



**Modulo ONE.SYS[®] Cartella di
ricovero**
Manuale utente

Indice

1. ACCESSO ALL'APPLICATIVO	5
2. Cartella di ricovero	6
2.1 Menù	6
3. Prospetto Degenti.....	6
3.1 Ricerca Pazienti.....	6
4. Ricerca Ricoverati	7
4.1 Lista pazienti.....	7
5. Compilazione cartella clinica	7
5.1 Inserimento dei dati riportati da un precedente ricovero	7
5.2 Visualizzazione Cartella Clinica	8
5.3 Modalità di accesso – INFERMIERI	8
5.3.1 Accesso in reparto	8
5.3.2 Accertamento infermieristico.....	8
5.3.3 Sintesi bisogni	8
5.3.4 Scale.....	8
5.3.5 Modulistica	9
5.3.6 Gestione alert microrganisimi multiresistenti.....	9
5.4 Modalità di accesso – MEDICI	9
5.4.1 Accesso in reparto	9
5.4.2 Anamnesi	9
5.4.2.1 Raccordo Anamnestico	10
5.4.3 Esame obiettivo	10
6. Gestione ricovero	11
6.1 Farmacoterapia	11
6.2 Somministrazione Farmaci	13
6.3 Rilevazioni Parametri vitali	13
6.4 Compilazione delle attività	13
6.5 Gestione procedure terapeutiche	14
6.6 Gestione Richieste	14
6.6.1 Inserimento Richieste	14
6.6.2 Gestione della presa in carico fisioterapia.....	15
6.6.3 Monitoraggio richieste	15
6.6.4 Dati strutturati di laboratorio.....	17

6.6.5	Dati strutturati di microbiologia	17
6.6.6	Visualizza Documenti Paziente	17
6.7	Diari	18
6.7.1	Diario infermieristico ed epicrisi infermieristica	18
6.7.2	Accesso al Diario infermieristico e all'epicrisi infermieristica	18
6.7.3	Consultazione Diari infermieristici e dell'epicrisi infermieristica	18
6.7.4	Compilazione del Diario infermieristico	18
6.7.4	Compilazione dell'epicrisi infermieristica.....	18
6.7.5	Modifica Diari ed epicrisi	19
6.7.6	Cancella Diari ed epicrisi.....	19
6.7.7	Stampa Diari ed epicrisi	19
6.7.7.1	Stampa Diario ed epicrisi da Data a Data	20
6.7.7.2	Stampa Diario ed epicrisi Tutto Ricovero	20
6.7.7.3	Stampa Diario ed epicrisi del Reparto Corrente.....	20
6.7.8	Passaggio di consegne	20
6.7.8.1	Accesso alla scheda di Passaggio di consegne.....	20
6.7.9	Diario Medico ed epicrisi medica	21
6.7.10	Accesso al Diario Medico e all'epicrisi medica	21
6.7.11	Consultazione Diari Medici ed epicrisi medica.....	22
6.7.12	Compilazione del Diario Medico ed epicrisi medica.....	22
6.7.13	Compilazione dell'Epicrisi medica	22
6.7.14	Modifica Diari ed epicrisi medica	22
6.7.15	Cancella Diari ed epicrisi medica	22
6.7.16	Stampa Diari ed epicrisi medica	22
6.7.16.1	Stampa Diario ed epicrisi medica da Data a Data.....	22
6.7.16.2	Stampa Diario ed epicrisi medica Tutto Ricovero.....	22
6.7.16.3	Stampa Diario ed epicrisi medica del Reparto Corrente	22
6.7.16.4	Sfoggia	22
6.7.17	Gestione dieta	22
6.7.18	Gestione diari	23
	Diari Specialistici	23
	Overview Diari	23
6.8	Consultazione documenti paziente	23
7.	Chiusura ricovero.....	24
7.1	Lettera di dimissioni	24

7.1.1	Compilazione della lettera di dimissioni.....	24
7.1.2	Consultazione Verbale Operatorio	25
7.2	Lettera prosecuzione ricovero.....	25
7.3	Terapia Domiciliare.....	25
7.4	Stampa Cartella	26
7.5	Lettera di trasferimento	26
7.6	Segnalazione di decesso	26
7.7	Verifica completezza e conformità.....	27
8.	Funzionalità correlate.....	28
8.1	Inserimento di un testo standard	28
8.1.1	Inserimento di un testo standard presente nell’elenco salvati.....	29
8.2	Inserire una prescrizione standard	29
9.	PROGETTO M.E.T.	30
9.1	Cartellino M.E.T.	30
9.2	Scheda CCOR (scheda outreach)	32
10.	Flusso ivg	33
11.	Scheda riassuntiva pre ricovero	33
12.	Istruzioni fermi del sistema	33
13.	I-Patient.....	33

1. ACCESSO ALL'APPLICATIVO

Apparirà la seguente schermata di accesso:



È possibile effettuare l'accesso attraverso due modalità:

- Con **smart card CNS**: inserendo la smart card nell'apposito lettore automaticamente verrà effettuato l'accesso ;
- con nome **utente** e **password**: è necessario inserire nome utente e password e cliccare su "Log in".

Cambiamento della password: per effettuare il cambiamento della password è necessario cliccare sul tasto "**Cambia Pwd**";

Cliccare sull'apposita icona per accedere al modulo cartella di ricovero.



L'accesso all'applicativo può essere consentito anche in modalità di emergenza, secondo le seguenti casistiche:

- Emergenza, per profili medici;
- Guardia, per profili medici;
- Sostituzione infermieristica.

Queste tipologie di accesso consentono ai diversi professionisti di consultare i dati relativi agli assistiti, ricoverati presso reparti non di propria competenza.

2. CARTELLA DI RICOVERO

2.1 Menù

La voce “**Menù**” che si trova in alto a sinistra consente all’utente di avere sempre a disposizione una serie di funzionalità che consentono una migliore gestione del proprio lavoro di reparto.

3. PROSPETTO DEGENTI

La voce “**Prospetto degenti**” consente all’utente di visualizzare la situazione relativa all’allettamento del reparto o reparti su cui è abilitato ad operare.

La maschera è così strutturata:

- nella riga superiore della pagina ci sono i **reparti abilitati** all’utente che lo stesso può visualizzare: per passare da un reparto ad un altro è necessario cliccare sul reparto di interesse.
- Nella sezione di destra vengono visualizzati di default i pazienti cui deve essere ancora assegnato un letto. In questa sezione è possibile anche effettuare una ricerca dei pazienti attraverso alcuni campi, tra cui Cognome, Nome, Data di nascita al fine di velocizzare la ricerca e l’assegnazione di un letto al paziente.
- La sezione sinistra della maschera accoglie la rappresentazione grafica della **situazione dei letti raggruppati per stanza**, offrendo rapidamente la situazione di occupazione dei letti di reparto.
- Cliccando due volte con il tasto sinistro del mouse sulla stanza si aprirà il dettaglio, in cui visualizzare lo stato di ciascun letto (libero, occupato) ed eventualmente alcune informazioni sul paziente che lo occupa.
- Per tornare alla visualizzazione delle stanze è necessario cliccare sul tasto “**Vista Stanze**”.

COLORI delle stanze:

- **Verde:** la stanza presenta tutti i letti liberi: in questo caso, i letti relativi alla stanza risulteranno essere colorati di verde effettuando una visualizzazione nel dettaglio della stanza.
- **Giallo:** la stanza ha almeno un letto libero e disponibile;
- **Rosso:** tutti i letti presenti nella stanza risultano occupati.

E’ inoltre possibile stampare la lista dei letti e la loro occupazione, con indicazione delle seguenti informazioni: letto, paziente, motivo del ricovero, data ricovero, numero giorni di ricovero, provenienza.

3.1 Ricerca Pazienti

La voce “Ricerca Pazienti” consente all’utente di ricercare un paziente secondo diversi campi, quali:

- a. **Cognome**
- b. **Nome**
- c. **Data di Nascita.**

Il risultato di questo ricerca può portare a nessuna corrispondenza, nel qual caso sarà possibile inserire un nuovo record anagrafico, qualora le policy aziendali lo consentano, altrimenti sarà possibile accedere alle diverse funzionalità attraverso il menu contestuale attivabile tramite il tasto destro.

- **Inserimento Nuovo Paziente:** consente di inserire un nuovo paziente.

- **Inserimento Prericovero:** qualora i prericoveri non fossero gestiti tramite integrazione ADT, l'applicativo consente all'utente di inserire un prericovero per il paziente desiderato, specificando alcuni dati fondamentali quali Data Accesso, Reparto, Tipo di ricovero.

4. RICERCA RICOVERATI

Questa funzione consente l'accesso al cuore della cartella di ricovero, in cui è possibile visualizzare l'elenco dei ricoverati popolato dall'integrazione ADT.

Avvertenze	Letto	Paziente	Data ricovero	Tipo Ric	Reparto	Ubicazione
P R	01-1pURG	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	19/09/2019	OBI	OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (SAVONA)	
P R	05-1pURG	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	17/09/2019	OBI	OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (SAVONA)	
P R		PROVA PROVA 21/10/1930	17/09/2019	OBI	OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (SAVONA)	
P R		ASL2 TEST ADT 11/11/1911	21/11/2018	OBI	OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (SAVONA)	
P R		ASL2 TEST ADT PADRE 21/09/1945	20/06/2017	OBI	OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (SAVONA)	

La sezione inoltre prevede numerosi filtri per permettere la visualizzazione dei pazienti di interesse in base, per esempio, al reparto, tipologia di ricovero e stato del paziente (ricoverato, dimesso, trasferito).

L'utente può lavorare solamente sui reparti a cui è stato abilitato e presso cui esercita il proprio servizio. Cliccando sulla voce 'Reparti' si accede appunto all'"Elenco reparti" associati all'utente, dove è possibile selezionare uno o più reparti oppure tutti.

È sempre necessario cliccare sull'icona **"Applica"** al termine dell'impostazione dei filtri, per renderli operativi.

