

PatientOnLine



Istruzioni per l'uso

Versione software: 6.3
Edizione: 08B-2022
Data di pubblicazione: 2023-05
Cod. art.: F50012047



Indice

1	Informazioni importanti	9
1.1	Come utilizzare le Istruzioni per l'Uso	9
1.2	Significato del simbolo Attenzione	10
1.3	Significato delle note	10
1.4	Significato dei suggerimenti	10
1.5	Etichetta identificativa	11
1.6	Descrizione del programma	11
1.7	Scopo previsto	11
1.7.1	Uso medico e indicazione medica	11
1.7.2	Popolazione di pazienti prevista	12
1.7.3	Gruppo di utenti previsto e ambiente previsto	12
1.8	Effetti collaterali	12
1.9	Controindicazioni	12
1.10	Interazioni con altri sistemi	12
1.11	Limitazioni della terapia	12
1.12	Ambiente informatico	13
1.13	Obblighi dell'organizzazione responsabile	13
1.14	Responsabilità dell'operatore	13
1.15	Limitazione di responsabilità	14
1.16	Garanzia/Impegno	14
1.17	Avvisi	14
1.17.1	Utilizzo del PatientOnLine	14
1.18	Segnalazione di incidenti gravi	15
1.19	Certificati	15
1.20	SVHC (REACH)	15
1.21	Normative sullo smaltimento	15
1.22	Indirizzi	16
1.23	Regolamento generale sulla protezione dei dati (GDPR)	16
1.23.1	Uso conforme al GDPR	16
1.23.2	Elaborazione dei dati personali del paziente in PatientOnLine	17
1.23.3	Voce di menu specifica per il GDPR	18
2	Installazione	19
2.1	Requisiti hardware e software	19
2.2	Installazione	19

3	Funzionamento	21
3.1	Apertura PatientOnLine	21
3.2	Chiusura PatientOnLine	24
3.3	Funzioni e caratteristiche principali dell'applicazione PatientOnLine	25
3.3.1	Layout della finestra dell'applicazione	25
3.4	Status Paziente (Panoramica)	28
3.5	Clinica (Panoramica)	29
3.6	Report (Panoramica)	30
3.7	Comunicazione (Panoramica)	30
3.8	Gestione (Panoramica)	31
3.9	Note informative sull'utilizzo	32
3.9.1	Modifica Record	32
3.9.2	Guida	33
3.9.3	Convenzioni Tipografiche	34
3.10	Riquadro paziente	35
3.10.1	Voce di menu Nuovo	36
3.10.2	Menu Modifica	37
3.10.2.1	Pulsante di selezione	38
3.10.3	Riquadro paziente in caso di EDBMS	39
3.11	Status Paziente	40
3.11.1	Dati Demografici	40
3.11.1.1	Scheda Dati demografici	41
3.11.1.2	Scheda Indirizzi	41
3.11.1.3	Scheda Status Professionale	42
3.11.1.4	Scheda Ambiente Abitativo	43
3.11.1.5	Scheda Mobilità	43
3.11.1.6	Scheda Capacità Visiva	43
3.11.1.7	Scheda Manualità Fine	43
3.11.1.8	Scheda Supporto	43
3.11.1.9	Scheda Training	44
3.11.1.10	Scheda Visite Domiciliari	44
3.11.2	Diagnosi & Terapia	44
3.11.2.1	Scheda ESRD	45
3.11.2.2	Scheda Comorbidità	47
3.11.2.3	Scheda RRT (Terapia Sostitutiva Renale)	49
3.11.2.4	Scheda Catetere	50
3.11.2.5	Scheda Terapia Abituale	53
3.11.2.6	Scheda Allergie	56
3.11.2.7	Scheda Ulteriori Informazioni	57
3.11.3	Tunnel & Peritoniti	59
3.11.3.1	Scheda Infezione Exit Site/Tunnel	59
3.11.3.2	Scheda Peritoniti	64
3.11.3.3	Scheda Classificazione Exit Site	67
3.11.4	Dati Clinici	70
3.11.4.1	Scheda Peso	70
3.11.4.2	Altezza	73
3.11.4.3	Scheda pressione arteriosa	76
3.11.4.4	Scheda Bilancio volumi	79
3.11.4.5	Scheda BCM	80
3.11.4.6	Scheda Amputazione	82

3.11.4.7	Scheda Status Tampone Nasale	84
3.11.4.8	Scheda Ulteriori Dati di Lab.	85
3.11.4.9	Scheda Commento	90
3.11.5	Ospedalizzazione	92
3.12	Clinica	96
3.12.1	Sistema & Limiti	96
3.12.1.1	Scheda Sistema	97
3.12.1.2	Scheda Limiti	99
3.12.2	Prescrizione DP	102
3.12.2.1	Scheda Panoramica	108
3.12.2.2	Scheda APD con sottoscheda Info APD	109
3.12.2.3	Scheda APD con sottoscheda Sacche	109
3.12.2.4	Scheda CAPD	109
3.12.2.5	Scheda Info	110
3.12.3	Analisi Trattamento	127
3.12.3.1	Note generali	127
3.12.3.2	Protocollo di trattamento CAPD	129
3.12.3.3	Scheda Informazioni Generali	130
3.12.3.4	Scheda Trattamento Prescritto	131
3.12.3.5	Scheda Trattamento Effettuato	131
3.12.3.6	Scheda Risultati (<i>sleep•safe</i>)	131
3.12.3.7	Scheda Allarmi (<i>sleep•safe</i>)	131
3.12.3.8	Scheda Commenti (tutti i dispositivi)	132
3.12.3.9	Scheda Grafici (<i>sleep•safe</i>)	133
3.12.3.10	Statistiche di Trattamento	133
3.12.3.11	Analisi Trattamento - <i>sleep•safe harmony</i>	136
3.12.3.12	Analisi Trattamento - SILENCIA	137
3.12.4	Quality Assurance	139
3.12.4.1	Background clinico	139
3.12.4.2	Menu Quality Assurance	145
3.12.5	Modeling	153
3.12.5.1	Background clinico	153
3.12.5.2	Avviare una sessione di Modeling	154
3.12.5.3	Modeling: Scegliendo la prescrizione	155
3.12.5.4	Area Parametri Paziente	157
3.12.5.5	Area Risultati della Terapia Prescritta	158
3.12.5.6	Area Prescrizione Personalizzata	159
3.12.5.7	Modeling: Scegliendo i targets dialitici	160
3.13	Report	163
3.13.1	Report	163
3.13.1.1	Scheda Dati demografici	165
3.13.1.2	Scheda Diagnosi & Terapia	166
3.13.1.3	Scheda Tunnel & Peritoniti	166
3.13.1.4	Scheda Dati Clinici	166
3.13.1.5	Scheda Ospedalizzazione	166
3.13.1.6	Scheda Staff Ospedaliero	167
3.13.1.7	Scheda Moduli Raccolta Dati	167
3.13.1.8	Visite Domiciliari	167
3.13.2	Statistiche	168
3.13.2.1	Note generali	168
3.13.2.2	Scheda Paziente Attuale	168
3.13.2.3	Scheda Gruppo di Pazienti	170
3.13.3	Panoramica personal	178
3.13.4	Pannello	179

3.14	Comunicazione	181
3.14.1	Scheda Paziente.....	181
3.14.1.1	Note generali.....	181
3.14.1.2	Scheda Importa Scheda Paziente.....	181
3.14.1.3	Scheda Crea Scheda Paziente	185
3.14.2	Patient Card Plus.....	188
3.14.2.1	Importare Patient Card Plus	188
3.14.2.2	Creare Patient Card Plus	190
3.14.3	BCM Card.....	193
3.14.3.1	Note generali.....	193
3.14.3.2	Status della BCM Card.....	194
3.14.3.3	Personalizzare Scheda BCM	195
3.14.3.4	Scheda Importa BCM Card	196
3.14.3.5	Cancellare Scheda BCM	198
3.14.4	Dati Scambio	198
3.14.4.1	Database esterno.....	199
3.14.4.2	Scheda Importa da altre applicazioni	200
3.14.4.3	Scheda Esporta in un'altra applicazione	202
3.14.4.4	Connected Home	205
3.14.5	Azioni GDPR.....	207
3.15	Gestione	208
3.15.1	Modulo Amministratore.....	208
3.15.2	Ospedali.....	211
3.15.2.1	Gestione Ospedali.....	211
3.15.2.2	Gestione Dipartimenti.....	213
3.15.2.3	Gestione Reparti	213
3.15.2.4	Gestione Staff.....	214
3.15.3	Staff	215
3.15.4	Imposta.....	215
3.15.4.1	Scheda Selezioni Generali.....	217
3.15.4.2	Imposta Dati Lab	219
3.15.4.3	Scheda Visualizza impostazioni	220
3.15.4.4	Scheda Limiti.....	221
3.15.4.5	Scheda Caratteristiche di Trasporto.....	222
3.15.4.6	Scheda Elenchi Clinici.....	222
3.15.4.7	Scheda Lingua	225
3.15.4.8	Scheda Eventi Log	226
3.15.4.9	Connected Home	229
3.15.4.10	Impostazioni panoramica personalizzata	230
3.15.4.11	Scheda Informazioni.....	231
4	Glossario	233
4.1	Abbreviazioni comunemente usate per Quality Assurance	233
4.2	Abbreviazioni usate.....	236
5	Appendice	239
5.1	Ulteriore spiegazione della terminologia del volume.....	239
5.2	Riferimenti bibliografici per Quality Assurance e Modeling.....	243

5.3	Simboli	246
5.4	Istruzioni per l'uso del “software gratuito”	248

1 Informazioni importanti

1.1 Come utilizzare le Istruzioni per l'Uso

Scopo	<p>Le istruzioni per l'uso includono le informazioni necessarie per l'installazione e l'uso dell'applicazione PatientOnLine.</p> <p>Questo manuale è stato progettato per:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ inizio utilizzo➤ manuale di consultazione
Identificazione	<p>Il documento può essere identificato dalle seguenti informazioni sulla pagina del titolo e sulle etichette:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Versione software➤ Edizione istruzioni per l'uso➤ Codice articolo istruzioni per l'uso
Piè di pagina	<p>Il piè di pagina contiene le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none">– Nome azienda, ad es. Fresenius Medical Care– Nome prodotto– L'abbreviazione Inglese relativa al tipo di documento e l'abbreviazione internazionale relativa alla lingua del documento, ad esempio: IFU-IT significa Instructions for Use in lingua Italiana.– Le informazioni editoriali, ad esempio, 08B-2022 si riferiscono all'8° edizione del 2022.
Organizzazione dei capitoli	<p>Per facilitare l'uso dei documenti redatti da Fresenius Medical Care, l'organizzazione dei capitoli è stata standardizzata in tutti i manuali. Potrebbero quindi esserci alcuni capitoli all'interno di questo documento senza contenuto. I capitoli senza contenuti sono contrassegnati di conseguenza.</p>
Illustrazioni	<p>Le illustrazioni utilizzate nella documentazione (ad es. schermate, foto, ecc.) potrebbero essere diverse dall'originale qualora non vi sia alcuna influenza sul funzionamento.</p>
Importanza delle istruzioni per l'uso	<p>Queste istruzioni per l'uso fanno parte della documentazione di accompagnamento e sono, quindi, parte integrante di PatientOnLine. Contengono le informazioni necessarie per utilizzare il PatientOnLine. Si raccomanda di studiare attentamente le istruzioni per l'uso prima di iniziare a utilizzare PatientOnLine.</p> <p>Prima che l'organizzazione responsabile possa iniziare ad utilizzare PatientOnLine, il responsabile dell'operazione deve essere stato istruito dal produttore su come utilizzare l'applicazione ed è tenuto a conoscere a fondo il contenuto delle istruzioni per l'uso.</p> <p>PatientOnLine può essere utilizzato solo da persone che siano state istruite e certificate sulle corrette modalità d'uso dell'applicazione.</p>

Modifiche

Eventuali modifiche alle istruzioni per l'uso verranno rilasciate sotto forma di nuove edizioni o supplementi. Le informazioni contenute nel presente documento possono variare senza alcun preavviso.

Riproduzione

La riproduzione, anche parziale, della documentazione é possibile solo dopo autorizzazione scritta.

1.2 Significato del simbolo **Attenzione**



Attenzione

Informa l'utente su

- pericoli per il paziente e possibili cause del pericolo
- conseguenze del pericolo

e fornisce una guida (istruzioni) su come evitare la situazione di pericolo.

1.3 Significato delle note



Nota

Avverte l'operatore che il mancato rispetto di queste informazioni può causare:

- danni al dispositivo
 - totale mancata esecuzione di funzioni desiderate o loro esecuzione in maniera non corretta
-

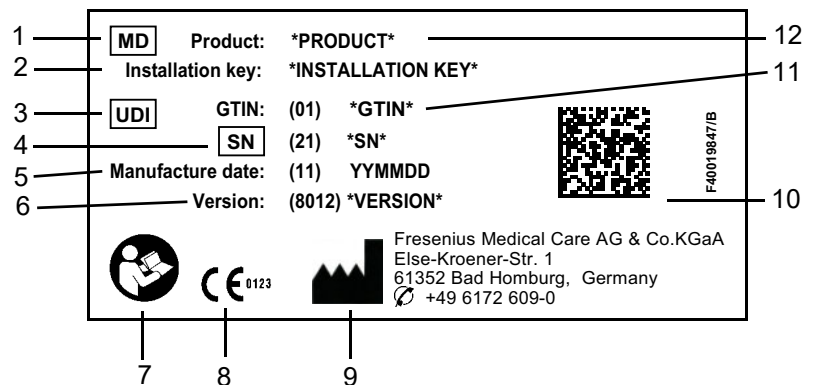
1.4 Significato dei suggerimenti



Suggerimento

Informazioni che forniscono suggerimenti utili per un facile utilizzo.

1.5 Etichetta identificativa



1. Medical Device (Dispositivo medico)
2. Codice di installazione
3. Unique Device Identification (Identificatore dispositivo univoco)
4. Serial Number (Numero di serie)
5. Data di produzione (data della versione del prodotto software)
6. Versione
7. Seguire le istruzioni per l'uso
8. Marchio CE
9. Indirizzo del produttore
10. Codice a matrice di dati con informazioni UDI
11. Numero articolo per il commercio globale
12. Prodotto

1.6 Descrizione del programma

Il principale scopo dell'applicazione **PatientOnLine** è supportare interamente la gamma di prodotti PD FME e di fungere da vero e proprio PD Therapy Manager.

1.7 Scopo previsto

1.7.1 Uso medico e indicazione medica

Uso medico

Lo scopo di PatientOnLine è di acquisire, calcolare, salvare, visualizzare e trasferire i parametri dei trattamenti di dialisi.

Indicazione medica

Insufficienza renale o malattia renale allo stadio terminale.

1.7.2 Popolazione di pazienti prevista

Per pazienti in CAPD e APD.

1.7.3 Gruppo di utenti previsto e ambiente previsto

- PatientOnLine può essere utilizzato solo da personale medico ed infermieristico adeguatamente istruito sulle modalità di gestione dello stesso.
- PatientOnLine non deve essere utilizzato dai pazienti.
- PatientOnLine è stato sviluppato per essere usato in centri di dialisi, ambienti clinici e ambulatori medici.

1.8 Effetti collaterali

Nessuno

1.9 Controindicazioni

Nessuno

1.10 Interazioni con altri sistemi

- Cyclor per APD: la Scheda Paziente funge da tramite per la prescrizione elettronica, tra PatientOnLine e un cyclor per APD.
- BCM: la Scheda Paziente BCM funge da tramite tra PatientOnLine e il Body Composition Monitor (BCM).
- External Database Management System (EDBMS): la funzione di scambio dei dati di PatientOnLine consente di importare ed esportare dati da/in un dispositivo EDBMS.
- Servizi di telemedicina: PatientOnLine è in grado di collegarsi a servizi di telemedicina dedicati che consentono lo scambio di dati in remoto.

1.11 Limitazioni della terapia

Nessuno

1.12 Ambiente informatico

PatientOnLine è un'applicazione software medica complessa. L'edizione client-server funziona all'interno di una rete informatica ospedaliera che comprende server applicativi, server di database, postazioni di lavoro client, nonché una vasta gamma di apparecchiature di rete (switcher, router, spine, cavi di connessione, ecc.).

Esistono chiari requisiti informatici (hardware e software) per ogni componente di una rete così complessa.

Per maggiori dettagli sull'ambiente informatico richiesto per PatientOnLine, consultare il manuale di assistenza del PatientOnLine, capitolo 5 "Ambiente informatico".



Nota

Si consiglia di usare un monitor da 19". La risoluzione deve essere di 1280 x 1024 a 19". La dimensione dei caratteri non deve essere variata ma lasciata normale (100%). Altre impostazioni possono comportare il taglio di alcune lettere quando vengono visualizzate.



Nota

I PC utilizzati all'interno dell'ambiente del paziente devono essere conformi alla norma EN 60601-1-1.

1.13 Obblighi dell'organizzazione responsabile

L'organizzazione responsabile si assume le seguenti responsabilità:

- Il rispetto delle norme nazionali o locali sull'installazione, il funzionamento, l'uso e la manutenzione.
- corretta e sicura condizione di utilizzo.
- Disponibilità permanente delle istruzioni per l'uso.

1.14 Responsabilità dell'operatore

Inserendo i parametri si deve osservare quanto segue:

I parametri inseriti devono essere verificati dall'utente, vale a dire che l'utente deve controllare che i valori inseriti siano corretti. Se il controllo rivela una deviazione tra i parametri desiderati e i parametri visualizzati sul PatientOnLine o sul dispositivo, le impostazioni devono essere corrette prima di attivare la funzione.

I valori correnti visualizzati devono essere confrontati con i valori finali desiderati.

1.15 Limitazione di responsabilità

PatientOnLine è stato sviluppato per le funzioni descritte nelle istruzioni per l'uso.

L'installazione, il funzionamento e l'uso del PatientOnLine devono avvenire in conformità con i regolamenti legali applicabili (ad es. in Germania, le norme sui dispositivi medici (MDR 2017/745) e il MPBetreibV = norme tedesche per il funzionamento dei prodotti medicali).

Il produttore non si assume alcuna responsabilità o obbligo per danni alla persona o altri danni ed esclude qualsiasi garanzia per danni al software causati da un non corretto utilizzo di PatientOnLine.

1.16 Garanzia/Impegno

Garanzia

L'estensione della garanzia viene stipulata nei rispettivi contratti di acquisto.

Impegno

I diritti di impegno dell'acquirente sono regolati dalle normative legali applicabili.

Qualsiasi utilizzo del sistema che non sia in accordo con il suo uso specifico rende nulla ogni garanzia e dichiarazione di responsabilità.

1.17 Avvisi

1.17.1 Utilizzo del PatientOnLine



Nota

PatientOnLine può essere utilizzato esclusivamente da personale qualificato ed addestrato. Fresenius Medical Care declina ogni responsabilità per qualsiasi utilizzo diverso dei dati PatientOnLine.



Nota

I parametri inseriti devono essere verificati dall'utente, vale a dire che l'utente deve controllare che i valori inseriti siano corretti.

Il PatientOnLine è disponibile in varie versioni.

1.18 Segnalazione di incidenti gravi

Per incidente grave si intende qualsiasi incidente che porta direttamente o indirettamente una delle situazioni seguenti:

- Il decesso di un paziente, un utente o di un'altra persona.
- Il deterioramento grave, temporaneo o permanente, dello stato di salute di un paziente, un utente o di un'altra persona.
- Una grave minaccia alla salute pubblica.

Se si verifica un incidente grave in relazione al dispositivo, informare immediatamente il medico curante.

Segnalare questo incidente grave al produttore secondo quanto indicato sull'etichetta (🏭) e, se necessario, alle autorità locali competenti.

All'interno dell'UE, l'utente e/o il paziente sono tenuti a segnalare qualsiasi incidente grave che si sia verificato in relazione al dispositivo al produttore e all'autorità competente dello Stato membro dell'UE in cui l'utente e/o il paziente sono stabiliti.

1.19 Certificati

PatientOnLine è un dispositivo medico di classe IIa secondo il regolamento (UE) 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio del 5 aprile 2017 sui dispositivi medici.

La versione attuale del certificato CE sarà fornita, su richiesta, dall'organizzazione di assistenza locale.

1.20 SVHC (REACH)

Per informazioni su SVHC ai sensi dell'articolo 33 del regolamento (CE) n. 1907/2006 ("REACH"), utilizzare questa pagina:

www.freseniusmedicalcare.com/en/svhc



1.21 Normative sullo smaltimento

Smaltire il prodotto e il suo imballaggio nel rispetto delle normative sullo smaltimento locali. Per smaltire in sicurezza il prodotto e il suo imballaggio non sono necessarie precauzioni particolari.

1.22 Indirizzi

Si prega di inviare qualsiasi richiesta a:

Produttore

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

Assistenza tecnica internazionale

Fresenius Medical Care Deutschland GmbH
Digital Services Operations
Else-Kröner-Str. 1
61352 Bad Homburg
GERMANIA
Tel.: +49 6172 609-7000
Fax: +49 6172 609-7106
E-mail: digital-operations@fmc-ag.com

1.23 Regolamento generale sulla protezione dei dati (GDPR)

1.23.1 Uso conforme al GDPR

Il **GDPR** (General Data Protection Regulation) è una legge in vigore nell'Unione Europea. **PatientOnLine** La versione V6.3.1.0 assicura un utilizzo pienamente conforme allo standard GDPR. Le seguenti caratteristiche rilevanti per il GDPR sono implementate in **PatientOnLine**:

- Tutti i dati personali del paziente sono criptati nel database di **PatientOnLine**.
- Tutti i dati personali dell'utente sono criptati nel database di **gestione utenti FME** (per l'edizione client-server).
- Tutte le comunicazioni tra le applicazioni client come **PatientOnLine Client** o lo **strumento di gestione utenti FME** e il server FIS sono criptate.
- L'integrità di tutte le comunicazioni si ottiene attraverso specifiche caratteristiche tecniche, come il controllo della ridondanza ciclica.
- L'integrità dei record del database **PatientOnLine** si ottiene attraverso specifiche caratteristiche tecniche, come il controllo della ridondanza ciclica a livello di record.
- I dati personali vengono utilizzati solo se strettamente necessario, ad esempio nei casi in cui è obbligatorio e vitale identificare correttamente il paziente.
- I pazienti possono richiedere che i loro dati personali vengano anonimizzati/cancellati in **PatientOnLine**. Ciò è possibile grazie a una voce di menu specifica per il **GDPR** che può rendere anonimi i dati personali dei pazienti o cancellare completamente i dati dei pazienti dal database di **PatientOnLine**.

- I pazienti possono richiedere un rapporto stampato di tutti i loro dati personali e clinici che sono stati elaborati da **PatientOnLine**, in qualsiasi momento. Ciò è possibile grazie a un menu specifico per il **GDPR** che estrae i dati dal database di PatientOnLine ed esporta i dati in un formato stampabile (PDF).
- I pazienti possono richiedere una copia dei loro dati personali e clinici da **PatientOnLine**, in qualsiasi momento, in un formato leggibile a macchina. Ciò è possibile grazie a una voce di menu specifica per il **GDPR** che estrae i dati dal database di PatientOnLine e li esporta in formato XML.
- I pazienti possono richiedere la rettifica dei loro dati personali nel database di **PatientOnLine**.
- Tutte le azioni eseguite dall'utente in **PatientOnLine** e nello **strumento di gestione utenti FME** vengono registrate. I registri dell'utente possono essere filtrati per ora, utente o paziente, e possono essere visualizzati, stampati ed esportati in un formato leggibile a macchina.
- **PatientOnLine** definisce un sistema complesso di gestione degli accessi degli utenti che comprende autenticazione dell'utente, autorizzazione dell'utente, ruoli dell'utente, autorizzazioni dell'utente, ecc. Solo gli utenti in possesso della rispettiva autorizzazione possono accedere a certe funzioni di **PatientOnLine**.
- **PatientOnLine** definisce un diritto speciale che consente solo agli utenti dedicati di modificare o cancellare le informazioni create da altre utenti.
- Tutte le misure di sicurezza in **PatientOnLine** e nello **strumento di gestione utenti FME** vengono implementate e configurate di default.

1.23.2 Elaborazione dei dati personali del paziente in PatientOnLine

PatientOnLine Può essere consegnato in varie edizioni: stand-alone, client-server, client-server connesso a un'applicazione software clinica distinta (come Euclid, TSS, ecc., genericamente dette **EDBMS** – **External Database Management System**), o client-server connesso a un archivio cloud (genericamente detto **Connected Home**), con o senza connessione a un EDBMS.

Nel caso di edizioni stand-alone, tutti i dati personali dei pazienti sono creati in **PatientOnLine**. Nel caso dell'edizione client-server connessa a un **EDBMS**, i dati personali di base (nome, cognome, cognome da nubile, data di nascita, sesso, PIN e ID struttura) vengono importati in **PatientOnLine** dall'**EDBMS**. Tutti gli altri dati personali (si veda sotto) sono creati in **PatientOnLine**. Nell'archivio cloud **Connected Home** non viene memorizzato alcun dato personale del paziente.

I dati personali del paziente elaborati in **PatientOnLine** sono i seguenti:

- nome, cognome, cognome da nubile, data di nascita e sesso
- indirizzi di abitazione/ufficio/parente (nazione, città, via, numero civico, CAP)
- numeri di telefono (abitazione/ufficio/parente)

- numero di identificazione personale (PIN)
- ID struttura (solo in caso di EDBMS)
- nazionalità, lingua ed etnia

La base logica dell'uso di questi dati personali è la seguente:

Il nome e cognome del paziente e la data di nascita sono utilizzati per l'identificazione del paziente. I dispositivi per la dialisi peritoneale comunicano con **PatientOnLine** tramite le schede paziente e visualizzano nome, cognome, nome da nubile e data di nascita del paziente sullo schermo del dispositivo. Il paziente o l'infermiere (in caso di trattamento effettuato in clinica) devono confermare l'identità del paziente prima di iniziare il trattamento.

Gli indirizzi e i numeri di telefono del paziente sono utilizzati principalmente per organizzare il trasporto del paziente da/per il centro dialisi e per programmare le visite a domicilio dell'infermiere. I numeri di telefono e l'indirizzo e-mail sono utilizzati anche per mettersi in contatto con il paziente per fornire assistenza medica. I dati del parente sono necessari per comunicare lo stato del paziente.

Il PIN del paziente e l'ID sono solitamente richiesti dagli istituti di assicurazione medica e dagli enti sanitari locali.

La nazionalità e la lingua del paziente sono utili affinché il paziente riceva l'assistenza di personale medico adeguato nel caso in cui non parli la lingua locale. L'etnia del paziente può essere necessaria per scopi medici (prescrizione per la dialisi).

1.23.3 Voce di menu specifica per il GDPR

La voce di menu dedicata alle azioni GDPR si trova nel menu Comunicazione. Solo gli utenti con un diritto utente GDPR dedicato possono accedere a questa voce di menu. La voce di menu consente di accedere alle seguenti azioni relative al GDPR:

- Rendere anonimi i dati personali di un determinato paziente.
- Cancellare tutti i dati di un determinato paziente in un determinato momento.
- Esportazione dei dati personali e clinici di un determinato paziente e di un determinato momento in un file esterno in un formato leggibile a macchina (XML).
- Esportazione dei dati personali e clinici di un determinato paziente e di un determinato momento in un file esterno in un formato stampabile (PDF).



Nota

Le operazioni di anonimizzazione e cancellazione relative ai dati personali del paziente devono essere eseguite anche a livello di EDBMS, in caso di edizioni client-server connesse a un EDBMS.

Per una descrizione dettagliata della voce di menu dedicata alle azioni GDPR (vedere capitolo 3.14.5, pagina 207).

2 Installazione

2.1 Requisiti hardware e software

Vedere il manuale tecnico di PatientOnLine per i requisiti minimi hardware e software.

2.2 Installazione



Nota

Il PatientOnLine può essere installato e avviato esclusivamente da personale di assistenza Fresenius Medical Care autorizzato o da tecnici addestrati ed autorizzati da Fresenius Medical Care.

Se sul computer è installata una versione precedente di PatientOnLine, eseguire un backup dei dati prima di installare la nuova versione.



Nota

Il sistema operativo Windows, richiede diritti di amministratore sul PC per poter installare nuovi software. Prima di iniziare l'installazione di PatientOnLine è necessario assicurarsi che siano stati assegnati i diritti utente appropriati.

Le procedure di installazione sono descritte nel manuale tecnico di **PatientOnLine**.

Dopo l'installazione, **PatientOnLine** può essere utilizzato in versione prova (demo) con funzionalità completa per un periodo di 60 giorni. L'applicazione, per essere utilizzata una volta trascorso il periodo di prova, deve essere registrata **PatientOnLine**. Informazioni dettagliate su come richiedere la registrazione sono descritte nel manuale tecnico.

La registrazione assicura la tracciabilità di ogni installazione, come richiesto dalla Direttiva sui dispositivi medici (MDR 2017/745).

PatientOnLine è un dispositivo medico di classe IIa con certificazione CE.

