miniPoradnia
WERSJA 2.5.4

INSTRUKCJA OBSŁUGI PROGRAMU



miniPoradnia

Adres: Stryszawa 23
Budynek NZOZ Mediconcept
tel.: +48 577 800 989
e-mail: **bok@miniporadnia.pl**

SPIS TREŚCI

SPIS TREŚCI....2
WPROWADZENIE....5
INSTALACJA PROGRAMU SYSTEM WINDOWS....6
AKTUALIZACJA:....7
LOGOWANIE DO PROGRAMU:....8
MENU GŁÓWNE....9
Administrator....10
Dane Gabinetu....12
Godziny Otwarcia....13
Użytkownicy....14
Dni wolne....16
Przedziały drukowanych recept....17
Drukowanie pustego blankietu recepty....18
Wygląd recepty....19
Przywracanie bazy danych....21
Szablony....23
ICD 10....24
ICD 9....25
LEKI....26
Leki Refundowane....26
Leki Recepturowe....28
Oddział NFZ....31
Uprawnienia pacjenta....32
Słownik komórek organizacyjnych....33
Wygląd programu....34
Ustawienia programu....35

Zmienne systemowe....36
KARTOTEKI PACJENTÓW....37
WIZYTY....38
Recept....39
Informacja o lekach....40
Wydruku Recepty....41
TERMINARZ....42
RAPORTY....45
Generator Raportów....46
Etapy Tworzenia Raportu....47
Historia choroby pacjenta....48
Raporty roczne....49
Statystyka....50
Komunikacja Z Systemem eWUŚ....51
Ustawienia....52
Czy wszystko działa?....53
Obsługa błędów komunikacji z eWUŚ....54
Weryfikacja uprawnień świadczeniobiorców....55
Generowanie oświadczenia....58
Dane historyczne....60
Moduł stomatologiczny....61
Wizyta stomatologiczna....61
Pliki....63
Kart Pacjenta przychodni stomatologicznej....64
Moduł okulistyczny....65
Visus....65
Okulary do dali....66
Okulary do bliży....67

T – Test widzenia obuocznego.....68
Przedni odcinek.....69
Dno oka.....70
Soczewki.....71

WPROWADZENIE

Gratulujemy wyboru **miniPoradni** – oprogramowania stworzonego z myślą o codziennych potrzebach gabinetów medycznych. Jesteśmy przekonani, że nasz system nie tylko spełni Państwa oczekiwania, ale także ułatwi i usprawni wiele obowiązków administracyjnych oraz lekarskich.

miniPoradnia to **nowoczesna, intuicyjna aplikacja** wspierająca zarówno lekarzy prowadzących praktykę prywatną, jak i gabinety stomatologiczne czy specjalistyczne poradnie. Dzięki stałemu rozwojowi i pracy profesjonalnego zespołu inżynierów, program pozostaje niezawodnym narzędziem, które podnosi prestiż placówki i zapewnia przewagę nad konkurencją.

Na życzenie Klientów udostępniamy **dodatkowe moduły**, które można dopasować do indywidualnych potrzeb poradni – tak, aby system rósł i zmieniał się razem z Państwa praktyką.

Obsługa programu została zaprojektowana tak, aby była **prosta i wygodna dla każdego użytkownika**, niezależnie od stopnia znajomości komputera. Fundamentem aplikacji jest wydajna baza danych **PostgreSQL**, co gwarantuje stabilną pracę z nieograniczoną liczbą pacjentów, wizyt i lekarzy na wielu stanowiskach jednocześnie.



✓ **Dzięki miniPoradni codzienna praca staje się szybsza, prostsza i bardziej przejrzysta – tak, aby lekarz mógł skoncentrować się na tym, co najważniejsze: opieka nad pacjentem.**

INSTALACJA PROGRAMU SYSTEM WINDOWS

Pobierz instalator
Po pobraniu oprogramowania uruchom plik:

miniporadnia-install.exe

Przebieg instalacji
Instalacja jest w pełni zautomatyzowana – wystarczy uruchomić plik, a system sam zainstaluje wszystkie niezbędne składniki:

- środowisko **Java**,
- bazę danych **PostgreSQL**,
- oraz program **miniPoradnia**.

Uruchomienie programu
Po zakończeniu instalacji możesz uruchomić aplikację:

- klikając ikonę **miniPoradnia** na pulpicie,
- albo przechodząc do:
  Menu Start → Programy → miniPoradnia → miniPoradnia.



✓ **Cały proces zajmuje zaledwie kilka minut i nie wymaga od użytkownika specjalistycznej wiedzy informatycznej.**

AKTUALIZACJA:

Jeżeli korzystasz już z programu **miniPoradnia**, możesz w prosty sposób przeprowadzić **bezpłatną aktualizację**. Nowa wersja udoskonali działanie aplikacji i wprowadzi dodatkowe funkcjonalności, zachowując jednocześnie wszystkie dotychczasowe dane oraz ważny klucz licencyjny.

1. Pobierz plik aktualizacji: **miniporadnia-update.exe**
2. Uruchom plik – proces aktualizacji przebiega automatycznie.
3. Cała operacja trwa zaledwie kilka sekund i nie wymaga ingerencji użytkownika.



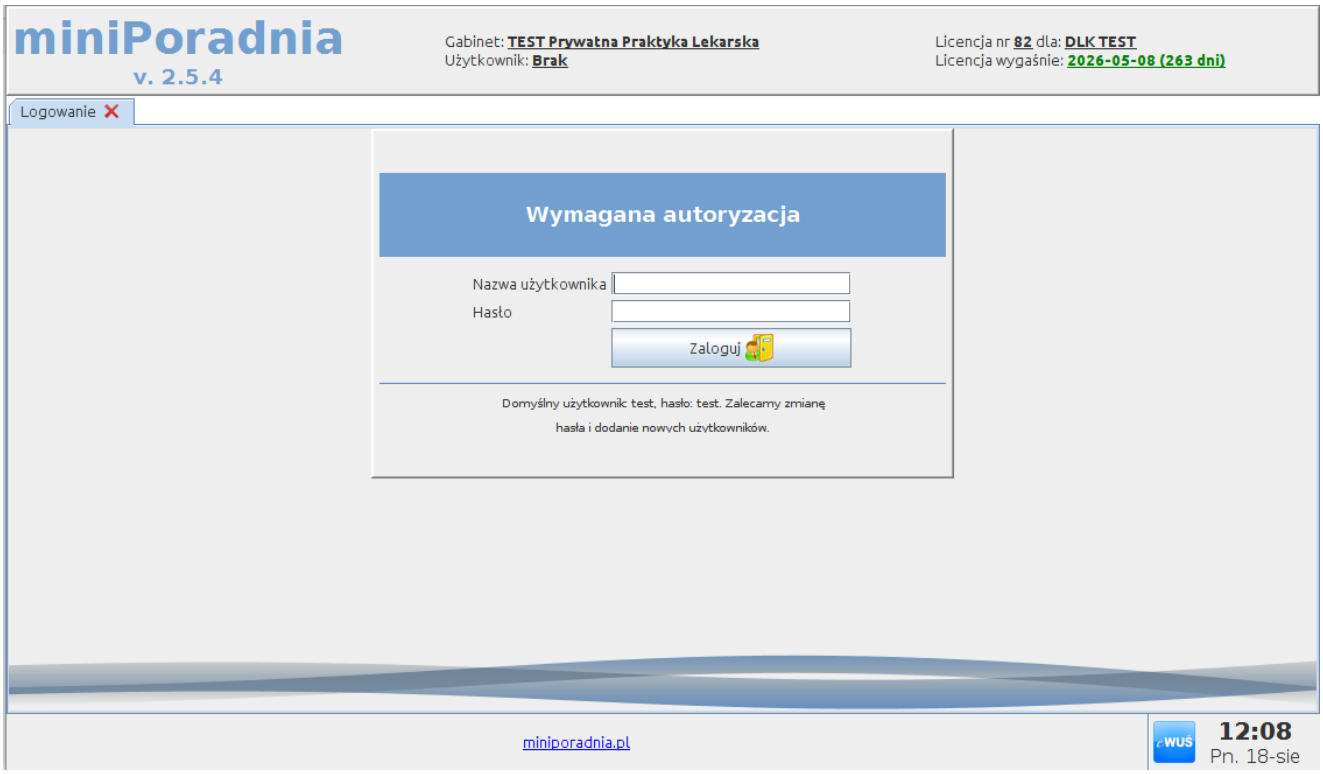
Dzięki regularnym aktualizacjom masz pewność, że Twój program zawsze działa zgodnie z najnowszymi standardami i jest gotowy na nowe wyzwania.

LOGOWANIE DO PROGRAMU:

Po uruchomieniu programu miniPoradnia pojawi się **okno logowania** z prośbą o podanie nazwy użytkownika i hasła.

Dane startowe (domyślne po instalacji):

- **Nazwa użytkownika:** `test`
- **Hasło:** `test`



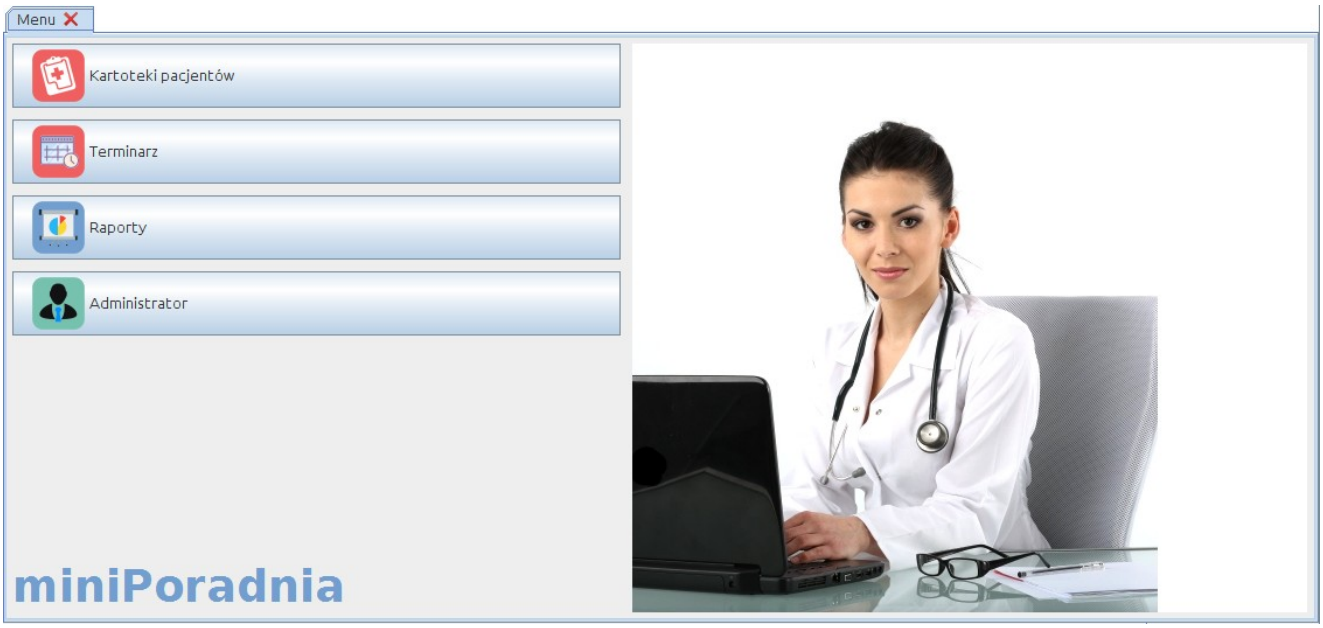
Podczas instalacji tworzony jest przykładowy gabinet lekarski, stomatologiczny oraz konto testowego użytkownika. Dzięki temu można od razu zapoznać się z funkcjami programu.



Rekomendujemy, aby po pierwszym zalogowaniu utworzyć własnych użytkowników i zmienić hasło testowe na indywidualne, co zwiększy bezpieczeństwo pracy z systemem.

MENU GŁÓWNE

Po zalogowaniu pojawi się **główne okno programu miniPoradnia**, które stanowi centrum zarządzania wszystkimi funkcjami.



W menu znajdują się cztery podstawowe moduły:

Kartoteki pacjentów – baza danych pacjentów, gdzie można dodawać nowych, edytować dane istniejących oraz przeglądać historię wizyt.

Terminarz – harmonogram pracy poradni i lekarzy, z możliwością umawiania wizyt, podglądu tygodnia i zarządzania dostępnością.

Raporty – zestawienia i wydruki, które pomagają w analizie pracy gabinetu oraz prowadzeniu dokumentacji.

Administrator – dział konfiguracji programu, gdzie można ustawić dane gabinetu, użytkowników, godziny otwarcia, leki i inne parametry.



Dzięki przejrzystemu układowi wszystkie najważniejsze opcje są dostępne od razu po zalogowaniu – wystarczy jedno kliknięcie, aby rozpocząć pracę w wybranym module.

Administrator

W module Administrator znajdują się wszystkie ustawienia konfiguracyjne programu miniPoradnia. To centrum zarządzania, w którym można dostosować aplikację do potrzeb gabinetu, wprowadzać dane i zarządzać słownikami.



W skład opcji administracyjnych wchodzą:

Zarządzanie gabinetami

- **Dane gabinetu** – wprowadzanie i edycja danych gabinetu (nazwa, adres, godziny pracy).
- **Użytkownicy** – dodawanie lekarzy i pracowników, ustawianie loginów i haseł.
- **Dni wolne** – definiowanie dodatkowych dni wolnych (np. urlop).

Zarządzanie receptami

- **Przedziały drukowanych recept** – rejestrowanie i aktywacja pul recept od NFZ.
- **Wygląd recepty** – konfiguracja pól wydruku i układu recepty.
- **Drukuj pustą receptę** – wydruk pustych blankietów z kodem kreskowym.

Zarządzanie plikami i kopiami zapasowymi

- **Kopia zapasowa** – tworzenie kopii bezpieczeństwa bazy danych.
- **Ustawienia zapisu plików** – miejsce przechowywania plików (lokalnie lub FTP).
- **Szablony** – definiowanie gotowych zestawów opisów i zaleceń.

Zarządzanie słownikami

- **Leki refundowane i recepturowe** – baza leków dostępnych w systemie.
- **ICD-10 i ICD-9** – klasyfikacja chorób i procedur wg WHO.
- **Oddziały NFZ** – lista oddziałów wg województw.
- **Uprawnienia pacjentów** – słownik uprawnień (np. senioralne, inwalidzkie).
- **Postacie leków** – definicje form leków.
- **Komórki organizacyjne** – kody jednostek medycznych (oddziały, poradnie).
- **Menedżer importu danych** – narzędzie do importu słowników.

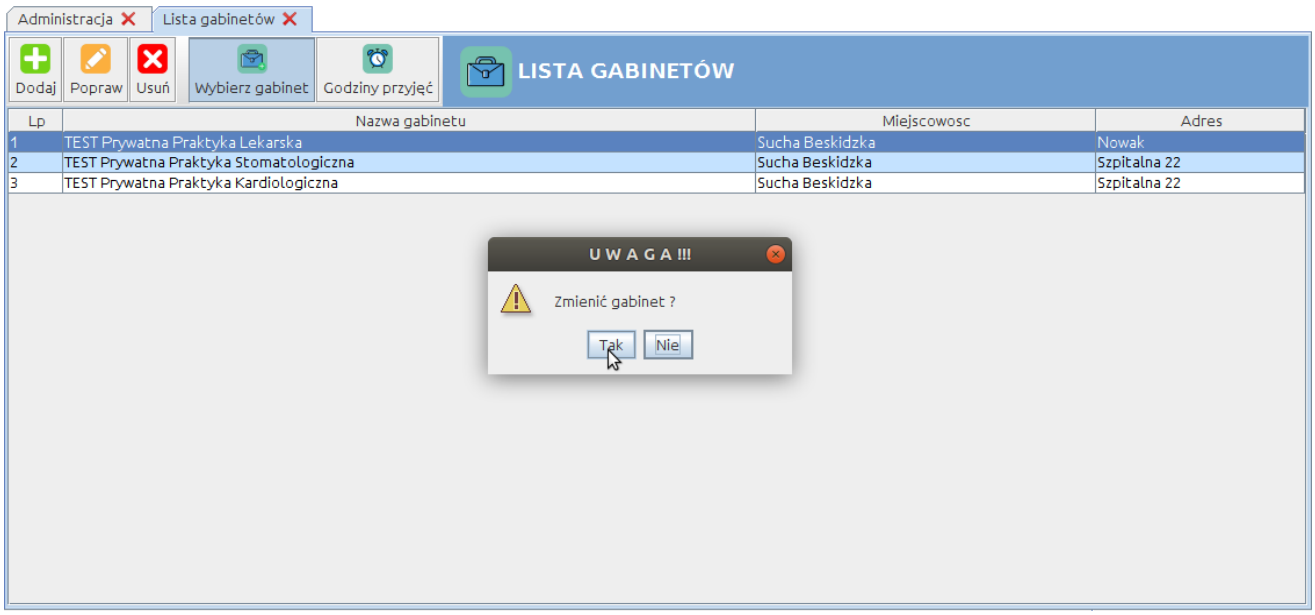
Zarządzanie systemem

- **Wygląd programu** – dostosowanie kolorystyki i stylu interfejsu.
- **Ustawienia programu** – konfiguracja globalnych parametrów aplikacji.
- **Zmienne systemowe** – zaawansowane ustawienia techniczne.

Dane Gabinetu

W tej sekcji możesz dodawać, edytować lub usuwać dane gabinetu. Możliwe jest także:

- przełączanie się pomiędzy wcześniej zdefiniowanymi gabinetami,
- wprowadzanie godzin pracy,
- ustawienie średniego czasu wizyty potrzebnego do budowy terminarza.



Podczas dodawania nowego gabinetu definiujemy jego podstawowe informacje, które będą widoczne w nagłówku wydruków oraz recept:

- nazwa gabinetu,
- dane dodatkowe (np. imię i nazwisko lekarza),
- adres (ulica, kod pocztowy, miejscowość),
- numery kontaktowe (telefon, e-mail),
- identyfikatory administracyjne (NIP, REGON),
- domyślny oddział NFZ.

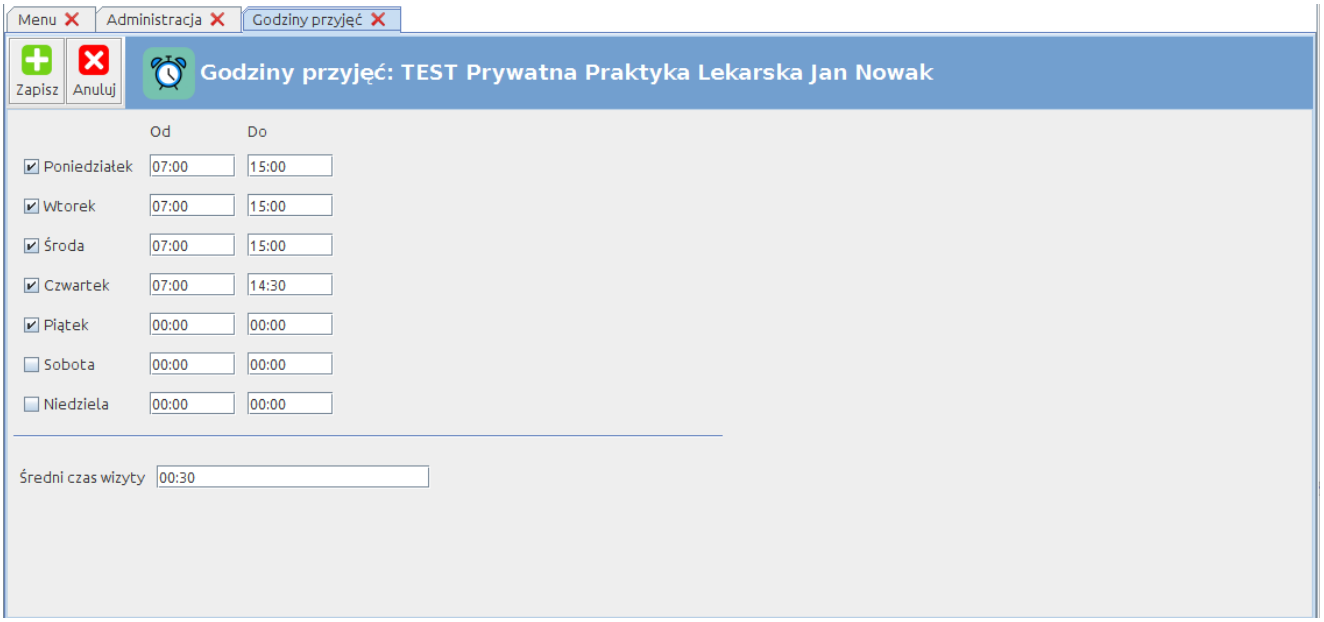


Dzięki tej konfiguracji każdy wydruk (recepta, karta wizyty, raport) będzie zawierał prawidłowe i spójne dane Twojej poradni.

Godziny Otwarcia

W tej sekcji definiujemy dni i godziny, w których gabinet jest czynny.

- Zaznacz odpowiednie dni tygodnia.
- Wpisz godziny otwarcia i zamknięcia w formacie **HH:MM** (np. 09:00 – 14:30).
- Określ **średni czas trwania wizyty** – nie krótszy niż 5 minut (00:05). To ustawienie pozwala programowi prawidłowo budować terminarz i sprawdzać dostępne terminy.

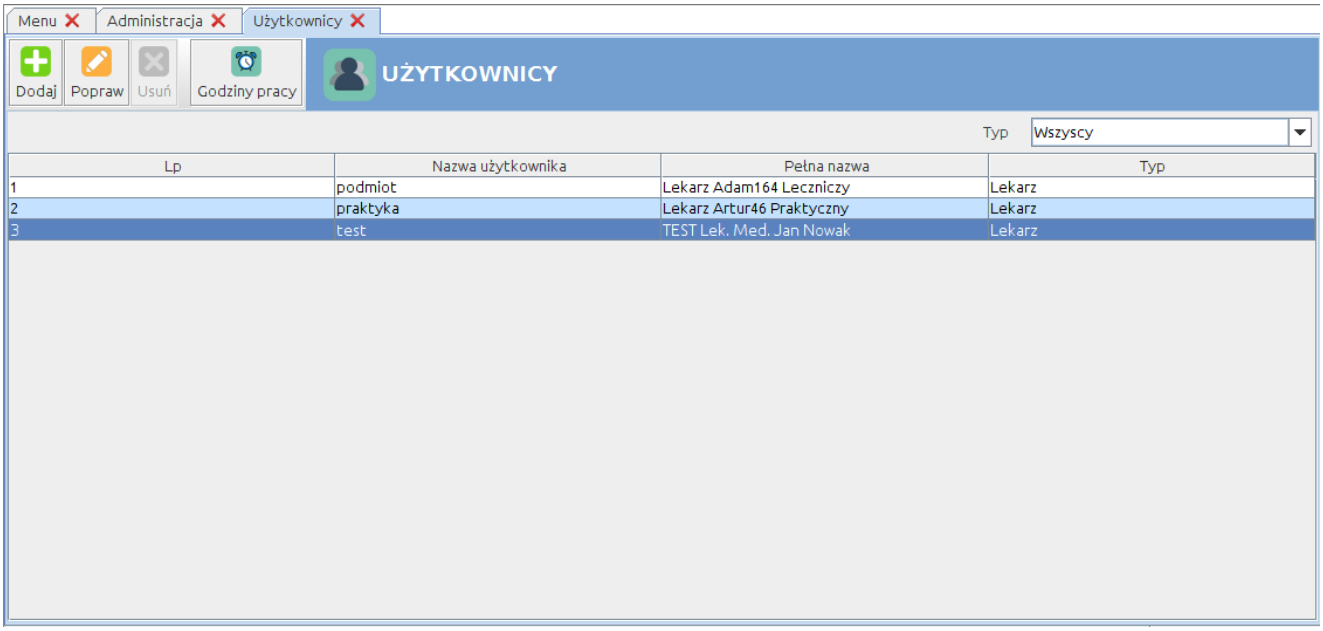




Jeśli gabinet pracuje w różnych godzinach w poszczególne dni, możesz wprowadzić dla każdego dnia indywidualny zakres.

Użytkownicy

Lista użytkowników (lekarzy i personelu) pozwala zarządzać danymi osób pracujących w gabinecie.



W tej sekcji można:

- dodać nowego użytkownika,
- edytować dane istniejącego,
- przypisać użytkownika do określonego gabinetu,
- określić funkcję w systemie (np. lekarz, rejestracja, administrator),
- zdefiniować nagłówek drukowany na recepcie (może być inny niż dane gabinetu).
- Wybrany gabinet domyślny to ten, z którym użytkownik będzie się łączył po zalogowaniu.

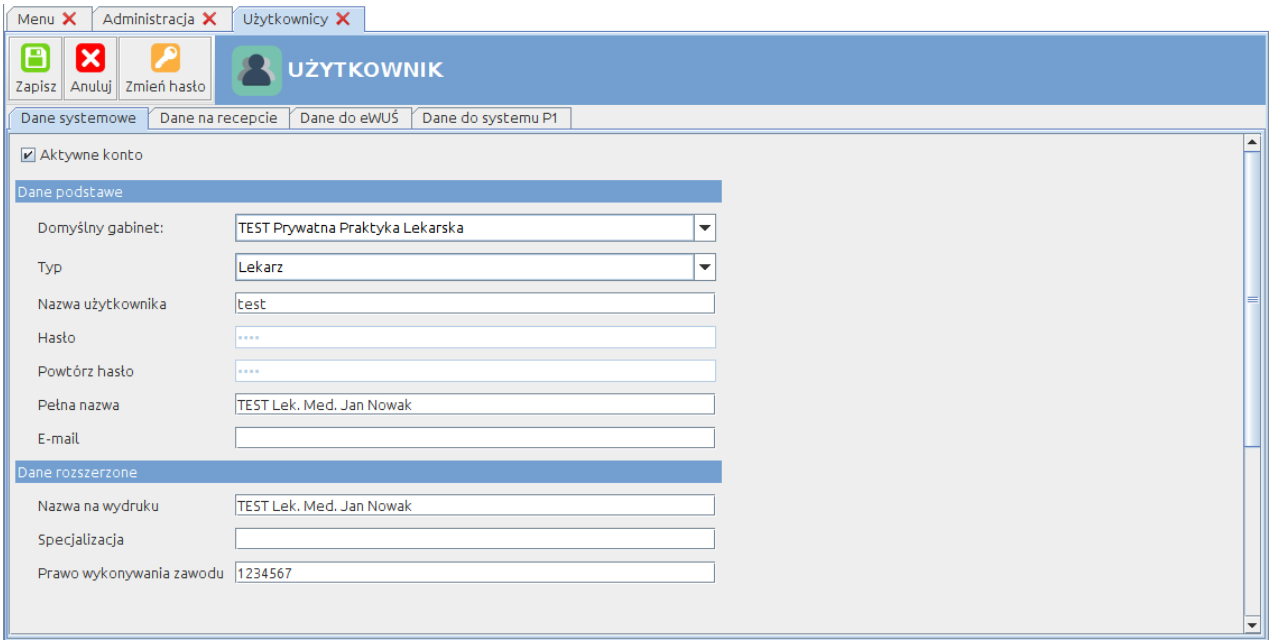


Wpisywane hasło musi być identyczne w obu polach („Hasło” i „Powtórz hasło”).

