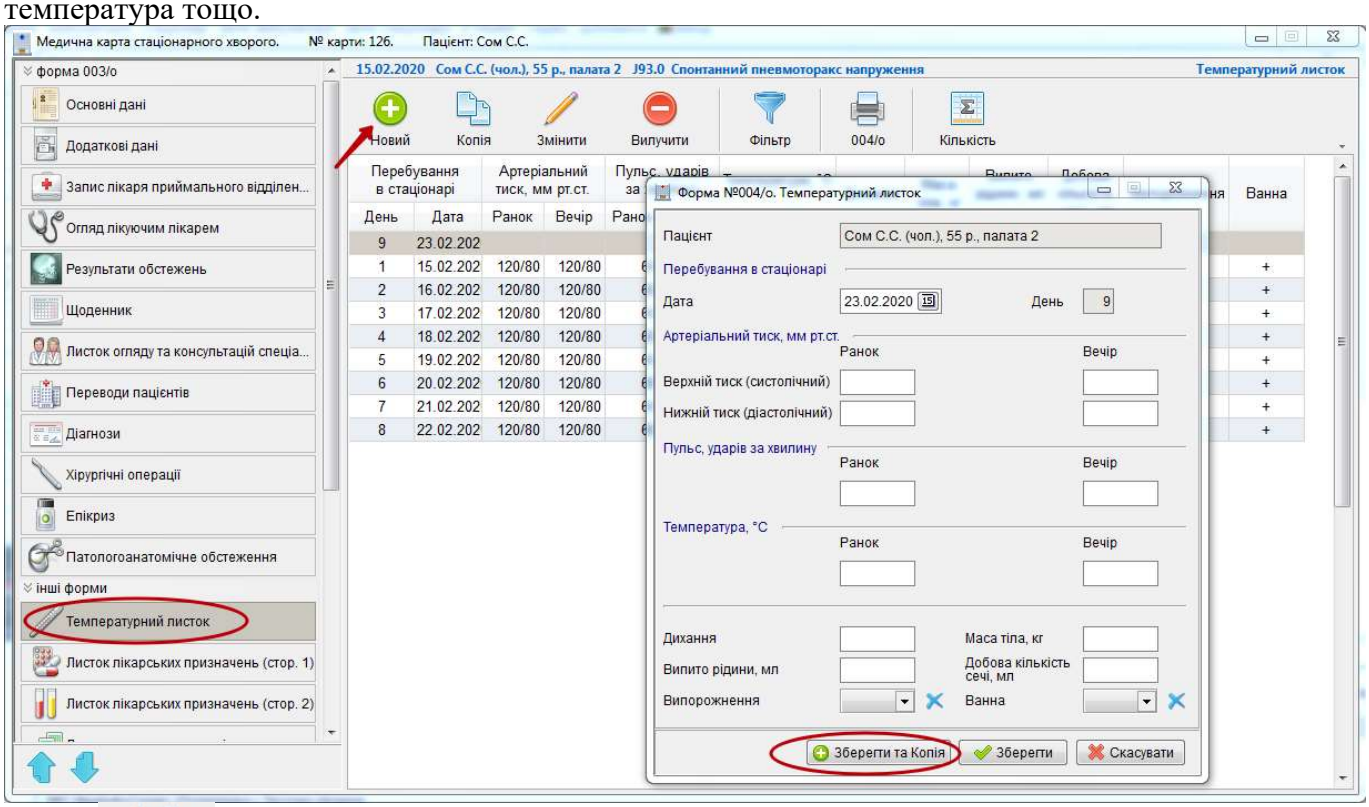
Зазначаються патологічні стани, що призвели до безпосередньої причини смерті та інші суттєві стани (конкуруючі, поєднані, фонові), які сприяли смерті, але не пов’язані з безпосередньою причиною смерті (вказуються дати інсультів, інфарктів, оперативних утручань). Основна причина смерті підлягає кодуванню згідно з МКХ-10 лікуючим лікарем, лікарем-патологоанатомом або судово-медичним експертом.



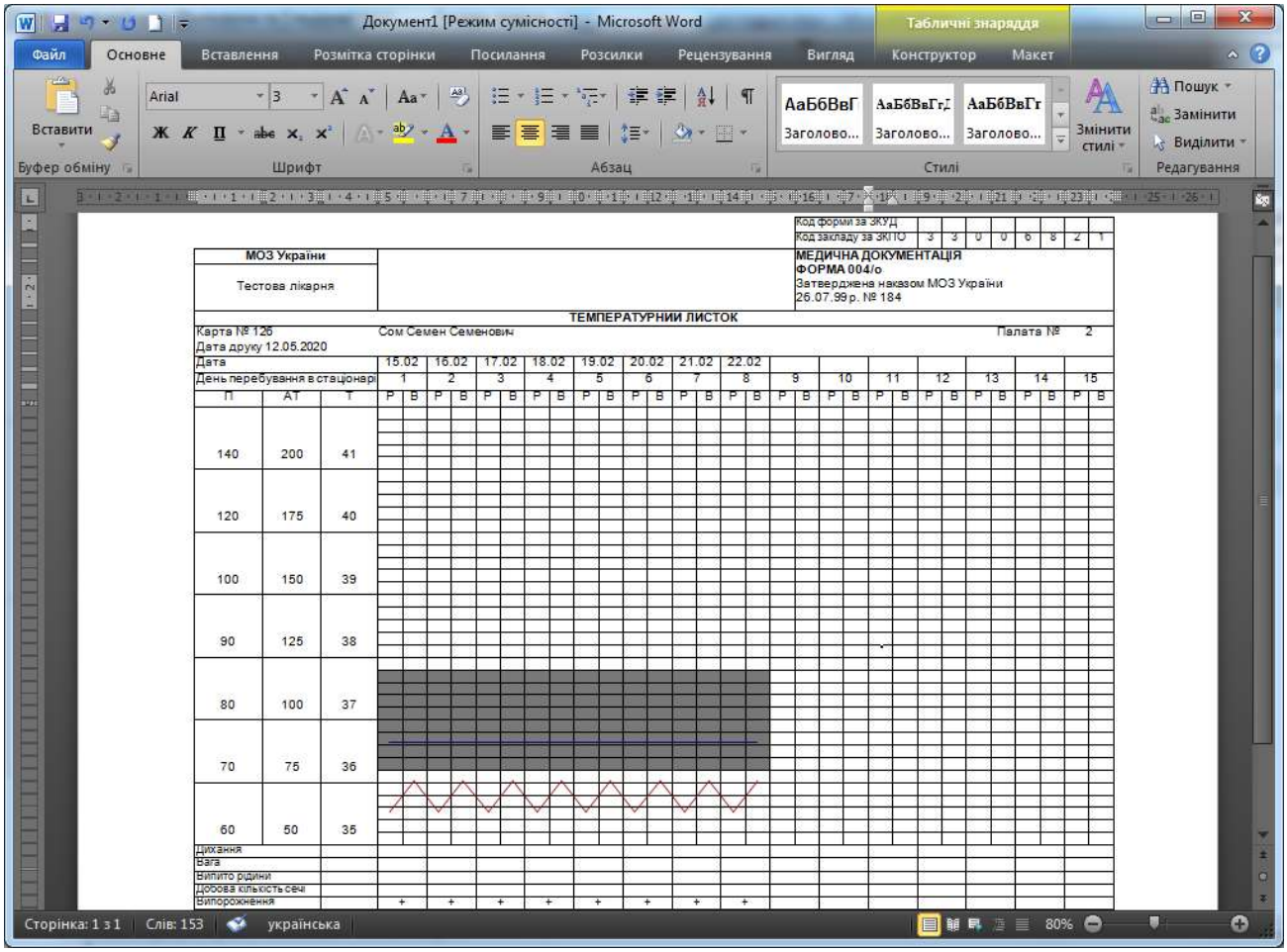
Лікар-патологоанатом і завідувач патологоанатомічного відділення зазначають свої прізвища, імена, по батькові.

Температурний листок (ф.004/о)

Форма 004/ являється оперативним документом для графічного зображення деяких основних даних, які характеризують стан здоров'я пацієнта: пульс, артеріальний тиск, температура тощо.



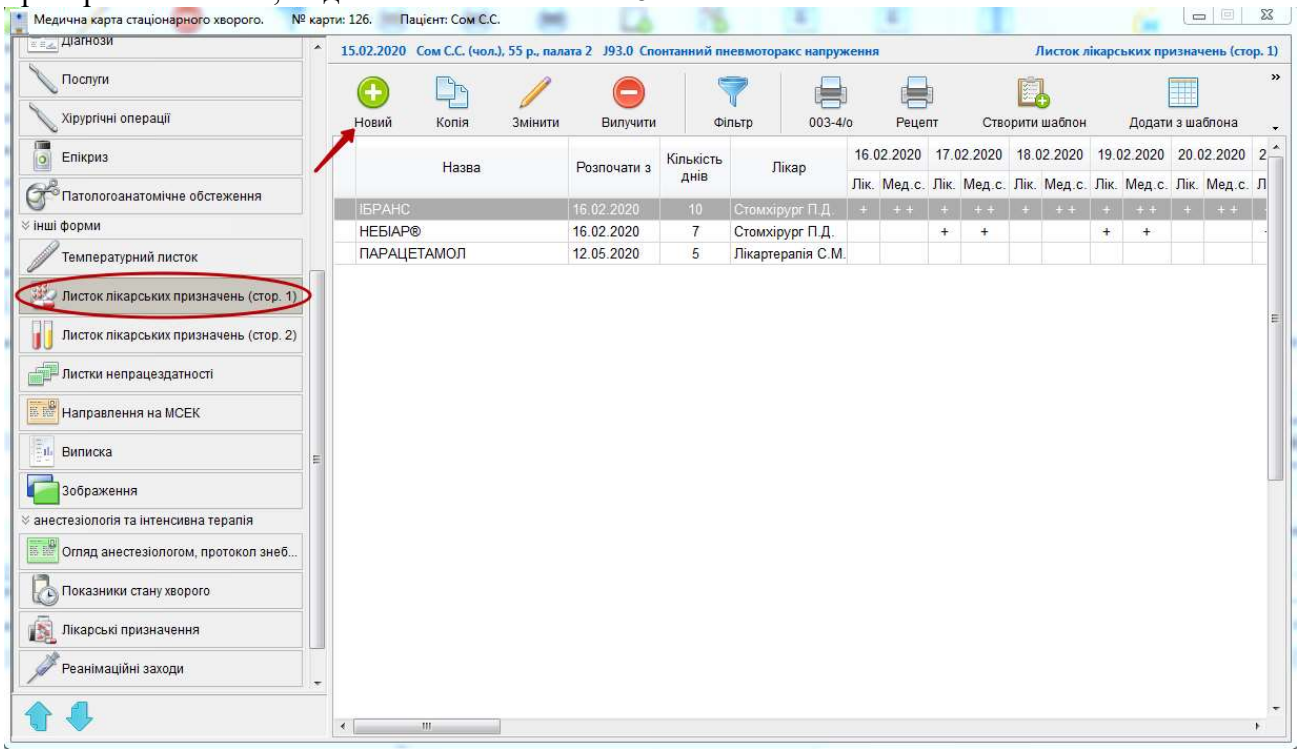
- дає можливість сформувати форму для друку в документ Word або LibreOffice Writer

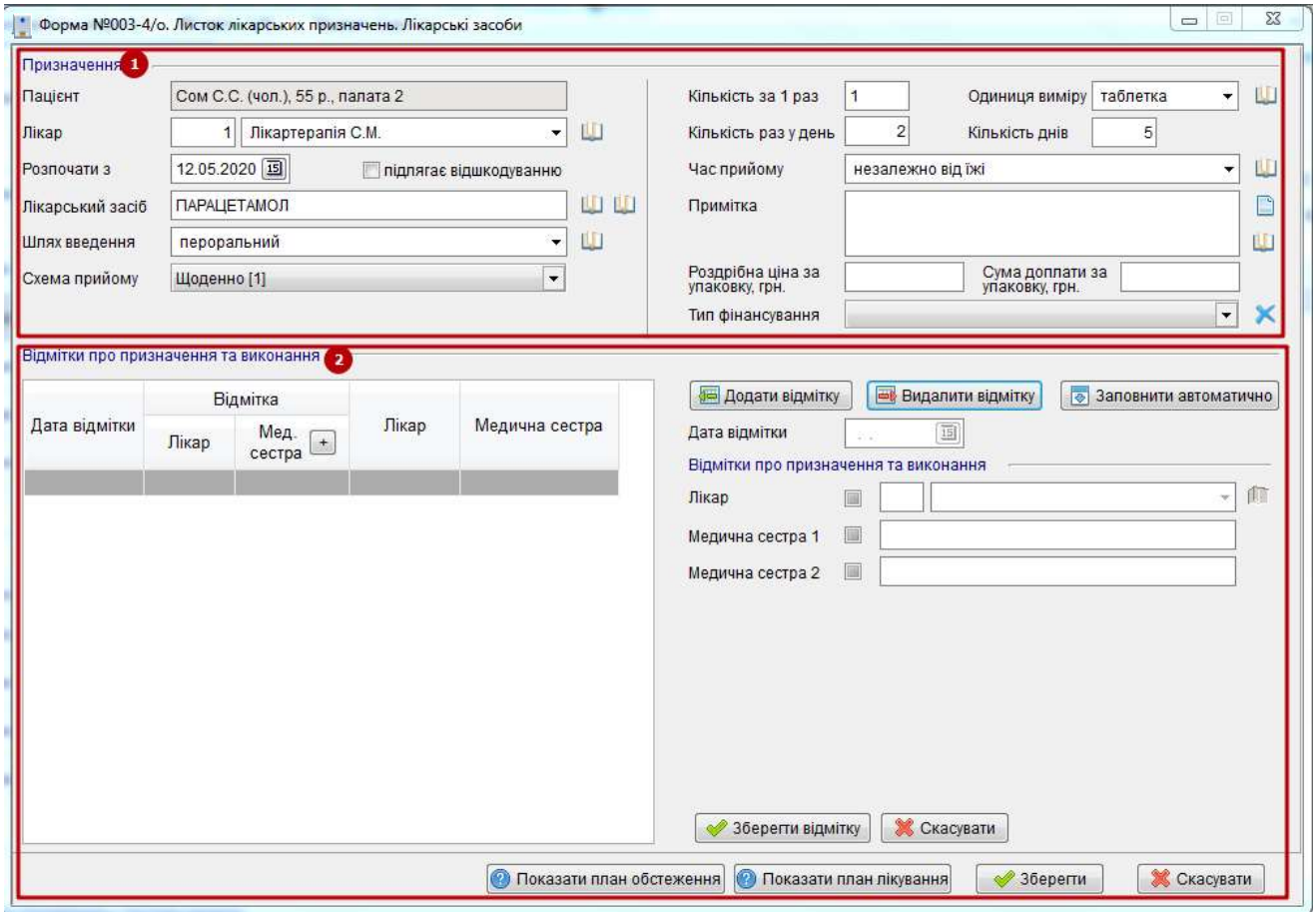


Листок лікарських призначень - стор.1 (ф.003-4/о)

Форма № 003-4/о є основним обліковим документом, що призначається для реєстрації режиму перебування хворого в стаціонарі, призначеного йому дієтичного харчування, методів обстеження, медикаментозного лікування, фізіотерапевтичних та психотерапевтичних процедур.

Сторінка 1 – відмічається медикаментозне лікування пацієнта. Кожен призначений препарат вноситься, за допомогою кнопки **«Новий»**



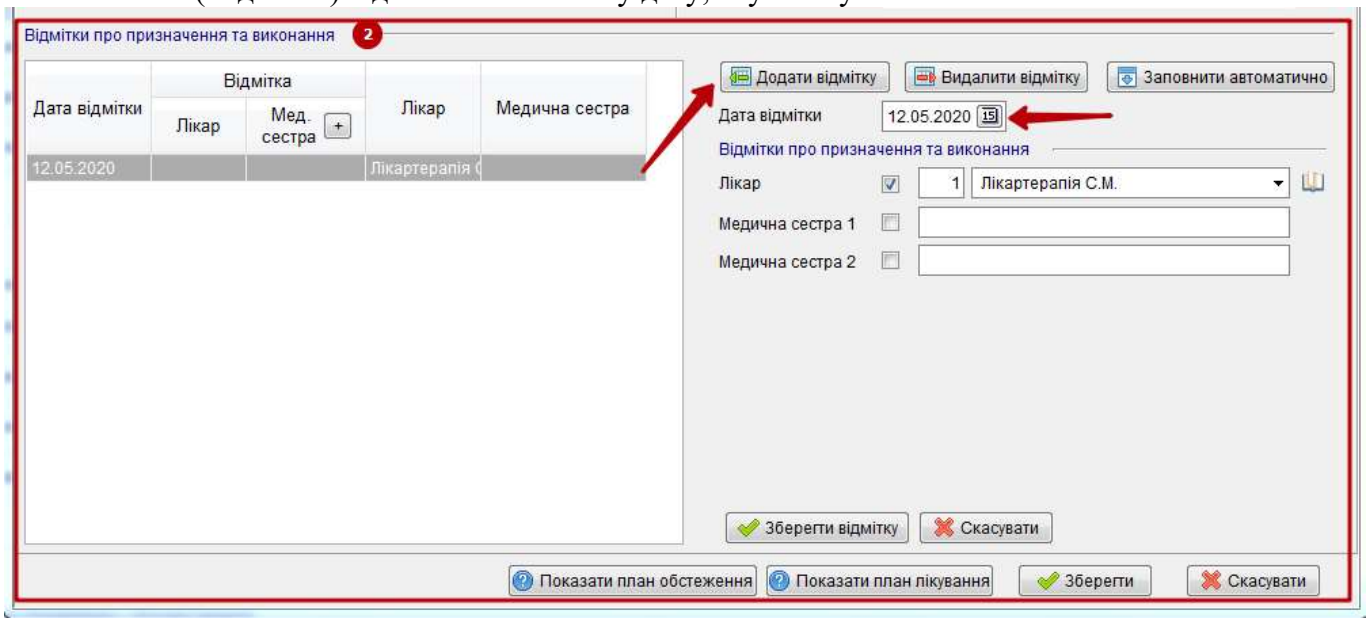


Для внесення лікарського засобу потрібно заповнити:

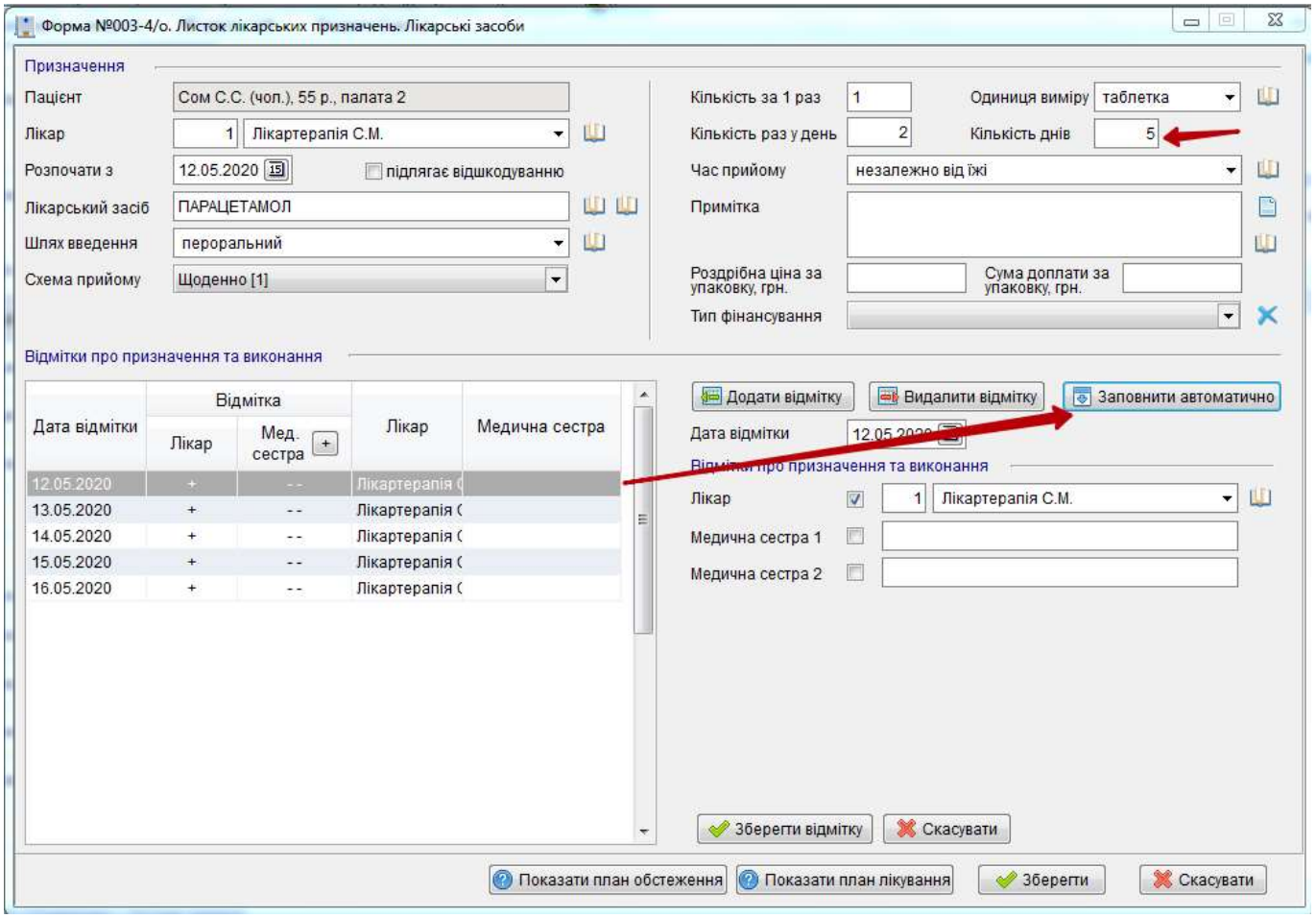
1 **призначення** - вказати лікарський засіб із довідника (перша) або вибрати із шаблону (друга), і відмітити всі поля для схеми прийому;

2 **відмітки про призначення та виконання**. – є два варіанти для заповнення відміток**:**

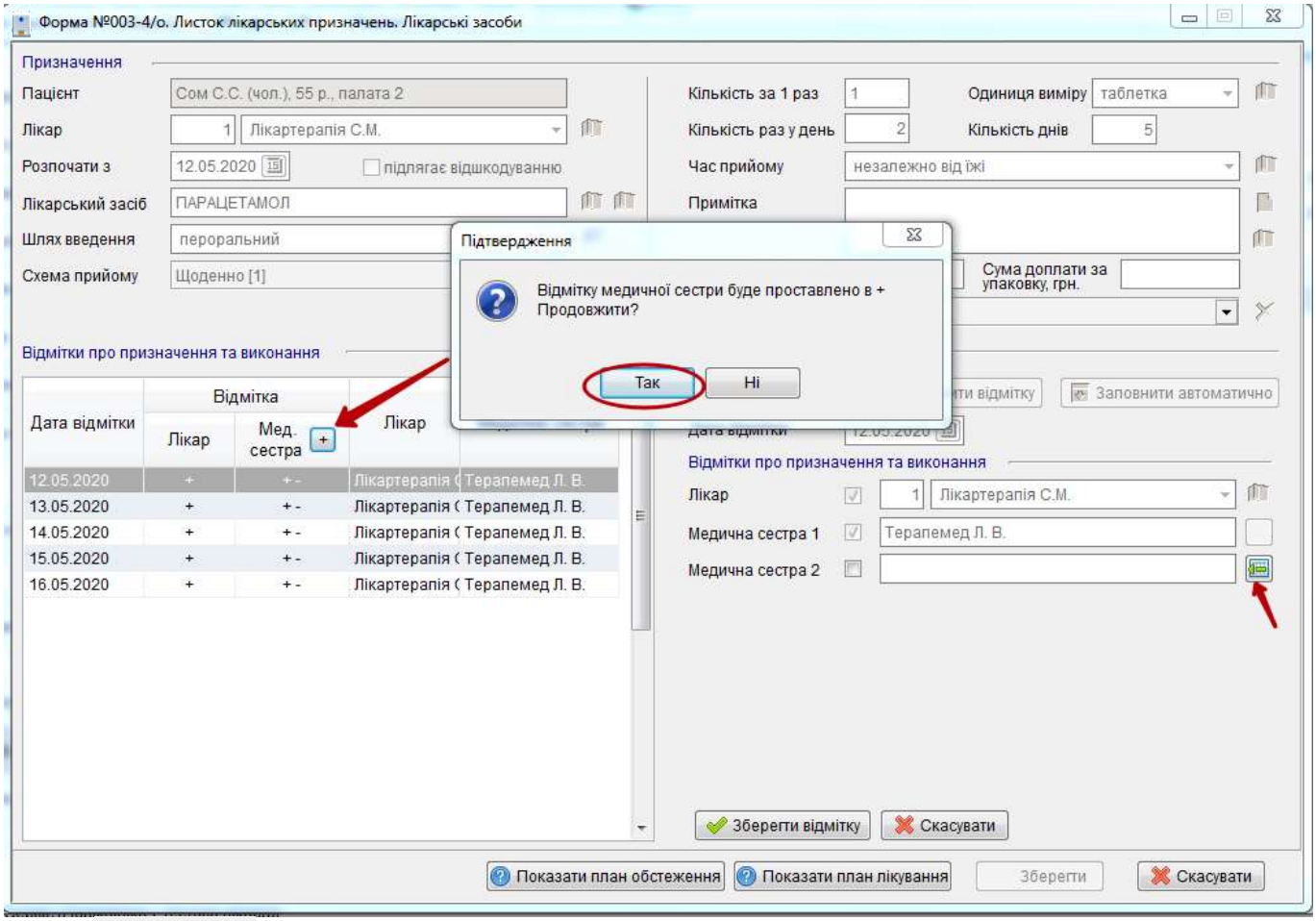
- за допомогою кнопки **«Додати відмітку» («Видалити відмітку»)** - буде додана (видалена) відмітка тільки на ту дату, яку вкажуть



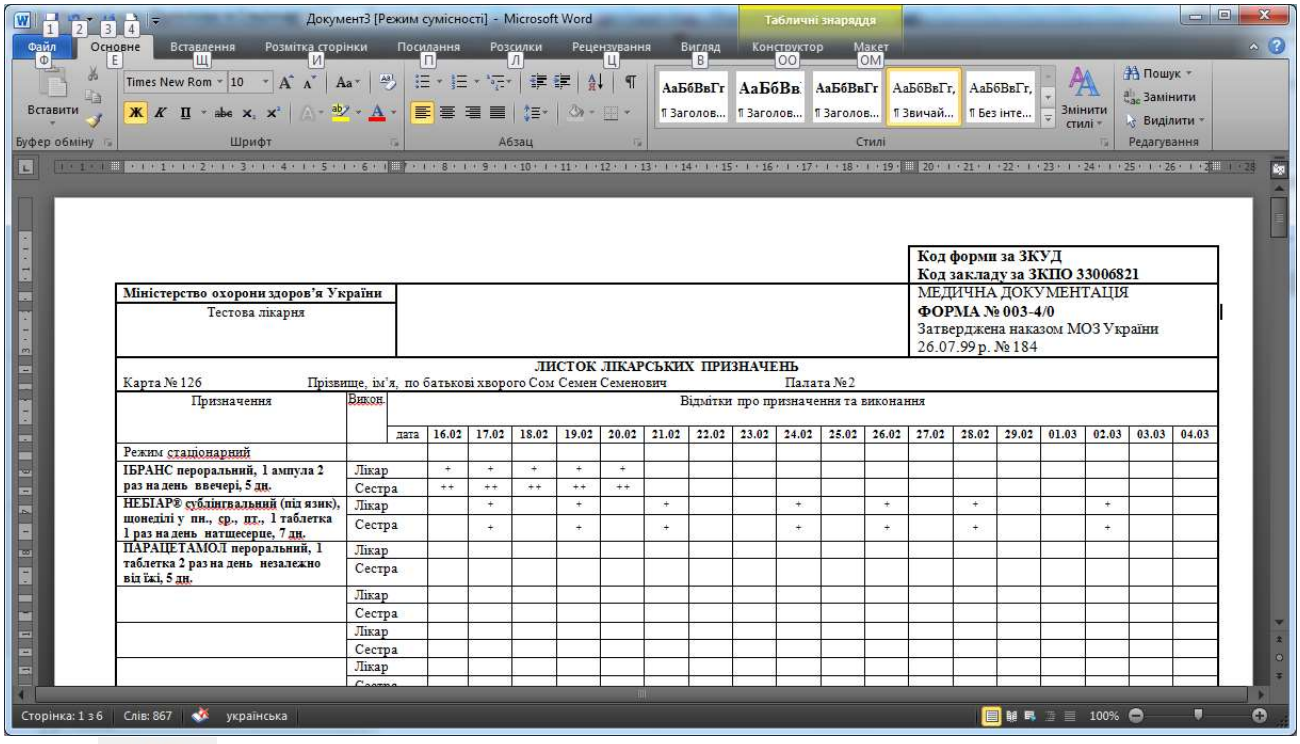
- за допомогою кнопки **«Заповнити автоматично»** - таблиця для відміток буде заповнена автоматично відповідно тій кількості днів, яка вказана в призначенні



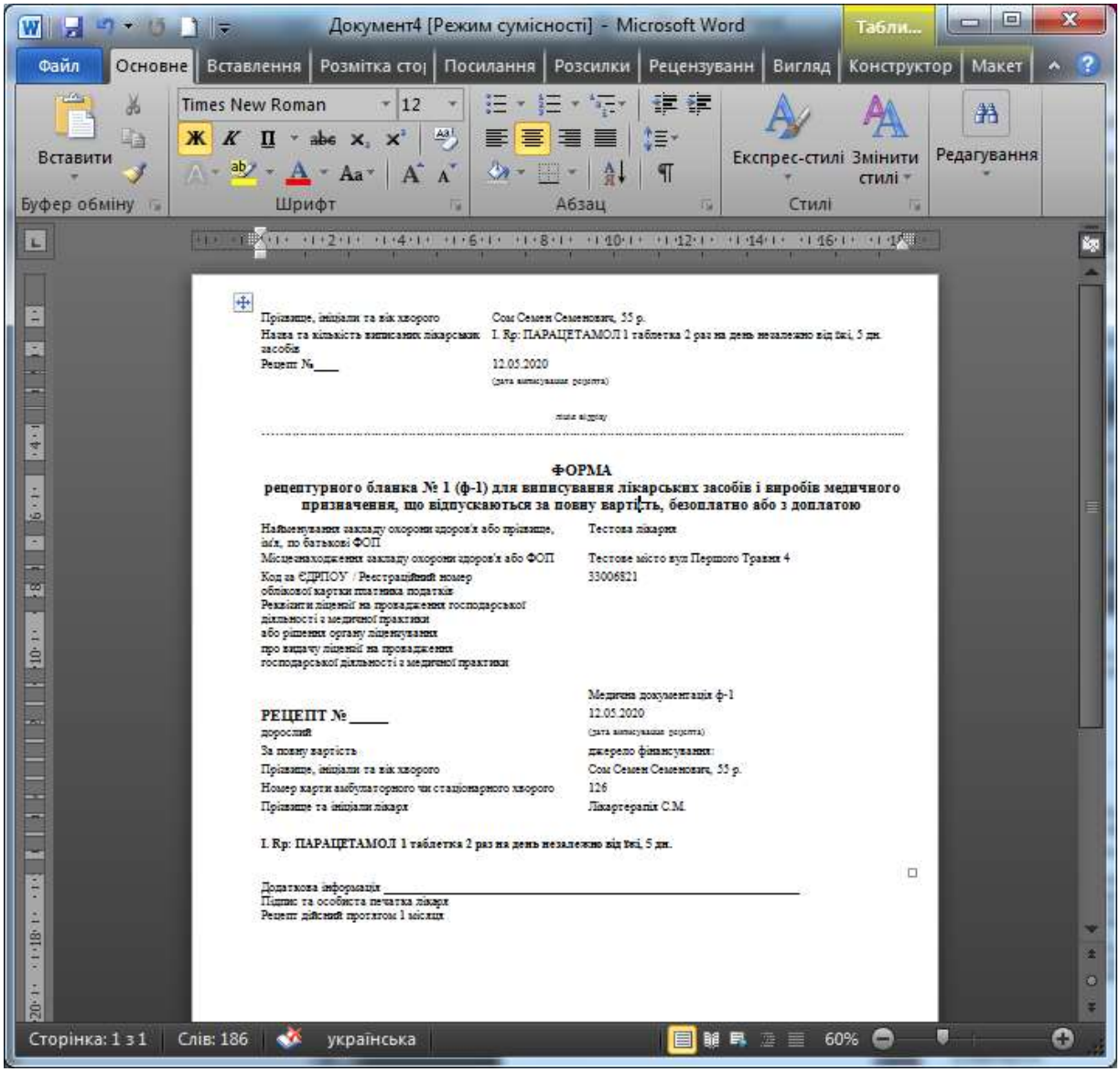
При автоматичному заповненні для лікаря на всі дні проставляються «+». В програмі є можливість проставляти відмітки медичної сестри в залежності від кількості призначення лікарського засобу в один день. Для того, щоб відмічало прізвище медсестри, необхідно зайти в програму під користувачем з типом персоналу «медсестра» і зробити відмітку про виконання призначення лікарського засобу.

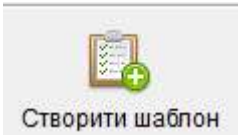


003-4/о 1ст. - дає можливість сформувати форму для друку в документ Word або LibreOffice Writer

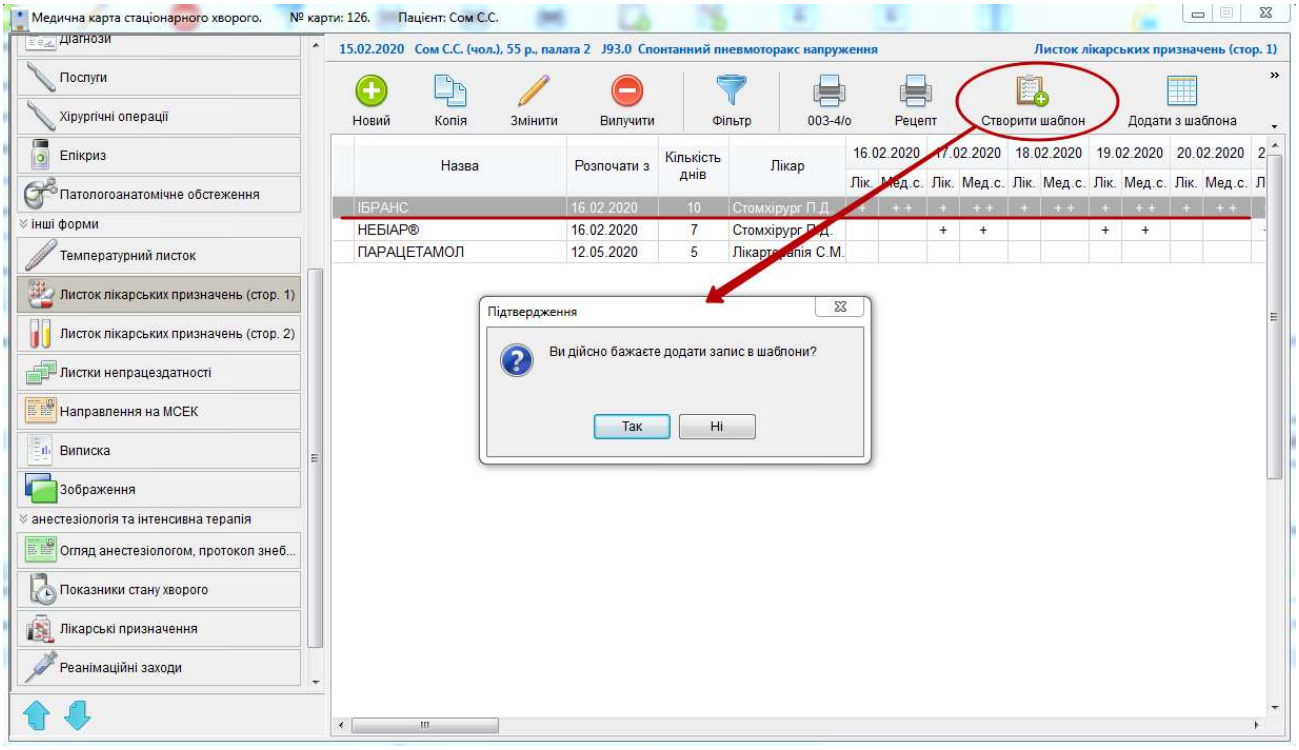


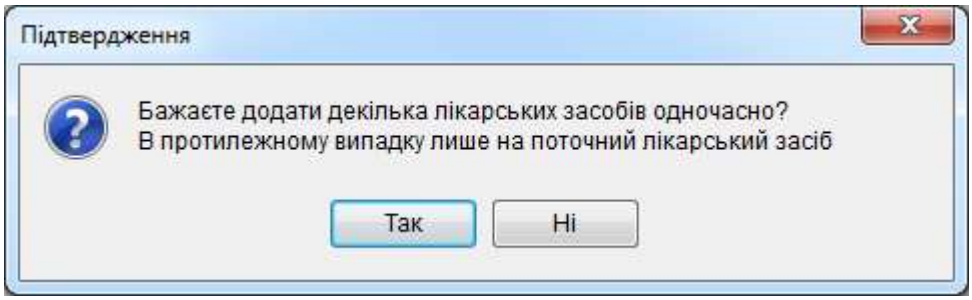
Рецепт - дає можливість сформувати форму рецептурного бланка № 1 (ф-1) для виписування лікарських засобів і виробів медичного призначення, що відпускаються за повну вартість, безоплатно або з доплатою в документ Word або LibreOffice Writer



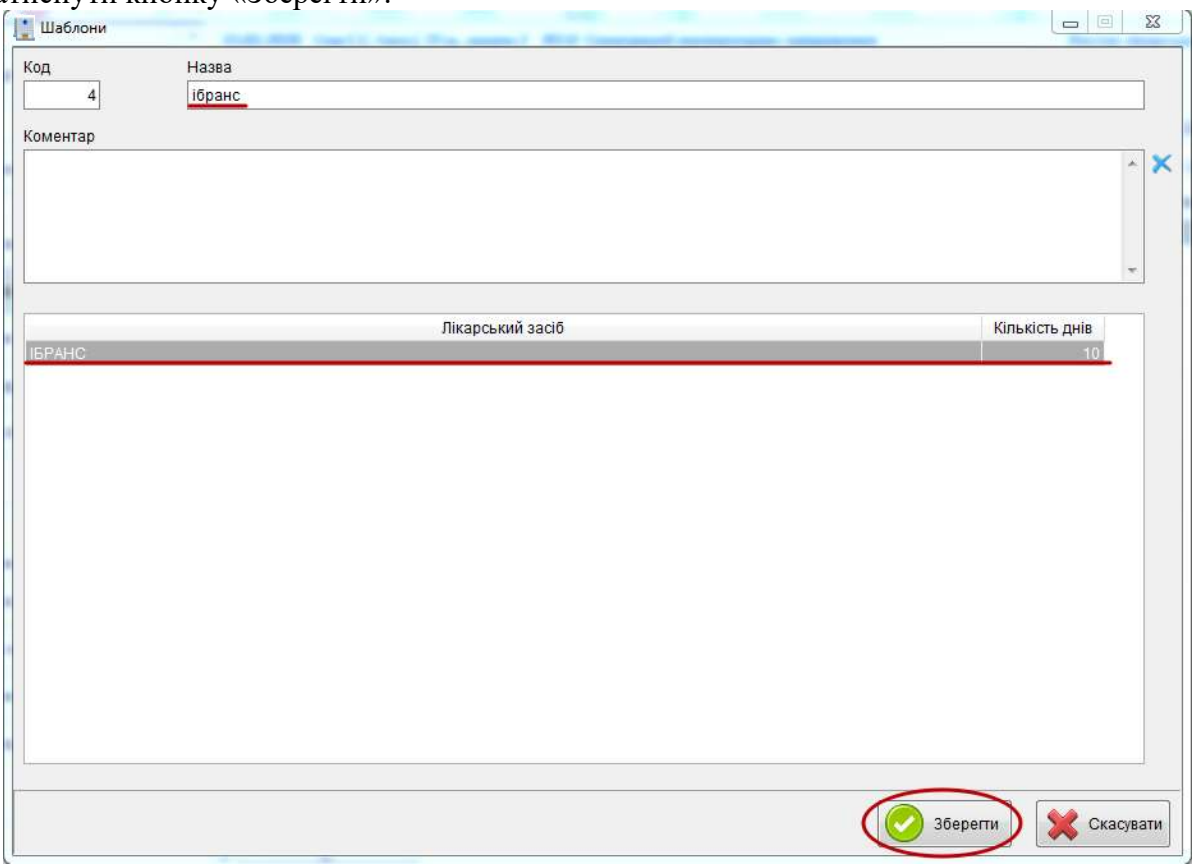


- дає можливість створити шаблон на лікарський засіб із вже створеною схемою прийому. Можна створити шаблон на один лікарський засіб (обраний зі списку) чи на всі лікарські засоби які присутні в переліку листку лікарських призначень стор.1.

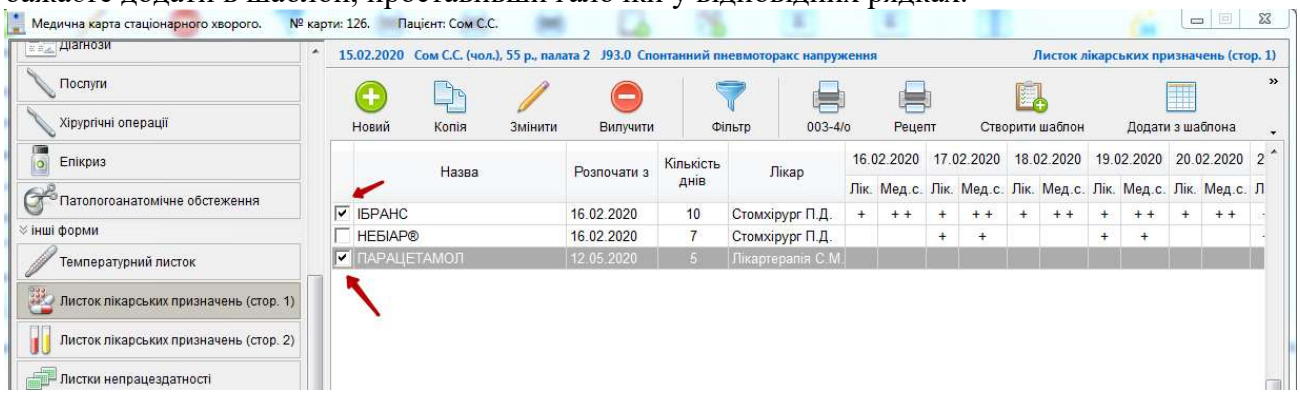




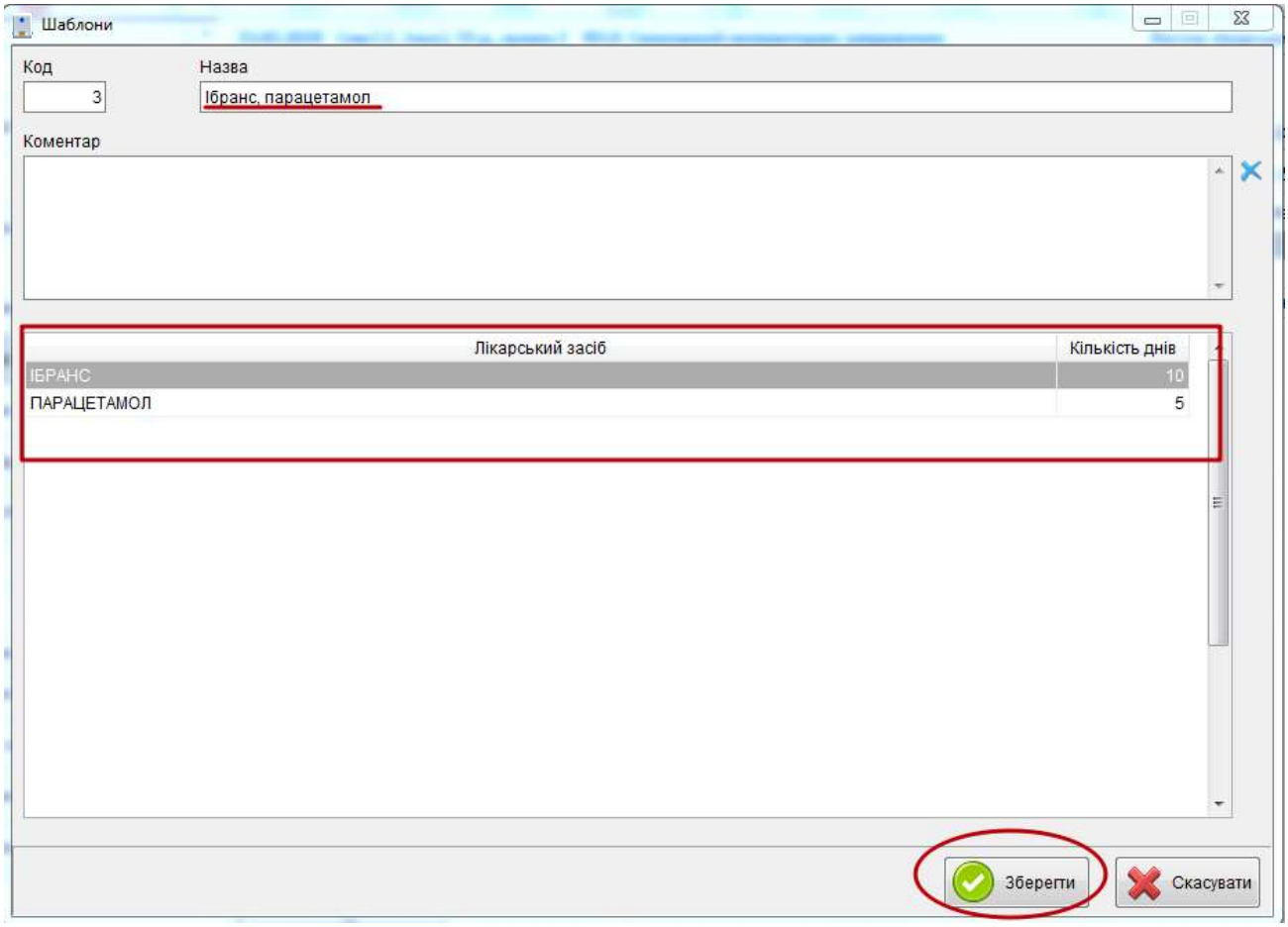
У випадку негативної відповіді, відкриється вікно шаблону і з внесеним одним (обраний зі списку) лікарським засобом і схемою лікування. Необхідно внести назву шаблону і натиснути кнопку «Зберегти».



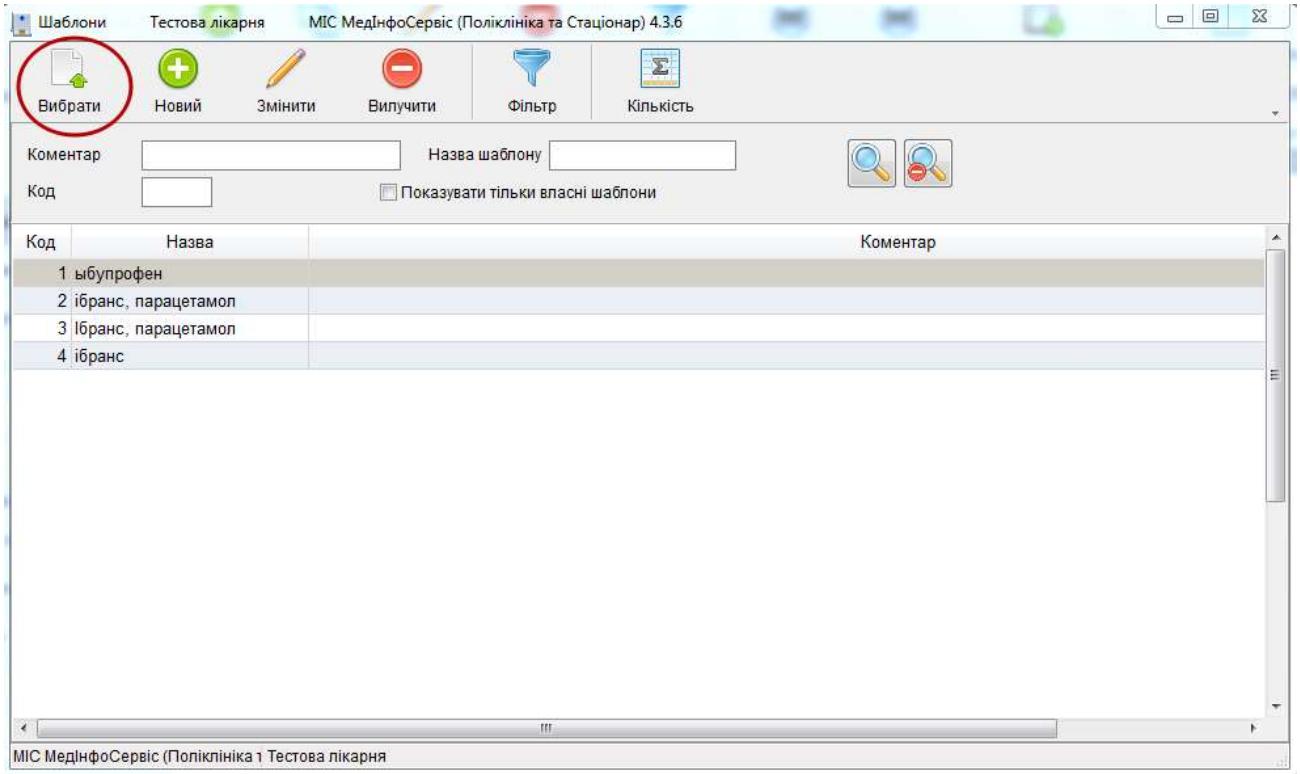
У разі позитивної відповіді, буде можливість обрати, які саме лікарські засоби бажаєте додати в шаблон, проставивши галочки у відповідних рядках.



Потім необхідно знову натиснути кнопку «Створити шаблон», після чого відкриється вікно шаблону із переліком внесених лікарських засобів, із збереженою схемою лікування. Вносимо назву шаблону і натискаємо «Зберегти».



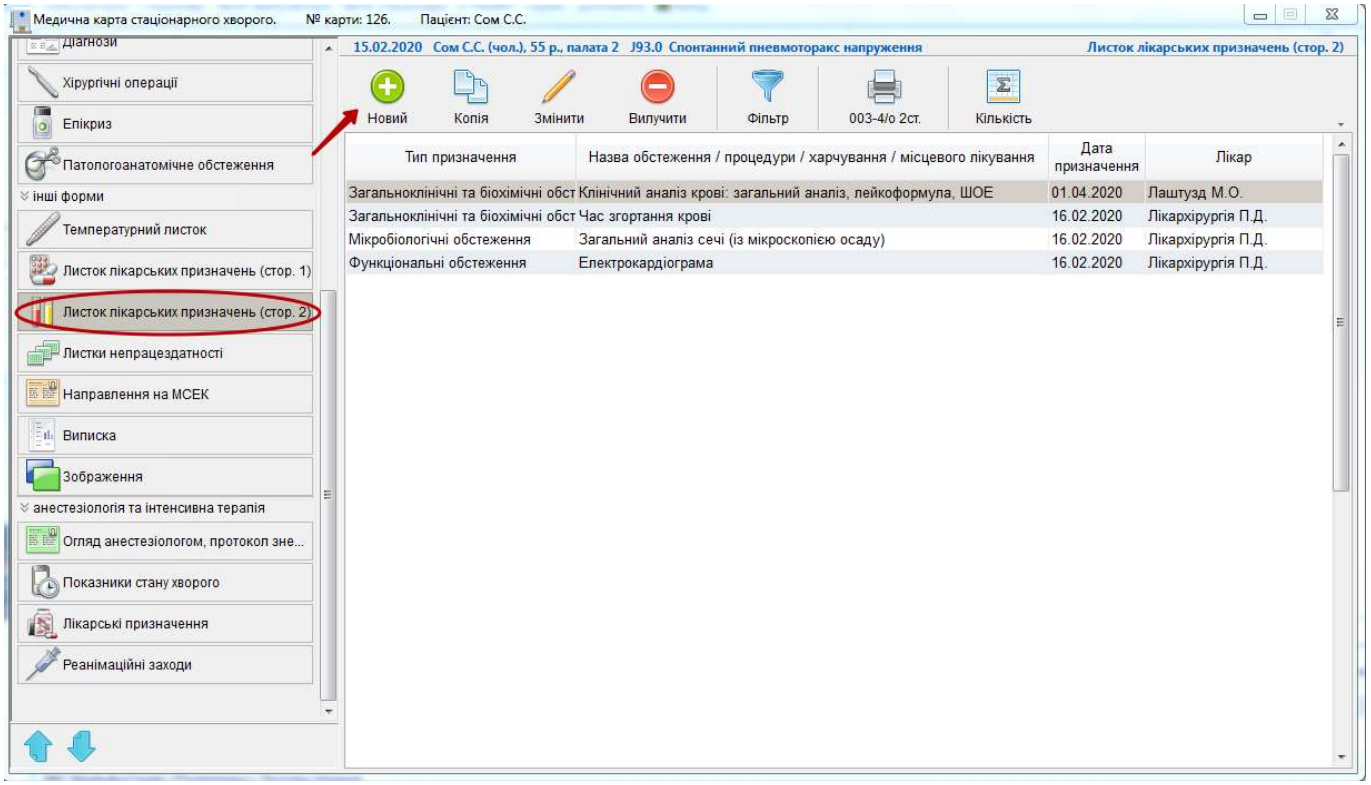
Для того, щоб використати створені шаблони, слід натиснути кнопку **«Додати із шаблону»** і обрати відповідний лікарський засіб.

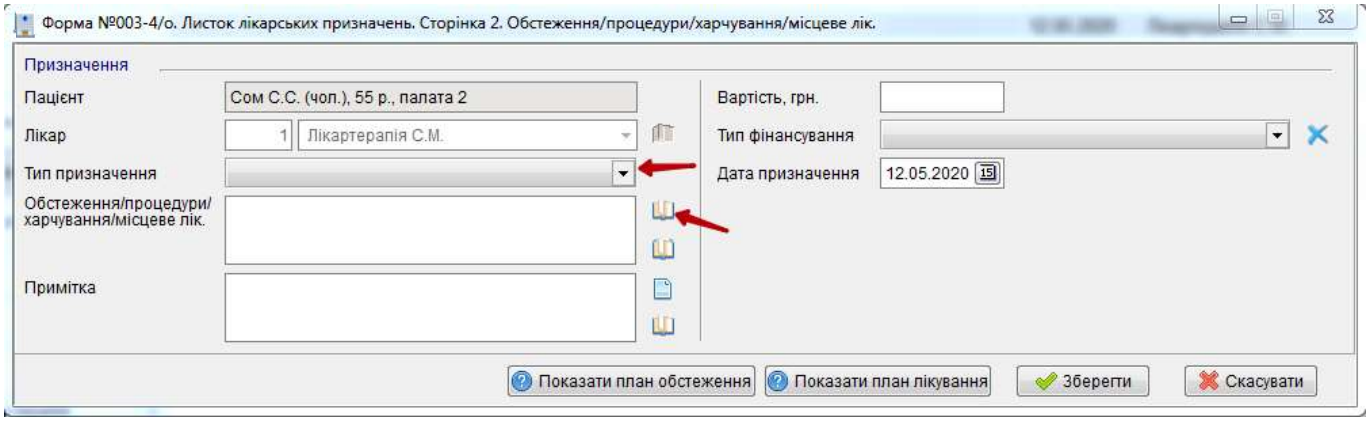


Листок лікарських призначень - стор.2 (ф.003-4/о)

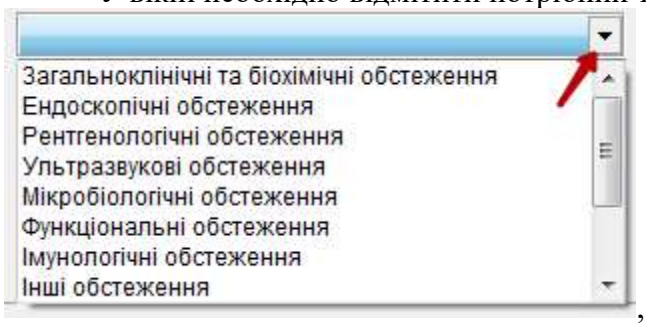
Форма № 003-4/о є основним обліковим документом, що призначається для реєстрації режиму перебування хворого в стаціонарі, призначеного йому дієтичного харчування, методів обстеження, медикаментозного лікування, фізіотерапевтичних та психотерапевтичних процедур.

Сторінка 2 – відмічається призначення йому дієтичного харчування, методів обстеження, фізіотерапевтичних та інших обстежень пацієнта. Кожне призначений вноситься лікарем, за допомогою кнопки **«Новий»**





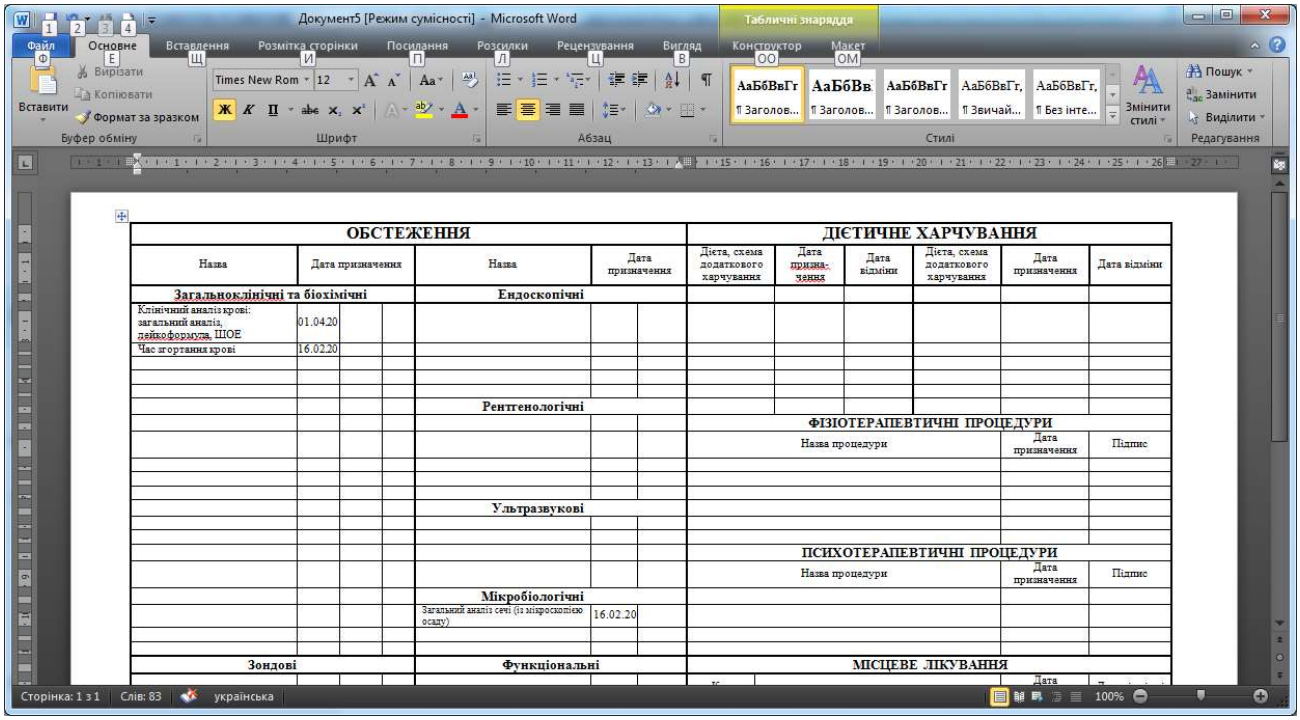
У вікні необхідно відмітити потрібний тип призначення зі списку



, а в наступному полі, відповідно вказаному типу, вибрати, яке саме обстеження/процедура/ харчування із довідника (перша) або вибрати із шаблону (друга)

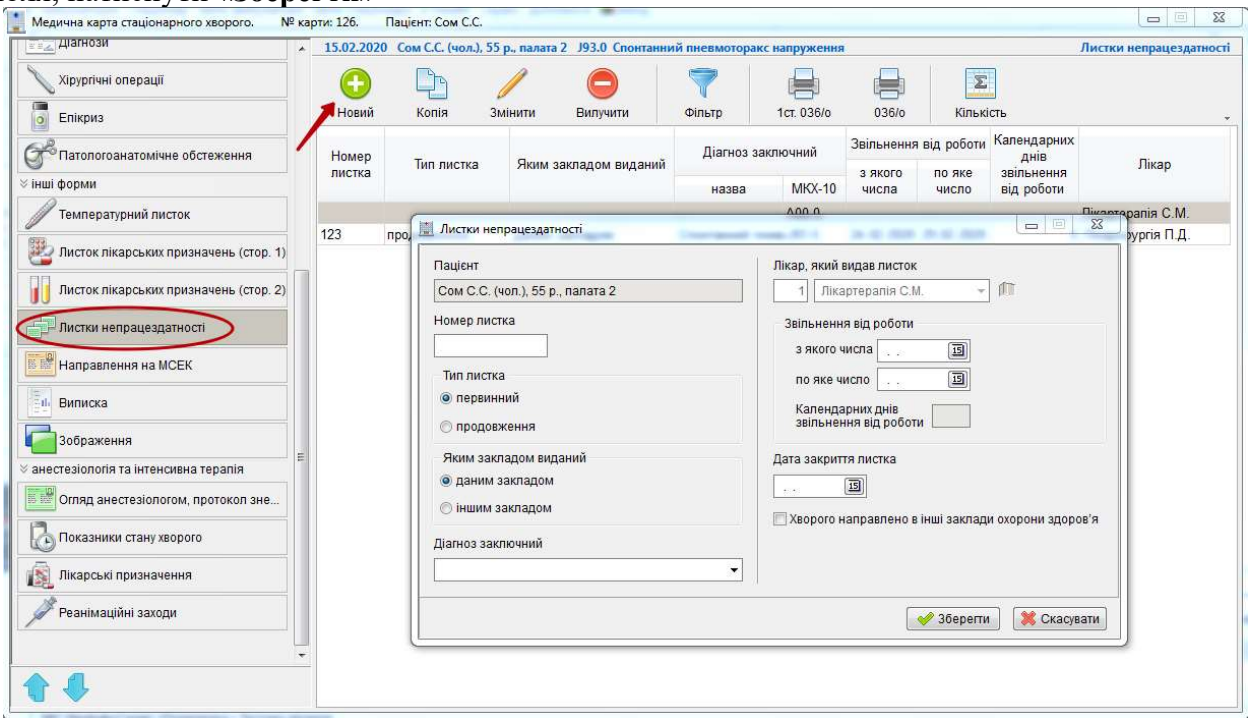
.

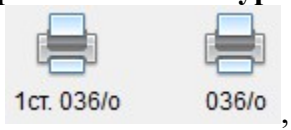
- дає можливість сформувати форму для друку в документ Word або LibreOffice Writer



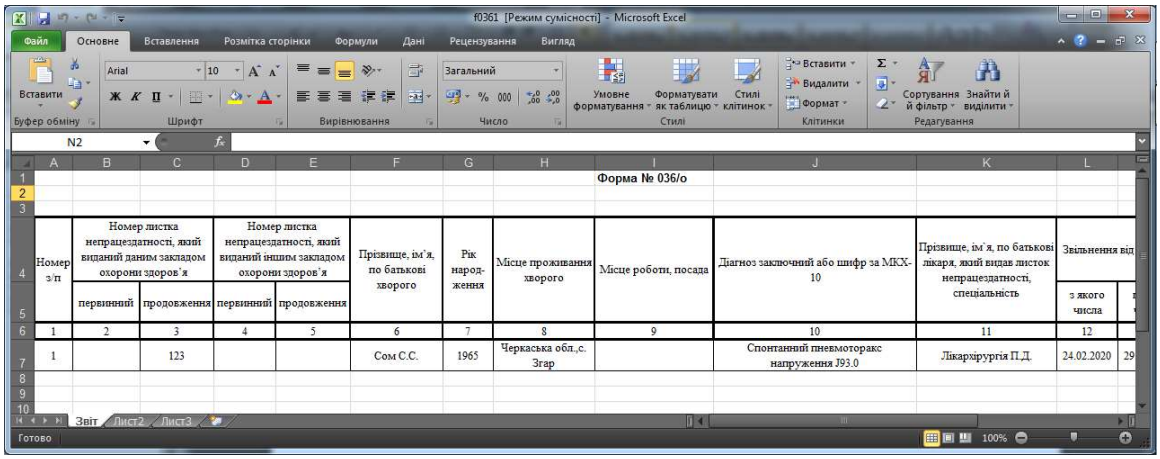
Листки непрацездатності

Відмічений весь перелік листків непрацездатності, які відкривались пацієнту за період госпіталізації. Для створення нового слід натиснути **«Новий»,** де відмітивши всі необхідні поля, натиснути **«Зберегти»**



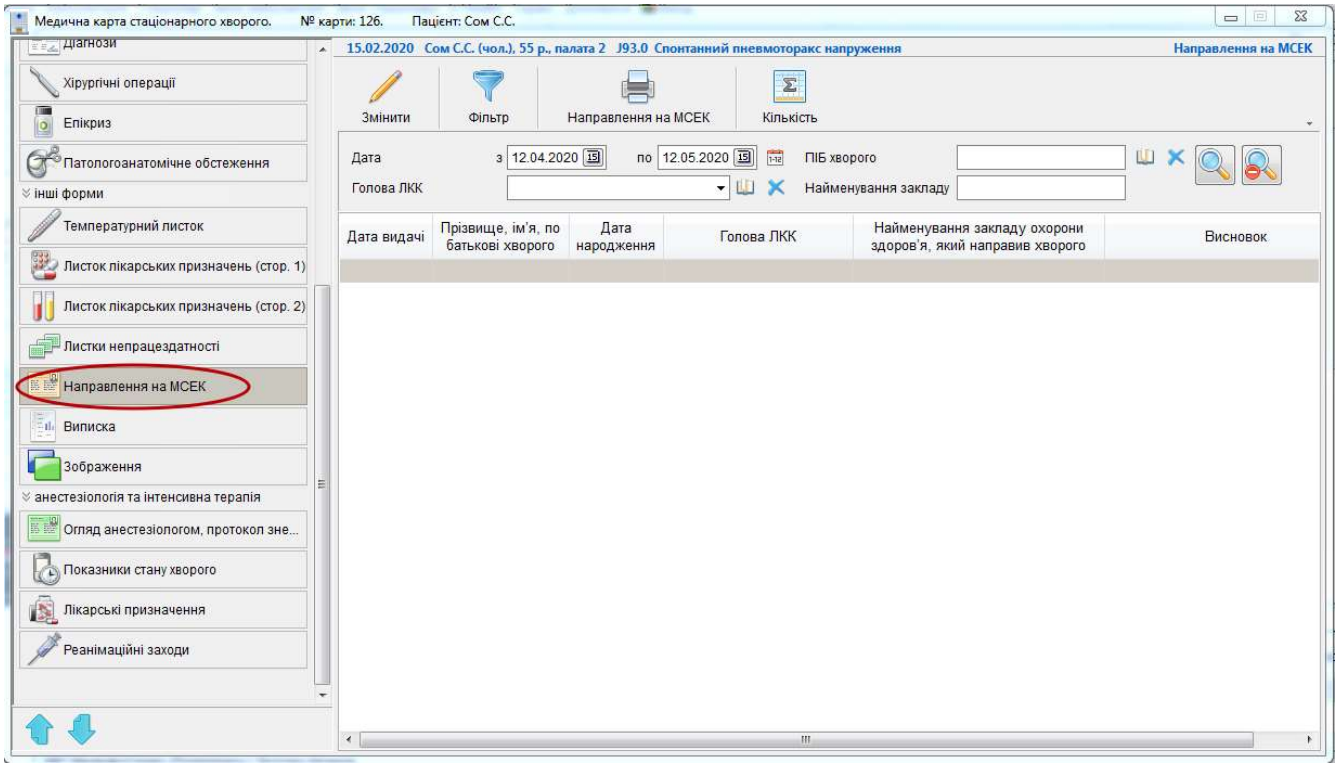
Для друку **форми 036/о «Журнал реєстрації листків непрацездатності»** використовують кнопки 

, де перша сторінка виводиться в документ Word або LibreOffice Writer, а таблиця в документ Excel або в LibreOffice Calc. При цьому необхідно обов'язково вказати дату відвідування.



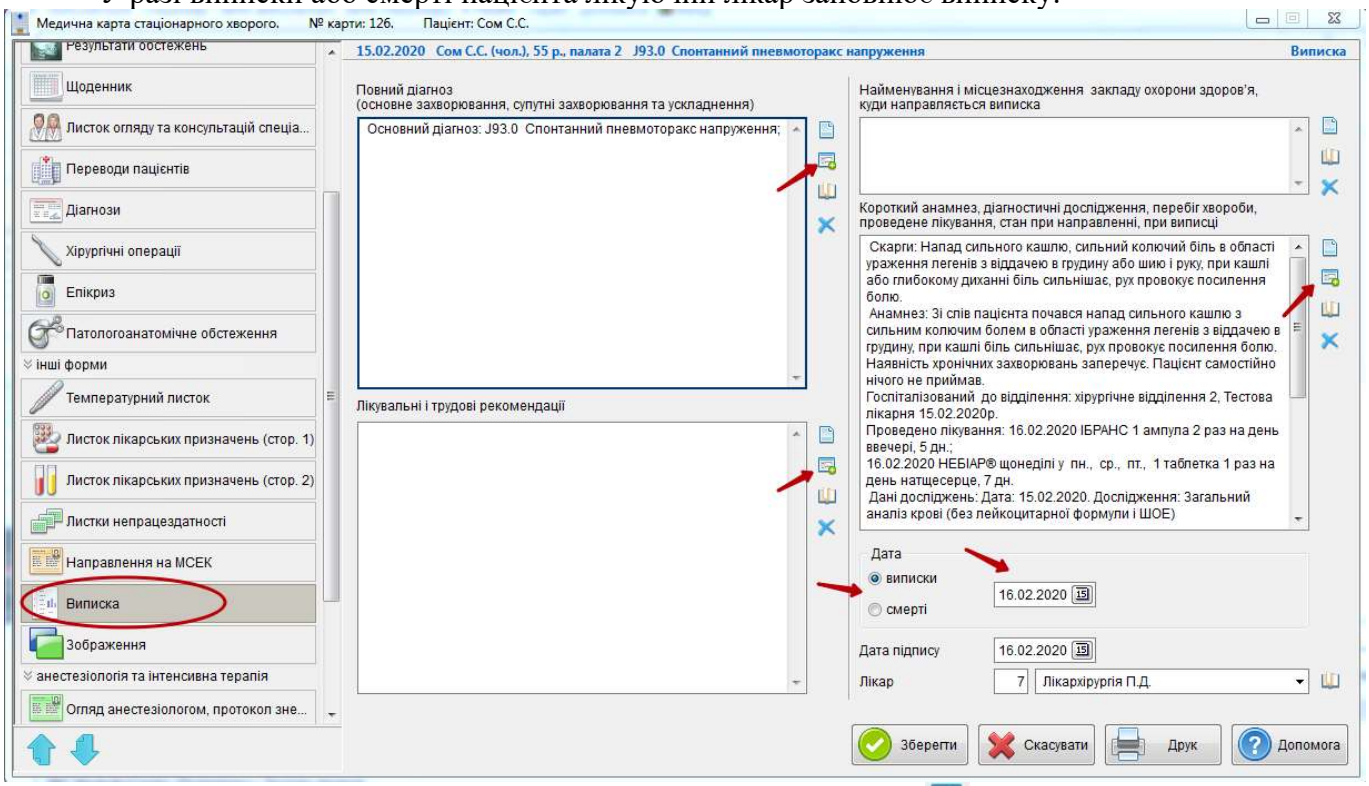
Направлення на МСЕК

Відмічаються записи направлення, які такі були створені в модулі **«Направлення на МСЕК»** для даного пацієнта**.**



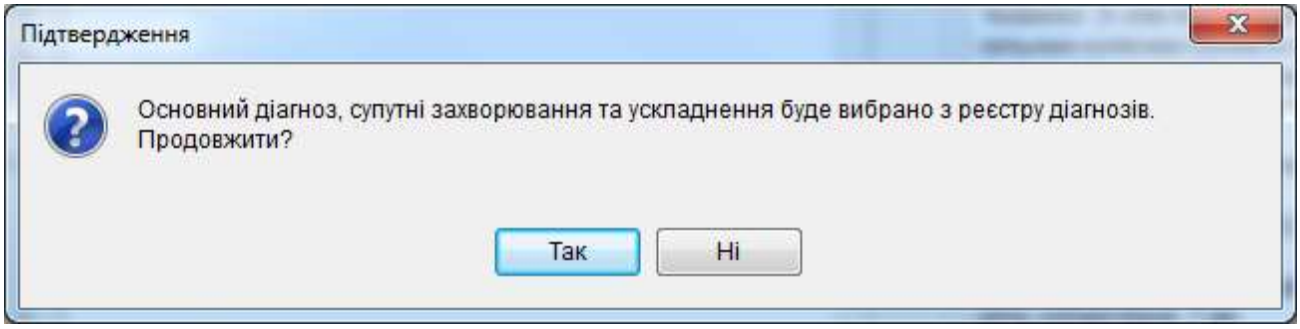
Виписка

У разі виписки або смерті пацієнта лікуючий лікар заповнює виписку.

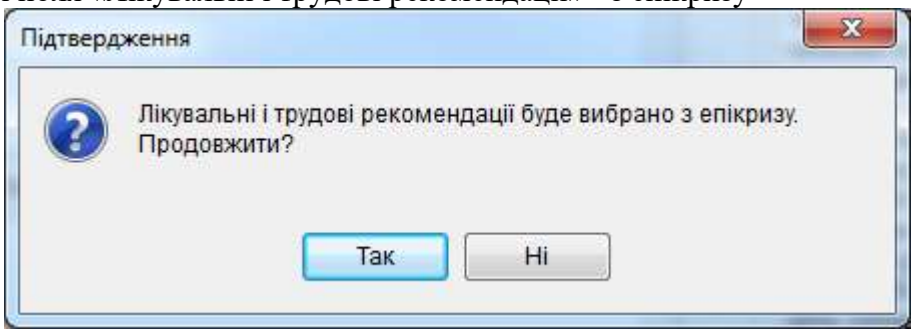


Для зручності заповнення полів можна використати кнопку , яка для кожного поля дані вибирає з різних закладок форми 003/о:

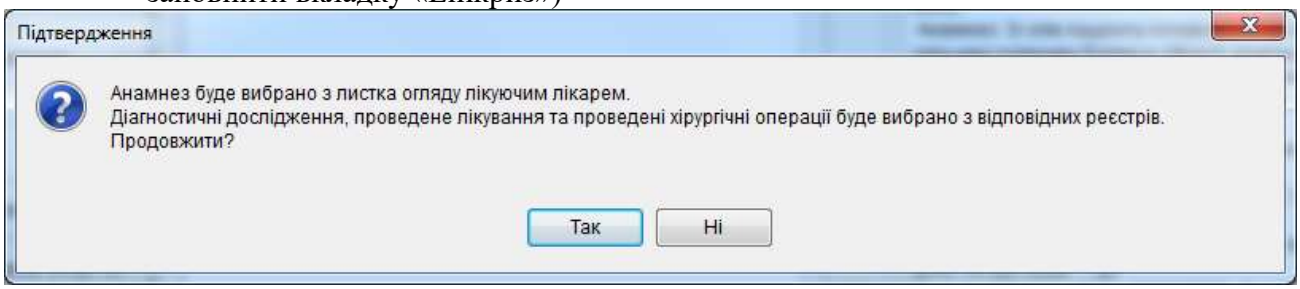
- для поля «Повий діагноз» - з реєстру діагнозів



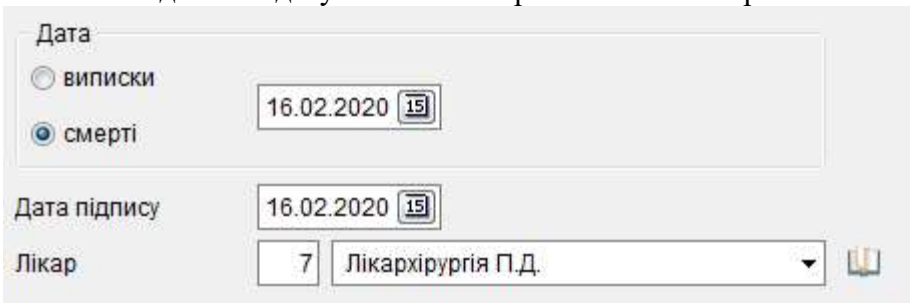
- для поля «Лікувальні і трудові рекомендації» - з епікризу



- для поля «Короткий анамнез …» - з епікризу (обов'язково спочатку потрібно заповнити вкладку «Епікриз»)



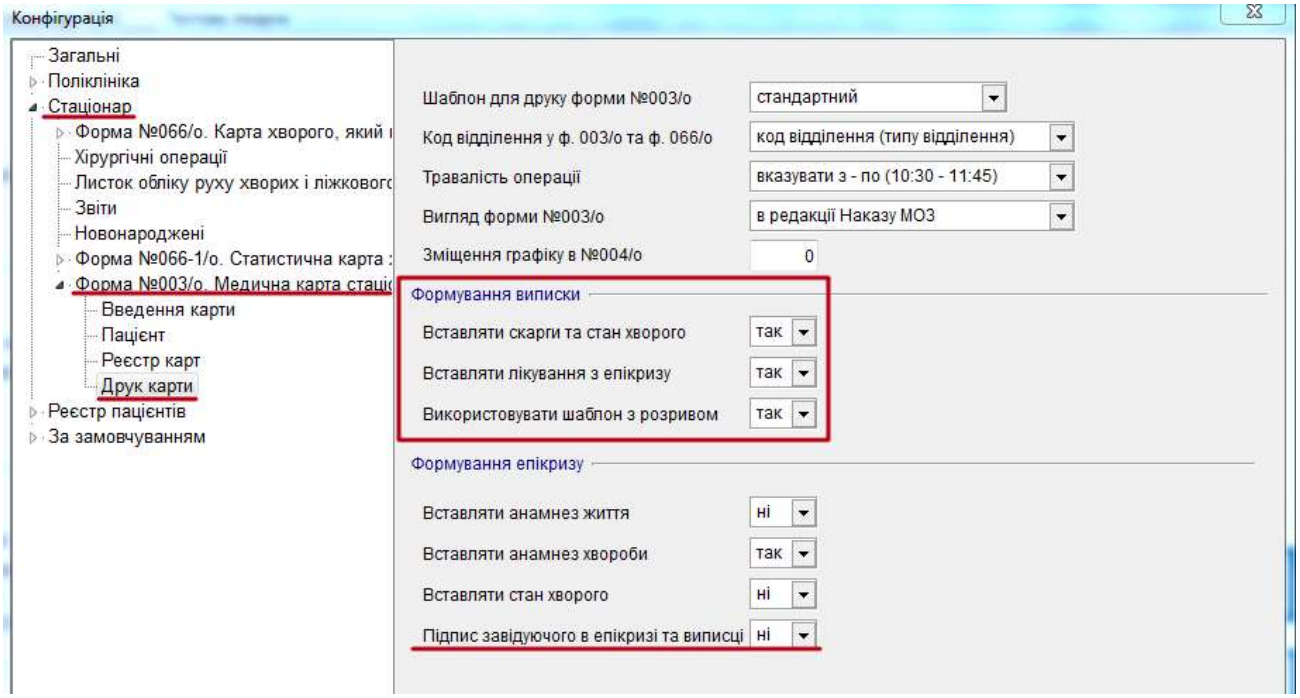
Обов'язковим є відмітити дату виписки/смерті і вказати лікаря.



- формує виписку в документ Word або LibreOffice Writer (ф.027/о)

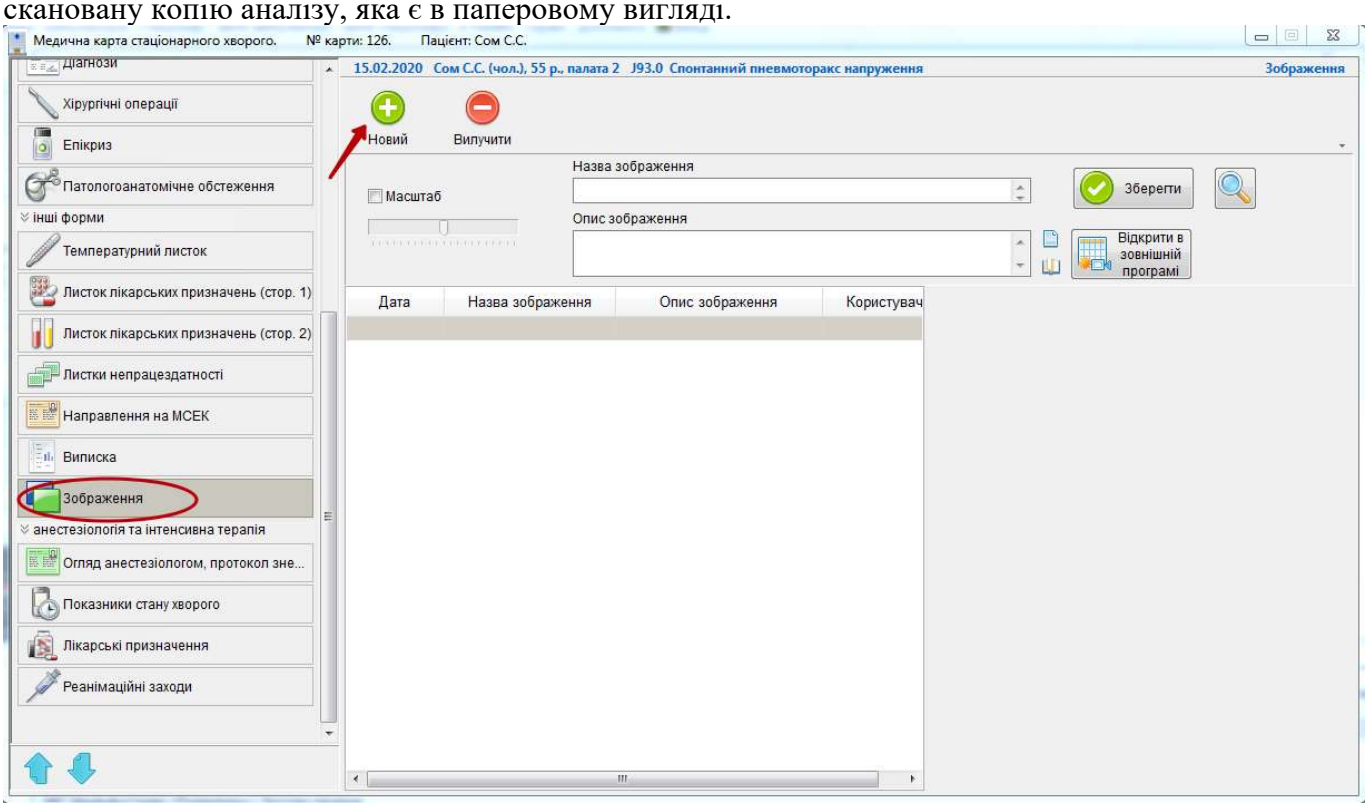
Зверніть увагу!

В програмі, для зручності, є можливість налаштувати друк виписки. Для цього необхідно зайти в **Сервіс > Конфігурація > Стаціонар > Форма 003/о > Друк карти** і відмітити ТАК або НІ у відповідних полях **«Формування виписки».**

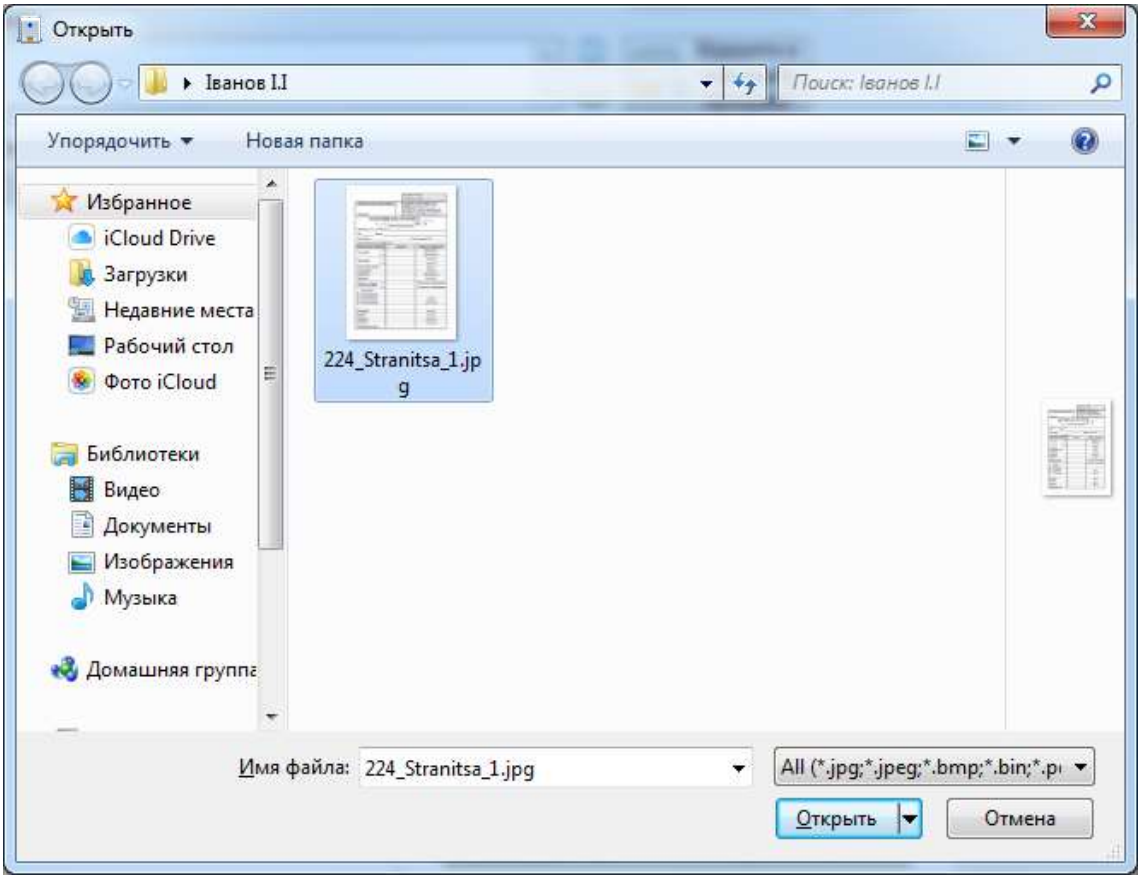


Зображення

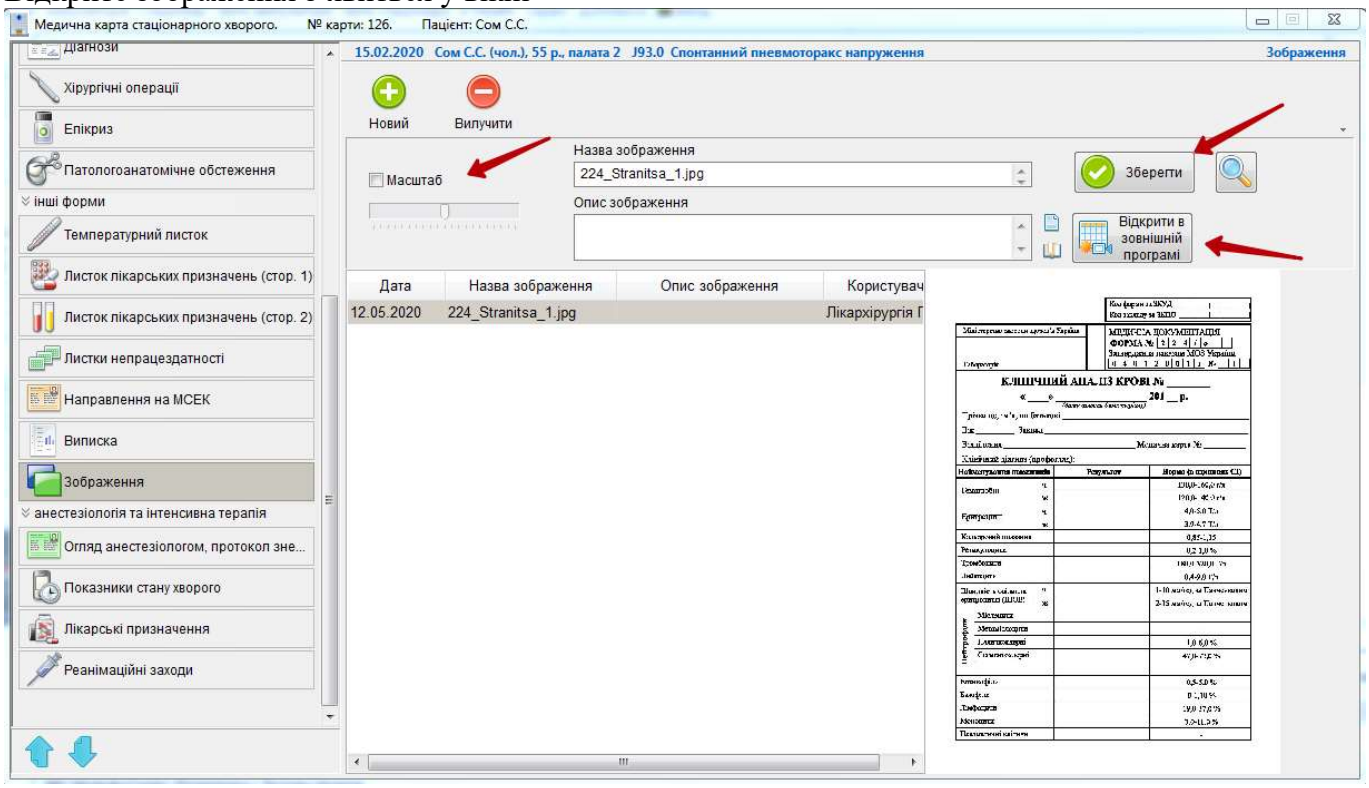
В даному закладці можливо «прикріпити» зображення до історії хвороби, наприклад, скановану копію аналізу, яка є в паперовому вигляді.



Для завантаження нового зображення необхідно натиснути **«Новий»**, обрати зображення із локального диску чи зовнішнього носія і **«Открыть».**



Відкрите зображення з’явиться у вікні

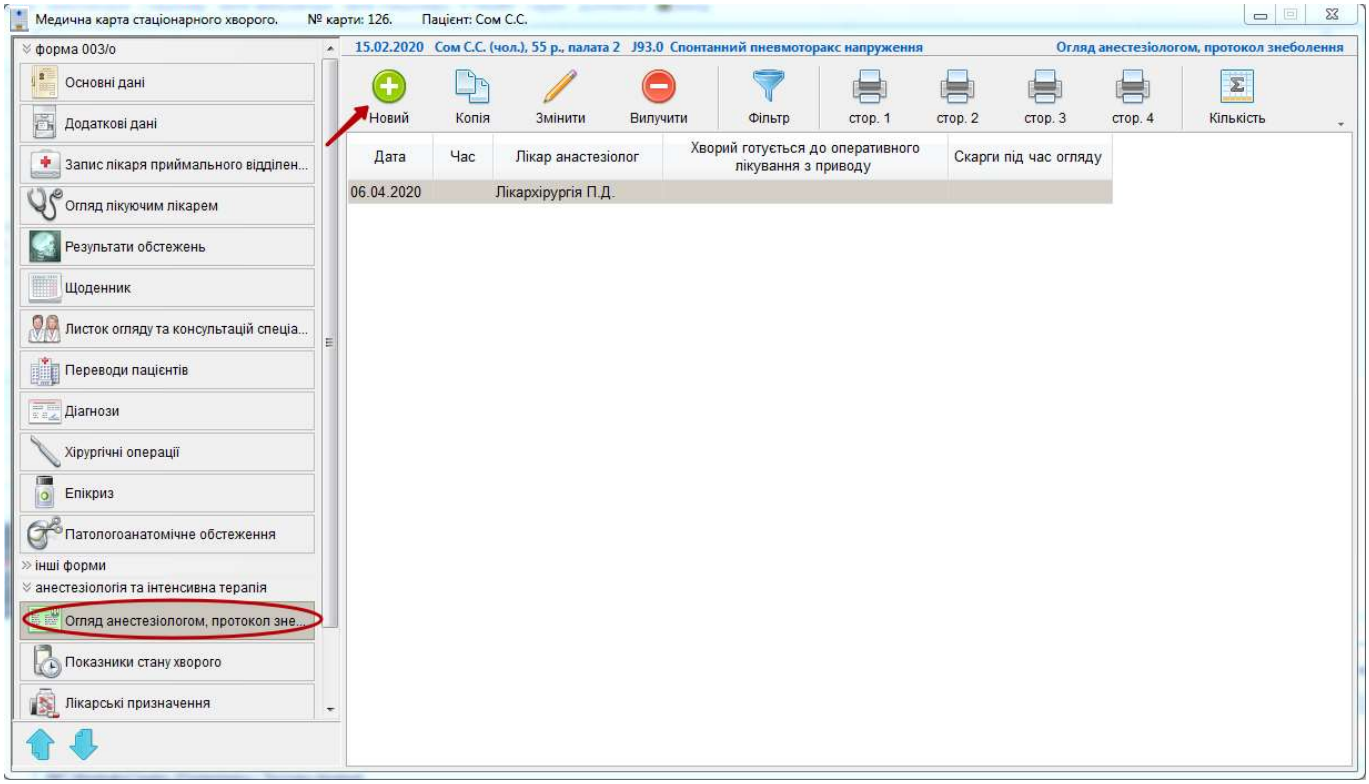


Натиснувши у верхній частині вікна кнопку **«Зберегти»**, можна переходити до завантаження наступних зображень. Також є можливість скористатися масштабом, при потребі, або відкрити зображення в зовнішній програмі.

Огляд анестезіологом, протокол знеболення

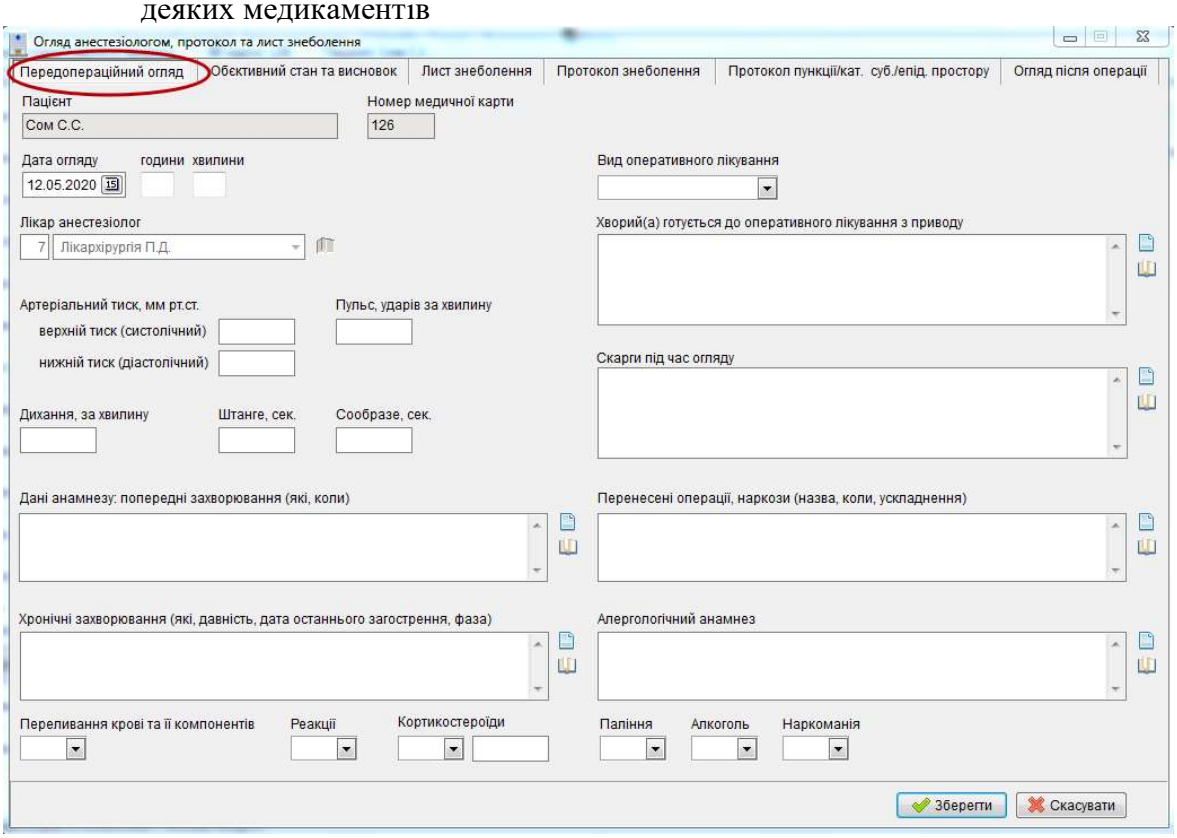
Внесені дані інтегруються в форму 003-3/о «Передопераційний огляд анестезіологом та протокол загального знеболення», яка є одним із основних документів, який заповнюється у закладах охорони здоров’я, що надають стаціонарну хірургічну допомогу населенню і

містить дані щодо передопераційного огляду анестезіологом та листок і протокол загального знеболення.



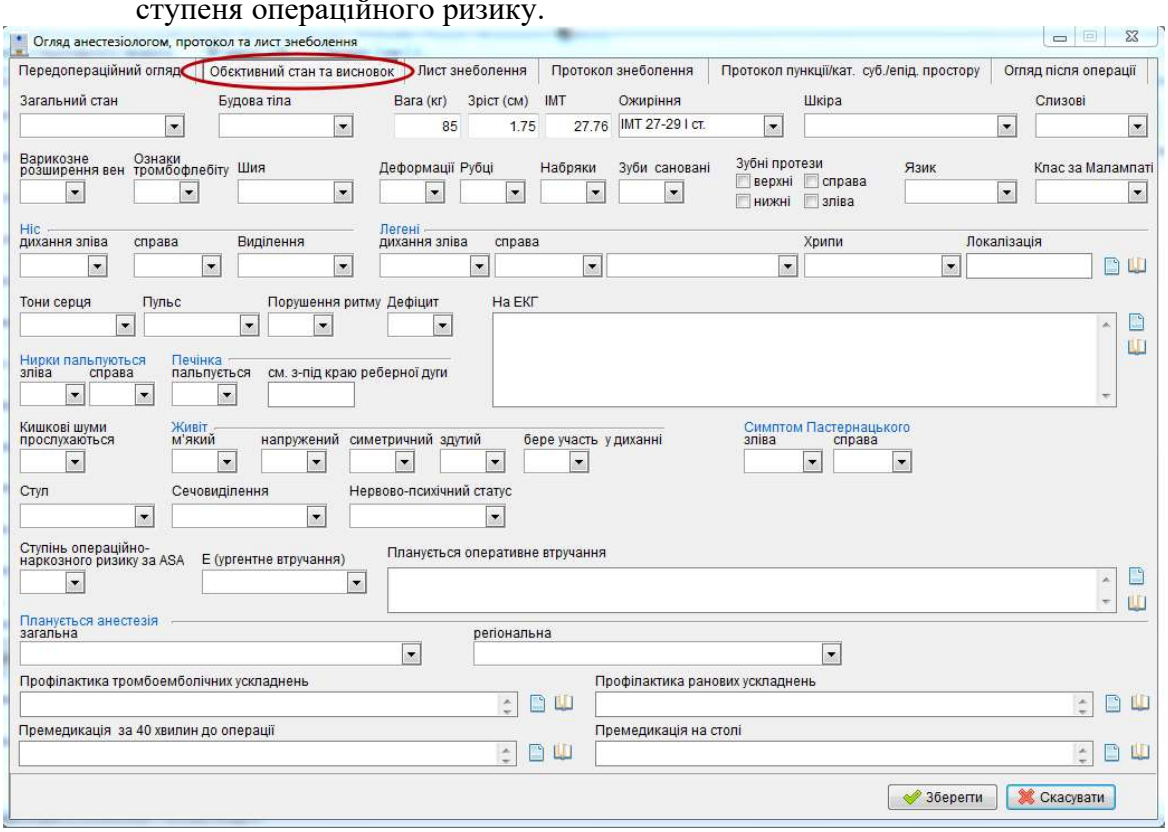
Для створення нового запису слід натиснути кнопку **«Новий»** і у вікні, що з’явиться заповнити наступні закладки:

- **«Передопераційний огляд»**. Заповнюється лікарем-анестезіологом за добу до призначеного оперативного втручання та містить інформацію щодо прізвища, імені та по батькові хворого, його віку, даних анамнезу життя, захворювань, алергологічного анамнезу, наявності шкідливих звичок, хронічного прийому деяких медикаментів

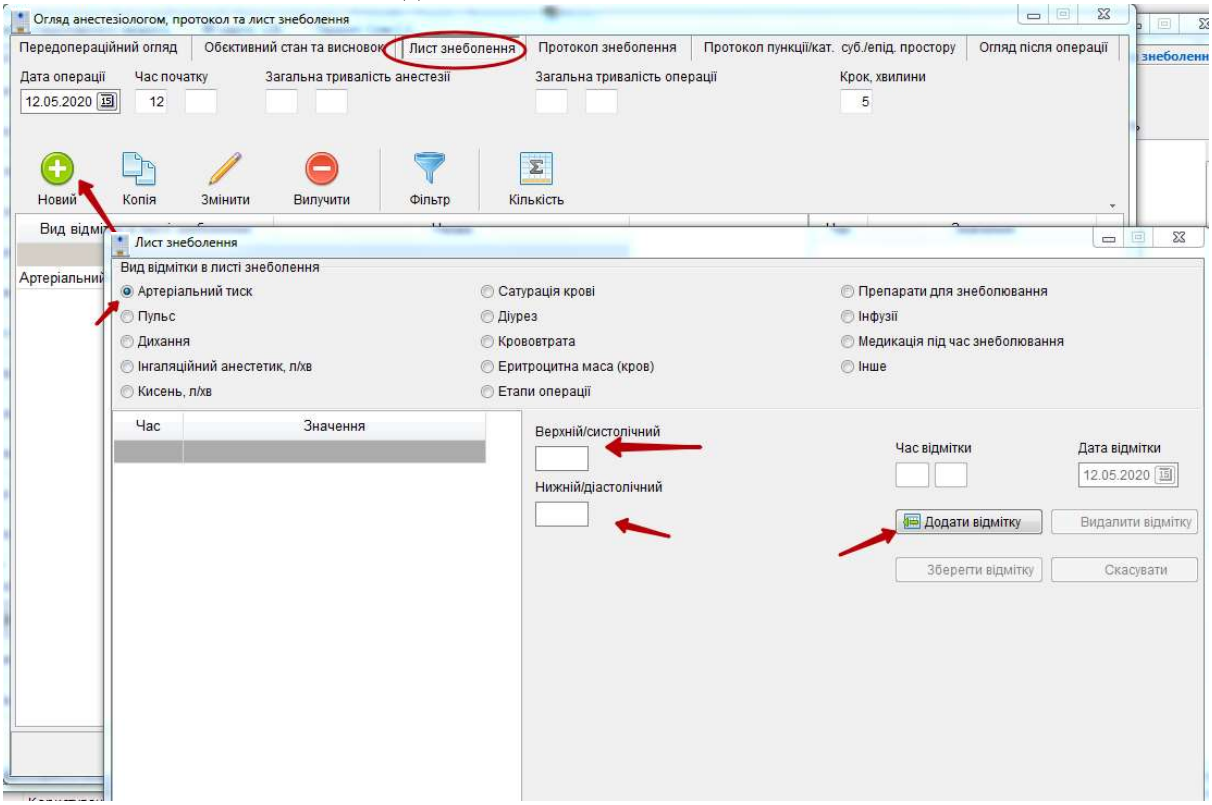


- «Об’єктивний стан та висновок». Об’єктивний стан включає в себе відображення функцій всіх органів та систем хворого, дані лабораторних та допоміжних методів досліджень. Висновок містить рекомендації щодо

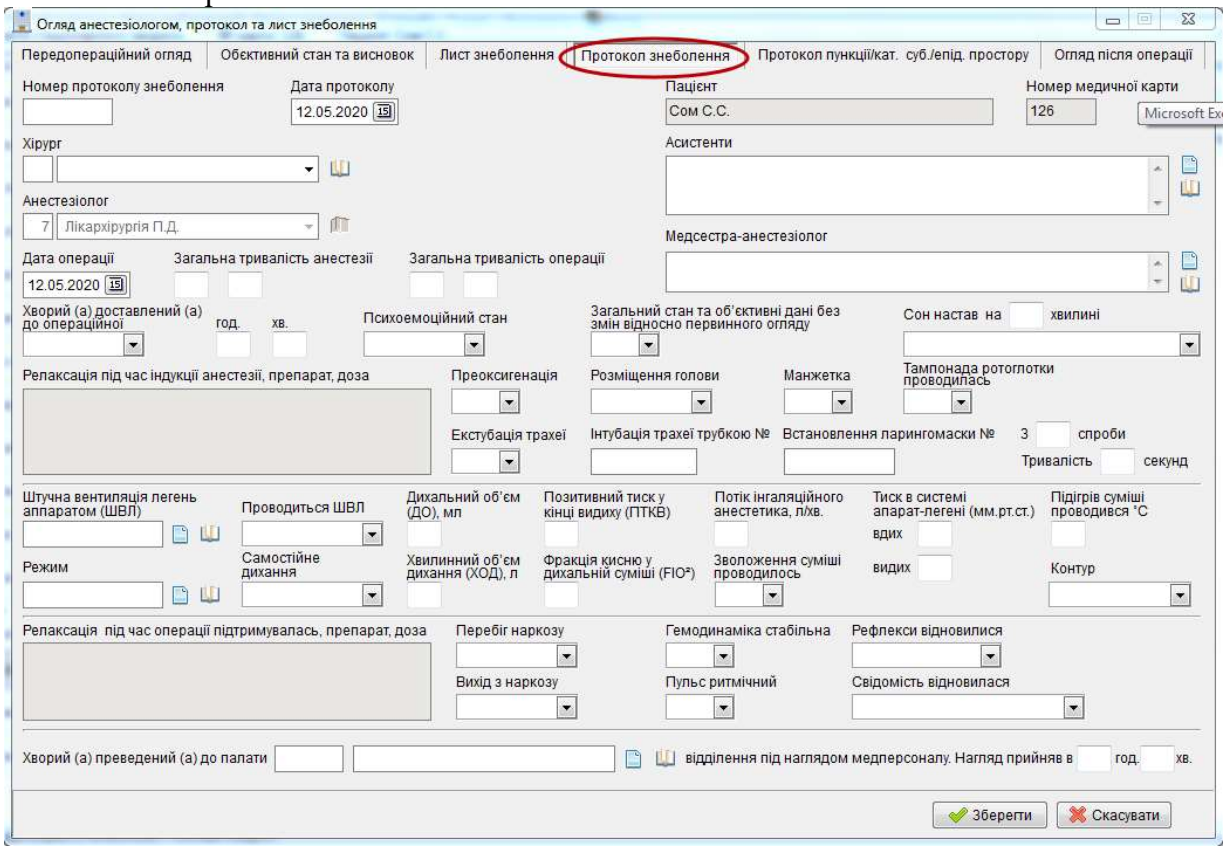
підготовки хворого до операції, премедикації, призначеного знеболення та ступеня операційного ризику.



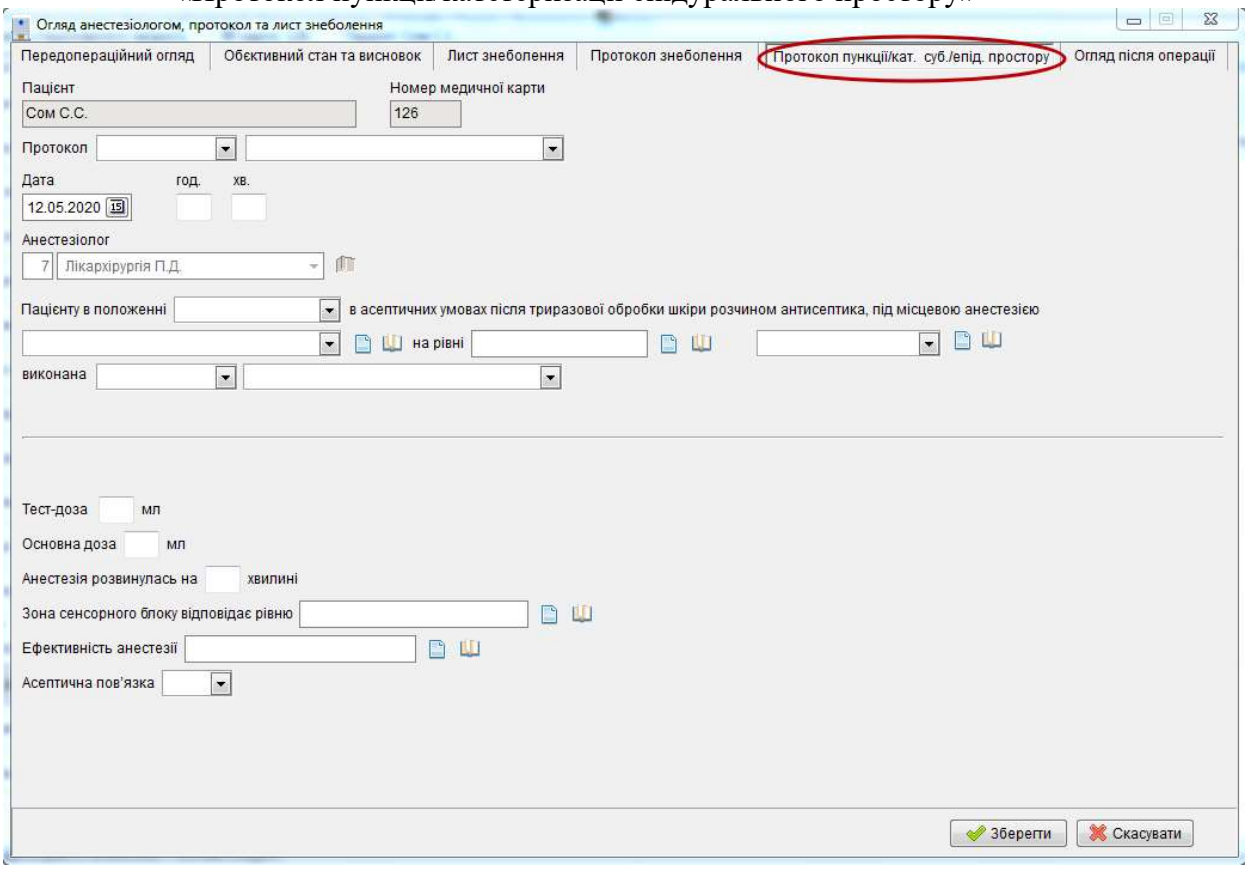
- «Лист знеболення» включає відомості про перебіг наркозу, особливості надання анестезіологічної допомоги.



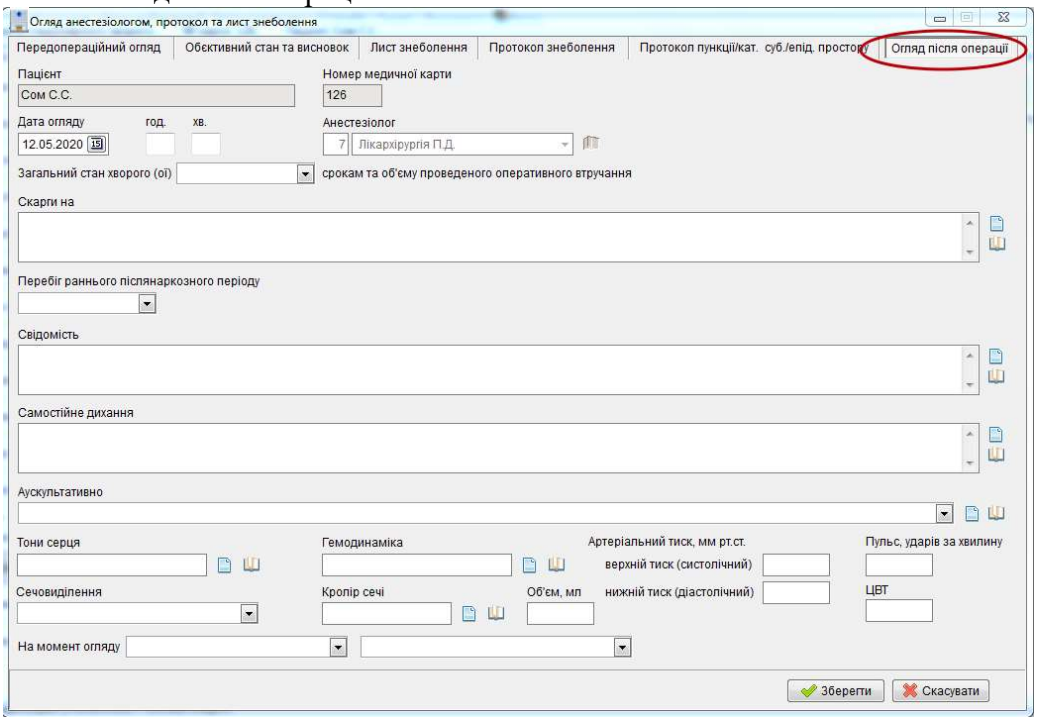
- «Протокол знеболення»

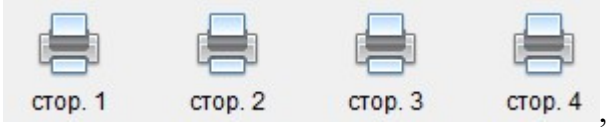


- «Протокол пункції/катетеризації епідурального простору»



- «Огляд після операції»

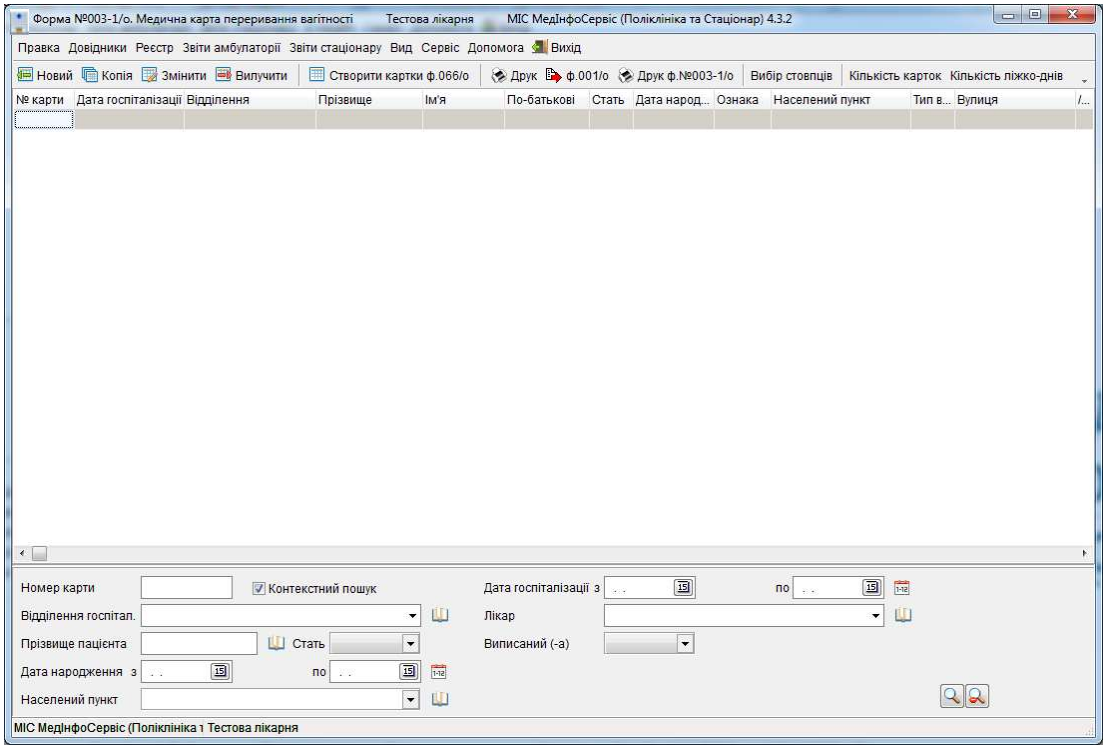


Для друку внесеного запису в закладку «Огляд анестезіологом, протокол знеболення» використовують кнопки 

, які формують дані в документ Word або LibreOffice Writer, та Excel або в LibreOffice Calc.

11.9 Форма 003-1/о «Медична карта переривання вагітності»

Форма № 003-1/о є медичним документом, що заповнюється при зверненні жінки для проведення операції (процедури) штучного переривання небажаної вагітності (до 12 тижнів вагітності). В програмі є можливість заповнити тільки основні дані, які потрібні, в результаті, для статистичної звітності.



Розглянемо основні пункти меню для роботи з картками:

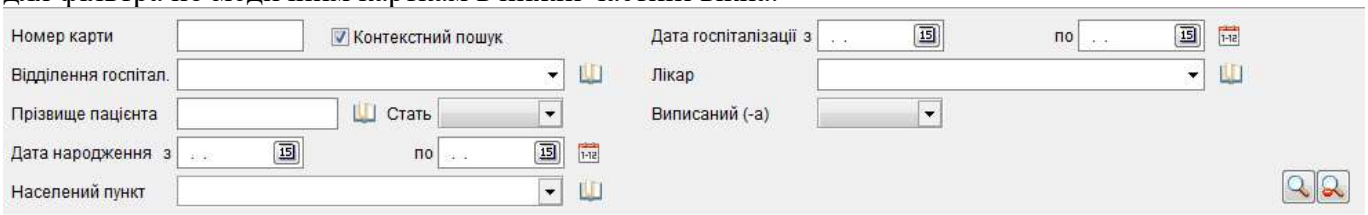
«Новий» - форма для створення медичної карти стаціонарного хворого (003-1/о);

«Копія» - створює копію картки і відкриває її;

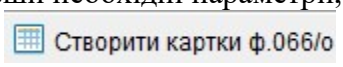
«Змінити» - відкривається картка пацієнта, що була виділена в списку, для внесення змін;

«Вилучити» - видаляє запис;

«Вид»>«Фільтрація записів» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по медичним карткам в нижні частині вікна.



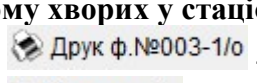
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .



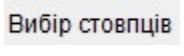
- створення карток форми 066/о на основі відібраного списку форм 003-1/о

- формує список карток в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми;

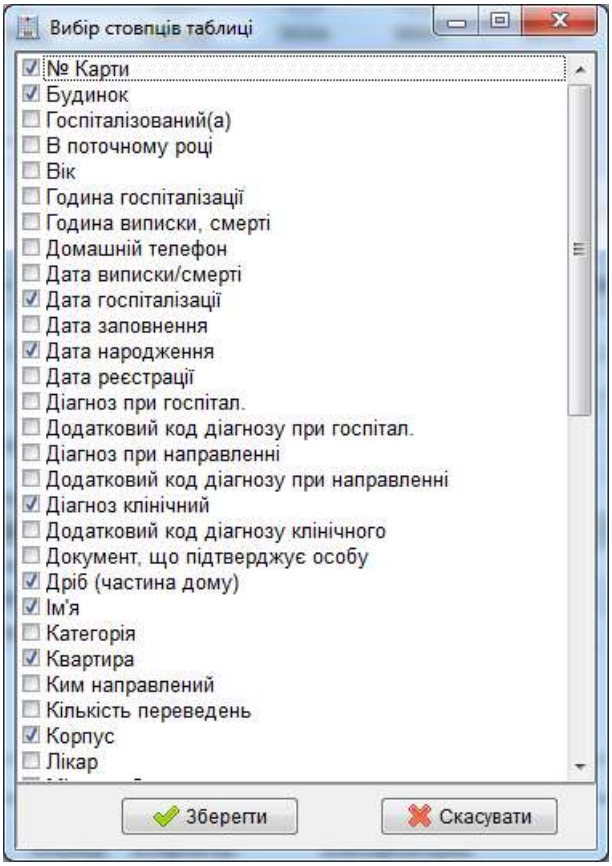
- створити запис по даному пацієнту в **форму 001/о «Журнал обліку прийому хворих у стаціонар та відмов у госпіталізації»**;



- друк форми 003-1/о для виділеної карточки в списку.



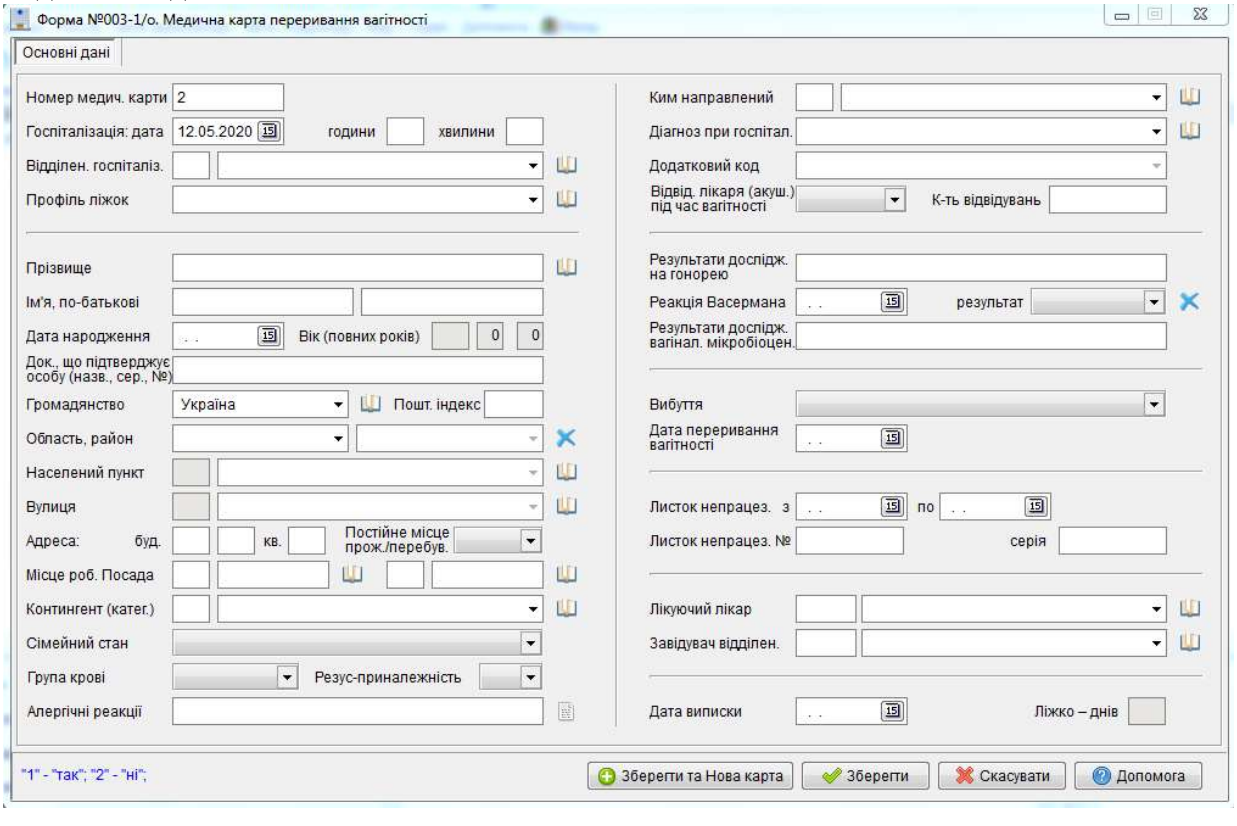
- меню вибору стовпців таблиці для відображення даних із картки пацієнта. Достатньо поставити відмітки напроти пункту зі списку і зберегти, щоб відобразились дані в списку пацієнтів чи навпаки.



Кількість карток - розрахунок кількість карток в списку. Якщо відфільтрувати записи за допомогою умов фільтру і натиснути «Кількість карток», то порахується кількість карток відповідно заданим умов у фільтраційній панелі;

Кількість ліжко-днів - розрахунок загальної кількості проведених ліжко-днів пацієнтів, картки яких присутні в списку. Відповідно, якщо відфільтрувати картки за допомогою умов фільтру – то порахується загальна кількість проведених ліжко-днів тільки по тим пацієнтам, картки яких відображатимуться в списку;

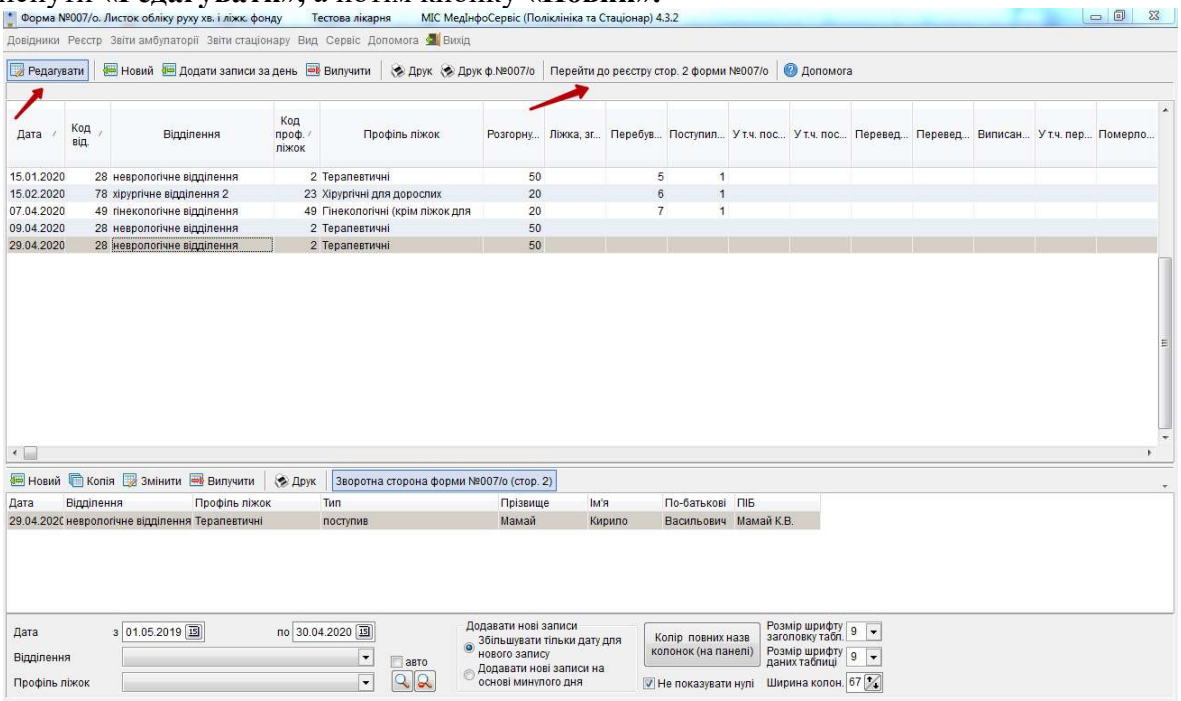
Для створення нової карти необхідно натиснути на кнопку **«Новий»** і заповнити всі дані поля медичної карти або внесенням записів самостійно, або обравши із готових довідників за допомогою кнопки .



11.10 Форма 007/о «Листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару»

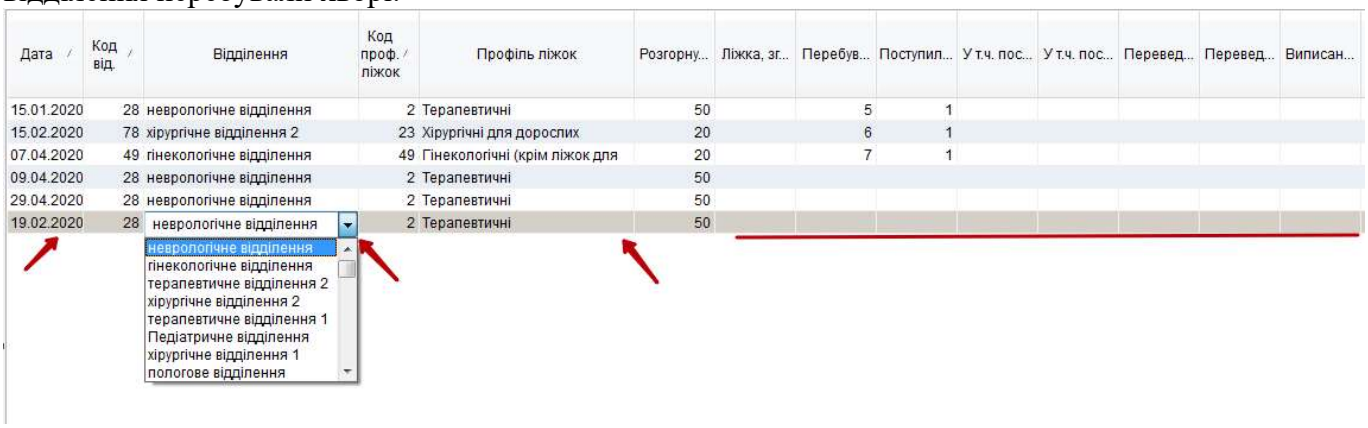
Форма № 007/о є первинним обліковим документом, на підставі якого ведеться щоденний облік руху хворих і використання ліжкового фонду в стаціонарі. Поряд з цим він забезпечує можливість регулювати прийом хворих у стаціонар, так як в ньому вказується кількість вільних місць.

Для того, щоб коректно вносити дані в ф. 007/о необхідно, щоб були заповненні в програмі реєстри «Відділення» та «Профіль ліжок у відділеннях». Для початку роботи слід натиснути **«Редагувати»,** а потім кнопку **«Новий».**



У відділеннях, які мають в своєму складі виділені наказом в лікарні ліжка вузького профілю (наприклад, онкологічні ліжка в складі хірургічного або гінекологічного відділення тощо), в листку записується першим рядком відомість про число ліжок і рух хворих в цілому в відділенні, включаючи і відомості про ліжка з вузьких спеціальностей; в наступні рядки виділяються дані про ліжка і рух хворих з вузьких спеціальностей.

При заповненні рядків, які відносяться до ліжок вузьких спеціальностей, що виділені в складі якого-небудь відділення, вказується рух хворих з захворюваннями, відповідними профілю ліжок, які виділені в даному відділенні, незалежно від того, на яких ліжках даного відділення перебували хворі.



В графі 3 листка вказуються фактично розгорнуті в межах кошторису ліжка та ліжка, що тимчасово згорнуті на ремонт і ті, що тимчасово не працюють з інших причин, в тому числі із-за відсутності фінансування. В графу 3 не включаються тимчасові приставні ліжка, які розгорнуті в палатах, коридорах і в зв'язку з перевантаженням відділення.

Із числа ліжок, зазначених в графі 3, в графі 4 виділяються ліжка, тимчасово згорнуті в зв'язку з ремонтом, карантином та з інших причин.

В графах 5 - 13 зазначаються відомості про рух хворих за минулу добу з 9-ої години ранку попередньої до 9-ої години ранку поточного дня: про число хворих, які поступили у відділення; число переведених із відділення у відділення, виписаних і померлих; в графах 14 і 15 - про число хворих, які були у відділенні на 9-ту годину ранку поточного дня.

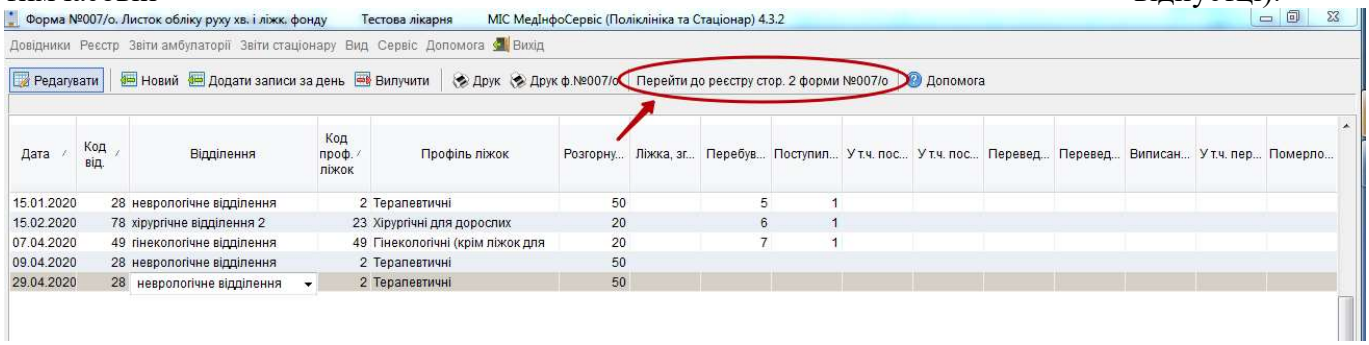
Число хворих, яке зазначене в графі 14 попереднього дня, повинно бути переписано в графу 5 поточного дня. Необхідно щоденно вести контроль за балансом числа хворих за відповідними графами, тобто, щоб число хворих, яке зазначено на початок поточного дня (графа 14), повинно дорівнювати сумі чисел хворих, які знаходились на початок попереднього дня (графа 5), плюс які поступили - (графа 6) ,плюс переведені із інших відділень (графа 9) за мінусом числа хворих, які переведені в інші відділення (графа 10), виписані (графа 11) і померлі (графа 13). Тобто, графа 14 дорівнює сумі даних граф 5, 6, 9 за мінусом даних граф 10, 11, 13.

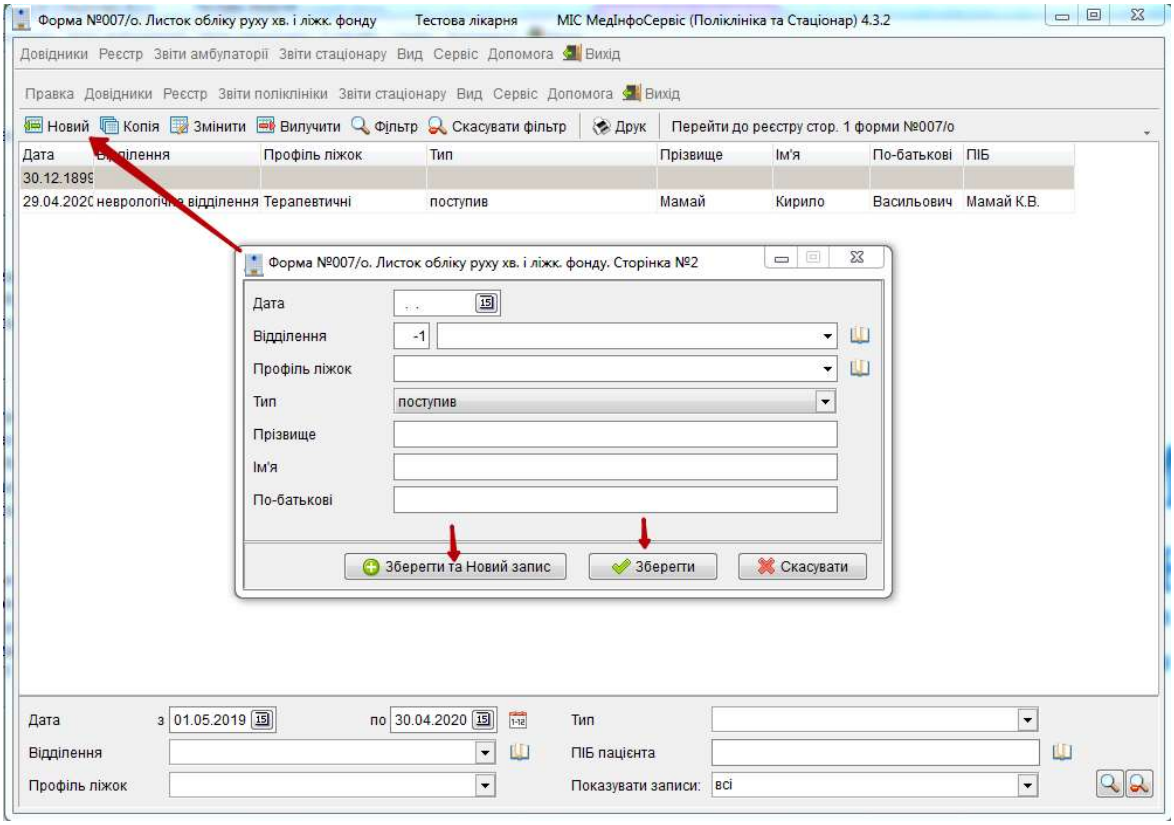
У формі N 007/о відомості про хворих, які перебувають у тимчасовій відпустці, зазначаються окремим рядком. При цьому хворі, які перебувають у відпустці за минулу добу, показуються в графі 11, ті, що перебувають у відпустці на початок і на кінець доби, - вказуються в графах 5, 14 і 15, а ті, що повернулися, - в графі 6.

При підрахунку загального числа хворих в графі 14 для складання заявки на харчування, необхідно виключити хворих, які перебувають у відпустці, зазначених в графі 14 додатковим рядком.

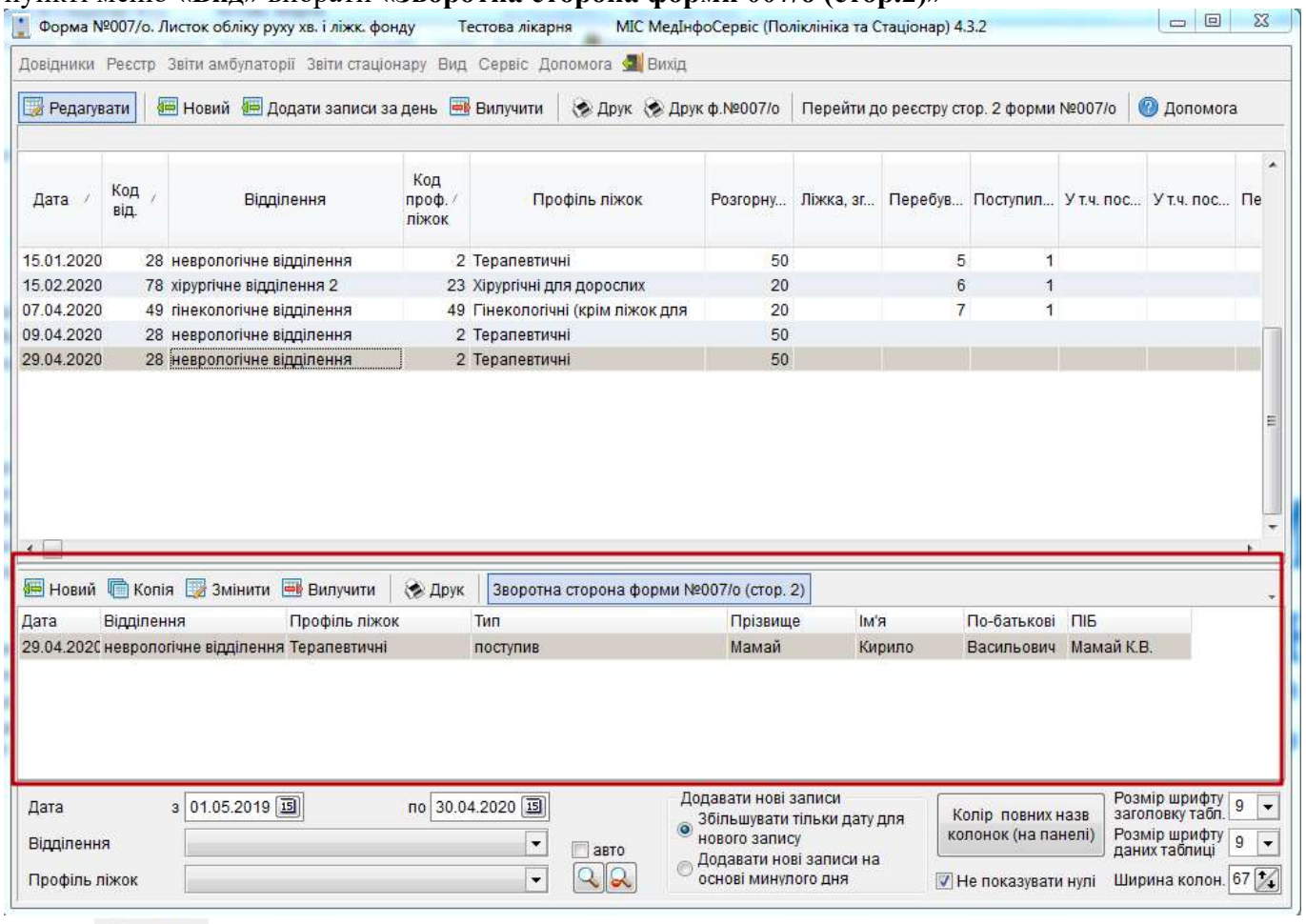
Відомості про кількість хворих, які перебувають у відпустці і зазначені в графах 14 і 15 додатковим рядком, повинні відповідати списку цих хворих на зворотному боці форми N 007/о.

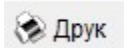
На **другій сторінці ф.007** відповідно внесеному даті, відділення і профілю ліжок, слід внести ПІБ пацієнта, вказавши тип (поступив, переведений з іншого відділення, виписаний, переведений в інше відділення, переведений в інший стаціонар, помер, перебував в тимчасовій відпустці).



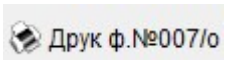


Щоб на першій сторінці відображався список внесених пацієнтів на другій, слід в пункті меню **«Вид»** вибрати **«Зворотна сторона форми 007/о (стор.2)»**



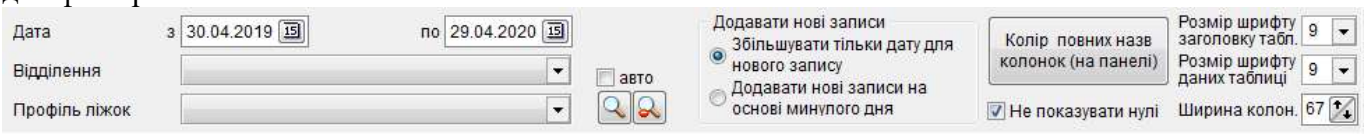


- формує список карток в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми;



- дає можливість сформувати форму для друку в документ Excel або в LibreOffice Calc

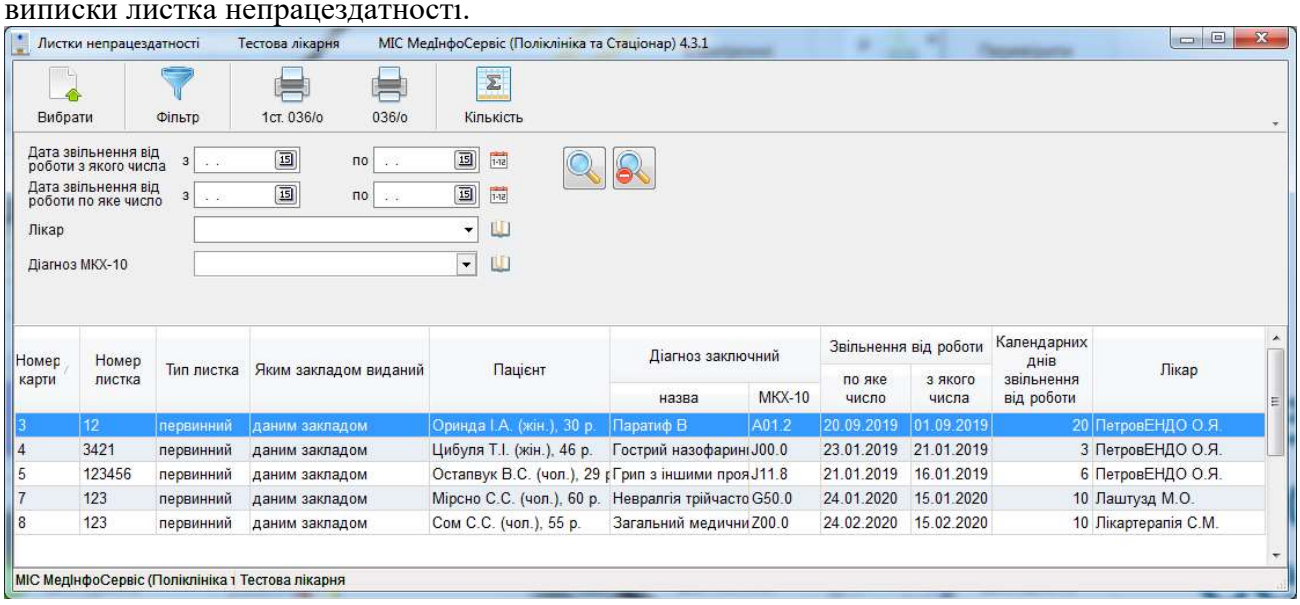
«Вид»><«Показувати фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по записам в нижні частині вікна.



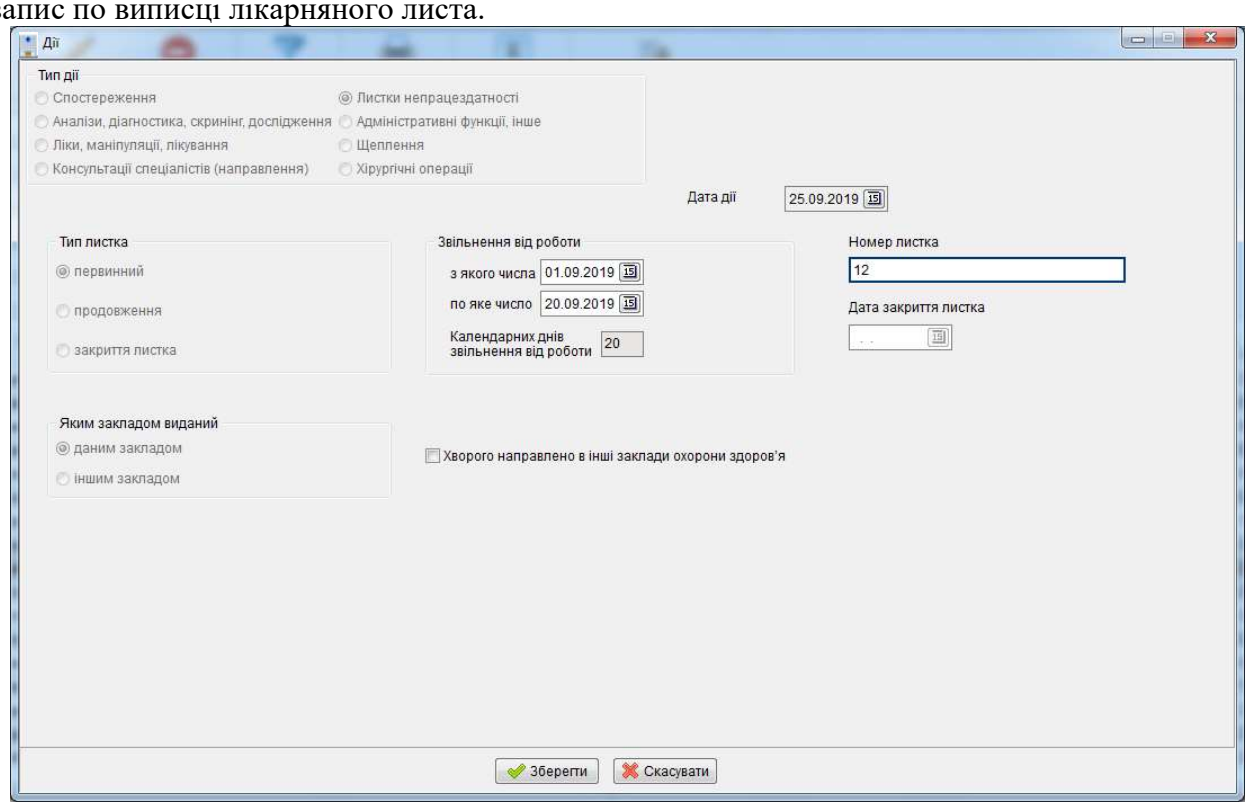
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

11.11 Форма 036/о «Журнал реєстрації листків непрацездатності»

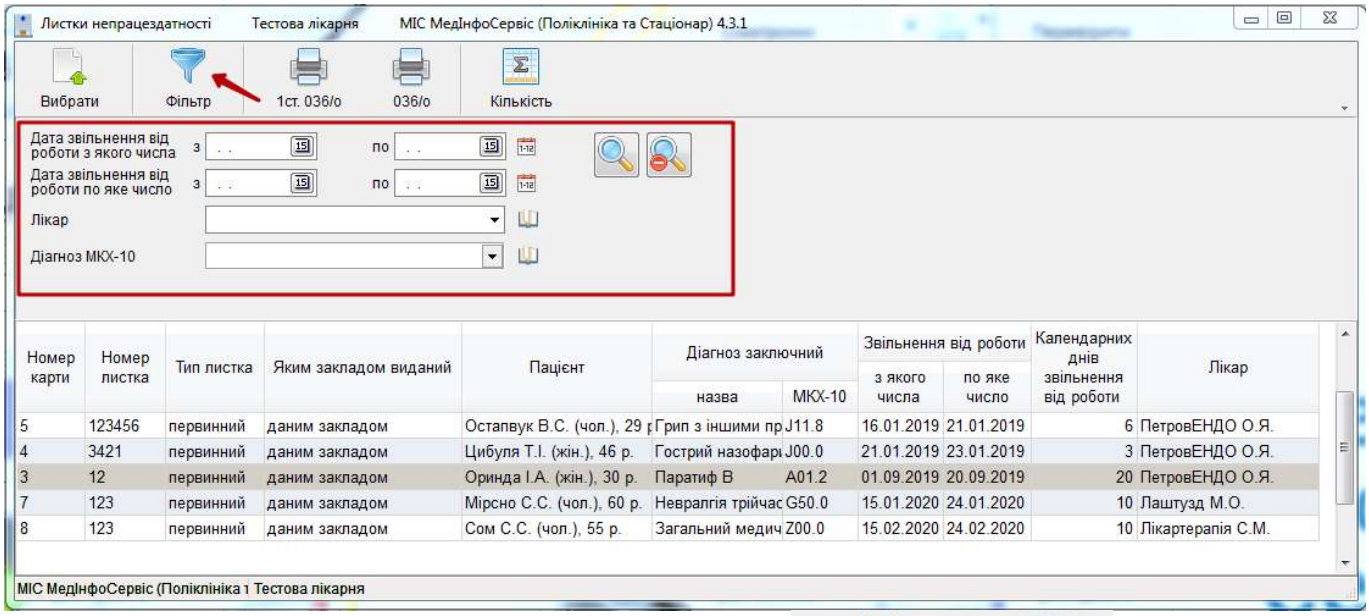
Форма 036/о автоматично заповнюється на підставі візитів, в яких була додана дія виписки листка непрацездатності.

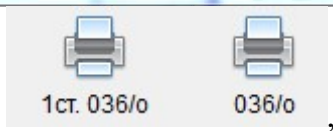


Натиснувши **«Вибрати»**, на верхній панелі, можна відкрити для перегляду відповідний запис по виписці лікарняного листа.

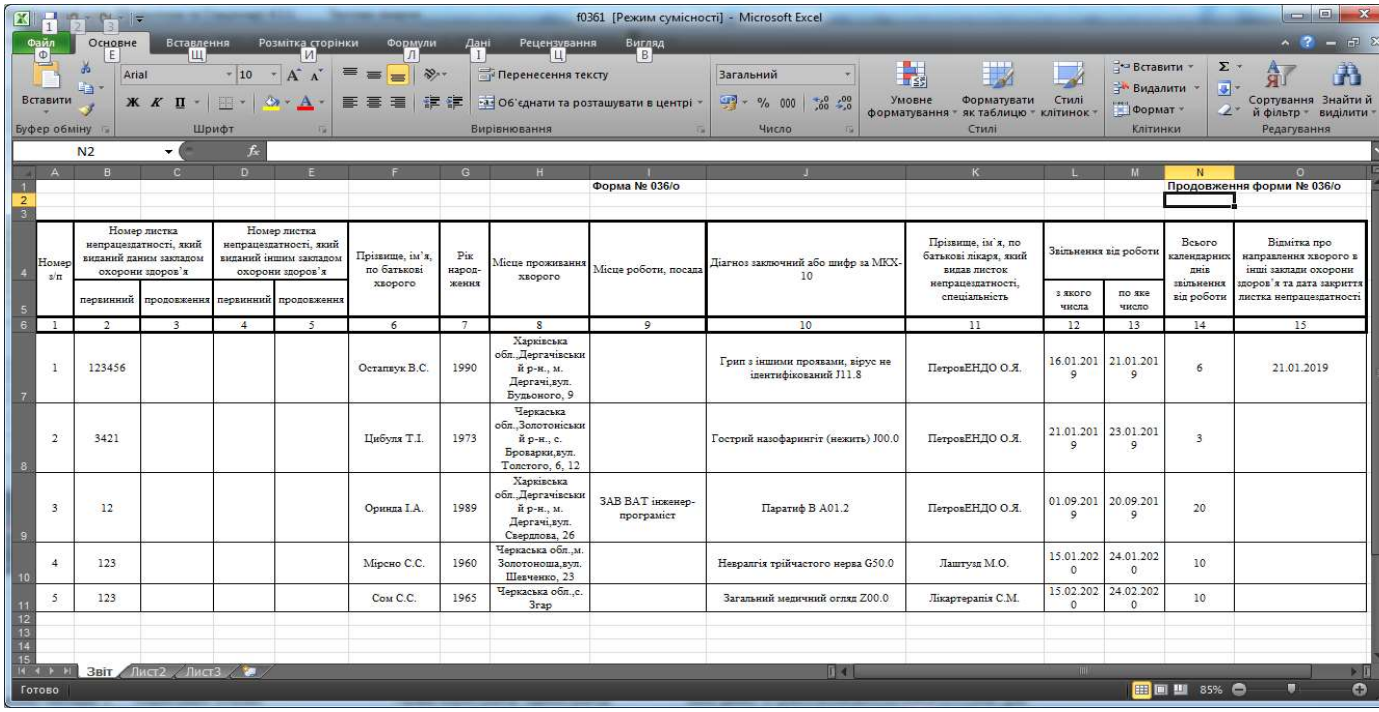


«Фільтр» - показує/ховає поля для фільтра по медичним карткам.



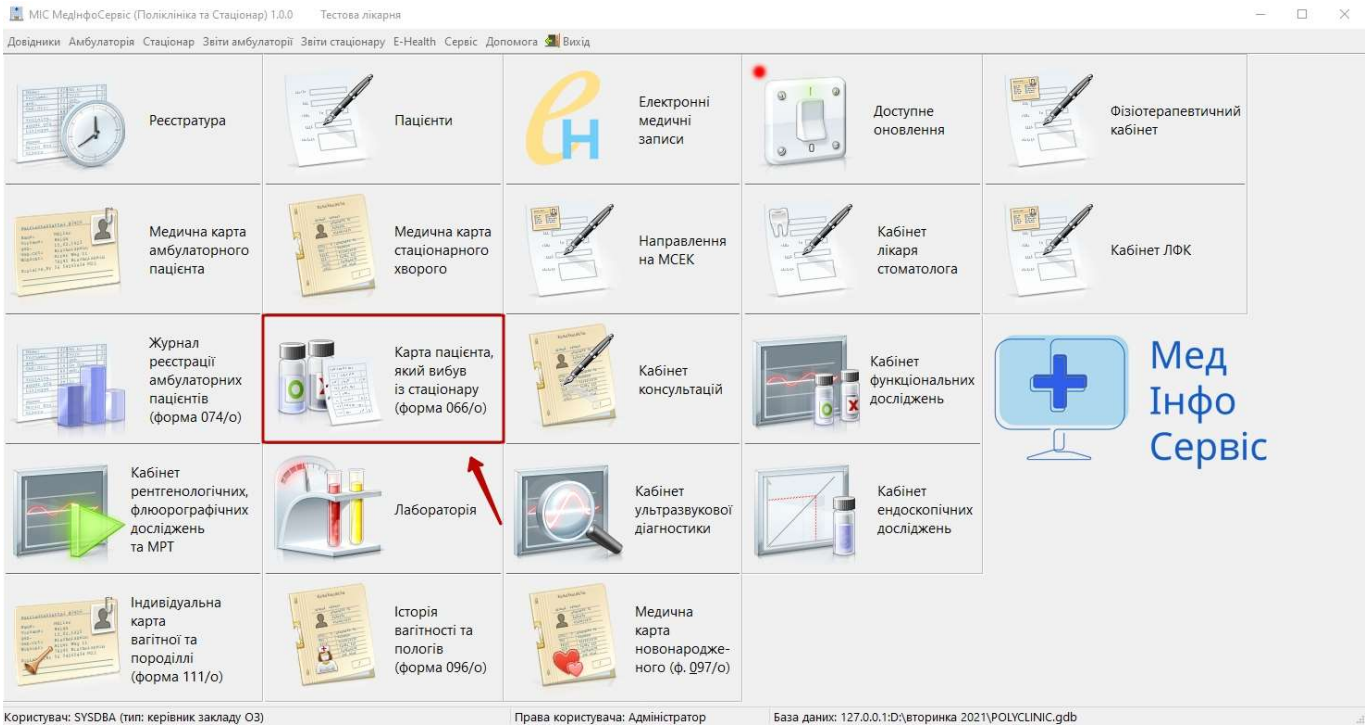


Для друку журналу використовують кнопки , де перша сторінка виводиться в документ Word або LibreOffice Writer, а таблиця в документ Excel або в LibreOffice Calc..

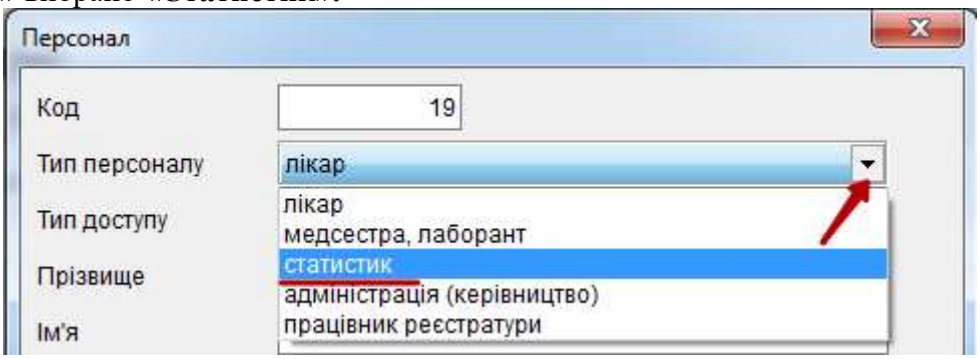


11.12 Форма 066/о «Карта пацієнта, який вибув зі стаціонару»

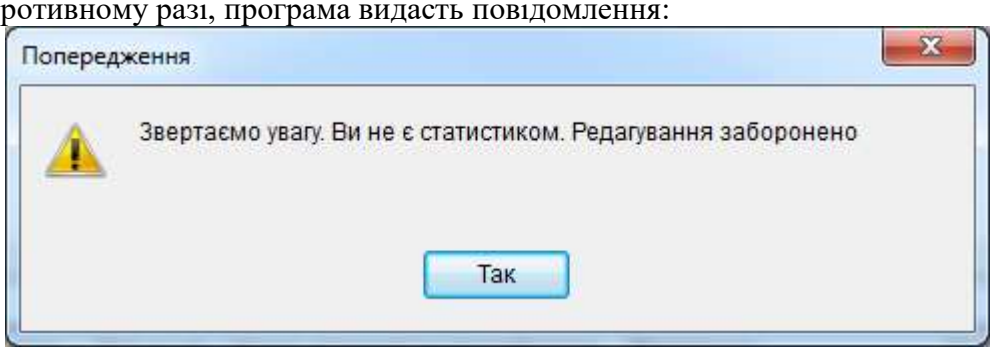
Для зручності даний реєстр карток розміщено на головному вікні програми, яке з'являється після запуску програми.

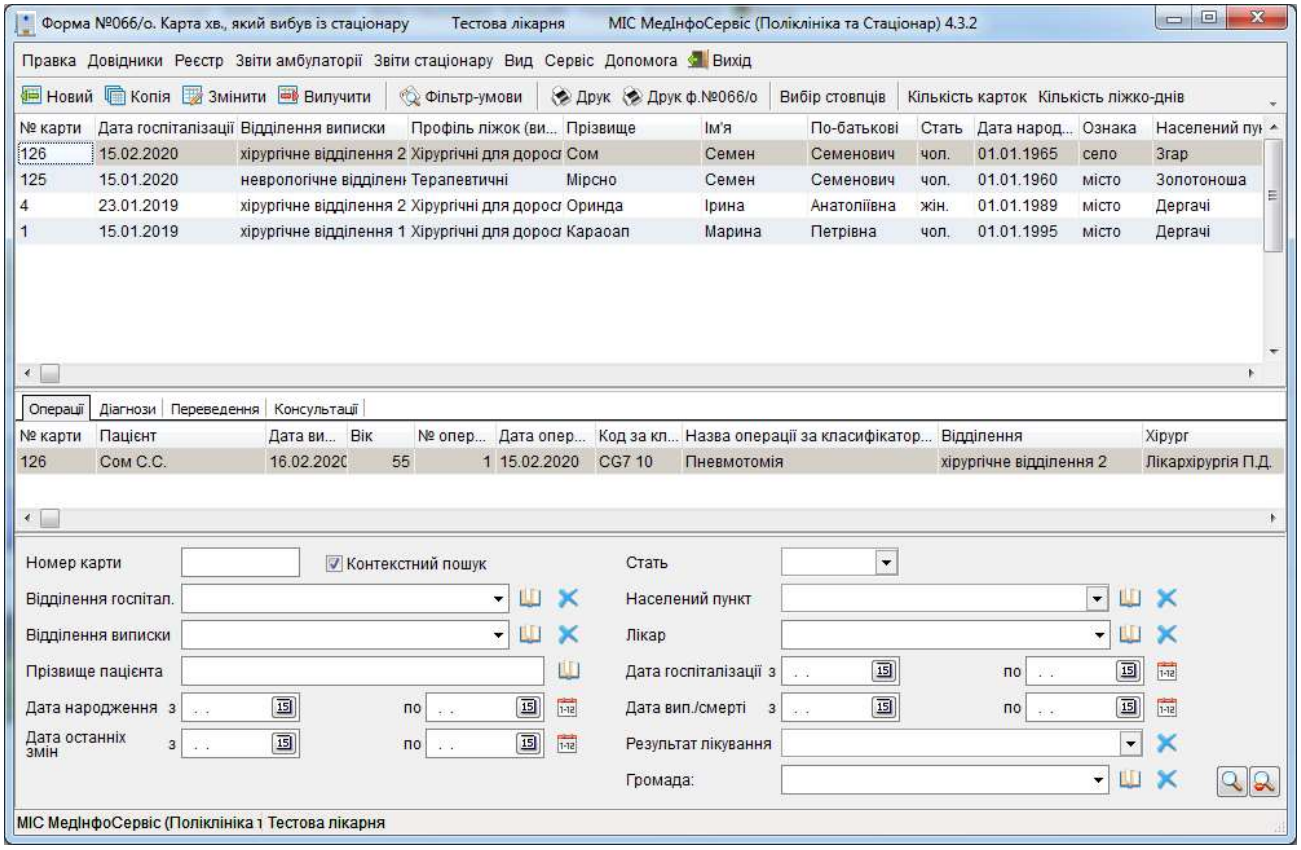


Зверніть увагу! З картками пацієнта, який вибув із стаціонару мають право працювати тільки ті лікарі чи середній медичний персонал, у яких в **«Персонал»** в пункті **«Тип персоналу»** вибрано **«Статистик».**



В противному разі, програма видасть повідомлення:





Розглянемо основні пункти меню для роботи з картками:

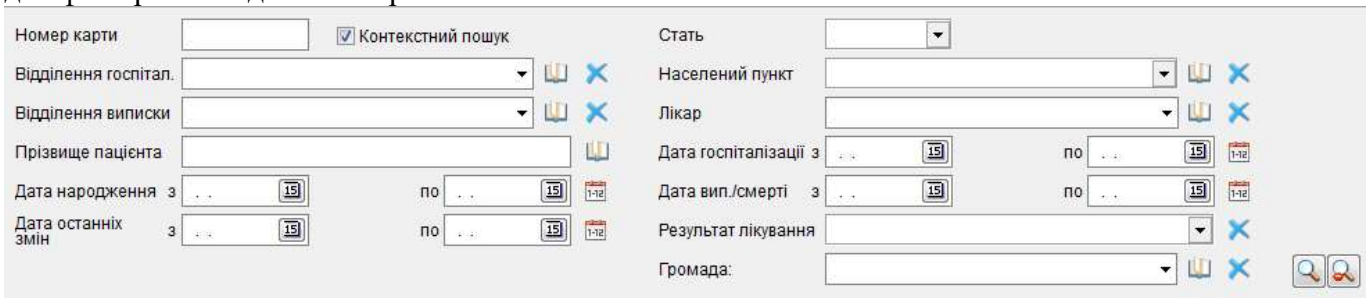
«Новий» - форма для створення карти (066/о);

«Копія» - створює копію картки і відкриває її;

«Змінити» - відкривається картка пацієнта, що була виділена в списку, для внесення змін;

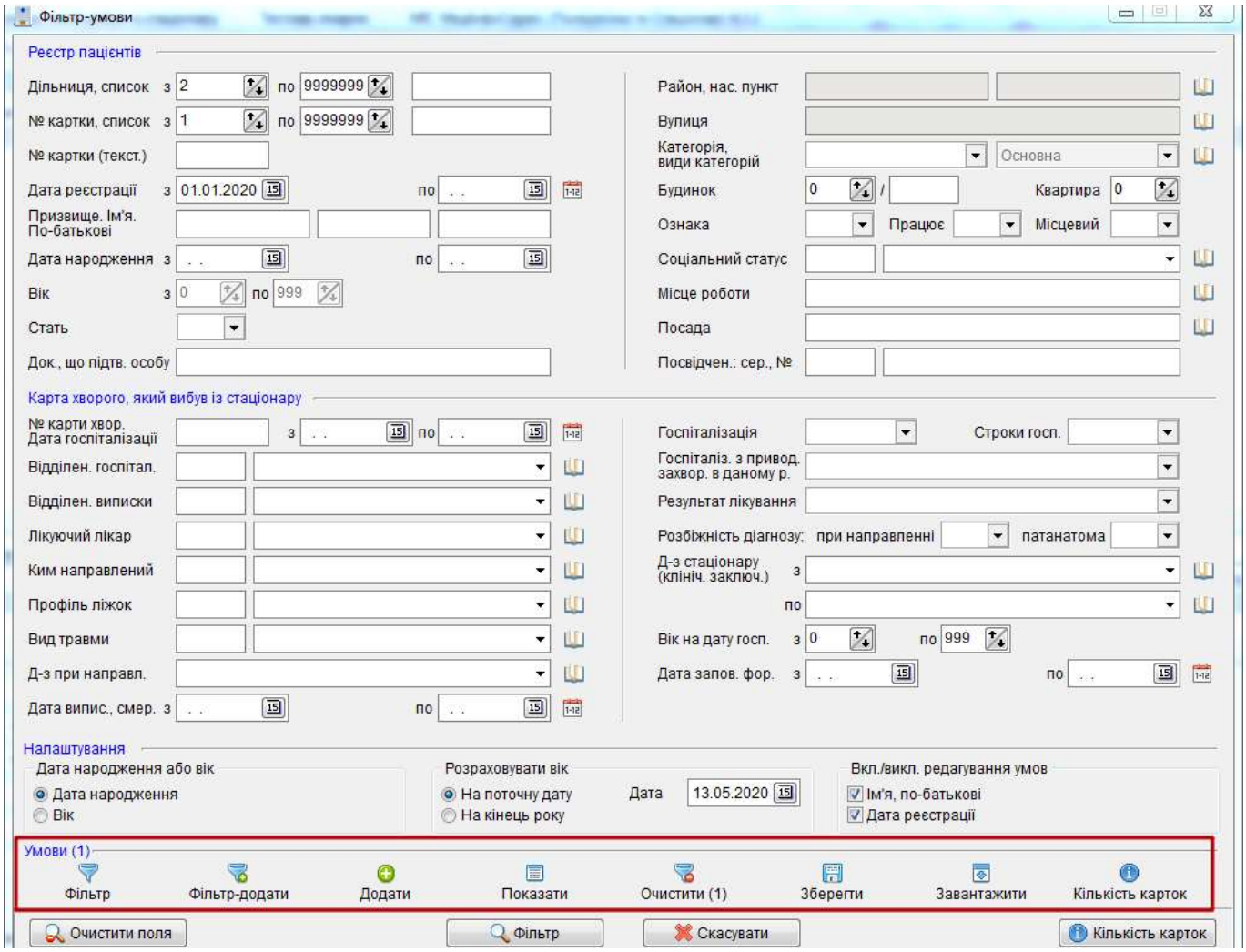
«Вилучити» - видаляє запис;

«Вид»>«Фільтрація записів» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по медичним карткам в нижні частині вікна.

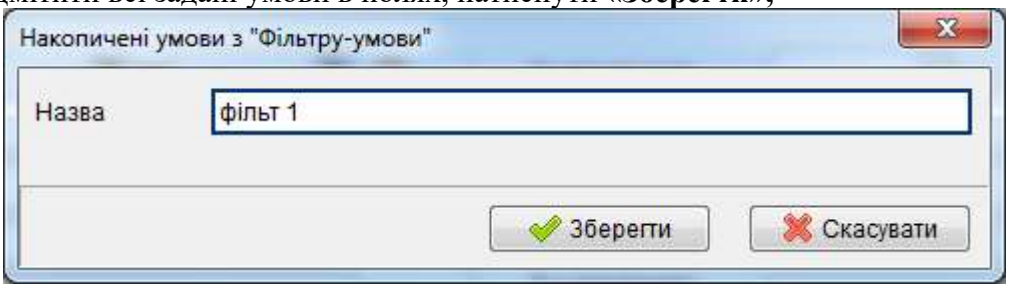


Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

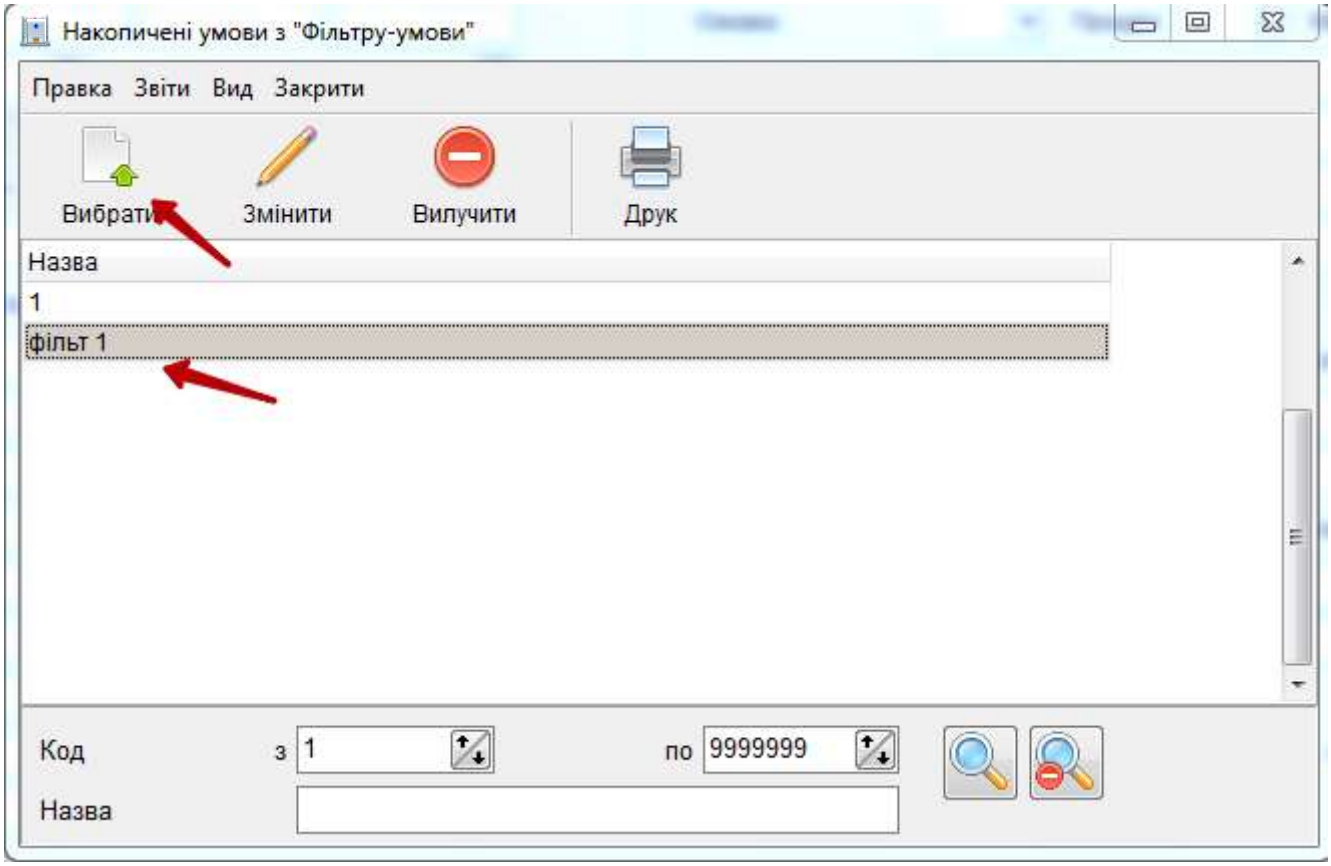
- дає можливість більше задати умов для фільтрації і зберігати накопичені параметри фільтру, для подальшого використання



Відмітити всі задані умови в полях, натиснути **«Зберегти»,**



і вже при наступному запуску обрати через кнопку **«Завантажити»,** а не відмічати знову поля

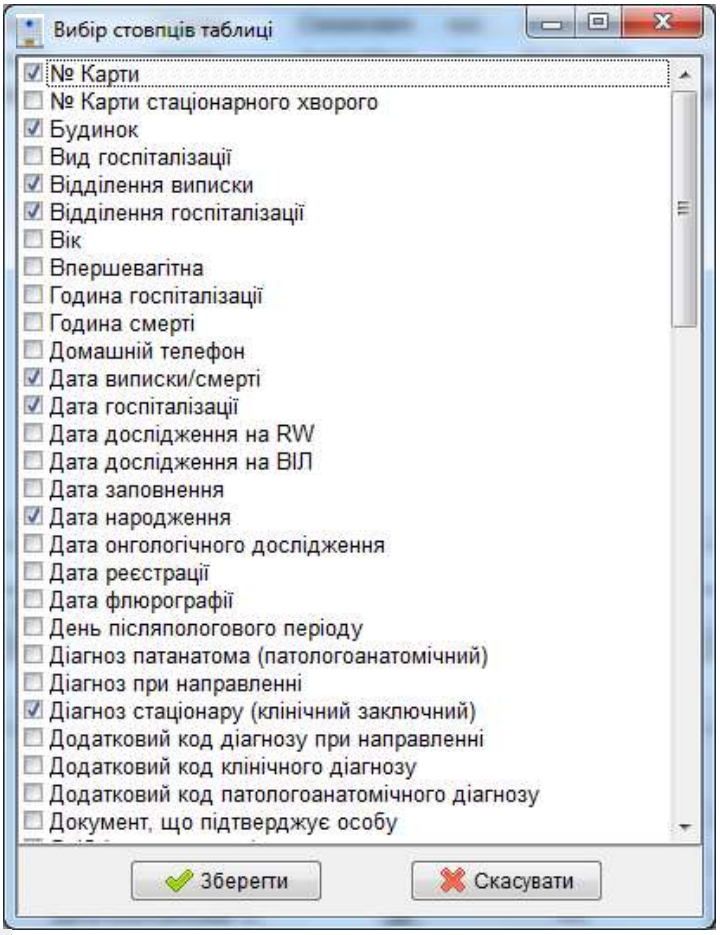


Для того, щоб скасувати фільтр, необхідно натиснути **«Очистити поля».**

Друк - формує список карток в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми;

Друк ф.№066/о - друк форми 003-1/о для виділеної карточки в документ Word або LibreOffice Writer

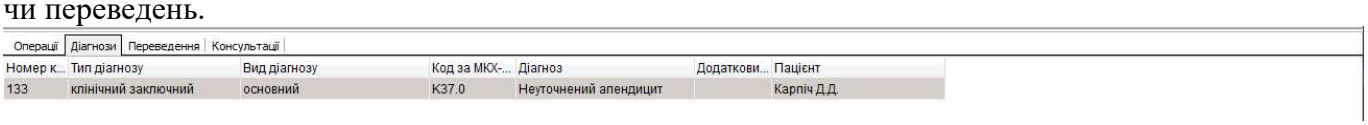
Вибір стовпців - меню вибору стовпців таблиці для відображення даних із картки 066/о. Достатньо поставити відмітки напроти пункту зі списку і зберегти, щоб відобразились дані в списку пацієнтів чи навпаки.



Кількість карток - розрахунок кількість карток в списку. Якщо відфільтрувати записи за допомогою умов фільтру і натиснути «Кількість карток», то порахується кількість карток відповідно заданим умов у фільтраційній панелі або в «Фільт-умова»;

Кількість ліжко-днів - розрахунок загальної кількості проведених ліжко-днів пацієнтів, картки яких присутні в списку. Відповідно, якщо відфільтрувати картки за допомогою умов фільтру – то порахується загальна кількість проведених ліжко-днів тільки по тим пацієнтам, картки яких відображатимуться в списку;

У нижній частині вікна відображається таблиця записів, відповідно карточці обраного пацієнта зі списку – для швидкого перегляду всіх проведених хірургічних операцій, діагнозів чи переведень.



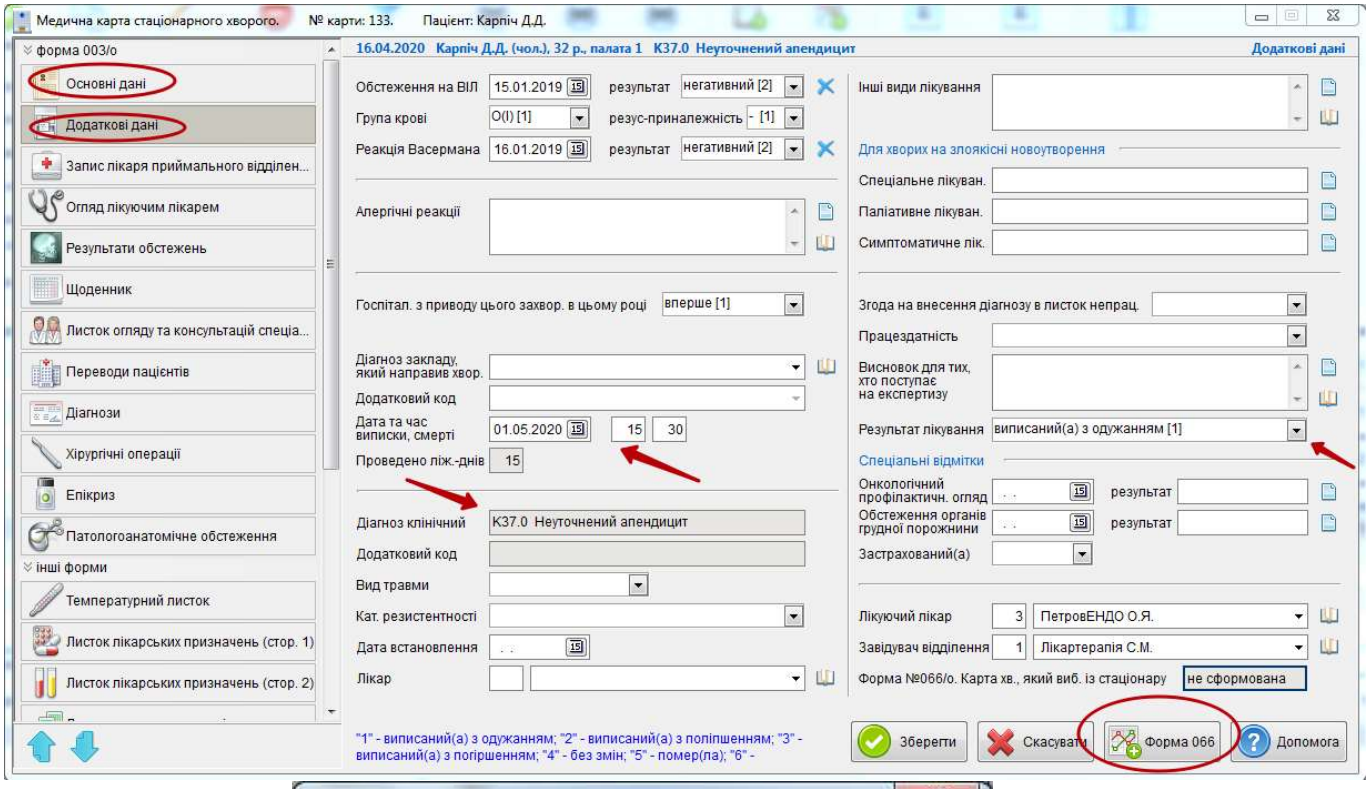
Створювати картки пацієнта, який вибув із стаціонару можна або сформувати ф.066 безпосередньо із кожної ф. 003/о виписаного пацієнта, або масово із всього переліку карток 003/о, або самостійно, ввівши всі поля ф.066/о.

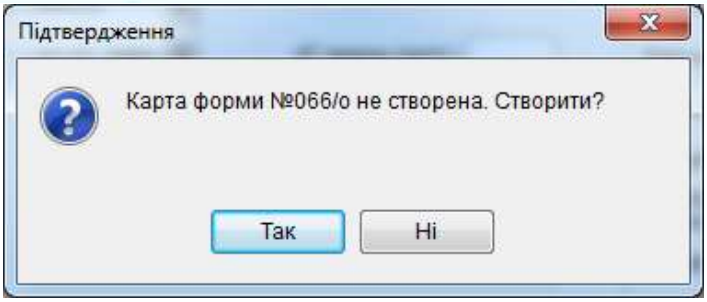
Розглянемо детальніше кожен спосіб.

- **Сформувати ф.066 безпосередньо із кожної ф. 003/о виписаного пацієнта**

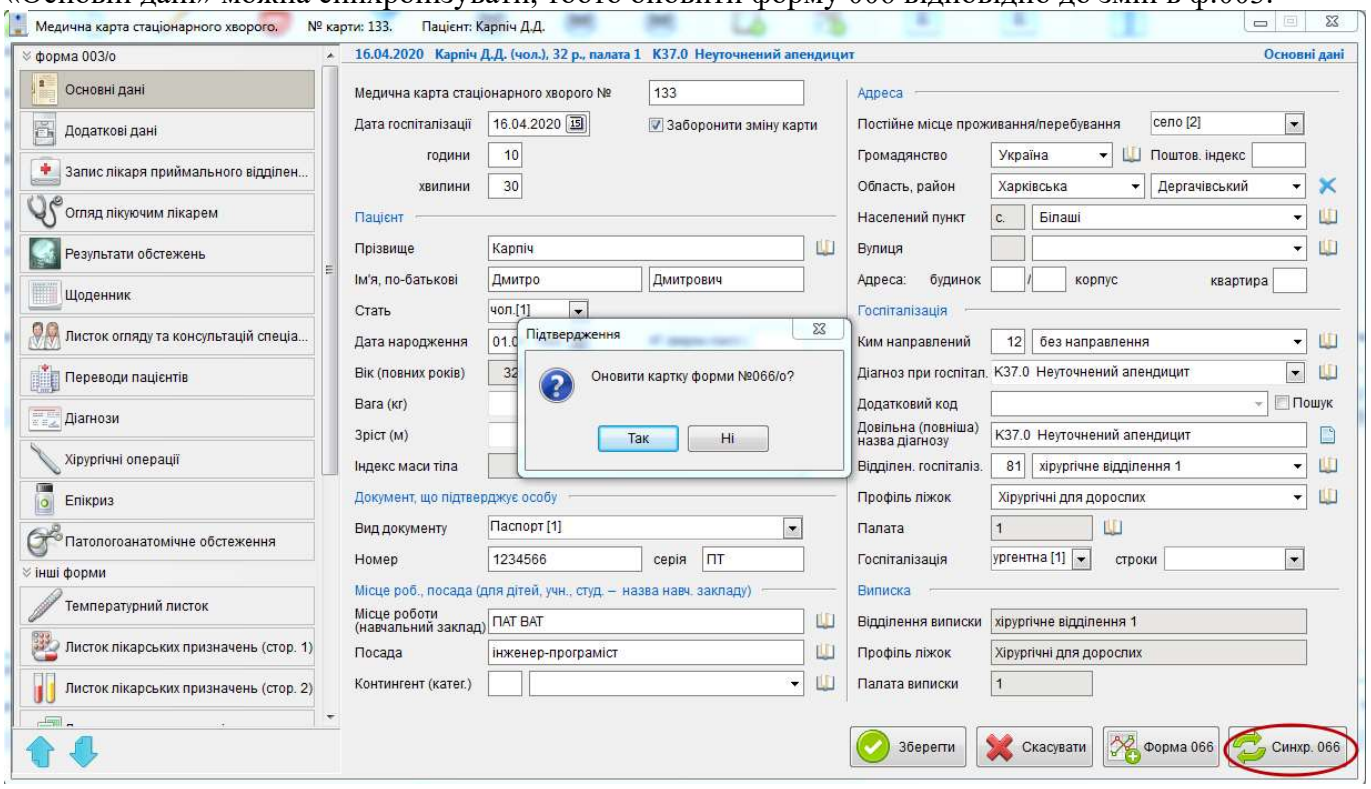
Для правильного формування звітності по формам 066 необхідно максимально заповнювати форму 003/о **(обов'язково «Дата та час виписки», «Діагноз основний», «Результат лікування»).**

Для цього відкриваємо історію хвороби пацієнта, у якого відмічена «Дата виписки» і натискаємо кнопка **«Форма 066»** в закладці **«Основні дані»** або **«Додаткові дані».**

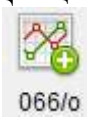




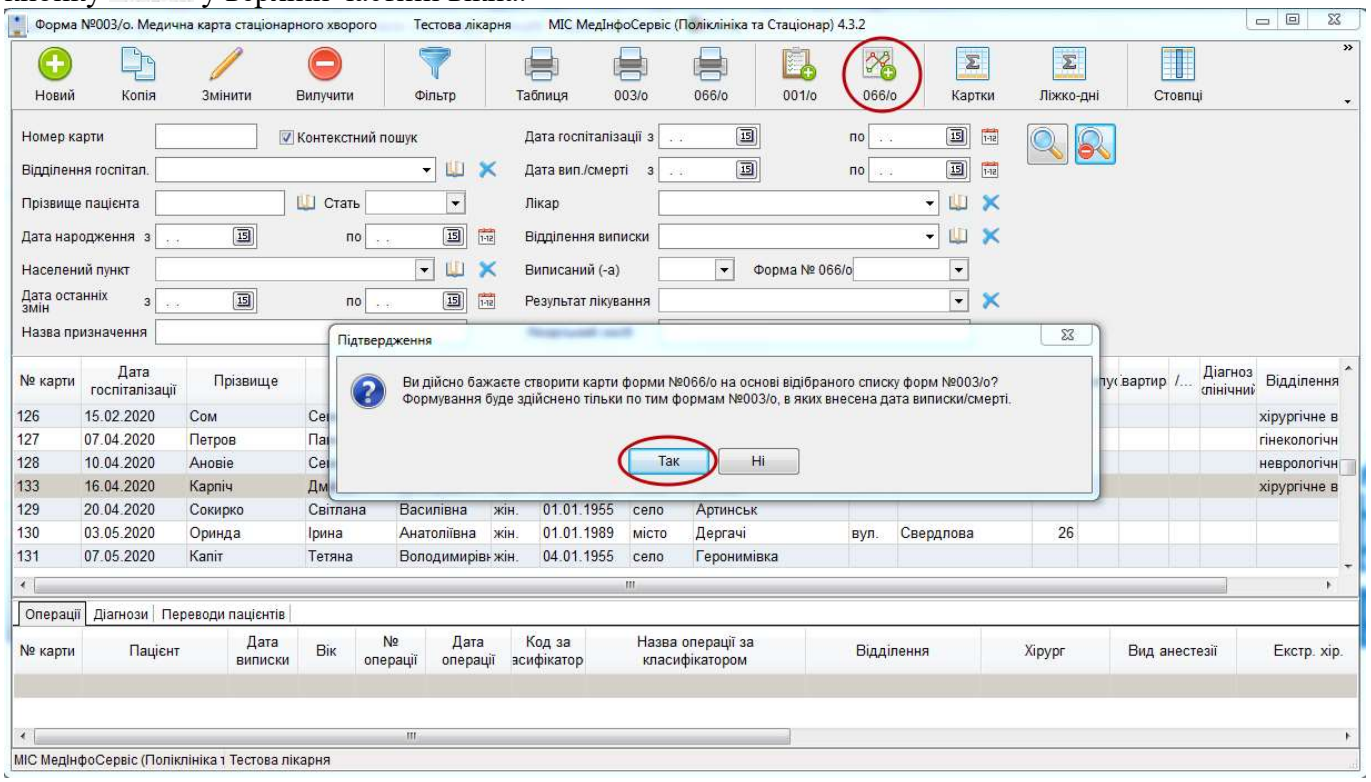
Якщо після створення форми 066 користувачем були додані чи відредаговані дані в медичній карті стаціонарного хворого, то за допомогою кнопки **«Синхр.066»** в закладці «Основні дані» можна синхронізувати, тобто оновити форму 006 відповідно до змін в ф.003.



- **Масово створити ф.066 із всього переліку карток 003/о**

Для цього необхідно зайти в перелік медичних карт стаціонарного хворого і натиснути кнопку 

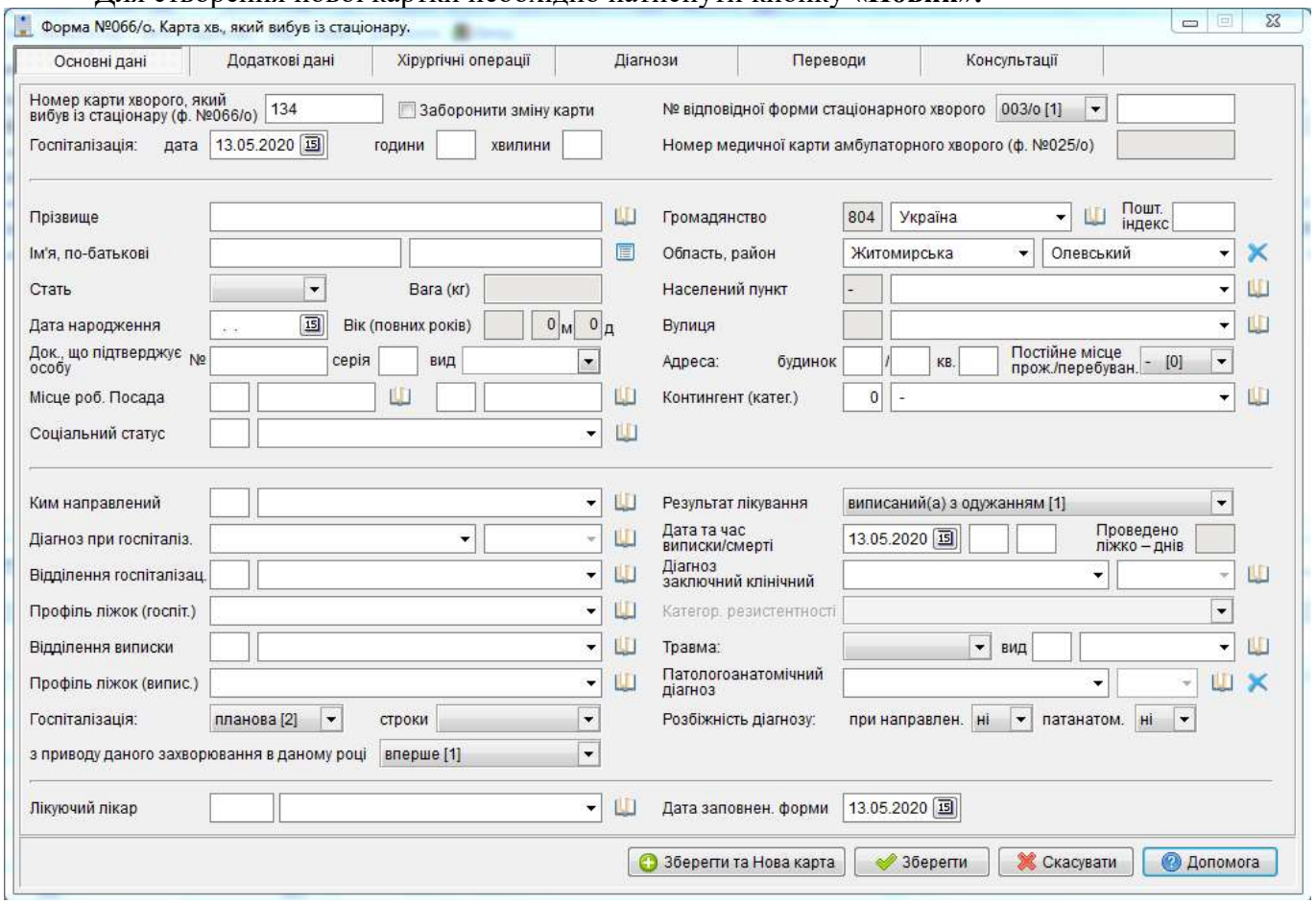
у верхній частині вікна.

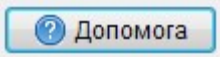


В результаті будуть створенні картки форми 066 по тим формам 003/о, в яких внесена **«Дата виписки/смерті».**

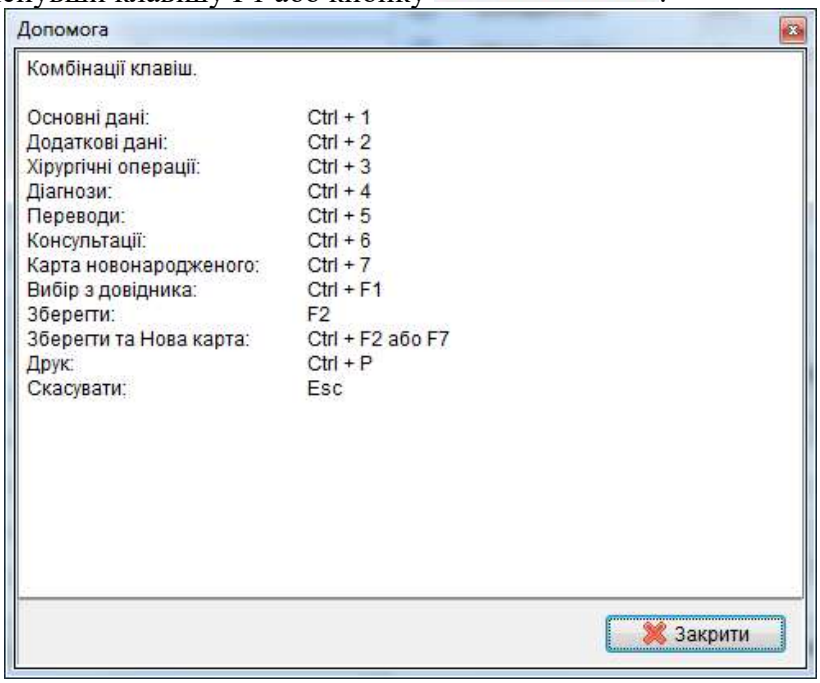
- **Самостійно створити форму 066/о**

Для створення нової картки необхідно натиснути кнопку **«Новий».**



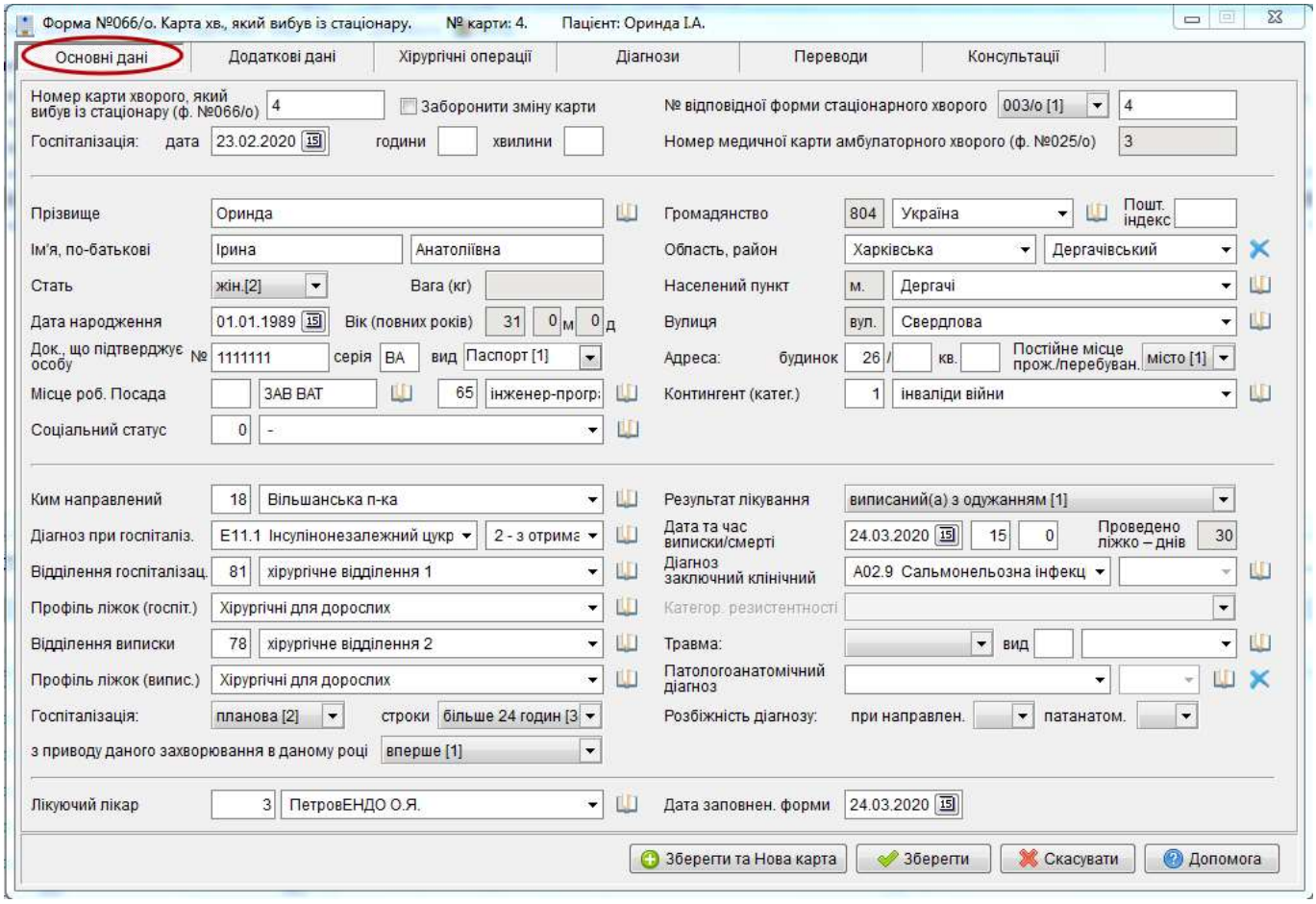
Вікно для вводу розділене на закладки і містить поля введення які відповідають пунктам форми 066. Для переміщення між закладками можна використовувати наступні комбінації клавіш: Ctrl + 1 - «Основні дані»; Ctrl + 2 - «Додаткові дані»; Ctrl + 3 - «Хірургічні операції»; Ctrl + 4 - «Діагнози»; Ctrl + 5 - «Переводи». Перелік доступних комбінацій можна подивитися натиснувши клавішу F1 або кнопку 

.



Основні дані

Закладка представляє головну частину форми. На ній можна занести всю основну необхідну інформацію по формі 066/о, наприклад: дату та час госпіталізації, пацієнта, діагнози, лікуючого лікаря, відділення, профіль ліжок, дату та час виписки/смерті, результат лікування. Інформація про хірургічні операції, переводи, супутні захворювання, ускладнення та докладні відомості о смерті пацієнта містяться на інших закладках.



Поля дата госпіталізації, прізвище пацієнта, стать, дата народження, ким був направлений в стаціонар, відділення госпіталізації, результат лікування, дата виписки, діагноз стаціонару, лікуючий лікар і дата заповнення форми є обов'язковими для заповнення.

Для внесення даних про пацієнта, його можна вибрати з реєстру пацієнтів (за допомогою кнопки або ввівши перші три літери прізвища і обрати з переліку

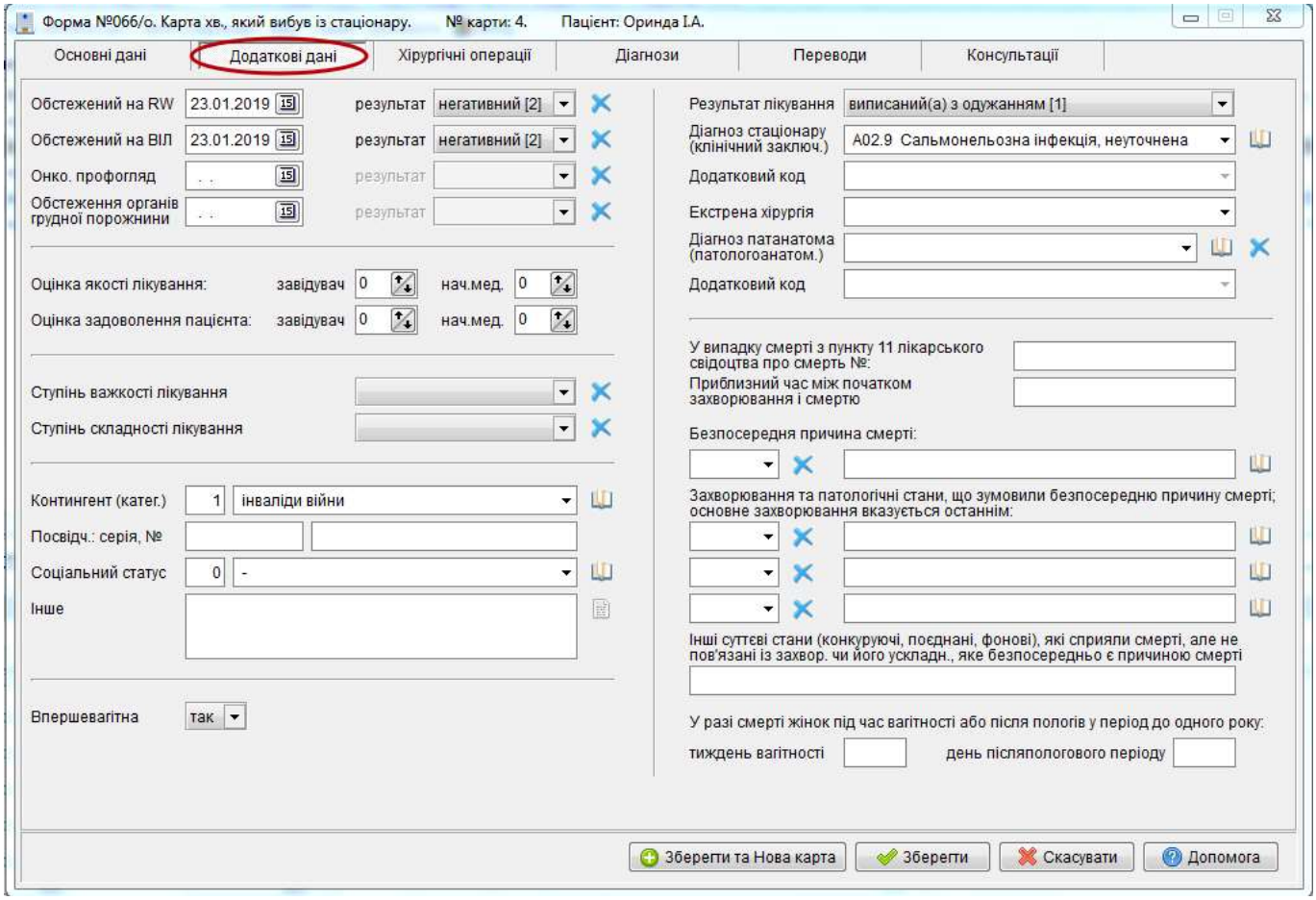
) або внести дані нового в даному вікні.

При натисканні на кнопку **«Зберегти та Нова карта»** відбудеться збереження всіх даних поточної карти і буде створена нова. Такий механізм дозволяє прискорити набір великої кількості карт. **«Зберегти» -** відбувається перевірка на коректність введених значень і збереження. У разі виникнення помилок на екран буде виведено відповідні повідомлення і збереження перерветься. **«Скасувати» -** відбувається скасування всіх змін.

При переході між закладками також відбувається збереження основних і додаткових даних.

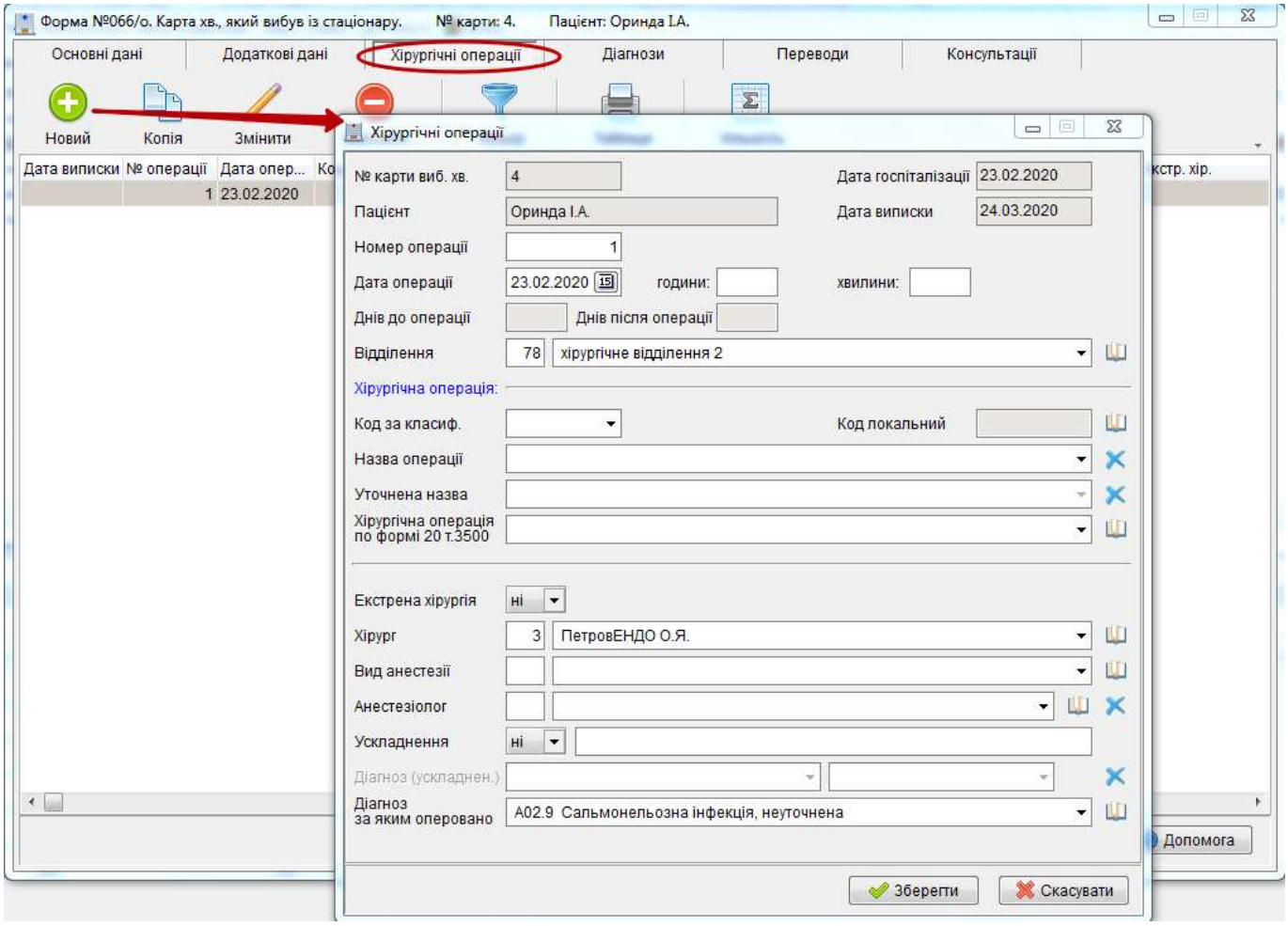
Додаткові дані

Закладка містить дані щодо обстеження хворого та заповнюється у разі смерті пацієнта.



Хірургічні операції

Закладка дозволяє вказувати операції проведені пацієнту за час перебування в стаціонарі.



Номер картки та ім'я пацієнта заповнюються автоматично на основі значень введених в закладку «Основні дані».

Заноситься наступна інформація:

- дата і час операції;
- відділення, в якому її проводили;
- відомості про хірургічну операцію;
- екстрена хірургічна операція чи ні;
- вид застосованої анестезії;
- анестезіолог;
- ускладнення в разі їх виникнення.
- діагноз

Кількість днів до операції розраховується автоматично: дата госпіталізації відняти дату проведення операції.

Відомості про хірургічну операцію містять наступні реквізити:

- «Код за класифікатором». Це код хірургічної операції згідно до «Галузевого класифікатора медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій».

- «Код за класифікатором». Це код хірургічної операції згідно до «Галузевого класифікатора медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій».

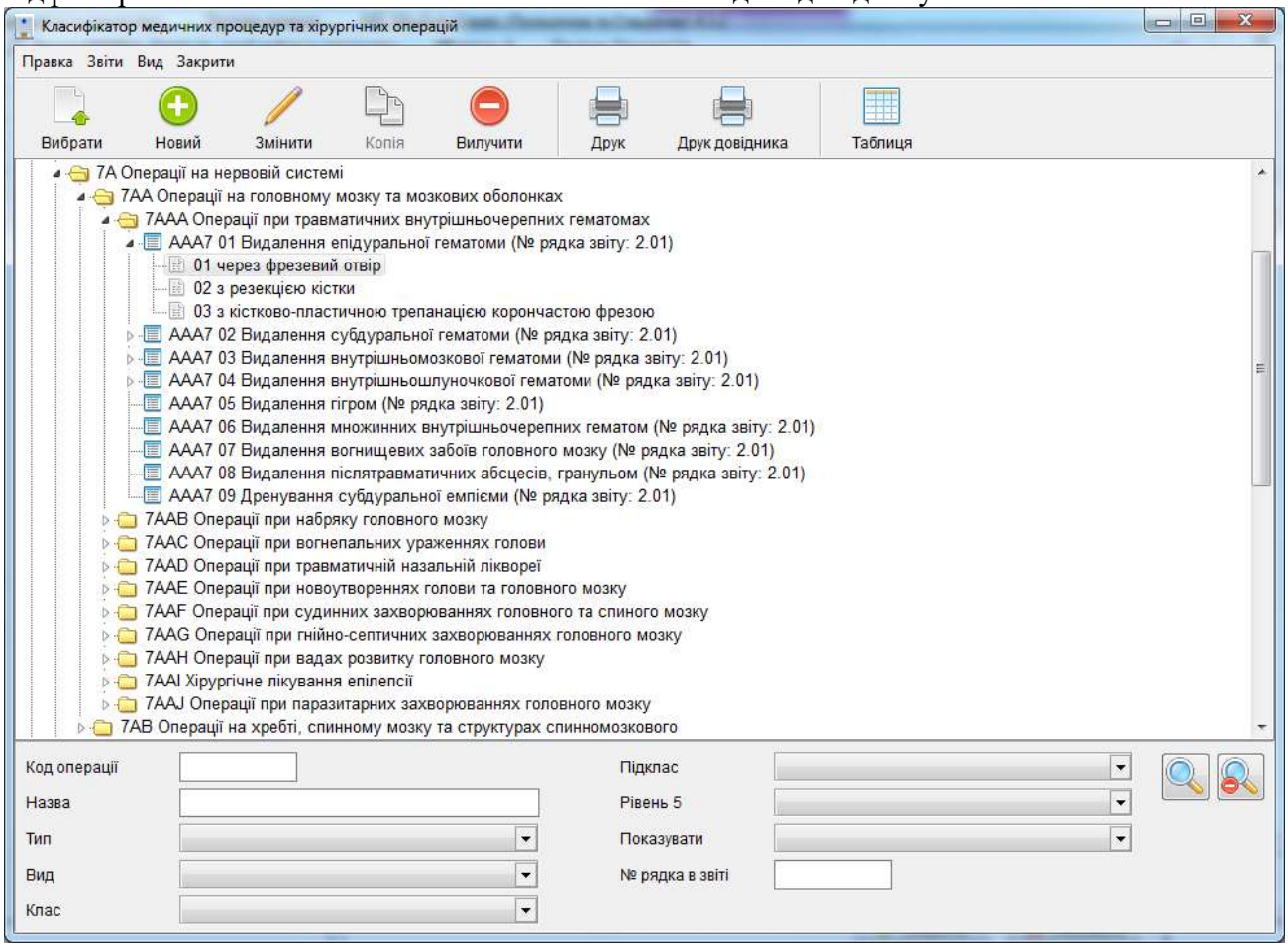
- «Код по довіднику». Це умовний код з довідника хірургічних операції, який був введений для зручності користування великим об’ємом даних. Для найбільш часто використовуваних операцій можна задати цей код в довіднику і потім для вибору операції використовувати його, наприклад написавши його в полі «код по довіднику». Також в самому довіднику передбачена фільтрація операцій в яких заповнений цей код.

- «Номер рядка в звіті». Зазначає в який саме рядок статистичної форми 20 таблиці 3500 «Хірургічна робота стаціонару» потрапить дана хірургічна операція.

- «Загальна назва». Це власне сама назва хірургічної операції згідно до «Галузевого класифікатора медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій».

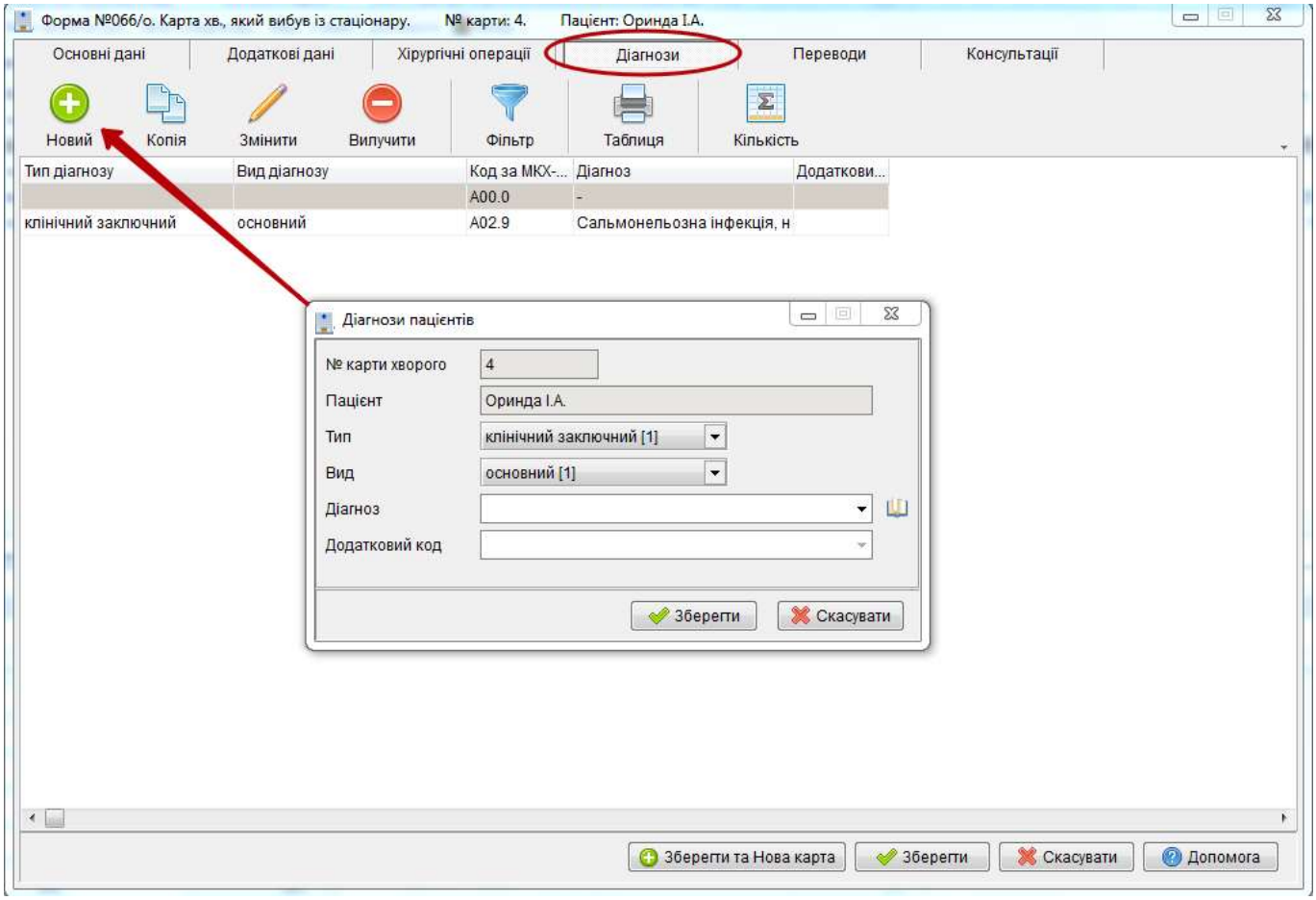
- «Уточнена назва». Це більш докладніша назва операції, наприклад для операції FAA7 10 «Ендартеректомія» є п’ять варіантів її проведення: 01 «з устя внутрішньої сонної артерії», 02 «з наружної сонної артерії», 03 «із загальної сонної артерії», 04 «із устя позвонкової артерії», 05 «із підключичної артерії». «Уточнена назва» є не у всіх хірургічних операціях, наприклад для операції AQ7 02 «Накладення акушерського вакууму-екстрактору при головному передлежанні плоду» її немає. Також це поле не є обов’язковим для заповнення.

Вибір хірургічної операції можна здійснювати за допомогою випадаючих списків («Код за класифікатором», «Загальна назва»), безпосереднім зазначенням «Коду з довідника» або з використанням довідника, наприклад, довідник хірургічних операцій, в якому відфільтровані лише ті записи в яких заповнений «Код по довіднику»:



Діагнози

Закладка містить список діагнозів поставлених пацієнту за час перебування в стаціонарі: основний діагноз, супутні захворювання та ускладнення.

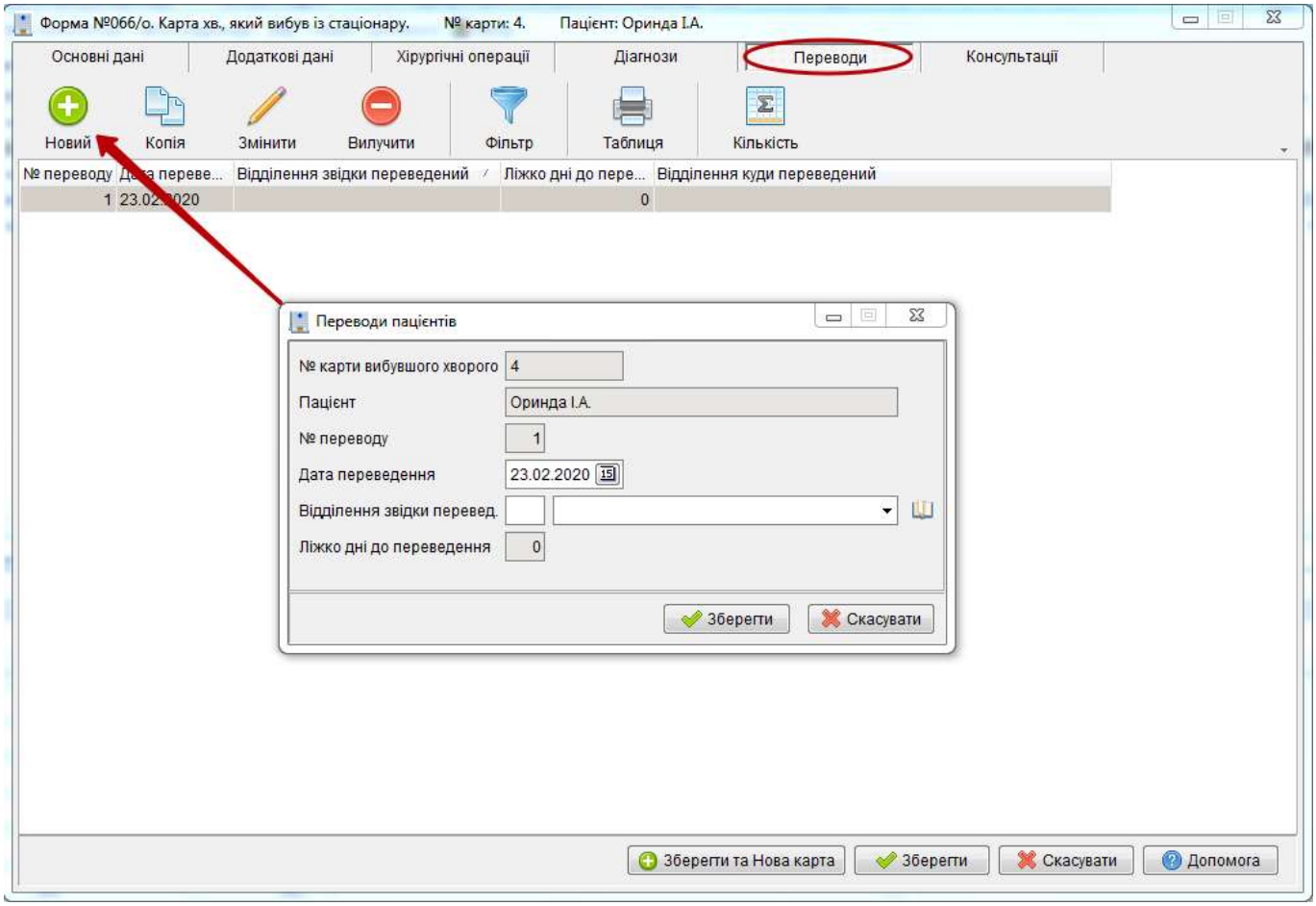


Номер картки та ім'я пацієнта заповнюються автоматично на основі значень введених в основних даних.

Необхідно вказати: тип для визначення поставленого діагнозу як «клінічній заключний» або «патанатомічний»; вид діагнозу, який визначає наявність побічних дій на лікування, супутніх захворювань або ж вказується основний діагноз; а також поле діагноз, в якому вказується власне назва у відповідності до МКХ-10.

Переводи

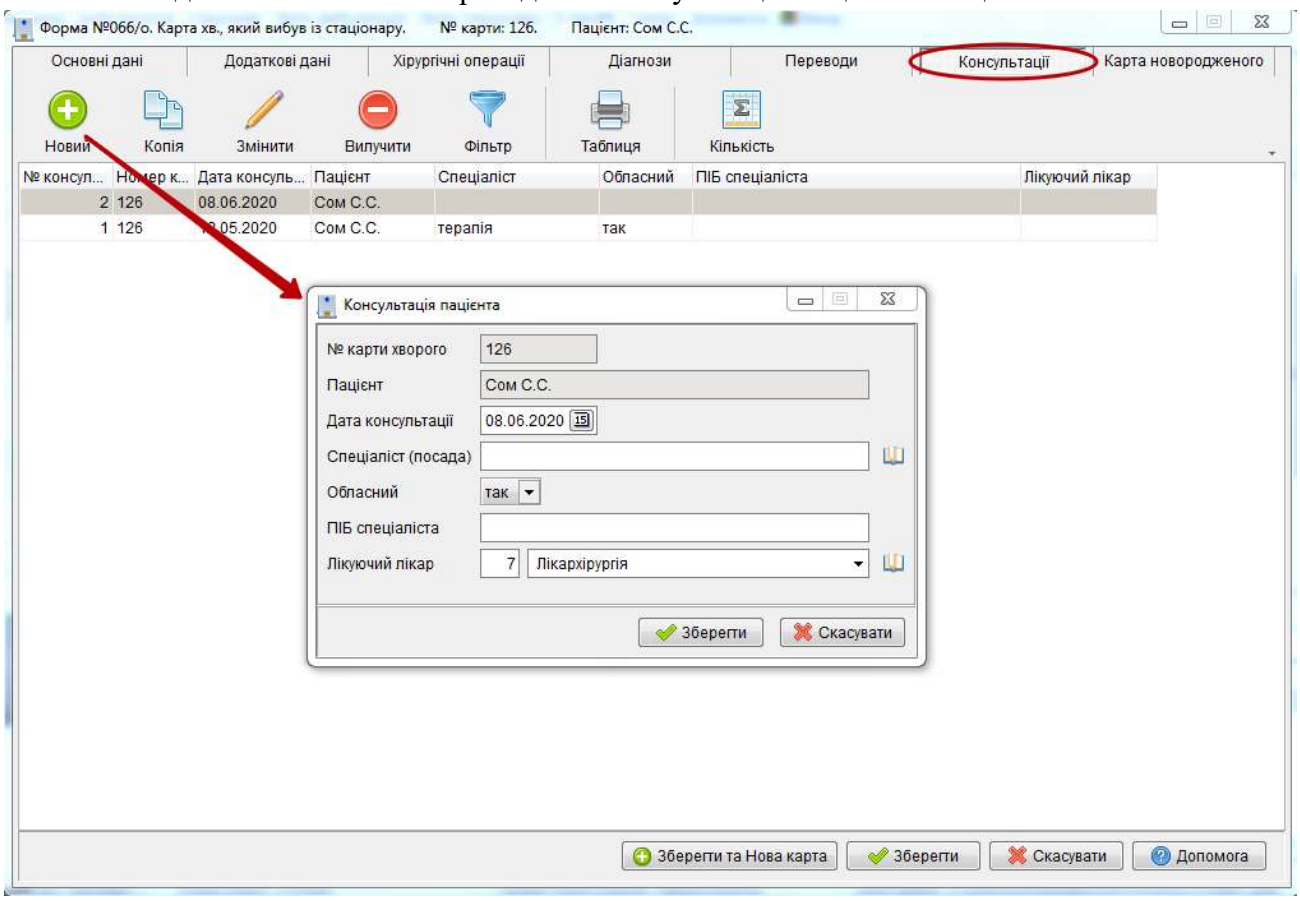
Закладка містить список переводів пацієнта з інших відділень.



При заповненні необхідно вказати дату переведення, відділення, з якого сталося переведення, а також кількість проведених ліжко-днів.

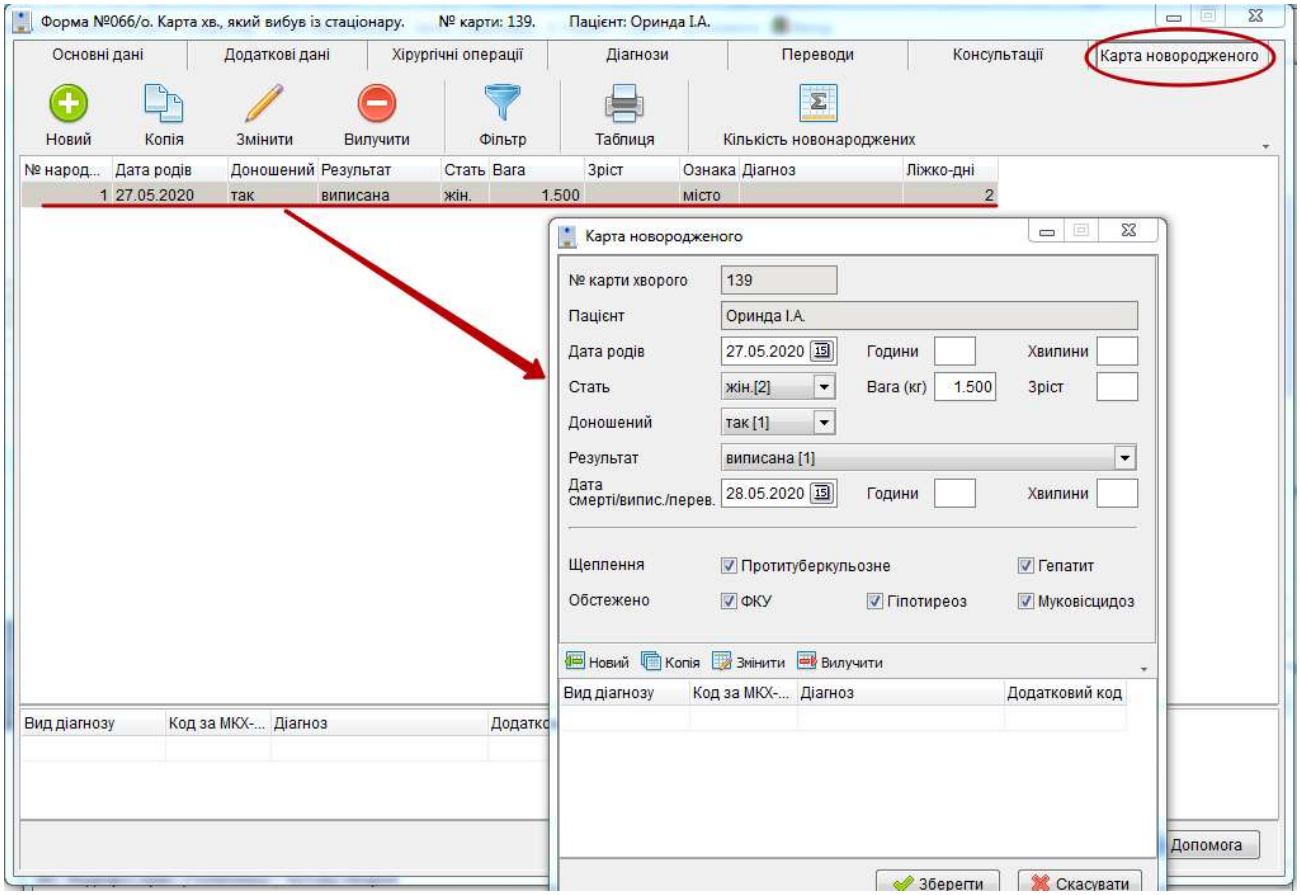
Консультації

Закладка містить список проведених консультацій пацієнта спеціалістами.



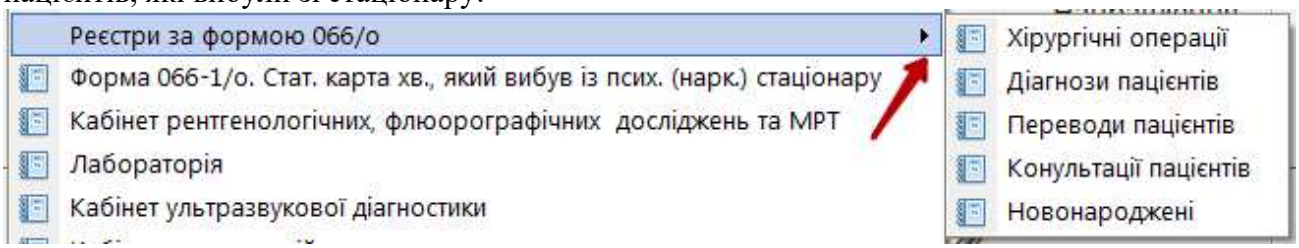
Карта новонародженого

Закладка містить дані про новонародженого.

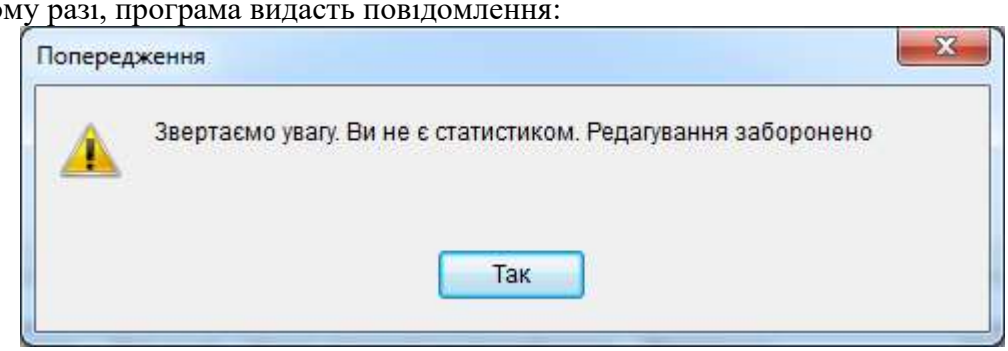


11.13 Реєстри за формою 066/о

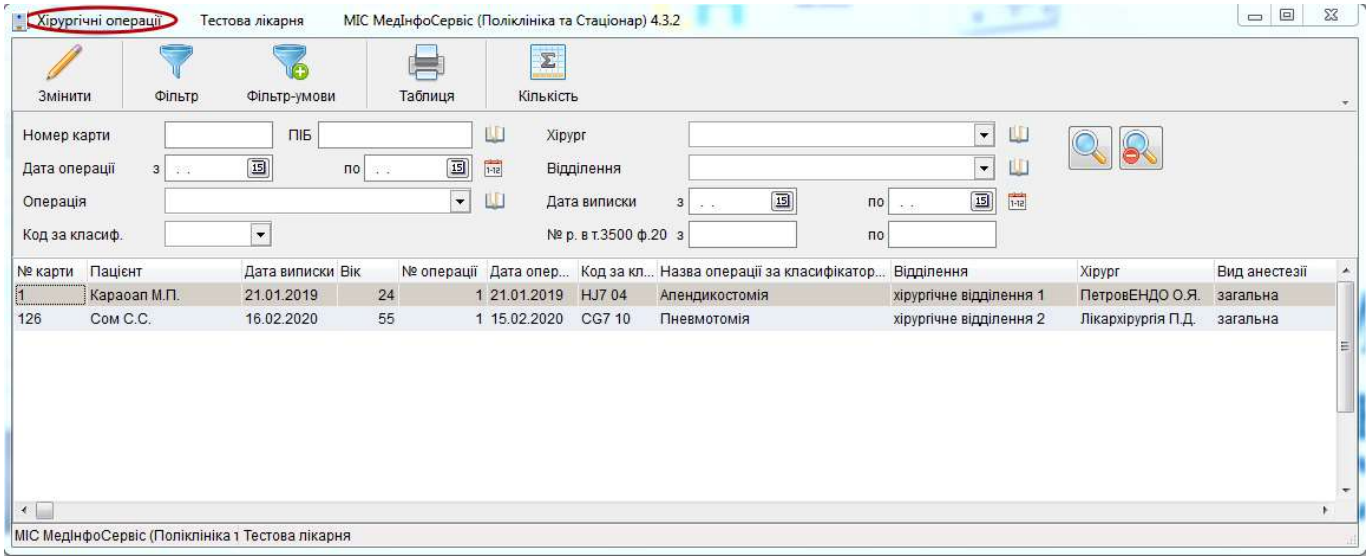
П’ять реєстрів, які автоматично заповнюються даними відповідно створеним карткам пацієнтів, які вибули зі стаціонару:



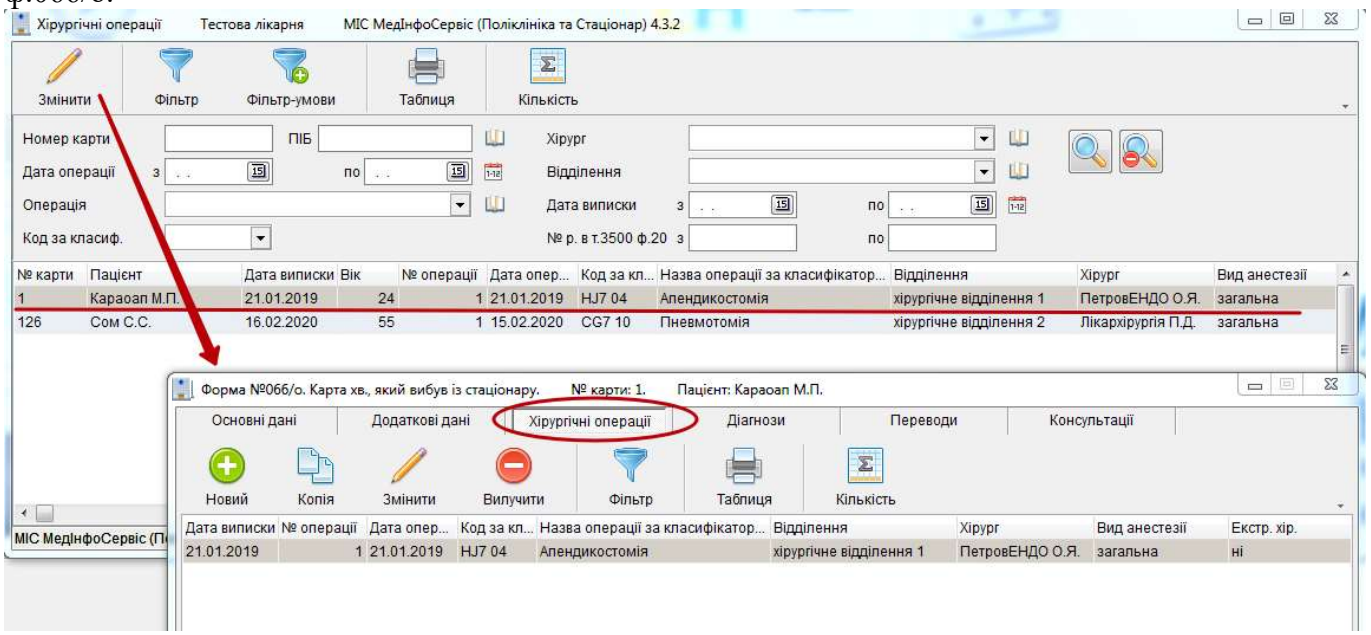
Зверніть увагу! Редагувати дані в реєстрі має право статистик і адміністратор. В противному разі, програма видасть повідомлення:



Хірургічні операції



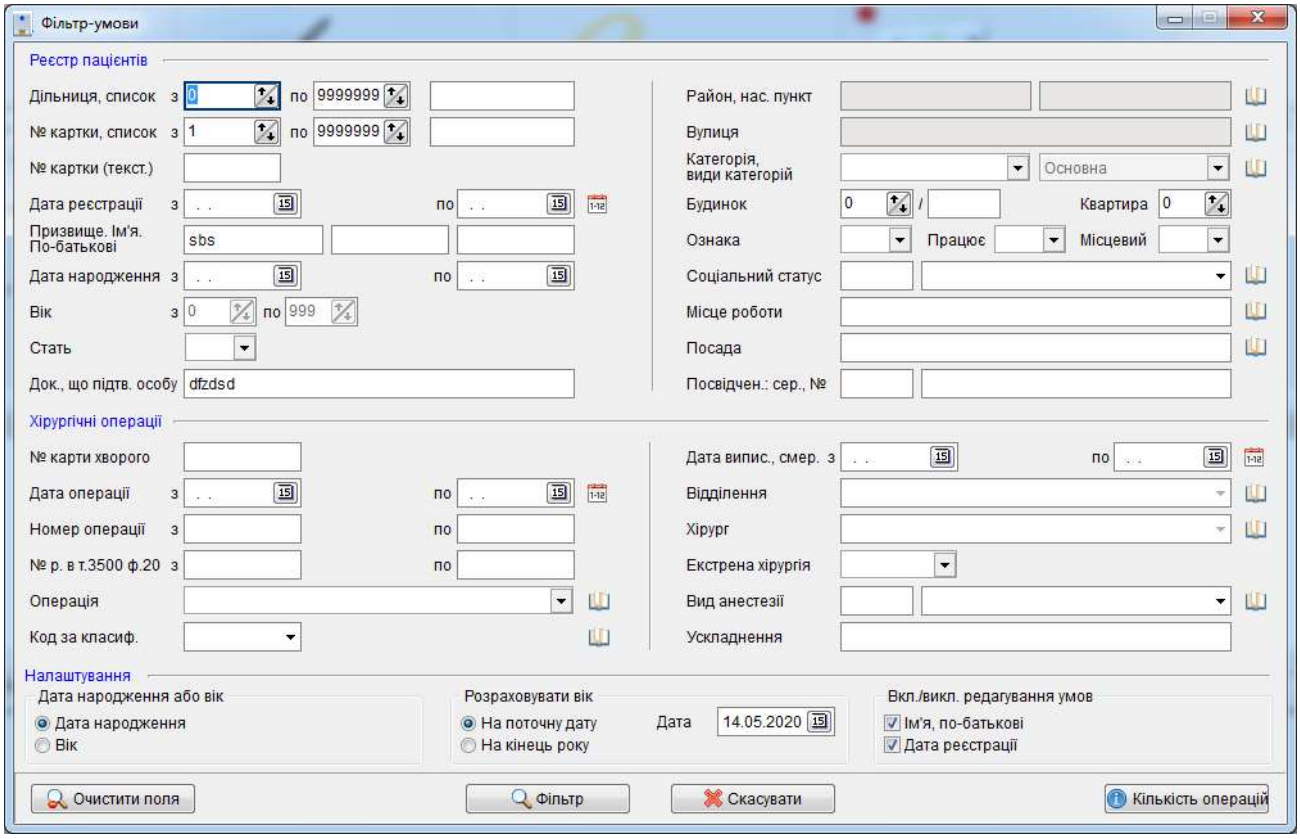
«Змінити» - відкриває для реагування вибраний запис в закладці «Хірургічні операції» ф.066/о.



«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по записам.

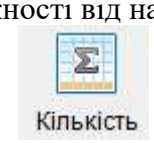
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

- дає можливість більше задати умов для фільтрації



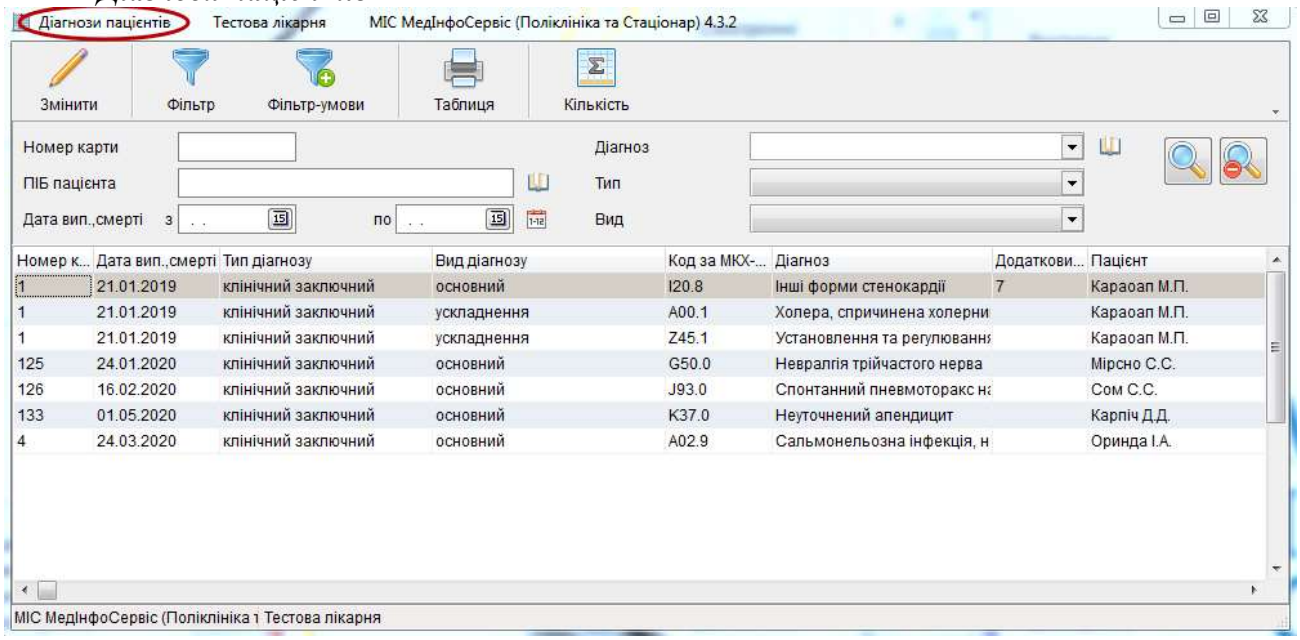
Для того, щоб скасувати фільтр, необхідно натиснути **«Очистити поля».**

- формує список операцій в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми;

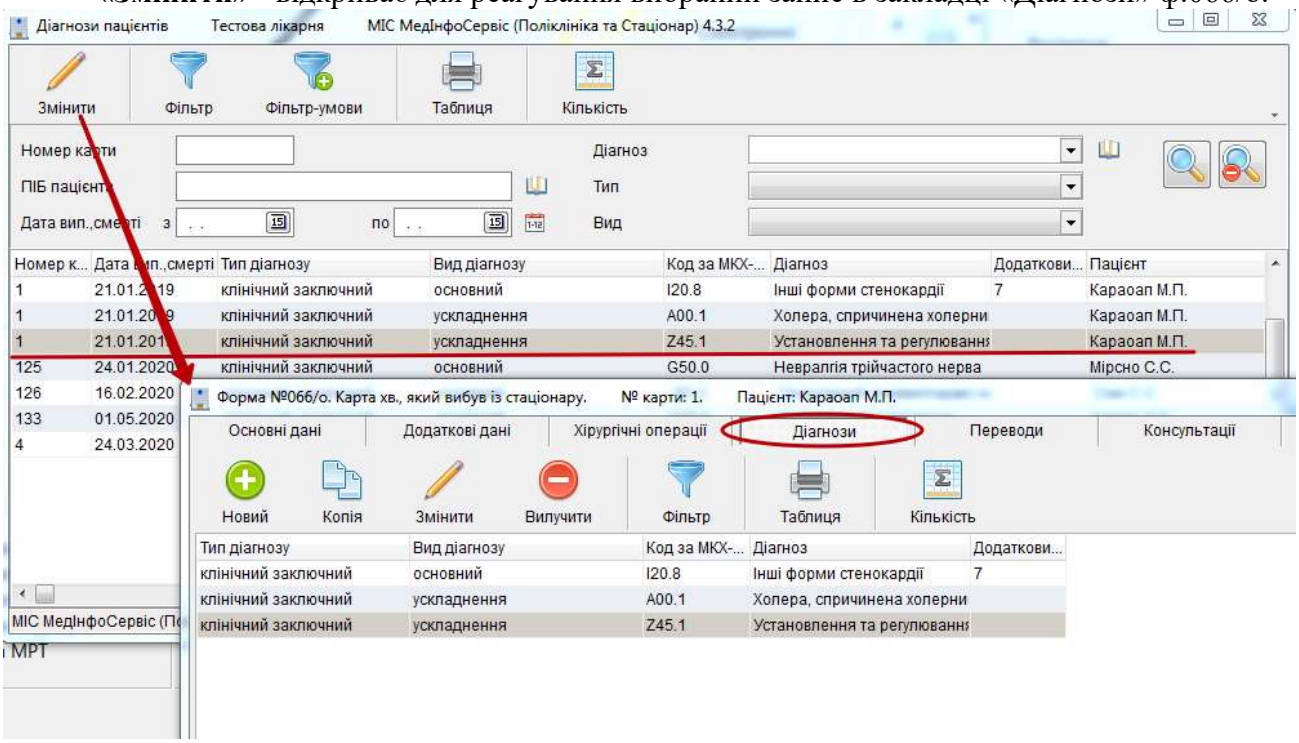


- розрахунок кількість операцій в списку. Якщо відфільтрувати записи за допомогою умов фільтру і натиснути «Кількість», то порахується кількість карток відповідно заданим умов у фільтраційній панелі або в «Фільт-умова».

Діагнози пацієнтів



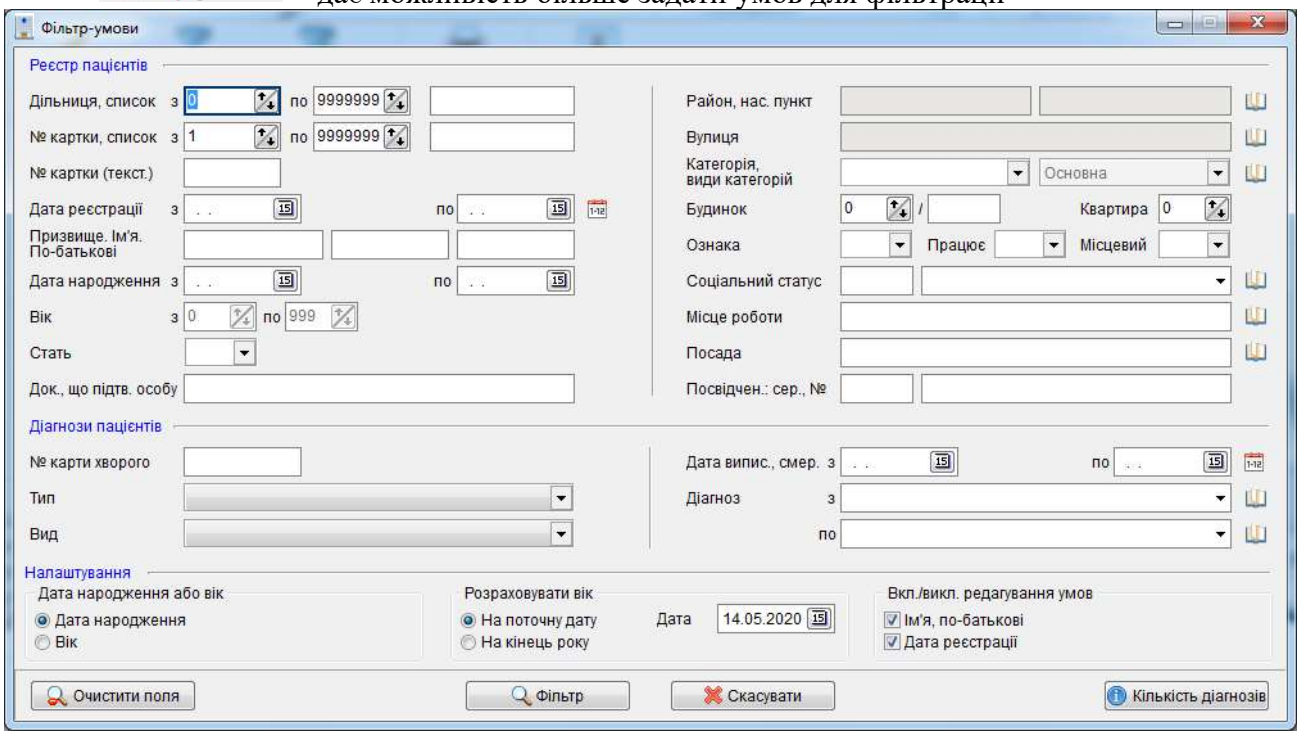
«Змінити» - відкриває для реагування вибраний запис в закладці «Діагнози» ф.066/о.



«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по записам.

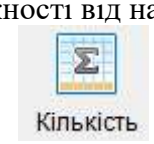
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

- дає можливість більше задати умов для фільтрації



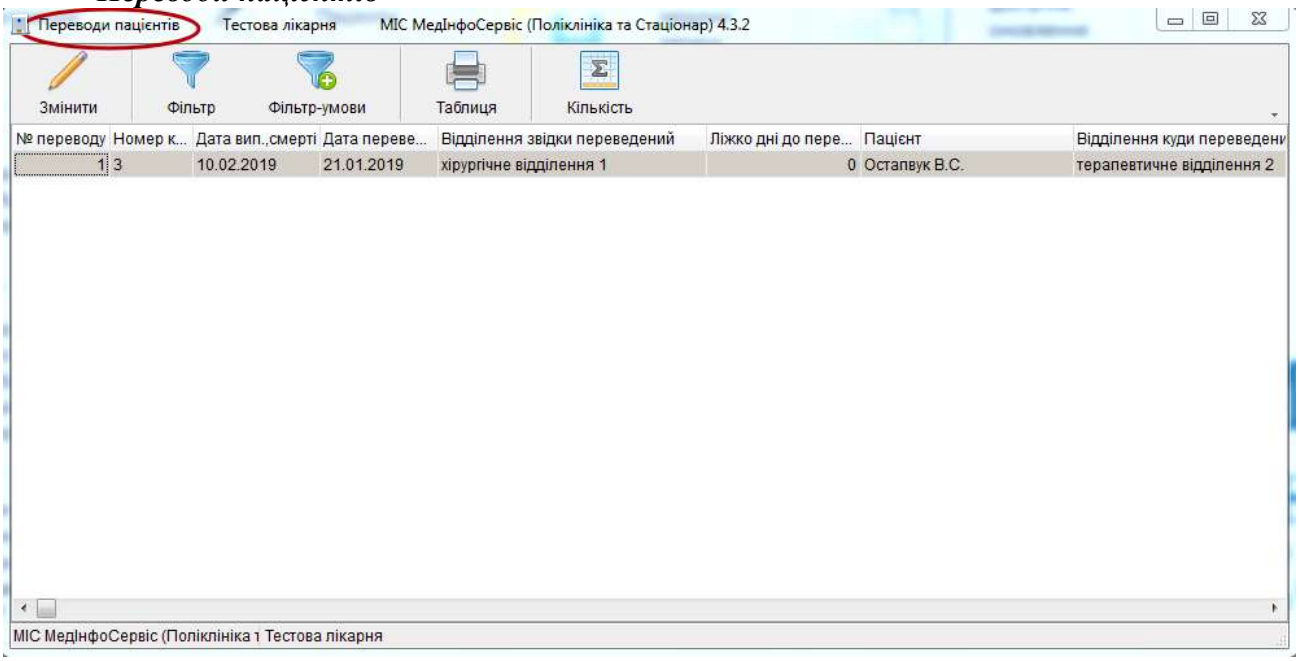
Для того, щоб скасувати фільтр, необхідно натиснути **«Очистити поля».**

- формує список діагнозів в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми;

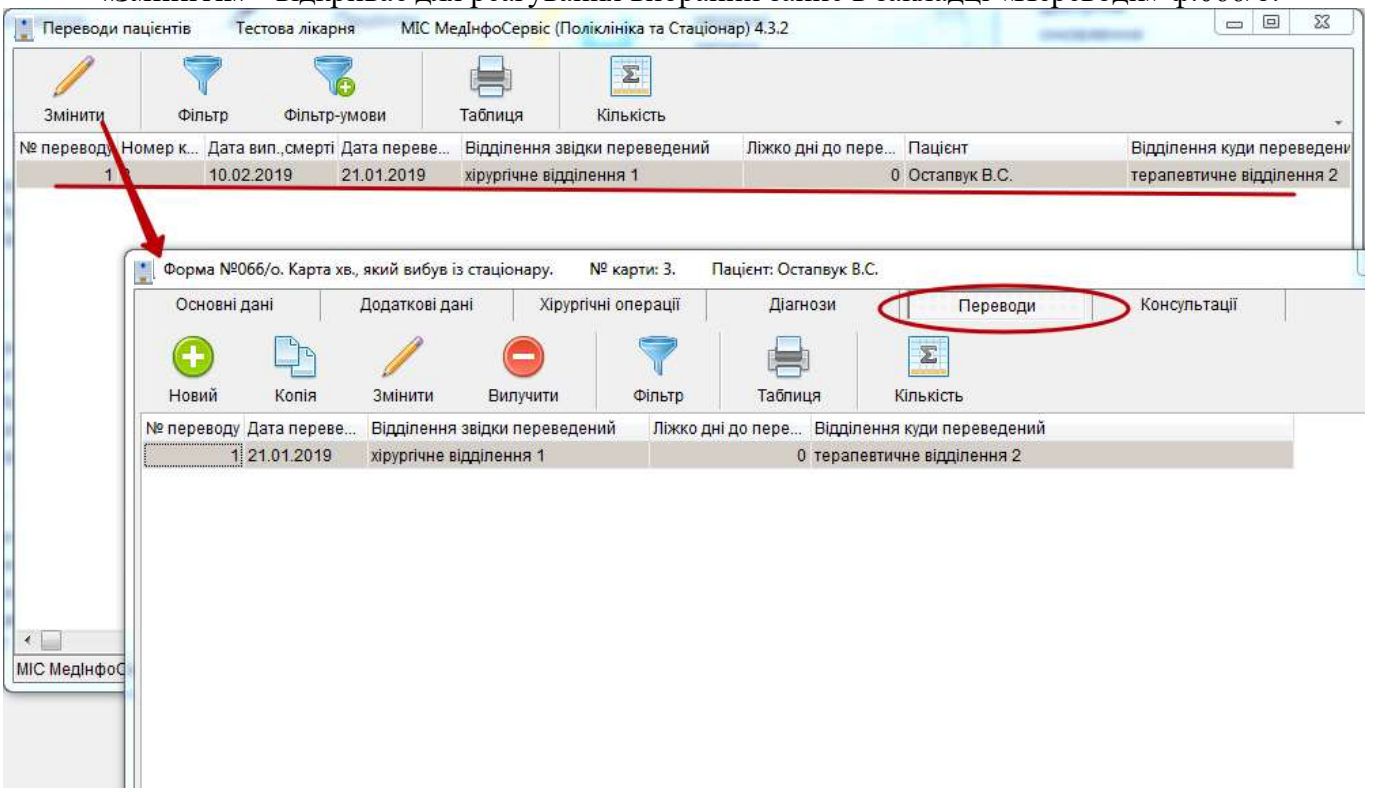


- розрахунок кількість операцій в списку. Якщо відфільтрувати записи за допомогою умов фільтру і натиснути «Кількість», то порахується кількість карток відповідно заданим умов у фільтраційній панелі або в «Фільт-умова».

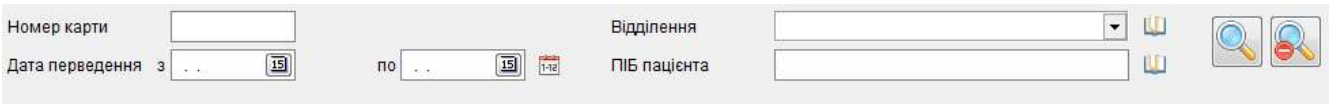
Переводи пацієнтів



«Змінити» - відкриває для реагування вибраний запис в закладці «Переводи» ф.066/о.

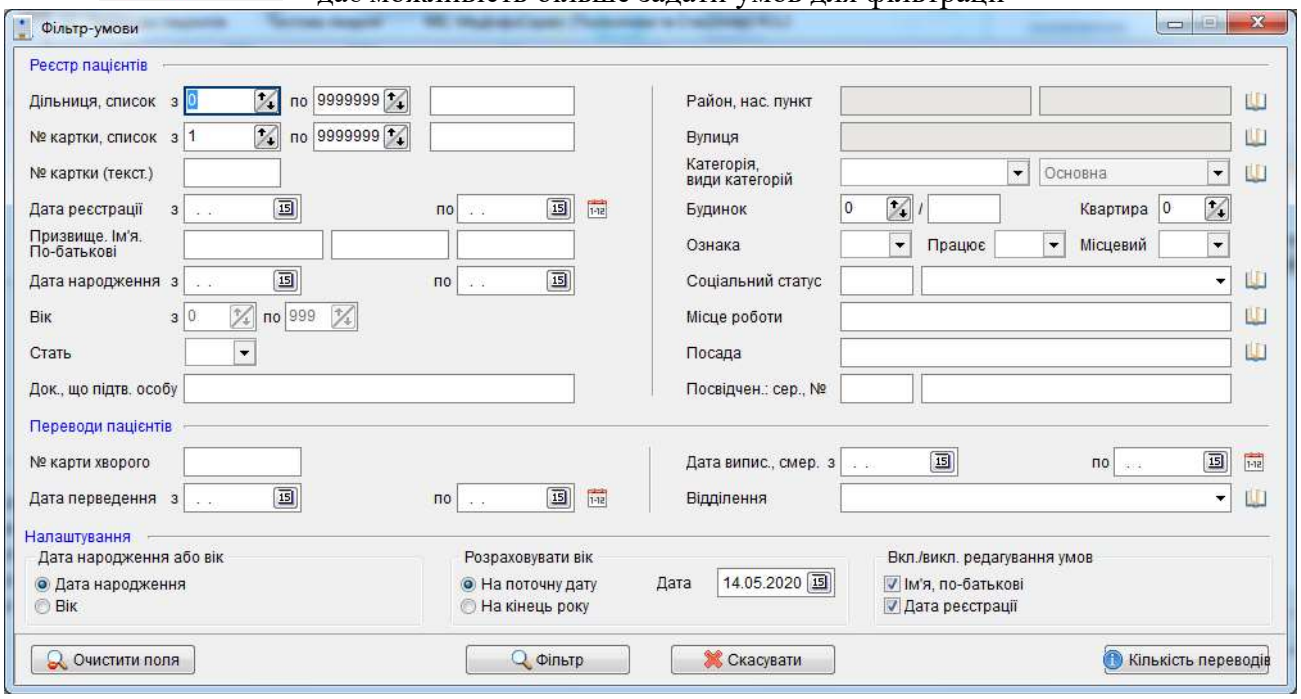


«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по записам.



Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

- дає можливість більше задати умов для фільтрації

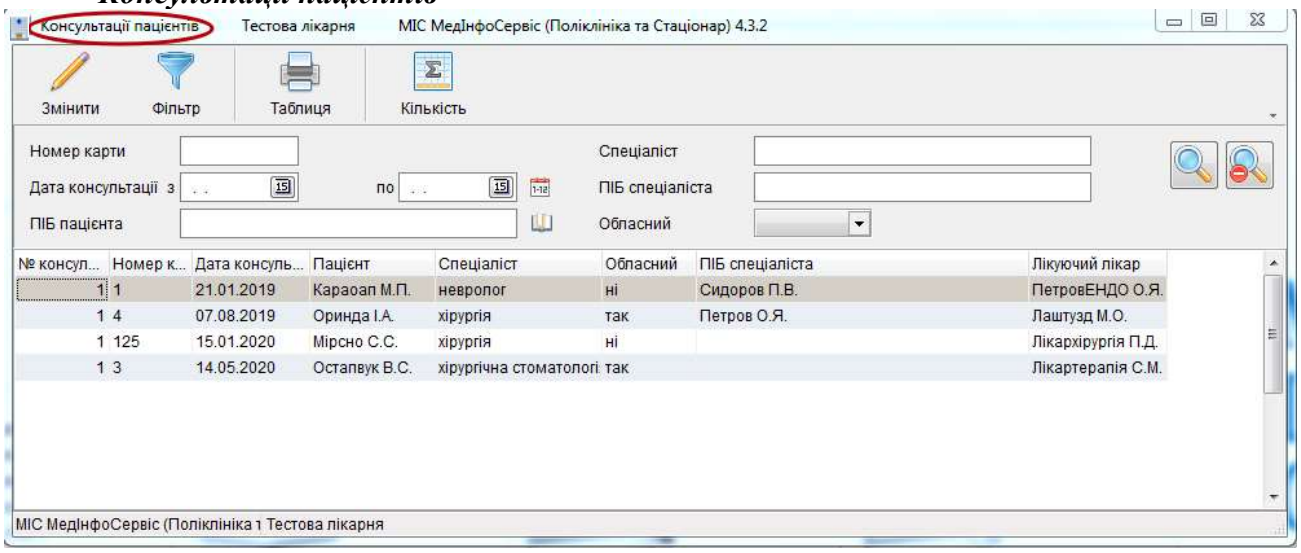


Для того, щоб скасувати фільтр, необхідно натиснути **«Очистити поля».**

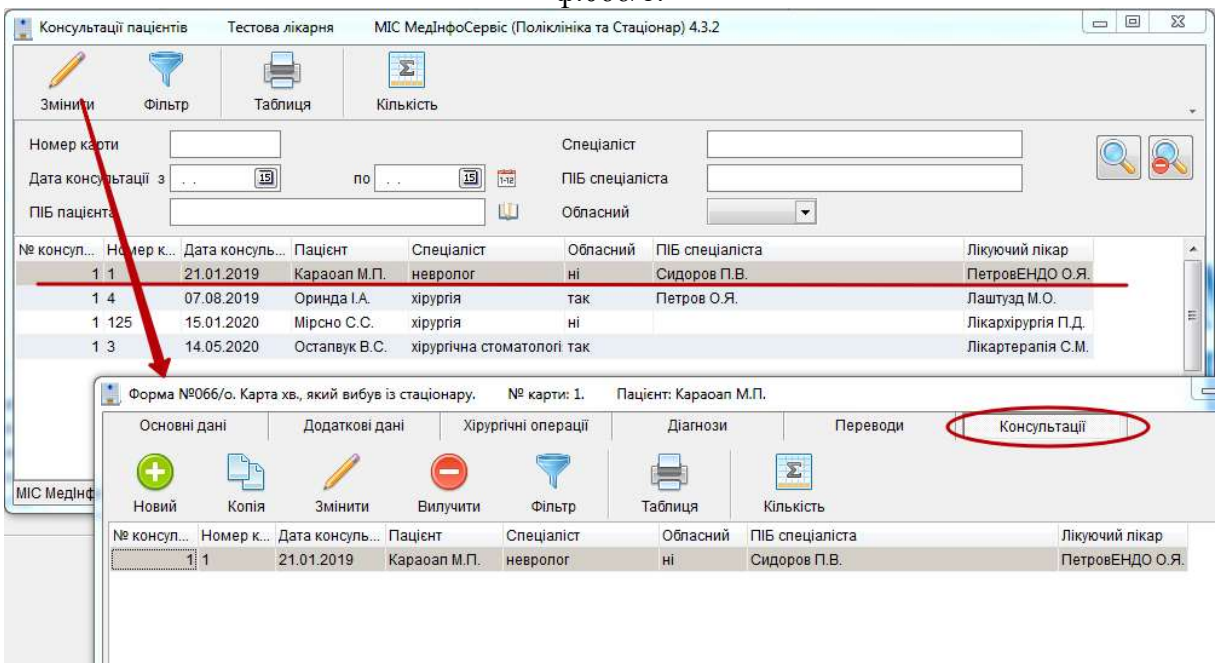
- формує список записів в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми;

- розрахунок кількість переводів в списку. Якщо відфільтрувати записи за допомогою умов фільтру і натиснути «Кількість», то порахується кількість карток відповідно заданим умов у фільтраційній панелі або в «Фільт-умова».

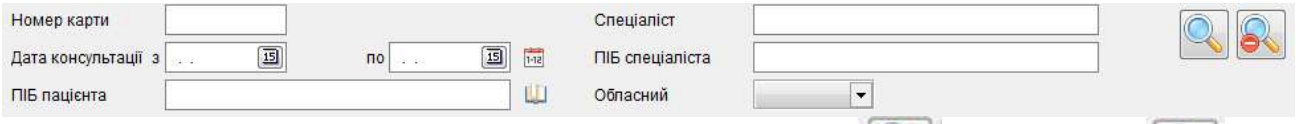
Консультації пацієнтів



«Змінити» - відкриває для реагування вибраний запис в закладці «Консультації» ф.066/о.

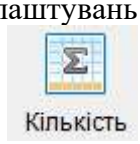


«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по записам.



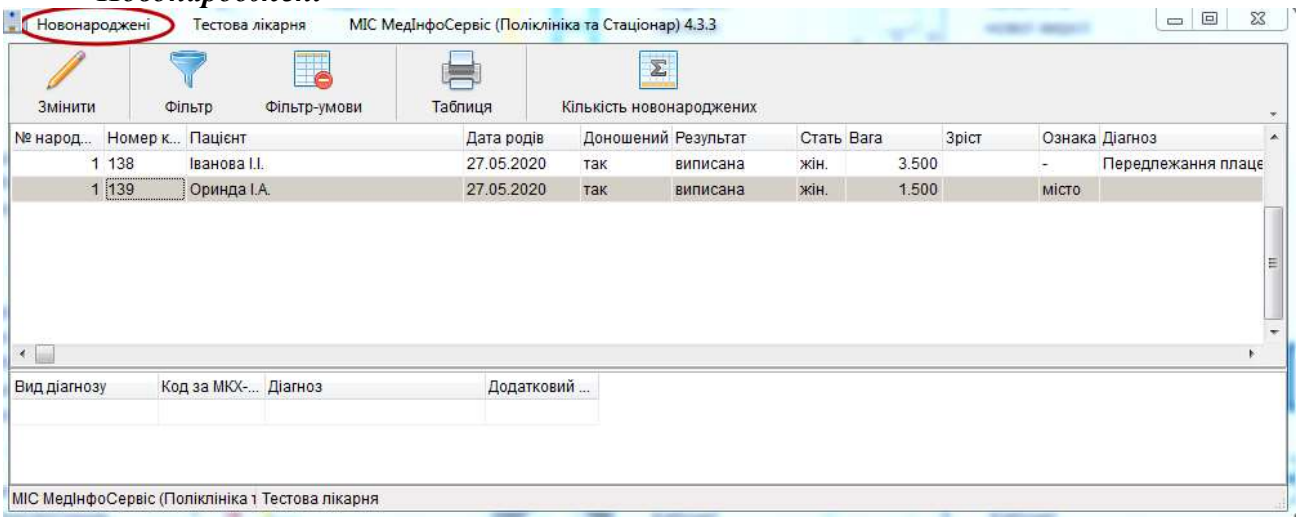
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

- формує список записів в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми;

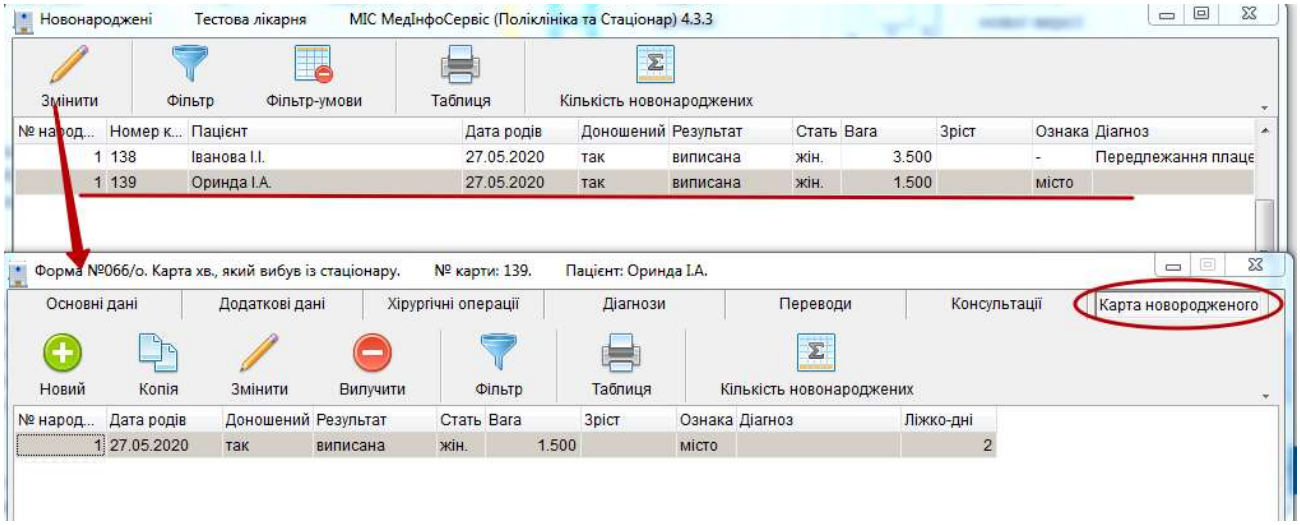


- розрахунок кількість консультацій в списку. Якщо відфільтрувати записи за допомогою умов фільтру і натиснути «Кількість», то порахується кількість карток відповідно заданим умов у фільтраційній панелі або в «Фільт-умова».

Новонароджені



«Змінити» - відкриває для реагування вибраний запис в закладці «Карта новонародженого»



«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по записам.

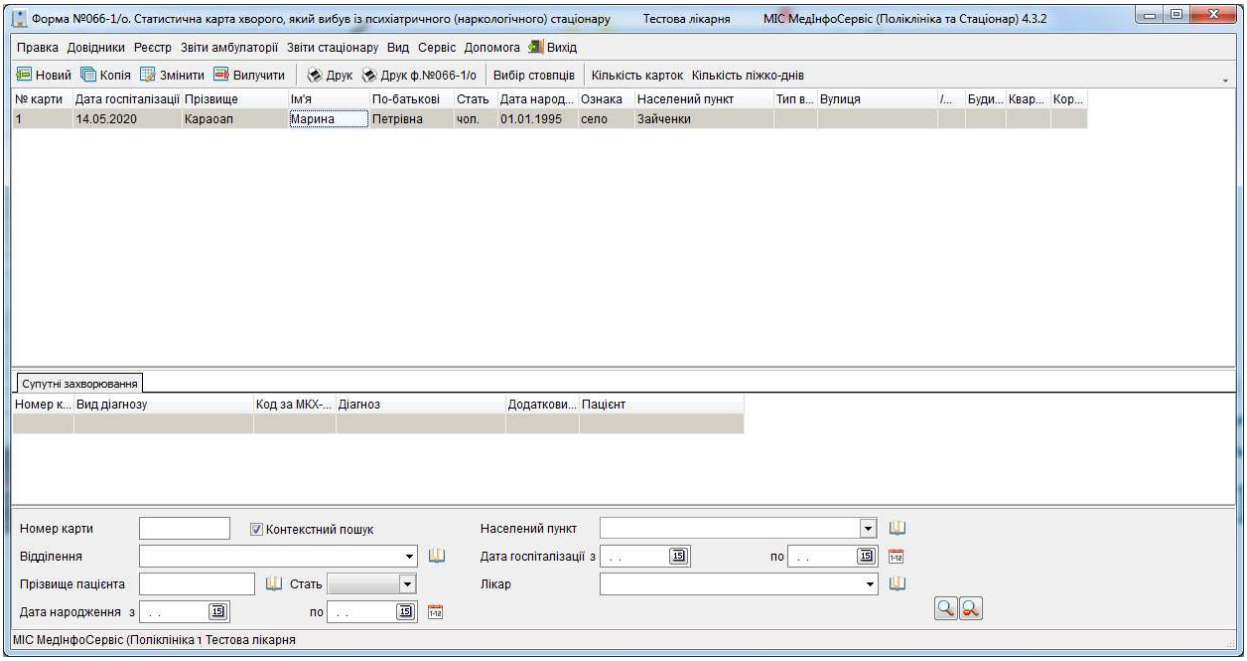
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

- формує список операцій в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми;

- розрахунок кількість операцій в списку. Якщо відфільтрувати записи за допомогою умов фільтру і натиснути «Кількість», то порахується кількість карток відповідно заданим умов у фільтраційній панелі або в «Фільт-умова».

11.14 Статистична карта хворого, який вибув із психіатричного (наркологічного) стаціонару (форма 066-1/о)

Форма № 066-1/о складається на підставі форми первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого»



Розглянемо основні пункти меню для роботи з картками:

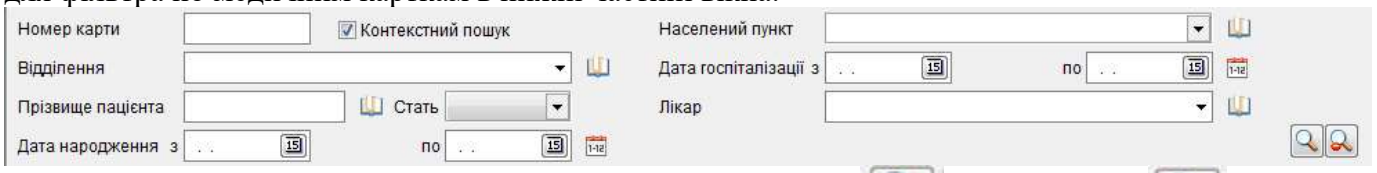
«Новий» - форма для створення карти (066-1/о);

«Копія» - створює копію картки і відкриває її;

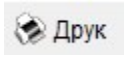
«Змінити» - відкривається картка пацієнта, що була виділена в списку, для внесення змін;

«Вилучити» - видаляє запис;

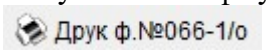
«Вид»>«Фільтрація записів» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по медичним карткам в нижні частині вікна.



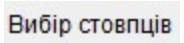
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .



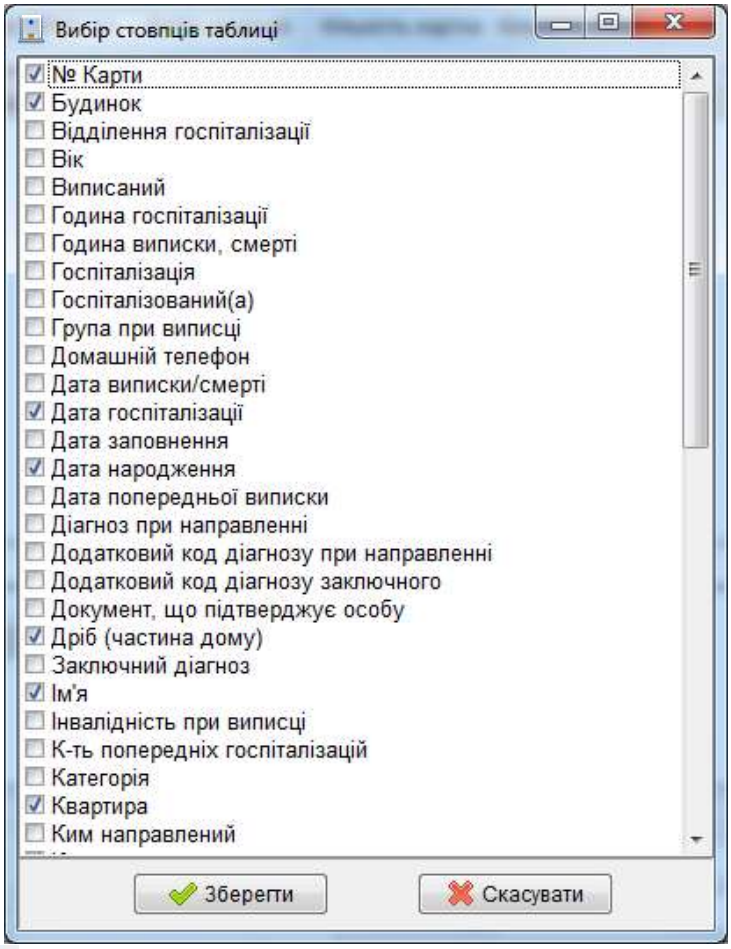
- формує список карток в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в конфігурації програми;



- друк форми 066-1/о для виділеної карточки в документ Word або LibreOffice Writer



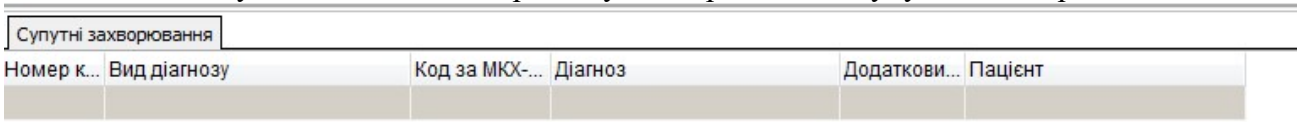
- меню вибору стовпців таблиці для відображення даних із картки 066/о. Достатньо поставити відмітки напроти пункту зі списку і зберегти, щоб відобразились дані в списку пацієнтів чи навпаки.



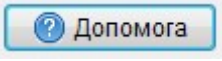
Кількість карток - розрахунок кількість карток в списку. Якщо відфільтрувати записи за допомогою умов фільтру і натиснути «Кількість карток», то порахується кількість карток відповідно заданим умов у фільтраційній панелі або в «Фільт-умова»;

Кількість ліжко-днів - розрахунок загальної кількості проведених ліжко-днів пацієнтів, картки яких присутні в списку. Відповідно, якщо відфільтрувати картки за допомогою умов фільтру – то порахується загальна кількість проведених ліжко-днів тільки по тим пацієнтам, картки яких відображатимуться в списку;

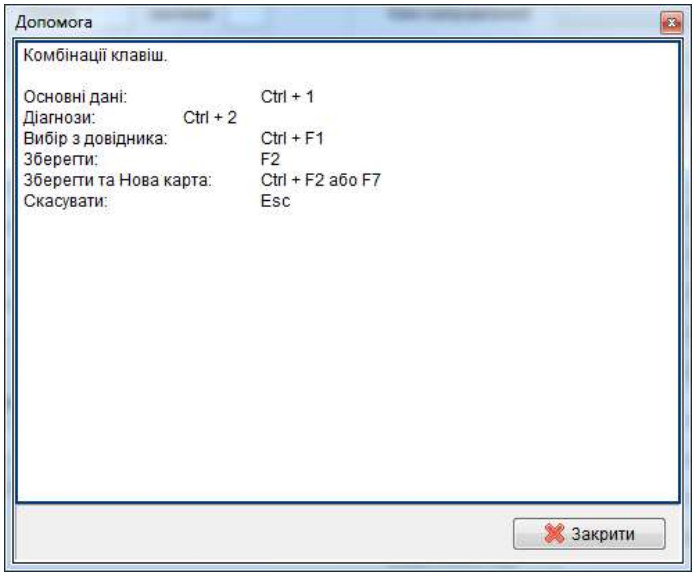
У нижній частині вікна відображається таблиця записів, відповідно карточці обраного пацієнта зі списку – для швидкого перегляду всіх проведених супутніх захворювань.

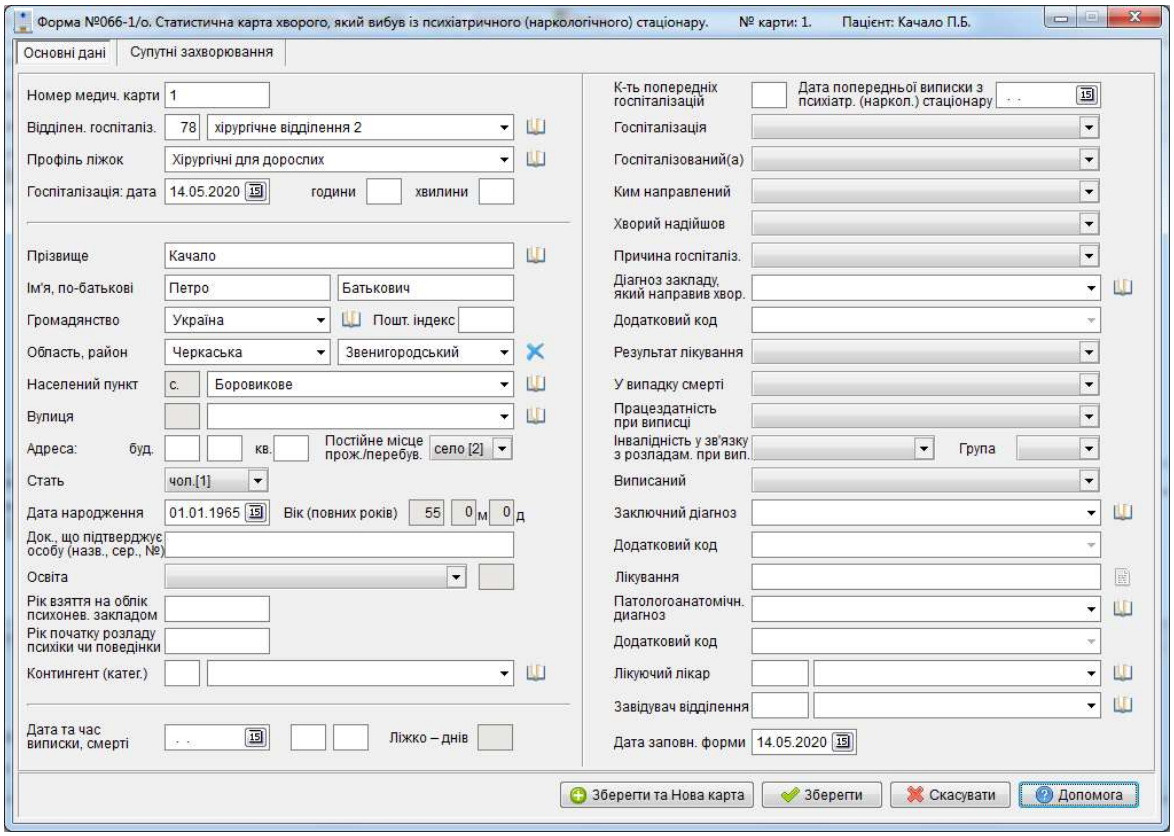


Для створення нової картки необхідно натиснути кнопку **«Новий».**

Вікно для вводу розділене на закладки і містить поля введення які відповідають пунктам форми 066-1/о. Перелік доступних комбінацій можна подивитися натиснувши клавішу F1 або кнопку 

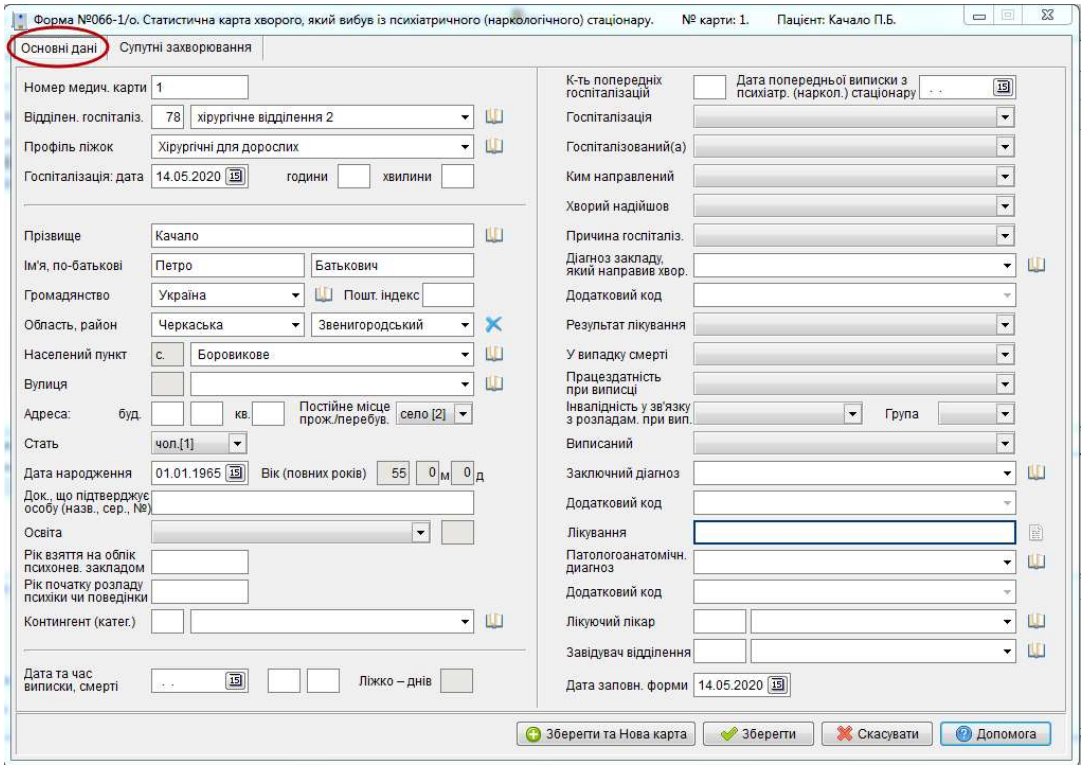
.



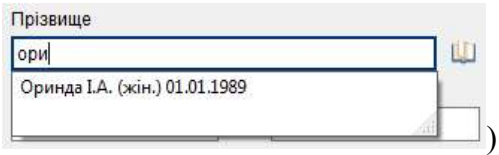


Основні дані

Закладка представляє головну частину форми. На ній можна занести всю основну необхідну інформацію по формі 066-1/о. Бажано заповнити максимальну кількість полів.



Для внесення даних про пацієнта, його можна вибрати з реєстру пацієнтів (за допомогою кнопки або ввівши перші три літери прізвища і обрати з переліку



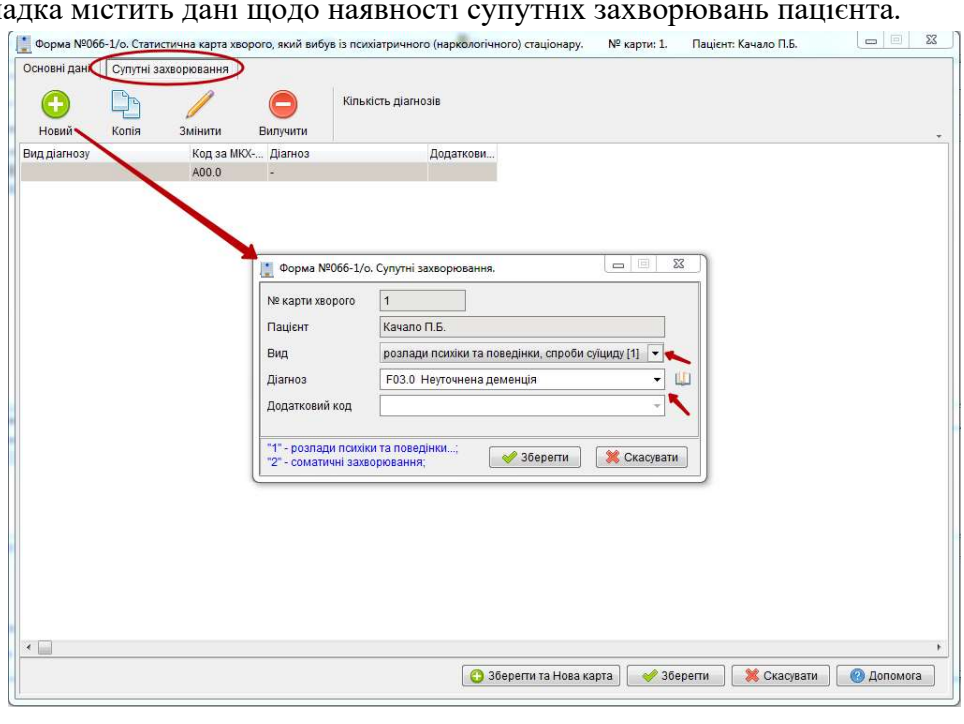
) або внести дані нового в даному вікні.

При натисканні на кнопку **«Зберегти та Нова карта»** відбудеться збереження всіх даних поточної карти і буде створена нова. Такий механізм дозволяє прискорити набір великої кількості карт. **«Зберегти» -** відбувається перевірка на коректність введених значень і збереження. У разі виникнення помилок на екран буде виведено відповідні повідомлення і збереження перерветься. **«Скасувати» -** відбувається скасування всіх змін.

При переході між закладками також відбувається збереження основних і додаткових даних.

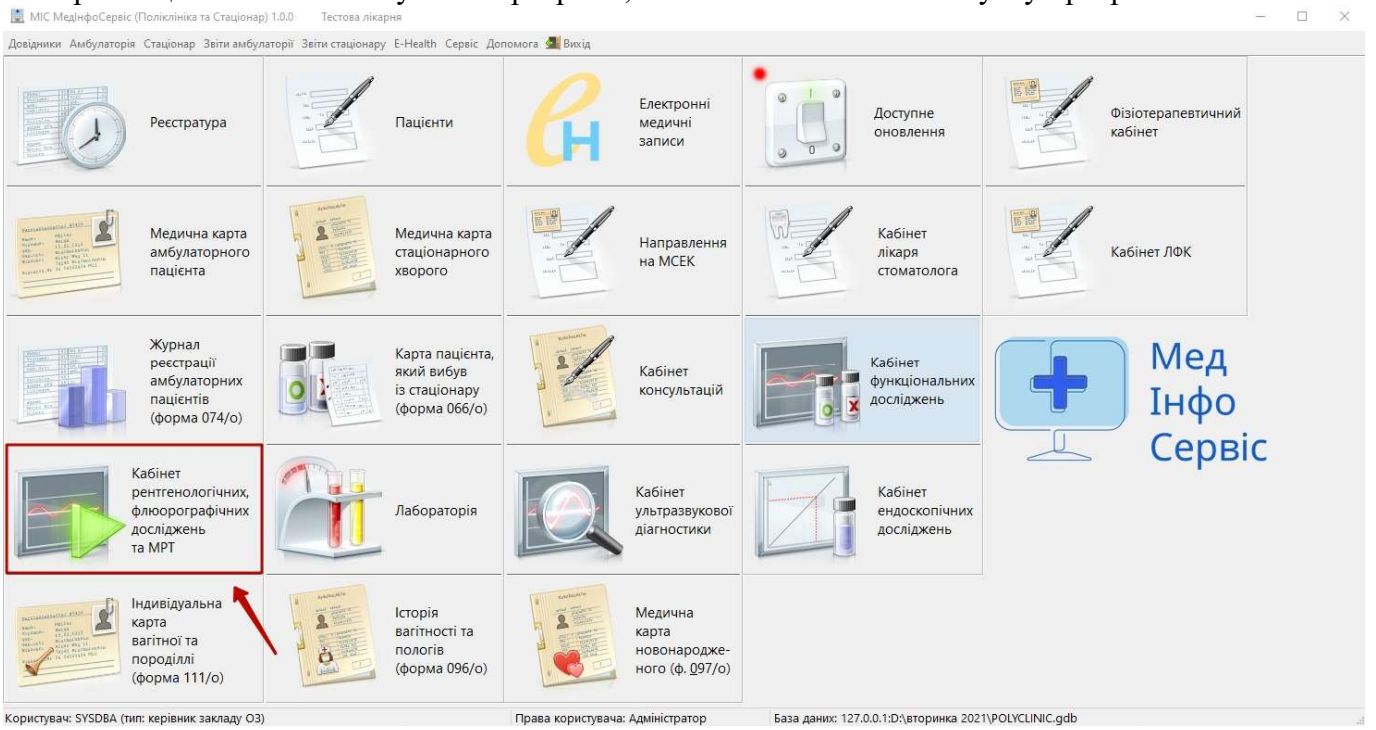
Супутні захворювання

Закладка містить дані щодо наявності супутніх захворювань пацієнта.



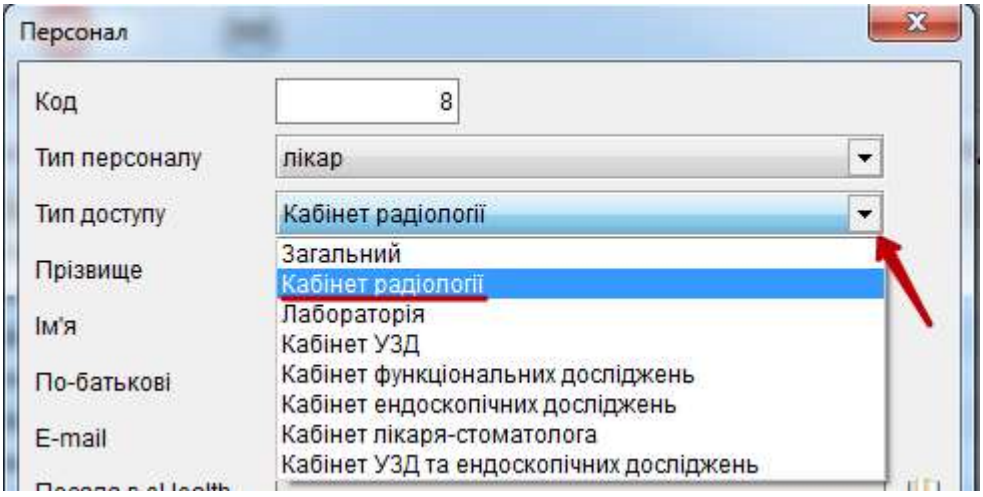
11.15 Кабінет рентгенологічних, флюорографічних досліджень та МРТ.

Знайти кабінет можна в пункті меню **«Амбулаторія»**, **«Стаціонар»** та, для зручності, його розміщено на головному вікні програми, яке з'являється після запуску програми.

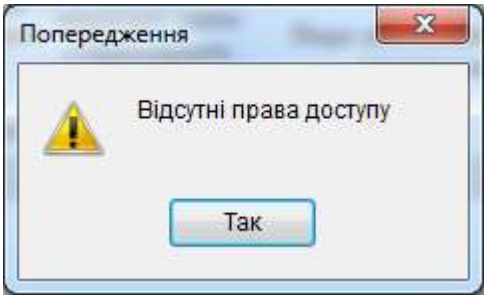


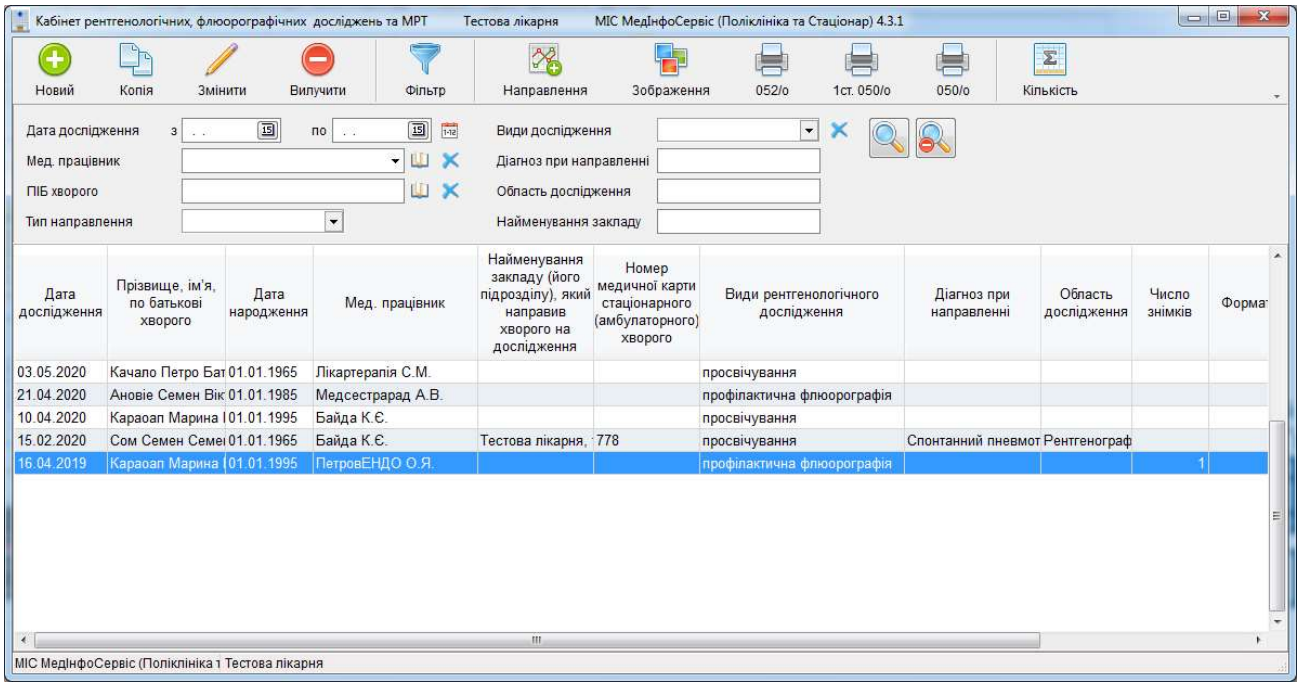
В кабінеті рентгенологічних, флюорографічних досліджень та МРТ є можливість відобразити роботу рентгенологічної служби закладу, отримати «**Карту профілактичних флюорографічних досліджень» (форма 052/о)** та вести **«Журнал запису рентгенологічних досліджень, магніторезонансних томографій» (форма 050/о)**.

Зверніть увагу! В кабінеті мають право працювати тільки ті лікарі чи середній медичний персонал, у яких в **«Персонал»** в пункті **«Тип доступу»** вибрано **«Кабінет радіології»**.

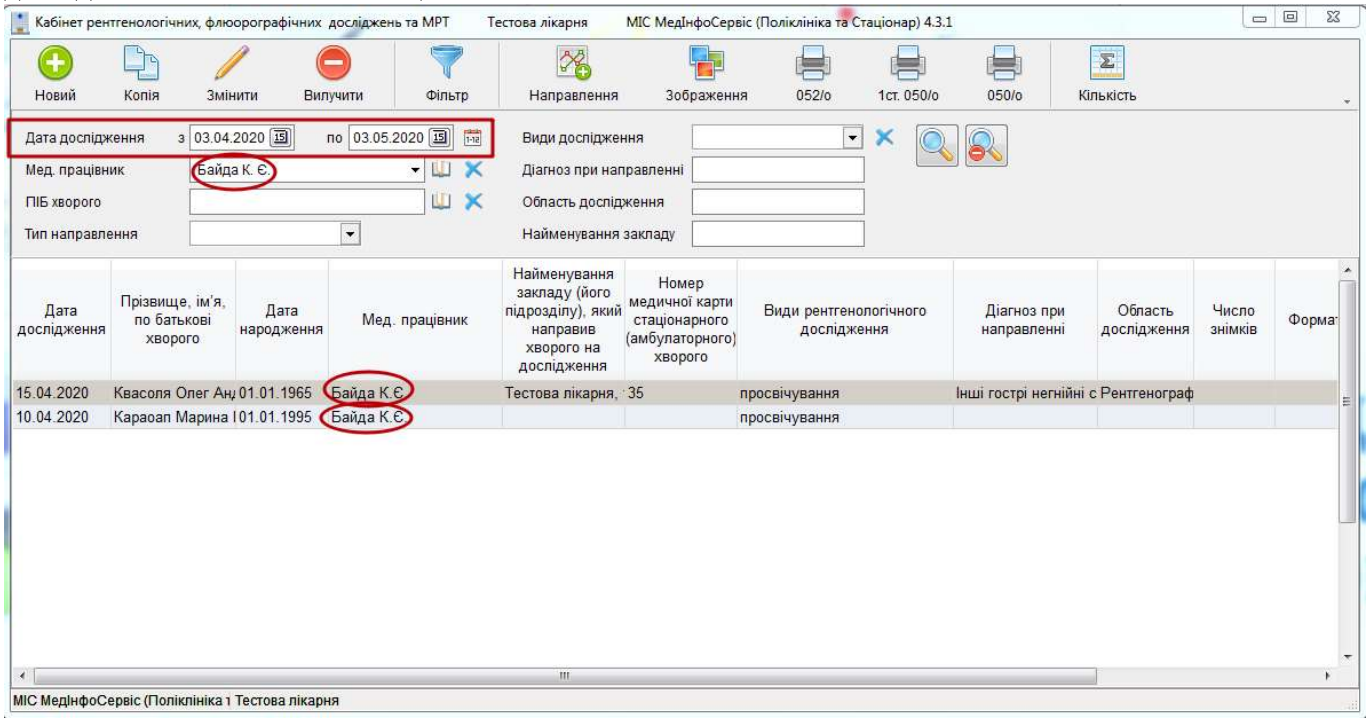


В противному разі, програма видасть повідомлення:

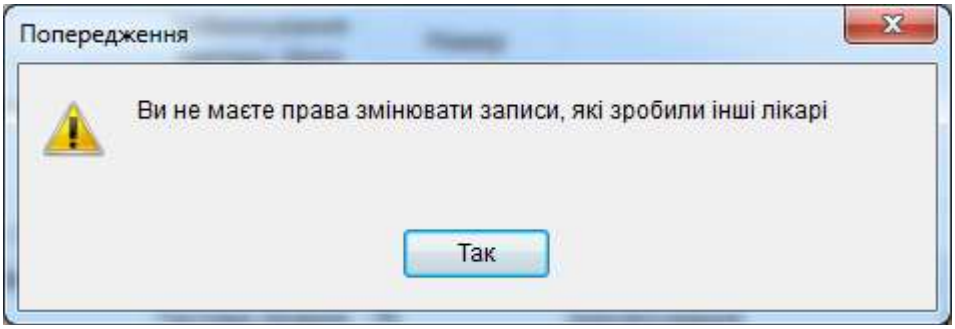




Зайшовши в програму під працівником з відповідними правами доступу, користувачеві відкриється головне вікно кабінету радіології, де він буде бачити тільки свої виконані дослідження за останній місяць.