3 Funzionamento



Nota

Per l'uso di **PatientOnLine** sono indispensabili le seguenti conoscenze di base:

- Conoscenza almeno basilare di Microsoft Windows.
 - Conoscenza del funzionamento ed utilizzo del mouse.
-



Nota

Funzione generale del pulsante **Annulla**:

Facendo clic sul pulsante **Annulla**, il processo di modifica corrente verrà annullato. In questo modo, le eventuali modifiche apportate andranno perse.

Successivamente, la funzione di questo pulsante **non** viene più menzionata.

3.1 Apertura PatientOnLine

PatientOnLine è un'applicazione **Client-Server** o **Stand-Alone**. In entrambi i casi, l'utente utilizza la versione **PatientOnLine Client**.

In caso di installazione di una versione **Client-Server**, **PatientOnLine Client** potrà essere avviato da più utenti da più postazioni di lavoro collegandosi allo stesso database. I dati modificati su di una postazione sono immediatamente disponibili su tutte le altre collegate allo stesso database, sulla base di un affidabile meccanismo di aggiornamento automatico.

La maggior parte delle impostazioni di amministrazione del sistema **PatientOnLine** (vedere **Imposta**, pagina 215) sono impostazioni globali che si applicano a tutte le istanze **Client** di **PatientOnLine**: impostazioni generali (formule QA e varie opzioni usate nei test QA), impostazioni dei dati di laboratorio (unità di misura per QA e dati di laboratorio), limiti (per la definizione dei limiti di altezza e peso in bambini e adulti), valori del grafico dei dati Caratteristiche di trasporto QA (per l'impostazione dei dati di classificazione dei grafici PET e PFT), elenchi clinici (per la gestione di tutti i tipi di elenchi clinici dell'applicazione), traduzione di elenchi clinici (per il supporto delle traduzioni degli elenchi clinici) e file di risorse (per la gestione dei file di risorse di un cyclor APD).

Alcune impostazioni di amministrazione del sistema sono locali, ossia specifiche per ciascuna istanza di **PatientOnLine Client**: lingua in uso, impostazioni di visualizzazione, percorsi di esportazione dei dati. In questo modo, ogni postazione di lavoro è in grado di salvare le proprie impostazioni personalizzate, in termini di lingua, impostazioni di visualizzazione e percorsi di esportazione dei dati.



Nota

La differenza principale tra le due versioni è che per la versione **Client-Server** vi è un solo database per tutti gli utenti che condividono gli stessi dati, mentre per la versione **Stand-Alone** vi è solo un singolo utente dell'applicazione e del database.



Nota

Nel caso di un'installazione **Client-Server**, è implementato un meccanismo di aggiornamento affidabile, che assicura che i dati modificati da un **PatientOnLine Client** siano immediatamente disponibili su tutte le altre applicazioni **PatientOnLine Client** collegate allo stesso database.



Nota

Indipendentemente dal fatto che l'installazione sia di tipo **Client-Server** o **Stand-Alone**, le modalità di funzionamento di **PatientOnLine Client** sono identiche.



Nota

La versione **PatientOnLine Client-Server** può essere configurata per lavorare collegata ad un sistema esterno di gestione dei database (EDBMS), ad esempio: EuClid. In questo caso, l'elenco dei pazienti e talune categorie di dati vengono importate dal sistema esterno e non possono essere modificate nel PatientOnLine (vedere capitolo 3.14.4.1, pagina 199).

Al termine della procedura d'installazione viene visualizzata un'icona sul desktop. Facendo doppio clic su di essa si avvia l'applicazione. In alternativa, è possibile selezionare **Inizio/Programmi/Fresenius Medical Care/Client PatientOnLine**. Apparirà una schermata iniziale seguita da una finestra di dialogo per il login, nella quale viene richiesto di inserire nome utente e password.

L'attivazione di **PatientOnLine** presuppone che i nomi utente e le password siano stati definiti. Per distinguere questo livello utente dal livello utente Windows, questi utenti saranno indicati come utenti **PatientOnLine**.

Nella finestra di dialogo di login viene richiesto di inserire il nome utente **PatientOnLine** e la password.




Nota

Se, aprendo l'applicazione **PatientOnLine**, il database è incoerente (ad es. si tratta di una versione errata), viene generato un messaggio di errore, quindi l'applicazione si chiude. In questi casi si consiglia di contattare il centro di assistenza tecnica.

PatientOnLine è un software completamente internazionale. Per modificare la lingua in uso nell'applicazione, vedere la scheda **Lingua** nel menu **Gestione/Imposta**. Una volta impostata la lingua desiderata, questa viene poi usata come lingua predefinita al successivo riavvio del programma.

3.2 Chiusura PatientOnLine

Per chiudere l'applicazione, occorre fare clic su  nell'angolo in alto a destra della finestra **PatientOnLine**.

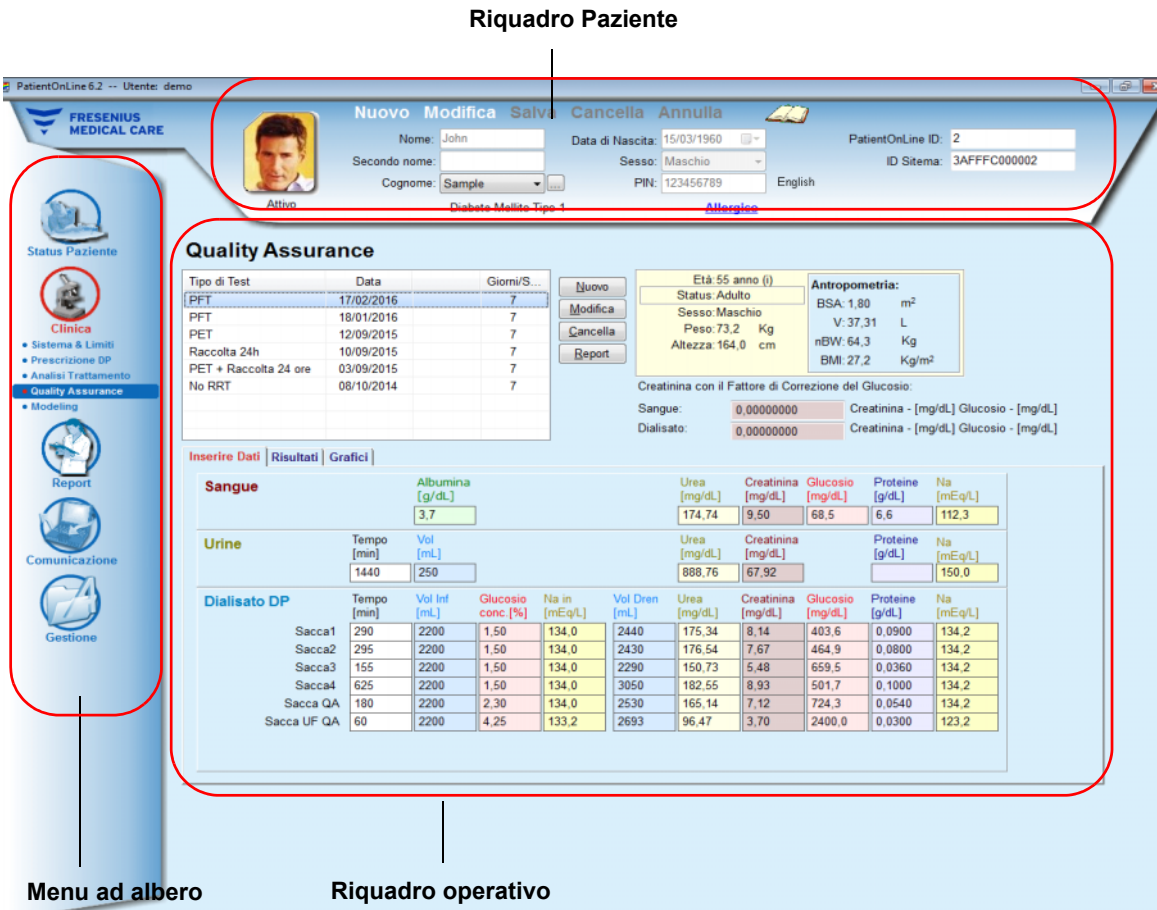
Una volta confermato il richiamo di sicurezza, l'applicazione si chiude.

Per effettuare il log off si deve selezionare **Gestione/Utenti/Log off**.

Dopo la conferma, un altro utente deve effettuare il login con il suo nome utente e la sua password.

3.3 Funzioni e caratteristiche principali dell'applicazione PatientOnLine

3.3.1 Layout della finestra dell'applicazione



PatientOnLine include molte funzioni che offrono tutta l'assistenza necessaria per la gestione della dialisi peritoneale. L'interfaccia utente è di semplice utilizzo e permette di accedere facilmente a qualsiasi funzione. Il layout della finestra dell'applicazione presenta tre riquadri principali:

Riquadro Paziente
nella parte superiore della finestra,

Menu ad albero
sul lato sinistro della finestra,

Riquadro operativo
al centro della finestra.

Riquadro paziente

Contiene il modulo di gestione dei dati base del paziente, si trova nella parte superiore della finestra **PatientOnLine** ed è sempre visibile. I dati relativi al paziente selezionato vengono visualizzati in quest'area. Le sue funzioni principali sono:

Creazione del record paziente,

modifica, aggiornamento e cancellazione del record paziente,

Ricerca per Pazienti,

uso delle **PatientOnLine istruzioni per l'uso,**

passaggio rapido alla lingua **Inglese.**

Il Menu ad albero

È situato sul lato sinistro della finestra principale di **PatientOnLine**. Il menu ad albero presenta cinque menu principali.

Status Paziente,

Clinica,

Report

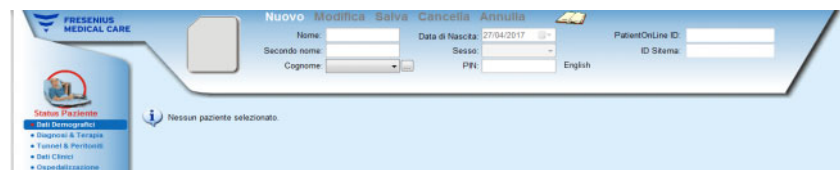
Comunicazione,

Gestione.

Ciascuno di questo cinque menu è costituito da alcuni sottomenu.

Riquadro operativo

Una volta selezionata una voce del menu, il **riquadro operativo** viene aggiornato con i dati del paziente selezionato. Lo stesso accade se si seleziona un paziente diverso. Con poche eccezioni (**Segnalazione/Statistiche/Gruppo di Pazienti, Segnalazione/Pannello, Comunicazione/Scambio dati. Gestione**), tutte le voci di menu richiedono che venga selezionato un paziente nel **riquadro paziente**. Se non viene selezionato alcun paziente, viene visualizzato un messaggio informativo nel **riquadro operativo** e la voce del menu non ha alcun effetto.



Tra i tre riquadri principali esistono interazioni speciali nel caso in cui il **riquadro paziente** e il **riquadro operativo** si trovino nella modalità **Modifica**. Un riquadro entra in modalità **Modifica** quando viene creato un nuovo record cliccando il pulsante **Nuovo** oppure quando si aggiorna un record esistente cliccando il pulsante **Modifica**. Un riquadro esce dalla modalità **Modifica** quando si salva il record cliccando il pulsante **Salva** oppure quando si annulla l'operazione corrente cliccando il pulsante **Annulla**.

Le interazioni sono le seguenti:

Se il **riquadro paziente** si trova nella modalità **Modifica** , il menu ad albero si disattiva (non si può più navigare all'interno di esso) e il **riquadro operativo** diventa invisibile;

Se il **riquadro operativo** si trova nella modalità **Modifica** , il menu ad albero si disattiva (non si può più navigare all'interno di esso) e si disattiva anche il **riquadro paziente** (non si possono più selezionare/modificare/cancellare i pazienti).

In questo modo, si ha la garanzia che i dati modificati, ma non ancora salvati, non vadano perduti uscendo dal menu o selezionando un paziente diverso.

Lo stesso si verifica quando si tenta di chiudere **PatientOnLine** . Se l'utente cerca di chiudere l'applicazione mentre il **riquadro paziente** o il **riquadro operativo** si trovano nella modalità **Modifica** , viene visualizzato un messaggio di avviso.

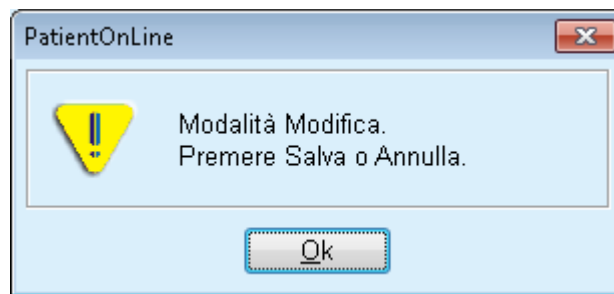


Fig. 3.1 Messaggio di avviso alla chiusura dell'applicazione in modalità Modifica

Il database del **PatientOnLine** è protetto dal sistema **CRC** che garantisce l'integrità dei dati del database anche qualora si verificano errori hardware di lettura/scrittura o eventuali interventi non autorizzati. La tecnologia CRC è simile ad una speciale firma che garantisce la correttezza dei dati. Ogni qualvolta viene letta un'informazione dal database, la firma CRC viene controllata. Se viene rilevato un problema, appare un messaggio di errore che indica la posizione in cui si trova l'errore stesso.

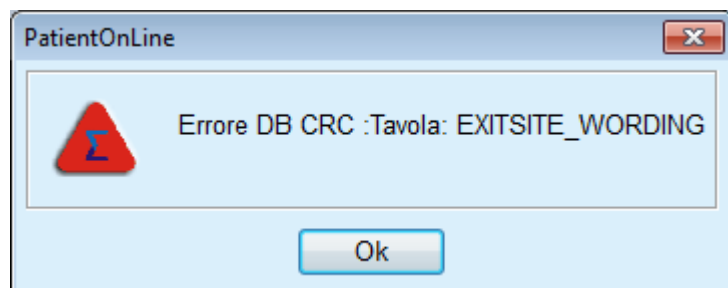


Fig. 3.2 Messaggio di errore "Errore CRC database"

Se il **CRC** pregiudica determinate risorse critiche, l'applicazione termina prima che venga richiesto il login dell'utente.

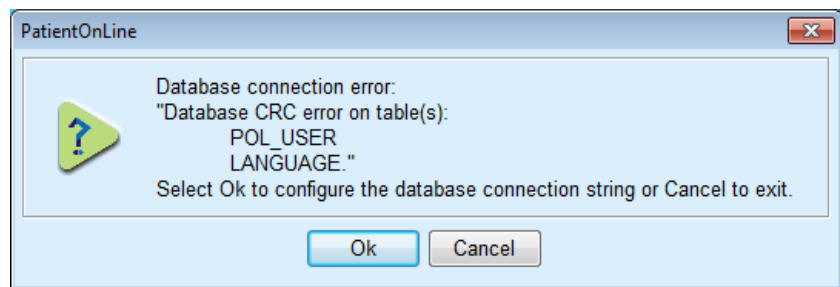


Fig. 3.3 Errore critico CRC database

Se l'errore non è critico, l'applicazione continua a funzionare, ma alcune funzioni possono essere limitate o disattivate.

In ogni caso è necessario rivolgersi al centro di assistenza tecnica.

3.4 Status Paziente (Panoramica)

Dati Demografici

Nel sottomenu **Dati Demografici** vengono gestiti i dati demografici e clinici primari del paziente. Qui si possono specificare gli indirizzi e i recapiti telefonici del paziente. Inoltre, si possono registrare anche altri dati importanti, quali **Capacità Visiva**, **Manualità Fine**, **Training**, **Status Professionale** ecc.

Diagnosi & Terapia

Il sottomenu **Diagnosi & Terapia** consente all'utente di specificare la patologia renale primaria ed i fattori di comorbidità per il paziente, la **RRT (Terapia Sostitutiva Renale)**, il **Catetere**, la **Terapia Abituale**, le **Allergie**, nonché alcune **Ulteriori Informazioni** come lo status attivo/inattivo.

Tunnel & Peritoniti

Il sottomenu **Tunnel & Peritoniti** permette di gestire gli episodi di **Infezione Exit Site/Tunnel**, **Peritoniti** e **Classificazione Exit Site**. I dati sull'infezione comprendono i germi associati, una o più terapie, farmaci e dosaggi per ciascuna terapia, nonché una descrizione della classificazione exit site interamente traducibile sotto forma di testo e immagini.

Dati Clinici

Il sottomenu **Dati Clinici** permette di gestire i parametri clinici standard che vanno registrati durante le regolari visite del paziente presso il centro. In questo sottomenu, l'utente può inserire e vedere i dati attuali e storici del paziente relativamente al suo **Peso**, all'**Altezza**, alla **Pressione Arteriosa**, il **Bilancio volumi**, le **Misurazioni BCM**, **Amputazione**, lo **Status Tampone Nasale** e **Ulteriori Dati di Lab.**. I menu peso, pressione arteriosa e bilancio volumi consentono di definire i limiti delle notifiche correlati al paziente. Le unità di misura per ciascun parametro di laboratorio possono essere completamente personalizzate. È disponibile inoltre la sezione **Commento**, nella quale il medico o l'infermiera possono registrare i dati che ritengono opportuni, ad esempio la **Dieta Raccomandata**.

Ospedalizzazione Il sottomenu **Ospedalizzazione** permette di registrare i dati sull'ospedalizzazione del paziente: **Ospedale, Dipartimento, Reparto, Staff**, dati di **ingresso e Dimissione, Diagnosi, Commento** sullo status e l'evoluzione del paziente ecc.

3.5 Clinica (Panoramica)

Sistemi e Limiti Nel sottomenu **Sistemi e Limiti** vengono trattati i dati specifici di dialisi peritoneale. Le schede **Sistema e Limiti** sono in grado di fornire informazioni sul sistema APD e/o CAPD corrente del paziente nonché su determinate limitazioni del trattamento nel caso di sistemi APD come **sleep•safe, sleep•safe harmony, SILENCIA, ecc.**

Prescrizione DP Il sottomenu **Prescrizione DP** offre strumenti molto utili per creare, aggiornare e stampare le prescrizioni DP, a seconda del(i) sistema(i) DP selezionato(i). I dati su ciascuna fase di scambio o ciclo, come i volumi di infusione e drenaggio, il tempo sosta, la concentrazione di glucosio ecc. possono essere gestiti con facilità.

Analisi Trattamento Il sottomenu **Analisi Trattamento** permette di gestire i dati per l'analisi dei protocolli di trattamento registrati dai cyclers APD in formato elettronico. Consente al medico di seguire i trattamenti che il paziente ha effettuato presso il proprio domicilio. I protocolli di trattamento possono essere scaricati elettronicamente durante la visita del paziente presso il centro.

Quality Assurance Il sottomenu **Quality Assurance** offre una complessa gestione per test QA specifici di DP quali PFT (Test Funzionalità Peritoneale), PET (Test Equilibrio Peritoneale), Test di raccolta 24 ore, PET+test di raccolta 24 ore e Test Nessuna Terapia Sostitutiva Renale. I test PET sono disponibili sia in versione ridotta che in versione completa.

I dati si inseriscono facilmente mediante la modalità wizard. I risultati clinici vengono presentati sotto forma di testo e in formati grafici, come i grafici PET di Twardowski. Il test PFT calcola più di 50 parametri clinici. L'immissione dei dati è effettuabile con le unità di misura **Convenzionali e Internazionali (S.I.)** che possono essere completamente configurate in base alle necessità di impiego del programma. Per determinati risultati calcolati, l'utente può inserire i propri dati. Si possono scegliere vari algoritmi per calcolare l'Area Superficie Corporea, l'Acqua Corporea Totale (Volume Distribuzione Urea) e il Protein Catabolic Rate.

Il sottomenu **Quality Assurance** comprende algoritmi sofisticati sia per controllare i limiti minimi e massimi nell'inserimento di ciascun parametro sia per la gestione dei dati mancanti.

Modeling Il sottomenu **Modeling** offre strumenti unici per stimare gli outcome della prescrizione DP fornita, prendendo in considerazione i dati del paziente calcolati con il test QA. e consente anche all'utente di determinare i target e le restrizioni del QA e ottenere un elenco delle prescrizioni DP che soddisfino sia i target che le restrizioni.

3.6 Report (Panoramica)

Report	Il sottomenu Report permette di gestire report stampabili. Permette di creare diversi report in modo flessibile, utilizzando tutti i dati disponibili del paziente selezionato. Oltre a poter essere stampati, i report si possono anche salvare in formati esterni come PDF , RTF e MS Excel per poterli archiviare o aprire successivamente.
Statistiche	Il sottomenu Statistiche permette di gestire sia statistiche relative al paziente, come le analisi dell'andamento di vari parametri e infezioni, sia statistiche di gruppo, come istogrammi, cross correlation e infezioni. PatientOnLine consente di definire gruppi di pazienti in maniera elaborata integrando tra di loro diversi criteri di selezione e range.
Panoramica personal.	Il sottomenu Panoramica personal. consente di visualizzare una sintesi di un singolo protocollo di trattamento con CAPD o APD, insieme ai dati delle pressione arteriosa e alle immagini exit-site del medesimo giorno relative al paziente selezionato. È inoltre possibile navigare nell'elenco dei protocolli di trattamento disponibili.
Pannello	Il sottomenu Pannello consente una rapida visualizzazione dello stato del protocollo di trattamento per tutti i pazienti. Lo stato dipende dal rispetto di determinati criteri, ad esempio se la pressione arteriosa o il bilancio volumi rientrano nei limiti prescritti ecc., ed è messo in evidenza da un codice colore.

3.7 Comunicazione (Panoramica)

Scheda Paziente	Il sottomenu Scheda Paziente offre la funzione di esportazione delle prescrizioni DP e dei dati del paziente su supporti elettronici, come la Scheda Paziente da utilizzare sul cyclor APD, e la funzione di importazione dei protocolli di trattamento da tali supporti.
Patient Card Plus	Il sottomenu Patient Card Plus offre funzioni per la creazione e la lettura di dati da schede paziente FME quali, ad esempio, schede sleep•safe harmony e SILENCIA .
BCM Card	Il sottomenu BCM Card offre delle funzioni per personalizzare le schede BCM (semplice o 5008) con i dati base e clinici del paziente, per importare le misurazioni BCM e per cancellare tali schede.
Dati Scambio	Il sottomenu Dati Scambio consente l'importazione e/o esportazione dei dati dalle/alle applicazioni software FME, da/a sistemi esterni di gestione dei database e altre applicazioni PatientOnLine . È inoltre possibile importare i protocolli di trattamento da un cloud Connected Home .
Azioni GDPR	Il sottomenu Azioni GDPR permette all'utente di anonimizzare, cancellare ed esportare i dati personali del paziente in un formato stampabile/leggibile a macchina in qualsiasi momento.

3.8 Gestione (Panoramica)

Gestione	Il sottomenu Gestione permette di gestire i dati relativi agli utenti, agli ospedali e allo staff, e di gestire anche l'applicazione stessa.
Modulo Amministratore	Il sottomenu Utenti offre una panoramica di utenti, gruppi e diritti. Permette inoltre di effettuare il log off dall'applicazione. Nel caso di PatientOnLine Stand-Alone , l'utente può modificare la propria password utilizzando questa opzione del menu.
Ospedali/ Staff	I sottomenu Ospedali e/o Staff consentono di definire gli ospedali (inclusi i dipartimenti e i reparti) e i dati relativi allo staff. Gli utenti possono essere collegati ai membri dello staff con il metodo one-to-one.
Imposta	<p>Il sottomenu Seleziona Sistema è dedicato alla gestione dell'applicazione. È possibile configurare svariate impostazioni, come segue.</p> <p>È possibile selezionare le formule attuali per adulti e bambini per il calcolo di Area Superficie Corporea, Acqua Corporea Totale (Volume di distribuzione dell'Urea) e Protein Catabolic Rate tra le 17 formule QA alternative attualmente implementate, tra cui le ben note formule di Du-Bois & DuBois, Gehan & George, Gotch, Mosteller, Chertow, Watson, Hume-Weyers, Bergstrom, Randerson ecc. Inoltre, l'utente può definire valori di classificazione personalizzati per determinati grafici QA, ad esempio per urea, creatinina e glucosio.</p> <p>È possibile selezionare le seguenti unità di misura:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ unità di misura relative a peso e altezza (metrico-decimali o imperiali) ➤ unità di misura relative alla temperatura (gradi Celsius o Fahrenheit) ➤ urea o urea nitrogenata come soluto misurato <p>I sistemi di misura possono essere interamente configurati per tutti i parametri analizzati relativi a sangue, urina e dialisato. È disponibile una scelta rapida per impostare le unità di misura convenzionali predefinite o le unità S.I.</p> <p>Le opzioni di visibilità per l'analisi del trattamento come per il metodo di calcolo del tasso di infezione possono essere impostate in un sottomenu Imposta dedicato. L'utente può impostare i limiti di peso e altezza per adulti e bambini e può configurare le caratteristiche di trasporto per adulti e bambini.</p> <p>PatientOnLine è un'applicazione multi-lingua. Il menu Gestione/Seleziona Sistema/Lingua permette di cambiare la lingua dell'applicazione mentre PatientOnLine è in esecuzione.</p> <p>Tutte le modifiche sopra descritte possono essere eseguite senza arrestare l'applicazione. Questa è una funzione unica che caratterizza tutte le applicazioni del campo clinico.</p> <p>La scheda Elenchi Clinici (fattori di comorbidità, diagnosi, germi, antibiotici, soluzioni CAPD ecc.) permette agli utenti di aggiornare autonomamente gli elenchi clinici, inclusa la visibilità delle voci, offrendo così flessibilità.</p>

Nella scheda **Eventi Log** si gestisce le registrazioni delle azioni critiche dell'applicazione. Le azioni come la modifica dei dati del paziente, la creazione o l'aggiornamento della prescrizione ecc. vengono registrate automaticamente dall'applicazione insieme al nome utente e all'orario in cui è stata effettuata l'operazione.

Gli utenti che hanno determinati diritti possono visualizzare e modificare il log dell'applicazione ed esportare i valori in formati comuni come .csv (comma-separated values) compatibili con MS Excel.

La scheda **Impostaz. panoramica personal.** consente la completa personalizzazione dei menu **Panoramica personal.** e **Pannello**.

La scheda **Connected Home** consente di eseguire specifiche azioni come l'arruolamento o la rimozione della clinica e dei pazienti.

3.9 Note informative sull'utilizzo

3.9.1 Modifica Record

La barra di menu di **PatientOnLine** segue un certo modello per facilitare la navigazione e le operazioni di modifica. Tutti i menu clinici si riferiscono al paziente selezionato nel **riquadro paziente**. Esistono alcune eccezioni che vengono specificate dettagliatamente nella sezione (vedere **Layout della finestra dell'applicazione**, pagina 25).

I menu sono tipicamente costituiti da un elenco di voci nella parte superiore, da una sezione dettagliata nella parte inferiore della finestra e da diversi pulsanti di comando situati di solito nella finestra in basso. I pulsanti sono: **Nuovo**, **Modifica**, **Cancella**, **Salva** e **Annulla**.

La voce visualizzata nella sezione specifica si può selezionare cliccando su una riga dell'elenco.

Non sempre sono disponibili tutti i pulsanti. La finestra del menu può trovarsi in due modalità di base: **Navigazione** e **Modifica**. Nella modalità **Navigazione**, che è anche la modalità di default, i pulsanti **Nuovo**, **Modifica** e **Cancella** sono attivi, mentre sono disattivati i pulsanti **Salva** e **Annulla**. In questa modalità è possibile navigare tra le voci selezionando le righe dell'elenco. I campi della sezione dettagliata non si possono modificare.

Se si clicca su **Nuovo** o **Modifica**, il programma passa in modalità **Modifica**. In questa modalità non è più possibile navigare all'interno dell'elenco, i pulsanti **Nuovo**, **Modifica** e **Cancella** sono disattivati, mentre invece sono attivi i pulsanti **Salva** e **Annulla**. Inoltre, la specifica sezione è modificabile ed è possibile modificarne i vari campi. Se si clicca sul pulsante **Salva**, la voce viene modificata sulla base delle modifiche apportate nella sezione specifica. Se si clicca sul pulsante **Annulla**, le modifiche vengono perse e la voce modificata ritorna al valore precedente. Se si tratta di una voce nuova, questa viene eliminata. In entrambi i casi, il programma esce dalla modalità **Modifica** e ritorna alla modalità **Navigazione**. A questo punto, l'elenco della voce si aggiorna.

Per eliminare una voce, occorre prima selezionarla e, quindi, fare clic sul pulsante **Cancella**. Quindi viene visualizzato un messaggio di avviso e l'utente deve confermare l'operazione selezionando il pulsante **Si**.

La conferma di ogni operazione di salvataggio o cancellazione viene indicata dal relativo messaggio informativo. Se non è possibile effettuare l'operazione correttamente, viene emesso un messaggio di errore.

Per ogni operazione con **Nuovo** e/o **Modifica**, il programma registra automaticamente il nome utente che ha creato il dato e l'ora di creazione, e/o il nome utente che ha aggiornato per ultimo il dato e l'ora dell'ultimo aggiornamento. Questi dati sono genericamente chiamati **Creato da**, **Ora di creazione**, **Ultimo aggiornamento di** e **Ora ultimo aggiornamento**.



