

PatientOnLine



Manuel d'utilisation

Version du logiciel : 6.3
Édition : 08B-2022
Date de publication : 2023-05
Référence : F50012025



Table des matières

1	Informations importantes	9
1.1	Remarques sur le manuel d'utilisation	9
1.2	Signification de l'avertissement	10
1.3	Signification de la note	10
1.4	Importance du conseil	10
1.5	Plaque signalétique	11
1.6	Description du programme	11
1.7	Utilisation prévue	11
1.7.1	Utilisation et indication médicales	11
1.7.2	Population de patients visée	12
1.7.3	Groupe d'utilisateurs et environnement visés	12
1.8	Effets secondaires	12
1.9	Contre-indications	12
1.10	Interactions avec d'autres systèmes	12
1.11	Limites du traitement	13
1.12	Environnement informatique	13
1.13	Tâches de l'organisation responsable	13
1.14	Responsabilité de l'utilisateur	14
1.15	Exclusion de responsabilité	14
1.16	Garantie/caution	14
1.17	Avertissements	15
1.17.1	Utilisation	15
1.18	Signalement des incidents graves	15
1.19	Certificats	15
1.20	SVHC (REACH)	16
1.21	Réglementations en matière d'élimination	16
1.22	Adresses	16
1.23	Réglementation générale sur la protection des données (RGPD)	17
1.23.1	Utilisation conforme à la RGPD	17
1.23.2	Traitement des données personnelles des patients dans PatientOnLine	18
1.23.3	Option de menu spécifique à la RGPD	19
2	Installation	21
2.1	Configuration minimale requise	21
2.2	Installation	21

3	Utilisation	23
3.1	Ouverture de PatientOnLine	23
3.2	Fermeture de PatientOnLine	25
3.3	Fonctions principales et caractéristiques de l'application PatientOnLine	26
3.3.1	Disposition de la fenêtre d'application.....	26
3.4	Patient (Aperçu)	29
3.5	Médical (Aperçu)	30
3.6	Rapport (Aperçu)	31
3.7	Communication (Aperçu)	31
3.8	Administration (Aperçu)	32
3.9	Généralités relatives à l'utilisation	33
3.9.1	Modification des entrées.....	33
3.9.2	Obtenir de l'aide.....	35
3.9.3	Conventions typographiques.....	36
3.10	Zone de description du patient	36
3.10.1	Option de menu Nouv.....	37
3.10.2	Option de menu Modif.....	39
3.10.2.1	Boutons de sélection.....	40
3.10.3	Zone de description du patient en connexion avec un SGBD externe maître.....	41
3.11	Patient	42
3.11.1	Fiche admin.....	42
3.11.1.1	Onglet Fiche admin.....	43
3.11.1.2	Onglet Adresses.....	43
3.11.1.3	Onglet Statut professionnel.....	44
3.11.1.4	Onglet Environnement privé.....	45
3.11.1.5	Onglet Mobilité.....	45
3.11.1.6	Onglet Vision.....	45
3.11.1.7	Onglet Aptitudes Manuelles.....	45
3.11.1.8	Onglet Auton.....	46
3.11.1.9	Onglet Education.....	46
3.11.1.10	Onglet Visites dom.....	46
3.11.2	Diagnostic et traitement.....	46
3.11.2.1	Onglet IRCT.....	47
3.11.2.2	Onglet Comorbidité.....	49
3.11.2.3	Onglet TRR.....	52
3.11.2.4	Onglet Cathéter.....	53
3.11.2.5	Onglet Traitement habituel.....	56
3.11.2.6	Onglet Allergies.....	60
3.11.2.7	Onglet Info. complémentaires.....	61
3.11.3	Tunnel & Péritonites.....	63
3.11.3.1	Onglet Emergence / Tunnelites.....	63
3.11.3.2	Onglet Péritonites.....	68
3.11.3.3	Onglet Classification émergence.....	71
3.11.4	Données cliniques.....	74
3.11.4.1	Onglet Poids.....	74
3.11.4.2	Onglet Taille.....	77
3.11.4.3	Onglet Pression Artérielle.....	80
3.11.4.4	Onglet Bilan volume.....	83
3.11.4.5	Onglet BCM.....	84
3.11.4.6	Onglet Amputation.....	87

3.11.4.7	Onglet Portage Nasal.....	88
3.11.4.8	Onglet Autres Données Labo.....	90
3.11.4.9	Onglet Remarque.....	94
3.11.5	Hospitalisation.....	96
3.12	Médical	100
3.12.1	Système & Limites.....	100
3.12.1.1	Onglet Système.....	101
3.12.1.2	Onglet Limites.....	104
3.12.2	Prescription DP.....	107
3.12.2.1	Onglet Aperçu.....	112
3.12.2.2	Onglet DPA avec onglet secondaire Info DPA.....	113
3.12.2.3	Onglet DPA avec sous-onglet Pches.....	114
3.12.2.4	Onglet DPCA.....	114
3.12.2.5	Onglet Info.....	114
3.12.3	Analyse du traitement.....	132
3.12.3.1	Information Générale.....	132
3.12.3.2	Protocole de traitement DPCA.....	134
3.12.3.3	Onglet Information Générale.....	135
3.12.3.4	Onglet Traitement Prescrit.....	136
3.12.3.5	Onglet Traitement réalisé.....	136
3.12.3.6	Onglet Résultats (sleep•safe).....	136
3.12.3.7	Onglet Alarmes (sleep•safe).....	137
3.12.3.8	Onglet Remarques (tous les appareils).....	137
3.12.3.9	Onglet Graphiques (sleep•safe).....	138
3.12.3.10	Statistiques Traitement.....	138
3.12.3.11	Analyse du traitement - sleep•safe harmony	141
3.12.3.12	Analyse du traitement - SILENCIA	142
3.12.4	Assurance Qualité.....	144
3.12.4.1	Contexte médical.....	144
3.12.4.2	Menu Assurance Qualité.....	150
3.12.5	Optimis.	158
3.12.5.1	Contexte médical.....	158
3.12.5.2	Démarrage de l'optimisation.....	160
3.12.5.3	Optimis. : En choisissant la prescription.....	160
3.12.5.4	Section Paramètres Patient.....	163
3.12.5.5	Section Résultats Traitement prescrit.....	164
3.12.5.6	Section Prescription optimisée.....	165
3.12.5.7	Optimis. : En choisissant les cibles de dialyse.....	166
3.13	Rapports	169
3.13.1	Rapports.....	169
3.13.1.1	Onglet Fiche admin.	171
3.13.1.2	Onglet Diagnostic et traitement.....	172
3.13.1.3	Onglet Tunnel & Péritonites.....	172
3.13.1.4	Onglet Données cliniques.....	172
3.13.1.5	Onglet Hospitalisation.....	172
3.13.1.6	Onglet Staff Hôpital.....	173
3.13.1.7	Onglet Entr. Formul.....	173
3.13.1.8	Visites dom.....	173
3.13.2	Statistiques.....	174
3.13.2.1	Information Générale.....	174
3.13.2.2	Onglet Patient actuel.....	174
3.13.2.3	Onglet Groupe de patients.....	176
3.13.3	Aperçu personnalisé.....	184
3.13.4	Accueil.....	186

3.14	Communication	187
3.14.1	Carte Patient.....	187
3.14.1.1	Information Générale.....	187
3.14.1.2	Import. Carte Patient.....	188
3.14.1.3	Onglet Créer Carte Patient.....	192
3.14.2	Patient Card Plus.....	195
3.14.2.1	Importer Patient Card Plus.....	195
3.14.2.2	Création d'une Patient Card Plus.....	197
3.14.3	Carte BCM.....	200
3.14.3.1	Information Générale.....	200
3.14.3.2	Statut de la carte BCM.....	201
3.14.3.3	Onglet Personnaliser la carte BCM.....	202
3.14.3.4	Onglet Importer la carte BCM.....	203
3.14.3.5	Onglet Effacer la carte BCM.....	205
3.14.4	Echange de données.....	205
3.14.4.1	Base données ext.....	206
3.14.4.2	Onglet Importer d'une autre application.....	207
3.14.4.3	Onglet Exporter vers d'autres applications.....	209
3.14.4.4	Connex. domicile.....	212
3.14.5	Actions RGPD.....	214
3.15	Administration	215
3.15.1	Module Gestion des Utilisateurs.....	215
3.15.2	Hôpitaux.....	218
3.15.2.1	Gestion des hôpitaux.....	218
3.15.2.2	Gestion des services.....	220
3.15.2.3	Gestion des unités.....	221
3.15.2.4	Gestion du personnel.....	221
3.15.3	Staff.....	222
3.15.4	Config.	222
3.15.4.1	Onglet Données Générales.....	224
3.15.4.2	Entrer Données labo.	226
3.15.4.3	Onglet Aperçu données.....	227
3.15.4.4	Onglet Limites.....	228
3.15.4.5	Onglet Caractéristiques transport.....	229
3.15.4.6	Onglet Listes Médicales.....	229
3.15.4.7	Onglet Langue.....	232
3.15.4.8	Onglet Journal Évén.....	233
3.15.4.9	Connex. domicile.....	236
3.15.4.10	Réglages d'aperçu personnalisé.....	237
3.15.4.11	Onglet A propos.....	238
4	Glossaire	241
4.1	Abréviations d'usage courant dans le domaine de l'assurance qualité	241
4.2	Abréviations utilisées	244
5	Annexe	247
5.1	Explications complémentaires de la terminologie relative aux volumes	247
5.2	Références relatives à l'Assurance Qualité et à l'Optimis	251

5.3	Symboles	254
5.4	Instructions d'utilisation de « logiciels libres »	256

1 Informations importantes

1.1 Remarques sur le manuel d'utilisation

Objectifs	<p>Le présent manuel d'utilisation contient toutes les indications nécessaires à l'installation et à l'utilisation de l'application PatientOnLine.</p> <p>Le manuel d'utilisation sert :</p> <ul style="list-style-type: none">➤ à étudier une première fois le logiciel➤ d'ouvrage de référence
Identification	<p>Ce document peut être identifié par les spécifications suivantes indiquées à la première page et, le cas échéant, sur les étiquettes :</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Version du logiciel➤ Edition du manuel d'utilisation➤ Référence du manuel d'utilisation
Bas de page	<p>Le bas de page contient les informations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">– Nom de l'entreprise, par ex. Fresenius Medical Care– Type de système– L'abréviation pour le type de document et l'abréviation internationale pour la langue du document, par ex. IFU-FR signifie Instructions for Use en français.– L'indication d'édition, par exemple 08B-2022 désigne la 8^e édition 2022.
Structure des chapitres	<p>Pour faciliter l'utilisation des documents de Fresenius Medical Care, la structure des chapitres a été uniformisée dans tous les manuels. Il peut donc arriver que certains chapitres ne comportent aucun contenu. Des chapitres sans contenu sont identifiés.</p>
Illustrations	<p>Les illustrations utilisées dans les documents (par ex. captures d'écran, photos, etc.) peuvent différer de l'original si cela n'a pas d'effet sur le fonctionnement.</p>
Importance du manuel d'utilisation	<p>Le présent manuel d'utilisation figure parmi les documents d'accompagnement et fait donc partie intégrante de PatientOnLine. Il contient toutes les instructions nécessaires à l'utilisation de PatientOnLine. Le manuel d'utilisation doit être soigneusement lu avant toute mise en service de PatientOnLine.</p> <p>L'organisation responsable ne peut pas mettre le logiciel en service tant que le fabricant n'a pas formé à son utilisation la personne responsable du fonctionnement de PatientOnLine, conformément au présent manuel d'utilisation.</p> <p>Seules les personnes qui ont reçu une formation appropriée sont habilitées à utiliser PatientOnLine.</p>

Modifications

Des mises à jour de ce manuel d'utilisation seront diffusées sous forme de nouvelles éditions ou de fiches d'informations supplémentaires concernant le logiciel. En général, ce manuel d'utilisation est sujet à des modifications.

Reproduction

La reproduction, même partielle, est interdite sans autorisation écrite.

1.2 Signification de l'avertissement



Message d'avertissement

Contient des informations destinées à attirer l'attention de l'utilisateur sur :

- Les dangers pour le patient et la/les cause(s) possibles des dangers
- Les conséquences des dangers

et apporte des conseils (instructions) afin d'éviter des situations dangereuses.

1.3 Signification de la note



Note

Contient des informations destinées à attirer l'attention de l'utilisateur sur le fait que le non-respect des informations données peut avoir les conséquences suivantes :

- endommagement du système
 - les fonctions requises ne seront pas exécutées ou de façon incorrecte
-

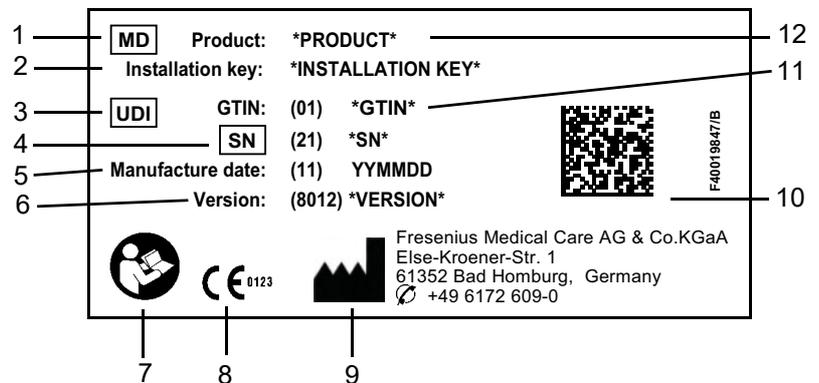
1.4 Importance du conseil



Conseil

Information donnant des conseils pour faciliter le maniement.

1.5 Plaque signalétique



1. Medical Device (Dispositif médical)
2. Clé d'installation
3. Unique Device Identification (Identification unique du dispositif)
4. Serial Number (N° de série)
5. Date de fabrication (date de construction du produit logiciel)
6. Version
7. Suivre le manuel d'utilisation
8. Marquage CE
9. Adresse du fabricant
10. Code Datamatrix avec informations UDI
11. Code article international
12. Produit

1.6 Description du programme

L'objectif principal de l'application **PatientOnLine** est d'offrir une aide à la gamme de produits DP de FME et d'agir comme gestionnaire de traitement DP.

1.7 Utilisation prévue

1.7.1 Utilisation et indication médicales

Utilisation médicale

L'application PatientOnLine a pour fonctions la saisie, le calcul, l'enregistrement, l'affichage et la transmission des paramètres du traitement de dialyse.

Indication médicale

Insuffisance rénale ou insuffisance rénale chronique terminale.

1.7.2 Population de patients visée

Pour les patients DPA et DPCA.

1.7.3 Groupe d'utilisateurs et environnement visés

- PatientOnLine est utilisé par du personnel soignant qualifié (infirmiers, médecins) disposant de la formation, des connaissances et de l'expérience requises.
- PatientOnLine n'est pas conçu pour une utilisation par les patients.
- PatientOnLine est conçu pour être utilisé dans les centres de dialyse, les environnements cliniques et les cabinets médicaux.

1.8 Effets secondaires

Aucun

1.9 Contre-indications

Aucune

1.10 Interactions avec d'autres systèmes

- Cycleurs DPA : la carte patient sert de support pour le transport des prescriptions électroniques, entre PatientOnLine et un cycleur DPA.
- BCM : la carte patient BCM sert de support pour le transport entre PatientOnLine et l'appareil BCM (Body Composition Monitor).
- Systèmes de gestion de base de données externes (SGBD) : la fonction d'échange de données de PatientOnLine permet l'importation et l'exportation de données depuis et vers des systèmes de gestion de base de données externes.
- Services de télémédecine : PatientOnLine est en mesure de se connecter à des services de télémédecine spécialisés qui permettent l'échange de données à distance.

1.11 Limites du traitement

Aucune

1.12 Environnement informatique

PatientOnLine est une application logicielle médicale complexe. L'édition client/serveur fonctionne au sein d'un réseau informatique hospitalier qui comprend des serveurs d'applications, des serveurs de bases de données, des postes de travail client, ainsi qu'une large gamme d'équipements de réseau (commutateurs, routeurs, prises, câbles de connexion, etc.).

Il existe des exigences informatiques claires (matériel et logiciel) pour chaque composante d'un réseau aussi complexe.

Les informations relatives à l'environnement informatique requis pour PatientOnLine figurent dans le manuel de service de PatientOnLine, chapitre 5 « Environnement informatique ».



Note

Nous recommandons un écran 19". La résolution doit être de 1280 x 1024 à 19". La taille de la police ne doit pas être mise à l'échelle mais laissée à la taille normale (100 %). D'autres réglages peuvent entraîner la coupure de certaines lettres lors de leur affichage.



Note

Un PC utilisé dans l'environnement du patient doit être conforme à la norme EN 60601-1-1.

1.13 Tâches de l'organisation responsable

L'organisation responsable est compétente dans les domaines suivants :

- respect des réglementations nationales ou locales en matière d'installation, de fonctionnement et d'utilisation.
- état correct et sûr du logiciel.
- disponibilité permanente du manuel d'utilisation.

1.14 Responsabilité de l'utilisateur

Instructions à observer lors de la saisie des paramètres :

Les paramètres saisis doivent être vérifiés par l'utilisateur (ce dernier doit, par exemple, s'assurer que les valeurs saisies sont correctes). Lorsque la vérification révèle un quelconque écart entre les paramètres souhaités et les paramètres affichés dans PatientOnLine ou sur l'appareil, les réglages doivent être corrigés avant l'activation de la fonction correspondante.

Les valeurs affichées doivent être comparées aux valeurs prescrites.

1.15 Exclusion de responsabilité

PatientOnLine a été développé pour les fonctions mentionnées dans le manuel d'utilisation.

Il faut respecter les dispositions légales en vigueur correspondantes lors de l'installation, de l'exploitation et de l'utilisation de PatientOnLine (en Allemagne, par exemple, la réglementation sur les produits médicaux (réglementation 2017/745) et le règlement sur les utilisateurs de produits médicaux MPBetreibV).

En cas de mauvaise utilisation de PatientOnLine, le fabricant ne sera pas tenu responsable d'éventuels préjudices causés aux personnes ou d'autres types de dommages. Toute garantie pour des dommages survenus pour ces motifs au niveau du logiciel ou de l'appareil est également exclue.

1.16 Garantie/caution

Garantie	Pour la garantie, se référer aux contrats de vente correspondants.
Caution	Les droits de garantie / caution de l'acheteur sont régis par la législation en vigueur. En cas d'utilisation non conforme, la garantie et la responsabilité deviennent caduques.

1.17 Avertissements

1.17.1 Utilisation



Note

PatientOnLine doit être utilisé exclusivement par des membres du personnel spécialisés et qualifiés. Fresenius Medical Care décline toute responsabilité concernant l'utilisation ultérieure des données PatientOnLine.



Note

Les paramètres saisis doivent être vérifiés par l'utilisateur (ce dernier doit, par exemple, s'assurer que les valeurs saisies sont correctes).

PatientOnLine est disponible en différentes versions.

1.18 Signalement des incidents graves

Un incident grave est un incident qui entraîne, directement ou indirectement, l'un des événements suivants :

- Le décès d'un patient, d'un utilisateur ou de toute autre personne.
- La dégradation importante, temporaire ou permanente, de l'état de santé d'un patient, d'un utilisateur ou de toute autre personne.
- Une menace grave pour la santé publique.

En cas d'incident grave en relation avec le dispositif, en informer immédiatement le médecin traitant.

Signaler cet incident grave au fabricant conformément à l'étiquetage (🏭) et, si nécessaire, à l'autorité locale correspondante.

Au sein de l'UE, l'utilisateur et/ou le patient doit signaler tout incident grave survenu en relation avec le dispositif au fabricant et à l'autorité compétente du pays membre de l'UE dans lequel l'utilisateur et/ou le patient se trouve.

1.19 Certificats

PatientOnLine est un dispositif médical de classe IIa conformément à la réglementation (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relative aux dispositifs médicaux.

Sur demande, le service technique local met à disposition la version actuellement en vigueur du certificat CE.

1.20 SVHC (REACH)

Pour obtenir des informations sur les SVHC conformément à l'article 33 de la réglementation (EC) N° 1907/2006 (« REACH »), utilisez cette page :

www.freseniusmedicalcare.com/en/svhc



1.21 Réglementations en matière d'élimination

Éliminer le produit et son emballage conformément aux réglementations locales en matière d'élimination. Aucune précaution particulière ne doit être prise pour éliminer le produit et son emballage en toute sécurité.

1.22 Adresses

Nous nous tenons à votre disposition pour toute demande de précision :

Fabricant

Fresenius Medical Care AG & Co. KGaA
Else-Kröner-Str. 1
61352 Bad Homburg
ALLEMAGNE
Téléph. : +49 6172 609-0
www.freseniusmedicalcare.com

Service international

Fresenius Medical Care Deutschland GmbH
Opérations des services numériques
Else-Kröner-Str. 1
61352 Bad Homburg
ALLEMAGNE
Téléph. : +49 6172 609-7000
Fax : +49 6172 609-7106
E-mail : digital-operations@fmc-ag.com

1.23 Réglementation générale sur la protection des données (RGPD)

1.23.1 Utilisation conforme à la RGPD

La **RGPD** (Règlementation générale sur la protection des données) est une loi imposée dans l'Union européenne. La version 6.3.1.0 de **PatientOnLine** permet une utilisation entièrement conforme à la RGPD. Les caractéristiques suivantes, pertinentes pour la RGPD, sont intégrées dans **PatientOnLine** :

- Toutes les données personnelles des patients sont cryptées dans la base de données de **PatientOnLine**.
- Toutes les données personnelles des utilisateurs sont cryptées dans la base de données **Gestion des utilisateurs FME** (pour l'édition client/serveur).
- Toutes les communications entre les applications client, comme **client PatientOnLine** ou **l'outil de gestion des utilisateurs FME**, et le serveur FIS sont cryptées.
- L'intégrité de toutes les communications est assurée par des caractéristiques techniques spécifiques, telles que le contrôle de redondance cyclique.
- L'intégrité des entrées de la base de données de **PatientOnLine** est assurée par des caractéristiques techniques spécifiques, telles que le contrôle de redondance cyclique au niveau des entrées.
- Les données personnelles ne sont utilisées que si elles sont strictement nécessaires, par exemple dans les cas où il est obligatoire et vital d'identifier correctement le patient.
- Les patients peuvent demander que leurs données personnelles soient rendues anonymes/supprimées dans **PatientOnLine**. Pour ce faire, un menu spécifique à la **RGPD** permet d'anonymiser les données personnelles des patients ou de supprimer complètement ces données dans/à partir de la base de données de **PatientOnLine**.
- Les patients peuvent demander un rapport imprimé de toutes leurs données personnelles et médicales qui ont été traitées par **PatientOnLine**, sur une période donnée. Pour ce faire, un menu spécifique à la **RGPD** extrait les données de la base de données de PatientOnLine et les exporte dans un format imprimable (PDF).
- Les patients peuvent demander une copie de leurs données personnelles et médicales dans **PatientOnLine**, sur une période donnée, dans un format lisible par machine. Pour ce faire, un menu spécifique à la **RGPD** extrait les données de la base de données de PatientOnLine et les exporte dans un format XML.
- Les patients peuvent demander la rectification de leurs données personnelles dans la base de données de **PatientOnLine**.

- Toutes les actions de l'utilisateur effectuées dans **PatientOnLine** et dans l'**outil de gestion des utilisateurs FME** sont enregistrées. Les journaux des utilisateurs peuvent être filtrés par heure, utilisateur ou patient, et peuvent être consultés, imprimés et exportés dans un format lisible par machine.
- **PatientOnLine** définit un système complexe de gestion de l'accès des utilisateurs qui comprend l'authentification des utilisateurs, l'autorisation des utilisateurs, les rôles des utilisateurs, les permissions des utilisateurs, etc. Seuls les utilisateurs disposant des autorisations correspondantes peuvent avoir accès à certaines fonctions de **PatientOnLine**.
- **PatientOnLine** définit un droit spécial qui permet uniquement aux utilisateurs dédiés de modifier ou de supprimer des informations créées par d'autres utilisateurs.
- Toutes les mesures de sécurité dans **PatientOnLine** et dans l'**outil de gestion des utilisateurs FME** sont intégrées et configurées par défaut.

1.23.2 Traitement des données personnelles des patients dans PatientOnLine

PatientOnLine peut être fourni dans plusieurs éditions : autonome, client/serveur, client/serveur connecté à une application logicielle clinique distincte (comme Euclid, TSS, etc., connu sous le nom **SGBD externe - Système de gestion de base de données externe**), ou client/serveur connecté à un référentiel en nuage (connu sous le nom **Connex. domicile**), avec ou sans connexion SGBD externe.

En cas d'éditions autonomes, toutes les données personnelles des patients sont créées dans **PatientOnLine**. Dans le cas de l'édition client/serveur connectée au **SGBD externe**, les données personnelles de base (prénom, nom de famille, nom à la naissance, date de naissance, sexe, code PIN et ID de l'institution) sont importées dans **PatientOnLine** à partir du **SGBD externe**. Toutes les autres données personnelles (voir ci-dessous) sont créées dans **PatientOnLine**. Le référentiel via le cloud **Connex. domicile** ne stocke aucune donnée personnelle du patient.

Les données personnelles des patients traitées dans **PatientOnLine** sont les suivantes :

- prénom, nom de famille, nom à la naissance, date de naissance et sexe
- adresses du domicile, du bureau et du plus proche parent (pays, ville, rue, numéro, code postal)
- numéros de téléphone (domicile/bureau/parent le plus proche)
- numéro d'identification personnel (PIN)
- ID de l'institution (uniquement dans le cas de SGBD externes)
- nationalité, langue et origine ethnique

La justification de l'utilisation de ces données personnelles est la suivante :

Le nom et la date de naissance des patients sont utilisés pour l'identification des patients. Les appareils de dialyse péritonéale communiquent avec **PatientOnLine** par des cartes patient et affichent sur l'écran de l'appareil le prénom, le nom, le nom à la naissance et la date de naissance du patient. Le patient ou l'infirmière (en cas de traitement effectué à la clinique) doit confirmer l'identité du patient avant de commencer le traitement.

Les adresses et les numéros de téléphone des patients sont principalement utilisés pour organiser le transport du patient depuis/vers la clinique de dialyse et pour programmer les visites à domicile de l'infirmière. Les numéros de téléphone et l'adresse électronique sont également utilisés pour entrer en contact avec le patient afin de lui fournir une assistance médicale. Les données du proche parent sont nécessaires pour la notification de l'état du patient.

Le code PIN du patient et l'ID de l'institution sont généralement exigés par les caisses d'assurance maladie locales.

La nationalité et la langue du patient sont utiles au personnel médical adéquat pour aider le patient au cas où celui-ci ne parlerait pas la langue du pays. L'origine ethnique du patient peut être nécessaire à des fins médicales (prescription de dialyse).

1.23.3 Option de menu spécifique à la RGPD

L'option de menu dédiée Actions RGPD se trouve dans le menu Communication. Seuls les utilisateurs disposant d'un droit d'utilisation RGPD dédié peuvent accéder à cette option de menu. L'option de menu propose les actions suivantes liées à la RGPD :

- Anonymisation des données personnelles d'un patient donné.
- Suppression de toutes les données d'un patient donné, sur une période donnée.
- Exportation des données personnelles et médicales d'un patient donné et sur une période donnée vers un fichier externe dans un format lisible par machine (XML).
- Exportation des données personnelles et médicales d'un patient donné et sur une période donnée vers un fichier externe dans un format imprimable (PDF).



Note

Les opérations d'anonymisation et de suppression des données personnelles des patients doivent être effectuées au niveau des SGBD externes également, dans le cas d'éditions client/serveur connectées aux SGBD externes.

Pour une description détaillée de l'option de menu Actions RGPD (voir chapitre 3.14.5, page 214).

2 Installation

2.1 Configuration minimale requise

Consulter le manuel de service PatientOnLine pour connaître la configuration minimale requise.

2.2 Installation



Note

L'installation et la mise en service de PatientOnLine doivent impérativement être confiées au personnel agréé du service après-vente Fresenius Medical Care ou à des techniciens avertis agréés par Fresenius Medical Care.

Si une ancienne version de PatientOnLine est présente sur l'ordinateur, il convient de procéder à une sauvegarde des données avant d'installer la nouvelle version.



Note

Pour installer un nouveau logiciel sous Windows, il faut disposer de droits d'administrateur sur l'ordinateur concerné. Avant l'installation de PatientOnLine, il faut s'assurer que les droits d'utilisateur correspondants sont bien paramétrés.

Les procédures d'installation sont décrites dans le manuel de service de **PatientOnLine**.

Après l'installation, **PatientOnLine** peut être utilisé pendant 60 jours sous forme de version d'essai disposant de fonctionnalités complètes. Pour pouvoir continuer à être utilisée au terme de la période d'essai, l'application **PatientOnLine** doit être enregistrée. Les informations relatives à l'enregistrement sont décrites dans le manuel de service.

L'enregistrement garantit la traçabilité de chaque installation, requise par la réglementation sur les dispositifs médicaux (réglementation 2017/745).

PatientOnLine est un dispositif médical certifié CE de classe II.

3 Utilisation



Note

L'acquisition des connaissances de base suivantes constitue une condition préalable à l'utilisation de **PatientOnLine** :

- Connaissances de base minimales relatives à l'utilisation de Microsoft Windows.
- Connaissances relatives à l'utilisation et au fonctionnement d'une souris d'ordinateur.



Note

Fonctionnement de base du bouton **Annuler** :

Le processus de modification en cours est interrompu lorsque l'on clique sur le bouton **Annuler**. Les éventuelles modifications effectuées sont perdues.

Le fonctionnement de ce bouton ne sera **plus** évoqué ultérieurement.

3.1 Ouverture de PatientOnLine

PatientOnLine peut être utilisé comme application **client/serveur** ou **autonome**. Dans les deux cas, l'utilisateur travaille avec le **PatientOnLine client**.

Dans une installation **client/serveur**, plusieurs utilisateurs sont en mesure de démarrer le **client PatientOnLine** sur des postes de travail différents et de se connecter à la même base de données. Grâce à un mécanisme d'actualisation fiable, les données modifiées à partir d'un poste de travail sont consultables immédiatement sur tous les autres postes connectés à la même base de données.

La majeure partie des paramètres de **PatientOnLine** relatifs à la gestion du système (voir **Config.**, page 222) sont globalement valides pour toutes les instances **client PatientOnLine** : paramètres généraux (formules AQ et diverses options pour les tests AQ), paramètres des données de laboratoire (unités de mesure pour données AQ et de laboratoire), limites (pour la détermination des valeurs limites de taille et de poids chez les enfants et les adultes), caractéristiques de transport AQ pour les valeurs des diagrammes (pour le paramétrage des données de classification des graphiques PET et PFT), listes médicales (pour la gestion de tous les types de listes médicales de l'application), traduction des listes médicales (aide à la traduction des listes médicales), et sources dossiers (pour la gestion des dossiers de ressources d'un cycleur DPA).

Certains paramètres de gestion du système sont valides localement et spécifiques à chaque instance **client PatientOnLine** : langue actuelle, paramètres d'aperçu, chemins d'exportation des données. Chaque client peut ainsi sauvegarder ses propres paramètres utilisateur, en termes de langue, de paramètres d'aperçu et de chemins d'exportation des données.



Note

Différence principale entre les deux versions : dans la configuration **client/serveur**, il y a une base de données globale unique partageant les mêmes données pour tous les utilisateurs, alors que dans la version **autonome**, il n'y a qu'un seul utilisateur de l'application et de la base de données.



Note

Dans une installation **client/serveur**, on implémente un mécanisme d'actualisation fiable, afin de s'assurer que les données modifiées d'un **client PatientOnLine** sont immédiatement disponibles pour tous les autres **clients PatientOnLine** connectés à la même base de données.



Note

Qu'il s'agisse d'une installation **client/serveur** ou **autonome**, la fonctionnalité du **client PatientOnLine** est identique.



Note

PatientOnLine client/serveur peut être configuré de manière à être connecté à un système de gestion de base de données (SGBD) externe, comme Euclid. Dans ce cas, la liste des patients et certaines autres catégories de données sont importées depuis un système externe et ne peuvent pas être modifiées dans PatientOnLine (voir chapitre 3.14.4.1, page 206).

Une icône apparaît sur le bureau à l'issue du processus d'installation. L'application peut être démarrée en double-cliquant sur cette icône. Il est aussi possible de sélectionner **Début/Programmes/Fresenius Medical Care/Client PatientOnLine**. Un écran d'accueil apparaît et une boîte de dialogue de connexion s'ouvre, requérant la saisie d'un nom d'utilisateur et d'un mot de passe.

L'application **PatientOnLine** se base sur l'hypothèse selon laquelle des noms d'utilisateur et des mots de passe ont été définis pour l'application. Pour distinguer ce niveau d'utilisation du niveau d'utilisation Windows, ces utilisateurs seront dénommés utilisateurs **PatientOnLine**.

La boîte de dialogue de connexion requiert la saisie d'un nom d'utilisateur **PatientOnLine** et d'un mot de passe.



Note

Si, après l'ouverture de **PatientOnLine**, la base de données de l'application n'est pas compatible (par exemple s'il s'agit d'une version incorrecte), un message d'erreur s'affiche et l'application est fermée. Dans ce cas, il est fortement recommandé de contacter le service d'assistance technique.

PatientOnLine est un logiciel totalement internationalisé. Pour changer la langue actuelle de l'application, consulter l'onglet **Langue** dans le menu **Administration/Config.** En cas de sélection d'une langue, celle-ci est utilisée comme langue par défaut lors du prochain démarrage du programme.

3.2 Fermeture de PatientOnLine

Pour fermer l'application, cliquer sur le bouton  situé dans le coin supérieur droit de la fenêtre de **PatientOnLine**.

L'application est fermée après validation du message de confirmation.

Il est possible de déconnecter un utilisateur à l'aide de l'option **Administration/Utilis./Fermer**.

Après confirmation, un autre utilisateur doit se connecter avec son nom d'utilisateur et son mot de passe.

3.3 Fonctions principales et caractéristiques de l'application PatientOnLine

3.3.1 Disposition de la fenêtre d'application

Zone de description du patient

Zone de description du patient

Nouv. Modif Enr. Suppr. Annuler

Prénom: John Date Naiss.: 15/03/1960 ID PatientOnLine: 2

Nom Naiss.: Sexe: Male ID système: 3AFFFC000002

Nom Famille: Sample PIN: 123456789 English

Diabetes Mellitus Type 1 Allergique

Assurance Qualité

Type de test	Date	Jours/S...
PFT	17/02/2016	7
PFT	18/01/2016	7
PET	12/09/2015	7
Recueil 24h	10/09/2015	7
PET + Recueil 24h	03/09/2015	7
Pas de Ttt	08/10/2014	7

Age: 55 années(s) Rés. Corp.: SC: 1,80 m²

Statut: Adulte V: 37,31 L

Sexe: Male Poids: 73,2 Kg nBW: 64,3 Kg

Taille: 164,0 cm IMC: 27,2 Kg/m²

Créatinine avec facteurs de correction du Glucose:

Sang: 0,00000000 Créatinine-[mg/dL] Glucose-[mg/dL]

Dialysat: 0,00000000 Créatinine-[mg/dL] Glucose-[mg/dL]

Entr. Donn. Résultats Graphiques

Sang		Albumine [g/dL]	Urée [mg/dL]	Créatinine [mg/dL]	Glucose [mg/dL]	Protéine [g/dL]	Na [mEq/L]
		3,7	174,74	9,50	68,5	6,6	112,3

Urine		Durée [min]	Vol [ml]	Urée [mg/dL]	Créatinine [mg/dL]	Protéine [g/dL]	Na [mEq/L]
		1440	250	888,76	67,92		150,0

Sol. DP		Durée [min]	V. inf [ml]	Glucose conc. [%]	Na in [mEq/L]	V. drainé [ml]	Urée [mg/dL]	Créatinine [mg/dL]	Glucose [mg/dL]	Protéine [g/dL]	Na [mEq/L]
Poche 1		290	2200	1,50	134,0	2440	175,34	8,14	403,6	0,0900	134,2
Poche 2		295	2200	1,50	134,0	2430	176,54	7,67	464,9	0,0800	134,2
Poche 3		155	2200	1,50	134,0	2290	150,73	5,48	659,5	0,0360	134,2
Poche 4		625	2200	1,50	134,0	3050	182,55	8,93	501,7	0,1000	134,2
Poche AQ		180	2200	2,30	134,0	2530	165,14	7,12	724,3	0,0540	134,2
Poche UF AQ		60	2200	4,25	133,2	2693	96,47	3,70	2400,0	0,0300	123,2

Arborescence de menu

- Patient
- Medical
 - Système & Limites
 - Prescription DP
 - Analyse du traitement
 - Assurance Qualité
 - Optimis.
- Rapport
- Communication
- Administration

Zone de travail

PatientOnLine offre diverses fonctions, garantissant un soutien intégral aux activités de dialyse péritonéale. L'interface utilisateur est conviviale et offre un accès simple à chaque fonction. La structure de la fenêtre d'application comprend trois zones principales :

Zone de description du patient

Dans la partie supérieure de la fenêtre d'application

Arborescence de menu

Dans la partie gauche de la fenêtre d'application

Zone de travail

Au milieu de la fenêtre d'application

Zone de description du patient

Comprenant le module de gestion des données de base relatives au patient, cette zone se trouve dans la partie supérieure de la fenêtre **PatientOnLine**, et reste toujours visible. Les données concernant le patient sélectionné sont affichées dans cette zone. Ses fonctions principales sont les suivantes :

Création d'un dossier de patient,

Modification, mise à jour et suppression de dossiers de patients,

Recherche de patients,

Remarque sur le **manuel d'utilisation PatientOnLine,**

Passage rapide à l'**anglais,**

Arborescence de menu

Se trouve à gauche de la fenêtre principale de **PatientOnLine**. L'arborescence de menu comprend cinq menus principaux.

Patient,

Médical,

Rapport

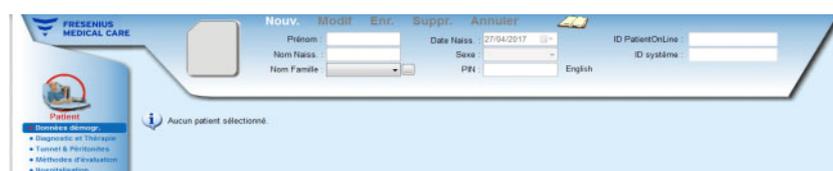
Communication,

Administration.

Chacun de ces cinq menus comprend divers sous-menus.

Zone de travail

La **zone de travail** permet la mise à jour des données du patient choisi, dès la sélection d'une option de menu. Il en va de même si un autre patient est sélectionné. A quelques exceptions près (**Rapport/Statistiques/Groupe de patients, Rapport/Accueil, Communication/Echange de données, Administration**), toutes les options de menu nécessitent la sélection d'un patient dans la **zone de description du patient**. Si aucun patient n'a été sélectionné, l'option de menu reste inactive et un message d'information est affiché dans la **zone de travail**.



Il existe des interactions particulières entre les trois zones principales lorsque la **zone de description du patient** ou la **zone de travail** se trouve en mode Modif. Une zone passe en mode **Modif** lors de la création d'une entrée, en cliquant sur le bouton **Nouv.**, ou lors de la mise à jour d'une entrée existante, en cliquant sur le bouton **Modif**. Une zone quitte le mode **Modif** lors de l'enregistrement de l'entrée, en cliquant sur le bouton **Enr.**, ou en cas d'interruption du processus en cours, en cliquant sur le bouton **Annuler**.

Ces interactions ont l'aspect suivant :

Lorsque la **zone de description du patient** se trouve en mode **Modif**, l'arborescence de menu est désactivée (il n'est plus possible de naviguer dans l'arborescence) et la **zone de travail** est masquée ;

Lorsque la **zone de travail** se trouve en mode **Modif**, l'arborescence de menu est désactivée (il n'est plus possible de naviguer dans l'arborescence) et la **zone de description du patient** est désactivée (il n'est plus possible de procéder à la sélection/modification/suppression de patients).

Cela permet de prévenir les risques de pertes de données mises à jour mais n'ayant pas encore été enregistrées, suite à la modification de l'option de menu active ou à la sélection d'un autre patient.

Le même principe régit les tentatives de fermeture de **PatientOnLine**. Un message d'avertissement apparaît lorsque l'utilisateur tente de fermer l'application alors que la **zone de description du patient** ou la **zone de travail** se trouve en mode **Modif**.

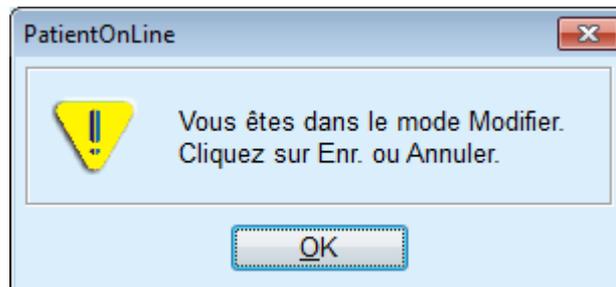


Fig. 3.1 Message d'avertissement en cas de tentative de fermeture de la session en mode Modif

La base de données **PatientOnLine** est protégée par un mécanisme **CRC** garantissant l'intégrité des données de toutes les tables de la base de données contre les risques d'erreur d'écriture/de lecture matérielle et tout accès non autorisé. Cette technologie CRC peut être considérée comme une signature spéciale assurant l'exactitude des données. La signature CRC est contrôlée lors de toute lecture d'informations de la base de données. En cas de détection d'un problème, un message d'erreur indiquant l'emplacement de l'erreur est affiché.

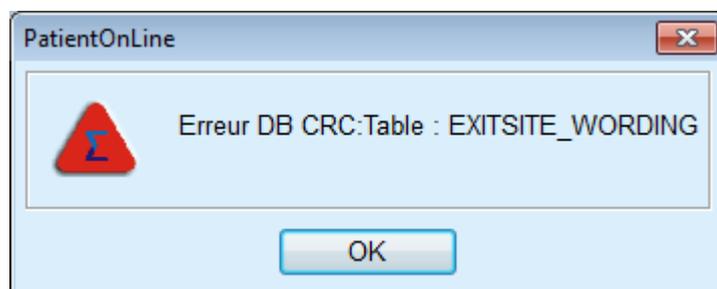


Fig. 3.2 Message d'erreur en cas d'erreur CRC de la base de données

Lorsque le **CRC** affecte certaines ressources critiques spécifiques, l'application est fermée avant que l'utilisateur soit invité à se connecter.

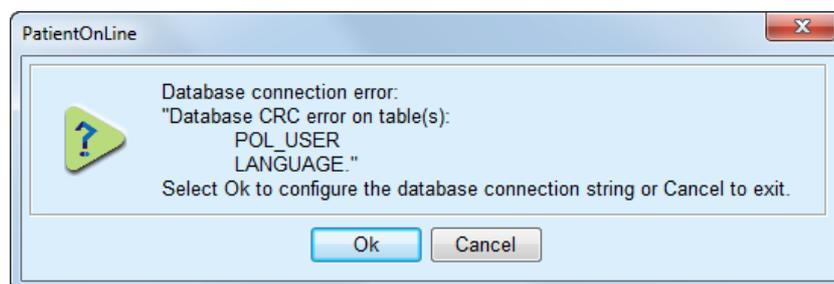


Fig. 3.3 Erreur CRC critique de la base de données

Si l'erreur n'est pas critique, l'application poursuit son travail, mais certaines fonctions sont susceptibles de se trouver limitées ou désactivées.

Il convient, dans tous les cas, de contacter le service d'assistance technique.

3.4 Patient (Aperçu)

Fiche admin.

Le sous-menu **Fiche admin.** permet de gérer les principales données démographiques et médicales du patient. Il permet de saisir les adresses et numéros de téléphone du patient. Il est aussi possible d'y mentionner d'autres données importantes, telles que la **Vision**, les **Ap-titudes Manuelles**, l'**Education**, l'**Statut professionnel**, etc.

Diagnostic et traitement

Le sous-menu **Diagnostic et traitement** permet à l'utilisateur de saisir la néphropathie primaire du patient ainsi qu'une série de facteurs de comorbidité, la **TRR**, le **Cathéter**, le **Traitement habituel**, les **Allergies** ainsi que des **Info. complémentaires** spécifiques, telles qu'un état actif/inactif.

Tunnel & Péritonites

Le sous-menu **Tunnel & Péritonites** offre une aide à la gestion en cas d'**Émergence / Tunnelites**, de **Péritonites** et pour la **Classification émergence**. Les données relatives aux infections comprennent aussi les germes concernés, les traitements (un ou plusieurs), les médicaments et les dosages pour chaque traitement ainsi qu'une description totalement traduite de la classification des émergences, constituée d'informations textuelles et d'illustrations.

Données cliniques

Le sous-menu **Données cliniques** offre une aide relative aux paramètres médicaux standard devant être conservés lors des visites régulières d'un patient à la clinique. Il permet à l'utilisateur de saisir et de consulter des données actuelles et historiques concernant le patient, telles que **Poids**, **Taille**, **Pression art.**, **Bilan volume**, **Données BCM**, **Amputation**, **Portage Nasal** et **Autres Données Labo.** Les menus

Poids, Pression Artérielle et Bilan volume permettent de définir les limites de notification liées au patient. Les unités de mesure de chaque paramètre de laboratoire sont totalement adaptables. Il comprend aussi une section intitulée **Remarque** servant à indiquer des données considérées comme pertinentes par le médecin/l'infirmière, telles que la **nutrition recommandée**.

Hospitalisation

Le sous-menu **Hospitalisation** offre une aide pour l'enregistrement des données concernant l'hospitalisation du patient : **hôpital, serv., unité, staff**, dates d'**Admission** et de **sortie, diagnostics, remarques** sur l'état du patient et son évolution, etc.

3.5 Médical (Aperçu)

Systèmes & Limites

Le sous-menu **Systèmes & Limites** comprend des données spécifiques à la DP. Les onglets **Système** et **Limites** peuvent fournir des informations sur le système DPA et/ou DPCA du patient ainsi que des limites de traitement spécifiques en cas de systèmes DPA tels que **sleep•safe, sleep•safe harmony, SILENCIA, etc.**

Prescription DP

Le sous-menu **Prescription DP** offre des outils utiles de création, de mise à jour et d'impression de prescriptions DP, en fonction du (des) système(s) sélectionné(s). Les données relatives à tout échange ou à chaque période d'un cycle telles que volumes péritonéaux et de drainage, temps de stase, concentration de glucose, etc. peuvent être gérées avec aisance.

Analyse du traitement

Le sous-menu **Analyse du traitement** offre un soutien à l'analyse des données des protocoles de traitement enregistrés par les cycleurs DPA sous un format électronique. Le médecin peut ainsi assurer le suivi du traitement réalisé au domicile du patient. Les protocoles de traitement peuvent être téléchargés à partir de supports électroniques lors de la visite du patient à la clinique.

Assurance Qualité

Le sous-menu **Assurance Qualité** constitue un outil de gestion complexe des tests AQ spécifiques aux DP, notamment une exploration fonctionnelle péritonéale (PFT), un test d'équilibration péritonéale (PET), un essai de recueil sur 24 heures, une option PET + recueil sur 24 heures et un test d'absence de traitement de remplacement rénal. Les tests PET sont disponibles en version courte ou détaillée.

La saisie des données est simple et similaire à l'utilisation d'un assistant. Les résultats médicaux sont affichés sous forme textuelle ou dans un format graphique connu, tel que le graphique PET de Twardowski. Le test PFT calcule plus de 50 paramètres médicaux. L'entrée des données est possible dans les unités du système de mesure **Conventionnel** et **International** (S.I.), qui peuvent être entièrement configurées. L'utilisateur peut saisir ses propres données pour obtenir des résultats calculés spécifiques. Divers algorithmes peuvent être sélectionnés pour calculer la surface corporelle, l'eau totale corporelle (volume de distribution de l'urée) et le taux de catabolisme protéique.

Le sous-menu **Assurance Qualité** comprend des algorithmes hautement complexes de contrôle des limites de saisie de chaque paramètre et de gestion des données manquantes.

Optimis.

Le sous-menu **Optimis.** offre des outils pour estimer le résultat d'une prescription de DP donnée, en tenant compte des données du patient évaluées par un test AQ. Il permet à l'utilisateur de déterminer des objectifs d'assurance qualité et des restrictions, et de disposer d'une liste de prescriptions DP respectant ces objectifs et restrictions.

3.6 Rapport (Aperçu)

Rapports

Le sous-menu **Rapports** gère des rapports imprimables. Il permet la création flexible de divers rapports en utilisant toutes les données disponibles relatives au patient sélectionné. Ces rapports peuvent être imprimés ou enregistrés dans des formats externes tel que **PDF**, **RTF** ou **MS Excel** à des fins d'archivage ou d'utilisation ultérieure.

Statistiques

Le sous-menu **Statistiques** permet de gérer des statistiques en se basant sur les données d'un patient, par exemple des analyses des tendances des différents paramètres et des infections, ainsi que des statistiques groupées telles que des histogrammes, des corrélations croisées ou des taux d'infection. **PatientOnLine** offre des moyens sophistiqués pour la définition de groupes de patients grâce à l'intégration de critères de choix et d'échantillons très diversifiés.

Aperçu personnalisé

Le sous-menu **Aperçu personnalisé** permet une vue synthétique sur un seul protocole de traitement DPCA ou DPA, avec les données de pression artérielle et les images du site d'émergence du même jour pour le patient sélectionné. Il est également possible de naviguer dans la liste des protocoles de traitement disponibles.

Accueil

Le sous-menu **Accueil** permet de visualiser rapidement l'état du protocole de traitement pour tous les patients. L'état se réfère au respect de certains critères, par exemple si la pression artérielle ou le bilan volume sont dans les limites prescrites, etc. et est mis en évidence par un code couleur.

3.7 Communication (Aperçu)

Carte Patient

Le sous-menu **Carte Patient** offre des fonctions pour exporter les prescriptions de DP et les données du patient sur des supports électroniques, comme une carte patient à utiliser sur le cycleur DPA, ainsi que pour importer des protocoles de traitement à partir de ces supports.

Patient Card Plus

Le sous-menu **Patient Card Plus** offre des fonctions de création et de lecture de données de cartes patients FME, par exemple les cartes **sleep•safe harmony** et **SILENCIA**.

Carte BCM	Le sous-menu Carte BCM offre des fonctions de personnalisation des cartes BCM (simple ou 5008) avec les données de base du patient et les données médicales pour importer les mesures BCM et pour effacer ces cartes.
Echange de données	Le sous-menu Echange de données permet l'importation et/ou l'exportation de données depuis/vers d'autres applications logicielles FME, des systèmes de gestion de base de données externes et d'autres applications PatientOnLine . L'importation de protocoles de traitement à partir du cloud Connex. domicile est également possible.
Actions RGPD	Le sous-menu Actions RGPD permet à l'utilisateur d'anonymiser, de supprimer et d'exporter les données personnelles des patients dans un format imprimable/lisible par machine à tout moment.

3.8 Administration (Aperçu)

Administration	Le sous-menu Administration offre une aide à la gestion des données relatives à l'utilisateur, aux hôpitaux et au personnel, ainsi qu'à la gestion de l'application proprement dite.
Module Gestion des Utilisateurs	Le sous-menu Utilis. offre un aperçu des utilisateurs, des groupes et des droits. Il permet en outre de se déconnecter de l'application. Dans l'application PatientOnLine autonome , l'utilisateur peut changer son mot de passe en passant par cette option du menu.
Hôpitaux/ Staff	Les sous-menus Hôpitaux et Staff permettent de définir des hôpitaux (y compris des services et des unités) ainsi que des données relatives au personnel. Des utilisateurs peuvent être liés de façon explicite à des membres du personnel.
Config.	<p>Le sous-menu Config. logiciel permet de gérer l'application. De nombreux paramètres peuvent être configurés de la manière suivante :</p> <p>des formules actuelles adaptées aux adultes et aux enfants pour le calcul de la surface corporelle, de l'eau totale corporelle (volume de distribution de l'urée) et du taux de catabolisme protéique peuvent être choisies dans une liste de 17 formules AQ alternatives implémentées, incluant les formules connues de DuBois & DuBois, Gehan & George, Gotch, Mosteller, Chertow, Watson, Hume-Weyers, Bergstrom, Randerson, etc. L'utilisateur peut également définir ses propres valeurs de classification pour certains diagrammes AQ, par exemple pour l'urée, la créatinine et le glucose.</p> <p>Les sélections suivantes peuvent être faites pour les unités de mesure :</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Unités de mesure de poids et de taille (métrique ou britannique)➤ Unités de mesure de la température (Celsius ou Fahrenheit)➤ Urée ou urée nitrogène en tant que soluté mesuré <p>Les unités des systèmes de mesure peuvent être intégralement configurées pour chacun des paramètres mesurés dans le sang, l'urine et le dialysat. Les unités de mesure SI ou conventionnelles peuvent être configurées rapidement par défaut.</p>

Les paramètres d'affichage de l'analyse du traitement peuvent, tout comme la méthode de calcul du taux d'infection, être configurés dans un sous-menu spécifique : **Config.** L'utilisateur dispose de la possibilité de configurer les limites de poids et de taille pour les enfants et les adultes et d'ajuster les caractéristiques du transport.

PatientOnLine est une application multilingue. L'utilisateur peut modifier la langue de l'application en cours de fonctionnement de **PatientOnLine** à l'aide de l'option **Administration/Config. logiciel/Langue**.

Toutes les modifications ci-dessus peuvent être effectuées sans arrêter l'application. Cette caractéristique est exceptionnelle dans le domaine des applications médicales.

L'onglet **Listes Médicales** (facteurs de comorbidité, diagnostics, germes, antibiotiques, solutions DPCA, etc.) peut être mis à jour par l'utilisateur lui-même, par exemple afin de mettre en évidence certains éléments ; il offre ainsi une certaine flexibilité.

L'onglet **Journal Évén.** permet de gérer les enregistrements des opérations critiques de l'application. Des opérations telles que la modification des données des patients, la création ou la mise à jour d'une prescription, etc. sont enregistrées automatiquement par l'application en incluant le nom de l'utilisateur et l'heure à laquelle l'opération a eu lieu.

Les utilisateurs disposant de droits spécifiques peuvent afficher et modifier le protocole de l'application puis exporter les valeurs dans des formats courants tels que des fichiers CSV compatibles MS Excel.

L'onglet **Réglages d'aperçu personnalisé** permet une personnalisation complète des menus **Aperçu personnalisé** et **Accueil**.

L'onglet **Connex. domicile** permet d'effectuer des actions spécifiques comme l'enregistrement ou la suppression de la clinique et des patients.

3.9 Généralités relatives à l'utilisation

3.9.1 Modification des entrées

La barre de menu de **PatientOnLine** respecte un modèle précis pour simplifier la navigation et la modification. Tous les menus médicaux se réfèrent au patient sélectionné dans la **zone de description du patient**. Il existe de rares exceptions, clairement spécifiées dans la section (voir **Disposition de la fenêtre d'application**, page 26).

La partie supérieure d'un menu habituel comprend une liste d'options et sa partie inférieure, une zone de saisie d'informations détaillées suivie de boutons de commande au bas de la fenêtre. Il s'agit des boutons **Nouv.**, **Modif**, **Suppr.**, **Enr.** et **Annuler**.

L'entrée actuelle, affichée dans la zone de saisie des détails, peut être sélectionnée en cliquant sur une ligne de la liste.

Tous les boutons ne sont pas toujours disponibles. La fenêtre des menus peut apparaître sous deux modes de base : **Navigation** et **Modif**. Dans **Navigation**, qui est le mode de base, les boutons **Nouv.**, **Modif** et **Suppr.** sont actifs et les boutons **Enr.** et **Annuler** sont désactivés. Dans ce mode, il est possible de naviguer dans les options en sélectionnant des lignes de la liste. Il n'est pas possible de modifier les champs de la zone de saisie de détails.

Le programme passe en mode **Modif** après avoir cliqué sur les options **Nouv.** ou **Modif**. Dans ce mode, il n'est plus possible de naviguer dans la liste des options, les boutons **Nouv.**, **Modif** et **Suppr.** sont désactivés et les boutons **Enr.** et **Annuler** sont activés. Il est possible de modifier la zone de saisie de détails, et de modifier le contenu des champs de cette dernière. Les modifications apportées dans la zone de saisie des détails sont appliquées à l'option en cliquant sur le bouton **Enr.**. En cas de clic sur le bouton **Annuler**, les modifications sont perdues et l'option modifiée reprend sa valeur précédente. S'il s'agit d'une option nouvellement créée, elle est rejetée. Dans les deux cas, le programme quitte le mode **Modif** et retourne en mode **Navigation**. La liste des options de menu est mise à jour.

Pour supprimer une option, il faut commencer par sélectionner cette dernière, avant de cliquer sur **Suppr.**. Un message d'avertissement apparaît, et l'utilisateur doit confirmer la procédure en cliquant sur le bouton **Oui**.

Chaque processus d'enregistrement ou de suppression est confirmé par un message d'information. S'il s'est avéré impossible de mener la procédure à bien, un message d'erreur apparaît.

Pour chaque opération **Nouv.** et/ou **Modif**, le programme enregistre automatiquement le nom de l'utilisateur qui a créé l'élément de données et l'heure de création, et/ou le nom de l'utilisateur qui a mis à jour l'élément de données pour la dernière fois et l'heure de la dernière mise à jour. Ces données sont appelées génériquement **Créé par**, **Heure de création**, **Dernière mise à jour par** et **Heure de dernière mise à jour**.



Note

Seuls les utilisateurs disposant d'un droit spécial (**Modif/Suppr. données créées par autres utilis.**) peuvent mettre à jour/supprimer une donnée pour laquelle le champ **Dernière mise à jour par** est différent du nom d'utilisateur actuel. Si l'utilisateur actuel ne dispose pas du droit correspondant, la mise à jour/suppression n'a pas lieu et un message d'avertissement apparaît avec le contenu suivant : **Vous n'avez pas le droit de créer/supprimer des données créées par d'autres utilisateurs. L'élément que vous essayez de modifier/suppr. a été créé par : <utilisateur>**.

3.9.2 Obtenir de l'aide

PatientOnLine dispose d'un système exhaustif d'aide en ligne et hors ligne. Le présent manuel d'utilisation est disponible au format PDF sous **Début/Programmes/Fresenius Medical Care/Client PatientOn-Line/Manuel/Manuel utilis. PatientOnLine**. Une application d'affichage des fichiers PDF, telle qu'**Acrobat Reader d'Adobe Systems Inc.**, est nécessaire pour la lecture du manuel.

Il est aussi possible d'ouvrir le manuel en cliquant sur l'**icône de livre** se trouvant dans la **zone de description du patient** (voir **Zone de description du patient**, page 39).

Les fonctions habituelles telles que **Table des matières**, **Recher.**, **Favoris** (agrandir ou réduire), etc. sont disponibles.

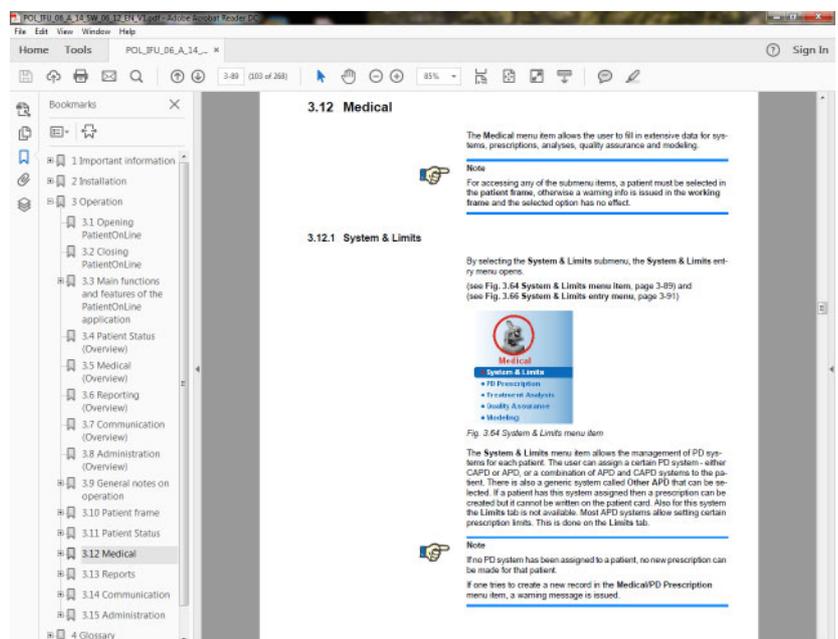


Fig. 3.4 Aide **PatientOnLine**

Le **manuel d'utilisation de PatientOnLine** peut être consulté à partir de n'importe quel écran de l'application **PatientOnLine** en appuyant sur la touche **F1**.

3.9.3 Conventions typographiques

Le présent document fait usage des conventions suivantes :

Cliquer sur le bouton Enr.	Les boutons et autres éléments de commande de l'interface utilisateur apparaissent en gras .
Saisie par l'utilisateur	Les données saisies à l'aide d'un clavier apparaissent en gras .
Affichage à l'écran	Les messages affichés par l'application apparaissent en gras .
TAB, MAJ, CTRL + S	Les touches du clavier apparaissent en gras .



Conseil

Les remarques, suggestions et recommandations d'utilisation apparaissent en **gras**.

3.10 Zone de description du patient

La **zone de description du patient** dans la partie supérieure de la fenêtre d'application **PatientOnLine** permet à l'utilisateur de gérer les informations de base sur le patient : **Prénom, Nom Naiss., Nom Famille, Date Naiss., Sexe, Diabétique, Allergique** et son statut **Actif**, **ID PatientOnLine** (ID du patient dans la base de données **PatientOnLine**), **ID système** (ID du patient sur la Carte Patient [5008 et BCM] ainsi que de la Patient Card Plus), **PIN** (numéro d'identification du patient) et la photo du patient.

Il est aussi possible d'ouvrir le manuel d'utilisation en cliquant sur l'**icône de livre** à droite dans la **zone de description du patient**.

Le manuel d'utilisation est également disponible sous

Début/Programmes/Fresenius Medical Care/Client PatientOnLine/Manuel/Manuel utilis.PatientOnLine.

Cliquer sur le mot **English** à droite de la **zone de description du patient** pour basculer rapidement de la langue actuelle de l'application à l'anglais.

Il est possible de procéder à une recherche par patient en cliquant sur le bouton . Dans la fenêtre **Recher. patients**, il est possible grâce à l'option **Rapport** d'élaborer des listes de patients complètes ou triées sur la base de différents critères.

La **zone de description du patient** dispose de son propre menu, autorisant les opérations suivantes :

- **Nouv.** - créer un dossier de patient ;

- **Modif** - modifier un dossier de patient ;
- **Enr.** - enregistrer un dossier de patient ;
- **Suppr.** - supprimer un dossier de patient ;
- **Annuler** - interrompre le processus actuel (nouveau ou modif.) sur un dossier patient ;
- **Recher.**  - rechercher un dossier de patient.



Note

Après le démarrage de l'application **PatientOnLine**, seule l'option de menu **Nouv.** de la **zone de description du patient** est active (affichée en blanc) et aucune donnée n'apparaît dans les zones de texte.

La partie gauche de la **zone de description du patient** comprend une zone permettant d'afficher la photographie du patient.



Note

Lors du démarrage de l'application **PatientOnLine**, aucun patient n'est sélectionné dans la **zone de description du patient** et la zone de photographie reste donc vide.

Pour charger/modifier la photographie d'un patient, procéder comme suit :

- > sélectionner le patient requis dans la **zone de description du patient** ;
 - > double-cliquer dans la **zone de photographie** ;
- la fenêtre de navigateur **Sélect. photo patient** s'ouvre.
- > sélectionner le **lecteur**, le **chemin**, le **dossier** et le **nom du fichier** contenant la photographie ;
 - > sélectionner le bouton **Ouvrir** de la boîte de dialogue ;
 - > sélectionner l'option de menu **Enr.**. Un message d'avertissement, indiquant le succès ou l'échec du processus de mise à jour, apparaît.



Note

L'application **PatientOnLine** ne prend en charge que les formats d'image ***.bmp** et ***.jpg**.

3.10.1 Option de menu Nouv.

Création d'une entrée patient

- > En cliquant sur l'option **Nouv.** du menu, l'utilisateur peut créer une entrée patient.

Les données suivantes, relatives au patient, doivent être saisies :

- > **Prénom** du patient - maximum 30 caractères ;
- > **Nom Naiss.** du patient - maximum 40 caractères ;
- > **Nom Famille** du patient - maximum 40 caractères ;

- **Date Naiss.** du patient.



Note

Il est interdit de sélectionner comme date de naissance du patient la date du jour même, ou toute date ultérieure. Un message d'avertissement apparaît et l'utilisateur est invité à sélectionner une date valide.



Message d'avertissement

Risque pour le patient suite à une désintoxication insuffisante

Format de la date de naissance erroné.

L'âge du patient à la date d'un test AQ ne peut pas être paramétré sans la date de naissance et par conséquent le volume de distribution de l'urée (V) ne peut pas être évalué. Ainsi, le Kt/V ne peut pas être calculé.

- Les indications de date non valides ne sont pas autorisées dans la zone de saisie du calendrier.
-

- **Sexe** du patient ;

- Saisie du code **PIN** du patient ; accessible uniquement à des utilisateurs disposant de droits spécifiques.
-



Note

Seuls certains utilisateurs sont autorisés, conformément aux droits dont ils disposent, à changer le code **PIN**.



Note

Il est impossible que deux patients disposent du même code **PIN**. Lors de l'enregistrement de l'entrée de patient, le système vérifie si le code **PIN** apparaît une deuxième fois dans la base de données. En présence d'un code **PIN** en double, un message d'erreur apparaît et l'utilisateur est invité à saisir un code **PIN** valide.

- Sélectionner la photographie du patient dans la zone correspondante comme décrit plus haut.

Poursuivre en choisissant l'une des deux options suivantes :

- Cliquer sur l'option de menu **Enr.** pour enregistrer toutes les données dans la base de données. Les données du nouveau patient apparaissent dans la **zone de description du patient**.

ou

- Le bouton **Annuler** permet d'interrompre le processus.

La dernière entrée de patient sélectionnée apparaît dans la **zone de description du patient**.

3.10.2 Option de menu Modif

Modification d'une entrée patient



L'option de menu **Modif** de la **zone de description du patient** permet à l'utilisateur de modifier les données de base du patient actuellement sélectionné. Le patient requis peut être sélectionné à l'aide du menu déroulant **Nom Famille**.

Conseil

Après ouverture du menu déroulant **Nom Famille**, un champ jaune indiquant le **nom de famille**, le **prénom**, le **nom à la naissance** et la **date de naissance** du patient sélectionné apparaît lorsque l'on fait passer le curseur sur son nom de famille, permettant une identification plus rapide du patient. Il s'agit d'une fonction particulièrement utile dans le cas de patients partageant le même nom de famille (voir Fig. 3.5, Zone de description du patient, page 39).

Après sélection de l'option de menu **Modif**, toutes les zones de texte correspondant au patient actuel peuvent faire l'objet d'une saisie. Les options de menu **Enr.**, **Suppr.** et **Annuler** sont activées. Les opérations suivantes sont alors possibles :

Option de menu Enr.

- Modification des données du patient dans les champs correspondants et mise à jour de l'entrée du patient à l'aide du bouton **Enr.**, mise à jour de l'entrée du patient.

Option de menu Annuler

- Interruption du processus de modification en cours à l'aide de l'option de menu **Annuler**.

Option de menu Suppr.

- Suppression de l'entrée du patient à l'aide de l'option de menu **Suppr.**

Hors du mode **Modif**, le patient ne peut être sélectionné qu'à l'aide du menu déroulant **Nom Famille**, comme décrit plus haut.

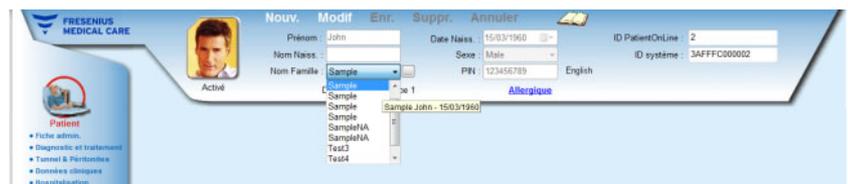


Fig. 3.5 Zone de description du patient

En cas de tentative de suppression d'un patient, le message de confirmation suivant apparaît :

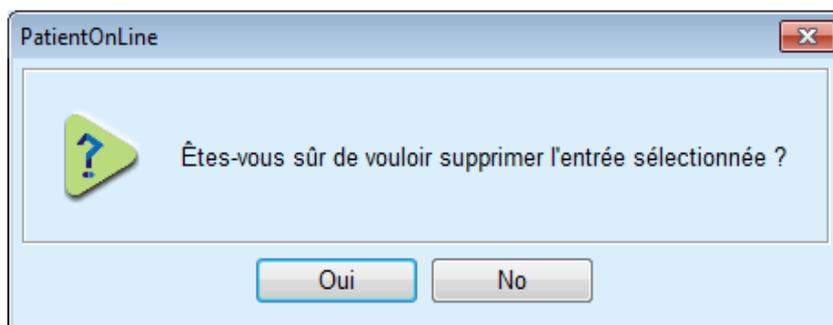


Fig. 3.6 Confirmation en cas de tentative de suppression d'un dossier de patient

- Cliquer sur le bouton **Oui** ;
Toutes les données de ce patient sont supprimées.
- Cliquer sur le bouton **No** ;
Le processus est interrompu.

3.10.2.1 Boutons de sélection

Recherche d'une entrée de patient

Le bouton  situé à côté du menu déroulant **Nom Famille** permet à l'utilisateur de rechercher un patient spécifique. Après sélection de ce bouton, la boîte de dialogue **Recher. patients** apparaît.