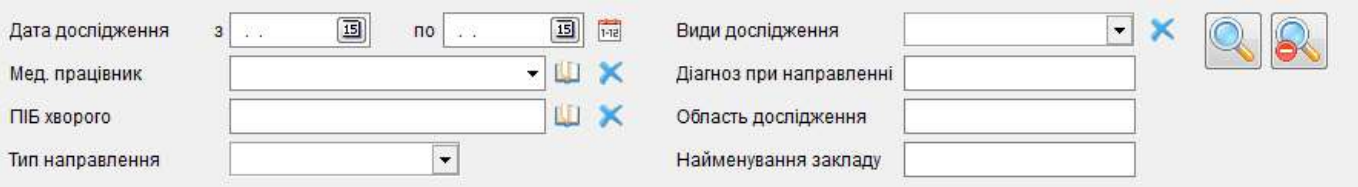


Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити нове дослідження для пацієнта. Кнопки **«Копія»**, **«Змінити» та «Вилучити»** - відповідно працюють тільки з тими записами, які були занесені даним лікарем. В противному разі програма видасть повідомлення

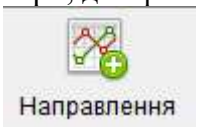


і відкриє дослідження тільки для перегляду.

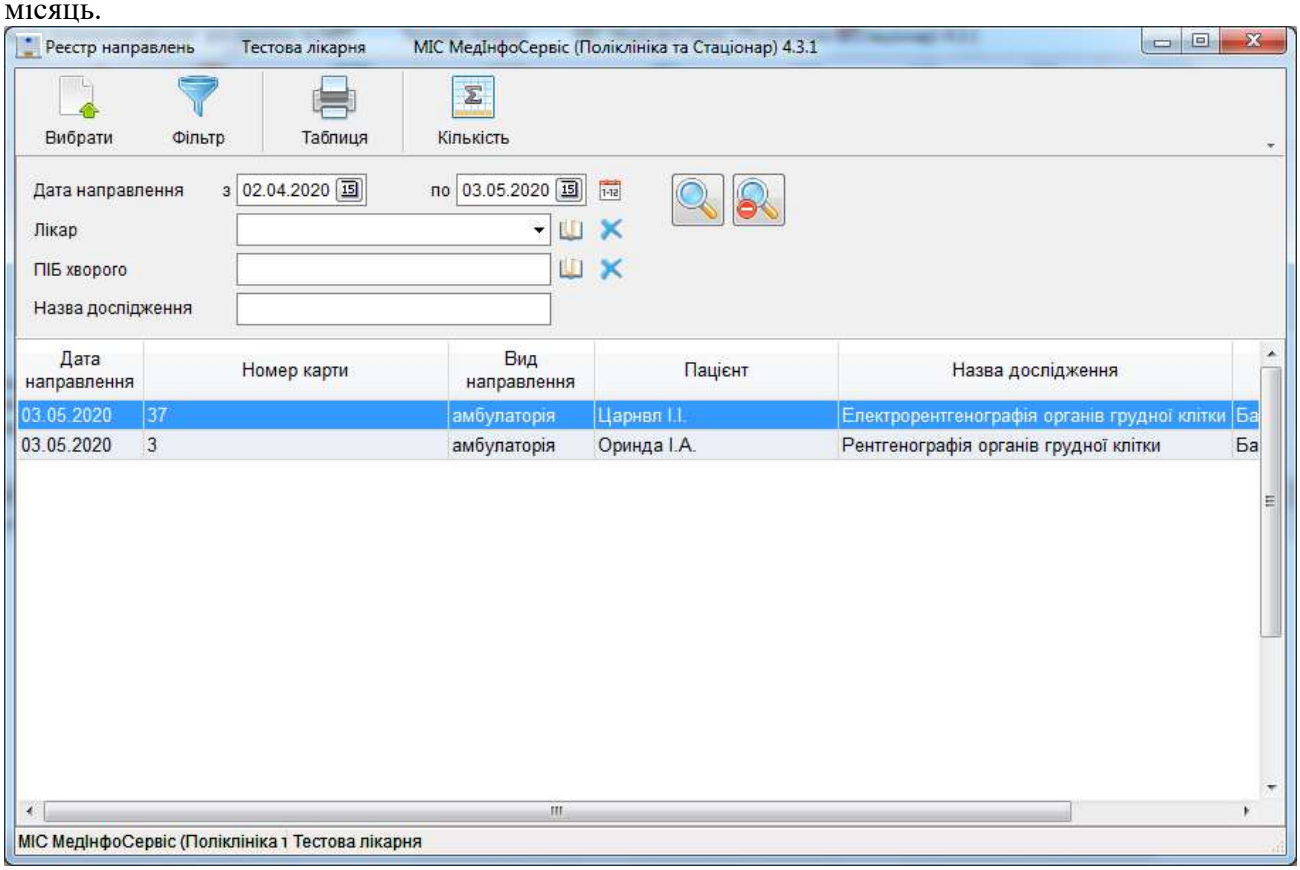
«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по дослідженням.



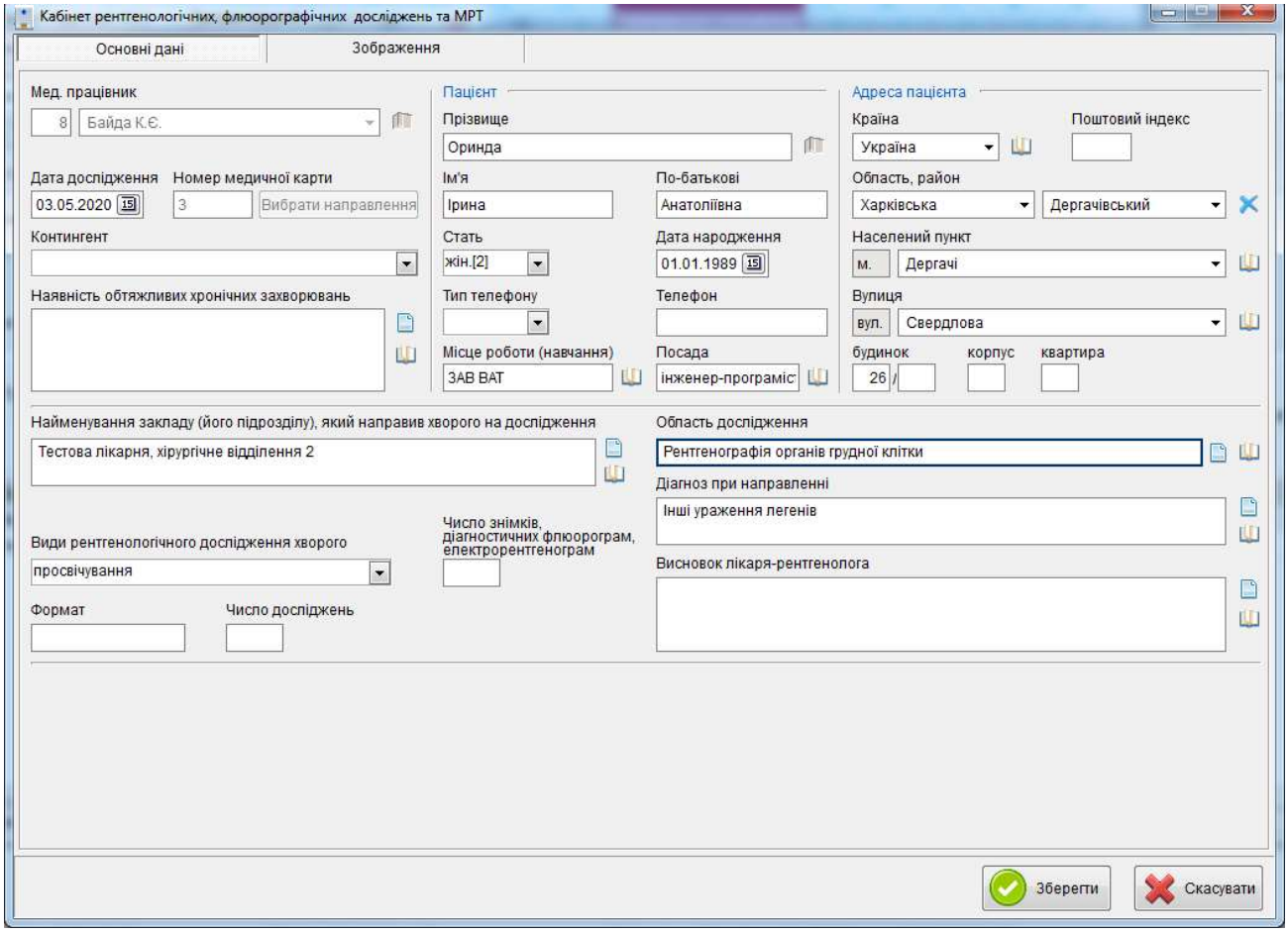
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

«Направлення» 

- відкриває перед працівником кабінету список пацієнтів, які були направлені на дослідження із амбулаторії або стаціонару за останній місяць.

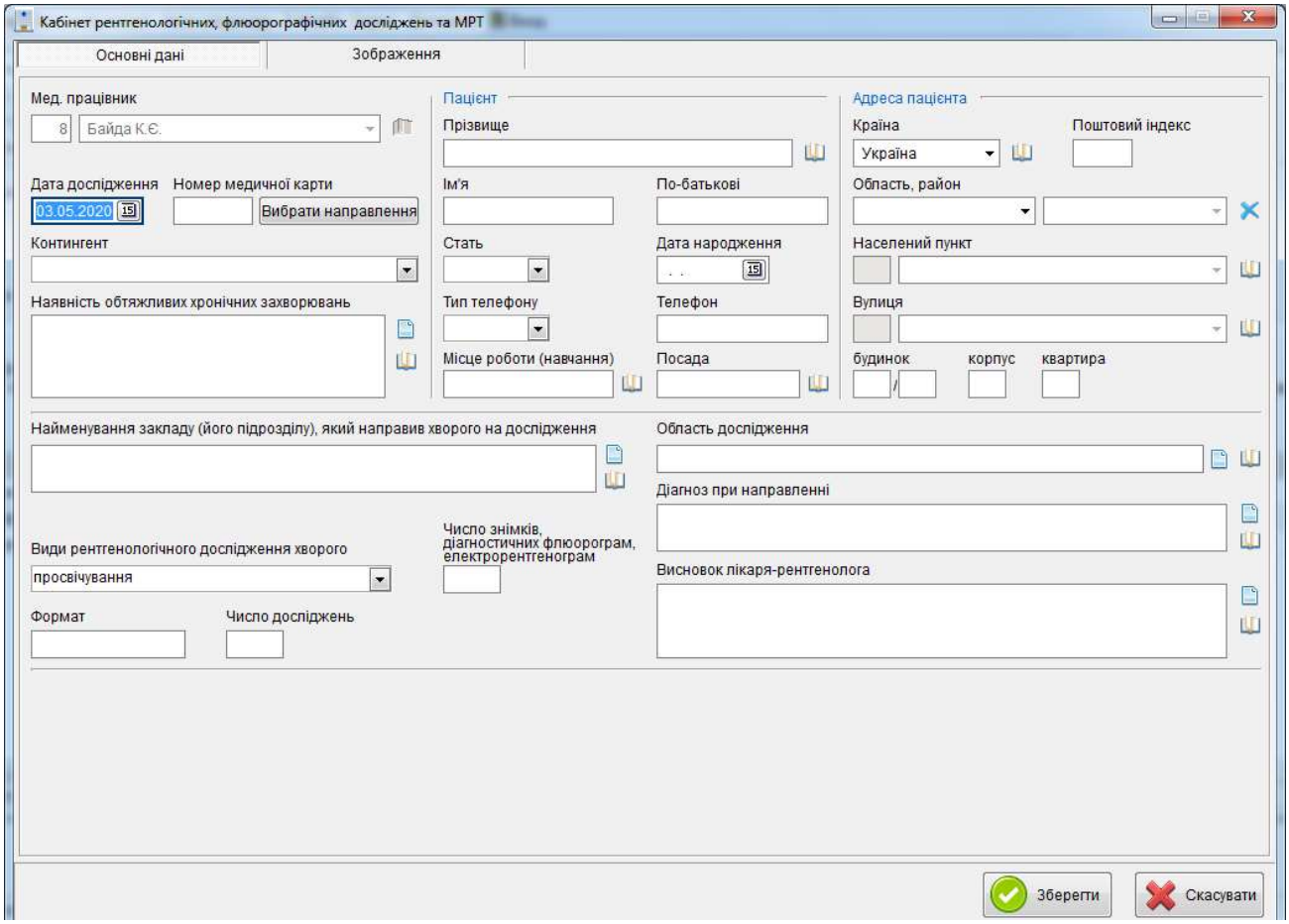


Для вибору направлення необхідно двічі натиснути на нього або, натиснувши один раз і **«Вибрати».** В результаті, відкриється вікно (закладка **«Основні дані»**) для внесення даних пацієнта, та результату дослідження тощо.



У випадку (на малюнку зверху), якщо дослідження здійснюється **по направленню** автоматично заповнюються дані про пацієнта з з амбулаторної чи стаціонарної карти пацієнта, найменування закладу, вид дослідження, область дослідження, діагноз при направленні. Працівнику кабінету залишиться заповнити інші поля, при потребі, і, головне, **«Висновок лікаря - рентгенолога»**.

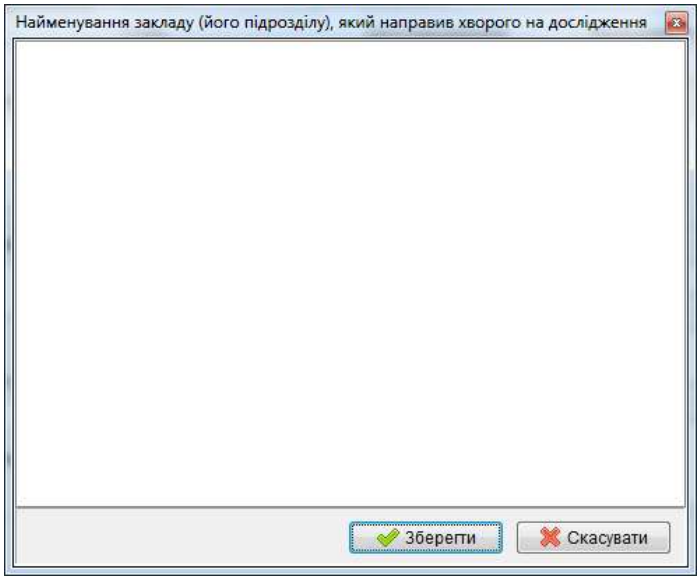
У разі, якщо до лікаря, пацієнт прийшов з самозверненням або з паперовим направленням, то користувачу необхідно створити такий запис самостійно через кнопку **«Новий».** Вікно, яке з’явиться матиме автоматично заповненими тільки поля «Мед. працівник» , «Дата дослідження» та перший по списку вид дослідження «просвічування».



Для внесення даних про пацієнта, його можна вибрати з реєстру пацієнтів (за допомогою кнопки або ввівши перші три літери прізвища і обрати з переліку

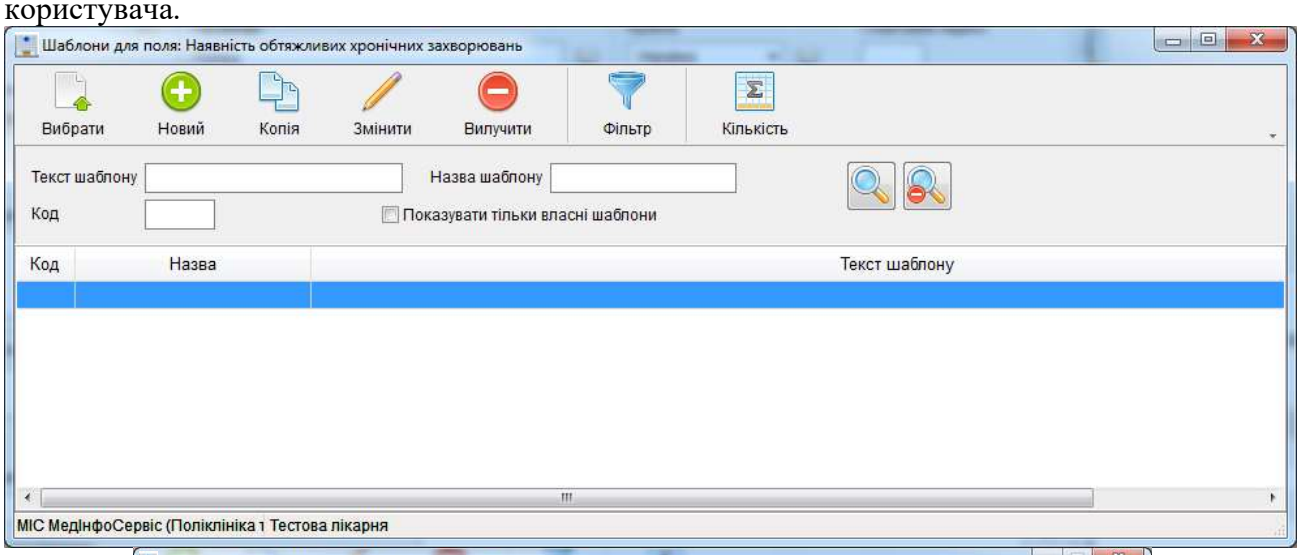
) або внести дані нового в даному вікні. Мінімальна кількість полів для заповнення пацієнта це: ПІБ, стать та дата народження.

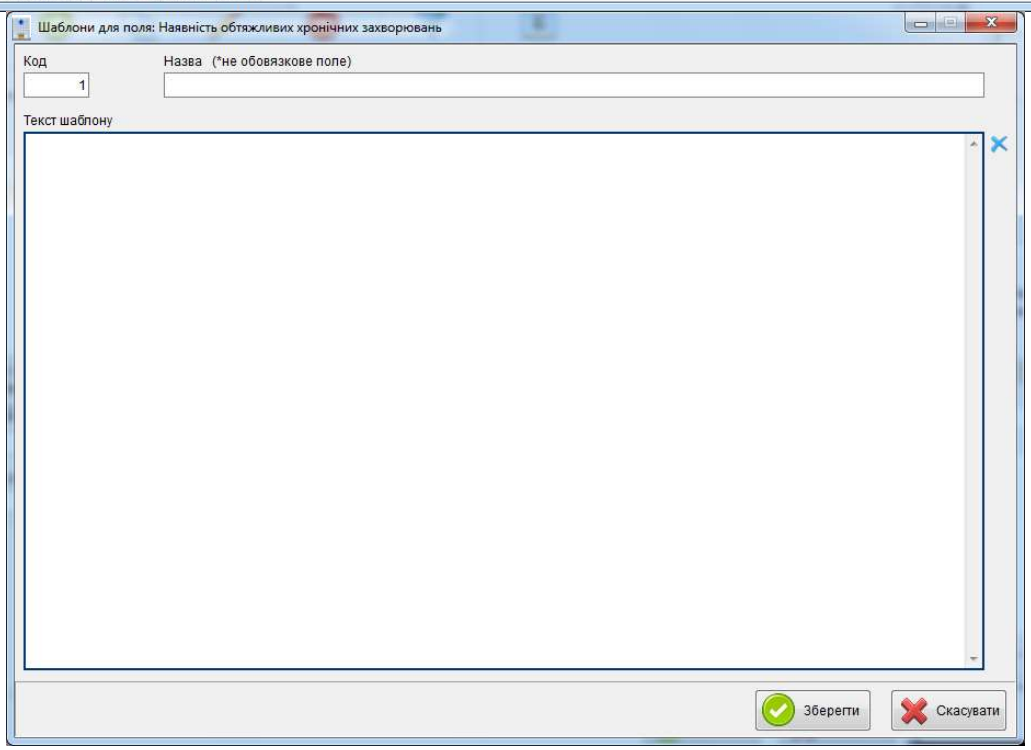
Кнопка , яка розташована біля деяких полів дає можливість ввести більше необхідної інформації:



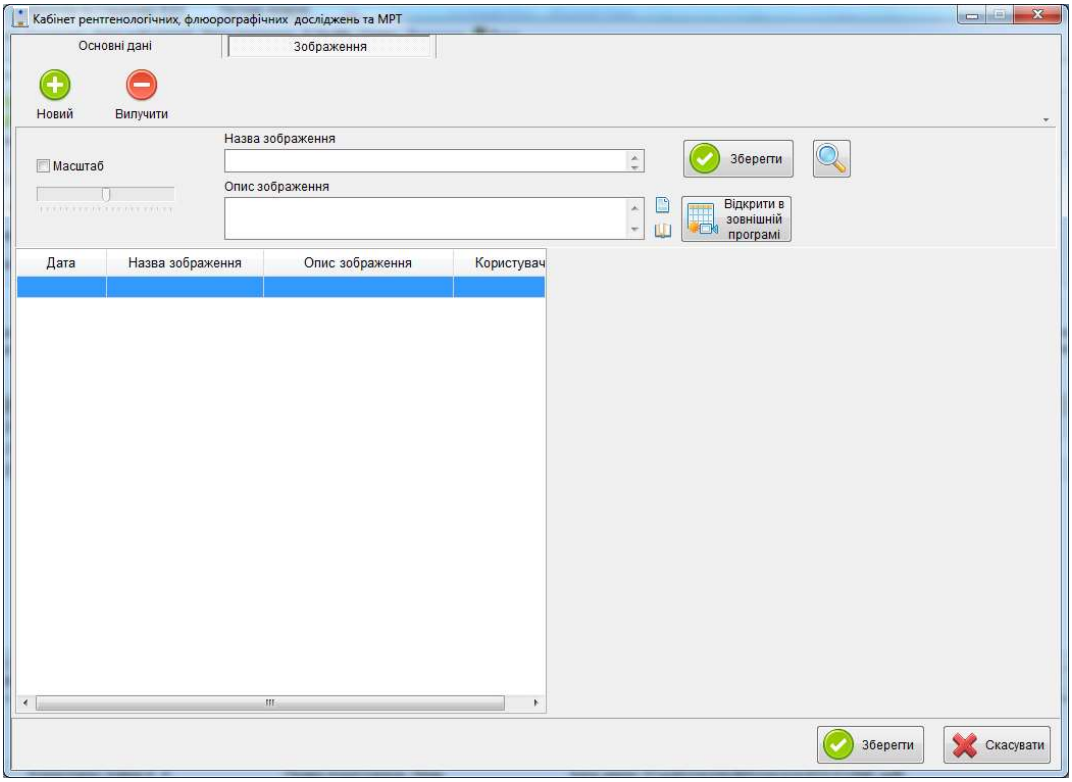
Кнопка біля одних полів (таких як, «Країна», «населений пункт», «Вулиця» тощо), дає можливість вибрати з готового довідника бази, а біля інших («Область дослідження», «Діагноз при направленні», «Висновок лікаря - рентгенолога» тощо) дає можливість створити власні шаблони, якими найчастіше користуються в роботі. **«Показувати власні шаблони»**

означає, що лікар буде бачити тільки ті шаблони, які він створив під своєю обліковим записом користувача.

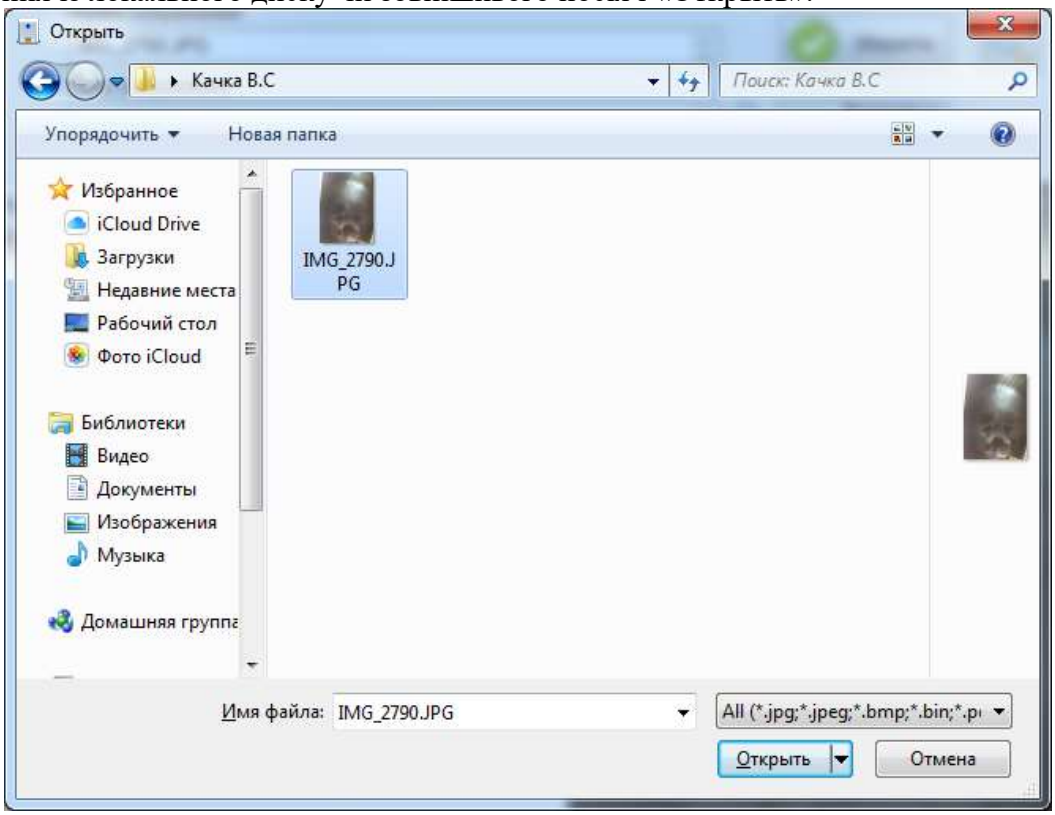




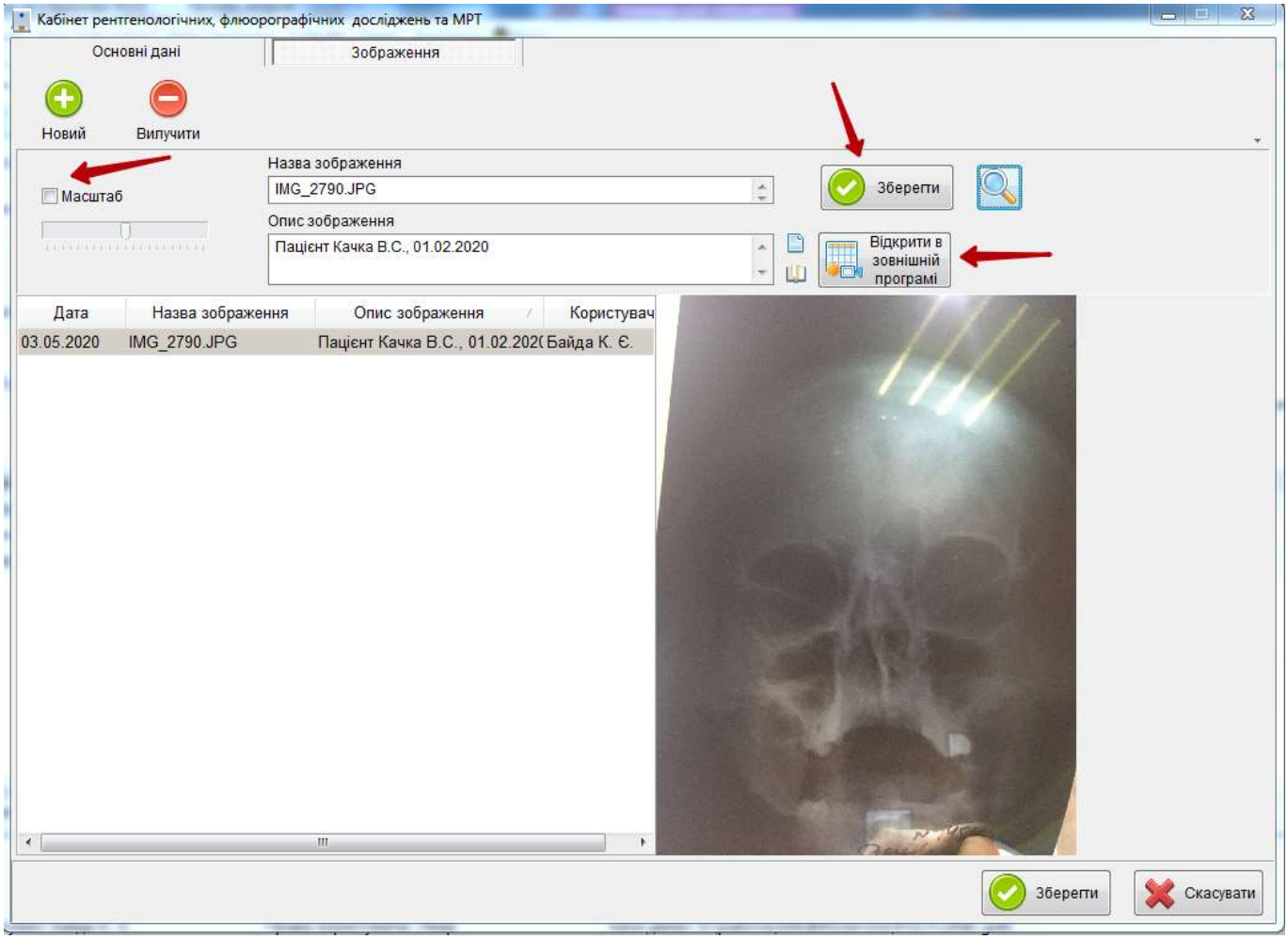
В даному модулі можливо «прикріпити» зображення до дослідження (наприклад, скановану копію рентген снімка), завантаживши його в закладці «**Зображення**».



Для завантаження нового зображення необхідно натиснути «Новий», обрати зображення із локального диску чи зовнішнього носія і «Открыть».

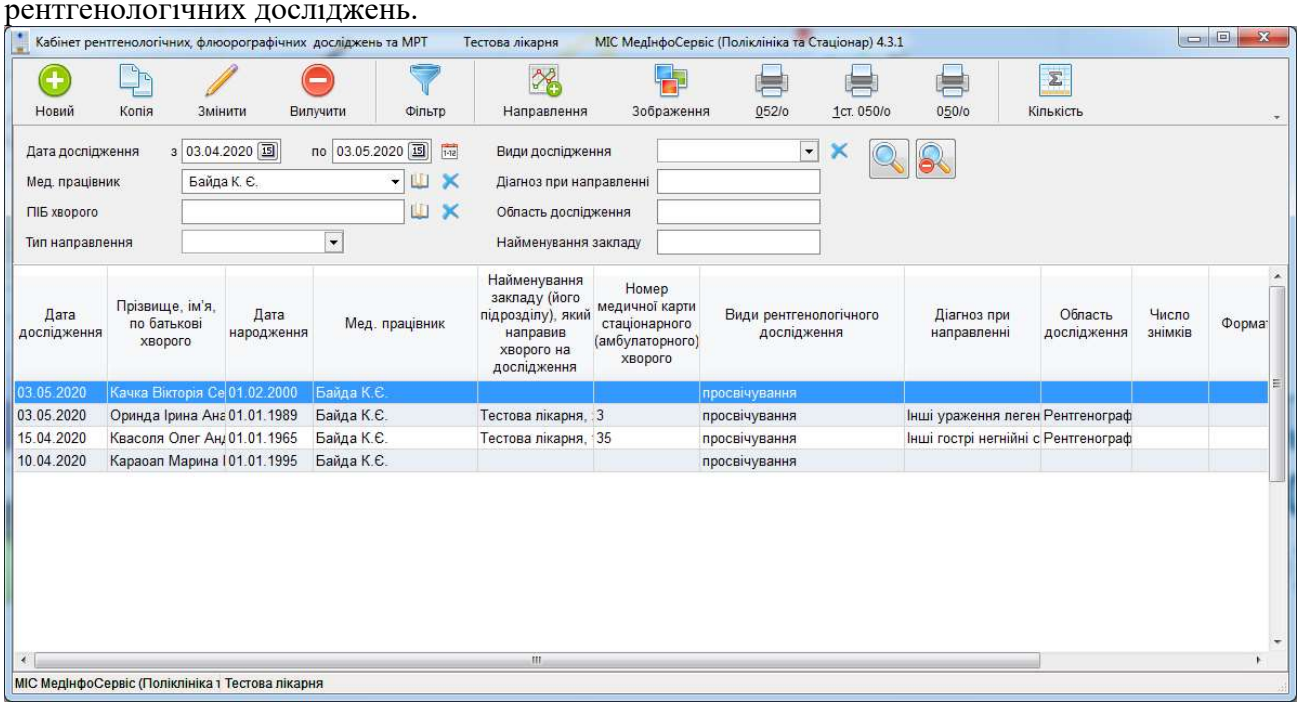


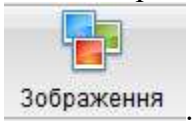
Відкрите зображення з’явиться у вікні



Натиснувши у верхній частині вікна кнопку **«Зберегти»**, можна переходити до завантаження наступних зображень. Також є можливість скористатися масштабом, при потребі,м або відкрити зображення в зовнішній програмі.

Всі виконані дослідження (по направленню і без) та їх результати автоматично відображаються в електронній медичній карті амбулаторного або стаціонарного пацієнта в розділі **«Результати обстежень»**, а також формуються в список у головному вікні кабінету рентгенологічних досліджень.

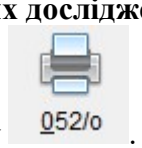


Переглянути всі завантаженні зображення можливо за допомогою кнопки 

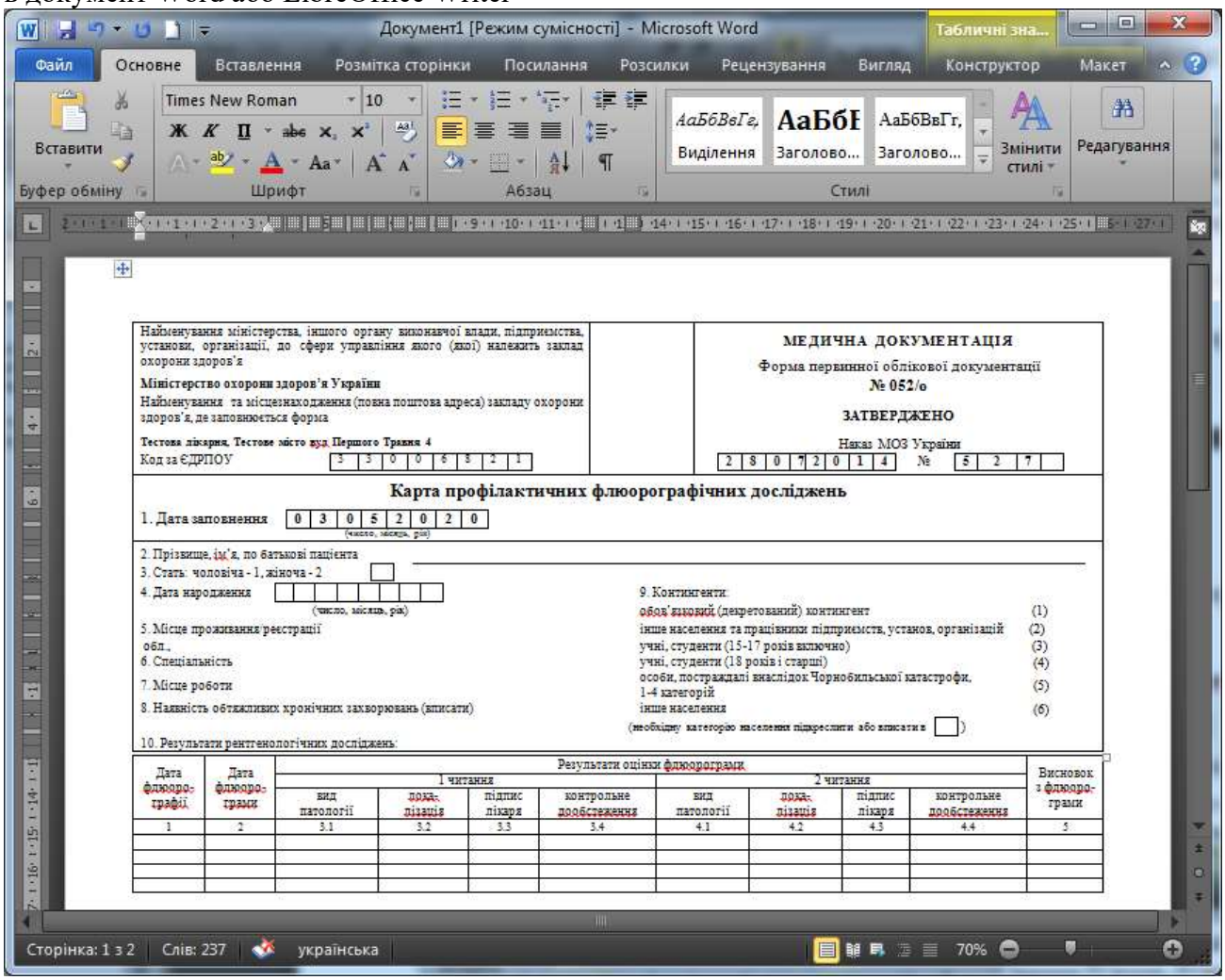
.

В кабінеті рентгенологічних, флюорографічних досліджень та МРТ є можливість роздрукувати наступні форми облікової документації:

- **«Карта профілактичних флюорографічних досліджень» (форма 052/о)**

Для друку необхідно обрати пацієнта та натиснути кнопку 

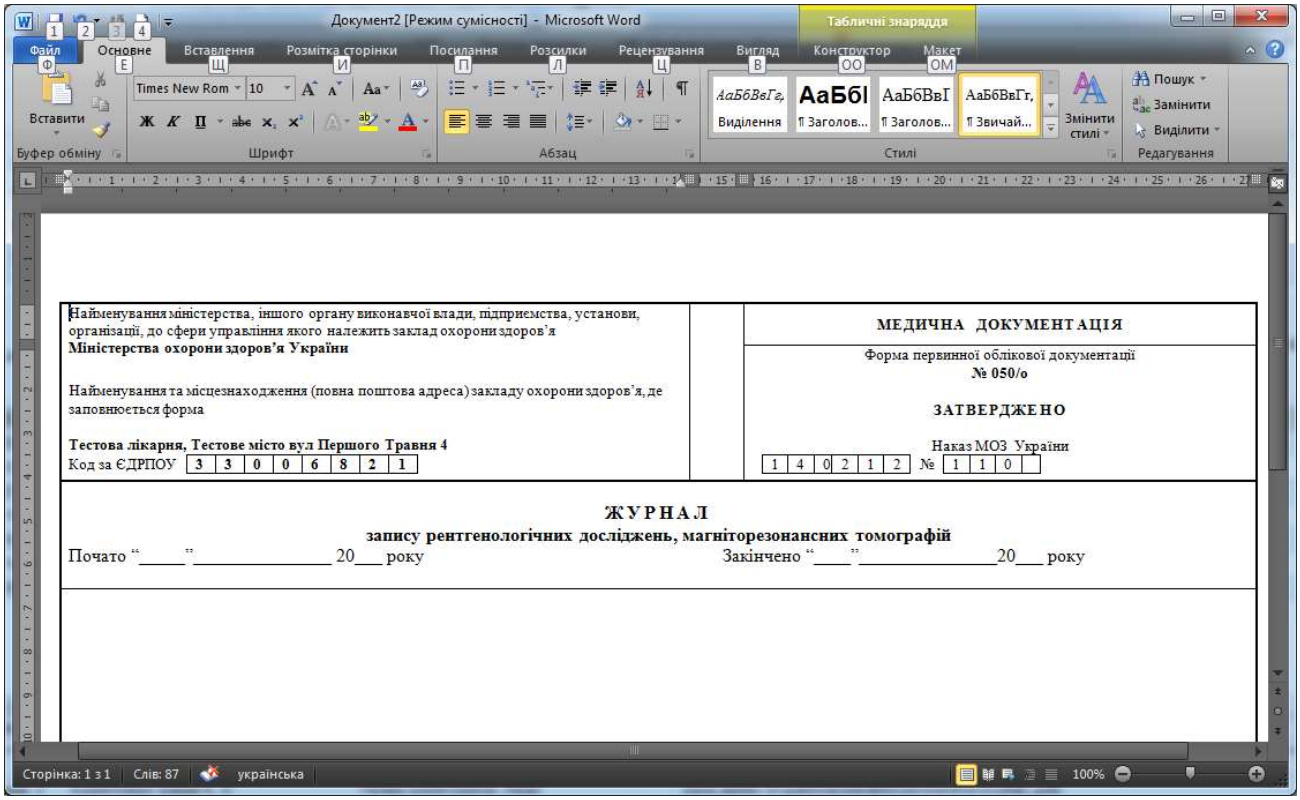
. Форма буде сформована в документ Word або LibreOffice Writer



- **«Журнал запису рентгенологічних досліджень, магніторезонансних томографій» (форма 050/о)**.

Для друку журналу 050/о використовують кнопки

, де перша сторінка виводиться в документ Word або LibreOffice Writer, а таблиця в документ Excel або в LibreOffice Calc. При цьому необхідно обов'язково вказати дату відвідування.



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я
Міністерства охорони здоров'я України

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма

Тестова лікарня, Тестове місто вул Першого Травня 4
Код за ЄДРПОУ 3 3 0 0 6 8 2 1

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

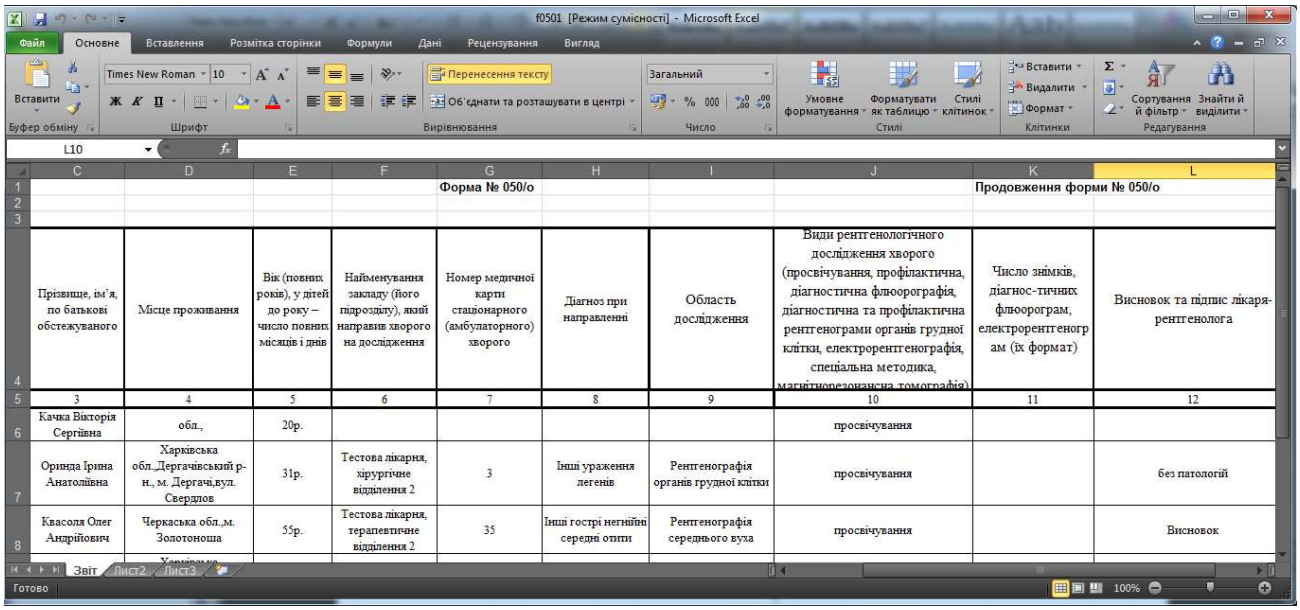
Форма первинної облікової документації
№ 050/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України
1 4 0 2 1 2 № 1 1 0

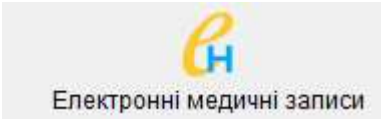
ЖУРНАЛ
запису рентгенологічних досліджень, магніторезонансних томографій

Почато "____" _____ 20___ року Закінчено "____" _____ 20___ року



Форма № 050/о **Продовження форми № 050/о**

Прізвище, ім'я, по батькові обстежуваного	Місце проживання	Вік (повних років), у літей до року – число повних місяців і днів	Найменування закладу (його підрозділу), який направив хворого на дослідження	Номер медичної карти стаціонарного (амбулаторного) хворого	Діагноз при направленні	Область дослідження	Види рентгенологічного дослідження хворого (просвічування, профілактична, діагностична флюорографія, діагностична та профілактична рентгенограми органів грудної клітки, електрорентгенографія, спеціальна методика, магніторезонансна томографія)	Число знімків, діагнос-тичних флюорограм, електрорентгенограм (їх формат)	Висновок та підпис лікаря-рентгенолога
3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Качка Вікторія Сергіївна	обл.,	20р.					просвічування		
Оринда Ірина Анатоліївна	Харківська обл.,Дергачівський р-н., м. Дергачі,вул. Свердлов	31р.	Тестова лікарня, хірургічне відділення 2	3	Інші ураження легенів	Рентгенографія органів грудної клітки	просвічування		без патологій
Квасоля Олег Андрійович	Черкаська обл.,м. Золотоноша	55р.	Тестова лікарня, терапевтичне відділення 2	35	Інші гострі негнійні середні отити	Рентгенографія середнього вуха	просвічування		Висновок

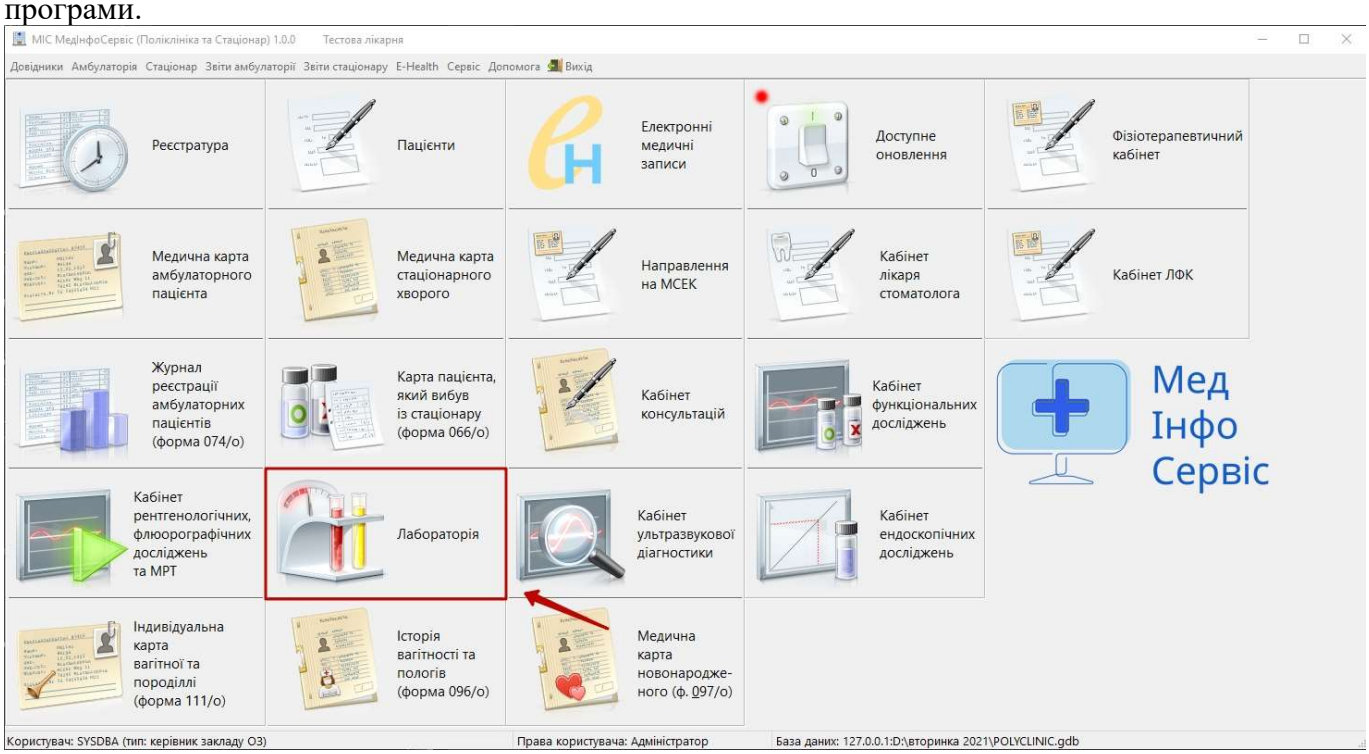


«Електронні медичні записи» - перехід до електронних медичних записів обраного із списку пацієнта.

«Кількість» - розраховує кількість записів, в залежності від налаштування фільтраційної панелі.

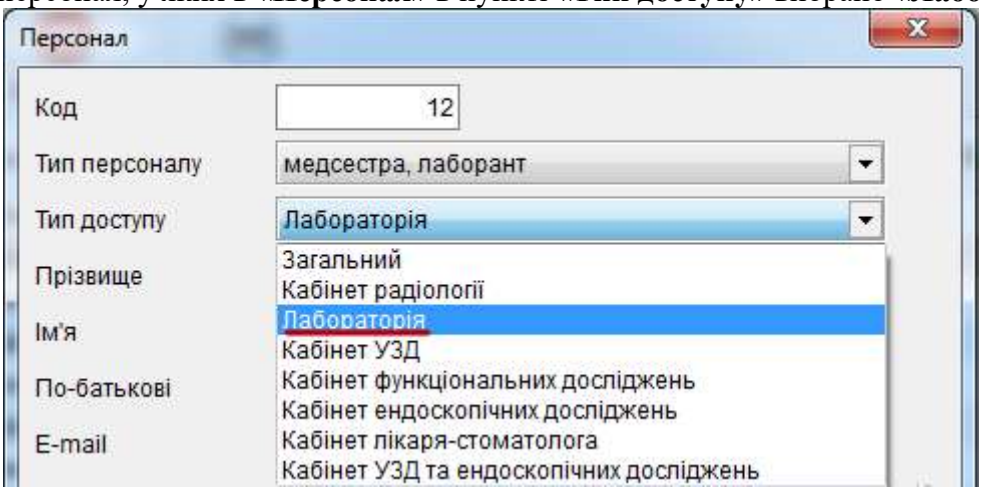
11.16 Лабораторія

Знайти даний модуль можна в пункті меню **«Амбулаторія»**, **«Стаціонар»** та, для зручності, його розміщено на головному вікні програми, яке з'являється після запуску програми.

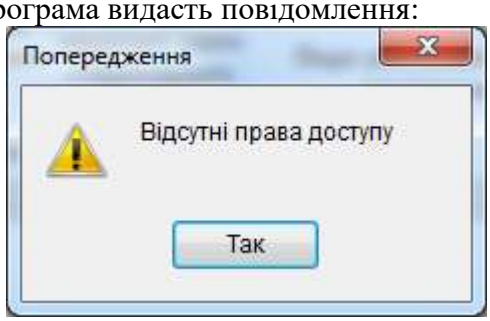


Модуль «Лабораторія», дозволяє вести облік досліджень по пацієнтам, як за направленнями так і без них, вносити результати аналізів/досліджень.

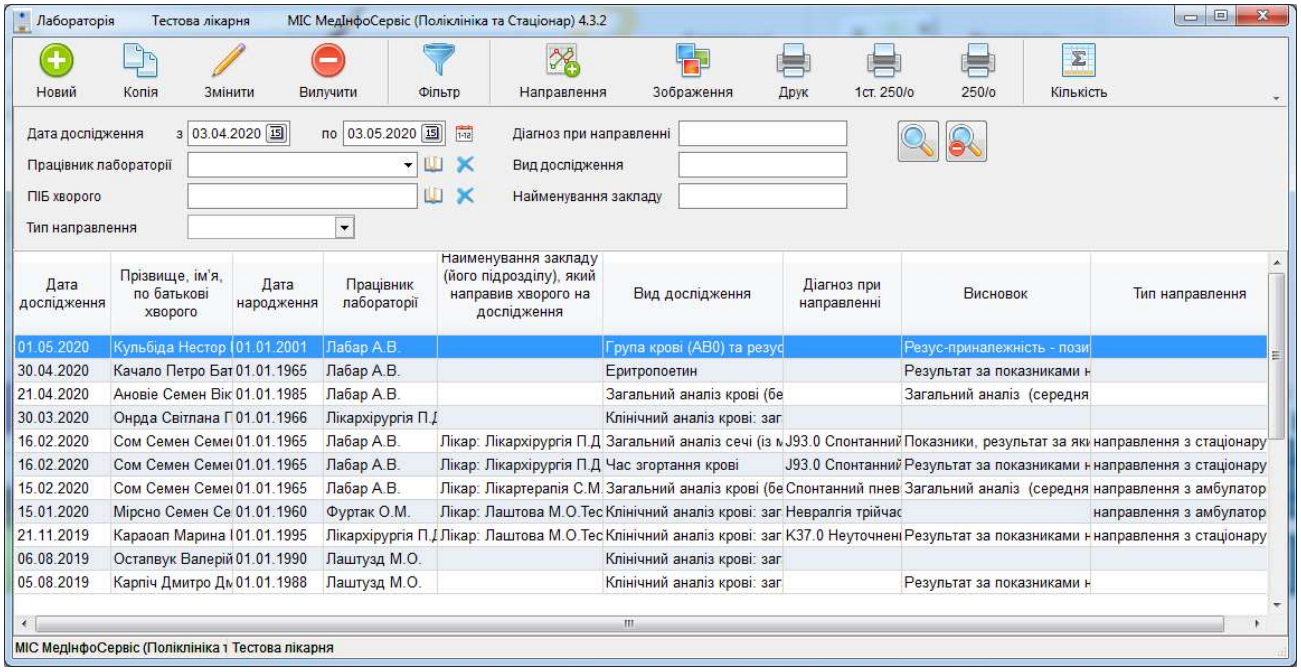
Зверніть увагу! В лабораторії мають право працювати тільки ті лікарі чи середній медичний персонал, у яких в **«Персонал»** в пункті **«Тип доступу»** вибрано **«Лабораторія»**.



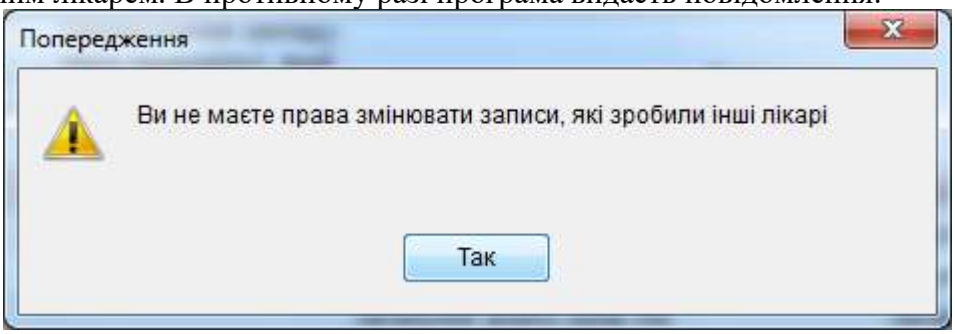
В противному разі, програма видасть повідомлення:



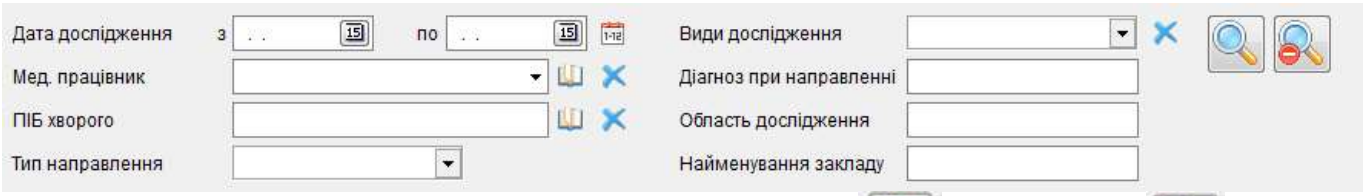
Зайшовши в програму під працівником лабораторії з відповідними правами доступу, користувачеві відкриється головне вікно лабораторії, де будуть відображені дослідження, виконані за останній місяць.



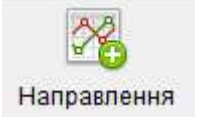
Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити нове дослідження для пацієнта. **«Копія»** - створює копію дослідження і відкриває його. **«Змінити»** - відкривається дослідження для внесення змін тільки по вибору виду дослідження та внесенню показників, інші поля для редагування неактивні. **«Вилучити» -** видаляє тільки ті дослідження, які були занесені даним лікарем. В противному разі програма видасть повідомлення.



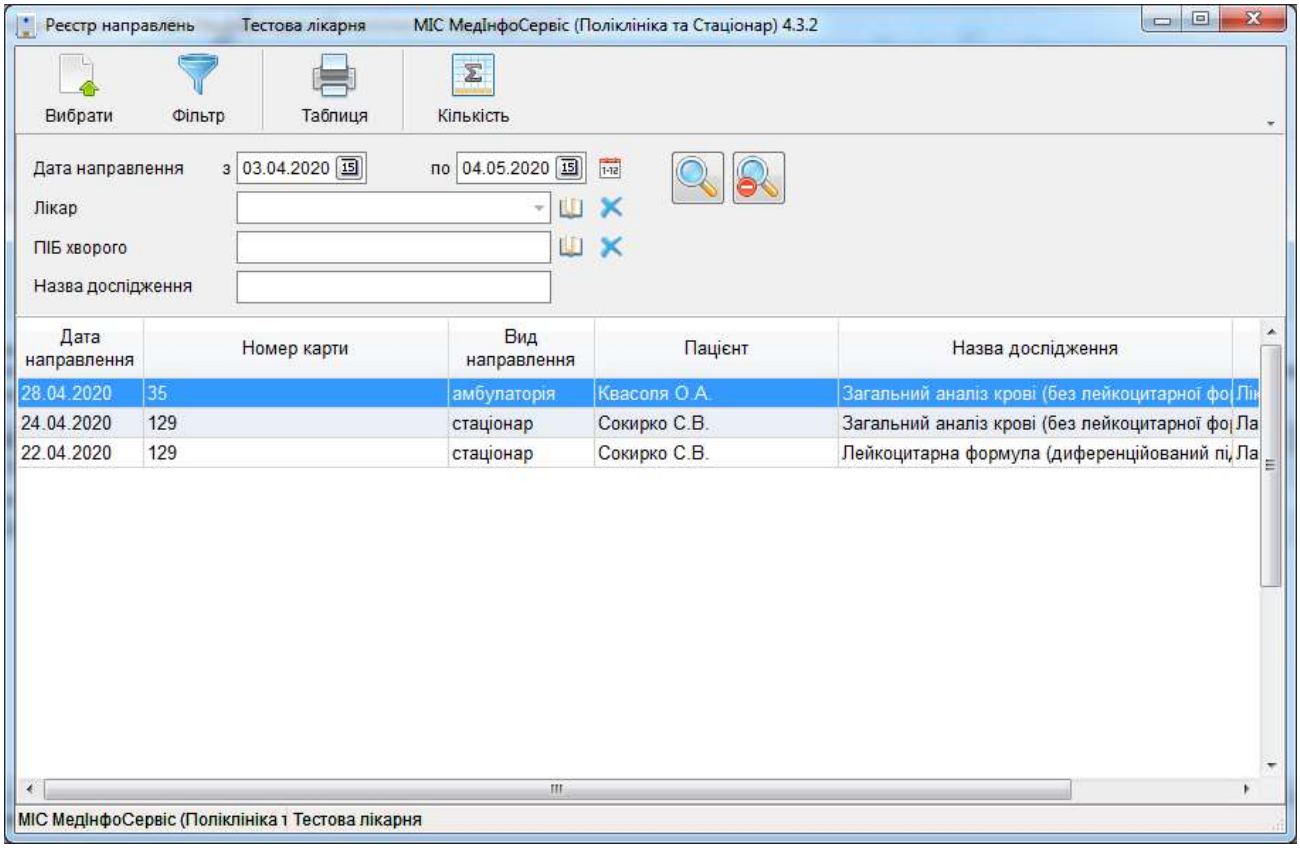
«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по дослідженням.



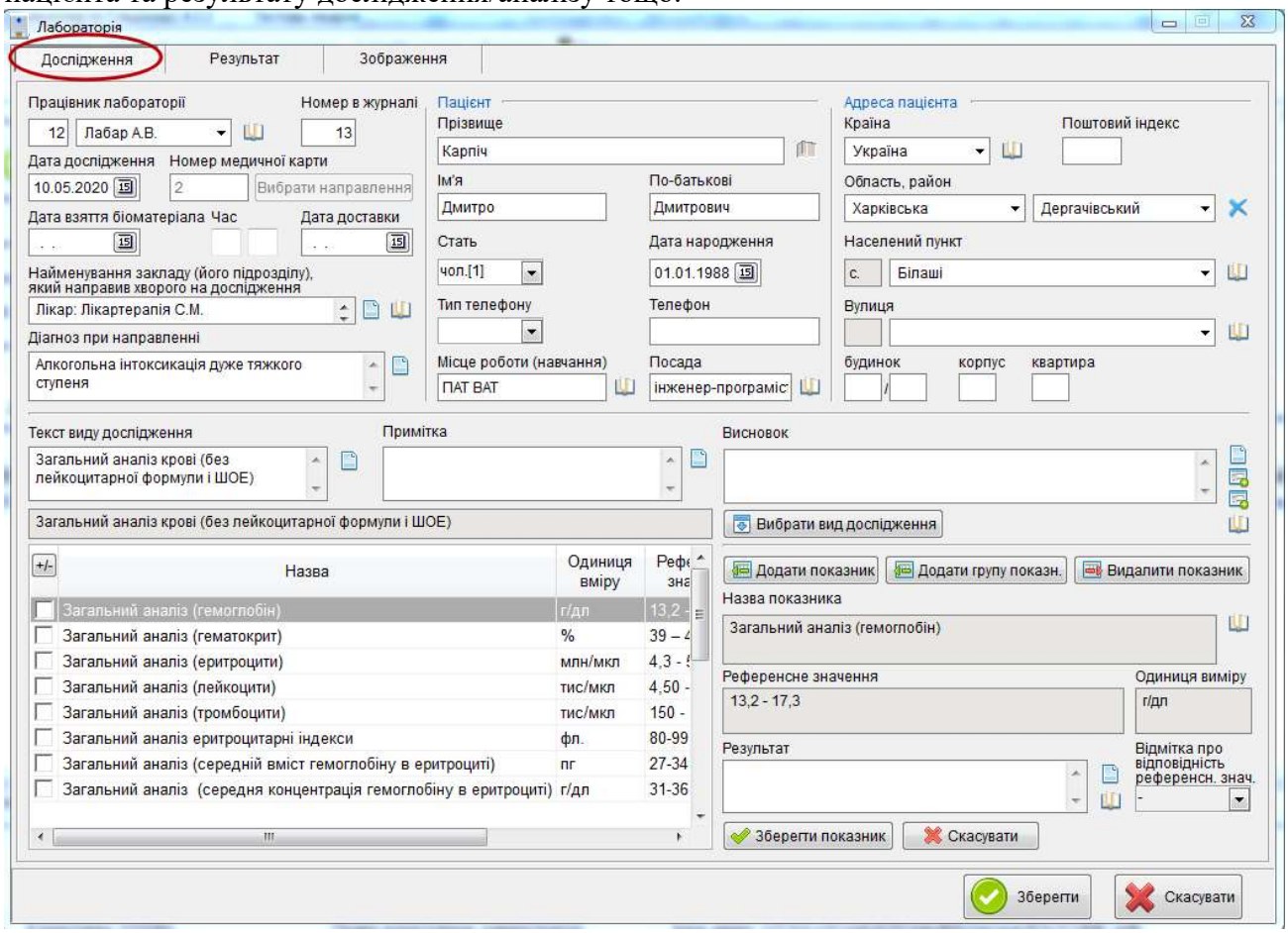
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

«Направлення» 

- відкриває перед працівником кабінету список пацієнтів, які були направлені на дослідження із амбулаторії або стаціонару за останній місяць.



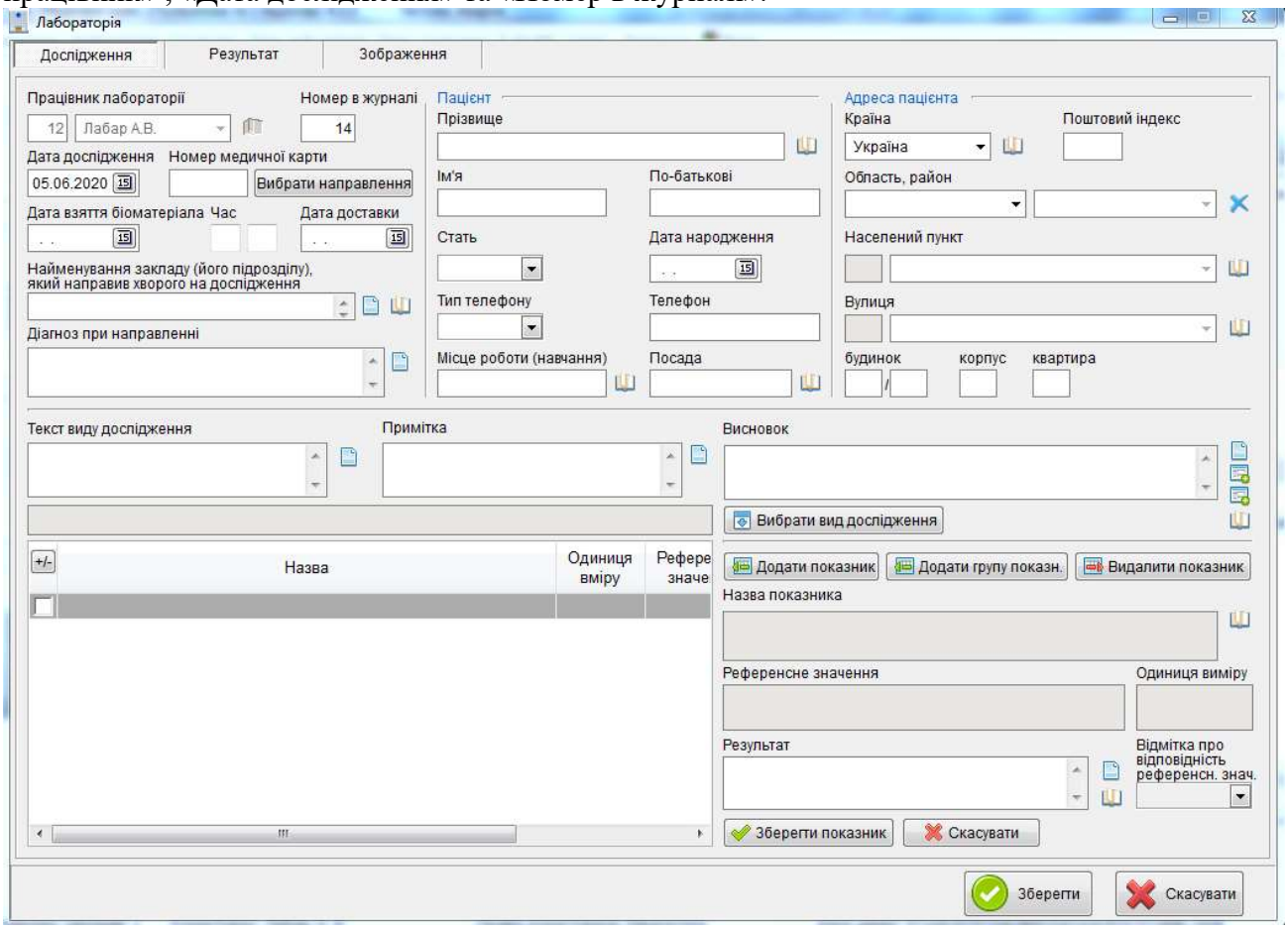
Для вибору направлення необхідно двічі натиснути на нього або, натиснувши один раз і **«Вибрати».** В результаті, відкриється вікно (закладка **«Дослідження»**) для внесення даних пацієнта та результату дослідження/аналізу тощо.



У випадку (як на малюнку зверху), якщо дослідження здійснюється **по направленню** автоматично заповнюються дані про пацієнта з амбулаторної чи стаціонарної карти пацієнта, найменування закладу, вид дослідження, область дослідження, діагноз при направленні тощо.

Працівнику лабораторії залишиться заповнити результати показників дослідження/аналізу і, головне, **«Висновок»**.

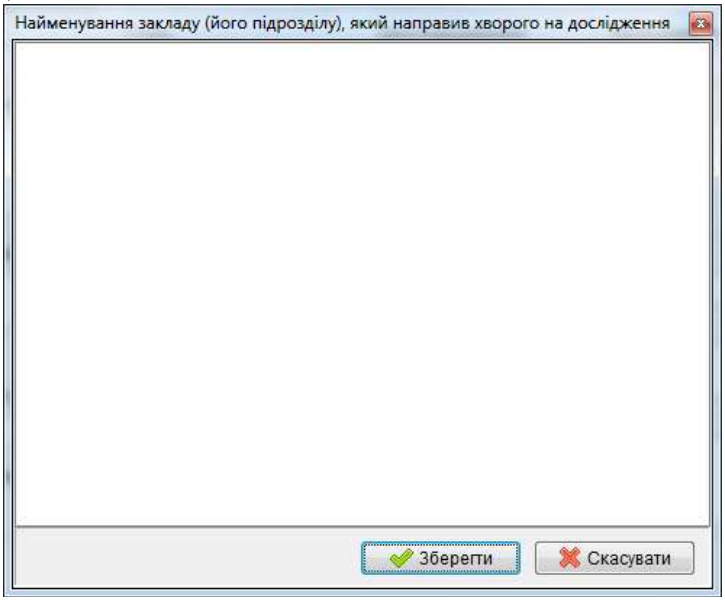
У разі, якщо до лікаря, пацієнт прийшов з самозверненням або з паперовим направленням, то користувачу необхідно створити такий запис самостійно через кнопку **«Новий».** Вікно, яке з’явиться матиме автоматично заповненими тільки поля «Мед. працівник» , «Дата дослідження» та «Номер в журналі».



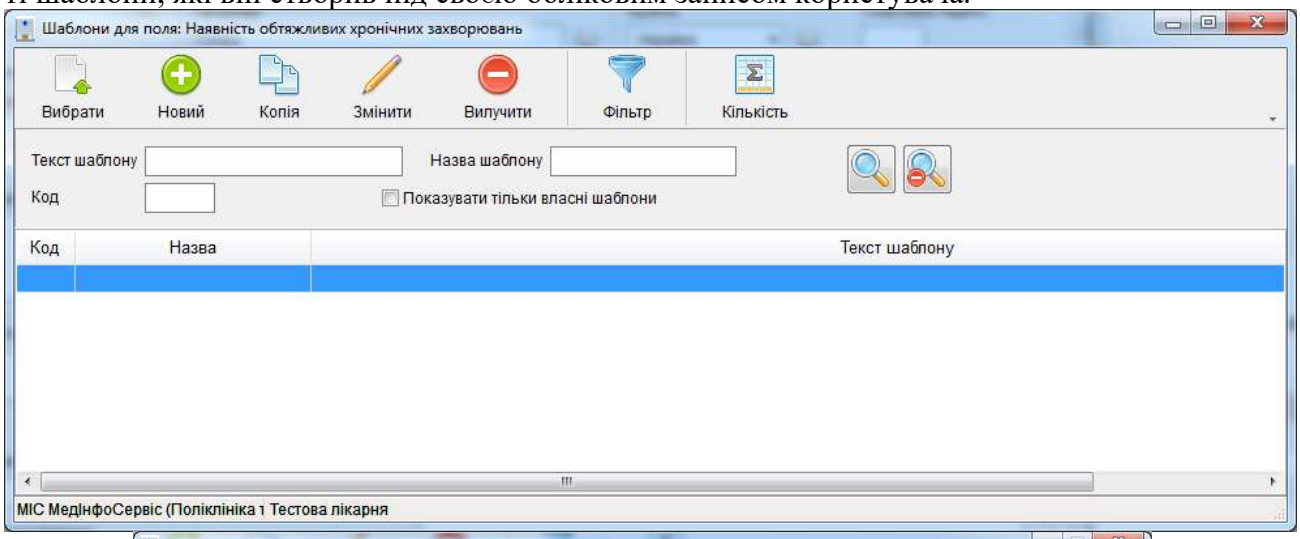
Для внесення даних про пацієнта, його можна вибрати з реєстру пацієнтів (за допомогою кнопки або ввівши перші три літери прізвища і обрати з переліку

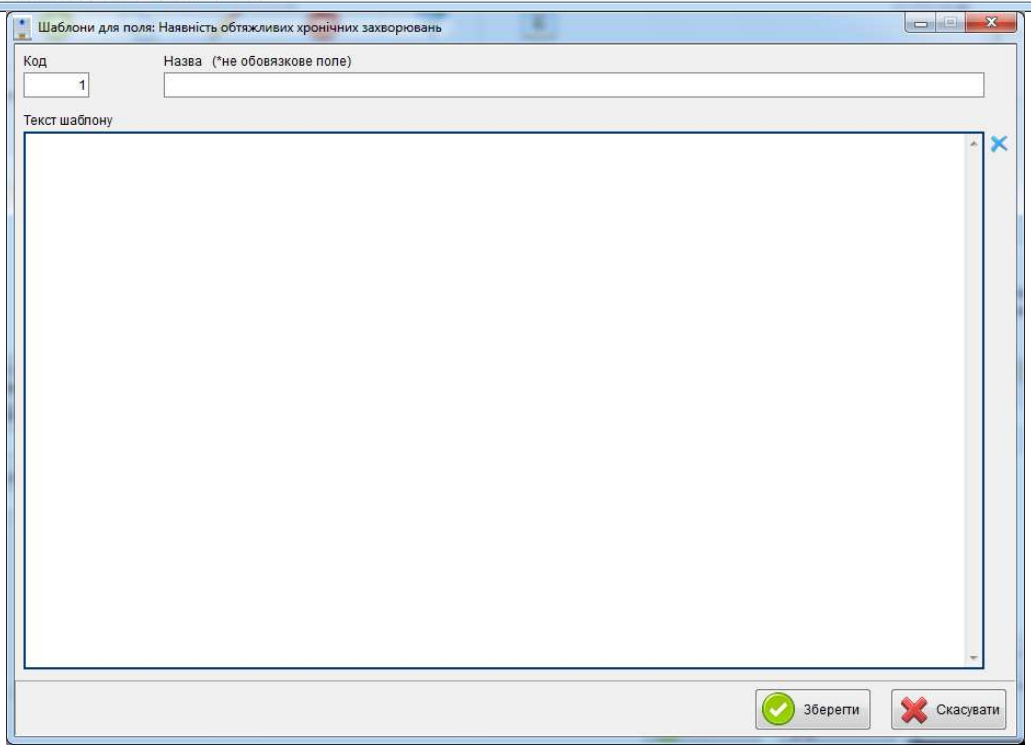
) або внести дані нового в даному вікні. Мінімальна кількість полів для заповнення пацієнта це: ПІБ, стать та дата народження.

Кнопка , яка розташована біля деяких полів дає можливість ввести більше необхідної інформації:

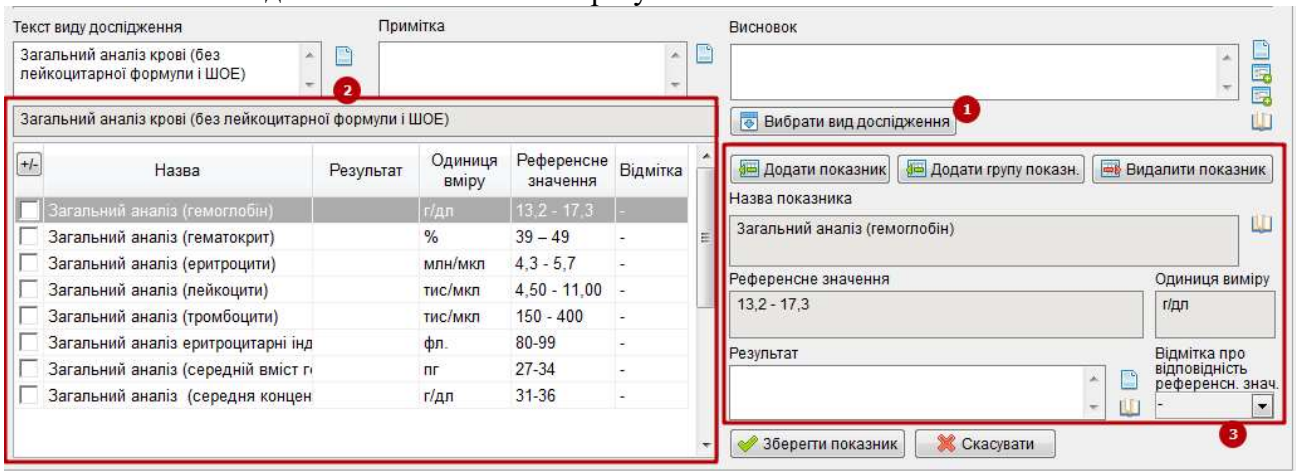


Кнопка біля одних полів (таких як, «Країна», «населений пункт», «Вулиця» тощо), дає можливість вибрати з готового довідника бази, а біля інших («Найменування закладу..», «Висновок», «Результат») дає можливість створити власні шаблони, якими найчастіше користуються в роботі. **«Показувати власні шаблони»** означає, що лікар буде бачити тільки ті шаблони, які він створив під своєю обліковим записом користувача.

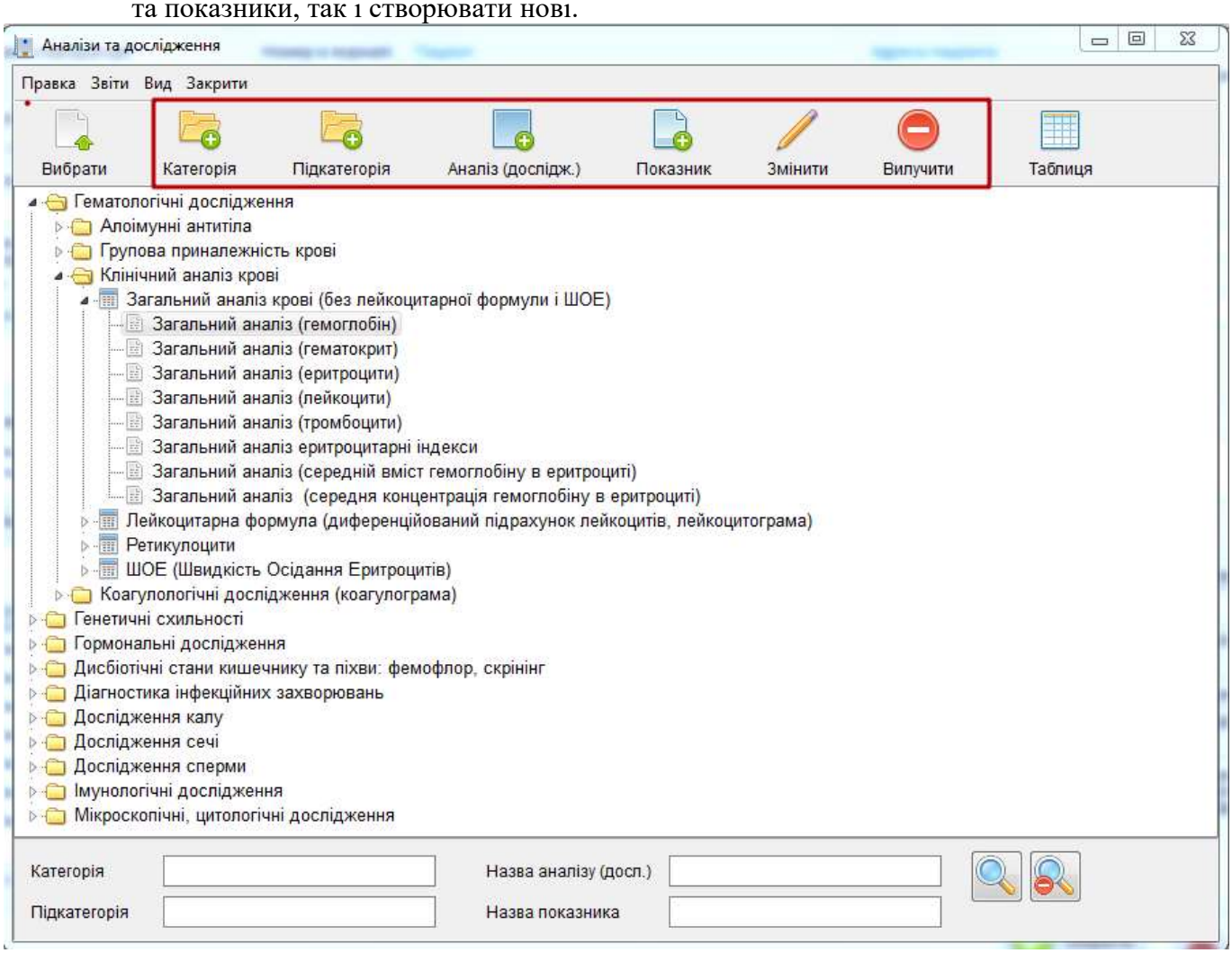




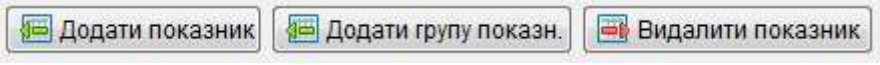
Розглянемо детальніше заповнення результатів показників.



1 **«Вибрати вид дослідження»** - кнопка відкриває довідник **«Аналізи та дослідження»**, в який працівники мають можливість редагувати як існуючі аналізи та показники, так і створювати нові.

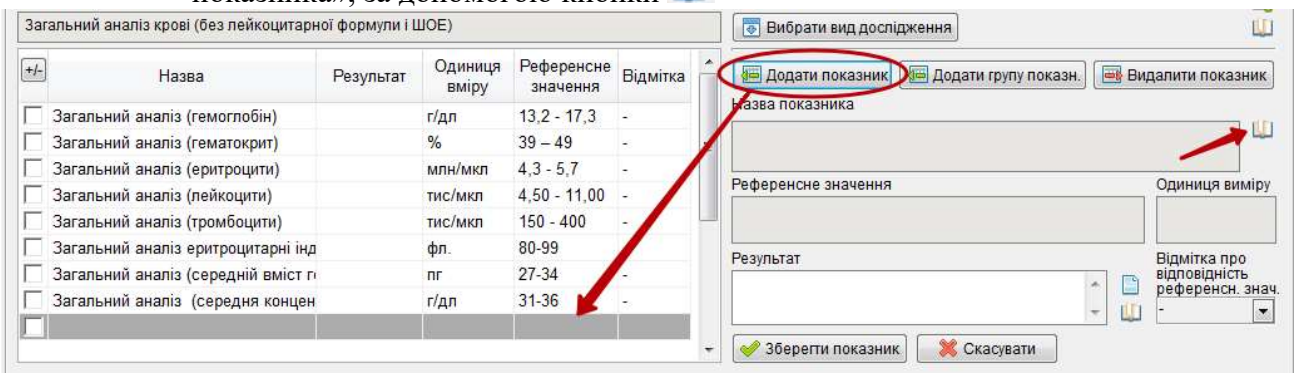


2 Таблиця автоматично заповнюється показниками того виду аналізу чи дослідження, яке було обрано з довідника. У випадку з направленням, потрібний вид дослідження обирає лікар, який направляє пацієнта в лабораторію.

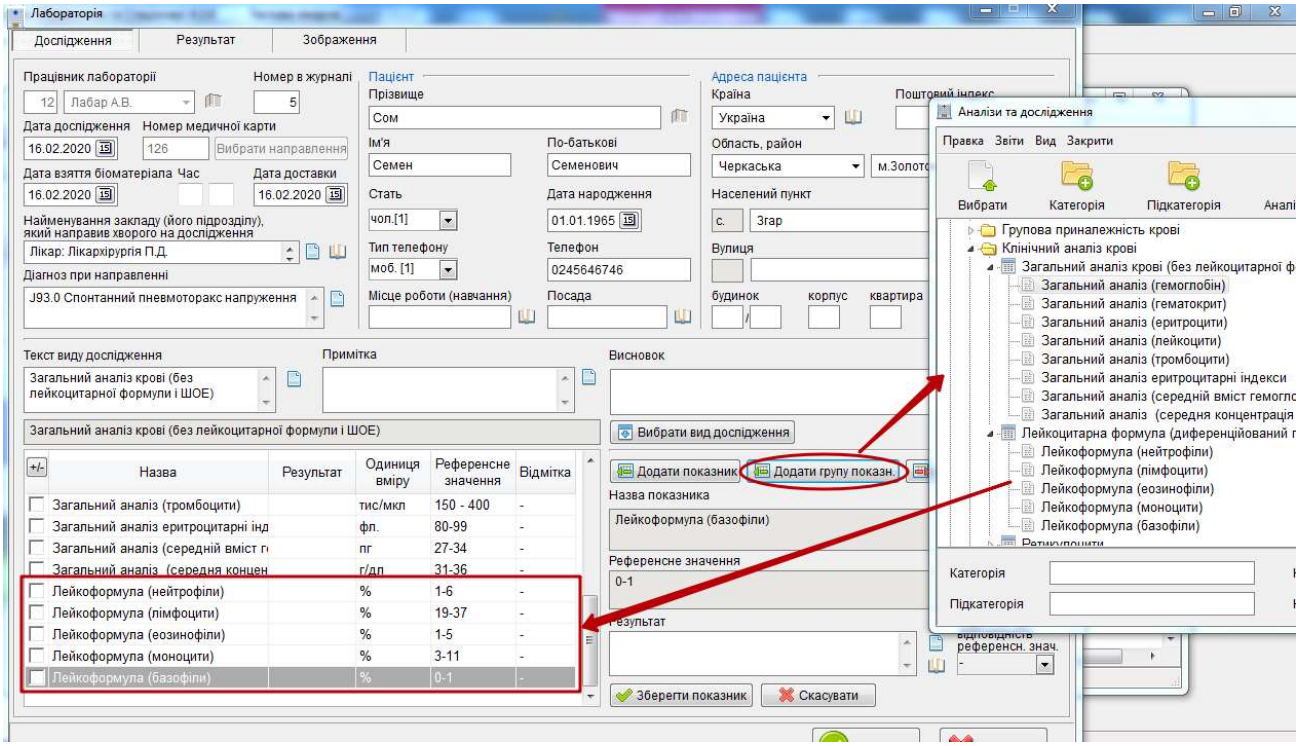
Кнопки 

дають можливість:

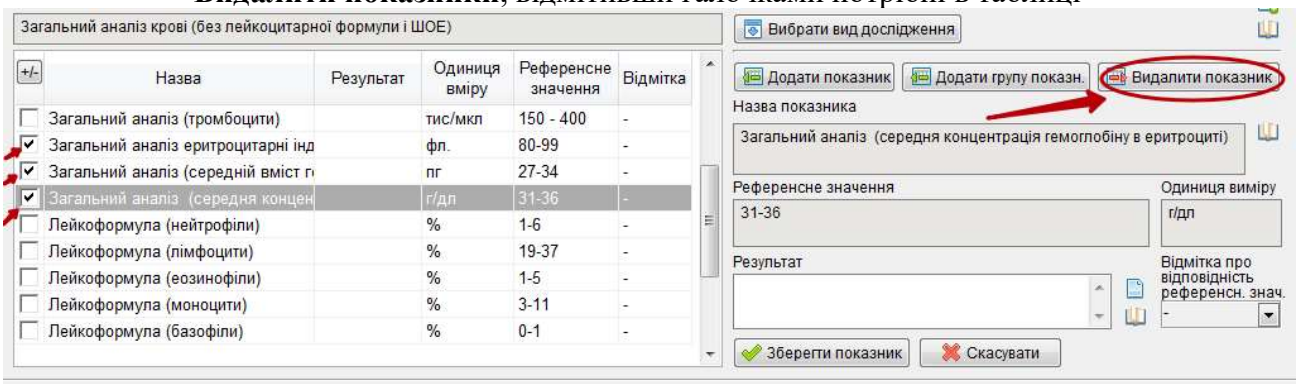
- **Додати показник** в таблицю. Обрати необхідний потрібно в полі «Назва показника», за допомогою кнопки



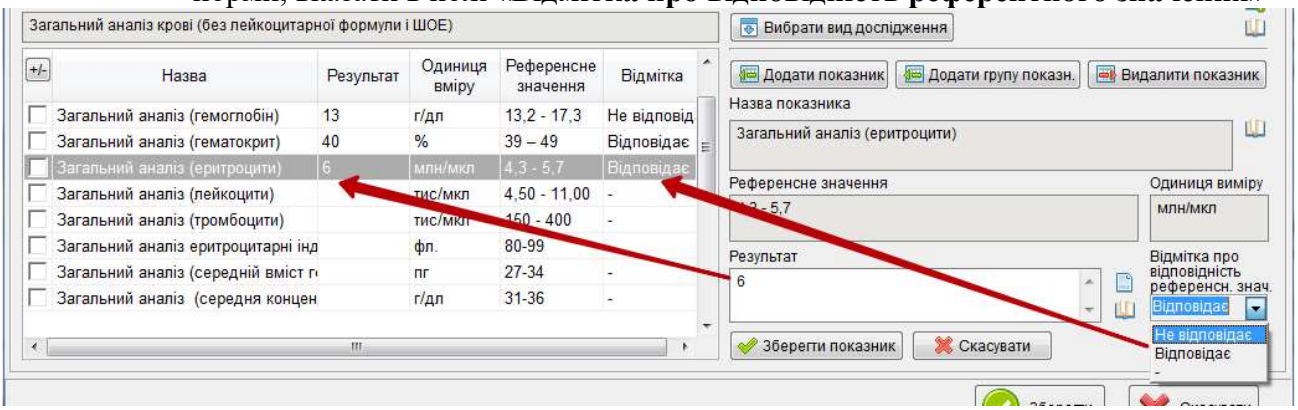
- **Додати групу показників –** дозволяє додати ще аналізи (з групою показників) до вже існуючого списку



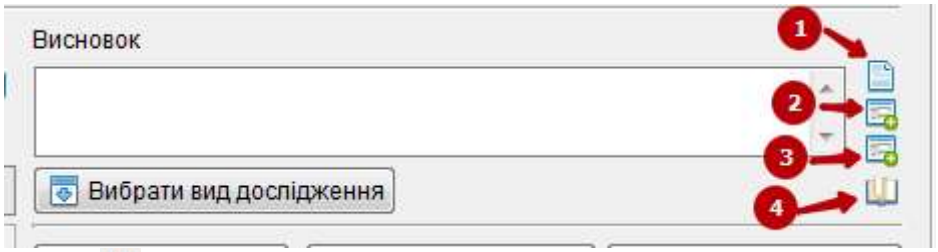
- **Видалити показники**, відмітивши галочками потрібні в таблиці



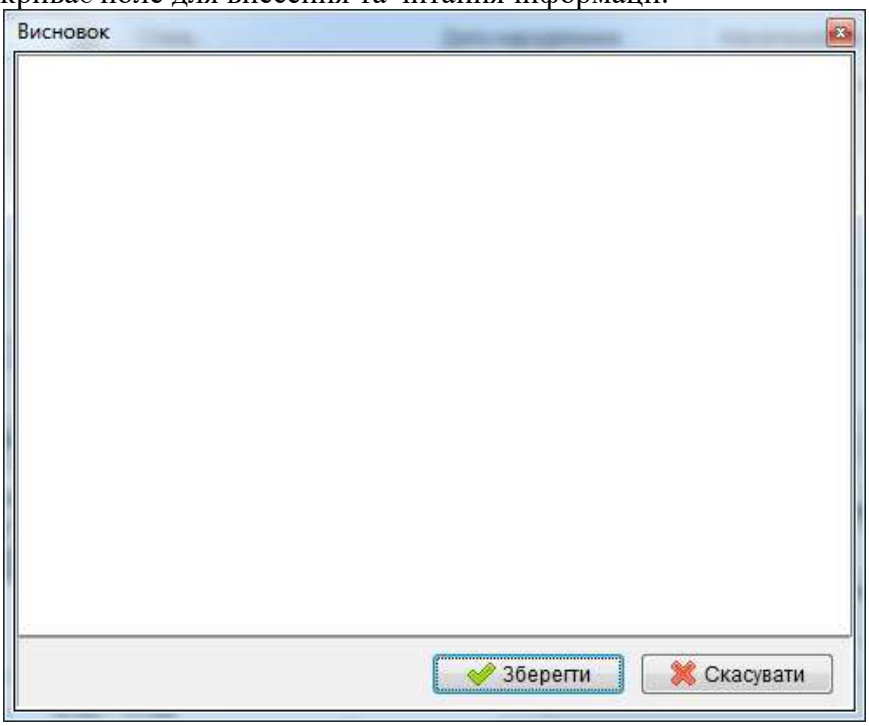
3 Результати необхідно відмічати відповідно обраного показника із таблиці в поле **«Результат»**, і, в залежності від того, чи результат відповідає показникам норми, вказати в полі **«Відмітка про відповідність референтного значення»**



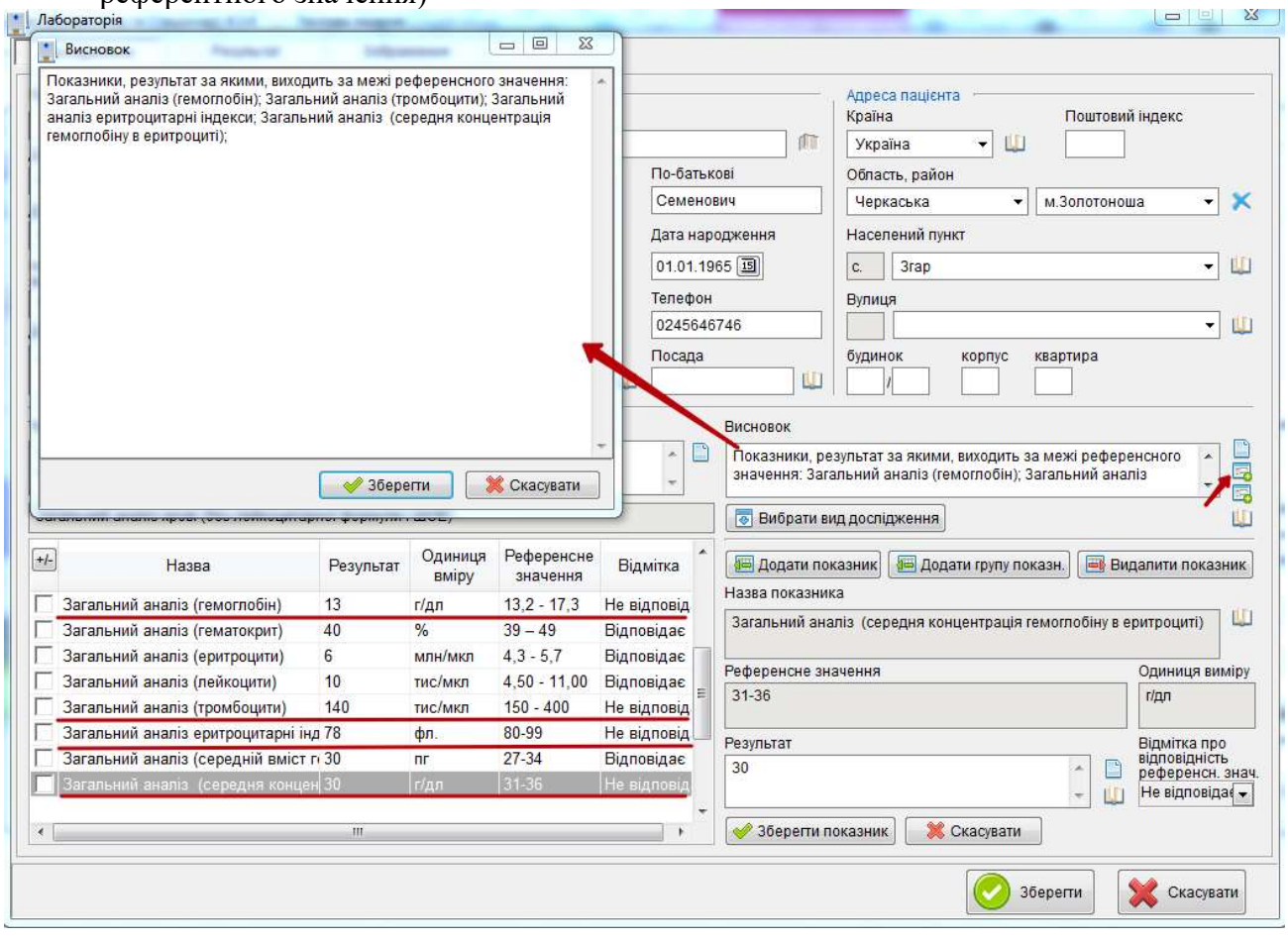
Після того, як всі показники будуть вказані, слід заповнити поле **«Висновок»**. Є чотири способі заповнити висновок:



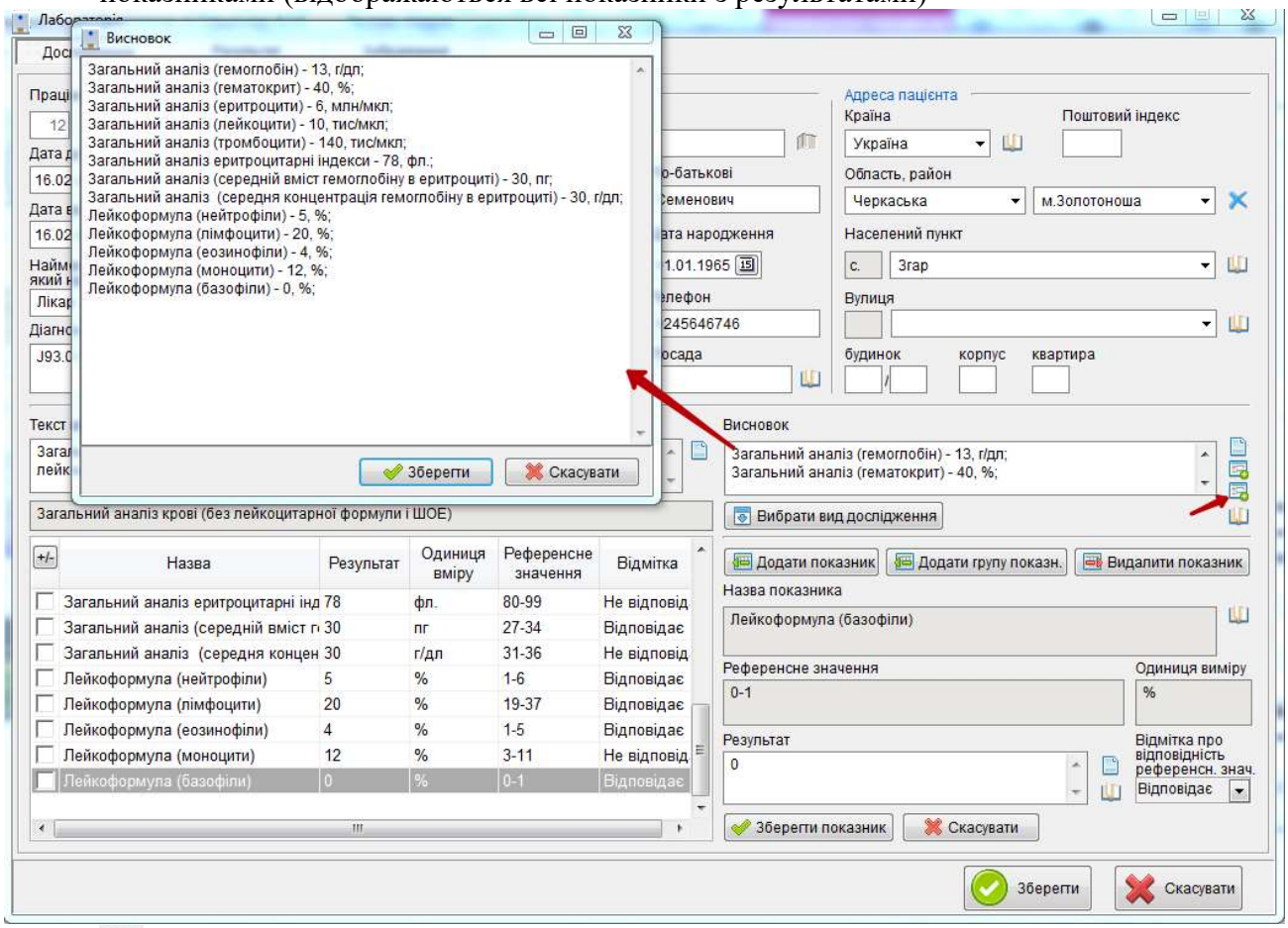
5. - відкриває поле для внесення та читання інформації.



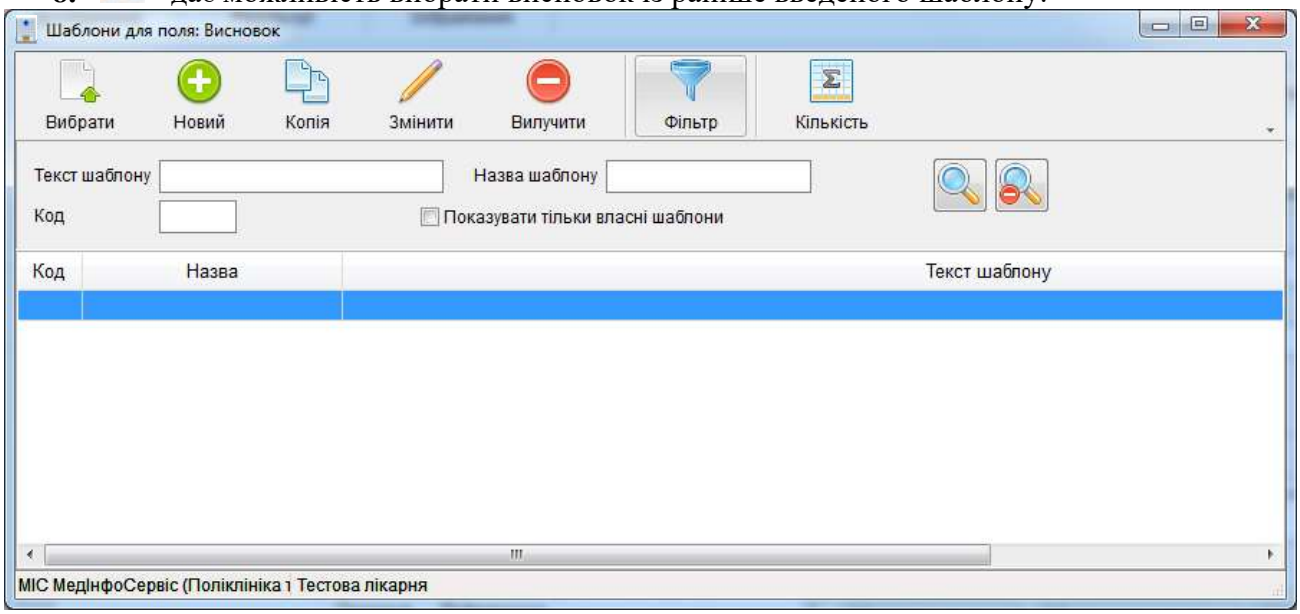
6. - після підтвердження, дає можливість автоматично заповнити висновок на підставі показників (будуть відображені назви показників, результати яких виходять за межі референтного значення)



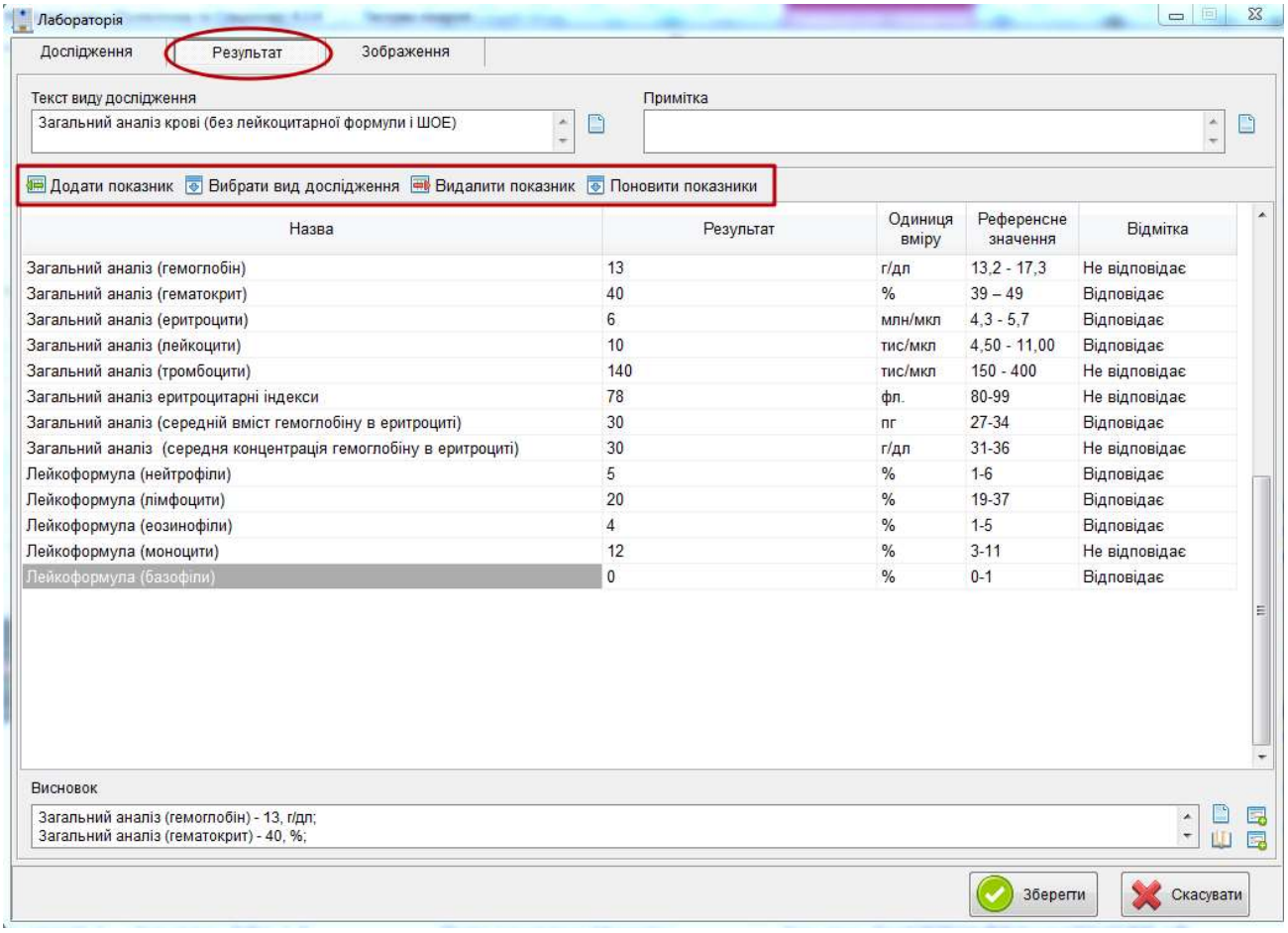
7. - після підтвердження, дає можливість автоматично заповнити висновок показниками (відображаються всі показники з результатами)



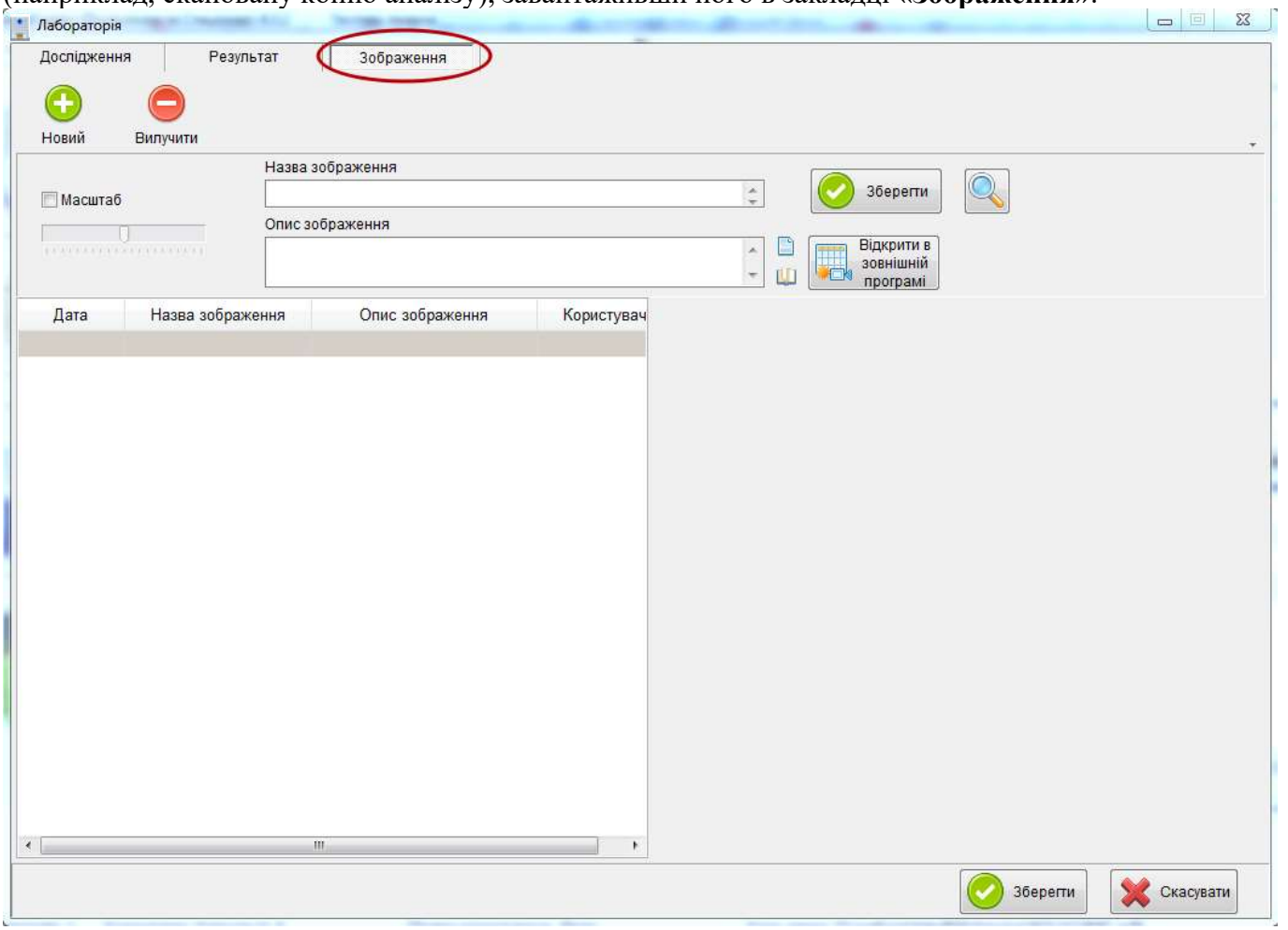
8. - дає можливість вибрати висновок із раніше введеного шаблону.



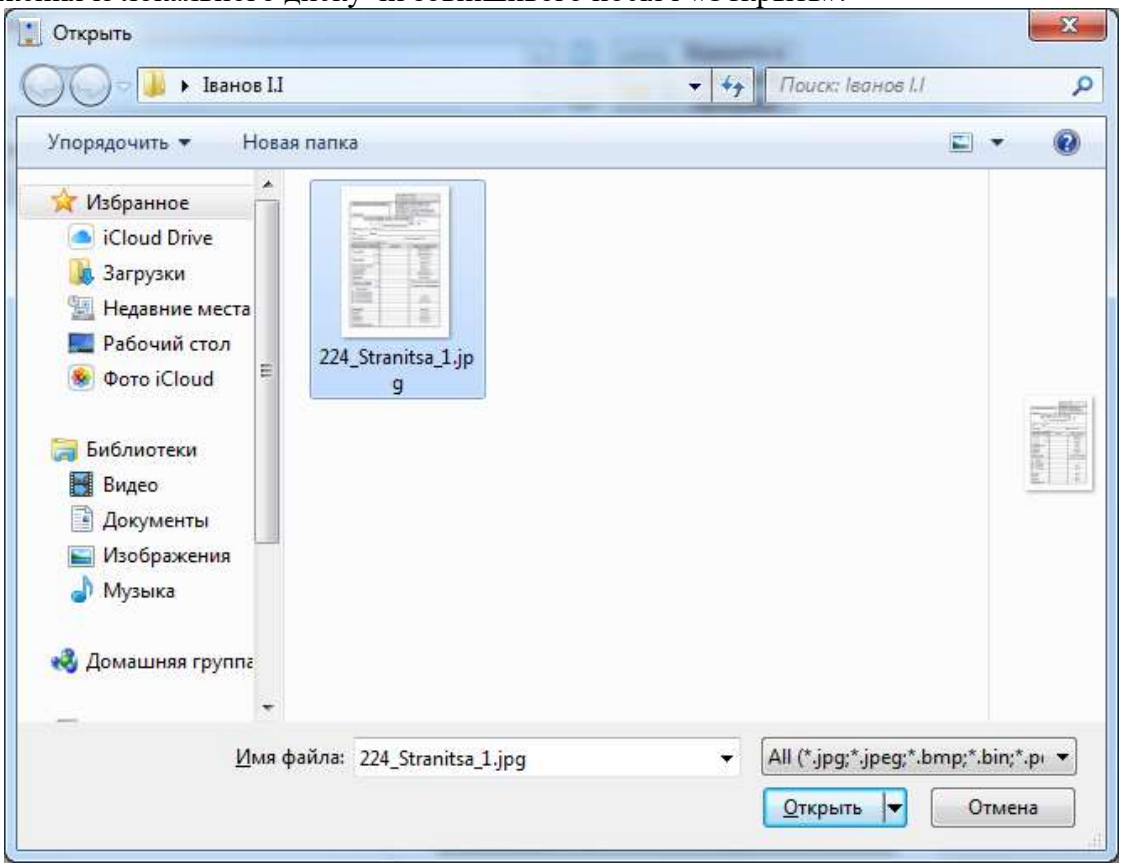
Відповідно внесеним результатам в закладці «Дослідження», виконані показники автоматично відображаються в закладці **«Результат».** Тут є можливість вносити зміни, додавати, поновлювати чи видаляти показники, тобто виконувати всі ті дії, які були описані вище.



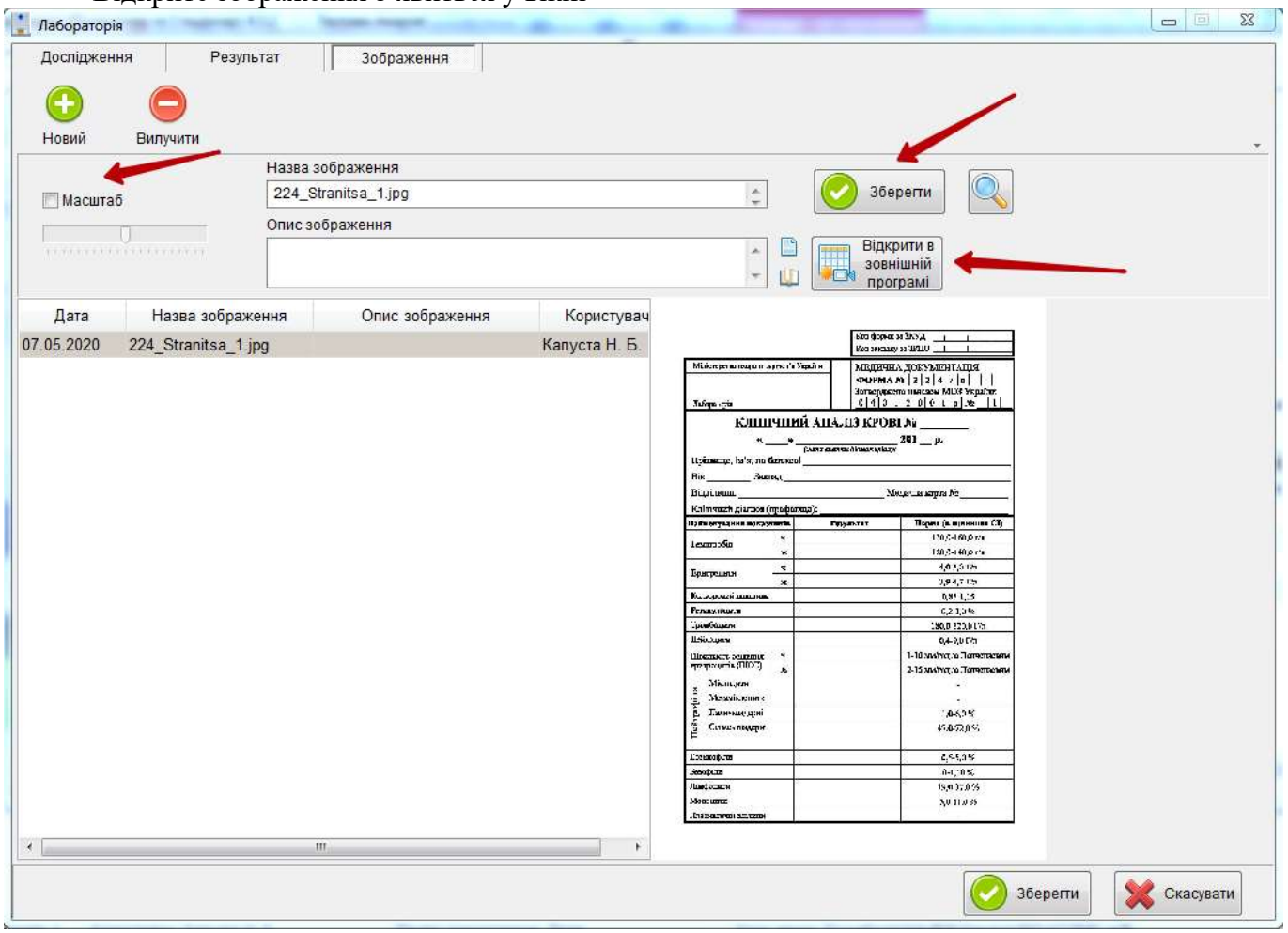
В модулі «Лабораторія» можливо «прикріпити» зображення до дослідження (наприклад, скановану копію аналізу), завантаживши його в закладці **«Зображення»**.



Для завантаження нового зображення необхідно натиснути «Новий», обрати зображення із локального диску чи зовнішнього носія і «Открыть».

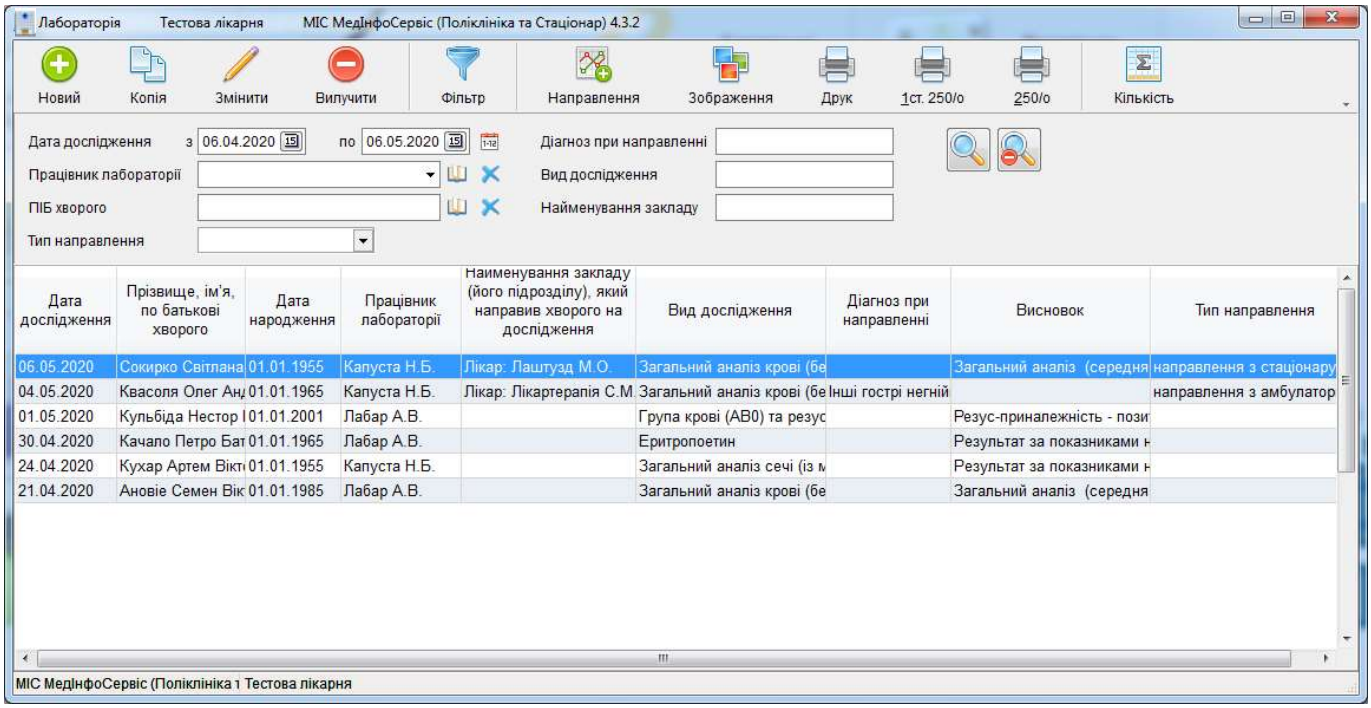


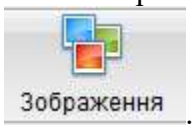
Відкрите зображення з’явиться у вікні



Натиснувши у верхній частині вікна кнопку **«Зберегти»**, можна переходити до завантаження наступних зображень. Також є можливість скористатися масштабом, при потребі, або відкрити зображення в зовнішній програмі.

Всі виконані дослідження (по направленню і без) автоматично відображаються в електронній медичній карті амбулаторного або стаціонарного пацієнта в розділі **«Результати обстежень»**, а також формуються в список у головному вікні модуля «Лабораторія».



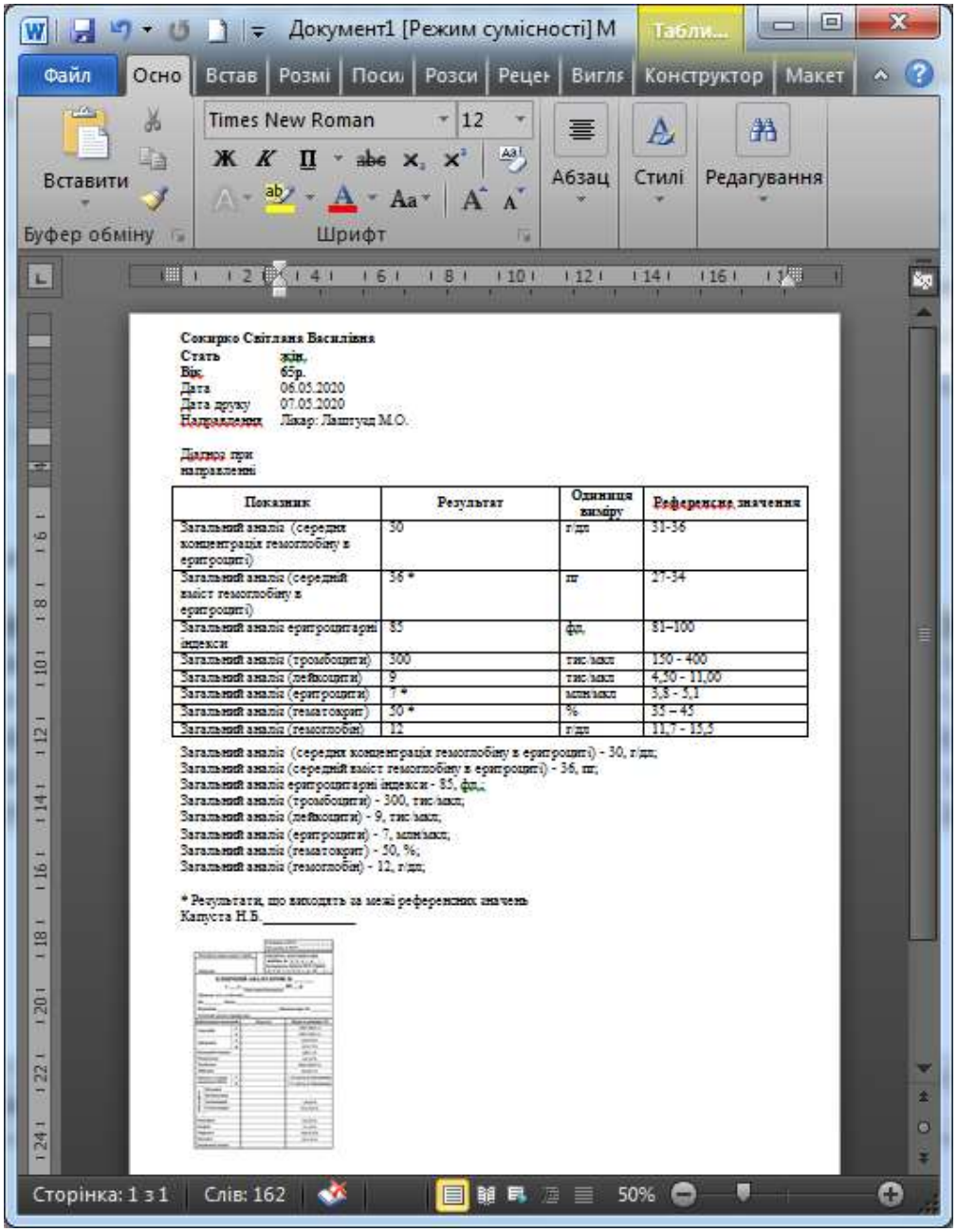
Переглянути всі завантажені зображення можливо за допомогою кнопки 

.

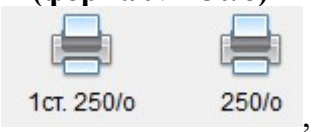
В лабораторії є кнопки для друку:

-

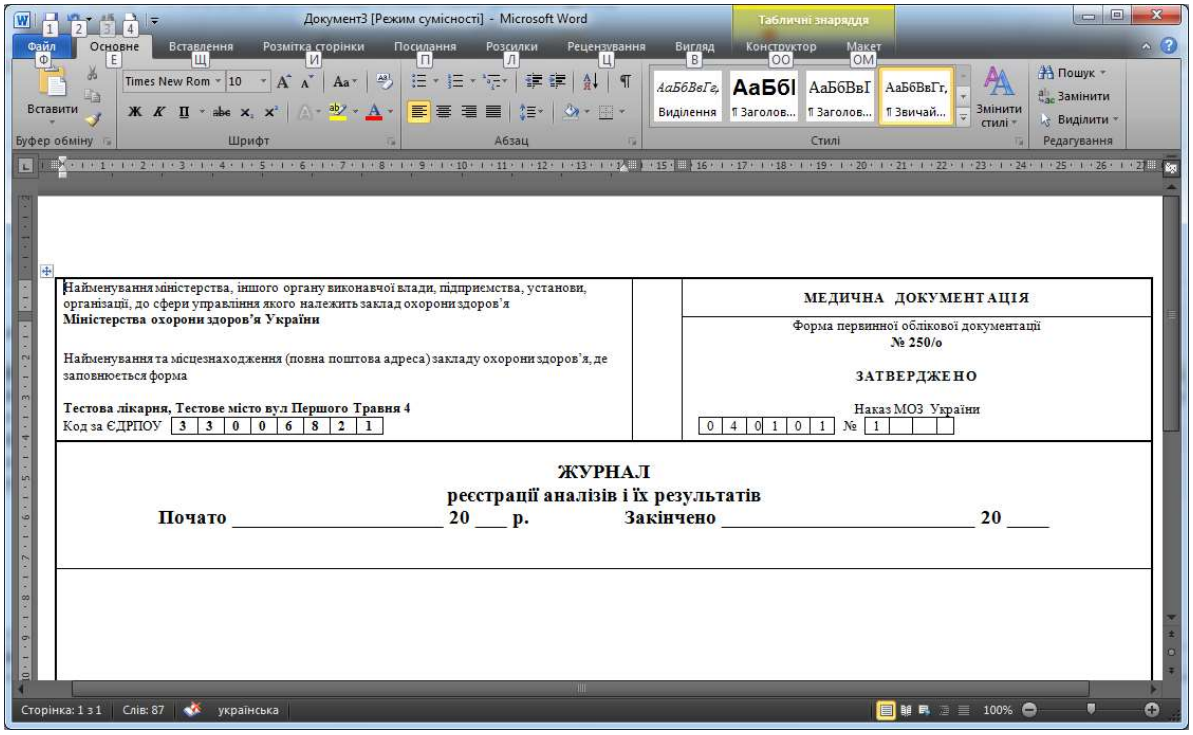
 - сформує в документ Word або LibreOffice Writer результат обраного в таблиці дослідження

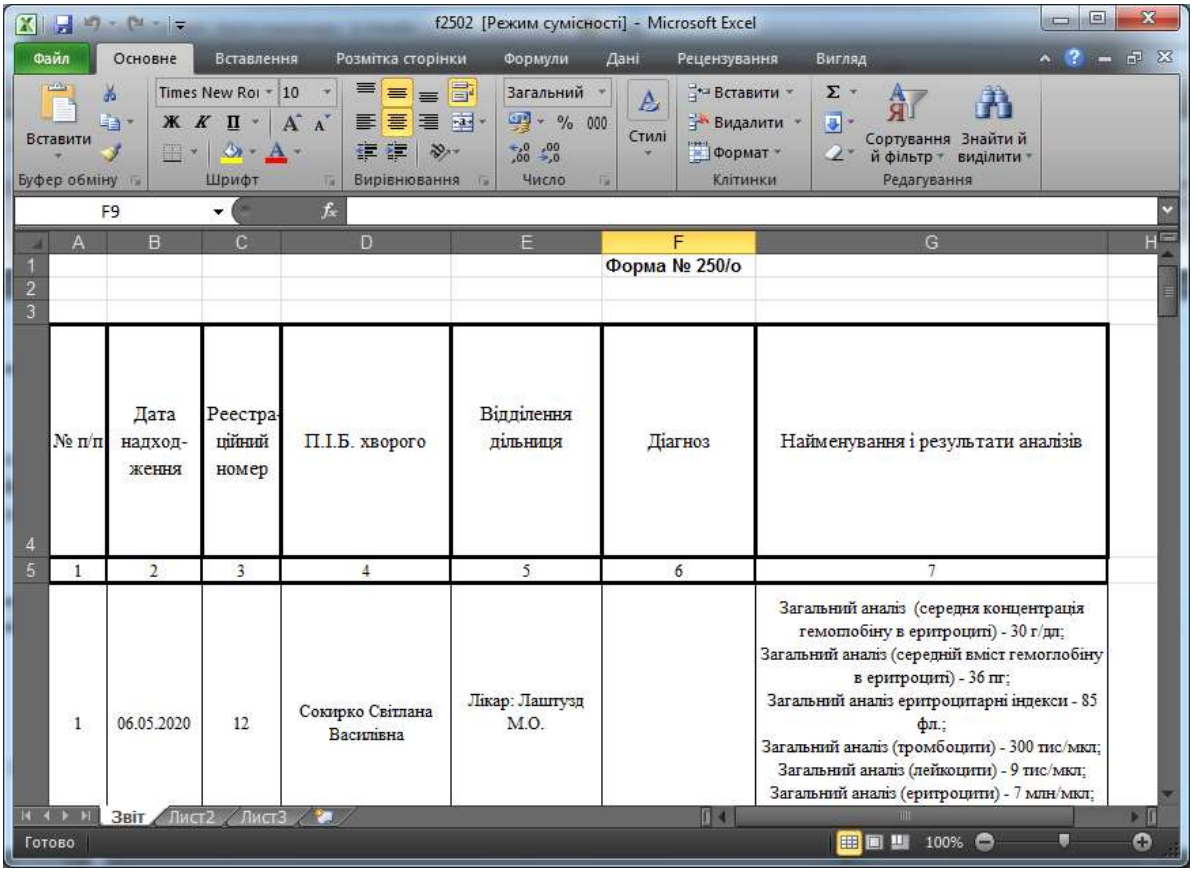


- **«Журнал реєстрації аналізів і їх результатів» (форма № 250/о)**

Для друку журналу 250/о використовують кнопки 

, де перша сторінка виводиться в документ Word або LibreOffice Writer, а таблиця в документ Excel або в LibreOffice Calc. При цьому необхідно обов’язково вказати дату відвідування.

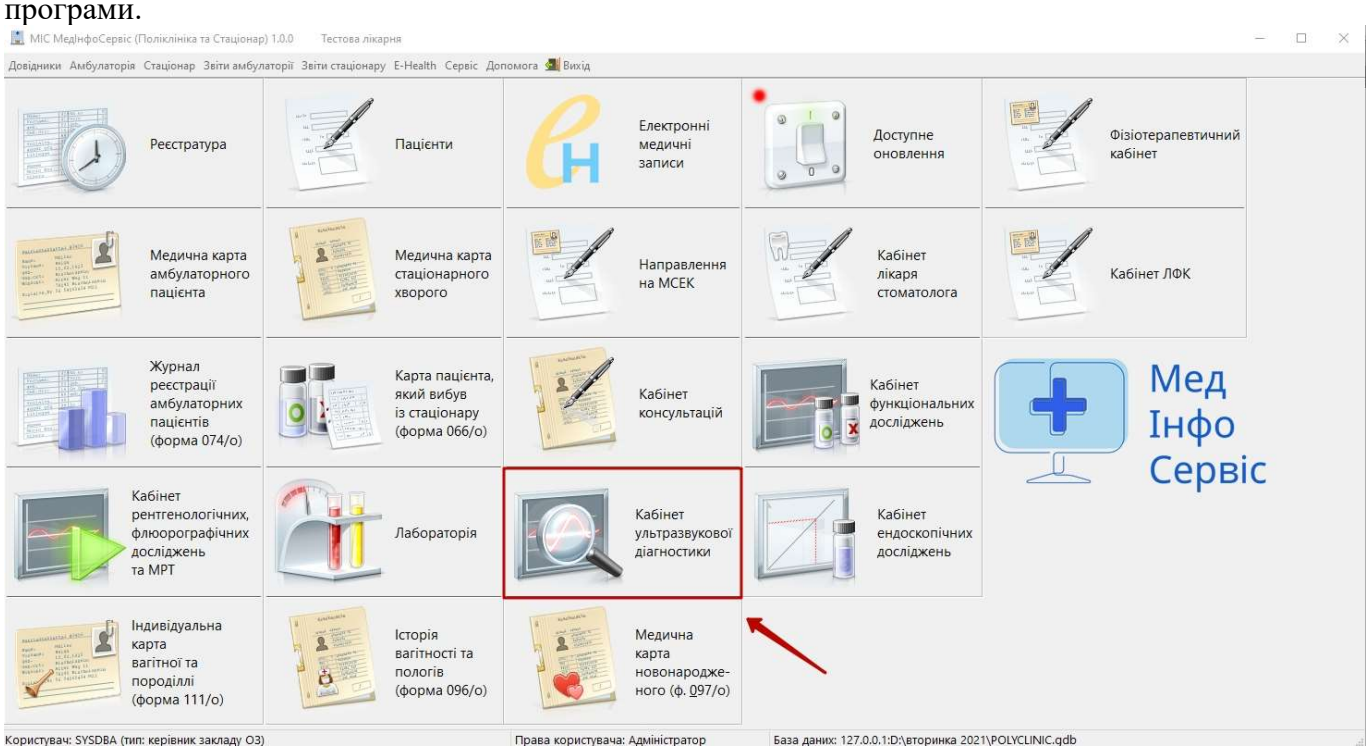




«Кількість» - розраховує кількість записів, в залежності від налаштування фільтраційної панелі.

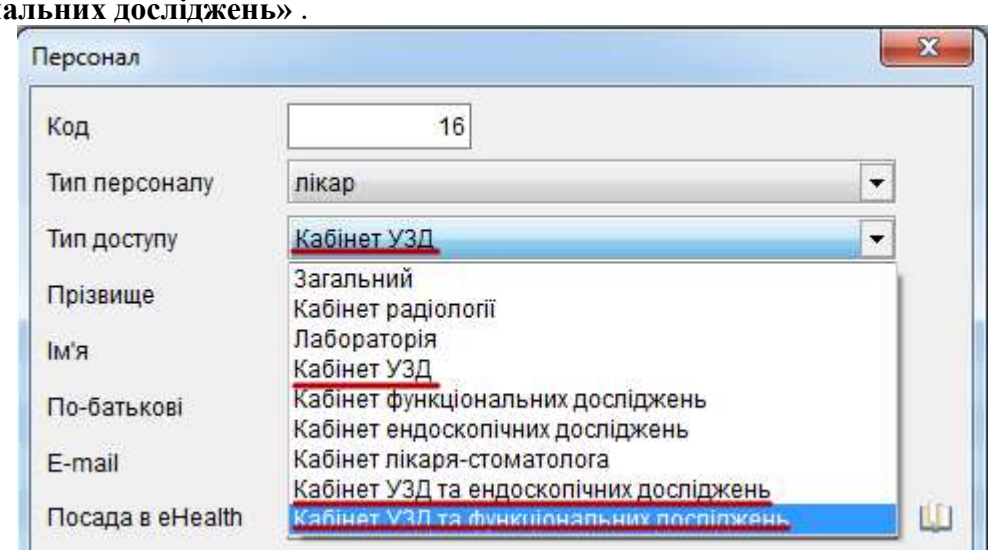
11.17 Кабінет ультразвукової діагностики

Знайти даний модуль можна в пункті меню **«Амбулаторія»**, **«Стаціонар»** та, для зручності, його розміщено на головному вікні програми, яке з'являється після запуску програми.

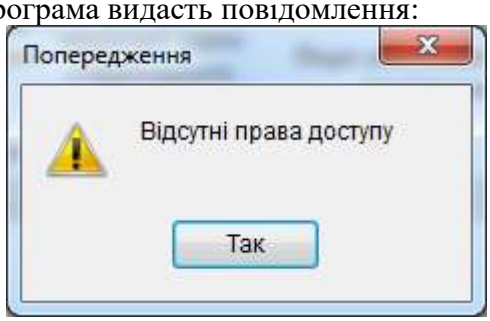


Модуль «Кабінет ультразвукової діагностики», дозволяє вести облік досліджень по пацієнтам, як за направленнями так і без них, вносити результати досліджень.

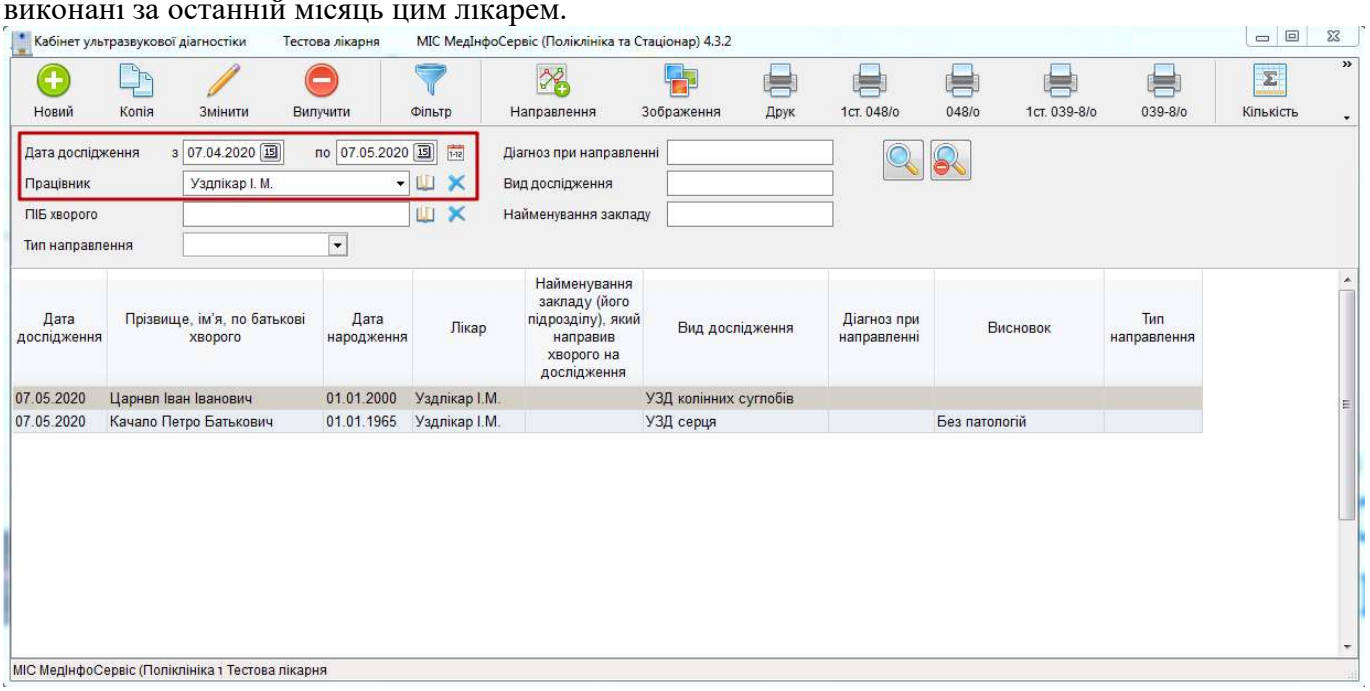
Зверніть увагу! В лабораторії мають право працювати тільки ті лікарі чи середній медичний персонал, у яких в **«Персонал»** в пункті **«Тип доступу»** вибрано **«Кабінет УЗД»** або, при потребі, **«Кабінет УЗД та ендоскопічних досліджень»** чи **«Кабінет УЗД та функціональних досліджень»** .



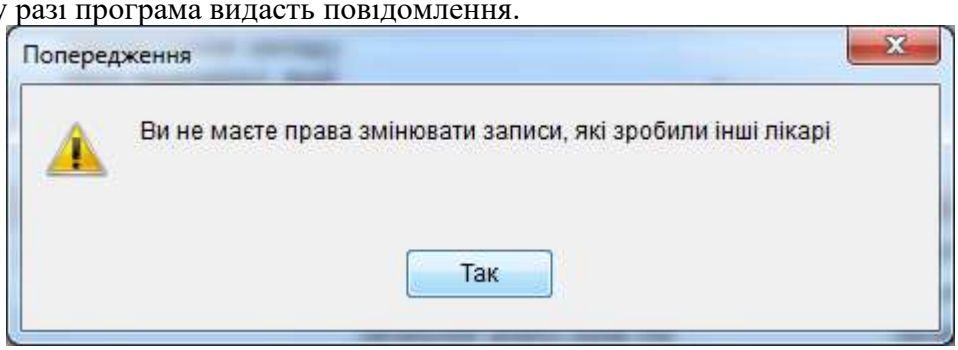
В противному разі, програма видасть повідомлення:



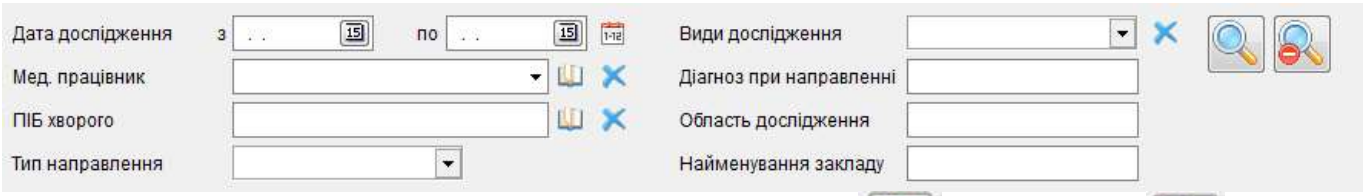
Зайшовши в програму під працівником кабінету УЗД з відповідними правами доступу, користувачеві відкриється головне вікно кабінету, де будуть відображені дослідження, виконані за останній місяць цим лікарем.



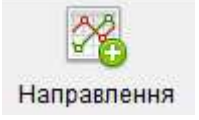
Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити нове дослідження для пацієнта. **«Копія»** - створює копію дослідження і відкриває його. Кнопки **«Змінити»** та **«Вилучити» -** змінює і видаляє тільки ті дослідження, які були занесені даним лікарем. В противному разі програма видасть повідомлення.



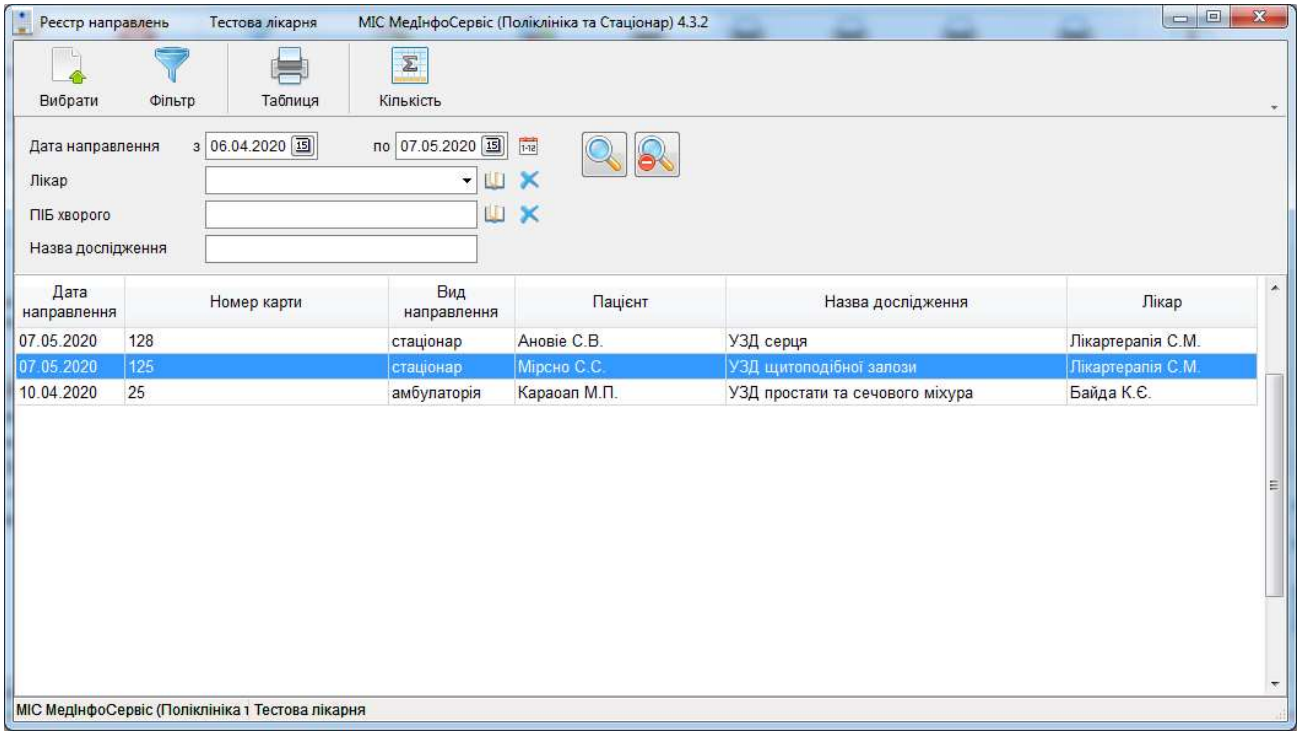
«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по дослідженням.



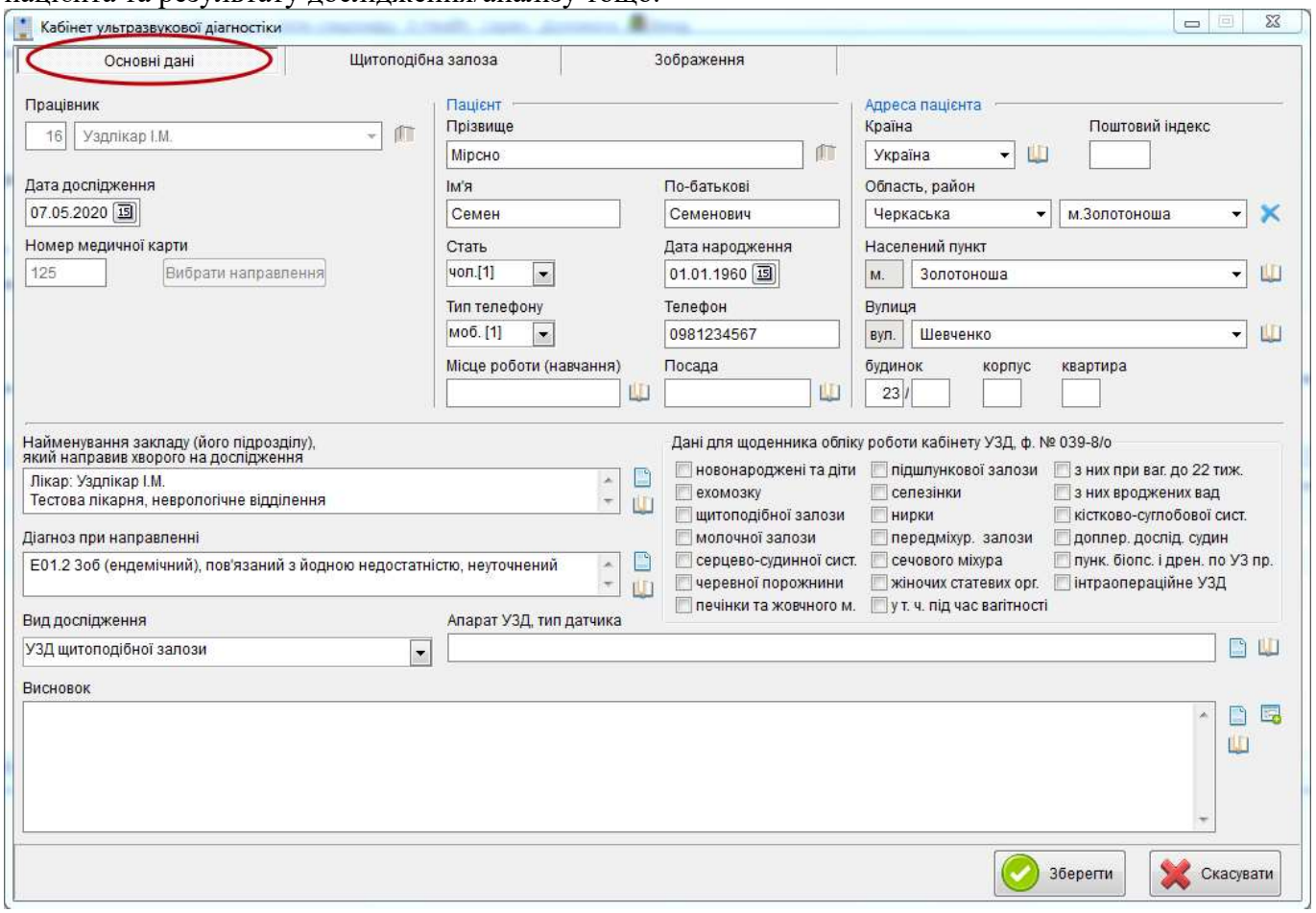
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

«Направлення» 

- відкриває перед працівником кабінету список пацієнтів, які були направлені на дослідження із амбулаторії або стаціонару за останній місяць.



Для вибору направлення необхідно двічі натиснути на нього або, натиснувши один раз і **«Вибрати».** В результаті, відкриється вікно (закладка **«Дослідження»**) для внесення даних пацієнта та результату дослідження/аналізу тощо.

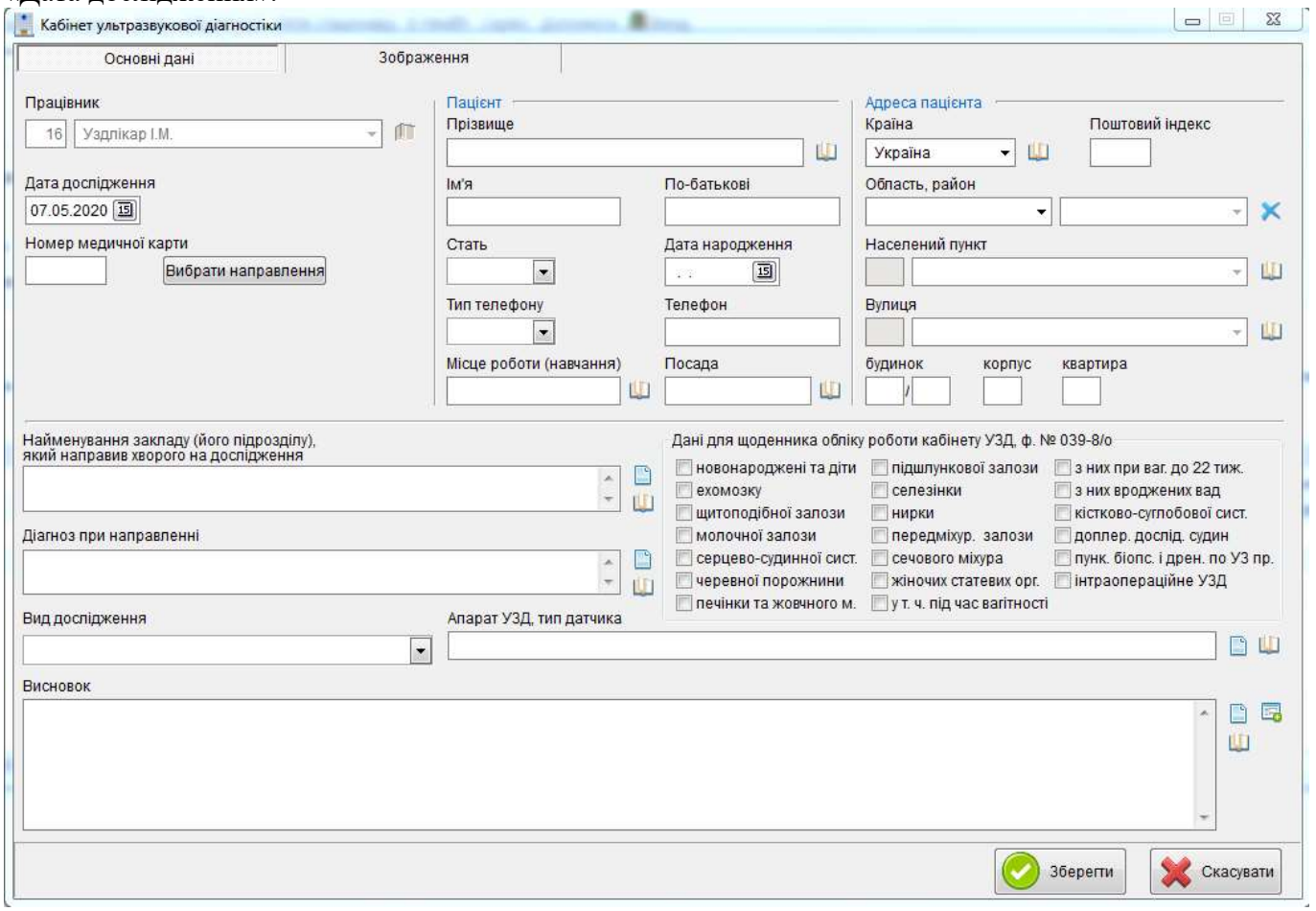


У випадку (як на малюнку зверху), якщо дослідження здійснюється **по направленню** автоматично заповнюються дані про пацієнта з амбулаторної чи стаціонарної карти пацієнта, найменування закладу, діагноз при направленні, вид дослідження.

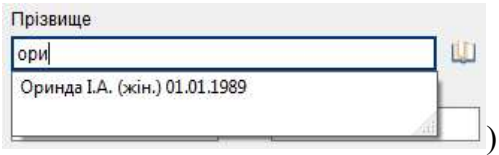
Працівнику кабінету залишиться заповнити протокол УЗД в закладках і, головне, **«Висновок»**.

У разі, якщо до лікаря, пацієнт прийшов з самозверненням або з паперовим направленням, то користувачу необхідно створити такий запис самостійно через кнопку

«Новий». Вікно, яке з’явиться матиме автоматично заповненими тільки поля «Працівник» та «Дата дослідження».

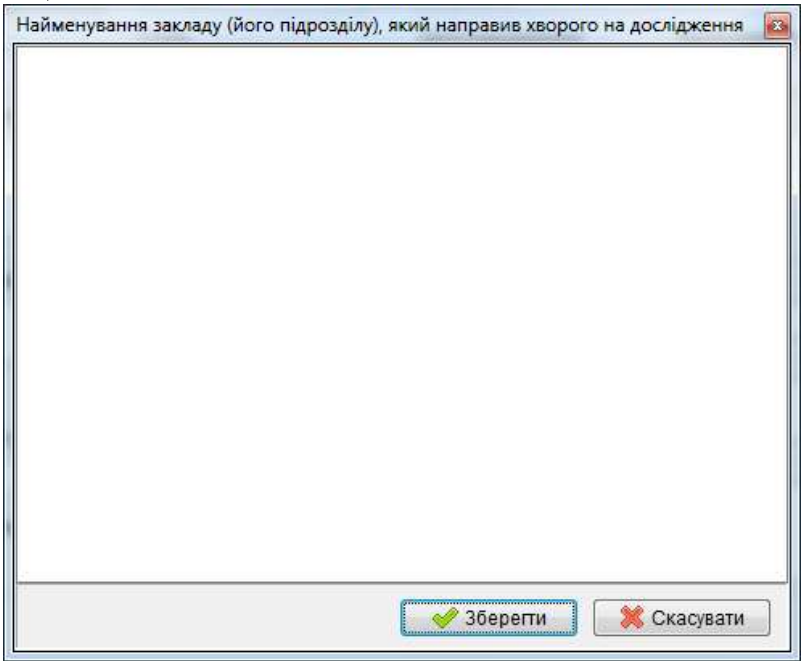


Для внесення даних про пацієнта, його можна вибрати з реєстру пацієнтів (за допомогою кнопки або ввівши перші три літери прізвища і обрати з переліку

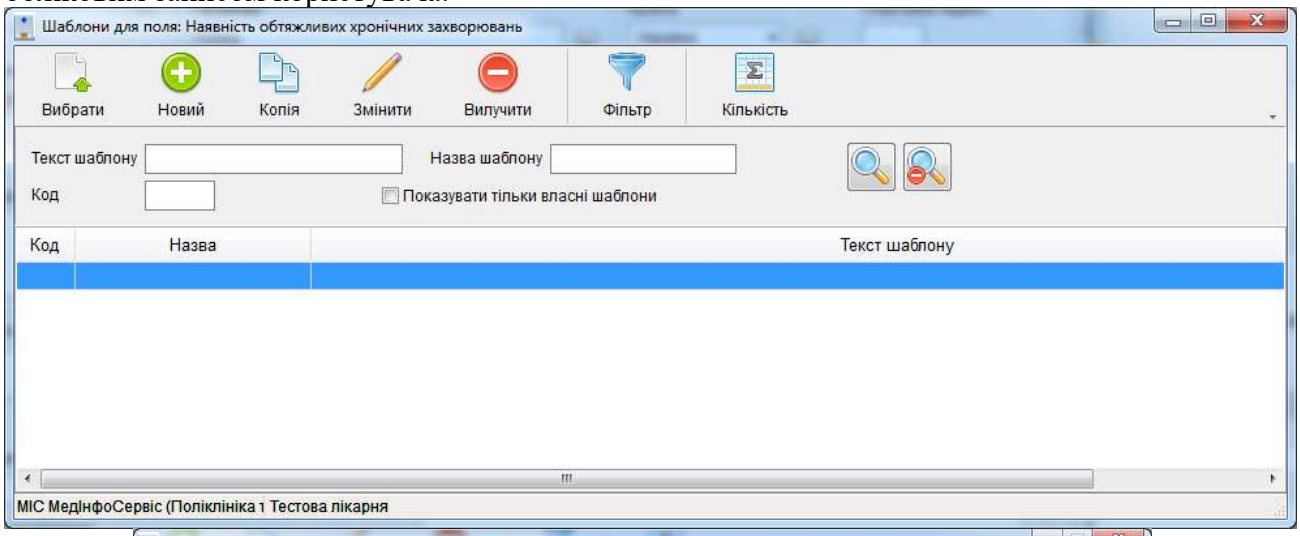


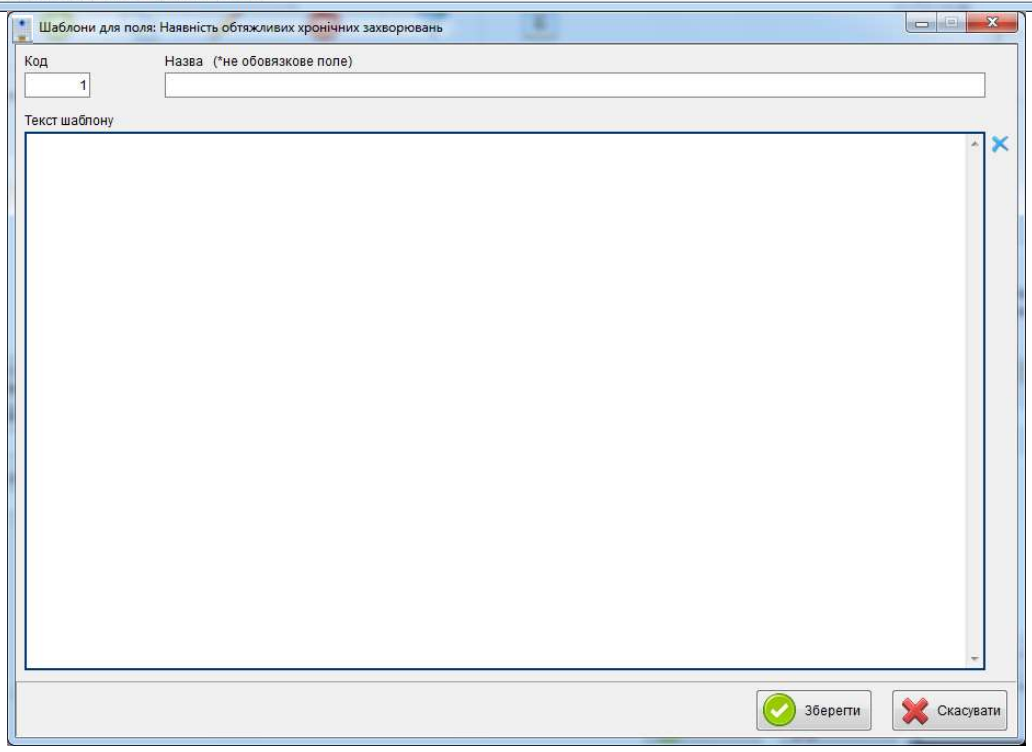
) або внести дані нового в даному вікні. Мінімальна кількість полів для заповнення пацієнта це: ПІБ, стать та дата народження.

Кнопка , яка розташована біля деяких полів дає можливість ввести більше необхідної інформації:



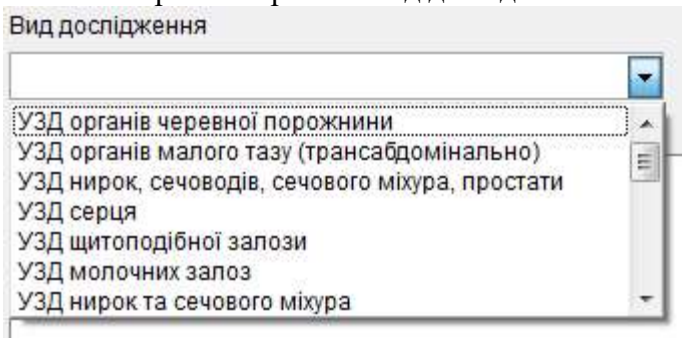
Кнопка біля одних полів (таких як, «Країна», «населений пункт», «Вулиця» тощо), дає можливість вибрати з готового довідника бази, а біля інших («Найменування закладу..», «Діагноз при направленні», «Апарат УЗД, тип датчика», «Висновок») дає можливість створити власні шаблони, якими найчастіше користуються в роботі. **«Показувати власні шаблони»** означає, що лікар буде бачити тільки ті шаблони, які він створив під своєю обліковим записом користувача.



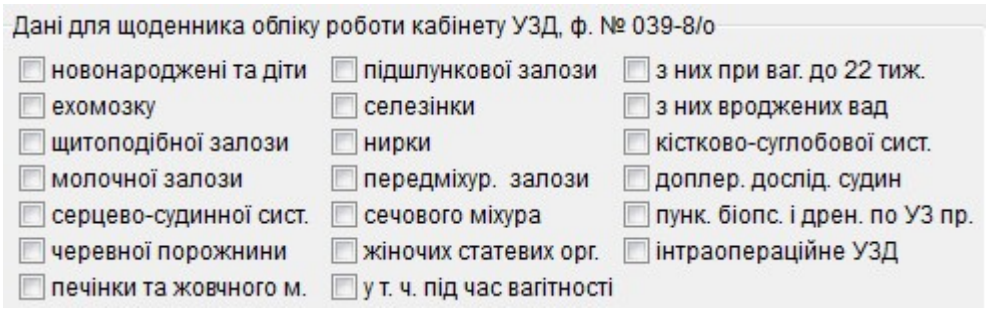


Після того, як працівник внесе всі дані про пацієнта, найменування закладу, діагноз при направленні, необхідно:

- Вибрати потрібний вид дослідження зі списку



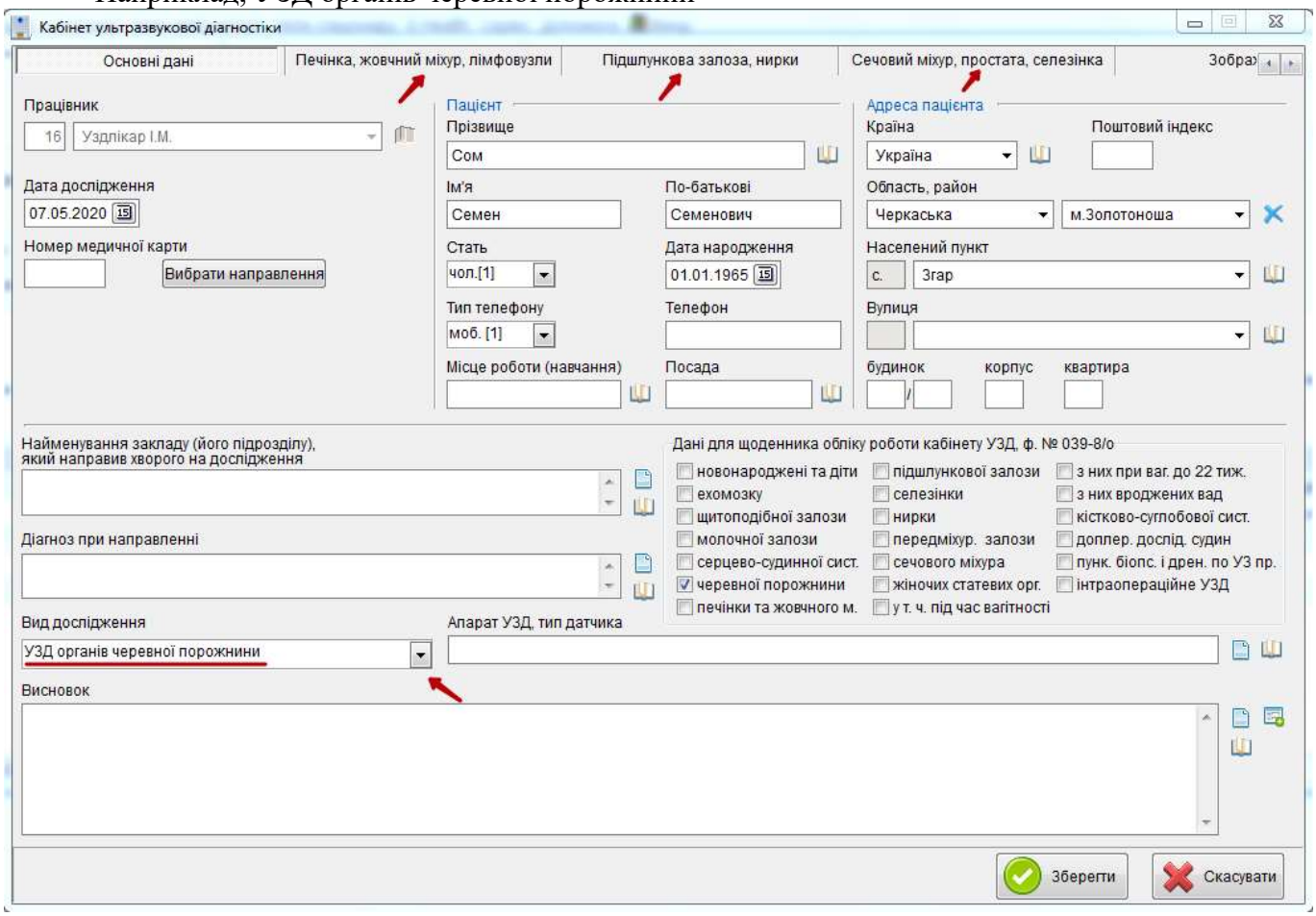
- Галочкою відмітити потрібний вид дослідження для щоденника 039-8/о



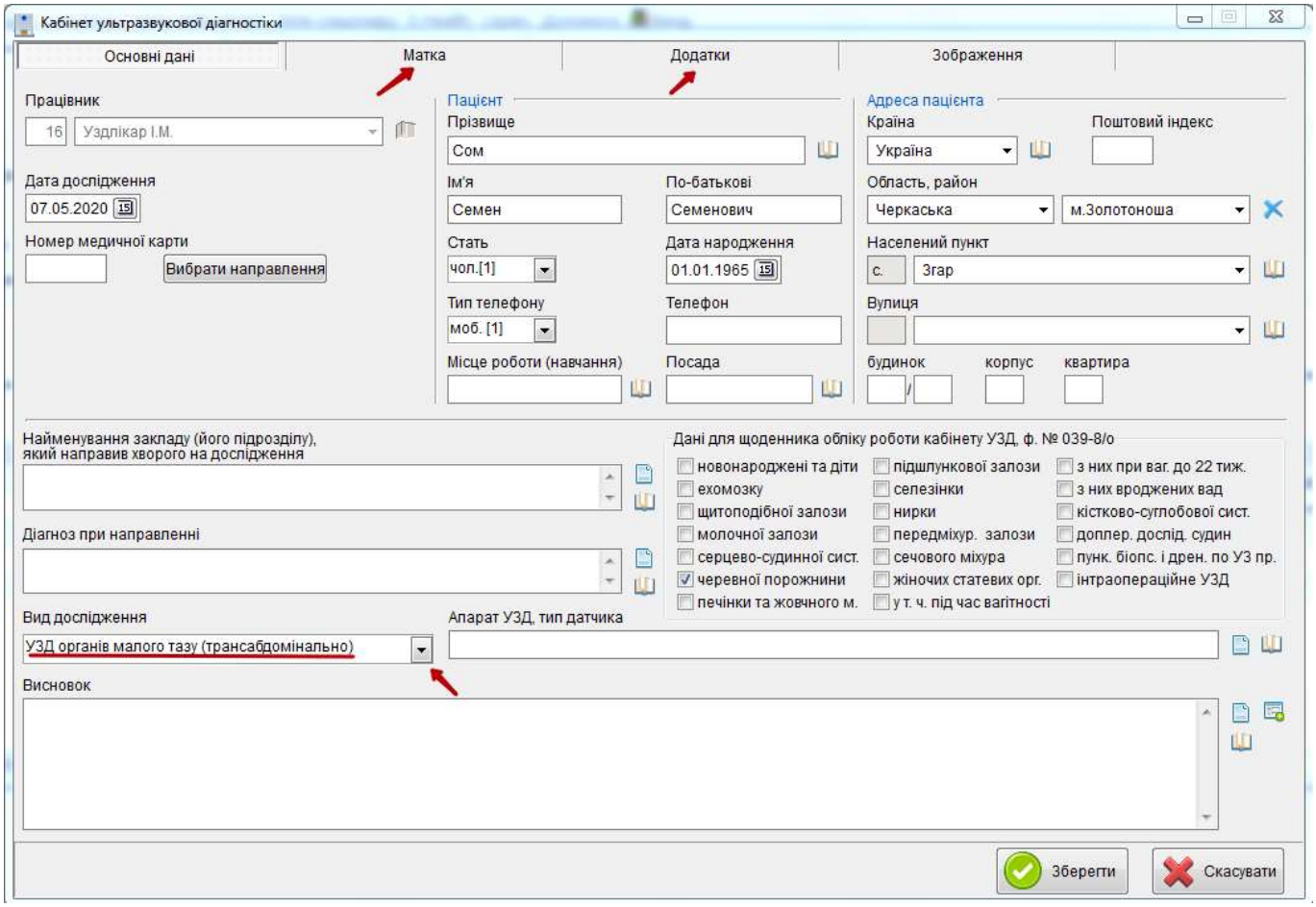
- Вказати апарат УЗД та тип датчика можливо як заповнивши поле, або вибравши із раніше внесеного шаблону.

В залежності від обраного виду дослідження зі списку, з’являються відповідні закладки для заповнення протоколу дослідження УЗД.

Наприклад, УЗД органів черевної порожнини

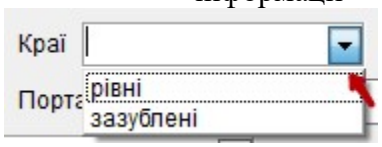


або УЗД органів малого тазу



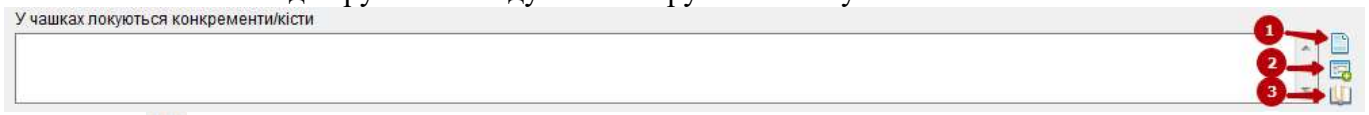
В закладках необхідно заповнити всі потрібні поля. Для цього в програмі представлений різновид внесення інформації:

- за допомогою випадаючих списків, з можливістю внесення додаткової інформації

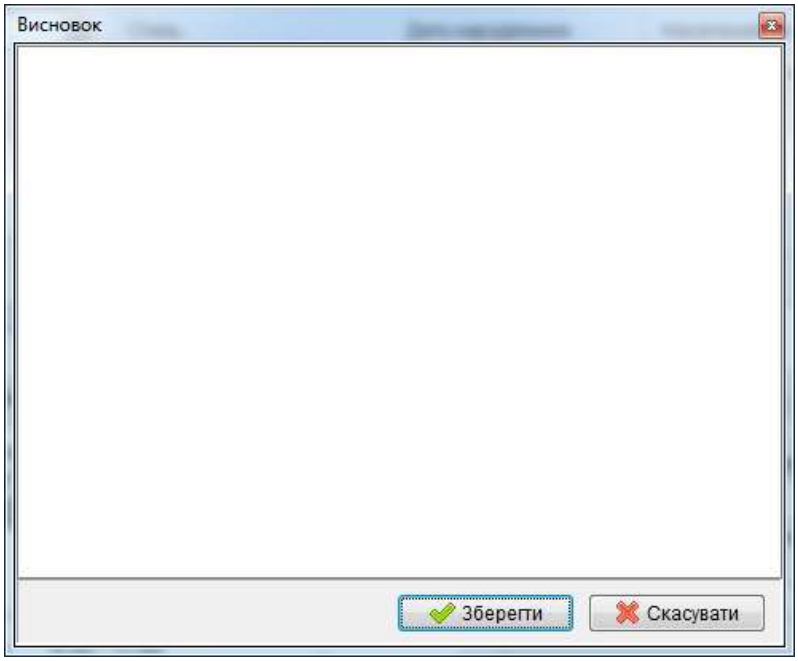


- вручну вводиться інформація

;
- є поля для ручного вводу або вибору із шаблону:

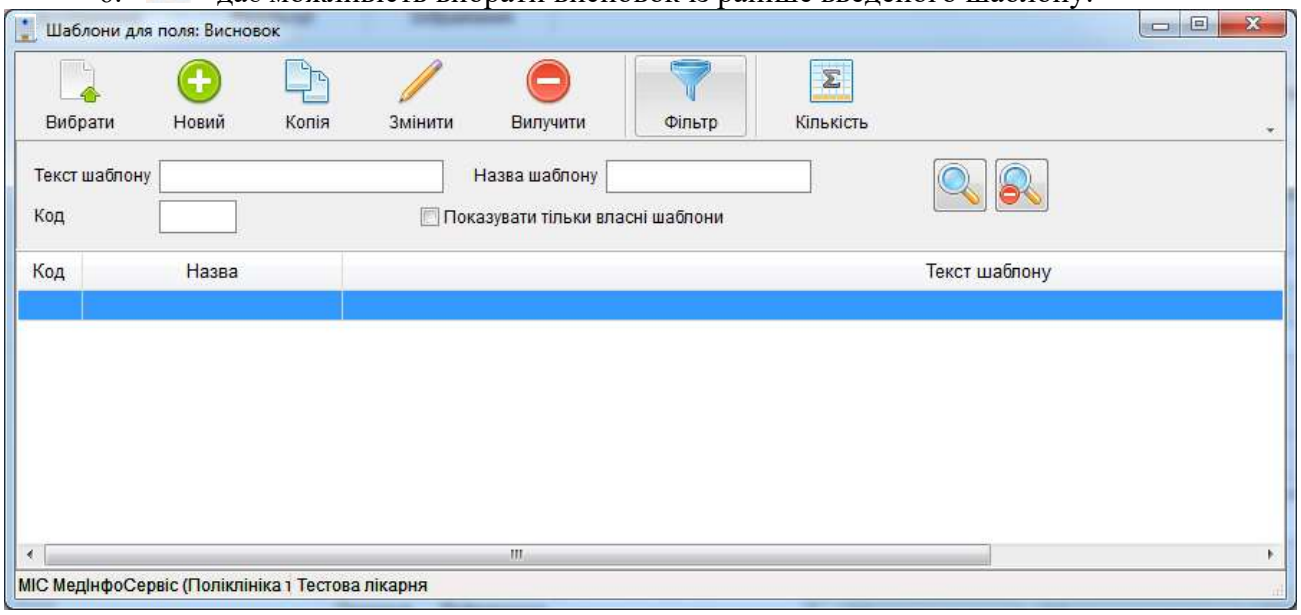


4. - відкриває поле для внесення та читання більше необхідної інформації.

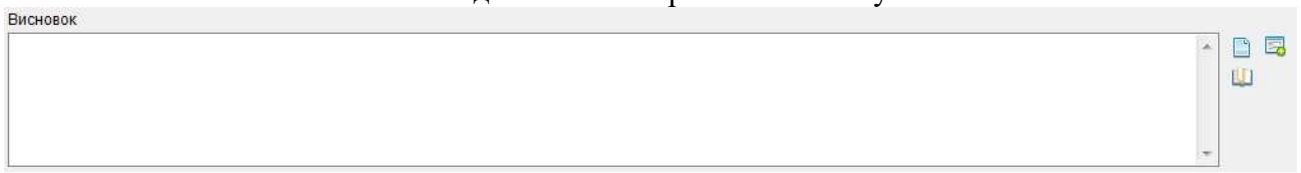


5. - при натисканні з’являється вікно для заповнення готової форми

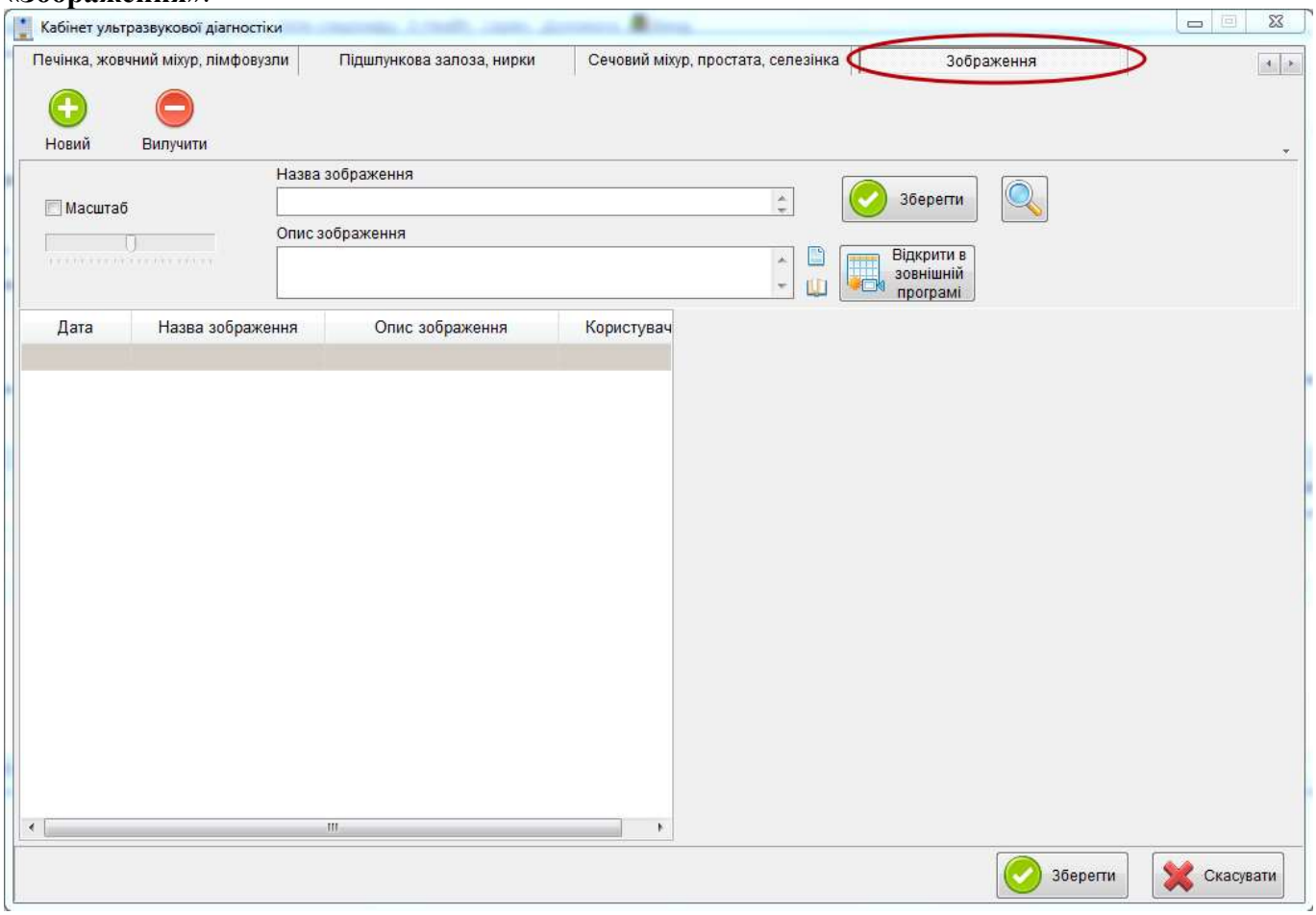
6. - дає можливість вибрати висновок із раніше введеного шаблону.



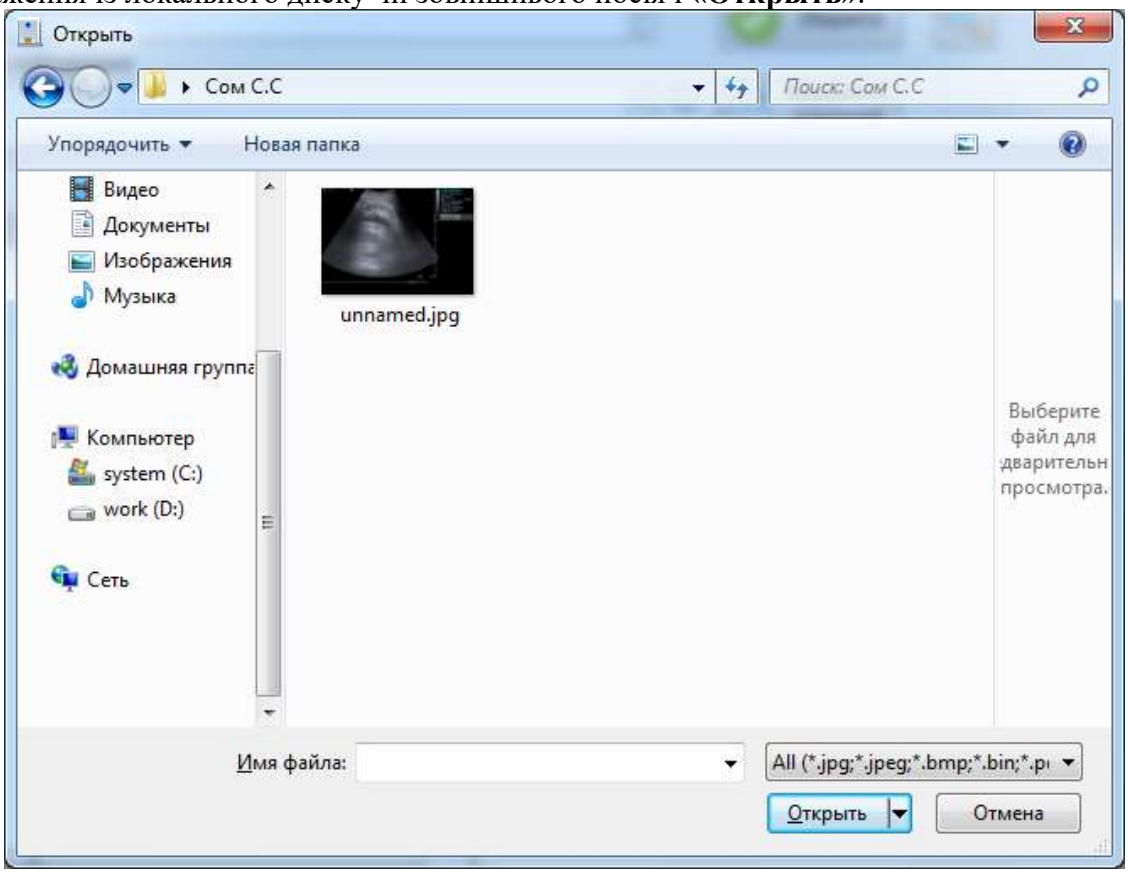
Відповідно внесеним показникам у вкладках в кабінеті УЗД, в поле **«Висновок»** є можливість автоматично заповнити на підставі показників, за допомогою кнопки , заповнити самостійно поле або за допомогою обраного шаблону.



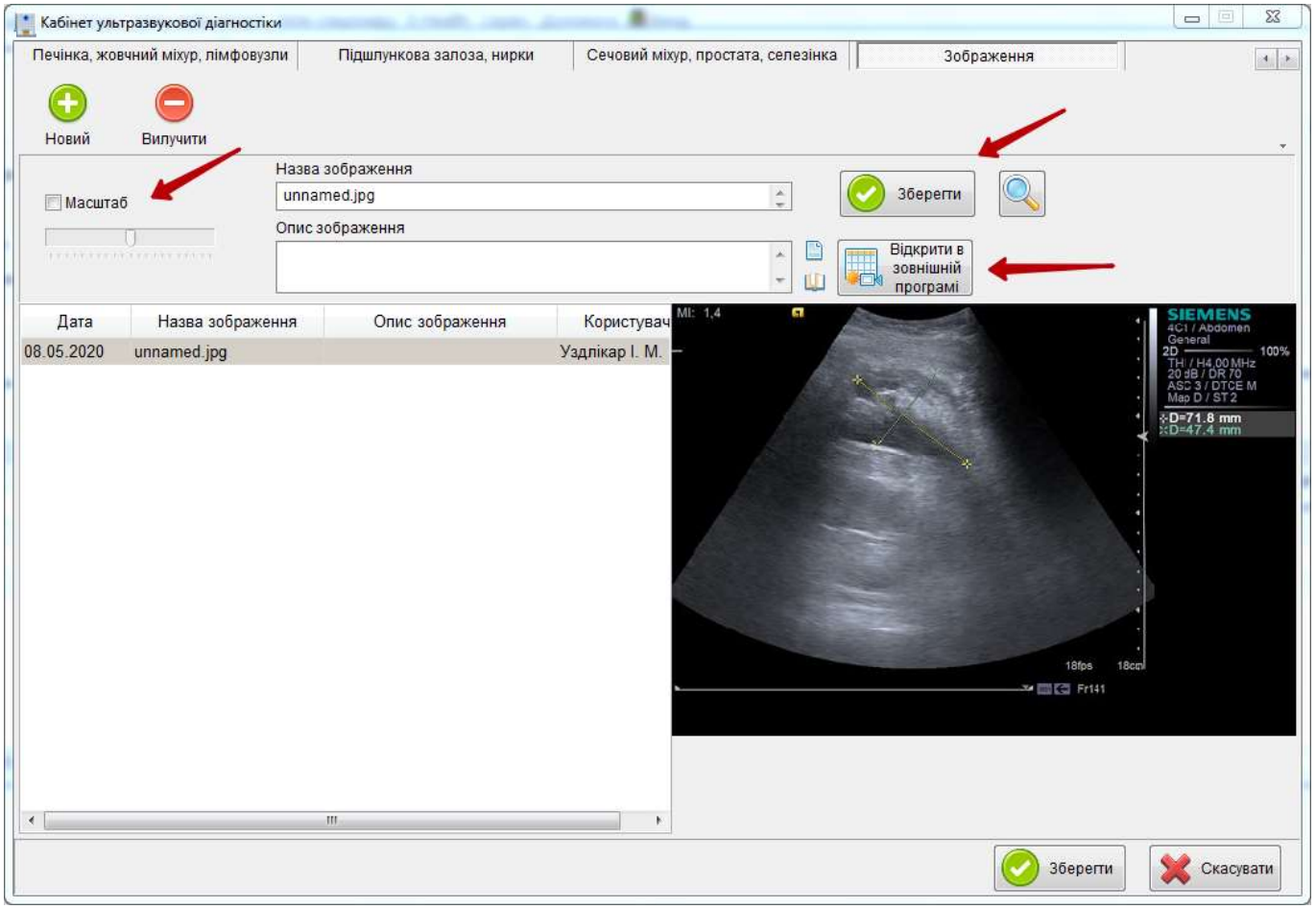
В модулі «Кабінет УЗД» для кожного виду дослідження є можливість «прикріпити» зображення до дослідження (наприклад, скановану копію), завантаживши його у вкладці **«Зображення»**.



Для завантаження нового зображення необхідно натиснути **«Новий»**, обрати зображення із локального диску чи зовнішнього носія і **«Открыть»**.

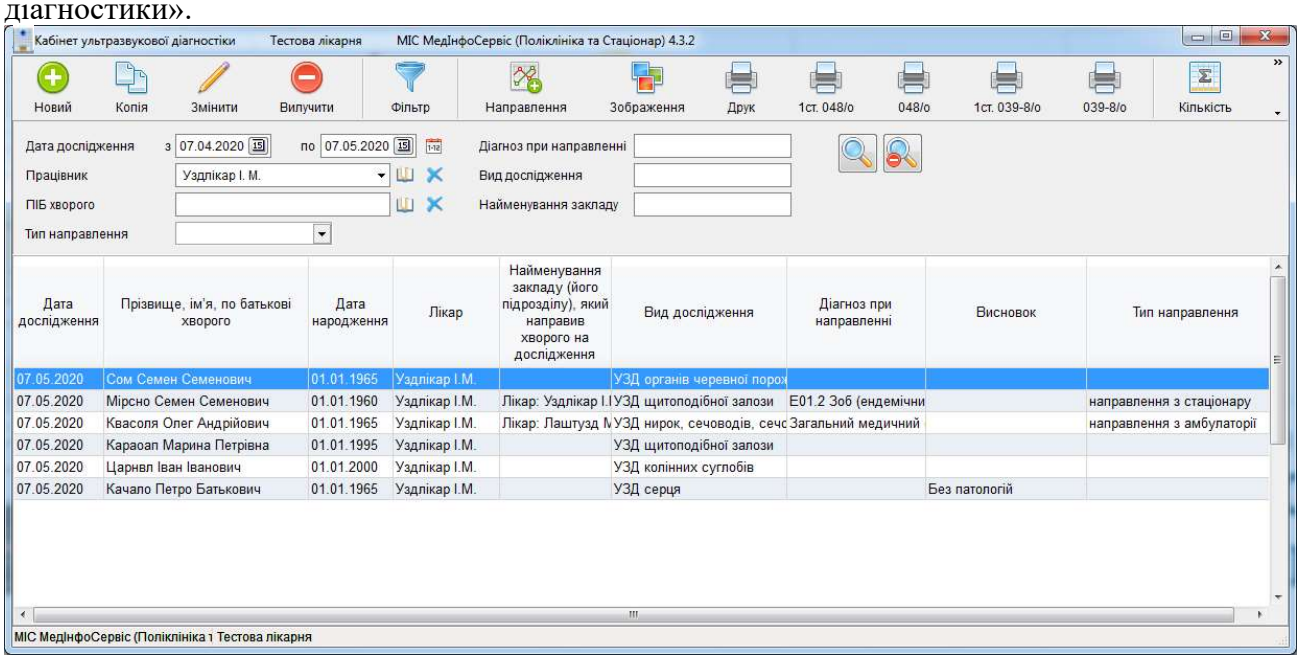


Відкрите зображення з’явиться у вікні

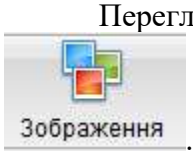


Натиснувши у верхній частині вікна кнопку **«Зберегти»**, можна переходити до завантаження наступних зображень. Також є можливість скористатися масштабом, при потребі, або відкрити зображення в зовнішній програмі.

Всі виконані дослідження (по направленню і без) автоматично відображаються в електронній медичній карті амбулаторного або стаціонарного пацієнта в розділі **«Результати обстежень»**, а також формуються в список у головному вікні модуля «Кабінет ультразвукової діагностики».



Переглянути всі завантажені зображення можливо за допомогою кнопки

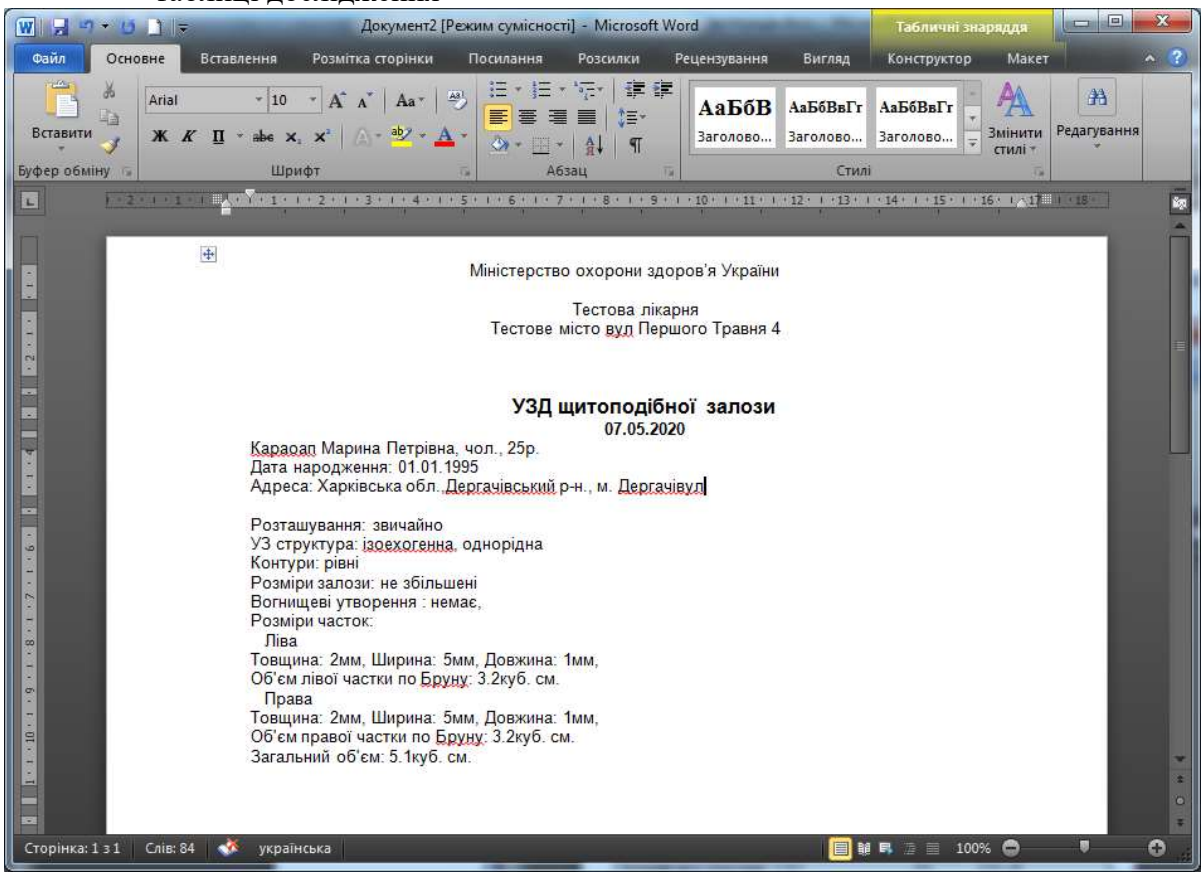


.

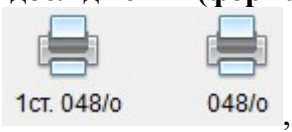
В кабінеті ультразвукової діагностики є кнопки для друку:

-

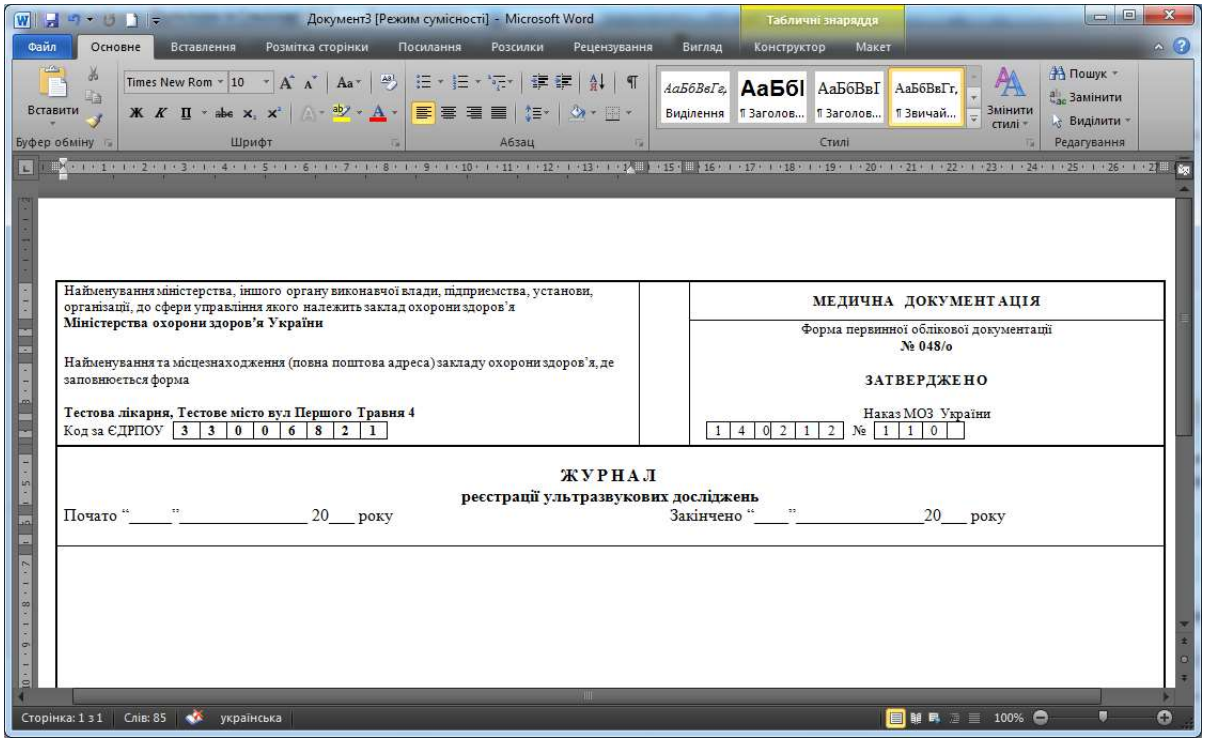
- сформує в документ Word або LibreOffice Writer результат обраного в таблиці дослідження

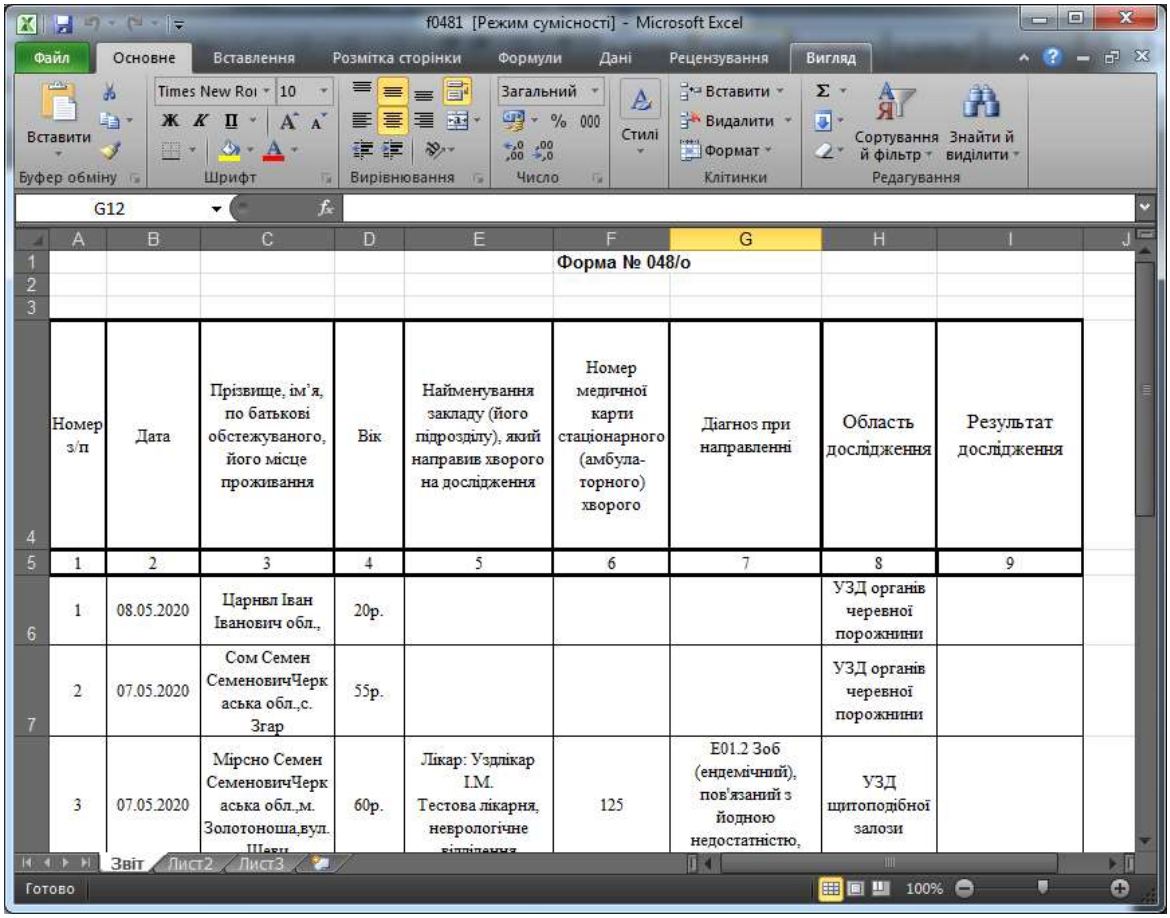


- **«Журнал реєстрації ультразвукових досліджень» (форма № 048/о)**

Для друку журналу 048/о використовують кнопки 

, де перша сторінка виводиться в документ Word або LibreOffice Writer, а таблиця в документ Excel або в LibreOffice Calc.



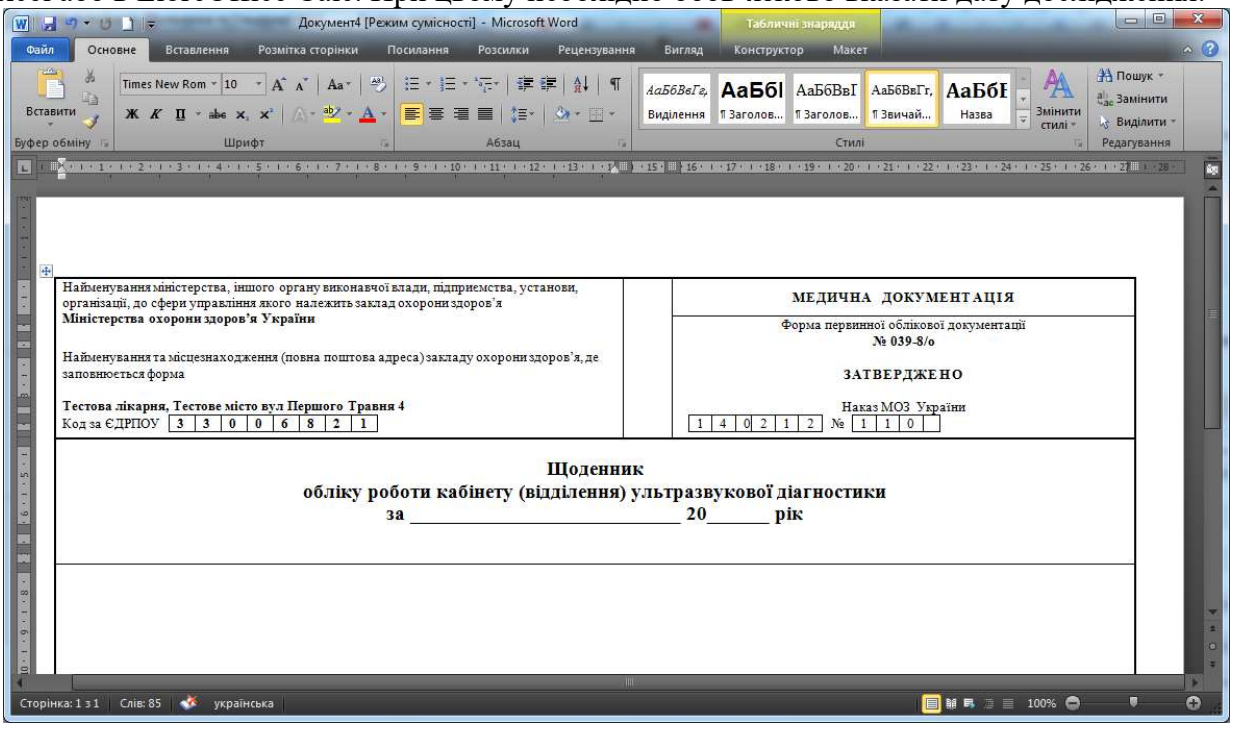


Форма № 048/о

Номер з/п	Дата	Прізвище, ім'я, по батькові обстежуваного, його місце проживання	Вік	Найменування закладу (його підрозділу), який направив хворого на дослідження	Номер медичної карти стаціонарного (амбула-торного) хворого	Діагноз при направленні	Область дослідження	Результат дослідження
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	08.05.2020	Царнвл Іван Іванович обл.,	20р.				УЗД органів черевної порожнини	
2	07.05.2020	Сом Семен СеменовичЧерк аська обл.,с. Згар	55р.				УЗД органів черевної порожнини	
3	07.05.2020	Мірсно Семен СеменовичЧерк аська обл.,м. Золотоноша,вул. Шевч	60р.	Лікар: Уздлікар І.М. Тестова лікарня, неврологічне відділення	125	Е01.2 Зоб (ендемічний), пов'язаний з йодною недостатністю,	УЗД щитоподібної залози	

- **«Щоденник обліку роботи кабінету (відділення) ультразвукової діагностики» (форма № 039-8/о)**

Для друку щоденника 039-8/о використовують кнопки , де перша сторінка виводиться в документ Word або LibreOffice Writer, а таблиця в документ Excel або в LibreOffice Calc. При цьому необхідно обов'язково вказати дату дослідження.



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я
Міністерства охорони здоров'я України

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма

Тестова лікарня, Тестове місто вул Першого Травня 4
Код за ЄДРПОУ 3 3 0 0 6 8 2 1

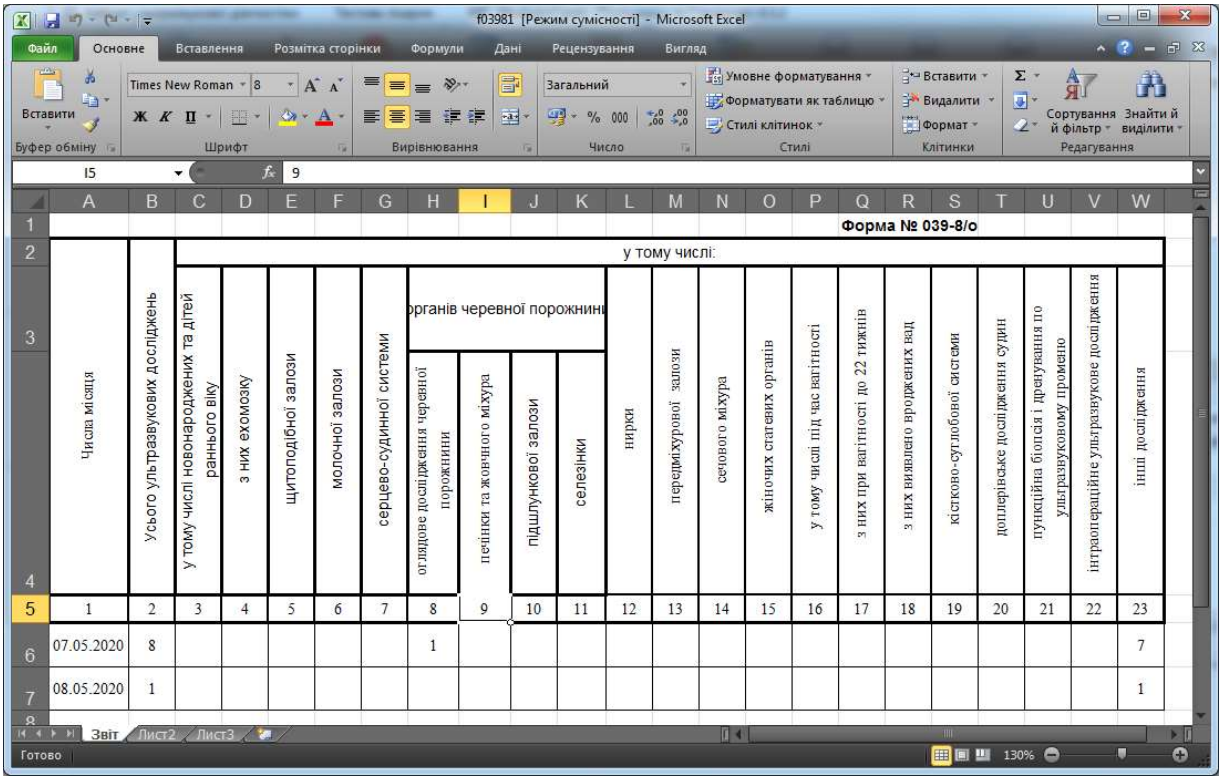
МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

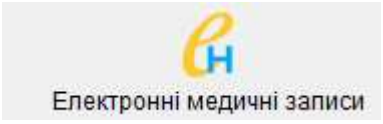
Форма первинної облікової документації
№ 039-8/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України
1 4 0 2 1 2 № 1 1 0

Щоденник
обліку роботи кабінету (відділення) ультразвукової діагностики
за _____ 20_____ рік



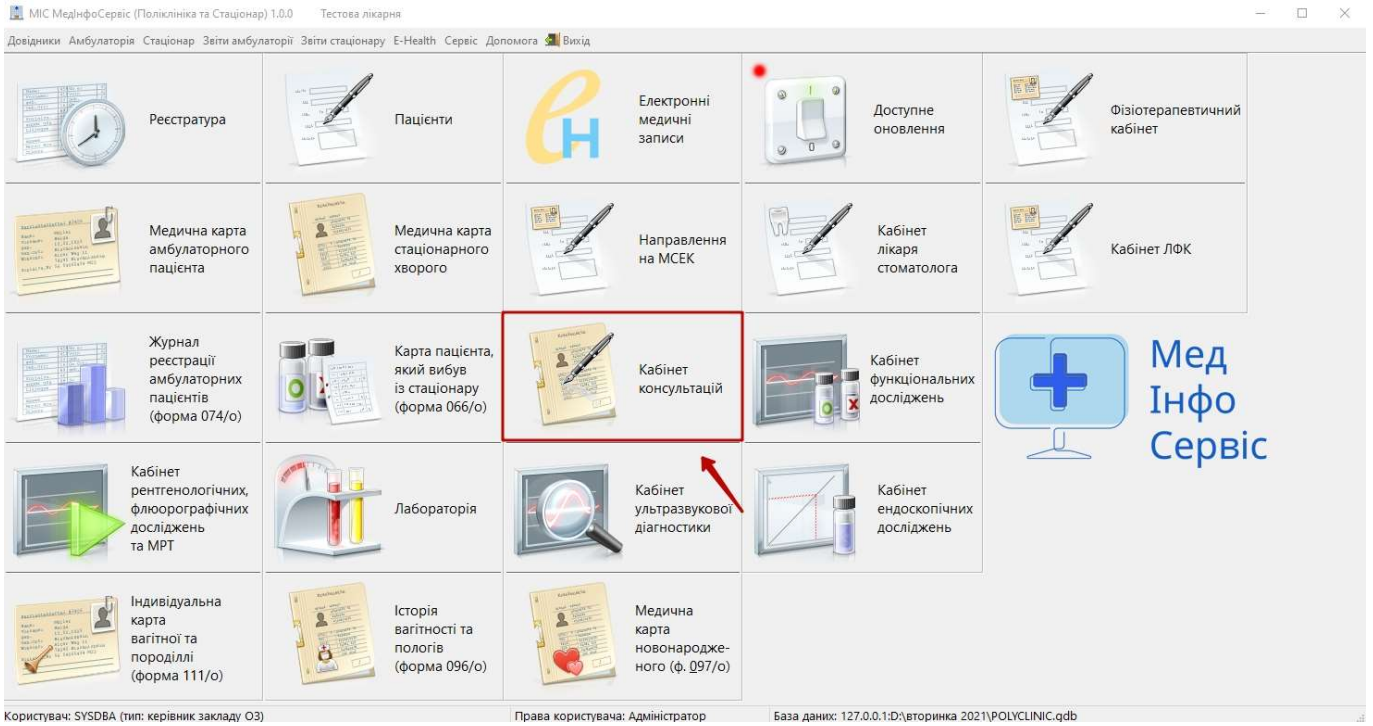
«Електронні медичні записи» 

- перехід до електронних медичних записів обраного із списку пацієнта.

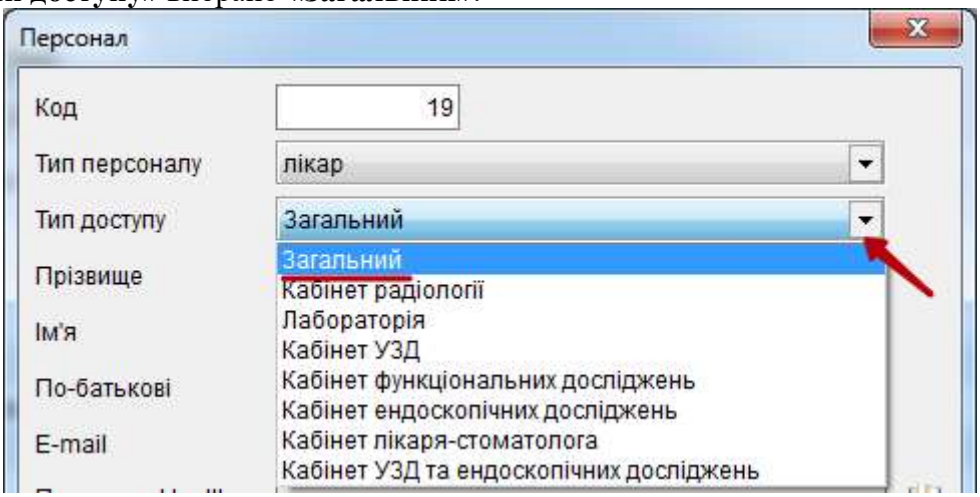
«Кількість» - розраховує кількість записів, в залежності від налаштування фільтраційної панелі.

11.18 Кабінет консультацій

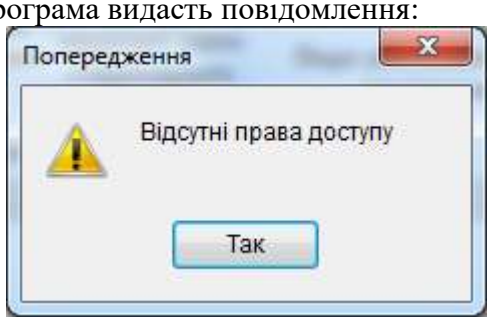
Знайти даний модуль можна в пункті меню **«Амбулаторія»**, **«Стаціонар»** та, для зручності, його розміщено на головному вікні програми, яке з'являється після запуску програми.



Зверніть увагу! В кабінеті мають право працювати ті лікарі, у яких в **«Персонал»** в пункті **«Тип доступу»** вибрано **«Загальний»**.

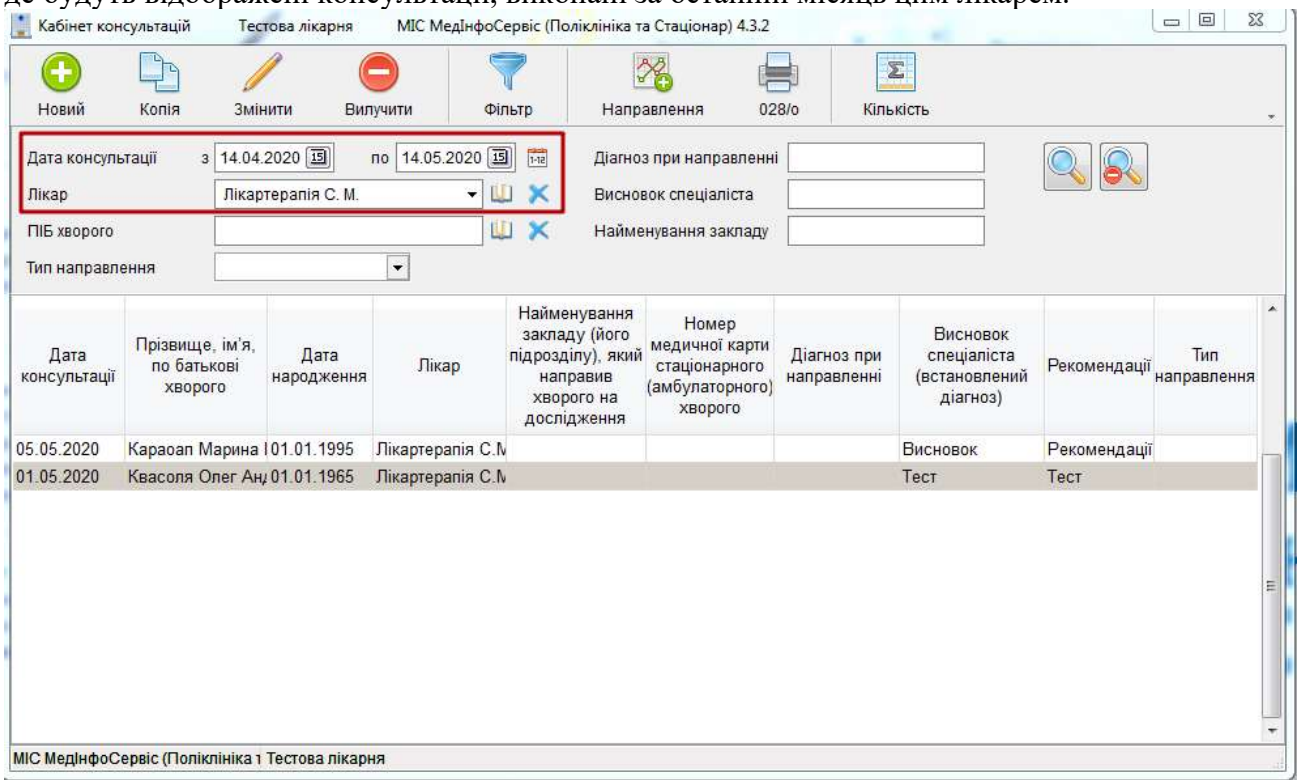


В противному разі, програма видасть повідомлення:

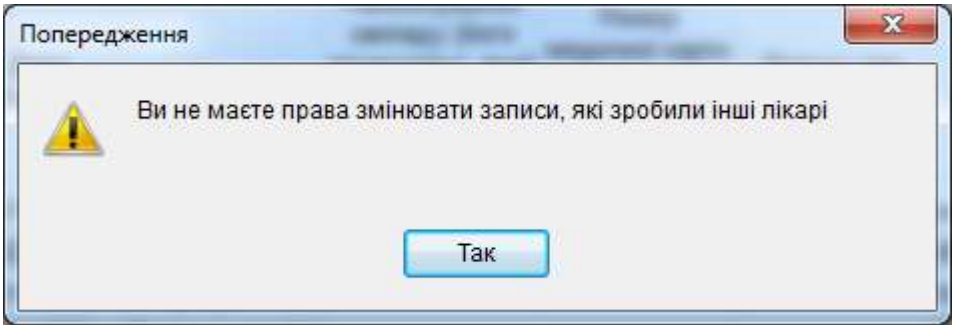


Модуль «Кабінет консультацій», дозволяє вести облік консультацій лікарями.

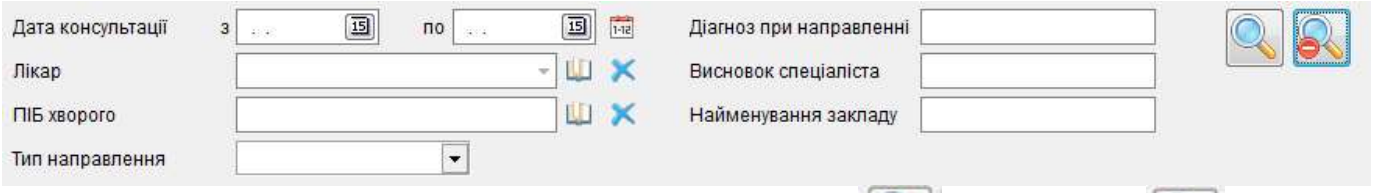
Зайшовши в програму під лікарем, користувачеві відкриється головне вікно кабінету, де будуть відображені консультації, виконані за останній місяць цим лікарем.



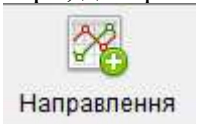
Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити нове дослідження для пацієнта. **«Копія»** - створює копію дослідження і відкриває його. Кнопки **«Змінити»** та **«Вилучити» -** змінює і видаляє тільки ті дослідження, які були занесені даним лікарем. В противному разі програма видасть повідомлення.



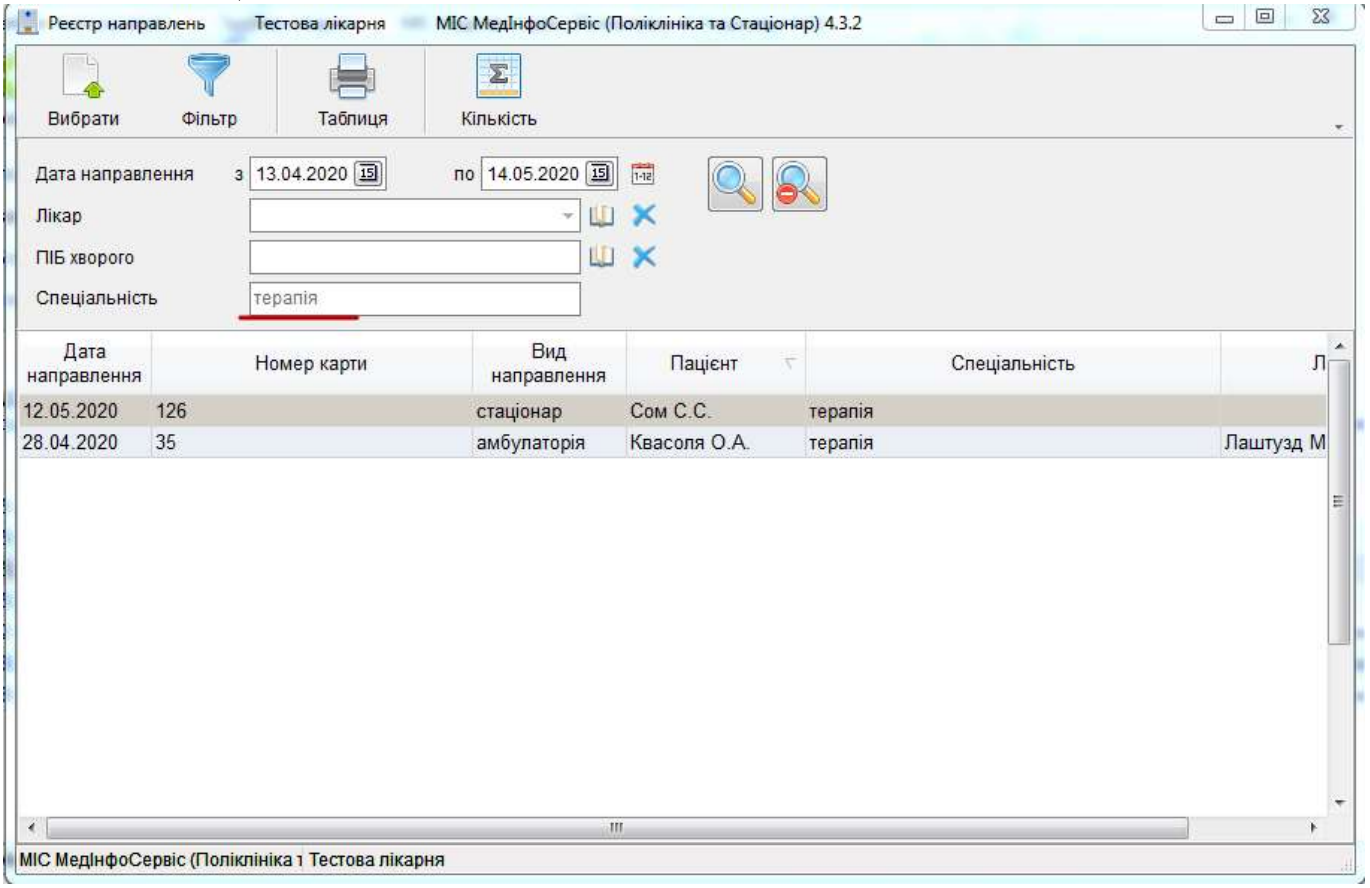
«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по дослідженням.



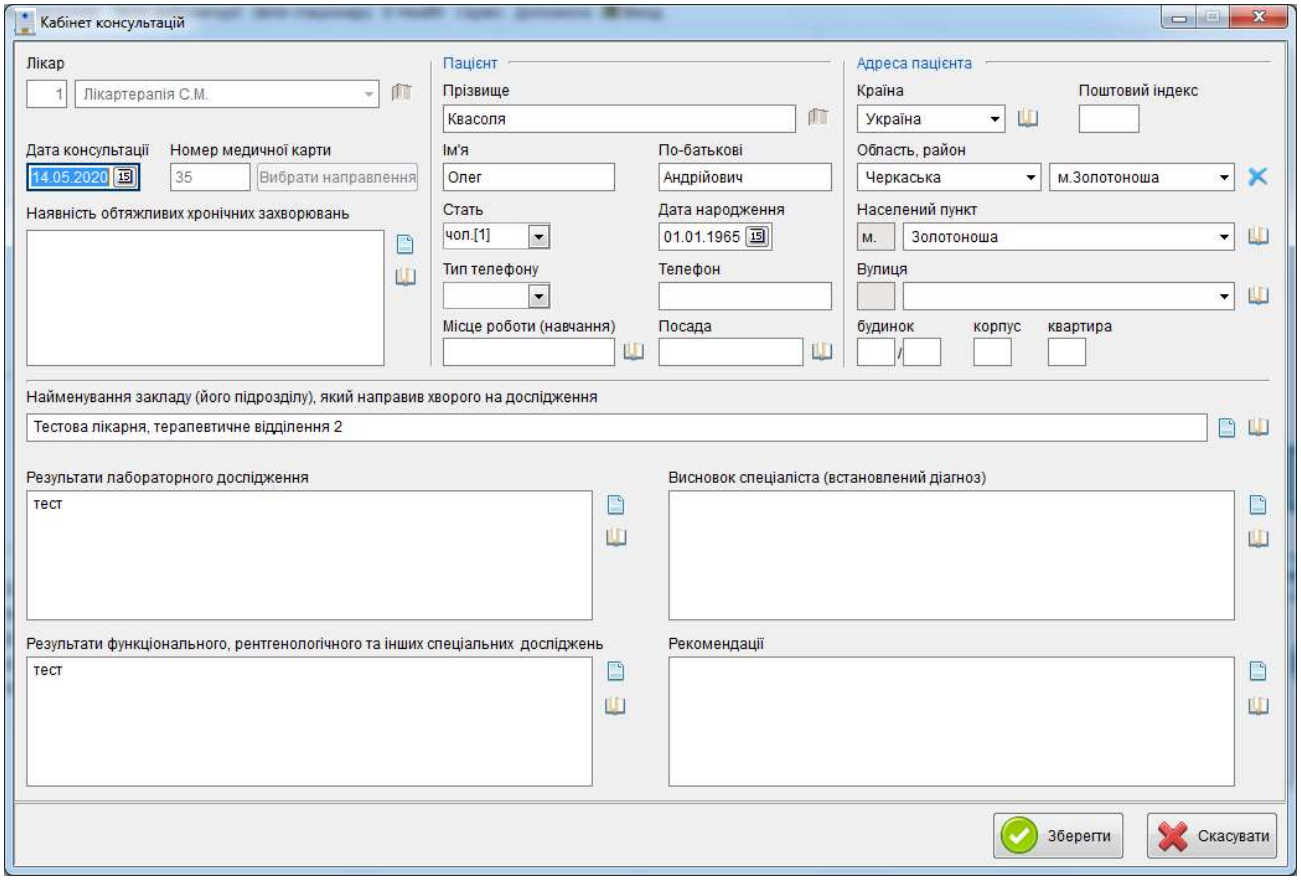
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

«Направлення» 

- відкриває перед працівником кабінету список пацієнтів, які були направлені на консультацію по спеціальності даного лікаря із амбулаторії за останній місяць.



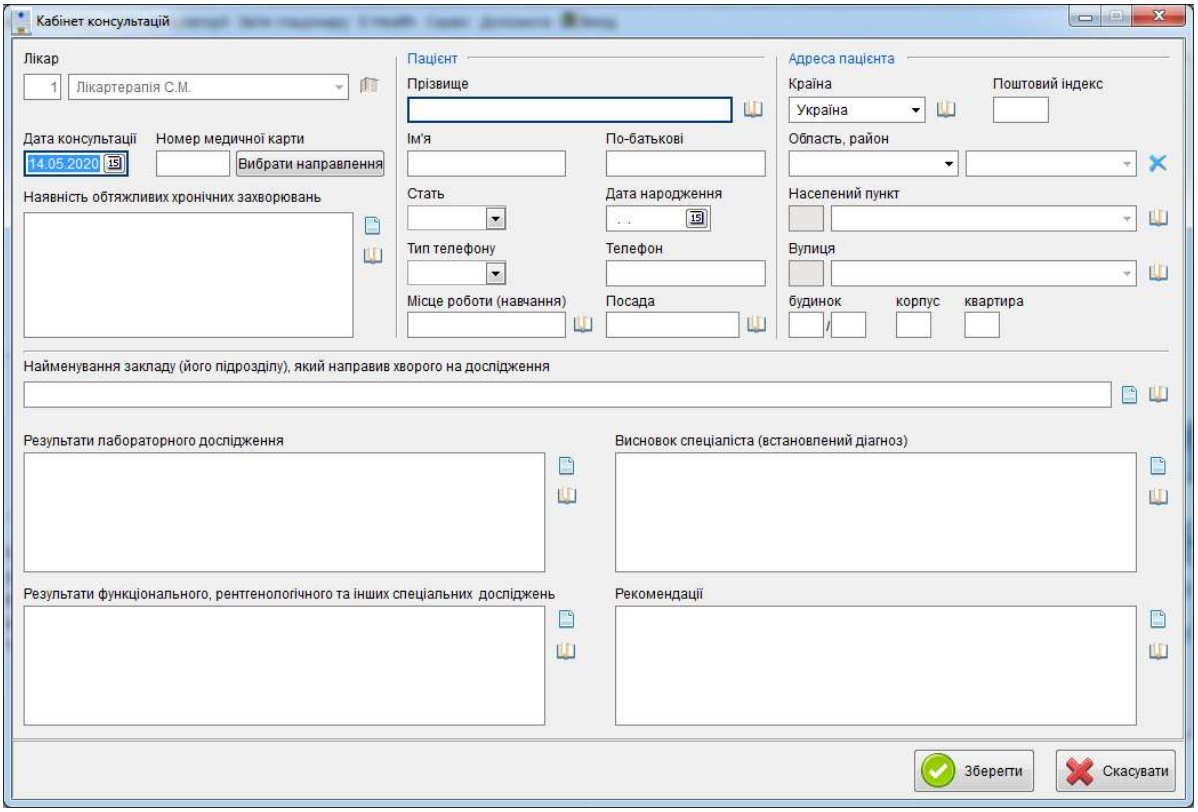
Для вибору направлення необхідно двічі натиснути на нього або, натиснувши один раз і **«Вибрати».** В результаті, відкриється вікно (закладка **«Основні дані»**) для внесення даних пацієнта та результату дослідження/аналізу тощо.

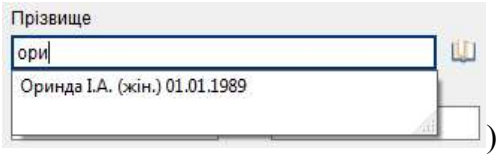


У випадку (як на малюнку зверху), якщо дослідження здійснюється **по направленню** автоматично заповнюються дані про пацієнта з амбулаторної карти пацієнта, найменування закладу, результати лабораторного та функціональних досліджень (при умові, що в амбулаторній карті 025/о ці поля були заповнені лікарем, який направляє).

Працівнику кабінету залишиться заповнити **«Висновок спеціаліста»** та **«Рекомендації»**.

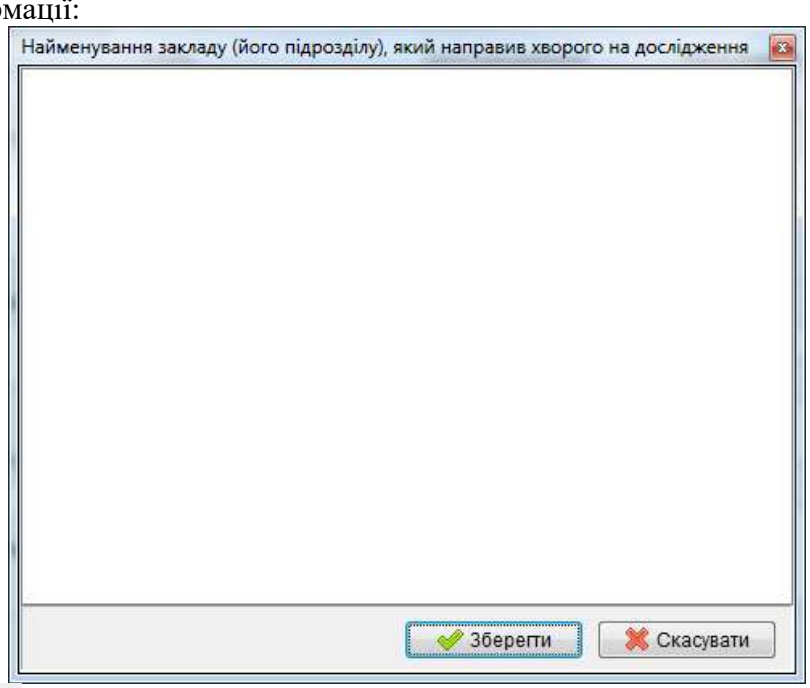
У разі, якщо до лікаря, пацієнт прийшов з самозверненням або з паперовим направленням, то користувачу необхідно створити такий запис самостійно через кнопку **«Новий».** Вікно, яке з’явиться матиме автоматично заповненими тільки поля «Лікар» та «Дата консультації».



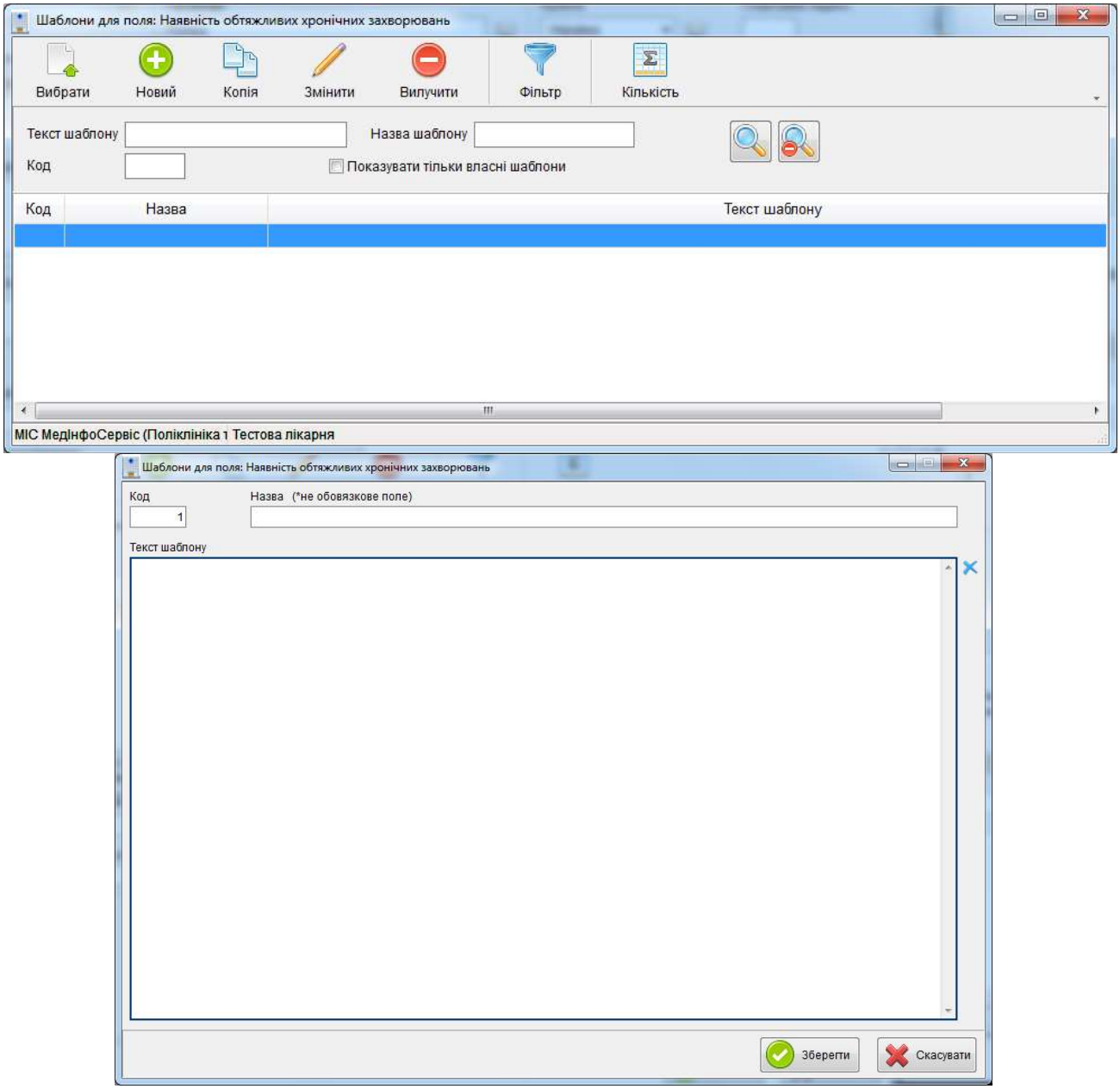
Для внесення даних про пацієнта, його можна вибрати з реєстру пацієнтів (за допомогою кнопки або ввівши перші три літери прізвища і обрати з переліку 

) або внести дані нового в даному вікні. Мінімальна кількість полів для заповнення пацієнта це: ПІБ, стать та дата народження.

Кнопка , яка розташована біля деяких полів дає можливість ввести більше необхідної інформації:

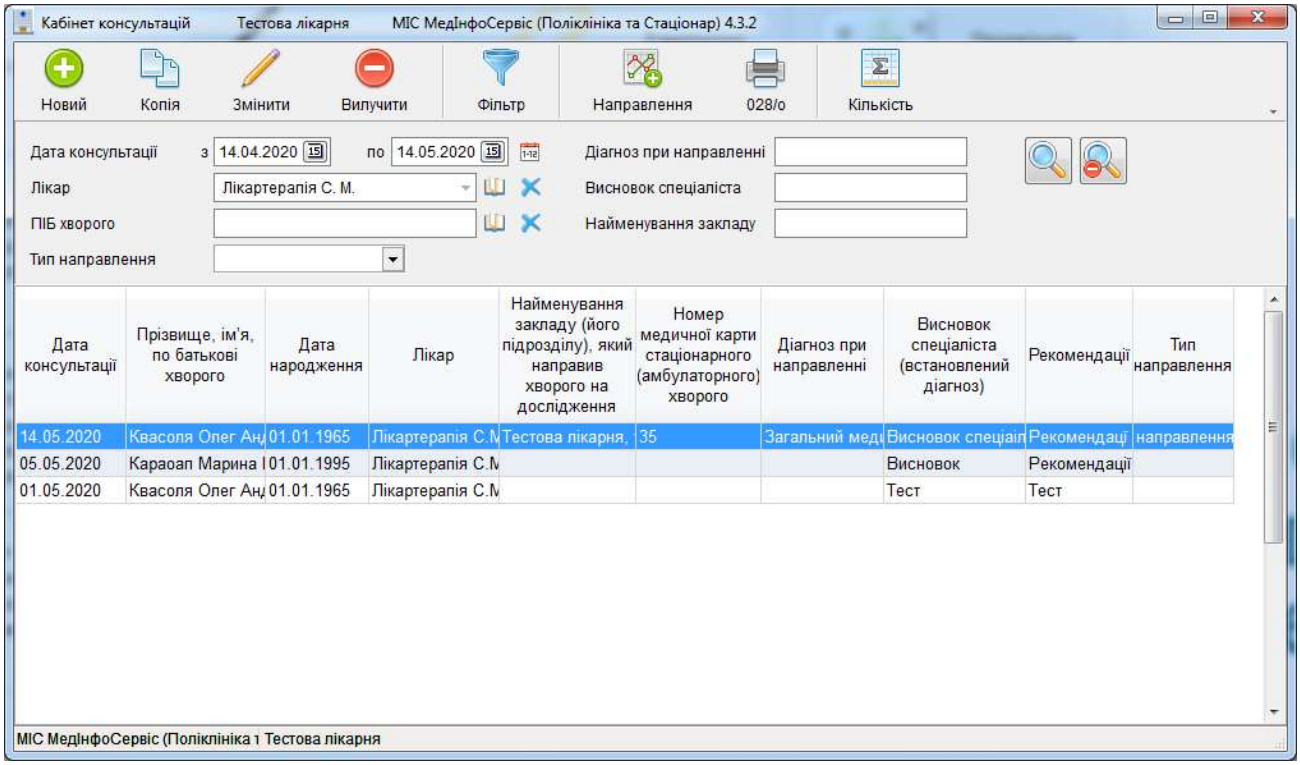


Кнопка біля одних полів (таких як, «Країна», «населений пункт», «Вулиця» тощо), дає можливість вибрати з готового довідника бази, а біля інших («Найменування закладу..», «Результати лабораторного дослідження», «Результат функціонального дослідження», «Висновок спеціаліста», «Рекомендації») дає можливість створити власні шаблони, якими найчастіше користуються в роботі. **«Показувати власні шаблони»** означає, що лікар буде бачити тільки ті шаблони, які він створив під своєю обліковим записом користувача.



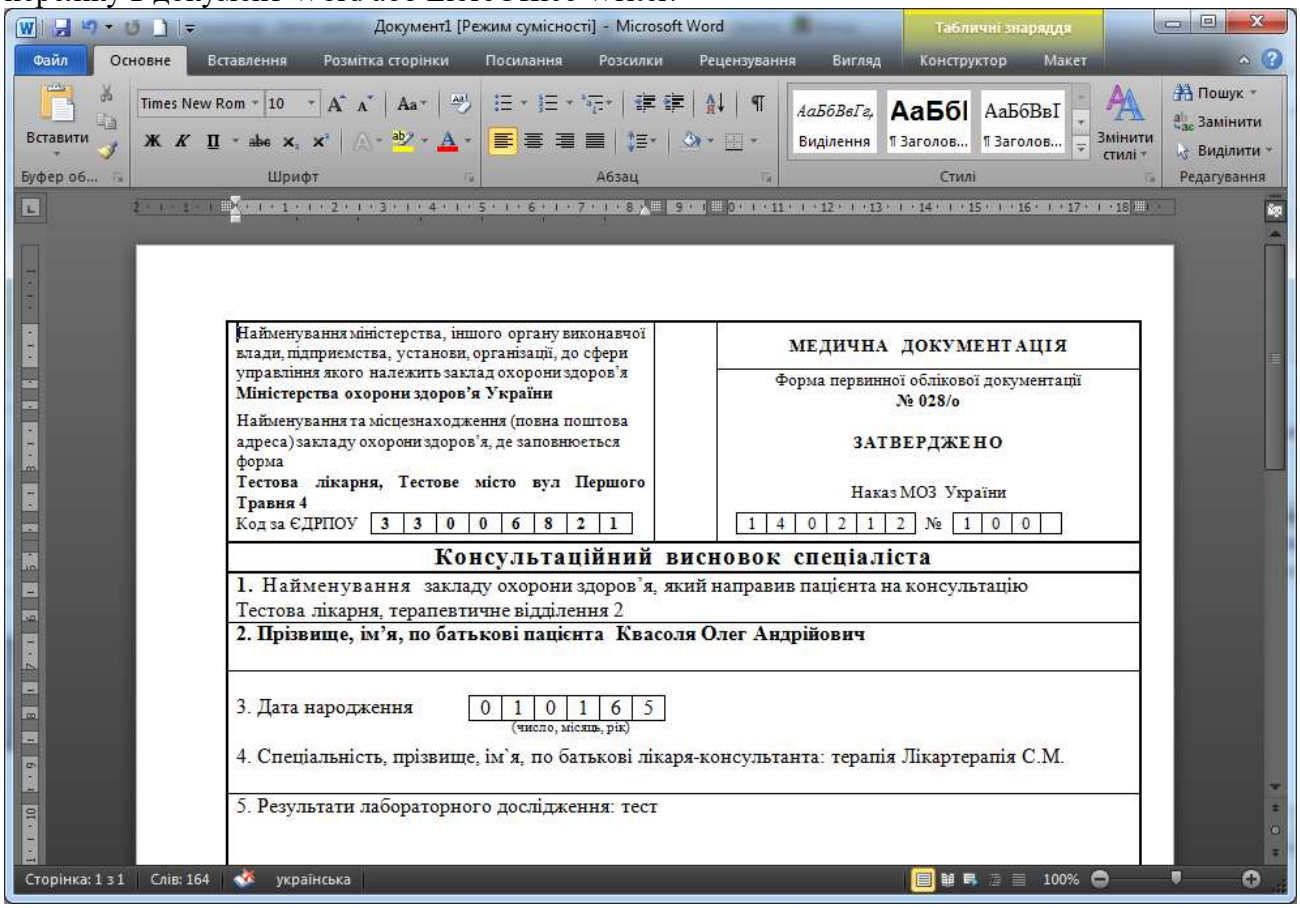
Після того, як працівник заповнить всі поля, необхідно натиснути кнопку **«Зберегти»**.

Всі виконані дослідження (по направленню і без) автоматично відображаються в електронній медичній карті амбулаторного пацієнта в розділі **«Візити і взаємодії»** та **«Результати обстежень»**, а також формуються в список у головному вікні модуля «Кабінет консультацій».



В кабінеті функціональних досліджень присутні кнопки для друку:

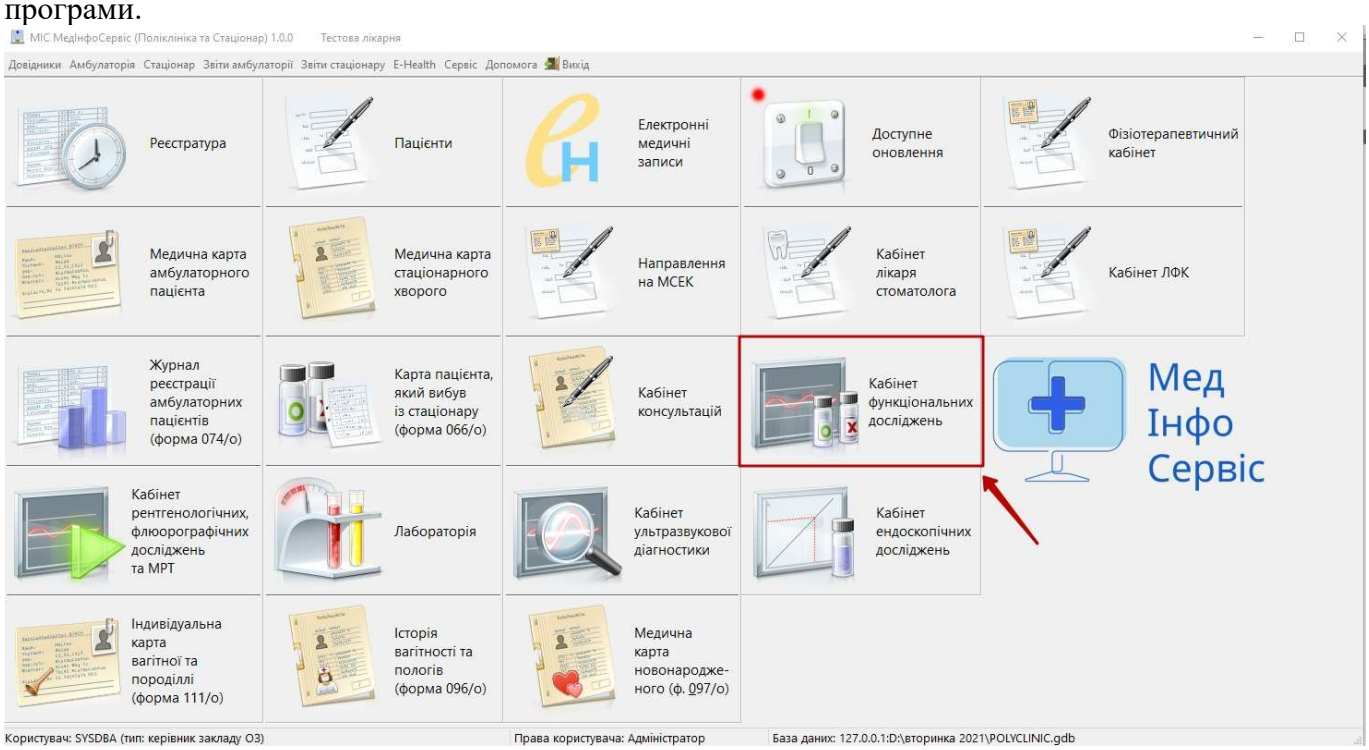
- сформує **Консультаційний висновок спеціаліста (ф.028/о)** обраного з переліку в документ Word або LibreOffice Writer.



«Кількість» - розраховує кількість записів, в залежності від налаштування фільтраційної панелі.

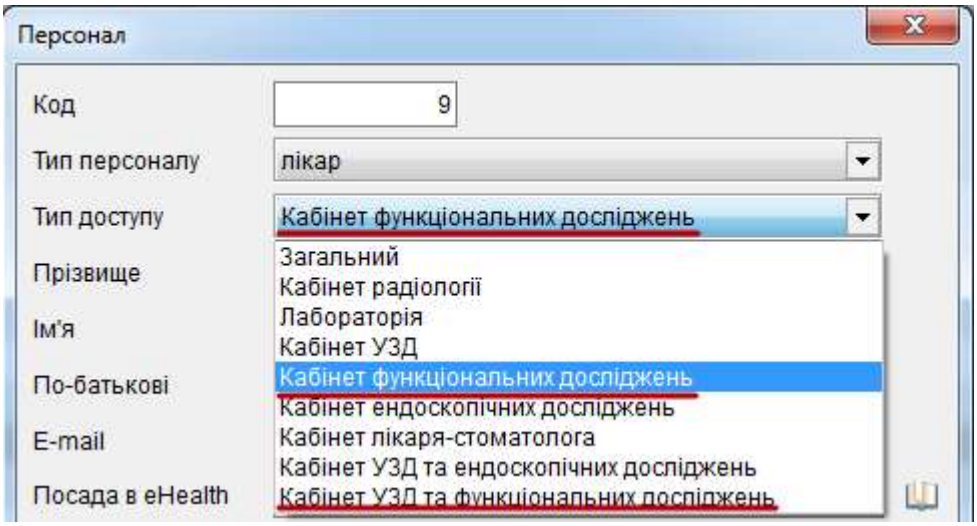
11.19 Кабінет функціональної діагностики

Знайти даний модуль можна в пункті меню **«Амбулаторія»**, **«Стаціонар»** та, для зручності, його розміщено на головному вікні програми, яке з'являється після запуску програми.

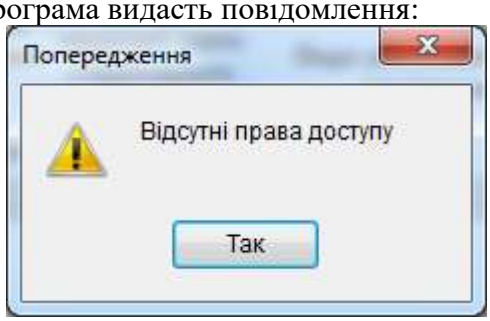


Модуль «Кабінет функціональної діагностики», дозволяє вести облік досліджень по пацієнтам, як за направленнями так і без них, вносити результати досліджень.

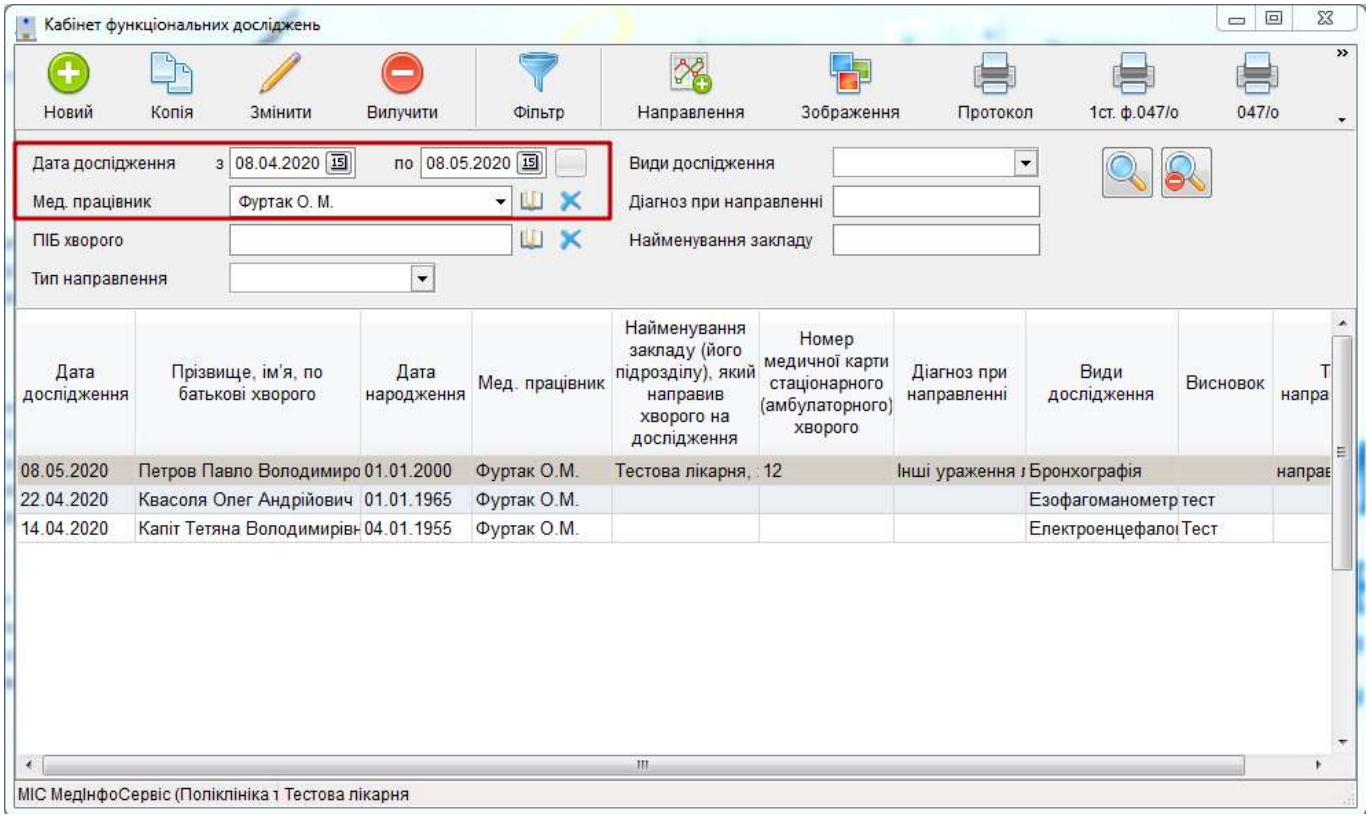
Зверніть увагу! В лабораторії мають право працювати тільки ті лікарі чи середній медичний персонал, у яких в **«Персонал»** в пункті **«Тип доступу»** вибрано **«Кабінет функціональних досліджень»** чи, при потребі, **«Кабінет УЗД та функціональних досліджень»**.



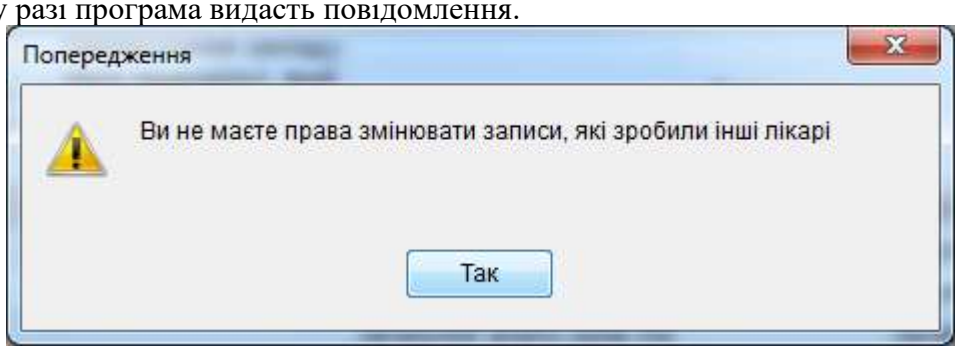
В противному разі, програма видасть повідомлення:



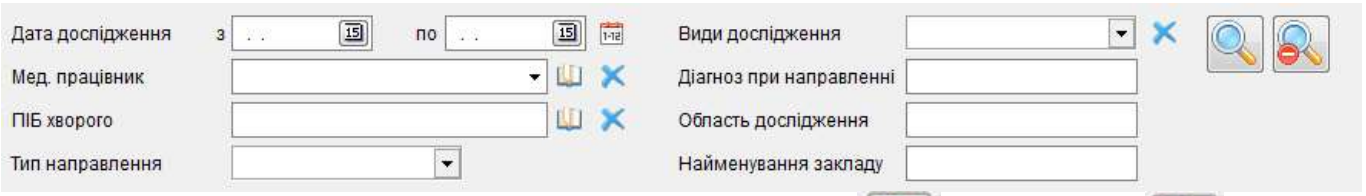
Зайшовши в програму під працівником кабінету функціональної діагностики з відповідними правами доступу, користувачеві відкриється головне вікно кабінету, де будуть відображені дослідження, виконані за останній місяць цим лікарем.



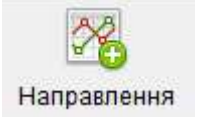
Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити нове дослідження для пацієнта. **«Копія»** - створює копію дослідження і відкриває його. Кнопки **«Змінити»** та **«Вилучити» -** змінює і видаляє тільки ті дослідження, які були занесені даним лікарем. В противному разі програма видасть повідомлення.



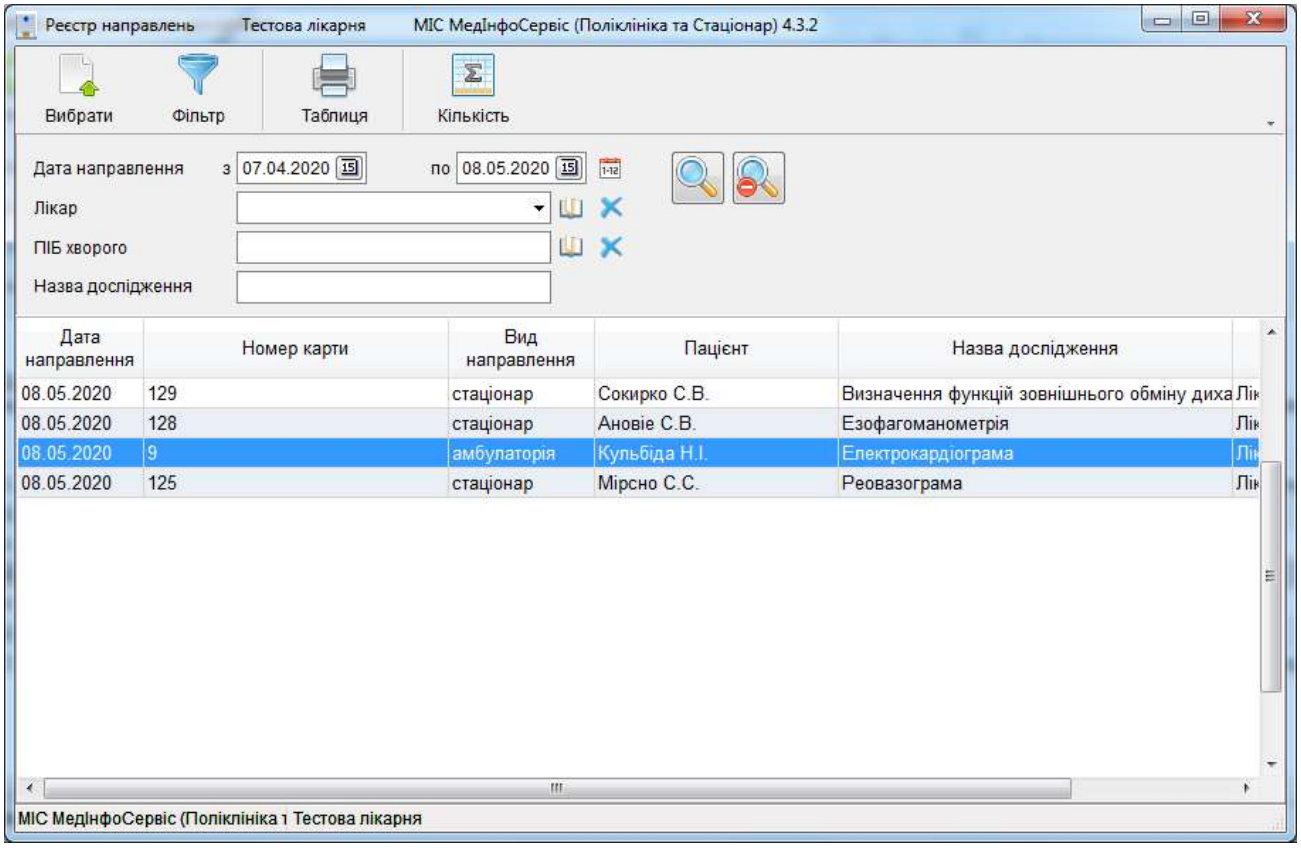
«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по дослідженням.



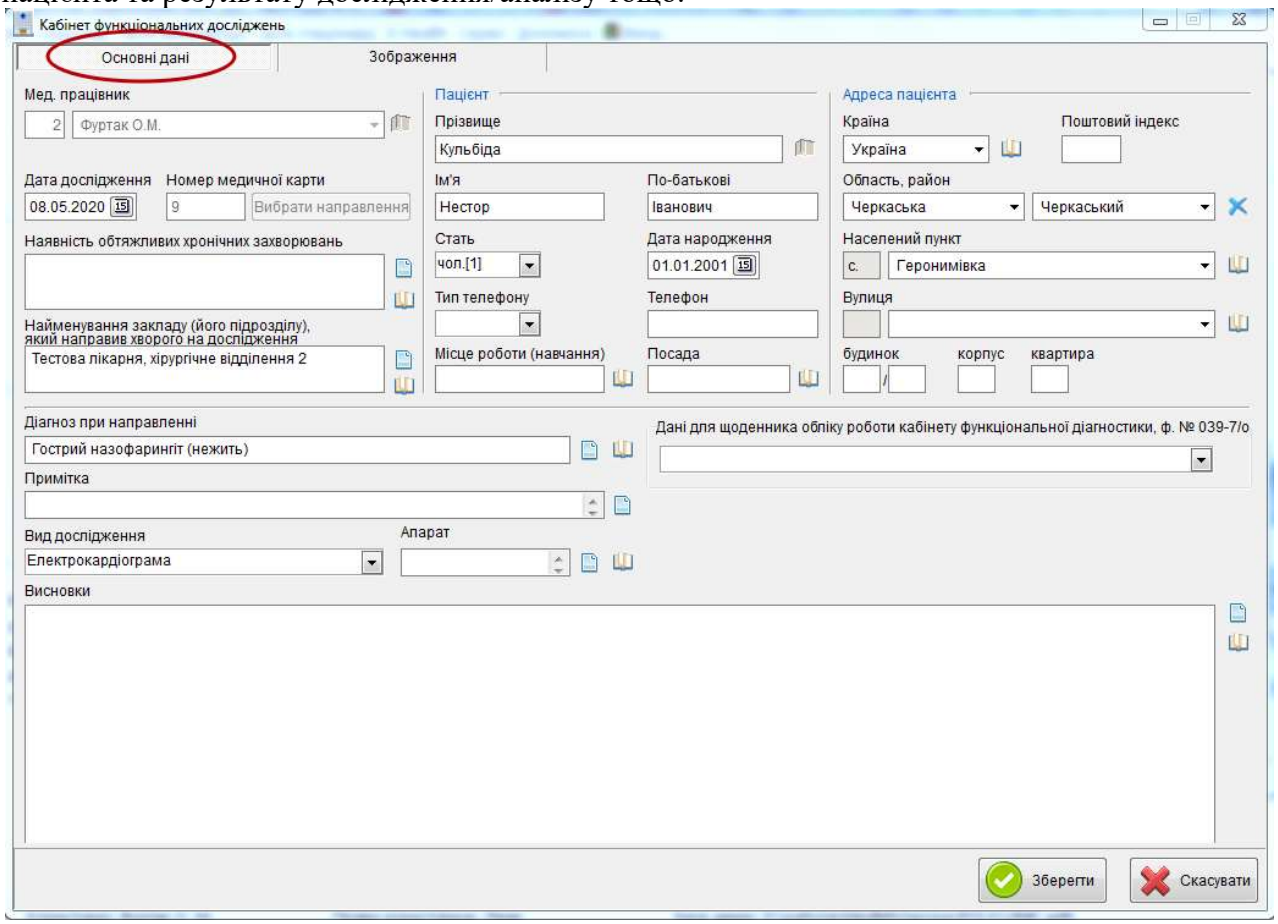
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

«Направлення» 

- відкриває перед працівником кабінету список пацієнтів, які були направлені на дослідження із амбулаторії або стаціонару за останній місяць.



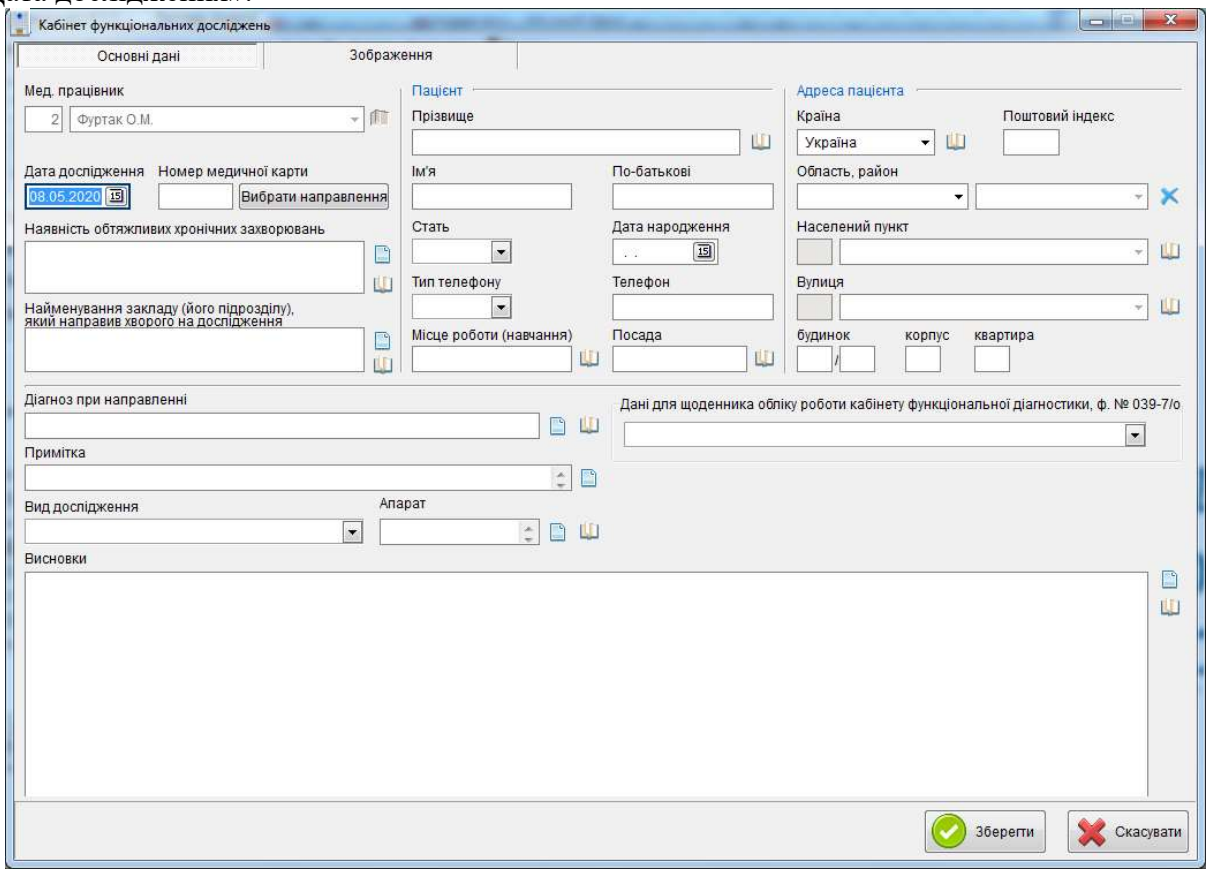
Для вибору направлення необхідно двічі натиснути на нього або, натиснувши один раз і **«Вибрати».** В результаті, відкриється вікно (закладка **«Основні дані»**) для внесення даних пацієнта та результату дослідження/аналізу тощо.



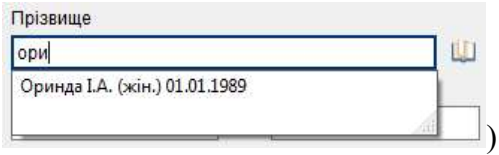
У випадку (як на малюнку зверху), якщо дослідження здійснюється **по направленню** автоматично заповнюються дані про пацієнта з амбулаторної чи стаціонарної карти пацієнта, найменування закладу, діагноз при направленні, вид дослідження.

Працівнику кабінету залишиться заповнити дані дослідження в закладках (для деяких видів) і, головне, **«Висновок»**.

У разі, якщо до лікаря, пацієнт прийшов з самозверненням або з паперовим направленням, то користувачу необхідно створити такий запис самостійно через кнопку **«Новий».** Вікно, яке з’явиться матиме автоматично заповненими тільки поля «Працівник» та «Дата дослідження».

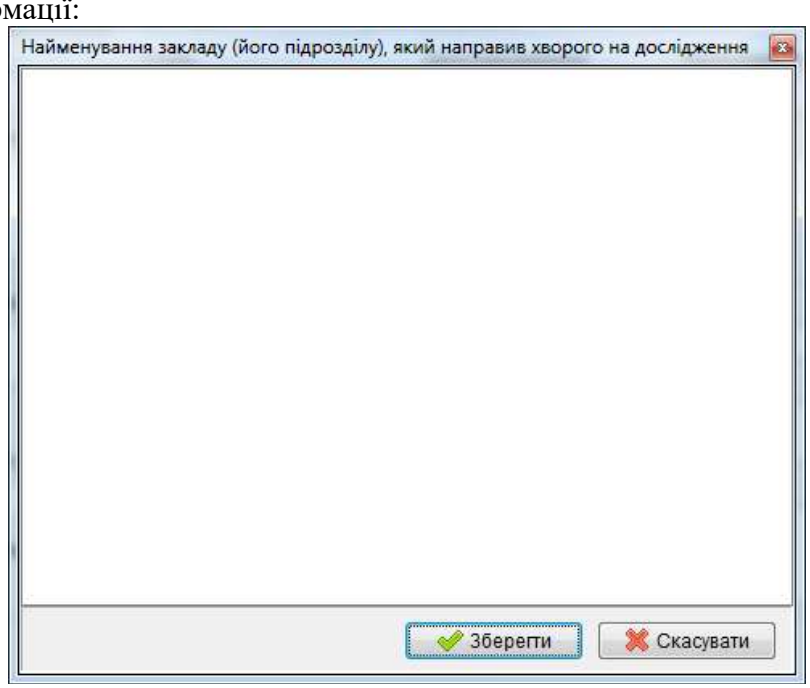


Для внесення даних про пацієнта, його можна вибрати з реєстру пацієнтів (за допомогою кнопки або ввівши перші три літери прізвища і обрати з переліку

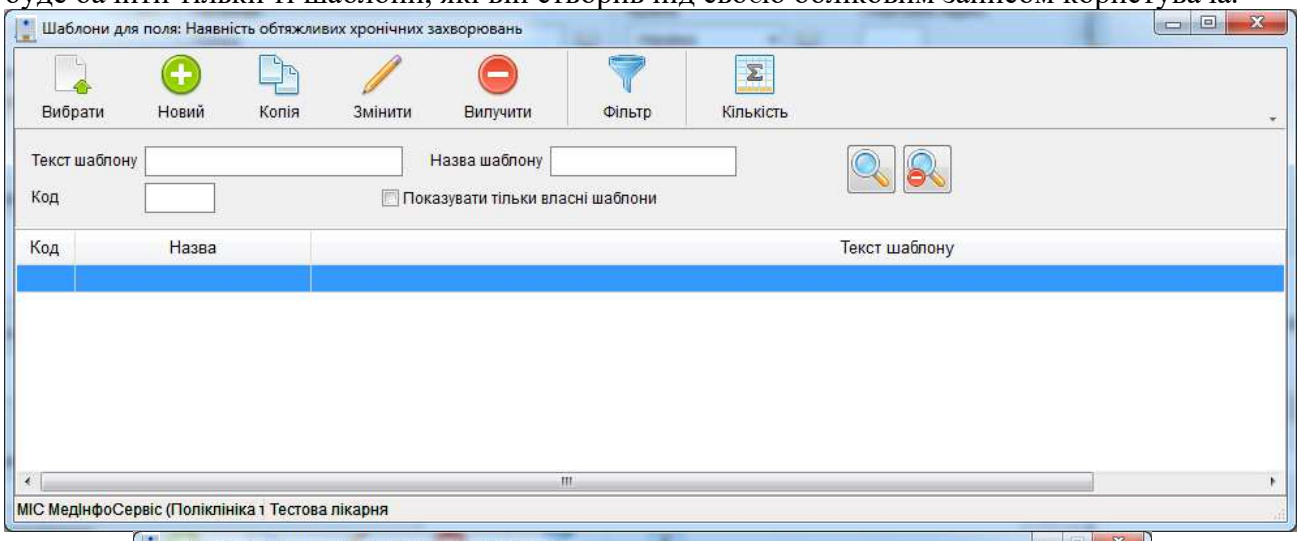


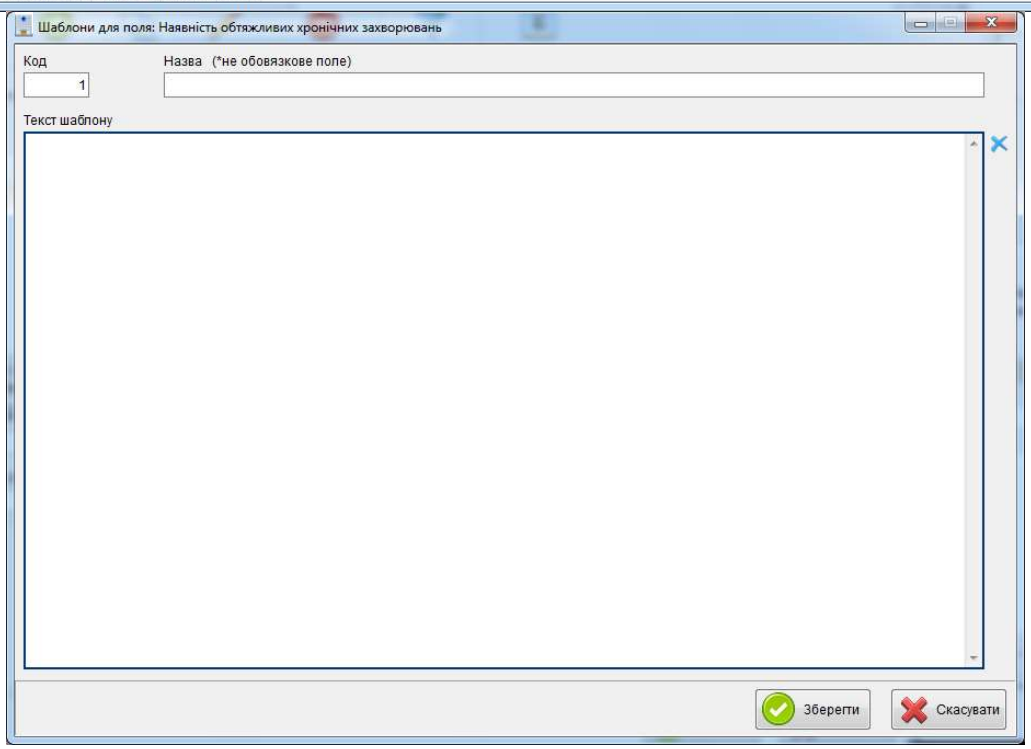
) або внести дані нового в даному вікні. Мінімальна кількість полів для заповнення пацієнта це: ПІБ, стать та дата народження.

Кнопка , яка розташована біля деяких полів дає можливість ввести більше необхідної інформації:



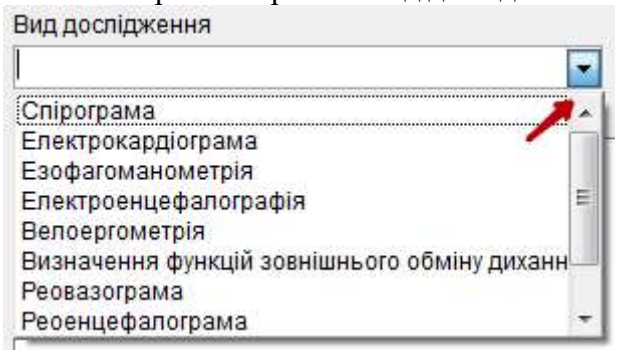
Кнопка біля одних полів (таких як, «Країна», «населений пункт», «Вулиця» тощо), дає можливість вибрати з готового довідника бази, а біля інших («Найменування закладу..», «Діагноз при направленні», «Апарат», «Висновок») дає можливість створити власні шаблони, якими найчастіше користуються в роботі. **«Показувати власні шаблони»** означає, що лікар буде бачити тільки ті шаблони, які він створив під своєю обліковим записом користувача.



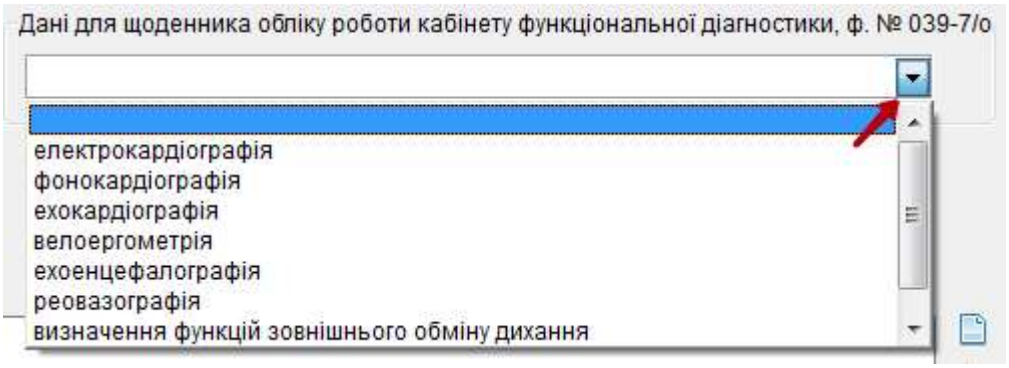


Після того, як працівник внесе всі дані про пацієнта, найменування закладу, діагноз при направленні, наявність обтяжливих хронічних захворювань, необхідно:

- Вибрати потрібний вид дослідження зі списку

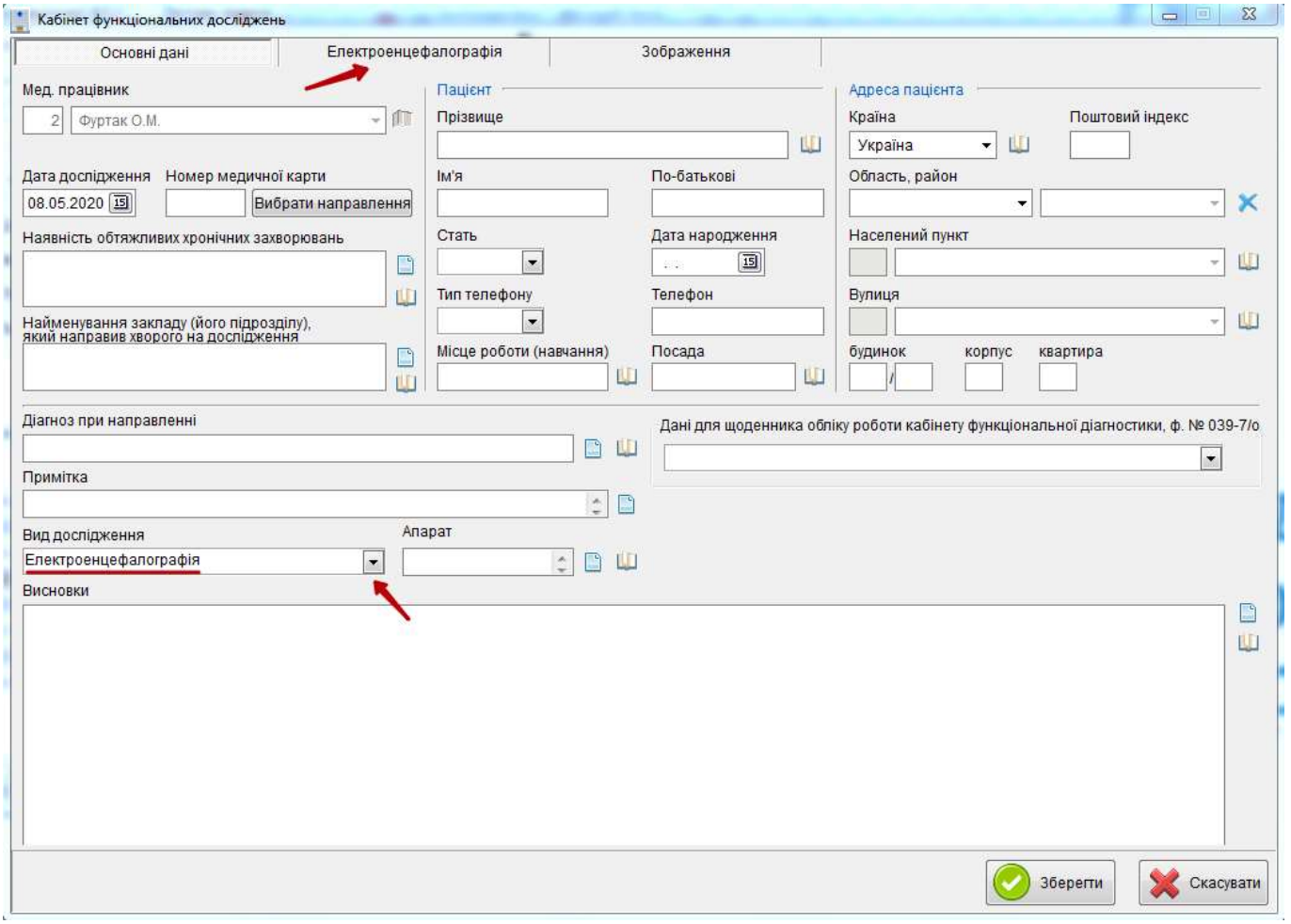


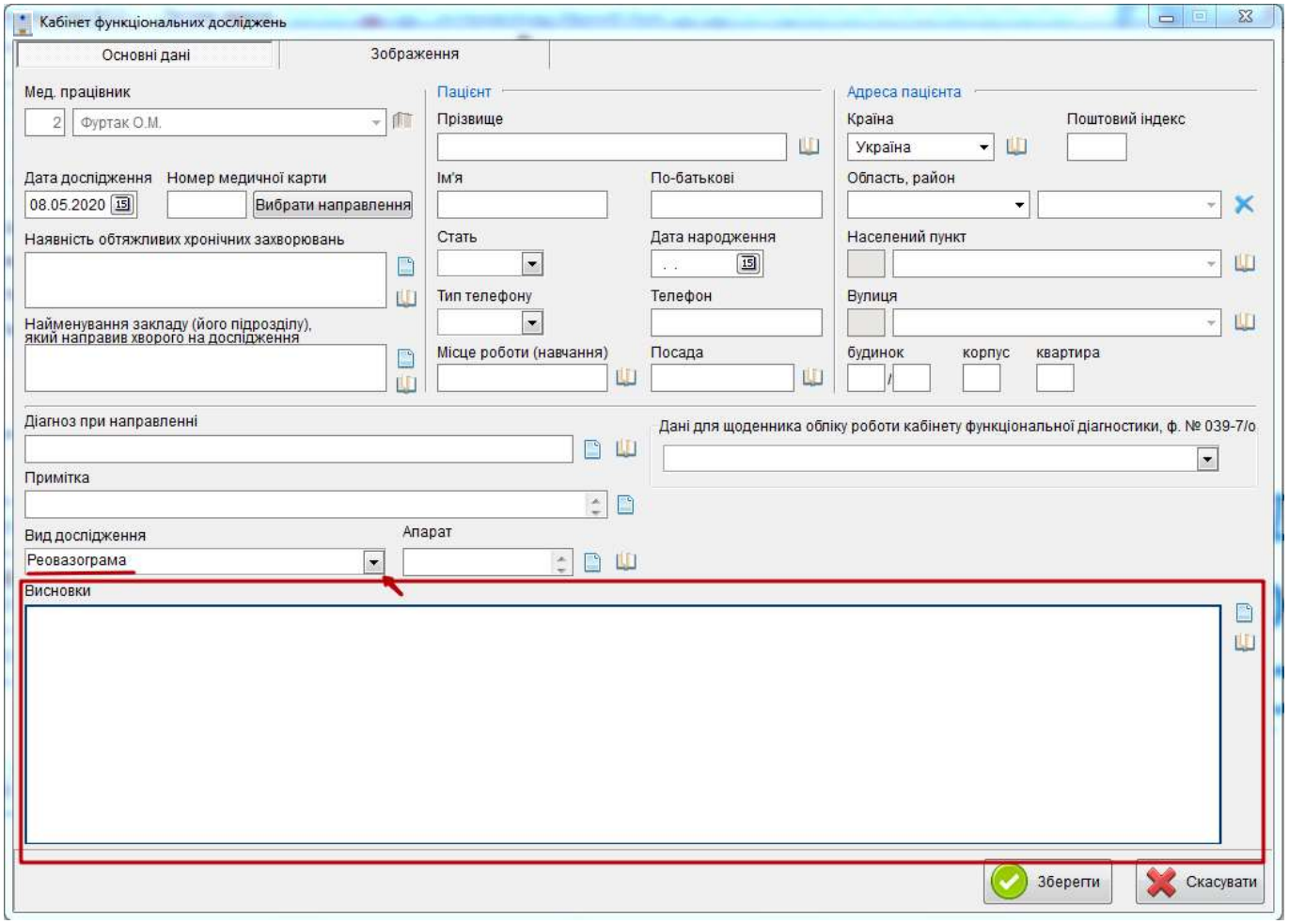
- Вибрати зі списку потрібний вид дослідження для щоденника 039-7/о



- Вказати апарат УЗД та тип датчика можливо як заповнивши поле, або вибравши із раніше внесеного шаблону.

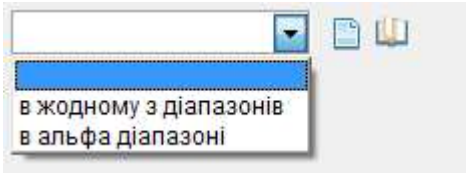
В залежності від обраного виду дослідження зі списку, зокрема для електроенцефалографії, реоенцефалограми, електрокардіографії з'являються відповідна закладка для заповнення протоколу функціонального обстеження, для інших – результати заповнюються в поле «Висновок».





В закладках необхідно заповнити поля для протоколу функціонального дослідження. Для цього в програмі представлений різновид для внесення інформації:

- за допомогою випадаючих списків, з можливістю внесення додаткової інформації та дає можливість вибрати висновок із раніше введеного шаблону

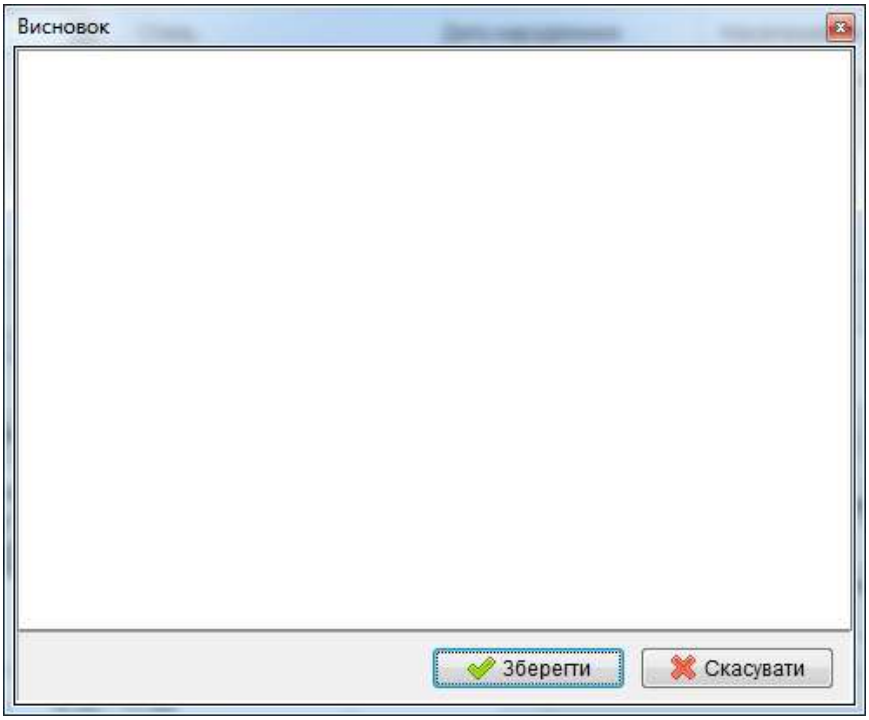


- вручну вводити дані

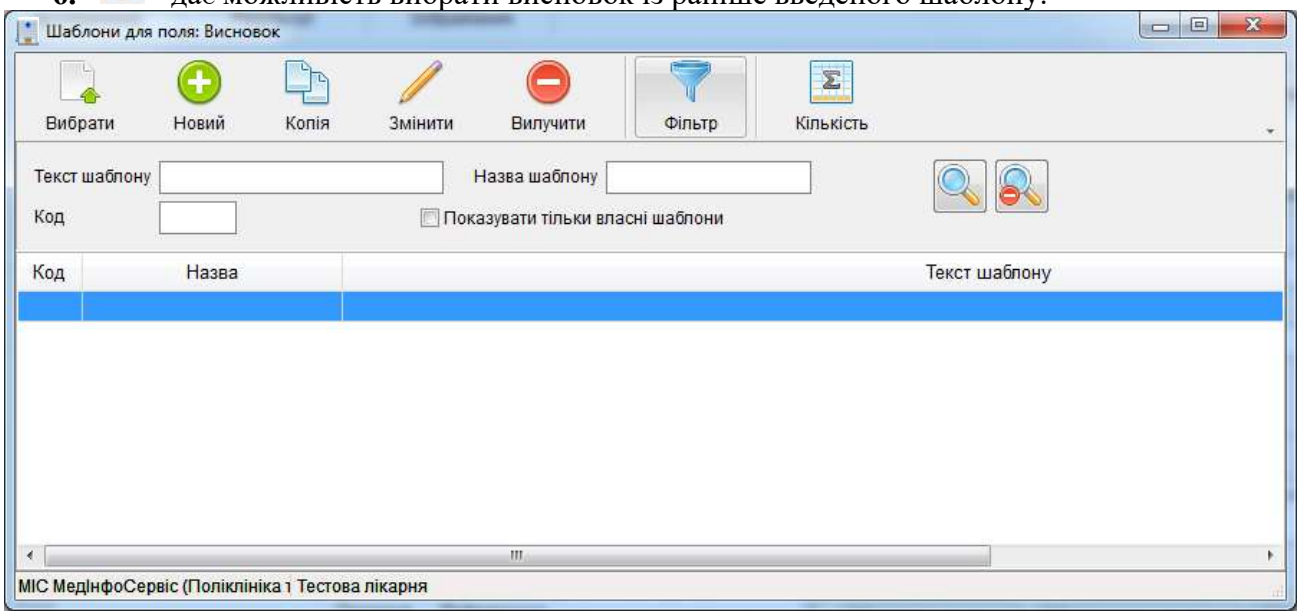
.

Після того, як всі показники будуть вказані, слід заповнити поле **«Висновки»**. Є два способи заповнити висновок:

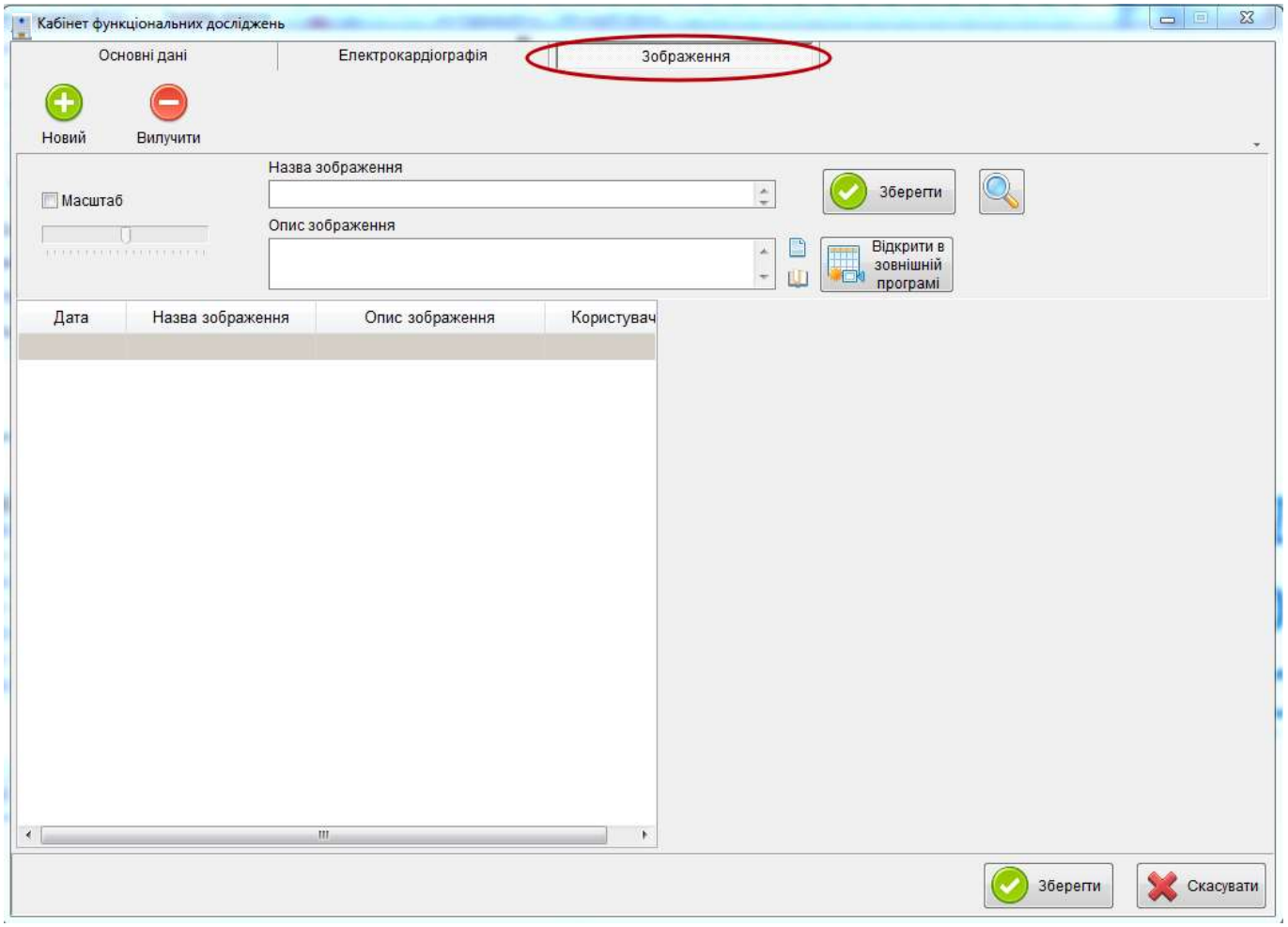
5. - відкриває поле для внесення та читання більше необхідної інформації.