4.1 Lista pazienti

Con riferimento alla lista pazienti sono state previste due categorie di icone: le prime fungono da accesso rapido a diverse funzionalità, le altre come alert visivi per attività in corso o da espletare.

Andando con il mouse, senza cliccare, su ciascuna icona, comparirà la descrizione dell'attività/funzione associata, in modo tale da permettere all'utente di accedere alle funzionalità di interesse per il paziente in esame.

5. COMPILAZIONE CARTELLA CLINICA

La compilazione della cartella clinica può seguire due diversi iter, sulla base del fatto che:

- Il paziente viene ricoverato per la prima volta, pertanto è necessario compilare l'intera cartella clinica per la prima volta
- il paziente è già stato ricoverato all'interno di una struttura che utilizza l'applicativo One.Sys dando la possibilità di importare i dati da una scheda precedente.

Si può accedere alla cartella del paziente, direttamente dalla worklist dei ricoverati, in due modalità:

- Doppio clic sul nominativo del paziente di interesse;
- Clic sull'icona di accesso rapido alla funzionalità scelta.

5.1 Inserimento dei dati riportati da un precedente ricovero

Il paziente è già stato ricoverato all'interno di una struttura che utilizza l'applicativo One.Sys, pertanto si ha la possibilità di importare i dati precedenti relativi ad anamnesi e dati generali.

Il sistema riconosce automaticamente la presenza di un ricovero precedente e interroga l'operatore sulla volontà di importare o meno i dati precedenti.

5.2 Visualizzazione Cartella Clinica

Nella sezione superiore sono sempre presenti le generalità del paziente con eventuali alert visivi, in caso di presenza di allergie o positività del paziente.

Cliccando su Nome e Cognome del paziente o sulla icona 'i' (in alto a destra), si apre una scheda riassuntiva dei dati principali del ricovero del paziente (Parametri del giorno, diari, terapie farmacologiche). Per chiudere la visualizzazione delle informazioni è necessario cliccare nuovamente sul campo che contiene le informazioni anagrafiche del paziente.

Inoltre è presente, nella sezione in alto sottostante i dati del paziente, una riga contenente tutte le funzionalità per gestire l'iter di un ricovero; le funzioni sono suddivisi in diversi menù, configurati in modo ideale per seguire l'iter del ricovero, dall'accesso alla dimissione.

5.3 Modalità di accesso – INFERMIERI

All'interno della cartella del paziente è possibile accedere a sezioni dedicate per le attività di competenza infermieristica.

5.3.1 Accesso in reparto

Tra i compiti infermieristici vi è la compilazione della scheda **"Dati generali"** che contiene informazioni aggiuntive sulle generalità del paziente, tra cui Professione, recapiti telefonici propri e dei familiari, invalidità, etc..

Da questa sezione è possibile accedere direttamente alla scheda anagrafica del paziente.

5.3.2 Accertamento infermieristico

L'accertamento infermieristico è basato sul metodo Cantarelli, strutturato sull'identificazione di nove bisogni elementari, quali: Respirare, Alimentazione, Eliminazione, Igiene, Movimento, Riposo, Ambiente, Comunicazione e Funzione cardiocircolatoria.

Tale sezione permette una compilazione dettagliata dei nove bisogni elencati, presentando una scheda dedicata a ciascun bisogno, la cui compilazione non è obbligatoria.

Per ciascun bisogno si ha la possibilità di associare un "Livello di assistenza", che permette di distinguere il tipo di assistenza infermieristica che necessita il paziente in merito ad un determinato bisogno.

In ogni scheda ci sono alcuni campi sottolineati in giallo, che sono quelli che vengono riportati nel modulo di accertamento infermieristico che verrà stampato secondo i criteri concordati con la Direzione.

5.3.3 Sintesi bisogni

Tale sezione consente di compilare in modo rapido e mirato l'accertamento infermieristico; da questa funzione si accede ad una scheda riassuntiva dei nove bisogni dove vengono riportati i dati più significativi da rilevare in fase di accertamento infermieristico.

In questa scheda vengono riportati tutti i campi sottolineati in giallo contenuti in tutte le schede di bisogno previste. La scheda descritta può essere stampata.

5.3.4 Scale

La sezione contiene una serie di scale di valutazione non obbligatorie nella compilazione di pertinenza infermieristica e medica.

Il sistema, mediante un alert visivo, rende evidente le scale compilate per il singolo paziente.

5.3.5 Modulistica

La sezione contiene i moduli approvati e previsti dall'Azienda Sanitaria.

In particolare sono resi disponibili i moduli legati al consenso informato del paziente, suddivisibili nelle seguenti categorie:

- Trattamento dati personali;
- Accettazione e restituzione beni preziosi;
- Consegna informativa e contenitore protesi dentaria;
- Consensi aziendali;
- Consensi atti sanitari, suddivisi per singole procedure.

5.3.6 Gestione alert microrganisimi multiresistenti

Il sistema, grazie all'integrazione vigente con il Sw di Laboratorio Analisi, consente di visualizzare, mediante un apposito alert all'interno della Worklist dei pazienti ricoverati o all'interno della cartella dell'assistito, una pregressa od attuale positività ai seguenti tipi di microrganismi multiresistenti:

- Klebsiella pneumoniae;
- Clostridium difficile.

5.4 Modalità di accesso – MEDICI

5.4.1 Accesso in reparto

Nella sezione 'Accesso in reparto' si può accedere alla compilazione delle schede di competenza medica, quali: "Anamnesi", "Esame obiettivo", "Scale" e "Modulistica".

5.4.2 Anamnesi

Le informazioni contenute all'interno della scheda di Anamnesi sono suddivise in due sezioni.

Tale funzione permette di inserire l'anamnesi familiare, l'anamnesi fisiologica, le abitudini di vita del paziente, l'anamnesi professionale e l'anamnesi patologica remota. In quest'ultima sezione in particolare, vengono compilate le "Positività sierologiche". Tali informazioni vengono inserite in modo strutturato permettendo di attivare l'alert all'interno della cartella del paziente per rendere noto, agli utenti che hanno in cura il paziente, la presenza di positività sierologiche.

La presenza di "**Positività sierologiche**" viene indicato nell'intestazione della cartella con un'apposita icona:



Oltre alle informazioni elencate sopra, nella scheda di Anamnesi è anche possibile inserire l'anamnesi patologica prossima, gli interventi precedenti del paziente (in caso non fossero già presenti), le allergie e le intolleranze del paziente, la terapia seguita dal paziente ed il motivo del ricovero associando il codice ICD9.

La compilazione dei campi dell'anamnesi è limitata al primo utente che effettua la registrazione e non oltre le 12 ore dalla data stessa di registrazione. Dopo le 12 ore l'utente può inserire un addendum nel raccordo anamnestico della sezione interessata; questa possibilità è concessa a tutti gli altri utenti che vogliono apportare delle modifiche alla scheda anamnestica.

5.4.2.1 Raccordo Anamnestico

Il raccordo anamnestico è un'area aggiuntiva associata al campo note di ogni sezione della scheda anamnestica e permette di apportare eventuali successive annotazioni.

Per ogni addendum del raccordo è riportato il testo, l'utente che l'ha inserito e la data di modifica.

Quando si importa un'anamnesi precedente, in ciascun campo note a cui è associato un raccordo, vengono concatenati tutti i testi degli addendum presenti nel raccordo.

L'inserimento di un addendum è consentito a tutti gli utenti, purché l'anamnesi sia registrata. Il testo dell'addendum non può essere vuoto.

La modifica di un addendum è consentita soltanto all'utente che ha inserito la nota, entro 12 ore dall'inserimento.

La cancellazione di un addendum è consentita soltanto all'utente che ha inserito la nota, anche oltre le 12 ore dall'inserimento; gli addendum cancellati sono comunque visibili nel raccordo e nella stampa con un carattere barrato.

5.4.3 Esame obiettivo

La scheda “Esame obiettivo” deve essere compilata dal personale medico e contiene una serie di informazioni con riferimento allo stato del paziente.

The screenshot shows a software interface for recording an objective examination. It is organized into four horizontal panels, each representing a different body system:

- GENERALITA'**: Includes a 'Normale' checkbox and a large text area for general observations.
- APPARATO RESPIRATORIO**: Includes a 'Normale' checkbox and a large text area for respiratory system observations.
- APPARATO CARDIOVASCOLARE**: Includes a 'Normale' checkbox and a large text area for cardiovascular system observations.
- APPARATO DIGERENTE**: Includes a 'Normale' checkbox and a large text area for digestive system observations.

Each panel also features a small 'STD' button, likely for selecting standard test results. At the bottom of the form, there is a section labeled 'ALTRI APPARATI' (Other Organs).

Per una compilazione più rapida, per ogni sezione si ha la possibilità di usare i testi standard, precedentemente inseriti dall'utente stesso.

6. GESTIONE RICOVERO

La fase di gestione del ricovero prevede lo svolgimento di diverse attività, di competenza alle diverse figure professionali:

- a) Inserimento Terapia (competenza medica);
- b) Somministrazione farmaci (competenza infermieristica);
- c) Rilevazione Parametri vitali (competenza infermieristica);
- d) Compilazione delle attività (competenza infermieristica);
- e) Compilazione diari (competenza medica ed infermieristica);
- f) Consultazione documenti paziente.

6.1 Farmacoterapia

Dalla sezione “**Ricerca ricoverati**” si può accedere alla sezione della “Farmacoterapia” in due modalità:

- Cliccando sull'icona **"S"** della farmacoterapia
- Cliccando 2 volte sul paziente desiderato si accede alla cartella di ricovero dello stesso. Il percorso da seguire è il seguente: menù **"Gestione ricovero"** → **"Farmacoterapia"**

[illegible]

Modalità di inserimento di una terapia

- clickare con il tasto destro del mouse in un punto qualsiasi della maschera;
- Apparirà il menù contestuale ;
- Cliccare una volta sulla voce **“Inserisci terapia”**.

La funzione “Inserisci Terapia” apre una maschera apposita dove, per inserire una terapia, il processo da seguire è uno fra i seguenti iter.