Le menu déroulant **Recher. patients par** propose différents critères de recherche, notamment **ID** (identification interne à la base de données), **Prénom**, son **Nom Naiss.**, **Sexe**, **Langue**, **Date Naiss.**, son code **PIN**, etc. Divers champs de saisie sont susceptibles d'apparaître en fonction du critère sélectionné. La partie inférieure de la fenêtre contient par défaut une liste de tous les patients disponibles.

Pour tous les critères à base d'informations textuelles, il est possible d'utiliser le champ de modification **Recher.** : et la case à cocher **Corresp exacte**. Le texte indiqué est recherché. Si l'option **Corresp exacte** n'a pas été sélectionnée, tous les résultats comprenant le texte seront affichés, et l'outil de comparaison du texte n'effectuera aucune distinction entre majuscules et minuscules. Si l'option **Corresp exacte** a été sélectionnée, seuls les résultats identiques au texte indiqué seront affichés, et l'outil de comparaison du texte effectuera une distinction entre majuscules et minuscules.

Pour les critères de sélection **Sexe** ou **Langue**, un nouveau menu déroulant, comprenant des options de sélection, apparaît.

Dans le cas de l'option **Date Naiss.**, deux champs de saisie de calendrier sont affichés, permettant de sélectionner une plage de dates.

En cas de sélection du bouton **Recher.**, le nombre de patients correspondant aux critères sélectionnés ainsi que la liste des patients trouvés seront affichés. En cas de sélection du bouton **Eff.**, la liste des patients revient à son état par défaut.

Lorsque l'on sélectionne une ligne dans la liste des patients et que l'on clique sur le bouton **OK**, la fenêtre **Recher. patients** se ferme, et le patient ainsi choisi apparaît dans la **zone de description du patient**.

Il s'agit d'une procédure utile de sélection des patients, en particulier en présence d'un grand nombre de patients.

Lorsque l'on clique sur le bouton **Annuler**, la fenêtre se ferme, et la **zone de description du patient** reste identique.

Un clic sur le bouton **Rapport** entraîne la création d'une liste de tous les patients remplissant les critères de recherche. Leur nom, date de naissance, sexe, langue, code PIN, nationalité et activité professionnelle ainsi que l'identifiant et l'index sont affichés. C'est une méthode flexible et rapide pour créer des rapports, qu'ils concernent la totalité des patients enregistrés dans la base de données, ou uniquement les patients des groupes définis par les critères de recherche.

3.10.3 Zone de description du patient en connexion avec un SGBD externe maître

L'utilisation de l'application PatientOnLine client/serveur peut être combinée avec celle d'un système de gestion de base de données (SGBD) externe, comme EuClid. Dans ce cas, une liste de patients est importée depuis le SGBD externe et les patients ne peuvent plus être créés, ni modifiés dans PatientOnLine. Par ailleurs, deux nouveaux champs s'affichent : l'ID BD externe (ID du patient dans le SGBD externe) et l'ID de l'institution (définie par l'utilisateur).

The screenshot shows a patient profile form with the following fields and values:

Prénom :	John	Date Naiss. :	15/03/1960	ID PatientOnLine :	2
Nom Naiss. :		Sexe :	Male	ID système :	3AFFFC00003B
Nom Famille :	Sample	PIN :	123456789	DB ID externe :	ff356b63-b745-459c-99
Diabetes Mellitus Type 1		English		ID institution :	9999 clinic test0057

Additional elements include a patient photo, the status 'Activé', and a link for 'Allergique'.

Fig. 3.7 Zone de description du patient en connexion avec un SGBD externe

La synchronisation de données entre PatientOnLine client/serveur et le SGBD externe a lieu à chaque redémarrage du serveur. L'utilisateur peut cependant exécuter des commandes spéciales d'importation/exportation : soit dans la zone de description du patient, soit par le biais du menu Communication/Echange de données.

En cliquant sur l'icône  , un menu contextuel comportant quatre options apparaît.

Les options suivantes sont disponibles :

- Importer patient en cours
- Exporter patient en cours
- Import. tous patients
- Exp. tous les patients

En fonction des configurations du serveur et du SGBD externe, il se peut que certaines options ne soient pas disponibles.



Note

Indépendamment de la configuration du serveur, l'enregistrement des patients et la modification de leurs données ne peuvent être réalisés qu'au niveau du SGBD externe.

3.11 Patient

L'option de menu **Patient** permet à l'utilisateur d'effectuer une saisie exhaustive des données relatives au patient, incluant des informations de nature démographique et médicale. Les options disponibles sont décrites ci-dessous.



Note

Un patient doit avoir été sélectionné dans la **zone de description du patient** pour permettre l'accès aux options du sous-menu. Dans le cas contraire, un message d'information apparaît dans la **zone de travail** et l'option de menu choisie reste inopérante.

3.11.1 Fiche admin.

La sélection du sous-menu **Fiche admin.** provoque l'ouverture du masque de saisie **Fiche admin. et renseignements**.



Fig. 3.8 Sélection de l'option de sous-menu Fiche admin.

Le masque de saisie **Fiche admin. et renseignements** apparaît.

Le masque de saisie **Fiche admin. et renseignements** est divisé en plusieurs onglets : **Fiche admin.**, **Adresses**, **Statut professionnel**, **Environnement privé**, **Mobilité**, **Vision**, **Aptitudes Manuelles**, **Auton.**, **Education** et **Visites dom.**

3.11.1.1 Onglet Fiche admin.

L'onglet **Fiche admin.** permet à l'utilisateur d'indiquer la **Nationalité** et la **Langue** du patient, ainsi que des données relatives à son **Education** et à ses **Groupes Ethniques**. Toutes les options peuvent être sélectionnées dans un menu déroulant.

Les données relatives à l'**Education** sont évaluées selon les critères de l'ISCED (International Standard Classification of Education), une classification officielle éditée par l'UNESCO.

Les menus déroulants **Nationalité**, **Education** et **Groupes Ethniques** affichent la valeur **Inconnu** par défaut.

Il convient de procéder comme suit pour saisir la fiche administrative d'un patient spécifique :

- Sélectionner le patient souhaité dans la **zone de description du patient** ;
- Cliquer sur le bouton **Modif** ;
- Sélectionner une option dans chaque menu déroulant ;
- Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

L'entrée est créée et enregistrée.

Le bouton **Annuler** permet d'interrompre le processus.

3.11.1.2 Onglet Adresses

Les informations de l'onglet **Adresses** sont elles aussi réparties entre quatre onglets, soit **Domicile**, **Bureau**, **Adresse 1** et **Adresse 2**, permettant à l'utilisateur de saisir différents types d'adresses pour le patient sélectionné dans la **zone de description du patient**.

L'onglet **Domicile** est l'adresse par défaut. Chaque onglet peut être sélectionné à l'aide du clavier, ou d'un clic de la souris.

Il convient de procéder comme suit pour saisir les adresses d'un patient spécifique :

- sélectionner le patient requis dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'onglet requis pour saisir l'adresse correspondante ;
- Cliquer sur le bouton **Modif** ;

Les champs de saisie suivants sont disponibles :

Rue,
Nombre,
Code Post.,
Ville,
Pays,
Téléph.,
Fax,
Portable,
Modem,
Email,
Remarque.

- L'onglet **Bureau** permet d'ajouter les indications complémentaires suivantes :

En activité (cocher la case pour indiquer que le patient dispose d'une activité professionnelle)

Société (nom de l'entreprise)

Service (service dans lequel le patient travaille)

- Les onglets **Adresse 1** et **Adresse 2** permettent d'ajouter les informations suivantes :

Prénom (prénom de la personne à contacter)

Nom Famille (nom de la personne à contacter)



Conseil

La saisie des données décrites ci-dessus n'est pas obligatoire.

- Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

L'entrée est créée et enregistrée.

Le bouton **Annuler** permet d'interrompre le processus.

3.11.1.3 Onglet Statut professionnel

L'onglet **Statut professionnel** permet à l'utilisateur de saisir la situation professionnelle du patient, ainsi que toute modification de cette dernière.

La partie supérieure de la fenêtre comprend un tableau décrivant le parcours professionnel du patient. Les données suivantes peuvent être saisies dans la partie inférieure de l'écran :

- La **Date** de création de l'entrée ;
- L'**Statut professionnel** du patient ;

- Une **Remarque** sous forme d'annotation.
- sélectionner le patient requis dans la **zone de description du patient** ;
- Cliquer sur le bouton **Nouv.** ;
- Sélectionner la situation correspondante dans le menu déroulant **Statut professionnel** ;



Conseil

La liste **Statut professionnel** peut être personnalisée en ajoutant/modifiant de nouveaux éléments dans le module **Administration/Config./Listes Médicales**.

- Sélectionner la date souhaitée ou conserver la date actuelle apparaissant dans le champ **Date** ;
- Cliquer sur le bouton **Enr.** pour créer ou mettre à jour l'entrée relative à l'**Statut professionnel** du patient.

Le bouton **Annuler** permet d'interrompre le processus.

3.11.1.4 Onglet Environnement privé

L'onglet **Environnement privé** permet à l'utilisateur de saisir des informations relatives à l'environnement privé du patient, ainsi que toute modification de cette situation. L'organisation de l'onglet **Environnement privé** est similaire à celle de l'onglet **Statut professionnel**.

3.11.1.5 Onglet Mobilité

L'onglet **Mobilité** permet à l'utilisateur d'indiquer le degré de mobilité du patient, ainsi que toute modification de cette situation. L'organisation de l'onglet **Mobilité** est similaire à celle de l'onglet **Statut professionnel**.

3.11.1.6 Onglet Vision

L'onglet **Vision** permet à l'utilisateur d'indiquer le degré d'aptitude visuelle du patient, ainsi que toute modification de cette situation. L'onglet **Vision** est organisé d'une façon similaire à l'onglet **Statut professionnel**.

3.11.1.7 Onglet Aptitudes Manuelles

L'onglet **Aptitudes Manuelles** permet à l'utilisateur d'indiquer le degré de motricité des mains du patient, ainsi que toute modification de cette situation. L'onglet **Aptitudes Manuelles** est organisé d'une façon similaire à l'onglet **Statut professionnel**.

3.11.1.8 Onglet Auton.

L'onglet **Auton.** permet à l'utilisateur d'indiquer le degré d'assistance nécessaire au patient dans le cadre du traitement de dialyse, ainsi que toute modification de cette situation. L'onglet **Auton.** est organisé d'une façon similaire à l'onglet **Statut professionnel**.

3.11.1.9 Onglet Education

L'onglet **Education** permet à l'utilisateur de saisir le statut d'éducation DP dont dispose le patient, ainsi que l'historique des formations.

Diverses données peuvent être saisies pour chaque module de formation :

- Date,**
- Type éducation,**
- Sujet,**
- Statut DP du patient,**
- Durée éducation,**
- Lieu d'éducation,**
- Formateur,**
- Outils éducation.**

Chacun de ces éléments peut être sélectionné à l'aide d'un menu déroulant. Inconnu est la valeur par défaut.

De plus, il est possible de saisir la **Date** de la formation et une **Remarque** sous forme de texte libre.

3.11.1.10 Onglet Visites dom

L'onglet **Visites dom** permet à l'utilisateur de documenter les visites à domicile et leur historique. Cette entrée peut englober le jour de la visite et, facultativement, la prochaine visite prévue, le nom du membre du personnel responsable de la visite (texte libre) et une remarque en option (texte libre) relative à la visite.

3.11.2 Diagnostic et traitement

Le sous-menu **Diagnostic et traitement** permet à l'utilisateur d'indiquer diverses options de diagnostics et de traitement relatives au patient actuel.

Les informations du sous-menu **Diagnostic et traitement** sont réparties entre sept onglets :

- IRCT,**
- Comorbidité,**
- TRR (traitement de remplacement rénal),**
- Cathéter,**
- Traitement habituel,**
- Allergies,**
- Info. complémentaires.**

Chaque onglet sera décrit ci-dessous.

L'accès au sous-menu **Diagnostic et traitement** s'effectue par l'intermédiaire de l'arborescence de menu, sous **Patient/Diagnostic et traitement**.



Fig. 3.9 Sélection du sous-menu *Diagnostic et traitement*

3.11.2.1 Onglet IRCT

Cet onglet **IRCT** comporte l'IRCT (Insuffisance rénale chronique terminale) du patient actuel. La partie inférieure de l'écran indique la maladie selon la classification ICD-10 actuelle.

Fig. 3.10 Sous-menu IRCT

Il convient de procéder comme suit pour saisir une **IRCT** pour un patient donné :

- Sélectionner le patient requis dans la **zone de description du patient** ;
- Cliquer sur le bouton **Modif** ;
- Cliquer sur le bouton  ;

Une fenêtre d'arborescence ICD-10 s'ouvre, permettant à l'utilisateur de naviguer et de sélectionner une maladie.

- Cliquer sur le bouton **OK** ;
- Le sous-menu **IRCT** apparaît à nouveau ;
- Sélectionner la date souhaitée ou conserver la date actuelle apparaissant dans le champ **Date** ;
- Il est également possible de saisir directement un code CIM-10 valide dans le champ de modification **Code CIM-10**. Si le code est correct, le champ **Maladie CIM-10** sera mis à jour avec le texte correspondant. Si le code saisi est invalide, un message d'avertissement apparaît.
- En cliquant sur le bouton <<, une zone de recherche s'ouvre dans laquelle il est possible de rechercher une maladie, soit par code, soit par description. Spécifier le code ou la description et cliquer sur **Recher.** Dans la zone **Recher. résultats**, il est possible de sélectionner une option précise. En cliquant sur le bouton >>, la zone de recherche se ferme.



Conseil

La valeur et le format par défaut du champ de saisie **Date** correspondent à la date actuelle, en fonction des paramètres régionaux et de la configuration de la date et de l'heure de l'ordinateur de l'utilisateur.

➤ Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

L'entrée IRCT est enregistrée et mise à jour.

Un message d'information est affiché en cas de succès de l'opération précédente.

La maladie actuellement sélectionnée est supprimée lorsque l'on clique sur le bouton **Annuler**.

Le bouton **Annuler** permet d'interrompre le processus.



Message d'avertissement

Risque pour le patient suite à une désintoxication insuffisante.

Une mauvaise sélection d'arborescence CIM-10 pourrait ne pas révéler le statut diabétique du patient.

Dans ce cas, une mauvaise concentration de glucose peut être prescrite.

➤ L'utilisateur doit vérifier la sélection d'arborescence CIM-10 après avoir appuyé sur le bouton **Enr.**



Note

Lorsque l'instance **PatientOnLine** client/serveur est connectée à un SGBD externe et que le serveur est configuré de façon à ce que les entrées IRCT soient modifiées au niveau du SGBD externe, les boutons Modif ne sont pas visibles dans **PatientOnLine** et le menu IRCT est protégé en écriture.

3.11.2.2 Onglet Comorbidité

L'onglet **Comorbidité** comporte les informations de comorbidité relatives au patient actuel.

Comorbidité	Code CIM-10	Maladie CIM-10	Date Début
Hypertension	I15.9	Secondary hypertension, unspecified	11/07/1998
Dislipemia	E78.9	Disorder of lipoprotein metabolism, unspecified	16/07/1997
Ophthalmologic Conditions	H36.0	Diabetic retinopathy (E10-E14+ with common fourth character 3)	14/04/1994

Fig. 3.11 Ecran Comorbidité

Saisie d'une nouvelle comorbidité

Il convient de procéder comme suit pour saisir une nouvelle comorbidité pour un patient donné :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Cliquer sur le bouton **Nouv.** ;
- Cliquer sur le bouton ;

Une fenêtre d'arborescence ICD-10 s'affiche avec les mêmes fonctions que celles décrites à la section 3.11.2.1.

- Sélectionner la comorbidité correspondante dans l'arborescence ;
- Cliquer sur le bouton **OK**.
- Sélectionner la date requise ou conserver la date actuelle apparaissant dans le champ de saisie **Date Début** du calendrier.
- Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

L'entrée relative à la comorbidité du patient est enregistrée.

En cas de succès de l'opération, un message s'affiche et la comorbidité apparaît dans la liste des **Comorbidités**.



Message d'avertissement

Risque pour le patient suite à une désintoxication insuffisante.

Une mauvaise sélection d'arborescence CIM-10 pourrait ne pas révéler le statut diabétique du patient.

Dans ce cas, un mauvaise concentration de glucose peut être prescrite.

- L'utilisateur doit vérifier la sélection d'arborescence CIM-10 après avoir appuyé sur le bouton **Enr.**.

Le bouton **Annuler** permet d'interrompre le processus.

Un patient peut ne souffrir que d'une néphropathie primaire, mais de plusieurs comorbidités. Pour ajouter une comorbidité supplémentaire pour un même patient, répéter la procédure décrite ci-dessus.

Modification d'une comorbidité

Il convient de procéder comme suit pour modifier une comorbidité pour un patient spécifique :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner la comorbidité à modifier dans la **Liste Comorbidités** ;
- Cliquer sur le bouton **Modif** ;
- Cliquer sur le bouton  ;

La fenêtre d'arborescence ICD-10 s'affiche.

- Effectuer les modifications dans les champs de saisie concernés ;
- Cliquer sur le bouton **Oui** ;
- Sélectionner la date requise ou conserver la date actuelle apparaissant dans le champ de saisie **Date Début** du **calendrier** ;
- Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

L'entrée relative à la comorbidité du patient est mise à jour.

En cas de succès de l'opération, un message s'affiche et la **Liste Comorbidités** est mise à jour.



Message d'avertissement

Risque pour le patient suite à une désintoxication insuffisante.

Une mauvaise sélection d'arborescence CIM-10 pourrait ne pas révéler le statut diabétique du patient.

Dans ce cas, une mauvaise concentration de glucose peut être prescrite.

- L'utilisateur doit vérifier la sélection d'arborescence CIM-10 après avoir appuyé sur le bouton **Enr.**.

Le bouton **Annuler** permet d'interrompre le processus.

Suppression d'une comorbidité

Il convient de procéder comme suit pour supprimer une comorbidité pour un patient spécifique :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner la comorbidité à supprimer dans la **Liste Comorbidités** ;
- Cliquer sur le bouton **Suppr.**

L'entrée est supprimée après validation d'un message de confirmation.

En cas de succès de l'opération, un message s'affiche et la **Liste Comorbidités** est mise à jour.



Conseil

Si la sélection de l'IRCT ou de la comorbidité active l'option de diabète sucré du patient, ce statut est affiché dans la **zone de description du patient**.

En cas d'absence d'entrée IRCT et d'entrée relative à la comorbidité, le texte « **Diabète non évalué** » s'affiche dans la **zone de description du patient**.



Note

Lorsque l'instance **PatientOnLine** client/serveur est connectée à un SGBD externe et que le serveur est configuré de façon à ce que les entrées de comorbidité soient modifiées au niveau du SGBD externe, les boutons **Modif** ne sont pas visibles dans **PatientOnLine** et le menu **Comorbidités** est protégé en écriture.

3.11.2.3 Onglet TRR

Procéder comme suit pour créer/modifier une entrée relative à la **TRR** d'un patient :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'onglet **TRR** ;
- Cliquer sur le bouton **Nouv.** ou **Modif** ;
- Sélectionner le traitement de remplacement rénal correspondant dans le menu déroulant **TRR** ;
- Sélectionner la **Date Début** dans le champ de saisie du calendrier ou conserver la date actuelle apparaissant dans ce champ ;
- Sélectionner la **Date arrêt** dans le champ de saisie du calendrier ;



Conseil

Il n'est pas obligatoire de saisir une **Date arrêt**.



Note

Si la **Date arrêt** précède la **Date Début**, un message d'avertissement apparaît et l'utilisateur est invité à saisir une date valide.

- Il est possible de saisir une annotation dans le champ **Remarque** (facultatif) ;
- Cliquer sur le bouton **Annuler** ;

Le processus est interrompu.

ou

- Cliquer sur le bouton **Enr.**, pour créer ou mettre à jour l'entrée relative à la **TRR** du patient.

Cliquer sur le bouton **Suppr.** pour supprimer l'entrée sélectionnée après validation d'un message de confirmation.

3.11.2.4 Onglet Cathéter

L'onglet **Cathéter** permet de gérer les cathéters et les extensions de cathéter, et offre des options de création, de modification et de suppression de ces entrées. Les entrées relatives aux cathéters sont liées à celles concernant leurs extensions. Ainsi, la suppression d'une entrée de cathéter provoquera la suppression simultanée des entrées d'extensions liées. La création et la modification des entrées se font toutefois de façon indépendante.

Fig. 3.12 Ecran Cathéter

Création/modification d'une entrée de cathéter

Procéder comme suit pour créer/modifier une entrée relative aux cathéters d'un patient :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'onglet **Cathéter** ;
- Cliquer sur le bouton **Nouv.** ou **Modif** ;
- Sélectionner le **Cathéter** dans le menu déroulant ;
- Sélectionner la **Technique de pose**, le **Matériel de Pose**, la **Vérification**, le **Trajet Tunnel** et la **Cause échange** dans les menus déroulants correspondants ;



Conseil

Tous les menus déroulants mentionnés ci-dessus peuvent être modifiés dans les masques de saisie sous **Administration/Config.**

- Sélectionner la **Date pose** dans le champ de saisie du calendrier ou conserver la date actuelle apparaissant dans ce champ ;
- Sélectionner la date de **Début traitement** dans le champ de saisie du calendrier ou laisser le champ vide ;



Conseil

Il n'est pas obligatoire de saisir de date pour les champs **Début traitement** et **Date ablation**. L'utilisateur peut laisser ces champs vides, et les mettre à jour ultérieurement. Le cas échéant, il est possible d'attribuer la valeur **Aucune** à l'option **Cause échange**.

- Sélectionner la **Date ablation** dans le champ de saisie du calendrier ou laisser le champ vide ;



Note

La saisie d'une **Date ablation** antérieure à la **Date pose** provoquerait l'échec de toute tentative d'enregistrement de l'entrée, et l'apparition d'un message d'avertissement. Cliquer sur le bouton **OK** du message d'avertissement, et retourner à l'onglet **Cathéter** pour rectifier les champs contenant les dates.

- Il est possible de saisir une annotation dans le champ **Remarque** (facultatif) ;
- Cliquer sur le bouton **Enr.** pour créer une **nouvelle entrée de cathéter** ou sur le bouton **Annuler** pour interrompre le processus.

● Gestion des extensions de cathéter

- Cliquer sur le bouton **Gestion des extensions >** ;
L'écran détaillé **Extensions de Cathéter** s'ouvre.



Note

Si l'enregistrement en cours n'a pas encore été sauvegardé, une fenêtre de dialogue s'ouvre et demande à l'utilisateur de sauvegarder les données.



Note

Il n'est pas permis de créer différentes entrées de cathéter disposant d'une même **Date pose**. Si tel devait être le cas, un message d'avertissement apparaîtrait, et le processus serait interrompu.

- Cliquer sur le bouton **Annuler** ;

Le processus est interrompu.

ou

- Cliquer sur le bouton **Oui**.

L'entrée de cathéter actuelle est enregistrée et l'écran détaillé **Extensions de Cathéter** s'ouvre.

Suppression de l'entrée de cathéter

Il convient de procéder comme suit pour supprimer une entrée de cathéter pour un patient :

- sélectionner le patient requis dans la **zone de description du patient** ;

- Sélectionner l'onglet **Cathéter** ;
- Sélectionner l'entrée à supprimer dans la **Liste Cathéters** ;
- Cliquer sur le bouton **Suppr.**
- Un message de confirmation s'ouvre.
- Cliquer sur le bouton **Oui** ;

L'entrée sélectionnée est supprimée.

ou

- Cliquer sur le bouton **No** ;

Le processus est interrompu, le message de confirmation est fermé.

Navigation entre Cathéter et Extensions de Cathéter

Procéder comme suit pour naviguer entre l'onglet principal **Cathéter** et l'écran détaillé **Extensions de Cathéter** :

- Cliquer sur le bouton **Gestion des extensions >** pour accéder à l'écran détaillé **Extensions de Cathéter** ;
- Cliquer sur le bouton **< Retour aux Cathéters** afin de revenir l'onglet principal **Cathéter** ;

Création/modification d'une entrée d'extension de cathéter

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;

Sélectionner l'onglet **Cathéter** (voir Fig. 3.12, Ecran Cathéter, page 53) ;

- Sélectionner l'entrée de cathéter nécessitant la création/modification d'une entrée **extension de cathéter** dans la **Liste Cathéters** ;
- Cliquer sur le bouton **Gestion des extensions >** ;

L'écran détaillé **Extensions de Cathéter** s'ouvre.

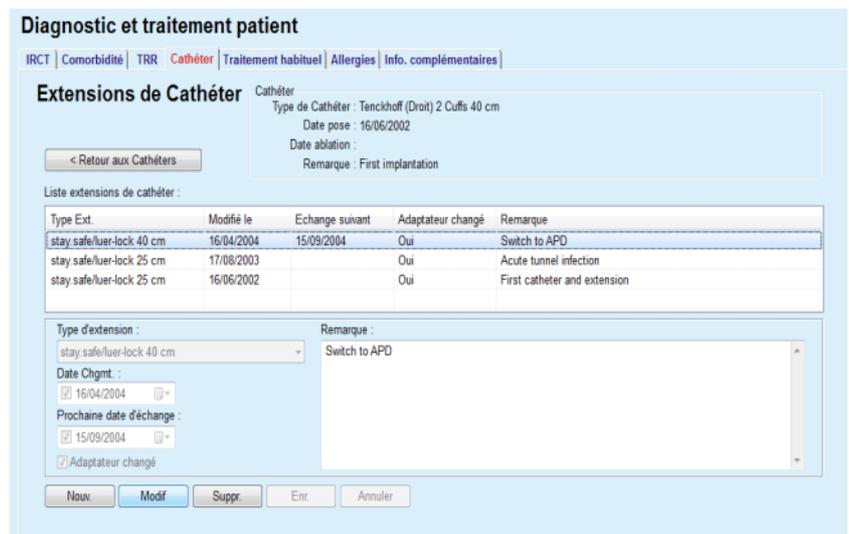


Fig. 3.13 Ecran détaillé Extensions de Cathéter

- Cliquer sur le bouton **Nouv.** pour ajouter une entrée extension de cathéter, ou cliquer sur le bouton **Modif** pour modifier l'entrée extension de cathéter sélectionnée ;

- Sélectionner l'extension de cathéter dans le menu déroulant **Type d'extension** ;



Note

Il est obligatoire de sélectionner une entrée **Type d'extension** ; dans le cas contraire, un message d'avertissement s'affiche

- Sélectionner la date dans le champ de saisie du calendrier **Date Chgmt.** ;



Note

Il est obligatoire de saisir la **Date Chgmt.**. Par ailleurs, la **Date Chgmt.** doit être comprise entre la **Date pose** et la **Date ablation** du cathéter correspondant. Dans le cas contraire, un message d'avertissement apparaît et le processus est interrompu.

- Il est éventuellement possible de choisir un rendez-vous pour la **Prochaine date d'échange** de l'extension du cathéter ; ce champ peut aussi être laissé vide en décochant la case correspondant à la date. La date par défaut correspond à la date actuelle.
- En cas de remplacement simultané de l'adaptateur, cocher aussi la case **Adaptateur changé** ;
- Il est possible de saisir une annotation dans le champ Remarque (facultatif) ;
- Cliquer sur le bouton **Enr.** pour enregistrer l'entrée ou sur le bouton **Annuler** pour interrompre le processus.

En cas de succès de l'opération de modification, un message s'affiche et la mise à jour de l'extension de cathéter apparaît dans la **Liste extensions de cathéter**.

3.11.2.5 Onglet Traitement habituel

L'onglet **Traitement habituel** permet de conserver une trace des traitements habituels d'un patient et propose des options de création, de modification et de suppression de ces informations.

Une entrée peut comprendre plusieurs médicaments, pouvant être sélectionnés dans une arborescence.

Diagnosics & Thérapies

IRCT | Comorbidité | TRR | Cathéter | **Traitement habituel** | Allergies | Info. complémentaires

Liste Traitement :

Date Début	Date arrêt	Remarque
15/10/2004		
03/06/2001	14/10/2004	

Nouv.
Modif.
Suppr.
Enr.
Annuler

Date Début : 15/10/2004

Date arrêt :

Remarque :

Liste Méd. :

Méd.	Mode Administration
Antihypertenseurs\inhibiteur A...	Enalaprinum, 40 mg /day
Agent Antilipidemique\Inhibiteu...	Simvastatinum, 20 mg/day

Gestion Médic. >

Fig. 3.14 Écran Traitement habituel

Création de l'entrée relative au traitement habituel

Procéder comme suit pour créer une entrée de traitement habituel pour un patient spécifique :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'onglet **Traitement habituel** ;
- Cliquer sur le bouton **Nouv.** ;
- Sélectionner la **Date Début** dans le champ de saisie du calendrier ou conserver la date actuelle ;
- Sélectionner la **Date arrêt** dans le champ de saisie du calendrier, conserver la date actuelle ou laisser le champ vide.



Note

La saisie d'une **Date arrêt** antérieure à la **Date Début** provoquerait l'échec de toute tentative d'enregistrement de l'entrée, et l'apparition d'un message d'avertissement. Cliquer sur le bouton **OK** du message d'avertissement et retourner à l'écran **Traitement habituel** pour rectifier les champs contenant les dates.

- Il est possible de saisir une annotation dans le champ Remarque (facultatif) ;
- Cliquer sur le bouton **Enr.** pour enregistrer l'entrée ou sur le bouton **Annuler** pour interrompre le processus.

ou

- Cliquer sur le bouton **Gestion médic. >** pour créer une nouvelle entrée relative au traitement habituel et passer à l'écran **Méd.** ;
- Cliquer sur le bouton **OK** dans le message de confirmation pour créer une nouvelle entrée de traitement habituel et atteindre la fenêtre suivante ;
- Cliquer sur le bouton **Annuler** pour retourner à l'écran **Traitement habituel** sans effectuer d'enregistrement. Dans un tel cas, sélectionner à nouveau le bouton **Enr.** ou **Annuler** de l'onglet **Traitement habituel** ;

Modification de l'entrée relative au traitement habituel

En cas de succès de la création d'une nouvelle entrée de **Traitement habituel**, cette nouvelle entrée apparaît dans la **Liste Traitement**.

Pour ajouter un traitement habituel supplémentaire pour un même patient, répéter la procédure décrite ci-dessus.

Procéder comme suit pour modifier une entrée relative au traitement habituel d'un patient spécifique :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'onglet **Traitement habituel** ;
(voir **Écran Traitement habituel**, page 57)
- L'entrée de traitement à modifier doit être sélectionnée dans la **Liste Traitement** ;
- Cliquer sur le bouton **Modif** ;

Les boutons **Enr.** et **Annuler** sont activés.

Les boutons **Nouv.**, **Modif** et **Suppr.** sont désactivés ;

- Modifier toutes les données requises, comme décrit dans la section précédente ;
- Cliquer sur le bouton **Enr.** pour enregistrer l'entrée ou sur le bouton **Annuler** pour interrompre le processus.

En cas de succès de l'opération, un message s'affiche et l'entrée concernant le traitement actuel apparaît dans la **Liste Traitement**.

Suppression de l'entrée relative au traitement habituel

Procéder comme suit pour supprimer une entrée relative au traitement habituel d'un patient :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'onglet **Traitement habituel** ;
(voir Fig. 3.14, Écran Traitement habituel, page 57)
- L'entrée de traitement à supprimer doit être sélectionnée dans la **Liste Traitement** ;
- Cliquer sur le bouton **Suppr.**
- Valider le message de confirmation ;
- Cliquer sur le bouton **Oui** et supprimer l'entrée de traitement ;
- Cliquer sur le bouton **No** pour interrompre le processus ;

Procéder comme suit pour naviguer entre l'onglet principal **Traitement habituel** et l'écran détaillé **Méd.** :

- Cliquer sur le bouton **Gestion médic. >** ;

L'écran détaillé **Méd.** s'ouvre.

- Cliquer sur le bouton **< Retour aux Traitements** ;

L'onglet principal **Traitement habituel** s'ouvre.

Création/modification d'une entrée de médicament

Procéder comme suit pour créer une nouvelle entrée de médicament pour un traitement spécifique relatif à un patient, ou modifier une entrée existante :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;

- Sélectionner l'onglet **Traitement habituel** ;
- Sélectionner l'entrée de traitement pour laquelle les médicaments correspondants doivent être créés/modifiés dans la **Liste Traitement** ;
- Cliquer sur le bouton **Gestion médic.** > ;
- L'écran détaillé **Méd.** s'ouvre. Cliquer sur le bouton **Nouv.** pour créer une nouvelle entrée ;
- Cliquer sur le bouton **Modif** pour modifier une entrée existante ;

Les boutons **Enr.** et **Annuler** sont activés.

Les boutons **Nouv.**, **Modif** et **Suppr.** sont désactivés.

- Cliquer sur le bouton  ;

Une boîte de dialogue contenant une arborescence des médicaments s'ouvre. Voir la figure ci-dessous.

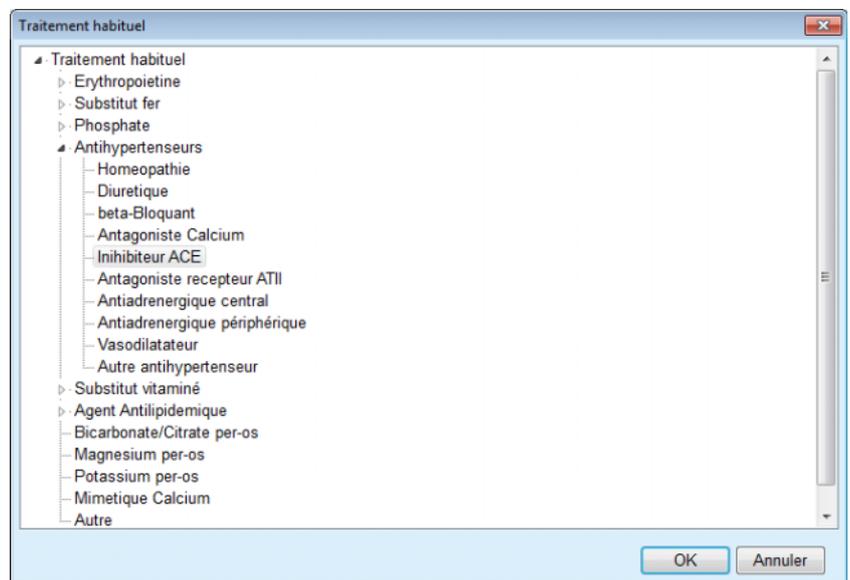


Fig. 3.15 Boîte de dialogue contenant l'arborescence des médicaments dans le cadre du traitement

L'utilisateur peut naviguer dans l'arborescence des médicaments d'une façon similaire à l'**Explorateur Windows**, et sélectionner un médicament.

- Cliquer sur le médicament sélectionné ;
- Cliquer sur le bouton **Oui** pour retourner à l'écran **Méd.** ;

Le médicament sélectionné apparaît dans le champ de saisie **Méd.**.

Le champ **Mode Administration** permet de saisir des informations détaillées relatives au médicament, telles que son appellation commerciale, les doses à administrer ou un commentaire.

- Cliquer sur le bouton **Enr.** pour créer/mettre à jour l'entrée de médicament ou sur le bouton **Annuler** pour interrompre le processus.

En cas de succès de l'opération de modification, un message s'affiche et la mise à jour du médicament apparaît dans la **Liste Méd.**.



Conseil

Si le patient est allergique, un symbole d'avertissement supplémentaire ainsi qu'une note (lien) apparaissent dans la fenêtre **Méd.** affichée. En cliquant sur le lien **Allergique**, l'onglet **Allergies** s'ouvre et la situation allergique du patient s'affiche.

3.11.2.6 Onglet Allergies

Création/modification d'une entrée d'allergie

L'onglet **Allergies** permet de gérer les allergies du patient et propose des options de création, de modification et de suppression de ces entrées. Une entrée comprendra le statut allergique (**Oui/No**), une date et une remarque facultative.

Procéder comme suit pour créer/modifier une entrée d'allergie pour un patient :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'onglet **Allergies** ;
- Cliquer sur le bouton **Nouv.** ou **Modif** ;
- Sélectionner la **Date** dans le champ de saisie du calendrier ou conserver la date actuelle ;
- Sélectionner le statut allergique **Oui/No** dans le champ Allergie ;
- Saisir un commentaire dans le champ **Remarque** (information obligatoire si le statut allergique est **Oui**).
- Cliquer sur le bouton **Enr.** pour enregistrer l'entrée ou sur le bouton **Annuler** pour interrompre le processus.

Suppression d'une entrée d'allergie

- Cliquer sur l'allergie pertinente dans la liste des allergies ;
- Cliquer sur le bouton **Suppr.**.

L'entrée est supprimée après validation d'un message de confirmation.

Le succès de l'opération de suppression est confirmé par une boîte de dialogue.



Conseil

Si le patient actuel dispose d'au moins une entrée d'allergie dont le statut est **Oui**, cette allergie apparaît dans la **zone de description du patient**.

En cas d'absence d'entrée d'Allergie, le texte « **Allergies non évaluées** » s'affiche dans la **zone de description du patient**.



Note

Lorsque l'instance PatientOnLine client/serveur est connectée à un SGBD externe et que le serveur est configuré de façon à ce que les entrées d'allergie soient modifiées au niveau du SGBD externe, les boutons Modif de PatientOnLine ne sont pas visibles et le menu Allergies est protégé en écriture.

3.11.2.7 Onglet Info. complémentaires

L'onglet **Info. complémentaires** permet de gérer quelques attributs importants du patient :

- Son statut **Actif / Inactif** ;
- Son statut **Adulte / Enfant** ;
- Son **Groupe sanguin / Facteur rhésus**.

(voir Fig. 3.16, Ecran Info. complémentaires, page 62)

Statut Actif / Inactif

Exemples d'inactivité :

- Commutation du traitement actuel en HD ;
- Transfert du patient vers un autre centre de dialyse ;

L'option de menu **Administration/Config./Aperçu données** active diverses options relatives au statut d'un patient **Actif / Inactif**, comme la prise en compte de patients inactifs dans les statistiques.

Un patient est considéré comme **Activé** par défaut.

Statut Adulte / Enfant

Le statut **Adulte / Enfant** est utile pour la sélection des formules AQ adaptées pour la surface corporelle, l'eau corporelle totale, etc. En fonction de ce statut, **PatientOnLine** permute automatiquement entre les formules pour adultes et pour enfants. Le statut **Adulte / Enfant** est déterminé par défaut en fonction de l'âge du patient.

L'option de menu **Administration/Config.** définit une limite d'âge modifiable (16 ans par défaut) déterminant si le patient est considéré comme un adulte ou un enfant.

Toutefois, le néphrologue peut décider, dans certains cas, qu'un patient spécifique correspond à un profil différent de celui défini en fonction de son âge. Par exemple, un patient obèse de 15 ans peut peser 120 kg et donc bénéficier des formules d'AQ pour adultes. Dans un tel cas, il est possible de modifier manuellement le statut **Adulte / Enfant**.

Procéder comme suit pour modifier le statut **Actif / Inactif** ou le statut **Adulte / Enfant** d'un patient :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'onglet **Info. complémentaires** ;

(voir **Ecran Info. complémentaires**, page 62)

- Cliquer sur le bouton **Modif** ;
- Sélectionner le statut **Actif / Inactif** dans le champ d'options ;

Groupe sanguin / Facteur rhésus

et/ou

- Cocher la case **Forcer statut manuellement** ;

Le champ d'options Adulte/Enfant s'ouvre.

- Sélectionner le statut **Adulte / Enfant** dans le champ d'options ;
- Cliquer sur le bouton **Enr.** pour enregistrer l'entrée ou sur le bouton **Annuler** pour interrompre le processus.

Le groupe sanguin et le facteur rhésus sont des données d'une importance capitale. En cas de transfusion sanguine par exemple, il est extrêmement important de connaître le groupe sanguin du patient. L'identification du **groupe sanguin** et du **facteur rhésus** est simple et sans ambiguïté :

- Cliquer sur le bouton **Modif** ;
- Choisir le groupe sanguin souhaité (**O, A, B** ou **AB**) dans le menu déroulant correspondant ;
- Choisir le facteur rhésus souhaité (**Positif, Négatif** ou **Inconnu**) dans le menu déroulant correspondant ;
- Cliquer sur le bouton **Enr.** pour enregistrer l'entrée ou sur le bouton **Annuler** pour interrompre le processus.

Les mentions de statut actuel (**Adulte / Enfant, Actif / Inactif, Groupe sanguin / Facteur rhésus**) sont affichées dans les zones correspondantes de la fenêtre **Info. complémentaires**.

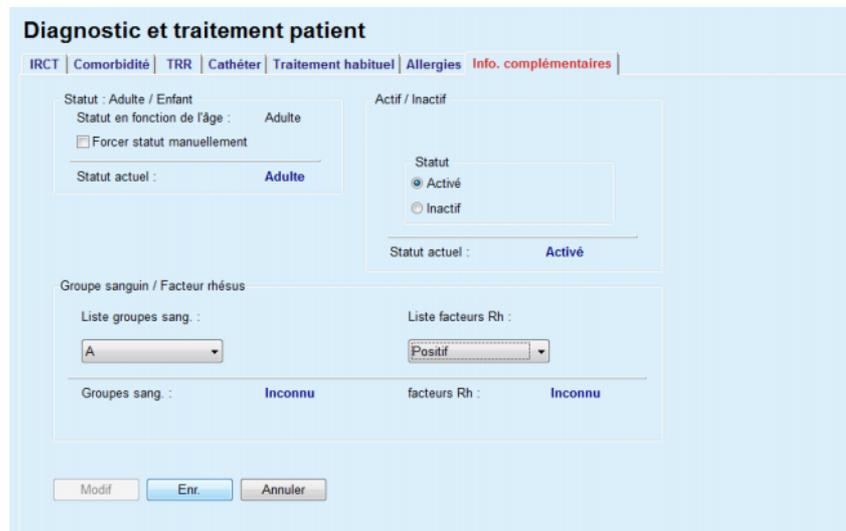


Fig. 3.16 Ecran Info. complémentaires



Note

Si PatientOnLine client/serveur est connecté à un SGBD externe, le statut Adulte / Enfant, le groupe sanguin et le facteur rhésus du SGBD externe sont déjà indiqués et ne peuvent pas être modifiés dans PatientOnLine.

3.11.3 Tunnel & Péritonites

L'option de menu **Tunnel & Péritonites** permet de gérer les informations relatives à l'**Emergence / Tunnelites** et les cas de **Péritonites**, ainsi que la **Classification émergence**.



Note

Pour pouvoir accéder à ces informations, un patient doit avoir été sélectionné dans la **zone de description du patient**.

3.11.3.1 Onglet Emergence / Tunnelites

L'onglet **Emergence / Tunnelites** permet à un utilisateur de gérer l'ensemble des informations relatives aux cas d'**Emergence / Tunnelites** d'un patient spécifique.

Il convient de procéder comme suit pour accéder à l'onglet **Emergence / Tunnelites** :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'onglet **Emergence / Tunnelites** ;



Fig. 3.17 Onglet Emergence / Tunnelites

Divers traitements peuvent être liés à un incident spécifique. De même, divers médicaments peuvent être liés à un traitement spécifique. Les entrées sont liées les unes aux autres. Ainsi, la suppression d'une entrée relative à un cas d'infection, après confirmation de l'utilisateur, au niveau de l'onglet Emergence / Tunnelites provoquera la suppression simultanée de toutes les entrées liées concernant les traitements et les médicaments. De même, la suppression d'une entrée de traitement, après confirmation de l'utilisateur, provoquera la suppression simultanée de tous les médicaments liés à ce traitement. La création et la modification des entrées se font toutefois de façon indépendante.

Un cas d'infection du site d'émergence/tunnelite peut être lié à une classification graphique du site d'émergence, ou à une photographie réelle du site d'émergence du patient.

Procéder comme suit pour créer/modifier une entrée relative à un incident d'émergence/de tunnelites :

Saisie d'un nouveau cas d'infection

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Tunnel & Péritonites** dans l'arborescence de menu ;
- Sélectionner **Emergence / Tunnelites** ;
- Cliquer sur le bouton **Nouv.** ou **Modif** ;

La première fenêtre de l'assistant de saisie s'ouvre.

Il est possible de sélectionner les types d'infection suivants :

Tunnel seul,

Emergence seule,

Tunnel et émergence.

- Sélectionner de façon appropriée ;
- Cliquer sur le bouton **Suiv >** pour poursuivre ou sur le bouton **Fermer** pour interrompre le processus.

La seconde fenêtre de l'assistant de saisie s'ouvre.

Explications relatives à la case à cocher **Utilis. pour stat.** :

Lorsque la case est cochée, le cas est pris en compte dans l'option **Statistiques**.

Lorsque la case n'est **pas** cochée, le cas n'est pas pris en compte dans l'option **Statistiques**.

- Prendre une décision pour la case **Utilis. pour stat.** ;
- Sélectionner l'option **Date** dans le champ de saisie du calendrier ou conserver la date actuelle ;
- Sélectionner la **Date Prélèv.** dans le champ de saisie du calendrier ou conserver la date actuelle ;
- Saisir un commentaire dans le champ **Remarque** (optionnel) ;

Ajout d'un germe

- Cliquer sur le bouton **Ajout...** pour ajouter un **Germe** à l'incident de tunnelite (optionnel) ;

La boîte de dialogue **Ajout. Germes** apparaît.

- Sélectionner le germe correspondant dans la liste **Ajout. Germes** ;
- Cliquer sur le bouton **Ajout...** ;

Le germe sélectionné est ajouté à la zone de texte **Germes**.

Suppression d'un germe

- Sélectionner l'entrée dans la zone de texte **Germes** ;
- Cliquer sur le bouton **Suppr.**
- L'entrée sélectionnée est supprimée sans demande de confirmation ;

Poursuite avec classification des émergences

- Cocher la case **Avec classification des émergences** pour lier une classification graphique du site d'émergence à l'incident d'infection ;
- Cliquer sur le bouton **Suiv >** pour atteindre la classification graphique ;

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Procéder comme décrit dans la section (voir Onglet Classification émergence, page 71).
Poursuite sans classification de l'émergence	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si la case Avec classification des émergences n'a pas été cochée, cliquer sur le bouton Terminé, ou cliquer sur le bouton Fermer pour interrompre l'opération sans enregistrer le processus.
Effacement d'un incident d'infection	<p>Procéder comme suit pour supprimer une entrée relative à un incident d'infection du site d'émergence/de tunnelite :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sélectionner le patient dans la zone de description du patient ; ➤ Sélectionner l'option de menu Tunnel & Péritonites dans l'arborescence de menu ; ➤ Sélectionner l'onglet Emergence / Tunnelites ; ➤ Sélectionner l'entrée pertinente dans le tableau Incidents ➤ Cliquer sur le bouton Suppr. ➤ Un message de confirmation s'ouvre et indique que toutes les entrées liées, telles que les traitements et les médicaments, seront également supprimées. ➤ Cliquer sur le bouton Oui ; <p>L'entrée est supprimée.</p> <p>Le succès de l'opération de suppression est confirmé par une boîte de dialogue.</p> <p>Cliquer sur le bouton No pour interrompre le processus sans supprimer l'entrée.</p>
Création d'un traitement	<p>Il est possible de créer/modifier un ou plusieurs traitements concernant un incident dès la création d'une entrée relative à ce dernier.</p> <p>La structure de l'onglet Emergence / Tunnelites est la suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> Incidents (onglet principal), Traitements (premier onglet détaillé), Méd. (second onglet détaillé),
Naviguer entre les écrans liés	<p>Pour naviguer entre les écrans liés Incidents, Traitements et Méd., procéder comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cliquer sur le bouton Gestion traitements > pour atteindre l'écran Traitements ; ➤ Cliquer sur le bouton Gestion médic. > pour atteindre l'écran Méd. ; ➤ Il est possible en toutes circonstances de retourner à l'écran précédent à l'aide du bouton < Retour
Création d'une nouvelle entrée de traitement	<p>Divers traitements peuvent être liés à un incident d'infection spécifique. Procéder comme suit pour ajouter une entrée de traitement à un incident de tunnelite :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sélectionner le patient dans la zone de description du patient ; ➤ Sélectionner un incident de tunnelite dans le tableau Incidents ;

- Cliquer sur le bouton **Gestion traitements** > ;

L'onglet détaillé **Traitements** s'ouvre :

(voir Fig. 3.18, Traitements pour un incident spécifique d'urgence/de tunnelites, page 66)

Cliquer sur le bouton **Nouv.** ;

- Sélectionner la **Date Début** du traitement sélectionné dans le champ de saisie de calendrier ou conserver la date actuelle ;
- Sélectionner la **Date arrêt** du traitement sélectionné dans le champ de saisie de calendrier ou conserver la date actuelle ;



Conseil

La valeur et le format par défaut des champs de saisie du calendrier **Date Début** et **Date arrêt** consistent en la date actuelle, en fonction des paramètres régionaux et de la configuration de la date et de l'heure de l'ordinateur de l'utilisateur.



Note

La saisie d'une **Date arrêt** antérieure à la **Date Début** provoquerait l'échec de toute tentative d'enregistrement de l'entrée, et l'apparition d'un message d'avertissement. Cliquer sur le bouton **OK** du message d'avertissement, et retourner à l'écran **Traitements** pour rectifier les dates dans les champs sélectionnés.

- Saisir un commentaire dans le champ **Remarque** (optionnel) ;
- Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

Emergence / Tunnelites & Péritonites

Emergence / Tunnelites | Péritonites | Classification émergence

Traitements Incident

Date : 16/10/2002
Date Prêlév. : 14/10/2002
Remarque : Acute infection - both tunnel and exit-site.

< Retour aux Incidents

Date Début	Date arrêt	Remarque
17/10/2002	19/10/2002	Clear effluent, no fever, exit-site normal skin, normal color, without exudation.
14/10/2002	16/10/2002	No clinical improvement.

Nouv. Modif. Suppr. Enr. Annuler

Date Début : 17/10/2002
Date arrêt : 19/10/2002
Remarque : Clear effluent, no fever, exit-site normal skin, normal color, without exudation.

Méd. :
Norm du Méd. : Vancomycine
Dosage : 1 g. in the last bag of the day.

Gestion médic. >

Fig. 3.18 Traitements pour un incident spécifique d'urgence/de tunnelites

L'entrée enregistrée est affichée dans le tableau **Traitements** de l'onglet principal **Incidents**.

ou

- Cliquer sur le bouton **Annuler** pour interrompre le processus.

Suppression d'une entrée de traitement

La modification d'une entrée de traitement est réalisée de la même façon.

Il convient de procéder comme suit pour supprimer une entrée de **Traitement** :

- Sélectionner l'entrée de traitement à supprimer dans le tableau **Traitements** ;
- Cliquer sur le bouton **Suppr.**
- Une boîte de dialogue contenant une demande de confirmation s'ouvre ;
- Cliquer sur le bouton **Oui**.

L'entrée est supprimée.

Le succès de l'opération de suppression est confirmé par une boîte de dialogue.

Cliquer sur le bouton **No** pour interrompre le processus sans supprimer l'entrée.



Note

La suppression d'une entrée de **Traitement** provoque aussi la suppression de toutes les entrées de **Méd.** liées.

Comme mentionné ci-dessus, divers (et plusieurs) médicaments peuvent être liés à un même traitement. Le bouton **Gestion médic.** > permet de réaliser cette opération dans une fenêtre séparée. La modification des entrées de médicaments s'effectue d'une façon identique à la modification des entrées de traitements.



Conseil

La liste des médicaments peut être adaptée en modifiant/ajoutant de nouvelles options provenant du module **Administration/Config./Listes Médicales**.



Conseil

Si le patient est allergique, un symbole d'avertissement supplémentaire ainsi qu'une note (lien) apparaissent dans la fenêtre **Méd.** affichée. En cliquant sur le lien **Allergique**, l'onglet **Allergies** s'ouvre et la situation allergique du patient s'affiche.



Note

Toutes les fenêtres **Méd.** de l'application (en rapport avec **Emergence / Tunnelites** et **Péritonites**) utilisent la même méthode pour les **Allergies**.

3.11.3.2 Onglet Péritonites

L'onglet **Péritonites** permet de gérer toutes les informations requises pour les cas de péritonite telles que le traitement thérapeutique de la péritonite et les divers médicaments utilisés.

Comme dans le cas du module **Emergence / Tunnelites**, divers **Traitements** peuvent être liés à un cas spécifique de péritonite. De même, divers **Méd.** peuvent être liés à un **Traitement** spécifique. Il est à noter que les entrées **Incidents**, **Traitements** et **Méd.** sont liées les unes aux autres. Ainsi, la suppression d'une entrée correspondant à un cas de péritonite provoquera aussi la suppression de toutes les entrées de traitement et de médicaments liées à ce cas de péritonite, après confirmation de l'utilisateur. De même, la suppression d'une entrée de traitement, après confirmation de l'utilisateur, provoquera la suppression simultanée de tous les médicaments liés à ce traitement. La création et la modification de telles entrées se font toutefois de façon indépendante.

Création d'une nouvelle entrée correspondant à un cas de péritonite

Il convient de procéder comme suit pour créer une nouvelle entrée correspondant à un cas de péritonite :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Tunnel & Péritonites** dans l'arborescence de menu ;
- Sélectionner l'onglet **Péritonites** ;
- Cliquer sur le bouton **Nouv..**

Les boutons **Enr.** et **Annuler** sont activés.

Les boutons **Nouv.**, **Modif** et **Suppr.** sont désactivés.

Explications relatives à la case à cocher « Utilis. pour stat. » :

Case cochée :

L'incident correspondant est pris en compte dans le cadre des **Statistiques**.

Case **non** cochée :

L'incident correspondant n'est pas pris en compte dans le cadre des **Statistiques**.

- Prendre une décision pour la case **Utilis. pour stat.** ;
- Sélectionner l'option **Date** dans le champ de saisie du calendrier ou conserver la date actuelle ;
- Sélectionner la **Date prélèvement du dialysat** dans le champ de saisie du calendrier ou conserver la date actuelle ;
- Saisir un commentaire dans le champ **Remarque** (optionnel) ;

Ajout d'un germe

- Cliquer sur le bouton **Ajout...** pour ajouter un **Germe** au cas actuel de péritonite (optionnel) ;

La boîte de dialogue **Ajout. Germes** apparaît.

- Sélectionner le germe correspondant dans la liste **Ajout. Germes** ;
- Cliquer sur le bouton **Ajout...** ;

Le germe sélectionné est ajouté à la zone de texte **Germes**.

Suppression d'un germe	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sélectionner l'entrée dans la zone de texte Germe ; ➤ Cliquer sur le bouton Suppr. ➤ L'entrée sélectionnée est supprimée sans demande de confirmation ;
Enregistrement d'une entrée correspondant à un cas de péritonite	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cliquer sur le bouton Enr. pour enregistrer l'entrée ou sur le bouton Annuler pour interrompre le processus sans effectuer d'enregistrement ; <p>Le succès de l'opération d'enregistrement est confirmé par une boîte de dialogue.</p> <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cliquer sur le bouton Gestion traitements > ; <p>Une boîte de dialogue offrant deux options s'ouvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cliquer sur le bouton Oui ; <p>L'entrée nouvellement créée est enregistrée, l'onglet Traitements est affiché.</p> <p>ou</p> <p>Cliquer sur le bouton Annuler, l'onglet Incidents est à nouveau affiché, et peut être modifié.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cliquer sur le bouton Enr. de l'onglet Incidents pour enregistrer l'entrée correspondant au cas de péritonite ou cliquer sur le bouton Annuler pour interrompre le processus sans effectuer d'enregistrement. <p>En cas de succès de l'opération, un message de confirmation est affiché et la nouvelle entrée apparaît dans le tableau Incidents.</p>
Modification d'une entrée correspondant à un cas de péritonite	<p>Il convient de procéder comme suit pour modifier une entrée spécifique correspondant à un cas de péritonite :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sélectionner le patient dans la zone de description du patient ; ➤ Sélectionner l'option de menu Tunnel & Péritonites dans l'arborescence de menu ; ➤ Sélectionner l'onglet Péritonites ; ➤ Sélectionner l'entrée à modifier dans le tableau Incidents ; – Cliquer sur le bouton Modif ; <p>Les boutons Enr. et Annuler sont activés. Les boutons Nouv., Modif et Suppr. sont désactivés.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Modifier toutes les données requises ; <p>Poursuivre les opérations comme décrit dans (voir Création d'une nouvelle entrée correspondant à un cas de péritonite, page 68).</p> <p>En cas de succès de l'opération, un message de confirmation est affiché et l'entrée mise à jour apparaît dans le tableau Incidents.</p>
Suppression d'une entrée correspondant à un cas de péritonite	<p>Il convient de procéder comme suit pour supprimer une entrée spécifique correspondant à un cas de péritonite :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sélectionner le patient dans la zone de description du patient ;

- Sélectionner l'option de menu **Tunnel & Péritonites** dans l'arborescence de menu ;
- Sélectionner l'onglet **Péritonites** ;
- Sélectionner l'entrée à supprimer correspondant au cas de **Péritonite** dans le tableau **Incidents** ;
- Cliquer sur le bouton **Suppr.**

Une boîte de dialogue offrant deux options s'ouvre :

- Cliquer sur le bouton **Oui** ;

L'entrée et les extensions correspondantes sont supprimées.

ou

- Cliquer sur le bouton **No** ;

L'entrée n'est **pas** supprimée. L'onglet **Incidents** s'affiche à nouveau.

Navigation entre les onglets liés

Il convient de procéder comme suit pour naviguer entre les écrans liés **Incidents, Traitements** et **Méd.** :

- Cliquer sur le bouton **Gestion traitements** > pour atteindre l'onglet **Traitements** ;
- Cliquer sur le bouton **Gestion médic.** > pour atteindre l'onglet **Méd.** ;
- Il est possible en toutes circonstances de retourner à l'onglet précédent à l'aide du bouton **< Retour** ;

Ajout d'une entrée de traitement à un cas de péritonite

Divers traitements peuvent être liés à un incident d'infection spécifique. Pour ajouter une entrée de traitement à un cas d'incident de péritonite, utiliser la même procédure qu'en cas d'ajout d'une entrée de traitement à un incident d'**Emergency / Tunnelites** (expliqué à la section précédente).

Modification de l'entrée de traitement d'un cas de péritonite

Procéder comme suit pour modifier une entrée de traitement :

- Sélectionner l'entrée de traitement dans le tableau **Incidents** ;
- Cliquer sur le bouton **Modif** ;
- Modifier toutes les données requises ;
- Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

Suppression d'une entrée de traitement correspondant à un cas de péritonite

Pour supprimer une entrée spécifique de **Traitement**, utiliser la même procédure que celle décrite dans la section **Emergency / Tunnelites**.

Ajout d'une entrée de médicament à un cas de péritonite

Comme mentionné ci-dessus, divers (et plusieurs) médicaments peuvent être liés à un même traitement. Pour créer/modifier une entrée de médicament relative à un traitement spécifique liée à un patient, utiliser la même procédure que celle décrite dans la section **Emergency / Tunnelites**.

Suppression d'une entrée de médicament relative à un cas de péritonite

Procéder comme suit pour supprimer une entrée de médicament :

- Sélectionner l'entrée de médicament dans le tableau **Méd.** ;

- Cliquer sur le bouton **Suppr.**
- L'entrée est supprimée après validation d'un message de confirmation.

3.11.3.3 Onglet Classification émergence

Il convient de procéder comme suit pour accéder à l'onglet **Classification émergence** :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Tunnel & Péritonites** dans l'arborescence de menu ;
- Sélectionner l'onglet **Classification émergence** ;
- Sélectionner l'onglet **Classification** ou **Table de Diagnostics**.

(voir Fig. 3.19, Onglet Classification émergence, page 72)

Classification

Une variante de la classification d'émergence de Twardowski, modifiée par Teixido et Arias, peut être consultée à l'aide de l'onglet **Classification** de **PatientOnLine**.

Cette classification permet de déterminer avec précision l'état du site d'émergence du patient, en sélectionnant un degré pour chacune des huit catégories.

Il est aussi possible d'accéder à la même classification depuis l'onglet **Emergence / Tunnelites** après avoir coché la case **Avec classification des émergences**.

Il convient alors de mettre en œuvre une procédure identique à celle décrite ci-après pour créer une nouvelle entrée de **Classification émergence**.

Une **Classification émergence** peut être liée à un incident d'émergence/tunnelites (voir section **Emergence / Tunnelites**) ou elle peut être définie de façon indépendante à l'aide de l'onglet **Classification émergence** en cas de contrôle médical régulier.

Si la **Classification émergence** est définie lors de la création d'un incident d'**Emergence / Tunnelites**, l'entrée est affichée en caractères rouges sur fond jaune dans la **Liste émerg.**. La source de l'entrée est indiquée. La source peut être : stocké manuellement ou infection.



Note

Les entrées de **Classification émergence** liées à une **Emergence / Tunnelites** ne peuvent être ni modifiées, ni supprimées au niveau de l'onglet **Classification émergence (Modif, Suppr., Enr. et Suppr.)**. Les opérations de modification et de suppression ne sont autorisées que pour les entrées créées en quittant l'onglet **Classification émergence**.

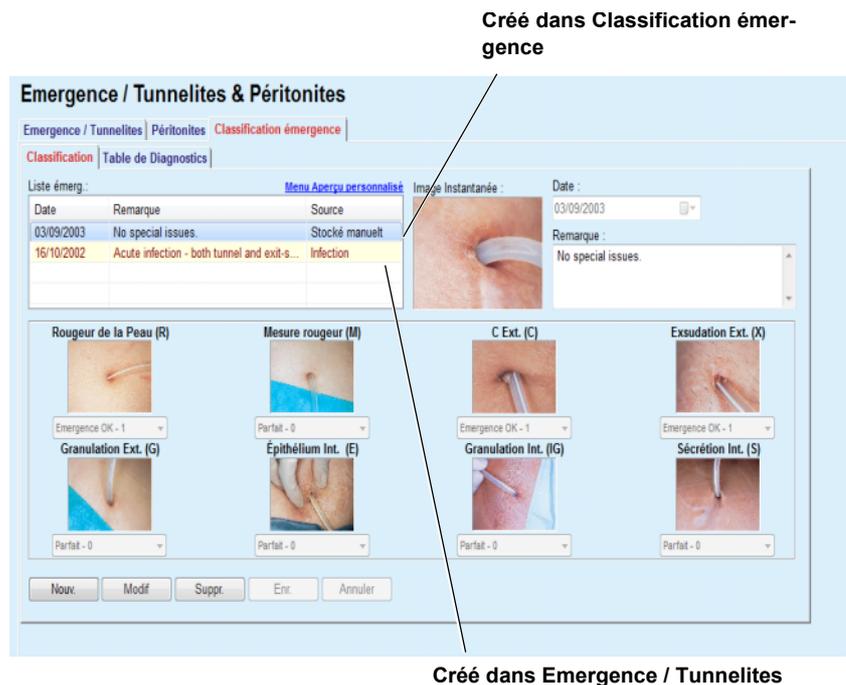


Fig. 3.19 Onglet Classification émergence

Création d'une entrée de Classification émergence

Il convient de procéder comme suit pour créer une entrée de **Classification émergence** relative au patient sélectionné :

- Cliquer sur le bouton **Nouv.** ;
- Les boutons **Enr.** et **Annuler** sont activés ;
Les boutons **Nouv.**, **Modif** et **Suppr.** sont désactivés.
- Sélectionner la date requise ou conserver la date actuelle apparaissant dans le champ de saisie **Date Début**.
- Saisir un commentaire dans le champ **Remarque** (optionnel) ;
- Le cas échéant, il est possible d'ajouter une photographie numérique du site d'émergence concerné en double-cliquant dans la zone **Image Instantanée** et en sélectionnant le fichier image requis ;
- Il est possible de sélectionner un degré pour chacune des huit catégories de sites d'émergence à l'aide d'un menu déroulant.
- Répéter le processus de sélection pour chacune des huit catégories ;
- Cliquer sur le bouton **Enr.** pour créer l'entrée relative à la **Classification émergence**, ou sur le bouton **Annuler** pour interrompre le processus en cours.

Modification d'une entrée de Classification émergence

Il convient de procéder comme suit pour modifier une entrée de **Classification émergence** relative au patient sélectionné :

- Sélectionner l'entrée à modifier dans le tableau **Liste émerg.** ;
- Cliquer sur le bouton **Modif** ;
- Il est possible de modifier les données concernées ;

Suppression d'une entrée de Classification émergence

- Cliquer sur le bouton **Enr.** pour créer l'entrée relative à la **Classification émergence**, ou sur le bouton **Annuler** pour interrompre le processus en cours.

Il convient de procéder comme suit pour supprimer une entrée de **Classification émergence** relative au patient sélectionné :

- Sélectionner l'entrée à supprimer dans le tableau **Liste émerg.** ;
- Cliquer sur le bouton **Suppr.**
- L'entrée à modifier est supprimée après validation d'un message de confirmation.

Le succès de l'opération de suppression est confirmé par une boîte de dialogue.

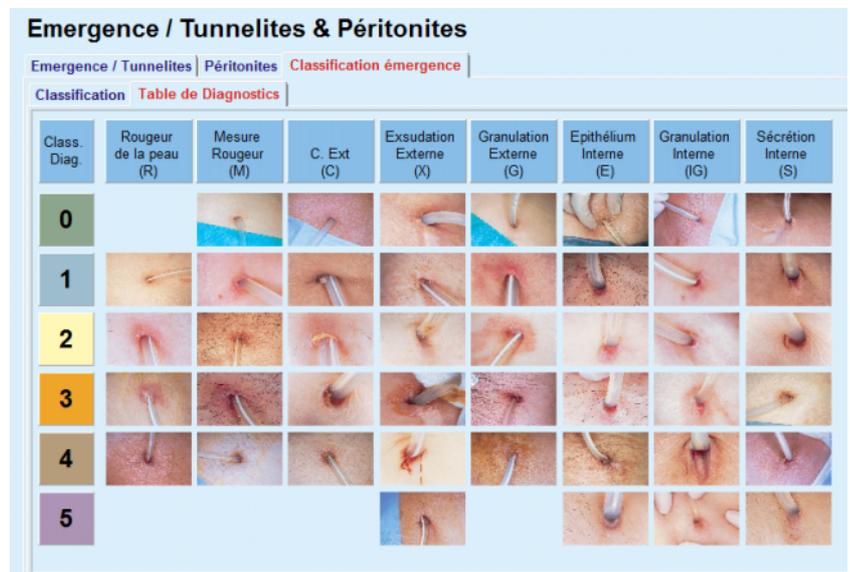


Fig. 3.20 Table de Diagnostics

Le tableau des sites d'émergence selon Teixido & Arias est disponible dans l'onglet **Table de Diagnostics** :

- Sélectionner l'onglet **Table de Diagnostics** ;
- Cliquer sur la photographie correspondante ;

Une boîte de dialogue, comprenant une description complète de la photographie sélectionnée, apparaît.

Fermer la boîte de dialogue :

- Cliquer sur le bouton ;

3.11.4 Données cliniques

L'option de menu **Données cliniques** est subdivisée en neuf onglets :

Poids,
Taille,
Pression Artérielle,
Bilan volume,
BCM,
Amputation,
Portage Nasal,
Autres Données Labo.,
Remarque.

L'utilisateur peut **afficher, saisir, modifier et supprimer** un certain nombre de données médicales de base relatives au patient sélectionné dans la zone de description du patient.

3.11.4.1 Onglet Poids

L'onglet **Poids** (voir **Onglet Poids**, page 76) permet à l'utilisateur de spécifier le poids d'un patient et ainsi de créer une nouvelle entrée de poids relative au patient, et de modifier ou de supprimer l'entrée de poids existante du patient.

En outre, l'utilisateur peut définir des limites de notification de poids (min/max), avec une date spécifique pour chaque limite. Une valeur de poids est mise en évidence en rouge lorsque la valeur est hors limites définies pour la plage de date concernée spécifique.



Note

Une nouvelle entrée de poids est toujours ajoutée lorsque l'on crée une nouvelle entrée d'assurance qualité ou lorsqu'une carte BCM avec une nouvelle donnée relative au poids est personnalisée et saisie directement dans l'option de menu **Personnaliser la carte BCM**. La liste de poids (voir **Onglet Poids**, page 76) affiche ces entrées de poids, avec toutefois des codes couleur différents. Les entrées de poids peuvent également être importées depuis le SGBD ou depuis les traitements DPCA. La source de l'entrée est affichée dans la liste. Depuis l'onglet **Poids**, les entrées dont la source n'est pas « Stocké manuellement » ne peuvent être ni supprimées ni modifiées.

L'onglet **Poids** propose les champs de données suivants :

Poids (kg ou livres),
Ventre plein (case à cocher),
Poids Sec Prescrit (kg ou livres),
Date.

Création d'une nouvelle entrée de poids

Il convient de procéder comme suit pour créer une nouvelle entrée de poids :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Données cliniques** dans l'arborescence ;
- Sélectionner l'onglet **Poids** ;
- Cliquer sur le bouton **Nouv.** ;
- Saisir les valeurs numériques correspondantes dans les champs **Poids** et **Poids Sec Prescrit** ;
- La case **Ventre plein** peut être éventuellement cochée ;
- Sélectionner la date requise dans le champ **Date** ou conserver la date actuelle apparaissant à l'écran.



Conseil

Un cadre d'information comprenant les limites supérieures et inférieures autorisées apparaît dès que l'on place le pointeur sur les champs **Poids** et **Poids Sec Prescrit**. L'utilisateur peut modifier les valeurs limites de poids à tout moment sous **Administration/Config/Limites**.

- Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

Le succès de l'opération d'enregistrement est indiqué sous forme de menu contextuel, et doit être confirmé en cliquant sur le bouton **Oui**.