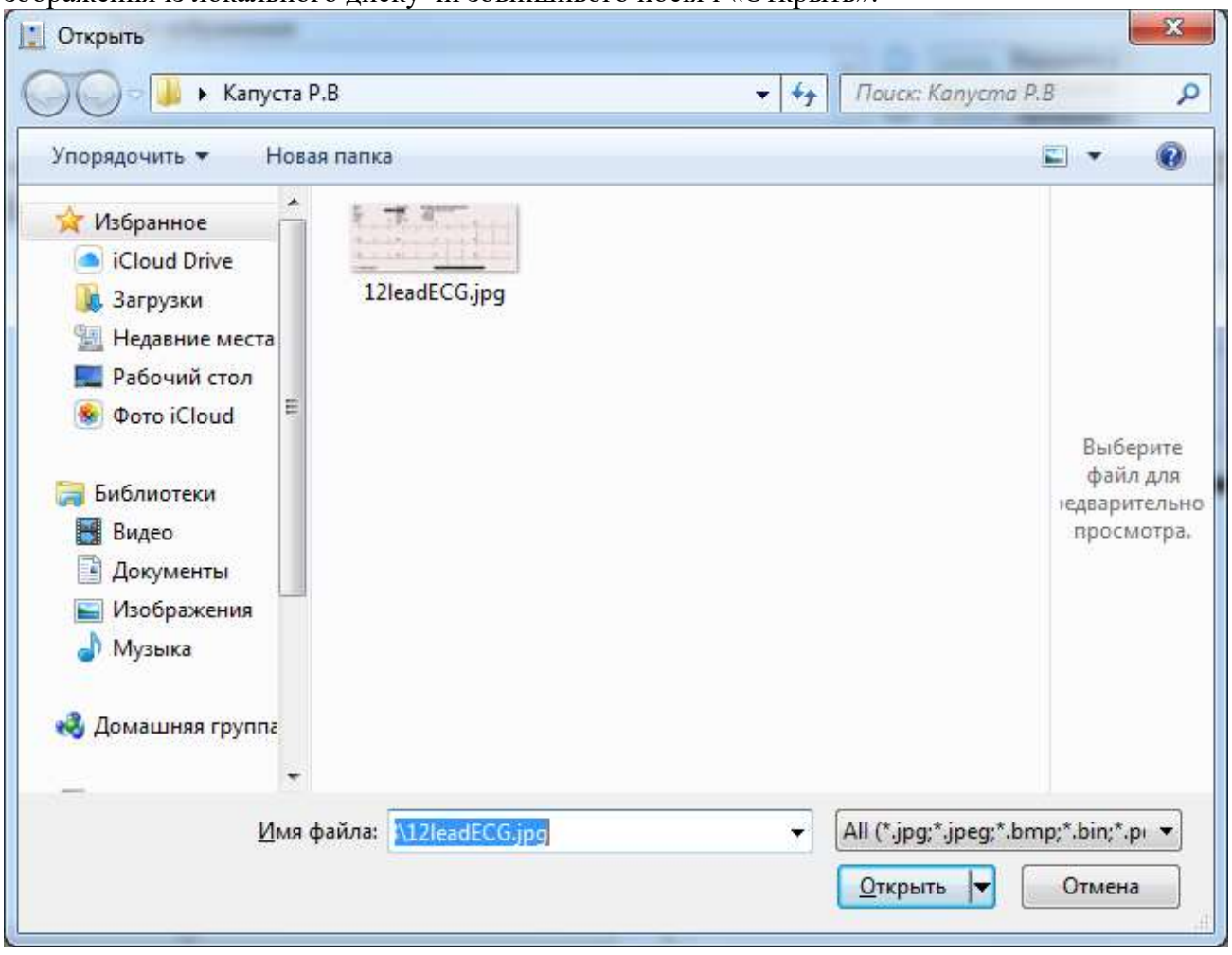
6. - дає можливість вибрати висновок із раніше введеного шаблону.



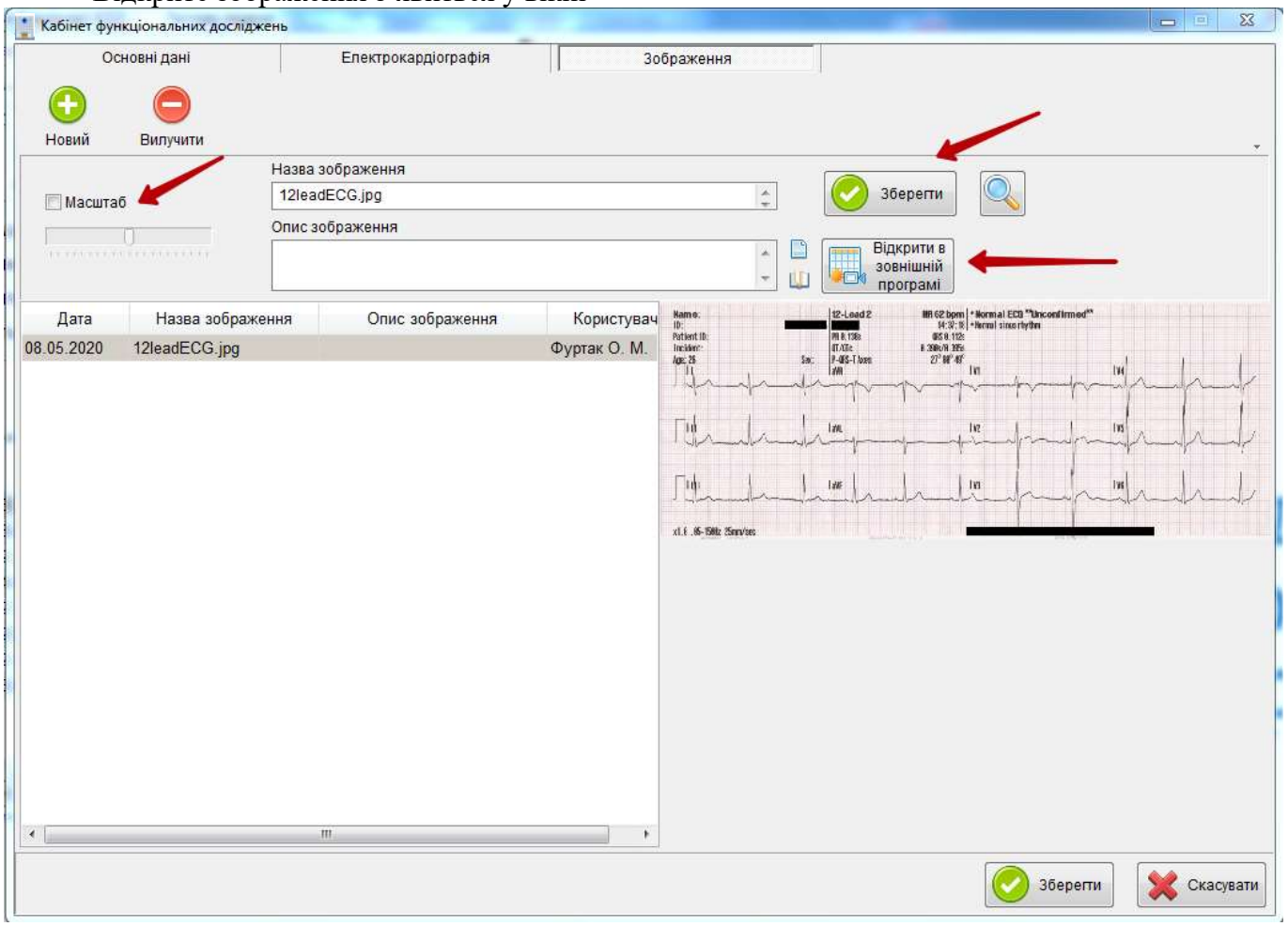
В модулі «Кабінет функціональних досліджень» для кожного виду дослідження є можливість «прикріпити» зображення до дослідження (наприклад, скановану копію), завантаживши його в закладці **«Зображення»**.



Для завантаження нового зображення необхідно натиснути «Новий», обрати зображення із локального диску чи зовнішнього носія і «Открыть».

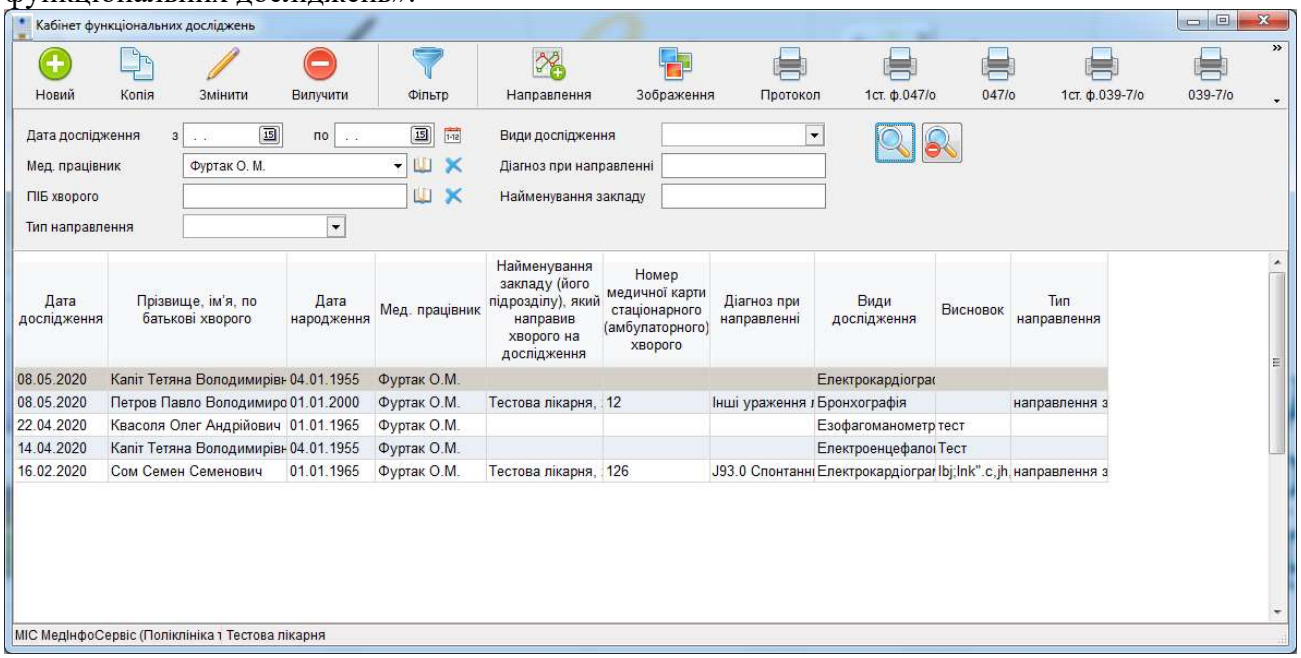


Відкрите зображення з’явиться у вікні

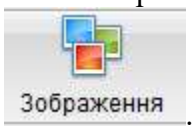


Натиснувши у верхній частині вікна кнопку **«Зберегти»**, можна переходити до завантаження наступних зображень. Також є можливість скористатися масштабом, при потребі, або відкрити зображення в зовнішній програмі.

Всі виконані дослідження (по направленню і без) автоматично відображаються в електронній медичній карті амбулаторного або стаціонарного пацієнта в розділі **«Результати обстежень»**, а також формуються в список у головному вікні модуля «Кабінет функціональних досліджень».

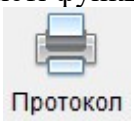


Переглянути всі завантажені зображення можливо за допомогою кнопки

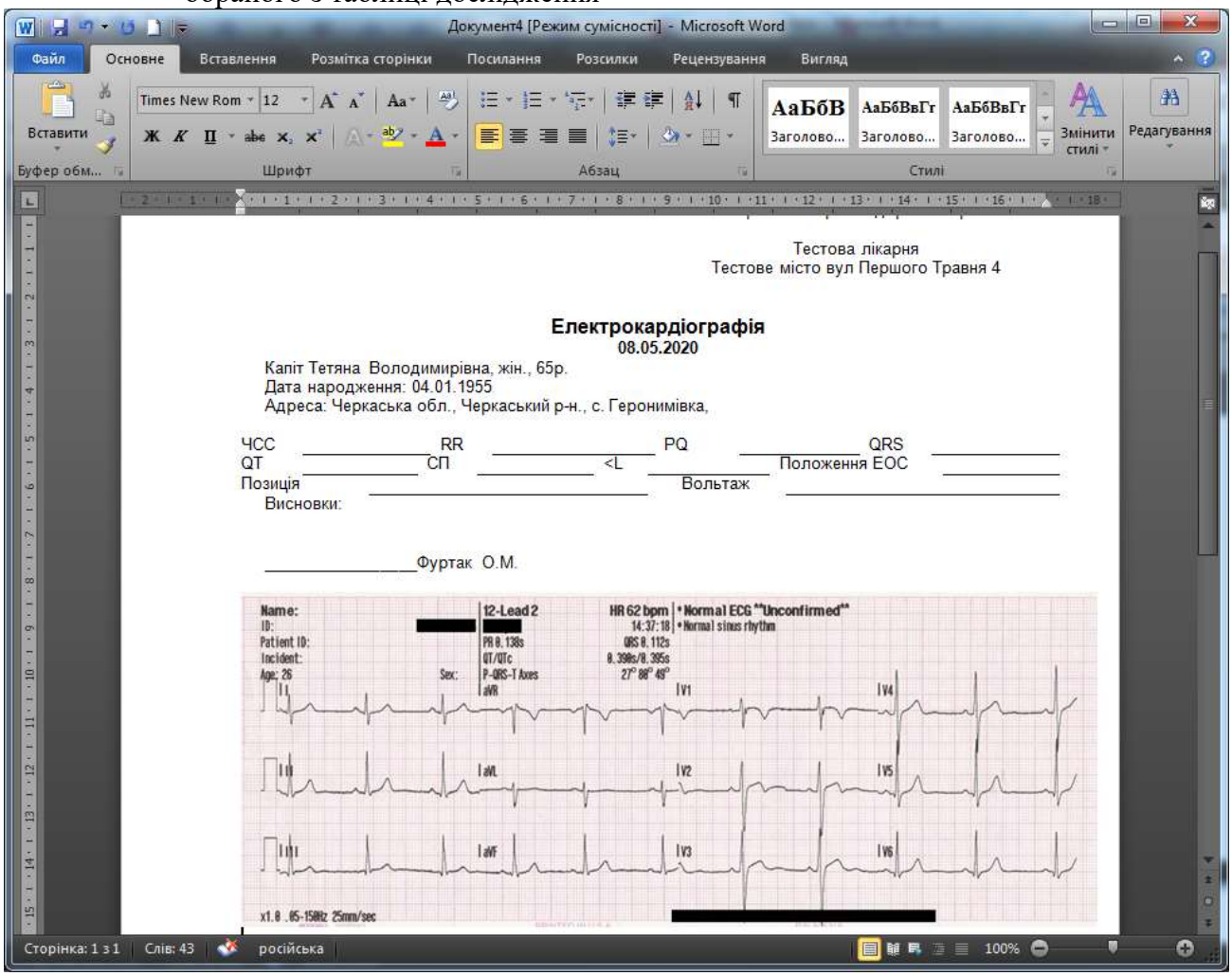


.

В кабінеті функціональних досліджень присутні кнопки для друку:

- 

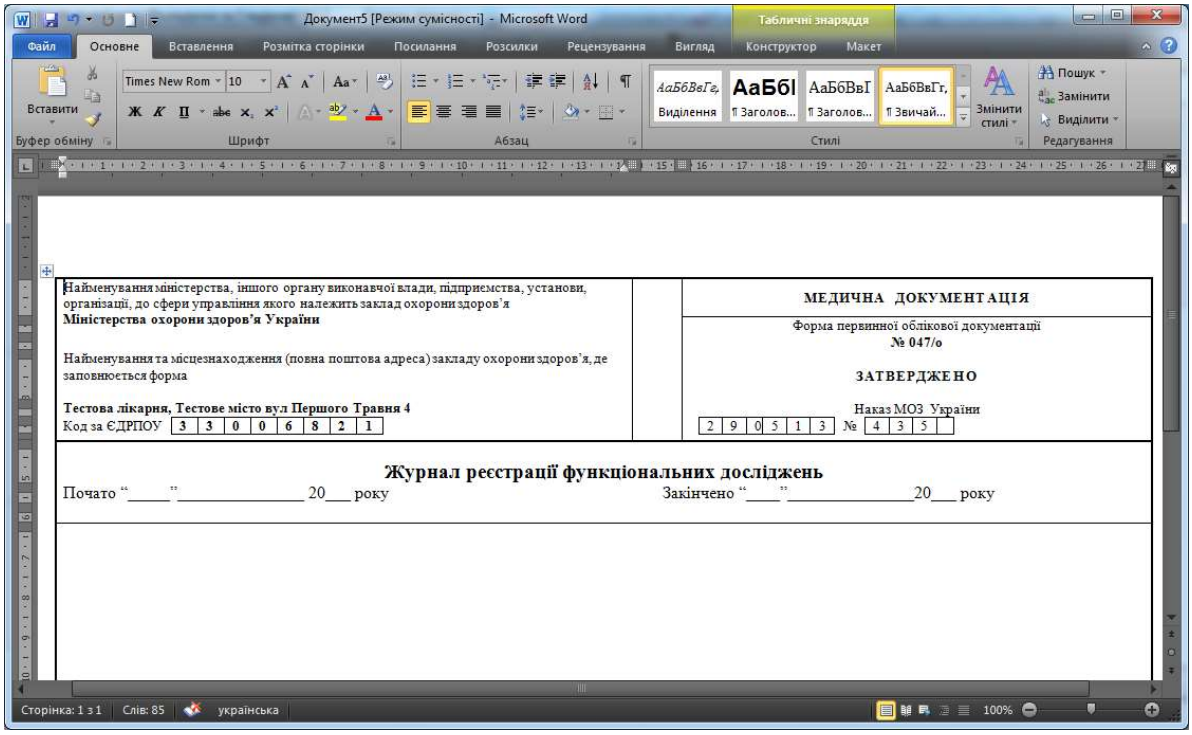
- сформує протокол в документ Word або LibreOffice Writer результат обраного з таблиці дослідження



- **«Журнал реєстрації функціональних досліджень» (форма № 047/о)**

Для друку журналу 048/о використовують кнопки

, де перша сторінка виводиться в документ Word або LibreOffice Writer, а таблиця в документ Excel або в LibreOffice Calc.



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я
Міністерства охорони здоров'я України

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма

Тестова лікарня, Тестове місто вул Першого Травня 4
Код за ЄДРПОУ 3 3 0 0 6 8 2 1

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

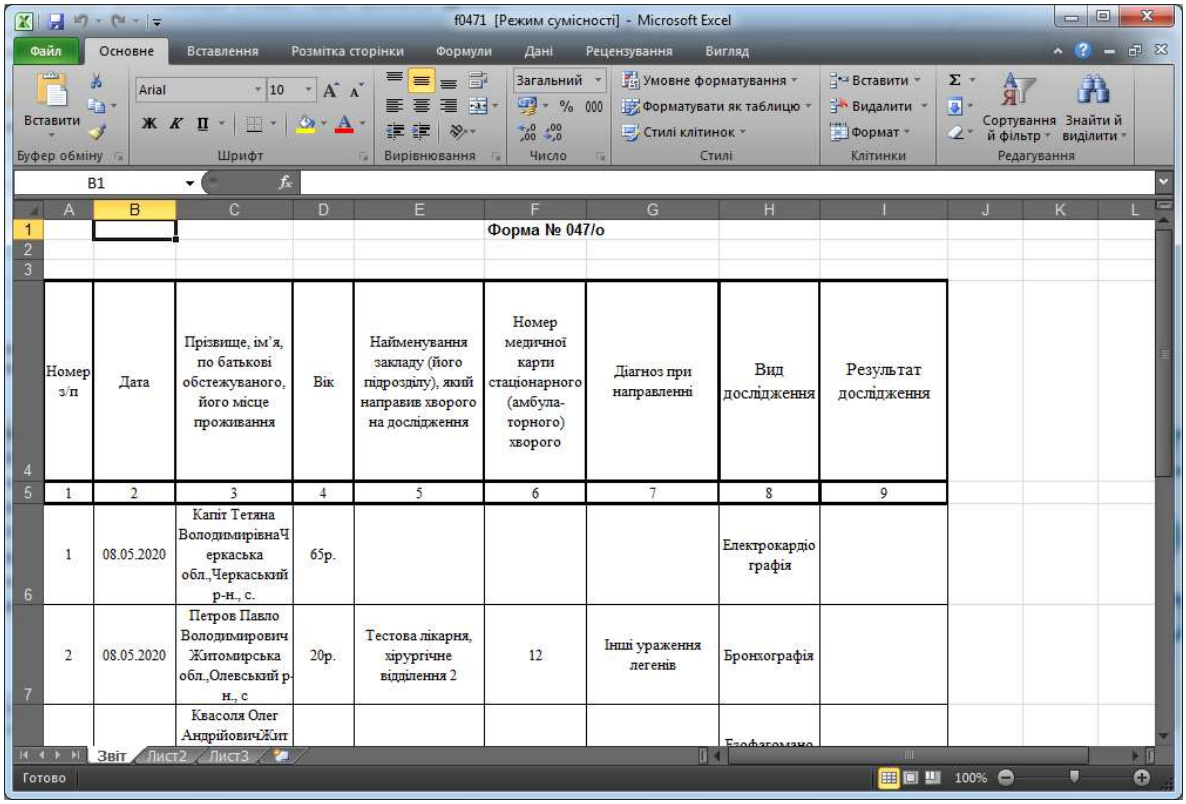
Форма первинної облікової документації
№ 047/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України
2 9 0 5 1 3 № 4 3 5

Журнал реєстрації функціональних досліджень

Почато "____" _____ 20___ року Закінчено "____" _____ 20___ року

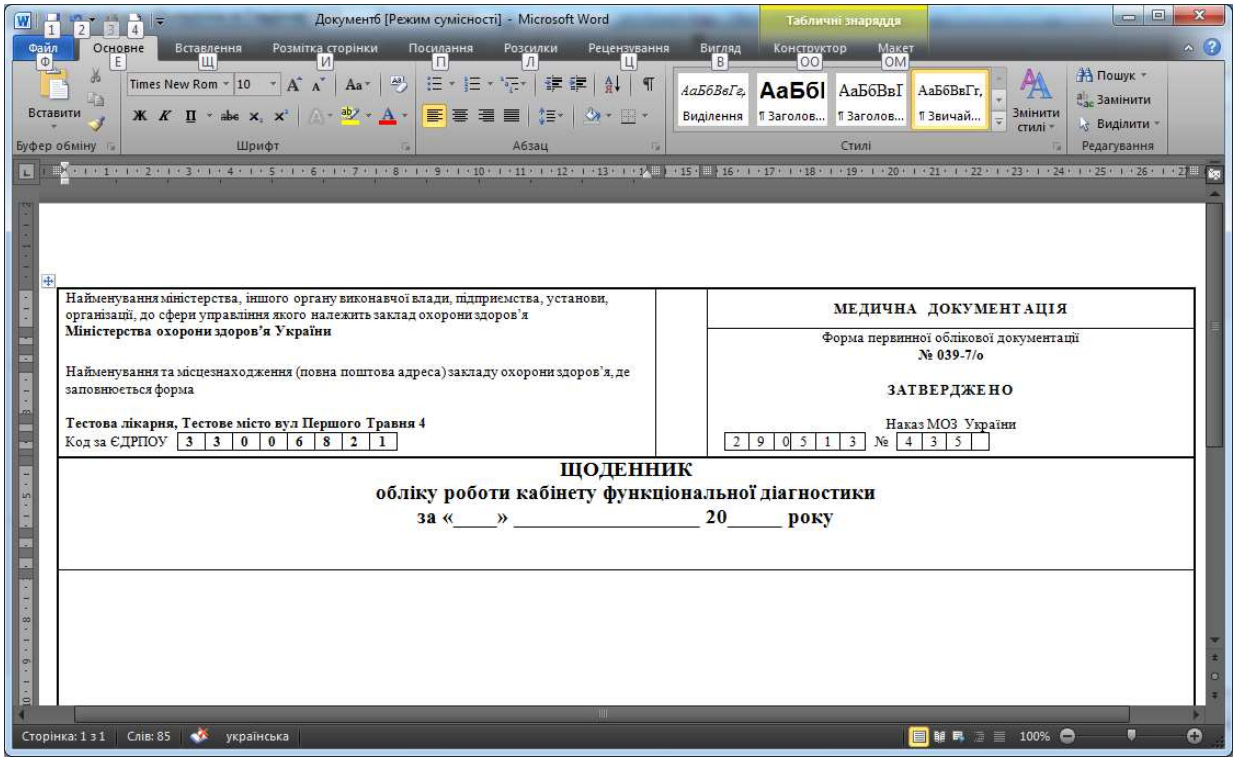


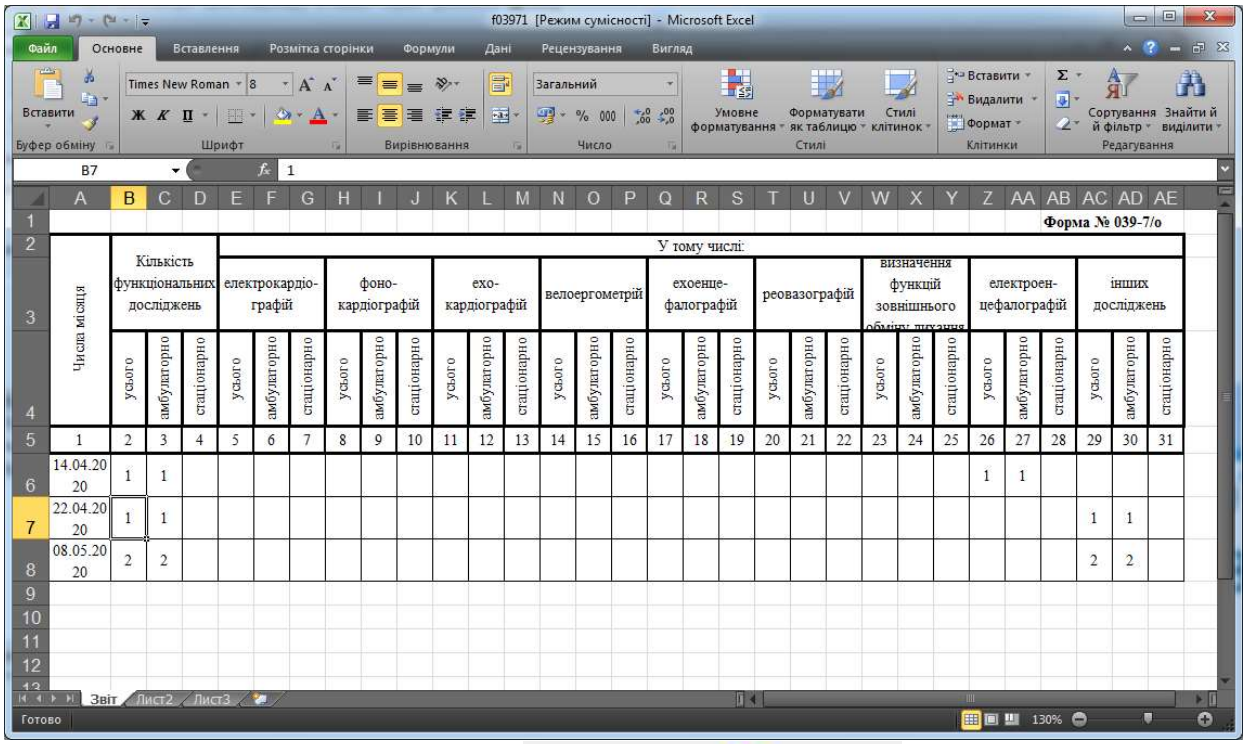
Форма № 047/о

Номер з/п	Дата	Прізвище, ім'я, по батькові обстежуваного, його місце проживання	Вік	Найменування закладу (його підрозділу), який направив хворого на дослідження	Номер медичної карти стаціонарного (амбула-торного) хворого	Діагноз при направленні	Вид дослідження	Результат дослідження
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	08.05.2020	Капіт Тетяна ВолодимирівнаЧеркаська обл.,Черкаський р-н., с.	65р.				Електрокардіографія	
2	08.05.2020	Петров Павло Володимирович Житомирська обл.,Олевський р-н., с	20р.	Тестова лікарня, хірургічне відділення 2	12	Інші ураження легенів	Бронхографія	
		Квасоля Олег АндрійовичЖит					Езофагомано	

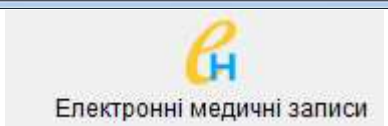
- **«Щоденник обліку роботи кабінету (відділення) функціональної діагностики» (форма № 039-7/о)**

Для друку щоденника 039-7/о використовують кнопки , де перша сторінка виводиться в документ Word або LibreOffice Writer, а таблиця в документ Excel або в LibreOffice Calc. При цьому необхідно обов'язково вказати дату дослідження.





Числа місяця	Кількість функціональних досліджень			У тому числі:																										
				електрокардіографій			фоно-кардіографій			ехо-кардіографій			велоергометрій			ехоенце-фалографій			реовазографій			визначення функцій зовнішнього обміну дихання			електроен-цефалографій			інших досліджень		
	усього	амбулаторно	стаціонарно	усього	амбулаторно	стаціонарно	усього	амбулаторно	стаціонарно	усього	амбулаторно	стаціонарно	усього	амбулаторно	стаціонарно	усього	амбулаторно	стаціонарно	усього	амбулаторно	стаціонарно	усього	амбулаторно	стаціонарно	усього	амбулаторно	стаціонарно	усього	амбулаторно	стаціонарно
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
14.04.2020	1	1																							1	1				
22.04.2020	1	1																										1	1	
08.05.2020	2	2																										2	2	

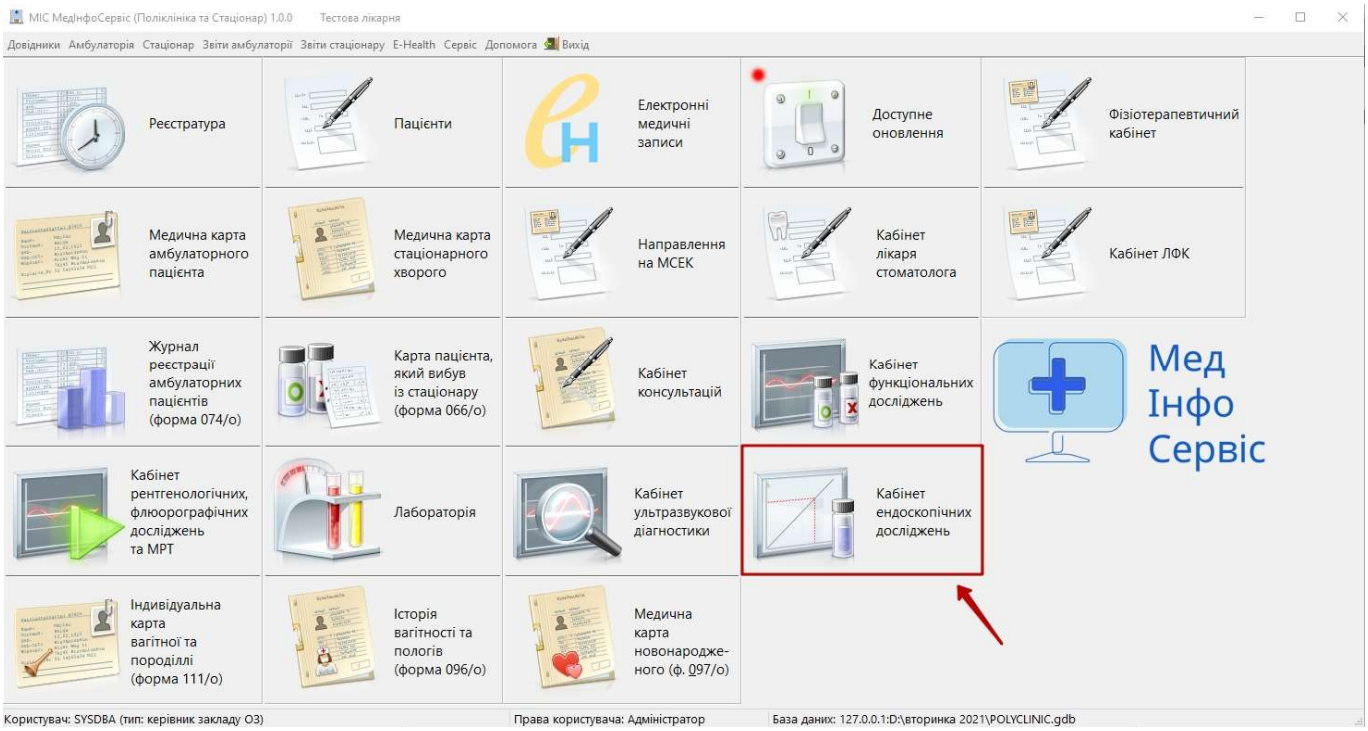


«Електронні медичні записи» - перехід до електронних медичних записів обраного із списку пацієнта.

«Кількість» - розраховує кількість записів, в залежності від налаштування фільтраційної панелі.

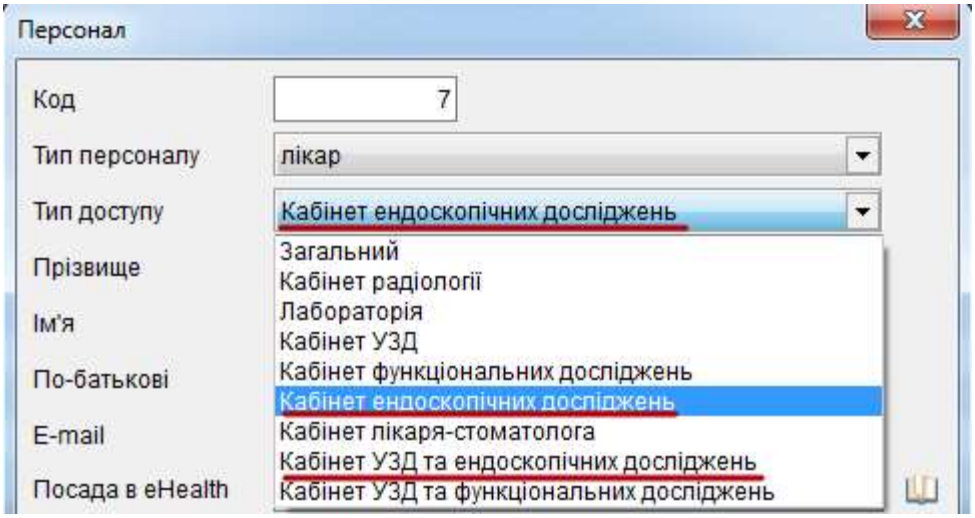
11.20 Кабінет ендоскопічних досліджень

Знайти даний модуль можна в пункті меню **«Амбулаторія»**, **«Стаціонар»** та, для зручності, його розміщено на головному вікні програми, яке з'являється після запуску програми.

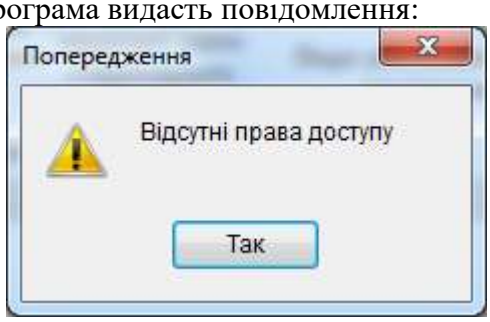


Модуль «Кабінет ендоскопічних досліджень», дозволяє вести облік досліджень по пацієнтам, як за направленнями так і без них, вносити результати досліджень.

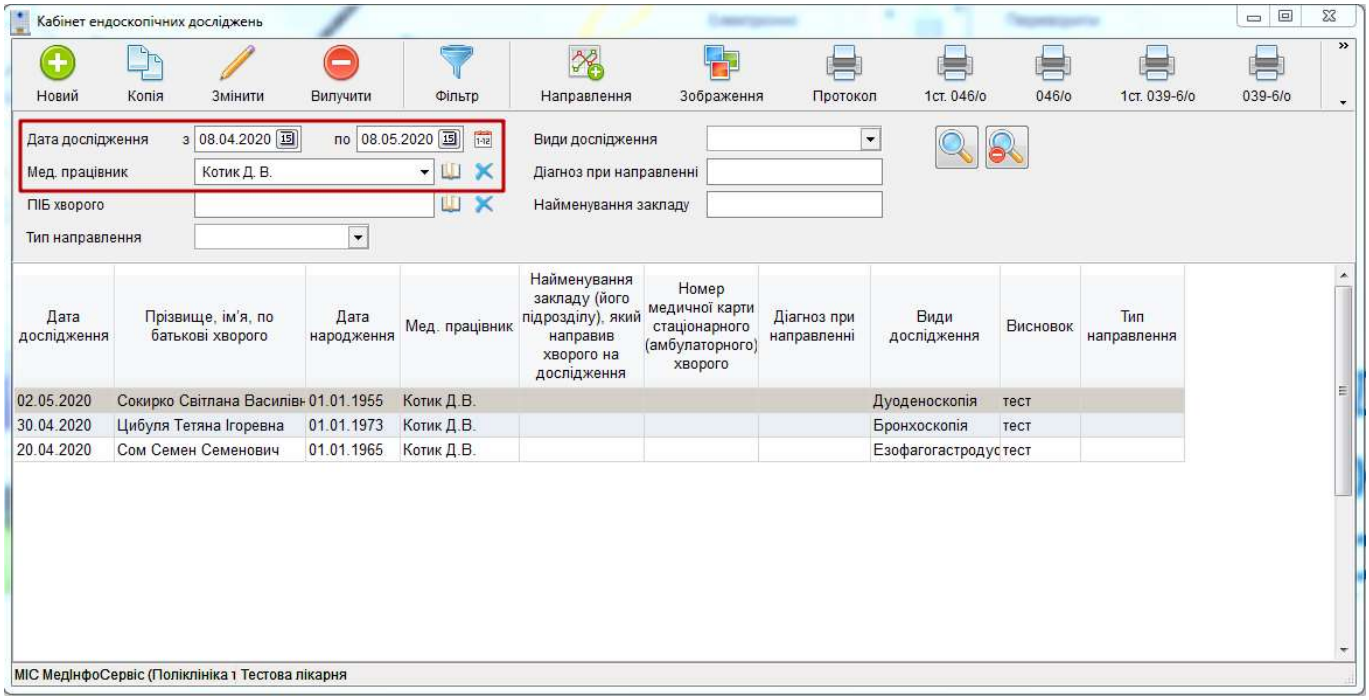
Зверніть увагу! В кабінеті мають право працювати тільки ті лікарі чи середній медичний персонал, у яких в **«Персонал»** в пункті **«Тип доступу»** вибрано **«Кабінет ендоскопічних досліджень»** або, при потребі, **«Кабінет УЗД та ендоскопічних досліджень»**.



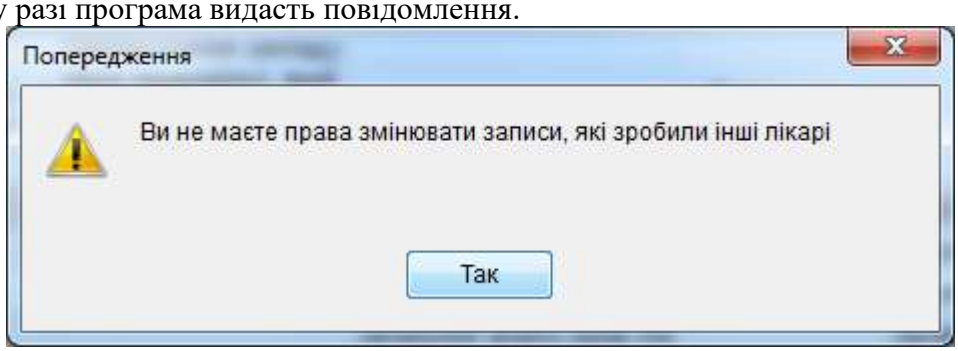
В противному разі, програма видасть повідомлення:



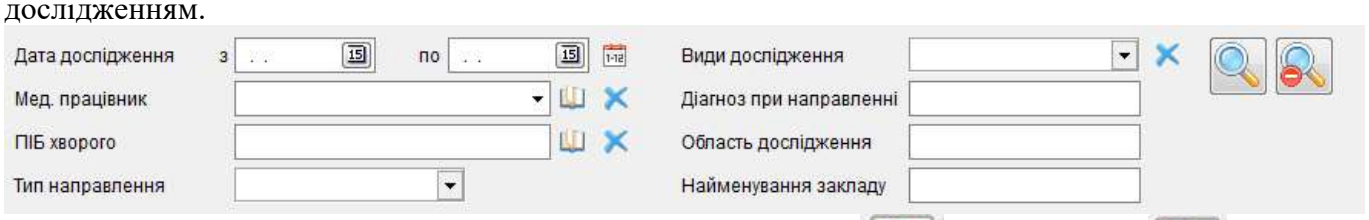
Зайшовши в програму під працівником кабінету ендоскопічних досліджень з відповідними правами доступу, користувачеві відкриється головне вікно кабінету, де будуть відображені дослідження, виконані за останній місяць цим лікарем.



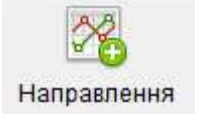
Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити нове дослідження для пацієнта. **«Копія»** - створює копію дослідження і відкриває його. Кнопки **«Змінити»** та **«Вилучити» -** змінює і видаляє тільки ті дослідження, які були занесені даним лікарем. В противному разі програма видасть повідомлення.



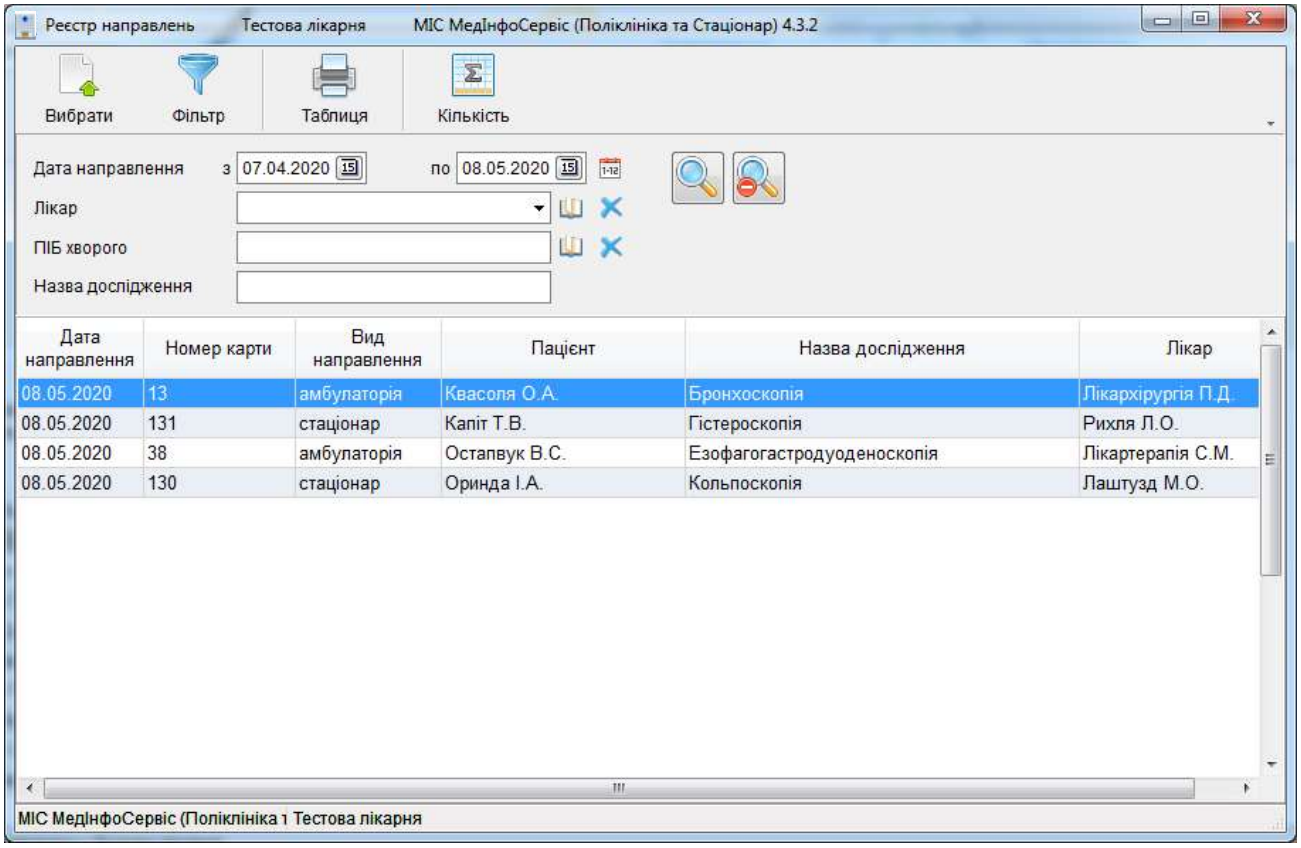
«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по дослідженням.



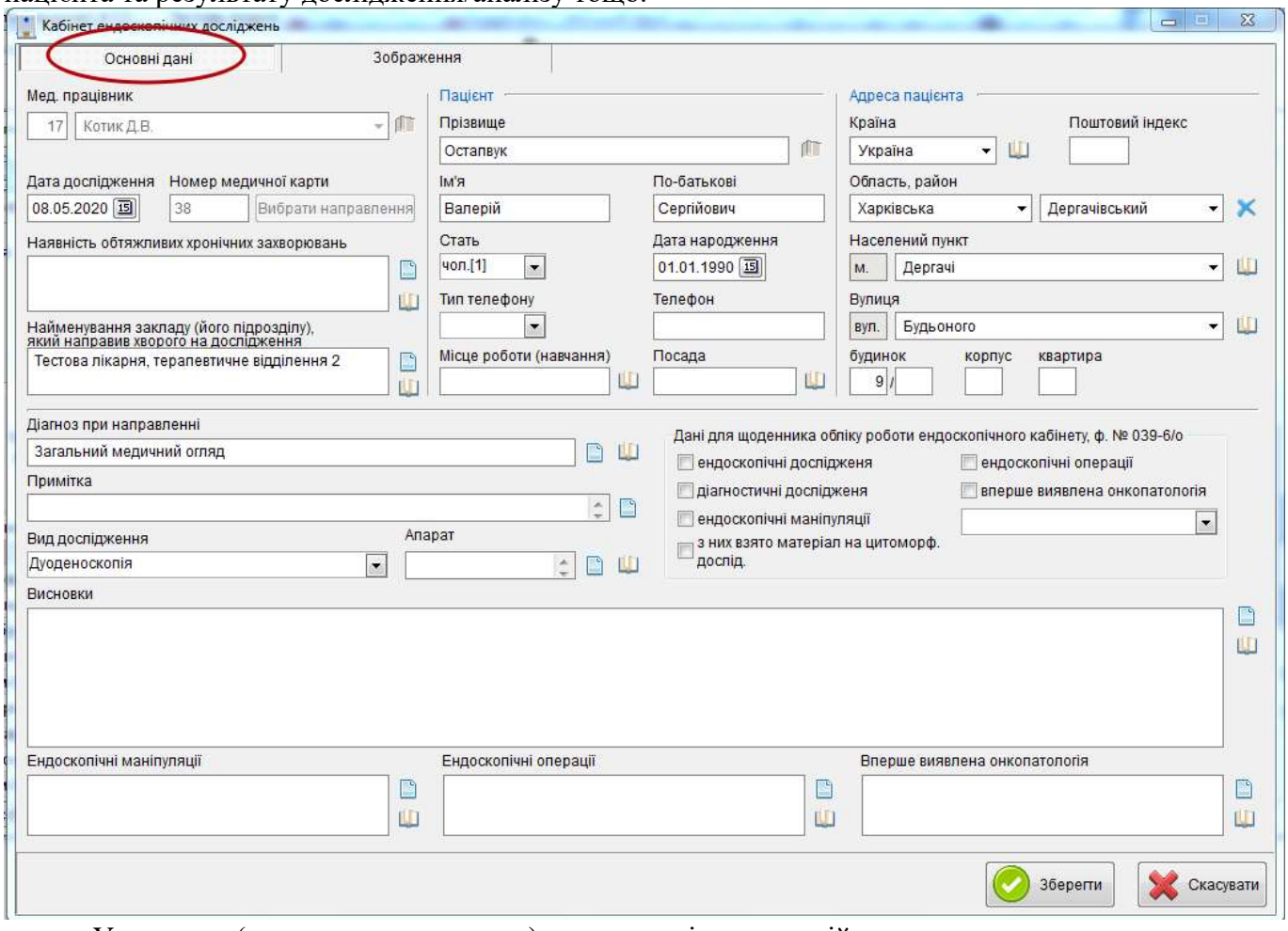
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

«Направлення» 

- відкриває перед працівником кабінету список пацієнтів, які були направлені на дослідження із амбулаторії або стаціонару за останній місяць.



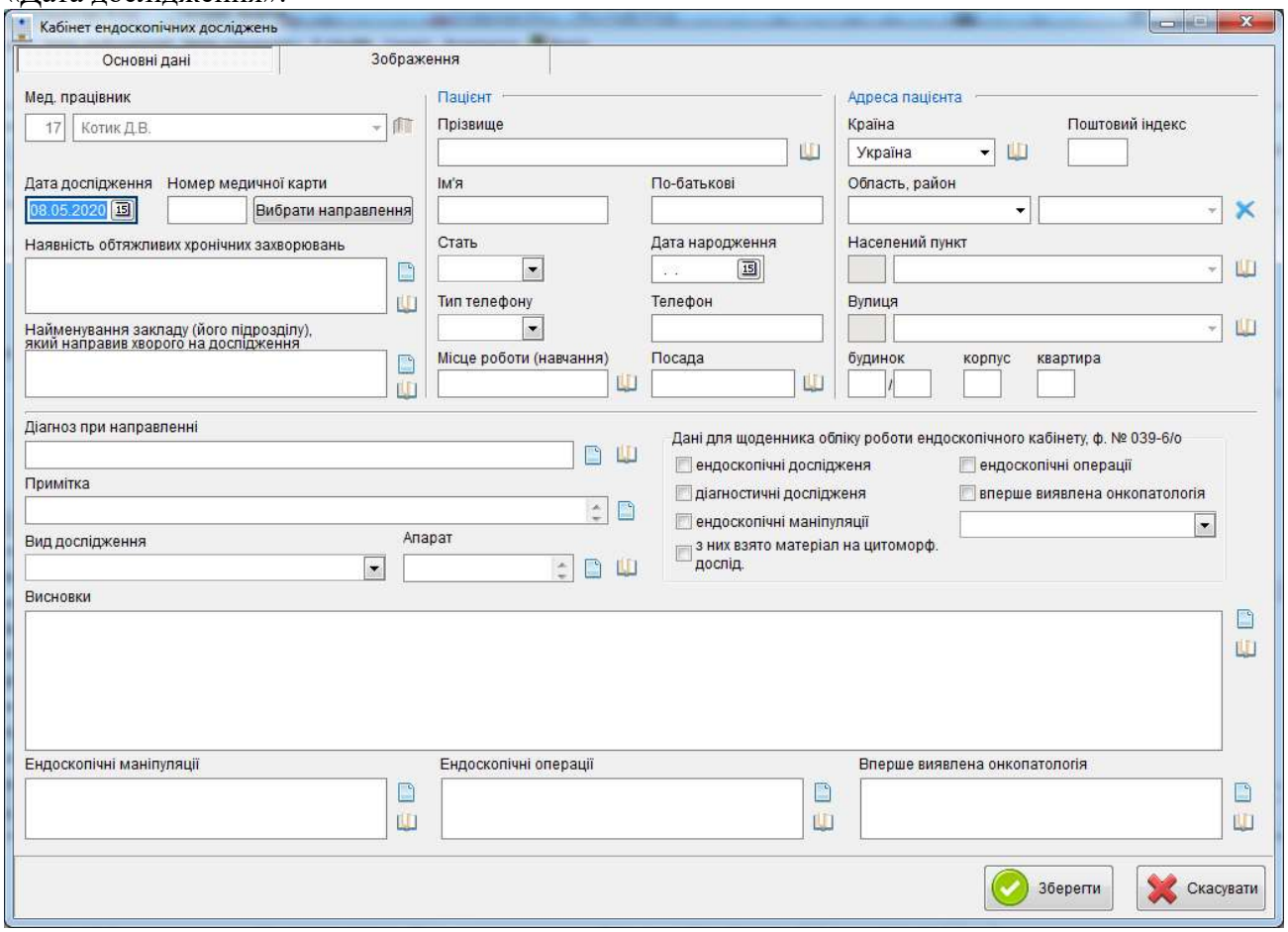
Для вибору направлення необхідно двічі натиснути на нього або, натиснувши один раз і **«Вибрати».** В результаті, відкриється вікно (закладка **«Основні дані»**) для внесення даних пацієнта та результату дослідження/аналізу тощо.



У випадку (як на малюнку зверху), якщо дослідження здійснюється **по направленню** автоматично заповнюються дані про пацієнта з амбулаторної чи стаціонарної карти пацієнта, найменування закладу, діагноз при направленні, вид дослідження.

Працівнику кабінету залишиться заповнити дані дослідження в закладках (для деяких видів) і, головне, **«Висновки»**.

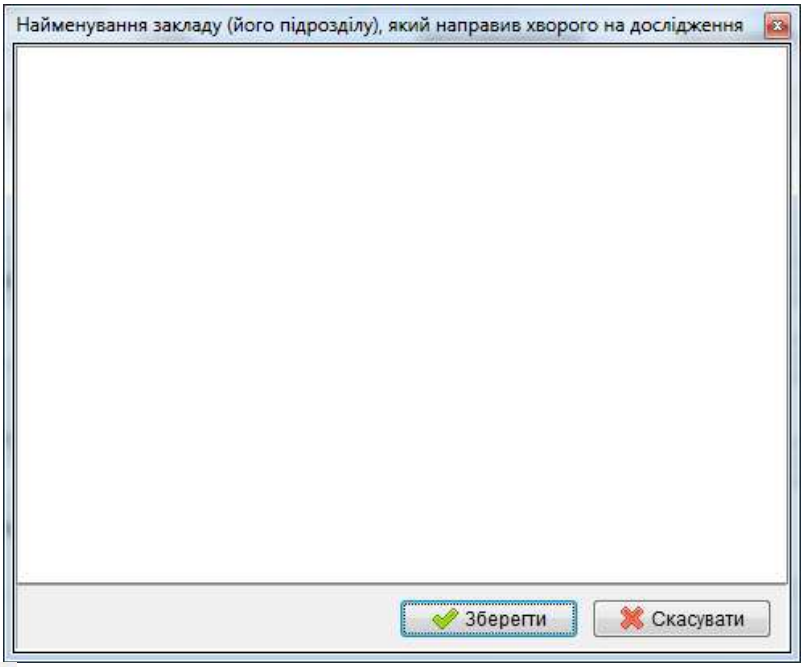
У разі, якщо до лікаря, пацієнт прийшов з самозверненням або з паперовим направленням, то користувачу необхідно створити такий запис самостійно через кнопку **«Новий».** Вікно, яке з'явиться матиме автоматично заповненими тільки поля «Працівник» та «Дата дослідження».



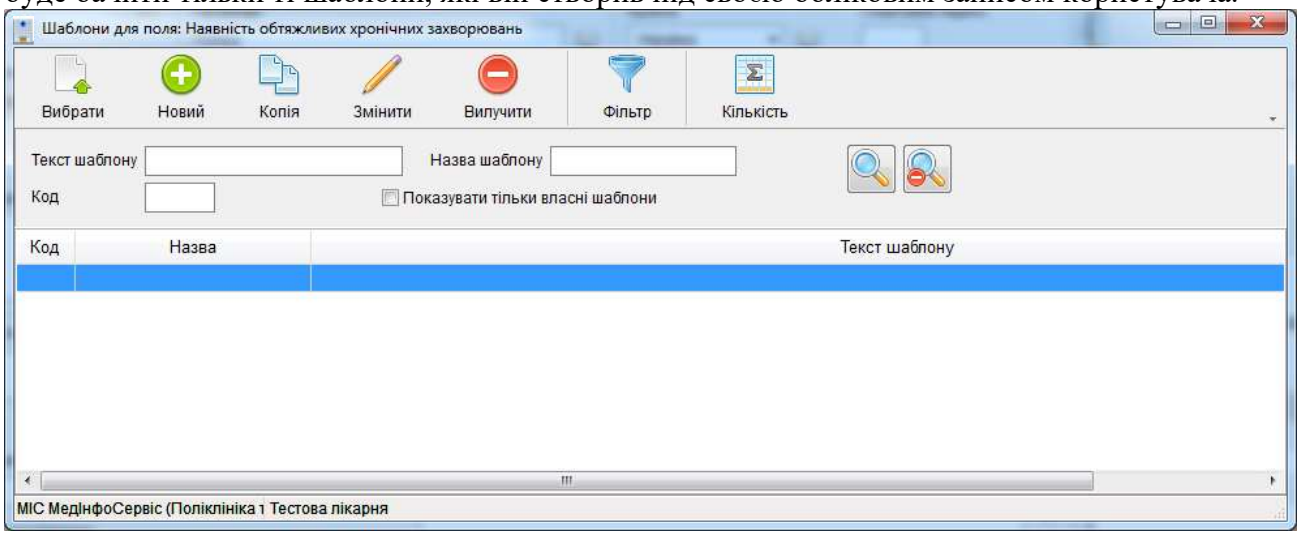
Для внесення даних про пацієнта, його можна вибрати з реєстру пацієнтів (за допомогою кнопки або ввівши перші три літери прізвища і обрати з переліку

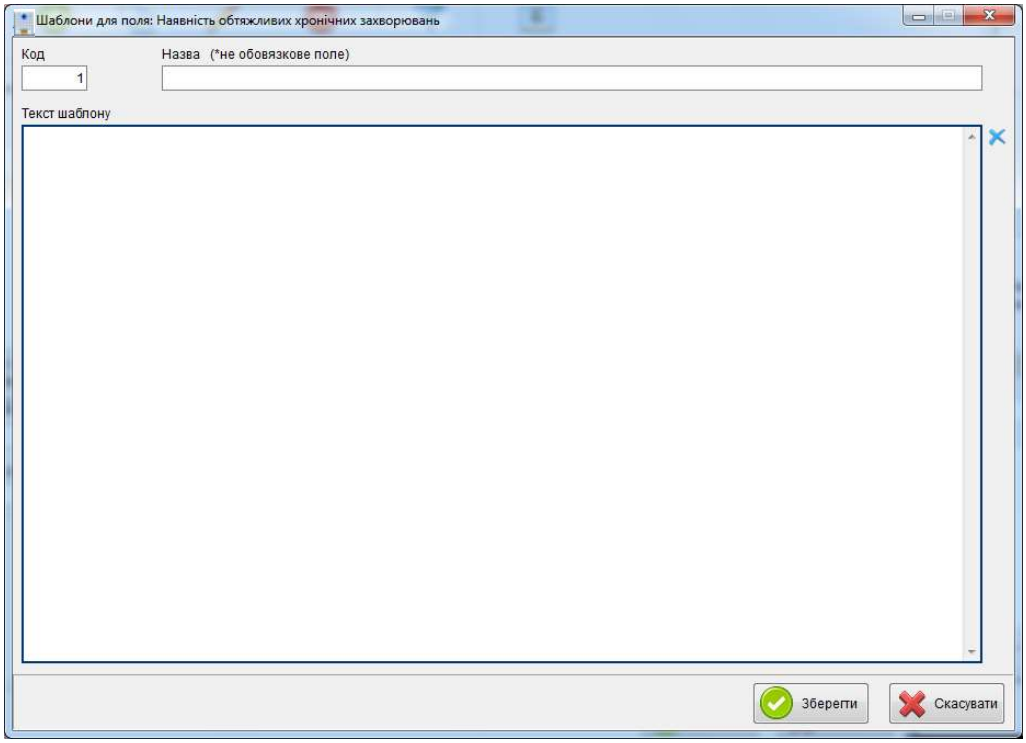
) або внести дані нового в даному вікні. Мінімальна кількість полів для заповнення пацієнта це: ПІБ, стать та дата народження.

Кнопка , яка розташована біля деяких полів дає можливість ввести більше необхідної інформації:



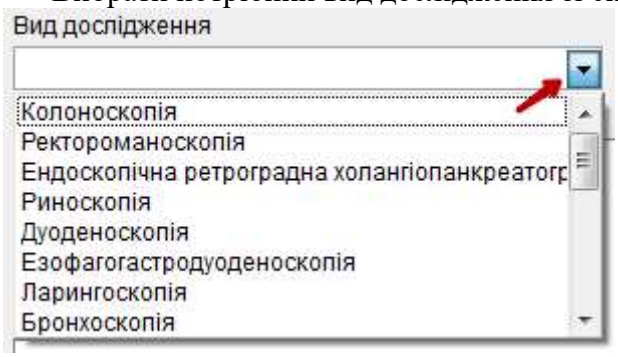
Кнопка біля одних полів (таких як, «Країна», «населений пункт», «Вулиця» тощо), дає можливість вибрати з готового довідника бази, а біля інших («Найменування закладу..», «Діагноз при направленні», «Апарат», «Висновок») дає можливість створити власні шаблони, якими найчастіше користуються в роботі. **«Показувати власні шаблони»** означає, що лікар буде бачити тільки ті шаблони, які він створив під своєю обліковим записом користувача.



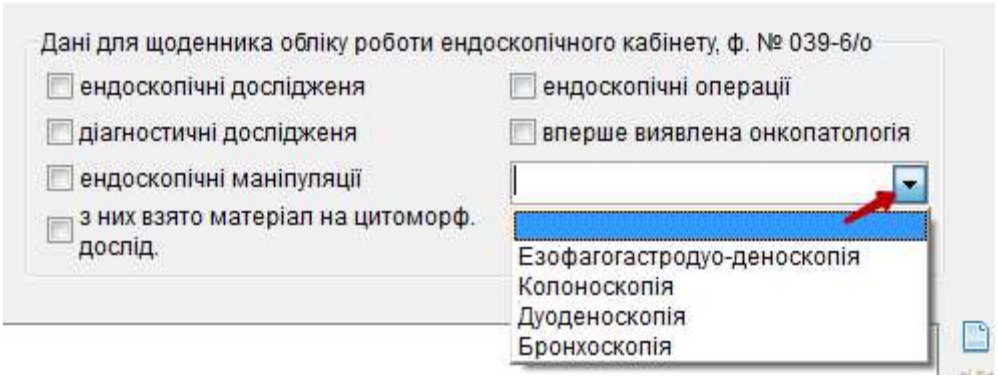


Після того, як працівник внесе всі дані про пацієнта, найменування закладу, діагноз при направленні, наявність обтяжливих хронічних захворювань, необхідно:

- Вибрати потрібний вид дослідження зі списку



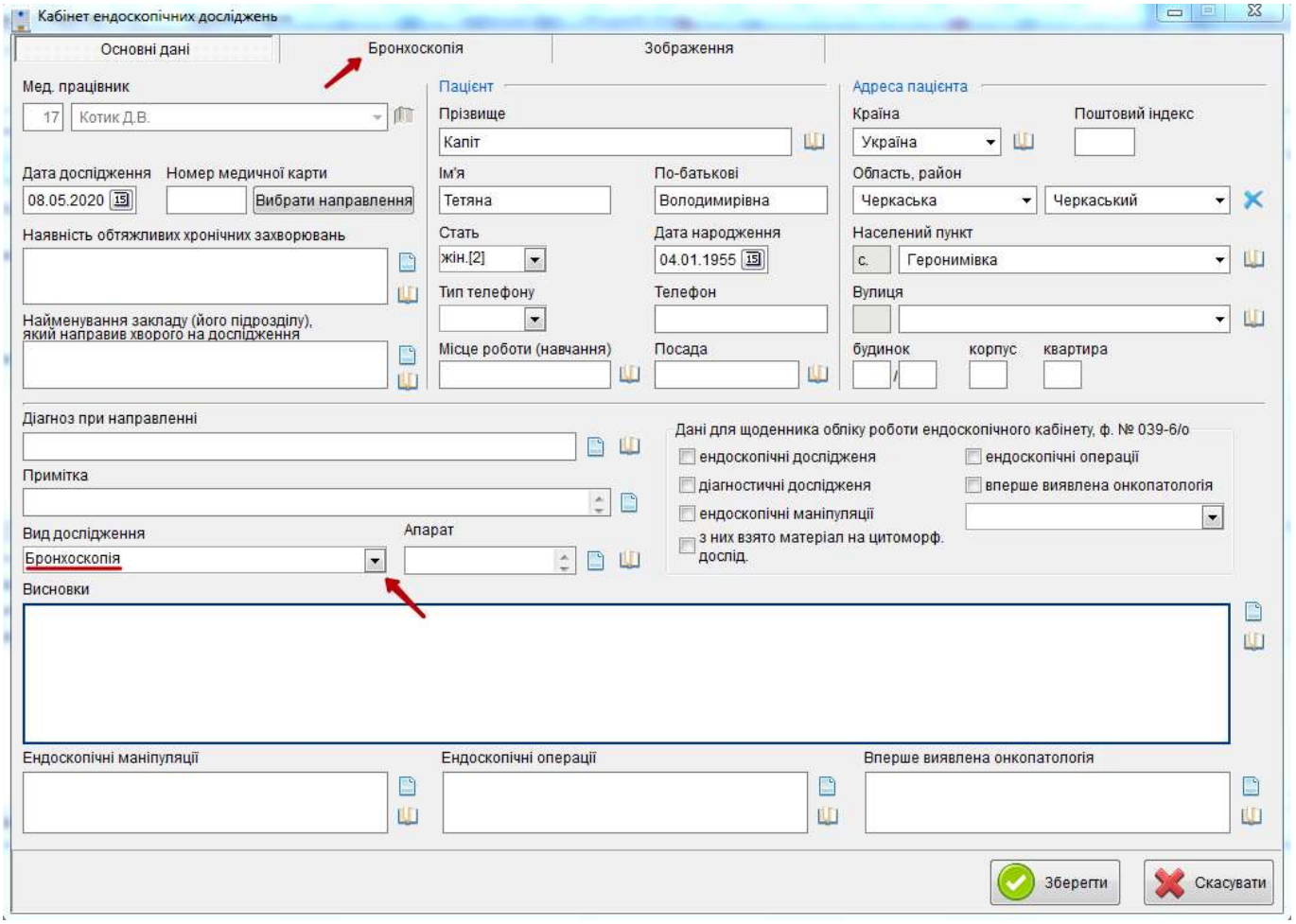
- Відмітити дані для щоденника 039-6/о

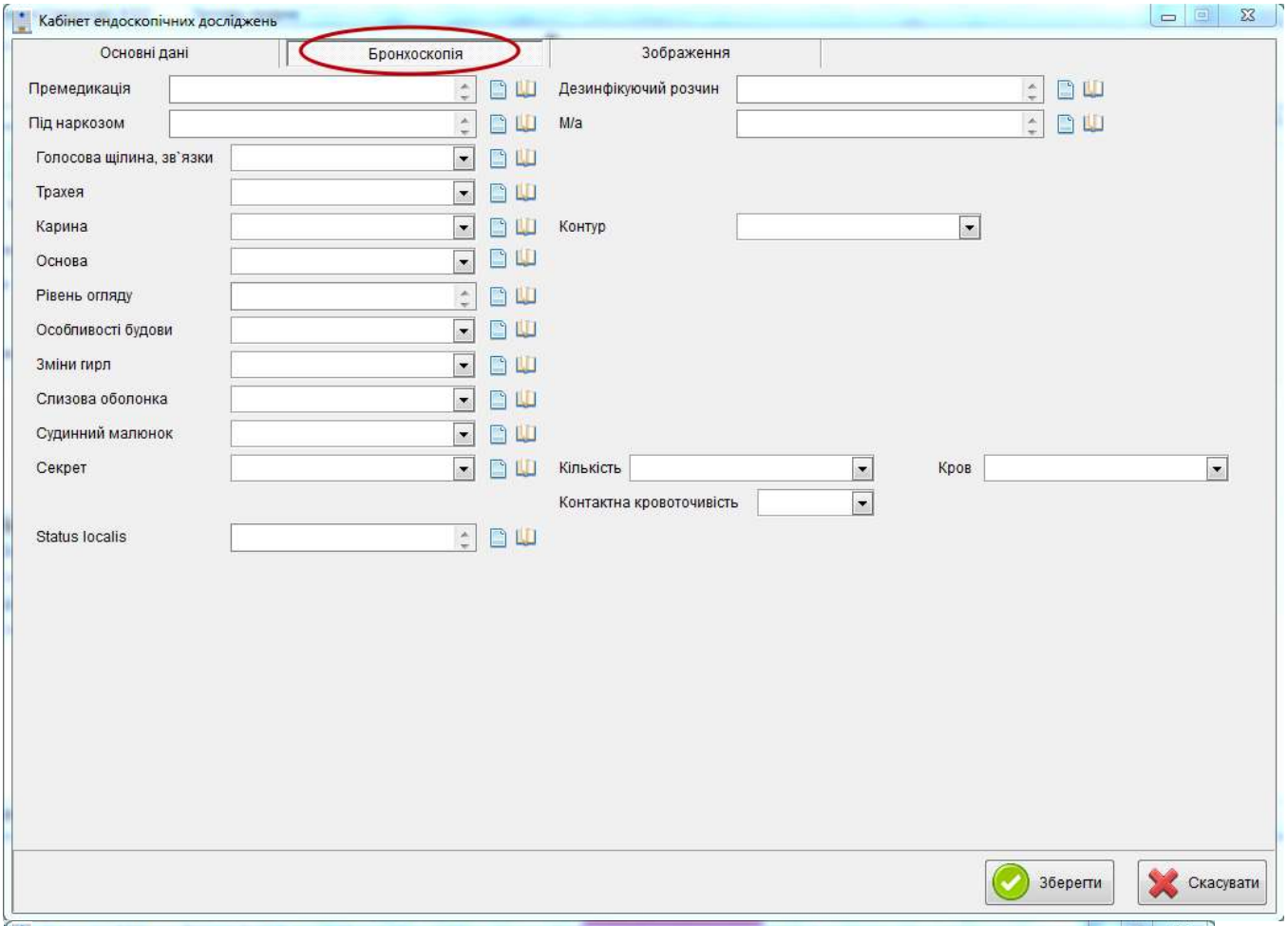


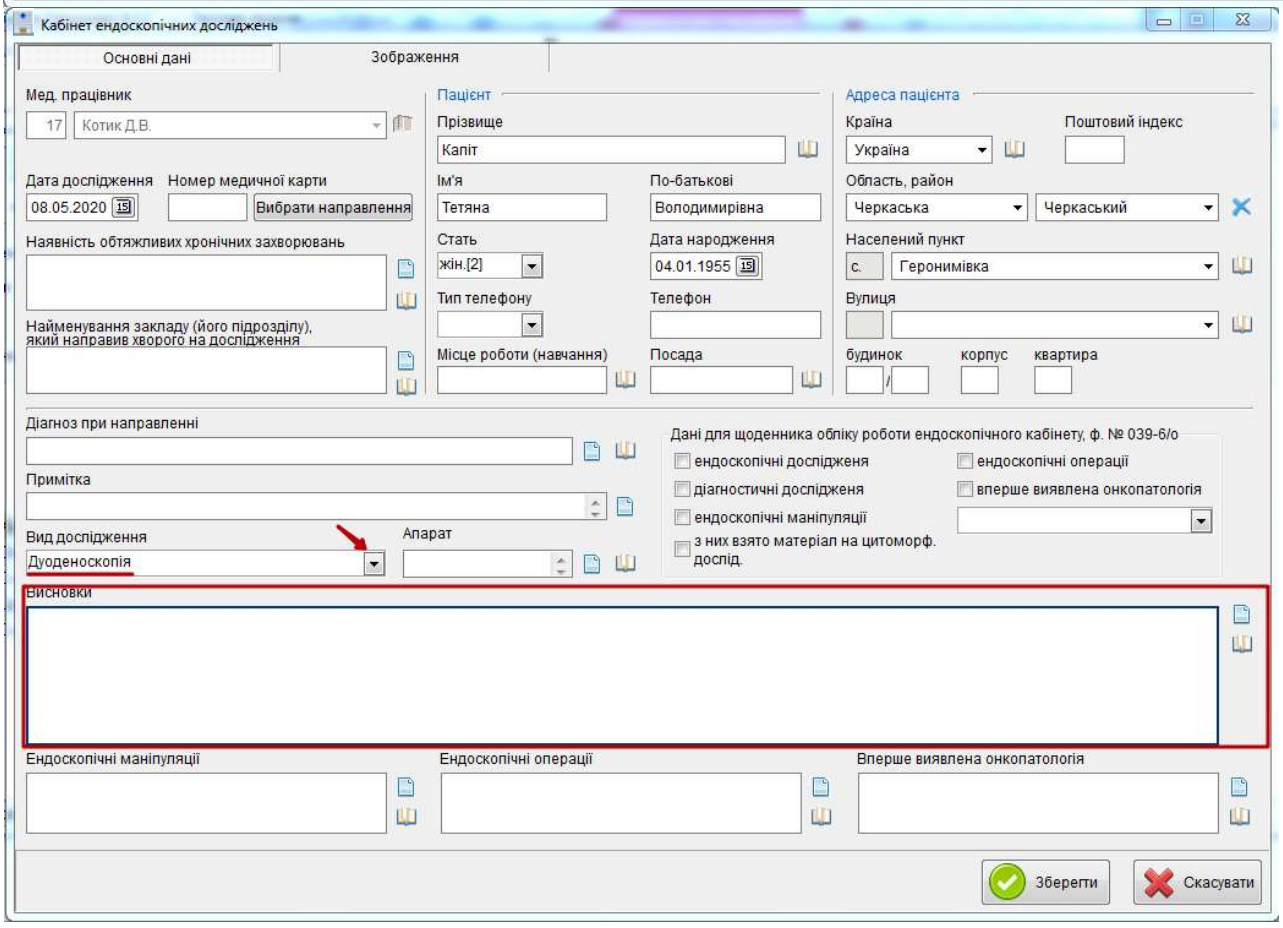
- Вказати апарат можливо як заповнивши поле, та і вибравши із раніше внесеного шаблону

- Заповнити, при потребі, можна як самостійно ввівши інформацію, так і, вибравши із раніше внесеного шаблону, поля «Ендоскопічні маніпуляції», «Ендоскопічні операції», «Вперше виявлена онкопатологія»

В залежності від обраного виду дослідження зі списку, зокрема для колоноскопії, езофагогастродуоденоскопії, бронхоскопії та інші з’являється відповідна закладка для заповнення протоколу ендоскопічного втручання, для інших – результати заповнюються в поле **«Висновок»**.

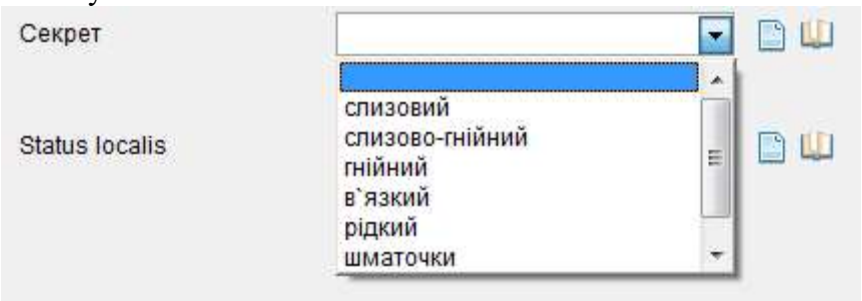






В закладках необхідно заповнити поля для протоколу ендоскопічного дослідження. Для цього в програмі представлений різновид для внесення інформації:

- за допомогою випадаючих списків, з можливістю внесення додаткової інформації та дає можливість вибрати висновок із раніше введеного шаблону

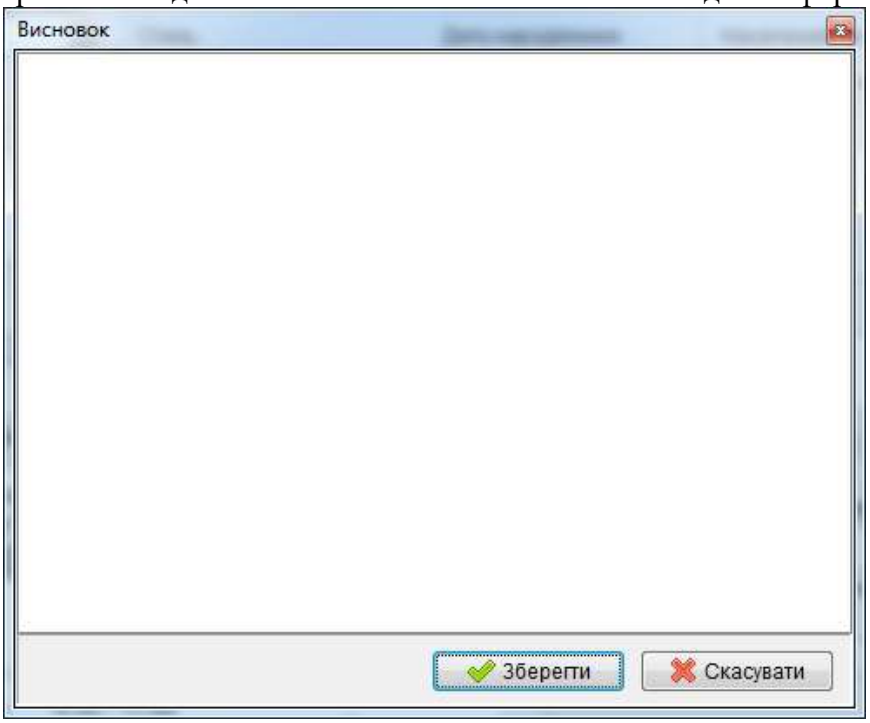


- вручну вводити дані

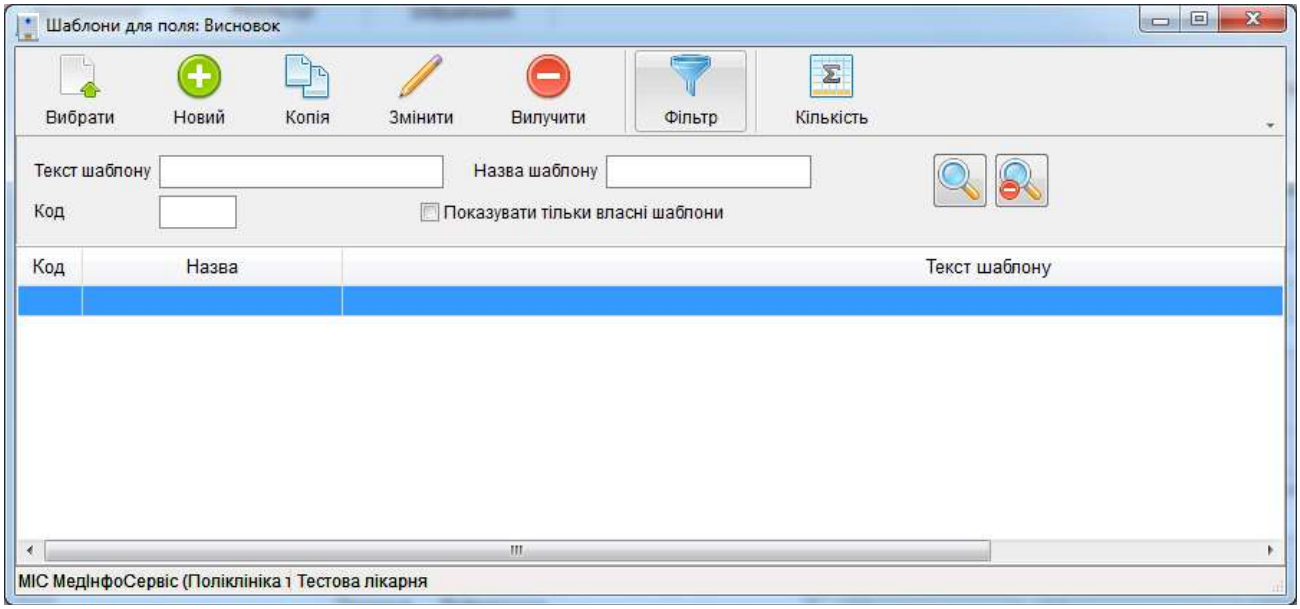
.

Після того, як всі показники будуть вказані, слід заповнити поле **«Висновки»**. Є два способи заповнити висновок:

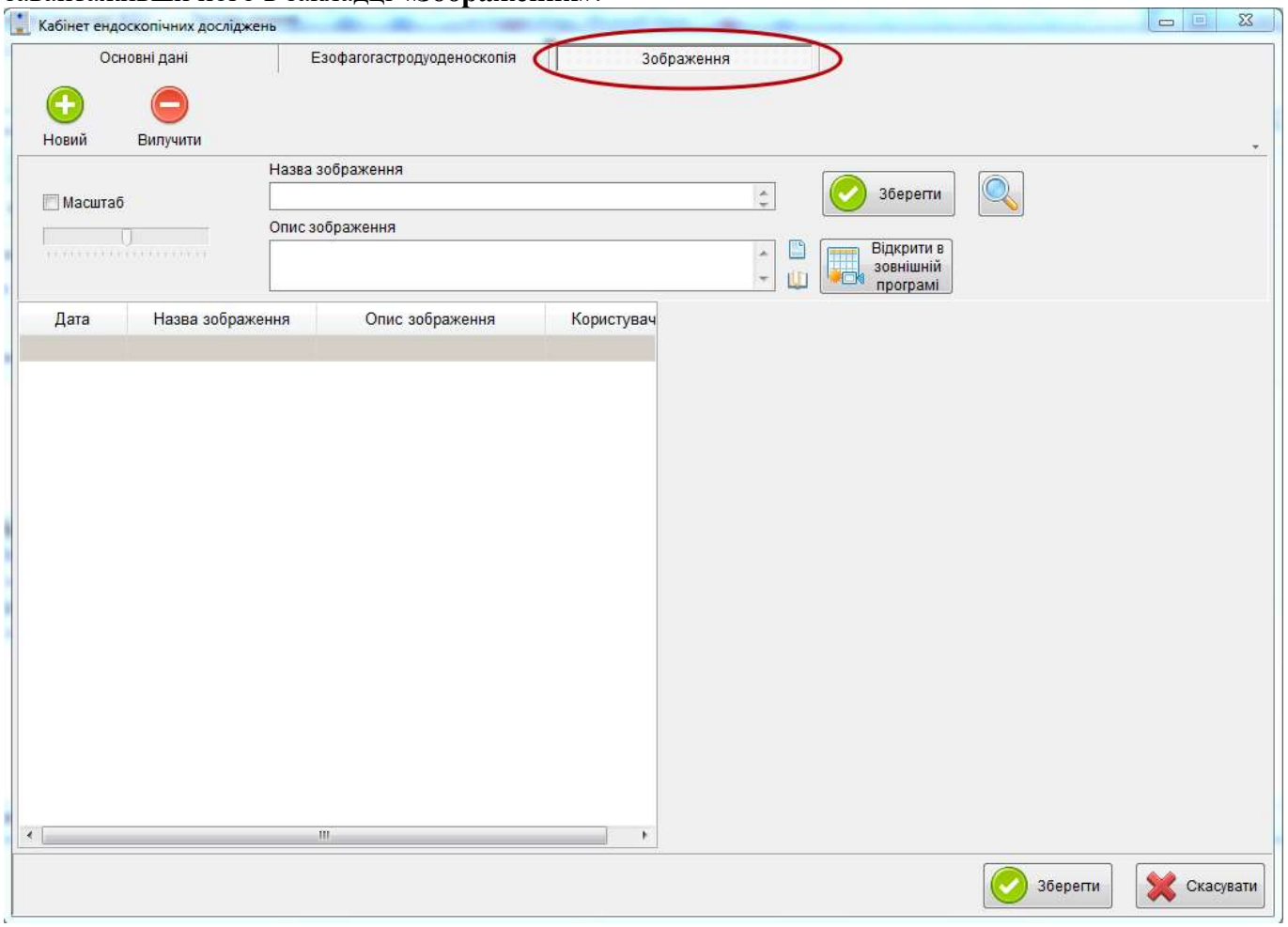
7. - відкриває поле для внесення та читання більше необхідної інформації.



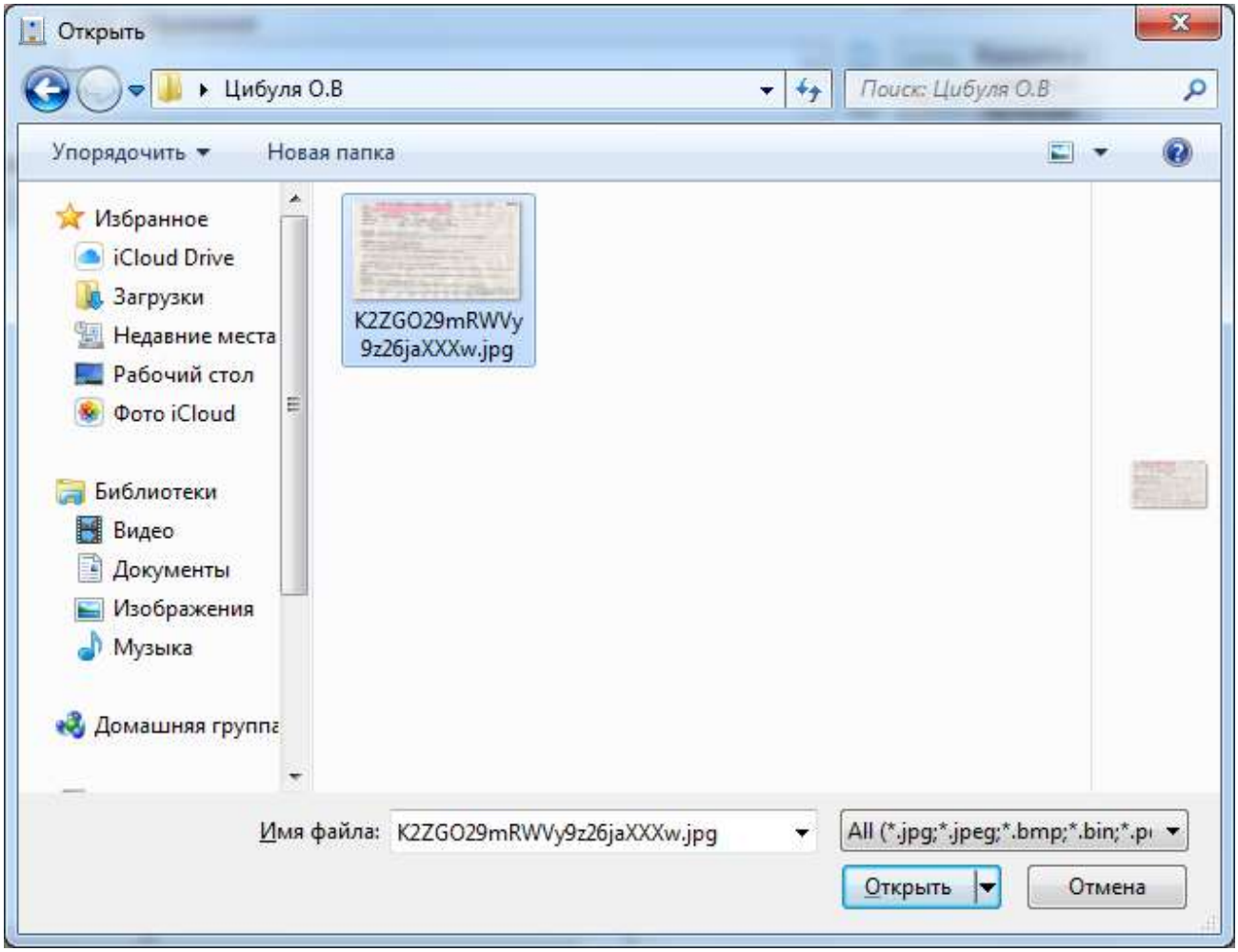
8. - дає можливість вибрати висновок із раніше введеного шаблону.



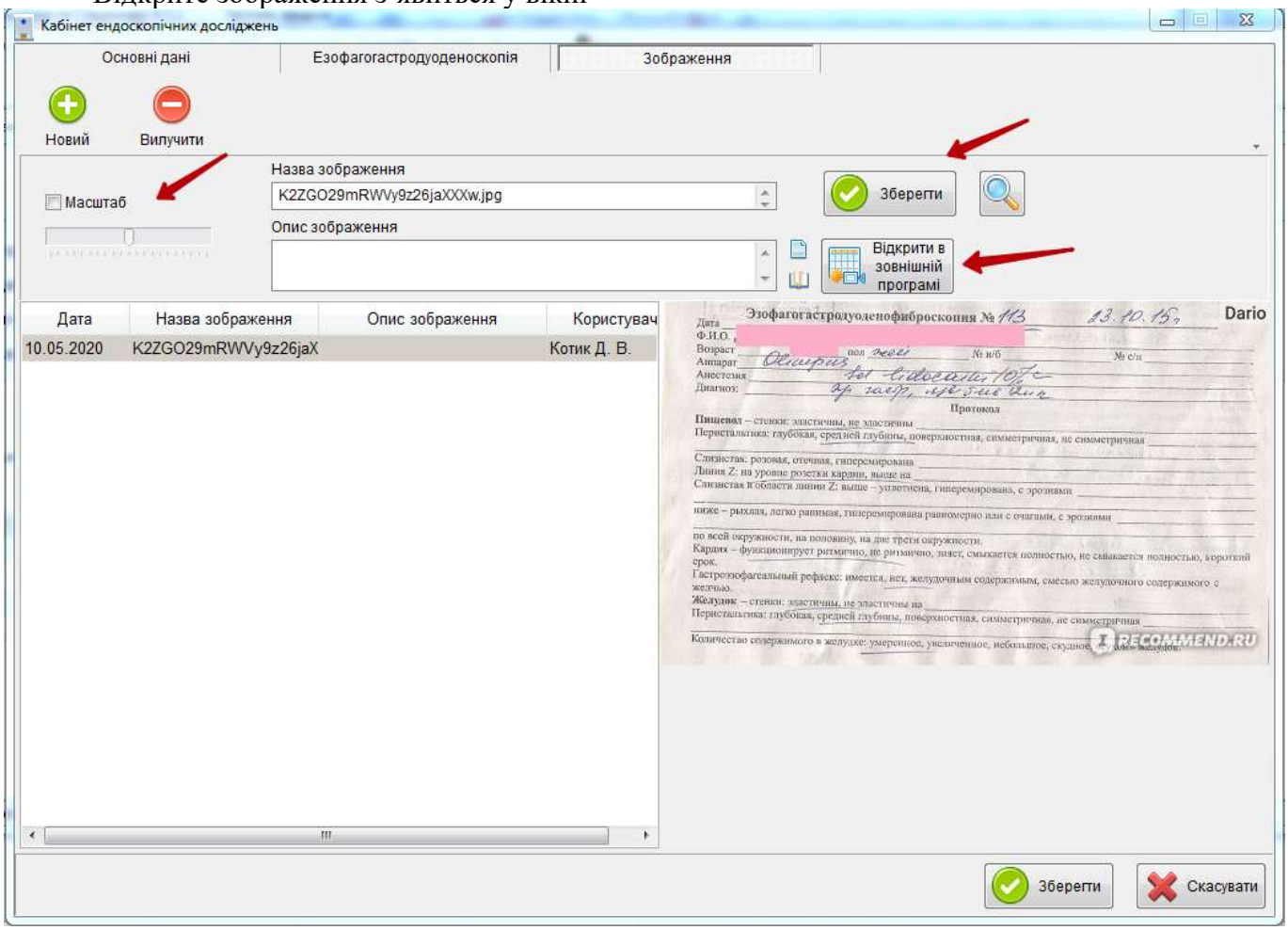
В модулі «Кабінет ендоскопічних досліджень» для кожного виду дослідження є можливість «прикріпити» зображення до дослідження (наприклад, скановану копію), завантаживши його в закладці **«Зображення»**.



Для завантаження нового зображення необхідно натиснути **«Новий»,** обрати зображення із локального диску чи зовнішнього носія і **«Открыть»**.

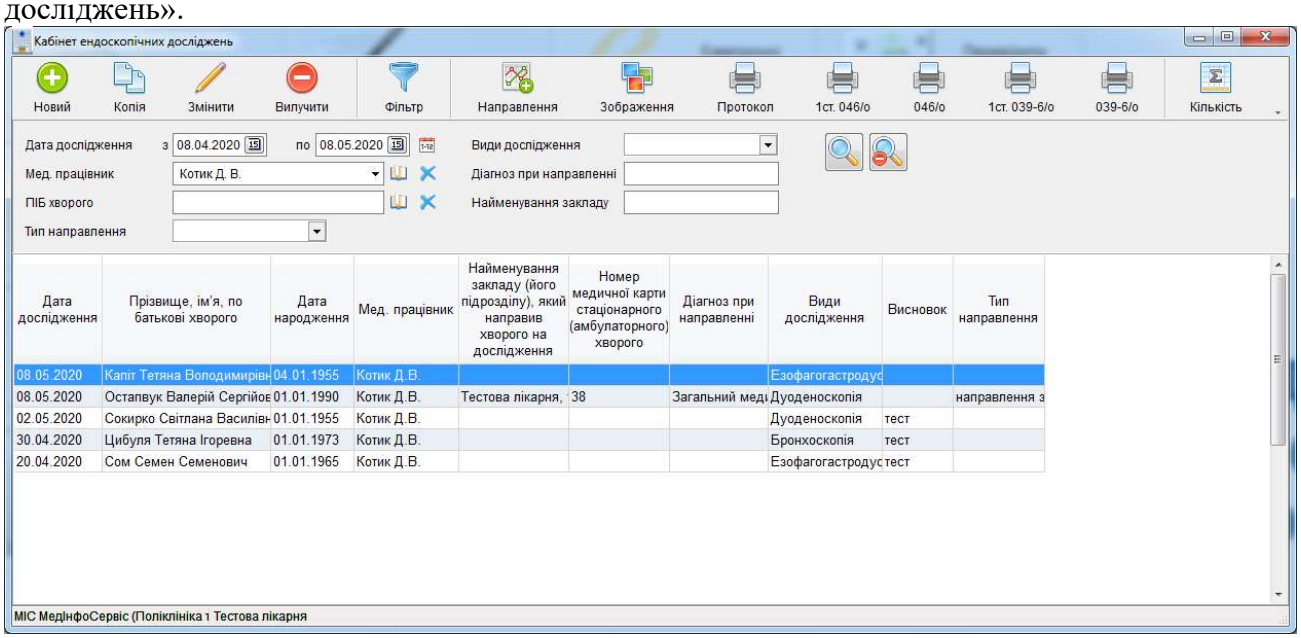


Відкрите зображення з’явиться у вікні

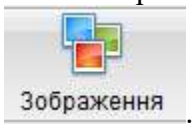


Натиснувши у верхній частині вікна кнопку **«Зберегти»**, можна переходити до завантаження наступних зображень. Також є можливість скористатися масштабом, при потребі, або відкрити зображення в зовнішній програмі.

Всі виконані дослідження (по направленню і без) автоматично відображаються в електронній медичній карті амбулаторного або стаціонарного пацієнта в розділі **«Результати обстежень»**, а також формуються в список у головному вікні модуля «Кабінет ендоскопічних досліджень».

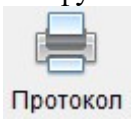


Переглянути всі завантажені зображення можливо за допомогою кнопки

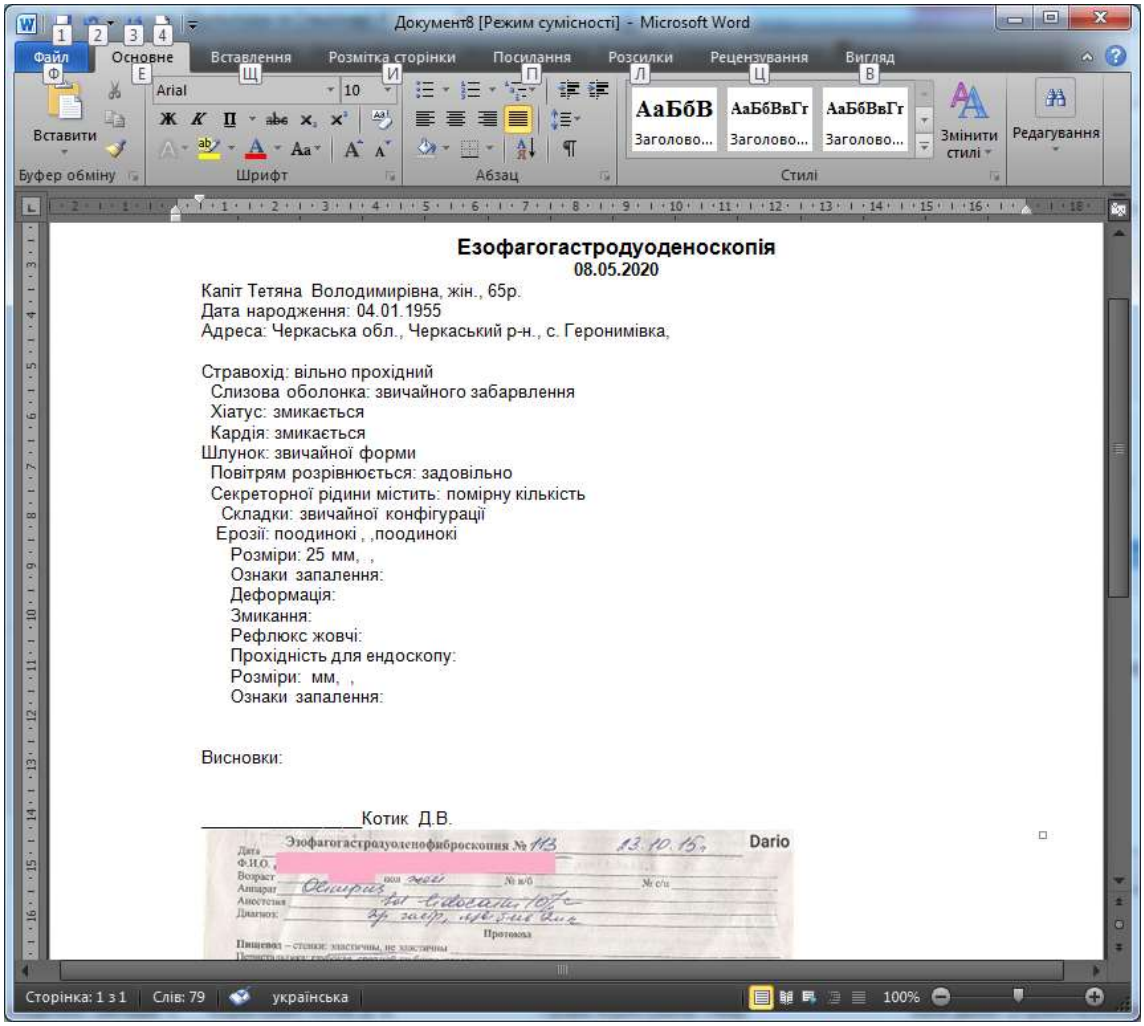


.

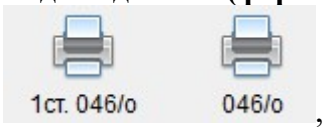
В кабінеті функціональних досліджень присутні кнопки для друку:

- 

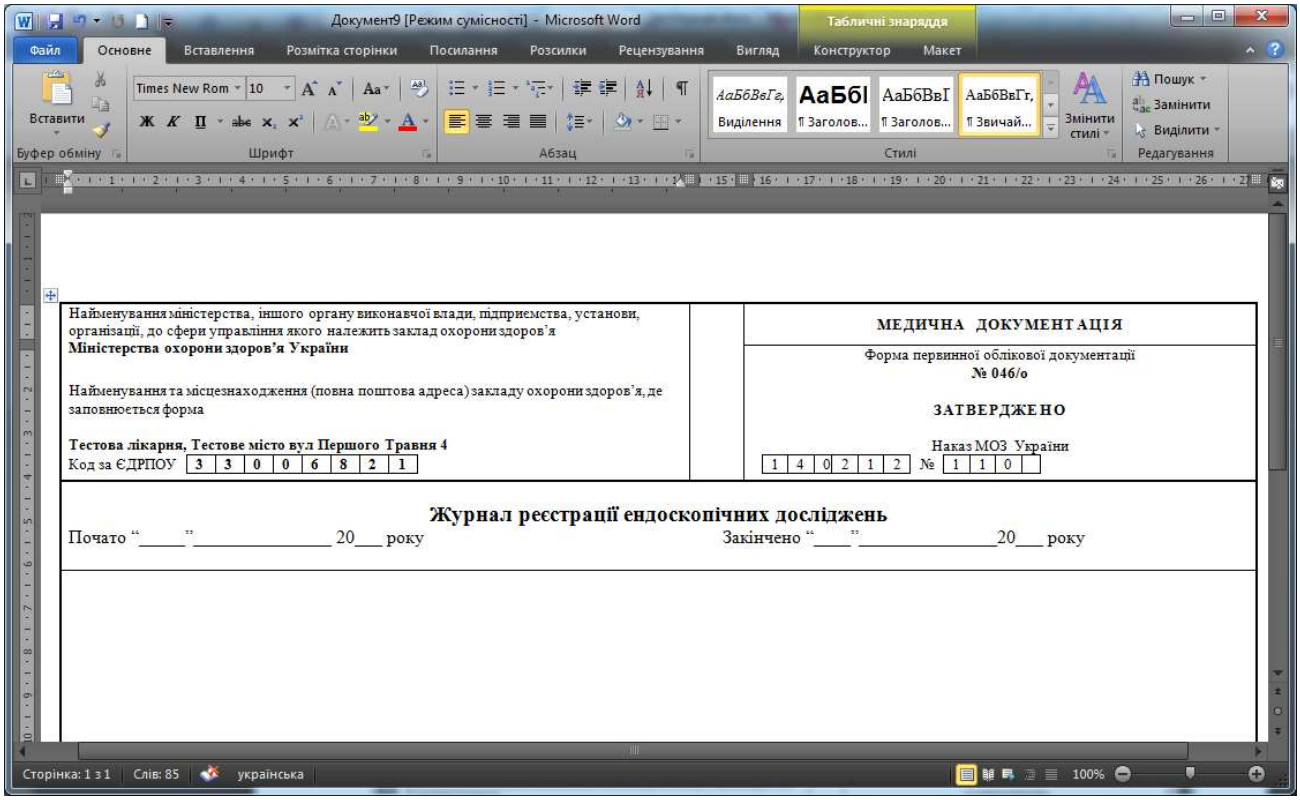
- сформує протокол в документ Word або LibreOffice Writer результат обраного з таблиці дослідження



- **«Журнал реєстрації функціональних досліджень» (форма № 047/о)**

Для друку журналу 048/о використовують кнопки 

, де перша сторінка виводиться в документ Word або LibreOffice Writer, а таблиця в документ Excel або в LibreOffice Calc.



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я
Міністерства охорони здоров'я України

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма

Тестова лікарня, Тестове місто вул Першого Травня 4
Код за ЄДРПОУ 3 3 0 0 6 8 2 1

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

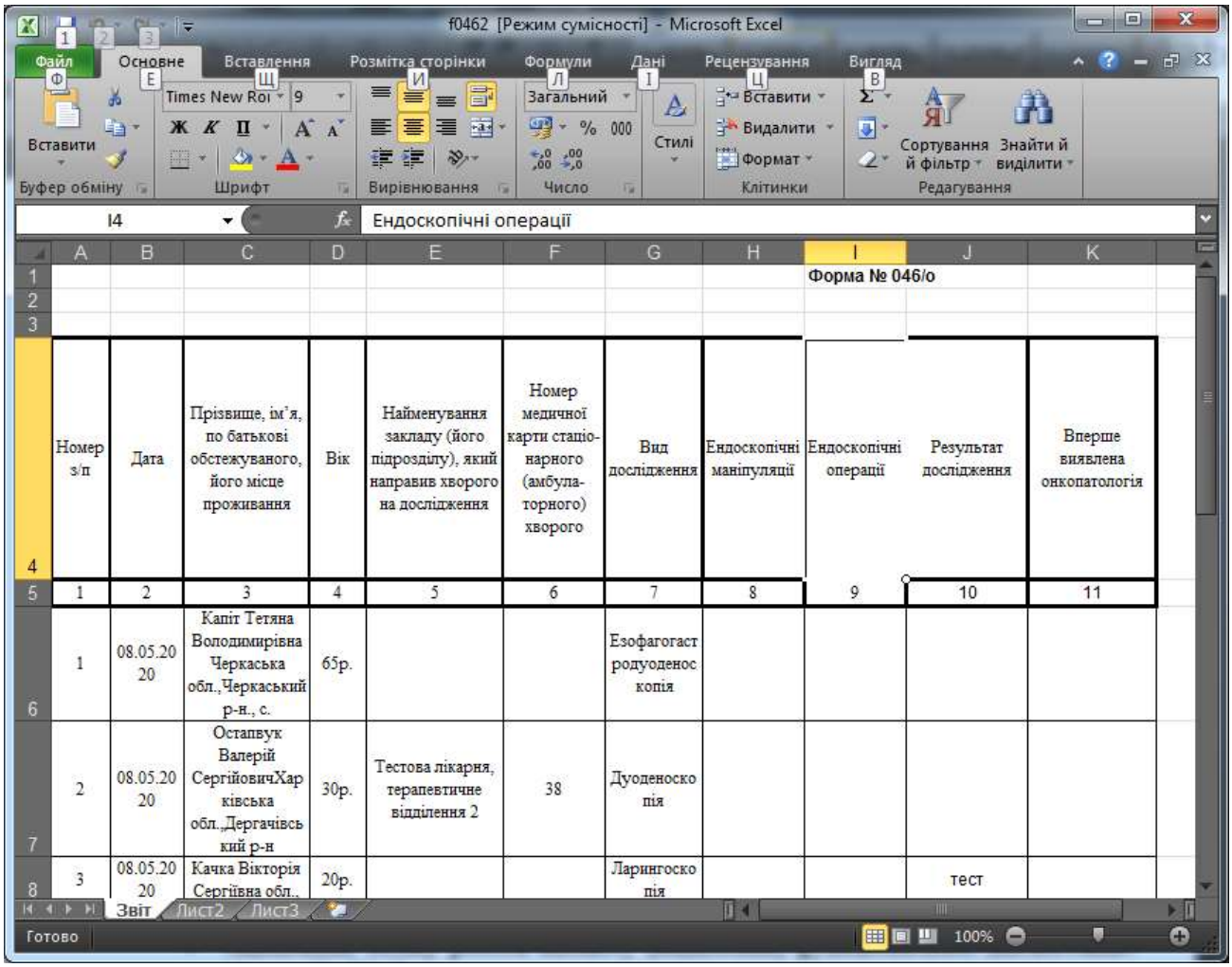
Форма первинної облікової документації
№ 046/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України
1 4 0 2 1 2 № 1 1 0

Журнал реєстрації ендоскопічних досліджень

Почато "_____" _____ 20___ року Закінчено "____" _____ 20___ року



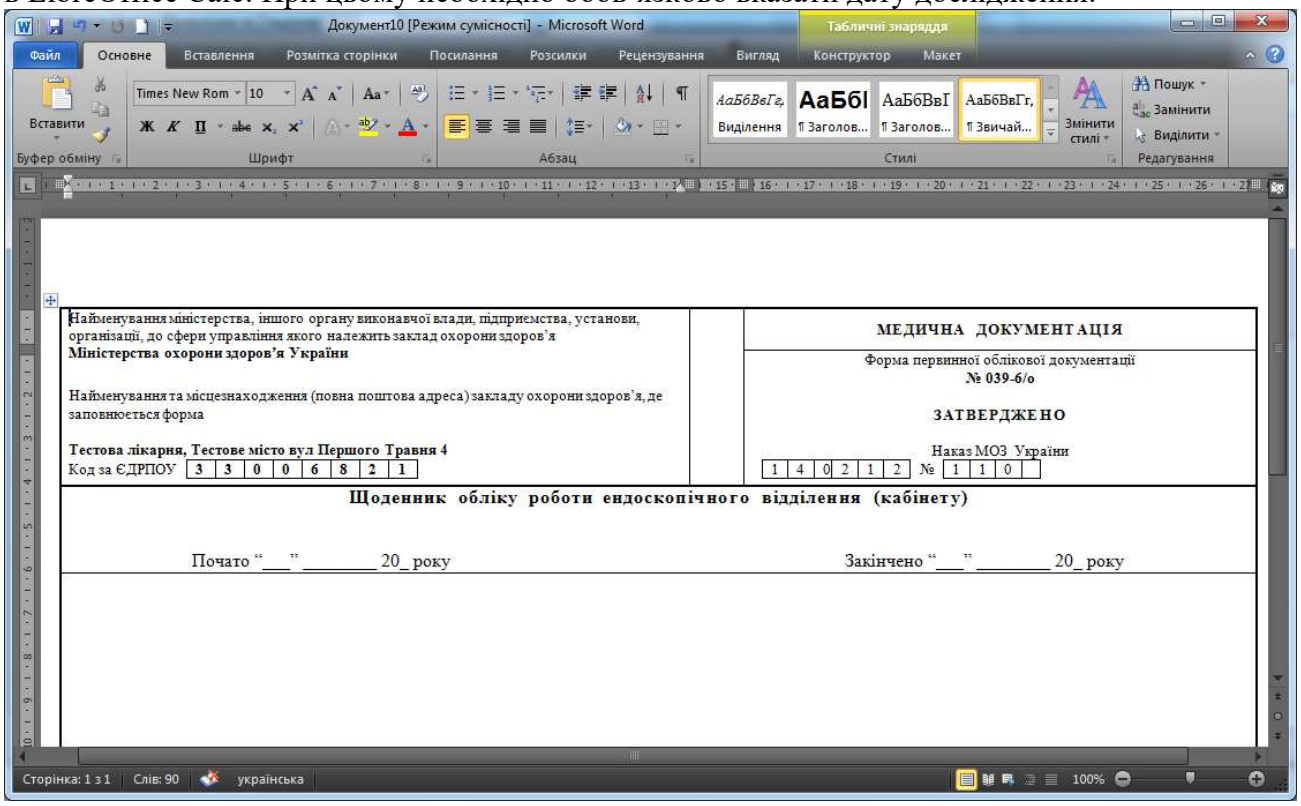
Форма № 046/о

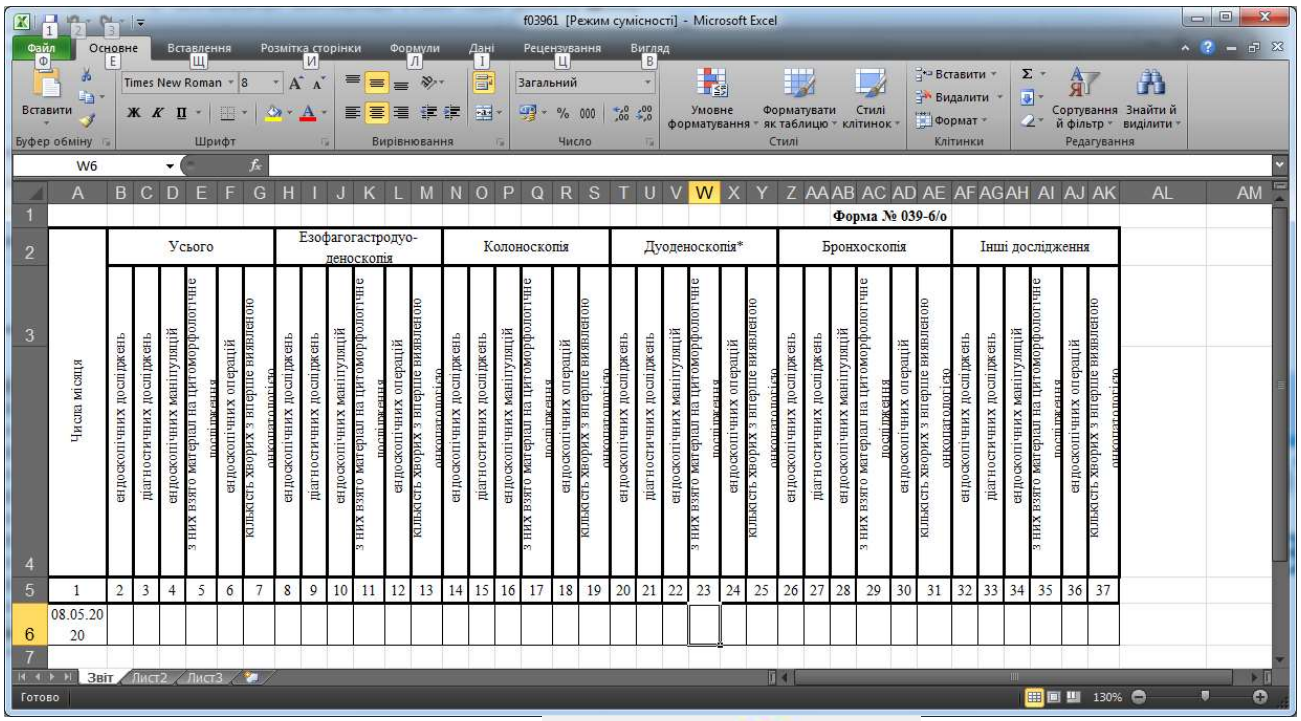
Номер з/п	Дата	Прізвище, ім'я, по батькові обстежуваного, його місце проживання	Вік	Найменування закладу (його підрозділу), який направив хворого на дослідження	Номер медичної карти стаціонарного (амбулаторного) хворого	Вид дослідження	Ендоскопічні маніпуляції	Ендоскопічні операції	Результат дослідження	Вперше виявлена онкопатологія
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	08.05.2020	Капіт Тетяна Володимирівна Черкаська обл.,Черкаський р-н., с.	65р.			Езофагогастродуоденоскопія				
2	08.05.2020	Остапвук Валерій СергійовичХарківська обл.,Дергачівський р-н	30р.	Тестова лікарня, терапевтичне відділення 2	38	Дуоденоскопія				
3	08.05.2020	Качка Вікторія Сергіївна обл.,	20р.			Ларингоскопія			тест	

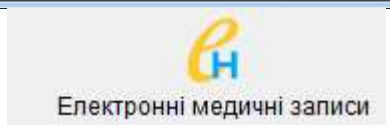
- **«Щоденник обліку роботи ендоскопічного відділення» (форма № 039-6/о)**

Для друку щоденника 039-7/о використовують кнопки

, де перша сторінка виводиться в документ Word або LibreOffice Writer, а таблиця в документ Excel або в LibreOffice Calc. При цьому необхідно обов'язково вказати дату дослідження.





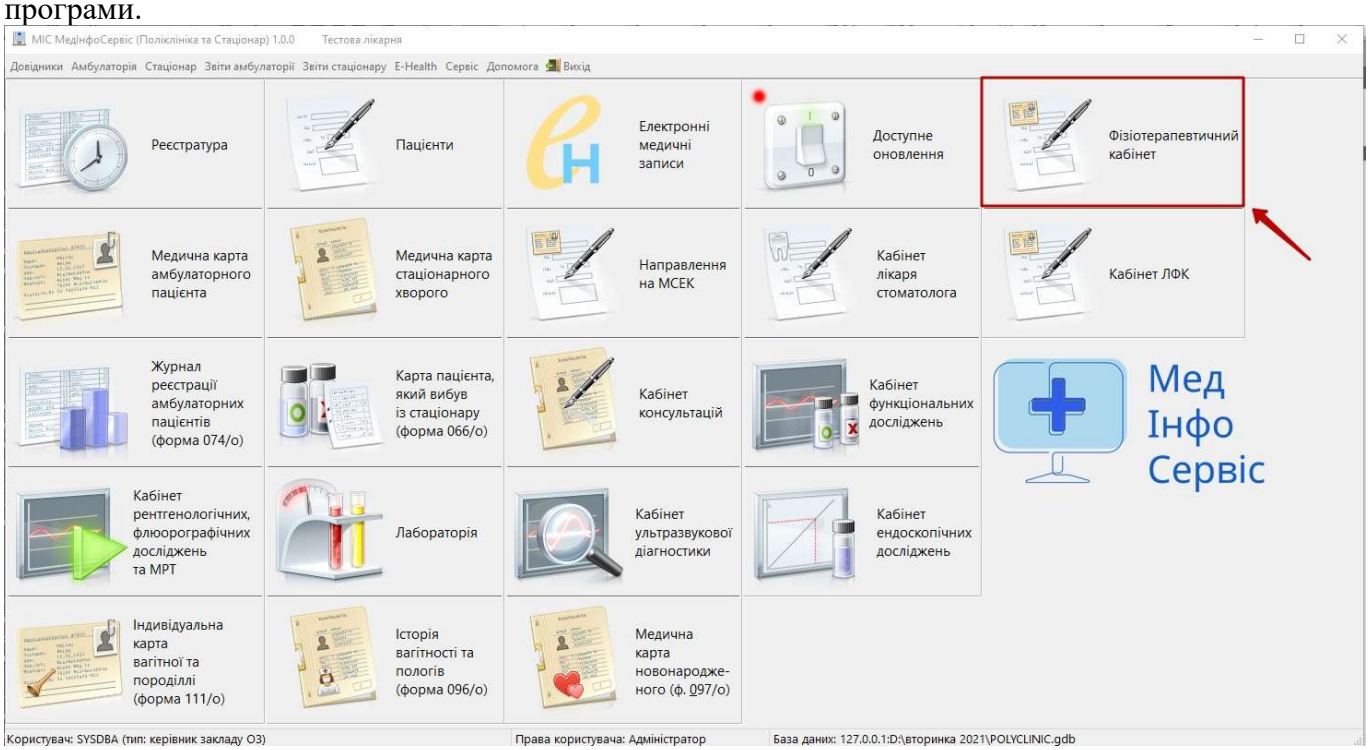


«Електронні медичні записи» - перехід до електронних медичних записів обраного із списку пацієнта.

«Кількість» - розраховує кількість записів, в залежності від налаштування фільтраційної панелі.

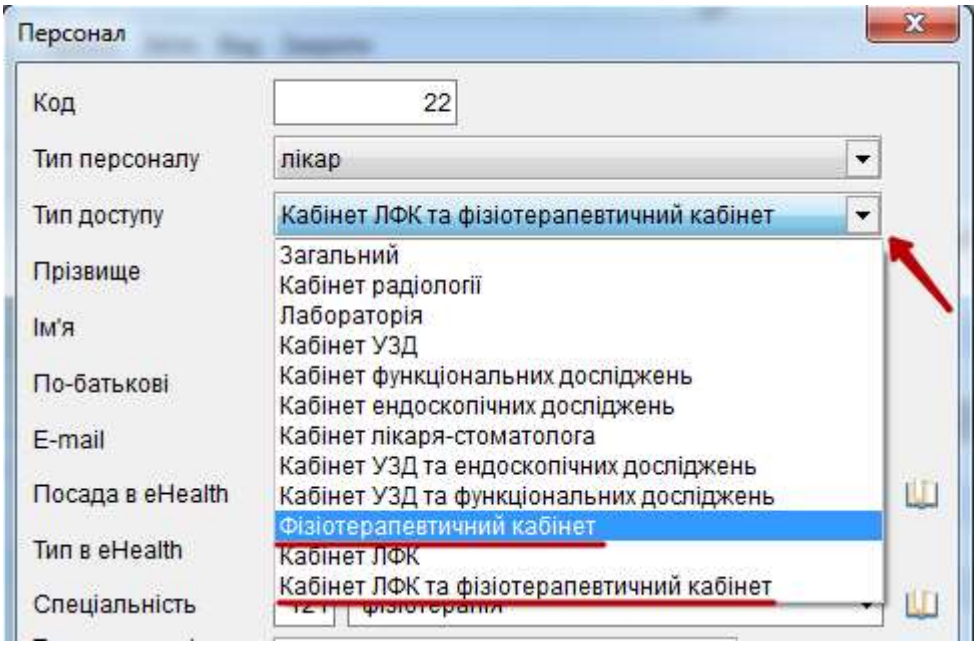
11.21 Фізіотерапевтичний кабінет

Знайти даний модуль можна в пункті меню **«Амбулаторія»**, **«Стаціонар»** та, для зручності, його розміщено на головному вікні програми, яке з'являється після запуску програми.

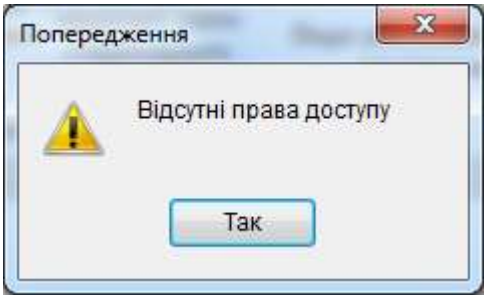


Модуль «Фізіотерапевтичний кабінет», дозволяє вести облік процедур по пацієнтам, як за направленнями так і без них, вносити результати досліджень.

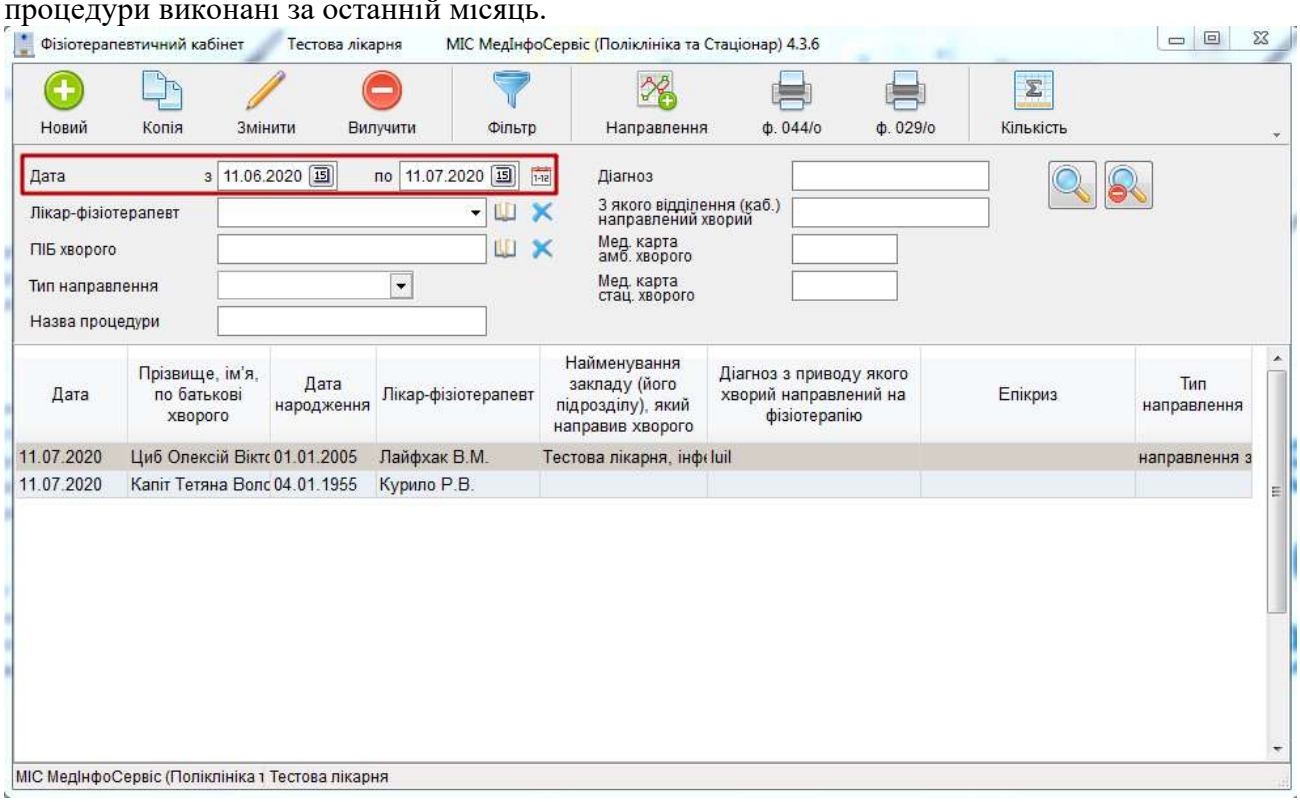
Зверніть увагу! В кабінеті мають право працювати тільки ті лікарі чи середній медичний персонал, у яких в **«Персонал»** в пункті **«Тип доступу»** вибрано **«Фізіотерапевтичний кабінет»** або, при потребі, **«Кабінет ЛФК та фізіотерапевтичний кабінет»**.



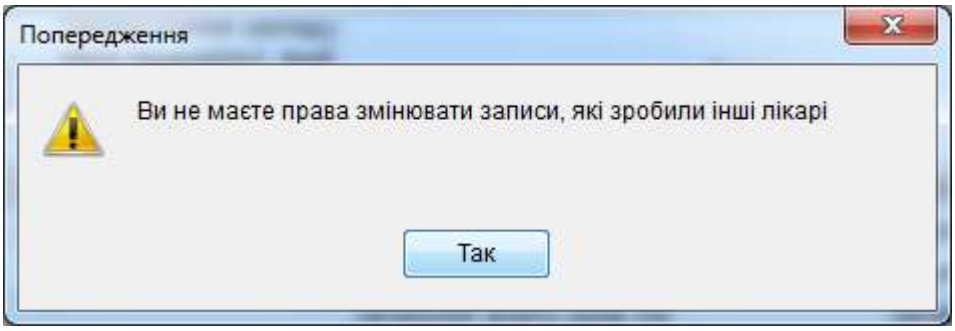
В противному разі, програма видасть повідомлення:



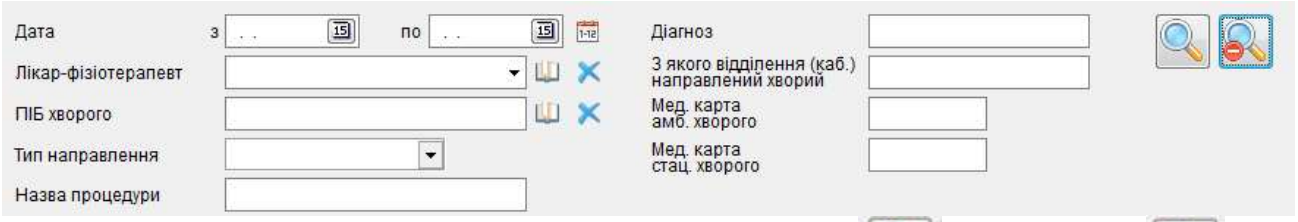
Зайшовши в програму під працівником фізіотерапевтичного кабінету з відповідними правами доступу, користувачеві відкриється головне вікно кабінету, де будуть відображені процедури виконані за останній місяць.



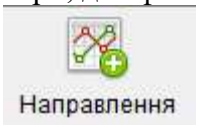
Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити запис про нову процедуру для пацієнта. **«Копія»** - створює копію тільки внесеної даним лікарем процедури. Кнопка **«Змінити»** дозволяє вносити зміни в процедури, створені даним лікарем. Процедури, створені іншим лікарем редагувати за допомогою цієї кнопки неможливо, але є можливість додати процедури, якщо даний лікар являється виконавцем. **«Вилучити» -** видаляє тільки ті дослідження, які були занесені даним лікарем. В противному разі програма видасть повідомлення.



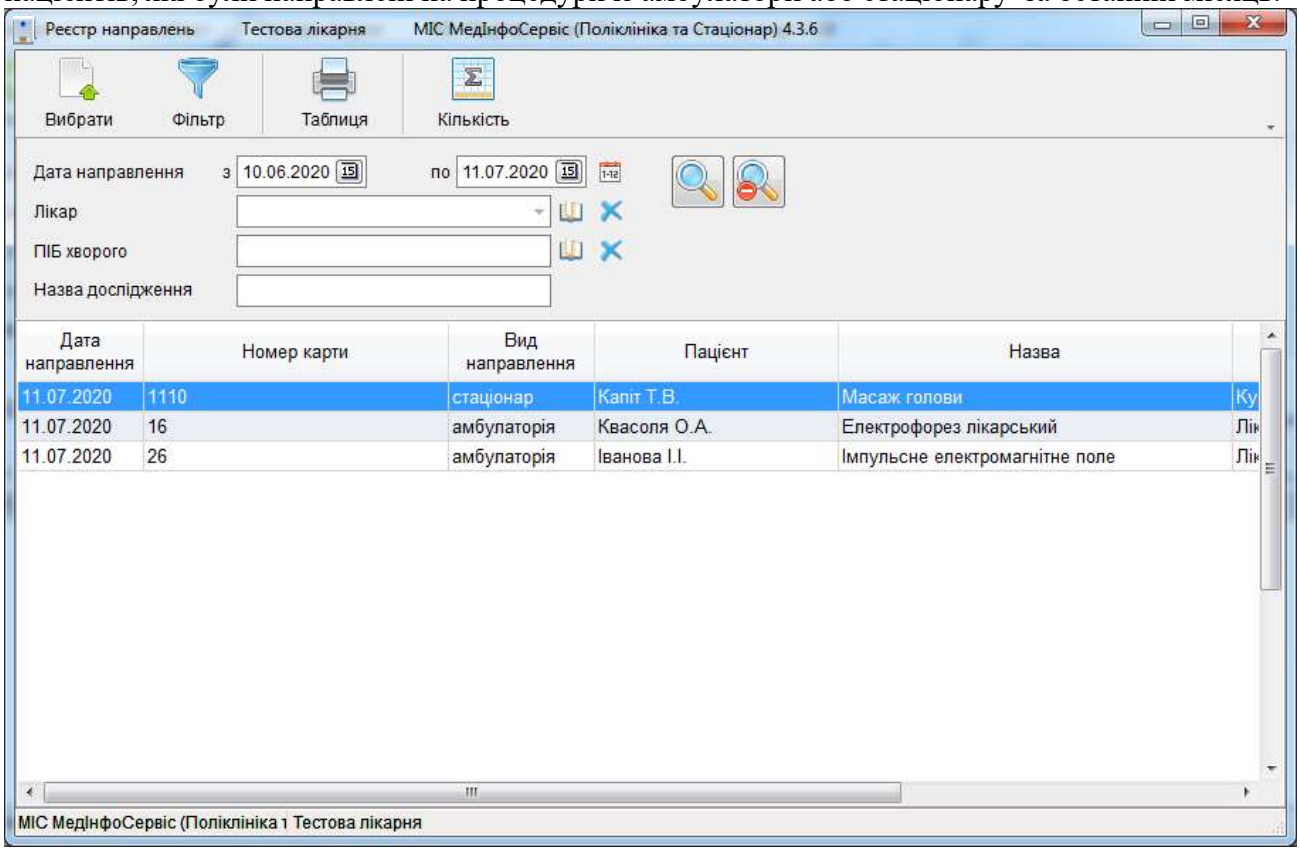
«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по дослідженням.



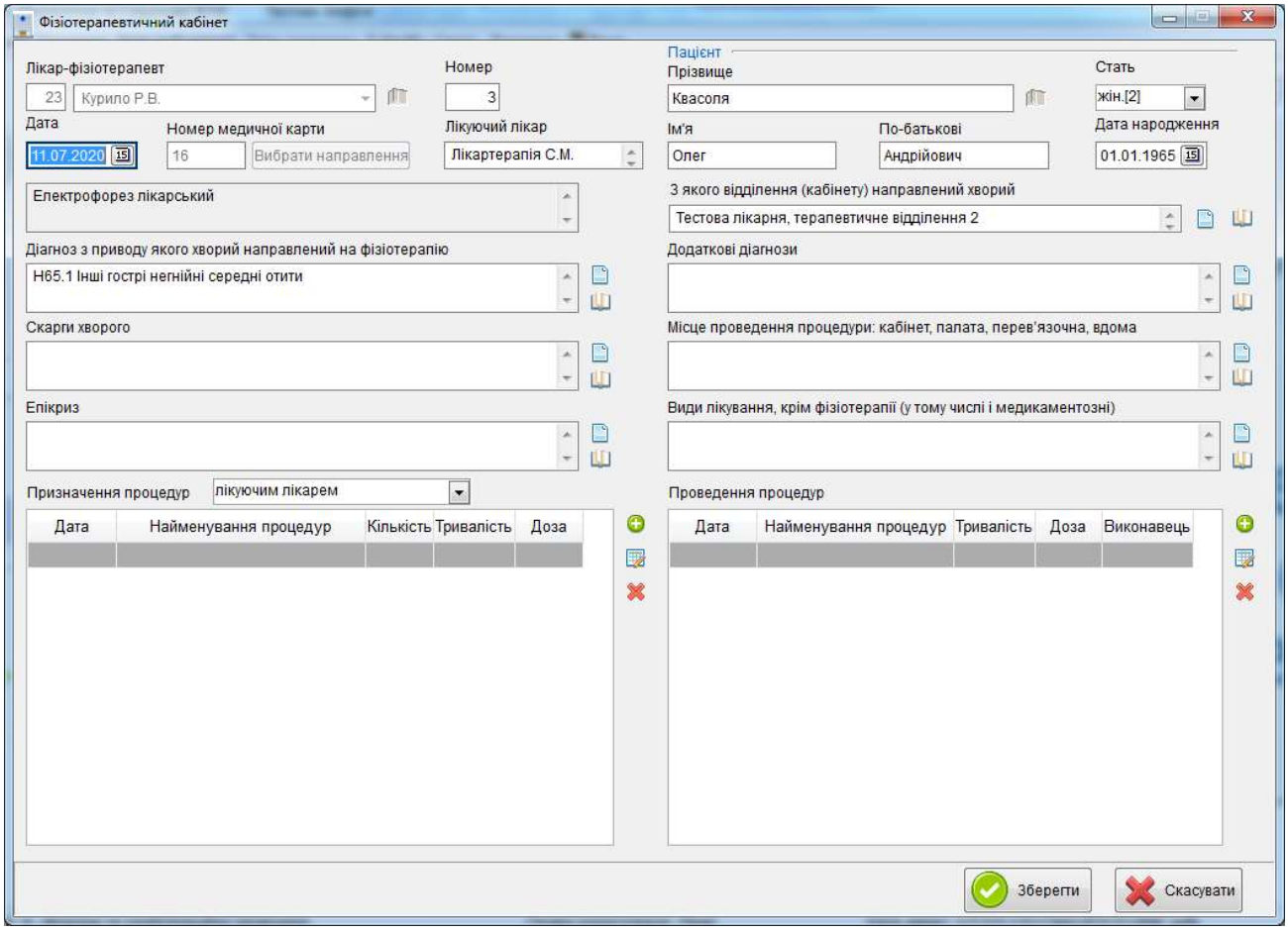
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .



«Направлення» - відкриває перед працівником кабінету список пацієнтів, які були направлені на процедури із амбулаторії або стаціонару за останній місяць.

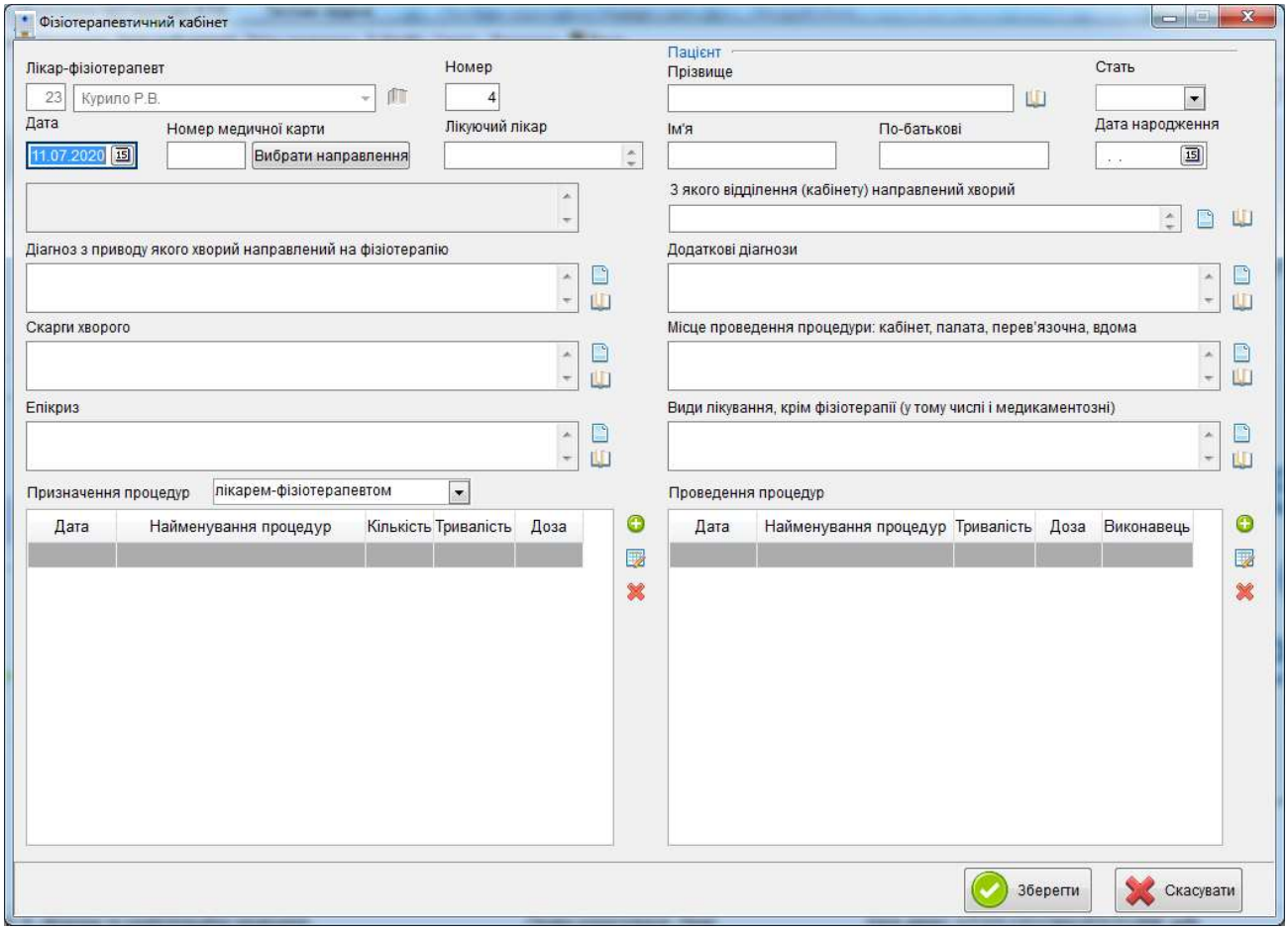


Для вибору направлення необхідно двічі натиснути на нього або, натиснувши один раз і **«Вибрати».** В результаті, відкриється вікно для внесення даних пацієнта та проведених процедур.



У випадку (як на малюнку зверху), якщо процедура здійснюється **по направленню** автоматично заповнюються дані про пацієнта з амбулаторної чи стаціонарної карти пацієнта, найменування закладу, відділення, діагноз при направленні, вид процедури.

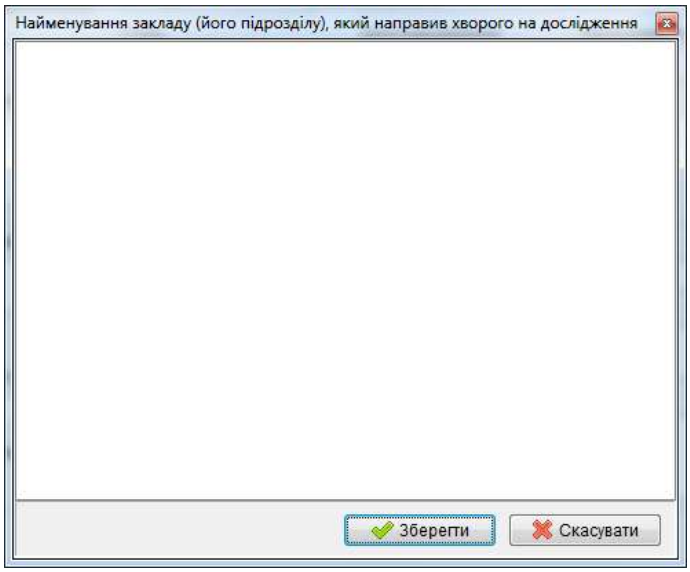
У разі, якщо до лікаря, пацієнт прийшов з самозверненням або з паперовим направленням, то користувачу необхідно створити такий запис самостійно через кнопку **«Новий».** Вікно, яке з'явиться матиме автоматично заповненими тільки поля «Працівник» та «Дата».



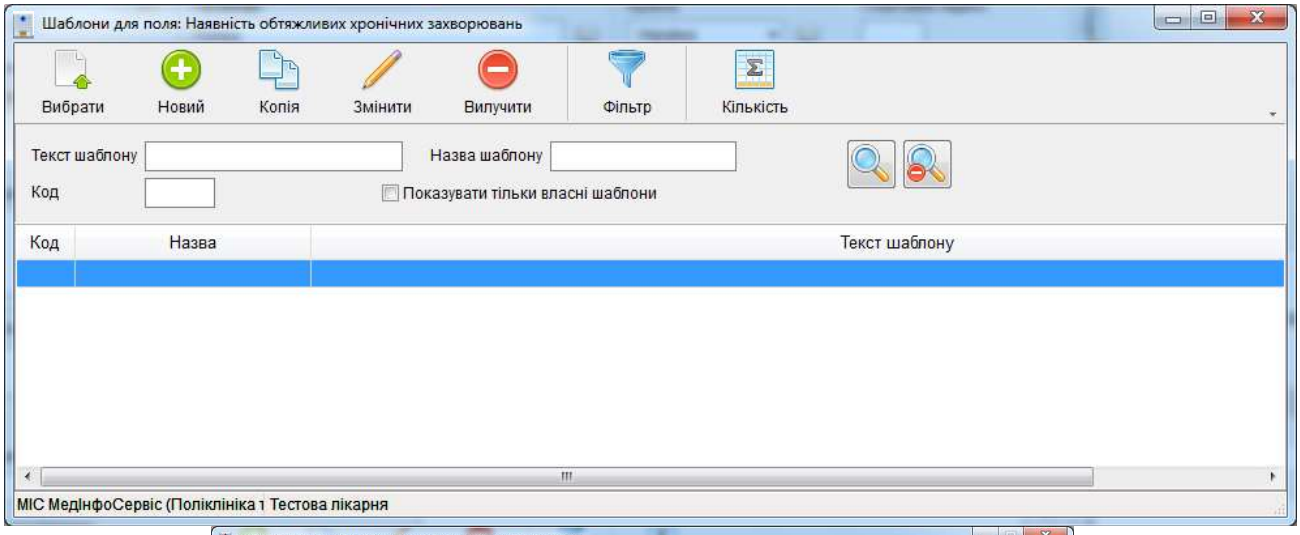
Для внесення даних про пацієнта, його можна вибрати з реєстру пацієнтів (за допомогою кнопки або ввівши перші три літери прізвища і обрати з переліку

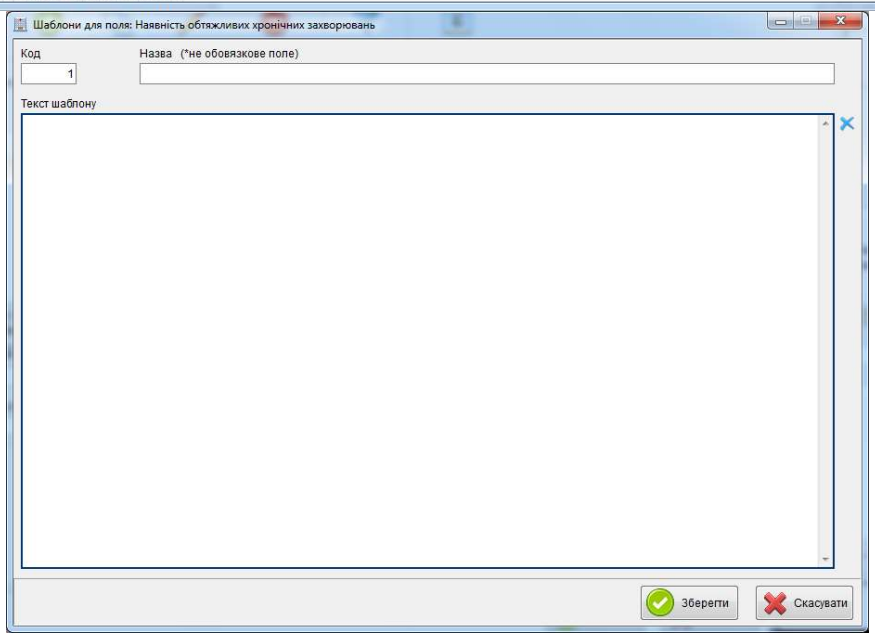
) або внести дані нового в даному вікні. Мінімальна кількість полів для заповнення пацієнта це: ПІБ, стать та дата народження.

Кнопка , яка розташована біля деяких полів дає можливість ввести більше необхідної інформації:

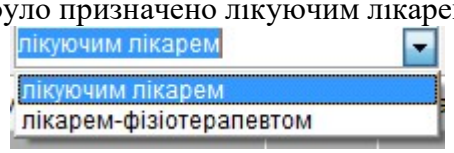


Кнопка біля полів дає можливість створити власні шаблони, якими найчастіше користуються в роботі. **«Показувати власні шаблони»** означає, що лікар буде бачити тільки ті шаблони, які він створив під своєю обліковим записом користувача.

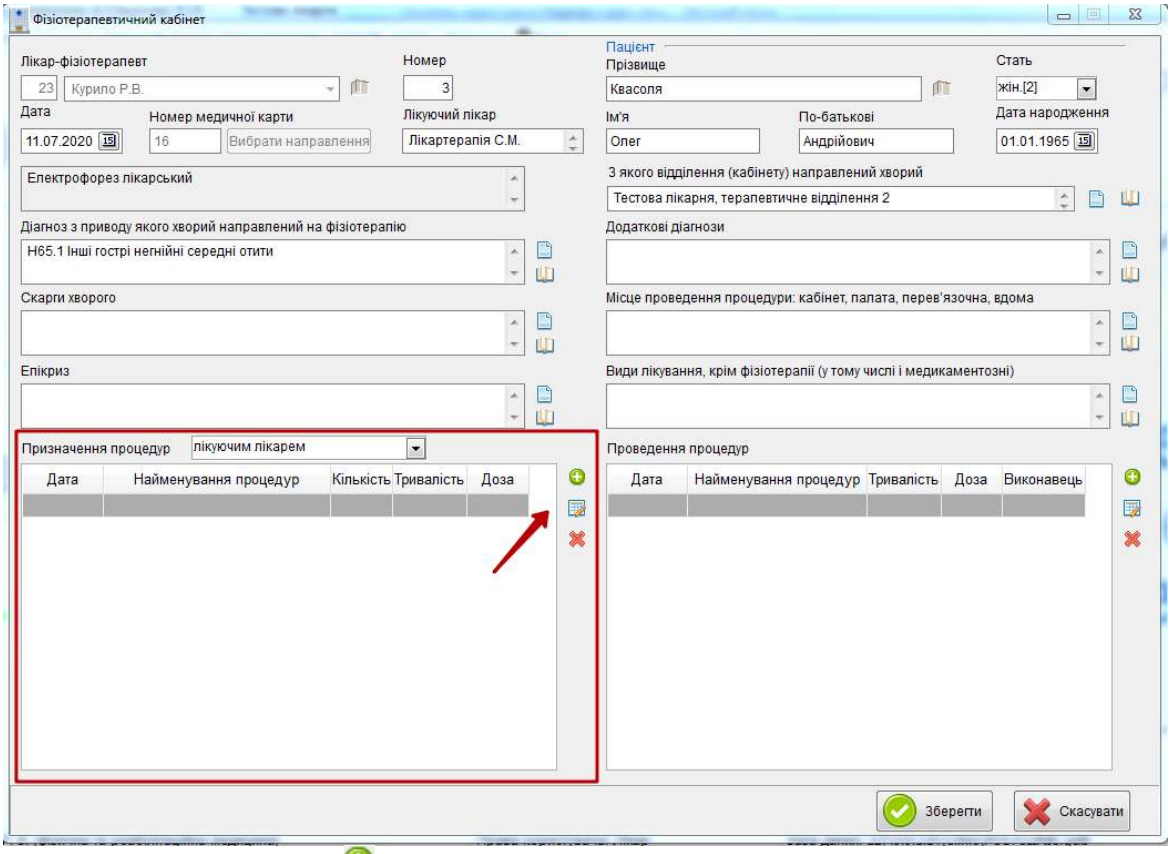




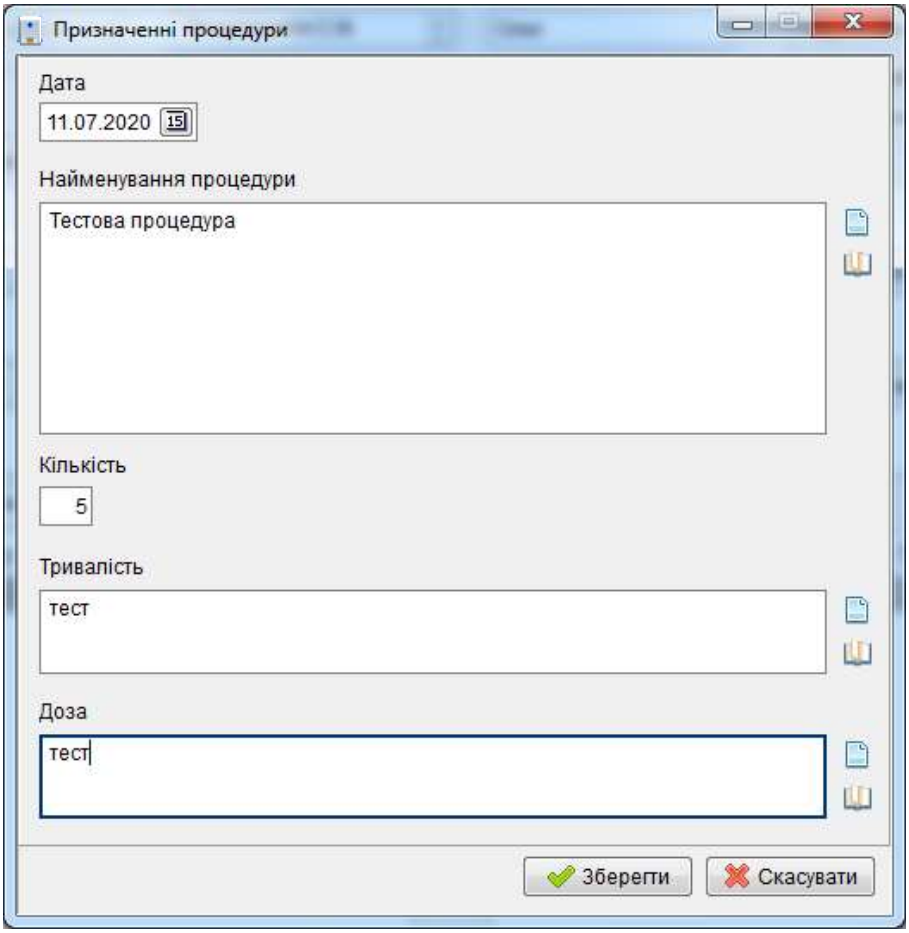
Після того, як працівник внесе всі дані про пацієнта, найменування закладу, діагноз при направленні, скарги хворого, епікриз, додаткові діагнози, місце проведення процедури, інші види лікування пацієнта, необхідно: вказати **«Призначення процедур»**, відмітивши ким саме було призначено лікуючим лікарем чи лікарем-фізіотерапевтом.



Записи в призначення процедури додаються за допомогою кнопки , редагується кнопкою , видаляється - .

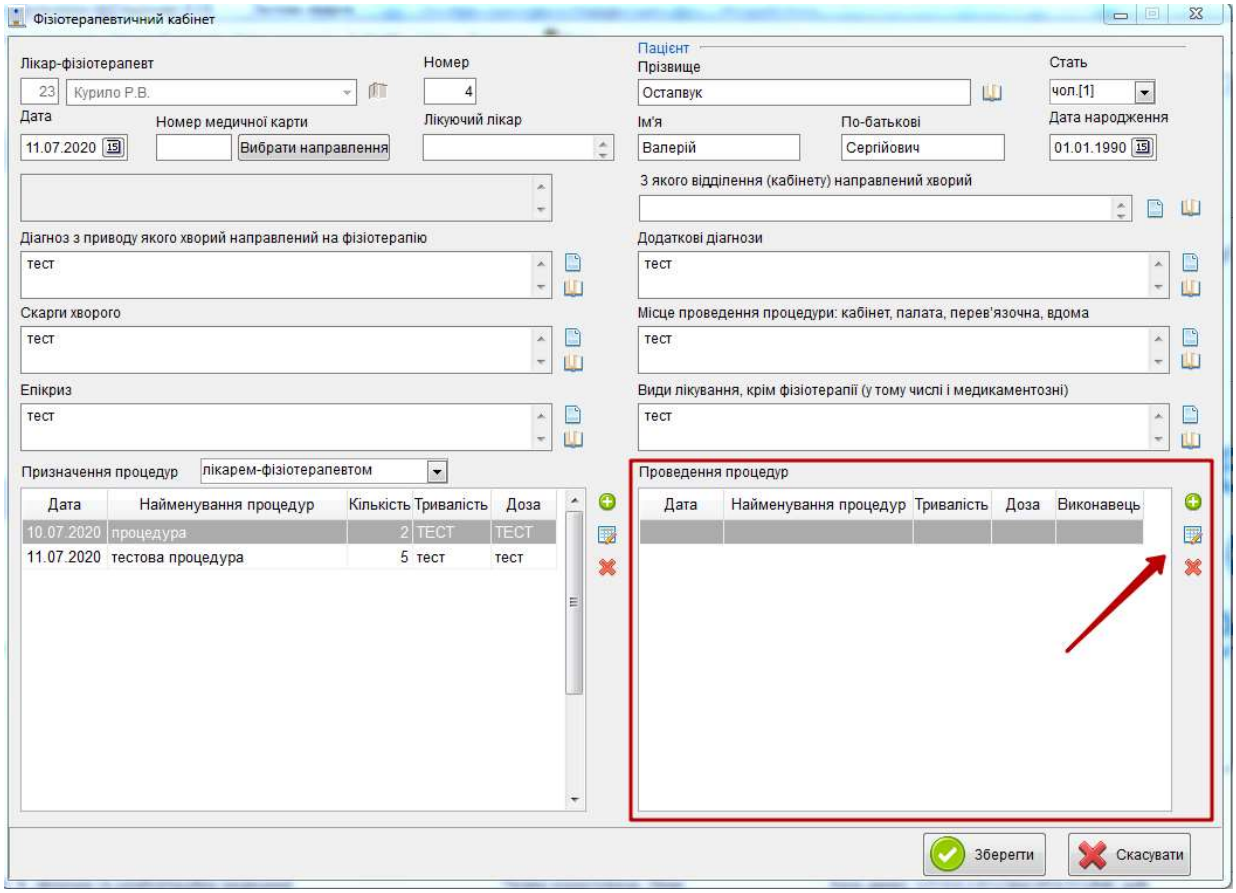


Натиснувши додати (), необхідно заповнити всі поля, що стосується призначеної процедури

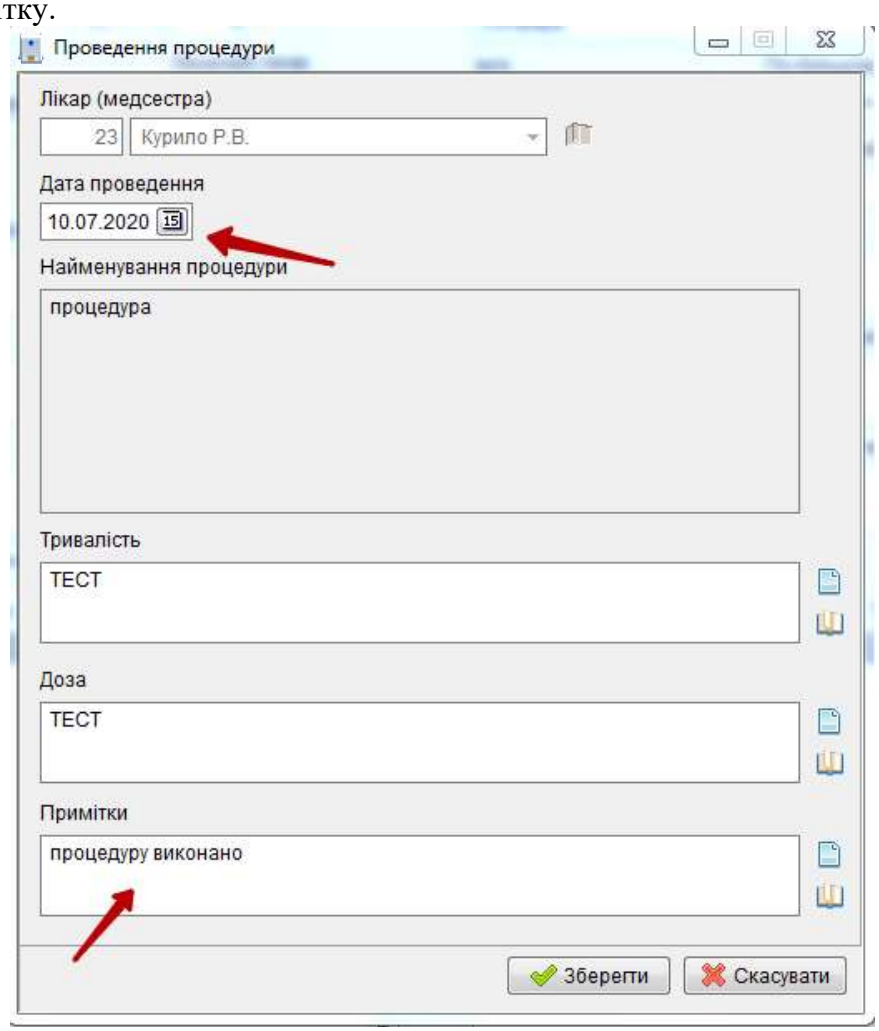


Таким чином, додаємо всі процедури, які були назначені пацієнтові.

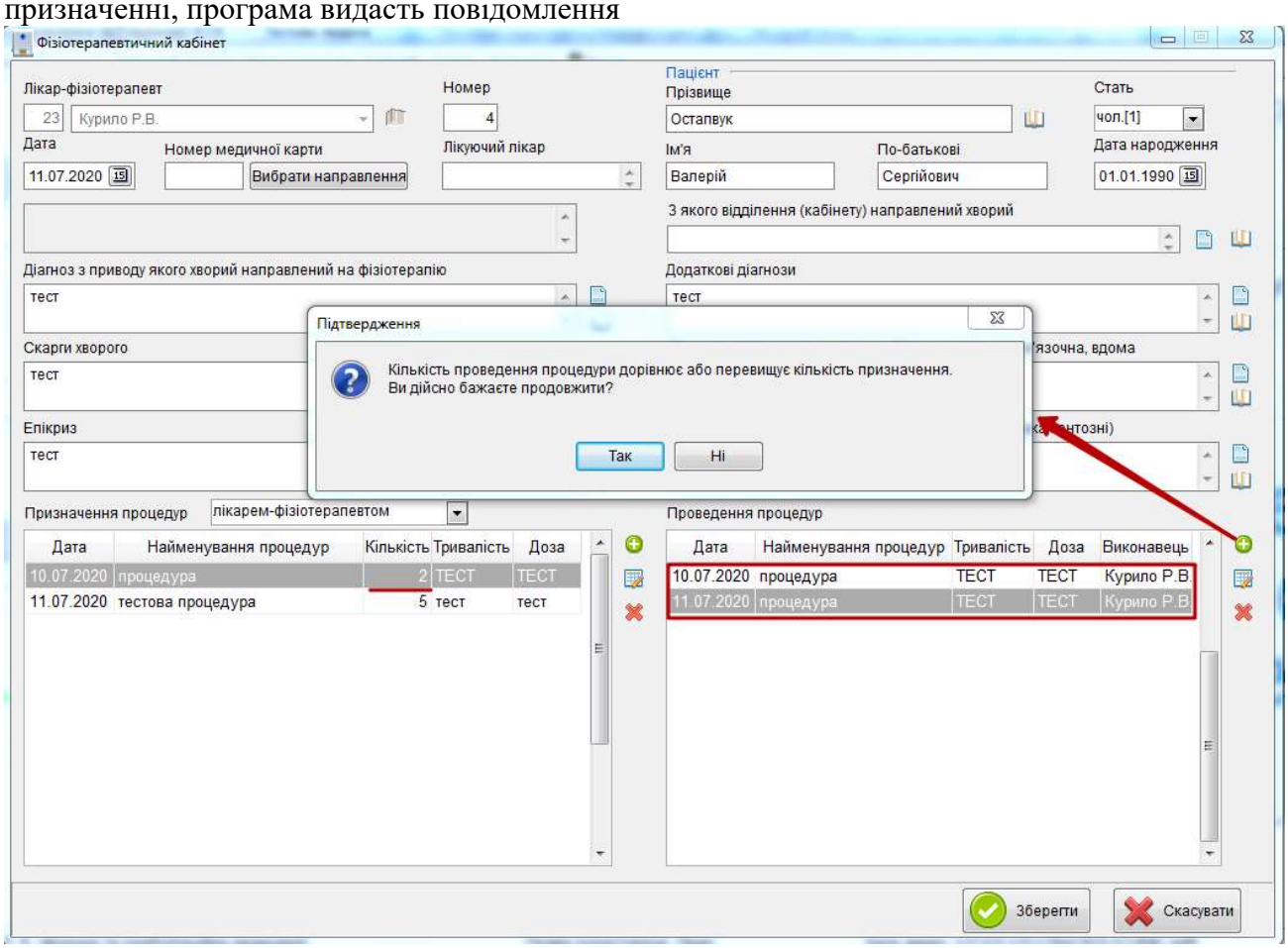
Заповнивши поля і, вказавши кількість необхідних процедур, працівники, які виконуватимуть ці процедури будуть відмічати свою роботу в полях **«Проведення процедур»,** так само, за допомогою кнопок , , .



Виконавець процедури, обравши в лівій частині потрібну, буде заповнювати проведення в полі в правій частині вікна, вказавши дату проведення і заповнивши, при потребі, примітку.

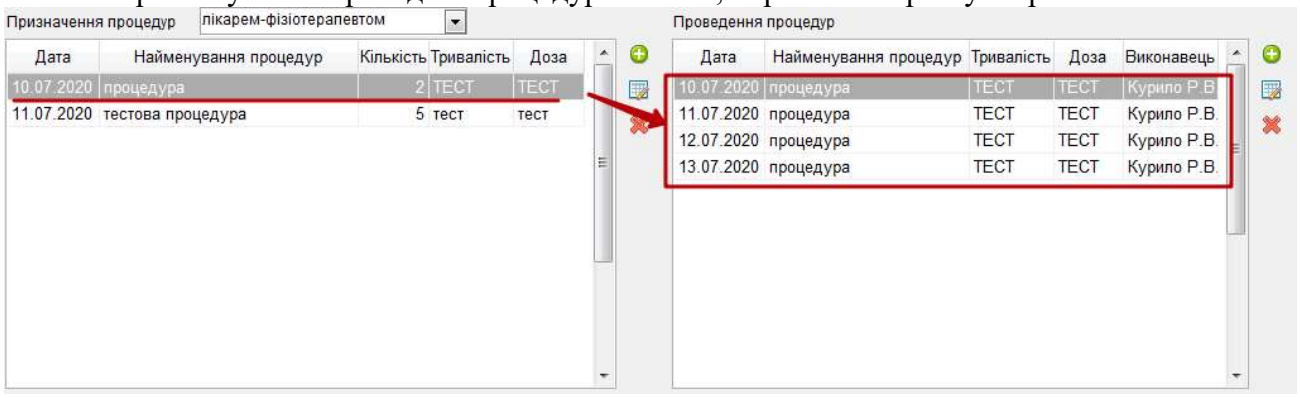


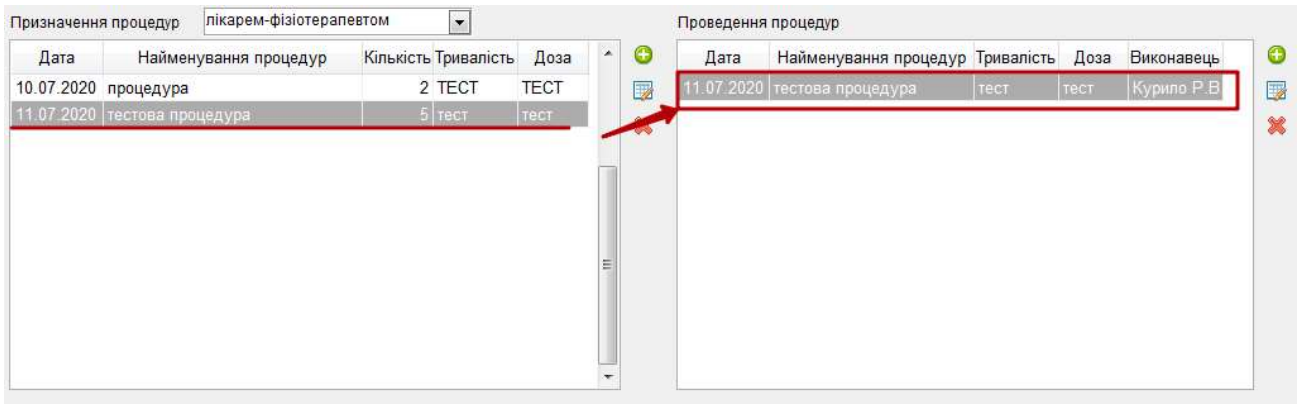
У випадку, коли працівник захоче відмітити процедур більше, ніж було вказано у призначенні, програма видасть повідомлення



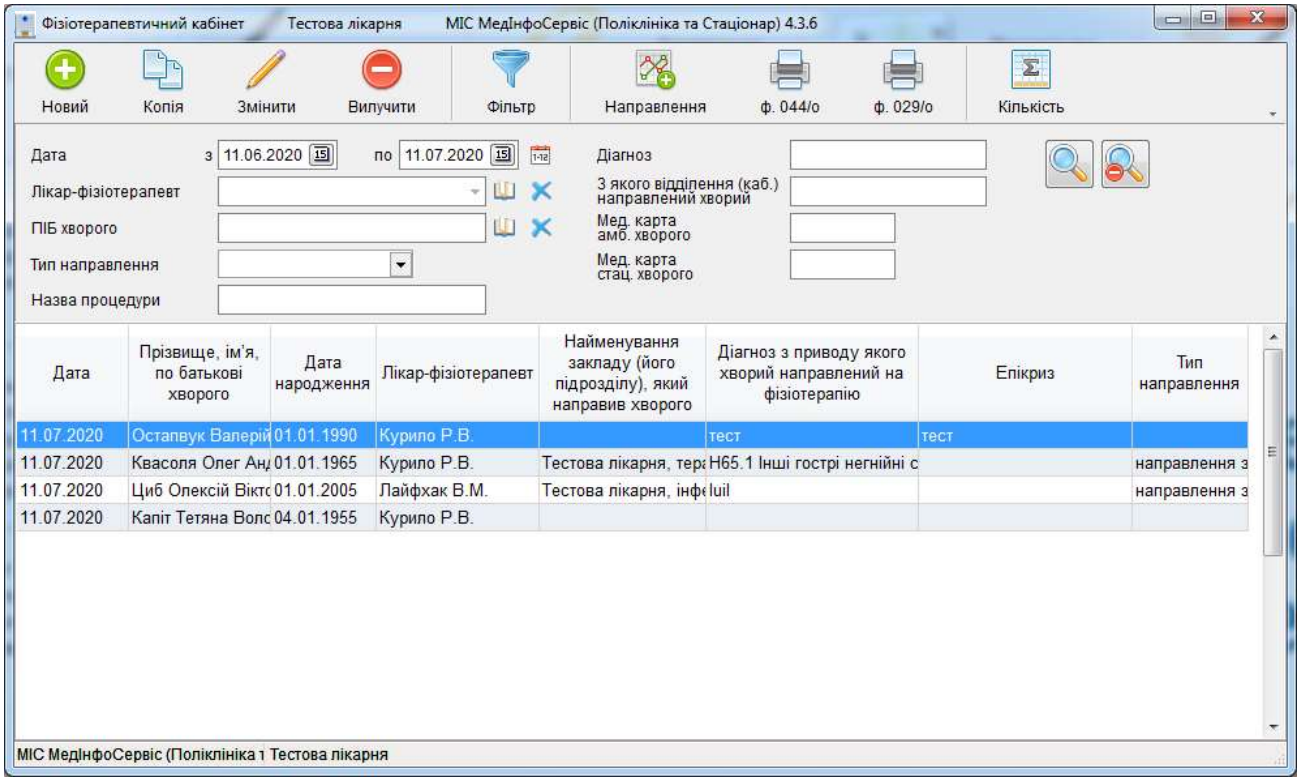
Погодившись, процедури можна буде додавати стільки, скільки потрібно.

Переглянути всі проведені процедури можна, обравши потрібну в призначенні.



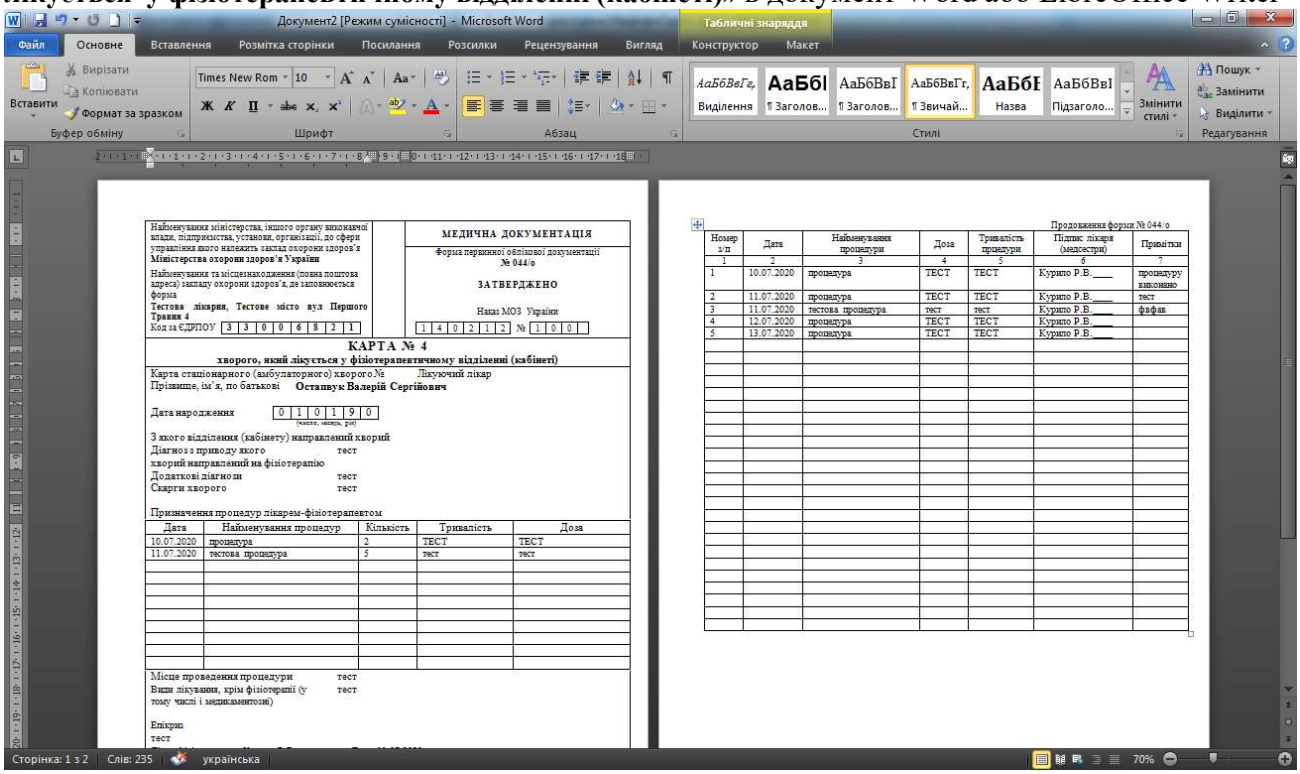


Всі виконані процедури (по направленню і без) автоматично формуються в список у головному вікні модуля «Фізіотерапевтичний кабінет».

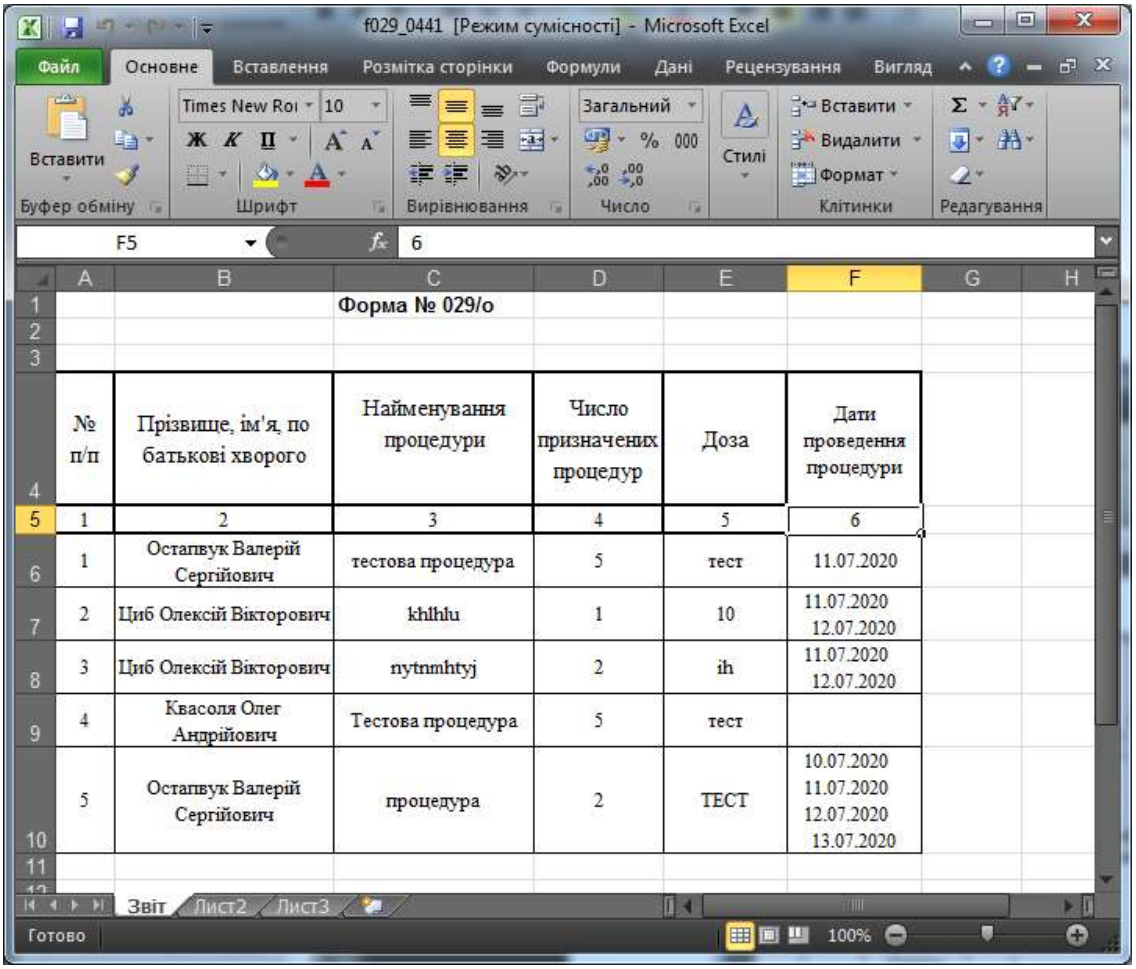


В кабінеті можна роздрукувати наступну первинну облікову документацію:

- сформує для обраного запису **ф.044/о «К А Р Т А № _____ хворого, який лікується у фізіотерапевтичному відділенні (кабінеті)»** в документ Word або LibreOffice Writer



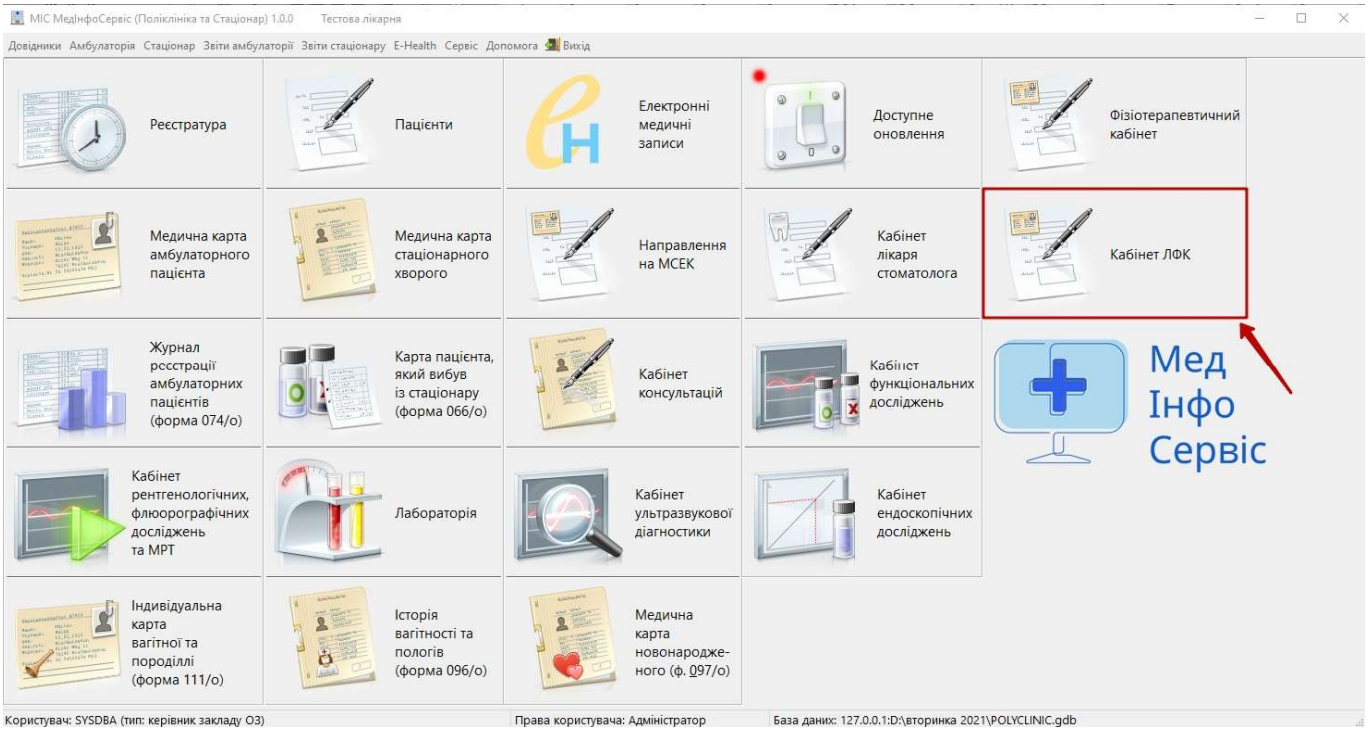
- сформує **ф.029/о «Журнал обліку процедур»** в таблицю Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.



«Кількість» - розраховує кількість записів, в залежності від налаштування фільтраційної панелі.

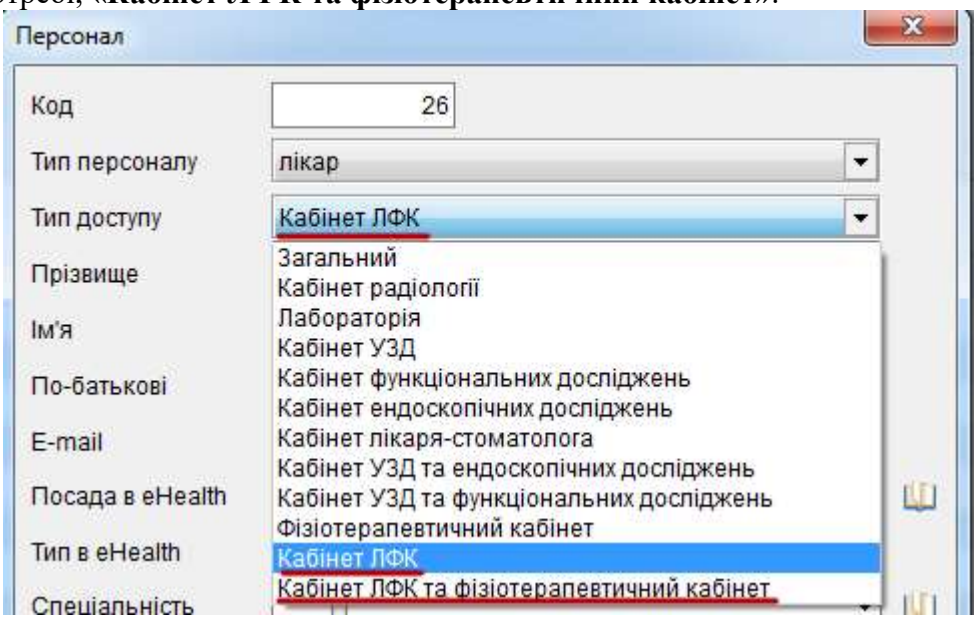
11.22 Кабінет ЛФК

Знайти даний модуль можна в пункті меню **«Амбулаторія»**, **«Стаціонар»** та, для зручності, його розміщено на головному вікні програми, яке з’являється після запуску програми.

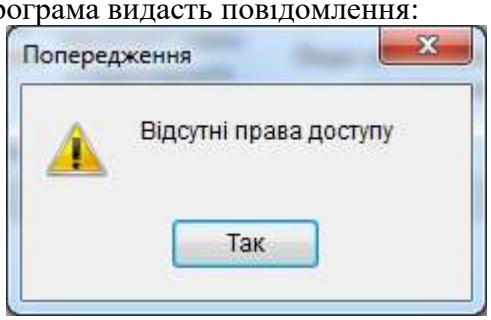


Модуль «Кабінет ЛФК», дозволяє вести облік процедур по пацієнтам, як за направленнями так і без них, вносити проведені процедур.

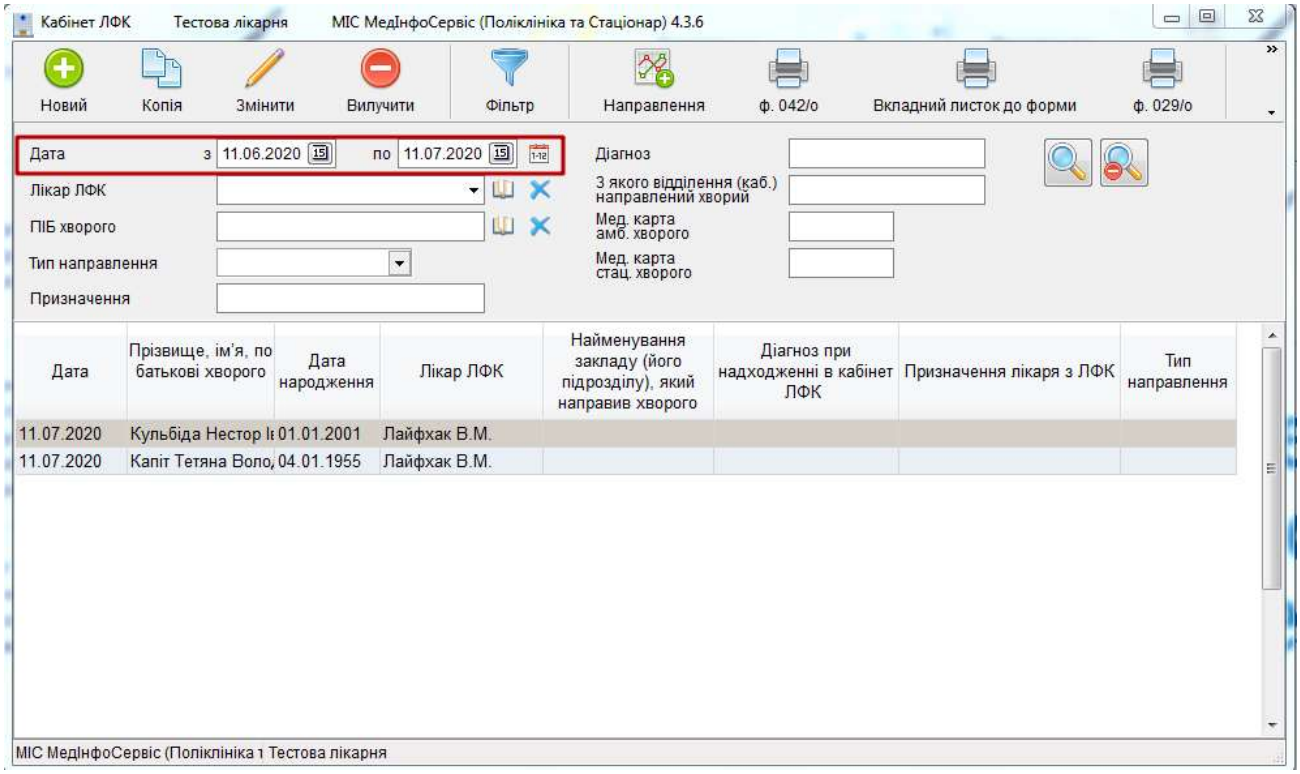
Зверніть увагу! В кабінеті мають право працювати тільки ті лікарі чи середній медичний персонал, у яких в **«Персонал»** в пункті **«Тип доступу»** вибрано **«Кабінет ЛФК»** або, при потребі, **«Кабінет ЛФК та фізіотерапевтичний кабінет»**.



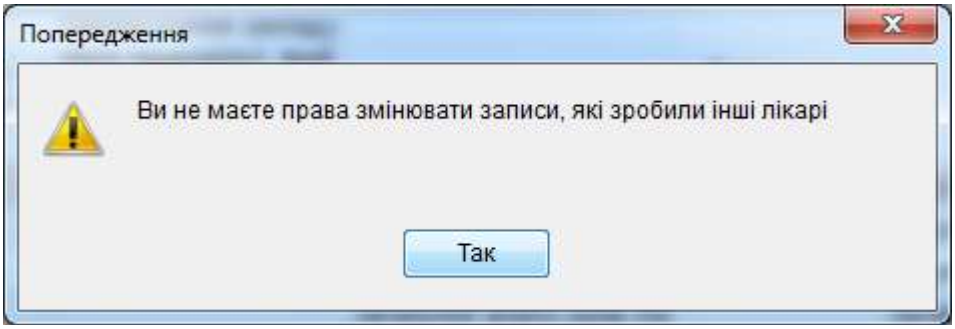
В противному разі, програма видасть повідомлення:



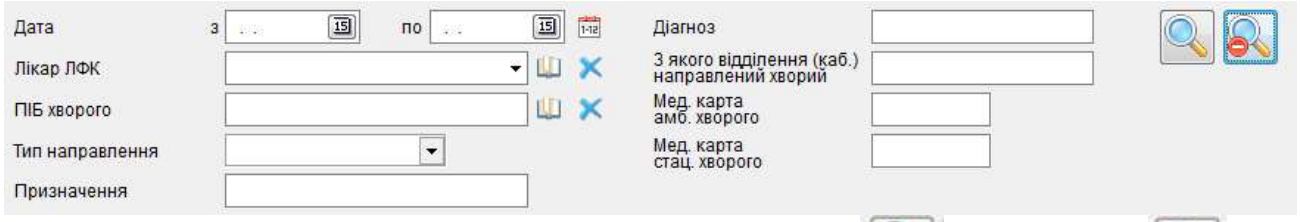
Зайшовши в програму під працівником кабінету ЛФК з відповідними правами доступу, користувачеві відкриється головне вікно, де будуть відображені процедури виконані за останній місяць.



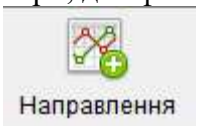
Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити запис про нову процедуру для пацієнта. Кнопки **«Копія»**, **«Змінити»** та **«Вилучити» -** копіює/змінює/видаляє тільки ті процедури, які були занесені даним лікарем. В противному разі програма видасть повідомлення.



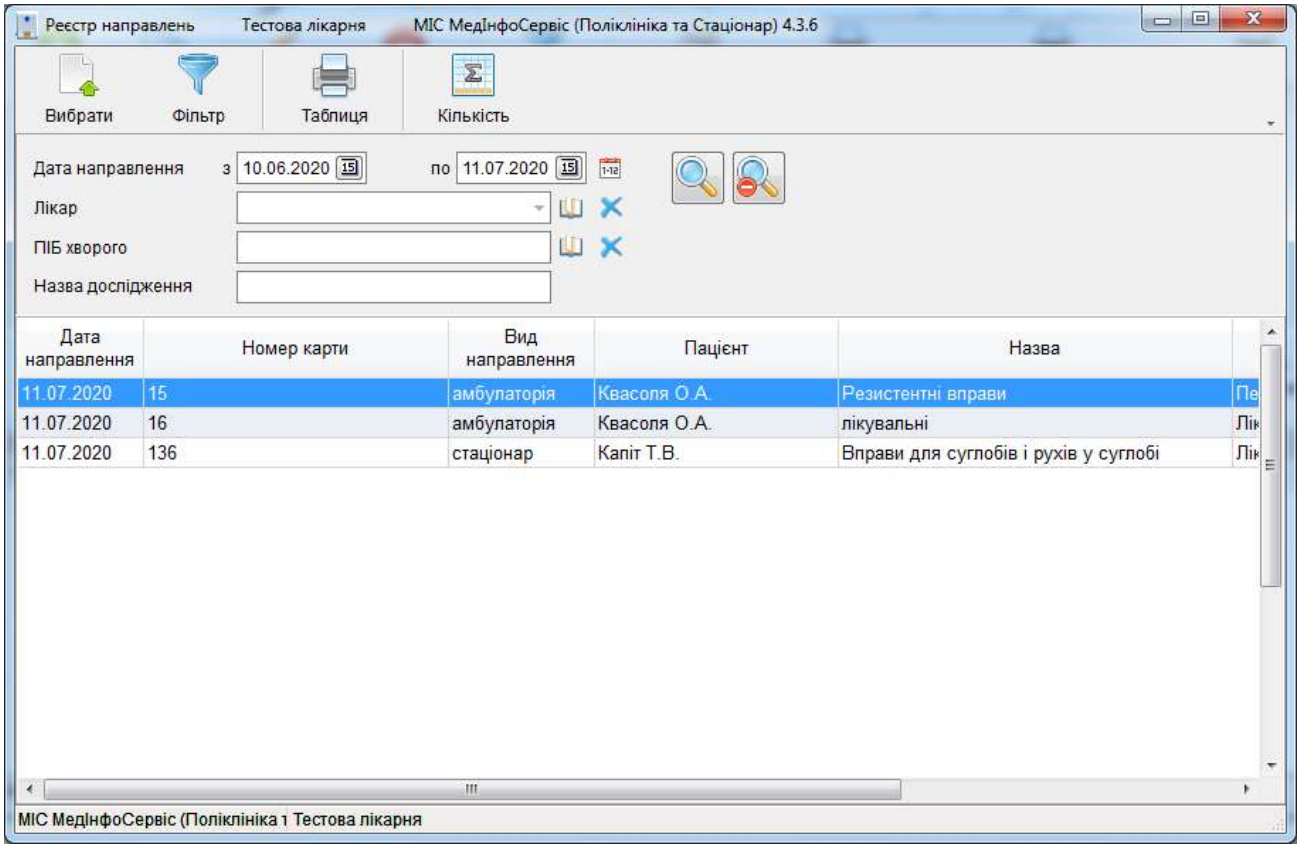
«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по дослідженням.



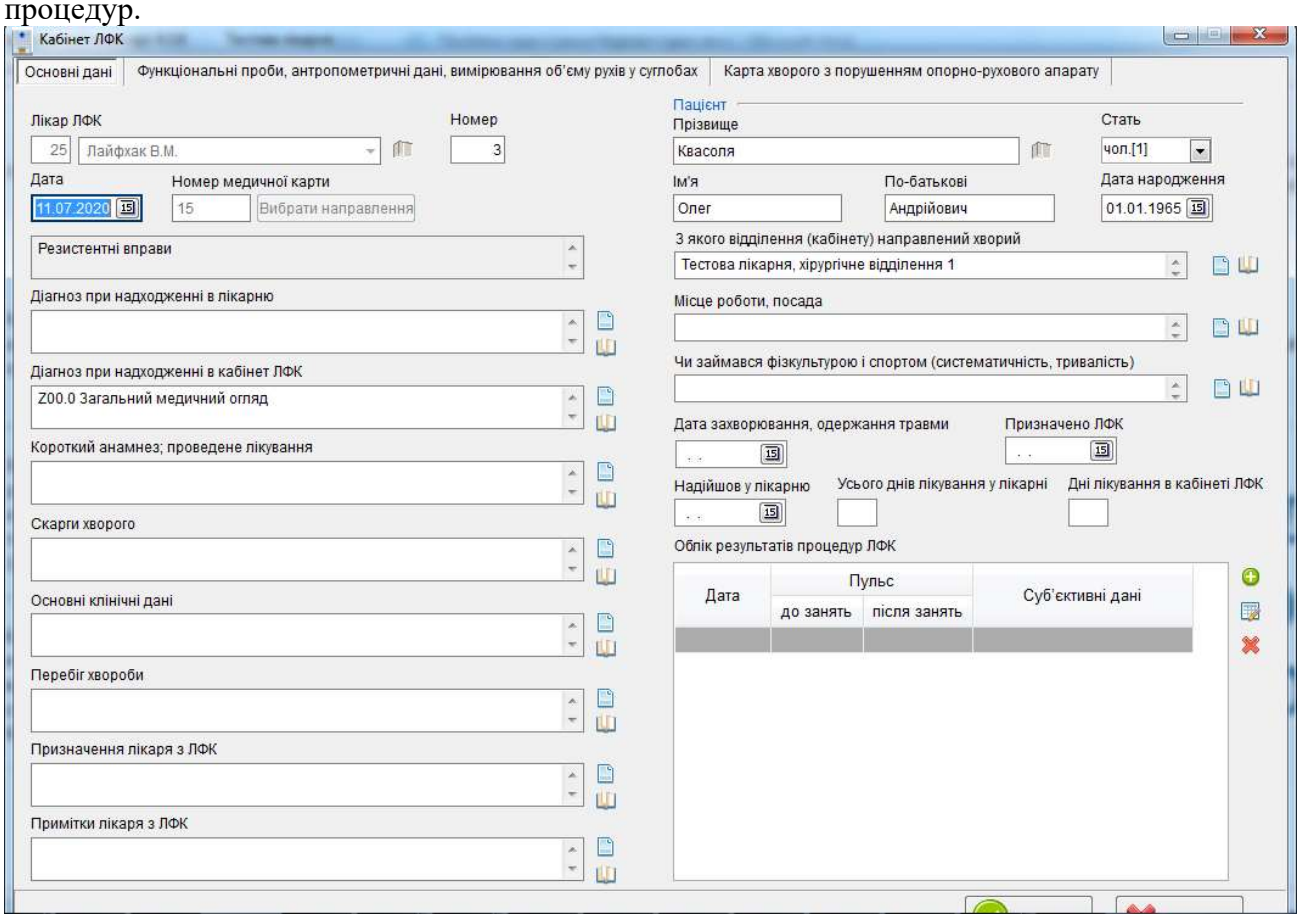
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

«Направлення» 

- відкриває перед працівником кабінету список пацієнтів, які були направлені на лікувальну фізкультуру із амбулаторії або стаціонару за останній місяць.



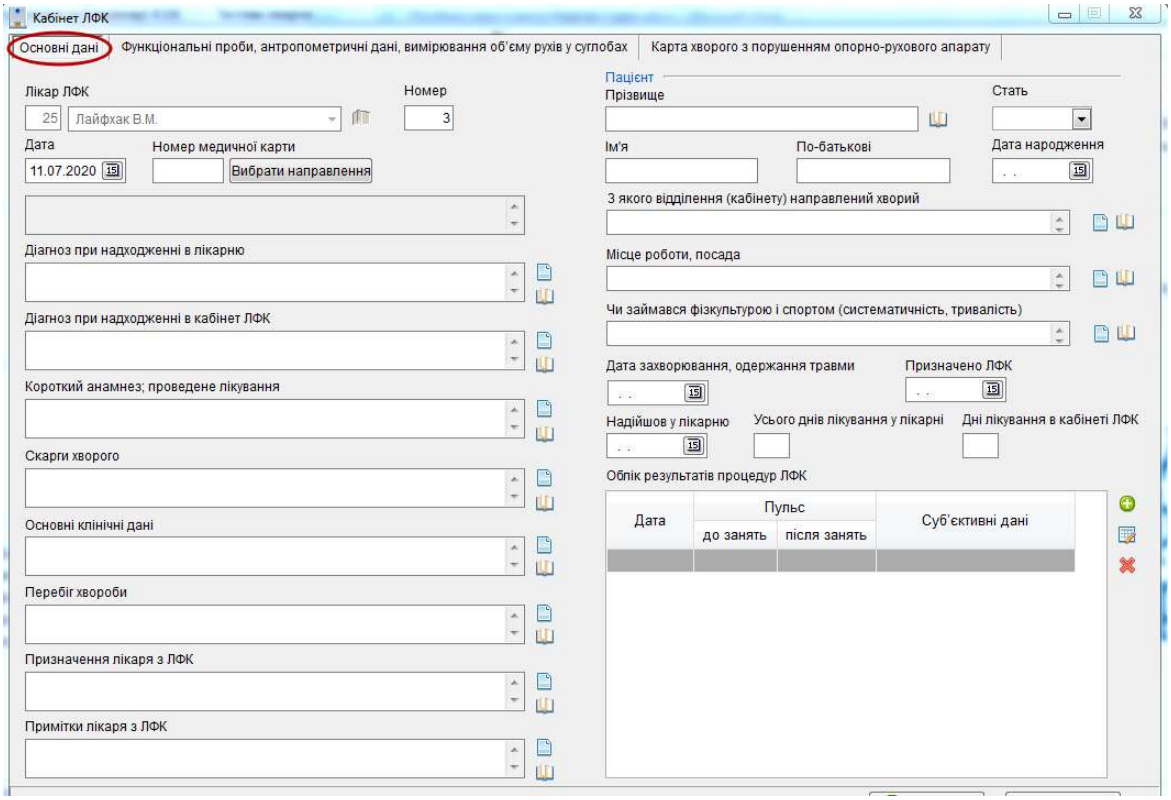
Для вибору направлення необхідно двічі натиснути на нього або, натиснувши один раз і **«Вибрати».** В результаті, відкриється вікно для внесення даних пацієнта та проведених процедур.



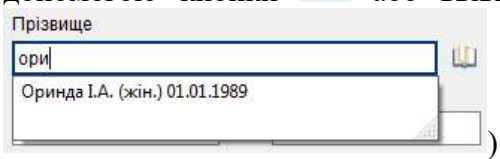
У випадку (як на малюнку зверху), якщо процедура здійснюється **по направленню** автоматично заповнюються дані про пацієнта з амбулаторної чи стаціонарної карти пацієнта, найменування закладу, відділення, діагноз при направленні, вид процедури.

У разі, якщо до лікаря, пацієнт прийшов з самозверненням або з паперовим направленням, то користувачу необхідно створити такий запис самостійно через кнопку

«Новий». Вікно, яке з’явиться матиме автоматично заповненими тільки поля «Працівник» та «Дата».

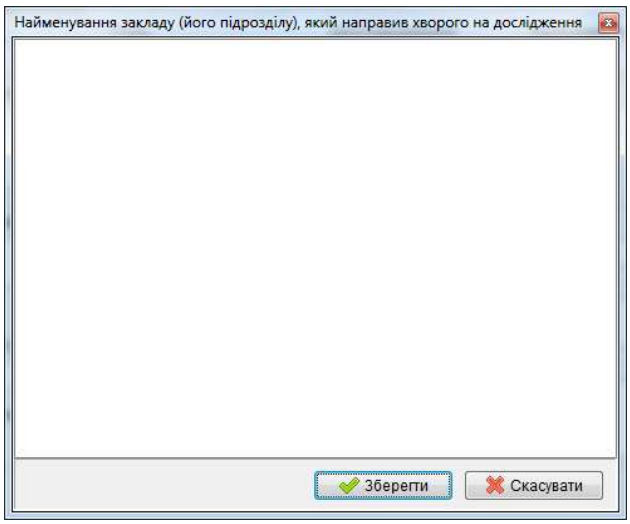


Основні дані

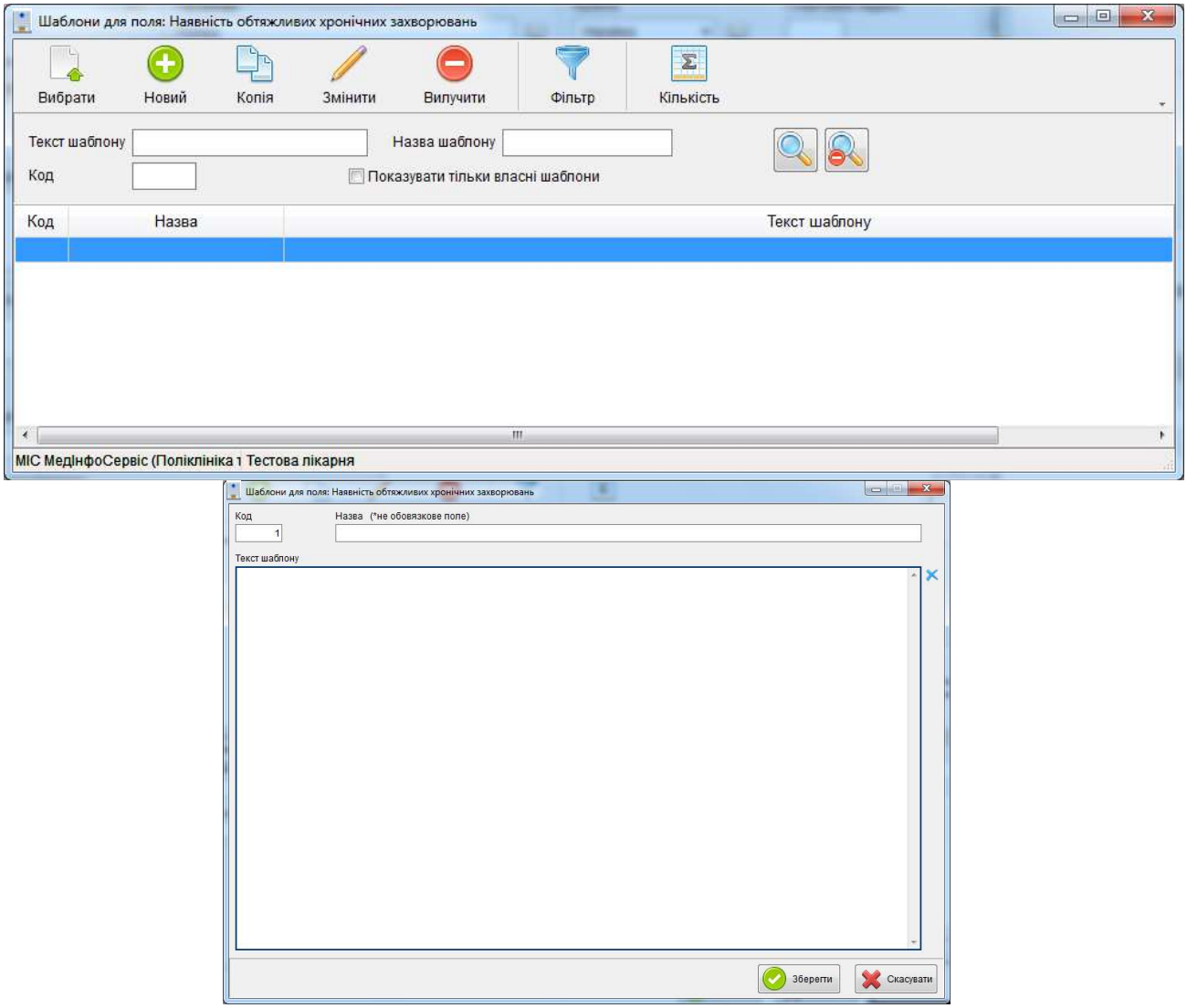
Для внесення даних про пацієнта, його можна вибрати з реєстру пацієнтів (за допомогою кнопки або ввівши перші три літери прізвища і обрати з переліку 

) або внести дані нового в даному вікні. Мінімальна кількість полів для заповнення пацієнта це: ПІБ, стать та дата народження.

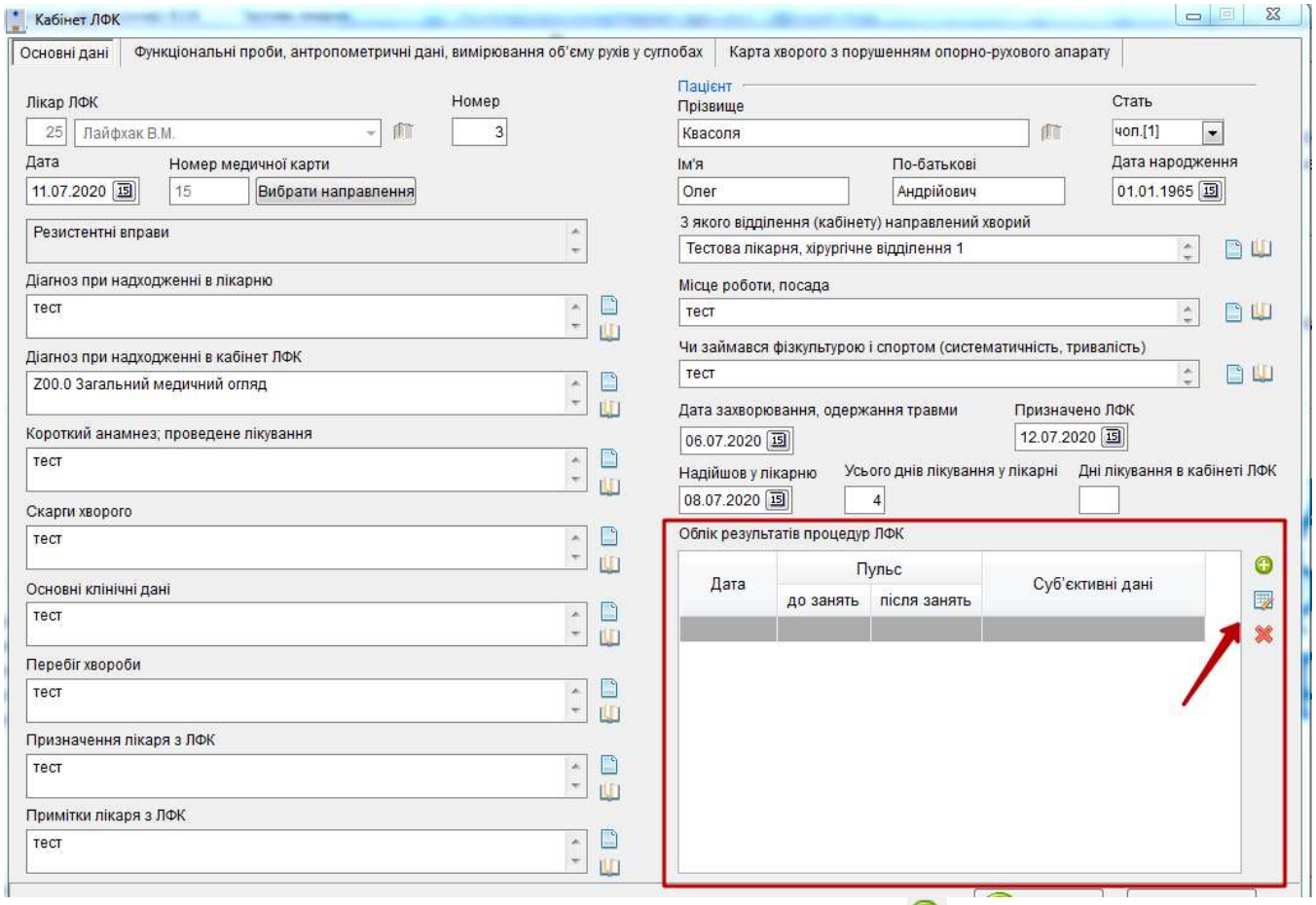
Кнопка , яка розташована біля деяких полів дає можливість ввести більше необхідної інформації:



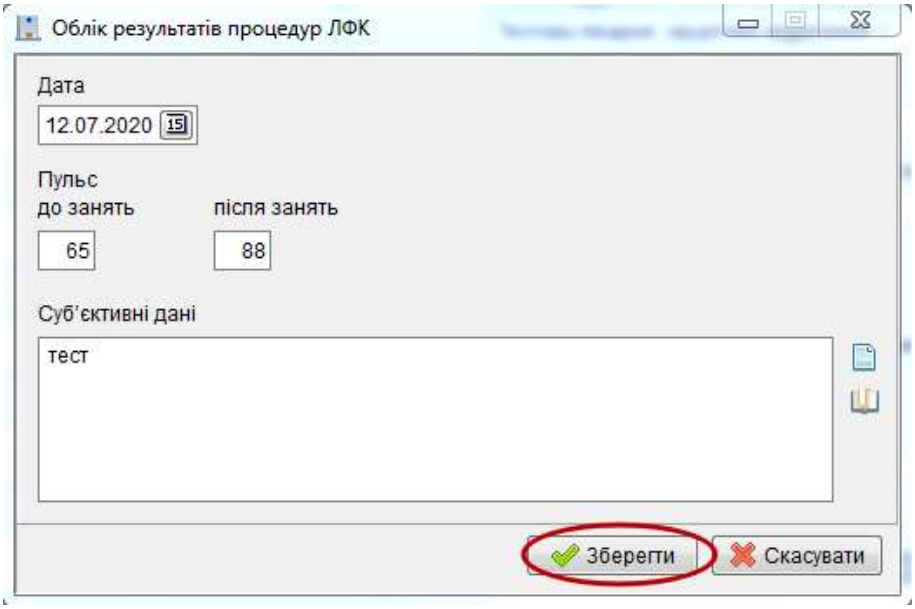
Кнопка біля полів дає можливість створити власні шаблони, якими найчастіше користуються в роботі. **«Показувати власні шаблони»** означає, що лікар буде бачити тільки ті шаблони, які він створив під своєю обліковим записом користувача.



Після того, як працівник внесе всі основні та інформативні дані про пацієнта необхідно зазначити облік результатів процедур з ЛФК, а саме: дата, пульс (до занять та після них), суб’єктивні дані.

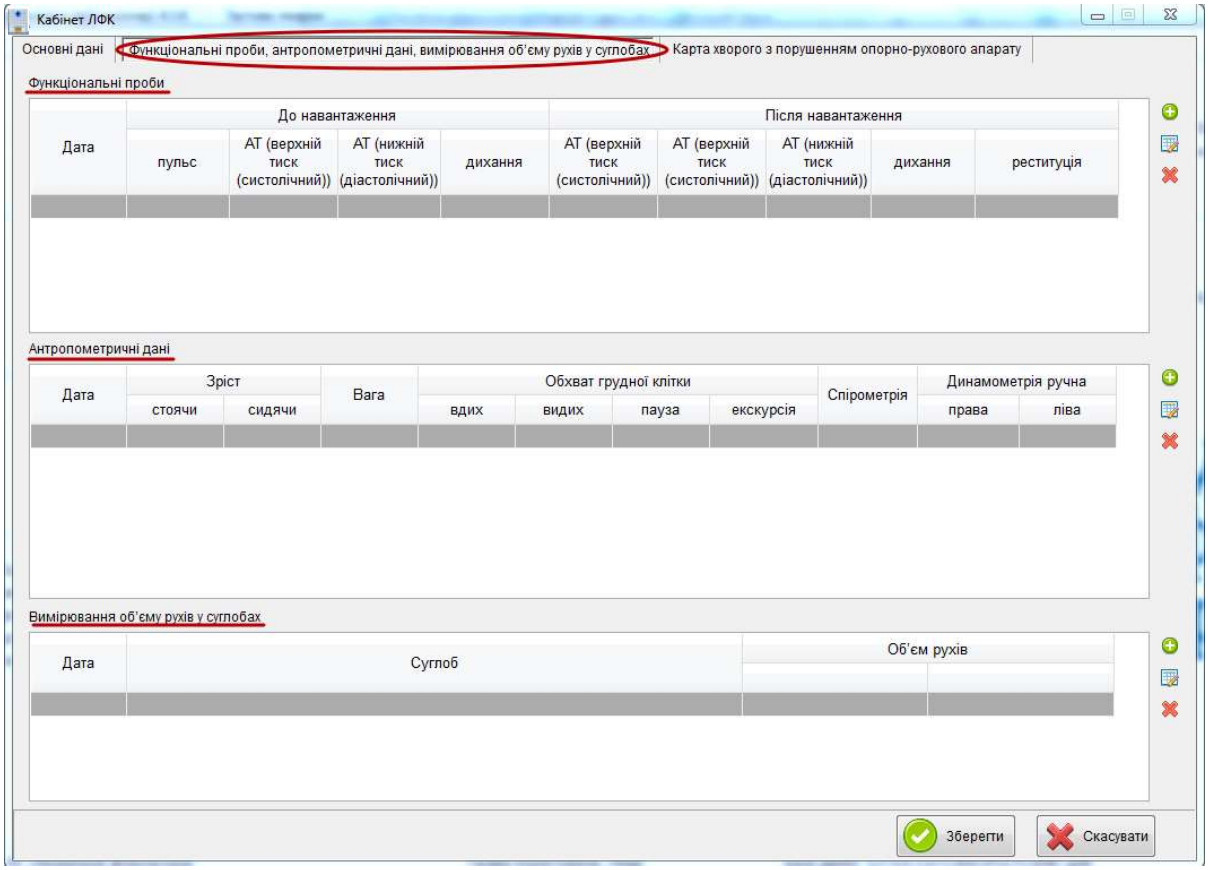


Записи в облік результатів додаються за допомогою кнопки , редагується кнопкою , видаляється - .

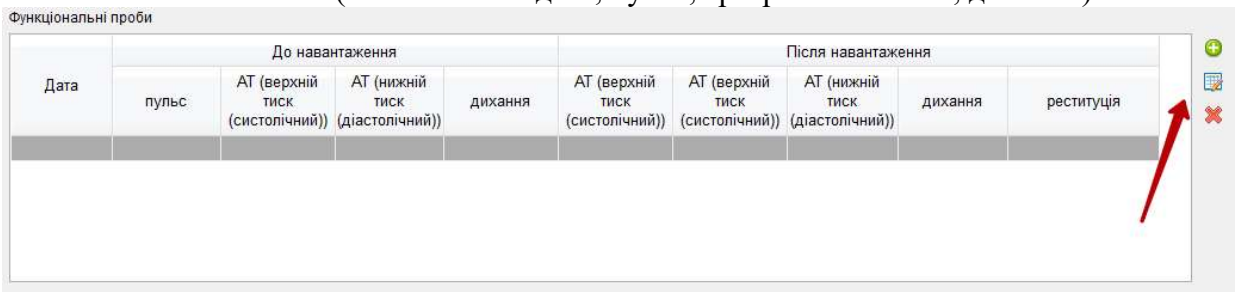


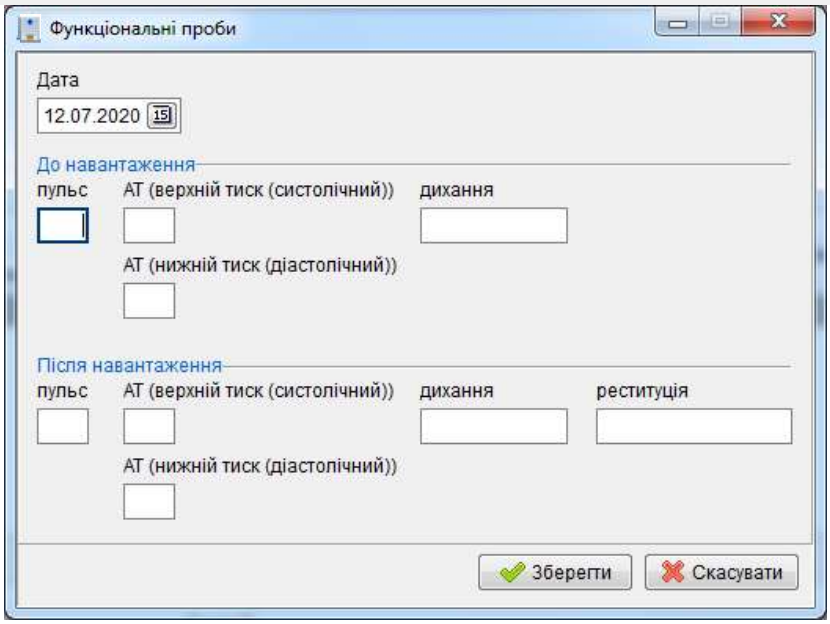
Таким чином додаються всі дані обліку.

Функціональні проби, антропометричні дані, вимірювання об'єму рухів суглобів

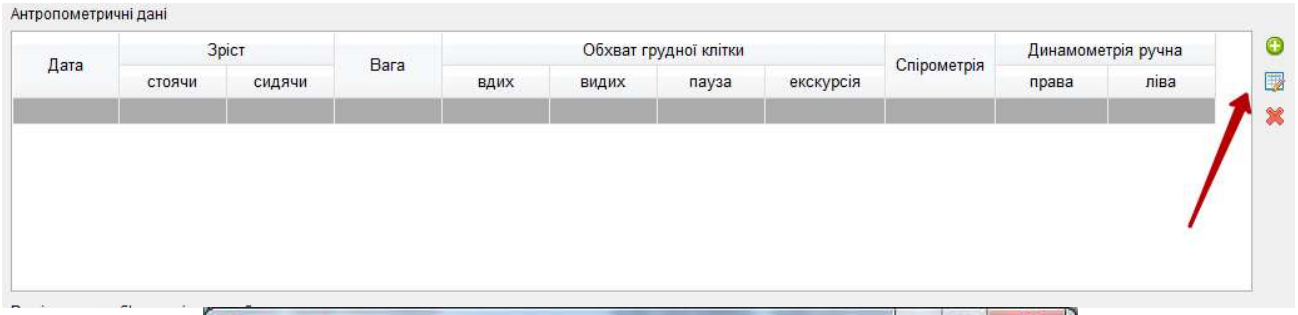


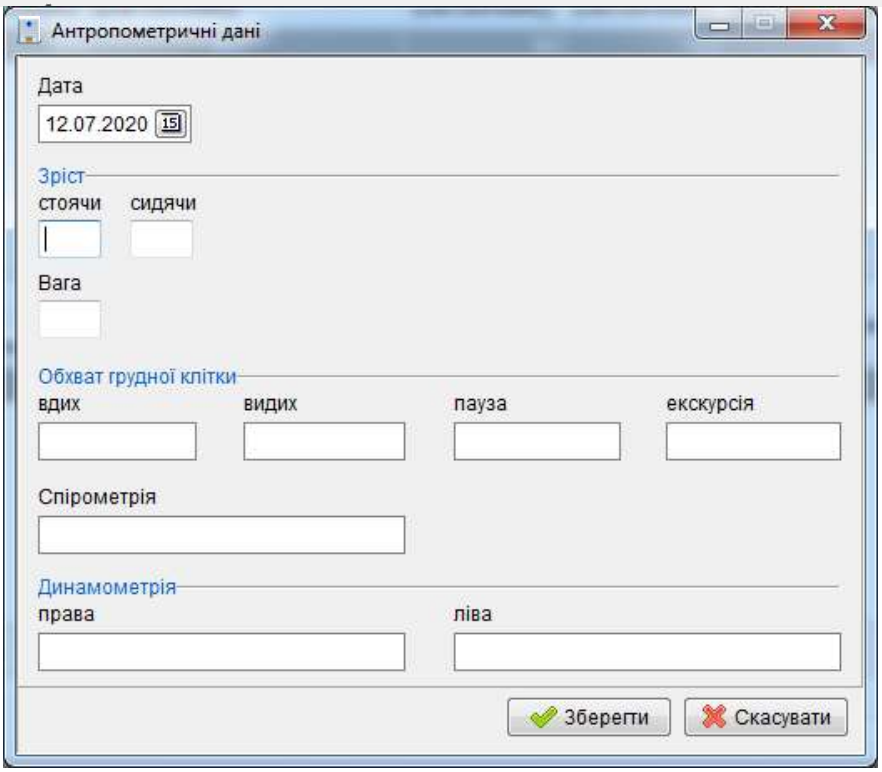
- **Функціональні проби** - вказуються функціональні проби до навантаження та після нього (зазначаються дата, пульс, артеріальний тиск, дихання)



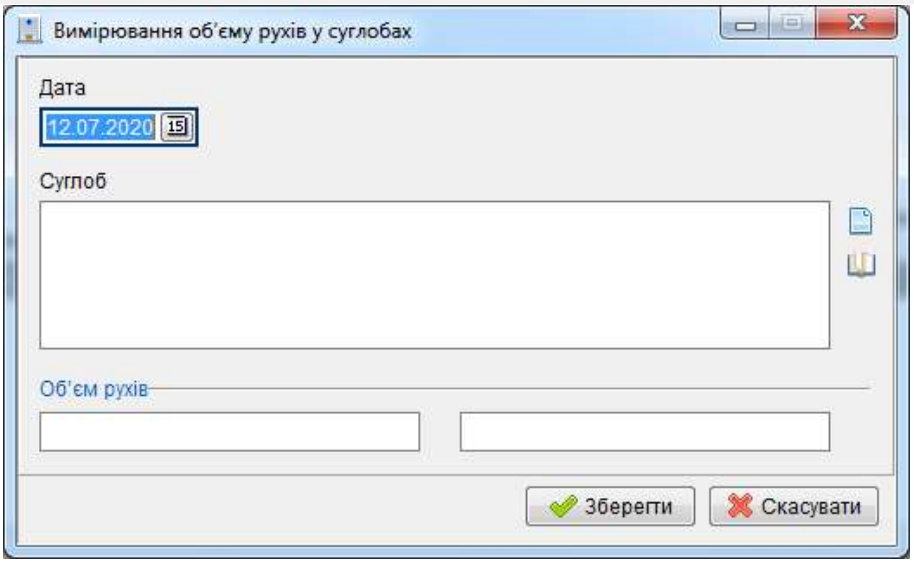


- **Антропометричні дані** - проставляються антропометричні дані хворого, а саме: зріст (стоячи, сидячи), вага, обхват грудної клітки (вдих, видих, пауза, екскурсія), спірометрія, динамометрія ручна (права, ліва) із зазначенням дати заповнення

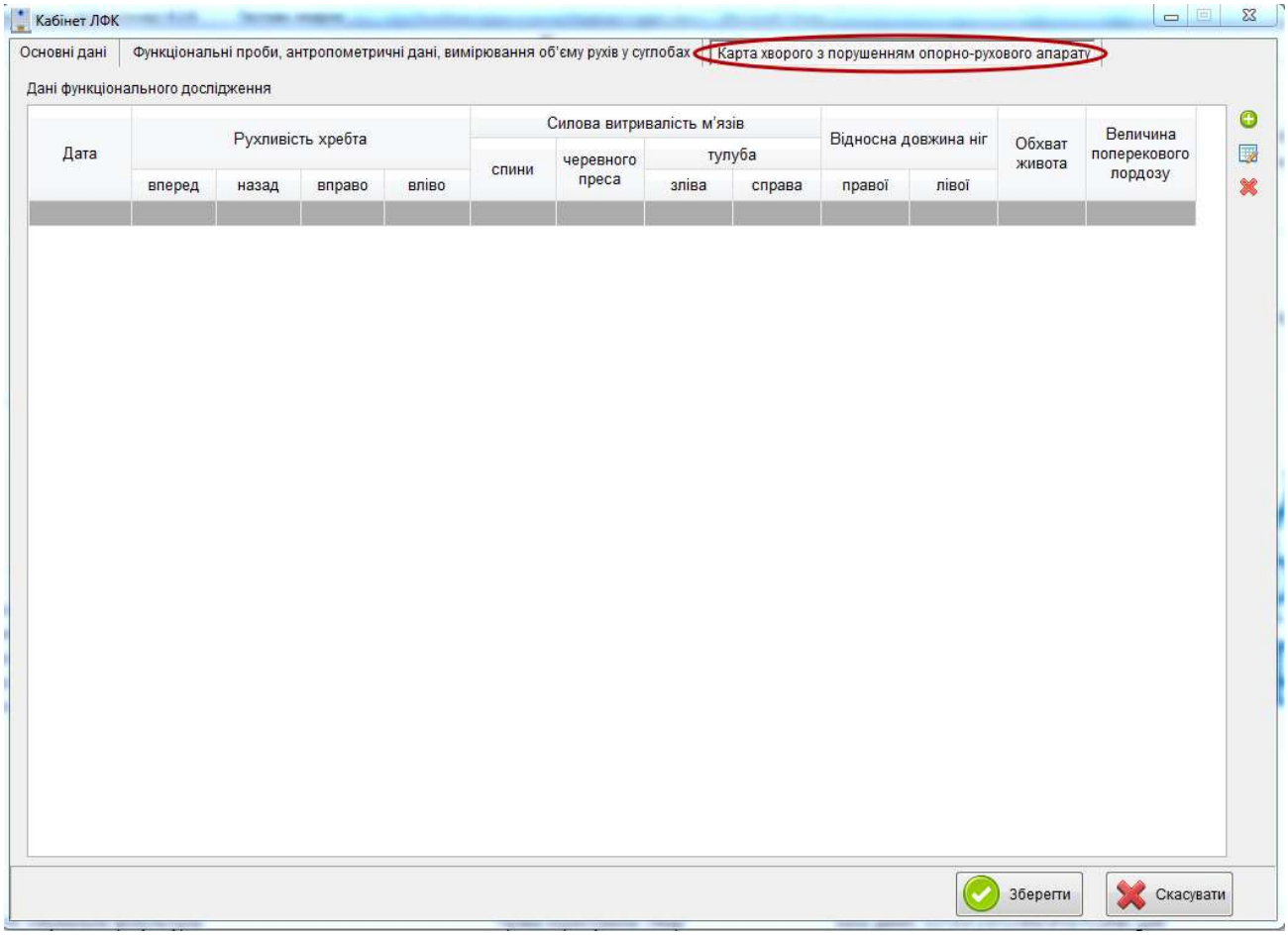




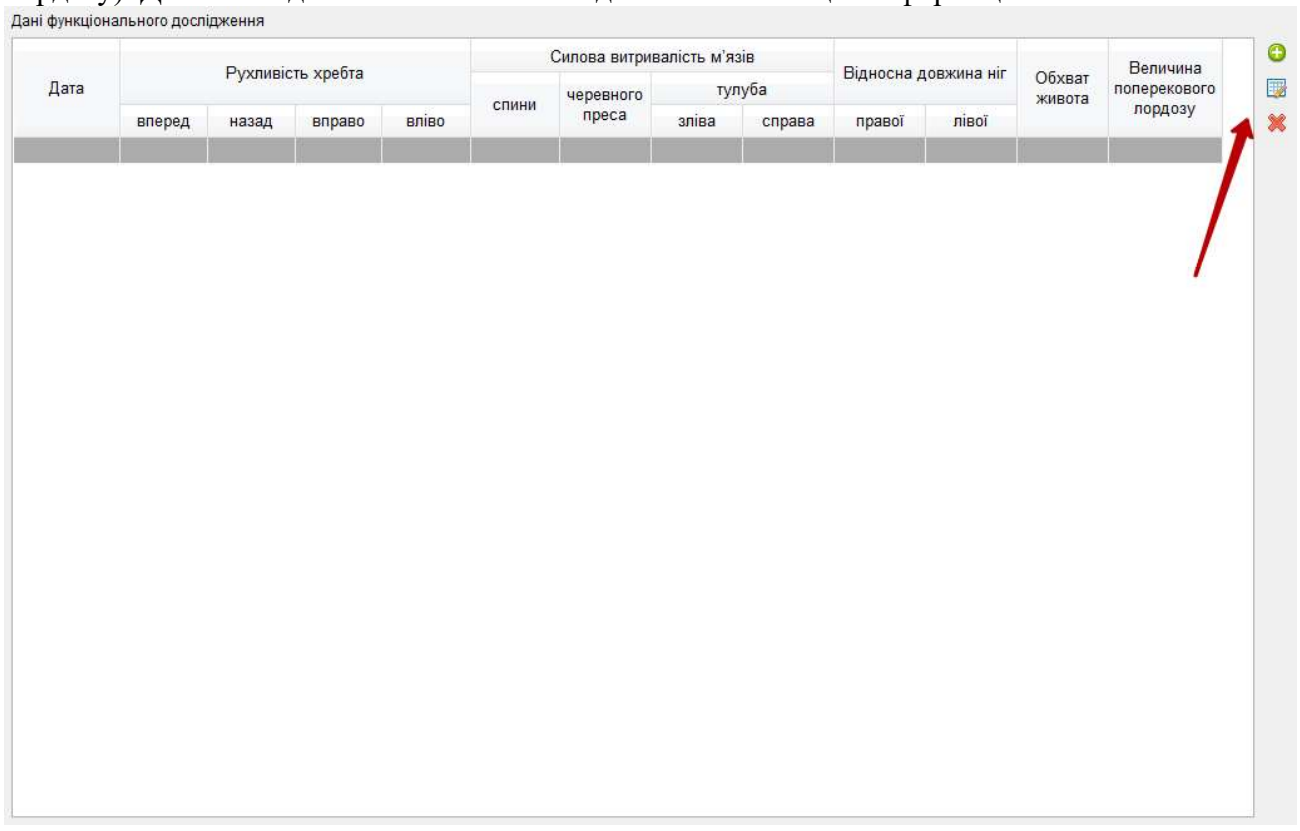
- **Вимірювання об’єму рухів у суглобах** із зазначенням дати, найменування суглоба та об’єму рухів.

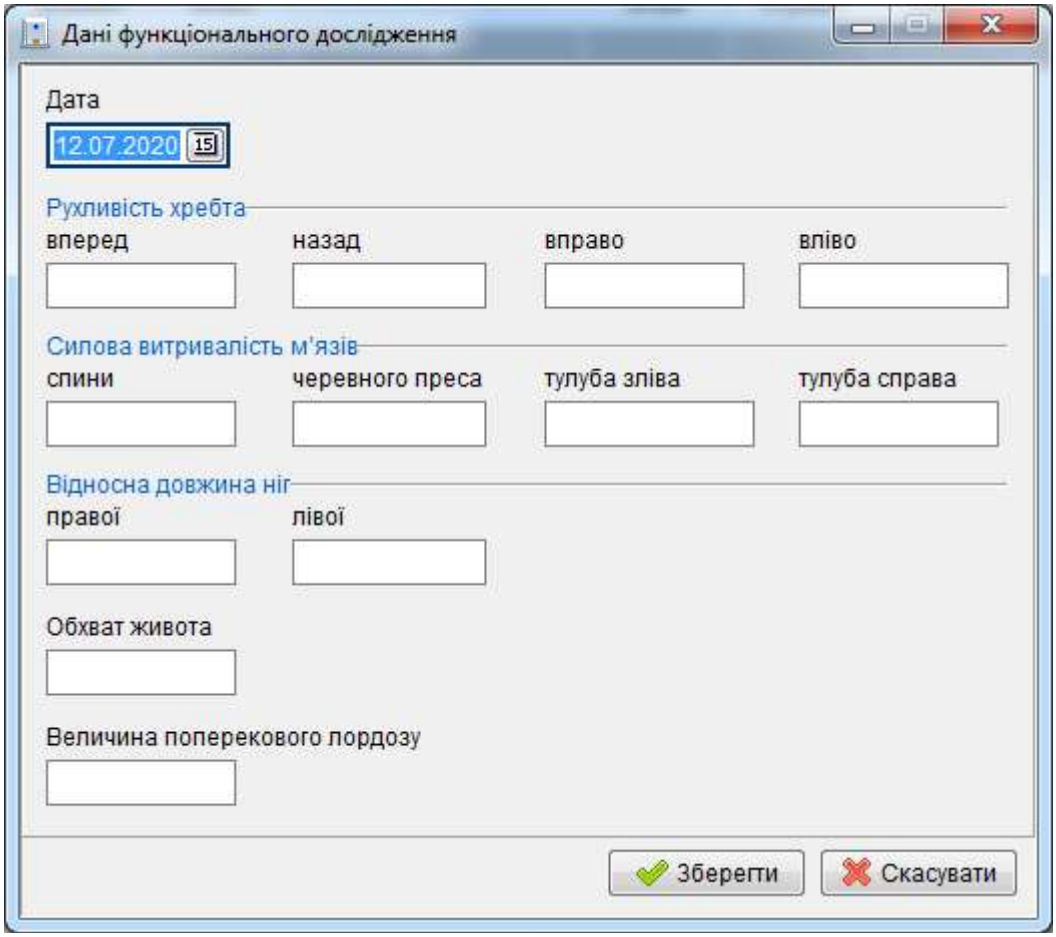


Карта хворого з порушенням опорно-рухового апарату

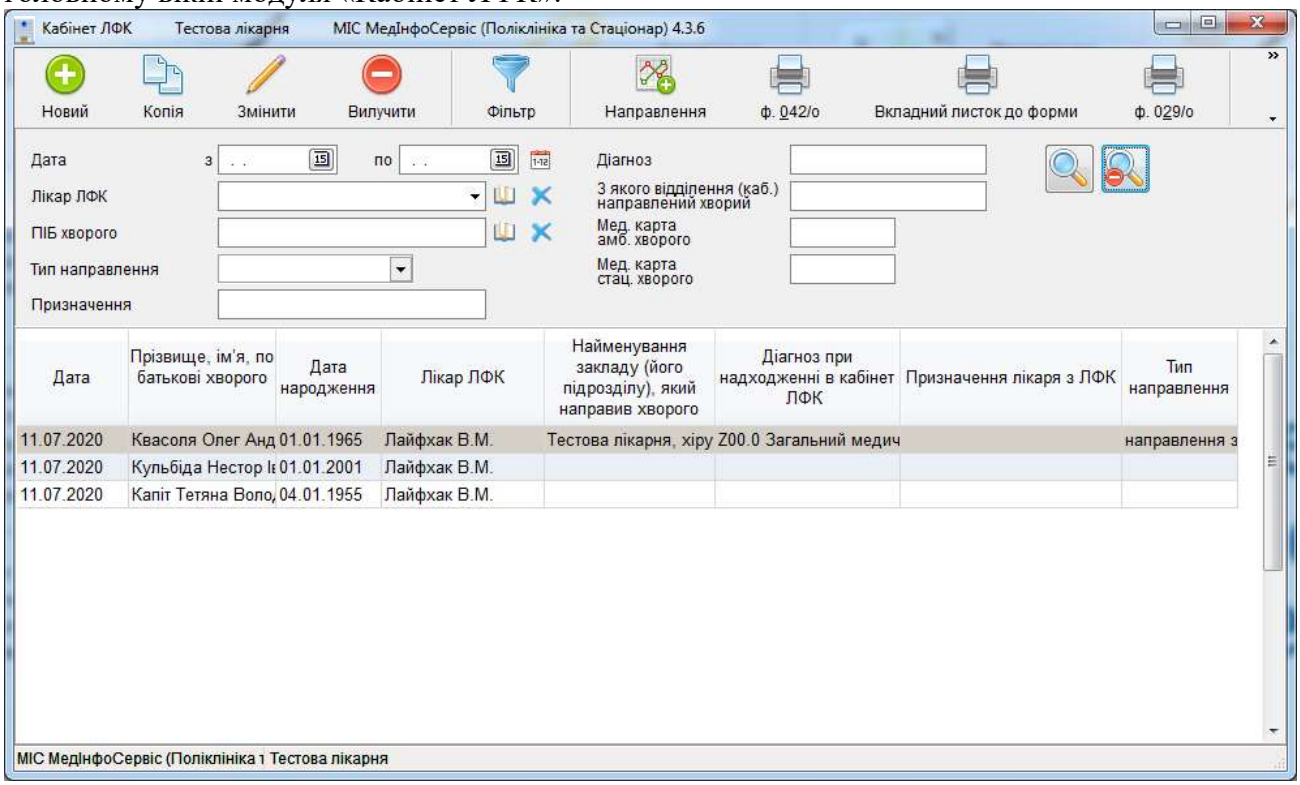


До форми № 042/о додається вкладний листок, що має додаткові відомості про хворих, які отримують ЛФК у зв'язку з порушенням опорно-рухового апарату, де зазначаються: дата, прізвище, ім'я, по батькові хворого та дані функціонального дослідження (рухливість хребта, силова витривалість м'язів, відносна довжина ніг, обхват живота, величина поперекового лордозу). Дана закладка саме містить поля для заповнення цієї інформації.



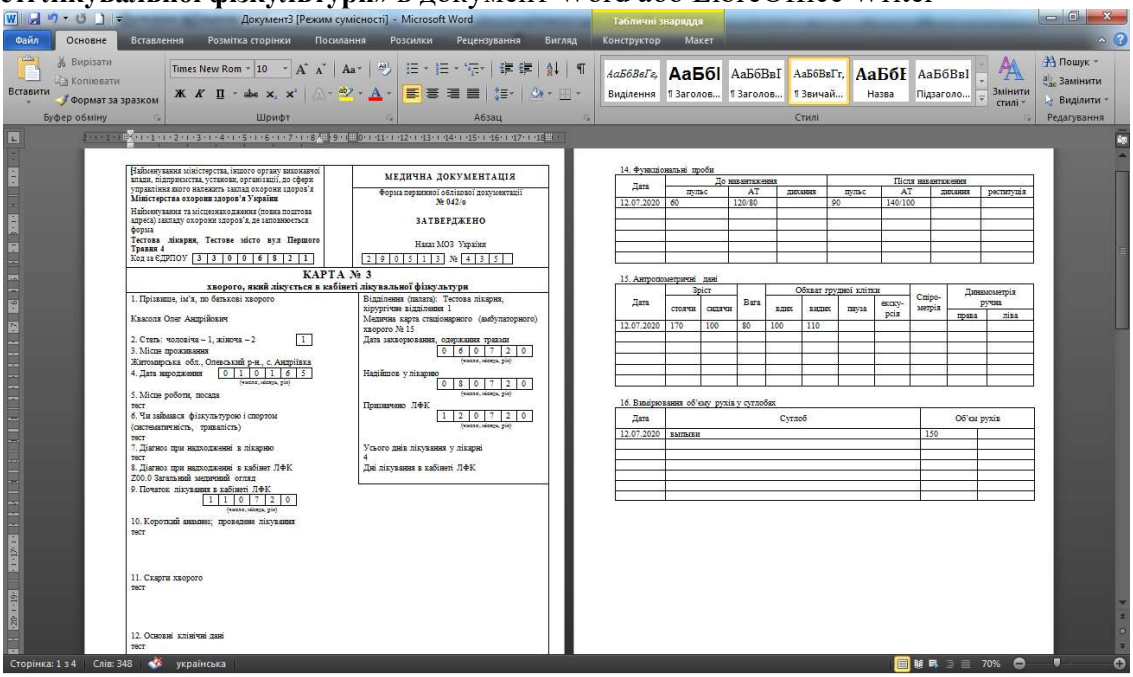


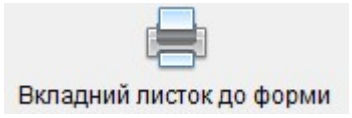
Всі виконані процедури (по направленню і без) автоматично формуються в список у головному вікні модуля «Кабінет ЛФК».



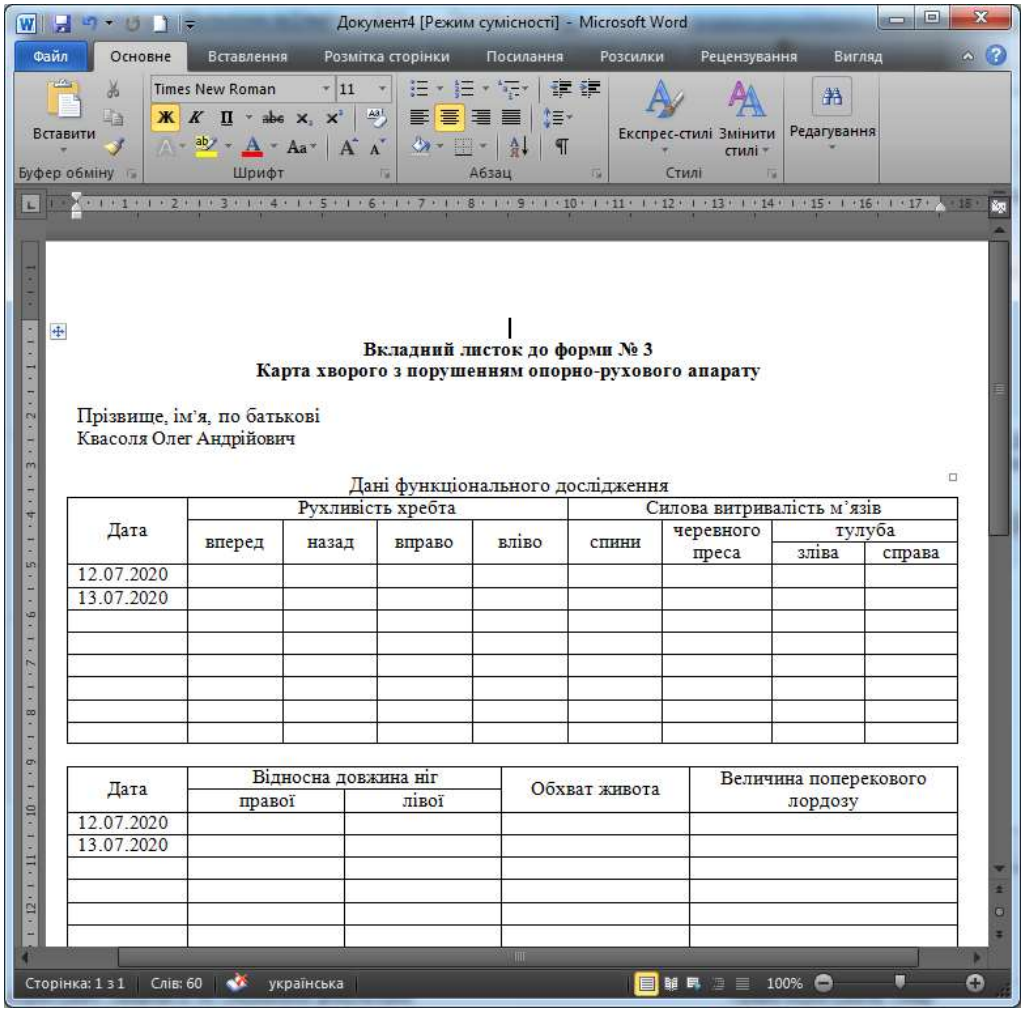
В кабінеті можна роздрукувати наступну первинну облікову документацію:

- сформує для обраного запису **ф.042/о «Карта хворого, який лікується в кабінеті лікувальної фізкультури»** в документ Word або LibreOffice Writer





- сформує вкладний листок до форми 042/о в документ Word або LibreOffice Writer



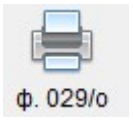
Вкладний листок до форми № 3
Карта хворого з порушенням опорно-рухового апарату

Прізвище, ім'я, по батькові
Квасоля Олег Андрійович

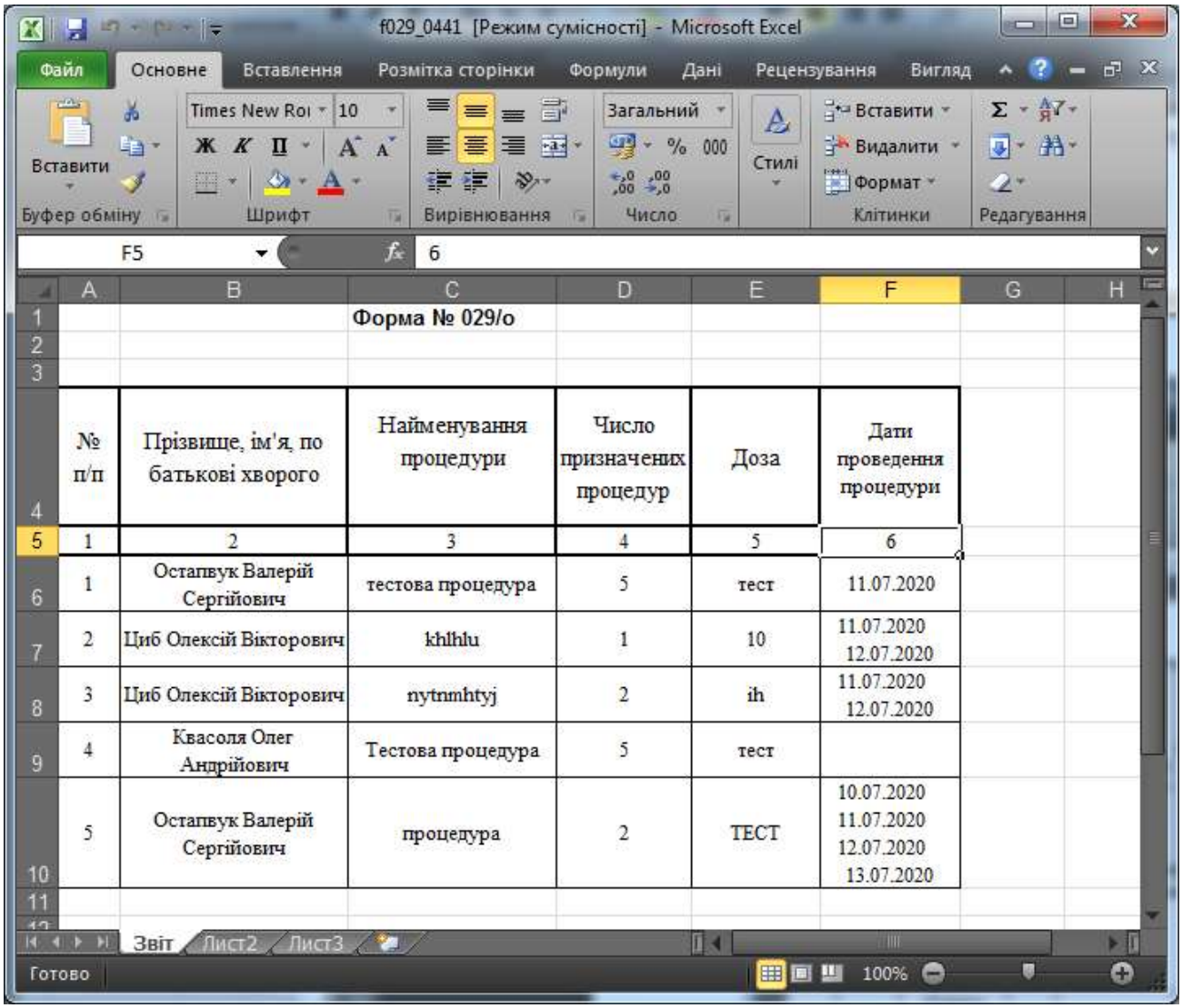
Дані функціонального дослідження

Дата	Рухливість хребта				Силова витривалість м'язів			
	вперед	назад	вправо	вліво	спини	черевного преса	тулуба зліва	тулуба справа
12.07.2020								
13.07.2020								

Дата	Відносна довжина ніг		Обхват живота	Величина поперекового лордозу
	правої	лівої		
12.07.2020				
13.07.2020				



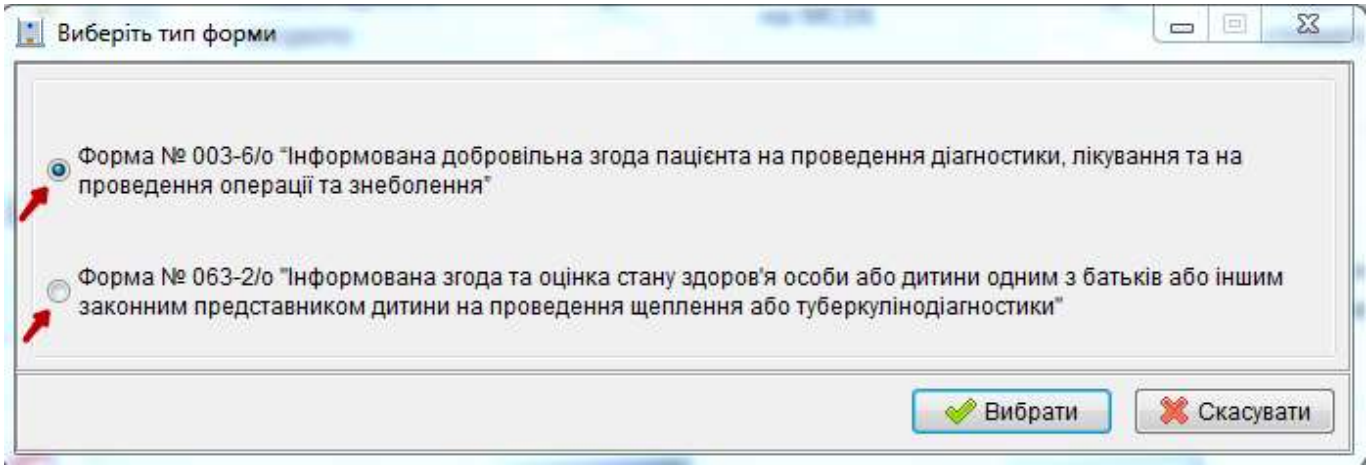
- сформує **ф.029/о «Журнал обліку процедур»** в таблицю Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань фільтраційної панелі.



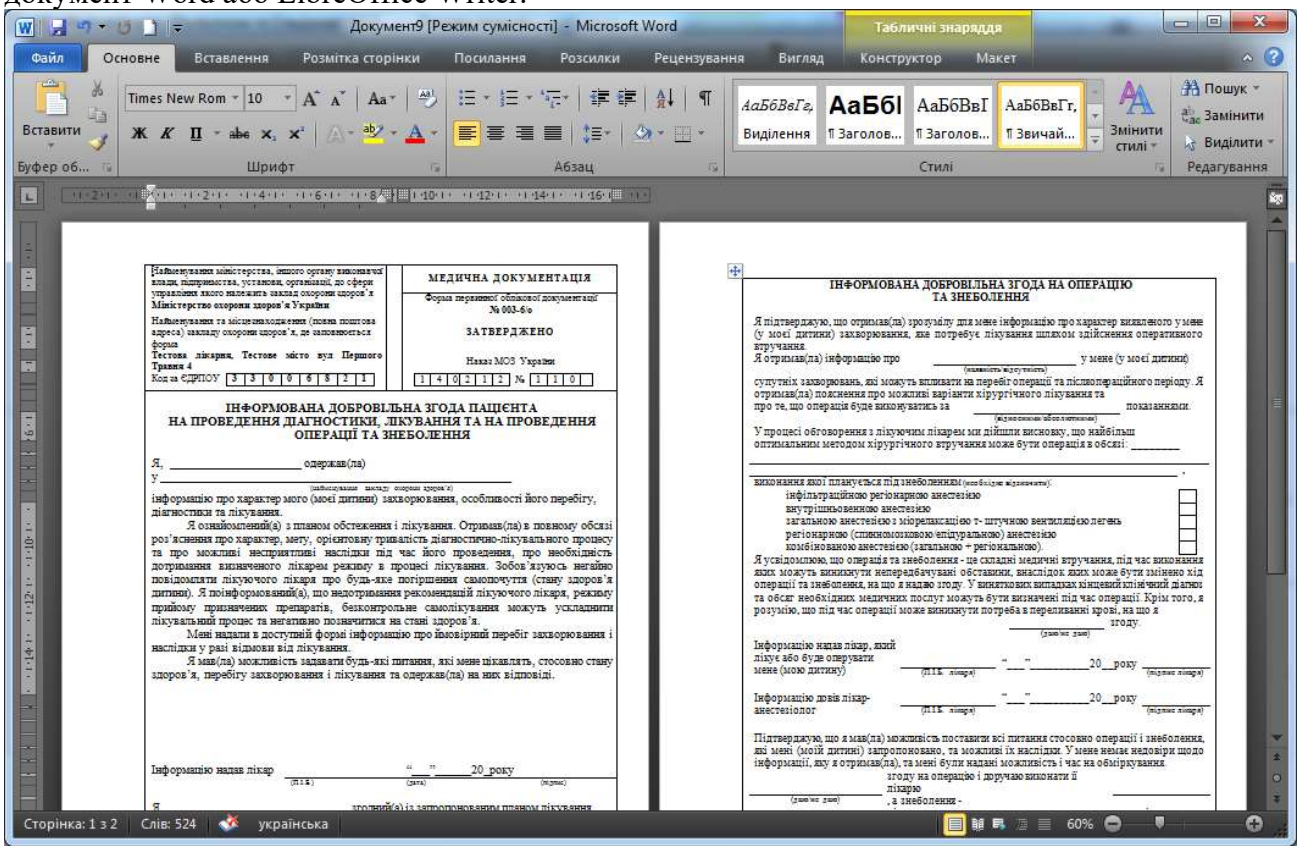
«Кількість» - розраховує кількість записів, в залежності від налаштування фільтраційної панелі.

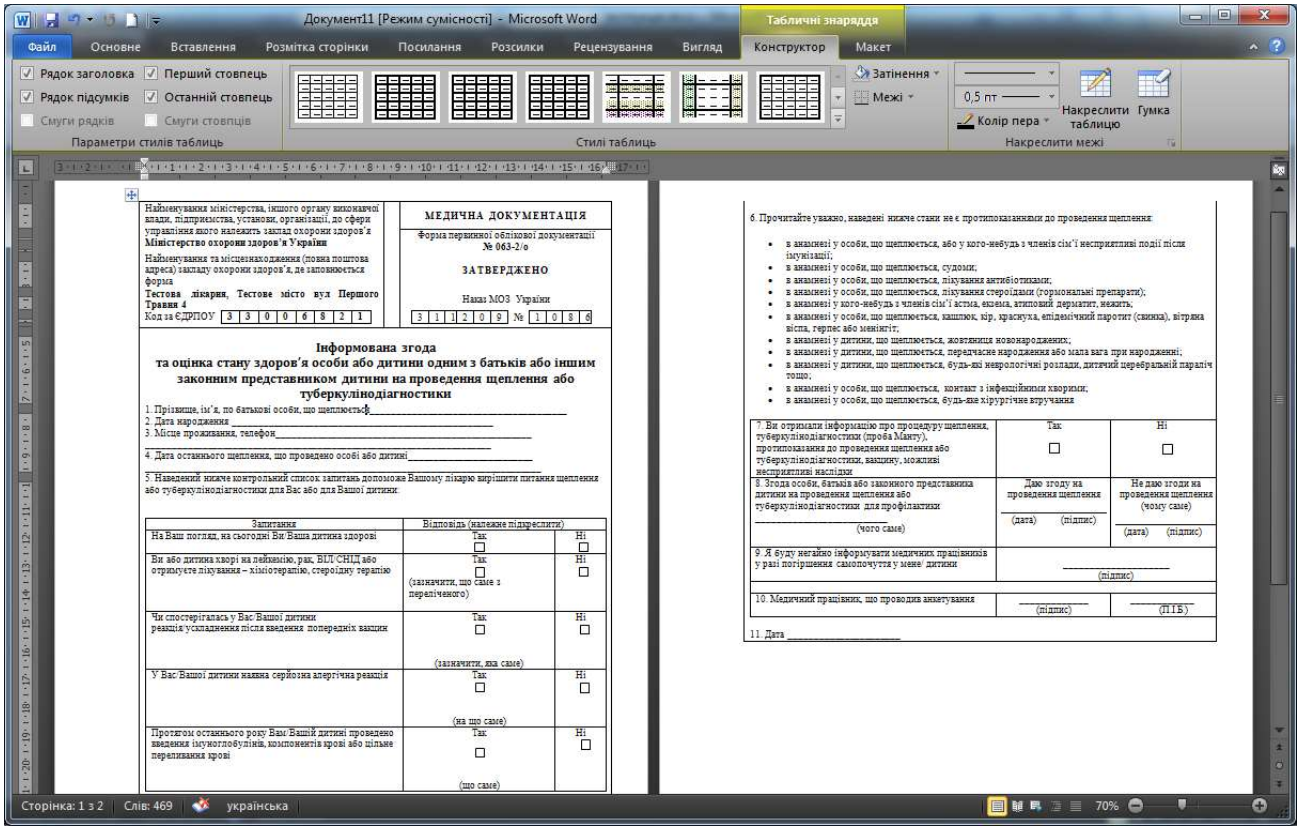
11.23 Інформована згода (ф.003-6/о та ф.063-2/о)

Даний пункт меню дає можливість сформувати та роздрукувати форми первинної облікової документації **№ 003-6/о «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення»** та **№ 063-2/о «Інформована згода та оцінка стану здоров'я особи або дитини одним з батьків або іншим законним представником дитини на проведення щеплення або туберкулінодіагностики»**.



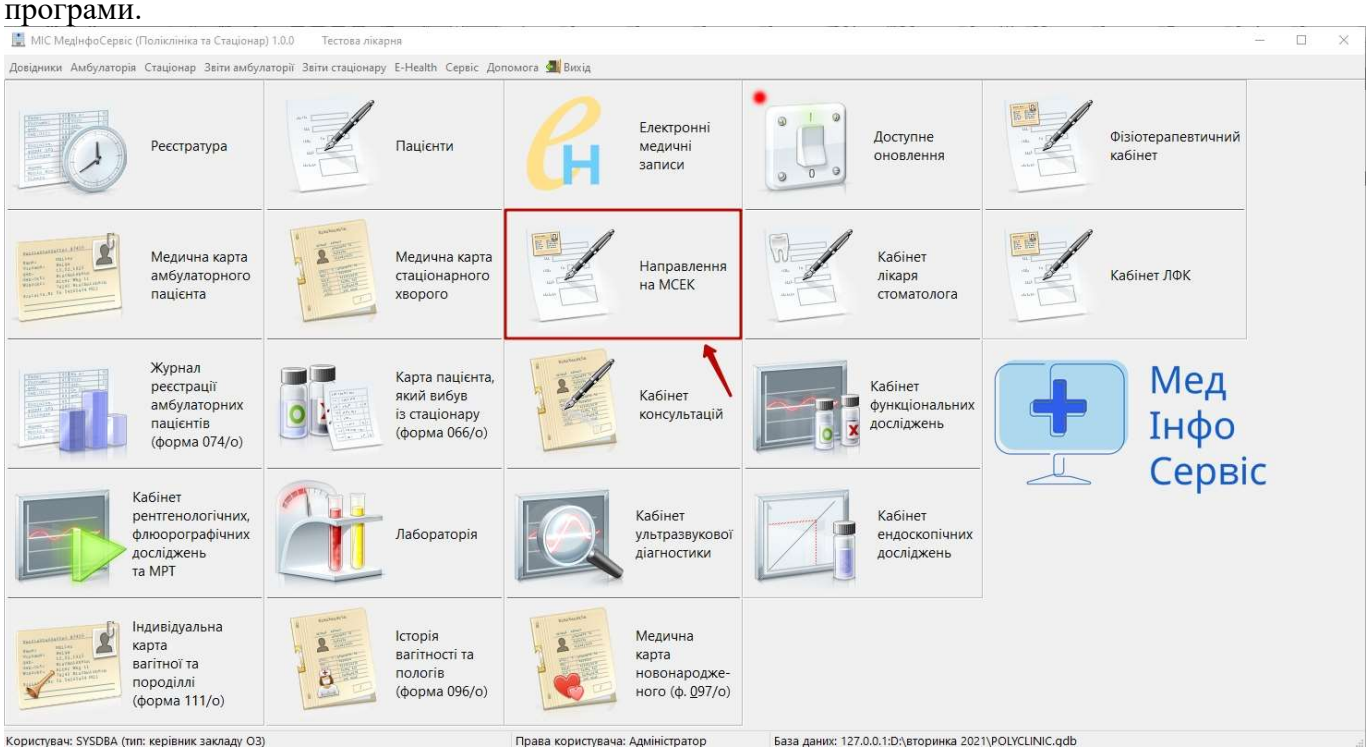
Відмітивши необхідну форму, і, натиснувши кнопку **«Вибрати»,** згода сформується в документ Word або LibreOffice Writer.



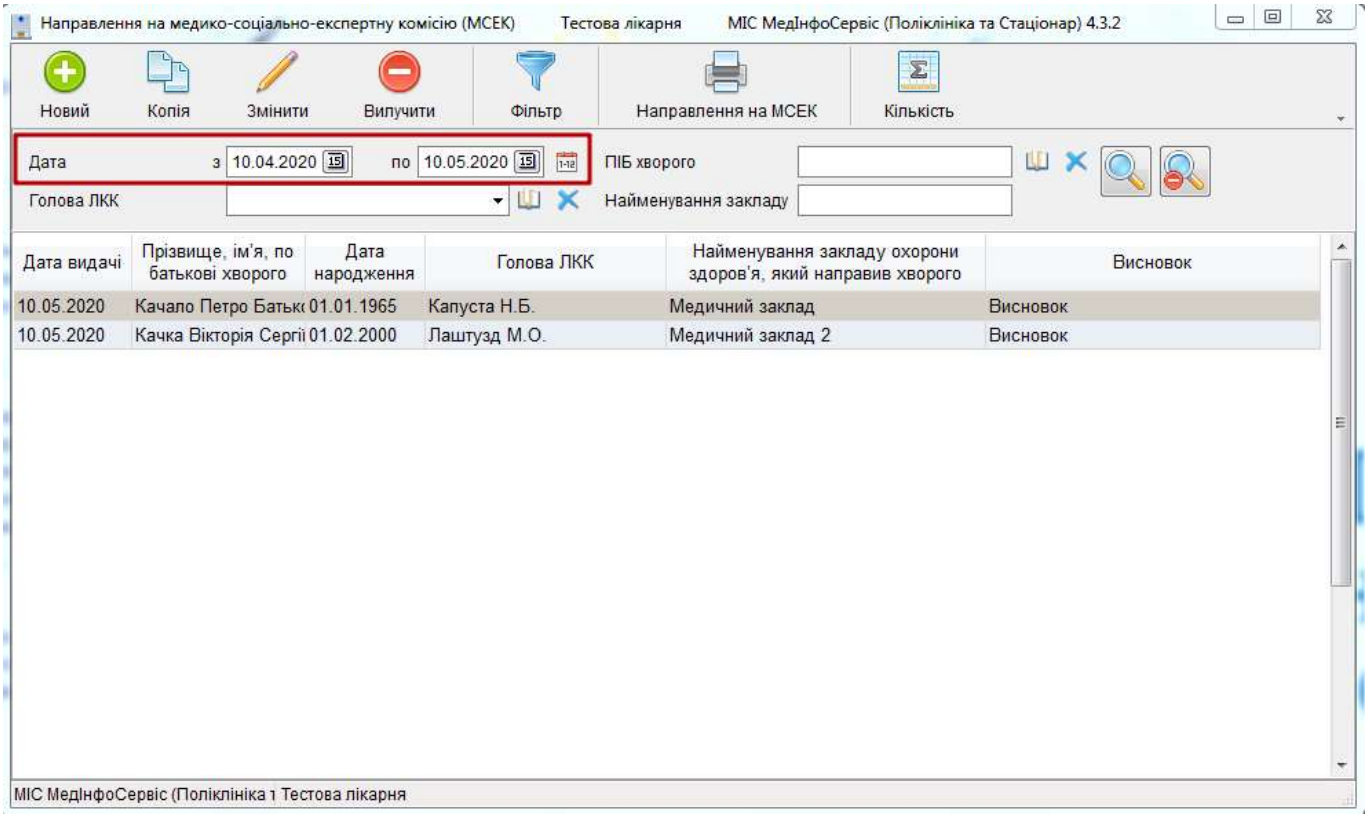


11.24 Направлення на МСЕК

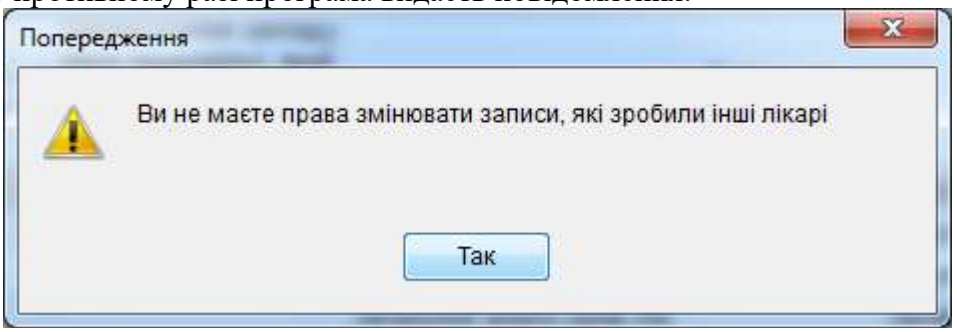
Знайти даний модуль можна в пункті меню **«Амбулаторія»**, **«Стаціонар»** та, для зручності, його розміщено на головному вікні програми, яке з'являється після запуску програми.



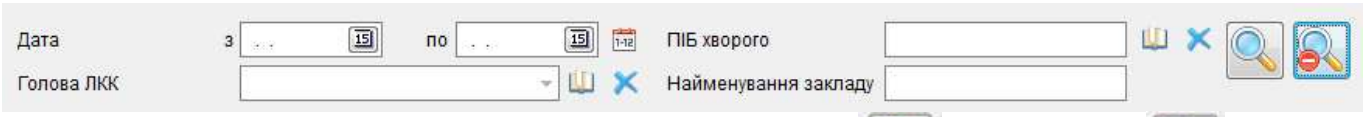
Модуль «Направлення на медико-соціальну експертну комісію» дозволяє створити направлення та вести облік направлень по пацієнтам.



Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити нове дослідження для пацієнта. **«Копія»** - створює копію дослідження і відкриває його. **«Змінити»** та **«Вилучити» -** редагує та видаляє тільки ті направлення, які були занесені лікарем, під яким зайшли в програму. В противному разі програма видасть повідомлення.

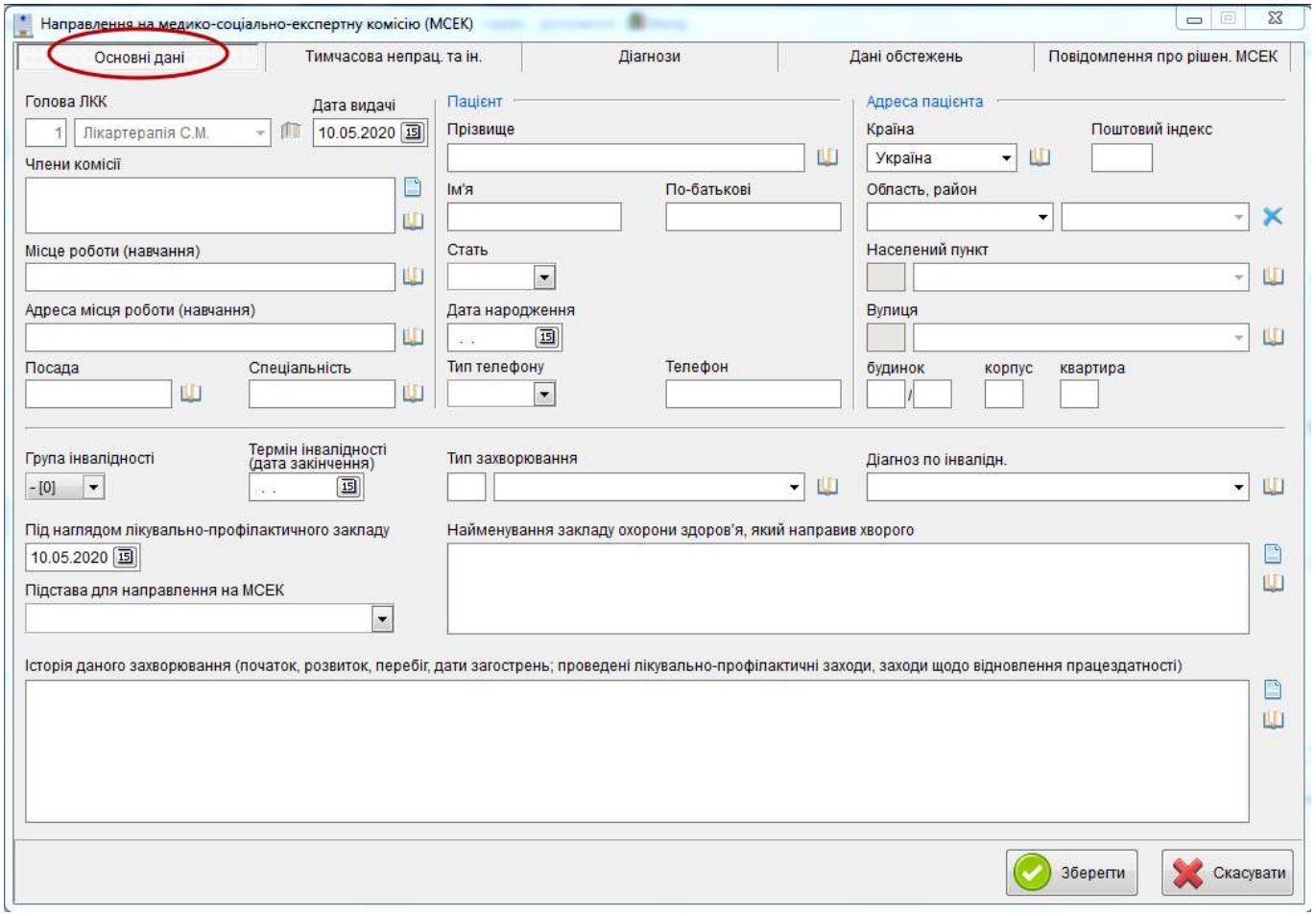


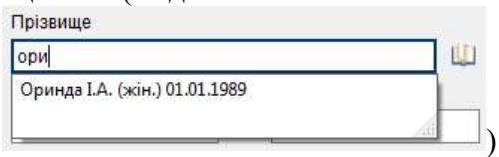
«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по дослідженням.



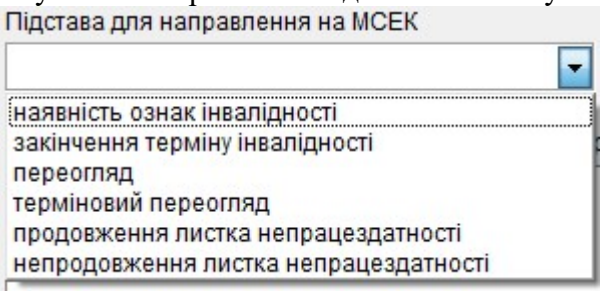
Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

Для створення нового направлення слід натиснути кнопку **«Новий».** Вікно, яке з'явиться матиме автоматично заповненими поля «Голова ЛКК» лікарем, під яким зайшли в систему та «Дата видачі».

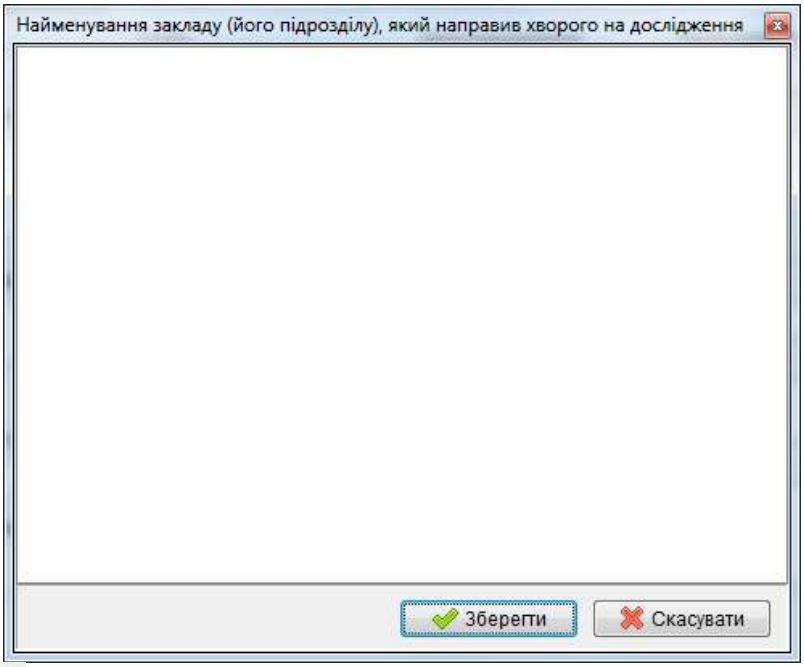


В закладці **«Основні дані»** необхідно максимально заповнити всі поля. Для внесення даних про пацієнта, його можна вибрати з реєстру пацієнтів (за допомогою кнопки або ввівши перші три літери прізвища і обрати з переліку 

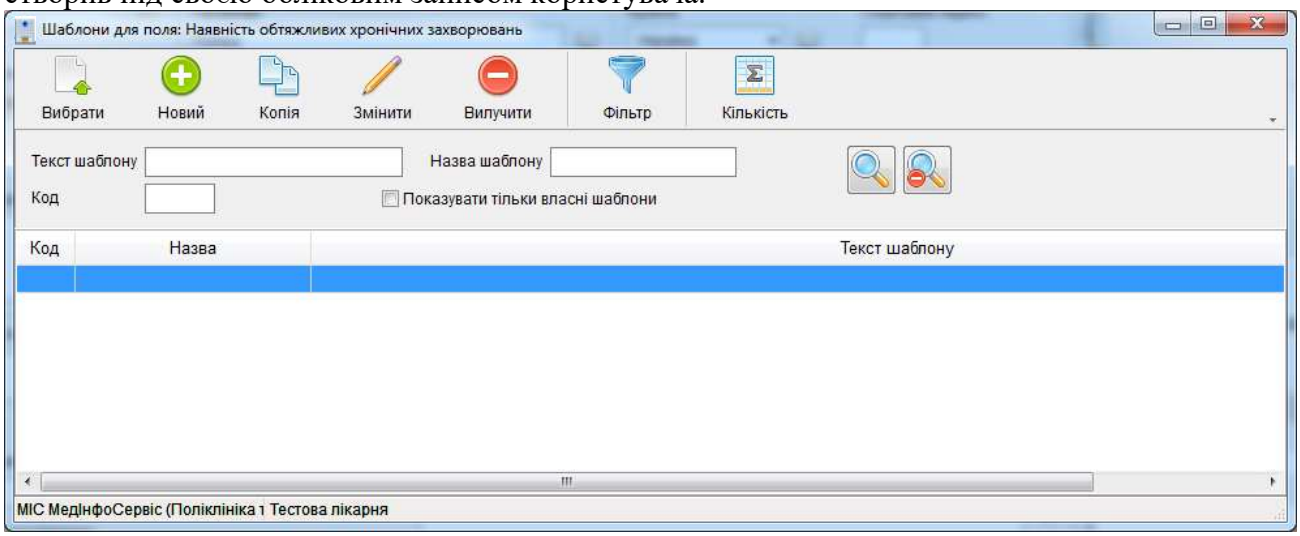
) або внести дані нового в даному вікні. Обов'язковим для заповнення є поле «Підстава для направлення на МСЕК», яку можна обрати з випадаючого списку.

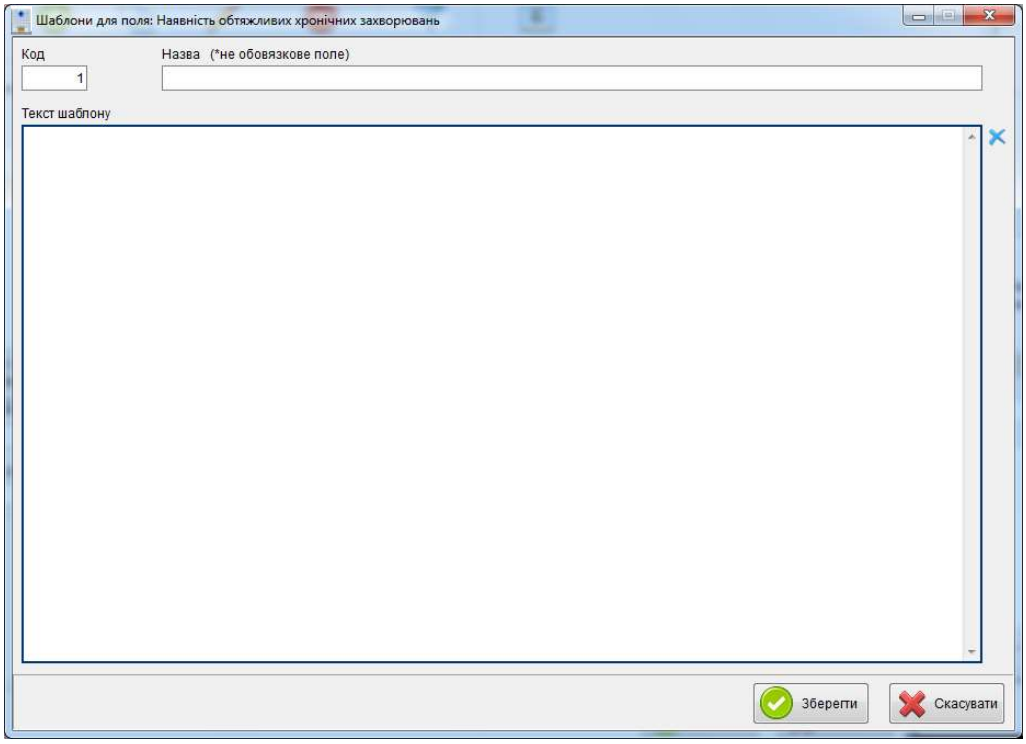


Кнопка , яка розташована біля деяких полів дає можливість ввести більше необхідної інформації:



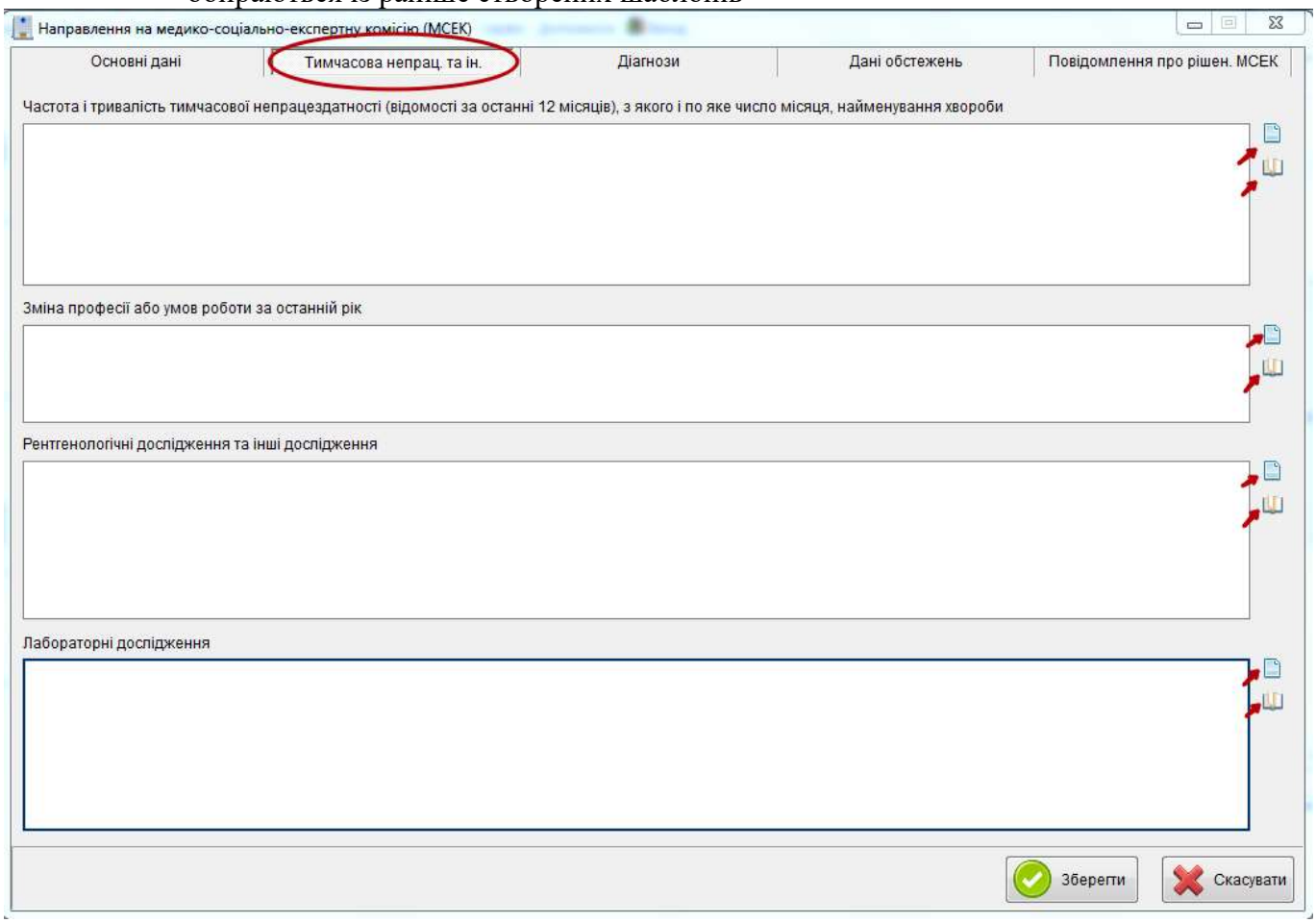
Кнопка біля одних полів (таких як, «Країна», «Населений пункт», «Вулиця», «Діагноз по інвар.», «Тип захворювання» тощо), дає можливість вибрати з готового довідника бази, а біля інших («Найменування закладу..», «Історія даного захворювання…» тощо) дає можливість створити власні шаблони, якими найчастіше користуються в роботі. **«Показувати власні шаблони»** означає, що лікар буде бачити тільки ті шаблони, які він створив під своєю обліковим записом користувача.



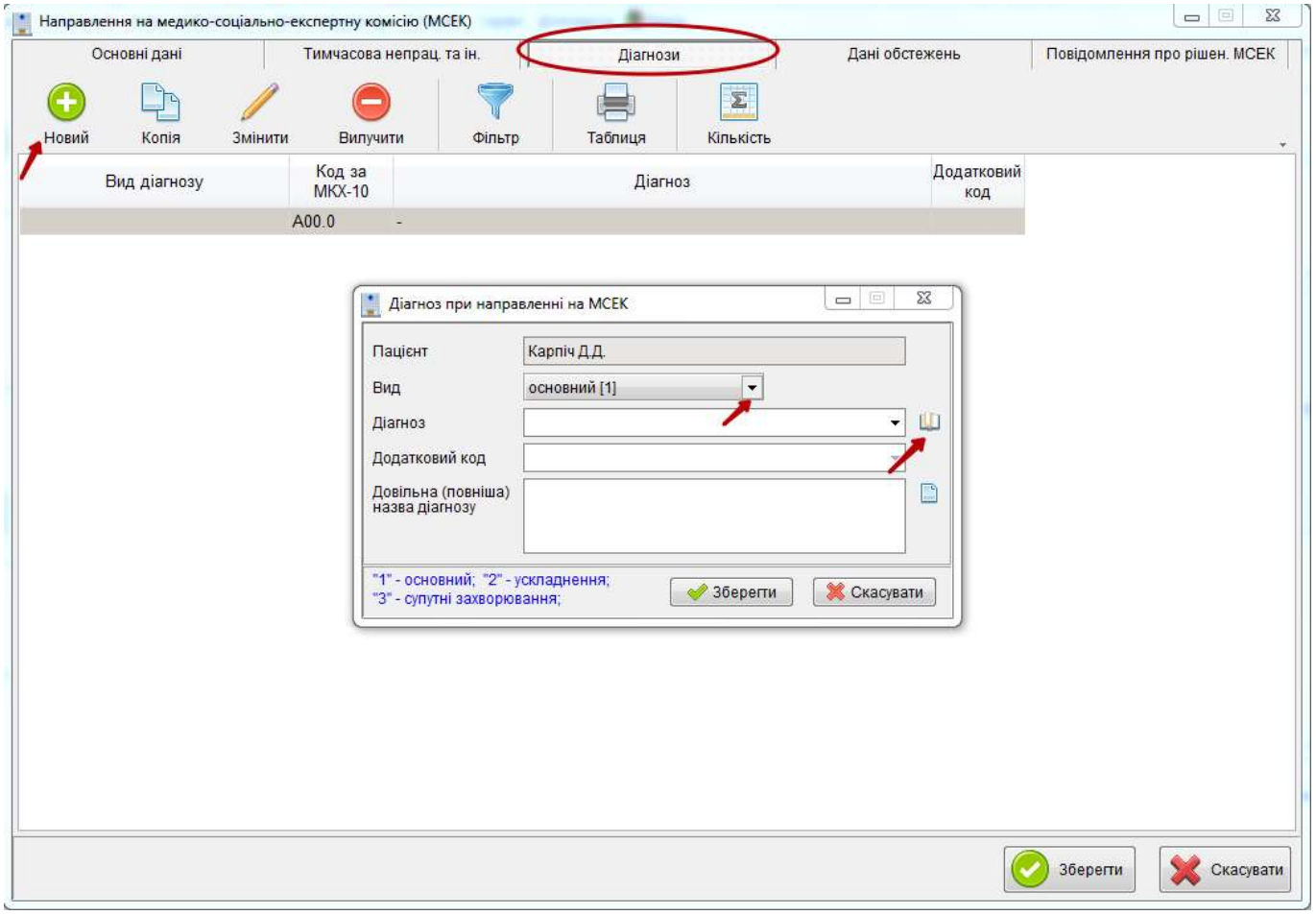


Заповнивши всі дані в закладці «Основні дані» переходимо до наступних закладок:

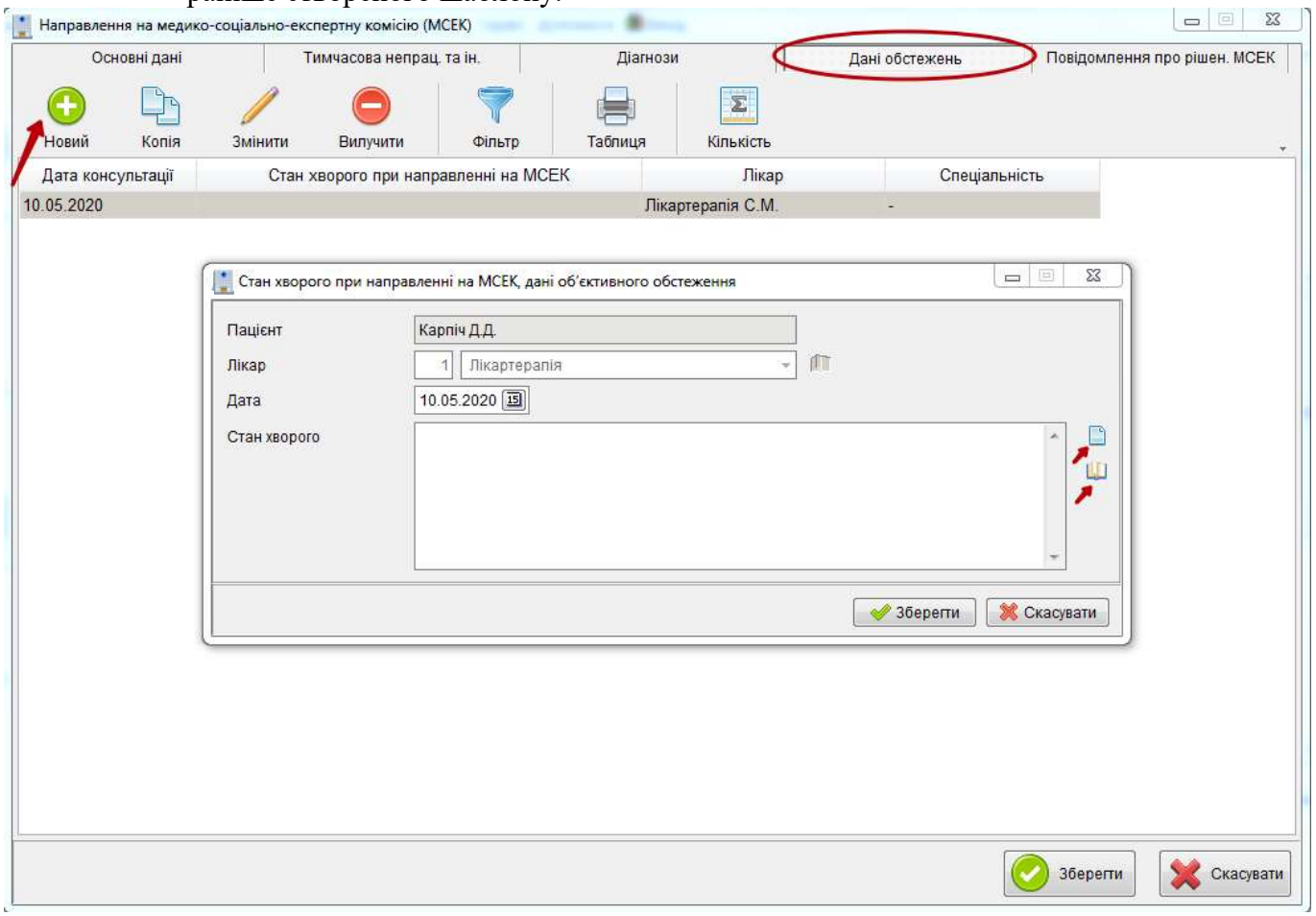
- **«Тимчасово непрацездатність та інше» -** поля заповнюються вручну або обираються із раніше створених шаблонів



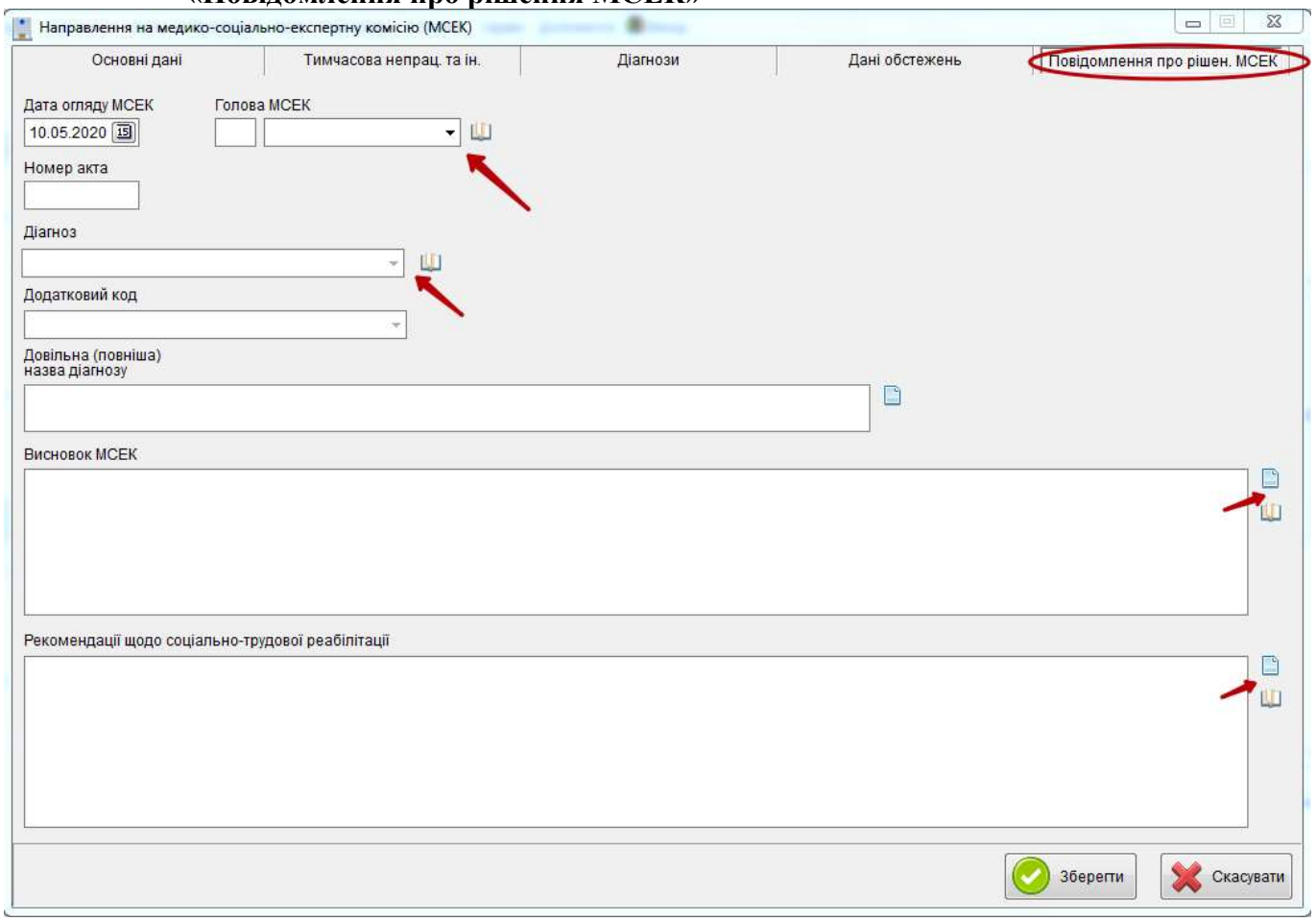
- **«Діагнози».** Створити новий запис, натиснувши «Новий» і внести інформацію про діагнози.



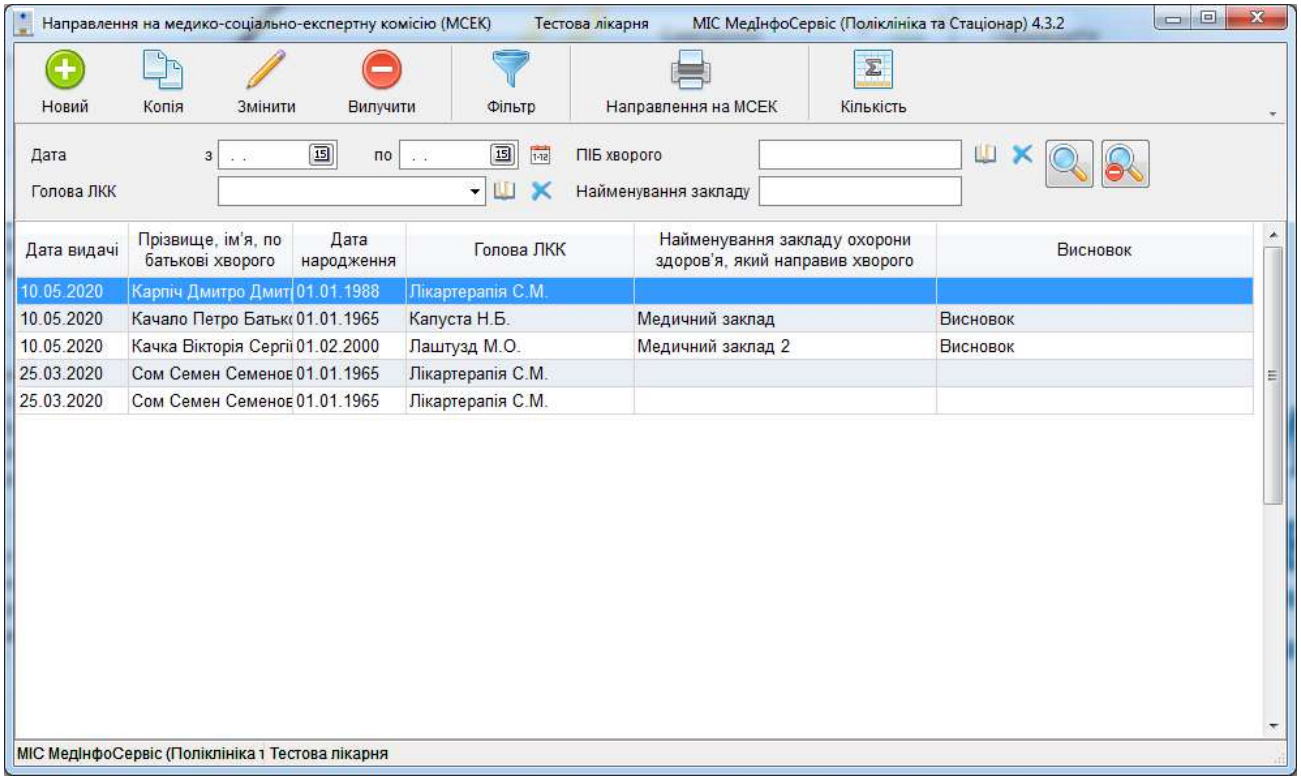
- **«Дані обстежень».** Записи створюються на основі внесених даних із візитів амбулаторної карти. Для того, щоб створити новий запис слід натиснути «Новий» і внести інформацію про стан хворого або вручну, або, обравши із раніше створеного шаблону.



- **«Повідомлення про рішення МСЕК»**

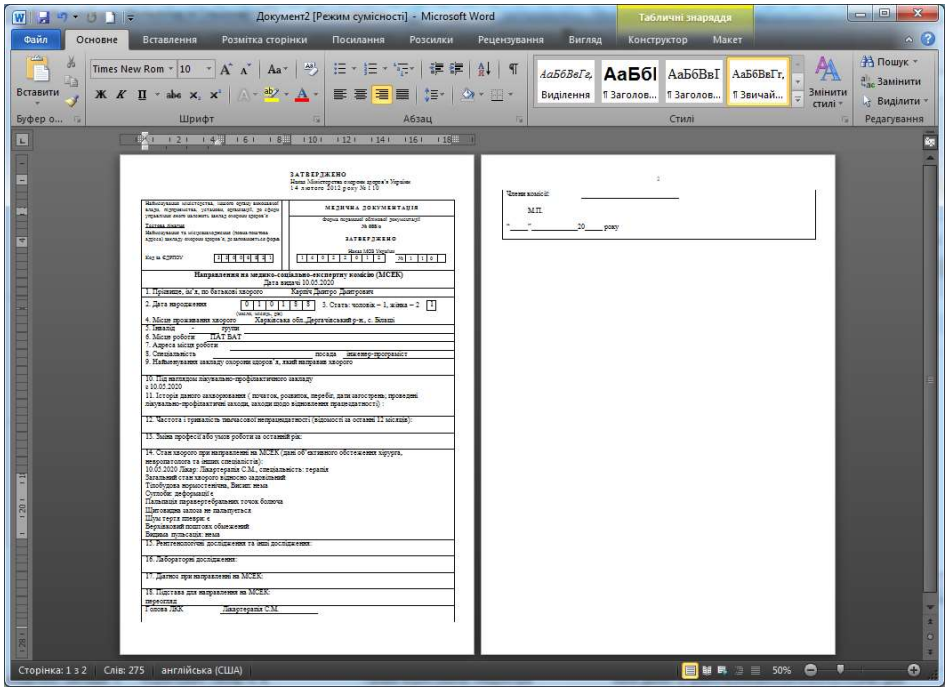


Всі створені направлення автоматично відображаються в електронній медичній карті амбулаторного або стаціонарного пацієнта в розділі **«Направлення на МСЕК»**, а також формуються в список у головному вікні модуля «Направлення на МСЕК».



В даному вікні є можливість роздрукувати направлення на медико-соціальну експертну комісію:

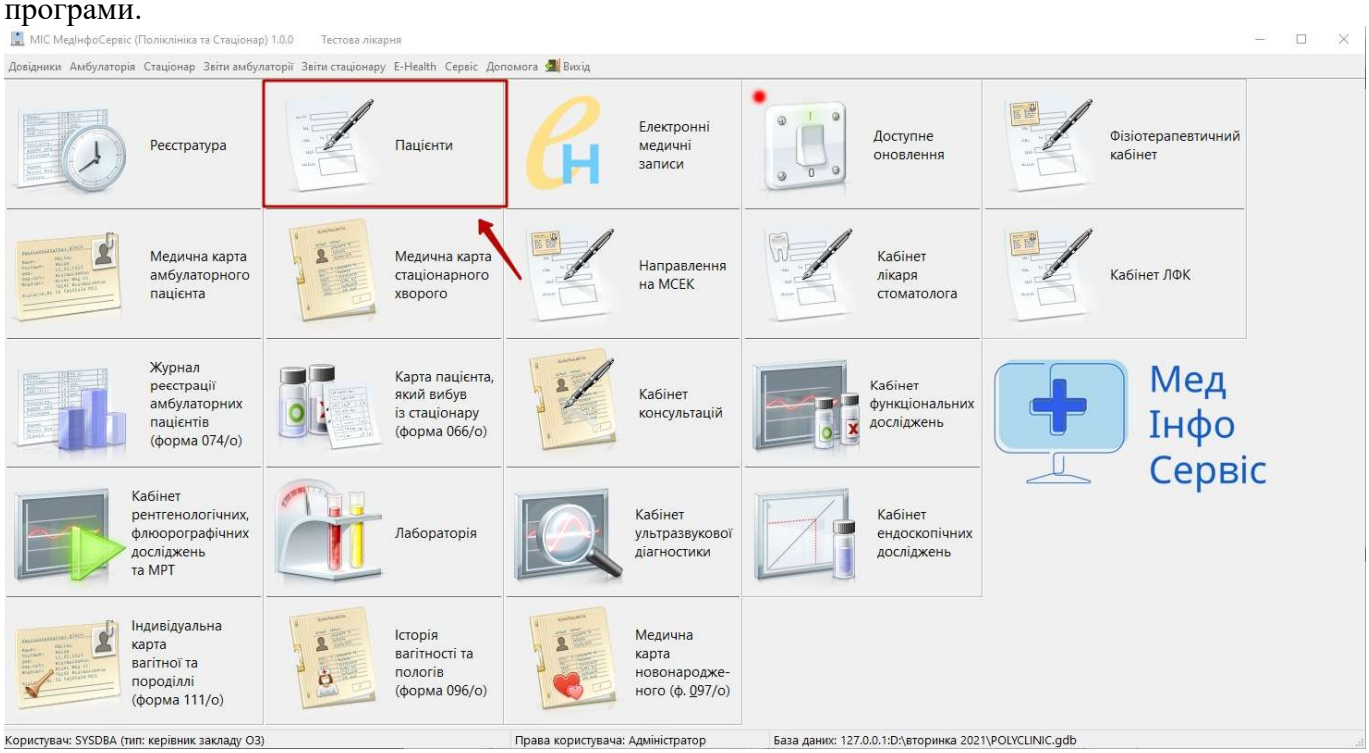
- сформує обране направлення з таблиці в документ Word або LibreOffice Writer



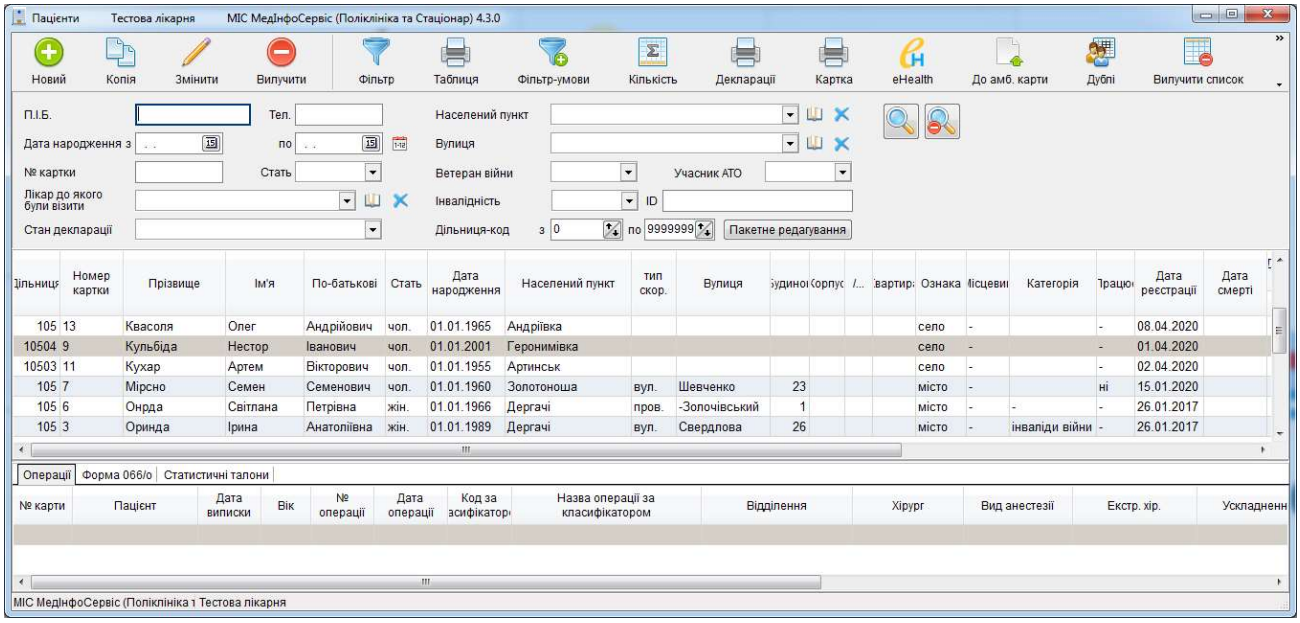
«Кількість» - розраховує кількість записів, в залежності від налаштування фільтраційної панелі.