Iter # 1:

- Scelta del **“Tipo di somministrazione”** (endovenosa, orale, ecc.);
- Eventuale scelta di un'ulteriore specifica del tipo di somministrazione (es. per le endovenose se diluita o bolo)
- Selezione del farmaco / farmaci. Per effettuare questa operazione è possibile effettuare la ricerca secondo i filtri previsti tra cui: nome farmaco o sostanza.

Per inserire un farmaco all'interno della prescrizione sono possibili due alternative:

- i. Cliccare sul tasto “Aggiungi”, che compare accanto a ciascun farmaco risultato dalla ricerca di cui sopra;

- d. Dopo aver inserito il farmaco nella prescrizione, sul lato destro della maschera di inserimento, deve essere indicata la “**Quantità**” nell’apposito campo e l’”**Unità**” di misura della quantità (se diversa da quella proposta di default);
- e. Indicazioni di somministrazione:
 - i. Data di inizio della terapia (di default la data attuale);
 - ii. Eventuale velocità in caso di trattamenti per infusione continua o endovena;
 - iii. Gestione del residuo del liquido (con inserimento di un dettaglio, in fase di fine e sospensione) in caso di trattamenti per infusione;
 - iv. Durata della terapia;
 - v. Posologia: viene richiesta la programmazione della somministrazione della terapia. In particolare deve essere indicato se la somministrazione è **oraria**, quindi da effettuare ad orari prestabiliti, nei giorni prestabiliti; a **frequenza**, quindi ogni n ore o ogni n giorni; oppure al **bisogno**.
- f. Eventuali note in fase di somministrazione.

Iter # 2:

Selezionando il pulsante “Prescrizioni STD” (si veda il dettaglio nel punto 6.2 del documento) l’utente può ricercare tutte le prescrizioni standard che sono state salvate sul centro di costo su cui il paziente è ricoverato o su cui il paziente sta lavorando.

L’utente in fase di salvataggio di una prescrizione standard può spuntare un ulteriore filtro fra i seguenti:

- Antibiotica
- Chemioterapica
- Altro.

In fase di ricerca delle prescrizioni standard si può anche filtrare per il tipo di somministrazione.

Selezionando il pulsante “Carica “ presente nel risultato della ricerca delle prescrizioni standard viene caricata nella parte di dx della schermata la terapia che il medico vuole prescrivere per il paziente.

Il medico può procedere alla modifica di ogni componente editabile della terapia e procedere alla conferma della stessa per il paziente.

Iter # 3:

Selezionando il pulsante “Pacchetti” l’utente può ricercare tutti i pacchetti di terapia che sono stati salvati sul centro di costo su cui il paziente è ricoverato o su cui il paziente sta lavorando.

Selezionando il pulsante “Carica “ presente nel risultato della ricerca delle prescrizioni standard viene caricata nella parte di dx della schermata l’insieme delle terapie che il medico vuole prescrivere per il paziente (e che fanno parte del pacchetto).

Il medico può procedere alla modifica di ogni componente editabile delle terapie e procedere alla conferma delle stesse per il paziente.

Per concludere l’operazione di salvataggio delle terapie è necessario cliccare sul tasto “**Conferma**”.

Contestualmente viene visualizzato un alert che notifica l’avvenuto inserimento della/e terapia/e all’interno del piano terapeutico del paziente.

TERAPIA NUTRIZIONALE

La funzionalità consente l’inserimento di più terapie, al fine di raggrupparle in una terapia unica, pianificata secondo l’ordine di inserimento, associato alla singola terapia inserita.

Le modalità di inserimento sono analoghe a quanto descritto nel paragrafo precedente.

6.2 Somministrazione Farmaci

All'interno della maschera della Farmacoterapia verranno visualizzati i farmaci prescritti dal medico con la posologia e gli orari di somministrazione.

Nella parte di destra vengono indicati i farmaci prescritti, il principio attivo ed eventuali note indicate dal medico prescrittore. Tali terapie vengono raggruppate per tipologia di somministrazione e, la via di somministrazione indicata in corrispondenza della terapia.

Sul lato sinistro, sotto le fasce orarie vengono indicate le somministrazioni seguendo un codice colore, riportato di seguito:

- Bianco: terapia pianificata ancora da somministrare
- Arancione: terapia in atto (esempio per le infusionali continue)
- Verde: terapia somministrata;
- Rosso: terapia non somministrata

Per agire su una terapia prescritta, l'utente infermieri utilizza il tasto destro in corrispondenza della stessa. Tramite il menù sul tasto destro compariranno le seguenti funzioni:

- Somministrata: viene dato il somministrato ;
- Non somministrata: in tal caso viene chiesto un motivo da segnalare; mediante una linguetta a scomparsa è possibile visualizzare il motivo della mancata somministrazione;
- Inserisci nota: viene data la possibilità di inserire una nota sulla somministrazione del farmaco;
- Cambio sacca: tale funzione viene utilizzata nel caso delle infusioni continue per indicare il cambio della sacca.

Per tutte le funzioni sopra indicate viene data la possibilità di modificare la data e ora di somministrazione se diverse da quelle attuali; l'utente invece viene registrato in automatico.

6.3 Rilevazioni Parametri vitali

All'interno alla scheda riservata alla Farmacoterapia, di cui si è parlato nell'apposito paragrafo, nella parte inferiore è presente una sezione riservata alla rilevazione e alla memorizzazione dei parametri vitali.

La modalità di compilazione di questa sezione è duplice:

- a. Cliccare sulla voce 'TUTTI' per visualizzare l'elenco completo dei parametri vitali monitorabili ed andare ad inserire i valori su quelli di interesse;
- b. Eseguire un doppio clic su ciascun parametro vitale di interesse, inserendo opportunamente il valore riscontrato.

6.4 Compilazione delle attività

Un'ulteriore sezione della scheda relativa alla Farmacoterapia è popolata dalle attività infermieristiche, associate ai bisogni del paziente e precedentemente inserite all'interno dell'apposita sezione dedicata.

Anche in questo caso, ci sono due modalità di inserimento:

- a. Eseguire un doppio clic nella fascia temporale desiderata e attendere l'apertura dello slot che vi darà la possibilità di introdurre l'orario in cui avete eseguito tale attività;
- b. Fare un clic con il tasto destro del mouse e cliccare su esegui: si aprirà la stessa schermata precedentemente spiegata.

6.5 Gestione procedure terapeutiche

Una delle sezioni che compone la funzionalità “Farmacoterapia” permettono la gestione delle procedure terapeutiche composte da lesioni e presidi.

Le lesioni si suddividono in:

- Lesioni chirurgiche;
- Lesioni da decubito;
- Altra lesione.

I presidi si suddividono in:

- CVC;
- CVP;
- CA;
- CV;
- PEG;
- SNG;
- Tracheostomia;
- Tubo oro-trac;
- Flexiseal;
- Altro.

Sia i presidi che le lesioni possono gestire le medicazioni.

I presidi possono essere riposizionanti, rimossi e cancellati oltre al fatto di gestire il lavaggio e la coltura su di ognuno.

Sulle lesioni vi è la possibilità di rimuovere i punti, di indicare la lesione guarita e di cancellarla.

6.6 Gestione Richieste

La cartella di ricovero include una sezione dedicata all'invio di una richiesta in formato elettronico, al monitoraggio dell'avanzamento di stato della stessa e alla consultazione degli esiti clinici prodotti.

6.6.1 Inserimento Richieste

La funzione consente di inserire una richiesta per un esame da parte di un reparto sorgente abilitato: nella prima riga della scheda vengono riportate le generalità del paziente.

Individuato il paziente è necessario selezionare il servizio erogatore cui inviare la richiesta.

Le richieste informatizzate sul sistema One.Sys si possono richiedere verso i seguenti servizi erogatori:

- Laboratorio e microbiologia
- Medicina nucleare RIA
- Anatomia patologica
- Radiologia
- Medicina nucleare
- Cardiologia
- Ecodoppler
- Endoscopia
- Consulenze

- Presa in carico fisioterapica

Inserendo, per esempio, una richiesta alla Radiologia apparirà la seguente scheda:

The screenshot shows a web-based form for submitting a request to the Radiology department. The form is organized into several sections:

- Header:** 'Invio Richiesta a: RADIOLOGIA' with an 'Apri/Chiudi' button.
- Grado Urgenza:** A row of four buttons: 'Routine' (white), 'Urgenza differita' (green), 'Urgenza' (yellow), and 'Emergenza' (red). The 'Urgenza differita' button is currently selected.
- Prestazioni:** A section with a green 'Prestazioni' button and a text input field.
- Informazioni Cliniche:** A section with a green 'Informazioni Cliniche' button and several input fields:
 - 'Allergia nota ai Mezzi di Contrasto' with radio buttons for 'Sì, necessita di assistenza anestesilogica' and 'No'.
 - 'Presenza di Controindicazioni Relative' with radio buttons for 'Sì, sono presenti controindicazioni' and 'No, non sono presenti controindicazioni'.
 - 'Controindicazioni Relative' with a text input field.
 - 'Stato Paziente' with a dropdown menu.
 - 'Settimana di gravidanza' with a text input field.
 - 'Quarto Clinico' with a text input field.
 - 'Note' with a text input field.
- Dati Richiesta:** A section with a green 'Dati Richiesta' button and two text input fields: 'Medico Richiedente' (containing 'TEST DOTT. TEST') and 'Operatore Richiedente' (containing 'TEST DOTT. TEST').

- nella riga successiva viene riportato il grado di urgenza della richiesta che deve essere indicato dall'utente: di default viene indicato come grado di urgenza **"Routine"**.
- Sono presenti campi che devono essere compilati obbligatoriamente e sono evidenziati in verde, gli altri campi sono opzionali.

Per concludere l'inserimento di una richiesta è necessario cliccare sul tasto:

- **"Registra/Stampa"**: qualora sia necessario stampare anche la richiesta effettuata;
- **"Registra"**: il tasto consente di registrare quanto inserito nei campi;
- **"Chiudi"** qualora sia necessario annullare l'operazione effettuata.