Modification de l'entrée de poids

Il convient de procéder comme suit pour modifier une entrée de poids :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Données cliniques** dans l'arborescence ;
- Sélectionner l'onglet **Poids** ;
- Sélectionner l'entrée à modifier dans la liste **Suivi Poids**.



Note

Seules les entrées affichées en caractères noirs peuvent être modifiées. Les entrées apparaissant en caractères rouges ont été générées par d'autres sources de données et ne peuvent donc **pas** être modifiées.

- Cliquer sur le bouton **Modif** ;
- Les champs **Poids** et **Poids Sec Prescrit** peuvent être modifiés/corrigés ;
- La case **Ventre plein** peut être éventuellement cochée ;
- Sélectionner la date requise dans le champ **Date** ou conserver la date actuelle apparaissant à l'écran.
- Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

Le succès de l'opération d'enregistrement est indiqué sous forme de menu contextuel, et doit être confirmé en cliquant sur le bouton **Oui**.

Créé dans Poids

Données cliniques

Poids | Taille | Pression Artérielle | Bilan volume | B.M | Amputation | Portage Nasal | Autres Données Labo. | Remarque

Poids | Limites

Récap. Poids :

Date	Poids [Kg]	Ventre plein	Poids Sec Prescrit [Kg]	Source
17/02/2003	73,2	No		AQ
16/10/2002	74,0	Oui	72,0	Stocké manuel
12/09/2002	75,0	No		AQ
10/09/2002	73,5	No		AQ
03/09/2002	75,0	No		AQ
15/08/2002	72,0	Oui	70,0	Stocké manuel
08/10/2001	87,0	↑ No		AQ

Poids : Kg Date : 27/04/2018

Ventre plein :

Poids Sec Prescrit : Kg

Créé dans une autre source de données

Fig. 3.21 Onglet Poids



Conseil

Les unités de mesure du poids s'affichent selon les paramètres définis dans **Administration/Config./Entrer Données labo./Unités (poids & taille)**. Il est possible d'alterner entre kg & cm et livres & pouces à tout moment.

Suppression d'une entrée de poids

- Il convient de procéder comme suit pour supprimer une entrée de poids :
- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Données cliniques** dans l'arborescence ;
- Sélectionner l'onglet **Poids** ;
- Sélectionner l'entrée à supprimer dans la liste **Suivi Poids**.



Note

Seules les entrées affichées en caractères noirs peuvent être supprimées. Les entrées apparaissant en caractères rouges ont été générées par d'autres sources de données et ne peuvent donc **pas** être supprimées.

- Cliquer sur le bouton **Suppr..**

Une boîte de dialogue contenant une demande de confirmation s'ouvre.

Cliquer sur le bouton **Oui** pour supprimer l'entrée sélectionnée, ou cliquer sur le bouton **Non** pour interrompre le processus, sans modifier l'onglet **Poids**.

Le sous-onglet **Limites** permet de définir les limites de notification de poids en utilisant les boutons **Nouv.**, **Modif**, **Suppr.**, **Enr.** et **Annuler**.

Pour définir un tel enregistrement de limite, cliquer sur **Nouv.**, puis fixer une date, une valeur minimale et une valeur maximale, et enfin cliquer **Enr.**.

Il est possible de définir plusieurs enregistrements de limites, chacune avec sa propre date. Un enregistrement de limite agit à partir de sa date de définition jusqu'à l'enregistrement de limite suivant ou jusqu'à la date actuelle si aucun enregistrement ultérieur n'existe.



Note

Il est fortement recommandé de définir au moins une série de limites pour chaque patient, avec une date appropriée. Les limites ne s'appliqueront qu'aux entrées dont la date est postérieure à celle des limites.



Note

Les valeurs de poids qui sont en dehors des limites correspondant à la date de l'enregistrement du poids sont surlignées en rouge.



Note

Lorsque l'instance PatientOnLine client/serveur est connectée à un SGBD externe et que le serveur est configuré de façon à ce que le poids puisse être modifié au niveau du SGBD externe, les boutons Modif ne sont pas visibles dans PatientOnLine et le menu Poids est protégé en écriture.

3.11.4.2 Onglet Taille

L'onglet **Taille** (voir **Onglet Taille**, page 79) permet à l'utilisateur de spécifier la taille d'un patient, et ainsi de créer une nouvelle entrée de taille relative au patient, et de modifier ou de supprimer une entrée de taille existante du patient.



Note

Une nouvelle entrée de taille est toujours ajoutée lorsque l'on crée une nouvelle entrée d'assurance qualité ou lorsqu'une carte BCM avec une nouvelle donnée relative à la taille est personnalisée et saisie directement dans l'option de menu **Personnaliser la carte BCM**. Le **Suivi taille** dans (voir **Onglet Taille**, page 79) affiche ces entrées de taille, avec toutefois des codes couleur différents. Les entrées de taille peuvent également être importées depuis le SGBD. La source de l'entrée est affichée dans la liste. Depuis l'onglet **Taille**, les entrées dont la source n'est pas « Stocké manuel » ne peuvent être ni supprimées ni modifiées.

Création d'une nouvelle entrée de taille

L'onglet **Taille** propose les champs de données suivants :

Taille (cm ou pouces),

Date.

Il convient de procéder comme suit pour créer une nouvelle entrée de taille :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Données cliniques** dans l'arborescence ;
- Sélectionner l'onglet **Taille** ;
- Cliquer sur le bouton **Nouv.** ;
- Saisir une valeur numérique correspondante dans le champ **Taille** ;
- Sélectionner la date requise dans le champ **Date** ou conserver la date actuelle apparaissant à l'écran.



Conseil

Un cadre d'information comprenant les limites supérieures et inférieures autorisées apparaît dès que l'on place le pointeur sur le champ **Taille**. L'utilisateur peut modifier les valeurs limites de taille à tout moment sous d'**Administration/Config./Limites**.

-
- Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

Le succès de l'opération d'enregistrement est indiqué sous forme de menu contextuel, et doit être confirmé en cliquant sur le bouton **Oui**.

Modification d'une entrée de taille

Il convient de procéder comme suit pour modifier une entrée de taille :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Données cliniques** dans l'arborescence ;
- Sélectionner l'onglet **Taille** ;
- Sélectionner l'entrée à modifier dans le **Suivi taille**.



Note

Seules les entrées affichées en caractères noirs peuvent être modifiées. Les entrées apparaissant en caractères rouges ont été générées par d'autres sources de données et ne peuvent donc **pas** être modifiées.

-
- Cliquer sur le bouton **Modif** ;
 - Le champ **Taille** peut à présent être modifié ;
 - Sélectionner la date requise dans le champ **Date** ou conserver la date actuelle apparaissant à l'écran.
 - Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

Le succès de l'opération d'enregistrement est indiqué sous forme de menu contextuel, et doit être confirmé en cliquant sur le bouton **Oui**.



Conseil

Les données de mesure de la taille dépendent des réglages effectués sous **Administration/Config./Entrer Données labo./Unités (poids et taille)**. Il est possible d'alterner entre kg & cm et livres & pouces à tout moment.

Suppression d'une entrée de taille

Il convient de procéder comme suit pour supprimer une entrée de taille :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Données cliniques** dans l'arborescence ;
- Sélectionner l'onglet **Taille** ;
- Sélectionner l'entrée à supprimer dans le **Suivi taille**.



Note

Seules les entrées affichées en caractères noirs peuvent être supprimées. Les entrées apparaissant en caractères rouges ont été générées par d'autres sources de données et ne peuvent donc **pas** être supprimées.

- Cliquer sur le bouton **Suppr..**

Une boîte de dialogue contenant une demande de confirmation s'ouvre.

Cliquer sur le bouton **Oui** pour supprimer l'entrée sélectionnée, ou cliquer sur le bouton **Non** pour interrompre le processus.

Créé dans une autre source de données

Données cliniques

Poids | **Taille** | Pression Artérielle | Bilan volume | BCM | Amputation | Portage Nasal | Autres Données Labo. | Remarque

Suivi taille :

Date	Taille [cm]	Source
17/02/2003	164	AQ
14/10/2002	176	Stocké manuel
12/09/2002	176	AQ
10/09/2002	176	AQ
03/09/2002	176	AQ
08/10/2001	176	AQ

Taille : cm Date : 27/04/2017

Créé dans Taille

Fig. 3.22 Onglet Taille

L'onglet secondaire **Limites** permet de définir les limites de notification de taille à l'aide des boutons **Nouv.**, **Modif**, **Suppr.**, **Enr.** et **Annuler**.

Pour définir un tel enregistrement de limite, cliquer sur **Nouv.**, puis fixer une date, une valeur minimale et une valeur maximale, et enfin cliquer **Enr.**

Il est possible de définir plusieurs enregistrements de limites, chacune avec sa propre date. Un enregistrement de limite agit à partir de sa date de définition jusqu'à l'enregistrement de limite suivant ou jusqu'à la date actuelle si aucun enregistrement ultérieur n'existe.



Note

Les valeurs de taille qui se trouvent en dehors des limites correspondant à la date de l'entrée de la taille sont mises en évidence en rouge.



Note

Lorsque l'instance PatientOnLine client/serveur est connectée à un SGBD externe et que le serveur est configuré de façon à ce que la taille puisse être modifiée au niveau du SGBD externe, les boutons Modif ne sont pas visibles dans PatientOnLine et le menu Taille est protégé en écriture.

3.11.4.3 Onglet Pression Artérielle

L'onglet **Pression Artérielle** (voir **Onglet Pression Artérielle**, page 82) permet à l'utilisateur de documenter la pression artérielle et la température corporelle d'un patient.

L'onglet **Pression Artérielle** propose les champs de données suivants :

Systolique (mmHg),

Diastol. (mmHg),

Position Corps,

Rythme card. (t/min),

T° corporelle (degrés Celsius ou Fahrenheit),

Date.



Note

La création d'un nouveau traitement DPCA provoque toujours l'ajout d'une entrée de pression artérielle. Le **Suivi PA** affiche également ces entrées, avec toutefois des codes couleur différents. Les entrées de pression artérielle peuvent également être importées depuis le SGBD. La source de l'entrée est affichée dans la liste. Depuis l'onglet **Pression Artérielle**, les entrées dont la source n'est pas « Stocké manuel » ne peuvent être ni supprimées ni modifiées.

Création d'une nouvelle entrée de pression artérielle

Il convient de procéder comme suit pour créer une nouvelle entrée de pression artérielle :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Données cliniques** dans l'arborescence ;
- Sélectionner l'onglet **Pression Artérielle** ;
- Cliquer sur le bouton **Nouv.** ;
- Saisir les valeurs numériques correspondantes dans les champs **Systol., Diastol., Position Corps et Rythm. card.** ;
- Sélectionner la date requise dans le champ **Date** ou conserver la date actuelle apparaissant à l'écran.
- Entrer la **T° corporelle** dans le champ correspondant.



Conseil

Un cadre d'information comprenant les limites supérieures et inférieures autorisées apparaît dès que l'on place le pointeur sur le champ **Systol., Diastol., Rythm. card.** ou **T° corporelle**. Les valeurs se situant au-delà des seuils définis ne sont pas autorisées.



Conseil

Les unités de mesure de la température du corps se basent sur les paramètres définis dans **Administration/Config./Entrer Données labo./Unités de température**. Il est possible d'alterner entre degrés Celsius et Fahrenheit à tout moment.

- Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

Le succès de l'opération d'enregistrement est indiqué sous forme de menu contextuel, et doit être confirmé en cliquant sur le bouton **Oui**.

Modification d'une entrée de pression artérielle

Il convient de procéder comme suit pour modifier une entrée de pression artérielle :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Données cliniques** dans l'arborescence ;
- Sélectionner l'onglet **Pression Artérielle** ;
- Sélectionner l'entrée à modifier dans le **Suivi PA** ;
- Cliquer sur le bouton **Modif** ;
- Les champs **Systol., Diastol., Position Corps, Rythm. card.** et **T° corporelle** peuvent être modifiés/corrigés ;
- Sélectionner la date requise dans le champ **Date** ou conserver la date actuelle apparaissant à l'écran.
- Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

Le succès de l'opération d'enregistrement est indiqué sous forme de menu contextuel, et doit être confirmé en cliquant sur le bouton **Oui**.

Suppression d'une entrée de pression artérielle

Il convient de procéder comme suit pour supprimer une entrée de pression artérielle :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Données cliniques** dans l'arborescence ;
- Sélectionner l'onglet **Pression Artérielle** ;
- Sélectionner l'entrée à supprimer dans le **Suivi PA** ;
- Cliquer sur le bouton **Suppr.**.

Une boîte de dialogue contenant une demande de confirmation s'ouvre.

Cliquer sur le bouton **Oui** efface l'entrée sélectionnée et cliquer sur le bouton **Non** interrompt l'opération et aucune modification n'est effectuée.

Données cliniques

Poids | Taille | **Pression Artérielle** | Bilan volume | BCM | Amputation | Portage Nasal | Autres Données Labo. | Remarque

PA | Limites

Suivi PA: Menu Accès personnalisé

Date	Systolique [mmHg]	Diastol. [mmHg]	Rythme card. [t/min]	Position Corps	T° corporelle [°C]	Source
06/07/2004	175	85	80	Allongé		Stocké manuel
16/06/2002	170	105	78	Assis		Stocké manuel

Systol. : mmHg Position Corps : Date :

Diastol. : mmHg Rythm. card. : t/min

T° corporelle : °C

Fig. 3.23 Onglet Pression Artérielle

L'onglet secondaire **Limites** permet de définir les limites de notification de pression artérielle et de température à l'aide des boutons **Nouv.**, **Modif**, **Suppr.**, **Enr.** et **Annuler**.

Pour définir un telle entrée de limite, cliquer sur **Nouv.**, puis fixer une date, une valeur minimale et une valeur maximale pour la systolique, la diastolique, le rythme cardiaque et la température, et enfin cliquer sur **Enr.**.

Il est possible de définir plusieurs enregistrements de limites, chacune avec sa propre date. Un enregistrement de limite agit à partir de sa date de définition jusqu'à l'enregistrement de limite suivant ou jusqu'à la date actuelle si aucun enregistrement ultérieur n'existe.



Note

Il est fortement recommandé de définir au moins une série de limites pour chaque patient, avec une date appropriée. Les limites ne s'appliqueront qu'aux entrées dont la date est postérieure à celle des limites.



Note

Les valeurs de pression artérielle/température qui se trouvent en dehors des limites correspondant à la date de l'entrée de la pression artérielle/température sont mises en évidence en rouge.



Note

Lorsque l'instance PatientOnLine client/serveur est connectée à un SGBD externe et que le serveur est configuré de façon à ce que la pression artérielle puisse être modifiée au niveau du SGBD externe, les boutons Modif ne sont pas visibles dans PatientOnLine et le menu Pression Artérielle est protégé en écriture.

3.11.4.4 Onglet Bilan volume

L'onglet **Bilan volume** (voir Fig. 3.24, Onglet Bilan volume, page 83) permet à l'utilisateur de visualiser les valeurs du bilan volume des protocoles de traitement DPA/DPCA. Ce menu est en lecture seule.

Données cliniques

Poids | Taille | Pression Artérielle | **Bilan volume** | BCM | Amputation | Portage Nasal | Autres Données Labo. | Remarque

Bilan volume | Limites

Liste bilan volume :

Date	Bilan volume [ml]	Type système
24/02/2014	-931	sleep-safe harmony
23/02/2014	-753	sleep-safe harmony
23/02/2014	-922	sleep-safe harmony
21/02/2014	-704	sleep-safe harmony
20/02/2014	-788	sleep-safe harmony
19/02/2014	-792	sleep-safe harmony
18/02/2014	-731	sleep-safe harmony
17/02/2014	-590	↑ sleep-safe harmony
16/02/2014	-649	↑ sleep-safe harmony
15/02/2014	-653	↑ sleep-safe harmony
14/02/2014	-992	sleep-safe harmony
13/02/2014	-242	↑ sleep-safe harmony

Fig. 3.24 Onglet Bilan volume

En double-cliquant sur une ligne de la grille **Bilan volume**, la commande passe au menu **Analyse du traitement**, sur le protocole de traitement respectif. De cette façon, il est possible d'avoir un accès immédiat à l'ensemble des données de traitement.

L'onglet secondaire **Limites** permet de définir les limites du bilan volume à l'aide des boutons **Nouv.**, **Modif**, **Suppr.**, **Enr.** et **Annuler**.

Pour définir une telle entrée de limite, cliquer sur **Nouv.**, puis fixer une date, une valeur minimale et une valeur maximale, et enfin cliquer **Enr.**

Il est possible de définir plusieurs enregistrements de limite, chacun ayant sa propre date. Un enregistrement de limite agit à partir de sa date de définition jusqu'à l'enregistrement de limite suivant ou jusqu'à la date actuelle si aucun enregistrement ultérieur n'existe.



Note

Il est fortement recommandé de définir au moins une série de limites pour chaque patient, avec une date appropriée. Les limites ne s'appliqueront qu'aux entrées dont la date est postérieure à celle des limites.



Note

Les valeurs du bilan volume qui se situent en dehors des limites correspondant à la date d'entrée du bilan volume sont mises en évidence en rouge, quel que soit le menu dans lequel elles sont affichées.



Note

Lorsque l'instance PatientOnLine client/serveur est connectée à un SGBD externe et que le serveur est configuré de façon à ce que les limites du bilan volume soient modifiées au niveau du SGBD externe, les boutons Modif de PatientOnLine ne sont pas visibles et le menu Limites du bilan volume est protégé en lecture seule.

3.11.4.5 Onglet BCM

L'onglet **BCM** permet à l'utilisateur d'analyser les mesures BCM par patient. Les résultats des mesures BCM peuvent être affichés sous forme numérique par le biais de l'onglet **Résultats** et sous forme graphique par le biais de l'onglet **Graphiques**. Pour chaque mesure BCM sont affichés : les paramètres d'entrée de la mesure, la composition corporelle, les paramètres Cole, les données de base et la qualité de mesure.

Données cliniques

Poids | Taille | Pression Artérielle | Bilan volume | **BCM** | Amputation | Portage Nasal | Autres Données Labo. | Remarque

Date	Qualité [%]
24/07/2016	87.7
22/07/2016	88.0
20/07/2016	88.4
17/07/2016	87.8
15/07/2016	87.4

Entr. Donn. :
 Âge : 96 années
 Sexe : Male
 Poids : 74.0 Kg
 Taille : 179 cm
 Press. syst. moy. : mmHg
 Press. dias. moy. : mmHg

Rés. Corp. :
 V : 39.7 L
 LTM : 51.3 Kg
 IMC : 23.1 Kg/m²

Résultats | Graphiques

Composition corporelle | Courbe de Cole-Cole | Donn.base

Eau		Masse	
Eau totale corporelle :	43.4 L	Poids d'hydratation normalisé :	73.2 Kg
Eau extracellulaire :	20.2 L	Indice masse corp. :	23.1 Kg/m ²
Eau intracellulaire :	23.3 L	Indice masse maigre :	16.0 Kg/m ² ↑
Ratio Eau Extra / Eau Intracellulaire :	0.87 ↓	Indice masse grasse :	6.1 Kg/m ² ↓
Volume de distribution de l'Urée :	39.7 L	Masse maigre :	51.3 Kg
Hyperhydratation		Masse maigre relative :	69.4 %
Hyperhydratation :	0.8 L =	Masse gras. :	14.4 Kg
Hyperhydratation relative :	4.0 % =	Masse grasse relative :	19.4 %
		Masse cellulaire :	29.3 Kg
		Masse grasse :	19.5 Kg

Fig. 3.25 Onglet BCM

La partie supérieure gauche de la fenêtre BCM comprend un tableau contenant les mesures BCM enregistrées (telles qu'obtenues par l'appareil BCM) pour le patient actuel. La date de mesure et la qualité s'affichent. Toutes les données BCM de la fenêtre sont mises à jour lorsque l'on sélectionne une ligne du tableau.

La partie supérieure droite décrit les données saisies (**Entr. Donn.**) pour les mesures relatives à l'âge, au sexe, au poids, à la taille, à la pression artérielle systolique et diastolique moyenne du patient, ainsi que les paramètres corporels (**Rés. Corp.**) de mesure BCM comme le volume de distribution de l'urée (**V**), la masse maigre (**LTM**) et l'indice de masse corporelle (**IMC**).

Dans la partie inférieure de l'écran se trouve une zone de travail comprenant deux onglets : **Résultats** et **Graphiques**. L'onglet **Résultats** rassemble les résultats concernant la **Composition corporelle**, la **Courbe de Cole-Cole**, ainsi que des données de base (**Donn. base**).

Composition corporelle

Les données relatives à la composition corporelle se basent sur l'eau totale corporelle, l'eau extracellulaire, l'eau intracellulaire, le rapport entre ces deux dernières valeurs, le volume de distribution de l'urée, l'hyperhydratation, l'hyperhydratation relative, le poids d'hydratation normalisé, l'indice de masse corporelle (IMC), l'indice de masse maigre, l'indice de masse grasse, la masse maigre, la masse maigre relative, la masse grasse relative, la masse cellulaire et la masse grasse. Les catégories de référence correspondantes s'affichent, si possible, sous forme graphique (comme pour BCM, cf. symboles → et = dans **(voir Onglet BCM, page 84)**).

Courbe de Cole-Cole

Cette option affiche le graphique d'impédance des données de base tirées de la mesure BCM. Les données de base reposent sur les valeurs de phase et d'amplitude mesurées par l'appareil BCM pour 50 fréquences différentes (Réactance AC et résistance). La courbe des données de base est un indicateur de la qualité d'une mesure. L'appareil BCM calcule également une valeur qualitative pour chaque mesure affichée sur cet écran. Une valeur qualitative supérieure à 90 indique une bonne qualité des données de base.

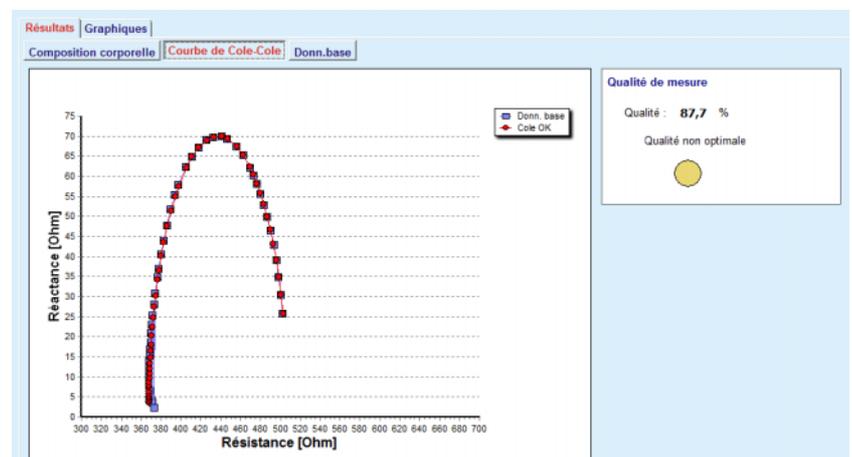


Fig. 3.26 Courbe de Cole-Cole

Donn. base

Cette option affiche toutes les valeurs numériques des données de base de la mesure BCM, ainsi que les paramètres Cole-Cole : résistance extracellulaire, résistance intracellulaire. Alpha, retard, capacité et erreur.

Les données de base peuvent être exportées aisément dans un fichier texte séparé par des tabulations (*.tsv) en cliquant sur le bouton **Exp. donn. en cours**. Cette fonction d'exportation permet de continuer les analyses et le traitement des données de base.

L'onglet **Graphiques** rassemble les graphiques relatifs à la **composition corporelle**, l'**hyperhydratation** et à la **référence hydratation** de toutes les mesures BCM du patient actuel dans le tableau situé en haut à gauche de la zone de travail.

Le graphique sur la composition corporelle regroupe les données concernant l'hyperhydratation, la masse maigre, la masse grasse, la pression artérielle systolique et le poids. Pour l'hyperhydratation, seule l'évolution des paramètres d'hyperhydratation est affichée. La référence hydratation indique la pression artérielle systolique vs. l'hyperhydratation.

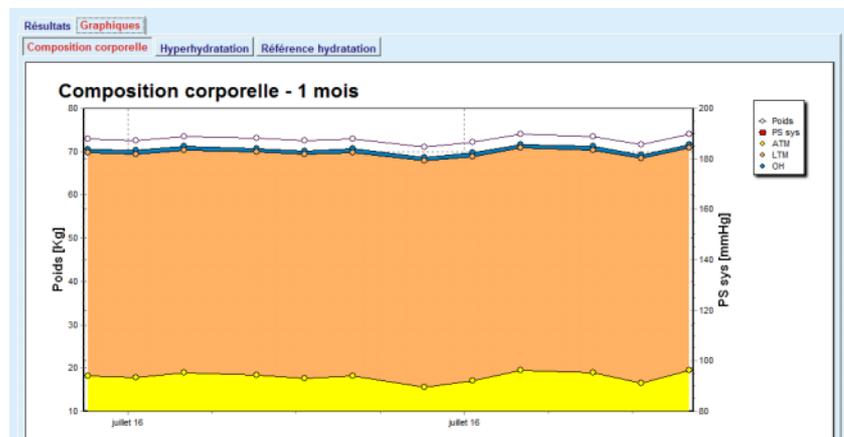


Fig. 3.27 Graphique Composition corporelle

Toutes les données affichées d'une mesure BCM peuvent être imprimées dans un rapport spécial, par simple sélection de la mesure BCM souhaitée dans la liste et par un clic sur le bouton **Rapport**. Les données d'entrée correspondantes et les résultats de la mesure BCM sont alors disponibles dans ce rapport sous forme de texte et de graphique, accompagnés des graphiques (historiques) correspondants.

En cliquant sur le bouton **Suppr.**, la mesure BCM sélectionnée n'est effacée que si l'utilisateur confirme l'opération.



Note

Les mesures BCM peuvent être importées par le biais de l'option **Importer la carte BCM** disponible sous **Communication/Carte BCM**, comme décrit dans le chapitre correspondant du présent manuel d'utilisation.

3.11.4.6 Onglet Amputation

L'onglet **Amputation** (voir **Onglet Amputation**, page 87) permet à l'utilisateur de spécifier le statut d'un patient concernant d'éventuelles amputations, et ainsi de créer une nouvelle entrée d'amputation relative au patient, et de modifier ou de supprimer une entrée d'amputation existante du patient.

Il existe 4 catégories d'amputations : côté gauche/droit du corps et partie supérieure/inférieure du corps (bras/jambe).

Les amputations de la partie supérieure du corps comprennent :

Main,
Avant-bras,
Arrière-bras,
Bras.

Les amputations de la partie inférieure du corps comprennent :

Pied,
Jambe (sous genou),
Jamb au-dessus genou,
Jambe ent..



Note

L'entrée d'amputation indique toujours le statut actuel du patient concernant d'éventuelles amputations. Toute partie du corps manquante conservera ce statut à l'avenir. Par conséquent, elle sera indiquée comme absente dans toute entrée d'amputation future.

Un statut d'amputation peut être indiqué en cochant les cases correspondantes de droite et de gauche.

Données cliniques

Poids | Taille | Pression Artérielle | Bilan volume | BCM | **Amputation** | Portage Nasal | Autres Données Labo. | Remarque

Liste Amputations :

Date	Bras Gche	Jamb gche	Bras Droit	Jambe Dite
10/06/2003		Jamb au-dessus genou	Arrière-bras	
01/09/2002		Pied		

Gauche Côté Droit

<input type="checkbox"/>	Bras	<input type="checkbox"/>	Date : 10/06/2003
<input type="checkbox"/>	Arrière-bras	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Avant-bras	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Main	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Jambe ent.	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Jamb au-dessus genou	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Jambe (sous genou)	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Pied	<input type="checkbox"/>	

Nouv. Modif. Suppr. Ent. Annuler

Fig. 3.28 Onglet Amputation



Note

Quel que soit le côté du corps concerné, le statut d'amputation est cumulatif, que ce soit pour la partie inférieure ou supérieure du corps. Après avoir coché une case relative à un niveau d'amputation plus élevé, tous les niveaux inférieurs sont automatiquement cochés. D'autre part, les niveaux décroissants seront grisés, prévenant ainsi toute désélection de ces cases. La désélection d'une case de niveau supérieur provoque l'activation successive des niveaux inférieurs suivants (non grisés).



Note

Il est impossible de créer deux entrées de statut d'amputation disposant d'une même date. Si tel devait être le cas, un message d'avertissement apparaîtrait, et le processus serait interrompu.



Note

Le statut d'amputation ne peut que progresser au cours du temps. Toute tentative d'enregistrement d'un statut d'amputation moins grave que le précédent sera vouée à l'échec, et générera un message d'avertissement.

L'utilisateur devra cliquer sur le bouton **OK** de la fenêtre d'avertissement pour atteindre la fenêtre relative aux amputations, et saisir un statut d'amputation valide.



Note

Il n'est pas possible d'attribuer différentes dates à un même statut d'amputation. Si tel devait être le cas, un message d'avertissement apparaîtrait, et le processus serait interrompu.



Note

Lorsque l'instance PatientOnLine client/serveur est connectée à un SGBD externe et que le serveur est configuré de façon à ce que le statut d'amputation puisse être modifié au niveau du SGBD externe, les boutons Modif ne sont pas visibles dans PatientOnLine et le menu Amputation est protégé en écriture.

3.11.4.7 Onglet Portage Nasal

L'onglet **Portage Nasal** permet à l'utilisateur d'indiquer le statut du portage nasal.

L'onglet **Portage Nasal** permet d'ajouter les informations suivantes :

Portage Nasal Négatif

Portage Nasal Positif

Remarque (texte libre)

Date

Création d'une nouvelle entrée de portage nasal

Il convient de procéder comme suit pour créer une nouvelle entrée de portage nasal :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Données cliniques** dans l'arborescence ;
- Sélectionner l'onglet **Portage Nasal** ;
- Cliquer sur le bouton **Nouv.** ;
- Le statut du portage nasal peut être sélectionné dans le champ d'option **Portage Nasal** ;
- Il est possible de saisir des informations sous forme de texte libre dans le champ Remarque (optionnel) ;
- Sélectionner la date requise dans le champ **Date** ou conserver la date actuelle apparaissant à l'écran.
- Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

Le succès de l'opération d'enregistrement est indiqué sous forme de menu contextuel, et doit être confirmé en cliquant sur le bouton **Oui**.

Modification de l'entrée de portage nasal

Il convient de procéder comme suit pour modifier une entrée de portage nasal :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Données cliniques** dans l'arborescence ;
- Sélectionner l'onglet **Portage Nasal** ;
- Sélectionner l'entrée à modifier dans la liste **Portage Nasal** ;
- Cliquer sur le bouton **Modif** ;
- Le champ d'option **Portage Nasal** peut être modifié ;
- Le champ de remarque peut être modifié ;
- Sélectionner la date requise dans le champ **Date** ou conserver la date actuelle apparaissant à l'écran.
- Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

Le succès de l'opération d'enregistrement est indiqué sous forme de menu contextuel, et doit être confirmé en cliquant sur le bouton **Oui**.

Suppression d'une entrée de portage nasal

Il convient de procéder comme suit pour supprimer une entrée de portage nasal :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Données cliniques** dans l'arborescence ;
- Sélectionner l'onglet **Portage Nasal** ;
- Sélectionner l'entrée à supprimer dans la liste **Portage Nasal** ;
- Cliquer sur le bouton **Suppr.**

Une boîte de dialogue contenant une demande de confirmation s'ouvre.

Cliquer sur le bouton **Oui** pour supprimer l'entrée sélectionnée, ou cliquer sur le bouton **Non** pour interrompre le processus sans modifier l'onglet **Portage Nasal**.

3.11.4.8 Onglet Autres Données Labo.

L'onglet **Autres Données Labo.** (voir **Onglet Autres Données Labo.**, page 91) permet à l'utilisateur de gérer pour un patient donné les données de laboratoire des analyses sanguines et de documenter l'état infectieux concernant les hépatites B et C et le HIV. Seuls des utilisateurs bien spécifiques sont en mesure d'indiquer en plus des marqueurs hépatites B et C et HIV. **Supplémentaire** signifie en plus des tests AQ (voir la section **Assurance Qualité**).

● Onglet Tests de labo. généraux

L'utilisateur peut indiquer les données de laboratoire suivantes :

Urée,

ou

Urée Nitrogen, selon les valeurs fournies sur le site par le laboratoire,

Créatinine,

Sodium,

Potassium,

Glucose,

Albumine,

Protéine,

Bicar. veineux,

Calcium (total),

Phosphore (phosphate),

PTH (intacte, biointacte et totale),

Phosphatases Alcalines,

CRP,

Hémoglobine,

Hémoglobine glyquée (HbA1c),

Ferritine,

Saturation transferrine,

Marqueur CA125



Note

Pendant que le système est en marche, l'utilisateur peut commuter entre **Urée** et **Urée Nitrogène** en fonction des paramètres du laboratoire. Pour ce faire, il lui faudra sélectionner l'option requise sous **Administration/Config./Entrer Données labo.**

PatientOnLine propose une option intelligente d'attribution des unités de mesure aux données de laboratoire individuelles dans la section **Administration/Config./Entrer Données labo.** L'utilisateur peut attribuer pratiquement toutes les unités de mesure imaginables à tous les types de données de laboratoire.

Une unité de mesure **conventionnelle** ou **internationale** (S.I.) du système peut en outre être définie/rétablie d'un seul clic.

L'onglet **Entrer Données Labo.** utilise des éléments de commande de saisie intelligents, disposant de plages d'usage courant pour tous les types de données. Les plages de valeurs sont mises à jour de façon automatique lorsque l'utilisateur redéfinit les unités de mesure.



Note

La création d'un nouveau test d'assurance qualité provoque toujours l'ajout d'une entrée de laboratoire. La liste **Autres Données Labo.** affiche également ces entrées AQ pour les données de laboratoire, en leur attribuant toutefois une autre couleur. Il est impossible de supprimer ou de modifier les données de laboratoire AQ dans le menu **Autres Données Labo.**

Création d'une nouvelle entrée Autres Données Labo.

Procéder comme suit pour créer une entrée de données de laboratoire pour un patient spécifique :

Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;

- > Sélectionner l'option de menu **Données cliniques** dans l'arborescence ;
- > Sélectionner l'onglet **Autres Données Labo.** ;

Données cliniques

Poids | Taille | Pression Artérielle | Bilan volume | BCM | Amputation | Portage Nasal | **Autres Données Labo.** | Remarque

Liste Autres Données Labo. :

Date	Urée	Créatinine	Sodium	Glucose	Albumine
17/02/2016	174.74	9.50	112.3	68.5	3.7
18/01/2016	174.74	9.50	112.3	68.5	3.7
10/09/2015	100.76	9.90		91.0	3.0

Date : 17/02/2016

Tests de labo. généraux | Virologie

Urée:	174.74 [mg/dL]	PTH intacte:	[pg/ml]
Créatinine:	9.50 [mg/dL]	PTH bioinactive:	[pg/ml]
Sodium:	112.3 [mEq/L]	PTH Totale:	[pg/ml]
Potassium:	[mEq/L]	Phosphatases Alcalines:	[U/L]
Glucose:	68.5 [mg/dL]	CRP:	[mg/L]
Albumine:	3.7 [g/dL]	Hémoglobine:	[g/dL]
Protéine:	6.6 [g/dL]	HbA1c:	[%]
Bicar. veineux:	[mEq/L]	Ferritine:	[ng/ml]
Calcium:	[mg/dL]	Saturation transferrine:	[%]
Phosphore:	[mg/dL]	CA125:	[U/ml]

Nouveau | Modifier | Supprimer | Entrer | Annuler

Fig. 3.29 Onglet Autres Données Labo.

- Cliquer sur le bouton **Nouv.** ;
- Sélectionner la date requise dans le champ **Date** ou conserver la date actuelle apparaissant à l'écran.
- Saisir la (les) valeur(s) de laboratoire dans la (les) champs correspondant(s) ;
- Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

Le succès de l'opération d'enregistrement est indiqué sous forme de menu contextuel, et doit être confirmé en cliquant sur le bouton **Oui**.

L'entrée nouvellement créée apparaît dans la liste **Autres Données Labo.**



Note

Il n'est pas obligatoire de saisir des données de laboratoire. Toutefois, pour créer une nouvelle entrée, il convient de compléter au moins un élément de données.

Modification d'une entrée Autres Données Labo.

Procéder comme suit pour modifier une entrée **Autres Données Labo.** :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Données cliniques** dans l'arborescence ;
- Sélectionner l'onglet **Autres Données Labo.** ;
- Sélectionner l'entrée à modifier dans la liste **Autres Données Labo.** ;
- Cliquer sur le bouton **Modif** ;

Tous les champs passent en mode Modif.

- Sélectionner la date requise dans le champ **Date** ou conserver la date actuelle apparaissant à l'écran.
- Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

Le succès de l'opération d'enregistrement est indiqué sous forme de menu contextuel, et doit être confirmé en cliquant sur le bouton **Oui**.

Toutes les modifications sont prises en compte dans l'entrée.

Suppression d'une entrée Autres Données Labo.

Procéder comme suit pour supprimer des données de laboratoire supplémentaires :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Données cliniques** dans l'arborescence ;
- Sélectionner l'onglet **Autres Données Labo.** ;
- Sélectionner l'entrée à supprimer dans la liste **Autres Données Labo.** ;
- Cliquer sur le bouton **Suppr.**
- L'entrée sélectionnée est supprimée après validation d'un message de confirmation ;

Le succès de l'opération de suppression est indiqué sous forme de menu contextuel, et doit être confirmé en cliquant sur le bouton **Oui**.

● **Onglet Virologie**

Onglet Statut infectieux

Cet onglet permet à l'utilisateur de documenter un éventuel état **Statut infectieux** du patient dû à l'hépatite B ou C ou au HIV. Après avoir cliqué sur le bouton **Nouv.**, il est possible de sélectionner une option parmi trois (**Négatif**, **Inconnu**, **Positif**) dans les menus déroulants pour l'hépatite B, l'hépatite C ou le HIV. Le jour où l'état infectieux a été enregistré doit être mentionné dans le champ **Date**. Pour modifier une entrée, il faut d'abord sélectionner le champ correspondant dans la **liste Autres Données Labo.**, appuyer sur le bouton **Modif** et procéder à la modification, puis appuyer sur le bouton **Enr.** pour enregistrer les données ou sur le bouton **Annuler** pour annuler l'opération (voir **Onglet Statut infectieux**, page 93). Pour supprimer une entrée de ce type, il faut d'abord sélectionner le champ correspondant dans la liste **Autres Données Labo.**, puis cliquer sur le bouton **Suppr.** et confirmer la suppression.

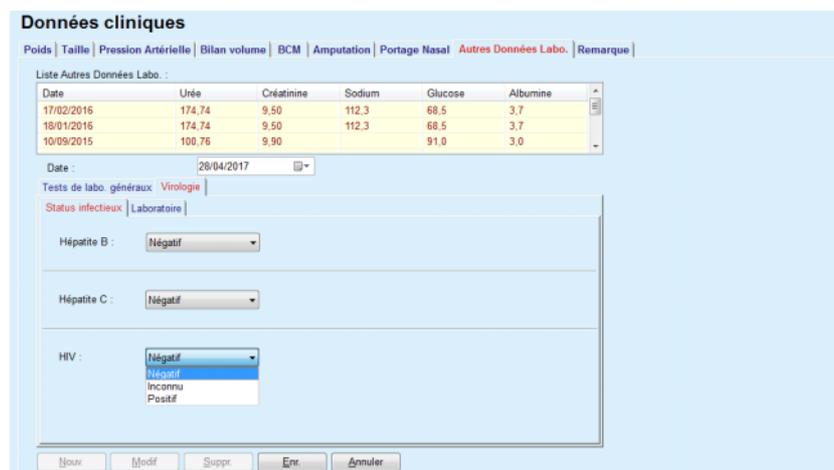


Fig. 3.30 Onglet Statut infectieux

Onglet Laboratoire

Seuls les utilisateurs appartenant au groupe **Médical Intégral** ou disposant de droits de lecture, d'édition, de prescription et de suppression peuvent accéder à l'onglet **Laboratoire**, dans lequel l'état de différents paramètres sanguins pour l'hépatite B, l'hépatite C ou le HIV peut être noté (voir **Onglet Laboratoire**, page 94). D'après le tableau, les paramètres suivants sont disponibles :

Virus de l'hépatite B (HBV)	Virus de l'hépatite C (HCV)	HIV
Ag HBs	anti-HCV	HIV
anti-HBs	ARN-HCV	anti-HIV ELISA
Ag HBc	–	anti-HIV Western Blot
anti-HBc	–	Antigène P24

Virus de l'hépatite B (HBV)	Virus de l'hépatite C (HCV)	HIV
anti-HBc-IgM	-	ARN-HIV
Ag HBe	-	-
anti-HBe	-	-
ADN-HBV	-	-

La création de nouvelles entrées **Laboratoire** ainsi que la modification et la suppression de ces entrées doivent suivre la procédure habituelle (voir plus haut : description de l'onglet **Statut infectieux**).

Données cliniques

Poids | Taille | Pression Artérielle | Bilan volume | BCM | Amputation | Portage Nasal | **Autres Données Labo.** | Remarque

Liste Autres Données Labo. :

Date	Urée	Créatinine	Sodium	Glucose	Albumine
17/02/2016	174,74	9,50	112,3	68,5	3,7
18/01/2016	174,74	9,50	112,3	68,5	3,7
10/09/2015	100,76	9,90		91,0	3,0

Date : 28/04/2017

Tests de labo. généraux | **Virologie**

Status infectieux | **Laboratoire**

Virus de l'hépatite B (HBV)

- Ag HBs : Inconnu
- anti-HBs : Inconnu
- Ag HBc : Inconnu
- anti-HBc : Inconnu
- anti-HBc-IgM : Inconnu
- Ag HBe : Inconnu
- anti-HBe : Inconnu
- ADN-HBV : Inconnu

Virus de l'hépatite C (HCV)

- anti-HCV : Inconnu
- ARN-HCV : Inconnu

HIV

- HIV : Inconnu
- anti-HIV ELISA : Inconnu
- anti-HIV Western Blot : Inconnu
- Antigène P24 : Inconnu
- ARN-HIV : Inconnu

Nouveau | Modifier | Supprimer | Entrée | Annuler

Fig. 3.31 Onglet Laboratoire



Note

Chaque entrée **Autres Données Labo.** se compose des données de **tests de labo. généraux** (par ex. urée, créatinine, sodium, glucose, ...CA125) et les données de **Virologie** (par ex. statut infectieux concernant l'hépatite B, l'hépatite C et le HIV), y compris les données de **Laboratoire** (notamment Ag HBs, anti-HBs, ..., ADN-HBV, anti-HCV, ARN-HCV, HIV, ..., ARN-HIV). La création d'une nouvelle entrée englobe tous les paramètres. La modification d'une entrée existante comprend tous les paramètres qui peuvent être modifiés. Lors de la suppression d'une telle entrée, l'ensemble des données est effacé (données générales, virologie, laboratoire).

3.11.4.9 Onglet Remarque

L'onglet **Remarque** permet à l'utilisateur de saisir un commentaire relatif à un patient, et ainsi de créer une nouvelle entrée de remarque, ou de modifier/supprimer une remarque existante d'ordre général.

L'onglet **Remarque** permet d'ajouter les informations suivantes :

Nutrition Recommandée (texte libre)

Commentaires Généraux (texte libre)

Date.

Création d'une nouvelle entrée de remarque

Procéder comme suit pour créer une entrée de remarque :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Données cliniques** dans l'arborescence ;
- Sélectionner l'onglet **Remarque** ;
- Cliquer sur le bouton **Nouv.** ;
- Les zones de texte **Nutrition Recommandée** et **Commentaires Généraux** permettent de saisir des informations sous forme de texte libre.
- Sélectionner la date requise dans le champ **Date** ou conserver la date actuelle apparaissant à l'écran.
- Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

Le succès de l'opération d'enregistrement est indiqué sous forme de menu contextuel, et doit être confirmé en cliquant sur le bouton **Oui**.

Modification de l'entrée de remarque

Procéder comme suit pour modifier une entrée de remarque :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Données cliniques** dans l'arborescence ;
- Sélectionner l'onglet **Remarque** ;
- Sélectionner l'entrée à modifier dans la **Liste remarques** ;
- Cliquer sur le bouton **Modif** ;
- Les champs **Nutrition Recommandée** et **Commentaires Généraux** peuvent être modifiés ;
- Sélectionner la date requise dans le champ **Date** ou conserver la date actuelle apparaissant à l'écran.
- Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

Le succès de l'opération d'enregistrement est indiqué sous forme de menu contextuel, et doit être confirmé en cliquant sur le bouton **Oui**.

Suppression d'une entrée de remarque

Procéder comme suit pour supprimer une entrée de remarque :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Données cliniques** dans l'arborescence ;
- Sélectionner l'onglet **Remarque** ;
- Sélectionner l'entrée à supprimer dans la **Liste remarques** ;
- Cliquer sur le bouton **Suppr.**

Une boîte de dialogue contenant une demande de confirmation s'ouvre.

Cliquer sur le bouton **Oui** pour supprimer l'entrée sélectionnée, ou cliquer sur le bouton **Non** pour interrompre le processus sans modifier l'onglet **Remarque**.

3.11.5 Hospitalisation

Le sous-menu **Hospitalisation** permet à l'utilisateur de gérer toutes les données relatives aux hospitalisations d'un patient :

- Hôpital** (désignation, nom),
- Service** (désignation, nom),
- Serv.** (désignation, nom),
- Staff** en charge du patient,
- Date d'Admission**,
- Date sortie hôpital**,
- ID à l'Hôpital**,
- Diagnostic**.

La sélection du sous-menu **Hospitalisation** entraîne l'ouverture du menu de saisie **Hospitalisation**.



Fig. 3.32 Option de menu Hospitalisation

Fig. 3.33 Ecran Hospitalisation

Création d'une nouvelle entrée d'hospitalisation

Il convient de procéder comme suit pour créer une nouvelle entrée d'hospitalisation :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Hospitalisation** dans l'arborescence ;
- Cliquer sur le bouton **Nouv.** ;
- Cliquer sur le bouton **Sélect. Staff** ;

La boîte de dialogue **Sélect. Hôpital, Service et Staff** s'ouvre.

- Sélectionner le champ **Hôpital** à l'aide du menu déroulant ;
- Sélectionner le champ **Service** à l'aide du menu déroulant ;
- Sélectionner le champ **Serv.** à l'aide du menu déroulant ;
- Sélectionner l'employé responsable dans la liste **Staff** à l'aide de la souris ;



Note

La liste **Staff** varie en fonction des critères de sélection des menus déroulants employés au préalable.

- Cliquer sur le bouton **Affecter** du menu contextuel ;

La sélection est prise en compte, et apparaît dans le menu de saisie.



Note

Il est impératif d'exécuter le processus **Sélect. Staff**. L'absence de cette information provoquerait l'échec de toute tentative d'enregistrement de l'entrée d'hospitalisation, et l'apparition d'un message d'avertissement. L'utilisateur doit alors cliquer sur le bouton **OK** de la fenêtre d'avertissement pour retourner au menu de saisie **Hospitalisation** afin de saisir les données requises.

- Saisir la **Date d'Admission** à l'aide du champ de saisie du calendrier.



Note

Il est obligatoire de saisir une **Date d'Admission**. L'absence de cette information provoquerait l'échec de toute tentative d'enregistrement de l'entrée d'hospitalisation, et l'apparition d'un message d'avertissement. L'utilisateur doit alors cliquer sur le bouton **OK** de la fenêtre d'avertissement pour retourner à l'écran **Hospitalisation** afin de saisir les données requises. Sélectionner la date de sortie à l'aide du champ de saisie du calendrier **Date sortie hôpital** ou laisser le champ vide.

-
- Saisir la **Date sortie hôpital** à l'aide du champ de saisie du calendrier (optionnel) ;



Conseil

Il n'est pas obligatoire de saisir une **Date sortie hôpital**.

L'utilisateur peut laisser ce champ vide, et le mettre à jour ultérieurement. En cas de saisie d'une donnée dans le champ **Date sortie hôpital**, le nombre de jours d'hospitalisation est automatiquement calculé, puis affiché.

-
- Saisir l'ID de l'hôpital dans le champ **ID à l'Hôpital**;



Note

Il est obligatoire de saisir l'**ID à l'Hôpital** ; il ne s'agit toutefois pas d'un numéro univoque. L'absence de cette information provoquerait l'échec de toute tentative d'enregistrement de l'entrée d'hospitalisation, et l'apparition d'un message d'avertissement. L'utilisateur doit alors cliquer sur le bouton **OK** de la fenêtre d'avertissement pour retourner à l'écran **Hospitalisation** afin de saisir les données requises.

-
- Saisir un commentaire dans le champ **Remarque** (optionnel) ;

Indiquer le diagnostic correspondant au patient :

- Cliquer sur le bouton  ;

La boîte de dialogue **ICD 10** s'ouvre ;

- Sélectionner le diagnostic correspondant dans l'arborescence de menu ;

Description, Catégorie et Code sont affichés dans le champ **Maladie sélectionnée**.

- Cliquer sur le bouton **Oui** ;

La sélection est prise en compte par le menu de saisie.

- Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

Le succès de l'opération d'enregistrement est indiqué sous forme de menu contextuel, et doit être confirmé en cliquant sur le bouton **Oui**.

Vous pouvez également saisir directement un code CIM-10 valide dans le champ de modification **Code CIM-10**. Si le code est correct, le champ **Maladie CIM-10** sera mis à jour avec le texte correspondant. Si le code saisi est invalide, un message d'avertissement apparaît.



Message d'avertissement

Risque pour le patient suite à une désintoxication insuffisante.

Une mauvaise sélection d'arborescence CIM-10 pourrait ne pas révéler le statut diabétique du patient.

Dans ce cas, une mauvaise concentration de glucose peut être prescrite.

- L'utilisateur doit vérifier la sélection d'arborescence CIM-10 après avoir appuyé sur le bouton **Enr.**

Modification de l'entrée d'hospitalisation

Il convient de procéder comme suit pour modifier une entrée d'hospitalisation :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Hospitalisation** dans l'arborescence ;
- Sélectionner l'entrée à modifier dans la **liste Hospitalisation** ;
- Cliquer sur le bouton **Modif** ;

Informations concernant la modification d'une entrée (voir **Création d'une nouvelle entrée d'hospitalisation**, page 97).

Les champs suivants peuvent être modifiés directement dans le menu de saisie :

Date d'Admission,

Date sortie hôpital,

ID à l'Hôpital.

Les champs suivants ne peuvent être modifiés qu'à l'aide du bouton **Sélect. Staff** :

Hôpital,

Service,

Serv.,

Staff.

Les champs suivants ne peuvent être modifiés qu'à l'aide du bouton  :

Code CIM-10,

Maladie CIM-10.

Vous pouvez saisir directement un code CIM-10 valide dans le champ de modification **Code CIM-10**. Si le code est correct, le champ **Maladie CIM-10** sera mis à jour avec le texte correspondant. Si le code saisi est invalide, un message d'avertissement apparaît.

Enregistrement des données modifiées

- Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

Le succès de l'opération d'enregistrement est indiqué sous forme de menu contextuel, et doit être confirmé en cliquant sur le bouton **Oui**.



Message d'avertissement

Risque pour le patient suite à une désintoxication insuffisante.

Une mauvaise sélection d'arborescence CIM-10 pourrait ne pas révéler le statut diabétique du patient.

Dans ce cas, un mauvaise concentration de glucose peut être prescrite.

- L'utilisateur doit vérifier la sélection d'arborescence CIM-10 après avoir appuyé sur le bouton **Enr.**

Suppression d'une entrée d'hospitalisation

Il convient de procéder comme suit pour supprimer une entrée d'hospitalisation :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Hospitalisation** dans l'arborescence ;
- Sélectionner l'entrée à modifier dans la **liste Hospitalisation** ;
- Cliquer sur le bouton **Suppr.**

L'entrée sélectionnée est supprimée par validation d'un message de confirmation en cliquant sur le bouton **Oui**.

3.12 Médical

L'option de menu **Médical** permet de saisir des données exhaustives relatives aux systèmes, prescriptions, analyses, assurances qualité et optimisations.



Note

Un patient doit avoir été sélectionné dans la **zone de description du patient** pour permettre l'accès aux options du sous-menu. Dans le cas contraire, un message d'avertissement apparaît dans la **zone de travail** et l'option choisie reste inopérante.

3.12.1 Système & Limites

La sélection du sous-menu **Système & Limites** provoque l'ouverture du menu de saisie **Système & Limites**.

(voir Fig. 3.34, Option de menu Système & Limites, page 101)

(voir Fig. 3.35, Menu de saisie Système & Limites, page 102)



Fig. 3.34 Option de menu *Système & Limites*

L'option de menu **Système & Limites** permet de gérer les systèmes de DP de chaque patient. L'utilisateur peut assigner un système de DP spécifique au patient, qu'il s'agisse d'un système DPA ou DPCA, voire d'une combinaison des deux. Un système général appelé **Autre DPA** peut également être sélectionné. Lorsque ce système a été attribué à un patient, une ordonnance peut être rédigée, mais ceci ne peut pas être inscrit sur la carte patient. Pour ce système, l'onglet **Limites** n'est pas disponible non plus. La plupart des systèmes de DPA permettent de définir des limites de prescription spécifiques. Cette opération s'effectue dans l'onglet **Limites**.



Note

Il est impossible d'effectuer une nouvelle prescription pour un patient si aucun système de DP ne lui a été assigné.

La création d'un nouvel enregistrement dans l'option de menu Médical/Prescription DP émet un message d'avertissement qui informe l'utilisateur qu'aucun système DP n'est sélectionné.

Ce module est divisé en deux onglets, **Système** et **Limites**, dont une description est proposée ci-dessous.

3.12.1.1 Onglet **Système**

Au niveau de l'onglet **Système**, le patient se voit attribuer un système de DP spécifique (voir Fig. 3.35, Menu de saisie *Système & Limites*, page 102).

Les champs de saisie suivants sont disponibles :

- Type de système DPA ;
- Date ;
- Type de Système DPCA ;
- Langue ;
- Remarque.

Dans le cas de certains systèmes tels que **sleep·safe**, il faut sélectionner la langue d'affichage du système DPA à l'aide du menu déroulant **Langue**.

Normalement, un patient DP emploie toujours le même système de DP. Tout changement de système sera saisi dans la **Liste Système**. Les systèmes de DP utilisés sont énumérés par ordre chronologique. Le système utilisé à l'heure actuelle est mentionné en haut de la liste.

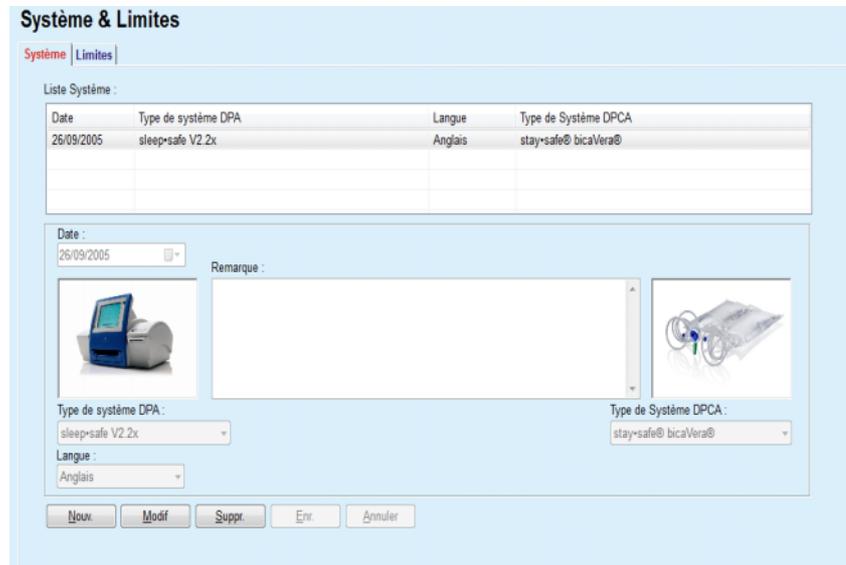


Fig. 3.35 Menu de saisie Système & Limites

Cliquer sur une entrée de la **Liste Système** pour afficher tous les détails, y compris une illustration du système de DP, dans le menu de saisie.

Création d'une entrée de système de DP

Il convient de procéder comme suit pour créer une entrée de système de DP :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Système & Limites** dans l'arborescence de menu ;
- Sélectionner l'onglet **Système** ;
- Cliquer sur le bouton **Nouv.** ;
- Sélectionner le système de DPA dans le menu déroulant **Type de système DPA**.



Note

Si une illustration du système de DPA sélectionné est disponible, elle est affichée dans le menu de saisie.



Note

En cas de sélection d'un système de DPA **sleep•safe**, les langues disponibles sont affichées dans le menu déroulant **Langue**. En cas de sélection d'un autre système de DPA, le menu déroulant **Langue** reste vide.

- Sélectionner la langue d'affichage du système de DPA dans le menu déroulant **Langue** (si disponible) ;

- Sélectionner la date dans le menu déroulant **Date** ;
- Sélectionner le système de DPCA dans le menu déroulant **Type de Système DPCA** ;
- Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

Le succès de l'opération d'enregistrement est indiqué sous forme de menu contextuel, et doit être confirmé en cliquant sur le bouton **Oui**. La fenêtre contextuelle affiche le système de DP actuel et un rappel de configuration des limites du système patient.

Modification d'une entrée de système de DP

Il convient de procéder comme suit pour modifier une entrée de système de DP :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Système & Limites** dans l'arborescence de menu ;
- Sélectionner l'onglet **Système** ;
- Sélectionner l'entrée à modifier dans la **liste Système** ;
- Cliquer sur le bouton **Modif** ;

Tous les champs de données peuvent être modifiés comme décrit dans (voir **Création d'une entrée de système de DP**, page 102).

- Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

Toutes les modifications sont enregistrées.

Le succès de l'opération d'enregistrement est indiqué sous forme de menu contextuel, et doit être confirmé en cliquant sur le bouton **Oui**. La fenêtre contextuelle affiche le système de DP actuel et un rappel de configuration des limites du système patient.

Suppression d'une entrée de système de DP

Il convient de procéder comme suit pour supprimer une entrée de système de DP :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Système & Limites** dans l'arborescence de menu ;
- Sélectionner l'onglet **Système** ;
- Sélectionner l'entrée à supprimer dans la liste **Système** ;
- Cliquer sur le bouton **Suppr.**

Une boîte de dialogue contenant une demande de confirmation s'ouvre.

Cliquer sur le bouton **Oui** pour supprimer l'entrée sélectionnée, ou cliquer sur le bouton **Non** pour interrompre le processus sans modifier l'onglet **Système**. La fenêtre contextuelle affiche le système de DP actuel (le cas échéant) et un rappel de configuration des limites du système patient.



Note

Dans le cas d'un patient ne bénéficiant plus d'un traitement de DP (de façon temporaire ou définitive), il est possible d'attribuer la valeur **Aucun** aux systèmes DPA et DPCA.

3.12.1.2 Onglet Limites

L'onglet **Limites** permet à l'utilisateur de définir des paramètres de limitation spécifiques devant être pris en compte en cas de traitement d'un patient spécifique à l'aide d'un cycleur DPA.

Il est possible de saisir des paramètres personnels pour chaque patient. La définition de limites n'est possible que lorsque les systèmes de DP actuels disposent de cette fonction.

Il est possible de gérer différents types de paramètres de cycleur :

valeurs présélectionnées/maximum, valeurs min./max. absolues prédéfinies dans le cycleur ;

- plage de valeurs prédéfinies ;
- option (oui ou non) ;
- valeur individuelle.

Les différentes options de mesure disponibles dans la fenêtre **Limites** correspondent aux options usuelles. Le bouton **Défaut** permet de rétablir les limites prédéfinies.



Note

Les limites apparaissant dans l'onglet **Limites** ne sont disponibles que pour le système de DP combiné actuel (entrée supérieure du tableau **Liste Système** de l'onglet **Système**).

Dans le cas d'un cycleur **sleep-safe**, il est possible que les limites correspondant à un patient adulte perdent leur pertinence pour un patient pédiatrique en cas de commutation de valeurs adultes vers des valeurs enfants. Elles sont alors affichées en caractères rouges. Dans un tel cas, définir les limites pédiatriques en cliquant sur le bouton **Défaut**.

Système & Limites

Système **Limites**

sleep-safe V2.20, Anglais

Délai alarme : 2 min

Drainage Suppl. : Oui (sans alarme)

Niv. Accès : (2) Modification DP-Plus + (1)

Code Avancé : 4271

Vol. de sécurité : 120 ml

Type set : Set sleep-safe

Drainage minimum : 85 %

Vol. Pêit.max : 100 %

	Min	Max
Nbre Cycles de Base	1	99
Nbre Cycles Fluct.	2	99
Vol. Infusion de base	25	3500 ml
Vol. Infusion Fluctuante	25	2800 ml
Débit Infus.	50	350 ml/min
Température d'infusion	35,0	37,0 C
Tps de Stase	5	300 min
UF Base	0	1000 ml
UF DPF	0	1000 ml
Débit drainage	50	200 ml/min
Volume total d'infusion	25	30000 ml

Modif Enr Annuler Défaut

Fig. 3.36 Limites et options pour **sleep-safe** version 2.2x - Set adultes



Conseil

La sélection d'un set de valeurs pédiatriques pour **sleep•safe** provoque l'affichage d'une image Bitmap (ourson « Paddy »).

Les limites et options spéciales pour **sleep•safe harmony** sont représentées ci-après.

Système & Limites		Pré-sélectionné		Max
Type set :	Set sleep•safe	Vol. infusion :	2000	3500 ml
Volume patient autorisé :	110 %	Débit infus. :	100	350 ml/min
Volume résiduel autorisé :	35 %	Durée de stase :	120	300 min
Réduction temps de stase autorisé :	15 %	Débit drainage :	100	230 ml/min
Réduction volume infusé autorisé :	10 %			
Quantification cathéter :	130 %			
Quantification cathéter recommandée :	183 %			
Drainage Suppl. :	Oui (sans alarme)			
Niveau d'accès :	Sélectionner prescriptions			

Fig. 3.37 Limites et option pour le **sleep•safe harmony** - mode de traitement pour adulte

La **Quantification cathéter recommandée** est calculée par **PatientOnLine** en fonction des 7 derniers protocoles de traitement, en comparant les durées calculées des phases de drainage à partir de la prescription avec les durées actuelles des phases de drainage à partir du protocole de traitement. La valeur recommandée, si elle est définie sur **Quantification cathéter** dans l'onglet **Système & Limites/Limites** s'adaptera à la durée calculée des phases de drainage afin de mieux correspondre aux durées actuelles.



Note

Le mode de traitement de la version >V2.3 du système **sleep•safe harmony** peut également être modifié en mode de traitement pédiatrique (voir Fig. 3.38).

Il est possible que les limites correspondant à un patient adulte perdent leur pertinence pour un patient pédiatrique en cas de commutation de valeurs adultes vers des valeurs enfants. Elles sont alors affichées en caractères rouges. Dans un tel cas, définir les limites pédiatriques en cliquant sur le bouton **Défaut**.

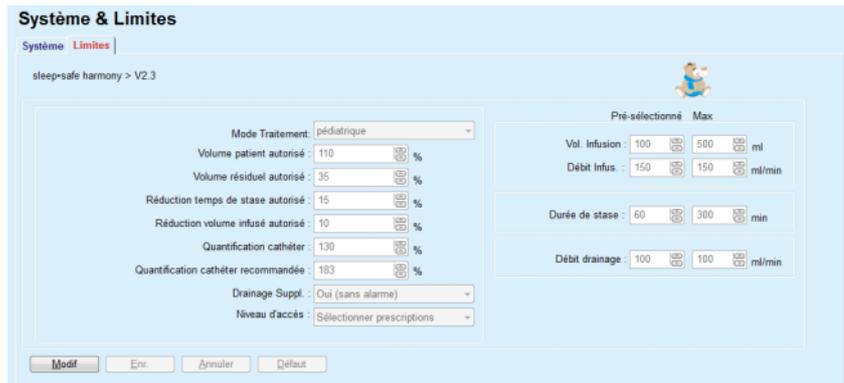


Fig. 3.38 Limites et option pour le **sleep•safe harmony** version >V2.3 - mode de traitement pédiatrique



Note

Vous trouverez des informations détaillées sur les limites et options **sleep•safe harmony** dans ce domaine dans le manuel d'utilisation du cycleur **sleep•safe harmony**.

Les limites et options spéciales pour **SILENCIA** sont représentées ci-après.



Fig. 3.39 Limites et options pour **SILENCIA**



Note

Vous trouverez des informations détaillées sur les limites et options **SILENCIA** dans ce domaine dans le manuel d'utilisation du cycleur **SILENCIA**.



Note

Les limites définies pour un cycleur dépendent du patient (différentes pour chaque patient).

Pour plus de détails sur la signification de chaque paramètre dans les écrans des limites, se reporter au mode d'emploi spécifique.

3.12.2 Prescription DP

Le menu Prescription DP permet à l'utilisateur d'effectuer des prescriptions pour un patient spécifique, en fonction du système de DP assigné et, le cas échéant, des limites de ce dernier.



Note

Il est impossible d'effectuer une nouvelle prescription pour un patient si aucun système de DP ne lui a été assigné.

Le menu **Prescription DP** est agencé différemment selon la combinaison des systèmes de **DPA** (*sleep·safe*, *sleep·safe harmony*, **SILENCIA** etc.) et/ou de **DPCA**. Par conséquent, la prescription peut comprendre des composants DPA et/ou DPCA. Les prescriptions combinées sont munies de deux onglets, **DPA** et **DPCA**, tandis que les prescriptions à système unique ne disposent que d'un onglet : **DPA** ou **DPCA**. Une prescription comprenant des composants DPA et DPCA est illustrée à la figure suivante.

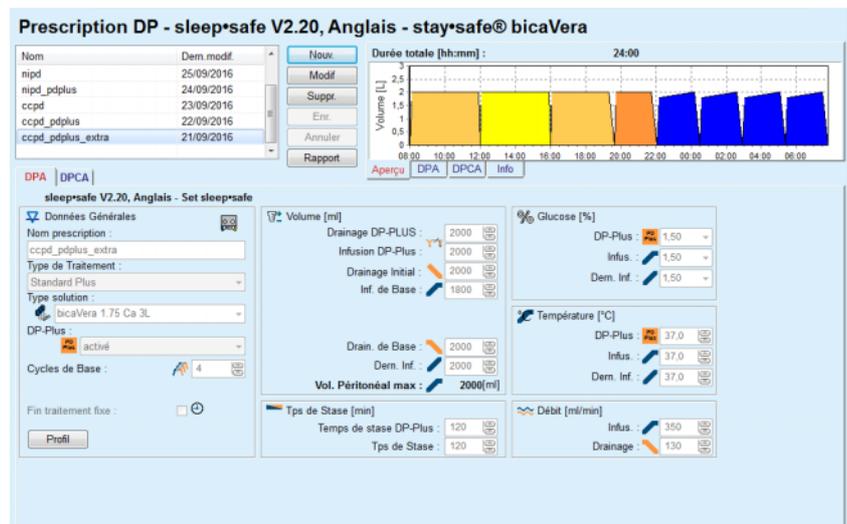


Fig. 3.40 Fenêtre Prescription DP du système de DPA *sleep·safe*

Le module **Prescription DP** est composé des sections suivantes :

- Une **liste des prescriptions** en haut, à gauche ;
- Des **boutons de commande** en haut, au milieu ;
- Une **fenêtre d'aperçu** en haut, à droite ;
- Une **configuration de la prescription** avec les onglets **DPA** et **DPCA** dans la partie inférieure.

La **Liste des prescriptions** affiche la désignation des prescriptions ainsi que la date de dernière modification, et permet de sélectionner une prescription et de la modifier/supprimer/prévisualiser.

Les boutons permettent d'effectuer les manipulations suivantes :

Nouv. - créer une nouvelle prescription ;

Modif - modifier une prescription existante ;

Suppr. - supprimer une prescription sélectionnée de la base de données ;

Enr. - enregistrer une prescription dans la base de données ;

Annuler - interrompre le processus de modification et ignorer les modifications ;

Rapport - établir un rapport correspondant.

Prescription DPA adaptée

La **DPA** adaptée (DPAa) est un concept introduit par le professeur M. Fischbach. Dans cette étude (voir référence 10 du chapitre 5.1), les patients bénéficiaient d'un traitement avec une séquence d'échanges à temps de stase court et petit volume afin de promouvoir l'UF suivie d'échanges à temps de stase plus longs et plus grands volumes afin de favoriser l'élimination de toxines urémiques. Les patients **DPA** adultes avec une valeur créatinine D/P moyenne de 0,68 (plage de 0,58 à 0,80) ont initialement reçu 2 fois un petit volume d'infusion de 1 500 mL avec un cycle d'échange de 45 minutes. Le volume d'infusion a alors été modifié sur 3 000 mL (1 480 – 1 650 mL/m²) qui a été donné 3 fois avec un cycle d'échange de 150 minutes. Le traitement DPA nocturne total a duré 9 heures.

Puisque les cycleurs **sleep•safe**, **sleep•safe harmony** et **SILENCIA** ont la caractéristique exceptionnelle de décrire chaque cycle unique, ils autorisent également la prescription DPAa par Fischbach. La prescription de grands volumes d'infusion doit être gérée à l'aide des mesures de pression intra-péritonéale (IPP) afin d'éviter le risque d'IPP trop élevée.

