



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

PROJEKT

*Przygotowanie, przetestowanie
i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji
opieki koordynowanej (OOK)*

Etap II Faza pilotażowa – model POZ PLUS

POWR.05.02.00-00-0039/17



Niniejsza prezentacja stanowiąca część Dokumentacji użytkownika objęta jest tajemnicą przedsiębiorstwa KAMSOFT S.A., co nie narusza uprawnień licencyjnych opisanych w umowie nr 26/2016, §17 ust. 3 pkt 2)

Wszystkie dane zastosowane w prezentacji są danymi testowymi

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

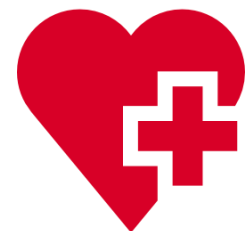
Podstawy

W niedalekiej przyszłości świadczeniodawca będzie musiał sprawozdawać do NFZ szczegółowe informacje na temat procesów koordynowania udzielania świadczeń.

Będzie to mógł zrobić przy pomocy własnej aplikacji zintegrowanej z systemem NFZ poprzez szereg usług sieciowych lub też przy pomocy modułu portalu PKUŚ jaki został udostępniony przez NFZ.

Podczas projektowania systemu poświęconego POZ PLUS starano się położyć główny nacisk na ergonomię rejestrowania informacji w poszczególnych formularzach, tak aby jak najbardziej pomóc w ich wypełnianiu.

Dzięki temu ukryto pola, których uzupełnienie nie będzie wymagane wskutek udzielenia określonych wcześniej odpowiedzi.



Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Statusy procesu




Zgody pacjenta

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Lista zgód udzielonych przez pacjentów

Warunkiem rozpoczęcia programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej jest udzielenie zgody przez pacjenta.



NFZ Narodowy Fundusz Zdrowia

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń Portal SZOI

Procesy ▾ Zgody Konteksty Administracja ▾ Zmiana hasła Wyloguj

Lista zgód udzielonych przez pacjentów

Rejestracja udzielonej zgody Wycofanie zgody pacjenta

Nazwisko pacjenta ▾ Zawiera ▾ Szukaj Zlicz rekordy

Typ zgody: -- wybierz -- ▾

Deklaracja pacjenta: -- wybierz -- ▾ Obowiązuje na dzień: 2018-12-04 📅

>>> Bieżący zakres pozycji: 1 - 20 <<<<

Lp.	Zgoda	Identyfikator osoby	Imię Nazwisko	Deklaracja pacjenta	Obowiązuje od	Operacje
1.	Typ: Zgoda na udział w programie pilotażowym POZ PLUS	Typ: PESEL Ident.: ██████████	Imię: ADAM Nazwisko: NAZWISKO	Pacjent wyraził zgodę	2018-12-04	podgląd

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Rejestracja zgody – POZ PLUS

NFZ Narodowy Fundusz Zdrowia

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń
Portal SZOI

Procesy ▾ Zgody Konteksty Administracja ▾ Zmiana hasła Wyloguj

Rejestracja udzielonej zgody

DANE PODSTAWOWE:

Typ zgody*
Zgoda na udział w programie pilotażowym POZ PLUS ▾

Deklaracja pacjenta:*
Pacjent wyraził zgodę

Data podpisania deklaracji przez pacjenta

Obowiązuje od:*
2018-12-04

PACJENT:

Typ identyfikatora:*
PESEL ▾

Identyfikator:*

Imię:* Nazwisko:*

Telefon:** Adres e-mail:**

* pola wymagane
** należy uzupełnić przynajmniej jedno z pól, gdy zgoda dotyczy udziału w programie pilotażowym POZ PLUS

Anuluj Zatwierdź →

NFZ Narodowy Fundusz Zdrowia

W zależności od procesu zgoda może zostać wydana na udział w programie pilotażowym POZ PLUS...

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Rejestracja zgody – DMP

NFZ Narodowy Fundusz Zdrowia

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń
Portal SZOI

Procesy ▾ Zgody Konteksty Administracja ▾ Zmiana hasła Wyloguj

Rejestracja udzielonej zgody

DANE PODSTAWOWE:

Typ zgody:*
Zgoda na udział w programie zarządzania chorobą ▾

Deklaracja pacjenta:*
Pacjent wyraził zgodę

Data podpisania deklaracji przez pacjenta
Obowiązuje od:*
2018-12-04

PACJENT:

Typ identyfikatora:*
PESEL ▾

Imię:* Nazwisko:*

Telefon:** Adres e-mail:**

Schorzenie:*
-- wybierz --
-- wybierz --
Cukrzyca typu II
Choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych
Zespoły bólowe kręgosłupa
Nadciśnienie tętnicze samoistne
Przewlekła choroba wieńcowa
Przewlekła niewydolność serca
Utrwalone migotanie przedsionków
Astma oskrzelowa
POCHP
Niedoczynność tarczycy
Wole mięsiste i guzowate tarczycy

* pola wymagane
** należy uzupełnić przynajmniej jedno z pól, gdy zgoda dotyczy udziału w programie pilotażowym POZ PLUS

Anuluj Zatwierdź →


NFZ Narodowy Fundusz Zdrowia

... lub też na udział w programie zarządzania chorobą na różnego rodzaju schodzenia.
Dla każdego schorzenia musi zostać wyrażona osobna zgoda.

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Wycofanie zgody

Wycofanie zgody

 Pacjent wycofał zgodę składając pisemną deklarację rezygnacji z programu.

DANE PODSTAWOWE:

Typ zgody:*
-- wybierz --

Deklaracja pacjenta:*
Pacjent zrezygnował z programu

Data podpisania deklaracji przez pacjenta

Data wycofania zgody:*
2018-12-06

Każda zgoda może zostać wycofana przez pacjenta, po złożeniu pisemnej deklaracji rezygnacji z programu.

PACJENT:

Typ identyfikatora:*
PESEL

Identyfikator:*

Imię:*
Nazwisko:*

Telefon:
Adres e-mail:

* pola wymagane

NFZ
Narodowy Fundusz Zdrowia

Kontekst pracy operatora



Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń



Kontekst pracy operatora

Dodawanie kontekstu pracy operatora

DANE KONTEKSTU:


Nazwa kontekstu:*

Operator:*
  

Wybór umowy i miejsca:*
  


Kontekst domyślny:

OSOBA PERSONELU W IMIENIU KTÓREJ DZIAŁA OPERATOR:

Typ osoby:*
 

Osoba pełni rolę koordynatora:

* pola wymagane


Narodowy Fundusz Zdrowia

Raz zdefiniowany kontekst pracy operatora może być w późniejszym czasie wykorzystywany podczas np:

1. Rejestracji procesu
2. Zapisu poszczególnych elementów bilansu
3. Zakończania etapów

Procesy koordynowanej opieki POZ PLUS

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Lista procesów koordynowanej opieki POZ PLUS

NFZ
Narodowy Fundusz Zdrowia

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń
Portal SZOI

Procesy ▾ Zgody Konteksty Administracja ▾ Zmiana hasła Wyloguj

Lista procesów koordynowanej opieki POZ PLUS

Dodaj proces

Numer procesu ▾ Zawiera ▾ Szukaj Zlicz rekordy

Rodzaj etapu: Bieżący ▾ Etap: Dowolny
Status procesu: Aktywny ▾ Status etapu: Dowolny
Data: Rozpoczęcia procesu ▾ RRRR-MM-DD - RRRR-MM-DD
Widoczne procesy: Zalogowanego operatora ▾

Bieżący zakres pozycji

Lp.	Nr procesu ▲ Status procesu	Data rozpoczęcia procesu	NPWZ osoby decydującej o uruchomieniu procesu	Typ identyfikatora Wartość identyfikatora Imię i nazwisko pacjenta	Bieżący etap Status bież. etapu Wynik weryfikacji	Następny etap	Operacje
1.	Nr: 18120268729 Stat.: Aktywny	2018-12-04		Typ: PESEL Ident.: Im. nazw.: ADAM NAZWISKO	Etap.: Przeprowadzenie bilansu oraz jego podsumowanie Stat.: Rozpoczęty Wyn.: -	-	podgląd bilans zakończ etap anuluj proces

Podobnie jak w przypadku zgód wszystkie procesy koordynowane przeprowadzane przez świadczeniodawcę dostępne są w jednym miejscu.

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Rozpoczęcie procesu bilansu zdrowia cz.1

Rozpoczęcie procesu bilansu zdrowia

DANE PROCESU:

Data rejestracji pacjenta do programu pilotażowego opieki koordynowanej POZ PLUS

Data rozpoczęcia procesu:*

DANE PACJENTA:

W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL, wpisuje się rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Imię:* Nazwisko:*

Typ identyfikatora:* Identyfikator:*

ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA PACJENTA:

Państwo:* Miejscowość:* Kod pocztowy:*

Ulica: Nr domu:* Nr lokalu:

DANE KONTAKTOWE:

Telefon:* Adres e-mail:

Typ identyfikatora:*

Data urodzenia:*

Identyfikator:*



Płeć:*

W zależności od wybranego typu identyfikatora wyświetlone zostaną odpowiednie pola do uzupełnienia

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń


Rozpoczęcie procesu bilansu zdrowia cz.2


KONTEKST PRACY OPERATORA:


Kontekst operatora:
KONTEKST_1  



lub

DANE OSOBY ROZPOCZYNAJĄCEJ PROCES:

Typ osoby:*
Lekarz 

Nr prawa wykonywania zawodu:
 

 Kliknij lupę, aby pobrać dane osoby.