11.25 Пацієнти

Знайти реєстр пацієнтів можна в пункті меню **«Амбулаторія»**, **«Стаціонар»** та, для зручності, його розміщено на головному вікні програми, яке з'являється після запуску програми.

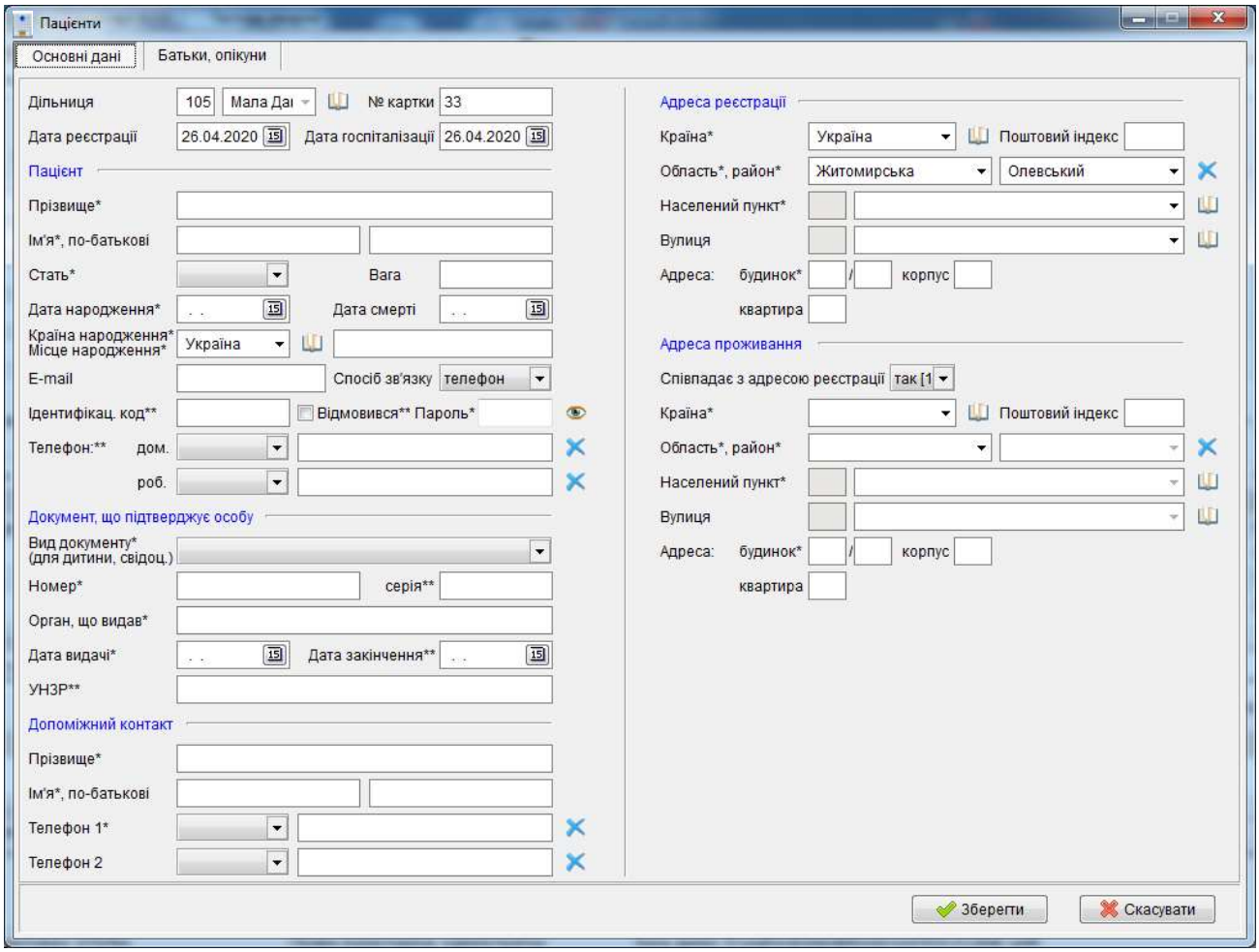


Містить список пацієнтів з усіма необхідними даними, використовується найчастіше для ланки установ первинної медико-санітарної допомоги та для створення декларацій.



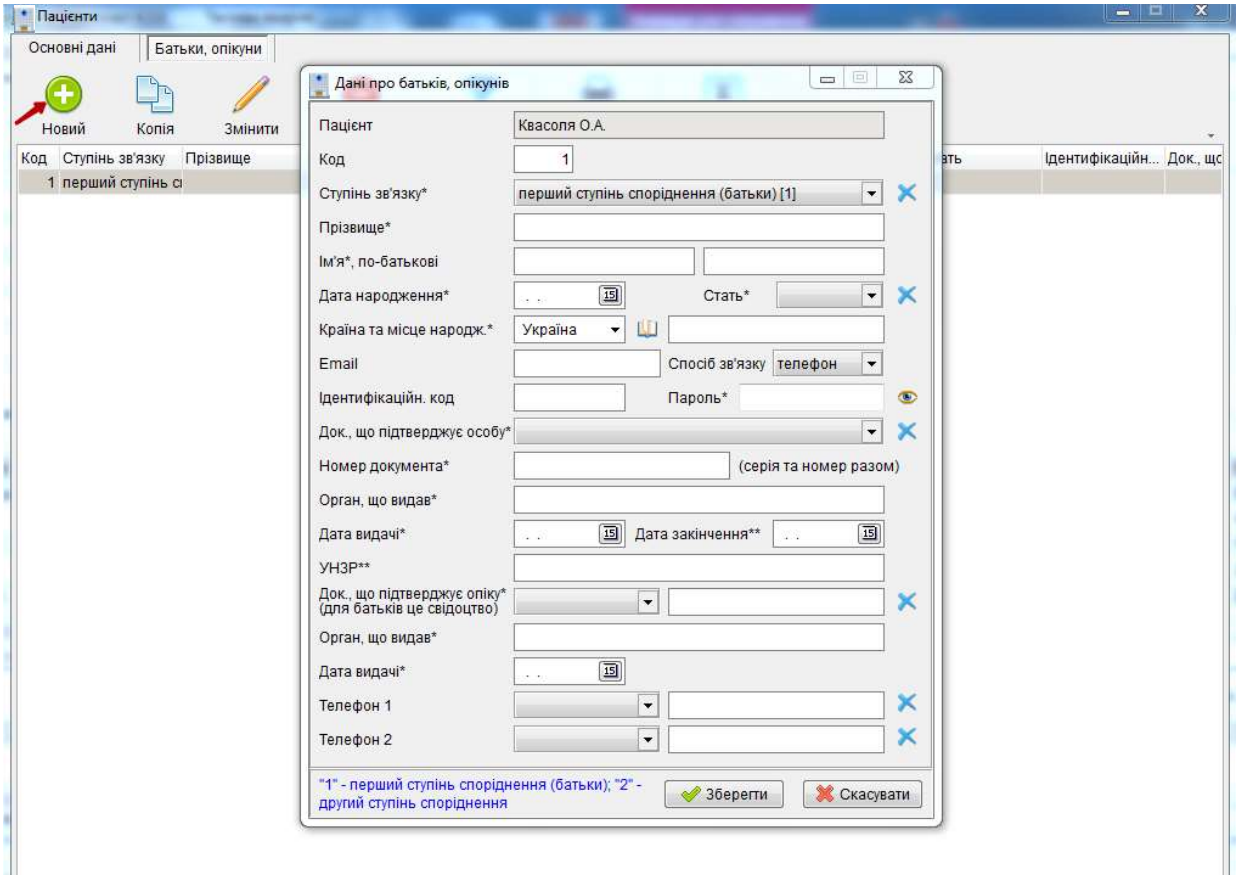
У верхньому меню:

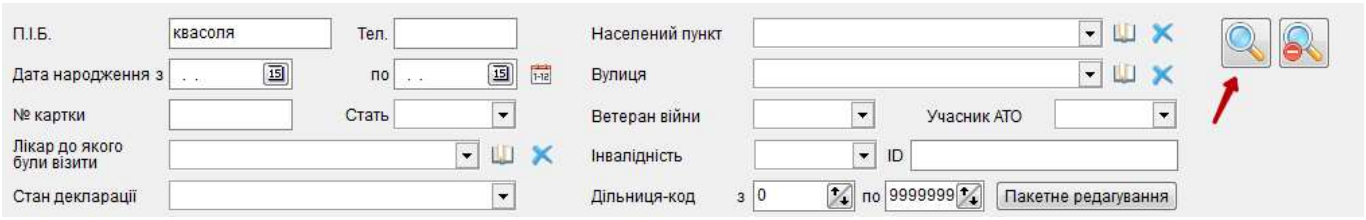
Карта пацієнта ділиться на **«Основні дані»**, і **«Батьки, опікуни»**.



В *«Основних даних»* вибрати дільницю, дату реєстрації, внести його паспортні дані та іншу інформацію, що використовується при формуванні звітів, а також, що потрібні для створення декларації. Поля які відмічені * - обовязкові для заповнення.

Якщо картка вноситься на дитину, то потрібно у вкладці *«Батьки, опікуни»* добавити інформацію про дорослого/лих із уточненням ступеня спорідненості.

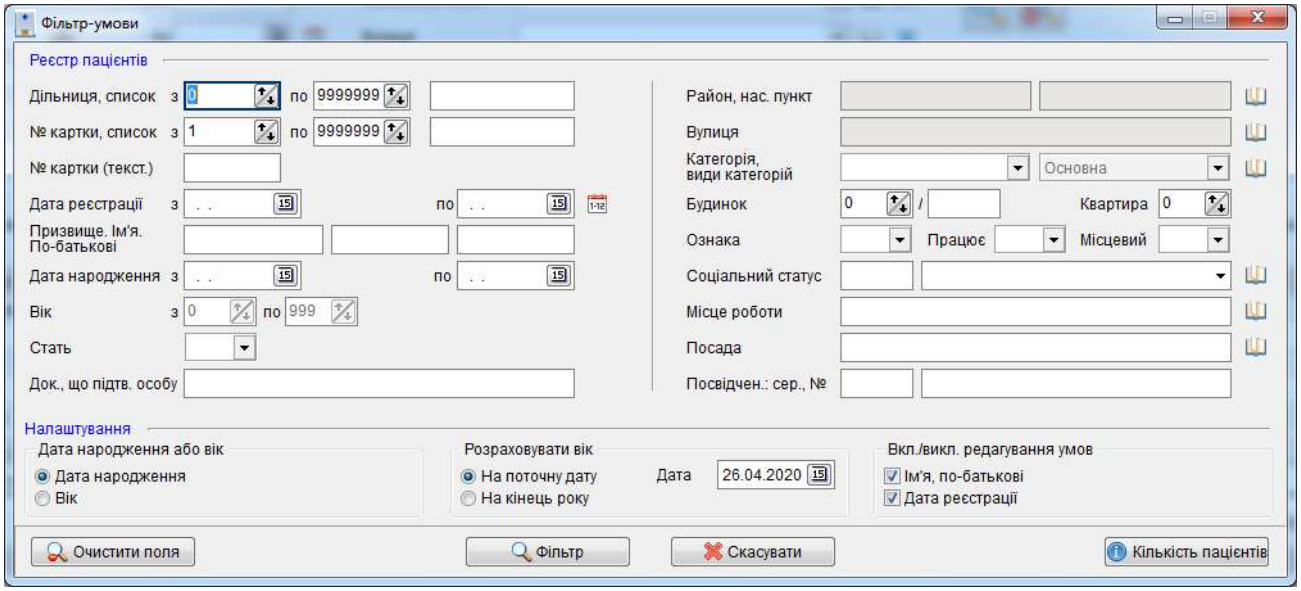




Поля, по яким можна провести фільтрацію записів інформаційної частини вікна (тобто по яким стовпчикам).

«Фільтр-умови»

- виводить вікно із додатковими полями для фільтрації по записам.



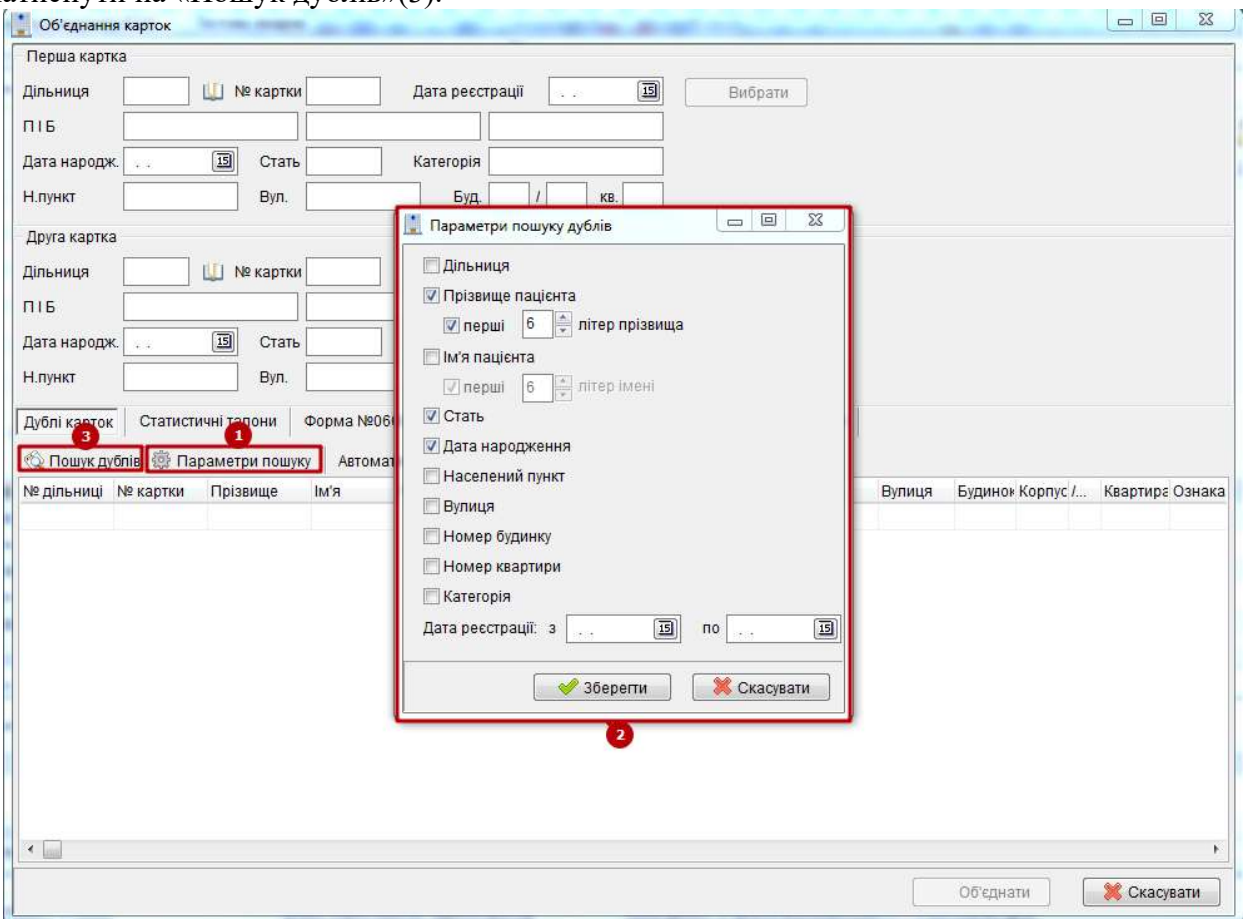
«Кількість» - при натисканні, рахується кількість записів. Можливо також, попередньо, відфільтрувати записи і натиснувши на кнопку – побачити кількість записів по заданим умовам.

«Декларації» - формування звіту по кількості деклараціям по лікарям, або по підрозділам в MS Office Excel.

«eHealth» - модуль взаємодії з національною електронною системою охорони здоров'я «e-Health». При першому з'єднанні потрібно буде авторизуватись, внести логін і пароль для авторизації в системі «eHealth», і поки програма не буде закрита, при подальших натисканнях на кнопку «eHealth» на екрані відображатимуться дані про вибраного пацієнта, які були/будуть використані для/при створені декларації. Якщо для вибраного пацієнта декларація іще не створювалась, в низу вікна буде відображатись надпис «Статус декларації: нестворена» і попередньо перевіривши правильність внесених даних можна створити декларації натиснувши кнопку «Далі». Якщо для даного пацієнта декларація уже була створена, то в низу вікна буде відображатись надпис «Статус декларації: активна», декларацію можливо перестворити натиснувши кнопку «Перестворити».

Більш детальний опис для укладання декларацій описаний в інструкції **«Укладання декларації»**, Ви також можете ознайомитись із відео-інструкціями на нашому Youtube-каналі.

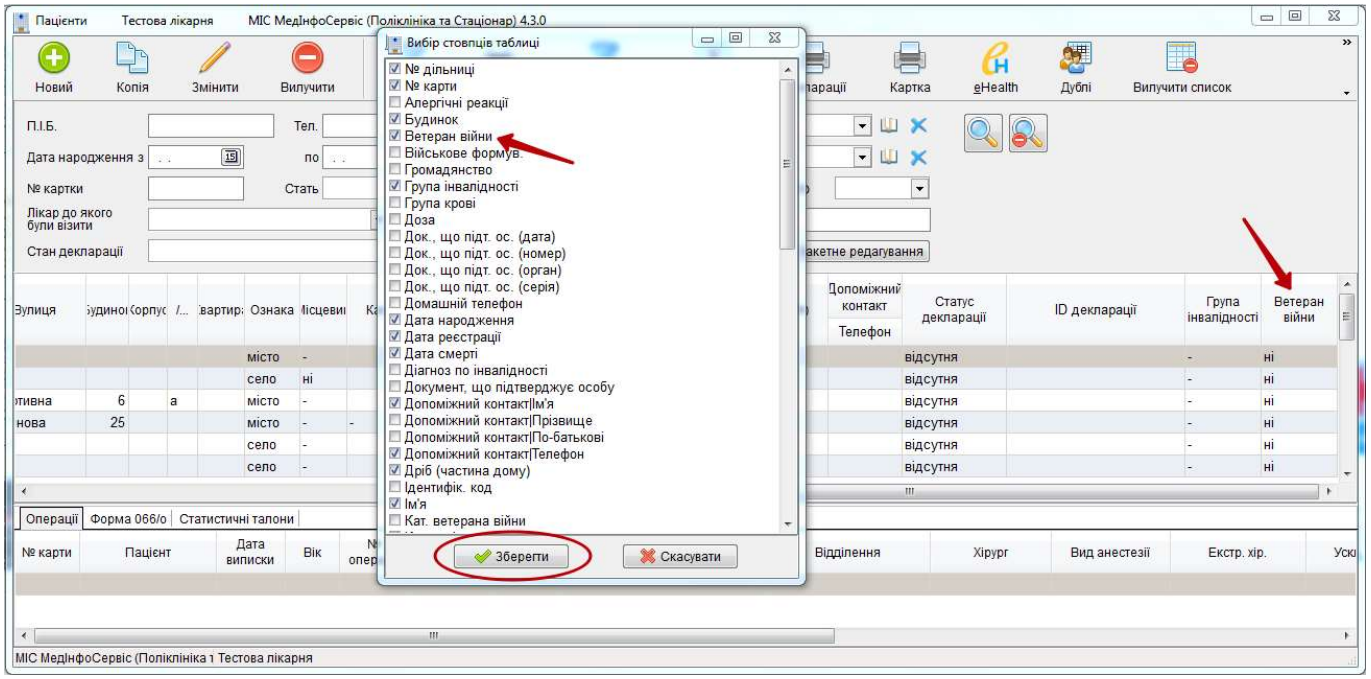
«Дублі» - пошук дублів по списку записів. По замовчуванню пошук дублів відбувається за першими шести символами прізвища, статті і даті народження, але параметри пошуку дублів можна задати за допомогою «параметрів пошуку» (1), після чого потрібно натиснути на «Пошук дублів»(3).



Якщо в системі знайдуться дублі, то їх можна буде побачити в списку. Виділіть одну картку – натисніть кнопку «Вибрати» в блоці «Перша картка», по аналогії зробіть теж саме для дубля картки в блок «Друга картка» і об'єднайте кнопкою «Об'єднати».

«Вилучити список» - видалення списку карток пацієнтів із системи. Можливо видалити весь список записів, або попередньо відсортувавши по заданим параметрам за допомогою фільтру.

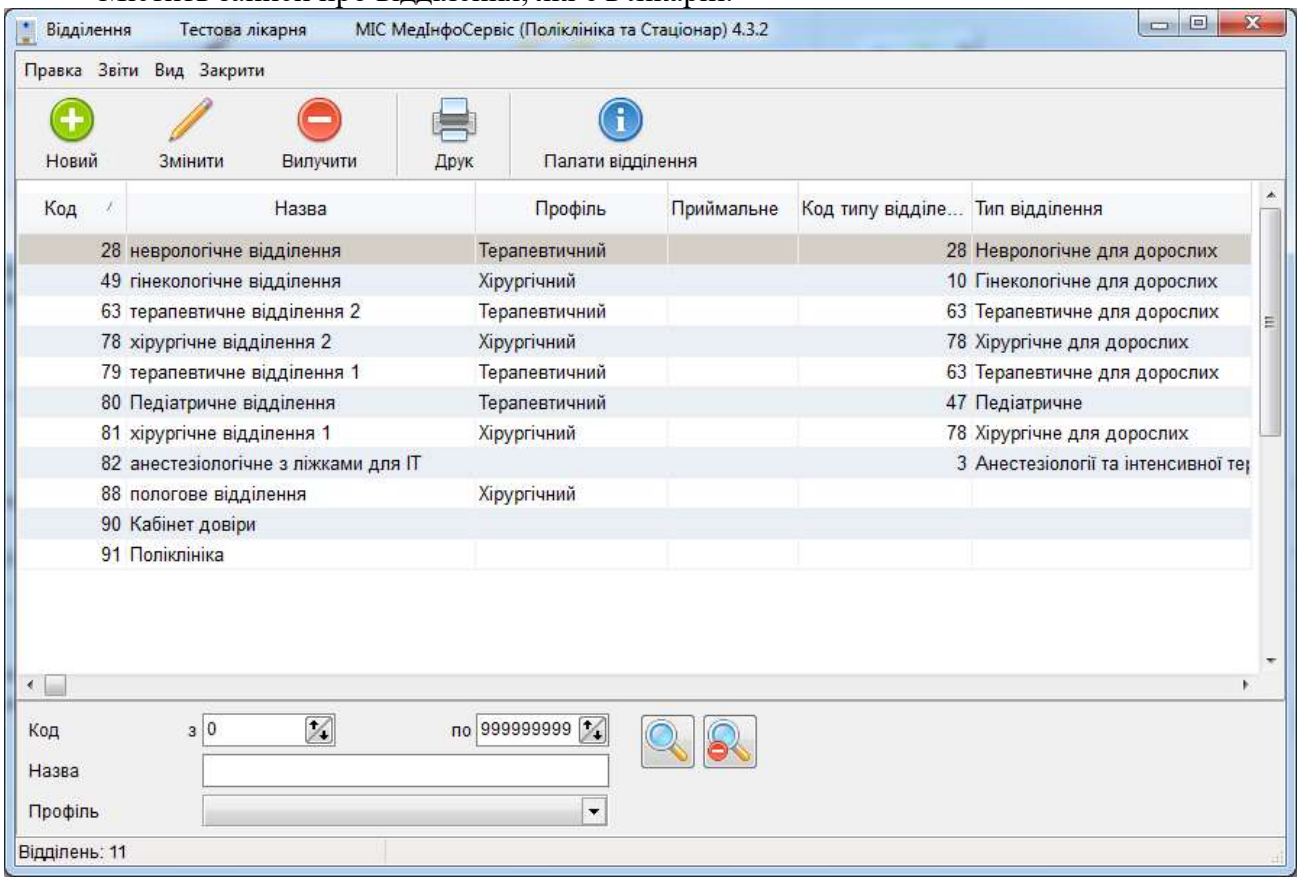
«Стовпці» - меню вибору стовпців таблиці для відображення даних із картки пацієнта. Достатньо поставити відмітки напроти пункту зі списку і зберегти, щоб відобразились дані в списку пацієнтів чи навпаки.



У нижній таблиці відображаються записи, що відповідають карточці обраного пацієнта, зі списку – для швидкого перегляду всіх проведених хірургічних операцій, заповненої форми 066/о та статистичних талонів.

11.26 Відділення

Містить записи про відділення, які є в лікарні.

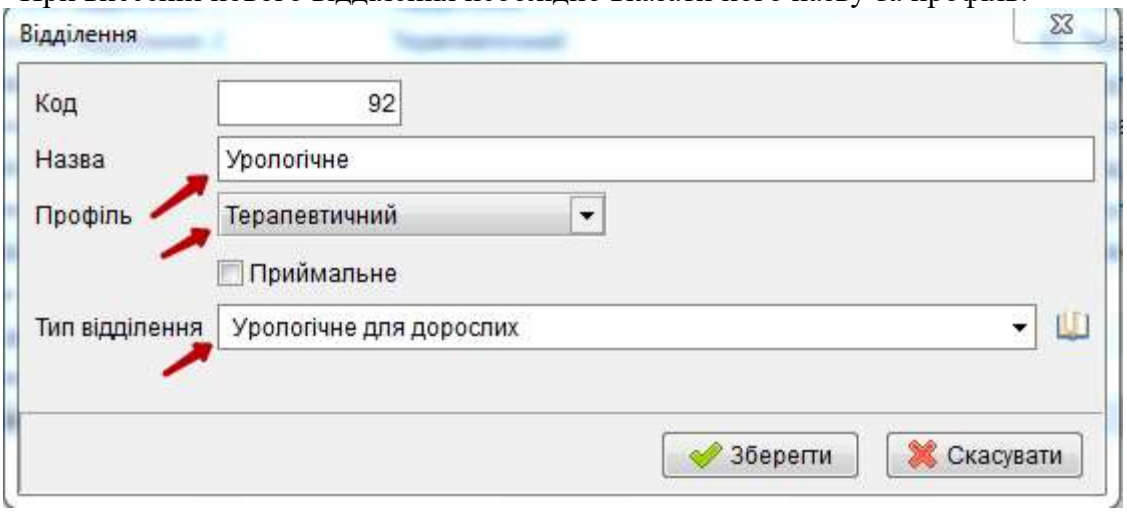


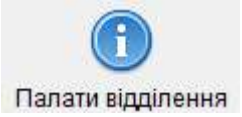
«Вид»>«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по відділенням в нижній частині екрану.

Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

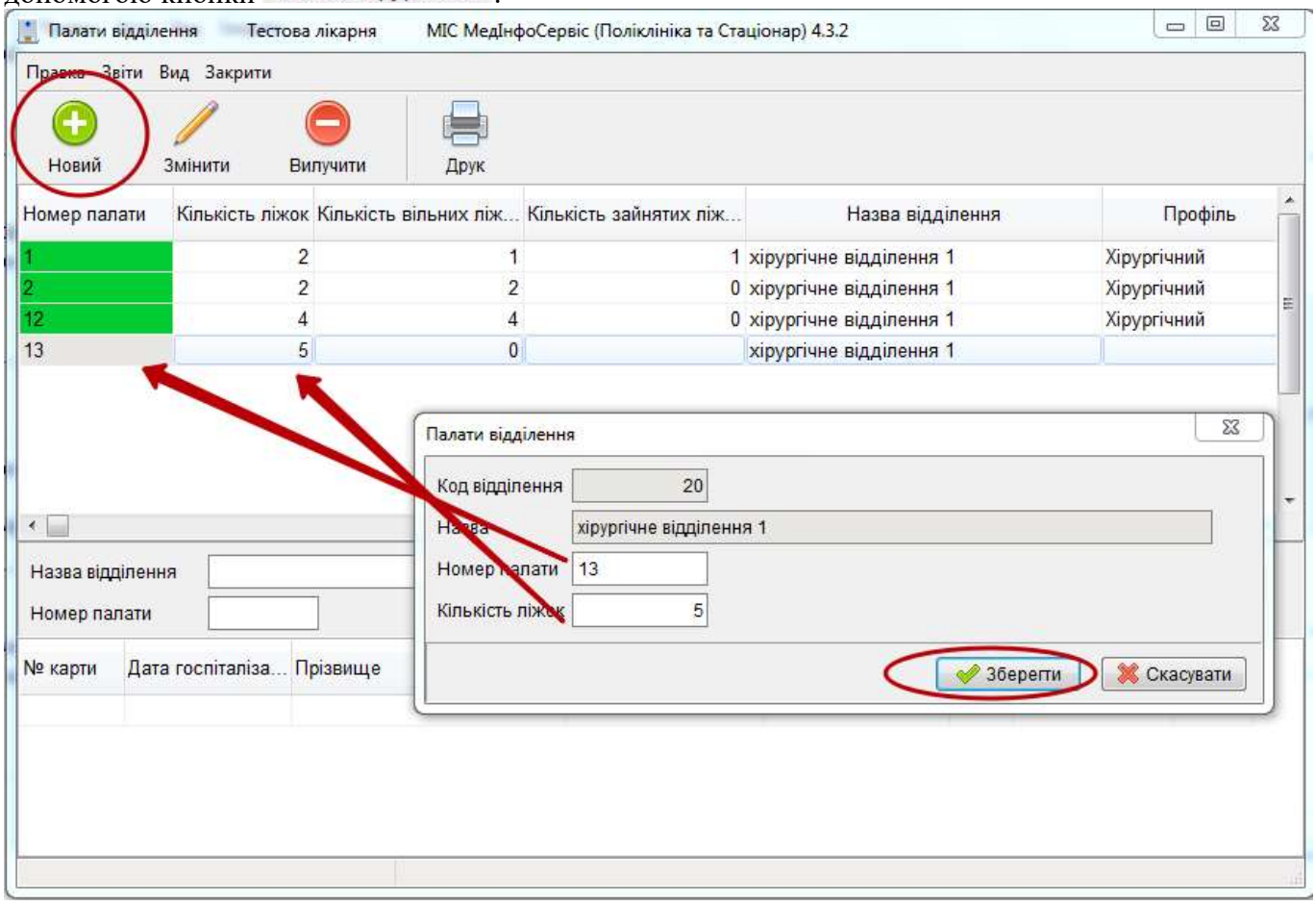
Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити нове відділення. Кнопки **«Змінити»** та **«Вилучити» -** змінює і видаляє відділення

При внесенні нового відділення необхідно вказати його назву та профіль.



Після внесення відділення, слід заповнити для нього реєстр **«Палати відділення»**, за допомогою кнопки 

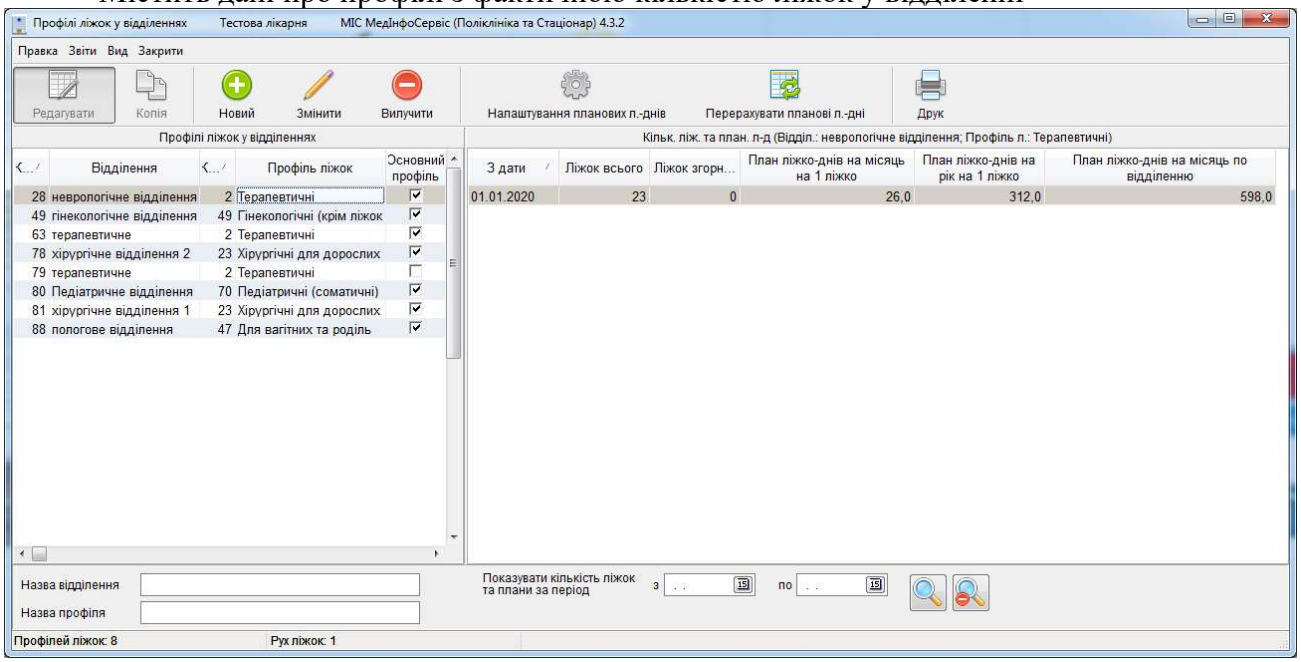
.



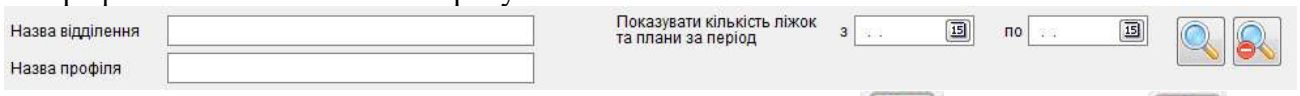
- формує список палат в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в фільтраційній панелі.

11.27 Профілі ліжок у відділенні

Містить дані про профілі з фактичною кількістю ліжок у відділенні



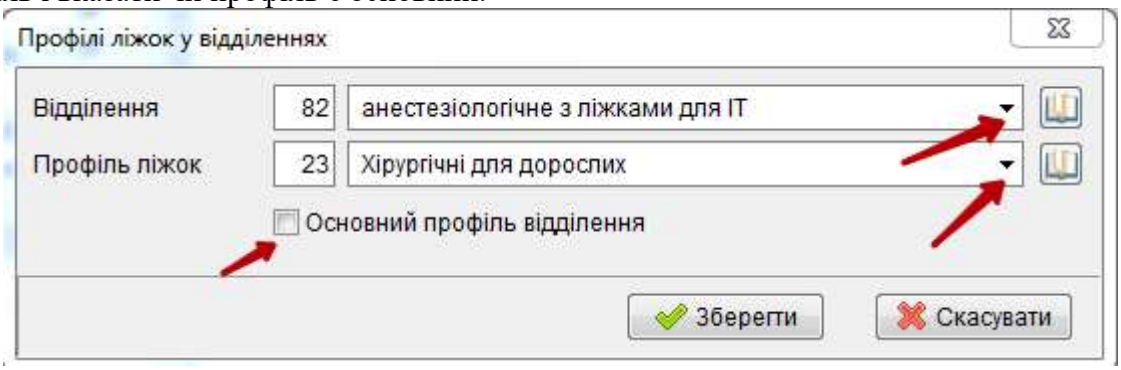
«Вид»>«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по профілям в нижній частині екрану.

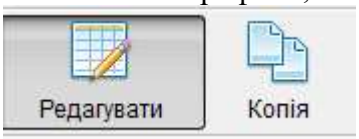


Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

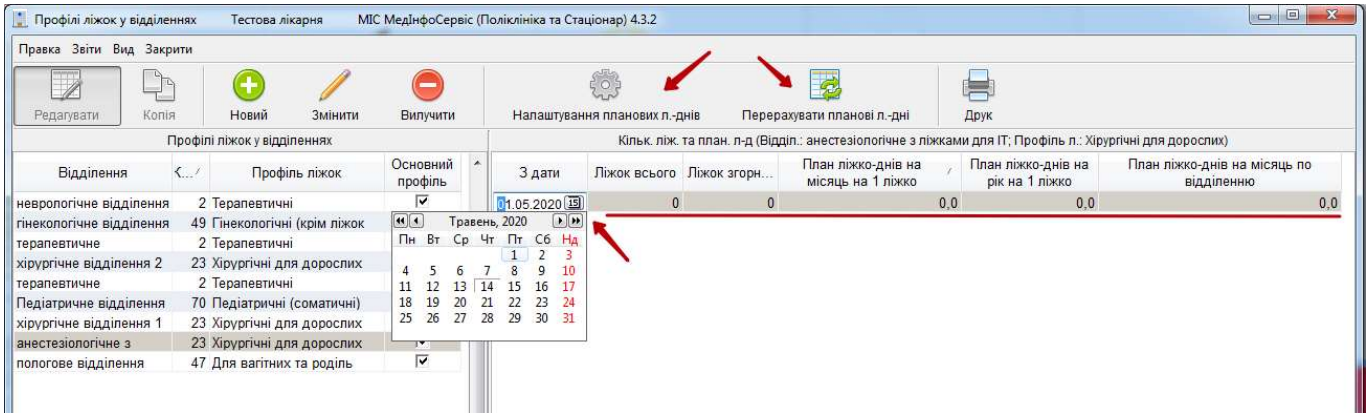
Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити новий профіль для відділення. Кнопки **«Змінити»** та **«Вилучити» -** змінює і видаляє профіль

При внесенні нового профілю необхідно відділення, для якого його створюють, профіль і вказати чи профіль є основний.

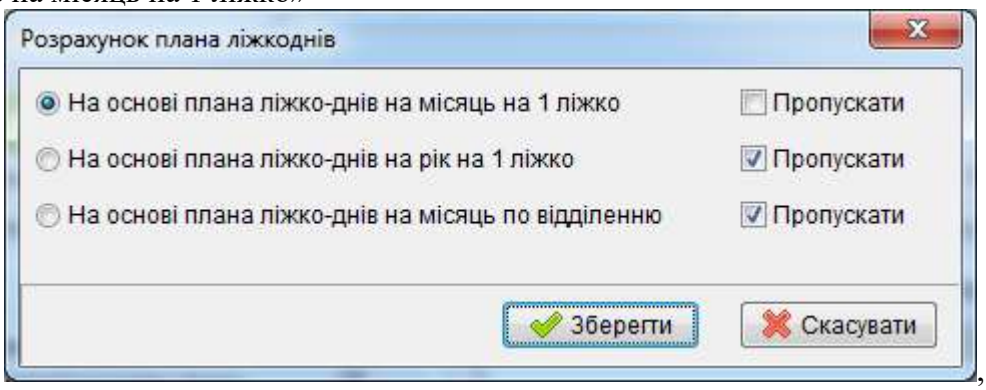


Після створення нового профілю, перейшовши в праву частину вікна, стають активними кнопки 

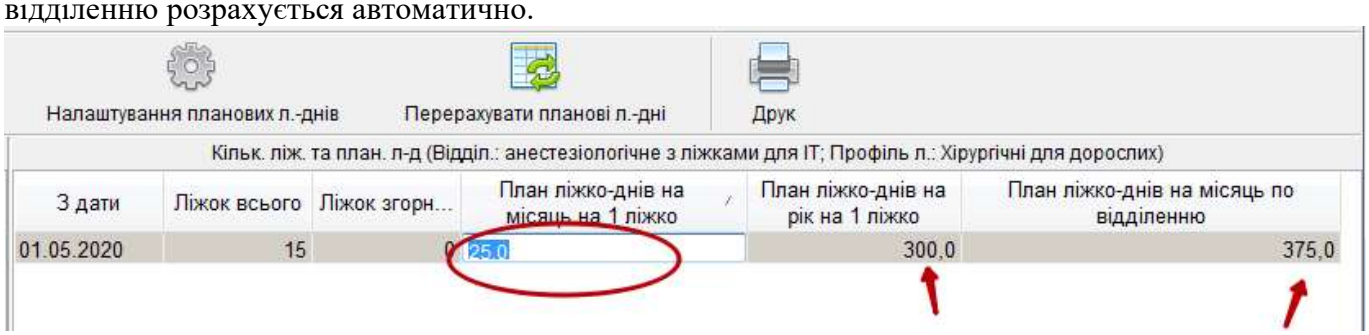
, за допомогою яких необхідно заповнити **«Кількість ліжок та планових ліжко-днів».**



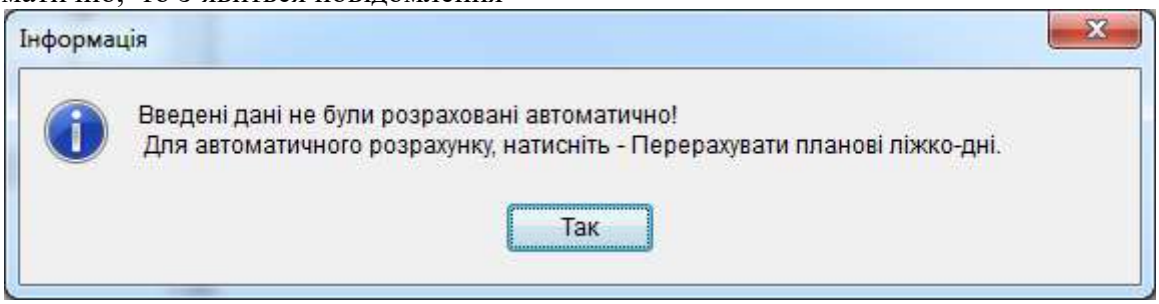
Вказати, з якої дати фактична кількість ліжок, кількість ліжок, згорнутих на ремонт. В залежності від **«Налаштування планових ліжко-днів»**, можна автоматично розрахувати план. Наприклад, якщо в налаштуваннях стоїть розрахунок плану ліжко-днів «на основі плана ліжко-днів на місяць на 1 ліжко»



, то вказавши план ліжко-днів на місяць на 1 ліжко, план на рік на 1 ліжко і на місяць по відділенню розрахується автоматично.



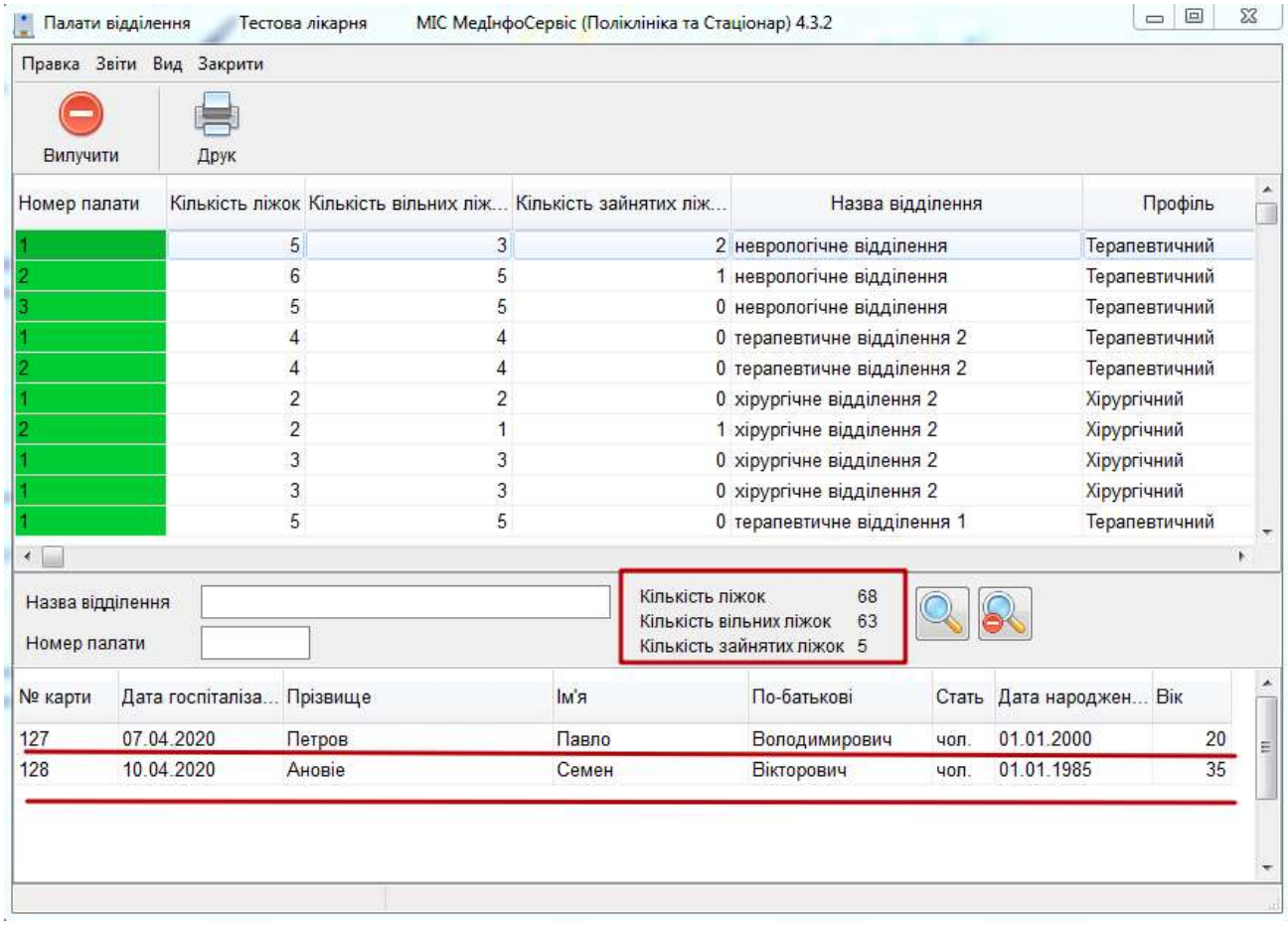
Якщо ж при даних налаштування змінити, ті значення, які програма розрахувала автоматично, то з’явиться повідомлення



- формує кількість ліжок та планових ліжко-днів в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в фільтраційній панелі.

11.28 Палати

Відображає перелік палат у відділеннях, а також загальну кількість ліжок в них, кількість вільних і зайнятих ліжок.

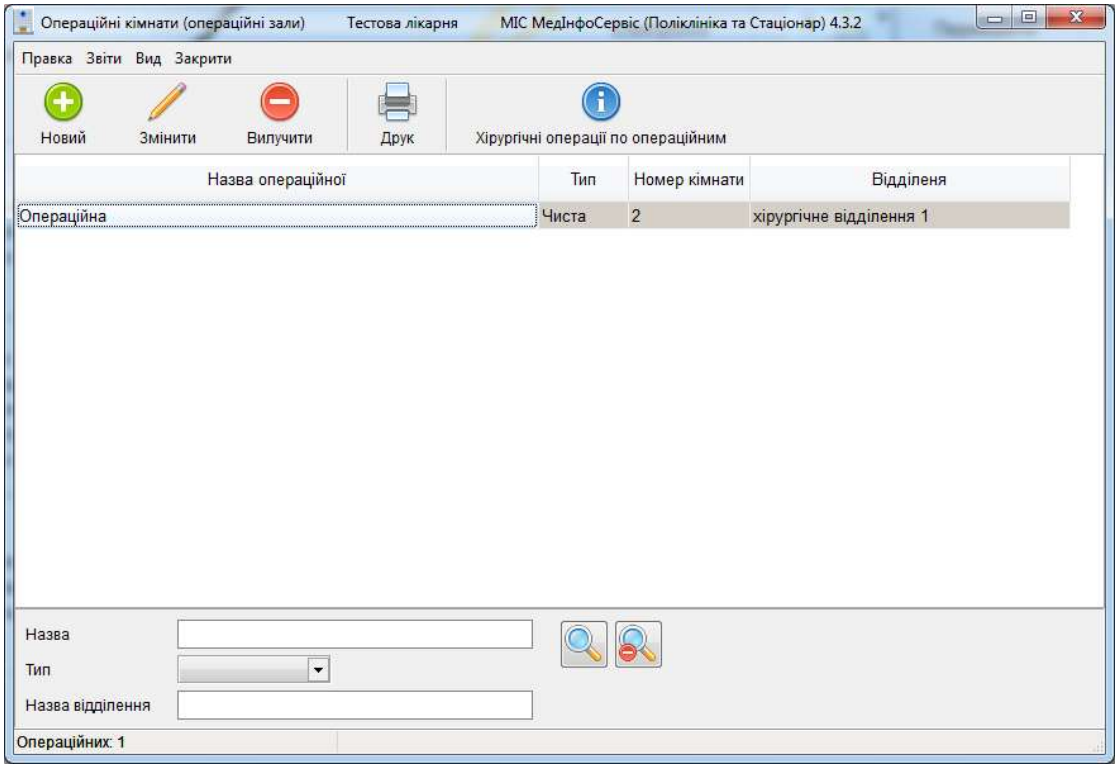


В нижній частині вікна відображаються пацієнти, які в даний момент перебувають на госпіталізації в тій чи іншій палаті.

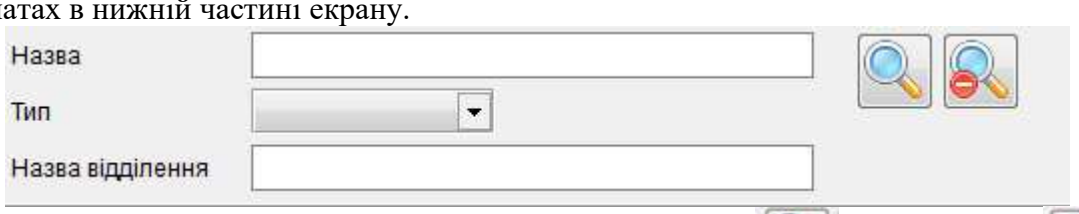
- формує перелік палат в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в фільтраційній панелі.

11.29 Операційні кімнати (операційні зали)

Містить перелік операційних кімната по відділеннях.



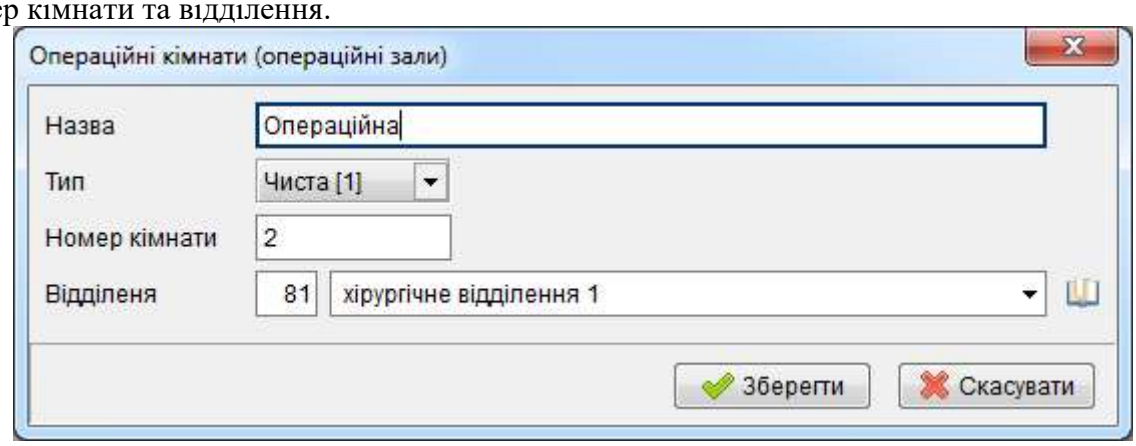
«Вид»>«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по кімнатах в нижній частині екрану.

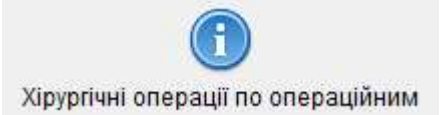


Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

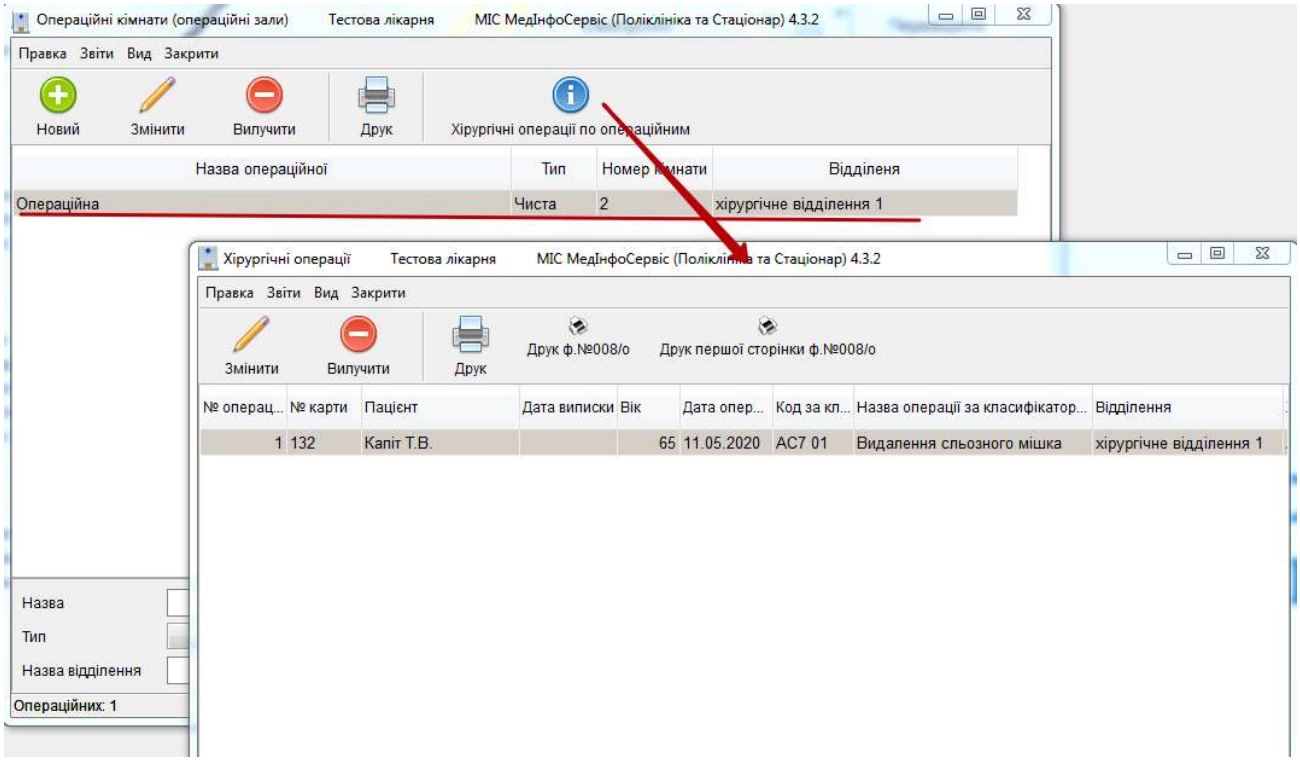
Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити новий профіль для відділення. Кнопки **«Змінити»** та **«Вилучити» -** змінює і видаляє профіль

При внесенні нової операційної кімнати необхідно вказати назву, тип (чиста чи гнійна), номер кімнати та відділення.



В залежності від того, як в ф.003 в розділі «Хірургічні операції» будуть відображати проведені операції в залах, у даному вікні можна побачити їх перелік. Для цього слід натиснути кнопку 

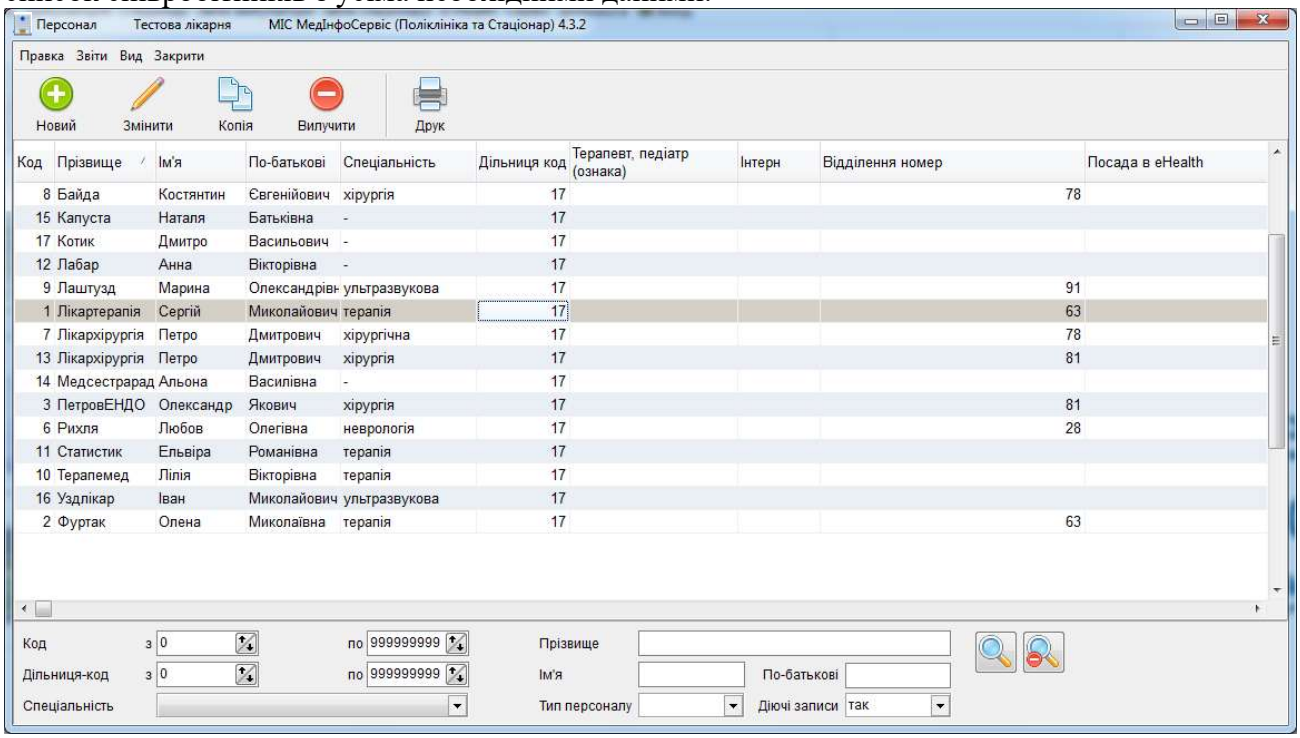
для відповідної операційної кімнати.



- формує перелік операційних кімнат в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в фільтраційній панелі.

11.30 Персонал

Знайти реєстр можна в пункті меню як **«Амбулаторія»**, так і **«Стаціонар»**. Містить список співробітників з усіма необхідними даними.

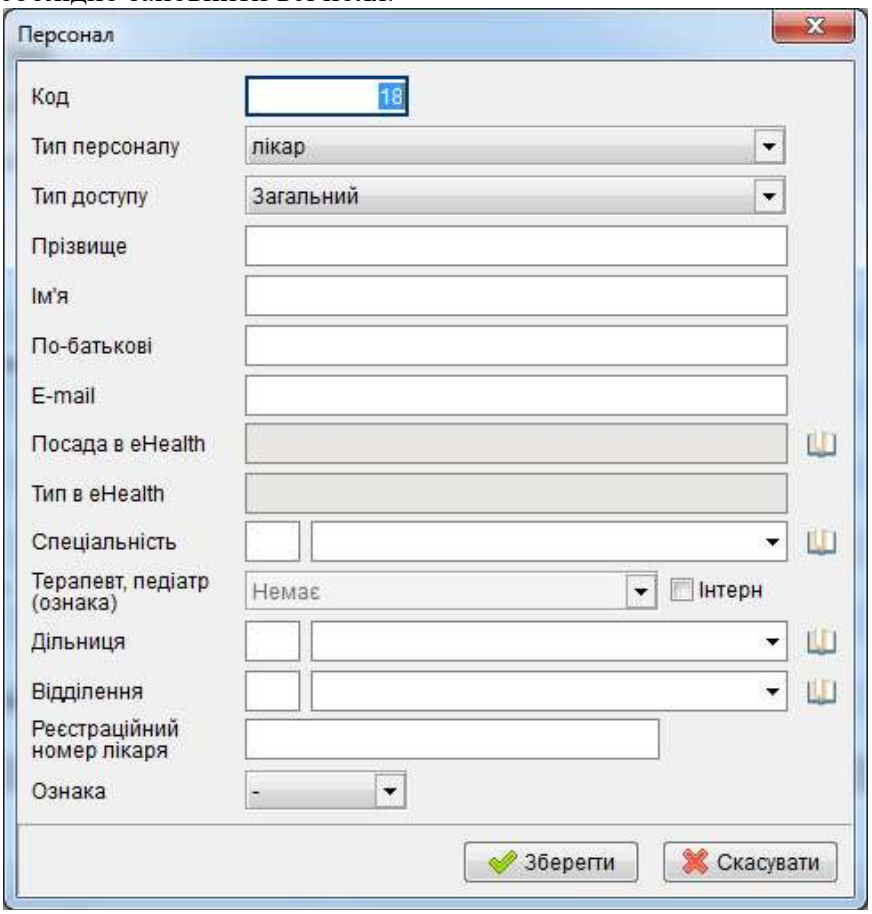


Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити новий запис про працівника. **«Копія»** - створює копію запису і відкриває його; **«Змінити»** - відкривається запис для внесення змін, **«Вилучити»** - видаляє запис;

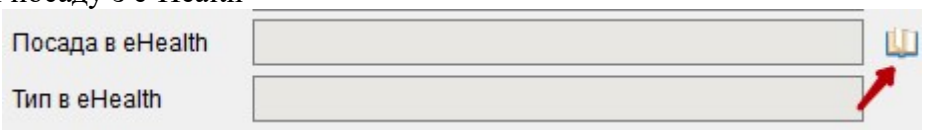
«Вид» > «Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по внесеному персоналу.

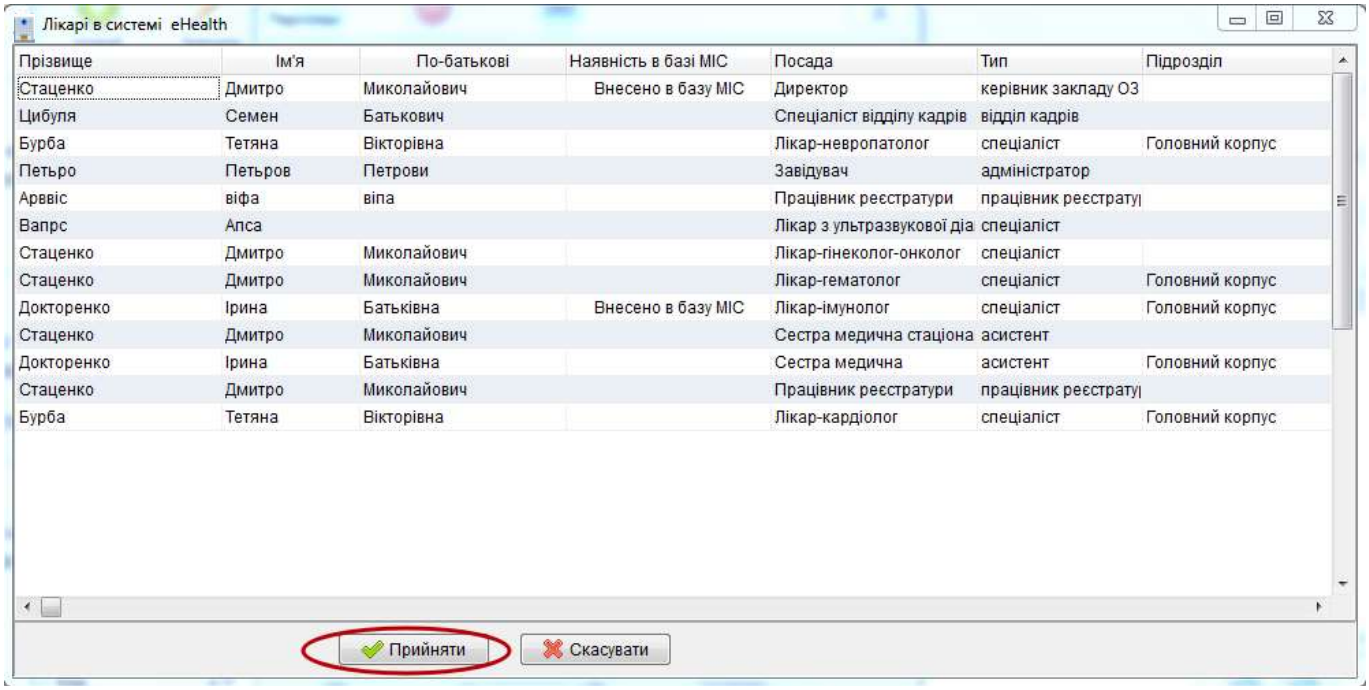
«Діючі записи» - показує працівників, які працюють в закладі. Коли людина звільняється, її видаляють із персоналу, але не із бази. Побачити її можливо, вибравши в полі «Діючі записи» - «Ні». Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

Для створення нового працівника в реєстрі слід натиснути кнопку «Новий». У вікні, що з’явиться необхідно заповнити всі поля.

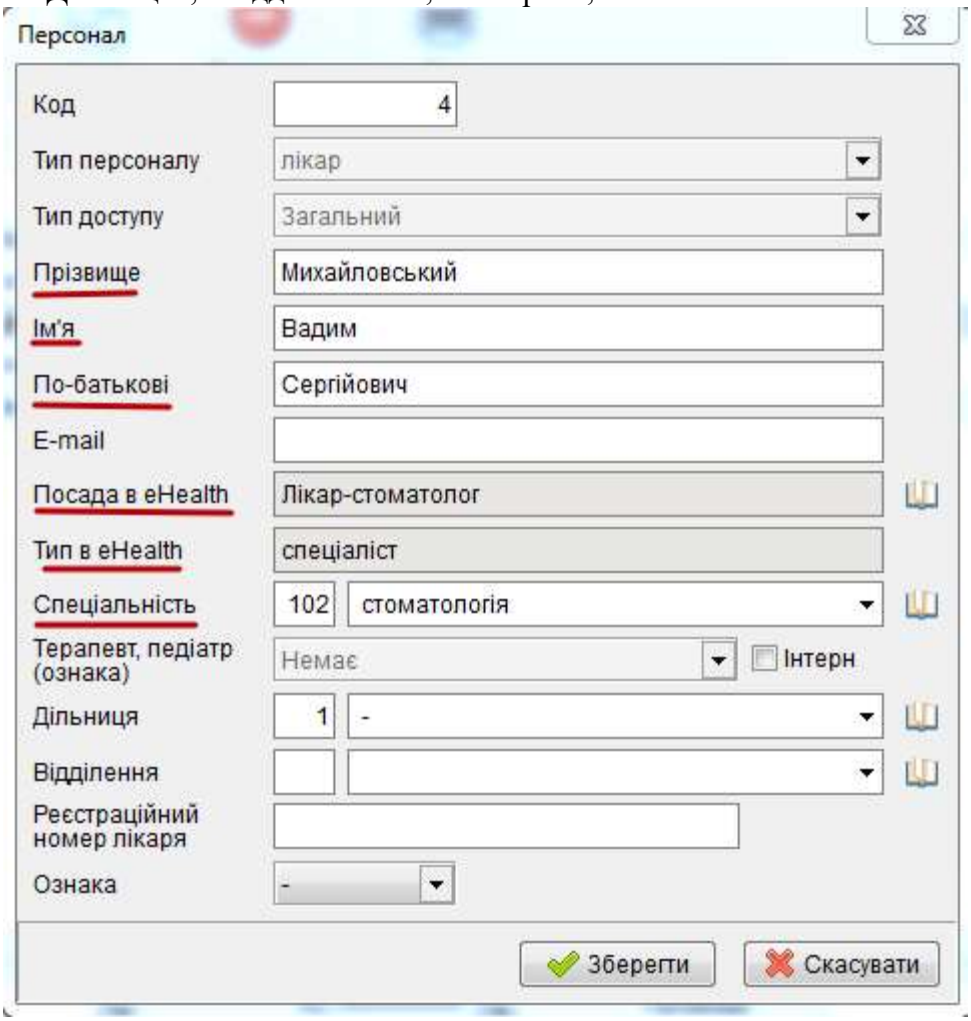


У випадку, коли заклад із співробітниками зареєстрований в електронній системі охорони здоров’я (інформацію повинна бути внесена в пункті меню E-Health), то слід спочатку обрати посаду з e-Health



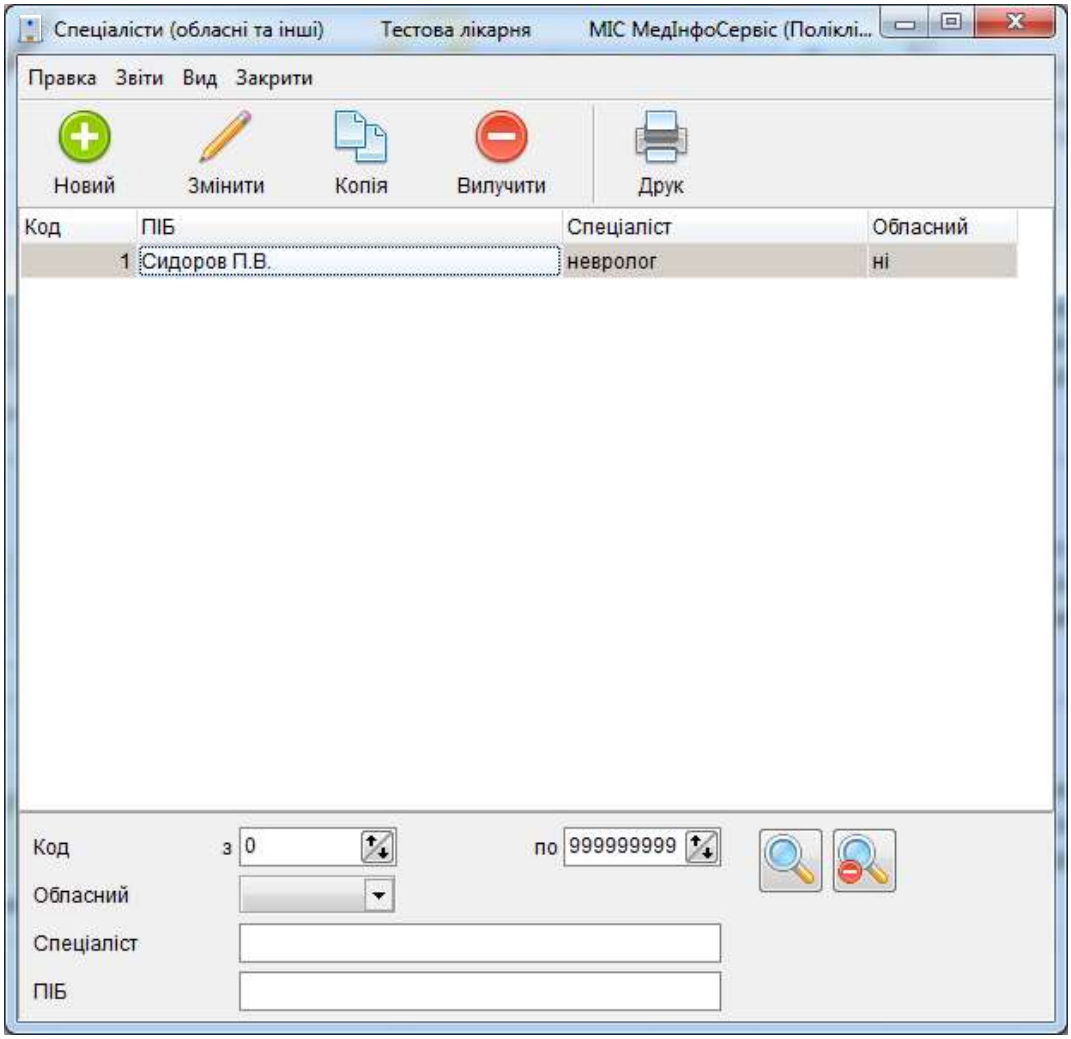


Із ЕСОЗ в «Персонал» підтягується ПІБ працівника та спеціальність. Необхідно вказати поля «Дільниця», «Відділення» та, за потреби, інші поля.



11.31 Спеціалісти (обласні та інші)

Містить реєстр обласних спеціалістів.

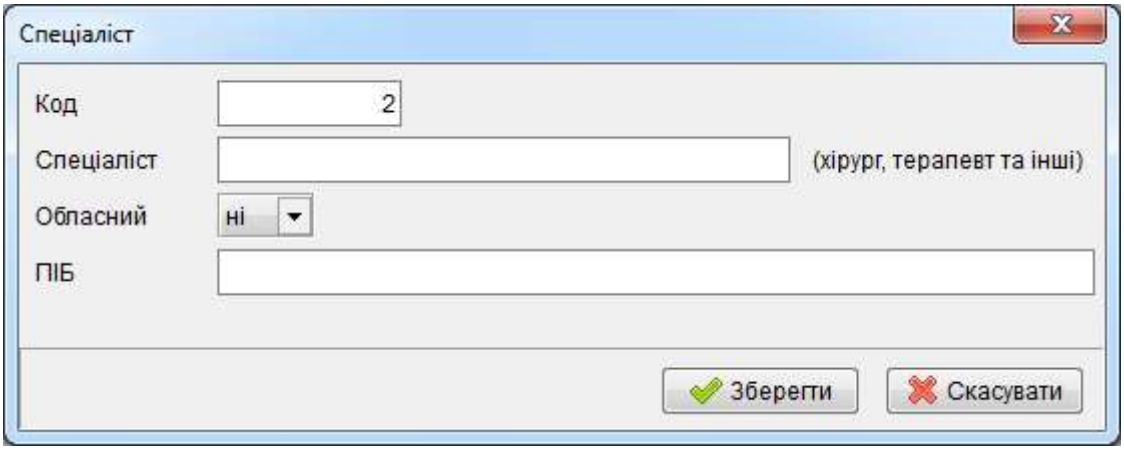


«Вид»>«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра по кімнатах в нижній частині екрану.

Вказавши необхідні параметри, для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна внести запис про нового спеціаліста. Кнопки **«Змінити»** та **«Вилучити» -** змінює і видаляє запис.

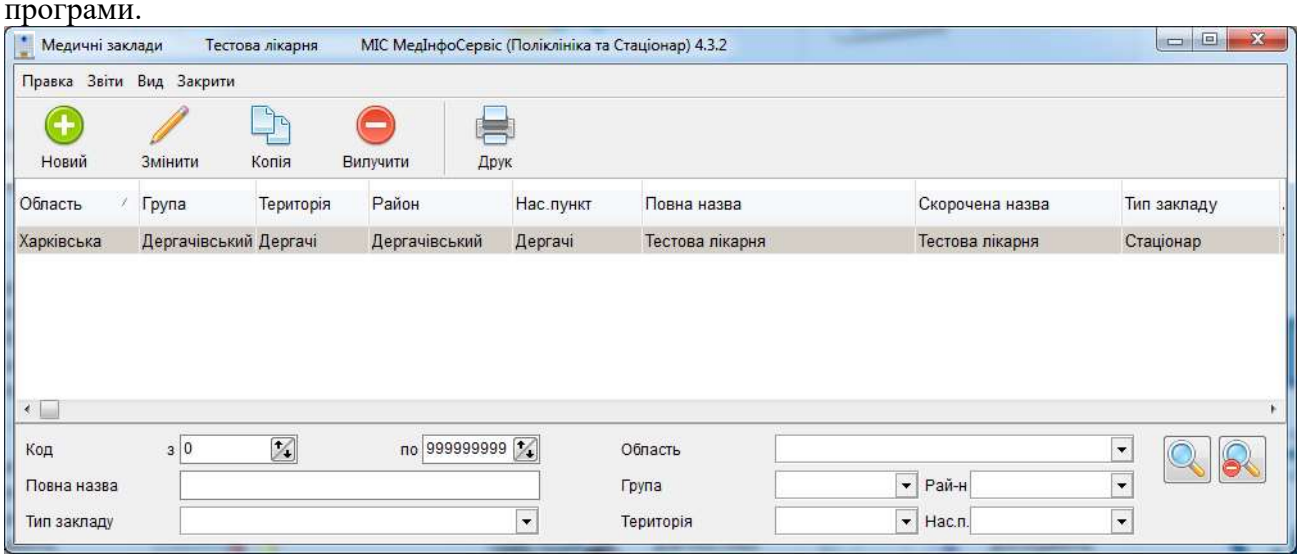
При внесенні запису про нового спеціаліста необхідно вказати код, вказати, який саме спеціаліст, обласний чи ні, ПІБ.



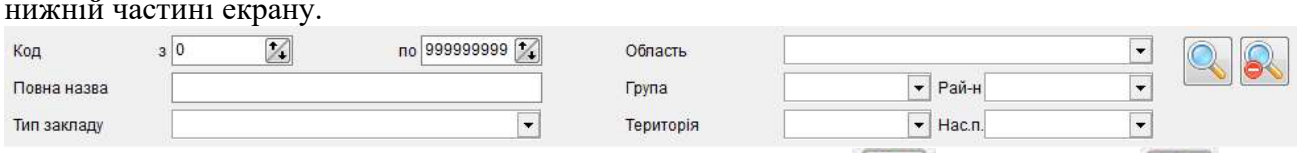
- формує перелік записів в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в фільтраційній панелі.

11.32 Медичний заклад

В даному реєстрі відображається перелік медичних закладів, які присутні в базі програми.



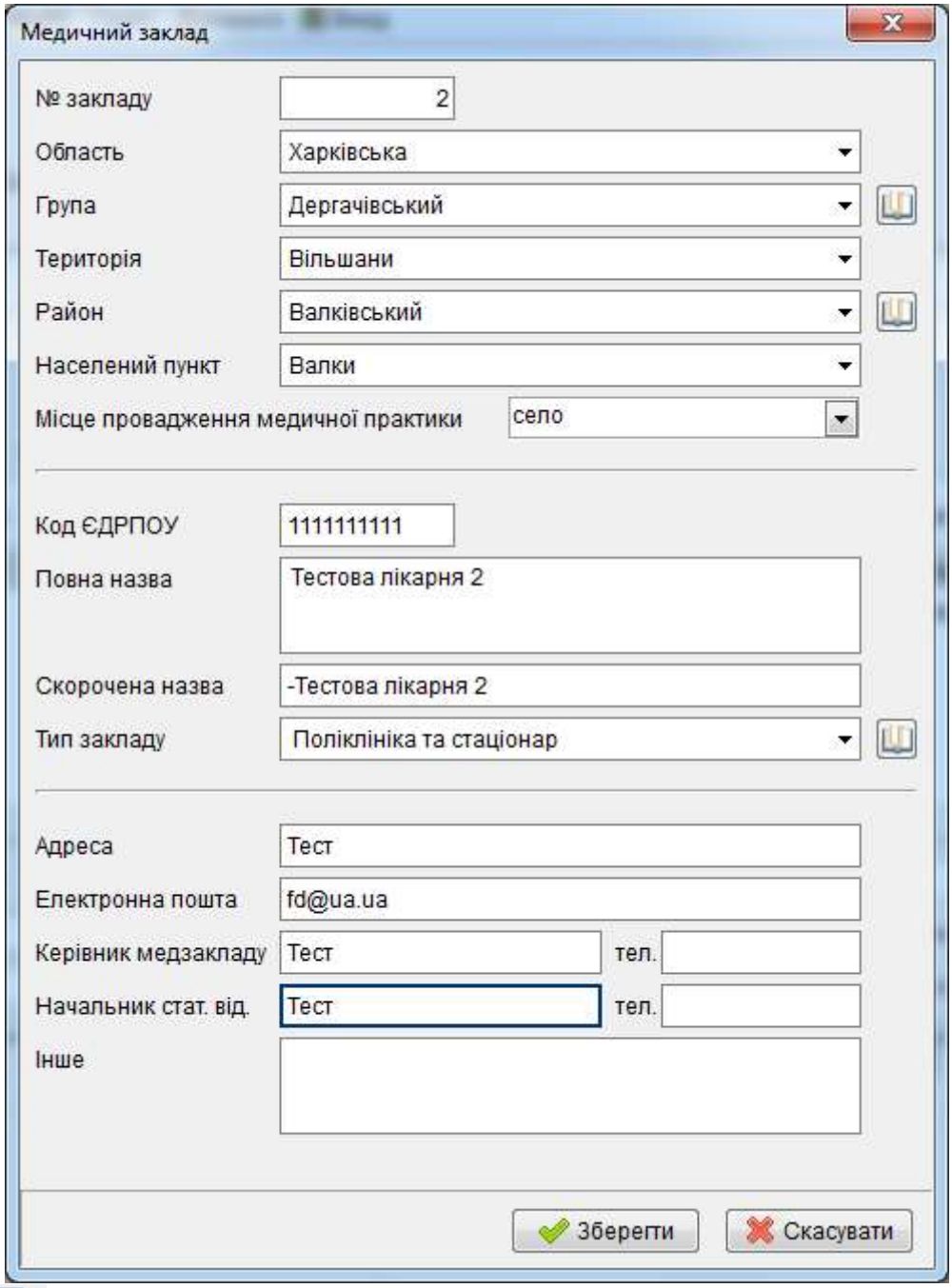
«Вид»>«Фільтр» - показує/ховає фільтраційну панель, яка містить поля для фільтра в нижній частині екрану.



Вказавши необхідні параметри для фільтрації слід натиснути , а для відміни .

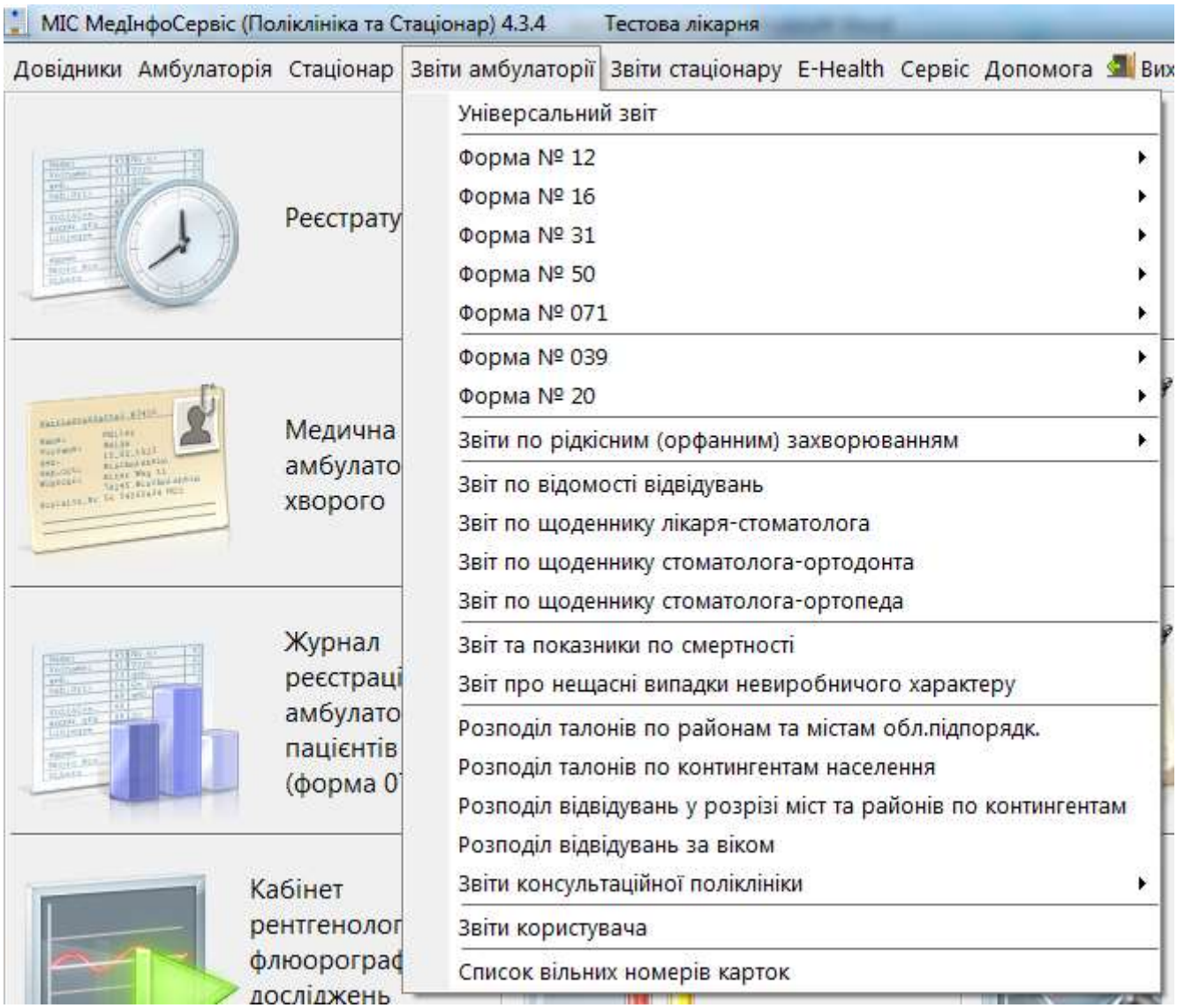
Натиснувши **«Новий»**, на верхній панелі, можна створити новий заклад. Кнопки **«Змінити»** та **«Вилучити» -** змінює і видаляє заклад.

При створенні нового закладу слід заповнити всі потрібні поля, користуючись даними із випадаючого списку та довідниками ( ).



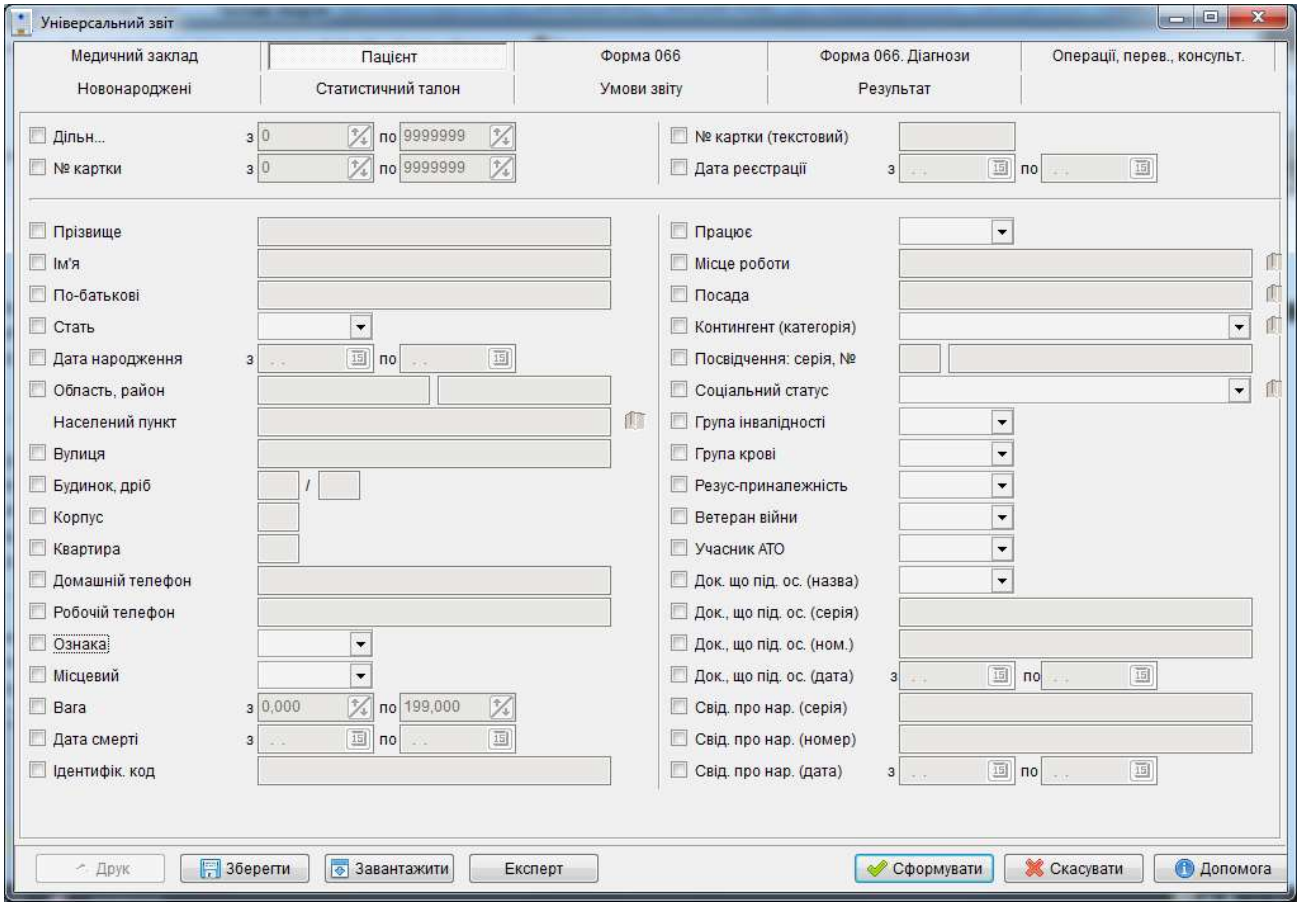
- формує кількість ліжок та планових ліжко-днів в документ Excel або в LibreOffice Calc, в залежності від налаштувань в фільтраційній панелі.

12. Звіти амбулаторії



12.1 Універсальний звіт

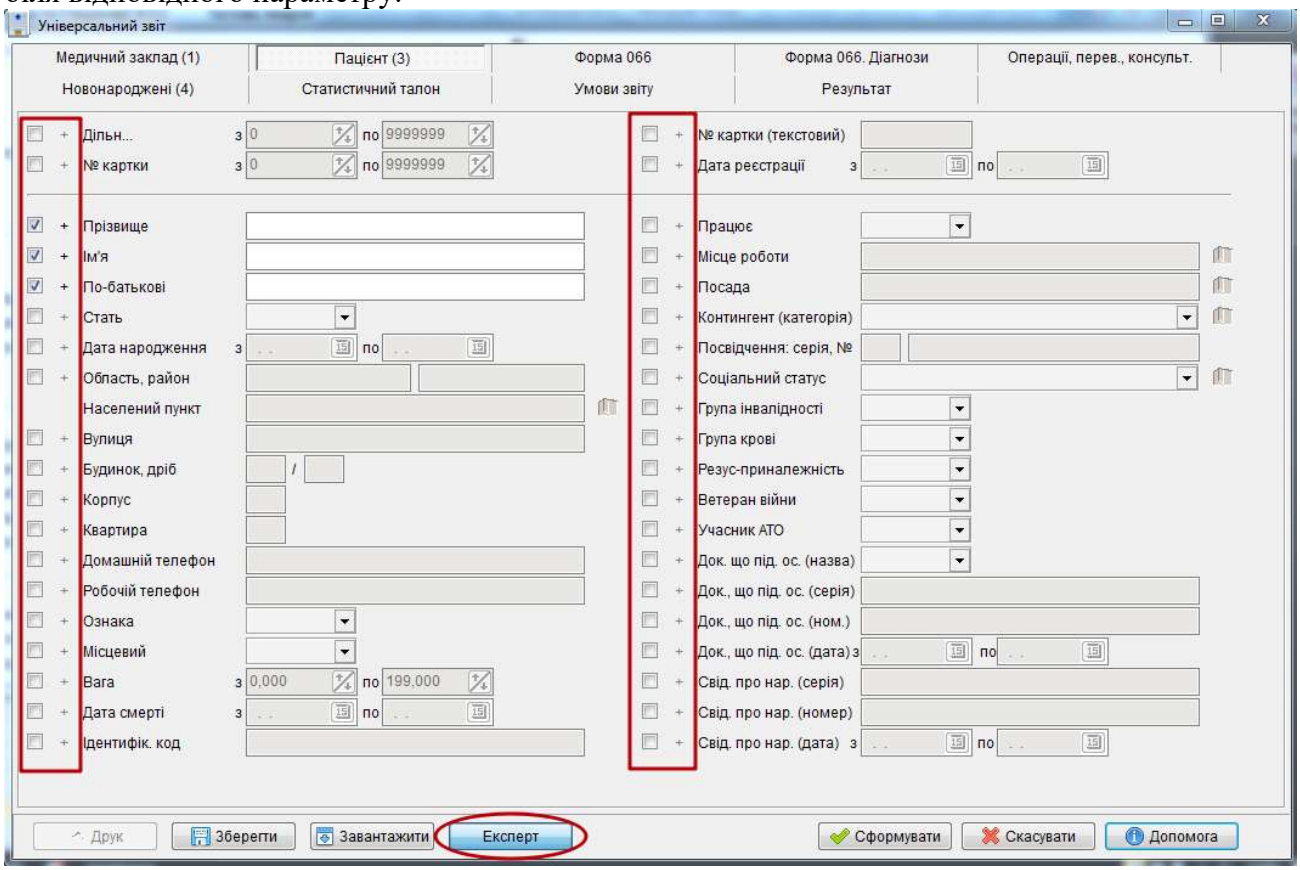
Універсальний звіт надає можливість формувати власні звіти (як за амбулаторними даними, так і за стаціонарними), шляхом обирання полів та умов, які будуть враховуватись у звіті.

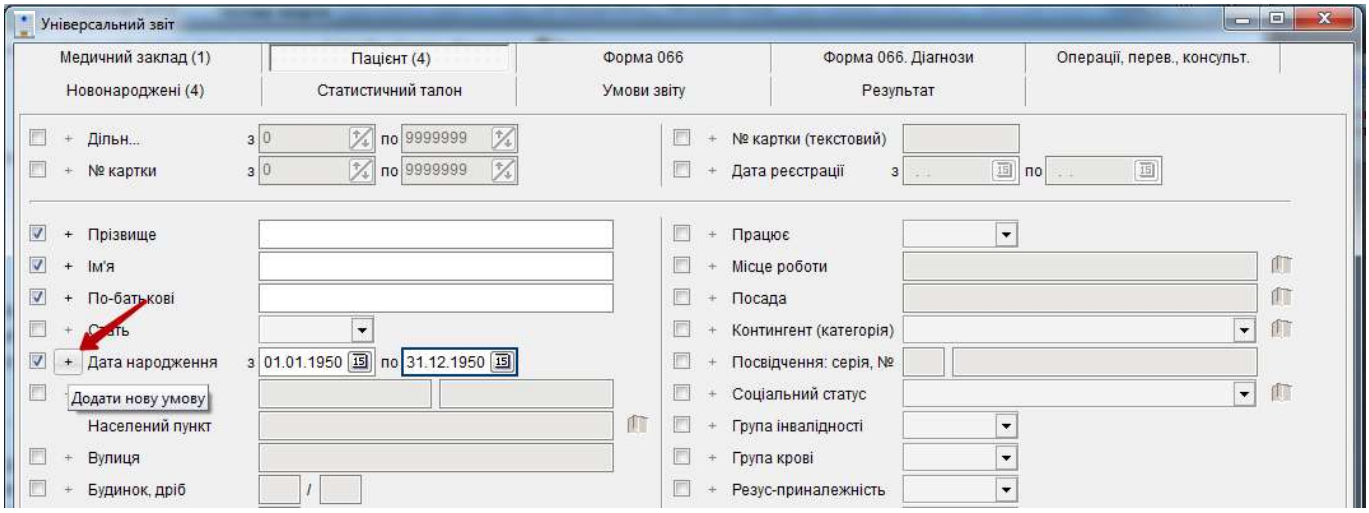


Параметри, що відмічені на вкладках, додаються до звіту як відповідні стовпчики.

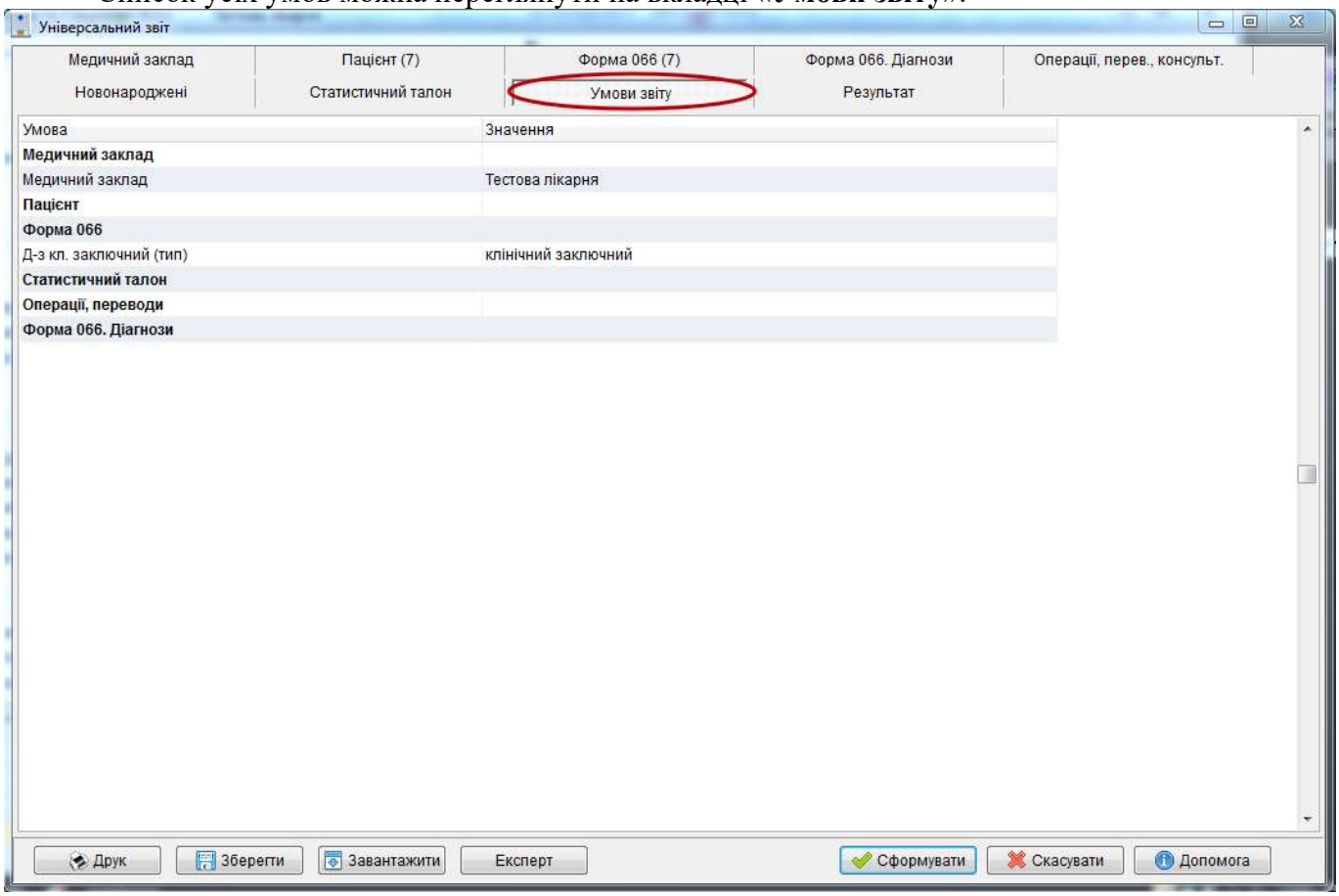
Для кожного параметру можна задавати умови, в такому випадку до звіту будуть потрапляти лише записи, що задовольняють вказаним умовам.

Кнопка **«Експерт»** вмикає режим досвідченого користувача: для параметрів можна задати більше однієї умови. Для цього потрібно натиснути на кнопку «+», що знаходиться біля відповідного параметру.

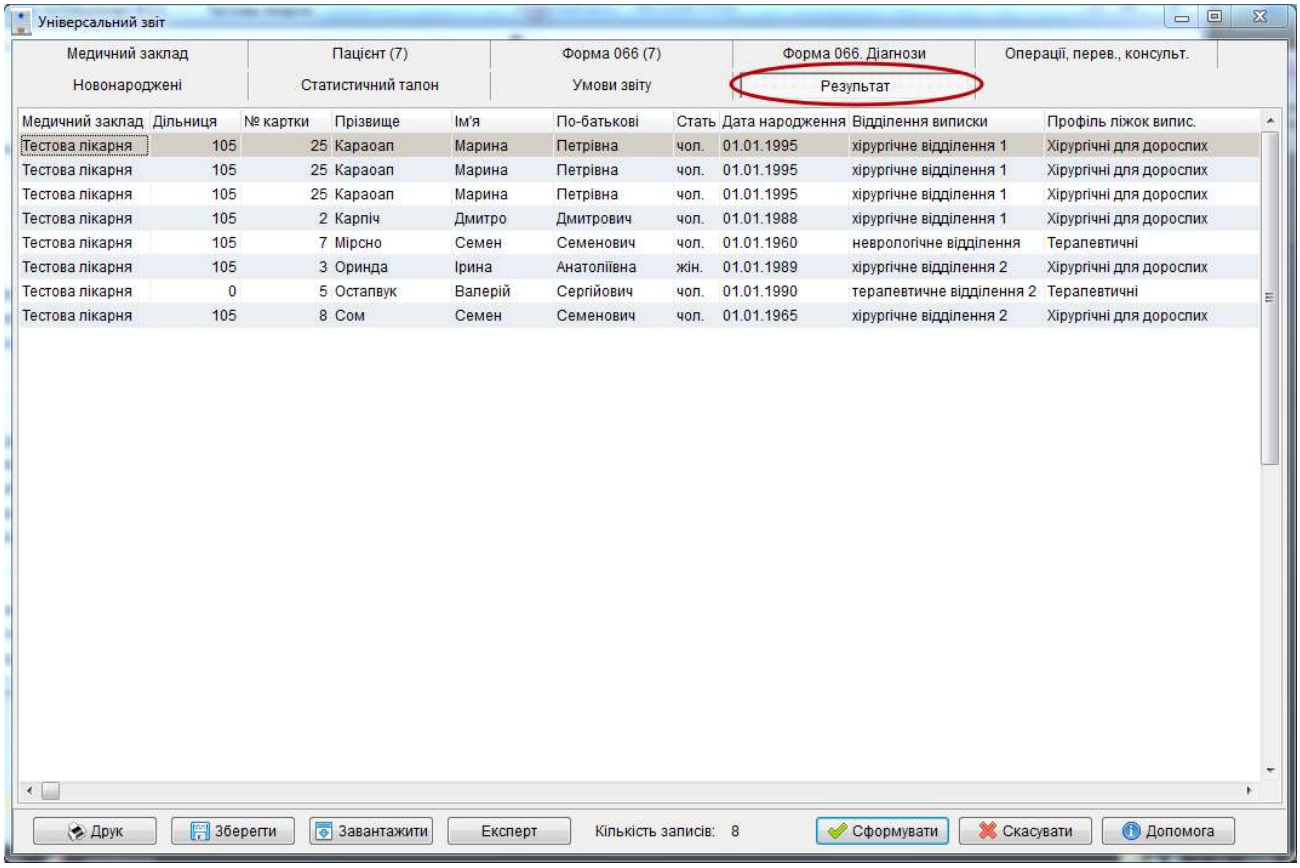




Список усіх умов можна переглянути на вкладці «**Умови звіту**».



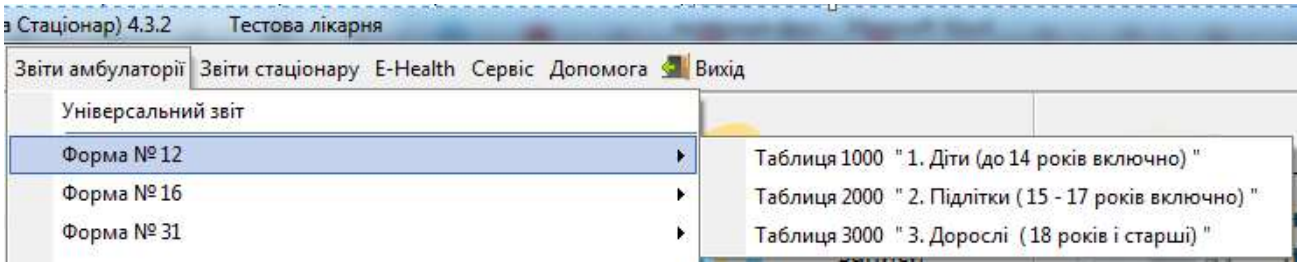
Для використання даного виду звіту необхідно відмітити поля, що повинні потрапити у документ, внести значення, якщо потрібно встановити умови, та натиснути **«Сформувати»**, після чого автоматично відкриється закладка **«Результат».**



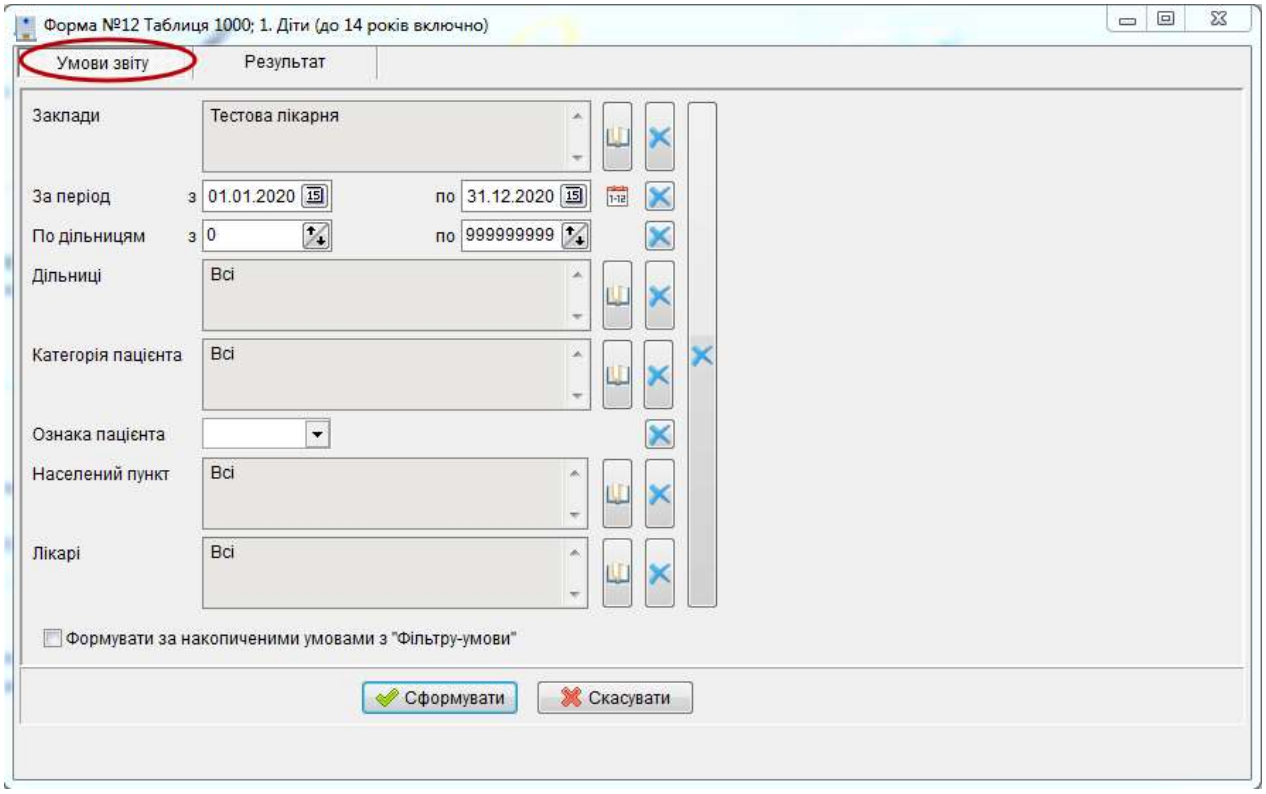
Вказані умови та обрані поля можна зберегти для подальшого використання, натиснувши **«Зберегти»**, та відновити, натиснувши **«Завантажити»**.

12.2 Форма №12

Дозволяє на основі створених статистичних талонів в базі даних сформувати звіт по **формі №12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу»** по таблицях 1000 «Діти 0-14 років включно», 2000 «Підлітки 15-17 років включно» та 3000 «Дорослі віком 18 років і старші».



Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

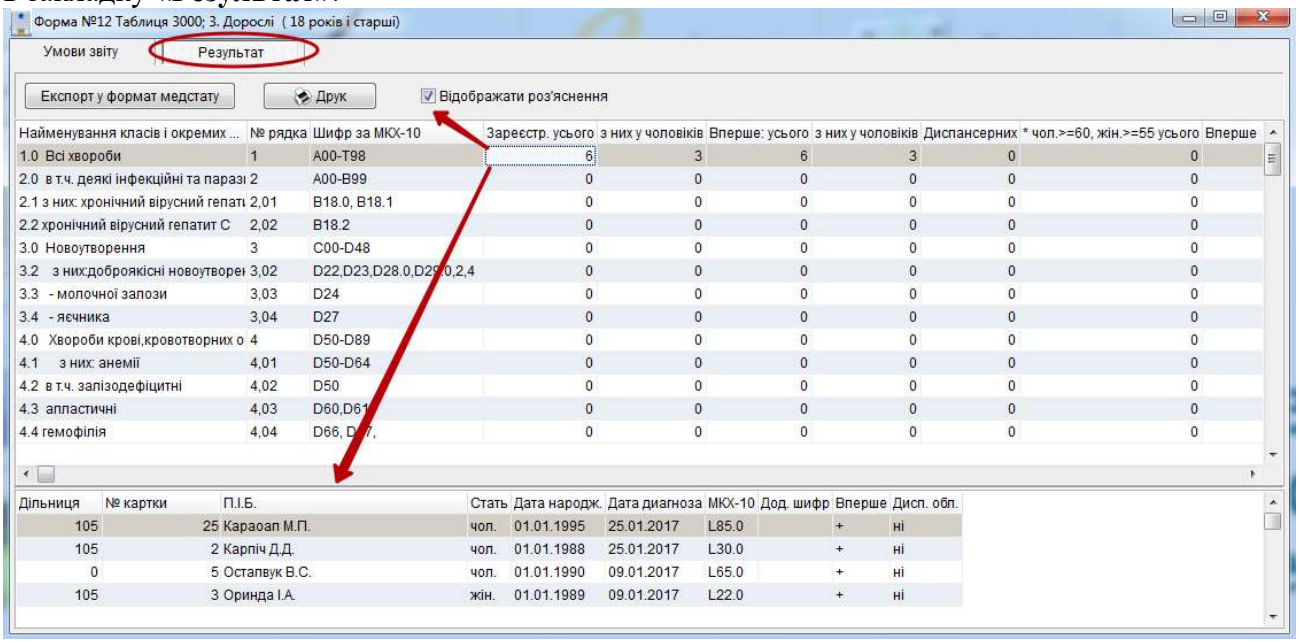
У полях **«Дільниці», «Категорія пацієнта», «Населений пункт»** та **«Лікарі»** відображаються та дані, які будуть включені у звіт. Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Поле **«Ознака пацієнта»** дозволяє формувати звіт враховуючі відповідну ознаку, яка встановлена у пацієнта, тобто «місто» або «село».

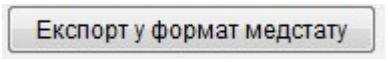
Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Статистичні талони».

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

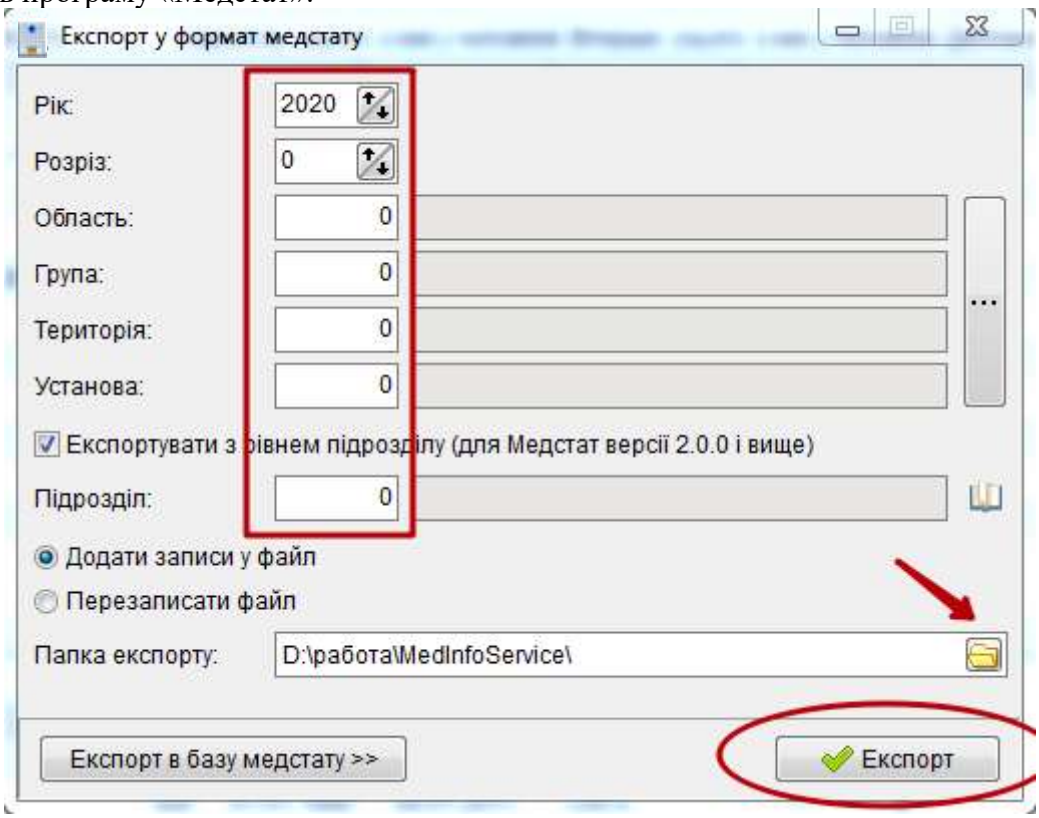
Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



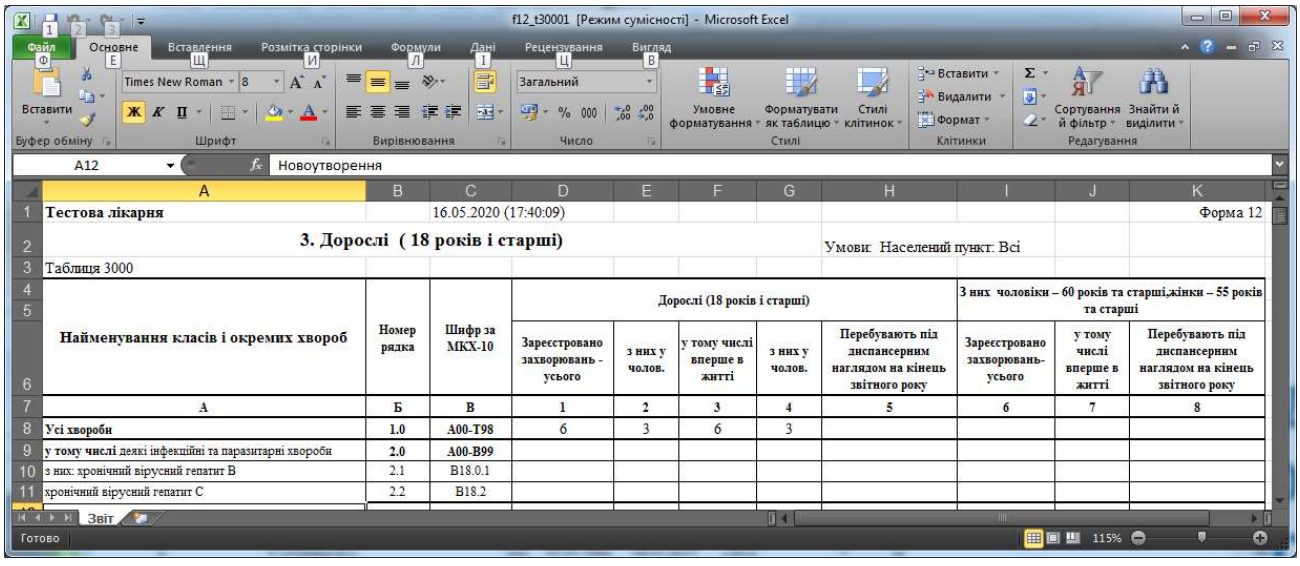
Обравши будь-яку комірку зі значенням, можна відобразити в нижній частині вікна дані пацієнтів, які присутні в базі. Для цього необхідно відмітити **«Відображати роз'яснення».**



- дозволяє експортувати файл з форматом DBF для подальшого імпорту в програму «Медстат».



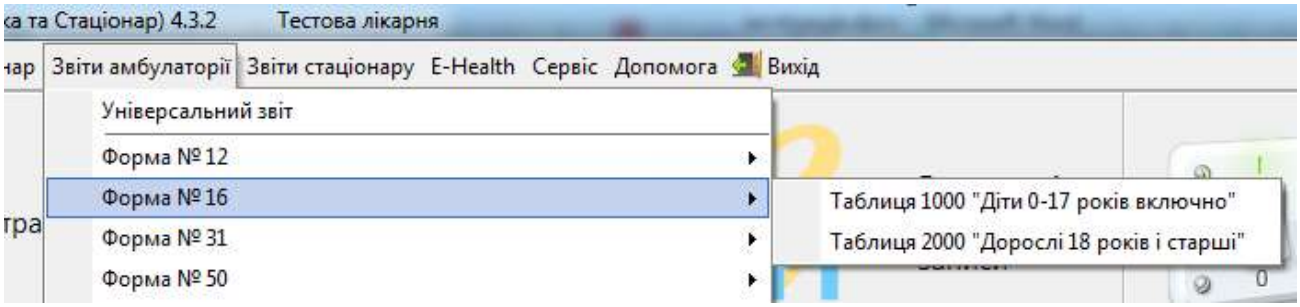
- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



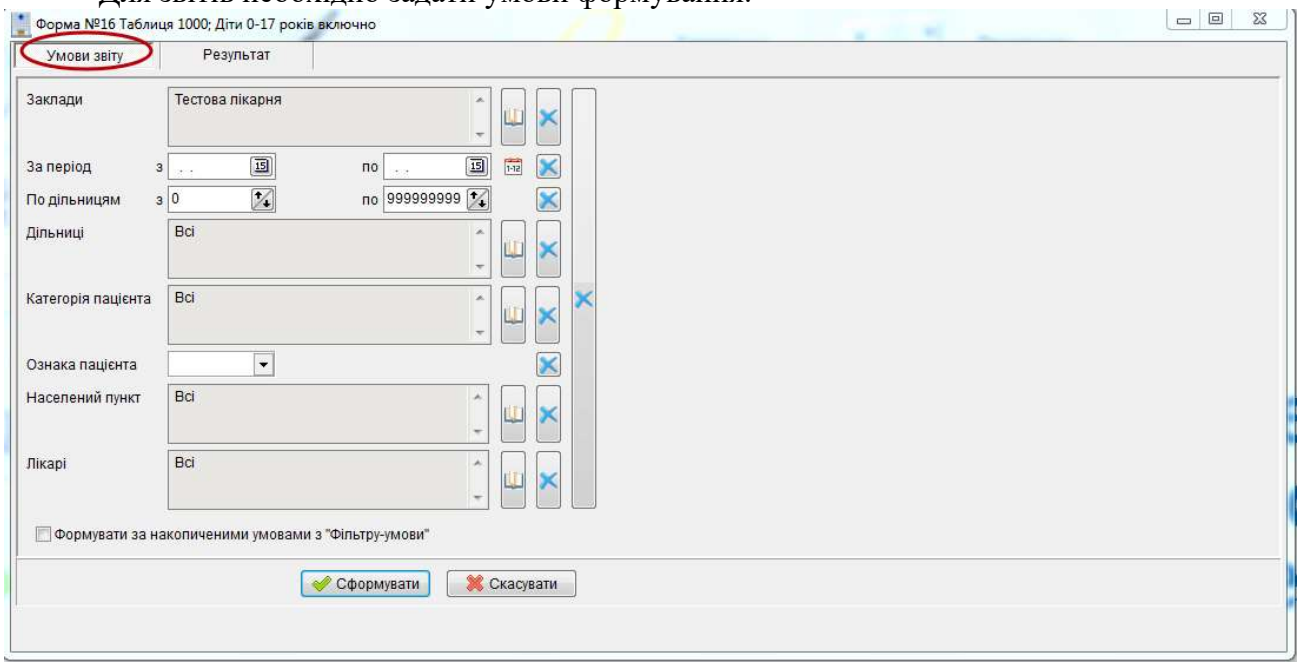
12.3 Форма №16

Дозволяє на основі створених статистичних талонів в базі даних сформувати звіт по **формі №16 «Звіт про захворювання та причини інвалідності й смерті населення, що підлягає включенню у Державний реєстр України осіб, які постраждали внаслідок**

аварії на Чорнобильській АЕС» по таблицях 1000 «Діти 0-17 років включно» та 2000 «Дорослі віком 18 років і старші».



Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

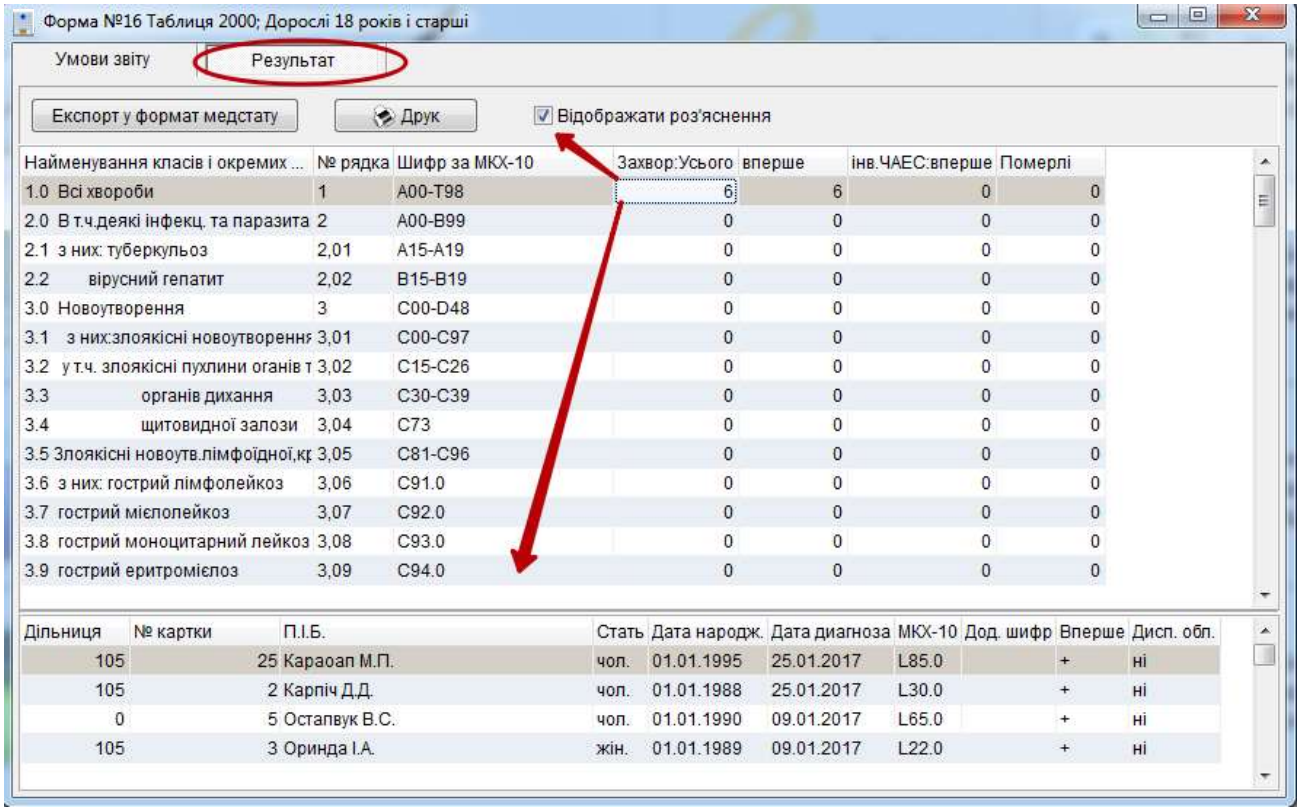
У полях **«Дільниці», «Категорія пацієнта», «Населений пункт»** та **«Лікарі»** відображаються та дані, які будуть включені у звіт. Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Поле **«Ознака пацієнта»** дозволяє формувати звіт враховуючі відповідну ознаку, яка встановлена у пацієнта, тобто «місто» або «село».

Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Статистичні талони».

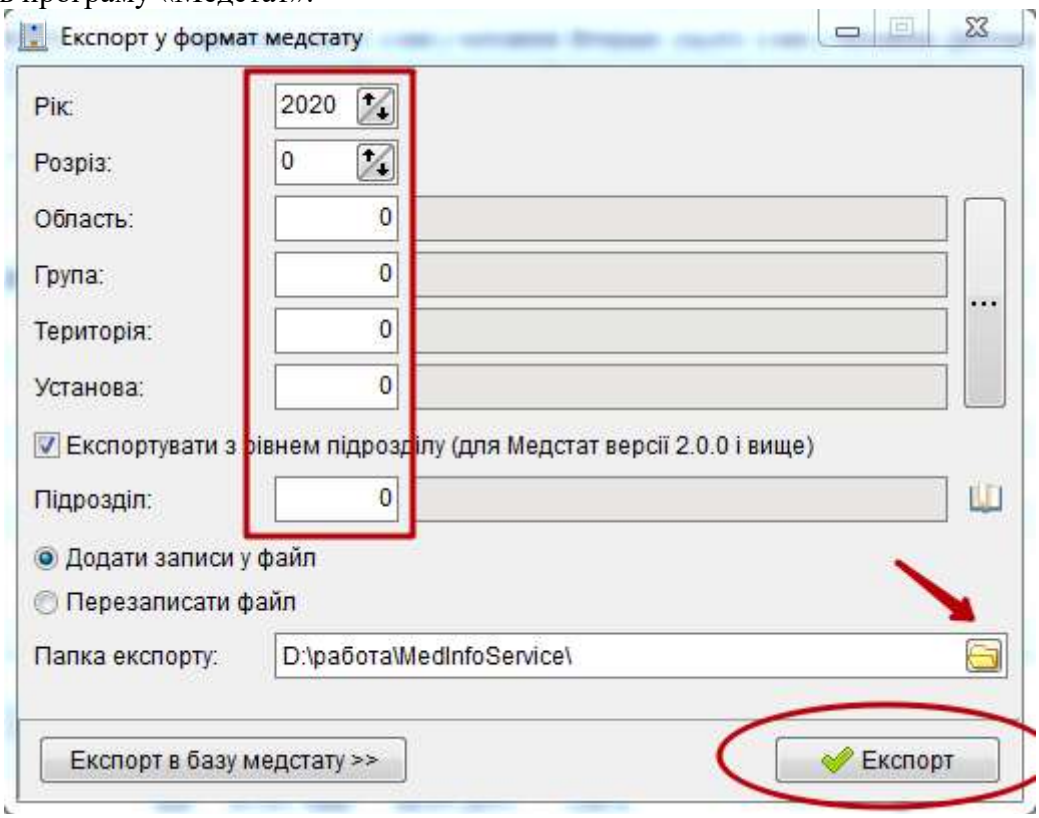
Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.

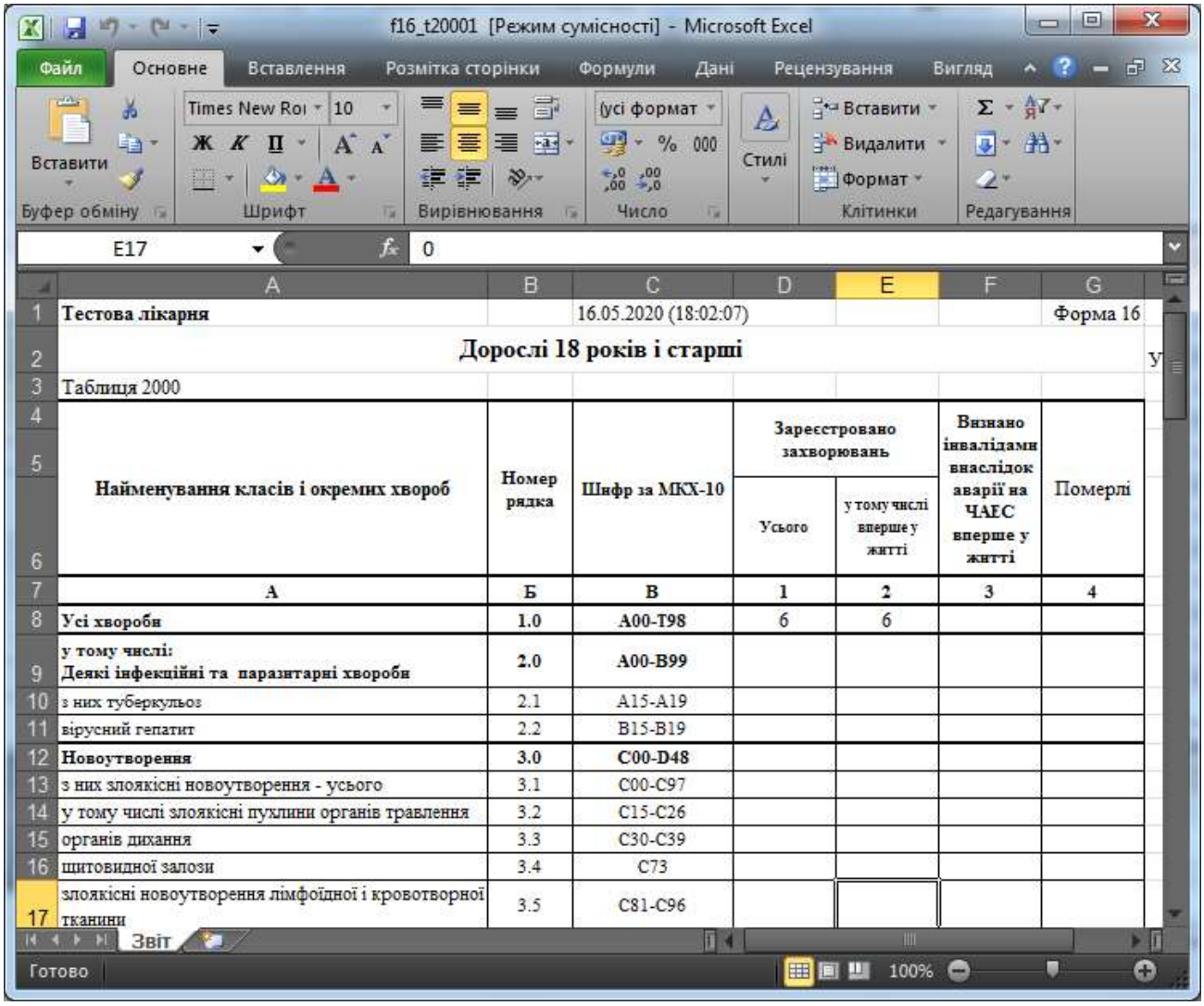


Обравши будь-яку комірку зі значенням, можна відобразити в нижній частині вікна дані пацієнтів, які присутні в базі. Для цього необхідно відмітити **«Відображати роз'яснення».**

Експорт у формат медстату - дозволяє експортувати файл з форматом DBF для подальшого імпорту в програму «Медстат».



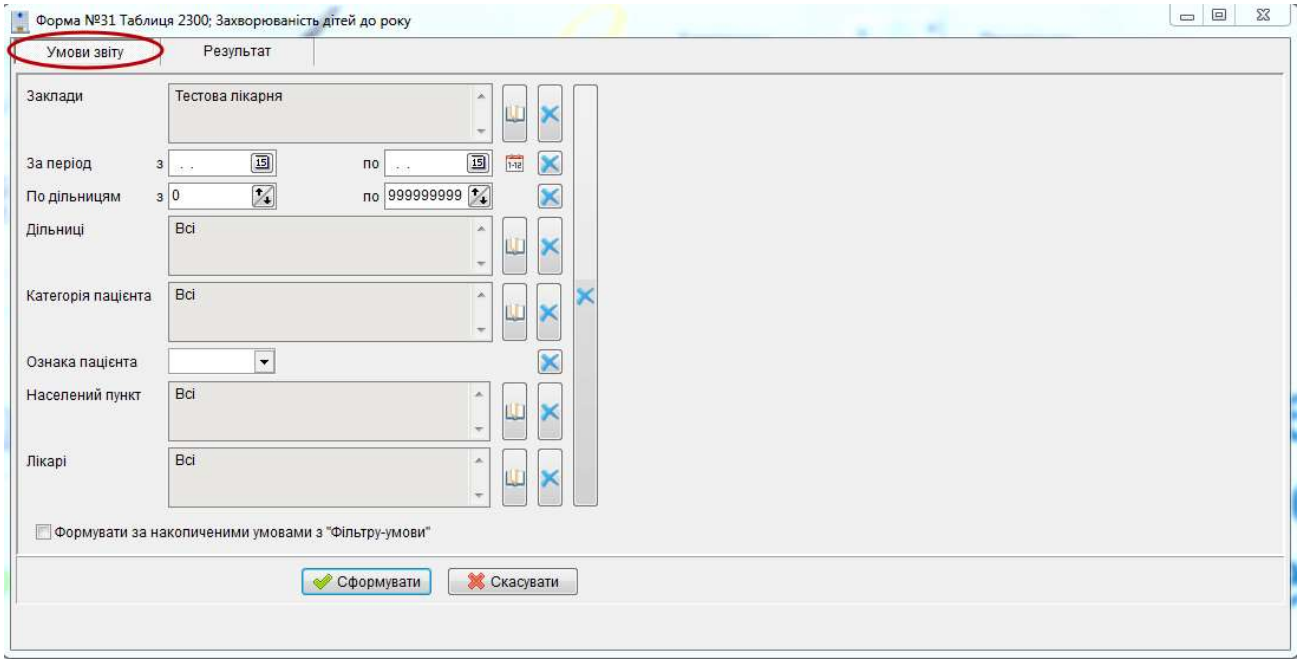
Друк - формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



12.4 Форма №31

Дозволяє на основі створених статистичних талонів в базі даних сформувати звіт по **формі №31 «Звіт про медичну допомогу дітям»** таблицю 2300 «Захворюваність і смертність дітей у віці до 1 року (кількість захворювань)».

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

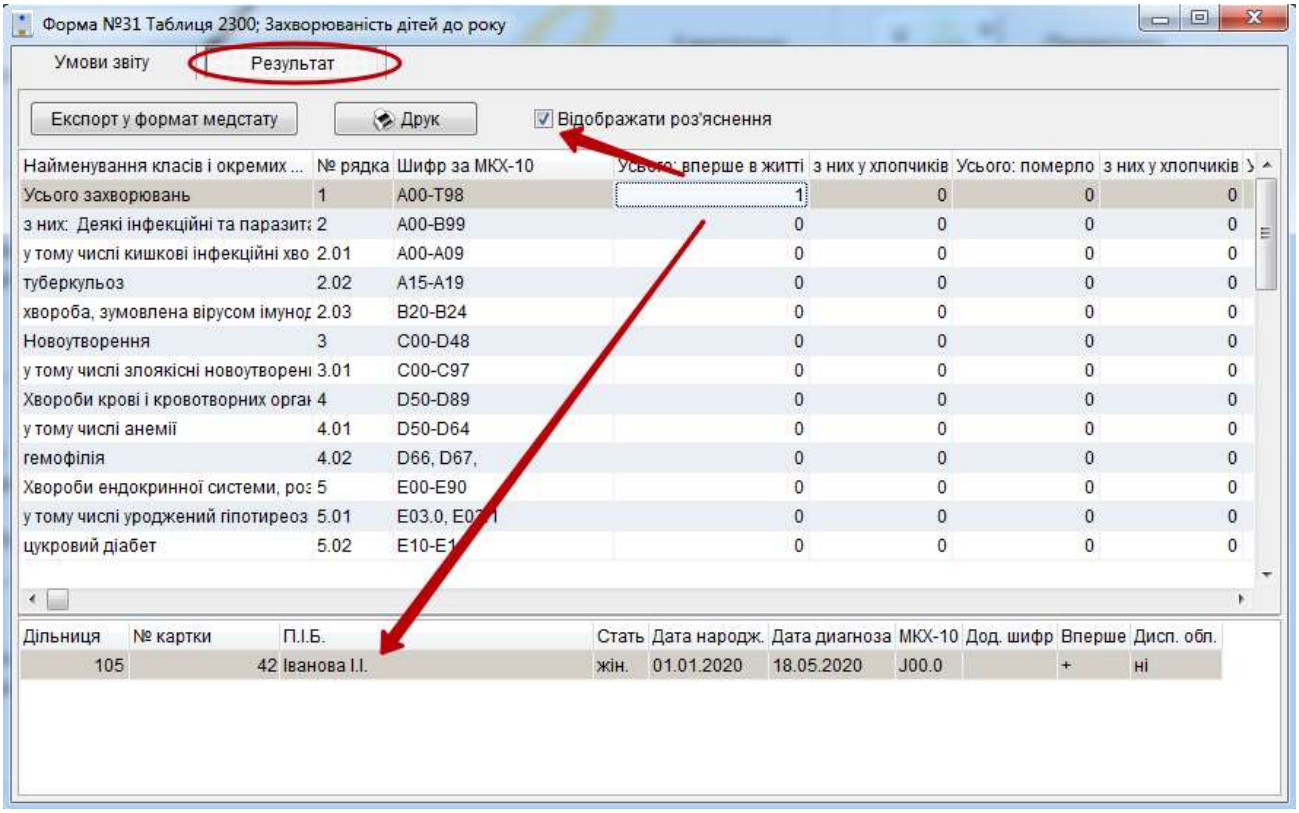
У полях **«Дільниці», «Категорія пацієнта», «Населений пункт»** та **«Лікарі»** відображаються та дані, які будуть включені у звіт. Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Поле **«Ознака пацієнта»** дозволяє формувати звіт враховуючі відповідну ознаку, яка встановлена у пацієнта, тобто «місто» або «село».

Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Статистичні талони».

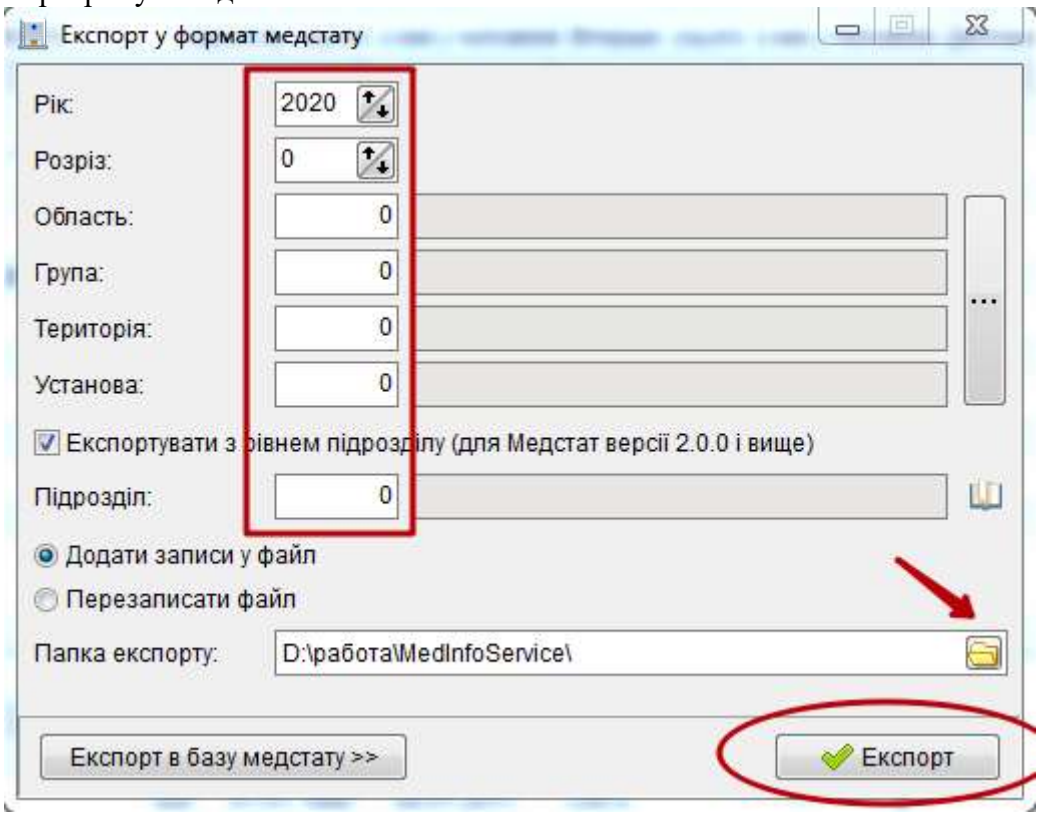
Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.

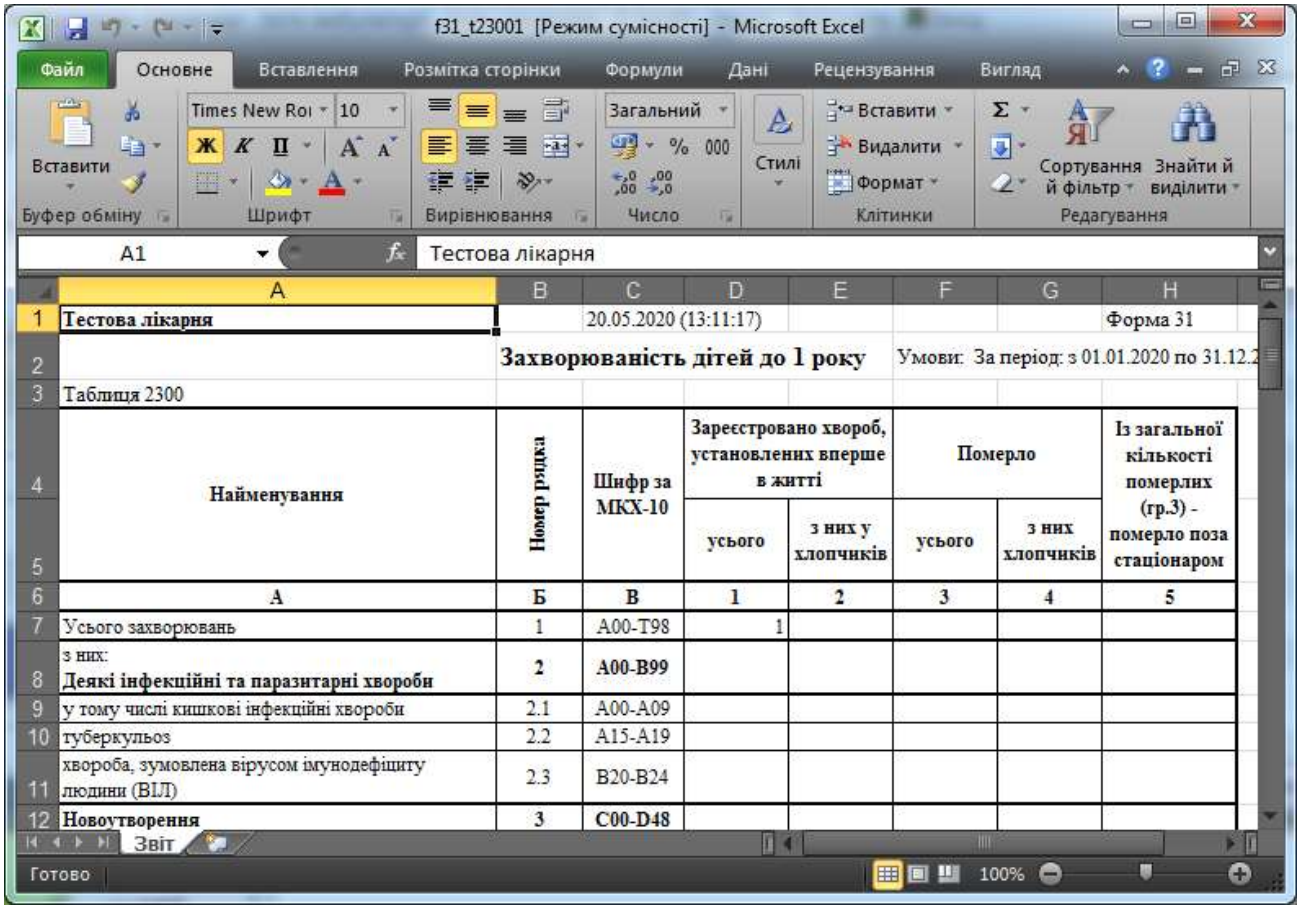


Обравши будь-яку комірку зі значенням, можна відобразити в нижній частині вікна дані пацієнтів, які присутні в базі. Для цього необхідно відмітити **«Відображати роз'яснення».**

Експорт у формат медстату - дозволяє експортувати файл з форматом DBF для подальшого імпорту в програму «Медстат».

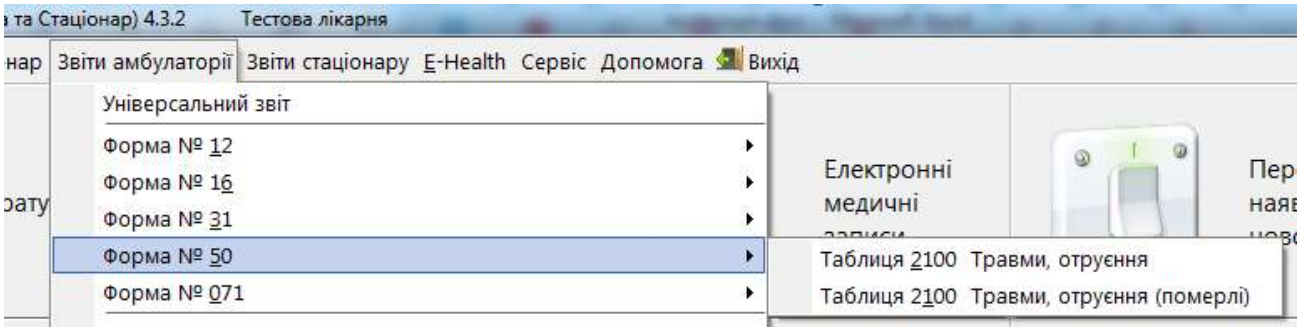


Друк - формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.

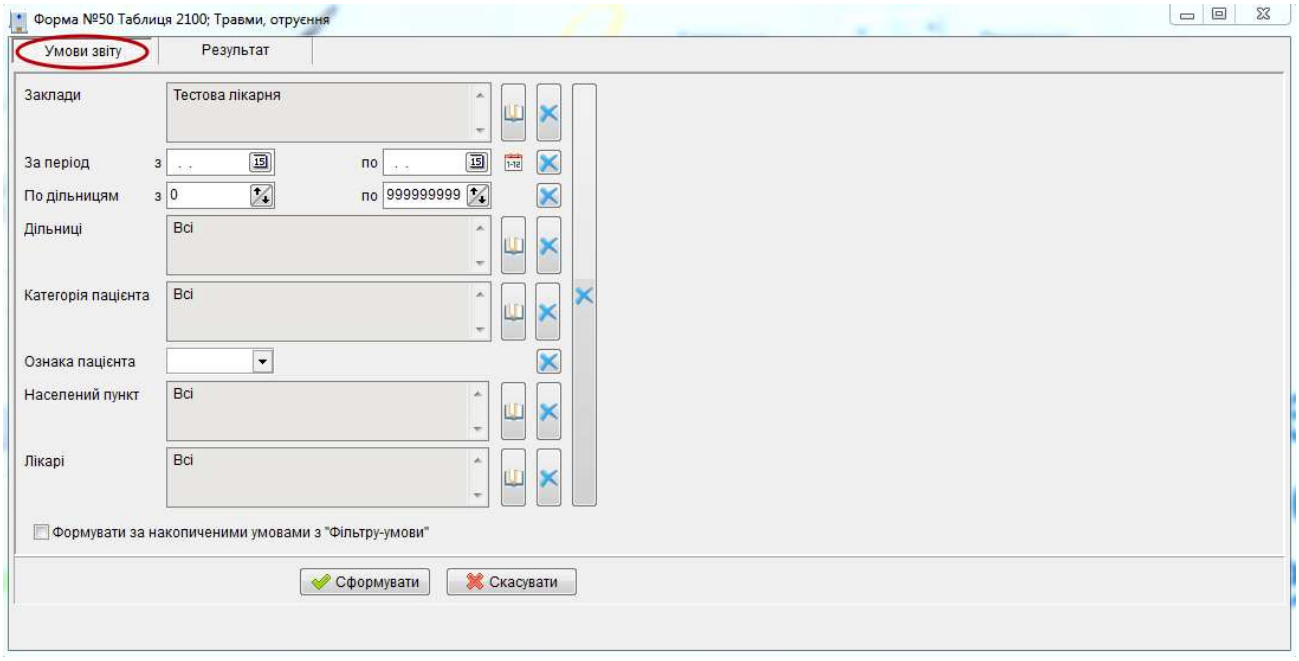


12.5 Форма №50

Дозволяє на основі створених статистичних талонів в базі даних сформувати звіт по **формі №50 «Звіт про число травм та отруєнь серед дорослих, підлітків та дітей»** по таблицях 2100 «Травми,отруєння та інші наслідки впливів зовнішніх причин» та 2100 «Травми,отруєння та інші наслідки впливів зовнішніх причин (померлі)».



Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

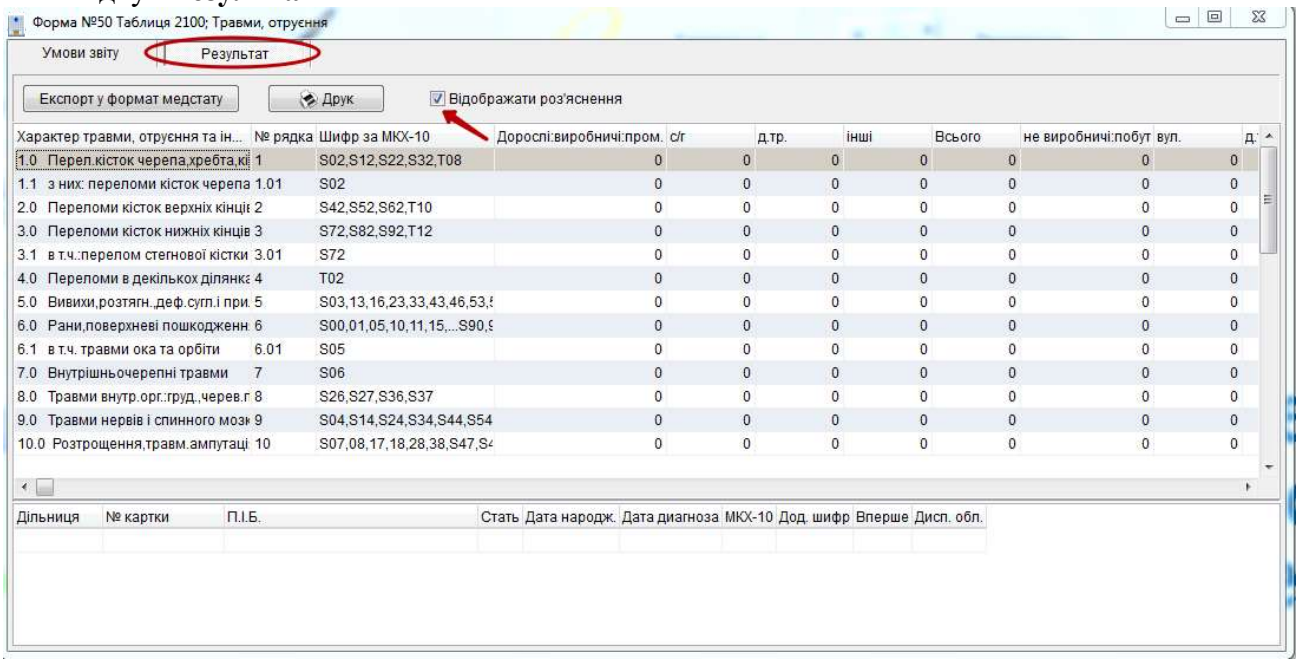
У полях **«Дільниці», «Категорія пацієнта», «Населений пункт»** та **«Лікарі»** відображаються та дані, які будуть включені у звіт. Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Поле **«Ознака пацієнта»** дозволяє формувати звіт враховуючі відповідну ознаку, яка встановлена у пацієнта, тобто «місто» або «село».

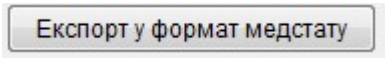
Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Статистичні талони».

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

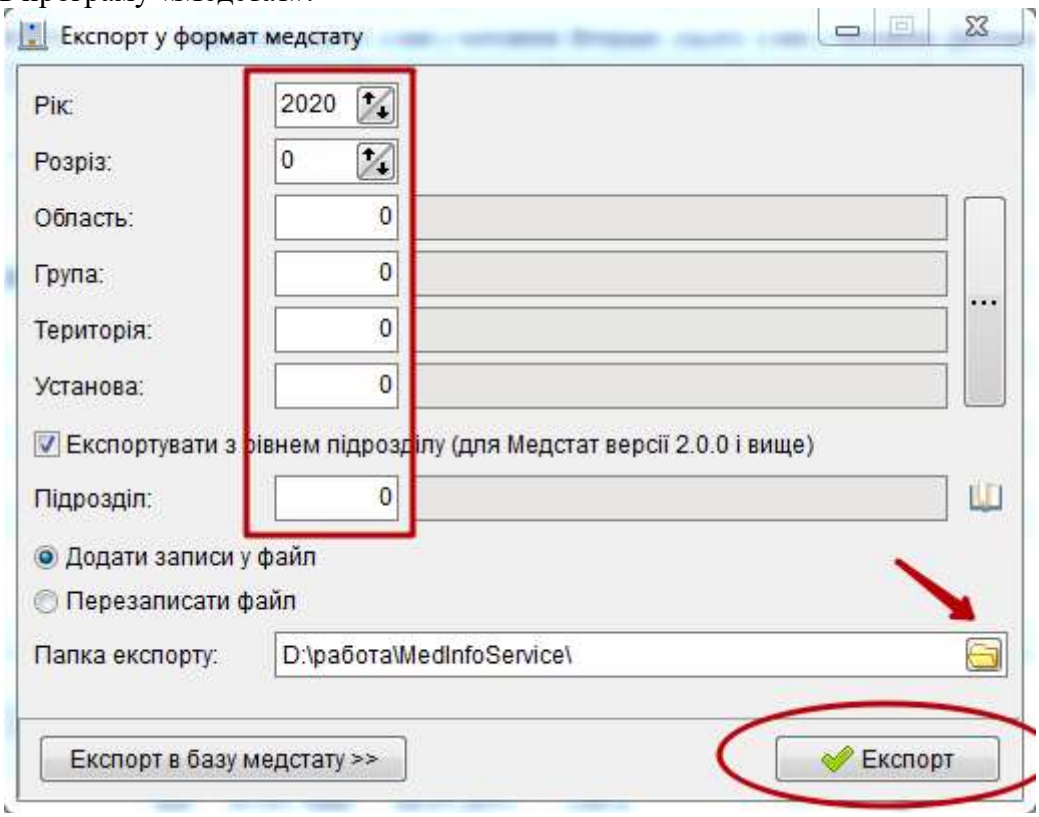
Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



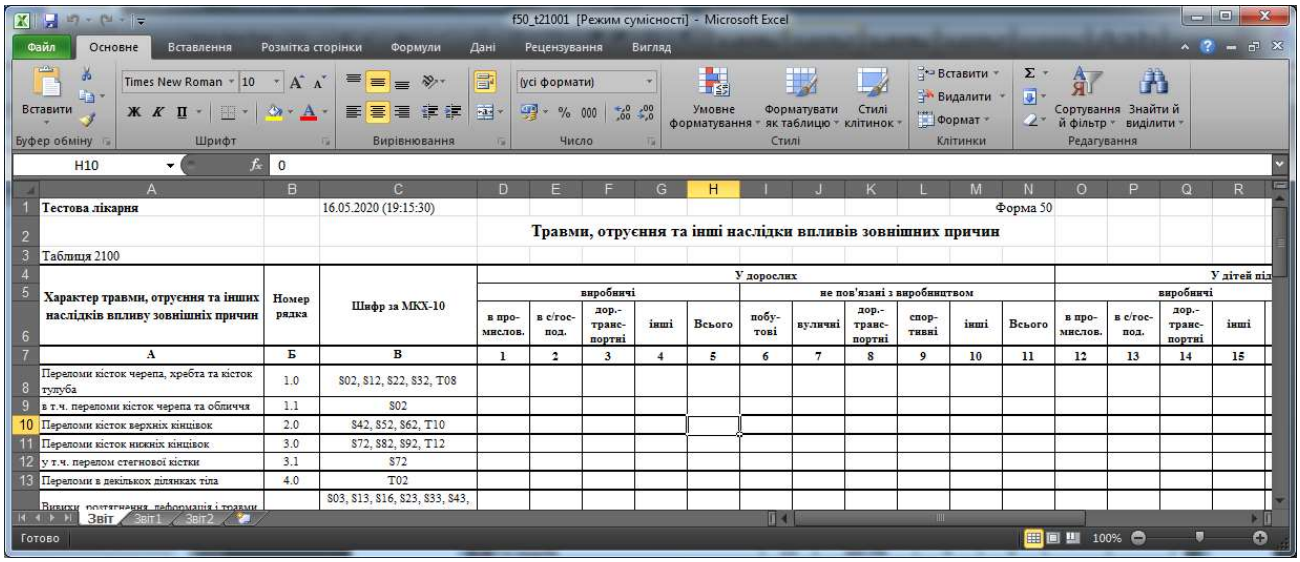
Обравши будь-яку комірку зі значенням, можна відобразити в нижній частині вікна дані пацієнтів, які присутні в базі. Для цього необхідно відмітити **«Відображати роз’яснення».**



- дозволяє експортувати файл з форматом DBF для подальшого імпорту в програму «Медстат».

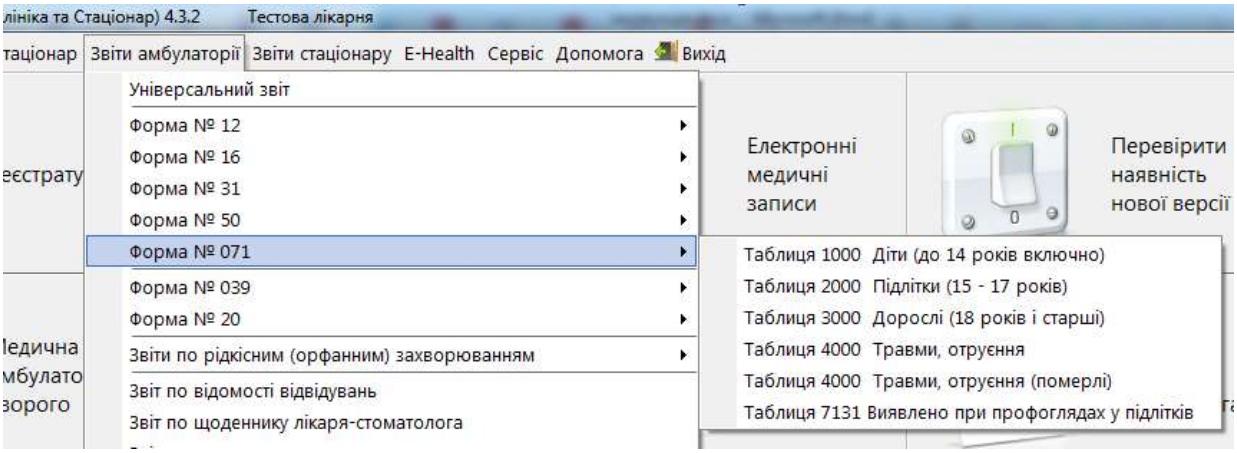


- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.

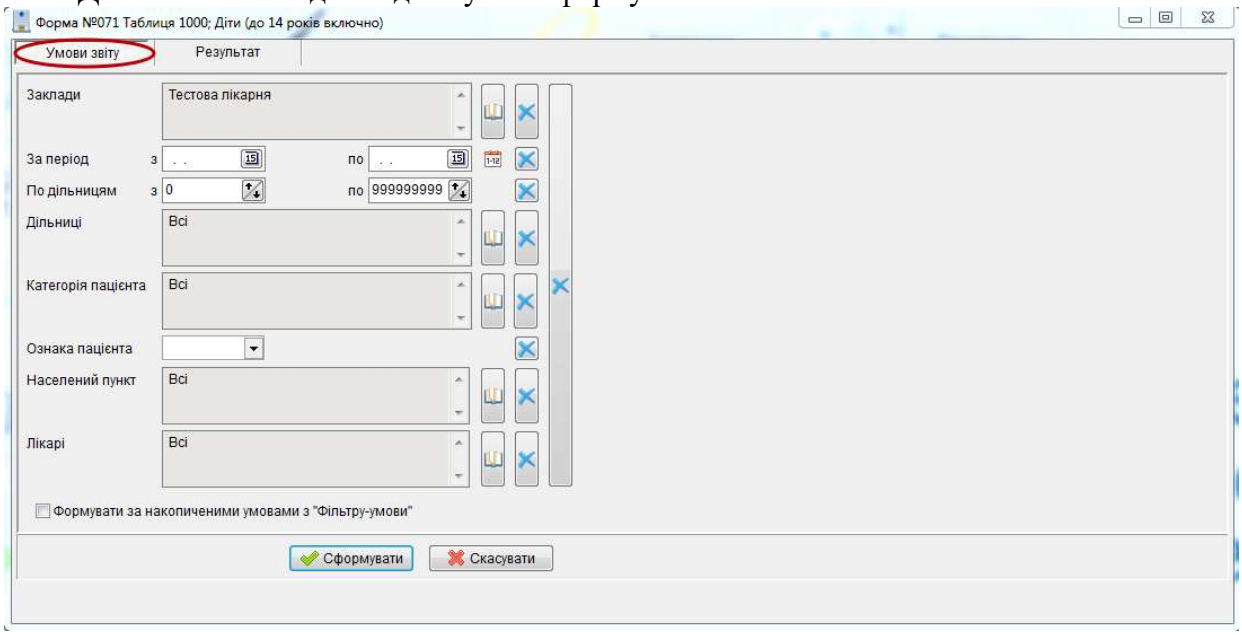


12.6 Форма № 071

Дозволяє на основі створених статистичних талонів в базі даних сформувати звіт по **формі №071/о «Зведена відомість обліку захворювань та причин смерті в даному лікувальному закладі»** по таблицях 1000 «Діти 0-14 років включно», 2000 «Підлітки 15-17 років включно» та 3000 «Дорослі віком 18 років і старші», 4000 «Травми,отруєння та інші наслідки впливів зовнішніх причин», 4000 «Травми,отруєння та інші наслідки впливів зовнішніх причин (померлі)», 7131 «Виявлено при профоглядах у підлітках».



Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

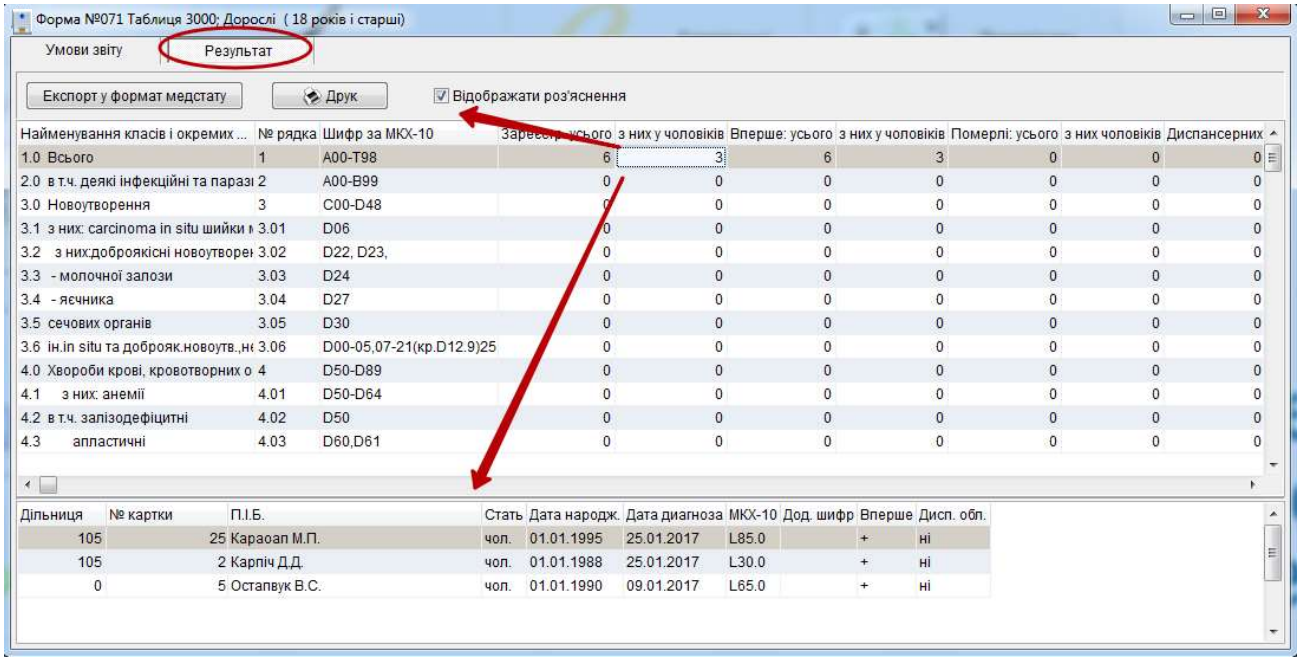
У полях **«Дільниці», «Категорія пацієнта», «Населений пункт»** та **«Лікарі»** відображаються та дані, які будуть включені у звіт. Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Поле **«Ознака пацієнта»** дозволяє формувати звіт враховуючі відповідну ознаку, яка встановлена у пацієнта, тобто «місто» або «село».

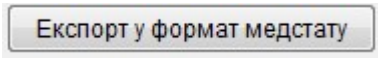
Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Статистичні талони».

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

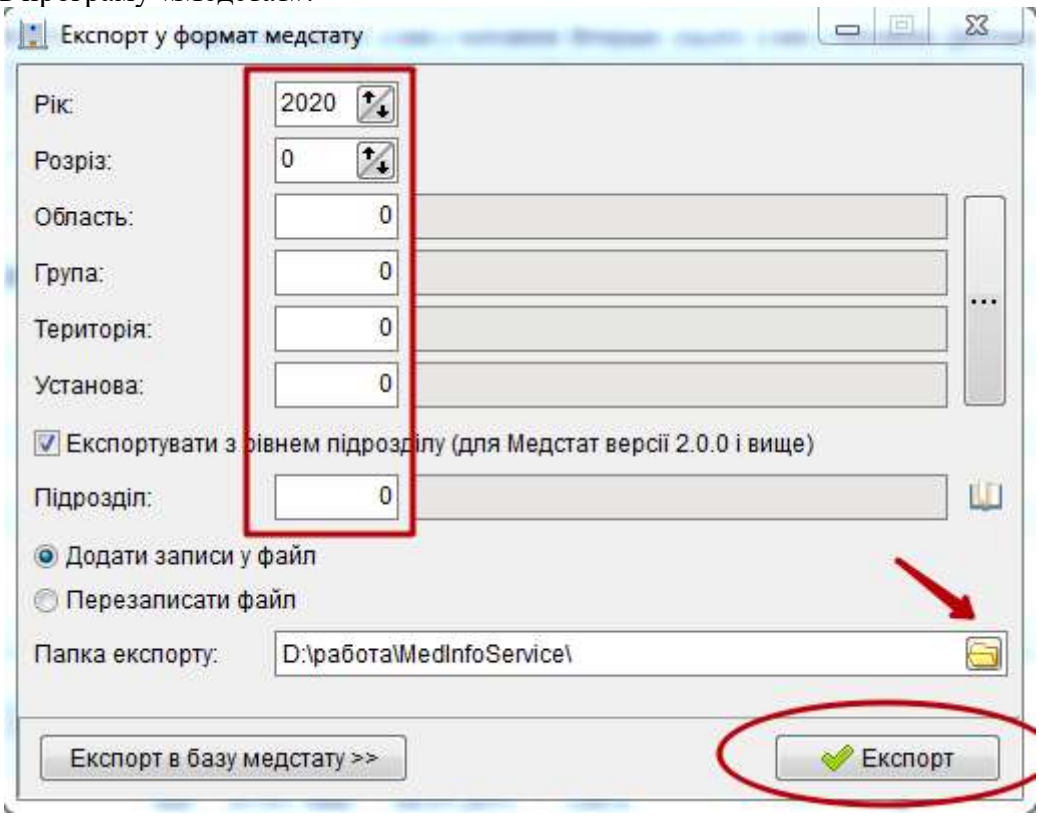
Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



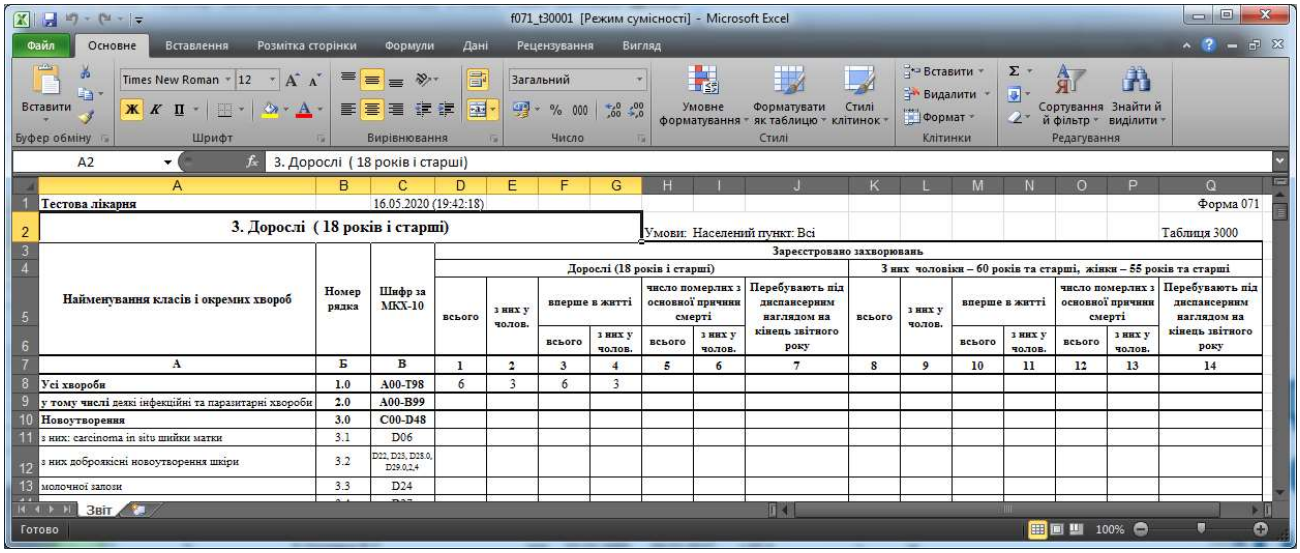
Обравши будь-яку комірку зі значенням, можна відобразити в нижній частині вікна дані пацієнтів, які присутні в базі. Для цього необхідно відмітити **«Відображати роз'яснення».**



- дозволяє експортувати файл з форматом DBF для подальшого імпорту в програму «Медстат».



- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



f071_t30001 [Режим сумісності] - Microsoft Excel

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
1	Тестова лікарня		16.05.2020 (19:42:18)														Форма 071
2	3. Дорослі (18 років і старші)							Умови: Населений пункт: Всі									Таблиця 3000

Найменування класів і окремих хвороб	Номер рядка	Шифр за МКХ-10	Зареєстровано захворювань														
			Дорослі (18 років і старші)							З них чоловіки – 60 років та старші, жінки – 55 років та старші							
			всього	з них у чолов.	вперше в житті		число померлих з основної причини смерті		Перебувають під диспансерним наглядом на кінець звітного року	всього	з них у чолов.	вперше в житті		число померлих з основної причини смерті		Перебувають під диспансерним наглядом на кінець звітного року
					всього	з них у чолов.	всього	з них у чолов.				всього	з них у чолов.	всього	з них у чолов.	
А	Б	В	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Усі хвороби	1.0	A00-T98	6	3	6	3											
у тому числі деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2.0	A00-B99															
Новоутворення	3.0	C00-D48															
з них: carcinoma in situ шийки матки	3.1	D06															
з них доброякісні новоутворення шкіри	3.2	D22, D23, D28.0, D29.0,2,4															
молочної залози	3.3	D24															

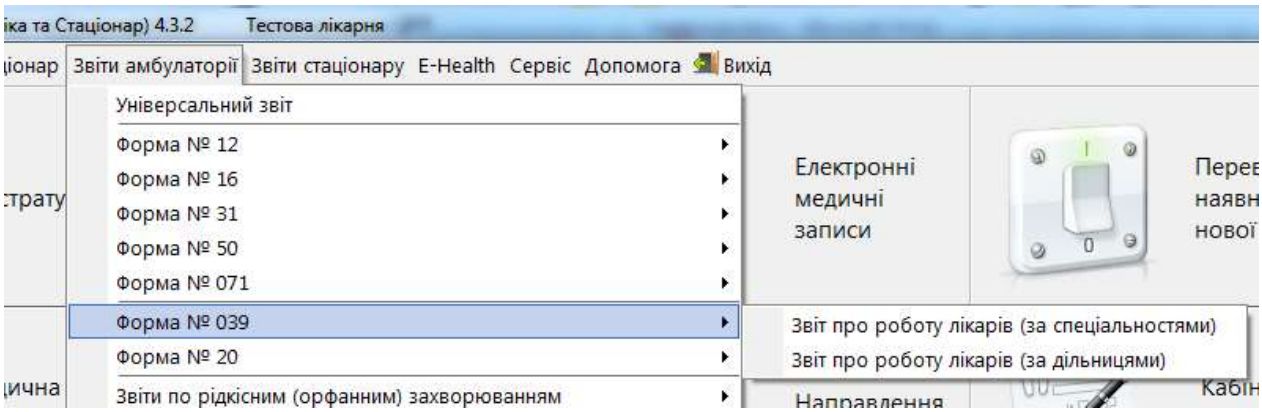
Звіт

Готово

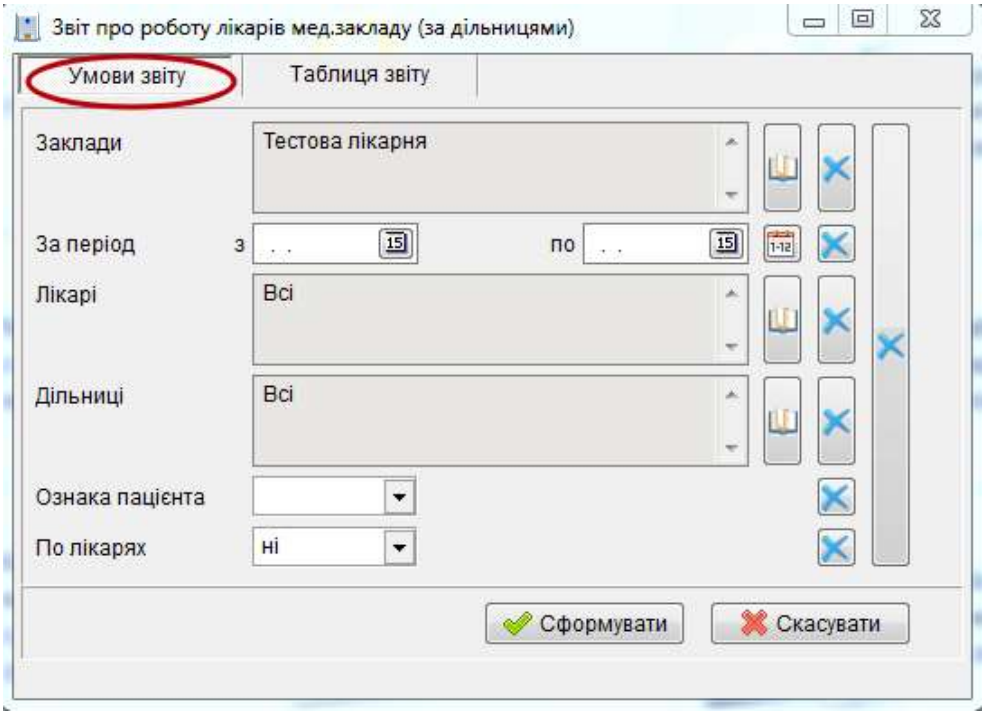
100%

12.7 Форма № 039

Дозволяє на основі внесених відомостей в базі даних сформувати звіт по **формі №039/о «Відомість обліку відвідувань пацієнтів»**, а саме звіт про роботу лікарів (за спеціальностями та за дільницями). Звіт працює з відомістю відвідувань Черкаської форми (розширений).



Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полях **«Лікарі»** та **«Дільниці»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

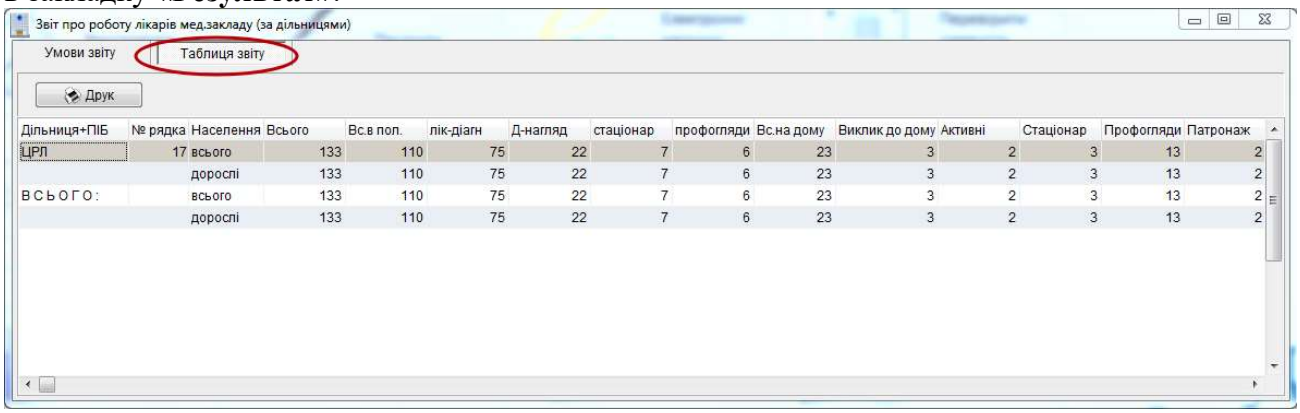
Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Поле **«Ознака пацієнта»** дозволяє формувати звіт враховуючі відповідну ознаку, яка встановлена у пацієнта, тобто «місто» або «село».

Поле **«По лікарях»** дозволяє формувати звіт або по лікарях, або ні.

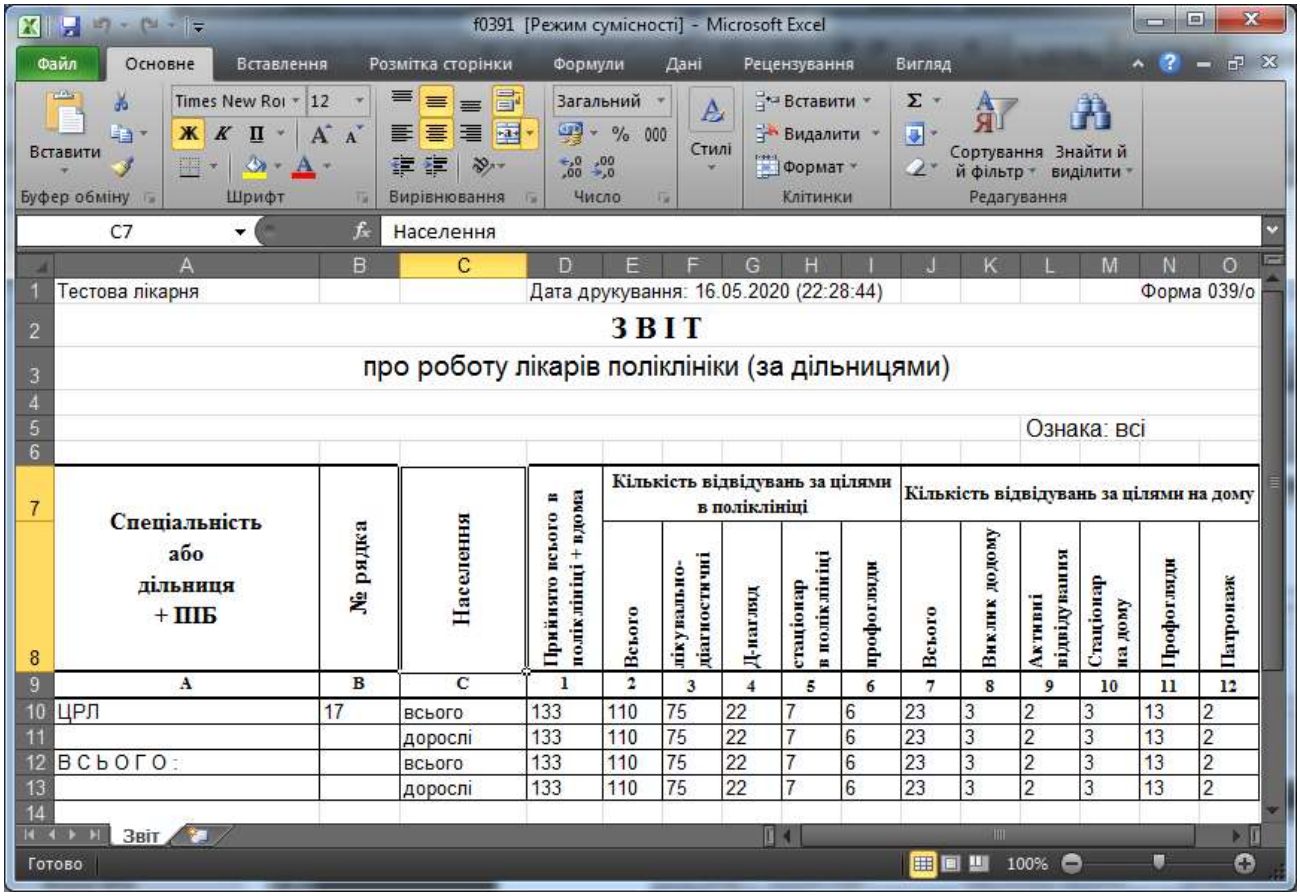
Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



Дільниця+ПІБ	№ рядка	Населення	Всього	Вс.в пол.	лік-діагн	Д-нагляд	стаціонар	профогляди	Вс.на дому	Виклик до дому	Активні	Стаціонар	Профогляди	Патронаж
ЦРЛ	17	всього	133	110	75	22	7	6	23	3	2	3	13	2
		дорослі	133	110	75	22	7	6	23	3	2	3	13	2
ВСЬОГО:		всього	133	110	75	22	7	6	23	3	2	3	13	2
		дорослі	133	110	75	22	7	6	23	3	2	3	13	2

- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



f0391 [Режим сумісності] - Microsoft Excel

Файл | Основне | Вставлення | Розмітка сторінки | Формули | Дані | Рецензування | Вигляд

C7 | Населення

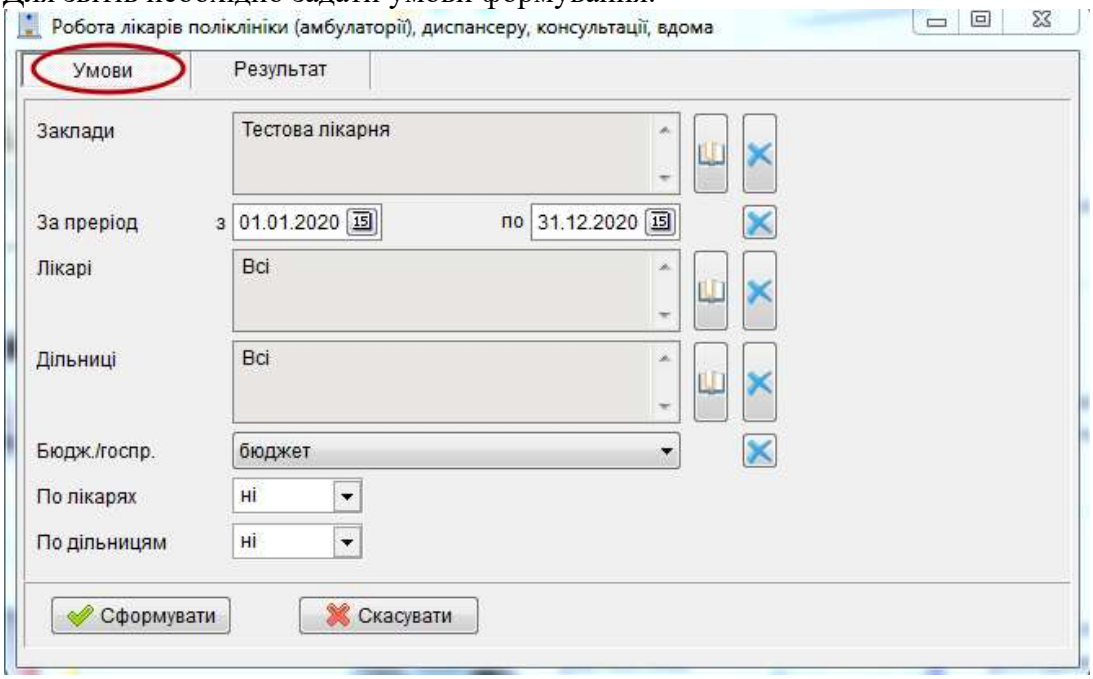
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
1	Тестова лікарня			Дата друкування: 16.05.2020 (22:28:44)										Форма 039/о	
2	**ЗВІТ**														
3	про роботу лікарів поліклініки (за дільницями)														
4															
5												Ознака: всі			
6															
7	**Спеціальність або дільниця + ПІБ**	**№ рядка**	**Населення**	**Прийнято всього в поліклініці + вдома**	**Кількість відвідувань за цілями в поліклініці**					**Кількість відвідувань за цілями на дому**					
8					**Всього**	**лікувально-діагностичні**	**Д-нагляд**	**стаціонар в поліклініці**	**профогляди**	**Всього**	**Виклик додому**	**Активні відвідування**	**Стаціонар на дому**	**Профогляди**	**Патронаж**
9	A	B	C	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
10	ЦРЛ	17	всього	133	110	75	22	7	6	23	3	2	3	13	2
11			дорослі	133	110	75	22	7	6	23	3	2	3	13	2
12	В С Ь О Г О :		всього	133	110	75	22	7	6	23	3	2	3	13	2
13			дорослі	133	110	75	22	7	6	23	3	2	3	13	2
14															

Звіт | Готово | 100%

12.8 Форма № 20

Дозволяє на основі внесених в базу відомостей (по стандартній формі) відвідування сформувати звіт по **формі № 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи - підприємця, які провадять господарську діяльність з медичної практики»** по таблицях 2100 «Робота лікарів поліклініки, диспансеру, консультації» та 2100/1 «Робота лікарів поліклініки (амбулаторії) диспансеру, консультації, вдома за спеціальностями».

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

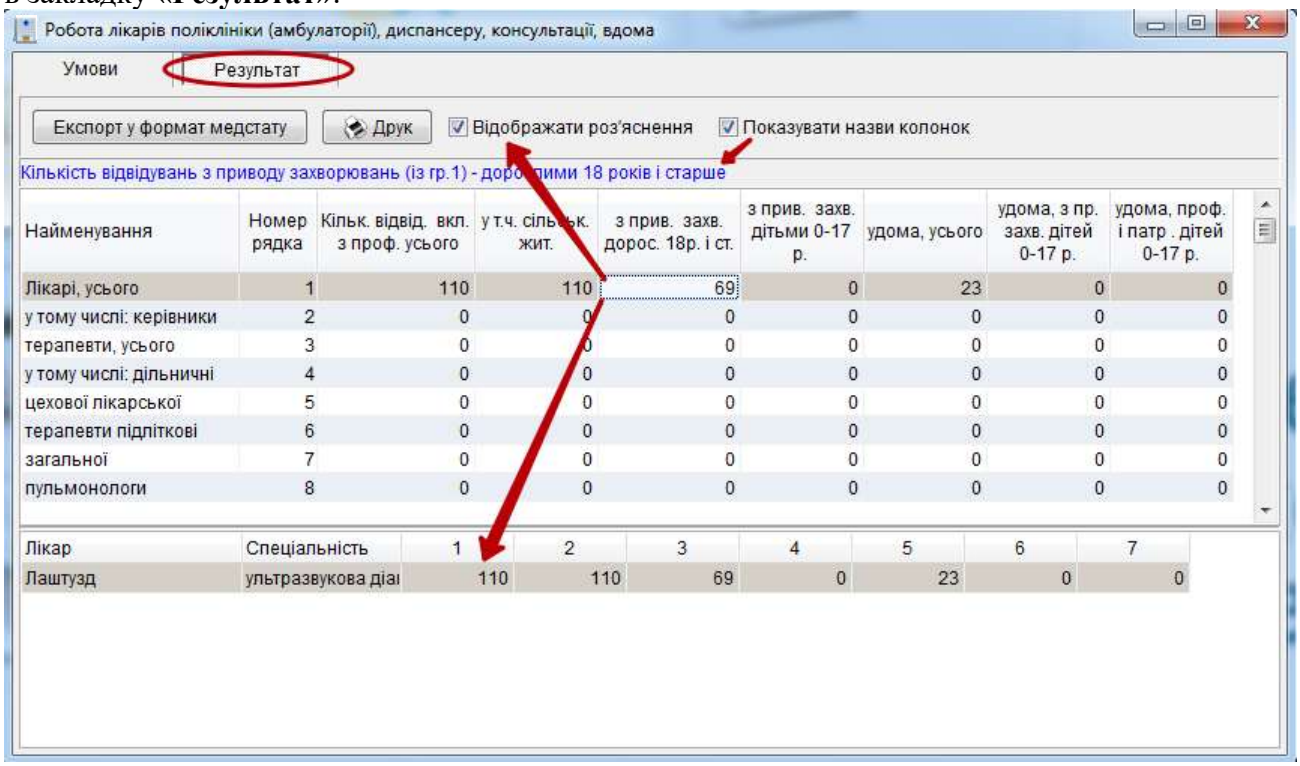
У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полях **«Лікарі»** та **«Дільниці»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

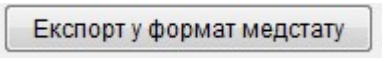
Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

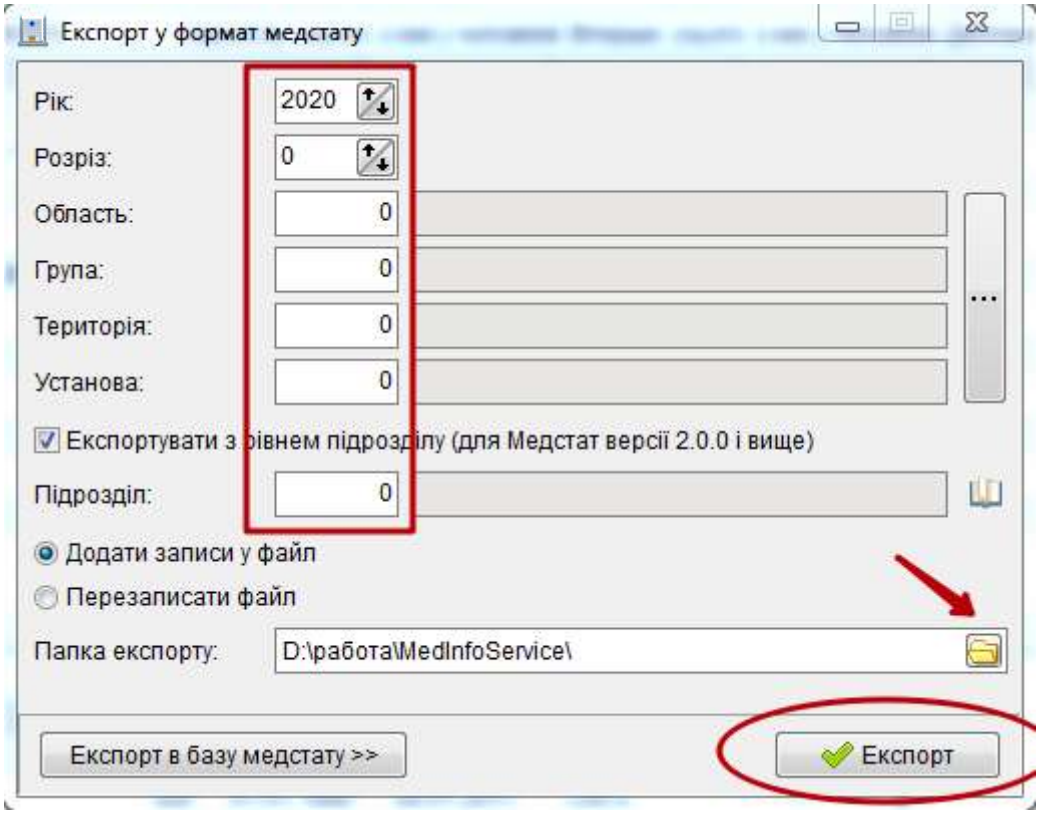
Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



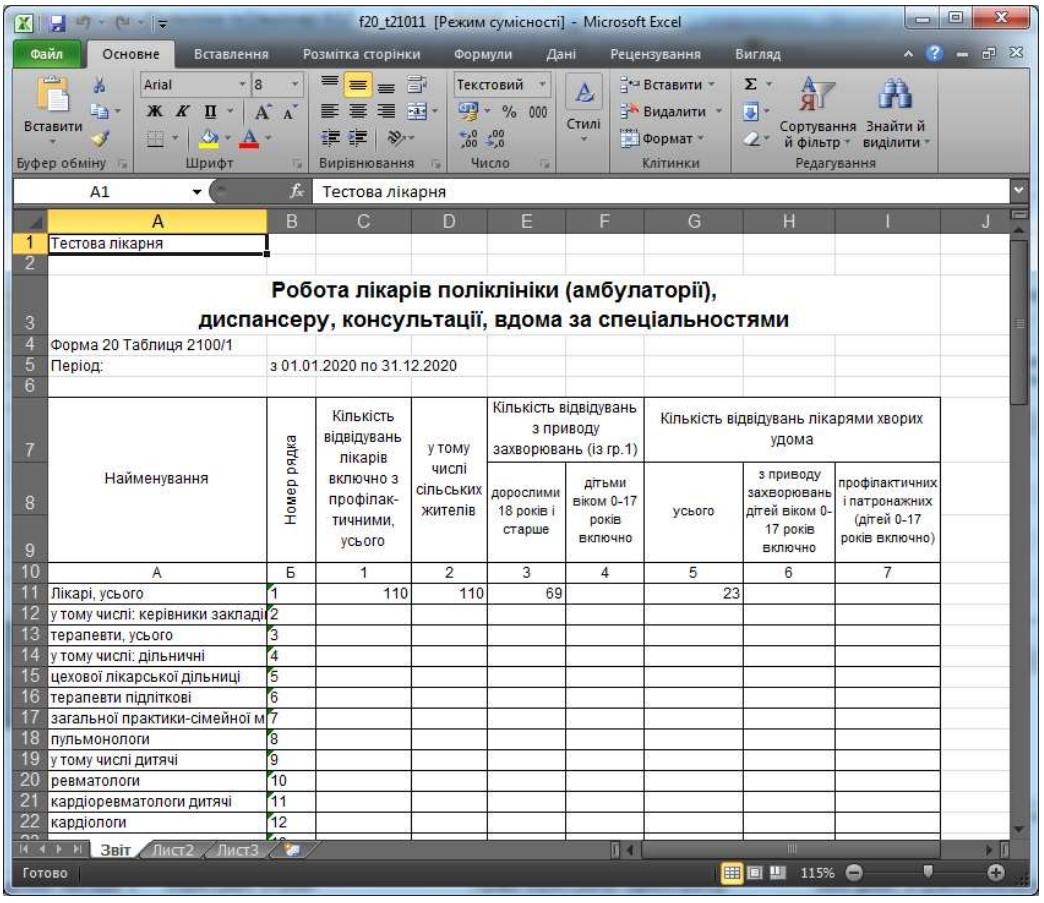
Обравши будь-яку комірку зі значенням, можна відобразити в нижній частині вікна дані пацієнтів, які присутні в базі. Для цього необхідно відмітити **«Відображати роз'яснення».**



- дозволяє експортувати файл з форматом DBF для подальшого імпорту в програму «Медстат».



- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



f20_t21011 [Режим сумісності] - Microsoft Excel

Тестова лікарня

Робота лікарів поліклініки (амбулаторії), диспансеру, консультації, вдома за спеціальностями

Форма 20 Таблиця 2100/1

Період: з 01.01.2020 по 31.12.2020

Найменування	Номер рядка	Кількість відвідувань лікарів включно з профілак-тичними, усього	у тому числі сільських жителів	Кількість відвідувань з приводу захворювань (із гр.1)		Кількість відвідувань лікарями хворих удома		
				дорослими 18 років і старше	дітьми віком 0-17 років включно	усього	з приводу захворювань дітей віком 0-17 років включно	профілактичних і патронажних (дітей 0-17 років включно)
А	Б	1	2	3	4	5	6	7
Лікарі, усього	1	110	110	69		23		
у тому числі: керівники закладів	2							
терапевти, усього	3							
у тому числі: дільничні	4							
цехової лікарської дільниці	5							
терапевти підліткові	6							
загальної практики-сімейної м	7							
пульмонологи	8							
у тому числі дитячі	9							
ревматологи	10							
кардіоревматологи дитячі	11							
кардіологи	12							

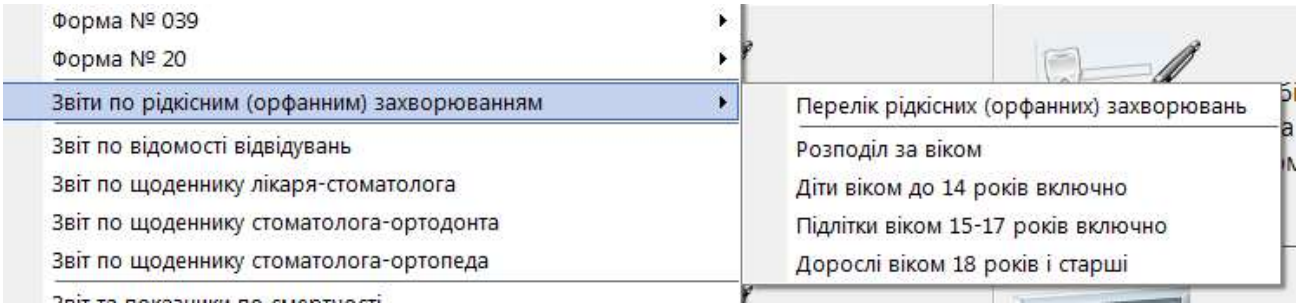
Звіт Лист2 Лист3

Готово 115%

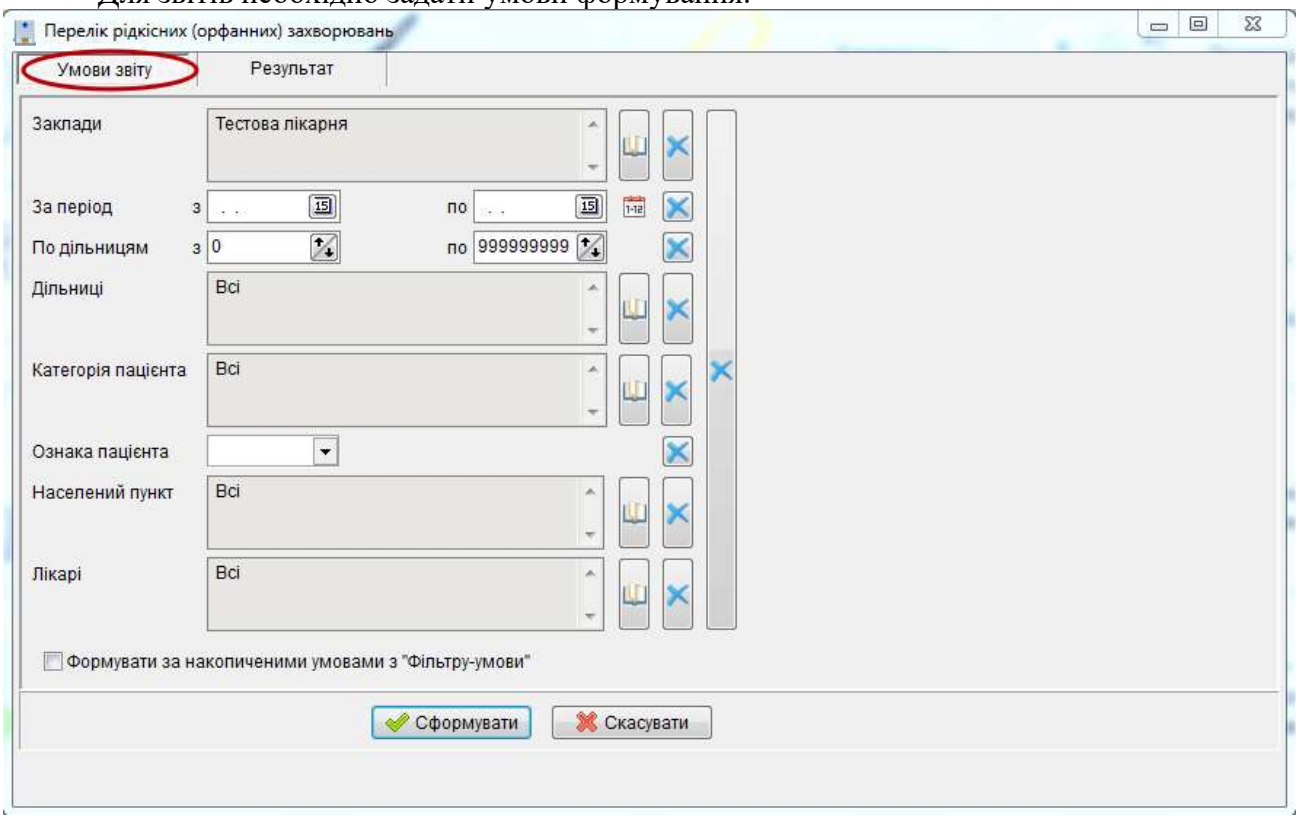
12.9 Звіти по рідкісним (орфанним захворюванням)

Дозволяє на основі створених статистичних талонів в базі даних сформувати звіти по **Переліку рідкісних (орфанних) захворюваннях,** а саме такі, як сам «Перелік орфанних

захворювань», «Розподіл за віком», «Діти до 14 років включно», «Підлітки віком 15-17 років включно», «Дорослі віком 18 років і старші».



Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

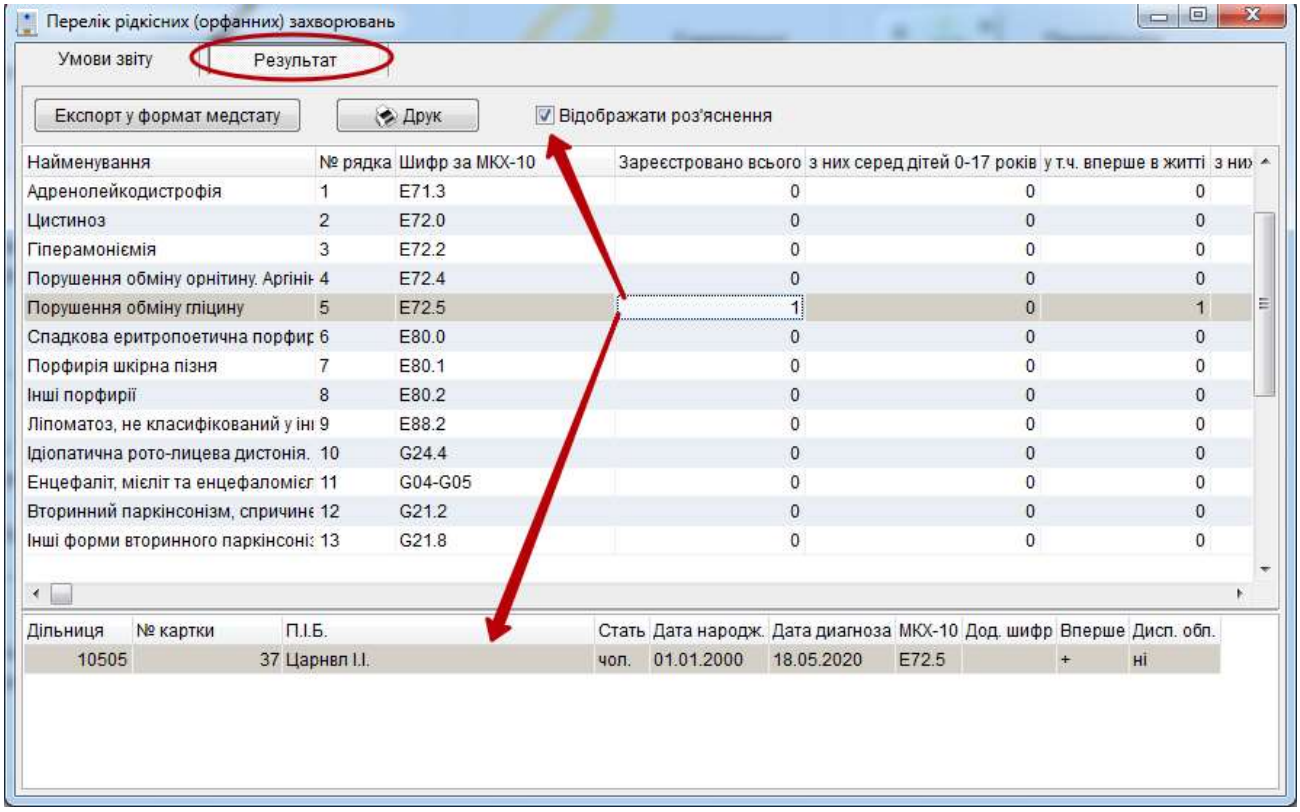
У полях **«Дільниці», «Категорія пацієнта», «Населений пункт»** та **«Лікарі»** відображаються та дані, які будуть включені у звіт. Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Поле **«Ознака пацієнта»** дозволяє формувати звіт враховуючі відповідну ознаку, яка встановлена у пацієнта, тобто «місто» або «село».

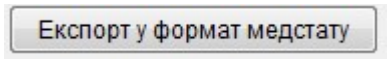
Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Статистичні талони».

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

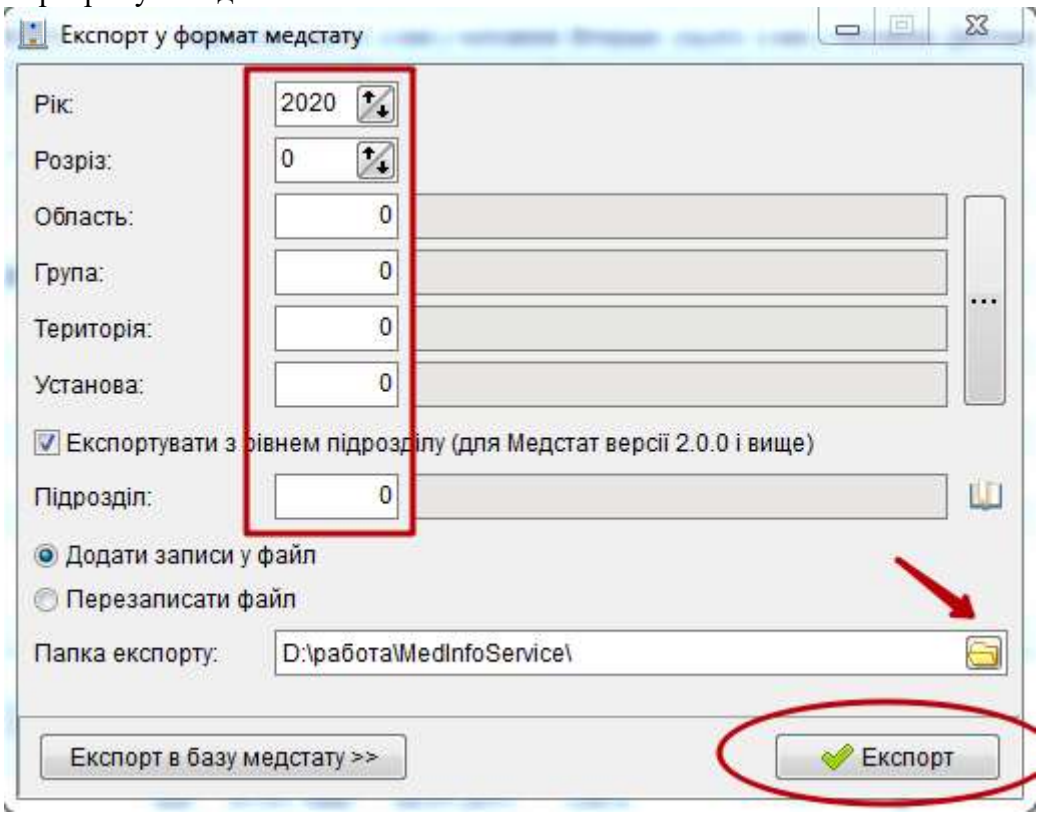
Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



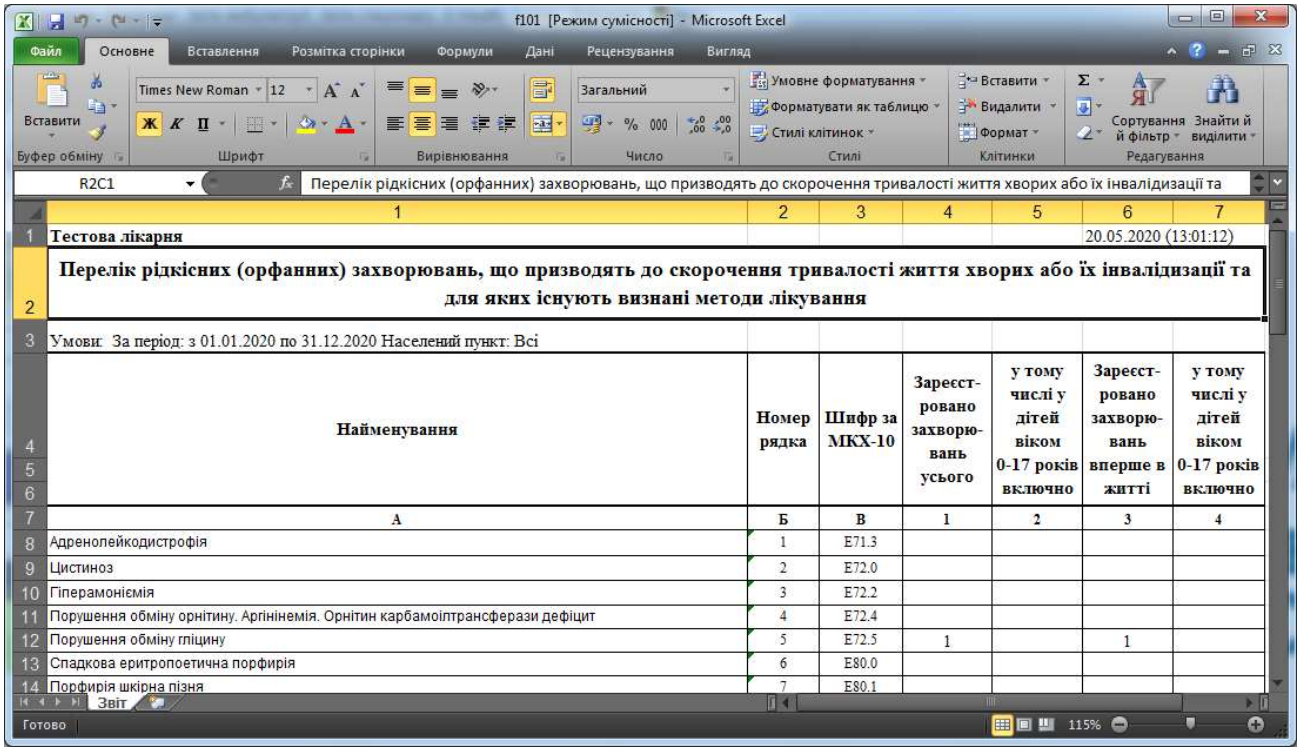
Обравши будь-яку комірку зі значенням, можна відобразити в нижній частині вікна дані пацієнтів, які присутні в базі. Для цього необхідно відмітити **«Відображати роз'яснення».**



- дозволяє експортувати файл з форматом DBF для подальшого імпорту в програму «Медстат».



- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



Тестова лікарня 20.05.2020 (13:01:12)

Перелік рідкісних (орфанних) захворювань, що призводять до скорочення тривалості життя хворих або їх інвалідизації та для яких існують визнані методи лікування

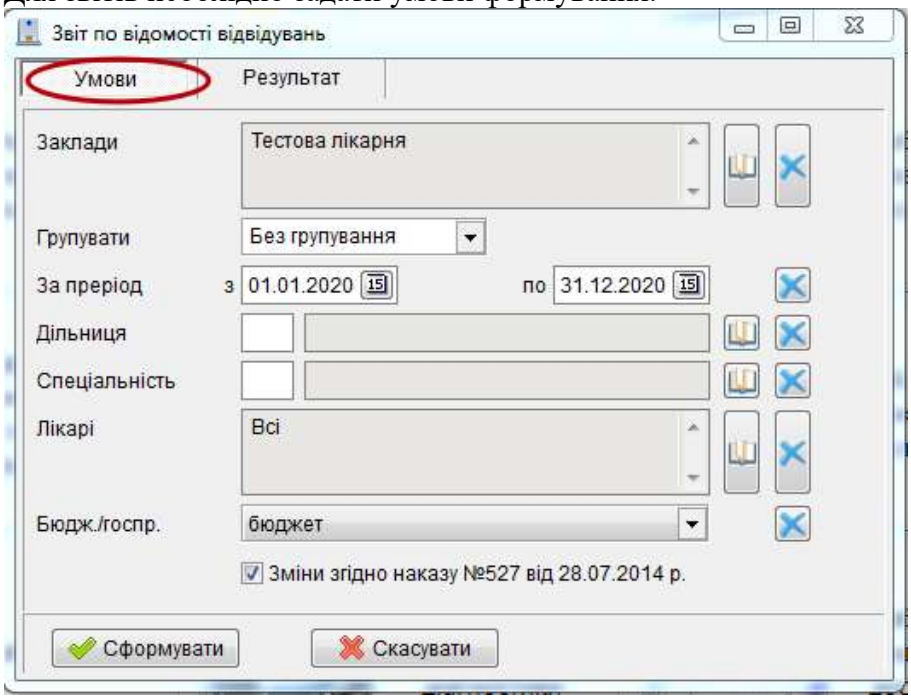
Умови: За період: з 01.01.2020 по 31.12.2020 Населений пункт: Всі

Найменування	Номер рядка	Шифр за МКХ-10	Зареєстровано захворювань усього	у тому числі у дітей віком 0-17 років включно	Зареєстровано захворювань вперше в житті	у тому числі у дітей віком 0-17 років включно
А	Б	В	1	2	3	4
Адренолейкодистрофія	1	E71.3				
Цистиноз	2	E72.0				
Гіперамоніємія	3	E72.2				
Порушення обміну орнітину. Аргінінемія. Орнітин карбамоїлтрансферази дефіцит	4	E72.4				
Порушення обміну гліцину	5	E72.5	1		1	
Спадкова еритропоетична порфирія	6	E80.0				
Порфирія шкірна пізня	7	E80.1				

12.10 Звіт по відомості відвідувань

Звіт працює зі стандартною формою відомості відвідувань.

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

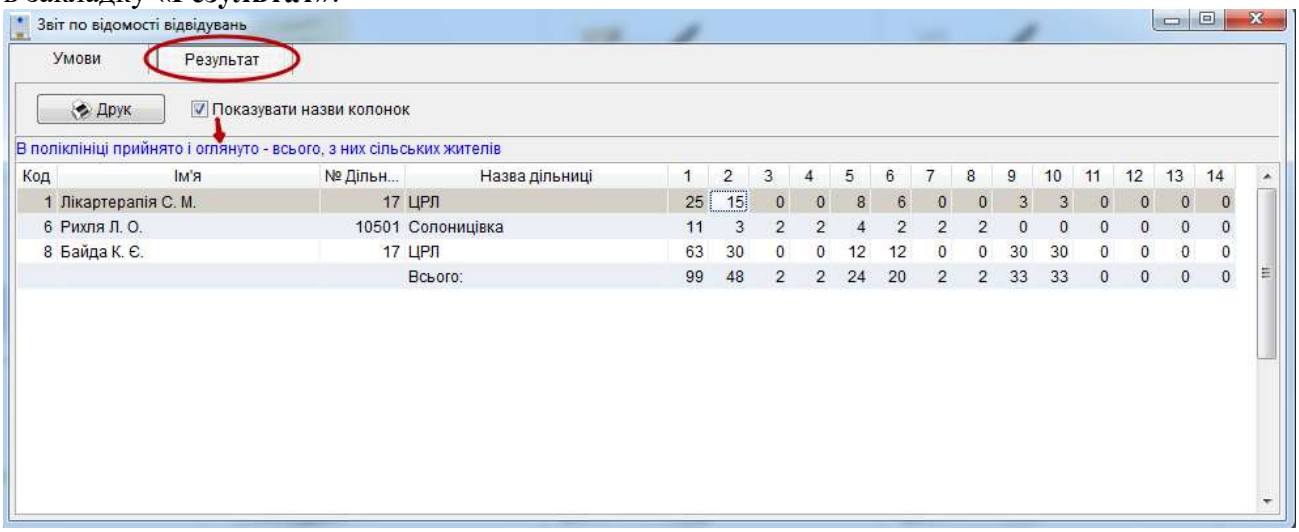
Можна **«Групувати»** або по дільницях, або по спеціальностях, або не групувати взагалі.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полях **«Лікарі», «Спеціальність»** та **«Дільниці»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт. Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

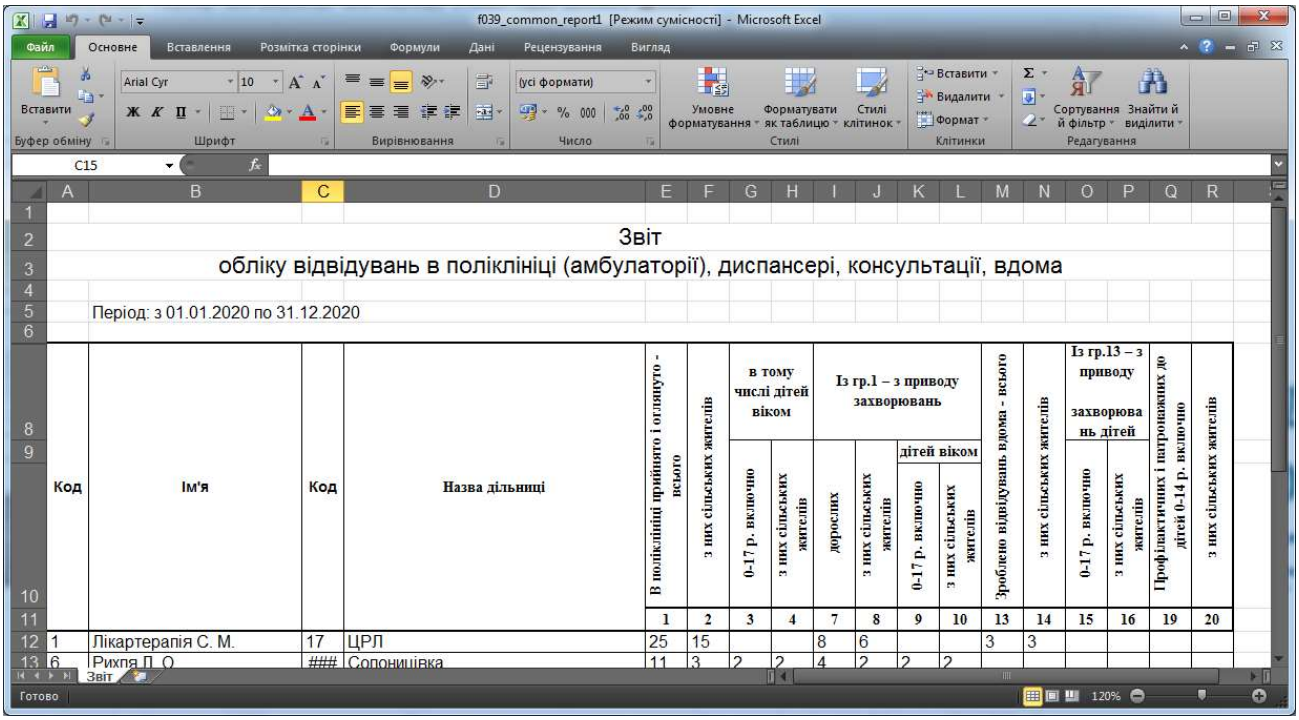
Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



Код	Ім'я	№ Дільн...	Назва дільниці	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Лікартерапія С. М.	17	ЦРЛ	25	15	0	0	8	6	0	0	3	3	0	0	0	0
6	Рихля Л. О.	10501	Солоницівка	11	3	2	2	4	2	2	2	0	0	0	0	0	0
8	Байда К. Є.	17	ЦРЛ	63	30	0	0	12	12	0	0	30	30	0	0	0	0
			Всього:	99	48	2	2	24	20	2	2	33	33	0	0	0	0

- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.

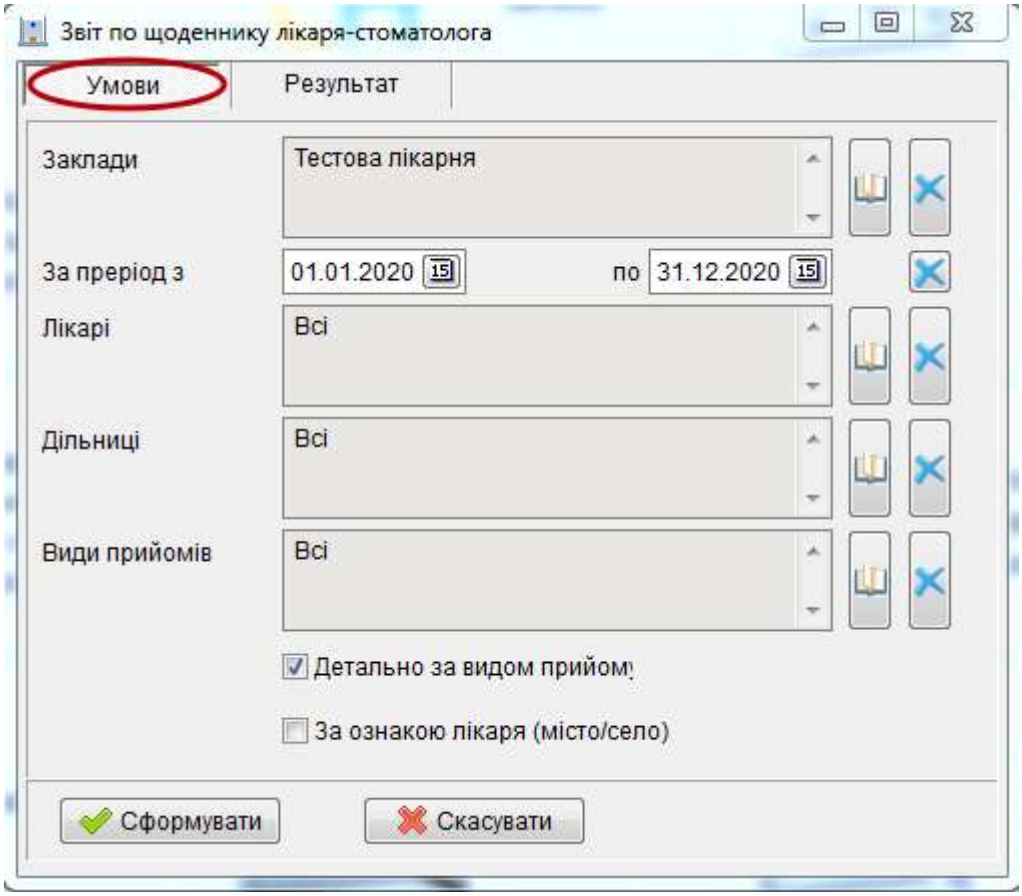


Код	Ім'я	Код	Назва дільниці	В поліклініці прийнято і оглянуто - всього	з них сільських жителів	в тому числі дітей віком 0-17 р. включно	в тому числі дітей віком з них сільських жителів	Із гр.1 – з приводу захворювань дорослих	Із гр.1 – з приводу захворювань з них сільських жителів	Із гр.1 – з приводу захворювань дітей віком 0-17 р. включно	Із гр.1 – з приводу захворювань дітей віком з них сільських жителів	Зроблено відвідувань вдома - всього	з них сільських жителів	Із гр.13 – з приводу захворювань дітей 0-17 р. включно	Із гр.13 – з приводу захворювань дітей з них сільських жителів	Профілактичних і патронажних до дітей 0-14 р. включно	з них сільських жителів
				1	2	3	4	7	8	9	10	13	14	15	16	19	20
1	Лікартерапія С. М.	17	ЦРЛ	25	15			8	6			3	3				
6	Рихля Л. О.	###	Солоницівка	11	3	2	2	4	2	2	2						

12.11 Звіт по щоденнику лікаря-стоматолога

Дозволяє на основі внесених в базу даних по щоденнику стоматолога (форма 039-2/о) сформувати звіти.

Для звітів необхідно задати умови формування.



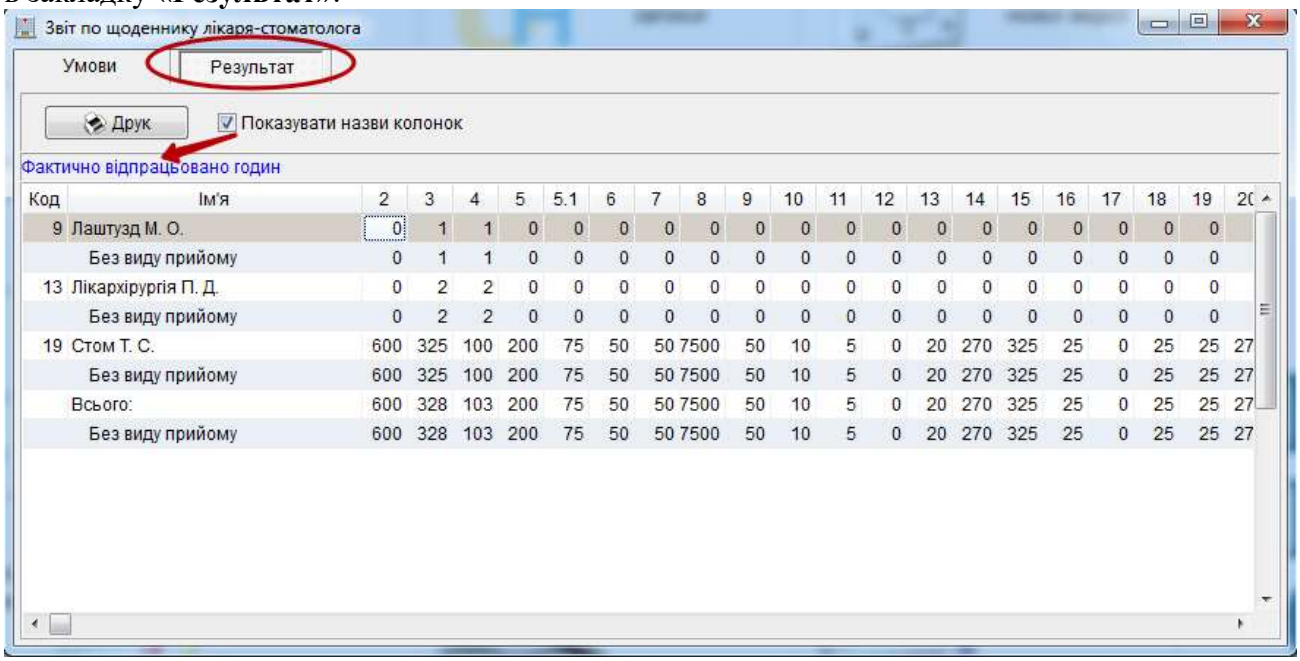
У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полях **«Дільниці», «Категорія пацієнта»** та **«Види прийомів»** відображаються та дані, які будуть включені у звіт. Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



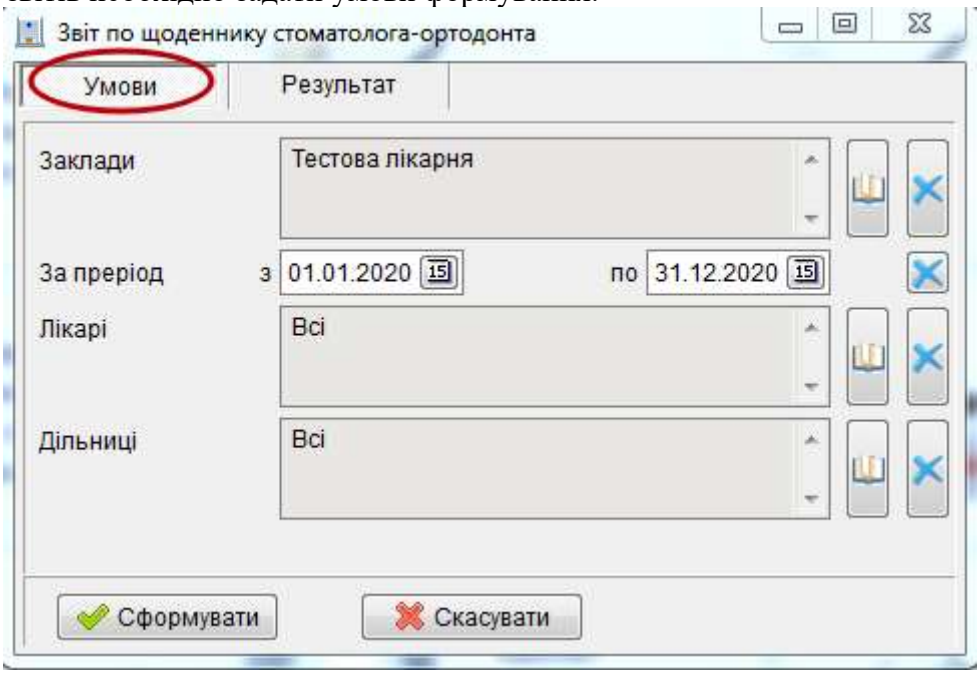
Код	Ім'я	2	3	4	5	5.1	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
9	Лаштузд М. О.	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Без виду прийому	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
13	Лікархірургія П. Д.	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Без виду прийому	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
19	Стом Т. С.	600	325	100	200	75	50	50	7500	50	10	5	0	20	270	325	25	0	25	25	27
	Без виду прийому	600	325	100	200	75	50	50	7500	50	10	5	0	20	270	325	25	0	25	25	27
	Всього:	600	328	103	200	75	50	50	7500	50	10	5	0	20	270	325	25	0	25	25	27
	Без виду прийому	600	328	103	200	75	50	50	7500	50	10	5	0	20	270	325	25	0	25	25	27

- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.

12.12 Звіт по щоденнику стоматолога-ортодонта

Дозволяє на основі внесених в базу даних по щоденнику стоматолога-ортодонта (форма 039-3/о) сформувати звіти.

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

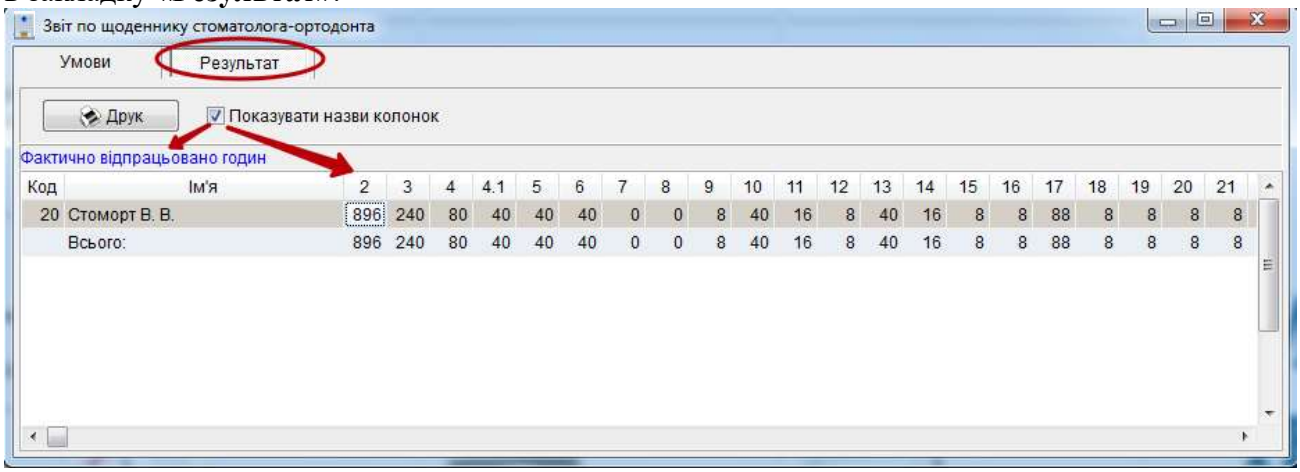
У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полях **«Лікарі»** та **«Дільниці»** відображаються та дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.

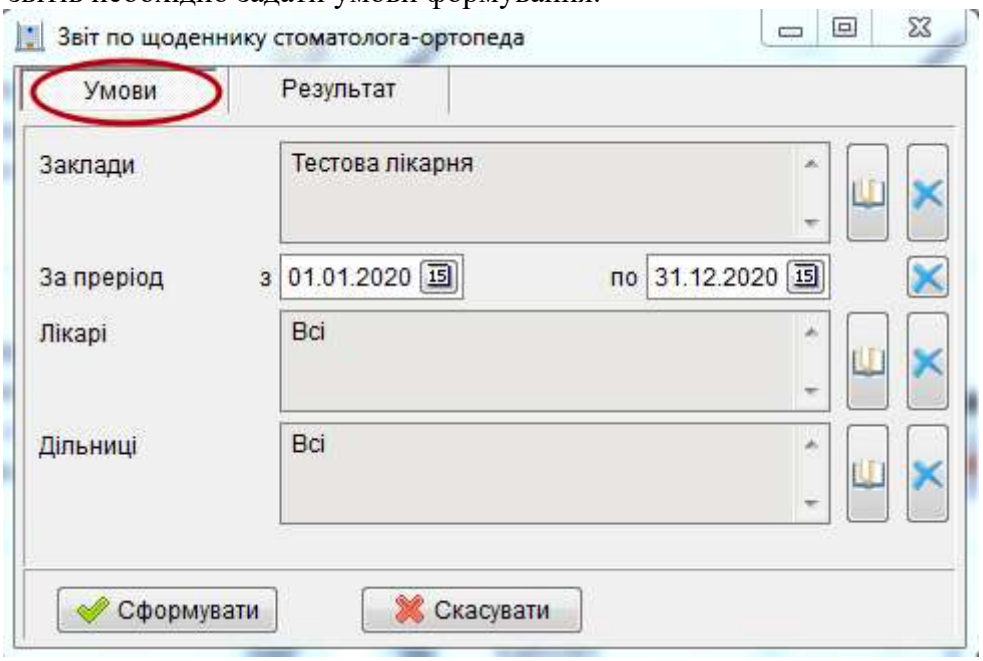


- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.

12.13 Звіт по щоденнику стоматолога-ортопеда

Дозволяє на основі внесених в базу даних по щоденнику стоматолога-ортопеда (форма 039-4/о) сформувати звіти.

Для звітів необхідно задати умови формування.

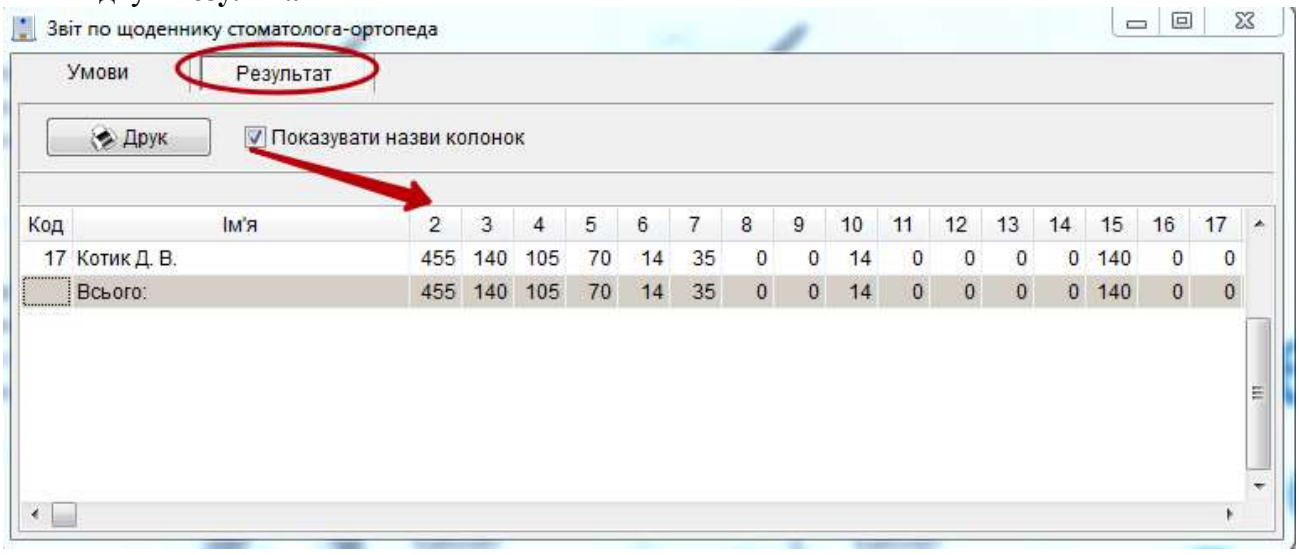


У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.
У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.
У полях **«Лікарі»** та **«Дільниці»** відображаються та дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



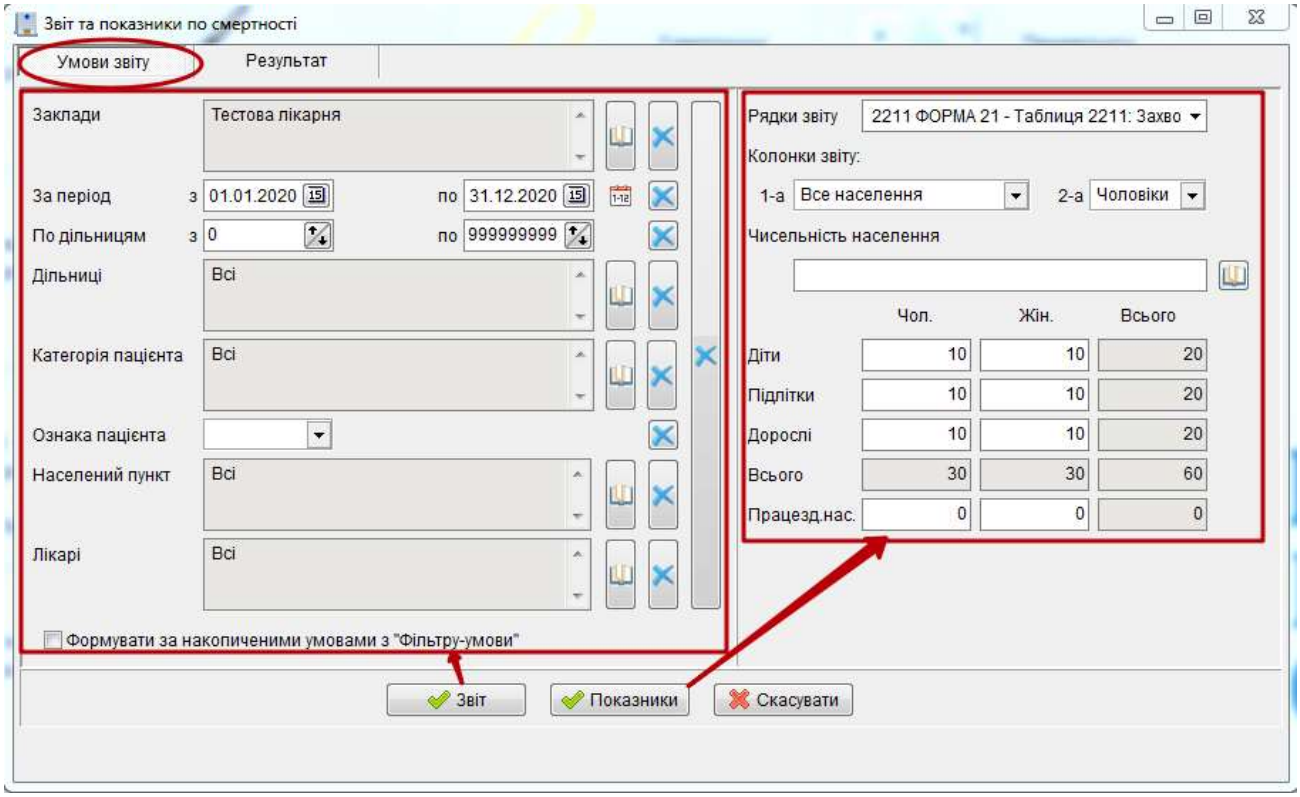
Код	Ім'я	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
17	Котик Д. В.	455	140	105	70	14	35	0	0	14	0	0	0	0	140	0	0
	Всього:	455	140	105	70	14	35	0	0	14	0	0	0	0	140	0	0

- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.

12.14 Звіт та показники по смертності

Дозволяє на основі створених статистичних талонів в базі сформувати звіт по смертності та відповідно чисельності населення розрахувати показники.

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полях **«Дільниці», «Категорія пацієнта», «Населений пункт»** та **«Лікарі»** відображаються та дані, які будуть включені у звіт. Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

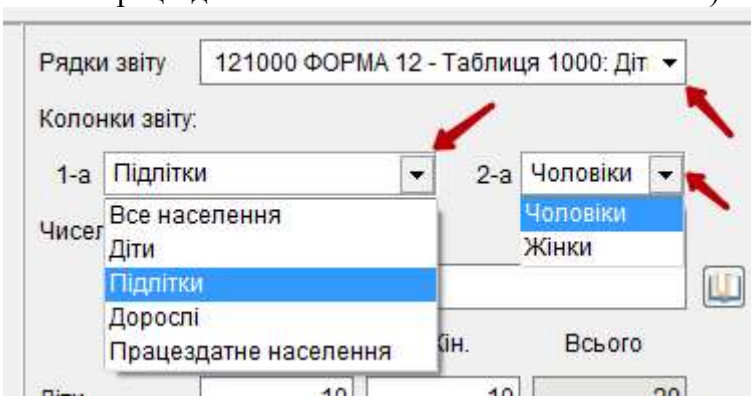
Поле **«Ознака пацієнта»** дозволяє формувати звіт враховуючі відповідну ознаку, яка встановлена у пацієнта, тобто «місто» або «село».

Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Статистичні талони».

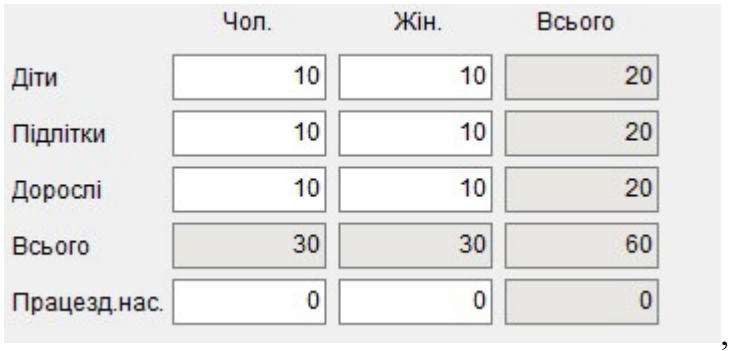
Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Для розрахунку показників по смертності необхідно:

- Рядки звіту з бази даних, колонки звіту (все населення, діти, підлітки, дорослі, працездатне населення та чоловіки чи жінки)

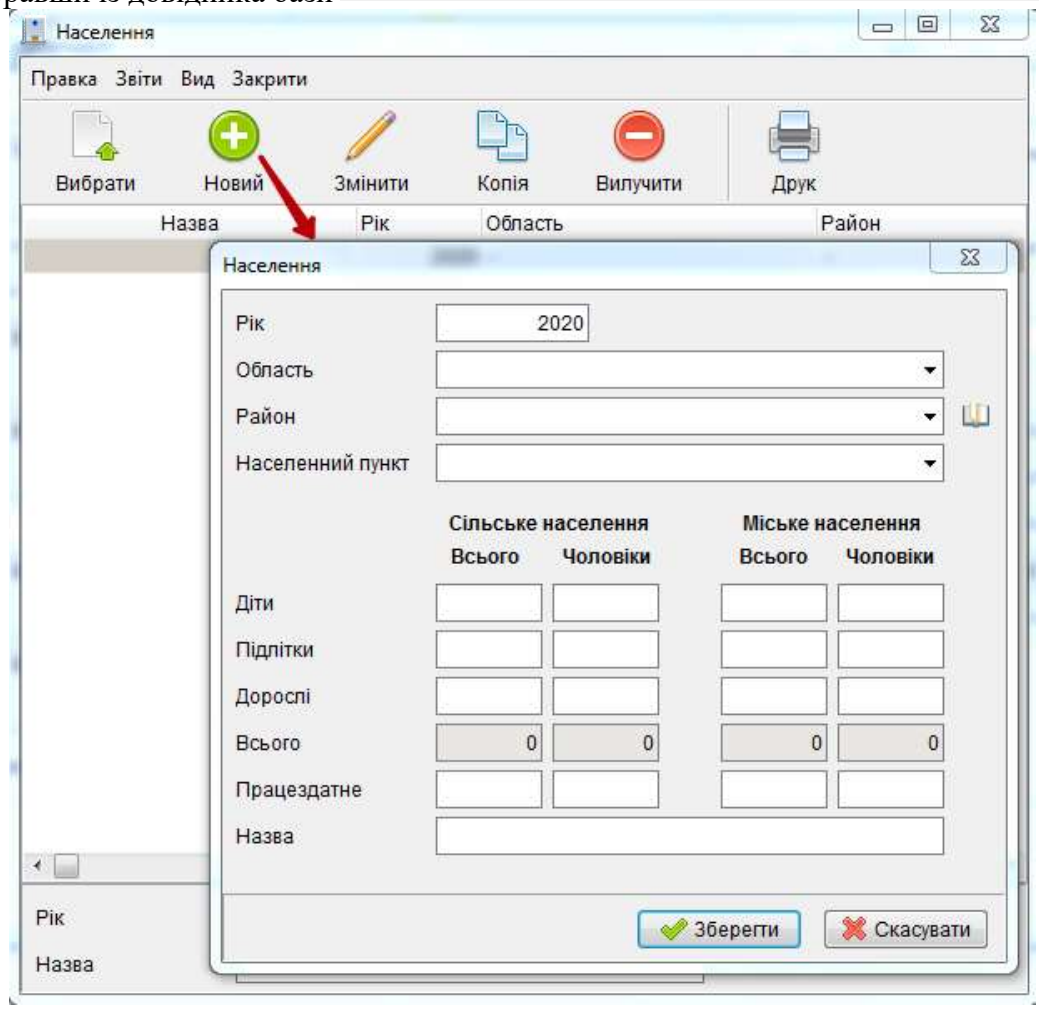


- Вказати чисельність населення в полях

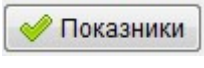


,

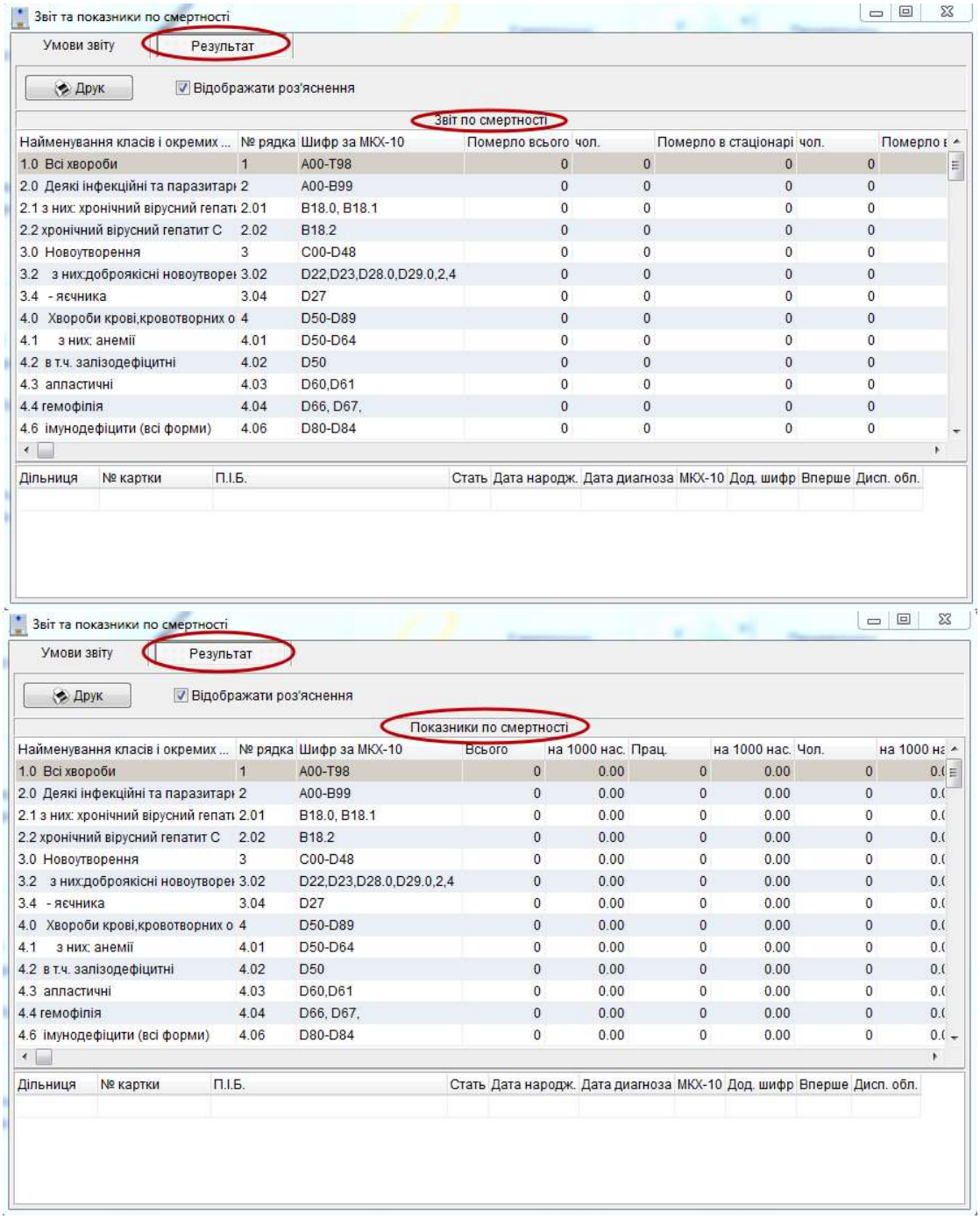
або , вибравши із довідника бази



Для формування **звіту** необхідно натиснути

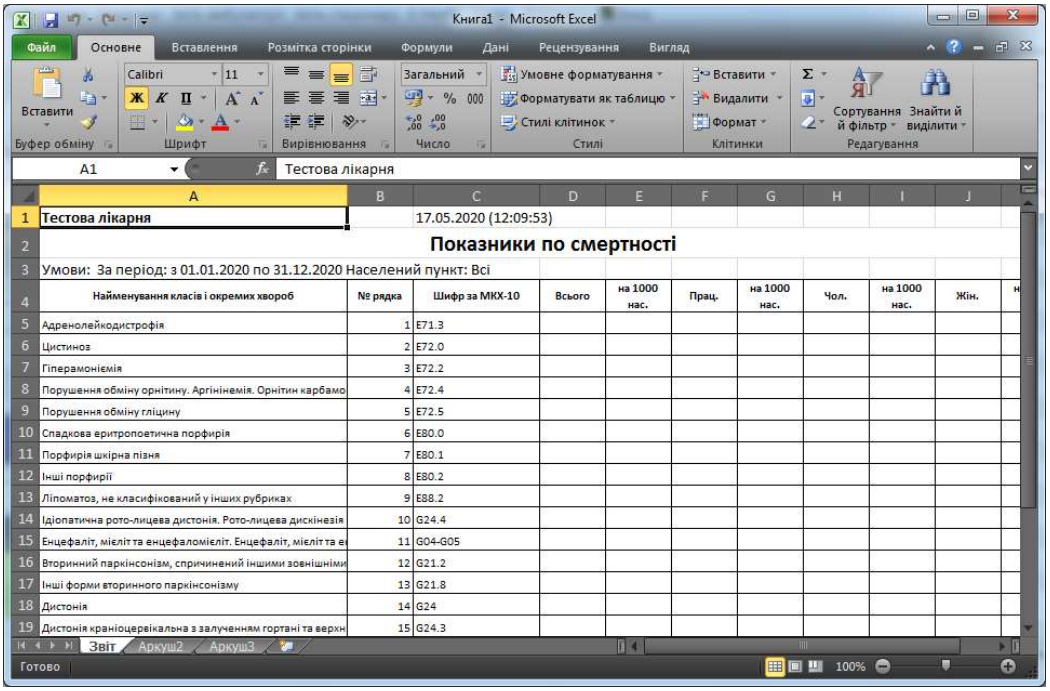
, а для розрахунку показників - 

, після чого результат буде сформовано у відповідну закладку.



Обравши будь-яку комірку зі значенням, можна відобразити в нижній частині вікна дані пацієнтів, які присутні в базі. Для цього необхідно відмітити **«Відображати роз'яснення».**

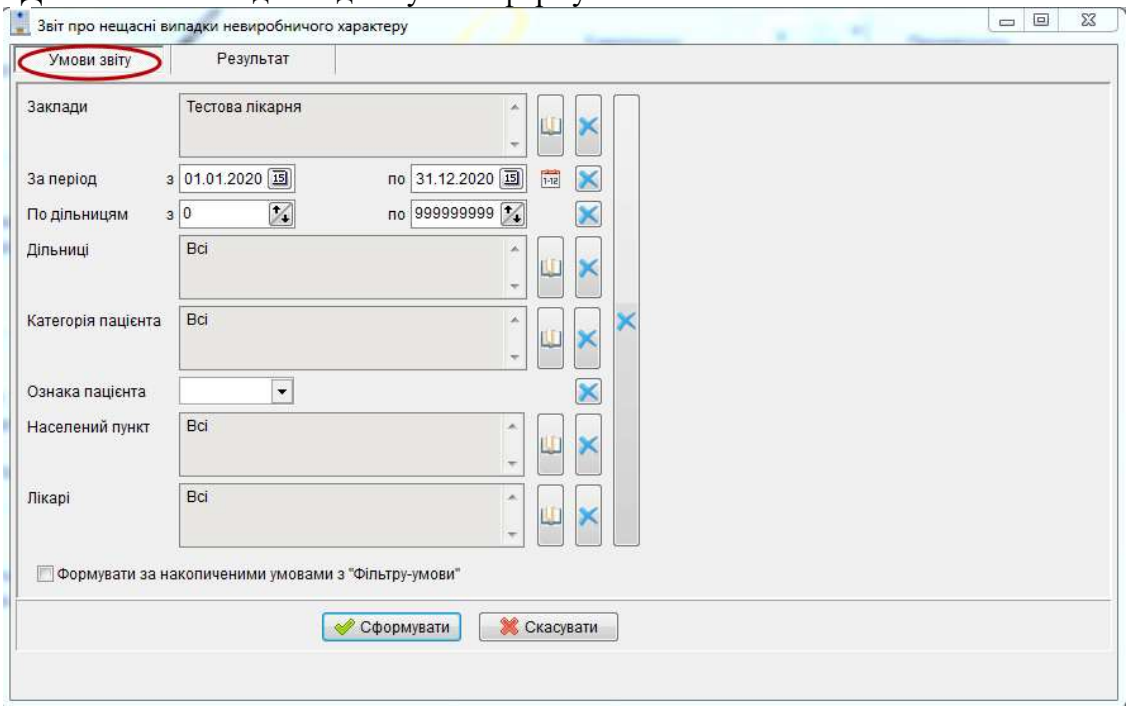
- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



12.15 Звіт про нещасні випадки невиробничого характеру

Дозволяє на основі даних в базі сформувати звіт нещасні випадки невиробничого характеру.

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полях **«Дільниці», «Категорія пацієнта», «Населений пункт»** та **«Лікарі»** відображаються та дані, які будуть включені у звіт. Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

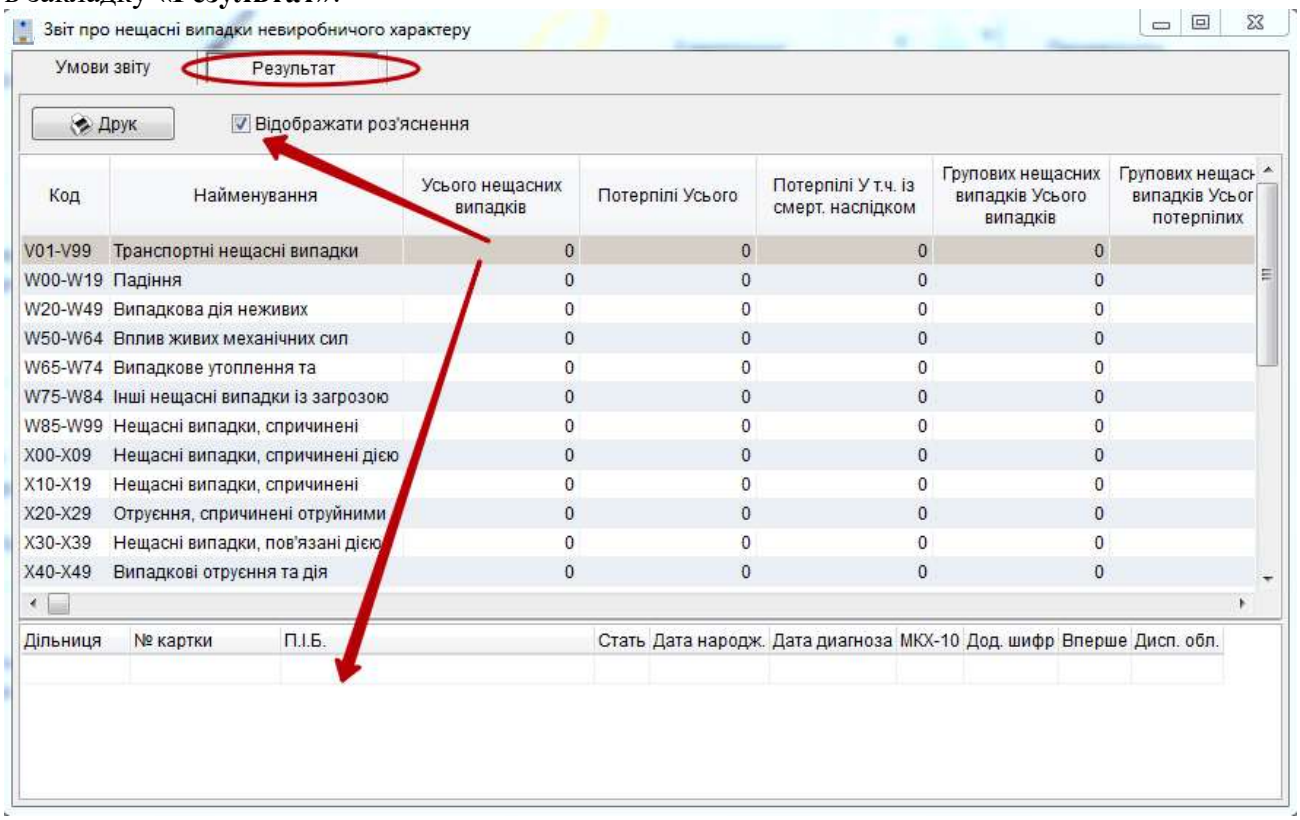
Поле **«Ознака пацієнта»** дозволяє формувати звіт враховуючі відповідну ознаку, яка встановлена у пацієнта, тобто «місто» або «село».

Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Статистичні талони».

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Для розрахунку показників по смертності необхідно:

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



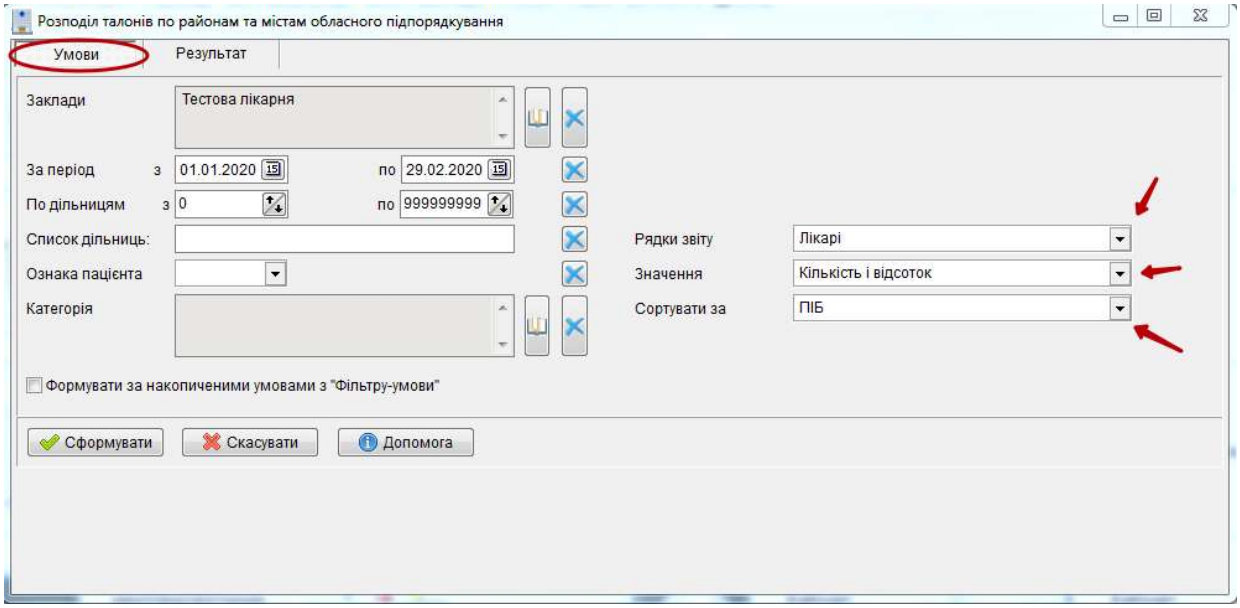
Обравши будь-яку комірку зі значенням, можна відобразити в нижній частині вікна дані пацієнтів, які присутні в базі. Для цього необхідно відмітити **«Відображати роз'яснення».**

- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.

12.16 Розподіл талонів по районах та містам обласного підпорядкування

Дозволяє на основі створених статистичних талонів в базі даних сформувати звіт щодо розподілу їх по районах та містам обласного підпорядкування.

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полі **«По дільницям з … по …»** вказується діапазон номерів дільниць, для яких формується звіт.

«Список дільниць:» - можливість формування звіту для конкретних номерів дільниць

Поле **«Ознака пацієнта»** дозволяє формувати звіт враховуючі відповідну ознаку, яка встановлена у пацієнта, тобто «місто» або «село».

У полі **«Категорія пацієнта»** відображаються та дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Статистичні талони».

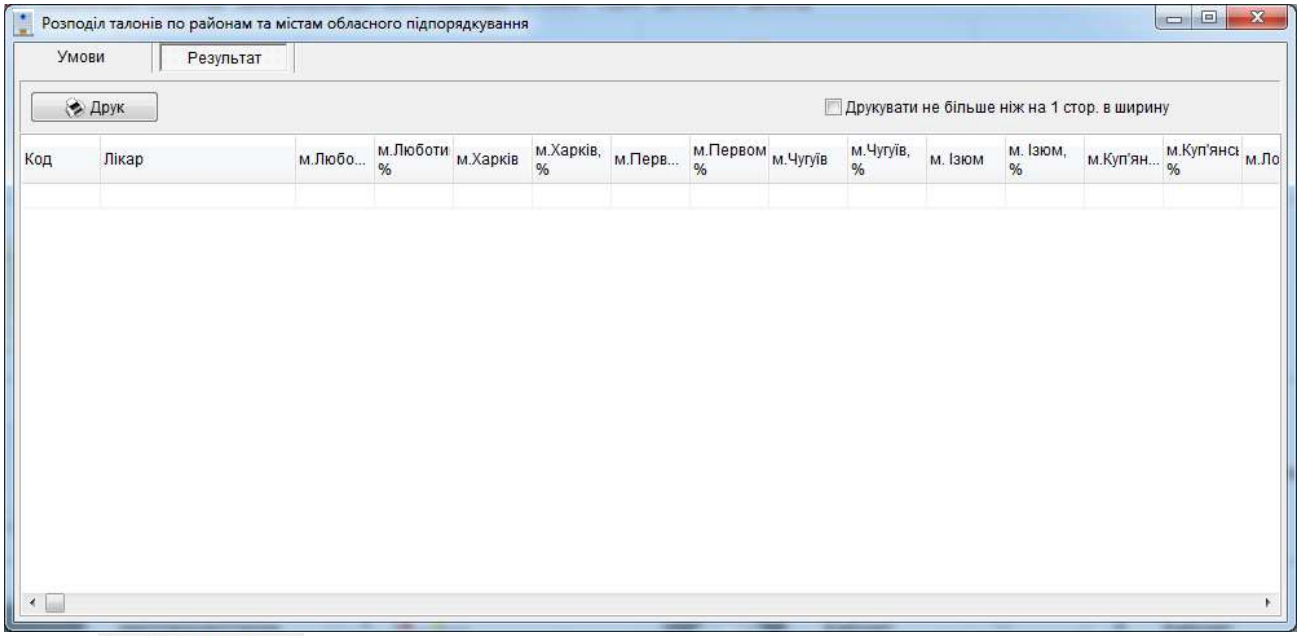
В налаштуваннях умов формування звіту є можливість вказати рядки звіту, значення та сортування:

Рядки звіту: в залежності від умови, лікарі або спеціальності.

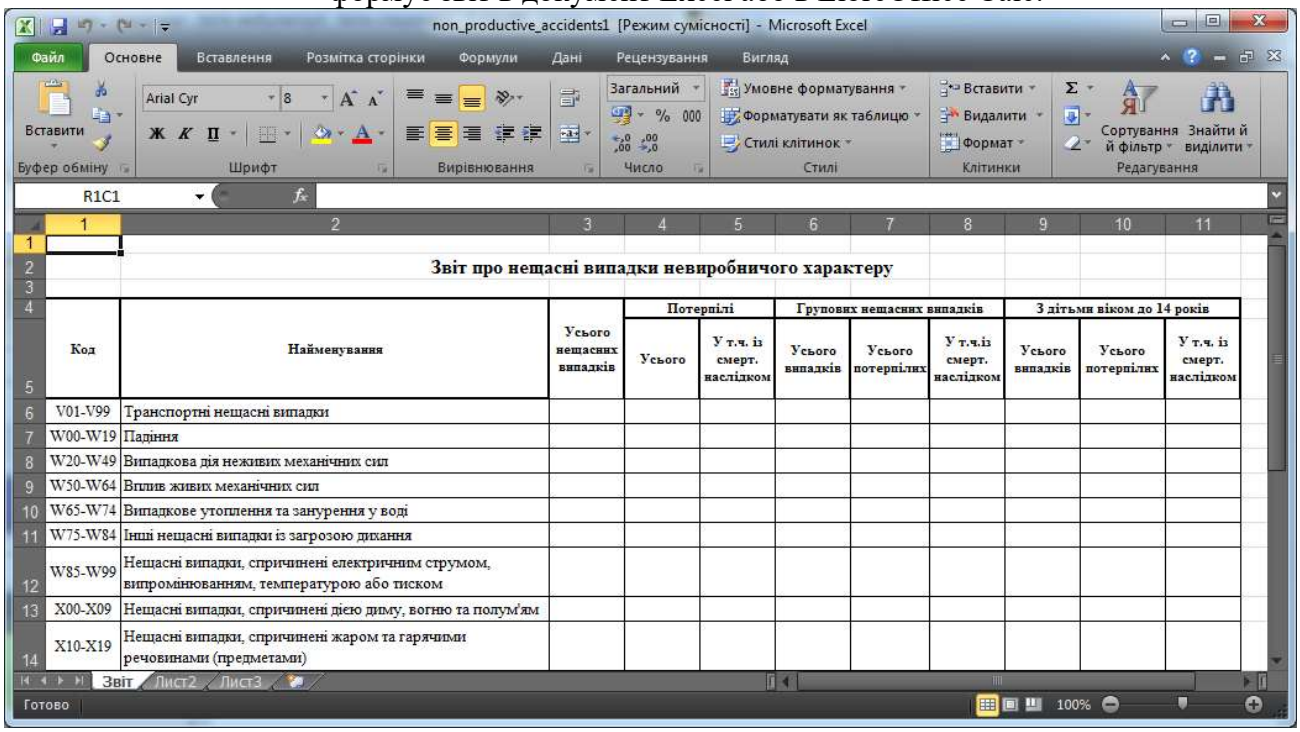
Значення: в залежності від умов, відображаються абсолютні значення, відсотки або обидва варіанти разом.

Сортувати за: ПІБ, код, спеціальність.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



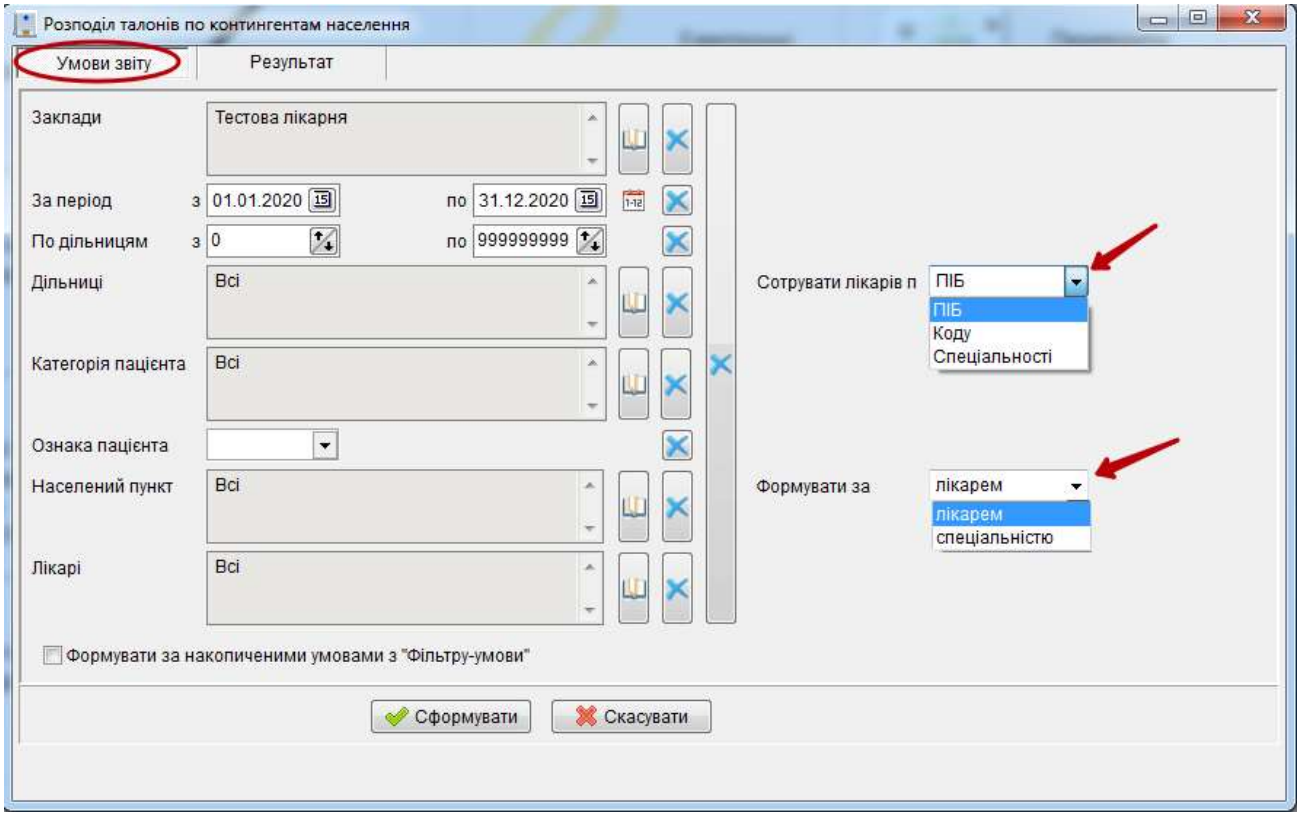
- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



12.17 Розподіл талонів по контингентам населення

Дозволяє на основі створених статистичних талонів в базі даних сформувати звіт щодо розподілу їх по контингентам населення.

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полі **«По дільницям з … по …»** вказується діапазон номерів дільниць, для яких формується звіт.

Поле **«Ознака пацієнта»** дозволяє формувати звіт враховуючі відповідну ознаку, яка встановлена у пацієнта, тобто «місто» або «село».

У полях **«Дільниці», «Категорія пацієнта», «Населений пункт»** та **«Лікарі»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

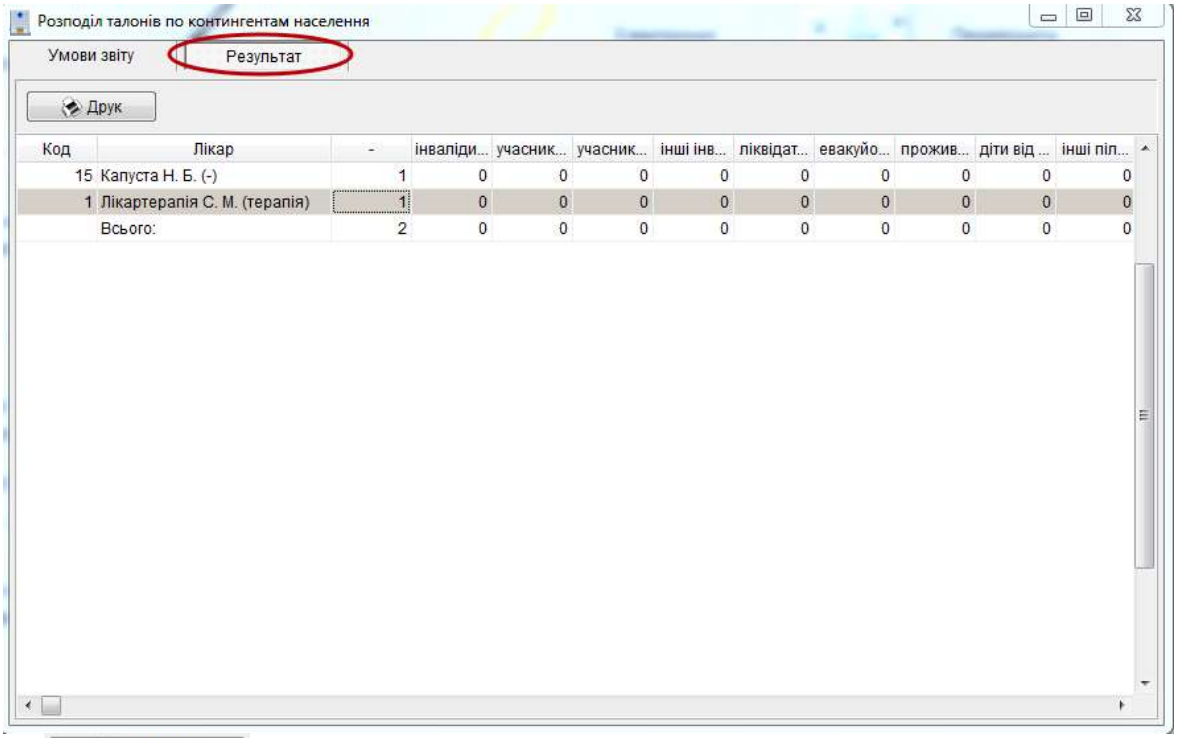
Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

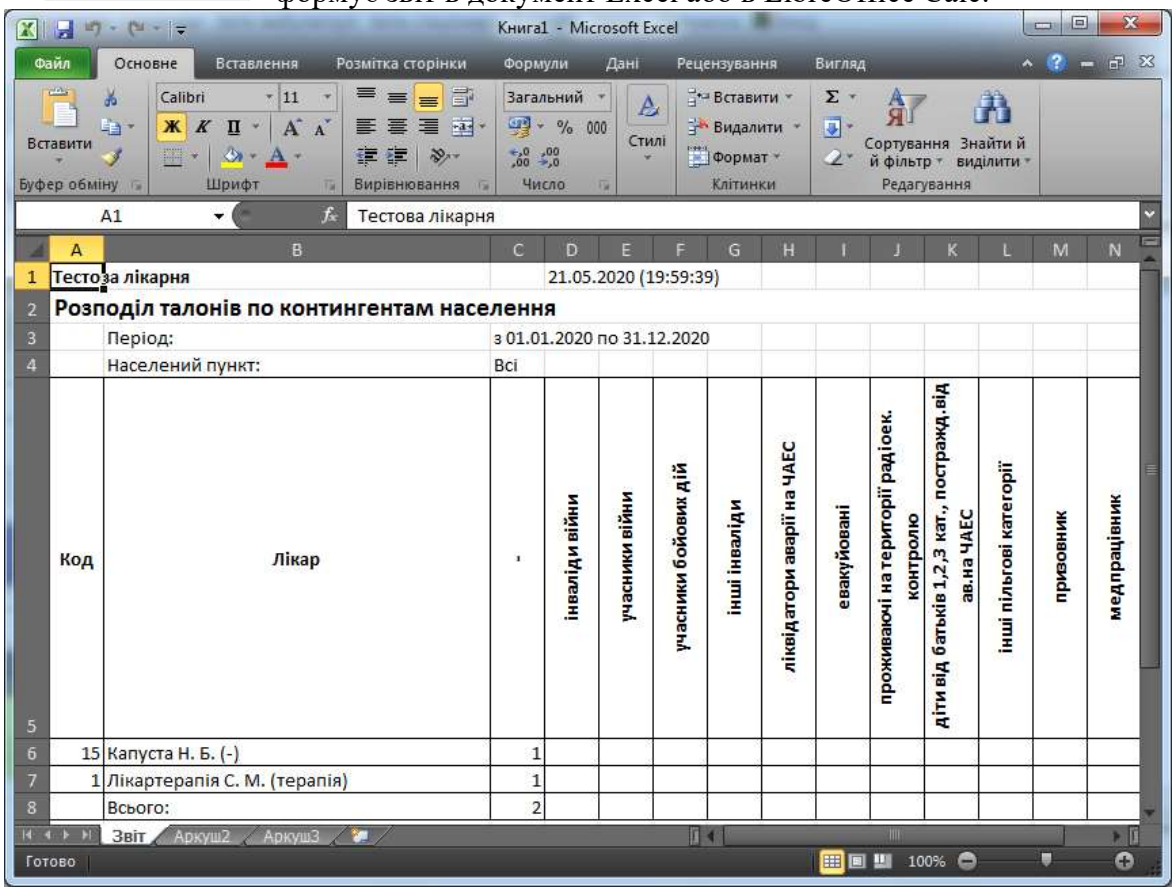
Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Статистичні талони».

В налаштуваннях умов формування звіту є можливість **«Формувати за»** лікарем або спеціальністю, та відповідно **«Сортувати по»** ПІБ, коду або спеціальності.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



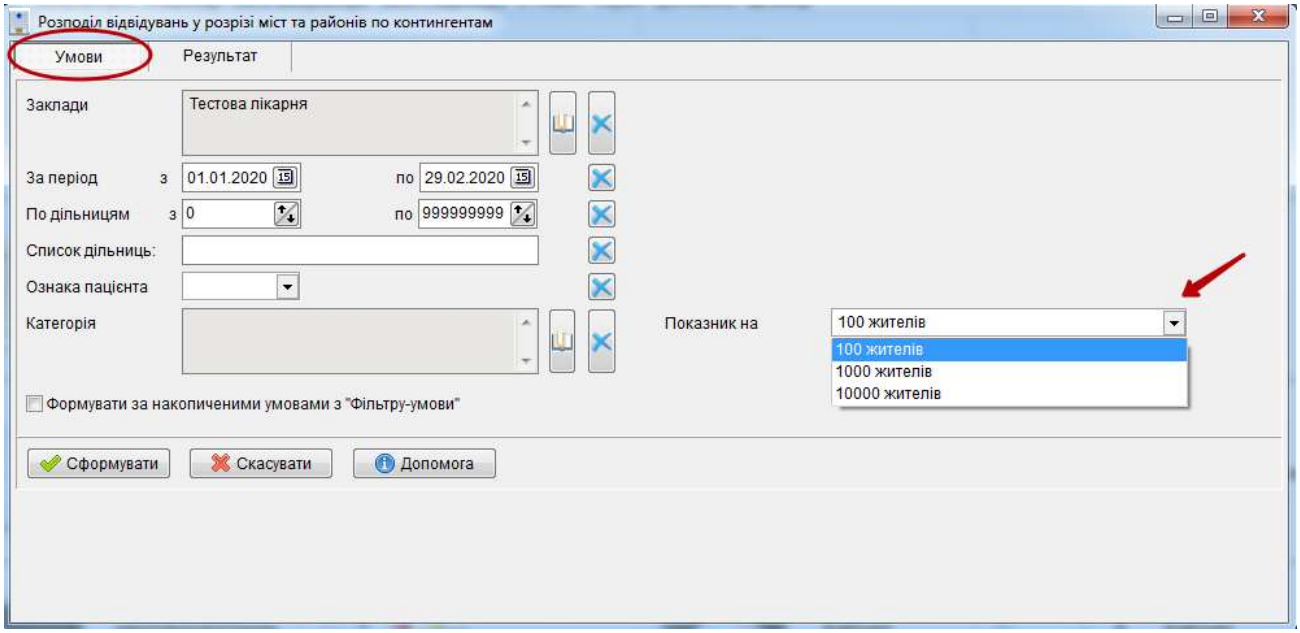
- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



12.18 Розподіл відвідувань у розрізі міст та районів по контингентам

Дозволяє на основі створених статистичних талонів в базі даних сформувати звіт щодо розподілу відвідувань у розрізі міст та районів по контингентам.

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полі **«По дільницям з … по …»** вказується діапазон номерів дільниць, для яких формується звіт.

«Список дільниць:» - можливість формування звіту для конкретних номерів дільниць

Поле **«Ознака пацієнта»** дозволяє формувати звіт враховуючі відповідну ознаку, яка встановлена у пацієнта, тобто «місто» або «село».

У полі **«Категорія пацієнта»** відображаються та дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Статистичні талони».

Рядки звіту: перелік міст обласного підпорядкування (МОП) та районів (лише тих, в яких проживають особи, що задовольняють умовам звіту).

Графи:

«Райони / міста» - назва району або МОП;

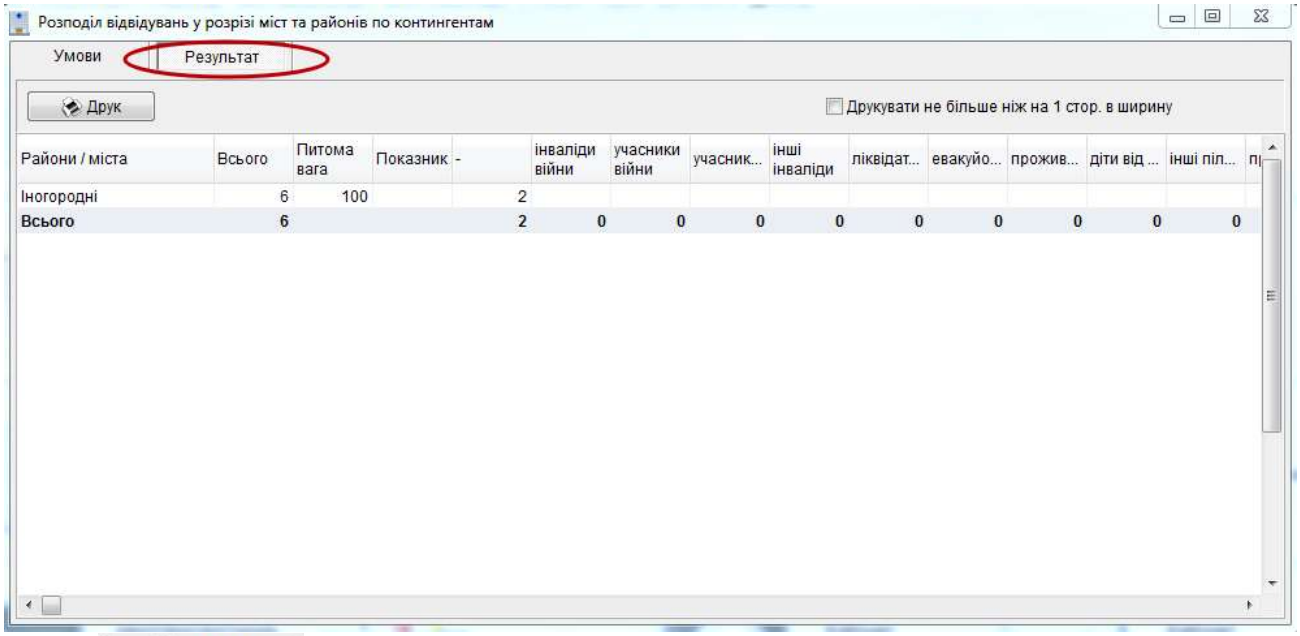
«Кількість відвідувань» - сумарна кількість відвідувань по району або МОП;

«Питома вага, %» - відсоток сумарної кількості відвідувань по району або МОП від загальної кількості відвідувань по закладу;

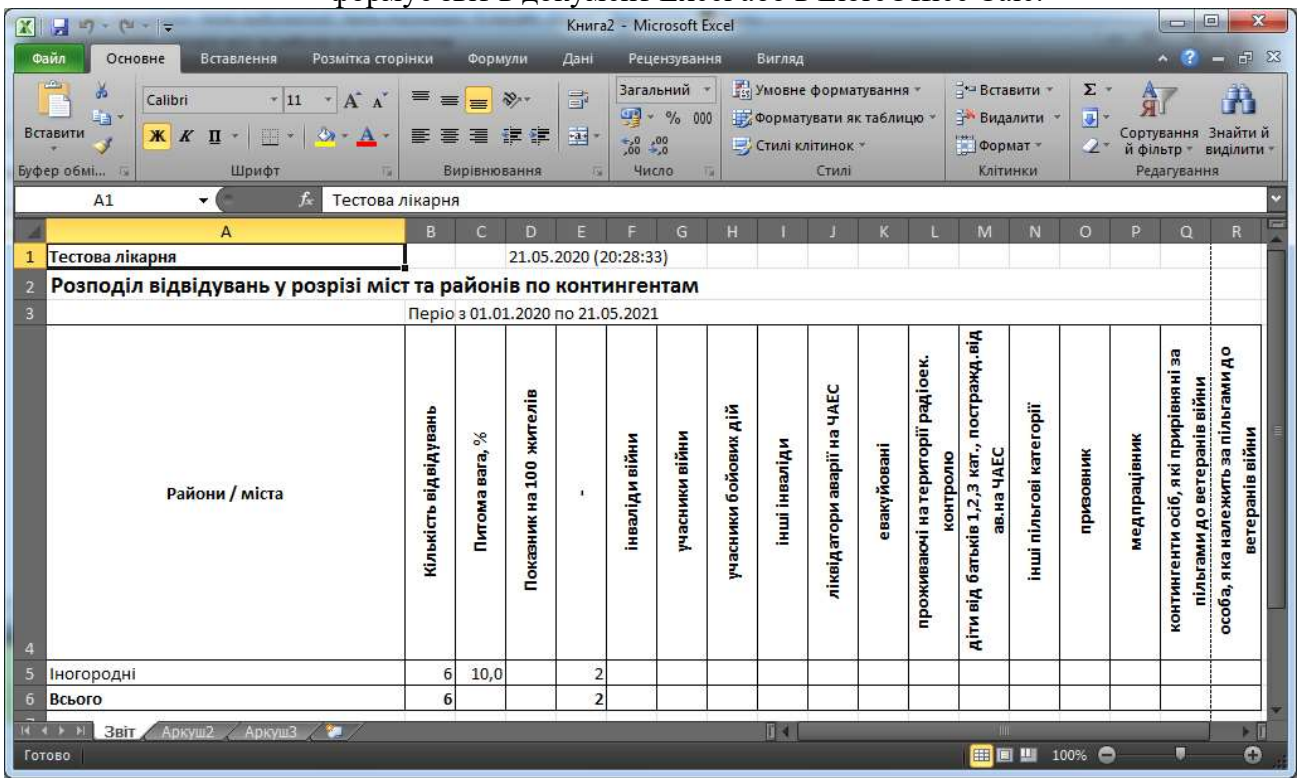
«Показник на Х жителів» - показник, що розраховується на задану в умовах звіту кількість жителів. Довідник «Населення» для даного району або МОП повинен містити дані за рік кінця періоду звіту;

Наступні графи - назви контингентів із довідника «Контингенти».

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



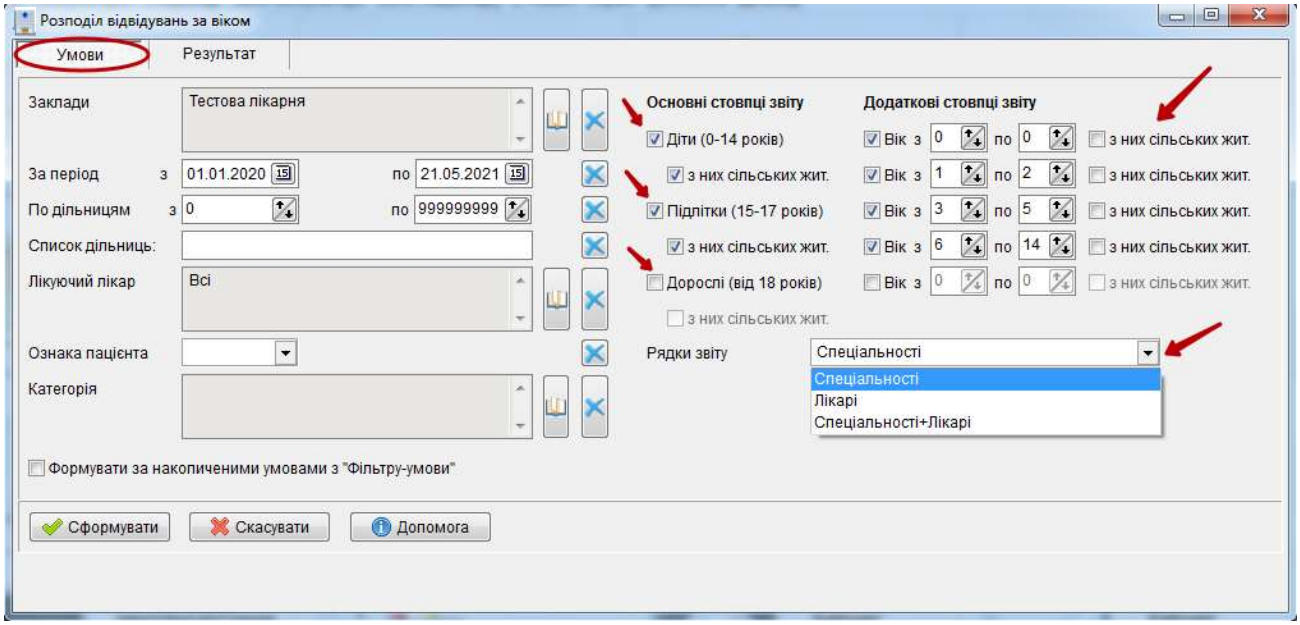
- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



12.19 Розподіл відвідувань за віком

Дозволяє на основі створених статистичних талонів в базі даних сформувати звіт щодо розподілу відвідувань за віком.

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полі **«По дільницям з … по …»** вказується діапазон номерів дільниць, для яких формується звіт.

«Список дільниць:» - можливість формування звіту для конкретних номерів дільниць

Поле **«Ознака пацієнта»** дозволяє формувати звіт враховуючі відповідну ознаку, яка встановлена у пацієнта, тобто «місто» або «село».

У полях **«Категорія»** та **«Лікуючий лікар»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Статистичні талони».

Рядки звіту: спеціальності лікарів у поліклініці.

Графи звіту:

«№ п/п»;

«Спеціальність» - назва спеціальності;

«К-ть відвідувань всього» - загальна кількість відвідувань по спеціальності;

«з них с./ж.» - к-ть сільських жителів з попередньої графи;

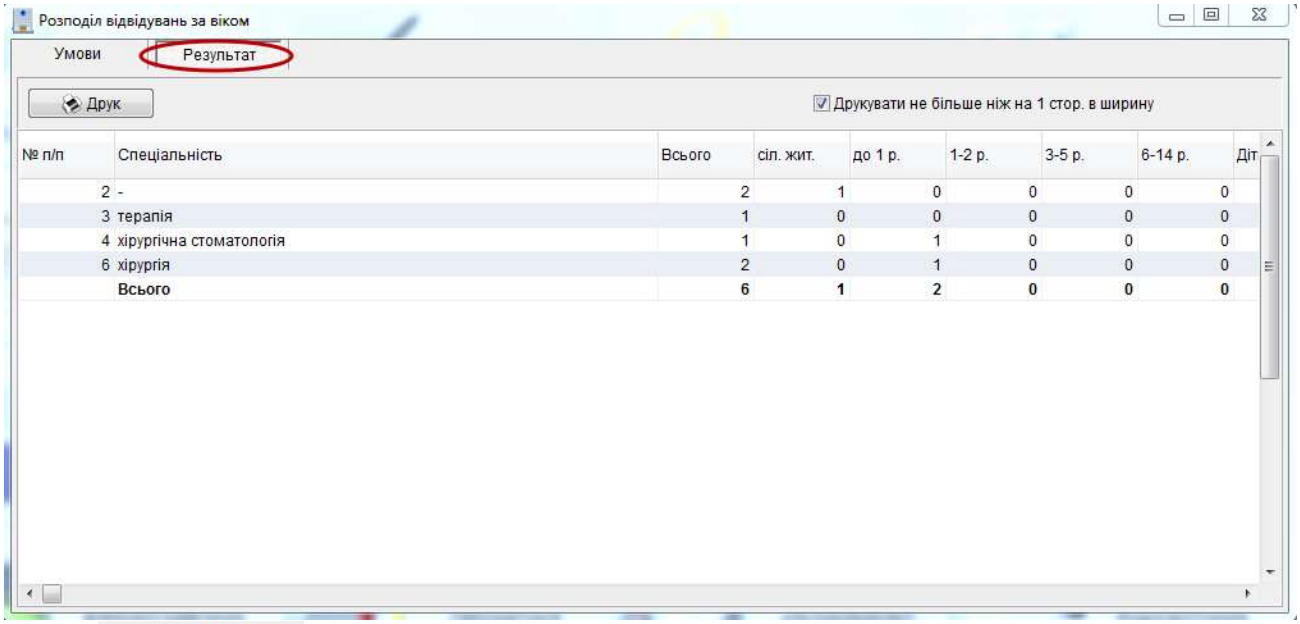
Наступні графи задаються користувачем в умовах звіту.

В секції «Основні стовпці звіту» задається відображення граф «Діти», «Підлітки», «Дорослі» та «з них с./ж.» для кожної з них.

В секції «Додаткові стовпці звіту» можна задати 5 вікових груп, та графи «з них с./ж.» для кожної з них.

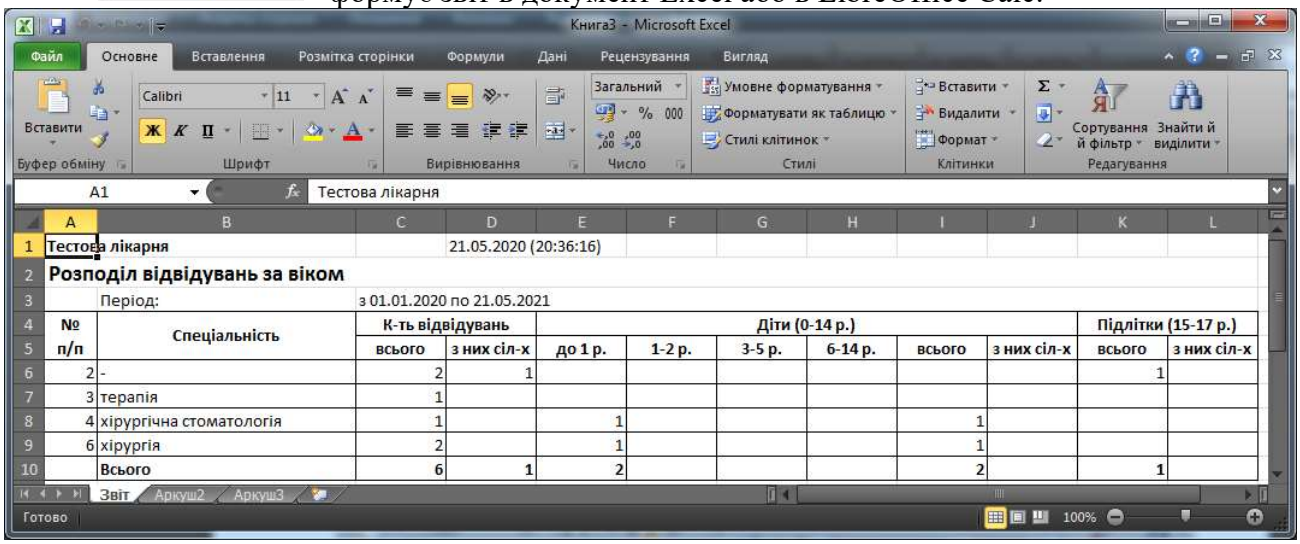
Якщо якась з вікових груп повністю входить до «Діти», «Підлітки» або «Дорослі», то в звіті вона буде розміщена, як відповідна підграфа.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



№ п/п	Спеціальність	Всього	сіл. жит.	до 1 р.	1-2 р.	3-5 р.	6-14 р.	Діт
2	-	2	1	0	0	0	0	
3	терапія	1	0	0	0	0	0	
4	хірургічна стоматологія	1	0	1	0	0	0	
6	хірургія	2	0	1	0	0	0	
	Всього	**6**	**1**	**2**	**0**	**0**	**0**	

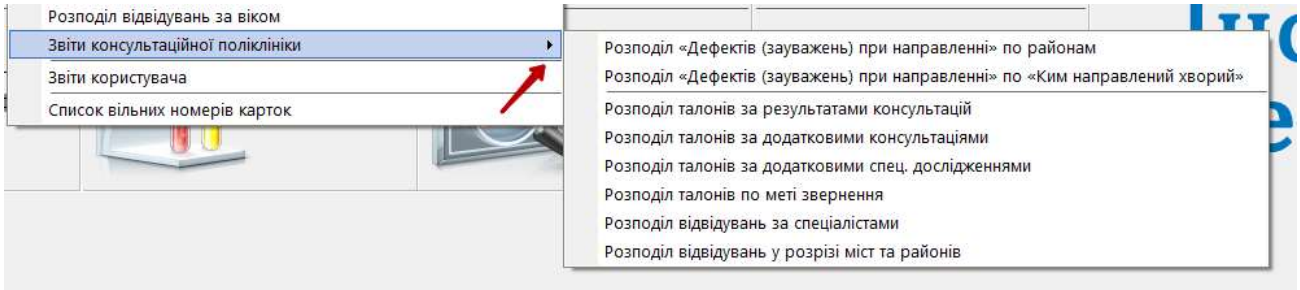
- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	Тестова лікарня			21.05.2020 (20:36:16)								
2	**Розподіл відвідувань за віком**											
3		Період:	з 01.01.2020 по 21.05.2021									
4	№	Спеціальність	К-ть відвідувань		Діти (0-14 р.)						Підлітки (15-17 р.)	
5	п/п		всього	з них сіл-х	до 1 р.	1-2 р.	3-5 р.	6-14 р.	всього	з них сіл-х	всього	з них сіл-х
6	2	-	2	1							1	
7	3	терапія	1									
8	4	хірургічна стоматологія	1		1				1			
9	6	хірургія	2		1				1			
10		**Всього**	**6**	**1**	**2**				**2**		**1**	

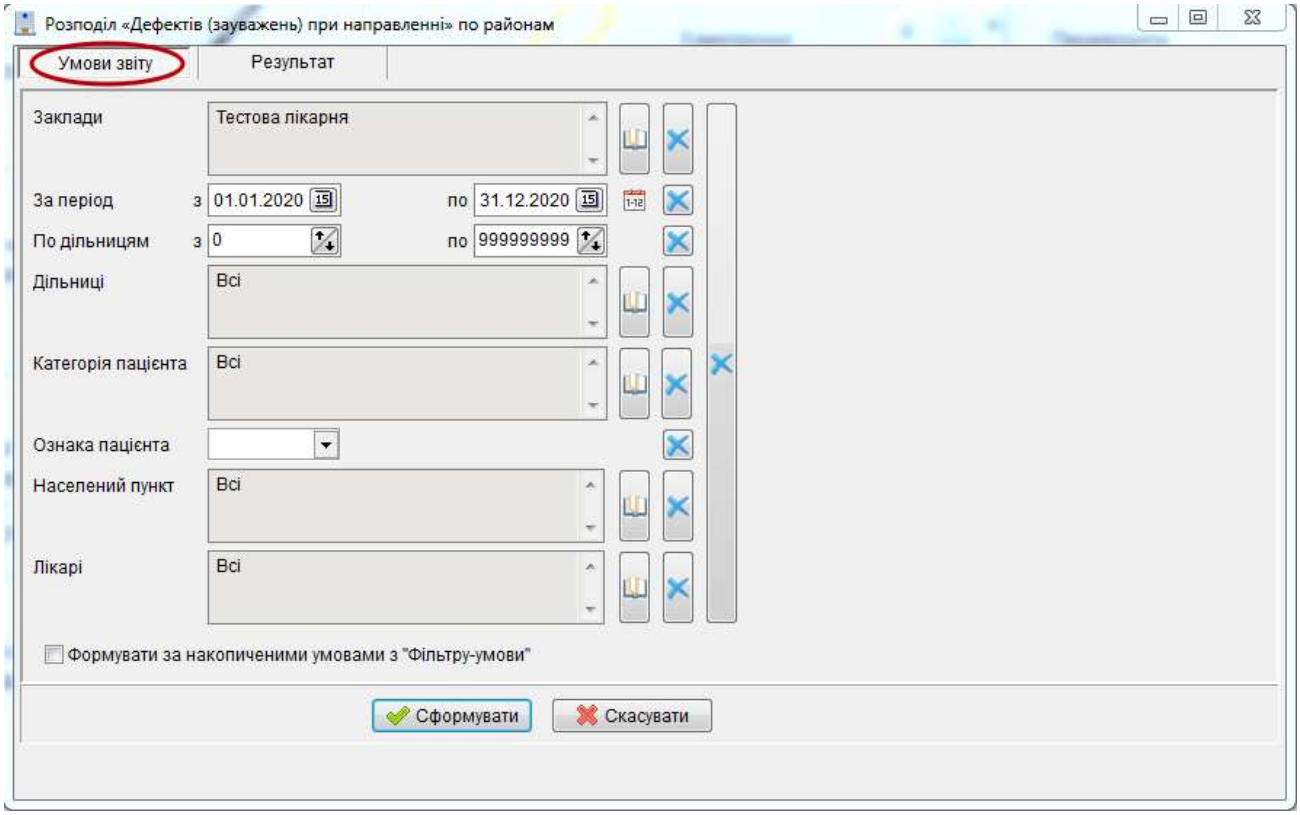
12.20 Звіт консультативної поліклініки

Дозволяє на основі створених статистичних талонів (**при умові вибору талону 025-5/о в налаштуваннях програми**) в базі даних сформувати ряд звітів.