Nota

Solo gli utenti che hanno un diritto speciale (**Modifica/cancella dati creati da altri utenti**) possono aggiornare/cancellare un dato per il quale il campo **Ultimo aggiornamento di** è diverso dal nome utente corrente. Se l'utente corrente non ha il rispettivo diritto, l'operazione di aggiornamento/cancellazione non ha luogo e appare un messaggio di avvertimento con il seguente contenuto: **Non hai il permesso di creare/cancellare dati creati da altri utenti. La voce che stai cercando di modificare/cancellare è stata creata dall'utente: <user>**.

3.9.2 Guida

PatientOnLine presenta un sistema completo di guida sia off-line che on-line. Le presenti istruzioni per l'uso sono disponibili in formato PDF nel percorso **Inizio/Programmi/Fresenius Medical Care/Client PatientOnLine/Manuale/PatientOnLine Manuale Operativo**. Per poter aprire il manuale, è richiesta un'applicazione per la visualizzazione di file PDF come **Acrobat Reader** di **Adobe Systems Inc.**

È possibile aprire le istruzioni per l'uso anche facendo clic sull'**icona a forma di libro** nel **riquadro paziente** (vedere **Riquadro paziente**, pagina 38).

Sono disponibili le consuete funzioni quali **Indice**, **Cerca**, **Segnalibri** (espandi e comprimi) ecc.

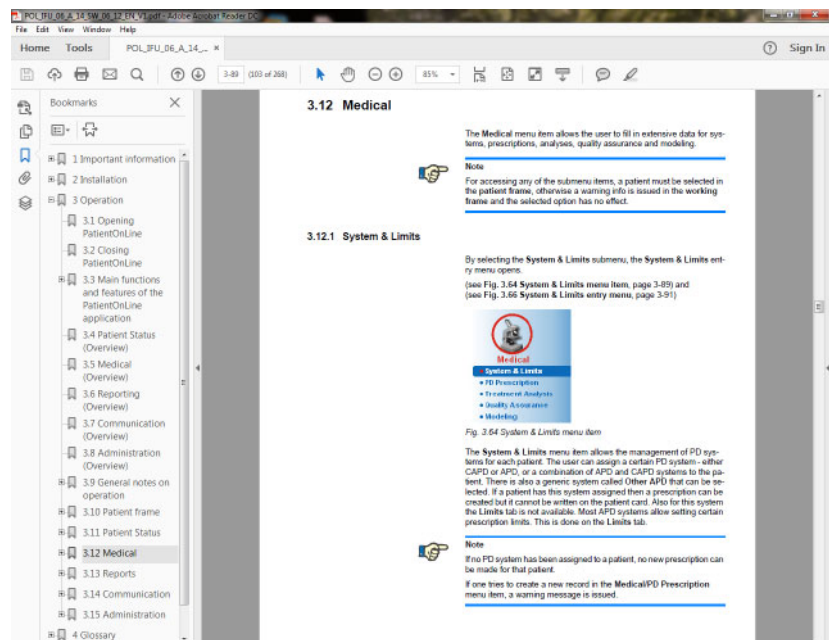


Fig. 3.4 Guida di PatientOnLine

Le istruzioni per l'uso di PatientOnLine verranno aperte in ogni schermata dell'applicazione PatientOnLine premendo il tasto F1.

3.9.3 Convenzioni Tipografiche

Il presente documento fa uso delle seguenti convenzioni:

Cliccare sul pulsante Salva	I pulsanti e gli altri elementi di comando dell'interfaccia utente grafica sono scritti in grassetto .
Quello che l'utente deve inserire	I dati che vengono digitati con la tastiera sono in grassetto .
Quello che viene visualizzato	I messaggi che vengono visualizzati dall'applicazione sono scritti in grassetto .
TAB, SHIFT, CTRL + S	I tasti della tastiera sono scritti in grassetto .



Suggerimento

I commenti, i suggerimenti e i consigli su come operare sono scritti in **grassetto**.

3.10 Riquadro paziente


Il **riquadro paziente**, situato nella sezione superiore della finestra dell'applicazione **PatientOnLine**, consente all'utente di specificare i dati di base: **Nome**, **Secondo nome**, **Cognome**, **Data di Nascita**, **Sesso**, **Diabetico/a**, **Allergico** e **Status attivo**, **PatientOnLine ID** (ID del paziente nel database **PatientOnLine**), ID sistema (ID del paziente salvato sulla Patient Card - 5008 e BCM e sulla Patient Card Plus) e il **PIN** (Patient Identification Number), oltre alla foto del paziente.

È possibile aprire le istruzioni per l'uso facendo clic sull'**icona a forma di libro** situata sul lato destro del **riquadro paziente**.


Le istruzioni per l'uso sono disponibili anche nel percorso

Inizio/Programmi/Fresenius Medical Care/PatientOnLine Client/Manual/PatientOnLine Manuale Operativo.

Cliccando sull'icona **English** che si trova sul lato destro del **riquadro paziente**, si può cambiare rapidamente la lingua corrente dell'applicazione passando alla lingua inglese.

Facendo clic sul pulsante , l'utente può eseguire la ricerca dei pazienti inseriti nel database. Nella finestra **Cerca i Pazienti**, è disponibile un'opzione **Report** che permette all'utente di generare rapporti con un elenco completo di pazienti o sulla base di vari criteri di ricerca dei pazienti.

Il **riquadro paziente** ha il proprio menu per l'esecuzione delle seguenti operazioni:

- **Nuovo**: creazione del record paziente;
- **Modifica**: modifica del record paziente;
- **Salva**: salvataggio del record paziente;
- **Cancella**: cancellazione del record paziente;
- **Annulla**: annullamento dell'operazione in corso (Nuovo o Modifica) relativa al record paziente;
- **Cerca** : ricerca un record paziente.



Nota

Una volta avviata l'applicazione **PatientOnLine**, è attiva solo la voce di menu **Nuovo** del **riquadro paziente** (di colore bianco) e le caselle di testo non contengono dati.

Sul lato sinistro del **riquadro paziente** si trova la cornice nella quale si può visualizzare la foto del paziente.



Nota

Una volta avviata l'applicazione **PatientOnLine**, nel **riquadro paziente** non è selezionato alcun paziente, pertanto la cornice è vuota.

Per caricare o cambiare la foto del paziente si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;

- Fare doppio click sulla **cornice**;

A questo punto si apre la finestra **Seleziona foto paziente**.

- Selezionare **unità, percorso, cartella** e il **nome del file** contenente la foto;
- Selezionare il pulsante **Apri** della finestra di dialogo;
- Selezionare la voce di menu **Salva**. A questo punto viene visualizzato un messaggio di avviso indicante il successo o l'errore dell'operazione di aggiornamento.



Nota

L'applicazione **PatientOnLine** supporta solo i formati di immagine ***.bmp** e ***.jpg**.

3.10.1 Voce di menu Nuovo

Creazione di un nuovo record paziente

- Cliccando sulla voce **Nuovo**, l'utente può creare un nuovo record paziente.

Questi sono i dati del paziente che si devono inserire:

- **Nome** del paziente - massimo 30 caratteri;
- **Secondo nome** del paziente - massimo 40 caratteri;
- **Cognome** del paziente - massimo 40 caratteri;
- **Data di Nascita** del paziente.



Nota

Non è consentito scegliere come data di nascita del paziente una data equivalente o successiva a quella attuale, altrimenti viene emesso un messaggio di avviso; l'utente deve selezionare una data valida.



Attenzione

Pericolo per il paziente a causa di un'insufficiente depurazione

Formato data di nascita errato.

L'età del paziente alla data di un test QA non può essere calcolata senza la data di nascita, pertanto il volume di distribuzione dell'urea (V) non può essere analizzato. Di conseguenza, non è possibile calcolare il Kt/V.

- Il controllo del calendario non consente date non valide.
-

- **Sesso** del paziente;
- Inserire il numero **PIN** del paziente - solo per utenti con uno specifico diritto.

**Nota**

Solo determinati utenti, a seconda dei diritti corrispondenti al loro gruppo, possono modificare il **PIN**.

**Nota**

Due pazienti non possono avere lo stesso **PIN**. Durante il salvataggio del record paziente, il sistema controlla se nel database ci sono duplicati del **PIN**. Se viene trovato un codice **PIN** già assegnato, viene emesso un messaggio di errore; a questo punto, l'utente deve inserire un codice **PIN** che sia valido.

- Scegliere l'immagine del paziente e inserirla nell'apposito campo come descritto sopra.

A questo punto si può procedere in due modi diversi:

- Cliccare su **Salva**, salvando così tutti i dati nel database. Quindi, i dati del nuovo paziente vengono visualizzati nel **riquadro paziente**.

o

- Annullare il processo cliccando su **Annulla**.

In questo caso, nel **riquadro paziente** viene visualizzato l'ultimo paziente selezionato.

3.10.2 Menu Modifica

Modifica del record paziente

Con la voce **Modifica** del **riquadro paziente**, l'utente può modificare i dati del paziente selezionato. Il paziente può essere selezionato dal menu a tendina **Cognome**.

**Suggerimento**

Una volta aperto il menu **Cognome**, se si scorre con il mouse sui cognomi dei pazienti si apre una casella gialla indicante il **Cognome**, il **Nome**, il **Secondo nome** e la **Data di Nascita** del paziente evidenziato, che permette di identificare il paziente in maniera rapida ed efficace. Questa funzione è molto utile quando vi sono più pazienti con lo stesso cognome (vedere Fig. 3.5, Riquadro paziente, pagina 38).

Una volta selezionata la voce **Modifica**, tutti i campi di testo sono disponibili per inserire il paziente. A questo punto, le voci **Salva**, **Cancella** e **Annulla** si attivano. Ciò permette di eseguire le seguenti operazioni:

Menu Salva

- Modifica dei dati del paziente dalle relative caselle di testo e aggiornamento del record paziente con la voce **Salva**, che aggiorna il record paziente.

Menu Annulla

- Annullamento dell'operazione di modifica con la voce **Annulla**.

Menu Cancella

- Cancellazione del record paziente con la voce di menu **Cancella**.

Se non ci si trova nella modalità **Modifica**, i pazienti si possono scegliere solo dal menu a tendina **Cognome** come descritto sopra.

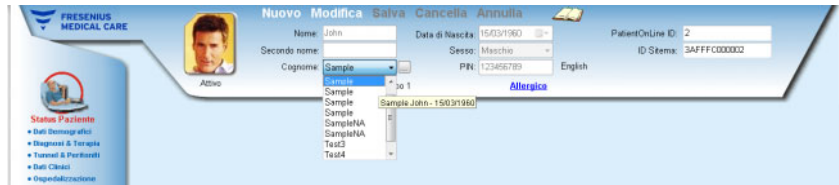


Fig. 3.5 Riquadro paziente

Se si tenta di cancellare il paziente, viene visualizzata la seguente domanda di conferma:

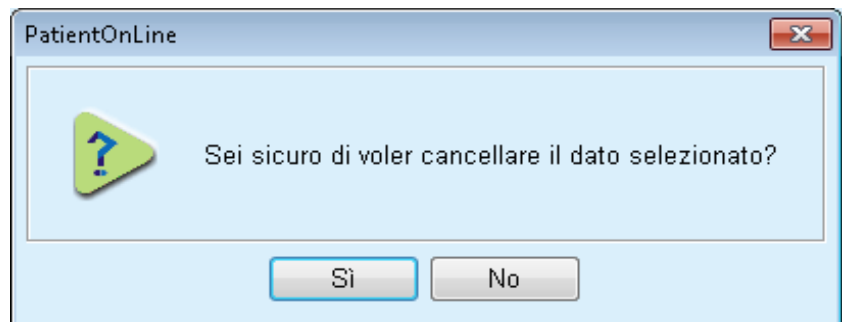



Fig. 3.6 Conferma del tentativo di cancellazione di un record paziente

- Cliccare sul pulsante **Si**,
Tutte le voci di questo paziente vengono cancellate.
- Cliccare sul pulsante **No**
A questo punto l'operazione viene annullata.

3.10.2.1 Pulsante di selezione

Ricerca del record paziente

Con il pulsante  situato accanto al menu a tendina **Cognome**, l'utente può eseguire la ricerca di un determinato paziente. Una volta selezionato questo pulsante, si apre la finestra pop-up **Cerca i Pazienti**.

Il menu a tendina **Cerca Paziente per** mette a disposizione diversi criteri di ricerca, quali **ID** (identificazione all'interno del database), **Nome**, **Secondo nome**, **Sesso**, **Lingua**, **Data di Nascita**, **PIN** ecc. A seconda del criterio selezionato, vengono visualizzate determinate caselle. La parte inferiore contiene un elenco predefinito con tutti i pazienti disponibili.

Per tutti i criteri di testo vi sono una casella di modifica, **Cerca per**, e una casella di selezione, **Riferimento esatto**. In questo caso, il sistema effettua la ricerca del testo specificato. Se l'opzione **Riferimento esatto** non è spuntata, il sistema trova tutte le voci che contengono gli elementi di ricerca ed il confronto dei testi non distingue tra maiuscole e minuscole. Se invece la casella **Riferimento esatto** è spuntata, il sistema trova solamente le voci che sono identiche agli elementi di ricerca ed il confronto dei testi distingue tra maiuscole e minuscole.

Se si scelgono i criteri **Sesso** o **Lingua**, si apre un altro menu a tendina contenente le selezioni disponibili.

Per la **Data di Nascita** vengono visualizzati due comandi calendario che consentono di specificare un periodo.

Cliccando sul pulsante **Cerca**, viene visualizzato il numero dei pazienti che soddisfano i criteri di ricerca e l'elenco dei pazienti trovati. Invece, facendo clic sul pulsante **Cancella**, l'elenco dei pazienti torna allo stato di default.

Se si seleziona una riga dell'elenco dei pazienti cliccando poi il pulsante **OK**, la finestra **Cerca i Pazienti** si chiude e il paziente selezionato diventa il paziente attuale contenuto nel **riquadro paziente**. Questo è un modo utile per scegliere i pazienti, soprattutto nel caso in cui vi sia un alto numero di pazienti.

Se si clicca su **Annulla**, la finestra si chiude e il **riquadro paziente** non viene modificato.


Selezionando il pulsante **Report** viene generato un rapporto con tutti i pazienti che soddisfano i criteri di selezione. Vengono visualizzati i loro nomi, date di nascita, sesso, lingua, PIN, nazionalità e status lavorativo oltre all'ID e all'indice. Questo rappresenta un modo rapido e flessibile di generare i rapporti per tutti i pazienti presenti nel database o per determinati gruppi di pazienti, sulla base dei criteri di selezione.

3.10.3 Riquadro paziente in caso di EDBMS

L'edizione client-server di PatientOnLine può funzionare in combinazione con un sistema esterno di gestione dei database (EDBMS) come Eu-Clid. In questo caso l'elenco dei pazienti è importato da EDBMS e non è più possibile creare e modificare pazienti in PatientOnLine. Inoltre, sono visualizzati due nuovi campi: l'ID DB esterno (ID del paziente in EDBMS) e l'ID istituzione (definito dal cliente).

Fig. 3.7 Riquadro paziente in caso di EDBMS

La sincronizzazione dei dati tra client server PatientOnLine e EDBMS avviene dopo ogni riavvio del server, ma l'utente può avviare comandi di importazione/esportazione specifici sia dal riquadro paziente che dal menu Comunicazione/Scambio dati.

Facendo clic sull'icona , si apre un menu contestuale con quattro opzioni.

Le opzioni sono:

- Importa paziente attuale
- Esporta il paziente attuale
- Importa tutti i pazienti

- Esporta tutti i pazienti

A seconda delle configurazioni del server e di EDBMS, alcune opzioni possono non essere disponibili.



Nota

Indipendentemente dalla configurazione del server, l'arruolamento dei pazienti e la modifica dei dati dei pazienti possono essere eseguiti solo a livello di EDBMS.

3.11 Status Paziente

Con la voce di menu **Status Paziente**, l'utente può inserire dati dettagliati del paziente sia dal punto di vista demografico che clinico. Le opzioni disponibili vengono descritte di seguito.



Nota

Per accedere a una voce qualsiasi del sottomenu si deve selezionare il paziente nel **riquadro paziente**, altrimenti compare un messaggio informativo nel **riquadro operativo**, quindi la voce di menu selezionata non ha alcun effetto.

3.11.1 Dati Demografici

Selezionando il sottomenu **Dati Demografici**, si apre la maschera di inserimento **Anagrafica Paziente & Dettagli**.



Fig. 3.8 Selezione della voce del sottomenu Dati demografici

A questo punto si apre la maschera di inserimento **Anagrafica Paziente & Dettagli**.

La maschera **Anagrafica Paziente & Dettagli** è composta da svariate schede: **Dati demografici**, **Indirizzi**, **Status Professionale**, **Ambiente Abitativo**, **Mobilità**, **Capacità Visiva**, **Manualità Fine**, **Supporto**, **Training** e **Visite Domiciliari**.

3.11.1.1 Scheda Dati demografici

Nella scheda **Dati Demografici** l'utente può specificare la **Nazionalità**, la **Lingua** e la **Scolarità** del paziente. Tutte le voci si possono selezionare dai menu a tendina.

La **Scolarità** viene determinata sulla base dell'ISCED (International Standard Classification of Education), classificazione ufficiale pubblicata dall'UNESCO.

L'impostazione predefinita di entrambi i menu a tendina **Nazionalità**, **Scolarità** e **Gruppo Etnico** è **Sconosciuto**.

Per specificare i Dati Demografici relativi a un determinato paziente, procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente desiderato dal **riquadro paziente**;
- Cliccare sul pulsante **Modifica**
- Selezionare una voce da ciascun menu a tendina;
- Fare clic sul pulsante **Salva**

Il record è stato creato e salvato.

Annullare il processo cliccando su **Annulla**.

3.11.1.2 Scheda Indirizzi

La scheda **Indirizzi** è ulteriormente divisa in quattro schede: **Abitazione**, **Ufficio**, **Indirizzo Contatto 1** e **Indirizzo Contatto 2**, le quali consentono all'utente di inserire diversi indirizzi relativi al paziente selezionato nel **riquadro paziente**.

Quello indicato nella scheda **Abitazione** è l'indirizzo predefinito. Ciascuna scheda si seleziona semplicemente cliccandovi sopra con il mouse oppure usando la tastiera.

Per specificare gli indirizzi relativi a un determinato paziente si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare la scheda desiderata in cui inserire l'indirizzo
- Cliccare sul pulsante **Modifica**

Sono disponibili i seguenti campi d'immissione:

Via,
Numero,
CAP,
Città,
Nazione,
Telefono,
Fax,
Cellulare,
Modem,
E-mail,
Commento

– Nella scheda **Ufficio** si possono specificare ulteriori informazioni:

Att.lavorativa (se la casella di selezione è spuntata vuol dire che il paziente ha un'occupazione)

Azienda (nome)

Dipartimento (settore in cui lavora il paziente)

– Nelle schede **Indirizzo Contatto 1** e **Indirizzo Contatto 2** si possono anche specificare le seguenti informazioni:

Nome (nome del contatto)

Cognome (cognome del contatto)



Suggerimento

Nessuno dei dati menzionati sopra è obbligatorio.

➤ Fare clic sul pulsante **Salva**

Il record è stato creato e salvato.

Annullare il processo cliccando su **Annulla**.

3.11.1.3 Scheda Status Professionale

Nella scheda **Status Professionale**, l'utente può specificare lo status professionale del paziente e apportarvi eventuali modifiche.

Nella parte superiore della finestra si trova l'elenco contenente la storia professionale del paziente. Nella parte inferiore si possono specificare i seguenti dati:

– La **Data** in cui è stato creato il record

– Lo **Status Professionale** del paziente

– Un **Commento** come nota.

➤ Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;

- Cliccare sul pulsante **Nuovo**
- Selezionare lo status desiderato dal menu a tendina **Status Professionale**



Suggerimento

L'elenco **Status Professionale** si può personalizzare aggiungendo o modificando nuove voci nel modulo **Gestione/Imposta/Elenchi Clinici**.

- Selezionare la data desiderata oppure mantenere la data corrente visualizzata nel comando **Data**;
- Per creare o aggiornare il record **Status Professionale** del paziente, cliccare su **Salva**

Annullare il processo cliccando su **Annulla**.

3.11.1.4 Scheda Ambiente Abitativo

Nella scheda **Ambiente Abitativo**, l'utente può specificare l'ambiente abitativo del paziente apportando eventuali modifiche a questo status. La struttura della scheda **Ambiente Abitativo** è simile a quella della scheda **Status Professionale**.

3.11.1.5 Scheda Mobilità

Nella scheda **Mobilità**, l'utente può specificare lo status di mobilità del paziente apportando eventuali modifiche a questo status. La struttura della scheda **Mobilità** è simile a quella della scheda **Status Professionale**.

3.11.1.6 Scheda Capacità Visiva

Nella scheda **Capacità Visiva**, l'utente può specificare lo status di capacità visiva del paziente apportando eventuali modifiche a questo status. La struttura della scheda **Capacità Visiva** è simile a quella della scheda **Status Professionale**.

3.11.1.7 Scheda Manualità Fine

Nella scheda **Manualità Fine**, l'utente può specificare lo status di manualità fine del paziente apportando eventuali modifiche a questo status. La struttura della scheda **Manualità Fine** è simile a quella della scheda **Status Professionale**.

3.11.1.8 Scheda Supporto

Nella scheda **Supporto**, l'utente può specificare lo status di supporto necessario per sottoporre il paziente al trattamento dialitico, apportando eventuali modifiche a questo status. La struttura della scheda **Supporto** è simile a quella della scheda **Status Professionale**.

3.11.1.9 Scheda Training

Nella scheda **Training** l'utente può specificare lo status del training DP del paziente e la relativa cronologia.

Per ciascuna sessione di training si possono specificare alcuni dati, quali:

Data,
Tipo di Training,
Scopo del Training,
Status DP Paziente,
Durata Training,
Luogo Training,
Istruttore,
Strumenti di Training

Tutte le voci si possono selezionare dai menu a tendina. L'impostazione di default è "Sconosciuto".

Inoltre, la **Data** del training e il **Commento** si possono specificare inserendo un testo a piacere.

3.11.1.10 Scheda Visite Domiciliari

La scheda **Visite Domiciliari** permette all'utente di documentare le visite effettuate presso il domicilio del paziente e la cronologia di tali visite. Per il record della visita, è possibile inserire la data della visita e, facoltativamente, la data della prossima visita programmata, il nome del membro dello staff responsabile della visita (testo libero) e un commento facoltativo (testo libero) relativo alla visita.

3.11.2 Diagnosi & Terapia

Nel sottomenu **Diagnosi & Terapia**, l'utente può specificare varie diagnosi e opzioni terapeutiche per il paziente selezionato.

Il sottomenu **Diagnosi & Terapia** è suddiviso in sette schede:

ESRD,
Comorbidità,
RRT (Terapia Renale Sostitutiva),
Catetere,
Terapia Abituale,
Allergie,
Ulteriori Informazioni.

In basso è riportata la descrizione di ciascuna scheda.

È possibile accedere al sottomenu **Diagnosi & Terapia** selezionando **Status Paziente/Diagnosi & Terapia** nel menu ad albero.




Fig. 3.9 Selezione del sottomenu Diagnosi & Terapia

3.11.2.1 Scheda ESRD

La scheda **ESRD** riguarda l'ESRD (malattia renale allo stadio terminale) del paziente attuale. Nella parte in basso è indicata la classificazione delle patologie ICD-10 corrente.

Fig. 3.10 Il sottomenu ESRD

Per specificare una **ESRD** per un determinato paziente si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente desiderato dal **riquadro paziente**;
- Cliccare sul pulsante **Modifica**
- Fare clic sul pulsante ;

A questo punto, si apre una finestra ad albero ICD-10 che consente all'utente di navigare tra le patologie e di selezionarne una.

- Cliccare sul pulsante **OK**
- Il sottomenu **ESRD** viene visualizzato di nuovo
- Selezionare la data desiderata oppure mantenere la data corrente visualizzata nel comando **Data**;
- In alternativa, è possibile immettere un codice ICD-10 valido nella casella di modifica **Codice ICD-10**. Se il codice è corretto, la casella **Patologia ICD-10** verrà aggiornata con il testo corrispondente. Se il codice immesso non è valido, apparirà un messaggio di avviso.
- Cliccando il pulsante <<, si apre un'area di ricerca nella quale è possibile eseguire una ricerca di una patologia o per codice o per descrizione. Specificare il codice o la descrizione e fare clic su **Cerca**. Nell'area **Cerca Risultati** è possibile selezionare una determinata voce. Cliccando sul pulsante >>, si chiude l'area di ricerca.



Suggerimento

Il valore predefinito e il formato dal calendario della **Data** è la data corrente che corrisponde alle impostazioni locali e alle impostazioni data/ora del computer dell'utente.

-
- Fare clic sul pulsante **Salva**

A questo punto, il record ESRD è salvato e/o aggiornato.

Se l'operazione di cui sopra è stata effettuata con successo, appare un messaggio informativo.

Facendo clic sul pulsante **Cancella**, la patologia selezionata al momento verrà cancellata.

Annullare il processo cliccando su **Annulla**.



Attenzione

Pericolo per il paziente a causa di un'insufficiente disintossicazione.

Un'errata selezione nell'albero delle definizioni ICD-10 potrebbe non rivelare un eventuale status diabetico del paziente.

In questo caso, sussiste il rischio che venga prescritta una concentrazione di glucosio impropria.

- L'utente è tenuto a verificare la selezione nell'albero ICD-10 dopo aver premuto il pulsante **Salva**.



Nota

Nel caso in cui il client-server **PatientOnLine** sia collegato a EDBMS e il server sia configurato in modo che ESDR sia modificabile a livello di EDBMS, i pulsanti di modifica in **PatientOnLine** non saranno visibili e il menu ESRD sarà di sola lettura.

3.11.2.2 Scheda Comorbidità

Nella scheda **Comorbidità** vengono elencate le comorbidità del paziente selezionato.

Diagnosi Paziente & Terapia

ESRD | **Comorbidità** | RRT | Catetere | Terapia Abituale | Allergie | Ulteriori Informazioni

Elenco Comorbidità:

Comorbidità	Codice ICD-10	Patologia ICD-10	Data Inizio
Iipertensione	I15.9	Secondary hypertension, unspecified	11/07/1998
Dislipidemia	E78.9	Disorder of lipoprotein metabolism, unspecified	16/07/1997
Patologie oftalmiche	H36.0	Diabetic retinopathy (E10-E14+ with common fourth character .3)	14/04/1994

Data Inizio: 11/07/1998

Vecchia Classificazione (EDTA)
Comorbidità: Iipertensione [Annulla]


Classificazione (ICD-10)
Codice ICD-10: I15.9
Patologia ICD-10: Secondary hypertension, unspecified

[Nuovo] [Modifica] [Cancella] [Salva] [Annulla]

Fig. 3.11 La schermata Comorbidità

Inserimento di nuove comorbidità

Per specificare una nuova comorbidità relativa a un determinato paziente si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Cliccare sul pulsante **Nuovo**
- Fare clic sul pulsante ;

Verrà visualizzata una finestra ad albero ICD-10 con le stesse funzionalità descritte nella sezione 3.11.2.1.

- Selezionare dall'albero la comorbidità corrispondente
- Cliccare sul pulsante **Ok**.
- Selezionare la data desiderata oppure mantenere la data corrente visualizzata in **Data Inizio** nel calendario;
- Fare clic sul pulsante **Salva**

A questo punto, la comorbidità del paziente è salvata.

Se l'operazione è stata effettuata con successo appare un messaggio e la comorbidità appare nell'**Elenco Comorbidità**.



Attenzione

Pericolo per il paziente a causa di un'insufficiente disintossicazione.

Un'errata selezione nell'albero delle definizioni ICD-10 potrebbe non rivelare un eventuale status diabetico del paziente.

In questo caso, sussiste il rischio che venga prescritta una concentrazione di glucosio impropria.


- L'utente è tenuto a verificare la selezione nell'albero ICD-10 dopo aver premuto il pulsante **Salva**.

Annullare il processo cliccando su **Annulla**.

Modifica di una comorbidity

Se, da un lato, un paziente può avere una sola patologia renale primaria, dall'altro possono esistere diverse comorbidity. Per specificare un'altra comorbidity per lo stesso paziente si deve procedere allo stesso modo.

Per modificare una comorbidity relativa a un determinato paziente si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Evidenziare nell'**Elenco Comorbidity** la comorbidity da modificare
- Cliccare sul pulsante **Modifica**
- Fare clic sul pulsante  ;

A questo punto si apre la finestra ad albero ICD-10.

- Apportare le modifiche nei relativi campi d'immissione
- Cliccare sul pulsante **Si**,
- Selezionare la data desiderata o mantenere la data corrente visualizzata in **Data Inizio** del **Calendario**;
- Fare clic sul pulsante **Salva**

A questo punto, la comorbidity del paziente è aggiornata.

Se l'operazione è stata effettuata con successo appare un messaggio e l'**Elenco Comorbidity** si aggiorna.