Si le système de **DPA** est un système **sleep•safe** ou **sleep•safe harmony** ou **SILENCIA**, l'option « **DPA adaptée** » est disponible lors de la création d'une nouvelle prescription :

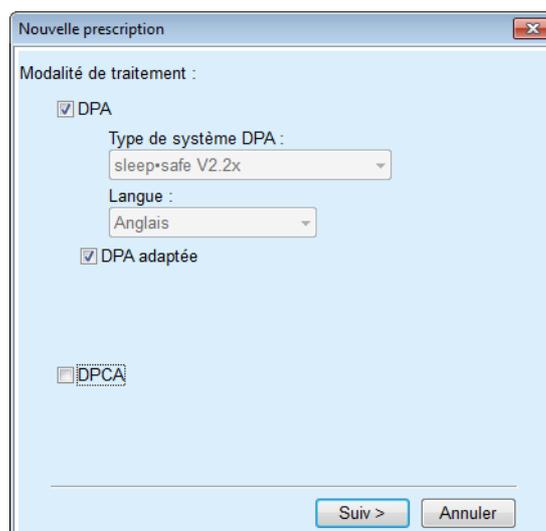


Fig. 3.41 Option DPA adaptée

Si le patient a moins de 2 ans, l'option DPA adaptée n'est pas disponible (voir Fig. 3.41, Option DPA adaptée, page 108).

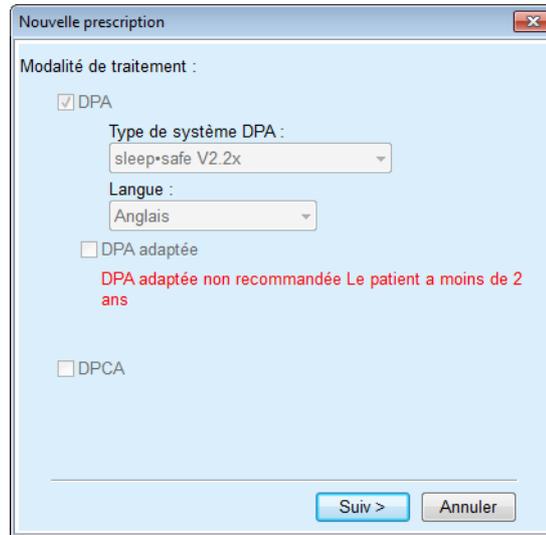


Fig. 3.42 L'option DPA adaptée n'est pas disponible pour les enfants de moins de 2 ans

Lorsque l'on choisit cette option, il est possible de modifier les paramètres DPAa sur la page suivante :

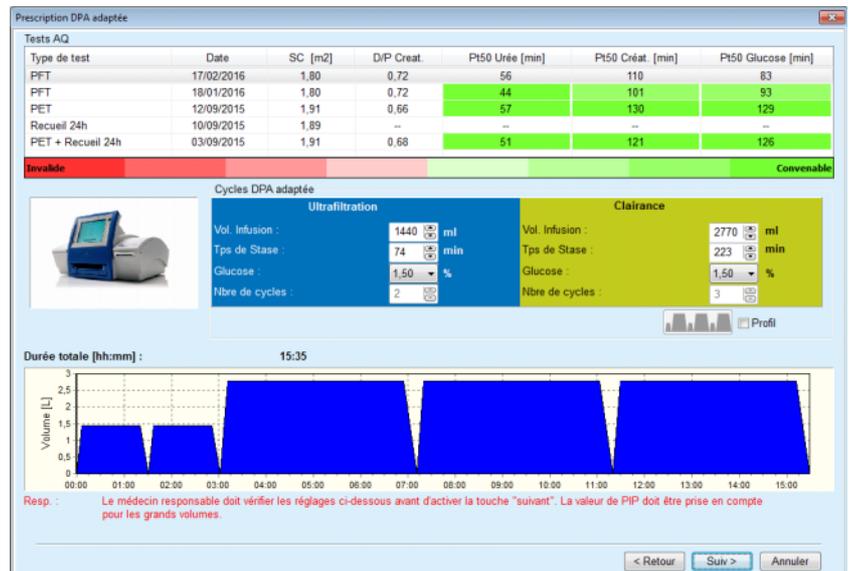


Fig. 3.43 Fenêtre Prescription DPA adaptée

La liste des tests AQ disponibles est affichée dans la partie supérieure de la fenêtre. La liste contient, par défaut, les 6 derniers tests AQ (pas d'essai), mais qui ont moins de 25 mois. La liste peut être élargie jusqu'à ce qu'un test PET/PFT/PET + recueil sur 24 heures soit inclus, mais qui a moins de 25 mois. Dans la zone Cycles DPA adaptée, les volumes d'infusion et temps de stase peuvent être modifiés dans les limites patients actuelles. Selon les capacités du cycleur, les concentrations en glucose peuvent également être modifiées. La partie inférieure affiche une représentation graphique de la prescription.

Si le système de DPA est **sleep•safe** ou **sleep•safe harmony**, une case **Profil** est disponible. En sélectionnant cette option, il est possible de modifier le nombre de cycles. Si le **Profil** est sélectionné, l'ordre des cycles de la prescription DPA adaptée peut être basculé en appuyant sur le bouton de l'icône à gauche du **Profil**. Cette option n'est pas disponible pour **SILENCIA**.



Note

Cliquer sur **Suiv.** permet de transmettre la prescription à l'éditeur spécial et au modèle de prescription (**sleep•safe** ou **sleep•safe harmony** ou **SILENCIA**), où elle peut être modifiée et enregistrée.

Création d'une nouvelle prescription DP

Il convient de procéder comme suit pour créer une nouvelle entrée de **Prescription DP** :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Médical** dans l'arborescence ;
- Sélectionner le sous-menu **Prescription DP** ;

Le menu de saisie **Prescription DP** s'ouvre.

- Cliquer sur le bouton **Nouv.** du menu de saisie ;
- Sélectionner **DPA** et/ou **DPCA** pour le type de traitement ;
- Cliquer sur le bouton **Suiv >**.



Note

Différents onglets **DPA** et/ou **DPCA** sont affichés dans l'éditeur de prescriptions en fonction du **Type de traitement** choisi.

La prescription est prise en compte dans le menu de saisie.

Saisies possibles dans l'onglet DPA

- Saisir un nom de prescription dans le champ **Nom prescription** ;
- Sélectionner le **Type de traitement** à l'aide du menu déroulant ;



Note

Différents champs de saisie permettant la modification des paramètres de traitement sont affichés en fonction du **Type de traitement** sélectionné.

Saisies possibles dans l'onglet DPCA

- Saisir un nom de prescription dans le champ **Nom prescription** ;
- Sélectionner le **Nbre d'échanges manuels** à l'aide du menu déroulant ;

Les cycles DPCA sont représentés sous forme de tableau.

Il est possible de changer toutes les cellules modifiables par l'intermédiaire d'un double-clic. En cas de dépassement des limites, la valeur dépassée est affichée en caractères rouges.

- Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

Le succès de l'opération d'enregistrement est indiqué sous forme de menu contextuel, et doit être confirmé en cliquant sur le bouton **Oui**.

Modification d'une prescription DP

Il convient de procéder comme suit pour modifier une entrée de **Prescription DP** :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Médical** dans l'arborescence ;
- Sélectionner le sous-menu **Prescription DP** ;

Le menu de saisie **Prescription DP** s'ouvre.

- Sélectionner l'entrée à modifier dans la liste (en haut à gauche) ;
- Cliquer sur le bouton **Modif** ;

La boîte de dialogue **Modifier Prescription** apparaît.

Il est possible d'accepter ou de modifier le type de traitement sélectionné.

- Cliquer sur le bouton **Suiv >**.

Saisies possibles dans l'onglet DPA

Il est possible de modifier les champs suivants :

Type de traitement

Type solution

DP-PLUS

Cycles de base

Cycles fluct.

Les paramètres de traitement peuvent être modifiés au besoin.



Note

Le **volume d'infusion maximal** pour une prescription est affiché de manière permanente et actualisé automatiquement lorsque la valeur du volume d'infusion (de base, dernier, DP-Plus) change.

Saisies possibles dans l'onglet DPCA

Il est possible de modifier les champs suivants :

Nom prescription

Nbre d'échanges manuels

Le nombre de cycles est représenté sous forme de tableau.

Il est possible de changer toutes les cellules modifiables par l'intermédiaire d'un double-clic. En cas de dépassement des limites, la valeur dépassée est affichée en caractères rouges.

- Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

Le succès de l'opération d'enregistrement est indiqué sous forme de menu contextuel, et doit être confirmé en cliquant sur le bouton **Oui**.



Note

Après l'enregistrement ou la modification d'une prescription DPA, ne pas oublier d'actualiser la prescription sur la carte patient. Ce rappel s'affiche également après une procédure d'enregistrement réussie pour une prescription DPA.

Suppression d'une prescription DP

Il convient de procéder comme suit pour supprimer une entrée de **Prescription DP** :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Médical** dans l'arborescence ;
- Sélectionner le sous-menu **Prescription DP** ;

Le menu de saisie **Prescription DP** s'ouvre.

- Sélectionner l'entrée à supprimer dans la liste (en haut à gauche) ;
- Cliquer sur le bouton **Suppr.**

Une boîte de dialogue contenant une demande de confirmation s'ouvre.

Cliquer sur le bouton **Oui** pour supprimer l'entrée sélectionnée, ou cliquer sur le bouton **Non** pour interrompre le processus.

Le succès de l'opération de suppression est indiqué sous forme de menu contextuel, et doit être confirmé en cliquant sur le bouton **OK**.

Création d'un rapport relatif à la prescription

Il convient de procéder comme suit pour créer un rapport relatif à une **Prescription DP** :

- Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;
- Sélectionner l'option de menu **Médical** dans l'arborescence ;
- Sélectionner le sous-menu **Prescription DP** ;

Le menu de saisie **Prescription DP** s'ouvre.

- Sélectionner dans la liste (en haut à gauche) l'entrée pour laquelle un rapport doit être créé ;
- Cliquer sur le bouton **Rapport** ;

Après un court délai de préparation, le rapport est affiché à l'écran sous forme d'aperçu avant impression.

Cliquer sur l'icône **Impr.** ;

- Le rapport est imprimé par l'imprimante configurée par défaut ;
- Cliquer sur le bouton **Fermer rapport**.

L'aperçu avant impression est fermé.

Fenêtre d'Aperçu

La fenêtre d'aperçu affiche des informations relatives au composant DPA et/ou DPCA de la prescription actuelle, ainsi qu'un aperçu sous forme graphique. Cette section est composée de quatre onglets :

Aperçu,
DPA,
DPCA,
Info,

3.12.2.1 Onglet Aperçu

L'onglet **Aperçu** affiche une représentation graphique de la prescription.

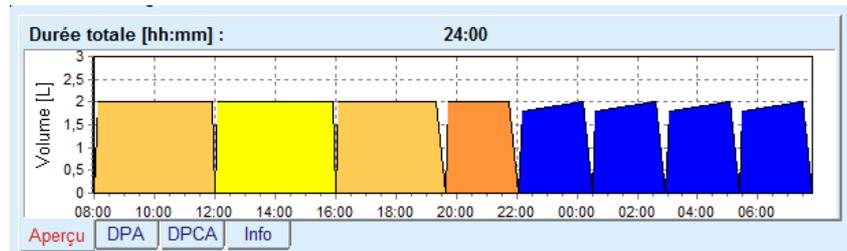


Fig. 3.44 Onglet Aperçu de la fenêtre d'aperçu

Le cycle de couleur orange correspond au cycle DP-Plus.

Les cycles en jaune sombre correspondent aux cycles quotidiens.

Les cycles en bleu correspondent aux cycles de base DPA ou aux cycles fluctuants.

A chaque cycle est liée une remarque.

3.12.2.2 Onglet DPA avec onglet secondaire Info DPA

L'onglet **DPA** propose un résumé de la prescription (durée totale, volume total et poches de solution requises) Ces informations diffèrent en fonction de chaque système de DPA. Pour **sleep•safe**, cet onglet est divisé en deux sous-onglets :

Info DPA

Pches

(voir Fig. 3.45, Onglet Info DPA de la fenêtre d'aperçu du DPA sleep•safe, page 113) et (voir Fig. 3.46, Onglet Pches de la fenêtre d'aperçu du DPA sleep•safe, page 114) ;

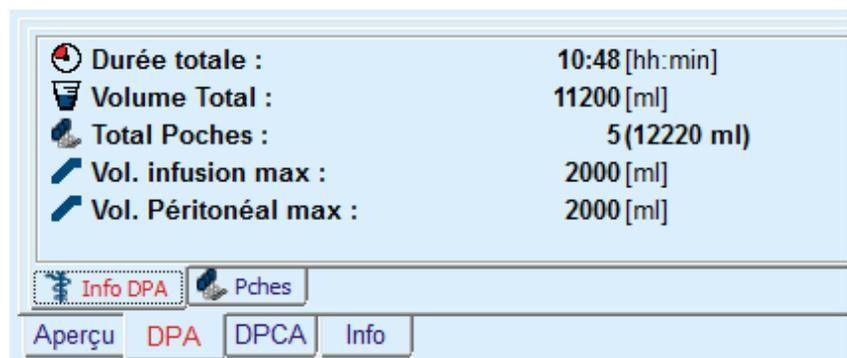


Fig. 3.45 Onglet Info DPA de la fenêtre d'aperçu du DPA sleep•safe

3.12.2.3 Onglet DPA avec sous-onglet Pches

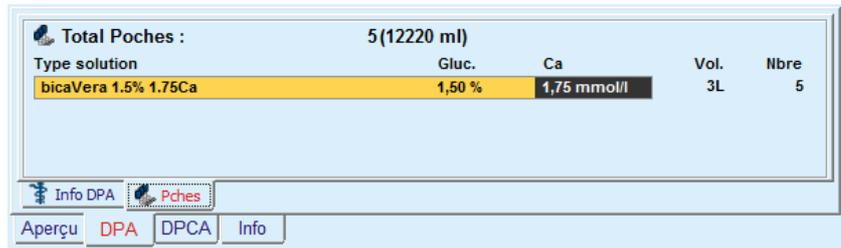


Fig. 3.46 Onglet Pches de la fenêtre d'aperçu du DPA *sleep-safe*

Le volume total et le nombre total de poches sont affichés en caractères rouges en cas de dépassement de la limite de volume total (voir limites).

3.12.2.4 Onglet DPCA

L'onglet **DPCA** affiche un résumé de la prescription (durée totale, volume total, nombre et type de poches).

L'onglet **DPCA** dispose de deux onglets secondaires :

Info. DPCA,

Pches,

Onglet **Info. DPCA** de la fenêtre d'aperçu du DPCA. L'onglet **Pches** est similaire à l'onglet DPA.

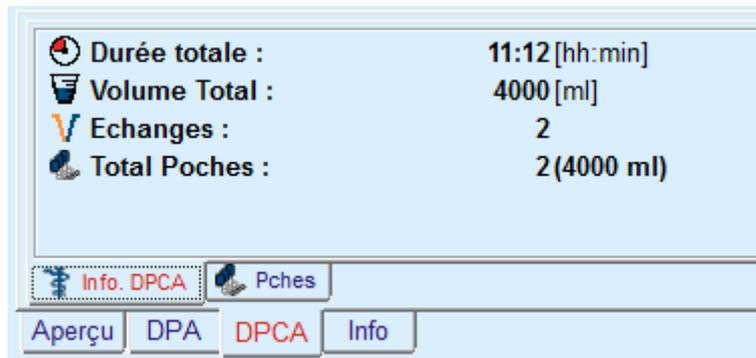


Fig. 3.47 Onglet Info. DPCA de la fenêtre d'aperçu du DPCA

3.12.2.5 Onglet Info

L'onglet **Info** offre une courte description de la prescription et indique le nom de la prescription ainsi que le système de DP combiné utilisé.

Les onglets **DPA/DPCA** de la section de **configuration de la prescription** décrivent les composantes **DPA** et **DPCA** de la prescription. La composante DPCA est constituée des échanges quotidiens, tandis que la composante DPA comprend (le cas échéant) les cycles nocturnes, réalisés à l'aide d'un cycleur.

Chaque onglet comprend le système DPA/DPCA actuel lié à la prescription. Il ne correspond pas nécessairement au système de DPA/DPCA lié au patient. Par exemple, un patient bénéficiant d'un traitement PD-NIGHT PatientCard et bicaVera peut aussi disposer d'une prescription **sleep•safe**. Dans un tel cas, l'indication correspondant au système est affichée en caractères rouges, signalant à l'utilisateur qu'un autre système est lié au patient. Le traitement d'une telle prescription permet de forcer le passage au système actuel.

● Prescription DPA - *sleep•safe harmony*

L'onglet **DPA** pour **sleep•safe harmony** se divise en deux parties : du côté gauche : **Données Générales**, pour le nom et le type de la prescription, ainsi que pour les données correspondantes. Du côté droit : différents paramètres en fonction du type de prescription. **sleep•safe harmony** met à disposition les types de prescriptions suivants, qui peuvent être sélectionnés dans le menu déroulant correspondant : Base, Standard, DP-Plus standard, Fluct. et DPA adaptée.



Note

Les paramètres de saisie pour tous les types de prescriptions sont encadrés par leurs limites respectives, comme indiqué dans le menu **Système & Limites/Limites**. Les valeurs de ces limites sont indiquées sous forme de note pour chaque champ de saisie dans l'éditeur de prescription correspondant.

La fenêtre **Aperçu** en haut à droite affiche une représentation graphique de la prescription, des informations d'aperçu sur la prescription DPA relatives à la durée et au volume du traitement, au nombre de poches, au volume patient et au volume résiduel autorisés, aux solutions (avec code couleur) avec type, concentrations de glucose et de calcium, volume et nombre de poches nécessaire, des données sur la prescription DPCA (le cas échéant) et quelques informations sur la prescription DP (nom, systèmes de DPA et DPCA utilisés).

A : Prescription de base

Une prescription de base pour **sleep•safe harmony** est représentée ci-après.

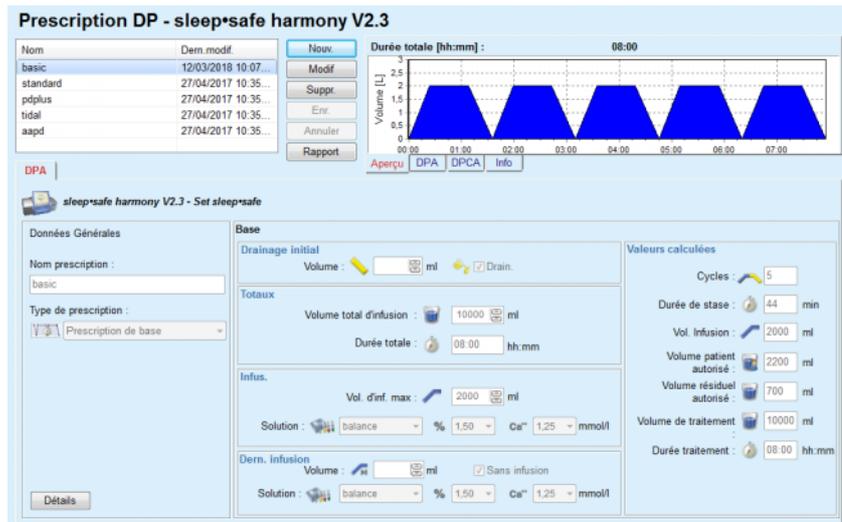


Fig. 3.48 Prescription de base - *sleep•safe harmony*

Les données d'entrée pour ce type de prescription sont :

- Volume de drainage initial - paramètre optionnel. Lorsque l'option **Drain** a été sélectionnée, le cycleur effectue un drainage initial automatique guidé par pression.
- Volume total d'infusion.
- Durée totale (du traitement).
- Vol. d'inf. max.
- Solution de traitement avec les concentrations de glucose et de calcium, toutes sélectionnables dans les listes déroulantes correspondantes.
- Volume de la dernière infusion - paramètre optionnel. Lorsque l'option **Sans infusion** a été sélectionnée, le dernier cycle n'est pas effectué. Lorsque l'option n'a pas été sélectionnée, saisir une valeur pour le volume de la dernière infusion. La solution pour la dernière infusion doit être saisie en fonction du nom, ainsi que des concentrations de glucose et de calcium disponibles dans les listes déroulantes correspondantes.

Du côté droit sont affichées les **valeurs calculées** en termes de nombre de cycles, de temps de stase, de volume d'infusion, de volume patient et de volume résiduel autorisés, de volume de traitement et de durée du traitement.

Le bouton **Détails** ouvre une boîte de dialogue comportant des informations sur chaque cycle du traitement prescrit, en termes de volume d'infusion, de solution (nom et concentrations de glucose et de calcium), de temps de stase, de volume de drainage et de durée du cycle. Aucun de ces paramètres n'est modifiable.



Note

Le profilage n'est autorisé ni pour les prescriptions de base, ni pour les prescriptions DPA adaptées.

B : Prescription standard

Une prescription standard pour **sleep•safe harmony** est représentée ci-après.

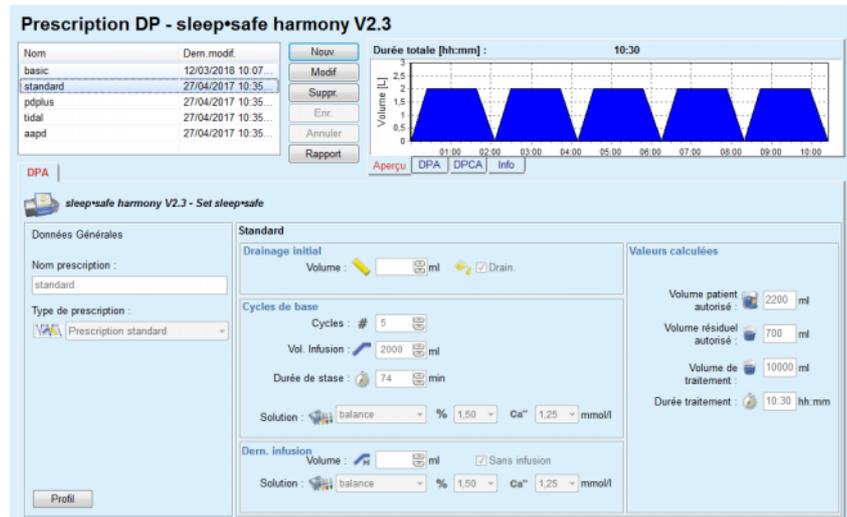


Fig. 3.49 Prescription standard - **sleep•safe harmony**

Les données d'entrée pour ce type de prescription sont :

- Volume de drainage initial - paramètre optionnel. Lorsque l'option **Drain** a été sélectionnée, le cycleur effectue un drainage initial automatique guidé par pression.
- Données de base des cycles : nombre de cycles, volume d'infusion, temps de stase et solution pour le traitement (avec les concentrations de glucose et de calcium, toutes sélectionnables dans les listes déroulantes correspondantes).
- Volume de la dernière infusion - paramètre optionnel. Lorsque l'option **Sans infusion** a été sélectionnée, le dernier cycle n'est pas effectué. Lorsque l'option n'a pas été sélectionnée, saisir une valeur pour le volume de la dernière infusion. La solution pour la dernière infusion doit être saisie en fonction du nom, ainsi que des concentrations de glucose et de calcium disponibles dans les listes déroulantes correspondantes.

Du côté droit sont affichées les **valeurs calculées** en termes de volume patient et de volume résiduel autorisés, de volume de traitement et de durée du traitement.

Le bouton **Profil** ouvre une boîte de dialogue dans laquelle il est possible de procéder à un profilage du volume d'infusion, de la solution (type, concentrations de glucose et de calcium) et du temps de stase pour chaque cycle prescrit, en cochant la case de profilage correspondante pour le paramètre souhaité.



Conseil

Les paramètres profilés sont indiqués dans l'éditeur de prescription avec la mention **Profil**.

C : Prescription DP-Plus standard

Ce type de prescription ressemble à la prescription standard, mais comporte des données d'entrée supplémentaires concernant le cycle DP-Plus, à savoir :

- Vol. Infusion.
- Durée de stase DP-Plus.
- Solution pour le cycle DP-Plus (avec les concentrations de glucose et de calcium, toutes sélectionnables dans les listes déroulantes correspondantes).

Tous les détails décrits au point B sont aussi valables pour la prescription DP-Plus standard.

D : Prescription fluctuante

Une prescription fluctuante pour **sleep•safe harmony** est représentée ci-après.

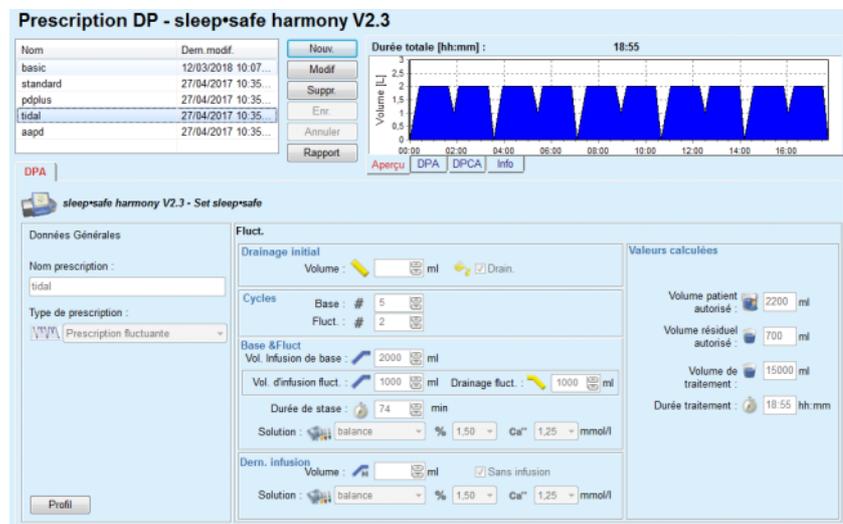


Fig. 3.50 Prescription fluctuante - **sleep•safe harmony**

Les données d'entrée pour ce type de prescription sont :

- Volume de drainage initial - paramètre optionnel. Lorsque l'option **Drain.** a été sélectionnée, le cycleur effectue un drainage initial automatique guidé par pression.
- Nombre de cycles de base et de cycles fluctuants.
- Volume d'infusion de base, volumes d'infusion et de drainage fluctuants.
- Temps de stase.
- Solution pour les cycles de base et fluctuants (avec les concentrations de glucose et de calcium, toutes sélectionnables dans les listes déroulantes correspondantes).
- Volume de la dernière infusion - paramètre optionnel. Lorsque l'option **Sans infusion** a été sélectionnée, le dernier cycle n'est pas effectué. Lorsque l'option n'a pas été sélectionnée, saisir une valeur pour le volume de la dernière infusion. La solution pour la dernière infusion doit être saisie en fonction du nom, ainsi que des concentrations de glucose et de calcium disponibles dans les listes déroulantes correspondantes.

Les **valeurs calculées** et l'option **Profil** sont les mêmes que pour les prescriptions standard et DP-Plus standard décrites précédemment.

E : Prescription DPA adaptée

Une prescription DPA adaptée pour **sleep•safe harmony** est représentée ci-après.

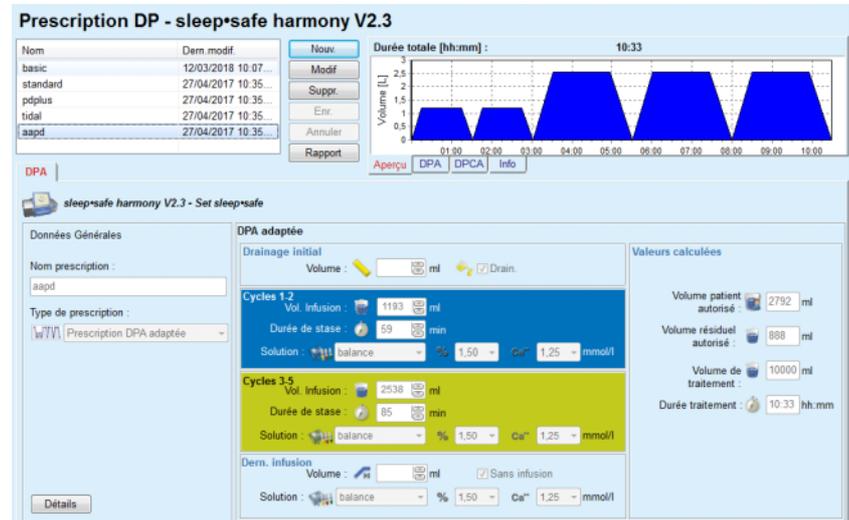


Fig. 3.51 Prescription DPA adaptée - **sleep•safe harmony**

Le concept de traitement « DPA adapté » selon le professeur M. Fischbach se compose d'une prescription standard de 5 cycles, dont 2 cycles avec un temps de stase court et un petit volume d'infusion et 3 cycles avec un temps de stase long et un grand volume d'infusion. Les 2 premiers cycles doivent provoquer une ultrafiltration et les 3 derniers doivent provoquer une clairance appropriée des toxines urémiques avec des temps d'infusion plus longs tels que la créatinine et le phosphate.

Si le patient a moins de 2 ans, l'option DPA adaptée n'est pas disponible.

Les données d'entrée pour ce type de prescription sont :

- Volume de drainage initial - paramètre optionnel. Lorsque l'option **Drain** a été sélectionnée, le cycleur effectue un drainage initial automatique guidé par pression.
- Données des cycles 1-2 : volume d'infusion, temps de stase et solution (avec les concentrations de glucose et de calcium, toutes sélectionnables dans les listes déroulantes correspondantes).
- Données des cycles 3-5 : volume d'infusion, temps de stase et solution (avec les concentrations de glucose et de calcium, toutes sélectionnables dans les listes déroulantes correspondantes).
- Volume de la dernière infusion - paramètre optionnel. Lorsque l'option **Sans infusion** a été sélectionnée, le dernier cycle n'est pas effectué. Lorsque l'option n'a pas été sélectionnée, saisir une valeur pour le volume de la dernière infusion. La solution pour la dernière infusion doit être saisie en fonction du nom, ainsi que des concentrations de glucose et de calcium disponibles dans les listes déroulantes correspondantes.

Les **valeurs calculées** sont les mêmes que pour les prescriptions standard, DP-Plus standard et fluctuantes, décrites plus haut.

Le bouton **Détails** ouvre une boîte de dialogue comportant des informations sur chaque cycle du traitement prescrit.



Note

Le profilage n'est autorisé ni pour les prescriptions de base, ni pour les prescriptions DPA adaptées.



Note

Vous trouverez des informations détaillées sur les paramètres de prescription dans ce domaine dans le manuel d'utilisation du cycleur **sleep•safe harmony**.

● **Prescription DPA - sleep•safe**

L'onglet DPA pour **sleep•safe** comprend les sections suivantes :

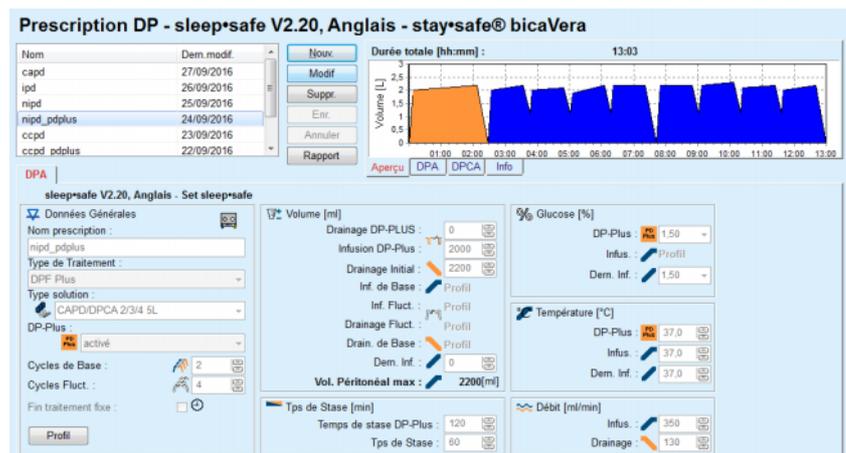


Fig. 3.52 Prescription DPA - **sleep•safe**

Données Générales (gauche),

Cycle (milieu et droite),

Profil (bouton situé en bas),

La partie relative aux **Données Générales** permet d'effectuer les saisies/réglages suivants :

Nom prescription,

Type de traitement,

Type solution,

Option **DP-Plus activée/désactivée**,

Cycles de base (nombre),

Cycles fluct. (nombre),



Note

La désignation de la prescription apparaît sur l'écran du cycleur **sleep-safe**. Il est recommandé d'employer des désignations claires.

Le rapport **Cycle** permet d'optimiser les valeurs suivantes :

- Volume,**
- Tps de Stase,**
- Glucose,**
- Température,**
- Débit.**



Note

Si le type de traitement sélectionné exclut certaines options spécifiques, les champs correspondants sont masqués ou désactivés.

Exemple :

En cas de traitement standard, tous les champs relatifs au mode fluctuant sont masqués.



Note

Si possible, certaines valeurs de phase (par ex. volume de drainage) sont corrigées automatiquement lorsque leur valeur dépasse les limites définies dans le module **Système & Limites**.

En cas de modification, toutes les configurations doivent être vérifiées avec soin.

Le bouton **Profil** permet de personnaliser chaque phase du traitement.

Cycle	Infus.			Stase	Drainage	Durée Cycle
	Volume	Temp.	Glucose	Durée	Volume	
	[ml]	[°C]	[%]	[min]	[ml]	[min]
	<input checked="" type="checkbox"/> Profil	<input type="checkbox"/> Profil	<input checked="" type="checkbox"/> Profil	<input type="checkbox"/> Profil	<input checked="" type="checkbox"/> Profil	
Drainage DP-Plus	-	-	-	-	0	0
Infusion DP-Plus	2000	37,0	1,50	-	-	7
Drainage Initial	-	-	-	-	2200	20
Cycle #1/#1	2000	37,0	1,50	60	1100	79
Cycle #1/#2	900	37,0	2,30	60	1000	75
Cycle #1/#3	800	37,0	1,50	60	1100	76
Cycle #1/#4	1100	37,0	1,50	60	2200	85
Cycle #2/#1	2200	37,0	2,30	60	1100	80
Cycle #2/#2	1100	37,0	1,50	60	1200	78
Cycle #2/#3	1000	37,0	1,50	60	1100	78

Fig. 3.53 Boîte de dialogue Profil

Pour activer un **Profil** donné, il faut que la case Profil en haut de chaque colonne soit cochée.



Conseil

Lorsque le **Profil** est activé dans une colonne spécifique, le terme **Profil** remplace la valeur numérique y figurant.



Conseil

La section **Cycle** et l'onglet **Profil** sont liés ; toute modification réalisée dans l'un des onglets se répercute dans l'autre.



Note

Pour plus d'informations relatives aux définitions et aux paramètres de prescription, consulter le manuel d'utilisation du système **sleep-safe**.

● Prescription DPA - SILENCIA

L'onglet **DPA** pour **SILENCIA** se divise en deux parties : du côté gauche : **Données Générales**, pour le nom et le type de la prescription, ainsi que pour les données correspondantes. Du côté droit : différents paramètres en fonction du type de prescription. **SILENCIA** met à disposition les types de prescriptions suivants, qui peuvent être sélectionnés dans le menu déroulant correspondant : Standard, Fluct. et DPA adaptée.



Note

Les paramètres de saisie pour tous les types de prescriptions sont encadrés par leurs limites respectives, comme indiqué dans le menu **Système & Limites/Limites**. Les valeurs de ces limites sont indiquées sous forme de note pour chaque champ de saisie dans l'éditeur de prescription correspondant.

La fenêtre **Aperçu** en haut à droite affiche une représentation graphique de la prescription, des informations d'aperçu sur la prescription DPA relatives à la durée et au volume du traitement, au nombre de poches, au volume patient et au volume résiduel autorisés, aux solutions (avec code couleur) avec type, concentrations de glucose et de calcium, volume et nombre de poches nécessaire, des données sur la prescription DPCA (le cas échéant) et quelques informations sur la prescription DP (nom, systèmes de DPA et DPCA utilisés).

a. Prescription standard

Une prescription standard pour **SILENCIA** est représentée ci-après.

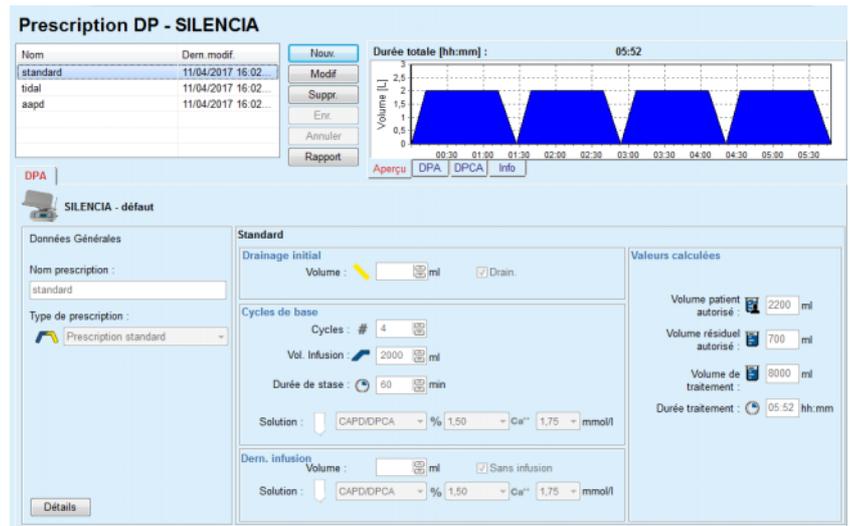


Fig. 3.54 Prescription standard - **SILENCIA**

Les données d'entrée pour ce type de prescription sont :

- Volume de drainage initial - paramètre optionnel. Lorsque l'option **Drain.** a été sélectionnée, le cycleur effectue un drainage initial automatique.
- Données de base des cycles : nombre de cycles, volume d'infusion, temps de stase et solution pour le traitement (avec les concentrations de glucose et de calcium, toutes sélectionnables dans les listes déroulantes correspondantes).
- Volume de la dernière infusion - paramètre optionnel. Lorsque l'option **Sans infusion** a été sélectionnée, la dernière infusion n'est pas effectuée. Lorsque l'option n'a pas été sélectionnée, saisir une valeur pour le volume de la dernière infusion. La solution pour la dernière infusion doit être saisie en fonction du nom, ainsi que des concentrations de glucose et de calcium disponibles dans les listes déroulantes correspondantes. La fenêtre **Aperçu/Pches** affiche le nombre total de poches de solution, en fonction de la sélection de l'utilisateur.

Du côté droit sont affichées les **valeurs calculées** en termes de volume patient et de volume résiduel autorisés, de volume de traitement et de durée du traitement.

Le bouton **Détails** ouvre une boîte de dialogue comportant des valeurs détaillées pour chaque cycle.



Note

La sélection pour la solution de glucose permet les mélanges de glucose comme « 1,5 % + 2,3 % » ou « 2,3 % + 4,25 % » ou « 1,5 % + 4,25 % ». L'utilisation d'un mélange de glucose signifie que deux poches de solution distinctes avec différents glucoses sont connectées au cycleur. Un mélange de glucose est autorisé pour la dernière infusion uniquement si le même mélange de glucose est utilisé pour les cycles de base également.

b. Prescription fluctuante

Une prescription fluctuante pour **SILENCIA** est représentée ci-après.

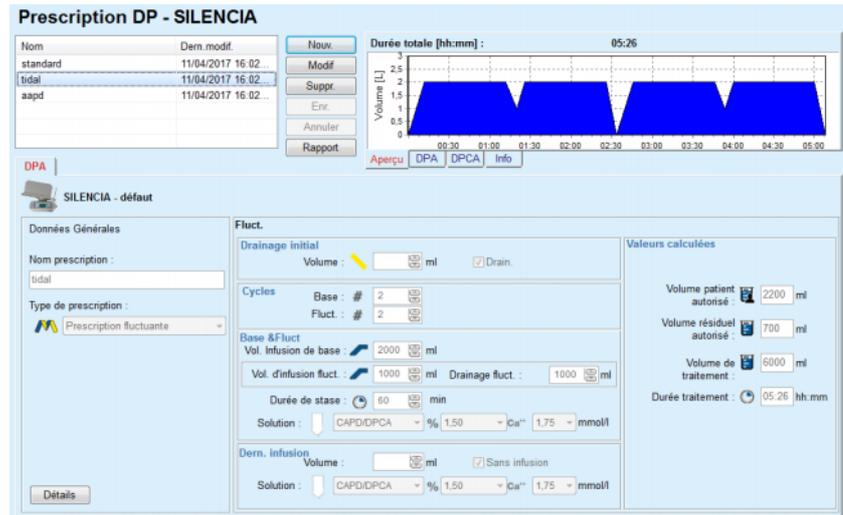


Fig. 3.55 Prescription fluctuante - **SILENCIA**

Les données d'entrée pour ce type de prescription sont :

- Volume de drainage initial - paramètre optionnel. Lorsque l'option **Drain**, a été sélectionnée, le cycleur effectue un drainage initial automatique guidé par pression.
- Nombre de cycles de base et de cycles fluctuants.
- Volume d'infusion de base, volumes d'infusion et de drainage fluctuants.
- Temps de stase.
- Solution pour les cycles de base et fluctuants (avec les concentrations de glucose et de calcium, toutes sélectionnables dans les listes déroulantes correspondantes).
- Volume de la dernière infusion - paramètre optionnel. Lorsque l'option **Sans infusion** a été sélectionnée, la dernière infusion n'est pas effectuée. Lorsque l'option n'a pas été sélectionnée, saisir une valeur pour le volume de la dernière infusion. La solution pour la dernière infusion doit être saisie en fonction du nom, ainsi que des concentrations de glucose et de calcium disponibles dans les listes déroulantes correspondantes.



Note

La sélection pour la solution de glucose permet les mélanges de glucose comme « 1,5 % + 2,3 % » ou « 2,3 % + 4,25 % » ou « 1,5 % + 4,25 % ». L'utilisation d'un mélange de glucose signifie que deux poches de solution distinctes avec différents glucoses sont connectées au cycleur. Un mélange de glucose est autorisé pour la dernière infusion uniquement si le même mélange de glucose est utilisé pour les cycles de base également.

Les options **Valeurs calculées** et **Détails** sont les mêmes que pour les prescriptions standards décrites précédemment.

c. Prescription DPA adaptée

Une prescription DPA adaptée pour **SILENCIA** est représentée ci-après.

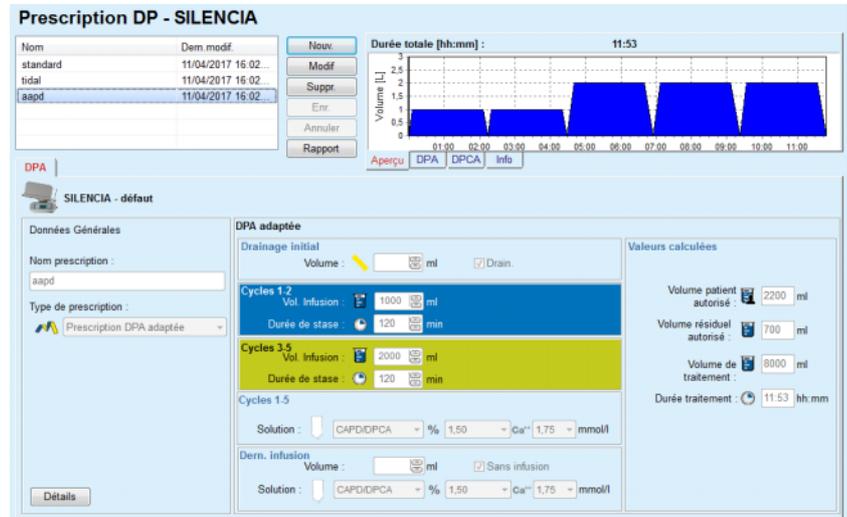


Fig. 3.56 Prescription DPA adaptée - **SILENCIA**

Le concept de traitement « DPA adapté » selon le professeur M. Fischbach se compose d'une prescription standard de 5 cycles, dont 2 cycles avec un temps de stase court et un petit volume d'infusion et 3 cycles avec un temps de stase long et un grand volume d'infusion. Les 2 premiers cycles doivent provoquer une ultrafiltration et les 3 derniers doivent provoquer une clairance appropriée des toxines urémiques avec des temps d'infusion plus longs tels que la créatinine et le phosphate.

Si le patient a moins de 2 ans, l'option DPA adaptée n'est pas disponible.

Les données d'entrée pour ce type de prescription sont :

- Volume de drainage initial - paramètre optionnel. Lorsque l'option **Drain**. a été sélectionnée, le cycleur effectue un drainage initial automatique guidé par pression.
- Données des cycles 1-2 : volume d'infusion et durée de stase.
- Données des cycles 3-5 : volume d'infusion et durée de stase.
- Solution cycles 1-5 (avec les concentrations de glucose et de calcium, toutes sélectionnables dans les listes déroulantes correspondantes).
- Volume de la dernière infusion - paramètre optionnel. Lorsque l'option **Sans infusion** a été sélectionnée, le dernier cycle n'est pas effectué. Lorsque l'option n'a pas été sélectionnée, saisir une valeur pour le volume de la dernière infusion. La solution pour la dernière infusion doit être saisie en fonction du nom, ainsi que des concentrations de glucose et de calcium disponibles dans les listes déroulantes correspondantes.



Note

La sélection pour la solution de glucose permet les mélanges de glucose comme « 1,5 % + 2,3 % » ou « 2,3 % + 4,25 % » ou « 1,5 % + 4,25 % ». L'utilisation d'un mélange de glucose signifie que deux poches de solution distinctes avec différents glucoses sont connectées au cycleur. Un mélange de glucose est autorisé pour la dernière infusion uniquement si le même mélange de glucose est utilisé pour les cycles de base également.

Les **valeurs calculées** et les sections **Détails** sont les mêmes que pour les prescriptions standards et fluctuantes décrites précédemment.

● **Prescription DPA - Autre DPA**

Dans le système de DPA **Autre DPA**, l'onglet a l'apparence suivante.

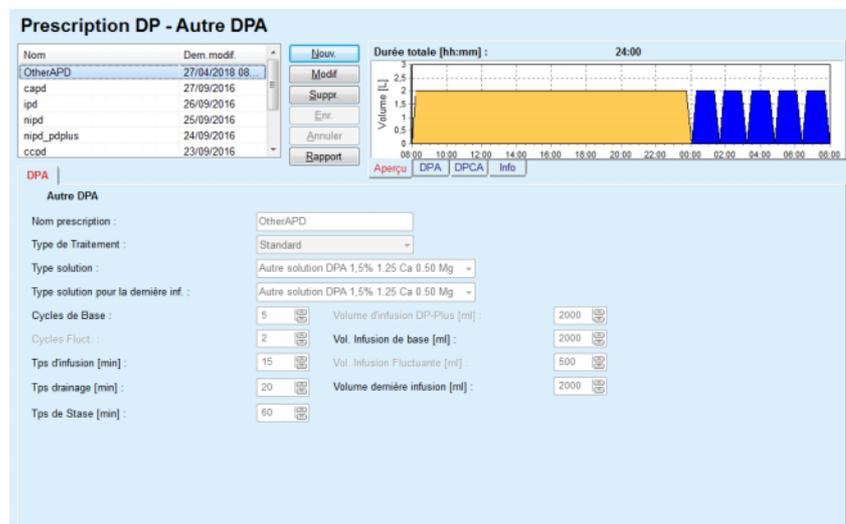


Fig. 3.57 Fenêtre Prescription DP pour l'autre système de DPA

La fenêtre **Prescription DP - Autre DPA** est subdivisée comme suit :
Données Générales, partie supérieure ;
Configuration de la prescription, le reste de la fenêtre,

La zone **Données Générales** propose les champs de saisie suivants :
Nom prescription (saisir),
Type de traitement (sélectionner),
Type solution (sélectionner),
Type solution pour la dernière inf. (sélectionner).

La zone **Configuration de la prescription** permet de modifier les paramètres de prescription suivants :

- Nombre de cycles de base ;**
- Nombre de cycles fluct. ;**
- Temps d'inf. ;**
- Temps drainage ;**
- Tps de Stase ;**
- Volume d'infusion DP-Plus ;**
- Vol. Infusion de base ;**
- Vol. Infusion Fluctuante ;**
- Volume dernière inf..**



Note

La prescription Autre DPA ne peut pas être inscrite sur la carte patient.

● Prescription DPCA

Si la prescription contient une partie DPCA, la fenêtre DPCA est semblable à celle illustrée à la Fig. 3.58.

Cette fenêtre est composée des sections suivantes :

- Données Générales** en haut, à gauche,
- Aperçu** en haut, à droite,
- Configuration des échanges**, en bas.

Prescription DP - sleep•safe V2.20, Anglais - stay•safe® bicaVera

Nom	Dem. modif
capd	27/09/2016
ipd	25/09/2016
nipd	25/09/2016
nipd_pduplus	24/09/2016
ccpd	23/09/2016
ccpd_pduplus	22/09/2016

Durée totale [hh:mm] : 24:00

Volume [L]

0 0.5 1 1.5 2 2.5 3

08:00 10:00 12:00 14:00 16:00 18:00 20:00 22:00 00:00 02:00 04:00 06:00 08:00

DPCA | Aperçu | DPA | DPCA | Info

stay•safe® bicaVera

Nom prescription : capd

Nbre d'échanges manuels : 4 Nbre de cycles : 4

Nb d'échanges	Heure Début [hh:me]	Heure Fin [hh:me]	Type solution	Pche [ml]	Volume [ml]	Stase/Vide [me]	Position
Ech. #1	08:00	12:00	bicaVera 1.5% 1.75Ca	2000	2000	240	Jour(J)
Ech. #2	12:00	16:00	bicaVera 1.5% 1.75Ca	2000	2000	240	Jour(J)
Ech. #3	16:00	20:00	bicaVera 1.5% 1.75Ca	2000	2000	240	Jour(J)
Ech. #4	20:00	08:00	bicaVera 4.25% 1.75Ca	2000	2000	720	Nuit(N)

Fig. 3.58 Fenêtre Prescription DPCA

La section **Données Générales** permet de définir le nom de la prescription et le nombre d'échanges sélectionné. La fenêtre **Aperçu** est agencée d'une façon similaire à celle du **sleep•safe**.

La section **Configuration des échanges** permet à l'utilisateur de déterminer les valeurs suivantes : **Heure Début**, **Heure Fin**, **Type solution**, **Pche**, **Volume**, **Stase/Vide** et **Position**, pour chaque échange du traitement. Ces informations peuvent être saisies à l'aide du clavier, des touches fléchées ou sélectionnées à l'aide du curseur.



Conseil

Le principe de saisie rapide des éléments de commande du temps servant à modifier les valeurs **Heure Début** et **Heure Fin** constitue, en collaboration avec le mécanisme de synchronisation des cycles, une solution rapide et ergonomique de simplification des prescriptions de traitements de DPCA.



Conseil

Utiliser les touches **Page précédente/Page suivante** pour augmenter/réduire la valeur correspondant aux heures et les touches **Haut/Bas** pour augmenter/réduire la valeur correspondant aux minutes. Il est aussi possible de saisir directement la valeur requise à l'aide du clavier (voir 4.2).



Conseil

En cas de modification de l'**Heure Début/Heure Fin** d'un échange, le mécanisme de synchronisation des cycles adapte automatiquement l'échange suivant, de façon à obtenir un traitement continu de 24 heures.



Conseil

Pour prescrire un intervalle **Ventre Vide**, sélectionner l'option **Ventre Vide** du menu déroulant **Type solution** et configurer l'**Heure Début** et l'**Heure Fin**.



Conseil

Le temps de stase (Dwell Time) est calculé automatiquement pour chaque cycle, en fonction de l'**Heure Début** et de l'**Heure Fin**.



Note

Lorsqu'une prescription dispose simultanément de composants **DPA** et **DPCA**, la **Configuration des échanges** de l'onglet **DPCA** est susceptible de présenter des restrictions (voir Fig. 3.59, Section DPCA d'une prescription DP combinée, page 129). Le volume du premier cycle DPCA dans la section DPCA d'une prescription DP combinée (voir Fig. 3.59, Section DPCA d'une prescription DP combinée, page 129) est déterminé en fonction du dernier volume d'infusion du composant **DPA**. Dans l'ensemble, les infusions et drainages réalisés par le cycleur dépendent des indications de l'onglet **DPA**.

L'indication de **Position** peut, selon la position du corps, être définie sur **Jour(J)** ou **Nuit(N)**. Dans le cas d'un échange nocturne DPCA, la position correspond généralement à **Nuit(N)**.

Les lignes de couleur jaune sombre correspondent au composant DPA (voir Fig. 3.39, Limites et options pour SILENCIA, page 106). Par conséquent, certaines valeurs spécifiques ne peuvent pas être modifiées depuis l'onglet DPCA, mais uniquement depuis l'onglet DPA.



Note

La durée totale d'une prescription DPCA-DPA consiste en un multiple de **24 heures**. Le temps de stase du dernier échange DPCA est calculé de façon à atteindre une durée totale de 24 heures. Si la somme de la durée DPA et de la durée DPCA dépasse 24 heures, le dernier temps de stase DPCA est réglé de façon à atteindre une durée totale de 48 heures.

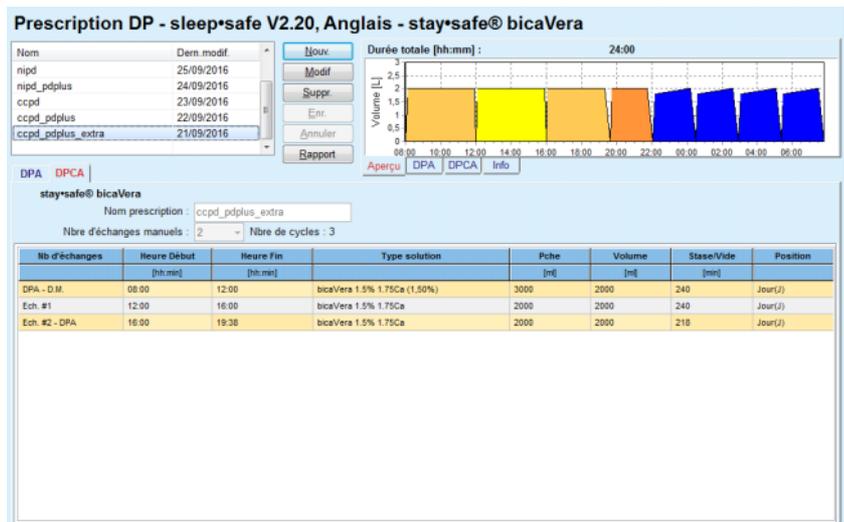


Fig. 3.59 Section DPCA d'une prescription DP combinée

Le premier échange DPCA dispose du même type de solution et du même volume que la dernière infusion du composant DPA. L'infusion est réalisée par le cycleur, **Dern. infusion** du composant DPA, tandis que le drainage est réalisé manuellement, d'où la désignation **DPA - D.M.** (drainage manuel) dans la première colonne.



Note

En règle générale, toutes les prescriptions DPA commencent par une instruction **Drainage Initial**. Dans le cas du **sleep+safe** et du **PD-NIGHT**, la prescription DPA commence par l'instruction **Drainage DP-Plus** lorsque le **DP-Plus** est actif.

Le volume maximal du dernier échange DPCA correspond au volume du premier drainage réalisé par le cycleur (prescrit dans le composant DPA). L'infusion est effectuée manuellement, de façon à permettre la modification du volume et du type de solution depuis l'onglet DPCA, tandis que le drainage est réalisé par le cycleur - **Drainage DP-Plus** ou **Drainage initial**, d'où la désignation **Ech. #2-DPA**.

Des échanges purement manuels, dans le cadre desquels l'infusion et le drainage sont effectués de façon manuelle, ont lieu entre les deux échanges mentionnés ci-dessus. Le nombre d'échanges ne tient compte que des infusions manuelles. Il existe deux infusions de ce type, **Ech. #1** et **Ech. DPA #2** dans (voir Fig. 3.59, Section DPCA d'une prescription DP combinée, page 129).

Un tel concept permet de garantir une grande flexibilité d'échange diurne/nocturne, tenant compte de tous les traitements de DP connus.



Note

Le **Volume poche** du dernier échange DPCA est sélectionné de façon à obtenir une valeur supérieure au volume d'infusion. Il est possible de modifier le volume d'infusion. Ce dernier peut aussi dépasser le premier volume de drainage (drainage DP-Plus / premier volume de drainage) du composant DPA. L'**Heure Fin** est déterminée grâce au calcul de durée totale mentionné plus haut.



Note

Le **Type solution** du premier échange DPCA est défini en fonction du composant DPA, la dernière infusion correspond à du glucose.

● **Modification/Création d'une prescription DP**

Il convient de procéder comme suit pour créer une nouvelle entrée de système de DP :

Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;

➤ Vérifier le système de DP du patient.



Note

Veiller à ce que les systèmes de DPA/DPCA soient liés en fonction des impératifs médicaux.

➤ Sélectionner l'option de menu **Prescription DP** ;



Fig. 3.60 Option de menu Prescription DP

➤ Cliquer sur le bouton **Nouv.** pour créer une prescription **ou** sur le bouton **Modif** pour mettre à jour une prescription existante ;

Une fenêtre de sélection des modalités de traitement apparaît (voir Fig. 3.61, Fenêtre de sélection de la modalité de traitement, page 131).

➤ Sélectionner la combinaison DPA/DPCA souhaitée ;

En cas de sélection du bouton **Modif**, si la prescription modifiée dispose d'un système de DP différent de celui ayant été assigné au patient, l'utilisateur sera invité à confirmer la commutation vers le système du patient.

En cas de sélection du bouton **Modif**, la fenêtre de sélection comprend une case à cocher intitulée **Copier la prescription**. Une telle option se montrera particulièrement utile si on souhaite créer une nouvelle prescription à partir du contenu initial d'une prescription existante. Cette case est cochée par défaut après une commutation de système.

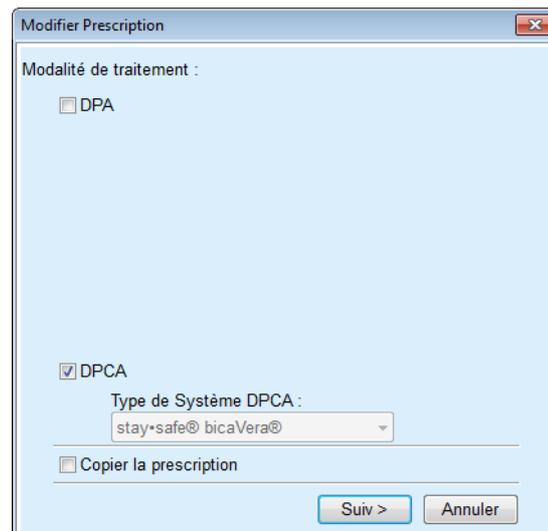


Fig. 3.61 Fenêtre de sélection de la modalité de traitement

➤ Cliquer sur le bouton **Suiv**.

Le premier écran du composant DPA ou DPCA apparaît en fonction de la sélection précédente. Les boutons **Enr.** et **Annuler** sont actifs, tandis que les boutons **Nouv.**, **Modif** et **Suppr.** sont désactivés.

Modifier la prescription en fonction du composant DPA ou DPCA.

➤ Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

La prescription est enregistrée, et le processus est interrompu lorsque l'on clique sur le bouton **Annuler**.



Note

Si la configuration DPA de la prescription présente une erreur quelconque, un message d'erreur est émis lorsque l'on clique sur le bouton **Enr.**. Il faut alors cliquer sur le bouton **OK** et corriger l'erreur, ou bien interrompre le processus.

La même remarque est valable pour le composant DPCA.

En cas de succès de l'opération de modification, un message s'affiche et la mise à jour de l'entrée de prescription apparaît dans **Prescrip. proposées**.

3.12.3 Analyse du traitement

3.12.3.1 Information Générale

Cette option de menu permet d'analyser des traitements DPA en fonction des protocoles de traitement enregistrés par les cycleurs **sleep•safe**, **sleep•safe harmony**, **PD-NIGHT PatientCard** et **SILENCIA**. Ces protocoles de traitement peuvent être importés dans **PatientOnLine** à l'aide de l'option de menu **Communication**. En sélectionnant l'option de menu **Médical/Analyse du traitement**, la fenêtre d'analyse du traitement s'affiche (voir Fig. 3.62, Fenêtre Analyse du traitement - sleep•safe, page 132).

Date de trait.	Type système	Type de traitement	Nom du protocole	Heure Début	Statut	Bilan volume	Intentions	Source
18/09/2015	sleep•safe	DPA adaptée	TR201509_19A	21:23	Ok	-588	0	Carte Patient
17/09/2015	sleep•safe	DPA adaptée	TR201509_18A	21:32	Ok	-521	4	Carte Patient
16/09/2015	sleep•safe	DPA adaptée	TR201509_17A	21:20	Ok	-288	1	Carte Patient
15/09/2015	sleep•safe	DPA adaptée	TR201509_16A	21:11	Ok	-250	2	Carte Patient
14/09/2015	sleep•safe	DPA adaptée	TR201509_15A	21:00	Ok	53	7	Carte Patient

Fichier Protoc.	TR201509_19A
Prescription	DPA standard
Type de traitement	Standard
Version	V2.22
ID Appareil	3PLA8383
Modifié par patient	No
Type set	Set sleep•safe
Drainage minimum	75
Vol. Pnt.max.	100
Dem. infusion	Polyglucose (7.50%)

Fig. 3.62 Fenêtre Analyse du traitement - **sleep•safe**

La partie supérieure de la fenêtre comprend un tableau contenant un résumé de l'ensemble des données de tous les protocoles de traitement actuellement enregistrés dans la base de données **PatientOnLine**. Les protocoles de traitement sont triés selon la date du traitement : Les données de traitement les plus importantes (statut du traitement, bilan de volume, nombre d'alarmes, durée, etc.) sont indiquées pour chaque protocole. Il est aussi possible pour l'utilisateur d'adapter l'aspect des colonnes du tableau de façon à afficher ou à masquer des données spécifiques du traitement. Pour plus d'informations, consulter **Administration/Config./Aperçu données**. Une valeur de bilan volume qui est hors limites est affichée en rouge. La colonne Source indique la source de données du protocole du traitement (par ex. Carte Patient, stocké manuellement).

Il est possible de sélectionner une ou plusieurs lignes du tableau. En cas de sélection de plusieurs lignes, le protocole sélectionné apparaît à la première ligne. La partie droite de la fenêtre comprend une série de boutons agissant sur le traitement sélectionné, à savoir **Rapport**, **Exporter**, **Suppr.**, **Sommaire** et **Statistiques**.

Lorsque le patient est affilié à un système DPCA, on dispose également d'un bouton **Nouv.**, grâce auquel on peut documenter les protocoles de traitement DPCA, ainsi que d'un bouton **Modif** permettant de les modifier.

Cliquer sur le bouton **Rapport** pour ouvrir un rapport prêt à être imprimé relatif au protocole sélectionné, et comprenant toutes les données disponibles.

Rapport PatientOnLine
 Analyse du traitement
 12/03/2001 14:16:49

John Sample
15/03/1960
Diabetes Mellitus Type 1

Allergique Activé

Info. Générales sur le Patient

Nom du Patient : John Sample

Date Naiss. :	15/03/1960	PIN :	123456789		
Sexe :	Male	DB ID externe :	f356b63-b745-459c-99		
ID système :	3AFFFC00003B	ID PatientOnLine :	2	ID institution :	9999 clinic
Langue :	Anglais	Groupes sang. :	Inconnu	facteurs Rh :	Inconnu

Analyse du traitement - sleep*safe IR 77

Information Générale

Date protocole :	12/03/2001 14:16:49	Version :	V 1.00 beta 4
Fichier Protoc. :	TR200103.12A	ID Appareil :	98PEY1884
Prescription :	---	Modifié par patient :	No
Type de traitement :	DPF Plus	Source :	Carte Patient

Traitement Prescrit

Nombre de cycles de base :	1	Température : [°C]	37
Nombre de cycles fluctuants :	9	Vol. de sécurité : [ml]	150
Écran Drain. Suppl. :	Oui	Ecran alarme dern. poche :	Oui

Cycle	Infus.		Solution d'Infusion	Tps de Stase	Drainage	
	Vol. Infusion	Débit d'infusion			Volume de Drainage	Débit de Drainage
Drainage DP-Plus	--	--	--	--	3000	200
Infusion DP-Plus	2500	350	CAPD/DPCA 2 (1,50%)	--	--	--
Drainage Initial	--	--	--	--	2500	200
#1 / #1	2900	350	CAPD/DPCA 3 (4,25%)	35	1550	200
#1 / #2	1400	350	CAPD/DPCA 2 (1,50%)	35	1550	200
#1 / #3	1400	350	CAPD/DPCA 3 (4,25%)	35	1550	200
#1 / #4	1400	350	CAPD/DPCA 2 (1,50%)	35	1550	200
#1 / #5	1400	350	CAPD/DPCA 3 (4,25%)	35	1550	200
#1 / #6	1400	350	CAPD/DPCA 2 (1,50%)	35	1550	200
#1 / #7	1400	350	CAPD/DPCA 3 (4,25%)	35	1550	200
#1 / #8	1400	350	CAPD/DPCA 2 (1,50%)	35	1550	200
#1 / #9	1400	350	CAPD/DPCA 3 (4,25%)	35	3500	200
Dern. infusion	0	350	CAPD/DPCA 2 (1,50%)	--	--	--

PatientOnLine 6.3

5/2/2017 3:02:06PM 1/4

Fig. 3.63 Fenêtre de rapport sur le protocole de traitement

Cliquer sur le bouton **Exporter** pour enregistrer tous les protocoles de traitement sélectionnés sous forme de fichier binaire, dans le format original de la carte patient. Une boîte de dialogue **Choisir un Répertoire** s'ouvre, permettant d'indiquer dans quel dossier les fichiers doivent être enregistrés. Les noms de fichiers sont identiques aux désignations apparaissant originellement sur la carte patient.

Cliquer sur le bouton **Suppr.** pour supprimer tous les protocoles de traitement sélectionnés. Un message de confirmation est affiché pour chaque protocole. L'option **Oui/No** peut être utilisée pour tous les protocoles sélectionnés en cochant la case **Appliquer**.

Cliquer sur le bouton **Sommaire** pour afficher un rapport prêt à être imprimé, et comprenant essentiellement des données identiques à celles du tableau de la fenêtre **Analyse du traitement**. Après sélection de ce bouton, la boîte de dialogue **Sélection Traitements** apparaît.

Les champs de saisie suivants sont disponibles :

Tout ou **De >>> A** (option),

Date Début (à l'aide du champ de saisie du calendrier),

Date arrêt (à l'aide du champ de saisie du calendrier),

➤ Cliquer sur le bouton **Oui**.

La sélection est prise en compte.

Cliquer sur le bouton **Statistiques** pour ouvrir une boîte de dialogue permettant de réaliser une analyse graphique complexe des données de traitement. Cette fenêtre est décrite dans la section **Statistiques Traitement**.

La partie inférieure de cette fenêtre comprend divers onglets, offrant à l'utilisateur une multitude de données - sous forme de tableau - relatives au protocole de traitement sélectionné (voir Fig. 3.62, Fenêtre Analyse du traitement - sleep safe, page 132).

Le contenu et le nom de ces onglets dépendent du type de cycleur utilisé.

Les onglets disponibles pour le cycleur **sleep safe** sont : **Information Générale, Traitement Prescrit, Traitement réalisé, Résultats, Alarmes, Remarques, Graphiques** et **Modifié par Patient**.

3.12.3.2 Protocole de traitement DPCA

Pour les patients affectés à des systèmes DPCA, ou bien DPA et DP-CA, il est possible de documenter (créer et modifier) le protocole de traitement DPCA. Pour ces patients, le fait de sélectionner le bouton **Nouv.** dans le menu **Analyse du traitement** permet de saisir les données d'entrée suivantes dans l'assistant de traitement DPCA :

➤ Nombre d'échanges.

➤ Poids sec - paramètre optionnel.

➤ Pression artérielle systolique et diastolique - paramètres optionnels.

➤ Il est possible de saisir les paramètres suivants pour chaque échange : Durée d'infusion, volume d'infusion, temps de drainage, type de solution (sélectionnable dans une liste de solutions correspondant au système DPCA spécialement attribué au patient) et une indication concernant la médication administrée durant le traitement (oui ou non).

Cliquer sur **Enr.** pour sauvegarder le protocole de traitement DPCA, ou bien sur **Annuler** pour annuler l'opération.

Analyse du traitement - stay-safe® bicaVera Menu Aperçu personnalisé

Date de trait.	Type système	Type de traitement	Nom du protocole	Heure Début	Statut	Bilan volume	Interventions	Source
10/09/2013	stay-safe® bicaVera	Standard	CA201309.10A	08:00	Non régl.	-1000	0	Stocké manuell.
12/03/2001	sleep-safe	DPF Plus	TR200103.12A	14:16	Ok	-1343	1	Carte Patient
10/03/2001	sleep-safe	DPF Plus	TR200103.10A	19:11	Ok	-1275	1	Carte Patient
09/03/2001	sleep-safe	DPF Plus	TR200103.09A	03:35	Ok	-1208	1	Carte Patient
08/03/2001	sleep-safe	DPF Plus	TR200103.08A	05:57	Ok	-1242	1	Carte Patient

Général | Remarques | Graphiques

Nbre d'échanges : 5 Poids sec : 87,0 Kg Date : 10/09/2013

Systol. : 159 mmHg Diastol. : 93 mmHg Rythm. card. : /min

Temps d'inf. [hh:mm]	Vol. Infusion [ml]	Temps drainage [hh:mm]	Volume de Drainage [ml]	Bilan volume [ml]	Médicaments [Oui/Non]	Solution	Pche [ml]	Tps de Stase [min]
08:00	2000	12:00	2200	-200	No	bicaVera 1.5% 1.75Ca	2000	240
12:00	2000	16:00	2200	-200	No	bicaVera 1.5% 1.75Ca	2000	240
16:00	2000	20:00	2200	-200	No	bicaVera 1.5% 1.75Ca	2000	240
20:00	2000	00:00	2200	-200	No	bicaVera 1.5% 1.75Ca	2000	240
00:00	2000	08:00	2200	-200	No	bicaVera 1.5% 1.75Ca	2000	480

Rapport Exporter Suppr. Sommaire Statistiques Nouv. Modif

Fig. 3.64 Fenêtre Protocole de traitement DPCA

Les protocoles de traitement DPCA sont présentés avec quelques données importantes dans la liste des traitements figurant dans la partie supérieure de la fenêtre Analyse du traitement.