6.6.2 Gestione della presa in carico fisioterapica

All'interno della schermata atta alla redazione delle richieste informatizzate, è presente la possibilità di inserire una richiesta di 'presa in carico fisioterapica', attraverso la cui compilazione da parte del medico di reparto, consente al fisiatra di valutare il caso e la conseguente presa in carico della richiesta da parte del fisioterapista.

6.6.3 Monitoraggio richieste

La sezione esami consente all'utente di visualizzare tutti gli esami che sono stati richiesti dal proprio reparto.

La maschera è strutturata in due sezioni, quali:

- la sezione superiore, **"Ricerca Esami"**, accoglie i campi e i filtri per effettuare una ricerca degli esami e consulenze che sono state effettuate dal proprio reparto. In questa sezione l'utente ha la possibilità di effettuare una ricerca secondo diversi campi disponibili quali:

- **Reparto Sorgente:** in questo caso il Reparto Sorgente rappresenta il reparto dal quale è stata fatta la richiesta, in questo caso è possibile cambiare il reparto cliccando sulla voce “Reparto Sorgente” e selezionando il reparto di interesse tra quelli che sono abilitati per l’utente.

Per effettuare una selezione è necessario:

1. per selezionare un reparto è possibile cliccare sul box corrispondente;
2. per selezionare più di un reparto è necessario tenere premuto il tasto CTRL sulla tastiera ed effettuare la selezione;
3. è possibile selezionare tutti i reparti abilitati cliccando sul tasto “**Seleziona tutti**” ed è altresì possibile deselectare tutti i reparti cliccando sul tasto “**Desel. tutti**”.

- **Servizi Destinatari:** questa funzione consente all’utente di selezionare i servizi destinatari degli esami o consulenze che sono state richieste dal reparto di interesse. Per la selezione sono previste le stesse modalità previste per il reparto sorgente.

- **Stato Richiesta:** gli stati della richiesta possibili sono:

- **Inviata**
- **Prenotata**
- **Accettata**
- **Prelevata**
- **Eseguita**
- **Refertata**
- **Annullata**
- **Tutte**

- **Range temporale:** è possibile impostare il range temporale per effettuare la ricerca degli esami e consulenze che sono state effettuate. In questo caso è possibile impostare la ricerca secondo i criteri:

- **“Da Data” “A Data”:** in questo caso è possibile effettuare una ricerca in un range temporale;
- **“Da Data”** in questo caso è possibile effettuare una ricerca relativa ad una singola data di interesse.

- **Cognome, Nome, Data di Nascita:** i tre campi consentono di effettuare una ricerca puntuale sulla base dei dati anagrafici del paziente.
- Impostati tutti i filtri per effettuare la ricerca è necessario cliccare sul tasto “**Applica**” oppure premere il tasto “Invio” sulla tastiera.
- È possibile cancellare quanto inserito nei campi relativi alla ricerca cliccando sul tasto “**Resetta Filtri**”.

b. la sezione inferiore, “**Worklist Esami**” permette di visualizzare gli esami.

- **Colonna informazioni:** cliccando sul tasto “Informazioni” è possibile ottenere informazioni in relazione agli esami che sono stati richiesti e il medico richiedente.
- **Colonna “Grado di Urgenza”:** in questo caso è possibile avere l’indicazione del grado di urgenza dell’esame. Dipendentemente dal colore associato all’esame è possibile da parte dell’utente riconoscere il grado di urgenza.

In questo caso il colore indica:

- **Bianco:** non urgenza
- **Giallo:** urgenza
- **Rosso:** emergenza
- **Verde:** urgenza differita.

6.6.4 Dati strutturati di laboratorio

La schermata accessibile dal menù Esami/Consulenze → Dati strutturati riporta tutti i risultati dei dati strutturati di laboratorio per le richieste inviate al servizio di Laboratorio, Biologia molecolare e Microbiologia che vengono effettuate durante la permanenza in ospedale del paziente.

Grazie ad una configurazione One.Sys Cartella Clinica di Ricovero è in grado di gestire dei raggruppamenti di esami singoli che il laboratorio esegue.

Per ogni analisi viene mostrato il nome, il range minimo e massimo per confrontare il risultato, il risultato e le note che il laboratorio può inserire per ogni esito.

Qualora il risultato non sia definitivo e quindi la richiesta a cui afferiscono i dati strutturati non è stata firmata digitalmente, la colonna che si riferisce alla richiesta viene colorata con sfondo grigio ad indicare la modalità provvisoria.

Nel momento in cui il referto viene firmato digitalmente viene archiviato sul repository il documento, aggiornato il dato strutturato e quindi eliminato lo sfondo grigio. Dal link posto nella data della richiesta si può accedere rapidamente al referto.

I dati strutturati possono essere filtrati per data e per tipologia: esami di laboratorio o di microbiologia, oltre ad indicare il seguente numero di richiesta da visualizzare: 5 (default), 10, tutte.

6.6.5 Dati strutturati di microbiologia

La schermata accessibile dal menù Esami/Consulenze → Dati microbiologia riporta l'esito degli esami di microbiologia indicando la data di invio della richiesta al Laboratorio, la data del referto, l'esame ed il materiale su cui è stato richiesto, l'eventuale germe trovato.

Qualora l'esito di una richiesta di microbiologia sia negativo, viene colorata di verde la riga corrispondente alla richiesta o di grigio nel caso in cui il risultato non sia definitivo.

Nel caso in cui venga trovato un germe, vengono mostrati nella parte di destra della schermata tutti gli antibiotici testati ed il relativo risultato: ceppo sensibile, ceppo resistente o risposta intermedia.

6.6.6 Visualizza Documenti Paziente

La visualizzazione dei documenti di un paziente è consentita all'utente in osservanza delle disposizioni sulla privacy. La voce "**Visualizza Documenti Paziente**", disponibile sul menù contestuale, collega la cartella di ricovero alla sezione Repository, ove risiedono tutti i documenti del paziente.

La pagina raccoglie tutti i documenti relativi al paziente: per la visualizzazione di un documento è necessario cliccare sul tasto corrispondente situato nella prima colonna della pagina. Cliccando sul tasto evidenziato si apre la pagina che permette all'utente di visualizzare il documento.

Per chiudere la visualizzazione è necessario cliccare sul tasto "**Chiudi documento**".

6.7 Diari

6.7.1 Diario infermieristico ed epicrisi infermieristica

Il “Diario infermieristico” può essere compilato solo dal personale infermieristico e può essere consultato da tutto il personale sanitario che ha accesso a One.Sys Gestione Cartella di ricovero.

6.7.2 Accesso al Diario infermieristico e all’epicrisi infermieristica

Dalla sezione “**Ricerca ricoverati**” si può accedere ai Diari in due modalità:

- Cliccando sull'icona “**D**” per accedere alla compilazione
- Cliccando due volte sul paziente desiderato si accede alla cartella di ricovero dello stesso. Il percorso da seguire è il seguente: menù “**Gestione ricovero**” → “**Diario Infermieristico**”

6.7.3 Consultazione Diari infermieristici e dell’epicrisi infermieristica

All’accesso nella sezione corrispondente, viene mostrata una schermata divisa in due:

- nella prima parte denominata “Diario Infermieristico” vi è l’elenco dei diari inseriti, in ordine cronologico a partire dal più recente;
- nella seconda parte denominata “Epicrisi” vi è l’elenco dei diari di epicrisi infermieristica inseriti, in ordine cronologico a partire dal più recente.

La visualizzazione dei diari è strutturata in diverse colonne che rendono chiara la consultazione indicando diverse informazioni relative all’avvenuta compilazione.

6.7.4 Compilazione del Diario infermieristico

Dopo aver effettuato l’accesso al Diario infermieristico è possibile procedere con la compilazione dello stesso.

Per la compilazione del Diario infermieristico è necessario:

- Cliccare con il TASTO DESTRO del mouse in un punto qualunque della maschera all’interno della sezione “Diario Infermieristico”;
- Cliccare sulla voce “**Inserimento Diario**” . In questa fase è possibile visualizzare il reparto giuridico del paziente, attraverso una apposita colonna.
- Cliccando sulla voce indicata apparirà la finestra nella quale i campi obbligatori nella compilazione sono la “**Data evento**” e l’“**Ora evento**”.
- Per la compilazione è presente un **campo note**. Esso può essere compilato normalmente dall’utente oppure tramite l’utilizzo dei testi standard. Da parte dell’utente è possibile preparare una serie di testi standard e salvarli al fine di rendere il più veloce ed agevole possibile la compilazione del Diario.
- Per concludere l’operazione è sempre necessario cliccare sul tasto “**Registra**”.

Dopo aver concluso l’operazione di inserimento del Diario infermieristico lo stesso inserimento verrà visualizzato nell’elenco dei diari inseriti all’interno della sezione “Diario Infermieristico”, in ordine cronologico dal più recente al più vecchio.

6.7.4 Compilazione dell’epicrisi infermieristica

Dopo aver effettuato l’accesso al Diario infermieristico è possibile procedere con la compilazione dell’epicrisi infermieristica.

Per la compilazione dell’epicrisi infermieristica è necessario:

- a. Cliccare con il TASTO DESTRO del mouse in un punto qualunque della maschera all'interno della sezione "Epicrisi";
- b. Cliccare sulla voce "**Inserimento Epicrisi**". In questa fase è possibile visualizzare il reparto giuridico del paziente, attraverso una apposita colonna.
- c. Cliccando sulla voce indicata apparirà la finestra nella quale i campi obbligatori nella compilazione sono la "**Data evento**" e l'"**Ora evento**".
- d. Per la compilazione è presente un **campo note**. Esso può essere compilato normalmente dall'utente oppure tramite l'utilizzo dei testi standard oppure utilizzando il pulsante "Ultima epicrisi" (la funzione consente di inserire il testo inserito nell'ultima epicrisi da parte dell'utente e modificarlo). Da parte dell'utente è possibile preparare una serie di testi standard e salvarli al fine di rendere il più veloce ed agevole possibile la compilazione della nota di diario relativa all'epicrisi.
- e. Per concludere l'operazione è sempre necessario cliccare sul tasto "**Registra**".