Attenzione

Pericolo per il paziente a causa di un'insufficiente disintossicazione.

Un'errata selezione nell'albero delle definizioni ICD-10 potrebbe non rivelare un eventuale status diabetico del paziente.

In questo caso, sussiste il rischio che venga prescritta una concentrazione di glucosio impropria.

- L'utente è tenuto a verificare la selezione nell'albero ICD-10 dopo aver premuto il pulsante **Salva**.

Annullare il processo cliccando su **Annulla**.

Cancellazione di una comorbidity

Per cancellare una comorbidity relativa a un determinato paziente si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare nell'**Elenco Comorbidity** la comorbidity da cancellare
- Cliccare sul pulsante **Cancella**

Il record viene cancellato dopo il richiamo di sicurezza.

Se l'operazione è stata effettuata con successo appare un messaggio e l'**Elenco Comorbidity** si aggiorna.

**Suggerimento**

Se si seleziona ESRD o Comorbidità, lo status Diabete Mellito del paziente si attiva e viene visualizzato nel **riquadro paziente**.

Se non è presente alcun dato ESRD e alcun dato di comorbidità, verrà visualizzato “**Diabete non valutato**” nel **riquadro paziente**.

**Nota**

Nel caso in cui PatientOnLine client-server sia collegato a un EDBMS e il server sia configurato in modo che Comorbidità sia modificabile a livello di EDBMS, i pulsanti di modifica in PatientOnLine non sono visibili e il menu Comorbidità è in sola lettura.

3.11.2.3 Scheda RRT (Terapia Sostitutiva Renale)

Per creare o modificare il record **Terapia Sostitutiva Renale** di un paziente si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare la scheda **RRT**
- Cliccare sul pulsante **Nuovo** oppure su **Modifica**
- Selezionare la terapia sostitutiva renale desiderata dal menu a tendina **RRT**
- Selezionare la **Data Inizio** dal controllo calendario oppure mantenere la data corrente visualizzata nel calendario;
- Selezionare la **Data Termine** dal calendario

**Suggerimento**

Non è obbligatorio inserire una **Data Termine**.

**Nota**

Se la **Data Termine** è precedente alla **Data Inizio**, appare un messaggio di avviso; quindi l'utente deve inserire una data corretta.

- Nel campo **Commento** si può inserire eventualmente una nota (opzionale)
- Cliccare sul pulsante **Annulla**

A questo punto l'operazione viene annullata.

o

- Per creare o aggiornare il record **RRT** del paziente, cliccare su **Salva**.

Cliccando sul pulsante **Cancella**, il record viene cancellato dopo il richiamo di sicurezza.

3.11.2.4 Scheda Catetere

La scheda **Catetere** permette di gestire il catetere e la prolunga del catetere, contenendo strumenti per creare, modificare e cancellare questi record. I record catetere e prolunga catetere sono collegati tra di loro, quindi se si cancella il record catetere si cancellano anche tutti i record delle relative prolunghie associate al catetere in questione. Tuttavia, i record possono essere creati e modificati indipendentemente gli uni dagli altri.

Fig. 3.12 Schermo del catetere

Creazione/modifica di un record catetere

Per creare o modificare il record catetere di un paziente si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare la scheda **Catetere**
- Cliccare sul pulsante **Nuovo** oppure su **Modifica**
- Selezionare il **Catetere** dal menu a tendina
- Selezionare dai relativi menu a tendina la **Modalità di Impianto**, lo **Strumento per l'impianto**, la **Modalità di verifica**, la **Direzione del Tunnel** e la **Causa della Sostituzione**



Suggerimento

Tutti i menu a tendina si possono modificare nelle maschere d'immissione in **Gestione/Imposta**.

- Selezionare la **Data Impianto** dal calendario o mantenere la data attuale del calendario;
- Selezionare l'**Inizio del Trattamento Dialitico** dal calendario oppure lasciare il campo vuoto;



Suggerimento

Non è obbligatorio inserire l'**Inizio del Trattamento Dialitico** né la **Data Rimozione**. L'utente può lasciare quei campi vuoti aggiornandoli in seguito. In tal caso, la **Causa della Sostituzione** può essere impostata su **Nessun**.

- Selezionare la **Data Rimozione** dal calendario oppure lasciare il campo vuoto



Nota

Se la **Data Rimozione** è precedente alla **Data Impianto**, qualsiasi tentativo di salvataggio del record non ha effetto ed appare un messaggio di avviso. Cliccare sul pulsante **Ok** del messaggio di avviso e ritornare alla scheda **Catetere** per correggere le date modificandone i campi.

- Nel campo **Commento** si può inserire eventualmente una nota (opzionale)
- Cliccare sul pulsante **Salva** per creare il **nuovo record catetere** o cliccare sul pulsante **Annulla** per annullare il processo.

● Gestione prolunghe catetere

- Selezionare il pulsante **Gestione Prolunghe >**

A questo punto si apre per esteso la scheda **Prolunga Catetere**



Nota

Se il record attuale non è stato ancora salvato, si apre una finestra di dialogo che chiede all'utente di salvare i dati.



Nota

Non è consentito creare diversi record catetere che abbiano la stessa **Data Impianto**. In questo caso viene emesso un messaggio di avviso e l'operazione viene annullata.

- Cliccare sul pulsante **Annulla**

A questo punto l'operazione viene annullata.

Oppure

- Cliccare sul pulsante **Sì**.

Il record catetere attuale viene salvato e si apre per esteso la scheda **Prolunga Catetere**.

● Cancellazione del record catetere

Per cancellare il record catetere di un paziente si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare la scheda **Catetere**
- Selezionare il record da cancellare dall'**Elenco cateteri**

➤ Cliccare sul pulsante **Cancella**

➤ Si apre un avviso di sicurezza.

➤ Cliccare sul pulsante **Si**,

Il record selezionato viene cancellato.

Oppure

➤ Cliccare sul pulsante **No**

L'operazione viene annullata e il richiamo di sicurezza si chiude.

Navigazione tra Catetere e Prolunga Catetere

Per navigare tra la scheda principale **Catetere** e la schermata estesa **Prolunga Catetere** procedere nel seguente modo:

➤ Cliccare sul pulsante **Gestione Prolunghe >** per entrare nella schermata **Prolunga Catetere**;

➤ Cliccare sul pulsante **< Torna a Cateteri** per tornare alla scheda principale **Catetere**.

Creazione/modifica di un record prolunga catetere

➤ Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;

Selezionare la scheda **Catetere**(vedere Fig. 3.12, Schermo del catetere, pagina 50);

➤ Selezionare dall'**Elenco Cateteri** il record catetere per il quale si desidera creare o modificare il record **Prolunga Catetere**;

➤ Selezionare il pulsante **Gestione Prolunghe >**

A questo punto si apre per esteso la scheda **Prolunga Catetere**

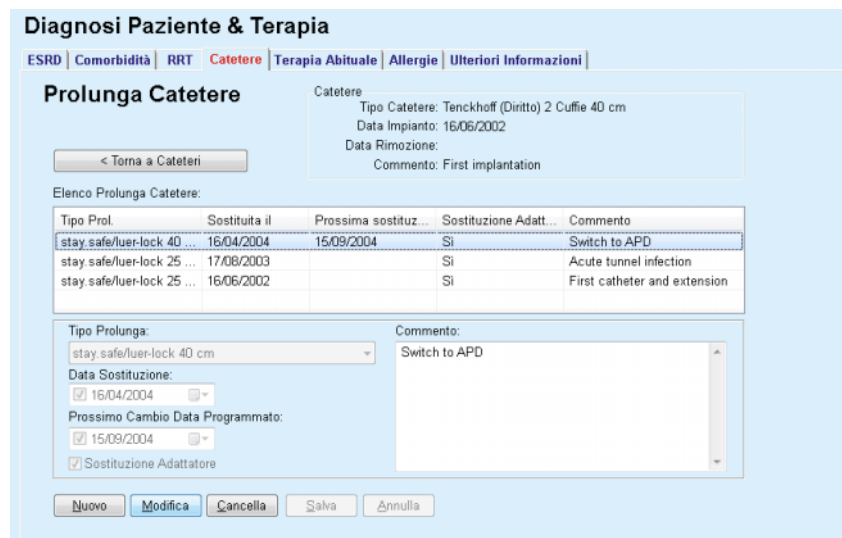


Fig. 3.13 Schermata Prolunga catetere estesa

➤ Cliccare sul pulsante **Nuovo** per aggiungere un nuovo record prolunga catetere o **Modifica** per modificare il record prolunga evidenziato

➤ Selezionare la prolunga dal menu a tendina **Tipo Prolunga**



Nota

Il **Tipo Prolunga** è obbligatorio; se non viene specificato, appare un messaggio di avviso

- Selezionare la **Data Sostituzione** dal calendario;



Nota

È obbligatorio inserire la **Data Sostituzione**. Inoltre, la **Data Sostituzione** deve essere compresa tra la **Data Impianto** e la **Data Rimozione**, in caso contrario un messaggio di avviso e l'operazione viene annullata.

- Facoltativamente, selezionare una data per il **Prossimo Cambio Data Programmato** della prolunga del catetere, o lasciare il campo vuoto, deselegionando la casella di selezione del campo della data. La data predefinita è la data corrente;
- Se è stato sostituito l'adattatore, si deve spuntare anche la casella **Sostituzione Adattatore**;
- Nel campo Commento si può inserire una nota (opzionale);
- Cliccare sul pulsante **Salva** per salvare il record o cliccare sul pulsante **Annulla** per annullare il processo;

Se l'operazione di modifica è stata effettuata con successo appare un messaggio e la prolunga catetere aggiornata viene visualizzata nell'**Elenco Prolunga Catetere**.

3.11.2.5 Scheda Terapia Abituale

La scheda **Terapia Abituale** permette di gestire la terapia abituale del paziente, contenendo strumenti per creare, modificare e cancellare questi record.

Ciascun record può contenere alcuni farmaci che si possono selezionare dal menu ad albero.

Fig. 3.14 La schermata Terapia abituale

Modifica di un record Terapia Abituale

Per creare un record Terapia Abituale relativo a un determinato paziente, procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare la scheda **Terapia Abituale**
- Cliccare sul pulsante **Nuovo**
- Selezionare la **Data Inizio** dal calendario o mantenere la data attuale;
- Selezionare la **Data Termine** dalla casella del calendario, mantenere la data attuale oppure lasciare il campo vuoto;



Nota

Se la **Data Termine** è precedente alla **Data Inizio**, qualsiasi tentativo di salvataggio del record non ha effetto e compare un messaggio di avviso. Cliccare sul pulsante **Ok** del messaggio di avviso e ritornare alla scheda **Terapia Abituale** per correggere i campi delle date.

-
- Nel campo Commento si può inserire una nota (opzionale);
 - Cliccare sul pulsante **Salva** per salvare il record o cliccare sul pulsante **Annulla** per annullare il processo.

o

- Selezionare il pulsante **Gestione Farmaci >** per creare un nuovo record di terapia abituale, quindi passare alla scheda **Farmaci**;
- Nell'avviso di sicurezza, cliccare su **Ok** per creare il nuovo record di terapia abituale e passare alla finestra successiva
- Selezionare il pulsante **Annulla** per ritornare alla schermata **Terapia Abituale** senza salvare. In questo caso si deve cliccare sul pulsante **Salva** oppure sul pulsante **Annulla** della scheda **Terapia Abituale**.

Se la creazione del nuovo record **Terapia Abituale** è stata effettuata con successo, il nuovo record viene visualizzato nell'**Elenco Farmaci**.

Per specificare un'altra terapia abituale per lo stesso paziente, procedere allo stesso modo.

Modifica del record terapia abituale

Per modificare il record di terapia abituale relativo ad un determinato paziente, procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare la scheda **Terapia Abituale**
(vedere **La schermata Terapia abituale**, pagina 53)
- Selezionare dall'**Elenco Farmaci** il record Farmaco da modificare
- Cliccare sul pulsante **Modifica**

Si attivano i pulsanti **Salva** e **Annulla**.

Vengono disattivati i pulsanti **Nuovo**, **Modifica** e **Cancella**

- Modificare tutti i dati necessari come descritto nella sezione precedente;

Eliminazione di un record Terapia Abituale

- Cliccare sul pulsante **Salva** per salvare il record o cliccare sul pulsante **Annulla** per annullare il processo.

Se l'operazione di modifica è stata effettuata con successo, appare un messaggio e nell'**Elenco Farmaci** viene visualizzato il record Farmaco.

Per cancellare il record di terapia abituale di un paziente procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare la scheda **Terapia Abituale**
(vedere Fig. 3.14, La schermata Terapia abituale, pagina 53)
- Selezionare dall'**Elenco Farmaci** il record Farmaco da cancellare
- Cliccare sul pulsante **Cancella**
- Confermare l'avviso di sicurezza;
- Cliccare su **Sì** per cancellare il record Farmaco
- Cliccare su **No** per annullare il processo

Per navigare tra la scheda principale **Terapia Abituale** e la schermata estesa **Farmaci** procedere nel seguente modo:

- Selezionare il pulsante **Gestione Farmaci >**

Viene visualizzata la scheda estesa **Farmaci**.

- Selezionare il pulsante **< Torna a Farmaci**;

A questo punto si apre la scheda principale **Terapia Abituale**.


Creazione/modifica di un record Farmaco

Per creare un nuovo record Farmaco o modificarne uno già esistente relativo a un determinato farmaco associato ad un paziente, procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare la scheda **Terapia Abituale**
- Selezionare il record di terapia per il quale si desidera creare/modificare i farmaci corrispondenti dall'**Elenco Farmaci**;
- Selezionare il pulsante **Gestione Farmaci >**
- Viene visualizzata la schermata estesa **Farmaci**. Cliccare su **Nuovo** per creare un nuovo record
- Cliccare su **Modifica** per modificare un dato esistente;

Vengono attivati i pulsanti **Salva** e **Annulla**.

Vengono disattivati i pulsanti **Nuovo**, **Modifica** e **Cancella**

- Fare clic sul pulsante  ;

A questo punto si apre una finestra pop-up ad albero relativa ai farmaci. Si veda la figura qui sotto.

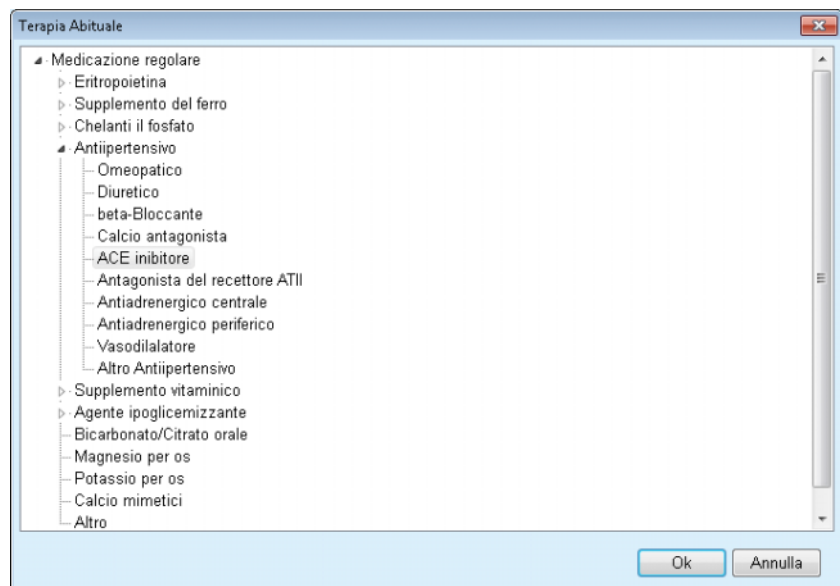


Fig. 3.15 Finestra pop-up ad albero Farmaci

Nella struttura ad albero, l'utente può navigare come in **Windows Explorer** e selezionare il farmaco.

- Cliccare sul farmaco selezionato;
- Fare clic su **Si** per tornare alla schermata **Farmaci**;

Il farmaco selezionato viene visualizzato nel campo d'immissione **Farmaco**.

Nel campo **Modalità Somministrazione** si possono inserire vari dettagli sul farmaco quali nome commerciale, dose da somministrare o un eventuale commento.

- Cliccare sul pulsante **Salva** per creare o aggiornare il record Farmaco o selezionare il pulsante **Annulla** per annullare il processo.

Se l'operazione di modifica è stata effettuata con successo, apparirà un messaggio e nell'**Elenco Farmaci** verrà visualizzato il farmaco aggiornato.



Suggerimento

Se il paziente è allergico, viene visualizzata un'icona di avvertenza aggiuntiva e un'etichetta (collegamento) nella finestra **Farmaci**. Facendo clic sul collegamento **Allergico** si apre la scheda **Allergie** che visualizza lo status allergico del paziente.

3.11.2.6 Scheda Allergie

La scheda **Allergie** permette di gestire le allergie del paziente, dal momento che offre strumenti per creare, modificare e cancellare questi record. Un record comprende lo status allergico (**Si/No**), la data e un eventuale commento.

Creazione/modifica di un record Allergia

Per creare/modificare il record Allergia di un paziente, procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare la scheda **Allergie**
- Cliccare sul pulsante **Nuovo** oppure su **Modifica**
- Selezionare la **Data** dal calendario o mantenere la data attuale;
- Selezionare lo status allergico **Si/No** nel campo Allergia;
- Inserire un commento nel campo **Commento** (obbligatorio nel caso in cui lo status allergico sia **Si**).
- Cliccare sul pulsante **Salva** per salvare il record o cliccare sul pulsante **Annulla** per annullare il processo.

Cancellazione del record Allergia

- Cliccare con il mouse la relativa allergia nell'Elenco allergie;
- Cliccare sul pulsante **Cancella**

Il record viene cancellato dopo il richiamo di sicurezza.

A questo punto si apre una finestra pop-up indicante che la cancellazione è stata effettuata con successo.

**Suggerimento**

Se il paziente ha almeno un record Allergia con status **Si**, la condizione allergica viene visualizzata nel **riquadro paziente**.

Se non è presente alcun dato Allergia, verrà visualizzato il testo “**Allergia non valutata**” nel **riquadro paziente**.

**Nota**

Nel caso in cui PatientOnLine client-server sia collegato a EDBMS e il server sia configurato in modo che Allergie sia modificabile a livello di EDBMS, i pulsanti di modifica in PatientOnLine non sono visibili e il menu Allergie è in sola lettura.

3.11.2.7 Scheda Ulteriori Informazioni

Con la scheda **Ulteriori Informazioni** si gestiscono numerosi importanti attributi del paziente:

- status **Attivo/Inattivo**;
- Status **Adulto/Pediatrico**;
- **Gruppo Sanguigno e Fattore Rh.**

(vedere Fig. 3.16, La schermata Ulteriori informazioni, pagina 59)

Status Attivo/Inattivo

Esempi di Inattivo:

- Passare dalla terapia attuale ad HD
- Trasferimento del paziente in un centro di dialisi diverso;

La voce **Gestione/Imposta/Visualizza impostazioni** consente all'utente di far uso di varie opzioni relative allo status **Attivo/Inattivo** del paziente, ad esempio la funzione che permette di includere i pazienti inattivi nelle statistiche.

Come impostazione predefinita, il paziente è considerato **Attivo**.

Status Adulto/Pediatrico

Lo status **Adulto/Pediatrico** è importante per scegliere le formule QA appropriate per l'area della superficie corporea, l'acqua corporea totale ecc. **PatientOnLine** passa automaticamente dalla formula Adulto alla formula Pediatrico e viceversa in base a questo status. Per impostazione predefinita, lo status **Adulto/Pediatrico** è determinato dall'età del paziente.

Nel menu **Gestione/Imposta** è impostato un limite predefinito di età (16 anni) che può essere modificato; sulla base di tale limite si determina se il paziente è da considerarsi adulto o bambino.

Tuttavia, in casi speciali il nefrologo può decidere che un determinato paziente potrebbe adattarsi a un profilo diverso da quello dettato dall'età. Ad esempio, un paziente obeso di 15 anni può pesare 120 kg, quindi nel suo caso possono essere usate le formule QA per adulti. Per questi casi è possibile modificare manualmente lo status **Adulto/Pediatrico**.

Per modificare lo status **Attivo/Inattivo** e/o **Adulto/Pediatrico** di un paziente, procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare la scheda **Ulteriori Informazioni**
(vedere **La schermata Ulteriori informazioni**, pagina 59)
- Cliccare sul pulsante **Modifica**
- Scegliere lo status **Attivo/Inattivo** nel campo di selezione;

e/o

- Spuntare la casella di selezione **Status forzato manualmente**

A questo punto, si aprirà il campo di selezione Adulto/Pediatrico.

- Scegliere lo status **Adulto/Pediatrico** dal campo di selezione;
- Cliccare sul pulsante **Salva** per salvare il record o cliccare sul pulsante **Annulla** per annullare il processo.

Gruppo sanguigno e Fattore Rh

Il gruppo sanguigno e il fattore Rh costituiscono dati importanti per chiunque. In caso di trasfusioni di sangue, ad esempio, è essenziale conoscere il gruppo sanguigno del paziente. Definire il **Gruppo Sanguigno** e il **Fattore Rh** di un paziente è semplice e chiaro:

- Cliccare sul pulsante **Modifica**
- Selezionare il gruppo sanguigno appropriato (**O, A, B o AB**) dal menu a tendina corrispondente;
- Selezionare il fattore Rho appropriato (**Positivo, Negativo o Sconosciuto**) dall'elenco a tendina corrispondente;
- Cliccare sul pulsante **Salva** per salvare il record o cliccare sul pulsante **Annulla** per annullare il processo.

Lo status **Adulto/Pediatrico**, lo status **Attivo/Inattivo**, il **Gruppo sanguigno** e il **Fattore Rh** correnti sono visualizzati nella casella di gruppo corrispondente della finestra **Ulteriori Informazioni**.

Fig. 3.16 La schermata Ulteriori informazioni



Nota

Nel caso in cui un client-server PatientOnLine sia connesso a un EDBMS, lo status Adulto/Pediatrico, il Gruppo sanguigno e il Fattore Rh vengono forniti dall'EDBMS e non possono essere modificati in PatientOnLine.

3.11.3 Tunnel & Peritoniti

Il menu **Tunnel & Peritoniti** permette all'utente di gestire le informazioni relative agli episodi di **Infezione Exit Site/Tunnel** e **Peritoniti**, oltre alla **Classificazione Exit Site**.



Nota

Per accedere a queste informazioni occorre selezionare il paziente nel riquadro paziente.

3.11.3.1 Scheda Infezione Exit Site/Tunnel

Sulla scheda **Infezione Exit Site/Tunnel**, l'utente può gestire tutte le informazioni relative agli episodi di **Infezione Exit Site/Tunnel** di un determinato paziente.

Alla scheda **Infezione Exit Site/Tunnel** è possibile accedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal riquadro paziente;
- Selezionare la scheda **Infezione Exit Site/Tunnel**.



Fig. 3.17 Scheda Infezione Exit Site/Tunnel

A determinati episodi di infezione possono essere associate terapie diverse. Allo stesso modo, farmaci diversi possono essere associati a una determinata terapia. Questi record sono collegati tra di loro, quindi se si cancella il record dell'episodio Infezione exit site/tunnel, si cancellano, previa conferma dell'utente, anche tutti i record delle terapie e dei farmaci associati all'episodio in questione. Allo stesso modo, cancellando un record Terapia si cancellano, sempre dietro conferma dell'utente, anche tutti i farmaci associati alla terapia. Tuttavia, i record possono essere creati e modificati in modo indipendente.

L'episodio Infezione Exit Site/Tunnel può essere associato a una classificazione grafica dell'Exit Site o persino a una immagine reale dell'Exit Site del paziente.

Per creare/modificare un record relativo a un episodio di infezione Exit Site/Tunnel, procedere nel seguente modo:

Inserire il nuovo episodio di infezione

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare dal menu ad albero la voce **Tunnel & Peritoniti**
- Selezionare l'**Infezione Exit Site/Tunnel**;
- Cliccare sul pulsante **Nuovo** oppure su **Modifica**;

Si apre la prima finestra della procedura guidata di immissione.

Ecco i tipi di infezione che si possono effettuare:

Solo Tunnel;

Solo Exit Site;

Tunnel e Exit Site;

- Selezionare la voce corrispondente
- Cliccare sul pulsante **Avanti >** per continuare o cliccare sul pulsante **Chiudi** per annullare il processo

A questo punto si apre la seconda finestra della procedura guidata di immissione.

Informazioni sulla casella di selezione **Usa nelle statistiche**:

Se la casella è spuntata, l'episodio viene considerato nella sezione **Statistiche**.

	<p>Se la casella non è spuntata, l'episodio non viene considerato nelle Statistiche.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Effettuare la selezione per Usa nelle statistiche ➤ Selezionare Imposta Data dal calendario o mantenere la data attuale; ➤ Selezionare la Data Tampone dal calendario o mantenere la data attuale; ➤ Inserire eventualmente una nota nel campo di testo Commento.
Aggiunta di un germe	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cliccare eventualmente su Agg. per aggiungere un germe all'episodio di infezione del tunnel; <p>A questo punto viene visualizzata la finestra pop-up Agg. Germi.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Selezionare il relativo germe dall'elenco Agg. Germi; ➤ Cliccare sul pulsante Agg; <p>Il germe selezionato viene inserito nel campo di testo Germi.</p>
Cancellazione di un germe	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evidenziare una voce nel campo di testo Germi ➤ Cliccare sul pulsante Cancella ➤ La voce selezionata viene cancellata senza chiedere conferma
Continuazione senza Classificazione Exit Site	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Spuntare la casella Con Classificazione Exit Site per aggiungere all'episodio di infezione la classificazione grafica exit site; ➤ Cliccare sul pulsante Avanti > per passare alla classificazione grafica ➤ Procedere come descritto nel paragrafo (vedere Scheda Classificazione Exit Site, pagina 67).
Continuare senza Classificazione Exit Site	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se la casella di selezione Con Classificazione Exit Site non è spuntata, cliccare sul pulsante Termina oppure cliccare su Chiudi per annullare il processo senza salvarlo.
Cancellazione dell'episodio di infezione	<p>Per cancellare il record dell'episodio di infezione exit site/tunnel si deve procedere nel seguente modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Selezionare il paziente dal riquadro paziente; ➤ Selezionare dal menu ad albero la voce Tunnel & Peritoniti ➤ Selezionare la scheda Infezione Exit Site/Tunnel. ➤ Selezionare il relativo record dalla tabella Episodi ➤ Cliccare sul pulsante Cancella ➤ Si apre un avviso di sicurezza che informa che anche tutti i record collegati come terapie e farmaci saranno cancellati. ➤ Cliccare sul pulsante Sì, <p>Il record viene cancellato.</p> <p>A questo punto si apre una finestra pop-up indicante che la cancellazione è stata effettuata con successo.</p>

Creazione della terapia

Cliccando sul pulsante **No**, il processo viene annullato senza che venga cancellato il record.

Una volta creato il record Episodio, si può creare o modificare una o più terapie per l'episodio in questione.

La struttura della scheda **Infezione Exit Site/Tunnel** è la seguente:

Episodi (scheda principale);

Terapie (prima scheda estesa);

Farmaci (seconda scheda estesa).

Navigazione tra le schermate collegate

Per navigare tra le schermate collegate **Episodi**, **Terapie** e **Farmaci** si deve procedere nel seguente modo:

- Cliccare sul pulsante **Gestione Terapie** > per andare nella schermata **Terapie**;
- Cliccare sul pulsante **Gestione Farmaci** > per andare nella schermata **Farmaci**;
- Cliccando su < **Torna a ...**, si può sempre tornare alla schermata precedente.

Creazione di un nuovo record Terapia

A determinati episodi di infezione possono essere associate varie terapie. Per aggiungere un record Terapia a un episodio di infezione del tunnel procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare l'episodio Infezione Tunnel dalla tabella **Episodi**
- Cliccare sul pulsante **Gestione Terapie** >

A questo punto si apre la scheda estesa **Terapie**; (vedere Fig. 3.18, Terapie per un determinato episodio di infezione exit site/tunnel, pagina 63)

Cliccare sul pulsante **Nuovo**

- Selezionare dal calendario la **Data Inizio** per la terapia selezionata o mantenere la data attuale;
- Selezionare dal calendario la **Data Termine** per la terapia selezionata o mantenere la data attuale.



Suggerimento

Il valore e il formato di **Data Inizio** e **Data Termine** nel calendario sono quelli della data attuale, che corrisponde alle impostazioni locali e alle impostazioni di data/ora del computer dell'utente.



Nota

Se la **Data Termine** è precedente alla **Data Inizio**, qualsiasi tentativo di salvataggio del record non ha effetto e compare un messaggio di avviso. Cliccare sul pulsante **Ok** del messaggio di avviso e ritornare alla schermata **Terapie** per correggere le date nei campi evidenziati.

- Inserire eventualmente una nota nel campo di testo **Commento**.

- Fare clic sul pulsante **Salva**

Infezioni Tunnel/Exit Site & Peritoniti

Infezione Exit Site/Tunnel | Peritoniti | Classificazione Exit Site

Terapie

Episodio
 Imposta Data: 16/10/2002
 Data Tampone: 14/10/2002
 Commento: Acute infection - both tunnel ...