Задані умови формування для різних звітів відрізняються.

Розподіл «Дефектів (зауважень) при направленні» по районам та ***Розподіл «Дефектів (зауважень) при направленні» по «Ким направлений»***



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полі **«По дільницям з … по …»** вказується діапазон номерів дільниць, для яких формується звіт.

Поле **«Ознака пацієнта»** дозволяє формувати звіт враховуючі відповідну ознаку, яка встановлена у пацієнта, тобто «місто» або «село».

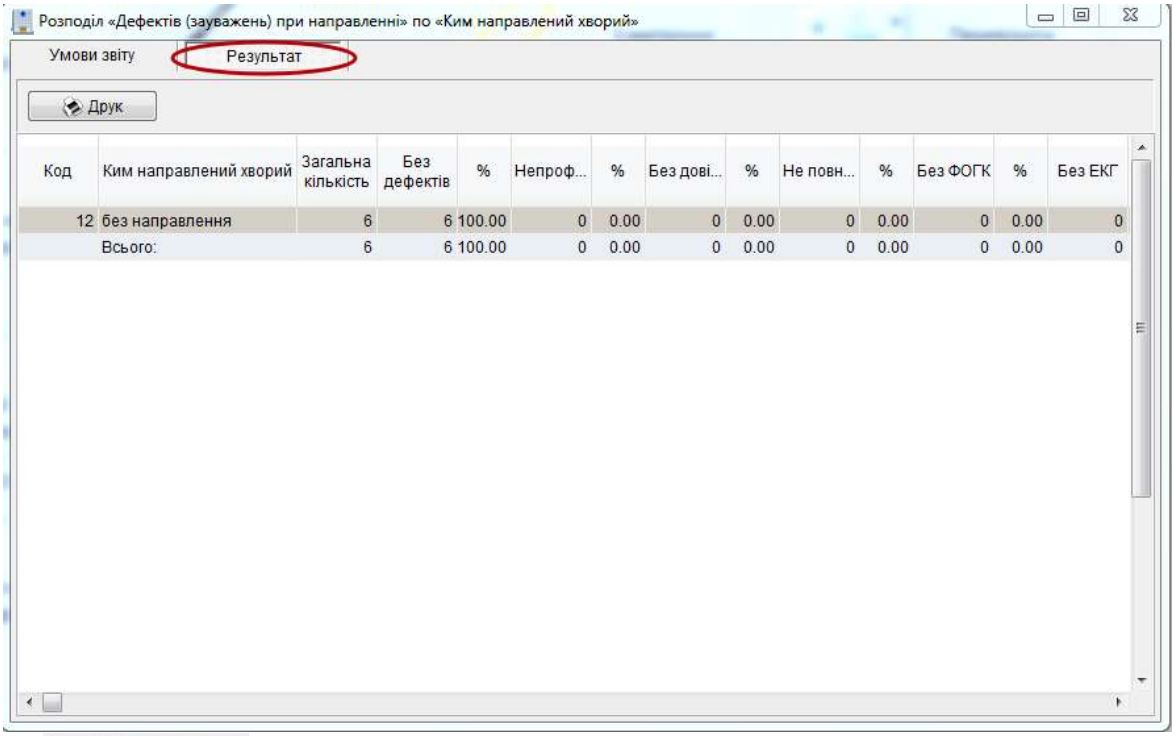
У полях **«Дільниці», «Категорія пацієнта», «Населений пункт»** та **«Лікарі»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

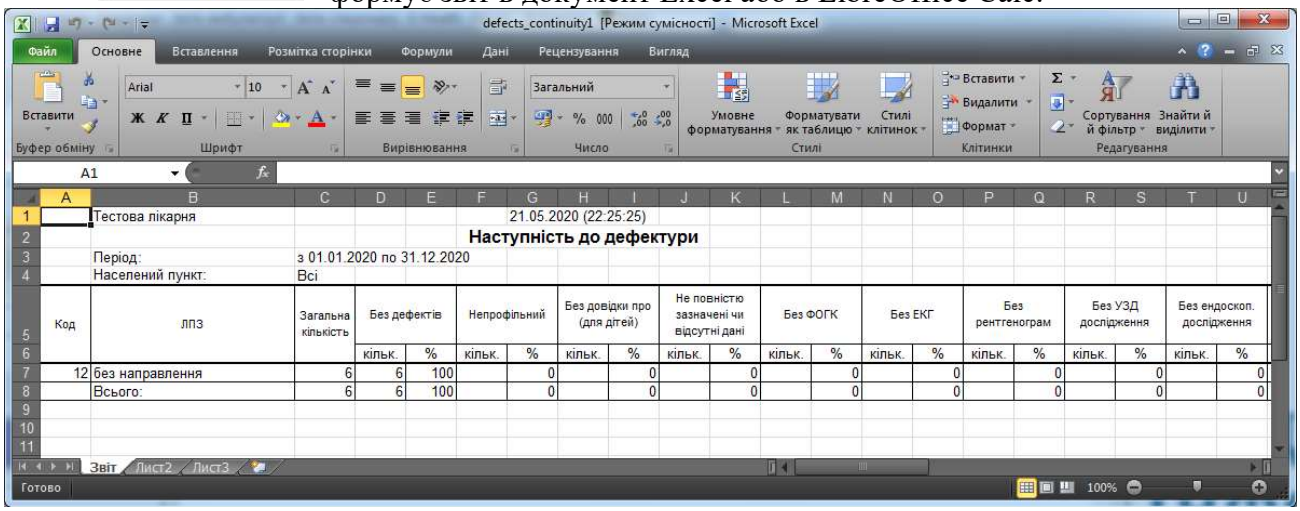
Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Статистичні талони».

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



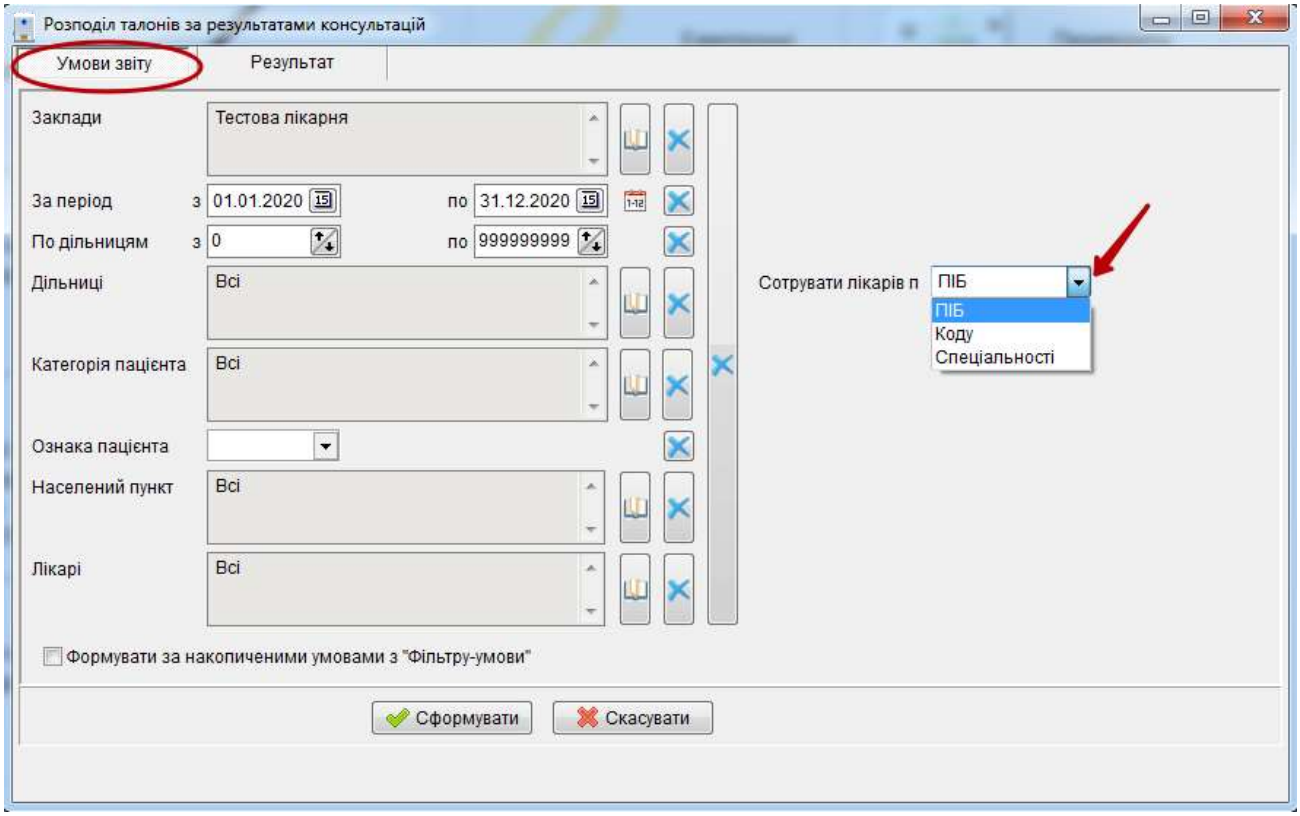
Код	Ким направлений хворий	Загальна кількість	Без дефектів	%	Непроф...	%	Без дові...	%	Не повн...	%	Без ФОГК	%	Без ЕКГ
12	без направлення	6	6	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0
	Всього:	6	6	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0

- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



Код	ЛПЗ	Загальна кількість	Без дефектів		Непрофільний		Без довідки про (для дітей)		Не повністю зазначені чи відсутні дані		Без ФОГК		Без ЕКГ		Без рентгенограм		Без УЗД дослідження		Без ендоскоп. дослідження	
			кільк.	%	кільк.	%	кільк.	%	кільк.	%	кільк.	%	кільк.	%	кільк.	%	кільк.	%	кільк.	%
12	без направлення	6	6	100		0		0		0		0		0		0		0		0
	Всього:	6	6	100		0		0		0		0		0		0		0		0

Розподіл талонів за результатами консультацій / за додатковими консультаціями / за додатковими спец. дослідженнями / по меті звернення



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полі **«По дільницям з … по …»** вказується діапазон номерів дільниць, для яких формується звіт.

Поле **«Ознака пацієнта»** дозволяє формувати звіт враховуючі відповідну ознаку, яка встановлена у пацієнта, тобто «місто» або «село».

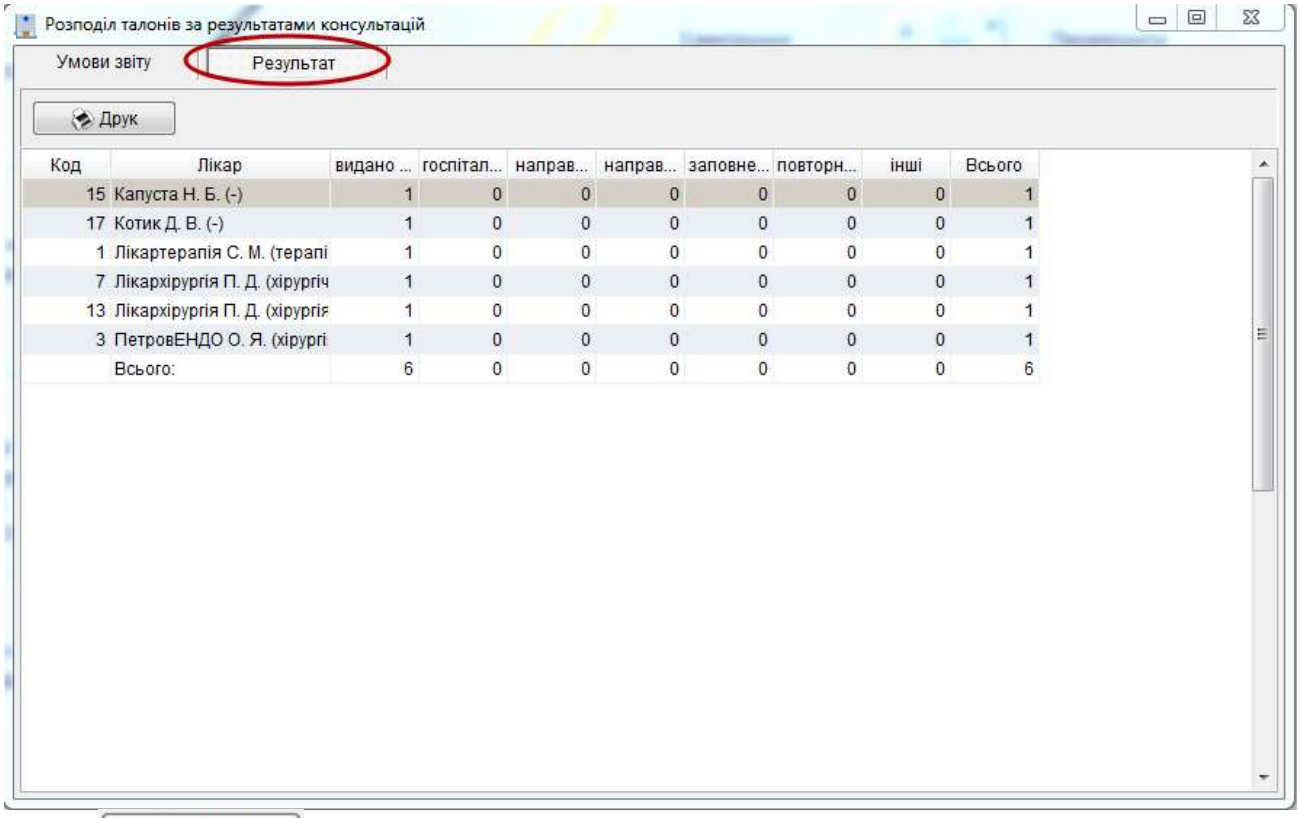
У полях **«Дільниці», «Категорія пацієнта», «Населений пункт»** та **«Лікарі»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

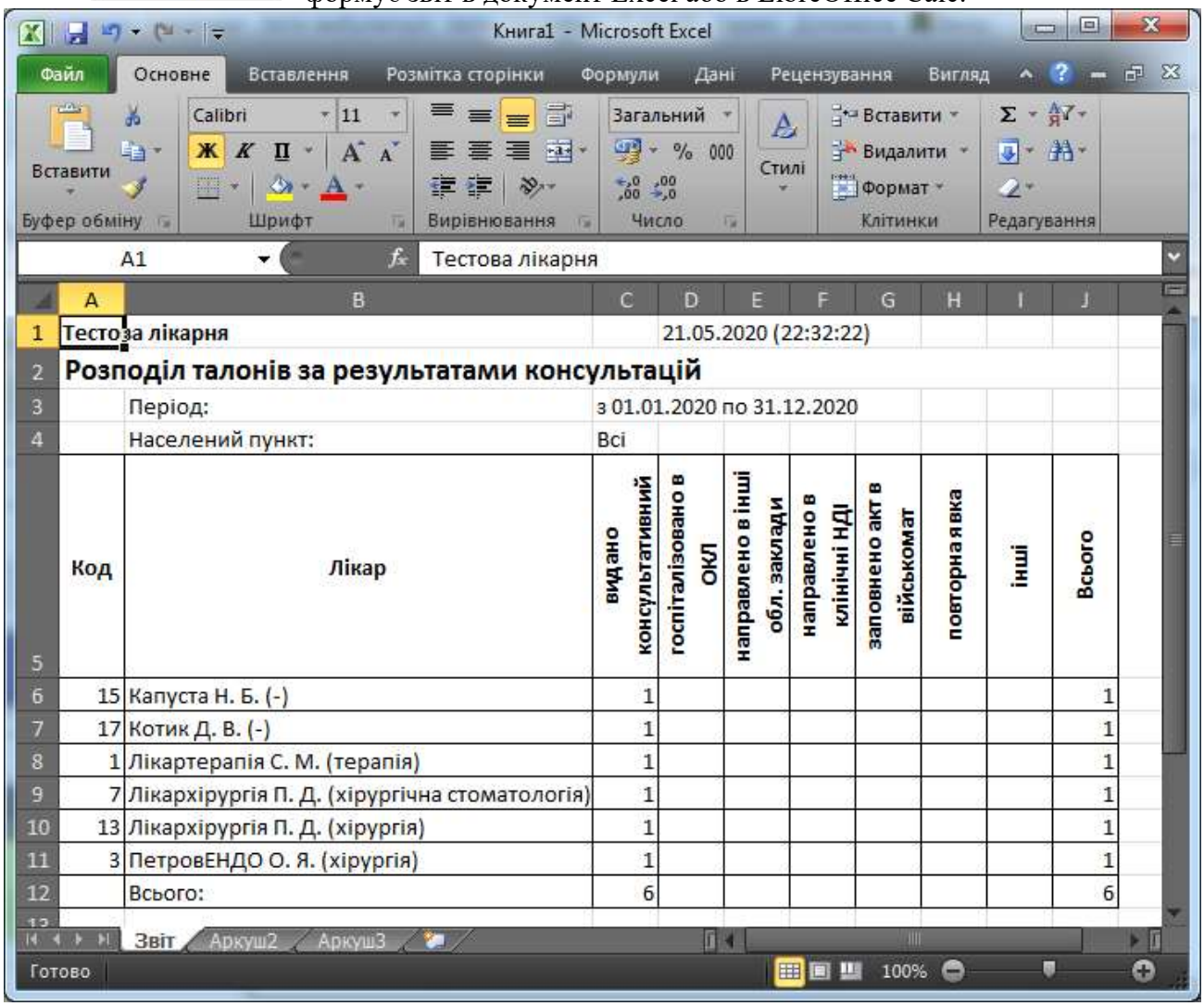
Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Статистичні талони».

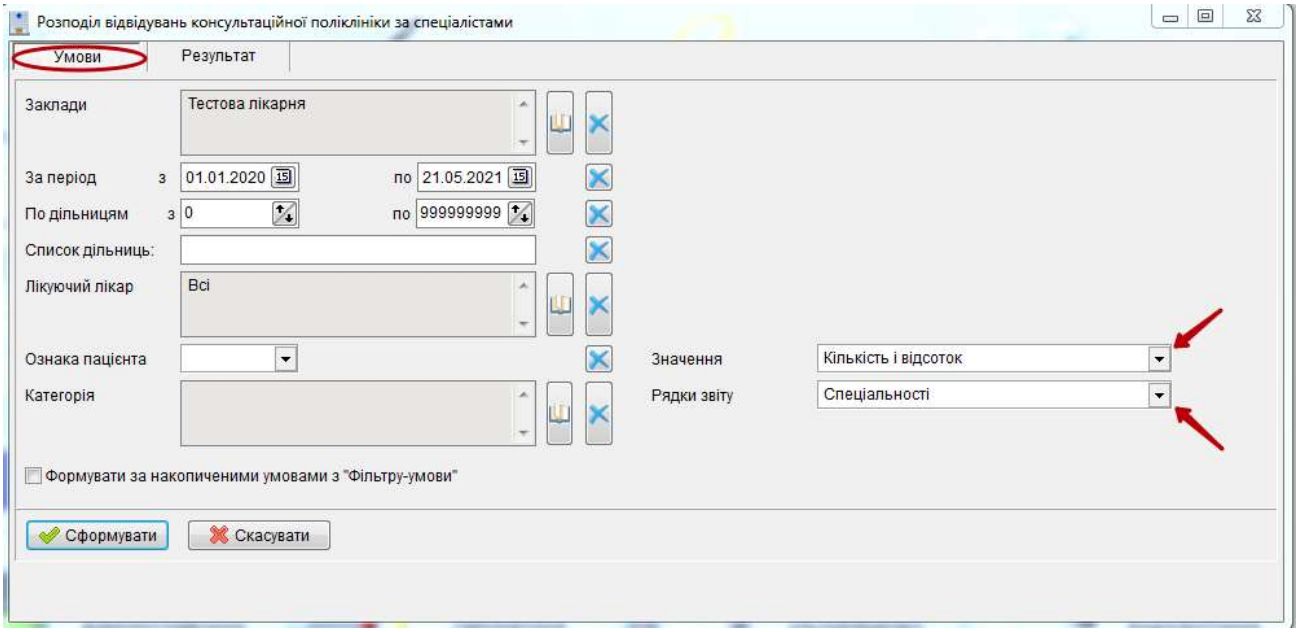
Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



Розподіл відвідувань за спеціалістами



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полі **«По дільницям з … по …»** вказується діапазон номерів дільниць, для яких формується звіт.

«Список дільниць:» - можливість формування звіту для конкретних номерів дільниць

Поле **«Ознака пацієнта»** дозволяє формувати звіт враховуючі відповідну ознаку, яка встановлена у пацієнта, тобто «місто» або «село».

У полях **«Категорія»** та **«Лікуючий лікар»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

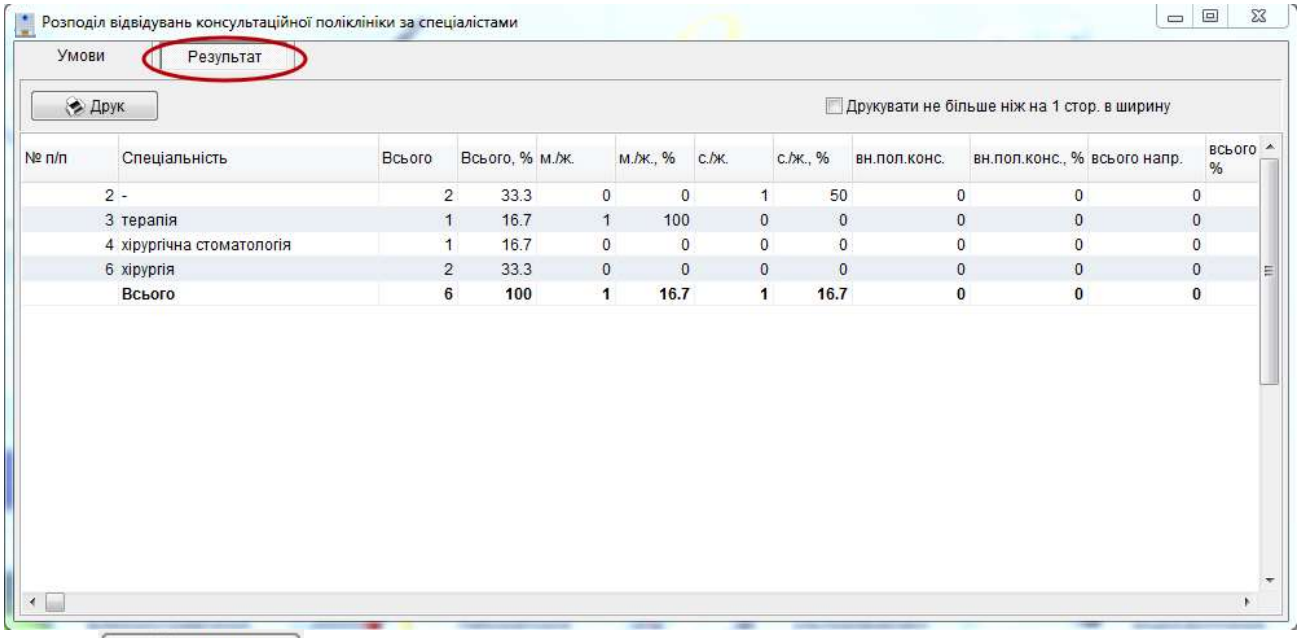
Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Статистичні талони».

В налаштуваннях умов формування звіту є можливість вказати рядки звіту, значення та сортування:

Рядки звіту: в залежності від умови, лікарі або спеціальності, або спеціальності і лікарі разом.

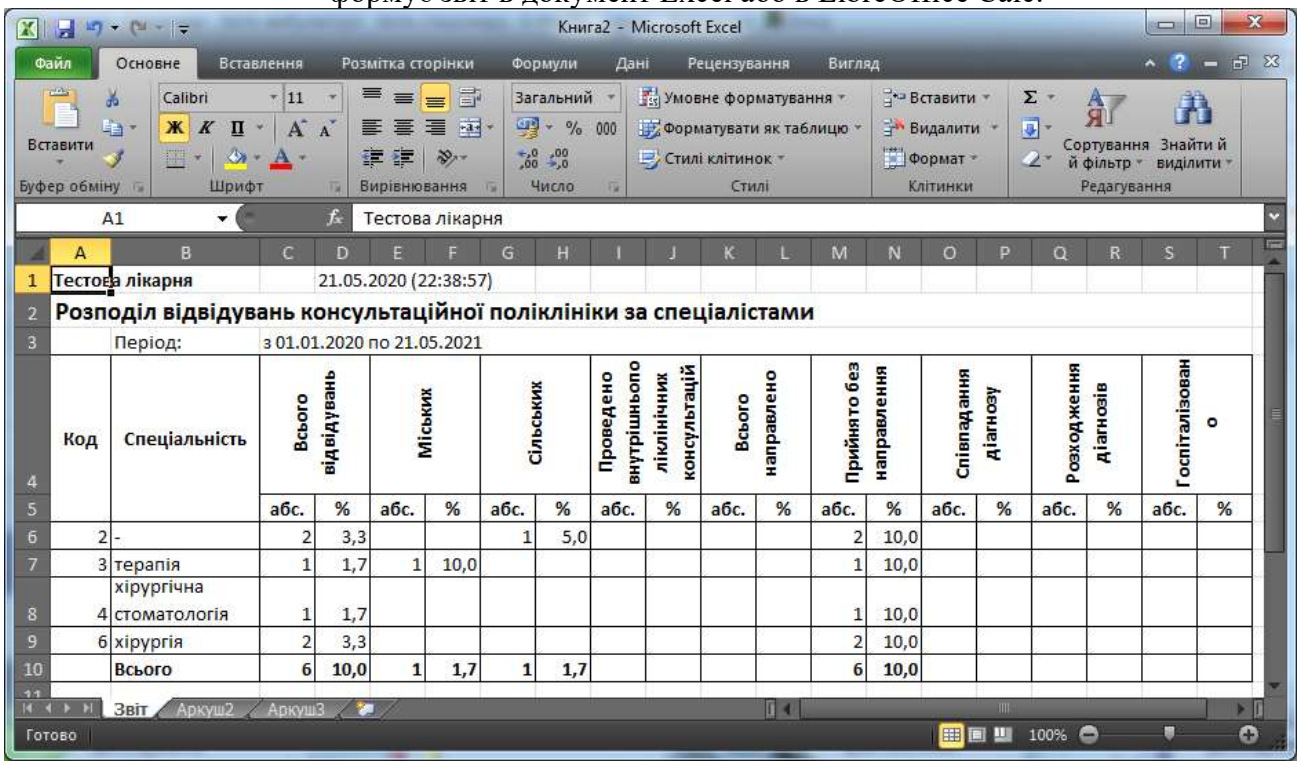
Значення: в залежності від умов, відображаються абсолютні значення, відсотки або обидва варіанти разом.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



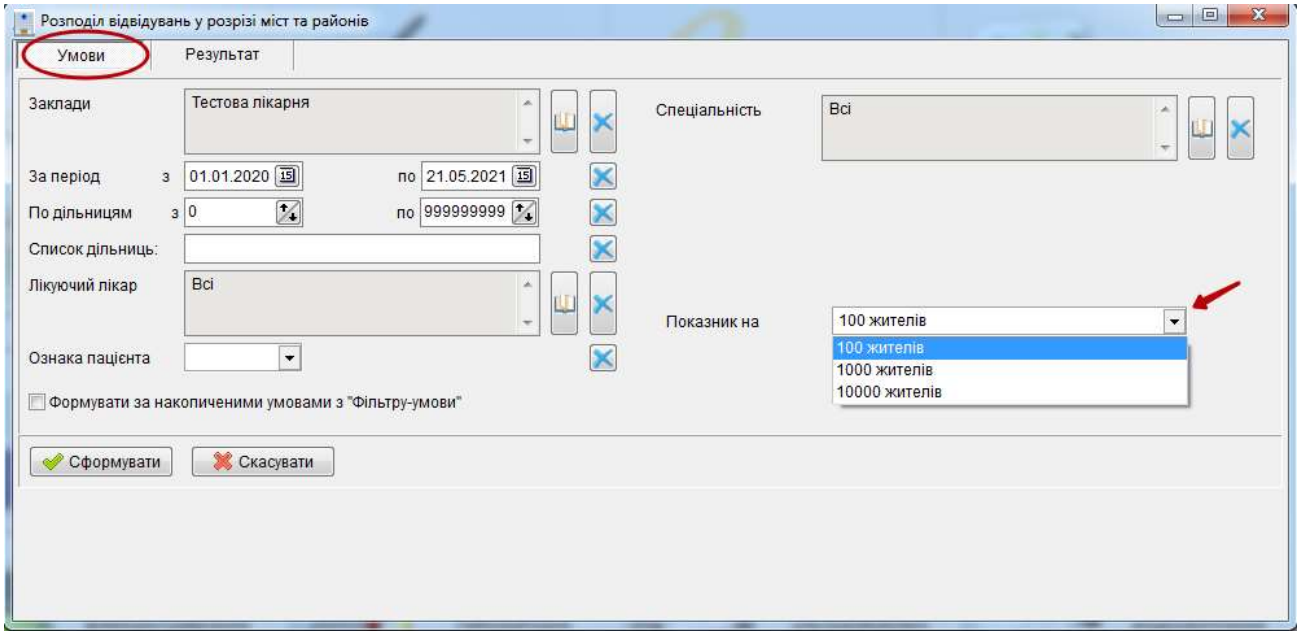
№ п/п	Спеціальність	Всього	Всього, %	м./ж.	м./ж., %	с./ж.	с./ж., %	вн.пол.конс.	вн.пол.конс., %	всього напр.	всього %
2	-	2	33.3	0	0	1	50	0	0	0	
3	терапія	1	16.7	1	100	0	0	0	0	0	
4	хірургічна стоматологія	1	16.7	0	0	0	0	0	0	0	
6	хірургія	2	33.3	0	0	0	0	0	0	0	
	Всього	**6**	**100**	**1**	**16.7**	**1**	**16.7**	**0**	**0**	**0**	

- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
1	Тестова лікарня			21.05.2020 (22:38:57)																
2	**Розподіл відвідувань консультаційної поліклініки за спеціалістами**																			
3		Період:	з 01.01.2020 по 21.05.2021																	
4	Код	Спеціальність	Всього відвідувань		Міських		Сільських		Проведено внутрішньополіклінічних консультацій		Всього направлено		Прийнято без направлення		Співпадання діагнозу		Розходження діагнозів		Госпіталізовано	
5			абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
6	2	-	2	3,3			1	5,0					2	10,0						
7	3	терапія	1	1,7	1	10,0							1	10,0						
8	4	хірургічна стоматологія	1	1,7									1	10,0						
9	6	хірургія	2	3,3									2	10,0						
10		**Всього**	**6**	**10,0**	**1**	**1,7**	**1**	**1,7**					**6**	**10,0**						

Розподіл відвідувань у розрізі міст та районів



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полі **«По дільницям з … по …»** вказується діапазон номерів дільниць, для яких формується звіт.

«Список дільниць:» - можливість формування звіту для конкретних номерів дільниць

Поле **«Ознака пацієнта»** дозволяє формувати звіт враховуючі відповідну ознаку, яка встановлена у пацієнта, тобто «місто» або «село».

У полях **«Лікуючий лікар»** та **«Спеціальність»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

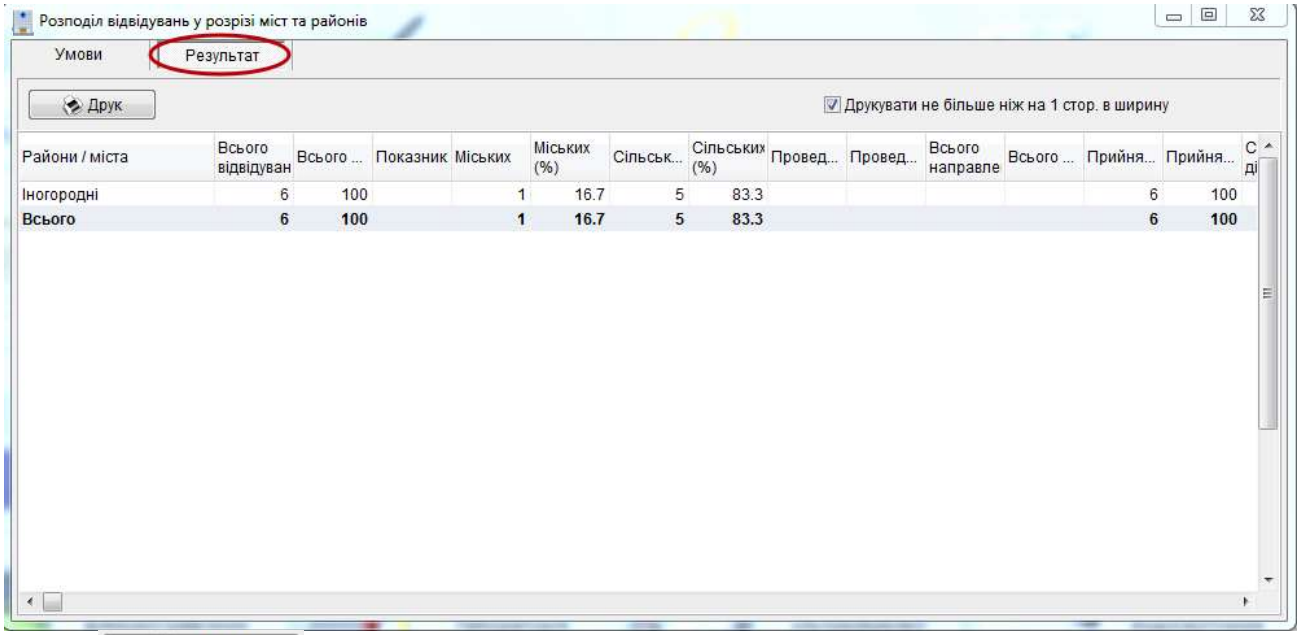
Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

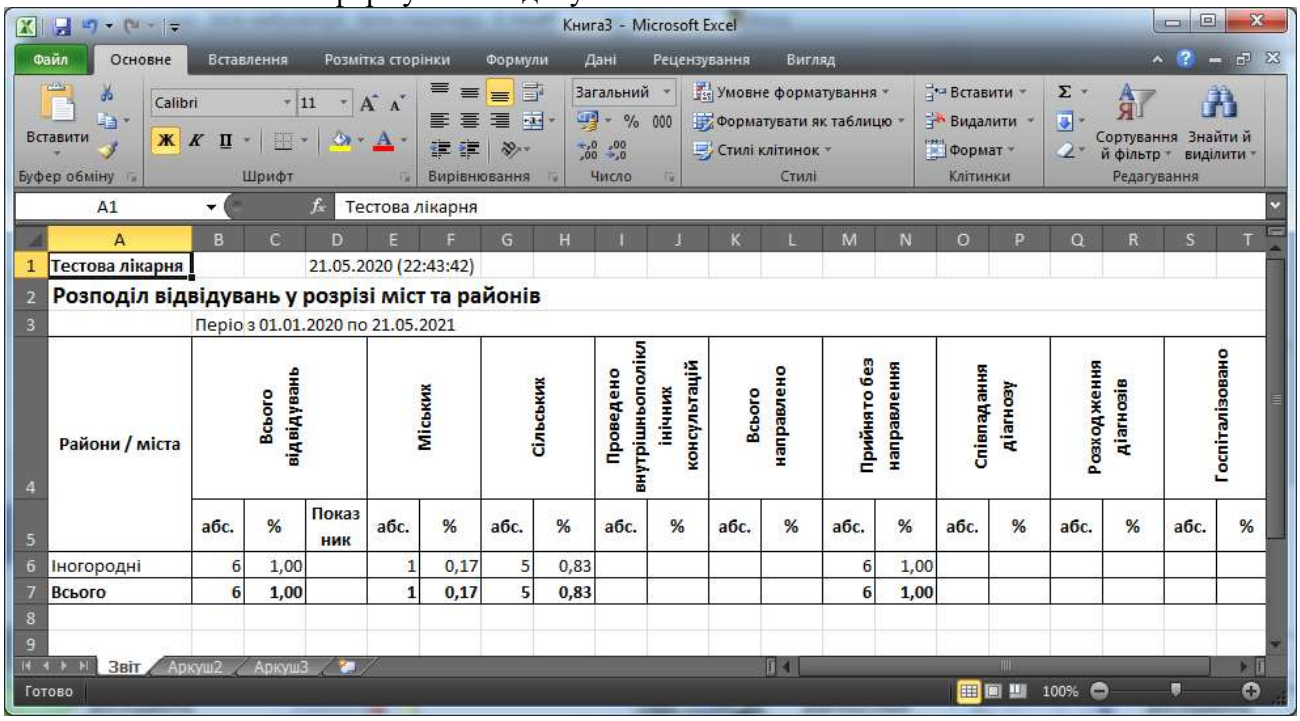
Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Статистичні талони».

«Показник на Х жителів» - показник, що розраховується на задану в умовах звіту кількість жителів. Довідник «Населення» для даного району або МОП повинен містити дані за рік кінця періоду звіту.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



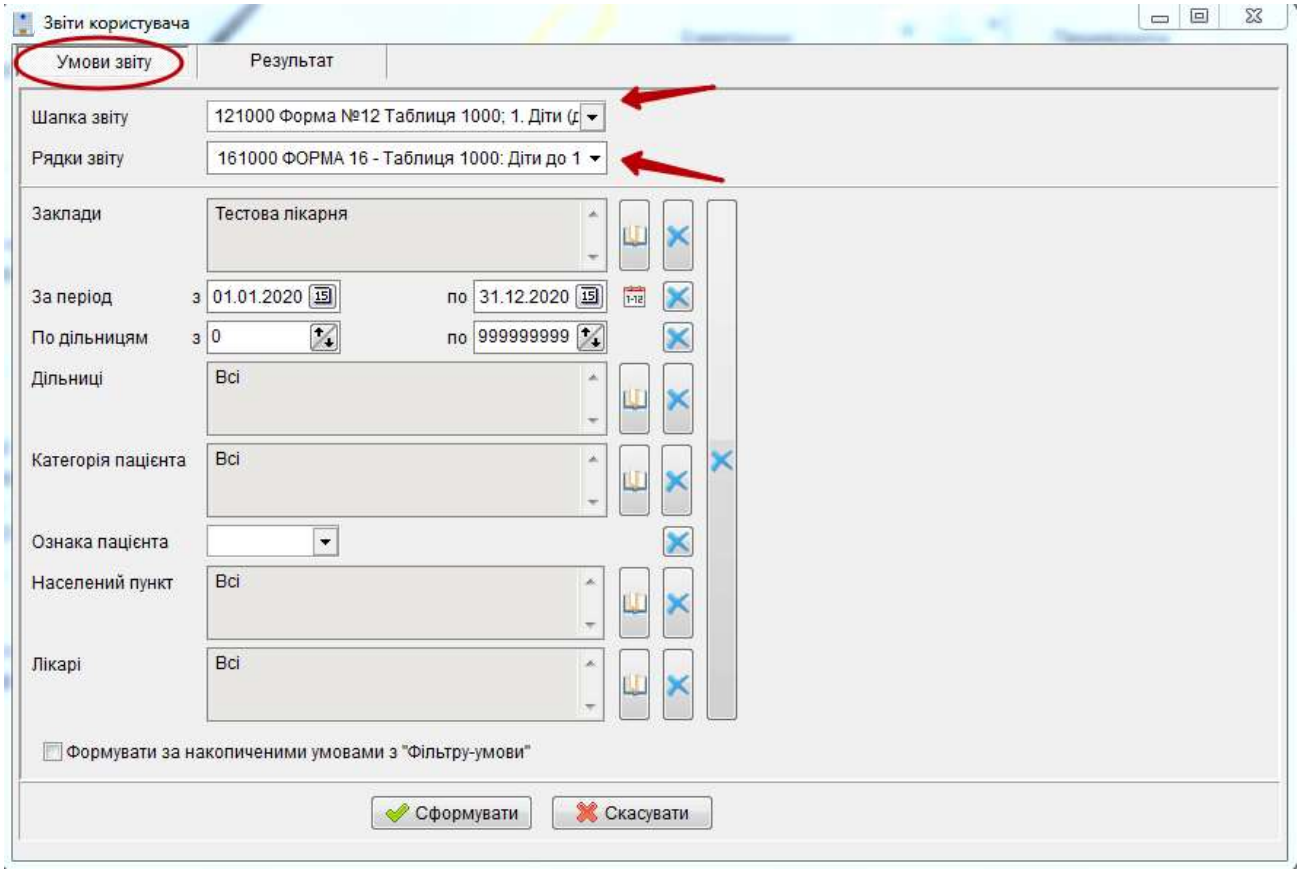
- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



12.21 Звіт користувача

Дозволяє на основі створених статистичних талонів в базі даних сформувати звіт, де самостійно обрати, які будуть рядки і графи таблиці-результату.

Для звіту необхідно задати умови формування.



«Шапка звіту» - вибір граф таблиці.

«Рядки звіту» - вибір рядків таблиці.

У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полі **«По дільницям з … по …»** вказується діапазон номерів дільниць, для яких формується звіт.

Поле **«Ознака пацієнта»** дозволяє формувати звіт враховуючі відповідну ознаку, яка встановлена у пацієнта, тобто «місто» або «село».

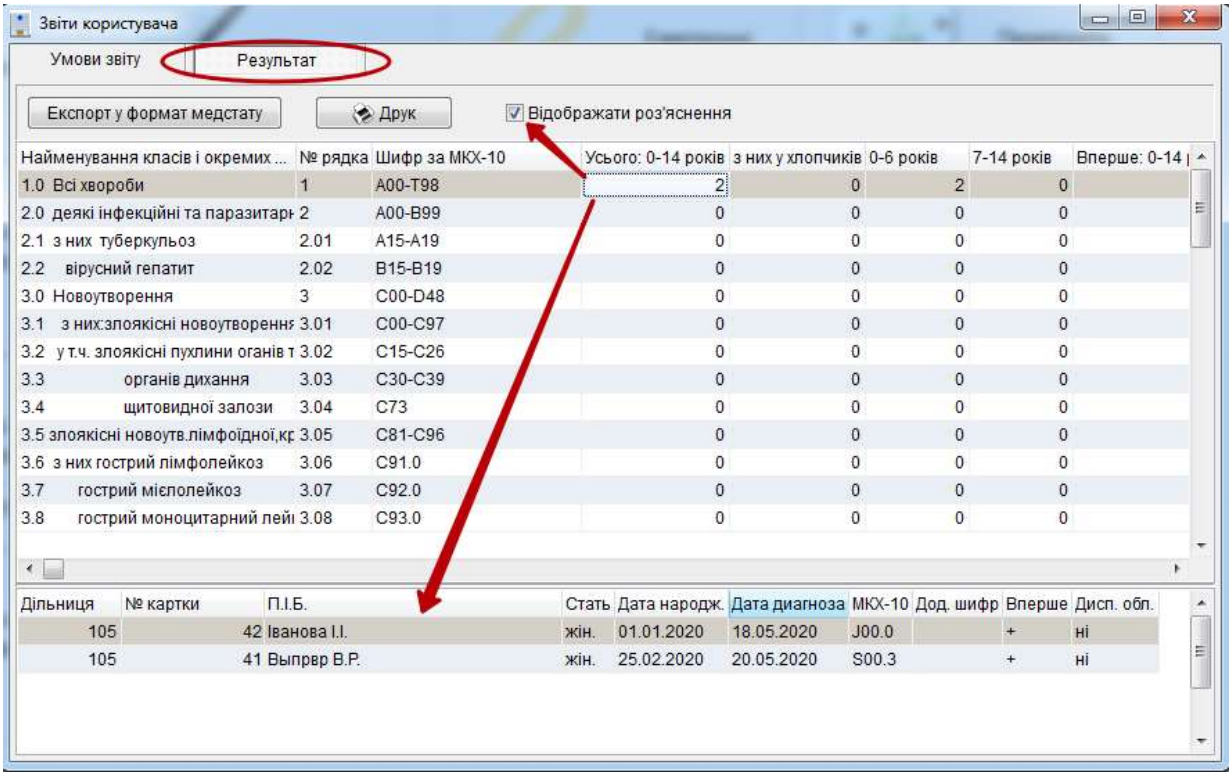
У полях **«Дільниці», «Категорія пацієнта», «Населений пункт»** та **«Лікарі»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

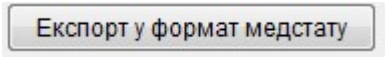
Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Статистичні талони».

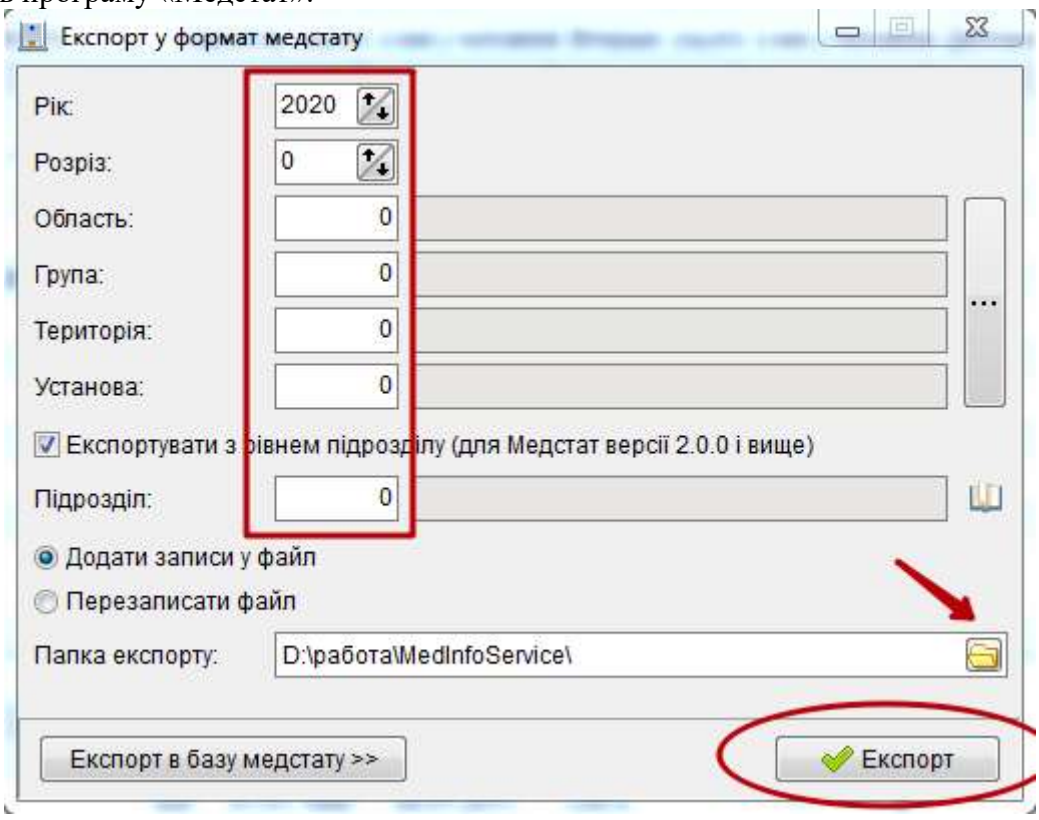
Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



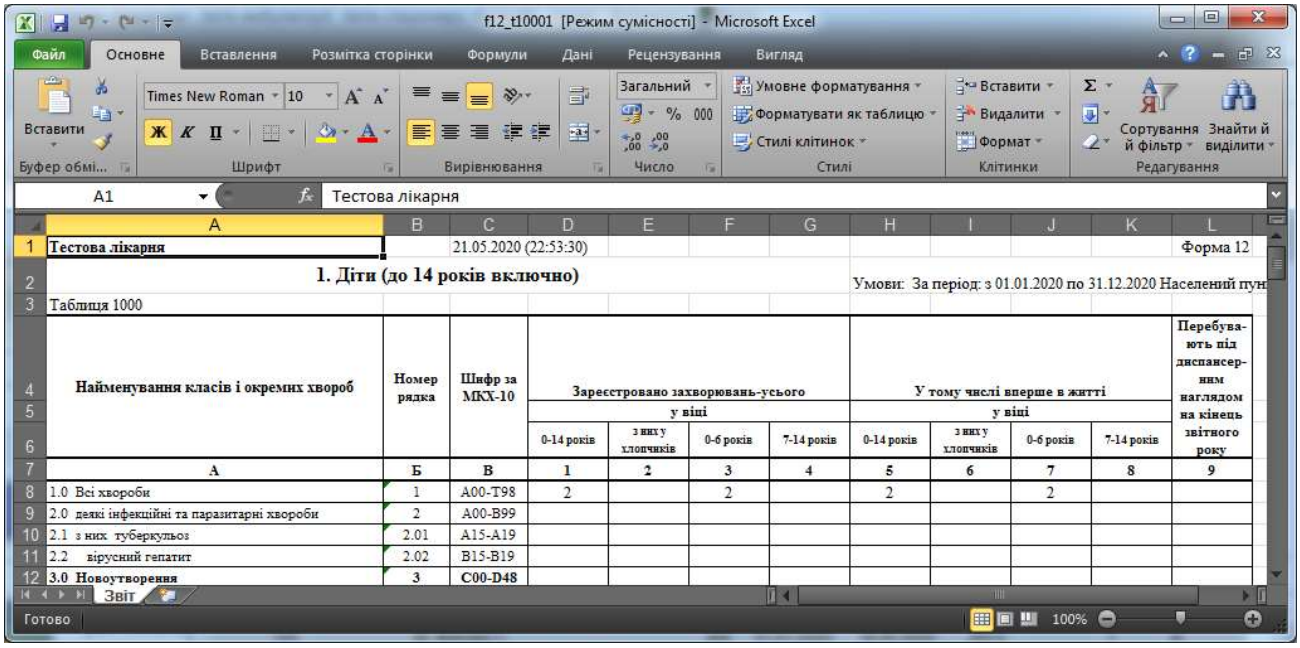
Обравши будь-яку комірку зі значенням, можна відобразити в нижній частині вікна дані пацієнтів, які присутні в базі. Для цього необхідно відмітити **«Відображати роз'яснення».**



- дозволяє експортувати файл з форматом DBF для подальшого імпорту в програму «Медстат».

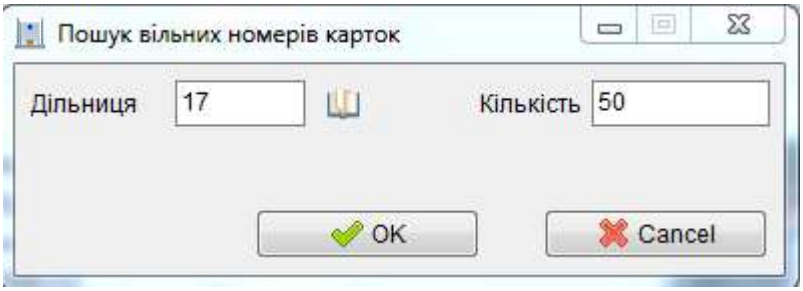


- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.

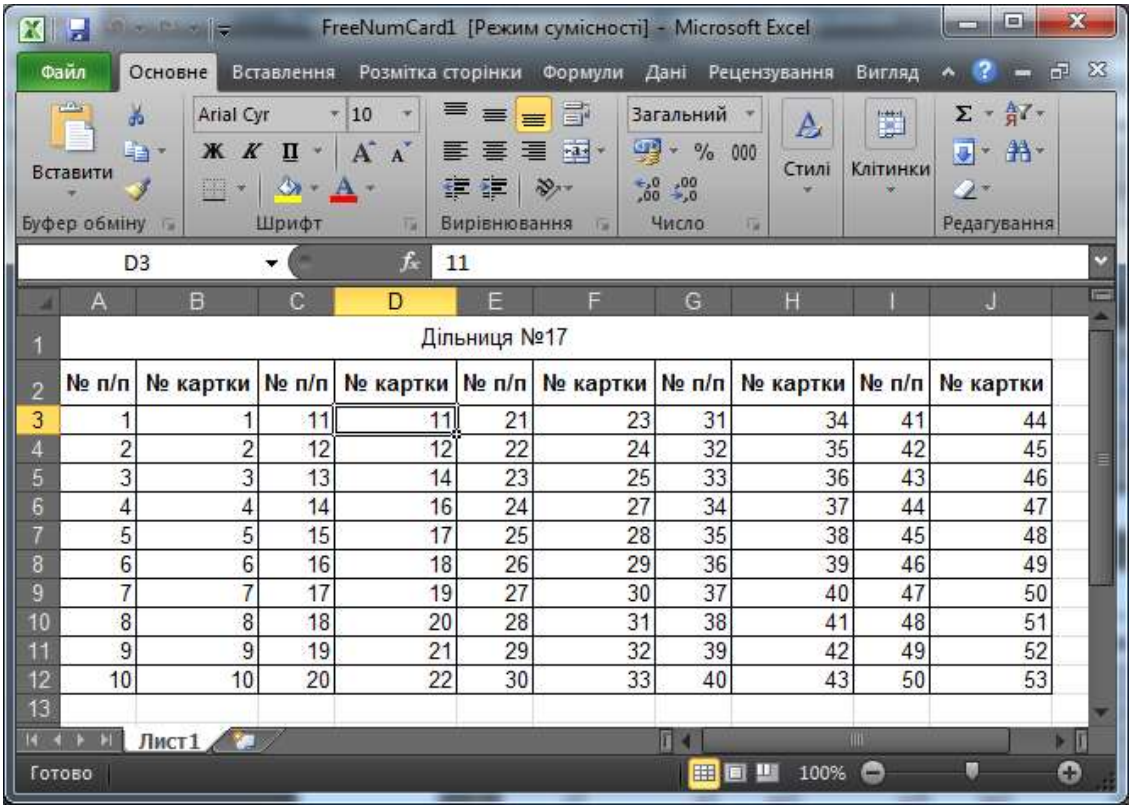


12.22 Список вільних номерів карток

Даний пункт дозволяє здійснити пошук вільних (незайнятих) номерів медичних карт амбулаторного хворого (ф.025/о). Для цього необхідно вказати номер або обрати дільницю з реєстру кнопкою ,та вказати потрібну кількість номерів.

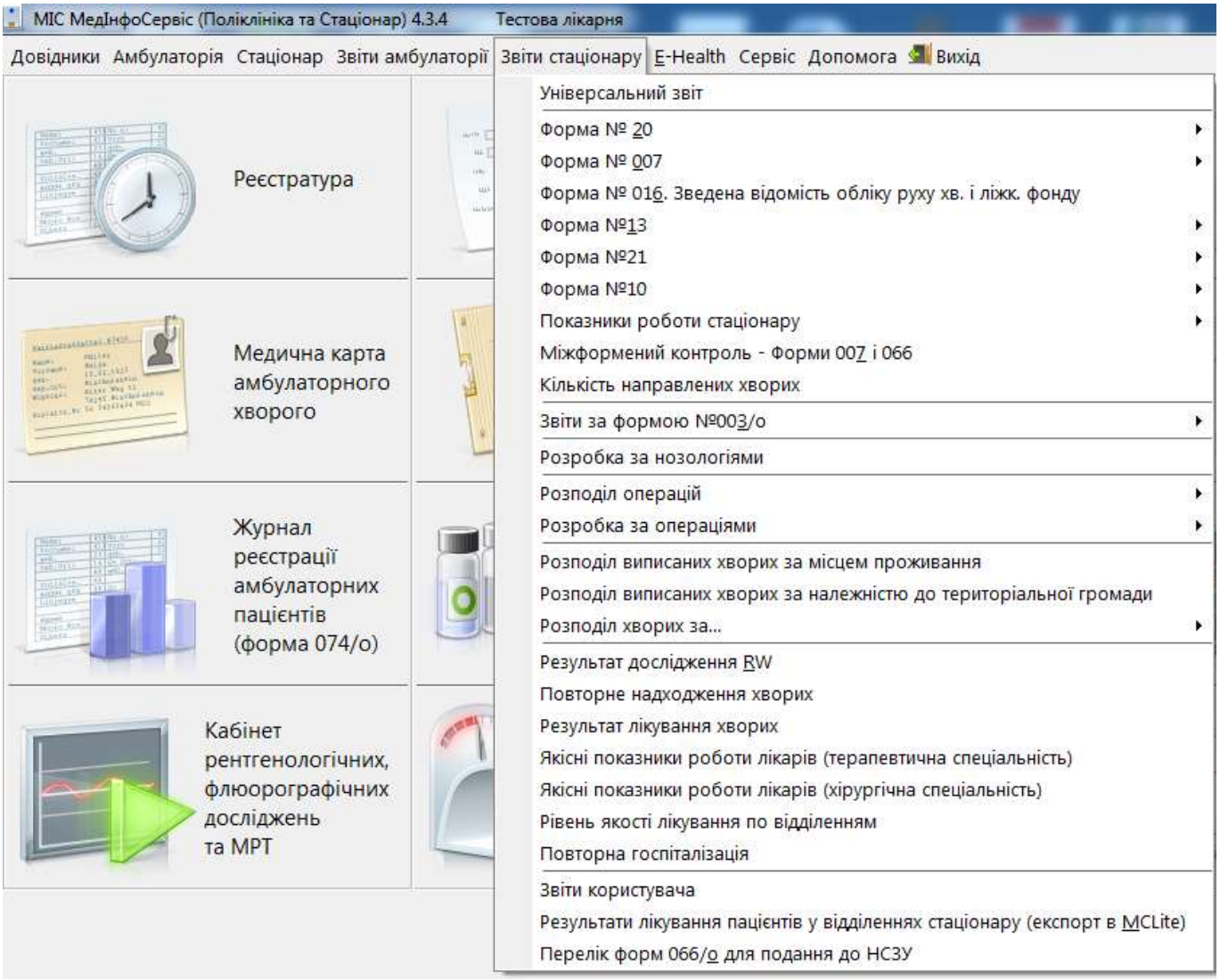


При натисканні «ОК» сформується таблиця вільних номерів документ Excel або в LibreOffice Calc.



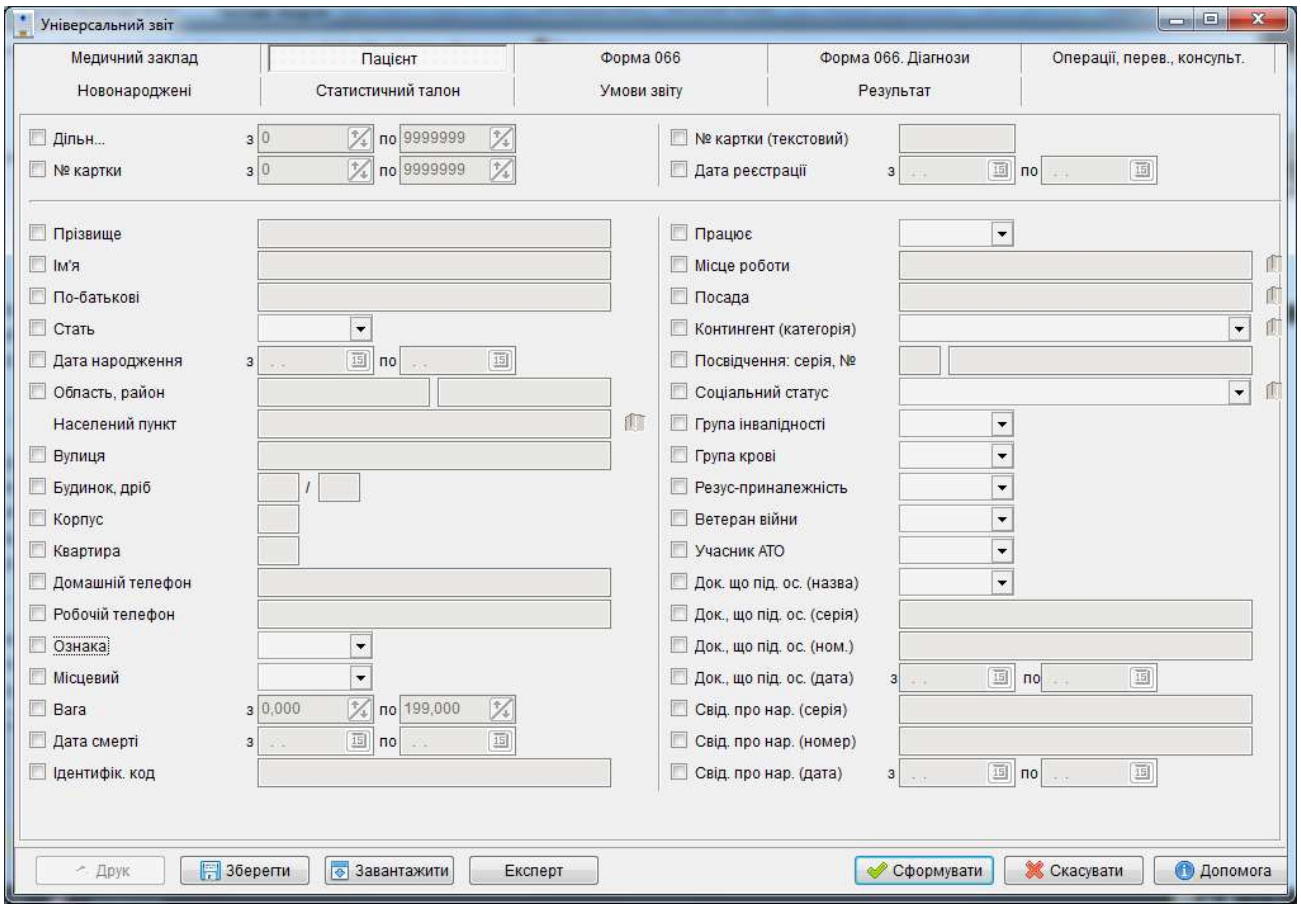
№ п/п	№ картки	№ п/п	№ картки	№ п/п	№ картки	№ п/п	№ картки	№ п/п	№ картки
1	1	11	11	21	23	31	34	41	44
2	2	12	12	22	24	32	35	42	45
3	3	13	14	23	25	33	36	43	46
4	4	14	16	24	27	34	37	44	47
5	5	15	17	25	28	35	38	45	48
6	6	16	18	26	29	36	39	46	49
7	7	17	19	27	30	37	40	47	50
8	8	18	20	28	31	38	41	48	51
9	9	19	21	29	32	39	42	49	52
10	10	20	22	30	33	40	43	50	53

13. Звіти стаціонару



13.1 Універсальний звіт

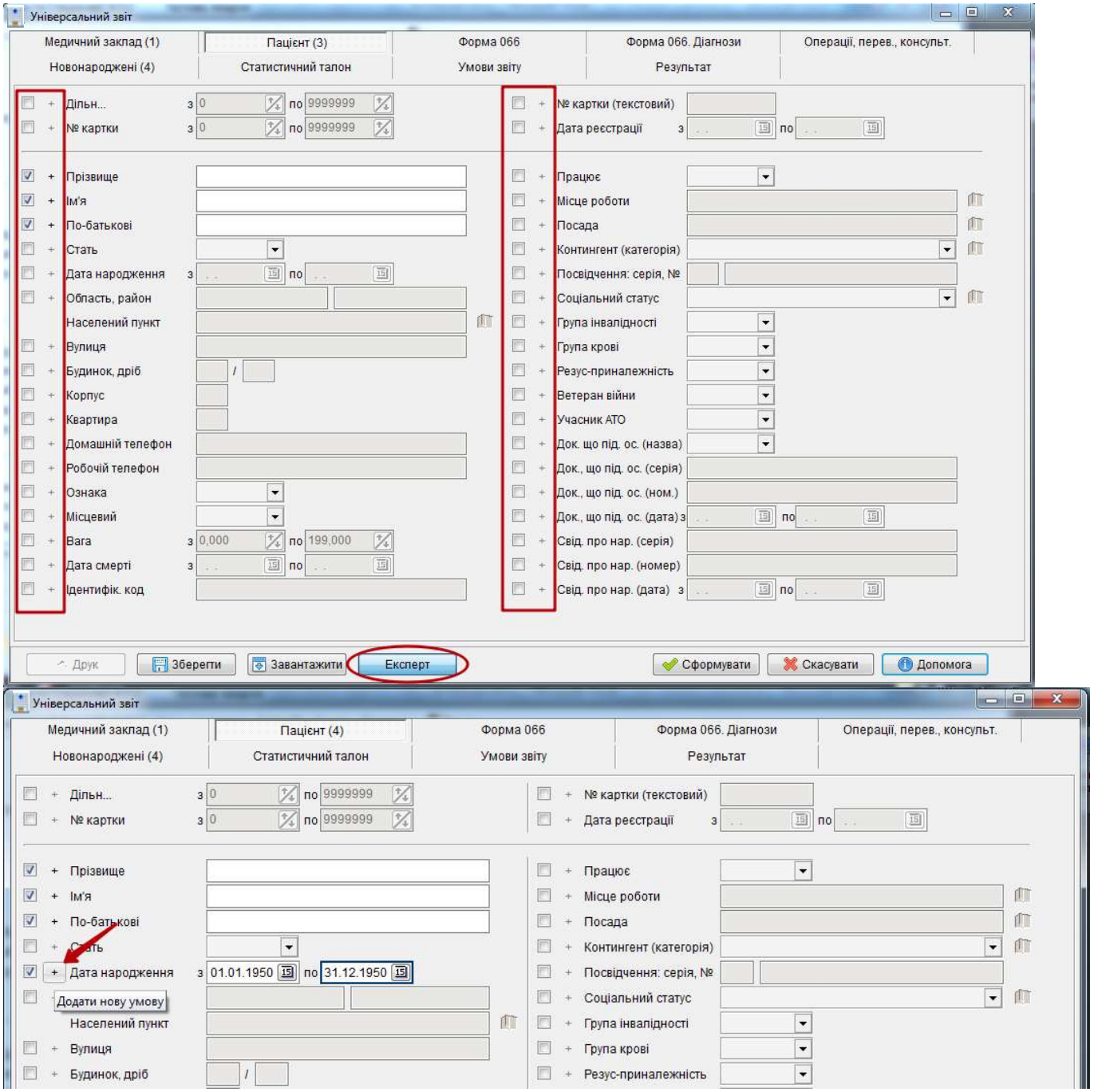
Універсальний звіт надає можливість формувати власні звіти (як за амбулаторними даними, так і за стаціонарними), шляхом обирання полів та умов, які будуть враховуватись у звіті.



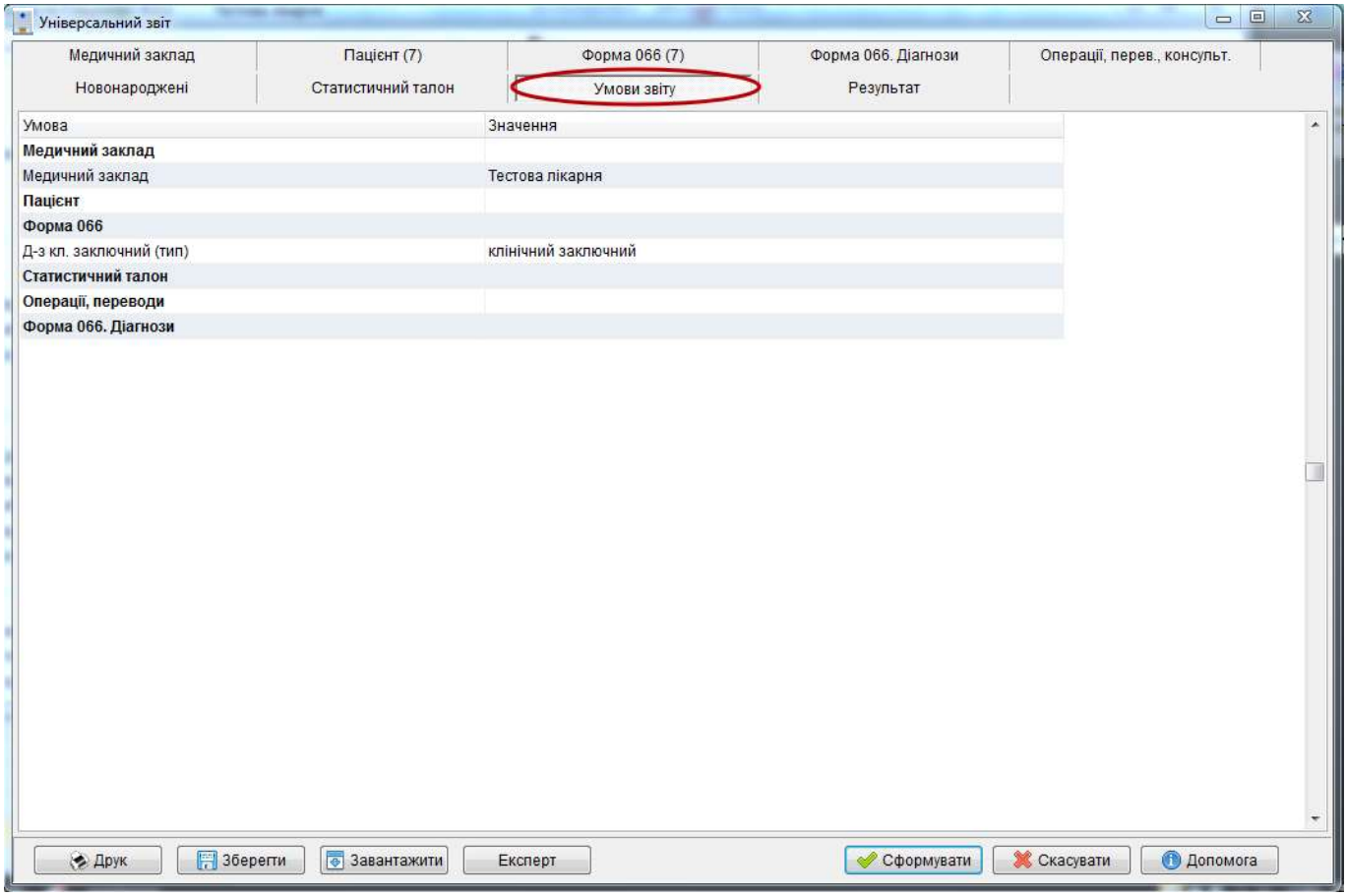
Параметри, що відмічені на вкладках, додаються до звіту як відповідні стовпчики.

Для кожного параметру можна задавати умови, в такому випадку до звіту будуть потрапляти лише записи, що задовольняють вказаним умовам.

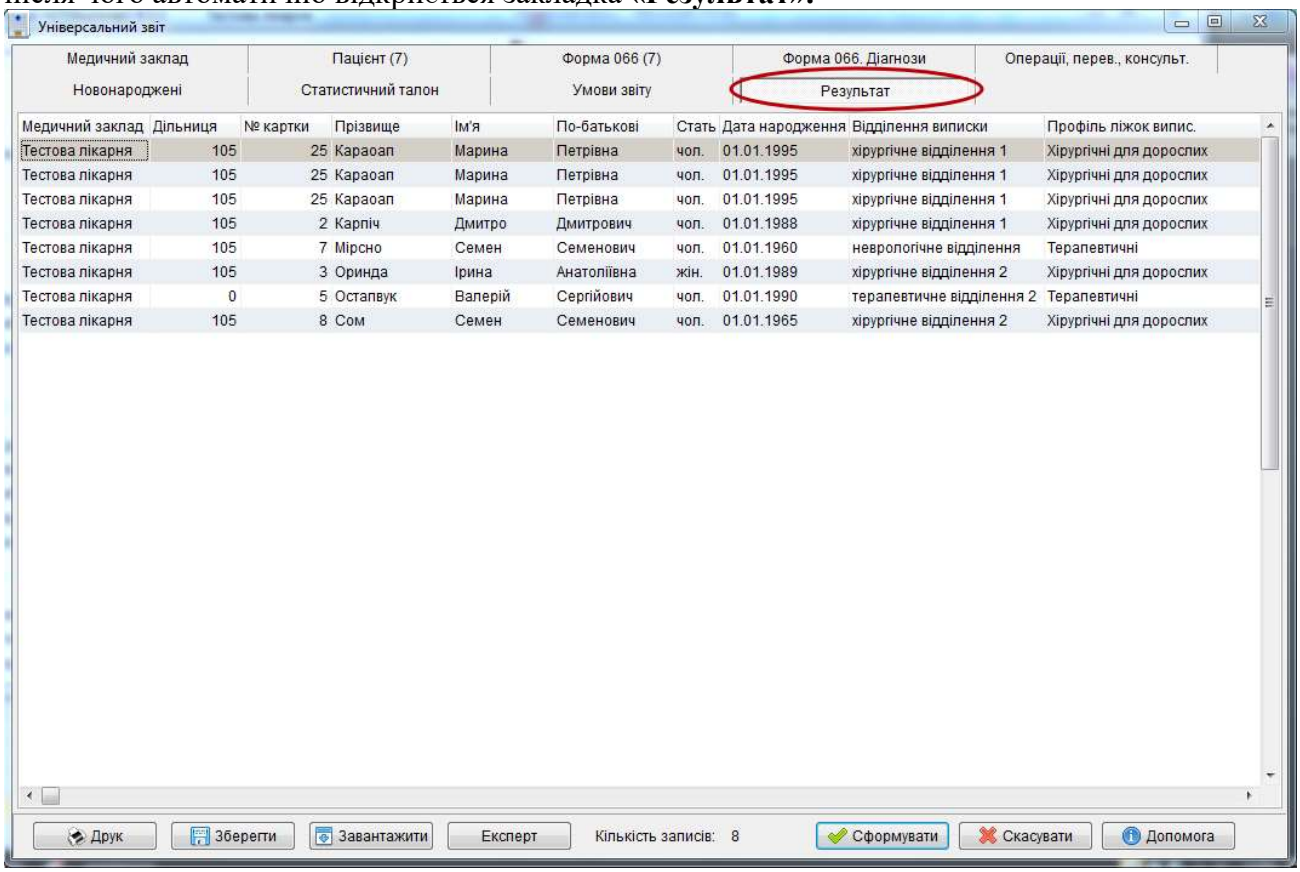
Кнопка **«Експерт»** вмикає режим досвідченого користувача: для параметрів можна задати більше однієї умови. Для цього потрібно натиснути на кнопку «+», що знаходиться біля відповідного параметру.



Список усіх умов можна переглянути на вкладці «**Умови звіту**».



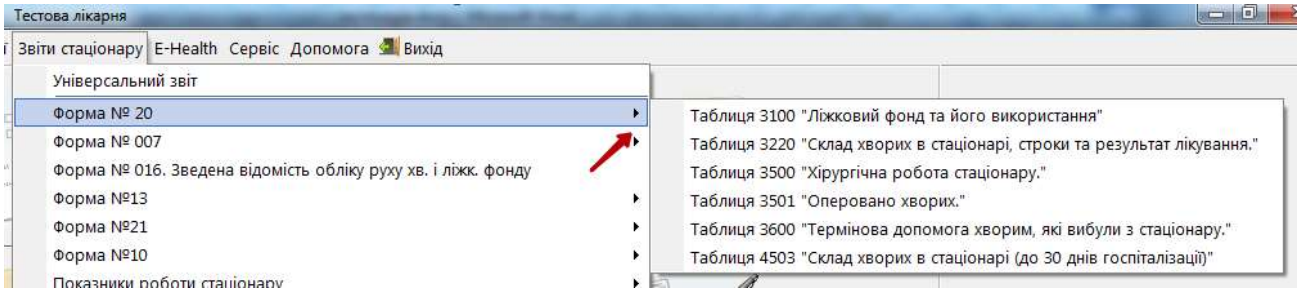
Для використання даного виду звіту необхідно відмітити поля, що повинні потрапити у документ, внести значення, якщо потрібно встановити умови, та натиснути **«Сформувати»**, після чого автоматично відкриється закладка **«Результат».**



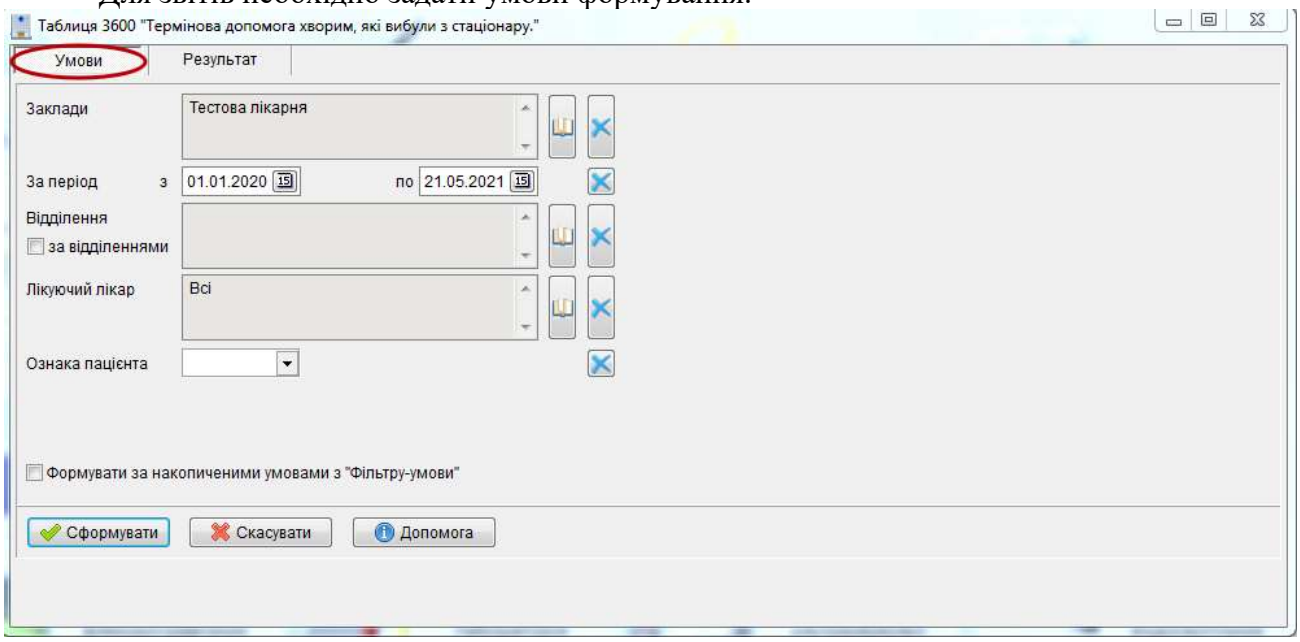
Вказані умови та обрані поля можна зберегти для подальшого використання, натиснувши **«Зберегти»**, та відновити, натиснувши **«Завантажити»**.

13.2 Форма №20

Дозволяє на основі внесених даних в базі даних сформувати звіт по ряду таблиць **форми №20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи - підприємця, які провадять господарську діяльність з медичної практики»**.



Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полях **«Відділення»** та **«Лікуючий лікар»** відображаються та дані, які будуть включені у звіт.

Поле **«Ознака пацієнта»** дозволяє формувати звіт враховуючі відповідну ознаку, яка встановлена у пацієнта, тобто «місто» або «село».

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

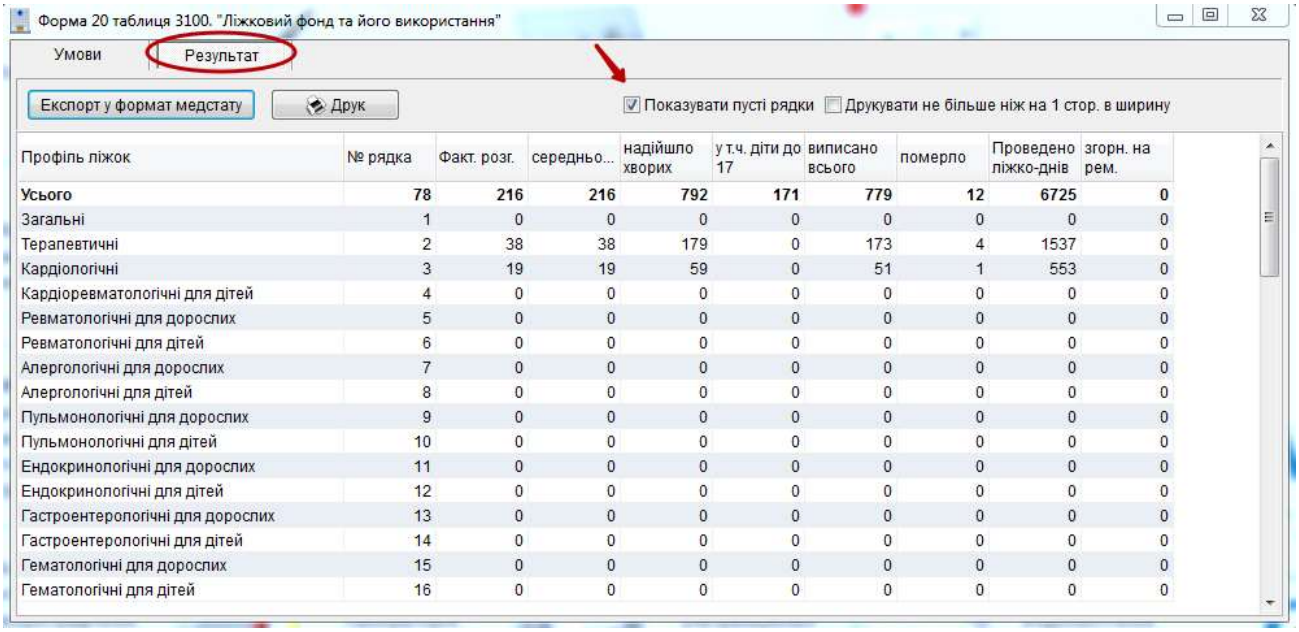
Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Карта хворого, який вибув із стаціонару».

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.

Форма 20 таблиця 3100 «Ліжковий фонд та його використання»

Звіт відповідає статистичній формі №20. Для його складання необхідно обов'язково вказати період, за який необхідно сформувати звіт. В разі необхідності можна задати медичний заклад, відділення, його профіль (хірургічний, терапевтичний).



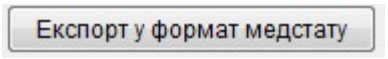
Профіль ліжок	№ рядка	Факт. розг.	середньо...	надійшло хворих	у т.ч. діти до 17	виписано всього	померло	Проведено ліжко-днів	згорн. на рем.
Усього	**78**	**216**	**216**	**792**	**171**	**779**	**12**	**6725**	**0**
Загальні	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Терапевтичні	2	38	38	179	0	173	4	1537	0
Кардіологічні	3	19	19	59	0	51	1	553	0
Кардіоревматологічні для дітей	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Ревматологічні для дорослих	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Ревматологічні для дітей	6	0	0	0	0	0	0	0	0
Алергологічні для дорослих	7	0	0	0	0	0	0	0	0
Алергологічні для дітей	8	0	0	0	0	0	0	0	0
Пульмонологічні для дорослих	9	0	0	0	0	0	0	0	0
Пульмонологічні для дітей	10	0	0	0	0	0	0	0	0
Ендокринологічні для дорослих	11	0	0	0	0	0	0	0	0
Ендокринологічні для дітей	12	0	0	0	0	0	0	0	0
Гастроентерологічні для дорослих	13	0	0	0	0	0	0	0	0
Гастроентерологічні для дітей	14	0	0	0	0	0	0	0	0
Гематологічні для дорослих	15	0	0	0	0	0	0	0	0
Гематологічні для дітей	16	0	0	0	0	0	0	0	0

«Ліжковий фонд та його використання» заповнюється на підставі даних облікової форми №016/о «Зведена відомість обліку руху хворих і ліжкового фонду в стаціонарі», яка, у свою чергу, складається на підставі даних облікової форми №007/о «Листок обліку руху хворих та ліжкового фонду стаціонару».

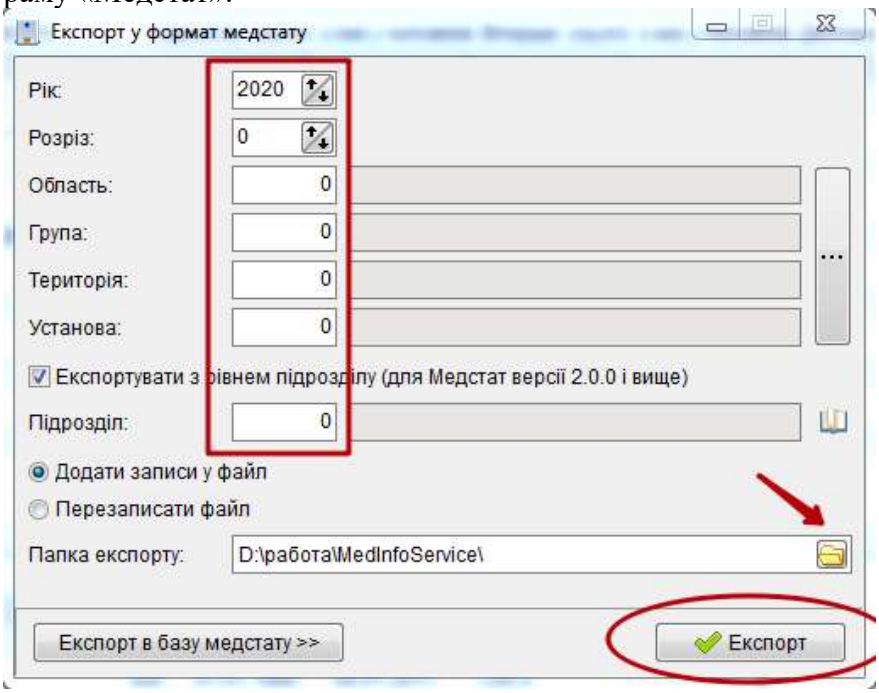
У графах 1 і 2 вказується кількість ліжок, фактично розгорнутих, тобто готових до прийому хворих, згорнутих на ремонт, і тих, які тимчасово не працюють з інших причин, у тому числі через відсутність фінансування. У графі 3 «надійшло хворих – усього» вказується кількість хворих, які надійшли в стаціонар з дому, доставлені з вулиці та переведені з інших лікувально-профілактичних закладів.

У рядку 78 «Усього» вказується загальна кількість ліжок, рух хворих на них (надійшло, виписано, померло), проведено ними ліжко-днів у цілому в стаціонарі. В інших рядках у порядку, передбаченому переліком профілів ліжок відповідно з їх нумерацією, заповнюються сумарні відомості за кожним профілем ліжок, передбачених кошторисом або наказом вищого органу охорони здоров'я на кінець року в даній лікарні.

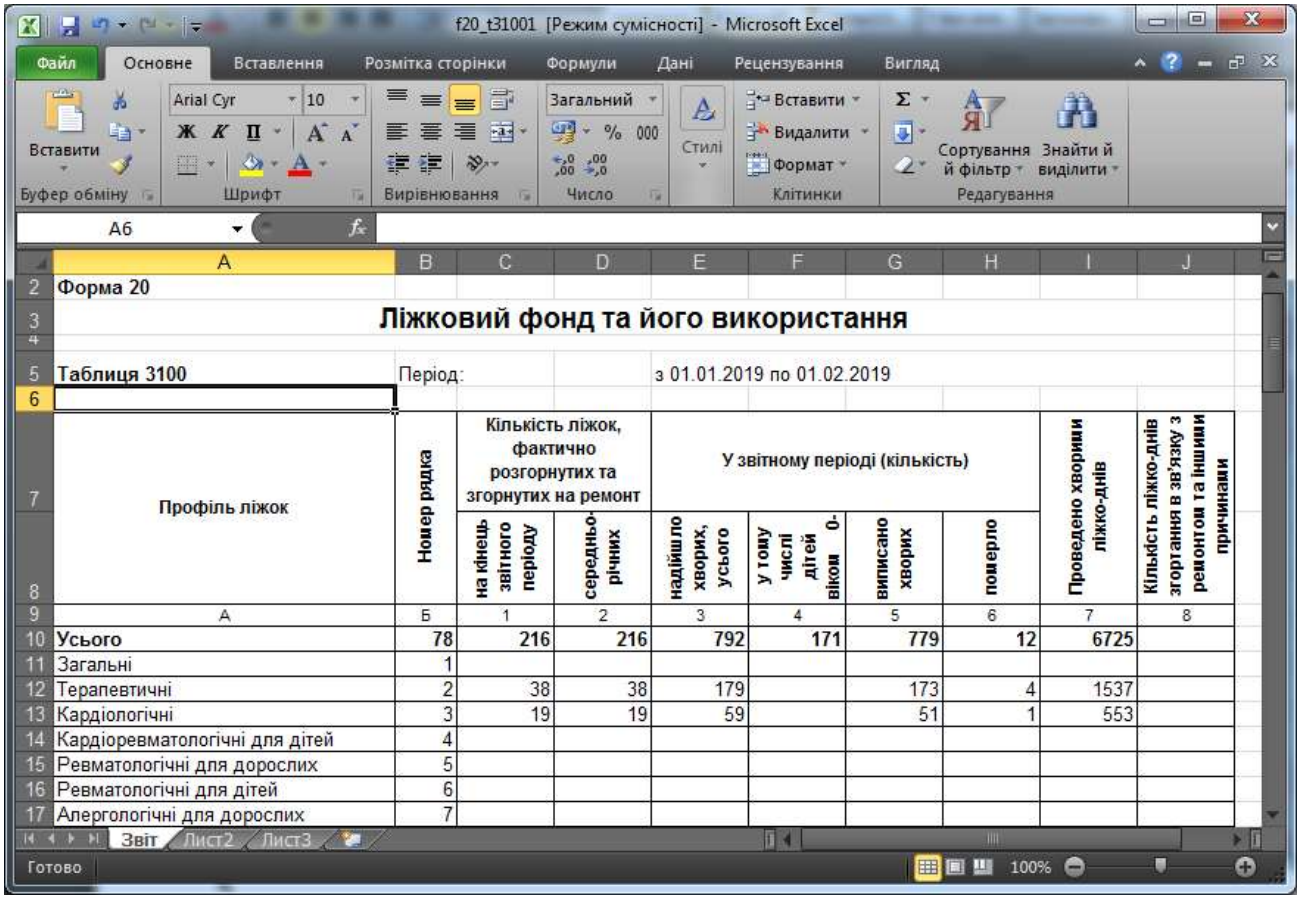
При заповненні табл. 3100 підсумок даних рядків з 1 до 77 має збігатися з даними рядка 78 за кожною з граф, за винятком даних рядків 53, 54, 56, 63, 71, 72, які зазначаються «у тому числі».



- дозволяє експортувати файл з форматом DBF для подальшого імпорту в програму «Медстат».

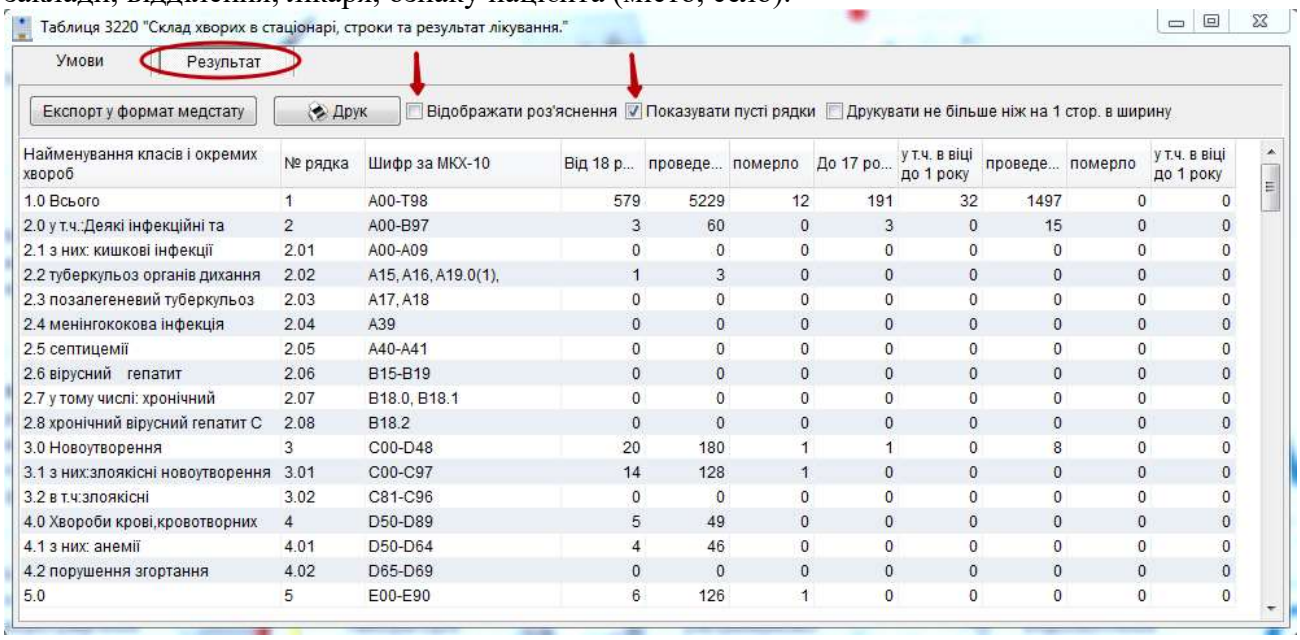


- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



Форма 20 таблиця 3220 «Склад хворих в стаціонарі, строки та результат лікування»

Звіт відповідає статистичній формі №20. Для його складання необхідно обов'язково вказати період, за який необхідно сформувати звіт. В разі необхідності можна задати медичні заклади, відділення, лікаря, ознаку пацієнта (місто, село).



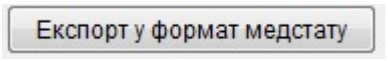
Обравши будь-яку комірку зі значенням, можна відобразити в нижній частині вікна дані пацієнтів, які присутні в базі. Для цього необхідно відмітити **«Відображати роз'яснення».**

«Склад хворих у стаціонарі, строки і результати лікування (кількість)» заповнюється на підставі облікової форми №066/о «Карта хворого, який вибув із стаціонару». У таблиці не відображається кількість хворих, які переведені в інші стаціонари (оскільки результати їх

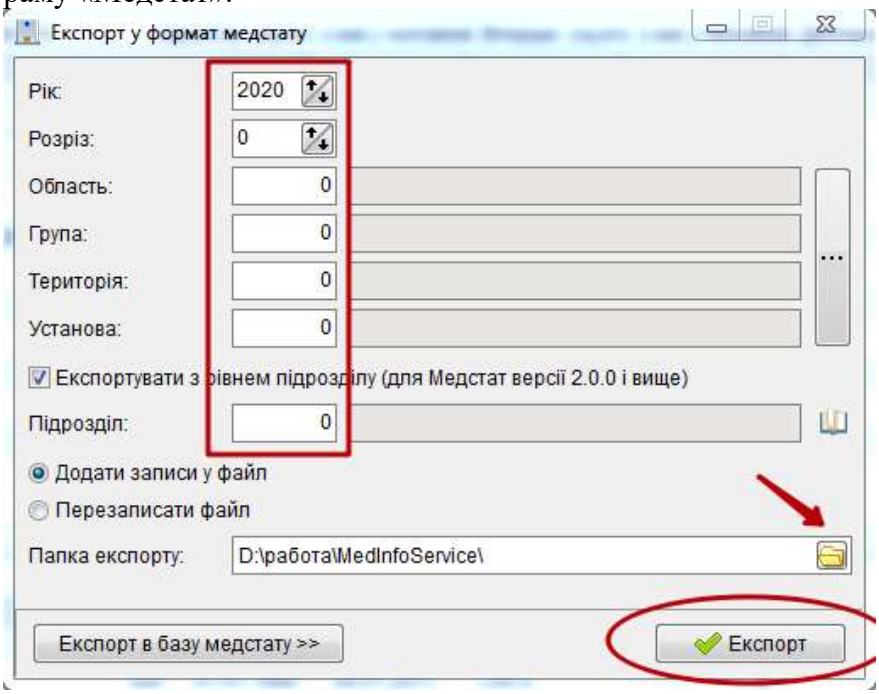
лікування ще не відомі), та кількість осіб, які госпіталізовані для обстеження, але які виявилися здоровими.

У рядку 1.0 «Усього» зазначається кількість усіх виписаних хворих, померлих, проведених ними ліжко-днів, у тому числі жінок, які вибули після нормальних пологів і штучного переривання вагітності, дані щодо яких указуються також у рядку 16.0.

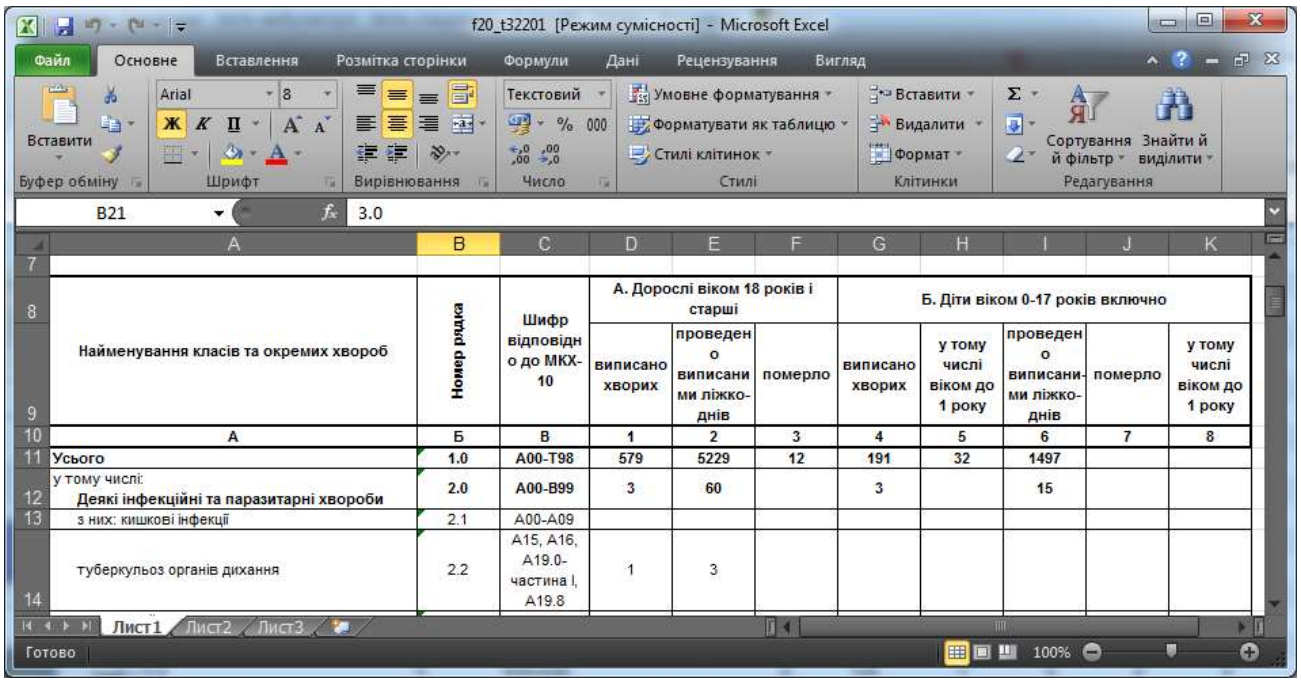
Дані щодо кількості дітей віком 0-17 років включно, які госпіталізовані в дитячу лікарню або дитяче відділення стаціонару, зазначаються в графах 4-8. У рядках 2.0, 3.0, 4.0, 5.0...20.0 указується розподіл кількості виписаних і померлих хворих та проведених ними ліжко-днів за класами хвороб, у тому числі за окремими нозологічними формами (рядки 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 3.1, 3.2, 4.1, 4.2 тощо).



- дозволяє експортувати файл з форматом DBF для подальшого імпорту в програму «Медстат».



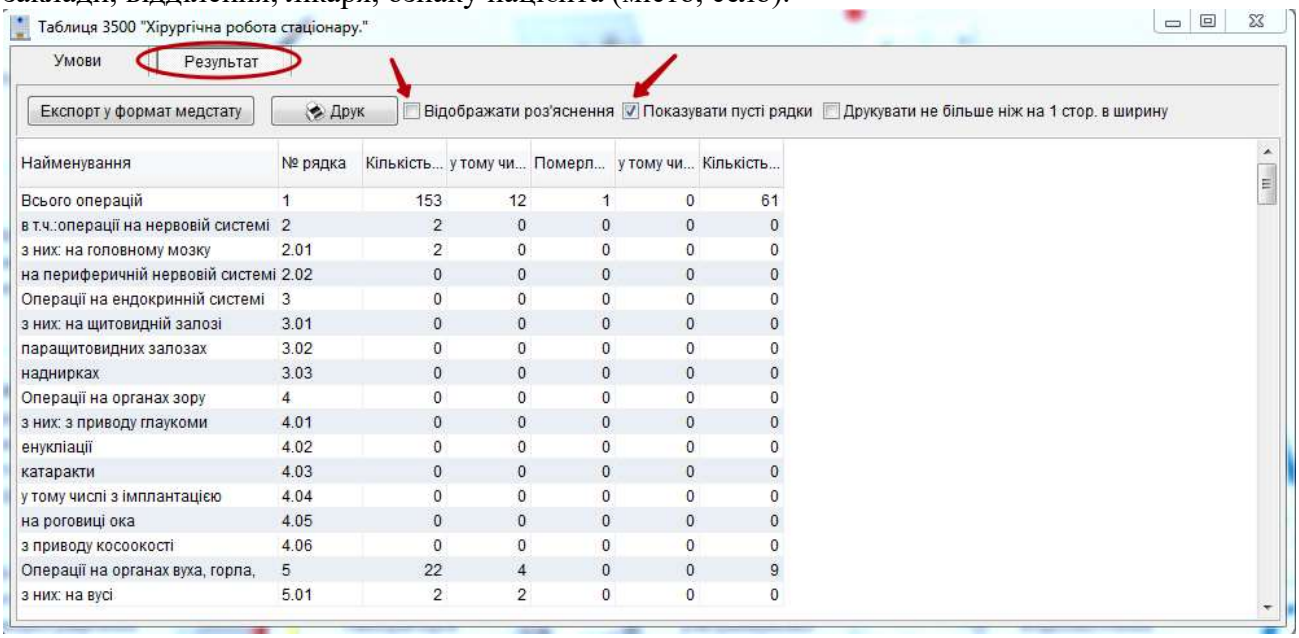
- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



Найменування класів та окремих хвороб	Номер рядка	Шифр відповідно до МКХ-10	А. Дорослі віком 18 років і старші			Б. Діти віком 0-17 років включно				
			виписано хворих	проведено виписаними ліжко-днів	померло	виписано хворих	у тому числі віком до 1 року	проведено виписаними ліжко-днів	померло	у тому числі віком до 1 року
А	Б	В	1	2	3	4	5	6	7	8
Усього	1.0	A00-T98	579	5229	12	191	32	1497		
у тому числі: Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2.0	A00-B99	3	60		3		15		
з них: кишкові інфекції	2.1	A00-A09								
туберкульоз органів дихання	2.2	A15, A16, A19.0-частина I, A19.8	1	3						

Форма 20 таблиця 3500 «Хірургічна робота стаціонару»

Звіт відповідає статистичній формі №20. Для його складання необхідно обов'язково вказати період, за який необхідно сформувати звіт. В разі необхідності можна задати медичні заклади, відділення, лікаря, ознаку пацієнта (місто, село).



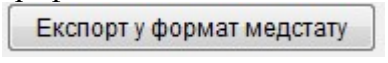
Найменування	№ рядка	Кількість...	у тому чи...	Померл...	у тому чи...	Кількість...
Всього операцій	1	153	12	1	0	61
в т.ч.:операції на нервовій системі	2	2	0	0	0	0
з них: на головному мозку	2.01	2	0	0	0	0
на периферичній нервовій системі	2.02	0	0	0	0	0
Операції на ендокринній системі	3	0	0	0	0	0
з них: на щитовидній залозі	3.01	0	0	0	0	0
паращитовидних залозах	3.02	0	0	0	0	0
надниркax	3.03	0	0	0	0	0
Операції на органах зору	4	0	0	0	0	0
з них: з приводу глаукоми	4.01	0	0	0	0	0
енукліації	4.02	0	0	0	0	0
катаракти	4.03	0	0	0	0	0
у тому числі з імплантацією	4.04	0	0	0	0	0
на роговиці ока	4.05	0	0	0	0	0
з приводу косоокості	4.06	0	0	0	0	0
Операції на органах вуха, горла,	5	22	4	0	0	9
з них: на вусі	5.01	2	2	0	0	0

Обравши будь-яку комірку зі значенням, можна відобразити в нижній частині вікна дані пацієнтів, які присутні в базі. Для цього необхідно відмітити **«Відображати роз'яснення».**

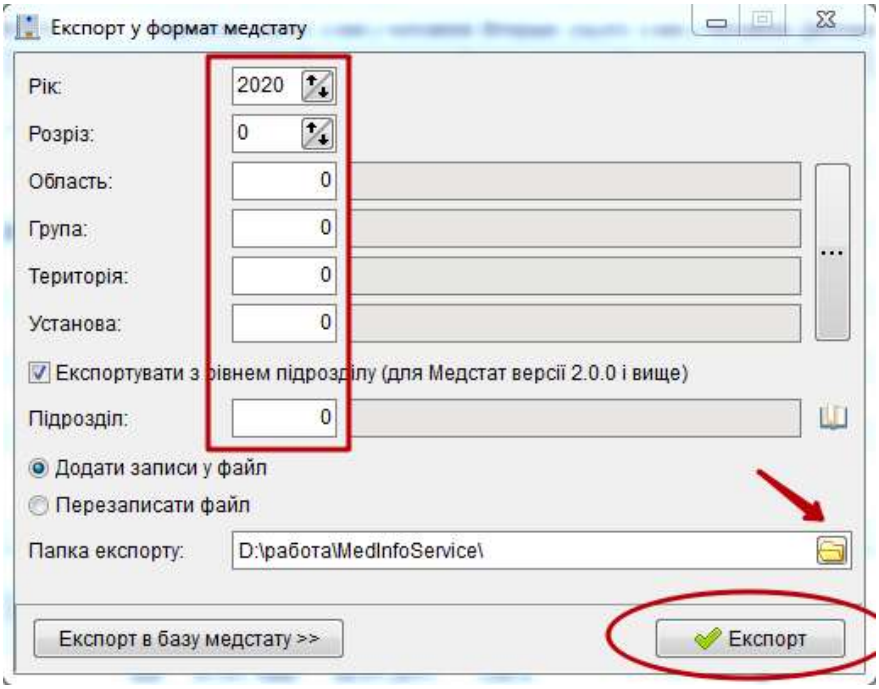
«Хірургічна робота стаціонару» вказується кількість всіх операцій, що проведені в лікувальному закладі, незалежно від того, у якому відділенні була проведена операція (гінекологічному, травматологічному, хірургічному, офтальмологічному тощо). Якщо одному й тому самому хворому проведено декілька операцій, то кількість операцій буде вказана в табл. 3500 стільки разів, скільки операцій йому було проведено, незалежно від того, одномоментно чи в різні строки були проведені ці операції.

У графах 1-5 указуються дані щодо кількості операцій, проведених хворим (дорослим, дітям, сільським жителям), які вибули із стаціонару (виписані і померлі) на підставі облікової форми №066/о.

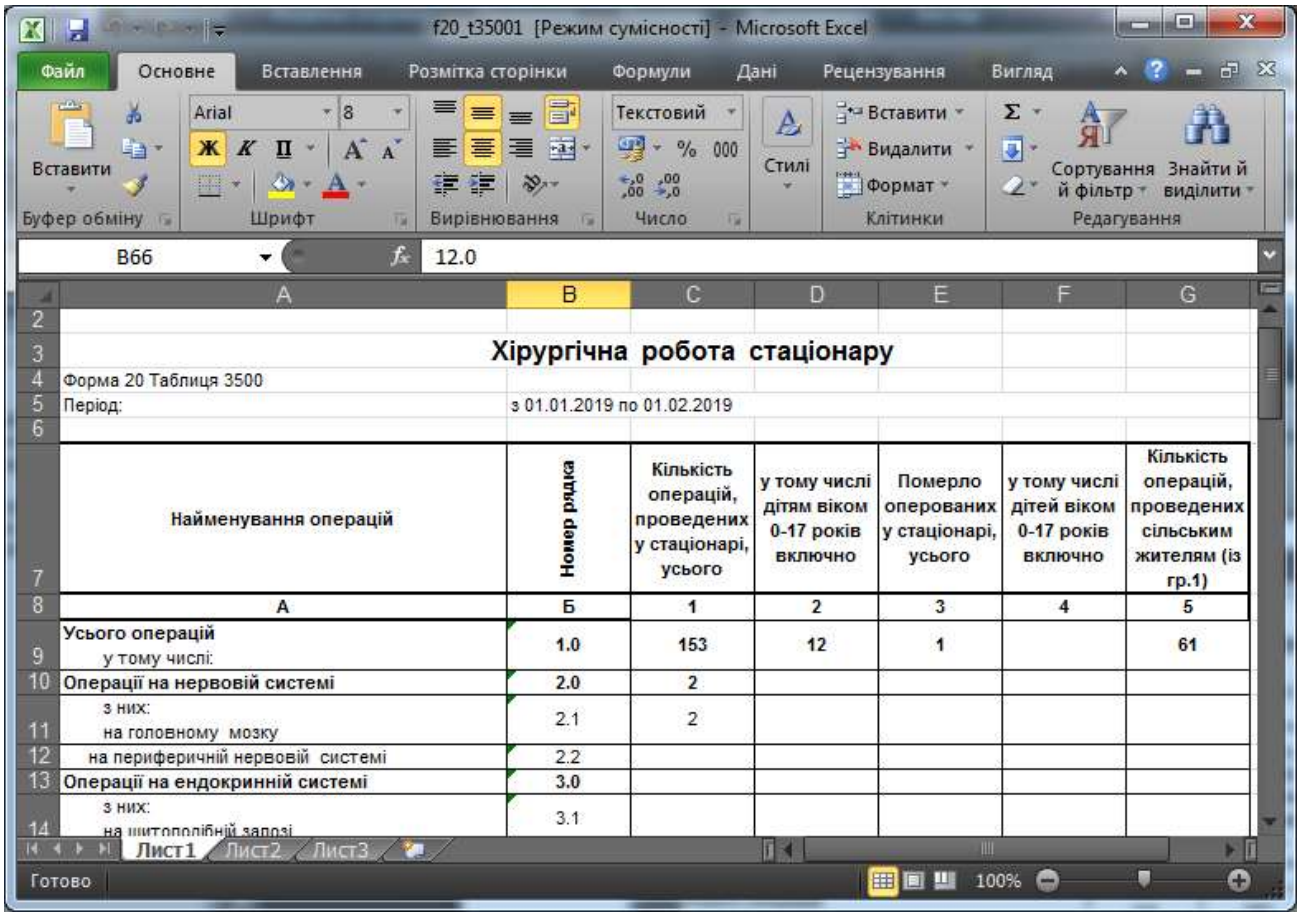
У рядку 1.0 «Усього операцій» табл. 3500 указується загальна кількість проведених операцій у стаціонарі (графа 1), у тому числі дітям віком 0-17 років включно (графа 2), кількість померлих прооперованих усього (графа 3), у тому числі дітей (графа 4), та кількість операцій, що їх проведено сільським жителям (графа 5 із графи 1). Підсумок даних рядків 2.0, 3.0, 4.0... 18.0, у яких зазначаються групи операцій, має збігатися з даними рядка 1.0 за всіма графами.



- дозволяє експортувати файл з форматом DBF для подальшого імпорту в програму «Медстат».

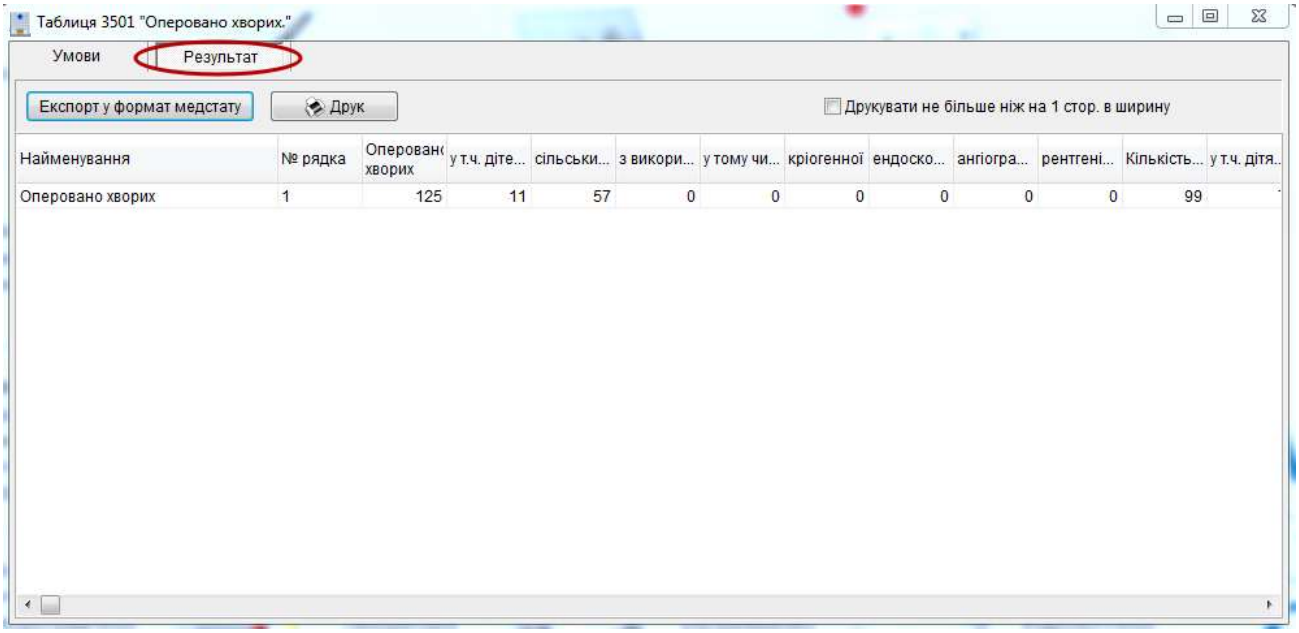


- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



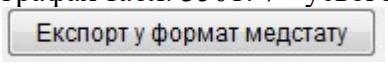
Форма 20 таблиця 3501 «Оперовано хворих»

Звіт відповідає статистичній формі №20. Для його складання необхідно обов’язково вказати період, за який необхідно сформувати звіт. В разі необхідності можна задати медичні заклади, відділення, лікаря, ознаку пацієнта (місто, село)..

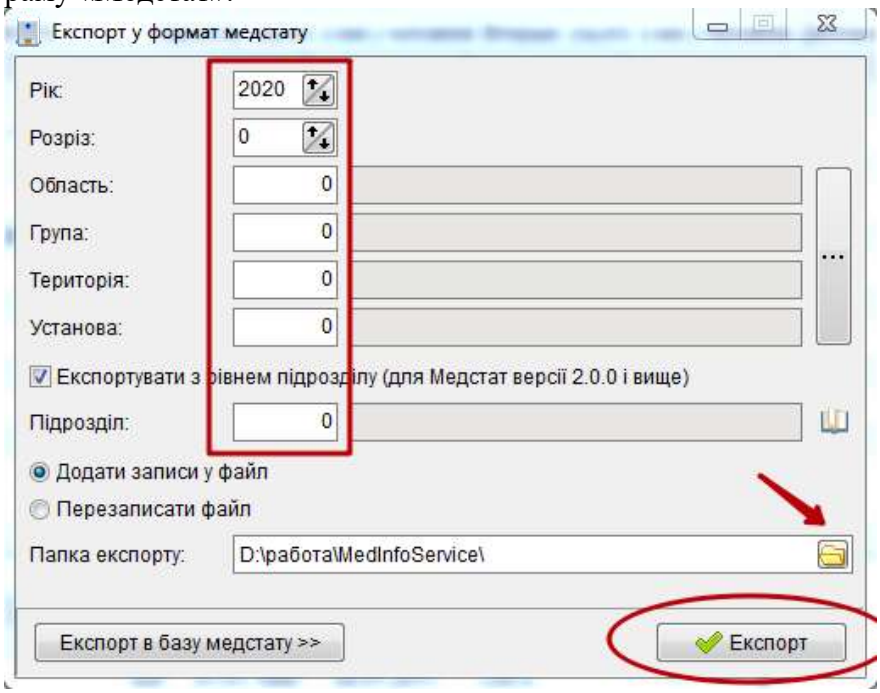


У графі 1 указується загальна кількість оперованих хворих у стаціонарі, у тому числі в графі 2 – дітей віком 0-17 років включно, у графі 3 – сільських жителів. Хворий, якому проведено декілька операцій, обліковується лише один раз як одна особа та за найбільш радикальною операцією. Кількість проведених операцій в табл. 3500, у рядку 1 графи 1 може бути більшою за кількість оперованих хворих табл. 3501, графа 1.

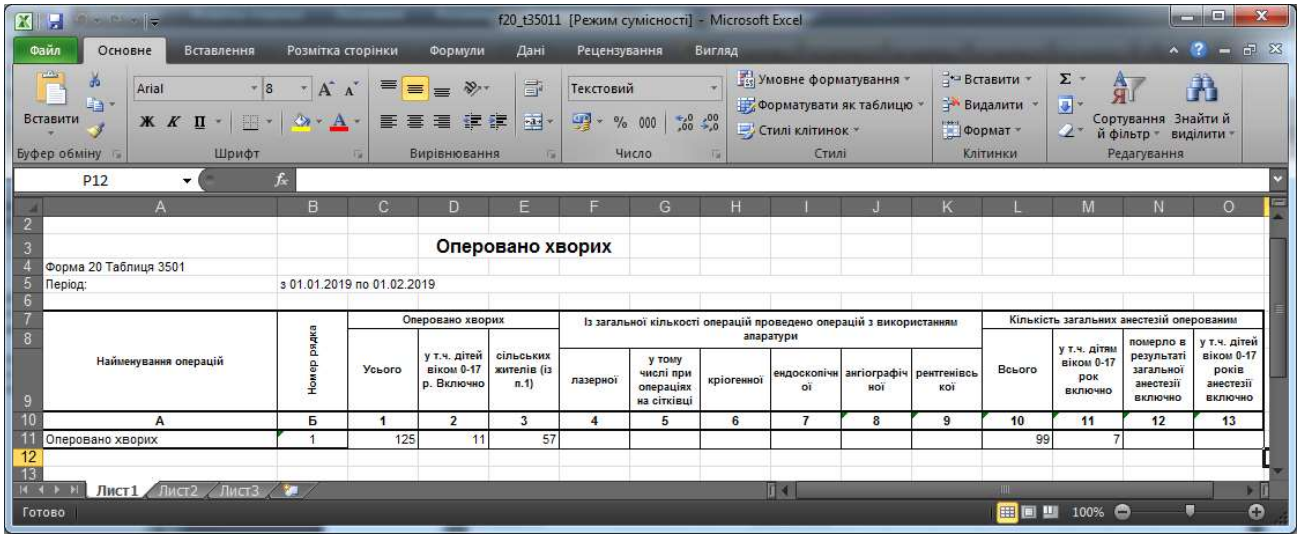
Кількість операцій, які проведені під загальною анестезією, указується у відповідних графах табл. 3501: 7 - усього, 8 - у тому числі дітям віком 0-17 років включно.



- дозволяє експортувати файл з форматом DBF для подальшого імпорту в програму «Медстат».

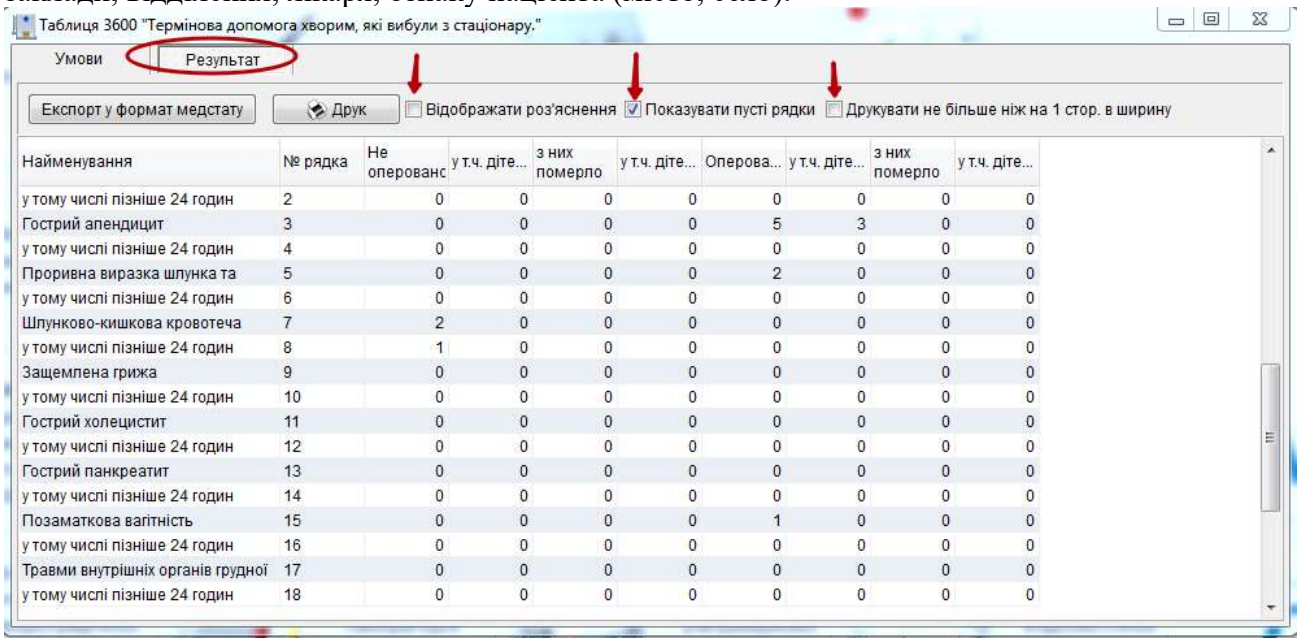


- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



Форма 20 таблиця 3600 «Термінова допомога хворим, які вибули зі стаціонару»

Звіт відповідає статистичній формі №20. Для його складання необхідно обов'язково вказати період, за який необхідно сформувати звіт. В разі необхідності можна задати медичні заклади, відділення, лікаря, ознаку пацієнта (місто, село).



Найменування	№ рядка	Не оперованс	у т.ч. діте...	з них померло	у т.ч. діте...	Оперова...	у т.ч. діте...	з них померло	у т.ч. діте...
у тому числі пізніше 24 годин	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Гострий апендицит	3	0	0	0	0	5	3	0	0
у тому числі пізніше 24 годин	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Проривна виразка шлунка та	5	0	0	0	0	2	0	0	0
у тому числі пізніше 24 годин	6	0	0	0	0	0	0	0	0
Шлунково-кишкова кровотеча	7	2	0	0	0	0	0	0	0
у тому числі пізніше 24 годин	8	1	0	0	0	0	0	0	0
Защемлена грижа	9	0	0	0	0	0	0	0	0
у тому числі пізніше 24 годин	10	0	0	0	0	0	0	0	0
Гострий холецистит	11	0	0	0	0	0	0	0	0
у тому числі пізніше 24 годин	12	0	0	0	0	0	0	0	0
Гострий панкреатит	13	0	0	0	0	0	0	0	0
у тому числі пізніше 24 годин	14	0	0	0	0	0	0	0	0
Позаматкова вагітність	15	0	0	0	0	1	0	0	0
у тому числі пізніше 24 годин	16	0	0	0	0	0	0	0	0
Травми внутрішніх органів грудної	17	0	0	0	0	0	0	0	0
у тому числі пізніше 24 годин	18	0	0	0	0	0	0	0	0

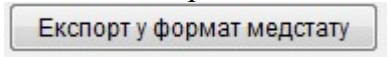
Обравши будь-яку комірку зі значенням, можна відобразити в нижній частині вікна дані пацієнтів, які присутні в базі. Для цього необхідно відмітити **«Відображати роз'яснення».**

«Термінова хірургічна допомога хворим, які вибули із стаціонару за звітний період», заповнюється на підставі облікової форми №066/о.

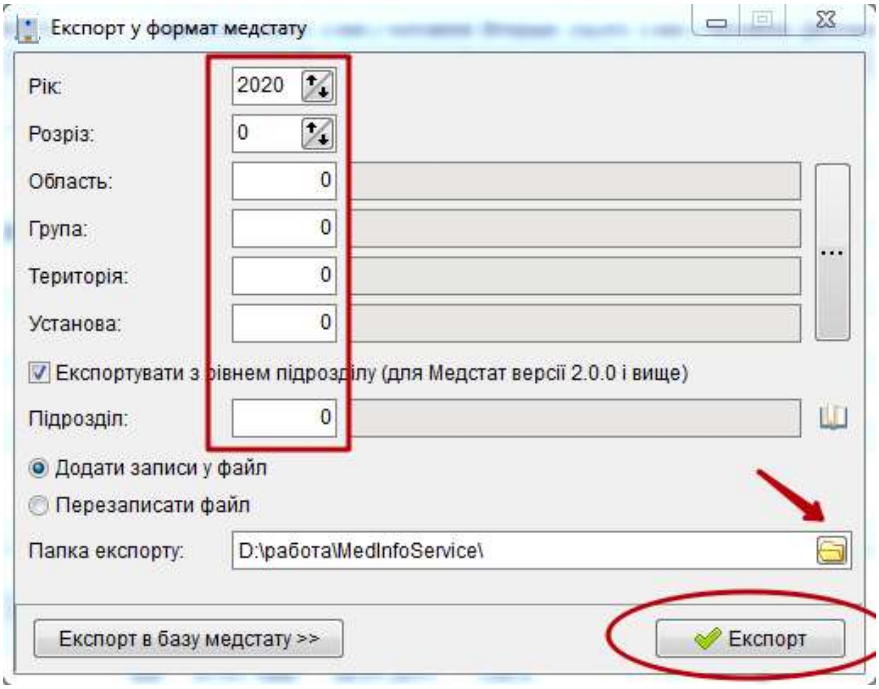
У графах 1, 2 вказуються дані щодо кількості неоперованих хворих, у графах 5, 6 – оперованих хворих; у графах 3, 4, 7, 8 указуються дані щодо померлих.

У рядках 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17 відображається кількість госпіталізованих хворих - усього, у рядках 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18 – пізніше 24 годин.

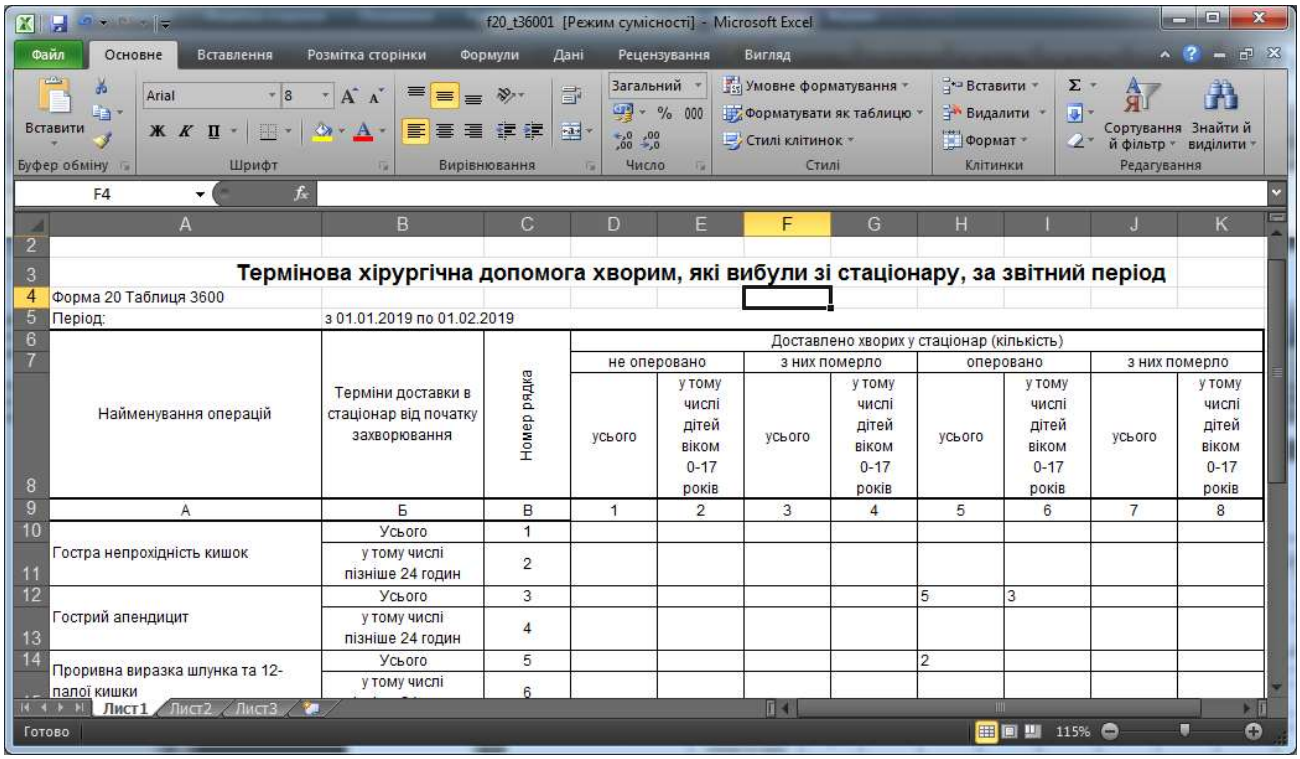
У табл. 3600 не вказуються дані щодо кількості хворих, які переведені для операції в інші стаціонари.



- дозволяє експортувати файл з форматом DBF для подальшого імпорту в програму «Медстат».

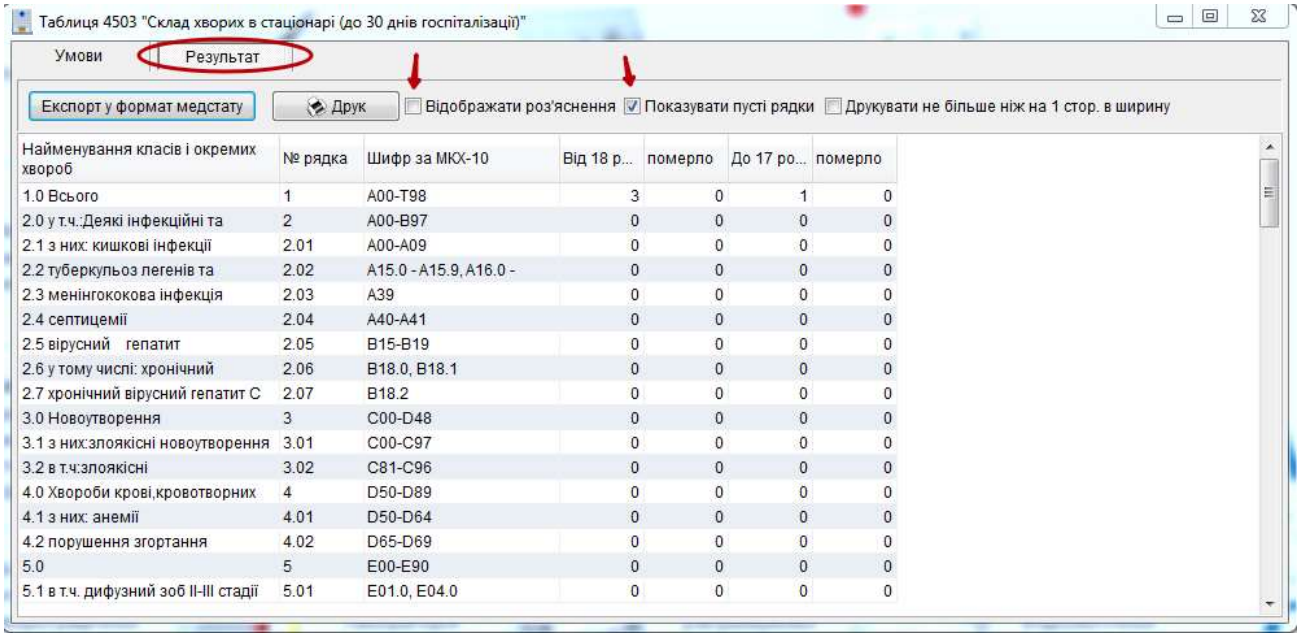


- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



Форма 20 таблиця 4503 «Склад хворих в стаціонарі (до 30 днів госпіталізації)»

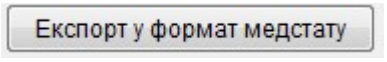
Звіт відповідає статистичній формі №20. Для його складання необхідно обов'язково вказати період, за який необхідно сформувати звіт. В разі необхідності можна задати медичні заклади, відділення, лікаря, ознаку пацієнта (місто, село).



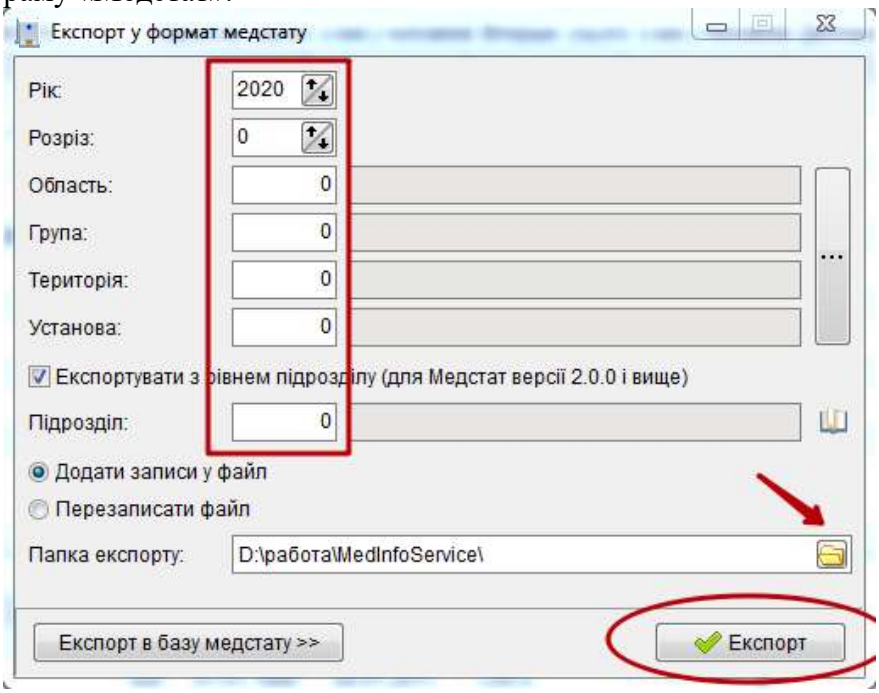
Найменування класів і окремих хвороб	№ рядка	Шифр за МКХ-10	Від 18 р...	померло	До 17 ро...	померло
1.0 Всього	1	A00-T98	3	0	1	0
2.0 у т.ч.:Деякі інфекційні та	2	A00-B97	0	0	0	0
2.1 з них: кишкові інфекції	2.01	A00-A09	0	0	0	0
2.2 туберкульоз легенів та	2.02	A15.0 - A15.9, A16.0 -	0	0	0	0
2.3 менінгококова інфекція	2.03	A39	0	0	0	0
2.4 септицемії	2.04	A40-A41	0	0	0	0
2.5 вірусний гепатит	2.05	B15-B19	0	0	0	0
2.6 у тому числі: хронічний	2.06	B18.0, B18.1	0	0	0	0
2.7 хронічний вірусний гепатит С	2.07	B18.2	0	0	0	0
3.0 Новоутворення	3	C00-D48	0	0	0	0
3.1 з них:злоякісні новоутворення	3.01	C00-C97	0	0	0	0
3.2 в т.ч:злоякісні	3.02	C81-C96	0	0	0	0
4.0 Хвороби крові,кровотворних	4	D50-D89	0	0	0	0
4.1 з них: анемії	4.01	D50-D64	0	0	0	0
4.2 порушення згортання	4.02	D65-D69	0	0	0	0
5.0	5	E00-E90	0	0	0	0
5.1 в т.ч. дифузний зоб II-III стадії	5.01	E01.0, E04.0	0	0	0	0

Обравши будь-яку комірку зі значенням, можна відобразити в нижній частині вікна дані пацієнтів, які присутні в базі. Для цього необхідно відмітити **«Відображати роз'яснення».**

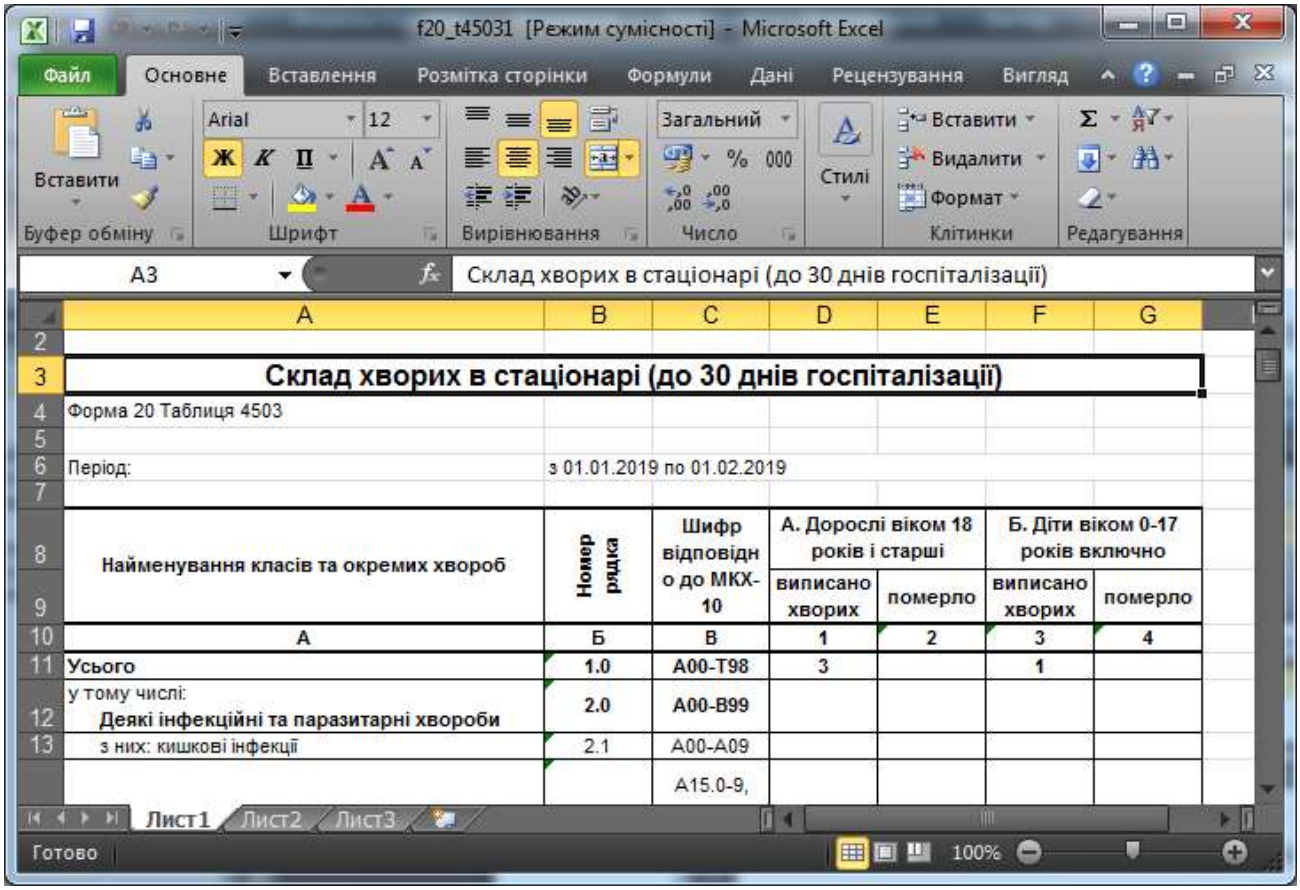
В таблиці 4503 враховується повторна госпіталізація хворого до 30 днів з моменту виписки після госпіталізації з приводу одного і того ж захворювання, за винятком хворих, яким за стандартами лікування показана госпіталізація до 30 днів.



- дозволяє експортувати файл з форматом DBF для подальшого імпорту в програму «Медстат».



- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.

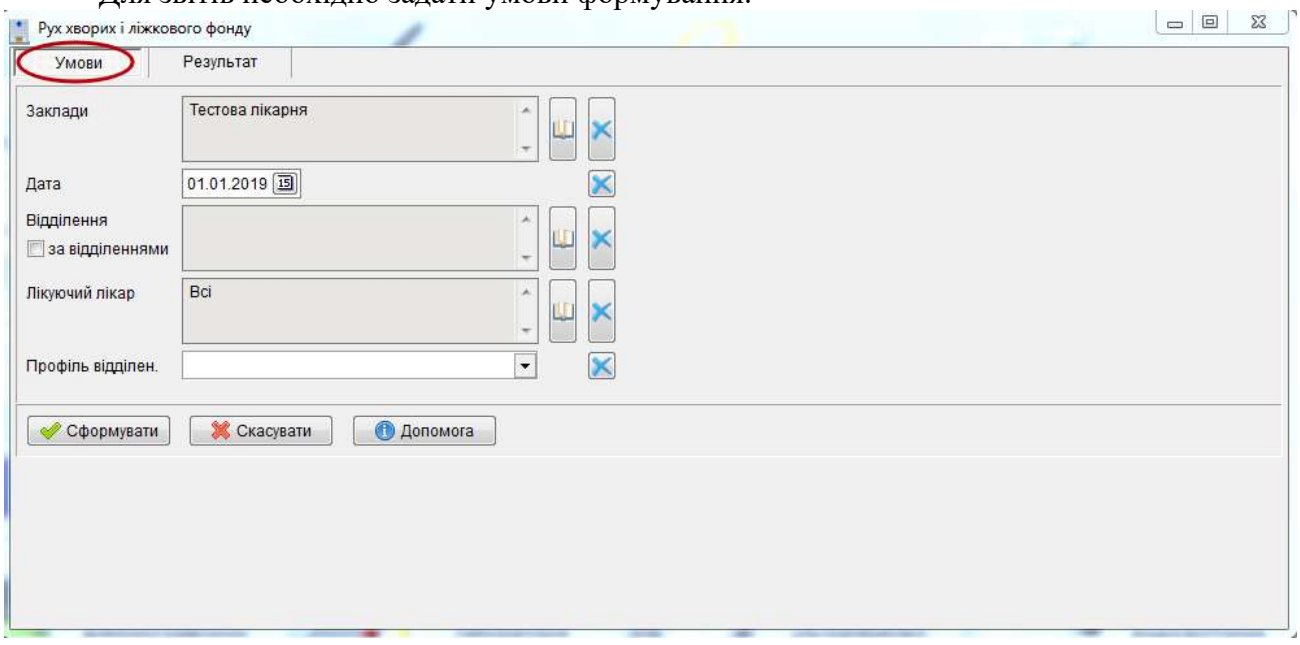


13.3 Форма №007

Рух хворих і ліжкового фонду

Звіт формується за даними з форми №007/о «Листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару». Для його складання необхідно обов'язково вказати дату. В разі необхідності можна задати медичний заклад, відділення, профіль відділення (хірургічний, терапевтичний).

Для звітів необхідно задати умови формування.



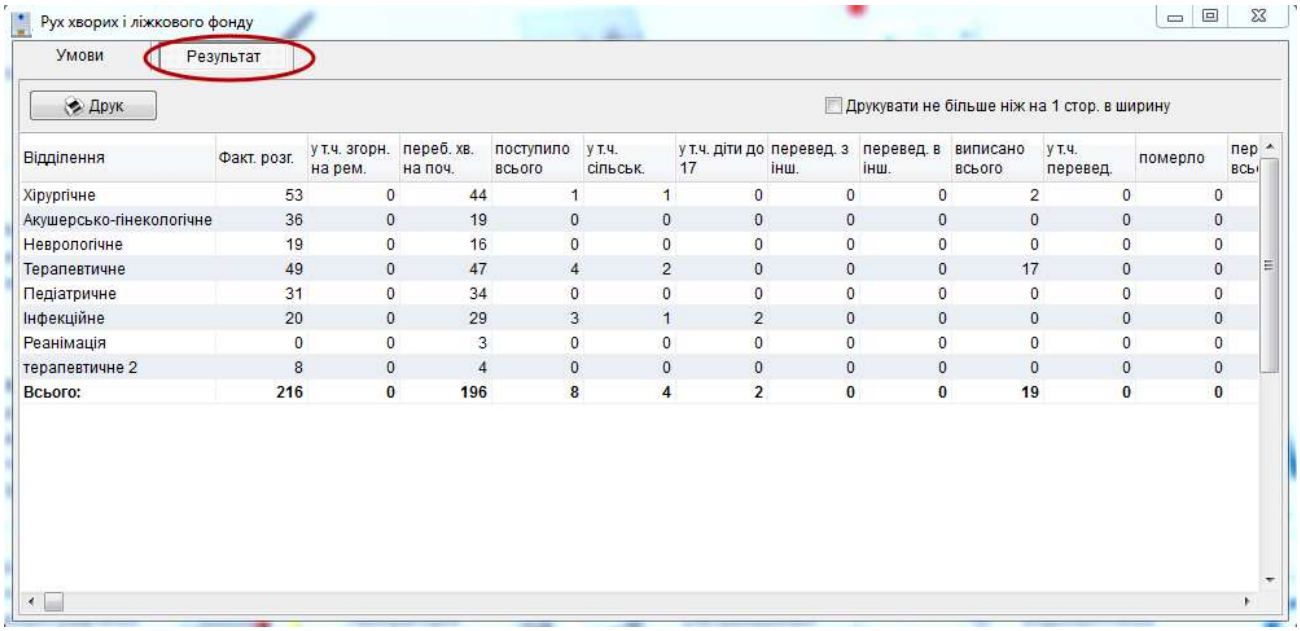
У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.
У полі **«Дата»** вказується день, за який формується звіт.

У полях **«Відділення», «Профіль відділення»** та **«Лікуючий лікар»** відображаються та дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.

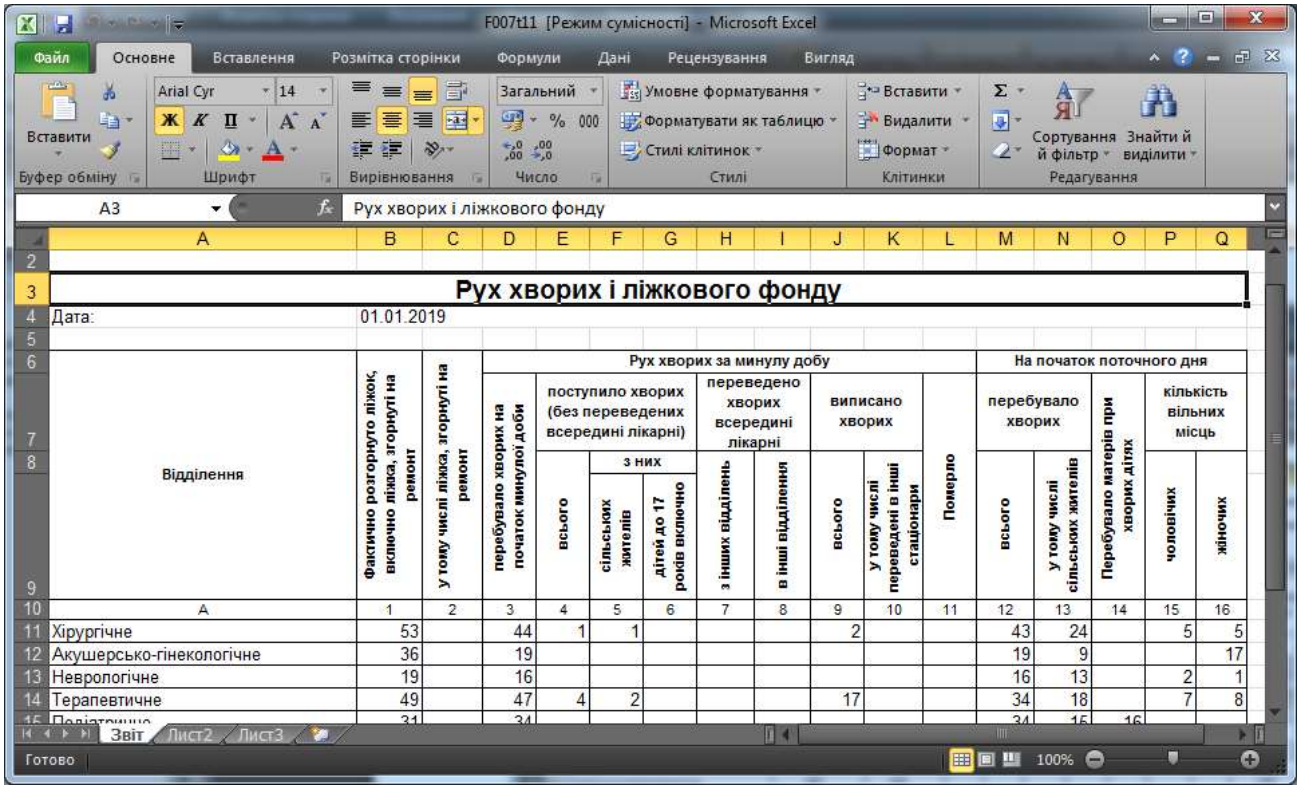


Відділення	Факт. розг.	у т.ч. згорн. на рем.	переб. хв. на поч.	поступило всього	у т.ч. сільськ.	у т.ч. діти до 17	перевед. з інш.	перевед. в інш.	виписано всього	у т.ч. перевед.	померло	пер всь
Хірургічне	53	0	44	1	1	0	0	0	2	0	0	
Акушерсько-гінекологічне	36	0	19	0	0	0	0	0	0	0	0	
Неврологічне	19	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	
Терапевтичне	49	0	47	4	2	0	0	0	17	0	0	
Педіатричне	31	0	34	0	0	0	0	0	0	0	0	
Інфекційне	20	0	29	3	1	2	0	0	0	0	0	
Реанімація	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	
терапевтичне 2	8	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	
Всього:	**216**	**0**	**196**	**8**	**4**	**2**	**0**	**0**	**19**	**0**	**0**	

Звіт формується за даними з форми №007/о «Листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару». Для його складання необхідно обов'язково вказати дату. В разі необхідності можна задати медичний заклад, відділення, профіль відділення (хірургічний, терапевтичний).

Дані з форми №007/о «Листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару» вибираються на дату звіту. Графа №1 відповідає графі №3 форми №007/о, графа №2 відповідає графі №4 і т.д.

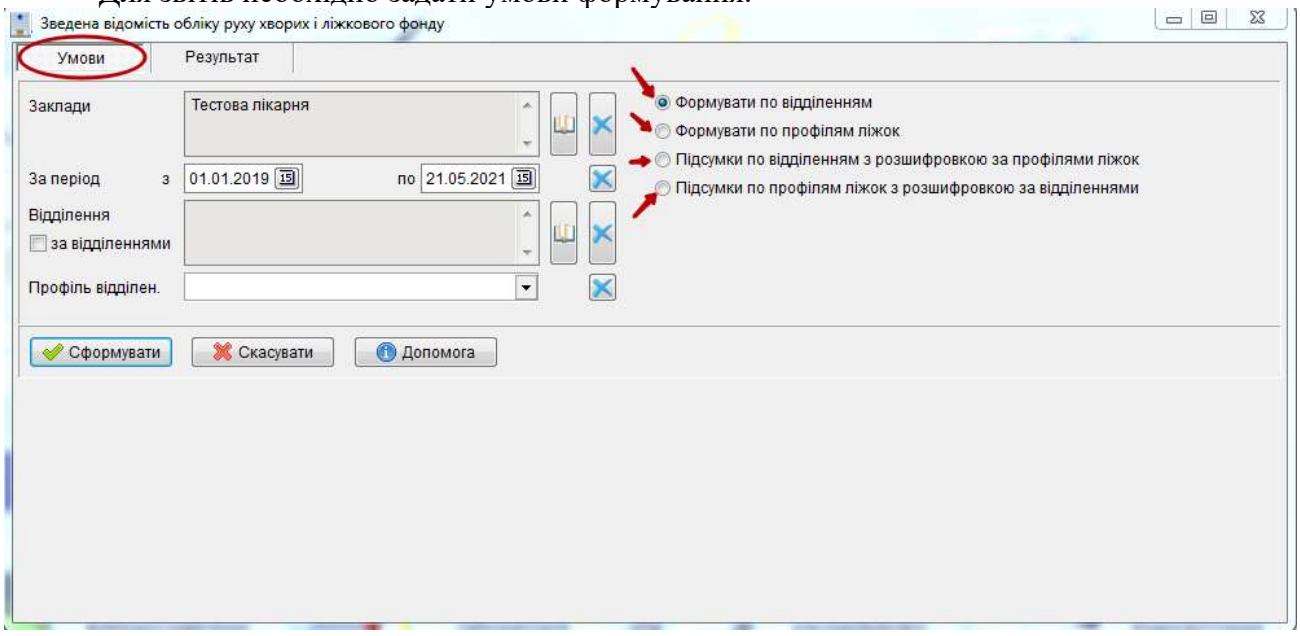
- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



Зведена відомість обліку руху хворих і ліжкового фонду

Звіт формується за даними з форми №007/о «Листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару». Для його складання необхідно обов'язково вказати період. В разі необхідності можна формувати по відділенням, по профілям ліжок, в т.ч. підсумки з розшифровкою.

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

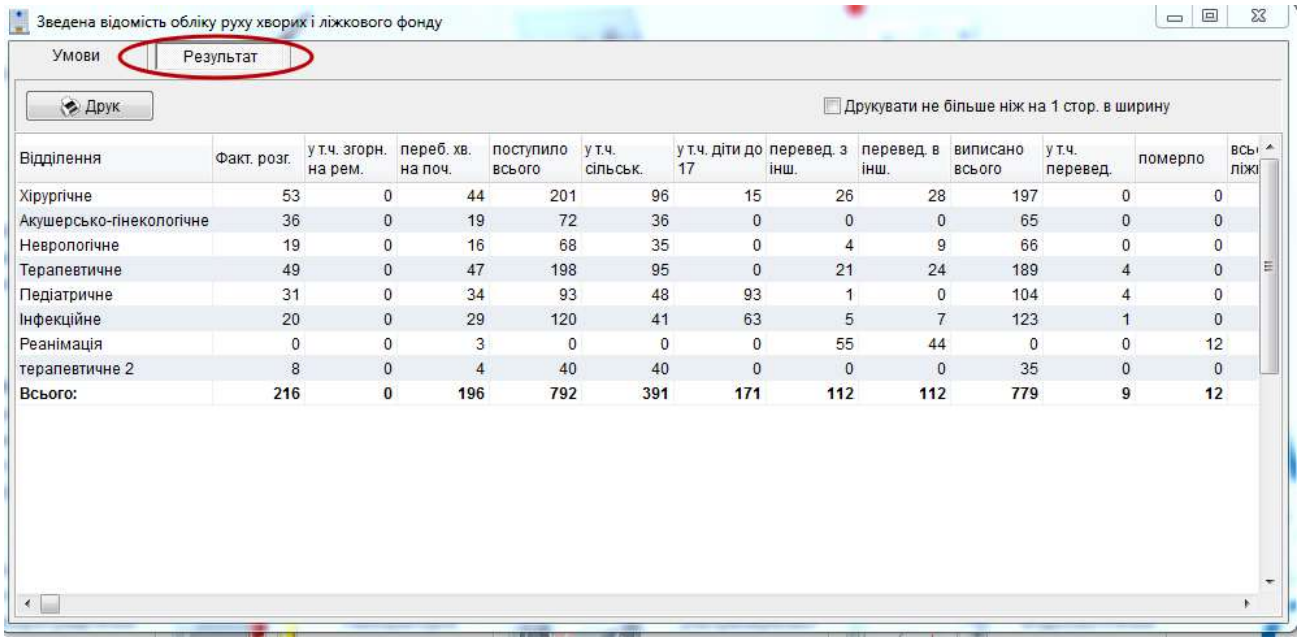
У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полях **«Відділення»** та **«Профіль відділення»** відображаються та дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



Відділення	Факт. розг.	у т.ч. згорн. на рем.	переб. хв. на поч.	поступило всього	у т.ч. сільськ.	у т.ч. діти до 17	перевед. з інш.	перевед. в інш.	виписано всього	у т.ч. перевед.	померло	всь ліж
Хірургічне	53	0	44	201	96	15	26	28	197	0	0	
Акушерсько-гінекологічне	36	0	19	72	36	0	0	0	65	0	0	
Неврологічне	19	0	16	68	35	0	4	9	66	0	0	
Терапевтичне	49	0	47	198	95	0	21	24	189	4	0	
Педіатричне	31	0	34	93	48	93	1	0	104	4	0	
Інфекційне	20	0	29	120	41	63	5	7	123	1	0	
Реанімація	0	0	3	0	0	0	55	44	0	0	12	
терапевтичне 2	8	0	4	40	40	0	0	0	35	0	0	
Всього:	**216**	**0**	**196**	**792**	**391**	**171**	**112**	**112**	**779**	**9**	**12**	

Звіт формується за даними з форми №007/о «Листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару». Для його складання необхідно обов'язково вказати період. В разі необхідності можна задати медичний заклад, відділення, профіль відділення (хірургічний, терапевтичний).

Графа 1 «Фактично розгорнуто ліжок, включно ліжка, згорнуті на ремонт»: підраховується з графи №3 «Фактично розгорнуто ліжок, включно ліжка, згорнуті на ремонт» форми №007/о на кінцеву дату періоду звіту.

Графа 2 «У тому числі ліжка, згорнуті на ремонт»: підраховується з графи №4 «У тому числі ліжка, згорнуті на ремонт» форми №007/о на кінцеву дату періоду звіту.

Графа 3 «Перебувало хворих на початок минулої доби»: підраховується з графи №5 «Перебувало хворих на початок минулої доби» форми №007/о на початкову дату періоду звіту.

Графа 4 «Поступило хворих (без переведених всередині лікарні) – всього»: підраховується з графи №6 «Поступило хворих (без переведених всередині лікарні) – всього» форми №007/о за звітний період.

Графа 5 «Поступило хворих (без переведених всередині лікарні) - сільських жителів»: підраховується з графи №7 «Поступило хворих (без переведених всередині лікарні) - сільських жителів» форми №007/о за звітний період.

Графа 6 «Поступило хворих (без переведених всередині лікарні) - дітей до 17 років включно»: підраховується з графи №8 «Поступило хворих (без переведених всередині лікарні) - дітей до 17 років включно» форми №007/о за звітний період.

Графа 7 «Переведено хворих всередині лікарні - з інших відділень»: підраховується з графи №9 «Переведено хворих всередині лікарні - з інших відділень» форми №007/о за звітний період.

Графа 8 «Переведено хворих всередині лікарні - в інші відділення»: підраховується з графи №10 «Переведено хворих всередині лікарні - в інші відділення» форми №007/о за звітний період.

Графа 9 «Виписано хворих – всього»: підраховується з графи №11 «Виписано хворих – всього» форми №007/о за звітний період.

Графа 10 ««Виписано хворих - у тому числі переведені в інші стаціонари»: підраховується з графи №12 «Виписано хворих - у тому числі переведені в інші стаціонари» форми №007/о за звітний період.

Графа 11 «Померло»: підраховується з графи №13 «Померло» форми №007/о за звітний період.

Графа 12 «Всього ліжко-днів»: підраховується з графи №14 «Перебувало хворих – всього» форми №007/о за звітний період.

Графа 13 «Перебувало хворих – всього»: підраховується з графи №14 «Перебувало хворих – всього» форми №007/о на кінцеву дату періоду звіту.

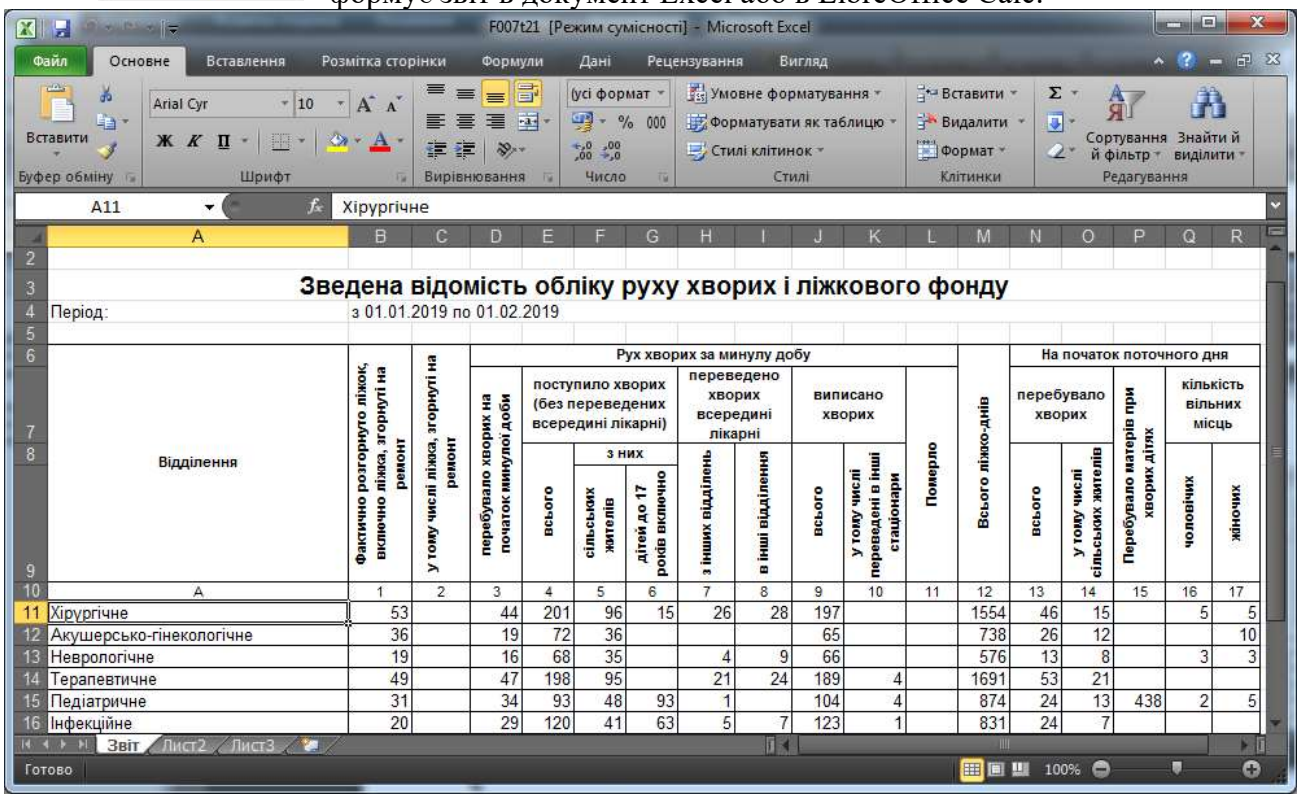
Графа 14 «Перебувало хворих - у тому числі сільських жителів»: підраховується з графи №15 «Перебувало хворих – всього» форми №007/о на кінцеву дату періоду звіту.

Графа 15 «Перебувало матерів при хворих дітях»: підраховується з графи №16 «Перебувало матерів при хворих дітях» форми №007/о на кінцеву дату періоду звіту.

Графа 16 «Кількість вільних місць – чоловічих»: підраховується з графи №17 «Кількість вільних місць – чоловічих» форми №007/о на кінцеву дату періоду звіту.

Графа 17 «Кількість вільних місць – жіночих»: підраховується з графи №17 «Кількість вільних місць – жіночих» форми №007/о на кінцеву дату періоду звіту.

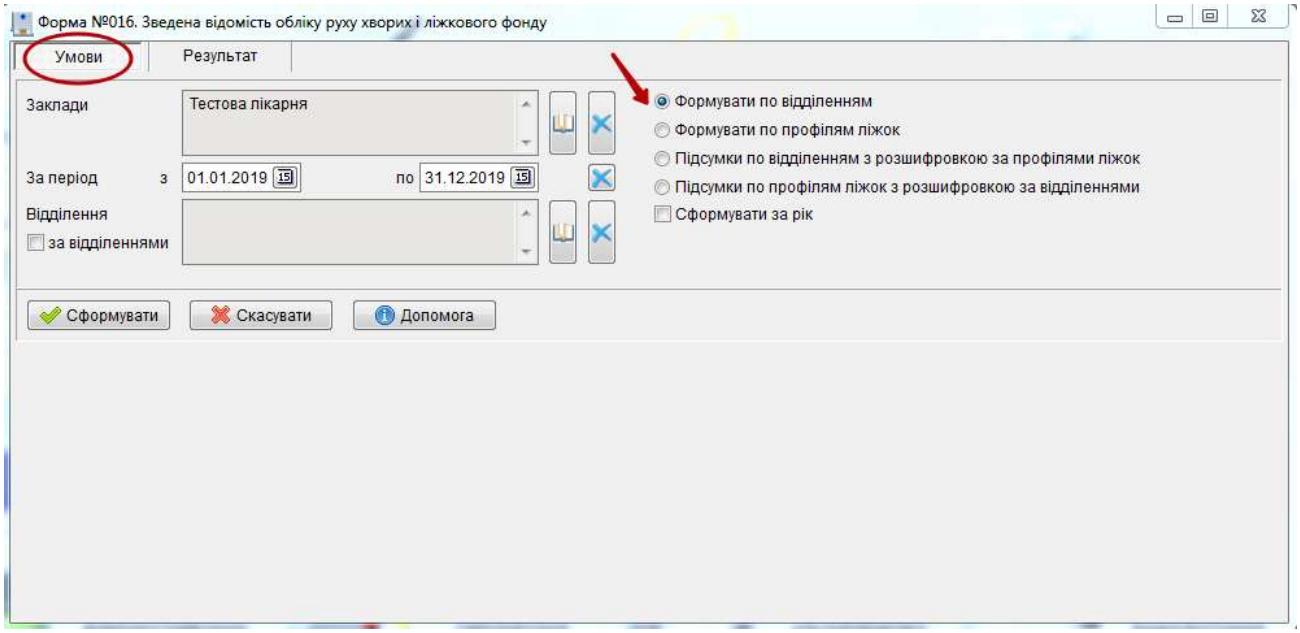
- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



13.4 Форма №016 Зведена відомість обліку руху хворого і ліжкового фонду

Звіт формується на підставі підрахунку даних за всі дні місяця із облікової форми №007/о «Листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару». Доступний режим формування за період або за рік. Для складання звіту потрібно вказати період. В разі необхідності можна формувати по відділенням, по профілям ліжок, в т.ч. підсумки з розшифровкою, сформувати за рік.

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

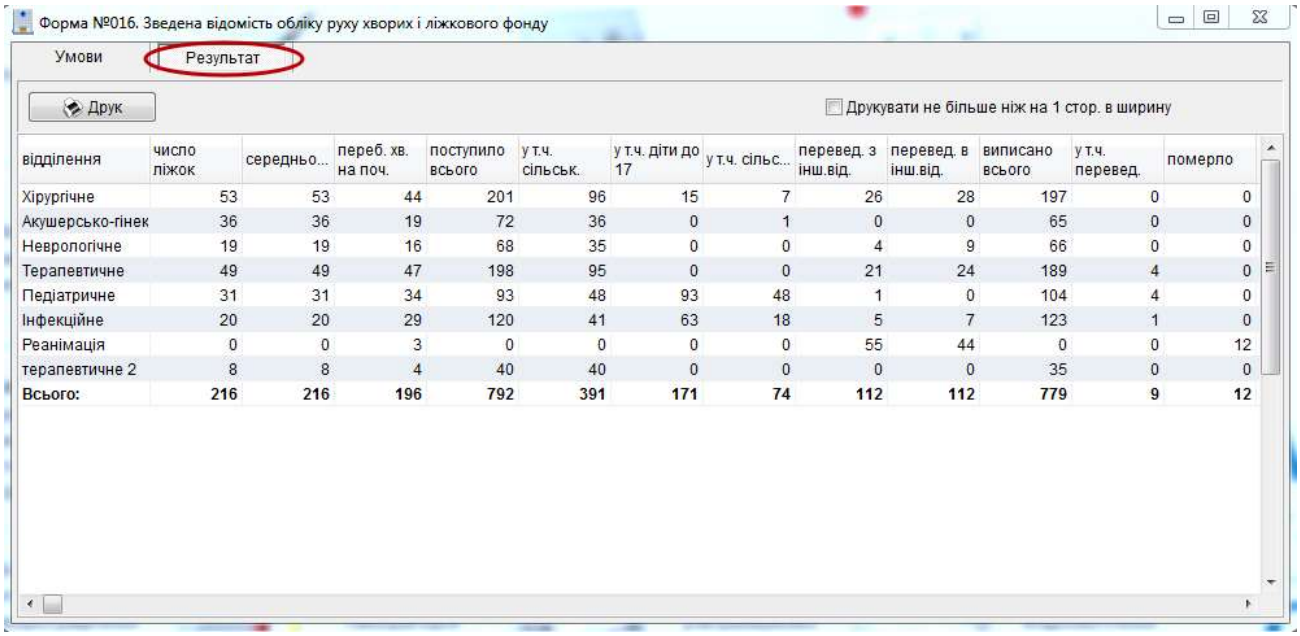
У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полі **«Відділення»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



відділення	число ліжок	середньо...	переб. хв. на поч.	поступило всього	у т.ч. сільськ.	у т.ч. діти до 17	у т.ч. сільс...	перевед. з інш.від.	перевед. в інш.від.	виписано всього	у т.ч. перевед.	померло
Хірургічне	53	53	44	201	96	15	7	26	28	197	0	0
Акушерсько-гінек	36	36	19	72	36	0	1	0	0	65	0	0
Неврологічне	19	19	16	68	35	0	0	4	9	66	0	0
Терапевтичне	49	49	47	198	95	0	0	21	24	189	4	0
Педіатричне	31	31	34	93	48	93	48	1	0	104	4	0
Інфекційне	20	20	29	120	41	63	18	5	7	123	1	0
Реанімація	0	0	3	0	0	0	0	55	44	0	0	12
терапевтичне 2	8	8	4	40	40	0	0	0	0	35	0	0
Всього:	**216**	**216**	**196**	**792**	**391**	**171**	**74**	**112**	**112**	**779**	**9**	**12**

Звіт формується на підставі підрахунку даних за всі дні місяця із облікової форми №007/о «Листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару». Доступний режим формування за період або за рік. Для складання звіту потрібно вказати період. В разі необхідності можна задати медичний заклад, відділення, профіль ліжок.

Графа 1: вписується число ліжок у межах кошторису фактично розгорнутих і згорнутих на ремонт на кінець звітного періоду, які підраховуються з графи №3 «Фактично розгорнуто ліжок, включно ліжка, згорнуті на ремонт» форми №007/о на кінцеву дату періоду звіту.

Графа 2: вказується число середньомісячних (річних) ліжок, які підраховуються за звітний період з реєстру «Профілі ліжок у відділеннях»: значення «Ліжок всього» ділиться на число днів періоду, а якщо період більше місяця то потім ділиться на число місяців.

Графа 3: зазначається кількість хворих, які перебували у стаціонарі, відділенні на початок звітного періоду, які підраховуються з графи №5 «Перебувало хворих на початок минулої доби» форми №007/о на початкову дату періоду звіту.

Графа 4: вказується кількість хворих, які поступили за звітний період - всього, які підраховуються з графи №6 «Поступило хворих (без переведених всередині лікарні) - всього» форми №007/о за звітний період.

Графа 5: зазначається кількість госпіталізованих сільських жителів, які підраховуються з графи №7 «Поступило хворих (без переведених всередині лікарні) - сільських жителів» форми №007/о за звітний період.

Графа 6: вказується кількість госпіталізованих дітей до 17 років включно, які підраховуються з графи №8 «Поступило хворих (без переведених всередині лікарні) - дітей до 17 років включно» форми №007/о за звітний період.

Графа 6.1: вказується кількість госпіталізованих дітей сільських жителів до 17 років включно, які підраховуються за даними з форми №066/о за звітний період (пацієнти віком 0-17 років з ознакою «село»).

Графа 7: зазначається кількість хворих, які переведені всередині лікарні із інших відділень, які підраховуються з графи №9 «Переведено хворих всередині лікарні - з інших відділень» форми №007/о за звітний період.

Графа 8: вказується кількість хворих, які переведені всередині лікарні в інші відділення, які підраховуються з графи №10 «Переведено хворих всередині лікарні - в інші відділення» форми №007/о за звітний період.

Графа 9: зазначаються відомості щодо кількості виписаних хворих - всього, які підраховуються з графи №11 «Виписано хворих - всього» форми №007/о за звітний період.

Графа 10: вказується кількість хворих, які переведені в інші стаціонари із кількості виписаних хворих (графа 9), які підраховуються з графи №12 «Виписано хворих - у тому числі переведені в інші стаціонари» форми №007/о за звітний період.

Графа 11: зазначається кількість померлих, які підраховуються з графи №13 «Померло» форми №007/о за звітний період.

Графа 12: вказуються дані про хворих, які перебували в стаціонарі на кінець звітного періоду, які підраховуються з графи №14 «Перебувало хворих - всього» форми №007/о на кінцеву дату періоду звіту.

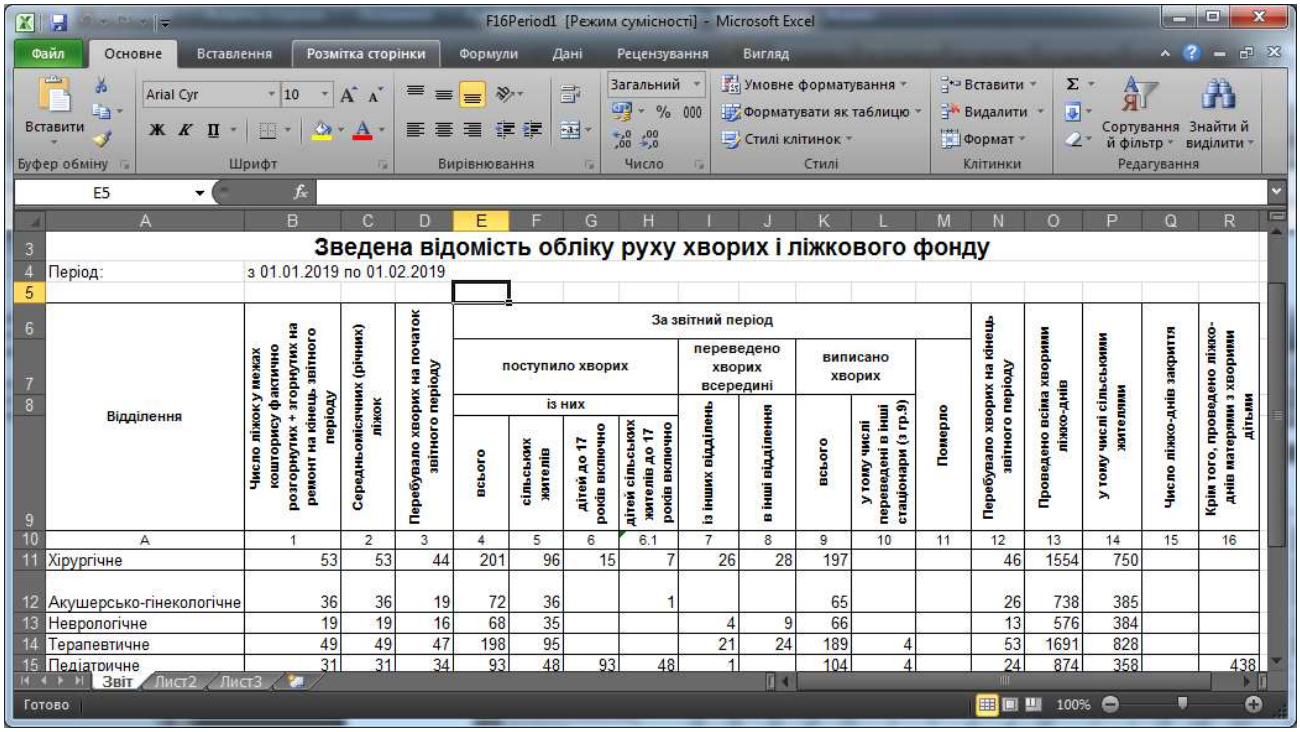
Графа 13: вписуються дані щодо кількості ліжко-днів, які проведені всіма хворими, які підраховуються з графи №14 «Перебувало хворих - всього» форми №007/о за звітний період.

Графа 14: зазначається кількість ліжко-днів проведених сільськими жителями (із графи 13), які підраховуються з графи №15 «Перебувало хворих - у тому числі сільських жителів» форми №007/о за звітний період.

Графа 15: вписується кількість ліжко-днів закриття, які підраховуються з графи №4 «У тому числі ліжка, згорнуті на ремонт» форми №007/о за звітний період.

Графа 16: зазначається «крім того», проведено ліжко-днів матерями з хворими дітьми, які підраховуються з графи №16 «Перебувало матерів при хворих дітях» форми №007/о за звітний період.

- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



Зведена відомість обліку руху хворих і ліжкового фонду

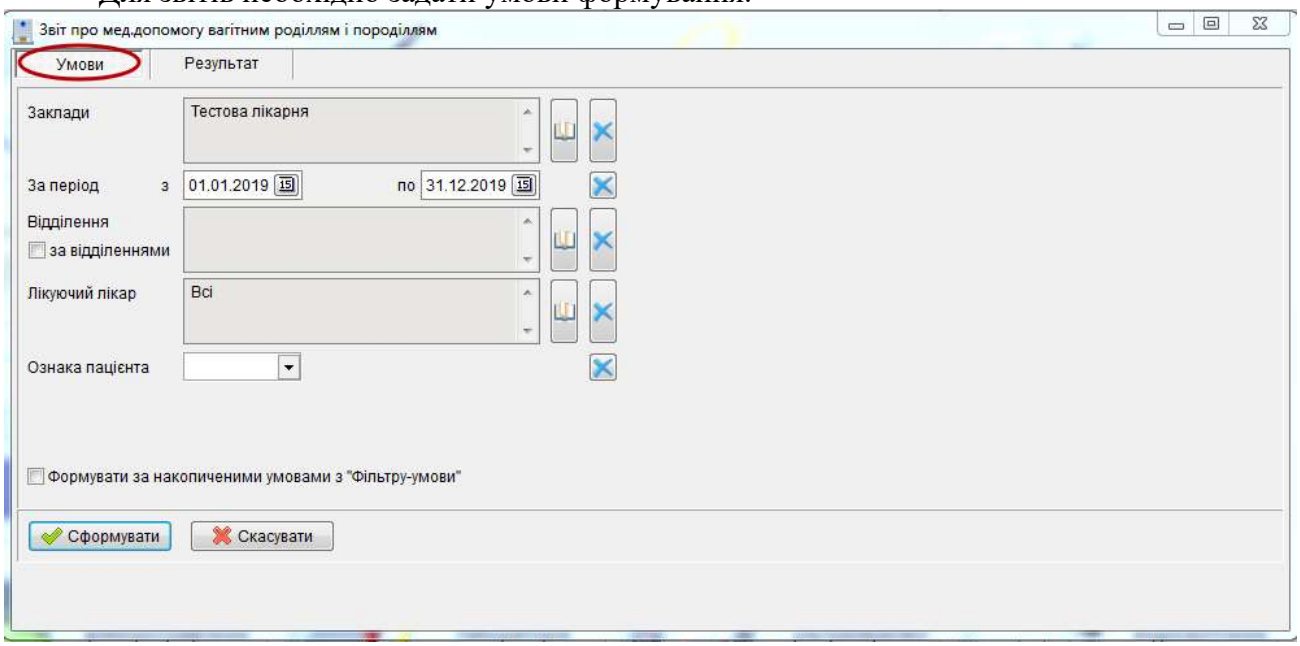
Період: з 01.01.2019 по 01.02.2019

Відділення	Число ліжок у межах кошторису фактично розгорнутих + згорнутих на ремонт на кінець звітного періоду	Середньомісячних (річних) ліжок	Перебувало хворих на початок звітного періоду	За звітний період: поступило хворих всього	поступило хворих із них: сільських жителів	поступило хворих із них: дітей до 17 років включно	поступило хворих із них: дітей сільських жителів до 17 років включно	переведено хворих всередині: із інших відділень	переведено хворих всередині: в інші відділення	виписано хворих всього	виписано хворих у тому числі переведені в інші стаціонари (з гр.9)	Померло	Перебувало хворих на кінець звітного періоду	Проведено всіма хворими ліжко-днів	у тому числі сільськими жителями	Число ліжко-днів закриття	Крім того, проведено ліжко-днів матерями з хворими дітьми
А	1	2	3	4	5	6	6.1	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Хірургічне	53	53	44	201	96	15	7	26	28	197			46	1554	750		
Акушерсько-гінекологічне	36	36	19	72	36		1			65			26	738	385		
Неврологічне	19	19	16	68	35			4	9	66			13	576	384		
Терапевтичне	49	49	47	198	95			21	24	189	4		53	1691	828		
Педіатричне	31	31	34	93	48	93	48	1		104	4		24	874	358		438

13.5 Форма №13 «Звіт про штучне переривання вагітності«

Дозволяє на основі внесених даних в базі даних сформувати звіт по **форми №13 «Звіт про штучне переривання вагітності«.**

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полях **«Відділення»** та **«Лікуючий лікар»** відображаються та дані, які будуть включені у звіт.

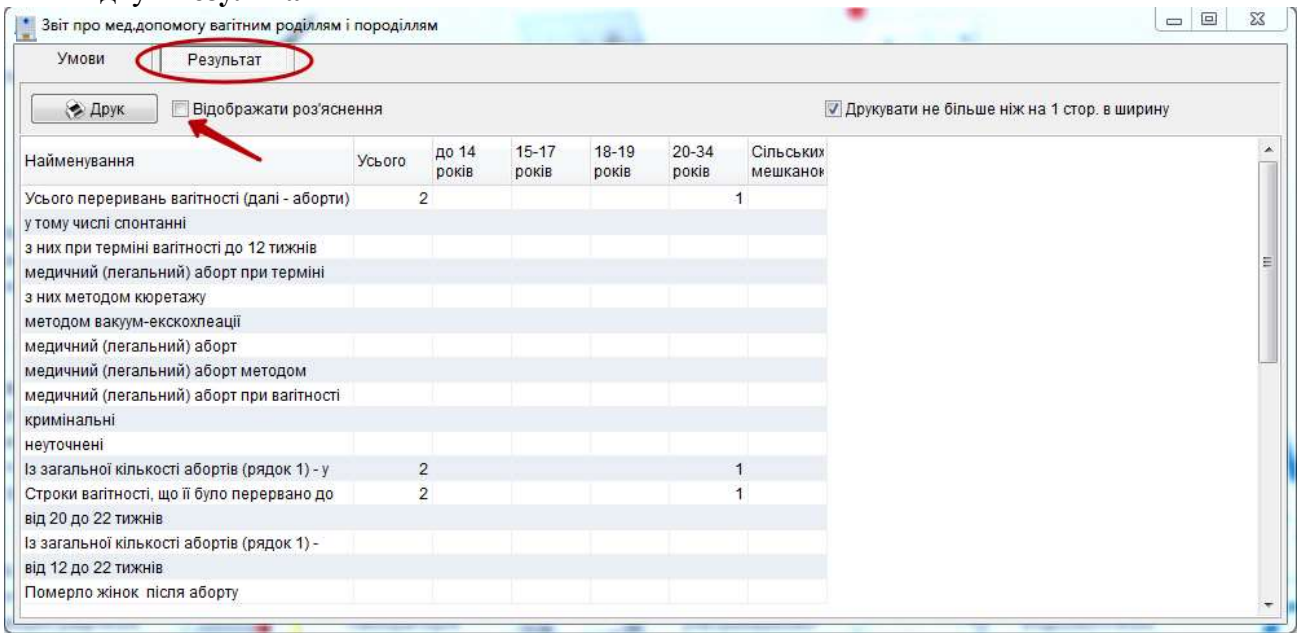
Поле **«Ознака пацієнта»** дозволяє формувати звіт враховуючі відповідну ознаку, яка встановлена у пацієнта, тобто «місто» або «село».

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Карта хворого, який вибув із стаціонару».

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



Найменування	Усього	до 14 років	15-17 років	18-19 років	20-34 років	Сільських мешканок
Усього переривань вагітності (далі - аборти)	2				1	
у тому числі спонтанні						
з них при терміні вагітності до 12 тижнів						
медичний (легальний) аборт при терміні						
з них методом кюретажу						
методом вакуум-екскохлеації						
медичний (легальний) аборт						
медичний (легальний) аборт методом						
медичний (легальний) аборт при вагітності						
кримінальні						
неуточнені						
Із загальної кількості абортів (рядок 1) - у	2				1	
Строки вагітності, що її було перервано до	2				1	
від 20 до 22 тижнів						
Із загальної кількості абортів (рядок 1) -						
від 12 до 22 тижнів						
Померло жінок після аборту						

Обравши будь-яку комірку зі значенням, можна відобразити в нижній частині вікна дані пацієнтів, які присутні в базі. Для цього необхідно відмітити **«Відображати роз'яснення».**

У звіті відображається кількість усіх випадків переривання вагітності з терміном до 22 повних тижнів

У графі 1 указується загальна кількість абортів, що їх проведено жінкам незалежно від її віку.

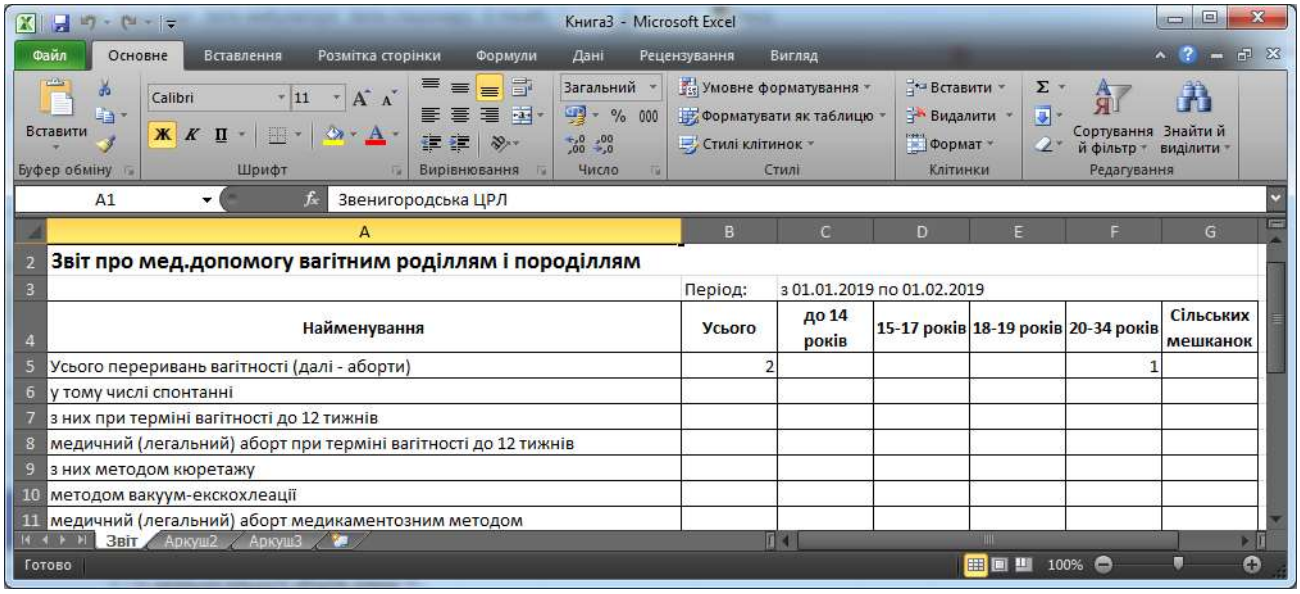
У графах 2-5 загальна кількість проведених абортів (графа 1), вказується кількість абортів, що їх проведено жінкам у окремих вікових групах.

Підсумок даних граф 2, 3, 4, 5 має бути меншим за дані графи 1 за кожним з рядків.

У графі 6 із загальної кількості проведених абортів (графа 1) указується кількість абортів, що їх проведено жінкам, що проживають у сільській місцевості, незалежно від того, де розташовано лікувально-профілактичні заклади, у яких їм надається медична допомога.

Обравши будь-яку комірку зі значенням, можна відобразити в нижній частині вікна дані пацієнтів, які присутні в базі. Для цього необхідно відмітити **«Відображати роз'яснення».**

- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.

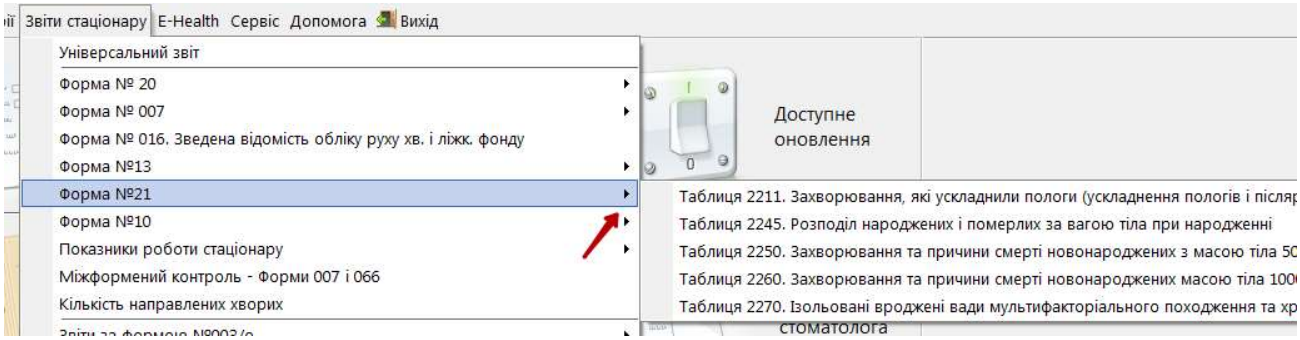


Найменування	Усього	до 14 років	15-17 років	18-19 років	20-34 років	Сільських мешканок
Усього переривань вагітності (далі - аборти)	2				1	
у тому числі спонтанні						
з них при терміні вагітності до 12 тижнів						
медичний (легальний) аборт при терміні вагітності до 12 тижнів						
з них методом кюретажу						
методом вакуум-екскохлеації						
медичний (легальний) аборт медикаментозним методом						

13.6 Форма №21

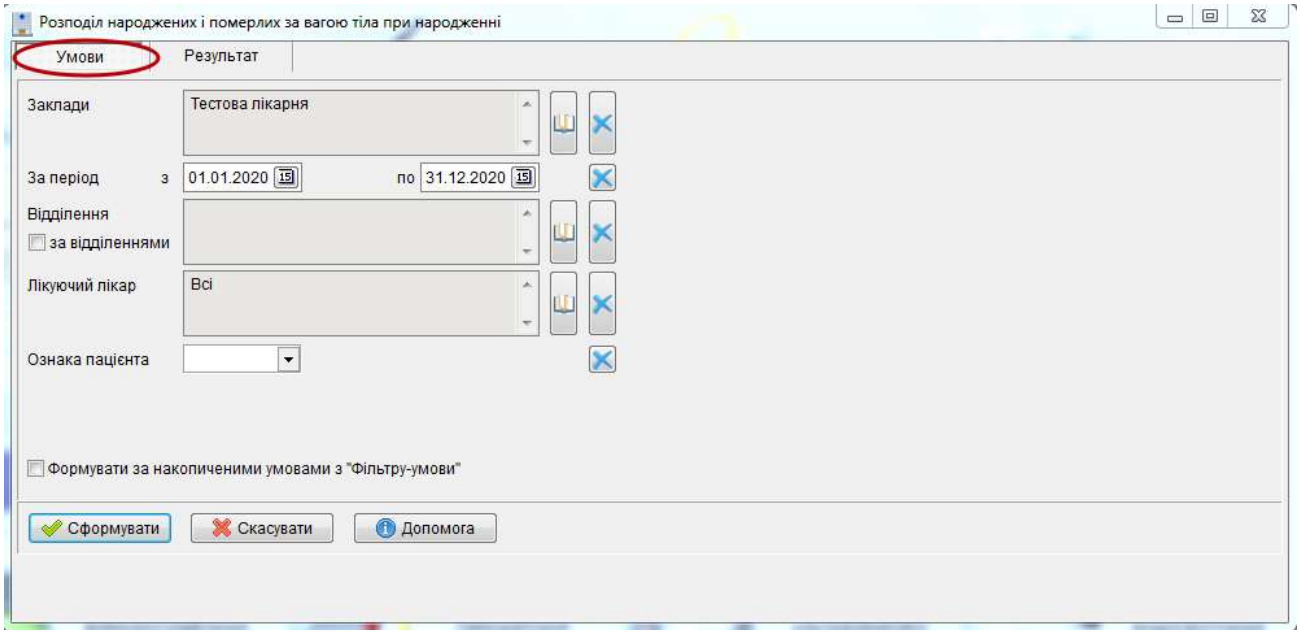
Дозволяє на основі внесених даних в базі карток хворого, який вибув із стаціонару, сформувати звіт **форми №21 «Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям»** по таких таблицях, як:

- т.2211 «Захворювання, які ускладнили пологи (ускладнення пологів і післяпологового періоду),
- т.2245 «Розподіл народжених і померлих за вагою тіла при народженні»,
- т.2250 «Захворювання та причини смерті новонароджених з масою тіла 500-999 г»,
- т.2260 «Захворювання та причини смерті новонароджених з масою тіла 1000г і більше»,
- т.2270 «Ізольовані вроджені вади мультифакторіального походження та хромосомні синдроми».



Розглянемо, на прикладі, формування звіту по **т.2245 «Розподіл народжених і померлих за вагою тіла при народженні»**,

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полях **«Відділення»** та **«Лікуючий лікар»** відображаються та дані, які будуть включені у звіт.

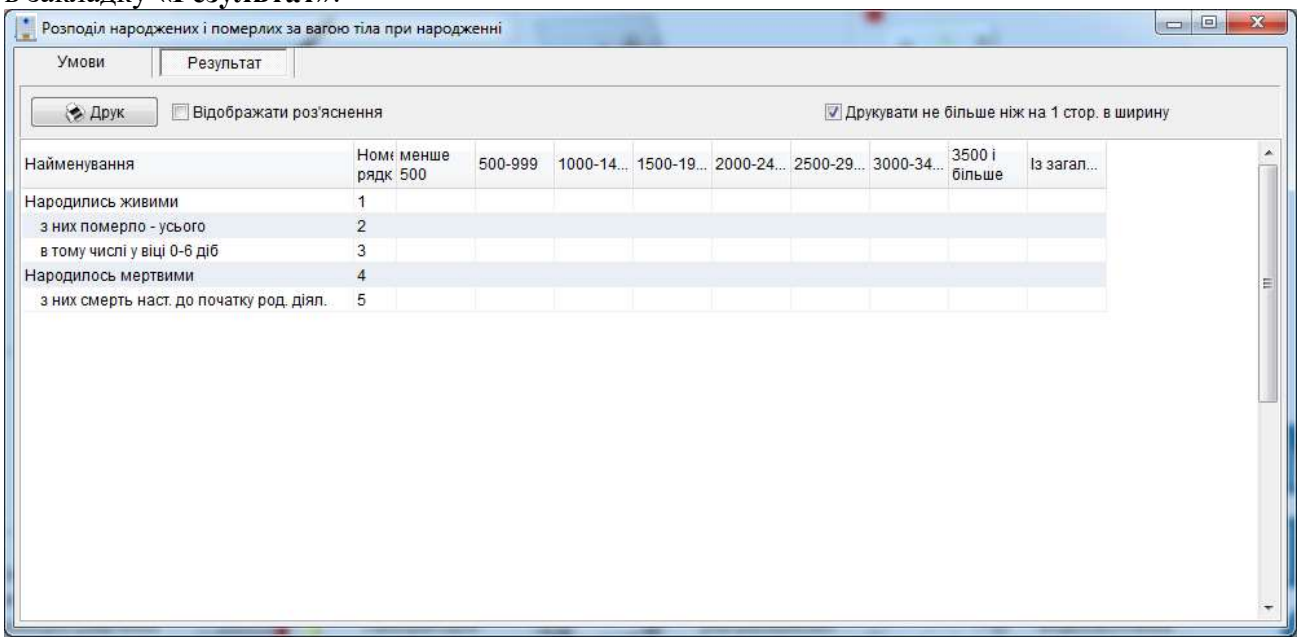
Поле **«Ознака пацієнта»** дозволяє формувати звіт враховуючі відповідну ознаку, яка встановлена у пацієнта, тобто «місто» або «село».

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Карта хворого, який вибув із стаціонару».

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



Обравши будь-яку комірку зі значенням, можна відобразити в нижній частині вікна дані пацієнтів, які присутні в базі. Для цього необхідно відмітити **«Відображати роз’яснення».**

У графах 2-8 формуються дані про розподіл новонароджених, які народилися живими (рядок 1) і мертвими (рядок 4), та тих, що померли (рядки 2,3) за масою тіла при народженні, починаючи з 500 грамів,

У графі 1 указується кількість народжених з масою тіла менше 500 г, які народились у терміні вагітності з 22 повних тижнів.

Із загальної кількості померлих новонароджених (рядок 2) у рядку 3 вказується кількість померлих у перші 6 діб.

Дані рядка 2 мають бути більшими за дані рядка 3.

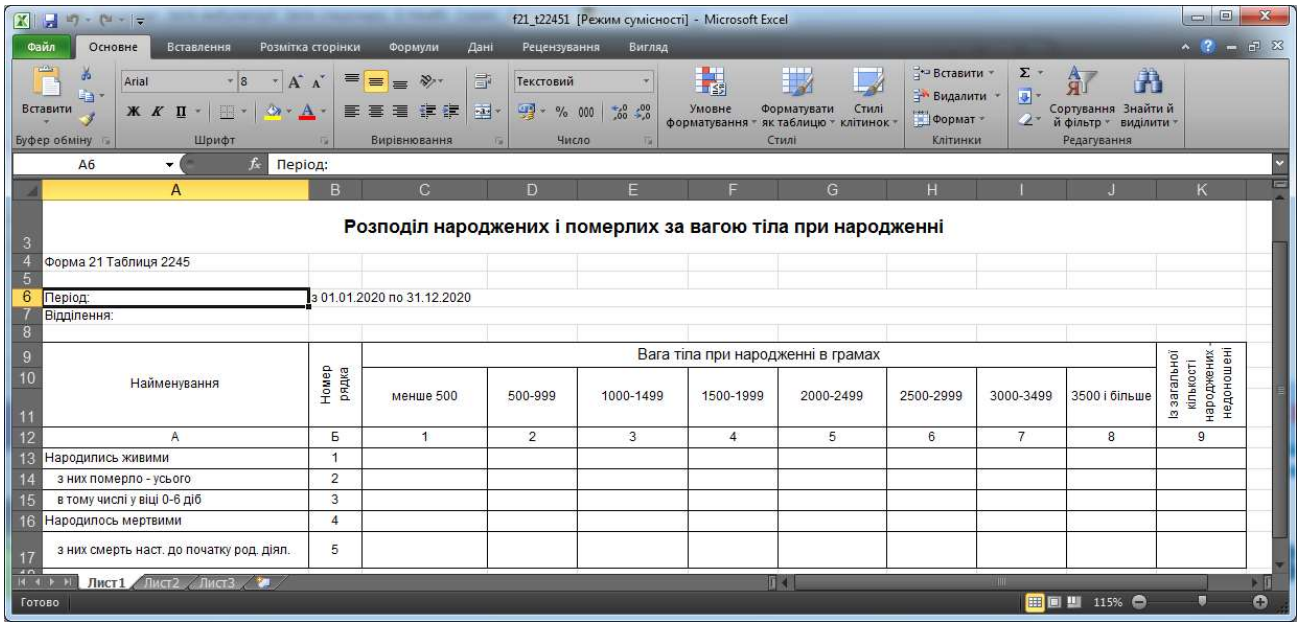
Із загальної кількості народжених мертвими (рядок 4) у рядок 5 включаються дані про кількість мертвонароджених, смерть яких настала до початку родової діяльності.

До графи 9 із загальної кількості новонароджених, які народилися живими, мертвими та померли, уключаються дані про недоношених.

Недоношеними є діти, які народилися при строку вагітності до 37 повних тижнів (менше ніж 259 днів).

Кількість недоношених новонароджених (графа 9), як правило, має бути менша за суму чисел, наведених у графах 1, 2, 3, 4, 5, за рахунок дітей з малою вагою за доношеної вагітності.

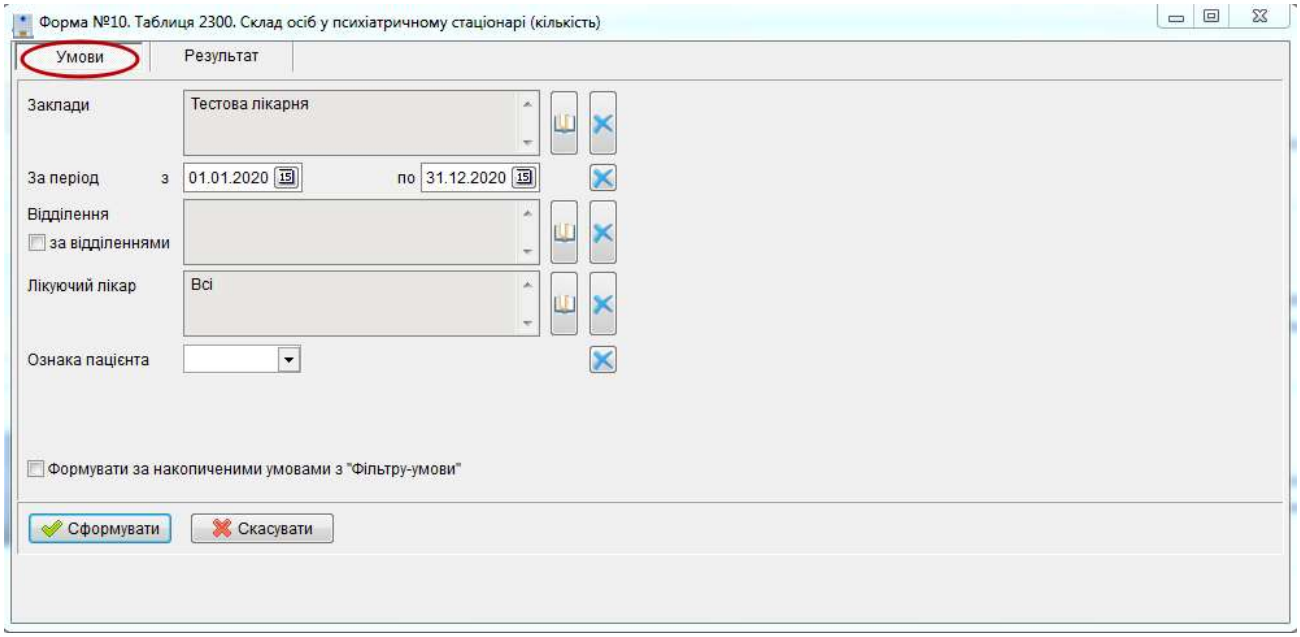
- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



13.7 Форма №10

Дозволяє на основі внесених даних в базі карток хворого, який вибув із стаціонару, сформувати звіт **форми №10 «Звіт щодо надання психіатричної допомоги населенню»** по таблиці 2300 «Стаціонарна психіатрична допомога особам з інвалідністю внаслідок розладу психіки та поведінки»

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полях **«Відділення»** та **«Лікуючий лікар»** відображаються та дані, які будуть включені у звіт.

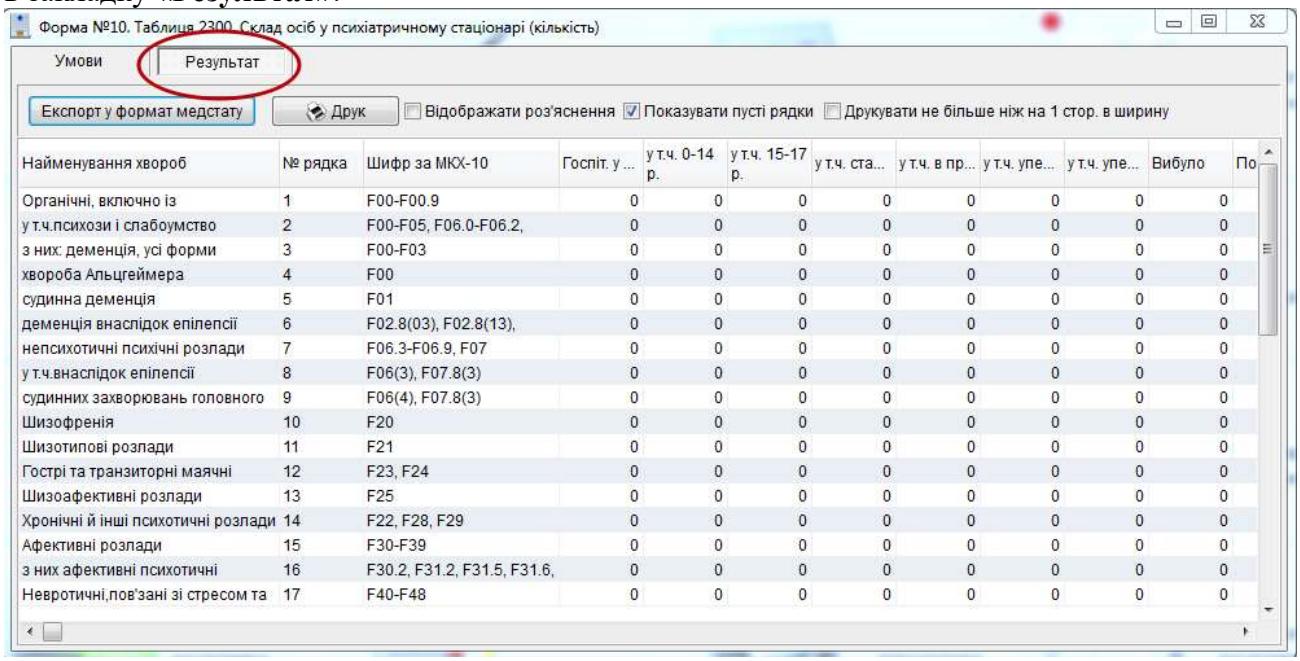
Поле **«Ознака пацієнта»** дозволяє формувати звіт враховуючі відповідну ознаку, яка встановлена у пацієнта, тобто «місто» або «село».

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Карта хворого, який вибув із стаціонару».

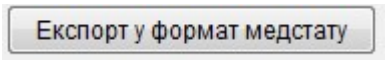
Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.

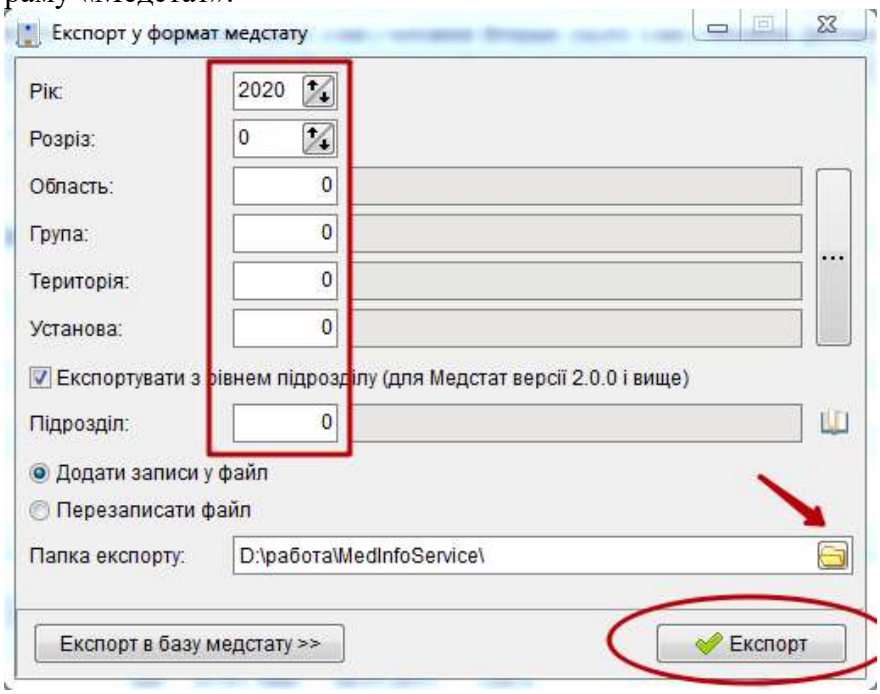


Найменування хвороб	№ рядка	Шифр за МКХ-10	Госпіт. у ...	у т.ч. 0-14 р.	у т.ч. 15-17 р.	у т.ч. ста...	у т.ч. в пр...	у т.ч. упе...	у т.ч. упе...	Вибуло	По
Органічні, включно із	1	F00-F00.9	0	0	0	0	0	0	0	0	
у т.ч.психози і слабоумство	2	F00-F05, F06.0-F06.2,	0	0	0	0	0	0	0	0	
з них: деменція, усі форми	3	F00-F03	0	0	0	0	0	0	0	0	
хвороба Альцгеймера	4	F00	0	0	0	0	0	0	0	0	
судинна деменція	5	F01	0	0	0	0	0	0	0	0	
деменція внаслідок епілепсії	6	F02.8(03), F02.8(13),	0	0	0	0	0	0	0	0	
непсихотичні психічні розлади	7	F06.3-F06.9, F07	0	0	0	0	0	0	0	0	
у т.ч.внаслідок епілепсії	8	F06(3), F07.8(3)	0	0	0	0	0	0	0	0	
судинних захворювань головного	9	F06(4), F07.8(3)	0	0	0	0	0	0	0	0	
Шизофренія	10	F20	0	0	0	0	0	0	0	0	
Шизотипові розлади	11	F21	0	0	0	0	0	0	0	0	
Гострі та транзиторні маячні	12	F23, F24	0	0	0	0	0	0	0	0	
Шизоафективні розлади	13	F25	0	0	0	0	0	0	0	0	
Хронічні й інші психотичні розлади	14	F22, F28, F29	0	0	0	0	0	0	0	0	
Афективні розлади	15	F30-F39	0	0	0	0	0	0	0	0	
з них афективні психотичні	16	F30.2, F31.2, F31.5, F31.6,	0	0	0	0	0	0	0	0	
Невротичні,пов'язані зі стресом та	17	F40-F48	0	0	0	0	0	0	0	0	

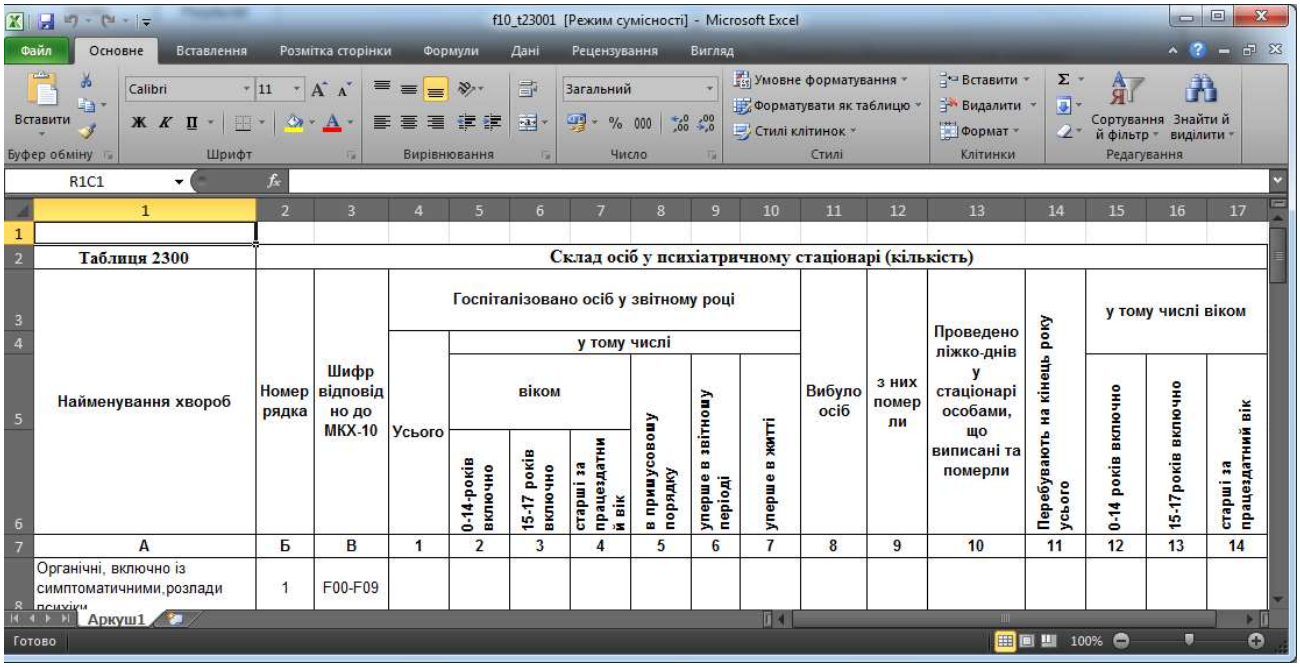
Обравши будь-яку комірку зі значенням, можна відобразити в нижній частині вікна дані пацієнтів, які присутні в базі. Для цього необхідно відмітити **«Відображати роз'яснення».**



- дозволяє експортувати файл з форматом DBF для подальшого імпорту в програму «Медстат».



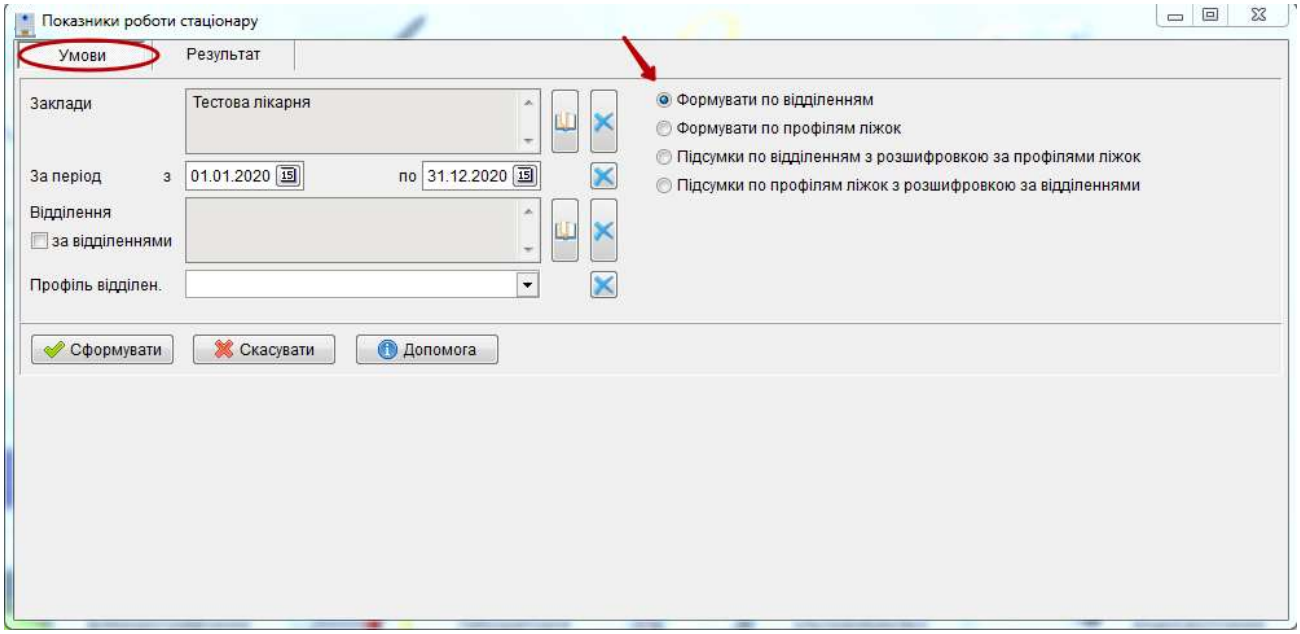
- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



13.8 Показники роботи стаціонару

Звіт формується за даними з форми №007/о «Листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару» та форми №066/о «Карта хворого, який вибув із стаціонару». Для його складання необхідно обов’язково вказати період. В разі необхідності можна задати медичний заклад, відділення, профіль відділення (хірургічний, терапевтичний). Для коректних даних, необхідно формувати звіт на початок місяця. В разі необхідності можна формувати по відділенням, по профілям ліжок, в т.ч. підсумки з розшифровкою, сформувати за рік.

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

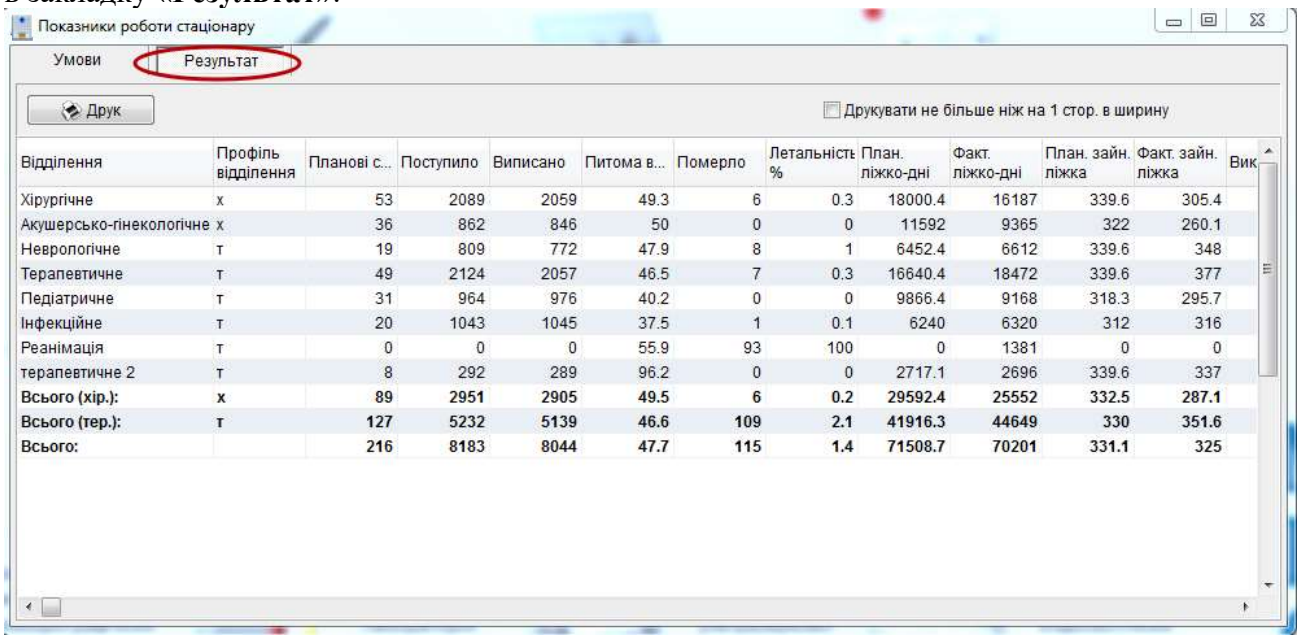
У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полі **«Відділення»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



Відділення	Профіль відділення	Планові с...	Поступило	Виписано	Питома в...	Померло	Летальність %	План. ліжко-дні	Факт. ліжко-дні	План. зайн. ліжка	Факт. зайн. ліжка	Вик
Хірургічне	х	53	2089	2059	49.3	6	0.3	18000.4	16187	339.6	305.4	
Акушерсько-гінекологічне	х	36	862	846	50	0	0	11592	9365	322	260.1	
Неврологічне	т	19	809	772	47.9	8	1	6452.4	6612	339.6	348	
Терапевтичне	т	49	2124	2057	46.5	7	0.3	16640.4	18472	339.6	377	
Педіатричне	т	31	964	976	40.2	0	0	9866.4	9168	318.3	295.7	
Інфекційне	т	20	1043	1045	37.5	1	0.1	6240	6320	312	316	
Реанімація	т	0	0	0	55.9	93	100	0	1381	0	0	
терапевтичне 2	т	8	292	289	96.2	0	0	2717.1	2696	339.6	337	
Всього (хір.):	**х**	**89**	**2951**	**2905**	**49.5**	**6**	**0.2**	**29592.4**	**25552**	**332.5**	**287.1**	
Всього (тер.):	**т**	**127**	**5232**	**5139**	**46.6**	**109**	**2.1**	**41916.3**	**44649**	**330**	**351.6**	
Всього:		**216**	**8183**	**8044**	**47.7**	**115**	**1.4**	**71508.7**	**70201**	**331.1**	**325**	

Графа 1 «Профіль відділення»: заповнюється у відповідності з профілем відділення: для терапевтичного «т», для хірургічного «х», а в разі якщо звіт формується по профілям ліжок то значення порожнє.

Графа 2 «Планові середньомісячні ліжка»: підраховуються за звітний період з реєстру «Профілі ліжок у відділеннях», як різниця «Ліжок всього» та «Ліжок згорнуто на ремонт», далі результат ділиться на число днів періоду, а якщо період більше місяця то потім ділиться на число місяців.

Графа 3 «Поступило»: підраховується з графи №6 «Поступило хворих (без переведених всередині лікарні) - всього» форми №007/о за звітний період.

Графа 4 «Виписано»: підраховується з графи №11 «Виписано хворих - всього» форми №007/о за звітний період.

Графа 5 «Питома вага сільського населення, %»: відсоток сільського населення за даними форми №066/о з суми графи №11 «Виписано хворих - всього» та №13 «Померло» з форми №007/о.

Графа 6 «Померло»: підраховується з графи №13 «Померло» форми №007/о за звітний період.

Графа 7 «Летальність, %»: відсоток графи 6 «Померло» з суми граф 6 «Померло» та 4 «Виписано».

Графа 8 «Планові ліжко-дні»: «План ліжко-днів на місяць по відділенню» з реєстру «Профілі ліжок у відділеннях», а в разі коли не заповнено поле «План ліжко-днів на місяць по відділенню» то розраховується як добуток між різницею «Ліжок всього» та «Ліжок згорнуто на ремонт» та «План ліжко-днів на місяць на 1 ліжко».

Графа 9 «Фактичні ліжко-дні»: підраховується з графи №14 «Перебувало хворих - всього» форми №007/о за звітний період.

Графа 10 «Планова зайнятість ліжка»: графа 8 «Планові ліжко-дні» поділити на графу 2 «Планові середньомісячні ліжка».

Графа 11 «Фактична зайнятість ліжка»: графа 9 «Фактичні ліжко-дні» поділити на графу 2 «Планові середньомісячні ліжка».

Графа 12 «Виконання ліжко-днів, %»: відсоток графи 11 «Фактична зайнятість ліжка» з графи 10 «Планова зайнятість ліжка».

Графа 13 «Середнє перебування на ліжку»: графу 9 «Фактичні ліжко-дні» поділити на суму граф 6 «Померло» та 4 «Виписано».

Графа 14 «Обіг ліжка»: графу 11 «Фактична зайнятість ліжка» поділити на графу 13 «Середнє перебування на ліжку».

Графа 15 «Кількість хірургічних операцій»: кількість записів із закладки «Хірургічні операції» з форми №066/о за звітний період.

Графа 16 «Прооперовано хворих»: кількість карток форми №066/о в яких є хоча б одна хірургічна операція за звітний період.

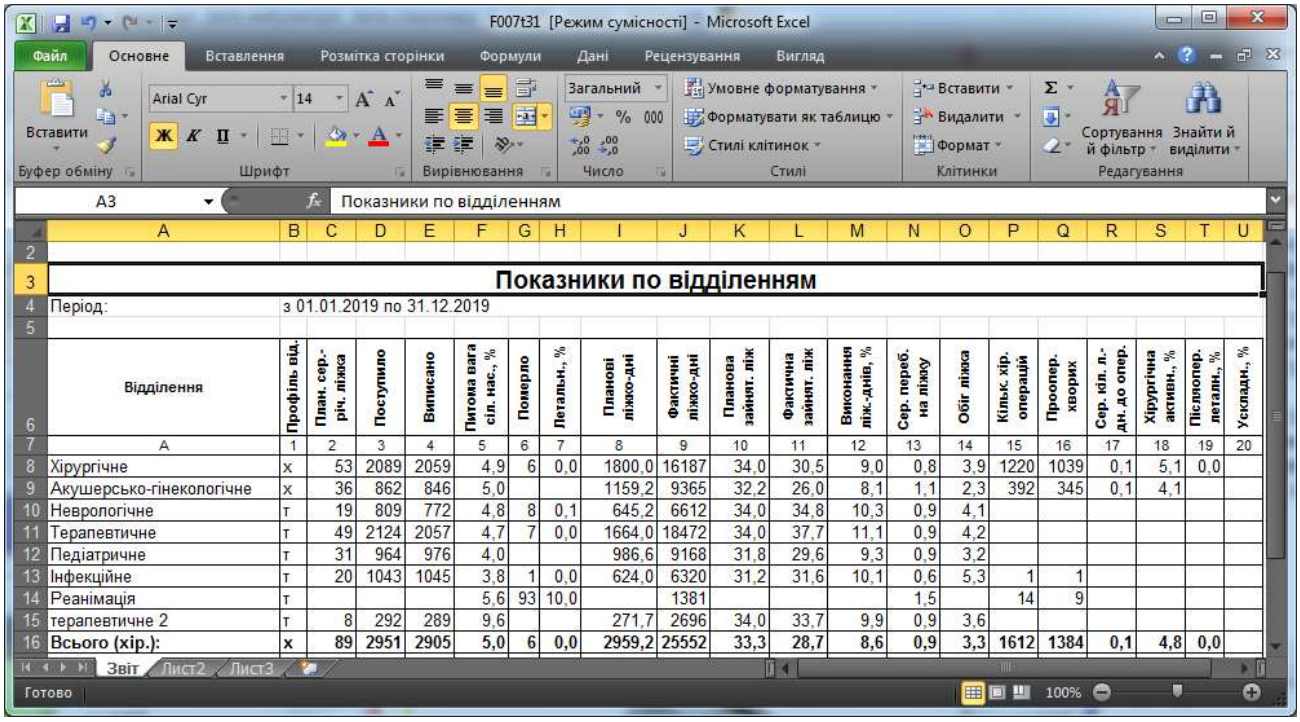
Графа 17 «Середня кількість ліжко-днів до операції»: сума поля «Днів до операції» із закладки «Хірургічні операції» з форми №066/о поділити на графу 16 «Прооперовано хворих».

Графа 18 «Хірургічна активність, %»: відсоток графи 16 «Прооперовано хворих» з кількості виписаних хворих (тобто всіх карток) за даними з форми №066/о за звітний період.

Графа 19 «Післяопераційна летальність, %»: відсоток померлих прооперованих пацієнтів (кількість карток) за даними з форми №066/о відносно до графи 16 «Прооперовано хворих».

Графа 20 «Ускладнення, %»: відсоток операцій з ускладненнями (кількість карток з хоча б однією хірургічною операцією з ускладненням) за даними з форми №066/о відносно до графи 16 «Прооперовано хворих».

- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



F007t31 [Режим сумісності] - Microsoft Excel

Показники по відділенням

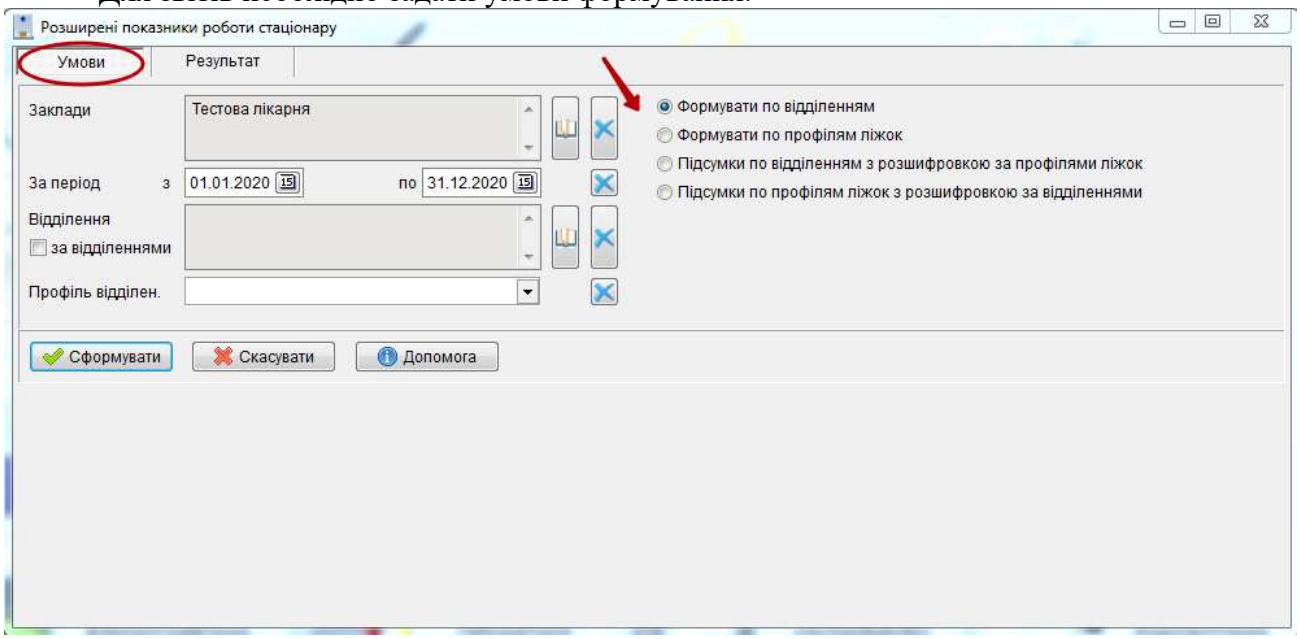
Період: з 01.01.2019 по 31.12.2019

Відділення	Профіль від.	План. сер.-річ. ліжка	Поступило	Виписано	Питома вага сіл. нас., %	Померло	Летальн., %	Планові ліжко-дні	Фактичні ліжко-дні	Планова зайнят. ліж	Фактична зайнят. ліж	Виконання ліж.-днів, %	Сер. переб. на ліжку	Обіг ліжка	Кільк. хір. операцій	Проопер. хворих	Сер. кіл. л.-дн. до опер.	Хірургічна активн., %	Післяопер. летальн., %	Ускладн., %
A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Хірургічне	х	53	2089	2059	4,9	6	0,0	1800,0	16187	34,0	30,5	9,0	0,8	3,9	1220	1039	0,1	5,1	0,0	
Акушерсько-гінекологічне	х	36	862	846	5,0			1159,2	9365	32,2	26,0	8,1	1,1	2,3	392	345	0,1	4,1		
Неврологічне	т	19	809	772	4,8	8	0,1	645,2	6612	34,0	34,8	10,3	0,9	4,1						
Терапевтичне	т	49	2124	2057	4,7	7	0,0	1664,0	18472	34,0	37,7	11,1	0,9	4,2						
Педіатричне	т	31	964	976	4,0			986,6	9168	31,8	29,6	9,3	0,9	3,2						
Інфекційне	т	20	1043	1045	3,8	1	0,0	624,0	6320	31,2	31,6	10,1	0,6	5,3	1	1				
Реанімація	т				5,6	93	10,0		1381				1,5		14	9				
терапевтичне 2	т	8	292	289	9,6			271,7	2696	34,0	33,7	9,9	0,9	3,6						
Всього (хір.):	**х**	**89**	**2951**	**2905**	**5,0**	**6**	**0,0**	**2959,2**	**25552**	**33,3**	**28,7**	**8,6**	**0,9**	**3,3**	**1612**	**1384**	**0,1**	**4,8**	**0,0**	

13.9 Розширені показники роботи стаціонару

Звіт формується за даними з форми №007/о «Листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару» та форми №066/о «Карта хворого, який вибув із стаціонару». Для його складання необхідно обов'язково вказати період. В разі необхідності можна задати медичний заклад, відділення, профіль відділення (хірургічний, терапевтичний). Для коректних даних, необхідно формувати звіт на початок місяця. В разі необхідності можна формувати по відділенням, по профілям ліжок, в т.ч. підсумки з розшифровкою, сформувати за рік.

Для звітів необхідно задати умови формування.

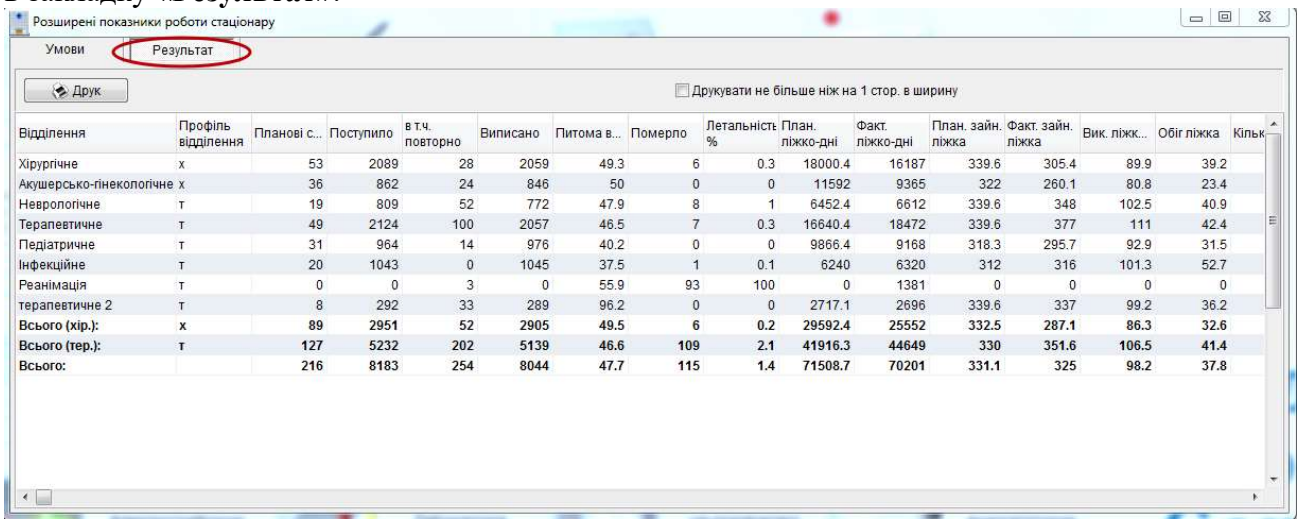


У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.
У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.
У полі **«Відділення»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.


Розширені показники роботи стаціонару

Умови | Результат

Друк | Друкувати не більше ніж на 1 стор. в ширину

Відділення	Профіль відділення	Планові с...	Поступило	в т.ч. повторно	Виписано	Питома в...	Померло	Летальність %	План. ліжко-дні	Факт. ліжко-дні	План. зайн. ліжка	Факт. зайн. ліжка	Вик. ліжк...	Обіг ліжка	Кільк
Хірургічне	х	53	2089	28	2059	49.3	6	0.3	18000.4	16187	339.6	305.4	89.9	39.2	
Акушерсько-гінекологічне	х	36	862	24	846	50	0	0	11592	9365	322	260.1	80.8	23.4	
Неврологічне	т	19	809	52	772	47.9	8	1	6452.4	6612	339.6	348	102.5	40.9	
Терапевтичне	т	49	2124	100	2057	46.5	7	0.3	16640.4	18472	339.6	377	111	42.4	
Педіатричне	т	31	964	14	976	40.2	0	0	9866.4	9168	318.3	295.7	92.9	31.5	
Інфекційне	т	20	1043	0	1045	37.5	1	0.1	6240	6320	312	316	101.3	52.7	
Реанімація	т	0	0	3	0	55.9	93	100	0	1381	0	0	0	0	
терапевтичне 2	т	8	292	33	289	96.2	0	0	2717.1	2696	339.6	337	99.2	36.2	
Всього (хір.):	**х**	**89**	**2951**	**52**	**2905**	**49.5**	**6**	**0.2**	**29592.4**	**25552**	**332.5**	**287.1**	**86.3**	**32.6**	
Всього (тер.):	**т**	**127**	**5232**	**202**	**5139**	**46.6**	**109**	**2.1**	**41916.3**	**44649**	**330**	**351.6**	**106.5**	**41.4**	
Всього:		**216**	**8183**	**254**	**8044**	**47.7**	**115**	**1.4**	**71508.7**	**70201**	**331.1**	**325**	**98.2**	**37.8**	

Графа 1 «Профіль відділення»: заповнюється у відповідності з профілем відділення: для терапевтичного «т», для хірургічного «х», а в разі якщо звіт формується по профілям ліжок то значення порожнє.

Графа 2 «Планові середньомісячні ліжка»: підраховуються за звітний період з реєстру «Профілі ліжок у відділеннях», як різниця «Ліжок всього» та «Ліжок згорнуто на ремонт», далі результат ділиться на число днів періоду, а якщо період більше місяця то потім ділиться на число місяців.

Графа 3 «Поступило»: підраховується з графи №6 «Поступило хворих (без переведених всередині лікарні) - всього» форми №007/о за звітний період.

Графа 4 «в т.ч. повторно»: кількість карток форми №066/о в яких поле «Госпіталізація з приводу даного захвор. в даному році» має значення «повторно» за звітний період.

Графа 5 «Виписано»: підраховується з графи №11 «Виписано хворих - всього» форми №007/о за звітний період.

Графа 6 «Питома вага сільського населення, %»: відсоток сільського населення за даними форми №066/о з суми графи №11 «Виписано хворих - всього» та №13 «Померло» з форми №007/о.

Графа 7 «Померло»: підраховується з графи №13 «Померло» форми №007/о за звітний період.

Графа 8 «Летальність, %»: відсоток графи 7 «Померло» з суми граф 7 «Померло» та 5 «Виписано».

Графа 9 «Планові ліжко-дні»: «План ліжко-днів на місяць по відділенню» з реєстру «Профілі ліжок у відділеннях», а в разі коли не заповнено поле «План ліжко-днів на місяць по відділенню» то розраховується як добуток між різницею «Ліжок всього» та «Ліжок згорнуто на ремонт» та «План ліжко-днів на місяць на 1 ліжко».

Графа 10 «Фактичні ліжко-дні»: підраховується з графи №14 «Перебувало хворих - всього» форми №007/о за звітний період.

Графа 11 «Планова зайнятість ліжка»: графа 9 «Планові ліжко-дні» поділити на графу 2 «Планові середньомісячні ліжка».

Графа 12 «Фактична зайнятість ліжка»: графа 10 «Фактичні ліжко-дні» поділити на графу 2 «Планові середньомісячні ліжка».

Графа 13 «Виконання ліжко-днів, %»: відсоток графи 12 «Фактична зайнятість ліжка» з графи 11 «Планова зайнятість ліжка».

Графа 14 «Обіг ліжка»: графу 12 «Фактична зайнятість ліжка» поділити на графу 16 «Середнє перебування на ліжку».

Графа 15 «Кількість ліжок, що не спрацювали» розраховується за наступною формулою: (графа 2 «Планові середньомісячні ліжка») - (графа 2 «Планові середньомісячні ліжка») * (графа 13 «Виконання ліжко-днів, %») / 100.

Графа 16 «Середнє перебування на ліжку»: графу 10 «Фактичні ліжко-дні» поділити на суму граф 7 «Померло» та 5 «Виписано».

Графа 17 «Середня кількість ліжко-днів до операції»: сума поля «Днів до операції» із закладки «Хірургічні операції» з форми №066/о поділити на графу 22 «Прооперовано хворих».

Графа 18 «Середня кількість ліжко-днів до планових операцій»: сума поля «Днів до операції» із закладки «Хірургічні операції» з форми №066/о для не екстрених операцій поділити на кількість карток форми №066/о з не екстреними операціями.

Графа 19 «Середня кількість ліжко-днів до ургентних операцій»: сума поля «Днів до операції» із закладки «Хірургічні операції» з форми №066/о для екстрених операцій поділити на кількість карток форми №066/о з екстреними операціями.

Графа 20 «Середня кількість ліжко-днів після операції»: сума поля «Днів після операції» із закладки «Хірургічні операції» з форми №066/о поділити на графу 22 «Прооперовано хворих».

Графа 21 «Кількість хірургічних операцій»: кількість записів із закладки «Хірургічні операції» з форми №066/о за звітний період.

Графа 22 «Прооперовано хворих»: кількість карток форми №066/о в яких є хоча б одна хірургічна операція за звітний період.

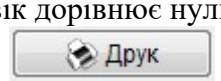
Графа 23 «Хірургічна активність, %»: відсоток графи 22 «Прооперовано хворих» з кількості виписаних хворих (тобто всіх карток) за даними з форми №066/о за звітний період.

Графа 24 «Післяопераційна летальність, %»: відсоток померлих прооперованих пацієнтів (кількість карток) за даними з форми №066/о відносно до графи 22 «Прооперовано хворих».

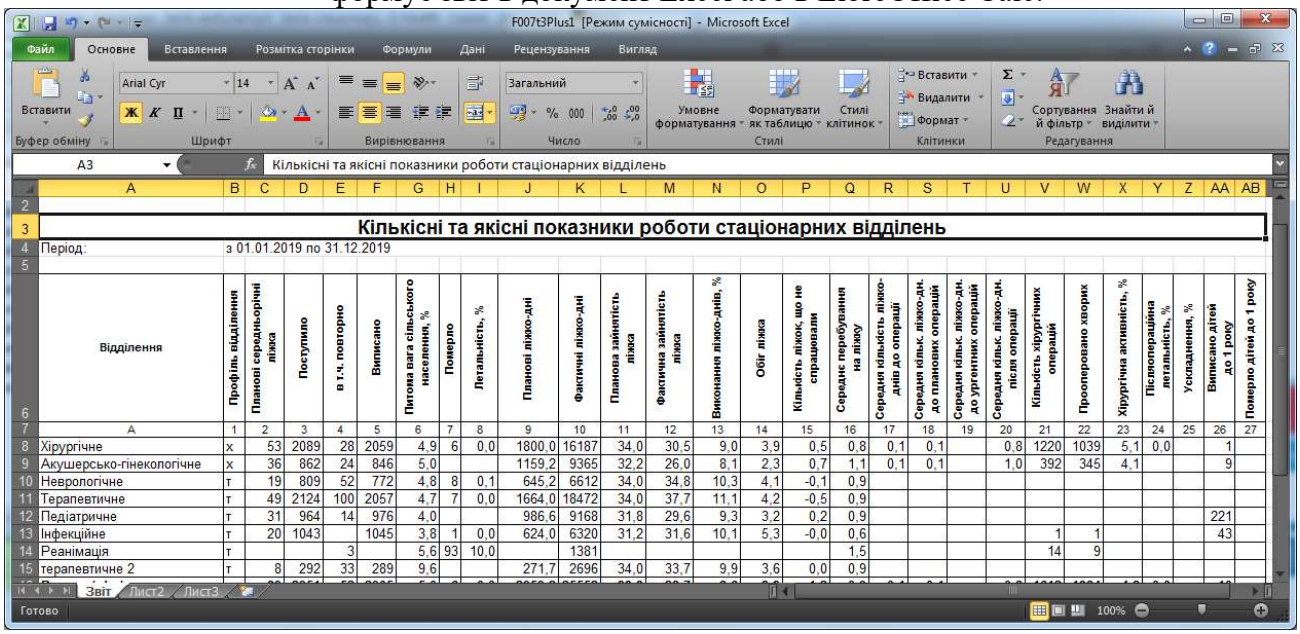
Графа 25 «Ускладнення, %»: відсоток операцій з ускладненнями (кількість карток з хоча б однією хірургічною операцією з ускладненням) за даними з форми №066/о відносно до графи 22 «Прооперовано хворих».

Графа 26 «Виписано дітей до 1 року»: кількість карток за даними з форми №066/о в яких вік дорівнює нулю, а результат лікування: «виписаний(а) з одужанням» або «виписаний(а) з поліпшенням» або «виписаний(а) з погіршенням» або «без змін» або «здоровий(а)».

Графа 27 «Померло дітей до 1 року»: кількість карток за даними з форми №066/о в яких вік дорівнює нулю, а результат лікування «помер(ла)».



- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.


F007t3Plus1 [Режим сумісності] - Microsoft Excel

Кількісні та якісні показники роботи стаціонарних відділень

Період: з 01.01.2019 по 31.12.2019

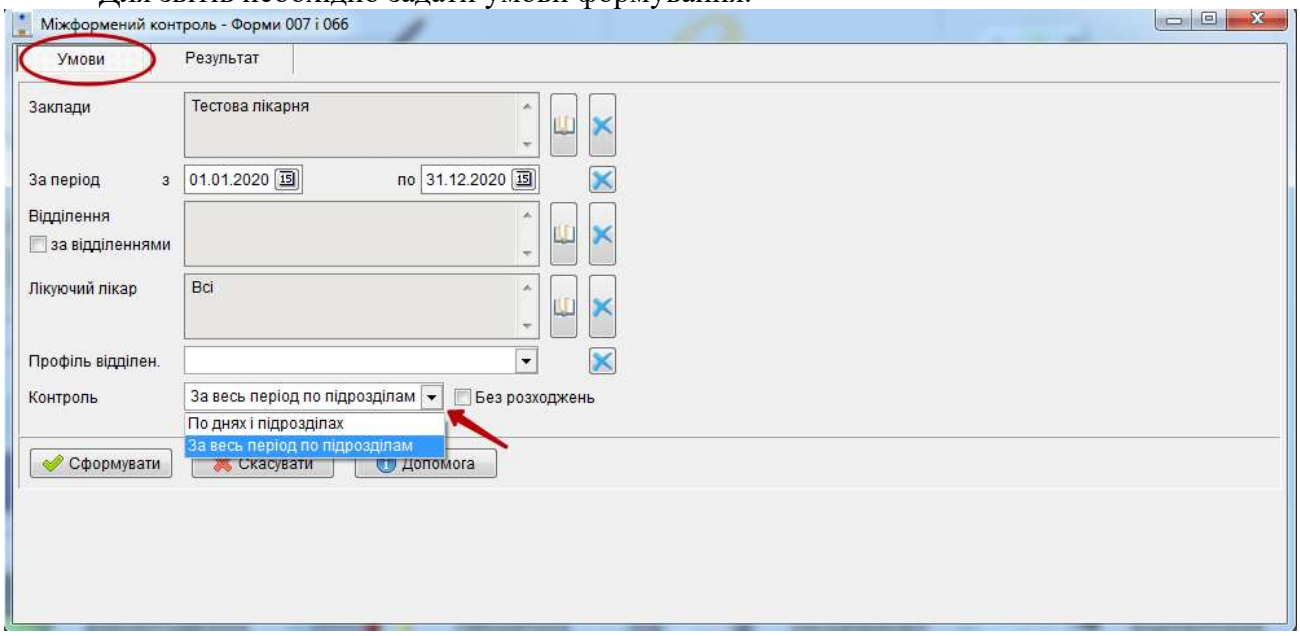
Відділення	Профіль відділення	Планові середньорічні ліжка	Поступило	в т.ч. повторно	Виписано	Питома вага сільського населення, %	Померло	Летальність, %	Планові ліжко-дні	Фактичні ліжко-дні	Планова зайнятість ліжка	Фактична зайнятість ліжка	Виконання ліжко-днів, %	Обіг ліжка	Кількість ліжок, що не спрацювали	Середнє перебування на ліжку	Середня кількість ліжко-днів до операції	Середня кільк. ліжко-дн. до планових операцій	Середня кільк. ліжко-дн. до ургентних операцій	Середня кільк. ліжко-дн. після операції	Кількість хірургічних операцій	Прооперовано хворих	Хірургічна активність, %	Післяопераційна летальність, %	Ускладнення, %	Виписано дітей до 1 року	Померло дітей до 1 року
А	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Хірургічне	х	53	2089	28	2059	4,9	6	0,0	1800,0	16187	34,0	30,5	9,0	3,9	0,5	0,8	0,1	0,1		0,8	1220	1039	5,1	0,0		1	
Акушерсько-гінекологічне	х	36	862	24	846	5,0			1159,2	9365	32,2	26,0	8,1	2,3	0,7	1,1	0,1	0,1		1,0	392	345	4,1			9	
Неврологічне	т	19	809	52	772	4,8	8	0,1	645,2	6612	34,0	34,8	10,3	4,1	-0,1	0,9											
Терапевтичне	т	49	2124	100	2057	4,7	7	0,0	1664,0	18472	34,0	37,7	11,1	4,2	-0,5	0,9											
Педіатричне	т	31	964	14	976	4,0			986,6	9168	31,8	29,6	9,3	3,2	0,2	0,9										221	
Інфекційне	т	20	1043		1045	3,8	1	0,0	624,0	6320	31,2	31,6	10,1	5,3	-0,0	0,6					1	1				43	
Реанімація	т			3		5,6	93	10,0		1381						1,5					14	9					
терапевтичне 2	т	8	292	33	289	9,6			271,7	2696	34,0	33,7	9,9	3,6	0,0	0,9											

13.10 Міжформовий контроль – форми 007 і 066

Звіт формується за даними з форми №007/о «Листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару» та форми №066/о «Карта хворого, який вибув із стаціонару». Для його

складання необхідно обов'язково вказати період. В разі необхідності можна задати медичний заклад, відділення, профіль відділення (хірургічний, терапевтичний).

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

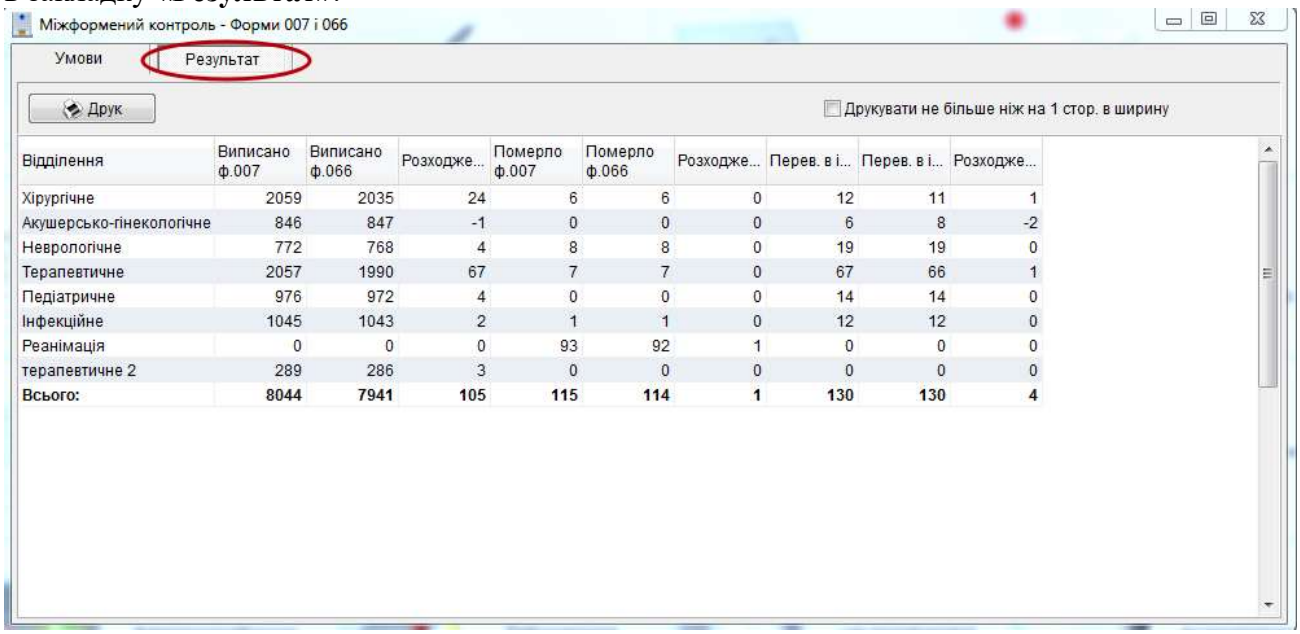
У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полях **«Відділення» та «Лікуючий лікар»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

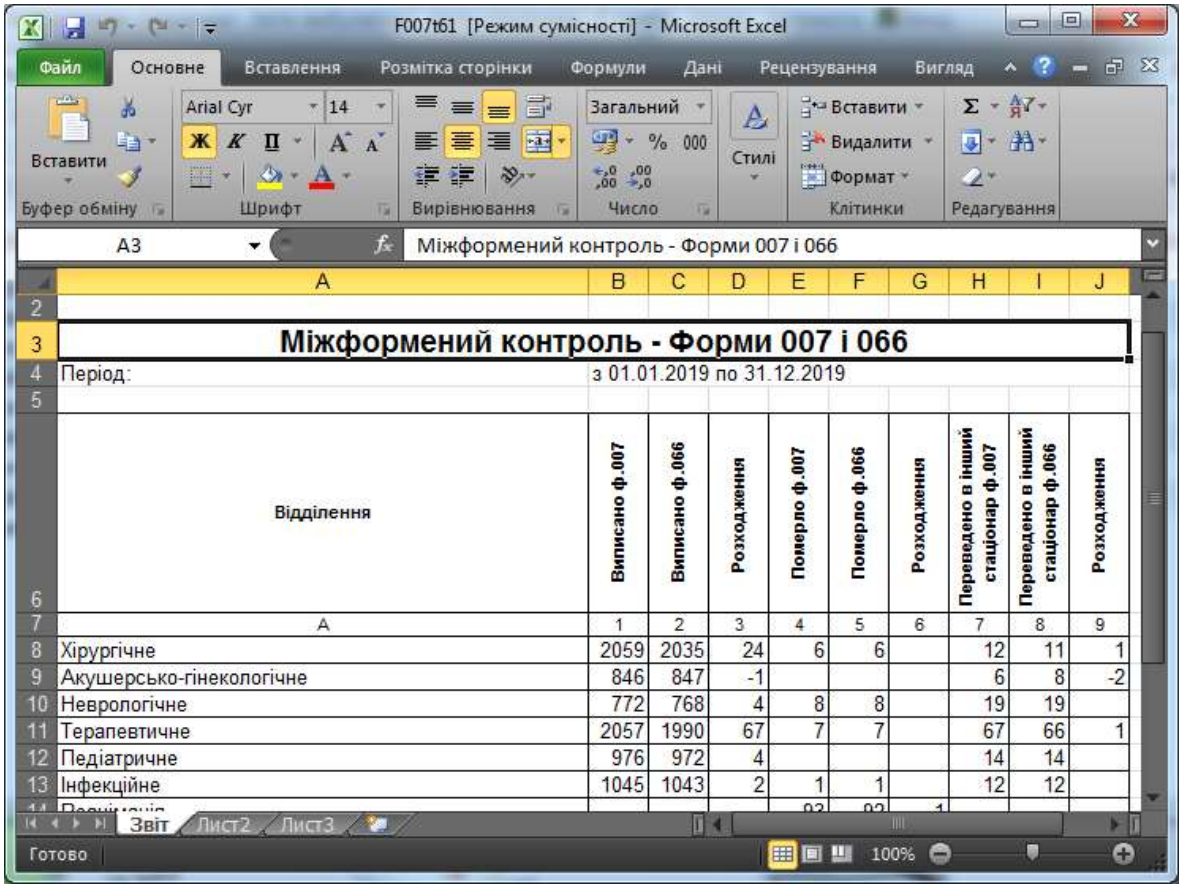
Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



Відділення	Виписано ф.007	Виписано ф.066	Розходже...	Померло ф.007	Померло ф.066	Розходже...	Перев. в і...	Перев. в і...	Розходже...
Хірургічне	2059	2035	24	6	6	0	12	11	1
Акушерсько-гінекологічне	846	847	-1	0	0	0	6	8	-2
Неврологічне	772	768	4	8	8	0	19	19	0
Терапевтичне	2057	1990	67	7	7	0	67	66	1
Педіатричне	976	972	4	0	0	0	14	14	0
Інфекційне	1045	1043	2	1	1	0	12	12	0
Реанімація	0	0	0	93	92	1	0	0	0
терапевтичне 2	289	286	3	0	0	0	0	0	0
Всього:	**8044**	**7941**	**105**	**115**	**114**	**1**	**130**	**130**	**4**

Цей звіт показує розходження даних між формою №007/о та формою №066/о, по виписаним пацієнтам, померлим, переведеним в інший стаціонар та переведеним в інше відділення.

- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



F007t61 [Режим сумісності] - Microsoft Excel

Міжформений контроль - Форми 007 і 066

Міжформений контроль - Форми 007 і 066

Період: з 01.01.2019 по 31.12.2019

Відділення	Виписано ф.007	Виписано ф.066	Розходження	Померло ф.007	Померло ф.066	Розходження	Переведено в інший стаціонар ф.007	Переведено в інший стаціонар ф.066	Розходження
А	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Хірургічне	2059	2035	24	6	6		12	11	1
Акушерсько-гінекологічне	846	847	-1				6	8	-2
Неврологічне	772	768	4	8	8		19	19	
Терапевтичне	2057	1990	67	7	7		67	66	1
Педіатричне	976	972	4				14	14	
Інфекційне	1045	1043	2	1	1		12	12	

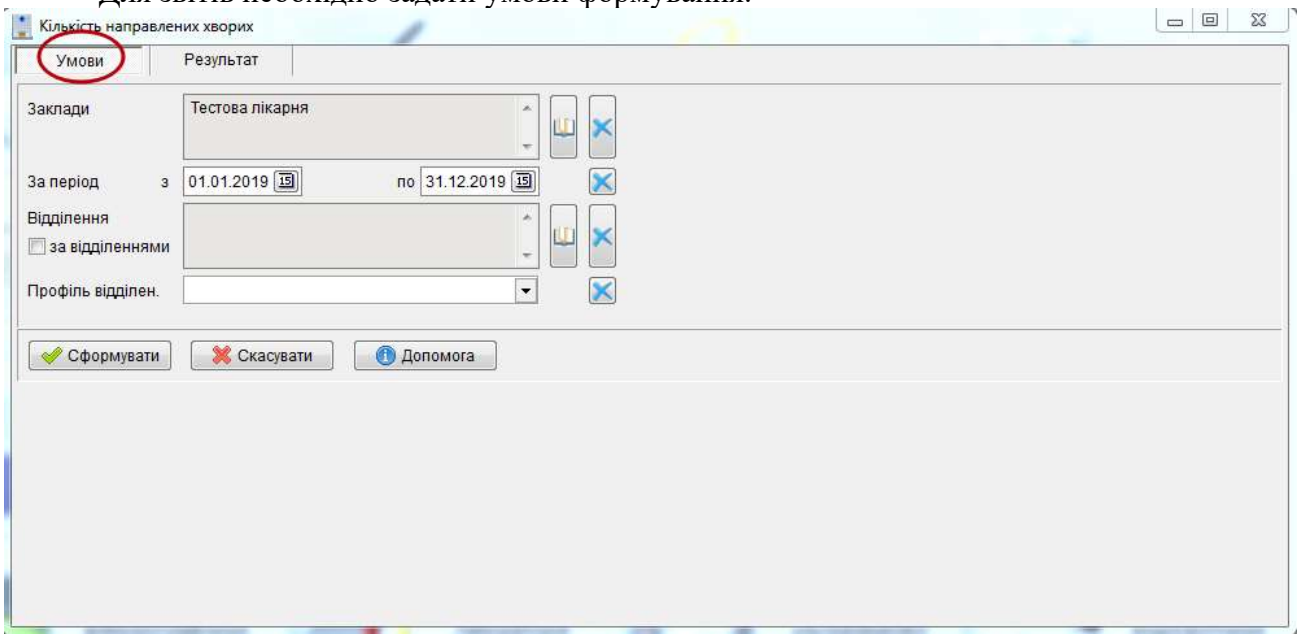
Звіт | Лист2 | Лист3

Готово

13.11 Кількість направлених хворих

Звіт формується за даними з форми №066/о «Карта хворого, який вибув із стаціонару». Кожний рядок це дані з інформацією про направлення пацієнтів з інших лікарень. Дані вибираються відповідно до умов звіту серед тих карток 066 де результат лікування: «виписаний(а) з одужанням [1]», «виписаний(а) з поліпшенням [2]», «виписаний(а) з погіршенням [3]», «без змін [4]» або «помер(ла) [5]». Для складання звіту потрібно обов''язково вказати період. В разі необхідності можна задати медичний заклад, відділення та профіль відділення (хірургічний, терапевтичний).

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

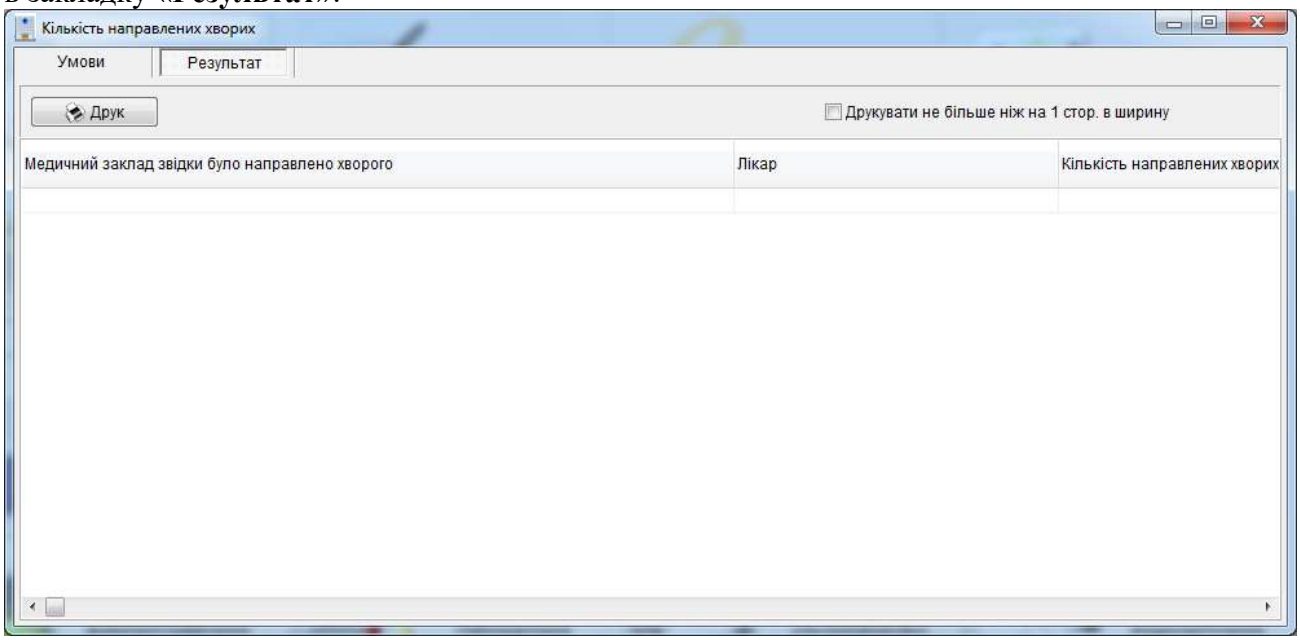
У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полі **«Відділення»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



Графа 1 «Медичний заклад звідки було направлено хворого»: повна назва медичного закладу звідки було направлено хворого.

Графа 2 «Лікар»: прізвище ім'я та по-батькові лікаря, який направив хворого на лікування.

Графа 3 «Кількість направлених хворих»: кількість карток 066 в яких указано лікаря і мед заклад звідки було направлено хворих.

- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.

13.12 Звіт за формою №003/о

Розподіл операцій за лікарями

Звіт формується за даними з форми №003/о «Медична карта стаціонарного хворого». Для його складання необхідно обов’язково вказати період дати операції.

Для звітів необхідно задати умови формування.

У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період операції.

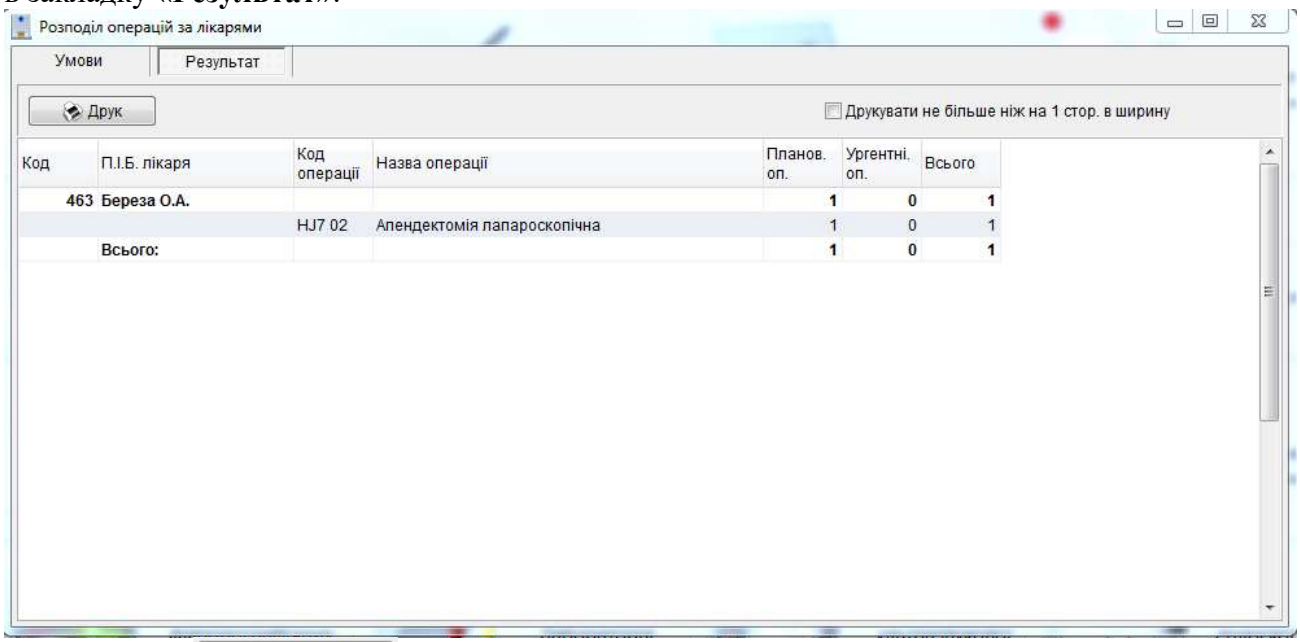
У полях **«Відділення» та «Лікуючий лікар»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

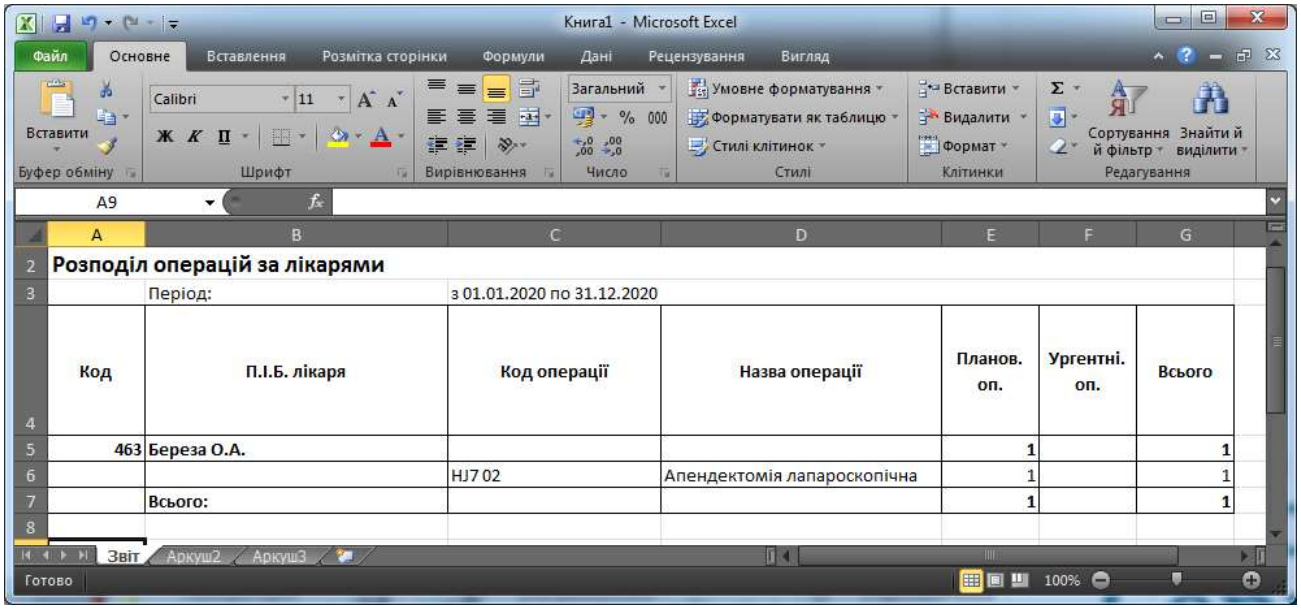
Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Карта хворого, який вибув із стаціонару».

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



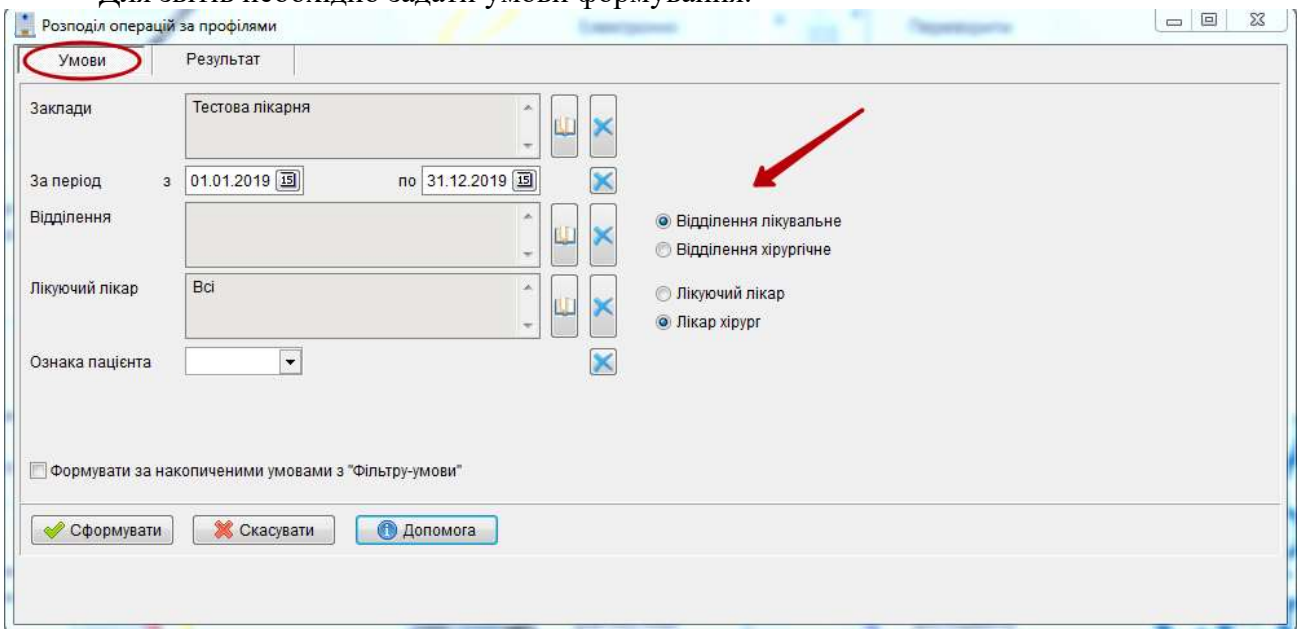
- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



Розподіл операцій за профілями

Звіт формується за даними з форми №003/о «Медична карта стаціонарного хворого». Для його складання необхідно обов'язково вказати період дати операції.

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період дати операції.

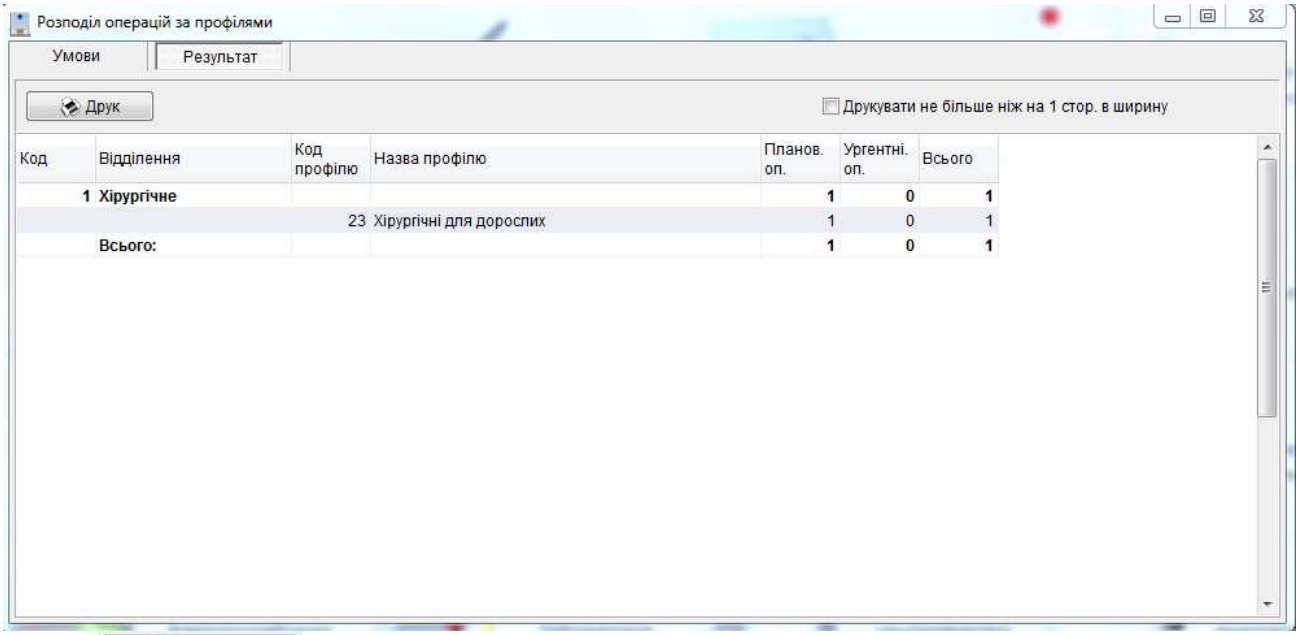
У полях **«Відділення» та «Лікуючий лікар»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

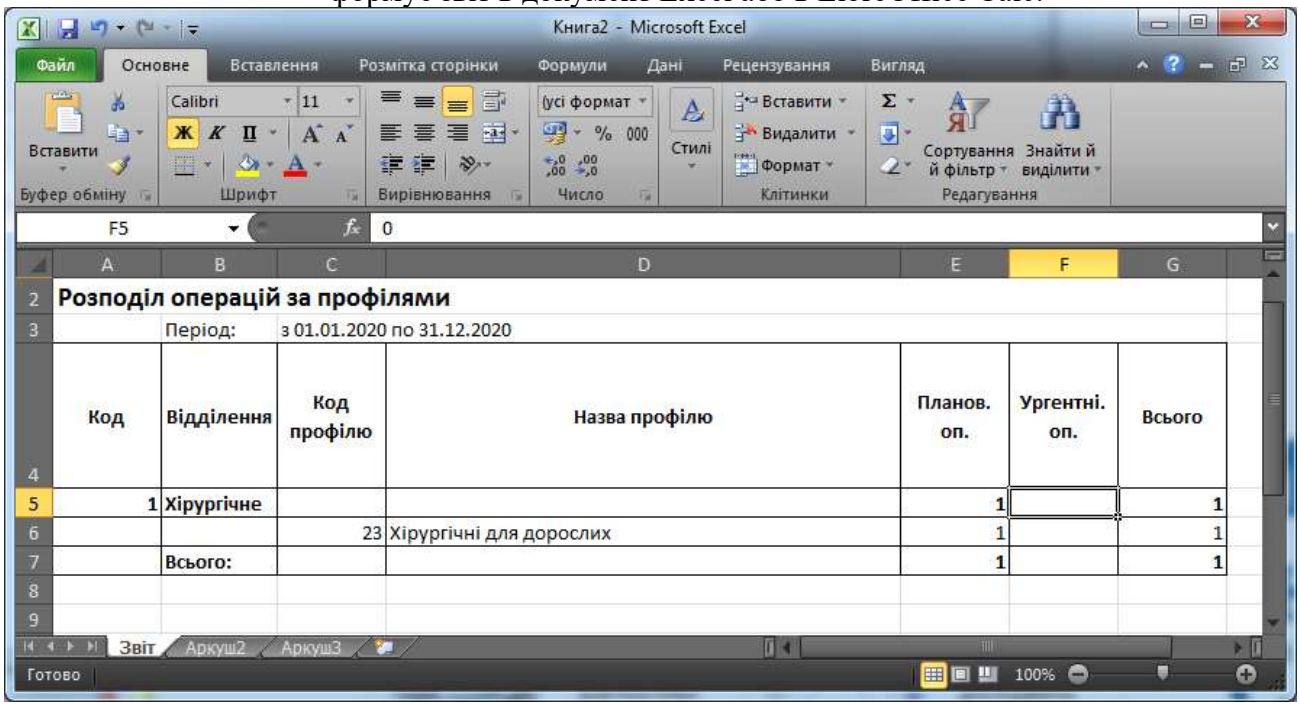
Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Карта хворого, який вибув із стаціонару».

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



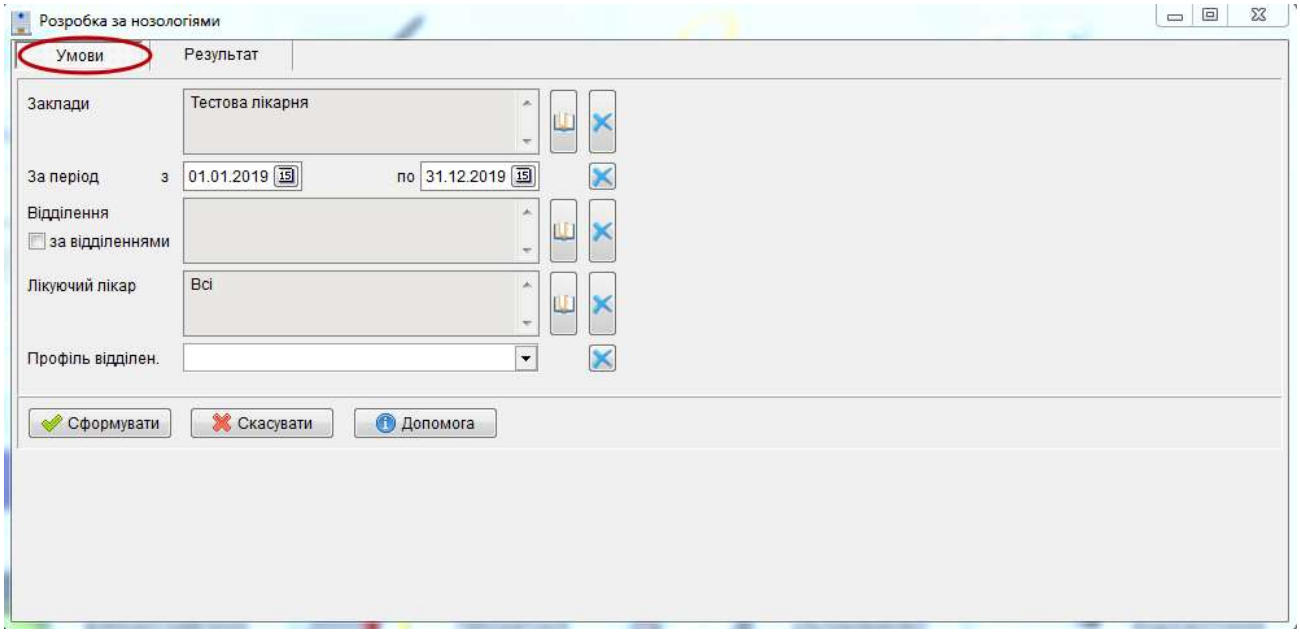
- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



13.13 Розробка за нозологіями

Звіт формується за даними з форми №066/о «Карта хворого, який вибув із стаціонару». Кожний рядок це основний клінічний заключний діагноз по довіднику МКХ-10. Діагнози вибираються відповідно до умов звіту серед тих карток 066 де результат лікування: «виписаний(а) з одужанням [1]», «виписаний(а) з поліпшенням [2]», «виписаний(а) з погіршенням [3]», «без змін [4]» або «помер(ла) [5]». Для складання звіту потрібно обов’язково вказати період. В разі необхідності можна задати медичний заклад, відділення, профіль відділення (хірургічний, терапевтичний) та лікуючого лікаря.

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

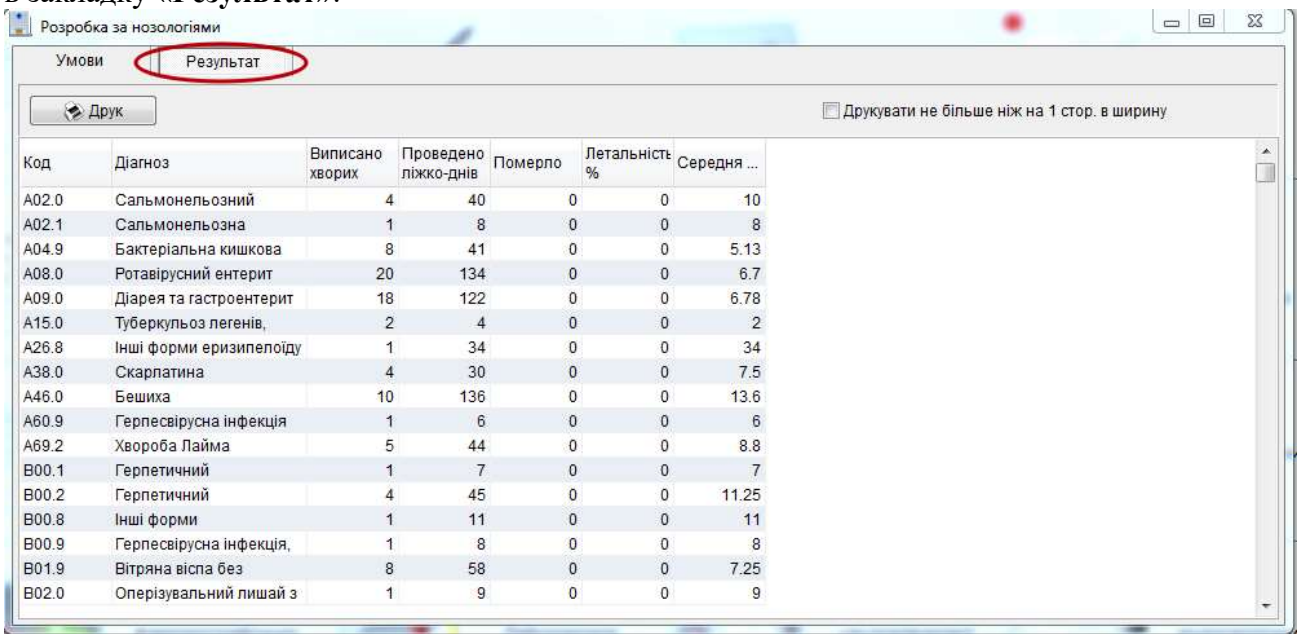
У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полях **«Відділення» та «Лікуючий лікар»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



Код	Діагноз	Виписано хворих	Проведено ліжко-днів	Померло	Летальність %	Середня ...
A02.0	Сальмонельозний	4	40	0	0	10
A02.1	Сальмонельозна	1	8	0	0	8
A04.9	Бактеріальна кишкова	8	41	0	0	5.13
A08.0	Ротавірусний ентерит	20	134	0	0	6.7
A09.0	Діарея та гастроентерит	18	122	0	0	6.78
A15.0	Туберкульоз легенів,	2	4	0	0	2
A26.8	Інші форми еризипелоїду	1	34	0	0	34
A38.0	Скарлатина	4	30	0	0	7.5
A46.0	Бешиха	10	136	0	0	13.6
A60.9	Герпесвірусна інфекція	1	6	0	0	6
A69.2	Хвороба Лайма	5	44	0	0	8.8
B00.1	Герпетичний	1	7	0	0	7
B00.2	Герпетичний	4	45	0	0	11.25
B00.8	Інші форми	1	11	0	0	11
B00.9	Герпесвірусна інфекція,	1	8	0	0	8
B01.9	Вітряна віспа без	8	58	0	0	7.25
B02.0	Оперізувальний лишай з	1	9	0	0	9

Графа 1 «Код»: код діагнозу стаціонару (клінічний заключний).

Графа 2 «Діагноз»: назва діагнозу стаціонару (клінічний заключний).

Графа 3 «Виписано хворих»: кількість карток 066 за період з результатом лікування: «виписаний(а) з одужанням [1]», «виписаний(а) з поліпшенням [2]», «виписаний(а) з погіршенням [3]», «без змін [4]».

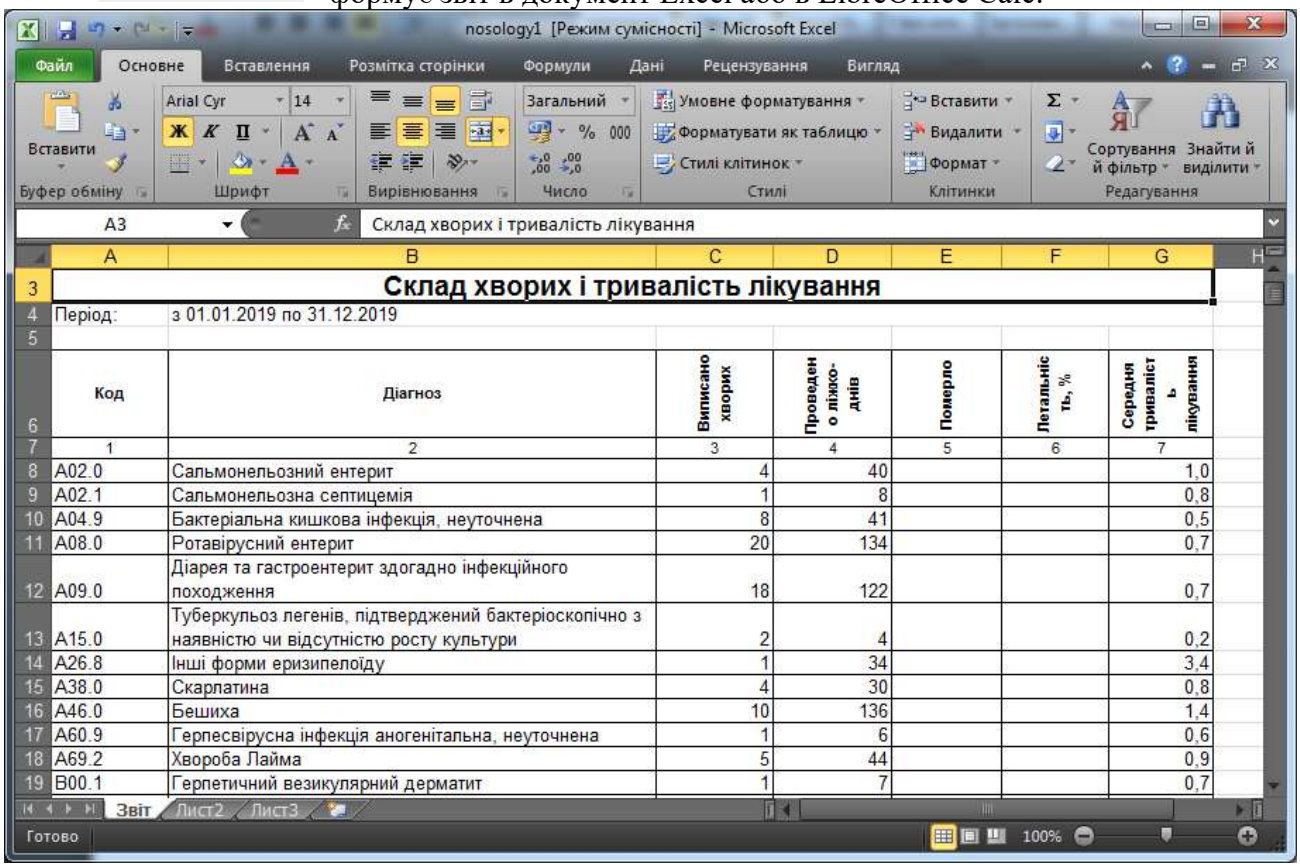
Графа 4 «Проведено ліжко-днів»: сума ліжко-днів за період звіту.

Графа 5 «Померло»: кількість карток 066 за період з результатом лікування: «помер(ла) [5]».

Графа 6 «Летальність, %»: відсоток графи 5 «Померло» з суми граф 5 «Померло» та 3 «Виписано хворих».

Графа 7 «Середня тривалість лікування»: добуток графи 4 «Проведено ліжко-днів» та графи 3 «Виписано хворих» (гр.4/гр.3).

- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



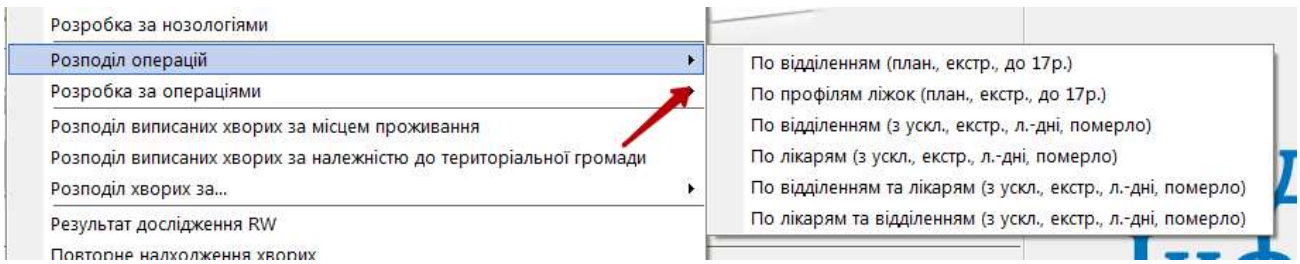
Склад хворих і тривалість лікування

Період: з 01.01.2019 по 31.12.2019

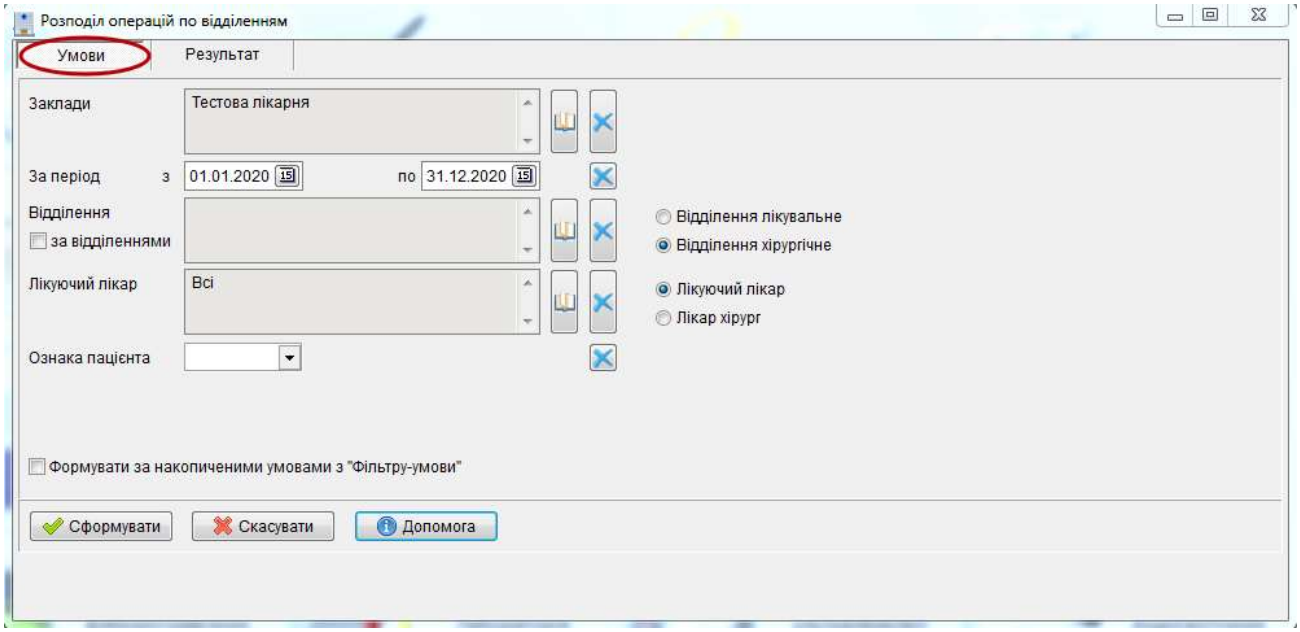
Код	Діагноз	Виписано хворих	Проведено ліжко-днів	Померло	Летальність, %	Середня тривалість лікування
1	2	3	4	5	6	7
A02.0	Сальмонельозний ентерит	4	40			1,0
A02.1	Сальмонельозна септицемія	1	8			0,8
A04.9	Бактеріальна кишкова інфекція, неуточнена	8	41			0,5
A08.0	Ротавірусний ентерит	20	134			0,7
A09.0	Діарея та гастроентерит здогадно інфекційного походження	18	122			0,7
A15.0	Туберкульоз легенів, підтверджений бактеріоскопічно з наявністю чи відсутністю росту культури	2	4			0,2
A26.8	Інші форми еризипелоїду	1	34			3,4
A38.0	Скарлатина	4	30			0,8
A46.0	Бешиха	10	136			1,4
A60.9	Герпесвірусна інфекція аногенітальна, неуточнена	1	6			0,6
A69.2	Хвороба Лайма	5	44			0,9
B00.1	Герпетичний везикулярний дерматит	1	7			0,7

13.14 Розподіл операцій

Група звітів формується на основі даних з форми №066/о «Карта хворого, який вибув із стаціонару» пацієнтів, яким були проведені операції. Для складання звіту потрібно обов'язково вказати період. В разі необхідності можна задати медичний заклад, відділення, профіль відділення (хірургічний, терапевтичний) та лікуючого лікаря.



Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

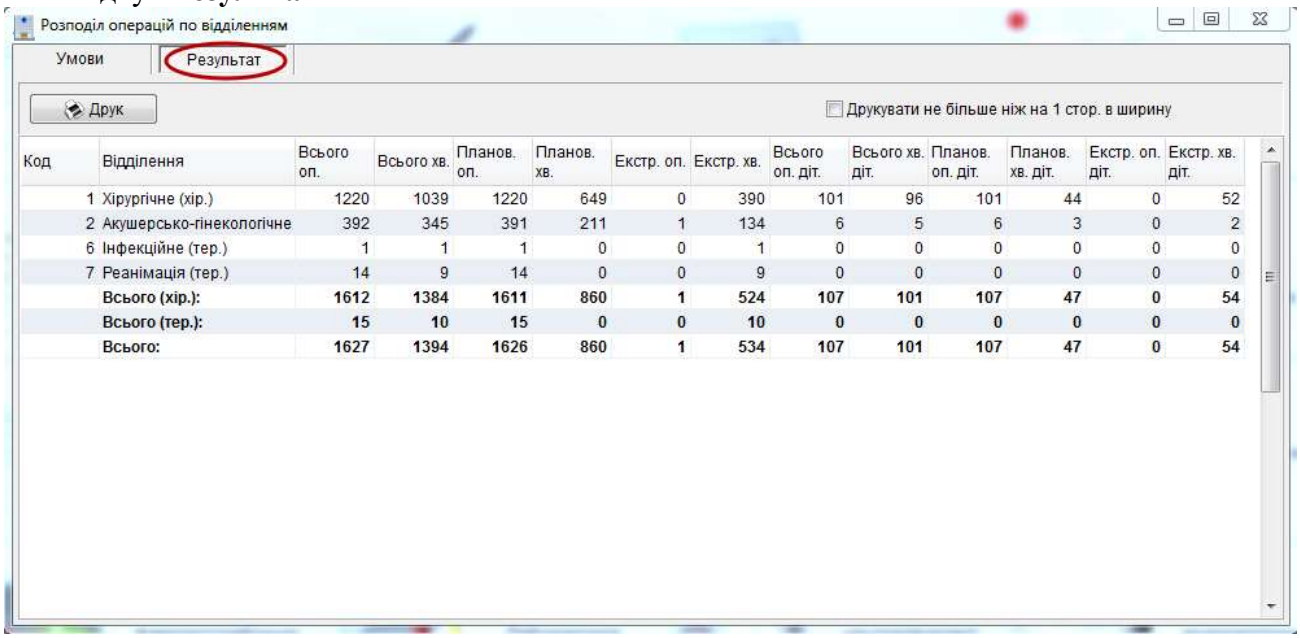
У полях **«Відділення» та «Лікуючий лікар»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Карта хворого, який вибув із стаціонару».

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



Код	Відділення	Всього оп.	Всього хв.	Планов. оп.	Планов. хв.	Екстр. оп.	Екстр. хв.	Всього оп. діт.	Всього хв. діт.	Планов. оп. діт.	Планов. хв. діт.	Екстр. оп. діт.	Екстр. хв. діт.
1	Хірургічне (хір.)	1220	1039	1220	649	0	390	101	96	101	44	0	52
2	Акушерсько-гінекологічне	392	345	391	211	1	134	6	5	6	3	0	2
6	Інфекційне (тер.)	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
7	Реанімація (тер.)	14	9	14	0	0	9	0	0	0	0	0	0
	Всього (хір.):	**1612**	**1384**	**1611**	**860**	**1**	**524**	**107**	**101**	**107**	**47**	**0**	**54**
	Всього (тер.):	**15**	**10**	**15**	**0**	**0**	**10**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
	Всього:	**1627**	**1394**	**1626**	**860**	**1**	**534**	**107**	**101**	**107**	**47**	**0**	**54**

Графи звіту:

"Код" - код відділення;

"Відділення" - назва відділення;

"Всього опер." - кількість операцій, проведених у відділенні;

"Всього хворих" - кількість хворих, що виписані з відділення;

"Планових опер." - кількість операцій хворих, що виписані з відділення, у яких "Екстрена хірургія" дорівнює "ні";

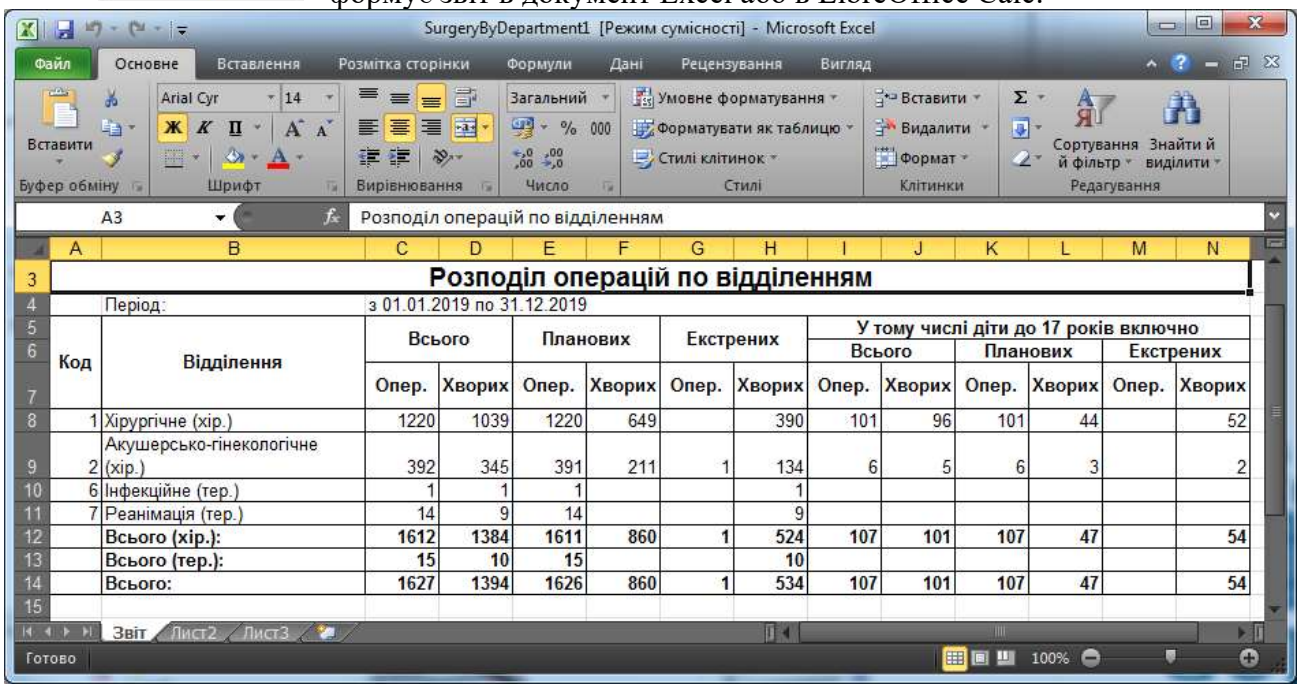
"Планових хворих" - кількість хворих, що виписані з відділення, у яких "Госпіталізація (екстр., план.)" дорівнює "планова";

"Екстренних опер." - кількість операцій, що виписані з відділення, у яких "Екстрена хірургія" дорівнює "так";

"Екстренних хворих" - кількість хворих, що виписані з відділення, у яких "Госпіталізація (екстр., план.)" дорівнює "екстренна";

"У тому числі діти до 17 років включно" - розрахунок як для попередніх граф, але враховуються лише діти до 17 років включно.

- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.

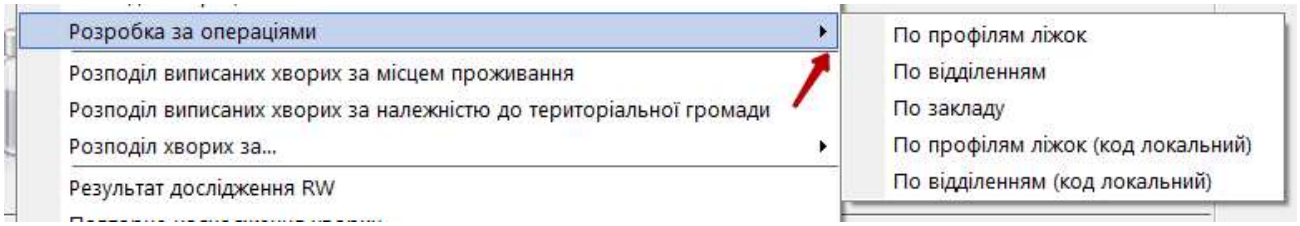


3	**Розподіл операцій по відділенням**													
4	Період:	з 01.01.2019 по 31.12.2019												
5	**Код**	**Відділення**	**Всього**		**Планових**		**Екстрених**		**У тому числі діти до 17 років включно**					
6									**Всього**		**Планових**		**Екстрених**	
7			**Опер.**	**Хворих**	**Опер.**	**Хворих**	**Опер.**	**Хворих**	**Опер.**	**Хворих**	**Опер.**	**Хворих**	**Опер.**	**Хворих**
8	1	Хірургічне (хір.)	1220	1039	1220	649		390	101	96	101	44		52
9	2	Акушерсько-гінекологічне (хір.)	392	345	391	211	1	134	6	5	6	3		2
10	6	Інфекційне (тер.)	1	1	1			1						
11	7	Реанімація (тер.)	14	9	14			9						
12		**Всього (хір.):**	**1612**	**1384**	**1611**	**860**	**1**	**524**	**107**	**101**	**107**	**47**		**54**
13		**Всього (тер.):**	**15**	**10**	**15**			**10**						
14		**Всього:**	**1627**	**1394**	**1626**	**860**	**1**	**534**	**107**	**101**	**107**	**47**		**54**

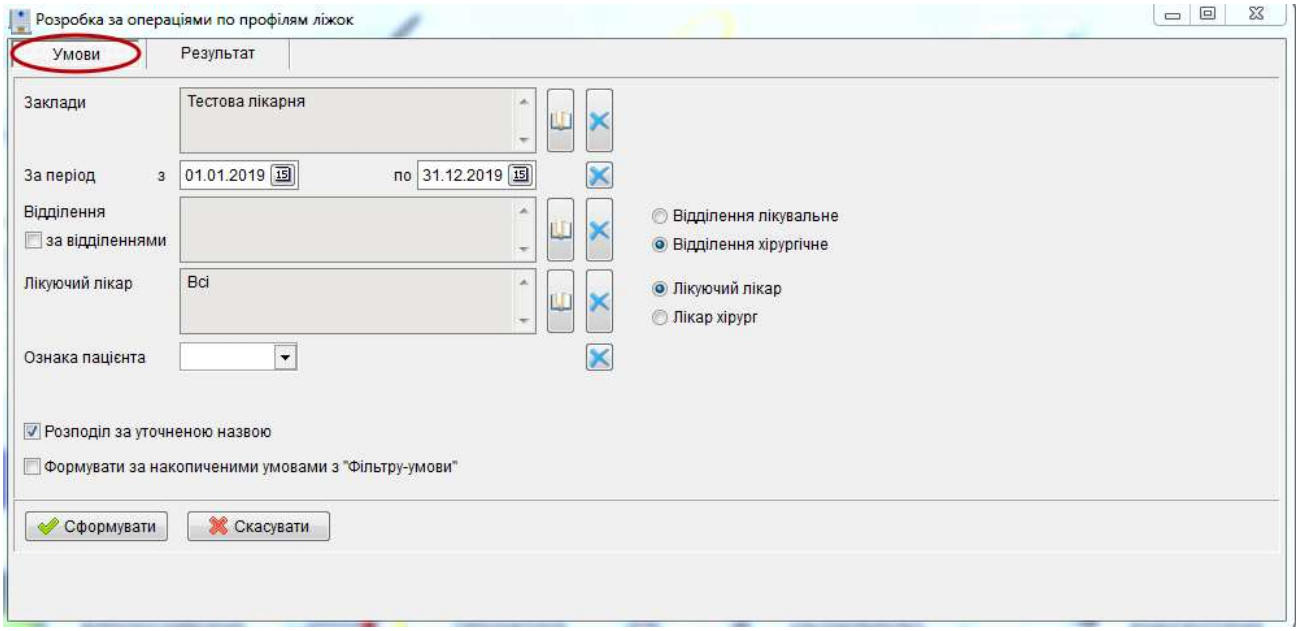
За аналогічним алгоритмом формуються інші звіти цієї групи.

13.15 Розробка за операціями

Група звітів формується на основі даних з форми №066/о «Карта хворого, який вибув із стаціонару» пацієнтів, яким були проведені операції. Для складання звіту потрібно обов’язково вказати період. В разі необхідності можна задати медичний заклад, відділення, профіль відділення (хірургічний, терапевтичний) та лікуючого лікаря.



Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

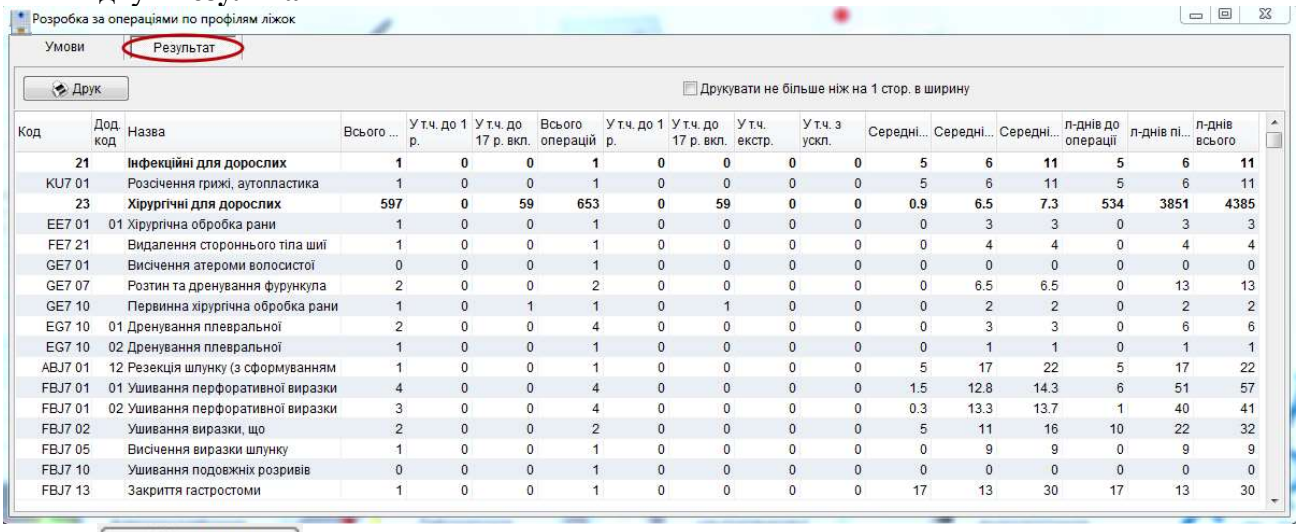
У полях **«Відділення» та «Лікуючий лікар»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Карта хворого, який вибув із стаціонару».

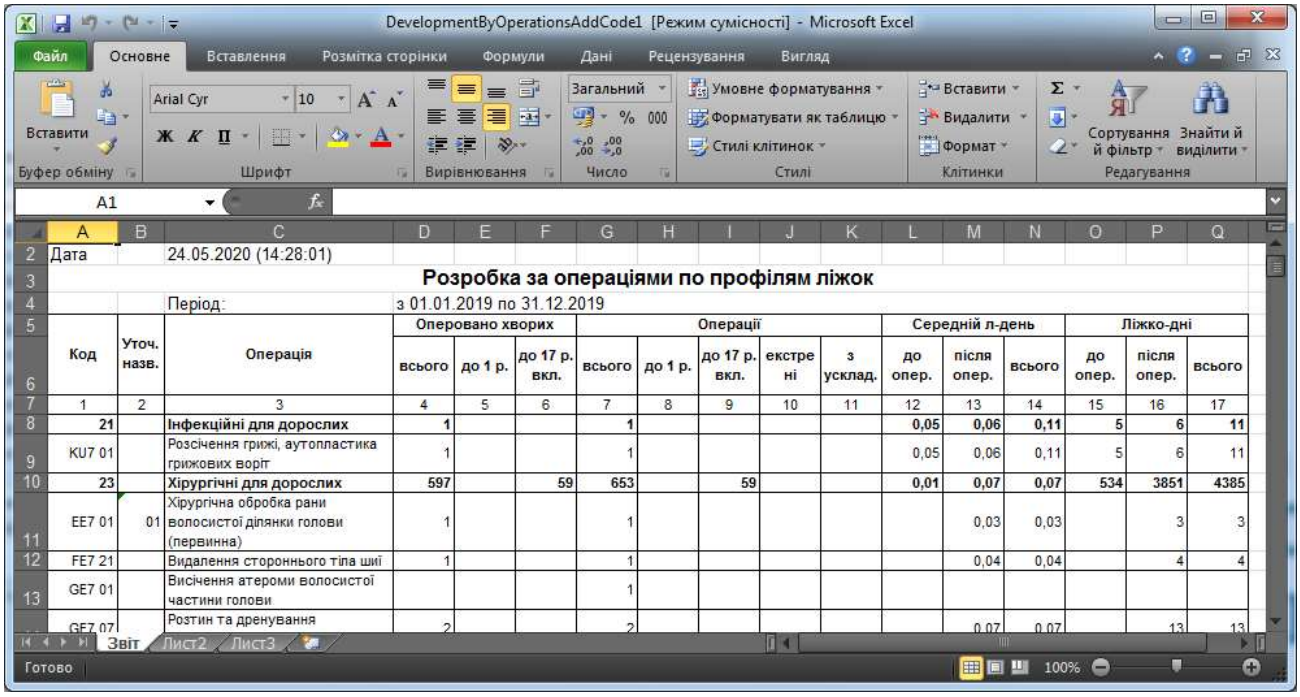
Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



Код	Дод. код	Назва	Всього ...	У т.ч. до 1 р.	У т.ч. до 17 р. вкл.	Всього операцій	У т.ч. до 1 р.	У т.ч. до 17 р. вкл.	У т.ч. екстр.	У т.ч. з ускл.	Середні...	Середні...	Середні...	л-днів до операції	л-днів пі...	л-днів всього
21		**Інфекційні для дорослих**	**1**	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**5**	**6**	**11**	**5**	**6**	**11**
KU7 01		Розсічення гриж, аутопластика	1	0	0	1	0	0	0	0	5	6	11	5	6	11
23		**Хірургічні для дорослих**	**597**	**0**	**59**	**653**	**0**	**59**	**0**	**0**	**0.9**	**6.5**	**7.3**	**534**	**3851**	**4385**
EE7 01	01	Хірургічна обробка рани	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3	3	0	3	3
FE7 21		Видалення стороннього тіла шиї	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4	4	0	4	4
GE7 01		Висічення атероми волосистої	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GE7 07		Розтин та дренування фурункула	2	0	0	2	0	0	0	0	0	6.5	6.5	0	13	13
GE7 10		Первинна хірургічна обробка рани	1	0	1	1	0	1	0	0	0	2	2	0	2	2
EG7 10	01	Дренування плевральної	2	0	0	4	0	0	0	0	0	3	3	0	6	6
EG7 10	02	Дренування плевральної	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1
ABJ7 01	12	Резекція шлунку (з сформуванням	1	0	0	1	0	0	0	0	5	17	22	5	17	22
FBJ7 01	01	Ушивання перфоративної виразки	4	0	0	4	0	0	0	0	1.5	12.8	14.3	6	51	57
FBJ7 01	02	Ушивання перфоративної виразки	3	0	0	4	0	0	0	0	0.3	13.3	13.7	1	40	41
FBJ7 02		Ушивання виразки, що	2	0	0	2	0	0	0	0	5	11	16	10	22	32
FBJ7 05		Висічення виразки шлунку	1	0	0	1	0	0	0	0	0	9	9	0	9	9
FBJ7 10		Ушивання подовжніх розривів	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FBJ7 13		Закриття гастростоми	1	0	0	1	0	0	0	0	17	13	30	17	13	30

- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.

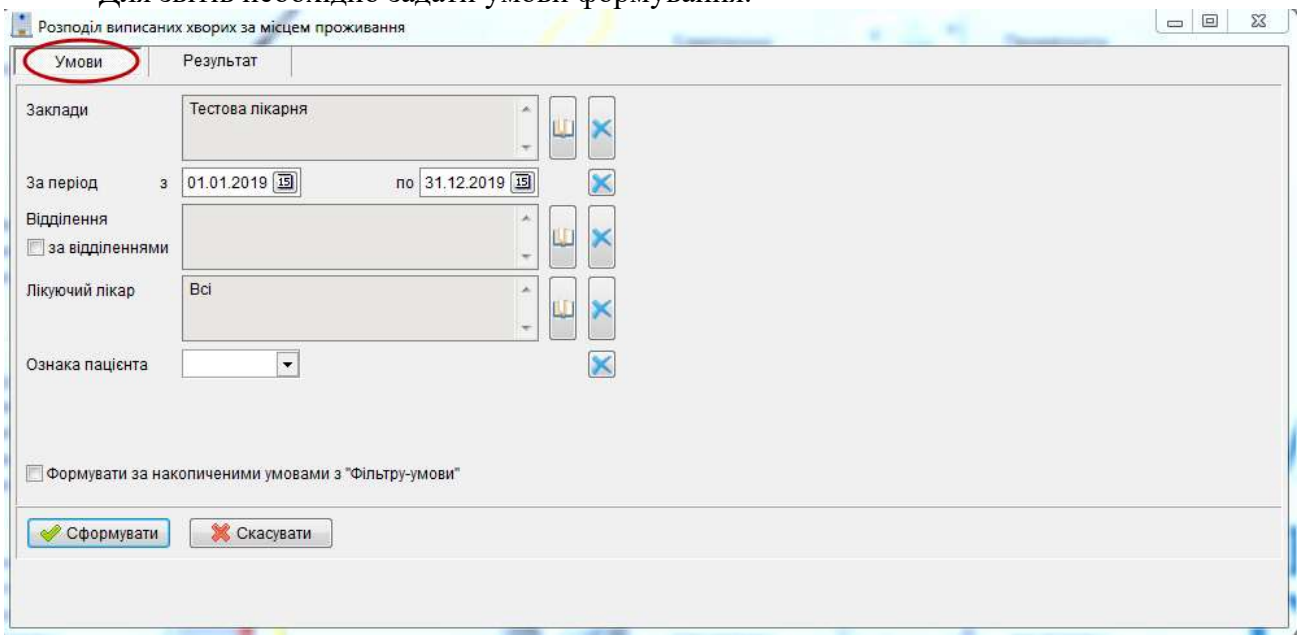


За аналогічним алгоритмом формуються інші звіти цієї групи.

13.16 Розподіл виписаних хворих за місцем проживання

Звіт формується за даними з форми №066/о “Карта хворого, який вибув із стаціонару». Для його складання необхідно обов’язково вказати період. В разі необхідності можна задати медичні заклади, відділення, лікаря, ознаку пацієнта (місто, село).

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полях **«Відділення» та «Лікуючий лікар»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

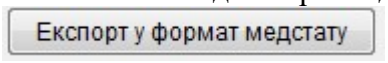
Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Карта хворого, який вибув із стаціонару».

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

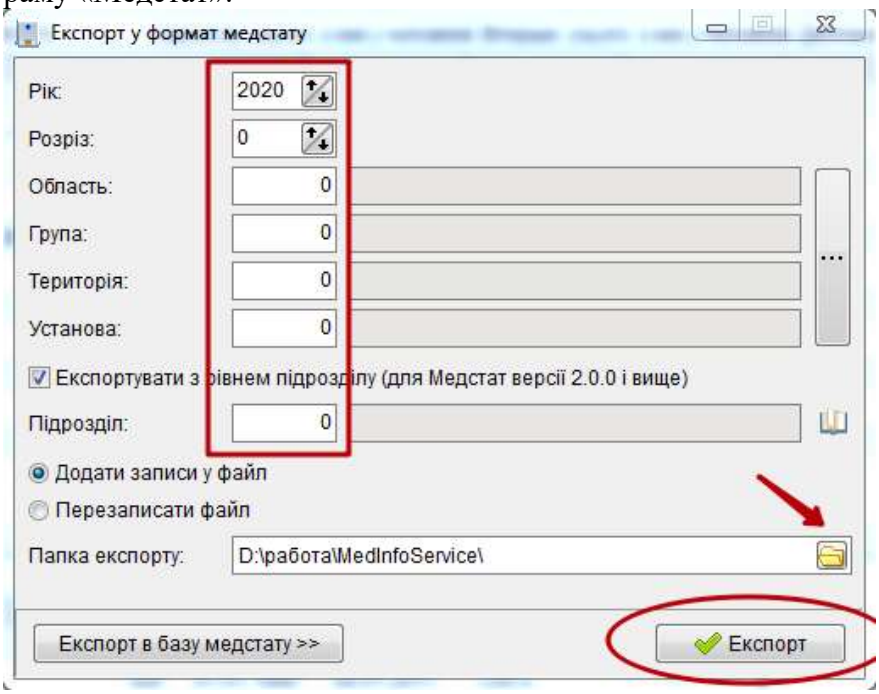
Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.

Код	Відділення	Черкаси	Сміла	Умань	Ватутіно	Всього	Городи...	Жашків...	Звениго...	Канівсь...	Катерин...	Корсунь...	Лисянс...	Маньків...	Тальнів...	Умансь...	Христин...	Черкас...
1	Хірургічне (хір.)																	
	проліковано	5	0	1	126	132	2	1	1411	0	201	0	127	3	120	1	0	2
	ліжкоднів	30	0	10	845	885	15	12	11091	0	1716	0	1129	17	1127	8	0	20
	середній л/д	6	0	10	6.7	6.7	7.5	12	7.9	0	8.5	0	8.9	5.7	9.4	8	0	10
2	Акушерсько-гінекологічне																	
	проліковано	0	0	0	98	98	1	0	636	0	57	0	27	1	10	0	0	0
	ліжкоднів	0	0	0	917	917	10	0	7030	0	599	0	358	2	129	0	0	0
	середній л/д	0	0	0	9.4	9.4	10	0	11.1	0	10.5	0	13.3	2	12.9	0	0	0
3	Неврологічне (тер.)																	
	проліковано	0	0	0	13	13	0	0	731	0	13	2	10	0	1	0	0	0
	ліжкоднів	0	0	0	122	122	0	0	6402	0	116	12	79	0	9	0	0	0
	середній л/д	0	0	0	9.4	9.4	0	0	8.8	0	8.9	6	7.9	0	9	0	0	0
4	Терапевтичне (тер.)																	
	проліковано	1	0	2	34	37	3	1	1831	0	31	1	32	7	27	1	1	0
	ліжкоднів	13	0	57	249	319	36	8	16075	0	270	11	258	90	250	1	11	0
	середній л/д	13	0	28.5	7.3	8.6	12	8	8.8	0	8.7	11	8.1	12.9	9.3	1	11	0

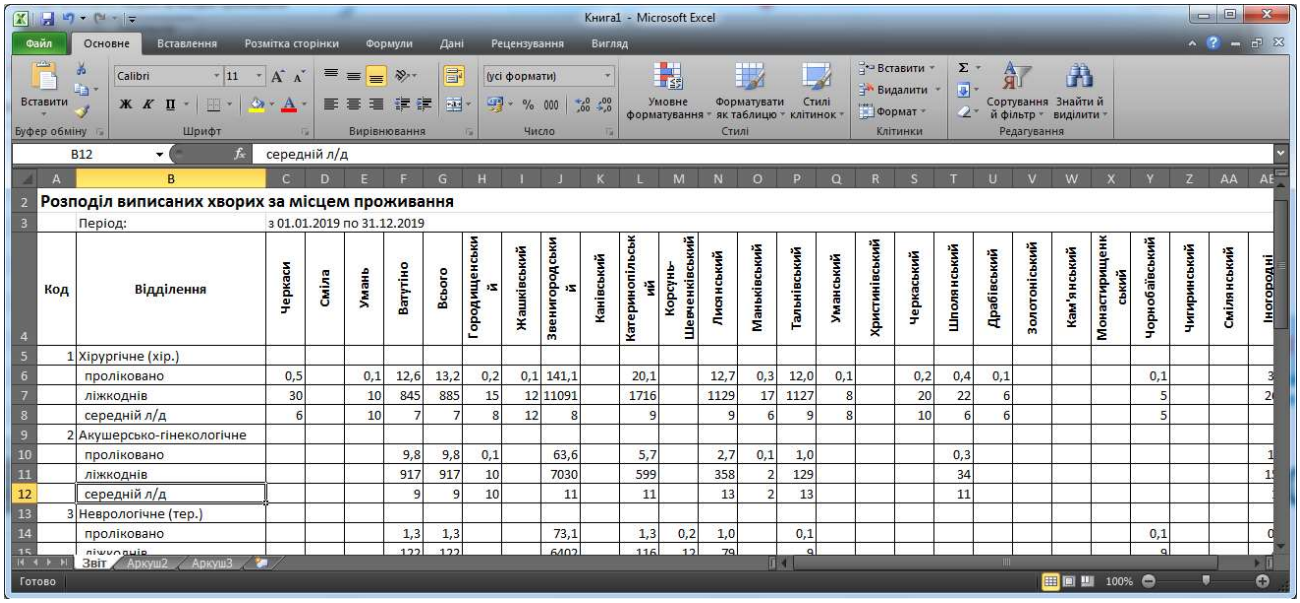
Графи звіту формуються динамічно на підставі районів з територіальної області до якої належить заклад. Наприклад для Черкаської області звіт буде виглядати так.



- дозволяє експортувати файл з форматом DBF для подальшого імпорту в програму «Медстат».



- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



Книга1 - Microsoft Excel

Розподіл виписаних хворих за місцем проживання

Період: з 01.01.2019 по 31.12.2019

Код	Відділення	Черкаси	Сміла	Умань	Ватутіно	Всього	Городищенський	Жашківський	Звенигородський	Канівський	Катеринопільський	Корсунь-Шевченківський	Лисянський	Маньківський	Тальнівський	Уманський	Христинівський	Черкаський	Шполянський	Драбівський	Золотоніський	Кам'янський	Монастирищенський	Чорнобаївський	Чигиринський	Смілянський	Іногородні
1	Хірургічне (хір.)																										
	проліковано	0,5		0,1	12,6	13,2	0,2	0,1	141,1		20,1		12,7	0,3	12,0	0,1		0,2	0,4	0,1				0,1			3
	ліжкоднів	30		10	845	885	15	12	11091		1716		1129	17	1127	8		20	22	6				5			2
	середній л/д	6		10	7	7	8	12	8		9		9	6	9	8		10	6	6				5			
2	Акушерсько-гінекологічне																										
	проліковано				9,8	9,8	0,1		63,6		5,7		2,7	0,1	1,0				0,3								1
	ліжкоднів				917	917	10		7030		599		358	2	129				34								1
	середній л/д				9	9	10		11		11		13	2	13				11								
3	Неврологічне (тер.)																										
	проліковано				1,3	1,3			73,1		1,3	0,2	1,0		0,1									0,1			0
	ліжкоднів				122	122			6402		116	12	79		9									9			

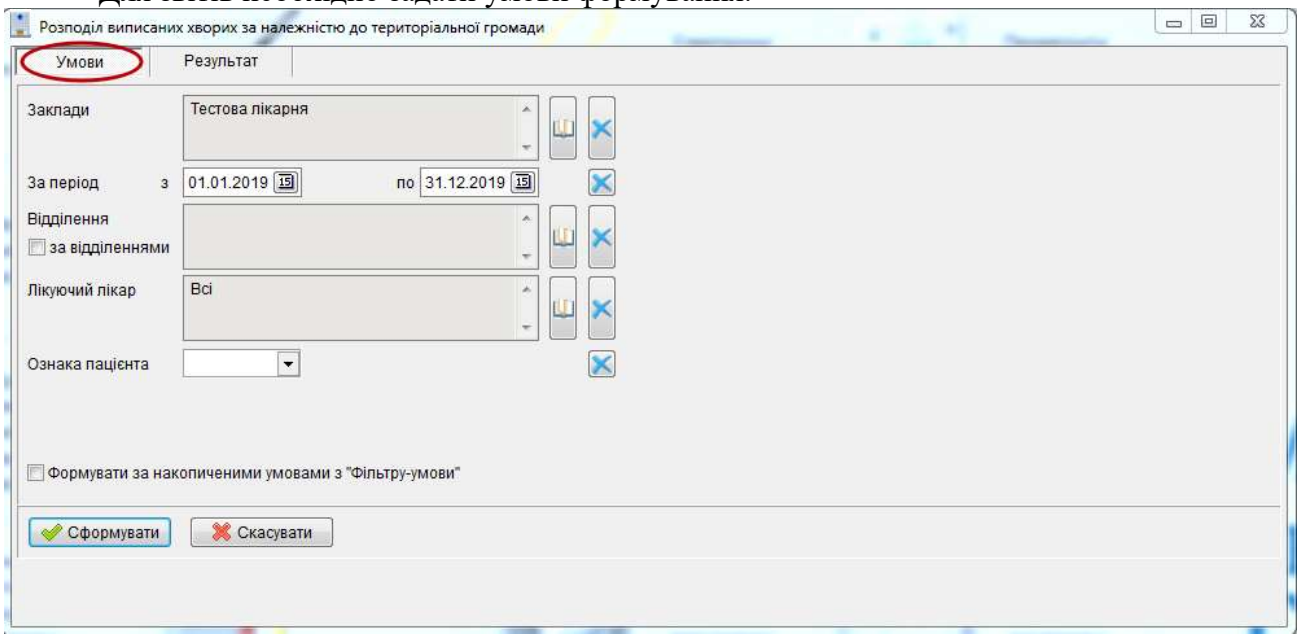
Звіт | Аркуш2 | Аркуш3

Готово 100%

13.17 Розподіл виписаних хворих за належністю до територіальної громади

Звіт формується за даними з форми №066/о “Карта хворого, який вибув із стаціонару». Для його складання необхідно обов’язково вказати період. В разі необхідності можна задати медичні заклади, відділення, лікаря, ознаку пацієнта (місто, село).

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полях **«Відділення» та «Лікуючий лікар»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Карта хворого, який вибув із стаціонару».

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.

Розподіл виписаних хворих за належністю до територіальної громади

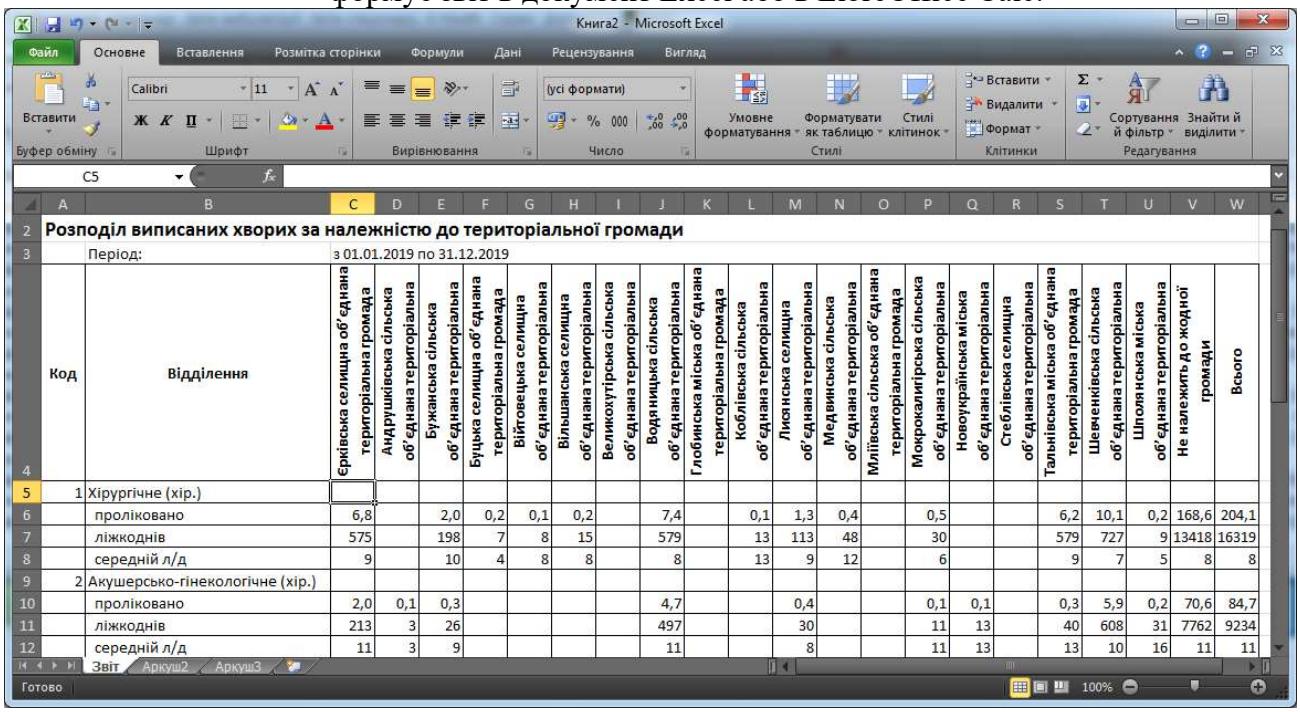
Умови | Результат

Друк | Друкувати не більше ніж на 1 стор. в ширину

Код	Відділення	Єрківсь...	Андруш...	Бужанс...	Буцька ...	Війтове...	Вільша...	Великох...	Водяни...	Глобинс...	Коблівс...	Лисянс...	Медвин...	Млієвськ...	Мокрок...	Новоукр...	Стеблів...	Тальнів...	Шевчен...	Шп
1	Хірургічне (хір.)																			
	проліковано	68	0	20	2	1	2	0	74	0	1	13	4	0	5	0	0	62	101	
	ліжкоднів	575	0	198	7	8	15	0	579	0	13	113	48	0	30	0	0	579	727	
	середній л/д	8.5	0	9.9	3.5	8	7.5	0	7.8	0	13	8.7	12	0	6	0	0	9.3	7.2	
2	Акушерсько-гінекологічне																			
	проліковано	20	1	3	0	0	0	0	47	0	0	4	0	0	1	1	0	3	59	
	ліжкоднів	213	3	26	0	0	0	0	497	0	0	30	0	0	11	13	0	40	608	
	середній л/д	10.7	3	8.7	0	0	0	0	10.6	0	0	7.5	0	0	11	13	0	13.3	10.3	
3	Неврологічне (тер.)																			
	проліковано	7	0	1	0	0	0	0	33	0	0	1	0	0	2	0	1	0	36	
	ліжкоднів	60	0	9	0	0	0	0	307	0	0	9	0	0	16	0	10	0	295	
	середній л/д	8.6	0	9	0	0	0	0	9.3	0	0	9	0	0	8	0	10	0	8.2	
4	Терапевтичне (тер.)																			
	проліковано	12	0	6	7	0	2	1	96	1	0	5	2	0	1	0	1	10	86	
	ліжкоднів	97	0	39	90	0	24	9	791	1	0	48	11	0	6	0	11	92	705	
	середній л/д	8.1	0	6.5	12.9	0	12	9	8.2	1	0	9.6	5.5	0	6	0	11	9.2	8.2	

Графи звіту формуються динамічно на підставі тих соціальних груп, що присутні у довіднику «Соціальна група».

- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.


Книга2 - Microsoft Excel

Розподіл виписаних хворих за належністю до територіальної громади

Період: з 01.01.2019 по 31.12.2019

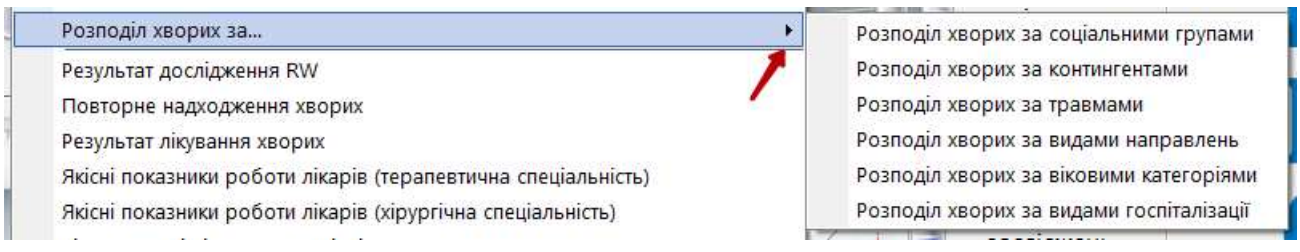
Код	Відділення	Єрківська селищна об'єднана територіальна громада	Андрушівська сільська об'єднана територіальна	Бужанська сільська об'єднана територіальна	Буцька селищна об'єднана територіальна громада	Війтовецька селищна об'єднана територіальна	Вільшанська селищна об'єднана територіальна	Великохутірська сільська об'єднана територіальна	Водяницька сільська об'єднана територіальна	Глобинська міська об'єднана територіальна громада	Коблівська сільська об'єднана територіальна	Лисянська селищна об'єднана територіальна	Медвинська сільська об'єднана територіальна	Млієвська сільська об'єднана територіальна громада	Мокрокалигірська сільська об'єднана територіальна	Новоукраїнська міська об'єднана територіальна	Стеблівська селищна об'єднана територіальна	Тальнівська міська об'єднана територіальна громада	Шевченківська сільська об'єднана територіальна	Шполянська міська об'єднана територіальна	Не належить до жодної громади	Всього
1	Хірургічне (хір.)																					
	проліковано	6,8		2,0	0,2	0,1	0,2		7,4		0,1	1,3	0,4		0,5			6,2	10,1	0,2	168,6	204,1
	ліжкоднів	575		198	7	8	15		579		13	113	48		30			579	727	9	13418	16319
	середній л/д	9		10	4	8	8		8		13	9	12		6			9	7	5	8	8
2	Акушерсько-гінекологічне (хір.)																					
	проліковано	2,0	0,1	0,3					4,7			0,4			0,1	0,1		0,3	5,9	0,2	70,6	84,7
	ліжкоднів	213	3	26					497			30			11	13		40	608	31	7762	9234
	середній л/д	11	3	9					11			8			11	13		13	10	16	11	11

Звіт | Аркуш2 | Аркуш3

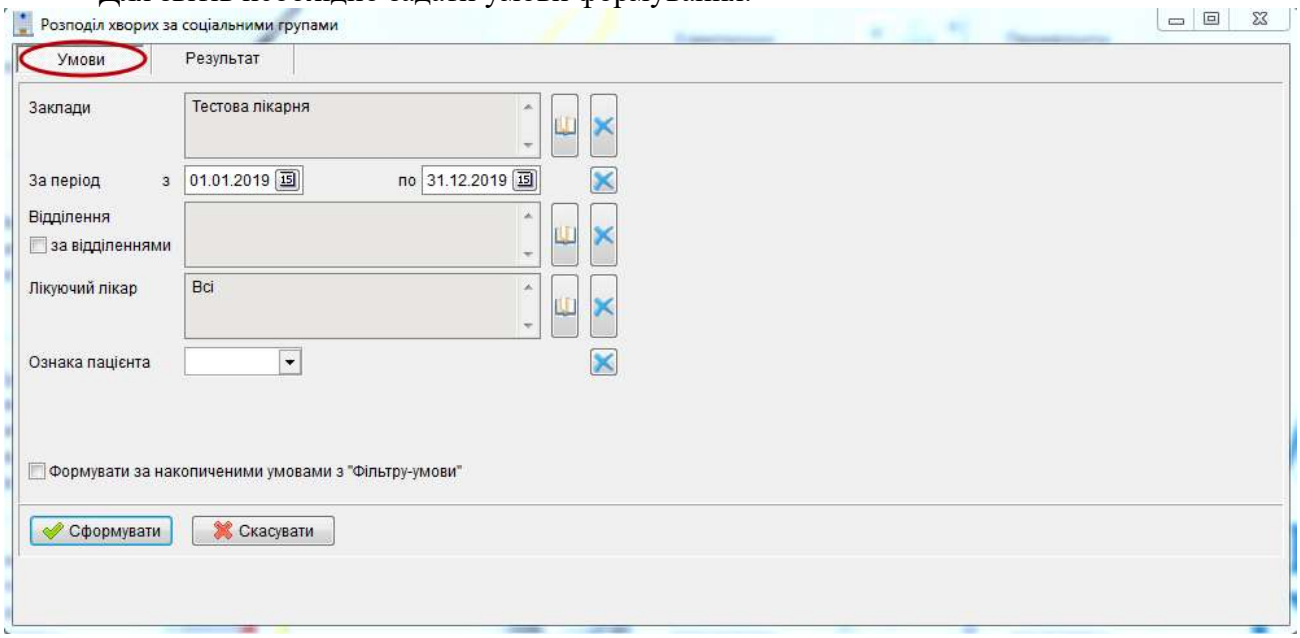
Готово

13.18 Розподіл хворих за…

Група звітів формується за даними з форми №066/о “Карта хворого, який вибув із стаціонару». Для складання необхідно обов’язково вказати період. В разі необхідності можна задати медичні заклади, відділення, лікаря, ознаку пацієнта (місто, село). Графи звіту формуються динамічно на підставі даних, що присутні у довідниках програми.



Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

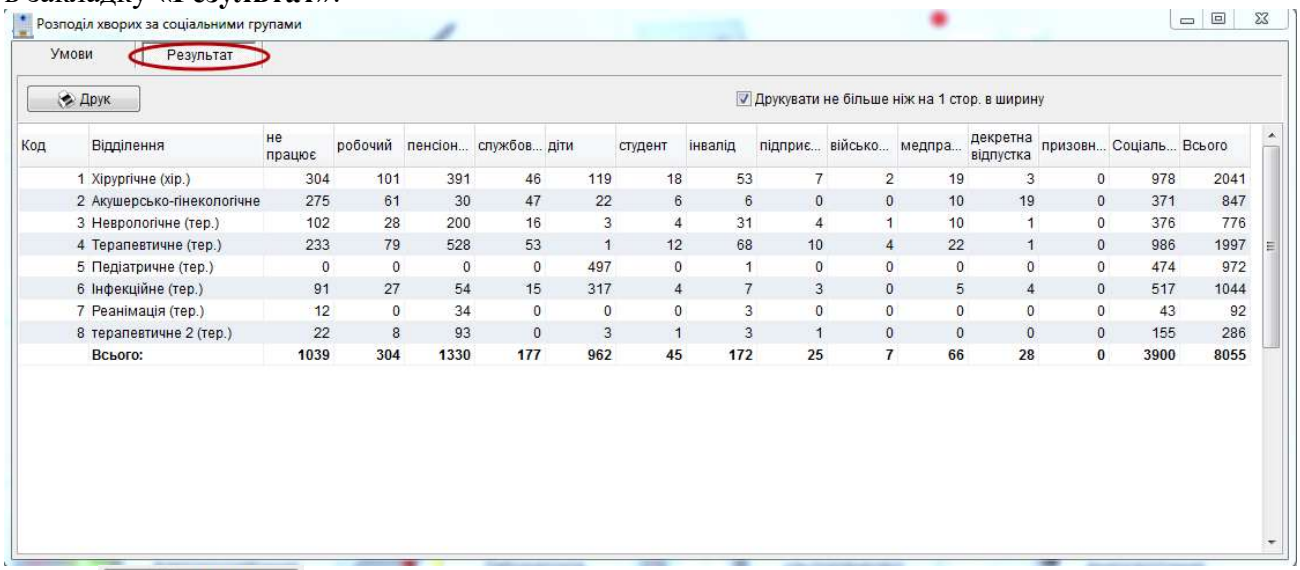
У полях **«Відділення» та «Лікуючий лікар»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Карта хворого, який вибув із стаціонару».

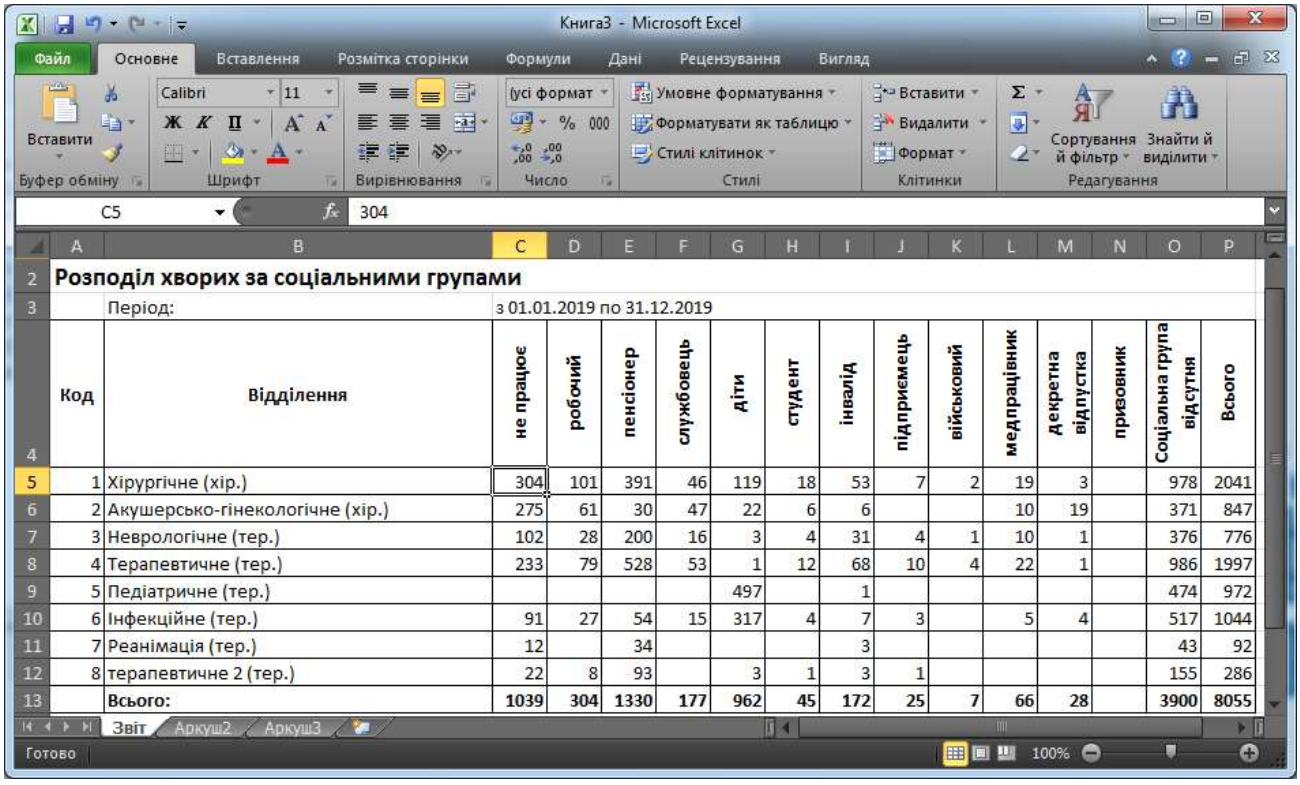
Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



Код	Відділення	не працює	робочий	пенсіон...	службов...	діти	студент	інвалід	підприє...	військо...	медпра...	декретна відпустка	призовн...	Соціаль...	Всього
1	Хірургічне (хір.)	304	101	391	46	119	18	53	7	2	19	3	0	978	2041
2	Акушерсько-гінекологічне	275	61	30	47	22	6	6	0	0	10	19	0	371	847
3	Неврологічне (тер.)	102	28	200	16	3	4	31	4	1	10	1	0	376	776
4	Терапевтичне (тер.)	233	79	528	53	1	12	68	10	4	22	1	0	986	1997
5	Педіатричне (тер.)	0	0	0	0	497	0	1	0	0	0	0	0	474	972
6	Інфекційне (тер.)	91	27	54	15	317	4	7	3	0	5	4	0	517	1044
7	Реанімація (тер.)	12	0	34	0	0	0	3	0	0	0	0	0	43	92
8	терапевтичне 2 (тер.)	22	8	93	0	3	1	3	1	0	0	0	0	155	286
	Всього:	**1039**	**304**	**1330**	**177**	**962**	**45**	**172**	**25**	**7**	**66**	**28**	**0**	**3900**	**8055**

- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



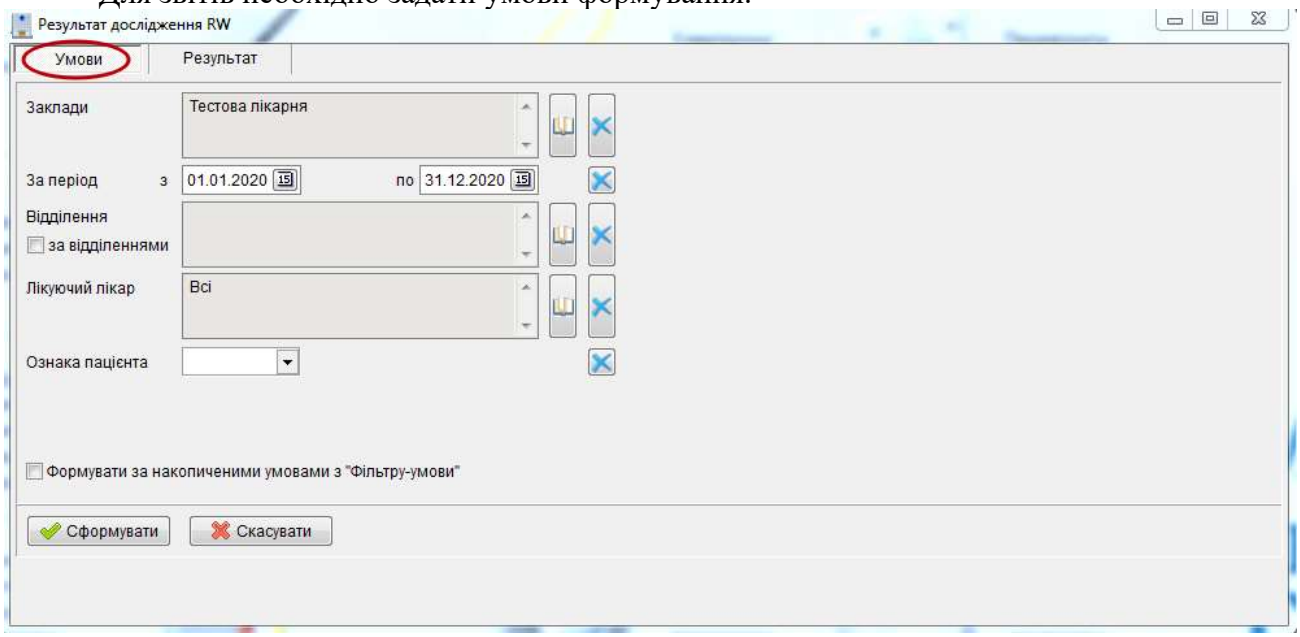
Код	Відділення	не працює	робочий	пенсіонер	службовець	діти	студент	інвалід	підприємець	військовий	медпрацівник	декретна відпустка	призовник	Соціальна група відсутня	Всього
1	Хірургічне (хір.)	304	101	391	46	119	18	53	7	2	19	3		978	2041
2	Акушерсько-гінекологічне (хір.)	275	61	30	47	22	6	6			10	19		371	847
3	Неврологічне (тер.)	102	28	200	16	3	4	31	4	1	10	1		376	776
4	Терапевтичне (тер.)	233	79	528	53	1	12	68	10	4	22	1		986	1997
5	Педіатричне (тер.)					497		1						474	972
6	Інфекційне (тер.)	91	27	54	15	317	4	7	3		5	4		517	1044
7	Реанімація (тер.)	12		34				3						43	92
8	терапевтичне 2 (тер.)	22	8	93		3	1	3	1					155	286
	Всього:	**1039**	**304**	**1330**	**177**	**962**	**45**	**172**	**25**	**7**	**66**	**28**		**3900**	**8055**

За аналогічним алгоритмом формуються інші звіти цієї групи.

13.19 Результат дослідження RW

Звіт формується за даними з форми №066/о “Карта хворого, який вибув із стаціонару». Для складання необхідно обов’язково вказати період. В разі необхідності можна задати медичні заклади, відділення, лікаря, ознаку пацієнта (місто, село

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

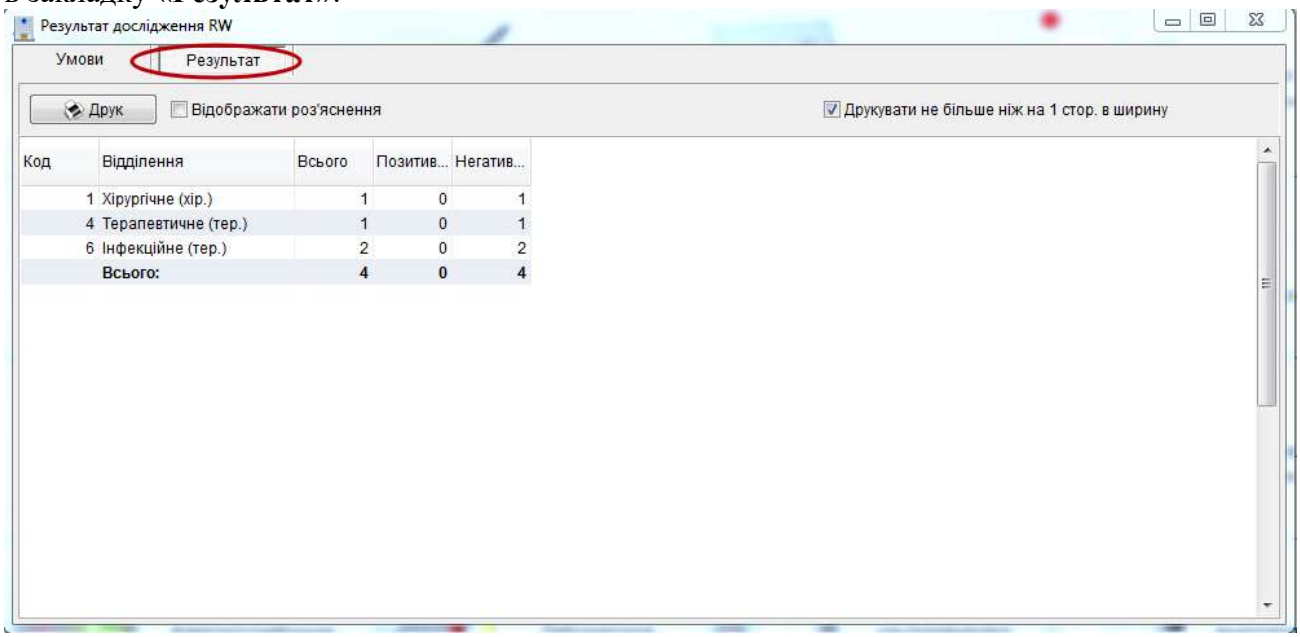
У полях **«Відділення» та «Лікуючий лікар»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Карта хворого, який вибув із стаціонару».

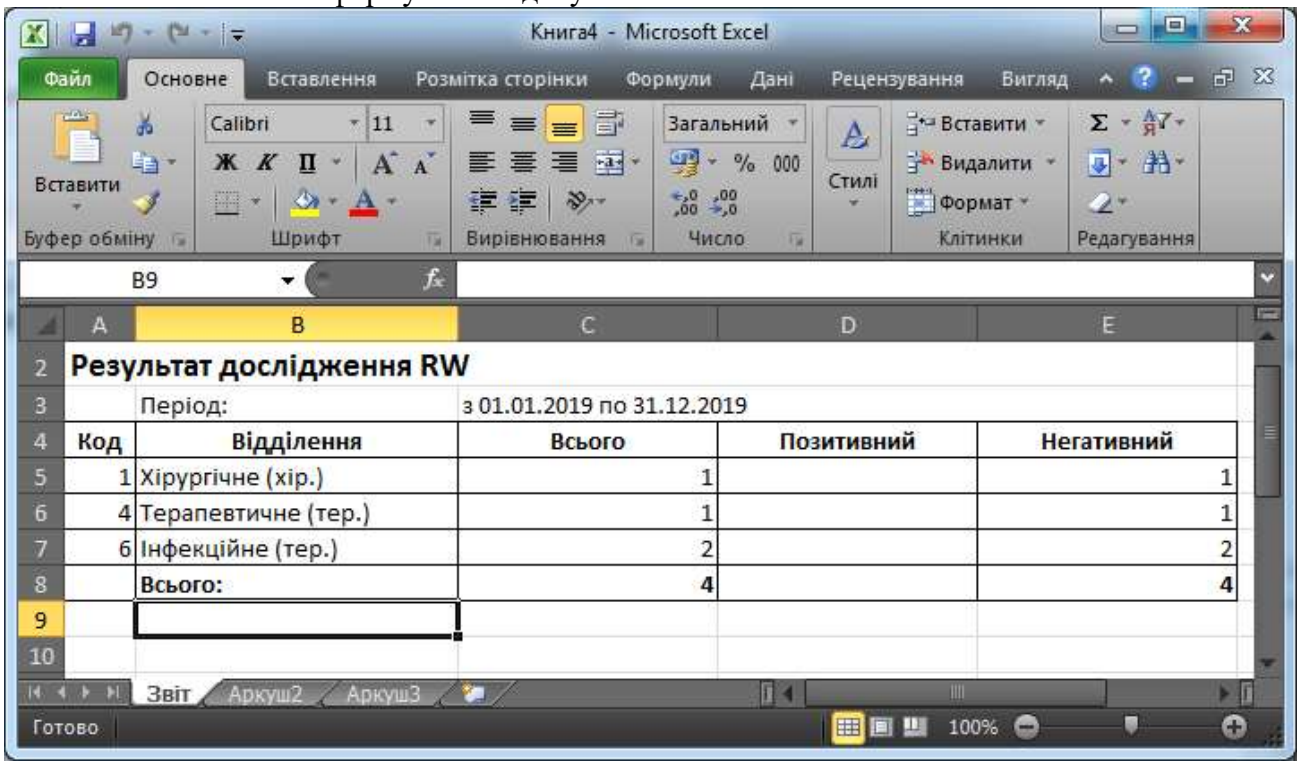
Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



Обравши будь-яку комірку зі значенням, можна відобразити в нижній частині вікна дані пацієнтів, які присутні в базі. Для цього необхідно відмітити **«Відображати роз'яснення».**

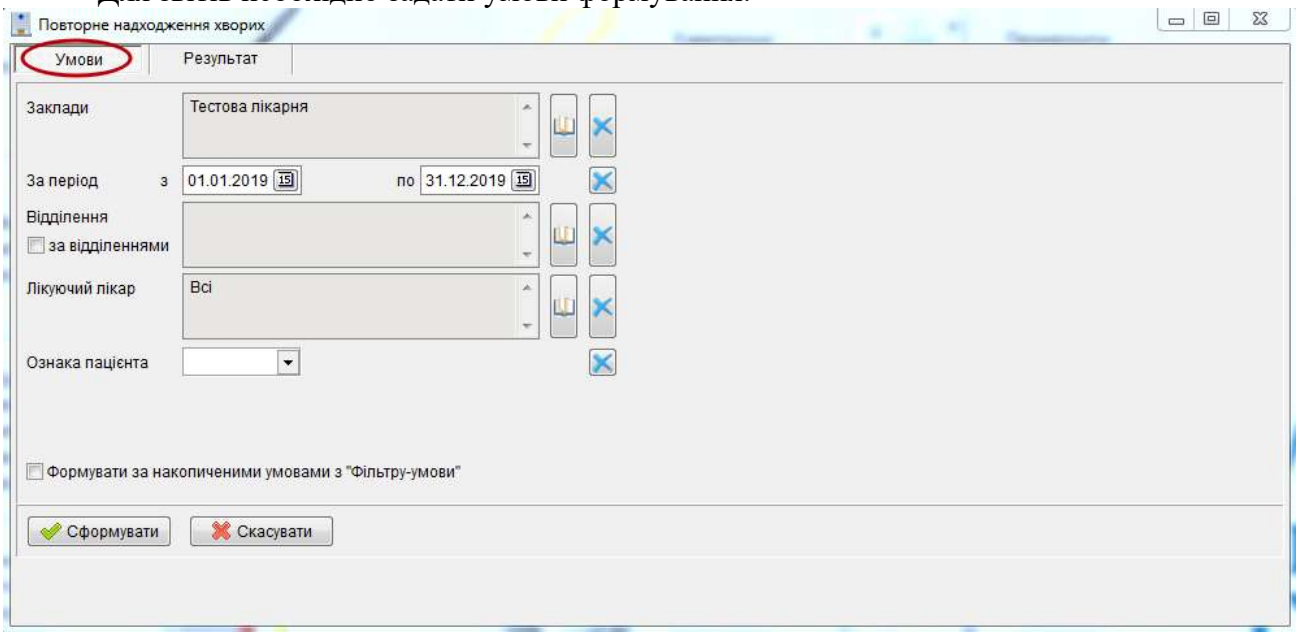
- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



13.20 Повторне надходження хворих

Звіт формується за даними з форми №066/о “Карта хворого, який вибув із стаціонару». Для складання необхідно обов’язково вказати період. В разі необхідності можна задати медичні заклади, відділення, лікаря, ознаку пацієнта (місто, село

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

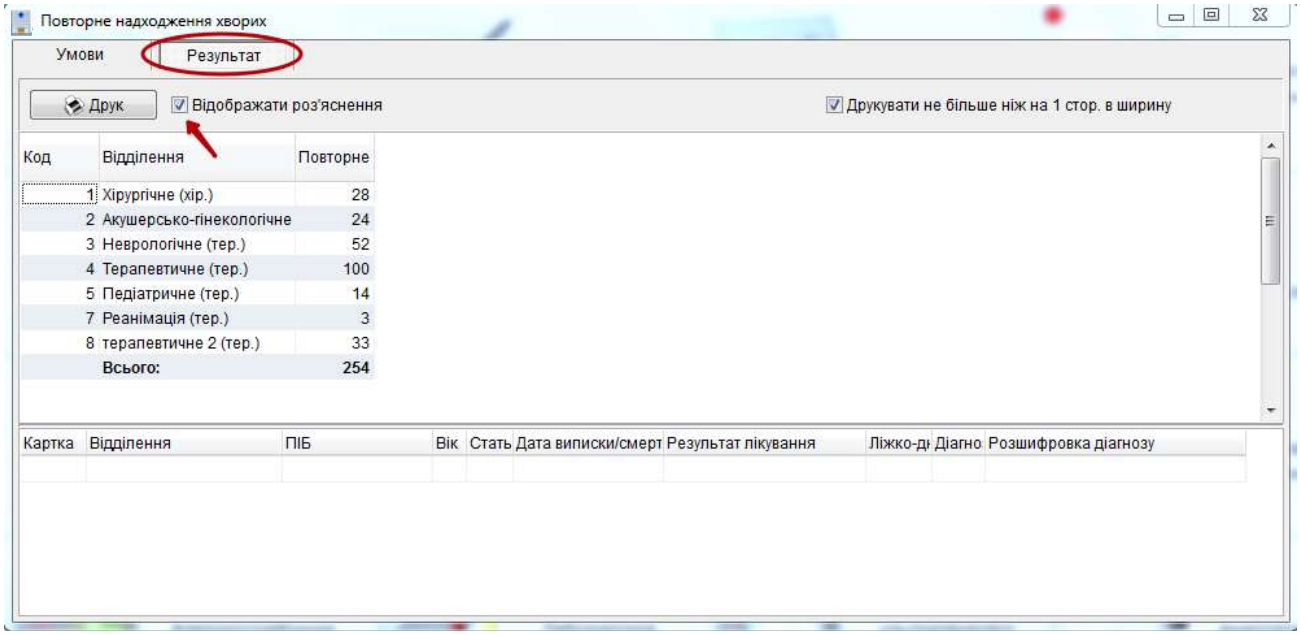
У полях **«Відділення» та «Лікуючий лікар»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Карта хворого, який вибув із стаціонару».

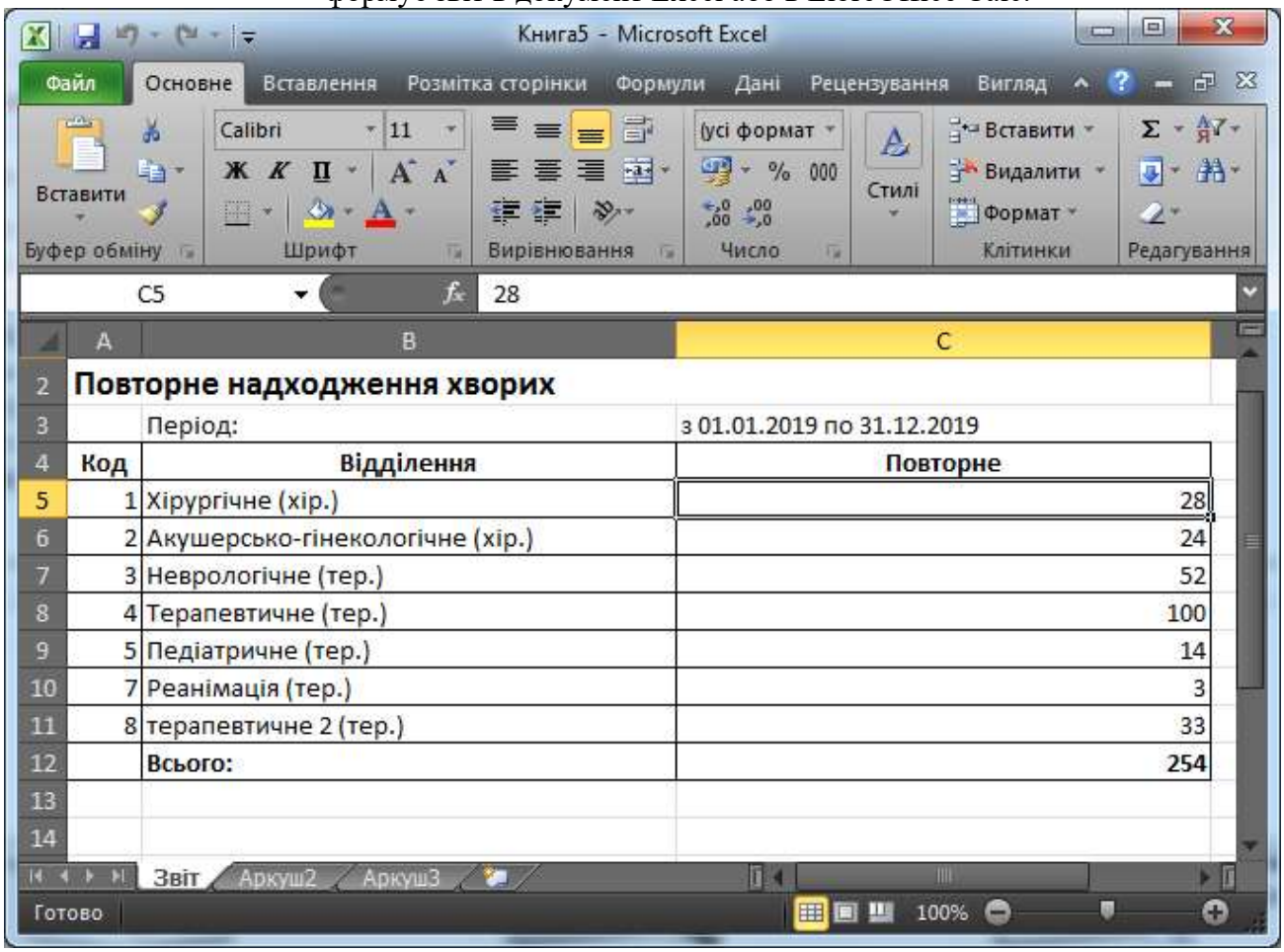
Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



Обравши будь-яку комірку зі значенням, можна відобразити в нижній частині вікна дані пацієнтів, які присутні в базі. Для цього необхідно відмітити **«Відображати роз'яснення».**

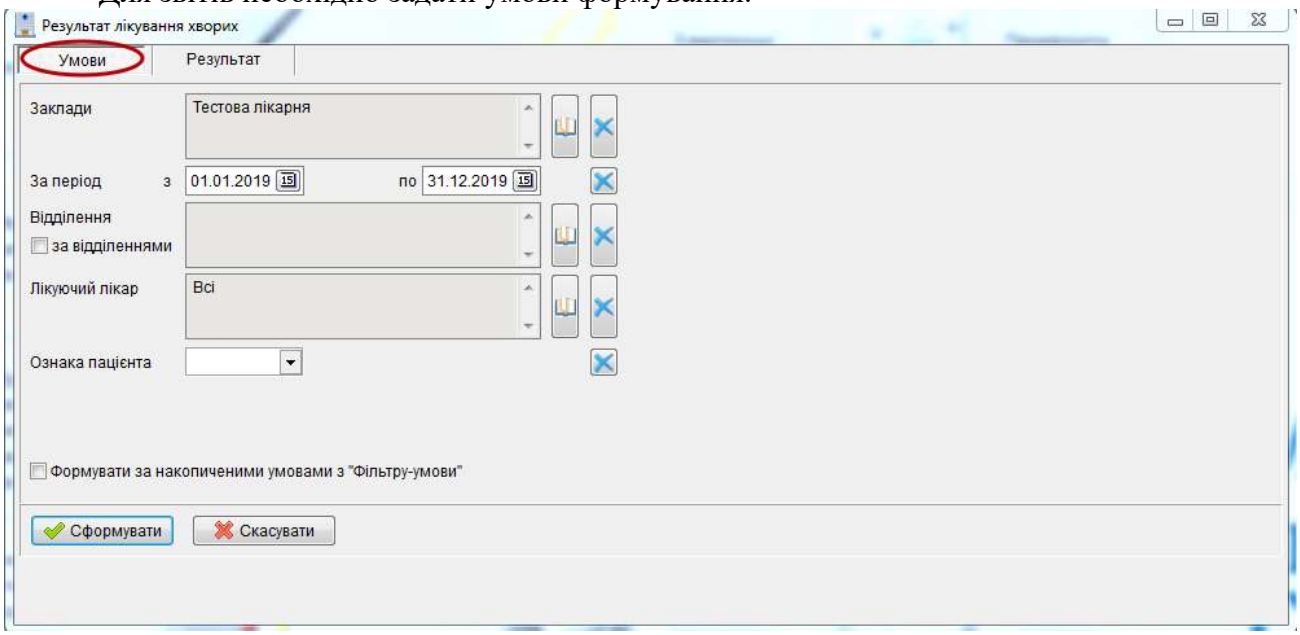
- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



13.21 Результат лікування хворих

Звіт формується за даними з форми №066/о "Карта хворого, який вибув із стаціонару». Для складання необхідно обов'язково вказати період. В разі необхідності можна задати медичні заклади, відділення, лікаря, ознаку пацієнта (місто, село

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

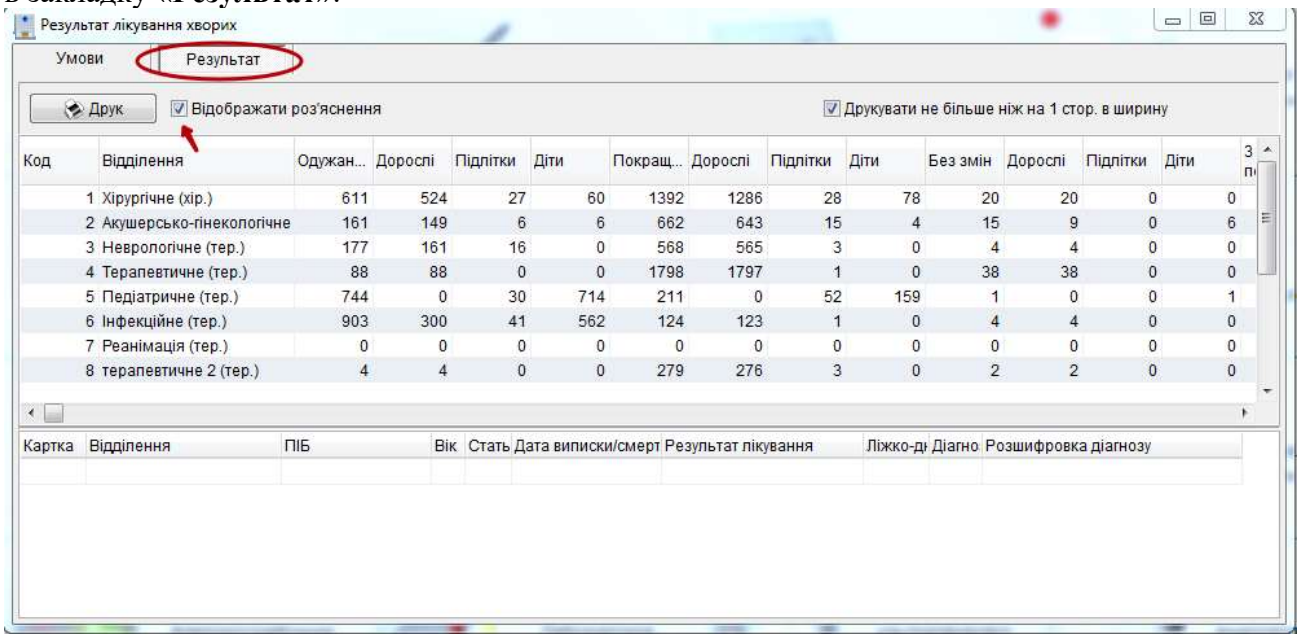
У полях **«Відділення» та «Лікуючий лікар»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Карта хворого, який вибув із стаціонару».

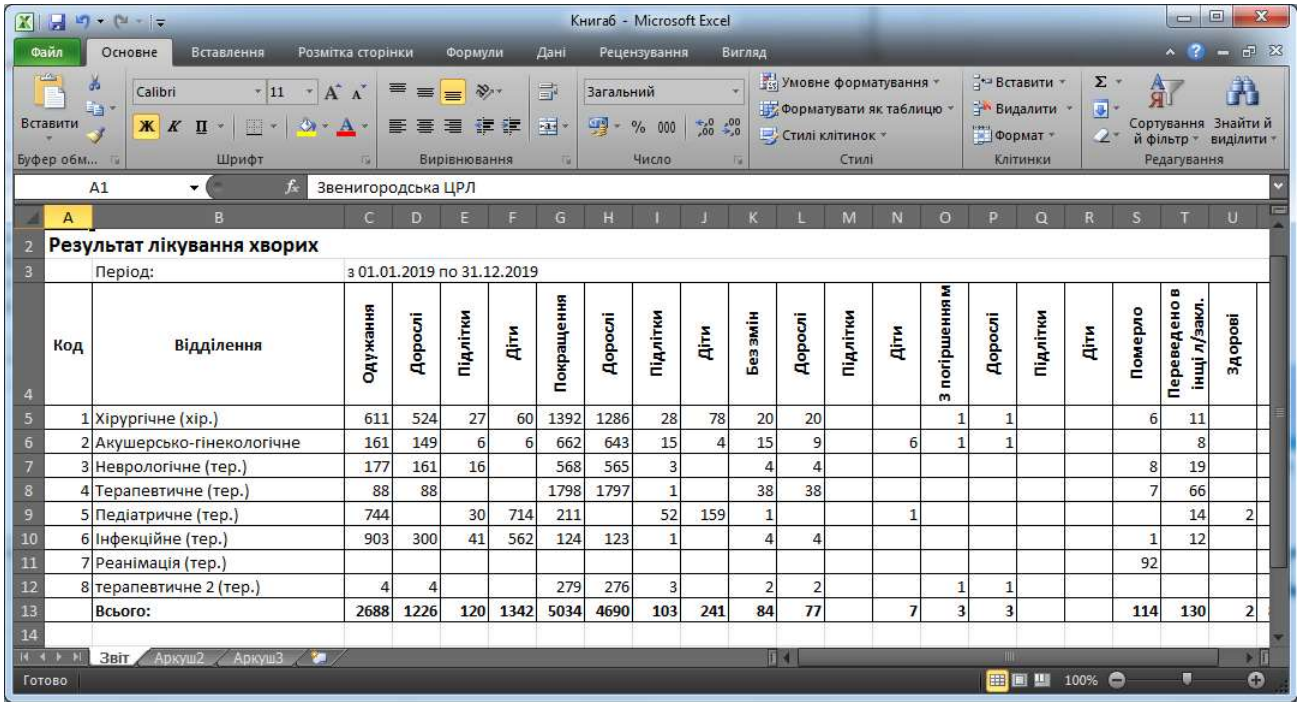
Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



Обравши будь-яку комірку зі значенням, можна відобразити в нижній частині вікна дані пацієнтів, які присутні в базі. Для цього необхідно відмітити **«Відображати роз'яснення».**

- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



Результат лікування хворих

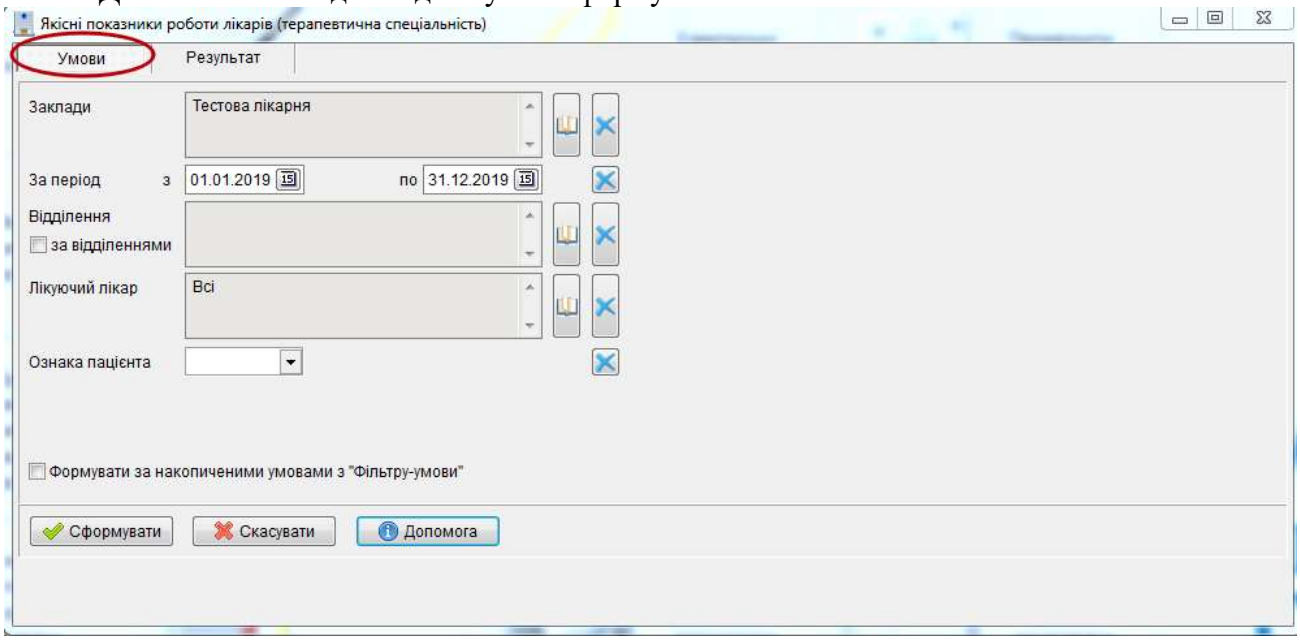
Період: з 01.01.2019 по 31.12.2019

Код	Відділення	Одужання	Дорослі	Підлітки	Діти	Покращення	Дорослі	Підлітки	Діти	Без змін	Дорослі	Підлітки	Діти	З погіршенням	Дорослі	Підлітки	Діти	Померло	Переведено в інші л/закл.	Здорові
1	Хірургічне (хір.)	611	524	27	60	1392	1286	28	78	20	20			1	1			6	11	
2	Акушерсько-гінекологічне	161	149	6	6	662	643	15	4	15	9		6	1	1				8	
3	Неврологічне (тер.)	177	161	16		568	565	3		4	4							8	19	
4	Терапевтичне (тер.)	88	88			1798	1797	1		38	38							7	66	
5	Педіатричне (тер.)	744		30	714	211		52	159	1			1						14	2
6	Інфекційне (тер.)	903	300	41	562	124	123	1		4	4							1	12	
7	Реанімація (тер.)																	92		
8	терапевтичне 2 (тер.)	4	4			279	276	3		2	2			1	1					
	Всього:	**2688**	**1226**	**120**	**1342**	**5034**	**4690**	**103**	**241**	**84**	**77**		**7**	**3**	**3**			**114**	**130**	**2**

13.22 Якісні показники роботи лікарів (терапевтична спеціальність)

Звіт формується за даними з форми №066/о “Карта хворого, який вибув із стаціонару». Для складання необхідно обов’язково вказати період. В разі необхідності можна задати медичні заклади, відділення, лікаря, ознаку пацієнта (місто, село

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

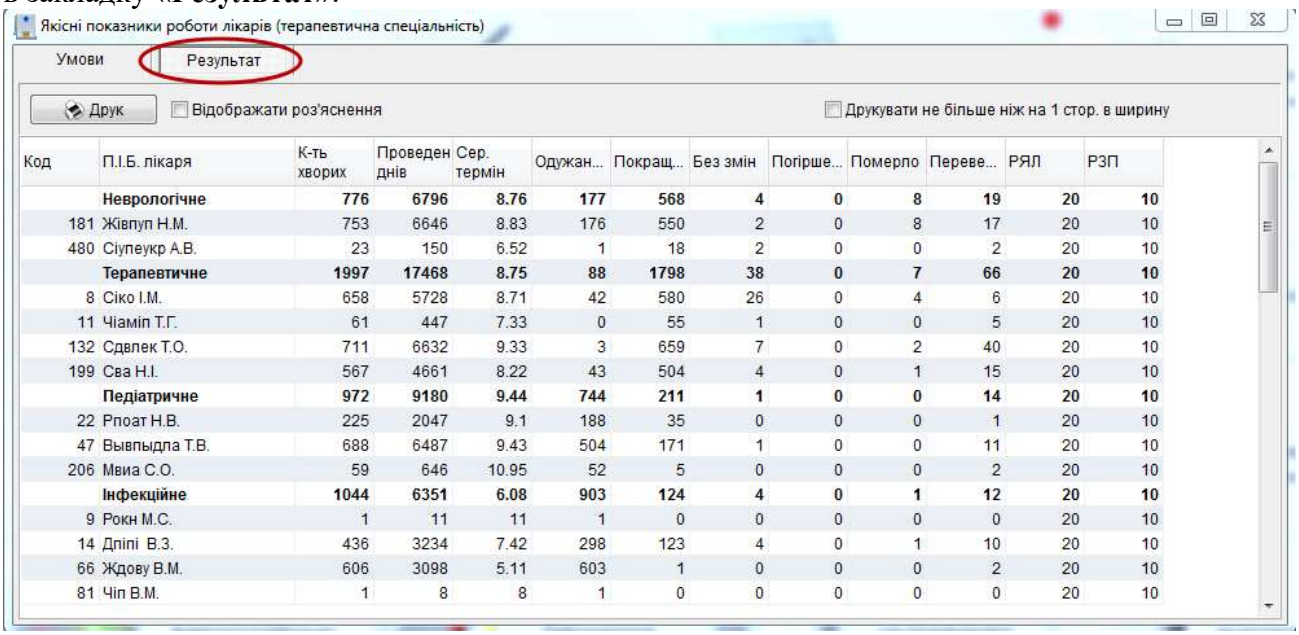
У полях **«Відділення» та «Лікуючий лікар»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Карта хворого, який вибув із стаціонару».

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



Код	П.І.Б. лікаря	К-ть хворих	Проведен днів	Сер. термін	Одужан...	Покращ...	Без змін	Погірше...	Померло	Переве...	РЯЛ	РЗП
	Неврологічне	**776**	**6796**	**8.76**	**177**	**568**	**4**	**0**	**8**	**19**	**20**	**10**
181	Жівпуп Н.М.	753	6646	8.83	176	550	2	0	8	17	20	10
480	Сіупеукр А.В.	23	150	6.52	1	18	2	0	0	2	20	10
	Терапевтичне	**1997**	**17468**	**8.75**	**88**	**1798**	**38**	**0**	**7**	**66**	**20**	**10**
8	Сіко І.М.	658	5728	8.71	42	580	26	0	4	6	20	10
11	Чіаміп Т.Г.	61	447	7.33	0	55	1	0	0	5	20	10
132	Сдвлек Т.О.	711	6632	9.33	3	659	7	0	2	40	20	10
199	Сва Н.І.	567	4661	8.22	43	504	4	0	1	15	20	10
	Педіатричне	**972**	**9180**	**9.44**	**744**	**211**	**1**	**0**	**0**	**14**	**20**	**10**
22	Рпоат Н.В.	225	2047	9.1	188	35	0	0	0	1	20	10
47	Вывпыдла Т.В.	688	6487	9.43	504	171	1	0	0	11	20	10
206	Мвиа С.О.	59	646	10.95	52	5	0	0	0	2	20	10
	Інфекційне	**1044**	**6351**	**6.08**	**903**	**124**	**4**	**0**	**1**	**12**	**20**	**10**
9	Рокн М.С.	1	11	11	1	0	0	0	0	0	20	10
14	Дпіпі В.З.	436	3234	7.42	298	123	4	0	1	10	20	10
66	Ждову В.М.	606	3098	5.11	603	1	0	0	0	2	20	10
81	Чіп В.М.	1	8	8	1	0	0	0	0	0	20	10

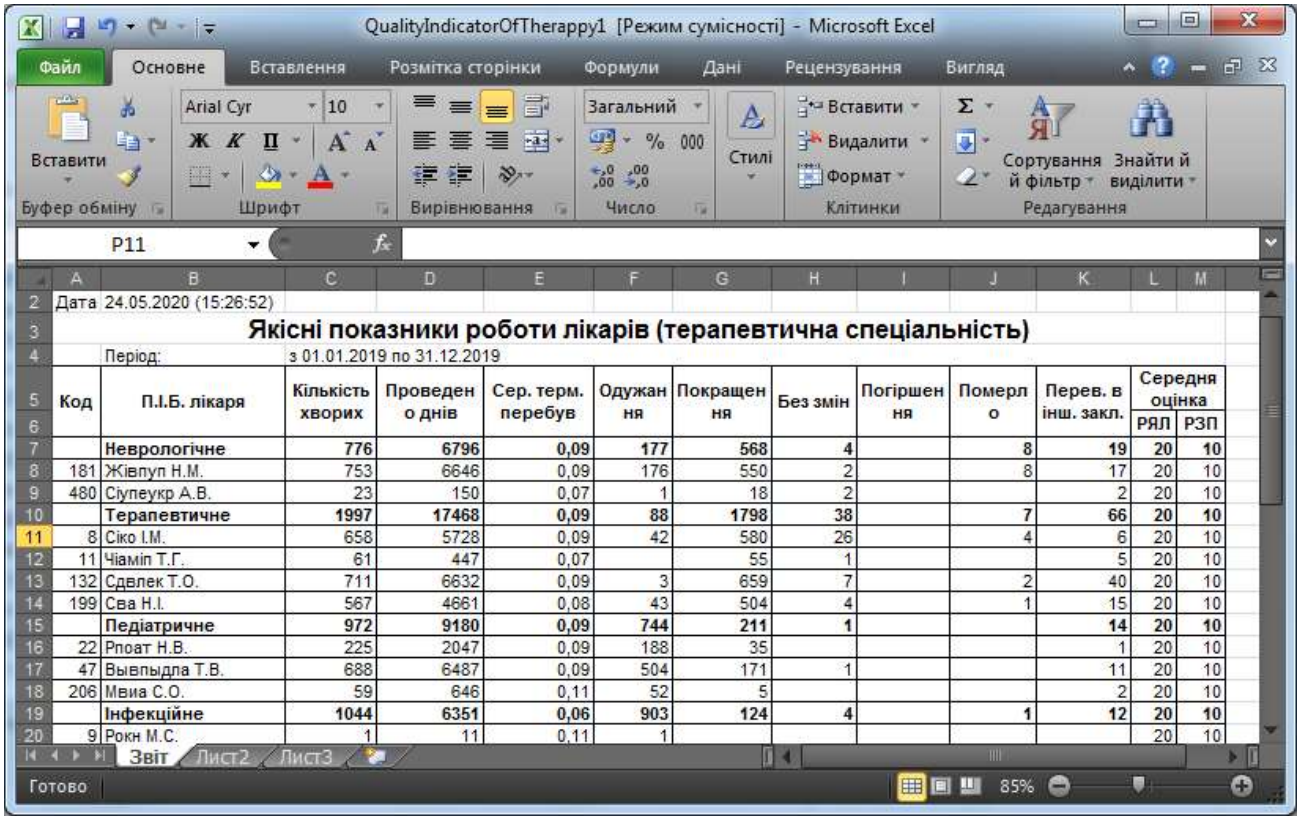
Обравши будь-яку комірку зі значенням, можна відобразити в нижній частині вікна дані пацієнтів, які присутні в базі. Для цього необхідно відмітити **«Відображати роз'яснення».**

Рядки звіту: перелік лікуючих лікарів по відділенням **терапевтичного профілю**, що мали пацієнтів.

Графи:

- «Код» - код лікаря;
- «П.І.Б. лікаря»;
- «Кількість хворих» - к-ть пацієнтів лікуючого лікаря, що виписані з відділення;
- «Проведено днів» - к-ть ліжко-днів, проведених пацієнтами з графи «Кількість хворих»;
- «Сер. терм. перебув» - середня к-ть ліжко-днів, проведених пацієнтами даного лікуючого лікаря («Проведено днів»/»Кількість хворих»);
- «Одужання» - к-ть пацієнтів з графи «Кількість хворих», у яких результат лікування «виписаний(а) з одужанням»;
- «Покращення» - к-ть пацієнтів, у яких результат лікування «виписаний(а) з поліпшенням»;
- «Без змін» - к-ть пацієнтів, у яких результат лікування «без змін»;
- «Погіршення» - к-ть пацієнтів, у яких результат лікування «виписаний(а) з погіршенням»;
- «Померло» - к-ть пацієнтів, у яких результат лікування «помер(ла)»;
- «Перев. в інш. закл.» - к-ть пацієнтів, у яких результат лікування «переведений(а) до іншого закладу охорони здоров`я»;
- «Середня оцінка РЯЛ» - середня оцінка РЯЛ нач.меду і зав. відділенням, пацієнтів з графи «Кількість хворих»;
- «Середня оцінка РЗП» - середня оцінка РЗП нач.меду і зав. відділенням, пацієнтів з графи «Кількість хворих».

- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



QualityIndicatorOfTherappy1 [Режим сумісності] - Microsoft Excel

Дата 24.05.2020 (15:26:52)

Якісні показники роботи лікарів (терапевтична спеціальність)

Період: з 01.01.2019 по 31.12.2019

Код	П.І.Б. лікаря	Кількість хворих	Проведено днів	Сер. терм. перебув	Одужання	Покращення	Без змін	Погіршення	Померло	Перев. в інш. закл.	Середня оцінка РЯЛ	Середня оцінка РЗП
	Неврологічне	**776**	**6796**	**0,09**	**177**	**568**	**4**		**8**	**19**	**20**	**10**
181	Жівпуп Н.М.	753	6646	0,09	176	550	2		8	17	20	10
480	Сіупеукр А.В.	23	150	0,07	1	18	2			2	20	10
	Терапевтичне	**1997**	**17468**	**0,09**	**88**	**1798**	**38**		**7**	**66**	**20**	**10**
8	Сіко І.М.	658	5728	0,09	42	580	26		4	6	20	10
11	Чіаміп Т.Г.	61	447	0,07		55	1			5	20	10
132	Сдвлек Т.О.	711	6632	0,09	3	659	7		2	40	20	10
199	Сва Н.І.	567	4661	0,08	43	504	4		1	15	20	10
	Педіатричне	**972**	**9180**	**0,09**	**744**	**211**	**1**			**14**	**20**	**10**
22	Рпоат Н.В.	225	2047	0,09	188	35				1	20	10
47	Вывпыдла Т.В.	688	6487	0,09	504	171	1			11	20	10
206	Мвиа С.О.	59	646	0,11	52	5				2	20	10
	Інфекційне	**1044**	**6351**	**0,06**	**903**	**124**	**4**		**1**	**12**	**20**	**10**
9	Рокн М.С.	1	11	0,11	1						20	10

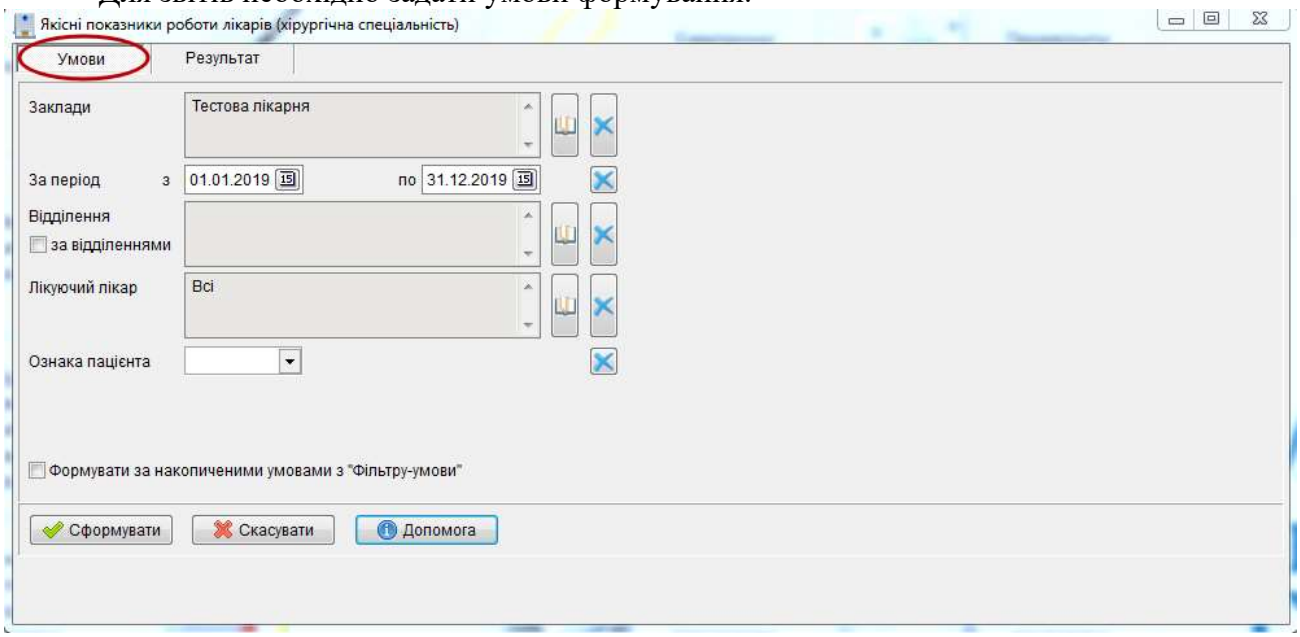
Звіт | Лист2 | Лист3

Готово 85%

13.23 Якісні показники роботи лікарів (хірургічна спеціальність)

Звіт формується за даними з форми №066/о “Карта хворого, який вибув із стаціонару». Для складання необхідно обов’язково вказати період. В разі необхідності можна задати медичні заклади, відділення, лікаря, ознаку пацієнта (місто, село).

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

У полях **«Відділення» та «Лікуючий лікар»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Карта хворого, який вибув із стаціонару».

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.

Код	П.І.Б. лікаря	К-ть хворих	Проведен днів	Сер. термін	Одужан...	Покращ...	Без змін	Погірше...	Померло	Переве...	РЯЛ	РЗП	Сер. к-ть дн. до оп.	Всього у від-ні	Лік. у від-ні	Лік. всього	К-ть ускладнен
	Хірургічне	**2041**	**16319**	**8**	**611**	**1392**	**20**	**1**	**6**	**11**	**20**	**10**	**0.72**	**1220**	**1223**	**1235**	**0**
9	Рокн М.С.	350	2749	7.85	165	176	6	0	0	3	20	10	1.21	165	168	171	0
14	Дпіпі В.З.	1	9	9	1	0	0	0	0	0	20	10	0	0			
16	Сву Л.В.	256	2077	8.11	8	243	4	0	0	1	20	10	0.39	121	121	121	0
23	Праоыаы	358	3602	10.06	26	331	0	0	1	0	20	10	0.5	268	386	386	0
25	СЧа О.В.	275	2400	8.73	20	253	0	0	0	2	20	10	0.52	148	59	59	0
40	Чвп Р.М.	238	1188	4.99	128	106	2	0	1	1	20	10	0.7	146	142	142	0
42	Слоыпп М.А.	111	917	8.26	2	109	0	0	0	0	20	10	0.58	44	14	15	0
74	Длаык В.А.	235	1575	6.7	171	55	6	0	1	2	20	10	0.79	184	199	204	0
119	Свкпла І.С.	144	1068	7.42	63	76	1	0	3	1	20	10	0.98	86	89	91	0
180	Двіуи О.О.	73	734	10.05	27	43	1	1	0	1	20	10	0.74	58	45	46	0
	Акушерсько-гінекологічн	**847**	**9234**	**10.9**	**161**	**662**	**15**	**1**	**0**	**8**	**20**	**10**	**0.55**	**392**	**391**	**392**	**0**
26	Бопаыпп Л.В.	25	286	11.44	0	23	2	0	0	0	20	10	0.2	13	14	14	0
79	Ідпуп А.М.	558	6557	11.75	20	526	7	0	0	5	20	10	0.49	346	344	345	0
131	Вазпи А.В.	6	48	8	3	3	0	0	0	0	20	10	0	0			
202	Свіа С.О.	11	60	5.45	3	0	6	0	0	2	20	10	0	0			
426	Одвыфпа Л.В.	71	528	7.44	49	21	0	0	0	1	20	10	0.2	5	1	1	0

Обравши будь-яку комірку зі значенням, можна відобразити в нижній частині вікна дані пацієнтів, які присутні в базі. Для цього необхідно відмітити **«Відображати роз'яснення».**

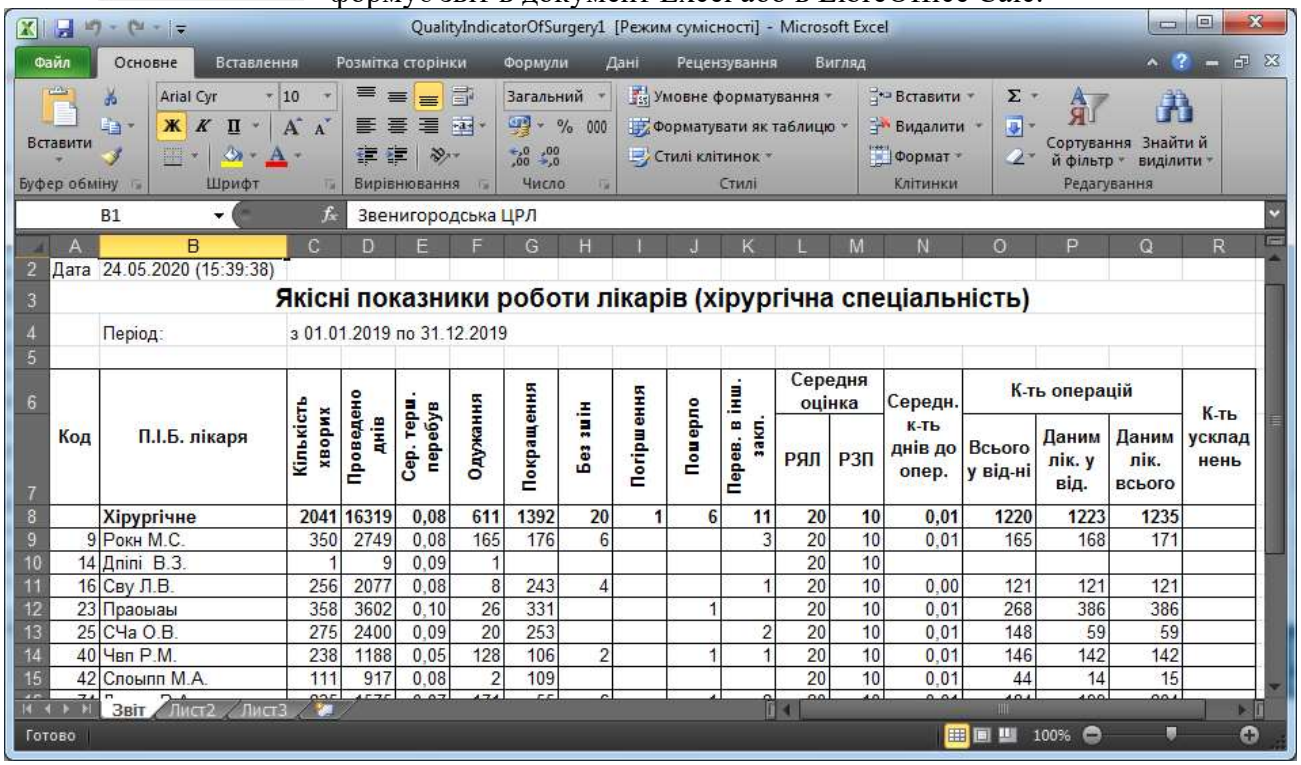
Рядки звіту: перелік лікуючих лікарів по відділенням **хірургічного профілю**, що мали пацієнтів.

Графи:

- "Код" - код лікаря;
- "П.І.Б. лікаря";
- "Кількість хворих" - к-ть пацієнтів лікуючого лікаря, що виписані з відділення;
- "Проведено днів" - к-ть ліжко-днів, проведених пацієнтами з графи "Кількість хворих";
- "Сер. терм. перебув" - середня к-ть ліжко-днів, проведених пацієнтами лікуючого лікаря ("Проведено днів"/"Кількість хворих");
- "Одужання" - к-ть пацієнтів з графи "Кількість хворих", у яких результат лікування "виписаний(а) з одужанням";
- "Покращення" - к-ть пацієнтів, у яких результат лікування "виписаний(а) з поліпшенням";
- "Без змін" - к-ть пацієнтів, у яких результат лікування "без змін";
- "Погіршення" - к-ть пацієнтів, у яких результат лікування "виписаний(а) з погіршенням";
- "Померло" - к-ть пацієнтів, у яких результат лікування "помер(ла)";
- "Перев. в інш. закл." - к-ть пацієнтів, у яких результат лікування "переведений(а) до іншого закладу охорони здоров`я";
- "Середня оцінка РЯЛ" - середня оцінка РЯЛ нач.меду і зав. відділенням, пацієнтів з графи "Кількість хворих";
- "Середня оцінка РЗП" - середня оцінка РЗП нач.меду і зав. відділенням, пацієнтів з графи "Кількість хворих";
- "Середн. к-ть днів до опер." - середня к-ть днів до першої операції, з графи "Кількість хворих" враховуються лише пацієнти, що оперувалися;

- "К-ть операцій всього у від-ні" - к-ть операцій пацієнтів з графи "Кількість хворих", що проводилися у даному відділенні (лікуючим лікарем та іншими хірургами);
- "К-ть операцій даним лік. у від." - к-ть операцій, що провів даний хірург у відділенні;
- "К-ть операцій даним лік. всього" - загальна к-ть операцій, виконаних хірургом;
- "К-ть ускладнень" - к-ть операцій з ускладненнями, виконаних хірургом у відділенні.

- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.

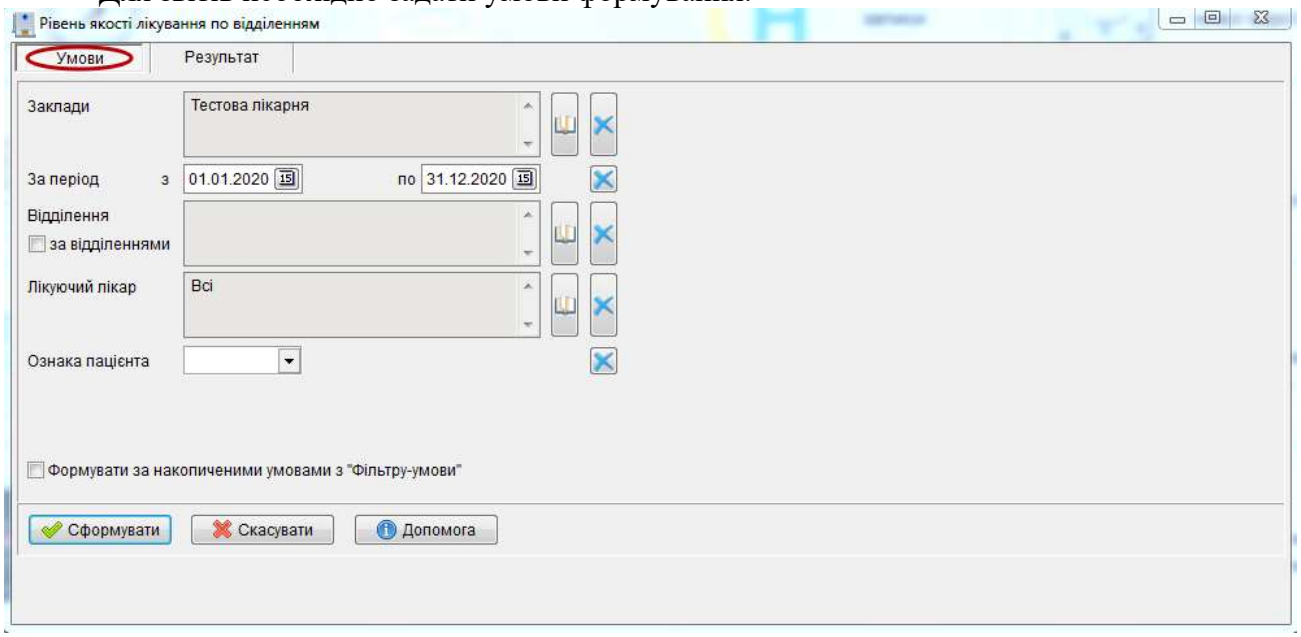


Код	П.І.Б. лікаря	Кількість хворих	Проведено днів	Сер. терм. перебув	Одужання	Покращення	Без змін	Погіршення	Померло	Перев. в інш. закл.	Середня оцінка РЯЛ	Середня оцінка РЗП	Середн. к-ть днів до опер.	К-ть операцій Всього у від-ні	К-ть операцій Даним лік. у від.	К-ть операцій Даним лік. всього	К-ть ускладнень
	Хірургічне	**2041**	**16319**	**0,08**	**611**	**1392**	**20**	**1**	**6**	**11**	**20**	**10**	**0,01**	**1220**	**1223**	**1235**	
9	Рокн М.С.	350	2749	0,08	165	176	6			3	20	10	0,01	165	168	171	
14	Дпіпі В.З.	1	9	0,09	1						20	10					
16	Сву Л.В.	256	2077	0,08	8	243	4			1	20	10	0,00	121	121	121	
23	Праоыаы	358	3602	0,10	26	331			1		20	10	0,01	268	386	386	
25	СЧа О.В.	275	2400	0,09	20	253				2	20	10	0,01	148	59	59	
40	Чвп Р.М.	238	1188	0,05	128	106	2		1	1	20	10	0,01	146	142	142	
42	Слоыпп М.А.	111	917	0,08	2	109					20	10	0,01	44	14	15	

13.24 Рівень якості лікування по відділенням

Звіт формується за даними з форми №066/о “Карта хворого, який вибув із стаціонару». Для складання необхідно обов’язково вказати період. В разі необхідності можна задати медичні заклади, відділення, лікаря, ознаку пацієнта (місто, село)

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.
У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

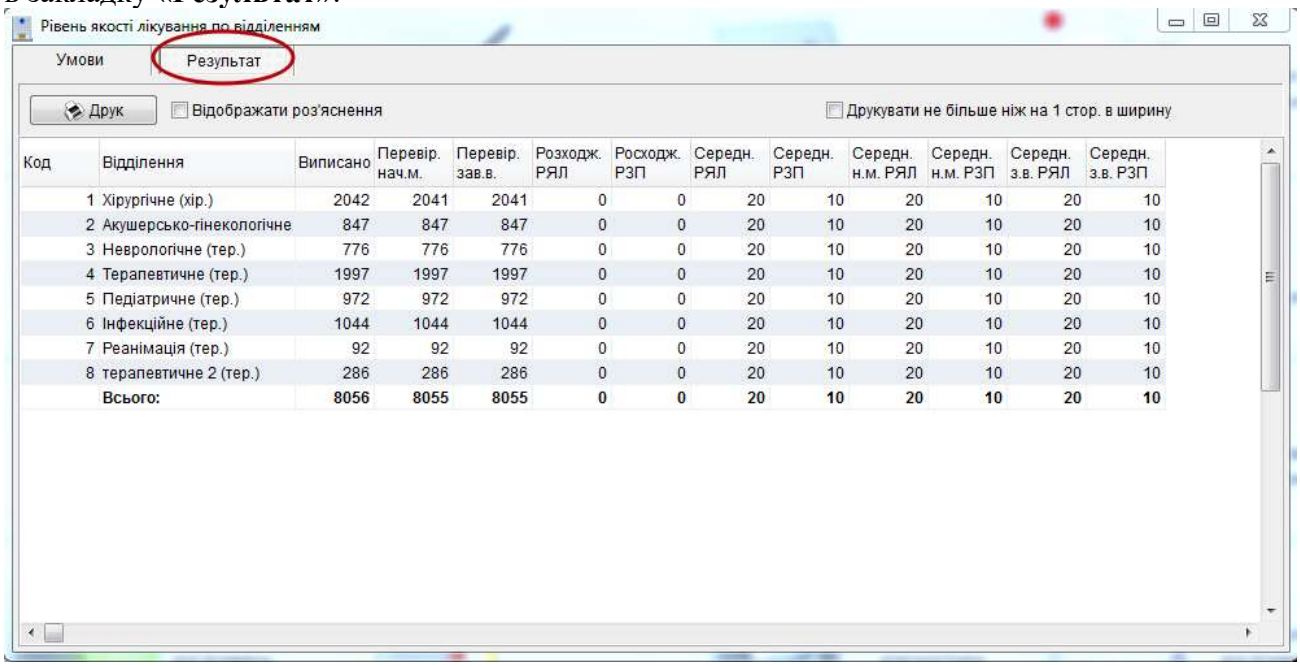
У полях **«Відділення» та «Лікуючий лікар»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Карта хворого, який вибув із стаціонару».

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



Код	Відділення	Виписано	Перевір. нач.м.	Перевір. зав.в.	Розходж. РЯЛ	Росходж. РЗП	Середн. РЯЛ	Середн. РЗП	Середн. н.м. РЯЛ	Середн. н.м. РЗП	Середн. з.в. РЯЛ	Середн. з.в. РЗП
1	Хірургічне (хір.)	2042	2041	2041	0	0	20	10	20	10	20	10
2	Акушерсько-гінекологічне	847	847	847	0	0	20	10	20	10	20	10
3	Неврологічне (тер.)	776	776	776	0	0	20	10	20	10	20	10
4	Терапевтичне (тер.)	1997	1997	1997	0	0	20	10	20	10	20	10
5	Педіатричне (тер.)	972	972	972	0	0	20	10	20	10	20	10
6	Інфекційне (тер.)	1044	1044	1044	0	0	20	10	20	10	20	10
7	Реанімація (тер.)	92	92	92	0	0	20	10	20	10	20	10
8	терапевтичне 2 (тер.)	286	286	286	0	0	20	10	20	10	20	10
	Всього:	**8056**	**8055**	**8055**	**0**	**0**	**20**	**10**	**20**	**10**	**20**	**10**

Обравши будь-яку комірку зі значенням, можна відобразити в нижній частині вікна дані пацієнтів, які присутні в базі. Для цього необхідно відмітити **«Відображати роз'яснення».**

Рядки звіту: відділення стаціонару

Графи:

"Код" - код відділення;

"Відділення" - назва відділення;

"Виписано всього" - к-ть пацієнтів, що виписані з даного відділення;

"Перевірено хворих" - к-ть пацієнтів, у яких РЯЛ відмінний від нуля;

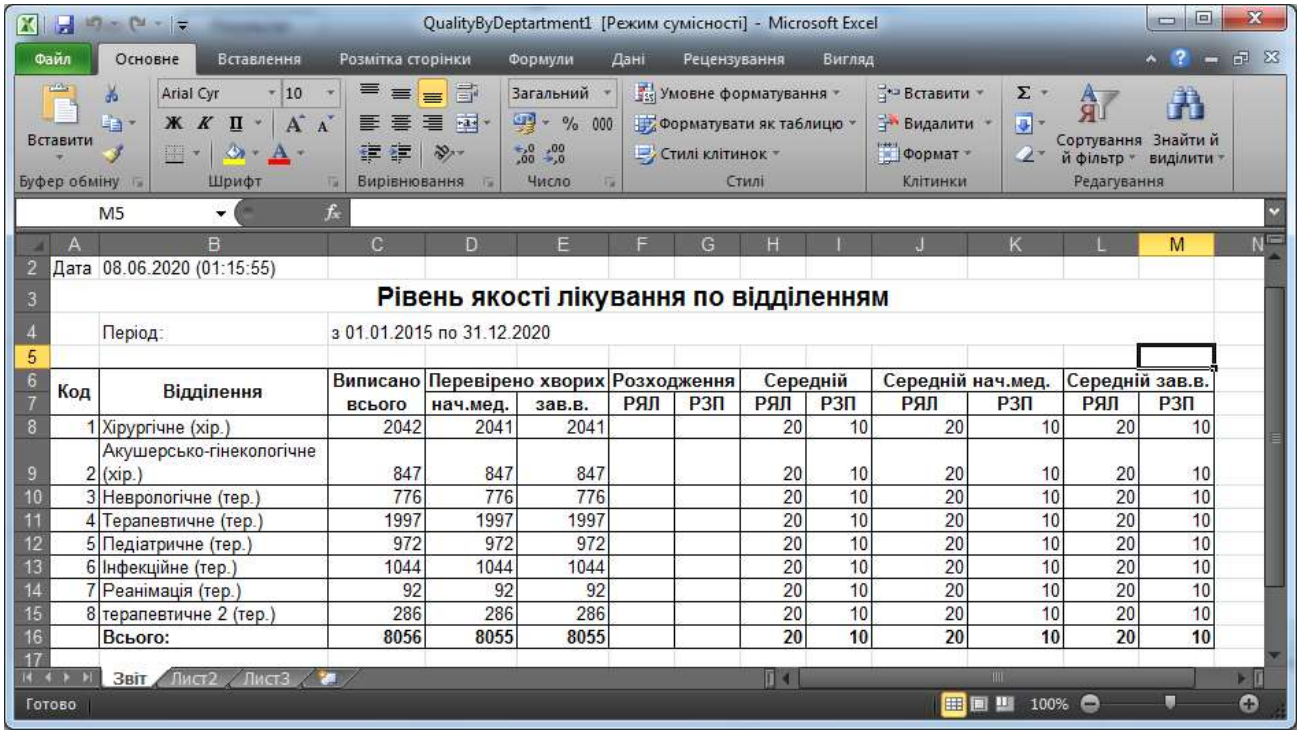
"Розходження" - к-ть пацієнтів, у яких РЯЛ та РЗП відмінні від нуля і відрізняються у нач. меду і зав. відділеням;

"Середній" - середній РЯЛ та РЗП по відділенню (враховуються оцінки нач. меду і зав. відділеням);

"Середній нач.мед." - середній РЯЛ та РЗП по відділенню (враховуються оцінки нач. меду);

"Середній зав.в." - середній РЯЛ та РЗП по відділенню (враховуються оцінки зав. відділеням).

- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



QualityByDeptartment1 [Режим сумісності] - Microsoft Excel

Рівень якості лікування по відділенням

Дата 08.06.2020 (01:15:55)

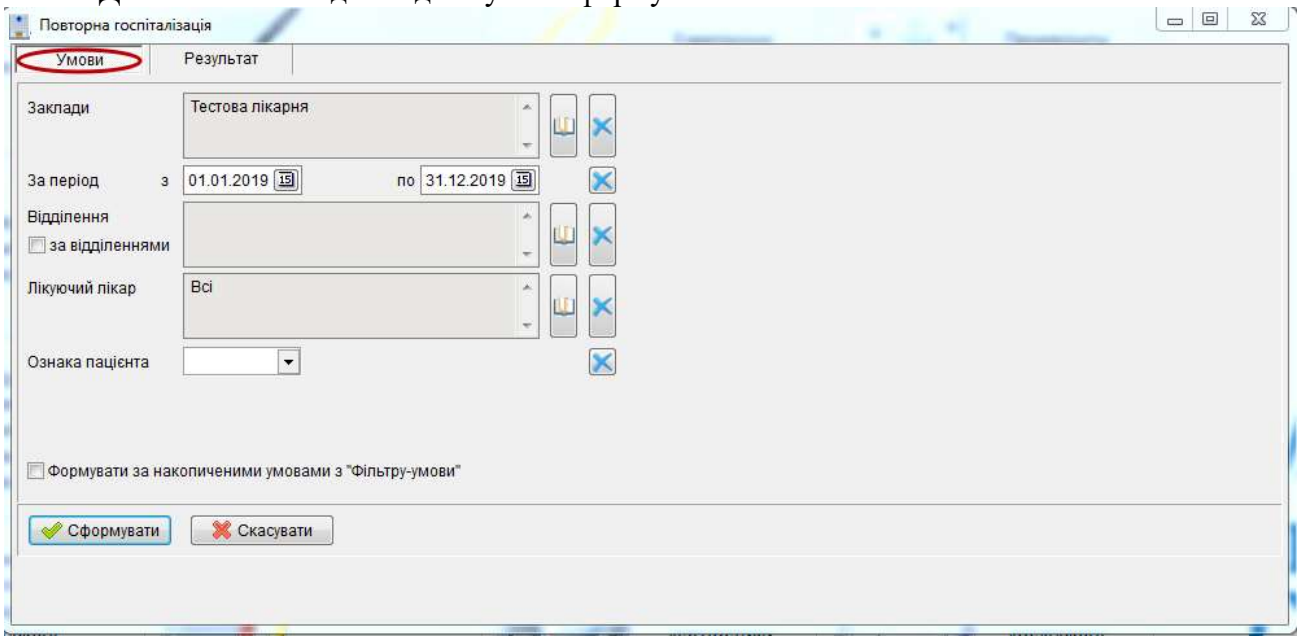
Період: з 01.01.2015 по 31.12.2020

Код	Відділення	Виписано всього	Перевірено хворих нач.мед.	Перевірено хворих зав.в.	Розходження РЯЛ	Розходження РЗП	Середній РЯЛ	Середній РЗП	Середній нач.мед. РЯЛ	Середній нач.мед. РЗП	Середній зав.в. РЯЛ	Середній зав.в. РЗП
1	Хірургічне (хір.)	2042	2041	2041			20	10	20	10	20	10
2	Акушерсько-гінекологічне (хір.)	847	847	847			20	10	20	10	20	10
3	Неврологічне (тер.)	776	776	776			20	10	20	10	20	10
4	Терапевтичне (тер.)	1997	1997	1997			20	10	20	10	20	10
5	Педіатричне (тер.)	972	972	972			20	10	20	10	20	10
6	Інфекційне (тер.)	1044	1044	1044			20	10	20	10	20	10
7	Реанімація (тер.)	92	92	92			20	10	20	10	20	10
8	терапевтичне 2 (тер.)	286	286	286			20	10	20	10	20	10
	Всього:	**8056**	**8055**	**8055**			**20**	**10**	**20**	**10**	**20**	**10**

13.25 Повторна госпіталізація

Звіт формується за даними з форми №066/о “Карта хворого, який вибув із стаціонару». Для складання необхідно обов’язково вказати період. В разі необхідності можна задати медичні заклади, відділення, лікаря, ознаку пацієнта (місто, село).

Для звітів необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

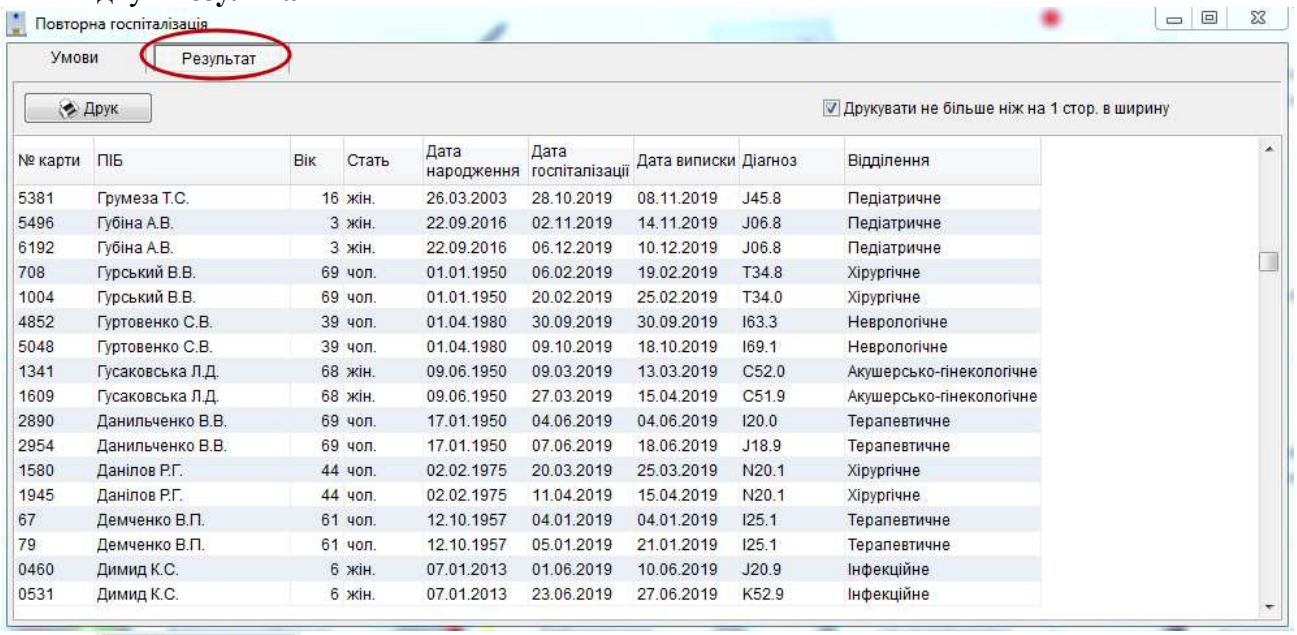
У полях **«Відділення» та «Лікуючий лікар»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Карта хворого, який вибув із стаціонару».

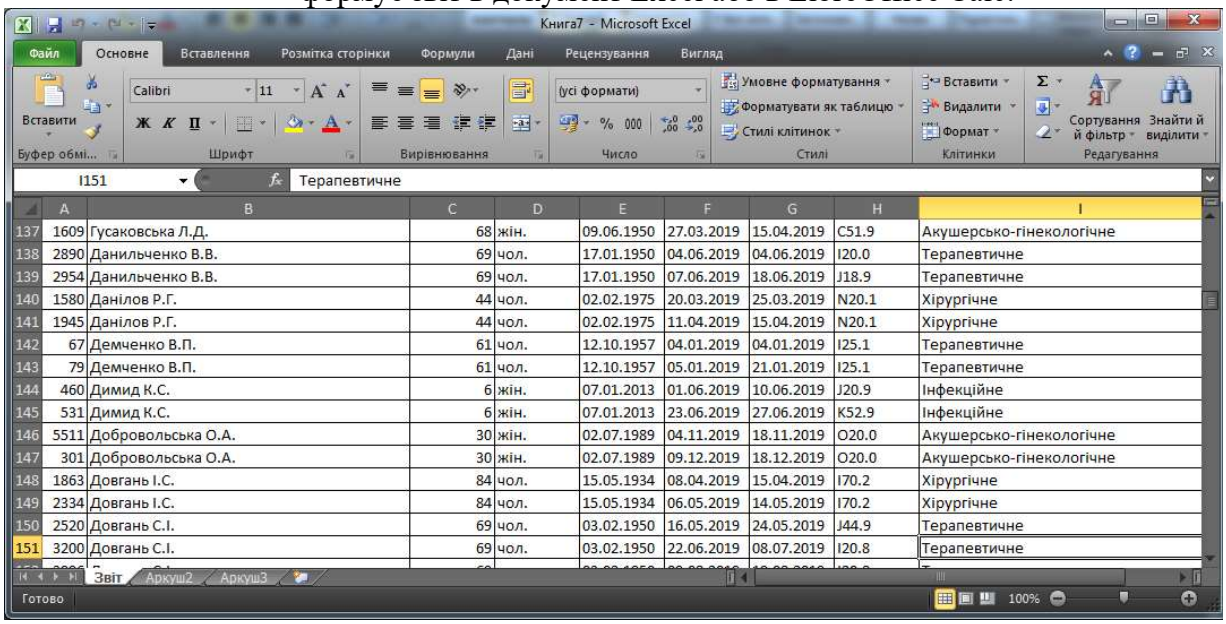
Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



№ карти	ПІБ	Вік	Стать	Дата народження	Дата госпіталізації	Дата виписки	Діагноз	Відділення
5381	Грумеза Т.С.	16	жін.	26.03.2003	28.10.2019	08.11.2019	J45.8	Педіатричне
5496	Губіна А.В.	3	жін.	22.09.2016	02.11.2019	14.11.2019	J06.8	Педіатричне
6192	Губіна А.В.	3	жін.	22.09.2016	06.12.2019	10.12.2019	J06.8	Педіатричне
708	Гурський В.В.	69	чол.	01.01.1950	06.02.2019	19.02.2019	T34.8	Хірургічне
1004	Гурський В.В.	69	чол.	01.01.1950	20.02.2019	25.02.2019	T34.0	Хірургічне
4852	Гуртовенко С.В.	39	чол.	01.04.1980	30.09.2019	30.09.2019	I63.3	Неврологічне
5048	Гуртовенко С.В.	39	чол.	01.04.1980	09.10.2019	18.10.2019	I69.1	Неврологічне
1341	Гусаковська Л.Д.	68	жін.	09.06.1950	09.03.2019	13.03.2019	C52.0	Акушерсько-гінекологічне
1609	Гусаковська Л.Д.	68	жін.	09.06.1950	27.03.2019	15.04.2019	C51.9	Акушерсько-гінекологічне
2890	Данильченко В.В.	69	чол.	17.01.1950	04.06.2019	04.06.2019	I20.0	Терапевтичне
2954	Данильченко В.В.	69	чол.	17.01.1950	07.06.2019	18.06.2019	J18.9	Терапевтичне
1580	Данілов Р.Г.	44	чол.	02.02.1975	20.03.2019	25.03.2019	N20.1	Хірургічне
1945	Данілов Р.Г.	44	чол.	02.02.1975	11.04.2019	15.04.2019	N20.1	Хірургічне
67	Демченко В.П.	61	чол.	12.10.1957	04.01.2019	04.01.2019	I25.1	Терапевтичне
79	Демченко В.П.	61	чол.	12.10.1957	05.01.2019	21.01.2019	I25.1	Терапевтичне
0460	Димид К.С.	6	жін.	07.01.2013	01.06.2019	10.06.2019	J20.9	Інфекційне
0531	Димид К.С.	6	жін.	07.01.2013	23.06.2019	27.06.2019	K52.9	Інфекційне

- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.

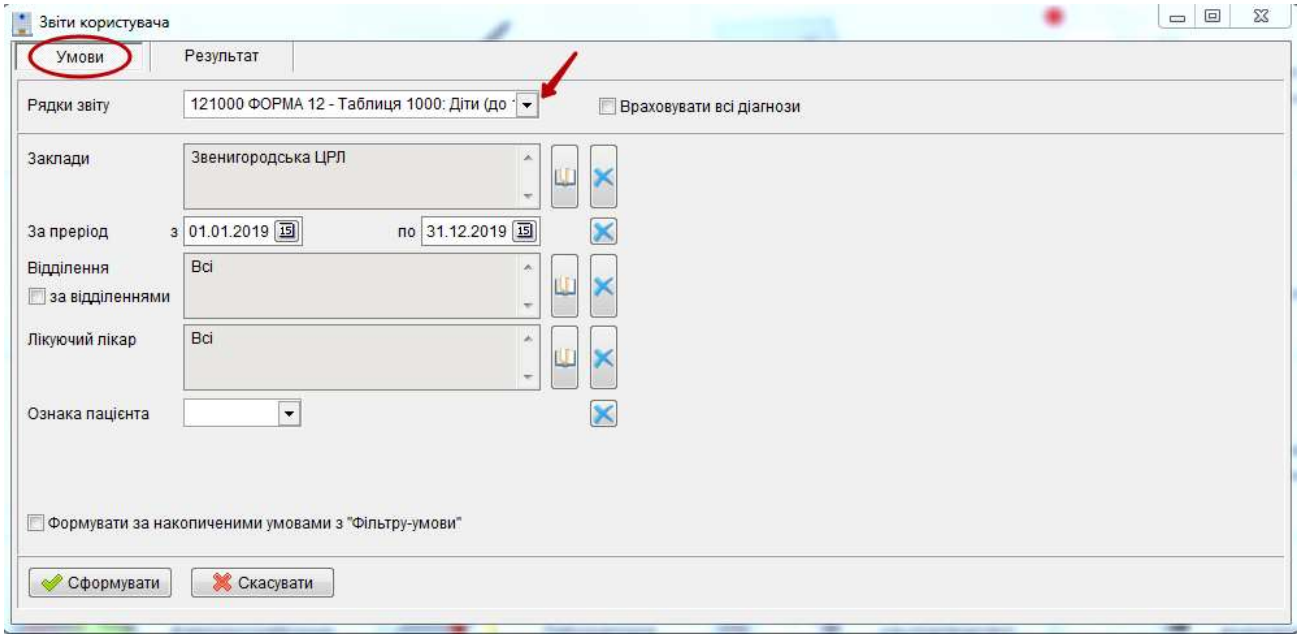


	A	B	C	D	E	F	G	H	I
137	1609	Гусаковська Л.Д.	68	жін.	09.06.1950	27.03.2019	15.04.2019	C51.9	Акушерсько-гінекологічне
138	2890	Данильченко В.В.	69	чол.	17.01.1950	04.06.2019	04.06.2019	I20.0	Терапевтичне
139	2954	Данильченко В.В.	69	чол.	17.01.1950	07.06.2019	18.06.2019	J18.9	Терапевтичне
140	1580	Данілов Р.Г.	44	чол.	02.02.1975	20.03.2019	25.03.2019	N20.1	Хірургічне
141	1945	Данілов Р.Г.	44	чол.	02.02.1975	11.04.2019	15.04.2019	N20.1	Хірургічне
142	67	Демченко В.П.	61	чол.	12.10.1957	04.01.2019	04.01.2019	I25.1	Терапевтичне
143	79	Демченко В.П.	61	чол.	12.10.1957	05.01.2019	21.01.2019	I25.1	Терапевтичне
144	460	Димид К.С.	6	жін.	07.01.2013	01.06.2019	10.06.2019	J20.9	Інфекційне
145	531	Димид К.С.	6	жін.	07.01.2013	23.06.2019	27.06.2019	K52.9	Інфекційне
146	5511	Добровольська О.А.	30	жін.	02.07.1989	04.11.2019	18.11.2019	O20.0	Акушерсько-гінекологічне
147	301	Добровольська О.А.	30	жін.	02.07.1989	09.12.2019	18.12.2019	O20.0	Акушерсько-гінекологічне
148	1863	Довгань І.С.	84	чол.	15.05.1934	08.04.2019	15.04.2019	I70.2	Хірургічне
149	2334	Довгань І.С.	84	чол.	15.05.1934	06.05.2019	14.05.2019	I70.2	Хірургічне
150	2520	Довгань С.І.	69	чол.	03.02.1950	16.05.2019	24.05.2019	J44.9	Терапевтичне
151	3200	Довгань С.І.	69	чол.	03.02.1950	22.06.2019	08.07.2019	I20.8	Терапевтичне

13.26 Звіт користувача

Дозволяє на основі створених карток 066/о в базі даних сформувати звіт, де самостійно обрати, які будуть рядки і графи таблиці-результату.

Для звіту необхідно задати умови формування.



«Рядки звіту» - вибір рядків таблиці.

У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

Поле **«Ознака пацієнта»** дозволяє формувати звіт враховуючі відповідну ознаку, яка встановлена у пацієнта, тобто «місто» або «село».

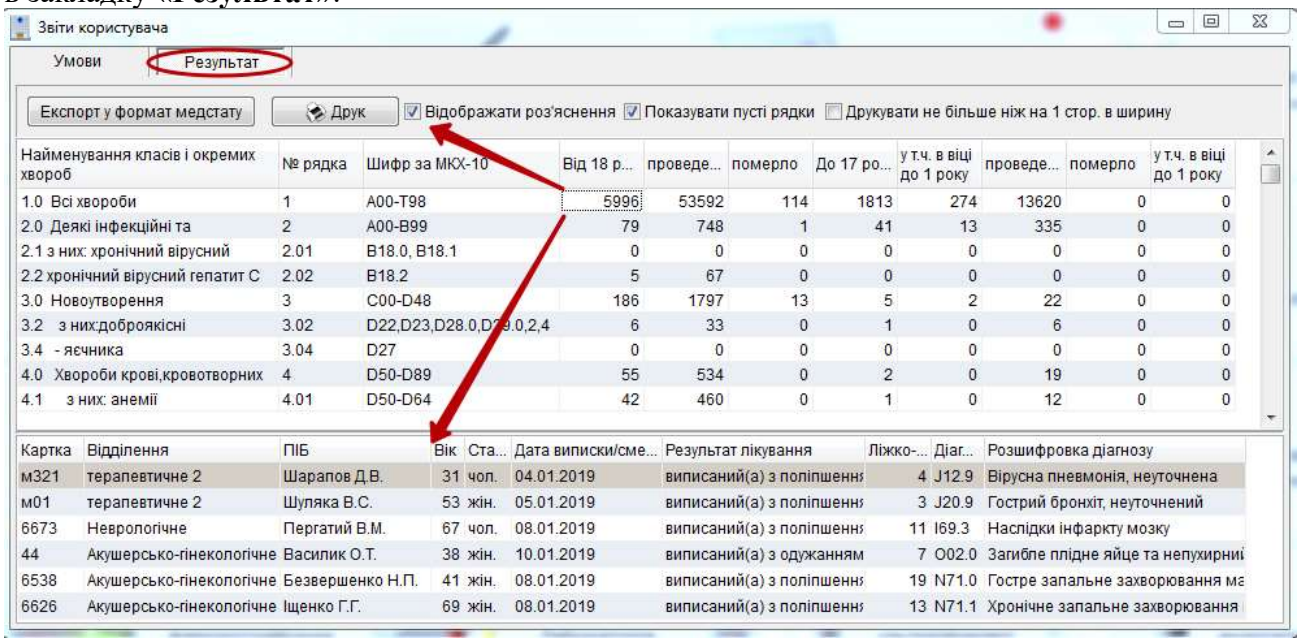
У полях **«Відділення»** та **«Лікуючий лікар»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

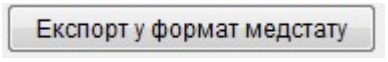
Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Карта хворого, який вибув зі стаціонару».

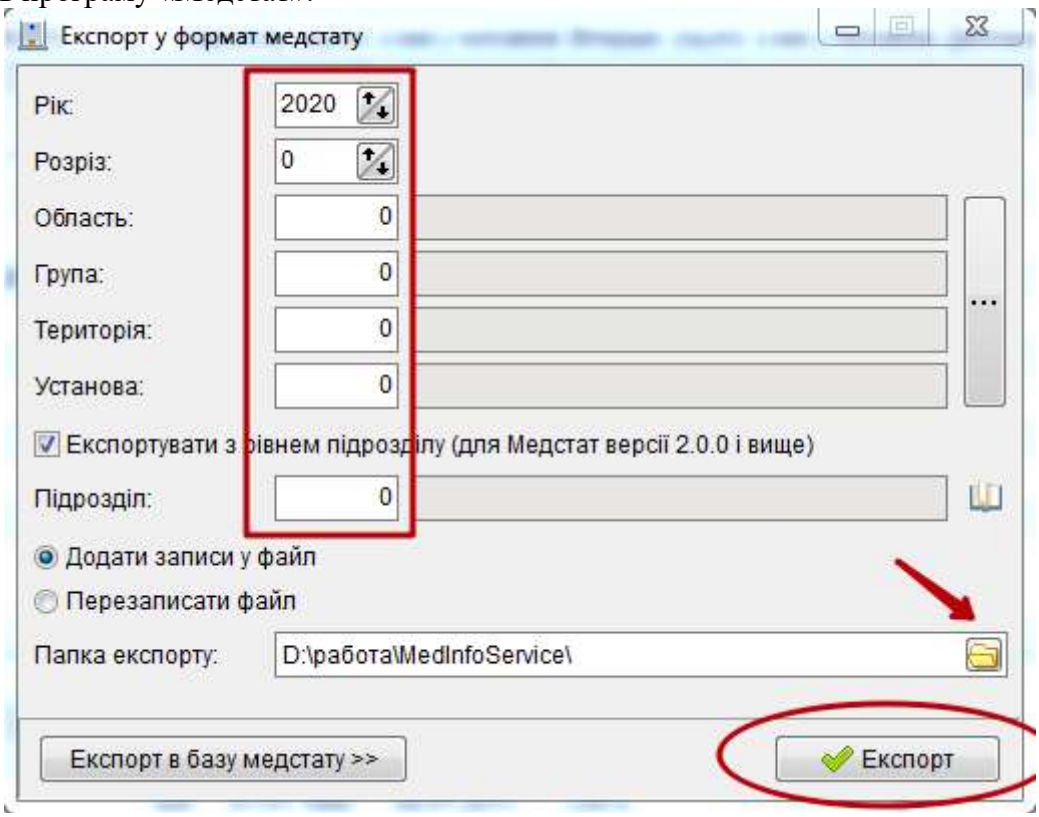
Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



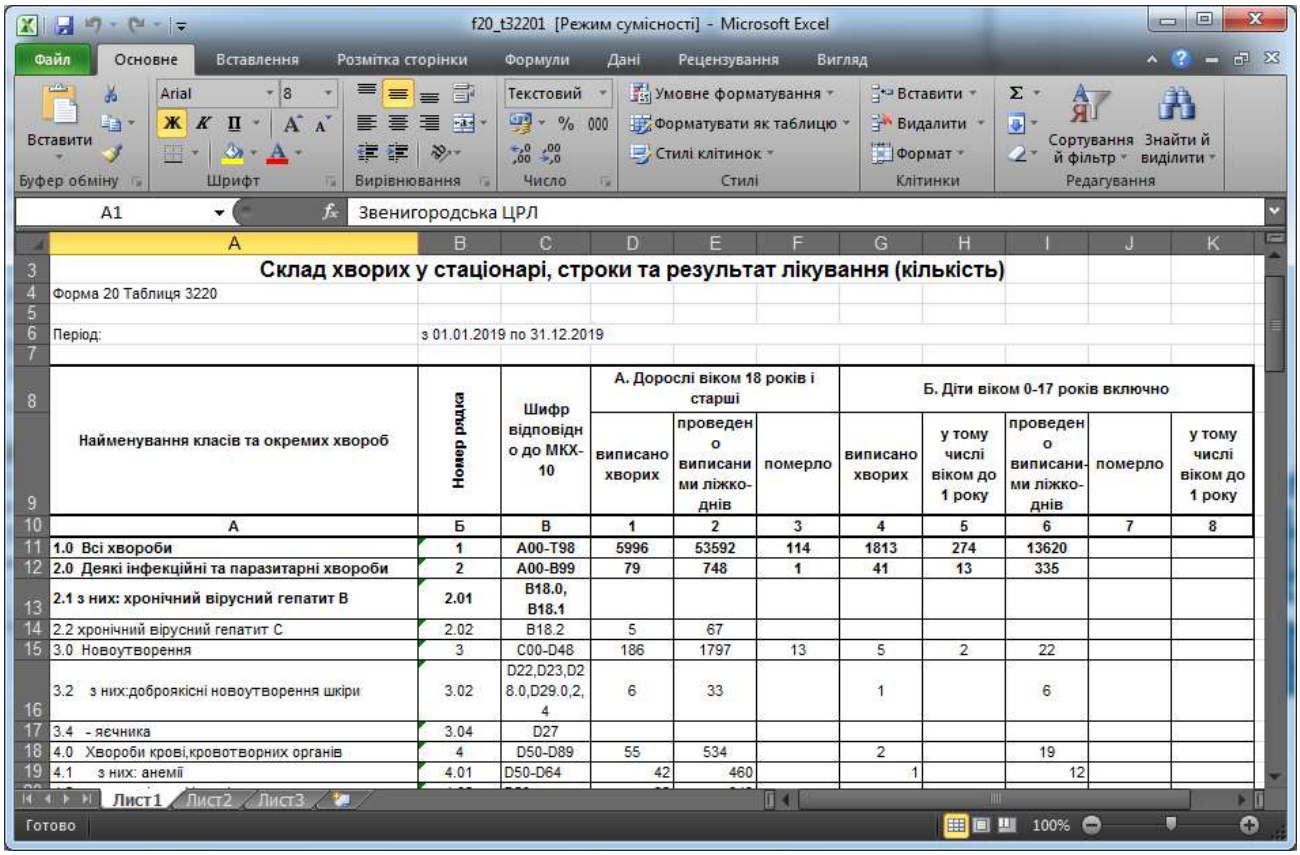
Обравши будь-яку комірку зі значенням, можна відобразити в нижній частині вікна дані пацієнтів, які присутні в базі. Для цього необхідно відмітити **«Відображати роз'яснення».**



- дозволяє експортувати файл з форматом DBF для подальшого імпорту в програму «Медстат».



- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



f20_t32201 [Режим сумісності] - Microsoft Excel

Звенигородська ЦРЛ

Склад хворих у стаціонарі, строки та результат лікування (кількість)

Форма 20 Таблиця 3220

Період: з 01.01.2019 по 31.12.2019

Найменування класів та окремих хвороб	Номер рядка	Шифр відповідно до МКХ-10	А. Дорослі віком 18 років і старші			Б. Діти віком 0-17 років включно				
			виписано хворих	проведено виписаними ліжко-днів	померло	виписано хворих	у тому числі віком до 1 року	проведено виписаними ліжко-днів	померло	у тому числі віком до 1 року
А	Б	В	1	2	3	4	5	6	7	8
1.0 Всі хвороби	1	A00-T98	5996	53592	114	1813	274	13620		
2.0 Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2	A00-B99	79	748	1	41	13	335		
2.1 з них: хронічний вірусний гепатит В	2.01	B18.0, B18.1								
2.2 хронічний вірусний гепатит С	2.02	B18.2	5	67						
3.0 Новоутворення	3	C00-D48	186	1797	13	5	2	22		
3.2 з них:доброякісні новоутворення шкіри	3.02	D22,D23,D28.0,D29.0,2,4	6	33		1		6		
3.4 - яєчника	3.04	D27								
4.0 Хвороби крові,кровотворних органів	4	D50-D89	55	534		2		19		
4.1 з них: анемії	4.01	D50-D64	42	460		1		12		

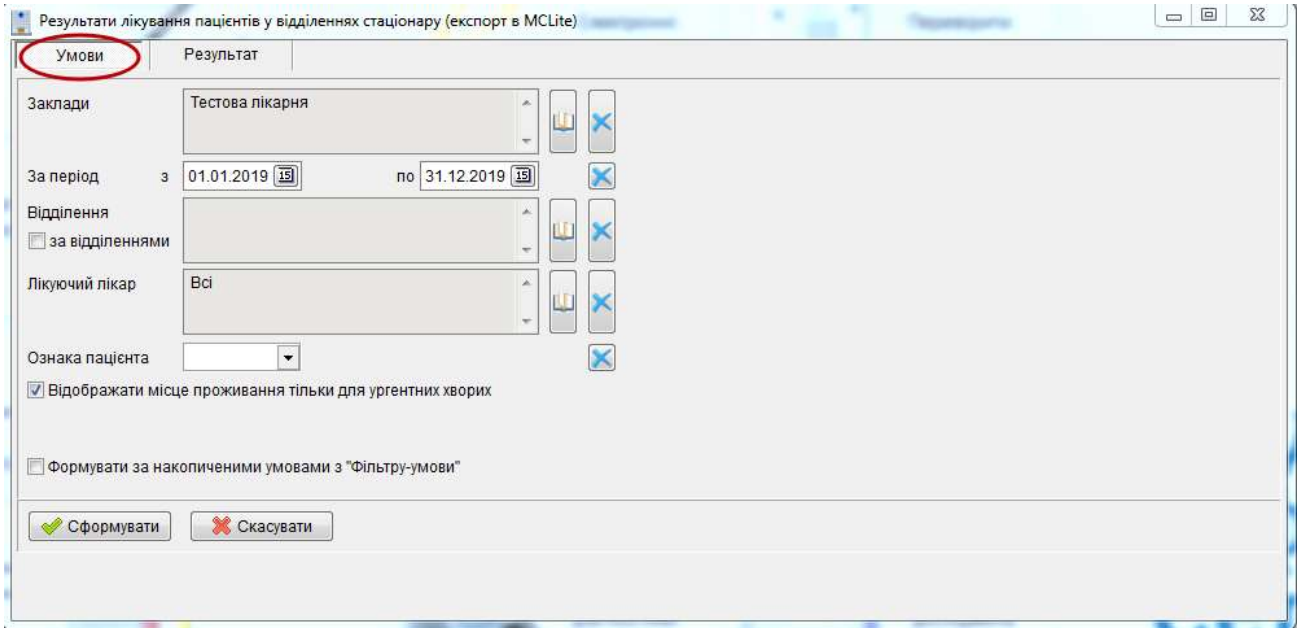
Лист1 Лист2 Лист3

Готово 100%

13.27 Результати лікування пацієнтів у відділеннях стаціонару (експорт в МС Lite)

Дозволяє на основі створених карток 066/о в базі даних сформувати звіт для подальшого експорту в модуль «МС Lite».

Для звіту необхідно задати умови формування.



У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, які будуть включені у звіт.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який формується звіт.

Поле **«Ознака пацієнта»** дозволяє формувати звіт враховуючі відповідну ознаку, яка встановлена у пацієнта, тобто «місто» або «село».

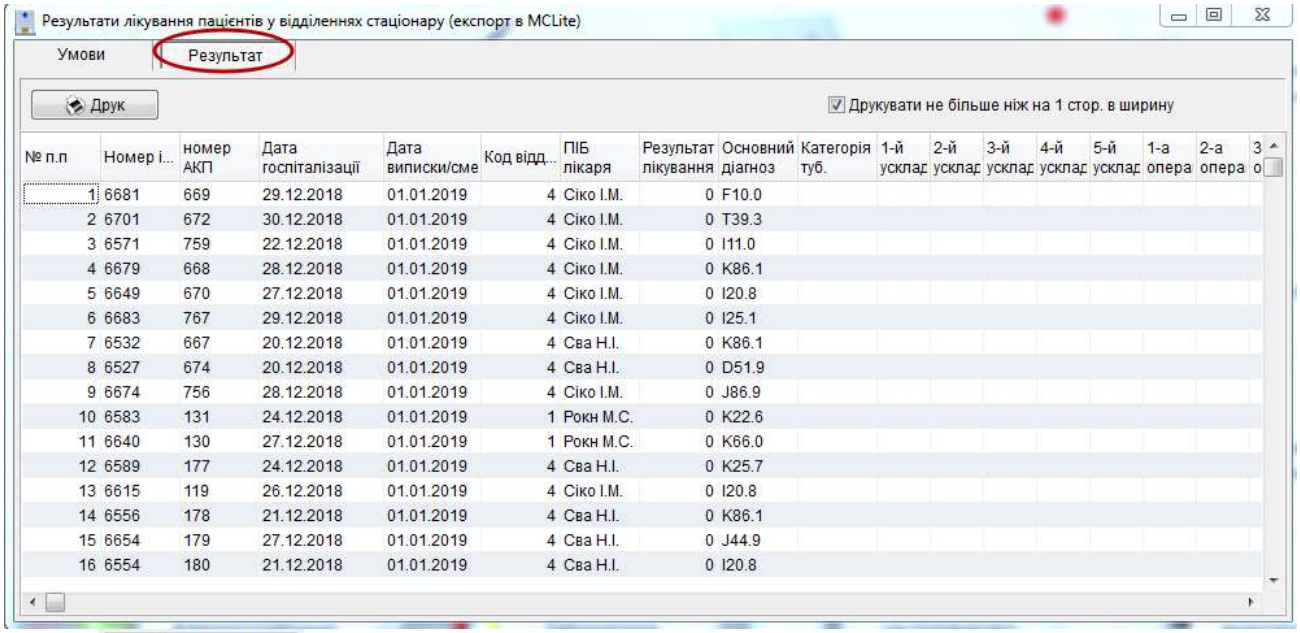
У полях **«Відділення»** та **«Лікуючий лікар»** відображаються ті дані, які будуть включені у звіт.

Для відбору необхідно натиснути кнопку вибору з довідника та обрати дані зі списку.

Для відміни заданої умови/умов, необхідно натиснути кнопку біля відповідного поля/полів.

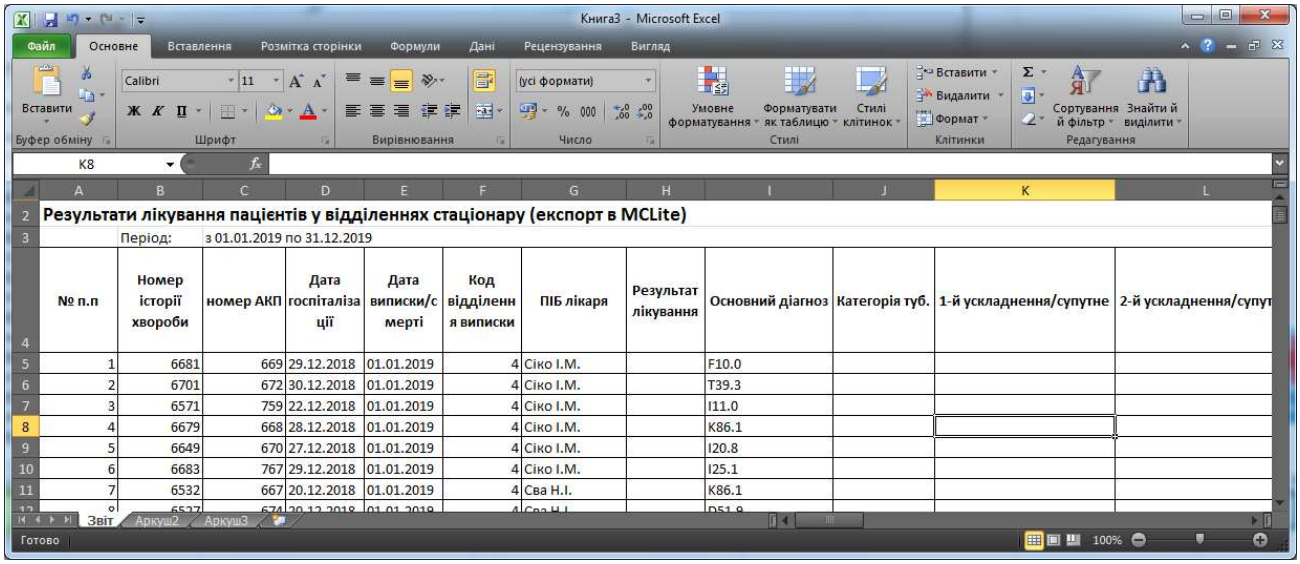
Включаючи опцію **«Формувати за накопиченими умовами з «Фільтру-умови»** до умов формування звітів додаються ті, що встановлені та збережені через «Фільтр-умови» реєстру «Карта хворого, який вибув зі стаціонару».

Після натискання кнопки **«Сформувати»**, звіт, згідно заданих умов, буде сформовано в закладку **«Результат»**.



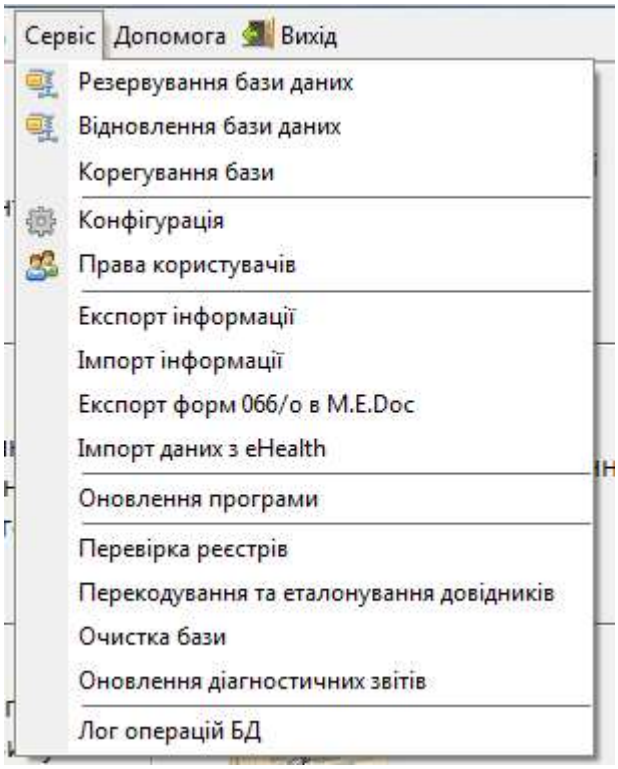
№ п.п	Номер і...	номер АКП	Дата госпіталізації	Дата виписки/сме	Код відд...	ПІБ лікаря	Результат лікування	Основний діагноз	Категорія туб.	1-й усклад	2-й усклад	3-й усклад	4-й усклад	5-й усклад	1-а опера	2-а опера	3 о
1	6681	669	29.12.2018	01.01.2019	4	Сіко І.М.	0	F10.0									
2	6701	672	30.12.2018	01.01.2019	4	Сіко І.М.	0	T39.3									
3	6571	759	22.12.2018	01.01.2019	4	Сіко І.М.	0	I11.0									
4	6679	668	28.12.2018	01.01.2019	4	Сіко І.М.	0	K86.1									
5	6649	670	27.12.2018	01.01.2019	4	Сіко І.М.	0	I20.8									
6	6683	767	29.12.2018	01.01.2019	4	Сіко І.М.	0	I25.1									
7	6532	667	20.12.2018	01.01.2019	4	Сва Н.І.	0	K86.1									
8	6527	674	20.12.2018	01.01.2019	4	Сва Н.І.	0	D51.9									
9	6674	756	28.12.2018	01.01.2019	4	Сіко І.М.	0	J86.9									
10	6583	131	24.12.2018	01.01.2019	1	Рокн М.С.	0	K22.6									
11	6640	130	27.12.2018	01.01.2019	1	Рокн М.С.	0	K66.0									
12	6589	177	24.12.2018	01.01.2019	4	Сва Н.І.	0	K25.7									
13	6615	119	26.12.2018	01.01.2019	4	Сіко І.М.	0	I20.8									
14	6556	178	21.12.2018	01.01.2019	4	Сва Н.І.	0	K86.1									
15	6654	179	27.12.2018	01.01.2019	4	Сва Н.І.	0	J44.9									
16	6554	180	21.12.2018	01.01.2019	4	Сва Н.І.	0	I20.8									

- формує звіт в документ Excel або в LibreOffice Calc.



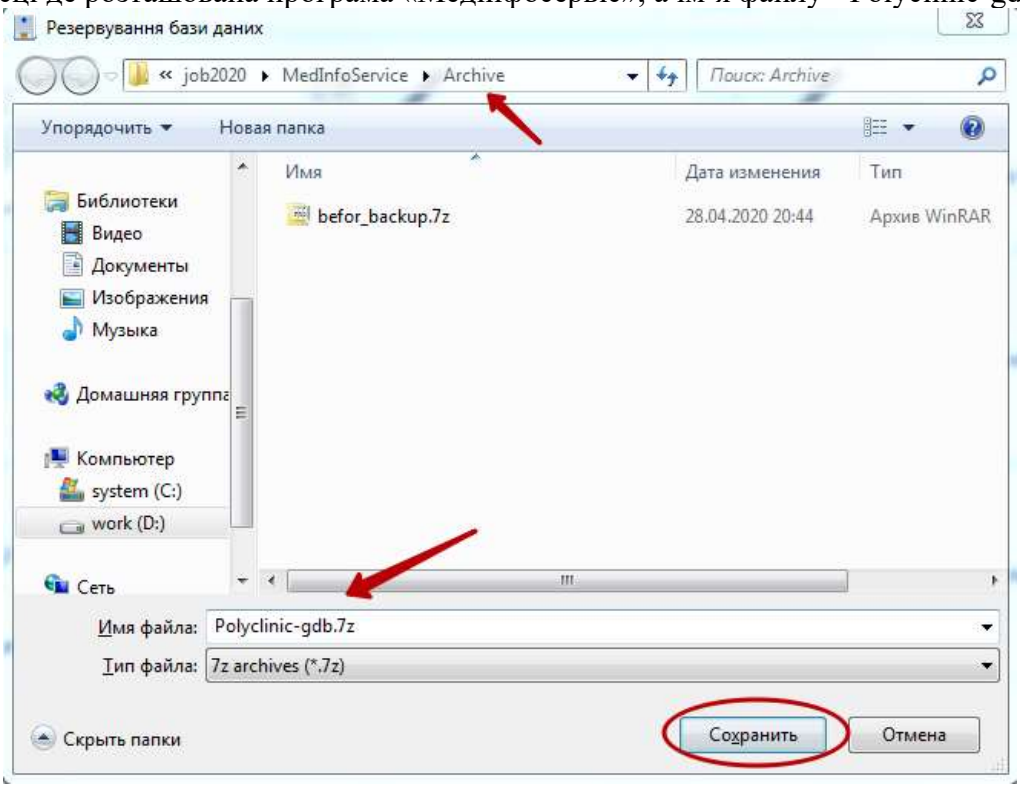
№ п.п	Номер історії хвороби	номер АКП	Дата госпіталізації	Дата виписки/смерті	Код відділення виписки	ПІБ лікаря	Результат лікування	Основний діагноз	Категорія туб.	1-й ускладнення/супутне	2-й ускладнення/супут
1	6681	669	29.12.2018	01.01.2019	4	Сіко І.М.		F10.0			
2	6701	672	30.12.2018	01.01.2019	4	Сіко І.М.		T39.3			
3	6571	759	22.12.2018	01.01.2019	4	Сіко І.М.		I11.0			
4	6679	668	28.12.2018	01.01.2019	4	Сіко І.М.		K86.1			
5	6649	670	27.12.2018	01.01.2019	4	Сіко І.М.		I20.8			
6	6683	767	29.12.2018	01.01.2019	4	Сіко І.М.		I25.1			
7	6532	667	20.12.2018	01.01.2019	4	Сва Н.І.		K86.1			

14. Сервіс



14.1 Резервування бази даних

Команда «Резервування бази даних» створює резервну копію бази у вигляді архіву. Це дуже важлива процедура, яку необхідно періодично проводити. Дозволяє зберегти базу даних для подальшого відновлення в разі аварійного знищення інформації або інших обставин. Для її формування необхідно вибрати папку і задати ім'я фалу. За замовчуванням папка «Archive» в тому місці де розташована програма «Медінфосервіс», а ім'я файлу - Polyclinic-gdb.7z.

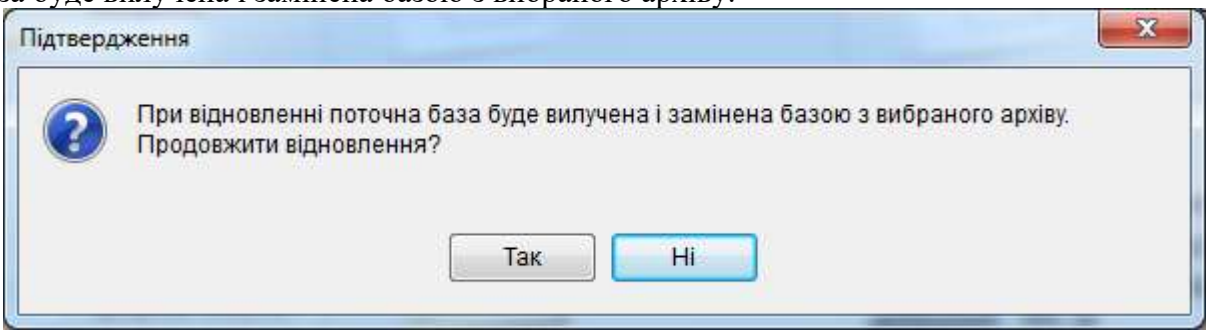


Для захисту даних в створених архівах від несанкціонованого доступу необхідно в конфігурації включити опцію «Встановлювати пароль на архіви». Також для більш надійного

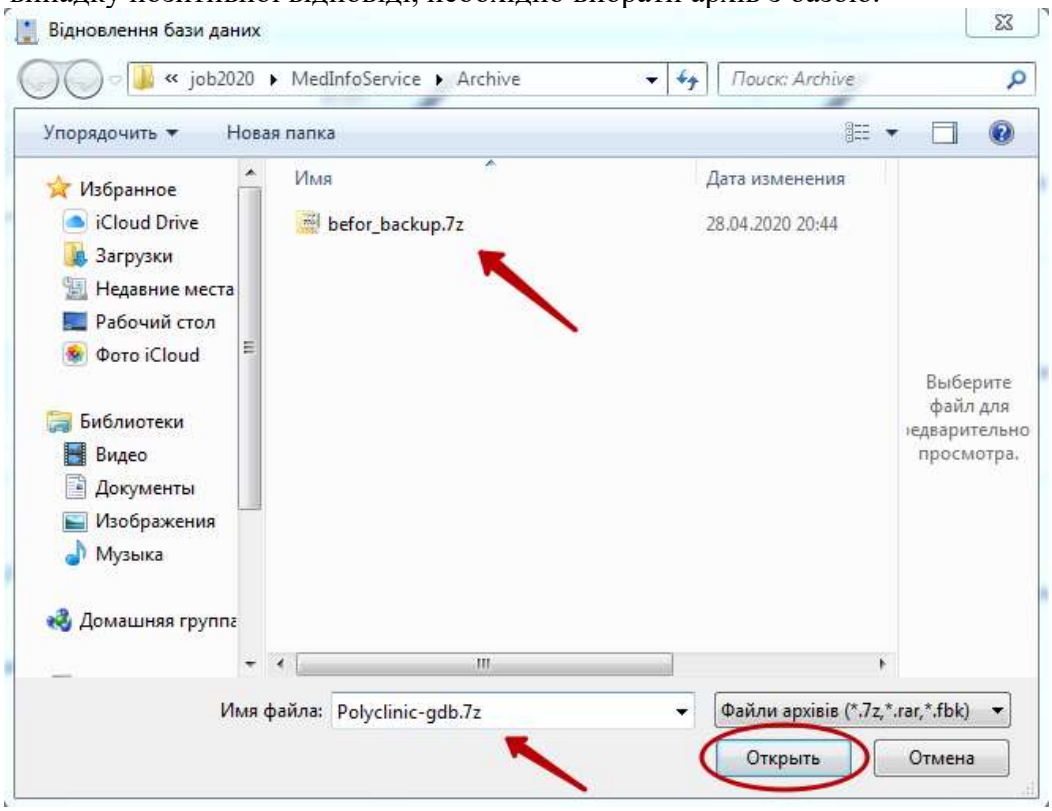
збереження даних, папку вибирати на диску «D» та на зовнішньому носії, наприклад, на флеш диску.

14.2 Відновлення бази даних

Команда «Відновлення бази даних» відтворює базу даних з архіву, при цьому поточна база буде вилучена і замінена базою з вибраного архіву.



У випадку позитивної відповіді, необхідно вибрати архів з базою.

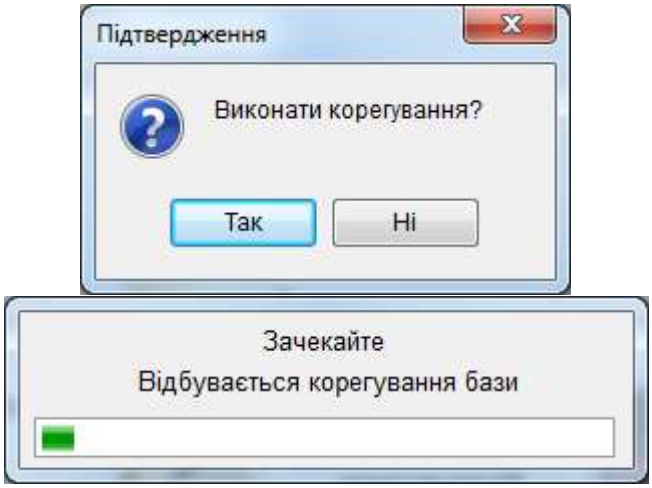


14.3 Корегування бази даних

По команді «Корегування бази» виконується внутрішня реорганізація бази даних: очищення від «сміття», повторне створення індексів тощо.

Дану операцію корисно виконувати періодично для оптимізації роботи з базою. Після корегування можуть бути усунені помилки бази, що виникли після збоїв в роботі програми або комп'ютера, зменшується розмір файлу бази, прискорюється обробка даних програмою.

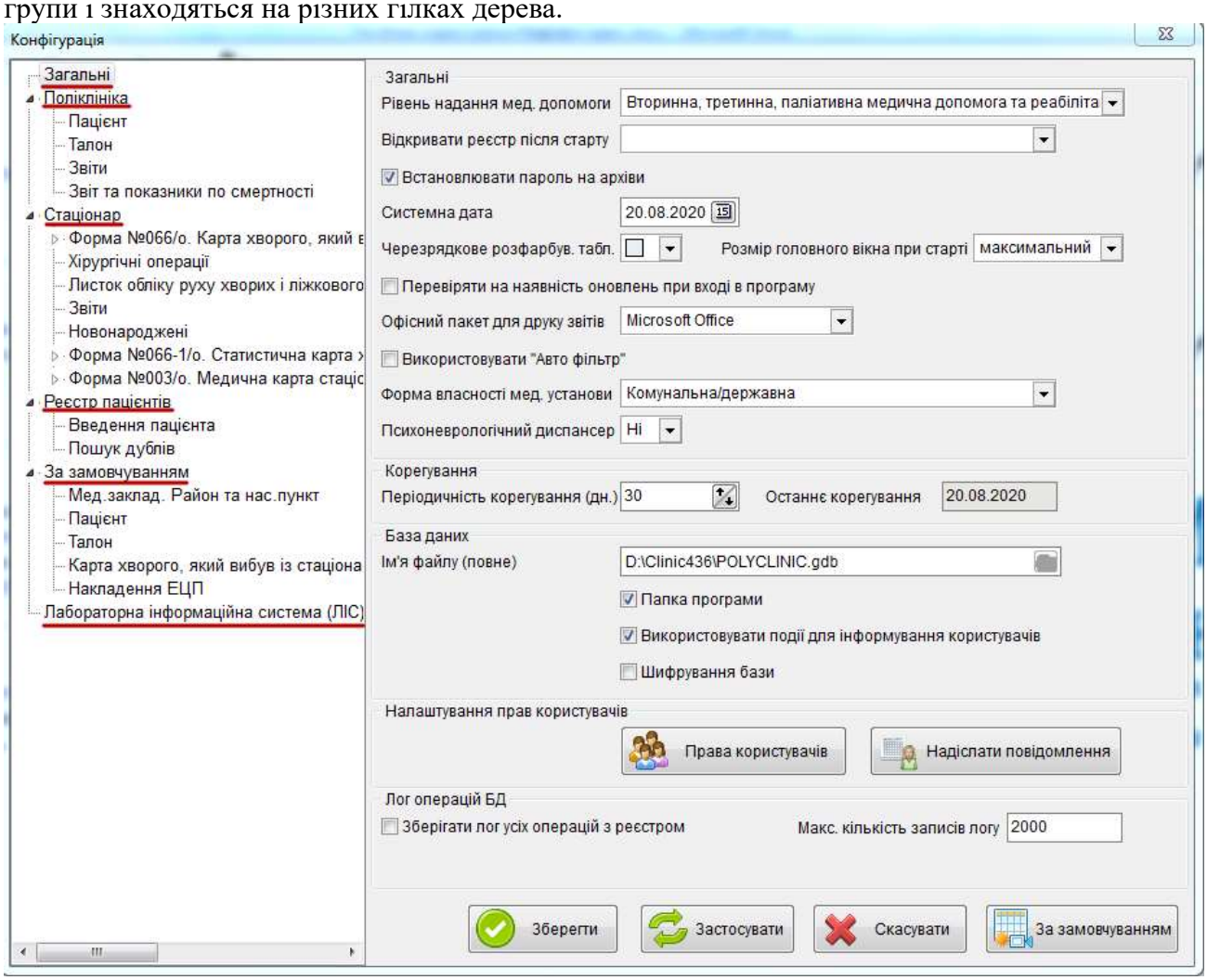
У програмі закладено механізм автоматичного періодичного включення корегування. В налаштуваннях програми (меню «Сервіс» > «Конфігурація») встановлюється періодичність виконання корегування бази. При запуску програма перевіряє дату останнього корегування та, якщо настав заданий період, виводиться запит на виконання корегування.



Під час даної операції не можна здійснювати жодних інших дій з програмою до тих пір, поки процес повністю не завершиться. Якщо в процесі корегування вимкнути комп'ютер або закрити програму примусово, то база даних може бути зіпсована.

14.4 Конфігурація

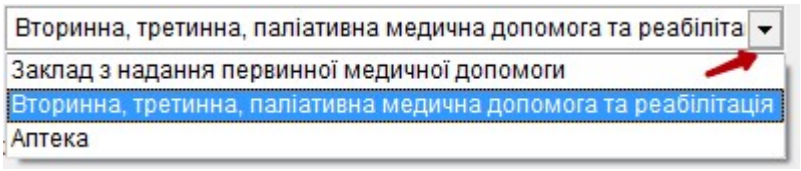
Цей режим відповідає за різні налаштування програми. Налаштування поділені на групи і знаходяться на різних гілках дерева.



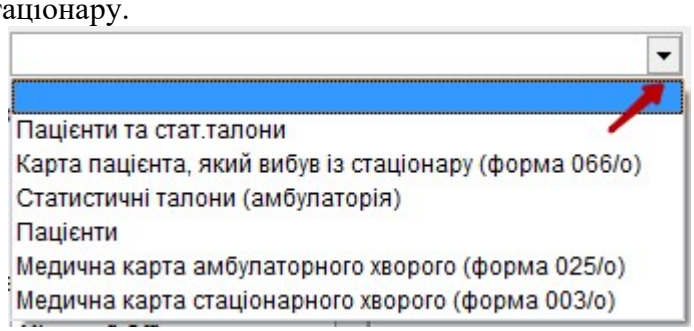
Загальні

На цій вкладці знаходяться загальні налаштування для всієї програми.

«Рівень надання мед. допомоги» - вказується рівень надання допомоги медичного закладу в базі програми.



«Відкривати реєстр після старту» - після старту програми автоматично відкривати відповідні реєстри стаціонару.

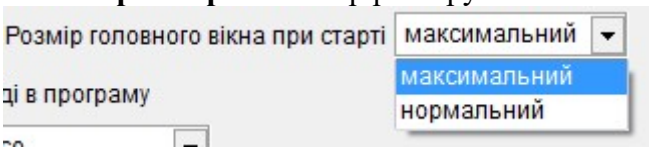


«Встановлювати пароль на архіви» - чи встановлювати пароль на архіви резервування та експорту.

«Системна дата» - за умовчанням стоїть поточна системна дата. При зміні, тимчасово змінює системну дату для програми.

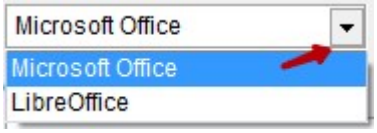
«Черезрядкове розфарбування таблиці» – розфарбовувати таблиці черезрядковим розфарбуванням і вибір кольору розмальовки.

«Розмір головного вікна при старті» - вибір розміру.



«Перевіряти на наявність оновлень при вході в програму» - перевіряти наявність оновлень по мережі Інтернет при вході в програму.

«Офісний пакет для друку звітів» - вибір офісного пакету, за допомогою якого відбуватиметься перегляд і друк звітів.



«Використовувати «Авто фільтр» - включення автоматичного режиму роботи фільтрації в різних реєстрах програми.

«Форма власності мед. установи» - вказати необхідну форму власності.

«Психоневрологічний диспансер» - вказати, чи являється заклад психоневрологічним диспансером. Це робиться для автоматичного формування із форми 003/о карток 066-1/о «Статистична карта хворого, який вибув із психіатричного (наркологічного) стаціонару»

«Корегування» - в полі **«Періодичність корегування (днів)»** вказується період, після останнього корегування, по закінченню якого програма пропонує зробити корегування бази даних. У полі **«Дата останнього корегування»** вказана дата останнього корегування.

«База даних» - в полі «Ім'я файлу (повне)» вказується шлях до бази даних.

Якщо опція **«Папка програми»** відмічена, то використовується база даних що знаходиться в поточній папці програми.

«Використовувати події для інформування користувачів» - використовуються в мережевій версії для інформування користувачів до серверу.

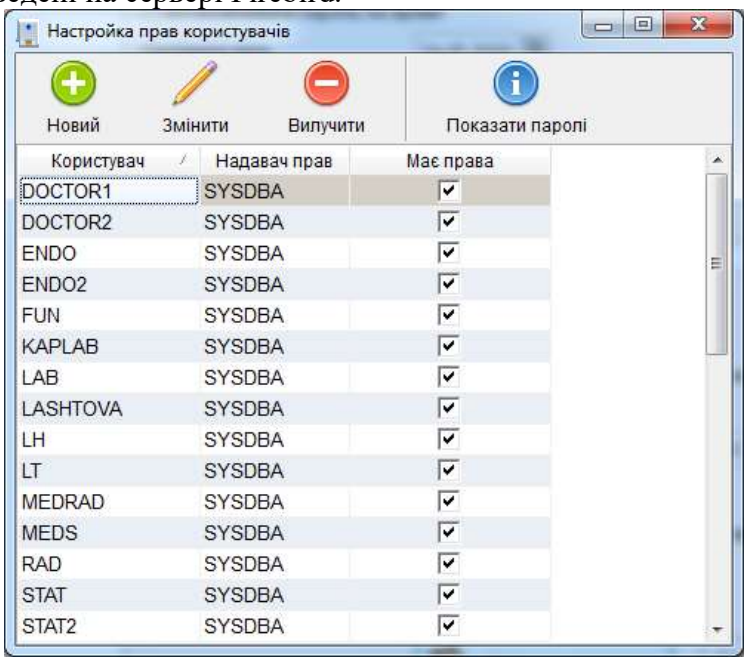
«Шифрування бази» - вмикає режим шифрування (доступний тільки в локальному підключенні).

«Налаштування прав користувачів»

Команда **«Права користувачів»** дозволяє для кожного користувача програми задати своє ім'я і пароль, а також роль, які вводяться при вході в програму.

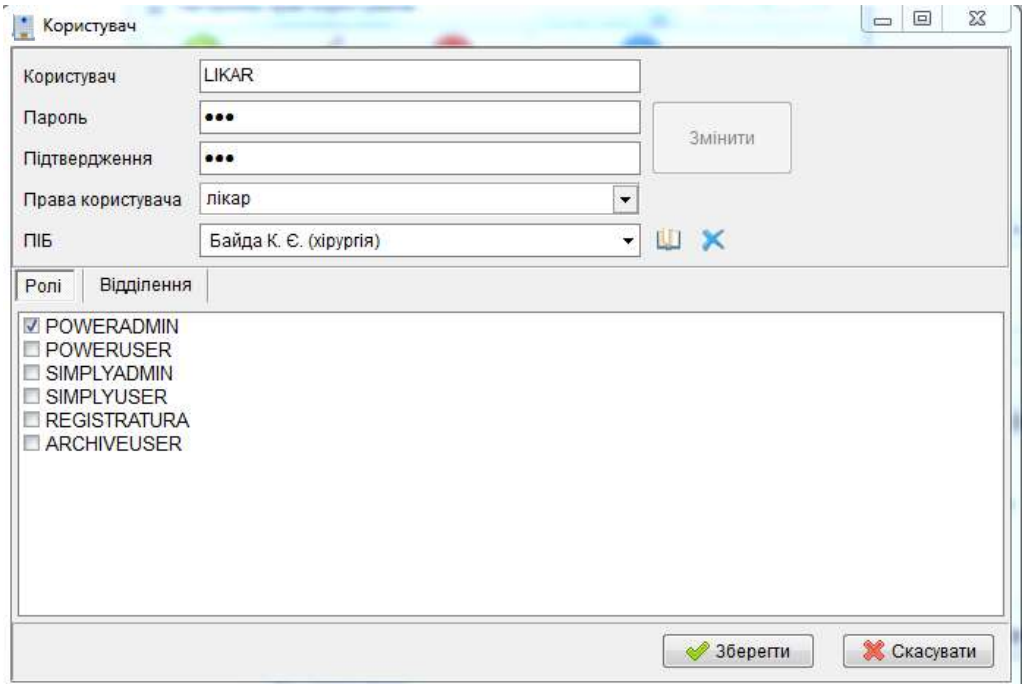
Редагування прав користувачів можливе і в локальній, і в мережевій версії, але в мережевій версії даний пункт меню доступний лише користувачу SYSDBA, а в локальній також і користувачам, що увійшли до програми, вказавши роль POWERADMIN.

В мережевій версії немає можливості вилучати користувачів, показувати паролі та бачити імена тих, хто надав їм права. Також в мережевій версії використовуються всі користувачі, що заведені на сервері Firebird.



В таблиці присутній стовпчик “Має права», з проставленими або не проставленими позначками. Якщо напроти користувача стоїть позначка в даному стовпці, то він має права на користування базою, тобто має одну або декілька ролей, що дозволені в базі, або це користувач SYSDBA, що має право на користування базою і без ролі. Даний стовпчик більш затребуваний в мережевій версії, оскільки є необхідність відокремити користувачів, що мають права в даній базі даних, від загального переліку користувачів, заведених на сервері. Під час спроби редагування прав користувача, що не має жодної ролі в базі даних, відображається відповідне попередження.

Для створення нового користувача потрібно натиснути «Новий» і у вікні, що з’явиться заповнити всі поля: ім'я користувача, пароль та його підтвердження, права користувача, ПІБ працівника а також позначити роль POWERADMIN (для всіх працівників незалежно від прав).



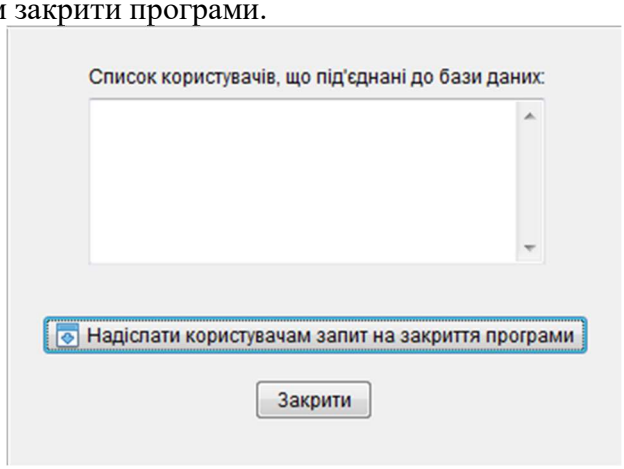
Під час редагування користувача, відкривається теж саме вікно, але за замовчуванням в ньому можна лише змінювати ролі користувача (додавати або видаляти), поля для зміни імені користувача та його пароля є заблокованими. Редагування паролю можна розблокувати, натиснувши кнопку “Змінити», а можливості змінювати ім'я користувача не існує. Якщо є

необхідність в зміні імені користувача, то слід видалити такого користувача, а потім створити нового з потрібним ім'ям, вказати йому пароль і роль.

Вилучення користувача можливе лише в локальному режимі. Якщо під час видалення користувача виникли якісь помилки, наприклад, у користувача, що вилучається присутні ролі, надані не тим користувачем, що намагається його вилучити, то з'явиться повідомлення про помилку.

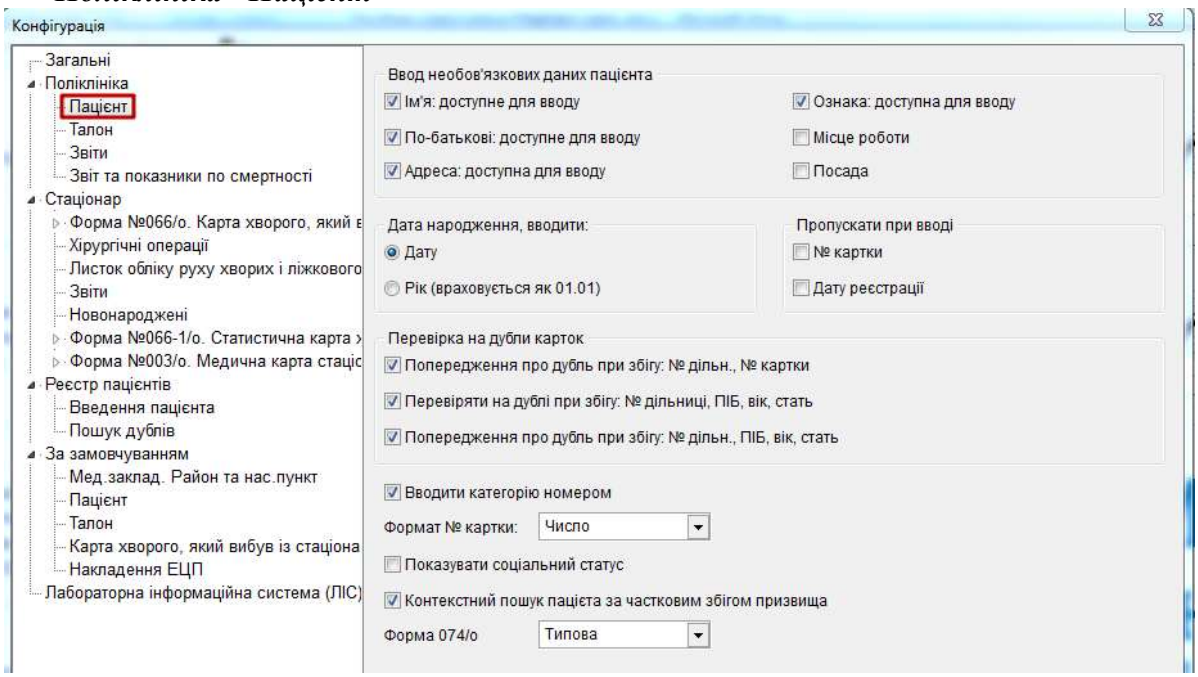
В мережевому режимі доступ до редагування прав користувачів існує тільки у користувача SYSDBA і тому інших обмежень не накладається, а от під час роботи в локальному режимі, крім того що доступ надається лише для SYSDBA та користувачів з роллю POWERADMIN, є ряд додаткових обмежень. Зокрема, якщо користувач не SYSDBA, то він має право на редагування та вилучення лише тих користувачів, що створив він сам (у таких користувачів в стовпчику “Надавач прав» міститься його ім'я), у протилежному випадку з'явиться помилка про відсутність прав.

Кнопка **«Надіслати повідомлення»** дозволяє подивитись в мережевій версії список підключених користувачів до бази на сервері і надіслати повідомлення (у разі, наприклад, оновлення) з проханням закрити програми.



«Лог операцій БД» - дозволяє зберігати лог усіх операцій з реєстром та можливо вказати максимальну кількість записів.

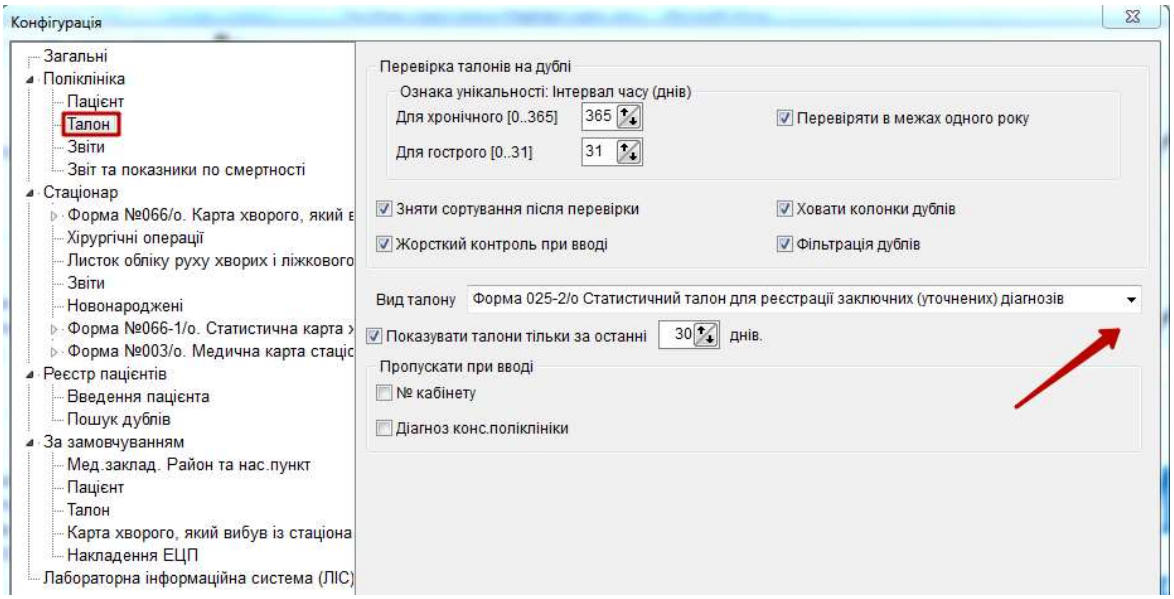
Поліклініка - Пацієнт



На цій вкладці налаштовується доступність для введення необов'язкових полів при додаванні нового пацієнта. При необхідності це робиться для прискорення процесу додавання пацієнта користувачем.

Є можливість налаштувати перевірку на дублі, задати формат для введення номеру карти, обрати вид журналу 074/о.

Поліклініка – Талон



«Перевірка талонів на дублі» – ця група керує процесом перевірки талонів на дублі. Для визначення інтервалів дублів, хронічних і гострих захворювань служать відповідні поля «для хронічного [0..365]» та «для гострого [0..31]», групи «Ознака унікальності: Інтервал часу (днів)».

«Перевіряти в межах одного року» - якщо ця опція вибрана, то при перевірці талони з хронічними захворюваннями за різні роки не вважаються дублями.

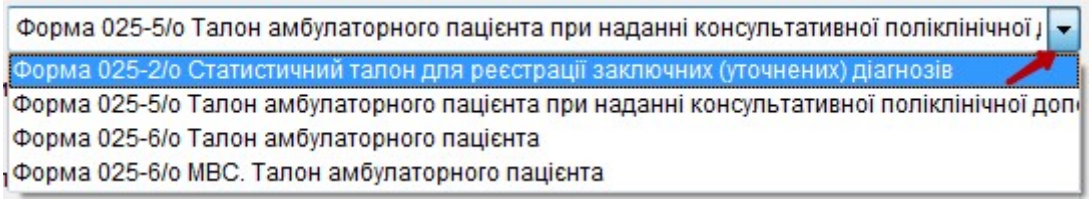
«Зняти сортування після перевірки» - якщо ця опція вибрана, то після перевірки, скидаються всі сортування.

«Жорсткий контроль при вводі» - якщо ця опція вибрана, то програма не дає вводити дублі талонів, інакше видається попередження з правом вибору - зберегти чи ні.

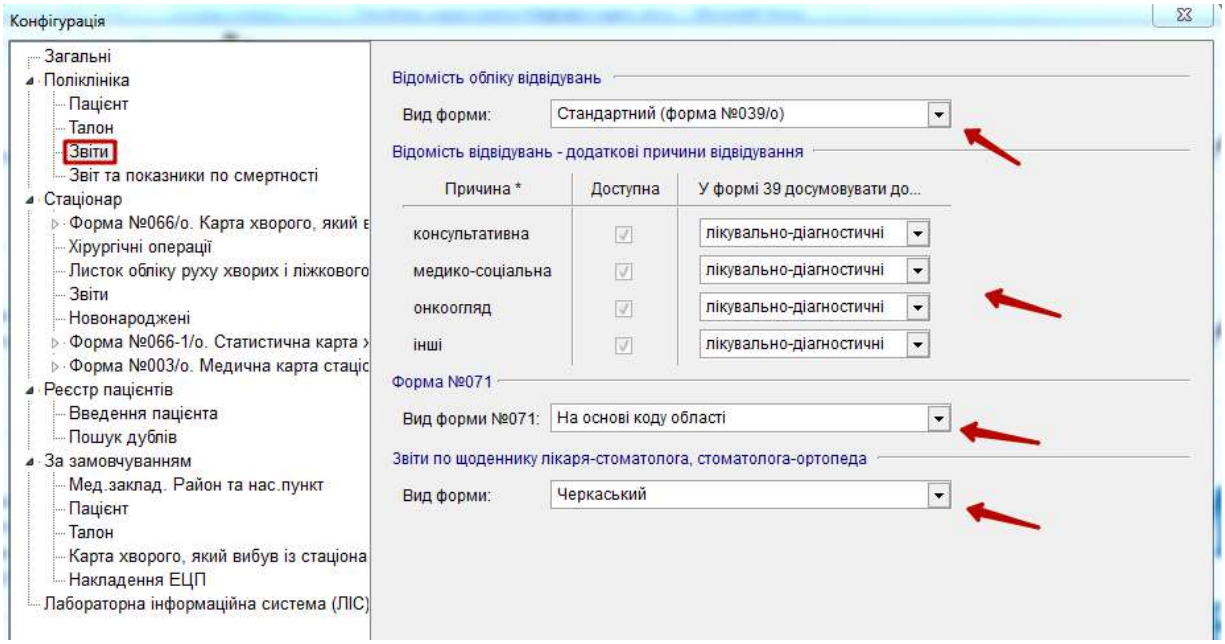
«Ховати колонки дублів» - якщо ця опція вибрана, то колонки «Дублі» і «коментар» видно тільки в режимі перевірки на дублі.

«Фільтрація дублів» - якщо ця опція вибрана, то в режимі перевірки на дублі видно тільки записи з дублями.

«Вид талону» – вибір форми статистичного талона.

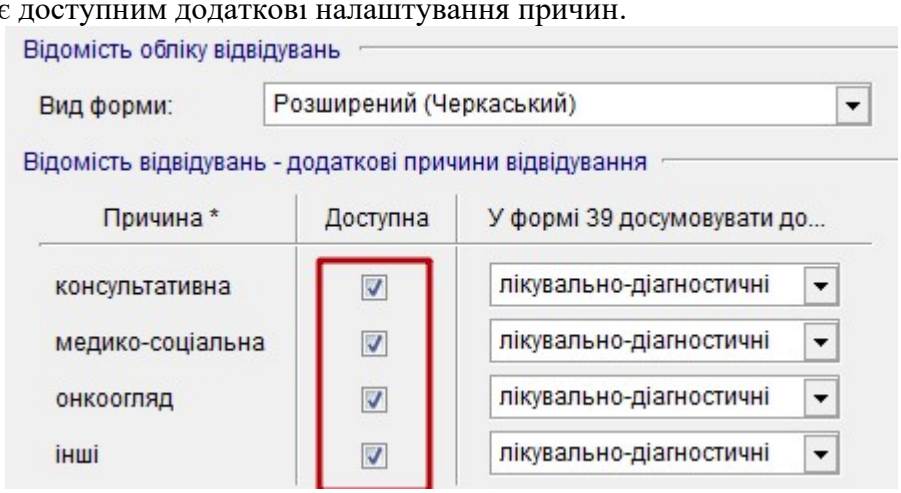


Поліклініка – Звіти



На цій вкладці знаходяться налаштування, пов'язані зі звітами

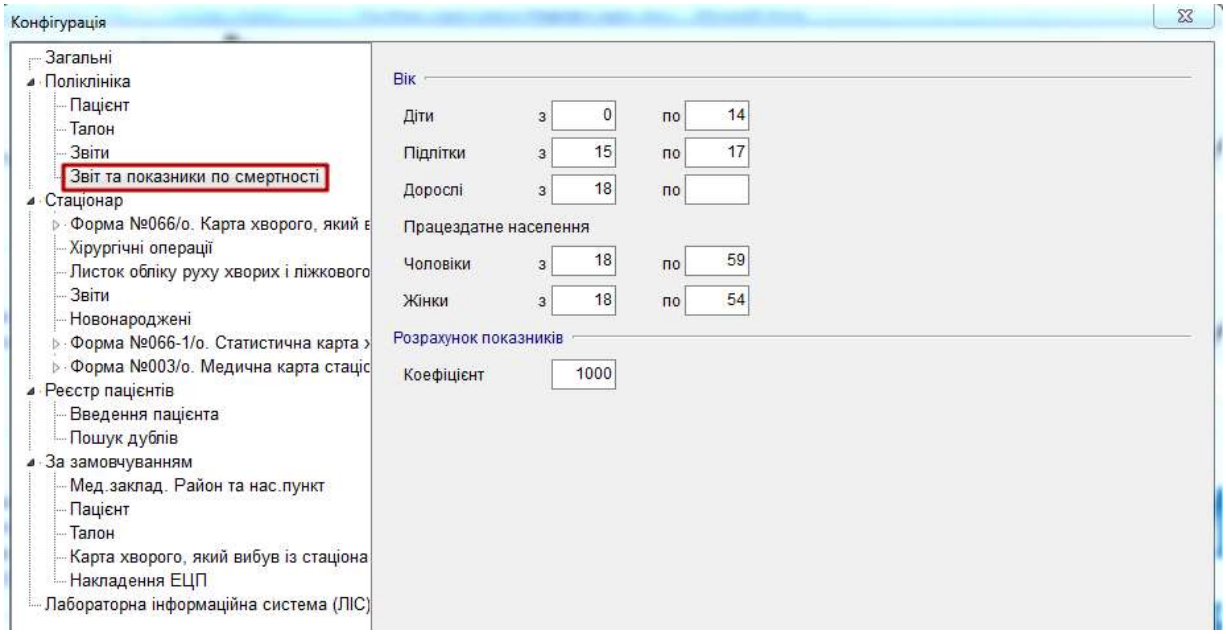
«Відомість обліку відвідувань» - в залежності від виду форми (Стандартна чи розширена (Черкаська)) заповнюється форма 039/о. Якщо обрана «Розширена (Черкаська)» форма, то стає доступним додаткові налаштування причин.



«Форма 071» - в залежності від виду форми є «На основі коду області», «Стандартний», «Розширений (Черкаський)».

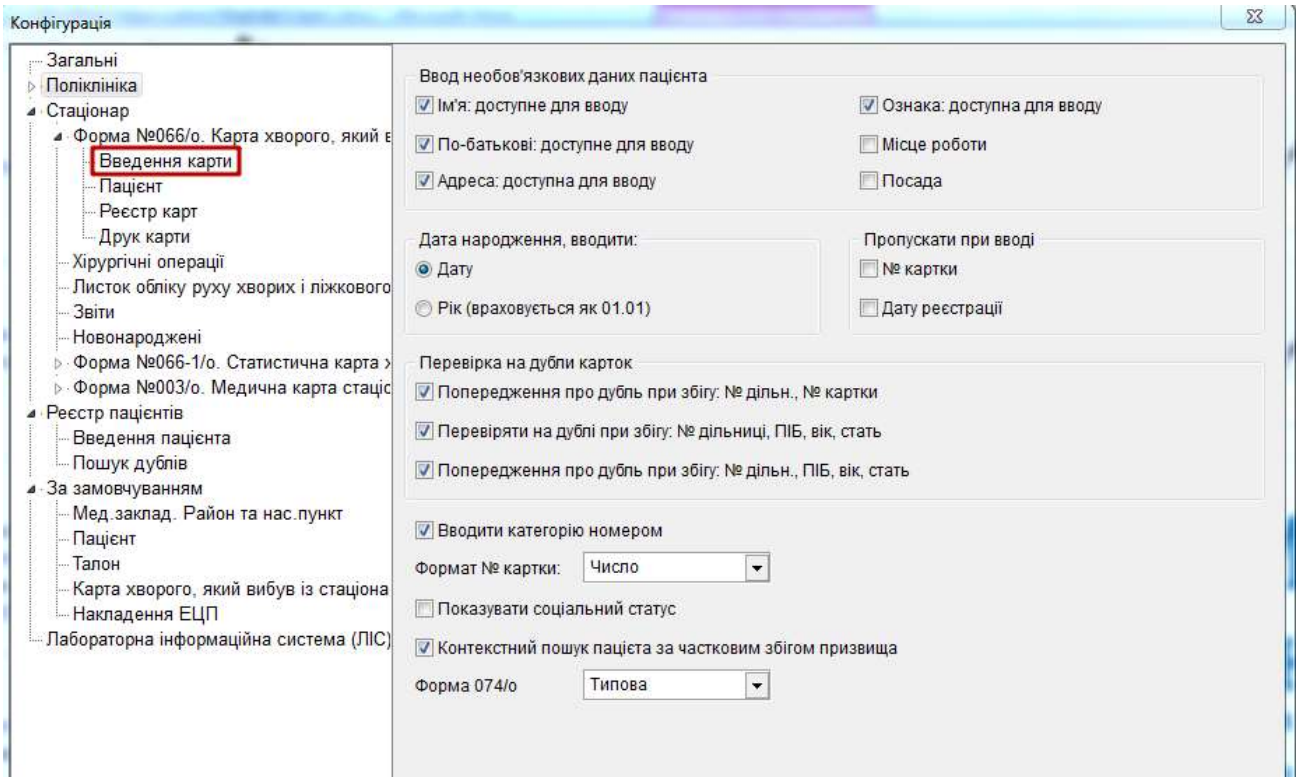
«Звіти по щоденнику лікаря-стоматолога, стоматолога-ортопеда» - в залежності від виду форми є «Стандартний» та «Черкаський».

Поліклініка – Звіт та показники смертності



Закладка містить віковий розподіл по дітях, підлітках, дорослих, працездатному населенню, а також коефіцієнт для розрахунку показників.

Стаціонар – Форма №066/о Карта хворого,який вибув із стаціонару – Введення карти

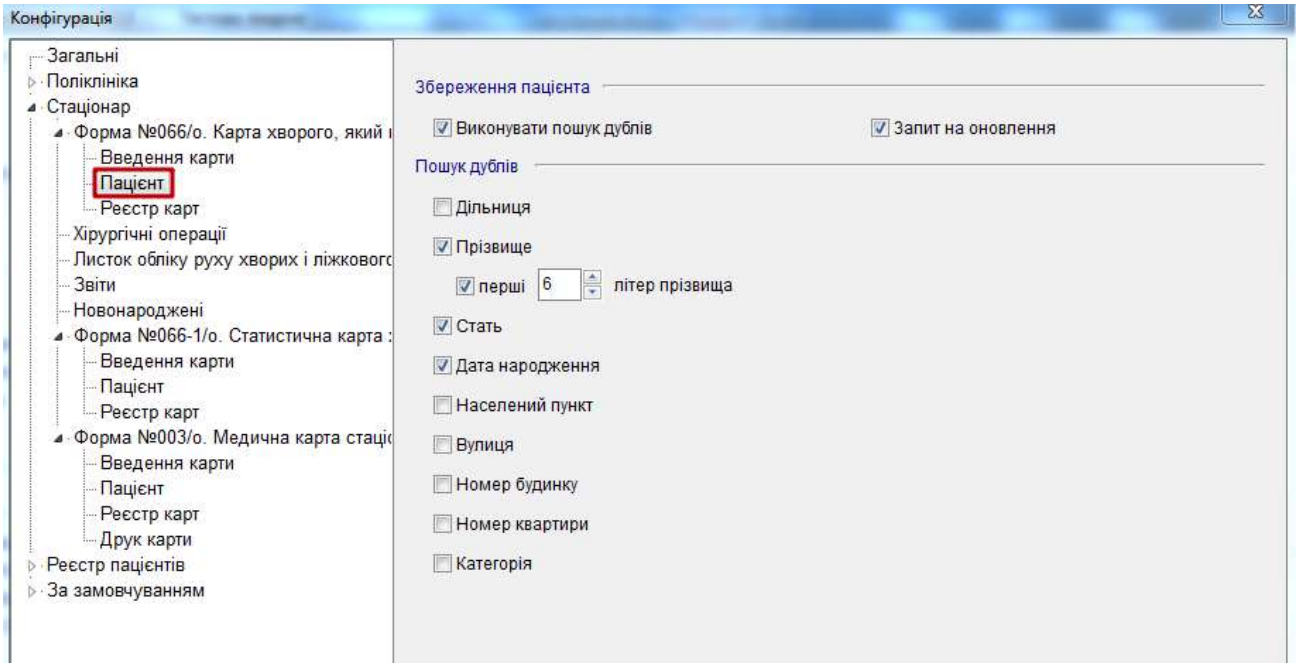


Дозволяє налаштувати введення даних в карту шляхом відключення і пропуску полів, в яких немає необхідності.

У розділі **«Зробити поля недоступними для введення»** необхідно вибрати ті поля, зміна яких буде заборонено.

У розділі **«Пропускати поля при введенні»** можна відмітити поля, які необхідно пропускати при послідовному введенні (для переходу на наступне поле використовується клавіша Enter або Tab)

Стаціонар – Форма №066/о Карта хворого,який вибув із стаціонару – Пацієнт



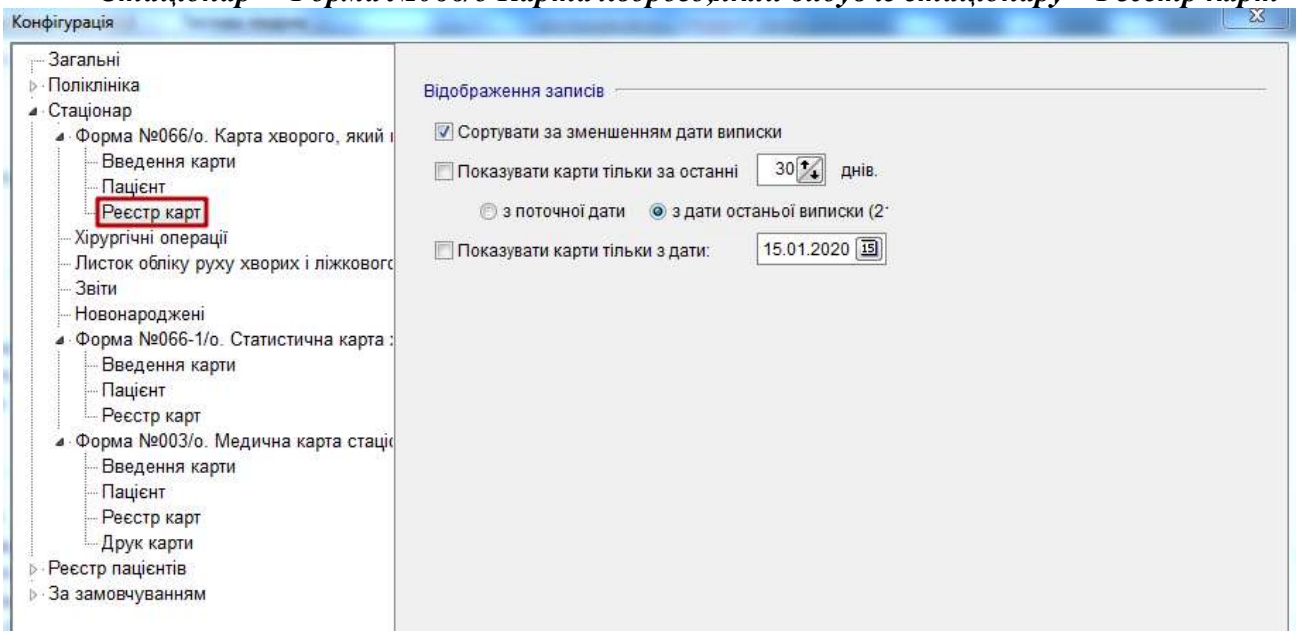
Дозволяє налаштувати збереження даних про пацієнта при введенні форми 066.

«Виконувати пошук дублів» - при збереженні карти буде проведений пошук існуючого пацієнта.

«Запитів на Оновлення» - при редагуванні карти хворого, у разі зміни даних про пацієнта з'явиться запит на їх оновлення або створення нового запису (нового пацієнта)

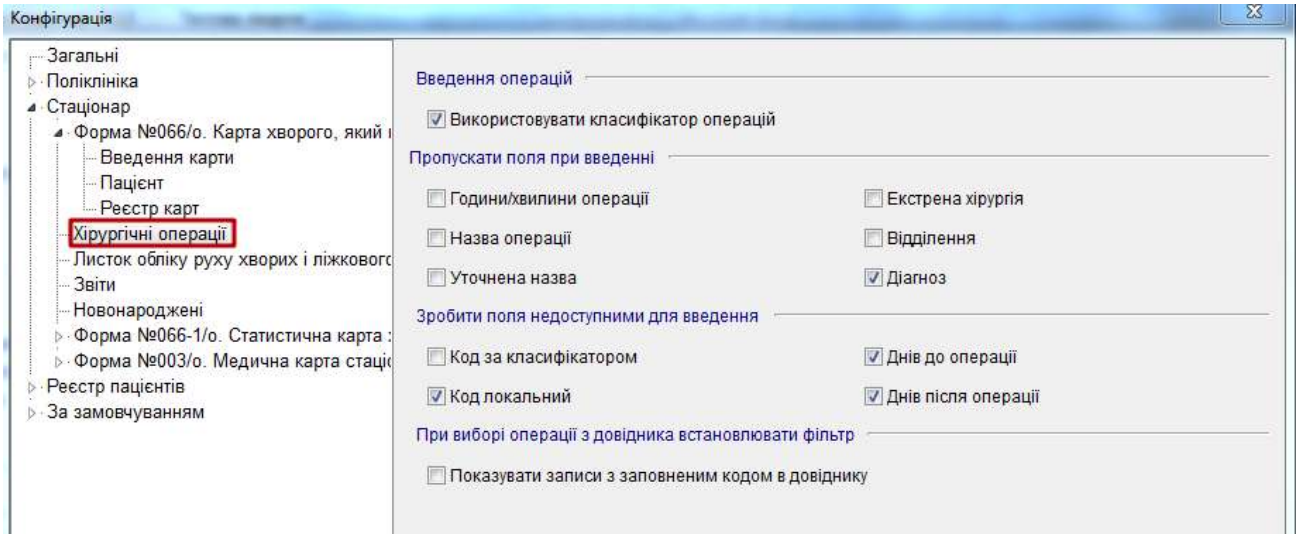
«Пошук дублів» - налаштування пошуку дублюючих записів про пацієнта при збереженні карти.

Стаціонар – Форма №066/о Карта хворого,який вибув із стаціонару – Реєстр карт



Закладка містить налаштування для відображення форм 066/о.

Стаціонар – Хірургічні операції



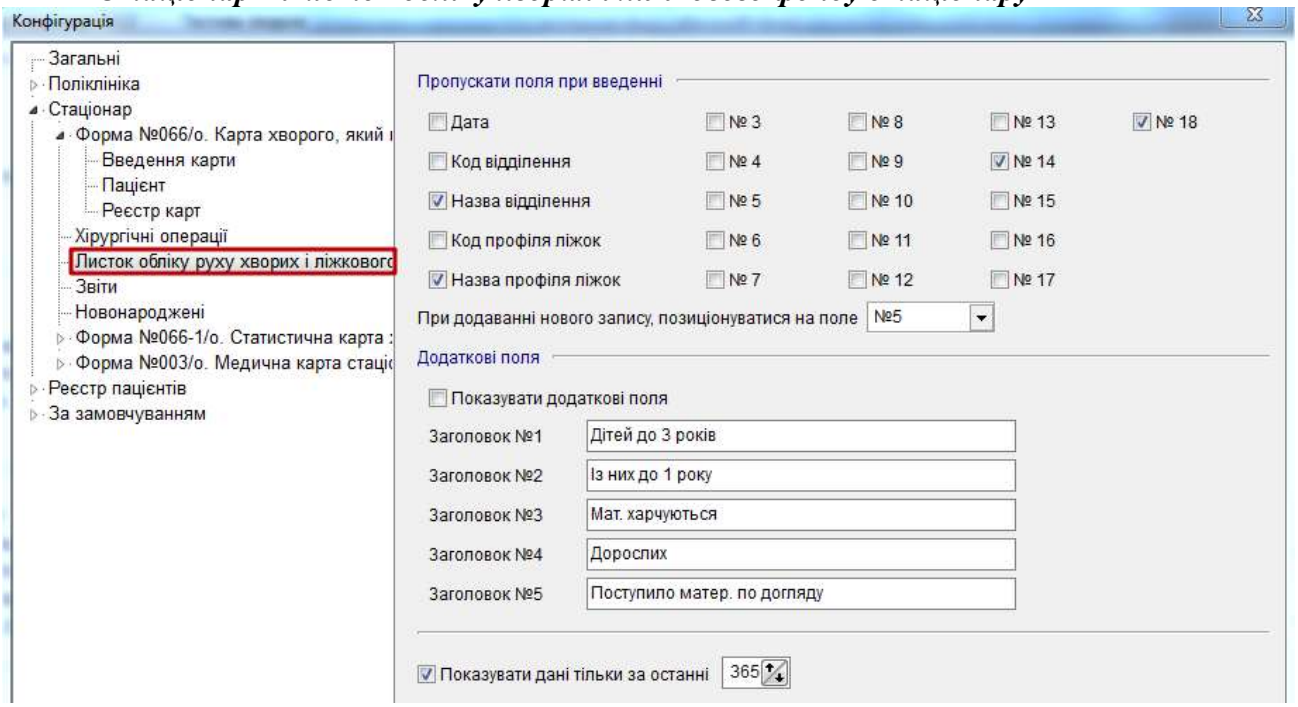
«Використовувати класифікатор операцій» - у разі відсутності галочки, поле для введення коду операції буде неактивним.

У розділі «Пропускати поля при введенні» можна відмітити поля, які необхідно пропускати при послідовному введенні (для переходу на наступне поле використовується клавіша Enter або Tab)

У розділі «Зробити поля недоступними для введення» необхідно вибрати ті поля, зміна яких буде заборонено.

«При виборі операції з довідника встановлювати фільтр» - при необхідності, можливо показувати записи з заповненим кодом довіднику.

Стаціонар – Листок обліку хворих і ліжкового фонду стаціонару

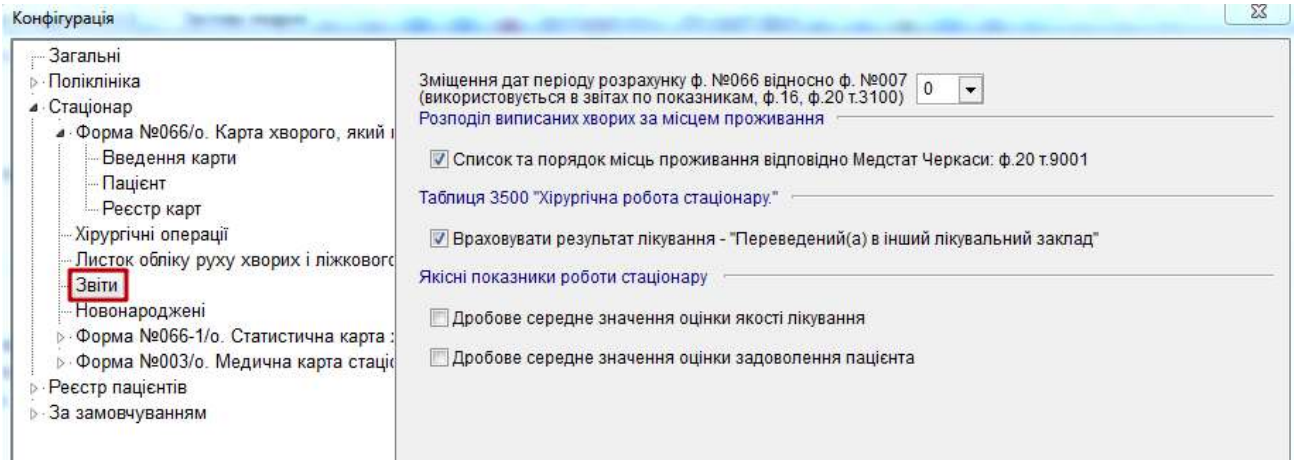


«Пропускати поля при введенні» - налаштовується доступність для введення необов'язкових полів при додаванні нового запису. №3 - №18 – номери граф.

«При додаванні нового запису, позиціонуватися на поле» - при натисканні на кнопку «Новий» активним стає поле в графі «Дата», №3 або №5, в залежності від вибору.

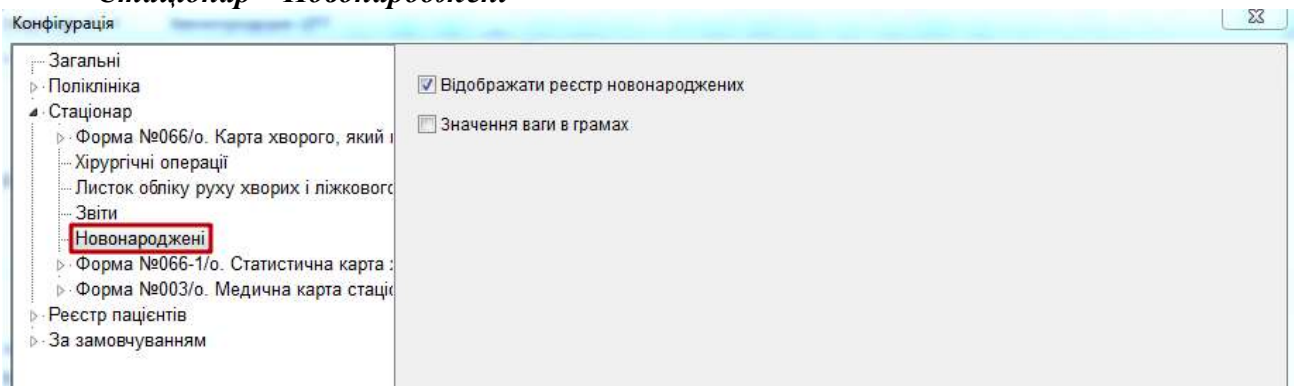
«Показувати додаткові поля» - у разі відмітки, до форми додаються додаткові графи.

Стаціонар – Звіти



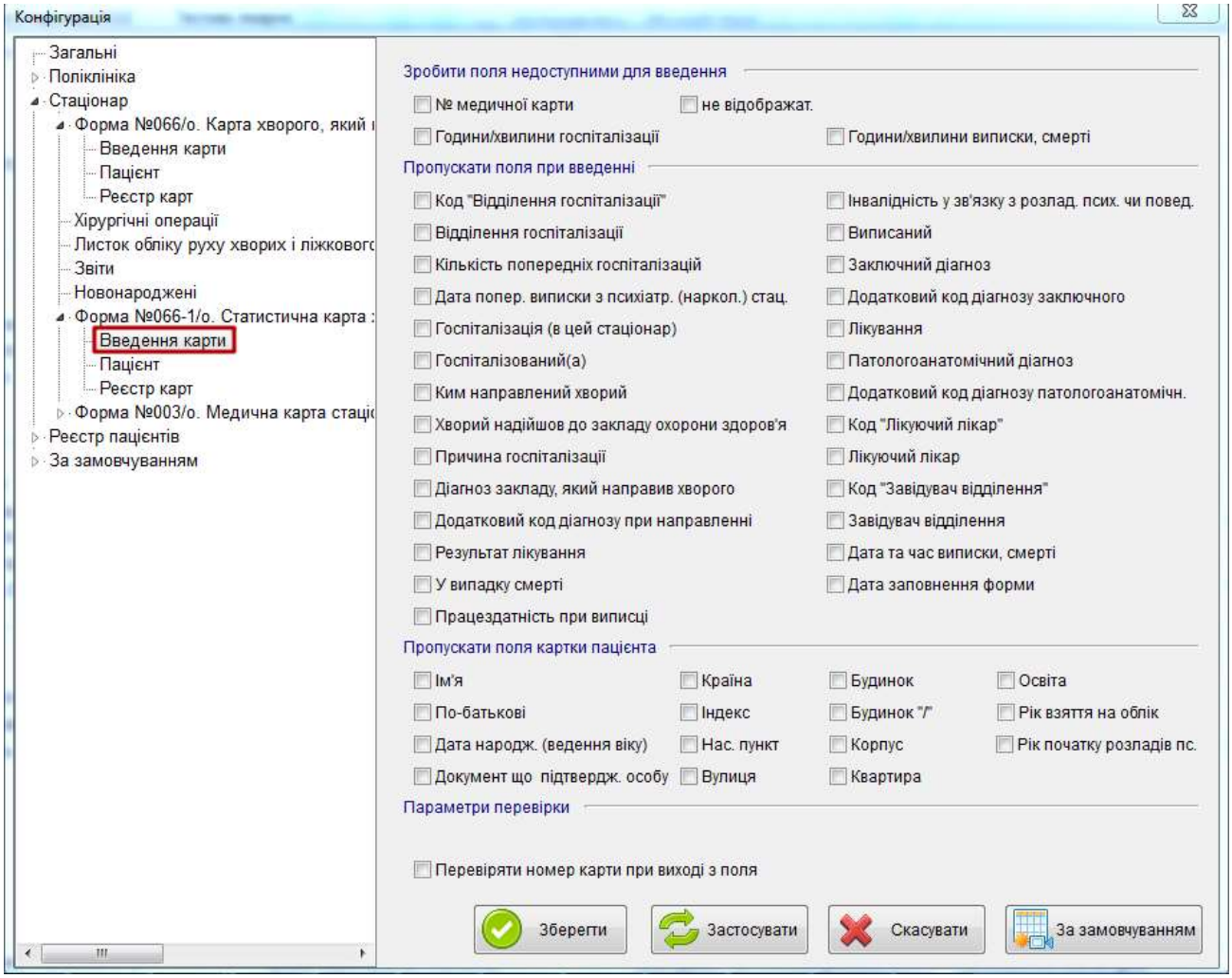
На цій вкладці знаходяться налаштування, пов'язані зі звітами

Стаціонар – Новонароджені



На цій вкладці є можливість, при необхідності, відобразити реєстр новонароджених. Який буде накопичуватись по мірі занесення інформації в форму 066/о.

Стаціонар – Форма №066-1/о. Статистична карта хворого, який вибув із психіатричного (наркологічного) відділення – Введення карти

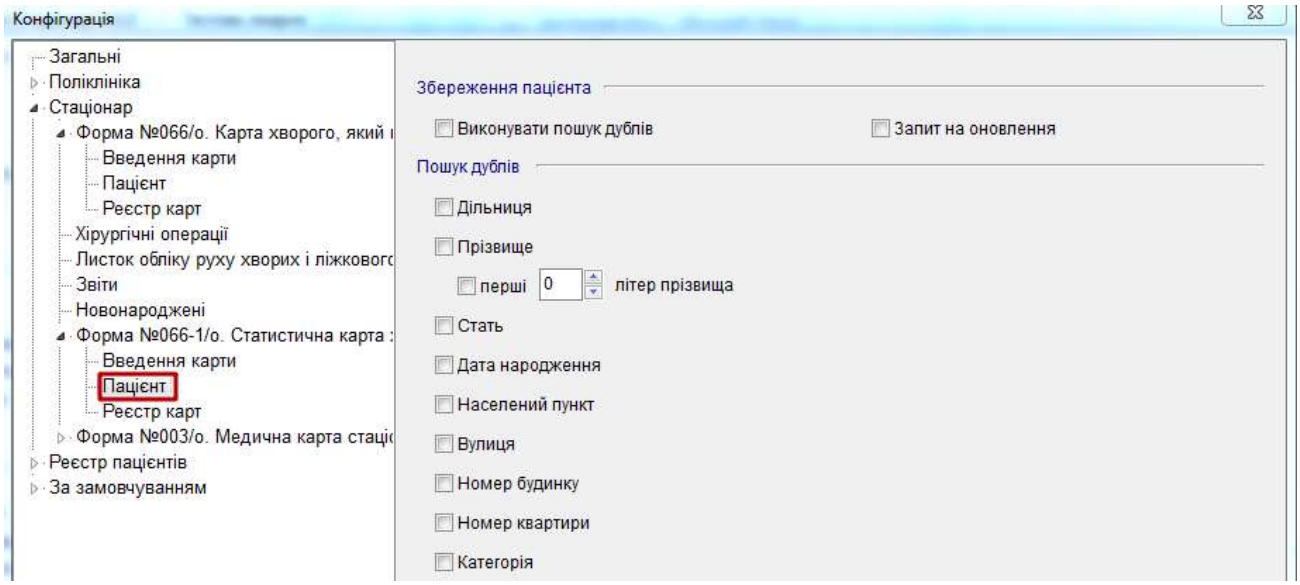


Дозволяє налаштувати введення даних в карту шляхом відключення і пропуску полів, в яких немає необхідності.

У розділі «Зробити поля недоступними для введення» необхідно вибрати ті поля, зміна яких буде заборонено.

У розділі «Пропускати поля при введенні» можна відмітити поля, які необхідно пропускати при послідовному введенні (для переходу на наступне поле використовується клавіша Enter або Tab)

Стаціонар – Форма №066-1/о. Статистична карта хворого, який вибув із психіатричного (наркологічного) відділення – Пацієнт



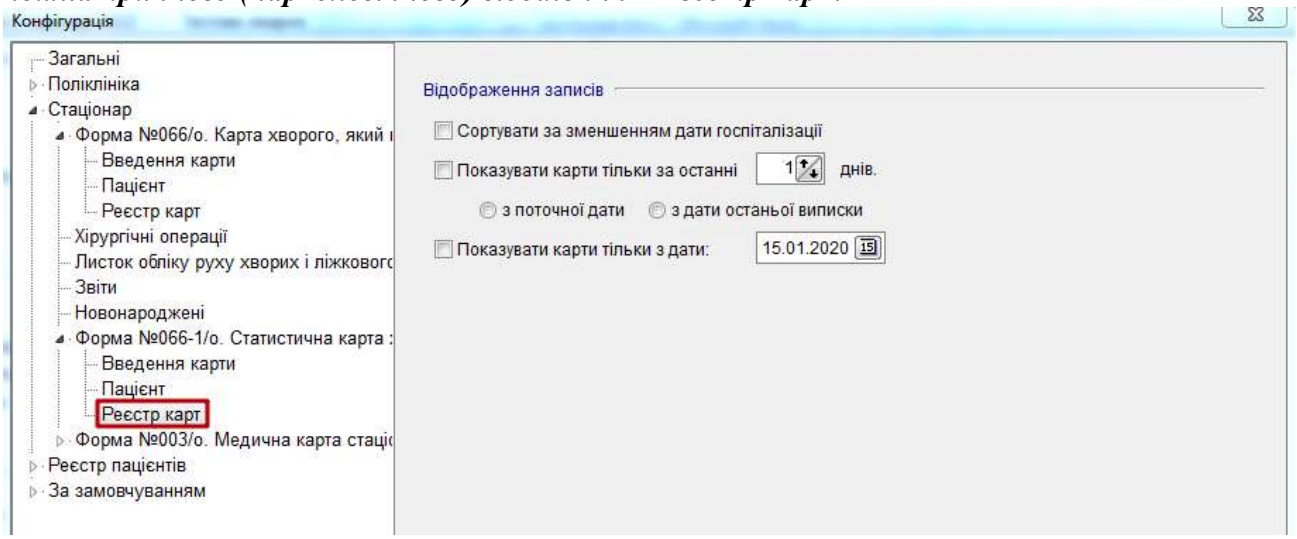
Дозволяє налаштувати збереження даних про пацієнта при введенні форми 066-1/о.

«Виконувати пошук дублів» - при збереженні карти буде проведений пошук існуючого пацієнта.

«Запитів на оновлення» - при редагуванні карти хворого, у разі зміни даних про пацієнта з'явиться запит на їх оновлення або створення нового запису (нового пацієнта)

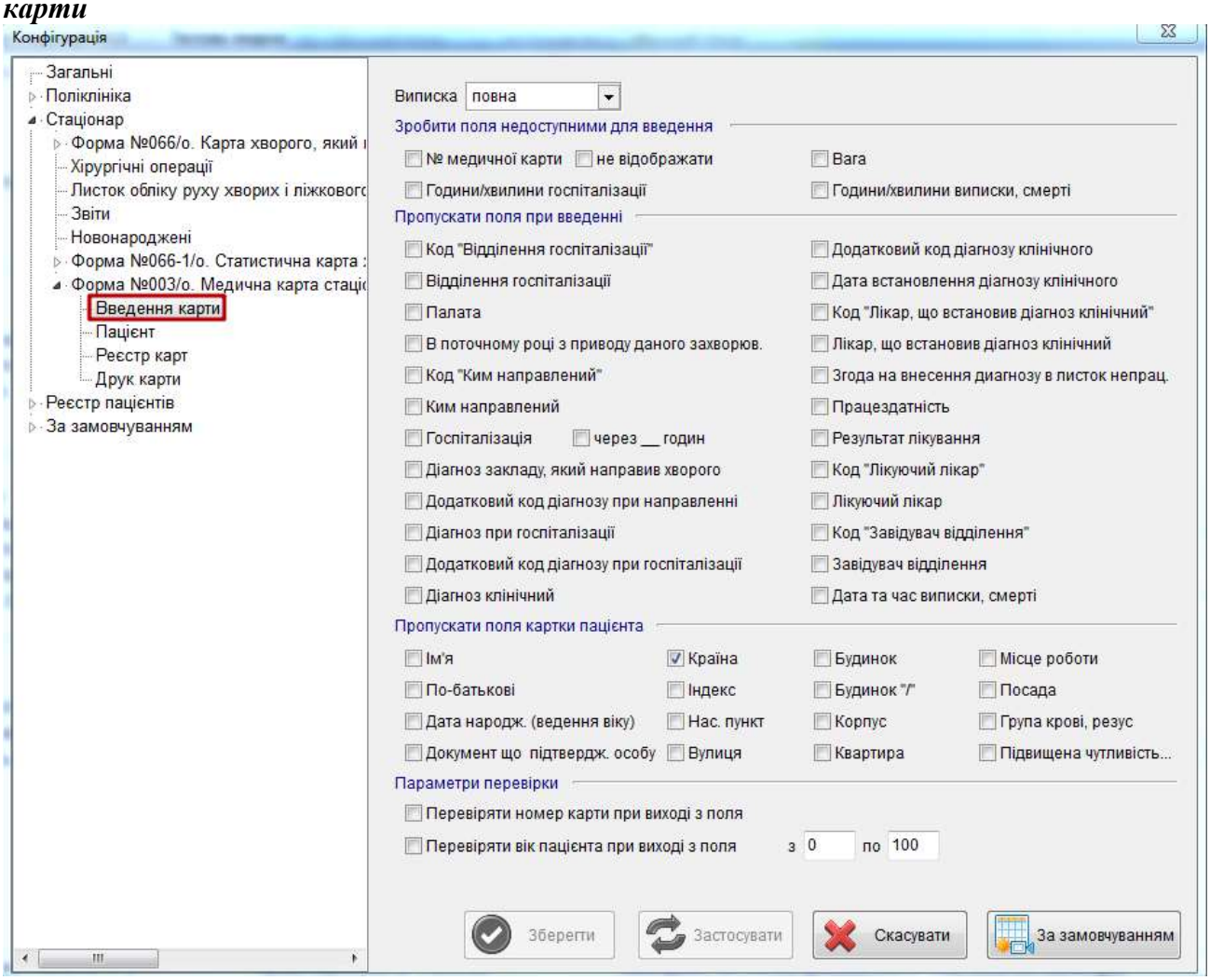
«Пошук дублів» - налаштування пошуку дублюючих записів про пацієнта при збереженні карти.

Стаціонар – Форма №066-1/о. Статистична карта хворого, який вибув із психіатричного (наркологічного) відділення – Реєстр карт



Закладка містить налаштування для відображення форм 066-1/о.

Стаціонар – Форма №003/о. Медична карта стаціонарного хворого – Введення карти



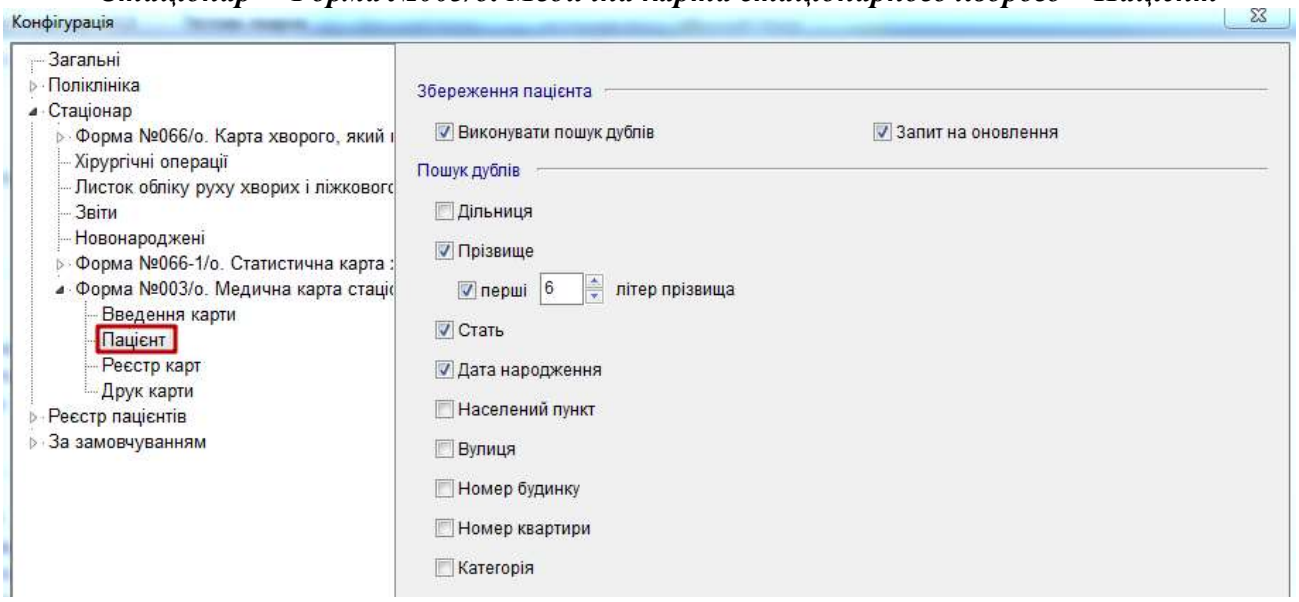
Дозволяє налаштувати введення даних в карту шляхом відключення і пропуску полів, в яких немає необхідності.

У розділі «Зробити поля недоступними для введення» необхідно вибрати ті поля, зміна яких буде заборонено.

У розділі «Пропускати поля при введенні» можна відмітити поля, які необхідно пропускати при послідовному введенні (для переходу на наступне поле використовується клавіша Enter або Tab)

«Виписка», в залежності від вибору, може бути «повна» або «скорочена».

Стаціонар – Форма №003/о. Медична карта стаціонарного хворого – Пацієнт



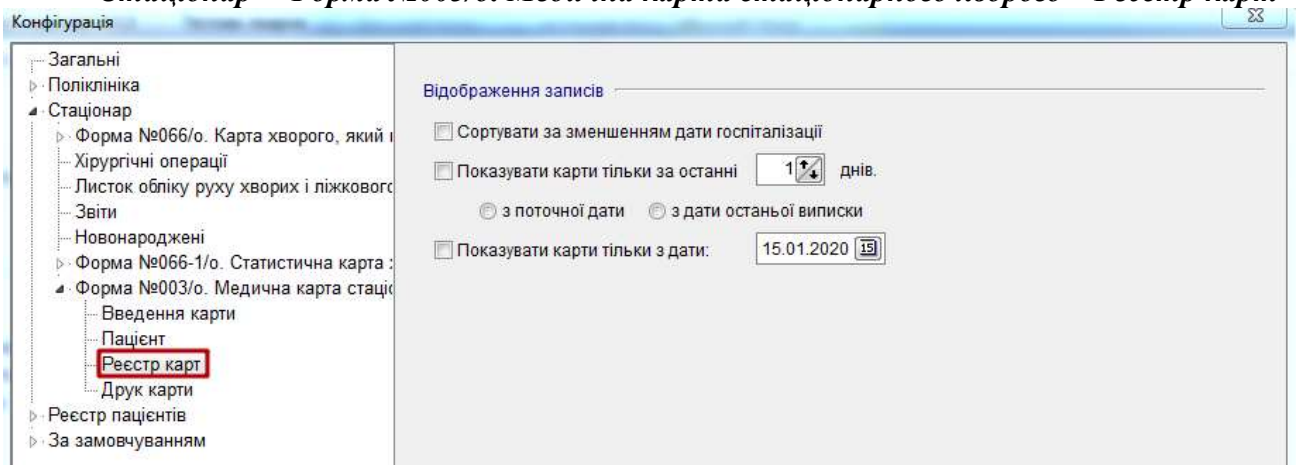
Дозволяє налаштувати збереження даних про пацієнта при введенні форми 003/о.

«Виконувати пошук дублів» - при збереженні карти буде проведений пошук існуючого пацієнта.

«Запитів на оновлення» - при редагуванні карти хворого, у разі зміни даних про пацієнта з'явиться запит на їх оновлення або створення нового запису (нового пацієнта)

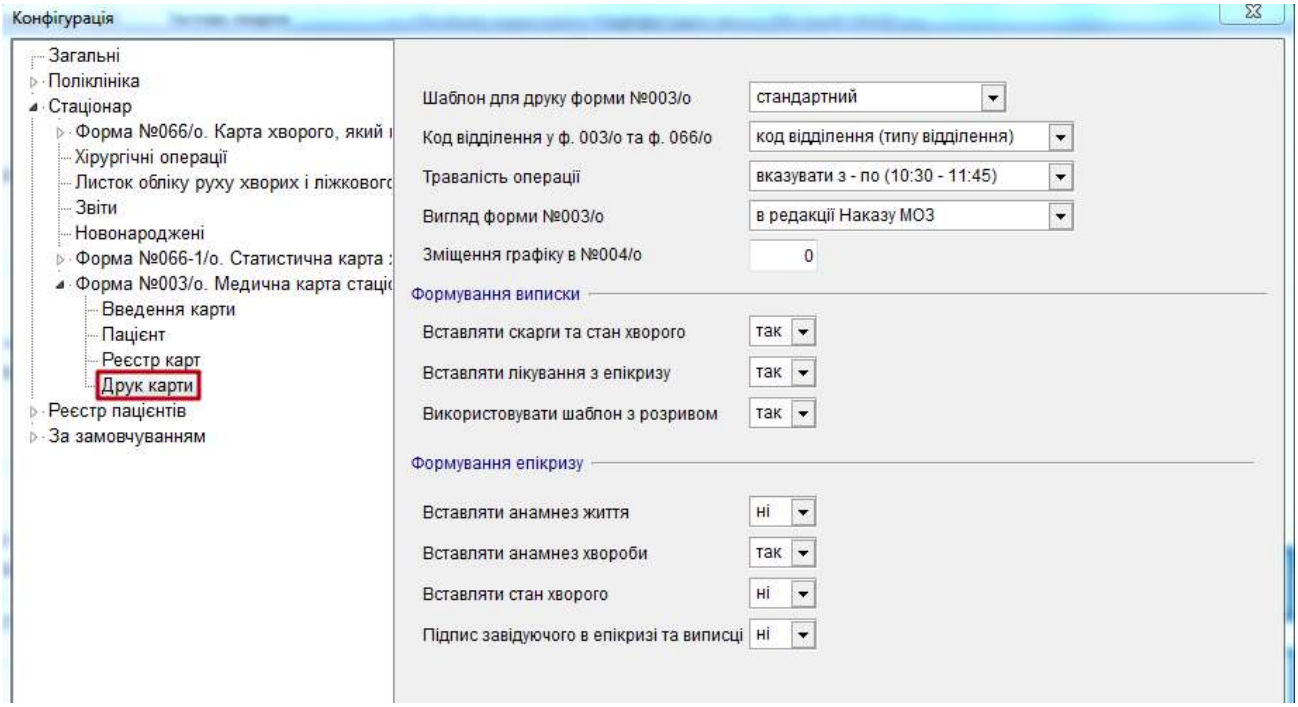
«Пошук дублів» - налаштування пошуку дублюючих записів про пацієнта при збереженні карти.

Стаціонар – Форма №003/о. Медична карта стаціонарного хворого – Реєстр карт



Закладка містить налаштування для відображення форм 066-1/о.

Стаціонар – Форма №003/о. Медична карта стаціонарного хворого – Друк карти



«Шаблон для друку форми №003/о» - стандартний/альтернативний

«Код відділення у ф.003/о та в ф. 066/о» - код відділення (типу відділення)/ID відділення

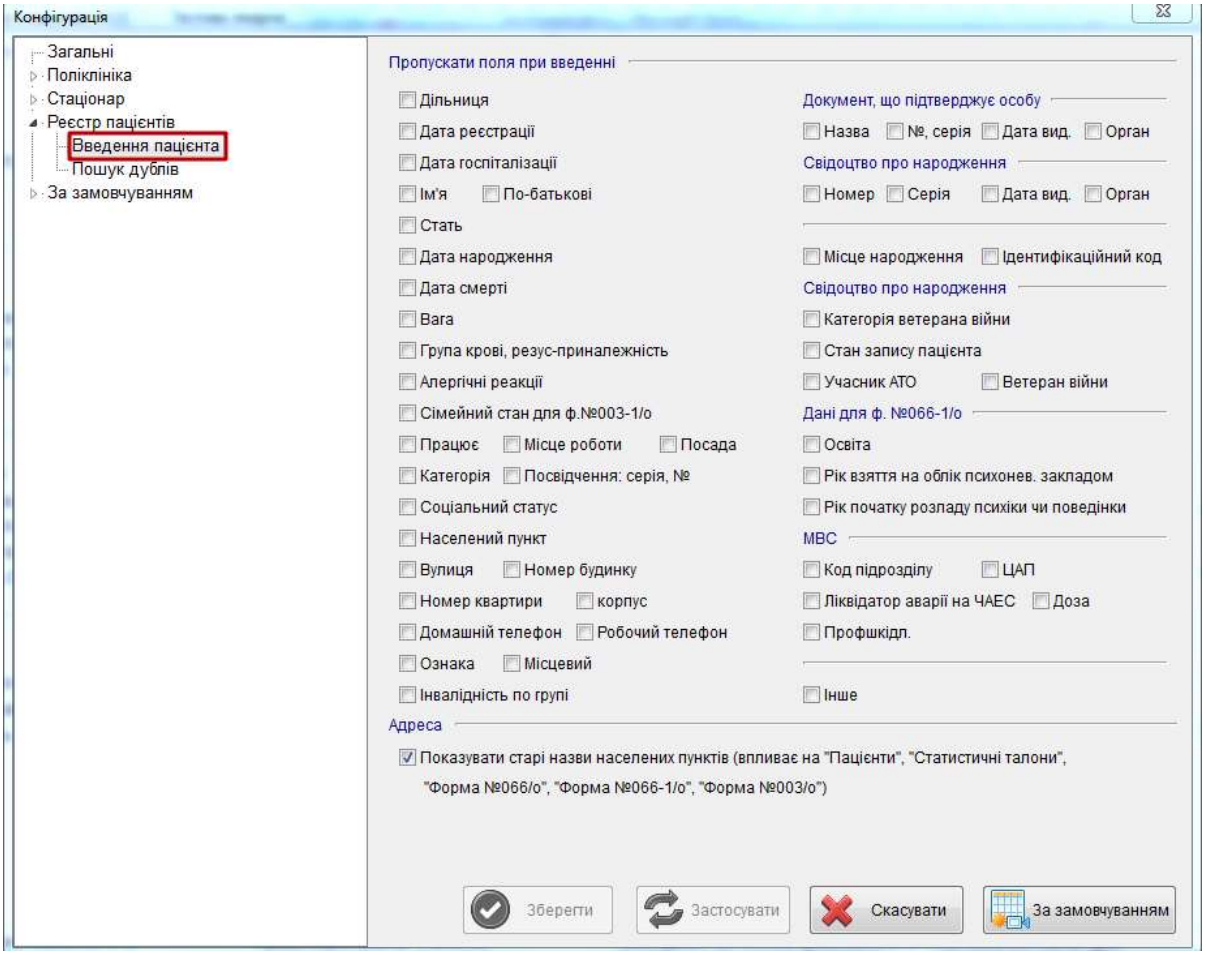
«Тривалість операції» - вказувати з-по (10.30-11.45)/вказувати тривалість (01:15)

«Вигляд форми №003/о» - в редакції Наказу МОЗ/як в типографському бланку

Можливість виставити «Зміщення в графіку в 004/о» (Температурний листок)

Налаштування друку виписки та епікризу – «Формування виписки» та «Формування епікризу».

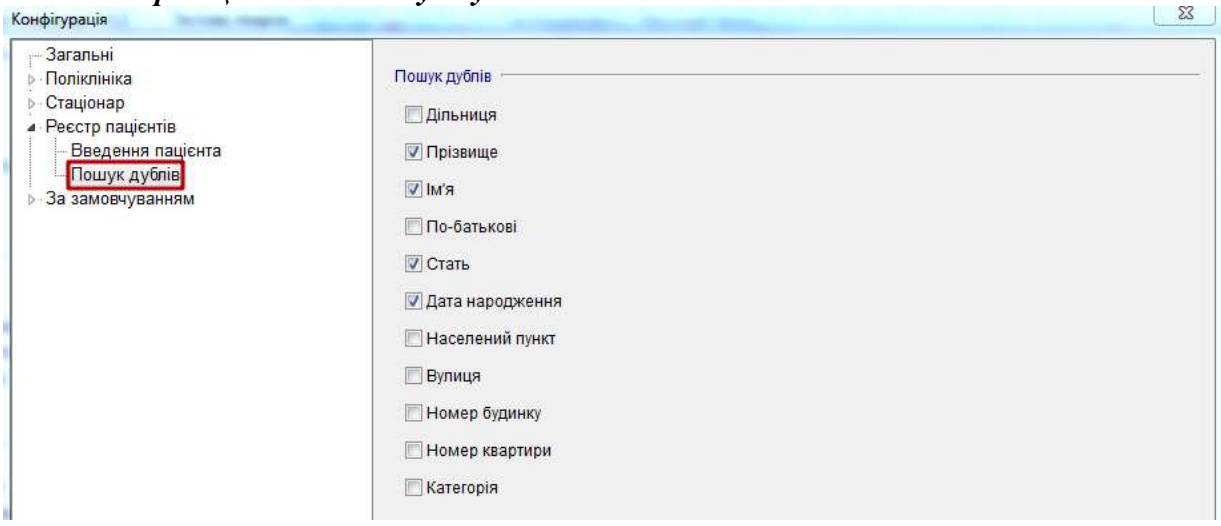
Реєстр пацієнтів – Введення пацієнтів



Дозволяє налаштувати введення даних пацієнтів шляхом відключення і пропуску полів, в яких немає необхідності.

У розділі «Пропускати поля при введенні» можна відмітити поля, які необхідно пропускати при послідовному введенні (для переходу на наступне поле використовується клавіша Enter або Tab).

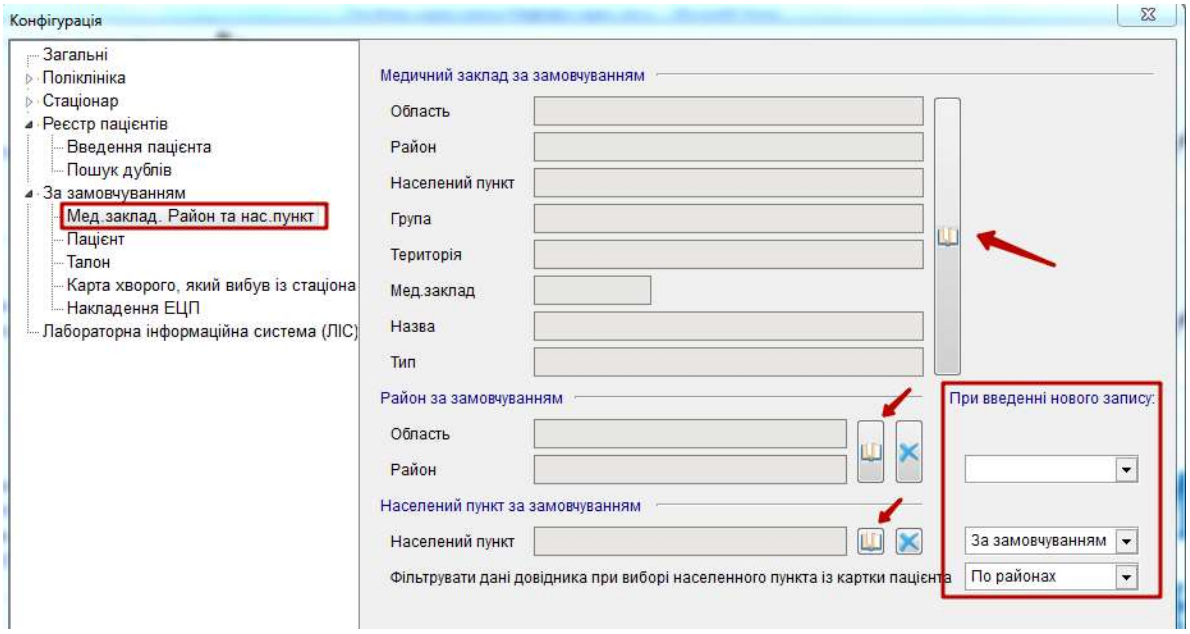
Реєстр пацієнтів – Пошук дублів



Дозволяє налаштувати збереження даних про пацієнта при введенні пацієнтів.

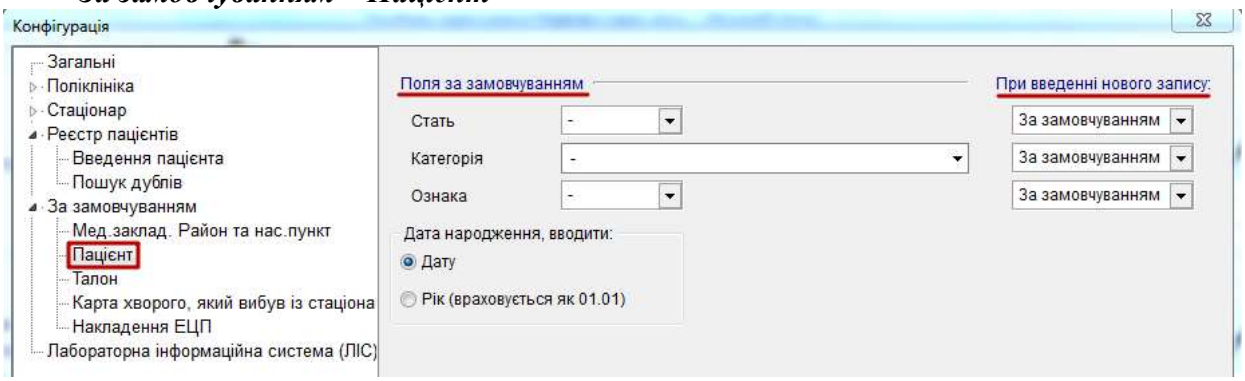
«Пошук дублів» - налаштування пошуку дублюючих записів про пацієнта при збереженні карти.

За замовчуванням – Медичний заклад. Район та населений пункт



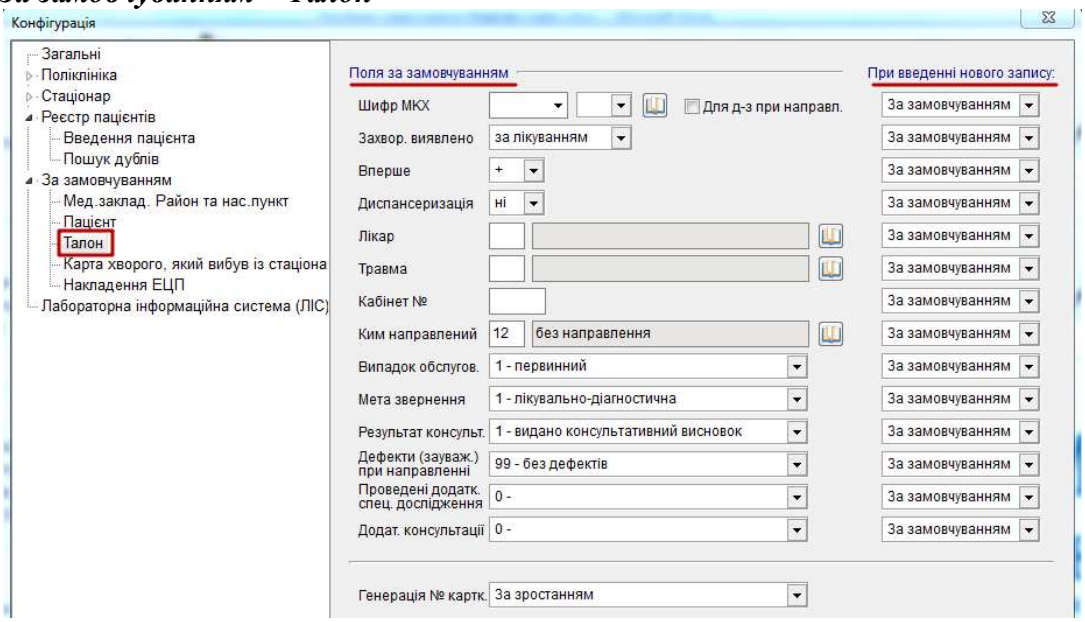
Вкладка містить за замовчуванням медичний заклад, район та населений пункт, які можна змінити, вибравши із довідника бази кнопкою . Є можливість налаштувати «Район» та «Населений пункт» для введення нового запису в реєстр.

За замовчуванням – Пацієнт



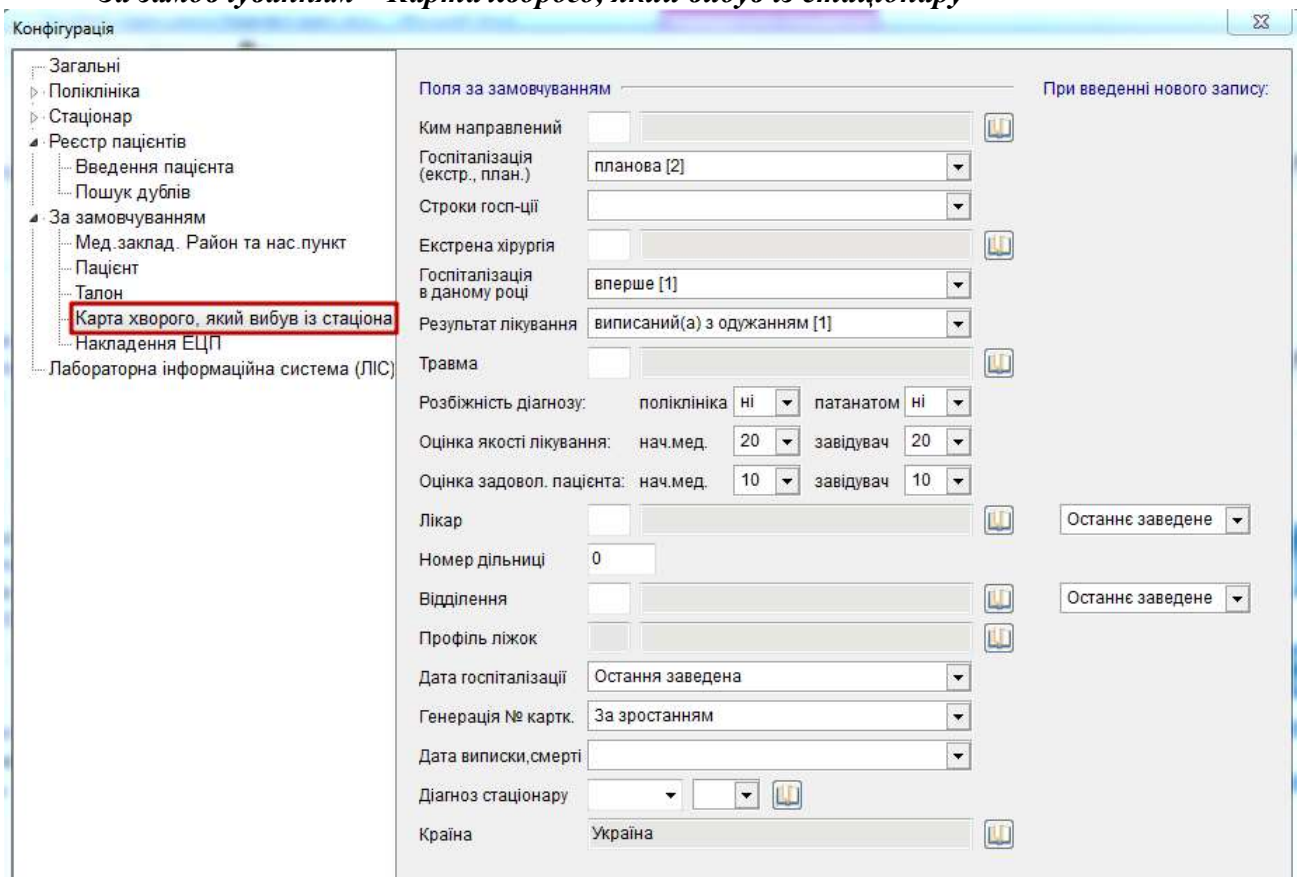
В даній вкладці налаштовуються поля за замовчуванням в реєстрі пацієнтів. При введенні нового запису можливо використовувати ці поля «за замовчуванням» або відмітити «останнє заведене».

За замовчуванням – Талон



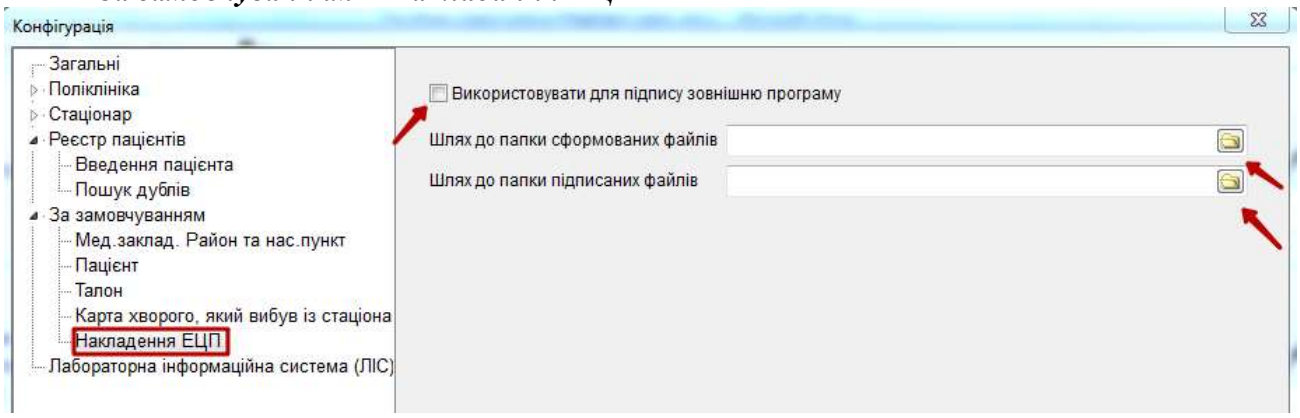
В даній вкладці налаштовуються поля за замовчуванням в реєстрі статистичних талонів. При введенні нового запису можливо використовувати ці поля «за замовчуванням» або відмітити «останнє заведене».

За замовчуванням – Карта хворого, який вибув із стаціонару



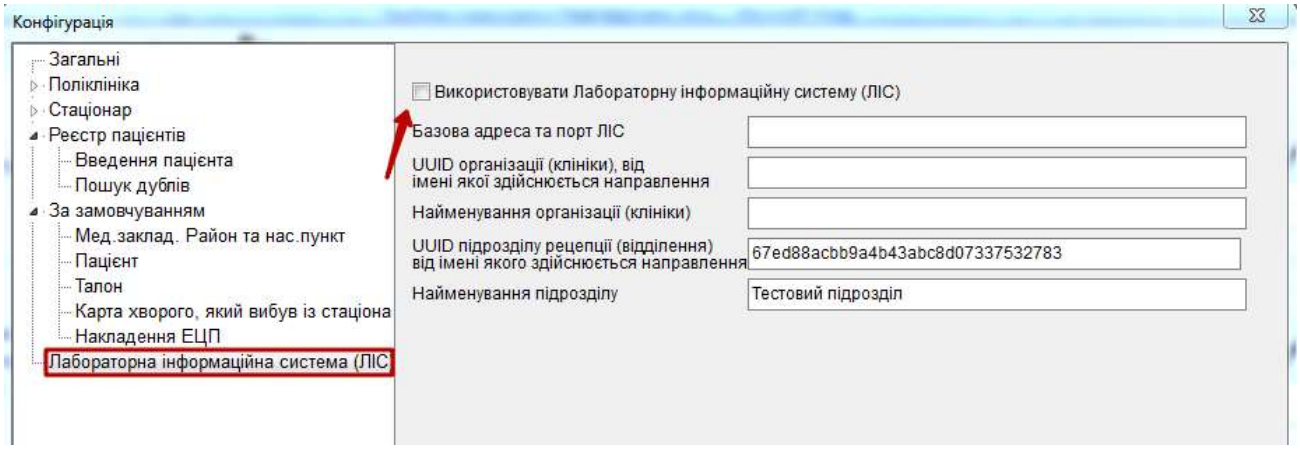
В даній вкладці налаштовуються поля за замовчуванням в реєстрі форм 066/о. При введенні нового запису можливо використовувати деякі поля «за замовчуванням» або відмітити «останнє заведене».

За замовчуванням – Накладання ЕЦП



«Використовувати для підпису зовнішню програму» - встановивши відмітку, процес накладання ЕЦП буде проходити в браузері, який використовується за замовчуванням в системі. При цьому можна вказати **«Шлях до папки сформованих файлів»** та **«Шлях до папки підписаних файлів»**.

Лабораторна інформаційна система



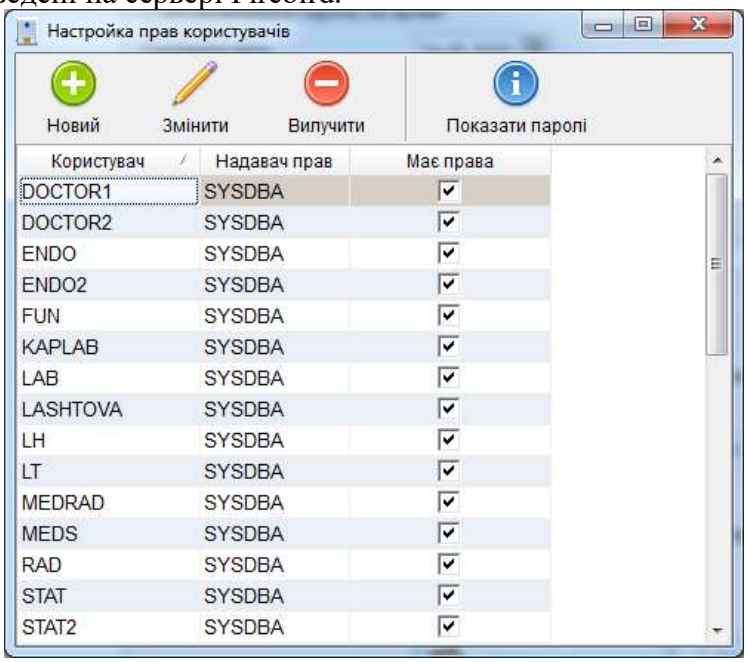
«Використовувати Лабораторну інформаційну систему» - в програмі реалізовано інтеграцію з лабораторною інформаційною системою.

14.5 Права користувачів

Даний пункт меню дозволяє для кожного користувача програми задати своє ім'я і пароль, а також роль, які вводяться при вході в програму.

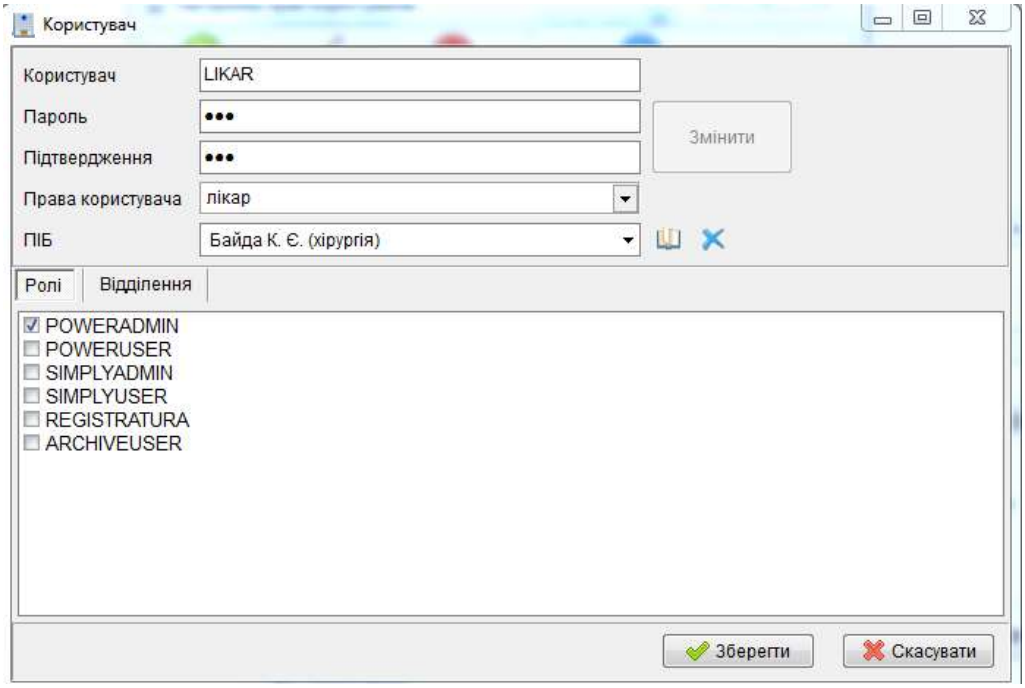
Редагування прав користувачів можливе і в локальній, і в мережевій версії, але в мережевій версії даний пункт меню доступний лише користувачу SYSDBA, а в локальній також і користувачам, що увійшли до програми, вказавши роль POWERADMIN.

В мережевій версії немає можливості вилучати користувачів, показувати паролі та бачити імена тих, хто надав їм права. Також в мережевій версії використовуються всі користувачі, що заведені на сервері Firebird.



В таблиці присутній стовпчик “Має права», з проставленими або не проставленими позначками. Якщо напроти користувача стоїть позначка в даному стовпці, то він має права на користування базою, тобто має одну або декілька ролей, що дозволені в базі, або це користувач SYSDBA, що має право на користування базою і без ролі. Даний стовпчик більш затребуваний в мережевій версії, оскільки є необхідність відокремити користувачів, що мають права в даній базі даних, від загального переліку користувачів, заведених на сервері. Під час спроби редагування прав користувача, що не має жодної ролі в базі даних, відображається відповідне попередження.

Для створення нового користувача потрібно натиснути «Новий» і у вікні, що з’явиться заповнити всі поля: ім'я користувача, пароль та його підтвердження, права користувача, ПІБ працівника а також позначити роль POWERADMIN (для всіх працівників незалежно від прав).

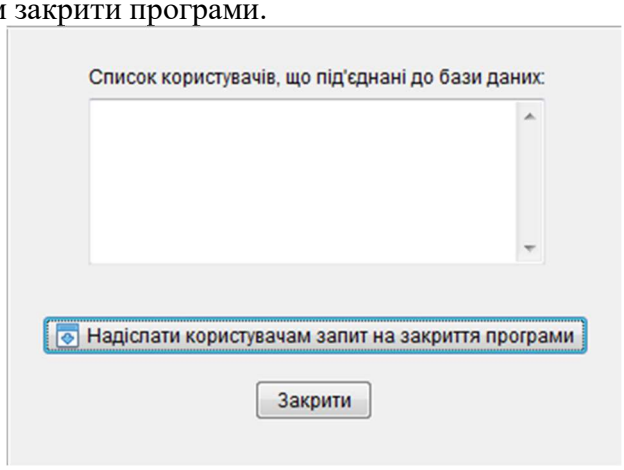


Під час редагування користувача, відкривається теж саме вікно, але за замовчуванням в ньому можна лише змінювати ролі користувача (додавати або видаляти), поля для зміни імені користувача та його пароля є заблокованими. Редагування паролю можна розблокувати, натиснувши кнопку “Змінити», а можливості змінювати ім'я користувача не існує. Якщо є необхідність в зміні імені користувача, то слід видалити такого користувача, а потім створити нового з потрібним ім'ям, вказати йому пароль і роль.

Вилучення користувача можливе лише в локальному режимі. Якщо під час видалення користувача виникли якісь помилки, наприклад, у користувача, що вилучається присутні ролі, надані не тим користувачем, що намагається його вилучити, то з'явиться повідомлення про помилку.

В мережевому режимі доступ до редагування прав користувачів існує тільки у користувача SYSDBA і тому інших обмежень не накладається, а от під час роботи в локальному режимі, крім того що доступ надається лише для SYSDBA та користувачів з роллю POWERADMIN, є ряд додаткових обмежень. Зокрема, якщо користувач не SYSDBA, то він має право на редагування та вилучення лише тих користувачів, що створив він сам (у таких користувачів в стовпчику “Надавач прав» міститься його ім'я), у протилежному випадку з'явиться помилка про відсутність прав.

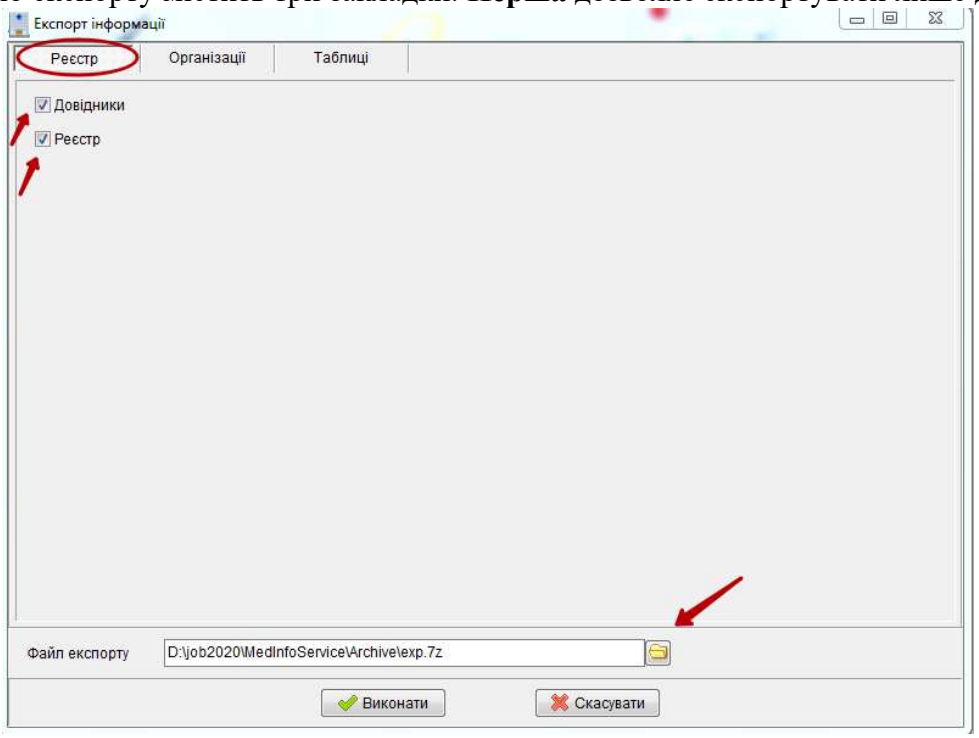
Кнопка «Надіслати повідомлення» дозволяє подивитись в мережевій версії список підключених користувачів до бази на сервері і надіслати повідомлення (у разі, наприклад, оновлення) з проханням закрити програми.



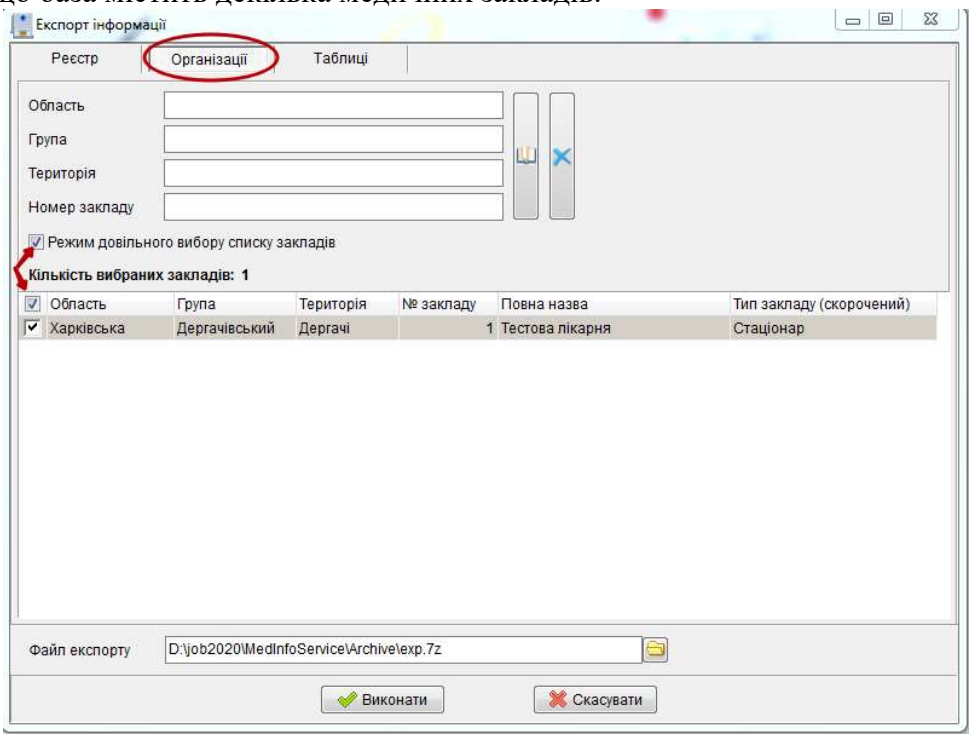
14.6 Експорт інформації

Команда призначена для експорту інформації з бази даних (довідників, реєстрів) в файл архіву (за замовчанням файл **exp.7z**) в папку **«Archive»** там, де розташована програма «Медінформсервіс». Ім'я та папка задаються користувачем.

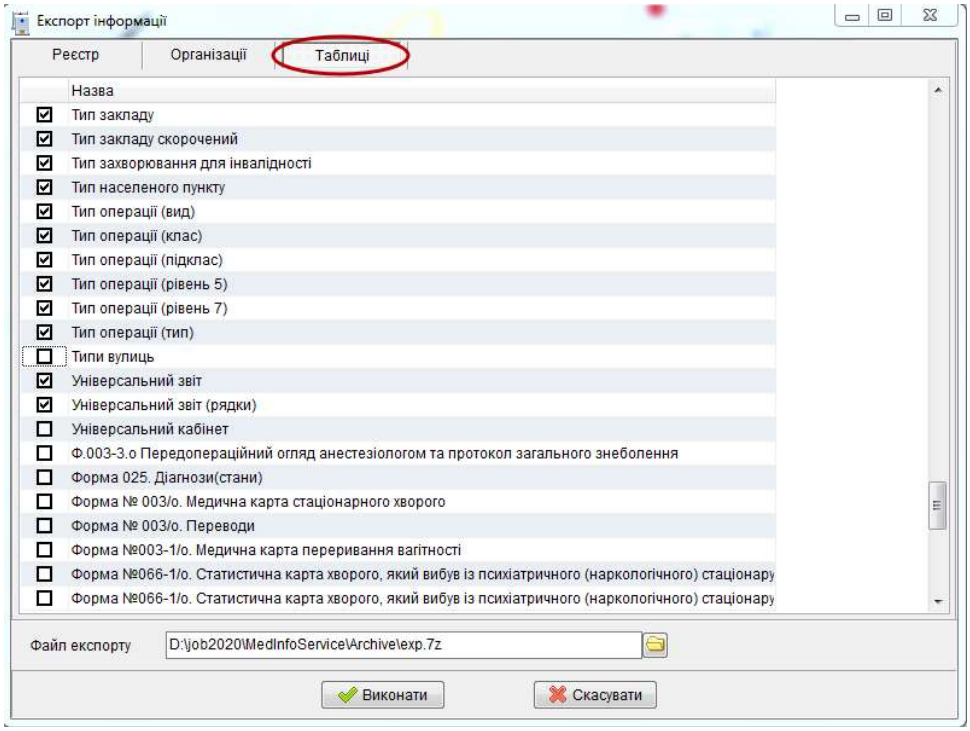
Вікно експорту містить три закладки. **Перша** дозволяє експортувати лише довідники.



Друга – вибрати, які саме організації буде експортовано. Є можливість довільного вибору, якщо база містить декілька медичних закладів.

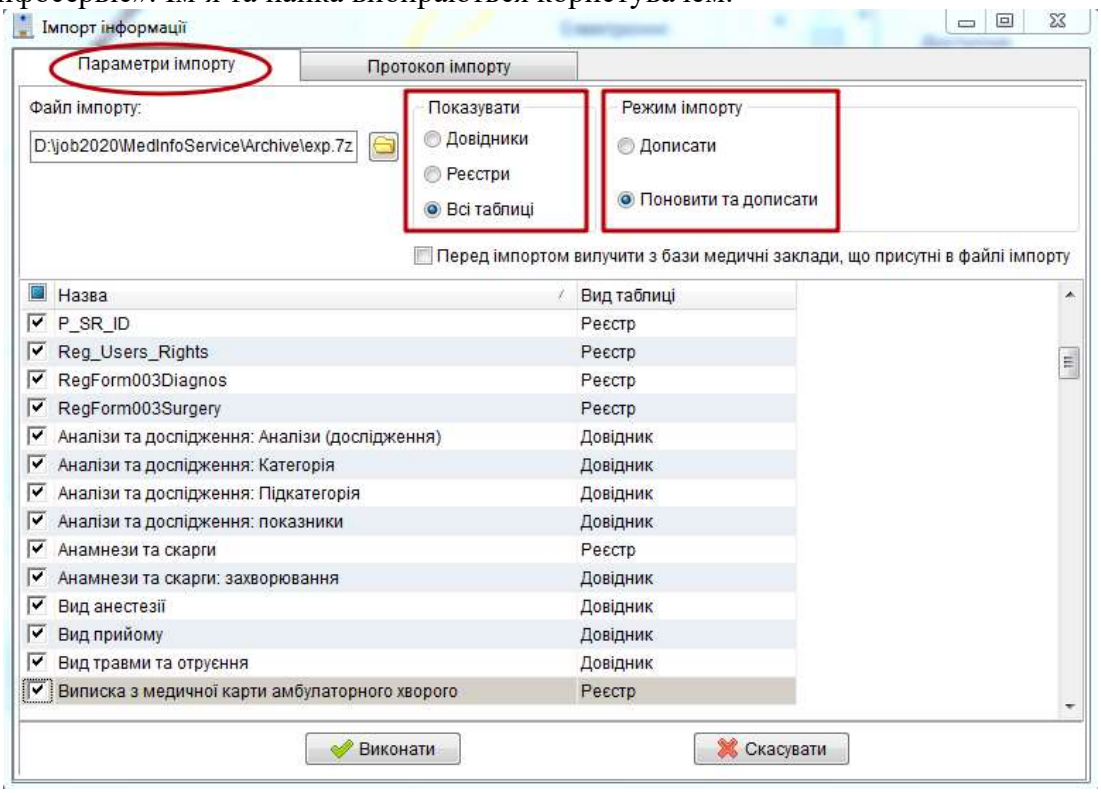


Третя дозволяє вказати окремі таблиці. За замовчанням експортується інформація за всіма медичними закладами, що присутні в базі даних.



14.7 Імпорт інформації

Команда призначена для імпорту інформації (довідників, реєстрів) в базу даних з файлу архіву (за замовчанням файл **exp.7z**) з папки **«Archive»** там, де розташована програма «Медінфосервіс». Ім'я та папка вибираються користувачем.



1. «Файл імпорту» – тут необхідно вибрати файл із внесеною інформацією.
2. За допомогою перемикача «Показувати» необхідно вибрати, які дані ви збираєтеся записати в базу.

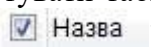
   «Довідники»- у вікні виводяться назви довідників;

   «Реєстри»- у вікні виводяться назви таблиць (реєстрів) з даними (база);

   «Всі таблиці» - назви довідників і таблиць (реєстрів).
3. Далі вибираємо спосіб відновлення даних (перемикач «Режим імпорту»):

«Дописати» – дані в базі не змінюються, дописується тільки нова інформація;

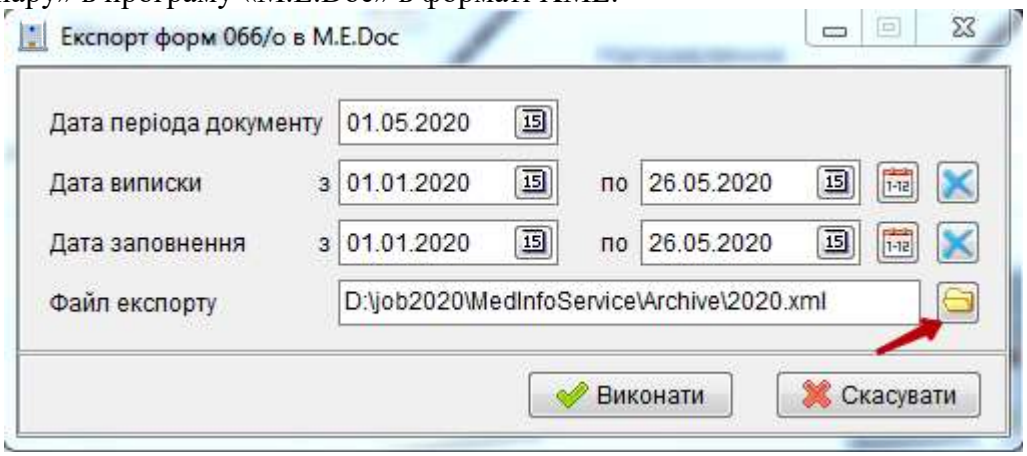
«Поновити та дописати» – обновлюються існуючі записи (при збігу номера) та дописуються нові.

4. Далі вибираємо які саме ми хочемо імпортувати таблиці (необхідно проставити галочки навпроти кожного, або одну галочку в шапці 

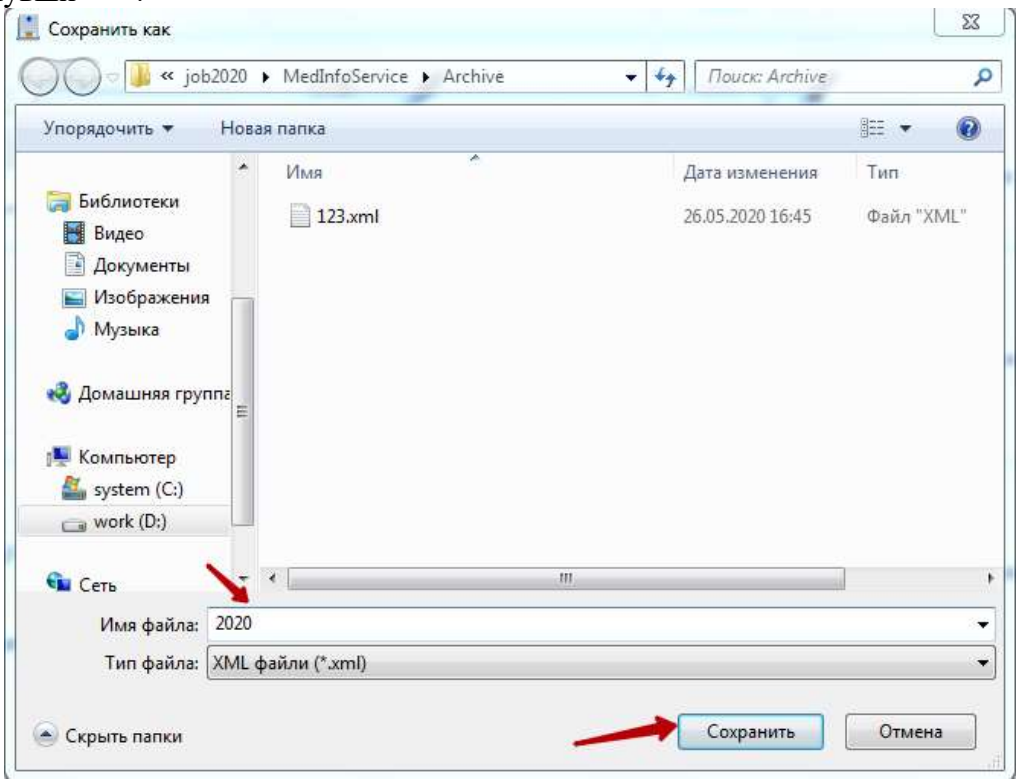
):
5. Натиснути кнопку «Виконати».

14.8 Експорт форм 066/о в M.E.Doc

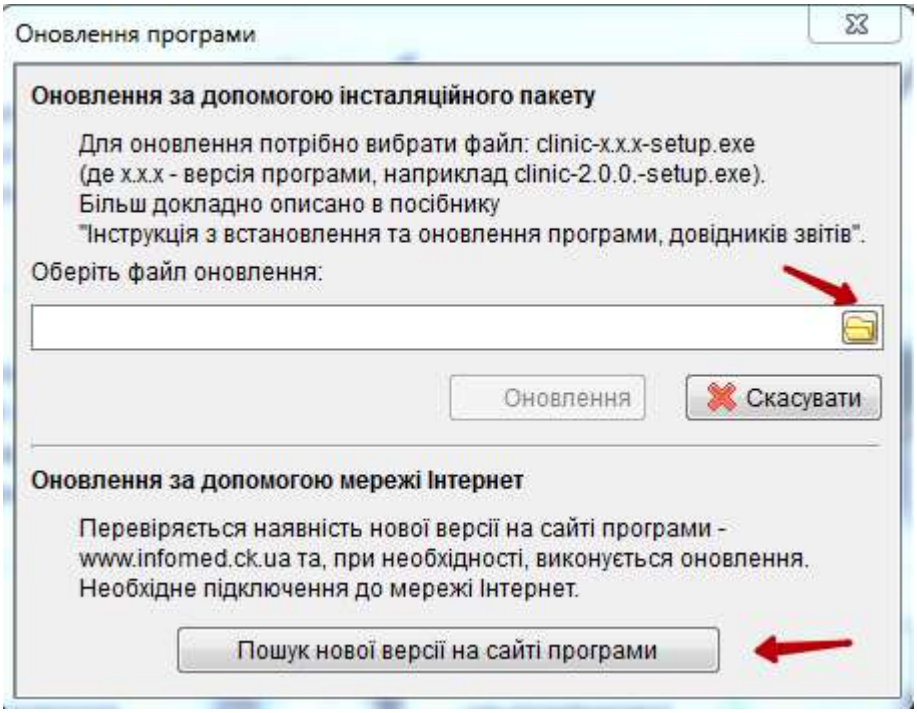
Команда призначена для експорту форм 066/о «Карта пацієнта, який вибув із стаціонару» в програму «M.E.Doc» в форматі XML.



Необхідно задати період документи (за замовчуванням ставиться перше число поточного місяця), період дати виписки, період дати заповнення і вказати ім’я файлу, натиснувши .



14.9 Оновлення програми



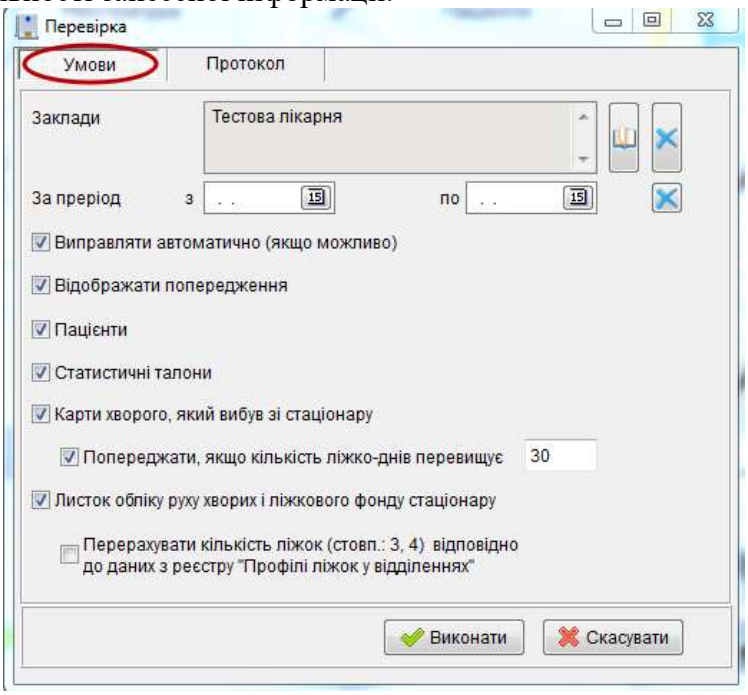
«Оновлення за допомогою інсталяційного пакету» дозволяє комплексне поновлення програми, бази, шаблонів звітів та інше. Необхідно вказати папку з програмою (за замовчанням вона співпадає) та файл архіву з оновленням. Далі натиснути кнопку «Оновлення».

«Оновлення за допомогою мережі Інтернет» дозволяє одразу оновитись із сайту infomed.ck.ua, без попереднього зберігання пакету оновлення на локальний диск.

Детальну інструкцію по оновленню програми Ви можете знайти в меню «Допомога».

14.10 Перевірка реєстрів

Дозволяє проводити перевірку та коректування реєстрів в програмі на предмет логічної правильності занесеної інформації.



Перевірку рекомендовано проводити перед формуванням звітів, та періодично за бажанням користувача, щоб усунути неточності.

У полі **«Заклади»** відображаються ті медичні установи, в яких буде виконана перевірка.

У полі **«За період з … по …»** вказується період, за який користувач виконує перевірку.

«Виправляти автоматично (якщо можливо)» - програма автоматично виправить помилки.

«Відображати попередження» - дає можливість відображати попередження, тобто не помилкову інформацію, а рекомендовану для аналізу коректності заповнення.

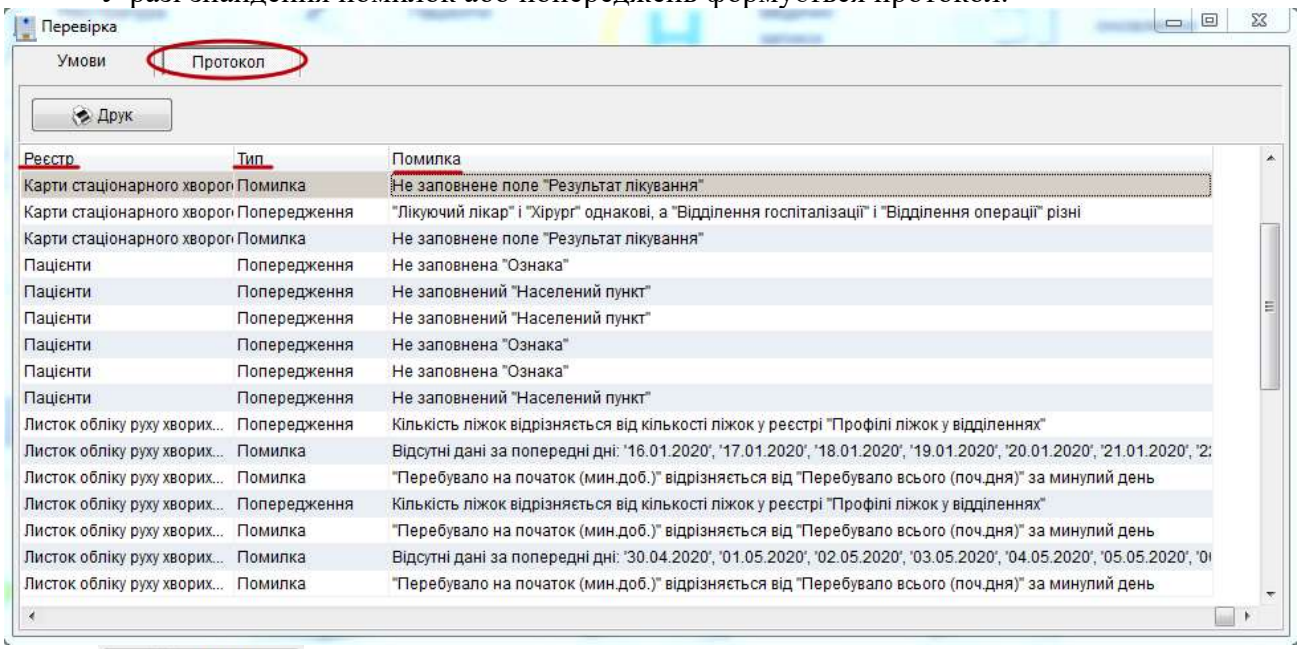
«Пацієнти» - включає перевірку реєстру «Пацієнти».

«Статистичні талони» - включає перевірку реєстру «Статистичні талони».

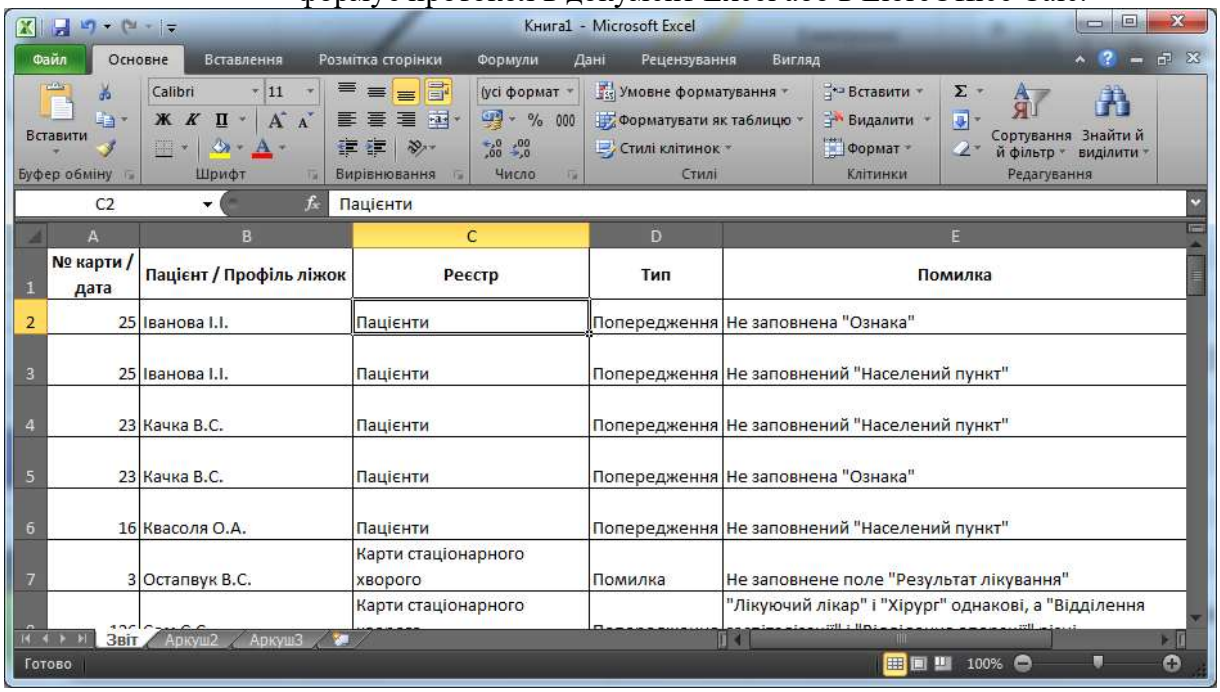
«Карти хворого, який вибув із стаціонару» - включає перевірку реєстру форм 066/о, можливо налаштувати попередження про перевищення кількості ліжко-днів.

«Листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару» - включає перевірку реєстру форм 007/о. Включити можливість «Перерахувати кількість ліжок (стовп. 3,4) відповідно до даних з реєстру «Профілі ліжок у відділенні» можливо тільки після відмітки «Виправляти автоматично (якщо можливо)».

У разі знайдення помилок або попереджень формується протокол.



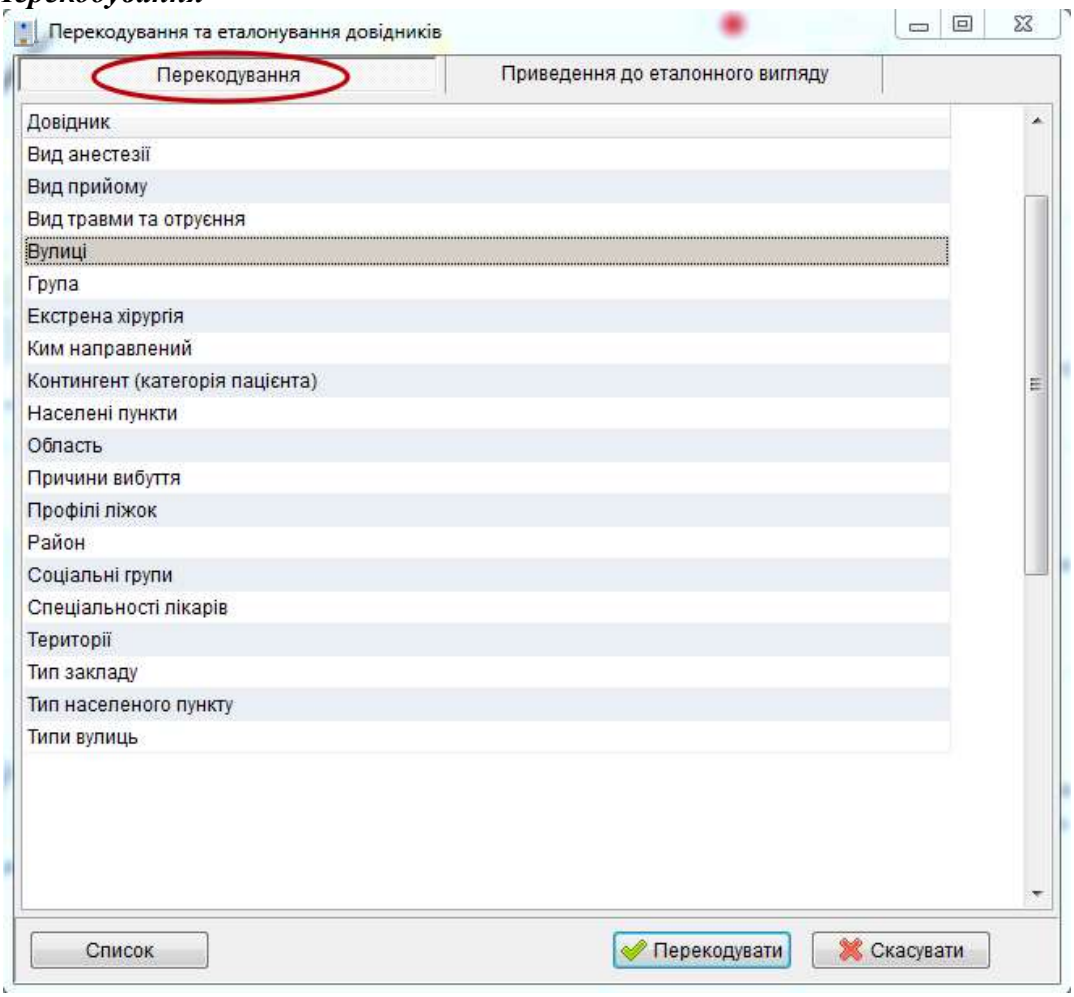
- формує протокол в документ Excel або в LibreOffice Calc.



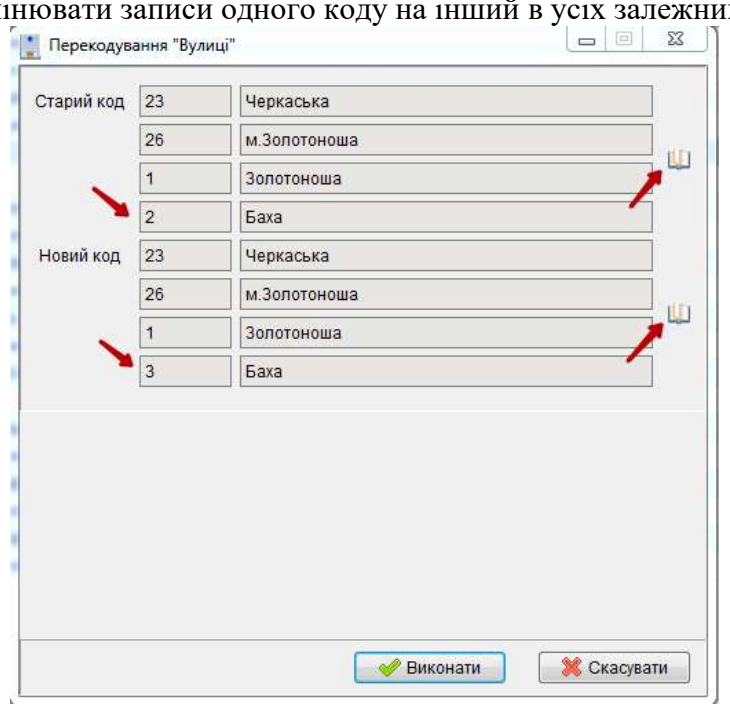
14.11 Перекодування та еталонування довідників

Дозволяє виконувати пакетну обробку довідників, а саме: перекодування та повну заміну довідника еталонним.

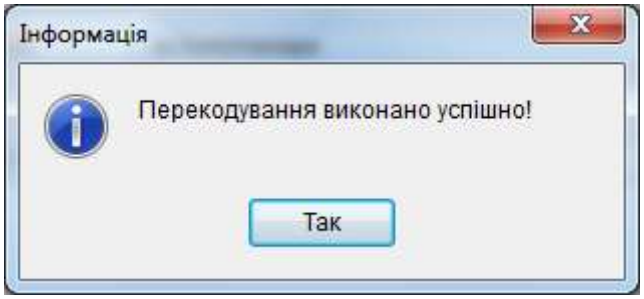
Перекодування



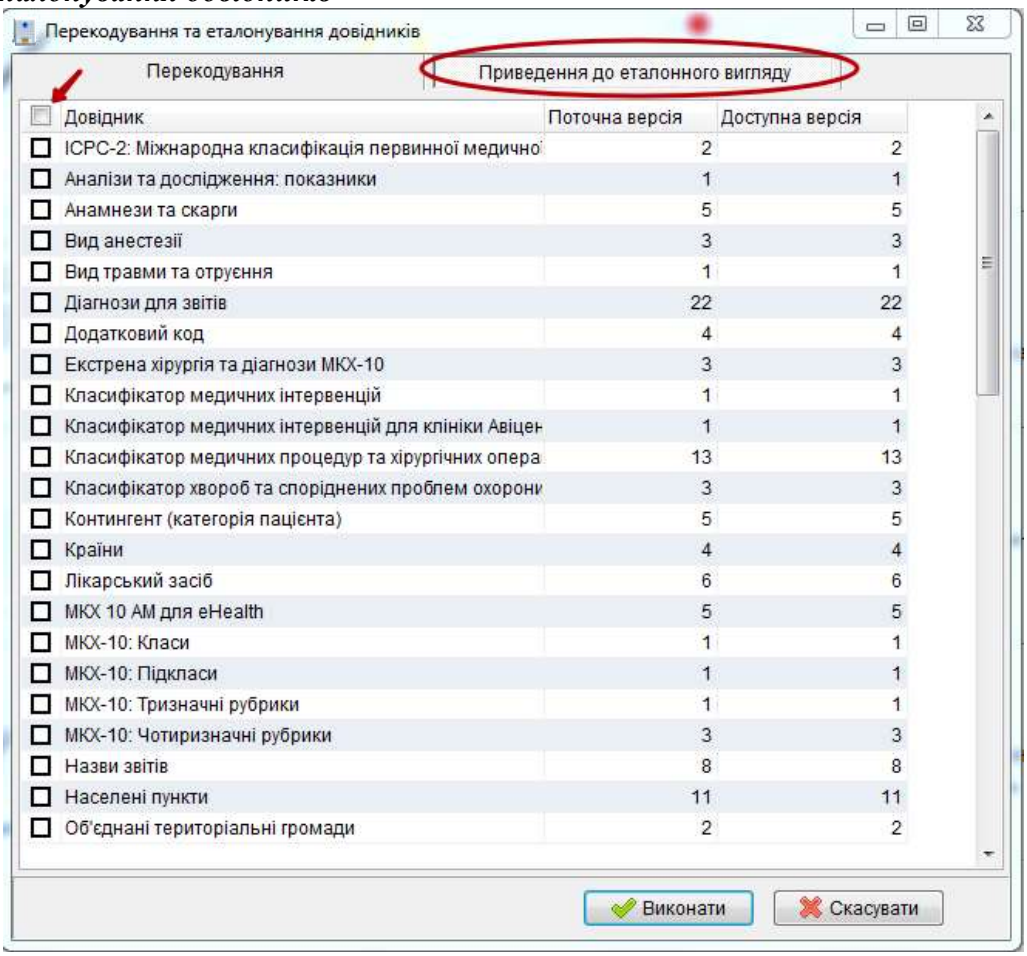
Дозволяє замінювати записи одного коду на інший в усіх залежних таблицях.

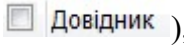


«Старий код» - вибирається запис з довідника, який необхідно замінити на новий.
«Новий код» - вибирається запис з довідника яким буде замінено старий.
Після натискання кнопки «Виконати», з’явиться наступне повідомлення



Еталонування довідників

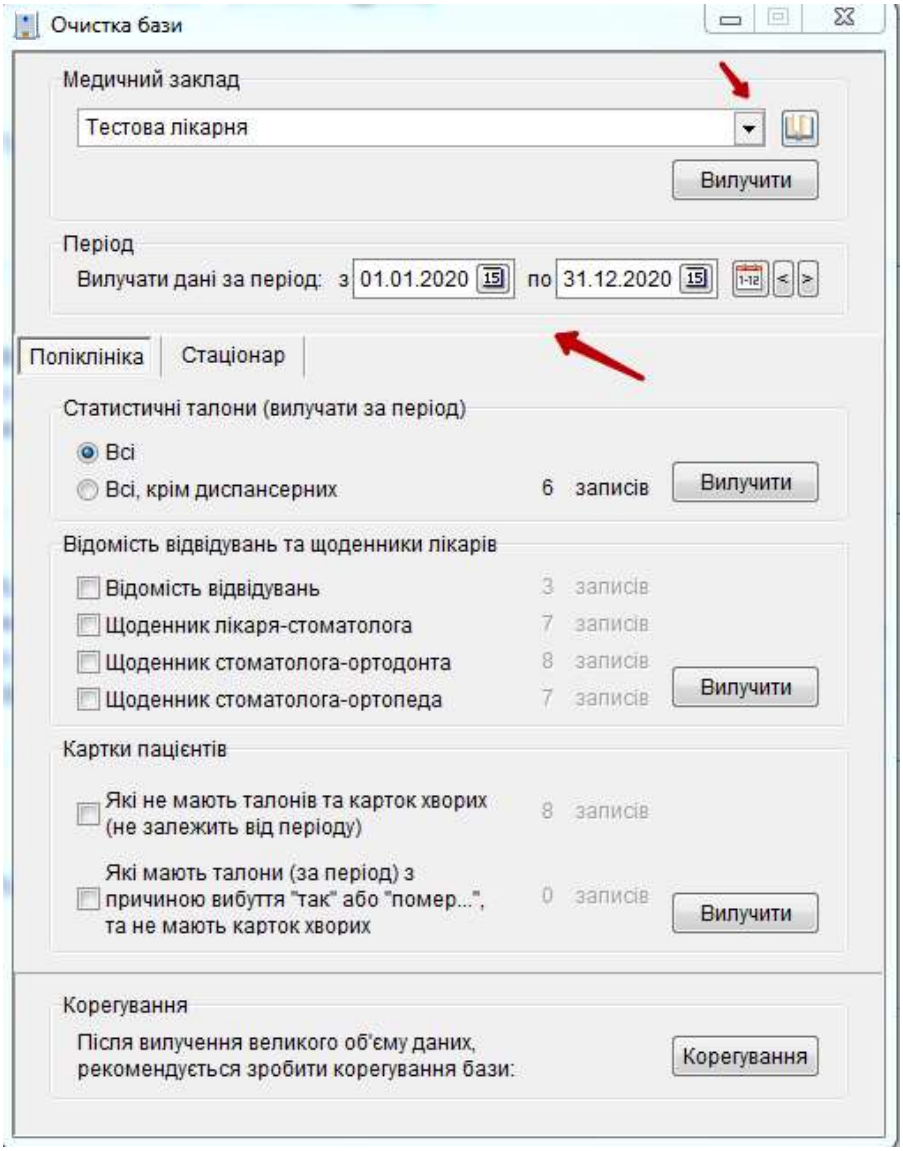


Замінюються всі записи у вибраних довідниках еталонними. Список для обробки формується з еталонних файлів, що знаходяться в каталозі з оновленнями бази «update». Обравши необхідні довідники (або обравши всі за допомогою відмітки 

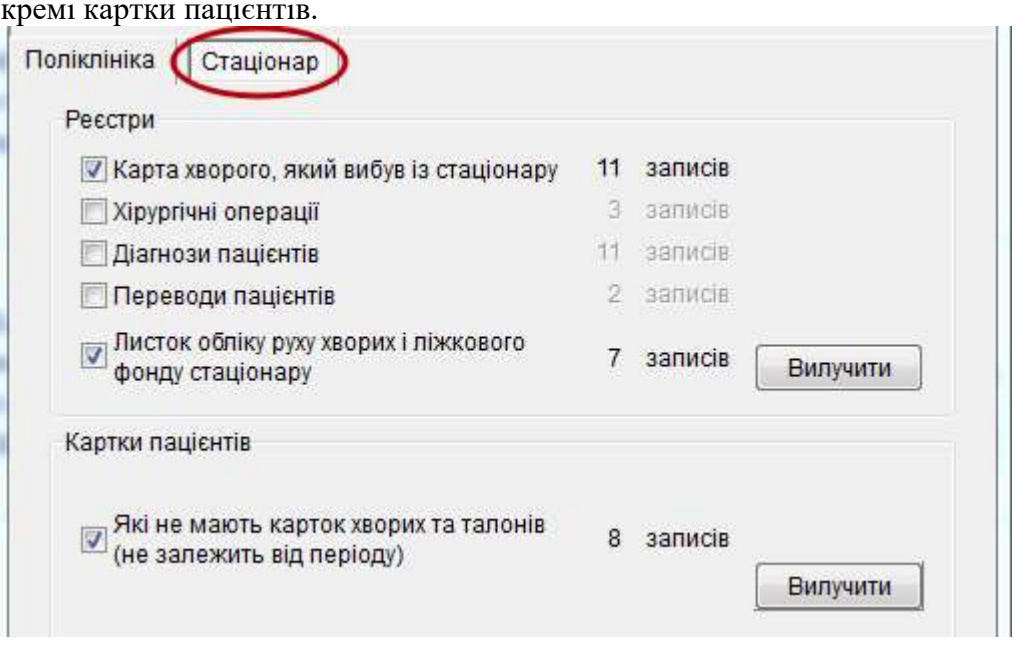
), необхідно натиснути кнопку «Виконати».