Après la création d'un protocole de traitement DPCA, il peut être modifié à tout moment en le sélectionnant dans la liste et en cliquant sur le bouton Modif.

L'onglet Remarque a la même fonction et peut être utilisé comme décrit dans la section 3.12.3.14 (voir chapitre 3.12.3.8, page 137).

Les boutons **Rapport**, **Exporter**, **Suppr.**, **Sommaire**, **Statistiques** ont la même fonction que décrite précédemment et peuvent être utilisés comme décrit dans la section Analyse du traitement (voir chapitre 3.12.3, page 132).

3.12.3.3 Onglet Information Générale

sleep safe

L'onglet **Information Générale** indique les données d'ordre général suivantes en fonction du protocole de traitement sélectionné :

Fichier Protoc.

Nom,

Prescription

Nom prescription,

Type de traitement,

Version

Version du logiciel du cycleur,

ID Appareil

ID d'appareil du cycleur,

Modifié par Patient

Modifications réalisées par le patient.

3.12.3.4 Onglet Traitement Prescrit

sleep•safe

L'onglet **Traitement Prescrit** affiche la prescription en fonction de laquelle le cycleur a réalisé le traitement. La prescription est prélevée directement dans le protocole de traitement, et est susceptible de différer de la prescription ayant été assignée à l'origine pour cette date spécifique et enregistrée sur la carte patient, car le patient peut avoir modifié la prescription ou son contenu. La prescription est rédigée en se basant sur des cycles disposant des données importantes d'infusion/stase/drainage.

3.12.3.5 Onglet Traitement réalisé

sleep•safe

L'onglet **Traitement réalisé** décrit le traitement ayant effectivement été réalisé par le cycleur. On utilise le même schéma de base comprenant infusion/stase/drainage, auquel seront ajoutés l'heure de début de chaque cycle et la durée de chaque phase.

Information Générale Traitement Prescrit Traitement réalisé Résultats Alarmes Remarques Graphiques Modifié par Patient								
Durée [hh:mm:ss]	Cycle	Vol infusion [ml]	Solution d'infusion	Durée d'infusion [min]	Tps de Stase [min]	Volume de Drainage [ml]	Durée de Drainage [min]	
14:32:07	Drainage DR-Plus	--	--	--	--	-3	3	
14:35:18	Infusion DR-Plus	2501	--	9	--	--	--	
16:50:57	Drainage Initial	--	--	--	--	2512	18	
17:09:10	#1 / #1	2901	--	13	35	1550	11	
18:07:28	#1 / #2	1401	--	6	35	1550	12	
18:59:47	#1 / #3	1400	--	6	35	1550	11	
19:51:15	#1 / #4	1400	--	6	35	1550	11	
20:42:42	#1 / #5	1401	--	6	35	1550	11	
21:34:08	#1 / #6	1400	--	6	35	1550	11	
22:25:35	#1 / #7	1401	--	8	35	1550	11	
23:19:31	#1 / #8	1401	--	6	35	1550	12	
00:11:45	#1 / #9	1400	--	6	35	1048	19	

Rapport Exporter Suppr. Sgmmaire Statistiques Nouv. Modif

Fig. 3.65 Traitement réalisé - **sleep•safe**

3.12.3.6 Onglet Résultats (sleep•safe)

L'onglet **Résultats** contient des données exhaustives tirées du protocole de traitement. Les valeurs prescrites et appliquées sont indiquées pour chaque option (le cas échéant). Pour plusieurs paramètres, des valeurs moyennes pertinentes sont calculées et affichées.

Information Générale Traitement Prescrit Traitement réalisé Résultats Alarmes Remarques Graphiques Modifié par Patient			
	Réalisé	Prescrit	
Nbre de cycles base	1	1	
Nbre Cycles Fluct.	9	9	
Volume, drainage DR-PLUS [ml]	-3	3000	
Volume, infusion DR-PLUS [ml]	2501	2500	
Volume, drainage initial [ml]	2512	2500	
Volume, dernière infusion [ml]	0	0	
Vol. infusions de base/fluctuants [ml]	14165	14100	
Vol., drainages de base/fluctuants [ml]	15448	15900	
Bilan volume, cycles base/fluctuants [ml]	-1343	-4900	
Volume, Total infusé [ml]	16606	16600	
Volume, Total drainé [ml]	17957	21400	
Durée de traitement [hh:mm]	08:21	08:48	
Temps Total Stase [min]	315	315	

Rapport Exporter Suppr. Sgmmaire Statistiques Nouv. Modif

Fig. 3.66 Résultats - **sleep•safe**

3.12.3.7 Onglet Alarmes (*sleep-safe*)

L'onglet **Alarmes** énumère, sous forme de tableau, les alarmes émises durant le traitement.

Dans le cas du **sleep-safe**, les informations suivantes relatives aux alarmes en cours sont proposées :

Durée de l'alarme ;

Cycle et phase au cours desquels l'alarme a été émise ;

Volume d'infusion/de drainage de cette phase ;

Volume de liquide actuellement présent chez le patient ;

Code source de l'alarme, action ayant arrêté l'alarme et heure de confirmation de l'alarme.

Lorsque l'utilisateur double-clique sur la cellule du tableau contenant le code source de l'alarme, une fenêtre d'aide contenant une description de ce code d'alarme spécifique apparaît.

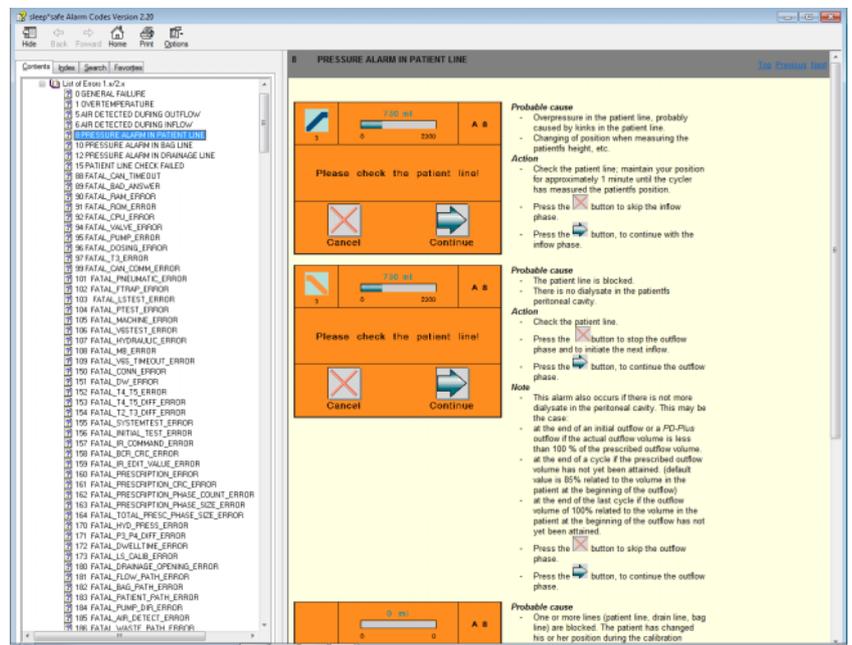


Fig. 3.67 Fenêtre d'aide du code d'alarme - *sleep-safe*

Dans le cas du PD-NIGHT PatientCard, le nombre et le type d'alarmes de chaque phase sont indiqués.

3.12.3.8 Onglet Remarques (tous les appareils)

L'onglet **Remarques** permet à l'utilisateur de saisir un commentaire personnel relatif au protocole de traitement sélectionné. Grâce à la case à cocher **Utilis. pour stat.**, le traitement actuel peut être intégré dans les statistiques ou exclu de celles-ci (voir Statistiques Traitement). Pour modifier le commentaire ou la configuration afin de créer des statistiques, il convient d'abord de cliquer sur le bouton **Modif**. Cliquer sur le bouton **Enr.** pour conclure le processus, ou sur le bouton **Annuler** pour l'interrompre.

3.12.3.9 Onglet Graphiques (*sleep-safe*)

L'onglet **Graphiques** offre un aperçu graphique des traitements prescrits et réalisés. L'axe horizontal représente le nombre d'heures, et l'axe vertical le volume de liquide présent dans le patient (en litres). La partie inférieure de la fenêtre comprend un axe temporel horizontal indiquant l'heure de début et de fin du traitement.

Lorsque le traitement comprend un cycle DP-Plus, le graphique « Prescrit » est synchronisé avec le graphique « Réalisé » de façon à assurer un démarrage simultané des phases de drainage DP-Plus. Il est fait usage d'un tel concept car la durée DP-Plus dépend du patient, et n'est pas prise en compte par le cycleur.

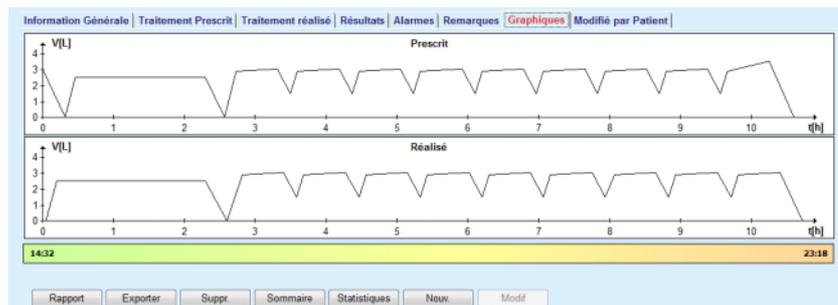


Fig. 3.68 Graphiques - *sleep-safe*

3.12.3.10 Statistiques Traitement

La fenêtre Statistiques Traitement consiste en une boîte de dialogue pouvant être ouverte à l'aide du bouton **Statistiques**. (voir Fig. 3.69, Fenêtre Statistiques Traitement, page 139)

Le module Statistiques Traitement offre un aperçu graphique intégral des résultats du patient, basé sur certains paramètres des traitements réalisés et inclus dans les statistiques.

Les graphiques sont affichés dans la partie inférieure de la fenêtre, tandis que la partie supérieure de cette dernière contient des éléments de commande permettant un ajustement individuel des graphiques.



Fig. 3.69 Fenêtre Statistiques Traitement

Les cases à cocher disponibles dans la partie supérieure gauche de l'écran permettent de définir les types d'informations présentant un intérêt (alarme, bilan de volume, prolongation, volume d'infusion total, temps de stase total, volume de drainage total, drainage initial, dernière infusion).

Les graphiques se trouvent dans une fenêtre déroulante, située dans la partie inférieure de l'écran, et comprennent deux axes chacun : l'axe horizontal (axe du temps) est placé sous le graphique et l'axe vertical (axe des valeurs) à sa gauche.

Chaque graphique est muni d'un titre et d'annotations le long des axes.

Les graphiques peuvent être affichés en deux ou en trois dimensions, en fonction de la sélection effectuée pour la case à cocher 3D.

Cocher la case **Valeurs** située dans la partie supérieure pour afficher les valeurs dans les graphiques.

Les valeurs moyennes peuvent être affichées/masquées en cochant/décochant la case **Valeur Moyenne** disponible dans la partie supérieure.

Les graphiques sont agencés les uns par rapport aux autres en fonction de l'axe du temps, et la plage temporelle visible peut être accrue ou réduite à l'aide des champs de saisie du calendrier **De/à**.

Les graphiques sont flexibles et peuvent être adaptés de façon individuelle à l'aide de la barre d'outils située dans la partie supérieure de l'écran. Les boutons de cette barre d'outils disposent des fonctions suivantes dans tous les graphiques :



Fig. 3.70 La barre d'outils du graphique

-  Bouton **Reset** - Annule toutes les modifications ;
-  Bouton **Agrandir** - Agrandit les graphiques ;
-  Bouton **Réduire** - Réduit les graphiques ;
-  Bouton **G** - Déplace les graphiques vers la gauche ;
-  Bouton **Haut** - Déplace les graphiques vers le haut ;
-  Bouton **Bas** - Déplace les graphiques vers le bas ;
-  Bouton **Droit** - Déplace les graphiques vers la droite ;
-  Menu déroulant des types de graphiques - Permet de sélectionner le type de graphique (diagramme à barres, linéaire, à points).

Il est non seulement possible d'utiliser les boutons de la barre d'outils, mais aussi d'agrandir des aspects spécifiques du graphique à l'aide de la souris :

- Sélectionner la section à agrandir en cliquant dessus à l'aide du bouton **gauche** de la souris.
- Relâcher le bouton.

La zone sélectionnée est affichée sur la totalité de la trame.



Conseil

Cliquer à l'aide du bouton **droit** de la souris pour décaler la section sélectionnée sur l'axe du temps (axe X).

Se déplacer vers le haut/bas (axe Y) pour modifier la hauteur des barres.

Les boutons de commande se trouvent dans la partie supérieure gauche de la fenêtre (voir Fig. 3.69, Fenêtre Statistiques Traitement, page 139).

Le bouton **Copier** sauvegarde une copie du graphique dans le presse-papiers Windows, de façon à en permettre l'ajout et l'utilisation dans d'autres applications (présentations, documents, etc.).

Le bouton **Enr.** permet d'enregistrer le graphique sur le disque dur, sous forme de fichier bitmap (*.bmp).

Le bouton **Aperçu** (Preview) crée un rapport comprenant les données du patient et les graphiques de traitement, et pouvant être affiché ou imprimé.

Le bouton **Impr** crée un rapport identique, et le transmet directement à l'imprimante configurée par défaut.

3.12.3.11 Analyse du traitement - *sleep•safe harmony*

Le menu Analyse du traitement pour le cycleur *sleep•safe harmony* est représenté ci-après dans la Fig. 3.71.

Analyse du traitement - *sleep•safe harmony*

Menu Aperçu personnalisé

Date de trait.	Type système	Type de traitement	Nom du protocole	Heure Début	Statut	Bilan volume	Interventions	Source
24/02/2014	sleep•safe harmony	Standard	HR201402.24A	21:24	Ok	-931	16	Carte Patient
23/02/2014	sleep•safe harmony	Standard	HR201402.23B	21:05	Ok	-753	26	Carte Patient
23/02/2014	sleep•safe harmony	Standard	HR201402.23A	00:02	Ok	-922	8	Carte Patient
21/02/2014	sleep•safe harmony	Standard	HR201402.21A	18:35	Ok	-704	12	Carte Patient
20/02/2014	sleep•safe harmony	Standard	HR201402.20A	21:05	Ok	-788	10	Carte Patient

Résumé traitement | Traitement Prescrit | Détails traitement | Interventions | Graphiques | Information Générale | Remarques

	Réalisé	Prescrit
Volume total d'infusion [ml]	8129	8300
Volume total de drainage [ml]	9103	8300
Bilan volume [ml]	-931	--
Volume de drainage initial [ml]	344	25
Volume d'infusion DP-Plus [ml]	--	--
Durée de stase DP-Plus [mm:ss]	--	--
Volume de drainage DP-Plus [ml]	--	--
Vol. dernière infusion [ml]	381	300
Nombre de cycles de base	4	4
Nombre de cycles fluctuants	0	0
Durée traitement [mm:ss]	526:33	509:53
Réduction du volume d'infusion [ml]	0	--

Rapport Exporter Suppr. Sommaire Statistiques

Fig. 3.71 Menu Analyse du traitement - *sleep•safe harmony*

L'onglet Résumé traitement présente les résultats résumés du traitement, par ex. volume total, bilan de volume, nombre de cycles, durée de traitement, etc.

Le traitement prescrit décrit la prescription utilisée pour effectuer le traitement. Le bouton **Détail./Retour** affiche ou masque les paramètres des valeurs limites et les paramètres de sécurité, par ex. le volume patient autorisé.

L'onglet Détails traitement affiche les informations concernant le traitement effectué au niveau des cycles et des phases, par le biais des deux onglets secondaires Cycles et Phases. On y trouve des données telles que l'horodatage, la durée, le volume et les débits. La colonne Nombre interventions constitue une référence croisée vers l'onglet Interventions.

Résumé traitement | Traitement Prescrit | **Détails traitement** | Interventions | Graphiques | Information Générale | Remarques

Détail

Cycles Phases

Durée [hh:mm:ss]	Phase no	Phase	Volume [ml]	Durée [mm:ss]	Débit moyen [ml/min]	Volume patient [ml]	Nombre d'interventions
21:24:30	0	Phase de drainage initial	344	03:27	104	0	1
21:27:47	1	Phase d'infusion	2000	12:03	204	2000	2
21:39:50	2	Phase de stase	0	06:58	0	2000	0
23:18:48	3	Phase de drainage	2242	17:30	130	-242	0
23:36:18	4	Phase d'infusion	2002	08:18	255	2002	0
23:44:36	5	Phase de stase	0	100:39	0	2002	0
01:25:15	6	Phase de drainage	1836	18:04	106	175	1

Rapport Exporter Suppr. Sommaire Statistiques

Fig. 3.72 Détails traitement

L'onglet Interventions énumère les avertissements et alarmes survenus durant le traitement. On y trouve des données telles que l'horodatage, le cycle, la phase, le motif de l'interruption, l'action du patient et le volume présent chez le patient. La colonne Fin d'alarme affiche l'heure à laquelle l'interruption a été confirmée.

Date alarme [hh:mm:ss]	Information cycle	Phase	Attention		Alarme		Volume patient [ml]	Fin d'alarme [hh:mm:ss]
			Raison	Résultat	Code	Description		
21:27:47	Drainage initial	Phase de drainage initial	Position patient	Passer phase			344	21:28:27
21:31:35	Cycle 1	Phase d'infusion	Position patient	Répéter la phase			264	21:31:48
21:32:51	Cycle 1	Phase d'infusion			G94	Température de la solution trop élevée	382	21:33:16
01:40:18	Cycle 2	Phase de drainage	Position patient	Répéter la phase			355	01:40:29
01:46:20	Cycle 3	Phase d'infusion			G94	Température de la solution trop élevée	655	01:46:32
03:32:32	Cycle 3	Phase de drainage	Position patient	Répéter la phase			2000	03:33:18
03:42:55	Cycle 3	Phase de drainage	Position patient	Répéter la phase			779	03:43:08
05:40:28	Cycle 4	Phase dernier drainage	Position patient	Répéter la phase			2000	05:40:41
05:52:56	Cycle 4	Phase dernier drainage	Position patient	Répéter la phase			346	05:53:27
05:55:57	Cycle 4	Phase dernier drainage	Position patient	Répéter la phase			205	05:56:08
05:59:46	Cycle 4	Phase dernier drainage	Position patient	Répéter la phase			-77	05:59:55

Fig. 3.73 Interventions

L'onglet Graphiques illustre le traitement prescrit et le traitement réalisé sous forme de graphiques. Le volume maximal autorisé et le volume minimal chez le patient sont mis en évidence sur le graphique. L'ultrafiltration (UF) est indiquée en jaune.

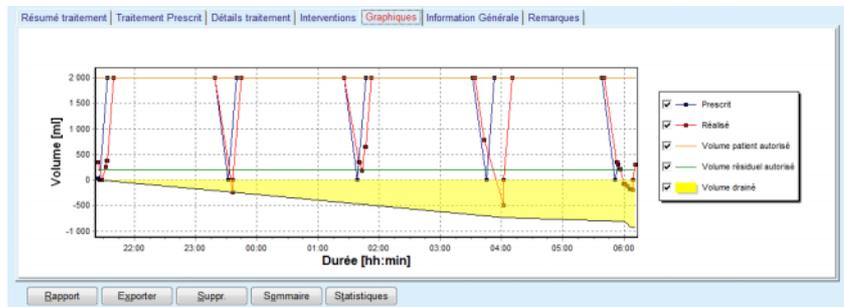


Fig. 3.74 Graphiques

L'onglet Information Générale affiche des données administratives, par ex. les heures de début et de fin du traitement, le numéro de série de l'appareil et la version du logiciel, etc. L'onglet Remarques est identique pour tous les modèles de cycleurs.

3.12.3.12 Analyse du traitement - SILENCIA

Le menu **Analyse du traitement** pour le cycleur **SILENCIA** est représenté ci-après.

Analyse du traitement - SILENCIA Menu Aperçu personnalisés

Date de trait.	Type système	Type de traitement	Nom du protocole	Heure Début	Statut	Bilan volume	Interventions	Source
22/08/2016	SILENCIA	Fluct.	SL201608.22B	08:49	Ok	-4	4	Carte Patient
19/08/2016	SILENCIA	Standard	SL201608.19A	08:46	Ok	-9	8	Carte Patient
28/07/2016	SILENCIA	Standard	SL201607.28A	13:11	Ok	-118	3	Carte Patient
27/10/2015	SILENCIA	DPA adaptée	SL201510.27B	16:11	Ok	-108	2	Carte Patient

Résumé traitement | Traitement Prescrit | Détails traitement | Interventions | Graphiques | Information Générale | Remarques

	Réalisé	Prescrit
Volume total d'infusion [ml]	495	518
Volume total de drainage [ml]	554	460
Bilan volume [ml]	-108	--
Volume de drainage initial [ml]	121	30
Vol. dernière infusion [ml]	50	50
Nombre de cycles de base	5	5
Nombre de cycles fluctuants	0	0
Durée traitement [mm:ss]	10h:08	10h:16
Réduction du volume d'infusion [ml]	0	--
Réduction du temps de stase [min]	2	--
Nombre d'attentions	2	--
Nombre d'alarmes	0	--

Rapport Exporter Suppr. Sommaire Statistiques

Fig. 3.75 Menu Analyse du traitement - SILENCIA

L'onglet **Résumé traitement** présente les résultats résumés du traitement, par ex. volume total, bilan de volume, nombre de cycles, durée de traitement, etc.

Le **Traitement Prescrit** décrit la prescription utilisée pour effectuer le traitement. Le bouton **Détail./Retour** affiche ou masque les paramètres des valeurs limites et les paramètres de sécurité, par ex. le volume patient autorisé.

L'onglet **Détails traitement** affiche les informations concernant le traitement effectué au niveau des cycles et des phases, par le biais des deux onglets secondaires **Cycles** et **Phases**. On y trouve des données telles que l'horodatage, la durée, le volume et les débits. La colonne **Nombre d'interventions** constitue une référence croisée vers l'onglet **Interventions**.

Résumé traitement | Traitement Prescrit | Détails traitement | Interventions | Graphiques | Information Générale | Remarques

Détail.

Cycles Phases

Durée [hh:mm:ss]	Phase no	Phase	Volume [ml]	Durée [mm:ss]	Débit moyen [ml/min]	Volume patient [ml]	Nombre d'interventions
16:11:04	0	Drainage initial	121	02:07	61	0	1
16:13:11	1	Phase d'infusion	80	02:19	77	80	0
16:15:30	2	Phase de stase	0	09:01	0	80	0
16:24:31	3	Phase de drainage	98	02:27	44	-19	0
16:26:58	4	Phase d'infusion	80	01:24	77	80	0
16:28:22	5	Phase de stase	0	09:51	0	80	0
16:38:13	6	Phase de drainage	99	02:26	44	-19	0

Rapport Exporter Suppr. Sommaire Statistiques

Fig. 3.76 Détails traitement

L'onglet **Interventions** énumère les **avertissements** et **alarmes** survenus durant le traitement. Les données telles que la durée, le cycle, la phase, la raison et le volume patient sont disponibles. La colonne **Fin d'alarme** affiche l'heure à laquelle l'interruption a été confirmée.

Résumé traitement Traitement Prescrit Détails traitement Interventions Graphiques Information Générale Remarques									
Déb alarme [hh:mm:ss]	Information cycle	Phase	Attention		Code	Alarmer Description	Volume patient [ml]	Fin d'alarme [hh:mm:ss]	
			Raison	Résultat					
16:13:11	Drainage initial	Drainage initial	Pression	Suiv.			121	16:14:10	
17:53:49	Cycle 5	Phase dernier drainage	Suiv.	Suiv.			-56	17:53:59	

Rapport Exporter Suppr. Sommaire Statistiques

Fig. 3.77 Interventions

L'onglet **Graphiques** illustre le traitement prescrit et le traitement réalisé sous forme de graphiques. Le **volume patient autorisé** et le **volume résiduel autorisé** chez le patient sont mis en évidence sur le graphique. Le bilan volume est affiché en jaune. Le graphique est similaire à celui de la Fig. 3.74.

L'onglet **Information Générale** affiche des données administratives, par ex. les heures de début et de fin du traitement, le numéro de série de l'appareil et la version du logiciel, etc. L'onglet **Remarques** est identique pour tous les modèles de cycleurs.

3.12.4 Assurance Qualité

3.12.4.1 Contexte médical

L'option de menu **Assurance Qualité** propose un grand nombre d'essais à l'attention du médecin, lui permettant d'évaluer la pertinence de la DP du patient. Les essais disponibles sont les suivants :

PFT (exploration fonctionnelle péritonéale) ;

Recueil 24h ;

PET (test d'équilibration péritonéale) ;

PET + Recueil 24h ;

Pas de Ttt (pas de traitement de remplacement rénal).

Les données et résultats sont organisés en trois onglets : **Entr. Donn.**, **Résultats** et **Graphiques AQ**.

- **Exploration fonctionnelle péritonéale**

Le test PFT (exploration fonctionnelle péritonéale) documente de nombreuses caractéristiques importantes du péritoine et du patient Elle permet de mesurer urée, créatinine, glucose, protéines totales, sodium et volume pour chaque échange individuel, durant une période de temps prédéterminée. Ce test permet de calculer des propriétés importantes du transport péritonéal, en fournissant simultanément des informations utiles relatives à l'apport protéique et à l'absorption de glucose, tout en évaluant la pertinence de la prescription de dialyse péritonéale.

Le test consiste en une procédure d'échantillonnage sur 24 heures d'un échange réalisé individuellement avant un séjour en clinique, en un échantillonnage composite quotidien de l'urine, lorsque l'urine dépasse 100 ml/24 heures, et en une ou deux prises de sang effectuées par la clinique où a lieu le drainage du dernier échange de dialysat et assurant au patient un échange AQ spécial. La prise de sang et tous les échantillons d'échange individuels sont étudiés, afin de déterminer le taux d'urée, de créatinine, de glucose et de protéines présent. L'échantillon d'urine fait l'objet d'une analyse pour déterminer le taux d'urée, de créatinine et de protéines.

- **Test d'équilibration péritonéale**

Le test PET a pour objet la mesure du taux d'urée, de créatinine et de glucose dans le transport péritonéal dans un environnement clinique contrôlé. Il est fait usage d'un échange standard et des échantillons de dialysat spéciaux sont prélevés à intervalles réguliers. Une prise de sang est effectuée à un moment prédéterminé. Les seuls paramètres calculés sont les caractéristiques de transport péritonéal relatives à l'urée, à la créatinine et au glucose.

- **Recueil sur 24 heures**

Le recueil sur 24 heures présuppose que tous les échanges de dialysat conclus au cours d'une période de 24 heures ont été collectés et mélangés. Le volume de drainage total est mesuré et l'urée et la créatinine du recueil sont mesurées. L'urine fait elle aussi l'objet d'un recueil sur 24 heures, et une prise de sang est effectuée. L'urée, la créatinine et les protéines sont mesurées dans le dialysat, dans l'urine et dans le sang. Ce test permet de mesurer la quantité d'unités thérapeutiques dont le patient a bénéficié, mais pas de calculer l'absorption d'énergie du glucose. De même, les caractéristiques de transport péritonéal ne sont pas calculées.

- **PET + Recueil sur 24 heures**

Ce test allie les avantages du test PET et du recueil sur 24 heures, mais requiert l'obtention des données d'entrée des deux tests. Il permet de calculer des résultats quasiment identiques à ceux de l'essai PFT (à l'exception de l'absorption de glucose).

- **Test Pas de traitement de remplacement rénal**

Ce test a été conçu pour des patients ne requérant pas de traitement de dialyse. Il implique la réalisation d'une prise de sang, et le prélèvement d'un échantillon d'urine. L'objectif principal de ce test est de permettre le calcul de la fonction rénale et de la clairance rénale du patient.

● **Données d'entrée AQ**

Différents types d'échantillonnages et de données saisies sont nécessaires aux tests AQ. Le nombre de paramètres réellement mesurés est susceptible de varier d'un test à l'autre. Ainsi, la mesure des protéines est optionnelle pour tous les tests.

Les unités de mesure de tous les paramètres peuvent être ajustées lors de la saisie des données. **PatientOnLine** est en mesure de traiter des unités de mesure conventionnelles ou internationales. Dans **Administration/Config./Entrer Données labo.**, on peut sélectionner les unités de mesure de chaque paramètre. L'urée ou l'azote uréique peuvent être sélectionnées en tant qu'entrées relatives aux échantillons de sang, d'urine et de dialysat (voir **Entrer Données labo.**, page 226).

Outre les paramètres ci-dessus, les tests AQ reprennent des données précises relatives au patient, telles que son sexe, son âge, son poids et sa taille. Poids et taille peuvent être saisis à l'aide des unités de mesure **kg & cm** ou **livres & pouces**. La même option du menu, **Administration/Config./Entrer Données labo.**, permet le passage d'un système à l'autre (voir **Entrer Données labo.**).

D'autres données d'entrée, telles que la durée de l'échantillonnage, le volume de sang, le volume d'urine et les volumes d'infusion et de drainage du dialysat ainsi que la concentration de la solution en glucose, sont nécessaires aux tests AQ.

La concentration de la solution en glucose peut être exprimée sous forme de pourcentage, restreint par des limites spécifiques, ou sous forme de valeur spéciale, telle que **PG** - polyglucose, **AA** - acide aminé, **NN** - sans nom ou une autre valeur sans rapport avec le glucose. En présence d'une valeur spéciale sans rapport avec le glucose, on ne tient pas compte de l'échantillon de dialysat pour calculer les résultats relatifs au glucose.



Note

Si certaines concentrations spécifiques de dialysat en glucose comprennent des valeurs spéciales, telles que « **AA** », « **PG** » ou « **NN** », le résultat relatif au glucose du **Pt50** sera obtenu sans tenir compte de ces échantillons de dialysat.

● Résultats AQ

Les résultats AQ sont groupés selon leurs fonctionnalités, et énumérés ci-dessous.

Résultats pour paramètres corporels - Résultats anthropométriques : SC, VSA, nBW.

Fonction rénale - Clairance rénale pour l'urée et la créatinine : KrU, KrCr, GFR, nGFR.

Résultats relatifs à l'urée - Paramètres du traitement de dialyse péritonéale, calculés à partir de l'analyse cinétique de l'urée : KpT/V, KrT/V, KprT/V, KprTw/V.

Résultats relatifs à la créatinine - Résultats de l'analyse du taux de créatinine dans le cadre du traitement de dialyse péritonéale actuel : KpT/V, KrT/V, KprT/V.

Résultats relatifs au bilan hydrique - Cette section offre un aperçu de la perte quotidienne de liquide par élimination péritonéale ou rénale ;

Résultats de fonction péritonéale - Cette section fournit les valeurs Pt50 urée calculées, créatinine et glucose, ainsi que la valeur créatinine D/P sur 4 heures, l'UF max., les petits pores UF et le transport d'eau libre.

Résultats relatifs au glucose - Résultats relatifs au taux de glucose absorbé sous l'effet de la dialyse péritonéale : TGA, TCal, nCal.

Résultats relatifs à l'apport protéique - Cette section récapitule les indices d'apport protéique : PCR, nPCR, DPL, nDPL, UPL, nUPL, TPL, nTPL, DPR, nDPR.

Résultats relatifs à la formation de créatinine - GCr estimée, GCr effective, Déviation ;

Résultats relatifs à la masse maigre - LBM estimée, LBM effective, Déviation ;

Résultats relatifs au statut métabolique - EREE, nEREE, GA/EREE.

Résultats relatifs au Na épuré : Dialyse, Rénal, Total, Sel total (NaCl).



Note

Les paramètres UF max., SPUF et FWT sont issus d'études menées par La Milia et al. (voir références 23 et 24 du chapitre 5.1).

L'UF maximum (**UF max.**) représente l'ultrafiltration obtenue avec le prélèvement UF AQ, qui utilise une solution hypertonique (4,25 % de glucose), mesurée sur 1 heure après l'instillation.

Les petits pores UF (**SPUF**) représentent l'ultrafiltration due au transport d'eau à travers les petits pores. Ce **SPUF** est estimé à partir du rapport d'élimination du sodium lors du prélèvement UF AQ au sodium plasmatique.

Le transport d'eau libre (**FWT**) représente le transport d'eau à travers de très petits pores (aquaporine). Il est calculé comme étant la différence entre **UF max.** et **SPUF**. Ce calcul peut entraîner une légère surestimation du **FWT** (moins de 3 %) puisqu'il n'est pas corrigé pour la diffusion de sodium.



Note

Les résultats AQ dépendent des formules AQ actuelles relatives aux adultes et enfants ainsi que d'autres paramètres AQ (voir chapitre 3.15.4, page 222).

Si PatientOnLine client/serveur est connecté à un SGBD externe, les formules et paramètres AQ sont fournis par le SGBD externe.

Lors de la première synchronisation avec le SGBD externe, les résultats de test AQ existants peuvent être recalculés sur la base des formules et paramètres AQ fournis par le SGBD externe. Par exemple, un résultat tel que Kt/V peut être légèrement différent, car la formule de V (eau corporelle totale) peut avoir été modifiée.

● Graphiques AQ

PatientOnLine propose non seulement des résultats numériques pouvant être imprimés tels quels, mais aussi une série de graphiques AQ permettant d'en offrir une meilleure interprétation.

Graphiques relatifs à la fonction péritonéale (graphiques Pt50, graphiques PET) - ces résultats sont obtenus dans le cadre des tests **PFT**, **PET** et **PET + Recueil 24h pour l'urée**, la **créatinine** et le **glucose**. Les diagrammes indiquent les propriétés dynamiques du transport péritonéal ou le passage d'un état stable à un autre état (voir Fig. 3.78, Graphique PET de l'urée, page 149) et (voir Fig. 3.79, Graphique PFT Pt50 Créatinine, page 149).

Le rapport concentration dans le plasma/dialysat est calculé pour l'urée et la créatinine et enregistré en fonction de la durée de l'échantillonnage. En ce qui concerne le glucose, le rapport concentration initiale/actuelle est enregistré. Ces diagrammes permettent une évaluation immédiate des valeurs Pt50 de l'urée, de la créatinine et du glucose ainsi que la classification du transport (haut, moyenne haute, moyenne, moyenne basse, bas). Le graphique se base sur un contexte de classification des transports de Twardowski pour les adultes, et pour les enfants sur la classification de Warady. Les diagrammes contextuels sont sélectionnés automatiquement selon le critère Adulte/Enfant, en fonction du statut du patient.

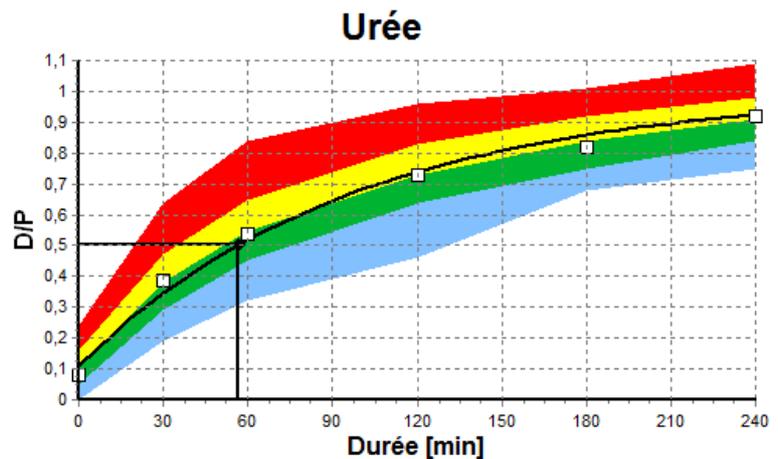


Fig. 3.78 Graphique PET de l'urée

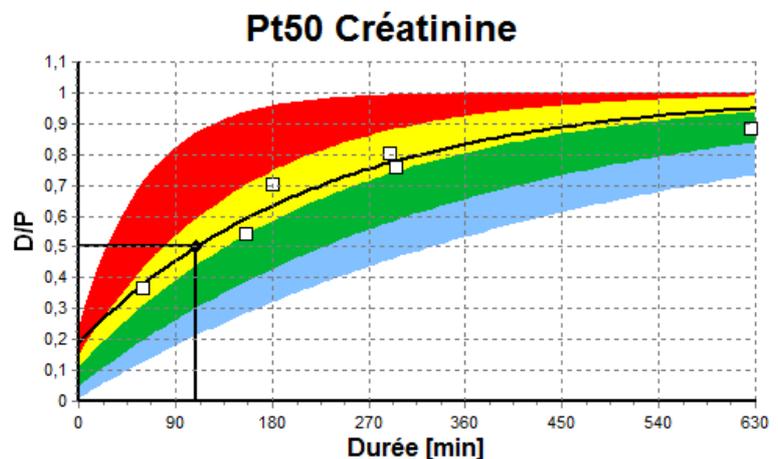


Fig. 3.79 Graphique PFT Pt50 Créatinine

Diagramme AQ

Ce diagramme est produit dans le cadre des tests **PFT**, **Recueil 24h**, **PET + Recueil 24h** et **Pas de Ttt**. Il indique l'urée par rapport au nPCR en présence de valeurs spécifiques de $K_{pr}T_w/V$ (clairance hebdomadaire totale de l'urée), représenté sur une plage s'étendant de 0,70 à 3,36. Les lignes épaisses représentent de façon standard des valeurs $K_{pr}T_w/V$ de 1,4 et 2,0 ($K_{pr}T/V$ quotidien de 0,2 et 0,285). Ces valeurs peuvent être modifiées dans le menu **Administration/Config./Données Générales**.

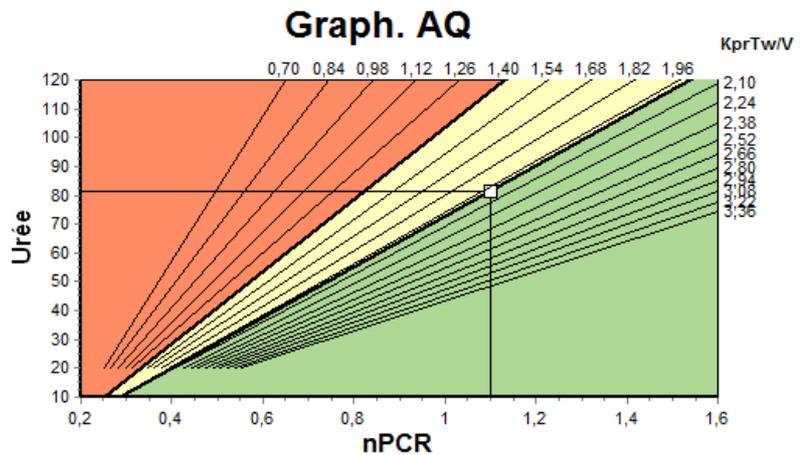


Fig. 3.80 Diagramme AQ

Évaluation traitement

Ce diagramme se base sur les critères minimaux nécessaires à une prescription pertinente de dialyse péritonéale. L'ordonnée représente le KprT hebdomadaire de la créatinine [l/1,73 m2/semaine], et l'abscisse le KprTw/V hebdomadaire de l'urée. La ligne de référence verticale correspond par défaut à une valeur KprTw/V de l'urée de 2,0, et la ligne de référence horizontale à une valeur KprT de créatinine de 50 l/1,73 m2/semaine. Ces valeurs peuvent être modifiées dans le menu **Administration/Config/Données Générales**. Seul le quadrant supérieur droit du diagramme représente un traitement de dialyse péritonéale approprié selon ces deux critères. Si la valeur est comprise dans le quadrant inférieur gauche du diagramme, le traitement du patient est considéré comme un échec selon les deux critères.

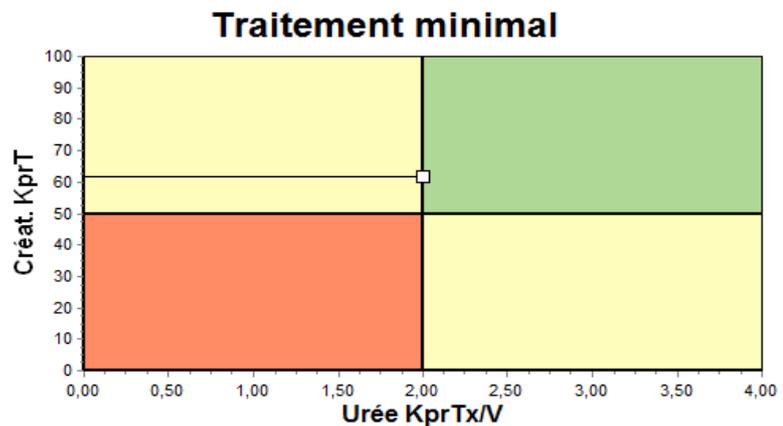


Fig. 3.81 Évaluation traitement

3.12.4.2 Menu Assurance Qualité

Le menu d'assurance qualité s'affiche lorsque l'on clique sur l'option **Assurance Qualité** de l'arborescence. Le contenu de la fenêtre est représenté en (voir Fig. 3.82, Données d'entrée PFT AQ, page 151).

La partie supérieure gauche de la fenêtre comprend un tableau contenant les tests AQ enregistrés pour le patient actuel. La date et la nature du test sont indiquées. Toutes les données AQ de la fenêtre sont mises à jour lorsque l'on sélectionne une ligne du tableau. La partie supérieure droite de la fenêtre comprend une zone de description des données du patient pertinentes en termes d'AQ (âge, sexe, poids, taille, amputations si le patient a subi une amputation préalable à la date du test - voir Amputation) ainsi que les résultats relatifs aux paramètres corporels pour le test sélectionné. Si le patient a subi une amputation physique, les paramètres corporels sont calculés en fonction du statut d'amputation à la date du test, ce qui influe sur l'ensemble des résultats du test réalisé.

Dans la partie inférieure de l'écran se trouve une zone de travail comprenant trois onglets : **Entr. Donn.**, **Résultats** et **Graphiques**. Le contenu des onglets dépend de la nature du test, mais l'ensemble des données et des graphiques est conforme à la description offerte dans la section **Contexte** médical.

Onglet Entr. Donn.

Le test PFT présuppose l'obtention des données suivantes :

Une prise de sang, pour laquelle les concentrations d'albumine, d'urée/azote urémique, de créatinine, de glucose et de protéines ont été relevées.

Un échantillon d'urine, pour lequel la durée de collecte, le volume recueilli et les concentrations d'urée/azote urémique, de créatinine et de protéines ont été relevés.

Plusieurs (de 1 à 6) échantillons de dialysat et des échantillons AQ et UF AQ optionnels de dialysat, pour lesquels le temps de stase, les volumes d'infusion et de drainage, la concentration de glucose initiale (en %), les concentrations d'urée/azote urémique, de créatinine, de glucose et de protéines ont été relevés. Pour l'échantillon UF AQ, la concentration de glucose est fixée à 4,25 % et le temps de stase est fixé à 1 heure.

Entr. Donn. Résultats Graphiques											
Sang		Albumine [g/dL]	Urée [mg/dL]	Créatinine [mg/dL]	Glucose [mg/dL]	Protéine [g/dL]	Na [mEq/L]				
		3,7	174,74	9,50	68,5	6,6	112,3				
Urine		Durée [min]	Vol [ml]	Urée [mg/dL]	Créatinine [mg/dL]	Protéine [g/dL]	Na [mEq/L]				
		1440	250	888,76	67,92		150,0				
Sol. DP		Durée [min]	V. inf [ml]	Glucose conc [%]	Na in [mEq/L]	V. drainé [ml]	Urée [mg/dL]	Créatinine [mg/dL]	Glucose [mg/dL]	Protéine [g/dL]	Na [mEq/L]
Poche 1	290	2200	1,50	134,0	2440	175,34	8,14	403,6	0,0900	134,2	
Poche 2	295	2200	1,50	134,0	2430	176,54	7,67	464,9	0,0800	134,2	
Poche 3	155	2200	1,50	134,0	2290	150,73	5,48	659,5	0,0360	134,2	
Poche 4	625	2200	1,50	134,0	3050	182,55	8,93	501,7	0,1000	134,2	
Poche AQ	180	2200	2,30	134,0	2530	165,14	7,12	724,3	0,0540	134,2	
Poche UF AQ	60	2200	4,25	133,2	2693	96,47	3,70	2400,0	0,0300	123,2	

Fig. 3.82 Données d'entrée PFT AQ

Il n'est pas obligatoire de fournir toutes les données d'entrée. Certaines données d'entrée peuvent être absentes, mais certains résultats spécifiques peuvent se trouver influencés par l'absence de ces valeurs, voire faire défaut. Dans certains cas, **PatientOnLine** estime/remplace la valeur manquante. L'indication « **Valeur manquante** » est affichée dans le champ correspondant à une valeur manquante. Le champ d'une valeur manquante ayant été estimée par **PatientOnLine** comprendra l'indication « Valeur manquante - Estimation à : xxx ».

La **Créatinine avec facteurs de correction du Glucose** pour le sang et le dialysat peut également être définie selon le test AQ ainsi que les paramètres généraux dans **Administration/Config./Données Générales**. Les valeurs par défaut sont celles figurant dans les données générales. Elles peuvent toutefois être modifiées dans chaque test AQ.

Onglet Résultats

Le test PFT calcule tous les résultats prescrits dans la section Résultats AQ. L'absence de données d'entrée provoque l'absence de résultats. Si la valeur de protéines dans l'urine est indisponible, il ne sera pas possible d'obtenir des résultats UPL ou nUPL, ce qui influe à son tour sur les valeurs TPL, nTPL, DPR et nDPR. Les résultats calculés à partir de données d'entrée manquantes et/ou estimées sont affichés en caractères gras.

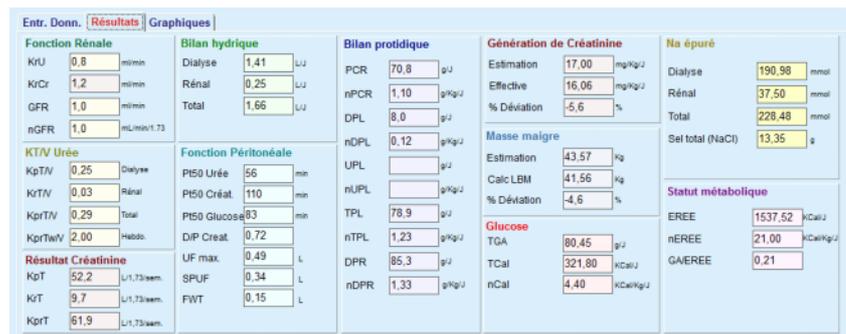


Fig. 3.83 Résultats AQ PFT

Onglet Graphiques

Le test PFT peut produire tous les graphiques décrits dans la section Graphiques AQ : Pt50 pour l'urée, la créatinine et le glucose, graphique AQ et graphique d'évaluation du traitement. L'absence de données d'entrée provoque l'absence de graphiques. Si la valeur d'urée nitrogène dans le sang est indisponible, il sera impossible de produire des graphiques Pt50 pour l'urée.

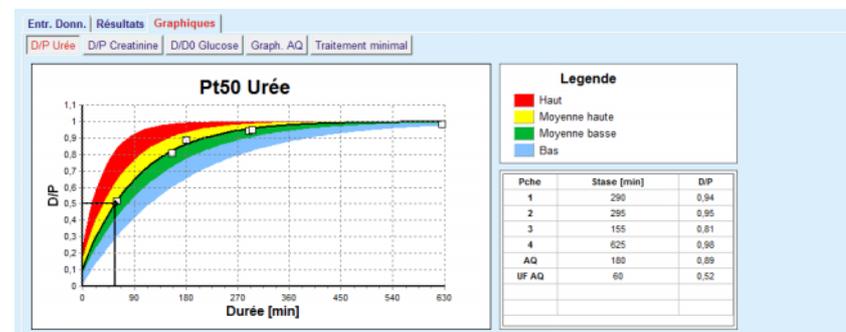


Fig. 3.84 Graphique AQ PFT

Données d'entrée PET

Le test PET présuppose l'obtention des données suivantes :

Une prise de sang, pour laquelle les concentrations d'albumine, d'urée/azote uréique, de créatinine, de glucose et de protéines ont été relevées.

Sang		Albumine [g/dL]	Urée [mg/dL]	Créatinine [mg/dL]	Glucose [mg/dL]	Protéine [g/dL]	Na [mEq/L]
Durée 120 [min]			124.34	10.40	102.0	7.4	

Sol. DP		Durée [min]	Urée [mg/dL]	Créatinine [mg/dL]	Glucose [mg/dL]	Protéine [g/dL]	Na [mEq/L]
Prélév.							
V. inf.	2000 [ml]	Prélév. 0 h	0	10.72	1.10	2250.0	
Conc. Glucose	2.50 [%]	Prélév. 1/2 h	30	51.45	2.80	1800.0	
Na in	[mEq/L]	Prélév. 1 h	60	71.82	3.90	1500.0	
V. drainé	2250 [ml]	Prélév. 2 h	120	97.11	5.50	1185.0	
		Prélév. 3 h	180	109.12	6.60	1015.0	
		Prélév. 4 h	240	122.20	7.30	855.0	

Fig. 3.85 Fenêtre AQ PET

3 (PET court) ou 5 (PET) échantillons de dialysat disposant de valeurs temporelles (0, 30, 60, 120, 240 min) sont définis, ainsi que le volume d'infusion de la poche et la concentration de glucose initiale. Les concentrations d'urée/azote uréique, de créatinine, de glucose, de protéines et de sodium sont notées pour chaque prise de sang. Il est également possible d'enregistrer un échantillonnage supplémentaire de 180 minutes à l'aide de l'option de menu Administration/Config./Données Générales. Une poche de stase longue optionnelle peut aussi être utilisée.

Résultats PET

Le test PET calcule uniquement les valeurs D/P pour l'urée, la créatinine et le glucose ainsi que la valeur D/P pour la créatinine sur 4 heures.

Graphiques PET

Le test PET affiche des graphiques PET (décrits sous Graphiques AQ) pour l'urée, la créatinine et le glucose. L'absence de données d'entrée (voir Créer et modifier un test AQ) provoque l'absence de graphiques. Si la valeur de créatinine dans le sang est indisponible, il sera impossible de produire des graphiques PET pour la créatinine.

Données d'entrée du recueil sur 24 heures

Le recueil sur 24 heures présuppose l'obtention des données suivantes :

Une prise de sang, pour laquelle les concentrations d'albumine, d'urée/azote uréique, de créatinine, de glucose, de protéines et de sodium ont été relevées.

Un échantillon d'urine, pour lequel la durée de collecte, le volume recueilli et les concentrations d'urée/azote uréique, de créatinine, de protéines et de sodium ont été relevés.

Un échantillon de dialysat, pour lequel la durée de collecte, les volumes totaux d'infusion et de drainage, ainsi que les concentrations d'urée/azote uréique, de créatinine, de glucose, de protéines et de sodium ont été relevés.

Résultats du recueil sur 24 heures	Le recueil sur 24 heures calcule des résultats identiques à ceux du test PFT, à l'exception des résultats relatifs à la fonction péritonéale et au glucose.
Graphiques du recueil sur 24 heures	Le recueil sur 24 heures produit uniquement le graphique AQ et l'évaluation traitement (décrit dans la section Graphiques AQ).
Données d'entrée du test PET + recueil sur 24 heures	<p>Le test PET + recueil sur 24 heures est une combinaison intégrale des test PET et de recueil sur 24 heures. Les données d'entrée constituent une combinaison des deux tests.</p> <p>L'absence de certaines valeurs dans le cas d'un test PET + recueil sur 24 heures a des conséquences identiques à celles décrites dans le cas des composants individuels. Par ailleurs, les valeurs manquantes dans l'une des deux prises de sang sont remplacées par défaut par les valeurs correspondantes de l'autre prise de sang.</p>
Résultats du test PET + recueil sur 24 heures	Le test PET + recueil sur 24 heures calcule des résultats identiques à ceux du test PFT, à l'exception des résultats relatifs au glucose.
Graphiques du test PET + recueil sur 24 heures	Le test PET + recueil sur 24 heures produit des graphiques PET ainsi que des graphiques AQ.
Données d'entrée du test Pas de Ttt	<p>Le test Pas de Ttt est similaire à celui du recueil sur 24 heures, mais il est dépourvu de collecte de dialysat. Il présuppose l'obtention des données suivantes :</p> <p style="padding-left: 40px;">Une prise de sang, pour laquelle les concentrations d'albumine, d'urée/azote uréique, de créatinine, de glucose, de protéines et de sodium ont été relevées.</p> <p style="padding-left: 40px;">Un échantillon d'urine, pour lequel la durée de collecte, le volume recueilli et les concentrations d'urée/azote uréique, de créatinine, de protéines et de sodium ont été relevés.</p>
Résultats du test Pas de Ttt	Le test Pas de Ttt calcule la fonction rénale et les clairances rénales ainsi que les résultats en fonction de la nutrition.
Graphiques du test Pas de Ttt	L'onglet Résultats du test Pas de Ttt produit uniquement le graphique AQ et l'évaluation traitement (décrit dans la section Graphiques AQ).

● **Création et modification d'un test AQ**

Procéder comme suit pour créer un test AQ pour un patient spécifique :

Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;

➤ Sélectionner l'option de menu **Assurance Qualité** dans l'arborescence ;

➤ Cliquer sur le bouton **Nouv.** ;

La boîte de dialogue Test AQ s'ouvre.

(voir Fig. 3.86, Assistant Test AQ (première page), page 155) ;

➤ Sélectionner la date requise dans le champ **Date** ou conserver la date actuelle apparaissant à l'écran.

L'âge du patient à la date du test est mise à jour de façon automatique ;

- Saisir le poids du patient dans le champ **Poids**.
- Saisir la taille du patient dans le champ **Taille**.



Note

- En cas d'enregistrements préalables de la taille du patient, le système affiche la dernière taille par défaut. Les valeurs de poids doivent toujours être saisies, de façon à indiquer le poids au moment du test.

Fig. 3.86 Assistant Test AQ (première page)

- Sélectionner le type du test dans la zone contenant le groupe de cases d'option

Il est possible que les options de sélection supplémentaires suivantes soient disponibles en fonction de l'option sélectionnée :

- PFT - Nbre poches ;
- Poche AQ ; Poche UF AQ ;
- Nombre de traitements/semaine ;
- PET - Test court / Test détaillé ;
- Poche de stase longue.

- Cliquer sur le bouton **Suiv**.

La deuxième boîte de dialogue de l'assistant s'ouvre. L'aspect de cette dernière est spécifique à chaque type de test.

Le nombre de traitements par semaine influe sur le calcul des clairances d'urée et de créatinine.



Message d'avertissement

Risque pour le patient suite à une désintoxication insuffisante

Il se peut que le traitement DP ne soit pas réalisé tous les jours de la semaine. Si le nombre de traitements par semaine est inférieur à 7, les clairances hebdomadaires peuvent être surestimées.

- Le médecin traitant doit être conscient de cette surestimation potentielle des clairances hebdomadaires lors de l'évaluation de la pertinence de la dialyse pour le patient.

Toutes les données obligatoires doivent être saisies dans la deuxième boîte de dialogue de l'assistant (voir section sur la fenêtre Assurance Qualité pour une description des données d'entrée spécifiques à chaque type de test). Tous les éléments de saisie sont des éléments de commande Smart-Edit, sans boutons sur le côté droit. Une référence indiquant la plage de valeurs est liée à chaque élément de commande. La plage de valeurs pour certains paramètres (tels que le volume d'infusion) dépend du statut du patient en termes d'âge (adulte ou non). Après avoir complété tous les éléments de commande Smart-Edit, cliquer sur le bouton **Suiv** pour atteindre la boîte de dialogue suivante de l'assistant.

La deuxième page permet aussi d'enregistrer le test sous forme de brouillon en cliquant sur le bouton **Enr. brouillon**.

Une telle option est particulièrement utile lorsque l'utilisateur est appelé auprès d'un cas d'urgence, et ne dispose pas des moyens de saisir toutes les données.

Un brouillon de test est affiché sur fond brun dans la troisième colonne du tableau des tests. (voir Fig. 3.82, Données d'entrée PFT AQ, page 151)

Dans le cas de ce type de test, il n'est possible d'afficher ni les résultats, ni les graphiques. Les seules actions autorisées sont **Modif** et **Suppr.**. Un brouillon de test ne peut pas être utilisé dans la section d'optimisation (voir Optimis.), ou être imprimé à l'aide du bouton **Rapport**.

Ajouter Test AQ											
Paramètres Labo. - PFT - 12/09/2016											
Sang		Albumine [g/dL]		Urée [mg/dL]	Créatinine [mg/dL]	Glucose [mg/dL]	Protéine [g/dL]	Na [mEq/L]			
				174,74	9,50	68,5	6,6	112,3			
Urine		Durée [min]	Vol [ml]	Urée [mg/dL]	Créatinine [mg/dL]	Protéine [g/dL]	Na [mEq/L]				
		1440	250	888,76	67,92		150,0				
Sol. DP		Durée [min]	V. inf [ml]	Glucose conc [%]	Na in [mEq/L]	V. drainé [ml]	Urée [mg/dL]	Créatinine [mg/dL]	Glucose [mg/dL]	Protéine [g/dL]	Na [mEq/L]
Poche 1		290	2200	1,50	134,0	2440	175,34	8,14	403,6	0,0900	134,2
Poche 2		295	2200	1,50	134,0	2430	176,54	7,67	464,9	0,0800	134,2
Poche 3		155	2200	1,50	134,0	2290	150,73	5,48	659,5	0,0360	134,2
Poche 4		625	2200	1,50	134,0	3050	182,55	8,93	131,5	0,1000	134,2
Poche AQ		180	2200	2,30	134,0	2530	165,14	7,12	724,3	0,0540	134,2

Fig. 3.87 Assistant Test AQ (deuxième boîte de dialogue)



Note

L'utilisation du bouton **Suiv** provoque la mise en œuvre d'une procédure de validation des données d'entrée. Si les données saisies sur la deuxième page ne remplissent pas les exigences du test décrites dans la section sur la fenêtre Assurance Qualité, un message d'avertissement est émis.

Cliquer sur le bouton **OK** et rectifier les valeurs avant de poursuivre le processus.

La troisième boîte de dialogue de l'assistant permet à l'utilisateur d'éluider le calcul des valeurs V, LBM, nPCR et KrTV, et de saisir ces dernières manuellement. Cette option est particulièrement utile en cas de mise en œuvre d'outils/algorithmes spéciaux de mesure/calcul de ces quatre paramètres.

Fig. 3.88 Assistant Test AQ (troisième boîte de dialogue - test PFT)

La saisie de valeurs définies par l'utilisateur dans la troisième boîte de dialogue de l'assistant nécessite la sélection préalable du champ d'options correspondant pour activer la zone de texte **Déjà sauvegardé**. La valeur souhaitée peut ensuite être saisie.

Les valeurs BCM pour le volume de distribution de l'urée et la masse maigre sont disponibles sur cette page. Les valeurs sont reprises par défaut à partir de la dernière mesure BCM du patient, mais il est également possible de sélectionner une mesure particulière. Seules les mesures BCM des 180 derniers jours sont disponibles. Deux boutons permettent de paramétrer les valeurs BCM comme valeurs **Déjà sauvegardé** pour **V** et **LBM**.

L'ensemble du test est enregistré lorsqu'on clique sur le bouton **Terminé**. Il est possible d'interrompre le processus d'édition en cliquant sur le bouton **Annuler** disponible sur chaque page de l'assistant.



Note

Les données saisies manuellement sur la troisième (dernière) page de l'assistant sont susceptibles d'influer sur la suite des calculs des résultats. Les valeurs de résultats concernées sont mises en évidence par un affichage de couleur jaune clair sur la page Résultats et dans le rapport.

Bilan protidique		
PCR	77,2	g/J
nPCR	1,20	g/Kg/J
DPL	8,0	g/J

Fig. 3.89 Mise en évidence des résultats

- Sélectionner le menu **Assurance Qualité** pour modifier un test AQ. (voir Fig. 3.82, Données d'entrée PFT AQ, page 151)
- Sélectionner la ligne souhaitée dans le tableau des tests.
- Cliquer sur le bouton **Modif.**

L'assistant s'ouvre. Toutes les valeurs, à l'exception du type de test, peuvent être modifiées.

Le bouton **Suppr.** permet de supprimer intégralement un test AQ, tandis que le bouton **Rapport** permet d'afficher/imprimer un rapport exhaustif comprenant l'ensemble des données d'entrée sous forme textuelle et graphique, ainsi que les formules nécessaires au calcul des résultats.

3.12.5 Optimis.

3.12.5.1 Contexte médical

L'option de menu Optimis. constitue l'une des fonctions les plus puissantes de **PatientOnLine**. Elle constitue un outil d'aide précieux pour le médecin dans le cadre de l'évaluation et de la prévision d'un traitement DP en fonction du résultat de la dialyse, et de la recherche du meilleur traitement DP répondant aux objectifs spécifiques de la dialyse, sans pour autant remplacer ses capacités de jugement médicales.

L'optimisation présuppose l'obtention de connaissances relatives à la fonction péritonéale et rénale du patient à l'aide d'un test AQ. Plus le test est exhaustif, plus l'optimisation sera précise. Les données relatives au patient revêtant une importance particulière pour l'optimisation sont : la fonction rénale résiduelle, la balance des liquides des reins et la fonction péritonéale.

Dans le cas de patients n'étant pas encore soumis à un traitement de dialyse, il est possible d'utiliser le test **Pas de Ttt** permettant de procéder au calcul de la fonction rénale et des clairances rénales. Les caractéristiques de la fonction péritonéale peuvent être configurées en tant que valeurs moyennes.

Il existe deux méthodes d'optimisation :

En choisissant la prescription DP

En choisissant les cibles de dialyse.

La première méthode requiert la saisie d'un test AQ et d'une prescription DP (DPA, DPCA, DPA+DPCA) en tant que premières données d'entrée. L'utilisateur peut modifier librement la prescription et les paramètres rénaux du patient. Les résultats du traitement prescrit sont calculés sous forme de clairance totale, de volume total extrait et d'absorption totale de glucose. Les résultats peuvent être affichés pour chaque cycle/échange individuel, ainsi que pour la prescription globale.

La seconde méthode requiert la saisie d'un test AQ, d'une liste d'objectifs de dialyse, et d'une liste des restrictions de la dialyse en tant que premières données d'entrée. Les objectifs sont exprimés sous forme de bilan volumique et de clairances minimales. Les restrictions dépendent de la modalité de traitement sélectionnée (DPA, DPCA, DPA+DPCA) et sont exprimées sous forme de valeurs maximales pour certains paramètres spécifiques tels que le volume d'infusion, le nombre de cycles, la durée totale de la prescription, etc.



Note

- Les résultats de l'optimisation affichés sont basés sur un modèle mathématique et ne doivent être considérés que comme un guide. Les décisions thérapeutiques ne doivent jamais être prises uniquement sur la base de ces calculs. Le déploiement de tout type de traitement DP reste sous la responsabilité du médecin traitant.
- L'exactitude des prévisions de l'optimisation a été validée dans trois études (voir les références 21, 23 et 39 dans l'annexe 5.2) pour les « traitements DP standard ». Dans les types de traitement DPA impliquant des « cycles mixtes » (c'est-à-dire une séquence de cycles avec une composition de glucose différente ou des volumes et temps de stase variables), le même modèle mathématique est appliqué à chaque cycle comme dans le cas d'un type de « traitement DPA standard ». Les preuves concernant l'exactitude de la prédiction des types de traitement DPA à « cycle mixte » font actuellement défaut. Il en va de même pour les traitements comprenant des « cycles fluctuants ». Par conséquent, l'écart entre l'élimination prévue et réelle des toxines peut être supérieur aux limites d'accord déterminées dans les études existantes mentionnées ci-dessus.

PatientOnLine établit une liste de prescriptions répondant à toutes les restrictions et atteignant les objectifs indiqués. Chaque prescription peut être enregistrée et étudiée en détail. Par ailleurs, une prescription peut être affinée dans le cadre de la première méthode d'optimisation à l'aide de la fonction Optimiser.



Note

Lorsque le médecin traitant a besoin de cycles profilés (une séquence de cycles avec des modifications du volume d'infusion, de la concentration de glucose ou de la durée de stase), les capacités des modèles mathématiques sur lesquels sont basées les fonctions d'optimisation POL, sont remises en question. Bien qu'elles soient utiles pour se faire une idée de la direction dans laquelle la clairance est susceptible d'être modifiée, des valeurs précises ne peuvent être garanties. Le programme de traitement reste sous la responsabilité du médecin. L'efficacité de tout programme impliquant des cycles profilés peut être vérifiée par des mesures selon les procédures d'assurance qualité.

3.12.5.2 Démarrage de l'optimisation

L'option de menu Optimis. est accessible depuis la section Médical de l'arborescence de menu.



Fig. 3.90 Option de menu Optimis.

Le menu Optimis. comprend les sections suivantes :
(voir Fig. 3.91, Optimis. : En choisissant la prescription, page 161)

- Sélect. Méthode optimisation, dans la partie supérieure ;
- Optimis., partie générale, dans la partie médiane ;
- Lancer Optimisation, dans la partie inférieure.

Ce module permet à l'utilisateur de créer des prescriptions DP pour un patient spécifique, à l'aide de l'une des deux méthodes d'optimisation disponibles décrites dans la section Optimis. - Contexte médical.

3.12.5.3 Optimis. : En choisissant la prescription

Cette méthode d'optimisation permet à l'utilisateur de modifier une prescription existante en utilisant un éditeur identique à celui de la section Prescription DP, mais permettant l'affichage immédiat des résultats du traitement prescrit.

En sélectionnant cette option **Sélect. Méthode optimisation**, la zone inférieure ressemblera à celle en Fig. 3.91.

Optimis.
 Select. Méthode optimisation
 En choisissant la prescription
 En choisissant les cibles de dialyse

Sélect. Test AQ :

Type de test	Date	Jours/Semaine	Pt50 Urée [min]	Pt50 Créat. [min]	Pt50 Glucose [min]
PET	12/09/2015	7	57	130	129
Recueil 24h	10/09/2015	7	—	—	—
PET + Recueil 24h	03/09/2015	7	51	121	126
Pas de Tit	08/10/2014	7	90	132	160

Invalide ■ ■ Convenable ■

Sélect. prescription :

Nom	Type	Type traitement DPA	Cycles DPA	Ech. DPCA	Dem. modif.
capd	DPCA	—	—	4	27/09/2016
ipd	DPCA	—	—	6	26/09/2016
nipd	DPA	Standard	5	—	25/09/2016
nipd_odplus	DPA	DPF Plus	2 / 4	—	24/09/2016
ccpd	DPA	Standard	4	—	23/09/2016
ccpd_odplus	DPA	Standard Plus	4	—	22/09/2016

Nouvelle prescription

Fig. 3.91 Optimis. : **En choisissant la prescription**

La **partie d'optimisation générale** est subdivisée comme suit, si cette méthode est sélectionnée :

Sélect. Test AQ dans la partie supérieure ;

Sélect. prescription dans la partie médiane ;

Nouvelle prescription dans la partie inférieure.

La liste **Sélect. Test AQ** énumère tous les tests AQ ayant été réalisés par le patient. Elle indique le type de test et sa date de réalisation, ainsi que les valeurs Pt50 de l'urée, de la créatinine et du glucose. Chaque valeur Pt50 apparaît sur un fond de couleur, représentatif du degré de précision de la valeur Pt50, décrit sous forme de taux de concordance des points D/P ou D/D0 par rapport aux diagrammes AQ (voir Assurance qualité - Graphiques relatifs à la fonction péritonéale). Sous la liste se trouve une légende des codes de couleurs, indiquant les différentes couleurs du rouge (mauvaise correspondance) au vert (bonne correspondance). La couleur verte correspond à une précision de plus de 90 %, et la couleur rouge à une précision inférieure à 50 %.

La liste **Sélect. prescription** énumère toutes les prescriptions disponibles. La première ligne est sélectionnée par défaut, que ce soit dans la liste **Sélect. Test AQ** ou dans la liste **Sélect. prescription**.

Le test AQ sélectionné ne doit pas être un brouillon de test. Pour lancer l'optimisation, sélectionner une prescription existante ou cocher la case **Nouvelle prescription**. (voir Fig. 3.91, Optimis. : En choisissant la prescription, page 161)



Note

Si aucun test AQ ou aucune prescription n'a été sélectionné(e), un message d'avertissement est émis.

Cliquer sur le bouton **Lancer Optimisation...** pour démarrer une séance d'optimisation. En cas de sélection d'une prescription DP, une fenêtre similaire à celle illustrée à la Fig. 3.92 apparaît.