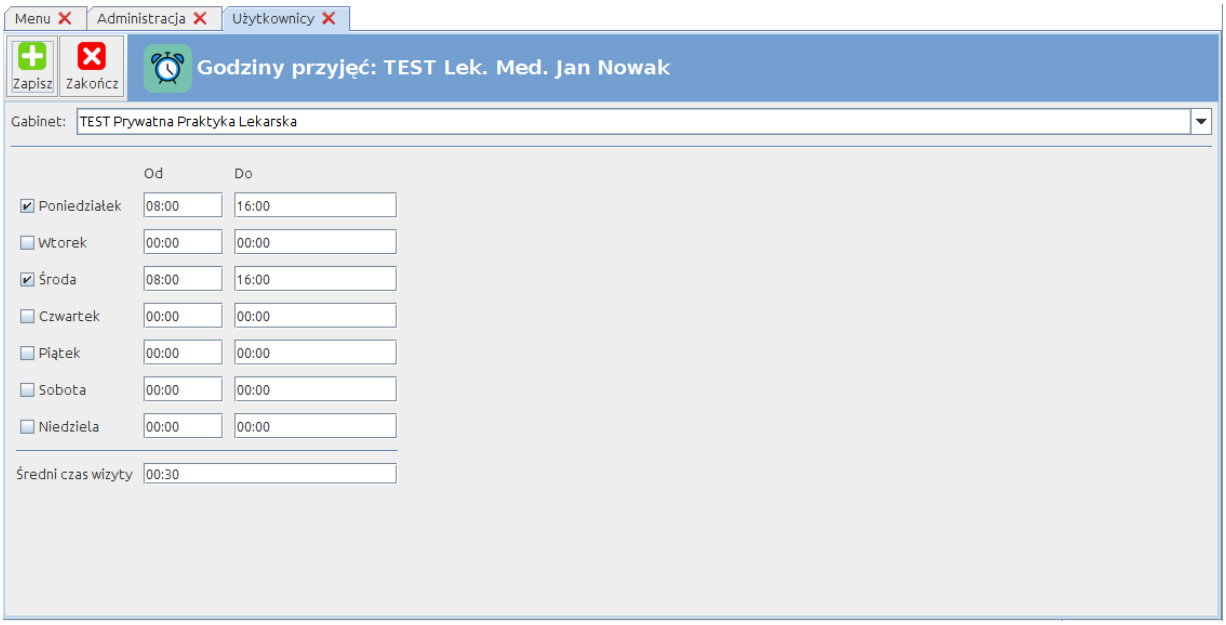
Dodawanie/Edycja użytkownika

W formularzu należy uzupełnić:

- **typ użytkownika** (np. lekarz, rejestracja),
- **gabinet domyślny**,
- **nazwę użytkownika** (login),
- **hasło** (wraz z powtórzeniem),
- dane osobowe (imię, nazwisko, tytuł),
- dane kontaktowe (telefon, e-mail),
- dodatkowe identyfikatory (np. PWZ – prawo wykonywania zawodu).



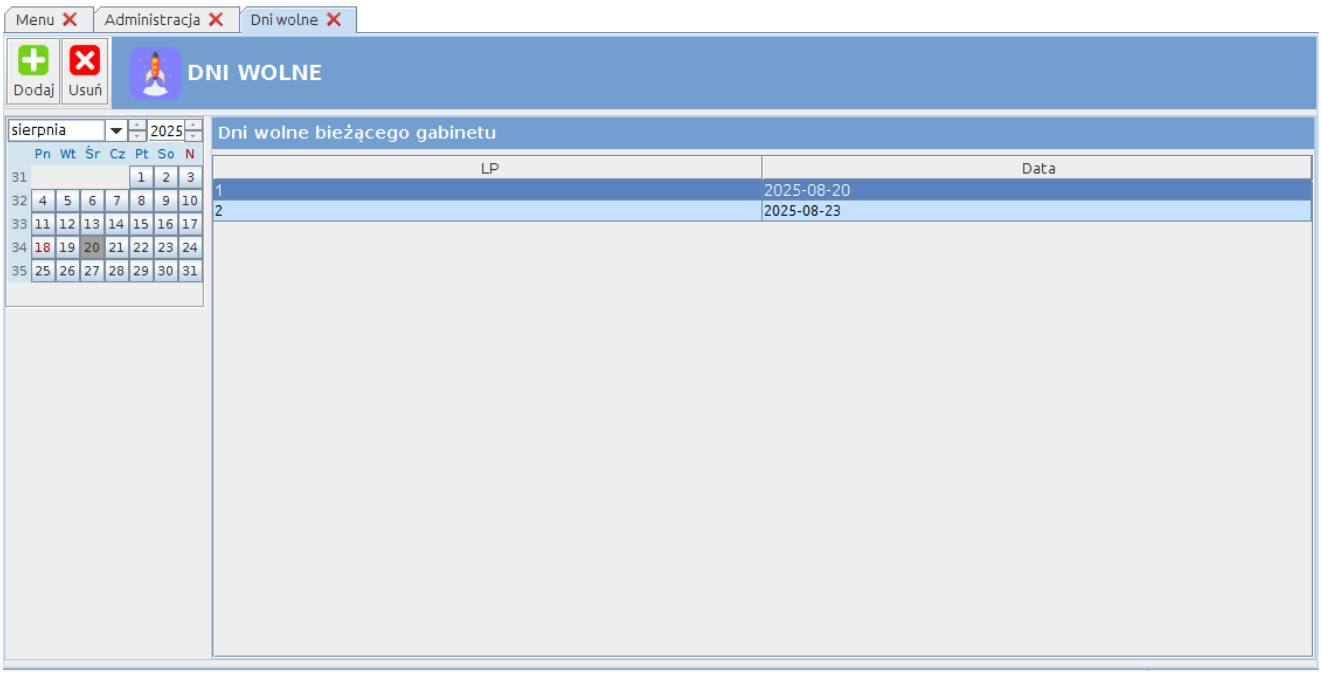
Użytkownik typu **Lekarz** może dodatkowo ustalić **godziny pracy w poszczególnych gabinetach**, co jest wykorzystywane w terminarzu wizyt.



Dni wolne

W ramach pracy gabinetu można zdefiniować dodatkowe dni wolne (np. urlop, święta, remont).

- Po dodaniu dnia wolnego, system oznaczy go w kalendarzu.
- Jeśli użytkownik spróbuje umówić pacjenta na taki dzień, otrzyma komunikat, że gabinet nie przyjmuje wizyt.
- W dowolnym momencie można też usunąć lub zmienić zdefiniowany dzień wolny.





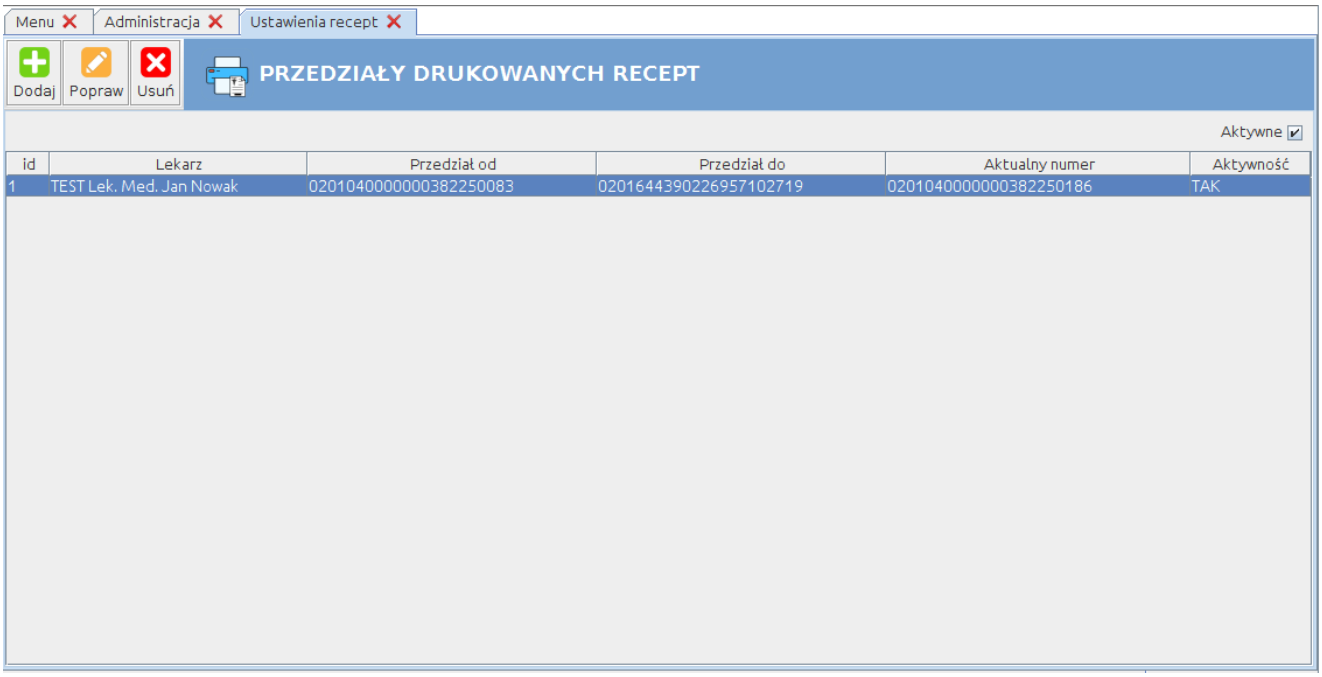
Dzięki temu terminarz wizyt będzie zawsze zgodny z rzeczywistą dostępnością lekarza i unikniemy błędnych rezerwacji

Przedziały drukowanych recept

W tym miejscu lekarz może zdefiniować pule recept otrzymane od NFZ.

- W danym momencie aktywna może być tylko jedna pula recept.
- Aktywność wygasa w chwili:
  - wyczerpania całej puli numerów,
  - ręcznego odznaczenia aktywności,
  - użycia opcji Popraw.
- Lekarz ma możliwość zmiany aktualnego numeru recepty do druku ręcznie (np. w sytuacjach wyjątkowych).

Każdy numer recepty posiada **sumę kontrolną**, która potwierdza poprawność numeru.
Aktualny numer recepty automatycznie zmienia się na następny w momencie wysłania zadania drukowania do drukarki.

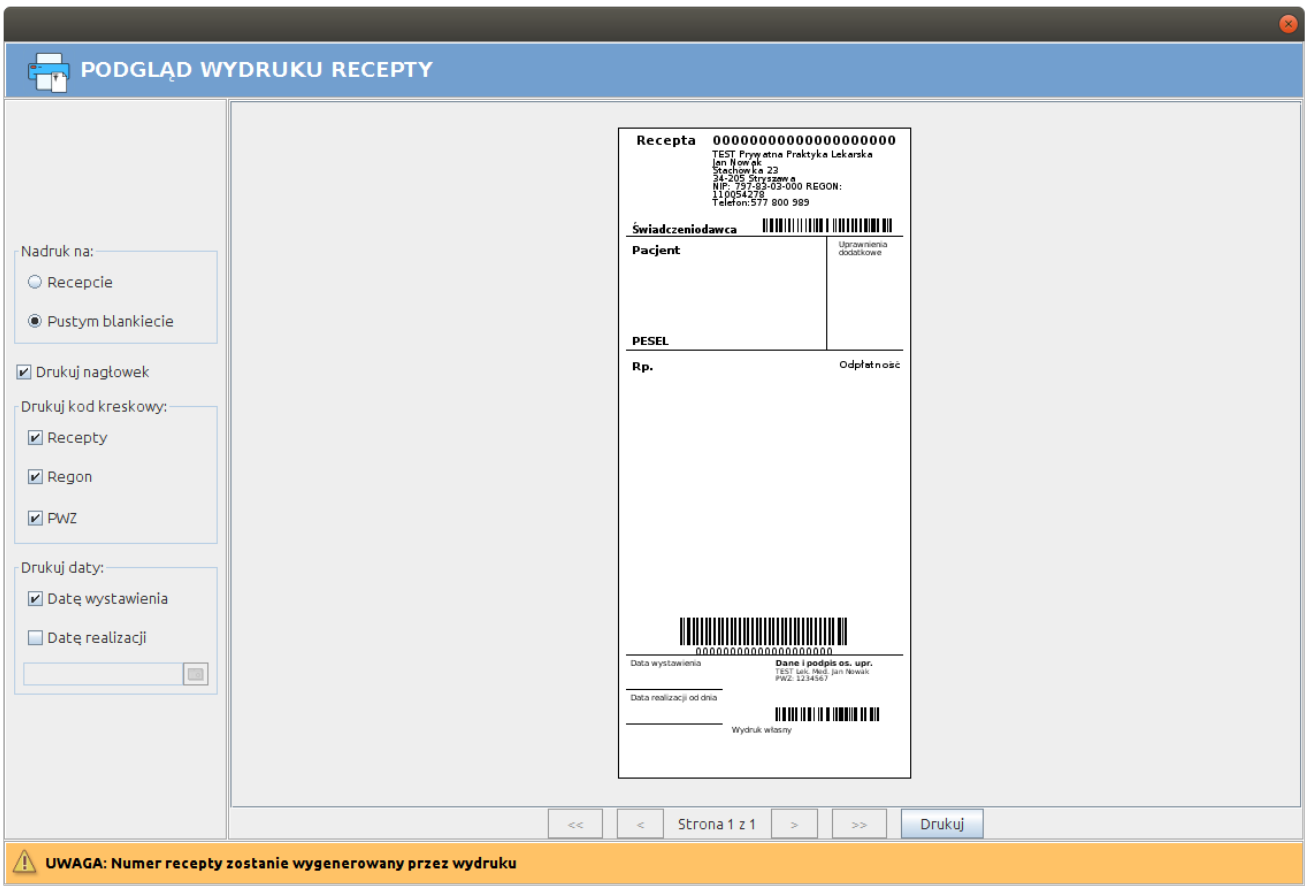


Drukowanie pustego blankietu recepty

Jeśli lekarz posiada aktywną pulę recept, może skorzystać z funkcji wydruku pustego blankietu recepty z kodem kreskowym w panelu administracyjnym.

- Blankiet zawiera wygenerowany numer recepty, dane gabinetu oraz miejsce na wprowadzenie danych pacjenta.
- Kod kreskowy na wydruku umożliwia szybsze i bezbłędne wprowadzenie numeru recepty w systemach NFZ.
- Na wydruku widnieje adnotacja:

Dzięki temu lekarz może przygotować zestaw pustych formularzy recept, które później uzupełnia w trakcie wizyty pacjenta.



Uwaga!

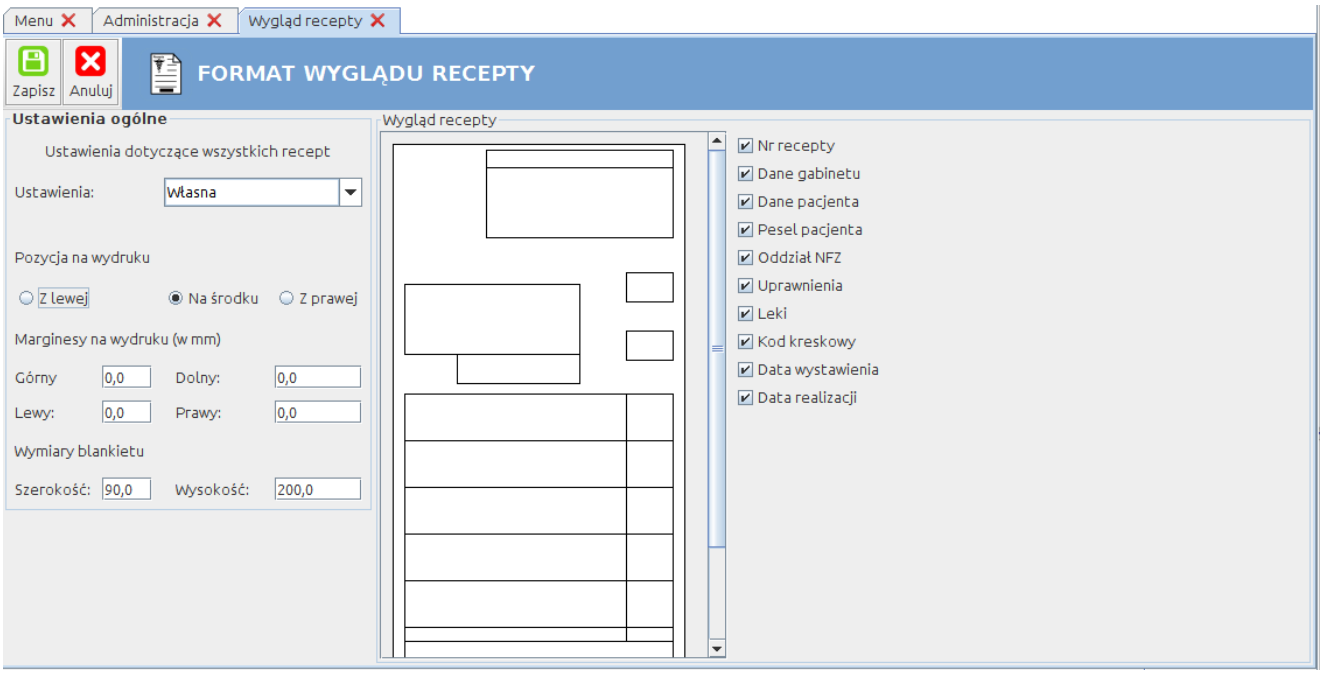
Numer recepty zostanie wygenerowany przez wydruk.

Wygląd recepty

W zależności od posiadanych blankietów recept z kodem kreskowym, istnieje możliwość dostosowania **rozmieszczenia pól na wydruku**.

- **Identyfikacja elementów** – po najechaniu kursorem na wybrany element z prawej strony wyświetla się jego nazwa.
- **Ustawienia marginesów i papieru** – można dopasować marginesy, wielkość papieru oraz miejsce wydruku na drukarce.
- **Podgląd układu** – w lewej części okna znajduje się schemat wydruku recepty, który zmienia się na bieżąco podczas edycji.
- **Dostosowanie do wymogów prawnych** – wygląd recepty jest zgodny z wytycznymi rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich.

Dzięki tym opcjom użytkownik może dopasować wydruk do używanego papieru, tak aby recepty były poprawne i zgodne z przepisami.

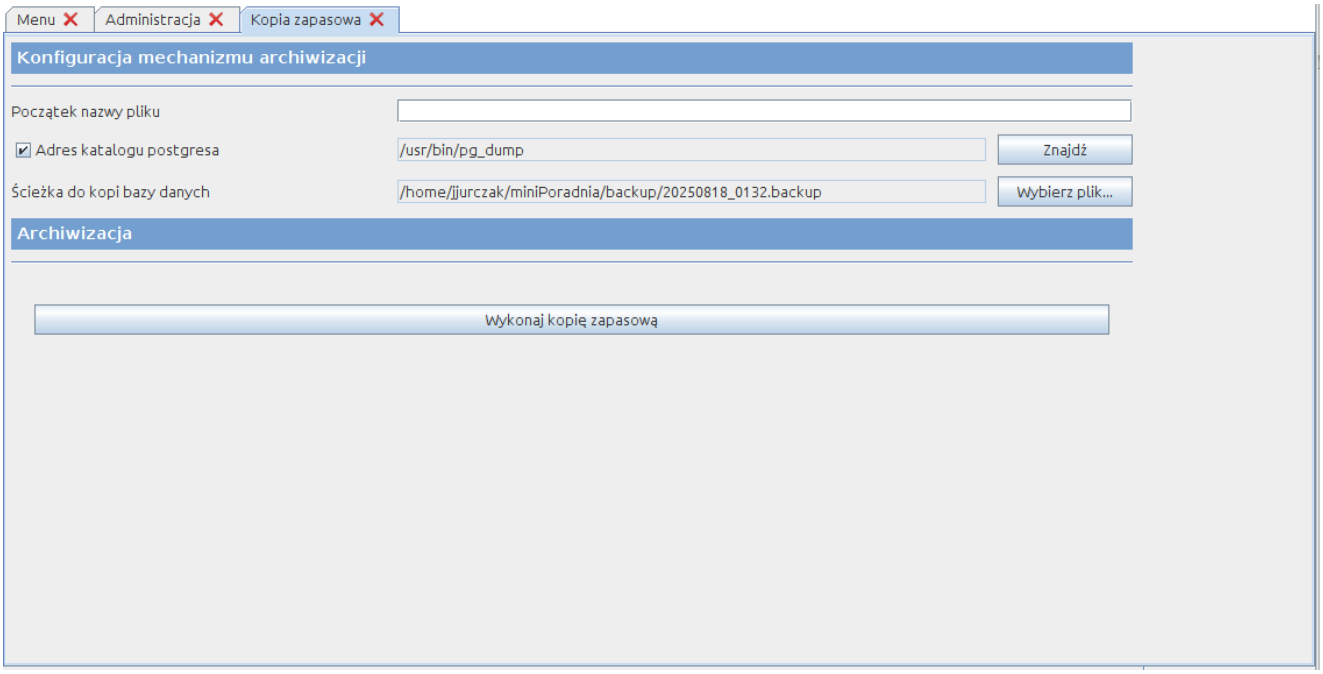


Kopia zapasowa

W tym module użytkownik może utworzyć kopię zapasową bazy danych programu.

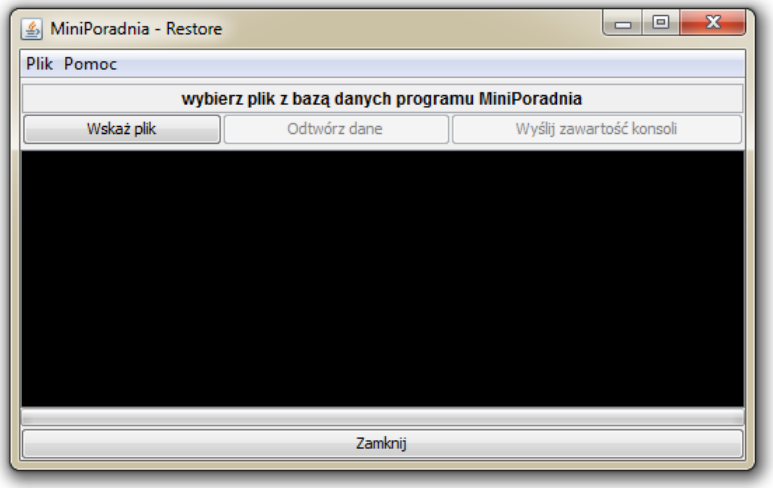
1. **Wskaż nazwę pliku** – początek nazwy pliku backupu.
2. **Adres katalogu Postgresa** – podaj lokalizację pliku pg_dump (np. /usr/bin/pg_dump).
3. **Ścieżka do pliku kopii** – wybierz miejsce, gdzie zostanie zapisana kopia bezpieczeństwa.
4. **Rozpocznij proces** – kliknij przycisk „**Wykonaj kopię zapasową**”.
5. **Monitoruj postęp** – podczas tworzenia kopii widoczny jest pasek postępu.
6. **Zakończenie** – po ukończeniu procesu program poprosi o potwierdzenie przyciskiem OK.

Dzięki temu rozwiązaniu użytkownik może w prosty sposób zabezpieczyć dane przed utratą i w razie potrzeby przywrócić bazę z utworzonej kopii.



Przywracanie bazy danych

W trakcie instalacji miniPoradni w **Menu Start → Programy → miniPoradnia** znajduje się skrót do programu przywracania bazy danych.



Aby odtworzyć bazę danych:

1. **Zamknij miniPoradnię** – przywracanie jest możliwe tylko przy wyłączonej aplikacji.
2. **Uruchom program** miniPoradnia – Przywróć.
3. W oknie przywracania wybierz plik kopii zapasowej.
4. Kliknij „**Odtwórz dane**”.
5. Program wyświetli okno dialogowe, w którym należy określić sposób przywrócenia:
   5.1. **Odtwórz całą bazę** – przywraca bazę z dnia wykonania wybranej kopii zapasowej. Wszystkie dane wprowadzone później zostaną utracone.
   5.2. **Odtwórz usunięte** – przywraca tylko dane, które zostały usunięte, zachowując pozostałe informacje.

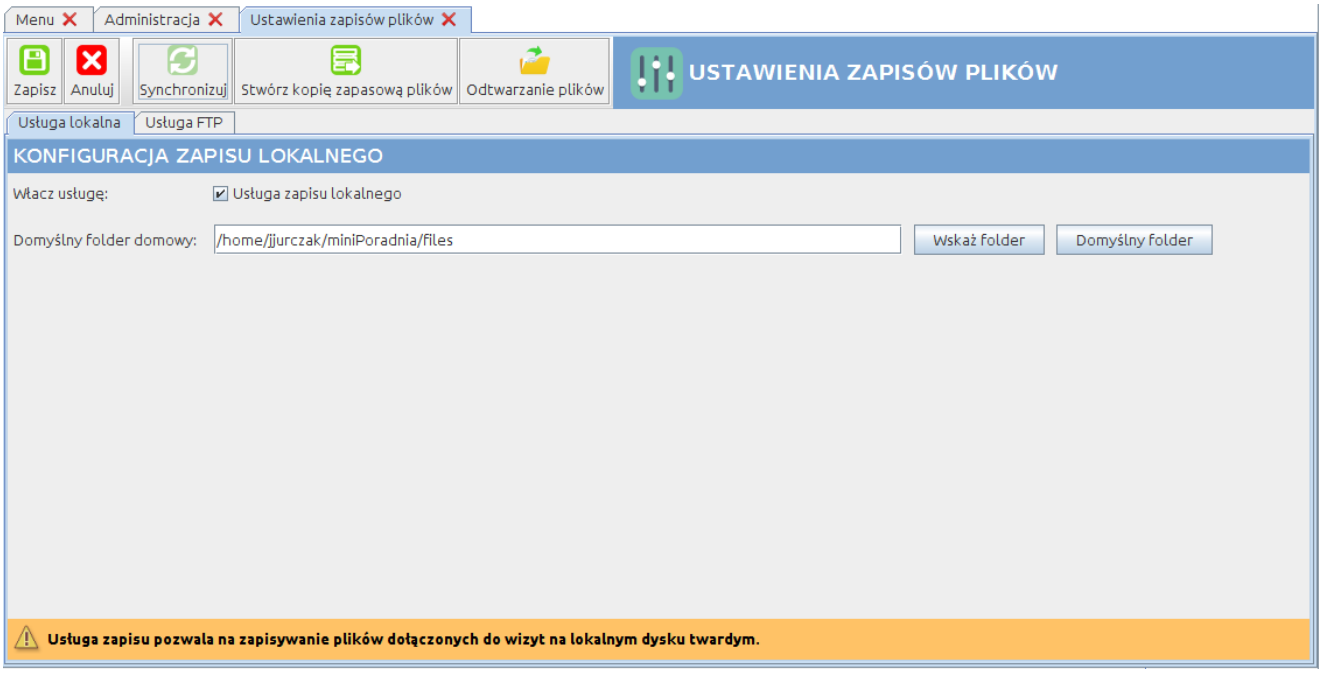
Po zakończeniu przywracania program można zamknąć i ponownie uruchomić miniPoradnię.

Ustawienia zapisu plików

System umożliwia dołączanie i zapisywanie dodatkowych plików związanych z wizytą (np. zdjęć, skanów, dokumentów).

Pliki mogą być zapisywane w dwóch lokalizacjach:

- na **dysku lokalnym**,
- na **serwerze FTP**.



Możliwe jest także:

- jednoczesne zapisywanie w obu miejscach,
- synchronizacja plików lokalnych z plikami na serwerze FTP.

Konfiguracja zapisu lokalnego:

1. Wejdź w **Menu → Administracja → Ustawienia zapisu plików**.
2. Zaznacz opcję „**Włącz usługę zapisu lokalnego**”.
3. Wskaż folder, w którym mają być przechowywane pliki (np. C:\miniPoradnia\files lub katalog domowy użytkownika).
4. Zapisz ustawienia.

	**Uwaga: usługa zapisu pozwala na przechowywanie plików dołączonych do wizyt na lokalnym dysku twardym.**

Szablony

Funkcja szablonów umożliwia zdefiniowanie najczęściej używanych wywiadów i zaleceń. Dzięki temu podczas wizyty lekarz może szybko wstawić przygotowany wcześniej tekst, a następnie – w razie potrzeby – wprowadzić tylko drobne zmiany.

Zalety szablonów:

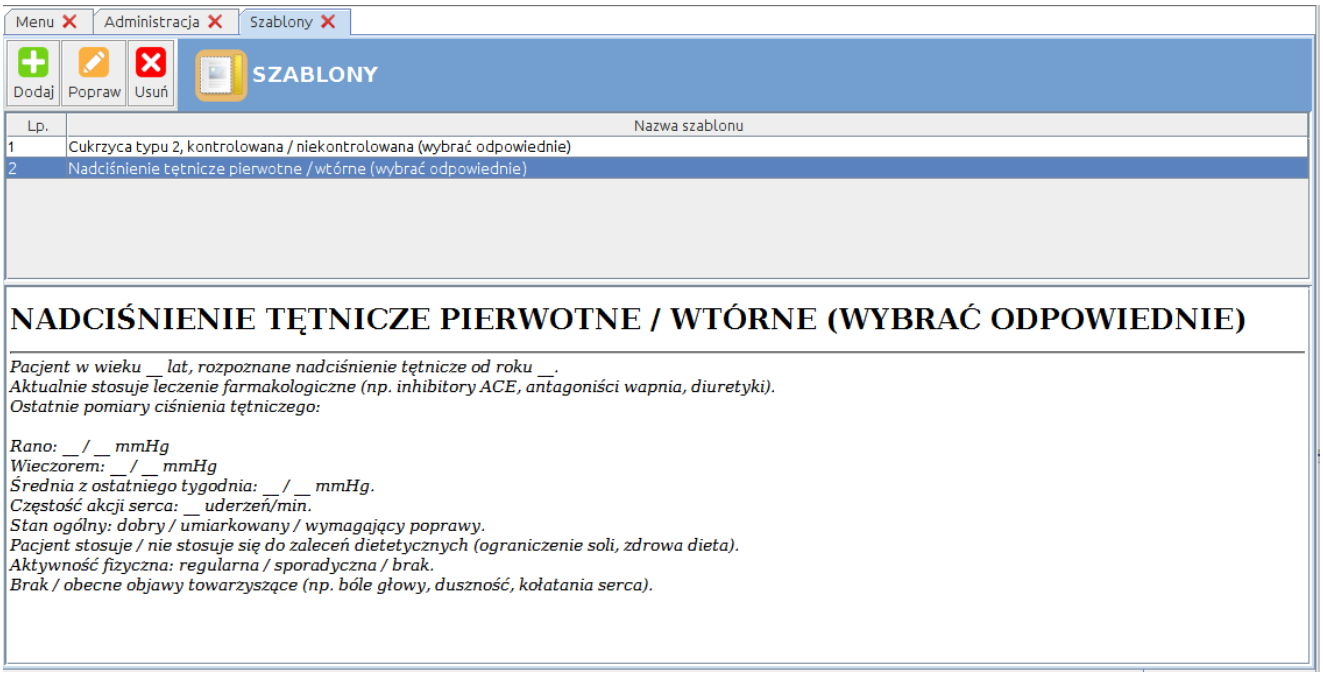
- przyspieszają proces dokumentacji,
- zapewniają spójność wpisów,
- ograniczają ryzyko pominięcia istotnych informacji.