< Torna a Infezioni

Data Inizio	Data Termine	Commento
17/10/2002	19/10/2002	Clear effluent, no fever, exit-site normal skin, nor...
14/10/2002	16/10/2002	No clinical improvement.

Nuovo
 Modifica
 Cancella
 Salva
 Annulla

Data Inizio: 17/10/2002
 Data Termine: 19/10/2002
 Commento: Clear effluent, no fever, exit-site normal skin, normal color, without exudation.

Farmaci:

Nome Farmaco	Dosaggio
Vancomicina	1 g. in the last bag of the ...

Gestione Farmaci >

Fig. 3.18 Terapie per un determinato episodio di infezione exit site/tunnel

Il record salvato viene visualizzato nella tabella **Terapie** della scheda principale **Episodi**.

Oppure

- Cliccare su **Annulla** per annullare il processo.

Per modificare il record Terapia si deve procedere allo stesso modo.

Per cancellare un record **Terapia** si deve procedere nel seguente modo:

Cancellazione del record Terapia

- Selezionare dalla tabella **Terapie** il record Terapia da cancellare
- Cliccare sul pulsante **Cancella**
- A questo punto si apre una finestra pop-up contenente un avviso di sicurezza;
- Cliccare sul pulsante **Sì**.

Il record viene cancellato.

A questo punto si apre una finestra pop-up indicante che la cancellazione è stata effettuata con successo.

Cliccando sul pulsante **No**, il processo viene annullato senza cancellare il record.



Nota

Se si cancella il record **Terapia**, si cancellano anche tutti i record **Farmaci** ad esso collegati.

Come menzionato prima, farmaci diversi (e multipli) possono essere associati a una determinata terapia. Il pulsante **Gestione Farmaci >** permette di effettuare questa operazione in una apposita finestra. La modifica di record di farmaci funziona in modo simile a quella per la modifica di record di terapie.



Suggerimento

L'Elenco Farmaci si può personalizzare aggiungendo o modificando nuove voci dal modulo **Gestione/Imposta/Elenchi Clinici**.



Suggerimento

Se il paziente è allergico, viene visualizzata un'icona di avvertenza aggiuntiva e un'etichetta (collegamento) nella finestra **Farmaci**. Facendo clic sul collegamento **Allergico** si apre la scheda **Allergie** che visualizza lo status allergico del paziente.



Nota

Tutte le finestre **Farmaci** dell'applicazione (corrispondenti a **Infezione Exit Site/Tunnel** e **Peritoniti**) utilizzano lo stesso approccio relativamente alle **Allergie**.

3.11.3.2 Scheda Peritoniti

Nella scheda **Peritoniti** si possono gestire tutte le informazioni necessarie relative agli episodi di peritonite, quali Terapie Peritoniti e Farmaci diversi.

Come per il modulo **Infezione Exit Site/Tunnel**, a un determinato episodio di peritonite si possono associare diverse **Terapie**. Allo stesso modo, diversi **farmaci** possono essere associati a una determinata **terapia**. Si noti che questi record (**Episodi, Terapie e Farmaci**) sono collegati tra di loro, quindi se si cancella il record Episodio Peritonite si cancellano, dietro conferma dell'utente, anche tutti i record delle terapie e dei farmaci associati all'episodio in oggetto. Allo stesso modo, cancellando un record Terapia si cancellano, sempre dietro conferma dell'utente, anche tutti i farmaci associati alla terapia. Tuttavia, questi record possono essere creati e modificati indipendentemente gli uni dagli altri.

Creazione di un nuovo record Episodio Peritonite

Per creare un nuovo record Episodio Peritonite si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare dal menu ad albero la voce **Tunnel & Peritoniti**
- Selezionare la scheda **Peritoniti**
- Cliccare sul pulsante **Nuovo**.

Vengono attivati i pulsanti **Salva** e **Annulla**.

Vengono disattivati i pulsanti **Nuovo, Modifica** e **Cancella**

Spiegazione relativa alla casella di selezione "Usa nelle statistiche":

Casella di selezione spuntata:

L'episodio in questione viene considerato nella sezione **Statistiche**.

Casella di selezione **non** spuntata:

L'episodio in questione non viene considerato nella sezione **Statistiche**.

- Effettuare la selezione per **Usa nelle statistiche**
 - Selezionare il pulsante **Imposta Data** dal calendario o mantenere la data attuale;
 - Selezionare il pulsante **Data Campione Dialisato** dal calendario o mantenere la data attuale;
 - Inserire eventualmente una nota nel campo di testo **Commento**.
- Aggiunta di un germe**
- Cliccare eventualmente su **Agg** per aggiungere un **germe** all'episodio Peritoniti;
- A questo punto viene visualizzata la finestra pop-up **Agg. Germi**.
- Selezionare il relativo germe dall'elenco **Agg. Germi**;
 - Cliccare sul pulsante **Agg**;
- Il germe selezionato viene inserito nel campo di testo **Germi**.
- Cancellazione di un germe**
- Evidenziare una voce nel campo di testo **Germi**
 - Cliccare sul pulsante **Cancella**
 - La voce selezionata viene cancellata senza chiedere conferma
- Salvataggio del record Episodio Peritonite**
- Cliccare sul pulsante **Salva** per salvare il record **o** selezionare il pulsante **Annulla** per annullare il processo senza salvare.
- Il salvataggio avvenuto con successo viene riportato in una finestra pop-up.
- o**
- Cliccare sul pulsante **Gestione Terapie >**
- A questo punto si apre una finestra pop-up contenente due opzioni:
- Cliccare sul pulsante **Si**,
- Il nuovo record viene salvato e si apre la scheda **Terapie**.
- o**
- Cliccare su **Annulla**; a questo punto si apre di nuovo la scheda **Episodi** che si può modificare in un momento successivo.
- Nella scheda **Episodi**, cliccare su **Salva** per salvare il record Episodio Peritonite **o** selezionare il pulsante **Annulla** per annullare il processo senza salvarlo
- Se l'operazione è effettuata con successo viene emesso un messaggio di conferma e il nuovo record appare nella tabella **Episodi**.
- Modifica del record Episodio Peritonite**
- Per creare un determinato record Episodio Peritonite si deve procedere nel seguente modo:
- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
 - Selezionare dal menu ad albero la voce **Tunnel & Peritoniti**
 - Selezionare la scheda **Peritoniti**
 - Selezionare dalla tabella **Episodi** il record da modificare
 - Cliccare sul pulsante **Modifica**

	<p>Vengono attivati i pulsanti Salva e Annulla. Vengono disattivati i pulsanti Nuovo, Modifica e Cancella</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Modificare tutti i dati richiesti <p>Completare la procedura successiva come descritto in (vedere Creazione di un nuovo record Episodio Peritonite, pagina 64).</p> <p>Se l'operazione è effettuata con successo appare un messaggio di conferma e il record aggiornato viene visualizzato nella tabella Episodi.</p>
Cancellazione del record Episodio Peritonite	<p>Per cancellare un determinato record Peritoniti si deve procedere nel seguente modo:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Selezionare il paziente dal riquadro paziente;➤ Selezionare dal menu ad albero la voce Tunnel & Peritoniti➤ Selezionare la scheda Peritoniti➤ Selezionare dalla tabella Episodi il record Peritoniti da cancellare➤ Cliccare sul pulsante Cancella <p>A questo punto si apre una finestra pop-up contenente due opzioni:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Cliccare sul pulsante Si, <p>Il record e le relative prolunghe vengono cancellati.</p> <p>Oppure</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Cliccare sul pulsante No <p>Il record non viene cancellato. Viene di nuovo mostrata la scheda Incidenti.</p>
Navigazione tra le schede collegate	<p>Per navigare tra le schermate collegate Episodi, Terapie e Farmaci si deve procedere nel seguente modo:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Cliccare sul pulsante Gestione Terapie > per andare nella scheda Terapie➤ Cliccare sul pulsante Gestione Farmaci > per andare nella scheda Farmaci➤ Cliccando su < Torna a ..., si può anche passare alla scheda precedente
Aggiunta del record Terapia all'episodio Peritonite	<p>Alcune terapie possono essere associate a determinati episodi di infezione. Per aggiungere un record di terapia all'episodio Infezione peritonite, procedere come descritto nella sezione precedente a proposito dell'aggiunta di un record Terapia all'episodio Infezione Exit Site/Tunnel.</p>
Modifica del record Terapia dell'episodio Peritonite	<p>Per modificare il record Terapia si deve procedere nel seguente modo:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Selezionare il record Terapia dalla tabella Episodi➤ Cliccare sul pulsante Modifica➤ Modificare tutti i dati richiesti➤ Fare clic sul pulsante Salva

Cancellazione del record Terapia dell'episodio Peritonite	Per eliminare un determinato record Terapia , procedere come descritto nella sezione Infezione Exit Site/Tunnel .
Aggiunta del record Farmaco all'episodio Peritonite	Come menzionato prima, farmaci diversi (e multipli) possono essere associati a una determinata terapia. Per creare/modificare un record Farmaco relativo a una determinata terapia associata al paziente, procedere come descritto nella sezione Infezione Exit Site/Tunnel .
Cancellazione del record Farmaco dell'episodio Peritonite	Per cancellare il record Farmaco si deve procedere nel seguente modo: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Selezionare il record Farmaco dalla tabella Farmaci ➤ Cliccare sul pulsante Cancella ➤ Il record viene cancellato dopo il richiamo di sicurezza.

3.11.3.3 Scheda Classificazione Exit Site

Alla scheda **Classificazione Exit Site** si può accedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare dal menu ad albero la voce **Tunnel & Peritoniti**
- Selezionare la scheda **Classificazione Exit Site**
- Selezionare la scheda **Classificazione** o **Tabella Diagnostica** (vedere Fig. 3.19, Scheda Classificazione Exit Site, pagina 68)

Classificazione

E' possibile accedere alla classificazione exit site di Twardowski, modificata da Teixido & Arias, nella scheda **Classificazione** di **PatientOnLine**.

Questa classificazione consente all'utente di determinare in modo molto accurato lo status exit site del paziente scegliendo un grado per ciascuna delle otto categorie disponibili.

È possibile accedere alla stessa classificazione dalla scheda **Infezione Exit Site/Tunnel** se la casella di selezione **Con Classificazione Exit Site** è selezionata con il segno di spunta.

In questo caso, per creare un nuovo record **Classificazione Exit Site** occorre seguire la procedura descritta in basso.

Una **Classificazione Exit Site** può essere associata a un episodio di infezione Exit Site/Tunnel (vedere la sezione **Infezione Exit Site/Tunnel**) oppure può essere definita autonomamente utilizzando la scheda **Classificazione Exit Site** in caso di regolare controllo medico.

Se la **Classificazione Exit Site** viene registrata nel momento in cui si crea l'episodio **Infezione Exit Site/Tunnel**, il record viene visualizzato nella tabella **Elenco Exit-Site** in rosso con sfondo giallo. L'origine del dato è indicata. L'origine può essere: Salvato manualmente o Infezione.



Nota

I record **Classificazione Exit Site** associati all'**Infezione Exit Site/Tunnel** non possono essere modificati né cancellati dalla scheda **Classificazione Exit Site (Modifica, Cancella, Salva e Annulla)**. La modifica e la cancellazione sono operazioni consentite solo per i record creati da **Classificazione Exit Site**.



Fig. 3.19 Scheda Classificazione Exit Site

Creazione del record Classificazione Exit Site

Per creare il record **Classificazione Exit Site** relativo al paziente selezionato si deve procedere nel seguente modo:

- Cliccare sul pulsante **Nuovo**

Vengono attivati i pulsanti **Salva** e **Annulla**

Vengono disattivati i pulsanti **Nuovo**, **Modifica** e **Cancella**

- Selezionare la data desiderata oppure accettare la data corrente visualizzata nel controllo **Data Inizio**;
- Inserire eventualmente una nota nel campo di testo **Commento**.

È possibile aggiungere una foto digitale dell'exit site reale, se disponibile, facendo un doppio clic sull'**Immagine Exit Site Paz.** e selezionando il file immagine desiderato

Per ciascuna delle otto categorie exit site si può selezionare un grado dall'apposito menu a tendina.

- Ripetere la selezione per tutte le otto categorie
- Cliccare sul pulsante **Salva** per creare il record **Classificazione Exit Site** oppure selezionare il pulsante **Annulla** per annullare il processo attuale.

Modifica del record Classificazione Exit Site

Per modificare il record **Classificazione Exit Site** relativo al paziente selezionato si deve procedere nel seguente modo:

- Evidenziare nella tabella **Elenco Exit Site** il record da modificare
- Cliccare sul pulsante **Modifica**
- I dati da modificare possono essere ora modificati
- Cliccare sul pulsante **Salva** per creare il record **Classificazione Exit Site** oppure selezionare il pulsante **Annulla** per annullare il processo attuale.

Cancellazione del record Classificazione Exit Site

Per eliminare il record **Classificazione Exit Site** relativo al paziente selezionato, procedere nel seguente modo:

- Evidenziare nella tabella **Elenco Exit Site** il record da cancellare
- Cliccare sul pulsante **Cancella**
- Il record da cambiare viene cancellato dopo il richiamo di sicurezza.

A questo punto si apre una finestra pop-up indicante che la cancellazione è stata effettuata con successo.

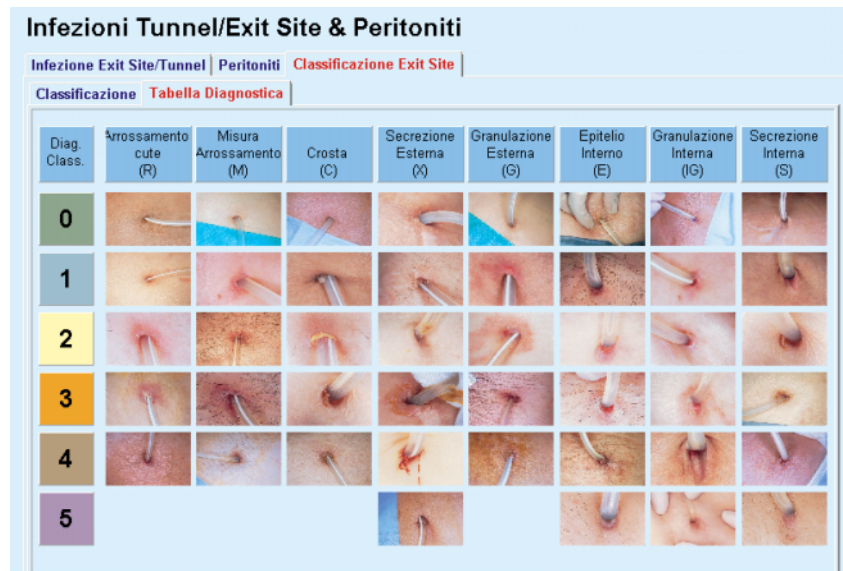


Fig. 3.20 Tabella diagnostica

Nella scheda **Tabella Diagnostica** è riportata la descrizione della tabella exit site Teixido & Arias:

- Selezionare la scheda **Tabella Diagnostica**
- Cliccare sull'immagine corrispondente

A questo punto si apre una finestra pop-up contenente la descrizione completa dell'immagine selezionata.

Per chiudere questa finestra:

- Fare clic sul pulsante ;

3.11.4 Dati Clinici

La voce di menu **Dati Clinici** è strutturata in nove schede:

Peso
Altezza
Pressione Arteriosa
Bilancio volumi
BCM,
Amputazione
Status Tampone Nasale
Ulteriori Dati di Lab.
Commento

L'utente può **visualizzare, inserire, modificare** o **cancellare** alcuni dati clinici di base del paziente selezionato nel riquadro paziente.

3.11.4.1 Scheda Peso

La scheda **Peso** (vedere **La scheda Peso**, pagina 72) consente all'utente di specificare il peso del paziente e di creare pertanto un nuovo dato Peso o di modificare o eliminare il dato Peso preesistente del paziente.

Inoltre, l'utente può definire i limiti di notifica del peso (min/max) con una determinata data per ogni limite. Un valore di peso che viene evidenziato in rosso quando il valore è al di fuori dei limiti definiti per lo specifico intervallo di date interessato.



Nota

E' inserito un record di peso ogniqualvolta che viene creato un nuovo record Quality Assurance o una Scheda BCM viene personalizzata con un nuovo valore di peso, immesso direttamente nella voce di menu **Personalizzare BCM Card**. L'Elenco peso in (vedere **La scheda Peso**, pagina 72) mostra anche questi dati peso, ma in una combinazione di colori diversa. I dati peso possono anche essere importati da EDBMS o da trattamenti CAPD. L'origine del dato è visualizzata nell'elenco. I record che non hanno "Salvato manualmente" come origine non possono essere né eliminati né modificati dalla scheda **Peso**.

Nella scheda **Peso** sono presenti i seguenti campi dati:

Peso (in kg o libbre),
Addome Pieno (casella di selezione)
Peso Secco Prescritto (in kg o libbre),
Data

Creazione di un nuovo record Peso

Per creare un nuovo record Peso si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;

- Selezionare dal menu ad albero la voce **Dati Clinici**
- Selezionare la scheda **Peso**
- Cliccare sul pulsante **Nuovo**
- Nei campi dati **Peso** e **Peso Secco Prescritto** si devono inserire i relativi valori numerici:
- Eventualmente si può spuntare la casella di selezione **Addome Pieno**
- Selezionare nella casella **Data** la data desiderata oppure mantenere la data attuale visualizzata



Suggerimento

Non appena la freccia del mouse si porta sui campi d'immissione **Peso** e **Peso Secco Prescritto**, vengono visualizzati brevemente i limiti min. e max. consentiti. L'utente può modificare in qualsiasi momento i limiti di peso in **Gestione/Imposta/Limiti**.

- Fare clic sul pulsante **Salva**

L'operazione di salvataggio, effettuata con successo, viene visualizzata come menu pop-up e va confermata selezionando il pulsante **Sì**.

Modifica del record Peso

Per modificare il record Peso si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare dal menu ad albero la voce **Dati Clinici**
- Selezionare la scheda **Peso**
- Selezionare nell'**Elenco Peso** il record da modificare



Nota

Si possono modificare solamente i record scritti in nero. I dati scritti in rosso sono stati generati da altre origini dati, pertanto **non** possono essere modificati.

- Cliccare sul pulsante **Modifica**
- I campi dati **Peso** e **Peso Secco Prescritto** si possono modificare o correggere
- Eventualmente si può spuntare la casella di selezione **Addome Pieno**
- Selezionare nella casella **Data** la data desiderata oppure mantenere la data attuale visualizzata
- Fare clic sul pulsante **Salva**

L'operazione di salvataggio, effettuata con successo, viene visualizzata come menu pop-up e va confermata selezionando il pulsante **Sì**.

Registrati dal Peso

Dati Clinici

Peso | Altezza | Pressione Arteriosa | Bilancio volumi | BCM | Amputazione | Status Tampona Nasale | Ulteriori Dati di Lab. | Commento

Peso | Limiti

Elenco peso:

Data	Peso [Kg]	Addome Pieno	Peso Secco Prescritto [Kg]	Origine
17/02/2003	73,2	No		QA
16/10/2002	74,0	Si	72,0	Salvato manualmente
12/09/2002	75,0	No		QA
10/09/2002	73,5	No		QA
03/09/2002	75,0	No		QA
15/08/2002	72,0	Si	70,0	Salvato manualmente
08/10/2001	87,0	No		QA

Peso: Kg Data: 27/04/2017

Addome Pieno:

Peso Secco Prescritto: Kg

Registrato da altra origine dati

Fig. 3.21 La scheda Peso



Suggerimento

Le unità di misura relative al peso dipendono dalle impostazioni disponibili in **Gestione/Imposta/ Imposta Dati Lab/Unità di Peso & Altezza**. In qualsiasi momento si può scegliere tra kg & cm o libbre & pollici.

Cancellazione del record Peso

- Per cancellare il record Peso si deve procedere nel seguente modo:
- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare dal menu ad albero la voce **Dati Clinici**
- Selezionare la scheda **Peso**
- Selezionare nell'**Elenco Peso** il record da cancellare



Nota

È possibile modificare solamente dati scritti in nero. I dati scritti in rosso sono stati generati da altre origini dati, pertanto **non** possono essere eliminati.

- Cliccare sul pulsante **Cancella**

A questo punto si apre una finestra pop-up contenente un richiamo di sicurezza.

Cliccando su **Si** si cancella il record selezionato, mentre se si clicca su **No**, il processo viene annullato e la scheda **Peso** non viene modificata.

La sottoscheda **Limiti** consente di definire i limiti di notifica del peso utilizzando i pulsanti **Nuovo**, **Modifica**, **Cancella**, **Salva** e **Annulla**.

Per definire questo record di limite, cliccare su **Nuovo**, quindi impostare una data, un valore minimo e un valore massimo e cliccare su **Salva**.

È possibile definire più record di limite, ognuno con la propria data. Un record di limite agisce dalla sua data di definizione fino al record di limite successivo o fino alla data attuale se non esiste un record successivo.



Nota

Si raccomanda vivamente di definire almeno una serie di limiti per ogni paziente, con una data appropriata. Si tenga presente che i limiti si applicheranno solo ai record che hanno una data successiva a quella dei limiti.



Nota

I valori del peso al di fuori dei limiti che corrispondono alla data del record del peso vengono evidenziati in rosso.



Nota

Nel caso in cui PatientOnLine client-server sia collegato a EDBMS e il server sia configurato in modo che Peso sia modificabile a livello di EDBMS, i pulsanti di modifica in PatientOnLine non sono visibili e il menu Peso è in sola lettura.

3.11.4.2 Altezza

La scheda **Altezza** (vedere **La scheda Altezza**, pagina 75) consente all'utente di specificare l'altezza del paziente e, in tal modo, di creare un nuovo dato Altezza o di modificare o eliminare il dato Altezza preesistente del paziente.



Nota

Viene inserito un dato peso ogni qualvolta viene creato un nuovo dato Quality Assurance o una BCM Card viene personalizzata con un nuovo valore di peso, immesso direttamente alla voce di menu **Personalizzare BCM Card**. L'**Elenco Altezza** in (vedere **La scheda Altezza**, pagina 75) mostra anche questi record altezza, ma in una combinazione di colori diversa. I dati altezza possono essere importati anche da EDBMS. L'origine del dato è visualizzata nell'elenco. I dati che non hanno "Salvato manualmente" come origine non possono essere né eliminati né modificati dalla scheda **Altezza**.

Nella scheda **Altezza** sono presenti i seguenti campi dati:

Altezza (in cm o pollici),

Data

Creazione di un nuovo record Altezza

Per creare un nuovo record Altezza si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;

- Selezionare dal menu ad albero la voce **Dati Clinici**
- Selezionare la scheda **Altezza**
- Cliccare sul pulsante **Nuovo**
- Nel campo dati **Altezza** si deve inserire il relativo valore numerico
- Selezionare nella casella **Data** la data desiderata oppure mantenere la data attuale visualizzata



Suggerimento

Non appena la freccia del mouse si porta sul campo d'immissione **Altezza**, vengono visualizzati brevemente i limiti min. e max. consentiti. L'utente può modificare in qualsiasi momento i limiti di altezza in **Gestione/Imposta/Limiti**.

-
- Fare clic sul pulsante **Salva**

L'operazione di salvataggio, effettuata con successo, viene visualizzata come menu pop-up e va confermata selezionando il pulsante **Sì**.

Modifica del record Altezza

Per modificare il record Altezza si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare dal menu ad albero la voce **Dati Clinici**
- Selezionare la scheda **Altezza**
- Selezionare nell'**Elenco Altezza** il record da modificare



Nota

Si possono modificare solamente i record scritti in nero. I dati scritti in rosso sono stati generati da altre origini dati, pertanto **non** possono essere modificati.

-
- Cliccare sul pulsante **Modifica**
 - Il campo dati **Altezza** può essere ora modificato
 - Selezionare nella casella **Data** la data desiderata oppure mantenere la data attuale visualizzata
 - Fare clic sul pulsante **Salva**

L'operazione di salvataggio, effettuata con successo, viene visualizzata come menu pop-up e va confermata selezionando il pulsante **Sì**.



Suggerimento

Le unità di misura relative all'altezza dipendono dalle impostazioni disponibili in **Gestione/Imposta/ Imposta Dati Lab/Unità di Peso & Altezza**. In qualsiasi momento si può scegliere tra kg & cm o libbre & pollici.

Cancellazione del record Altezza

Per cancellare il record Altezza si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare dal menu ad albero la voce **Dati Clinici**
- Selezionare la scheda **Altezza**

➤ Selezionare nell'**Elenco Altezza** il record da cancellare



Nota

È possibile modificare solamente dati scritti in nero. I dati scritti in rosso sono stati generati da altre origini dati, pertanto **non** possono essere eliminati.

➤ Cliccare sul pulsante **Cancella**

A questo punto si apre una finestra pop-up contenente un richiamo di sicurezza.

Cliccando su **Si** si cancella il record selezionato, mentre se si clicca su **No** il processo viene annullato.

Registrato da altra origine dati

Dati Clinici

Peso | **Altezza** | Pressione Arteriosa | Bilancio volumi | BCM | Amputazione | Status Tampone Nasale | Ulteriori Dati di Lab. | Commento

Elenco Altezza:

Data	Altezza [cm]	Origine
17/02/2003	164	QA
14/10/2002	176	Salvato manualmente
12/09/2002	176	QA
10/09/2002	176	QA
03/09/2002	176	QA
08/10/2001	176	QA

Altezza: cm Data:

Registrati da Altezza

Fig. 3.22 La scheda Altezza

La sottoscheda **Limiti** consente di definire i limiti di notifica dell'altezza utilizzando i pulsanti **Nuovo**, **Modifica**, **Cancella**, **Salva** e **Annulla**.

Per definire questo record di limite, cliccare su **Nuovo**, quindi impostare una data, un valore minimo e un valore massimo e cliccare su **Salva**.

È possibile definire più record di limite, ognuno con la propria data. Un record di limite agisce dalla sua data di definizione fino al record di limite successivo o fino alla data attuale se non esiste un record successivo.



Nota

I valori dell'altezza al di fuori dei limiti che corrispondono alla data del record dell'altezza vengono evidenziati in rosso.



Nota

Nel caso in cui PatientOnLine client-server sia collegato a EDBMS e il server sia configurato in modo che Altezza sia modificabile a livello di EDBMS, i pulsanti di modifica in PatientOnLine non sono visibili e il menu Altezza è in sola lettura.

3.11.4.3 Scheda pressione arteriosa

La scheda **Pressione Arteriosa** (vedere **La scheda Pressione Arteriosa**, pagina 78) permette all'utente di documentare la pressione arteriosa e la temperatura corporea di un paziente.

Nella scheda **Pressione Arteriosa** sono presenti i seguenti campi dati:

Sistolica (mmHg),

Diastolica (mmHG)

Postura,

Pulsazioni (1/min),

Temperatura Corporea (gradi Celsius o Fahrenheit),

Data



Nota

Viene inserito un dato Pressione arteriosa ogni qualvolta viene creato un nuovo trattamento CAPD. L'**Elenco press. arteriosa** mostra anche questi dati, ma in una combinazione di colori diversa. I dati di pressione arteriosa possono essere importati anche da EDBMS. L'origine del dato è visualizzata nell'elenco. I dati che non hanno "Salvato manualmente" come origine non possono essere né eliminati né modificati dalla scheda **Pressione Arteriosa**.

Creazione di un nuovo record Pressione Arteriosa

Per creare un nuovo record Pressione Arteriosa si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare dal menu ad albero la voce **Dati Clinici**
- Selezionare la scheda **Pressione Arteriosa**
- Cliccare sul pulsante **Nuovo**
- Nei campi **Sistolica**, **Diastolica**, **Postura** e **Pulsazioni** si devono inserire i relativi valori numerici:
- Selezionare nella casella **Data** la data desiderata oppure mantenere la data attuale visualizzata
- Immettere la **Temperatura Corporea** nel campo corrispondente;



Suggerimento

Non appena il puntatore del mouse è posizionato sui campi di inserimento **Sistolica**, **Diastolica**, **Pulsazioni** o **Temperatura Corporea**, viene visualizzata un'indicazione dei corrispondenti valori minimo e massimo permessi. Non è permesso l'inserimento di valori al di fuori dei range predefiniti.



Suggerimento

Le unità di misura relative alla temperatura corporea dipendono dalle impostazioni disponibili in **Gestione/Imposta/ Imposta Dati Lab/Unità di misura Temperatura**. E' possibile scegliere tra i gradi Celsius e Fahrenheit in ogni momento.

Modifica del record Pressione Arteriosa

- Fare clic sul pulsante **Salva**

L'operazione di salvataggio, effettuata con successo, viene visualizzata come menu pop-up e va confermata selezionando il pulsante **Si**.

Per modificare il record Pressione Arteriosa si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare dal menu ad albero la voce **Dati Clinici**
- Selezionare la scheda **Pressione Arteriosa**
- Selezionare nell'**Elenco press. arteriosa** il record da modificare
- Cliccare sul pulsante **Modifica**
- I campi **Sistolica**, **Diastolica**, **Postura**, **Pulsazioni** e **Temperatura Corporea** possono essere modificati o corretti;
- Selezionare nella casella **Data** la data desiderata oppure mantenere la data attuale visualizzata
- Fare clic sul pulsante **Salva**

L'operazione di salvataggio, effettuata con successo, viene visualizzata come menu pop-up e va confermata selezionando il pulsante **Si**.