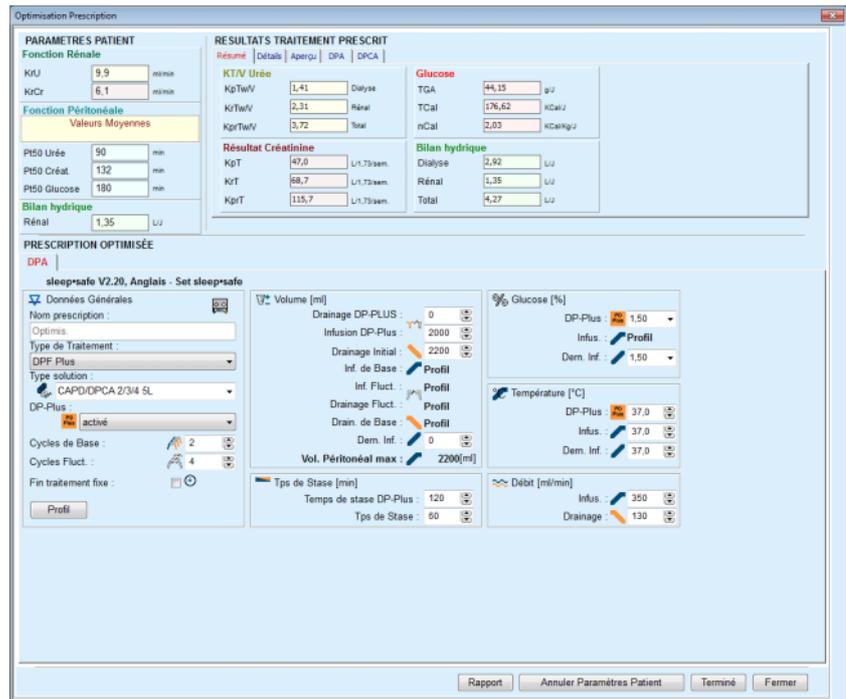


Fig. 3.92 Optimisation prescription en choisissant la prescription - *sleep·safe*

En cas de sélection de l'option **Nouvelle prescription** (voir Fig. 3.91, Optimis. : En choisissant la prescription, page 161), l'utilisateur est invité à choisir un système de DP pour une nouvelle prescription. Aucune restriction ne lui est imposée, même si aucun système de DP n'a été assigné au patient. Une telle mesure se montrera particulièrement utile dans le cas de nouveaux patients, pour lesquels aucun traitement n'a été configuré. La sélection du système de DP est réalisée à l'aide d'une fenêtre intermédiaire.

Voir Fig. 3.93 pour savoir quels systèmes DPA et/ou DPCA peuvent être sélectionnés. Après attribution d'un système de DP à un patient, les composants du système - DPA et/ou DPCA - sont utilisés par défaut dans les deux listes de sélection. Il reste toutefois possible à l'utilisateur de modifier le système.

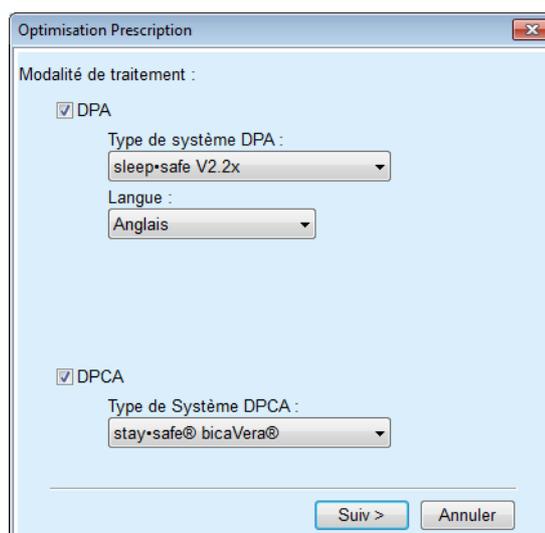


Fig. 3.93 Sélection d'un système de DP pour une nouvelle prescription

La fenêtre de l'optimisation comprend les sections suivantes (voir Fig. 3.92, Optimisation prescription en choisissant la prescription - sleep•safe, page 162).

Paramètres Patient en haut, à gauche,

Résultats Traitement prescrit en haut, à droite,

Prescription optimisée dans la partie médiane,

Boutons de commande dans la partie inférieure.

La section **Prescription optimisée** dépend du système de DP associé à la prescription.

On utilise des masques de saisie identiques pour les sections **Optimis.** et **Prescription DP**.

3.12.5.4 Section Paramètres Patient

La section **Paramètres Patient** est composée de trois champs : **Fonction Rénale**, **Fonction Péritonéale** et **Bilan hydrique** qui contiennent les données rénales du patient. Ces données peuvent être modifiées.



Note

Les valeurs des **Paramètres Patient** dépendent du type de test AQ sélectionné. Par exemple, en cas de **Recueil sur 24h**, il n'existe aucune donnée relative à la **Fonction Péritonéale** par défaut. À la place, les valeurs les plus récentes d'un précédent test PET/PFT/PET + recueil 24h seront affichées.

Le champ **Résultats Traitement prescrit** affiche les résultats et se divise en différents onglets :

3.12.5.5 Section Résultats Traitement prescrit

- **Onglet Résumé**

L'onglet **Résumé** indique les résultats de l'ensemble de la prescription.

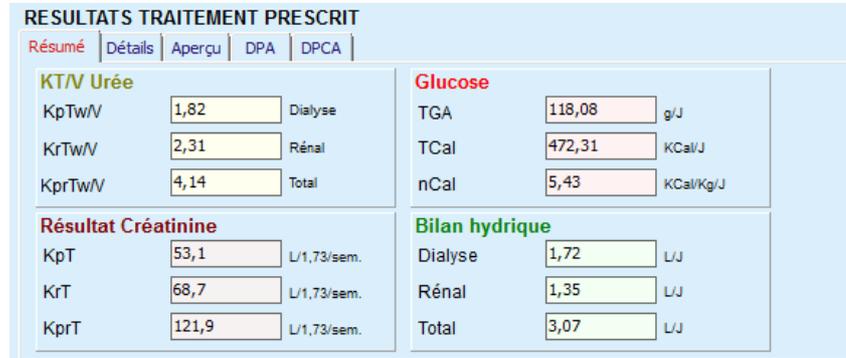


Fig. 3.94 Onglet **Résumé** des Résultats Traitement prescrit

- **Onglet Détails**

L'onglet **Détails** indique les résultats par échange ou cycle, ainsi que les sommes des positions Jour(J)/Nuit(N) et des parts rénales/périto-néales.

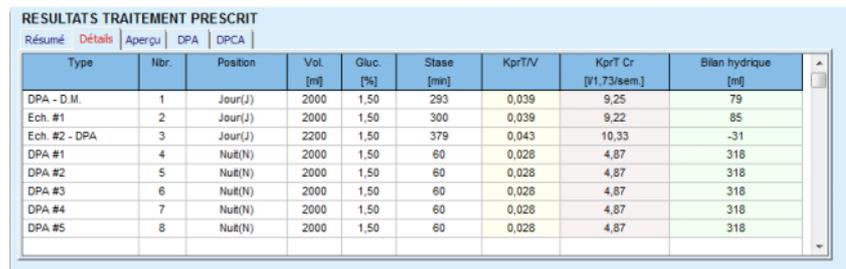


Fig. 3.95 Onglet **Détails** des Résultats Traitement prescrit

- **Onglet Aperçu**

L'onglet **Aperçu** affiche une représentation graphique de la prescription. Ce diagramme est identique à celui de la section **Prescription DP**. (voir Fig. 3.91, Optimis. : En choisissant la prescription, page 161).

- **Onglet DPA**

L'onglet **DPA** présente des données spécifiques relatives à la composante DPA de l'optimisation Prescription. La durée totale et le nombre de poches de solution font partie des données apparaissant sur cet onglet.

(voir Fig. 3.45, Onglet Info DPA de la fenêtre d'aperçu du DPA sleep-safe, page 113)

- **Onglet DPCA**

L'onglet **DPCA** présente des données spécifiques relatives à la composante DPCA de l'optimisation Prescription. Cet onglet est identique à celui de la section **Prescription DP**.
(voir Fig. 3.47, Onglet Info. DPCA de la fenêtre d'aperçu du DPCA, page 114)

3.12.5.6 Section Prescription optimisée

- **Onglets DPA/DPCA**

La section **Prescription optimisée** combinée avec l'onglet **DPA** et/ou **DPCA** constitue un éditeur fonctionnant comme décrit à la section Prescription DP.

- **Fonctions des boutons**

Les boutons de commande ont les fonctions suivantes :

Le bouton **Rapport** crée un rapport exhaustif relatif à l'optimisation Prescription et au test AQ.

Le bouton **Annuler Paramètres Patient** restaure les valeurs originales des données proposées dans la section Paramètres Patient. Si les données des patients ont été modifiées, cliquer sur ce bouton avant d'enregistrer la prescription.

Le bouton **Terminé** enregistre toujours l'optimisation Prescription sous forme de nouvelle prescription. Un nouveau nom devra lui être attribué.

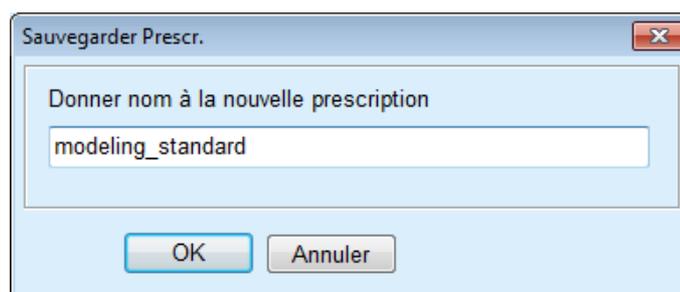


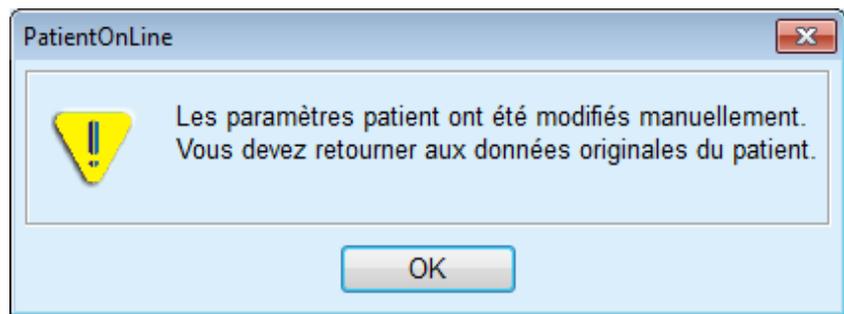
Fig. 3.96 Boîte de dialogue **Sauvegarder Prescr.** de l'optimisation



Note

En cliquant sur les boutons **Terminé** ou **Rapport**, l'utilisateur est invité à restaurer les valeurs originales des données du patient si celles-ci ont été modifiées manuellement.

Le bouton **Fermer** ferme la fenêtre de l'optimisation Prescription.



3.12.5.7 Optimis. : En choisissant les cibles de dialyse

La méthode **En choisissant les cibles de dialyse** permet à l'utilisateur de saisir des valeurs spécifiques correspondant aux résultats du traitement de dialyse en tant qu'objectifs de l'optimisation, ainsi que des restrictions concernant la prescription (voir Optimis. - Contexte médical). **PatientOnLine** tente de créer une liste de prescriptions possibles répondant à l'ensemble de ces exigences et atteignant l'ensemble de ces objectifs, en se basant sur un test AQ déterminé.

La fenêtre d'optimisation de la méthode **En choisissant les cibles de dialyse** est illustrée à la Fig. 3.97.

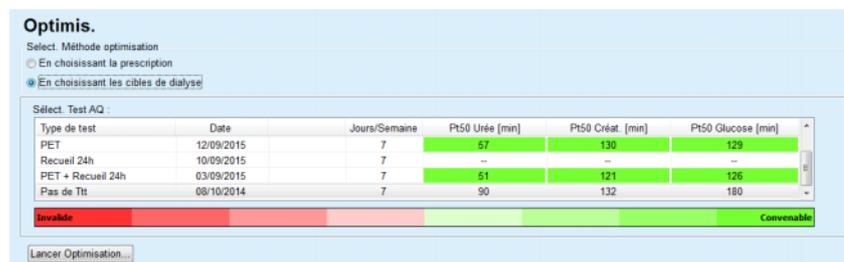


Fig. 3.97 Optimis. : **En choisissant les cibles de dialyse**

La section générale de cette méthode d'optimisation comprend uniquement la liste **Sélect. Test AQ** avec laquelle l'optimisation démarre. Procéder comme suit pour lancer l'optimisation :

- Sélectionner un test AQ dans la liste **Sélect. Test AQ**. Il n'est pas possible de choisir un test PET, ceux-ci ne fournissant pas assez de données pour lancer l'optimisation.
- Cliquer sur le bouton **Lancer Optimisation...**

La boîte de dialogue **Optimisation Prescription** s'ouvre.

- Sélectionner le **type de traitement** à l'aide des cases à cocher et des menus déroulants.

Chaque combinaison de système de DP avec le système de DP actuel (le cas échéant) est autorisée en tant que système standard. (voir Fig. 3.93, Sélection d'un système de DP pour une nouvelle prescription, page 163)

Cliquer sur le bouton **Suiv >**.

Le menu de saisie Optimisation Prescription s'ouvre et affiche les définitions d'objectifs et les restrictions.

Fig. 3.98 Détermination des objectifs et des restrictions

Le menu de saisie est composé des sections suivantes :

Paramètres Patient, côté gauche, comprenant les champs de saisie **Fonction Rénale**, **Fonction Péritonéale** et **Bilan hydrique** ;

Fixer objectifs et restrictions, côté droit, Permet de définir les objectifs de la dialyse et les restrictions du **DPCA/DPA**. Les objectifs et restrictions sont décrits dans la section **Optimis.** (voir **Contexte médical**, page 158).

Poursuivre l'optimisation :

- Cliquer sur le bouton **Suiv >**.

La boîte de dialogue comprenant le nombre de prescriptions obtenues s'ouvre.

- Cliquer sur le bouton **OK**.

La deuxième boîte de dialogue **Optimisation Prescription** s'ouvre.

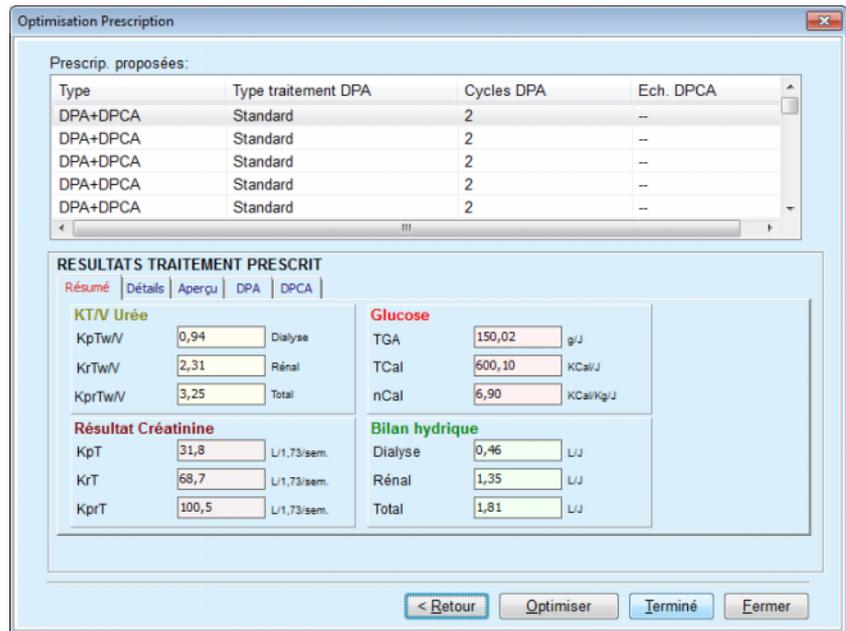


Fig. 3.99 Fenêtre Prescriptions résultantes

La fenêtre **Optimisation Prescription** est composée de trois sections :

Prescrip. proposées

en haut, onglet

Résultats Traitement prescrit

au milieu

Boutons

en bas.

Prescrip. proposées

La liste **Prescrip. proposées** comprend toutes les prescriptions répondant aux objectifs et aux restrictions. La liste indique le type de DPA/DPCA, le type de traitement DPA, le nombre de cycles DPA et le nombre d'échanges DPCA.

Résultats Traitement prescrit

Les onglets disponibles sous **Résultats Traitement prescrit** sont identiques aux onglets de la première méthode d'optimisation (**En choisissant la prescription**).

Les résultats se réfèrent à la liste **Prescrip. proposées**.

Boutons

Le bouton **< Retour** permet de retourner au menu de saisie précédent. (voir Fig. 3.99, Fenêtre Prescriptions résultantes, page 168)

Le bouton **Optimiser** permet d'atteindre une page de réglage fin du menu de saisie de la première méthode d'optimisation.

Par ailleurs, le menu de saisie de la première méthode d'optimisation comprend un bouton **< Retour** grâce auquel il est possible de retourner au menu de saisie **Résultats Traitement prescrit** ;

Cliquer sur le bouton **Terminé** pour ouvrir une boîte de dialogue invitant à saisir un nom pour la prescription.

- Saisir un nom pour la prescription.

- Cliquer sur le bouton **Oui**.

Le processus est achevé.

Lorsque les opérations de saisie sont terminées, le menu de départ **Optimis**. s'ouvre à nouveau, permettant la préparation d'une nouvelle prescription.

S'il n'a pas été possible de trouver de prescription répondant à tous les objectifs et à toutes les restrictions, un message d'avertissement est émis.

Si les objectifs sont atteints par les seules fonctions rénales du patient, un message d'avertissement est émis, et aucune prescription n'est créée.

3.13 Rapports

3.13.1 Rapports

Information Générale

L'option de menu **Rapports** permet à l'utilisateur de créer, de visualiser et d'imprimer des rapports relatifs à la fiche administrative et/ou aux données cliniques d'un patient spécifique.



Fig. 3.100 Option de menu Rapport

Lorsque l'option de menu **Rapports** est sélectionnée dans l'arborescence, la **zone de travail** ouvre une fenêtre comprenant sept onglets : **Fiche admin.**, **Diagnostic et traitement**, **Tunnel & Péritonites**, **Données cliniques**, **Hospitalisation**, **Staff Hôpital** et **Entr. Formul.**



Fig. 3.101 Fenêtre Rapports



Conseil

Le premier onglet, **Fiche admin.**, est sélectionné par défaut.

Création d'un rapport

Chaque onglet dispose d'un bouton **Aperçu** situé dans le coin inférieur droit de la fenêtre. Ce bouton sert à prévisualiser le rapport requis.

Procéder comme suit pour créer un rapport spécifique :

Sélectionner le patient dans la **zone de description du patient** ;

- Sélectionner l'onglet dans la fenêtre Rapports ;
- Sélectionner les données requises en cochant/décochant les cases correspondantes.

Toutes les cases sont cochées par défaut.



Note

Si aucune case n'a été cochée, le bouton **Aperçu** est désactivé.

- Cliquer sur le bouton **Aperçu**.

Le rapport est créé en se basant sur la sélection réalisée.

La progression de la création du rapport est affichée dans une fenêtre d'information.

Le rapport apparaît à l'écran sous forme d'aperçu avant impression.

Une fenêtre d'aperçu avant impression, disposant d'une barre de menus standard, s'ouvre.

Les sections dépourvues de données ne sont pas incluses dans le rapport ainsi créé. Si l'une des sections sélectionnées ne comprend aucune donnée, une page vide est ajoutée au rapport.

Impression d'un rapport

Cliquer sur l'**icône Imprimante de gauche** pour imprimer l'intégralité du rapport créé à l'aide de l'imprimante configurée par défaut.

Cliquer sur l'**icône Imprimante de droite** pour sélectionner l'une des imprimantes installées. Il est aussi possible de choisir l'une des options de sélection suivantes :

Sélectionner la zone d'impression.

Sélectionner le nombre de copies.

Enregistrement d'un rapport

Procéder comme suit pour enregistrer un rapport sous forme de fichier sur le disque dur :

➤ Cliquer sur le bouton .

La boîte de dialogue **Exporter** s'ouvre.

➤ Sélectionner le format d'exportation dans le menu déroulant.

Les formats d'exportation suivants sont disponibles :

*.pdf (Adobe Acrobat),

*.rtf (Microsoft Word),

*.xls (Microsoft Excel).

➤ Sélectionner les **Pages** ;

➤ Cliquer sur le bouton **Exporter** ;

➤ Une boîte de dialogue **Enr. sous** s'ouvre ;

➤ Sélectionner un emplacement pour le fichier exporté ;

➤ Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

➤ Le rapport est exporté en fonction des options sélectionnées.

Fermeture de l'aperçu avant impression

➤ Cliquer sur le bouton **Fermer rapport**.

L'aperçu avant impression est fermé.

3.13.1.1 Onglet Fiche admin.

Les données suivantes peuvent être incluses dans le rapport **Fiche admin.** :

Fiche admin.,

Adresses,

Statut professionnel,

Environnement privé,

Mobilité,

Vision,

Aptitudes Manuelles,

Auton.,

Education.

Cette première page du rapport contient les sections : **Info. Générales sur le Patient, Fiche admin. et Adresses**. Les données relatives aux **Info. Générales sur le Patient** sont toujours ajoutées au rapport, et ne peuvent pas en être supprimées.

3.13.1.2 Onglet Diagnostic et traitement

Les données suivantes peuvent être incluses dans le rapport **Diagnostic et traitement** :

- IRCT et comorbidité,
- Historique Traitement suppléance,
- Cathéter,
- Allergies,
- Traitement habituel.

3.13.1.3 Onglet Tunnel & Péritonites

Les données suivantes peuvent être incluses dans le rapport **Tunnel & Péritonites**

- Emergence / Tunnelites,
- Péritonites,
- Classification émergence.

Ce rapport comprend toutes les données du menu **Patient / Tunnel & Péritonites**.

3.13.1.4 Onglet Données cliniques

Les données suivantes peuvent être incluses dans le rapport **Données cliniques** :

- Poids,
- Taille,
- Pression Artérielle,
- Bilan volume,
- Amputation,
- Portage Nasal,
- Autres Données Labo.,
- Remarque.

Ce rapport comprend toutes les données du menu **Patient / Données cliniques**.

3.13.1.5 Onglet Hospitalisation

L'onglet **Hospitalisation** comprend une seule case à cocher, permettant de réaliser un rapport relatif à l'ensemble des séjours hospitaliers du patient concerné (voir **Patient / Hospitalisation**). Il n'est pas possible de décocher cette case.

3.13.1.6 Onglet Staff Hôpital

L'onglet **Staff Hôpital** comprend une seule case à cocher, permettant de créer un rapport relatif à l'ensemble des séjours hospitaliers du patient concerné (voir **Patient / Staff Hôpital**). Il n'est pas possible de décocher cette case.

3.13.1.7 Onglet Entr. Formul.

Les données suivantes peuvent être éventuellement incluses dans le rapport **Entr. Formul.** :

PFT,
Recueil 24h,
PET,
PET + Recueil 24h,
Pas de Ttt.

Le rapport créé est muni des champs de données correspondant à chaque test AQ sélectionné. Ceux-ci ne comprennent toutefois pas la totalité des données.



Conseil

Les formulaires de saisie présentent un aspect graphique et des champs de données identiques à ceux de l'onglet Médical/AQ/Données de saisie, pour tous les types de test AQ disponibles.

L'option Entr. Formul est donc très utile, l'impression d'un formulaire sélectionné dans lequel tous les champs restent vides pouvant servir de document de base pour la saisie manuelle des données. Les membres du personnel peuvent utiliser un rapport imprimé pour noter les données personnelles du patient, son âge et son sexe, son poids et sa taille, et y saisir manuellement les données du test AQ. De plus, les rapports rédigés sur papier peuvent être archivés aisément après avoir été complétés.

3.13.1.8 Visites dom

L'onglet **Visites dom** comprend les sections suivantes :

- La liste contient tous les patients disponibles.
- Option pour fixer la date de la prochaine visite.

Pour créer le rapport, sélectionner d'abord les patients pour lesquels les visites à domicile doivent être affichées. Ensuite, l'utilisateur doit indiquer un intervalle pour la date de la prochaine visite à domicile ou bien choisir une option parmi les intervalles prédéfinis de la liste.

Les options disponibles sont **Jour suivant**, **semaine prochaine**, **Ce mois**, **Cette année**.

Il en résulte un rapport avec les visites à domiciles pour lesquelles la **date de la prochaine visite** est comprise entre la date de début (**De**) et la date de fin (**à**) pour les patients sélectionnés.

3.13.2 Statistiques

3.13.2.1 Information Générale

L'option de menu **Statistiques** permet de réaliser des statistiques en se basant sur les données d'un patient, telles qu'une analyse des tendances de différents paramètres, ou des statistiques groupées comme des histogrammes, des corrélations croisées ou des infections.

En cas de sélection de cette option dans l'arborescence de menu, la **zone de travail** comprend deux onglets :

Patient actuel

Groupe de patients

(voir Fig. 3.102, Statistiques pour le patient actuel - Analyse des tendances, page 175)

L'onglet **Patient actuel** permet à l'utilisateur de réaliser une analyse graphique de l'évolution au cours du temps de divers paramètres importants tels que la fonction rénale, les clairances, etc. relatives à un patient unique, ainsi que des analyses de tendance ou des diagrammes des historiques. Certaines représentations graphiques spécifiques peuvent comprendre plusieurs paramètres correspondants. Une seconde option permet de calculer les taux d'infection individuels.

L'onglet **Groupe de patients** permet de réaliser des analyses statistiques, telles que des histogrammes, des corrélations croisées ou des taux d'infection pour des groupes de patients. Il existe une méthode exhaustive de définition des groupes de patients se basant sur des critères multiples.

3.13.2.2 Onglet Patient actuel

L'onglet **Patient actuel** nécessite la sélection d'un patient dans la **zone de description du patient**. Cet onglet dispose de deux onglets secondaires, **Analyse tendances** et **Infections**.

(voir **Statistiques pour le patient actuel - Analyse des tendances**, page 175).

Analyse tendances

L'onglet **Analyse tendances** comprend les éléments de commande suivants :

Sélect paramètres,

permet à l'utilisateur de spécifier les paramètres souhaités dans une liste comprenant 20 éléments, en particulier dans les sections **AQ** et **Autres Données Labo.** ;

Dern. x années / De - à,

permet à l'utilisateur de définir la plage de temps, en d'autres termes : l'axe horizontal du graphique.

La sélection du champ **Dern. x années** active la case **Smart-Edit** correspondante, en lui attribuant une valeur par défaut de 2 ans. La sélection du champ **De - à** active les deux champs de saisie de calendrier correspondants, permettant de procéder à une configuration directe des deux extrémités de la plage de temps. L'axe horizontal du graphique est mis à jour à chaque sélection.

Valeurs,

indique la valeur numérique correspondante au-dessus de chaque élément affiché du graphique ;

Barre d'outils Graphiques,

permettant de gérer la présentation ;

Bouton Rapport,

produisant un rapport correspondant.

Dans le cas de certains éléments spécifiques, plusieurs paramètres sont affichés. La sélection de l'option relative à la clairance de la créatinine provoque l'affichage de la clairance totale de la créatinine, rénale et péritonéale.

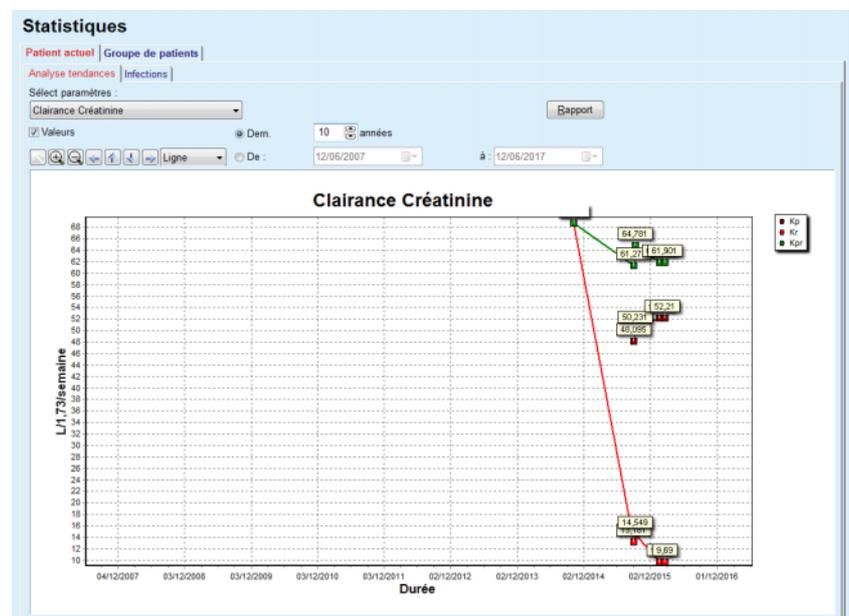


Fig. 3.102 Statistiques pour le patient actuel - Analyse des tendances

Infections (patient individuel)

La sélection du bouton **Rapport** provoque d'abord l'apparition d'une fenêtre de paramètres permettant de choisir les paramètres inclus dans le rapport. Cliquer sur le bouton **Rapport** pour créer le rapport, ou cliquer sur le bouton **Annuler** pour fermer la fenêtre de paramètres.

En cas de sélection de plusieurs paramètres, tous les diagrammes du rapport disposent d'une même configuration de l'axe horizontal.

Par le biais de l'onglet **Infections**, il est possible d'afficher les taux d'infection pour le patient actuel. Les éléments de commande suivants sont disponibles :

- Le champ **Rapport taux d'infections** muni de trois cases à cocher permettant de sélectionner les taux d'infection à inclure dans le rapport, et le bouton **Rapport** permettant la création du rapport.
- Trois onglets secondaires relatifs au :

Taux de Péritonites,

Taux infection tunnel,

Taux d'infection d'émergence.

- **Dern. x années / De - à**, permettant à l'utilisateur de saisir la plage de temps pour laquelle les taux d'infection doivent être calculés. La **Date Début** est configurée par défaut de façon à être équivalente à la **Date Début de DP**, et la **Date arrêt** de façon à correspondre à la date actuelle ou à la **Date arrêt de DP**. La sélection du champ **Dern. x années** active la case Smart-Edit correspondante, en lui attribuant une valeur par défaut de 2 ans. La sélection du champ **De - à** active les deux champs de saisie de calendrier correspondants, permettant de procéder à une configuration directe des deux extrémités de la plage de temps. En cliquant sur le bouton **Défaut**, les valeurs par défaut des champs de saisie sont rétablies.

Tous les onglets secondaires indiquent la plage de temps de DP du patient, le nombre d'incidents, les taux d'infection et la propagation des germes. L'utilisateur peut ainsi observer la propagation de germes dans les cas de péritonite, de tunnelite et d'infection du site d'émergence sous forme de représentation graphique.

3.13.2.3 Onglet Groupe de patients

Pour créer des statistiques relatives à un **Groupe de patients**, il convient de définir et d'activer un groupe de patients en se basant sur certains critères spécifiques.

L'onglet Groupe de patients est composé des onglets secondaires suivants :

Critère

Histogrammes

Corrélations

Infections

PatientOnLine permet à l'utilisateur de modifier, d'enregistrer et de supprimer plusieurs de ces critères, définissant chacun un groupe de patients. Un seul de ces critères peut être actif à la fois. Un critère par défaut intitulé **Tt.** permet de sélectionner l'ensemble des patients de la base de données. Ce critère ne peut pas être modifié ni supprimé. Les critères sont définis en fonction de l'utilisateur, autorisant ainsi chaque médecin à créer ses propres statistiques.

L'un des critères pourrait, par exemple, décrire les patients de sexe masculin de plus de 45 ans, souffrant de diabète sucré en tant que néphropathie primaire et d'hypertension artérielle en tant que comorbidité, et bénéficiant d'un traitement DPCA employant une solution bicaVera. Une fois un tel critère défini, il peut être configuré en tant que critère actif et configuré pour la propagation des germes.

Lorsqu'un critère est défini, l'utilisateur peut, grâce à l'option **Sous critères**, définir le groupe de patients et, grâce à l'option **Explicite**, inclure les patients souhaités dans le groupe en question.

Critère

La section Critère permet à l'utilisateur de gérer les critères de sélection pour la définition des groupes de patients.

Statistiques

Patient actuel | Groupe de patients

Critère | Histogrammes | Correlations | Infections

Liste Critères :

Nom	De	à	Accueil	Remarque
<input checked="" type="checkbox"/> Diabetic Males			no	Diabetic males over 45 years old with hypertension.
<input checked="" type="checkbox"/> All since 2005	01/01/2005		no	All patients since 2005
<input checked="" type="checkbox"/> Tout			no	Sélect. tous patients en d-poche...

Critère commun | Critère discontinu | Echantillon | Revue Critères | Groupe patient sélectionné

Nom : Diabetic Males

Statut patient actif : Tout

Définition d'un lot patient

Sous critères Explicite

De : [] []

à : [] []

Groupes accueil

Déf. critères pour accueil

Remarque : Diabetic males over 45 years old with hypertension.

Nouv. Modif. Suppr. Activer

Fig. 3.103 Statistiques relatives à des groupes de patients - Critère

La partie supérieure de l'écran comprend le tableau **Liste Critères**, énumérant tous les critères dans l'ordre dans lequel ils ont été définis. Les critères sont enregistrés et affichés en fonction des utilisateurs. Le critère **Tt.**, sélectionnant l'ensemble des patients, est toujours disponible pour l'ensemble des utilisateurs.

La partie médiane de l'écran comprend cinq onglets décrivant les divers composants potentiels d'un critère, dont **Critère commun**, **Critère Discontinu**, **Echantillon**, **Revue Critères** et **Groupe patient sélectionné**, résultant de l'emploi d'un critère spécifique.

La partie inférieure de l'écran comprend les boutons **Nouv.**, **Modif**, **Suppr.** et **Activer**. Les trois premiers boutons servent à créer, à modifier et à supprimer un critère spécifique.

Bien que plusieurs critères puissent être définis et enregistrés, il n'est possible d'activer qu'un seul d'entre eux. L'utilisateur peut définir un critère en tant que critère actif en sélectionnant la ligne correspondante du tableau **Liste Critères** et en cliquant sur le bouton **Activer**. L'icône  apparaît à côté du critère actif, tandis que les critères inactifs sont précédés de l'icône . Le critère **Tout** est activé par défaut. Chaque critère dispose d'une dénomination, et éventuellement d'un commentaire associé. Il peut aussi disposer d'une plage de temps définie à l'aide des champs de saisie du calendrier **De** et **à**.

Pour créer un nouveau critère ou modifier un critère existant, cliquer sur le bouton **Nouv.** ou **Modif.** Une telle mesure provoque l'ouverture de l'assistant **Modif Critères**, guidant l'utilisateur dans la configuration des sections **Critère commun**, **Critère Discontinu** et **Echantillon**. La première page de l'assistant s'ouvre après sélection du bouton **Nouv.** ou **Modif**

Dans cette boîte de dialogue, il est possible de modifier le **nom** des critères, la plage de temps (**De - à**), une **remarque** optionnelle et la méthode de définition du groupe de patients. Les patients du groupe de patients peuvent être déterminés par le biais de l'option **Explicite** ou comme résultat de l'option **Sous critères**.

Il est possible de définir des critères spécifiques à utiliser dans le menu **Accueil/Mes patients** en cochant la case **Pour accueil**. Dans ce cas, les paramètres **Echantillon** ne seront pas disponibles.

Toutes les configurations sont optionnelles, à l'exception du nom.

Il existe deux options de statut pour le champ **Statut patient actif** :

Patients activés

Tout

La configuration peut être modifiée sous **Administration/Config./Aperçu données/Options patients actifs/inactifs**.

Un critère défini pour le menu **Accueil** ne permettra pas de spécifier les dates **De/à** et n'inclura que les patients actifs, quels que soient les réglages du menu **Administration/Config./Aperçu données**.

Si la case **Affich. patients inactifs** est cochée sous l'option **Administration/Config./Aperçu données/Options patients actifs/inactifs**, tous les patients sont affichés, quel que soit leur statut.

Pour plus de détails, voir **Info. complémentaires** sous **Patient/Diagnostic et traitement** et **Administration/Aperçu données**.

Le bouton **Défaut** permet de réinitialiser les dates **De** et **à**, ce qui implique la prise en compte de paramètres médicaux exhaustifs ou les plus récents pour la création du groupe de patients.

Le bouton **Fermer** interrompt le processus de modification sans effectuer d'enregistrement.

Lorsque le groupe de patients a été défini par le biais de l'option **Explicite**, un clic sur **Suiv** permet d'afficher la page **Inclu les patients**.

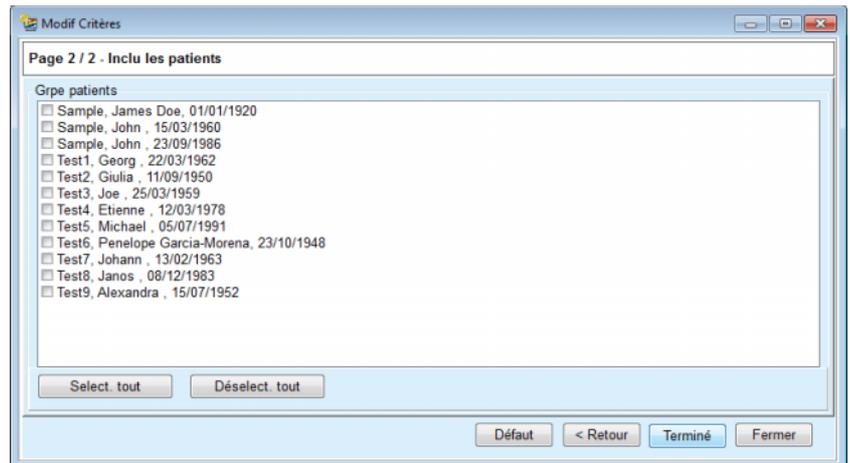


Fig. 3.104 Assistant de modification des critères - Inclure les patients

La page **Inclu les patients** contient une liste de tous les patients disponibles. A l'aide de cette liste, l'utilisateur peut sélectionner les patients concernés afin que le groupe de patients corresponde à ce critère.

Si l'utilisateur sélectionne **Terminé**, l'assistant est fermé et le critère est enregistré.

Une fois le groupe de patients défini par le biais de l'option **Sous critères** et après avoir cliqué sur le bouton **Suiv.**, la page **Critère Discontinu** s'affiche. (voir **Assistant de modification des critères - Critère discontinu**, page 180)

La page **Critère Discontinu** permet à l'utilisateur de définir des critères secondaires, pouvant être exprimés sous forme de sélection dans des listes prédéfinies. La dénomination « discontinu » doit être comprise comme le contraire de continu.

Les critères secondaires actuels comprennent : **Sexe, Travail, Diabétique, IRCT, Comorbidité, Type système DP, Solutions DPA et Solutions DPCA**. La valeur par défaut de chacune de ces options de sélection est **Tout**, ce qui signifie que tous les patients sont pris en compte. En règle générale, il est possible de modifier cette valeur en cliquant sur le bouton **Défaut**.

En ce qui concerne les options **IRCT** et **Comorbidité**, il est possible d'utiliser des **Eléments de commande d'arborescence ICD-10** identiques à ceux de l'option de menu **Patient/Diagnostic et traitement**. Des catégories ICD-10 et des maladies peuvent être sélectionnées à des fins statistiques.

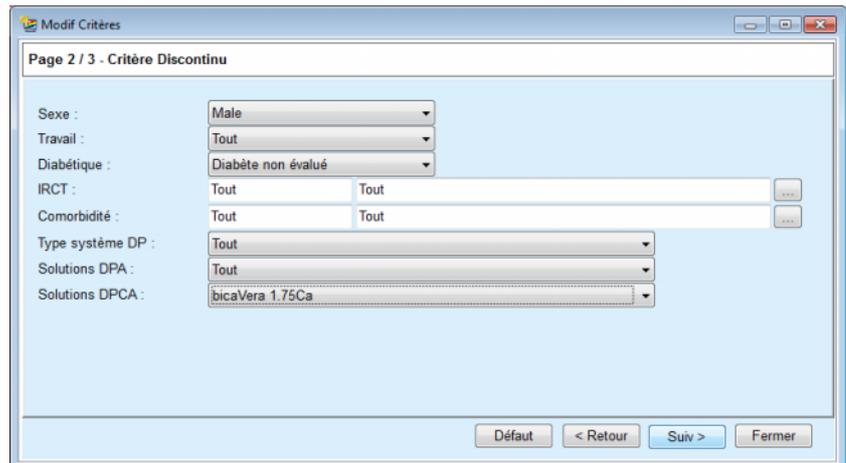


Fig. 3.105 Assistant de modification des critères - Critère discontinu

Cliquer sur le bouton **Suiv** pour accéder à la troisième et dernière page de l'assistant.

La troisième page permet de définir divers critères secondaires. Il est possible de définir les limites inférieures et supérieures de chaque paramètre à l'aide d'une paire d'outils Smart-Edit.

Les critères représentés dans l'illustration suivante filtrent tous les patients âgés de 45 ans ou plus, pesant plus de 70 kg et produisant un volume quotidien d'urine de moins de 5,00 litres. Ces sous-critères sont combinés avec les critères décrits à la Fig. 3.105 : patients diabétiques de sexe masculin, bénéficiant d'un traitement à l'aide d'une solution DPCA de bicaVera 1,75Ca.

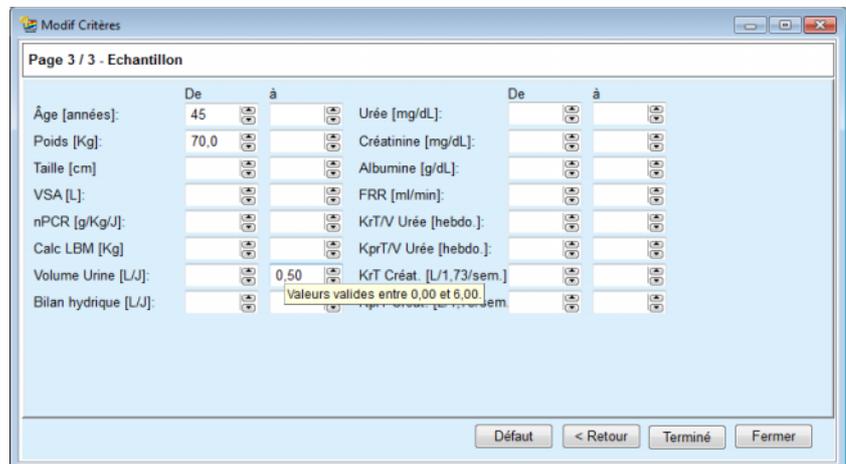


Fig. 3.106 Assistant de modification des critères - Echantillon

Le bouton **Terminé** permet de fermer l'assistant et d'enregistrer le critère modifié. Si le critère modifié vient d'être créé, une fenêtre de confirmation s'ouvre, demandant à l'utilisateur si ce critère doit être configuré en tant que critère actif.

L'onglet **Revue Critères** offre une description textuelle du critère sélectionné. L'onglet **Groupe patient sélectionné** énumère les patients répondant aux exigences du critère actif. Cet onglet n'est disponible que pour le critère actif. Les patients sont énumérés dans une liste et accompagnés de leurs principales données démographiques.

L'onglet **Groupe patient sélectionné** comprend un rapport personnalisable contenant tous les patients du groupe.

En cliquant sur le bouton **Rapport**, on voit apparaître un menu contextuel permettant à l'utilisateur de choisir les paramètres à afficher pour chaque patient. Le nombre maximum de paramètres pouvant être sélectionnés et affichés simultanément dans le rapport est de neuf.

Cliquer dans ce menu contextuel sur le bouton **Rapport** pour afficher le rapport.

Histogrammes

L'onglet **Histogrammes** permet à l'utilisateur d'analyser les différents histogrammes correspondant au groupe de patients sélectionné.

Le nom du critère actif est affiché dans le coin supérieur gauche de la page. Le menu déroulant **Sélect paramètres** indique à l'utilisateur la sélection pour l'histogramme. Il existe 23 types d'histogrammes, produits principalement à l'aide de la plage de résultats AQ, mais aussi à l'aide de données de laboratoire.



Fig. 3.107 Statistiques relatives à des groupes de patients - Histogrammes

Certains paramètres statistiques spécifiques, tels que le **Nombre de patients** compris dans le groupe, la **Valeur Moyenne** et la **Déviation standard** de l'histogramme sont affichés dans le coin supérieur droit de la page.

La partie gauche de l'écran comprend trois cases à cocher :

Nombre

indique les valeurs numériques correspondantes au-dessus de chaque barre de l'histogramme ;

Valeurs moyennes & Dev. stdd.

affiche trois lignes pointillées verticales, correspondant à la valeur moyenne (bleu) et à la valeur moyenne \pm la déviation standard (vert), ainsi qu'une légende correspondante ;

%

indique les valeurs en pourcentage, au lieu de chiffres, au-dessus des barres.

L'élément de commande Smart-Edit **Nombre de pauses** permet de rétrécir/d'élargir les intervalles horizontaux de l'histogramme.

Lorsque l'utilisateur bouge la souris sur l'une des barres de l'histogramme, une info-bulle concernant l'appartenance du patient à cet intervalle et la valeur du paramètre dans l'histogramme s'affiche.

Le bouton **Rapport** crée un rapport correspondant.

Corrélations

L'onglet **Correlations** permet à l'utilisateur d'analyser la corrélation statistique existant entre deux paramètres médicaux du groupe de patients sélectionné.

Le nom du critère actif est affiché dans le coin supérieur gauche de la page.

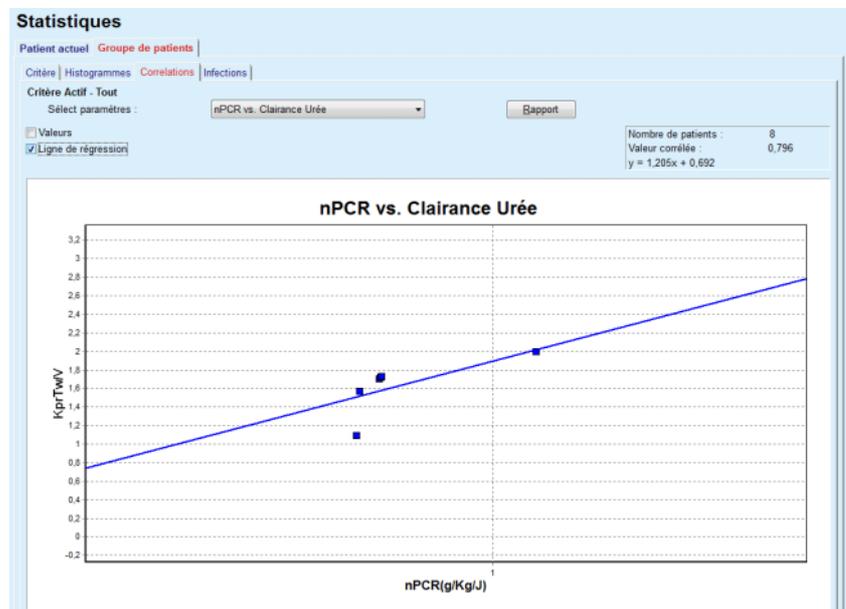


Fig. 3.108 Statistiques relatives à des groupes de patients - Corrélations

Le menu déroulant **Sélect paramètres** permet à l'utilisateur de sélectionner le type de corrélation requis. 13 types de paires de paramètres prédéfinies, provenant principalement de résultats AQ, sont disponibles.

Certains paramètres statistiques spécifiques, tels que le **Nombre de patients** compris dans le groupe, la **Valeur corrélée** et l'**équation de la ligne de régression**, sont affichés dans le coin supérieur droit de la page.

La partie gauche de l'écran comprend deux cases à cocher :

- **Valeurs**
indique les valeurs numériques (x, y) au-dessus de chaque point du diagramme.
- **Ligne de régression**
affiche la ligne de régression dans le diagramme.

Le bouton **Rapport** crée un rapport correspondant.

Infections (groupe de patients)

L'onglet **Infections** affiche les **Taux de Péritonites**, les **Taux infection tunnel** et les **Taux d'infection d'émergence** du groupe de patients sélectionné.

La méthode de calcul peut être sélectionnée dans la section **Administration/Config./Aperçu données**.

ID	Nom	Date Début	Date Fin	Incidents	Taux (années)	Taux (mois)
1	James Sample	17/07/2013	12/06/2017	0	0,00	--
2	John Sample	01/08/2002	12/06/2017	0	0,00	--
3	John Sample	05/01/2004	12/06/2017	1	0,07	161
4	Georg Test1	14/06/2001	12/06/2017	0	0,00	--
5	Giulia Test2	04/09/1999	12/06/2017	0	0,00	--
6	Joe Test3	17/01/2004	12/06/2017	0	0,00	--

#	Taux	Méthode de Calcul
RS	1 : 35 années(s) et 1 mois (0,03 incidents/an)	Nombre total d'incident divisé par le nombre total d'années e...
RS	1 : 421 (421 mois entre chaque incident)	Nombre total de mois en DP divisé nombre total d'incidents

Fig. 3.109 Statistiques relatives à des groupes de patients - Infections

Les éléments de commande suivants sont disponibles :

- L'onglet **Infections** est muni de trois cases à cocher permettant de sélectionner les taux d'infection à inclure dans le rapport et du bouton **Rapport** assurant la création du rapport.
- Trois onglets secondaires relatifs aux **Taux de Péritonites**, aux **Taux infection tunnel** et aux **Taux d'infection d'émergence**.

Chacun des onglets secondaires **Péritonites**, **Infection** et **Infection émergence** comprend une liste de patients dans laquelle sont énumérées des données spécifiques :

L'onglet **Taux** comprend les données suivantes :

ID

ID du patient dans la base de données **PatientOnLine** ;

Nom

nom et prénom du patient ;

Date Début

date de début de la DP du patient ou date de début indiquée dans les critères ;

Date Fin

date actuelle, date de fin de la DP ou date de fin indiquée dans les critères ;

Incidents

nombre d'incidents durant l'intervalle (Date Début, Date Fin) ;

Taux (années)

taux d'infection d'un patient unique en incidents/an ;

Taux (mois entre chaque incident)

taux d'infection d'un patient unique exprimé en mois entre deux incidents ;

La partie inférieure de l'écran permet de procéder au calcul des **Taux** et d'afficher la **Méthode de Calcul** ainsi que les unités de mesure et une courte description de la méthode.

Dans la section **Germes**, on peut observer la propagation des germes pour chaque péritonite, tunnelite et infection du site d'émergence sous forme de représentation graphique. L'utilisateur peut déduire du diagramme circulaire quels germes sont les plus fréquents et quel est leur pourcentage.

3.13.3 Aperçu personnalisé

Le menu **Aperçu personnalisé** est axé sur le patient et affiche une série de données relatives au traitement synthétique du patient actuel.

Dans la partie supérieure se trouve une section de navigation qui montre le statut des 7 derniers jours de traitement, au moyen d'un symbole graphique pour chaque jour. Le symbole peut être :

- une croix bleue, indiquant les données manquantes ;
- une case à cocher verte, signifiant que toutes les données personnalisées se trouvent dans des limites définies ;
- un point d'exclamation rouge, signifiant que certaines données personnalisées se trouvent en dehors des limites définies ;
- un signe égal gris, signifiant que certaines données personnalisées se trouvent en dehors des limites définies, mais que les données respectives ont été confirmées par un membre du personnel soignant.

Aperçu personnalisé

Date traitement actuel:
24/02/2014

✓ Mar 18/02
✓ Mer 19/02
⊖ Jeu 20/02
✓ Ve 21/02
✗ Sam 22/02
! Dim 23/02
! Lun 24/02

Suivi PA

Date	Systolique [mm...]	Diastol. [mmHg]	Rythme card. [t/...]	Position Cor...	T° corporelle [°C]	Source
24/02/2014	141	↑ 67	58	Inconnu	36,5	Stoc...
24/02/2014	120	70	70	Inconnu		Stoc...

[Menu Pression artérielle](#)

[Emergence](#)
[Menu émergence](#)


Traitements

sleep•safe harmony ✓



Résumé traitement

	Réalisé	Prescrit
Volume, Total infusé [ml]	8129	8300
Volume, Total drainé [ml]	9103	8300
Bilan volume [ml]	-931	--
Volume, drainage initial [ml]	344	25
Durée de traitement [hh:min]	08:47	08:30

[Statistiques](#)
[Graphiques](#)
[Révision](#)

Information Générale

Début traitement : 24/02/2014 21:24:20

Fin de traitement : 25/02/2014 06:11:20

Traitement terminé : oui

Nom prescription: --

Fichier protocole : trt_2014_02_24_21_24_20.report

Révisé par: Révisé à:

Fig. 3.110 Aperçu personnalisé



Note

Pour certains paramètres vitaux comme le poids, la pression artérielle et le bilan volume, il est possible de définir des limites de notification dépendantes du patient. Voir les sections respectives (voir chapitre 3.11.4.1, page 74), (voir chapitre 3.11.4.3, page 80) et (voir chapitre 3.11.4.4, page 83).

En cliquant sur un symbole graphique, le menu s'actualisera avec les données du jour concerné.

La section de navigation comporte deux flèches de navigation (gauche, droite) et un champ de saisie qu'il est possible d'utiliser pour naviguer rapidement jusqu'à une certaine date.

Sous la section de navigation figure une section **Suivi PA** qui affiche les mesures de la pression artérielle du jour sélectionné, exactement comme dans le menu **Pression Artérielle** (voir chapitre 3.11.4.3, page 80). Un lien permet d'accéder rapidement à ce menu pour en consulter les détails. Sur le côté droit, une section **Emergence** affiche des images du site d'urgence à partir de la date actuelle, ainsi qu'un lien vers le menu concerné.

La section **Traitements** affiche certaines données personnalisées du protocole de traitement actuel du jour. S'il existe plusieurs protocoles de ce type (par exemple un protocole DPA et un protocole DPCA), chaque protocole est affiché dans un onglet séparé. Le tableau **Résumé traitement** présente une série de données prescrites et exécutées. Ces données peuvent être configurées à partir du menu **Config**.

(voir chapitre 3.15.4.10, page 237). Si les données exécutées dépassent les données prescrites avec un certain seuil configurable, les données exécutées respectives sont affichées en rouge. La section **Information Générale** présente quelques données de base pour le protocole de traitement actuel. Un lien vers le menu Analyse du traitement est également disponible.

Le bouton **Statistiques** permet d'ouvrir le tableau des statistiques de traitement (voir Fig. 3.69, Fenêtre Statistiques Traitement, page 139). Le bouton **Graphiques** ouvre le graphique du traitement en cours (voir Fig. 3.74, Graphiques, page 142).

Le bouton **Révision** permet de revoir le traitement en cours. Dans le cas où le symbole d'état était « rouge », signalant que certaines données étaient hors limites définies, il deviendra « gris » après révision. Le nom de l'utilisateur et la date de la révision sont affichés.

3.13.4 Accueil

Le menu **Accueil** indique le statut du traitement synthétique pour tous les patients activés ou pour un groupe de patients pouvant être configuré. Il comporte deux onglets : **Tous patients** (affichant tous les patients activés) et **Mes patients** affichant les patients activés définis selon certains critères – (voir chapitre 3.13.2.3, page 176).

Chaque onglet affiche une série de cases, une pour chaque patient, avec le statut du traitement des 7 derniers jours, en utilisant les mêmes symboles que dans le menu Aperçu personnalisé (voir chapitre 3.13.3, page 184). Les cases peuvent être affichées sous forme réduite ou agrandie. Le bouton **Détaill./Retour aperçu** vous permet de basculer entre les deux modes d'affichage.

Dans le mode détaillé, jusqu'à 4 paramètres de traitement configurables peuvent être affichés. Les paramètres peuvent être configurés à partir du menu **Config.** (voir chapitre 3.15.4.10, page 237). Dans la partie inférieure de la case agrandie, une liste de diagrammes à barres verticales colorées décrit les mesures de la pression artérielle de la journée. Une couleur rouge/verte signifie que la mesure est dans ou hors limites définies, tandis qu'une couleur grise signifie qu'une mesure hors limites a été vérifiée par un membre du personnel soignant.

The screenshot shows the 'Accueil' page with the following details:

- Header:** 'Accueil', 'Groupe patient: My Patients', 'Retour aperçu' button.
- Tabs:** 'Tous patients', 'Mes patients'.
- James Sample - 01/01/1920:**
 - Date dernier traitement: 24/02/2014
 - Weekly status: Mar 18/02 (success), Mer 19/02 (success), Jeu 20/02 (warning), Ve 21/02 (success), Sam 22/02 (failure), Dim 23/02 (warning), Lun 24/02 (warning).
 - Protocol: **sleepsafe harmony** (checked).
 - Table:

Bilan volume [ml]	Durée traitement [hh:mm]
-931	08:47
Volume total d'infusion [ml]	Volume de drainage initial [ml]
8129	344
 - Pression artérielle: [warning icon]
- Julia Sample - 23/10/1948:**
 - Date dernier traitement: 24/02/2014
 - Weekly status: Mar 18/02 (success), Mer 19/02 (success), Jeu 20/02 (success), Ve 21/02 (success), Sam 22/02 (success), Dim 23/02 (warning), Lun 24/02 (warning).
 - Protocol: **stay*safe® balance** (checked).
 - Table:

Bilan volume [ml]	Durée traitement [hh:mm]
-800	24:00
Volume total d'infusion [ml]	Volume de drainage initial [ml]
8000	2200
 - Pression artérielle: [warning icon]

Fig. 3.111 Accueil

Un double-clic sur une cellule de patient spécifique permet de transférer la commande au menu **Aperçu personnalisé** pour le patient concerné.

S'il existe plusieurs protocoles de traitement pour le même jour, les données de chaque protocole seront affichées dans un onglet séparé dans la case concernée.

L'onglet **Mes patients** comprend une boîte de sélection dans laquelle il est possible de spécifier un critère de patient. Les critères de sélection des patients sont basés sur l'utilisateur.

3.14 Communication

3.14.1 Carte Patient

3.14.1.1 Information Générale

L'option de menu **Carte Patient** constitue l'outil d'aide à la communication entre l'application **PatientOnLine** et un cycleur DPA permettant l'exportation de prescriptions DPA vers le cycleur et l'importation de protocoles de traitement dans l'application. La communication est établie par l'intermédiaire de la carte patient, c.-à d. une carte mémoire externe capable d'enregistrer des fichiers. Les cartes patient peuvent faire l'objet d'opérations de lecture/écriture depuis un ordinateur de bureau ou un ordinateur portable.

Après avoir sélectionné l'option **Carte Patient** (Fig. 3.112), la **zone de travail** de l'application affiche un écran illustré ci-après (voir Fig. 3.113, Import. Carte Patient - sleep-safe, page 188).



Fig. 3.112 Option de menu Carte Patient

Le menu **Carte Patient** comprend deux onglets :

Import. Carte Patient

permettant d'importer des cartes patient.

Créer Carte Patient

permettant de créer des cartes patient.

Les fonctions de chaque onglet sont indépendantes du système de DPA du patient ou identiques sur la carte patient, et seront décrites de façon correspondante dans les sections suivantes.

3.14.1.2 Import. Carte Patient

Pour importer une carte patient, l'onglet **Import. Carte Patient** doit être sélectionné sur l'écran **Carte Patient** (voir Fig. 3.113).

Cliquer sur le bouton  pour sélectionner le chemin d'accès à la carte patient, ou saisir directement le chemin d'accès dans le champ **Sélect. Carte Patient**.

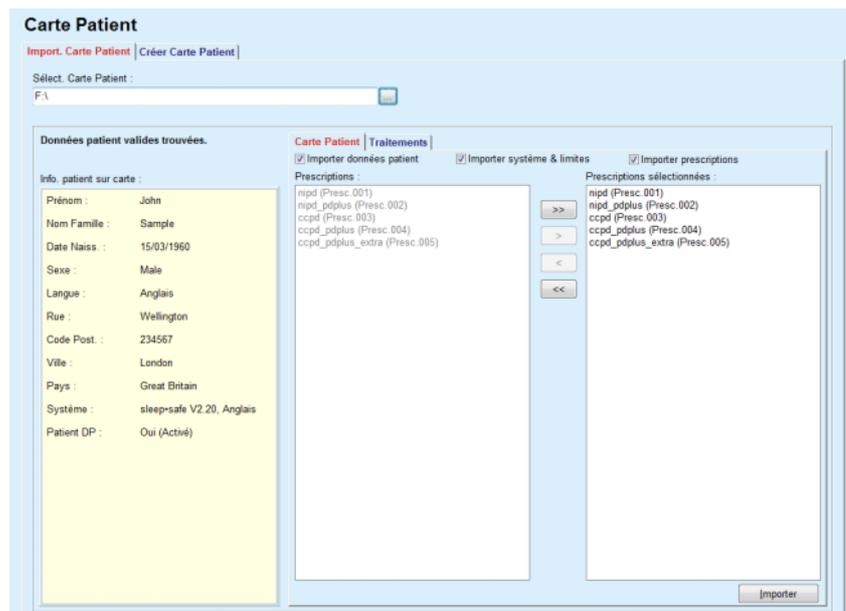


Fig. 3.113 Import. Carte Patient - sleep-safe

En cas de sélection d'un répertoire de carte patient valide, les informations du patient disponibles sur la carte ainsi que le type de cycleur DPA sont affichés dans le champ **Info. patient sur carte**. Par ailleurs, les données du patient sont recherchées dans la base de données **PatientOnLine**, les résultats de cette recherche étant affichés sous la forme « Patient DP » : Oui/Non.

La partie droite de l'écran comprend deux onglets secondaires :

Carte Patient

Traitements.

L'onglet secondaire **Carte Patient** permet de gérer la totalité du contenu de la carte, à l'exception des protocoles de traitement.

L'utilisateur peut choisir les données à importer à l'aide des cases à cocher suivantes :

Importer données patient,

Importer système & limites,

Importer prescriptions.

Les données patient sont obligatoires.

Si la case **Importer prescriptions** est cochée, il est possible de sélectionner la (les) prescription(s) disponible(s) sur la carte pour l'importation. Seules les prescriptions sélectionnées ayant été transférées dans la liste **Prescriptions sélectionnées** seront importées, conjointement aux informations relatives au patient, au système de DP et aux limites.

Plusieurs boutons de navigation peuvent être utilisés (>>, >, <, <<)) pour transférer des prescriptions d'une liste à l'autre.



Conseil

Les prescriptions sont grisées dans la liste de gauche dès qu'elles apparaissent dans la liste de droite. Cela permet d'éviter toute répétition de la sélection d'une prescription.

Le bouton **Importer** procède à l'enregistrement en deux étapes, dans la base de données, du contenu de la carte patient et des prescriptions sélectionnées.

Au cours de la première étape, les données du patient (données personnelles, système de DP et limites) et les prescriptions sélectionnées sont enregistrées directement si le patient disponible sur la carte est un nouveau patient.

Si le patient est identifié par la base de données, une fenêtre de confirmation s'ouvre, demandant à l'utilisateur si les données du patient doivent être mises à jour. Le système de DPA et les limites correspondantes sont mises à jour en même temps que les données du patient. Il en va de même pour les prescriptions. Une fois cette première étape terminée, une fenêtre comprenant un résumé des opérations apparaît.

Si une prescription sélectionnée s'avère incompatible avec le système de DP du patient importé/mis à jour, son importation sera annulée.

Si une prescription sélectionnée ne répond pas aux limites du système de DP, son enregistrement se poursuit, mais une fenêtre d'avertissement conseille à l'utilisateur de modifier les limites correspondantes ultérieurement.

Si une prescription sélectionnée est déjà présente dans la base de données, un message d'avertissement demandant confirmation de son remplacement est affiché.

La fenêtre de confirmation dispose d'une case à cocher **Appliquer** permettant d'appliquer la sélection à toutes les prescriptions suivantes. Enfin, une fenêtre comprenant les résultats du processus d'enregistrement apparaît.

Suite au processus d'importation de la carte patient, le patient actuel de la **zone de description du patient** est remplacé par le patient importé/mis à jour.

Une carte patient valide est aussi susceptible de comporter des protocoles de traitement. Ces protocoles sont disponibles sur l'onglet **Traitements**.

Procéder comme suit pour importer des protocoles de traitement :

- Sélectionner les protocoles de traitement choisis dans la liste **Traitements** à l'aide de la souris.
- Avec les boutons de navigation (>>, >, <, <<), les traitements peuvent être transférés entre les listes **Traitements** et **Traitements sélectionnés**.



Conseil

Procéder comme suit pour importer plusieurs protocoles de traitement de façon simultanée.

- Appuyer sur la touche Ctrl.
- Sélectionner les traitements requis à l'aide de la souris.

➤ Pour supprimer les protocoles de traitement de la carte patient après enregistrement, cocher la case **Suppr. traitement importé de la Carte Patient**.

➤ Cliquer sur le bouton **Importer** pour enregistrer les **Traitements sélectionnés** dans la base de données (champ de droite).



Note

Si un répertoire de carte patient valide existe et qu'il s'avère impossible de trouver le patient présent sur la carte dans la base de données (valeur No affichée pour l'option Patient DP du champ de gauche), la sélection du bouton **Importer** pour un traitement provoquera l'affichage d'un message d'avertissement. Commencer par sélectionner l'onglet Carte Patient, et importer le patient.

Une fois ce processus d'importation terminé, une fenêtre comprenant un résumé des protocoles de traitement importés est affichée.

Si le chemin d'accès sélectionné ne comprend pas de structure de carte patient valide alors qu'un patient a été sélectionné dans la **zone de description du patient**, un message d'avertissement est affiché dans la fenêtre active.

La recherche de traitements pour un patient sélectionné doit être confirmée en cliquant sur **OK**.

Une recherche de protocoles compatibles avec le système de DP actuel du patient est effectuée.

Si l'option **OK** a été sélectionnée alors que le chemin d'accès comprend des protocoles de traitement compatibles, une fenêtre d'importation des traitements dépourvue de la section relative aux données du patient apparaît.

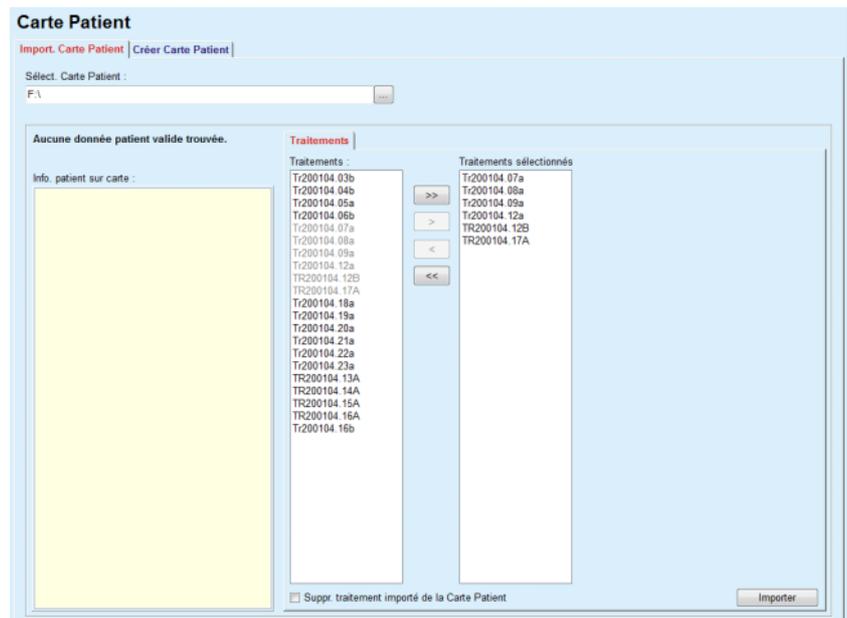


Fig. 3.114 Importer uniquement les protocoles de traitement - **sleep-safe**

Cliquer sur le bouton **Importer** pour associer les protocoles de traitement sélectionnés au patient actuel.

Bien que le processus normal nécessite l'emploi de cartes totalement valides, la fonction décrite ci-dessus permet toutefois à l'utilisateur d'importer des protocoles de traitement depuis un répertoire/chemin d'accès générique.

Quelle que soit la procédure d'importation employée, l'utilisateur doit confirmer le processus lorsque le numéro d'identification du patient présent dans l'un des fichiers de protocole diffère du numéro d'identification du patient figurant dans la base de données **PatientOnLine**.

Cela peut se produire en cas d'utilisation dans le cycleur d'une carte patient ayant été créée par une autre application logicielle ou d'une carte de travail standard.



Note

Si la carte patient est remplacée entre plusieurs étapes des procédures d'importation et qu'il existe une autre identité du patient sur la nouvelle carte, un message d'avertissement s'affiche. Cliquez sur **Ok** pour confirmer et les informations patient seront actualisées.

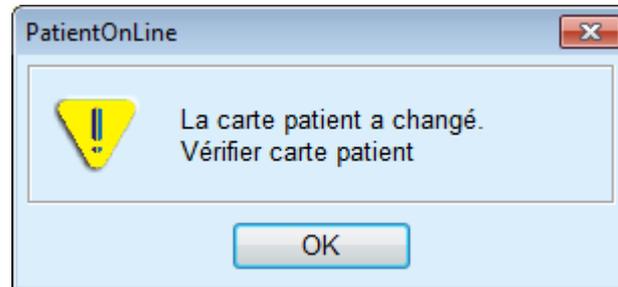


Fig. 3.115 Avertissement sur l'importation lors du changement de carte

3.14.1.3 Onglet Créer Carte Patient

Procéder comme suit pour créer une nouvelle carte patient :

- Sélectionner un patient disposant d'un système de DPA intégré dans le système de DP actuel ;
- Sélectionner l'onglet **Créer Carte Patient**.

Toutes les prescriptions valides disponibles dans la liste de **Traitements** sont affichées.



Note

Dans le cas de cycleurs acceptant plusieurs prescriptions, il n'est possible d'enregistrer qu'un maximum de 10 prescriptions sur la carte patient.