Dodawanie nowego szablonu:

- Przejdź do **Menu → Administracja → Szablony.**
- Kliknij przycisk **Dodaj**.
- Wpisz **nazwę szablonu** (np. „Cukrzyca typu 2”, „Nadciśnienie tętnicze”).
- Wprowadź treść wywiadu lub zaleceń, jakie mają się pojawiać w formularzu wizyty.
- Zapisz szablon.

Używanie szablonów:

- Podczas wizyty lekarz może wybrać z listy przygotowany szablon.
- Wstawiony tekst można edytować i dostosować do konkretnego pacjenta.



ICD 10

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) to zbiór kodów diagnostycznych używanych w dokumentacji medycznej, receptach i sprawozdawczości do NFZ.

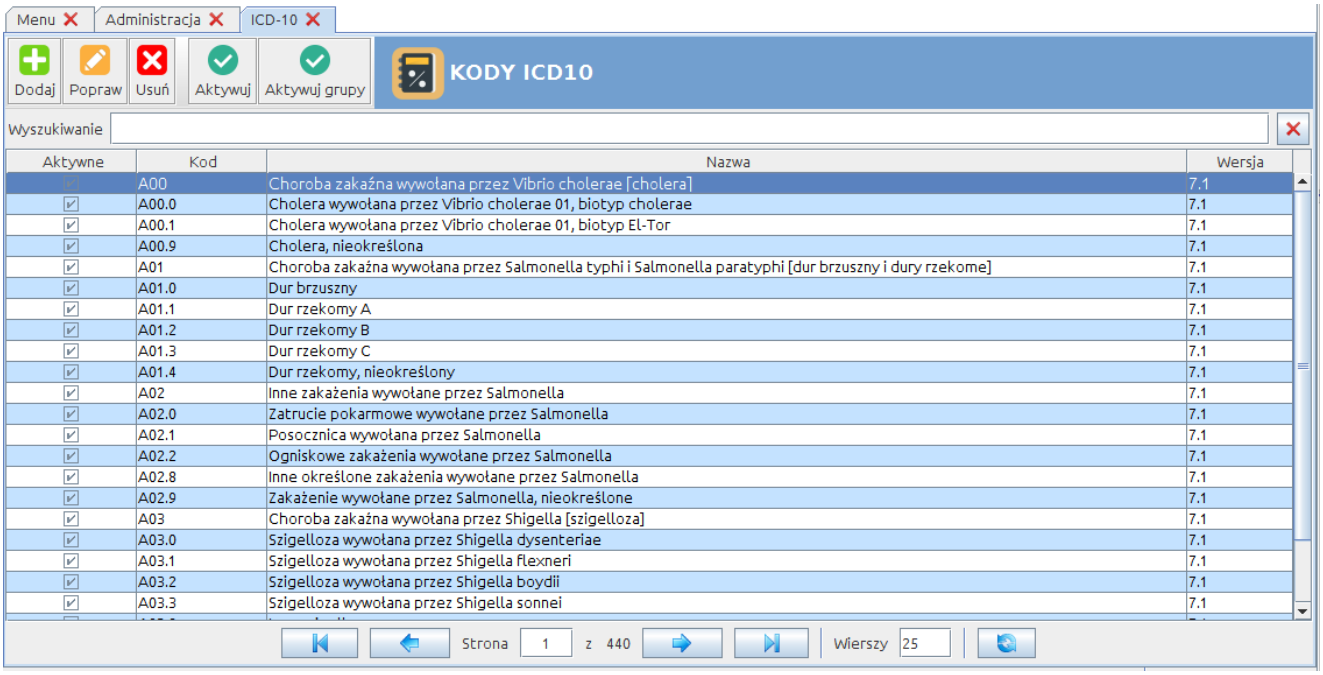
Funkcje modułu:

- przeglądanie pełnej listy kodów ICD-10,
- wyszukiwanie chorób po kodzie lub nazwie (np. wpisanie „grypa” → program wyświetli wszystkie kody grypy),
- dodawanie nowych wpisów (w przypadku rozszerzeń lub indywidualnych potrzeb gabinetu),
- edycja istniejących pozycji,
- aktywowanie/wyłączanie grup kodów – ułatwia to pracę, jeśli lekarz korzysta tylko z określonego zestawu chorób.

Praktyczne zastosowanie:

Podczas wystawiania recepty, skierowania czy wpisu w kartotece pacjenta lekarz wybiera odpowiedni kod ICD-10. Dzięki temu:

- dokumentacja jest zgodna z wymogami prawnymi,
- raporty do NFZ są kompletne i poprawne,
- lekarz może szybko znaleźć i wstawić kod, bez konieczności przeszukiwania całej klasyfikacji.



Wskazówka: Aby przyspieszyć pracę, zaleca się aktywowanie najczęściej używanych kodów – pojawią się one wyżej na liście i będą szybciej dostępne.

ICD 9

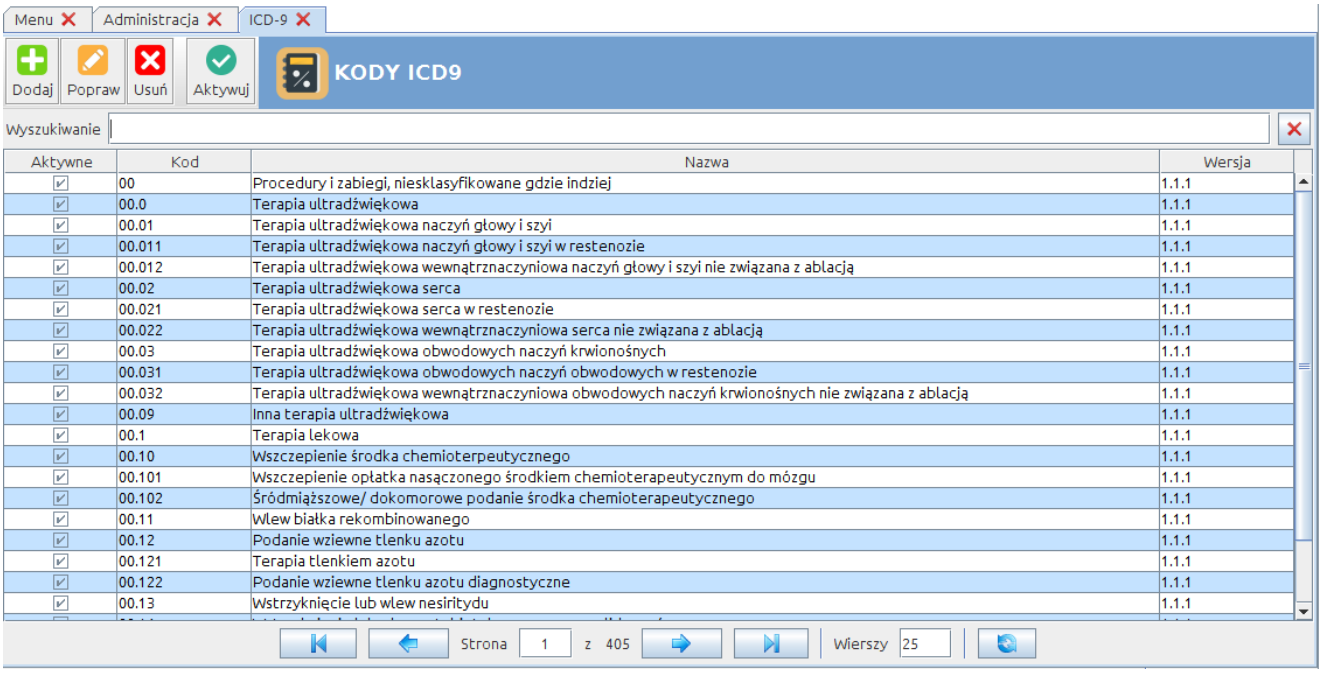
Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób w 9. rewizji, opracowana przez WHO. W odróżnieniu od ICD-10, klasyfikacja ICD-9 skupia się przede wszystkim na **procedurach medycznych i zabiegach.**

Funkcje modułu:

- przeglądanie pełnej listy procedur medycznych,
- wyszukiwanie kodów po numerze lub nazwie zabiegu,
- dodawanie nowych procedur,
- edycja istniejących pozycji,
- możliwość aktywacji wybranych procedur, aby lista była krótsza i szybsza w obsłudze.

Praktyczne zastosowanie:
Kody ICD-9 są niezbędne przy:

- sprawozdawczości do NFZ,
- dokumentowaniu procedur medycznych,
- wystawianiu zleceń i skierowań.



Aktywne	Kod	Nazwa	Wersja
☑	00	Procedury i zabiegi, niesklasyfikowane gdzie indziej	1.1.1
☑	00.0	Terapia ultradźwiękowa	1.1.1
☑	00.01	Terapia ultradźwiękowa naczyń głowy i szyi	1.1.1
☑	00.011	Terapia ultradźwiękowa naczyń głowy i szyi w restenozie	1.1.1
☑	00.012	Terapia ultradźwiękowa wewnątrznaczyniowa naczyń głowy i szyi nie związana z ablacją	1.1.1
☑	00.02	Terapia ultradźwiękowa serca	1.1.1
☑	00.021	Terapia ultradźwiękowa serca w restenozie	1.1.1
☑	00.022	Terapia ultradźwiękowa wewnątrznaczyniowa serca nie związana z ablacją	1.1.1
☑	00.03	Terapia ultradźwiękowa obwodowych naczyń krwionośnych	1.1.1
☑	00.031	Terapia ultradźwiękowa obwodowych naczyń obwodowych w restenozie	1.1.1
☑	00.032	Terapia ultradźwiękowa wewnątrznaczyniowa obwodowych naczyń krwionośnych nie związana z ablacją	1.1.1
☑	00.09	Inna terapia ultradźwiękowa	1.1.1
☑	00.1	Terapia lekowa	1.1.1
☑	00.10	Wszczepienie środka chemioterpeutycznego	1.1.1
☑	00.101	Wszczepienie opłatka nasączonego środkiem chemioterapeutycznym do mózgu	1.1.1
☑	00.102	Śródmiąższowe/ dokomorowe podanie środka chemioterapeutycznego	1.1.1
☑	00.11	Wlew białka rekombinowanego	1.1.1
☑	00.12	Podanie wziewne tlenku azotu	1.1.1
☑	00.121	Terapia tlenkiem azotu	1.1.1
☑	00.122	Podanie wziewne tlenku azotu diagnostyczne	1.1.1
☑	00.13	Wstrzyknięcie lub wlew nesiritydu	1.1.1



Wskazówka: Najczęściej stosowane kody można oznaczyć jako aktywne, co pozwala lekarzowi błyskawicznie odnaleźć potrzebną procedurę podczas wypełniania dokumentacji.

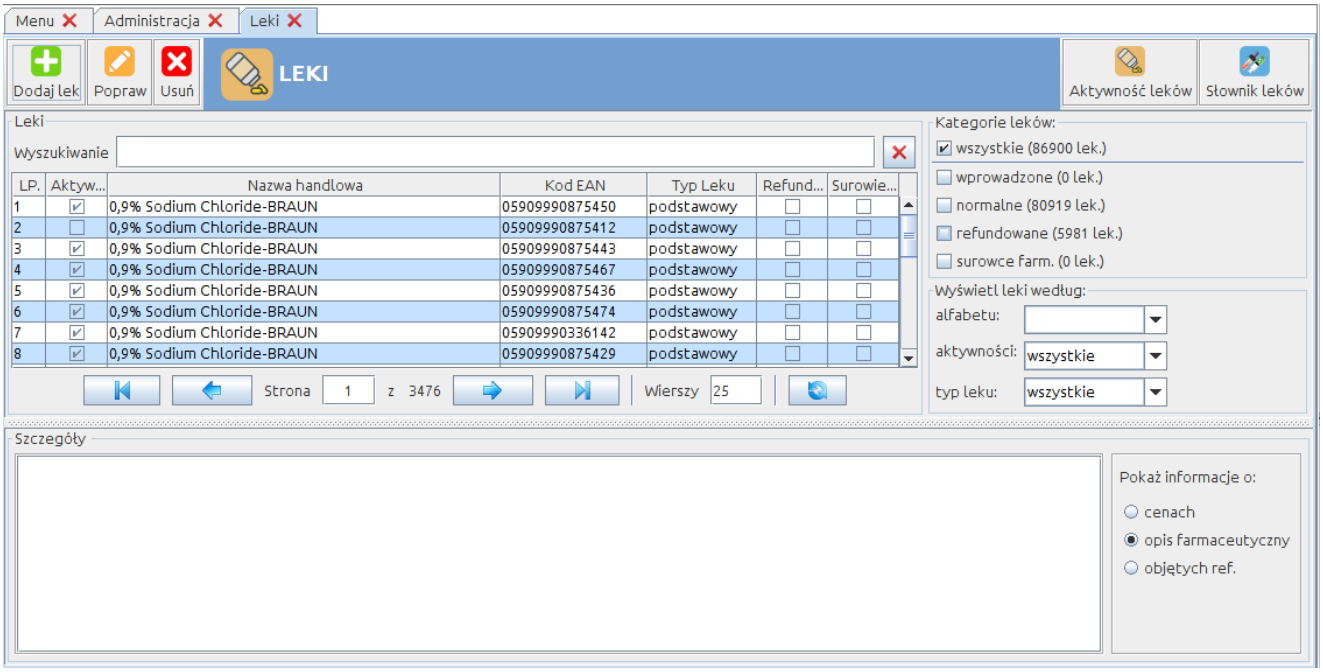
LEKI

W tej sekcji znajdują się **zdefiniowane leki**, które można w łatwy sposób przepisać na recepcie. Użytkownik może również **samodzielnie dodawać nowe pozycje**, najczęściej używane w poradni.

Leki Refundowane

Znajduje się tu zbiór leków refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (lista publikowana przez Ministerstwo Zdrowia, np. z 23 grudnia 2011 roku).

Aby przyspieszyć pracę, zaleca się aktywowanie wyłącznie tych leków, które są najczęściej używane – dzięki temu lista będzie krótsza i łatwiejsza do przeszukiwania.



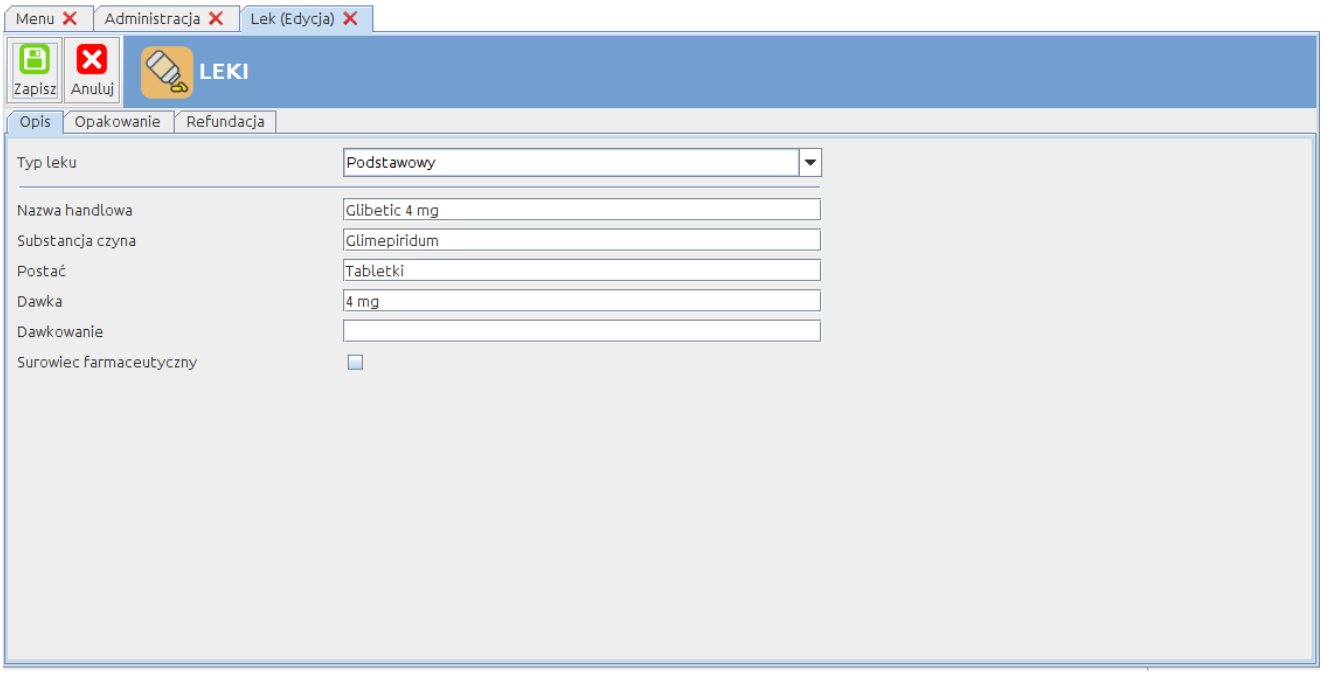


miniPoradnia umożliwia wyszukiwanie leków po nazwie lub fragmencie nazwy – wystarczy wpisać początek i nacisnąć Enter.

Edycja i dodawanie leku

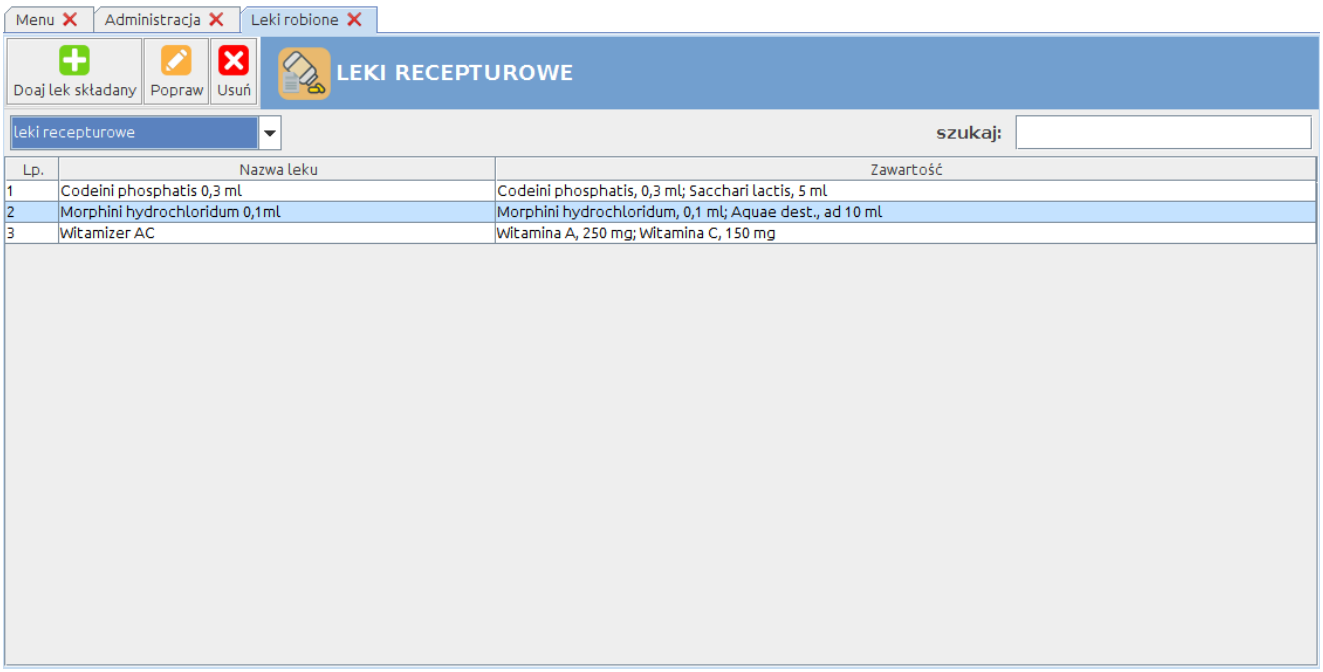
Dla każdego leku można zdefiniować:

- **typ leku** (np. podstawowy, recepturowy),
- **nazwę handlową,**
- **substancję czynną**,
- **postać** (np. tabletki, maść, roztwór),
- **dawkę**,
- **sposób dawkowania**,
- opcjonalnie: **surowiec farmaceutyczny** (dla leków recepturowych).

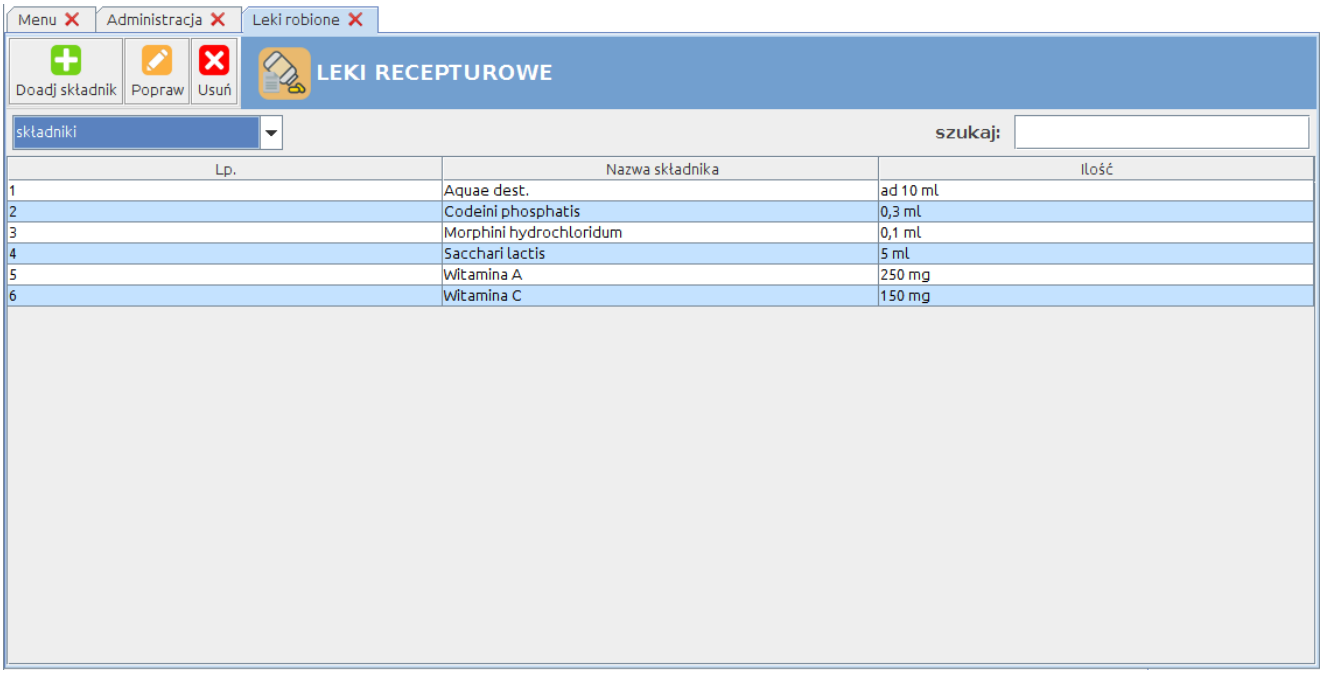


Leki Recepturowe

użytkownik ma możliwość zdefiniowania składników dla leku recepturowego.



Wprowadzone składniki pozwalają na szybkie uzupełnienie recepty o wymagane pozycje. Istnieje możliwość definiowania leków z wybranych składników, dzięki temu podczas wizyty
lekarz znając część nazwy leku jest w stanie wybrać lek, co za sobą pociągnie uzupełnienie recepty o wprowadzone składniki z możliwością edycji każdej pozycji



Jeśli składnik występuje w różnych stężeniach, można wprowadzić kilka wersji, co ułatwi dopasowanie go do indywidualnej receptury.

Przygotowywanie leku recepturowego

Po zdefiniowaniu składników użytkownik może utworzyć kompletną receptę recepturową.

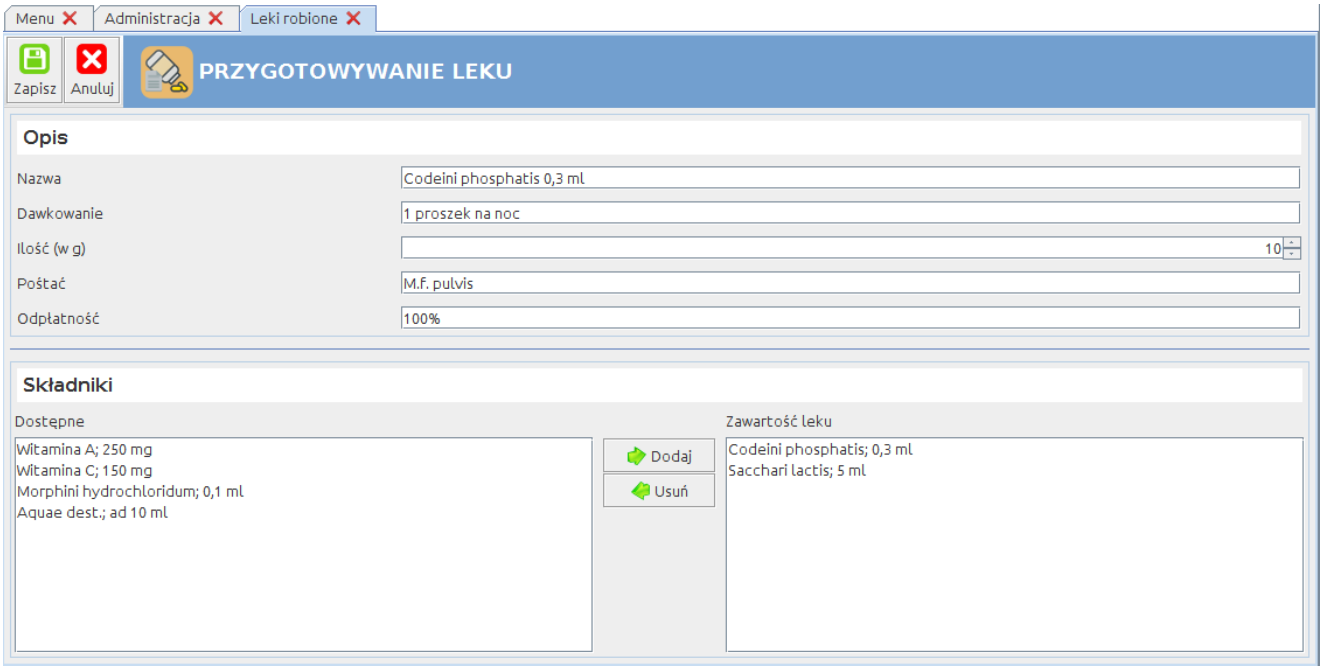
Formularz zawiera:

- **Nazwa** – nazwa robocza lub główny składnik leku (np. Codeini phosphatis 0,3 ml),
- **Dawkowanie** – opis dawkowania, który pojawi się na recepcie (np. 1 proszek na noc),
- **Ilość** – ilość do przygotowania (np. 10 g),
- **Postać** – określenie formy farmaceutycznej (np. M.f. pulvis – sporządź proszek),
- **Odpłatność** – np. 100%, R, S, itp.

Sekcja składników:

- **Dostępne** – lista wcześniej zdefiniowanych składników (np. witaminy, roztwory, substancje czynne).
- **Zawartość leku** – składniki, które zostały dodane do bieżącego preparatu.

Aby dodać składnik do receptury, wybierz go z listy i kliknij Dodaj. W razie potrzeby można także usunąć składnik przyciskiem Usuń.