Dopo aver concluso l'operazione di inserimento del Diario infermieristico lo stesso inserimento verrà visualizzato nell'elenco dei diari inseriti all'interno della sezione "Epicrisi", in ordine cronologico dal più recente al più vecchio.

6.7.5 Modifica Diari ed epicrisi

La modifica del diario è consentita di default nel rispetto delle seguenti condizioni:

- a. SOLO ed ESCLUSIVAMENTE all'utente che ha inserito il diario;
- b. ENTRO le 12 ore successive all'inserimento del diario

Tali condizioni vanno concordate con l'Amministrazione aziendale.

A patto che le condizioni suddette siano rispettate è possibile effettuare una modifica del diario inserito:

- a. Al campo testuale che accoglie il contenuto del diario
- b. "Data evento" ovvero la data di verifica dell'evento di riferimento
- c. "Ora evento" l'orario al quale l'evento si è verificato.

Per fare una modifica è necessario cliccare con il TASTO DESTRO del mouse in un punto qualunque della maschera del Diario Infermieristico e, successivamente, cliccare sulla voce "**Modifica Diario**".

6.7.6 Cancella Diari ed epicrisi

È consentita la cancellazione di un diario in osservanza delle seguenti condizioni:

- a. SOLO ed ESCLUSIVAMENTE all'utente che ha inserito il diario;
- b. Fino a fine ricovero.

Tali condizioni vanno concordate con l'Amministrazione aziendale.

Cliccando sulla voce "**Cancella Diario**" appare la finestra dove deve essere indicata la motivazione della cancellazione.

Il diario che è stato cancellato appare, nell'elenco dei diari infermieristici del paziente, **oscurato** (la riga che contiene il diario viene colorata di **GRIGIO**).

6.7.7 Stampa Diari ed epicrisi

L'utente ha la possibilità di stampare i diari inseriti secondo diversi criteri:

- a. Stampare i diari inseriti "**Da data a data**" ovvero ha la possibilità di stampare i diari con riferimento ad un range temporale relativo al ricovero;
- b. Stampare i diari relativi ad un paziente relativi all'intero ricovero ovvero "**Tutto ricovero**";
- c. Stampare i diari relativi al "**Reparto corrente**" (questo in caso il ricovero avesse subito dei trasferimenti).

6.7.7.1 Stampa Diario ed epicrisi da Data a Data

Cliccando sulla voce “**Stampa Diario da Data A Data**” del menù sul tasto destro, appare la seguente finestra attraverso la quale è possibile effettuare una selezione temporale con riferimento al periodo di ricovero del paziente per la stampa dei diari.

Periodo di ricovero	
Data Inizio	26/07/2012
Data Fine	26/07/2012
<div>OK</div> <div>Annulla</div>	

Dopo aver indicato le date di riferimento, per confermare l’operazione è sufficiente cliccare sul tasto **OK**. A questo punto viene presentata una anteprima di stampa da cui è possibile procedere alla stampa del documento stesso.

6.7.7.2 Stampa Diario ed epicrisi Tutto Ricovero

Con questa funzionalità l’utente ha la possibilità di stampare tutti i diari infermieristici relativi all’intero periodo di ricovero del paziente.

6.7.7.3 Stampa Diario ed epicrisi del Reparto Corrente

Questa funzione consente di stampare tutti i diari relativi ad un paziente inseriti in un reparto: in caso di **trasferimento** del paziente in più reparti può essere utile consultare i diari inseriti in uno specifico reparto.

6.7.8 Passaggio di consegne

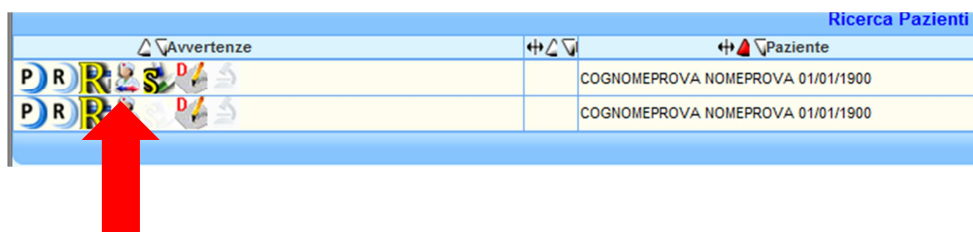
È la funzione attraverso la quale il personale infermieristico ha la possibilità di comunicare ai colleghi del turno successivo le informazioni fondamentali per la conoscenza dello stato del paziente.

Tale funzione è configurabile in base alle esigenze.

6.7.8.1 Accesso alla scheda di Passaggio di consegne

Per accedere alla scheda riepilogativa delle informazioni basilari del paziente è necessario

1. Accedere dal menù contestuale alla maschera “**Ricerca Ricoverati**”;
2. Cliccare sull’icona che si trova nell’**elenco pazienti**;



3. Questa è la maschera del passaggio di consegne.

Il passaggio di consegne è una maschera che consente al personale infermieristico di comunicare alle colleghe del turno successivo le informazioni necessarie e fondamentali sui pazienti.

La maschera in esame è configurabile sulla base delle esigenze manifestate dal reparto.

La maschera è strutturata in due schede:

- a. **Diari/Worklist/Rilevazioni**
- b. **Medicazioni/Procedure/Obiettivi/Scale.**
- c. **Diari/Worklist/Rilevazioni**
- d. **Medicazioni/Procedure/Obiettivi/Scale.**

Questa scheda accoglie diverse sezioni, quali:

- MOTIVO DEL RICOVERO;
- DIARIO INFERMIERISTICO: vengono riportati i diari infermieristici inseriti nelle ultime 24 ore;
- DIARIO MEDICO: vengono riportati i diari medici inseriti nelle ultime 24 ore;
- WORKLIST ESAMI;
- PARAMETRI VITALI;
- ALLERGIE/INTOLLERANZE/REAZIONI AVVERSE/POSITIVITA'.

6.7.9 Diario Medico ed epicrisi medica

Il “Diario Medico” può essere compilato solo dal personale medico e può essere consultato da tutto il personale sanitario che ha accesso a One.Sys Gestione Cartella di ricovero.

6.7.10 Accesso al Diario Medico e all’epicrisi medica

Dalla sezione “**Ricerca ricoverati**” si può accedere ai Diari in due modalità:

- a. Cliccando sull'icona “**D**” per accedere alla compilazione
- b. Cliccando 2 volte sul paziente desiderato si accede alla cartella di ricovero dello stesso. Il percorso da seguire è il seguente: menù “**Gestione ricovero**” → “**Diario Medico**”

6.7.11 Consultazione Diari Medici ed epicrisi medica

Vedi procedura descritta nel paragrafo ‘Consultazione Diari Infermieristici’.

6.7.12 Compilazione del Diario Medico ed epicrisi medica

Vedi procedura descritta nel paragrafo ‘Compilazione Diario Infermieristico’.

6.7.13 Compilazione dell’Epicrisi medica

Vedi procedura descritta nel paragrafo ‘Compilazione dell’epicrisi infermieristica’.

6.7.14 Modifica Diari ed epicrisi medica

Vedi procedura descritta nel corrispondente paragrafo all’interno del capitolo Diari Infermieristici.

6.7.15 Cancella Diari ed epicrisi medica

Vedi procedura descritta nel corrispondente paragrafo all’interno del capitolo Diari Infermieristici.

6.7.16 Stampa Diari ed epicrisi medica

Vedi procedura descritta nel corrispondente paragrafo all’interno del capitolo Diari Infermieristici.

6.7.16.1 Stampa Diario ed epicrisi medica da Data a Data

Vedi procedura descritta nel corrispondente paragrafo all’interno del capitolo Diari Infermieristici.

6.7.16.2 Stampa Diario ed epicrisi medica Tutto Ricovero

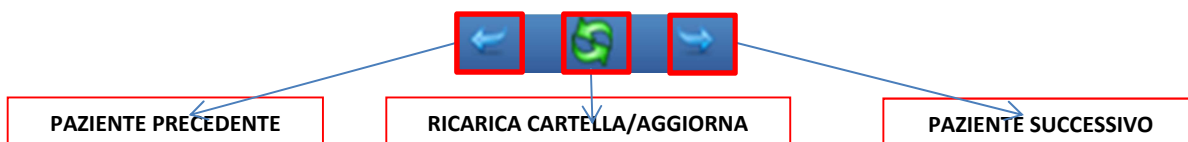
Vedi procedura descritta nel corrispondente paragrafo all’interno del capitolo Diari Infermieristici.

6.7.16.3 Stampa Diario ed epicrisi medica del Reparto Corrente

Vedi procedura descritta nel corrispondente paragrafo all’interno del capitolo Diari Infermieristici.

6.7.16.4 Sfoglia

Per consentire una migliore visualizzazione dei Diari sono stati previsti i seguenti tasti (che si trovano nella parte in alto a destra della cartella paziente):



Questa funzione consente di passare dalla consultazione del Diario Infermieristico di un paziente a quello del paziente successivo in base **all’ordinamento dei pazienti scelto dall’utente nella maschera “Ricerca Ricoverati”**: se, per esempio, l’utente avesse deciso di visualizzare la lista pazienti ricoverati per “Paziente” ovvero per cognome e nome, nella consultazione dei Diari si passerebbe al paziente successivo in ordine alfabetico.

6.7.17 Gestione dieta

L’accesso per la gestione delle diete è consentito direttamente dal diario infermieristico oppure dal Menù Gestione Ricoveri.

L’operatore ha la possibilità di inserire una nota descrittiva, relativa alla dieta in carico o da seguire per il paziente.

Così come descritto precedentemente per i diari è consentita la visualizzazione di tutte le note inserite, attraverso apposite worklist.

6.7.18 Gestione diari

Diari Specialistici

Oltre al Diario Infermieristico ed a quello Medico, sono presenti altre due tipologie di diari specialistici:

- Diario Riabilitativo, dedicato al personale fisioterapisti e logopedisti; questo presenta come per il diario medico ed infermieristico la possibilità di gestire l'epicrisi.
- Diario Dietistico, dedicato al personale dietiste.