Zawód/specjalność:*
LEKARZ - SPECJALISTA  

Imię:*
Adam

Nazwisko:*
Nazwisko


Osoba pełni rolę koordynatora:

WYBÓR UMOWY W RAMACH UPOWAŻNIENIA DO ROZPOCZĘCIA PROCESU:

Wybór umowy i miejsca:*
15-00-  

Miejsce: 14615

DEKLARACJA DO LEKARZA POZ:

Data złożenia deklaracji POZ:*
RRRR-MM-DD 

* pola wymagane

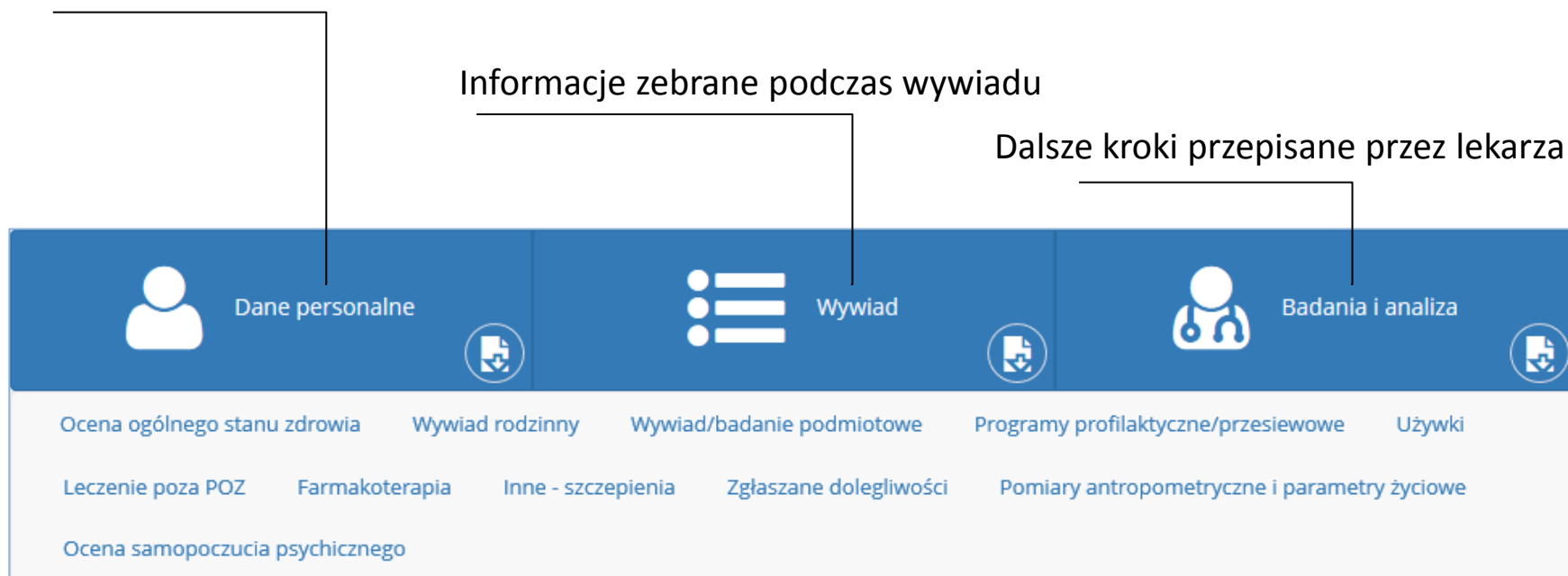
Aby ułatwić operatorowi pracę z systemem dane osoby rozpoczynającej proces mogą być uzupełnione **automatycznie** dzięki wybraniu kontekstu operatora ze słownika lub też **wstawione domyślnie**.

Bilans zdrowia

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Budowa bilansu zdrowia

Szczegółowe dane personalne świadczeniobiorcy



Formularz bilansu został podzielony na trzy główne sekcje:

1. Dane personalne – informacje w tej sekcji mogą być uzupełniane przez pielęgniarki lub lekarzy
2. Wywiad – informacje w tej sekcji mogą być uzupełniane przez pielęgniarki lub lekarzy
3. Badania i analiza – informacje w tej sekcji mogą być uzupełniane **tylko przez lekarzy**

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Formularz bilansu zdrowia – Dane personalne

Formularz bilansu zdrowia

Dane personalne Wywiad Badania i analiza

Dane personalne

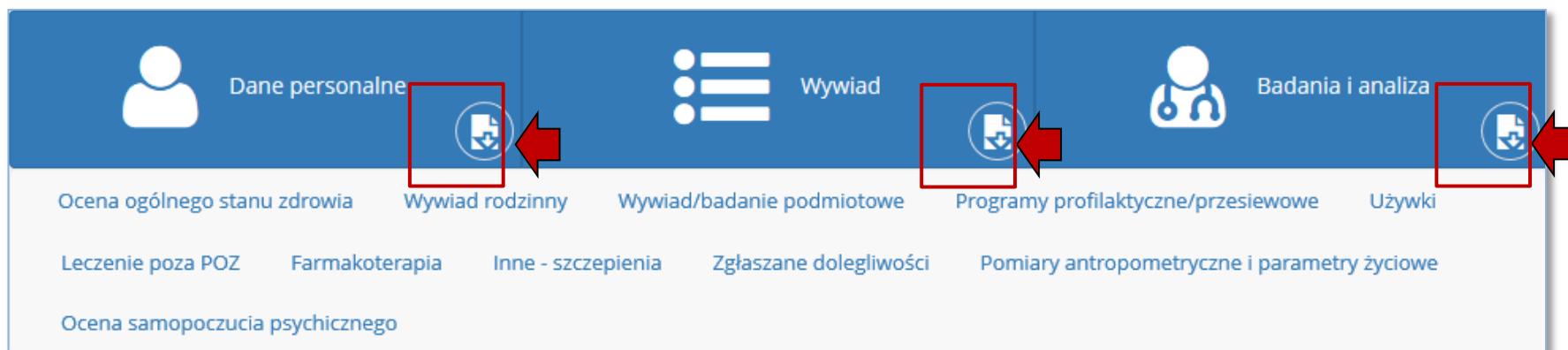
1 ID kwestionariusza	18120268992			
2 Data rozpoczęcia wypełniania kwestionariusza	2018-12-04			
3 Forma zaproszenia pacjenta	przy rejestracji			
4 Identyfikator (PESEL)	■■■■■■■■■■			
5 Płeć	Kobieta	6 Wiek	32	lat
7 Imię i nazwisko	ANNA NAZWISKO			
8 Wsparcie społeczne	<input checked="" type="checkbox"/> w związku lub prowadzi gospodarstwo domowe z inną osobą, np. dzieckiem/współmałżonkiem/partnerem		<input type="checkbox"/> stan wolny lub prowadzi gospodarstwo domowe samodzielnie	
9 Numer telefonu	123465789	10 Adres e-mail	Adres e-mail	
11 Adres zamieszkania (kontaktowy)	3 MAJA 12 11-111 POZNAŃ			
12 Wykształcenie	<input type="range"/> podstawowe średnie/zawodowe wyższe (w tym licencjat/magister)			
13 Zawód wykonywany	pracownik biurowy			

Wyświetl Wróć

Część danych personalnych uzupełnianych jest automatycznie przez system danymi wprowadzonymi na etapie rozpoczynania procesu koordynowanego udzielania świadczeń.

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Zapis danych bilansu



W celu zapisania uzupełnionej sekcji bilansu zdrowia w systemie, należy:

1. Wrócić na górę strony
2. Wybrać opcję Zapisz

Uruchomiony zostanie proces walidacji danych.

W przypadku, gdy wszystkie dane będą kompletne, dana sekcja bilansu zostanie zapisana a operator będzie mógł przejść do uzupełniania kolejnej.

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Zapis danych bilansu

Zapis danych ×

3 Nazwa kontekstu KONTEKST_2 ×

Typ osoby Pielęgniarka **Lekarz**

Nr prawa wykonywania zawodu Szukaj

Zawód/specjalność LEKARZ - SPECJALISTA ×

Imię MARCIN Nazwisko NAZWISKO_25647

koordynator

Wyjdź Zapisz i wyjdź

Podczas zapisu każdej części formularza bilansowego gromadzone są informacje dotyczące osoby personelu medycznego (wynikające z wcześniej zdefiniowanego kontekstu pracy operatora systemu), która rozpoczęła wypełnianie tej części formularza.