Postacie Leków

Moduł **Postacie leków** zawiera pełną listę możliwych postaci farmaceutycznych, które mogą być przypisane do leków w systemie. Dzięki temu recepty i dokumentacja medyczna są zgodne ze standardami obowiązującymi w farmakologii.

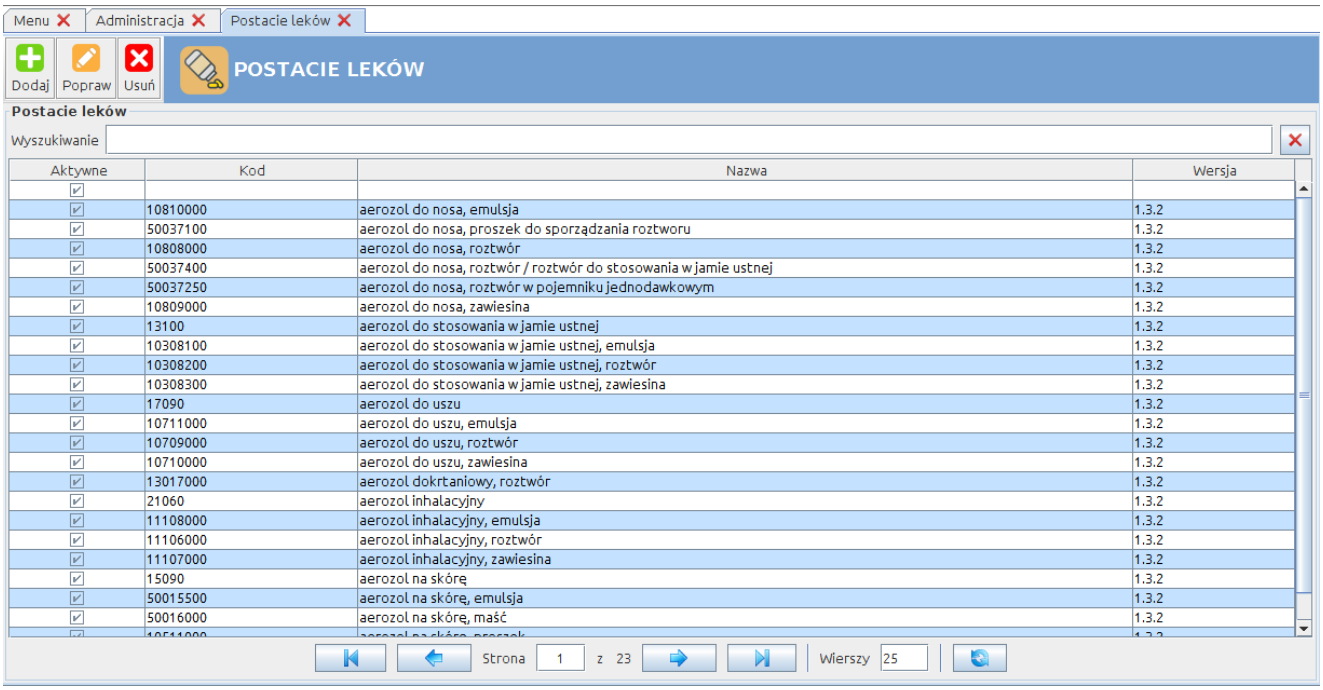
Funkcje modułu:

- przeglądanie listy postaci leków,
- wyszukiwanie po **kodzie** lub **nazwie** (np. „maść”, „aerozol”),
- dodawanie nowych pozycji,
- edycja istniejących,
- oznaczanie aktywnych postaci, aby były widoczne w głównych formularzach.

Przykładowe postacie leków:

- aerozol do nosa, roztwór
- aerozol do uszu, zawiesina
- maść na skórę
- tabletki powlekane
- syrop doustny

Zastosowanie w praktyce:
Podczas wystawiania recepty lekarz wybiera odpowiednią postać leku, co pozwala uniknąć niejednoznaczności (np. odróżnia syrop od tabletek czy maści).



Oddział NFZ

Moduł zawiera **wykaz wszystkich oddziałów NFZ** według województw. Dane te są wykorzystywane podczas wystawiania recept oraz dokumentacji medycznej, aby recepta była prawidłowo powiązana z właściwym oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia.

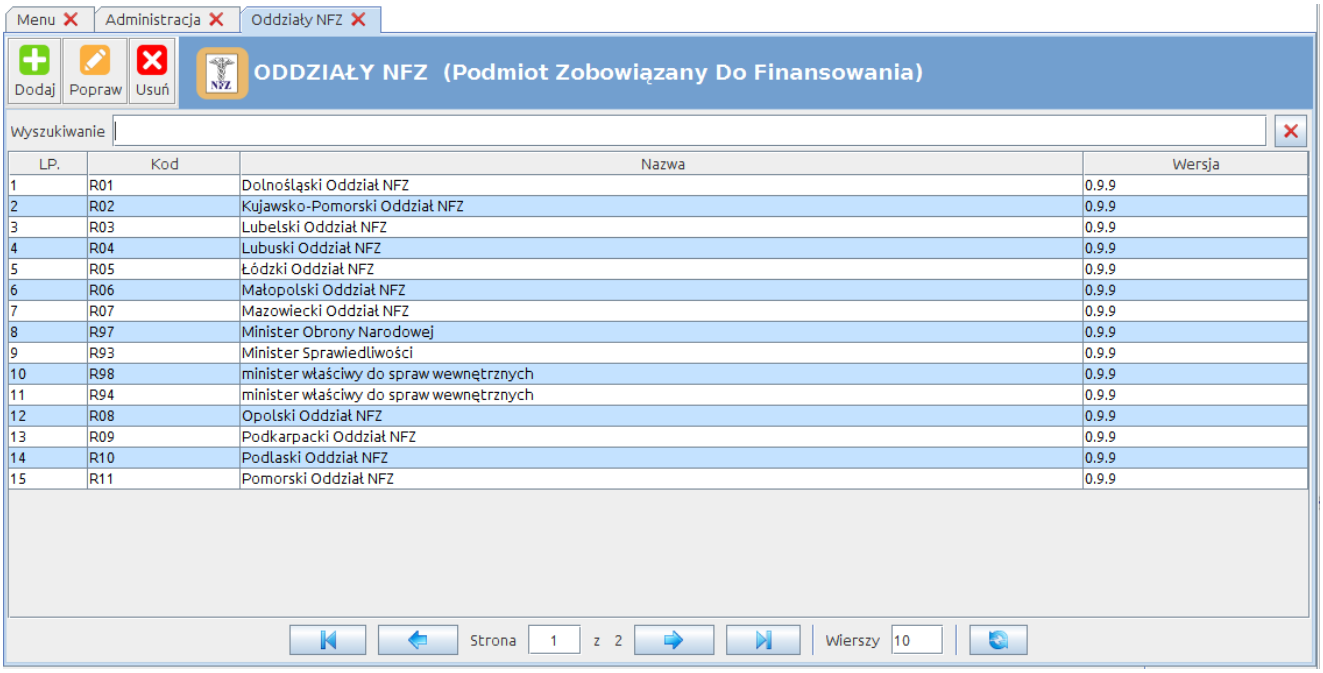
Funkcje modułu:

- przeglądanie listy oddziałów NFZ,
- wyszukiwanie oddziału po **kodzie** lub **nazwie**,
- dodawanie nowych pozycji w przypadku zmian organizacyjnych,
- edycja lub poprawa danych już istniejących.

Przykłady oddziałów NFZ:

- R01 – Dolnośląski Oddział NFZ
- R02 – Kujawsko-Pomorski Oddział NFZ
- R05 – Mazowiecki Oddział NFZ
- R09 – Podkarpacki Oddział NFZ
- R11 – Pomorski Oddział NFZ

Zastosowanie w praktyce:
Podczas wystawiania recept refundowanych lekarz **wskazuje odpowiedni oddział NFZ**, zgodny z miejscem rejestracji pacjenta. System miniPoradnia automatycznie wykorzystuje te dane na wydruku recepty.



Uprawnienia pacjenta

Moduł **Uprawnienia pacjenta** zawiera listę dodatkowych uprawnień, które mogą być uwzględniane podczas wystawiania recept refundowanych. Dzięki nim system prawidłowo oznacza pacjenta na recepcie i dostosowuje poziom refundacji do jego sytuacji.

Funkcje modułu:

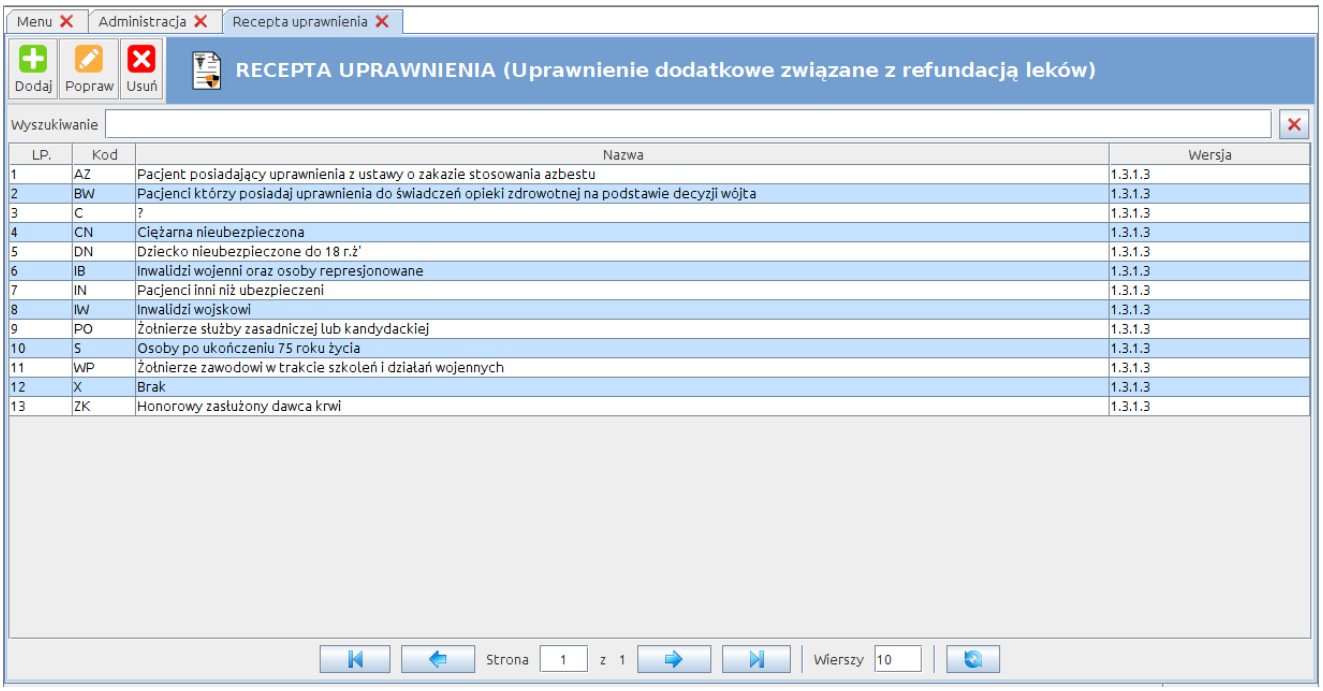
- przeglądanie i wyszukiwanie uprawnień,
- dodawanie nowych uprawnień (jeśli w przyszłości pojawią się dodatkowe regulacje),
- edycja istniejących wpisów,
- przypisywanie kodu uprawnienia pacjentowi w jego kartotece.

Przykładowe uprawnienia:

- **AZ** – Pacjent posiadający uprawnienia z ustawy o zakazie stosowania azbestu,
- **BW** – Pacjent uprawniony do świadczeń na podstawie decyzji wójta,
- **CN** – Cudzoziemiec nieubezpieczony,
- **DN** – Dziecko do ukończenia 18. roku życia,
- **IB** – Inwalidzi wojenni oraz osoby represjonowane,
- **IW** – Pacjenci, którzy utracili prawo do ubezpieczenia,
- **PO** – Zasłużeni honorowi dawcy krwi,
- **S** – Seniorzy powyżej 75. roku życia.

Zastosowanie w praktyce:

Podczas wystawiania recepty lekarz wybiera odpowiednie uprawnienie pacjenta. System automatycznie umieszcza kod na recepcie, co jest wymagane do poprawnego rozliczenia refundacji.



LP.	Kod	Nazwa	Wersja
1	AZ	Pacjent posiadający uprawnienia z ustawy o zakazie stosowania azbestu	1.3.1.3
2	BW	Pacjenci którzy posiadaj uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie decyzji wójta	1.3.1.3
3	C	?	1.3.1.3
4	CN	Ciężarna nieubezpieczona	1.3.1.3
5	DN	Dziecko nieubezpieczone do 18 r.ż'	1.3.1.3
6	IB	Inwalidzi wojenni oraz osoby represjonowane	1.3.1.3
7	IN	Pacjenci inni niż ubezpieczeni	1.3.1.3
8	IW	Inwalidzi wojskowi	1.3.1.3
9	PO	Żołnierze służby zasadniczej lub kandydackiej	1.3.1.3
10	S	Osoby po ukończeniu 75 roku życia	1.3.1.3
11	WP	Żołnierze zawodowi w trakcie szkoleń i działań wojennych	1.3.1.3
12	X	Brak	1.3.1.3
13	ZK	Honorowy zasłużony dawca krwi	1.3.1.3

Słownik komórek organizacyjnych

Cel słownika:

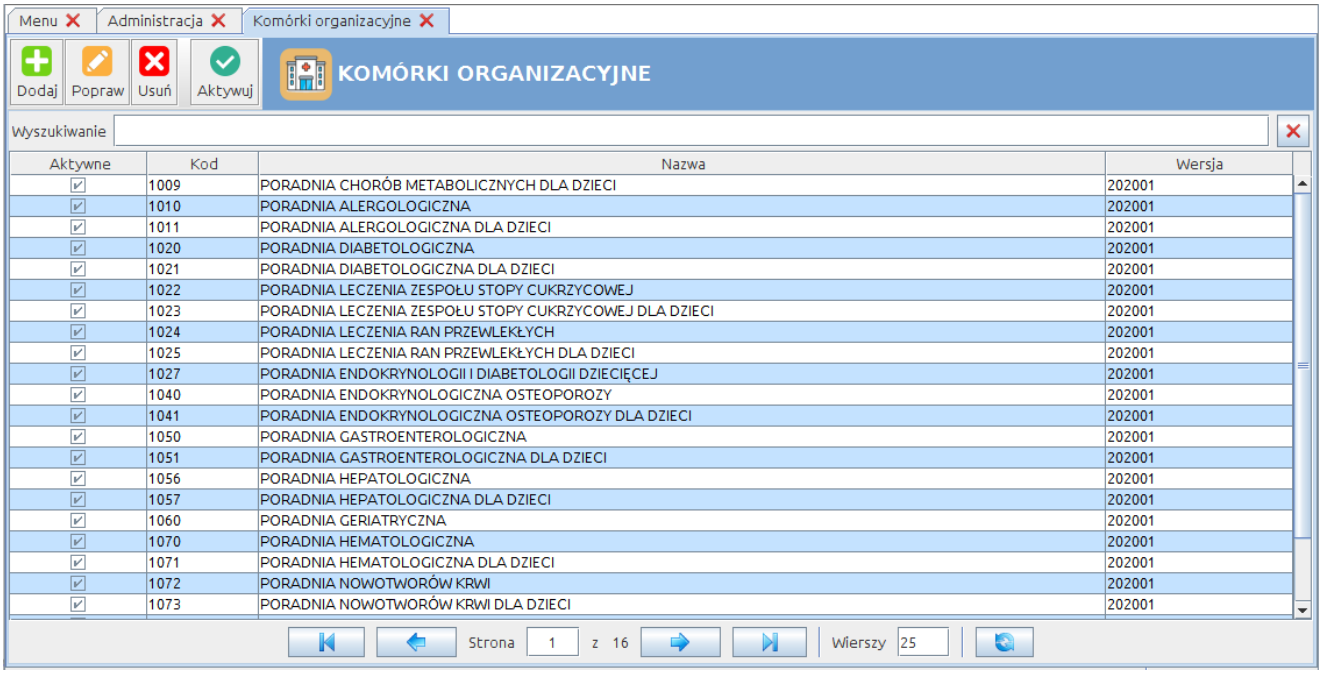
- To oficjalny zestaw kodów, które identyfikują **komórki organizacyjne** w jednostkach ochrony zdrowia (np. oddziały szpitalne, poradnie specjalistyczne, pracownie diagnostyczne).
- Kod mówi, **jakiego rodzaju działalność prowadzi dana komórka** (np. kardiologia, pediatria, rehabilitacja).
- Jest wymagany m. in. w raportowaniu do **NFZ**, rejestrach medycznych, e-zdrowiu.

Funkcjonalności modułu:

- wyszukiwanie komórek organizacyjnych po kodzie lub nazwie,
- przeglądanie pełnej listy dostępnych kodów,
- aktywowanie lub dezaktywowanie kodów w zależności od potrzeb jednostki,
- aktualizacja wersji słownika zgodnie z komunikatami NFZ.

Przykładowe kody:

- **1071** – Poradnia chorób metabolicznych dla dzieci,
- **1090** – Poradnia endokrynologiczna,
- **1121** – Poradnia hematologiczna dla dorosłych,
- **1210** – Poradnia neurologiczna,
- **1321** – Poradnia rehabilitacyjna.



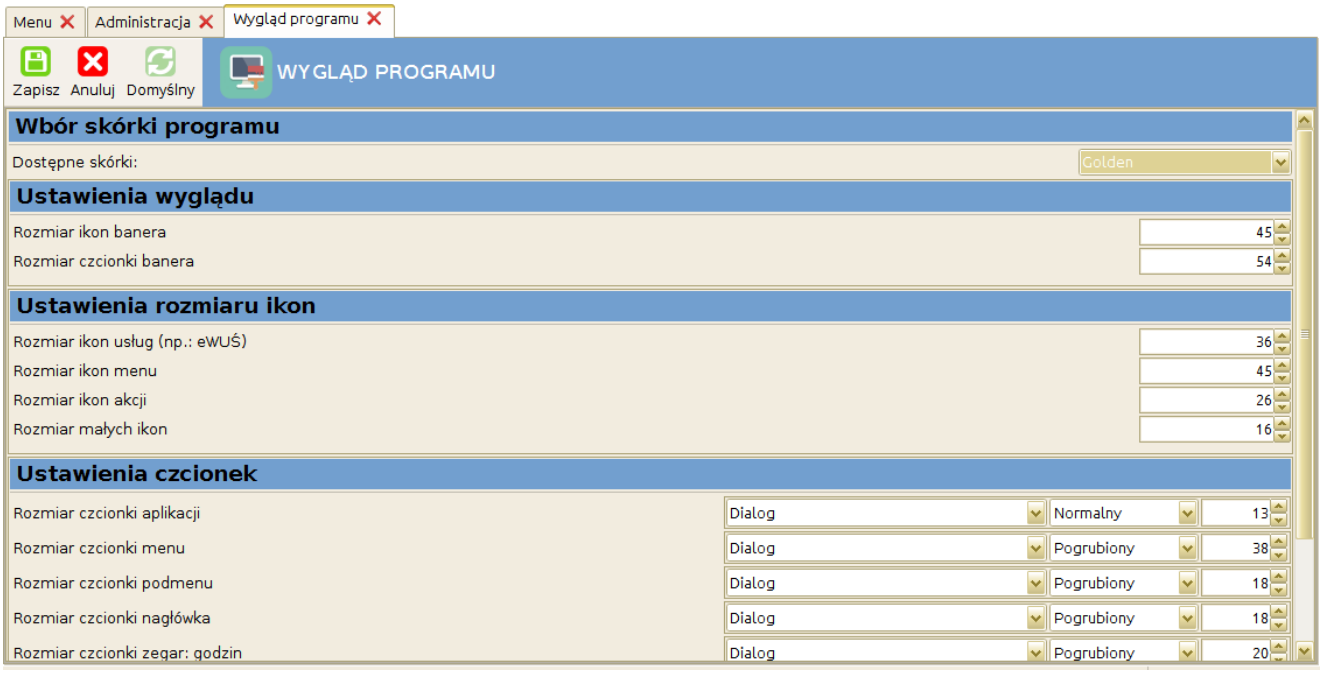
Aktywne	Kod	Nazwa	Wersja
☑	1009	PORADNIA CHORÓB METABOLICZNYCH DLA DZIECI	202001
☑	1010	PORADNIA ALERGOLOGICZNA	202001
☑	1011	PORADNIA ALERGOLOGICZNA DLA DZIECI	202001
☑	1020	PORADNIA DIABETOLOGICZNA	202001
☑	1021	PORADNIA DIABETOLOGICZNA DLA DZIECI	202001
☑	1022	PORADNIA LECZENIA ZESPOŁU STOPY CUKRZYCOWEJ	202001
☑	1023	PORADNIA LECZENIA ZESPOŁU STOPY CUKRZYCOWEJ DLA DZIECI	202001
☑	1024	PORADNIA LECZENIA RAN PRZEWLEKŁYCH	202001
☑	1025	PORADNIA LECZENIA RAN PRZEWLEKŁYCH DLA DZIECI	202001
☑	1027	PORADNIA ENDOKRYNOLOGII I DIABETOLOGII DZIECIĘCEJ	202001
☑	1040	PORADNIA ENDOKRYNOLOGICZNA OSTEOPOROZY	202001
☑	1041	PORADNIA ENDOKRYNOLOGICZNA OSTEOPOROZY DLA DZIECI	202001
☑	1050	PORADNIA GASTROENTEROLOGICZNA	202001
☑	1051	PORADNIA GASTROENTEROLOGICZNA DLA DZIECI	202001
☑	1056	PORADNIA HEPATOLOGICZNA	202001
☑	1057	PORADNIA HEPATOLOGICZNA DLA DZIECI	202001
☑	1060	PORADNIA GERIATRYCZNA	202001
☑	1070	PORADNIA HEMATOLOGICZNA	202001
☑	1071	PORADNIA HEMATOLOGICZNA DLA DZIECI	202001
☑	1072	PORADNIA NOWOTWORÓW KRWI	202001
☑	1073	PORADNIA NOWOTWORÓW KRWI DLA DZIECI	202001

Wygląd programu

miniPoradnia umożliwia każdemu użytkownikowi dostosowanie kolorystyki oraz wyglądu programu według własnych preferencji. Dzięki temu praca z systemem może być wygodniejsza i bardziej przejrzysta.

Ustawienia dostępne w module:

1. **Skórka programu** – wybór schematu kolorystycznego.
2. **Ustawienia wyglądu**
   - rozmiar ikon banera,
   - rozmiar czcionki banera.
3. **Ustawienia rozmiaru ikon**
   - ikony duże (np. w menu głównym),
   - ikony średnie (np. w formularzach),
   - ikony małe (np. w tabelach).
4. **Ustawienia czcionek**
   - możliwość zmiany rodzaju, wielkości i pogrubienia czcionek dla:
   - dialogów,
   - przycisków,
   - pól edycyjnych,
   - nagłówków,
   - zakładek.

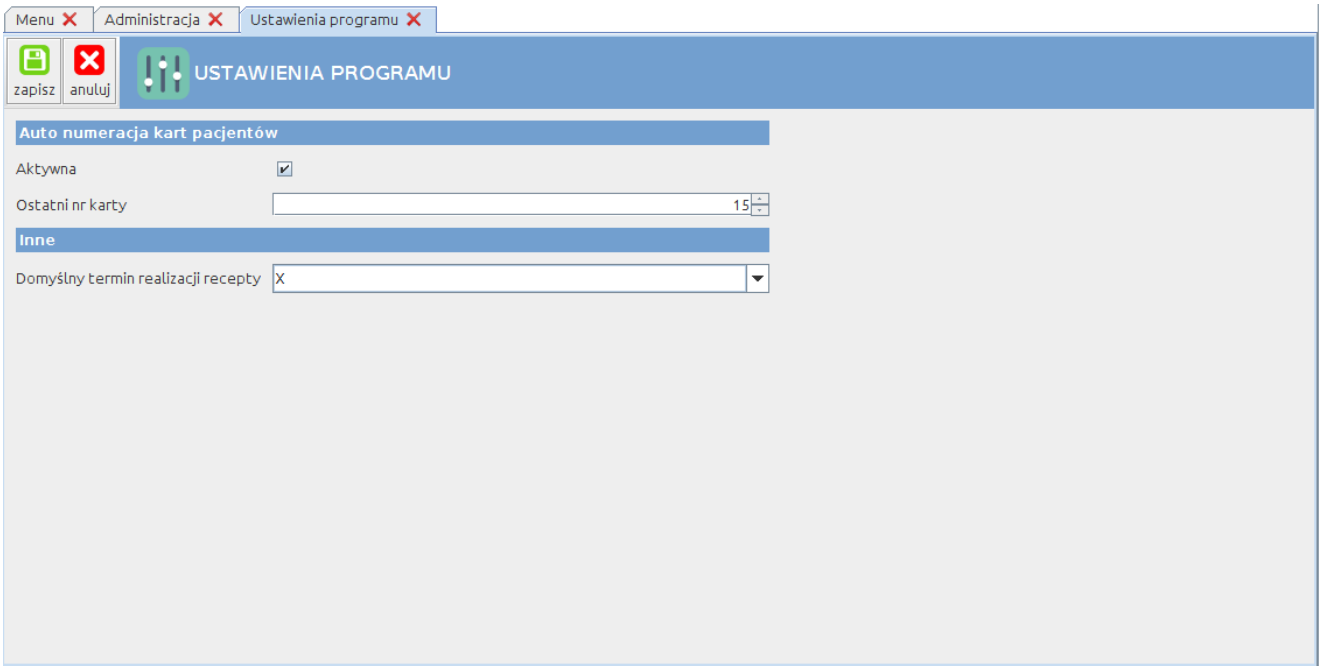


Ustawienia programu

W tym module użytkownik może skonfigurować ogólne parametry działania miniPoradni.

Dostępne opcje:

1. **Auto numeracja kart pacjentów**
   - Możliwość automatycznego nadawania numerów nowym kartom pacjentów.
   - Pole **Aktywna** – włącza lub wyłącza funkcję.
   - Pole **Ostatni** nr karty – pozwala wskazać od jakiego numeru system ma kontynuować numerację.
2. **Inne ustawienia**
   - **Domyślny termin realizacji recepty** – opcja pozwala określić, jaki termin będzie proponowany przy wystawianiu recept. Dzięki temu lekarz nie musi każdorazowo ustawiać go ręcznie.

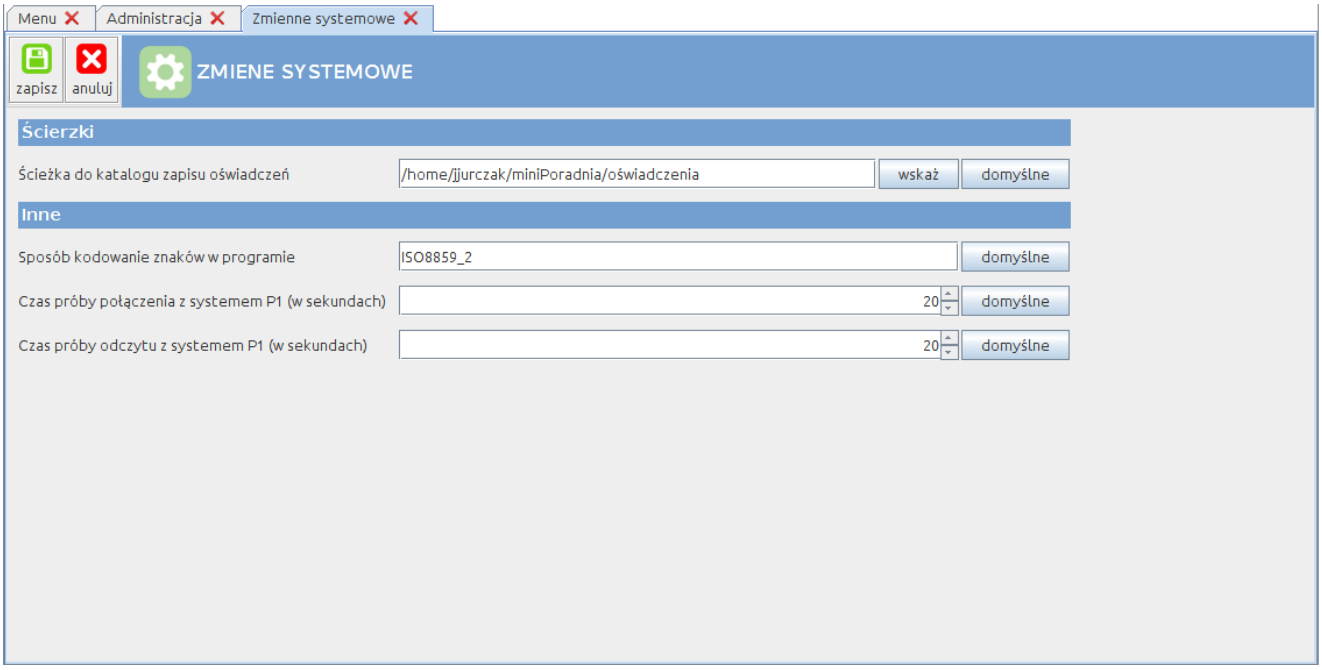


Zmienne systemowe

W tym module konfiguruje się ustawienia techniczne programu miniPoradnia, które wpływają na sposób komunikacji i zapisu danych.