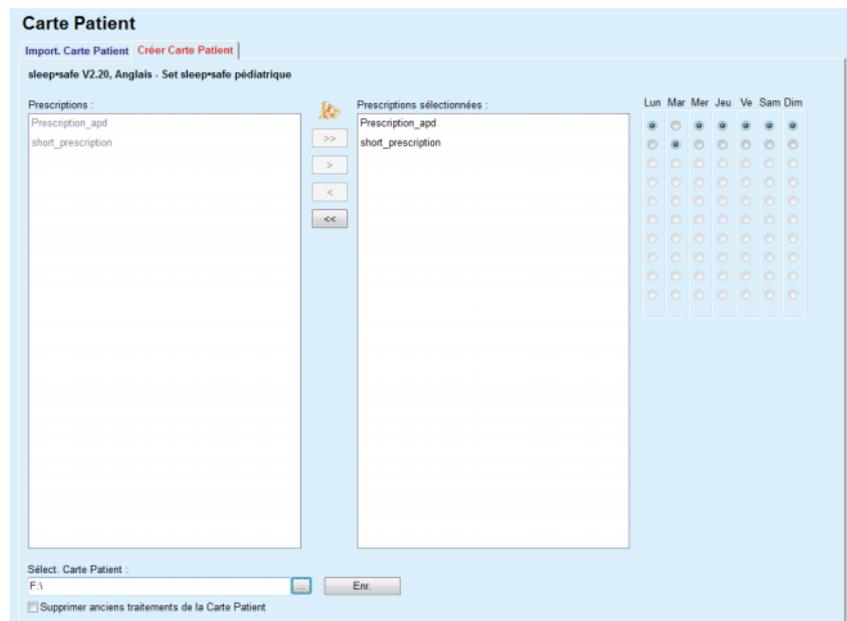


Fig. 3.116 Fenêtre Créer Carte Patient - *sleep·safe*



Note

Certaines prescriptions sont susceptibles de perdre leur validité par rapport au système de DP actuel et/ou aux limites correspondantes, suite à des opérations de modification subséquentes. Dans un tel cas, les prescriptions non valides sont affichées en caractères rouges dans la liste de gauche et ne peuvent plus être sélectionnées pour l'enregistrement sur la carte patient.

- Sélectionner les prescriptions devant être enregistrées sur la carte patient.
- Si le cycleur fonctionne avec le calendrier de prescriptions, indiquer par le biais des champs d'option (à droite) les jours où la prescription doit être réalisée ; par ailleurs, il existe une possibilité rapide de définir une prescription par défaut pour tous les jours : cliquer sur le bouton **Prescription par défaut?**, qui s'affiche lorsque la prescription est sélectionnée dans la liste **Prescriptions sélectionnées**.
- Saisir le chemin d'accès au répertoire de la carte patient dans le champ **Sélect. Carte Patient** ou cliquer sur le bouton .



Note

Si le répertoire indiqué n'existe pas, une fenêtre de confirmation apparaît.

Il est possible de définir un nouveau répertoire en cliquant sur le bouton **Oui**.

- S'il est nécessaire de libérer de l'espace mémoire sur la carte, cocher la case **Supprimer anciens traitements de la Carte Patient** ; (voir **Fenêtre Créer Carte Patient - sleep·safe**, page 193)

- Cliquer sur le bouton **Enr.** pour créer la carte patient.

Tous les fichiers correspondants de la carte sont supprimés. Les fichiers de protocoles de traitement ne sont supprimés que lorsque la case mentionnée ci-dessus a été cochée. Un message d'avertissement, requérant une confirmation de l'utilisateur, apparaît.

La carte patient est créée.

Les informations enregistrées sont récupérées par la carte et affichées dans une fenêtre de confirmation.



Fig. 3.117 Fenêtre de confirmation Créer Carte Patient - **sleep+safe**

- Pour vérifier le contenu de la carte patient, l'utilisateur doit cliquer sur le bouton **Confirmer**, qui devient actif uniquement lorsque l'on a déroulé la liste jusqu'au bout ;
- Cliquer sur le bouton **Confirmer**, si les informations sont correctes.

Un message d'information apparaît, indiquant à l'utilisateur le succès de l'opération.

Un rapport prêt à l'impression s'affiche avec le contenu de la carte qui vient d'être écrite si la case **Impr.** est cochée.



Note

En cas de sélection du bouton **Refuser**, toutes les informations ayant été enregistrées dans le répertoire de la carte patient sont supprimées.

3.14.2 Patient Card Plus

L'option de menu **Patient Card Plus** constitue l'outil d'aide à la communication entre l'application **PatientOnLine** et les appareils ou **sleep•safe harmony** ou **SILENCIA** permettant l'exportation de prescriptions vers le cycleur et l'importation de protocoles de traitement dans l'application. La communication est établie par l'intermédiaire d'une carte patient (à puce), c.-à d. une carte mémoire externe capable d'enregistrer des fichiers. Les cartes patient peuvent faire l'objet d'opérations de lecture/écriture depuis un ordinateur de bureau ou un ordinateur portable.



Fig. 3.118 Option de menu Patient Card Plus

Le menu Patient Card Plus comprend deux onglets :

- **Importer Patient Card Plus**, pour importer des cartes patient ;
- **Créer Patient Card Plus**, pour créer des cartes patient.

Après avoir sélectionné l'option de menu Patient Card Plus, la **zone de travail** de l'application affiche un écran tel que celui représenté ci-après.

3.14.2.1 Importer Patient Card Plus

Ce menu ressemble au menu **Import. Carte Patient**. Il comporte toutefois un bouton graphique supplémentaire, qui affiche le statut de la carte (insérée dans le lecteur ou non).

Après qu'une carte valide a été insérée, son contenu apparaît :

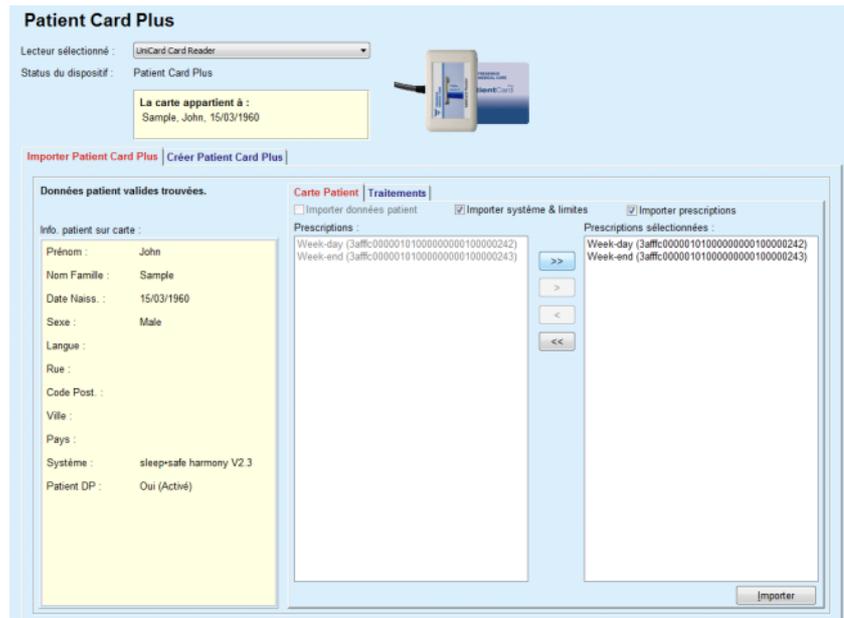


Fig. 3.119 Patient Card Plus - Importation de données

Vous pouvez sélectionner les catégories de données que vous souhaitez importer (y compris la liste des prescriptions), puis cliquer sur le bouton **Importer**.

Le bouton **Importer** procède à l'enregistrement en deux étapes, dans la base de données, du contenu de la carte patient et des prescriptions sélectionnées.

Au cours de la première étape, les données du patient (données personnelles, système et limites) et les prescriptions sélectionnées sont enregistrées directement si le patient disponible sur la carte est un nouveau patient.

Si le patient est identifié par la base de données, une fenêtre de confirmation s'ouvre, demandant à l'utilisateur si les données du patient doivent être mises à jour. En fonction du contenu de la carte, le système **sleep•safe harmony** ou **SILENCIA** et les limites correspondantes sont mis à jour en même temps que les données du patient.

Il en va de même pour les prescriptions. Une fois cette première étape terminée, une fenêtre comprenant un résumé des opérations apparaît. Si une prescription sélectionnée s'avère incompatible avec le système de DP du patient importé/mis à jour, son importation sera annulée.

Si une prescription sélectionnée est déjà présente dans la base de données, un message d'avertissement demandant confirmation de son remplacement est affiché.

Suite au processus d'importation de la carte patient, le patient actuel de la **zone de description du patient** est remplacé par le patient importé/mis à jour.

Une carte patient valide est aussi susceptible de comporter des protocoles de traitement. Ces protocoles sont disponibles sur l'onglet **Traitements**.

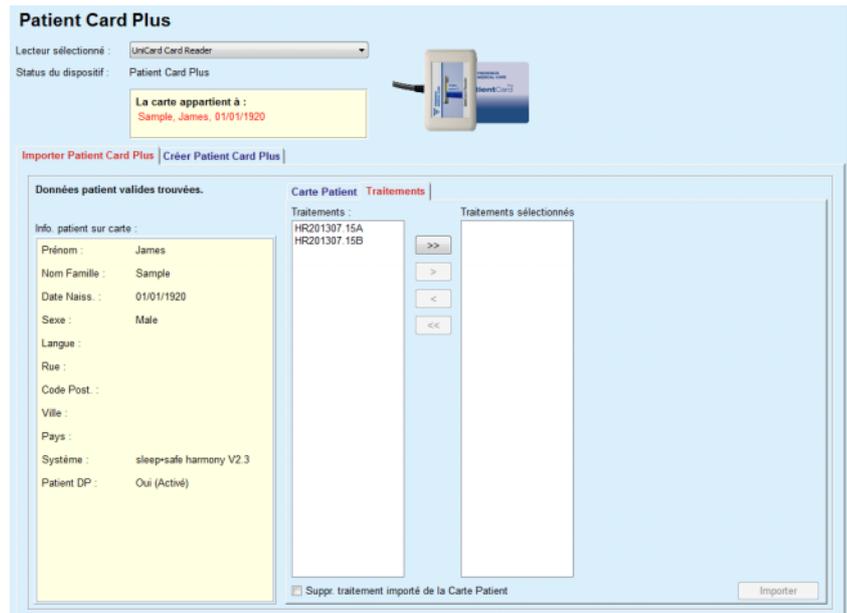


Fig. 3.120 Patient Card Plus - Importation de traitements

Sélectionner les traitements souhaités et cliquer ensuite sur le bouton **Importer** pour enregistrer les **Traitements sélectionnés** dans la base de données.



Note

Pour supprimer les protocoles de traitement de la carte patient après enregistrement, cocher la case **Suppr. traitement importé de la Carte Patient**.

Une fois ce processus d'importation terminé, une fenêtre comprenant un résumé des protocoles de traitement importés est affichée.



Note

Si un répertoire de carte patient valide existe et qu'il s'avère impossible de trouver le patient présent sur la carte dans la base de données (valeur No affichée pour l'option Patient DP du champ de gauche), la sélection du bouton **Importer** pour un traitement provoquera l'affichage d'un message d'avertissement. Commencer par sélectionner l'onglet **Patient Card Plus** et importer le patient.

3.14.2.2 Création d'une Patient Card Plus

Procéder comme suit pour créer une nouvelle carte patient :

- Sélectionner un patient comportant un système **sleep•safe harmony** ou **SILENCIA** intégré dans le système de DP actuel ;
- Sélectionner l'onglet **Créer Patient Card Plus**

Toutes les prescriptions valides disponibles dans la liste de **Traitements** sont affichées.

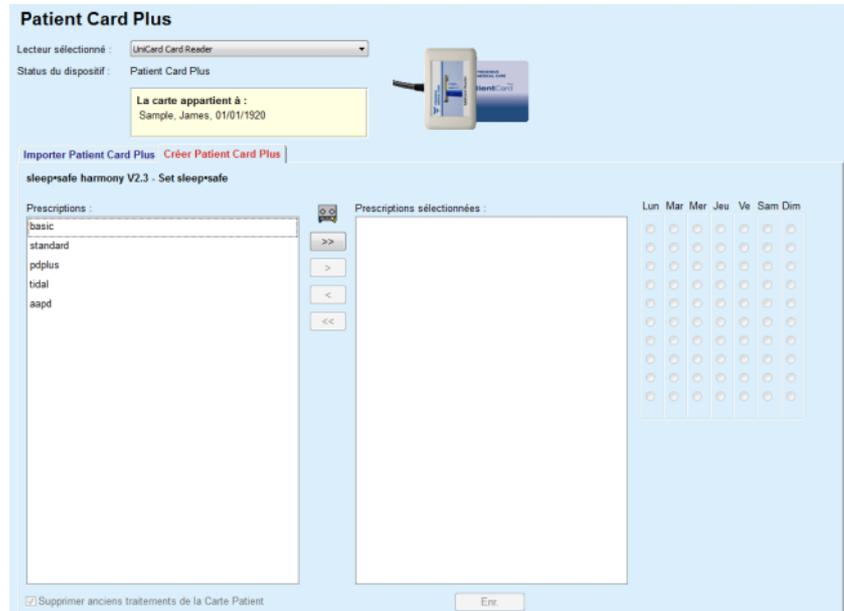


Fig. 3.121 Création d'une Patient Card Plus



Note

La carte **sleep•safe harmony** ou **SILENCIA** ne peut pas comporter plus de 9 prescriptions.

- Sélectionner les prescriptions devant être enregistrées sur la carte patient.
- Indiquer les jours de la semaine où les prescriptions doivent être réalisées. Pour ce faire, utiliser les champs d'option situés dans le calendrier à droite. Il existe par ailleurs une méthode rapide pour déterminer une prescription par défaut pour tous les jours : cliquer sur le bouton **Sélect. pr sem. ent.**, accessible lorsqu'une prescription est sélectionnée dans la liste **Prescriptions sélectionnées** ;
- Les cycleurs **sleep•safe harmony** et **SILENCIA** exigent qu'une des prescriptions soit définie comme prescription par défaut. Une prescription par défaut est une prescription que l'on utilise en lieu et place d'une prescription prévue puis effacée du cycleur. La première prescription dans la liste **Prescriptions sélectionnées** est définie automatiquement comme prescription par défaut (le nom apparaît en caractères gras). Vous pouvez cependant définir cet attribut de manière explicite en effectuant un clic droit sur une prescription et en sélectionnant l'option **Prescription par défaut ?** ;
- S'il est nécessaire de libérer de l'espace mémoire sur la carte, cocher la case **Supprimer anciens traitements de la Carte Patient** ;



Note

Si on réinitialise la carte patient avec un nouveau patient, cette case est cochée automatiquement et ne peut pas être décochée. On cherche ainsi à éviter que les protocoles de traitement d'un patient soient attribués à un autre.

- Cliquer sur le bouton **Enr.** pour créer la carte patient.

Tous les fichiers correspondants de la carte sont supprimés. Les fichiers de protocoles de traitement ne sont supprimés que lorsque la case mentionnée ci-dessus a été cochée. Un message d'avertissement, requérant une confirmation de l'utilisateur, apparaît.



Note

Certaines prescriptions sont susceptibles de perdre leur validité par rapport au système de DP actuel et/ou aux limites correspondantes, suite à des opérations de modification subséquentes. Dans un tel cas, les prescriptions non valides sont affichées en caractères rouges dans la liste de gauche et ne peuvent plus être sélectionnées pour l'enregistrement sur la carte patient.

La carte patient est créée.

Les informations enregistrées sont récupérées par la carte et affichées dans une fenêtre de confirmation.

The screenshot shows a window titled 'Contenu carte Patient' with the following content:

Information patient	
Fichier d'info. sur le patient :	patient_info.xml
ID patient harmony :	3afffc0000010000000000000000000001
Nom Famille :	Sample
Prénom :	James
Nom naissance :	Doe
Date Naiss. :	01/01/1920
Sexe :	Male
Calendrier	
Fichier calendrier :	scheduler.xml
Lundi	aapd (3afffc00000101000000000010000001e)
Mardi	aapd (3afffc00000101000000000010000001e)
Mercredi	aapd (3afffc00000101000000000010000001e)
Jeudi	aapd (3afffc00000101000000000010000001e)
Ven.	aapd (3afffc00000101000000000010000001e)
Samedi	aapd (3afffc00000101000000000010000001e)
Dimanche	aapd (3afffc00000101000000000010000001e)
Limites Patient	
Limites dossier patient :	patient_limits.xml
Type set :	Set sleep+safe
Volume patient autorisé [%] :	110
Volume résiduel autorisé [%] :	35
Réduction temps de stase autorisé [%] :	15
Réduction volume infusé autorisé [%] :	10
Quantification cathéter [%] :	130
Drainage Suppl. :	Oui (sans alarme)
Niveau d'accès :	Sélectionner prescriptions

At the bottom of the window, there is a status bar with the text: 'Dérouler la liste jusqu'au bout pour atteindre le bouton "Confirmer"'. Below this, there are buttons for 'Détails', 'Impr.' (checked), 'Confirmer', and 'Refuser'.

Fig. 3.122 Contenu carte Patient

- Pour vérifier le contenu de la carte patient, l'utilisateur doit cliquer sur le bouton **Confirmer**, qui devient actif uniquement lorsque l'on a déroulé la liste jusqu'au bout ;

➤ Cliquer sur le bouton **Confirmer**, si les informations sont correctes.

Un message d'information apparaît, indiquant à l'utilisateur le succès de l'opération.

Un rapport prêt à l'impression s'affiche avec le contenu de la carte qui vient d'être écrite si la case **Impr.** est cochée.



Note

En cas de sélection du bouton **Refuser**, toutes les informations ayant été enregistrées sur la carte patient sont supprimées.

3.14.3 Carte BCM

3.14.3.1 Information Générale

Le menu Carte BCM régit la communication entre **PatientOnLine** et **Body Composition Monitor** (appareil BCM). La communication s'effectue par une carte à puce qui enregistre l'identité et les mesures BCM du patient. Trois types de cartes à puce sont actuellement pris en charge par PatientOnLine : carte BCM, carte 5008 et Patient Card Plus. L'identité du patient peut être inscrite sur la carte à puce depuis le menu **Carte BCM**. Les données BCM sont enregistrées sur la carte à puce par l'appareil BCM et peuvent alors être importées depuis le menu **Carte BCM**. Afin de lire/écrire sur la carte à puce, un lecteur de cartes compatible doit être connecté à l'ordinateur de bureau ou l'ordinateur portable. Il existe plusieurs types de lecteurs de cartes actuellement pris en charge par PatientOnLine : OMNIKEY 3121, SCR 3311 et Uni-Card Reader.

Après sélection de l'option de menu **Carte BCM**, la zone de travail de l'application affiche la fenêtre **Carte BCM** illustrée en Fig. 3.123, à condition qu'aucun patient ne soit sélectionné dans la zone de description du patient et qu'aucune carte BCM ne soit insérée dans le lecteur de carte.



Fig. 3.123 Option de menu Carte BCM

Le lecteur de carte choisi, le statut du lecteur, ainsi que le statut de la carte BCM s'affichent dans la partie supérieure de la fenêtre **Carte BCM**.

Dans la partie inférieure du menu **Carte BCM**, on trouve les trois onglets suivants :

Personnaliser la carte BCM pour la création de la carte BCM.

Importer la carte BCM pour importer l'identité du patient et les résultats des mesures à partir de la carte BCM.

Effacer la carte BCM pour l'effacement de la carte BCM.

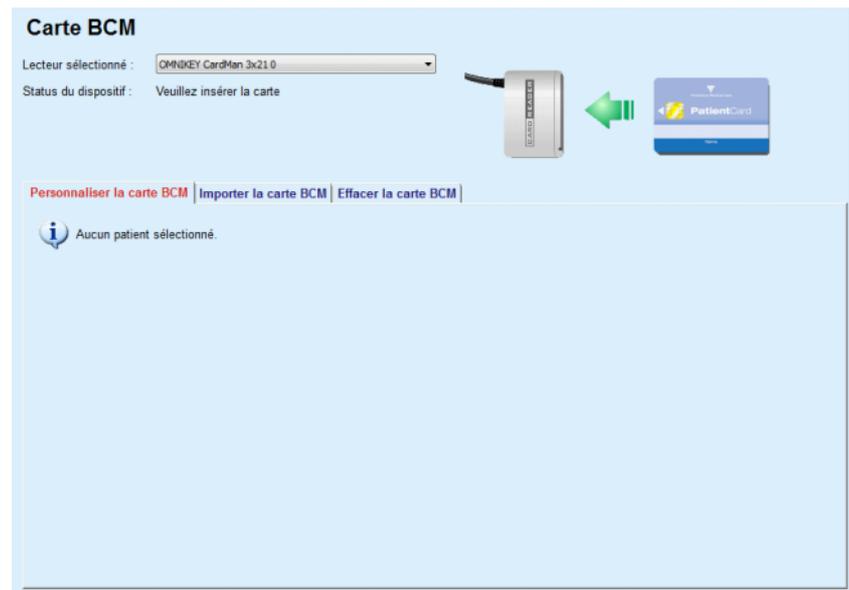


Fig. 3.124 Fenêtre Carte BCM

Les fonctions de chaque onglet et du champ de sélection du lecteur sont décrites dans les sections correspondantes ci-après.

3.14.3.2 Statut de la carte BCM

Lors de l'insertion de la **carte BCM**, le premier lecteur de cartes d'une liste de lecteurs connectés est sélectionné et surveillé automatiquement. Le lecteur de cartes actuel peut être modifié par le biais de la liste déroulante **Lecteur sélectionné**.

Le champ du lecteur de cartes affiche le statut du lecteur et de la carte, respectivement sous forme de texte et de graphique.

Cette section décrit le statut possible. Si une carte valide est reconnue, le type de carte est affiché. Si l'identité du patient n'est pas indiquée sur la carte, ou si le patient ne peut pas être identifié dans la base de données, la carte BCM doit être personnalisée. La description du statut peut également indiquer une erreur de connexion du dispositif, un lecteur de carte inconnu ou un statut inconnu.

Le champ de statut de la carte affiche également des informations sur le patient lues sur la carte (nom de famille, prénom et date de naissance) en noir ou en rouge. Le texte apparaît en rouge lorsque l'identité BCM est manquante ou endommagée, ou bien quand le patient **PatientOnLine** sélectionné ne correspond pas au patient de la carte.

Lorsqu'une carte avec identité BCM est accessible, le système recherche les données du patient dans la base de données **PatientOn-Line**. Si le système trouve un patient avec le même nom, la même date de naissance et le même sexe, il est automatiquement repris dans la **zone de description du patient** comme patient actuel.

Si plusieurs patients sont trouvés dans la base de données, la fenêtre **Sélection patient** s'affiche pour permettre à l'utilisateur de sélectionner le patient adéquat parmi toutes les possibilités.

Cliquer sur **OK** pour définir le patient sélectionné comme le patient actuel.

3.14.3.3 Onglet Personnaliser la carte BCM

L'onglet **Personnaliser la carte BCM** permet à l'utilisateur d'inscrire une identité de patient (nom de famille, prénom et date de naissance) et des données de saisie BCM sur la carte à puce.

Fig. 3.125 Onglet Personnaliser la carte BCM

Actions possibles pour la personnalisation de la carte :

- **Préserver les données médicales sur la carte et les rattacher au patient en cours** : seules les données de saisie sont écrasées, les autres données médicales sont conservées ;
- **Effacer toutes les données de la carte et attribuer la carte au patient en cours** : tout le contenu de la carte est d'abord supprimé, puis l'identité et les données de saisie sont enregistrées sur la carte.

Les deux actions ne sont pas toujours disponibles. Si le patient actuel ne correspond pas au patient de la carte, ou encore si la carte est endommagée ou inconnue, il n'est pas possible de procéder à la sauvegarde de données médicales sur la carte. L'action recommandée est contrôlée automatiquement. Si cela s'avère possible, l'utilisateur peut changer la mesure recommandée.

Entr. Donn.

- concerne le sexe, l'âge, le poids, la taille, la pression artérielle systolique moyenne et la pression artérielle diastolique moyenne du patient. Le poids et la taille sont obligatoires, les valeurs moyennes de pression artérielle sont optionnelles (les champs peuvent être laissés vides).

Les valeurs moyennes de pression artérielle sont calculées sur les 4 dernières semaines. Si ces valeurs de pression artérielle manquent, le système affiche les dernières valeurs moyennes enregistrées sur la carte. Le poids et la taille sont les dernières valeurs saisies dans **PatientOnLine** (via le menu **Données cliniques, Assurance Qualité** ou **Carte BCM**).

L'utilisateur peut modifier les données saisies. En cliquant sur le bouton **Annuler Paramètres Patient**, on revient aux valeurs initialement contenues dans la base de données.

Le bouton **Personnaliser la carte** inscrit l'identité et les données saisies sur la carte selon l'action choisie.

Si l'option **Effacer toutes les données de la carte et attribuer la carte au patient en cours** est activée, tout le contenu de la carte est effacé. Un message d'avertissement, requérant une confirmation de l'utilisateur, apparaît ;

L'appareil BCM ne peut afficher qu'un nombre limité de caractères. Si le nom du patient contient des caractères non pris en charge, un message d'avertissement s'affiche.

L'utilisateur doit indiquer/confirmer le nom à l'écran qui figure sur la carte. Si un nom patient a déjà été indiqué pour ce patient, il est automatiquement proposé pour confirmation.



Note

La carte à puce ne doit pas être retirée du lecteur durant une opération de lecture ou d'écriture. Le fait de retirer la carte à puce pendant une opération de lecture ou d'écriture endommage la carte et la rend non valide.

3.14.3.4 Onglet Importer la carte BCM

Dans l'onglet **Importer la carte BCM**, l'utilisateur peut importer l'identité du patient et les mesures BCM depuis une carte BCM.

Les données du patient présentes sur la carte s'affichent dans le champ **Info. patient sur carte**. Par ailleurs, les données du patient sont recherchées dans la base de données de **PatientOnLine**, les résultats de cette recherche étant affichés sous la forme « Patient DP » : Oui/Non.

Si le patient de la carte existe dans la base de données **PatientOnLine** avec des informations personnelles correspondantes (nom de famille, prénom, date de naissance et sexe), l'utilisateur peut importer les données du patient en appuyant sur le bouton **Importer le patient**. Le patient importé devient le patient actuel et s'affiche ainsi dans la **zone de description du patient**. Etant donné que les indications concernant le sexe ne figurent pas sur certaines des cartes BCM, un champ est prévu à cet effet.

Les mesures BCM ne peuvent pas être importées avant l'identité du patient.

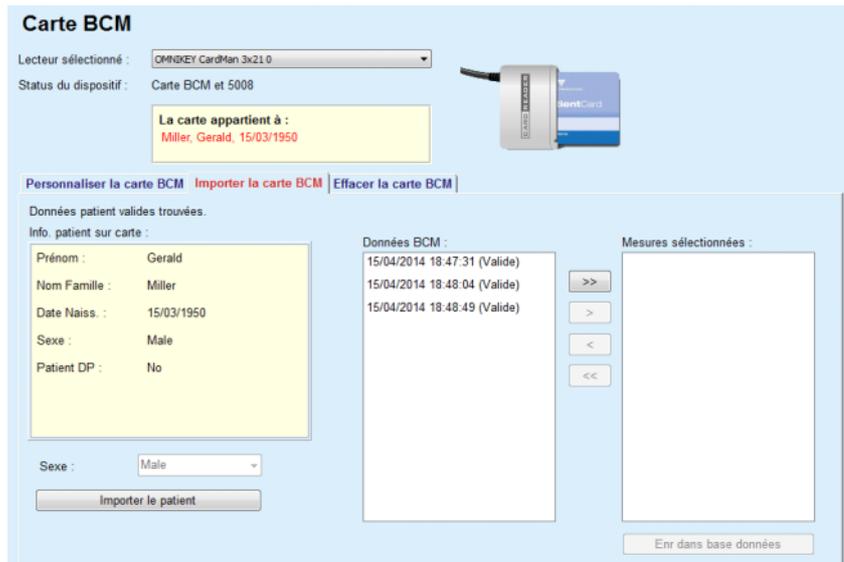


Fig. 3.126 Importer un patient BCM

Si le patient de la carte existe déjà dans la base de données **PatientOn-Line**, la zone d'importation de patient (menu déroulant **Sexe** et bouton **Importer le patient**) n'est pas visible.

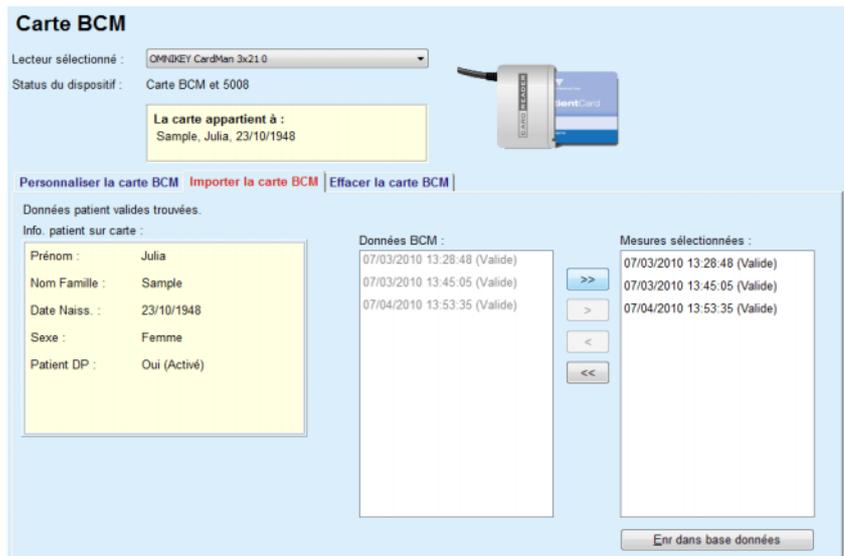


Fig. 3.127 Importer des mesures BCM

Les **Données BCM** présentes sur la carte peuvent être sélectionnées pour être importées. Seules les mesures sélectionnées dans la liste **Mesures sélectionnées** sont importées. Les mesures endommagées sont marquées comme non valides et ne peuvent pas être sélectionnées pour l'importation.



Conseil

Les mesures BCM sont grisées dans la liste de gauche dès qu'elles apparaissent dans la liste de droite. Une telle mesure permet d'éviter toute sélection en double d'une mesure BCM.

Il est possible d'utiliser différents boutons pour transférer les mesures d'une liste à l'autre.

Le bouton **Enr dans base données** importe les mesures BCM sélectionnées dans la base de données.



Note

La carte à puce ne doit pas être retirée du lecteur durant une opération de lecture ou d'écriture. Le fait de retirer la carte à puce pendant une opération de lecture ou d'écriture endommage la carte et la rend non valide.

3.14.3.5 Onglet Effacer la carte BCM

L'onglet **Effacer la carte BCM** permet à l'utilisateur d'effacer les données de la carte BCM.

En appuyant sur le bouton **Effacer carte**, on efface la carte BCM. Toutes les données médicales enregistrées sur la carte patient, y compris l'identité du patient, sont alors perdues.

3.14.4 Echange de données

Le menu **Echange de données** constitue un outil d'aide à la communication entre **PatientOnLine** et d'autres applications logicielles, permettant l'importation et/ou l'exportation de données.

Après sélection de l'option de menu **Echange de données**, la zone de travail de l'application affiche la fenêtre Echange de données à la (voir **Importer d'une autre application**, page 207).



Fig. 3.128 Option de menu Echange de données

La fenêtre Echange de données est divisée en plusieurs onglets :

- **Base données ext.** - cet onglet n'est visible que lorsque l'**instance client/serveur PatientOnLine** est connectée à un système de gestion de bases de données (**SGBD**) externe.
- **Importer d'une autre application**
- **Exporter vers d'autres applications**

3.14.4.1 Base données ext.

Cet onglet n'est visible que lorsque l'**instance client/serveur PatientOnLine** est connectée à un système de gestion de bases de données (**SGBD**) externe. Il comporte un protocole concernant toutes les opérations d'importation/exportation depuis/vers le SGBD externe et les mêmes commandes (accessibles par le biais de liens cliquables) que celles disponibles dans la zone de description du patient :

- Import. tous patients
- Exp. tous les patients
- Importer patient en cours
- Exporter patient en cours

The screenshot shows the 'Echange de données' (Data Exchange) interface. At the top, there are navigation links: 'Base données ext.', 'Connex. domicile', 'Importer d'une autre application', and 'Exporter vers d'autres applications'. Below these are buttons for 'Import. tous patients', 'Importer patient en cours', 'Exp. tous les patients', and 'Exporter patient en cours'. A 'Log transfert données' section includes a date selector set to '19/04/2017'. Two tabs are visible: 'Patient actuel' (selected) and 'Donn.base'. The main table displays the following data:

Date	Temps demandé	Temps réponse	Version	Remarque
8.3.1 Données perso. patient	19/04/2017 10:45:32	19/04/2017 10:45:34	1.1	
8.3.2 Poids patient	19/04/2017 10:45:32	19/04/2017 10:45:34	1.1	
8.3.3 Taille patient	19/04/2017 10:45:32	19/04/2017 10:45:34	1.1	
8.3.4 Pression artérielle patient	19/04/2017 10:45:32	19/04/2017 10:45:35	1.1	
8.3.5 Diagnostic	19/04/2017 10:45:32	19/04/2017 10:45:35	1.1	
8.3.6 Allergies patient	19/04/2017 10:45:32	19/04/2017 10:45:35	1.1	
8.3.7 Amputation	19/04/2017 10:45:32	19/04/2017 10:45:35	1.1	

Fig. 3.129 Echange de données avec base de données externe - Patient actuel

Le log transfert données est composé de deux onglets : **Patient actuel** et **Donn.base**. Les données sont triées par **date** depuis la fonction calendrier.

L'onglet **Patient actuel** affiche les opérations d'importation/exportation pour le patient actuel, organisées par catégories de données. Les opérations d'importation sont numérotées avec les chiffres 8.3* et les opérations d'exportation avec les chiffres 8.4*. L'heure d'interrogation du **SGBD externe** et l'heure de réception de la réponse du **SGBD externe** sont également affichées.



Note

Les catégories d'opérations d'importation/d'exportation dépendent du **SGBD externe** et de la configuration du serveur.

L'onglet **Donn.base** affiche une entrée de l'importation de données indépendante du patient, par exemple l'identification du SGBD externe, la liste des patients et les paramètres AQ. Les catégories des données de base sont numérotées avec les chiffres 8.2*.

Les 4 liens actifs exécutent des opérations d'importation/exportation pour le patient actuel ou pour tous les patients. Par défaut, une opération d'importation/exportation a lieu chaque fois que le serveur est redémarré. Normalement, le serveur est configuré de manière à redémarrer automatiquement toutes les nuits de manière à ce que les données **PatientOnLine** soient automatiquement synchronisées avec le **SGBD externe** tous les jours. Vous pouvez toutefois utiliser les 4 liens actifs afin de lancer la procédure d'importation/exportation à tout moment.

En fonction des configurations du serveur et du SGBD externe, il se peut que certaines options ne soient pas disponibles. Si, par exemple, le serveur est configuré de façon à ce que toutes les données médicales puissent être modifiées dans **PatientOnLine**, les liens actifs se présentent comme suit :

Indépendamment de la configuration du serveur, l'enregistrement des patients et la modification de leurs données ne peuvent être réalisés qu'au niveau du SGBD externe.

Après avoir cliqué sur l'un des liens actifs, on voit apparaître un message de confirmation qui prévient du démarrage de l'opération :

Après un court instant, les onglets du protocole de **transfert des données** sont actualisés avec les données provenant des nouvelles opérations d'importation/exportation lancées depuis les liens actifs.

3.14.4.2 Onglet Importer d'une autre application

L'onglet **Importer d'une autre application** permet d'importer directement des données depuis d'autres bases de données d'applications Fresenius, notamment depuis d'autres applications PatientOnLine. Les applications suivantes sont disponibles sous des onglets individuels, en fonction de la gamme de produits sélectionnée :



Fig. 3.130 Importer d'une autre application

PatientOnLine

Cette option permet à l'utilisateur d'importer des données depuis une autre application **PatientOnLine**. Cette fonction est très utile en cas de manipulation de données entre deux instances de **PatientOnLine**. L'opération d'importation s'effectue sous un format de fichier propriétaire, orienté fichiers, et les fichiers sont cryptés. Le nom de ces fichiers contient l'extension **POL** et un horodatage, afin de pouvoir être reconnu rapidement.

Pour importer des données depuis une autre application PatientOnLine, procéder de la manière suivante :

- Sélectionner l'onglet **Importer d'une autre application**, sous **Communication/Echange de données** ;
- Sélectionner la catégorie d'importation souhaitée dans le champ **Importer catégories** ;

Les catégories suivantes sont disponibles :

- **Fiche admin.**,
- **Données méd.**,
- **Prescriptions**,
- **Traitements**,
- **AQ.**



Conseil

En cas de première sélection de l'onglet **Importer d'une autre application/PatientOnLine**, toutes les catégories d'importation sont sélectionnées par défaut. Les principales données personnelles du patient sont sélectionnées **en toutes circonstances**.

-
- Cliquer sur le bouton **Importer** ;

Une boîte de dialogue **Ouvrir** de type Windows apparaît. Elle permet de naviguer jusqu'à l'emplacement d'enregistrement et de sélectionner les fichiers à importer.



Conseil

La boîte de dialogue **Ouvrir** est configurée par défaut pour accéder au répertoire **Echange de données**.

-
- Cliquer sur le bouton **Ouvrir**.

Si un patient est trouvé dans la base de données **PatientOnLine**, une fenêtre de confirmation apparaît, demandant à l'utilisateur si les données du patient doivent être remplacées.



Note

L'écrasement des données d'un patient par importation d'un fichier est susceptible de provoquer une modification des données associées à ce patient.



Conseil

Cocher la case **Appliquer** pour appliquer l'option choisie à tous les patients suivants après avoir cliqué sur **Oui** ou **No**.

Cliquer sur le bouton **Annuler** pour interrompre la totalité du processus d'importation et annuler toutes les sélections précédentes.

Une barre de progression, indiquant l'état de l'opération, est affichée au cours du processus d'importation.

Une fois l'importation terminée, la boîte de dialogue **Résultats import.** est affichée. Celle-ci présente un résumé des données personnelles du patient, ainsi que le nombre d'éléments importés pour chaque catégorie de données. Le texte compris dans la fenêtre peut être enregistré sous forme de fichier texte à l'aide du bouton **Export. format txt.** Si aucun patient n'a été importé, le message **Aucun patient importé** apparaît.

Si un patient du fichier externe est trouvé dans la base de données **PatientOnLine**, une fenêtre de confirmation apparaît, demandant à l'utilisateur si les données du patient doivent être remplacées. Cocher la case **Appliquer** pour appliquer l'option choisie à tous les patients suivants après avoir cliqué sur **Oui** ou **No**.

Cliquer sur le bouton **Annuler** pour interrompre la totalité du processus d'importation et annuler toutes les sélections précédentes.

Une barre de progression, indiquant l'état de l'opération, est affichée au cours du processus d'importation. Au lieu du bouton **Importer**, seul le bouton **Annuler** reste disponible. Celui-ci permet d'interrompre le processus d'importation à tout moment.

Une fois le processus d'importation terminé, une fenêtre comprenant un résumé du statut de chaque patient importé est affichée. Le nom et la date de naissance du patient sont aussi mentionnés, afin d'en permettre une identification rapide. Le texte compris dans la fenêtre peut être enregistré sous forme de fichier texte à l'aide du bouton **Export. format txt.**

3.14.4.3 Onglet Exporter vers d'autres applications

L'option **Exporter vers d'autres applications** constitue une fonction très utile de **PatientOnLine**, augmentant la flexibilité de l'application et renforçant sa nature ouverte. Il s'agit d'une option orientée fichiers, permettant à l'utilisateur d'exporter des données depuis **PatientOnLine** :

- vers une autre application **PatientOnLine** à l'aide d'un format de fichier propriétaire. Ce fichier est enregistré par défaut dans un répertoire prédéfini - Echange de données (Data Exchange). Ce fichier se trouve à l'emplacement suivant :

%LecteurSystème%\Utilisateur\<Utilisateur>\Documents\PatientOnLine\Echange de données

<Utilisateur> représentant le nom de l'utilisateur actuel du système Windows, et **%LecteurSystème%** le lecteur sur lequel le système d'exploitation est installé (en général C:);

et/ou

- vers une autre application logicielle au format XML. Le fichier XML résultant est autodescriptif. Le fichier créé est enregistré par défaut dans le dossier **Echange de données** mentionné auparavant.

Dans les deux cas, les fichiers créés peuvent être enregistrés à l'emplacement indiqué par l'utilisateur.

Par ailleurs, ces fichiers disposent de noms standard, tels que **POL_20190620_120642** ou **POL_20190620_120642.xml**. Les noms de fichiers comprennent un horodatage pour en permettre une identification rapide.

Lors de la sélection de **Communication/Echange de données/Exporter**, la fenêtre illustrée à la Fig. 3.131 s'affiche.

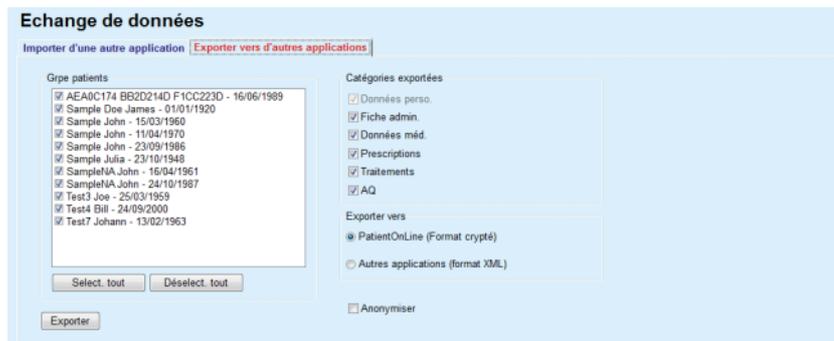


Fig. 3.131 Fenêtre de l'onglet Exporter

Procéder comme suit pour exporter des données de l'application **PatientOnLine** :

- Sélectionner l'onglet **Exporter** ;
- Sélectionner des patients en cochant les cases correspondantes.



Conseil

Cliquer sur les boutons **Select. tout** ou **Désselect. tout** pour sélectionner ou désélectionner rapidement tous les patients.



Conseil

Lors de la première sélection de l'option Exporter, tous les patients du groupe sont sélectionnés par défaut.



Conseil

La liste Grpe patients indique le nom et la date de naissance de chaque patient de la base de données de l'application, pour en permettre une identification plus aisée.

- Sélectionner les catégories exportées :

- Fiche admin.,**
- Données méd.,**
- Prescriptions,**
- Traitements,**
- AQ.**



Conseil

Lors de la première sélection de l'option Exporter, toutes les catégories exportées sont sélectionnées par défaut. Les principales données personnelles du patient sont exportées **en toutes circonstances**.



Conseil

Les traitements sont exportés vers une autre application **PatientOnLine** au format binaire.

- Sélectionner un format d'exportation dans le champ **Exporter vers**.

PatientOnLine (Format codé)

ou

Autres applications (format XML)

- Cliquer sur le bouton **Exporter**.

L'opération d'exportation est lancée, et l'évolution du processus est affichée.

Le succès de l'opération d'exportation est annoncé par un message de confirmation, indiquant l'emplacement (chemin d'accès complet) auquel le fichier a été créé.



Note

En cas d'échec de l'opération d'exportation, un message d'avertissement indiquant la cause de l'échec est émis.



Note

Si le groupe de patients est vide, aucune opération d'exportation n'est réalisée. En conséquence, aucun fichier n'est créé et un message d'avertissement est émis.



Note

Le fichier XML comprend non seulement les données du patient, mais aussi une liste des hôpitaux et une liste du personnel énumérant l'ensemble des hôpitaux et des employés associés au groupe de patients sélectionné suite à leurs hospitalisations, et ajoutées à la fin du fichier.



Note

Toutes les listes médicales sont aussi exportées, accompagnées de descriptions textuelles, dans la langue actuelle de **PatientOnLine**.



Note

Il est possible d'exporter des données anonymes relatives au nom du patient (initiales seulement) et à sa date de naissance (année seulement) depuis **PatientOnLine**. L'adresse du patient, ses coordonnées et le code PIN ne sont alors pas exportés non plus.

Pour ce faire, cocher simplement la case **Anonymiser** dans la fenêtre **Exporter vers d'autres applications**.

3.14.4.4 Connex. domicile

Cet onglet n'est visible que lorsque **PatientOnLine** client/serveur est connecté au cloud pour un traitement DP à distance (appelé génériquement **Connex. domicile**). L'onglet comporte un protocole concernant toutes les opérations d'importation/exportation depuis/vers **Connex. domicile** et la commande (accessible par le biais d'un lien cliquable) d'importation des données du patient.



Note

Seuls les utilisateurs qui ont le droit d'utiliser **Connex. domicile** peuvent accéder à l'onglet **Connex. domicile**.

Le concept de connexion au domicile est dédié aux patients en dialyse à domicile qui suivent des traitements DPA ou DPCA. Dans PatientOnLine, il existe des entités de données explicites comme :

- Protocoles de traitement DPCA (voir chapitre 3.12.3.2, page 134)
- Protocoles de traitement DPA pour les protocoles de traitement avec **sleep safe harmony** (voir chapitre 3.12.2.3, page 114)
- Mesures de la pression artérielle (voir chapitre 3.11.4.3, page 80)
- Images d'urgence (voir chapitre 3.11.3.3, page 71)

Pour les patients DPA, un dispositif spécial situé au domicile du patient peut lire la carte du patient, condenser et crypter les protocoles de traitement à partir de la carte du patient et envoyer les données par le cloud **Connex. domicile**.

Les données sont cryptées par la passerelle et ne peuvent être décryptées que par le logiciel **PatientOnLine** de la clinique. L'algorithme de cryptage est basé sur la cryptographie dite asymétrique (clé publique). Le logiciel **PatientOnLine** de la clinique génère une paire de clés de cryptage (une clé publique et une clé privée). La clé publique est envoyée par le cloud **Connex. domicile** qui, à son tour, l'envoie à la passerelle située au domicile du patient. La clé publique ne permet que le cryptage des données, tandis que le décryptage n'est possible qu'en utilisant la clé privée qui se trouve dans le logiciel **PatientOnLine** de la clinique.

Chaque clinique possède des clés de cryptage distinctes. Cela signifie que personne en dehors de la clinique qui a installé **PatientOnLine** ne peut décrypter les fichiers transférés. De ce point de vue, le cloud **Connex. domicile** est un simple référentiel de fichiers, et aucune entité au niveau du cloud ne peut décrypter les fichiers.

Un patient doit être enregistré dans **Connex. domicile** avant que toute communication puisse avoir lieu. Un patient inscrit peut être supprimé de Connex. domicile à tout moment. Pour plus de détails relatifs à l'enregistrement et la suppression des patients (voir chapitre 3.15.4.10, page 237). La clinique doit être enregistrée dans **Connex. domicile**.

PatientOnLine interroge périodiquement le nuage cloud **Connex. domicile**, en demandant une liste des fichiers cryptés disponibles. Si le cloud fournit une telle liste, une séquence d'opérations de lecture (téléchargement) s'ensuit. Une fois qu'un fichier est lu avec succès à partir du cloud, le fichier en question ne sera pas téléchargé à nouveau, sauf si cela est explicitement requis. Seuls les patients inscrits sont pris en compte dans la communication entre **PatientOnLine** et **Connex. domicile**.

Le menu **Connex. domicile** est composé de deux onglets : **Patient actuel** et **Donn.base**. Les données sont triées par date depuis la fonction calendrier. Par défaut, le calendrier est défini à la date actuelle.

Le lien **Import. tous patients** déclenche une importation complète de tous les dossiers disponibles pour tous les patients inscrits.

L'onglet **Patient actuel** affiche les opérations de communication pour le patient actuel, organisées par catégories de données. Les opérations sont numérotées 8.2.* et peuvent être l'enregistrement d'un patient, la suppression d'un patient, la lecture d'un fichier et la suppression d'un fichier. L'heure à laquelle la demande a été faite à **Connex. domicile** et l'heure de réception de la réponse de **Connex. domicile** sont également affichées. La colonne **Remarque** peut contenir des messages d'erreur ou d'avertissement en cas d'échec de l'opération concernée.

Echange de données

Base données ext. **Connex. domicile** | Importer d'une autre application | Exporter vers d'autres applications

 [Import. tous patients](#)

Log transfert données Date : 23/03/2020

Patient actuel **Donn.base**

Data	Temps demande	Temps réponse	Version	Remarque
8.2.3.1 Rechercher info patient	23/03/2020 20:36:17	23/03/2020 20:36:18	2.0	ERR012 clinicalId 99D1D95AE06204A
8.2.1.10 Inscrire patient	23/03/2020 20:36:18	23/03/2020 20:36:23	2.0	
8.2.5.6 Téléch. fichier	23/03/2020 20:46:20	23/03/2020 20:46:20	2.0	
8.2.5.6 Téléch. fichier	23/03/2020 20:48:20	23/03/2020 20:48:20	2.0	
8.2.5.6 Téléch. fichier	23/03/2020 20:55:06	23/03/2020 20:55:07	2.0	

Fig. 3.132 Echange de données - Connex. domicile - Patient actuel

L'onglet **Donn.base** affiche un enregistrement de l'importation des données indépendante du patient, par exemple l'identification de **Connex. domicile**, l'exportation de la clé de cryptage publique et la demande de la liste des fichiers. La colonne **Remarque** peut contenir des messages d'erreur ou d'avertissement en cas d'échec de l'opération concernée.

Echange de données

Base données ext. **Connex. domicile** | Importer d'une autre application | Exporter vers d'autres applications

 [Import. tous patients](#)

Log transfert données Date : 23/03/2020

Patient actuel Donn.base

Data	Temps demande	Temps réponse	Version	Remarque
8.2.1.2 Lire statut établissement	✔ 23/03/2020 07:55:00	✔ 23/03/2020 07:55:01	2.0	ERR012 externalid 65532-06AP-00GL
8.2.1.1 Activer clinique	✔ 23/03/2020 07:55:01	⚠ Réponse manquante	2.0	
8.2.1.2 Lire statut établissement	✔ 23/03/2020 07:56:57	✔ 23/03/2020 07:56:58	2.0	ERR012 ORG0000000086 is not found
8.2.1.1 Activer clinique	✔ 23/03/2020 07:56:58	⚠ Réponse manquante	2.0	
8.2.1.2 Lire statut établissement	✔ 23/03/2020 17:31:40	✔ 23/03/2020 17:31:41	2.0	ERR012 ORG0000000086 is not found
8.2.1.1 Activer clinique	✔ 23/03/2020 17:31:41	✔ 23/03/2020 17:31:51	2.0	
8.2.2.1 Charger clé publique	✔ 23/03/2020 17:31:52	✔ 23/03/2020 17:31:52	2.0	
8.2.5.4 Télécharger les fichiers	✔ 23/03/2020 17:38:00	✔ 23/03/2020 17:38:00	2.0	
8.2.5.4 Télécharger les fichiers	✔ 23/03/2020 17:48:00	✔ 23/03/2020 17:48:00	2.0	
8.2.5.4 Télécharger les fichiers	✔ 23/03/2020 17:58:00	✔ 23/03/2020 17:58:00	2.0	
8.2.5.4 Télécharger les fichiers	✔ 23/03/2020 18:08:00	✔ 23/03/2020 18:08:01	2.0	
8.2.5.4 Télécharger les fichiers	✔ 23/03/2020 18:18:00	✔ 23/03/2020 18:18:01	2.0	
8.2.5.4 Télécharger les fichiers	✔ 23/03/2020 18:28:00	✔ 23/03/2020 18:28:01	2.0	
8.2.5.4 Télécharger les fichiers	✔ 23/03/2020 18:38:00	✔ 23/03/2020 18:38:01	2.0	
8.2.5.4 Télécharger les fichiers	✔ 23/03/2020 20:39:42	✔ 23/03/2020 20:39:42	2.0	
8.2.5.4 Télécharger les fichiers	✔ 23/03/2020 20:46:20	✔ 23/03/2020 20:46:20	2.0	
8.2.5.4 Télécharger les fichiers	✔ 23/03/2020 20:48:20	✔ 23/03/2020 20:48:20	2.0	
8.2.5.4 Télécharger les fichiers	✔ 23/03/2020 20:49:42	✔ 23/03/2020 20:49:42	2.0	
8.2.5.4 Télécharger les fichiers	✔ 23/03/2020 20:50:52	✔ 23/03/2020 20:50:53	2.0	
8.2.5.4 Télécharger les fichiers	✔ 23/03/2020 20:55:06	✔ 23/03/2020 20:55:06	2.0	
8.2.5.4 Télécharger les fichiers	✔ 23/03/2020 21:11:11	✔ 23/03/2020 21:11:12	2.0	

Fig. 3.133 Echange de données - Connex. domicile - Donn.base

3.14.5 Actions RGPD

Cette option de menu ouvre une boîte de dialogue dans laquelle il est possible d'appliquer des actions RGPD telles que l'anonymisation, la suppression ou l'exportation de données pour le patient actuellement sélectionné. Si nécessaire, il est possible de cocher la case « Affich. patients inactifs. » (voir chapitre 3.15.4.3, page 227), afin que les actions RGPD soient appliquées aux patients inactifs.

Actions RGPD

Limites données patient

Date de la première entrée: 14/04/1994

Date dernière entrée: 27/05/2020

Nombre d'entrées: 165

Chemin export: C:\GDPR_Patient_Data

Sélection entrée patient

De : 14/04/1994

à : 27/05/2020

Suppr.
Anonymiser
Exporter vers XML
Exporter vers PDF

Fig. 3.134 Actions RGPD

Une fois qu'un patient est sélectionné, les informations sur les entrées de patients existantes sont affichées dans la zone **Limites données patient**.

Les champs de saisie **De** et **à** dans la zone **Sélection entrée patient** permettent de spécifier la période souhaitée dans l'intervalle Limites données patient. Seules les données tombant dans la période spécifiée seront traitées. Pour définir la période maximale complète, il suffit d'effacer les dates de début et d'arrêt.

Les boutons **Anonymiser**, **Suppr.**, **Exporter vers XML** et **Exporter vers PDF** exécutent les actions spécifiques à la RGPD : anonymiser les données personnelles du patient, supprimer toutes les données du patient, exporter dans un format lisible par machine (XML) et exporter dans un format imprimable (PDF).

Pour **Exporter vers XML** et **Exporter vers PDF**, il convient également de spécifier un **Chemin export** sur le poste de travail local où les fichiers exportés doivent être enregistrés. Pour l'exportation au format XML, un fichier XML unique sera créé, ayant le nom POL_<ID patient>_<de>_<à>.xml. Pour l'exportation au format PDF, plusieurs fichiers PDF seront créés pour diverses entités de données, ayant le nom générique POL_<ID patient>_<catégorie>_<nom>_<de>_<à>.pdf, <catégorie> étant la catégorie de données et <nom> étant un nom optionnel de l'entrée de données concernée.

Pendant l'exportation, une barre de progression horizontale apparaît et les boutons d'action sont désactivés.

Un récapitulatif au format texte sera enregistré dans le même dossier.



Note

Si un grand nombre d'entrées de données est sélectionné à l'aide du filtre, l'exportation peut prendre beaucoup de temps. Elle peut être interrompue à tout moment en cliquant sur le bouton **Annuler**.

3.15 Administration

3.15.1 Module Gestion des Utilisateurs

L'option de menu **Utilis.** offre un aperçu des utilisateurs, des groupes et des droits. Il permet en outre à l'utilisateur de se déconnecter de l'application. Dans l'application **PatientOnLine autonome**, l'utilisateur peut changer son mot de passe en passant par cette option du menu. Sélectionner l'option de menu **Administration/Utilis.** pour ouvrir la fenêtre Module Gestion des Utilisateurs.

Voir Fig. 3.135, Fig. 3.136 et Fig. 3.137.



Fig. 3.135 Option de menu **Administration/Utilis.**

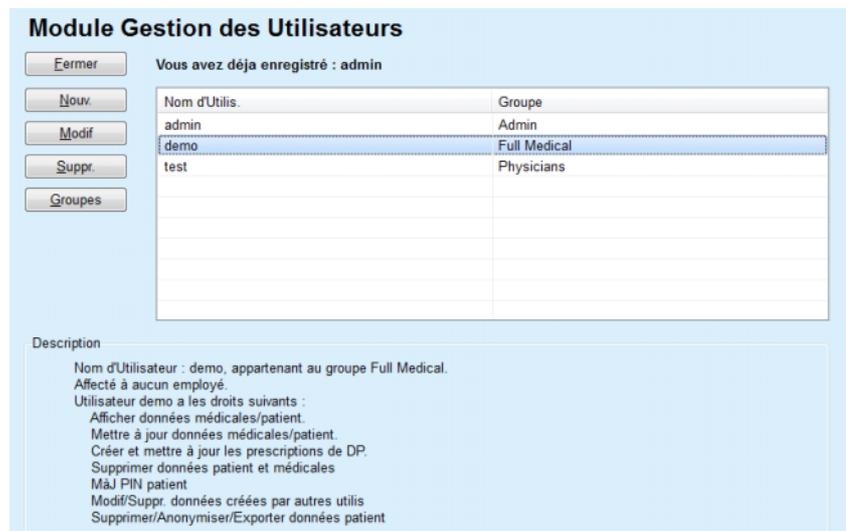


Fig. 3.136 Fenêtre Module Gestion des Utilisateurs, installation autonome



Fig. 3.137 Fenêtre Module Gestion des Utilisateurs, installation client/serveur

Un groupe correspond à une catégorie d'utilisateurs disposant de droits spécifiques et d'un nom servant à leur identification. Chaque utilisateur doit être assigné à un groupe, ce qui lui permet de bénéficier des droits du groupe. L'application **PatientOnLine** propose plusieurs niveaux de droits par défaut, dont la signification est la suivante :

Admin

droit de créer, de mettre à jour et de supprimer des utilisateurs et des groupes, ainsi que droit de modification de la chaîne de connexion à la base de données

Affich.

droit d'afficher des données de patients et des données médicales ;

Modif

droit de modifier des données de patients et des données médicales ;

Etablir Prescription

droit de créer et de mettre à jour des prescriptions DPA et DPCA, ainsi que droit de créer des cartes patient ;

Suppr.

droit de supprimer des données de patients et des données médicales.

MàJ PIN patient

droit de mettre à jour le numéro d'identification personnel du patient ;

Modif/Suppr. données créées par autres utilis.

droit de modifier ou de supprimer des données qui ont été créées ou mises à jour par d'autres utilisateurs ;

Supprimer/Anonymiser/Exporter données patient

droit d'effectuer des actions liées à la RGPD comme la suppression ou l'anonymisation des données personnelles des patients, ou l'exportation des données des patients vers un format lisible par machine/imprimable.

L'application **PatientOnLine** propose aussi plusieurs groupes par défaut basés sur ces droits :

Admin

disposent seulement du droit **Admin** ;

Viewers

disposent seulement du droit **Affich.** ;

Nurses

disposent des droits **Affich.** + **Modif** ;

Médecins

disposent des droits **Affich.** + **Modif** + **Etablir Prescription** ;

Full Medical

disposent des droits **Affich.** + **Modif** + **Etablir Prescription** + **Suppr.** + **Modif/Suppr. données créées par autres utilis.** + **Supprimer/Anonymiser/Exporter données patient.**



Conseil

Après l'installation de **PatientOnLine**, un utilisateur Admin est préparé par l'application **PatientOnLine**.

Après sélection d'un utilisateur spécifique à l'aide du menu **Utilis.**, une description des droits attribués à ce dernier apparaît dans le champ **Description**.

(voir **Fenêtre Module Gestion des Utilisateurs, installation autonome**, page 216) et (voir **Fenêtre Module Gestion des Utilisateurs, installation client/serveur**, page 216).

Le bouton **Fermer** permet à l'utilisateur de se déconnecter de l'application. Une fenêtre de confirmation s'ouvre, et l'utilisateur est invité à ouvrir une nouvelle session, conformément à la procédure décrite dans le chapitre sur l'ouverture et la fermeture de l'application **PatientOnLine**.

Dans le cas d'une installation **PatientOnLine autonome**, il est possible pour l'utilisateur, selon les droits de mot de passe octroyés aux utilisateurs respectifs, de changer son propre mot de passe en cliquant sur **Modif** et en saisissant son ancien et son nouveau mot de passe (avec confirmation).

3.15.2 Hôpitaux

L'option de menu **Hôpitaux** permet de procéder à la gestion des **Hôpitaux**, des **Services**, des **Serv.** et du **Staff**, ainsi que de créer, de modifier ou de supprimer de telles entrées. Il est à noter que les entrées sont liées les unes aux autres. Aussi, la suppression d'une **entrée d'hôpital** provoquera aussi la suppression de toutes les entrées relatives aux services de cet hôpital et de tous les membres du personnel associés à ce dernier, après confirmation de l'utilisateur. La création et la modification de telles entrées se font toutefois de façon indépendante.

3.15.2.1 Gestion des hôpitaux

Le menu Hôpitaux s'ouvre après sélection de l'option de menu **Administration/Hôpitaux**.

Voir Fig. 3.138 et Fig. 3.139.



Fig. 3.138 Option de menu Administration/Hôpitaux

Création/modification d'une entrée d'hôpital

Procéder comme suit pour créer une entrée d'**Hôpital** :

- Cliquer sur le bouton **Nouv.** et/ou **Modif.**

Les entrées présentes dans le tableau apparaissent sur fond gris.
Le formulaire de saisie est disponible avec des champs vides.

The screenshot shows a window titled 'Hôpitaux'. At the top, there is a table with columns: Nom, Ville, Téléph., and Remarque. The table contains five rows of data. To the right of the table are buttons: 'Nouv.', 'Modif.', 'Suppr.', 'Enr.', and 'Annuler'. Below the table is a form with various input fields: 'Nom', 'Rue', 'Ville', 'Zone', 'Remarque' (a text area), 'No', 'Code Postal', 'Pays', 'Téléph.', 'Fax', 'Port.', and 'Email'. There is also a 'Services' section with a large empty box and a 'Gestion des Services >' button.

Nom	Ville	Téléph.	Remarque
City Hospital	Bad Homburg	+49 (6172) 1234	Main dialysis unit in Bad Ho...
University Clinic	Frankfurt am Main	+49 (6301) 609.9988	Major research clinic.
City Hospital	Walnut Creek	+1 (925) 943-5000	Main dialysis unit.
Renal Clinic	Walnut Creek	+1 (925) 943-9999	
Hospital Clinico de M...	Madrid	+34-91-5437621	

Fig. 3.139 Fenêtre Hôpitaux

- Saisir toutes les données dans les zones de texte correspondantes (nom, rue, ville, numéro, etc.).

La seule information devant impérativement être saisie est le nom de l'hôpital. Si cette information n'est pas saisie, un message d'avertissement est émis.

- Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

L'entrée est enregistrée, et le succès de l'opération d'enregistrement est indiqué à l'aide d'une boîte de dialogue.

En cas d'échec de l'opération d'enregistrement, cet événement est aussi indiqué à l'aide d'une boîte de dialogue.

Suppression d'une entrée d'hôpital

Procéder comme suit pour supprimer une **entrée d'hôpital** :

- Sélectionner l'entrée à supprimer dans la liste ;
- Cliquer sur le bouton **Suppr.**

Un message de confirmation s'ouvre.

- Confirmer l'opération de suppression en cliquant sur le bouton **Oui** ;

Le succès de l'opération de suppression est confirmé par une boîte de dialogue.

- Cliquer sur le bouton **Oui**.

Le processus de suppression est terminé.



Note

Il est interdit de supprimer une **entrée d'hôpital** pour laquelle il existe une entrée d'hospitalisation. Si tel devait être le cas, un message d'avertissement apparaîtrait, et le processus de suppression serait interrompu.

3.15.2.2 Gestion des services

Création/modification/suppression d'une entrée de service

Les entrées de service étant associées à une **entrée d'hôpital**, il n'est possible de les créer, de les modifier ou de les supprimer qu'après avoir sélectionné l'**entrée d'hôpital** correspondante.

La **création / modification / suppression** d'une entrée de **Service** s'effectue selon la procédure décrite sous (voir **Gestion des hôpitaux**, page 218).

- Cliquer sur le bouton **< Retour aux Hôpitaux** pour retourner au menu précédent.
- Cliquer sur le bouton **Gestion des Services >** pour atteindre le menu **Services**.



Note

Toute **entrée d'hôpital** n'ayant pas été enregistrée sera enregistrée après validation d'un message de confirmation. Le succès de l'opération d'enregistrement est confirmé par une boîte de dialogue.

Fig. 3.140 Fenêtre Hôpital - Services

3.15.2.3 Gestion des unités

Création/modification/suppression d'une entrée d'unité

La **création / modification / suppression** d'une entrée **Service - Unité** s'effectue selon la procédure décrite sous (voir **Gestion des hôpitaux**, page 218).

- Cliquer sur le bouton **< Retour aux Hôpitaux** pour retourner au menu précédent.

Les entrées **Service - Unité** étant associées à une entrée de **Service**, il n'est possible de les créer, de les modifier ou de les supprimer qu'après avoir sélectionné l'entrée de **Service** correspondante.

Fig. 3.141 Fenêtre Service - Unité

3.15.2.4 Gestion du personnel

Création/modification/suppression d'une entrée de personnel (Staff)

La **création / modification / suppression** d'une entrée de **Staff** s'effectue selon la procédure décrite sous (voir **Gestion des hôpitaux**, page 218).

- Cliquer sur le bouton **< Retour aux Hôpitaux** pour retourner au menu précédent.

Le sous-menu **Staff** permet à l'utilisateur de créer une entrée relative à un membre du personnel spécifique, et de l'assigner à un **Hôpital**, un **Service** et un **Service - Unité** spécifique, ou de modifier et de supprimer les données associées à ce membre du personnel.



Note

L'assignation d'un employé à un **Hôpital**, un **Service** ou un **Service - Unité** peut aussi être réalisée à l'aide de l'option **Administration/Staff**.

Le processus de **création / modification** d'une entrée relative à un membre du personnel est très simple.

Staff

Serv. :
 Nom de l'Hôpital : City Hospital
 Nom du Service : Dialysis
 Nom du Service : Peritoneal Dialysis

< Retour aux Pavillons

Titre	Prénom	Nom Famille	Spécialité	Position
Prof. Dr.	Christine	Johansson	Néphrologue	Manager
Dr.	Gabriel	Michaels	Néphrologue	Head of PD

Nouv.
 Modif.
 Suppr.
 Enr.
 Annuler

Titre : Prof. Dr.
 Prénom : Christine
 Nom Famille : Johansson
 Spécialité : Néphrologue
 Position : Manager

Tél. 1 : +49 6172 1234 404
 Tél. 2 :
 Fax : +49 6172 1234 409
 Port. : +49 175 613 6723
 Email : CJohansson@cityhosp.bad-homburg.de

Remarque :
 Chief Scientist.

Fig. 3.142 Fenêtre Staff

3.15.3 Staff

L'option de menu **Staff** permet de gérer les **entrées relatives au personnel** et de créer, de modifier ou de supprimer ces entrées. Il est à noter qu'il est aussi possible d'accéder à ces éléments depuis le menu **Hôpitaux / Services / Serv. / Staff**. Les fonctions sont décrites dans le chapitre (voir **Hôpitaux**, page 218).

3.15.4 Config.

L'option de menu **Config.** permet la configuration de l'application proprement dite. Après avoir sélectionné cette option dans l'arborescence, comme illustré à la Fig. 3.143, la fenêtre Config. logiciel, illustrée à la Fig. 3.144 s'affiche.

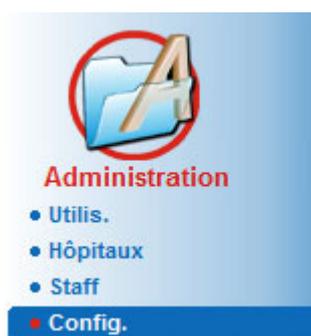


Fig. 3.143 Option de menu Administration/Config.

Données Générales

pour la sélection des formules AQ et des diverses options utilisées dans les tests AQ.

Entrer Données labo.

pour la définition des unités de mesure du système concernant le poids et la taille, les valeurs de température et les données de saisie de l'urée, la sélection par défaut du système conventionnel ou du système SI, et le choix d'unités de mesure spécifiques pour certaines données de laboratoire.

Aperçu données

pour définir les colonnes visibles dans le menu Analyse du traitement et d'autres options visibles.

Limites

pour définir les limites de taille et de poids des enfants et des adultes.

Caractéristiques transport

pour la configuration des données de classification des graphiques PET, pour adultes et enfants ;

Listes Médicales

pour gérer tous les types de listes médicales de l'application.

Langue

pour sélectionner la langue d'exécution de **PatientOnLine**.

Réglages d'aperçu personnalisé

pour définir le contenu des menus **Aperçu personnalisé** et **Accueil**.

Connex. domicile

pour gérer les cliniques et patients (inscription, abandon) par rapport au cloud **Connex. domicile**.

Journal Évén.

pour accéder à l'historique des opérations critiques réalisées par l'utilisateur.

A propos

pour obtenir des informations relatives à la licence d'utilisation de **PatientOnLine**.



Note

Presque tous les paramètres présents dans le menu **Administration/Config.** sont de nature **globale** et sont valides dans le cas d'une installation client/serveur pour tous les **clients PatientOnLine**. Si un **client PatientOnLine** modifie des options sous **Données Générales**, **Entrer Données labo.**, **Limites**, **Listes Médicales**, **Journal Évén.**, ceci aura un effet sur tous les **clients PatientOnLine** du réseau.



Note

Seuls les paramètres **Aperçu données** et **Langue** sont à effet purement local, chaque **client PatientOnLine** peut ainsi choisir ces options indépendamment des autres.