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Formularz bilansu zdrowia – Wywiad cz.1

Formularz bilansu zdrowia

Dane personalne Wywiad Badania i analiza

Ocena ogólnego stanu zdrowia Wywiad rodzinny Wywiad/badanie podmiotowe Programy profilaktyczne/przesiewowe Użytki
Leczenie poza POZ Farmakoterapia Inne - szczepienia Zgłaszane dolegliwości Pomiary antropometryczne i parametry życiowe
Ocena samopoczucia psychicznego

Ocena ogólnego stanu zdrowia, aktywności fizycznej - 89.01 ?

14 Jak ocenia Pani swój aktualny stan zdrowia? bardzo źle źle przeciętnie dobrze bardzo dobrze

15 Jak ocenia Pani swoją sprawność fizyczną? bardzo niska niska przeciętna dobra bardzo dobra

16 Jaki rodzaj aktywności fizycznej Pani uprawia? nie uprawiam **umiarkowaną ?** intensywną ?

17 Ile razy w tygodniu uprawia Pani umiarkowaną aktywność fizyczną (uwzględniając tylko wysiłki trwające co najmniej 10 min bez przerwy)? 1-2 razy w tygodniu 3-4 razy w tygodniu częściej niż 4 razy w tygodniu

Łączny czas tygodniowo 60 1 godz

Jeżeli świadczeniobiorca wykonuje jakąś aktywność fizyczną należy zapytać o ilość oraz łączny czas aktywności w tygodniu.

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Formularz bilansu zdrowia – Wywiad cz.2

Ocena ogólnego stanu zdrowia **Wywiad rodzinny** Wywiad/badanie podmiotowe Programy profilaktyczne/przesiewowe Użytki

Leczenie poza POZ Farmakoterapia Inne - szczepienia Zgłaszane dolegliwości Pomiary antropometryczne i parametry życiowe

Ocena samopoczucia psychicznego

Wywiad rodzinny – 89.01

Członkowie rodziny I stopnia (żyjący i zmarli)

Rok ur.	Czy żyje?	a. Choroby przewlekłe (np. astma, cukrzyca, choroby psychiczne, choroby serca, nadciśnienie tętnicze)	b. Zachorowania na nowotwory
18 Matka 1950	Tak Nie Nie wiem	Tak Nie Astma	Tak Nie Wiek 59 lat Płuca
19 Ojciec 1952	Tak Nie Nie wiem	Tak Nie	Tak Nie
Rodzeństwo: <input type="button" value="+ Dodaj"/>			
20.1 Brat rok ur. <input type="button" value="nie wiem"/>	Tak Nie Nie wiem	Tak Nie	Tak Nie Wiek 30 lat Żołądka
Dzieci: <input type="button" value="+ Dodaj"/>			
Krewni: <input type="button" value="+ Dodaj"/>			

Zakres wywiadu rodzinnego uzależniony jest od odpowiedzi pacjenta na poszczególne pytania.

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Formularz bilansu zdrowia – Wywiad cz.3

Ocena ogólnego stanu zdrowia Wywiad rodzinny **Wywiad/badanie podmiotowe** Programy profilaktyczne/przesiewowe Użytki

Leczenie poza POZ Farmakoterapia Inne - szczepienia Zgłaszane dolegliwości Pomiary antropometryczne i parametry życiowe

Ocena samopoczucia psychicznego

Wywiad/badanie podmiotowe (historia przebytych chorób pacjenta) – 89.01

Choroby aktualne

ICD-10	Nazwa	Uwagi
D86	Sarkoidoza	uwagi
+ Dodaj		

Inne choroby aktualne Inne choroby aktualne

Choroby przebyte

ICD-10	Nazwa	Uwagi
A27	Wirusowe zapalenie opon mózgowych	uwagi
+ Dodaj		

Inne choroby przebyte Inne choroby przebyte

W sekcji dotyczącej *przebytych chorób pacjenta* można wprowadzić wiele chorób aktualnych oraz przebytych.

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Formularz bilansu zdrowia – Wywiad cz.4

Ocena ogólnego stanu zdrowia Wywiad rodzinny Wywiad/badanie podmiotowe **Programy profilaktyczne/przesiewowe** Użytki

Leczenie poza POZ Farmakoterapia Inne - szczepienia Zgłaszane dolegliwości Pomiar antropometryczne i parametry życiowe

Ocena samopoczucia psychicznego

Uczestnictwo w programach profilaktycznych/przesiewowych

23 Profilaktyka układu krążenia (CHUK)?

Czy pacjentka kwalifikuje się do Programu Tak Nie Czy kiedykolwiek pacjentka korzystała z programu: Tak Nie

data ostatniego badania 2009 Wynik w normie poza normą

Zalecenia Dalsza kontrola

24 Profilaktyka chorób odtyniowych, w tym POChP?

Czy pacjentka kwalifikuje się do Programu Tak Nie Czy kiedykolwiek pacjentka korzystała z programu: Tak Nie

25 Program profilaktyki raka szyjki macicy?

Czy pacjentka kwalifikuje się do Programu Tak Nie Czy kiedykolwiek pacjentka korzystała z programu: Tak Nie

26 Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego?

Czy pacjentka kwalifikuje się do Programu Tak Nie Czy kiedykolwiek pacjentka korzystała z programu: Tak Nie

27 Czy w ciągu ostatnich dwóch lat miała Pani wykonane badanie piersi? Tak Nie jakie ? mammografia USG samokontrola

28 Program profilaktyki raka sutka?

Czy pacjentka kwalifikuje się do Programu Tak Nie Czy kiedykolwiek pacjentka korzystała z programu: Tak Nie

29 Inne programy profilaktyczne

Jeżeli pacjent brał już udział w programach profilaktycznych / przesiewowych należy uzupełnić szczegóły ich dotyczące.

Jeżeli pacjent jest kobietą wyświetlane są dodatkowe pytania.

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Formularz bilansu zdrowia – Wywiad cz.5

Ocena ogólnego stanu zdrowia Wywiad rodzinny Wywiad/badanie podmiotowe Programy profilaktyczne/przesiewowe **Użytki**

Leczenie poza POZ Farmakoterapia Inne - szczepienia Zgłaszane dolegliwości Pomiary antropometryczne i parametry życiowe

Ocena samopoczucia psychicznego

Użytki

30 Palenie tytoniu

Czy pali Pani tytoń? **Palę** Paliłam Nigdy nie Paliłam Od ilu lat? 6 lat

Wynik testu Fagerströma (u osób palących) Liczba uzyskanych punktów: Wykonaj test punktów

31 Spożycie alkoholu (wg AUDIT-C dla POZ):

Jak często pije Pani napoje zawierające alkohol?

Ile porcji alkoholu wypija Pani przeciętnie w okresie, kiedy Pani pije alkohol?

Jak często wypija Pani sześć albo więcej porcji przy jednej okazji?

32 Inne użytki **Tak** Nie jakie ?

W zależności od tego czy pacjent jest lub był by palaczem wymagane jest podanie szczegółów.

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Formularz bilansu zdrowia – Test uzależnienia od tytoniu

Test uzależnienia od tytoniu wg. Fagerströma

1 Jak szybko po przebudzeniu zapala Pani pierwszego papierosa? 2 pkt

2 Czy ma Pani trudności z powstrzymaniem się od palenia w miejscach, gdzie jest to zakazane? Tak Nie 1 pkt

3 Z którego papierosa jest Pani najtrudniej zrezygnować? z pierwszego rano z każdego następnego 0 pkt

4 Ile papierosów wypala Pani w ciągu dnia? 0 pkt

5 Czy częściej pali Pani papierosy w ciągu pierwszych godzin po przebudzeniu niż w pozostałej części dnia? Tak Nie 1 pkt

6 Czy pali Pani papierosy nawet wtedy, gdy jest Pani tak chora, że musi leżeć w łóżku? Tak Nie 1 pkt

Liczba punktów: 5 pkt

Wynik: **Uzależnienie umiarkowane**

Wyjdź

Dla pacjenta, który pali papierosy wymagane jest przeprowadzenie testu uzależnienia od tytoniu wg. Fagerströma.

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Formularz bilansu zdrowia – Wywiad cz.6

Ocena ogólnego stanu zdrowia Wywiad rodzinny Wywiad/badanie podmiotowe Programy profilaktyczne/przesiewowe Użytki

Leczenie poza POZ Farmakoterapia Inne - szczepienia Zgłaszane dolegliwości Pomiary antropometryczne i parametry życiowe

Ocena samopoczucia psychicznego

Leczenie poza POZ

33	Czy przebyła Pani inwazyjne zabiegi diagnostyczne?	Tak	Nie
34	Czy była Pani hospitalizowana (nie dotyczy operacji)?	Tak	Nie
35	Czy była Pani operowana?	Tak	Nie
36	Czy jest Pani pod opieką poradni specjalistycznej?	Tak	Nie

Opis (w którym roku, ja

Jeżeli pacjent przyjmuje leki, należy zweryfikować:

- jaki lek
- w jakiej dawce
- ile razy dziennie
- od kiedy

Farmakoterapia

37	Czy przyjmuje Pani leki na stałe?	Tak	Nie
----	-----------------------------------	-----	-----

Nazwa produktu	Dawka	Ile razy dziennie?	Od kiedy?
<input type="text" value="nazwa produktu"/>	<input type="text" value="dawka"/>	<input type="text" value="ile razy dziennie"/>	<input type="text" value="od kiedy"/>

+Dodaj

38	Czy jest Pani uczulona na jakikolwiek lek?	Tak	Nie	Nie wiem	<input type="text" value="jaki?"/>
----	--	-----	-----	----------	------------------------------------

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Formularz bilansu zdrowia – Wywiad cz.7

Ocena ogólnego stanu zdrowia Wywiad rodzinny Wywiad/badanie podmiotowe Programy profilaktyczne/przesiewowe Użytki

Leczenie poza POZ Farmakoterapia **Inne - szczepienia** Zgłaszane dolegliwości Pomiary antropometryczne i parametry życiowe

Ocena samopoczucia psychicznego

Inne - szczepienia

39	Czy pacjentka miała wykonywane szczepienia przeciwko grypie?	Tak	Nie	2018
40	Czy kiedykolwiek pacjentka miała wykonywane szczepienia przeciwko WZW typu B?	Tak	Nie	2017

Gdy pacjent przyjmował inne szczepionki należy podać rok podania.