Dostępne opcje:

1. **Ścieżka do katalogu zapisu oświadczeń**
   - Określa miejsce na dysku, w którym program zapisuje oświadczenia pacjentów.
   - Można wybrać folder ręcznie przyciskiem **Wskaż** lub ustawić katalog domyślny.
2. **Sposób kodowania znaków w programie**
   - Definiuje sposób kodowania (np. **ISO8859_2**), co ma znaczenie przy poprawnym wyświetlaniu polskich znaków.
3. **Czas próby połączenia z systemem P1 (w sekundach)**
   - Parametr określa, jak długo program próbuje połączyć się z systemem P1 przed zgłoszeniem błędu.
4. **Czas próby odczytu z systemem P1 (w sekundach)**
   - Definiuje maksymalny czas oczekiwania na odpowiedź systemu P1 przy odczycie danych.

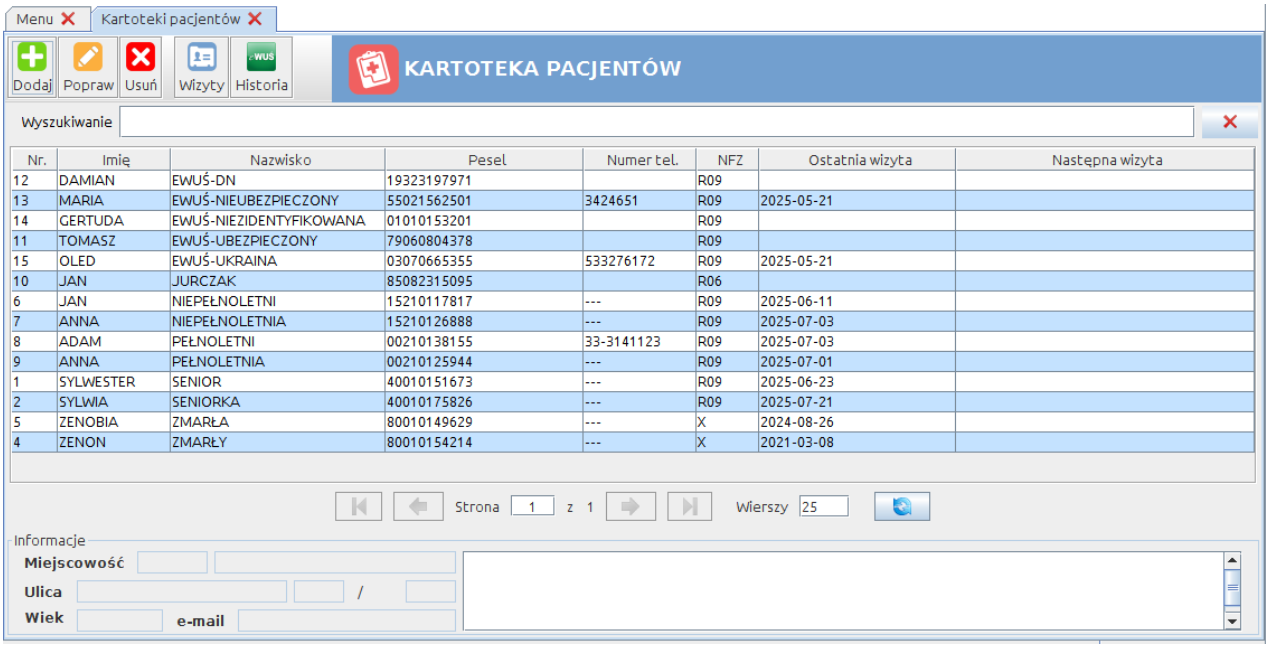


KARTOTEKI PACJENTÓW

Moduł kartoteki pacjentów umożliwia **zarządzanie danymi pacjentów** oraz ich wizytami. Domyślnie wyświetlają się pacjenci umówieni na dany dzień, a jeżeli użytkownik nie korzysta z terminarza – widoczni są wszyscy pacjenci.

Funkcje główne:

1. **Wyszukiwanie pacjentów**
   - Możliwość wyszukiwania po imieniu, nazwisku, numerze PESEL.
   - Szybki podgląd historii wizyt i planowanych terminów.
2. **Dodawanie i edycja pacjentów**
   - Dodawanie nowych rekordów oraz edycja danych istniejących.
   - Wprowadzając numer PESEL, program automatycznie uzupełnia pola Data urodzenia oraz Płeć.
   - Jeżeli pacjent nie ma numeru PESEL (np. obcokrajowiec) – pola można wypełnić ręcznie.
3. **Pole „Numer kartoteki”**
   - Pole informacyjne, które może być wykorzystane przez użytkownika w dowolny sposób (np. numer segregatora).
4. **Pole „Uwagi”**
   - Miejsce na dodatkowe informacje o pacjencie (np. choroby przewlekłe, informacje organizacyjne).
   - Tekst zapisany w tym polu nie jest drukowany na receptach ani przekazywany do systemu P1.
5. **Dodawanie wizyt pacjenta**
   - Możliwość dodania wizyty pacjenta z pominięciem terminarza.
   - System automatycznie przypisuje wizytę do wybranego pacjenta i oznacza domyślne ustawienia.
6. **Historia i podgląd wizyt**
   - Wgląd w listę wszystkich odbytych i zaplanowanych wizyt pacjenta.
   - Dane pacjenta są widoczne we wszystkich zdefiniowanych gabinetach.



WIZYTY

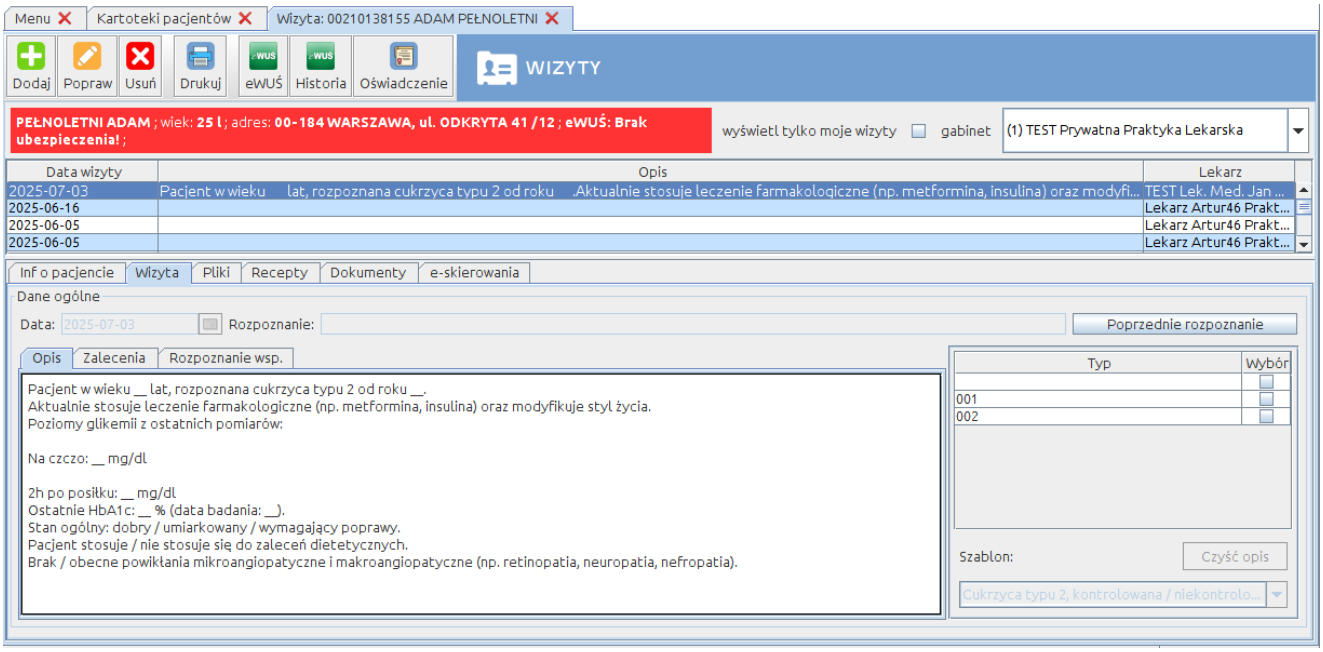
Moduł Wizyty pozwala na przeglądanie historii wizyt wybranego pacjenta oraz dodawanie nowych.

Funkcje główne:

1. **Historia wizyt**
   - Wyświetlenie pełnej listy wizyt pacjenta.
   - Podgląd kart informacyjnych, recept, skanów i dokumentów (np. skierowań).
2. **Dodawanie i edycja wizyty**
   - Możliwość dodania nowej wizyty lub edytowania istniejącej.
   - Wydruk karty informacyjnej oraz dokumentacji medycznej.
3. **Pole „Uwagi”**
   - Dodatkowe informacje wprowadzane przez lekarza.
   - Pole nie jest drukowane na karcie informacyjnej ani przekazywane do innych systemów.
4. **Rozpoznania (ICD-10)**
   - W trakcie wpisywania nazwy choroby można skorzystać ze słownika ICD-10.
   - Wciśnięcie spacji powoduje wyświetlenie listy dopasowanych fraz.
   - Możliwość dodania chorób współistniejących w osobnej zakładce.
5. **Dane statystyczne**
   - Po prawej stronie znajduje się tabela, w której można zaznaczyć pola statystyczne.
   - Dane te mogą być później użyte do analizy częstości występowania zdarzeń.

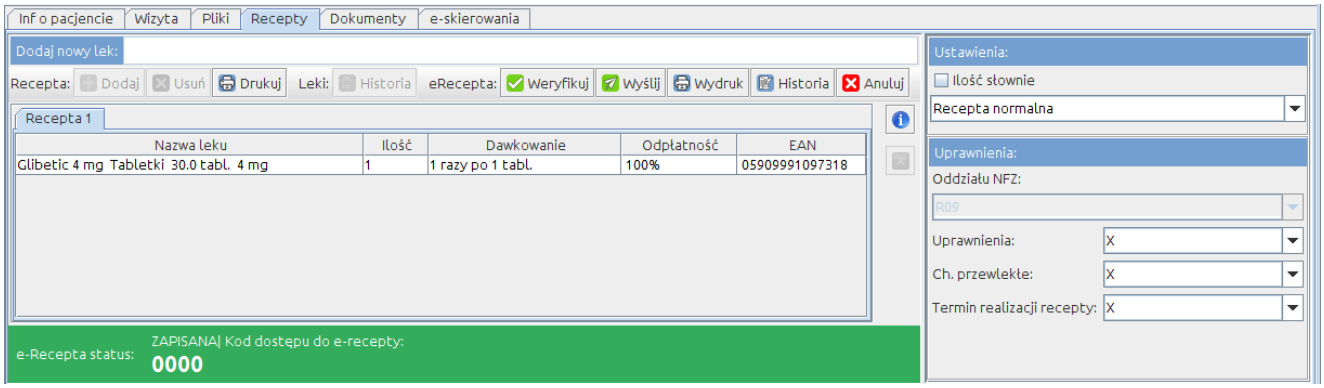
Przykłady miejsc użycia:

- Poradnia specjalistyczna
- Gabinet dentystyczny
- Przychodnia kardiologiczna
- Gabinet okulistyczn



Recept

W trakcie wizyty lekarz ma możliwość wystawienia recepty dzięki wprowadzonej aktywnej puli recept.



Funkcje:

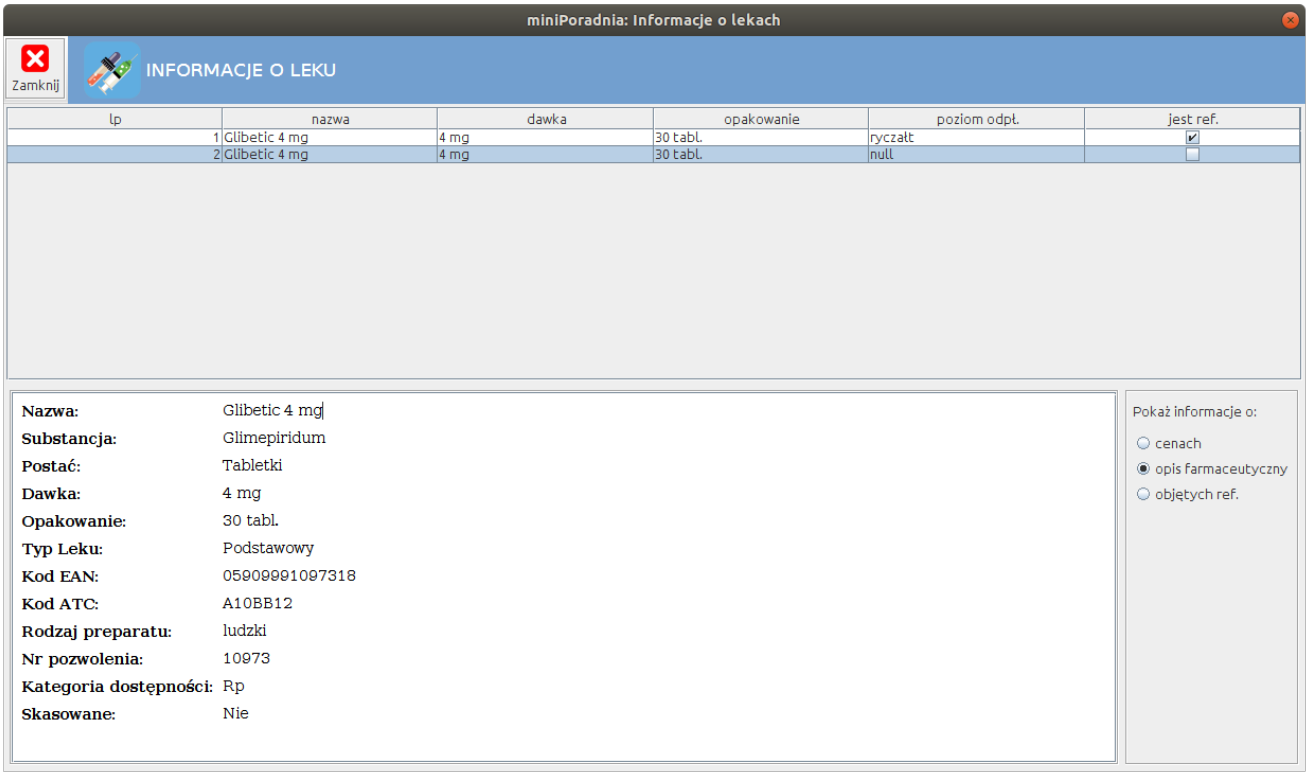
1. **Drukowanie recept**
   - Możliwość wydrukowania recepty wraz z lekami, danymi pacjenta, danymi poradni, kodem kreskowym i numerem recepty.
   - Istnieje opcja wydrukowania pustego blankietu recepty dopasowanego do rozmiaru formularza.
   - Możliwość wyłączenia nagłówka/nazwiska oraz daty.
   - Obsługa druku na zwykłej drukarce laserowej lub specjalnej drukarce igłowej, zgodnie z wymogami NFZ.
2. **Wybór leków i dawkowania**
   - Lek można dodać wpisując nazwę w polu „Dodaj nowy lek” i potwierdzając klawiszem Enter.
   - Lista dostępnych leków jest filtrowana i wyświetlana po użyciu kombinacji CTRL + Enter.
   - Możliwość wskazania dawki, ilości opakowań i schematu dawkowania.
3. **Opcje recepty**
   - „Ilość słownie” – automatyczne dodanie ilości opakowań w formie słownej na recepcie.
   - Refundacja – możliwość określenia poziomu odpłatności leku.
   - Możliwość wprowadzenia stopnia refundacji zgodnie z obowiązującymi listami NFZ.
4. **Parametry wydruku**
   - Parametry recepty (rozmieszczenie pól, format, marginesy) można modyfikować w panelu administracyjnym.
   - Recepty mogą być drukowane na standardowym papierze lub specjalnych blankietach recept „różowych”.

Informacja o lekach

Aby uzyskać szczegółowe informacje o leku:

1. Należy wybrać pozycję z listy leków na recepcie.
2. Następnie kliknąć ikonę  w menu bocznym zakładki „Recepty”.

Po wybraniu tej opcji otworzy się okno Informacje o leku, w którym dostępne są dane takie jak:



Zakres informacji:

- **Lista refundacyjna** – zestawienie wszystkich wystąpień danego leku.
- **Ceny** – aktualne ceny leku.
- **Opis farmaceutyczny** – szczegółowy opis stosowania i właściwości.
- **Refundacja** – informacja, w jakich grupach pacjentów lek jest objęty refundacją.

Przykładowe dane wyświetlane w oknie:

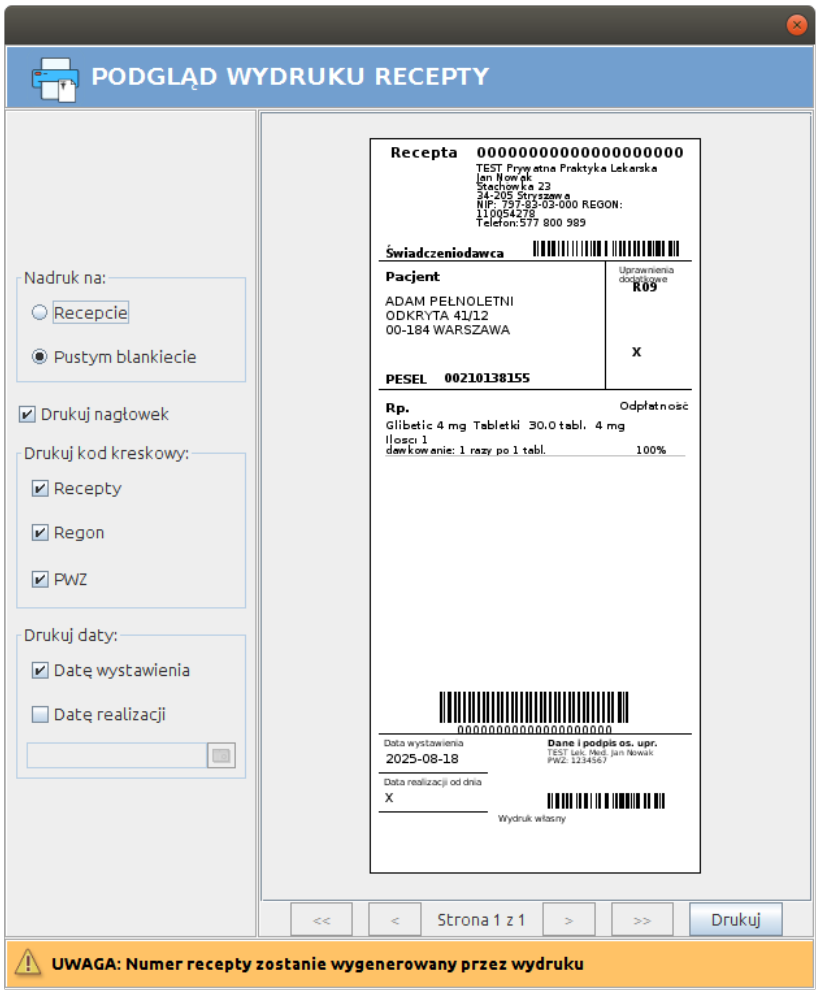
- Nazwa leku i dawka.
- Postać farmaceutyczna.
- Producent.
- Kod EAN.
- Cena detaliczna.
- Status refundacji.

Okno „Informacje o leku” umożliwia lekarzowi szybki dostęp do szczegółowych danych, co ułatwia podejmowanie decyzji podczas wizyty i wystawiania recept.

Wydruku Recepty

Aby wydrukować receptę dla pacjenta:

1. Klikamy przycisk **Drukuj….**
2. Pojawi się okno **Podgląd Wydruku Recepty**, w którym można ustawić:
   - nagłówki do druku,
   - wybór drukowania na pustym blankiecie lub na recepcie,
   - odpowiednie kody kreskowe,
   - daty do wydruku (data wystawienia, data realizacji).



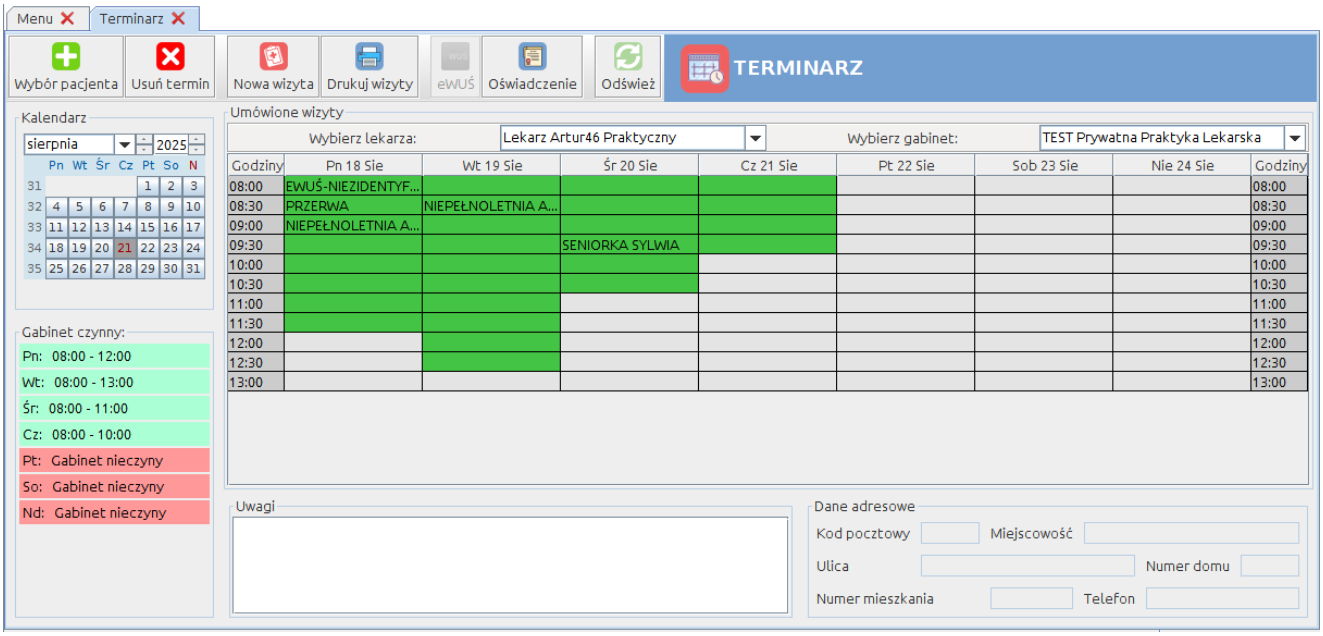
Dodatkowe funkcje:

- Okno podglądu pozwala sprawdzić ilość numerów recept dostępnych w aktywnej puli.
- System automatycznie ostrzega, gdy pula recept zbliża się do końca – powiadomienia wyświetlane są przy pozostałej liczbie recept: **50, 40, 30, 25, 20, 15, 10, 5, 4, 3, 2, 1.**
- Numer recepty zostaje wygenerowany podczas wydruku i jest zawsze unikalny.

TERMINARZ

Terminarz umożliwia planowanie i zarządzanie wizytami pacjentów.

- **Widok domyślny** – bieżący tydzień. Użytkownik wybiera dzień i godzinę z kalendarza po lewej stronie.
- **Harmonogram pracy** – wyświetlany poniżej kalendarza; możliwy wydruk planu tygodniowego.
- **Przydzielanie pacjentów** – po zalogowaniu lekarz widzi swoich pacjentów, może też wybrać pacjenta z kartoteki.
- **Obsługa gabinetów** – dostępna funkcja przypisywania pacjenta do wybranego gabinetu.

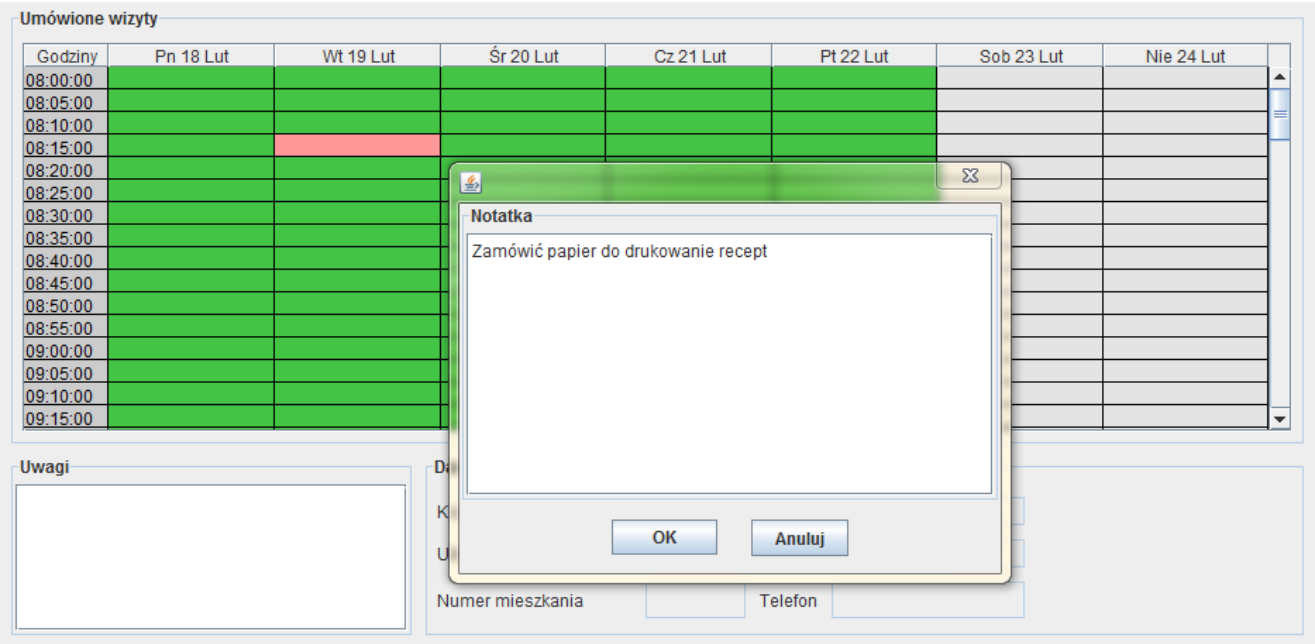


Dodawanie terminu wizyty

1. Wybierz pole w tabeli (dzień i godzinę).
2. Kliknij **Wybór pacjenta**.
3. System sprawdzi, czy:
   - godzina nie jest już zajęta,
   - termin mieści się w harmonogramie pracy,
   - poradnia pracuje w danym dniu.
4. W przypadku konfliktu system poinformuje użytkownika odpowiednim komunikatem.

Dodatkowe funkcje

- Możliwość usunięcia terminu i wpisania pacjenta ponownie.
- Pole **Uwagi** pozwala wprowadzać komentarze (np. adnotacje organizacyjne).
- Kliknięcie dwukrotne na terminie umożliwia jego edycję.
- System automatycznie aktualizuje listę pacjentów zapisanych do danego gabinetu.