Cancellazione del record Pressione Arteriosa

Per cancellare il record Pressione Arteriosa si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare dal menu ad albero la voce **Dati Clinici**
- Selezionare la scheda **Pressione Arteriosa**
- Selezionare nell'**Elenco Pressione Arteriosa** il record da cancellare
- Cliccare sul pulsante **Cancella**

A questo punto si apre una finestra pop-up contenente un richiamo di sicurezza.

Facendo clic su **Si** si cancella il record selezionato, mentre se si clicca su **No** il processo viene abbandonato e non sono effettuate modifiche.

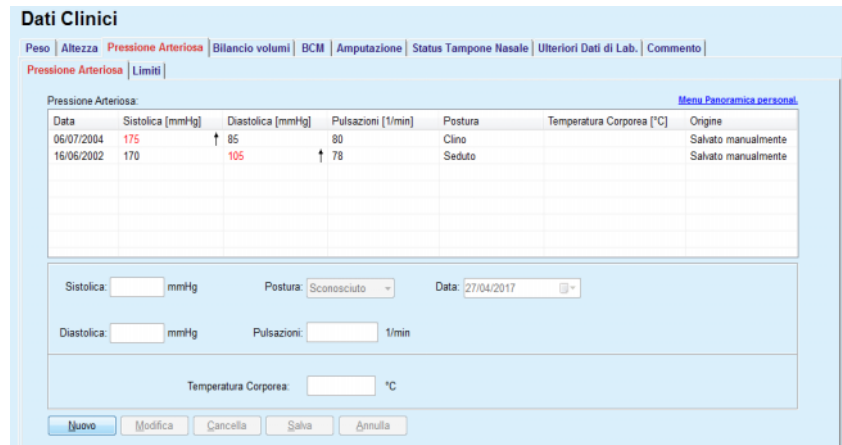


Fig. 3.23 La scheda Pressione Arteriosa

La sottoscheda **Limiti** consente di definire i limiti di notifica della pressione arteriosa e della temperatura utilizzando i pulsanti **Nuovo**, **Modifica**, **Cancella**, **Salva** e **Annulla**.

Per definire questo record di limite, fare clic su **Nuovo**, quindi impostare una data, un valore minimo e un valore massimo per pressione sistolica, pressione diastolica, frequenza cardiaca e temperatura, quindi cliccare su **Salva**.

È possibile definire più record di limite, ognuno con la propria data. Un record di limite agisce dalla sua data di definizione fino al record di limite successivo o fino alla data attuale se non esiste un record successivo.



Nota

Si raccomanda vivamente di definire almeno una serie di limiti per ogni paziente, con una data appropriata. Si tenga presente che i limiti si applicheranno solo ai record che hanno una data successiva a quella dei limiti.



Nota

I valori di pressione arteriosa/temperatura al di fuori dei limiti che corrispondono alla data di pressione arteriosa/temperatura vengono evidenziati in rosso.



Nota

Nel caso in cui PatientOnLine client-server sia collegato a EDBMS e il server sia configurato in modo che Pressione Arteriosa sia modificabile a livello di EDBMS, i pulsanti di modifica in PatientOnLine non sono visibili e il menu Pressione Arteriosa è in sola lettura.

3.11.4.4 Scheda Bilancio volumi

La scheda **Bilancio volumi** (vedere Fig. 3.24, Scheda Bilancio volumi, pagina 79) permette all'utente di visualizzare i valori del bilancio volumi dai protocolli di trattamento APD/CAPD. Questo è un menu di sola lettura.

Dati Clinici

Peso | Altezza | Pressione Arteriosa | **Bilancio volumi** | BCM | Amputazione | Status Tampone Nasale | Ulteriori Dati di Lab. | Commento

Bilancio Volumi | Limiti

Elenco bilancio volumi:

Data	Bilancio Volumi [ml]	Tipo Sistema
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	-690	↑ 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 Scheda Bilancio volumi

Facendo doppio clic su una riga nella griglia **Bilancio volumi**, il comando passerà al menu **Analisi trattamento**, sul rispettivo protocollo di trattamento. In questo modo si può avere accesso immediato a tutti i dati del trattamento.

La sottoscheda **Limiti** consente di definire i limiti di notifica del bilancio volumi utilizzando i pulsanti **Nuovo**, **Modifica**, **Cancella**, **Salva** e **Annulla**.

Per definire questo record di limite, fare clic su **Nuovo**, quindi impostare una data, un valore minimo e un valore massimo e fare clic su **Salva**.

È possibile definire più record dei limiti, ognuno con la propria data. Un record dei limiti agisce dalla sua data di definizione fino al record di limite successivo o fino alla data attuale se non esiste un record successivo.



Nota

Si raccomanda vivamente di definire almeno una serie di limiti per ogni paziente, con una data appropriata. Si tenga presente che i limiti si applicheranno solo ai record che hanno una data successiva a quella dei limiti.



Nota

I valori del bilancio volumi al di fuori dei limiti che corrispondono alla data del record del bilancio volumi sono evidenziati in rosso, indipendentemente dal menu in cui vengono visualizzati.



Nota

Nel caso in cui PatientOnLine client-server sia collegato a un EDBMS e il server sia configurato in modo che i limiti del bilancio volumi siano modificabili a livello di EDBMS, i pulsanti di modifica in PatientOnLine non sono visibili e il menu Limiti bilancio volumi è di sola lettura.

3.11.4.5 Scheda BCM

La scheda **BCM** consente all'utente di analizzare le misurazioni BCM in modo specifico per ogni paziente. Le misurazioni BCM sono disponibili sia in formato numerico - scheda **Risultati**, sia in formato grafico - scheda **Grafici**. Per ciascuna misurazione BCM vengono visualizzati i dati relativi ai parametri di immissione della misurazione, la composizione corporea, i parametri Cole, i dati grezzi e la qualità delle misurazioni.

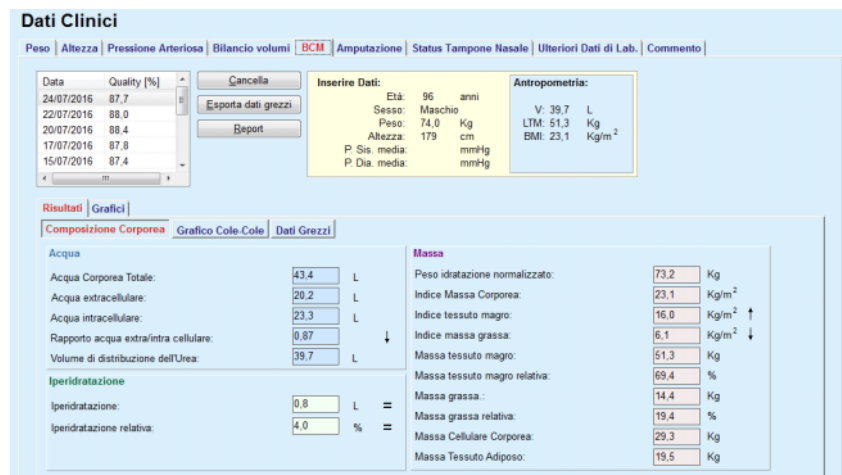


Fig. 3.25 La scheda BCM

Nella parte superiore sinistra della scheda BCM vi è una tabella con i le misurazioni BCM salvate (come fornite dal BCM) per il paziente selezionato. Sono visualizzate la data e la qualità della misurazione. Selezionando una riga della tabella si aggiornano tutti i dati BCM nella scheda.

Nella parte superiore destra vi è un'area che descrive le misurazioni **Inserire Dati**, in riferimento all'età del paziente, al sesso, al peso, all'altezza, alla pressione arteriosa sistolica e diastolica media, e le misurazioni BCM **Antropometria** in termini di volume di distribuzione dell'Urea (V), indice di massa magra (LTM) e indice di massa corporea (BMI).

Nella parte inferiore dello schermo vi è un'area di lavoro con due schede - **Risultati** e **Grafici**. La scheda **Risultati** comprende i risultati **Composizione Corporea**, il **Grafico Cole-Cole** e i **Dati Grezzi**.

Composizione Corporea

I dati antropometrici si riferiscono all'acqua corporea totale, acqua extracellulare, acqua intracellulare, rapporto acqua extra/intracellulare, volume di distribuzione dell'urea, iperidratazione, peso di idratazione normalizzato, indice di massa corporea, indice di massa magra, indice di massa grassa, massa magra, massa magra relativa, massa grassa, massa grassa relativa, massa cellulare corporea, massa adiposa. Le classi di riferimento corrispondenti sono visualizzate in formato grafico (come per il dispositivo BCM) quando disponibile (vedi i simboli → e = visualizzati in **(vedere La scheda BCM, pagina 80)**).

Grafico di Cole-Cole

Questa opzione visualizza il grafico di impedenza dei dati grezzi delle misurazioni BCM. I dati grezzi si riferiscono ai valori di fase e ampiezza (reattanza e resistenza c.a.) misurati dal dispositivo BCM per 50 frequenze diverse. La curva dei dati grezzi fornisce un'indicazione della qualità della misurazione. Il BCM calcola anche un valore di qualità per ogni misurazione visualizzata in questa scheda. Un valore di qualità superiore a 90 indica una buona qualità dei dati grezzi.

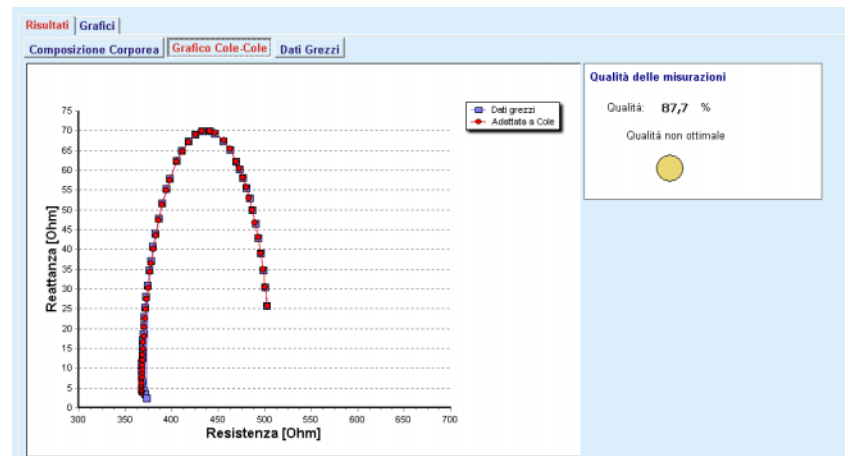


Fig. 3.26 Il grafico di Cole-Cole

Dati grezzi

Questa opzione visualizza tutti i valori numerici dei dati grezzi della misurazione BCM, come pure i parametri di Cole: extracellular resistance, intracellular resistance, alpha, time delay, capacity and error.

Per esportare dati grezzi in un file di testo con formato valori separati da tabulazione (*.tsv), basta premere semplicemente il pulsante **Esporta dati grezzi**. Questa funzione di esportazione permette ulteriori analisi ed elaborazioni dei dati grezzi.

La scheda **Grafici** comprende i grafici **Composizione Corporea**, **Iperidratazione** e **Riferimento idratazione** per tutte le misurazioni BCM disponibili nella tabella in alto a sinistra dell'area di lavoro per il paziente corrente.

Per il grafico dei parametri antropometrici, l'iperidratazione, la massa magra, la massa adiposa, la pressione arteriosa sistolica e il peso sono rappresentati sullo stesso grafico. Per l'iperidratazione è visualizzata solo l'evoluzione del parametro di iperidratazione. Il Riferimento idratazione mostra un confronto tra pressione sistolica e iperidratazione.

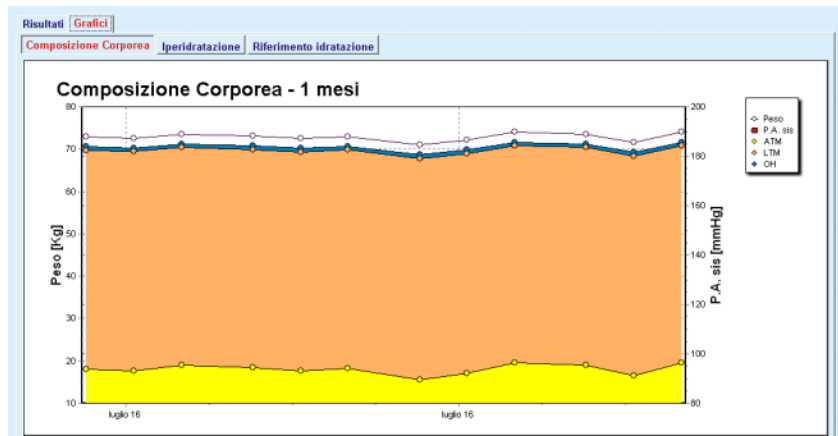


Fig. 3.27 Il grafico della composizione corporea

Tutti i dati visualizzati per una misurazione BCM possono essere stampati in un rapporto dedicato semplicemente selezionando la misurazione BCM desiderata dall'elenco e premendo il pulsante **Report**. Come risultato, sono inclusi nel rapporto i dati di inserimento corrispondenti e i risultati della misurazione BCM, in formato di testo e grafico, come pure i grafici (storico) associati.

Premendo il pulsante **Cancella** la misurazione BCM selezionata correttamente verrà effettivamente eliminata, esclusivamente dietro conferma dell'utente,



Nota

È possibile importare misurazioni BCM utilizzando la voce del menu **Importa BCM Card di Comunicazione/BCM Card**, come descritto nella sezione corrispondente delle presenti istruzioni per l'uso.

3.11.4.6 Scheda Amputazione

La scheda **Amputazione** (vedere **La scheda Amputazione**, pagina 83) consente all'utente di specificare lo stato amputazione del paziente e, in tal modo, di creare un nuovo dato Amputazione per il paziente o di modificare o eliminare il dato Amputazione preesistente.

Per il lato sinistro e destro del corpo e per la parte superiore e inferiore del corpo (braccio/piede).

Per la parte superiore del corpo, le amputazioni possono riguardare:

Mano

Braccio sotto il gomito,

Braccio al gomito,

Braccio alla spalla

Per la parte inferiore del corpo, le amputazioni possono riguardare:

Piede

Gamba sotto ginocchio

Coscia

Gamba/anca.



Nota

Il record Amputazione riflette sempre lo status di amputazione attuale del paziente. Se manca una parte del corpo, questa manca in qualsiasi momento successivo e viene ripetutamente menzionata come mancante in tutti i record Amputazione successivi.

Per specificare lo status di amputazione si devono spuntare le apposite caselle di selezione Lato sinistro e Lato destro.

Dati Clinici

Peso | Altezza | Pressione Arteriosa | Bilancio volumi | BCM | **Amputazione** | Status Tampone Nasale | Ulteriori Dati di Lab. | Commento

Elenco Amputazioni:

Data	Braccio Sinistro	Gamba Sinistra	Braccio Destro	Gamba Destra
10/06/2003		Coscia	Braccio al gomito	
01/09/2002		Piede		

Lato Sinistro Lato destro

Braccio alla spalla
 Braccio al gomito
 Braccio sotto il gomito
 Mano
 Gamba/anca
 Coscia
 Gamba sotto ginocchio
 Piede

Data: 10/06/2003

Nuovo Modifica Cancellazione Salva Annulla

Fig. 3.28 La scheda Amputazione



Nota

Indipendentemente dal lato, lo status di amputazione per entrambe le parti superiore e inferiore del corpo è cumulativo. Se si spunta la casella del livello superiore di amputazione, automaticamente vengono spuntati tutti i livelli inferiori. Inoltre, i livelli inferiori discendenti sono disattivati e quindi non si possono togliere i segni di spunta. Se si toglie il segno di spunta dai livelli superiori, con il metodo step-by-step si attivano i livelli inferiori successivi che non sono disattivati.



Nota

Non è consentito creare due status amputazione che abbiano la stessa data. In questo caso viene emesso un messaggio di avviso e l'operazione viene annullata.



Nota

Lo status amputazione deve essere in ordine cronologico. Qualsiasi tentativo di salvataggio di uno status amputazione meno grave di quelli registrati precedentemente non ha effetto e viene emesso un messaggio di avviso.

L'utente deve cliccare sul pulsante **Ok** della finestra di avviso e ritornare alla schermata Amputazione per specificare uno status amputazione che sia valido.



Nota

Non è consentito registrare lo stesso status amputazione con date diverse. In questo caso viene emesso un messaggio di avviso e l'operazione viene annullata.



Nota

Nel caso in cui PatientOnLine client-server sia collegato a EDBMS e il server sia configurato in modo che Amputazione sia modificabile a livello di EDBMS, i pulsanti di modifica in PatientOnLine non sono visibili e il menu Amputazione è in sola lettura.

3.11.4.7 Scheda Status Tampone Nasale

La scheda **Status Tampone Nasale** permette all'utente di specificare lo stato del tampone nasale.

Nella scheda **Status Tampone Nasale** si possono specificare le seguenti informazioni:

Status Tampone Nasale Negativo

Status Tampone Nasale Positivo

Commento (campo di testo libero)

Data

Creazione di un nuovo record Status Tampone Nasale

Per creare un nuovo record Status Tampone Nasale si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare dal menu ad albero la voce **Dati Clinici**
- Selezionare la scheda **Status Tampone Nasale**
- Cliccare sul pulsante **Nuovo**
- Nel campo di selezione **Status Tampone Nasale** si può selezionare lo status del tampone nasale
- Nel campo Commento si può eventualmente inserire un testo a piacere
- Selezionare nella casella **Data** la data desiderata oppure mantenere la data attuale visualizzata

Modifica del record Status Tampone Nasale

- Fare clic sul pulsante **Salva**

L'operazione di salvataggio, effettuata con successo, viene visualizzata come menu pop-up e va confermata selezionando il pulsante **Si**.

Per modificare il record Status Tampone Nasale si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare dal menu ad albero la voce **Dati Clinici**
- Selezionare la scheda **Status Tampone Nasale**
- Selezionare in **Storia Tampone Nasale** il record da modificare
- Cliccare sul pulsante **Modifica**
- Il campo di selezione **Status Tampone Nasale** può essere ora modificato
- Il campo Commento può essere ora modificato
- Selezionare nella casella **Data** la data desiderata oppure mantenere la data attuale visualizzata
- Fare clic sul pulsante **Salva**

L'operazione di salvataggio, effettuata con successo, viene visualizzata come menu pop-up e va confermata selezionando il pulsante **Si**.

Cancellazione del record Status Tampone Nasale

Per cancellare il record Status Tampone Nasale si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare dal menu ad albero la voce **Dati Clinici**
- Selezionare la scheda **Status Tampone Nasale**
- Selezionare in **Storia Tampone Nasale** il record da cancellare
- Cliccare sul pulsante **Cancella**

A questo punto si apre una finestra pop-up contenente un richiamo di sicurezza.

Cliccando su **Si** si cancella il record selezionato, mentre se si clicca su **No**, il processo viene annullato e la scheda **Status Tampone Nasale** non viene modificata.

3.11.4.8 Scheda Ulteriori Dati di Lab.

La scheda **Ulteriori Dati di Lab.** (vedere **La scheda Ulteriori Dati di Lab.**, pagina 87) consente all'utente di gestire i dati delle analisi di laboratorio del sangue relativi a un determinato paziente e di documentarne lo stato di infettività a Epatite B, C e HIV. Inoltre, solo alcuni utenti speciali possono specificare i marker dell'Epatite B, C e dell'HIV. Il termine **Ulteriori** sta ad indicare che i dati si aggiungono ai test QA (vedi sezione **Quality Assurance**).

● **Scheda generale test di laboratorio**

L'utente può registrare i seguenti dati di laboratorio:

urea,
o

urea nitrogenata, a seconda dei valori specificati nel laboratorio locale

Creatinina

Sodio

Potassio

Glucosio

Albumina

Proteine

Bicarbonato venoso

Calcio (totale)

Fosforo (fosfato)

Ormone paratiroideo (intatto, biointatto e totale)

Fosfatasi Alcalina

Proteina C-reattiva

Emoglobina

Emoglobina glicosilata (HbA1c)

Ferritina

Saturazione Transferrina

Marker CA 125



Nota

Mentre il sistema è in esecuzione, l'utente può passare da **Urea** a **Urea Nitrogenata** o viceversa, a seconda delle impostazioni del laboratorio locale, selezionando l'opzione desiderata in **Gestione/Imposta/Imposta Dati Lab**.

PatientOnLine offre un metodo altamente sofisticato per specificare le unità di misura di ciascun dato di laboratorio nella sezione **Gestione/Imposta/Imposta Dati Lab**. Per ciascun tipo di dati di laboratorio, l'utente può specificare in modo pratico qualsiasi possibile unità.

Inoltre, è possibile impostare/ripristinare facilmente le unità **Convenzionali** o **Internazionali** (S.I.) predefinite della misurazione, premendo solo un pulsante.

La scheda **Imposta Dati Lab** presenta elementi di modifica (smart edit controls) che hanno range ben definiti per ciascun tipo di dati. Gli intervalli di valori vengono aggiornati automaticamente quando l'utente ridefinisce le unità di misura.



Nota

Il record Dati Lab viene inserito nel momento in cui si crea un nuovo test Quality Assurance. Anche l'elenco **Ulteriori Dati di Lab.** mostra i record dei dati di laboratorio, ma in una combinazione di colori diversa. I Dati Lab QA non si possono cancellare né modificare dal menu **Ulteriori Dati di Lab.**

Creazione di un nuovo record Ulteriori Dati di Lab.

Per creare il record Dati Lab relativo a un determinato paziente si deve procedere nel seguente modo:

Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;

- Selezionare dal menu ad albero la voce **Dati Clinici**
- Selezionare la scheda **Ulteriori Dati di Lab.**

Fig. 3.29 La scheda Ulteriori Dati di Lab.

- Cliccare sul pulsante **Nuovo**
- Selezionare nella casella **Data** la data desiderata oppure mantenere la data attuale visualizzata
- Inserire uno o più valori di laboratorio nei rispettivi campi d'immissione
- Fare clic sul pulsante **Salva**

L'operazione di salvataggio, effettuata con successo, viene visualizzata come menu pop-up e va confermata selezionando il pulsante **Sì**.

Il nuovo record creato viene visualizzato nell'elenco **Ulteriori Dati di Lab.**



Nota

Nessuno dei dati di laboratorio è obbligatorio. Tuttavia, per creare un nuovo record si deve inserire almeno una parte del dato.

Modifica del record Ulteriori Dati di Lab.

Per modificare il record **Ulteriori Dati di Lab.** si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;

- Selezionare dal menu ad albero la voce **Dati Clinici**
- Selezionare la scheda **Ulteriori Dati di Lab.**
- Selezionare nell'**Elenco Ulteriori Dati di Lab.** il record da modificare
- Cliccare sul pulsante **Modifica**

Tutti i campi dei dati vengono abilitati per consentirne la modifica.

- Selezionare nella casella **Data** la data desiderata oppure mantenere la data attuale visualizzata
- Fare clic sul pulsante **Salva**

L'operazione di salvataggio, effettuata con successo, viene visualizzata come menu pop-up e va confermata selezionando il pulsante **Sì**.

Tutte le modifiche vengono salvate nel record.

Cancellazione del record Ulteriori Dati di Lab.

Per cancellare il record Ulteriori Dati di Lab. si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare dal menu ad albero la voce **Dati Clinici**
- Selezionare la scheda **Ulteriori Dati di Lab.**
- Selezionare nell'**Elenco Ulteriori Dati di Lab.** il record da cancellare
- Cliccare sul pulsante **Cancella**
- Il record selezionato viene cancellato dopo il richiamo di sicurezza

L'operazione di cancellazione, effettuata con successo, viene visualizzata come menu pop-up e va confermata selezionando il pulsante **Sì**.

● **Scheda Virologia**

Scheda Status Infettivo

Questa opzione permette all'utente di documentare lo **Status Infettivo** di un paziente in riferimento a Epatite B, Epatite C e HIV. Premendo il pulsante **Nuovo**, è possibile selezionare una delle tre opzioni (**Negativo, Sconosciuto, Positivo**) dai corrispondenti menu a tendina per l'Epatite B, l'Epatite C e l'HIV. Nel campo **Data** è necessario specificare la data di registrazione dello status infettivo. Per modificare un record, per prima cosa è necessario selezionare la voce desiderata dall'**Elenco Ulteriori Dati di Lab.**, premere il pulsante **Modifica** ed effettuare le modifiche desiderate, quindi premere il pulsante **Salva** per salvare effettivamente i dati o il pulsante **Annulla** per abbandonare l'operazione (vedere **Scheda Status Infettivo**, pagina 89). Per cancellare un record di questo tipo, è necessario selezionare la voce **Ulteriori Dati di Lab.** desiderata dall'elenco corrispondente, premere il pulsante **Cancella**, quindi confermare l'operazione di cancellazione.

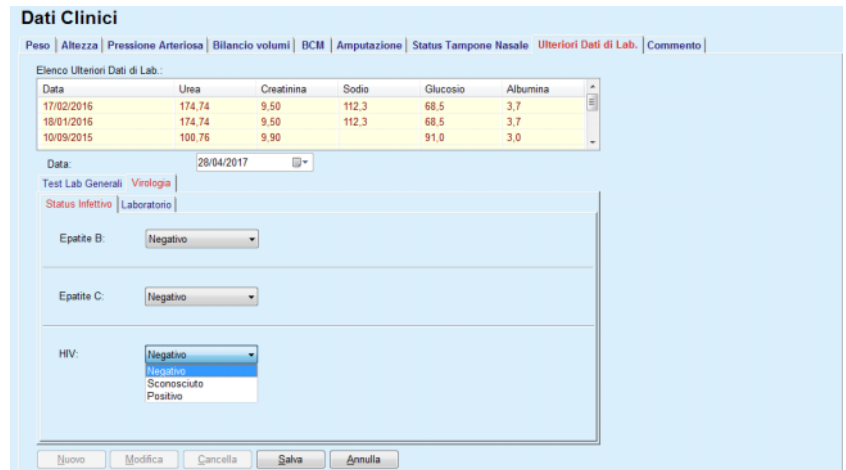


Fig. 3.30 Scheda Status Infettivo

Scheda Laboratorio

Solo gli utenti appartenenti al gruppo **Medici autorizzati** o aventi i diritti Visualizza + Modifica + Crea Prescrizione + Cancella possono visualizzare e accedere alla scheda **Laboratorio**, che offre la possibilità di registrare lo status di numerosi parametri ematici per i virus Epatite B, Epatite C e HIV (vedere **La scheda Laboratorio**, pagina 90). Sono disponibili i seguenti parametri, come illustrato nella tabella seguente:

Virus Epatite B (HBV)	Virus Epatite C (HCV)	HIV
HBsAg	Anti-HCV	HIV
Anti-HBs	HCV-RNA	anti-HIV ELISA
HBcAg	–	anti-HIV Western Blot
anti-HBc	–	Antigene P24
anti-HBc-IgM	–	HIV-RNA
HBeAg	–	–
anti-HBe	–	–
HBV-DNA	–	–

La creazione di nuovi record di **Laboratorio**, la loro modifica e cancellazione devono essere eseguiti nel modo solito (vedi descrizione della scheda **Status Infettivo** sopra).

Fig. 3.31 La scheda Laboratorio



Nota

Ogni record **Ulteriori Dati di Lab** è costituito da dati **Test Lab Generali** (come Azoto ureico, Creatinina, Sodio, Glucosio,....CA125) e dati di **Vi-rologia** (come status infettivo di Epatite B, Epatite C e HIV), compresi dati di **Laboratorio** (come HBsAg, Anti-HBs, ..., HBV-DNA, Anti-HCV, HCV-RNA, HIV, ..., HIV-RNA). La creazione di un nuovo record implica la gestione dell'intero gruppo di parametri. Anche la modifica di un record esistente concerne tutti i parametri che possono essere modificati. La cancellazione di un record simile cancellerà tutti i dati (Generali, Virologia, Laboratorio).

3.11.4.9 Scheda Commento

La scheda **Commento** consente all'utente di specificare un commento relativo a un paziente e, in tal modo, di creare un nuovo dato Commento o di modificare o eliminare un commento generale preesistente relativo al paziente.

Nella scheda **Commento** si possono specificare le seguenti informazioni:

Dieta Raccomandata (campo di testo libero)

Commenti Generali (campo di testo libero)

Data

Creazione di un nuovo record Commento

Per creare un nuovo record Commento si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare dal menu ad albero la voce **Dati Clinici**
- Selezionare la scheda **Commento**
- Cliccare sul pulsante **Nuovo**

- In tutti i casi, i testi si possono inserire a piacere nei campi **Dieta Raccomandata e Commenti Generali**.
- Selezionare nella casella **Data** la data desiderata oppure mantenere la data attuale visualizzata
- Fare clic sul pulsante **Salva**

L'operazione di salvataggio, effettuata con successo, viene visualizzata come menu pop-up e va confermata selezionando il pulsante **Si**.