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Formularz bilansu zdrowia – Wywiad cz.8

Ocena ogólnego stanu zdrowia Wywiad rodzinny Wywiad/badanie podmiotowe Programy profilaktyczne/przesiewowe Użytki

Leczenie poza POZ Farmakoterapia Inne - szczepienia **Zgłaszane dolegliwości** Pomiar antropometryczne i parametry życiowe

Ocena samopoczucia psychicznego

Zgłaszane dolegliwości

Czy w ostatnim czasie zauważyła Pani któreś z objawów z listy?

- pogarszająca się tolerancja wysiłku
- zmiana masy ciała
 - spadek wzrost
- powiększenie obwodu brzucha
- zaburzenia ze strony układu pokarmowego
- ostre bądź przewlekłe bóle brzucha
- zaburzenia wypróżniania
- ból brzucha i okolic odbytu, w tym przy wypróżnianiu
- świąd odbytu
- krwawienia z odbytu / krew w stolcu
- nawracające stany zapalne dróg rodnych
- problemy z oddawaniem moczu
 - krwimocz częstomocz trudności w oddawaniu moczu ból kroczu i podbrzusza
- zaburzenia miesiączkowania
- wyczuwalne zmiany w piersi
- wyciek z brodawek
- powiększenie obwodu szyi
- wyczuwalne zmiany w obrębie tarczycy
- kołatanie serca/tachykardia
- ból w klatce piersiowej
- duszności
- krwioplucie
- niepokojący lub długo utrzymujący się kaszel
- obrzęki
- bóle stawów kończyn dolnych

inne jakie?

Część Zgłoszenia dolegliwości zależy od występujących objawów.

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Formularz bilansu zdrowia – Wywiad cz.9

Ocena ogólnego stanu zdrowia Wywiad rodzinny Wywiad/badanie podmiotowe Programy profilaktyczne/przesiewowe Użytki

Leczenie poza POZ Farmakoterapia Inne - szczepienia Zgłaszane dolegliwości **Pomiary antropometryczne i parametry życiowe**

Ocena samopoczucia psychicznego

Pomiary antropometryczne i parametry życiowe – 89.04



42 masa ciała 65 kg 43 wzrost 170 cm 44 BMI 22.5 kg/m²

	Pomiar pierwszy (mmHg)	Pomiar drugi (mmHg)	Wynik
45 ciśnienie krwi (skurczowe)	45.1 120	45.2 80	100
46 ciśnienie krwi (rozkurczowe)	46.1 123	46.2 78	101

47 tętno 80 liczba/min

Ocena samopoczucia psychicznego – 89.01

48 Czy w ciągu ostatniego miesiąca często czuła się Pani przygnębiona, depresyjna lub rozpaczona?	Tak	Nie
49 Czy w ciągu ostatniego miesiąca była Pani mniej zainteresowana większością spraw lub odczuwała Pani mniejszą przyjemność z wykonywanych zajęć?	Tak	Nie
50 Czy jest coś, w czym chciałaby Pani, by Pani pomóc?	Tak	Nie

NFZ
Narodowy Fundusz Zdrowia

Ostatnim etapem wprowadzania informacji o wywiadzie medycznym pacjenta jest ocena samopoczucia psychicznego

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Formularz bilansu zdrowia – Badania i analiza cz.1

Formularz bilansu zdrowia

Dane personalne Wywiad Badania i analiza

Badanie fizykalne (przedmiotowe) Część B. Badania diagnostyczne Status zdrowotny pacjenta Podsumowanie bilansu

Dalsze postępowanie Uwagi

Badanie fizykalne (przedmiotowe) – 89.00

Zakres	Opinia			Uwagi
Skóra	<input checked="" type="radio"/> w normie	<input type="radio"/> poza normą	<input type="radio"/> brak zgody	
Węzły chłonne	<input checked="" type="radio"/> w normie	<input type="radio"/> poza normą	<input type="radio"/> brak zgody	
Śluzówki	<input checked="" type="radio"/> w normie	<input type="radio"/> poza normą	<input type="radio"/> brak zgody	
Czaszka	<input checked="" type="radio"/> w normie	<input type="radio"/> poza normą	<input type="radio"/> brak zgody	
Oczy i wzrok	<input checked="" type="radio"/> w normie	<input type="radio"/> poza normą	<input type="radio"/> brak zgody	
Uszy i słuch	<input checked="" type="radio"/> w normie	<input type="radio"/> poza normą	<input type="radio"/> brak zgody	
Nos i powonienie	<input checked="" type="radio"/> w normie	<input type="radio"/> poza normą	<input type="radio"/> brak zgody	
Jama ustno-gardłowa	<input checked="" type="radio"/> w normie	<input type="radio"/> poza normą	<input type="radio"/> brak zgody	

W pierwszej i drugiej sekcji ostatniej części formularza bilansu zdrowia lekarz wprowadza informacje o wynikach przeprowadzonych badań fizykalnych.

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Formularz bilansu zdrowia – Badania i analiza cz.1

Badanie fizykalne (przedmiotowe) Część B. Badania diagnostyczne Status zdrowotny pacjenta Podsumowanie bilansu

Dalsze postępowanie Uwagi

Stan uzębienia	<input type="button" value="w normie"/>	<input type="button" value="poza normą"/>	<input type="button" value="brak zgody"/>	
Szyja i gruczoł tarczowy	<input type="button" value="w normie"/>	<input type="button" value="poza normą"/>	<input type="button" value="brak zgody"/>	
Klatka piersiowa	<input type="button" value="w normie"/>	<input type="button" value="poza normą"/>	<input type="button" value="brak zgody"/>	
Gruczoły piersiowe	<input type="button" value="w normie"/>	<input type="button" value="poza normą"/>	<input type="button" value="brak zgody"/>	
Płuca	<input type="button" value="w normie"/>	<input type="button" value="poza normą"/>	<input type="button" value="brak zgody"/>	
Układ sercowo-naczyniowy	<input type="button" value="w normie"/>	<input type="button" value="poza normą"/>	<input type="button" value="brak zgody"/>	
Brzuch	<input type="button" value="w normie"/>	<input type="button" value="poza normą"/>	<input type="button" value="brak zgody"/>	
Układ moczowo-płciowy	<input type="button" value="w normie"/>	<input type="button" value="poza normą"/>	<input type="button" value="brak zgody"/>	
Badanie per rectum	<input type="button" value="w normie"/>	<input type="button" value="poza normą"/>	<input type="button" value="brak zgody"/>	
Układ nerwowy	<input type="button" value="w normie"/>	<input type="button" value="poza normą"/>	<input type="button" value="brak zgody"/>	

W pierwszej i drugiej sekcji ostatniej części formularza bilansu zdrowia lekarz wprowadza informacje o wynikach przeprowadzonych badań fizykalnych.

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Formularz bilansu zdrowia – Badania i analiza cz.2

Badanie fizykalne (przedmiotowe) **Część B. Badania diagnostyczne** Status zdrowotny pacjenta Podsumowanie bilansu

Dalsze postępowanie Uwagi

Część B. Badania diagnostyczne

Badanie	Wynik badania
Morfologia C55	<input type="button" value="prawidłowy"/> <input type="button" value="nieprawidłowy"/>
OB C59	<input type="button" value="prawidłowy"/> <input type="button" value="nieprawidłowy"/>
Badanie ogólne moczu A01	<input type="button" value="prawidłowy"/> <input type="button" value="nieprawidłowy"/>
Glukoza L43	<input type="button" value="prawidłowy"/> <input type="button" value="nieprawidłowy"/>
cholesterol całkowity I99	<input type="button" value="prawidłowy"/> <input type="button" value="nieprawidłowy"/>
cholesterol-HDL K01	<input type="button" value="prawidłowy"/> <input type="button" value="nieprawidłowy"/>
cholesterol-LDL K03	<input type="button" value="prawidłowy"/> <input type="button" value="nieprawidłowy"/>
triglicerydy (TG) O49	<input type="button" value="prawidłowy"/> <input type="button" value="nieprawidłowy"/>

W pierwszej i drugiej sekcji ostatniej części formularza bilansu zdrowia lekarz wprowadza informacje o wynikach przeprowadzonych badań diagnostycznych.