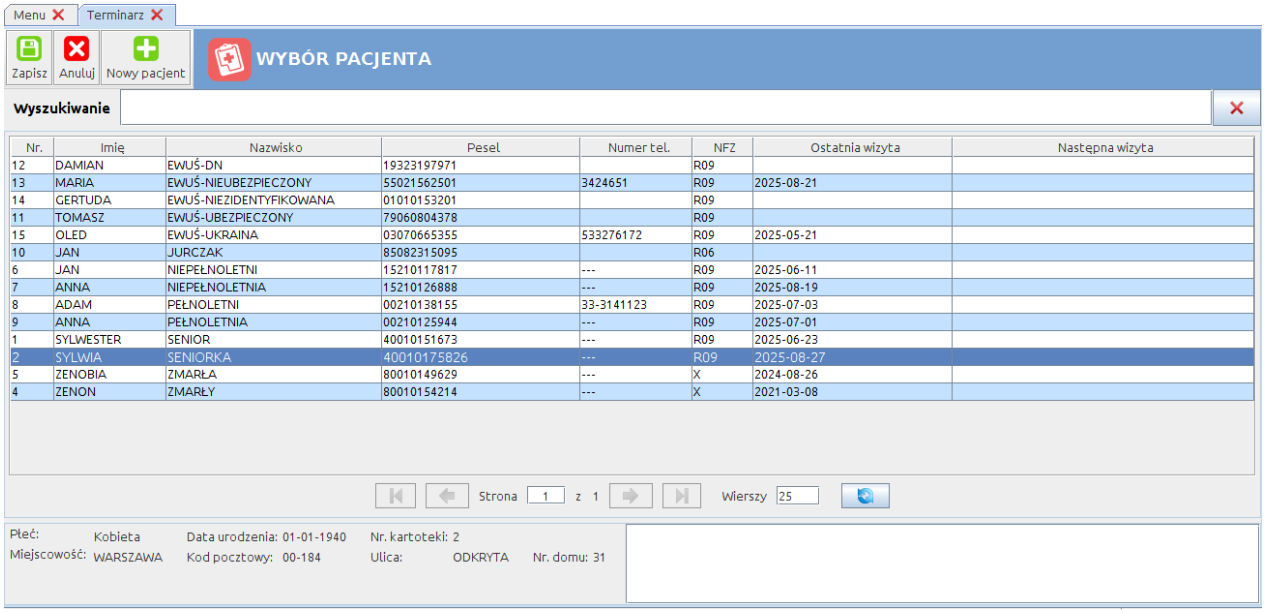


Okno wyboru pacjenta

Okno służy do wyszukiwania i przypisywania pacjentów do wizyt w terminarzu.

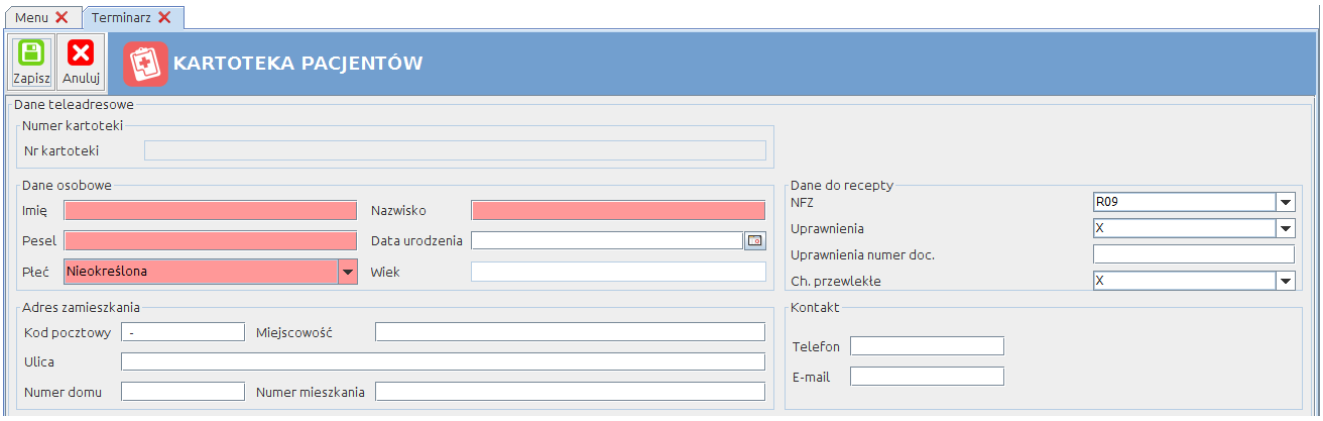
Funkcje wyszukiwania

- Wyszukiwanie pacjenta po PESEL, nazwisku lub imieniu.
- Wyniki wyświetlają się w tabeli – należy zaznaczyć pacjenta i kliknąć Zapisz.
- Po zatwierdzeniu pacjent zostaje przypisany do terminu, a system powraca do terminarza z aktualnymi danymi.



W tym miejscu jesteśmy w stanie nowego pacjenta, jśli pacjent nie istnieje w bazie:

1. Kliknij przycisk Nowy pacjent.
2. Wprowadź dane osobowe (imię, nazwisko, PESEL, adres, dane kontaktowe itp.).
3. Kliknij Zapisz – system utworzy nową kartotekę pacjenta.
4. Nowy pacjent zostanie automatycznie przypisany do wcześniej wybranego terminu wizyty.



RAPORTY

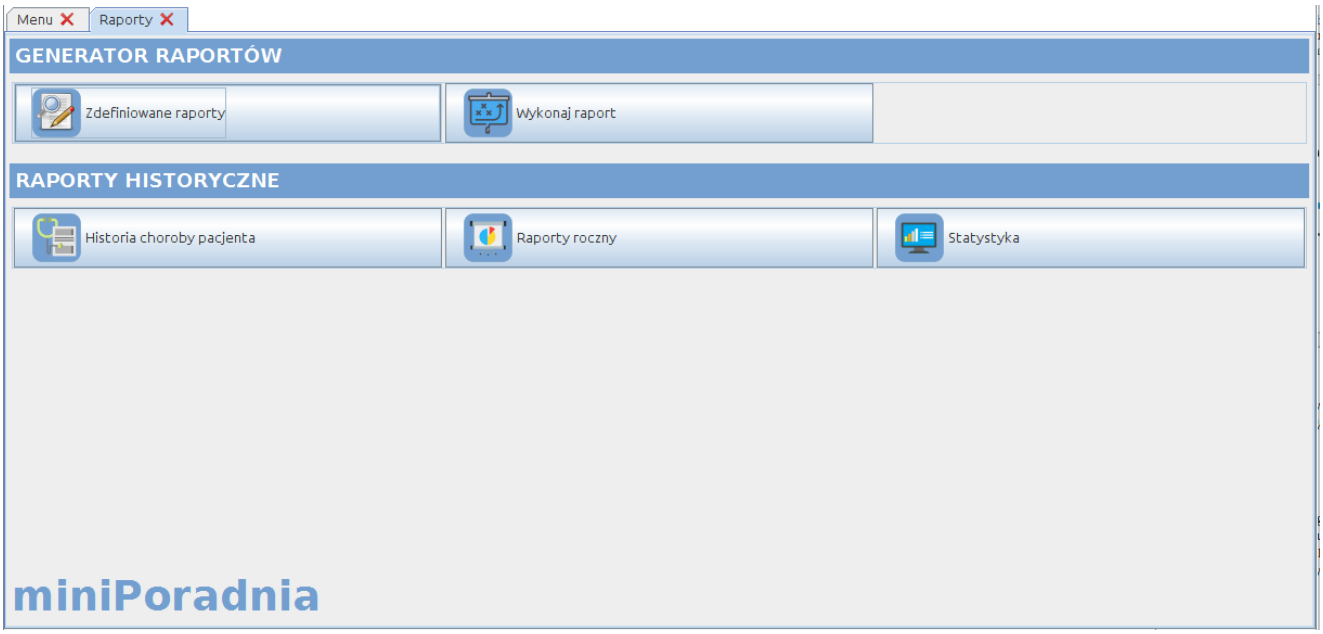
Moduł **Raporty** umożliwia generowanie oraz przeglądanie danych historycznych dotyczących pacjentów i pracy poradni.

Generator raportów

- **Zdefiniowane raporty** – dostęp do gotowych, wcześniej przygotowanych zestawień.
- **Wykonaj raport** – możliwość uruchomienia raportu na podstawie wybranych kryteriów (np. daty, lekarza, rodzaju świadczeń).

Raporty historyczne

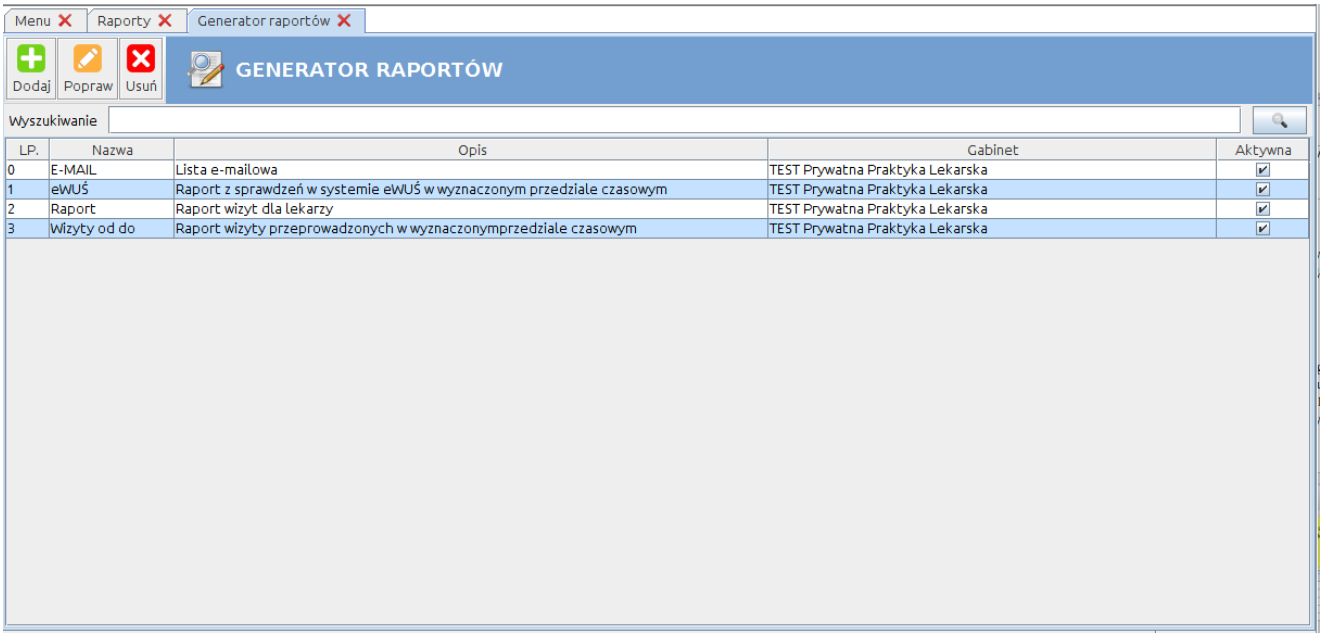
- **Historia choroby pacjenta** – szczegółowy wgląd w przebieg leczenia danego pacjenta.
- **Raporty roczne** – zestawienia zbiorcze obejmujące dłuższe okresy czasu (np. liczba pacjentów, liczba wystawionych recept, świadczenia).
- **Statystyka** – narzędzie do analizy danych, ułatwiające obserwację trendów i kontrolę pracy poradni.



Generator Raportów

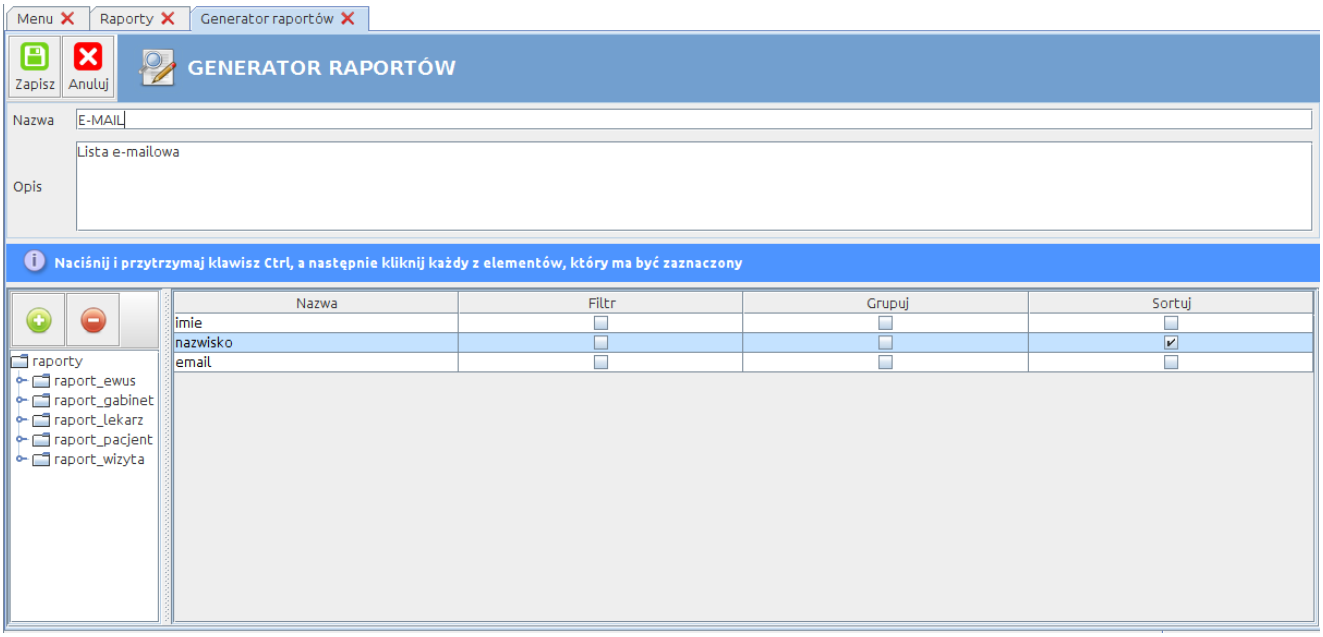
Narzędzie pozwala użytkownikowi na samodzielne przygotowanie dowolnych zestawień i raportów na podstawie danych zapisanych w systemie (np. baza pacjentów, wizyty, lekarze, gabinety).

Raporty mogą być filtrowane i zawężane zgodnie z kryteriami wybranymi przez użytkownika już na etapie ich tworzenia.



Etapy Tworzenia Raportu

1. Dodanie nowego raportu – użytkownik nadaje nazwę i opis raportu.
2. Wybór zakresu danych – w zależności od potrzeb można uwzględnić:
   - pacjentów,
   - lekarzy,
   - gabinety,
   - wizyty,
   - inne elementy systemowe.
3. Zaznaczenie elementów – przytrzymując klawisz Ctrl, można wybrać kilka elementów jednocześnie.
4. Zapisanie raportu – po wskazaniu wszystkich potrzebnych danych należy nacisnąć przycisk + i zapisać raport.



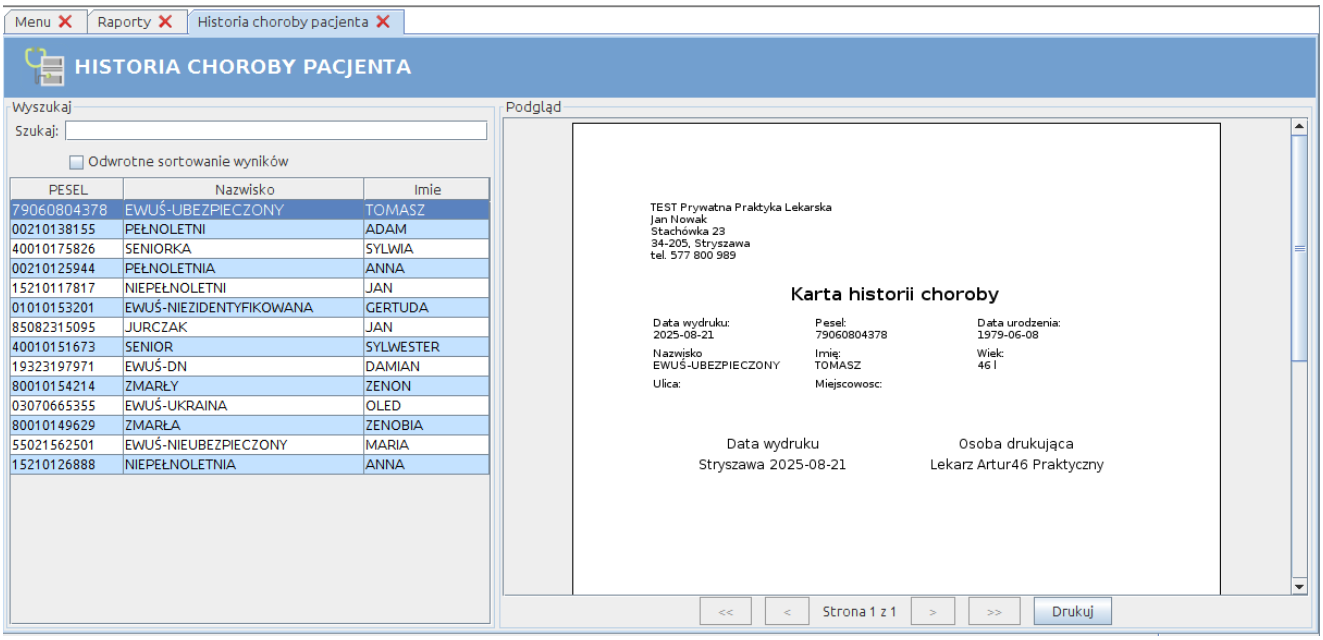
Historia choroby pacjenta

Moduł umożliwia wydruk całej kartoteki pacjenta.

Każda wizyta w historii poprzedzona jest datą, co pozwala prześledzić przebieg leczenia krok po kroku.

- Użytkownik może wybrać dowolnego pacjenta z listy i obejrzeć pełną dokumentację jego wizyt.
- Historia może zostać wydrukowana jako karta historii choroby.
- Dostępna jest opcja „zmień sortowanie”, która pozwala zdecydować, czy wizyty mają być drukowane:
- od najstarszej do najnowszej,
- lub od najnowszej do najstarszej.

W kolejnych wersjach miniPoradni funkcjonalność raportów ma być dodatkowo rozbudowana o nowe zestawienia.



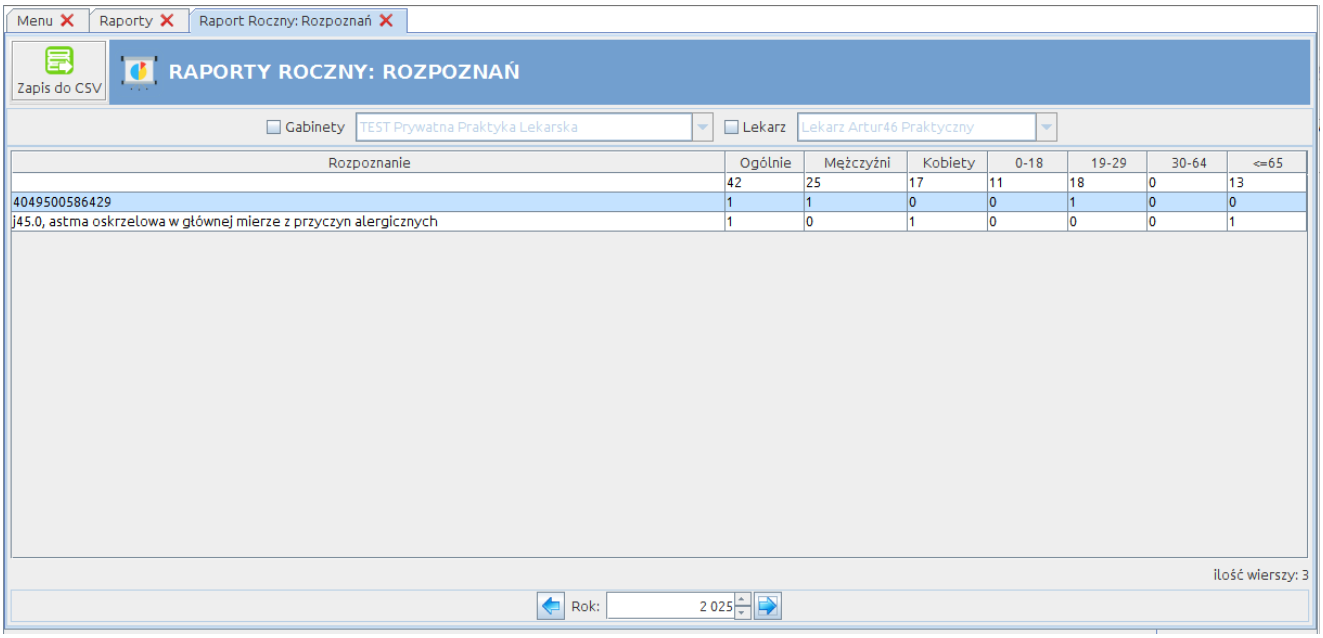
Raporty roczne

Moduł pozwala na przygotowanie zestawień rocznych z podziałem na rozpoznania, lekarzy oraz gabinety.

Dzięki raportom rocznym użytkownik może przeanalizować strukturę zachorowań w danej poradni.

1. Raport prezentuje listę rozpoznań wraz z liczbą przypadków w danym roku.
2. Dostępne są filtry:
   - **Gabinet** – wybór poradni, z której dane mają zostać zestawione,
   - **Lekarz** – analiza przypadków przypisanych do konkretnego lekarza.
3. W tabeli raportu dane przedstawiane są w podziale na:
   - płeć pacjenta (mężczyźni, kobiety),
   - grupy wiekowe (0–18, 19–64, >65).

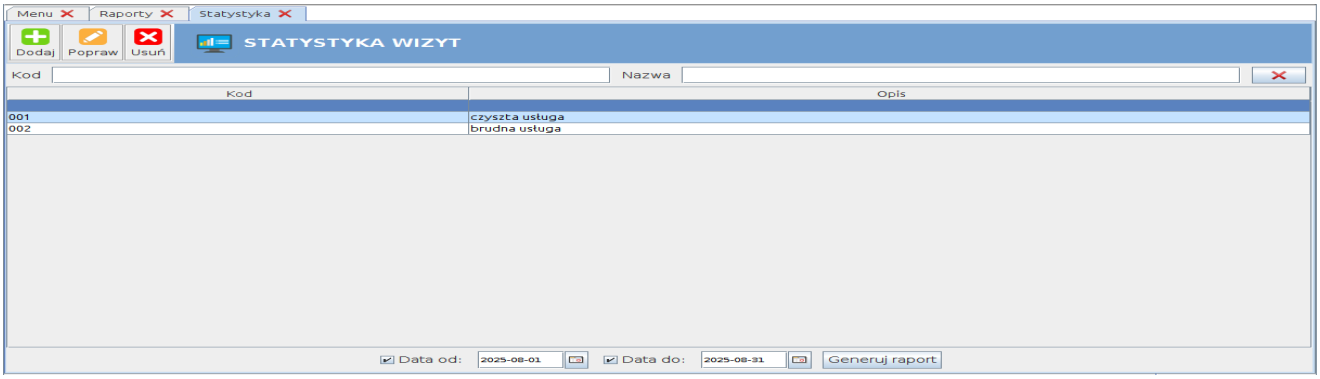
Raport można zapisać do pliku CSV, co umożliwia dalszą obróbkę danych np. w programach analitycznych.



Statystyka

Moduł umożliwia prowadzenie i analizę statystyki pracy gabinetu.
Użytkownik może wprowadzać własne kody statystyczne, które opisują charakter wizyt i zabiegów, np.:

- typy wizyt (kontrolna, pierwszorazowa, konsultacyjna),
- rodzaje wykonanych procedur lub badań,
- inne istotne dla gabinetu zdarzenia medyczne.



Po dodaniu kodów statystycznych i wybraniu zakresu dat program generuje raport zbiorczy.
Dzięki temu możliwe jest:

- ocenienie liczby i rodzaju wykonanych świadczeń,
- monitorowanie aktywności lekarzy i gabinetów,
- przygotowanie danych do raportowania i analizy jakości pracy.

Raport można wyświetlić na ekranie oraz wydrukować.

Komunikacja Z Systemem eWUŚ

Parę słów o eWUŚ -i

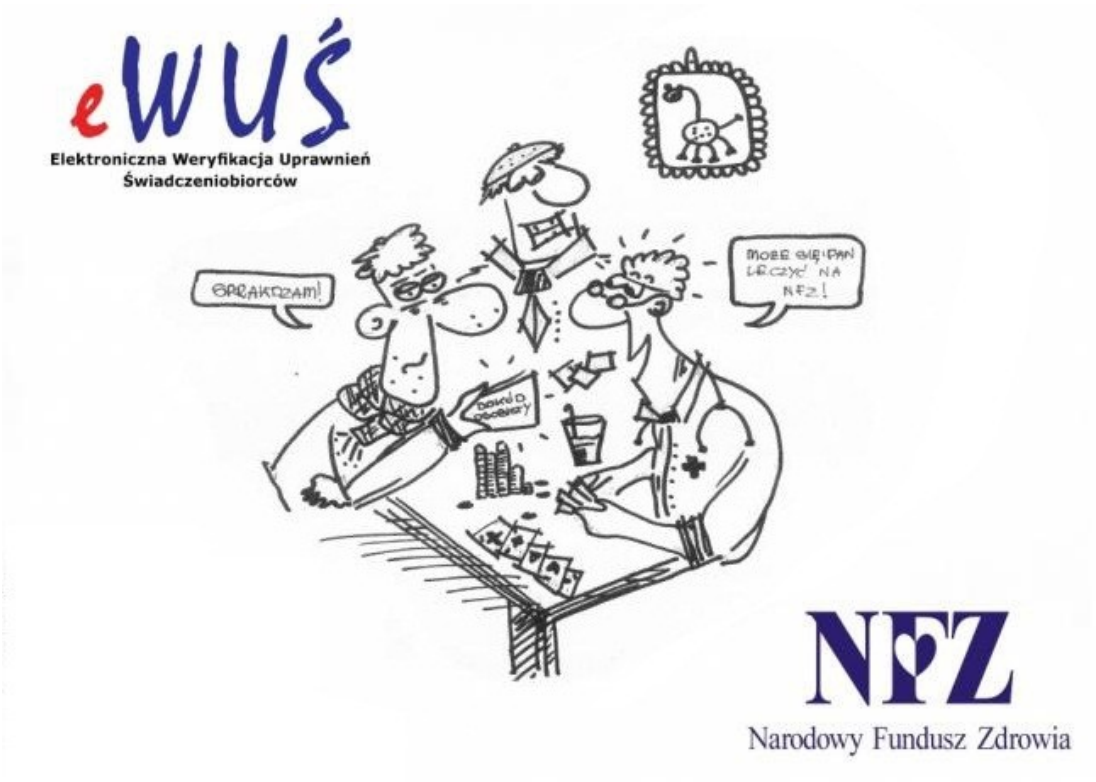
eWUŚ (Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców) to system umożliwiający sprawdzenie, czy pacjent posiada prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ. Jest on powiązany z Centralnym Wykazem Ubezpieczonych (CWU).

Od 1 stycznia 2013 roku:

każdy pacjent może potwierdzić swoje prawo do świadczeń w szpitalu, przychodni czy gabinecie lekarza bez konieczności przedstawiania dodatkowych dokumentów,

do weryfikacji wystarczy **numer PESEL** oraz dokument potwierdzający tożsamość.

Program **miniPoradnia** został wyposażony w mechanizm komunikacji z systemem eWUŚ.



Źródło: http://www.nadmorski24.pl/aktualnosci/

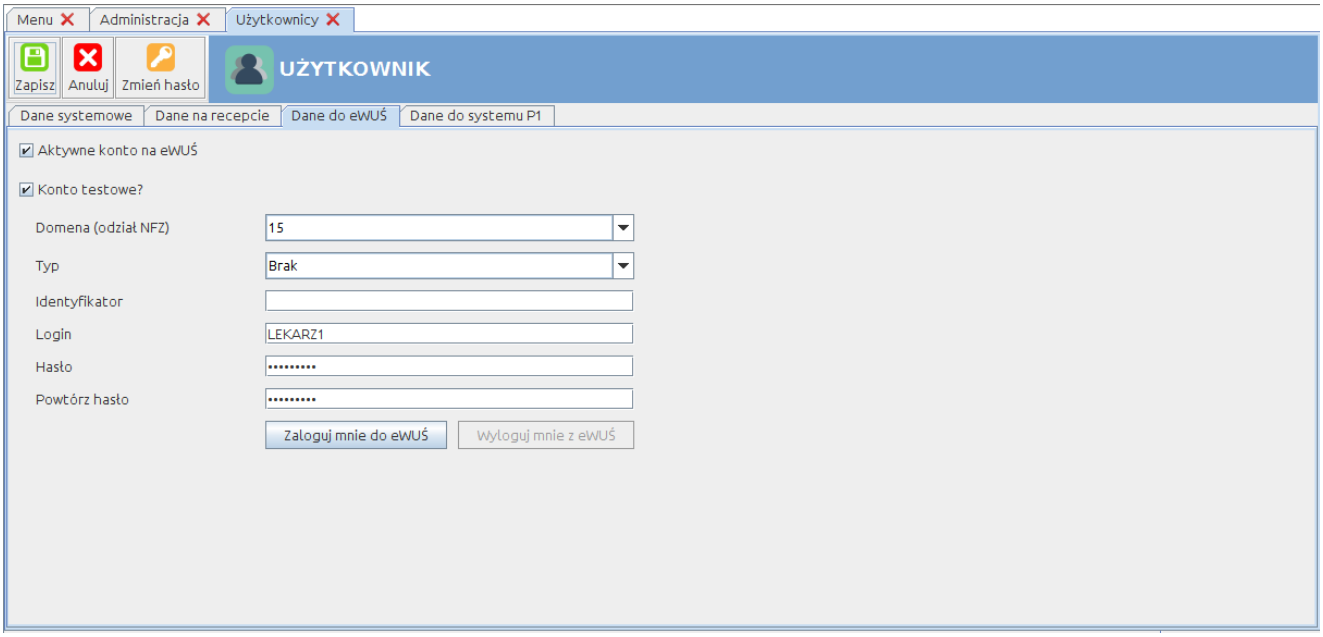
Dzięki temu użytkownik może:

- dokonywać weryfikacji uprawnień pacjentów w systemie eWUŚ,
- przeglądać historię sprawdzeń uprawnień,
- wystawiać oświadczenia o przysługujących świadczeniach zdrowotnych w przypadku braku potwierdzenia uprawnień.