Entrambi, differenti per specialità trattate, prevedono le stesse funzionalità dei Diari Infermieristico e Medico, sopra descritte.

Overview Diari

La sezione inerenti ai Diari presenta una schermata dedicata alla sintesi dei diari di interesse per l'utente che si autentica al sistema.

L'utente può inserire un filtro temporale entro cui visualizzare i diari inerenti le propria specialità, con la possibilità di visualizzare il diario redatto da un'altra figura professionale.

6.8 Consultazione documenti paziente

Tale funzione permette agli utenti del reparto di consultare, per i pazienti che hanno in carico, tutti i documenti messi a disposizione e condivisi dai vari applicativi presenti nella realtà ospedaliera (esempio: referti di radiologia, laboratorio, lettere di dimissione, ecc.).

7. CHIUSURA RICOVERO

La sezione del menù dedicata alla chiusura del ricovero è destinata ad accogliere le funzioni necessarie per la chiusura del ricovero del paziente:

- a. Lettera di dimissioni
- b. Lettera prosecuzione ricovero
- c. Terapia domiciliare
- d. Stampa della cartella
- e. Lettera di trasferimento
- f. Segnalazione di decesso
- g. Verifica completezza e conformità

7.1 Lettera di dimissioni

La lettera di dimissioni deve essere compilata dal personale medico per poter dimettere il paziente.

Le modalità di accesso alla scheda sono due:

- a. Menù contestuale **“Ricerca Ricoverati”** → cliccare due volte con il mouse sul nome del paziente che si intende dimettere → menù **“Chiusura Ricovero”** → **“Lettera di dimissioni”**.
- b. Menù contestuale **“Ricerca Ricoverati”** → cliccare sull'icona della lettera → Accesso alla lettera di dimissioni.

7.1.1 Compilazione della lettera di dimissioni

La maschera che si presenta è articolata in due sezioni:

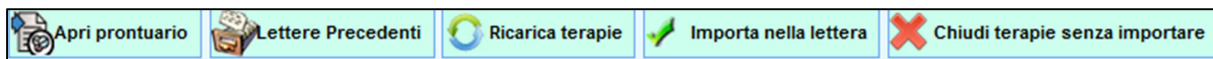
- a. La sezione di sinistra di compilazione;
- b. La sezione di destra di aiuto alla compilazione con riportate le informazioni più rilevanti relative al ricovero inserite in precedenza.

SEZIONE SINISTRA

Nella parte in alto di questa sezione sono riportati alcuni dati relativi al ricovero del paziente, tra cui la data di ricovero, i trasferimenti, e la diagnosi alla dimissione. Sotto sono riportati ulteriori campi informativi da compilare in fase di dimissione, tra questi: il **“Decorso Clinico”**, **“Trattamenti e/o procedure eseguite”**, le **“Condizioni del paziente”**, la **“Terapia domiciliare”** ed altre.

Ogni campo di questa sezione è compilabile a mano dall'utente oppure tramite l'uso dei testi standard.

In particolare, nella sezione di compilazione della **“Terapia Domiciliare”**, ci sono alcune funzioni per renderne più rapido l'inserimento:



- a. **Apri Prontuario**: il tasto consente di accedere al prontuario dei farmaci per effettuare l'inserimento;
- b. **Lettere precedenti**: il tasto consente di aprire le prescrizioni effettuate nelle lettere di dimissioni precedenti del paziente e di importare terapie già prescritte;
- c. **Ricarica Terapie**: Il tasto consente cancellare tutti i farmaci inseriti nella lista;
- d. **Importa nella lettera**: permette, dopo aver effettuato l'inserimento dei farmaci per la terapia domiciliare, di importare tali prescrizioni nella lettera.

SEZIONE DESTRA

Riporta, suddivisa in sezioni, le informazioni rilevanti del ricovero ed utili in fase di dimissione; una di esse, ad esempio, è un riepilogo della Anamnesi, contenente alcuni campi di essa. Da questa sezione è possibile importare alcune informazioni nella sezione di sinistra al fine di rendere più agile la compilazione della lettera di dimissioni.

Alla fine del processo di redazione della lettera, l'utente ha la possibilità di:

1. **Registrare** la lettera, ovvero salvare quanto inserito all'interno e firmarla in un secondo momento. In questo modo il medico ha la possibilità di preparare la lettera di dimissioni del paziente prima della data di dimissioni e firmarla nella data dell'uscita del paziente;
2. **Firmare digitalmente**: in questo caso è necessario, dopo aver concluso la compilazione della lettera cliccare sul tasto **"Firma"** e digitare il PIN code della smart card.

Il tasto **"Stampa"** consente al personale del reparto di stampare la lettera di dimissione del paziente appena redatta.

7.1.2 Consultazione Verbale Operatorio

Per i reparti chirurgici è disponibile una funzionalità aggiuntiva all'interno della Lettera di Dimissione, ovvero la possibilità di consultare le informazioni principali del Verbale Operatorio mediante l'integrazione con il software OrmaWeb.

Le informazioni sono consultabili nella sezione destra della Lettera di Dimissione, selezionando il tab 'Verbale Operatorio'.

Le informazioni disponibili riguardano la diagnosi, la descrizione dell'intervento effettuato, le singole procedure e l'atto chirurgico che compongono l'intervento, le profilassi adottate, l'equipe medica, la terapia antitrombotica somministrata, l'anestesia effettuata e le tempistiche riguardanti l'intervento.

Richieste	Dati Lab.	Anamnesi	Refert Strumentali	Referti Cons.
Lettere Precedenti		Verbale Operatorio		
DIAGNOSI				
Descrizione	715.15 - ARTROSI LOCALIZZATA PRIMARIA, ANCA			
Note	coxartrosi			
INTERVENTO				
Descrizione	ARTROPROTESI D'ANCA			
Note	tmt+cls			
PROCEDURE				
61.51 - SOSTITUZIONE TOTALE DELL'ANCA				
00.77 - SUPERFICIE DI APPOGGIO DELLA PROTESI D'ANCA, CERAMICA SU POLIETILENE				
ATTO CHIRURGICO				
Paziente in decubito laterale con presidi antidecubito. Preparazione del campo sterile con set monouso. Uso di caschi sterisshield. Cambio guanti dell'equipe ogni 20 minuti e prima del posizionamento delle componenti definitive. Per via posterolaterale si incide la cute per circa 8-10cm. Incisione della fascia in linea con la cute. Distacco degli estrattori a filo di inserzione. Lussazione della testa femorale che appare degenerata. Osteotomia del collo mantenendo circa 10 mm di collo. Preparazione del cotele con fresa emisferiche crescenti. Si implanta cotele non cementata Zimmer Trilogy tmt 52. Insetto polietilene spalletta 10° 32 mm. Preparazione del femore con raspe crescenti, si raggiunge la misura pianificata. Prove di stabilità. Impianto di stelo definitivo non cementato Zimmer CLS 125 11. Nuove prove di stabilità ed impianto di testa ceramica 32 L. Test di stabilità. Bene. Sutura per strati. Posizionamento di drenaggi (2). Chiusura della cute con graffette metalliche. Medicazione sterile.				
TERAPIA ANTITROMBOTICA				
Eseguita				
PROFILASSI ANTIBIOTICA				
Eseguita				
EQUIPE MEDICA				
Primo chirurgo	LUIGIO VECCHIO			
Altri chirurghi	ROBERTO CARLO BRILLIO			
Anestesisti	ROBERTO CARLO			
Strumentisti	ROBERTO CARLO			
Infermieri	DE STEFANO OTTAVIO			
Infermieri anestesia	ROBERTO CARLO			
TIPOLOGIA ANESTESIA				
ALR SUBARACNOIDEA				
TEMPI PROCEDURE				
Ingresso Pre Sala	11/12/2014 07:10			
Preparazione Anestesia	11/12/2014 07:20			
Ingresso in Sala	11/12/2014 07:55			
Termin Anestesia	11/12/2014 07:35			

7.2 Lettera prosecuzione ricovero

La lettera di prosecuzione del ricovero ha una struttura analoga alla lettera di dimissione.

Questa funzionalità è utilizzata per gestire i pazienti, che vengono dimessi in attesa degli esiti di terapie e/o esami strumentali.

In questa modalità, è possibile altresì associare i farmaci del primo ciclo di terapia domiciliare.

7.3 Terapia Domiciliare

Questa funzione permette di consultare i farmaci che sono stati prescritti dal medico e inseriti nel primo ciclo di terapia del paziente e di stampare il relativo modulo indicato dalla Direzione Aziendale.

7.4 Stampa Cartella

La stampa della cartella consente di stampare tutti i documenti relativi alla cartella clinica del ricovero del paziente che sono stati concordati e approvati con la direzione dell'azienda.

7.5 Lettera di trasferimento

Questa funzionalità consente al medico di motivare clinicamente il trasferimento di un assistito tra due reparti.

All'interno della scheda dedicata, risultano da compilare i seguenti campi:

- Diagnosi di primo ricovero;
- Diagnosi al momento del trasferimento;
- Motivo del trasferimento;
- Accertamenti e terapie mediche (compilazione automatica, con i dati inseriti durante il ricovero);
- Terapie in corso (compilazione automatica, con i dati inseriti durante il ricovero).

I campi di data e ora sono proposti in modo automatico dal sistema, modificabili dal medico.

7.6 Segnalazione di decesso

Da questa funzionalità il medico che constata il decesso del paziente potrà procedere alla compilazione delle informazioni presenti nel "MOD. 180 Segnalazione di decesso" indicando quanto segue:

- la data ed ora della morte che sono obbligatori;
- può segnalare inoltre una fra le seguenti informazioni non obbligatorie:
 - portatore pace maker
 - a disposizione dell'autorità giudiziaria
 - richiesto riscontro diagnostico
 - affetto da malattia infettiva diffusiva
 - morte improvvisa (osservazione 48 ore)

L'utente medico avrà la possibilità di registrare e/o firmare digitalmente il modulo sopra descritto.