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Formularz bilansu zdrowia – Badania i analiza cz.3

Badanie fizykalne (przedmiotowe) **Część B. Badania diagnostyczne** Status zdrowotny pacjenta Podsumowanie bilansu

Dalsze postępowanie Uwagi

Badanie	Kwalifikacja do badania	Wynik badania
Spirometria 89.383	<input type="checkbox"/> tak <input checked="" type="checkbox"/> nie	
ALT (AlAT) 117	<input type="checkbox"/> tak <input checked="" type="checkbox"/> nie	
AST (AspAT) 119	<input type="checkbox"/> tak <input checked="" type="checkbox"/> nie	
TSH L69	<input type="checkbox"/> tak <input checked="" type="checkbox"/> nie	
FT4 069	<input type="checkbox"/> tak <input checked="" type="checkbox"/> nie	
FT3 055	<input type="checkbox"/> tak <input checked="" type="checkbox"/> nie	
EKG 89.51	<input type="checkbox"/> tak <input checked="" type="checkbox"/> nie	
Usg jamy brzusznej 88.761	<input type="checkbox"/> tak <input checked="" type="checkbox"/> nie	
USG piersi 88.732	<input type="checkbox"/> tak <input checked="" type="checkbox"/> nie	
USG tarczycy i przytarczyc 88.713	<input type="checkbox"/> tak <input checked="" type="checkbox"/> nie	
PSA I61	<input type="checkbox"/> tak <input checked="" type="checkbox"/> nie	
USG gruczołu krokowego 88.763	<input type="checkbox"/> tak <input checked="" type="checkbox"/> nie	
RTG klatki piersiowej (KLP) 87.440	<input type="checkbox"/> tak <input checked="" type="checkbox"/> nie	
Kreatynina M37	<input type="checkbox"/> tak <input checked="" type="checkbox"/> nie	
Kwas moczowy M45	<input type="checkbox"/> tak <input checked="" type="checkbox"/> nie	
Densytometria 88.981	<input type="checkbox"/> tak <input checked="" type="checkbox"/> nie	

W pierwszej i drugiej sekcji ostatniej części formularza bilansu zdrowia lekarz wprowadza informacje o wynikach przeprowadzonych badań diagnostycznych.

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Formularz bilansu zdrowia – Badania i analiza cz.4

Badanie fizykalne (przedmiotowe) Część B. Badania diagnostyczne Status zdrowotny pacjenta Podsumowanie bilansu

Dalsze postępowanie Uwagi

Podsumowanie bilansu

Podejrzenie x A15 Gruźlica układu oddechowego, bakteriologicznie i histologicznie potwierdzona x

Rozpoznanie x D86.0 Sarkoidoza płucna x

Lipidogram Wynik badania - cholesterol całkowity I9 250

Aktualny wynik SCORE Pokaż wynik 1%

Prawdopodobieństwa zgonu z powodu chorób układu krążenia w ciągu następnych 10 lat.

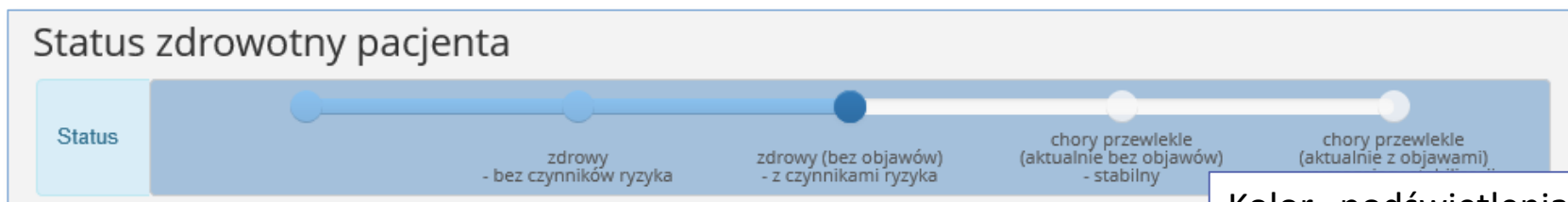
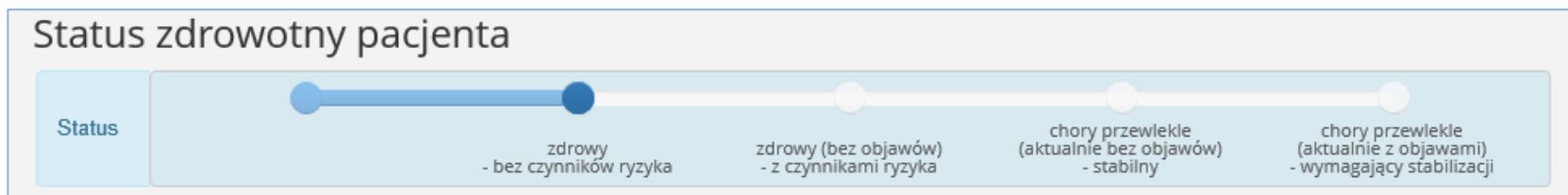
Na aktualny wynik SCORE wpływa płeć, wiek oraz ewentualnie palenie papierosów, a także wartości skurczowego ciśnienia tętniczego i cholesterolu całkowitego.

Wynik w procentach oznaczają ryzyko ogólne, czyli prawdopodobieństwo zgonu z powodu chorób układu krążenia w ciągu następnych 10 lat.

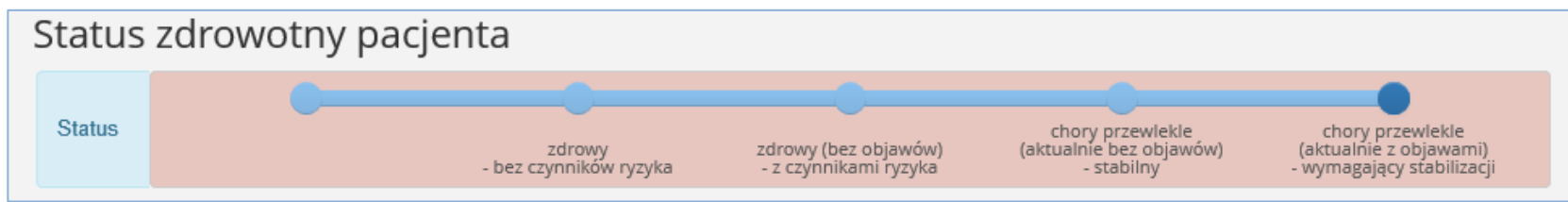
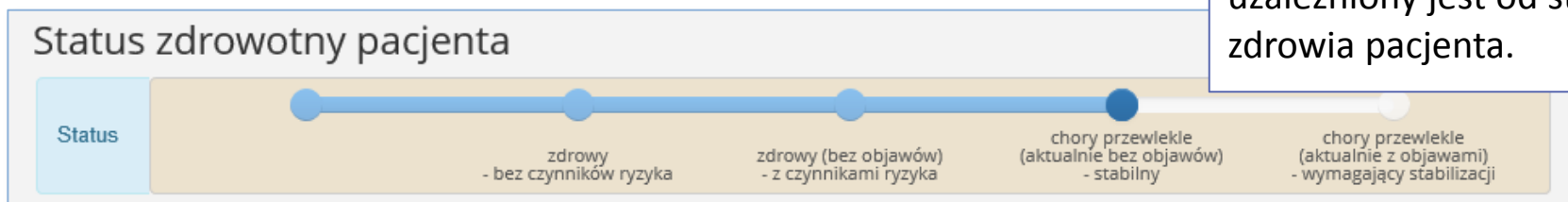
Ryzyko $\geq 5\%$ uważa się za duże. Osoby obciążone takim ryzykiem wymagają szczególnej uwagi, często wymagają leczenia farmakologicznego nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii.

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Status zdrowia pacjenta



Kolor podświetlenia skali uzależniony jest od statusu zdrowia pacjenta.



Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Formularz bilansu zdrowia – Badania i analiza cz.5

Badanie fizykalne (przedmiotowe) Część B. Badania diagnostyczne Status zdrowotny pacjenta Podsumowanie bilansu

Dalsze postępowanie Uwagi

Dalsze postępowanie

pacjent skierowany na badania spoza pakietu badań

Badanie:

pacjent kwalifikuje się do programu zarządzania chorobą

Program:

pacjentowi wystawiono skierowanie do lekarza specjalisty

Specjalista:

pacjentowi wydano kartę DILO

pacjent skierowany do Programu ChUK

pacjent skierowany do Programu POChP

pacjent skierowany do Programu profilaktyki raka sutka?

pacjent skierowany do Programu profilaktyki raka szyjki macicy?

pacjent skierowany do Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego

Kwalifikacja pacjenta do wizyt: edukacyjnej specjalistycznych dietetycznych specjalistycznej psychologicznej

Do bilansu należy także przypisać dalsze postępowanie pacjenta, czyli skierowania:

- *na badania*
- *do lekarzy specjalistów*
- *do programów zdrowotnych*

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Formularz bilansu zdrowia – Badania i analiza cz.6

Badanie fizykalne (przedmiotowe) Część B. Badania diagnostyczne Status zdrowotny pacjenta Podsumowanie bilansu

Dalsze postępowanie **Uwagi**

Uwagi

Uwagi

Data zakończenia wypełniania kwestionariusza 2018-12-04

NFZ
Narodowy Fundusz Zdrowia

Lekarz może zapisać uwagi dotyczące zdrowia pacjenta w ostatniej części. Dzięki temu na kolejnej wizycie będzie o tym pamiętał.