Modifica del record Commento

Per modificare il record Commento si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare dal menu ad albero la voce **Dati Clinici**
- Selezionare la scheda **Commento**
- Selezionare nell'**Elenco Commenti** il record da modificare
- Cliccare sul pulsante **Modifica**
- A questo punto si possono modificare i campi di testo **Dieta Raccomandata e Commenti Generali**.
- Selezionare nella casella **Data** la data desiderata oppure mantenere la data attuale visualizzata
- Fare clic sul pulsante **Salva**

L'operazione di salvataggio, effettuata con successo, viene visualizzata come menu pop-up e va confermata selezionando il pulsante **Si**.

Cancellazione del record Commento

Per cancellare il record Commento si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare dal menu ad albero la voce **Dati Clinici**
- Selezionare la scheda **Commento**
- Selezionare nell'**Elenco Commenti** il record da cancellare
- Cliccare sul pulsante **Cancella**

A questo punto si apre una finestra pop-up contenente un richiamo di sicurezza.

Cliccando su **Si** si cancella il record selezionato, mentre se si clicca su **No**, il processo viene annullato e la scheda **Commento** non viene modificata.

3.11.5 Ospedalizzazione

Il sottomenu **Ospedalizzazione** consente all'utente di gestire tutti i dati relativi all'ospedalizzazione del paziente:

- Ospedali** (descrizione, nome)
- Dipartimento** (descrizione, nome)
- Reparto** (descrizione, nome)
- Staff** che si prende cura del paziente,
- Data Ingresso**
- Data Dimissione**
- Codice ID**
- Diagnosi**

Selezionando il sottomenu **Ospedalizzazione**, si apre la voce di menu **Ospedalizzazione**.



Fig. 3.32 Voce di menu Ospedalizzazione

Ospedalizzazione

Ospedale	Data di In...	Giorni	Vecchie Diagnosi	Codice ...	Descrizione ICD-10
City Hospital	18/05/2004	3	Ematuria	N02.9	Recurrent and persistent haemat...
City Hospital	17/10/2002	2	Infezione acces...		

Ospedale:

Dipartimento:

Reparto:

Staff:

Data Ingresso:

Data Dimissione:

ID in Ospedale:

Commento:

Vecchie diagnosi (EDTA):

Codice ICD-10:

Patologia ICD-10:

Fig. 3.33 La schermata Ospedalizzazione

Creazione di un nuovo record Ospedalizzazione

Per creare un nuovo dato Ospedalizzazione, procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare dal menu ad albero la voce **Ospedalizzazione**
- Cliccare sul pulsante **Nuovo**
- Cliccare sul pulsante **Seleziona Staff**

Si apre la finestra pop-up **Seleziona Ospedale, Dipartimento, Reparto e Staff**.

- Selezionare dal menu **Ospedale** l'ospedale desiderato
- Selezionare dal menu **Dipartimento** il dipartimento desiderato
- Selezionare dal menu **Reparto** il reparto desiderato
- Evidenziare con il mouse nell'elenco **Staff** lo staff che si prende cura del paziente



Nota

L'elenco **Staff** cambia in base ai criteri di selezione dei menu precedenti.

- Selezionare il pulsante **Assegna** nel menu pop-up

La selezione viene accettata e visualizzata nel menu d'immissione.



Nota

L'operazione **Seleziona Staff** è obbligatoria. Se questo manca, qualsiasi tentativo di salvataggio del record Ospedalizzazione non ha effetto ed appare un messaggio di avviso. L'utente deve cliccare sul pulsante **Ok** sulla finestra di avviso per ritornare al menu d'immissione **Ospedalizzazione** dove inserire i dati necessari.

- Inserire la **Data Ingresso** servendosi del calendario



Nota

La **Data Ingresso** è obbligatoria. Se questo manca, qualsiasi tentativo di salvataggio del record Ospedalizzazione non ha effetto ed appare un messaggio di avviso. L'utente deve cliccare sul pulsante **Ok** sulla finestra di avviso per ritornare alla schermata **Ospedalizzazione** dove inserire i dati necessari. Selezionare la data di dimissione dalla casella del calendario **Data Dimissione** oppure lasciarla vuota.

- Inserire eventualmente la **Data Dimissione** servendosi del calendario



Suggerimento

La **Data Dimissione** è obbligatoria.

La si può lasciare vuota o aggiornarla in un momento successivo. Se il campo d'immissione **Data Dimissione** è compilato, il numero dei giorni di ospedalizzazione viene automaticamente calcolato e visualizzato.

- Inserire l'ID ospedale nell'apposito campo **ID in Ospedale**




Nota

L'**ID in Ospedale** è obbligatorio; tuttavia, non si tratta di un codice unico. Se questo manca, qualsiasi tentativo di salvataggio del record Ospedalizzazione non ha effetto ed appare un messaggio di avviso. L'utente deve cliccare sul pulsante **Ok** sulla finestra di avviso per ritornare al menu d'immissione **Ospedalizzazione** dove inserire i dati necessari.

-
- Inserire eventualmente una nota nel campo di testo **Commento**.

Inserire la diagnosi pertinente relativa al paziente:

- Fare clic sul pulsante ;

Si apre la finestra pop-up **ICD 10**

- Selezionare dal menu ad albero la diagnosi

Descrizione, Categoria e Codice sono visualizzati nel campo **Patologia Selezionata**.

- Cliccare sul pulsante **Si**,

La selezione viene accettata nel menu d'immissione.

- Fare clic sul pulsante **Salva**

L'operazione di salvataggio, effettuata con successo, viene visualizzata come menu pop-up e va confermata selezionando il pulsante **Si**.

In alternativa, è possibile immettere direttamente un codice ICD-10 valido nella casella di modifica **Codice ICD-10**:. Se il codice è corretto, la casella **Patologia ICD-10** verrà aggiornata con il testo corrispondente. Se il codice immesso non è valido, apparirà un messaggio di avviso.



Attenzione

Pericolo per il paziente a causa di un'insufficiente disintossicazione.

Un'errata selezione nell'albero delle definizioni ICD-10 potrebbe non rivelare un eventuale status diabetico del paziente.

In questo caso, sussiste il rischio che venga prescritta una concentrazione di glucosio impropria.

- L'utente è tenuto a verificare la selezione nell'albero ICD-10 dopo aver premuto il pulsante **Salva**.

Modifica del record Ospedalizzazione

Per modificare il record Ospedalizzazione si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare dal menu ad albero la voce **Ospedalizzazione**
- Selezionare dall'**Elenco Ospedalizzazione** il record da modificare
- Cliccare sul pulsante **Modifica**

Per informazioni su come modificare un dato, (vedere **Creazione di un nuovo record Ospedalizzazione**, pagina 93).

I seguenti campi d'immissione si possono modificare direttamente nel menu d'immissione:

Data Ingresso

Data Dimissione

ID in Ospedale


I seguenti campi d'immissione si possono modificare solamente tramite il pulsante **Seleziona Staff**:

Ospedale

Dipartimento

Reparto

Staff.

I seguenti campi d'immissione possono essere modificati solamente tramite il pulsante :

Codice ICD-10

Patologia ICD-10

È possibile immettere direttamente un codice ICD-10 valido nella casella di modifica **Codice ICD-10**. Se il codice è corretto, la casella **Patologia ICD-10** verrà aggiornata con il testo corrispondente. Se il codice immesso non è valido, apparirà un messaggio di avviso.

Salvataggio dei dati modificati:

➤ Fare clic sul pulsante **Salva**

L'operazione di salvataggio, effettuata con successo, viene visualizzata come menu pop-up e va confermata selezionando il pulsante **Sì**.



Attenzione

Pericolo per il paziente a causa di un'insufficiente disintossicazione.

Un'errata selezione nell'albero delle definizioni ICD-10 potrebbe non rivelare un eventuale status diabetico del paziente.

In questo caso, sussiste il rischio che venga prescritta una concentrazione di glucosio impropria.

➤ L'utente è tenuto a verificare la selezione nell'albero ICD-10 dopo aver premuto il pulsante **Salva**.

Cancellazione del record Ospedalizzazione

Per cancellare il record Ospedalizzazione si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare dal menu ad albero la voce **Ospedalizzazione**
- Selezionare dall'**Elenco Ospedalizzazione** il record da modificare
- Cliccare sul pulsante **Cancella**

Cliccando sul pulsante **Sì**, il record viene cancellato dopo il richiamo di sicurezza.

3.12 Clinica

Con la voce di menu **Clinica** l'utente può inserire dati dettagliati su sistemi, prescrizioni, analisi, quality assurance e modeling.



Nota

Per accedere a una voce qualsiasi del sottomenu si deve selezionare il paziente nel **riquadro paziente**, altrimenti compare un messaggio di avviso nel **riquadro operativo**, quindi l'opzione selezionata non ha alcun effetto.

3.12.1 Sistema & Limiti

Selezionando il sottomenu **Sistema & Limiti** si apre il menu **Sistema & Limiti**.

(vedere Fig. 3.34, Voce di menu Sistema & Limiti, pagina 96)

(vedere Fig. 3.35, Menu inserimento Sistema & Limiti, pagina 97)



Fig. 3.34 Voce di menu Sistema & Limiti

Il menu **Sistema & Limiti** permette di gestire i sistemi DP per ciascun paziente. L'utente può assegnare al paziente un determinato sistema DP, che sia CAPD o APD oppure una combinazione tra APD e CAPD. Vi è anche un sistema generico, chiamato **Altra APD**, che può essere selezionato. Se un paziente ha questo sistema assegnato, è possibile creare una prescrizione, ma non può essere scritta sulla scheda del paziente. Anche per questo sistema non è disponibile la scheda **Limiti**. La maggior parte dei sistemi APD permette di impostare determinati limiti di prescrizione, operazione che viene effettuata nella scheda **Limiti**.



Nota

Se al paziente non viene assegnato alcun sistema PD, si può creare nuova prescrizione per il paziente selezionato.

La creazione di un nuovo record nella voce di menu Prescrizione medica/DP determina la visualizzazione di un messaggio di avviso che informa l'utente che non è selezionato nessun sistema di DP.

Questo modulo è suddiviso in due schede, **Sistema** e **Limiti**, descritti di seguito.

3.12.1.1 Scheda Sistema

Nella scheda **Sistema** al paziente è assegnato a un determinato sistema di DP (vedere Fig. 3.35, Menu inserimento Sistema & Limiti, pagina 97).

Sono disponibili i seguenti campi d'immissione:

- Tipo Sistema APD
- Imposta Data;
- Tipo Sistema CAPD
- Lingua
- Commento

Per alcuni sistemi, come, ad esempio, **sleep•safe**, è necessario selezionare anche la lingua del sistema APD dal menu **Lingua**.

Normalmente, il paziente DP usa sempre lo stesso sistema DP. Le eventuali modifiche al sistema vanno inserite nell'**Elenco Sistemi**. I sistemi DP utilizzati sono elencati in ordine cronologico. Il sistema attualmente utilizzato si trova in prima posizione.

Sistema & Limiti

Sistema | Limiti

Elenco Sistemi:

Imposta Data	Tipo Sistema APD	Lingua	Tipo Sistema CAPD
26/09/2005	sleep•safe V2.2x	Inglese	stay•safe® bicaVera®
01/08/2002	sleep•safe V2.0x	Inglese	stay•safe® bicaVera®

Imposta Data: 26/09/2005

Commento:

Tipo Sistema APD: sleep•safe V2.2x

Lingua: Inglese

Tipo Sistema CAPD: stay•safe® bicaVera®

Nuovo Modifica Cancella Salva Annulla

Fig. 3.35 Menu inserimento Sistema & Limiti

Cliccando su un record nell'**Elenco Sistemi**, tutti i dettagli, tra cui l'immagine del sistema DP, vengono visualizzati nel menu.

Creazione di un record Sistema DP

Per creare un record Sistema DP si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare dal menu ad albero la voce **Sistema & Limiti**
- Selezionare la scheda **Sistema**

- Cliccare sul pulsante **Nuovo**
- Selezionare il sistema APD dal menu **Tipo Sistema APD**



Nota

Se esiste un'immagine del sistema APD selezionato, questa viene visualizzata nel menu.



Nota

Se come sistema APD viene selezionato **sleep•safe**, le lingue disponibili verranno visualizzate nel menu **Lingua**. Se viene selezionato un altro sistema APD, il menu **Lingua** rimane vuoto.

- Selezionare la lingua del sistema APD dal menu **Lingua** (se disponibile)
- Selezionare una data dal menu a tendina **Imposta Data**;
- Selezionare il sistema CAPD dal menu **Tipo Sistema CAPD**;
- Fare clic sul pulsante **Salva**

Se il salvataggio avviene correttamente, viene visualizzata una finestra pop-up, che l'utente deve confermare selezionando il pulsante **Si**. La finestra pop-up mostra il sistema PD corrente insieme a un promemoria per impostare i limiti del sistema paziente.

Modifica del record Sistema DP

Per modificare il record Sistema DP si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare dal menu ad albero la voce **Sistema & Limiti**
- Selezionare la scheda **Sistema**
- Selezionare nell'**Elenco Sistemi** il record da modificare
- Cliccare sul pulsante **Modifica**

A questo punto, è possibile modificare tutti i campi dati come descritto in (vedere **Creazione di un record Sistema DP**, pagina 97).

- Fare clic sul pulsante **Salva**

Tutte le modifiche sono state accettate.

Se il salvataggio avviene correttamente, viene visualizzata una finestra pop-up, che l'utente deve confermare selezionando il pulsante **Si**. La finestra pop-up mostra il sistema PD corrente insieme a un promemoria per impostare i limiti del sistema paziente.

Cancellazione del record Sistema DP

Per cancellare il record Sistema DP si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare dal menu ad albero la voce **Sistema & Limiti**
- Selezionare la scheda **Sistema**
- Selezionare nell'**Elenco Sistemi** il record da cancellare

➤ Cliccare sul pulsante **Cancella**

A questo punto si apre una finestra pop-up contenente un richiamo di sicurezza.

Cliccando sul pulsante **Sì**, il dato selezionato viene cancellato, mentre cliccando su **No**, il processo viene annullato e la scheda **Sistema** rimane inalterata. La finestra pop-up mostra il sistema PD corrente (se presente) insieme a un promemoria per impostare i limiti del sistema paziente.



Nota

Per il paziente che non viene più trattato con il sistema DP (temporaneamente o permanentemente) si possono impostare entrambi i sistemi APD e CAPD su **Nessun**.

3.12.1.2 Scheda Limiti

La scheda **Limiti** consente all'utente di specificare alcuni parametri obbligatori da prendere in considerazione quando si effettua il trattamento con il cycler APD per un determinato paziente.

Ciascun paziente può avere i propri parametri specificati. L'impostazione dei limiti è disponibile soltanto se il sistema DP in uso supporta questa funzione.

Si possono gestire diversi tipi di parametri del cycler:

Valori preselezionati/massimi, entro i valori min./max. assoluti imposti dal cycler;

- Range, con valori predefiniti
- Opzione (come sì o no)
- Singolo valore

Le operazioni che si possono eseguire nella finestra **Limiti** sono quelle comuni. Il pulsante **Default** consente di ripristinare un set di limiti predefinito.



Nota

I limiti specificati nella scheda **Limiti** sono disponibili soltanto per il sistema DP assegnato (il record in prima posizione nella tabella **Elenco Sistemi** della scheda **Sistema**).

Nel caso del cycler **sleep safe**, quando si passa da un set Adulto a un set Pediatrico, è possibile che i limiti correnti per gli adulti non siano più validi per un paziente pediatrico e appaiano, quindi, in rosso. In questo caso, premendo sul pulsante **Default** si forzano i limiti pediatrici predefiniti.

	Min	Max
Numero cicli base:	1	99
Numero cicli Tidal:	2	99
Volume Inf. ciclo base:	25	3500
Volume infusione Tidal:	25	2800
Flusso inf.:	50	350
Temperatura infusione:	35,0	37,0
Tempo sosta:	5	300
UF Ciclo Base:	0	1000
UF Tidal:	0	1000
Flusso drenaggio:	50	230
Volume Totale infusione:	25	30000

Fig. 3.36 Limiti e opzioni relativi a **sleep•safe V2.2x - Set Adulto**



Suggerimento

Quando è selezionato il set Pediatrico per **sleep•safe**, viene visualizzata una bitmap (il Paeddy Bear).

I limiti e le opzioni specifici per **sleep•safe harmony** sono illustrati di seguito.

	Preselezionato	Max
Volume infusione:	2000	3500
Flusso inf.:	100	350
Durata sosta:	120	300
Flusso drenaggio:	100	230

Fig. 3.37 Limiti e opzioni per **sleep•safe harmony - modalità terapia per paziente adulto**

La **Performance catetere consigliata** viene calcolata da **PatientOnline** sulla base degli ultimi 7 protocolli di trattamento confrontando le durate calcolate delle fasi di drenaggio tratte dalla prescrizione con le durate effettive delle fasi di drenaggio tratte dal protocollo di trattamento. Il valore consigliato, se impostato come **Prestazione catetere** nella scheda **Sistema & Limiti/Limiti**, adatta la durata calcolata delle fasi di drenaggio per adattarsi meglio alle durate effettive.



Nota

La modalità terapia delle versioni successive alla versione V2.3 del sistema **sleep•safe harmony** può anche essere modificata in modalità terapia per pazienti pediatrici (vedere Fig. 3.38).

Quando si passa da un set Adulto a un set Pediatrico, è possibile che i limiti correnti per gli adulti non siano più validi per un paziente pediatrico e appaiano, quindi, in rosso. In questo caso, premendo sul pulsante **Default** si forzano i limiti pediatrici predefiniti.

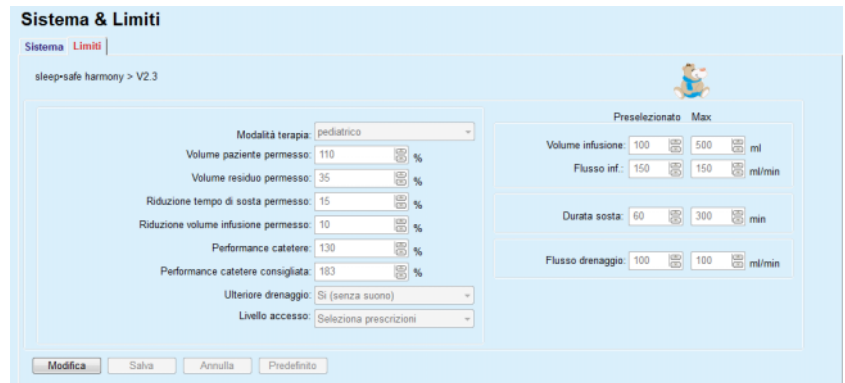


Fig. 3.38 Limiti e opzioni per le versioni superiori a V2.3 di **sleep•safe harmony** - modalità terapia per paziente pediatrico



Nota

Per informazioni dettagliate sui limiti di **sleep•safe harmony** in questa sezione fare riferimento alle istruzioni per l'uso del cyclcer **sleep•safe harmony**.

I limiti e le opzioni specifici per **SILENCIA** sono illustrati di seguito.

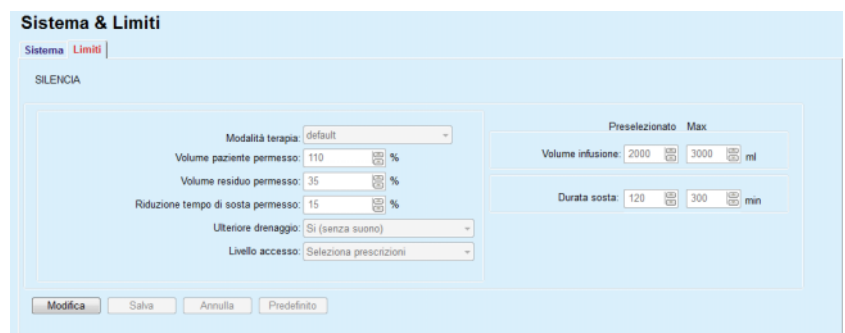


Fig. 3.39 Limiti e opzioni per **SILENCIA**



Nota

Per informazioni dettagliate sui limiti di **SILENCIA** in questa sezione fare riferimento alle istruzioni per l'uso del cyclcer **SILENCIA**.



Nota

I limiti impostati per il cyclor sono specifici per il paziente, quindi sono diversi per ogni paziente.

Per maggiori dettagli sul significato di ciascun parametro nelle schermate dei limiti, fare riferimento alle specifiche istruzioni per l'uso.

3.12.2 Prescrizione DP

Il menu Prescrizioni DP consente all'utente di creare le prescrizioni per un determinato paziente a seconda del sistema DP assegnato e, se rilevante, dei limiti relativi a tale sistema.



Nota

Se al paziente non viene assegnato alcun sistema PD, si può creare nuova prescrizione per il paziente selezionato.

Il menu **Prescrizione DP** è strutturato in modo differente a seconda del tipo di sistema combinato, **APD** (*sleep-safe*, *sleep-safe harmony*, **SI-LENCIA** ecc.) e/o **CAPD**. Di conseguenza, la prescrizione può avere una parte di APD e/o una parte di CAPD. Le prescrizioni combinate vengono visualizzate in due schede, **APD** e **CAPD**, mentre le prescrizioni con un singolo sistema vengono visualizzate in una sola scheda, **APD** o **CAPD**. Nella figura seguente è illustrata una prescrizione composta sia da una parte APD che da una parte CAPD.

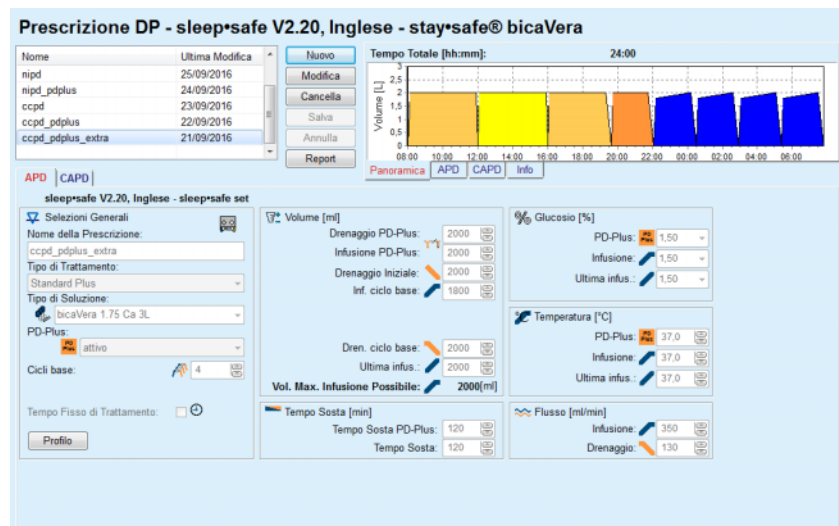


Fig. 3.40 Finestra Prescrizione DP per il sistema APD *sleep-safe*

Il modulo **Prescrizione DP** è suddiviso nelle seguenti sezioni:

Elenco Prescrizioni in alto a sinistra

Pulsanti di comando in alto al centro

Riquadro panoramico in alto a destra

Impostazioni prescrizione con le schede **APD** e **CAPD** in basso.

Nell'**Elenco Prescrizioni** sono contenuti i nomi delle prescrizioni e la data in cui è stata fatta l'ultima modifica; sono presenti gli strumenti per selezionare, modificare, cancellare le prescrizioni o vederne l'anteprima.

Con i pulsanti di comando si possono eseguire le seguenti operazioni:

Nuovo - creazione di un nuovo record Prescrizione;

Modifica - modifica della prescrizione esistente;

Cancella - cancellazione dal database della prescrizione selezionata;

Salva - salvataggio della prescrizione nel database;

Annulla - annullamento dell'operazione di modifica con il rifiuto delle modifiche apportate;

Report - Creazione un report associato.

Prescrizione adapted APD

L'**Adapted APD (aAPD)** è un concetto introdotto dal prof. M. Fischbach. Nel suo studio (vedere riferimento 10 nel capitolo 5.1). I pazienti sono stati trattati con una sequenza di scambi a sosta breve e volume basso per promuovere l'UF, seguita da scambi a sosta più lunga e volumi più alti per favorire la rimozione delle tossine uremiche. I pazienti adulti sottoposti ad **APD** con D/P Creatinina media di 0,68 (intervallo 0,58–0,80) hanno ricevuto per 2 volte un'infusione a basso volume di 1500 mL con una sosta di 45 minuti. Il volume infuso è stato quindi innalzato a 3000 mL (1480 – 1650 mL/m²), somministrato per 3 volte con una sosta di 150 minuti. La durata totale del trattamento APD notturno è stata di 9 ore.

Dal momento che i cyclers **sleep•safe**, **sleep•safe harmony** e **SILENCIA** presentano la caratteristica esclusiva di creare un profilo per ciascun singolo ciclo, essi abilitano anche la prescrizione aAPD di Fischbach. La prescrizione di infusioni di alti volumi deve essere gestita utilizzando misurazioni della pressione intraperitoneali (IPP) per evitare il rischio di un'IPP troppo elevata.

Se il sistema **APD** è di tipo **sleep•safe**, **sleep•safe harmony** o **SILENCIA**, è disponibile un'opzione "Adapted **APD**" al momento della creazione di una nuova prescrizione:

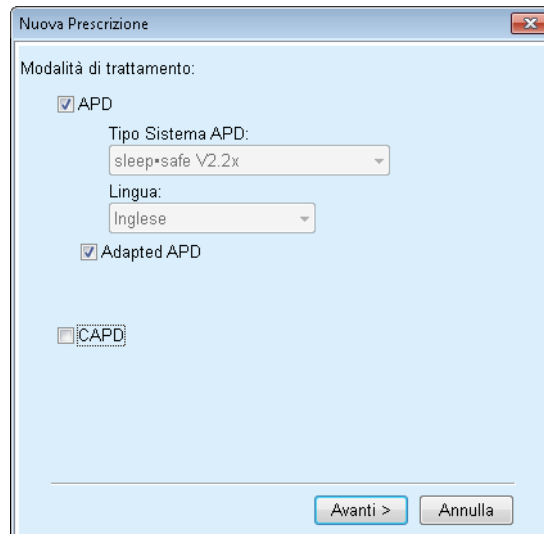


Fig. 3.41 Opzione adapted APD

Nel caso in cui l'età del paziente sia inferiore ai 2 anni, l'opzione adapted APD non è disponibile (vedere Fig. 3.41, Opzione adapted APD, pagina 104).

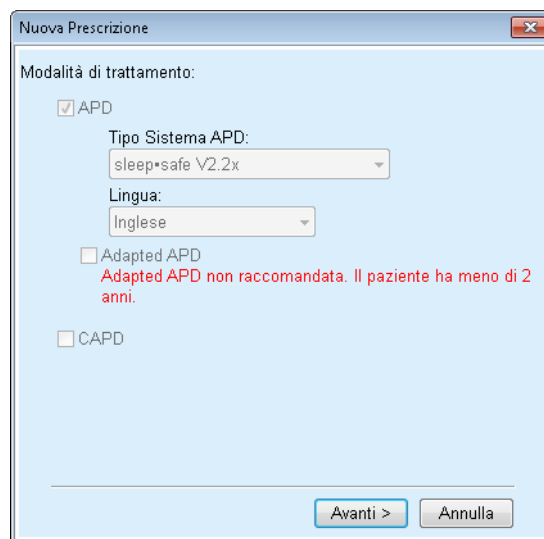


Fig. 3.42 L'opzione Adapted APD non è disponibile per bambini al di sotto dei 2 anni

Se è selezionata questa opzione, la pagina successiva offre la possibilità di modificare i parametri aAPD:

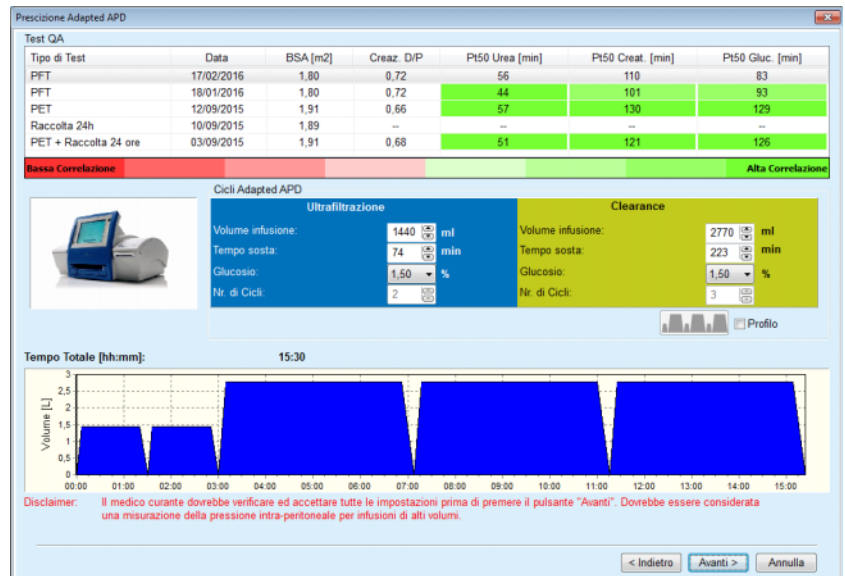


Fig. 3.43 Finestra Prescrizione adapted APD

Nella parte superiore della finestra si può visualizzare un elenco dei test QA disponibili. L'elenco contiene per impostazione predefinita gli ultimi 6 test QA non bozza, ma non più vecchi di 25 mesi. L'elenco può essere esteso fino a includere un test PET/PFT/PET+Raccolta 24h, ma non più vecchio di 25 mesi. Nell'area Cicli Adapted APD, i volumi di infusione e i tempi di sosta possono essere modificati entro i limiti del paziente corrente. A seconda delle capacità del cycler, anche le concentrazioni di glucosio possono essere modificate. La parte inferiore è la rappresentazione grafica della prescrizione.