A seguito della compilazione del modulo di segnalazione di decesso sul diario medico verrà inserita automaticamente una nota riportante la constatazione di decesso impostando i campi del diario nel modo seguente:

- Data e ora Evento = Data e ora di decesso inseriti sul modulo di "Segnalazione di Decesso";
- Utente = Medico che ha registrato/firmato la "Segnalazione di Decesso";
- Testo Diario Clinico = la frase da inserire all'interno del diario medico nei casi di inserimento della segnalazione di decesso è: "Si constata il decesso il giorno GG/MM/AAAA alle ore hh:mi".

Ogni modifica di data e/o ora al modulo di segnalazione di decesso comporterà:

- una modifica alla nota di diario precedentemente inserita in automatico se l'utente medico che modifica il modulo è sempre il medesimo.
- L'inserimento di una nuova nota di diario medico nel caso in cui il medico che modifica il modulo di segnalazione di decesso fosse differente dall'utente che ne ha effettuato l'inserimento; i criteri di compilazione dei campi di questa nuova nota seguono quanto descritto nel paragrafo precedente. Questo nuovo inserimento comporterebbe la cancellazione della nota di diario precedentemente inserita a fronte dell'inserimento del modulo di Segnalazione di decesso.

Nel Diario infermieristico, in fase di compilazione del diario tramite la funzionalità “Inserisci Diario”, nel caso in cui il paziente risulti deceduto ed il medico abbia compilato la “Segnalazione di Decesso”, all’infermiere comparirà il seguente alert:

“Il paziente <COGNOME> <NOME> è deceduto in data <DATA> alle ore <ORE>. Si vuole inserire una nota di diario riferita a tale evento?”

Selezionando il pulsante “SI”, verranno precompilati i seguenti campi come indicato:

- Data e Ora Evento = Data e Ora di decesso inserite dal medico sul modulo “Segnalazione di Decesso”;
- Testo diario infermieristico = riporta la seguente dicitura: “Constatato il decesso il giorno gg/mm/aaaa alle ore hh:mi da parte del medico xxxxxxxx”.
- Il testo del diario infermieristico è modificabile da parte dell’infermiere che lo sta compilando.
- Selezionando il pulsante “NO” l’infermiere avrà la possibilità di procedere con la normale compilazione di una nuova nota di diario.

7.7 Verifica completezza e conformità

Tale schermata è suddivisa nelle seguenti due sezioni:

- Modulistica
- Elenco richieste.

Nella parte della modulistica sono elencati tutti i moduli A obbligatori ed a seguire i moduli B e C (facoltativi) che sono stati compilati durante la degenza.

Ogni modulo ha davanti al proprio nome un semaforo con i seguenti colori e significati:

- Rosso: indica che il modulo A non è stato compilato durante la degenza;
- Verde: indica che il modulo A, B o C è stato compilato.

Nella sezione “Elenco richieste” vengono elencate tutte le richieste in stato diverso da cancellato che il paziente ha effettuato durante il ricovero; il semaforo verde indica che la richiesta è stata refertata e firmata digitalmente, in caso contrario il semaforo sarà rosso.

Questa videata è una fotografia dello stato di compilazione della modulistica del paziente ricoverato, pertanto è in sola lettura.

Sono presenti al fondo della pagina i seguenti pulsanti:

- “Stampa cartella”: che permetterà all'utente di creare l'anteprima della stampa della cartella del paziente con la possibilità di procedere alla stampa della stessa.
- “Stampa cartella e referti”: con questo pulsante l'utente potrà stampare sia la cartella che tutti i referti firmati digitalmente che afferiscono alle richieste effettuate durante il ricovero.

8. FUNZIONALITÀ CORRELATE

8.1 Inserimento di un testo standard

Il tasto qui riportato



consente di inserire testi standard precedentemente salvati: questa funzione consente di minimizzare i tempi di stesura dei testi e assicura praticità nell'uso.

Cliccando su questo tasto si apre una finestra dove è possibile effettuare una ricerca del testo standard secondo diversi criteri:

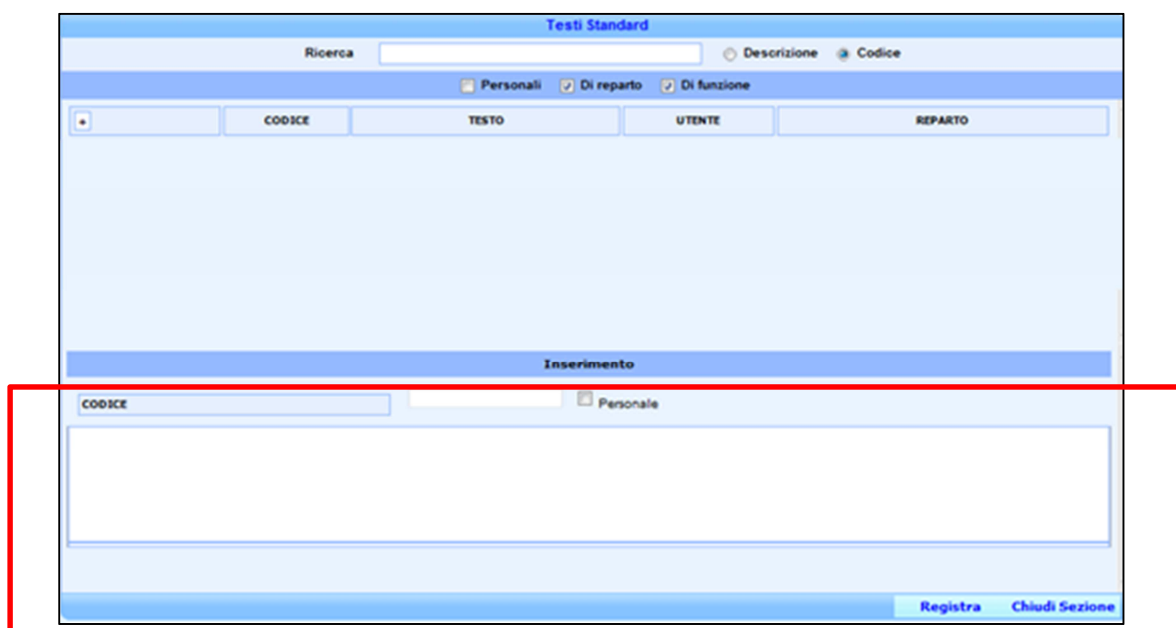
- Per **“Descrizione”**: è possibile digitando una o più parole inserite nel testo trovare il testo richiesto;
- Per **“Codice”**: in questo caso è possibile effettuare una ricerca sulla base del codice associato al testo standard.



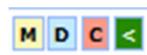
La seconda riga consente di inserire dei filtri di ricerca: di default quando si clicca sul tasto descritto vengono visualizzati i testi **“Di Reparto”** e **“Di Funzione”**.

Ogni utente ha la possibilità di inserire testi standard personalizzati: per eseguire questa operazione è necessario:

- cliccare sul tasto **“+”** evidenziato nella figura;
- apparirà una sezione per l'inserimento del testo standard: è necessario inserire una **“Codice”** identificativo che consente una migliore identificazione del testo stesso nel momento dell'inserimento: qualora si tratti di un testo **“Personale”** è necessario cliccare sul box previsto;
- inserire il testo nello spazio previsto;
- per concludere l'operazione è necessario cliccare su **“Registra”**.



Ci sono una serie di tasti per gestire i testi standard:



- M** MODIFICA: è possibile apportare modifiche ai testi standard registrati.
 - D** DUPLICA: con riferimento a questo tasto è possibile duplicare il testo standard di riferimento e associarvi un codice di riferimento.
 - C** CANCELLA: con riferimento a questo tasto è possibile cancellare il testo standard di riferimento.
 - <** INSERISCI: questo tasto consente di inserire il testo standard di riferimento.
- Per concludere l'operazione è necessario cliccare sul tasto **“Registra”**.

8.1.1 Inserimento di un testo standard presente nell'elenco salvati

È possibile effettuare una ricerca del testo standard che si intende inserire secondo diversi criteri:

- a. Per **“Descrizione”**: è possibile digitando una o più parole inserite nel testo trovare il testo richiesto;
- b. Per **“Codice”**: in questo caso è possibile effettuare una ricerca sulla base del codice associato al testo standard.
- c. La seconda riga consente di inserire dei **filtri di ricerca**: di default quando si clicca sul tasto descritto vengono visualizzati i testi **“Di Reparto”** e **“Di Funzione”**.
- d. L'utente ha la possibilità di salvare una serie di testi **“Personalizzati”**: la modalità da seguire per l'inserimento dei testi è quella descritta nel paragrafo precedente denominato **“a”** dove viene spiegato come inserire un testo per la prima volta. Di default il filtro di ricerca è collocato su **“Di reparto”** e **“Di funzione”**.

8.2 Inserire una prescrizione standard

- a. Dopo aver effettuato la prescrizione di una terapia è possibile da parte del personale medico salvare la stessa per poterla usare in altre prescrizioni terapeutiche.
Per effettuare tale operazione è necessario cliccare sul tasto **“Prescrizioni STD”** che si trova nella parte bassa della maschera.
- b. Cliccando sul tasto suddetto apparirà la finestra dove è possibile scegliere il **“Reparto da associare”** nella prima riga della finestra

- c. È necessario associare alla prescrizione effettuata una **“Descrizione”** ovvero un codice attraverso il quale la prescrizione possa essere riconosciuta agevolmente per un futuro inserimento all'interno del piano di terapia di un paziente.
- d. La terza riga della finestra consente di attribuire alla prescrizione un filtro per agevolare la ricerca della stessa da parte del personale medico: è possibile infatti categorizzarla come **“Altro”**, **“Antibiotica”** o **“Chemioterapica”**.

- e. Per concludere l'operazione è necessario cliccare sul tasto **"Registra"**.

9. PROGETTO M.E.T.

Se durante la compilazione, da parte dell'operatore di reparto, vengono rilevati dalla funzionalità "Farmacoterapia" della cartella di un paziente almeno due parametri Metal critici il sistema One.Sys avvisa l'utente del rischio, ai fini di attivare la procedura metal.