Wydruk bilansu

KWESTIONARIUSZ BILANSOWY

Część A.

Dane personalne

(1) ID kwestionariusza:	18120268729
(2) Data rozpoczęcia wypełniania kwestionariusza:	2018-12-04
(3) Forma zaproszenia pacjenta:	przez rejestrację

(4) PESEL lub inny identyfikator pacjenta		(5) Płeć	<input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	(6) Wiek	32 lat
(7) Imię i nazwisko		(8) Wsparcie społeczne	<input checked="" type="checkbox"/> w związku lub prowadzi gospodarstwo domowe z inną osobą, np. dzieckiem/współmałżonkiem/partnerem <input type="checkbox"/> stan wolny lub prowadzi gospodarstwo domowe samodzielnie		
(9) Numer telefonu	123456789	(10) Adres e-mail		(11) Adres zamieszkania (kontaktowy)	3 MAJA 12, 11-111 POZNAŃ
(12) Wykształcenie	<input type="checkbox"/> podstawowe <input checked="" type="checkbox"/> średnie/zawodowe <input type="checkbox"/> wyższe (w tym II./mgr)	(13) Zawód wykonywany	pracownik biurowy		

Ocena ogólnego stanu zdrowia, aktywności fizycznej - 89.01

(14) Jak ocenia Pan/i swój aktualny stan zdrowia w skali od 1 (bardzo źle) do 5 (bardzo dobrze)?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
(15) Jak ocenia Pan/i swoją sprawność fizyczną w skali od 1 (bardzo niska) do 5 (bardzo dobra)?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
(16) Ile razy w tygodniu uprawia Pan/i umiarkowaną* aktywność fizyczną (uwzględniając tylko wysiłki trwające co najmniej 10 min bez przerwy)?	<input type="checkbox"/> nie uprawiam <input checked="" type="checkbox"/> 1-2 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> 3-4 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> częściej niż 4 razy w tygodniu	Łączny czas tygodniowo	1 h
(17) Ile razy w tygodniu uprawia Pan/i intensywną** aktywność fizyczną (uwzględniając tylko wysiłki trwające co najmniej 10 min bez przerwy)?	<input checked="" type="checkbox"/> nie uprawiam <input type="checkbox"/> 1-2 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> 3-4 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> częściej niż 4 razy w tygodniu	Łączny czas tygodniowo	

* aktywność umiarkowana, tj. prowadząca do trochę szybszego oddychania i trochę szybszego bicia serca sport (np. noszenie ciężkich ciężarów, jazda rowerem w normalnym tempie, gra w siatkówkę lub bardzo szybki marsz).

** aktywność intensywna, tj. wywołująca bardzo szybkie oddychanie i bardzo szybkie bicie serca (np. dzwiganie ciężkich przedmiotów, kopanie ziemi, aerobik, szybki bieg, jazda kolarzem).

Wywiad rodzinny - 89.01

Członkowie rodziny I stopnia (żyjący i zmarli)	Rok ur.	Czy żyje? (tak/nie)	a. Choroby przewlekłe (np. astma, cukrzyca, choroby psychiczne, choroby serca, nadciśnienie tętnicze)			b. Zachorowania na nowotwory			
			tak	nie	jakie?	tak	nie	w jakim wieku?	umiejscowienie nowotworu
(18) Matka	1950	tak <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Astma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59	Płuca
(19) Ojciec	1952	nie <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
(20) Rodzeństwo:									
1. Brat		nie <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30	Żołądka
(21) Dzieci:									
(22) Dalsi krewni (stopień pokrewieństwa)									

Wywiad/badanie podmiotowe (historia aktualnych i przebytych chorób pacjenta) - 89.01

ICD-10	Nazwa	Aktualna	Przebyta	Uwagi
D86	Sarkoidoza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A87	Wirusowe zapalenie opon mózgowych	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Uczestnictwo w programach profilaktycznych/przesiewowych		TAK	NIE
(23) Czy pacjent/ka kwalifikuje się do Programu profilaktyki układu krążenia (CHUK)?	<input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Czy kiedykolwiek pacjent/ka korzystał/a z programu:	Data ost. badania	2009
		Wynik	<input checked="" type="checkbox"/> W normie <input type="checkbox"/> Poza normą
		Zalecenia	Dalsza kontrola
(24) Czy pacjent/ka kwalifikuje się do Programu profilaktyki chorób odżywczych, w tym PochP?	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Czy kiedykolwiek pacjent/ka korzystał/a z programu:	Data ost. badania	

		Wynik	<input type="checkbox"/> W normie	<input type="checkbox"/> Poza normą	
		Zalecenia			
(25) Czy pacjentka kwalifikuje się do Programu profilaktyki raka szyjki macicy?	<input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Czy kiedykolwiek pacjentka korzystała z programu:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Data ost. badania			
		Wynik	<input type="checkbox"/> W normie <input type="checkbox"/> Poza normą		
		Zalecenia			
(26) Czy pacjent/ka kwalifikuje się do Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego?	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE	Czy kiedykolwiek pacjent/ka korzystał/a z programu:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Data ost. badania			
		Wynik	<input type="checkbox"/> W normie <input type="checkbox"/> Poza normą		
		Zalecenia			
(27) Czy w ciągu ostatnich dwóch lat miała Pani wykonane badanie piersi?	<input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	mammografia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		USG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		samokontrola	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(28) Czy pacjent/ka kwalifikuje się do Programu profilaktyki raka sutka?	<input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Czy kiedykolwiek pacjent/ka korzystał/a z programu:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Data ost. badania			
		Wynik	<input type="checkbox"/> W normie <input type="checkbox"/> Poza normą		
		Zalecenia			
(29) Czy pacjent/ka korzystał/a ze świadczeń w ramach innych Programów profilaktycznych niż te wymienione w pytaniach: 23-28?	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE	Jaki program?			
Użytki					
(30) Palenie tytoniu	<input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Od ilu lat?	6 lat		
		Czy kiedykolwiek palił/a Pan/i papierosy:	<input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Nie palił od	
		Wynik testu Fagerstroma (u osób palących). Liczba uzyskanych punktów:	1 lat	Pałafa/em	
			5 pkt	1 lat	
(31) Spożycie alkoholu (wg AUDIT-C dla POZ):	<input type="checkbox"/> nigdy <input type="checkbox"/> 1-2 <input checked="" type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-9 <input type="checkbox"/> 10 lub więcej	Jak często pije Pan/i napoje zawierające alkohol?	<input type="checkbox"/> nigdy <input type="checkbox"/> 1 raz w m-cu lub rzadziej <input checked="" type="checkbox"/> 2-4 razy w miesiącu <input type="checkbox"/> 2-3 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> częściej niż 4 razy w tygodniu		
		Ile porcji alkoholu wypija Pan/i przeciętnie w okresie, kiedy Pan/i pije alkohol?	<input type="checkbox"/> 1-2 <input checked="" type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-9 <input type="checkbox"/> 10 lub więcej		
		Jak często wypija Pan/i sześć albo więcej porcji przy jednej okazji?	<input type="checkbox"/> nigdy <input checked="" type="checkbox"/> rzadziej niż raz w m-cu <input type="checkbox"/> raz w miesiącu <input type="checkbox"/> raz w tygodniu <input type="checkbox"/> codziennie lub prawie codziennie		
(32) Inne użytki	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE	Jakie?			
(33) Leczenie poza POZ	<input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Opis (w którym roku, jaki zabieg, na jakim oddziale/jakiej poradni)			
(34) zabi					
(35) hos					
(36) opę					
(37) por					
(38) Farr					
(37) Czy przyjmuje Pan/i leki na stałe?	<input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Nazwa produktu	Dawka	Ile razy dziennie	Od kiedy
		1. Encorton	30	2	6 miesięcy
(38) Czy jest Pan/i uczulony/a na jakikolwiek lek?	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE	Jeśli tak, jaki?			
		Inne			
(39) Czy pacjent/ka miał/a wykonywane szczepienia przeciwko grypie?	<input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	kiedy?			
		2018			
(40) Czy kiedykolwiek pacjent/ka miał/a wykonywane szczepienia przeciwko WZW typu B?	<input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	kiedy?			
		2017			
Zgłaszane dolegliwości					

Jeżeli jest to konieczne można pobrać kwestionariusz bilansowy i umieścić go w kartotece pacjenta.