14.12 Очистка бази

Дозволяє очистити базу в залежності від обраного медичного закладу, а також періоду, за який необхідно вилучити.



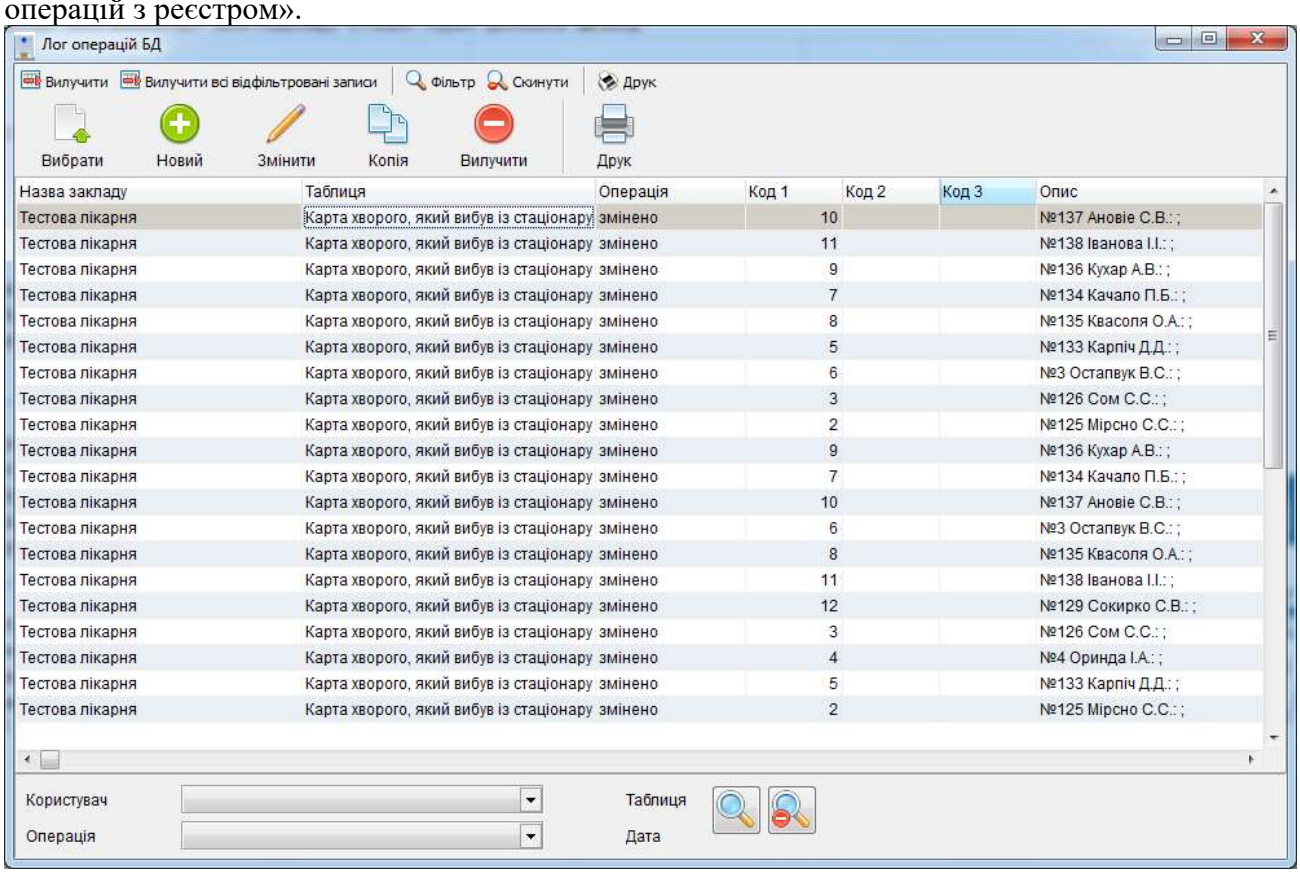
Обравши необхідну вкладку («Поліклініка» чи «Стаціонар»), слід відмітити, які саме дані необхідно видалити і натиснути кнопку «Вилучити». Для поліклініки є можливість вилучити статистичні талони, відомість відвідувань та щоденники лікаря-стоматолога, стоматолога-ортодонта, стоматолога-ортопеда та окремі картки пацієнтів. Для стаціонару – реєстри форми 066/о, хірургічних операцій, діагнози пацієнтів, переводи пацієнтів, форм 007/о та окремі картки пацієнтів.



Після вилучення даних слід обов’язково провести корегування бази, натиснувши кнопку «Корегування» внизу вікна. Виконується це для оптимізації роботи з базою даних.

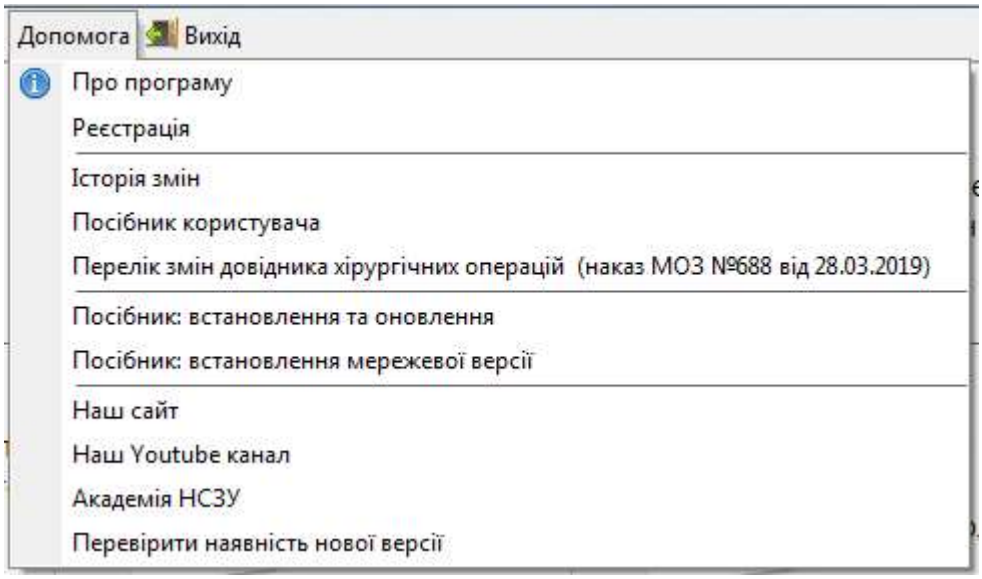
14.13 Лог операцій БД

Відображає всі події і зміни, які були здійснені в програмі в тому випадку, якщо в пункті меню «Сервіс» - «Конфігурація» (закладка «Загальні») відмітити «Зберігати лог усіх операцій з реєстром».



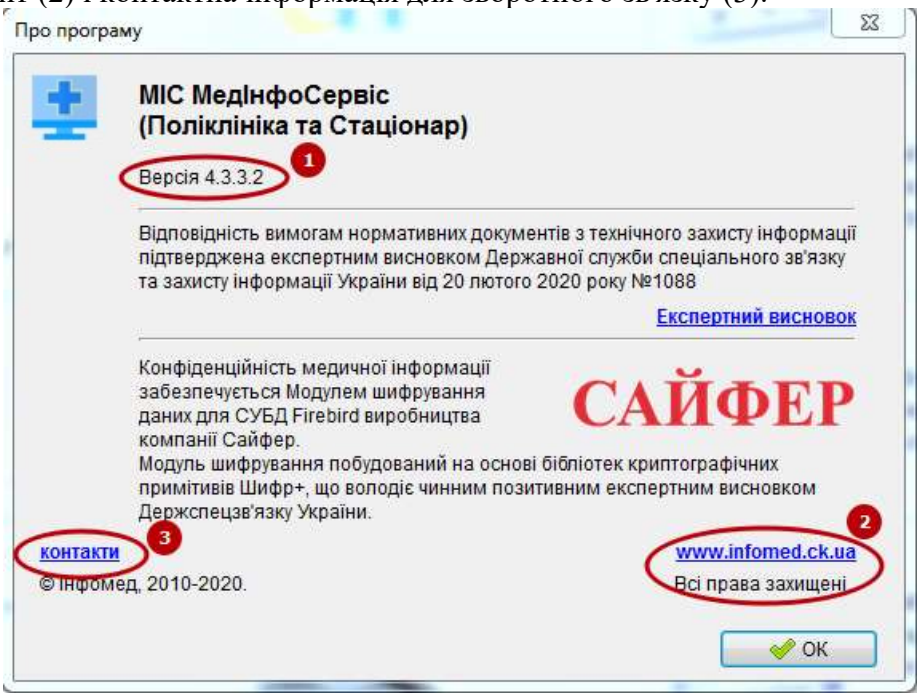
Назва закладу	Таблиця	Операція	Код 1	Код 2	Код 3	Опис
Тестова лікарня	Карта хворого, який вибув із стаціонару	змінено	10			№137 Ановіе С.В.: ;
Тестова лікарня	Карта хворого, який вибув із стаціонару	змінено	11			№138 Іванова І.І.: ;
Тестова лікарня	Карта хворого, який вибув із стаціонару	змінено	9			№136 Кухар А.В.: ;
Тестова лікарня	Карта хворого, який вибув із стаціонару	змінено	7			№134 Качало П.Б.: ;
Тестова лікарня	Карта хворого, який вибув із стаціонару	змінено	8			№135 Квасоля О.А.: ;
Тестова лікарня	Карта хворого, який вибув із стаціонару	змінено	5			№133 Карпіч Д.Д.: ;
Тестова лікарня	Карта хворого, який вибув із стаціонару	змінено	6			№3 Остапвук В.С.: ;
Тестова лікарня	Карта хворого, який вибув із стаціонару	змінено	3			№126 Сом С.С.: ;
Тестова лікарня	Карта хворого, який вибув із стаціонару	змінено	2			№125 Мірсно С.С.: ;
Тестова лікарня	Карта хворого, який вибув із стаціонару	змінено	9			№136 Кухар А.В.: ;
Тестова лікарня	Карта хворого, який вибув із стаціонару	змінено	7			№134 Качало П.Б.: ;
Тестова лікарня	Карта хворого, який вибув із стаціонару	змінено	10			№137 Ановіе С.В.: ;
Тестова лікарня	Карта хворого, який вибув із стаціонару	змінено	6			№3 Остапвук В.С.: ;
Тестова лікарня	Карта хворого, який вибув із стаціонару	змінено	8			№135 Квасоля О.А.: ;
Тестова лікарня	Карта хворого, який вибув із стаціонару	змінено	11			№138 Іванова І.І.: ;
Тестова лікарня	Карта хворого, який вибув із стаціонару	змінено	12			№129 Сокирко С.В.: ;
Тестова лікарня	Карта хворого, який вибув із стаціонару	змінено	3			№126 Сом С.С.: ;
Тестова лікарня	Карта хворого, який вибув із стаціонару	змінено	4			№4 Оринда І.А.: ;
Тестова лікарня	Карта хворого, який вибув із стаціонару	змінено	5			№133 Карпіч Д.Д.: ;
Тестова лікарня	Карта хворого, який вибув із стаціонару	змінено	2			№125 Мірсно С.С.: ;

15. Допомога



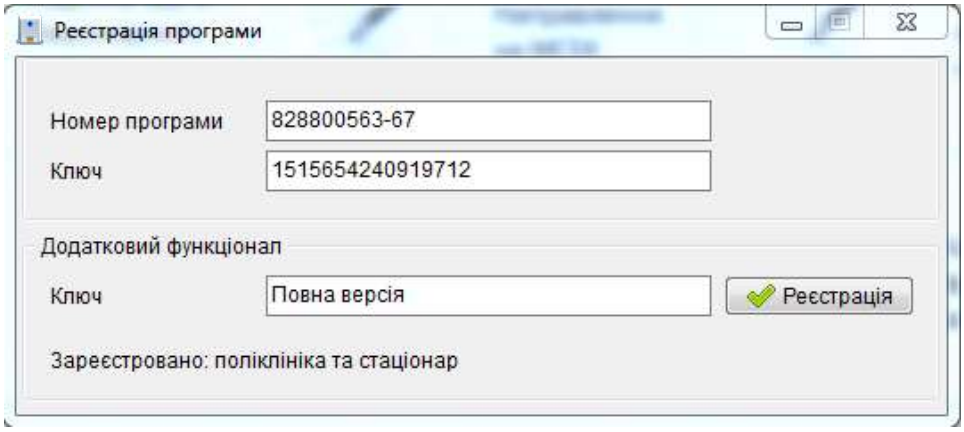
15.1 Про програму

Дає можливість ознайомитись з версією програми і бази даних (1), посиланням на офіційний сайт (2) і контактна інформація для зворотного зв'язку (3).



15.2 Реєстрація

В даному вікні можна побачити дійсний номер та ключ програми. Також програма дає можливість ввести новий ключ.



15.3 Історія змін

Відкривається документ в MS Word, де відображена історія змін, що відбувалися в програмі відповідно даті оновлення.

15.4 Посібник користувача

15.5 Посібник: Встановлення та оновлення

15.6 Посібник: Встановлення мережевої версії.

15.7 Наш сайт

Посилання на офіційний сайт програми.

15.8 Наш Youtube канал

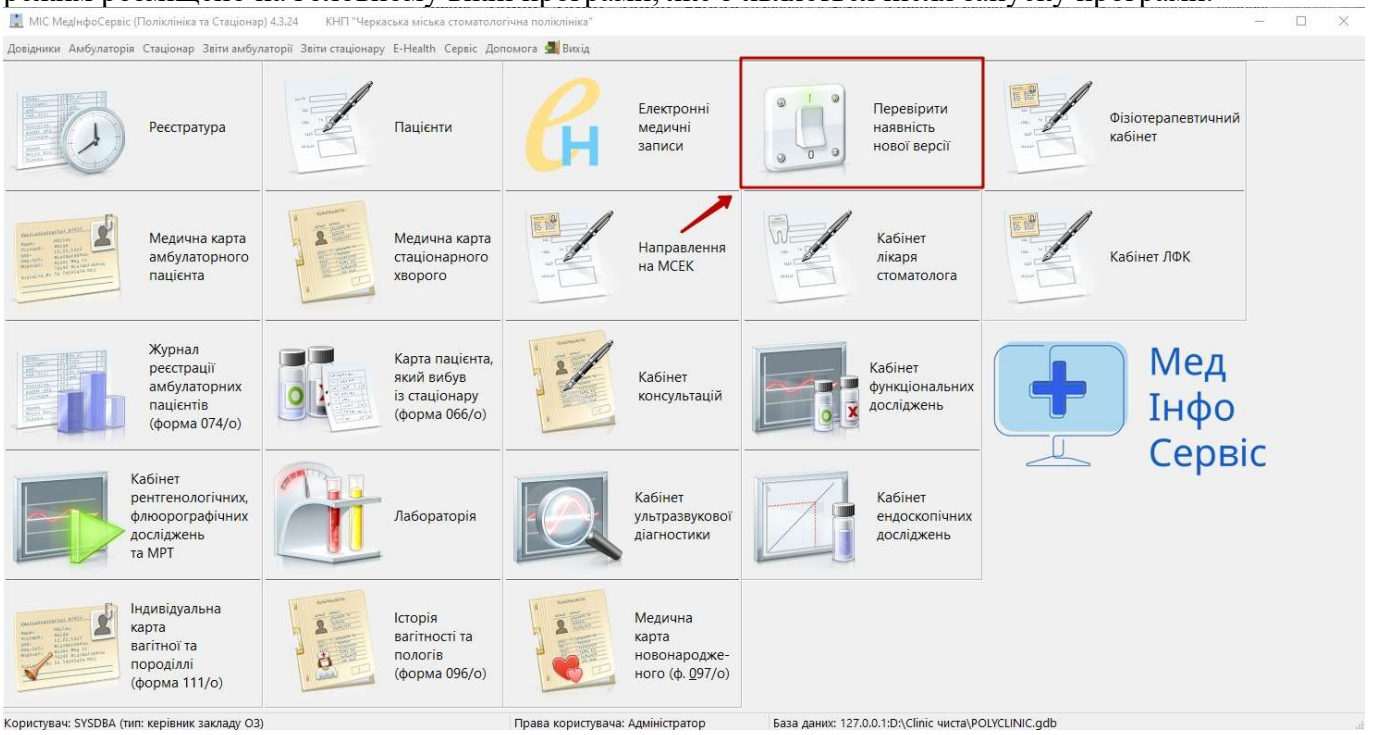
Посилання на відео інструкцію на сайті youtube.com.

15.9 Академія НСЗУ

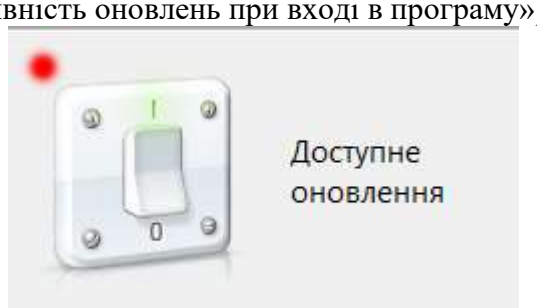
Посилання на офіційний сайт Національної служби здоров'я України, розділ «Академія НСЗУ».

15.10 Перевірити наявність нової версії

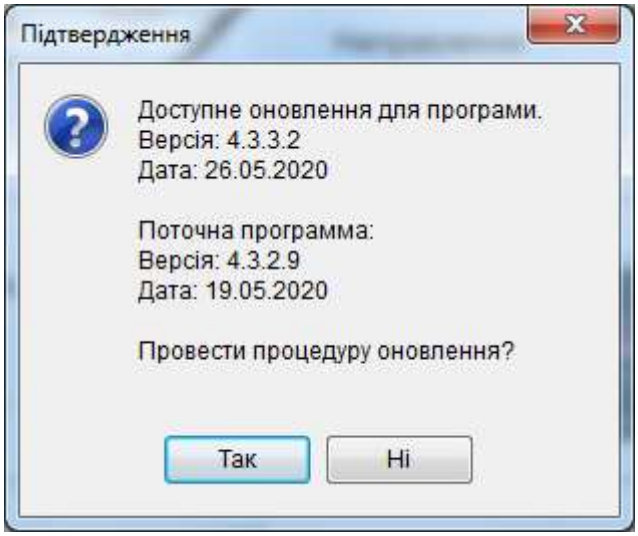
Дає можливість перевірити на наявність нової версії програми. Для зручності даний режим розміщено на головному вікні програми, яке з'являється після запуску програми.



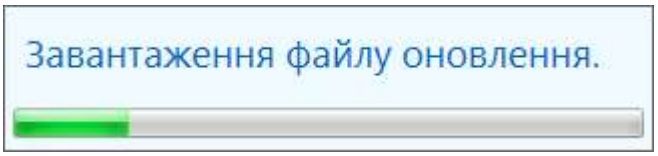
При наявності доступного оновлення та при налаштуваннях конфігурації (поставлена галочка «Перевіряти на наявність оновлень при вході в програму») кнопка матиме вигляд



У разі використання не останньої версії, з'явиться вікно:



При позитивній відповіді розпочнеться оновлення за допомогою мережі Інтернет, із офіційного сайту infomed.ck.ua, без попереднього зберігання пакету оновлення на локальний диск.



16. Матеріали МІС

16.1 МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ПОЛОГАХ. Особливості ведення електронних медичних записів за допомогою програмного комплексу «МедІнфоСервіс».

Даний роздыл містить детальну покрокову інструкцію щодо ведення електронних медичних записів (далі - ЕМЗ) в E-Health по пріоритетному стаціонарному пакету послуг **«Медична допомога при пологах»**. Використовуються матеріали із методичних інструкцій Національної служби здоров'я України (далі – НСЗУ), які знаходяться за посиланням: https://academy.nszu.gov.ua/mod/page/view.php?id=248
https://academy.nszu.gov.ua/mod/folder/view.php?id=183.

АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ЕМЗ ПО ПОЛОГАХ

{для швидкого переходу до потрібного пункту, вказаного в дужках – оберіть його одним натисканням миші}

КРОК 1 Запускаємо головне вікно ЕМЗ (**пункт 1**).

КРОК 2 Ідентифікуємо пацієнтку (**пункт 2** або **пункт 3**) або, при потребі, створюємо неідентифікованого пацієнта і запис для нього «Альтернативна ідентифікація пацієнта» (**пункт 4**).

КРОК 3 У разі, якщо пацієнтка має направлення на госпіталізацію, лікар опрацьовує його за допомогою кнопки «Управління направленнями» на головному вікні ЕМЗ і погашає відповідною взаємодією (**пункт 5**). Якщо пацієнтку було проліковано без направлення, або за паперовим направленням (не з ЕСОЗ), цей крок пропускається.

КРОК 4 ПІСЛЯ ВИПИСКИ лікар створює **пацієнтці** взаємодію з типом «Виписка пацієнта, який вибув зі стаціонару» з відповідними діагнозами, послугами і спостереженням і реєструє її в E-Health (**пункт 6**).

КРОК 5 Лікар створює для **новонародженої дитини** запис як неідентифікованого пацієнта і «Альтернативну ідентифікацію пацієнта» з відповідними спостереженнями реєструє їх в E-Health (**пункт 4**).

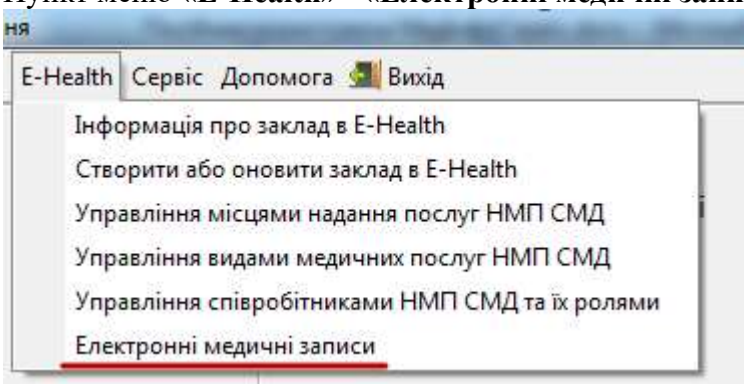
КРОК 6 У випадку, коли було проведено лікування з постановкою діагнозу, для дитини створюється виписка по типу, як для породіллі (**пункт 6**), але послуги і діагнози вказувати в залежності від клінічного випадку. Якщо такої необхідності не було – цей крок пропускається.

КРОК 7 Лікар закриває створений епізод (**пункт 7**).

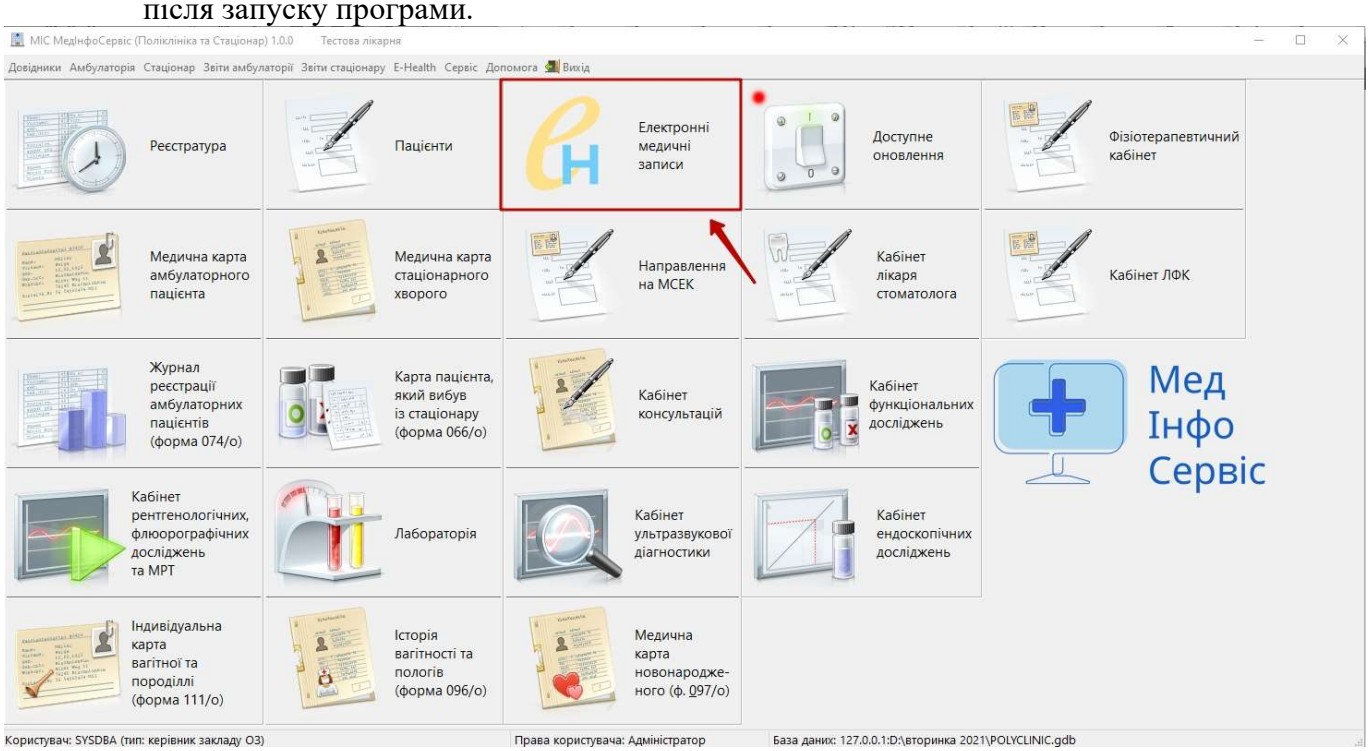
1. Головне вікно ЕМЗ.

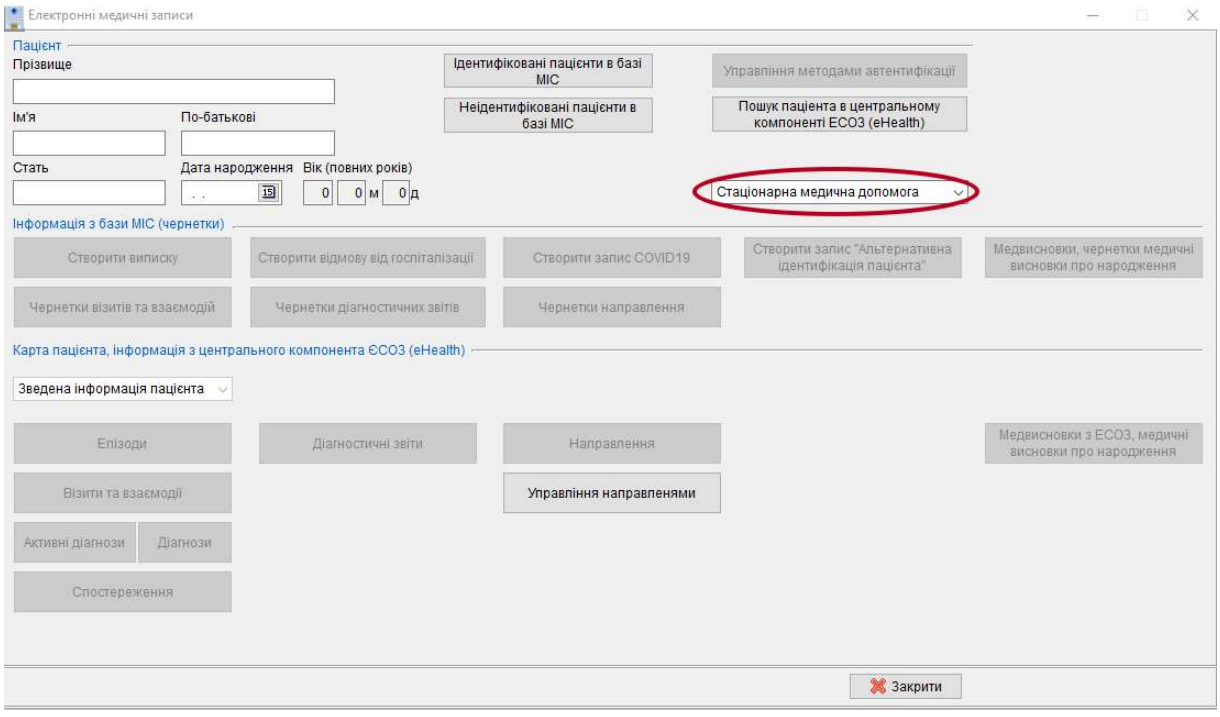
Запустити головне вікно Електронні медичні записи (далі - ЕМЗ) можна кількова способами, а саме :

1. Пункт меню **«E-Health» - «Електронні медичні записи».**



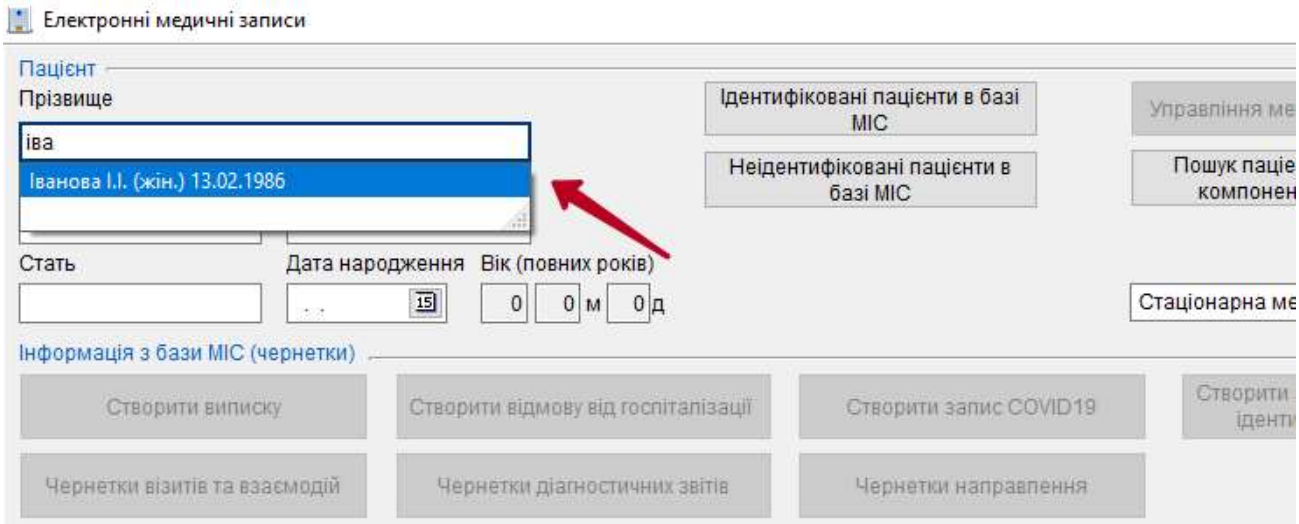
2. Для зручності, його розміщено **на головному вікні програми**, яке з’являється після запуску програми.



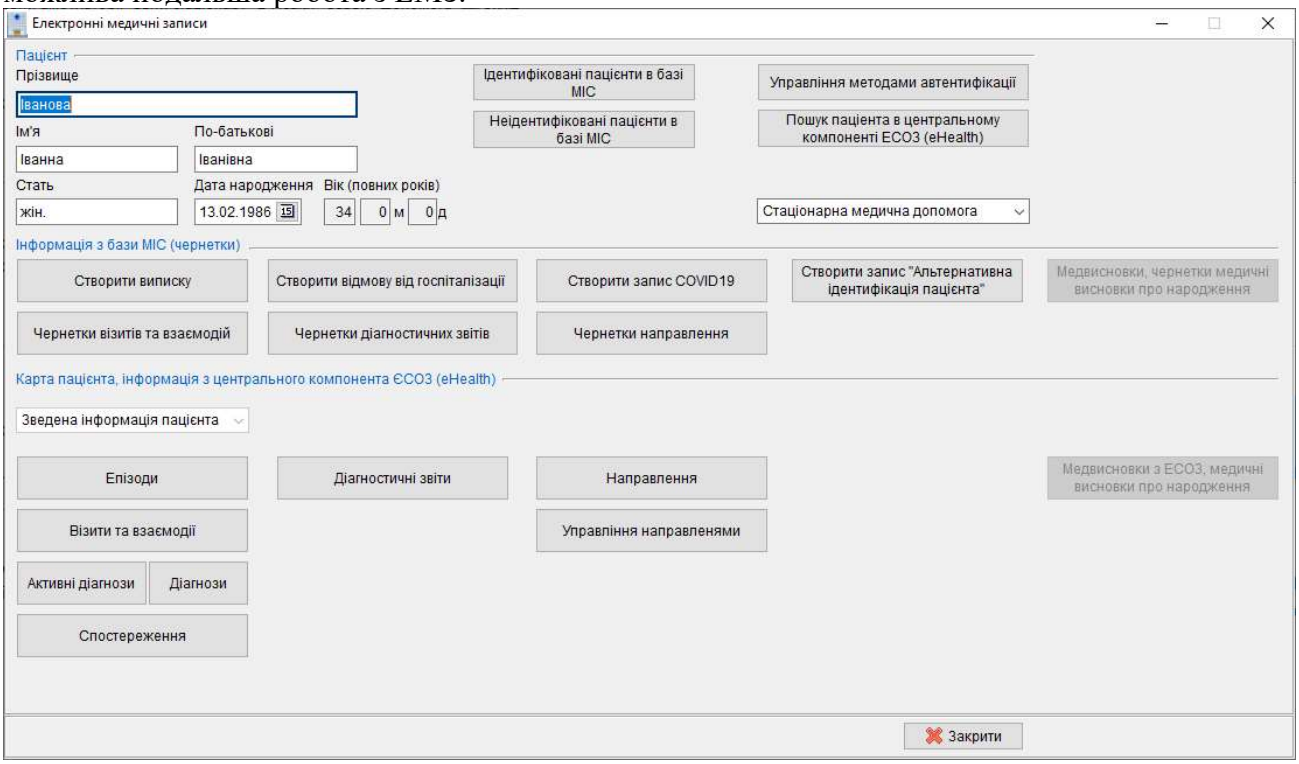


2. Ідентифікація пацієнта. ПРИВ'ЯЗКА ПАЦІЄНТА з ЕСОЗ до пацієнта з бази МІС.

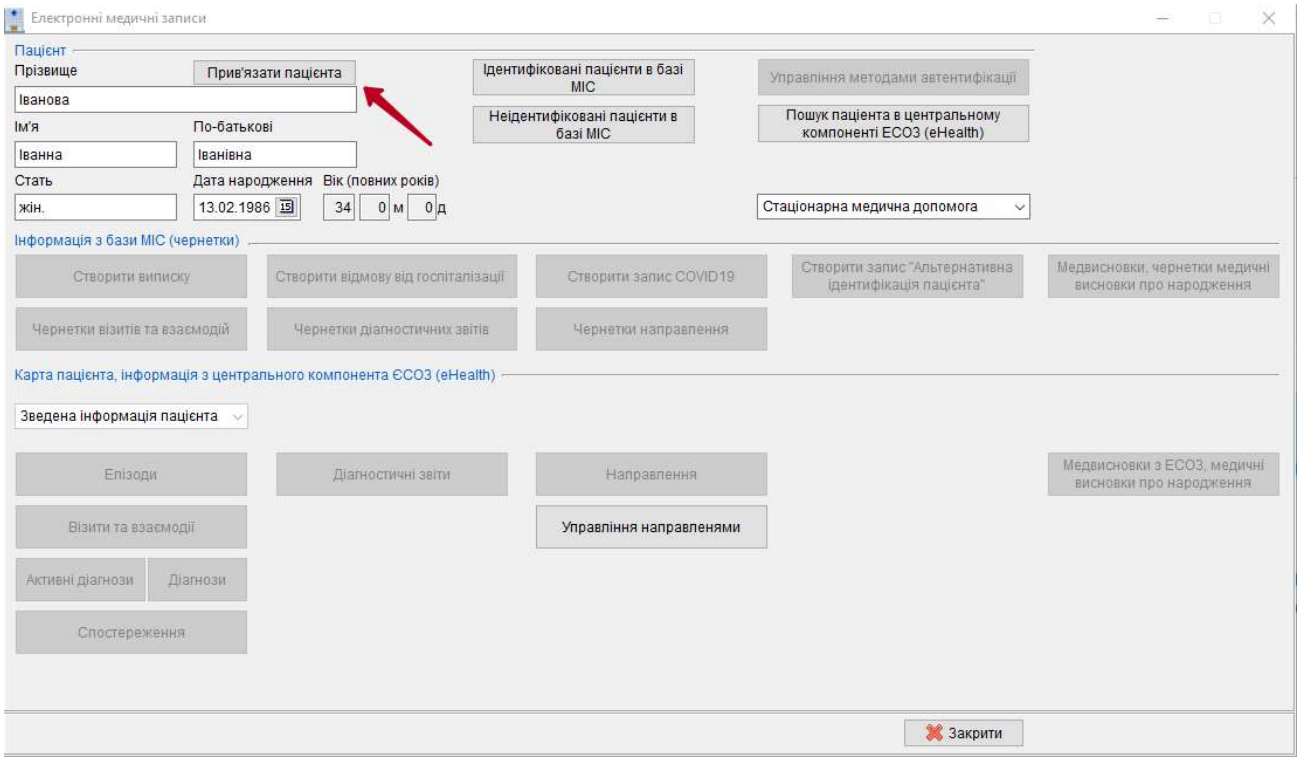
Зверніть увагу! Для початку роботи з пацієнтом в електронних медичних записах (далі - ЕМЗ), слід спочатку здійснити пошук в локальній базі програми (в реєстрі пацієнтів). Для цього в полі «Прізвище» почати вводити прізвище пацієнта, у разі присутності якого виведеться список присутніх в базі людей. Якщо людина вперше звернулась в заклад, слід додати новий запис в реєстр пацієнтів.



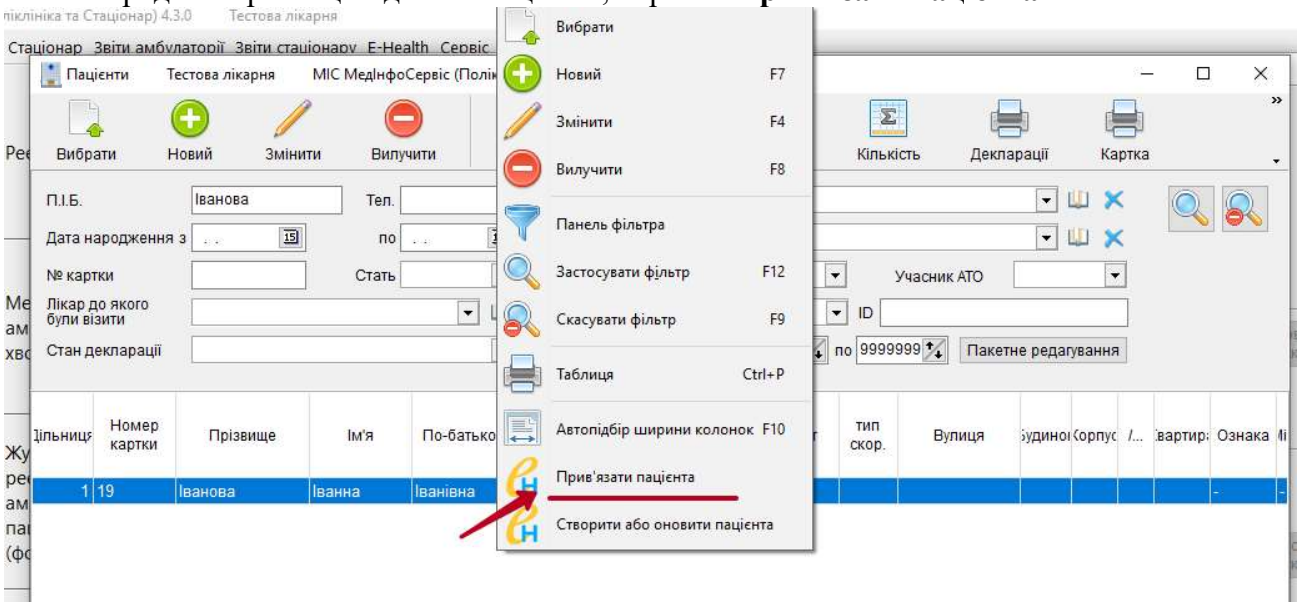
У випадку, коли пацієнт уже «прив'язаний», всі кнопки вікна стають активними і можлива подальша робота з ЕМЗ.



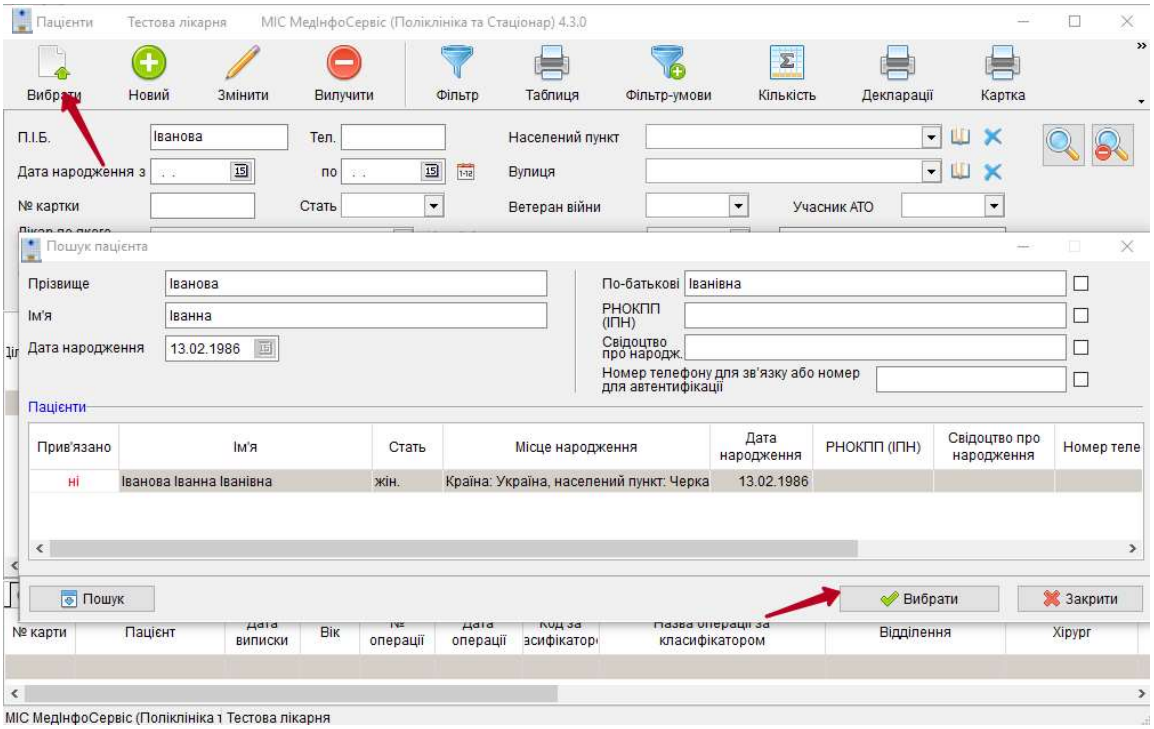
Якщо кнопки залишились неактивними, потрібно виконати прив'язку даного пацієнта.

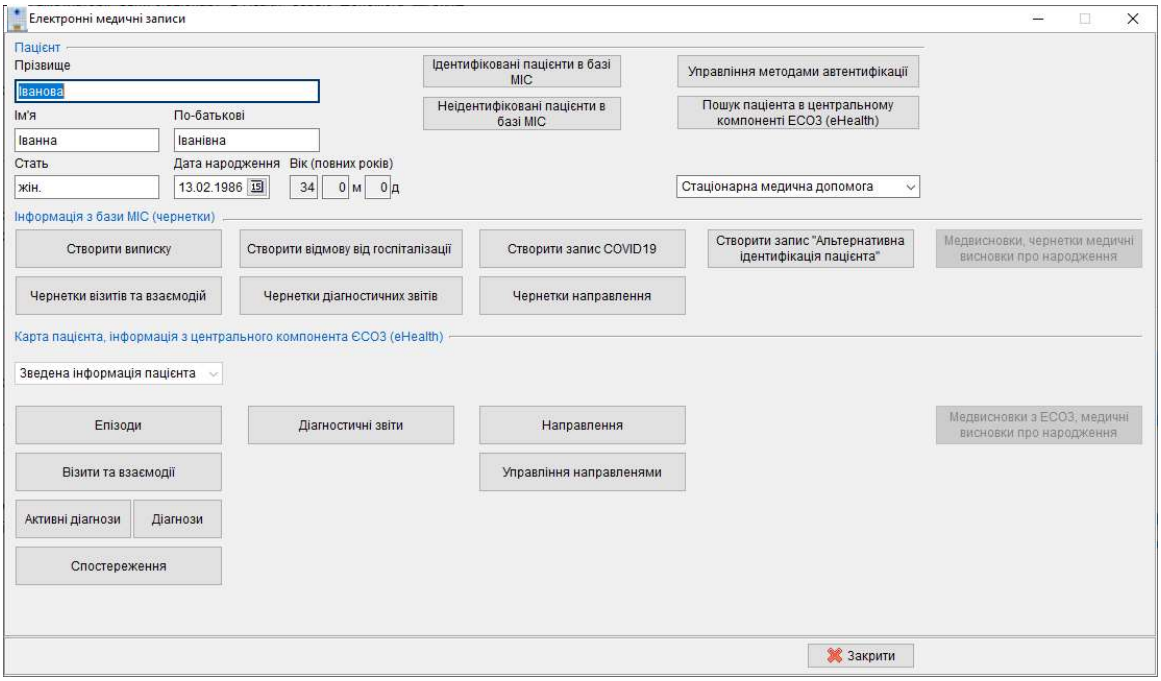


Прив'язка здійснюється або за допомогою кнопки **«Прив'язати пацієнта»** на головному вікні ЕМЗ або за допомогою кнопки **«Ідентифіковані пацієнти в базі МІС»,** при натисканні якої відкривається реєстр пацієнтів в базі МІС, де, натиснувши праву клавішу миші на рядок з прізвищем даного пацієнта, обрати **«Прив'язати пацієнта»**.

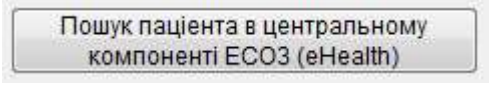


Відкривається вікно з переліком знайдених пацієнтів в ЕСОЗ. У випадку, коли знайдено кілька збігів, можна здійснити пошук за певними додатковими параметрами (номер телефону, свідоцтво про народження, ІПН) і натиснути **«Вибрати»** в даному вікні і потім у вікні з реєстром пацієнтів.

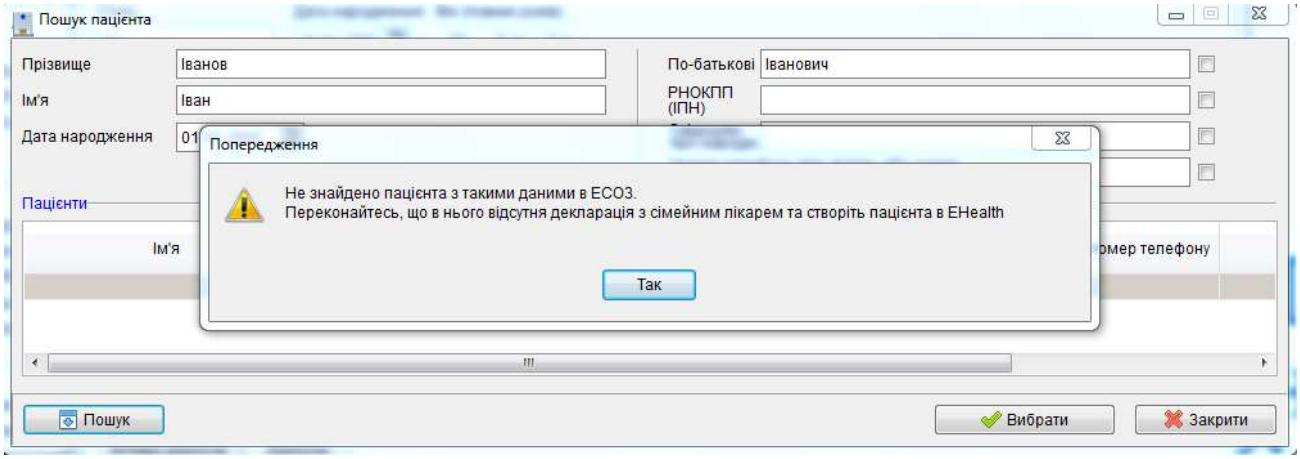




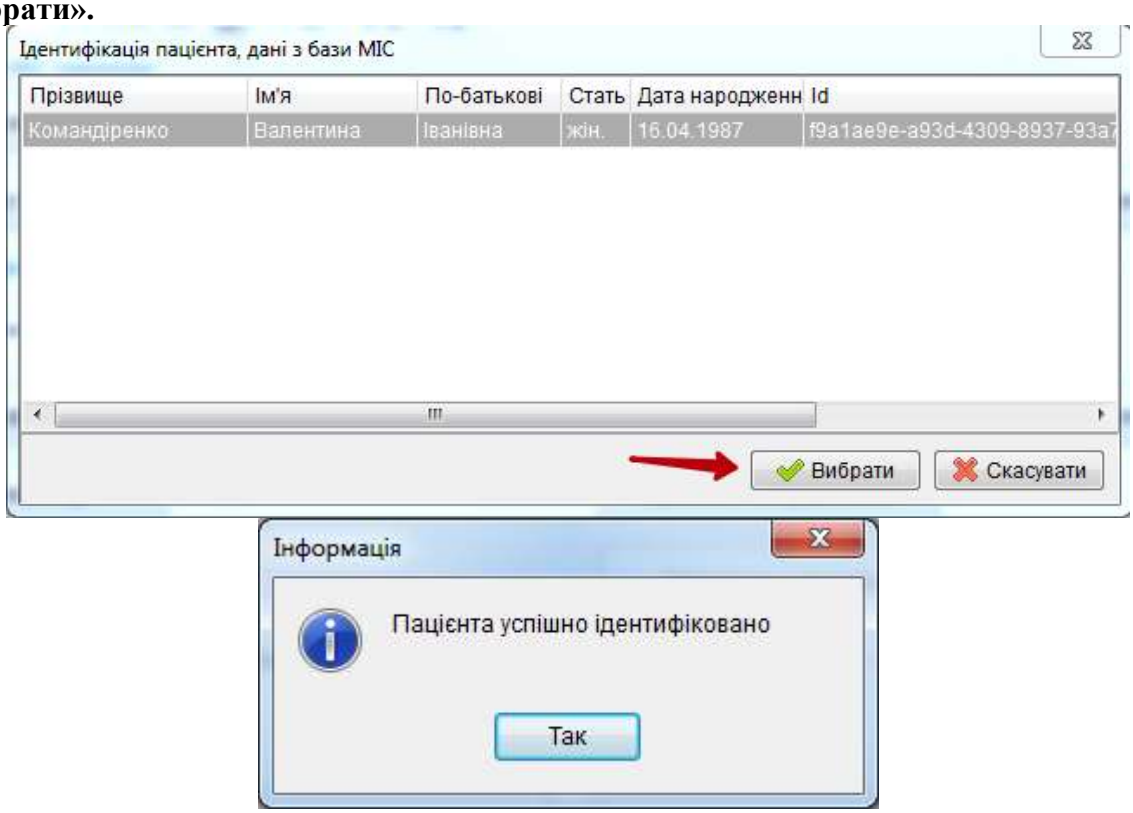
Зверніть увагу! Якщо у випадку прив'язки пацієнта не знайшлось в ЕСОЗ, але декларація з сімейним лікарем заключна, то необхідно перевірити правильність даних людини, внесеної в базу МІС. Перевіряються такі параметри, як **ПІБ, стать і дата народження**.



- кнопка для пошуку пацієнта в ЕСОЗ. Ввівши дані людини, натискаємо **«Пошук»**. Якщо пацієнта з такими даними не знайдено, то програма видасть наступне повідомлення.



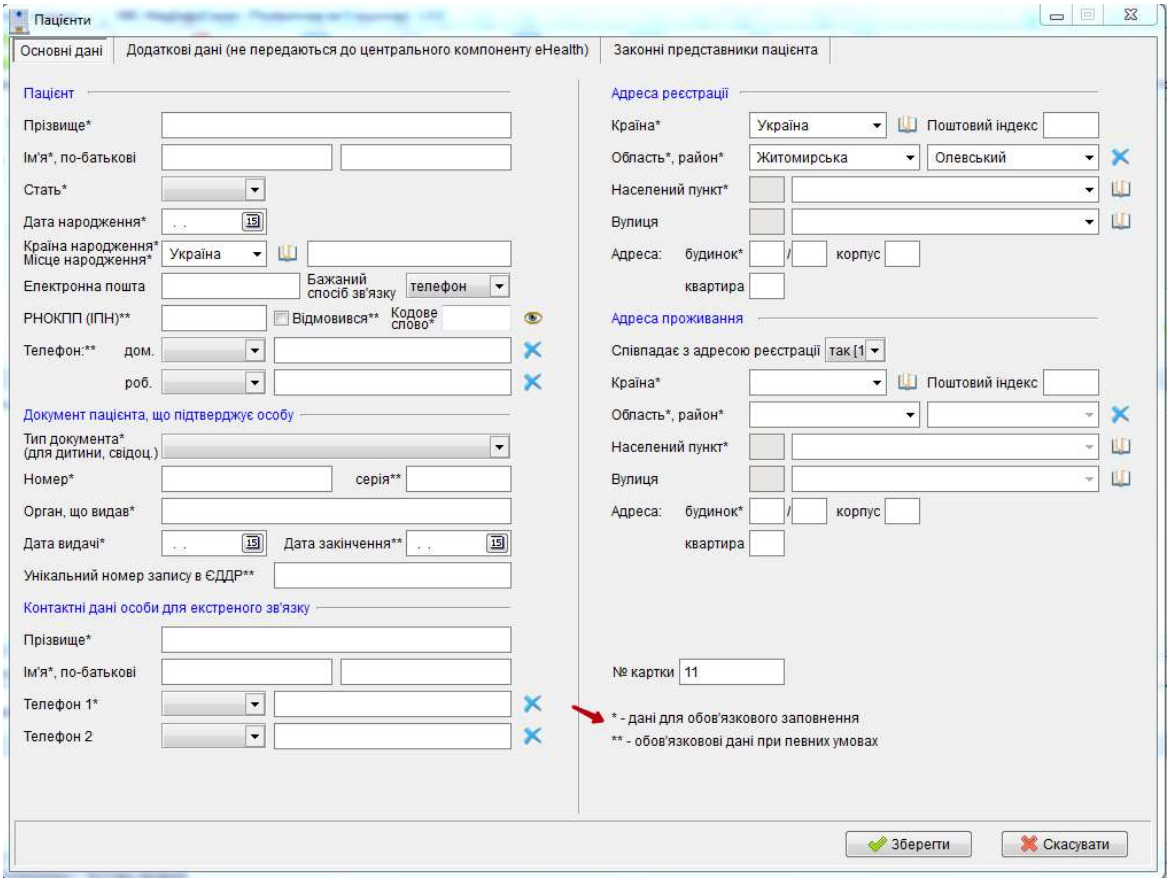
Якщо ж пацієнта знайдено, натискаємо **«Вибрати»** і в наступному вікні теж **«Вибрати».**



3. Ідентифікація пацієнти. СТВОРЕННЯ ПАЦІЄНТА в ЕСОЗ.

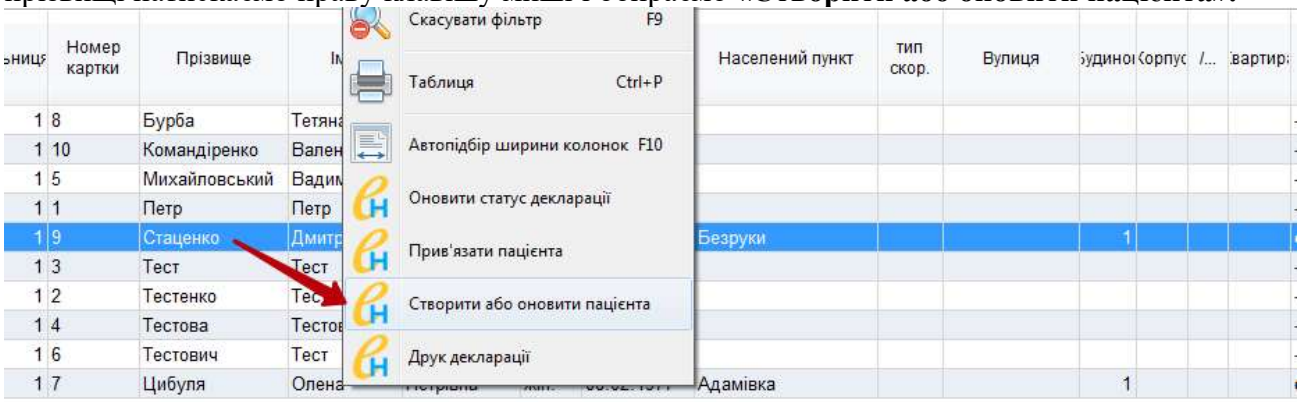
Зверніть увагу! Створення пацієнта в ЕСОЗ – це не є підписання декларації! Це можливість працювати з пацієнтом в ЕМЗ на вторинному чи третинному рівнях, у якого відсутня декларація. В подальшому, для отримання електронного направлення чи безоплатних ліків по програмі «Доступні ліки», пацієнту потрібно буде обов'язково підписати декларацію з сімейним лікарем, оскільки в противному разі це унеможливить роботу в ЕМЗ в закладі первинної медичної допомоги.

Для того, щоб створити пацієнта в ЕСОЗ, його необхідно створити в реєстрі пацієнтів МІС, заповнивши всі поля вкладки **«Основні дані»**, які позначені однією зірочкою – це поля обов'язкові для внесення.

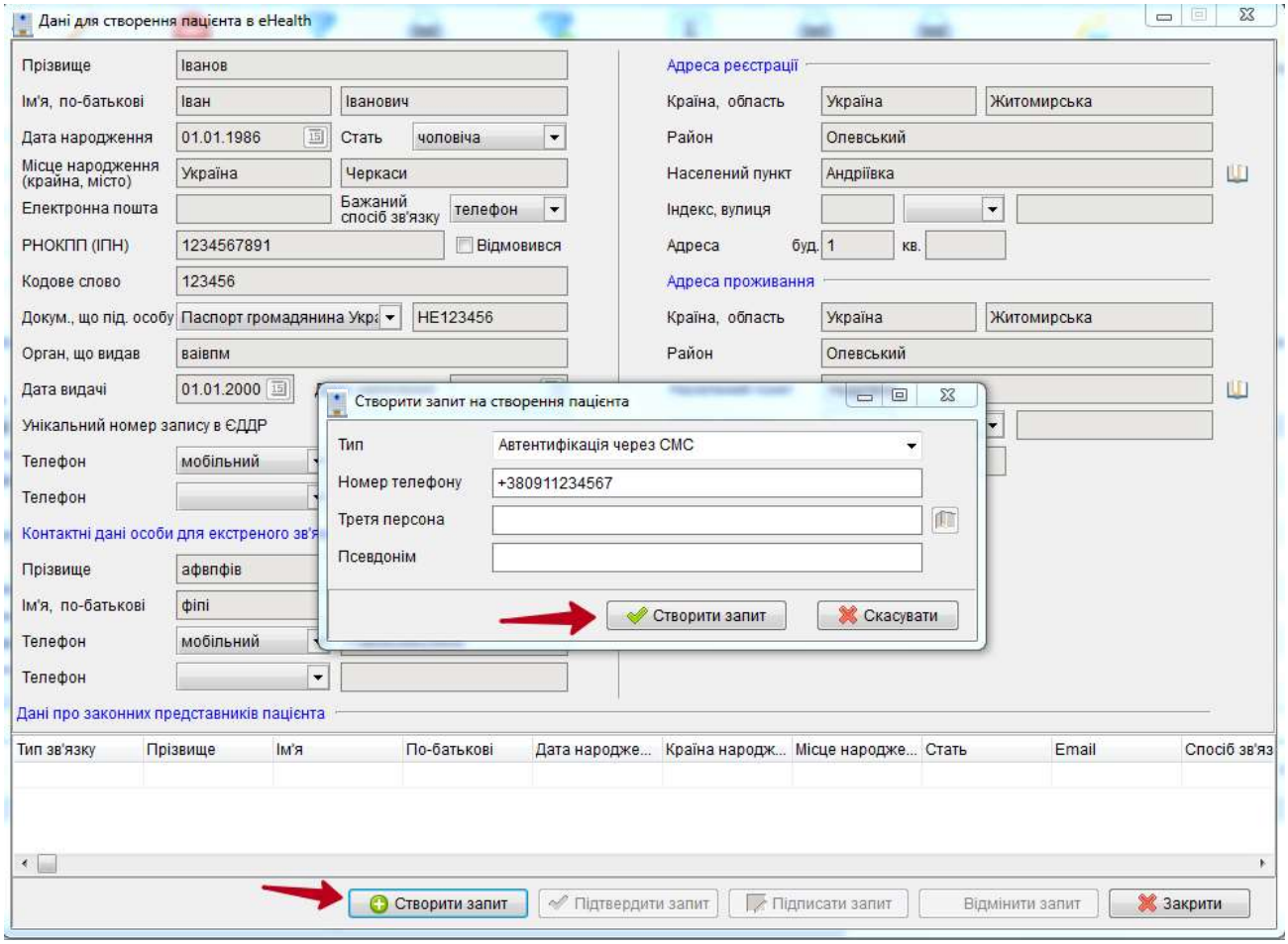


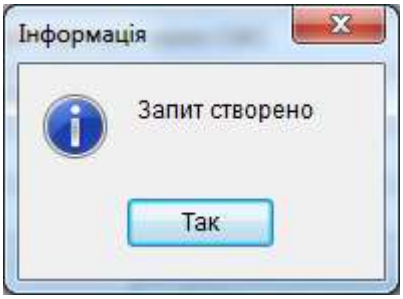
Вкладка **«Законні представники пацієнта»** заповнюється у випадку, якщо пацієнт дитина або недієздатна особа.

Ввівши всі необхідні дані, натискаємо **«Зберегти»** і в реєстрі пацієнтів на даному прізвищі натискаємо праву клавішу миші і обираємо **«Створити або оновити пацієнта».**

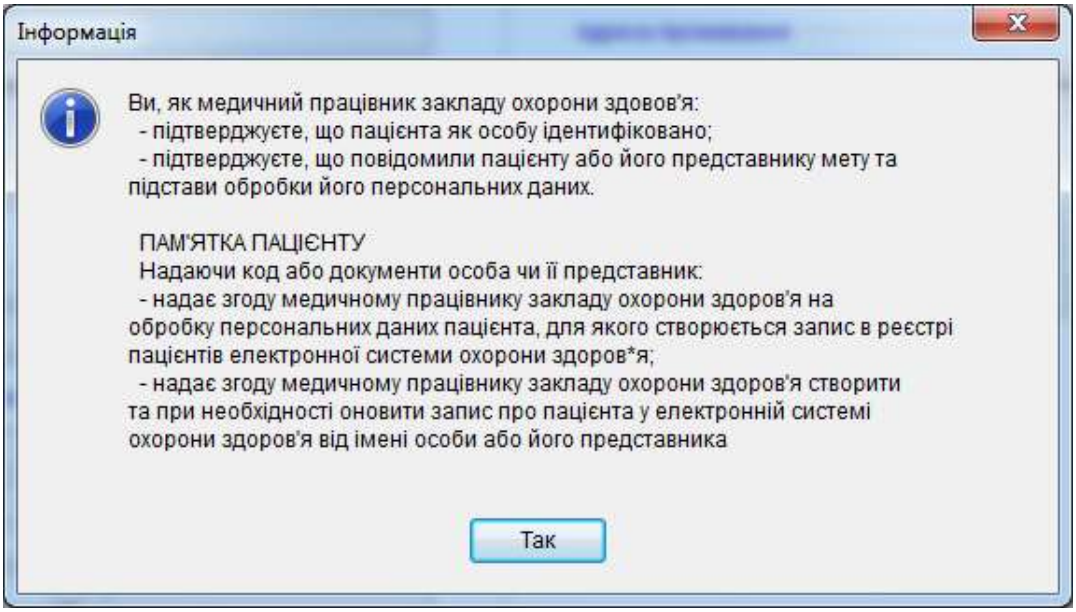


У вікні, що відкрилось перевіряємо правильність внесення даних та натискаємо **«Створити запит».**

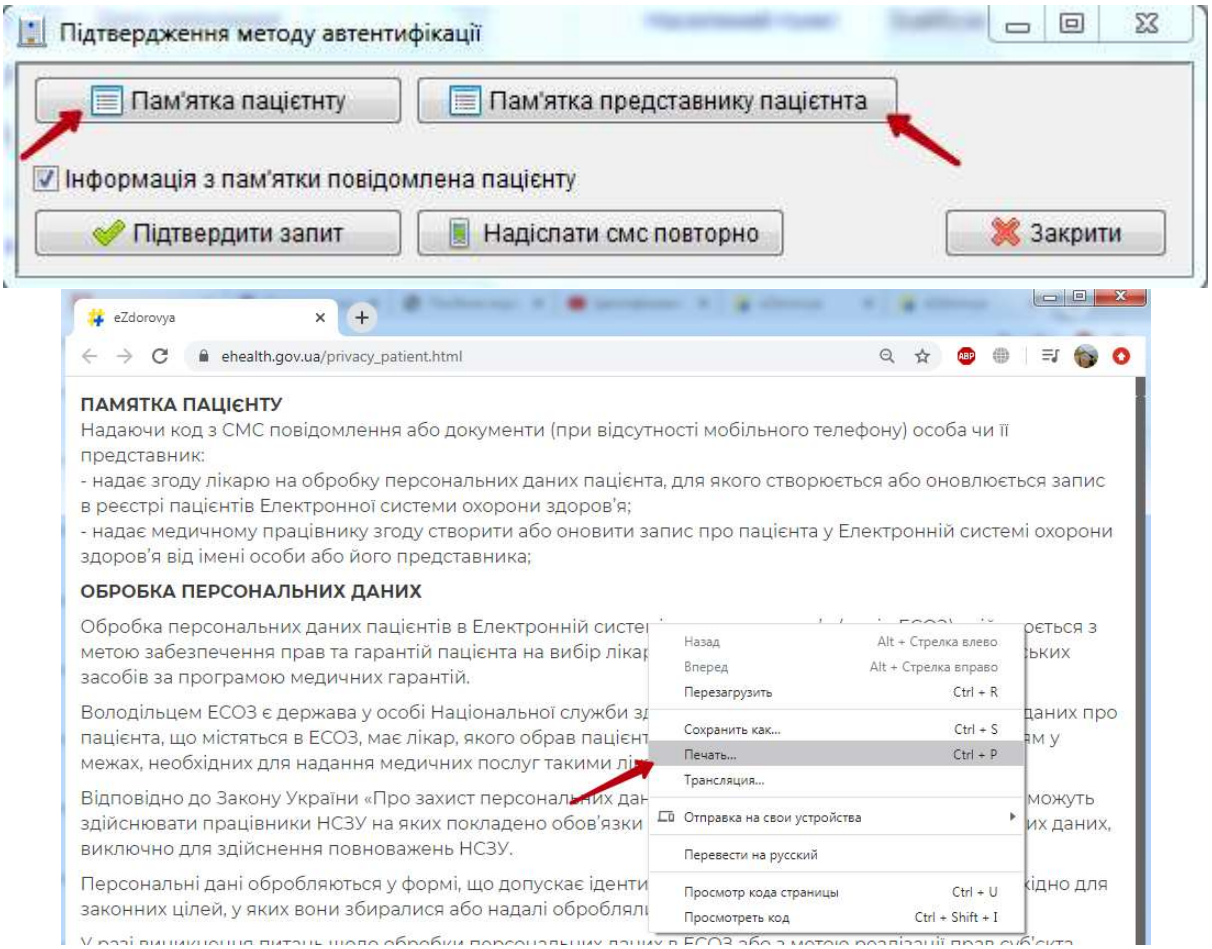




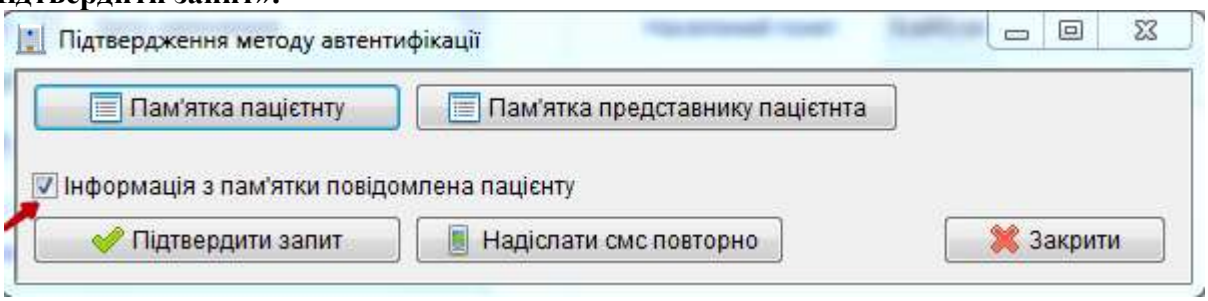
Необхідно ознайомитись самому і прочитати пацієнтові наступну пам’ятку і натиснути «Так».



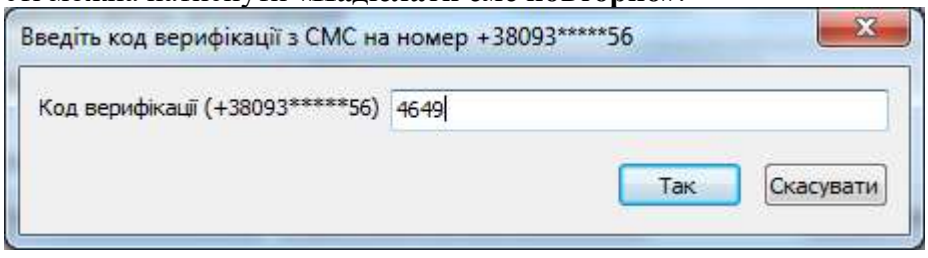
В наступному вікні можна роздрукувати пам’ятку, натиснувши **«Пам’ятка пацієнту»** або, при потребі **«Пам’ятка представнику пацієнта».**



Далі, ставимо галочку, **«Інформація з пам’ятки повідомлена пацієнту»** і натискаємо **«Підтвердити запит».**

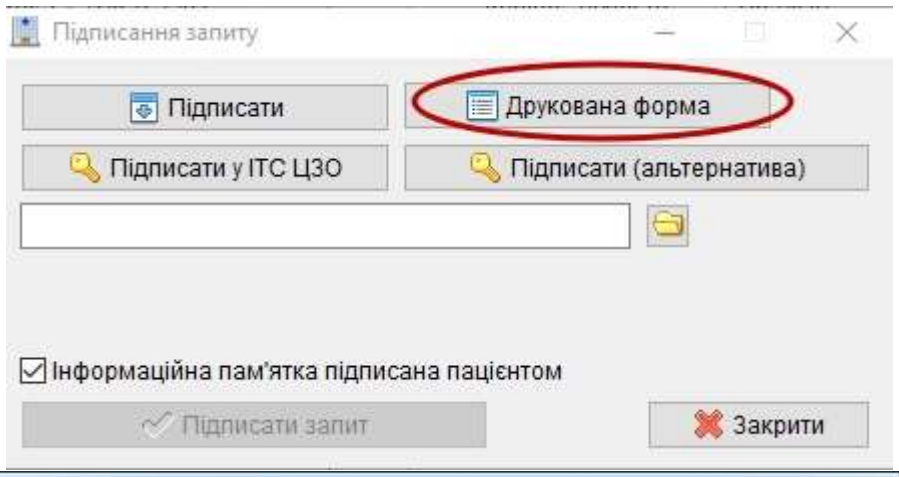


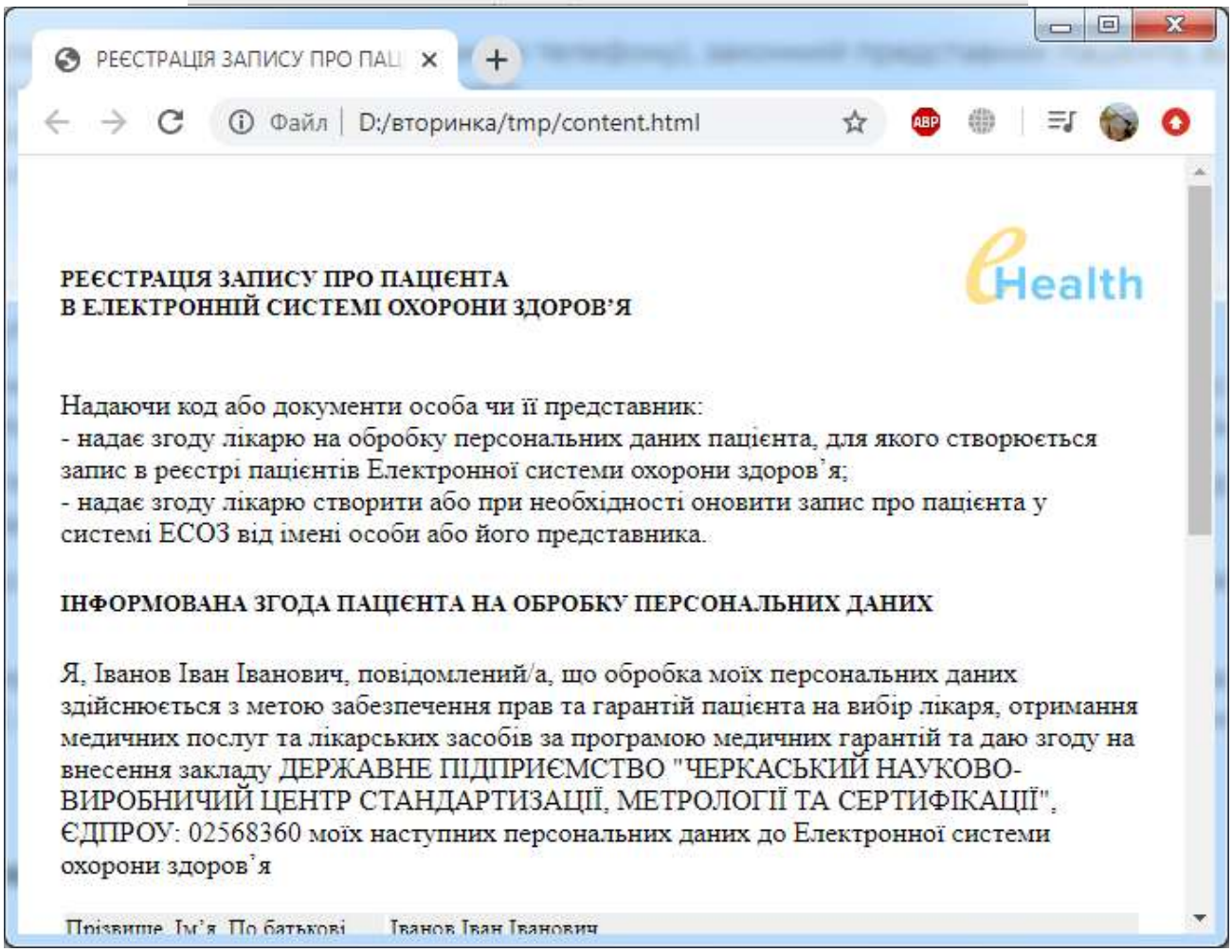
У вікні, що відкрилося вносимо код з СМС повідомлення, яке надійшло пацієнту. У разі відсутності можна натиснути **«Надіслати смс повторно»**.



Натискаємо **«Так»**.

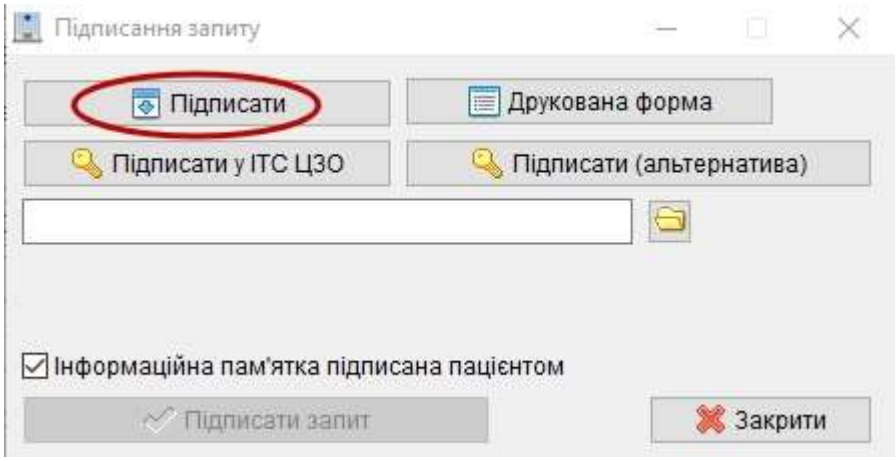
В наступному вікні варто роздрукувати форму **«Реєстрація запису про пацієнта в електронній системі охорони здоров’я»**.



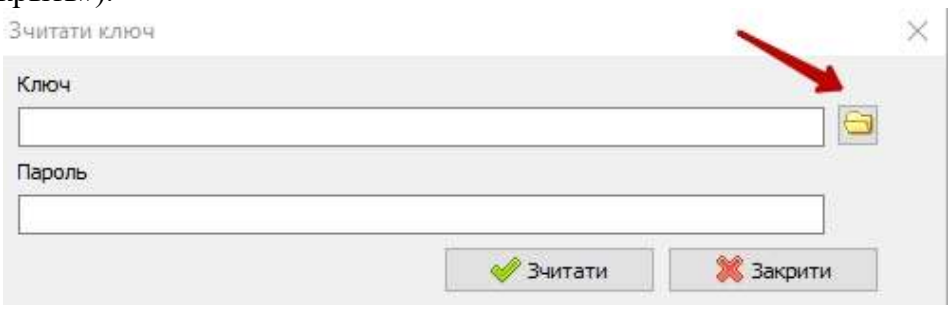


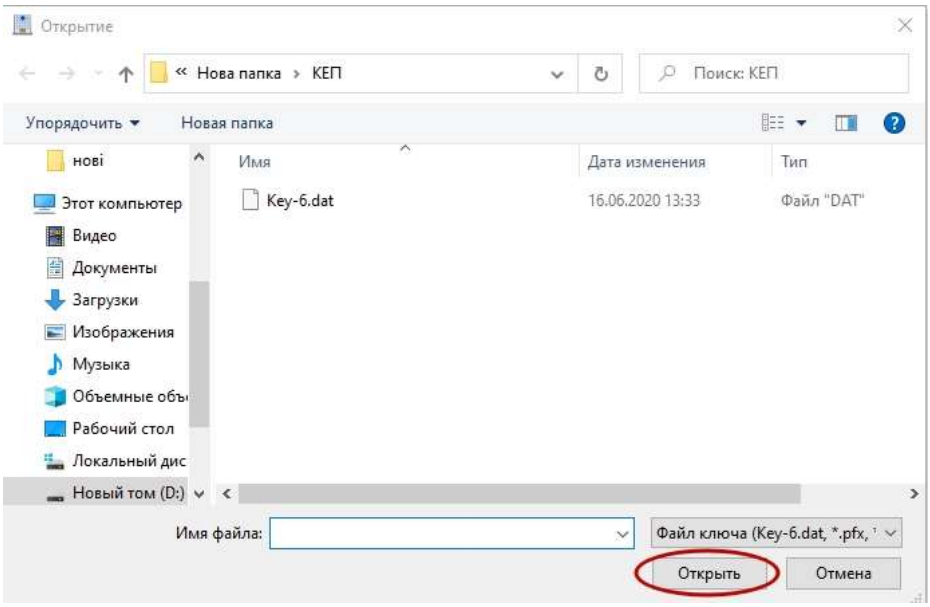
Після підпису пацієнта, один екземпляр залишається лікарю, інший – забирає пацієнт.

Далі, ставимо галочку, що **«Інформаційна пам'ятка підписана пацієнтом»** і створюємо файл для підпису.



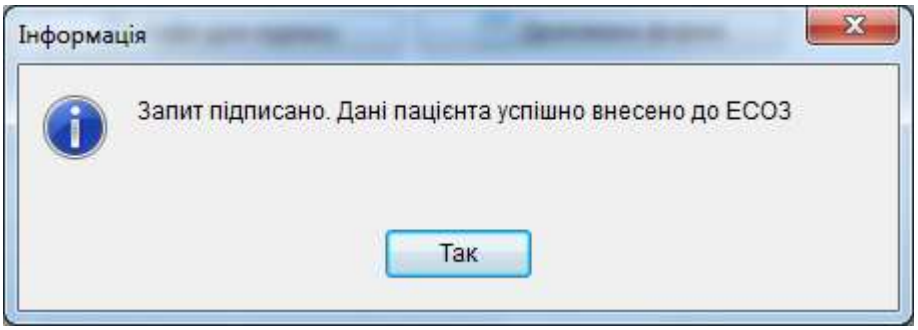
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).



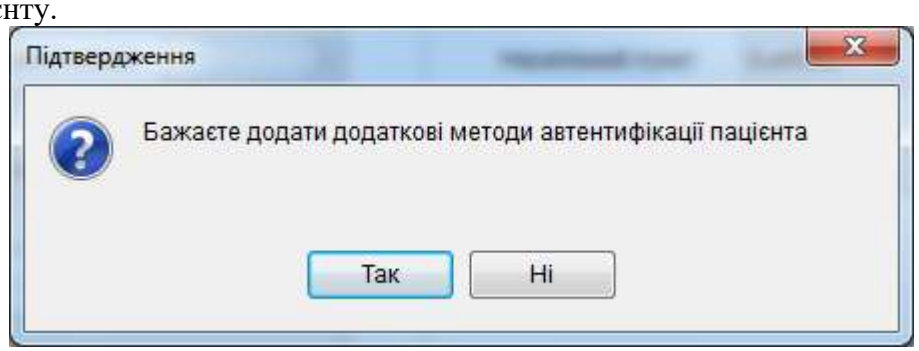


Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

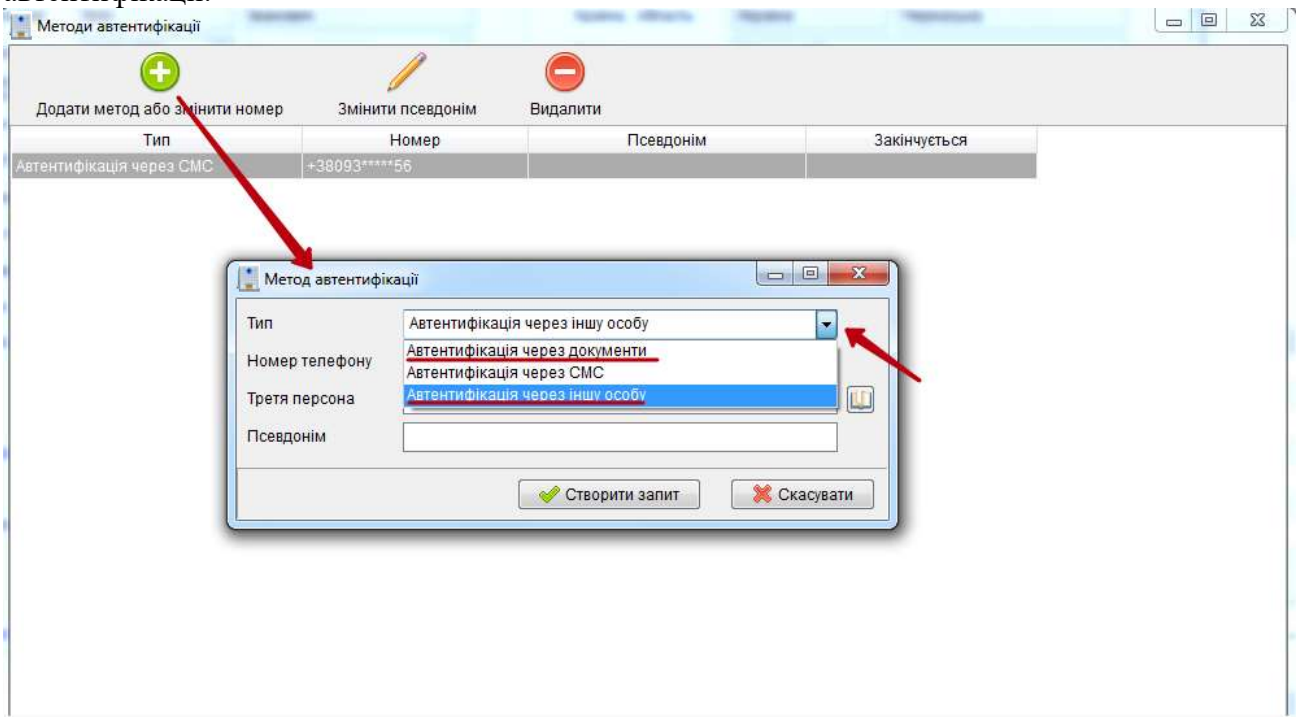
Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».



При потребі, погодившись в наступному вікні, можна додати методи автентифікації даному пацієнту.



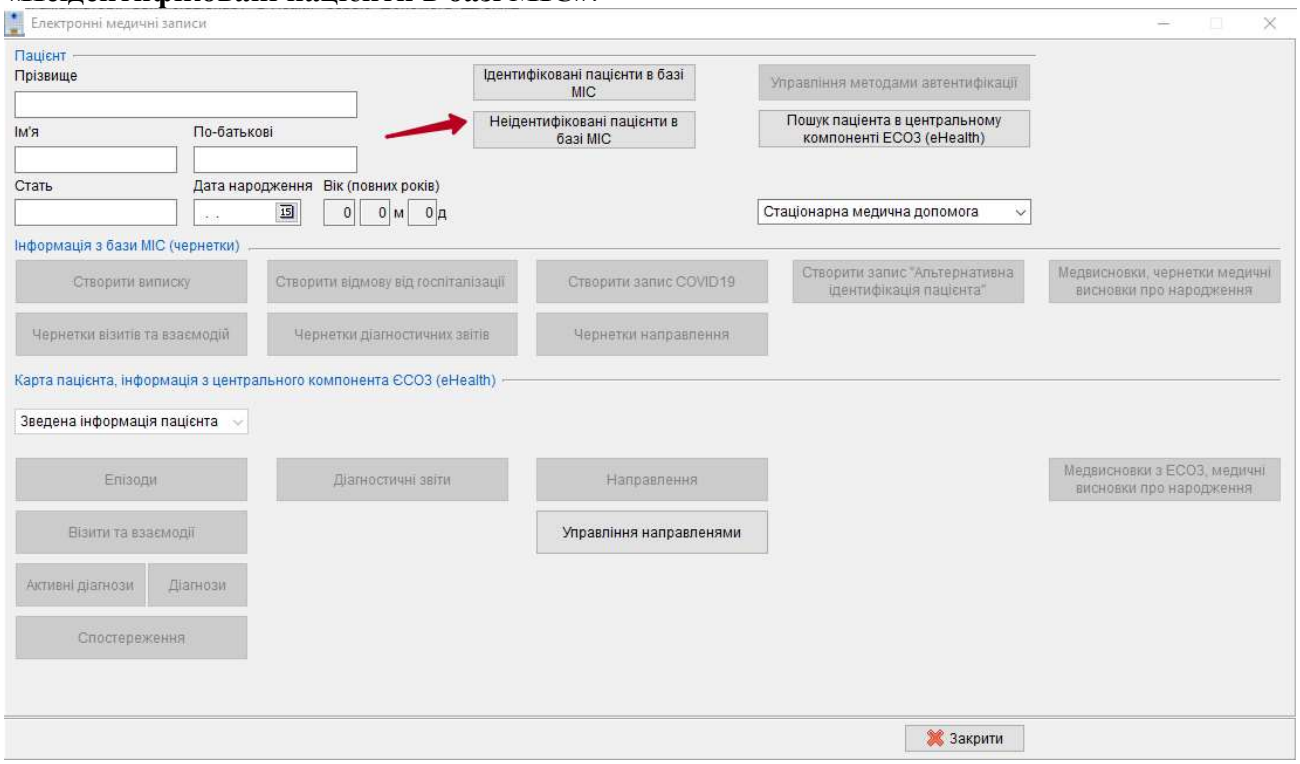
Якщо потреба існує, натискаємо «Так» і у вікні, що відкрилось додаємо інші методи автентифікації.



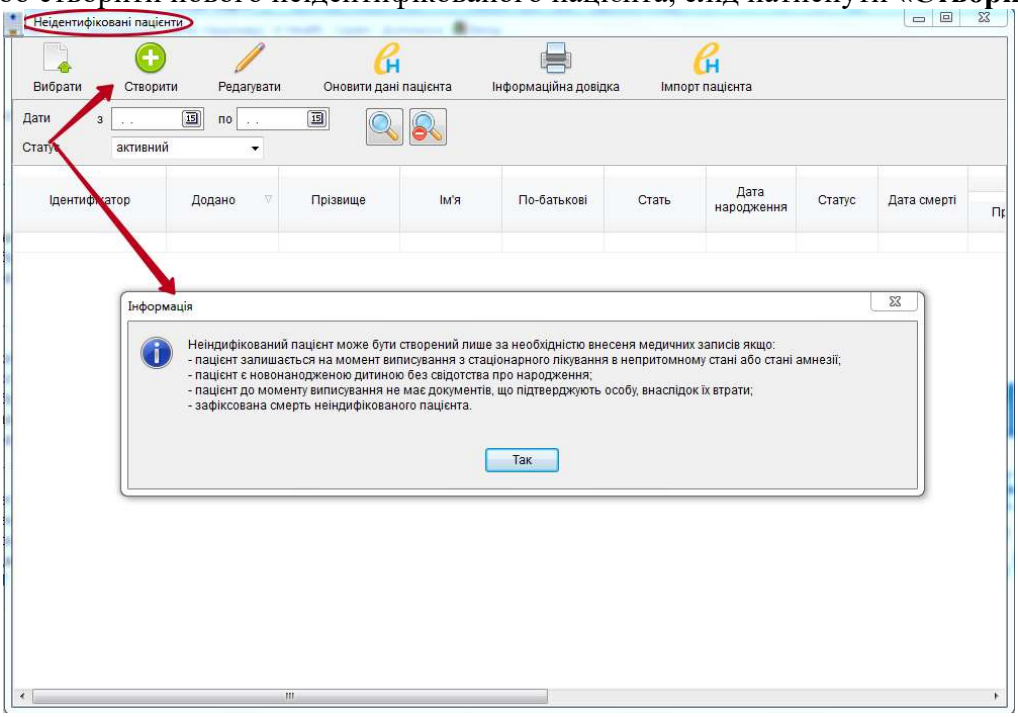
4. Створення неідентифікованого пацієнта та запис «Альтернативна ідентифікація пацієнта»

Зверніть увагу! Робота з неідентифікованими пацієнтами доступна тільки в **стаціонарному режимі.**

Для створення запису про неідентифіковану особу необхідно натиснути кнопку **«Неідентифіковані пацієнти в базі МІС»**.



Щоб створити нового неідентифікованого пацієнта, слід натиснути **«Створити».**

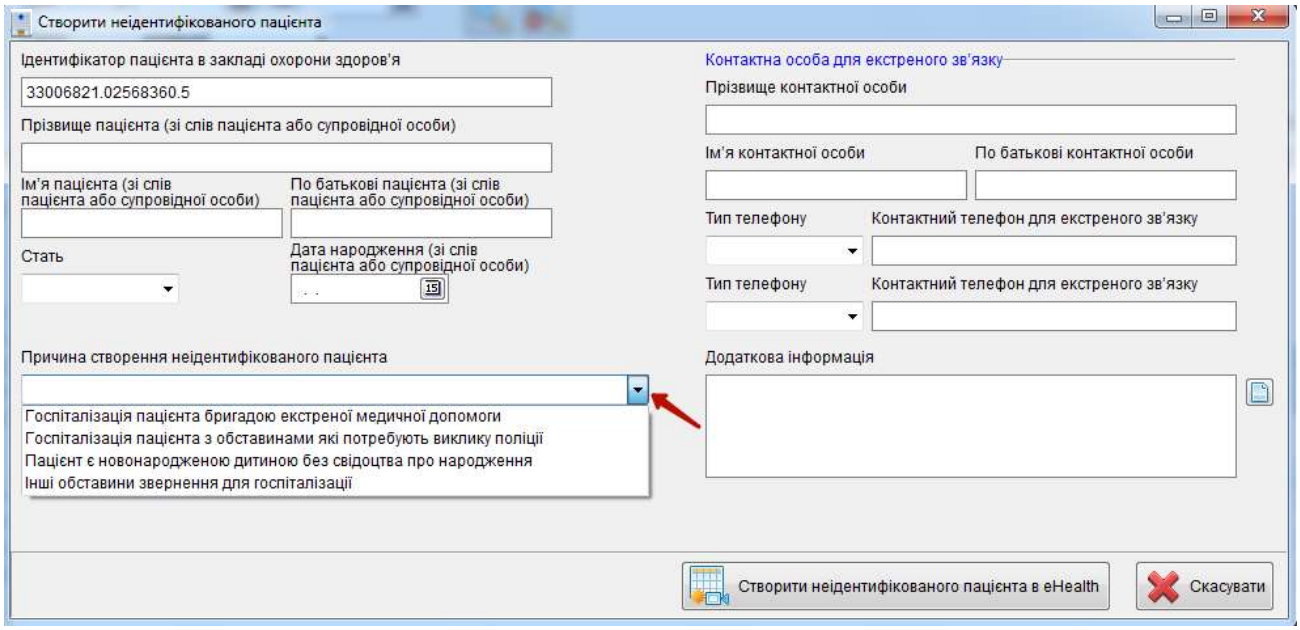


Зверніть увагу! Неідентифікований пацієнт створюється тільки **на момент виписки** і тільки **у наступних випадках**, якщо:

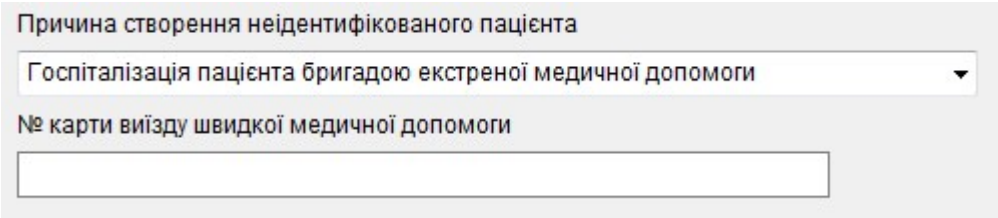
- пацієнт залишається на момент виписування зі стаціонарного лікування в непритомному стані або стані амнезії;
- пацієнт є новонародженою дитиною без свідоцтва про народження;

- пацієнт до моменту виписування не має документів, що підтверджують особу, внаслідок їх втрати;
- зафіксована смерть неідентифікованого пацієнта.

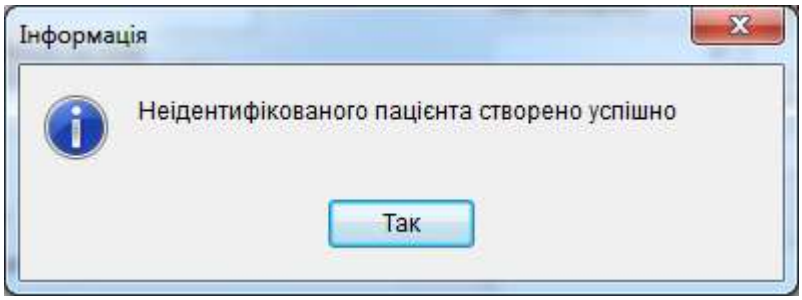
Натискаємо **«Так»** і відкривається вікно для створення.



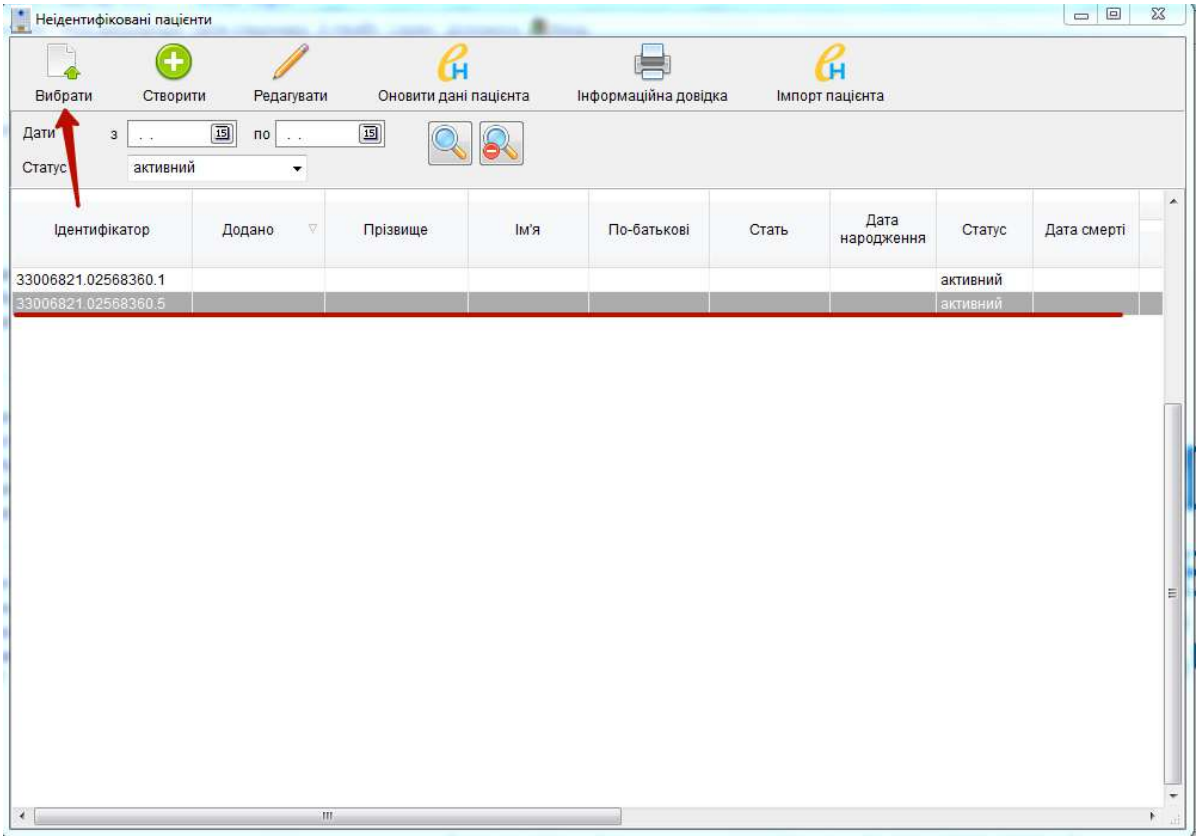
Необхідно обов'язково вказати причину із заданого переліку і, відповідно до причини, заповнити поля нижче. Наприклад, якщо причиною є **«Госпіталізація пацієнта бригадою екстреної медичної допомоги»**, то нижче необхідно відмітити **«№ карти виїзду швидкої медичної допомоги»**.



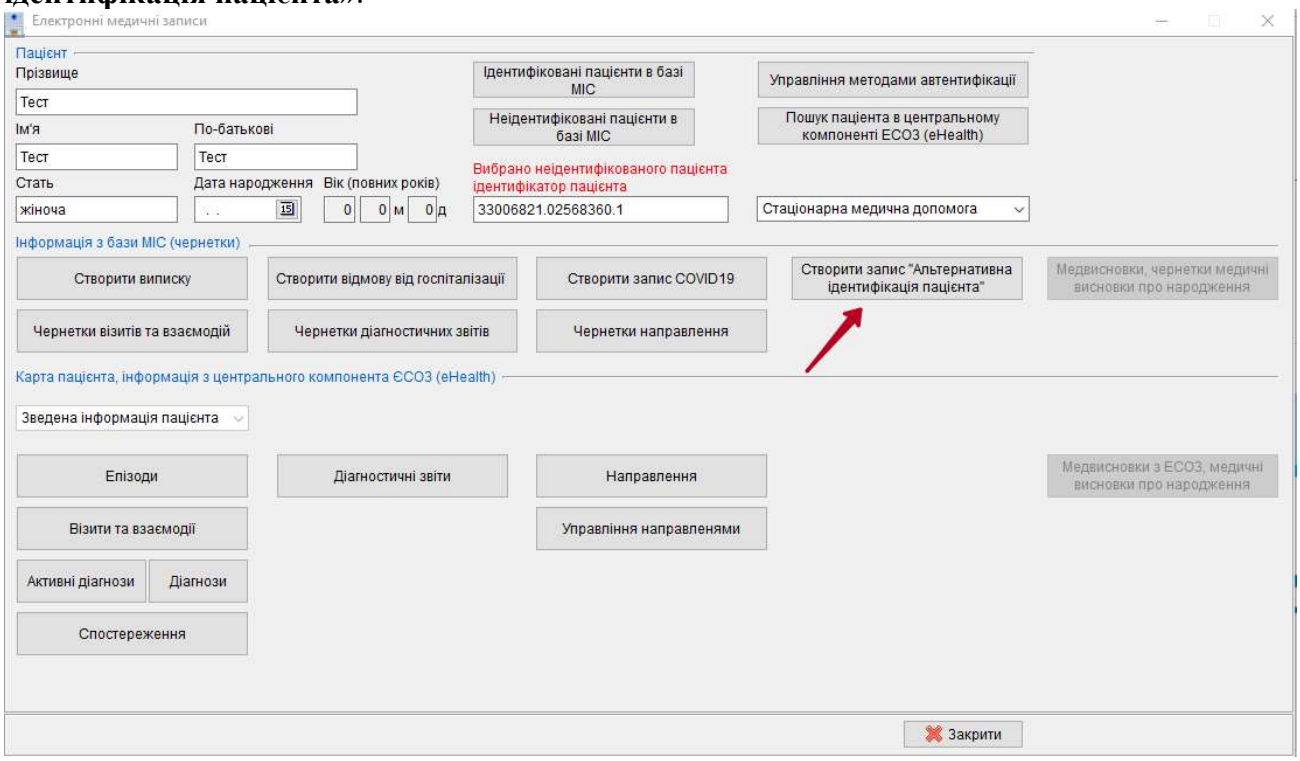
Вказати «Додаткову інформацію», при наявності, заповнити інші поля і натиснути **«Створити неідентифікованого пацієнта і eHealth»**.



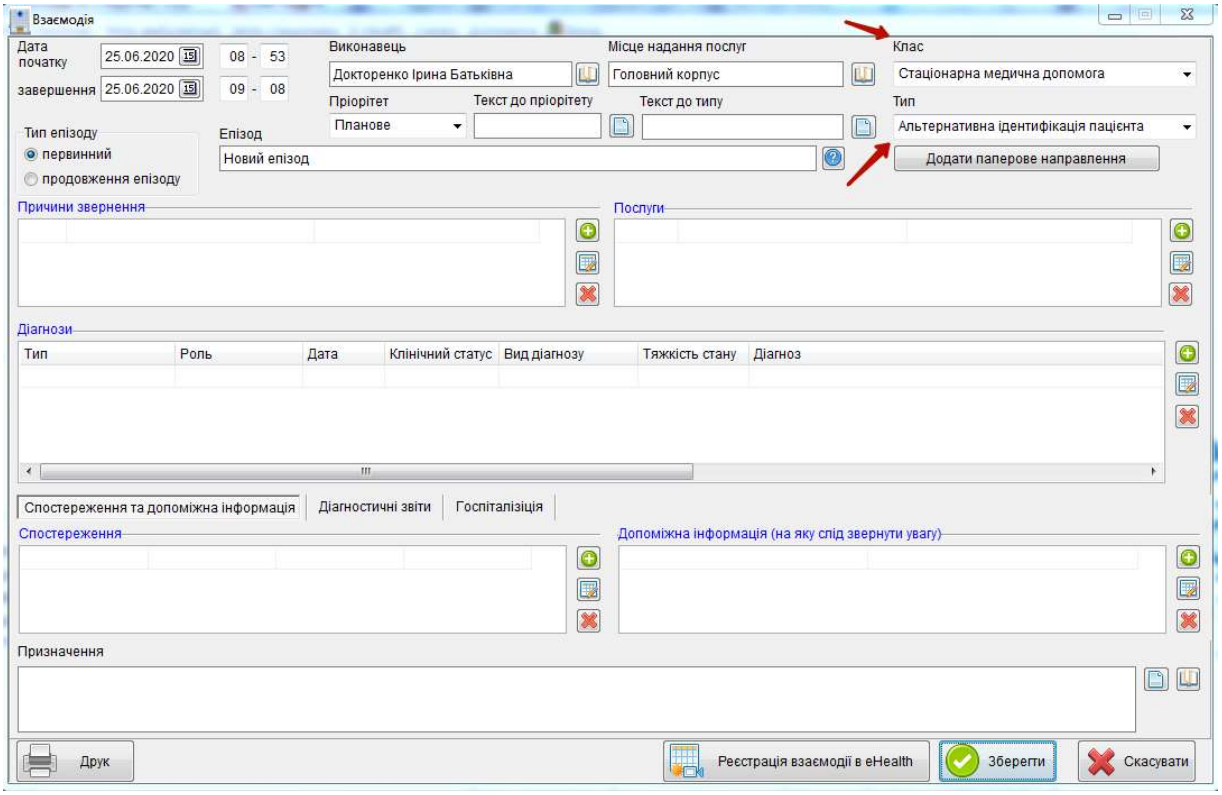
Щоб почати роботу з ЕМЗ по неідентифікованому пацієнту, його необхідно оборати з переліку пацієнтів.



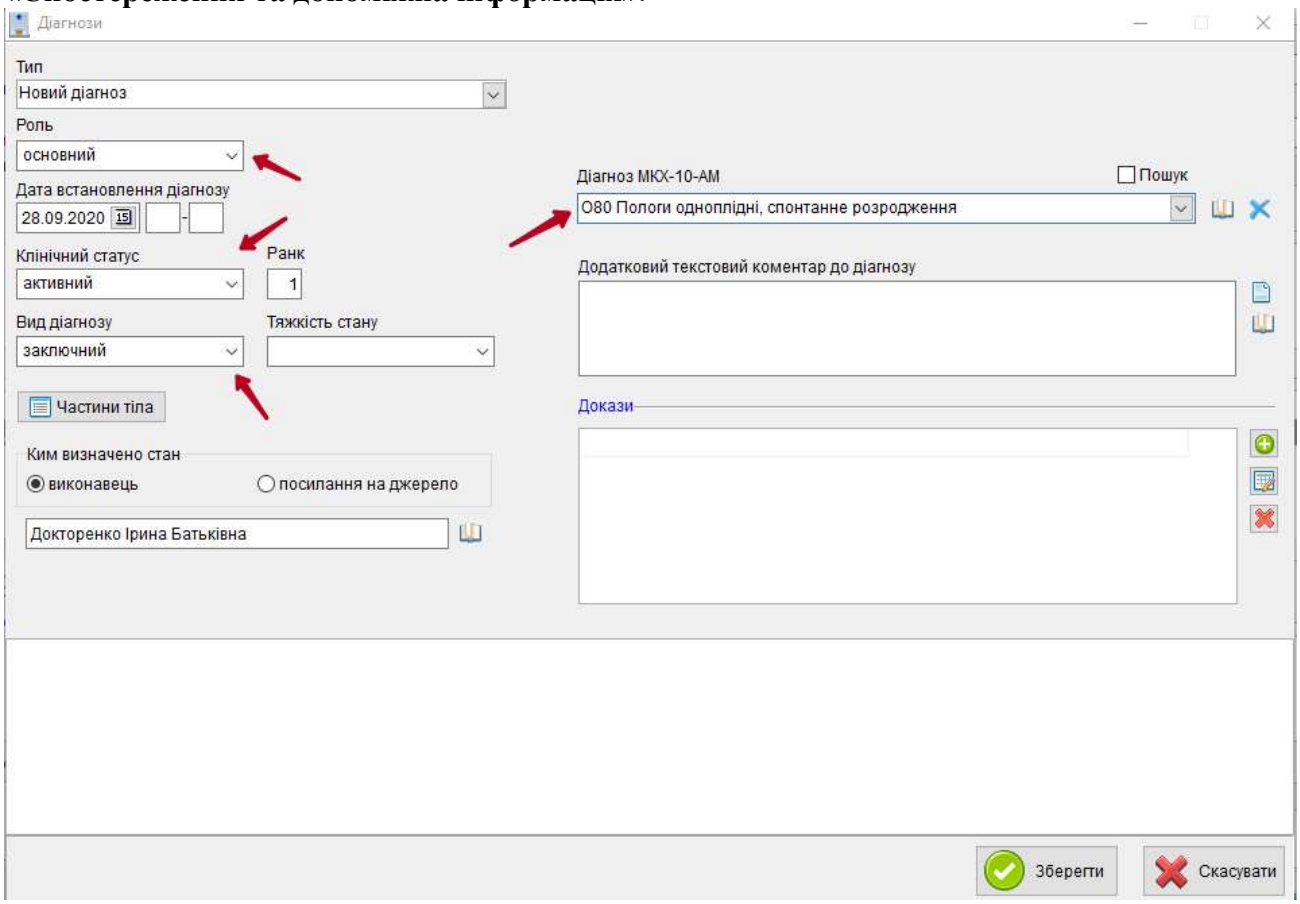
У вікні, що з’явиться натискаємо кнопку **«Створити запис «Альтернативна ідентифікація пацієнта»**.



Переходимо до створення взаємодії з класом **«Стаціонарна медична допомога»** і типом **«Альтернативна ідентифікація пацієнта».**



Серед іншого, у взаємодії обов'язково слід заповнити поля **«Діагноз»** і **«Спостереження та допоміжна інформація»**.



Переходимо до **внесення спостережень**.

Згідно інструкції НСЗУ «Медичні записи. Оглядовий матеріал» (частина 3), **перелік обстежень, що підлягають створенню ДЛЯ ПОРОДІЛЛІ:**

Згідно інструкції НСЗУ «Особливості ведення медичних записів. Медична допомога при пологах», **перелік обстежень, що підлягають створенню ДЛЯ НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ:**

ОБСТЕЖЕННЯ №1. «Шкала Апгар на 1-й хв. життя»

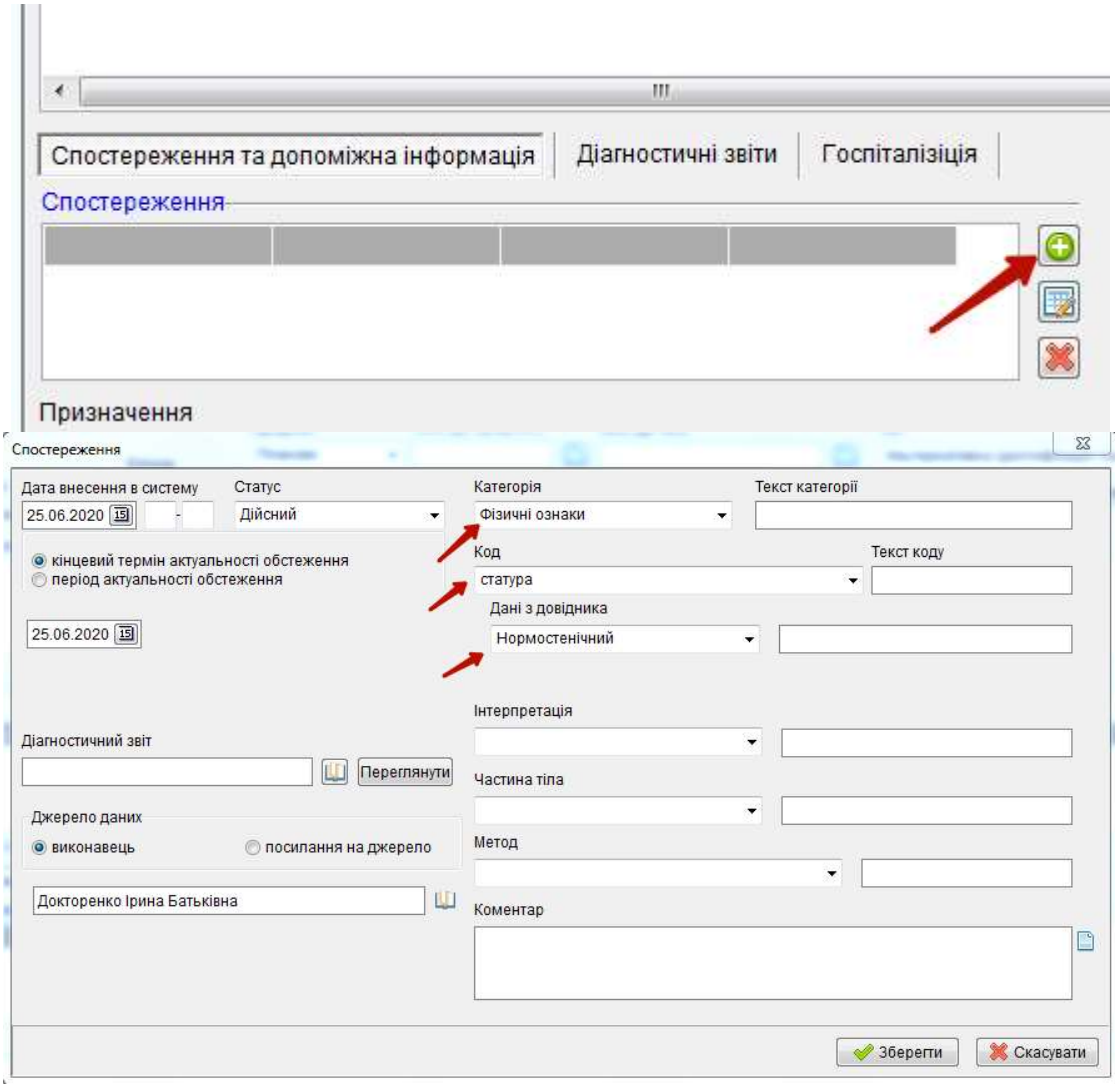
НАЗВА ПОЛЯ В ЕСОЗ	НАЗВА ПОЛЯ	ОПИС
categories	**КАТЕГОРІЯ ОБСТЕЖЕННЯ**	Шкали оцінки, опитування.
code	**КОД ОБСТЕЖЕННЯ**	«APGAR_1»
primary_source	**ПЕРВИННЕ ДЖЕРЕЛО**	Первинне.
performer	**ВИКОНАВЕЦЬ**	Зазначається ПІБ лікаря, що виконав обстеження.
value	**ОТРИМАНЕ ЗНАЧЕННЯ**	Вказується бал за Шкалою Апгар на 1-й хвилині життя

ОБСТЕЖЕННЯ №2. «Шкала Апгар на 5-й хв. життя»

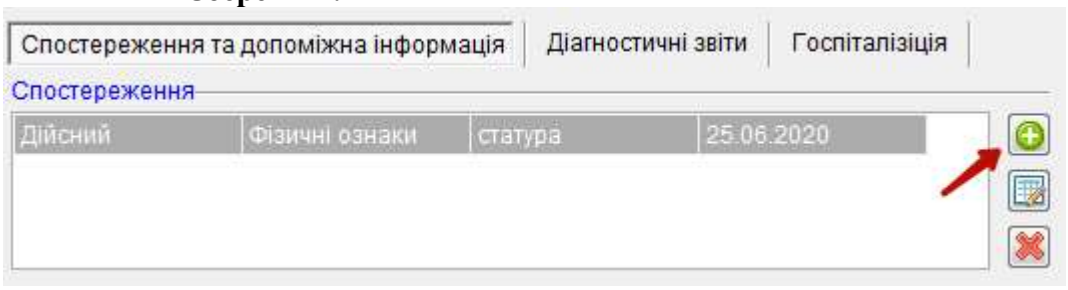
НАЗВА ПОЛЯ В ЕСОЗ	НАЗВА ПОЛЯ	ОПИС
categories	**КАТЕГОРІЯ ОБСТЕЖЕННЯ**	Шкали оцінки, опитування.
code	**КОД ОБСТЕЖЕННЯ**	«APGAR_5»
primary_source	**ПЕРВИННЕ ДЖЕРЕЛО**	Первинне.
performer	**ВИКОНАВЕЦЬ**	Зазначається ПІБ лікаря, який виконав обстеження.
value	**ОТРИМАНЕ ЗНАЧЕННЯ**	Вказується бал за Шкалою Апгар на 5-й хвилині життя.

ВАЖЛИВО: У випадку, якщо дані про вищезазначені обстеження неідентифікованої особи не будуть внесені, то запис про цю особу буде заблоковано, що унеможливлює внесення медичних даних про неї, а отже і отримання оплати за цей пролікований випадок.

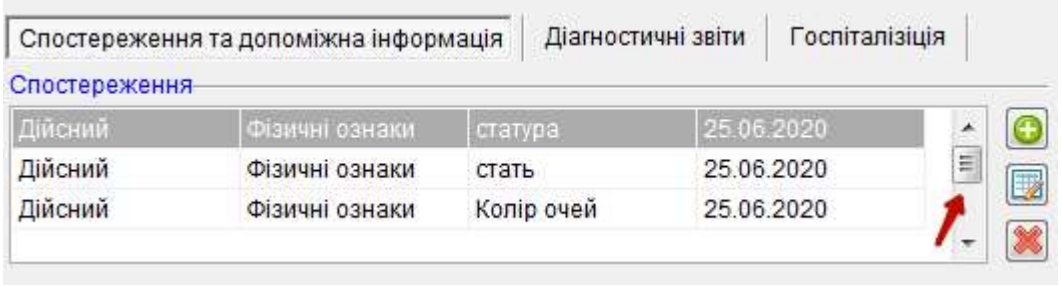
В програмі ці дані вносяться в полі «Спостереження», категорія **«Фізичні ознаки»**, відповідний **«Код»** і **«Дані з довідника».**

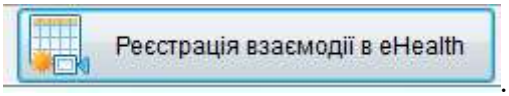


Натискаємо **«Зберегти».**

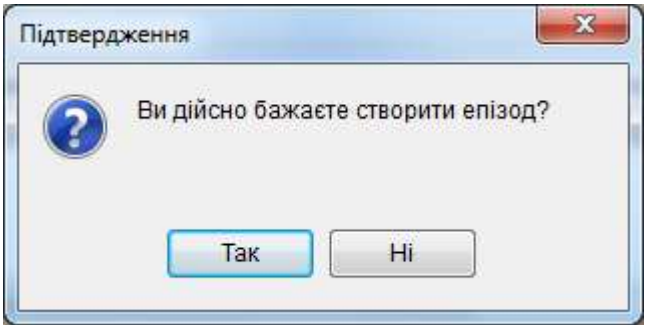


Таким чином додаємо весь необхідний перелік обстежень.

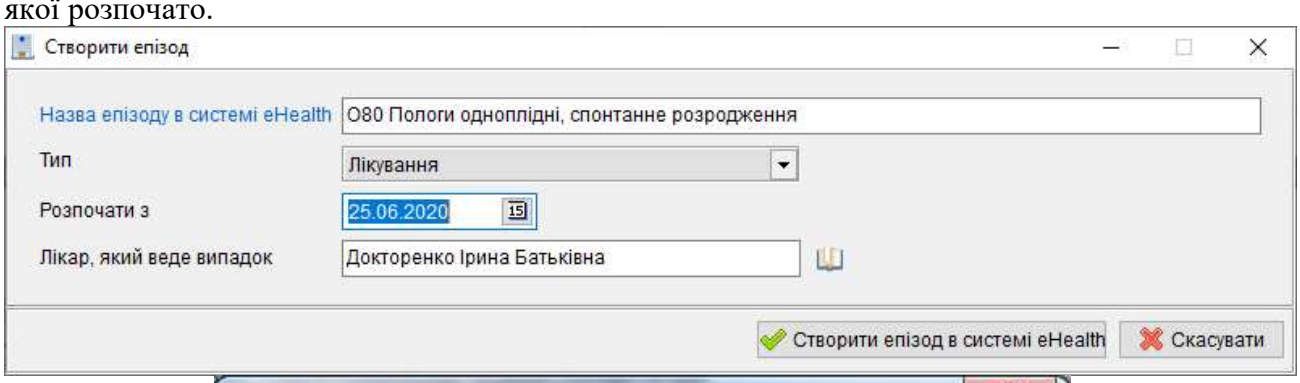


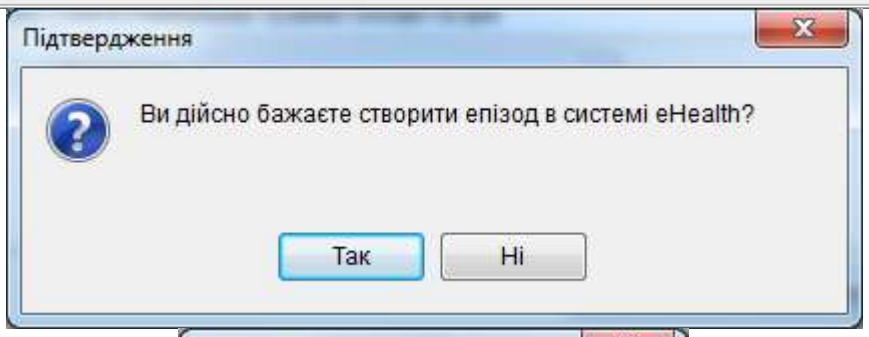
Наступник кроком буде 

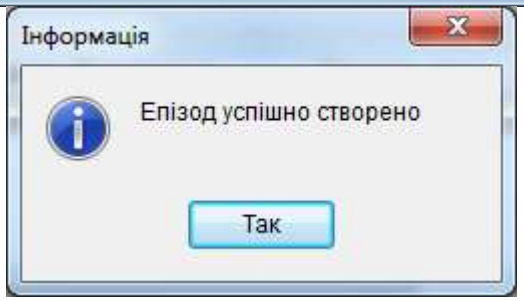
.



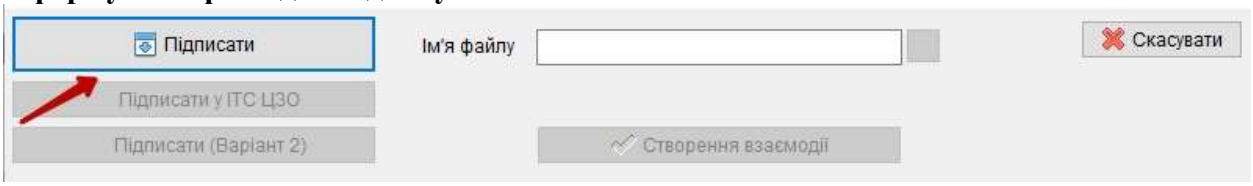
Перш за все створюємо епізод, доповнивши, при потребі, назву, вказавши тип і дату з якої розпочато.



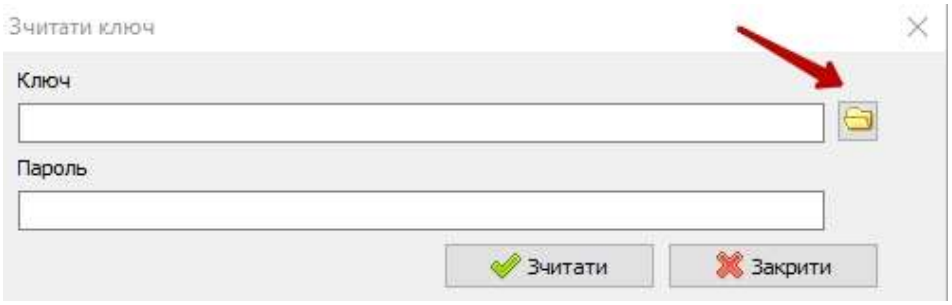


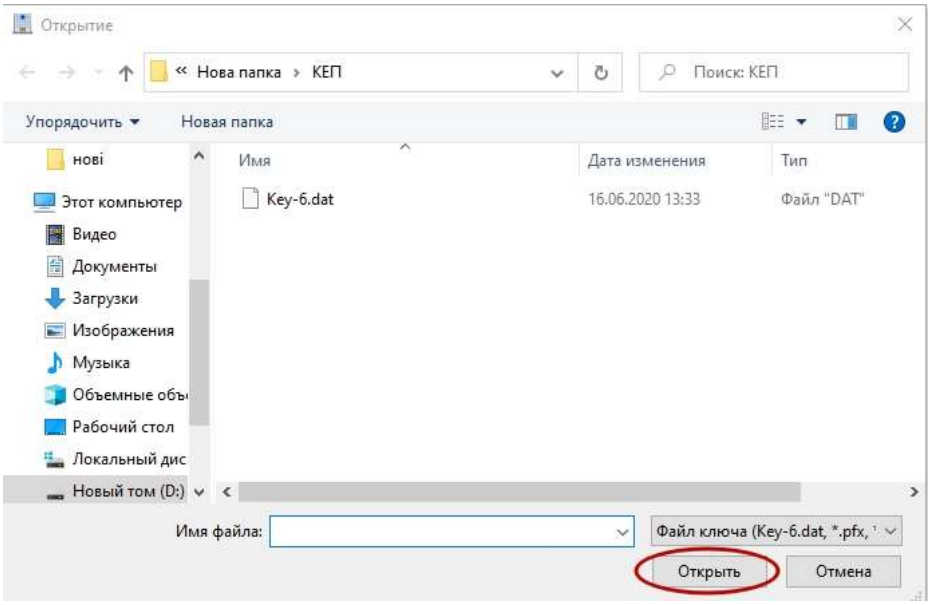


Потім необхідно зареєструвати взаємодію в eHealth. Для цього необхідно натиснути **«Сформувати файл для підпису».**



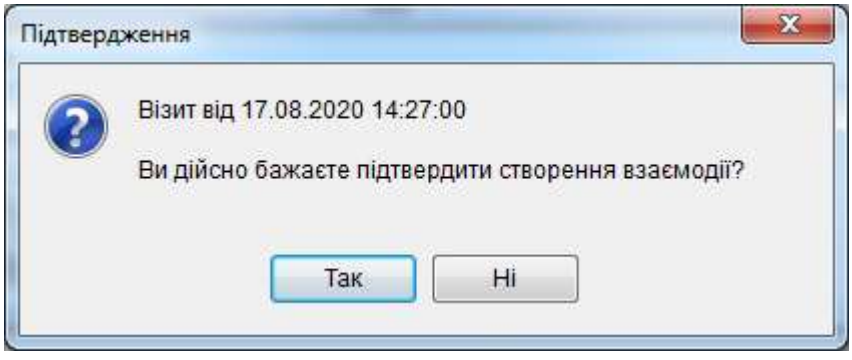
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).

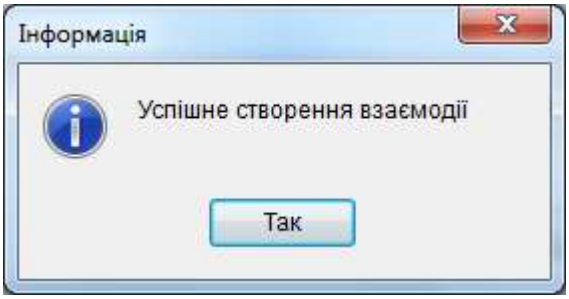




Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

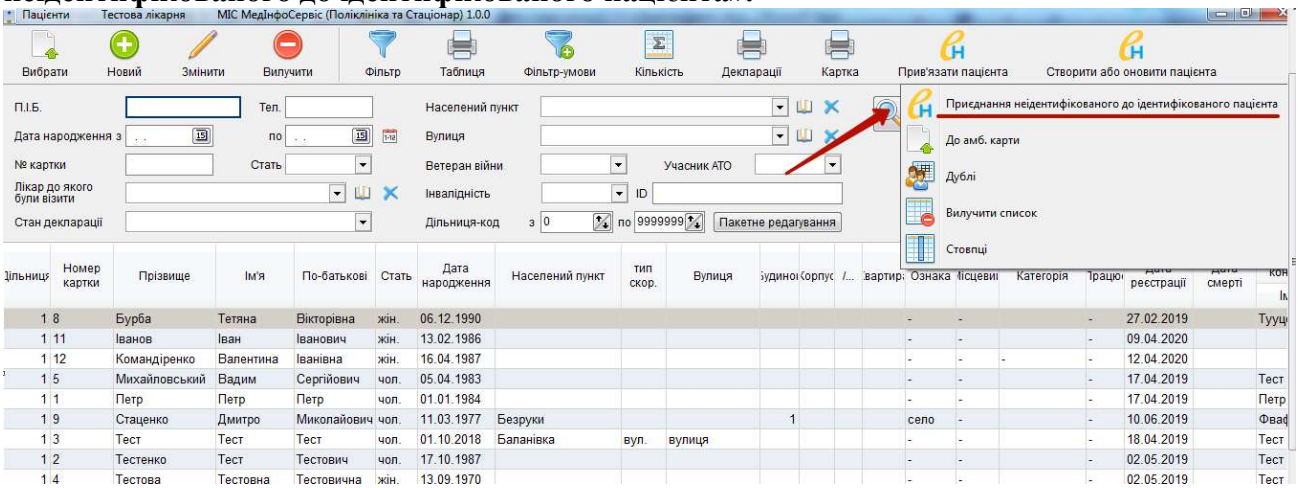
Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».



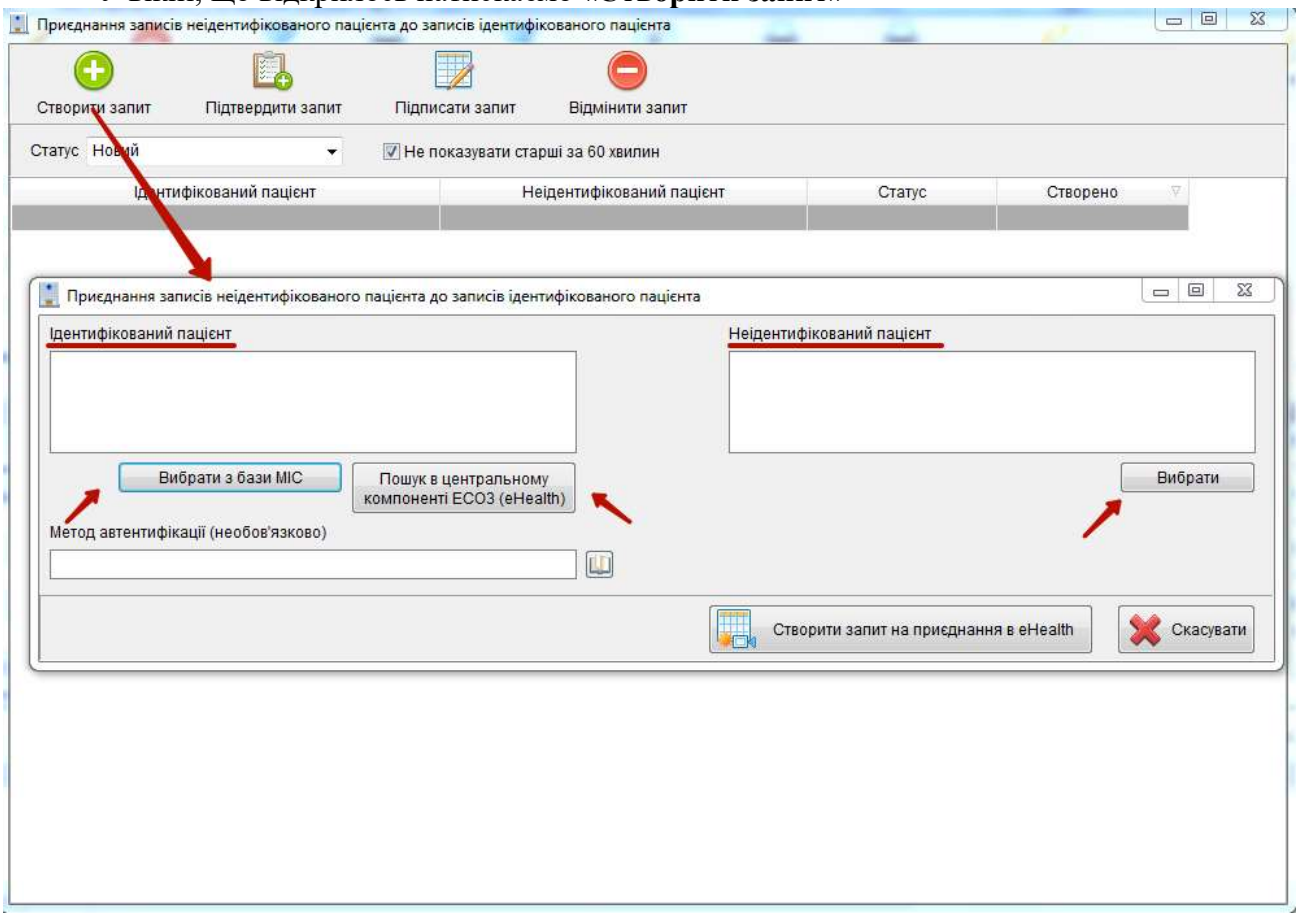


Зверніть увагу! Тепер неідентифікованому пацієнту можна створити взаємодію з типом «Виписка пацієнта, який вибув зі стаціонару.

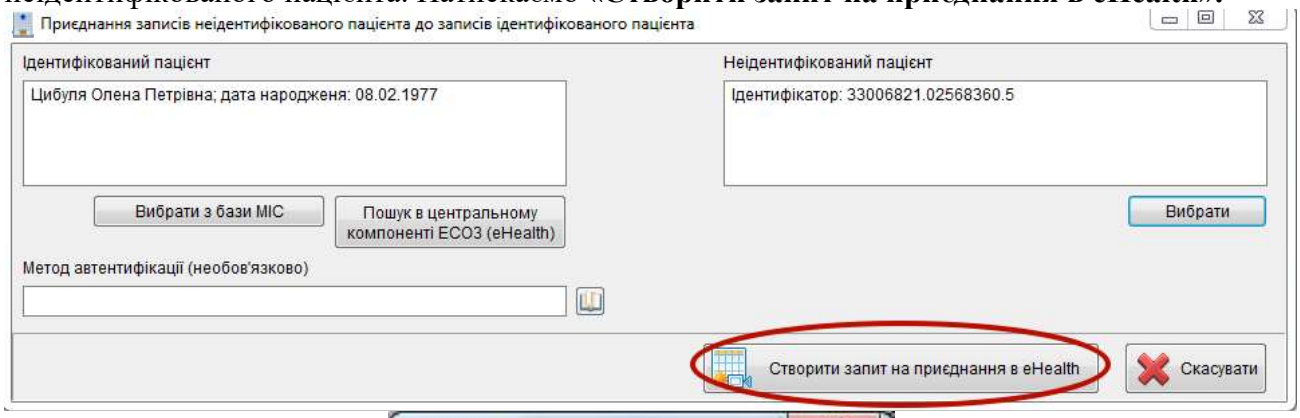
У випадку, коли є необхідність об’єднати ідентифікованого пацієнта з бази МІС з неідентифікованим, необхідно перейти в реєстр пацієнтів за допомогою кнопки **«Ідентифіковані пацієнти в базі МІС».** У верхній частині вікна обираємо **«Приєднання неідентифікованого до ідентифікованого пацієнта».**

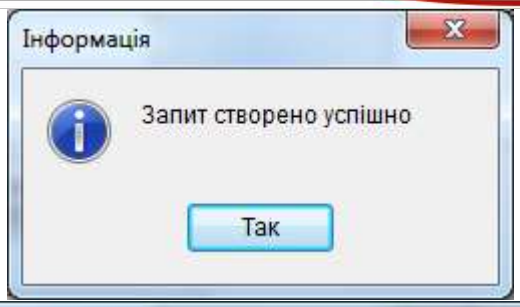


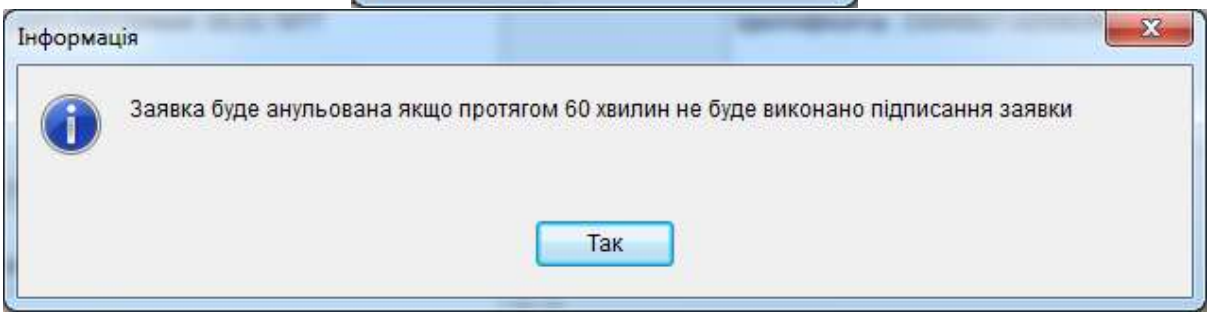
У вікні, що відкрилось натискаємо **«Створити запит»**



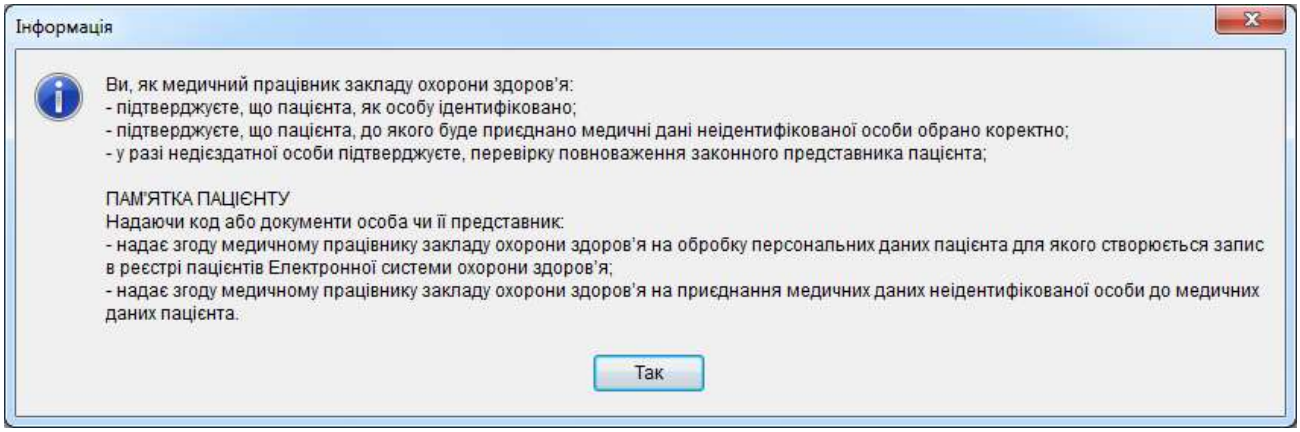
В лівій частині обираємо ідентифікованого пацієнта або **з бази МІС**, або, здійснивши **«Пошук в центральному компоненті ЕСОЗ»,** а в правій частині обираємо неідентифікованого пацієнта. Натискаємо **«Створити запит на приєднання в eHealth».**



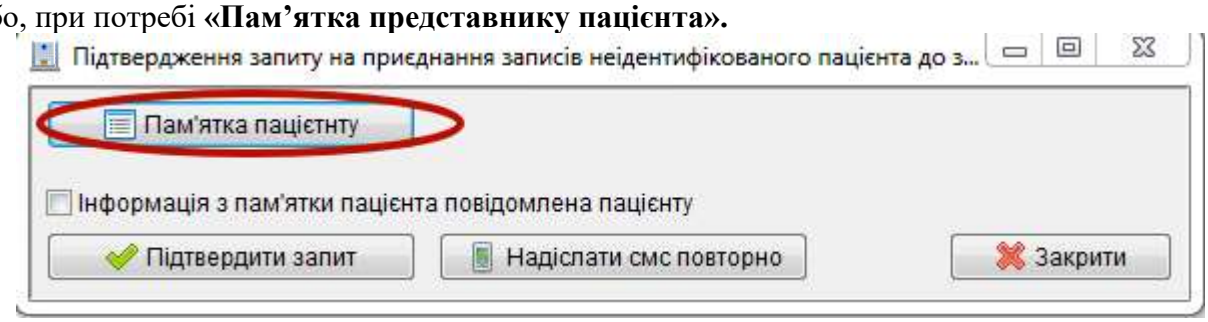


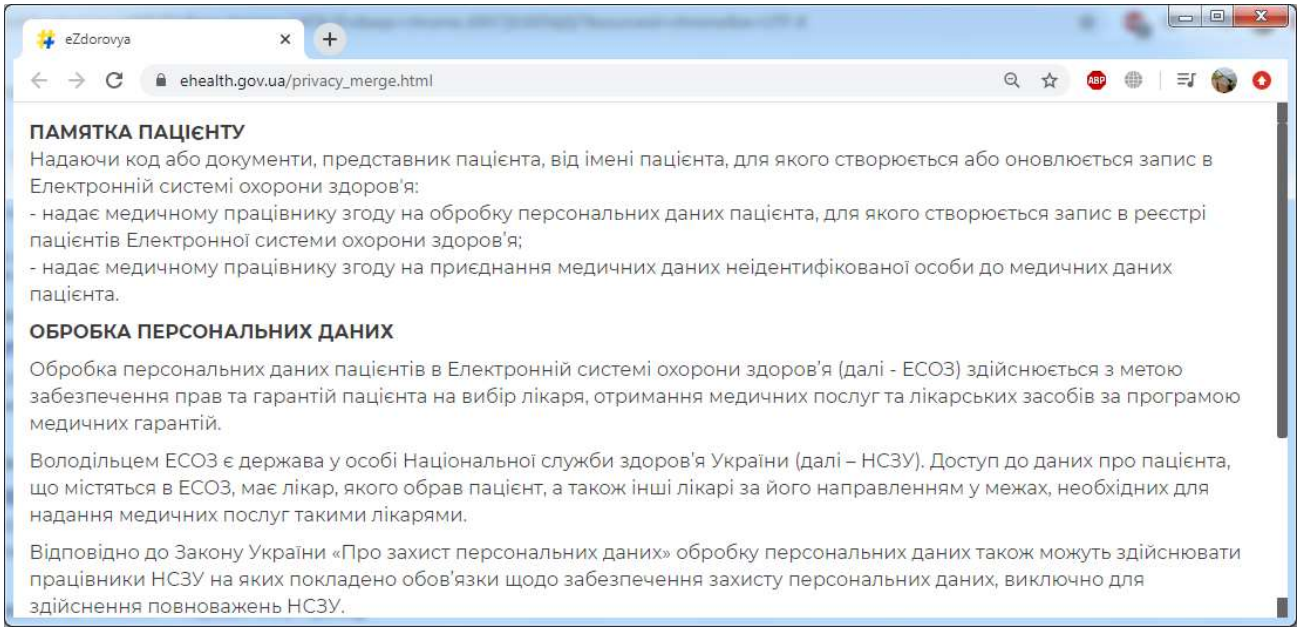


Необхідно ознайомитись самому і прочитати пацієнтові наступну пам'ятку і натиснути «Так».

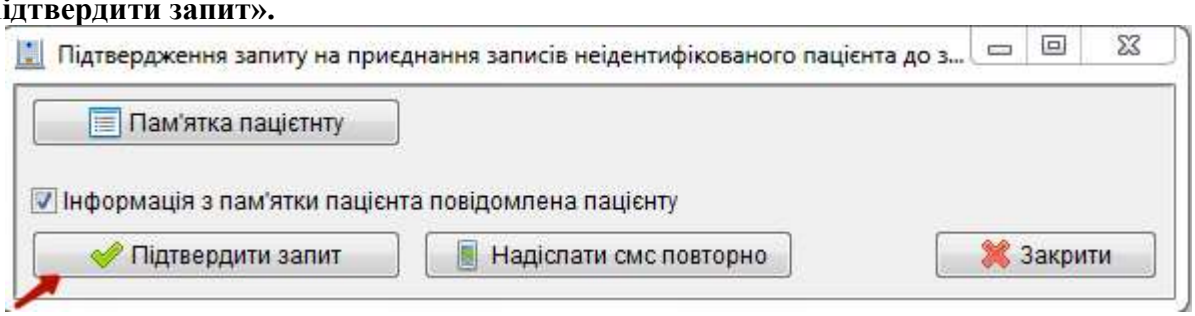


В наступному вікні можна роздрукувати пам'ятку, натиснувши **«Пам'ятка пацієнту»** або, при потребі **«Пам'ятка представнику пацієнта».**

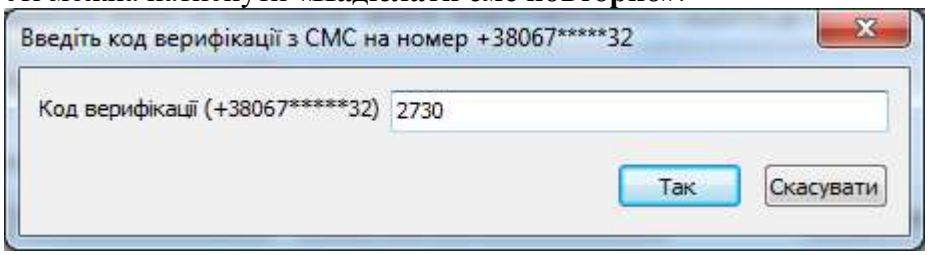




Далі, ставимо галочку, **«Інформація з пам'ятки повідомлена пацієнту»** і натискаємо **«Підтвердити запит».**

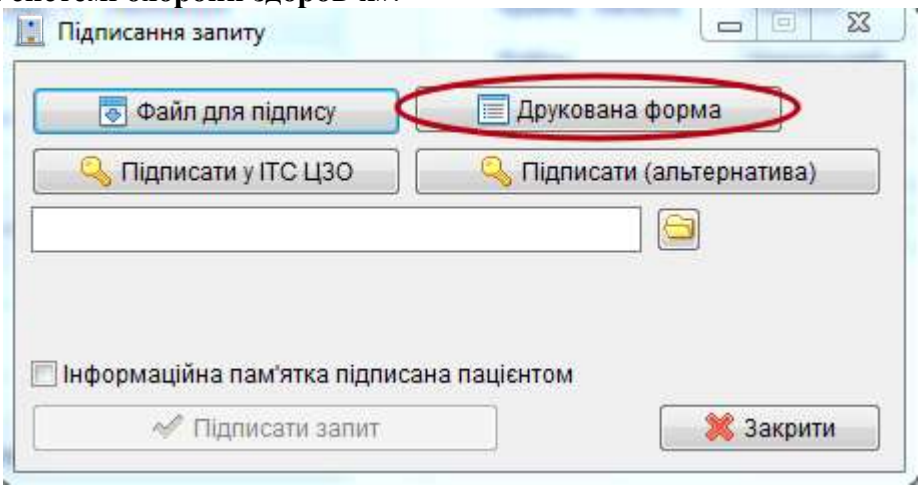


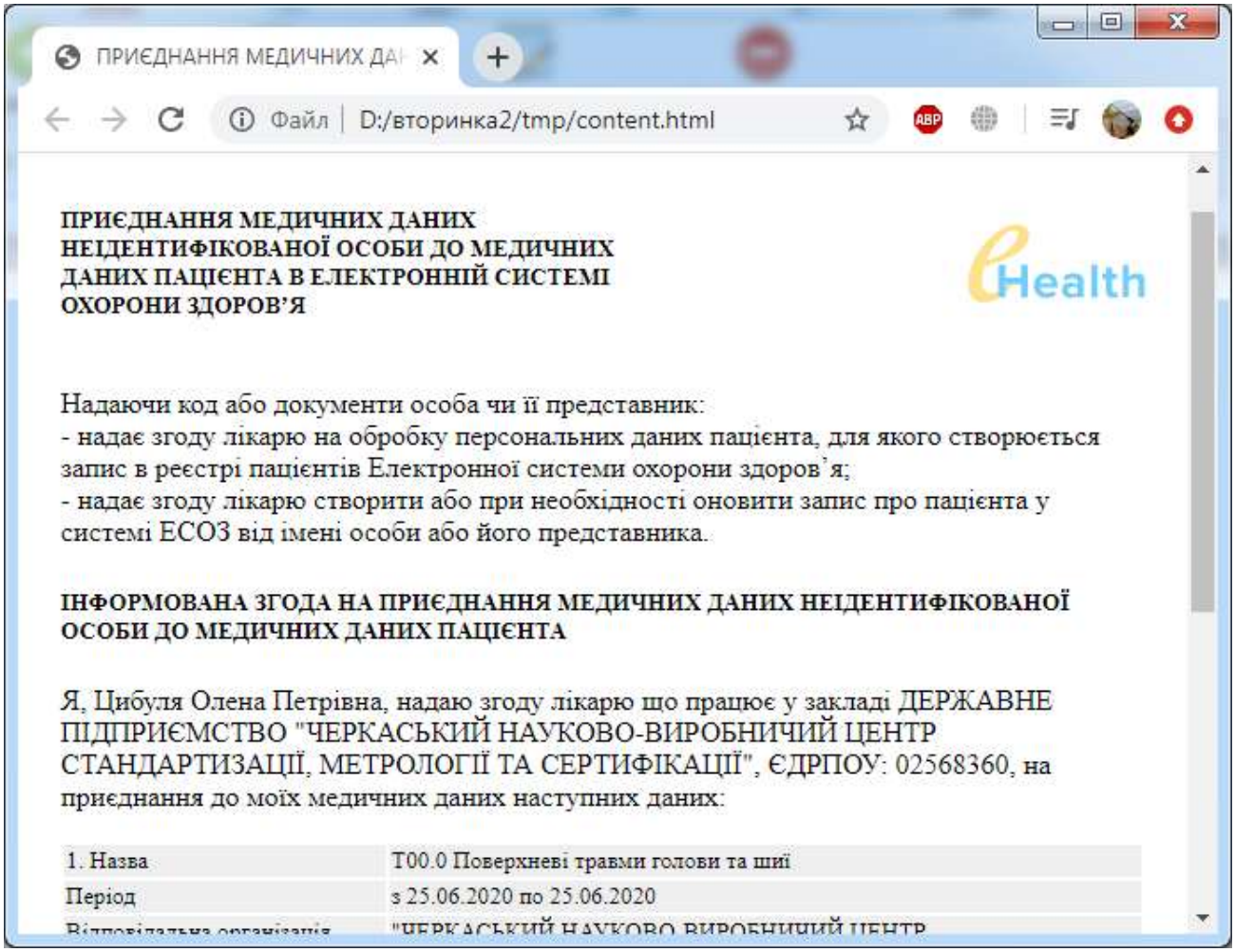
У вікні, що відкрилося вносимо код з СМС повідомлення, яке надійшло пацієнту. У разі відсутності можна натиснути **«Надіслати смс повторно»**.



Натискаємо **«Так»**.

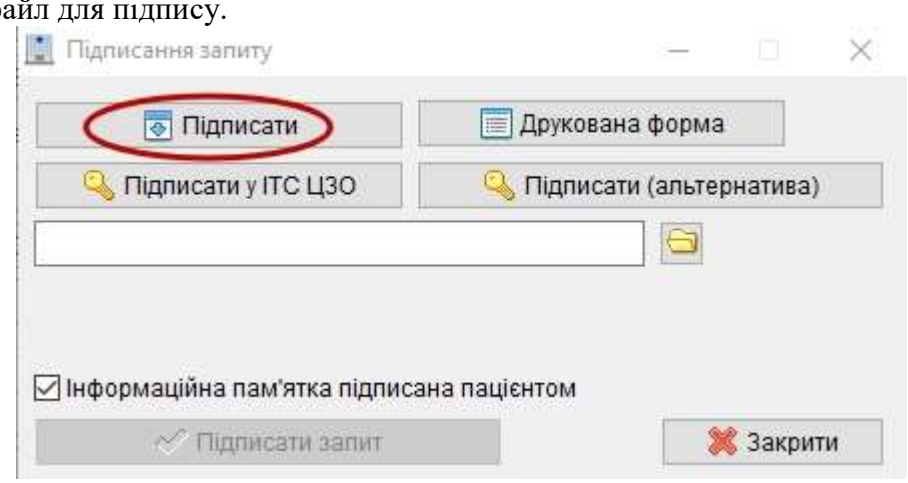
В наступному вікні варто роздрукувати форму **«Реєстрація запису про пацієнта в електронній системі охорони здоров'я»**.



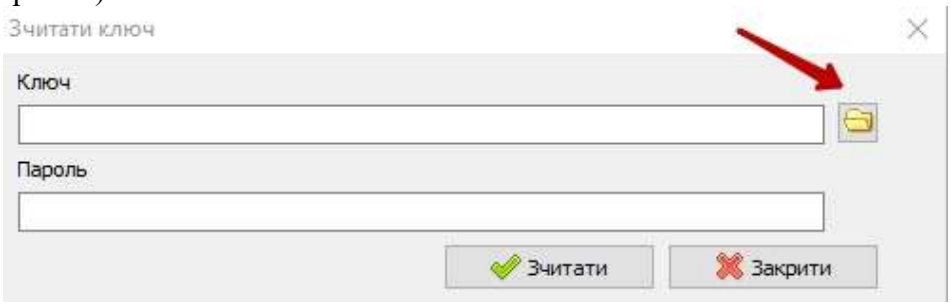


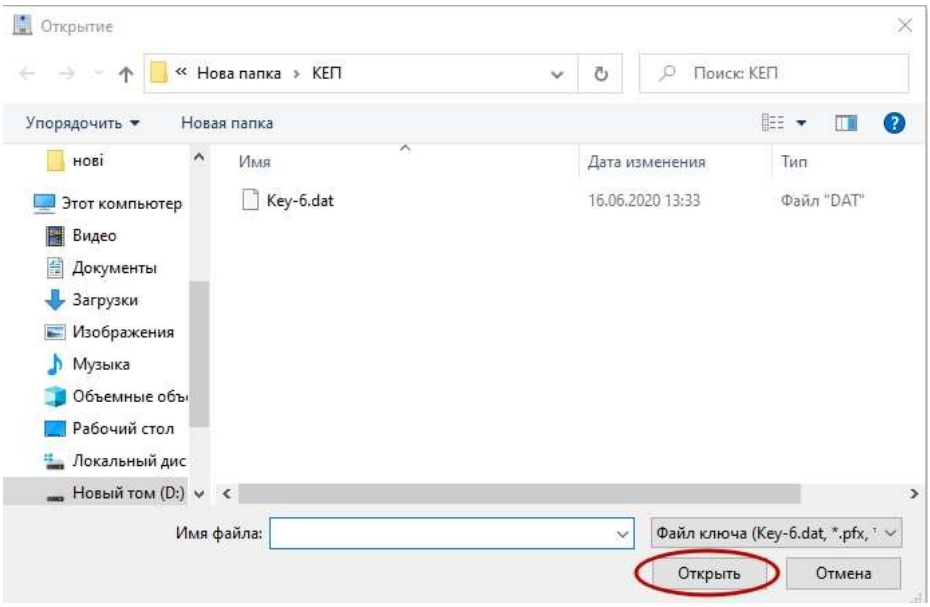
Після підпису пацієнта, один екземпляр залишається лікарю, інший – забирає пацієнт.

Далі, ставимо галочку, що **«Інформаційна пам'ятка підписана пацієнтом»** і створюємо файл для підпису.



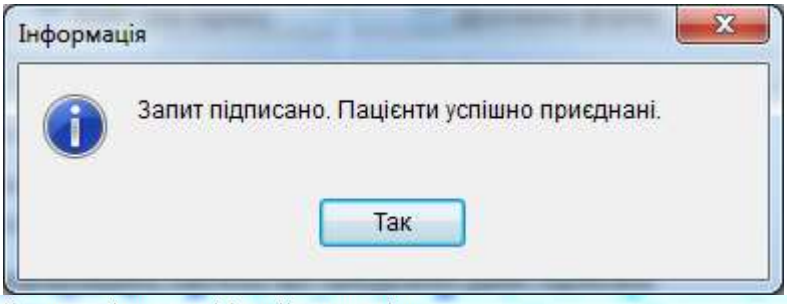
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).

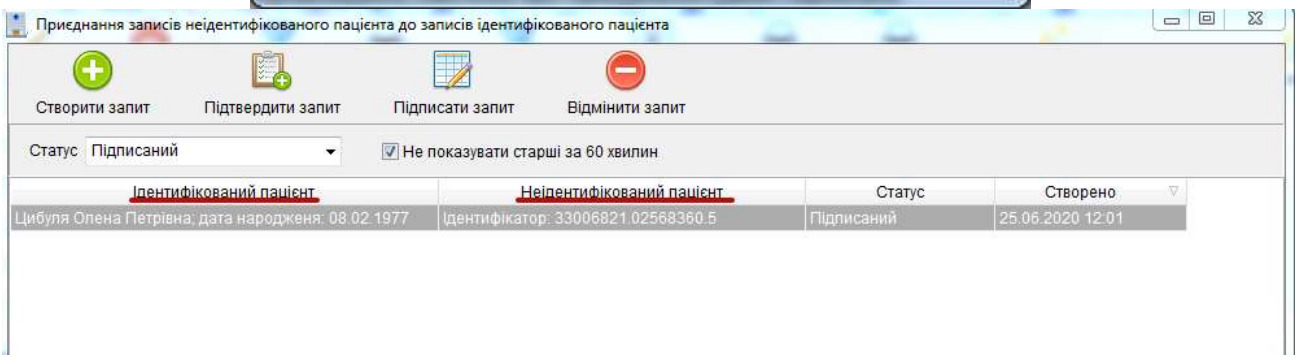




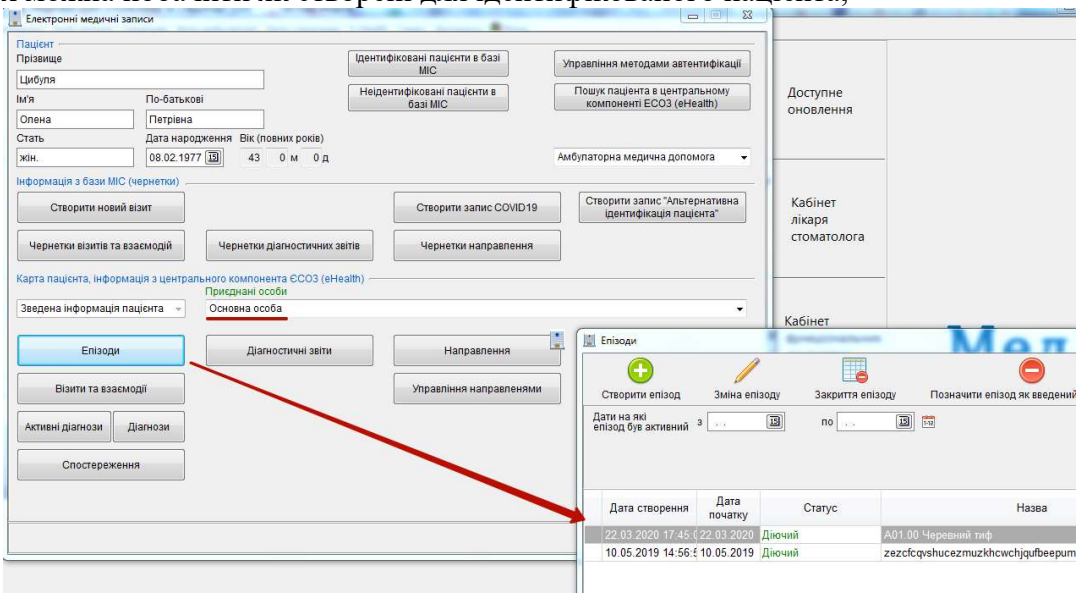
Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».

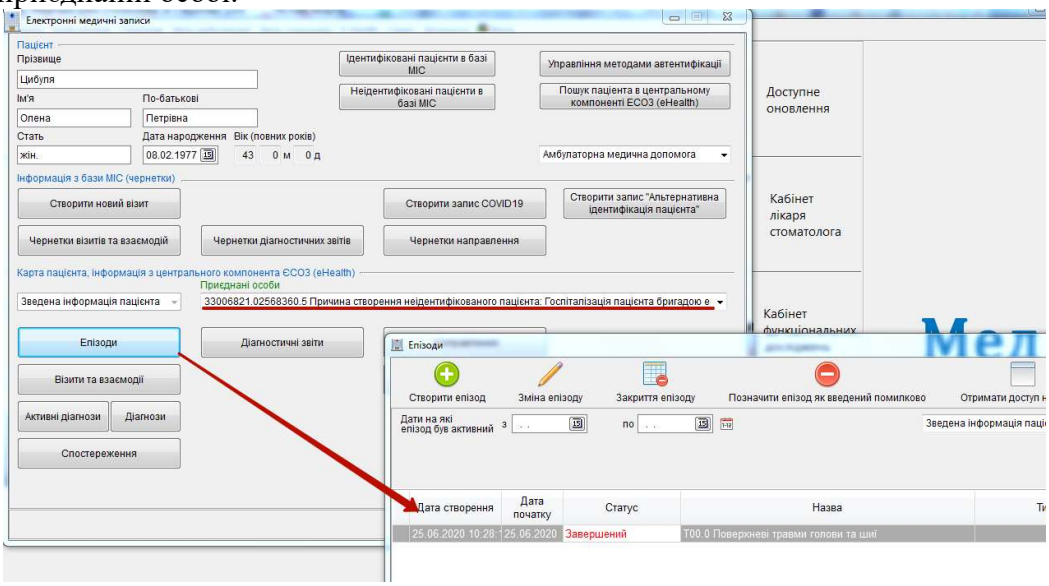




Таким чином, зайшовши в ЕМЗ пацієнта, до якого приєднали неідентифікованого, в епізодах можна побачити як створені для ідентифікованого пацієнта,



так і по приєднаній особі.



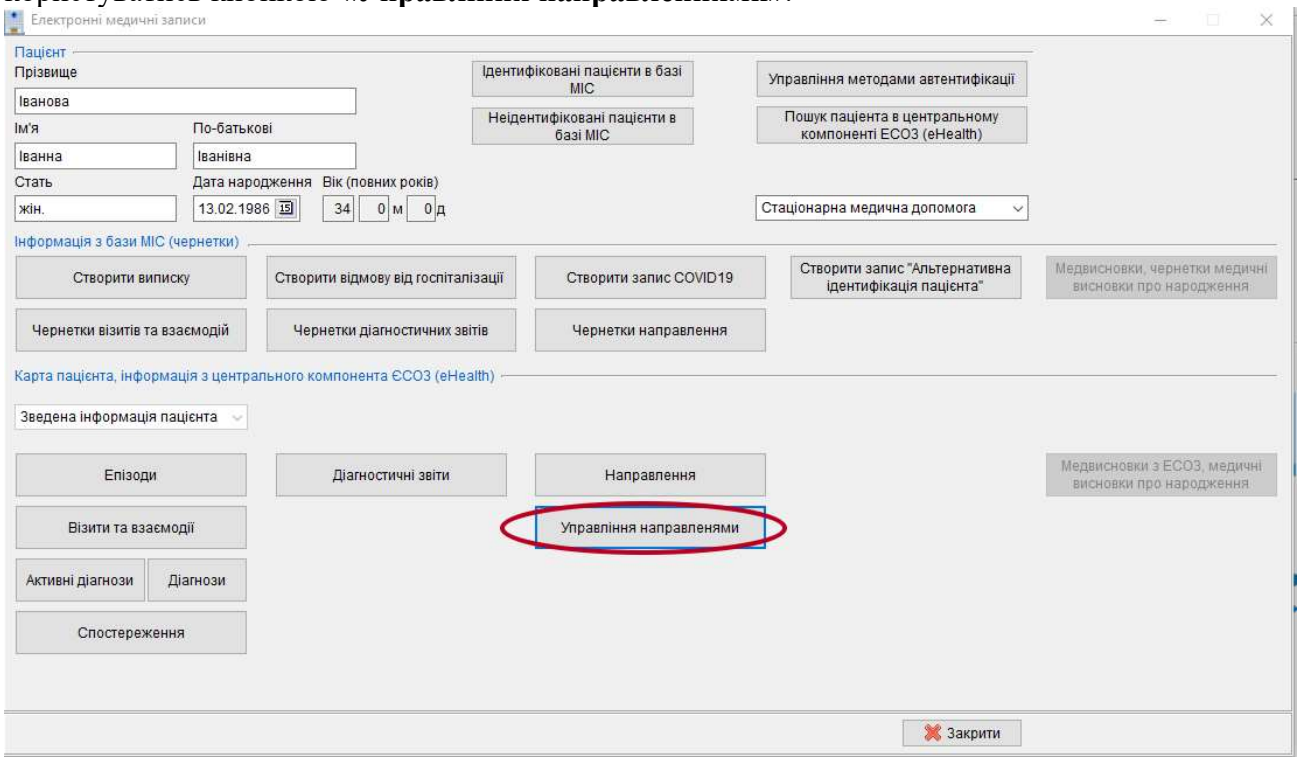
5. Створення виписки В МЕЖАХ ЕЛЕКТРОННОГО НАПРАВЛЕННЯ.

У РАЗІ, ЯКЩО ПАЦІЄНТКА МАЄ НАПРАВЛЕННЯ НА ГОСПІТАЛІЗАЦІЮ, ЛІКАР БЕРЕ ЙОГО В РОБОТУ. НАПРАВЛЕННЯ МАЄ, СЕРЕД ІНШОГО*, МІСТИТИ НАСТУПНІ ЗНАЧЕННЯ:

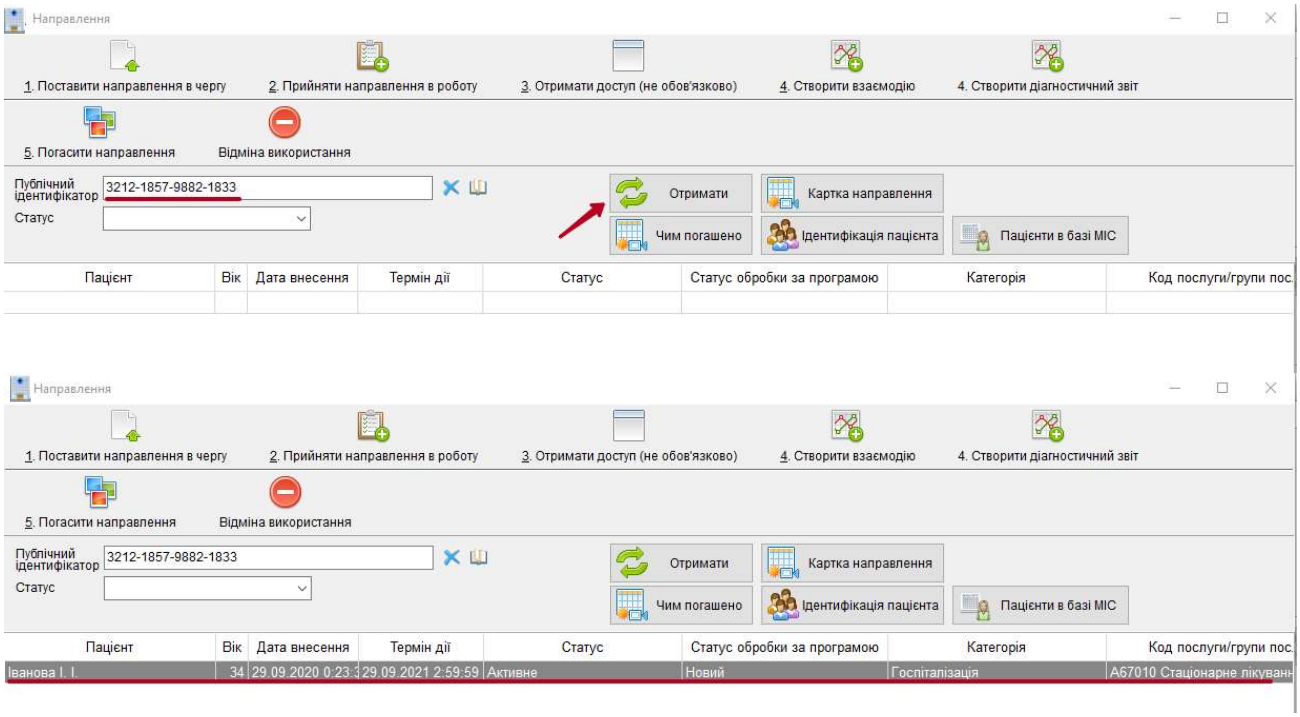
НАЗВА ПОЛЯ В ЕСОЗ		ОПИС
status	**СТАТУС НАПРАВЛЕННЯ**	Активне.
program	**ПРОГРАМА, ЗА ЯКОЮ ВИПИСАНЕ НАПРАВЛЕННЯ**	Програма медичних гарантій в 2020 році.
code	**КОД ПОСЛУГИ**	"A67010" - Стаціонарне лікування. Або код будь-якої іншої послуги, що може надаватись в стаціонарі.
category	**КАТЕГОРІЯ**	Госпіталізація.
performer type	**СПЕЦІАЛЬНІСТЬ НАДАВАЧА МЕДИЧНОЇ ПОСЛУГИ**	Акушерство і гінекологія.

Наявність наведених вище значень реквізитів визначає, що направлення відноситься саме до послуги зазначеного пакету.

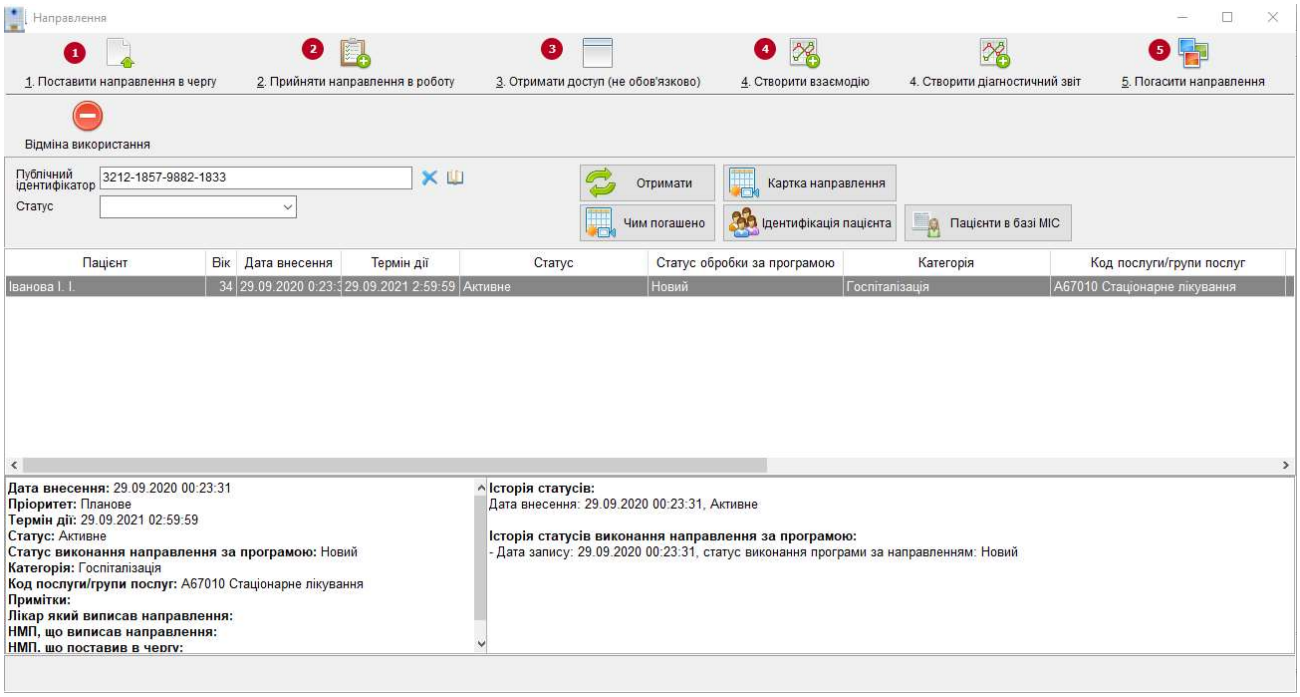
В ЕМЗ, коли пацієнтка звернулась в заклад **з електронним направлення**, потрібно користуватись кнопкою **«Управління направленнями»**.



У вікні, що з'явилось необхідно в поле **«Публічний ідентифікатор»** ввести номер направлення, який є в паперовому примірнику видане «на руки» пацієнту або із СМС-повідомлення і має формат типу 1234-5678-9101-1121. Далі натискаємо кнопку **«Отримати».**

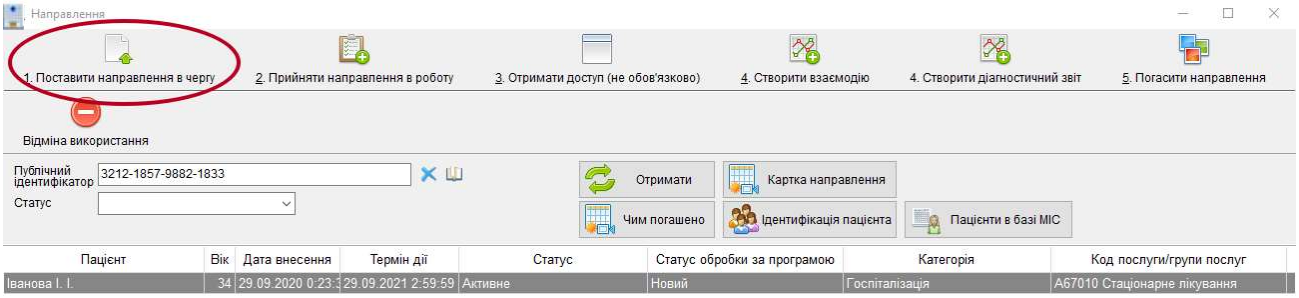


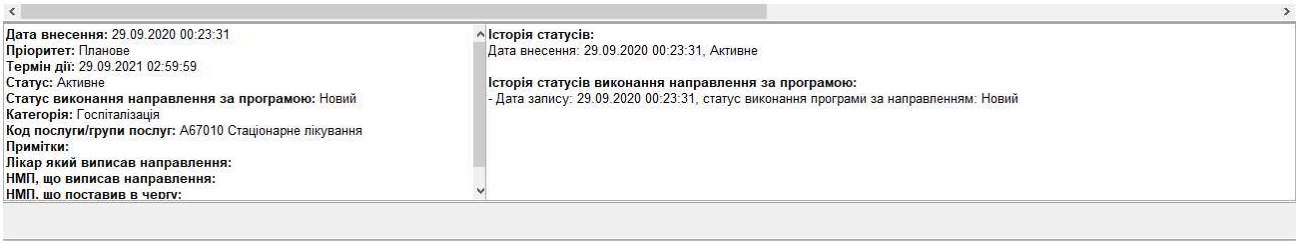
Далі слід покроково виконати всі дії від постановки направлення в чергу, до погашення.



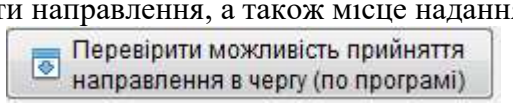
Розглянемо детальніше.

1 **Поставити направлення в чергу -** це дія щодо резервування направлення за конкретним медичним закладом, що планує виконати послуги за направленням.

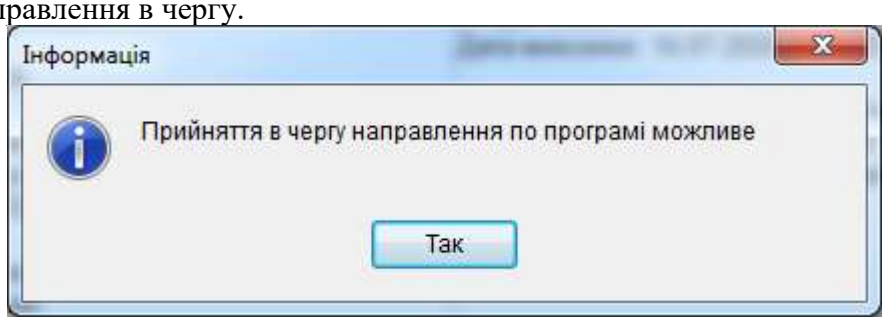


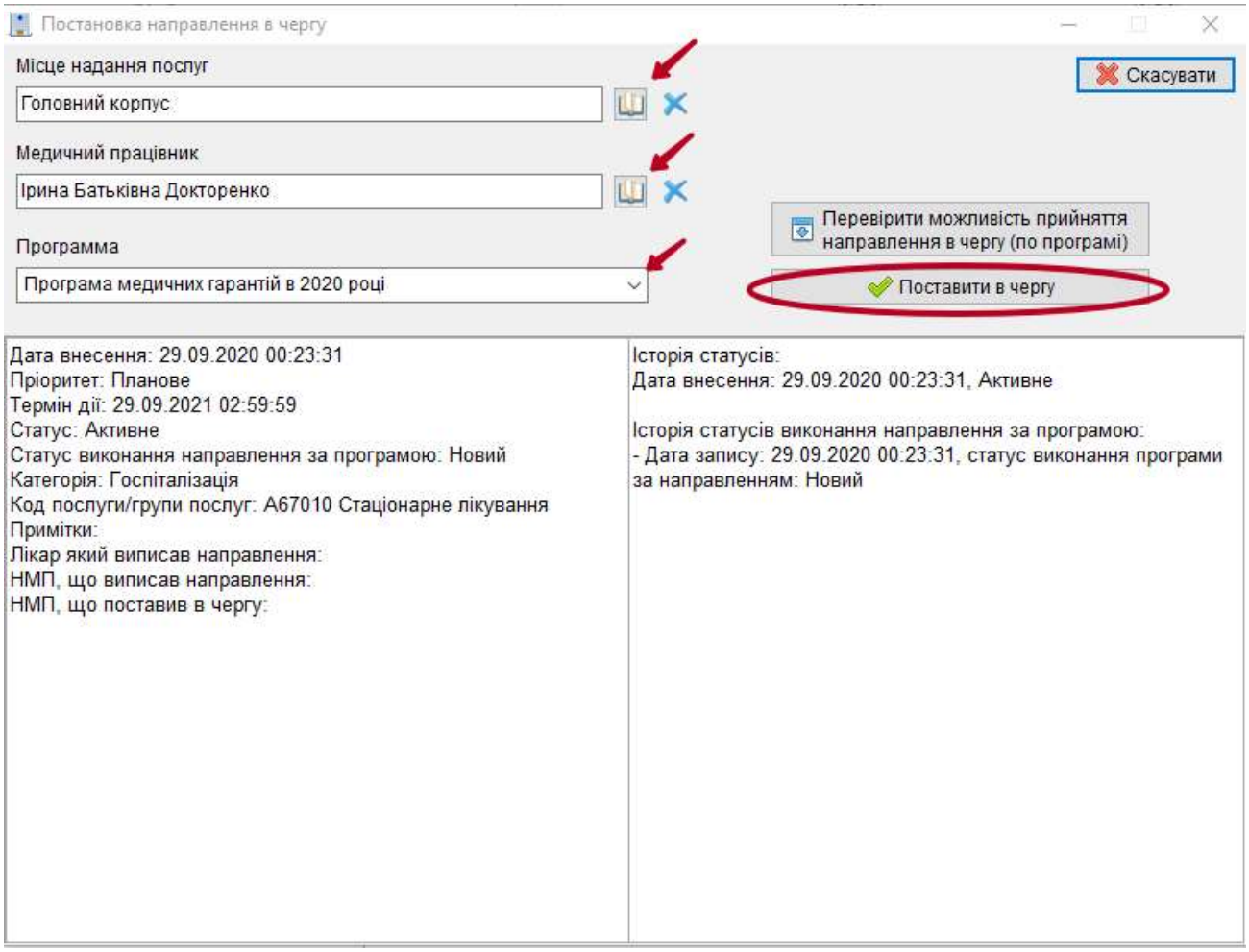


Зверніть увагу ! В той же час, поки направлення знаходиться в обробці, пацієнт має право змінити медичний заклад, в якому він планував використати направлення.
При цьому у вікні обов'язково слід вказати, що направлення буде виконуватись по «Програмі медичних гарантій 2020», можна вказати працівника медичного закладу, який буде реалізовувати направлення, а також місце надання послуг.

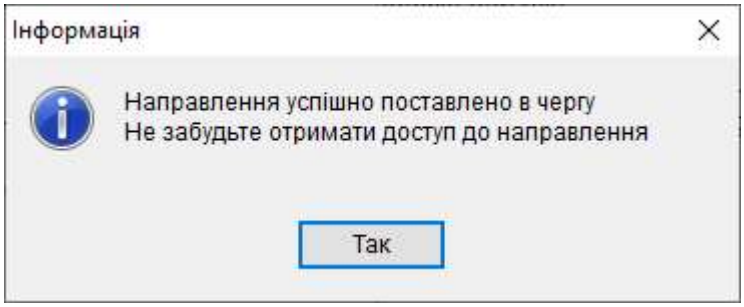
За допомогою кнопки 

перевіряється можливість прийняття направлення в чергу.

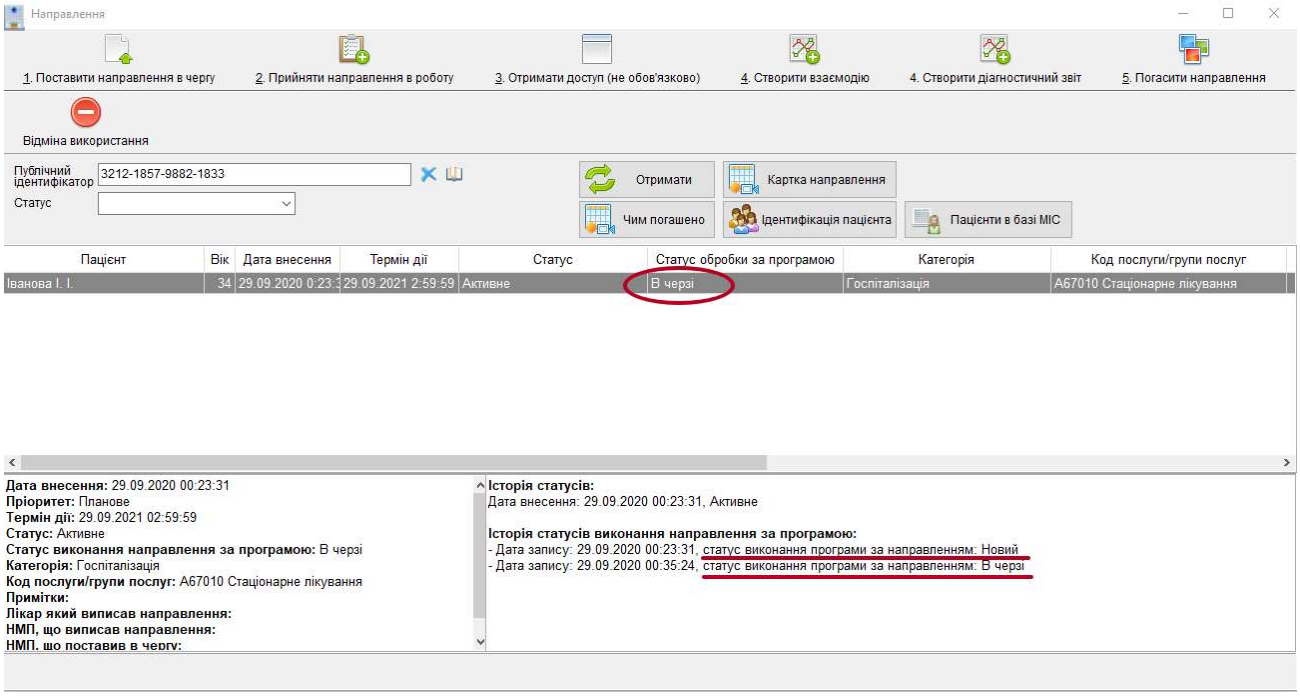




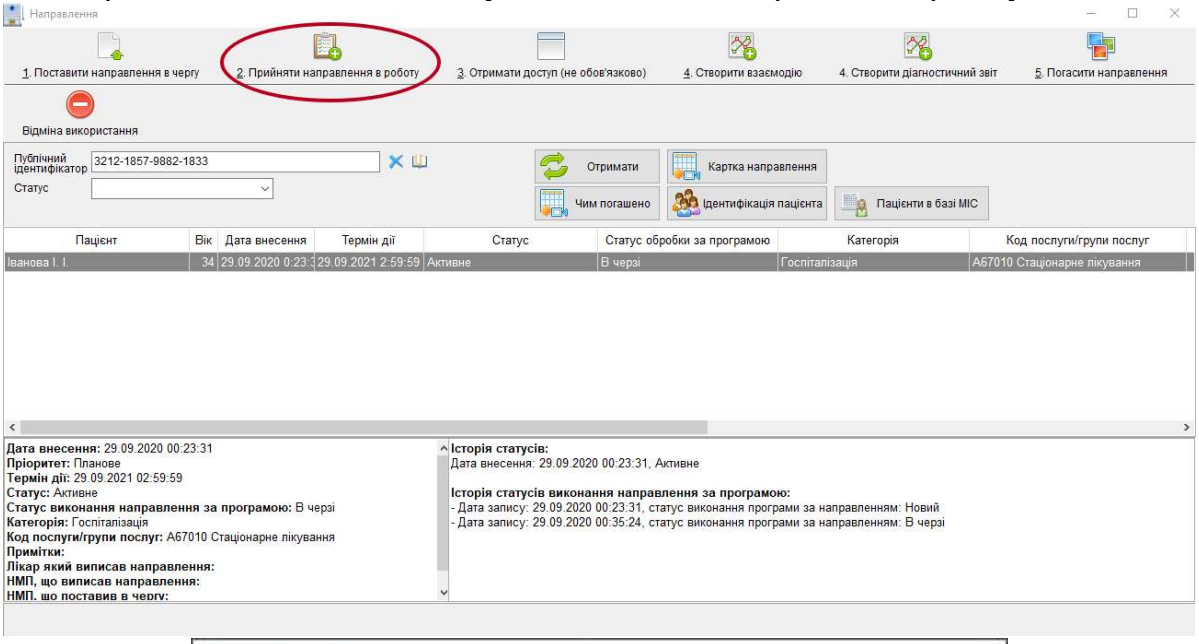
Відмітивши, натискаємо кнопку **«Поставити в чергу»**. Отримуємо наступне повідомлення.

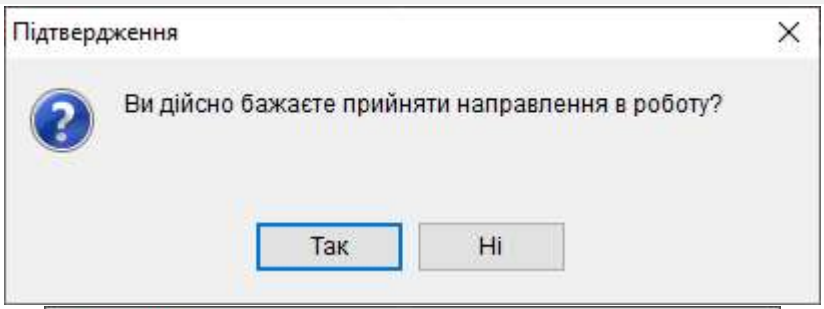


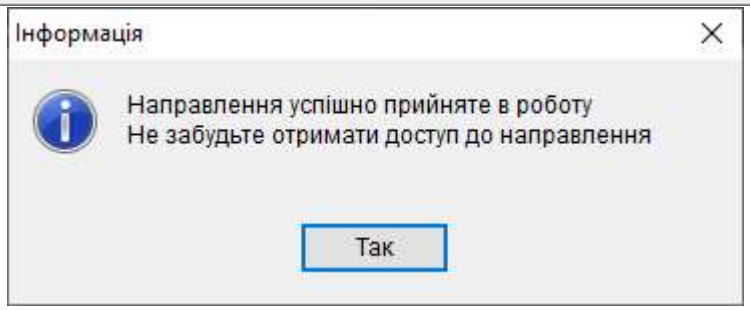
Статус обробки за програмою даного направлення змінився на **«В черзі».**



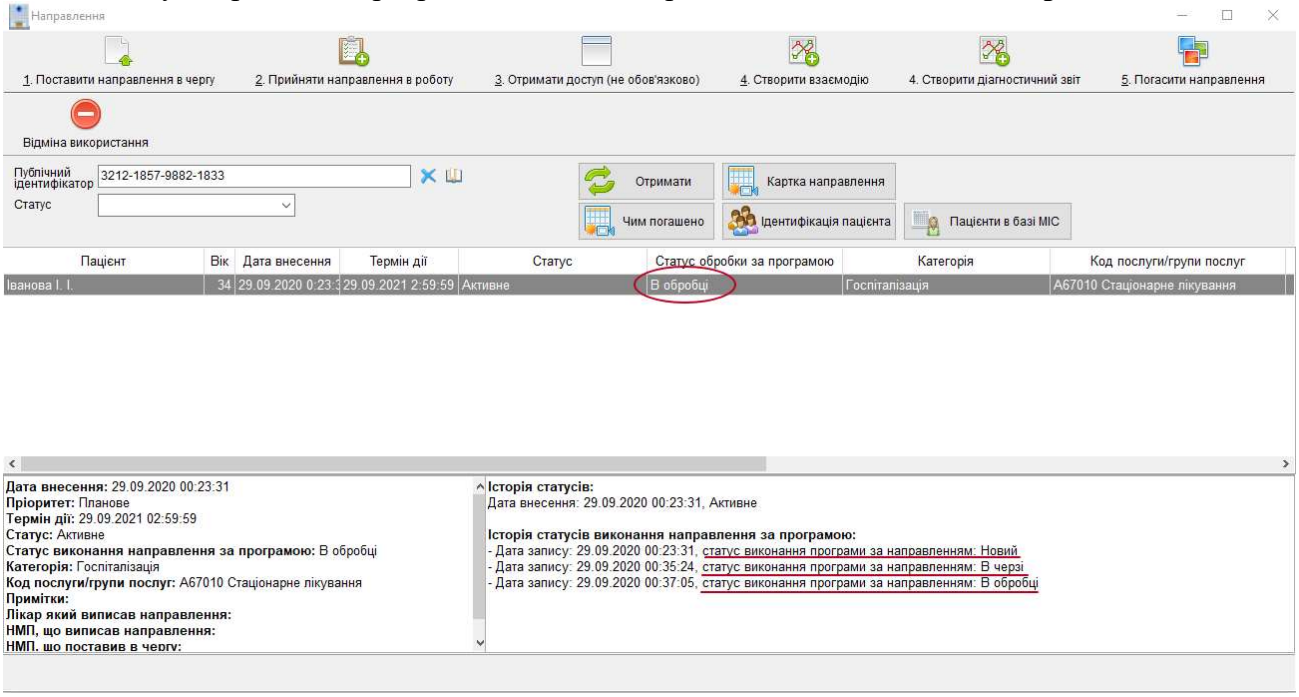
2 **Прийняти направлення в роботу -** перед тим, як почати надавати послуги за направленням виконавець послуг повинен взяти направлення в роботу.





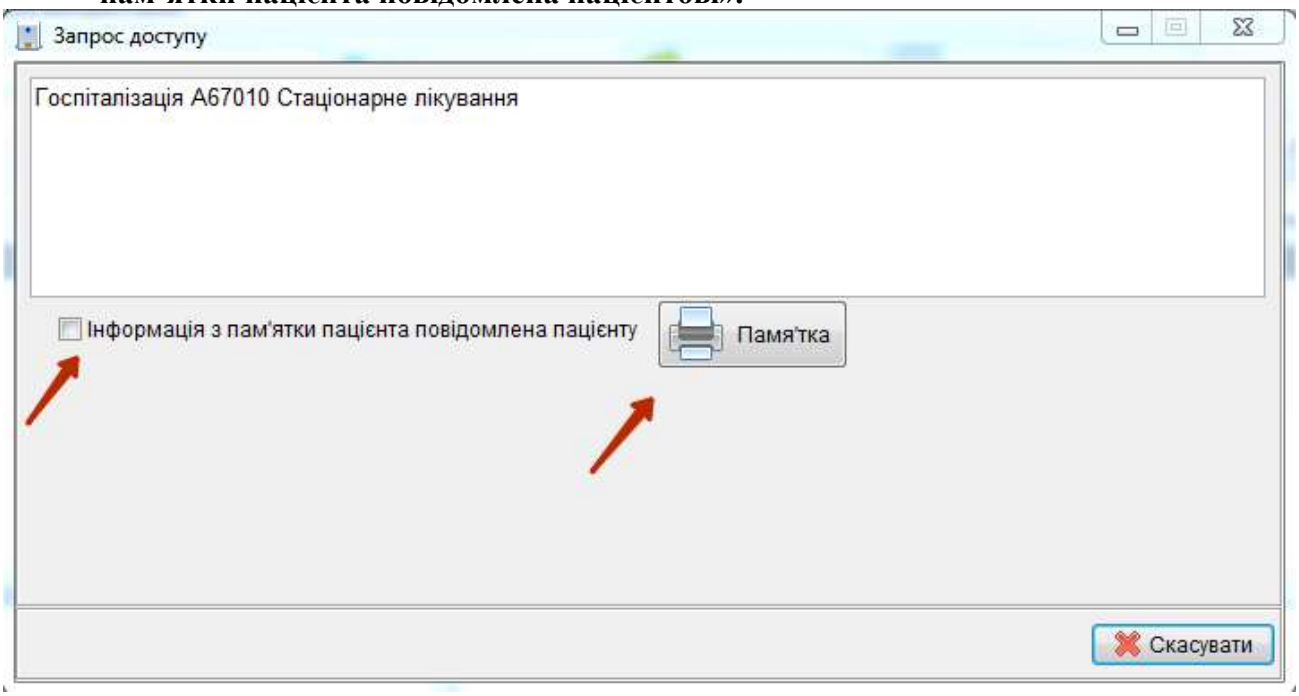


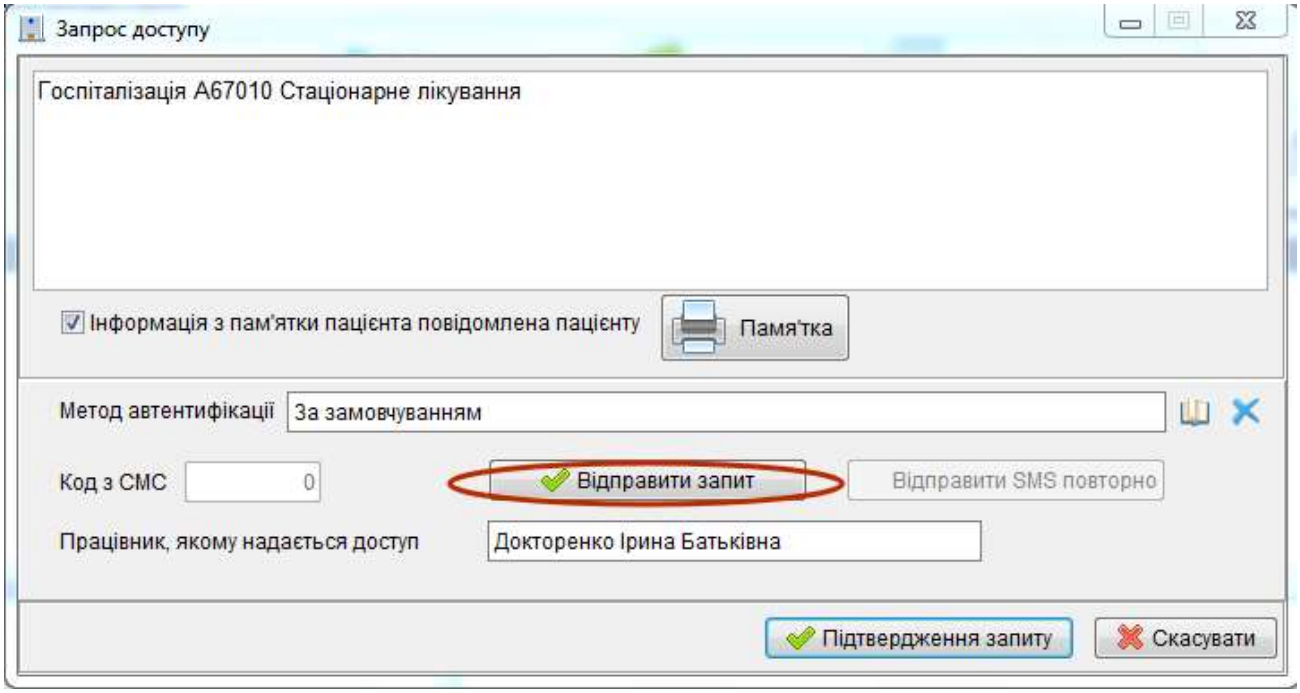
Статус обробки за програмою даного направлення змінився на **«В обробці».**



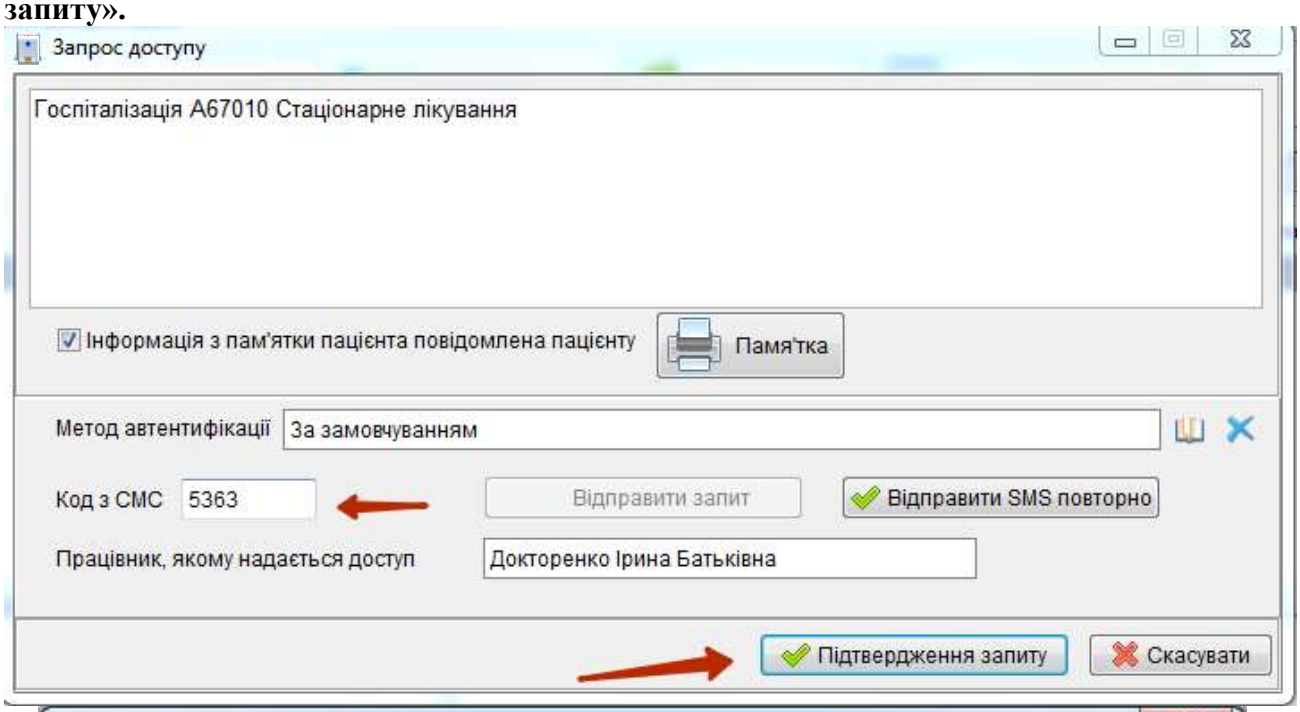
3 **Отримати доступ –** цей крок є необов'язковим для виконання. Використовується для того, щоб пацієнт підтвердив доступ лікаря **«Карти направлення»** (у разі, якщо відсутній паперовий примірник електронного направлення).

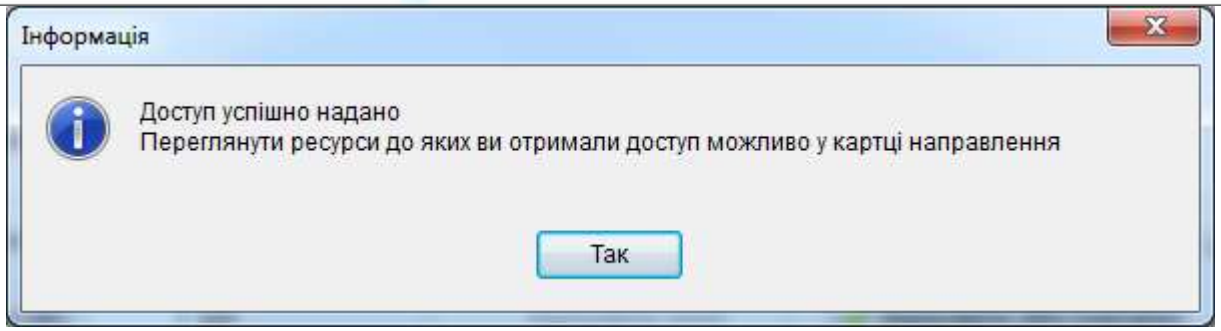
При натисканні на «Отримати доступ», відкривається вікно, де є можливість роздрукувати пацієнтові **«Пам'ятку»**, після чого поставити галочку **«Інформація з пам'ятки пацієнта повідомлена пацієнтові».**



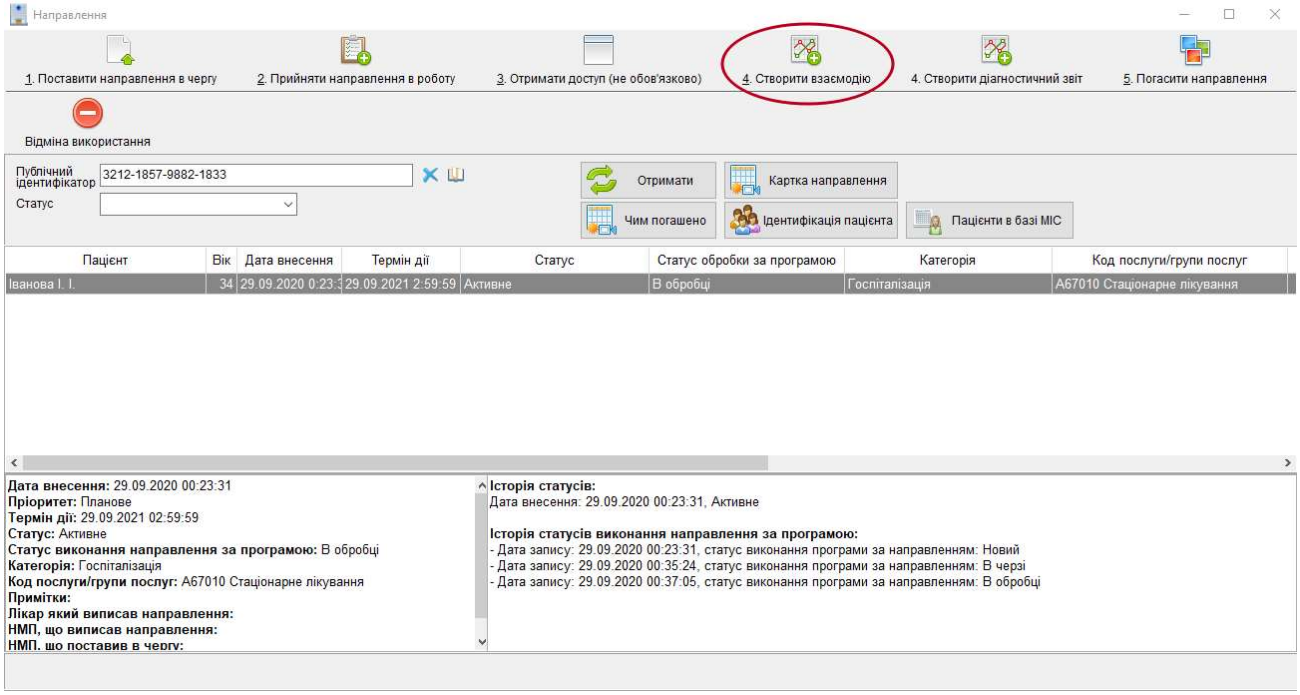


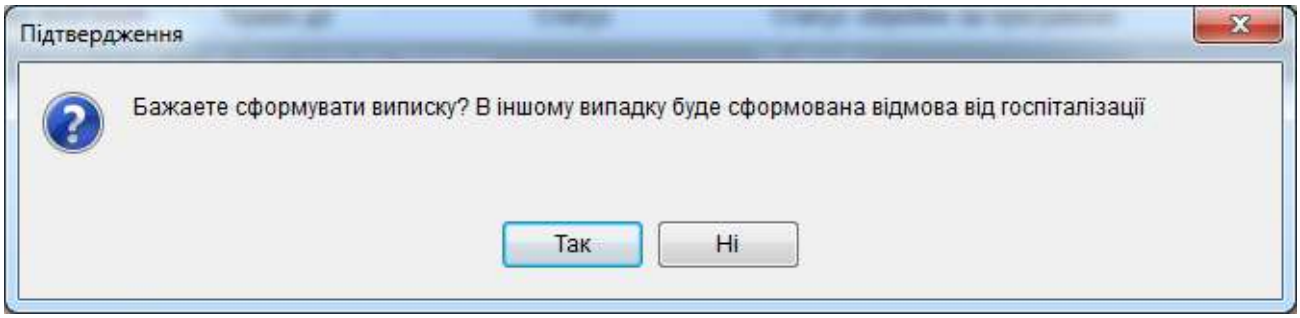
Натиснувши кнопку **«Відправити запит»,** пацієнту буде надіслано СМС з кодом підтвердження, яке потрібно ввести в поле **«Код з СМС»** і натиснути **«Підтвердження запиту».**



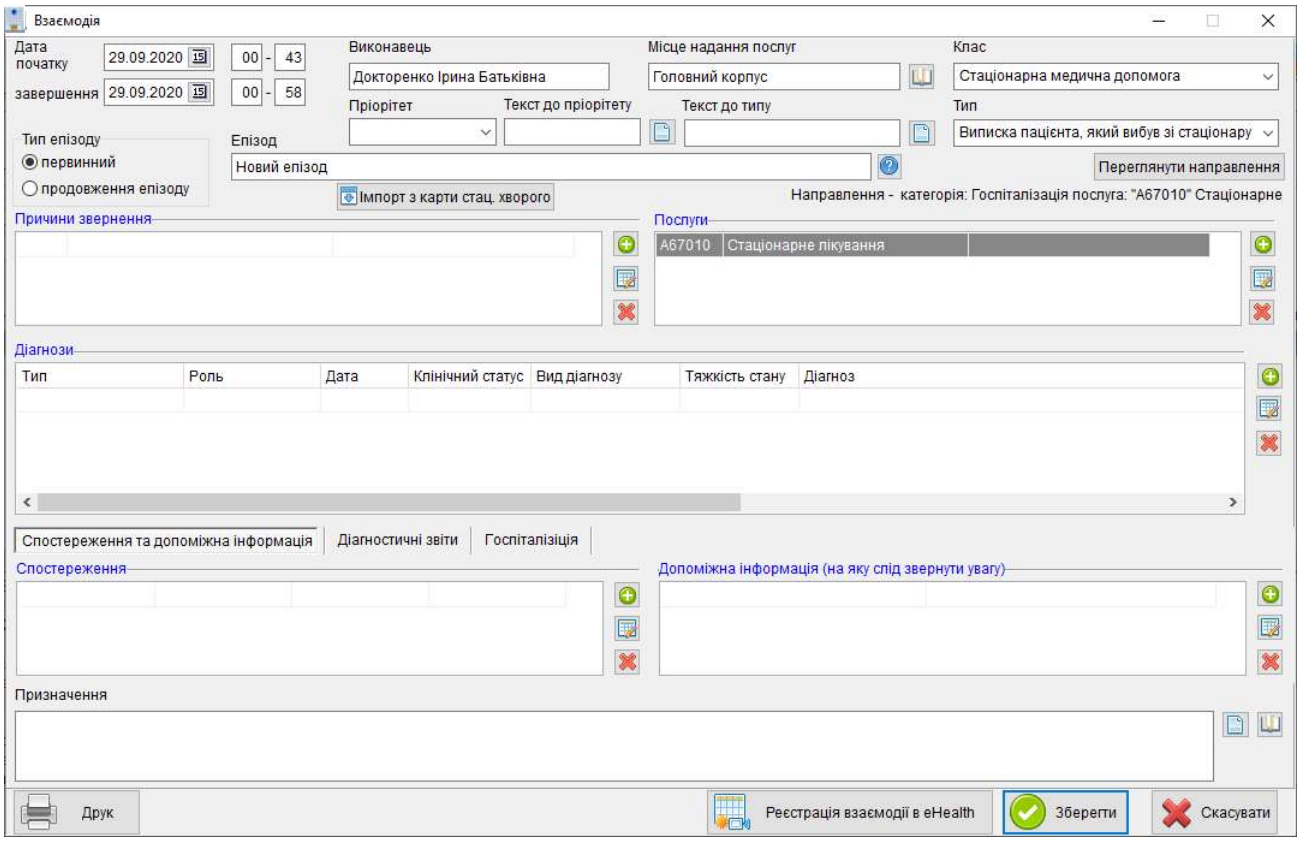


4 **Створити взаємодію –** натиснувши кнопку, програма видає повідомлення, що лікуючий лікар може створити або виписку зі стаціонару або відмову від госпіталізації (у разі відповіді «Ні»).





У разі **позитивної відповіді** переходимо до створення взаємодії з **типом «Виписка пацієнта, який вибув зі стаціонару».**



Зверніть увагу!

Згідно інструкції НСЗУ «Особливості ведення медичних записів. Медична допомога при пологах»:

ЛІКАР СТВОРЮЄ ВЗАЄМОДІЮ. ВЗАЄМОДІЯ МАЄ, СЕРЕД ІНШОГО*, МІСТИТИ НАСТУПНІ ЗНАЧЕННЯ:

НАЗВА ПОЛЯ В ЕСОЗ		ОПИС
incoming_referral	**ПОСИЛАННЯ НА НАПРАВЛЕННЯ**	Лікар вказує посилання на направлення, за яким пацієнтка звернулася до лікаря. У прийому жінки без направлення, дане поле не заповнюється.
date	**ДАТА ВЗАЄМОДІЇ**	ДАТА ВИПИСКИ породіллі.
division	**МІСЦЕ НАДАННЯ ПОСЛУГ**	Вказується місце надання послуг, в яке госпіталізовано пацієнтку.
class	**КЛАС**	Стаціонарна медична допомога.
priority	**ПРИОРИТЕТНІСТЬ**	Залежно від стану пацієнтки вибрати одне з наступних можливих значень: • Ургентно • Неургентно
performer	**ВИКОНАВЕЦЬ**	Зазначається ПІБ лікаря, який приймав (завершував) пологи.
type	**ТИП ВЗАЄМОДІЇ З ПАЦІЄНТОМ**	Виписка зі стаціонару.
admit_source	**ПІДСТАВА ЗВЕРНЕННЯ**	Залежно від клінічного випадку вибрати одне з наступних можливих значень: • За електронним направленням • За паперовим направленням, яке було роздруковане з ЕСОЗ • Самозвернення • Бригадою екстреної медичної допомоги • Переведений з іншого ЗОЗ • Доставлений третіми особами
pre_admission_identifier	**НОМЕР ВИКЛИКУ ШВИДКОЇ ДОПОМОГИ**	У випадку вибору підстави звернення: "Бригадою екстреної медичної допомоги» вказати номер виклику швидкої допомоги, яка доставила пацієнтку.

Розглянемо детальніше як в програм заповнюються відповідні поляі:

- **дата (час) початку –** це дата (час) госпіталізації породіллі**; та завершення –** це дата (час) виписки породіллі;
- **«Виконавець»** та **«Місце надання послуг»**;
- **«Пріоритет»** (примусове, планове, ургентне), при потребі **«Текст до пріоритету»**,
- **«Тип епізоду» - Первинний.** Якщо приймається рішення про госпіталізацію пацієнта – для пацієнта **завжди створюється новий епізод**.
- **«Причини звернення» - являється полем, не обов'язковим для заповнення в закладах СМД.**
- **«Послуги» -** у випадку, коли взаємодія створюється по електронному направленню, автоматично в даному полі пропишеться послуга, яка була вказана при створенні направлення. Додатково вносяться дії та процедури, які були проведені під час взаємодії з Національного класифікатора НК 026:2019 «Класифікатор медичних інтервенцій» гармонізований з Австралійським класифікатором медичних інтервенцій (АКМІ).

Зверніть увагу!

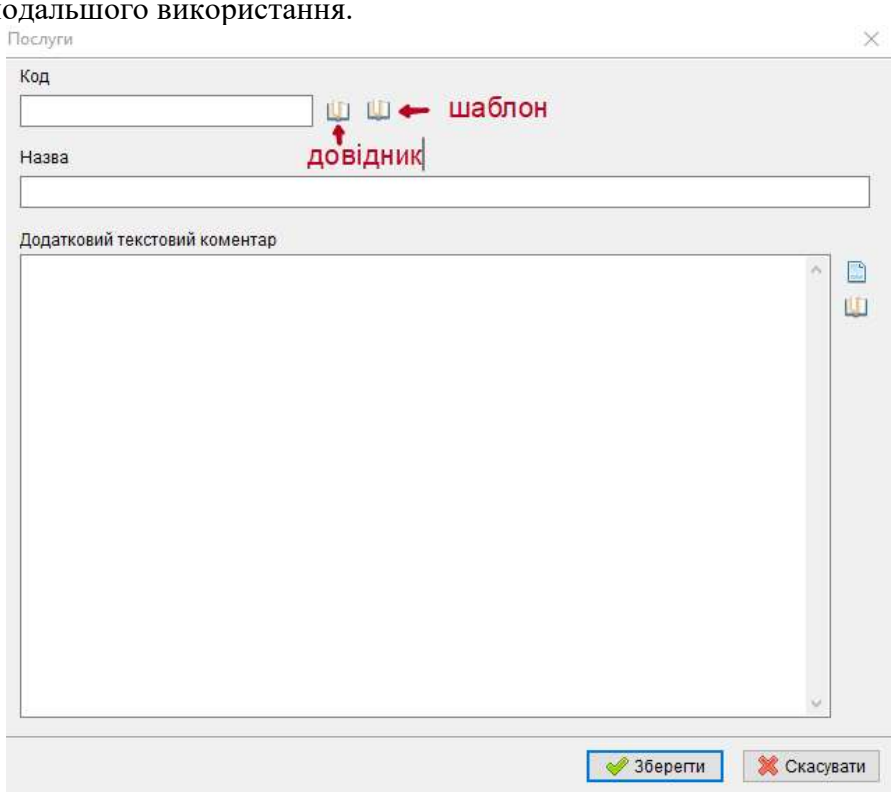
Згідно інструкції НСЗУ «Особливості ведення медичних записів. Медична допомога при пологах»:

ДІЯ №1, Вказуються шляхи введення медикаментів, які застосовувалися під час госпіталізації, з наступного переліку: Антирезусний імуноглобулін, Протромбіновий комплекс, Транексамова кислота, Метилергометрин, Мізопростол (лікарських засобів, що закуповуватимуться за бюджетні кошти у 2020 р.), а також всі антибактеріальні препарати.		
actions_reference	**ПРОВЕДЕНІ ДІЇ ПРИ ВЗАЄМОДІЇ**	Вказується код відповідної послуги з наступного переліку (в залежності від способу застосування): 96197-19 - "Внутрішньом'язове введення фармакологічного засобу, інший та неуточнений фармакологічний засіб" 96199-19 - "Внутрішньовенне введення фармакологічного засобу, інший та неуточнений фармакологічний засіб" 96203-19 - "Оральний шлях введення фармакологічного засобу, інший та неуточнений фармакологічний засіб" 96197-02 - "Внутрішньом'язове введення фармакологічного засобу, протиінфекційний засіб" 96199-02 - "Внутрішньовенне введення фармакологічного засобу, протиінфекційний засіб" 96203-02 - "Оральний шлях введення фармакологічного засобу, протиінфекційний засіб"
text	**ПРИМІТКИ**	Зазначити використані препарати (через кому, у разі використання декількох препаратів).
ДІЯ №2, 3… У разі проведення інтервенцій зазначаються відповідні коди з Національного класифікатора НК 026:2019 «Класифікатор медичних інтервенцій» з необхідними коментарями		
actions_reference	**ПРОВЕДЕНІ ДІЇ ПРИ ВЗАЄМОДІЇ**	*В залежності від клінічного випадку

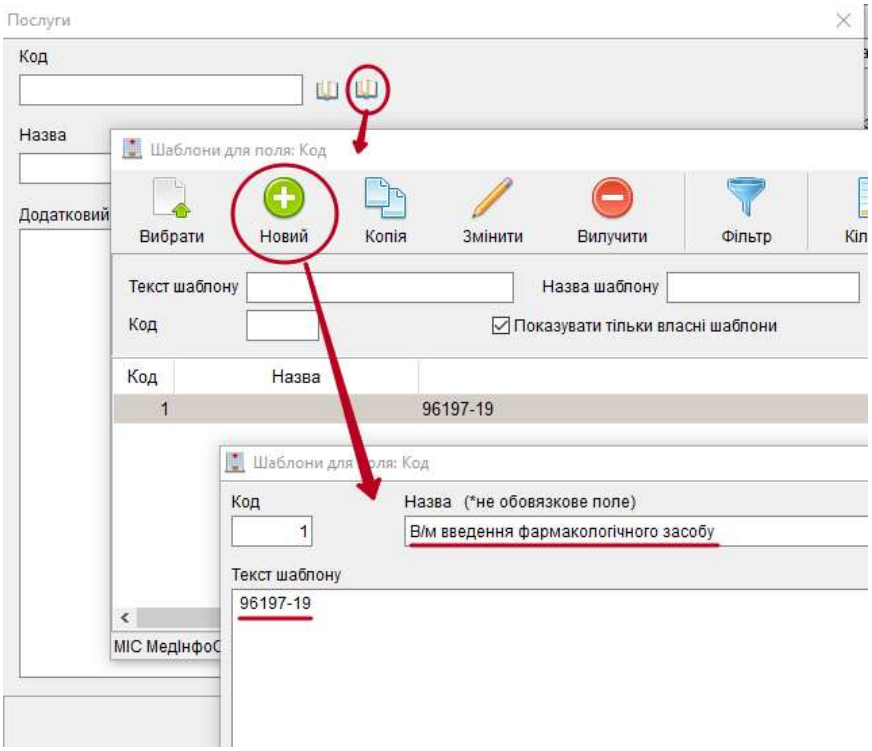
Розглянемо детальніше, як це зробити в програмі.

Всі послуги додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , ,
.

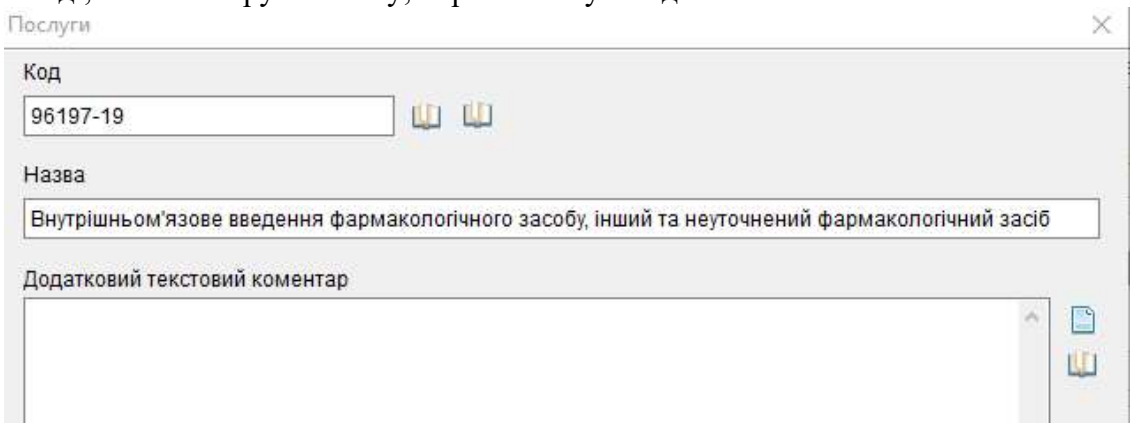
При додаванні нової послуги з’являється вікно, де можна, якщо відомо код послуги - **ввести в поле «Код» і натиснути кнопку ENTER на клавіатурі**, або потрібно обрати відповідну послугу за допомогою кнопки . Поруч така ж кнопка дозволяє **створити шаблон** для подальшого використання.



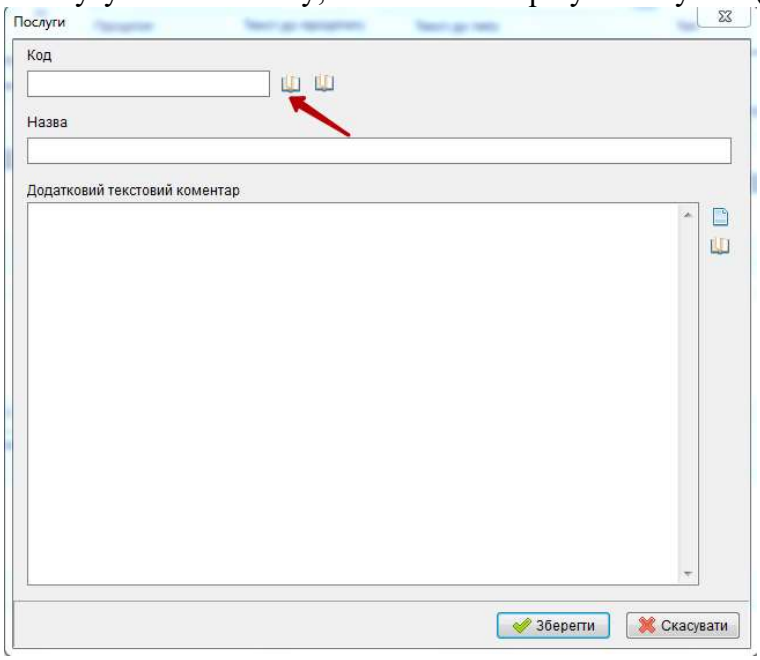
В шаблоні достатньо ввести в поле **«Текст шаблону»** код, який часто буде використовуватись.



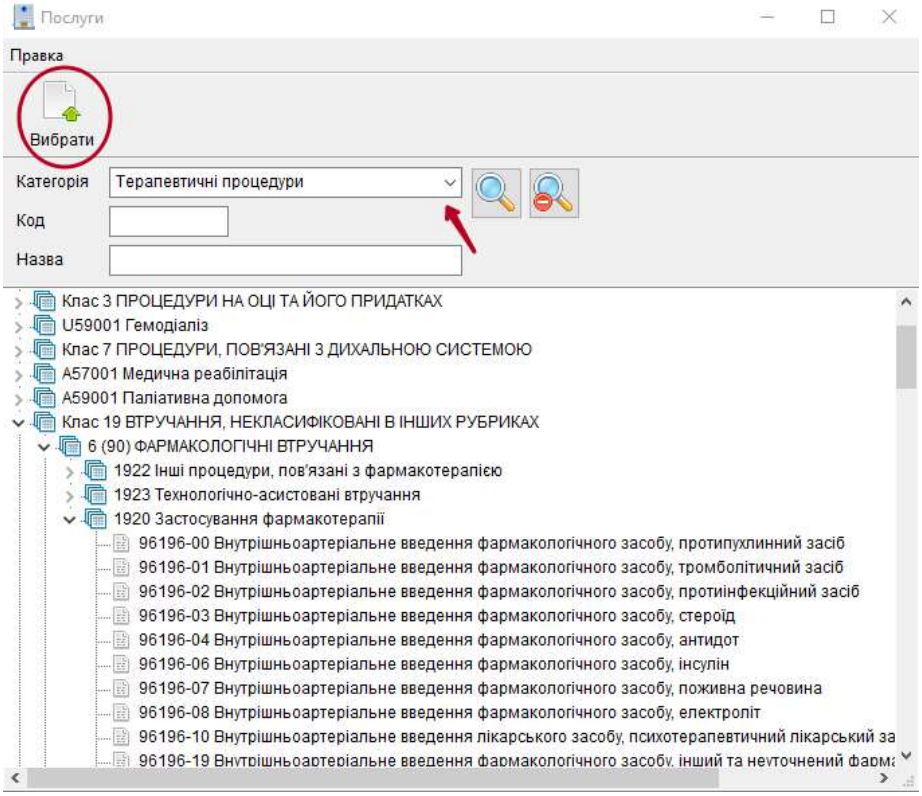
Тоді, після вибору шаблону, обрана послуга підтягнеться автоматично.



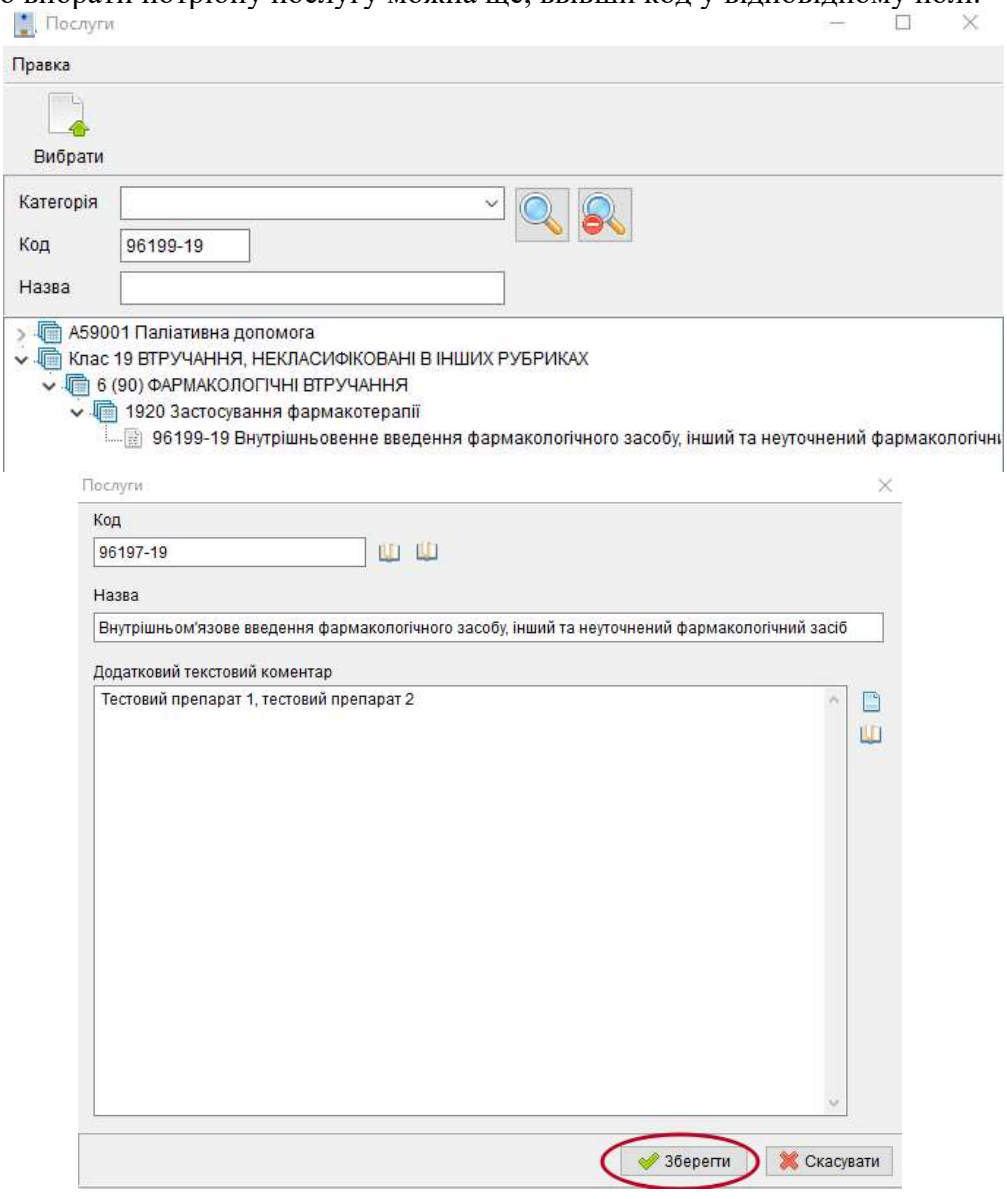
Щоб додати послугу не із шаблону, натискаємо першу кнопку (довідник).



У вікні, що відкрилось обрати необхідну послугу можна або, вказавши категорію, відфільтрувати, натиснувши кнопку і кнопка **«Вибрати».**



Або вибрати потрібну послугу можна ще, ввівши код у відповідному полі.



У випадку, якщо був проведений кесарів розтин, то слід використовувати перелік кодів послуг, указаний в інструкції НСЗУ:

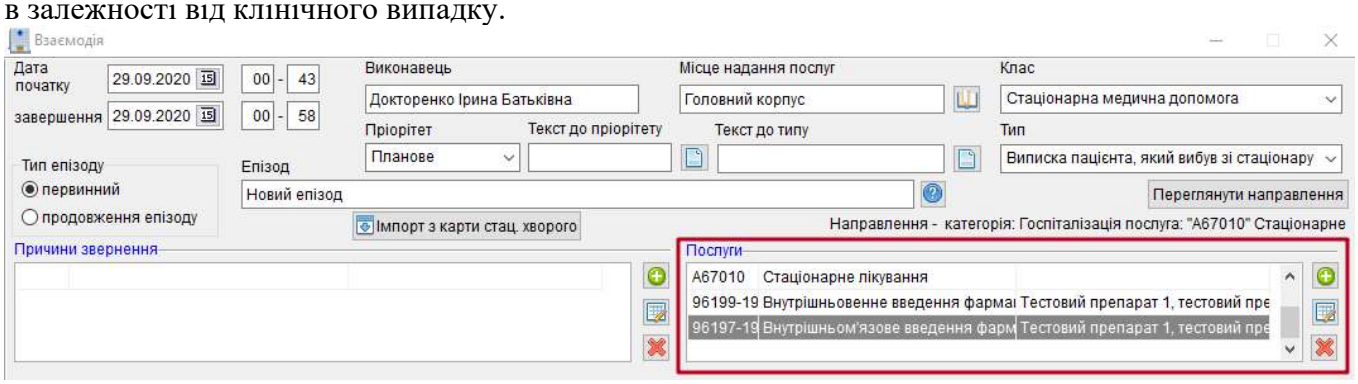
ДО УВАГИ!

ПЕРЕЛІК КОДІВ ДЛЯ КОДУВАННЯ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ:

- 16520-00 - "Плановий класичний кесарів розтин"
- 16520-01 - "Екстрений класичний кесарів розтин"
- 16520-02 - "Плановий кесарів розтин у нижньому сегменті матки"
- 16520-03 - "Екстрений кесарів розтин у нижньому сегменті матки"
- 16520-04 - "Плановий кесарів розтин, не класифікований в інших рубриках "
- 16520-05 - "Екстрений кесарів розтин, не класифікований в інших рубриках"

Коди для всіх інших акушерських процедур знаходяться у КЛАСІ 14 національного класифікатора НК 026:2019 «Класифікатор медичних інтервенцій».

В результаті в полі **«Послуги»** відмітити всі надані послуги, згідно інструкції НСЗУ і в залежності від клінічного випадку.



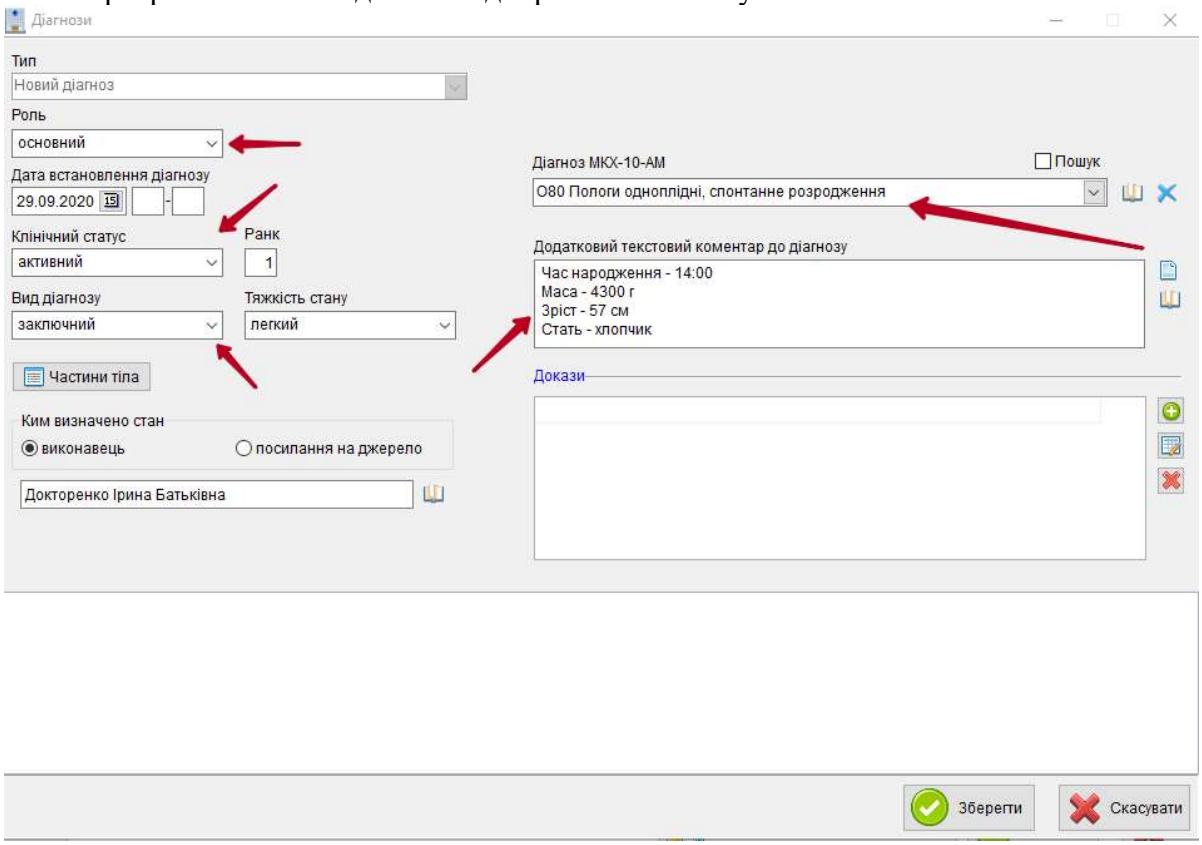
- **«Діагнози» -** в рамках взаємодії лікар може вказати, за необхідності, декілька діагнозів пацієнта, які в свою чергу поділяються на: **основний** (в межах однієї взаємодії можна вказати лише один основний діагноз пацієнта), **супутній** (стан або захворювання, що немає причинно наслідкового зв'язку з основним діагнозом), **ускладнення** (стан або захворювання, що пов'язане з основним діагнозом або діями в процесі медичних втручань). Всі діагнози додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок .

Зверніть увагу!

Згідно інструкції НСЗУ «Особливості ведення медичних записів. Медична допомога при пологах» щодо **основного діагнозу**:

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ОСНОВНИЙ ДІАГНОЗ (вказується ЛИШЕ ОДИН діагноз!)		
code	**КОД ДІАГНОЗУ**	Вибрати один код з переліку (в залежності від клінічного випадку): O80 - "Пологи одноплідні, спонтанне розродження" O81 - "Пологи одноплідні, розродження за допомогою щипців або вакуумного екстрактора" O82 - "Пологи одноплідні, розродження за допомогою кесарева розтину" O83 - "Пологи одноплідні, розродження з використанням інших видів акушерської допомоги" O84.0 - "Багатоплідні пологи, спонтанне розродження всіх плодів" O84.1 - "Багатоплідні пологи, всі розродження з застосуванням щипців та вакуум-екстрактора" O84.2 - "Багатоплідні пологи, всі розродження шляхом кесарева розтину" O84.81 - "Багатоплідні пологи з акушерською допомогою, не класифіковані в інших рубриках" O84.82 - "Багатоплідні пологи, комбінований спосіб розродження" O84.9 - "Багатоплідні пологи, неуточнені"
role	**РОЛЬ ДІАГНОЗУ**	Основний.
clinical_status	**КЛІНІЧНИЙ СТАТУС**	Активний.
verification_status	**ВИД ДІАГНОЗУ (СТАТУС ДОСТОВІРНОСТІ)**	Заключний.
text	**ПРИМІТКИ**	Обов'язково вказується час народження дитини, маса, зріст, стать.

В програмі основний діагноз відображається наступним чином:

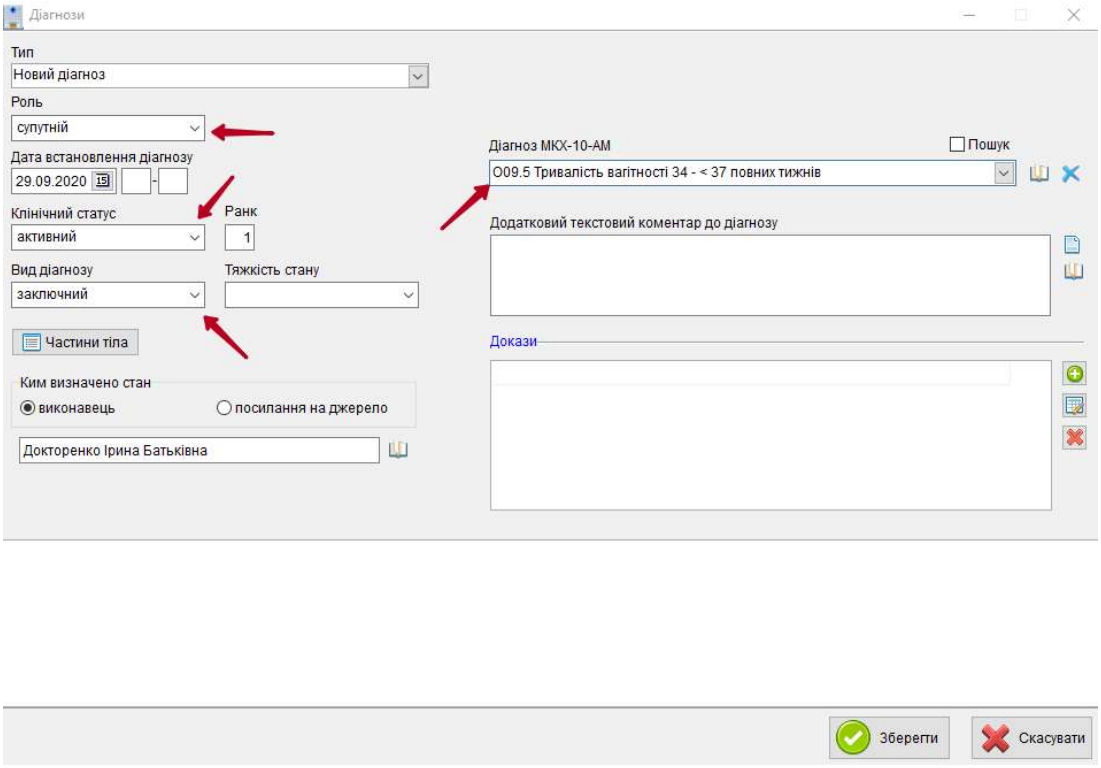


Зверніть увагу!

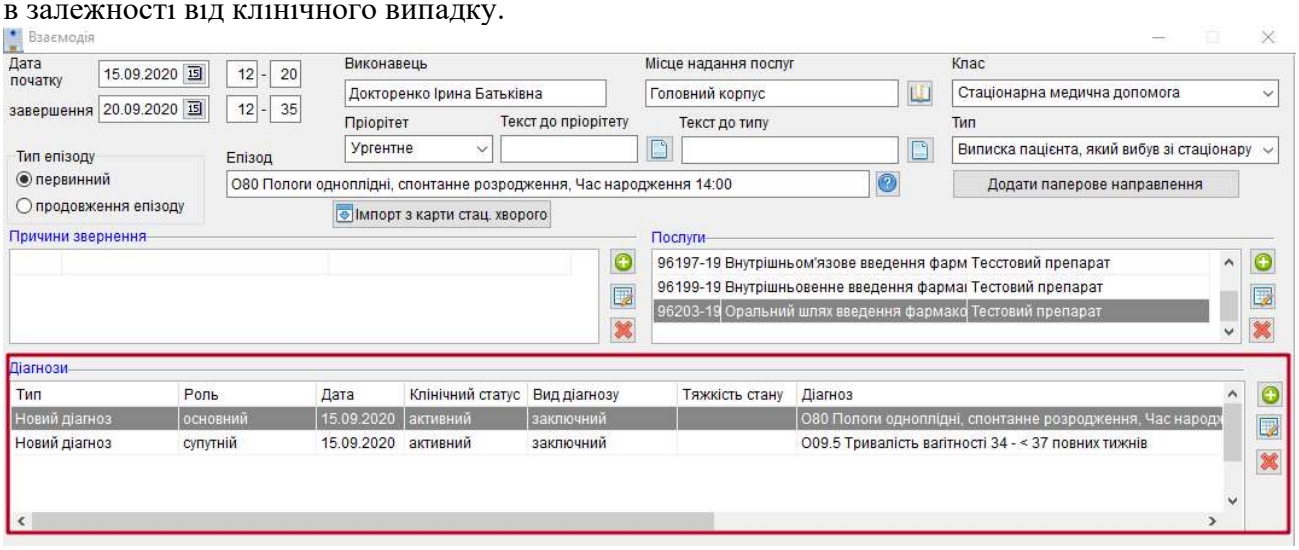
Згідно інструкції НСЗУ «Особливості ведення медичних записів. Медична допомога при пологах» щодо **додаткових діагнозів**:

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ДОДАТКОВІ ДІАГНОЗИ - вказуються діагнози, що мають відношення до даного клінічного випадку. Роль додаткових діагнозів завжди лише: "першопричина основного діагнозу", "ускладнення" або "супутній". Завжди має вказуватись: 1) Тривалість вагітності з використанням кодів діапазону "O09" 2) Випадки мертвонароджених з використанням кодів діапазону "Z37"		
code	**КОД ДІАГНОЗУ**	*В залежності від клінічного випадку

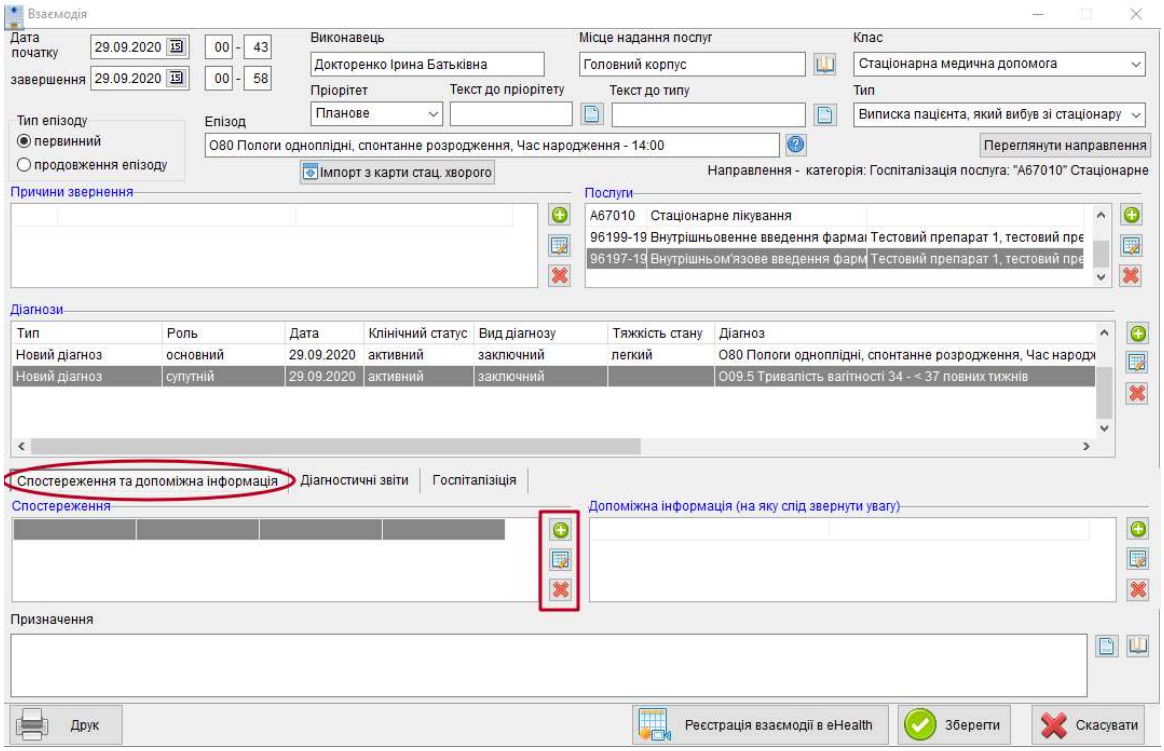
В програмі додаткові діагнози відображаються наступним чином:



В результаті в полі **«Діагнози»** відмітити всі надані діагнози, згідно інструкції НСЗУ і в залежності від клінічного випадку.



- **«Спостереження та допоміжна інформація»**



Зверніть увагу!

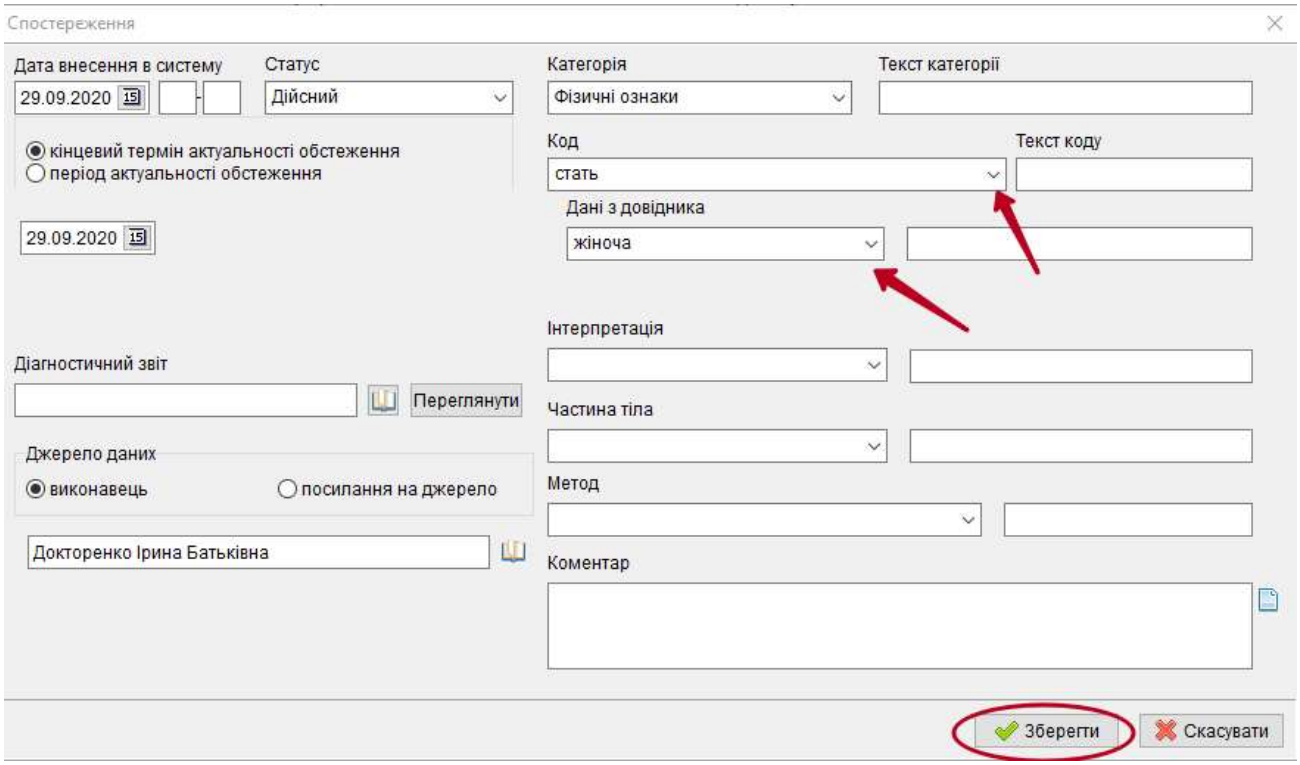
Згідно інструкції НСЗУ обов'язковими спостереженнями для виписки є

ПЕРЕЛІК ОБСТЕЖЕНЬ, ЩО ПІДЛЯГАЮТЬ СТВОРЕННЮ:

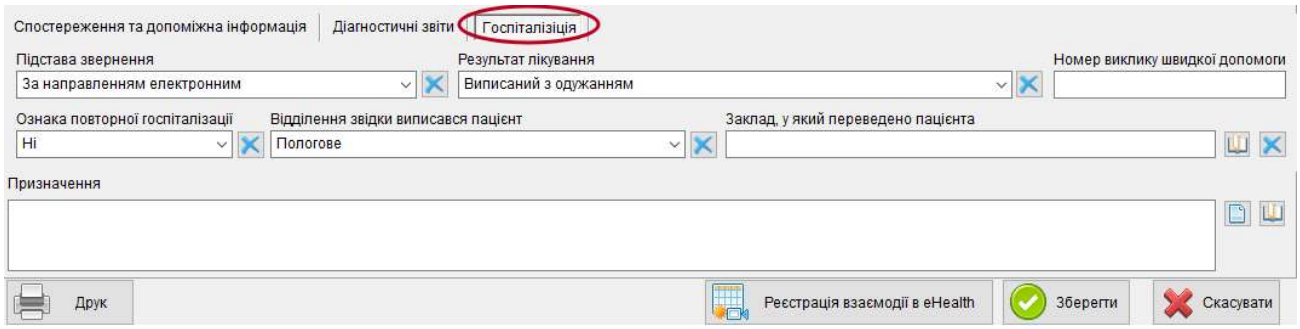
НАЗВА ОБСТЕЖЕННЯ	ГРУПА ПАЦІЄНТІВ, ДЛЯ ЯКОЇ ПОДАЄТЬСЯ ОБСТЕЖЕННЯ:
СТАТЬ	ДЛЯ ВСІХ ПАЦІЄНТІВ

ВАЖЛИВО: Відсутність, при виписці зі стаціонару, створених обстежень за цим переліком може призвести до неможливості віднесення пролікованого випадку до діагностично-спорідненої групи (ДСГ) та як наслідок - неможливості отримання оплати за цей випадок

Всі спостереження додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , .



- **«Госпіталізація»** - обов'язкова для заповнення вкладка при створенні виписки зі стаціонару.

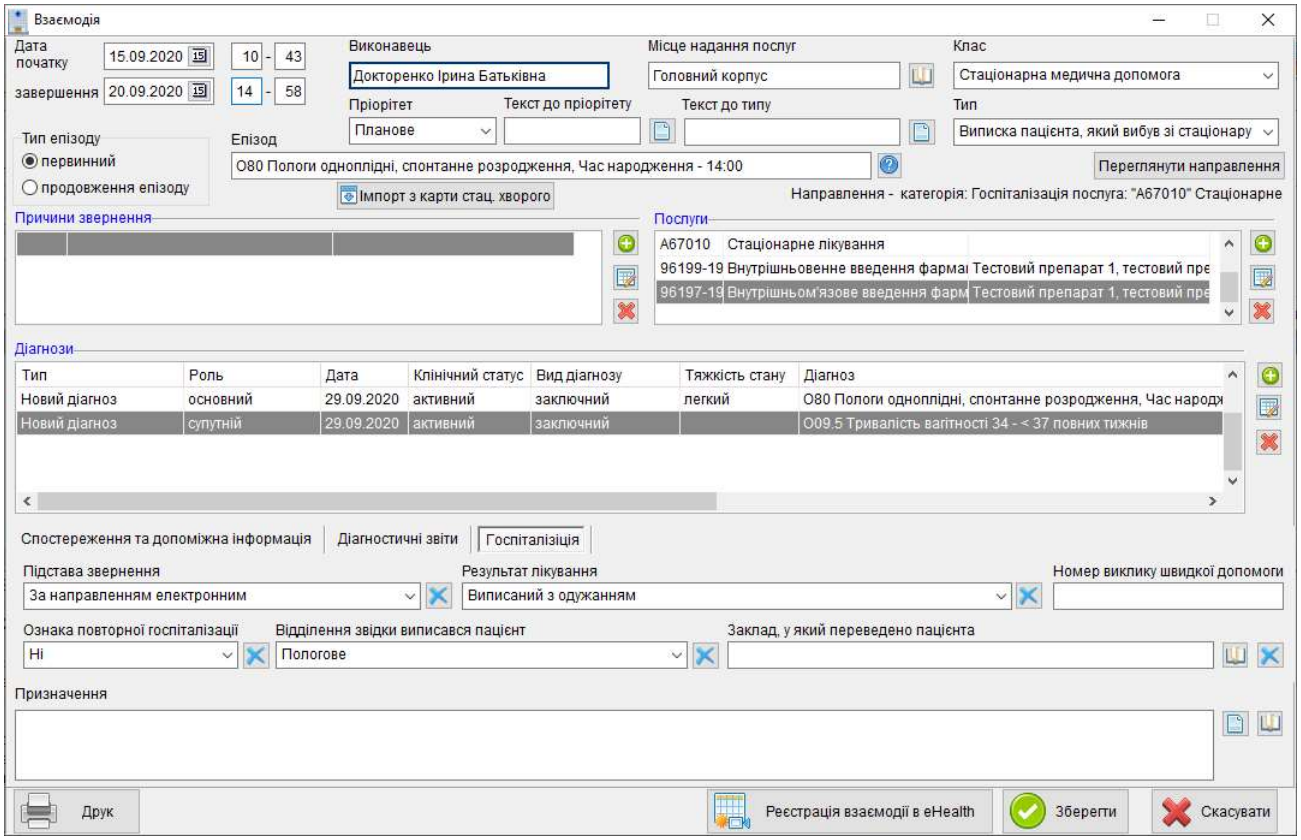


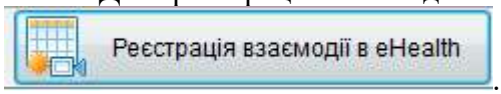
Поля заповняються вибором із випадаючого списку. Виключенням є:

- поле **«Заклад, у який переведено пацієнта»**, він вказується через кнопку і тільки в тому випадку, якщо «Результат лікування» - Переведено в інший ЗОЗ;
- **«Номер виклику швидкої допомоги» -** заповнюється самостійно і тільки в тому випадку, якщо «Підстава звернення» - Бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги.

- **«Призначення» -** текстове поле. За результатами взаємодії зазначаються рекомендації лікаря – вся інформація, яка буде важливою для інших лікарів.

Взаємодія із заповненими полями виглядає наступним чином



Для реєстрації взаємодії в центральному компоненті ЕСОЗ натискаємо кнопку 

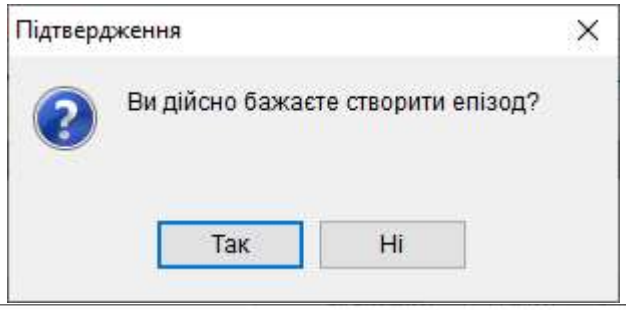
.

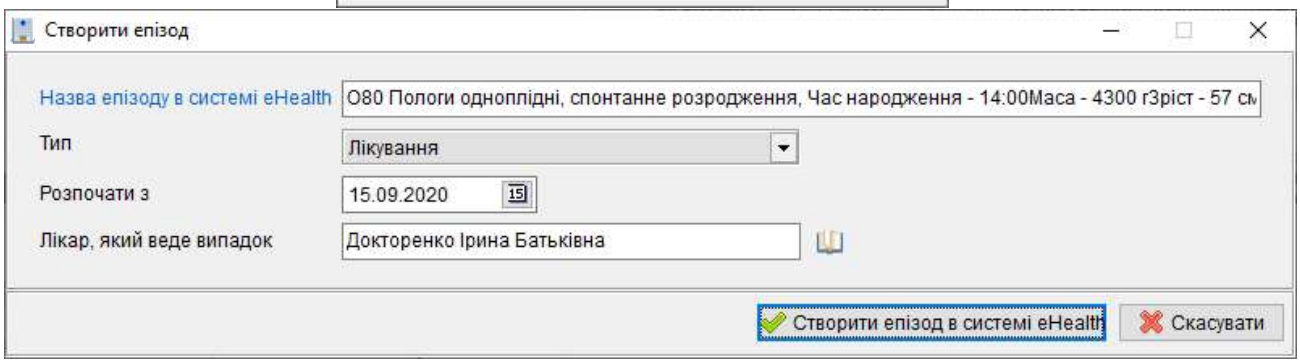
Спочатку створюється епізод, який згідно інструкції НСЗУ має містити наступні параметри

СТВОРЮЄТЬСЯ ЕПІЗОД, ЯКИЙ, СЕРЕД ІНШОГО*, МАЄ МІСТИТИ НАСТУПНІ ЗНАЧЕННЯ:

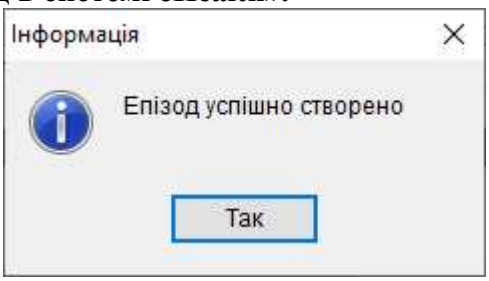
НАЗВА ПОЛЯ В ЕСОЗ		ОПИС
type	**ТИП ЕПІЗОДУ**	Лікування.
period	**ДАТА ВІДКРИТТЯ ЕПІЗОДУ**	ДАТА ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ вагітної/роділлі/породіллі.
name	**НАЗВА ЕПІЗОДУ**	Текстове поле. Вказується лікарем у довільній формі. РЕКОМЕНДОВАНО: Дата відкриття епізоду. Причина звернення. Попередній діагноз
care_manager	**ЛІКУЮЧИЙ ЛІКАР**	Зазначається ПІБ лікаря, який приймав (завершував) пологи і, відповідно, створив епізод. Такий лікар вважається лікуючим лікарем в рамках даного епізоду.

В програмі ці значення можна вказати при створенні епізоду.

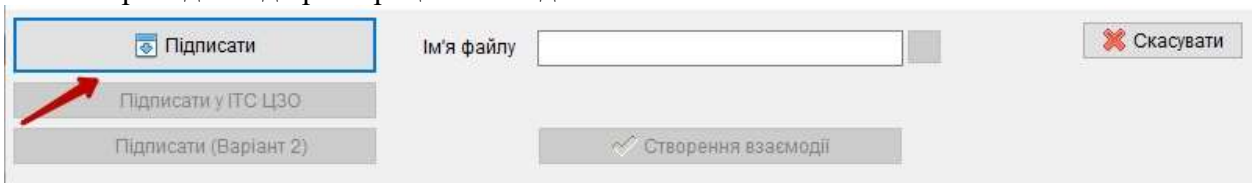




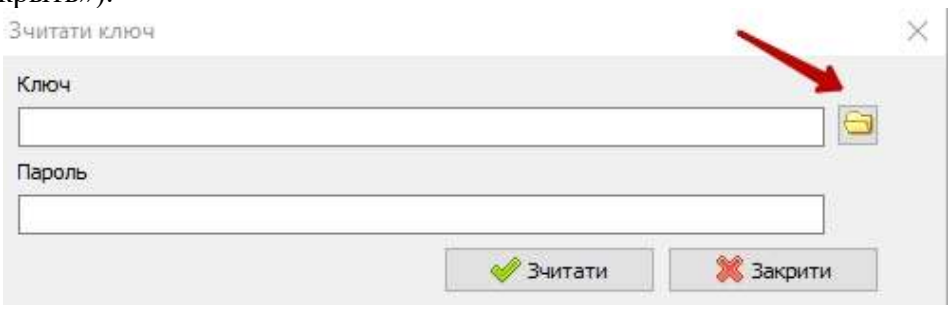
В даному вікні є змога змінити назву епізоду, вказати тип, дату початку, лікаря і натиснути **«Створити епізод в системі eHealth».**

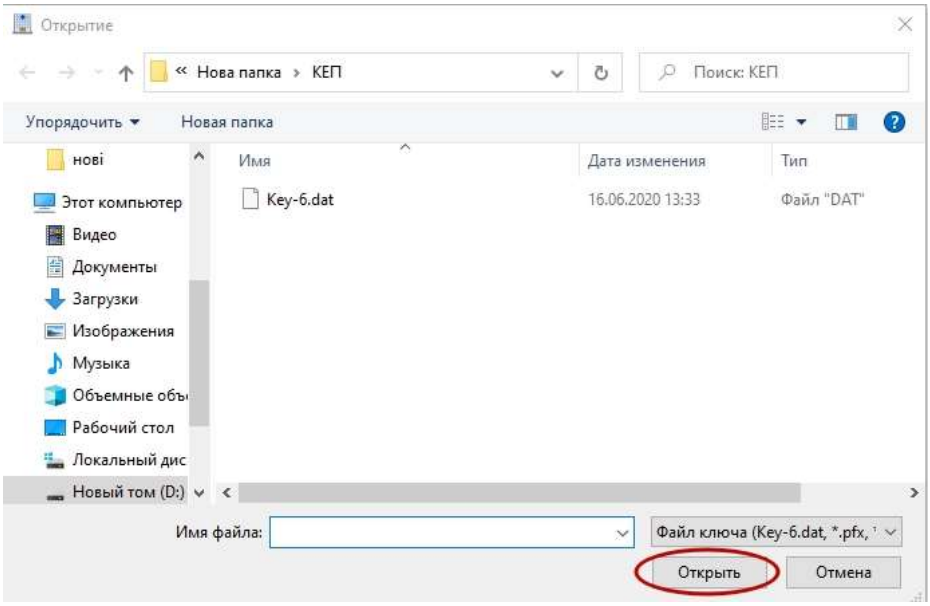


Переходимо до реєстрації взаємодії в eHealth.



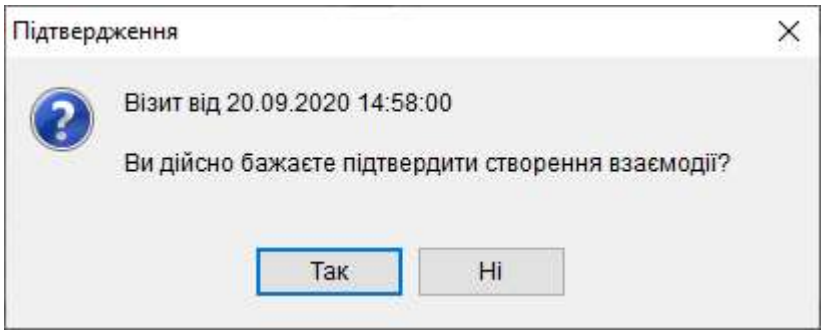
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).

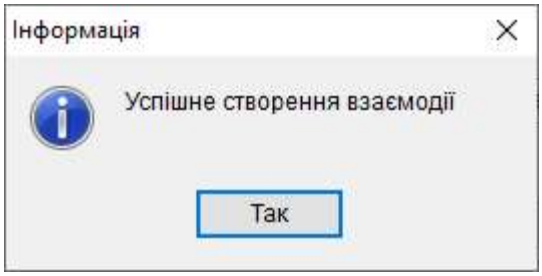




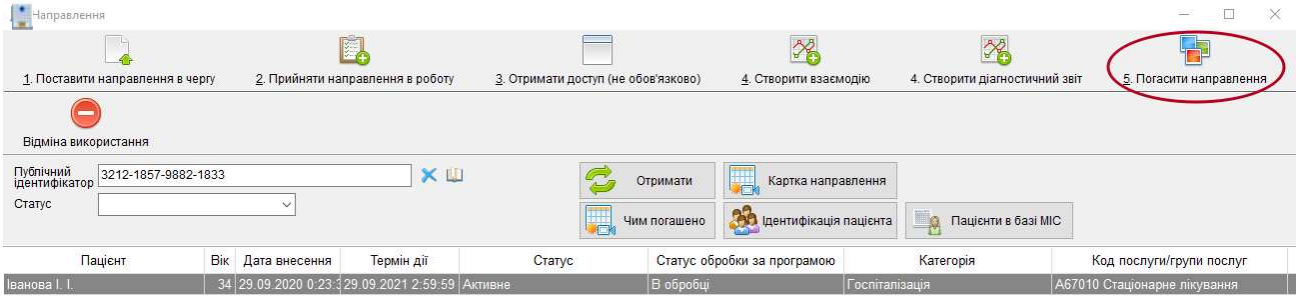
Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

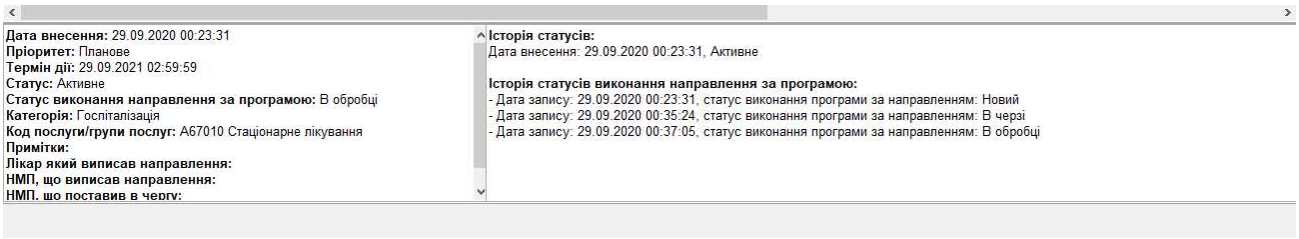
Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».



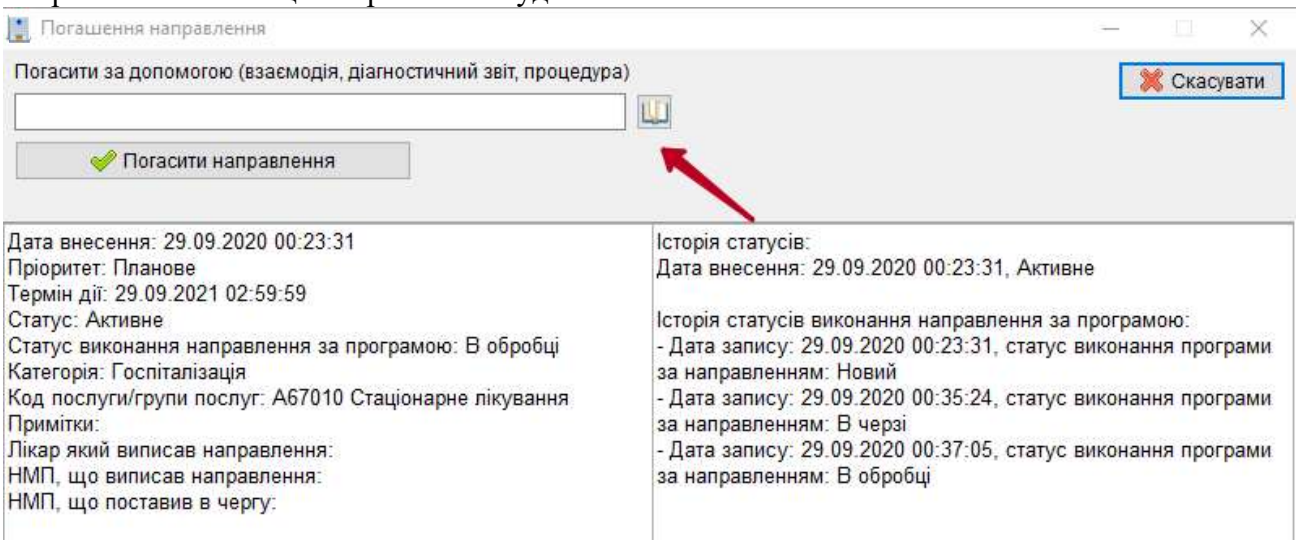


5 **Погасити направлення –** це дія, що позначає направлення як «виконане» (погашене) і дає право медичному закладу включити в звіт для НСЗУ надану послугу за направленням.

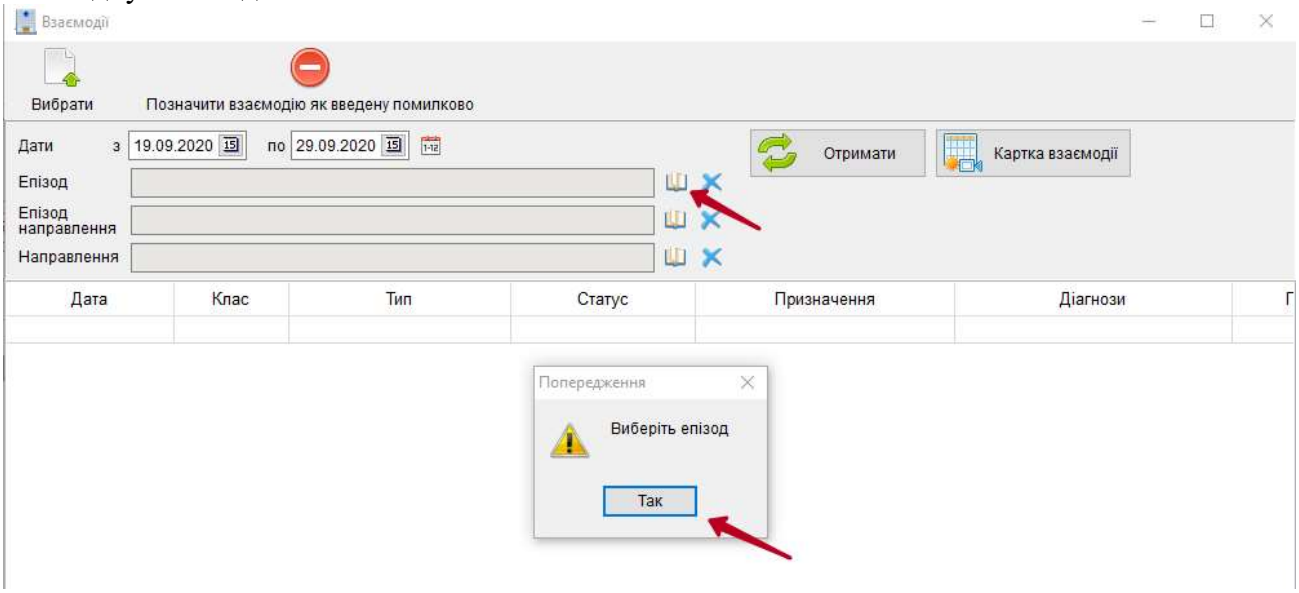


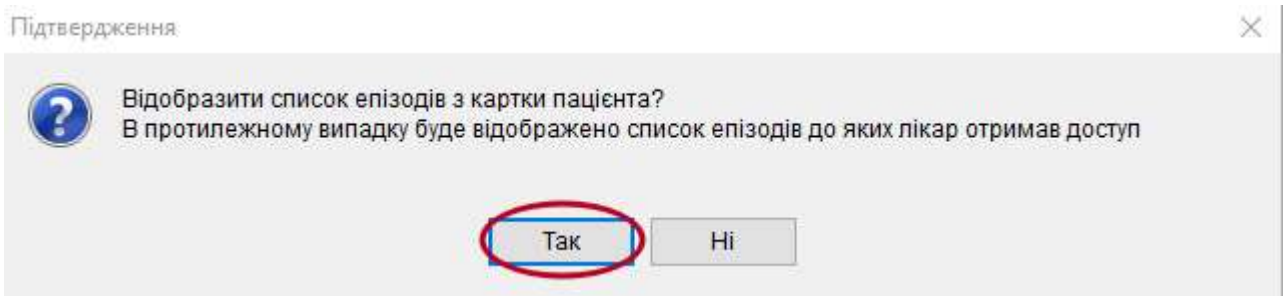


Натиснувши кнопку **«Погасити направлення»,** з'являється вікно, в якому необхідно за допомогою кнопки обрати взаємодію, яка була створена в межах електронного направлення і якою це направлення буде погашене.

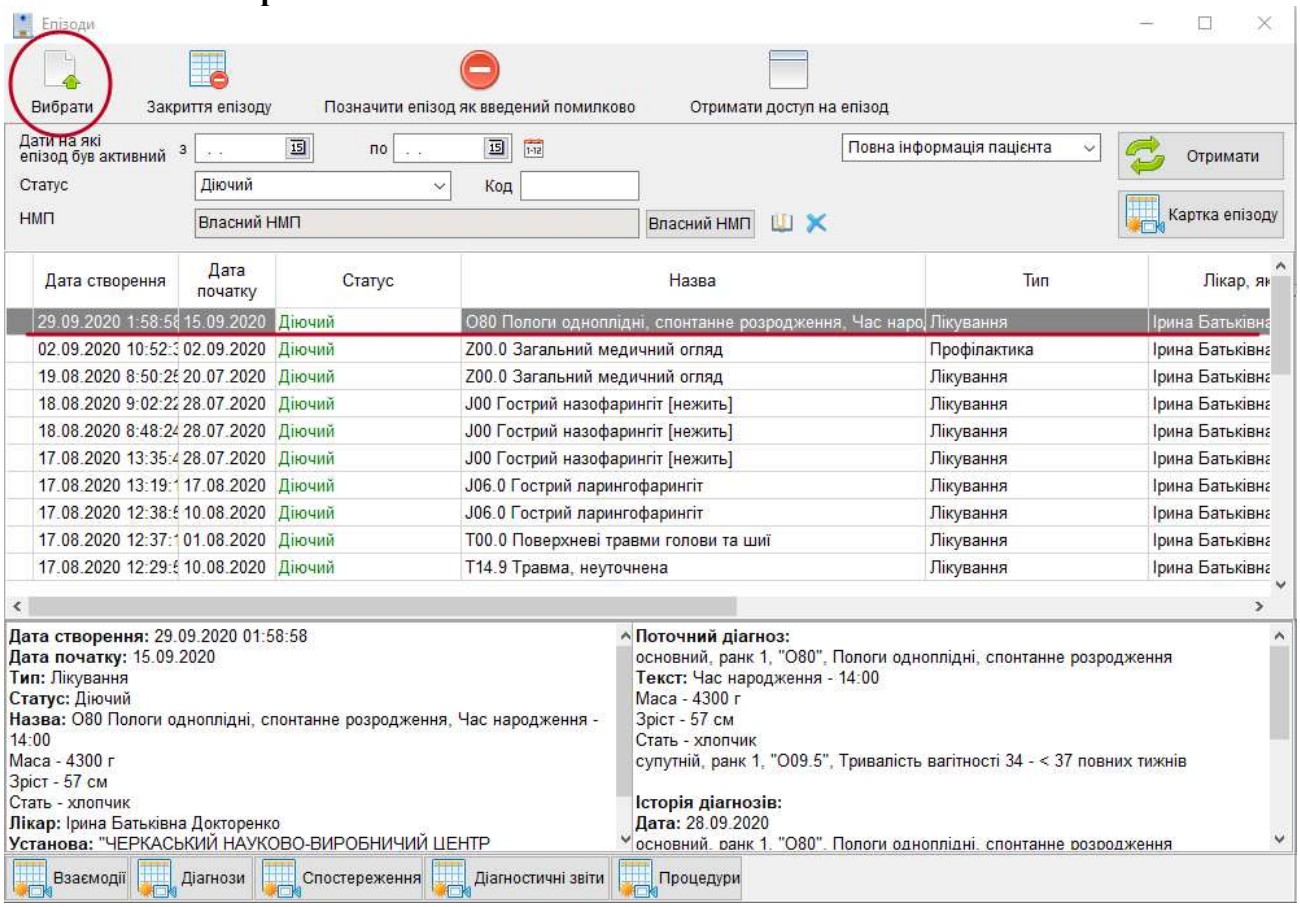


Відкривається вікно **«Взаємодії»,** де спочатку необхідно обрати епізод, який містить необхідну взаємодію.

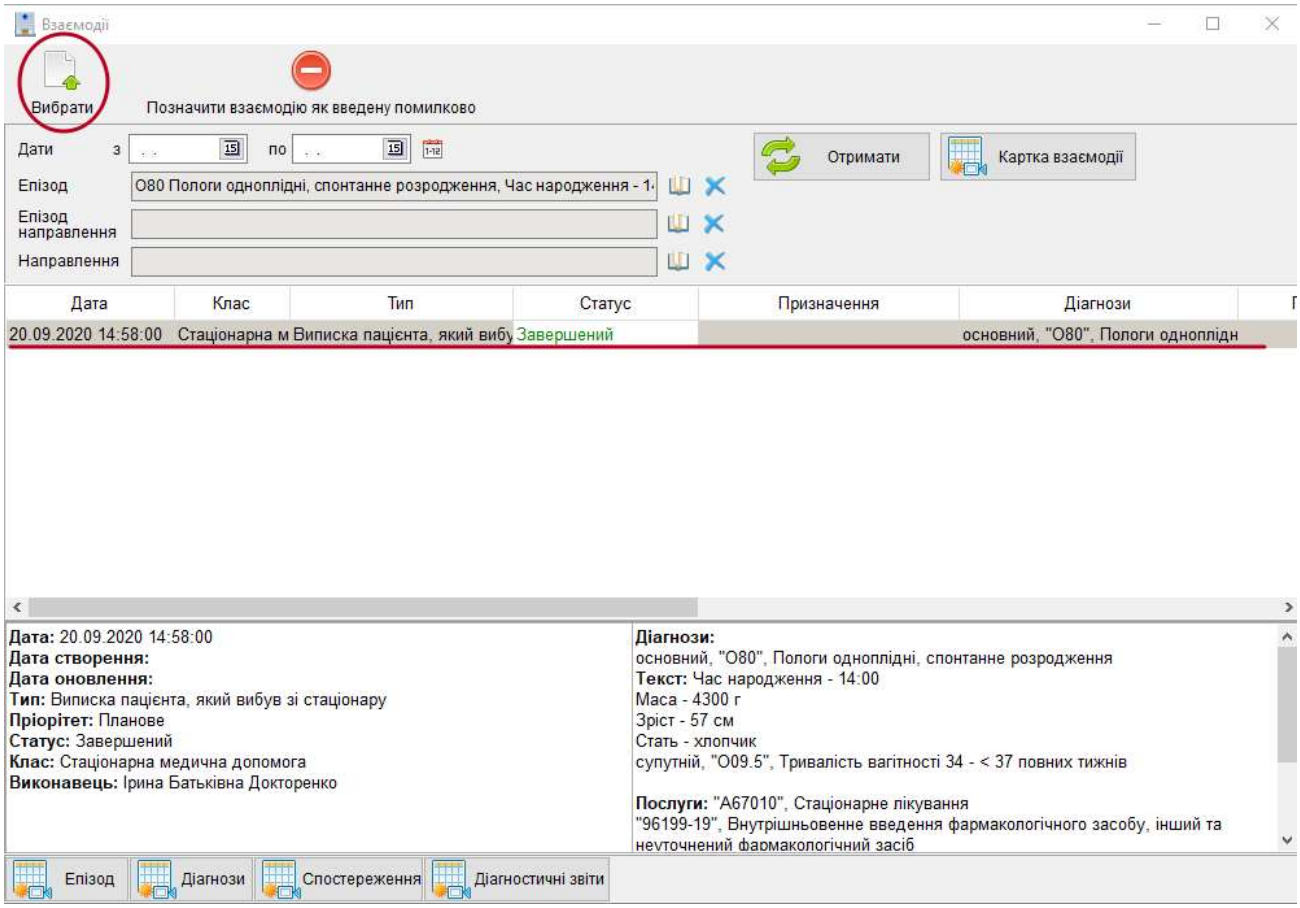




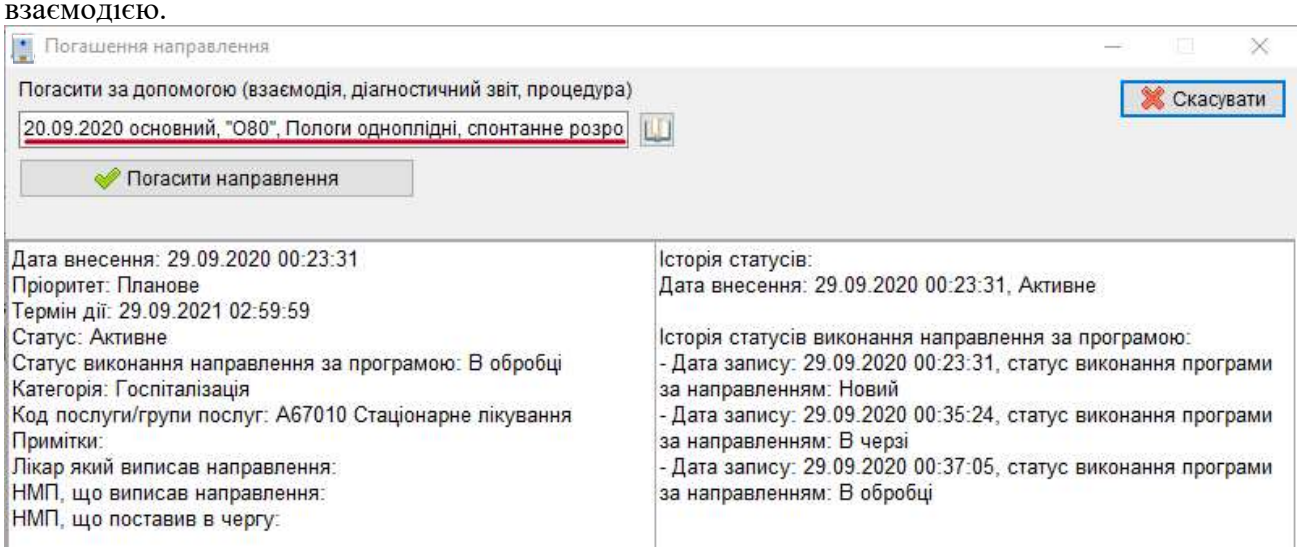
У вікні **«Епізоди»** обираємо необхідний подвійним натисканням лівої клавіші миші, або кнопкою **«Вибрати».**



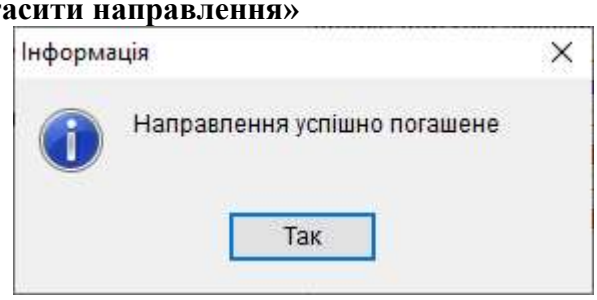
Після вибору епізоду, програма повертає до вибору взаємодії.



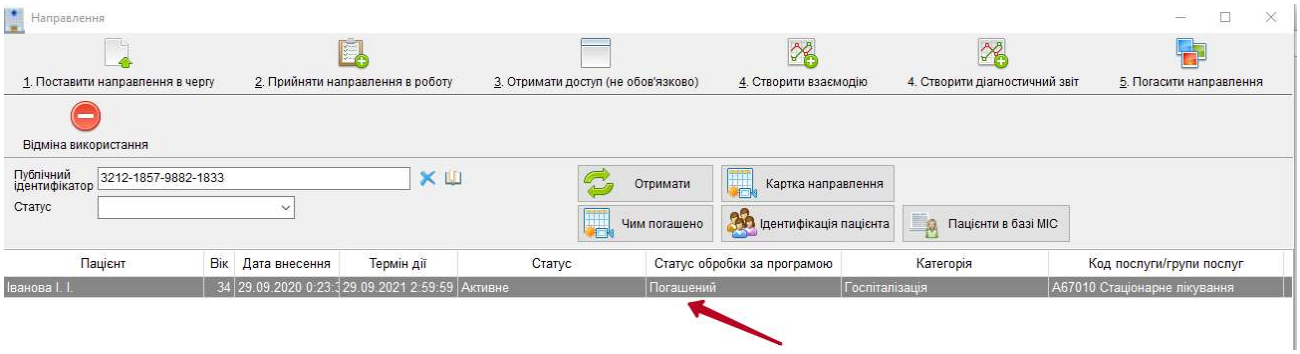
Після цього поле **«Погасити за допомогою…»** автоматично заповниться обраною взаємодією.



Натискаємо **«Погасити направлення»**



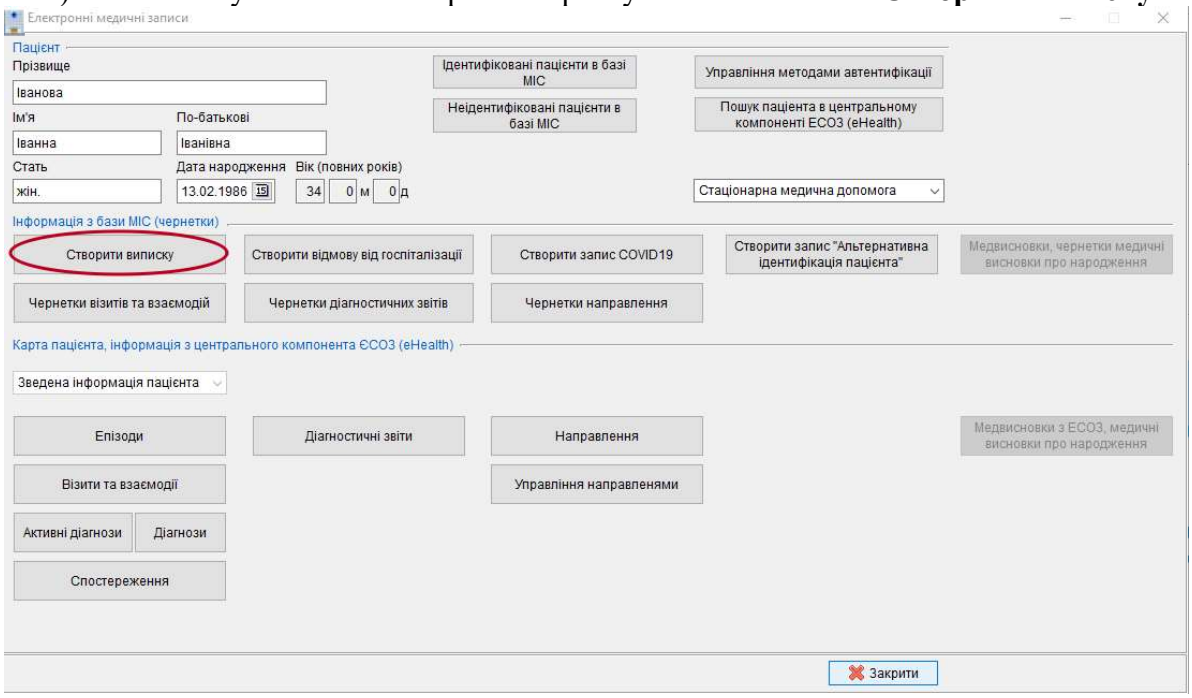
Після успішного погашення, направлення змінює статус обробки за програмою на **«Погашений»**.

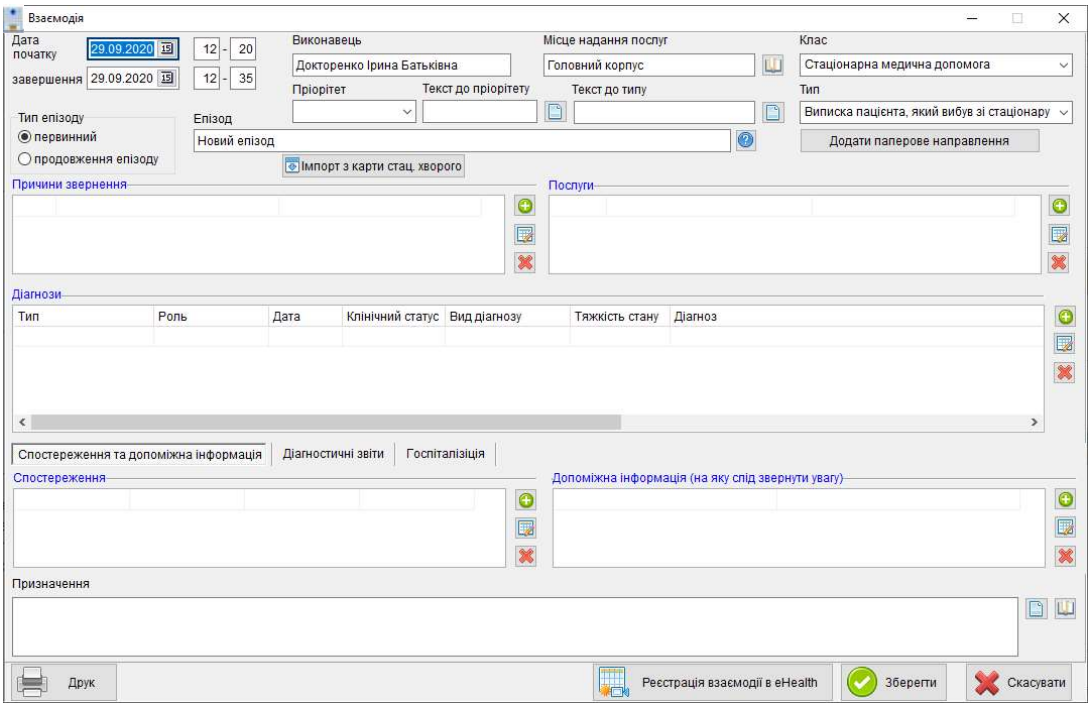


«Чим погашено» - за допомогою цієї кнопки можна відкрити взаємодію, якою було погашено електронне направлення.

6. Створення виписки

Якщо пацієнтку було проліковано без направлення, або за паперовим направленням (не з ЕСОЗ) в головному вікні ЕМЗ потрібно користуватись кнопкою **«Створити виписку»**.





Зверніть увагу!
Згідно інструкції НСЗУ:

ЛІКАР СТВОРЮЄ ВЗАЄМОДІЮ. ВЗАЄМОДІЯ МАЄ, СЕРЕД ІНШОГО*, МІСТИТИ НАСТУПНІ ЗНАЧЕННЯ:

НАЗВА ПОЛЯ В ЕСОЗ		ОПИС
incoming_referral	**ПОСИЛАННЯ НА НАПРАВЛЕННЯ**	Лікар вказує посилання на направлення, за яким пацієнтка звернулася до лікаря. У прийому жінки без направлення, дане поле не заповнюється.
date	**ДАТА ВЗАЄМОДІЇ**	ДАТА ВИПИСКИ породіллі.
division	**МІСЦЕ НАДАННЯ ПОСЛУГ**	Вказується місце надання послуг, в яке госпіталізовано пацієнтку.
class	**КЛАС**	Стаціонарна медична допомога.
priority	**ПРИОРИТЕТНІСТЬ**	Залежно від стану пацієнтки вибрати одне з наступних можливих значень: • Ургентно • Неургентно
performer	**ВИКОНАВЕЦЬ**	Зазначається ПІБ лікаря, який приймав (завершував) пологи.
type	**ТИП ВЗАЄМОДІЇ З ПАЦІЄНТОМ**	Виписка зі стаціонару.
admit_source	**ПІДСТАВА ЗВЕРНЕННЯ**	Залежно від клінічного випадку вибрати одне з наступних можливих значень: • За електронним направленням • За паперовим направленням, яке було роздруковане з ЕСОЗ • Самозвернення • Бригадою екстреної медичної допомоги • Переведений з іншого ЗОЗ • Доставлений третіми особами
pre_admission_identifier	**НОМЕР ВИКЛИКУ ШВИДКОЇ ДОПОМОГИ**	У випадку вибору підстави звернення: "Бригадою екстреної медичної допомоги» вказати номер виклику швидкої допомоги, яка доставила пацієнтку.

Розглянемо детальніше як в програм заповнюються відповідні поляі:

- **дата (час) початку –** це дата (час) госпіталізації породіллі**; та завершення –** це дата (час) виписки породіллі;
- **«Виконавець»** та **«Місце надання послуг»**;
- **«Пріоритет»** (примусове, планове, ургентне), при потребі **«Текст до пріоритету»**,
- **«Тип епізоду» - Первинний.** Якщо приймається рішення про госпіталізацію пацієнта – для пацієнта **завжди створюється новий епізод**.
- **«Причини звернення» - являється полем, не обов'язковим для заповнення в закладах СМД.**
- **«Послуги» -** у випадку, коли взаємодія створюється по електронному направленню, автоматично в даному полі пропишеться послуга, яка була вказана при створенні направлення. Додатково вносяться дії та процедури, які були проведені під час взаємодії з Національного класифікатора НК 026:2019 «Класифікатор медичних інтервенцій» гармонізований з Австралійським класифікатором медичних інтервенцій (АКМІ).

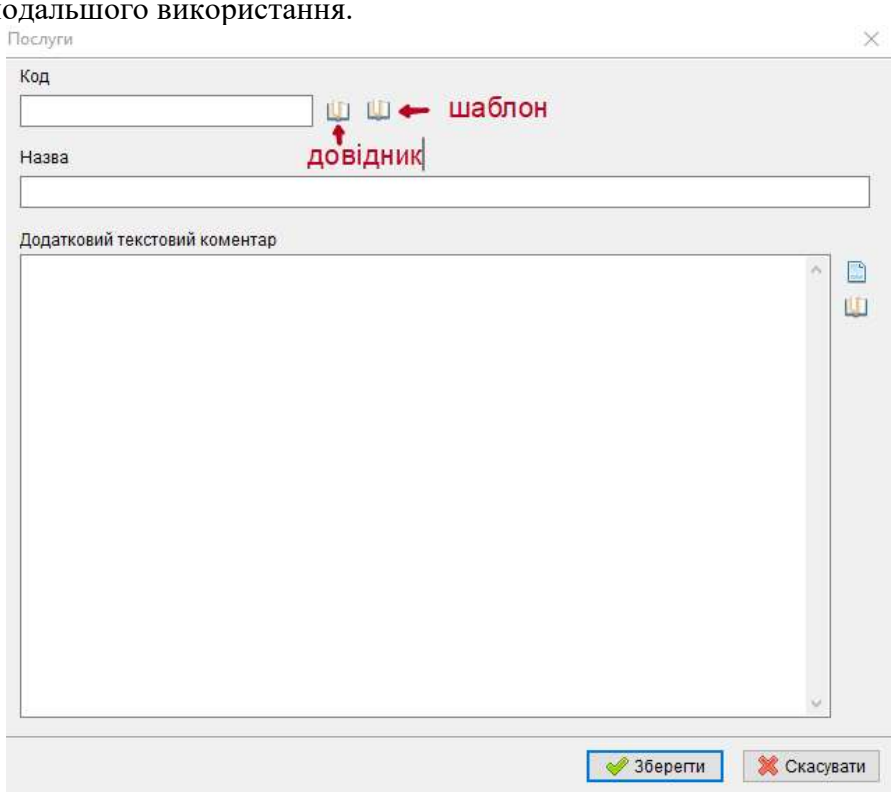
Зверніть увагу!
Згідно інструкції НСЗУ «Особливості ведення медичних записів. Медична допомога при пологах»:

ДІЯ №1, Вказуються шляхи введення медикаментів, які застосовувалися під час госпіталізації, з наступного переліку: Антирезусний імуноглобулін, Протромбіновий комплекс, Транексамова кислота, Метилергометрин, Мізопростол (лікарських засобів, що закуповуватимуться за бюджетні кошти у 2020 р.), а також всі антибактеріальні препарати.		
actions_reference	**ПРОВЕДЕНІ ДІЇ ПРИ ВЗАЄМОДІЇ**	Вказується код відповідної послуги з наступного переліку (в залежності від способу застосування): 96197-19 - "Внутрішньом'язове введення фармакологічного засобу, інший та неуточнений фармакологічний засіб" 96199-19 - "Внутрішньовенне введення фармакологічного засобу, інший та неуточнений фармакологічний засіб" 96203-19 - "Оральний шлях введення фармакологічного засобу, інший та неуточнений фармакологічний засіб" 96197-02 - "Внутрішньом'язове введення фармакологічного засобу, протиінфекційний засіб" 96199-02 - "Внутрішньовенне введення фармакологічного засобу, протиінфекційний засіб" 96203-02 - "Оральний шлях введення фармакологічного засобу, протиінфекційний засіб"
text	**ПРИМІТКИ**	Зазначити використані препарати (через кому, у разі використання декількох препаратів).
ДІЯ №2, 3… У разі проведення інтервенцій зазначаються відповідні коди з Національного класифікатора НК 026:2019 «Класифікатор медичних інтервенцій» з необхідними коментарями		
actions_reference	**ПРОВЕДЕНІ ДІЇ ПРИ ВЗАЄМОДІЇ**	*В залежності від клінічного випадку

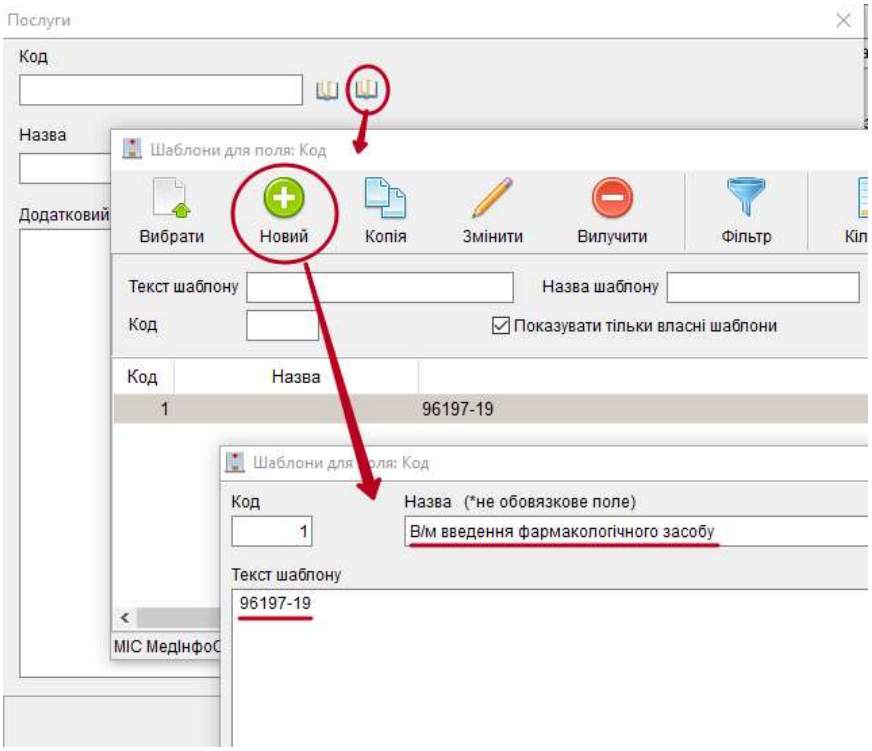
Розглянемо детальніше, як це зробити в програмі.

Всі послуги додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , ,
.

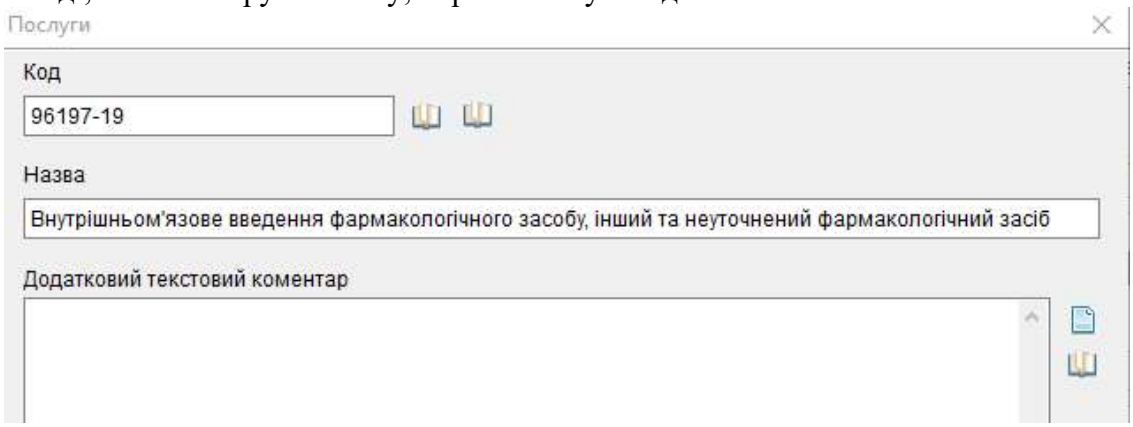
При додаванні нової послуги з’являється вікно, де можна, якщо відомо код послуги - **ввести в поле «Код» і натиснути кнопку ENTER на клавіатурі**, або потрібно обрати відповідну послугу за допомогою кнопки . Поруч така ж кнопка дозволяє **створити шаблон** для подальшого використання.