Nel caso in cui venga soddisfatta la condizione sopra indicata, il sistema mostra all'utente, a rilevazione avvenuta, il seguente alert: "ATTENZIONE SONO PRESENTI PIU' PARAMETRI GIALLI, CHIAMARE IL MEDICO DI REPARTO, O IN SUA ASSENZA IL RIANIMATORE."

9.1 Cartellino M.E.T.

Il cartellino M.E.T. viene compilato dal personale della rianimazione.

Il cartellino M.E.T. contiene le seguenti informazioni (i campi evidenziati in rosso sono da intendersi come obbligatori):

Paziente: cognome, nome, sesso, data nascita, età in anni (pre impostati dal sistema e non modificabili);

Data ricovero (preimpostato dal sistema e non modificabile se il paziente è ricoverato);

Numero cartella (se il paziente è ricoverato, il campo deve essere pre-compilato dal sistema e non può essere modificabile);

Sede della chiamata: indicazione del reparto in cui il paziente è ricoverato giuridicamente ed assistenzialmente (pre-compilato dal sistema e non può essere modificabile)

Per i pazienti non ricoverati, riportare il campo luogo provenienza chiamata, il quale deve essere formato dalle seguenti possibilità: portineria, corridoio, laboratorio analisi, cappella, bar, radiologia;

Tempi e composizione M.E.T.

Data di intervento

Ora di chiamata

Ora di arrivo M.E.T./inizio intervento.

Ora di rientro M.E.T./ fine intervento.

Durata missione: calcolata dal sistema

Nome del medico

Nome dell'infermiere

Possono essere presenti entrambi o almeno uno dei due. L'utente che compilerà la scheda sarà automaticamente identificato dal sistema).

Queste informazioni devono avere la possibilità di essere ripetute nelle eventuali rivalutazioni successive per cui il paziente è rivedibile.

Devono permettere il calcolo del tempo dedicato dagli operatori di rianimazione fuori dal reparto di propria competenza.

Tali informazioni devono essere contenute sia sulla stampa che sulla scheda in visualizzazione modifica. Bisogna tenere conto che la modifica del cartellino M.E.T., e quindi la rivedibilità, può essere effettuata entro 24 ore dalla prima registrazione.

Trascorse tali ore, il medico deve inserire un'altra scheda M.E.T. in quanto come da procedura dovrà ricevere una, eventuale, altra chiamata.

Presenti sul posto (campo a scelta multipla)

Provenienza M.E.T.

Procedura di chiamata corretta: campo tabellato formato dalla possibile risposta SI, NO e con in più un campo testuale per indicare la motivazione

Motivo della chiamata

Oltre alle attuali indicazioni presenti nella scheda, bisogna aggiungere tra la voce "Coma" e la voce "Ostruzioni vie aeree" le seguenti:

- valutazione pre/post operatoria
- richiesta accesso venoso
- sedazione per CVC
- sedazione per PTCA
- sedazione per lussazione
- Altro, con in aggiunta un campo di testo libero

Interventi: aggiungere nella scelta la voce NULLA per ogni colonna (A.Vie aeree, B. respirazione...).

Accanto ad ogni voce, come per esempio "Cannula faringea", l'utente della rianimazione dovrà poter indicare se tale attività è stata effettuata prima dell'arrivo del M.E.T. (quindi dagli utenti del reparto) e/o effettuata dal M.E.T.

In base a tale indicazione, potrà accadere che un intervento sia stato effettuato sia dagli utenti del reparto che dal rianimatore.

Evoluzione: prima della voce 'Altro', aggiungere queste due possibilità di scelta:

- Inserito in Outreach C. Care, si attiva quanto viene deciso di utilizzare sia risorse umane che tecnologiche del reparto di rianimazione;
- Rivedibile.

Il campo Evoluzione avrà sempre e solo una scelta abilitata; tranne nei seguenti casi:

- quando si passa dallo stato rivedibile ad un altro;
- quando si passa dallo stato ccor ad un altro.

In tali situazioni bisognerà tenere traccia di entrambe le informazioni.

Nelle condizioni in cui un paziente non ha un ricovero aperto, non verrà gestita la rivedibilità, mentre verrà gestita per i ricoveri e gli accessi di PS.

Il campo CCOR, invece, è riferito sempre e solo a paziente ricoverato.

Se in evoluzione viene indicata la scelta di CCOR, dovrà essere sempre aperta la scheda M.E.T., la compilazione del diario ed in più dovrà aprirsi la scheda di Outreach.

A seguito della compilazione del cartellino M.E.T. il sistema aprirà la pagina di inserimento del diario (medico o infermieristico) a seconda se l'utente che sta compilando la scheda è un medico o un infermiere.

Se il paziente viene indicato come rivedibile, la scheda M.E.T. può essere rivalutata ogni volta che ci sarà un intervento programmato da parte dell'utente di rianimazione.

Bisognerà sempre aprire la scheda M.E.T e successivamente dare la possibilità di inserire una nota di diario.

Il cartellino contiene le ultime modifiche derivanti dagli interventi fatti per quel paziente e viene tenuta traccia di chi effettua la rivedibilità e quanto tempo viene dedicato al paziente.

E' possibile effettuare la stampa del cartellino e di tutte le note di diario effettuate dagli utenti rianimatori.

La scheda M.E.T. non è richiamabile e/o consultabile dalla cartella di ricovero ad utenti non rianimatori. Quindi le tipologie di utenti che potranno accedere alla visualizzazione ed alla scrittura del cartellino met e della scheda ccor saranno i medici e gli infermieri appartenenti al Servizio di Anestesia e Rianimazione.

L'utente della rianimazione può accedere alla compilazione del cartellino MET grazie ai seguenti menù:

- menù Cartellino MET sul menù Gestione Ricovero all'interno del modulo One.Sys Cartella di ricovero;
- menù Cartellino MET dalla ricerca pazienti all'interno del modulo One.Sys Cartella di ricovero;
- gli utenti medici rianimatori hanno l'icona MET al posto dell'icona guardia ed emergenza (che hanno gli altri medici);
- Le consulenze richieste dal Pronto Soccorso hanno all'interno della sezione di refertazione la gestione del M.E.T. compilabile dal medico rianimatore.

9.2 Scheda CCOR (scheda outreach)

Se l'utente rianimatore, durante la compilazione del cartellino M.E.T., indica come evoluzione 'Inserito in Outreach C. Care', oltre alla compilazione della scheda MET e del diario di competenza, è obbligato a compilare questa scheda.

La scheda CCOR è compilabile solo per i pazienti interni.

Tale scheda si compone delle seguenti informazioni:

- reparto
- cognome e nome del paziente
- data nascita
- data ricovero
- diagnosi di ingresso
- data entrata outreach
- reclutamento: scelta fra reparto, dopo TI, trauma, altro con motivazione
- patologia: respiratoria, renale, sepsi, cardiovascolare, metabolica e altro con motivazione
- parametri SAPS II (riferito al peggior valore per ogni parametro delle ultime 24 ore):
 - età
 - FC
 - PAs
 - Temp
 - PaO2/FiO2
 - QU (tempo di quick)
 - Azotemia
 - Creatinina
 - GB
 - K+

- Na+
- HCO₃ (bicarbonati da ega)
- GCS Tot (link alla scala di Glasgow per la compilazione se non già presente)
- Ammissione
- Comorbidità

I parametri SAPS possono essere compilati N volte durante la situazione di Outreach.

Il sistema recupera tali informazioni e le propone al rianimatore, calcola il peso in base alla tabella saps e produce un numero saps totale.

- Data uscita outreach
- L'esito non deve essere indicato nella scheda outreach ma sul cartellino M.E.T. alla voce Evoluzione.

10. FLUSSO IVG

All'interno del menù 'Gestione Ricovero' è presente la voce 'Flusso IVG', che consente la compilazione di campi prestabiliti secondo opportuni modelli aziendali. Parti della suddetta sezione saranno pre-compilate automaticamente dal sistema.

11. SCHEDA RIASSUNTIVA PRE RICOVERO

All'interno del menù 'Gestione Ricovero' è presente la voce 'Scheda Riassuntiva', che consente la visualizzazione e la stampa di un report contenente alcune informazioni associate all'evento di pre-ricovero.

12. ISTRUZIONI FERMI DEL SISTEMA

I reparti sono informati sulla modalità di compilazione della modulistica: 'Modulo Diario Fermo del Sistema One.Sys' al fine di poter redigere il nuovo modulo in caso di impossibilità di utilizzo del sistema della cartella clinica informatizzata.

Attraverso la funzionalità 'Allega Documenti' (che si trova dentro il menù della cartella: 'Gestione Ricovero') gli operatori potranno scannerizzare il modulo cartaceo 'Modulo Diario Fermo del Sistema One.Sys' al fine di andare ad integrare con tale modulo la documentazione legata al paziente per il ricovero in atto.

13. I-PATIENT

L'I-Patient è la funzionalità che permette ai soli utenti medici di avere il quadro clinico di ogni paziente.

L'accesso a tale funzionalità avviene dalla pagina principale di One.Sys per cui vi è una icona ad hoc e dalla lista dei pazienti ricoverati.

Se l'accesso viene fatto da One.Sys l'utente medico può ricercare il paziente indicando il cognome, nome e data di nascita dell'assistito.

Nel caso in cui si accedesse dalla lista dei pazienti ricoverati si avrà subito accesso alla storia clinica del paziente.

Dall'I-Patient si ha accesso alle seguenti informazioni:

- Ricoveri
- Dh
- Accessi PS
- Dati laboratorio

- Cartelle ambulatoriali
- Visite ambulatoriali
- Patient summary
- Piani terapeutici
- Documenti del paziente
- Prestazioni strumentali

Ricerca il paziente i pulsanti indicanti le informazioni sopra riportate si coloreranno di blu per indicare all'utente che il paziente ha avuto ad esempio dei ricoveri.

I pulsanti relativi ad informazioni non presenti su One.Sys saranno di colore grigio e non selezionabili.

Premendo sui pulsanti blu il medico può analizzare la storia clinica del paziente e redigersi un quadro clinico completo.