(41) Czy w ostatnim czasie zauważyła Pani/Pan któreś z objawów z listy?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- pogarszająca się tolerancja wysiłku
- zmiana masy ciała
 - spadek
 - wzrost
- powiększenie obwodu brzucha
- zaburzenia ze strony układu pokarmowego
- ostre bądź przewlekłe bóle brzucha
- zaburzenia wypróżniania
- ból brzucha i okolic odbytu, w tym przy wypróżnianiu
- świąd odbytu
- krwawienia z odbytu / krew w stolcu
- nawracające stany zapalne dróg rodnych
- problemy z oddawaniem moczu
 - krwimocz
 - częstomocz
 - trudności w oddawaniu moczu
 - ból kroczka i podbrzusza
- zaburzenia miesiączkowania
- wyczuwalne zmiany w piersi
- wyciek z brodawek
- powiększenie obwodu szyi
- wyczuwalne zmiany w obrębie tarczycy
- kołatanie serca/tachykardia
- ból w klatce piersiowej
- duszności
- krwioplucie
- niepokojący lub długo utrzymujący się kaszel
- obrzęki
- bóle stawów kończyn dolnych
- inne, jakie?

Pomiary antropometryczne i parametry żywotne – 89.04

(42) masa ciała	65 kg	(43) wzrost	170 cm	(44) BMI [kg/m ²]	22.5
(45) ciśnienie krwi (skurczowe)	100 mmHG	(46) ciśnienie krwi (rozkurczowe)	101 mmHG	(47) tętno	80

Ocena samopoczucia psychicznego – 89.01

(48) Czy w ciągu ostatniego miesiąca często czuł/a się Pan/i przygnębiony/a, depresyjny/a lub zrozpaczony(a)?	<input checked="" type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
(49) Czy w ciągu ostatniego miesiąca był/a Pan/i mniej zainteresowany/a większością spraw lub odczuwał/a Pan/i mniejszą przyjemność z wykonywanych zajęć?	<input type="checkbox"/> TAK	<input checked="" type="checkbox"/> NIE
(50) Czy jest coś, w czym chciał(a)by Pan/i, by Panu/i pomóc?	<input type="checkbox"/> TAK	<input checked="" type="checkbox"/> NIE

Badanie fizykalne (przedmiotowe) – 89.00

Zakres	W normie	Poza normą	Uwagi
Skóra	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Węzły chłonne	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Śluzówki	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czaszka	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oczy i wzrok	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uszy i słuch	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nos i powonienie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jama ustno-gardłowa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stan uzębienia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Szyja i gruczoł tarczowy	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Klatka piersiowa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gruczoły piersiowe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Płuca	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Układ sercowo-naczyniowy	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brzuch	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Układ moczowo-płciowy	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Badanie per rectum	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Układ nerwowy	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Część B.

Badania diagnostyczne

Badanie	Kwalifikacja do badania	Wynik badania	
		prawidłowy	nieprawidłowy
Morfologia C55	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OB C59	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badanie ogólne moczu A01	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glukoza z krwi żyłnej L43	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lipidogram	Cholesterol całkowity I99	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cholesterol-HDL K01	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cholesterol-LDL K03	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Triglicerydy (TG) O49	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spirometria B9.383	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALT (ALAT) I17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AST (AspAT) I19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TSH L69	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FT4 O69	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FT3 O55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENG B9.51	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USG jamy brzusznej B8.761	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USG piersi B8.732	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USG tarczycy i przytarczyc B8.713	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA I61	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USG gruczołu krokowego B8.763	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RTG klatki piersiowej (KLP) B7.440	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreatynina M37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kwas moczowy M45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Densytometria B8.961	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Podsumowanie bilansu

Podjęzelenie:	Kod ICD10 A15	Gruczlica układu oddechowego, bakteriologicznie i histologicznie potwierdzona
Rozpoznanie:	Kod ICD10 D86.0	Sarkoidoza płucna
Wynik SCORE:	1 ⇨ prawdopodobieństwa zgonu z powodu chorób układu krążenia w ciągu następnych 10 lat	

Status zdrowotny pacjenta

<input type="checkbox"/> (1) zdrowy - bez czynników ryzyka	<input type="checkbox"/> (2) zdrowy (bez objawów) z czynnikami ryzyka	<input type="checkbox"/> (3) chory przewlekłe (aktualnie bez objawów) - stabilny	<input checked="" type="checkbox"/> (4) chory przewlekłe (aktualnie z objawami) - wymagający stabilizacji
--	---	--	---

Dalsze postępowanie

<input checked="" type="checkbox"/> Pacjent skierowany na badania spoza pakietu badań bilansowych które?	<input checked="" type="checkbox"/> Pacjent kwalifikuje się do programu zarządzania chorobą wg której choroby?	<input checked="" type="checkbox"/> Pacjentowi wystawiono skierowanie do lekarza specjalisty które specjalności?	<input type="checkbox"/> Pacjentowi wydano kartę DİLO
--	--	--	---

<ul style="list-style-type: none"> • spirometria spoczynkowa • RTG klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej 		<ul style="list-style-type: none"> • astma oskrzelowa 		<ul style="list-style-type: none"> • Lekaru - specjalista chorób płuc 	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
pacjent skierowany do Programu ChUK	pacjent skierowany do Programu POChP	pacjent skierowany do Programu profilaktyki raka sutka?	pacjent skierowany do Programu profilaktyki raka szyjki macicy?	pacjent skierowany do Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego	
Kwalifikacja pacjenta do wizyt:		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		edukacyjnej zakres tematyczny?	specjalistycznych dietetycznych	specjalistycznej psychologicznej	

Uwagi

(51) Data zakończenia wypełniania kwestionariusza:	2018-12-04
--	------------

Data i podpis pacjenta

Data i podpis osoby
wypełniającej kwestionariuszData i podpis lekarza
przeprowadzającego badanie

Wydruk IPPZ

Indywidualny Plan Postępowania Zdrowotnego (IPPZ)

Dziękujemy za udział Pani/Pana w profilaktycznym badaniu bilansowym.
Poniżej prezentujemy podsumowanie badania.

• Wynik aktywności fizycznej

- o Brak lub niewystarczająca

brak lub niewystarczająca aktywność fizyczna

EW. odesłanie do materiałów edukacyjnych – na platformie edukacyjnej NFZ (jeszcze niedostępne), programy lokalne, materiały ogólnodostępne, źródła własne

• Wynik testu Fagerstroma:

- o liczba punktów 4-6 – średni stopień uzależnienia (sugerowana edukacja antynikotynowa)

EW. odesłanie do materiałów edukacyjnych – na platformie edukacyjnej NFZ (jeszcze niedostępne), programy lokalne, materiały ogólnodostępne, źródła własne

• Wynik SCORE (ocena ryzyka sercowo-naczyniowego)

Ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w ciągu najbliższych 10 lat wynosi 1%

Ryzyko jest uznane za:

- o umiarkowane (od 1% do 4%)

• Wynik testu AUDIT-C:

- o Picie szkodliwe* (kobiety 3-6 i mężczyźni 5-8)

* sugerowana edukacja dot. spożycia alkoholu

EW. odesłanie do materiałów edukacyjnych – na platformie edukacyjnej NFZ (jeszcze niedostępne), programy lokalne, materiały ogólnodostępne, źródła własne

• Wyniki pomiarów:

- o Wskaźnik BMI: 22,50

■ 18,5 - 24,99 - wartość prawidłowa

- o Ciśnienie tętnicze:

■ skurczowe 160-179 i/lub rozkurczowe 100-109 – nadciśnienie 2 stopnia (umiarkowane)*

* wynik wskazuje na podwyższone ciśnienie, konieczność dalszej obserwacji, w tym samokontroli oraz interwencji niefarmakologicznej. Zalecana modyfikacja stylu życia

- o Tętno:

■ 60 - 100 uderzeń na minutę – wynik w normie

• Wynik oceny samopoczucia psychicznego

- o Konieczność przeprowadzenia wywiadu pogłębianego w kierunku depresji

• Wyniki zleconych badań – kopia w załączeniu

- o CS5 Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów
- o CS9 Odczyn opadania krwinek czerwonych
- o A01 Badanie ogólne moczu (profil)

- o L43 Glukoza z krwi żyłnej
- o I99 Cholesterol całkowity
- o K01 Cholesterol HDL
- o K03 Cholesterol LDL
- o O49 Trójglicerydy

Podsumowanie

U Pani/Pana podejrzewany jest:

- o A15 Gruźlica układu oddechowego, bakteriologicznie i histologicznie potwierdzona

U Pani/Pana został zdiagnozowany:

- o D06.0 Sarkoidoza płucna

Skierowania

- o Pacjent skierowany do poradni

- o Konieczność wykonania dodatkowych badań spoza pakietu badań bilansowych

- spirometria spoczynkowa
- RTG klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej

- o Konieczność konsultacji specjalistycznej

- Lekarz - specjalista chorób płuc

- o Pacjent kwalifikuje się do Programu Zarządzania chorobą

- astma oskrzelowa

Na podstawie badania bilansowego kwalifikuję Panią/Pana do:

- o wizyta edukacyjna
- o wizyta edukacyjna dietetyczna

Termin wizyty do uzgodnienia z koordynatorem

Operator powinien wydrukować IPPZ
czyli Indywidualny Plan Postępowania
Zdrowotnego i przekazać go pacjentowi.