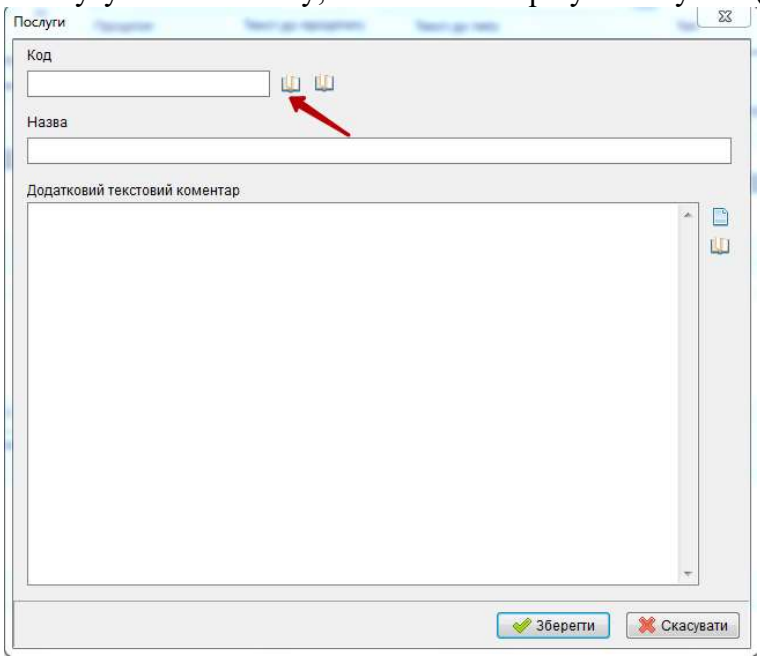
В шаблоні достатньо ввести в поле **«Текст шаблону»** код, який часто буде використовуватись.



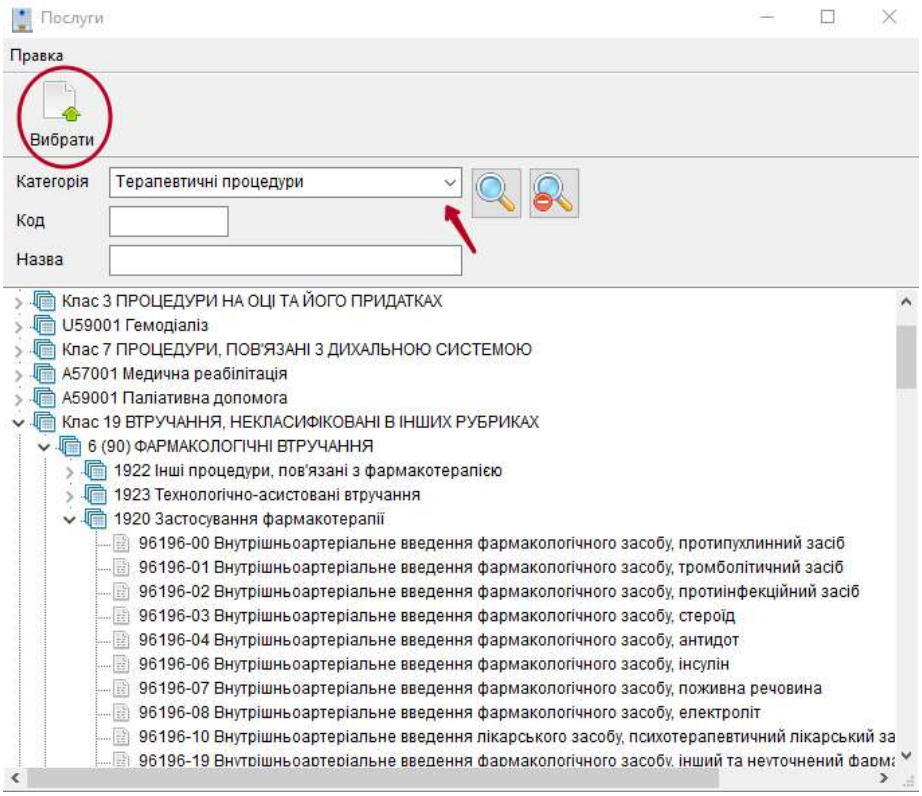
Тоді, після вибору шаблону, обрана послуга підтягнеться автоматично.



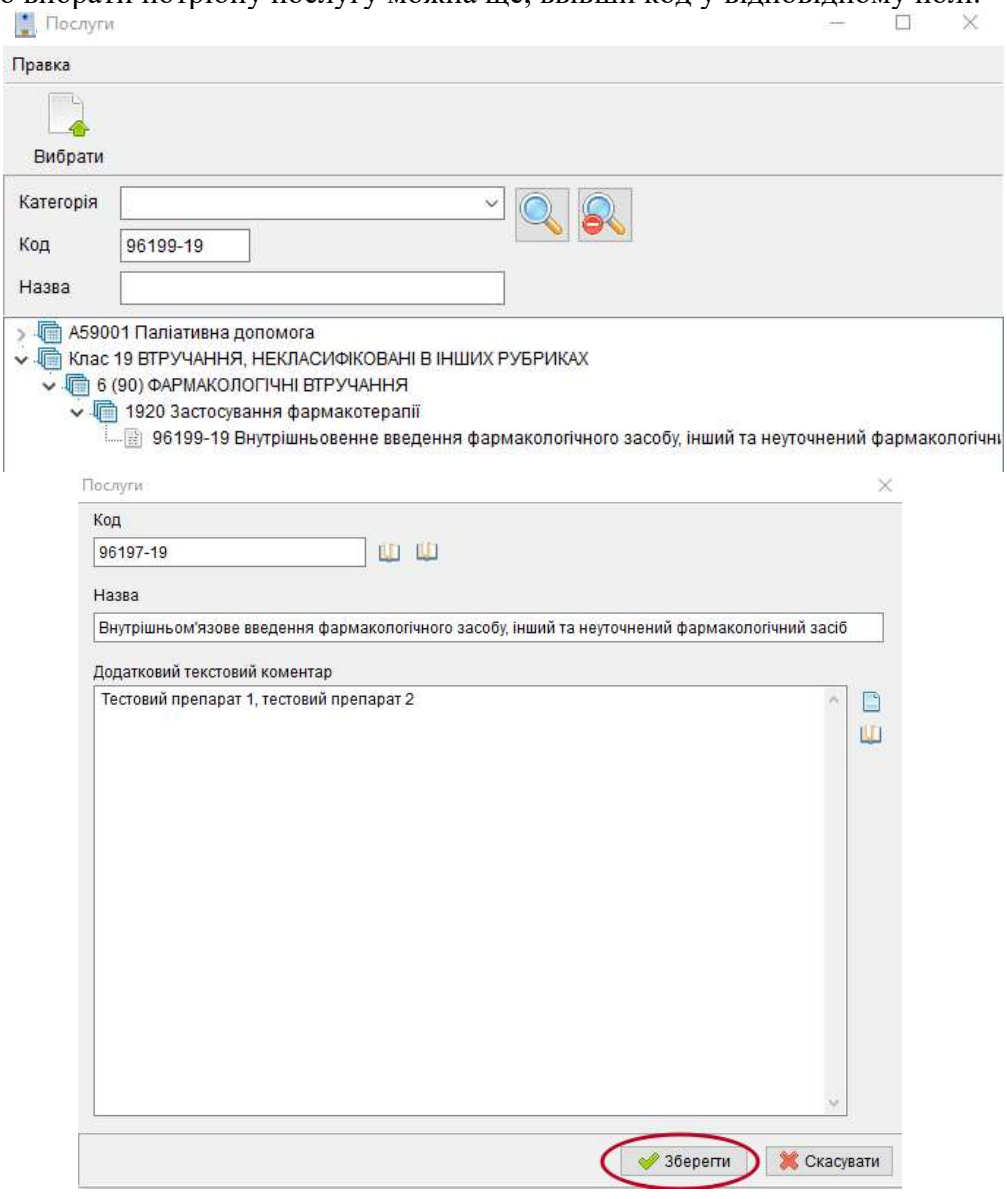
Щоб додати послугу не із шаблону, натискаємо першу кнопку (довідник).



У вікні, що відкрилось обрати необхідну послугу можна або, вказавши категорію, відфільтрувати, натиснувши кнопку і кнопка **«Вибрати».**



Або вибрати потрібну послугу можна ще, ввівши код у відповідному полі.



У випадку, якщо був проведений кесарів розтин, то слід використовувати перелік кодів послуг, указаний в інструкції НСЗУ:

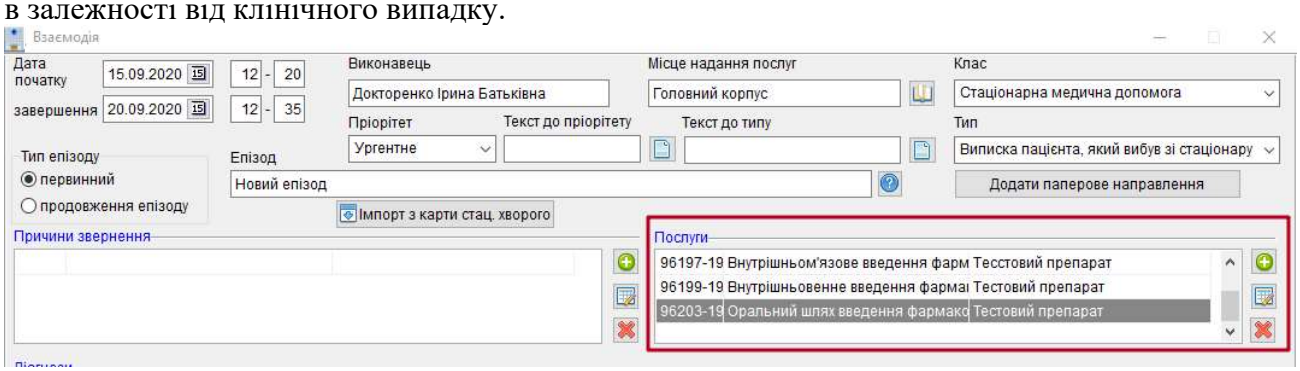
ДО УВАГИ!

ПЕРЕЛІК КОДІВ ДЛЯ КОДУВАННЯ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ:

- 16520-00 - "Плановий класичний кесарів розтин"
- 16520-01 - "Екстрений класичний кесарів розтин"
- 16520-02 - "Плановий кесарів розтин у нижньому сегменті матки"
- 16520-03 - "Екстрений кесарів розтин у нижньому сегменті матки"
- 16520-04 - "Плановий кесарів розтин, не класифікований в інших рубриках "
- 16520-05 - "Екстрений кесарів розтин, не класифікований в інших рубриках"

Коди для всіх інших акушерських процедур знаходяться у КЛАСІ 14 національного класифікатора НК 026:2019 «Класифікатор медичних інтервенцій».

В результаті в полі **«Послуги»** відмітити всі надані послуги, згідно інструкції НСЗУ і в залежності від клінічного випадку.



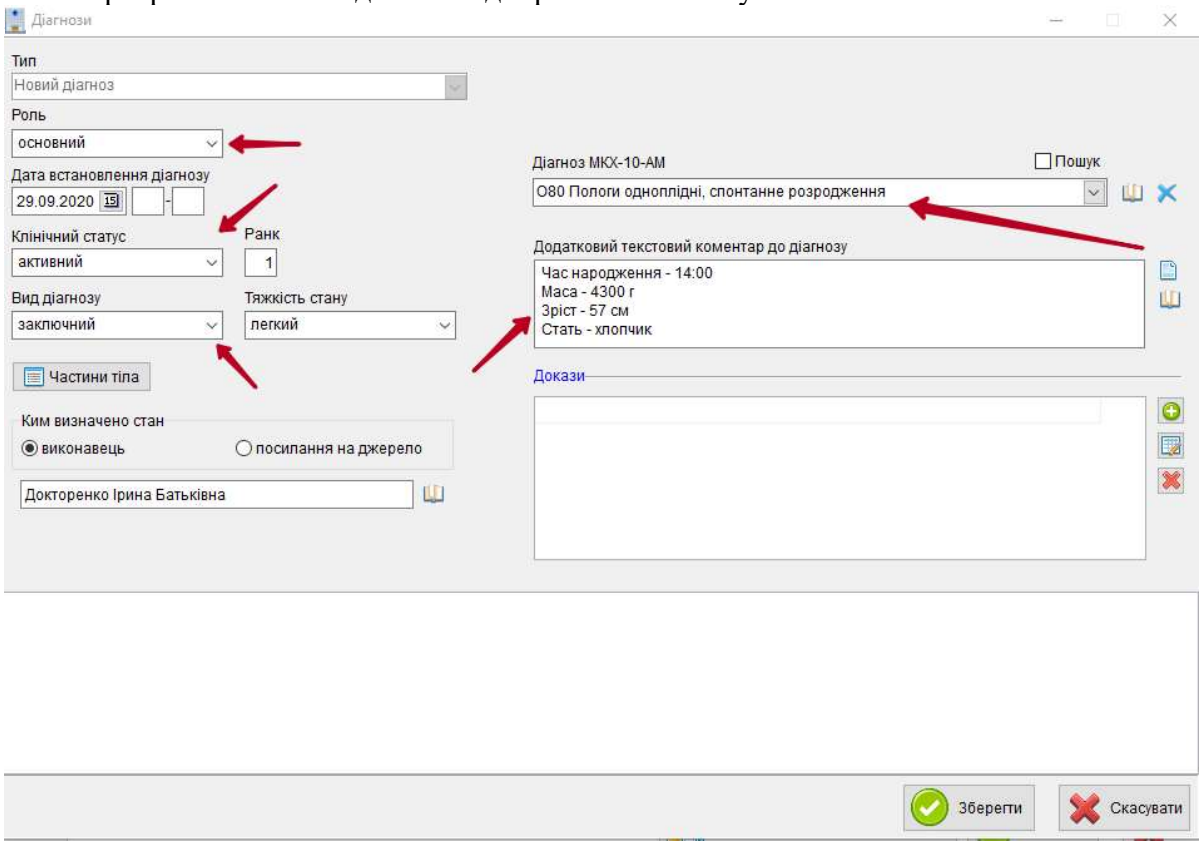
- **«Діагнози» -** в рамках взаємодії лікар може вказати, за необхідності, декілька діагнозів пацієнта, які в свою чергу поділяються на: **основний** (в межах однієї взаємодії можна вказати лише один основний діагноз пацієнта), **супутній** (стан або захворювання, що немає причинно наслідкового зв'язку з основним діагнозом), **ускладнення** (стан або захворювання, що пов'язане з основним діагнозом або діями в процесі медичних втручань). Всі діагнози додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок .

Зверніть увагу!

Згідно інструкції НСЗУ «Особливості ведення медичних записів. Медична допомога при пологах» щодо **основного діагнозу**:

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ОСНОВНИЙ ДІАГНОЗ (вказується ЛИШЕ ОДИН діагноз!)		
code	**КОД ДІАГНОЗУ**	Вибрати один код з переліку (в залежності від клінічного випадку): O80 - "Пологи одноплідні, спонтанне розродження" O81 - "Пологи одноплідні, розродження за допомогою щипців або вакуумного екстрактора" O82 - "Пологи одноплідні, розродження за допомогою кесарева розтину" O83 - "Пологи одноплідні, розродження з використанням інших видів акушерської допомоги" O84.0 - "Багатоплідні пологи, спонтанне розродження всіх плодів" O84.1 - "Багатоплідні пологи, всі розродження з застосуванням щипців та вакуум-екстрактора" O84.2 - "Багатоплідні пологи, всі розродження шляхом кесарева розтину" O84.81 - "Багатоплідні пологи з акушерською допомогою, не класифіковані в інших рубриках" O84.82 - "Багатоплідні пологи, комбінований спосіб розродження" O84.9 - "Багатоплідні пологи, неуточнені"
role	**РОЛЬ ДІАГНОЗУ**	Основний.
clinical_status	**КЛІНІЧНИЙ СТАТУС**	Активний.
verification_status	**ВИД ДІАГНОЗУ (СТАТУС ДОСТОВІРНОСТІ)**	Заключний.
text	**ПРИМІТКИ**	Обов'язково вказується час народження дитини, маса, зріст, стать.

В програмі основний діагноз відображається наступним чином:

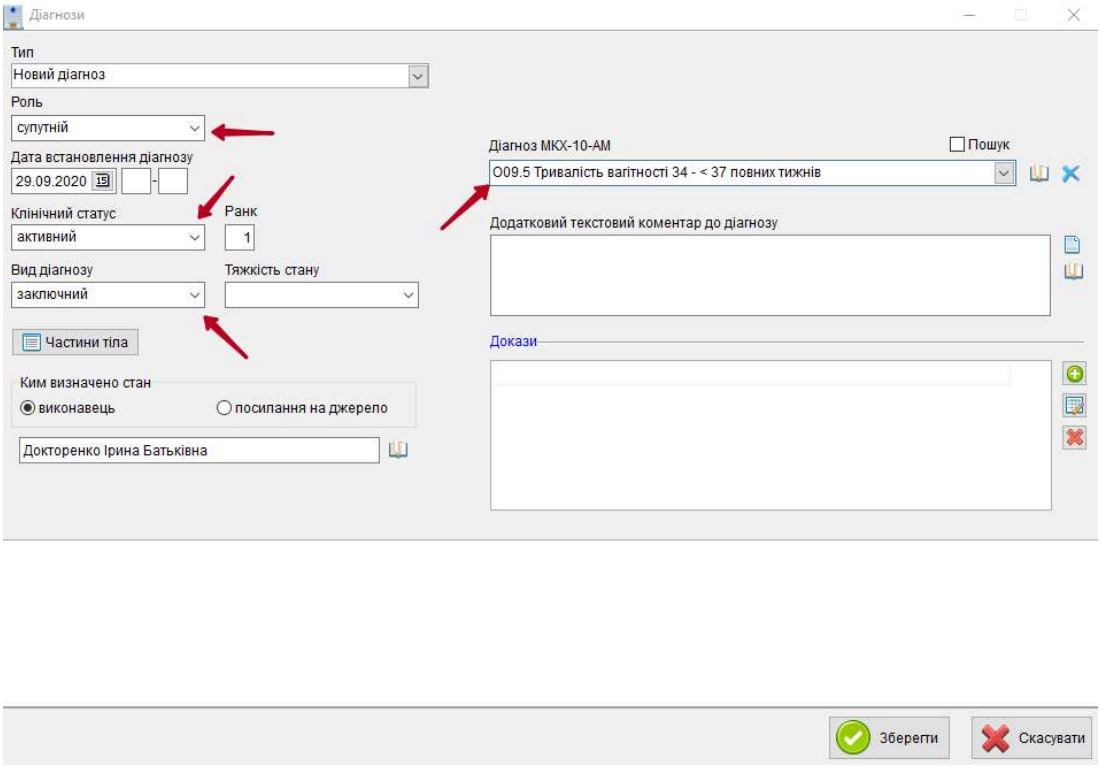


Зверніть увагу!

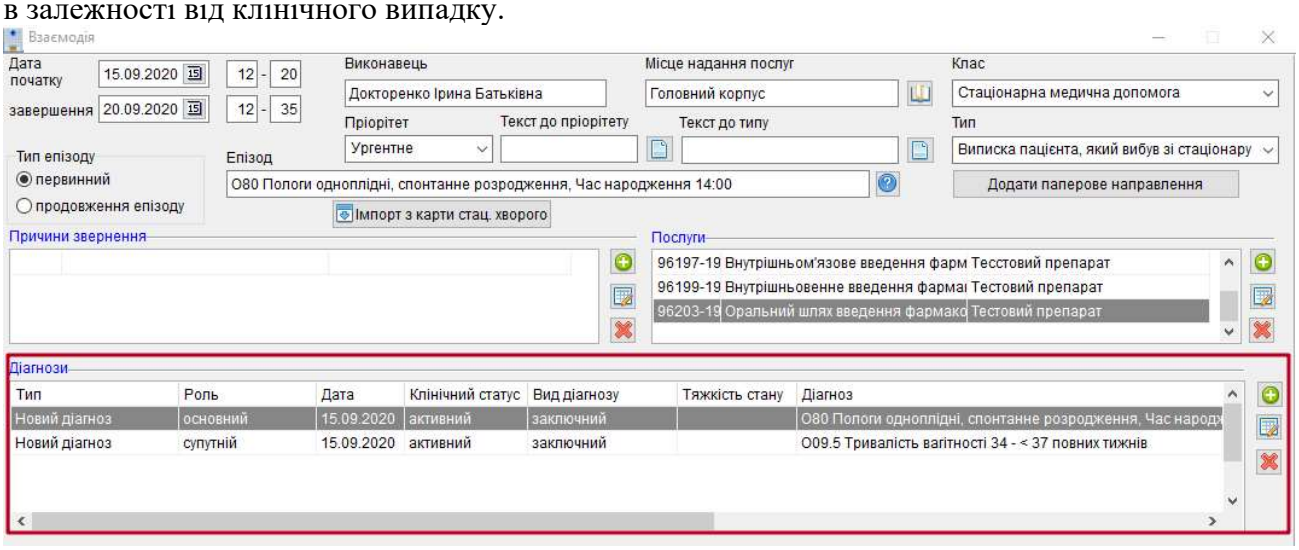
Згідно інструкції НСЗУ «Особливості ведення медичних записів. Медична допомога при пологах» щодо **додаткових діагнозів**:

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ДОДАТКОВІ ДІАГНОЗИ - вказуються діагнози, що мають відношення до даного клінічного випадку. Роль додаткових діагнозів завжди лише: "першопричина основного діагнозу", "ускладнення" або "супутній". Завжди має вказуватись: 1) Тривалість вагітності з використанням кодів діапазону "O09" 2) Випадки мертвонароджених з використанням кодів діапазону "Z37"		
code	**КОД ДІАГНОЗУ**	*В залежності від клінічного випадку

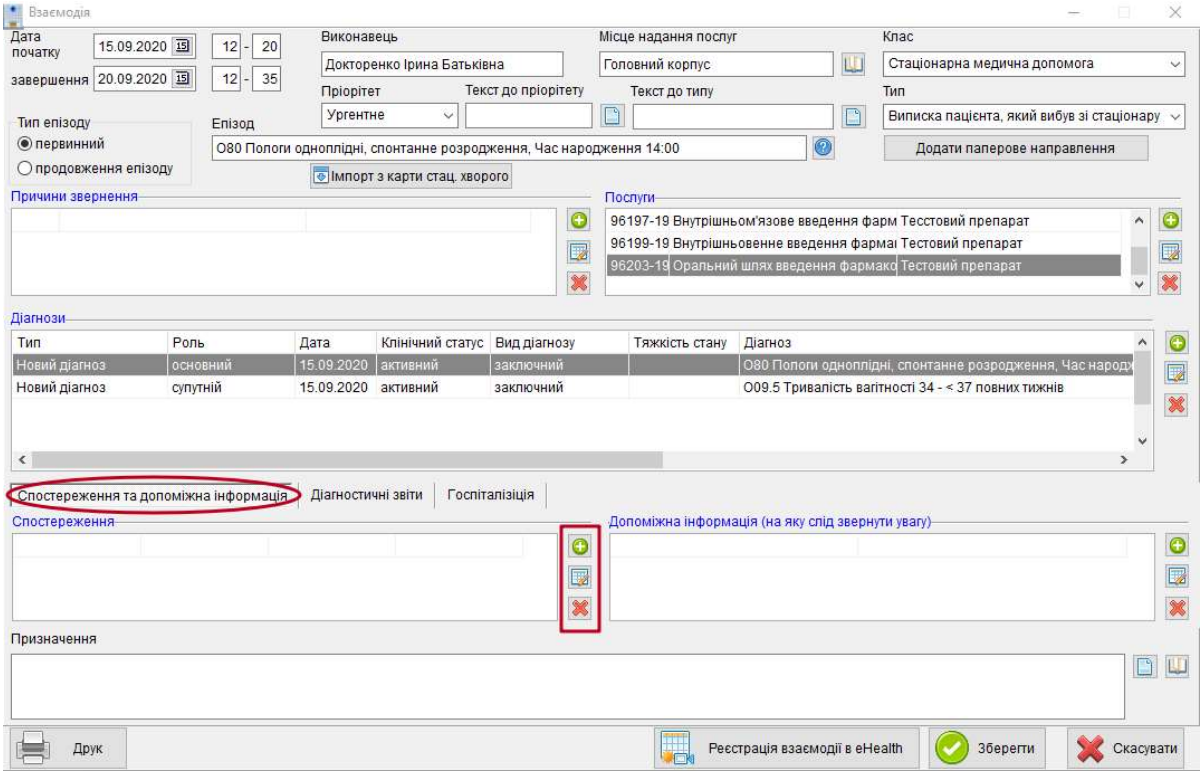
В програмі додаткові діагнози відображаються наступним чином:



В результаті в полі **«Діагнози»** відмітити всі надані діагнози, згідно інструкції НСЗУ і в залежності від клінічного випадку.



- **«Спостереження та допоміжна інформація»**



Зверніть увагу!

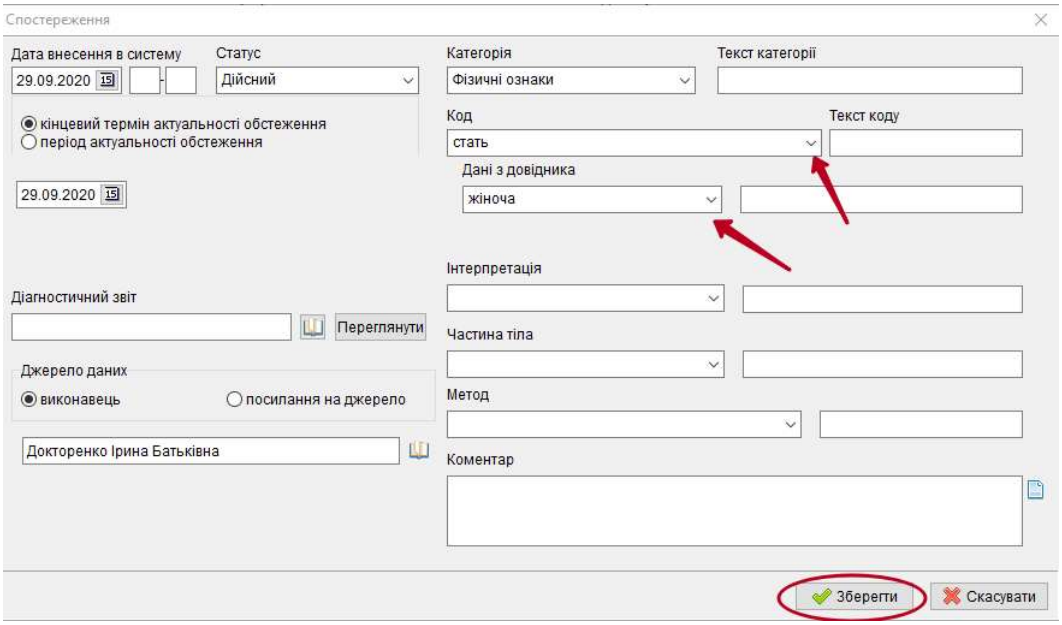
Згідно інструкції НСЗУ обов'язковими спостереженнями для виписки є

ПЕРЕЛІК ОБСТЕЖЕНЬ, ЩО ПІДЛЯГАЮТЬ СТВОРЕННЮ:

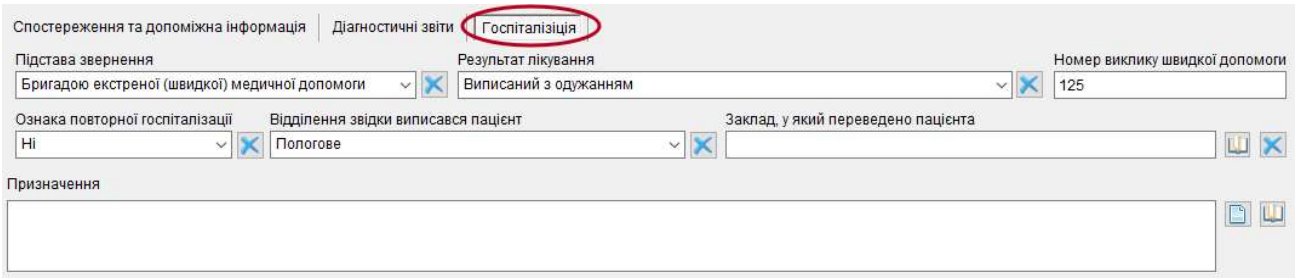
НАЗВА ОБСТЕЖЕННЯ	ГРУПА ПАЦІЄНТІВ, ДЛЯ ЯКОЇ ПОДАЄТЬСЯ ОБСТЕЖЕННЯ:
СТАТЬ	ДЛЯ ВСІХ ПАЦІЄНТІВ

ВАЖЛИВО: Відсутність, при виписці зі стаціонару, створених обстежень за цим переліком може призвести до неможливості віднесення пролікованого випадку до діагностично-спорідненої групи (ДСГ) та як наслідок - неможливості отримання оплати за цей випадок

Всі спостереження додаються, редагуються і видаляються за допомогою кнопок , , .



- **«Госпіталізація»** - обов'язкова для заповнення вкладка при створенні виписки зі стаціонару.

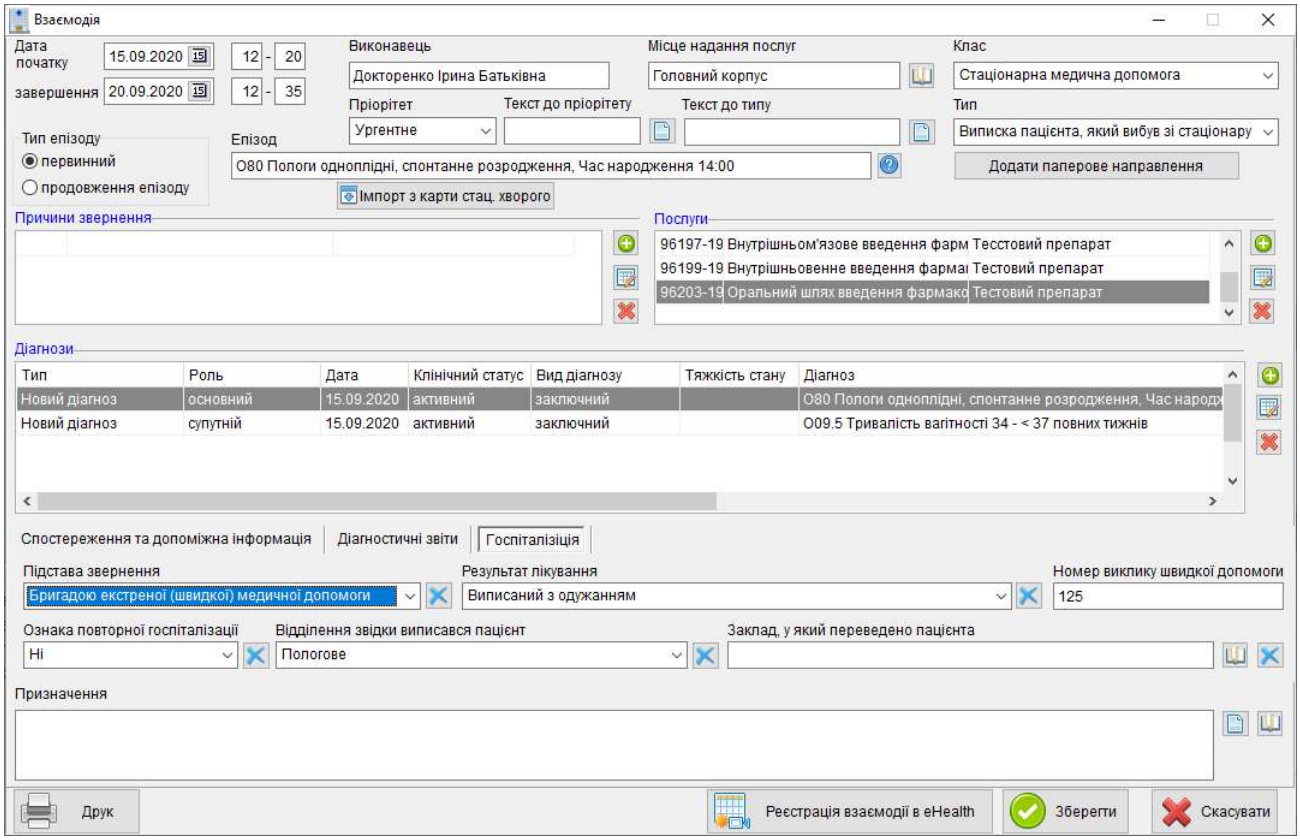


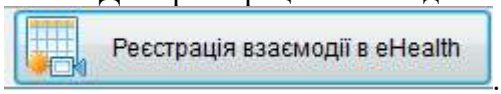
Поля заповняються вибором із випадаючого списку. Виключенням є:

- поле **«Заклад, у який переведено пацієнта»**, він вказується через кнопку і тільки в тому випадку, якщо «Результат лікування» - Переведено в інший ЗОЗ;
- **«Номер виклику швидкої допомоги» -** заповнюється самостійно і тільки в тому випадку, якщо «Підстава звернення» - Бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги.

- **«Призначення» -** текстове поле. За результатами взаємодії зазначаються рекомендації лікаря – вся інформація, яка буде важливою для інших лікарів.

Взаємодія із заповненими полями виглядає наступним чином



Для реєстрації взаємодії в центральному компоненті ЕСОЗ натискаємо кнопку 

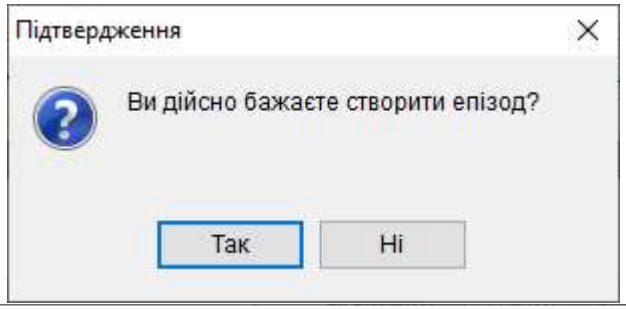
.

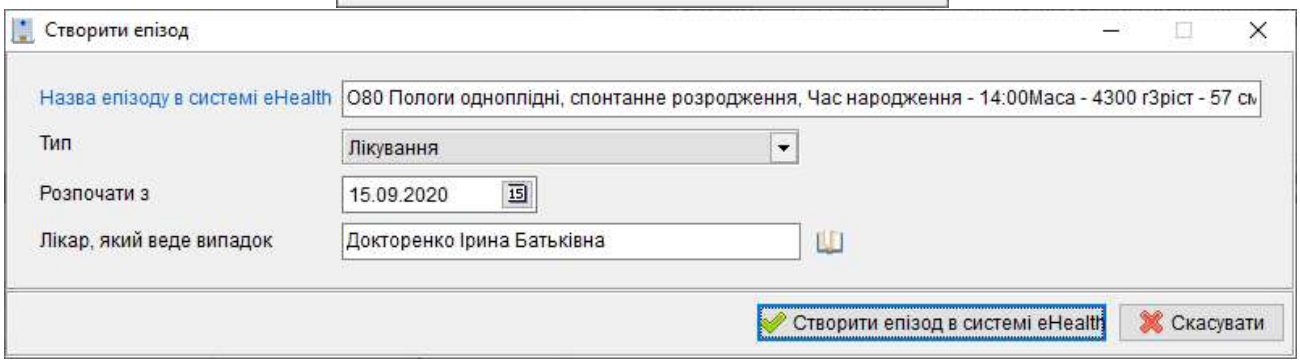
Спочатку створюється епізод, який згідно інструкції НСЗУ має містити наступні параметри

СТВОРЮЄТЬСЯ ЕПІЗОД, ЯКИЙ, СЕРЕД ІНШОГО*, МАЄ МІСТИТИ НАСТУПНІ ЗНАЧЕННЯ:

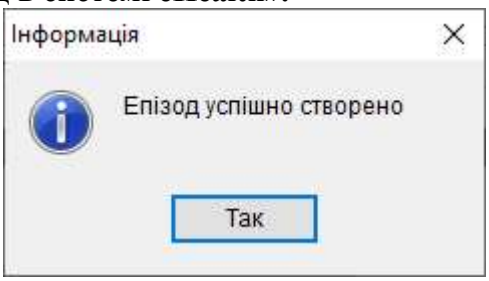
НАЗВА ПОЛЯ В ЕСОЗ		ОПИС
type	**ТИП ЕПІЗОДУ**	Лікування.
period	**ДАТА ВІДКРИТТЯ ЕПІЗОДУ**	ДАТА ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ вагітної/роділлі/породіллі.
name	**НАЗВА ЕПІЗОДУ**	Текстове поле. Вказується лікарем у довільній формі. РЕКОМЕНДОВАНО: Дата відкриття епізоду. Причина звернення. Попередній діагноз
care_manager	**ЛІКУЮЧИЙ ЛІКАР**	Зазначається ПІБ лікаря, який приймав (завершував) пологи і, відповідно, створив епізод. Такий лікар вважається лікуючим лікарем в рамках даного епізоду.

В програмі ці значення можна вказати при створенні епізоду.

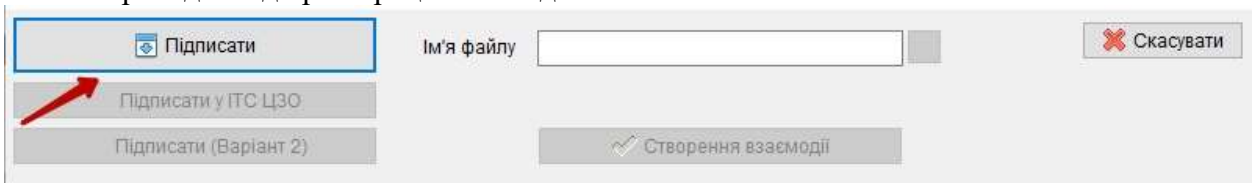




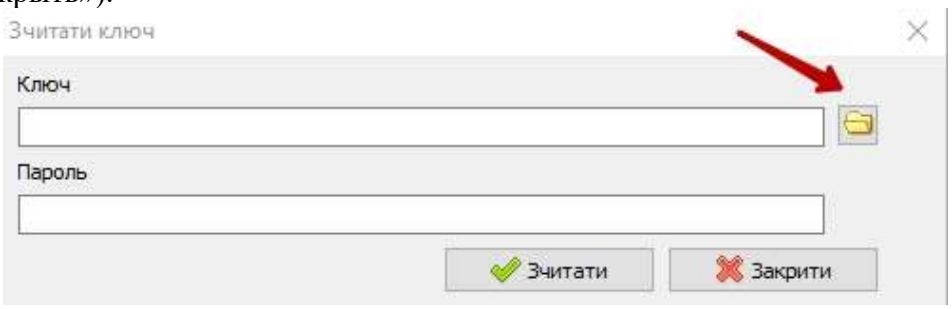
В даному вікні є змога змінити назву епізоду, вказати тип, дату початку, лікаря і натиснути **«Створити епізод в системі eHealth».**

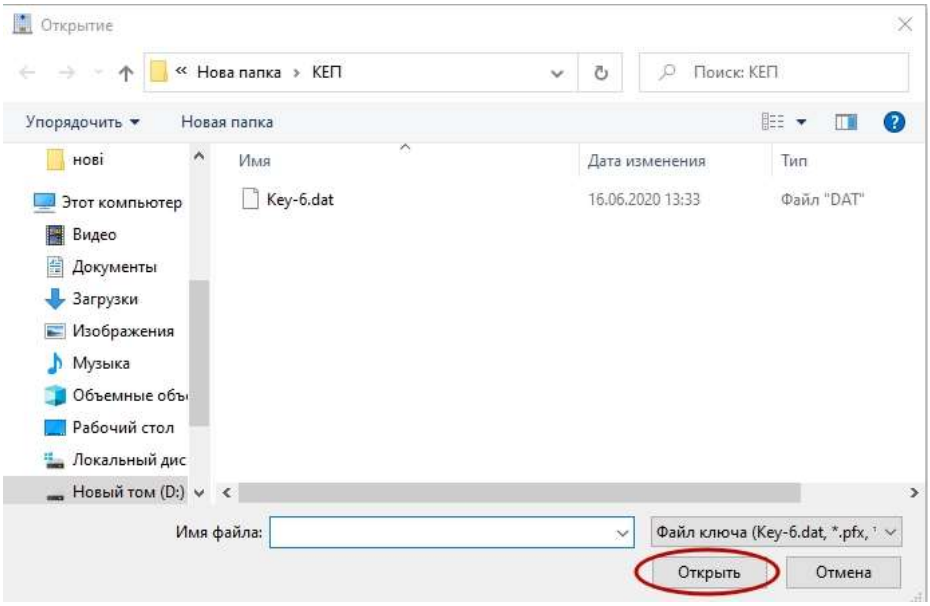


Переходимо до реєстрації взаємодії в eHealth.



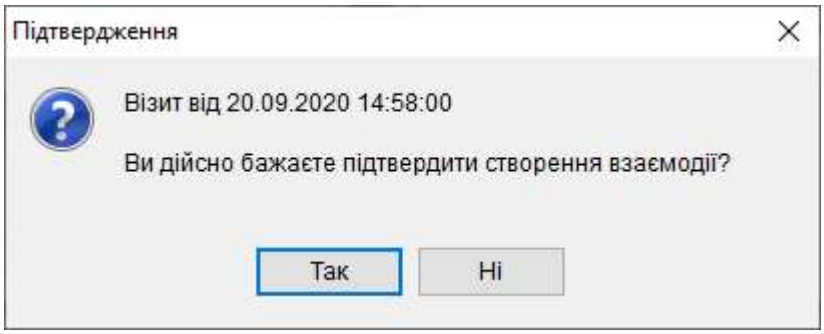
Для цього необхідно натиснути **«Підписати».** Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).

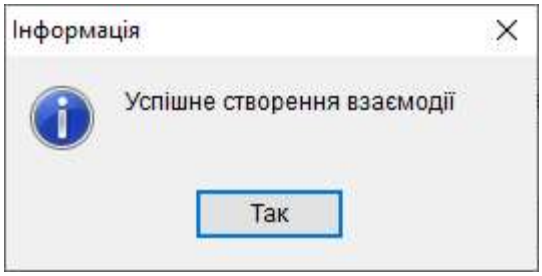




Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

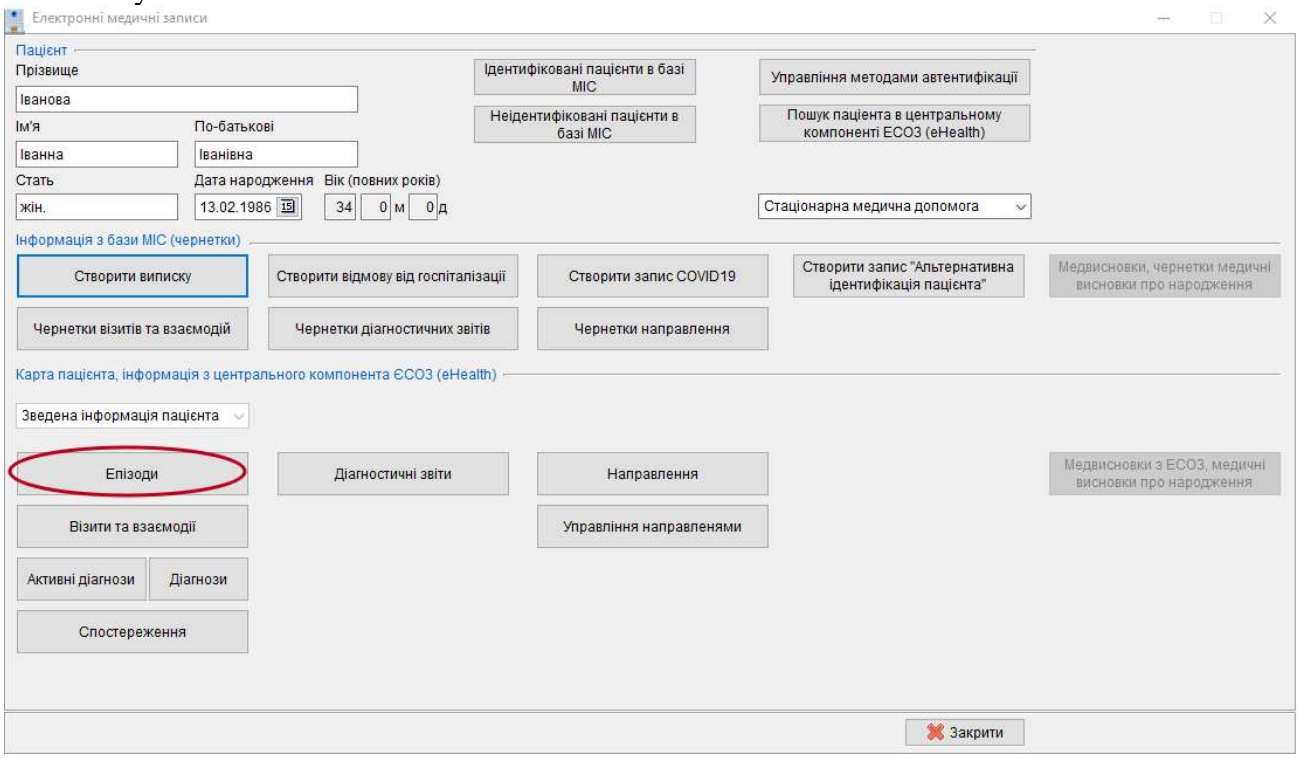
Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».



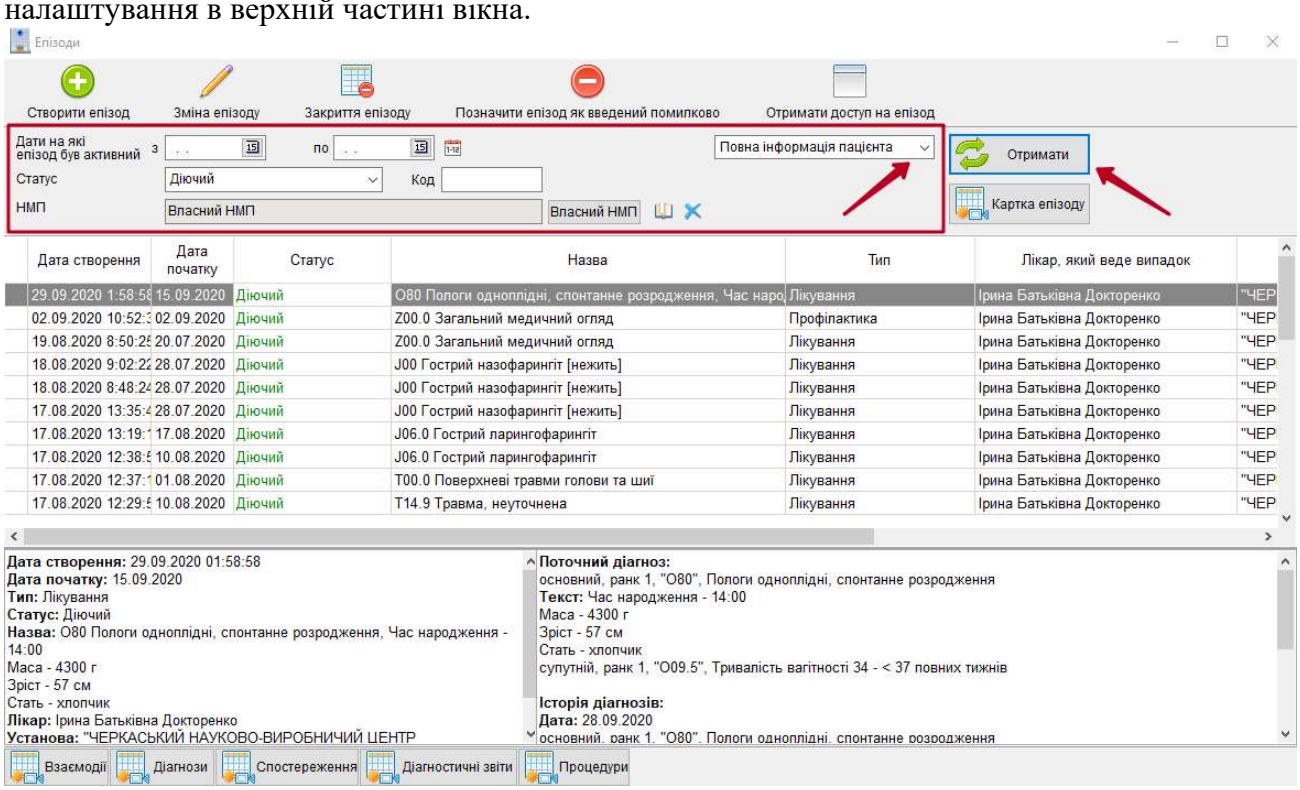


7. Закриття епізоду. Позначення як введений помилково епізоду/взаємодії (при потребі).

Всі створені епізоди для пацієнта можна побачити, натиснувши кнопку «Епізоди» на головному вікні ЕМЗ.



У вікні, що відкрилось відображається список створених епізодів, в залежності від налаштування в верхній частині вікна.

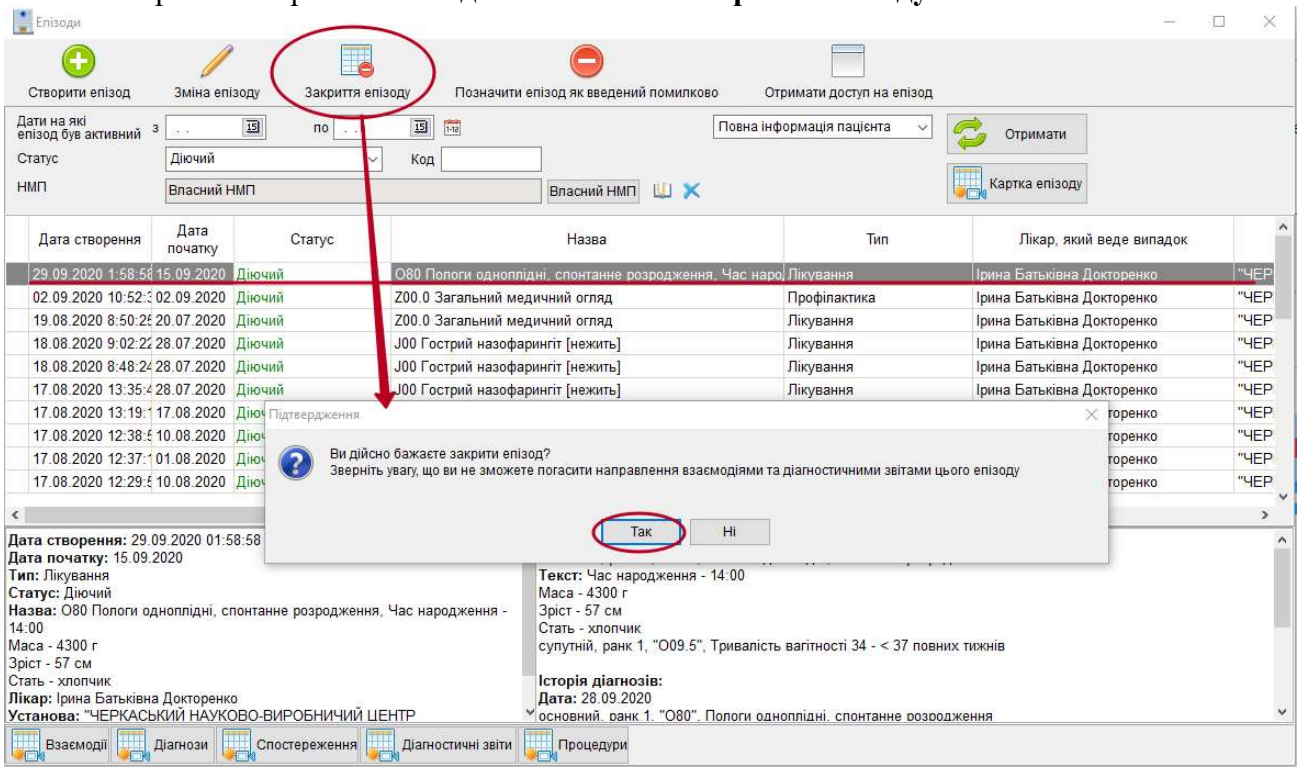


Зведена інформація пацієнта – відображає весь список епізодів створених у пацієнта.

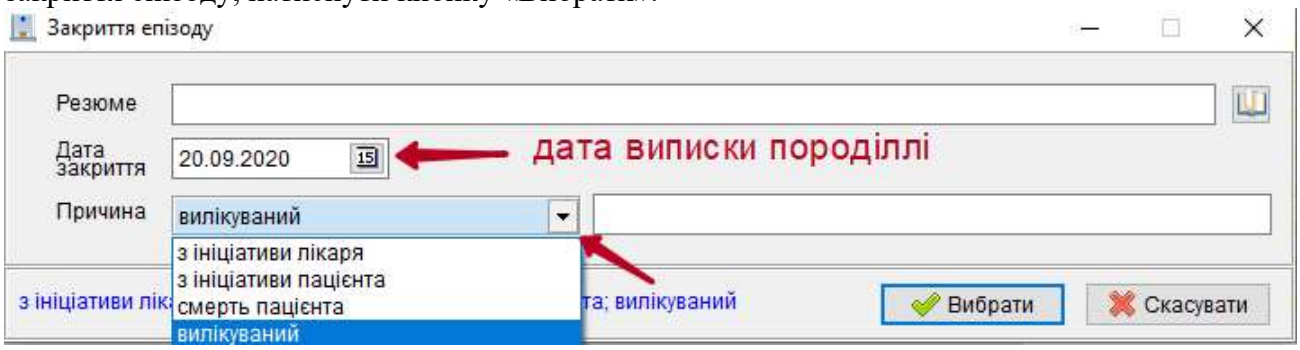
Повна інформація пацієнта – відображає епізоди, створені у власному медичному закладі.

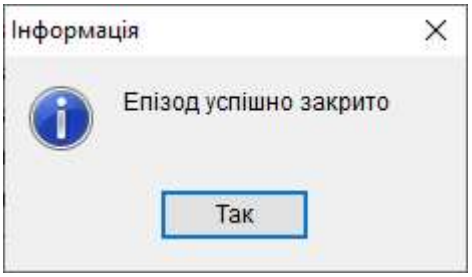
Підтверджені епізоди – відображає епізоди, до яких лікар отримав доступ. Це здійснюється за допомогою кнопки **«Отримати доступ на епізод».**

Обираємо потрібний епізод і натискаємо **«Закриття епізоду».**

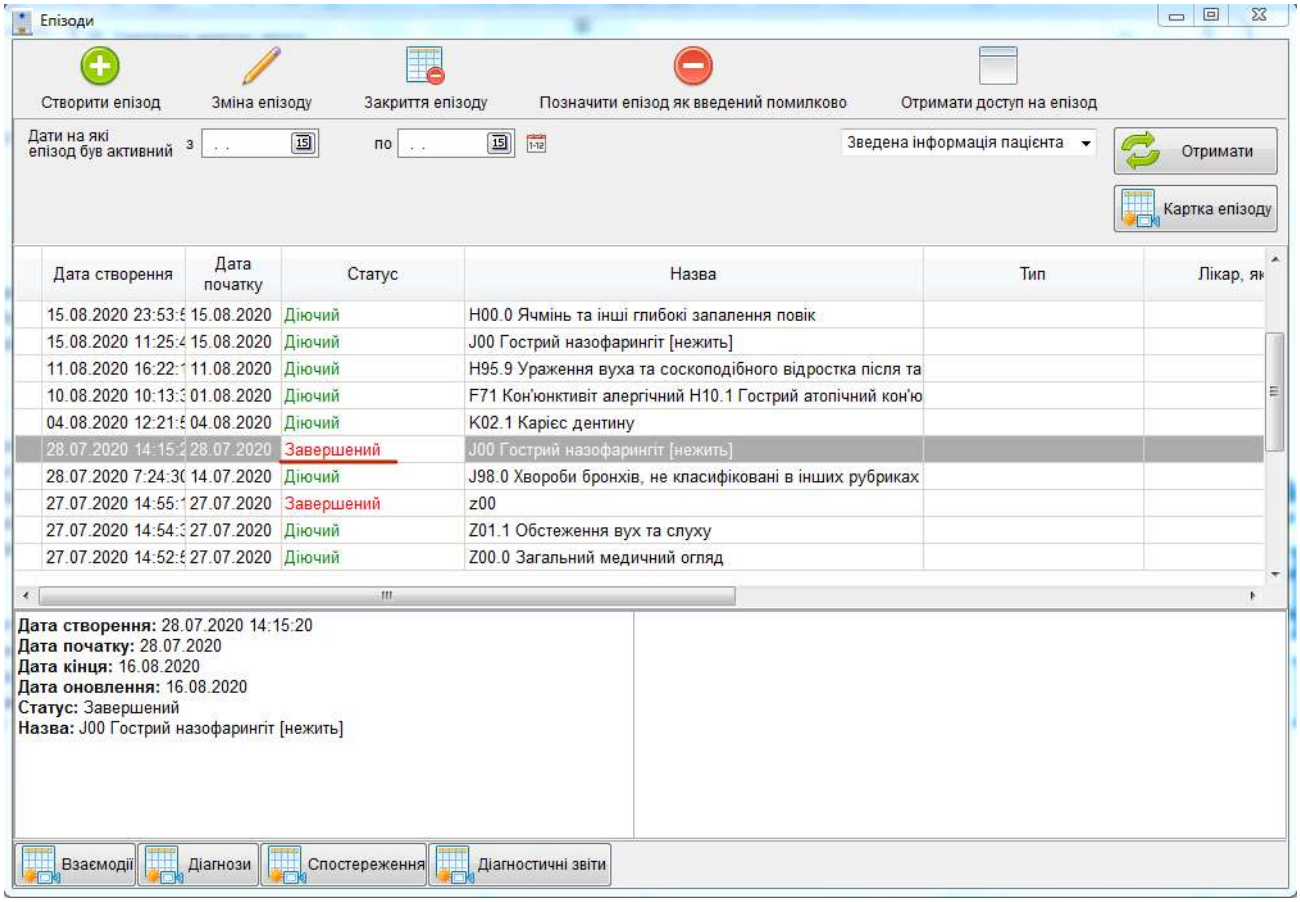


Погодившись, з’являється наступне вікно, де слід, при потребі, надрукувати коротке «Резюме» (інформація про стан пацієнта на момент закриття епізоду), дату та причину закриття епізоду, натиснути кнопку «Вибрати».

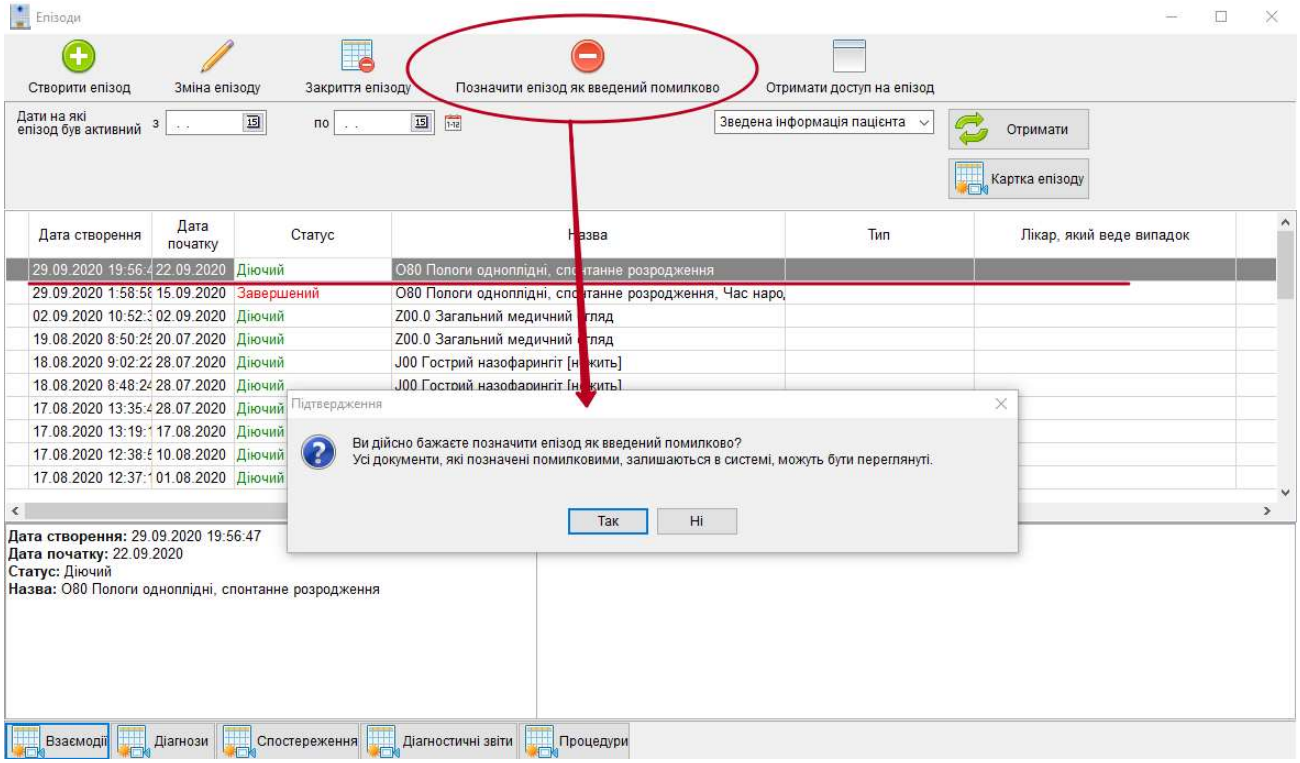




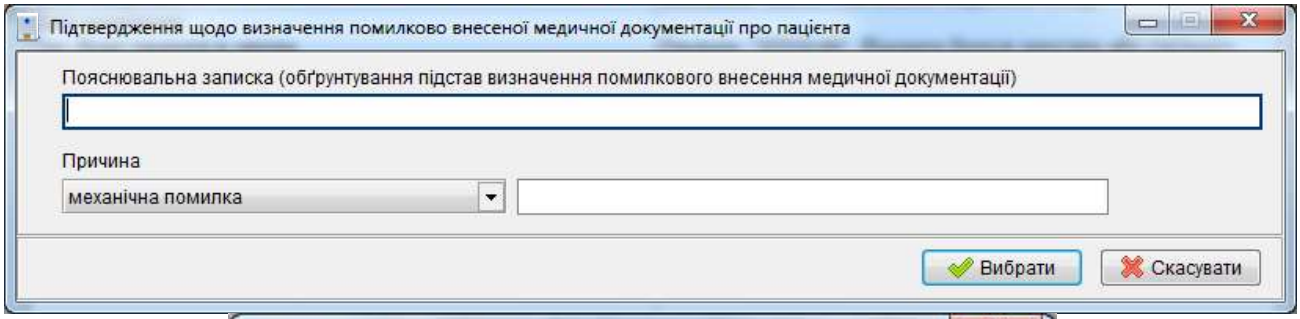
Тепер в переліку епізодів даний буде зі статусом **«Завершений».**

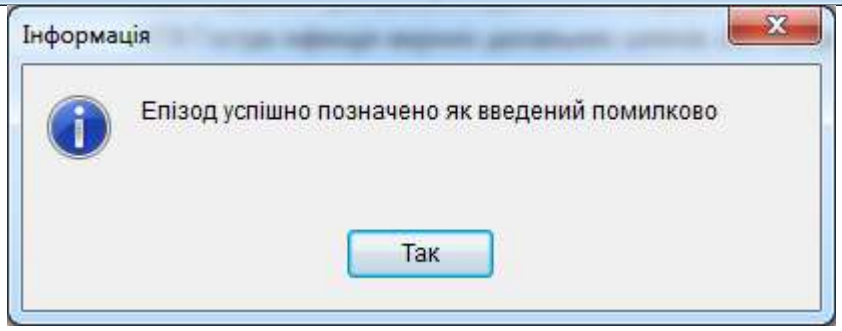


«Позначити епізод як введений помилково» - таку дію можливо виконати, якщо після запису епізоду чи взаємодії в ЕСОЗ, лікар зрозумів, що припустився помилки (неправильно закодував діагноз, створив запис не тому пацієнту тощо).

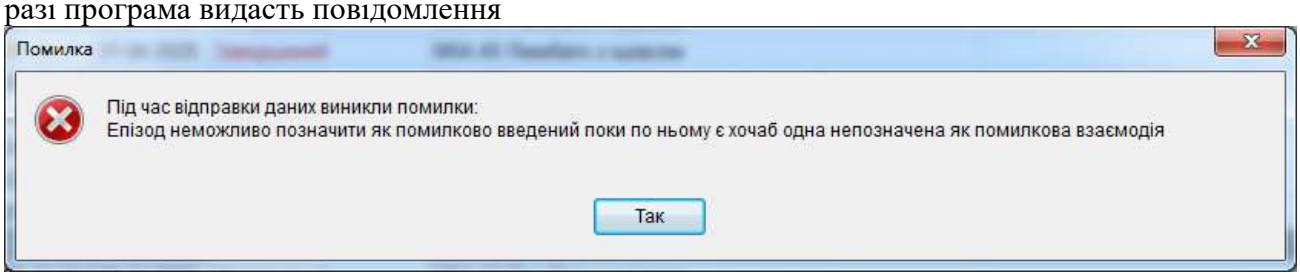


У вікні, що з'явилось вказати причину (механічна або невірно ідентифікований пацієнт) та пояснювальну записку в довільні формі і натиснути «**Вибрати**».

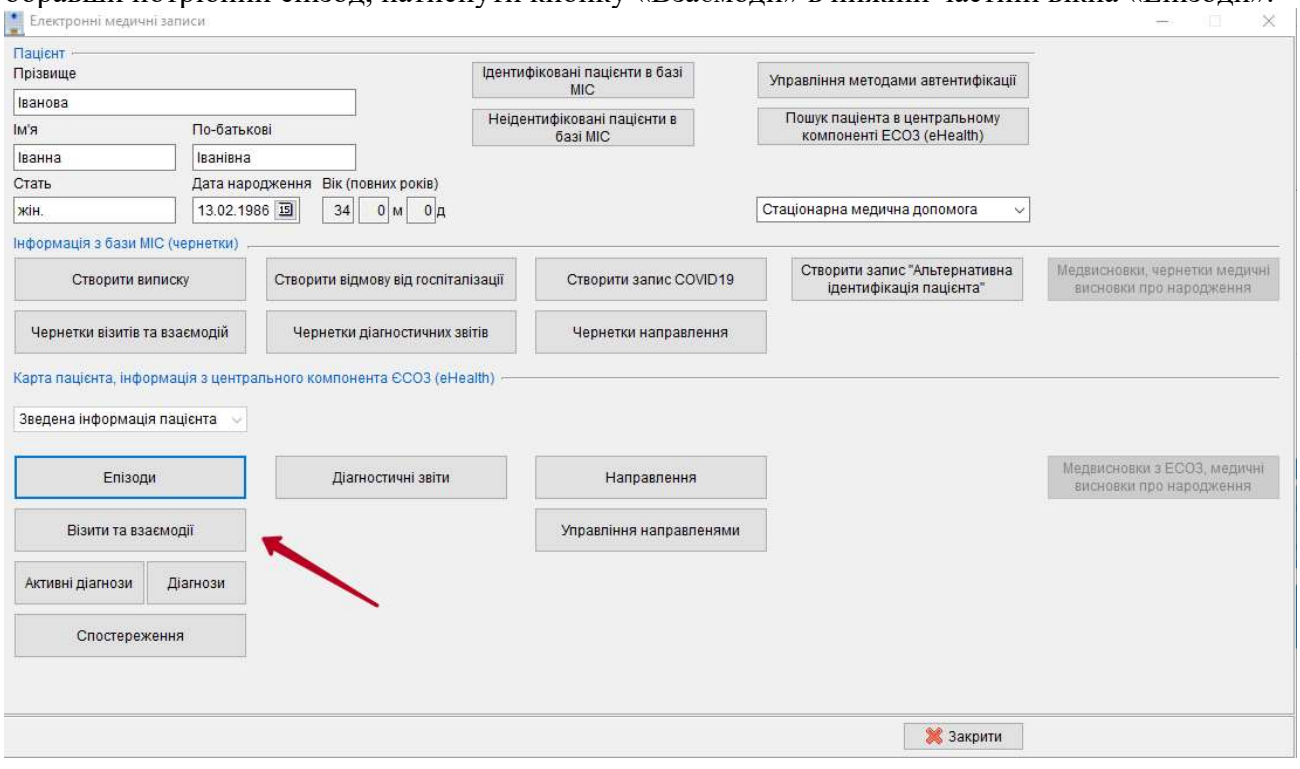


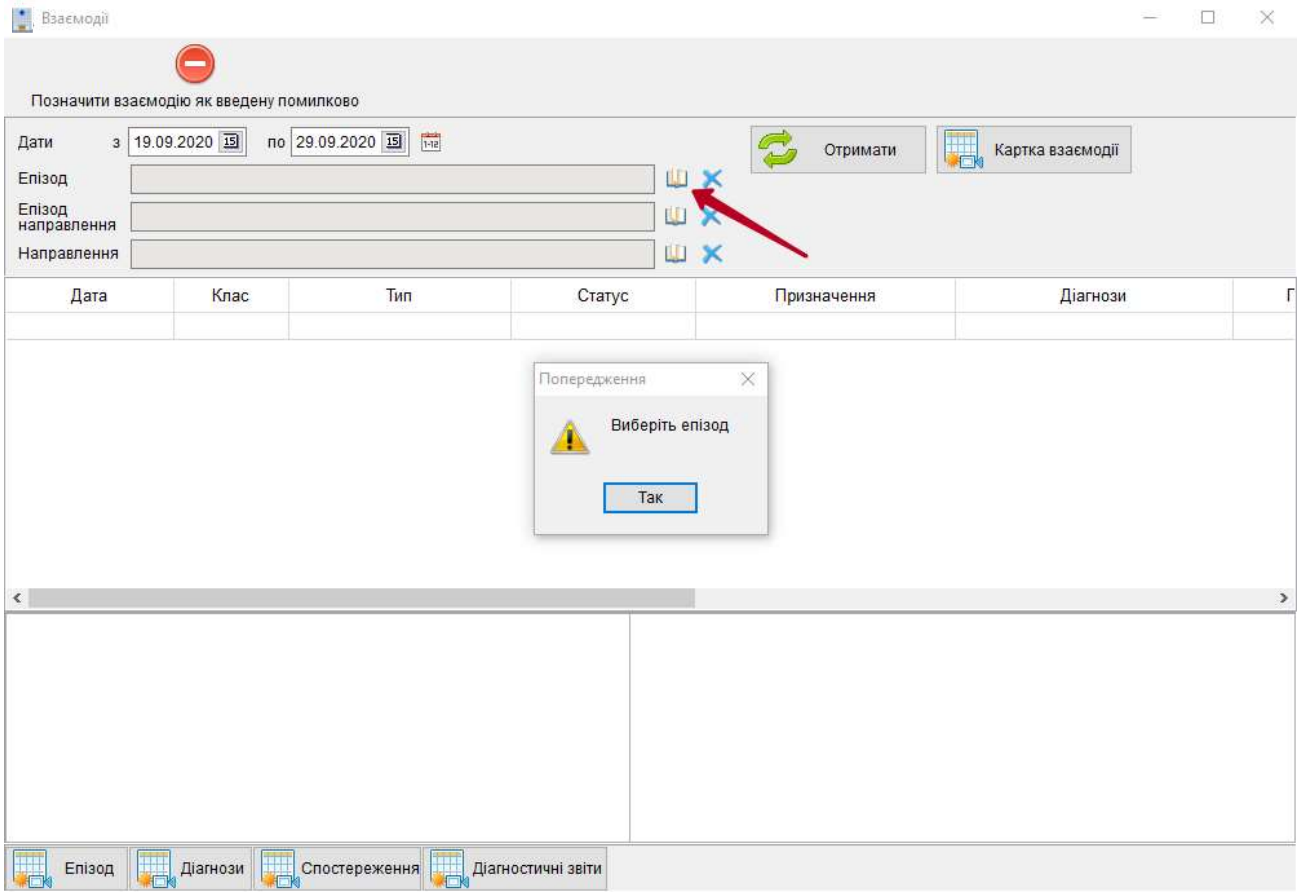


Зверніть увагу ! Щоб позначити епізод як введений помилково, який містить взаємодію, слід спочатку **«Позначити взаємодію як введену помилково».** В противному разі програма видасть повідомлення

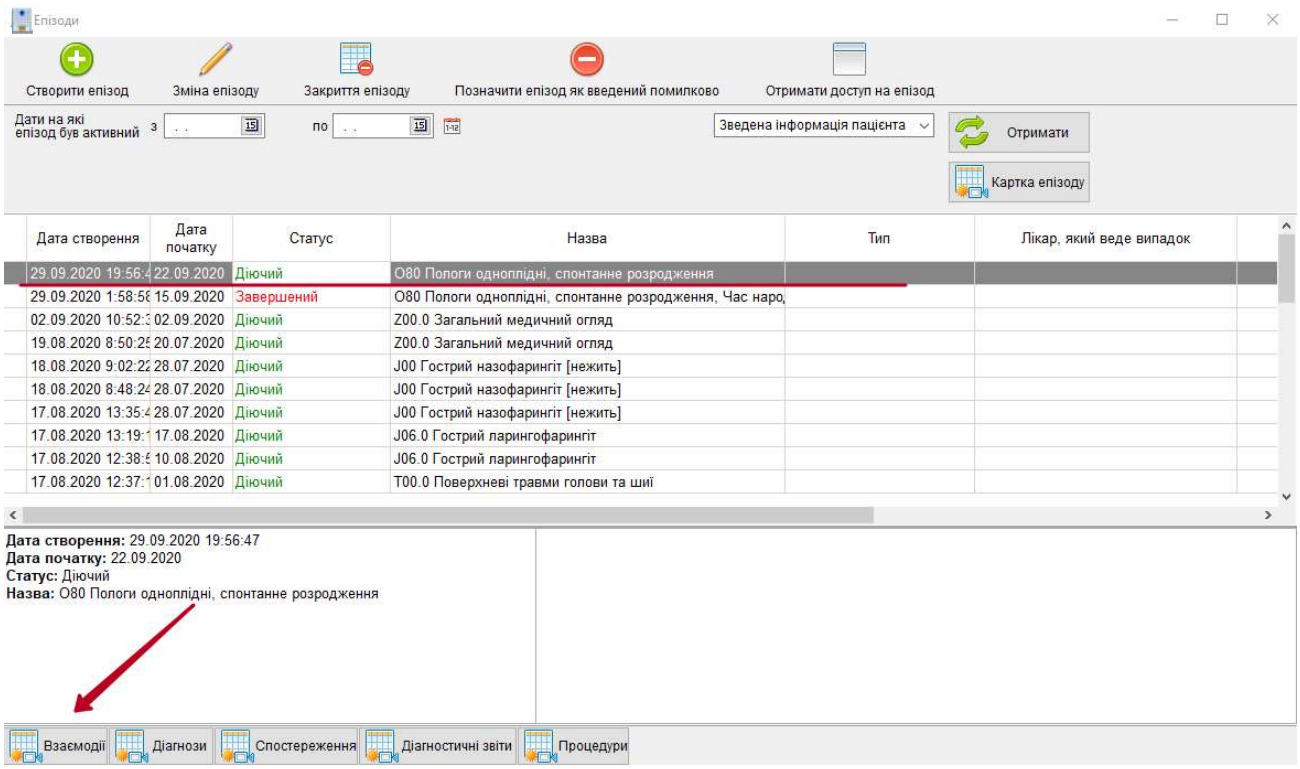


Щоб **«Позначити взаємодію як введену помилково»** необхідно натиснути кнопку **«Візити та взаємодії»** на головному вікні ЕМЗ (вибрати необхідний епізод кнопкою) або обравши потрібний епізод, натиснути кнопку «Взаємодії» в нижній частині вікна «Епізоди».

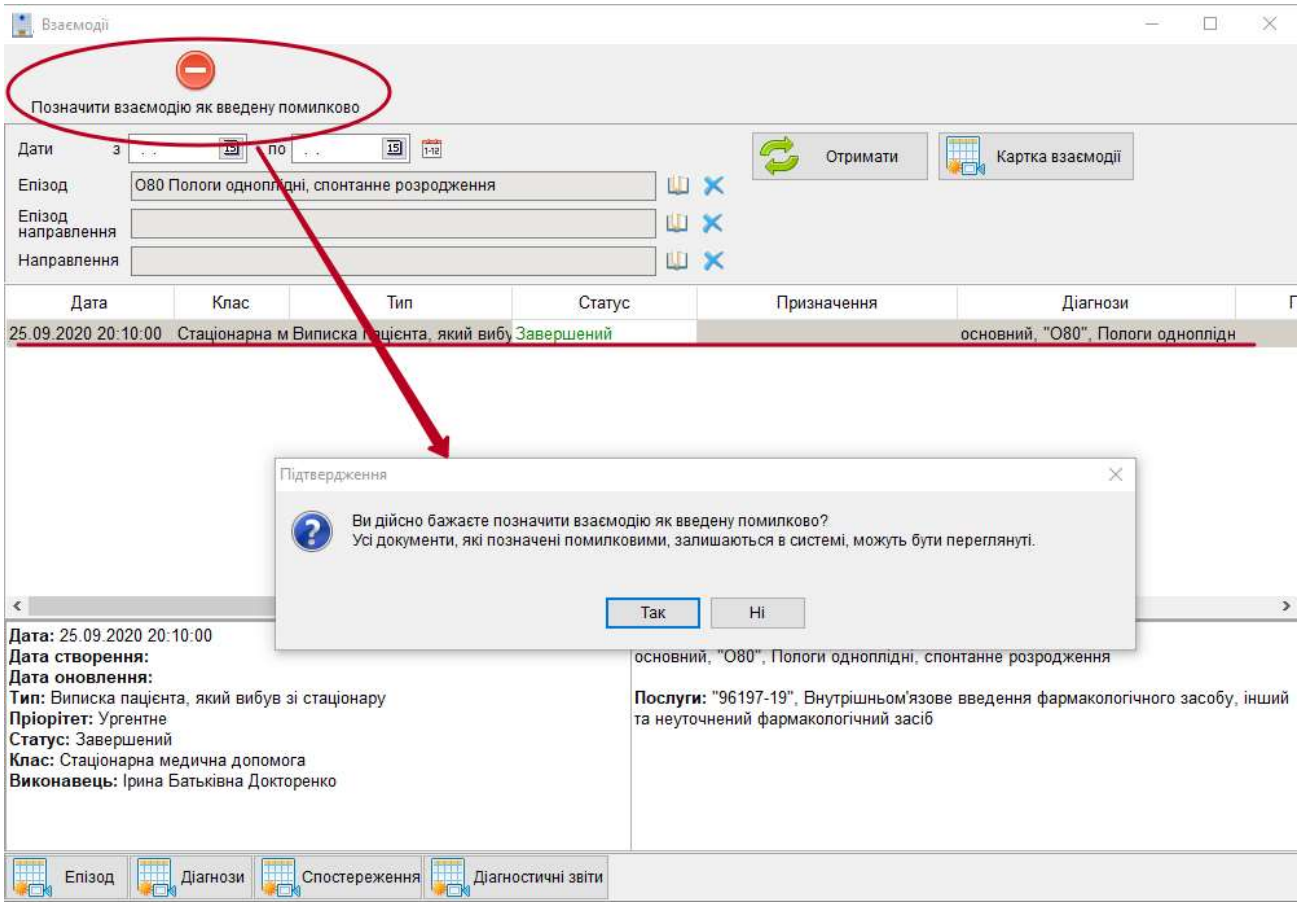




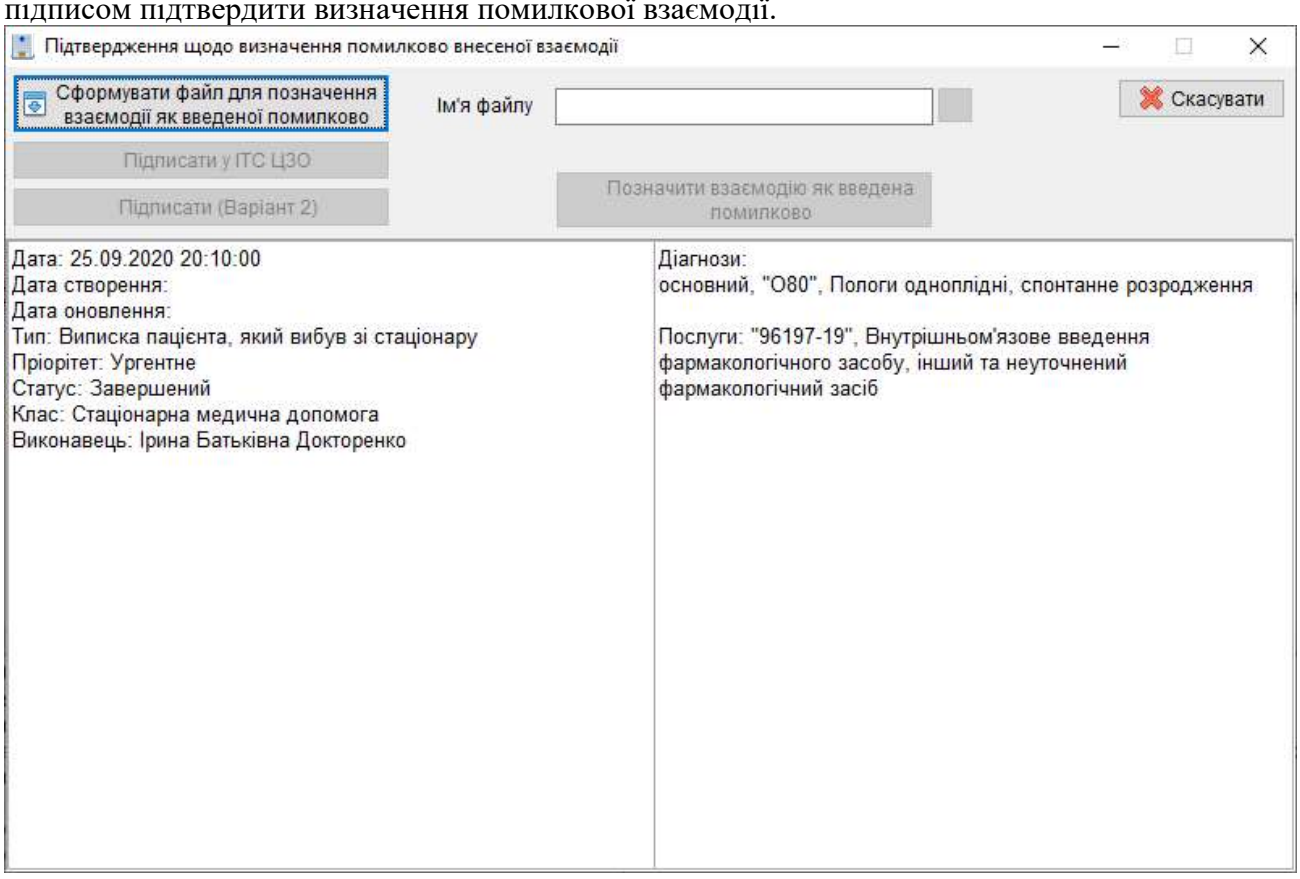
АБО



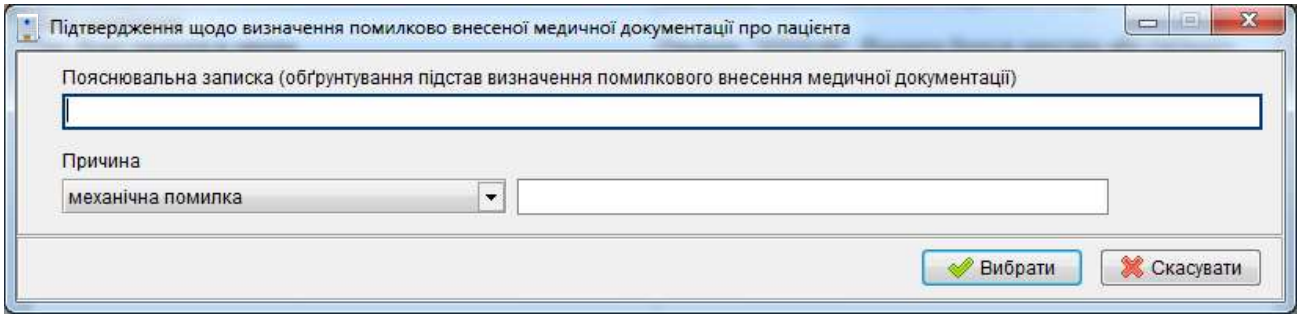
У вікні, що з’явилось слід взаємодію **«Позначити як введену помилково».**



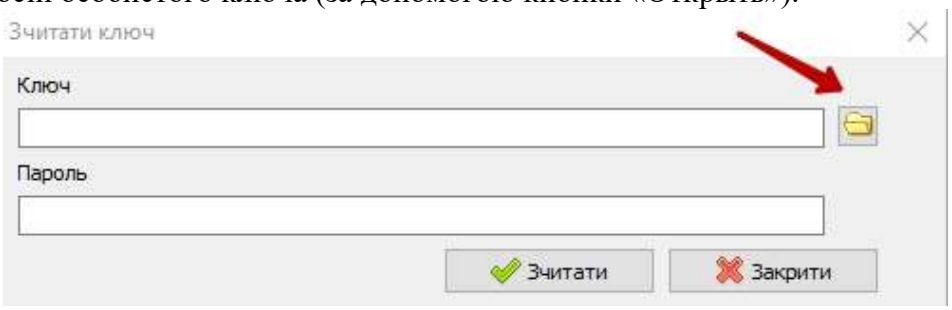
Після позитивної відповіді слідує вікно, в якому необхідно власним цифровим підписом підтвердити визначення помилкової взаємодії.

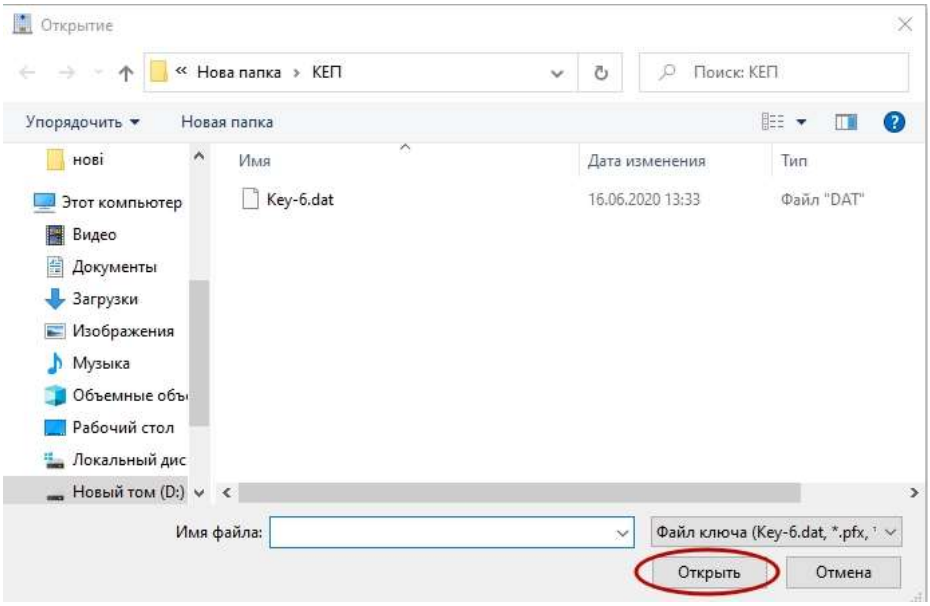


Натискаємо **«Сформувати файл для позначення взаємодії як введеної помилково».** У вікні, що з'явилось вказати причину (механічна або невірно ідентифікований пацієнт) та пояснювальну записку в довільні формі і натиснути «**Вибрати**»



Відкривається вікно «**Зчитати ключ»**, де за допомогою кнопки **,** вказуємо файловий носій особистого ключа (за допомогою кнопки «Открыть»).

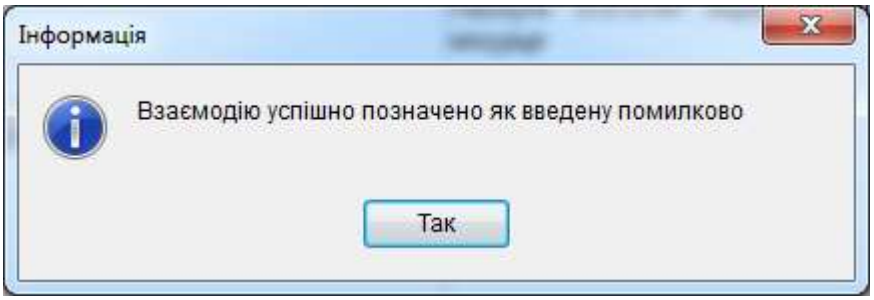




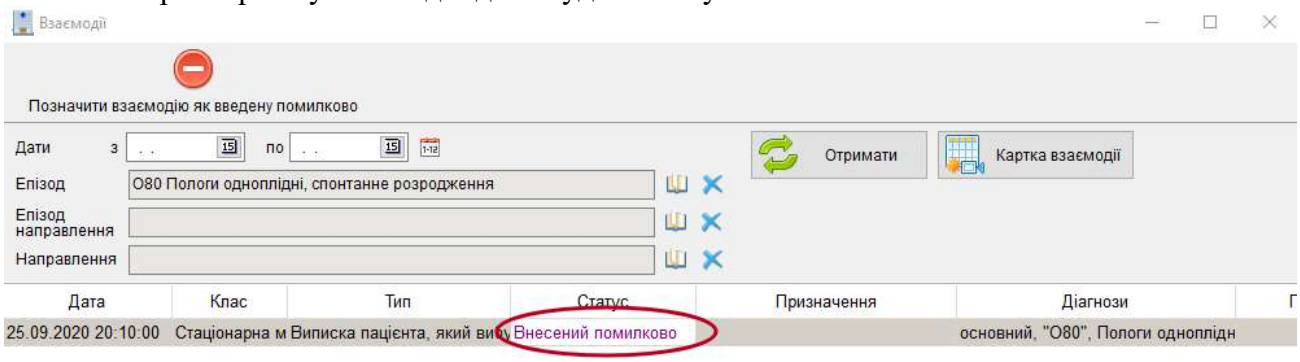
Вводимо **«Пароль захисту ключа»** і натискаємо кнопку **«Зчитати»**.

Зверніть увагу! Обравши і зчитавши один раз особистий ключ для підпису, наступного разу при підписанні будь-кого медичного запису (взаємодію, діагностичний

звіт, електронне направлення тощо) обирати знову ключ не потрібно, а тільки натиснути кнопку «Підписати».



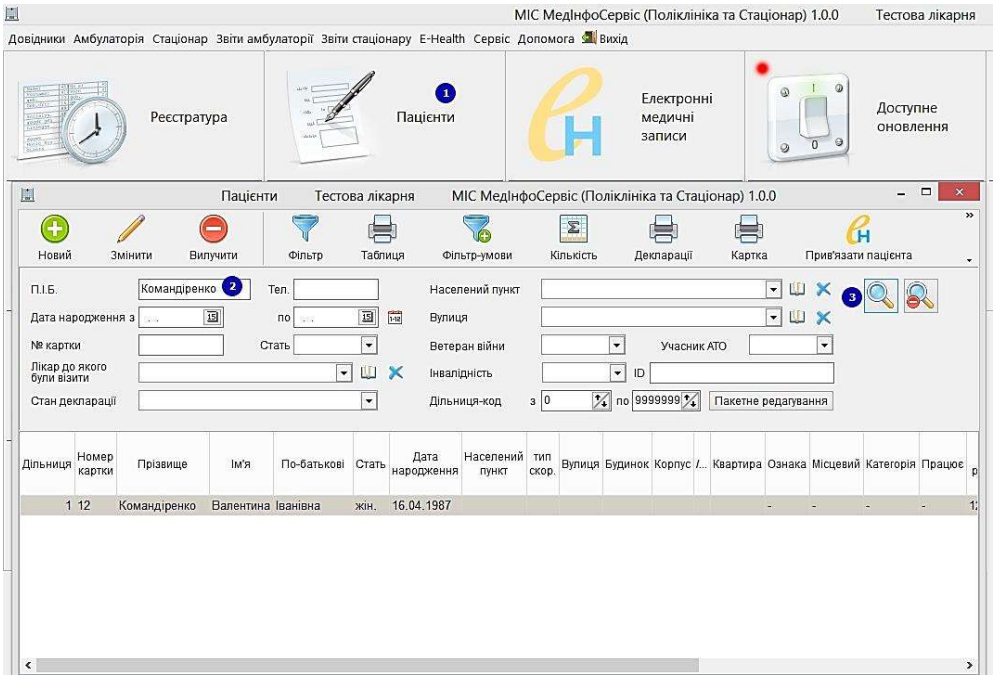
Тепер в переліку взаємодій дана буде зі статусом **«Внесений помилково».**



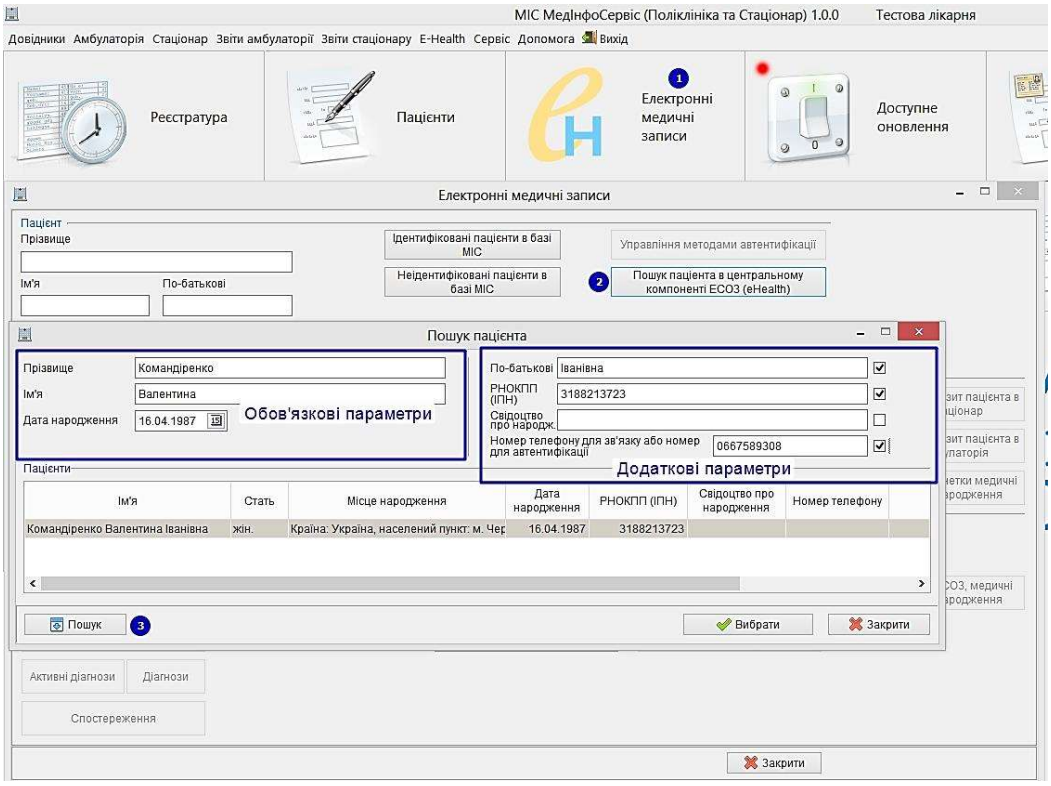
Після того, як взаємодія буде відмінена, можна позначати епізод як внесений помилково.

16.2 ФОРМУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИСНОВКІВ ПРО НАРОДЖЕННЯ. Особливості ведення електронних медичних записів за допомогою програмного комплексу «МедІнфоСервіс».

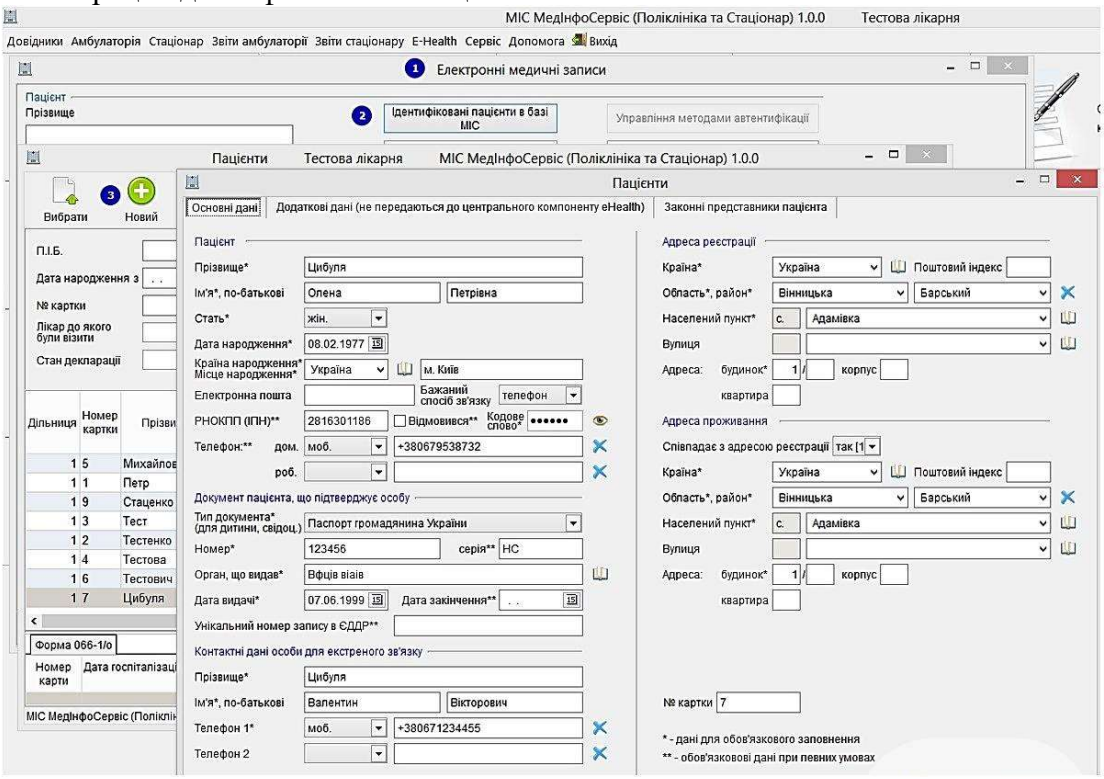
- Пошук пацієнта локально в МІС:

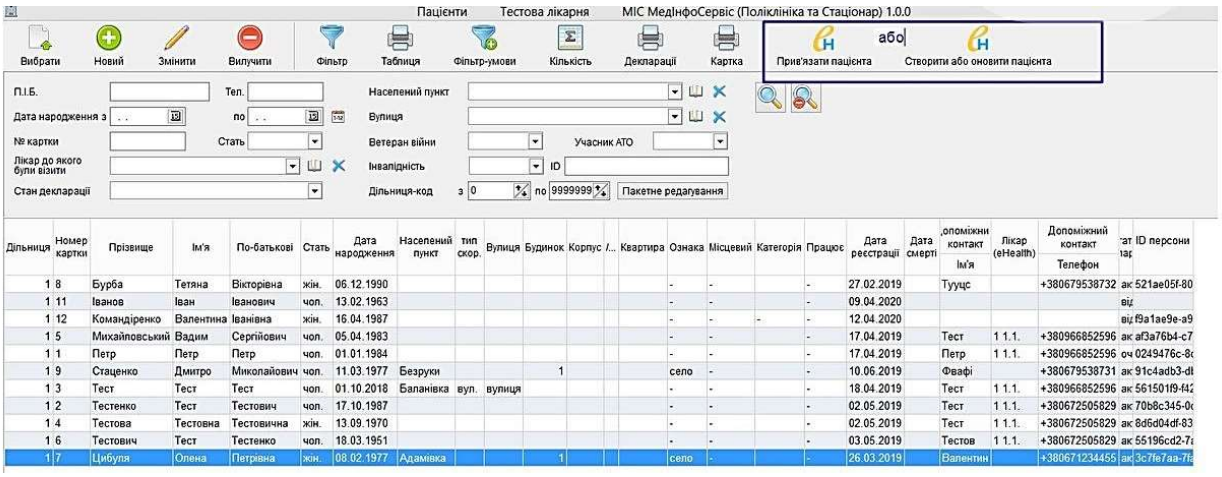


- Пошук даних пацієнта в ЕСОЗ:

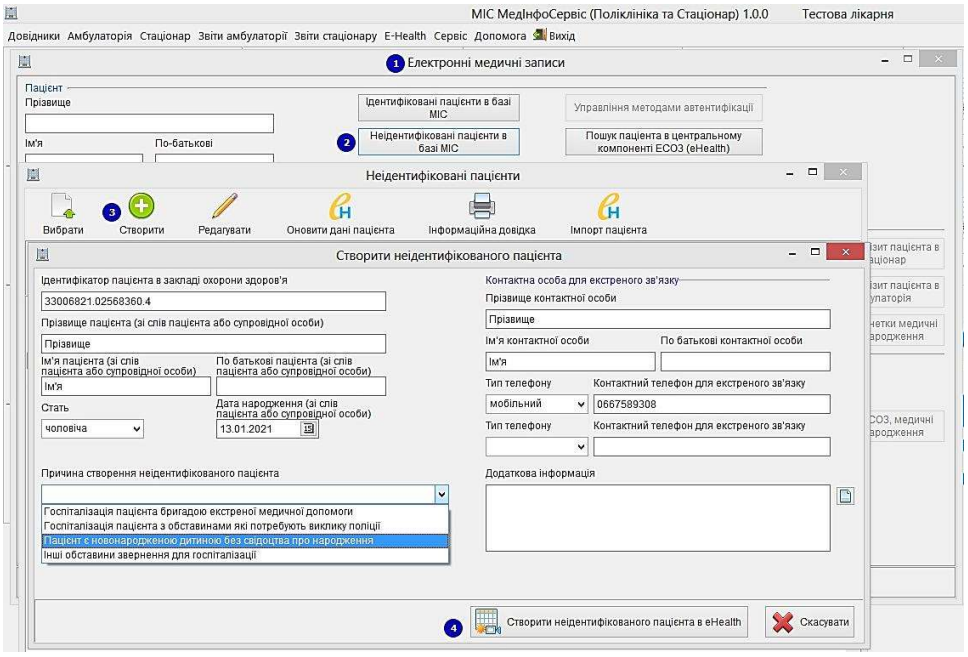


- Реєстрація ідентифікованого пацієнта:

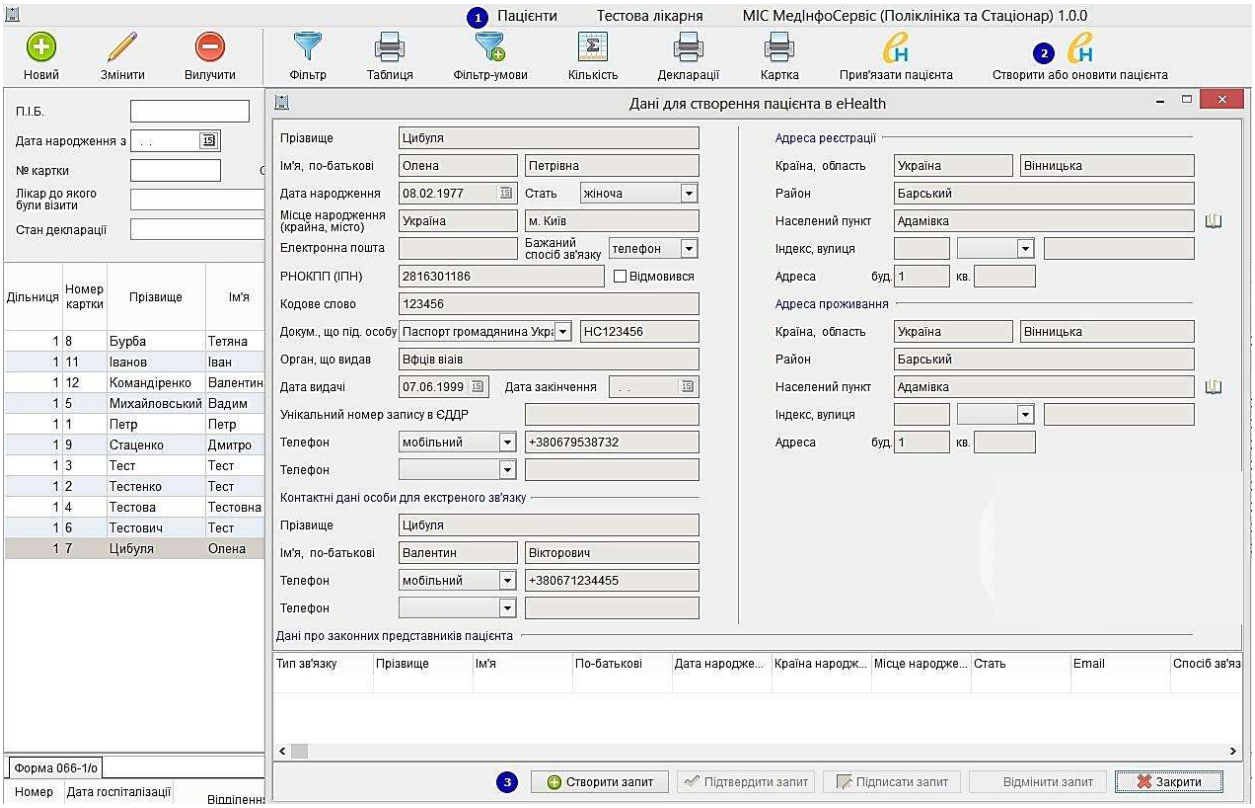




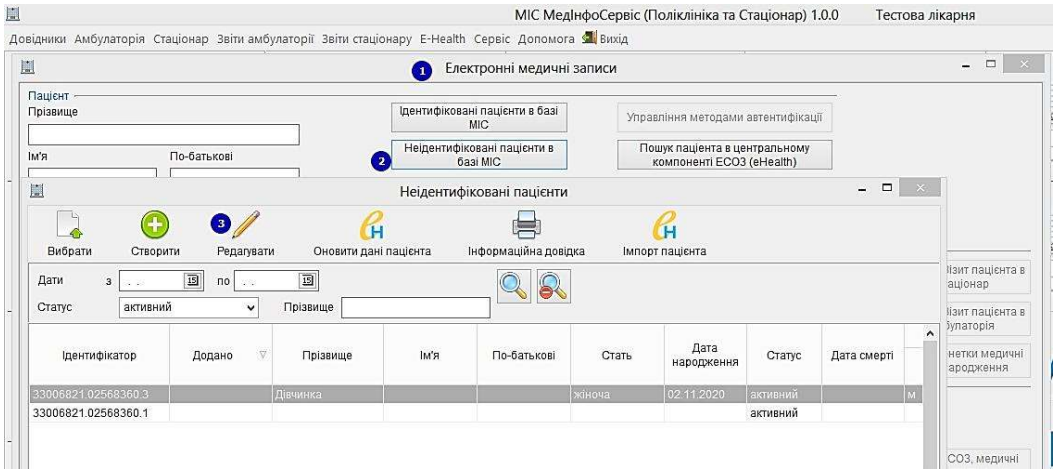
- Реєстрація неідентифікованого пацієнта:



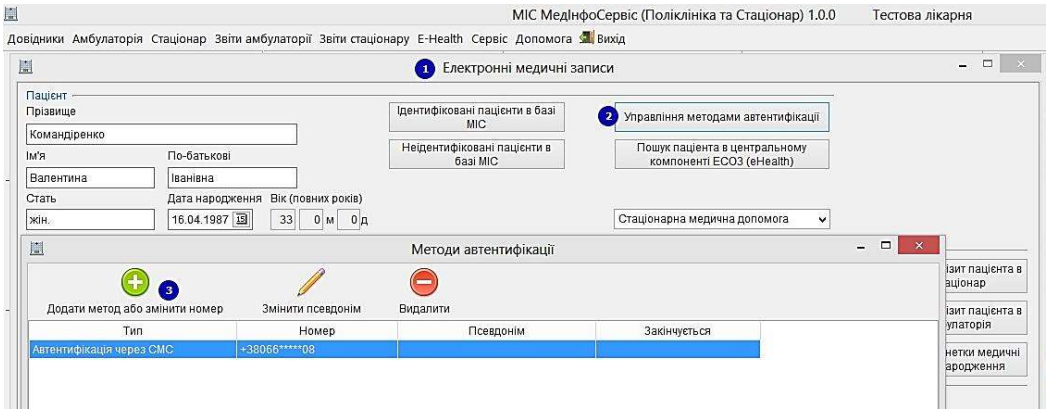
- Оновлення даних ідентифікованого пацієнта:



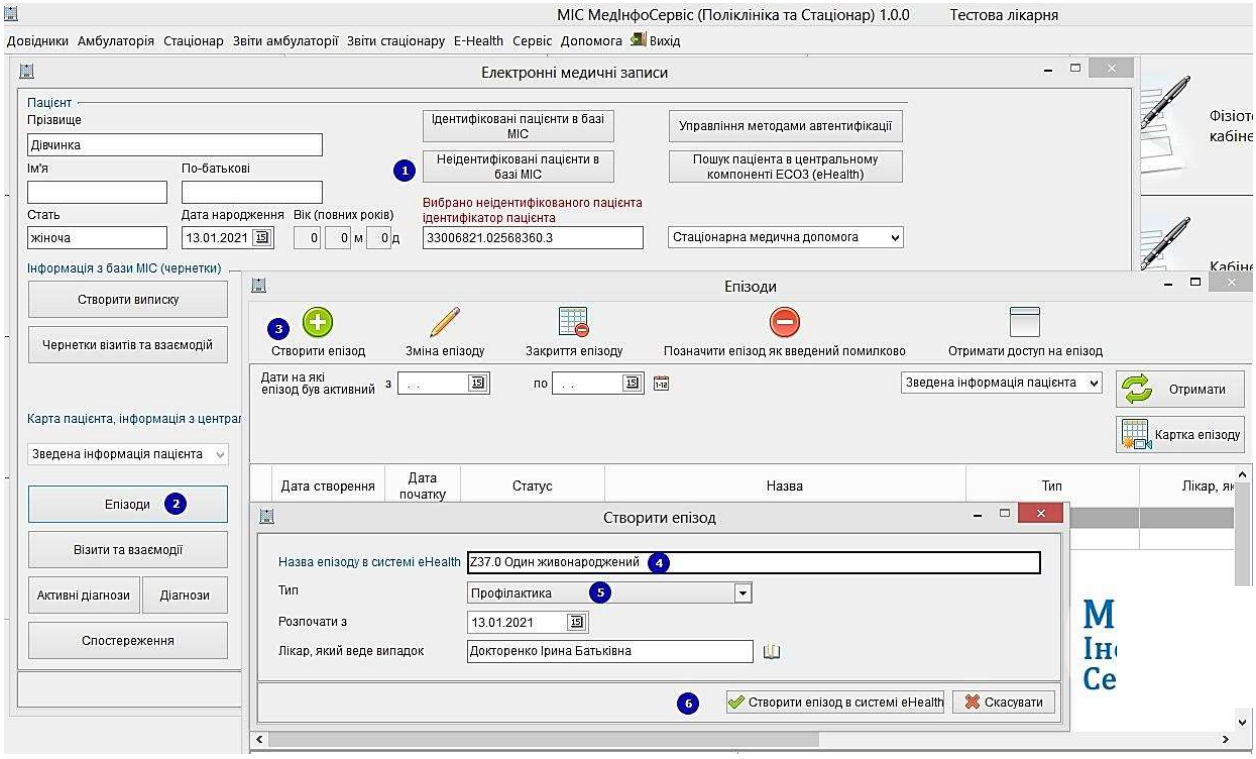
- Оновлення даних неідентифікованого пацієнта:



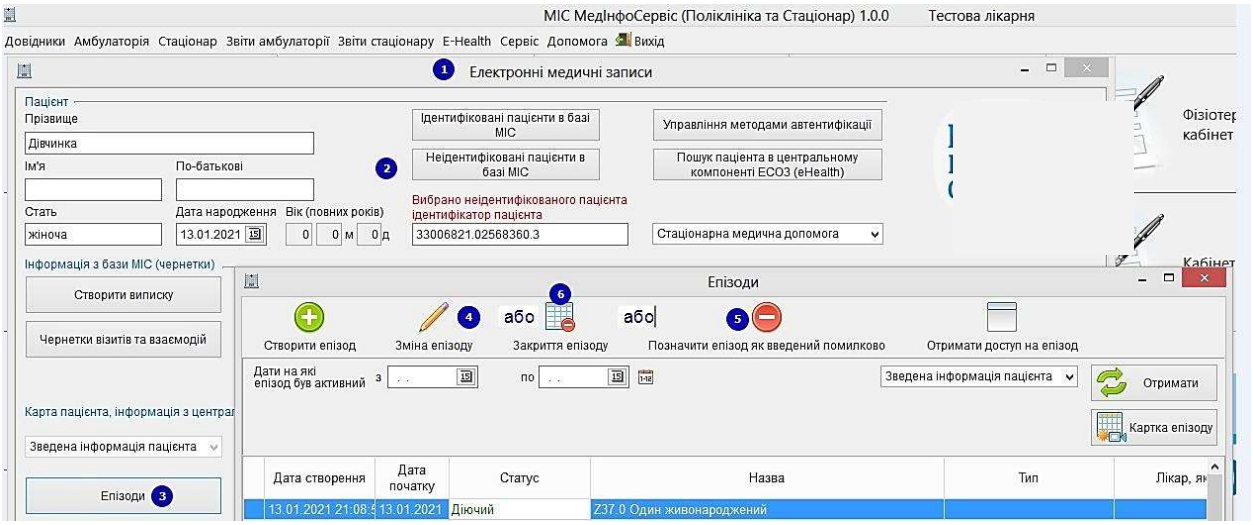
- Перевірка номерів телефону (автентифікація) та додавання номеру телефону:



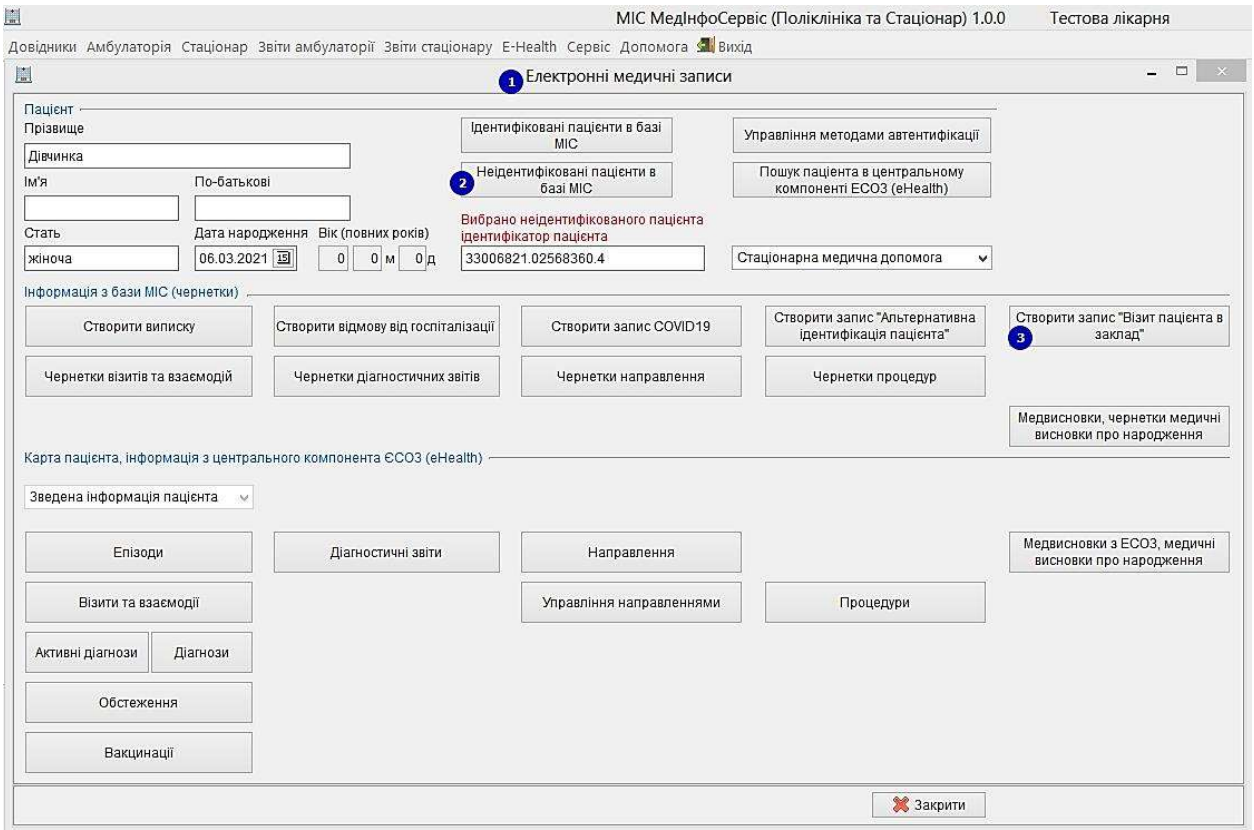
- Створення епізоду з типом “Профілактика”:

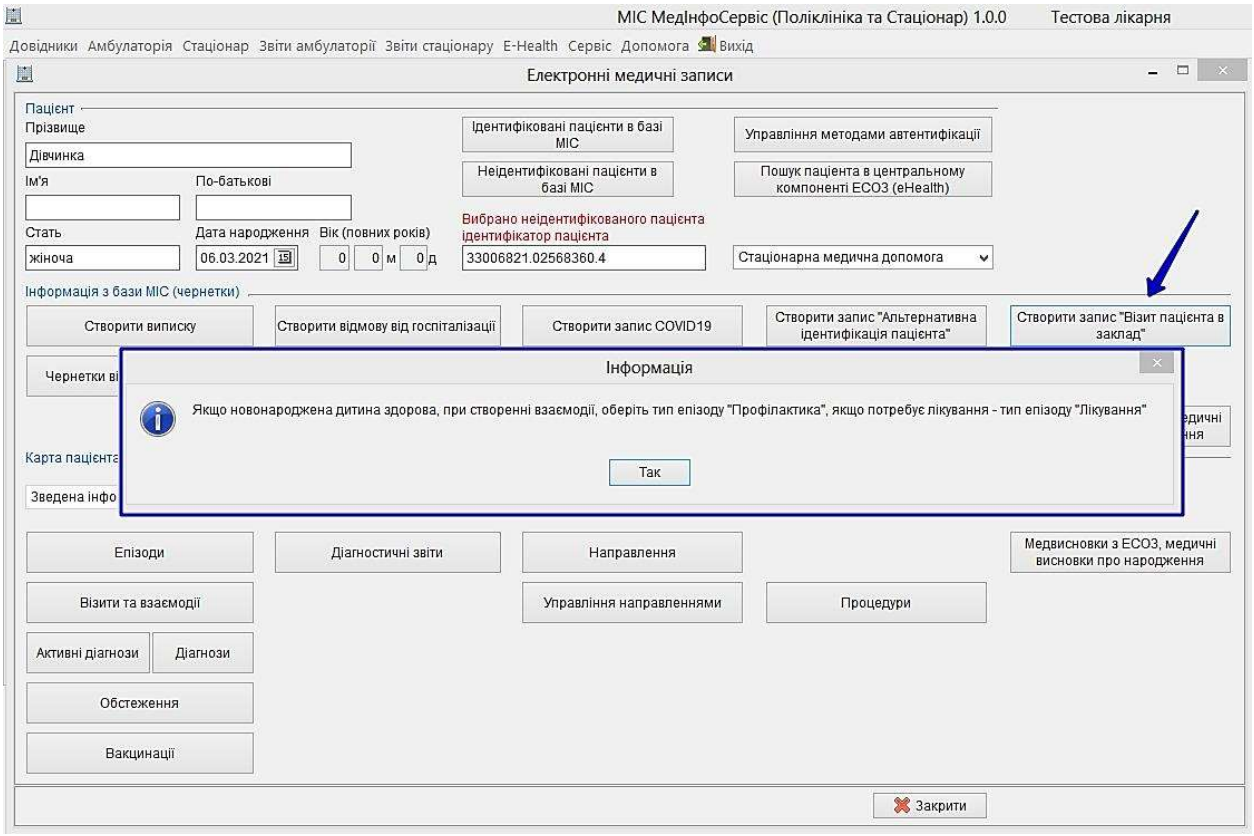


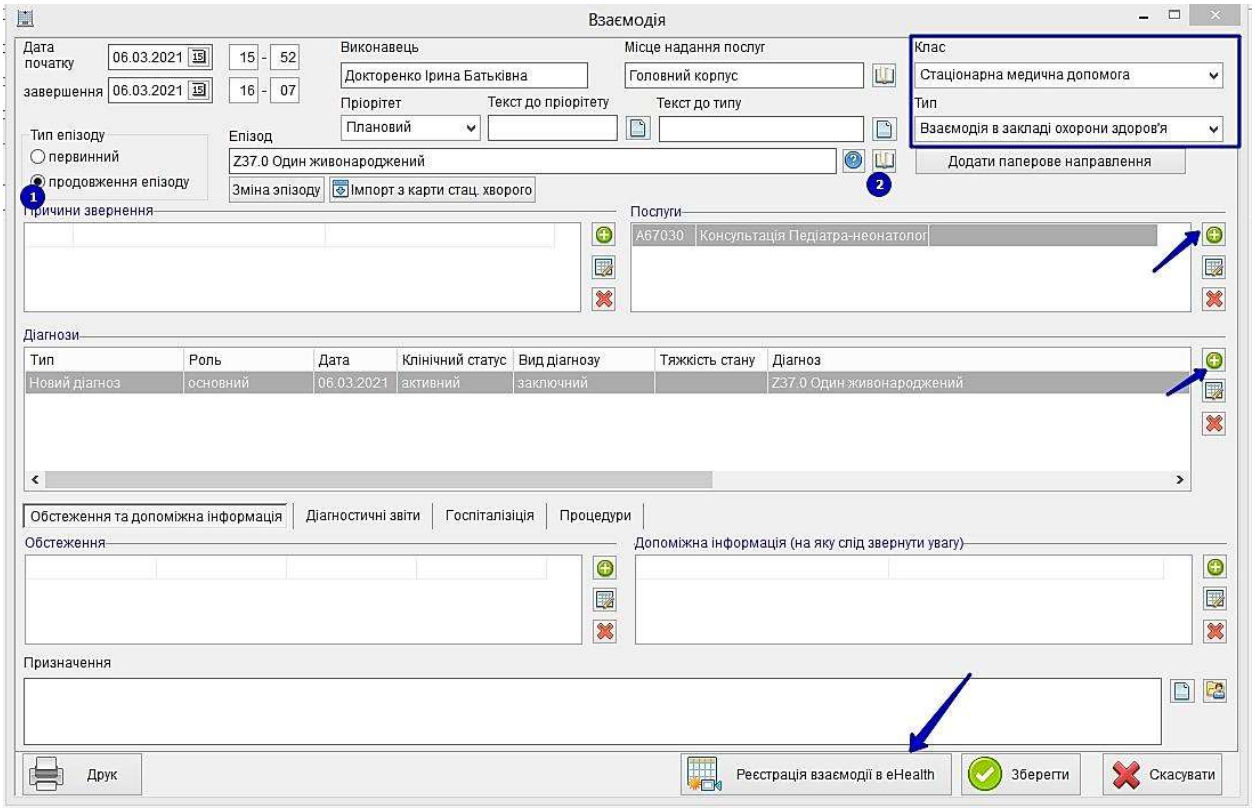
- Редагування, скасування та закриття епізоду:



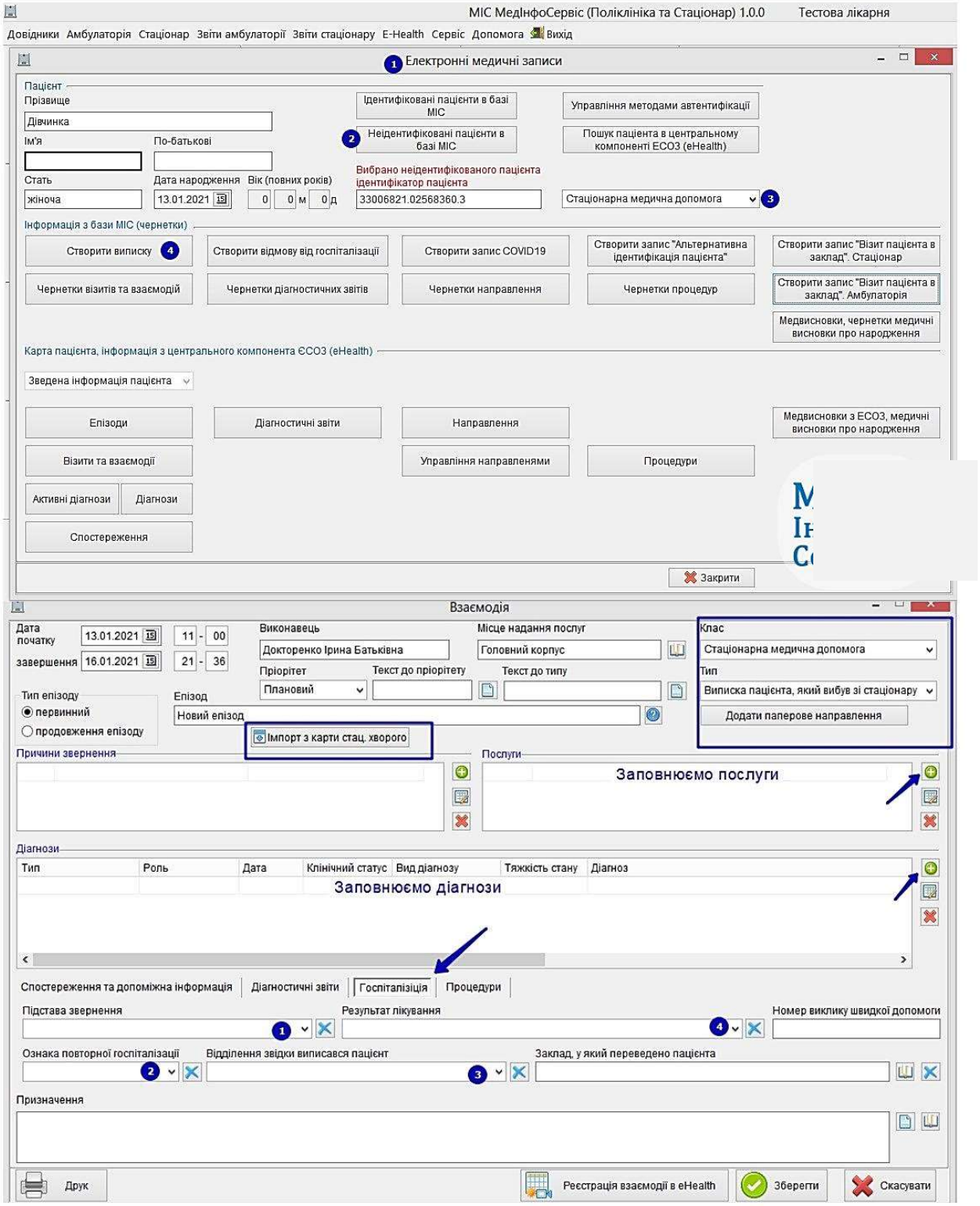
- Створення взаємодії щодо результатів первинного огляду новонародженого:



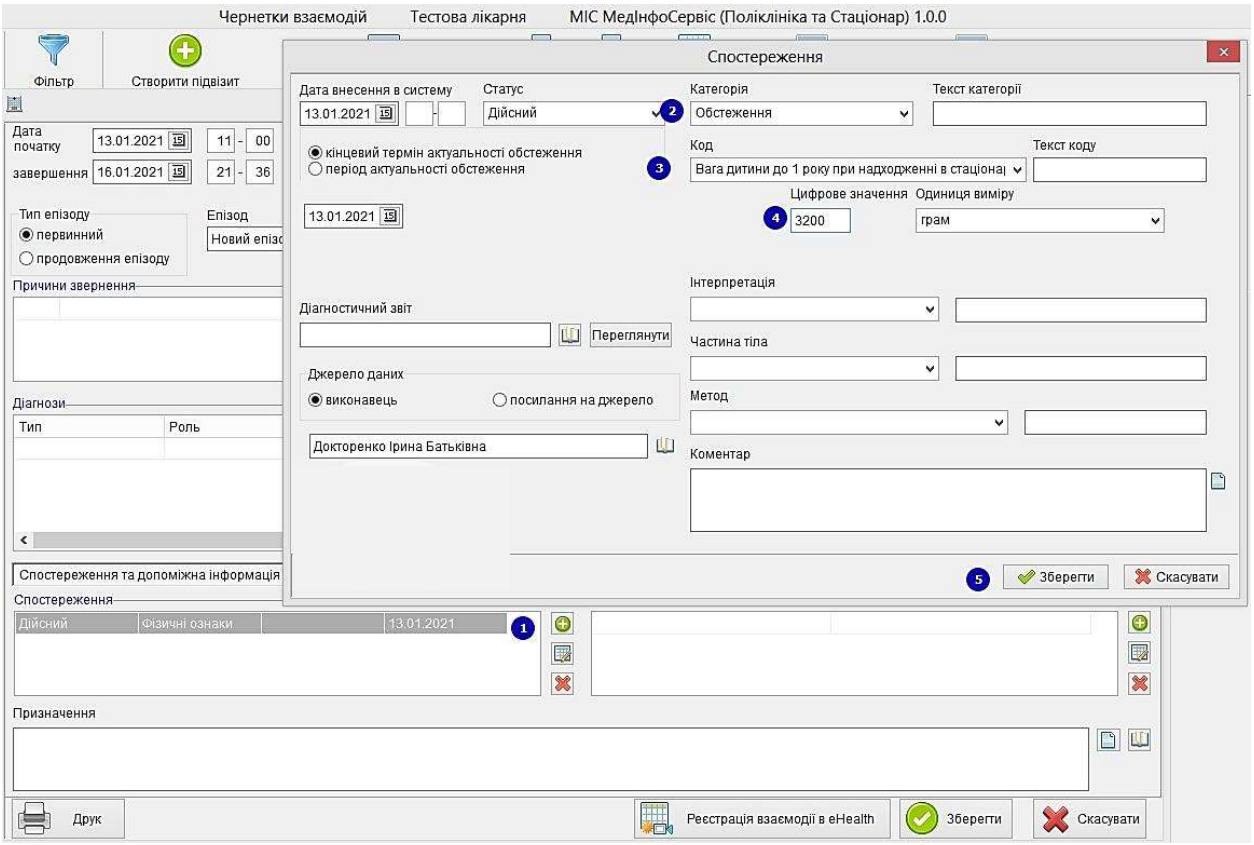




- Створення взаємодії з типом “Виписка пацієнта, який вибув зі стаціонару”:



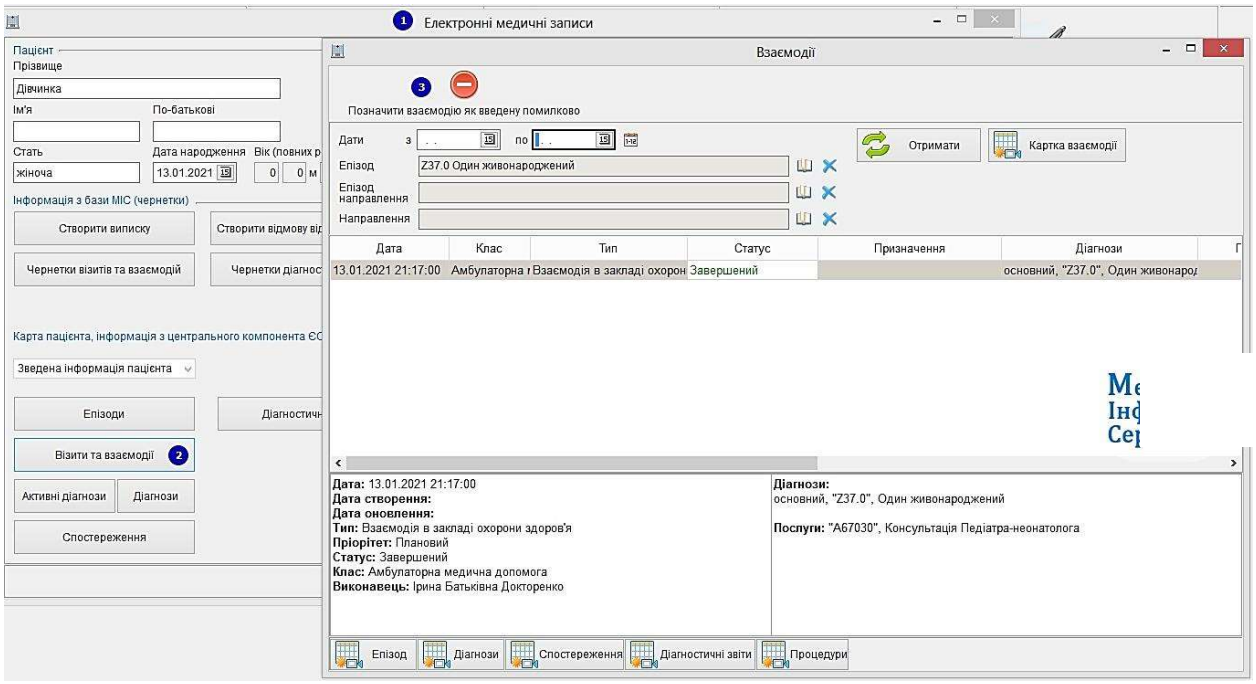
- Створення обстеження "Вага дитини при народженні":



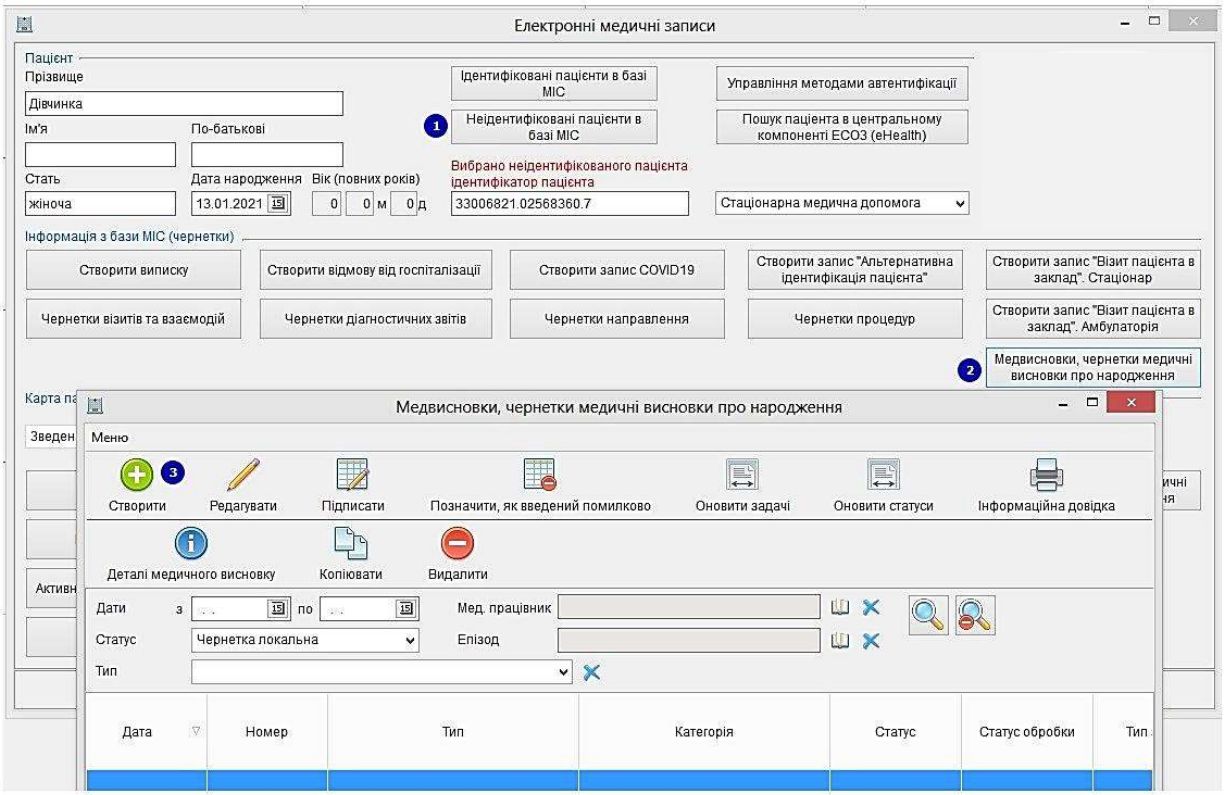
- Перелік обстежень:

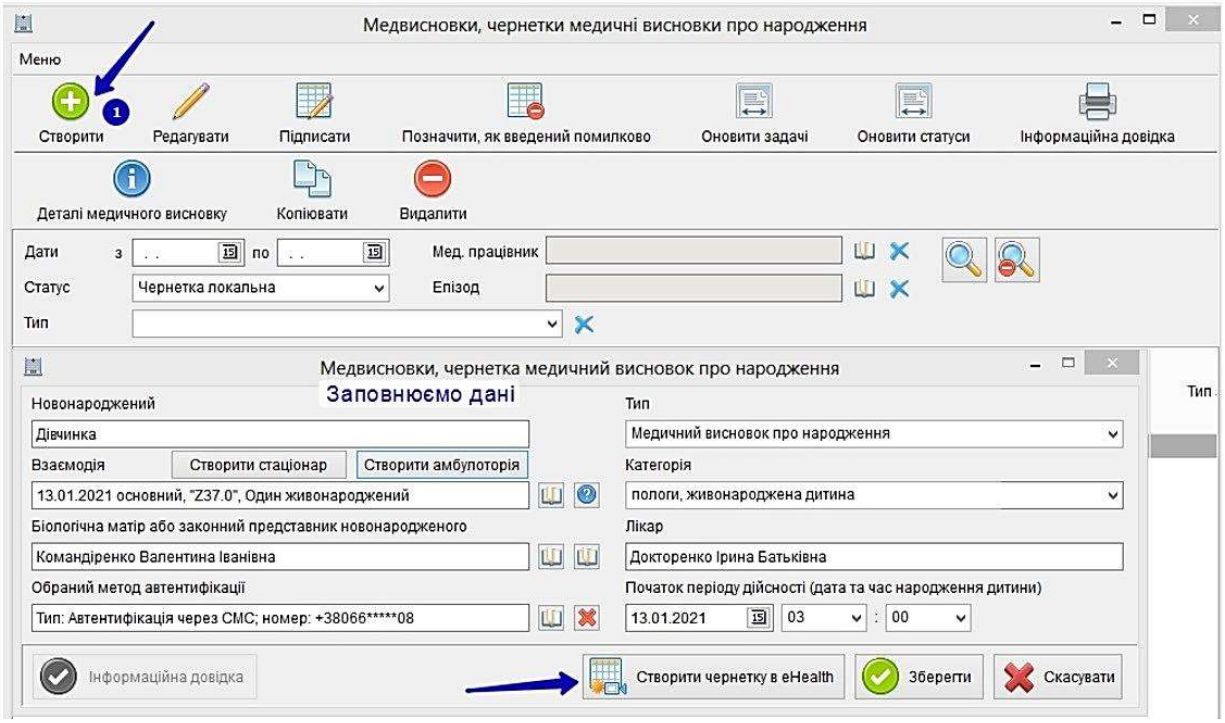
1. Вага дитини при народженні
2. Шкала Апгар на 1-й хв життя
3. Шкала Апгар на 5-й хв життя
4. Зріст (дитини при народженні)
5. Стать
6. Термін гестації при народженні
7. Народжена в багатоплідних пологах:
   Якщо значення - "Так" - заповнюються 8 та 9
8. Кількість живонароджених дітей в багатоплідних пологах
9. Порядок народження дитини в пологах

- Скасування взаємодії:



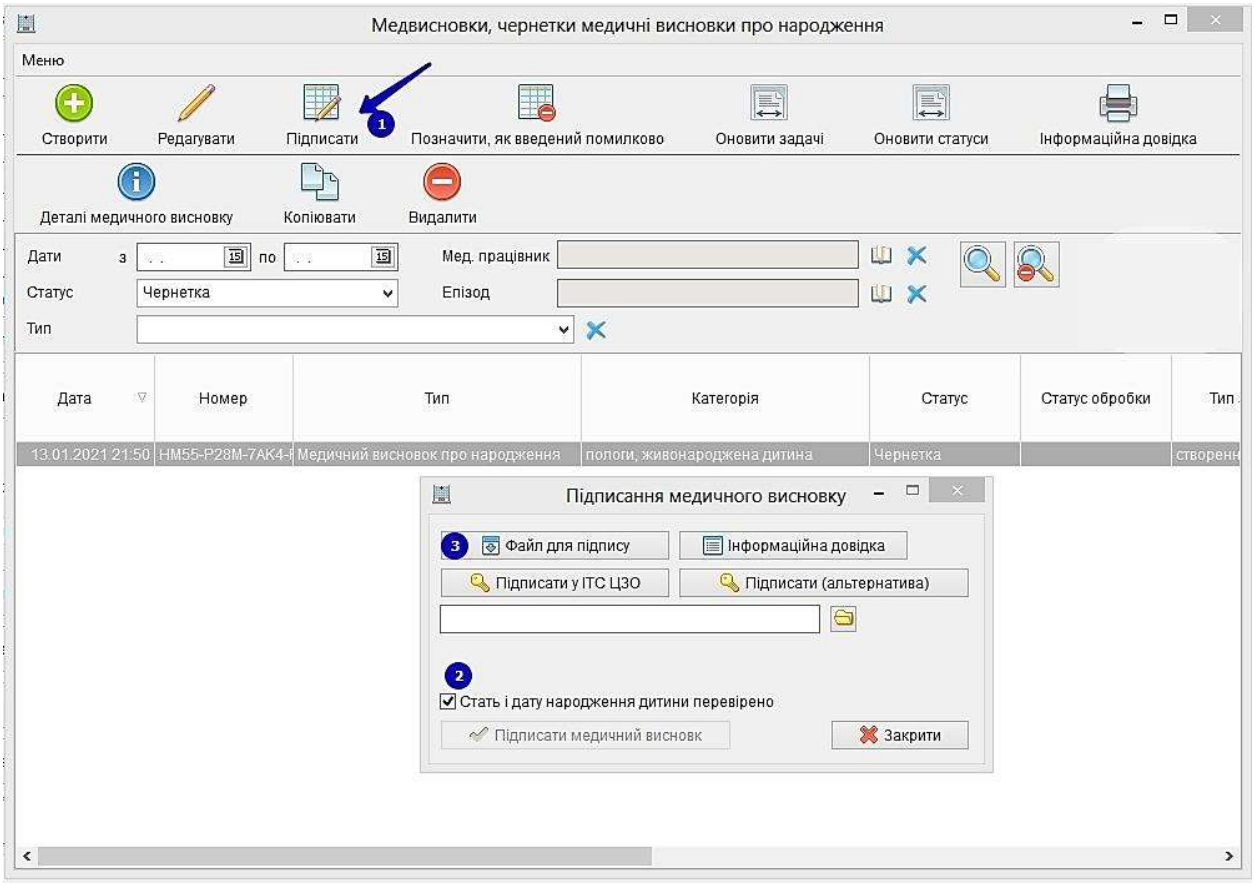
- Створення заявки на МВН:



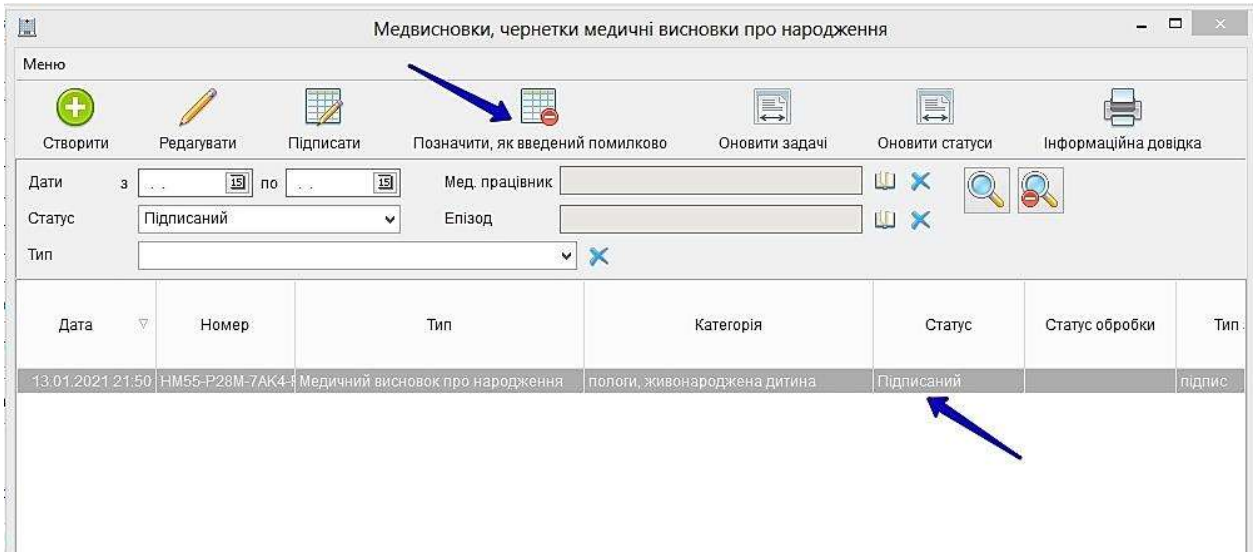


- Підписання МВН:

  Коротку відеоінструкцію щодо процесу підписання ЕМЗ в МІС "МедІнфоСервіс" можна переглянути на нашому YouTube каналі



- Скасування МВН:



16.3 АЛГОРИТМ ВНЕСЕННЯ ЕЛЕКТРОННИХ МЕДИЧНИХ ЗАПИСІВ ПРО ВАКЦИНАЦІЮ ВІД COVID-19 з використанням функціоналу МІС МедІнфоСервіс.

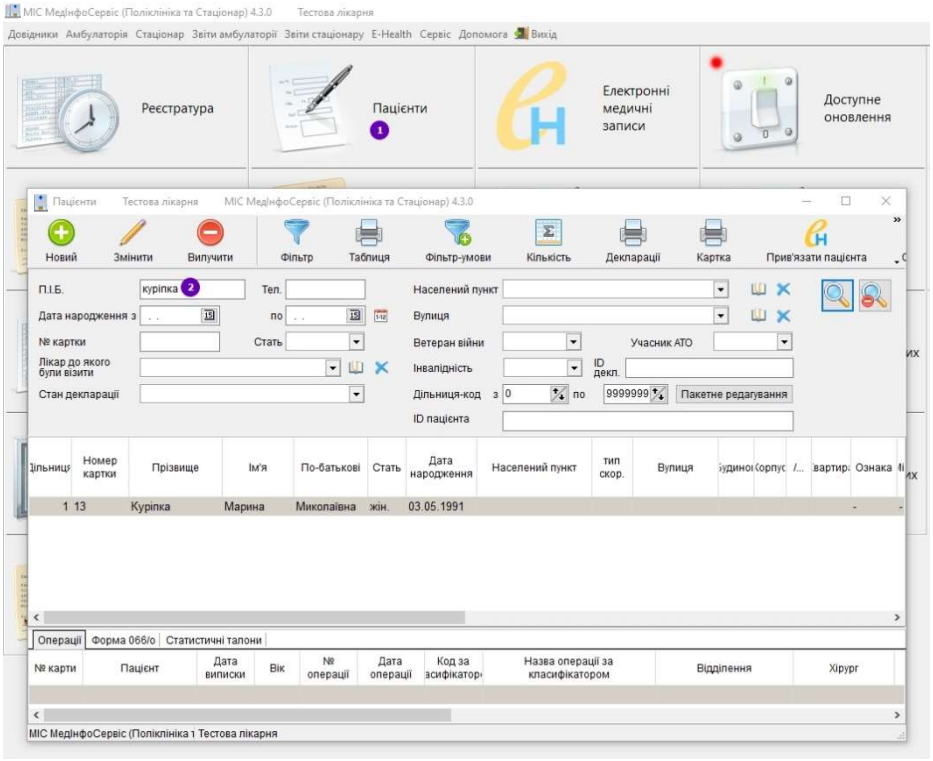
КРОК 1. Ідентифікація пацієнта

Ідентифікація пацієнта здійснюється шляхом перевірки документів пацієнта, що посвідчують особу.

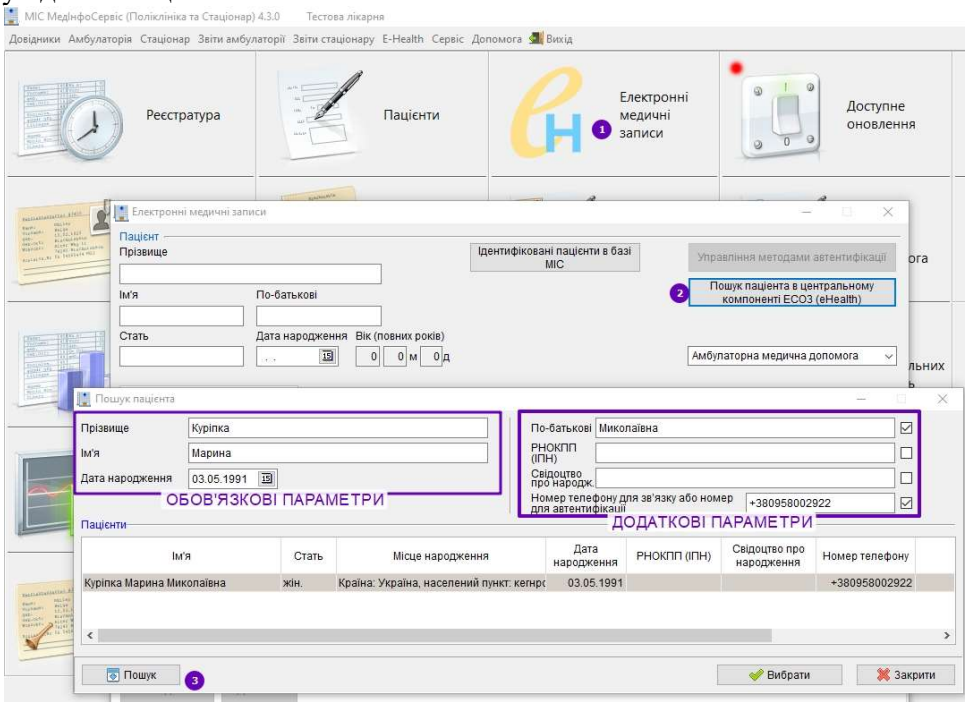
Ідентифікація пацієнта необхідна для того, щоб встановити особу, яка отримуватиме медичну послугу (зокрема вакцинацію) та для пошуку або реєстрації пацієнта в ЕСОЗ.

КРОК 2. Пошук пацієнта в ЕСОЗ

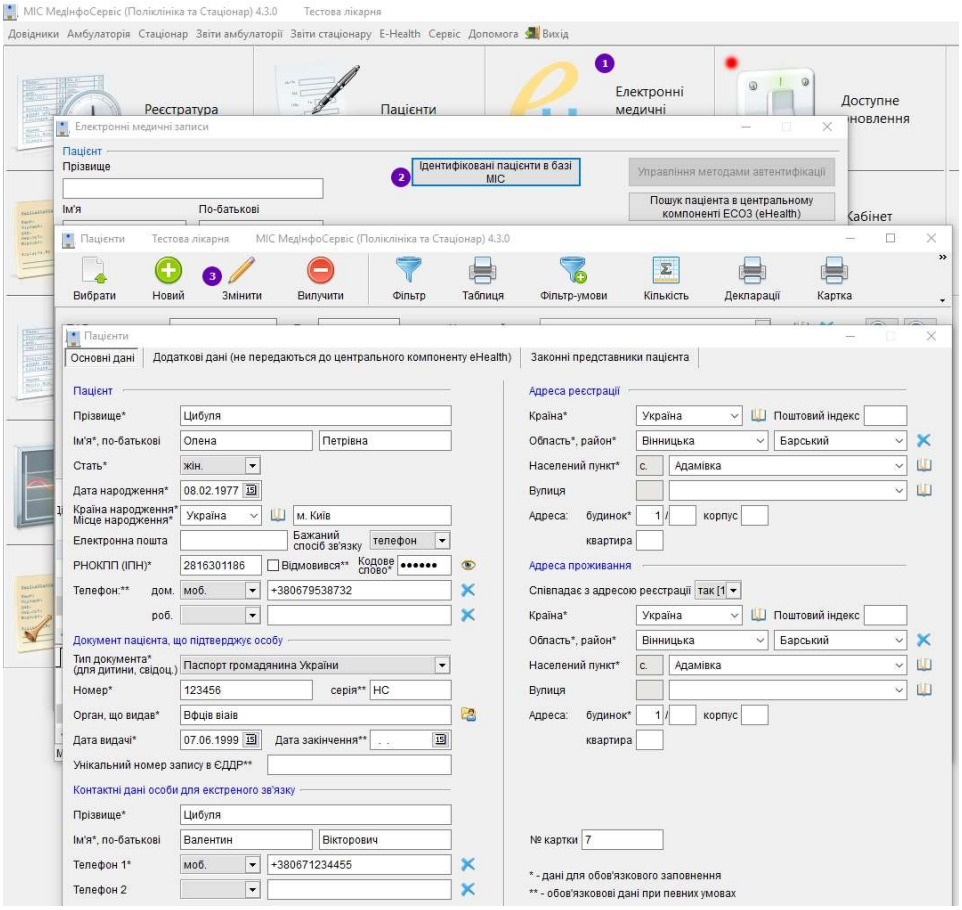
Пошук пацієнта локально в МІС:

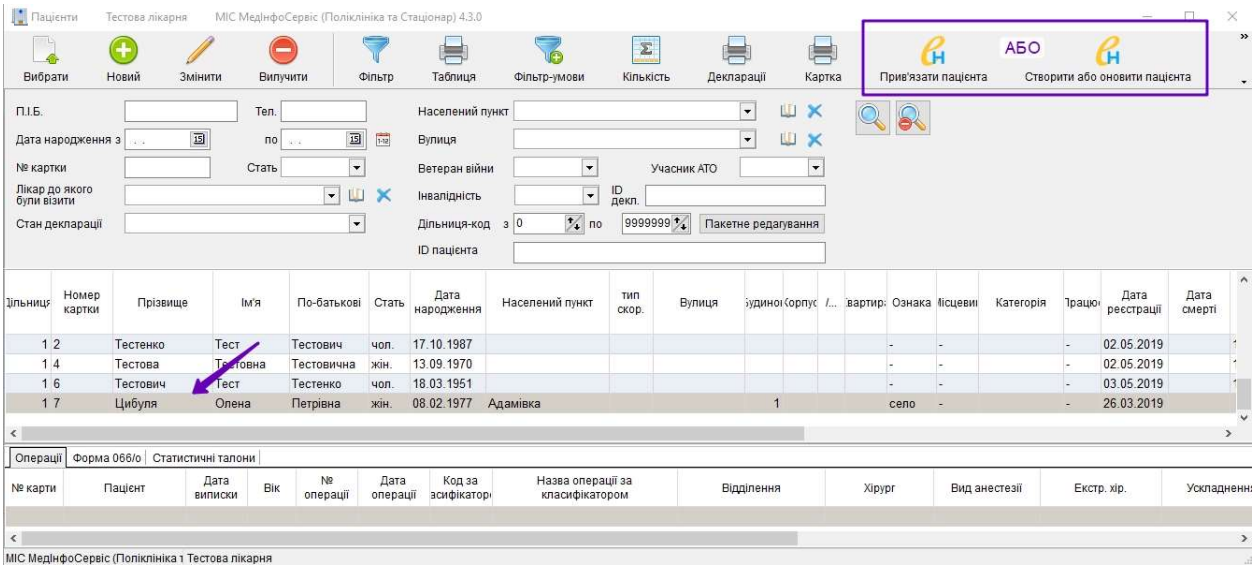


Пошук даних пацієнта в ЕСОЗ:

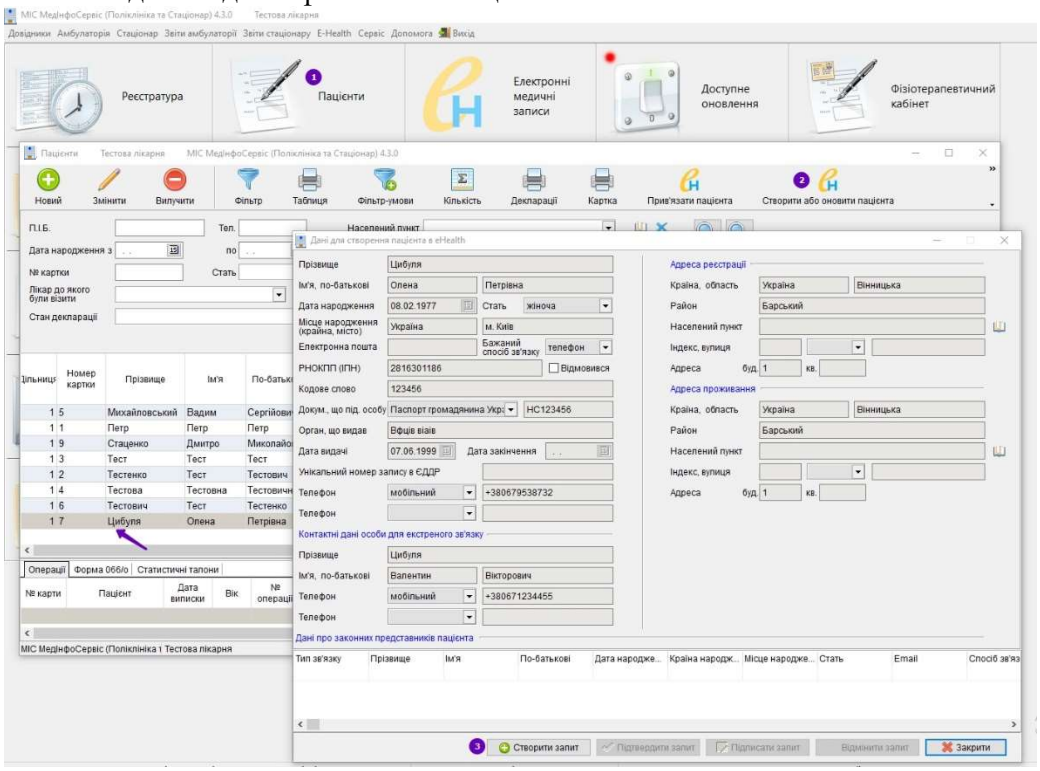


Реєстрація ідентифікованого пацієнта:


МІС МедІнфоСервіс (Поліклініка та Стаціонар) 4.3.0
Тестова лікарня
Довідники Амбулаторія Стаціонар Звіти амбулаторії Звіти стаціонару E-Health Сервіс Допомога Вихід
Реєстратура
Пацієнти
Електронні медичні
Доступне
Кабінет
Електронні медичні записи
Пацієнт
Прізвище
Ім'я
По-батькові
Ідентифіковані пацієнти в базі МІС
Управління методами автентифікації
Пошук пацієнта в центральному компоненті ЕСОЗ (eHealth)
Вибрати
Новий
Змінити
Вилучити
Фільтр
Таблиця
Фільтр-умови
Кількість
Декларації
Картка
Основні дані
Додаткові дані (не передаються до центрального компоненту eHealth)
Законні представники пацієнта
Прізвище*
Цибуля
Ім'я*, по-батькові
Олена
Петрівна
Стать*
жін.
Дата народження*
08.02.1977
Країна народження*
Україна
Місце народження*
м. Київ
Електронна пошта
Бажаний спосіб зв'язку
телефон
РНОКПП (ІПН)*
2816301186
Відмовився**
Кодове слово*
Телефон:**
дом.
моб.
+380679538732
роб.
Документ пацієнта, що підтверджує особу
Тип документа* (для дитини, свідоц.)
Паспорт громадянина України
Номер*
123456
серія**
НС
Орган, що видав*
Вфців віаів
Дата видачі*
07.06.1999
Дата закінчення**
Унікальний номер запису в ЄДДР**
Контактні дані особи для екстреного зв'язку
Прізвище*
Цибуля
Ім'я*, по-батькові
Валентин
Вікторович
Телефон 1*
моб.
+380671234455
Телефон 2
Адреса реєстрації
Країна*
Україна
Поштовий індекс
Область*, район*
Вінницька
Барський
Населений пункт*
с.
Адамівка
Вулиця
Адреса:
будинок*
1
корпус
квартира
Адреса проживання
Співпадає з адресою реєстрації
так [1
№ картки
7
* - дані для обов'язкового заповнення
** - обов'язкові дані при певних умовах


Пацієнти
Тестова лікарня
МІС МедІнфоСервіс (Поліклініка та Стаціонар) 4.3.0
Вибрати
Новий
Змінити
Вилучити
Фільтр
Таблиця
Фільтр-умови
Кількість
Декларації
Картка
Прив'язати пацієнта
АБО
Створити або оновити пацієнта
П.І.Б.
Тел.
Населений пункт
Дата народження з
по
Вулиця
№ картки
Стать
Ветеран війни
Учасник АТО
Лікар до якого були візити
Інвалідність
ID декл.
Стан декларації
Дільниця-код
з
0
по
9999999
Пакетне редагування
ID пацієнта
Дільниця
Номер картки
Прізвище
Ім'я
По-батькові
Стать
Дата народження
Населений пункт
тип скор.
Вулиця
Будинок
Корпус
Квартира
Ознака
Місцевий
Категорія
Працює
Дата реєстрації
Дата смерті
1 2 Тестенко Тест Тестович чол. 17.10.1987 - - - 02.05.2019
1 4 Тестова Тестовна Тестовична жін. 13.09.1970 - - - 02.05.2019
1 6 Тестович Тест Тестенко чол. 18.03.1951 - - - 03.05.2019
1 7 Цибуля Олена Петрівна жін. 08.02.1977 Адамівка 1 село - - 26.03.2019
Операції
Форма 066/о
Статистичні талони
№ карти
Пацієнт
Дата виписки
Вік
№ операції
Дата операції
Код за класифікатором
Назва операції за класифікатором
Відділення
Хірург
Вид анестезії
Екстр. хір.
Ускладнення
МІС МедІнфоСервіс (Поліклініка 1 Тестова лікарня

Оновлення даних ідентифікованого пацієнта:



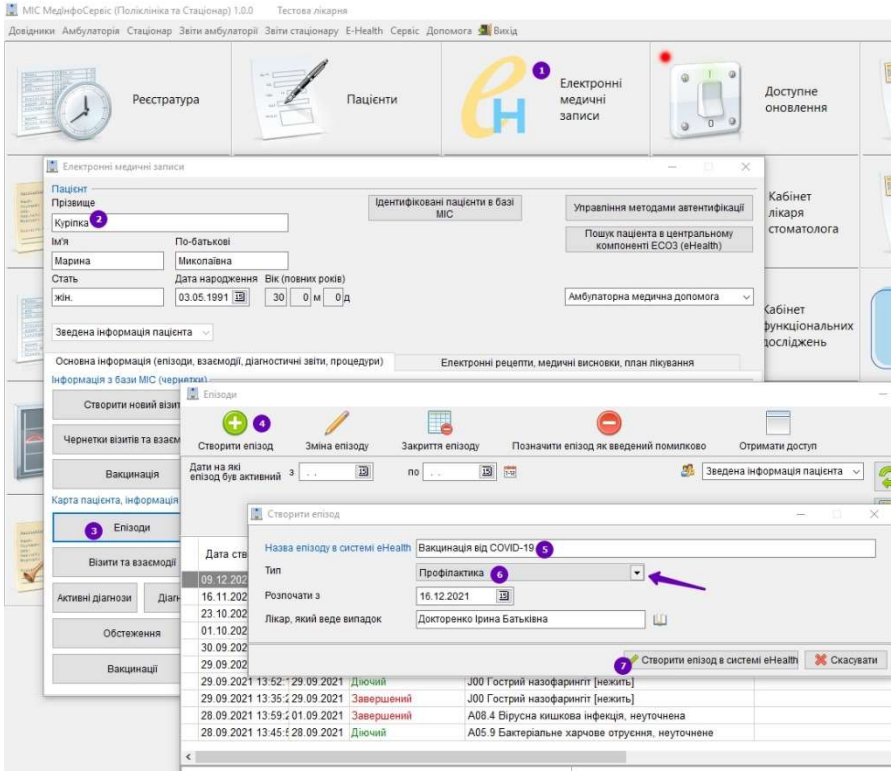
Після успішної реєстрації пацієнта в електронній системі охорони здоров'я, можна переходити до створення епізоду надання медичної допомоги. Якщо вакцинація здійснюється на рівні первинної медичної допомоги, то пацієнт може за бажанням подати відразу декларацію про вибір лікаря.

Зверніть увагу, що наявність чи відсутність у пацієнта декларації про вибір лікаря первинної медичної допомоги не впливає на можливість лікаря вносити медичні записи про вакцинацію від COVID-19.

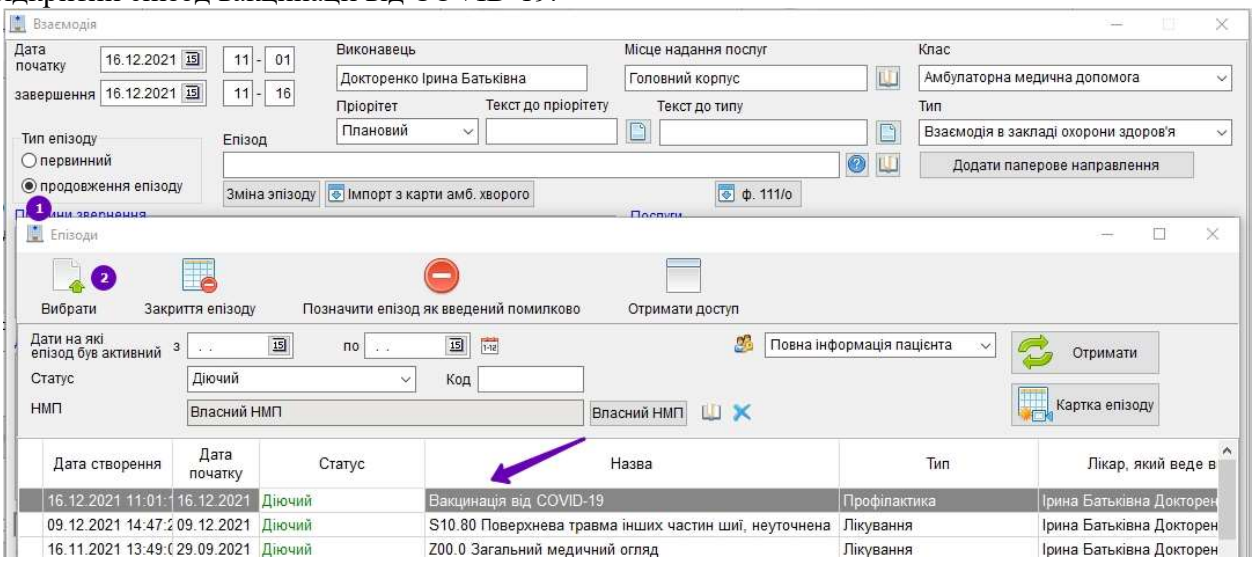
КРОК 3. Створення або вибір епізоду вакцинації від COVID-19

При проведенні вакцинації від COVID-19 лікар може:

● або **СТВОРИТИ НОВИЙ ЕПІЗОД** медичної допомоги з типом **"ПРОФІЛАКТИКА"** для знайденого або зареєстрованого пацієнта.



● або знайти та **ОБРАТИ ВЖЕ ІСНУЮЧИЙ ЕПІЗОД** з типом **“ПРОФІЛАКТИКА”** у випадку, якщо в цьому епізоді вже є запис про введення першої дози вакцини та він досі відкритий. В такому випадку лікар може внести інформацію про введення другої дози вакцини у відкритий епізод вакцинації від COVID-19.



ЕПІЗОД МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ - це період від першого звернення пацієнта до ЗОЗ за медичною допомогою щодо певної проблеми зі здоров'ям до останньої взаємодії (включно) щодо цієї ж проблеми.

Відповідно до [Наказу МОЗ від 28.02.2020 №587], епізод створюється в електронній системі охорони здоров’я в перший день надання медичної допомоги пацієнту.

Тому дата відкриття (початку) епізоду має відповідати:

● даті проведення або непроведення вакцинації;

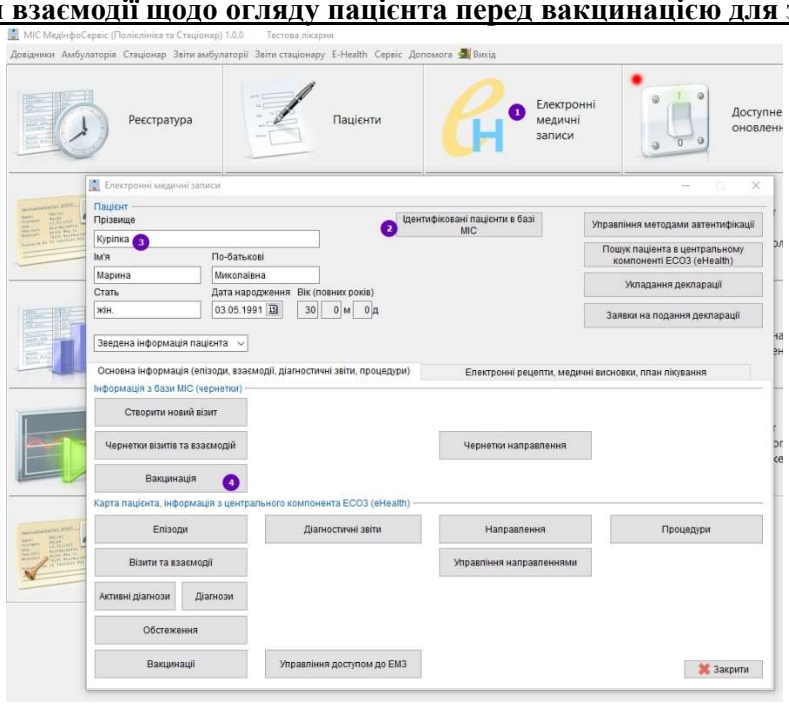
● даті створення епізоду для внесення історичного запису про вакцинацію, проведену іншим лікарем.

КРОК 4. Створення взаємодії щодо огляду пацієнта перед вакцинацією

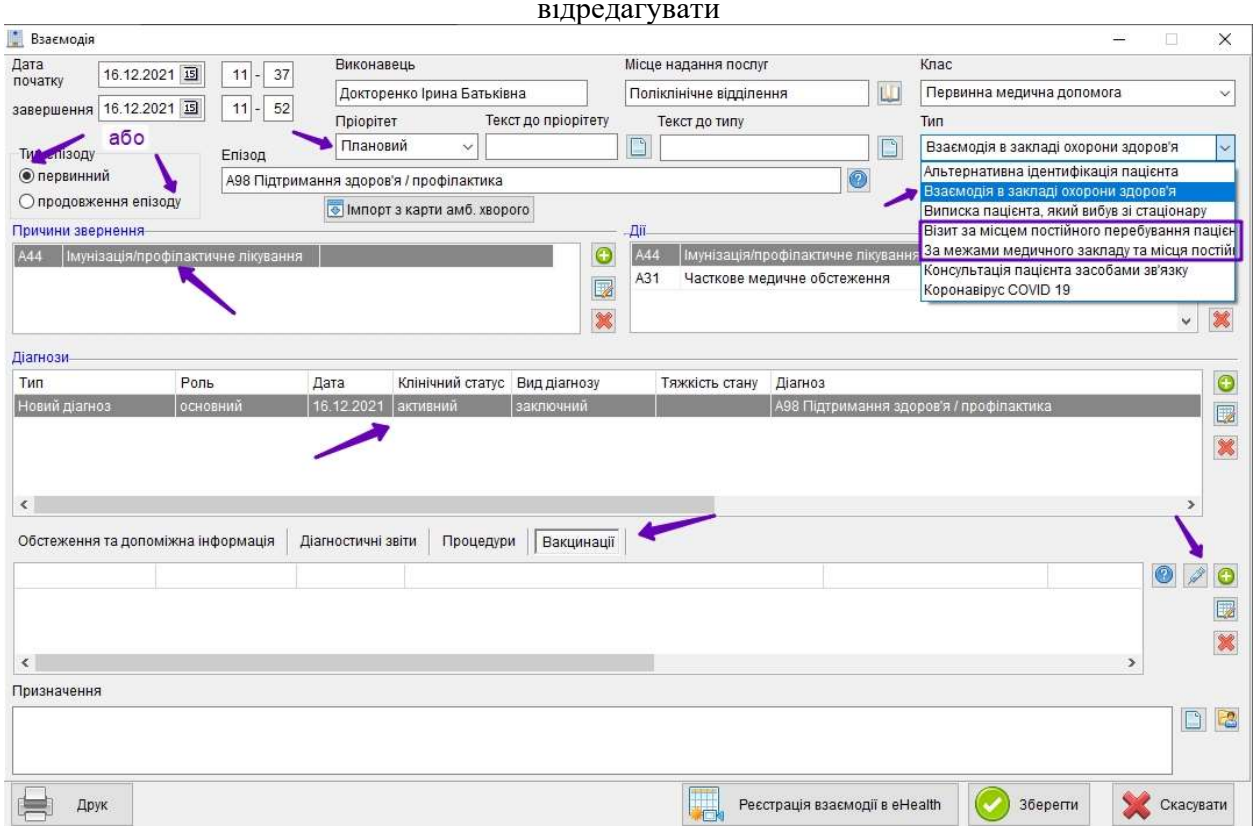
ВЗАЄМОДІЯ - це медичний запис про одне окреме звернення пацієнта в межах конкретного епізоду медичної допомоги. В межах одного епізоду медичної допомоги може бути створено декілька окремих взаємодій.

ВЗАЄМОДІЯ є обов'язковим медичним записом для фіксації лікарем результатів надання медичної допомоги пацієнту.

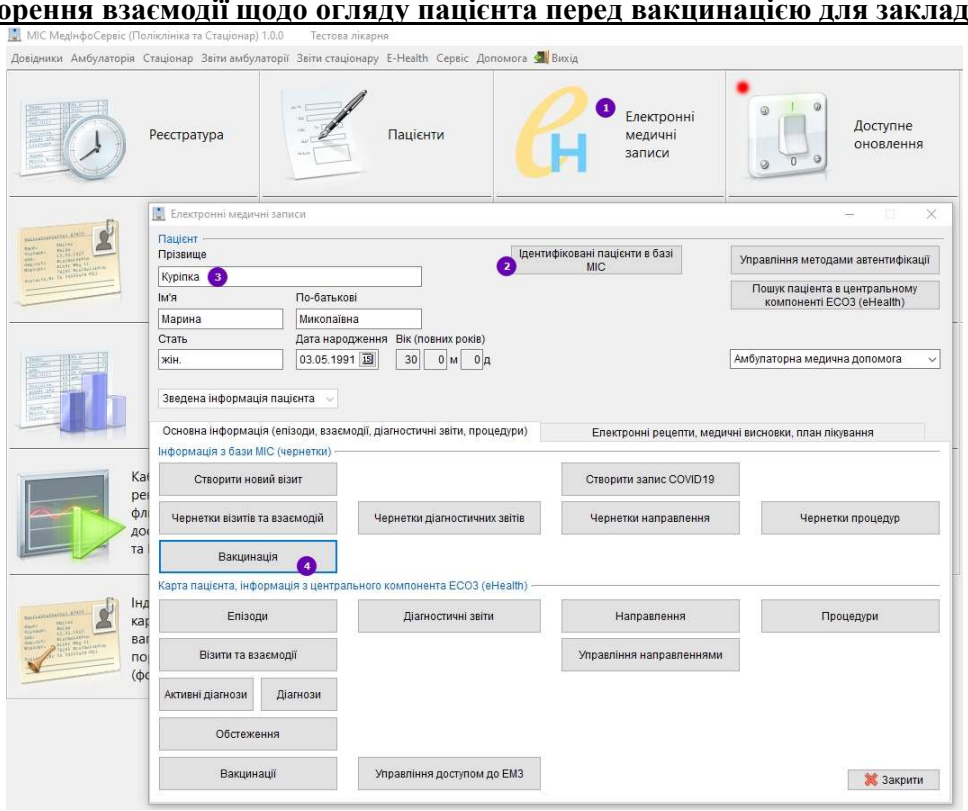
Створення взаємодії щодо огляду пацієнта перед вакцинацією для закладів ПМД:



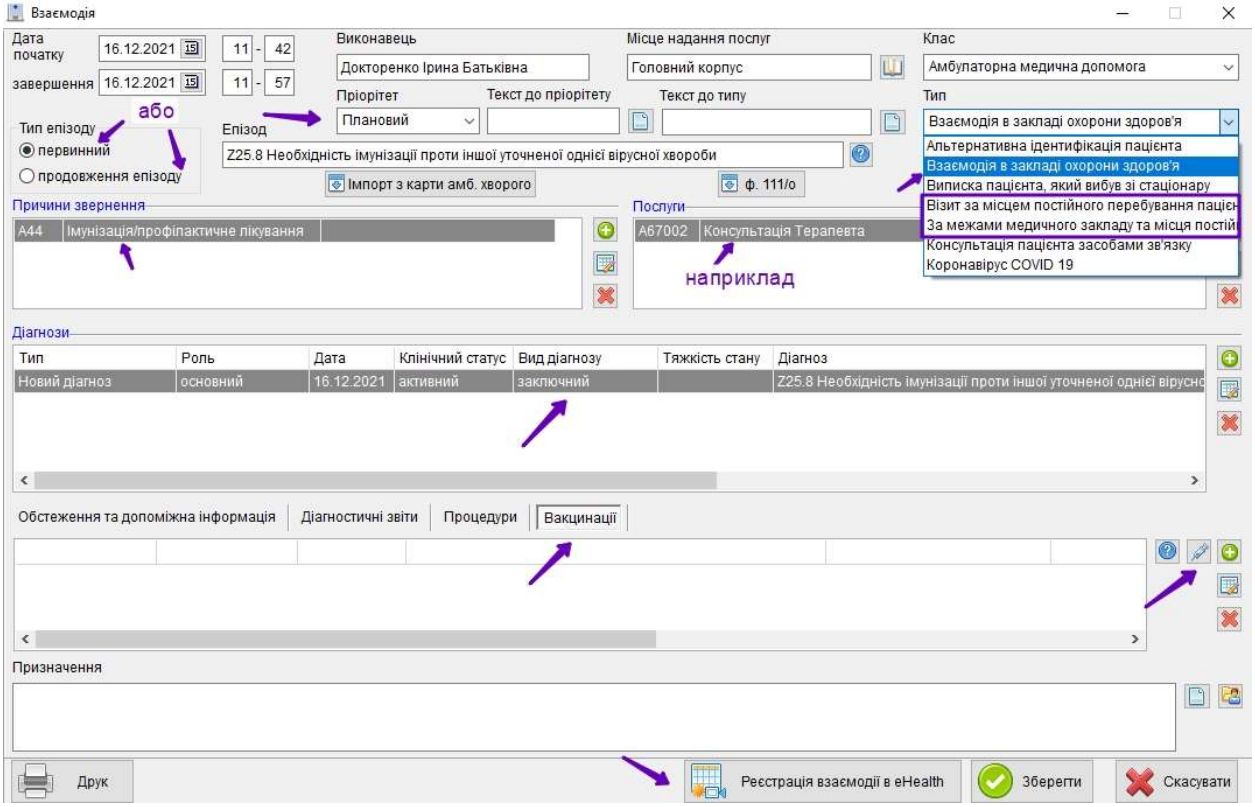
Зверніть увагу, що деякі поля заповнюються за замовчуванням, але в разі потреби Ви можете їх відредагувати



Створення взаємодії щодо огляду пацієнта перед вакцинацією для закладів СМД:



Зверніть увагу, що деякі поля заповнюються за замовчуванням, але в разі потреби Ви можете їх відредагувати



КРОК 5. Опис стану пацієнта

Дані про стан пацієнта заповнюються **ОКРЕМО** для **КОЖНОГО ДІАГНОЗУ** в межах пролікованого випадку.

Приклади заповнення поля при внесенні інформації про **ОСНОВНИЙ** діагноз у випадку **ПРОВЕДЕНОЇ** вакцинації:

- **A98 - "ПІДТРИМАННЯ ЗДОРОВ'Я/ПРОФІЛАКТИКА"** або **A97 - "ВІДСУТНІСТЬ ЗАХВОРЮВАННЯ"** (для лікарів ПМД)
- **Z25.8 - "НЕОБХІДНІСТЬ ІМУНІЗАЦІЇ ПРОТИ ІНШОЇ УТОЧНЕНОЇ ОДНІЄЇ ВІРУСНОЇ ХВОРОБИ"** (для лікарів СМД)

У випадку **ПРОВЕДЕНОЇ** вакцинації код **СУПУТНЬОГО** діагнозу обирається відповідно до стану пацієнта на момент звернення, якщо такі стани існують.

У випадку **НЕ ПРОВЕДЕНОЇ** вакцинації, якщо пацієнт здоровий, але відмовляється від проведення вакцинації з певних причин, лікар може вказати код **ОСНОВНОГО** діагнозу, наприклад:

- **A13 - "ЗАНЕПОКОЄННЯ /СТРАХ, ПОВ'ЯЗАНІ З ЛІКУВАННЯМ"** (на рівні ПМД)
- **Z28.1 - "ІМУНІЗАЦІЯ НЕ ПРОВЕДЕНА У ЗВ'ЯЗКУ З ВІДМОВОЮ ПАЦІЄНТА"**, або **Z28.8 - "ІМУНІЗАЦІЯ НЕ ПРОВЕДЕНА З ІНШИХ ПРИЧИН"**, або **Z28.9 - "ІМУНІЗАЦІЯ НЕ ПРОВЕДЕНА З НЕУТОЧНЕНОЇ ПРИЧИНИ"** (на рівні СМД)

Деякі супутні діагнози можуть належати до переліку станів з тимчасовими або постійними протипоказами до вакцинації та можуть спричинити не проведення вакцинації.

У випадку **НЕ ПРОВЕДЕНОЇ** вакцинації з медичних причин (наявні протипокази) код **ОСНОВНОГО** діагнозу обирається відповідно до стану пацієнта на момент звернення (лікарі ПМД вказують код з класифікатора ICPC-2, а лікарі СМД - код НК 025:2019). При цьому і лікарі ПМД і лікарі СМД додатково, вказують код з НК 025:2019 **Z28.0 - "ІМУНІЗАЦІЯ НЕ ПРОВЕДЕНА У ЗВ'ЯЗКУ З МЕДИЧНИМИ ПРОТИПОКАЗАННЯМИ"** як **СУПУТНІЙ** діагноз.

КРОК 6. Опис проведених дій (інтервенцій)

Під час створення **ВЗАЄМОДІЇ** лікар має також вказати **ДІЇ (ІНТЕРВЕНЦІЇ)**, що були проведені під час огляду та вакцинації пацієнта. Кодування інтервенцій здійснюється відповідно до стандартів клінічного кодування.

Для кодування дій (інтервенцій) на рівні ПМД використовуються коди з класифікатора **ICPC-2**.

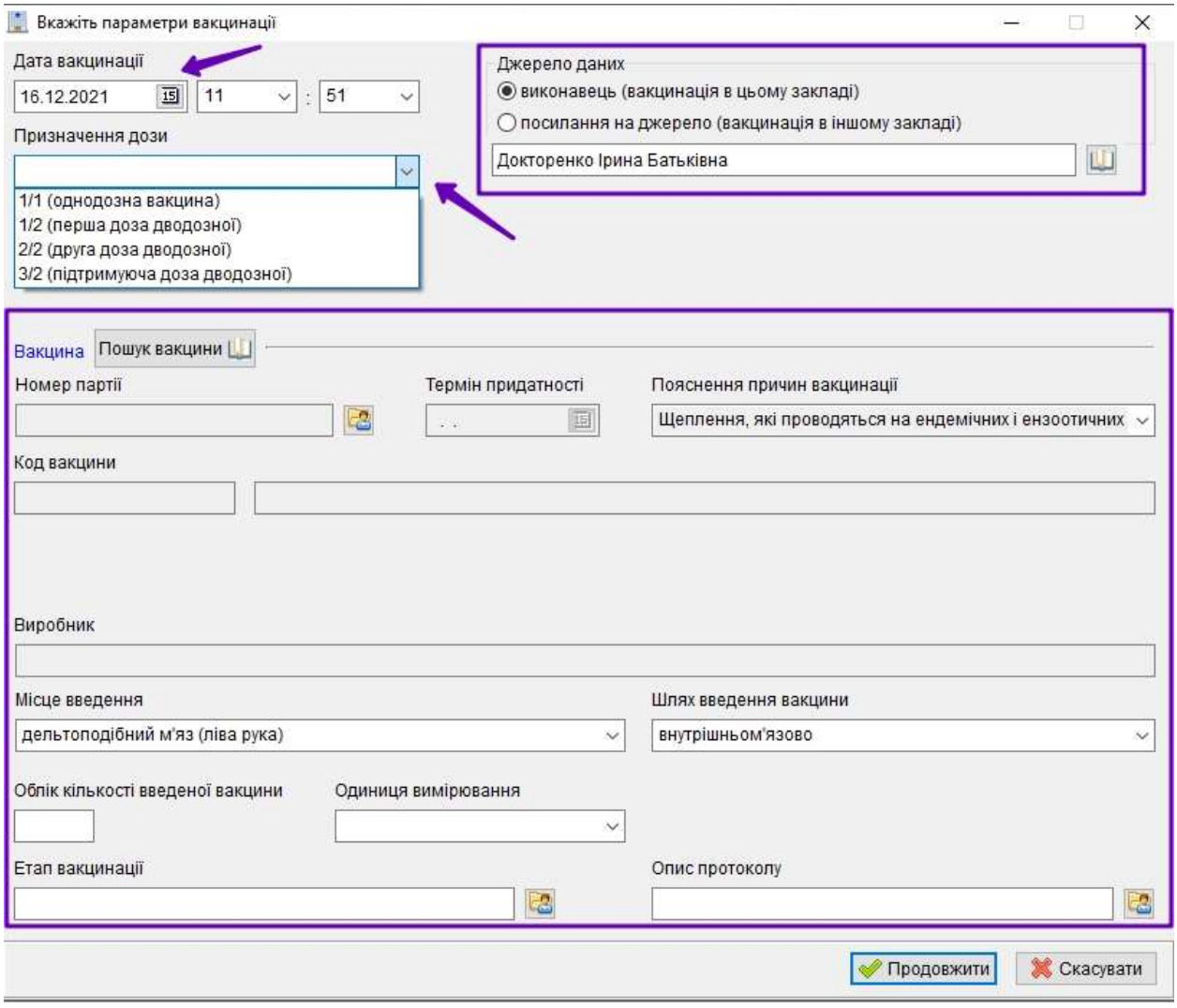
Для кодування дій (інтервенцій) на рівні СМД використовуються коди з довідника ЕСОЗ, який зокрема містить коди Національного класифікатора **НК 026:2019** (Класифікатор медичних інтервенцій).

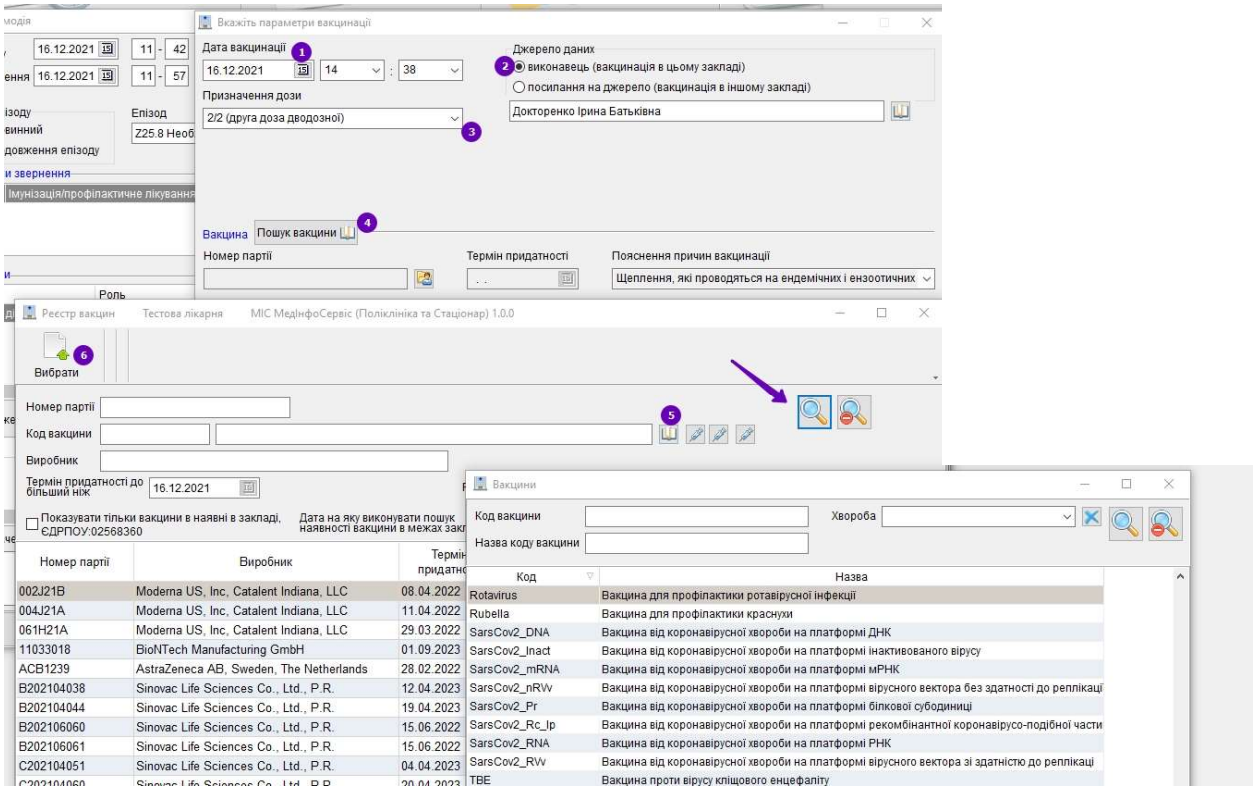
Значення, які, наприклад, можуть вказуватися у полях при зазначенні дій (інтервенцій):
Лікарі первинної медичної допомоги вказують у цьому полі КОД з класифікатора ICPC-2.
Приклади заповнення поля за класифікатором ICPC-2 у випадку, коли пацієнту **ПРОВЕДЕНО** вакцинацію:
A44 - "ІМУНІЗАЦІЯ/ПРОФІЛАКТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ" та **A31 - "ЧАСТКОВЕ МЕДИЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ"** (фіксація проведення медичного огляду).
Приклади заповнення поля за класифікатором ICPC-2 у випадку, коли пацієнту **НЕ ПРОВЕДЕНО** вакцинацію:
A31 - "ЧАСТКОВЕ МЕДИЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ".

Якщо вакцинація проводилась або не проводилась на рівні спеціалізованої медичної допомоги, то в цьому полі вказується **КОД** з довідника ЕСОЗ, який відповідає консультації відповідного спеціаліста, наприклад:
A67002 - "КОНСУЛЬТАЦІЯ ТЕРАПЕВТА" або **A67026 - "КОНСУЛЬТАЦІЯ ІНФЕКЦІОНІСТА"**.

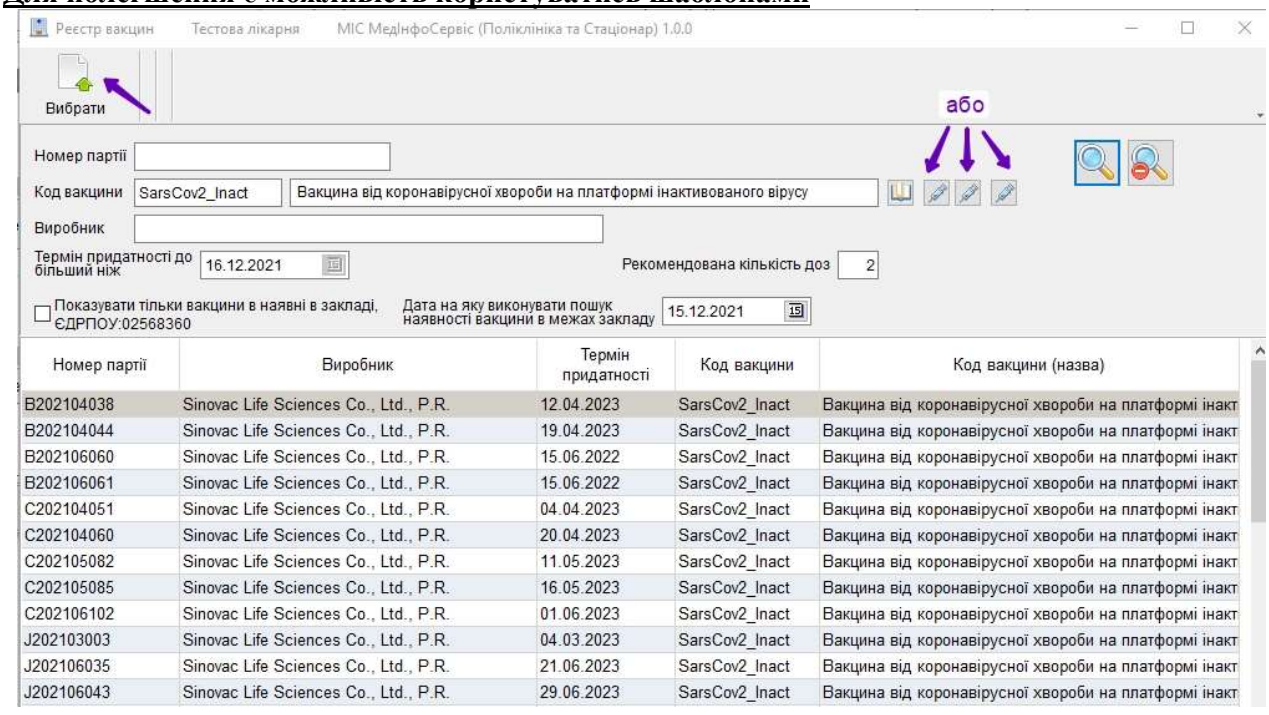
КРОК 7. Створення медичного запису про вакцинацію

Після створення взаємодії, реєстрація запису про вакцинацію відбувається шляхом створення окремого медичного запису "ІМУНІЗАЦІЯ" (Вакцинація) в рамках вже створеної взаємодії у КРОЦІ 4.
Зверніть увагу, що медичний запис про вакцинацію створюється як у випадку ПРОВЕДЕНОЇ вакцинації, так і у випадку НЕ ПРОВЕДЕНОЇ вакцинації.
Лікар реєструє медичний запис щодо факту НЕ ПРОВЕДЕНОЇ вакцинації у випадку, якщо вакцинація була запланована, але не була проведена з об'єктивних причин.

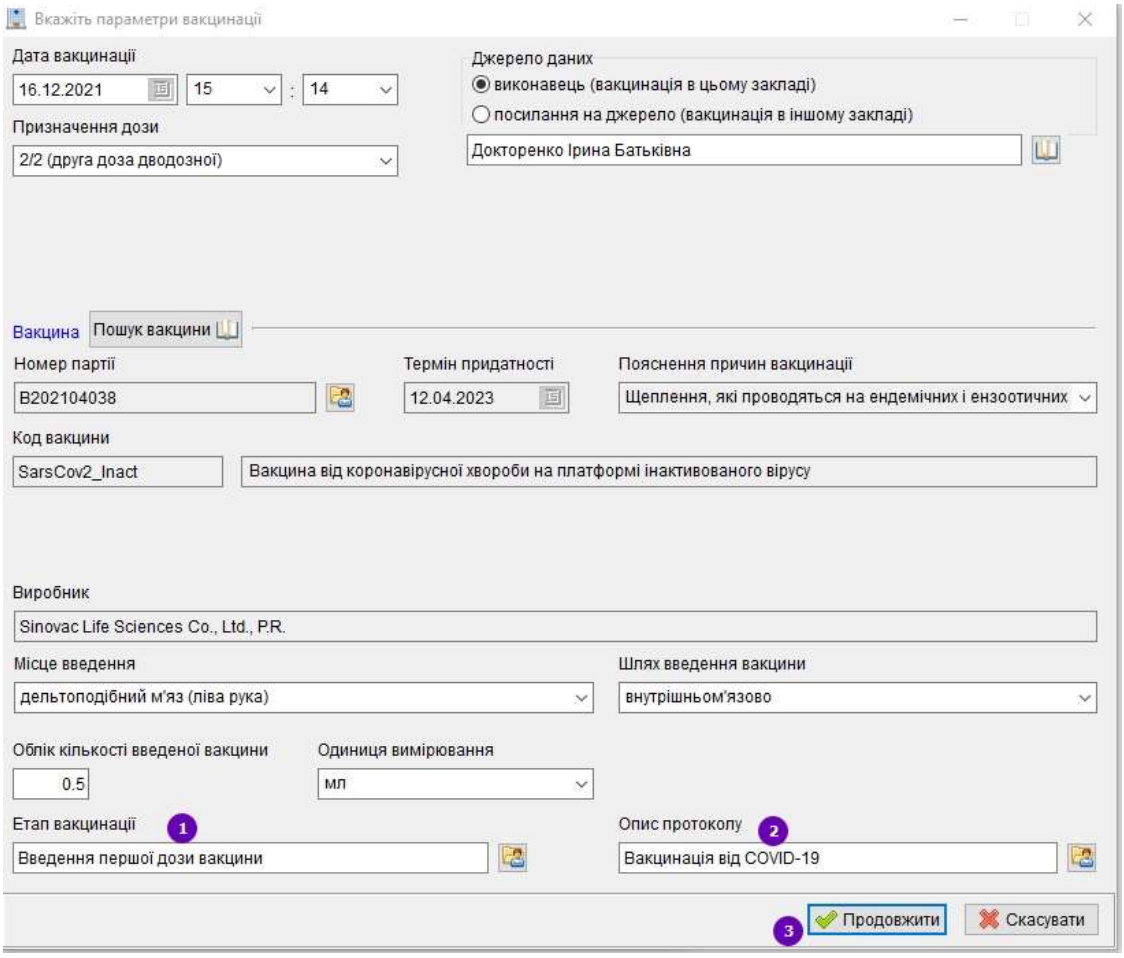


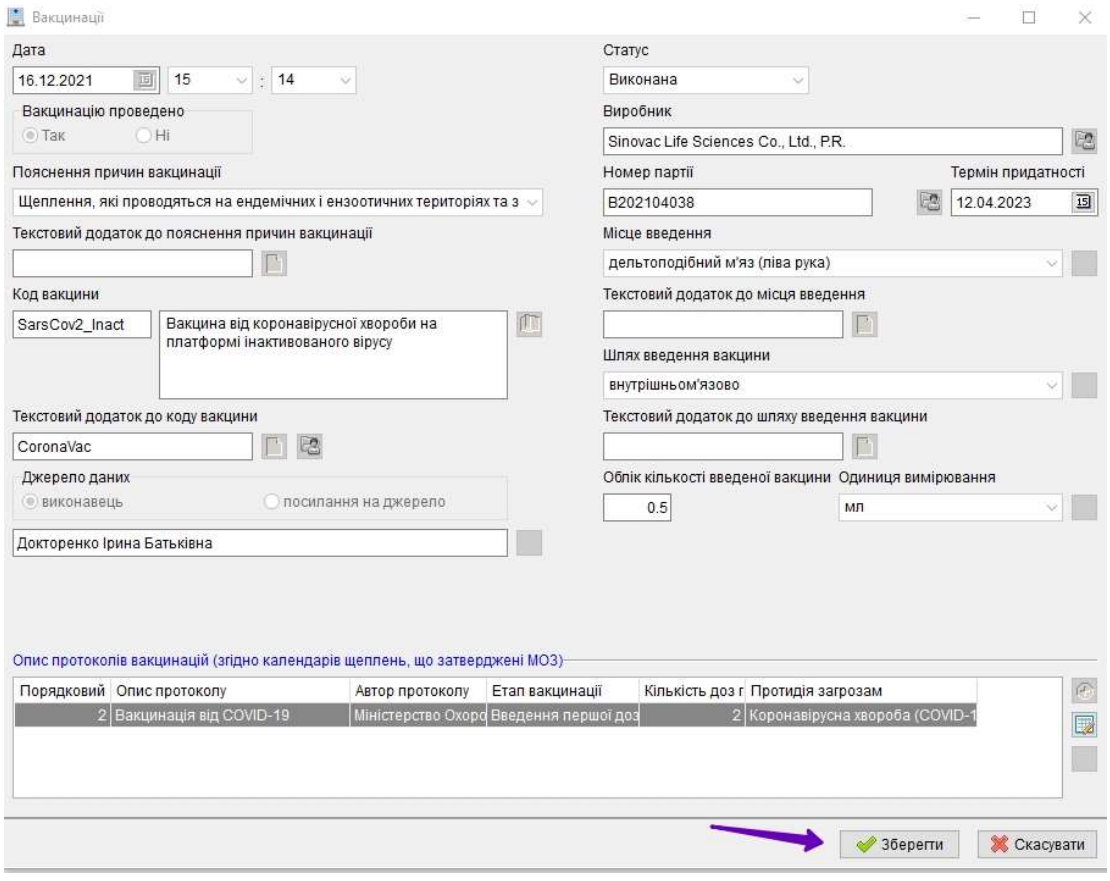


Для полегшення є можливість користуватись шаблонами



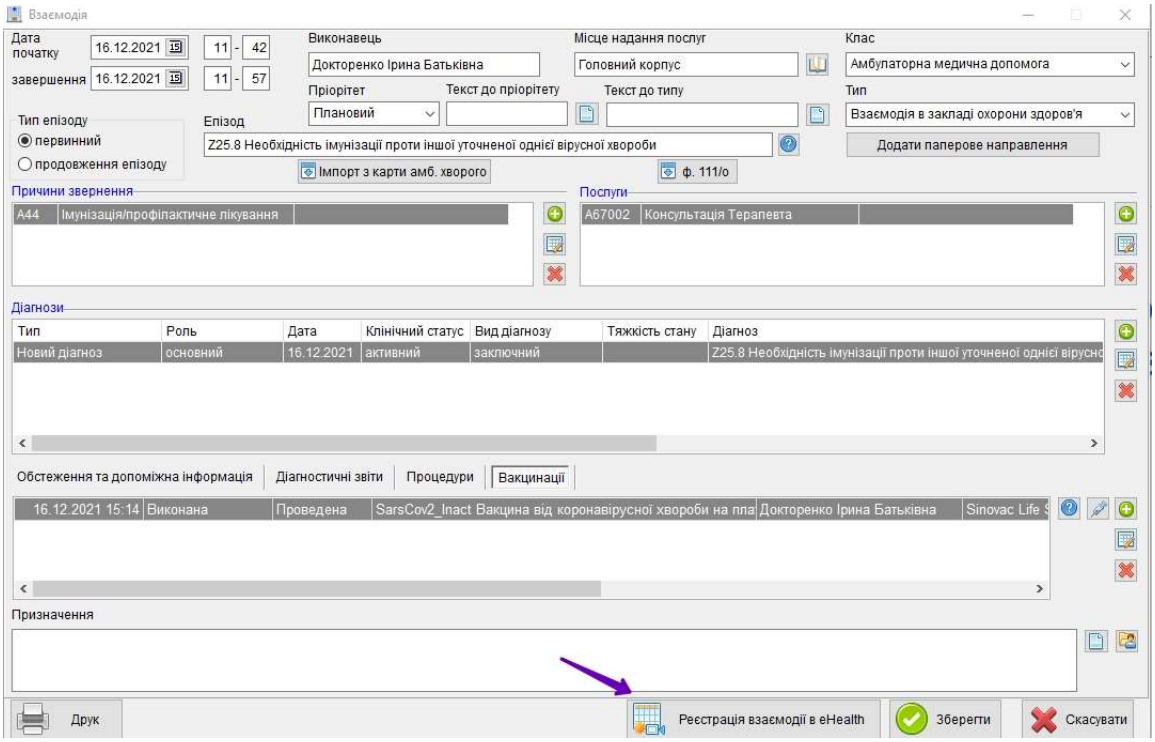
Зверніть увагу !! Після вибору вакцини необхідно перевірити правильність внесеної інформації і заповнити поля «Етап вакцинації» і «Опис протоколу»





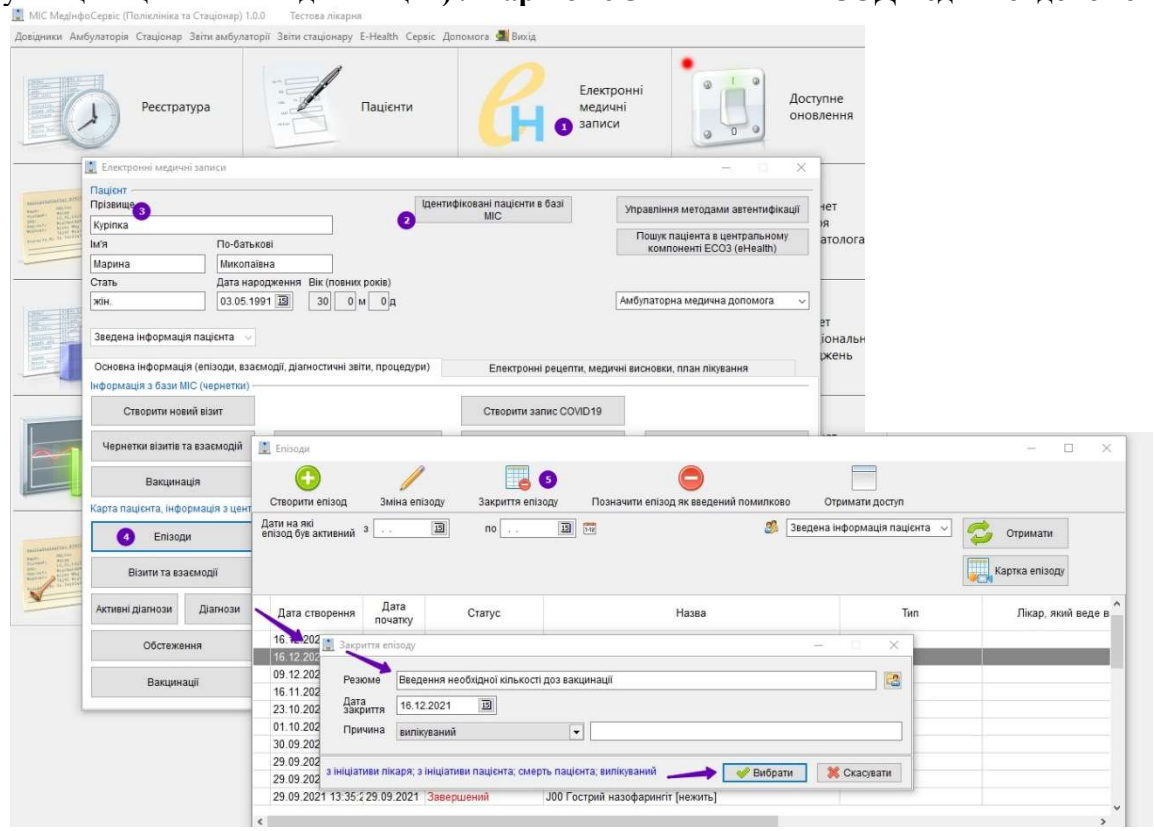
КРОК 8. Передача медичних записів до ЦБД ЕСОЗ

Для того, щоб передати до електронної системи охорони здоров’я медичні записи щодо огляду пацієнта перед вакцинацією та щодо проведеної/не проведеної вакцинації, ці ЕМЗ мають бути обов’язково ЗБЕРЕЖЕНІ та ПІДПИСАНІ чинним КЕП лікаря.



КРОК 9. Закриття епізоду медичної допомоги

Після завершення протоколу вакцинації проти COVID-19 (введення необхідної для завершення курсу вакцинації кількості доз вакцин**) лікар може ЗАКРИТИ ЕПІЗОД медичної допомоги.**

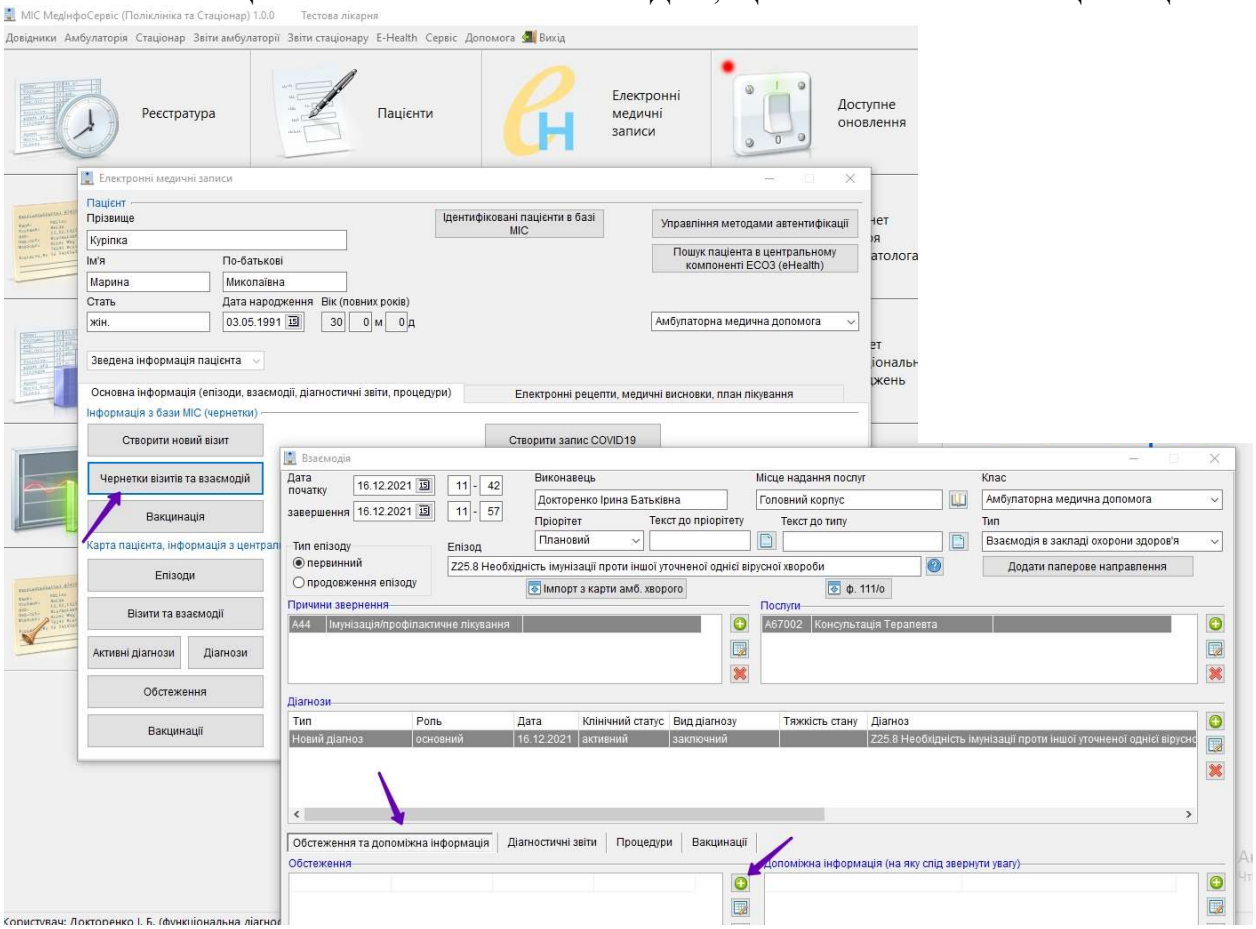


Реєстрація медичних записів щодо виявлених несприятливих наслідків після проведеної імунізації (НППІ)

Якщо у пацієнта, якому було проведено вакцинацію, спостерігається стан, який може свідчити про наявність несприятливих наслідків або ускладнень, то інформація про це має бути зареєстрована лікарем, який провів вакцинацію, шляхом внесення в ЦБД ЕСОЗ відповідних медичних записів.

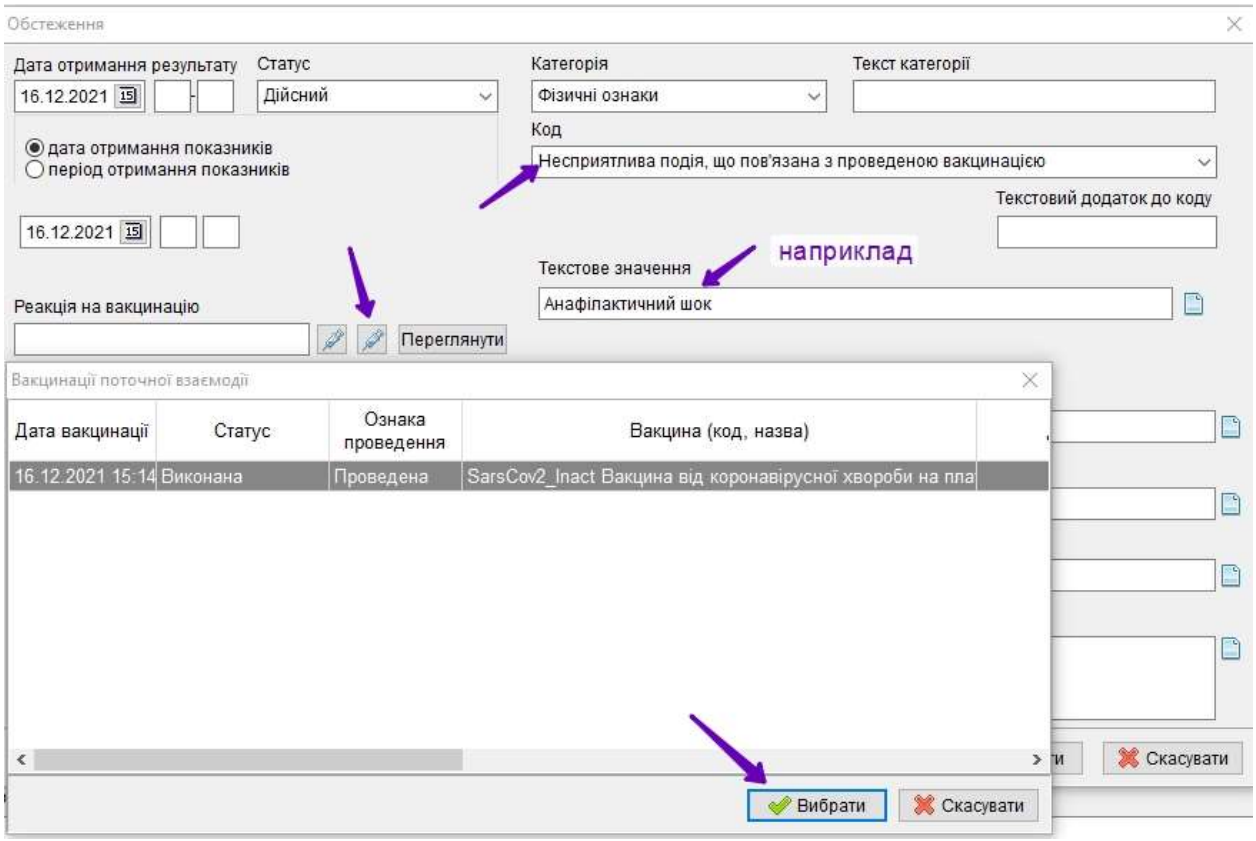
Реєстрацію медичних записів щодо виявлених несприятливих наслідків після проведеної імунізації (НППІ) здійснюється лікарем:

- Якщо лікар, який проводив вакцинацію, одразу після введення вакцини або через деякий час після проведеної вакцинації (пацієнт ще знаходився в ЗОЗ) виявив НППІ за умови, що ВЗАЄМОДІЯ ще не відправлена до ЕСОЗ.
  <u>В такому випадку необхідно:</u>
  Знайти ще не підписаний пакет ВЗАЄМОДІЇ
  Додати до нього електронний медичний запис, створивши “Обстеження:ВНЕСЕННЯ ІНФОРМАЦІЇ ПРО НЕСПРИЯТЛИВУ ПОДІЮ, ЩО ПОВ’ЯЗАНА З ВАКЦИНАЦІЄЮ”.



- Якщо пацієнт звернувся зі скаргами на погіршення самопочуття до лікаря, який проводив вакцинацію, через деякий час, ВЗАЄМОДІЯ з записом про вакцинацію вже була передана до ЕСОЗ, але ЕПІЗОД ще не було закрито.
  <u>В такому випадку необхідно:</u>

Знайти ЕПІЗОД з типом ПРОФІЛАКТИКА.
Створити нову ВЗАЄМОДІЮ, обравши причину, діагноз та дію відповідно до стану пацієнта.
Додати до неї електронний медичний запис, створивши “СПОСТЕРЕЖЕННЯ: ВНЕСЕННЯ ІНФОРМАЦІЇ ПРО НЕСПРИЯТЛИВУ ПОДІЮ, ЩО ПОВ’ЯЗАНА З ВАКЦИНАЦІЄЮ”.



- Якщо пацієнт звернувся до іншого лікаря зі скаргами на погіршення самопочуття (наприклад, у випадках, коли вакцинацію було проведено на рівні СМД, а пацієнт звернувся до лікаря, з яким він має активну декларацію) або якщо лікар, який проводив вакцинацію, вже закрив ЕПІЗОД.

<u>В такому випадку необхідно:</u>

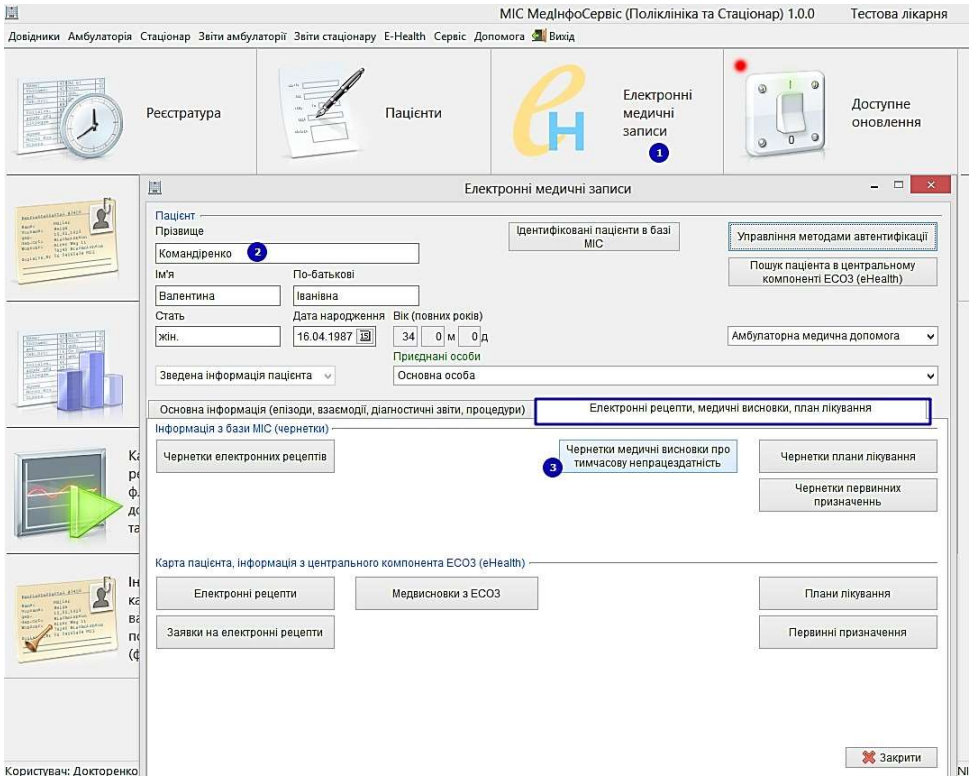
Створити НОВИЙ ЕПІЗОД медичної допомоги з відповідним типом (наприклад, “ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА” або “ЛІКУВАННЯ”).

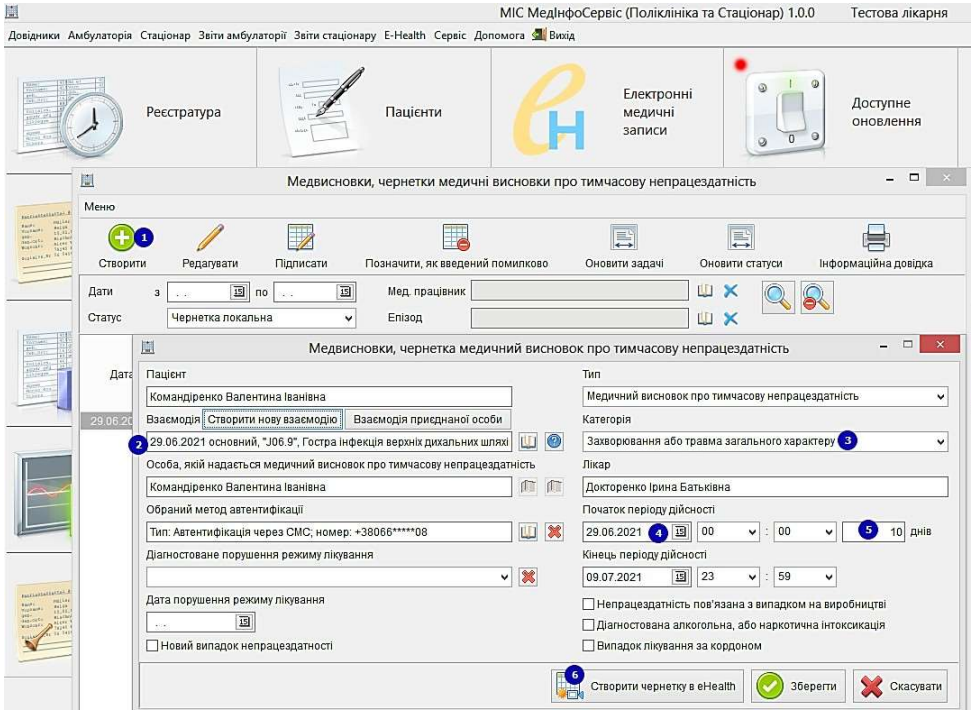
Створити в межах нового епізоду ВЗАЄМОДІЮ відповідно до стану пацієнта.

Додати до неї електронний медичний запис, створивши “СПОСТЕРЕЖЕННЯ: ВНЕСЕННЯ ІНФОРМАЦІЇ ПРО НЕСПРИЯТЛИВУ ПОДІЮ, ЩО ПОВ’ЯЗАНА З ВАКЦИНАЦІЄЮ”.

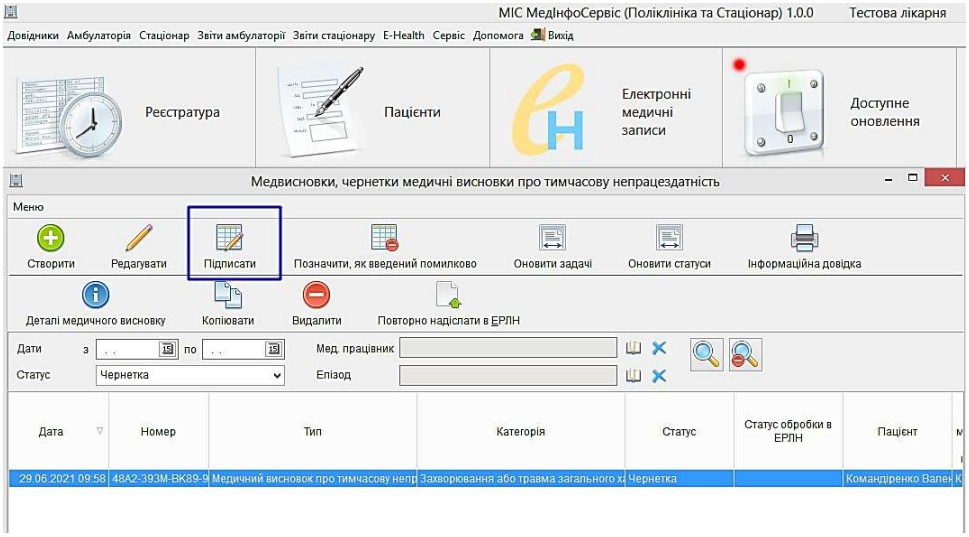
16.4 ФОРМУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИСНОВКІВ ПРО ТИМЧАСОВУ НЕПРАЦЕЗДАТНІСТЬ (МВТН) з використанням функціоналу МІС МедІнфоСервіс.

✓ Створення чернетки МВТН



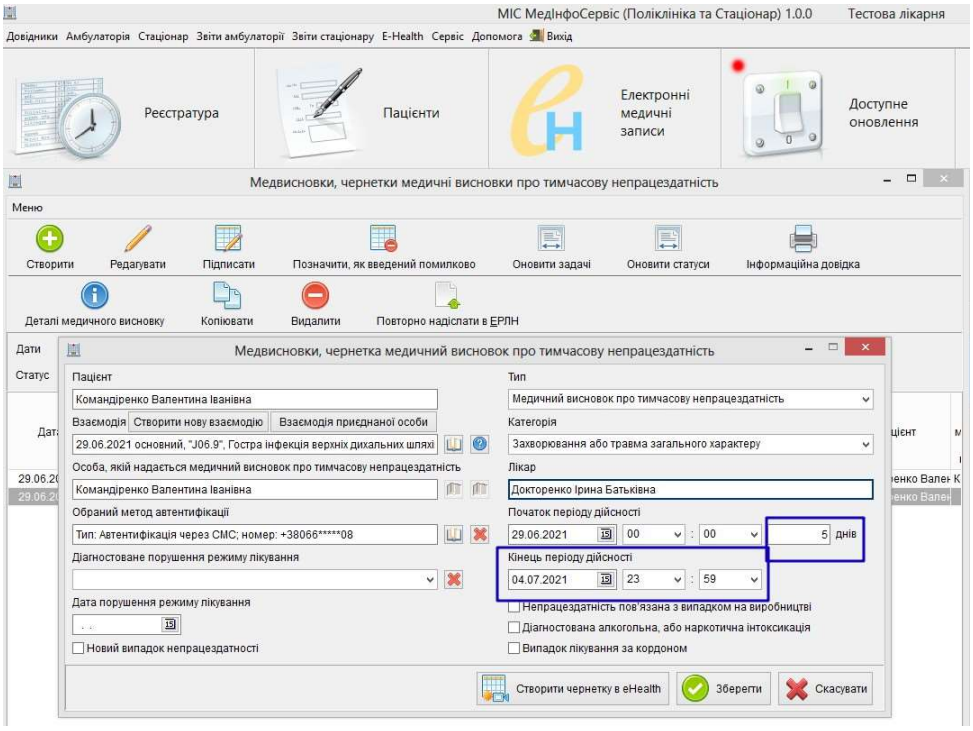


✓ Підписання чернетки МВТН



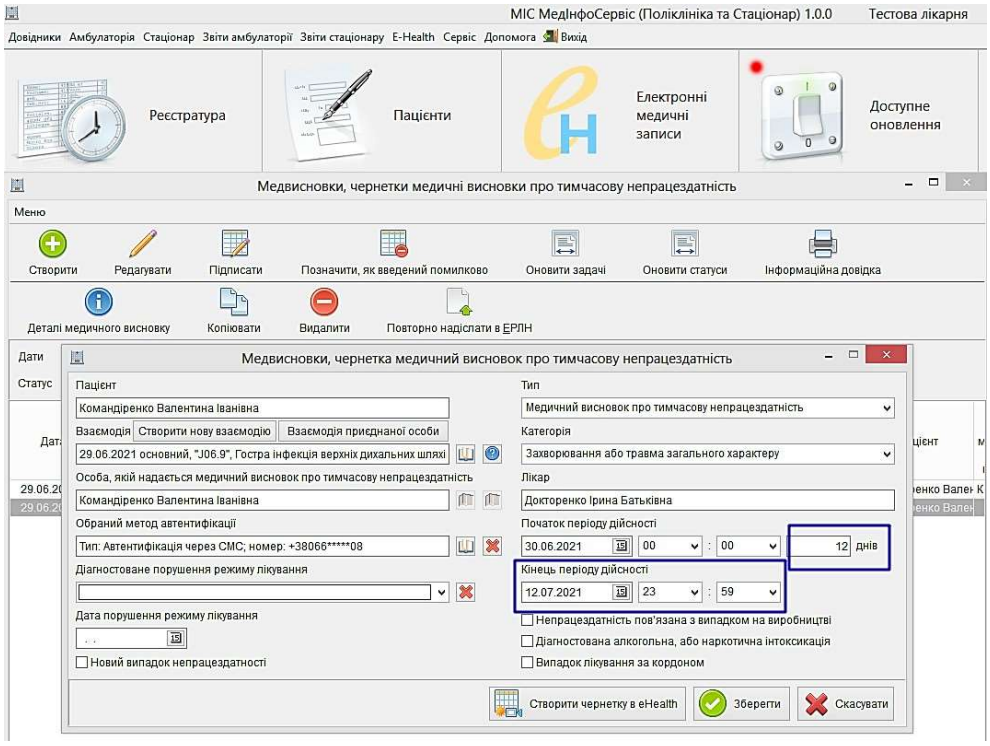
✓ Скорочення періоду непрацездатності МВТН

Для скорочення періоду непрацездатності, необхідно створити ще один МВТН, в якому вказати коректну дату завершення терміну непрацездатності

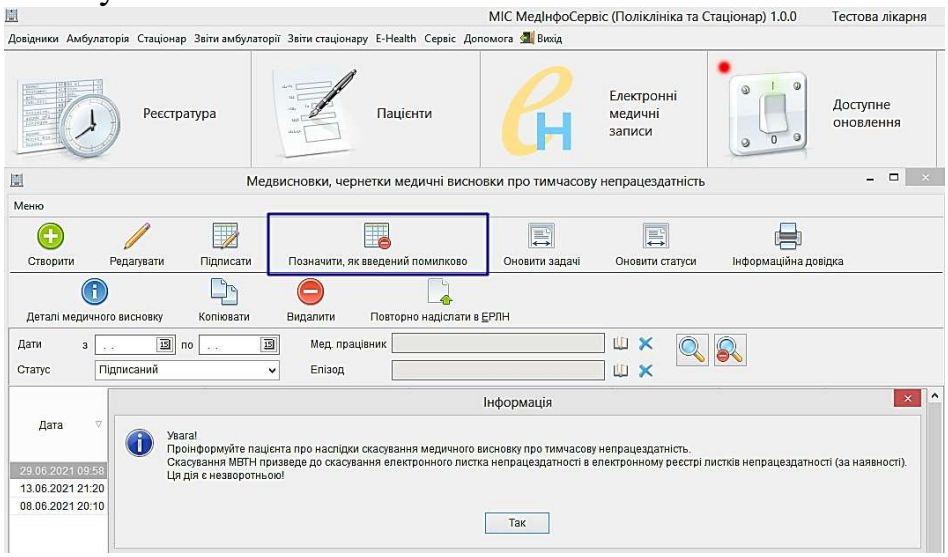


✓ Продовження періоду непрацездатності МВТН

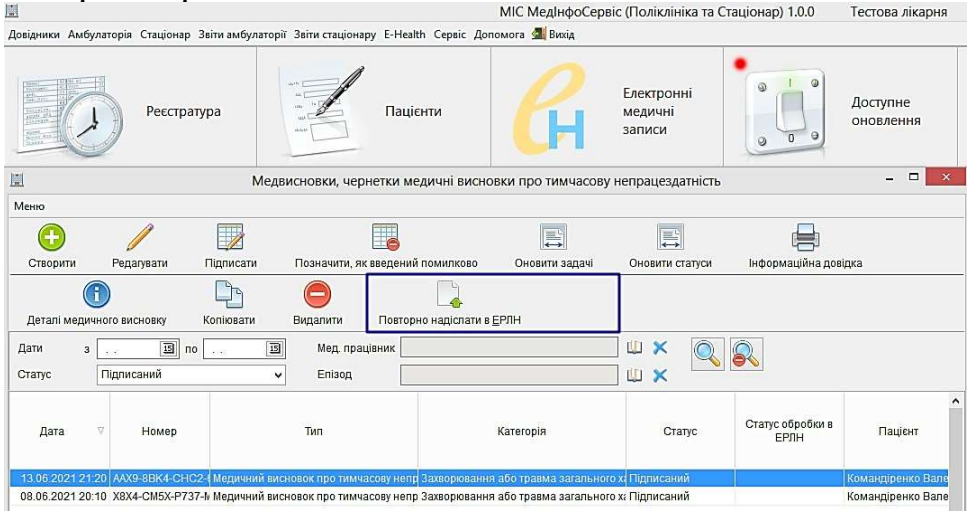
Для продовження періоду непрацездатності, необхідно створити ще один МВТН, в якому вказати коректну дату завершення терміну непрацездатності



✓ Скасування МВТН

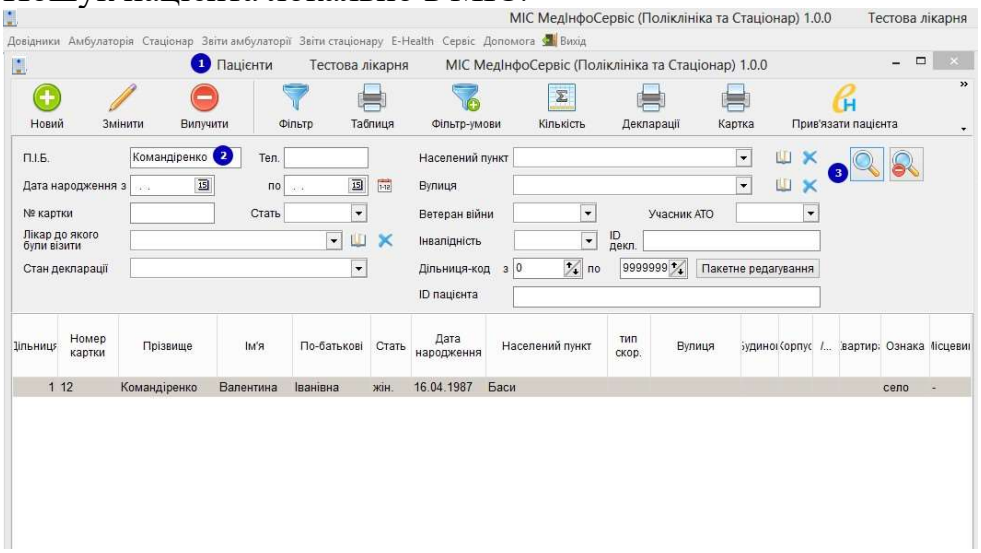


✓ Перевідправка МВТН в ЕРЛН

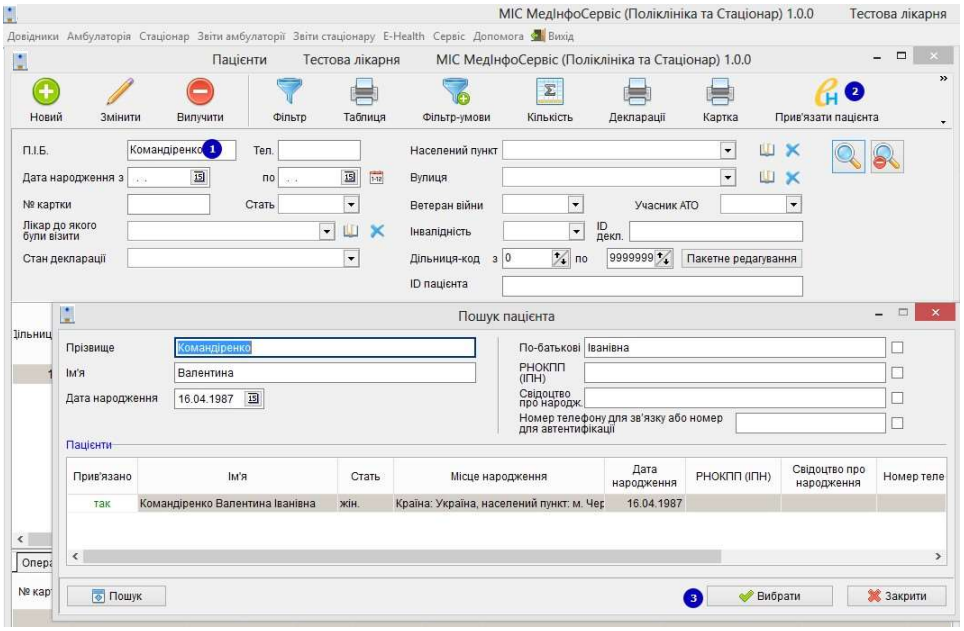


16.5 ВЕДЕННЯ МЕДИЧНИХ ЗАПИСІВ ПАЦІЄНТІВ З РПП ТА ЕПІЛЕПСІЮ ДЛЯ РЕІМБУРСАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ. Особливості ведення електронних медичних записів за допомогою програмного комплексу «МедІнфоСервіс».

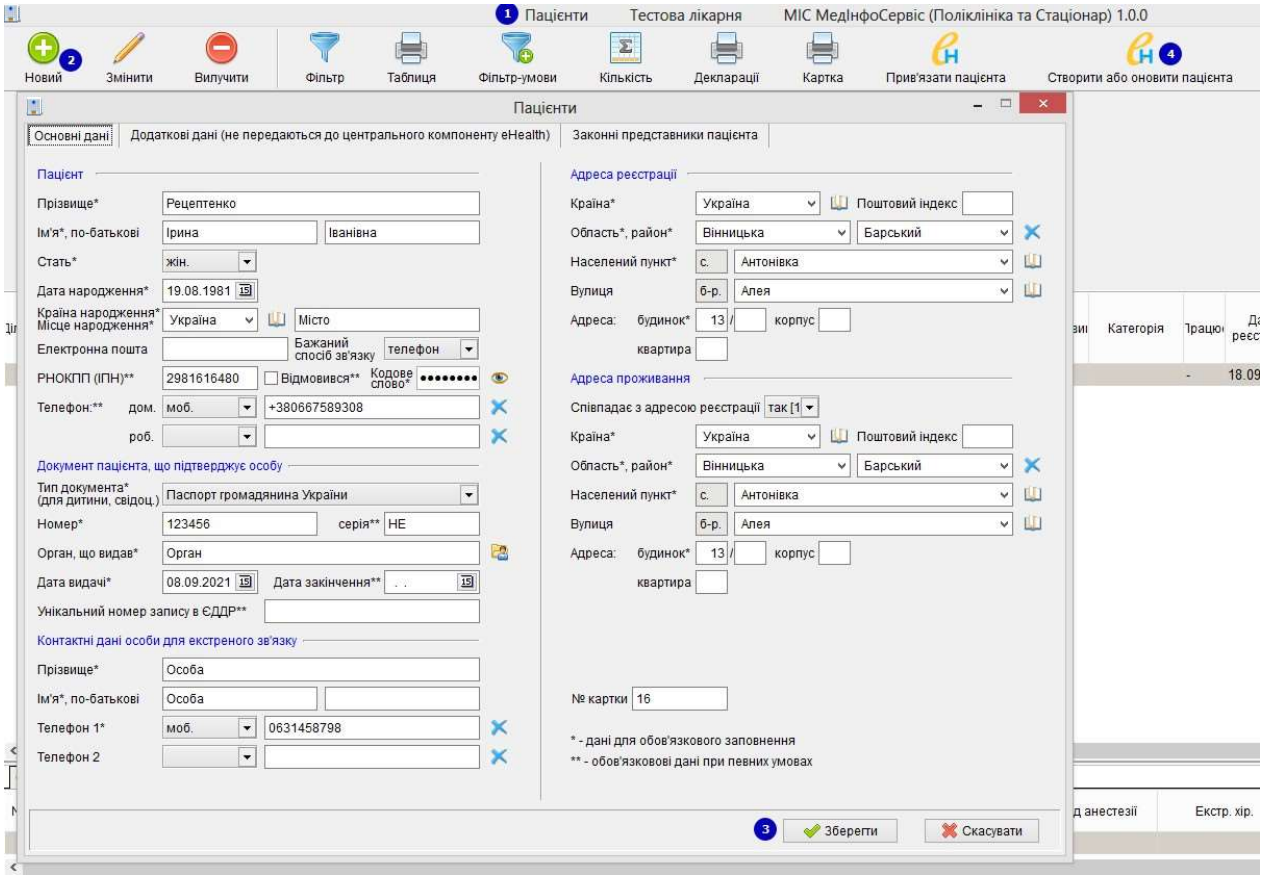
- ✓ Пошук пацієнта локально в МІС:



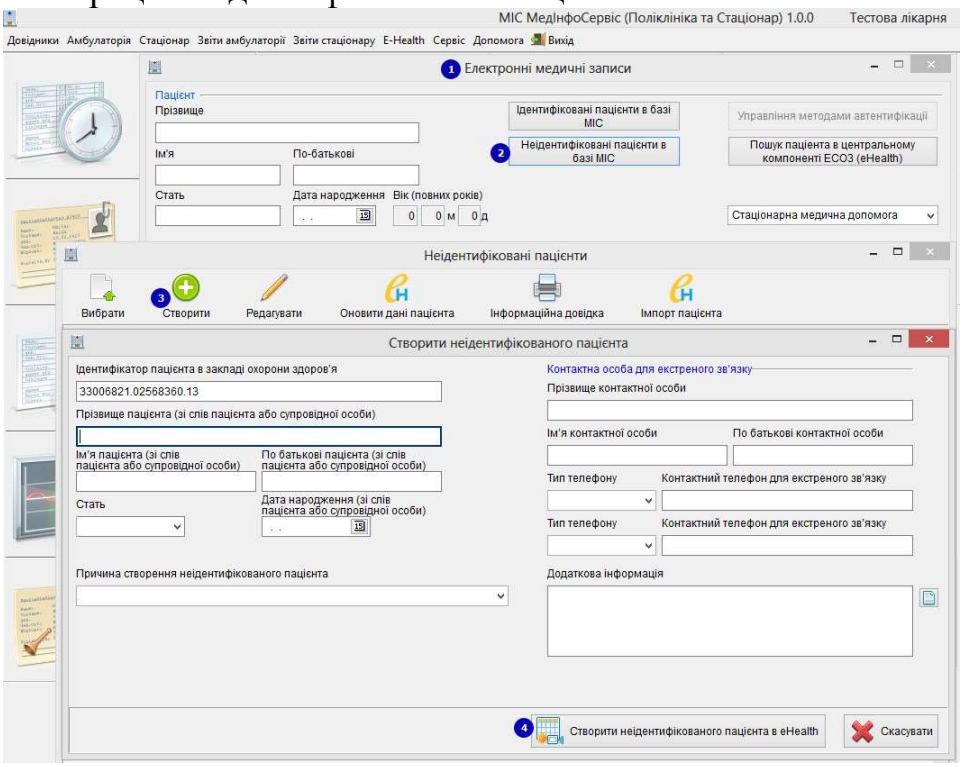
- ✓ Пошук даних пацієнта в ЕСОЗ:



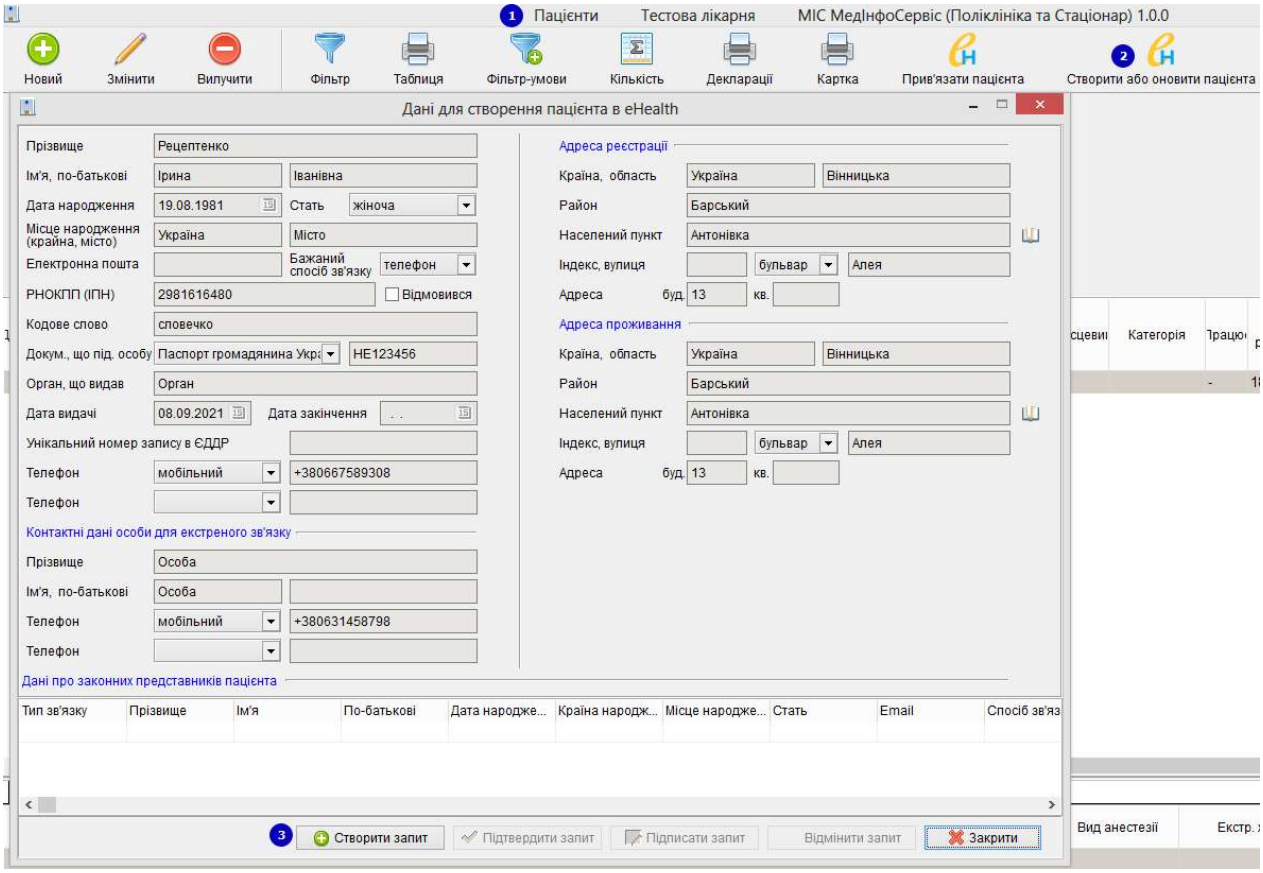
✓ Реєстрація ідентифікованого пацієнта:



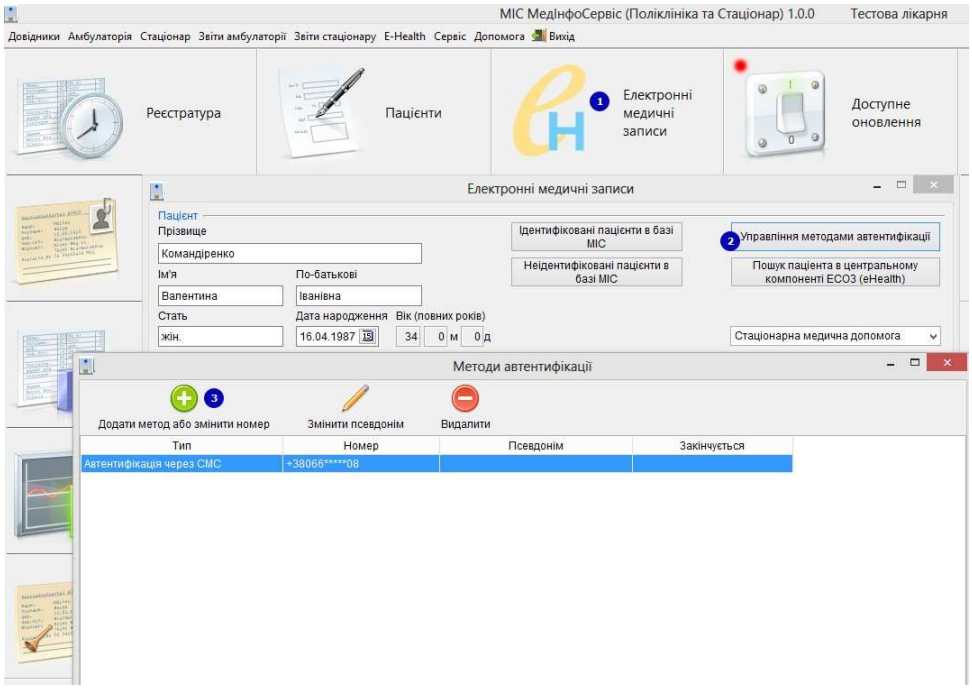
✓ Реєстрація неідентифікованого пацієнта:



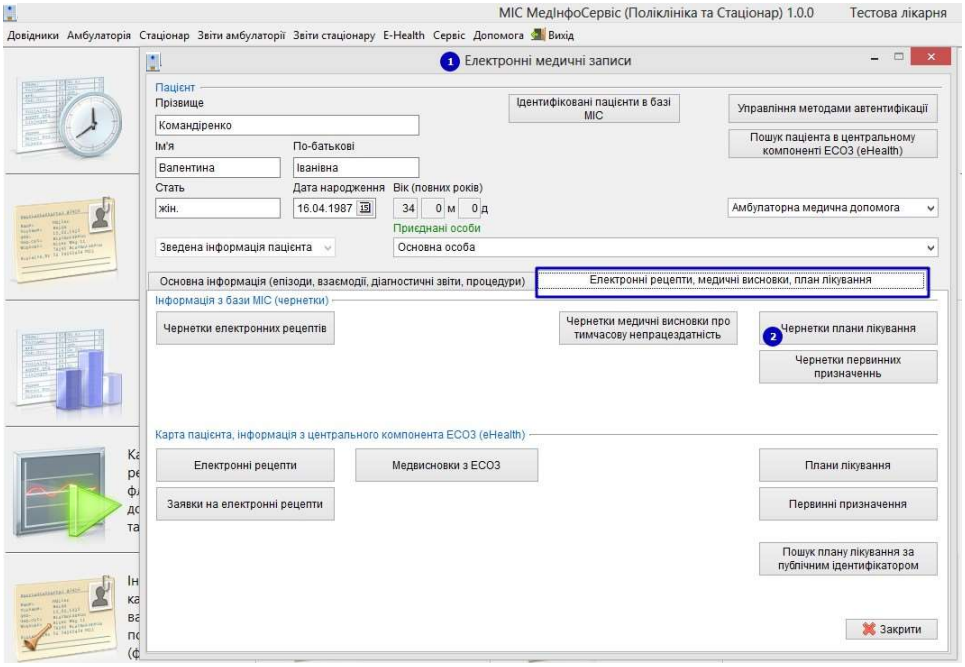
✓ Оновлення даних ідентифікованого пацієнта:

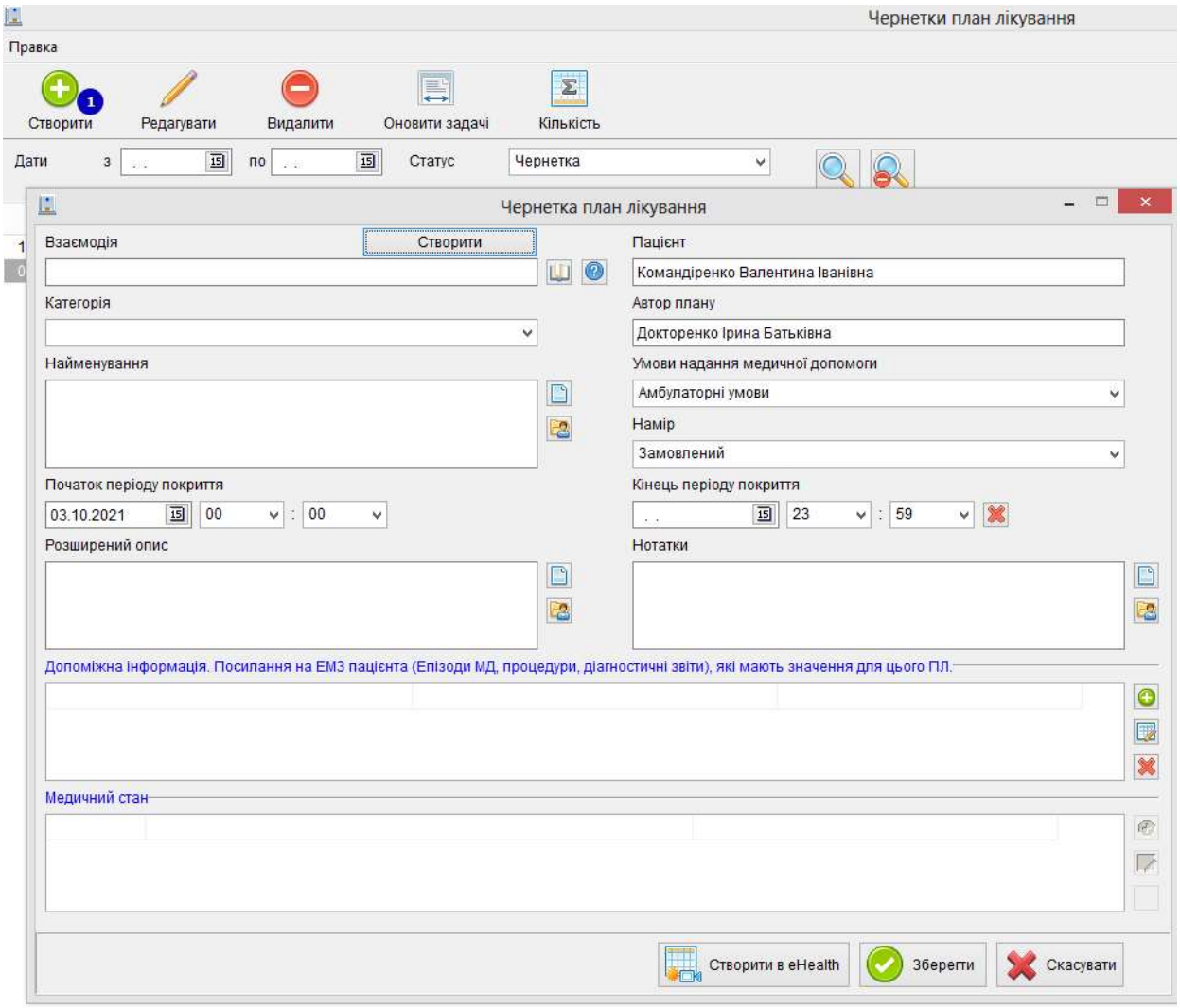


✓ Перевірка номерів телефону (автентифікація) та додавання номеру телефону:

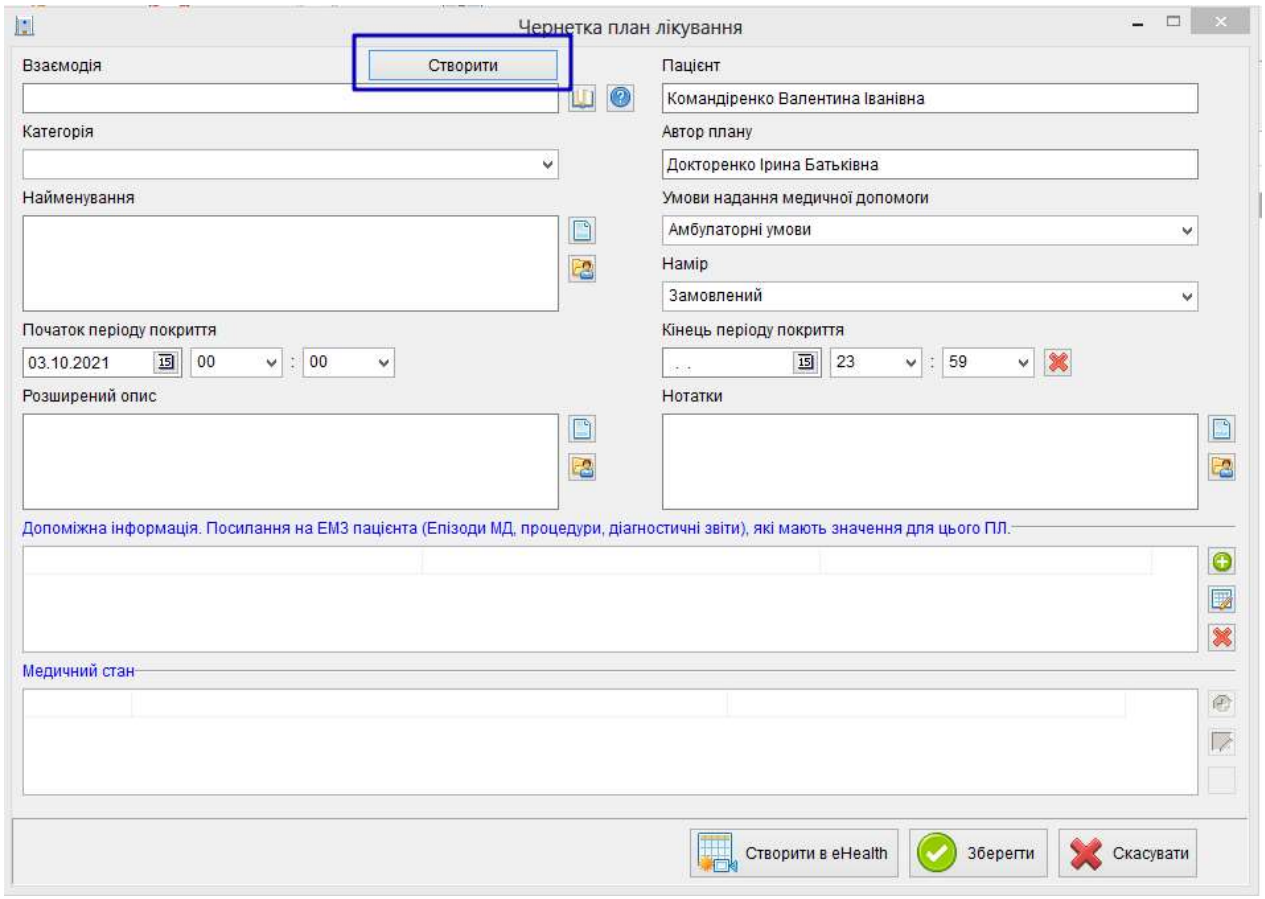


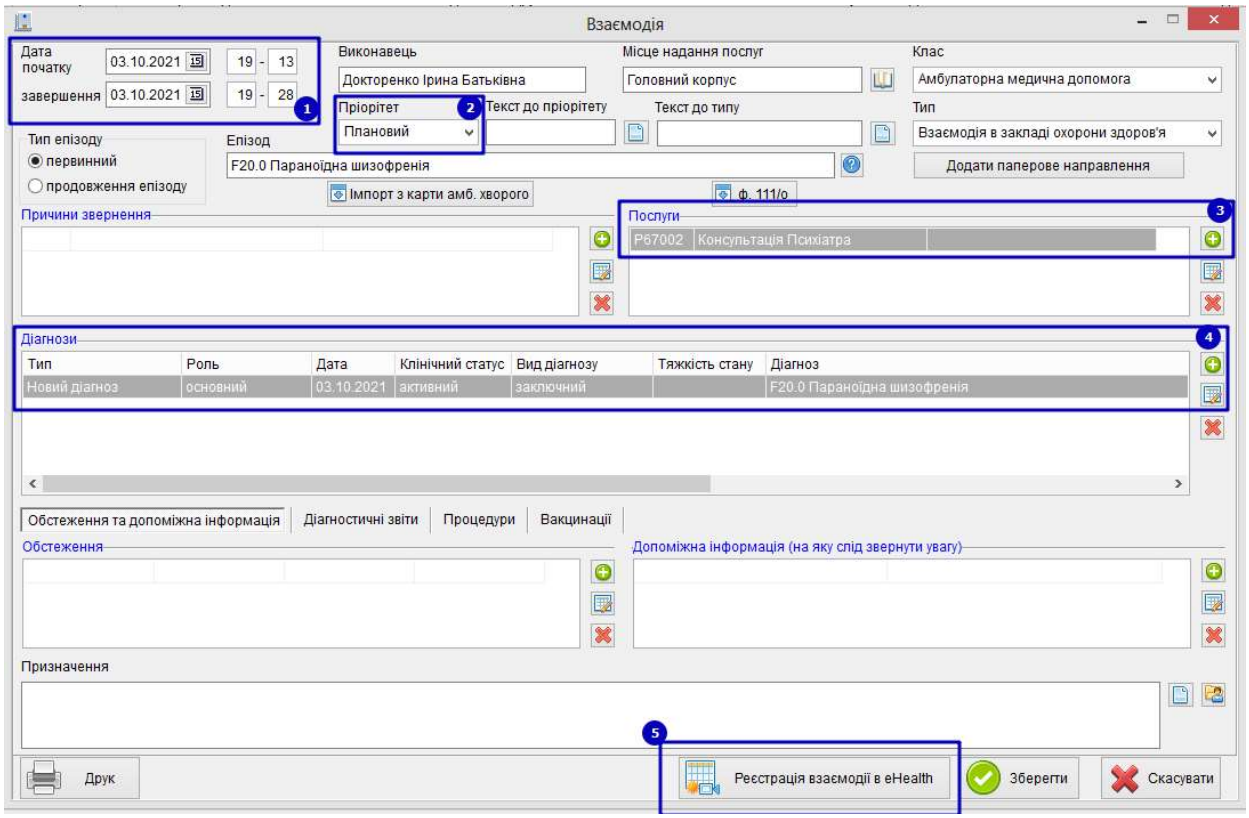
- Створення плану лікування для пацієнта:



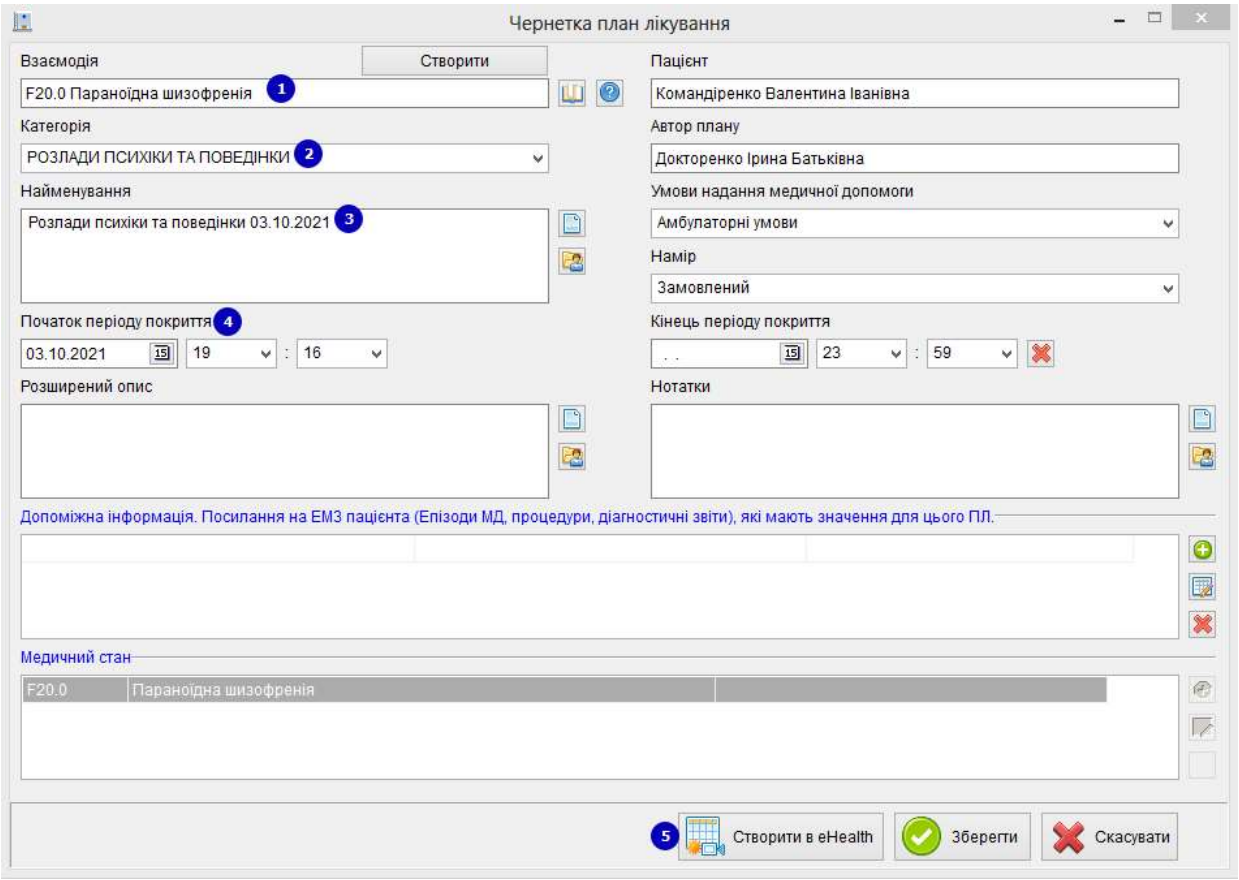


✓ Створення взаємодії:

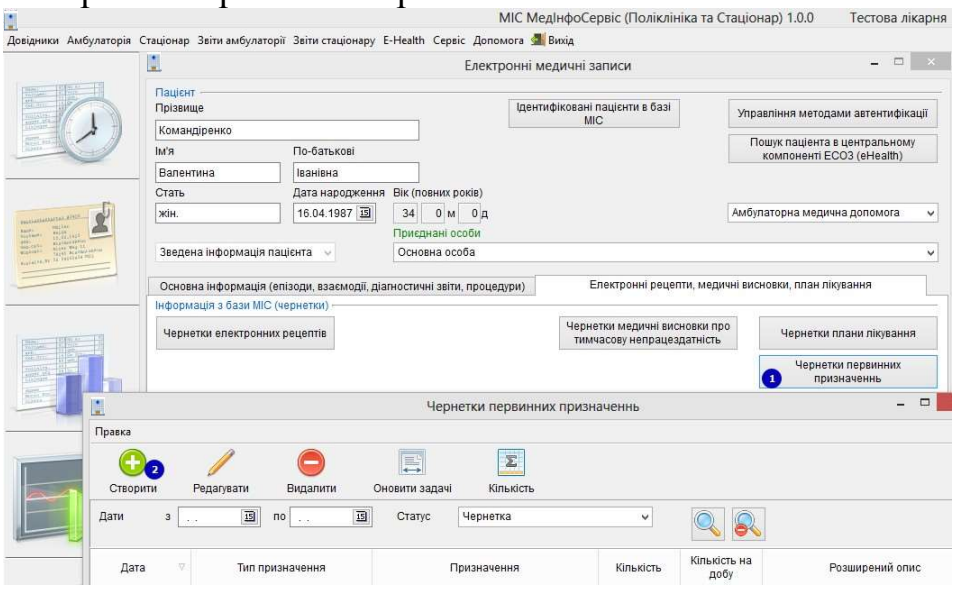




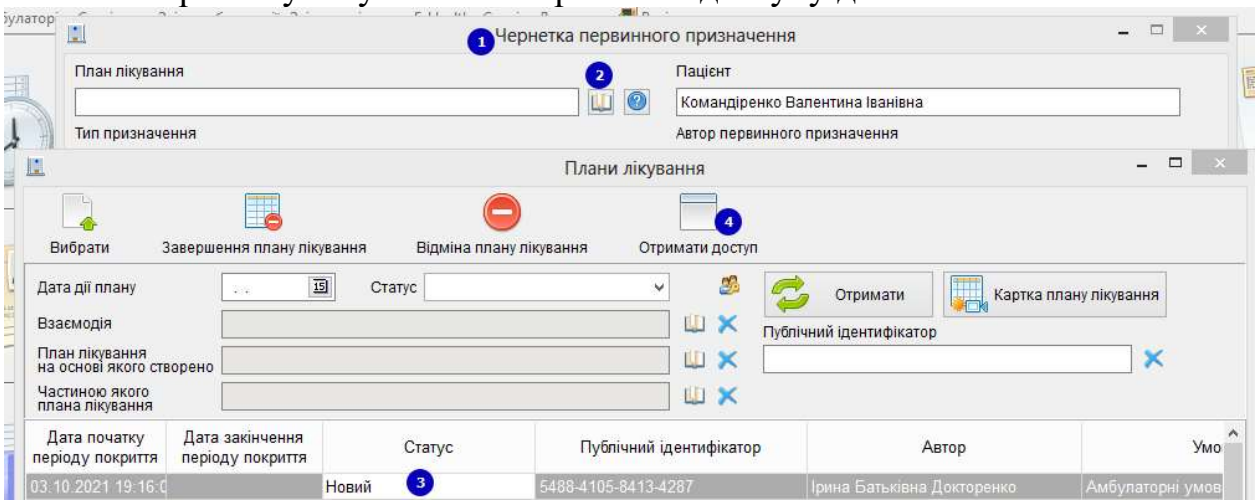
✓ Завершення процесу створення плану лікування:

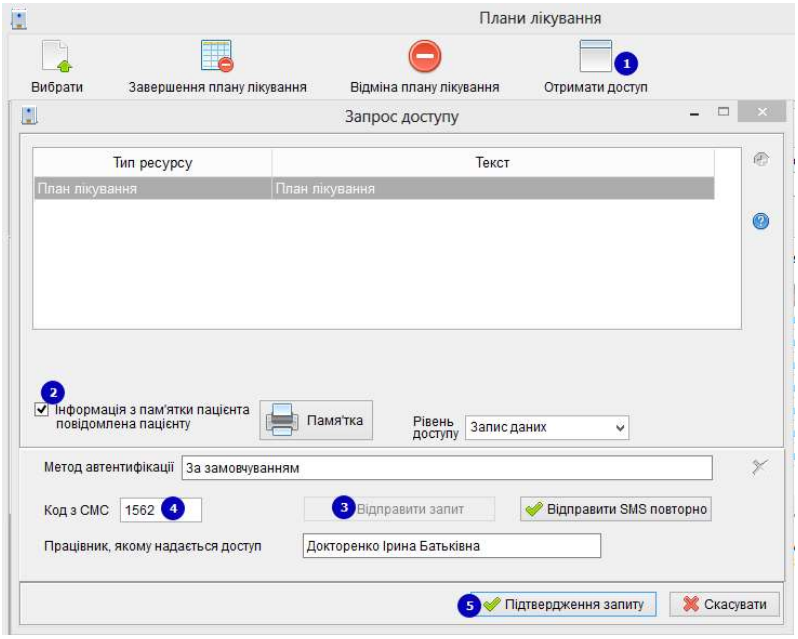


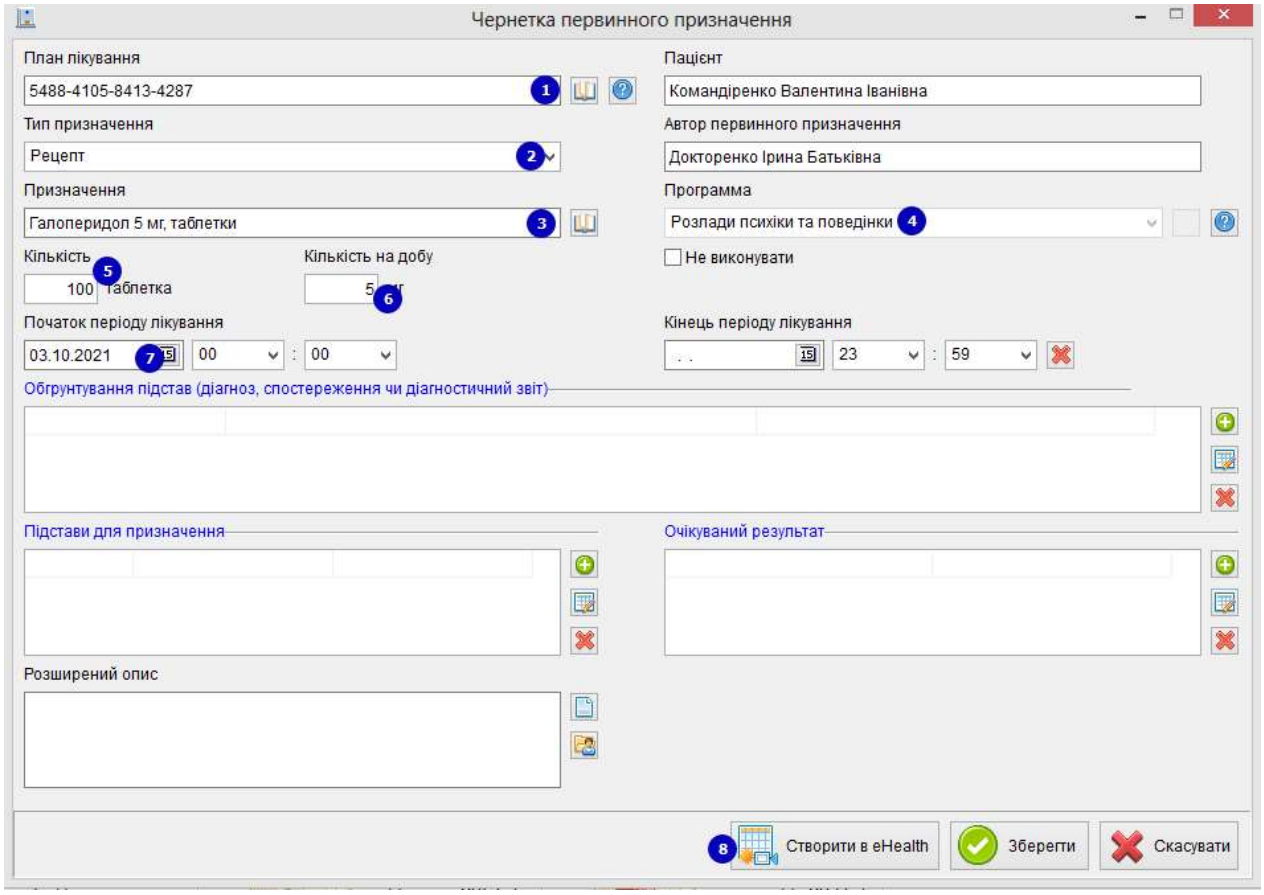
✓ Створення первинного призначення:



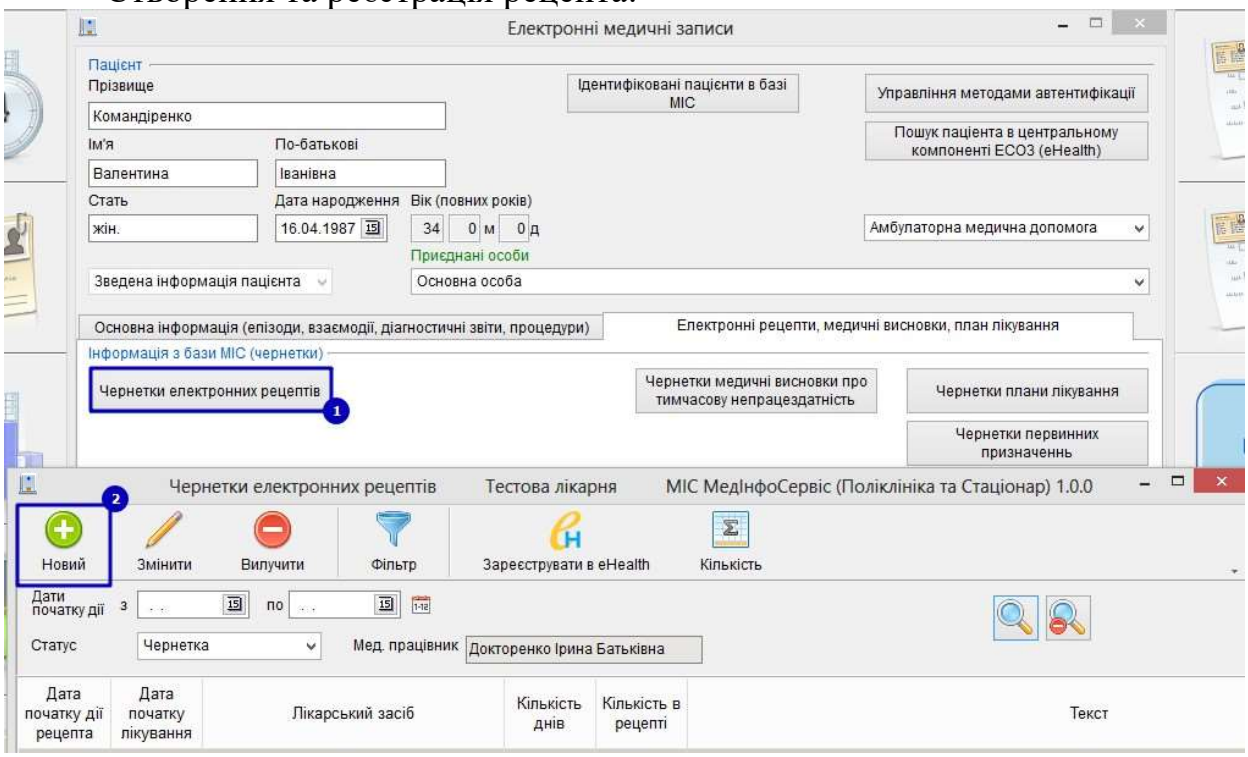
✓ Вибір плану лікування та отримання доступу до нього:

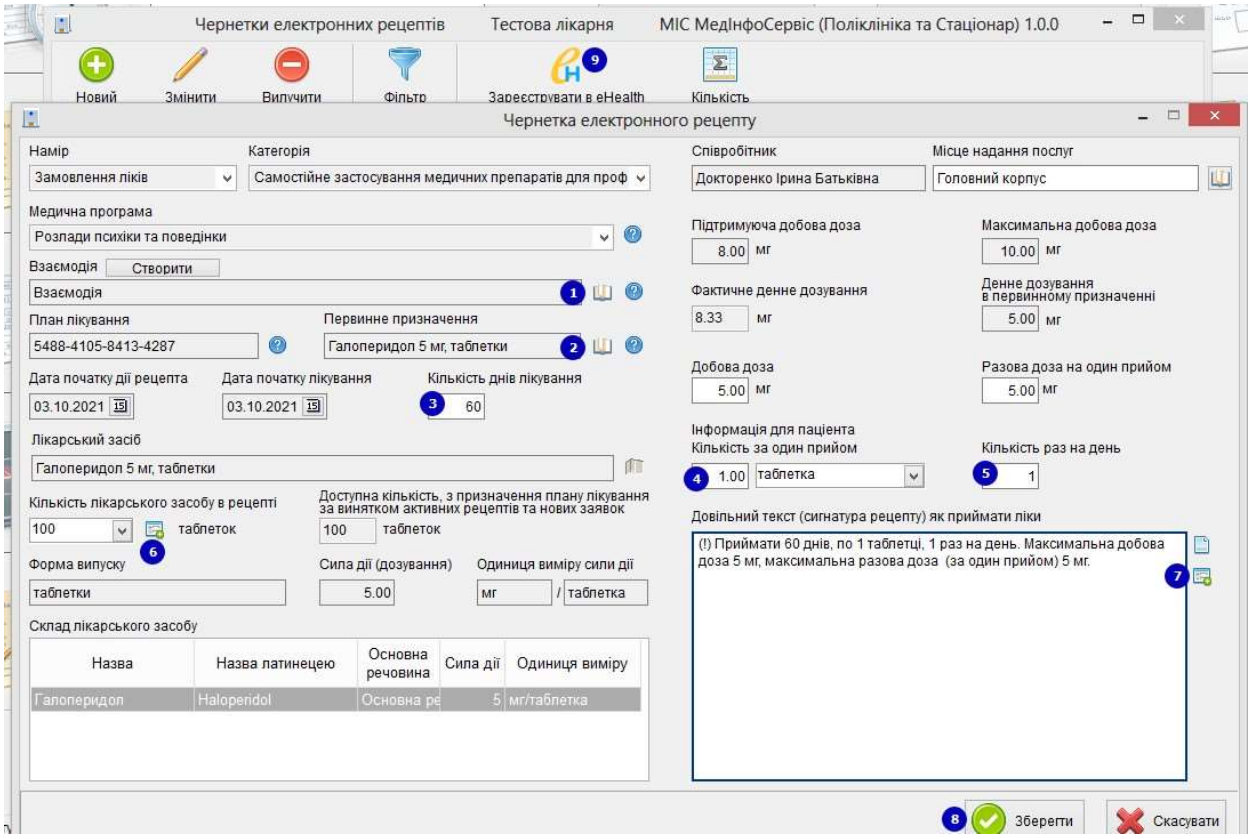


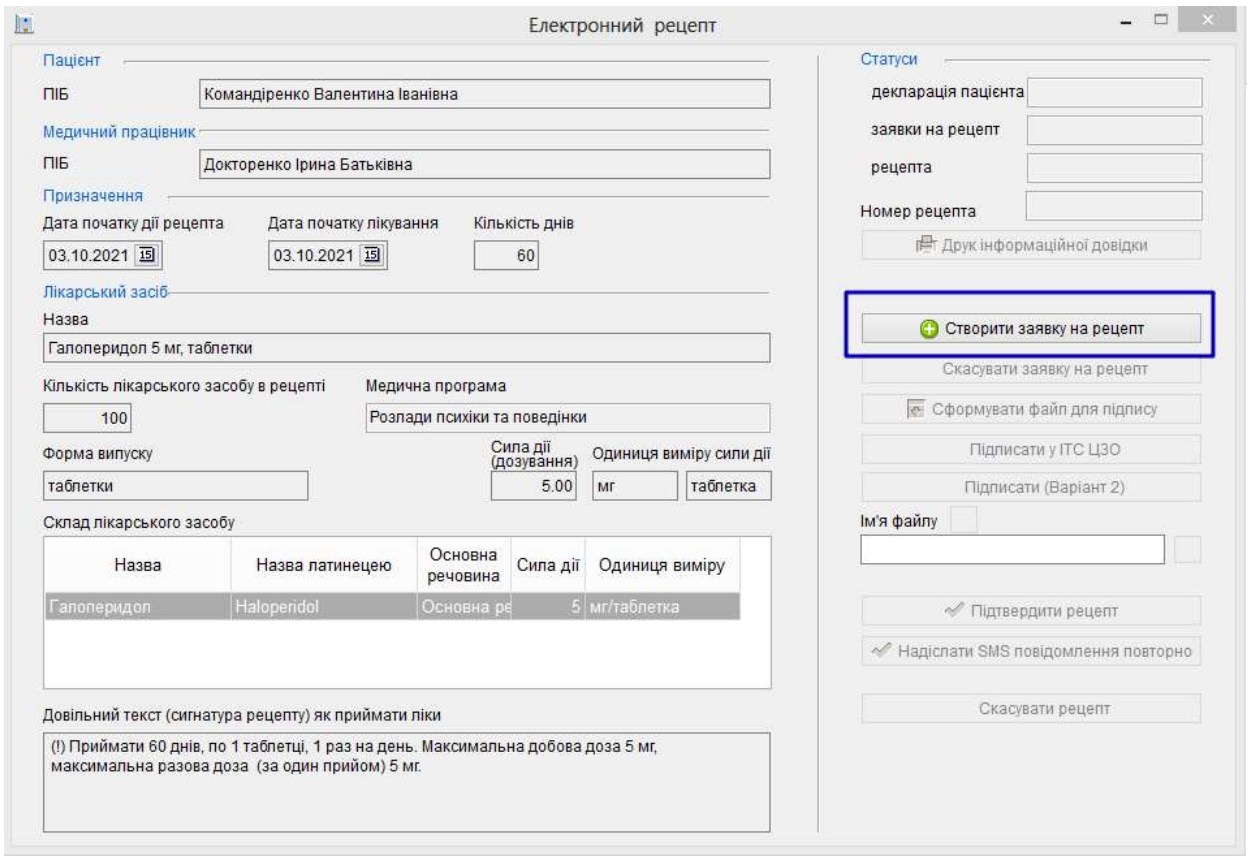


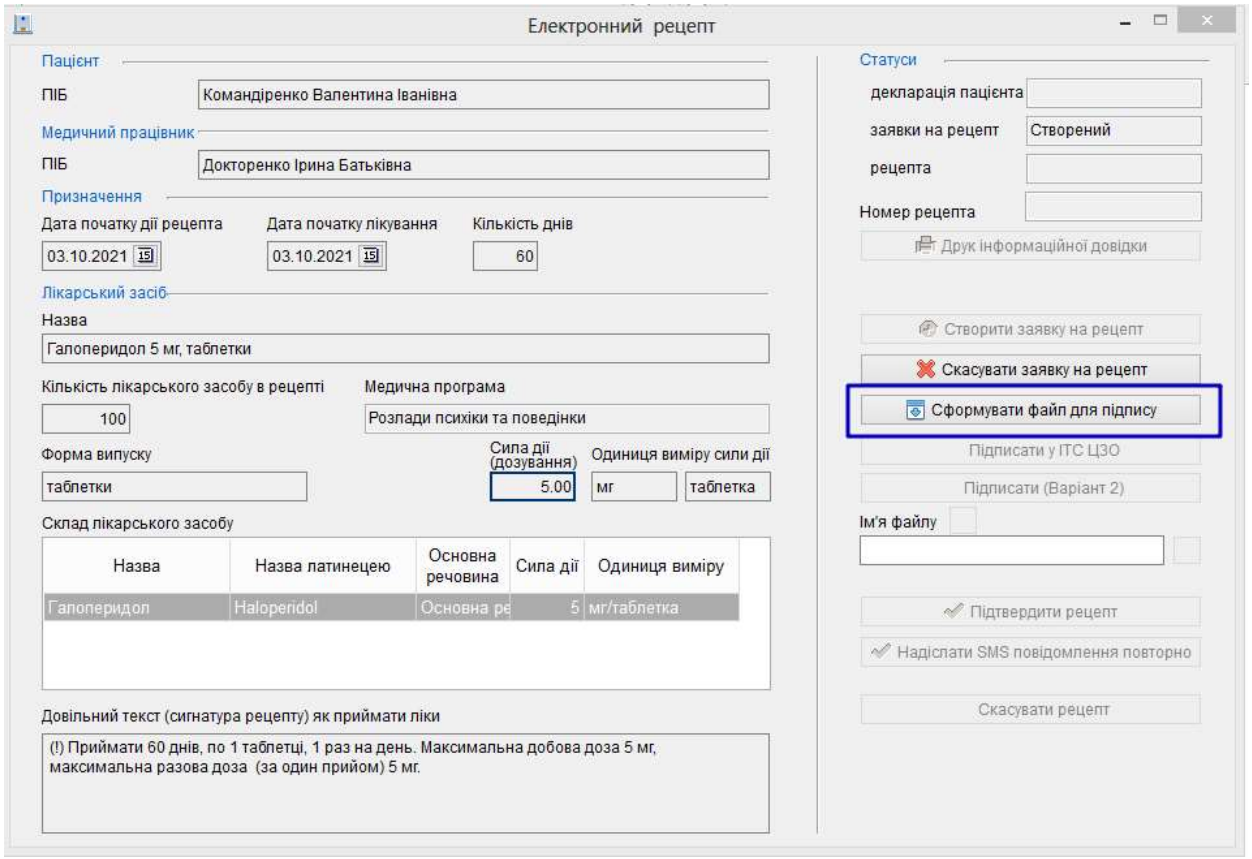


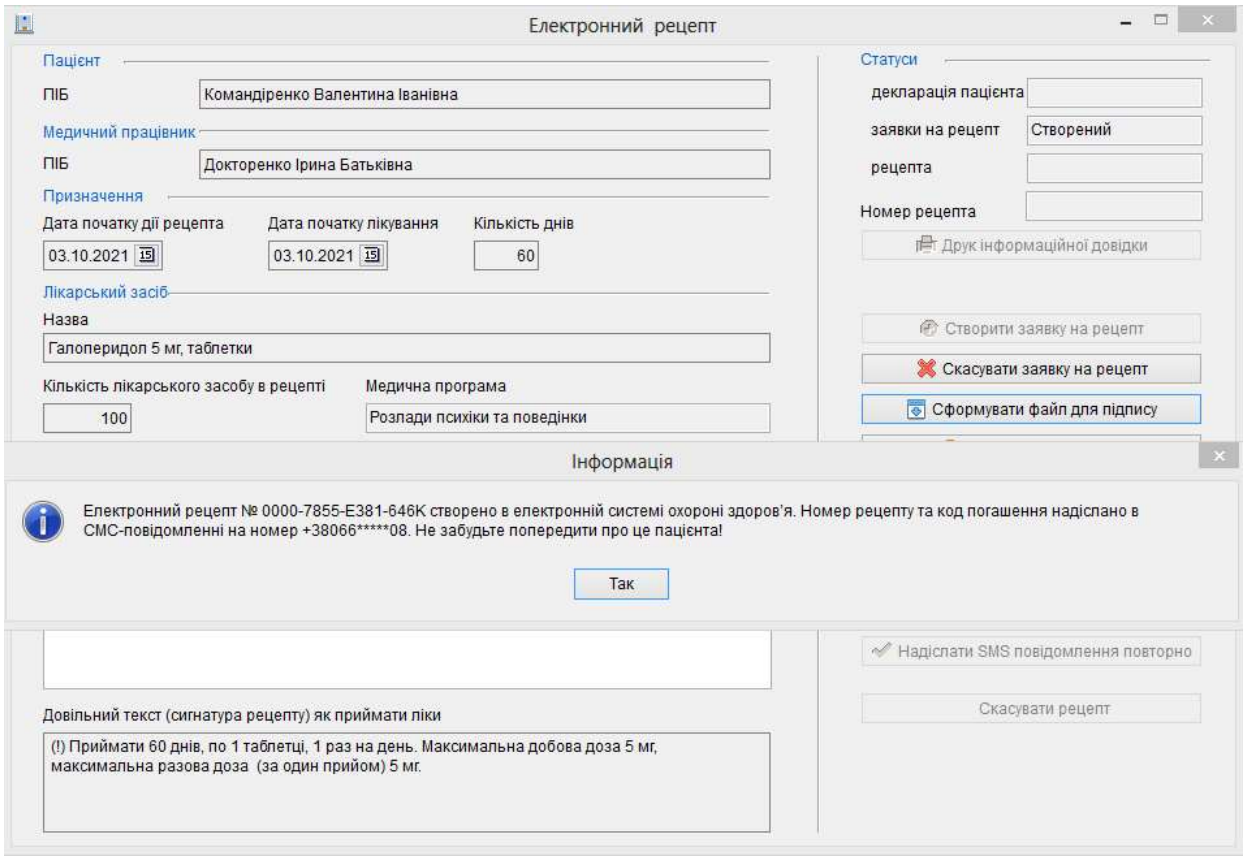
✓ Створення та реєстрація рецепта:

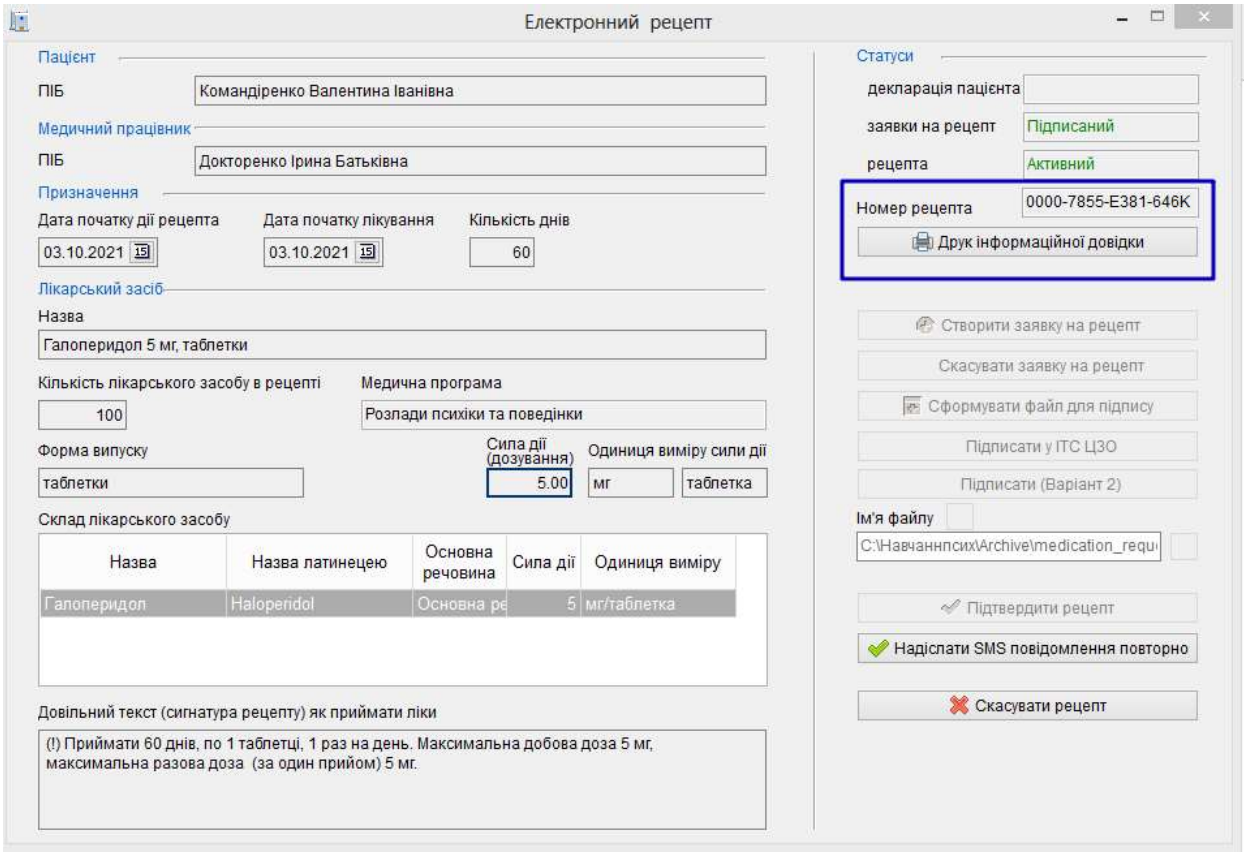



Чернетки електронних рецептів
Тестова лікарня
МІС МедІнфоСервіс (Поліклініка та Стаціонар) 1.0.0
Новий
Змінити
Вилучити
Фільтр
Зареєструвати в eHealth
Кількість
Чернетка електронного рецепту
Намір
Замовлення ліків
Категорія
Самостійне застосування медичних препаратів для проф
Співробітник
Докторенко Ірина Батьківна
Місце надання послуг
Головний корпус
Медична програма
Розлади психіки та поведінки
Взаємодія
Створити
Взаємодія
План лікування
5488-4105-8413-4287
Первинне призначення
Галоперидол 5 мг, таблетки
Дата початку дії рецепта
03.10.2021
Дата початку лікування
03.10.2021
Кількість днів лікування
60
Лікарський засіб
Галоперидол 5 мг, таблетки
Кількість лікарського засобу в рецепті
100
таблеток
Доступна кількість, з призначення плану лікування за винятком активних рецептів та нових заявок
100
таблеток
Форма випуску
таблетки
Сила дії (дозування)
5.00
Одиниця виміру сили дії
мг
/
таблетка
Склад лікарського засобу
Назва
Назва латинецею
Основна речовина
Сила дії
Одиниця виміру
Галоперидол
Haloperidol
Основна ре
5
мг/таблетка
Підтримуюча добова доза
8.00
мг
Максимальна добова доза
10.00
мг
Фактичне денне дозування
8.33
мг
Денне дозування в первинному призначенні
5.00
мг
Добова доза
5.00
мг
Разова доза на один прийом
5.00
мг
Інформація для пацієнта
Кількість за один прийом
1.00
таблетка
Кількість раз на день
1
Довільний текст (сигнатура рецепту) як приймати ліки
(!) Приймати 60 днів, по 1 таблетці, 1 раз на день. Максимальна добова доза 5 мг, максимальна разова доза (за один прийом) 5 мг.
Зберегти
Скасувати
1
2
3
4
5
6
7
8
9


Електронний рецепт
Пацієнт
ПІБ
Командіренко Валентина Іванівна
Медичний працівник
ПІБ
Докторенко Ірина Батьківна
Призначення
Дата початку дії рецепта
03.10.2021
Дата початку лікування
03.10.2021
Кількість днів
60
Лікарський засіб
Назва
Галоперидол 5 мг, таблетки
Кількість лікарського засобу в рецепті
100
Медична програма
Розлади психіки та поведінки
Форма випуску
таблетки
Сила дії (дозування)
5.00
Одиниця виміру сили дії
мг
таблетка
Склад лікарського засобу
Назва
Назва латинецею
Основна речовина
Сила дії
Одиниця виміру
Галоперидол
Haloperidol
Основна ре
5
мг/таблетка
Довільний текст (сигнатура рецепту) як приймати ліки
(!) Приймати 60 днів, по 1 таблетці, 1 раз на день. Максимальна добова доза 5 мг, максимальна разова доза (за один прийом) 5 мг.
Статуси
декларація пацієнта
заявки на рецепт
рецепта
Номер рецепта
Друк інформаційної довідки
Створити заявку на рецепт
Скасувати заявку на рецепт
Сформувати файл для підпису
Підписати у ІТС ЦЗО
Підписати (Варіант 2)
Ім'я файлу
Підтвердити рецепт
Надіслати SMS повідомлення повторно
Скасувати рецепт


Електронний рецепт
Пацієнт
ПІБ
Командіренко Валентина Іванівна
Медичний працівник
ПІБ
Докторенко Ірина Батьківна
Призначення
Дата початку дії рецепта
03.10.2021
Дата початку лікування
03.10.2021
Кількість днів
60
Лікарський засіб
Назва
Галоперидол 5 мг, таблетки
Кількість лікарського засобу в рецепті
100
Медична програма
Розлади психіки та поведінки
Форма випуску
таблетки
Сила дії (дозування)
5.00
Одиниця виміру сили дії
мг
таблетка
Склад лікарського засобу
Назва
Назва латинецею
Основна речовина
Сила дії
Одиниця виміру
Галоперидол
Haloperidol
Основна ре
5
мг/таблетка
Довільний текст (сигнатура рецепту) як приймати ліки
(!) Приймати 60 днів, по 1 таблетці, 1 раз на день. Максимальна добова доза 5 мг, максимальна разова доза (за один прийом) 5 мг.
Статуси
декларація пацієнта
заявки на рецепт
Створений
рецепта
Номер рецепта
Друк інформаційної довідки
Створити заявку на рецепт
Скасувати заявку на рецепт
Сформувати файл для підпису
Підписати у ІТС ЦЗО
Підписати (Варіант 2)
Ім'я файлу
Підтвердити рецепт
Надіслати SMS повідомлення повторно
Скасувати рецепт


Електронний рецепт
Пацієнт
ПІБ
Командіренко Валентина Іванівна
Медичний працівник
ПІБ
Докторенко Ірина Батьківна
Призначення
Дата початку дії рецепта
03.10.2021
Дата початку лікування
03.10.2021
Кількість днів
60
Лікарський засіб
Назва
Галоперидол 5 мг, таблетки
Кількість лікарського засобу в рецепті
100
Медична програма
Розлади психіки та поведінки
Статуси
декларація пацієнта
заявки на рецепт
Створений
рецепта
Номер рецепта
Друк інформаційної довідки
Створити заявку на рецепт
Скасувати заявку на рецепт
Сформувати файл для підпису
Інформація
Електронний рецепт № 0000-7855-E381-646K створено в електронній системі охороні здоров'я. Номер рецепту та код погашення надіслано в СМС-повідомленні на номер +38066*****08. Не забудьте попередити про це пацієнта!
Так
Надіслати SMS повідомлення повторно
Скасувати рецепт
Довільний текст (сигнатура рецепту) як приймати ліки
(!) Приймати 60 днів, по 1 таблетці, 1 раз на день. Максимальна добова доза 5 мг, максимальна разова доза (за один прийом) 5 мг.


Електронний рецепт
Пацієнт
ПІБ
Командіренко Валентина Іванівна
Медичний працівник
ПІБ
Докторенко Ірина Батьківна
Призначення
Дата початку дії рецепта
03.10.2021
Дата початку лікування
03.10.2021
Кількість днів
60
Лікарський засіб
Назва
Галоперидол 5 мг, таблетки
Кількість лікарського засобу в рецепті
100
Медична програма
Розлади психіки та поведінки
Форма випуску
таблетки
Сила дії (дозування)
5.00
Одиниця виміру сили дії
мг
таблетка
Склад лікарського засобу
Назва
Назва латинецею
Основна речовина
Сила дії
Одиниця виміру
Галоперидол
Haloperidol
Основна ре
5
мг/таблетка
Довільний текст (сигнатура рецепту) як приймати ліки
(!) Приймати 60 днів, по 1 таблетці, 1 раз на день. Максимальна добова доза 5 мг, максимальна разова доза (за один прийом) 5 мг.
Статуси
декларація пацієнта
заявки на рецепт
Підписаний
рецепта
Активний
Номер рецепта
0000-7855-E381-646K
Друк інформаційної довідки
Створити заявку на рецепт
Скасувати заявку на рецепт
Сформувати файл для підпису
Підписати у ІТС ЦЗО
Підписати (Варіант 2)
Ім'я файлу
C:\Навчаннпсих\Archive\medication_requ
Підтвердити рецепт
Надіслати SMS повідомлення повторно
Скасувати рецепт