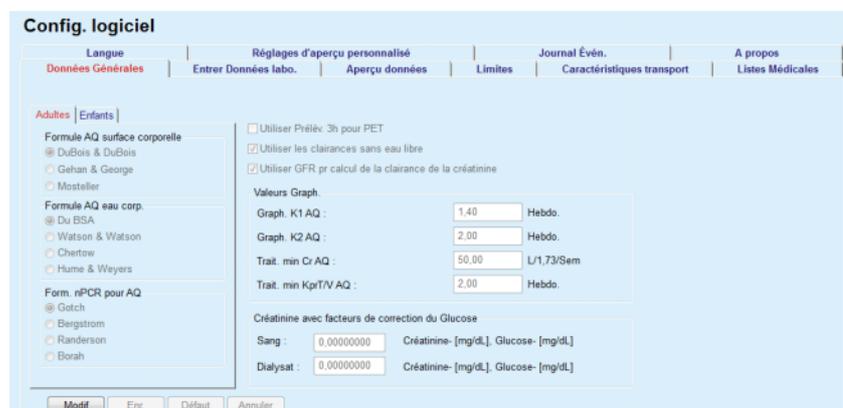


Fig. 3.144 Menu Administration/Config./Données Générales

3.15.4.1 Onglet Données Générales

L'onglet **Données Générales** permet de saisir diverses options, garantissant ainsi un haut degré de flexibilité.

Section 1

La première section de l'onglet **Données Générales** permet d'effectuer les sélections/configurations suivantes :

- Formule AQ surface corporelle,**
- Formule AQ eau corp.,**
- Form. nPCR pour AQ.**

Dans cette partie, vous pourrez procéder à une distinction entre **Adultes** et **Enfants**.

Section 2

La deuxième section de l'onglet **Données Générales** permet d'effectuer les sélections/configurations suivantes :

Utiliser Prélèv. 3h pour PET

Inclut aussi les prélèvements sur 3 heures dans le cadre du test PET.

Utiliser les clairances sans eau libre:

Tient compte des concentrations de protéines plasmatiques (si elles ont été mesurées) pour les concentrations d'urée/créatinine/glucose du dialysat.

Utiliser GFR pr le calcul de la clairance de la créatinine

Calcule la clairance rénale de la créatinine en tenant compte du taux de filtration glomérulaire (GFR).

Ces options garantissent la compatibilité de **PatientOnLine** avec d'autres progiciels susceptibles d'employer ces fonctions.

Section 3

La troisième section de l'onglet **Données Générales** permet d'effectuer les configurations suivantes pour les **Valeurs Graph.** :

Graph. K1 AQ
Graph. K2 AQ
Trait. min Cr AQ
Trait. min KprTV AQ :

Cette section permet de gérer les constantes des définitions des sections de graphiques AQ du diagramme AQ et de l'évaluation traitement (voir **Assurance Qualité**, page 144).

Section 4

Dans la quatrième section de l'onglet **Données Générales**, la configuration des données relatives aux **facteurs de correction de la créatinine** peut être réalisée comme suit :

Facteur de correction de la créatinine sanguine
Facteur de correction de la créatinine du dialysat

Cette section permet de gérer les facteurs de correction de la créatinine sanguine et du dialysat. Ces facteurs de correction peuvent être définis en fonction de la concentration de glucose. Ce facteur de correction adapte la concentration de créatinine sanguine et du dialysat en fonction de la concentration de glucose (voir **Assurance Qualité**, page 144). La valeur de ce facteur est convertie selon le système de mesure AQ actuel et les unités de mesure actuelles de la créatinine et du glucose. Les données d'entrée font aussi l'objet d'une conversion. Ces facteurs de correction peuvent être déterminés individuellement pour chaque test AQ, comme décrit à la section 3.14.4.3 (voir **Onglet Exporter vers d'autres applications**, page 209).

**Note**

La plupart des laboratoires réalisent cette correction de façon automatique ; dans un tel cas, le facteur de correction doit être égal à 0.

Modification de l'onglet Données Générales :

Procéder comme suit pour effectuer des modifications dans l'onglet **Données Générales** :

- Cliquer sur le bouton **Modif** ;
- Les boutons **Enr.**, **Défaut** et **Annuler** sont activés
- Procéder aux modifications sur l'onglet ;
- Cliquer sur le bouton **Enr.** ;

Le succès de l'opération d'enregistrement est confirmé par une boîte de dialogue.



Conseil

Cliquer sur le bouton **Défaut** pour attribuer des valeurs prédéfinies à l'ensemble des configurations.



Note

Si le PatientOnLine client/serveur est connecté à un SGBD externe, les **formules AQ** pour adultes et enfants, ainsi que les paramètres **Utiliser les clairances sans eau libre** et **Utiliser GFR pr calcul de la clairance de la créatinine** proviennent du SGBD externe et ne peuvent pas être modifiés dans PatientOnLine.

3.15.4.2 Entrer Données labo.

L'onglet **Entrer Données labo.** permet à l'utilisateur de modifier les unités de mesure de l'application.

Les paramètres suivants peuvent être configurés en cliquant sur le bouton **Modif** :

Unités de Poids & Taille

Kg & cm

Livres & pouces

Utilisation de l'Urée dans les données de l'AQ et données labo.

Utiliser Urée Nitrogène

Utiliser Urée

Unités de température

Celsius

Fahrenheit

La sélection de la configuration **Unités conventionnelles / Unités** par défaut vaut aussi bien pour l'option de menu (voir **Assurance Qualité**, page 144) que pour (voir **Onglet Autres Données Labo.**, page 90) ; elle est activée par un clic de souris sur le bouton **Défaut conventionnel** ou **Défaut S.I.**

Il est possible de mesurer l'urée ou l'azote uréique du sang, de l'urine ou du dialysat quelle que soit la pratique hospitalière ou nationale communément appliquée sur le site.

Dans **PatientOnLine**, il est possible de choisir entre Urée et Urée Nitrogène. Par défaut, l'azote uréique est exprimé en unités conventionnelles, et l'urée en unités SI. Toutes les données AQ et de laboratoire sont mises à jour automatiquement, et de façon correspondante. Des indications relatives aux limites des deux paramètres sont affichées afin d'aider l'utilisateur dans la prise de décision.



Note

Si PatientOnLine client/serveur est connecté à un SGBD externe, l'utilisation de l'**urée nitrogène** ou de l'**urée** provient du SGBD externe et ne peut être modifiée dans PatientOnLine.

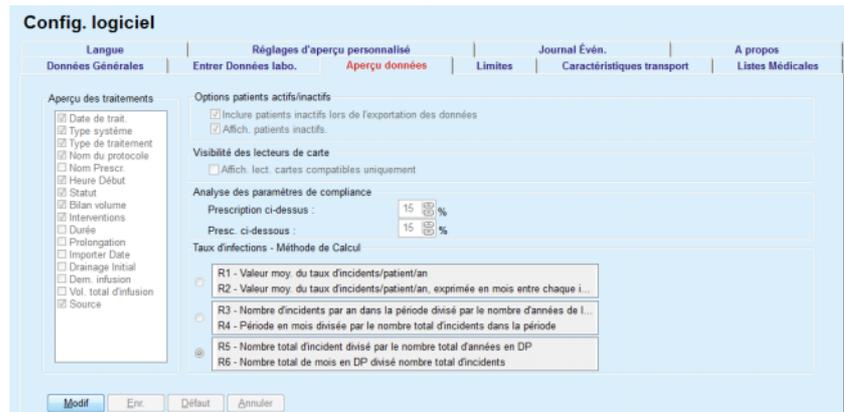


Fig. 3.146 Onglet Aperçu données

Il existe deux **Options patients actifs/inactifs**. La première option détermine si les patients inactifs doivent être inclus aux exportations de données, et la seconde gère la visibilité des patients inactifs dans la **zone de description du patient**. La sélection de la case **Affich. patients inactifs** provoque aussi l'ajout des patients inactifs aux critères de statistiques.

L'option **Visibilité des lecteurs de carte** permet à l'utilisateur de filtrer uniquement les lecteurs de carte compatibles.

L'**Analyse des paramètres de compliance** définit les valeurs limites utilisées dans les menus **Aperçu personnalisé** et **Accueil** pour notifier des différences entre les paramètres de traitement prescrits et réalisés.

La section **Taux d'infections - Méthode de Calcul** permet à l'utilisateur de définir les méthodes statistiques utilisées pour les taux d'infection des groupes de patients. Les méthodes standard sont (R_5 , R_6).

Pour procéder à des modifications, cliquer sur le bouton **Modif**, modifier les paramètres souhaités à l'aide des cases à cocher et des champs d'options correspondants ou bien cliquer sur le bouton **Défaut** (pour le rétablissement des valeurs par défaut de configuration de l'aperçu et des options). Cliquer ensuite sur **Enr.** pour enregistrer les configurations ou sur **Annuler** pour annuler toute l'opération.

3.15.4.4 Onglet Limites

L'onglet **Limites** sert à ajuster les limites de taille et de poids des enfants et des adultes. Ces valeurs sont utilisées dans le cadre des **Données cliniques** et dans d'autres sections du programme. Les éléments de commande Smart-Edit se voient attribuer par défaut les valeurs minimales et maximales pouvant être réglées.

L'outil Smart-Edit **Age adulte** permet de définir le seuil de séparation entre patients adultes et enfants.

Cette option est pertinente pour la sélection des formules AQ pour adultes/enfants. Voir aussi (voir **Onglet Info. complémentaires**, page 61).



Note

Si PatientOnLine client/serveur est connecté à un SGBD externe, l'**Age adulte** est défini par le SGBD externe et ne peut pas être modifié dans PatientOnLine.

3.15.4.5 Onglet Caractéristiques transport

L'onglet **Caractéristiques transport** permet la définition point par point des graphiques PET standard chez les adultes (graphiques de Twardowski) et chez les enfants, pour l'urée, la créatinine et le glucose. Pour modifier (chez les adultes et chez les enfants) les valeurs pour l'urée, la créatinine et le glucose, cliquer tout d'abord sur le bouton **Modif**, puis procéder à la modification ou au rétablissement des valeurs par défaut, et enfin cliquer sur **Enr.** pour enregistrer l'entrée ou sur **Annuler** pour annuler l'opération. En ce qui concerne l'urée et la créatinine, les valeurs devraient augmenter de gauche à droite, et diminuer vers le bas. En ce qui concerne le glucose, les valeurs devraient diminuer de gauche à droite et vers le bas. Si ces conditions ne sont pas remplies, un message d'erreur apparaît en cas d'utilisation du bouton **Enr.**. Il est toujours possible de revenir aux valeurs initiales en cliquant sur le bouton **Défaut** lorsqu'on se trouve en mode saisie (après avoir appuyé sur le bouton **Modif**).

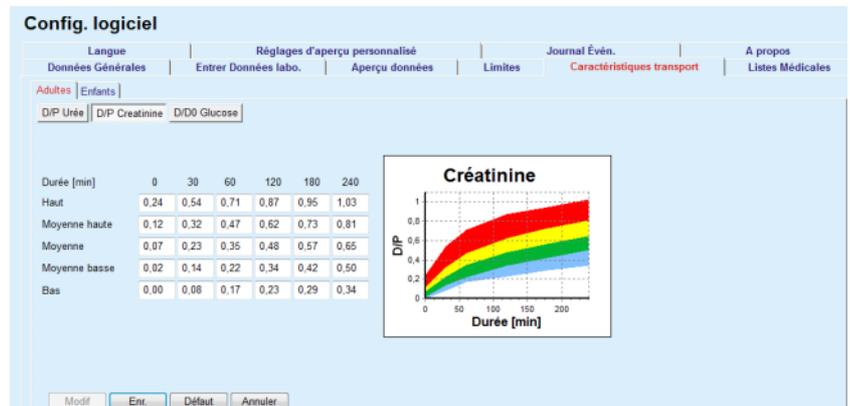


Fig. 3.147 Onglet Caractéristiques transport

3.15.4.6 Onglet Listes Médicales

L'onglet **Listes Médicales** sert à gérer les listes médicales dans **PatientOnLine**. Ces listes sont utilisées dans diverses autres sections. L'onglet présente un aspect variable en fonction du type de liste médicale sélectionné pour la liste des cathéters et la liste des solutions DP-CA.

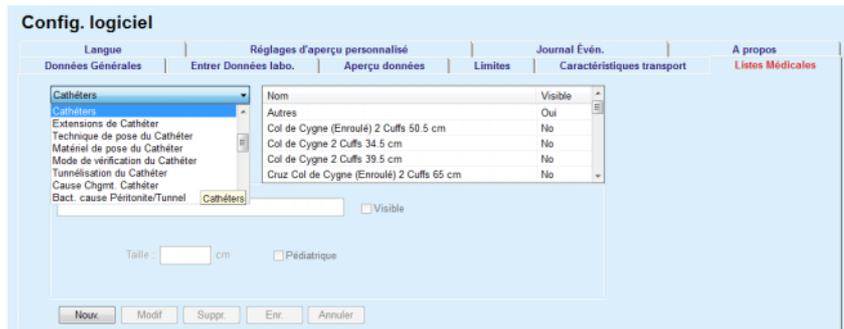


Fig. 3.148 Onglet Listes Médicales - Cathéters

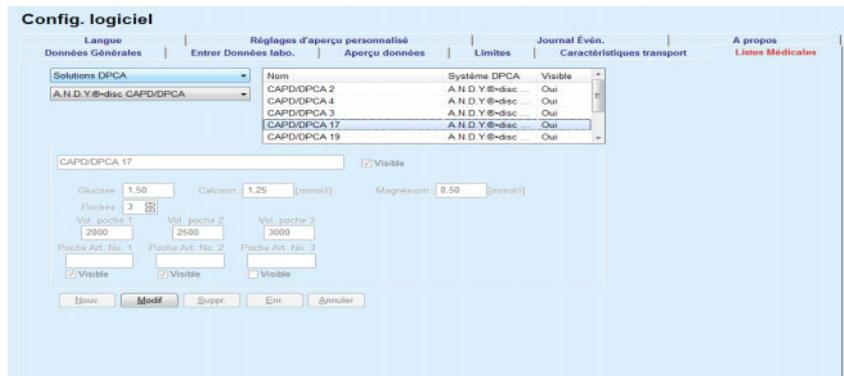


Fig. 3.149 Onglet Listes Médicales - Solutions DPCA

Les éléments de commande les plus importants sont le menu déroulant et le tableau.

Le menu déroulant sert à sélectionner la liste cible dans laquelle l'utilisateur ajoutera, supprimera ou modifiera un élément. Le tableau énumère les éléments sélectionnés de la liste médicale. Ces éléments peuvent être gérés à l'aide des boutons se trouvant au bas de la fenêtre (**Nouv.**, **Modif**, **Suppr.**, **Enr.** et **Annuler**).

Chaque élément de la liste médicale se voit attribuer la valeur **Oui** ou **No** dans la colonne **Visible**. Le statut (**Oui** ou **No**) de ce champ de la liste est défini en cochant la case **Visible**.

Si la valeur de cet attribut est égale à **No**, l'élément correspondant ne sera pas disponible dans le menu déroulant associé.

Lors de la sélection de la liste **Solutions DPCA**, un autre menu déroulant, **Systèmes DPCA**, s'affiche sur le côté gauche. Le système de DPCA sélectionné est actualisé et les solutions DPCA disponibles correspondantes s'affichent (uniquement pour le système choisi) dans le tableau situé du côté droit de la fenêtre. L'utilisateur doit sélectionner une solution DPCA dans le tableau et peut procéder à des modifications uniquement en termes de **Visibilité**. Il en va de même pour la liste médicale **Solutions DPA**, en ce qui concerne le menu déroulant **Systèmes DPA** et l'option de saisie **Visible**. En cochant la case « Global », la visibilité de la solution peut être définie pour toutes les versions du cycleur sélectionné. En décochant la case « Global », la visibilité de la solution peut être uniquement définie pour la version du cycleur sélectionné. Cette case est uniquement visible pour **sleep•safe harmony**.

Pour la liste des solutions DPCA, il existe d'autres types de possibilités de configuration, à savoir les éléments de commande Smart-Edit **Pches**, **Glucose**, **Calcium** et **Magnésium** et **Vol. Poche 1**, **Vol. Poche 2**, **Vol. Poche 3** jusqu'à **Vol. Poche 6**. Les éléments de commande Smart-Edit **Vol. poche** sont disponibles en fonction du nombre de **poches**. Vous pouvez également indiquer la référence d'article de chaque poche de solution. En présence d'un système **Autre DPCA** uniquement, il est possible de déterminer le nombre de poches de solution DPCA dans l'élément de commande relatif aux poches, la concentration de glucose, calcium et magnésium dans le champ correspondant, ainsi que le volume de chaque poche dans **Vol. poche x**, x désignant le numéro de la poche correspondante. Le même principe vaut pour la liste **Solutions DPA** et les systèmes **Autre DPA** qui y sont liés, comme décrit plus haut pour les **Solutions DCPA** et les systèmes **Autre DPCA**, selon les champs disponibles et les possibilités de modification.

Après avoir cliqué sur **Nouv.** l'utilisateur saisit le nom de la nouvelle solution pour le système **Autre DPCA**, le nombre de poches, les concentrations de **Glucose**, **Calcium** et **Magnésium** correspondantes et les **Volumes** pour chaque poche. Il en va de même lors de l'enregistrement d'une nouvelle solution **Autre DPA**. Vous pouvez également indiquer la référence d'article de chaque poche de solution.



Note

On ne peut ajouter une nouvelle **Solution DPCA** que dans un système **Autre DPCA**. Pour **tous** les systèmes de DPCA, à l'exception des systèmes **Autre DPCA**, l'utilisateur peut seulement modifier la visibilité de l'article. Il en va de même pour les **Solutions DPA** : on ne peut ajouter un nouvel article **Solutions DPA** que dans un système **Autre DPA**. Pour **tous** les systèmes de DPA, à l'exception des systèmes **Autre DPA**, l'utilisateur peut seulement modifier la visibilité et la référence d'article des poches.



Note

La case **Visible** est cochée par défaut, afin que le nouvel élément soit visible dans toutes les sections.



Conseil

En cas de création d'un nouvel élément de liste médicale, l'attribut **Visible** reçoit la valeur « Oui ». Pour la remplacer par « No », il conviendra de modifier l'élément ultérieurement (cliquer sur le bouton **Modif**, décocher la case correspondante et cliquer sur le bouton **Enr.**).



Note

Il est impossible de supprimer un élément de la liste médicale si celui-ci est utilisé par au moins un patient.



Note

Il est impossible de supprimer les éléments par défaut des listes médicales. Dans le cas de ces éléments, l'utilisateur ne peut modifier que l'attribut **Visible** à l'aide du bouton **Modif**. Les éléments utilisés par au moins un patient ne peuvent pas être masqués en décochant l'option Visible et ne peuvent pas être modifiées non plus.



Note

Si **PatientOnLine** fonctionne dans une langue différente de l'anglais, la procédure de création et de modification d'un élément d'une liste médicale reste identique à la procédure décrite ci-dessus, mais il conviendra d'en mentionner la désignation en anglais. La désignation anglaise est requise pour préserver la cohérence de la base de données. Si l'élément est utilisé par au moins un patient, le nom anglais ne peut pas être modifié. Cette restriction s'applique en plus des restrictions générales de suppression ou de modification décrites ci-dessus.



Note

La modification de la visibilité d'un système de DP est susceptible d'exercer une influence sur la visibilité des onglets secondaires d'importation d'autres applications.

3.15.4.7 Onglet Langue

L'onglet **Langue** contient des informations relatives à la langue actuelle de l'application, telles que la désignation de la langue, la page de code, le signe décimal et le format de date court, ainsi qu'un bouton permettant de modifier la langue de l'application.



Note

La page de code de la langue, le signe décimal et le format de date court dépendent de la configuration des options régionales de Windows. La page de code du système affiche la page de code actuelle de Windows.

PatientOnLine est une application multilingue, entièrement traduite en plus de 30 langues. La liste des langues disponibles, qui s'affiche lorsque l'on clique sur le bouton **Langue**, dépend des ressources actuellement installées sur l'ordinateur client :

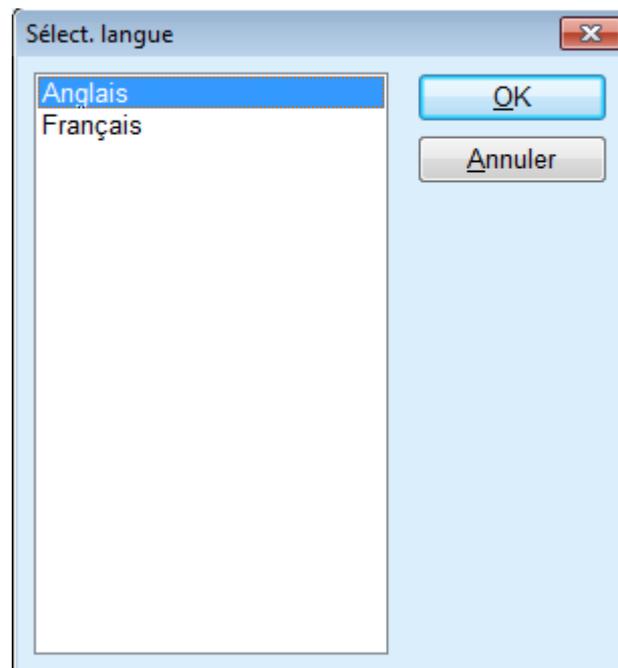


Fig. 3.150 Option Sélect. langue



Conseil

En cas de modification de la langue, toutes les fenêtres de **PatientOnLine** sont traduites. Cette procédure est susceptible de durer plusieurs minutes, selon la vitesse de l'ordinateur.



Note

Si la langue sélectionnée n'est pas compatible avec la page de code actuelle de Windows, un message d'avertissement s'affiche et la langue n'est pas modifiée.

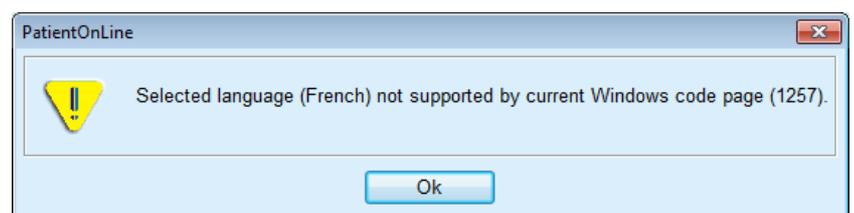


Fig. 3.151 Fenêtre d'information Sélect. langue

3.15.4.8 Onglet Journal Évén.

L'onglet **Journal Évén.** est utilisé pour présenter l'historique des actions de l'utilisateur. Ces actions comprennent la création, la mise à jour et la suppression des opérations des entrées de patients ainsi que les opérations de connexion et de déconnexion.

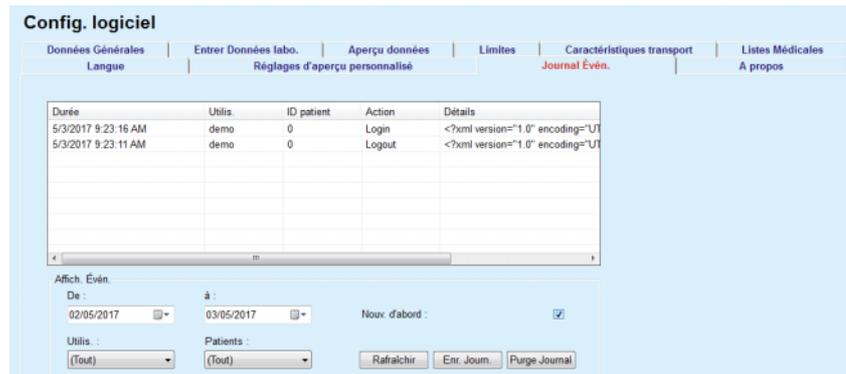


Fig. 3.152 Onglet Journal Évén.

Le tableau des événements constitue l'élément principal de cette section. Chaque ligne représente une manipulation individuelle. Le tableau dispose des colonnes suivantes :

Durée

Indique la date et l'heure auxquelles la manipulation a été réalisée.

Utilis.

Contient le nom de l'utilisateur ayant réalisé la manipulation.

ID patient

L'ID du patient dans la base de données.

Action

Courte description de la manipulation.

Description

Principal paramètre de la manipulation.

Détails

Quelques informations détaillées relatives à la manipulation, le cas échéant.



Conseil

Si certaines des lignes ou colonnes ne sont pas visibles, l'utilisateur peut naviguer vers ces dernières à l'aide des barres de défilement horizontale et verticale.

La zone **Affich. Évèn.** permet à l'utilisateur :

de régler la plage temporelle d'affichage des événements, en sélectionnant des dates à l'aide des champs de saisie du calendrier De et à ;

de filtrer les événements correspondant à des **utilisateurs** spécifiques à l'aide du menu déroulant Utilis. ;

de filtrer dans la liste déroulante les événements correspondant à des **Patients** spécifiques.



Conseil

Le menu déroulant **Utilis.** affiche la valeur (**Tout**) par défaut ; cette option de sélection est disponible en toutes circonstances. Cette liste contient uniquement le nom des utilisateurs ayant effectué une ou plusieurs **Actions**. Le menu déroulant **Patients** affiche la valeur (**Tout**) par défaut ; cette option de sélection est disponible en toutes circonstances.

Il est possible de disposer les critères d'**Affich. Évèn.** par ordre croissant ou décroissant d'après l'horodatage de l'événement, à l'aide de la case à cocher **Nouv. d'abord**.



Conseil

Il convient de toujours cliquer sur le bouton **Rafraîchir** en cas de modification de la valeur de ces éléments de commande (**De, à, Utilis.** et **Nouv. d'abord**) de façon à actualiser le tableau des événements en fonction des nouvelles configurations.

Enregistrer la liste des événements sur le disque dur, sous forme de fichier disposant d'un format prédéfini (format csv), en cliquant sur le bouton **Enr. Journ.**

Supprimer la totalité de la liste des événements en cliquant sur le bouton **Purge Journal**.



Note

L'utilisateur peut sauvegarder la liste des événements au format *.csv avant de la supprimer.

La liste n'est supprimée qu'après validation d'un message de confirmation.



Note

Tous les événements énumérés sont supprimés après réalisation d'une opération de purge du journal (Purge Journal). Il est conseillé d'effectuer d'abord une opération Enr. Journ.

Le succès de l'opération de suppression est confirmé par une boîte de dialogue.

3.15.4.9 Connex. domicile

Cet onglet n'est visible que lorsque PatientOnLine est connecté au cloud **Connex. domicile** et uniquement si l'utilisateur actuel dispose du droit d'utilisation de **Connex. domicile**.

L'onglet **Clinique** permet de définir le statut de la clinique par rapport à **Connex. domicile**, à l'aide des boutons **Modif**, **Enr.** et **Annuler**. La zone de liste **Statut** permet de spécifier le statut actuel comme étant **Activé** ou **Inactif**.

L'adresse de la clinique (rue, ville, pays, etc.) peut également être modifiée.

L'onglet **Patients** permet d'inscrire des patients dans **Connex. domicile** ou de les supprimer à l'aide des boutons **Inscrire patient** et **Abandonner patient**. La liste déroulante **Sélection patient** permet de visualiser tous les patients, uniquement les patients inscrits ou uniquement les patients supprimés. Cela peut être utile en cas de longues listes de patients.

La liste des patients contient le statut d'enregistrement du patient dans la colonne **Statut** et le statut activé dans la colonne **Activé**. Seuls les patients activés peuvent être enregistrés dans **Connex. domicile**.

Le bouton **Inscrire patient** n'est activé que si le patient sélectionné dans la liste est activé et n'est pas déjà inscrit. Le bouton **Abandonner patient** n'est activé que si le patient sélectionné dans la liste est inscrit.

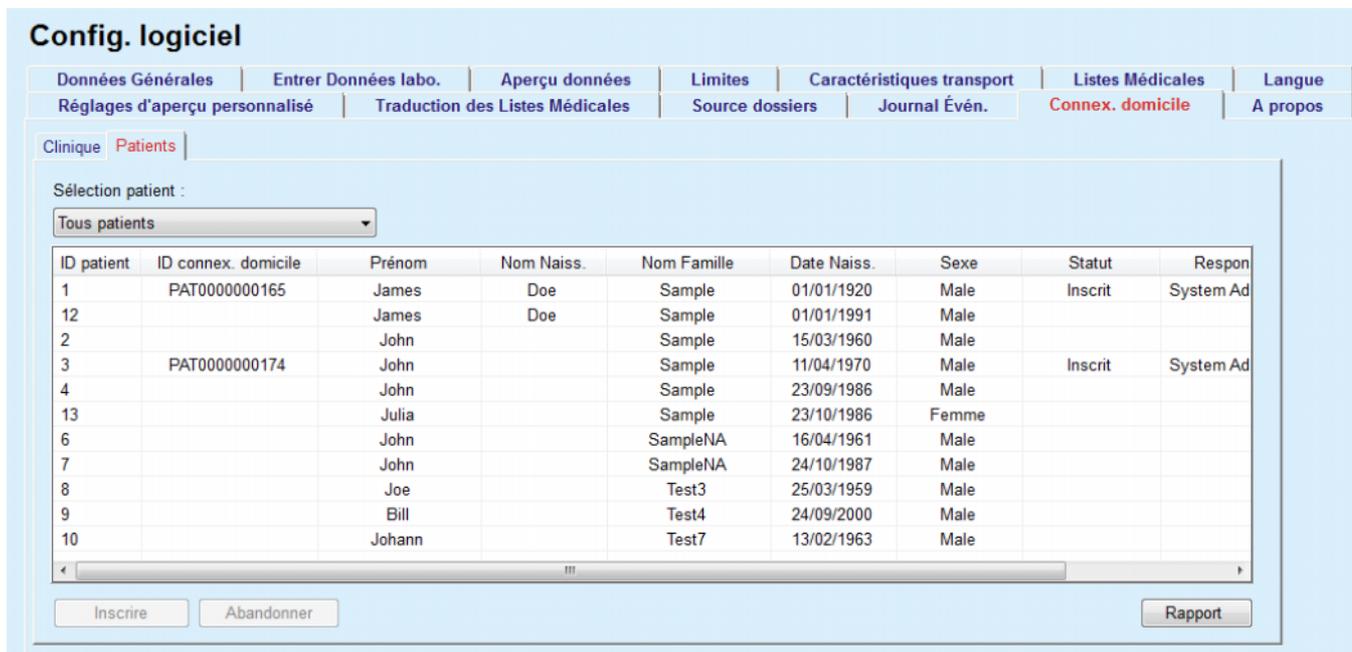


Fig. 3.153 Config. logiciel - Connex. domicile

Le bouton **Rapport** permet d'imprimer un rapport ayant le même contenu que la liste des patients.

3.15.4.10 Réglages d'aperçu personnalisé

L'onglet **Réglages d'aperçu personnalisé** permet de définir le contenu des menus **Aperçu personnalisé** et **Accueil**.

Cliquer sur le bouton **Modif** pour modifier les paramètres, puis cliquer sur **Enr.** ou **Annuler** pour finaliser l'opération. Le bouton **Défaut** définit certains paramètres par défaut.

Fig. 3.154 Config. logiciel - Réglages d'aperçu personnalisé

Le champ **Réglages d'aperçu** permet de sélectionner les paramètres de traitement à afficher dans le menu **Aperçu personnalisé** et la plage de conformité (au-dessus/en dessous des pourcentages prescrits) qui déclenchera une notification de statut au cas où la valeur appliquée d'un paramètre de traitement sélectionné diffère trop de celle prescrite.



Note

Pour certains paramètres vitaux comme le poids, la pression artérielle et le bilan volume, il est possible de définir des limites de notification dépendantes du patient. Voir les sections (voir chapitre 3.11.4.1, page 74), (voir chapitre 3.11.4.3, page 80) et (voir chapitre 3.11.4.5, page 84).

Le champ **Paramètres accueil** permet de sélectionner 4 paramètres de traitement à afficher dans le menu **Accueil**. Les paramètres sont affichés sous forme de liste ou de cases associées, selon l'option **Affich. dialogues/Affich. liste**. Faire un clic droit sur un élément de la liste/case pour sélectionner un certain paramètre de traitement. Le même paramètre ne peut pas être sélectionné plus d'une fois. En outre, il est possible de laisser une cellule vide en sélectionnant <Vide>.

3.15.4.11 Onglet A propos

L'onglet **A propos** offre des informations relatives à la licence et à l'enregistrement du produit PatientOnLine. En fonction de l'édition autonome ou client/serveur, certains paramètres tels que le port et l'adresse FIS ou la chaîne de connexion à la base de données sont disponibles. Dans les éditions autonomes, un simple clic sur le lien **Gère l'enregistrement** permet d'enregistrer le produit.

La licence d'utilisation disponible peut être affichée en cliquant sur le lien **Afficher Licence**.

En cliquant sur le lien **A propos**, une page Information réglementaire contenant diverses informations telles que le logo du produit, la version, le fabricant, la date de fabrication, l'adresse du fabricant, des informations sur l'UDI s'affiche. Si cela est demandé par la réglementation locale, des informations complémentaires relatives aux représentants locaux du fabricant ou de l'importateur peuvent être indiquées.

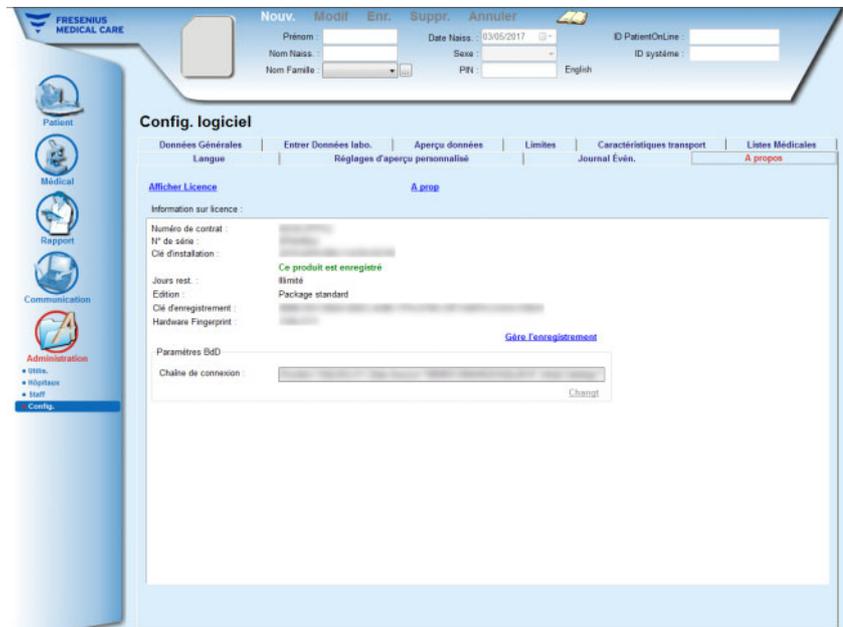


Fig. 3.155 Onglet A propos



Fig. 3.156 Page A propos

4 Glossaire

Ce glossaire explique les termes et abréviations souvent utilisés dans cette documentation. Une brève explication est donnée pour chacun de ces termes :

4.1 Abréviations d'usage courant dans le domaine de l'assurance qualité

- **Paramètres corporels**

SC	Surface corporelle
V	Volume de distribution de l'urée ou eau corporelle totale
nBW	Poids corporel normalisé en fonction de l'eau corporelle totale ($V/0,58$)
IMC	Indice de masse corporelle

- **Fonction rénale**

KrU	Clairance rénale résiduelle de l'urée
KrCr	Clairance rénale résiduelle de la créatinine
GFR	Taux de filtration glomérulaire
FRR	Fonction rénale résiduelle

- **Résultat d'urée**

KpT/V	Clairance péritonéale totale de l'urée par volume de distribution de l'urée
KrT/V	Clairance rénale résiduelle de l'urée par jour par volume de distribution de l'urée
KprT/V	Somme des clairances péritonéales et rénales de l'urée par volume de distribution de l'urée
KprTw/V	Clairance péritonéale totale hebdomadaire de l'urée par volume de distribution de l'urée

● **Résultat Créatinine**

KpT	Clairance péritonéale hebdomadaire de la créatinine par 1,73 m ² de SC
KrT	Clairance rénale résiduelle hebdomadaire de la créatinine par 1,73 m ² de SC
KprT	Somme des clairances péritonéales et rénales hebdomadaires par 1,73 m ² de SC

● **Fonction Péritonéale**

Pt50 Urée	Délai nécessaire pour atteindre 50 % de la valeur d'équilibre pour l'urée du dialysat
Pt50 Créat.	Délai nécessaire pour atteindre 50 % de la valeur d'équilibre pour la créatinine du dialysat
Pt50 Glucose	Délai nécessaire pour atteindre 50 % de la valeur d'équilibre pour le glucose du dialysat
D/P Créatinine	Le rapport dialysat/plasma pour la créatinine, mesuré sur 4 heures après l'instillation
UF max.	L'ultrafiltration obtenue avec une solution hypertonique (4,25 % de glucose), mesurée sur 1 heure après l'instillation
FWT	Transport d'eau libre - la différence entre l'UF max. et l'UF sur les petits pores, obtenue avec une solution hypertonique (4,25 % de glucose), mesurée sur 1 heure après l'instillation
SPUF	L'ultrafiltration due au transport d'eau à travers les petits pores

● **Bilan hydrique**

Bilan volume	Le bilan volume est actuellement utilisé dans l'ensemble de la gamme de produits DP de Fresenius Medical Care. Il décrit la quantité de liquide que le patient a perdu lors de la séance de dialyse. Il est calculé en soustrayant les volumes d'infusion des volumes de drainage de la séance de traitement. Pour plus d'informations, voir l'annexe (voir chapitre 5.3, page 254).
UF	Le volume d'ultrafiltration (UF) décrit la quantité de liquide qui a été drainée du patient pendant le traitement par dialyse. L' UF est lié au bilan volume par un changement de signe. Pour plus d'informations, voir l'annexe (voir chapitre 5.2, page 251).
Volume total drainé	Le volume total drainé quotidien (24 h) saisit les contributions en volume de chaque section d'une modalité de traitement DP entreprise par le patient et le volume d'urine sur 24 h. Pour plus d'informations, voir l'annexe (voir chapitre 5.2, page 251).

●	Glucose	
	TGA	Absorption totale de glucose par jour
	TCal	Apport calorifique du glucose par jour
	nCal	Apport calorifique par kg de poids corporel par jour
●	Na épuré	
	Na	Sodium
	NaCl	Sel
●	Bilan protidique	
	PCR	Taux de catabolisme protéique
	nPCR	Taux de catabolisme protéique normalisé (PCR/nBW)
	DPL	Perte protéique dans le dialysat
	nDPL	Perte protéique normalisée dans le dialysat (DPL/nBW)
	UPL	Perte protéique dans l'urine
	nUPL	Perte protéique normalisée dans l'urine (UPL/nBW)
	TPL	Perte protéique totale
	nTPL	Perte protéique totale normalisée (TPL/nBW)
	DPR	Apport protéique alimentaire
	nDPR	Apport protéique alimentaire normalisé (DPR/nBW)
●	Génération de Créatinine	
	GCr	Taux de production de créatinine
	GCr estimée	GCr estimée basée sur des données publiées relatives à la GCr en fonction de l'âge et du sexe. Cela représente le taux de génération de créatinine en fonction de la masse musculaire.
	GCr effective	Déterminée à partir de la clairance totale de la créatinine (péritonéale et rénale) plus la clairance estimée de la créatinine intestinale multipliée par la créatinine sérique divisée par le poids corporel.
	% Déviation	$((\text{GCr effective} - \text{GCr estimée}) / \text{GCr estimée}) * 100$ Une valeur supérieure à + 40 % suggère que le patient n'effectue peut-être pas régulièrement tous les échanges/cycles prescrits.

● **Masse maigre**

LBM	Masse maigre
LBM estimée	Déterminée directement à partir de la GCr estimée, sur la base des corrélations signalées entre la teneur en potassium du corps entier et la GCr.
LBM effective	Déterminée directement à partir de la GCr effective, sur la base des corrélations signalées entre la teneur en potassium du corps entier et la GCr.
% Déviation	$((\text{LBM effective} - \text{LBM estimée}) / \text{LBM estimée}) * 100$ Une déviation positive de la LBM soulève la question de la conformité à la prescription DP.

● **Statut métabolique**

EREE	Dépense énergétique au repos estimée
nEREE	Dépense énergétique au repos normalisée estimée (par poids corporel)
GA/EREE	Rapport entre l'équivalent énergétique de l'absorption totale de glucose (en kcal/jour) et la dépense énergétique au repos estimée (en kcal/jour)

4.2 Abréviations utilisées

Abréviation	Signification
DPA	Dialyse péritonéale automatisée
ECA	Enzyme de conversion de l'angiotensine
ATII	Angiotensine II
IMC	Indice de masse corporelle
SC	Surface corporelle
Urée	Azote uréique sanguin
DPCA	Dialyse péritonéale continue ambulatoire
CA	Antigène de cancer
IRC	Insuffisance rénale chronique
CRC	Contrôle de redondance cyclique
CRP	Protéine C réactive
BdD	Base de données

Abréviation	Signification
DOQI	Dialysis Outcome Quality Initiative (Initiative sur la qualité des résultats de la dialyse)
DPL	Perte protéique dans le dialysat
DPR	Apport protéique alimentaire
SGBD	Système de gestion de bases de données
EDTA	European Dialysis and Transplant Association (Association européenne de dialyse et de transplantation)
EREE	Dépense énergétique au repos estimée
IRCT	Insuffisance rénale chronique terminale
FME	Fresenius Medical Care
FWT	Transport d'eau libre
RGPD	Réglementation générale sur la protection des données
GFR	Taux de filtration glomérulaire
GUI	Interface utilisateur graphique
HMG-CoA	3-Hydroxy-3-Methylglutaryl Coenzyme A
ICD	Classification internationale des maladies
CITE	Classification internationale type de l'éducation
K/DOQI	Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (Initiative sur la qualité des résultats des traitements des maladies rénales)
LAN	Local Area Network (Réseau local)
LBM	Masse maigre
NBW	Poids corporel normalisé
NPCR	Taux de catabolisme protéique normalisé
PC	Ordinateur de bureau
PCR	Taux de catabolisme protéique
DP	Dialyse péritonéale
PDF	Portable Data Format
PET	Test d'équilibration péritonéale
PFT	Exploration fonctionnelle péritonéale
PIN	Numéro d'identification personnel
POL	PatientOnLine

Abréviation	Signification
PTH	Parathormone
AQ	Assurance qualité
FRR	Fonction rénale résiduelle
TRR	Traitement de remplacement rénal
RTF	Rich Text Format
SPUF	Ultrafiltration des petits pores
ECT	Eau corporelle totale
TGA	Absorption totale de glucose
TPL	Perte protéique totale
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UPL	Perte protéique dans l'urine
WCCF	Facteur de concentration des déchets
XML	Extended Markup Language

5 Annexe

5.1 Explications complémentaires de la terminologie relative aux volumes

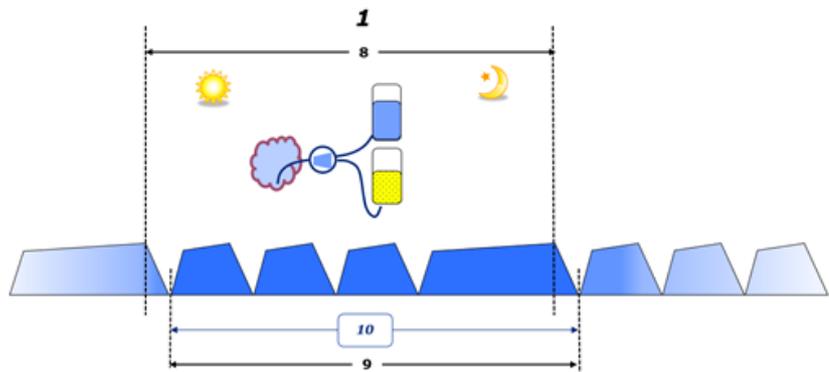
- **Bilan volume**

Le terme **bilan volume** est actuellement utilisé dans plusieurs systèmes de la gamme de produits DP de Fresenius Medical Care. Ce terme fait référence au point de vue du patient. Par conséquent, le liquide net (ultrafiltrat) **drainé** par le processus de traitement DP est considéré comme une **diminution** du poids corporel du patient. Le **bilan volume** dans la gamme de produits DP Fresenius est défini ainsi :

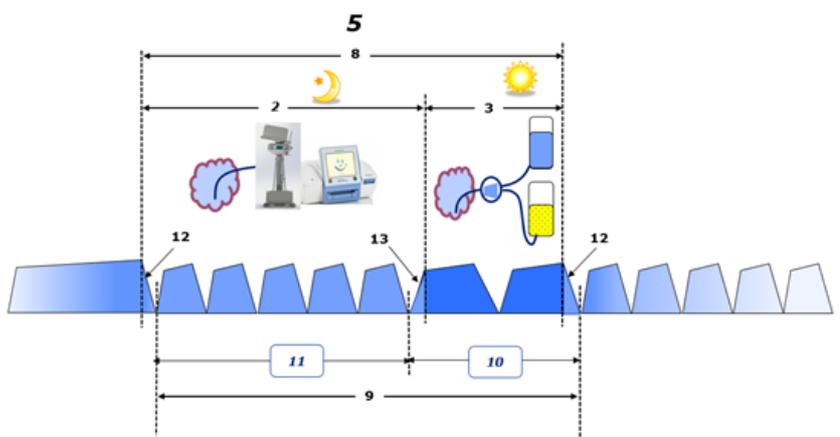
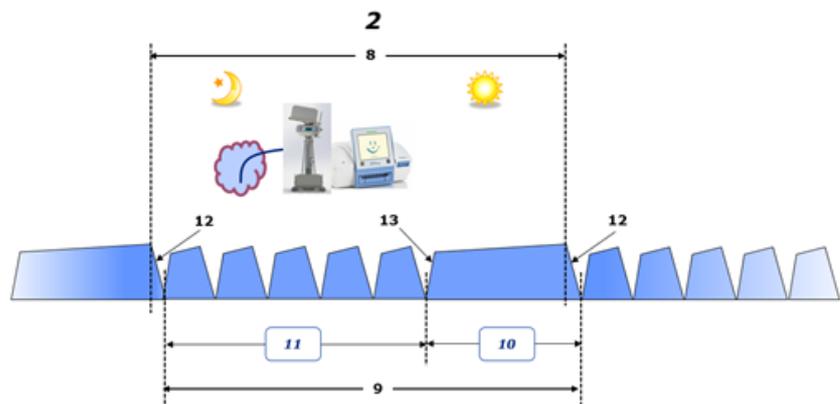
Bilan volume = volume d'infusion total – volume de drainage total

Le **volume d'infusion total** et le **volume de drainage total** sont déterminés pour une modalité de traitement DP donnée. Il s'agit de la somme des volumes d'infusion et de drainage apportés par chaque cycle/échange du traitement au cours d'une période spécifique du traitement DP.

1. DPCA
2. DPA
3. Échanges manuels
4. Fonction rénale
5. DPA et échanges manuels
6. DPCA et fonction rénale
7. DPA, échanges manuels et fonction rénale
8. Durée de traitement (24 h)
9. Période de rapport (24 h)
10. Diagramme -> POL
11. Cycleur DPA -> POL
12. Drainage initial (cycleur assisté)
13. Dernière infusion (cycleur assisté)
14. DPCA UF
15. DPA UF
16. Échanges manuels UF
17. Volume d'urine
18. Volume total drainé quotidien (24 h)



– Dans la DPCA, les volumes d'infusion et de drainage sont indiqués dans le schéma de traitement du patient. Lorsque les données du schéma de traitement sont saisies manuellement dans POL, il est possible de procéder à des analyses supplémentaires, comme le calcul du bilan volume.



– Dans les traitements DP effectués uniquement par un cycleur DPA comme le DPCC ou dans les traitements DP où des combinaisons de DPA et d'échanges manuels sont impliquées comme le DP-Plus :

- Le **bilan volume** pour la période entre la fin du drainage initial et le début de la dernière infusion est communiqué par le cycleur DPA.
- Le **bilan volume** pour la période entre le début de la dernière infusion et la fin du drainage initial est saisi par le diagramme du patient.
- Le **bilan volume** rapporté par le cycleur DPA et saisi sur le diagramme du patient peut être regroupé dans POL pour une analyse plus approfondie.

À la fin d'une **modalité de traitement DP**, lorsqu'il est déterminé qu'un volume net de liquide a été **drainé** du patient, un signe négatif est apposé au **bilan volume** rapporté, par exemple -1357 ml.

À la fin d'une **modalité de traitement DP**, lorsqu'il est déterminé qu'un volume net de liquide a été **apporté** au patient, un signe positif est apposé au **bilan volume**, par exemple +308 ml.

● Volume d'ultrafiltration

Le **volume d'ultrafiltration (UF)** est le terme clinique largement utilisé dans toutes les formes de thérapies de substitution rénale pour la gestion de l'état des liquides d'un patient. L'UF est défini ainsi :

UF = volume total de drainage – volume total d'infusion

Le **volume total d'infusion** et le **volume total de drainage** sont déterminés comme la somme des volumes d'infusion et de drainage apportés par chaque cycle du traitement au cours d'une période de 24 heures.

À la fin d'une **modalité de traitement DP**, lorsqu'il est déterminé qu'un volume net de liquide (ultrafiltrat) a été **drainé** du patient, un **signe positif** est apposé à l'**UF**, par exemple 1357 ml.

À la fin d'une **modalité de traitement DP**, lorsqu'il est déterminé qu'un volume net de liquide a été **apporté** au patient, un **signe négatif** est apposé à l'**UF**, par exemple -308 ml. Parmi le liquide **apporté**, une partie de ce liquide peut continuer à rester dans la cavité péritonéale (volume résiduel dans la cavité péritonéale) alors que le reste est **absorbé** dans le système circulatoire via le système lymphatique et les capillaires péritonéaux.

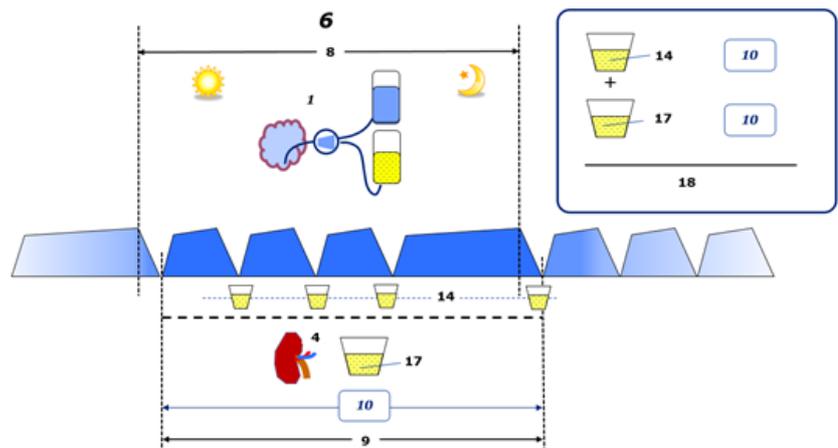
Le **volume d'ultrafiltration (UF)** et le **bilan volume** sont liés par un changement de signe. Par conséquent,

UF = - bilan volume

Par exemple, si **bilan volume = -1357 ml**, alors **UF = +1357 ml**

● Volume total drainé quotidien (24 h)

Le **volume total drainé quotidien (24 h)** saisit les contributions en volume de chaque section d'une **modalité de traitement DP** entreprise par le patient et le **volume d'urine** sur 24 h selon les figures ci-dessous.

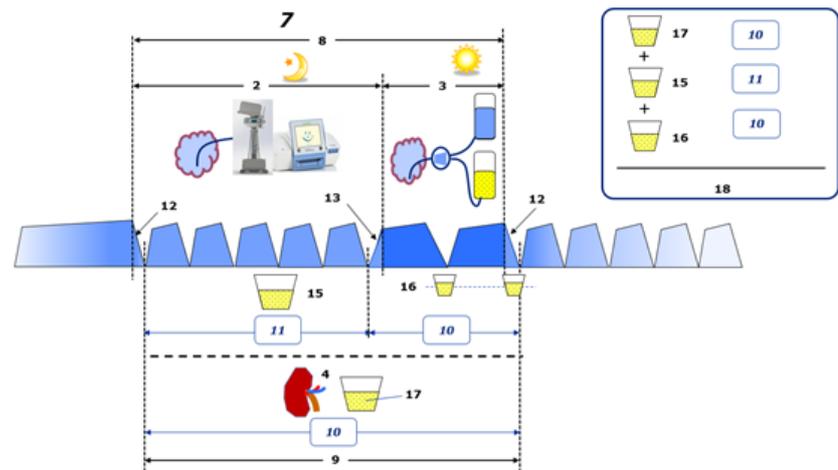


Voir la légende du diagramme page 248.

Dans la DPCA, le **volume total drainé quotidien (24 h)** est calculé ainsi :

Volume total drainé quotidien (24 h) = DPCA UF + volume d'urine

Par exemple, si DPCA UF = 1428 ml et volume d'urine = 327 ml, alors **volume total drainé quotidien (24 h) = 1755 ml.**



Voir la légende du diagramme page 248.

Dans les traitements DP impliquant uniquement la DPA comme la DPCC, le **volume total drainé quotidien (24 h)** est calculé ainsi :

Volume total drainé quotidien (24 h) = DPA UF + volume d'urine

Par exemple, si DPA UF = 1406 ml et volume d'urine = 327 ml, alors **volume total drainé quotidien (24 h) = 1733 ml.**

Dans les traitements DP impliquant la DPA ET les échanges manuels, le **volume total drainé quotidien (24 h)** est calculé ainsi :

Volume total drainé quotidien (24 h) = DPA UF + échanges manuels UF + volume d'urine

Par exemple, si DPA UF = 1406 ml, échanges manuels UF = 423 ml et volume d'urine = 131 ml, alors **volume total drainé quotidien (24 h) = 1960 ml.**

● Utilisation clinique des termes bilan volume et balance des liquides

Dans la pratique clinique quotidienne, les termes tels que le bilan volume ou la balance des liquides se rapportent habituellement à la différence entre l'apport de liquide total et la perte de liquide totale sur une période donnée, souvent 24 heures. Le patient est considéré en état stable si l'apport et la perte de liquide totaux sont « équilibrés ».

L'apport de liquide total est généralement difficile à mesurer alors qu'il est possible de déterminer la perte de liquide totale avec une précision raisonnable. La plupart de la perte de liquide totale est représentée par le volume total drainé quotidien (24 h) comme décrit ci-dessus, mais les pertes (respiration et transpiration) et la teneur en liquide des selles ne sont pas incluses.

Pour davantage de clarification, nous soulignons que l'utilisation du terme **bilan volume** dans le cadre de la gamme de produits DP de Fresenius Medical Care s'applique **uniquement au processus de traitement DP**. L'utilisation clinique du terme **bilan volume** se réfère à une vision globale du patient et a donc une signification différente de **bilan volume** tel qu'utilisé dans la gamme de produits DP de Fresenius Medical Care.

5.2 Références relatives à l'Assurance Qualité et à l'Optimis.

1. Bergström J., Fürst P., Alvestrand A., Lindholm B., "Protein and energy intake, nitrogen balance and nitrogen losses in patients treated with continuous ambulatory peritoneal dialysis", *Kidney International*, 1993, Vol. 44, p. 1048-1057.
2. Bergström J., Heimbürger O., Lindholm B., "Calculation of the protein equivalent of the total nitrogen appearance from urea appearance. Which formulas should be used?", *Peritoneal Dialysis International*, 1998, Vol. 18, p. 467-473.
3. Biesen W. van, Heimbürger O., Krediet R., Rippe B., La Milia V., Covic A., Vanholder R., "ERBP Working Group on Peritoneal Dialysis. Evaluation des caractéristiques de la membrane péritonéale : Clinical Advice for Prescription Management by the ERBP Working group", *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2010, Vol. 25, p. 2052-2062.
4. Borah M.F., Schoenfeld P.Y., Gotch F.A., Sargent J.A., Wolfson M., Humphreys M.H., "Nitrogen balance during intermittent dialysis therapy of uremia", *Kidney International*, 1978, Vol. 14, p. 491-500.
5. Chertow, G.M., Lazarus, J.M., Lew Nancy L., Ma L., Lowrie E.G., "Development of a population specific regression equation to estimate total body water in hemodialysis patients", *Kidney International*, 1997, Vol. 51, p. 1578-1582.
6. Cockcroft D.W., Gault M.H., "Prediction of creatinine clearance from serum creatinine", *Nephron*, 1976, Vol. 16, p. 31-41.
7. Daugirdas J.T., Blake P.G., Ing T.S. (éd.), "Handbook of Dialysis", 3e édition, 2001, Lippincott Williams & Wilkins.

8. Diaz-Buxo J.A., Gotch F.A., Folden T., Rosenblum S., Zazra J., Lew N., Crawford T., Youngblood B., Pesich A., Lazarus J.M., "Peritoneal dialysis adequacy: A model to assess feasibility with various modalities", *Kidney International*, 1999, Vol. 6, p. 2493-2501.
9. Du Bois D., Du Bois E.F., "A formula to estimate the approximate surface area if height and weight be known", *Archives of Internal Medicine*, 1916, Vol. 17, p. 863-871.
10. Fischbach M., Issad B., Dubois V., Taamma R., "The beneficial influence of the effectiveness of automated peritoneal dialysis of varying the dwell time (short/long) and fill volume (small/large): a randomized controlled trial", *Peritoneal Dialysis International*, 2011, Vol. 31, p. 450-458.
11. Fischbach M., Lahlou A., Eyer D., Desprez P., Geisert J., "Determination of individual ultrafiltration time (APEX) and purification phosphate time by peritoneal equilibration test: application to individual peritoneal dialysis modality prescription in children", *Peritoneal Dialysis International*, 1996, Vol. 16, Suppl. 1, p. S557-S560.
12. Fischbach M., Zaloszc A., Schaefer B., Schmitt C., "Adapted Automated Peritoneal Dialysis", *Advances in Peritoneal Dialysis*, 2014, Vol. 30, p. 94-97.
13. Fischbach M., Zaloszc A., Schaefer B., Schmitt C., "Optimizing peritoneal dialysis prescription for volume control: the importance of varying dwell time and dwell volume", *Pediatric Nephrology*, 2014, Vol. 29 (8), p. 1321-1327.
14. Forbes G.B., Bruining G.J., "Urinary Creatinine Excretion and Lean Body Mass", *American Journal of Clinical Nutrition*, 1976, Vol. 29, p. 1359-1366.
15. Friis-Hansen B.J., "Changes in body water during growth", *Acta Paediatrica*, 1957, Vol. 46, Annexe 110, p. 1-68.
16. Gehan E.A., George S.L., "Estimation of human body surface area from height and weight", *Cancer Chemotherapy Reports*, 1970, Vol. 54 (4), p. 225-235.
17. Gotch F.A., "Dependence of normalized protein catabolic rate on Kt/V in continuous ambulatory peritoneal dialysis: not a mathematical artifact", *Peritoneal Dialysis International*, 1993, Vol. 13, p. 173-175.
18. Gotch F.A., Keen M.L., Panlilio F., "The PT50 glucose can greatly improve modelling of prescribed fluid removal in peritoneal dialysis", *Peritoneal Dialysis International*, 1996, Vol. 16, Annexe 2, p. S7.
19. Gotch F.A., Keen, M.L., "Kinetic Modelling in Peritoneal Dialysis", in Nissenson A.R., Fine R.N., Gentile D.E. (Éd.) : *Clinical Dialysis*, 3rd edition, Apleton & Lange, Norwalk CT, 1995, p. 343-375.
20. Gotch F.A., Lipps B.J., "PACK PD : A Urea Kinetic Modeling Computer Program for Peritoneal Dialysis", *Peritoneal Dialysis International*, 1997, Vol. 17, Annexe 2, p. S126-S130.

21. Gotch F.A., Lipps B.J., Keen M.L., Panlilio F., "Computerized urea kinetic modeling to prescribe and monitor delivered Kt/V (pKt/V, dKt/V) in peritoneal dialysis. Fresenius Randomized Dialysis Prescriptions and Clinical Outcome Study (RDP/CO)". *Advances in Peritoneal Dialysis*, 1996, Vol. 12, p. 43-5.
22. Haycock G.N., Schwartz G.J., Wisotsky D.H., "Geometric method for measuring body surface area : A height-weight formula validated in infants, children and adults", *Journal of Pediatrics*, 1978, Vol. 93, p. 62-66.
23. Hodzic E., Rasic S., Klein C., Covic A., Unsal A., Cunquero J.M.G., Prischl F.C., Gaulty A., Kalicki R.M., Uehlinger D.E., "Clinical Validation of a Peritoneal Dialysis Prescription Model in the PatientOnLine Software", *Artificial Organs*, 2016, Vol. 40 (2), p. 144-152.
24. Hume R., Weyers E., "Relationship between total body water and surface area in normal and obese subjects", *Journal of Clinical Pathology*, 1971, Vol. 24, p. 234-238.
25. La Milia V., Di Filippo S., Crepaldi M., Del Vecchio L., Dell'Oro C., Andrulli S., Locatelli F., "Mini-peritoneal equilibration test: A simple and fast method to assess free water and small solute transport across the peritoneal membrane", *Kidney International*, 2005, Vol. 68, p. 840-846.
26. La Milia V., Limardo M., Virga G., Crepaldi M., Locatelli F., "Simultaneous measurement of peritoneal glucose and free water osmotic conductances", *Kidney International*, 2007, Vol. 72, p. 643-650.
27. Lindahl S., Okmian L., "Bedside calculation of body surface area for infants and children", *Critical Care Medicine*, 1981, Vol. 9, p. 778-779.
28. Mellits E.D., Cheek D.B., "The assessment of body water and fatness from infancy to adulthood", *Monographs of Society for Research in Child Development*, 1970, Vol. 35, p. 12-26.
29. Mitch W.E., Collier V.U., Walser M., "Creatinine Metabolism in Chronic Renal Failure", *Clinical Science*, 1980, Vol. 58, p. 327-335.
30. Mitch W.E., Walser M., "A Proposed Mechanism for Reduced Creatinine Excretion In Severe Chronic Renal Failure", *Nephron*, 1978, Vol. 21, p. 248-254.
31. Morgenstern B.Z., Mahoney D.W., Warady B.A., "Estimating Total Body Water in Children on the Basis of Height and Weight : A Reevaluation of the Formulas of Mellits and Cheek", *Journal of the American Society for Nephrology*, 2002, Vol. 13, p. 1884-1888.
32. Morgenstern B.Z., Wühl E., Sreekumaran Nair K., Warady B.A., Schaefer F., "Anthropometric Prediction of Total Body Water in Children Who Are on Pediatric Peritoneal Dialysis", *Journal of the American Society for Nephrology*, 2006, Vol. 17, p. 285-293.
33. Mosteller R.D., "Simplified calculation of body surface area", *New England Journal of Medicine*, 1987, Vol. 317 (17), p. 1098.
34. Mujais S., Vonesh E., "Profiling of Peritoneal Ultrafiltration", *Kidney International*, 2002, Vol. 62, Annexe 81, p. S17-S22.

35. Randerson D.H., Chapman G.V., Farrell P.C., "Amino acids and dietary status in CAPD patients", in Atkins R.C., Thomson N.M., Farrell P.C. (Éd.) : Peritoneal Dialysis. Edinburgh, UK, Churchill Livingstone, 1981, p. 179-191.
36. Sargent J.A., Gotch F.A., "Principles and Biophysics of Dialysis", in Drukker W., Parsons F.M., Maher J.F. (Éd.) : Replacement of Renal Function by Dialysis: A textbook of dialysis, 2nd ed., Martinus Nijhoff Publishers, Kluwer Academic, 1983, p. 102.
37. Shanbhogue L.K., Bistran B.R., Swenson S., Blackburn G.L., "Twenty-four hour urinary creatinine: a simple technique for estimating resting energy expenditure in normal population and the hospitalized patients", Clinical Nutrition, 1987, Vol. 6, p. 221-225.
38. Twardowski Z.J., Nolph K.D., Khanna R., Prowant B.F., Ryan L.P.; Moore H.L., Nielsen M.P., "Peritoneal Equilibration Test", Peritoneal Dialysis Bulletin, 1987, Vol. 7, p. 138-147.
39. Twardowski Z.J., Khanna R., Nolph K.D., "Peritoneal Dialysis Modifications to Avoid CAPD Drop-Out", Advances in Peritoneal Dialysis, 1987, Vol. 3, p. 171-178.
40. Uehlinger D.E., Fischer A., Caravaca F., Corciulo F., Russo R., Feriani M., Popescu A., Muscă G., Diga M., Burkhardt G., Gauly A., "Validation of the Kinetic Modeling Function of the PatientOnLine Software", EuroPD - 7th European Peritoneal Dialysis Meeting, Prague, Czech Republic, 2005, Poster P-39, Preprints, p. 79.
41. Waniewski J., Heimbürger O., Werynski A., Lindholm B., "Aqueous Solute Concentrations and Evaluation of Mass Transport Coefficients in Peritoneal Dialysis", Nephrology Dialysis Transplantation, 1992, Vol. 7, p. 50-56.
42. Watson, P.E., Watson, I.D., Batt, R.D., "Total body water volumes for adult males and females estimated from simple anthropometric measurements", American Journal of Clinical Nutrition, 1980, Vol. 33, p. 27-39.
43. Wells J.C.K., Fewtrell M.S., Davies P.S.W., Williams J.E., Coward W.A., Cole T.J., "Prediction of total body water in infants and children", Archives of Diseases in Childhood, 2005, Vol. 90, p. 965-971.

5.3 Symboles

Conformément aux exigences légales et normatives applicables, les symboles suivants sont utilisés dans le menu A propos ou sur la plaque signalétique :

Symbole	Description
	Suivre le manuel d'utilisation
	Marquage CE
	Fabricant
	Serial Number (Numéro de série)
	Medical Device (Dispositif médical)
	Unique Device Identification (Identification unique du dispositif)

5.4 Instructions d'utilisation de « logiciels libres »

Contents

- A. **Medical software application – “Free software”**
- B. **Note required according to Regulation (EU) 2017/745 on Medical Devices**
- C. **Information and remarks on the free software contained in the PatientOnLine device**

A. Medical software application device – “Free software”

In addition to other software, the medical software application device contains what is called “free software” which is subject to license conditions deviating from those of the proprietary software protected for Fresenius Medical Care and their licensors. Some of the license conditions pertaining to such free software provide that Fresenius Medical Care is authorized to distribute the medical software application device only if the accompanying documentation contains special information and notes, supplies license conditions and/or provides the source code of such free software. Fresenius Medical Care meets these requirements by providing the copyright notices, remarks and license texts contained in Section C. below. Please note that, if such information is printed in two languages, the English version has priority. However, the privileges granted by copyright according to Section C. and the license texts contained therein, which relate to such free software, do not include the right to make modifications to the medical software application device and subsequently continue use of the device with these modifications. On the contrary, the Regulation (EU) 2017/745 on Medical Devices prohibits any further operation of the medical software application device once the software contained therein has been modified, because any medical device may only be operated in the form certified. For this reason, Section B. contains an appropriate note. Applicable regulations in other countries can contain similar statements.

In such a case, Fresenius Medical Care will stop any further technical support for the device involved. In addition, such modifications and/or manipulations may result in the extinction of warranty claims against Fresenius Medical Care or other vendors of the medical software application device in the event a claim has arisen or might arise in respect thereto. Any utilization of the free software contained in the medical software application device in a manner other than that required during proper operation of the system will be solely at your own risk. Please also note that the powers listed in Section C. apply only to the “free software” mentioned therein. Any other software contained in the medical software application device is protected by copyright for the benefit of Fresenius and their licensors and may be used only as intended for the medical software application device.

You can also download these license conditions from the Internet.

B. Note required according to Regulation (EU) 2017/745 on Medical Devices

Any modification to the software contained in this medical device may result in the medical device losing its conformity with the regulations of the Regulation (EU) 2017/745 on Medical Devices and in losing its right to bear the CE mark. Anyone operating a medical device without a valid CE mark according to the Regulation (EU) 2017/745 on Medical Devices. is liable to be prosecuted. In addition, anyone modifying the software contained in this medical device or allowing such a modification will also be subject to product liability against third parties who might be injured.

C. Information and remarks on the free software contained in the PatientOnLine device

BouncyCastle.Crypto

Bouncy Castle Crypto
Copyright (C) 2000-2017 The Legion of the Bouncy Castle Inc.

zlib

Zlib
Copyright (C) 1995-2013 Jean-Loup Gailly and Mark Adler

1. Bouncy Castle Crypto

LICENSE

Copyright (c) 2000 - 2017 The Legion of the Bouncy Castle Inc. (<http://www.bouncycastle.org>)

Permission is hereby granted, free of charge, to any person obtaining a copy of this software and associated documentation files (the “Software”), to deal in the Software without restriction, including without limitation the rights to use, copy, modify, merge, publish, distribute, sublicense, and/or sell copies of the Software, and to permit persons to whom the Software is furnished to do so, subject to the following conditions:

The above copyright notice and this permission notice shall be included in all copies or substantial portions of the Software.

THE SOFTWARE IS PROVIDED “AS IS”, WITHOUT WARRANTY OF ANY KIND, EXPRESS OR IMPLIED, INCLUDING BUT NOT LIMITED TO THE WARRANTIES OF MERCHANTABILITY, FITNESS FOR A PARTICULAR PURPOSE AND NONINFRINGEMENT. IN NO EVENT SHALL THE AUTHORS OR COPYRIGHT HOLDERS BE LIABLE FOR ANY CLAIM, DAMAGES OR OTHER LIABILITY, WHETHER IN AN ACTION OF CONTRACT, TORT OR OTHERWISE, ARISING FROM, OUT OF OR IN CONNECTION WITH THE SOFTWARE OR THE USE OR OTHER DEALINGS IN THE SOFTWARE.

2. zlib

Copyright (C) 1995-2013 Jean-Loup Gailly and Mark Adler

This software is provided 'as-is', without any express or implied warranty. In no event will the authors be held liable for any damages arising from the use of this software. Permission is granted to anyone to use this software for any purpose, including commercial applications, and to alter it and redistribute it freely, subject to the following restrictions:

1. The origin of this software must not be misrepresented; you must not claim that you wrote the original software. If you use this software in a product, an acknowledgment in the product documentation would be appreciated but is not required.
2. Altered source versions must be plainly marked as such, and must not be misrepresented as being the original software.
3. This notice may not be removed or altered from any source distribution.