Wizyty edukacyjne

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Wymagania dla wizyt

Aby można było dodać wizytę

1. Proces POZ PLUS musi być zakończony
2. Indywidualny Plan Postępowania Zdrowotnego IPPZ **musi zostać przekazany pacjentowi**

Zakończenie procesu POZ PLUS

DANE PROCESU:

Data zakończenia procesu:*
2018-12-06

IPPZ został przekazany pacjentowi:

Data przekazania IPPZ pacjentowi*
RRRR-MM-DD

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Rozpoczęcie procesu dokumentowania wizyty cz.1

NFZ
Narodowy Fundusz Zdrowia

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń
Portal SZOI

Procesy ▾ Zgody Konteksty Administracja ▾ Zmiana hasła Wyloguj

Rozpoczęcie procesu dokumentowania wizyty

DANE WIZYTY:

Typ wizyty:*
Wizyta edukacyjna

Data wizyty:*
2018-12-04

Numer procesu bilansu:
18120268729

DANE PACJENTA:

Imię:*
ANNA

Typ identyfikatora:*
PESEL

NAZWISKO

Identyfikator:*

ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA PACJENTA:

Państwo:*
POLSKA

Miejscowość:*
POZNAŃ

Kod pocztowy:*
11-111

Ulica:
3 MAJA

Nr domu:*
12

Nr lokalu:

DANE KONTAKTOWE:

Telefon:*
123456789


Adres e-mail:

Istnieją trzy rodzaje wizyt związanych z procesem koordynowanej opieki POZ PLUS


Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń


Rozpoczęcie procesu dokumentowania wizyty cz.2


KONTEKST PRACY OPERATORA:

Kontekst operatora:
KONTEKST 1  lub

DANE OSOBY, KTÓRA PRZEPROWADZIŁA WIZYTĘ:

Typ osoby:*
Lekarz 

Nr prawa wykonywania zawodu:
 


Zawód/specjalność:*
LEKARZ - SPECJALISTA ALERGOLOGII 

Imię:*
ADAM

Nazwisko:*
NAZWISKO


Osoba pełni rolę koordynatora:

WYBÓR UMOWY, W RAMACH KTÓREJ ZOSTAŁA PRZEPROWADZONA WIZYTA:

Wybór umowy i miejsca:*
15-00--18-04 

Miejsce: 11772

* pola wymagane


Narodowy Fundusz Zdrowia

Program zarządzania chorobą DMP

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Procesy DMP – Schorzenia objęte programem

Do schorzeń objętych programem DMP zalicza się:

1. cukrzyca typu II
2. nadciśnienie tętnicze samoistne
3. przewlekła choroba wieńcowa
4. przewlekła niewydolność serca
5. utrwalone migotanie przedsionków
6. astma oskrzelowa
7. POCHP
8. niedoczynność tarczycy
9. wole mięsiste i guzowate tarczycy
10. choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych
11. zespoły bólowe kręgosłupa

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Procesy DMP – Schorzenia objęte programem – ICD 10

Słowniki ICD 10 zawarte w systemie uzależnione są o schorzenia pacjenta.

Lp.	Kod ▼	Nazwa
1.	E10	Cukrzyca insulinozależna
2.	E10.0	Cukrzyca insulinozależna (ze śpiączką)
3.	E10.1	Cukrzyca insulinozależna (z kwasicią ketonową)
4.	E10.2	Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami nerkowymi)
5.	E10.3	Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami ocznymi)

Lp.	Kod ▼	Nazwa
1.	M15	Zwyrodnienia wielostawowe
2.	M15.0	Pierwotnie uogólniona choroba zwyrodnieniowa stawów
3.	M15.1	Guzki Heberdena (z artropatią)
4.	M15.2	Guzki Boucharda (z artropatią)
5.	M15.3	Wtórna wielostawowa choroba zwyrodnieniowa stawów

Lp.	Kod ▼	Nazwa
1.	J45	Dychawica oskrzelowa
2.	J45.0	Dychawica oskrzelowa w głównej mierze z przyczyn uczuleniowych
3.	J45.1	Dychawica oskrzelowa nieuczuleniowa
4.	J45.8	Dychawica oskrzelowa mieszana
5.	J45.9	Nieokreślona dychawica oskrzelowa

Lp.	Kod ▼	Nazwa
1.	E01	Niedoczynność tarczycy z powodu niedoboru jodu i pokrewnych przyczyn
2.	E01.0	Rozlane (endemiczne) wole z powodu niedoboru jodu
3.	E01.1	Wieloguzkowe (endemiczne) wole z powodu niedoboru jodu
4.	E01.2	Wole z powodu niedoboru jodu (endemiczne), nie określone
5.	E01.8	Inne choroby tarczycy z powodu niedoboru jodu i pokrewnych przyczyn

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Procesy DMP – Procesy

Każdy z pacjentów może posiadać wiele aktywnych procesów.

1. Przy czym tylko 1 aktywny związany z danym schorzeniem objętym programem zarządzania chorobą.
2. Każdy z aktywnych procesów może posiadać różny poziom zaawansowania i wynikający z tego status.

Lp.	Nr procesu	Data rozp. procesu	NPWZ osoby decydującej o uruchomieniu procesu	Typ identyfikatora	Nazwa schorzenia	Bieżący etap	Następny etap	Operacje
	Status procesu			Wartość identyfikatora ▲ Imię i nazwisko pacjenta		Status bieżącego etapu		
1.	Nr: 18120269344 Stat.: Aktywny	2018-12-06	██████	Typ: PESEL Ident.: 86120 ██████ Im. nazw.: IMIĘ 1 NAZWISKO 1	Cukrzyca typu II	Etap.: Diagnostyka przed kwalifikacją pacjenta do leczenia w ramach DMP Stat.: Zakończony	Kwalifikacja pacjenta do leczenia w ramach DMP	podgląd zakończ etap zakończ proces
2.	Nr: 18120269355 Stat.: Aktywny	2018-12-06	██████	Typ: PESEL Ident.: 86120 ██████ Im. nazw.: IMIĘ 1 NAZWISKO 1	Nadciśnienie tętnicze samoistne	Etap.: Kwalifikacja pacjenta do leczenia w ramach DMP Stat.: Zakończony	Przygotowanie IPOM i przekazanie go pacjentowi	podgląd zakończ etap anuluj etap zakończ proces
3.	Nr: 18120269366 Stat.: Aktywny	2018-12-06	██████	Typ: PESEL Ident.: 861204 ██████ Im. nazw.: IMIĘ 1 NAZWISKO 1	Astma oskrzelowa	Etap.: Diagnostyka przed kwalifikacją pacjenta do leczenia w ramach DMP Stat.: Rozpoczęty	-	podgląd zakończ etap anuluj proces

Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń

Dodawanie procesu DMP cz.1

Rozpoczęcie procesu włączania/wyłączenia pacjenta do/z programu zarządzania chorobą

DANE PROCESU:

Data rejestracji pacjenta do programu pilotażowego opieki koordynowanej DMP

Data rozpoczęcia procesu:*
2018-12-04

DANE PACJENTA:

W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL, wpisuje się rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Imię:*
IMIE

Nazwisko:*
NAZWISKO

Typ identyfikatora:*
PESEL

Identyfikator:*

ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA PACJENTA:

Państwo:*
POLSKA

Miejscowość:*
POZNAŃ
gm. M. POZNAŃ, pow. POWIAT M. POZNAŃ,
woj. WOJ. WIELKOPOLSKIE

Kod pocztowy:*

Ulica:

Nr domu:*
13

Nr lokalu:

DANE KONTAKTOWE:

Telefon:*
123456789

Adres e-mail:

DANE PROCESU DMP:

Schorzenie:*
Cukrzyca typu II

Etap:*
Diagnostyka przed kwalifikacją pacjenta do leczenia w ramach DMP

Lista podejrzeń/rozpoznań

1 Kod ICD10: * E10
Cukrzyca insulinozależna

Typ: * Podejrzenie


Źródło wiedzy: * Bilans zdrowia

+ Dodaj



Procesy Koordynowanego Udzielania Świadczeń


Dodawanie procesu DMP cz.2

KONTEKST PRACY OPERATORA:

Kontekst operatora:
KONTEKST_2  lub

DANE OSOBY ROZPOCZYNAJĄCEJ PROCES:


Typ osoby:*
Lekarz  Nr prawa wykonywania zawodu:
 

Zawód/specjalność:*
LEKARZ - SPECJALISTA ALERGOLOGII 


Imię:*
MARCIN Nazwisko:*
NAZWISKO_25647

Osoba pełni rolę koordynatora:


WYBÓR UMOWY W RAMACH UPOWAŻNIENIA DO ROZPOCZĘCIA PROCESU:

Wybór umowy i miejsca:*
15-00--18-04 
Miejsce: 11772

DEKLARACJA DO LEKARZA POZ:

Data złożenia deklaracji POZ:*
2018-12-04 

* pola wymagane


Narodowy Fundusz Zdrowia