Ustawienia

Aby nawiązać komunikację między programem **miniPoradnia** a systemem **eWUŚ**, należy:

1. Przejść do **Panelu użytkownika** (menu: Administracja → Użytkownicy).
2. Wybrać konto użytkownika, które chcemy powiązać z systemem eWUŚ.



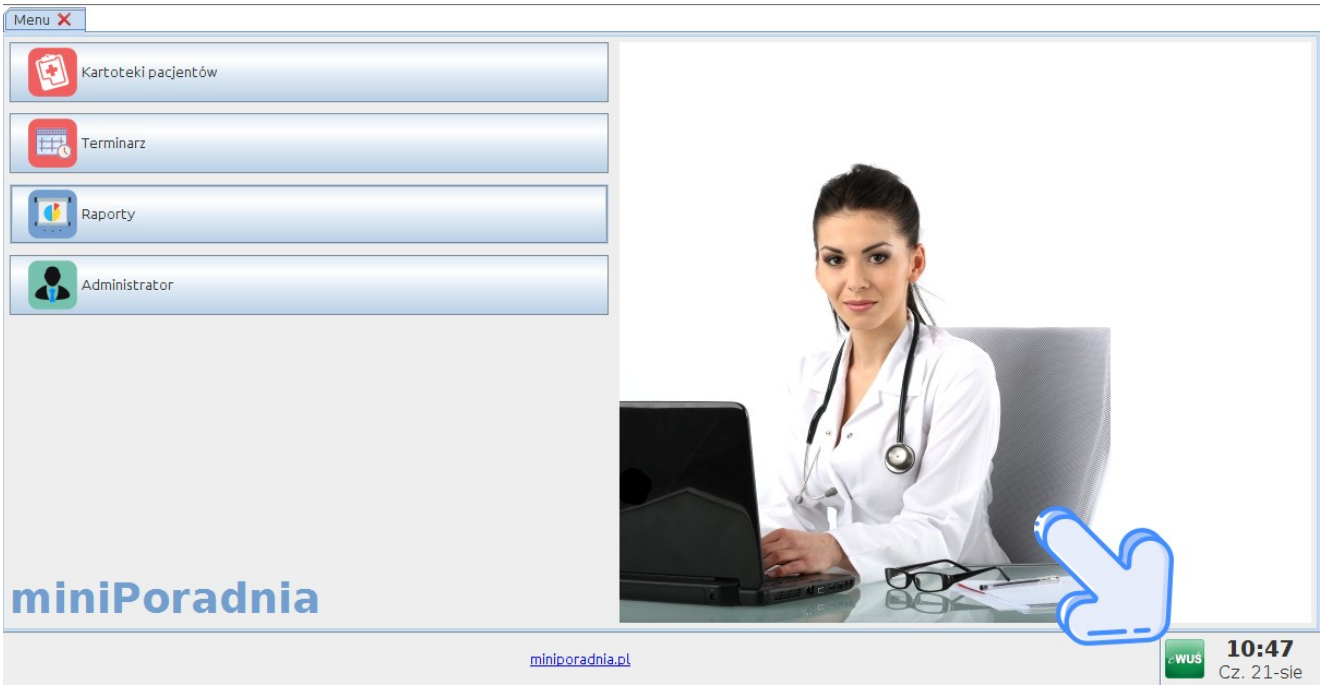
Na liście użytkowników zaznaczamy wybraną osobę i klikamy Popraw dane użytkownika. Otworzy się panel konfiguracji konta użytkownika:

- zaznaczamy opcję **Aktywne konto do eWUŚ**,
- uzupełniamy dane logowania (login, hasło, typ konta – testowe lub produkcyjne),
- klikamy **Zaloguj mnie do eWUŚ**, aby sprawdzić poprawność danych.

Po zapisaniu ustawień system przy każdym logowaniu do miniPoradni będzie automatycznie próbował połączyć się z eWUŚ.

Czy wszystko działa?

Informacje o stanie komunikacji miniPoradnia ↔ eWUŚ można znaleźć w prawym dolnym rogu programu (obok zegara). Wyświetlany jest tam kolorowy kwadrat z napisem eWUŚ.



Kolory kwadratu oznaczają:

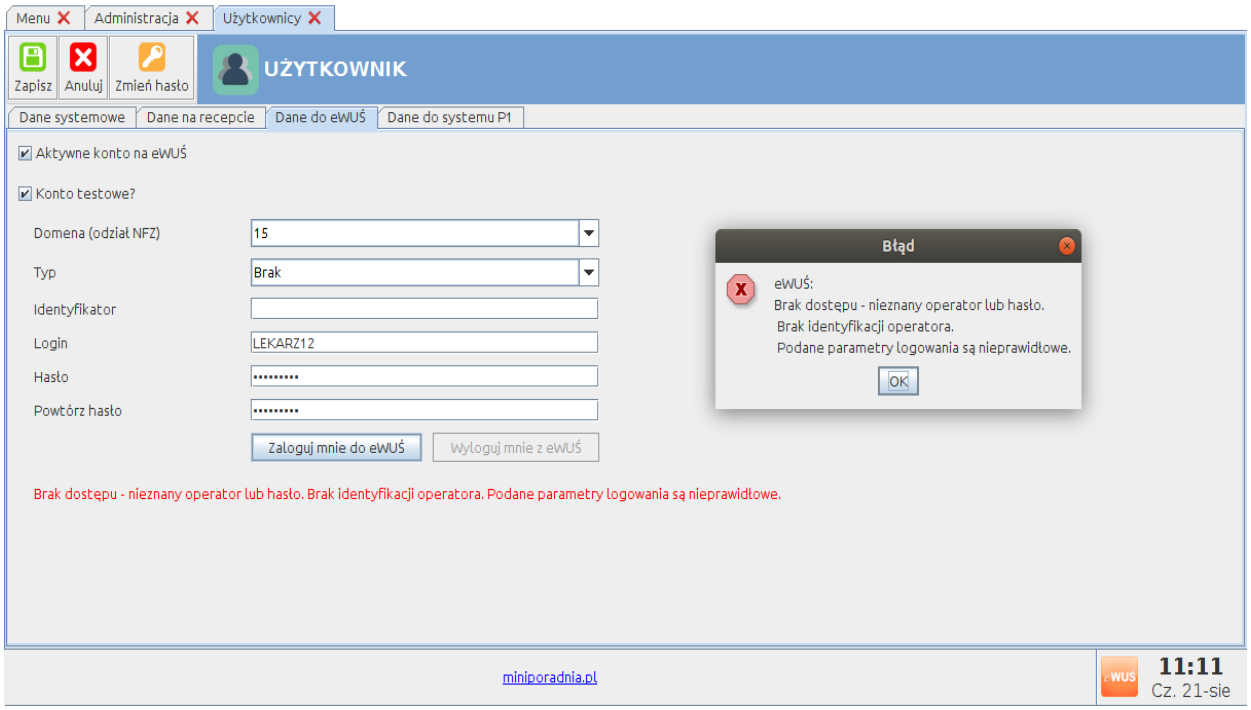
NIEBIESKI	opcja komunikacji jest nieaktywna lub wstrzymana,
ZIELONY	komunikacja działa poprawnie,
CZERWONY	wystąpił błąd podczas komunikacji z eWUŚ.

Najczęstsze przyczyny błędów:

- brak dostępu do Internetu,
- niepoprawne dane logowania,
- niedziałający system eWUŚ.

Obsługa błędów komunikacji z eWUŚ

Na poniższym przykładzie widzimy sytuację, w której użytkownik podał niepoprawny oddział NFZ lub błędne dane logowania. Po kliknięciu „Zaloguj mnie do eWUŚ”, komunikat zwrotny z systemu eWUŚ wyświetla się na czerwono, a ikona komunikacji zmienia kolor na czerwony.



Dodatkowo, po najechaniu kursorem myszy na ikonę, pojawia się okienko z opisem błędu, np.:



Błąd w komunikacji z systemem eWUŚ
Brak dostępu – nieznany operator lub hasło.
Brak identyfikacji operatora.
Podane parametry logowania są nieprawidłowe.

Weryfikacja uprawnień świadczeniobiorców

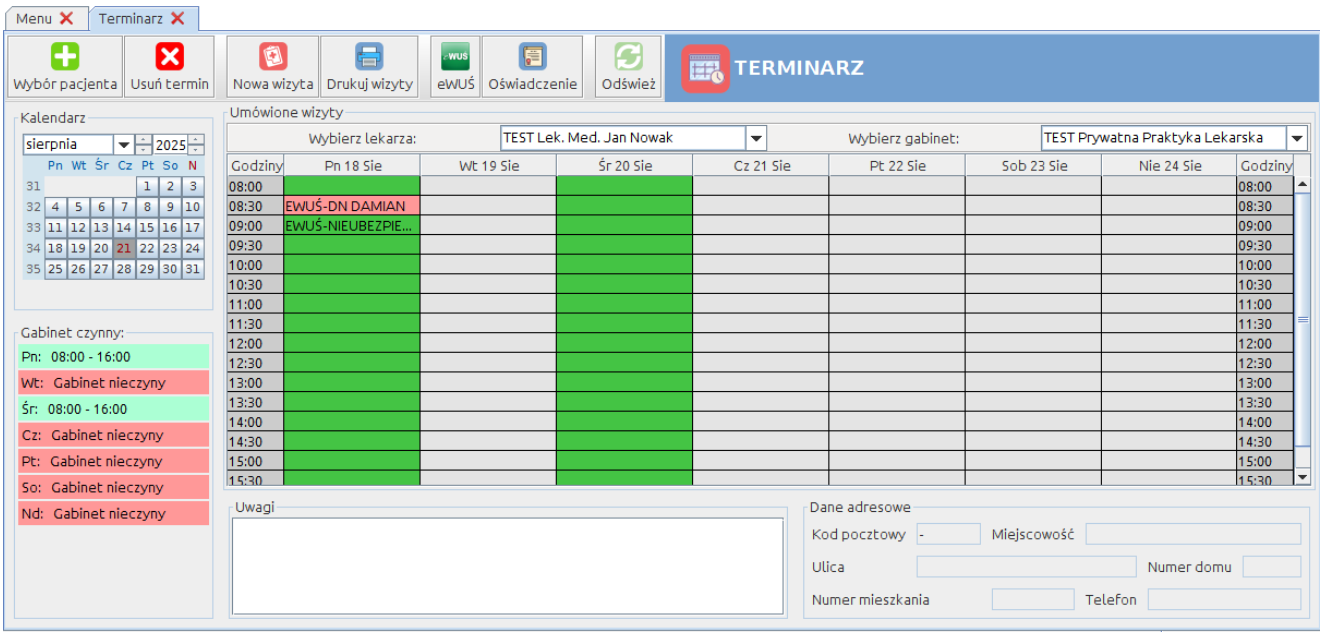
Sprawdzenie uprawnień pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej można wykonać na trzy sposoby.

1.

Weryfikacja w Terminarzu

Podczas rezerwowania wizyty w panelu Terminarza użytkownik może sprawdzić uprawnienia pacjenta:

1. Wybieramy pacjenta w kolumnie przeznaczonej na wizyty w dniu dzisiejszym.
2. Z górnego menu klikamy przycisk „eWUŚ”.
3. System łączy się z serwisem i zwraca komunikat o statusie ubezpieczenia.



Możliwe wyniki weryfikacji:

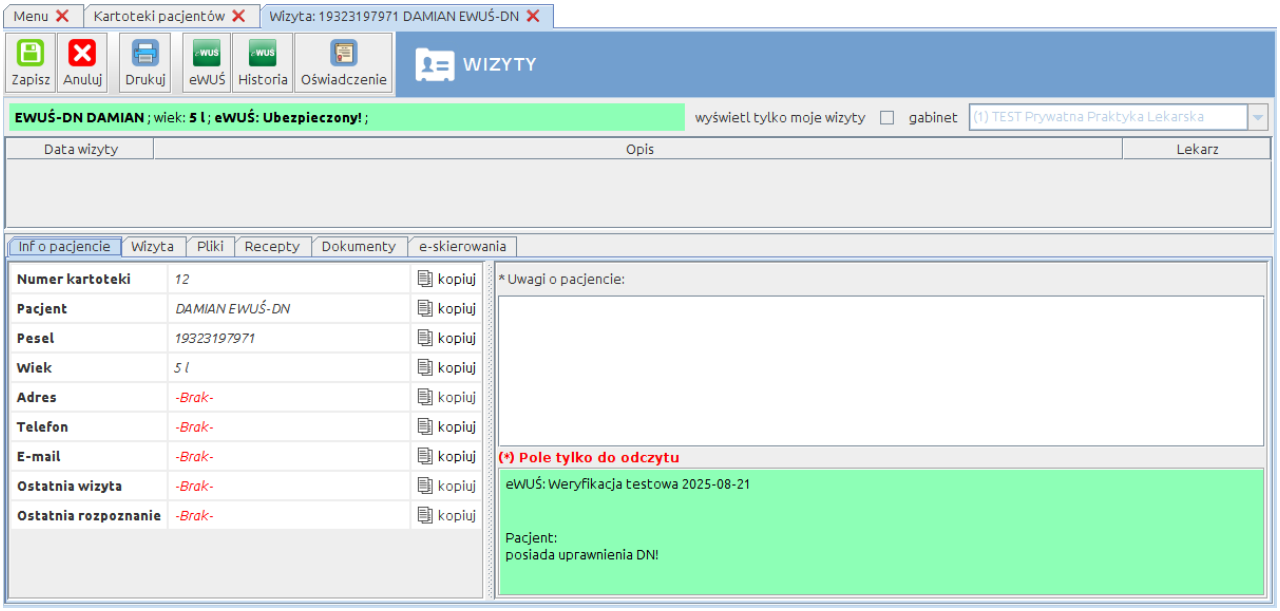
- ✓ **Pacjent: ubezpieczony!**
- ⚠ **Pacjent: posiada uprawnienia DN!**
- ✕ **Pacjent: nie posiada ubezpieczenia!**
- ✕ **Pacjent: nie odnaleziony w systemie CWU!**
- ✕ **Ubezpieczyciel potwierdził posiadanie uprawnień!**
- ✕ **Błędny numer PESEL!**

Na ekranie pojawia się stosowny komunikat w oddzielnym okienku, informujący o wyniku weryfikacji (np. „Pacjent: ubezpieczony!”).

2.

Weryfikacja w panelu Wizyty

Podczas przyjmowania pacjenta w poradni, system automatycznie sprawdza uprawnienia w eWUŚ przy wyborze nowej wizyty.



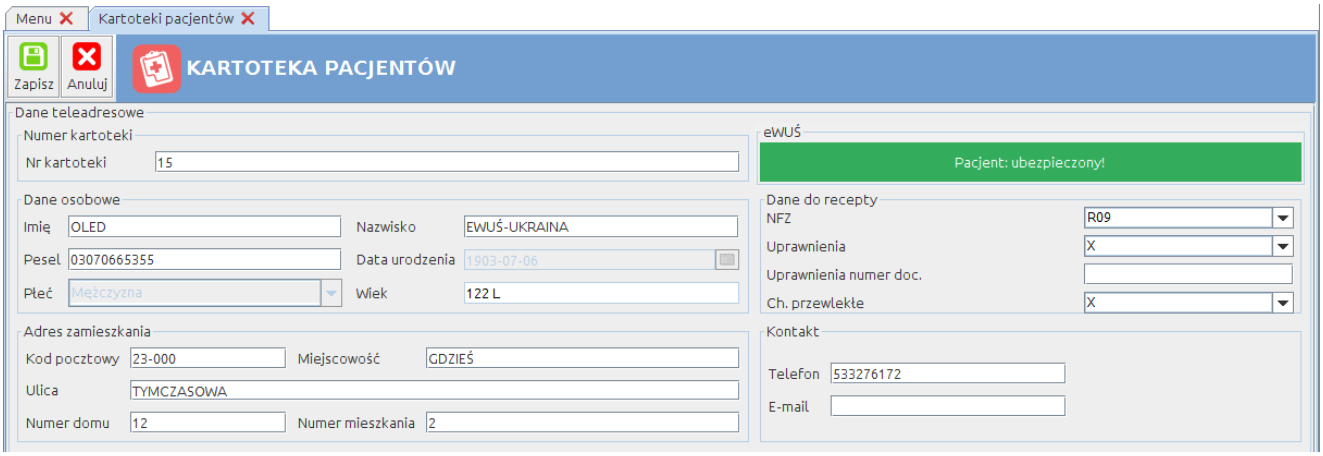
Na ekranie, w zakładce Wizyta, po prawej stronie pojawia się informacja o statusie ubezpieczenia pacjenta. Kolor tła wskazuje wynik weryfikacji:

ZIELONY	pacjent **POSIADA** ubezpieczenie
CZERWONY	pacjent **NIE POSIADA** ubezpieczenia
NIEBIESKI	pacjent **POTWIERDZIŁ** posiadanie ubezpieczenia
SZARY	pacjent **NIE WIDNIEJE** w bazie CWU lub nie wykonano sprawdzenia w systemie eWUŚ

Weryfikacja odbywa się automatycznie, ale użytkownik może również wykonać ją ręcznie, klikając przycisk **eWUŚ** w pasku narzędziowym panelu **Wizyty**.

3.
Weryfikacja podczas zakładania karty pacjenta

Trzecim sposobem na weryfikację uprawnień pacjenta do świadczeń NFZ jest sprawdzenie ich podczas rejestracji nowego pacjenta w panelu Karta pacjenta.



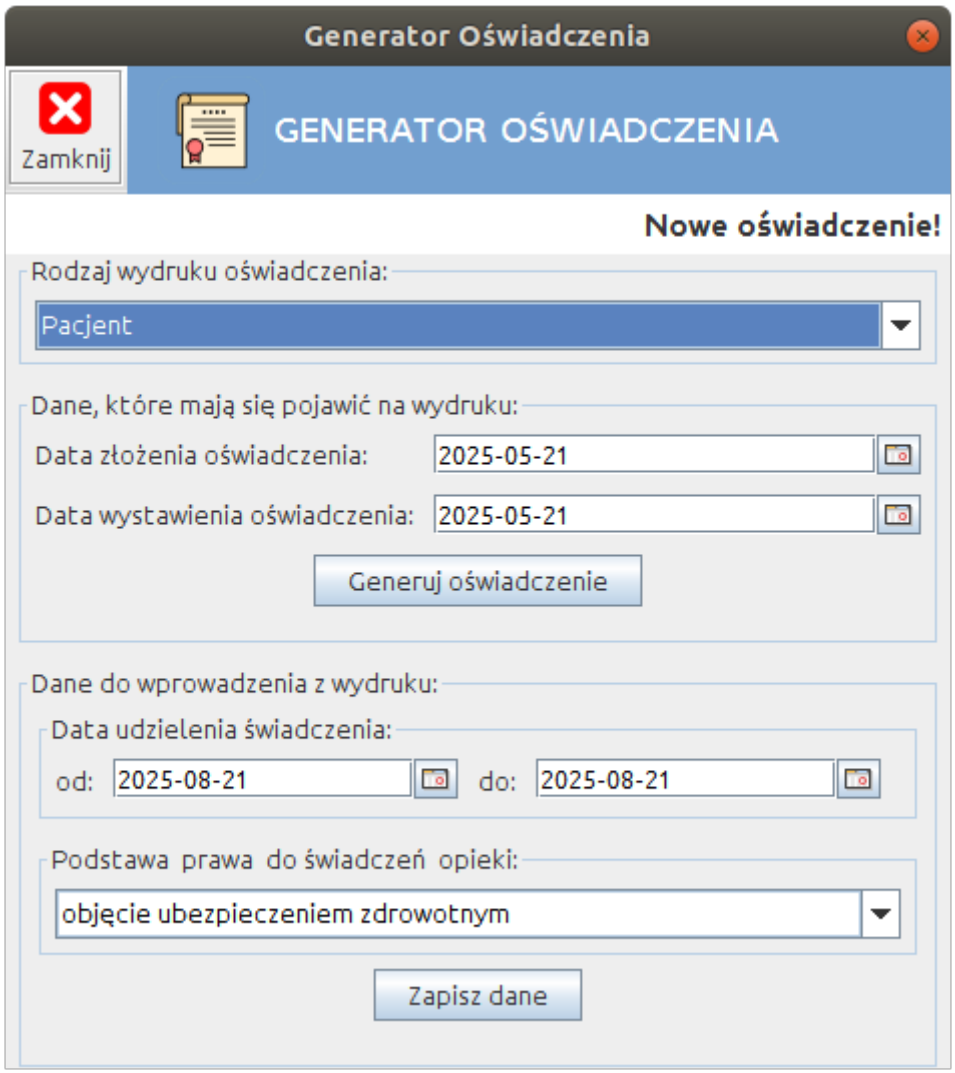
Po wpisaniu numeru **PESEL** pacjenta system automatycznie przeprowadza weryfikację. Wynik pojawia się w prawym górnym rogu formularza rejestracji. Tak jak w przypadku weryfikacji w panelu **Wizyty**, wynik sygnalizowany jest zmianą koloru tła:

ZIELONY	pacjent **POSIADA** ubezpieczenie
CZERWONY	pacjent **NIE POSIADA** ubezpieczenia
NIEBIESKI	pacjent **POTWIERDZIŁ** posiadanie ubezpieczenia
SZARY	pacjent **NIE WIDNIEJE** w bazie CWU lub nie wykonano sprawdzenia w systemie eWUŚ

Dodatkowym udogodnieniem podczas rejestracji jest automatyczne pobranie danych pacjenta z systemu eWUŚ (imię, nazwisko, a także uprawnienie „DN” – w przypadku dzieci nieposiadających własnego ubezpieczenia).

Generowanie oświadczenia

W przypadku, gdy u pacjenta zostanie wykryty brak ubezpieczenia lub gdy pacjent jest niezidentyfikowany w bazie CWU i nie ma kontaktu z systemem eWUŚ, można wygenerować oświadczenie o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.

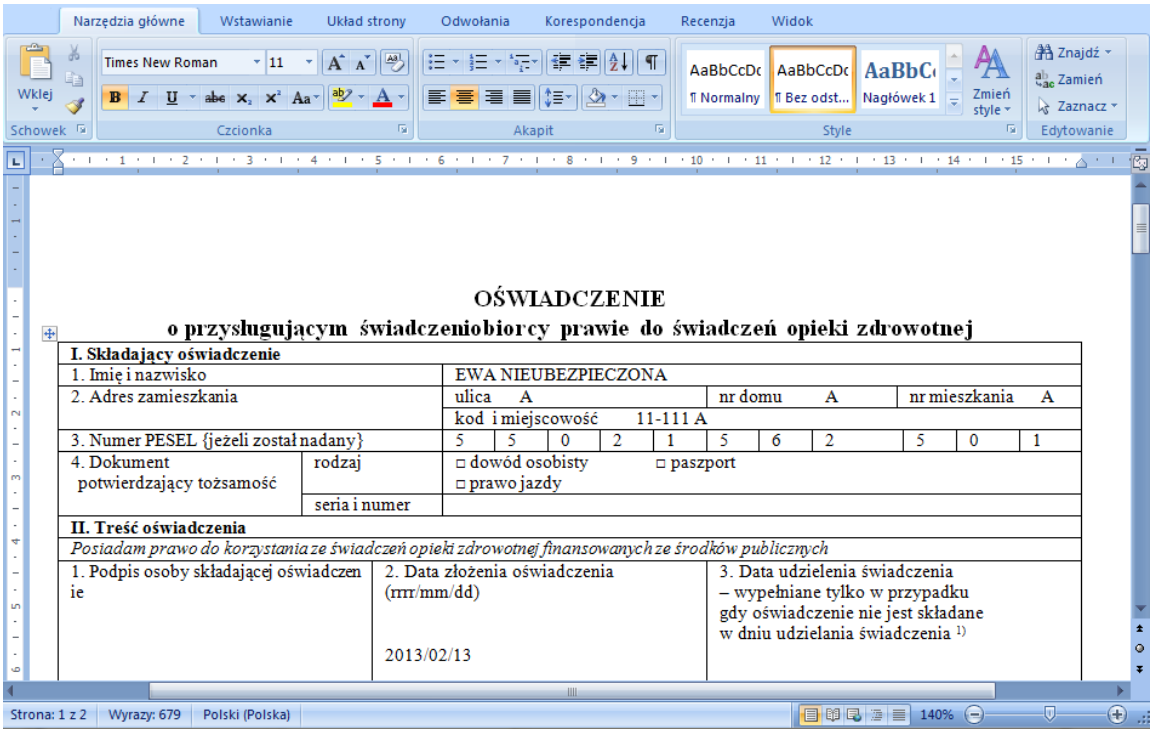


Aby to zrobić, należy w menu górnym wybrać opcję „Oświadczenia” w panelu Terminarz lub Wizyty. Po jej naciśnięciu otworzy się okno Generatora Oświadczenia:

- **Rodzaj wydruku** – wybieramy, czy oświadczenie jest dla pacjenta, czy opiekuna (domyślnie przy pacjentach <18 lat ustawiane jest „Opiekun”).
- **Dane, które mają się pojawić na wydruku** – należy podać datę złożenia oświadczenia oraz datę jego wystawienia.
- **Dane do wprowadzenia z wydruku** – można określić daty obowiązywania oświadczenia.

- **Podstawa prawa do świadczeń opieki** – należy wybrać odpowiednią podstawę, np. ubezpieczenie zdrowotne.

Po uzupełnieniu danych naciskamy przycisk „**Generuj oświadczenie**”, a następnie wskazujemy lokalizację zapisu pliku. Po zapisaniu pojawi się gotowy dokument z danymi pacjenta oraz informacją o wybranych podstawach świadczeń.



OŚWIADCZENIE

o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

I. Składający oświadczenie											
1. Imię i nazwisko		EWA NIEUBEZPIECZONA									
2. Adres zamieszkania		ulica A				nr domu A			nr mieszkania A		
		kod i miejscowość 11-111 A									
3. Numer PESEL {jeżeli został nadany}		5	5	0	2	1	5	6	2	5	0	1
4. Dokument potwierdzający tożsamość	rodzaj	□ dowód osobisty □ paszport □ prawo jazdy									
	seria i numer										
II. Treść oświadczenia											
Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych											
1. Podpis osoby składającej oświadczenie	2. Data złożenia oświadczenia (rrrr/mm/dd) 2013/02/13	3. Data udzielenia świadczenia – wypełniane tylko w przypadku gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielania świadczenia [1)]									



ZAUWAŻMY!

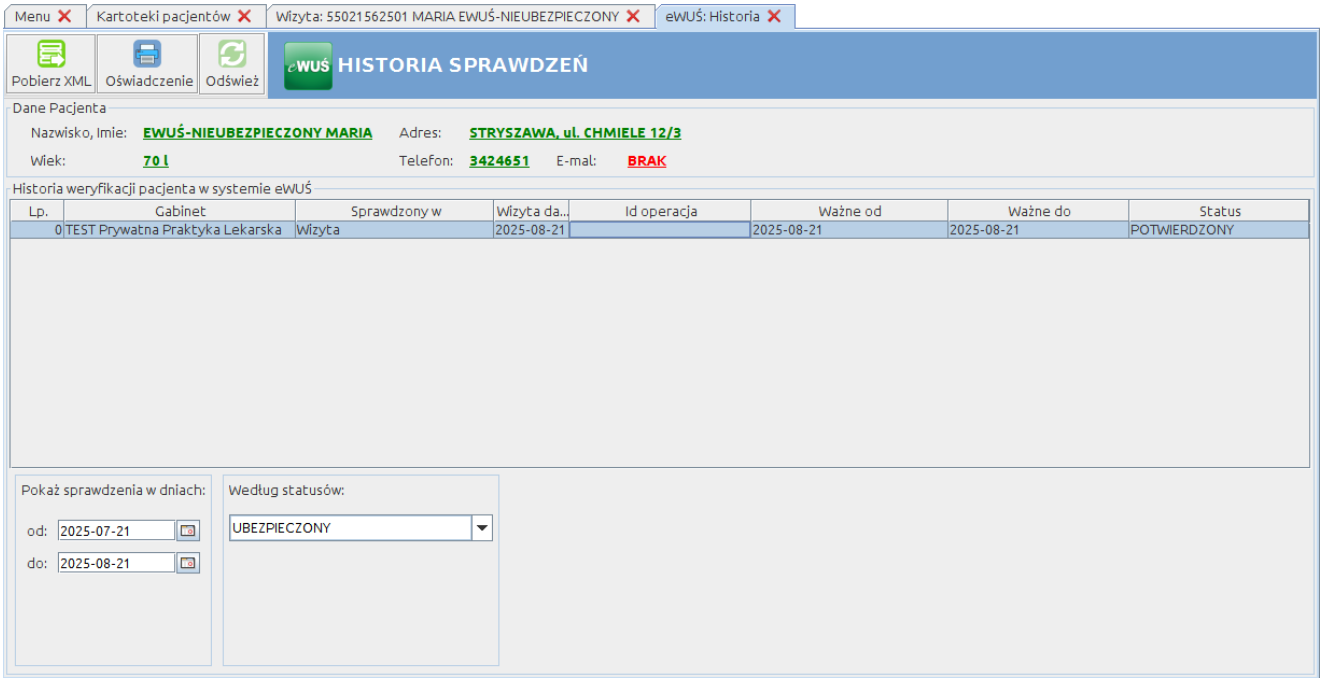
Podczas kolejnego generowania oświadczenia zostają wczytana dane z archiwalnego oświadczenia dla którego **data udzielania świadczenia do** jeszcze nie upłynęła lub nie została podana (gdy mamy do czynienia z osobą, której został przyznane prawa do bez terminowego świadczenia zdrowotnego np.: renciści , rolnicy itd.).

Dane historyczne

Aby zobaczyć historię sprawdzeń w systemie eWUŚ, należy kliknąć przycisk „**Historia**” w menu głównym w panelu Pacjentów lub Wizyty.

W oknie historii można znaleźć następujące informacje:

- **Gabinet** – do którego pacjent zgłosił się na wizytę,
- **Sprawdzone w** – miejsce wykonania sprawdzenia (terminarz lub wizyta),
- **Data wizyty** – dzień odbycia wizyty,
- **Id operacji** – identyfikator operacji weryfikacji w systemie eWUŚ,
- **Data ważności sprawdzenia** – okres, w którym dane były aktualne:
  - przy sprawdzeniu w systemie eWUŚ – czas faktycznej weryfikacji,
  - przy generowaniu oświadczenia – okres wpisany ręcznie przez użytkownika.



Status weryfikacji

Status wskazuje wynik sprawdzenia pacjenta:

- DN – pacjent ubezpieczony z prawami DN,
- UBEZPIECZONY – pacjent ubezpieczony,
- NIEUBEZPIECZONY – pacjent nieubezpieczony,
- NIEZIDENTYFIKOWANY – pacjent nieznaleziony w bazie CWU,
- POTWIERDZONY – pacjent potwierdził posiadanie ubezpieczenia.

Moduł stomatologiczny

Program miniPoradnia posiada wbudowany moduł stomatologiczny, stworzony z myślą o codziennej pracy lekarzy stomatologów. Funkcjonalność ta wspiera obsługę wizyt stomatologicznych w Państwa poradni.
Obsługa wizyty stomatologicznej

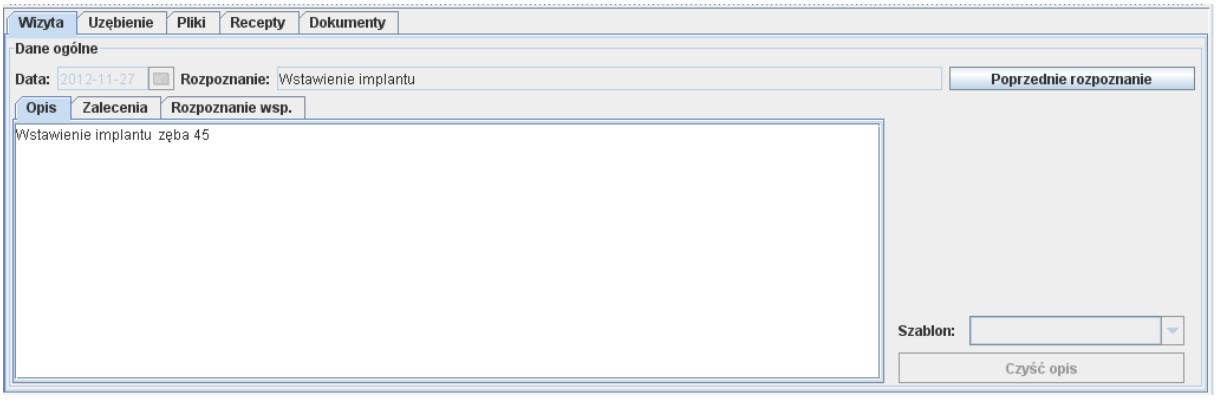
Po wejściu w przycisk „Wizyty” w karcie pacjenta lub w terminarzu zostaje wyświetlona historia wizyt wybranego pacjenta.

W tym miejscu można:

- dodać nową wizytę,
- edytować istniejącą wizytę,
- wydrukować kartę informacyjną wizyty,
- wydrukować recepty wystawione w programie,
- gromadzić potrzebne dokumenty w formie elektronicznej (zdjęcia, skany, dokumenty),
- wydrukować dla pacjenta dokumenty (np. skierowania).

Do każdej wizyty można dopisać dodatkowe informacje w polu „Uwagi” – treści te nie będą drukowane na karcie informacyjnej.

Wizyta stomatologiczna

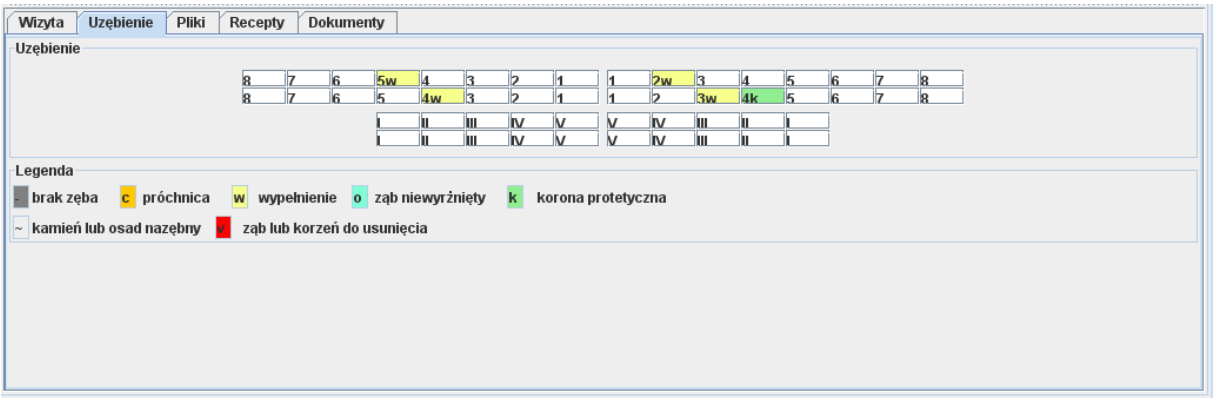


W zakładce **wizyty** możemy nanieść dane medyczne związane z wizytą, takie jak:

- **Opis** przebiegu wizyty
- **Zalecania** dla pacjenta
- **Rozpoznanie wsp**.

Wszystkie powyższe dane są widoczne na wydruku karty informacyjne danej wizyty.

Graf uzębienia



Graf uzębienia
W zakładce **Uzębienie** znajduje się diagram zębowy, który składa się z dwóch części:

- **zęby stałe** – oznaczone liczbami arabskimi,
- **zęby mleczne** – oznaczone liczbami rzymskimi.

Na diagram nanoszone są oznaczenia przy pomocy palety barw z legendy. Każda pozycja z legendy opisuje podstawowe stany dla zęba, np.: brak zęba, próchnica, wypełnienie, korona protetyczna.

Wprowadzanie informacji
Aby oznaczyć stan zęba:

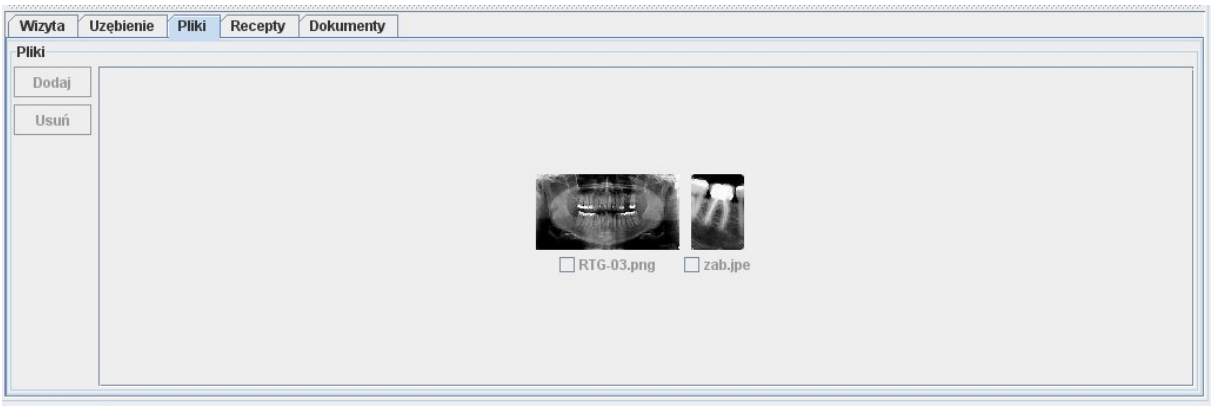
1. Wybierz odpowiedni ząb z diagramu.
2. Kliknij go prawym lub lewym przyciskiem myszy.
3. Zaznacz odpowiednią barwę przypisaną do wybranego stanu w legendzie.

Aktualizacja stanu uzębienia
Podczas rejestrowania nowej wizyty program automatycznie wczytuje z bazy danych ostatni zapisany stan uzębienia. Pozwala to na bieżące śledzenie zmian w jamie ustnej pacjenta.

Legenda ułatwiająca interpretację diagramu znajduje się w dolnej części panelu.

Pliki

Panel Pliki umożliwia gromadzenie wszystkich potrzebnych dokumentów i materiałów związanych z historią zabiegów pacjenta.



Mogą to być m. in.:

- zeskanowane zdjęcia rentgenowskie stanu uzębienia,
- zdjęcia wycinków pacjenta,
- skierowania,
- inne dokumenty medyczne.

Dodane pliki można przeglądać w formie miniatur, a po ich otwarciu – w pełnym widoku. Każdy plik można zapisać w bazie lub usunąć z panelu.

Przykład: poniżej widoczny jest zapisany plik ze zdjęciem RTG zęba pacjenta.



Kart Pacjenta przychodni stomatologicznej

Poniżej przedstawiono wygenerowaną kartę wizyty testowego pacjenta. Dokument jest prezentowany w sposób czytelny i przejrzysty, zgodnie z normami Ministerstwa Zdrowia dotyczącymi prowadzenia dokumentacji medycznej.



TEST Prywatna Praktyka Stomatologiczna
TEST Lek. Jan Kowalski
Szpitalna 22
34-200, Sucha Beskidzka
tel. 033 872 34 50

Data wizyty: 2012-11-27

Karta pacjenta

Imię i nazwisko: KLEPKA STASZEK
PESEL: 00000000000
Adres: PODKÓWKA 12/1
11-111 KOPYDŁOWO
Telefon:

Rozpoznanie: Wstawienie implantu
Uzębienie:

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
			w												w	
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
				w									k	w		

V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V
V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V

- - brak zęba, c - próchnica, w - wypełnienie, o - ząb niewyrznięty, k - korona protetyczna, ~ - kamień lub osad nazębny, v - ząb lub korzeń do usunięcia

Wywiad:
Wstawienie implantu zęba 45
Zalecenia: Nie jeśćprzez 5 godzin

Na karcie pacjenta widnieją następujące informacje:

- dane osobowe pacjenta (imię, nazwisko, PESEL, adres),
- oznaczenie gabinetu i lekarza,
- data wizyty,
- rozpoznanie i przebieg leczenia,
- graficzny diagram uzębienia z zaznaczonymi zmianami,
- opis oraz zalecenia,
- możliwość dołączenia dokumentacji obrazowej (np. zdjęcia RTG).

Przykład poniżej prezentuje wizytę, podczas której wykonano zabieg stomatologiczny oraz wprowadzono dane diagnostyczne wraz z dokumentacją zdjęciową.

Moduł okulistyczny

W kartotece pacjenta dostępna jest dodatkowa zakładka **Okulista**, umożliwiająca rejestrowanie wyników badań okulistycznych. Moduł został zaprojektowany z myślą o codziennej pracy lekarzy okulistów oraz lekarzy rodzinnych prowadzących podstawową diagnostykę wzroku.

Zakładka **Okulista** zawiera następujące sekcje:

Visus

Zakładka **Visus** służy do wprowadzania informacji dotyczących ostrości widzenia pacjenta. Badanie to jest podstawowym elementem każdej wizyty okulistycznej i pozwala określić, jak pacjent widzi **bez korekcji** oraz **z korekcją okularową lub soczewkową**.



Na ekranie dostępne są pola:

- **Visus P (prawe oko)** – ostrość widzenia bez korekcji.
- **Visus P z korekcją** – ostrość widzenia po zastosowaniu korekcji okularowej/soczewkowej.
- **Visus L (lewe oko)** – ostrość widzenia bez korekcji.
- **Visus L z korekcją** – ostrość widzenia po zastosowaniu korekcji.

Wartości wpisujemy w postaci ułamkowej, np. **0,4 / 1,0**, gdzie pierwsza liczba oznacza ostrość widzenia bez korekcji, a druga – z zastosowaną korekcją.

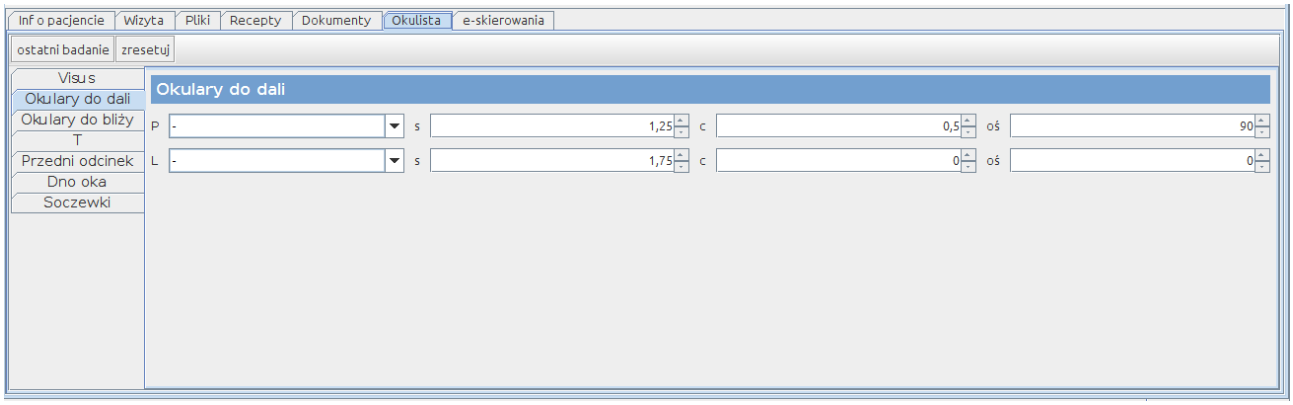
Przykładowe dane testowe:

- **Prawe oko (P):** 0,4 bez korekcji / 1,0 z korekcją (−1,25 Dsph).
- **Lewe oko (L):** 0,3 bez korekcji / 0,9 z korekcją (−1,75 Dsph).

Dzięki modułowi **Visus** lekarz może szybko ocenić skuteczność korekcji i zapisać wyniki w historii pacjenta, co pozwala na późniejsze porównanie postępów lub pogorszenia ostrości widzenia.

Okulary do dali

Zakładka **Okulary do dali** służy do wprowadzania i dokumentowania korekcji okularowej stosowanej przez pacjenta do widzenia na odległość. Dzięki temu lekarz okulista może zapisać aktualną receptę pacjenta na okulary, jak również ocenić, czy dotychczasowe szkła zapewniają prawidłową ostrość wzroku.



Dostępne pola obejmują:

- **P (prawe oko):**
    - moc sferyczna (Dsph),
    - moc cylindryczna (Dcyl),
    - oś cylindra (Axis w stopniach).
- **L (lewe oko):**
    - moc sferyczna (Dsph),
    - moc cylindryczna (Dcyl),
    - oś cylindra.

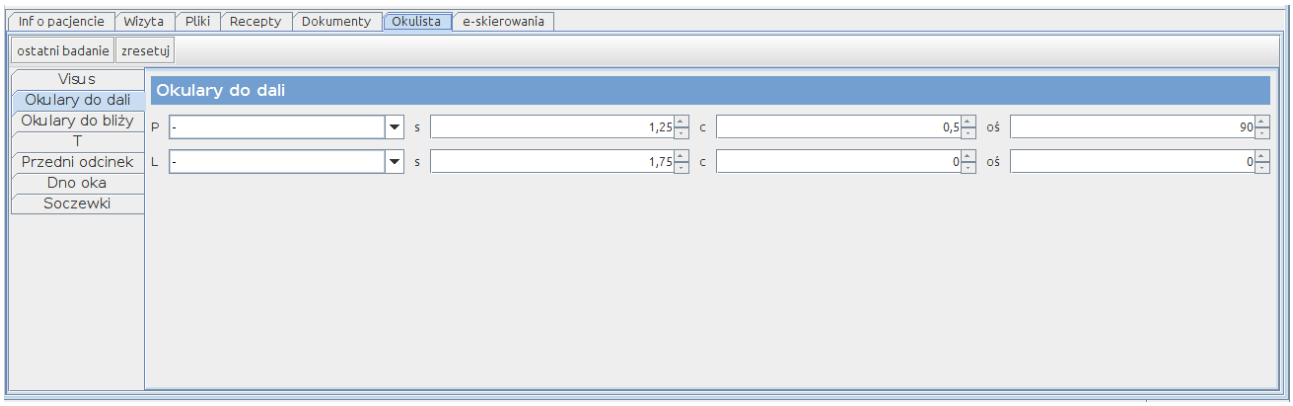
Przykładowe dane testowe:

- **Prawe oko (P):** −1,25 Dsph / −0,50 Dcyl / 90°
- **Lewe oko (L):** −1,75 Dsph / −0,75 Dcyl / 85°

Wartości te pozwalają na dokładne odtworzenie recepty pacjenta na okulary do dali, a zapis w systemie umożliwia łatwe porównanie z przyszłymi badaniami i kontrolę zmian wady wzroku.

Okulary do bliży

Zakładka **Okulary do bliży** przeznaczona jest do rejestrowania korekcji stosowanej przez pacjenta podczas czytania i pracy z bliska (np. komputer, książka). Wprowadzone dane pozwalają lekarzowi kontrolować rozwój prezbiopii (starczowzroczności) oraz ocenić skuteczność dotychczasowej korekcji.



Dostępne pola obejmują:

- **P (prawe oko):**
    - moc sferyczna (Dsph),
    - moc cylindryczna (Dcyl),
    - oś cylindra (Axis w stopniach).
- **L (lewe oko):**
    - moc sferyczna (Dsph),
    - moc cylindryczna (Dcyl),
    - oś cylindra.

Przykładowe dane testowe:

- **Prawe oko (P):** +2,00 Dsph / −0,50 Dcyl / 90°
- **Lewe oko (L):** +2,25 Dsph / −0,25 Dcyl / 85°

Wartości te odzwierciedlają typową korekcję do bliży u pacjenta z prezbiopią, umożliwiając czytanie i pracę w bliskiej odległości.

T – Test widzenia obuocznego

Zakładka **T** umożliwia rejestrowanie wyników prostych testów ortoptycznych, wykonywanych podczas badania okulistycznego. Służy do oceny ustawienia gałek ocznych, współpracy obu oczu oraz ewentualnej obecności zeza ukrytego lub jawnego.



Dostępne pola obejmują:

- **P (prawe oko):** wynik testu dla oka prawego,
- **L (lewe oko):** wynik testu dla oka lewego.

Przykładowe dane testowe:

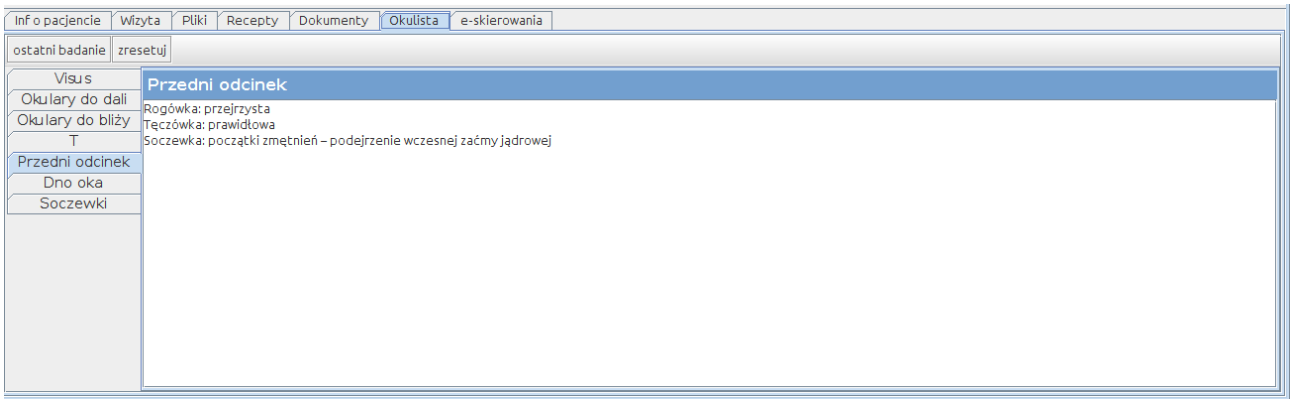
- **Prawe oko (P):** orto – prawidłowe ustawienie, brak zeza,
- **Lewe oko (L):** orto – prawidłowe ustawienie, brak zeza.

Alternatywne wartości testowe mogą być zapisane jako:

- **eso** – zez zbieżny,
- **exo** – zez rozbieżny,
- **hyper** – zez ku górze,
- **hypo** – zez ku dołowi.

Przedni odcinek

Zakładka służy do opisu struktur przedniego odcinka oka, ocenianych w badaniu lampą szczelinową. Lekarz okulista może w tym miejscu wprowadzić szczegółowe informacje dotyczące rogówki, tęczówki, soczewki, komory przedniej i spojówki.



Przykładowy opis testowy:

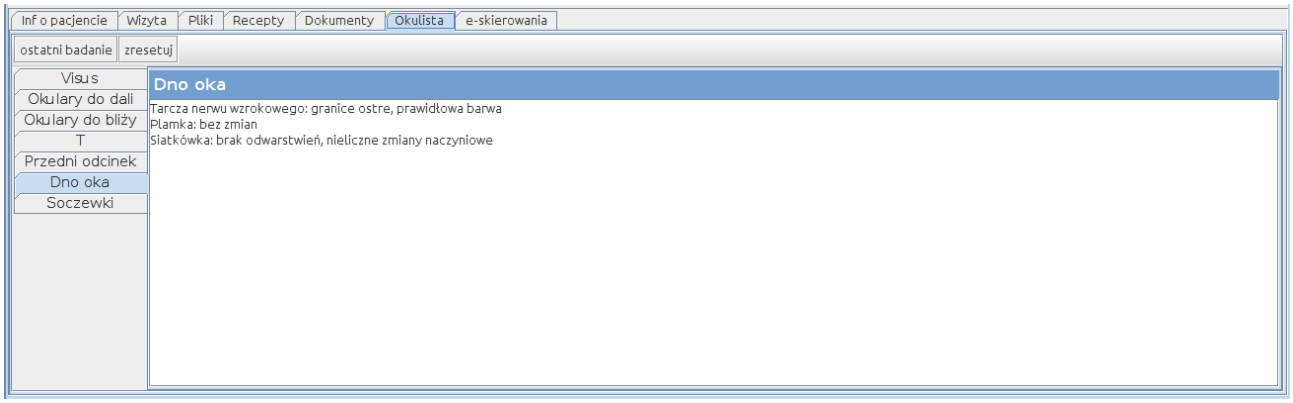
- **Rogówka:** przezroczysta
- **Tęczówka:** prawidłowa
- **Soczewka:** początek zmętnień – podejrzenie wczesnej zaćmy jądrowej

Możliwe wpisy:

- **Rogówka:** bez zmian / obrzęk / owrzodzenie / blizny
- **Tęczówka:** prawidłowa / zrosty / przetoki
- **Soczewka:** przezroczysta / początkowa zaćma / zaćma zaawansowana
- **Komora przednia:** głęboka / płytka / obecność komórek lub białka
- **Spojówki:** bez cech zapalenia / przekrwienie / grudki / skrzydlik

Dno oka

Zakładka służy do dokumentowania wyniku badania oftalmoskopowego. Dzięki niej lekarz może ocenić stan tarczy nerwu wzrokowego, siatkówki oraz naczyń krwionośnych.



Przykładowy opis testowy:

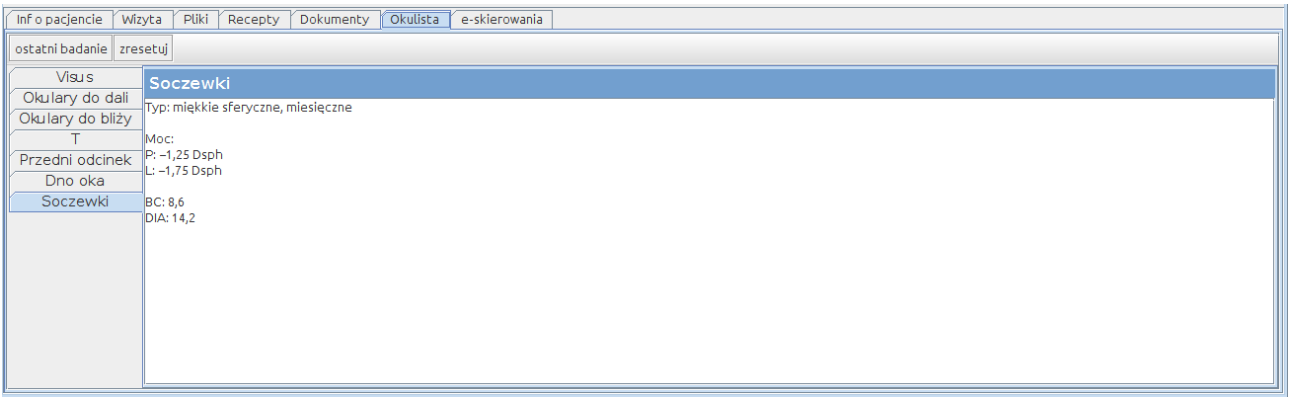
- **Tarcza nerwu wzrokowego:** granice ostre, prawidłowa barwa
- **Plamka:** bez zmian
- **Siatkówka:** brak odwarstwień, nieliczne zmiany naczyniowe

Możliwe wpisy:

- **Tarcza nerwu wzrokowego:** prawidłowa / obrzęk tarczy (papilledema) / zanik nerwu wzrokowego
- **Plamka (plamka żółta):** bez zmian / cechy zwyrodnienia / krwotoki
- **Siatkówka:** prawidłowa / odwarstwienie / krwotoki / ogniska wysiękowe
- **Naczynia:** prawidłowe / zwężone tętnice / poszerzone żyły / mikrotętniaki

Soczewki

Zakładka pozwala na wprowadzenie informacji dotyczących stosowanych przez pacjenta soczewek kontaktowych. Umożliwia zapisanie rodzaju soczewek, mocy korekcyjnej oraz dodatkowych parametrów (krzywizna, średnica, tryb noszenia).



Przykładowy opis testowy:

- **Typ:** miękkie asferyczne, miesięczne
- **Moc:**
  - Prawe oko (P): –2.50 D sph
  - Lewe oko (L): –1.75 D sph
- **Krzywizna (BC):** 8.6
- **Średnica (DIA):** 14.2

Możliwe wpisy:

- **Typ:** miękkie / twarde / jednodniowe / miesięczne / roczne
- **Moc:** w dioptriach (np. –3.00 D, +2.50 D)
- **Krzywizna (BC):** standardowo 8.4–9.0
- **Średnica (DIA):** 13.8–14.5

Życzymy owocnej współpracy z miniPoradniom