Se il sistema APD è **sleep•safe** o **sleep•safe harmony**, sarà disponibile una casella di controllo **Profilo**. Selezionando questa opzione, è possibile modificare ulteriormente il numero di cicli. Se **Profilo** è selezionato, l'ordine dei cicli della prescrizione Adapted APD può essere cambiato alternativamente premendo il pulsante a icona situato sul lato sinistro del **Profilo**. L'opzione non è disponibile per **SILENCIA**.



Nota

Facendo clic sul pulsante **Avanti**, la prescrizione calcolata viene passata all'editor specifico e al modello di prescrizione (**sleep•safe** o **sleep•safe harmony** o **SILENCIA**), dove può essere modificata ulteriormente e, quindi, salvata.

Creazione di una nuova Prescrizione DP

Per creare un nuovo record **Prescrizione DP** si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal riquadro paziente;
- Selezionare dal menu ad albero la voce **Clinica**
- Selezionare la voce **Prescrizione DP**

A questo punto si apre il menu d'immissione **Prescrizione DP**.

- Cliccare nel menu d'immissione sul pulsante **Nuovo**

- Selezionare **APD** e/o **CAPD** oppure entrambi per il Tipo di Trattamento;
- Cliccare sul pulsante **Avanti** >.



Nota

A seconda del **Tipo di Trattamento** selezionato, vengono visualizzate nell'editor della prescrizione diverse schede **APD** e/o **CAPD**.

La prescrizione viene accettata nel menu d'immissione.

Voci della scheda APD

- Inserire il nome della prescrizione nel campo **Nome della Prescrizione**
- Selezionare il **Tipo di Trattamento** dal menu;



Nota

A seconda del **Tipo di Trattamento** selezionato, vengono abilitati diversi campi d'immissione dei parametri del trattamento per consentirne la modifica.

Voci della scheda CAPD

- Inserire il nome della prescrizione nel campo **Nome della Prescrizione**
- Selezionare il **Nr. di Scambi CAPD** dal menu a tendina

I cicli CAPD sono visualizzati in una tabella.

Tutte le celle modificabili si possono modificare facendo un doppio clic su di esse. Se i limiti vengono superati, il valore in eccesso viene visualizzato in rosso.

- Fare clic sul pulsante **Salva**

L'operazione di salvataggio, effettuata con successo, viene visualizzata come menu pop-up e va confermata selezionando il pulsante **Sì**.

Modifica delle Prescrizioni DP

Per modificare il record **Prescrizione DP** si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare dal menu ad albero la voce **Clinica**
- Selezionare la voce **Prescrizione DP**

A questo punto si apre il menu d'immissione **Prescrizione DP**.

- Selezionare dall'elenco (in alto a sinistra) il record da modificare
- Cliccare sul pulsante **Modifica**

A questo punto si apre la casella di dialogo **Modifica Prescrizione**.

Il Tipo di Trattamento selezionato può essere accettato o modificato.

- Cliccare sul pulsante **Avanti** >.

Voci della scheda APD

Si possono modificare i seguenti campi d'immissione:

Tipo di Trattamento

Tipo di Soluzione

PD-Plus

Cicli Base

Cicli Tidal

Se necessario, si possono modificare i parametri del trattamento.

**Nota**

Il **massimo volume di riempimento possibile** è sempre visualizzato per una prescrizione ed è aggiornato automaticamente ogni volta che viene modificato il valore per il volume di infusione (di base, ultimo, PD Plus).

Voci della scheda CAPD

Si possono modificare i seguenti campi d'immissione:

Nome della Prescrizione

Nr. di Scambi CAPD

Il numero di cicli viene visualizzato in una tabella.

Tutte le celle modificabili si possono modificare facendo un doppio clic su di esse. Se i limiti vengono superati, il valore in eccesso viene visualizzato in rosso.

➤ Fare clic sul pulsante **Salva**

L'operazione di salvataggio, effettuata con successo, viene visualizzata come menu pop-up e va confermata selezionando il pulsante **Sì**.

**Nota**

Dopo aver salvato o modificato una prescrizione APD, non dimenticare di aggiornare la prescrizione sulla scheda del paziente. Questo promemoria è mostrato anche dopo una operazione di salvataggio con esito positivo di una prescrizione APD.

Cancellazione della Prescrizione DP

Per cancellare il record **Prescrizione DP** si deve procedere nel seguente modo:

➤ Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;

➤ Selezionare dal menu ad albero la voce **Clinica**

➤ Selezionare la voce **Prescrizione DP**

A questo punto si apre il menu d'immissione **Prescrizione DP**.

➤ Selezionare dall'elenco (in alto a sinistra) il record da cancellare

➤ Cliccare sul pulsante **Cancella**

A questo punto si apre una finestra pop-up contenente un richiamo di sicurezza.

Cliccando su **Sì** si cancella il record selezionato, mentre se si clicca su **No** il processo viene annullato.

Creazione del report per la prescrizione

L'operazione di cancellazione, effettuata con successo, viene visualizzata come menu pop-up e va confermata selezionando il pulsante **OK**.

Per creare il report per la **Prescrizione DP** si deve procedere nel seguente modo:

- Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;
- Selezionare dal menu ad albero la voce **Clinica**
- Selezionare la voce **Prescrizione DP**

A questo punto si apre il menu d'immissione **Prescrizione DP**.

- Selezionare dall'elenco (angolo in alto a sinistra) il record per il quale sarà creato un rapporto;
- Cliccare sul pulsante **Report**

Dopo un breve momento di preparazione, il report viene visualizzato sul display in formato stampa.

Cliccare sul simbolo **Stampante**;

- Il report viene stampato con la stampante predefinita
- Cliccare sul pulsante **Chiudi**.

A questo punto si chiude l'anteprima di stampa.

Riquadro panoramico

Nel Riquadro panoramico vengono illustrate le informazioni sulla prescrizione attuale, relativamente alla parte APD e/o CAPD, entrambe visualizzate graficamente. Quest'area è suddivisa in quattro schede:

- Panoramica**
- APD**
- CAPD**
- Info.**

3.12.2.1 Scheda Panoramica

La scheda **Panoramica** offre una rappresentazione grafica della prescrizione.

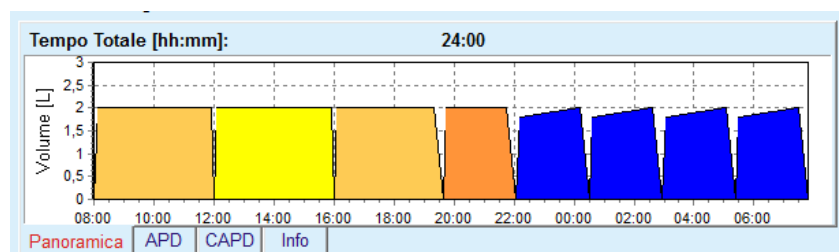


Fig. 3.44 Scheda Panoramica del riquadro Panoramica

Il ciclo arancione rappresenta il PD-Plus.

I cicli di colore giallo scuro sono i cicli giornalieri.

I cicli blu sono i cicli base e tidal APD.

Inoltre, a ciascun ciclo è associata un'indicazione.

3.12.2.2 Scheda APD con sottoscheda Info APD

Nella scheda **APD** viene visualizzato il sommario della prescrizione (tempo totale, volume totale e le sacche necessarie per la soluzione). Queste informazioni sono differenti a seconda del tipo di sistema APD. Per **sleep•safe**, la scheda è suddivisa in due sottoschede:

Info APD Sacche

(vedere Fig. 3.45, Scheda Info APD del riquadro Panoramica di sleep•safe APD, pagina 109) e (vedere Fig. 3.46, Scheda Sacche del riquadro Panoramica di sleep•safe APD, pagina 109);

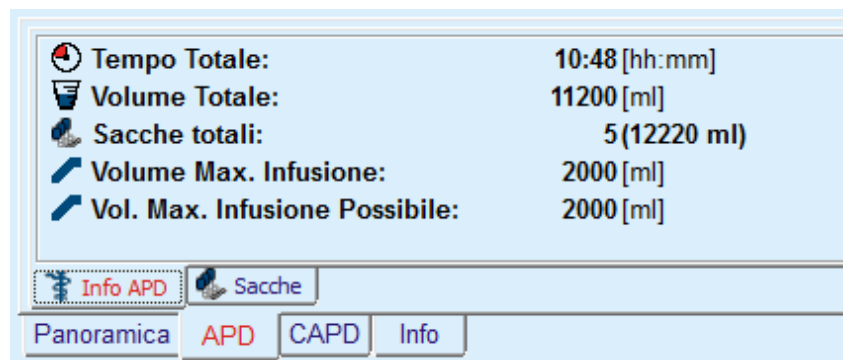


Fig. 3.45 Scheda Info APD del riquadro Panoramica di **sleep•safe** APD

3.12.2.3 Scheda APD con sottoscheda Sacche

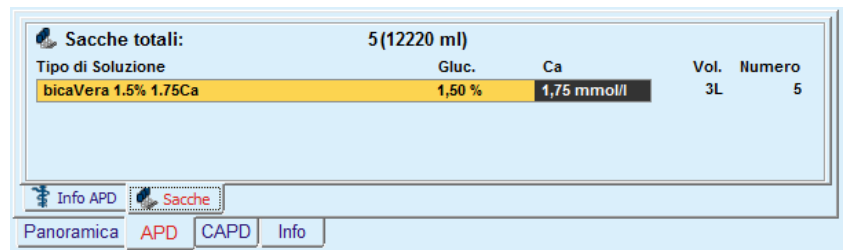


Fig. 3.46 Scheda Sacche del riquadro Panoramica di **sleep•safe** APD

Il volume totale e il numero totale di sacche possono essere visualizzati in rosso se vengono superati i limiti del volume totale (vedi Limiti).

3.12.2.4 Scheda CAPD

Nella scheda **CAPD** viene visualizzato il sommario della prescrizione (tempo totale, volume totale, numero e tipo di sacche).

La scheda **CAPD** è suddivisa in due sottoschede:

Info CAPD

Sacche

Scheda Info **CAPD** del riquadro Panoramica di CAPD. La scheda **Sacche** simile a quella dell'APD.

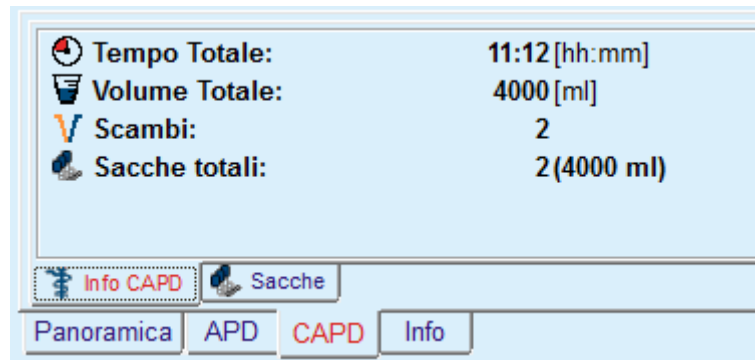


Fig. 3.47 Scheda Info CAPD del riquadro Panoramica di CAPD

3.12.2.5 Scheda Info

La scheda **Info** fornisce una breve descrizione della prescrizione visualizzando il nome della prescrizione e il sistema DP assegnato che si sta utilizzando.

Nella sezione **Impostazioni prescrizione**, le schede **APD/CAPD** descrivono la parte **APD** e la parte **CAPD** della prescrizione. La parte CAPD è costituita dagli scambi giornalieri, mentre la parte APD (se presente) è costituita dai cicli notturni eseguiti dal cycler.

Ciascuna scheda contiene il sistema APD/CAPD attualmente collegato alla prescrizione. Queste non sono necessariamente le stesse del sistema APD/CAPD collegato al paziente. Ad esempio, un paziente con PD-NIGHT PatientCard e bicaVera può ricevere anche la prescrizione **sleep•safe**. In questo caso, l'etichetta del sistema verrà visualizzata in rosso, per informare l'utente che è collegato al paziente un sistema diverso. Modificando questa prescrizione, può essere obbligatoria una conversione al sistema attuale.

● **Prescrizione APD - *sleep•safe harmony***

La scheda **APD** per **sleep•safe harmony** è strutturata in due sezioni: **Selezioni Generali**, sul lato sinistro, con il nome e il tipo della prescrizione, e sul lato destro, con parametri diversi a seconda del tipo di prescrizione. Per **sleep•safe harmony** sono disponibili i seguenti tipi di prescrizione, selezionabili dalla casella a tendina corrispondente: Base, Standard, PD-plus standard, Tidal e Adapted APD.



Nota

I valori dei parametri inseriti per tutti i tipi di prescrizione sono ristretti dai loro limiti, come specificato nel menu **Sistema & Limiti/Limiti**. I valori per questi limiti sono forniti come suggerimenti per ciascun campo di inserimento nell'editor della prescrizione corrispondente.

Il pannello **Panoramica** nel lato superiore destro fornisce il grafico della prescrizione, informazioni di riepilogo per la prescrizione APD in termini di durata del trattamento, volume di trattamento, numero di sacche, volume permesso per paziente e volume residuo permesso, le soluzioni (usando un codice a colori) con il tipo, le concentrazioni di glucosio e calcio, il volume e le sacche necessarie, dati sulla prescrizione CAPD (se presente) e brevi informazioni sulla prescrizione PD (nome, sistemi APD e CAPD usati).

A: Prescrizione Base

Di seguito è illustrata una prescrizione Base per **sleep•safe harmony**.

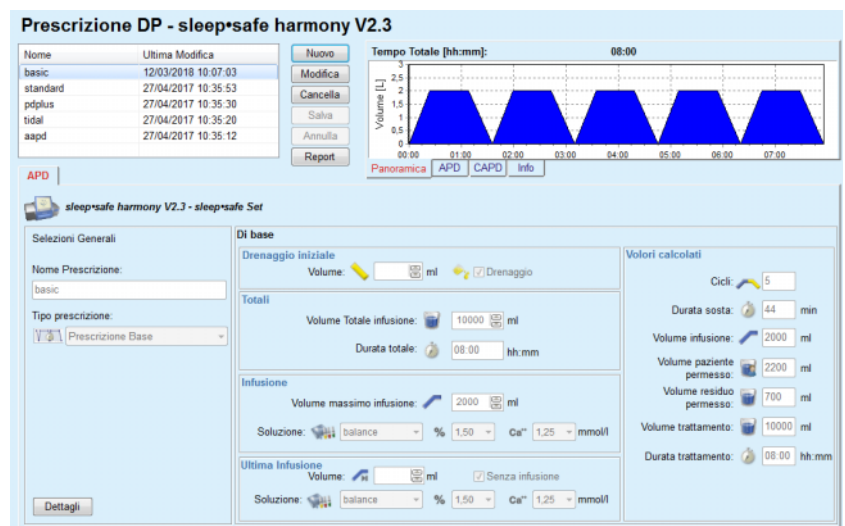


Fig. 3.48 Prescrizione base - **sleep•safe harmony**

I dati da inserire per questo tipo di prescrizione sono:

- Volume di drenaggio iniziale - parametro opzionale. Se è selezionata l'opzione **Drenaggio**, il cycler esegue un drenaggio automatico iniziale, dipendente dalla pressione.
- Volume totale infusione.
- Durata totale (del trattamento).
- Volume massimo infusione.
- Soluzione per il trattamento, concentrazioni Glucosio e Calcio, tutte selezionabili dagli elenchi a tendina corrispondenti.
- Volume ultima infusione - parametro opzionale. Nel caso in cui è selezionata l'opzione **Senza infusione**, l'ultima infusione non viene effettuata. Se non è selezionata, deve essere fornito il valore per il volume dell'ultima infusione. Deve essere inserita la soluzione per quest'ultima infusione, in termini di nome, concentrazioni di glucosio e calcio, tutti selezionabili dagli elenchi a tendina.

Nel lato destro sono forniti i **Valori calcolati**, in termini di numero di cicli, durata della sosta, volume di infusione, volume paziente permesso, volume residuo permesso, volume di trattamento e durata del trattamento.

Il pulsante **Dettagli** apre una finestra pop-up con informazioni correlate a ciascun ciclo del trattamento prescritto, in termini di volume di infusione, nome soluzione, concentrazioni di glucosio e calcio, durata della sosta, volume di drenaggio e durata del ciclo. Nessuno di questi parametri è modificabile.



Nota

Il profilo non è permesso per le prescrizioni di base e adapted APD.

B: Prescrizione Standard

Di seguito è illustrata una prescrizione Standard per **sleep•safe harmony**.

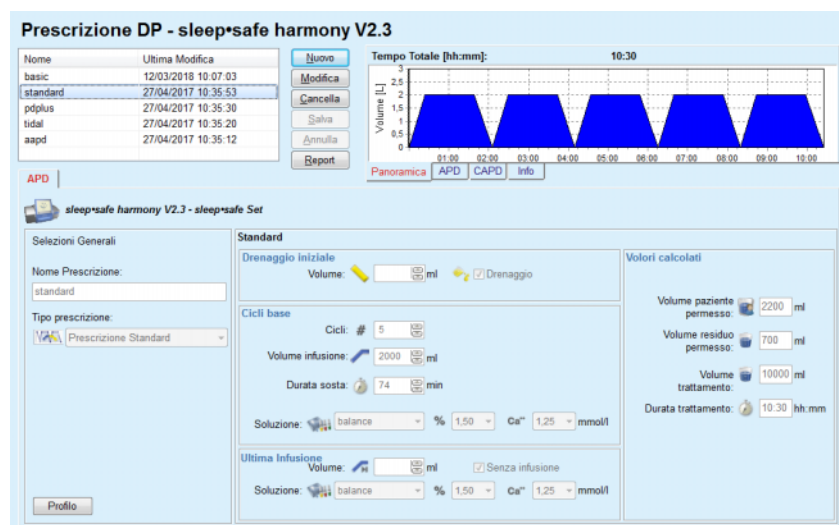


Fig. 3.49 Prescrizione standard - sleep•safe harmony

I dati da inserire per questo tipo di prescrizione sono:

- Volume di drenaggio iniziale - parametro opzionale. Se è selezionata l'opzione **Drenaggio**, il cycler esegue un drenaggio automatico iniziale, dipendente dalla pressione.
- Dati di base dei cicli, in termini di numero di cicli, volume di infusione, durata della sosta e soluzione per il trattamento (insieme con le concentrazioni di glucosio e calcio, tutti selezionabili dai corrispondenti elenchi a tendina).
- Volume ultima infusione - parametro opzionale. Nel caso in cui è selezionata l'opzione **Senza infusione**, l'ultima infusione non viene effettuata. Se non è selezionata, deve essere fornito il valore per il volume dell'ultima infusione. Deve essere inserita la soluzione per quest'ultima infusione, in termini di nome, concentrazioni di glucosio e calcio, tutti selezionabili dagli elenchi a tendina.

Nel lato destro sono forniti i **Valori calcolati**, in termini di volume paziente permesso, volume residuo permesso, volume di trattamento e durata del trattamento.

Il pulsante **Profilo** apre una finestra pop-up che permette di eseguire il profilo del volume di infusione, della soluzione (tipo, concentrazioni di glucosio e calcio) e della durata della sosta per ogni ciclo prescritto, dopo aver spuntato la casella di spunta Profilo corrispondente per il parametro corrispondente.



Suggerimento

I parametri soggetti a profilo saranno contrassegnati nell'editor della prescrizione con un'etichetta **Profilo**.

C: Prescrizione PD-Plus Standard

Questo tipo di prescrizione è simile alla prescrizione Standard, ma ha alcuni dati da inserire aggiuntivi, correlati al ciclo PD-Plus, in particolare:

- Volume Infusione.
- Durata pausa PD-Plus.
- Soluzione per il ciclo PD-Plus (insieme alle concentrazioni Glucosio e Calcio, tutte selezionabili dagli elenchi a tendina corrispondenti).

Tutti i dettagli citati al punto B si applicano anche alla prescrizione PD-Plus standard.

D: Terapia Tidal

Di seguito è illustrata una Terapia Tidal per **sleep•safe harmony**.

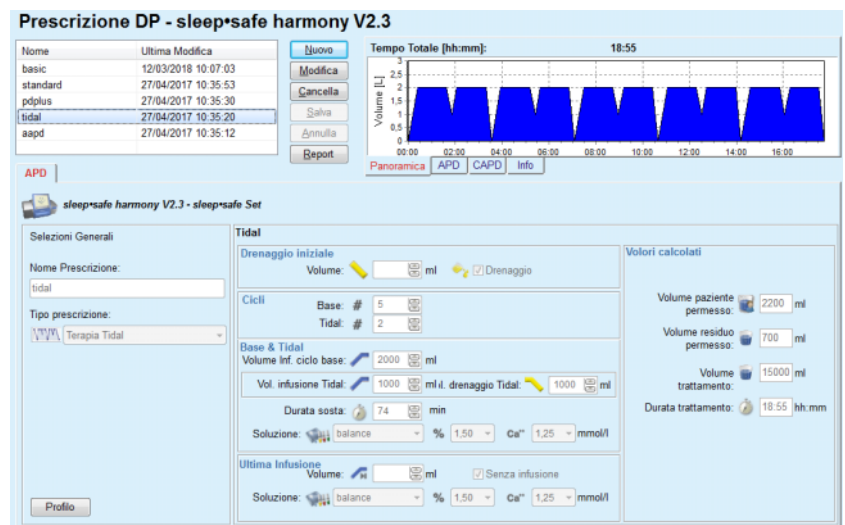


Fig. 3.50 Terapia Tidal - **sleep•safe harmony**

I dati da inserire per questo tipo di prescrizione sono:

- Volume di drenaggio iniziale - parametro opzionale. Se è selezionata l'opzione **Drenaggio**, il cycler esegue un drenaggio automatico iniziale, dipendente dalla pressione.
- Numero di cicli base e Tidal.
- Volume di infusione di base, volumi di infusione e drenaggio Tidal.
- Durata della sosta.

- Soluzione per i cicli Base e Tidal (insieme alle concentrazioni Glucosio e Calcio, tutte selezionabili dagli elenchi a tendina corrispondenti).
- Volume ultima infusione - parametro opzionale. Nel caso in cui è selezionata l'opzione **Senza infusione**, l'ultima infusione non viene effettuata. Se non è selezionata, deve essere fornito il valore per il volume dell'ultima infusione. Deve essere inserita la soluzione per quest'ultima infusione, in termini di nome, concentrazioni di glucosio e calcio, tutti selezionabili dagli elenchi a tendina.

I **Valori calcolati** e l'opzione **Profilo** sono gli stessi che nel caso delle prescrizioni Standard e PD-Plus standard descritte sopra.

E: Prescrizione Adapted APD

Di seguito è illustrata una prescrizione Adapted APD per **sleep•safe harmony**.

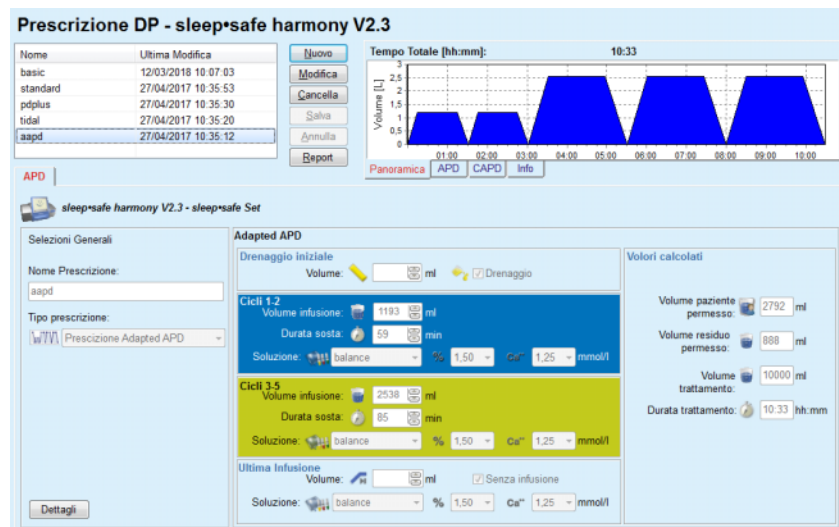


Fig. 3.51 Prescrizione adapted APD - **sleep•safe harmony**

Il concetto di terapia “Adapted APD” in base alla formulazione del prof. M. Fischbach consiste in una prescrizione standard di 5 cicli, con 2 cicli con tempo di sosta breve e volume di infusione basso e 3 cicli con tempo di sosta lungo e volume di infusione alto. I primi 2 cicli mirano a ottenere l'ultrafiltrazione, mentre gli ultimi 3 mirano a promuovere una corretta rimozione delle tossine uremiche con tempi di diffusione più lunghi come la creatinina e il fosfato.

Nel caso in cui l'età del paziente sia inferiore ai 2 anni, la terapia APD Adattata non è disponibile.

I dati da inserire per questo tipo di prescrizione sono:

- Volume di drenaggio iniziale - parametro opzionale. Se è selezionata l'opzione **Drenaggio**, il cycler esegue un drenaggio automatico iniziale, dipendente dalla pressione.
- Dati dei cicli 1-2, in termini di numero di cicli, volume di infusione, durata della sosta e soluzione (insieme con le concentrazioni di glucosio e calcio, tutti selezionabili dai corrispondenti elenchi a tendina).

- Dati dei cicli 3-5, in termini di numero di cicli, volume di infusione, durata della sosta e soluzione (insieme con le concentrazioni di glucosio e calcio, tutti selezionabili dai corrispondenti elenchi a tendina).
- Volume ultima infusione - parametro opzionale. Nel caso in cui è selezionata l'opzione **Senza infusione**, l'ultima infusione non viene effettuata. Se non è selezionata, deve essere fornito il valore per il volume dell'ultima infusione. Deve essere inserita la soluzione per quest'ultima infusione, in termini di nome, concentrazioni di glucosio e calcio, tutti selezionabili dagli elenchi a tendina.

I **Valori calcolati** sono gli stessi che nel caso delle prescrizioni Standard, Standard PD-Plus e Tidal descritte sopra.

Il pulsante **Dettagli** apre una finestra pop-up con le informazioni correlate a ciascun ciclo del trattamento prescritto come descritto nel caso della prescrizione base.



Nota

Il profilo non è permesso per le prescrizioni di base e adapted APD.



Nota

Per informazioni dettagliate sui parametri di prescrizione in questa sezione fare riferimento alle istruzioni per l'uso del cyclor **sleep•safe harmony**.

● **Prescrizione APD - sleep•safe**

La scheda APD relativa a **sleep•safe** è costituita dalle seguenti sezioni:

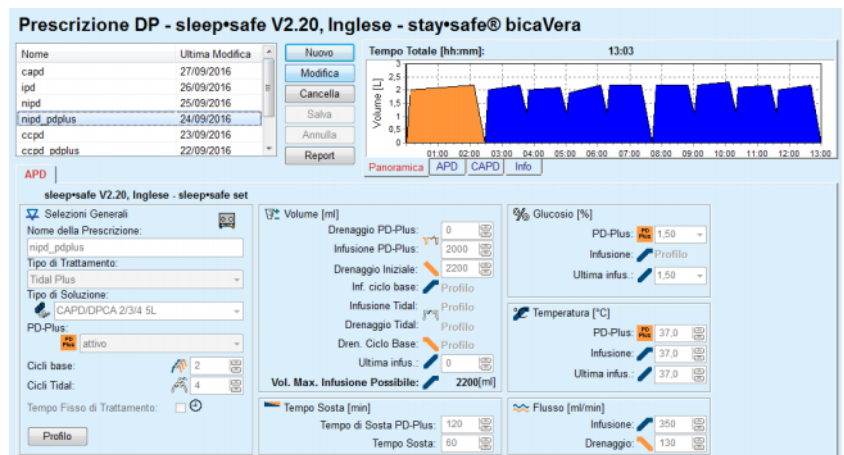


Fig. 3.52 Prescrizione APD - sleep•safe

Selezioni Generali (a sinistra)

Ciclo (al centro a destra)

Profilo (pulsante in basso)

Nella sezione **Selezioni Generali** si possono gestire le seguenti immisioni/impostazioni:

Nome Prescrizione

Tipo di Trattamento

Tipo di Soluzione

Opzione **PD-Plus attiva/inattiva**

Cicli Base (numero)

Cicli Tidal (numero).



Nota

Il nome della prescrizione viene visualizzato sul display del cyclor **sleep-safe**. Si consiglia di usare nomi che siano comprensibili.

Mediante la sezione **Ciclo** si ha la possibilità di ottimizzare i seguenti valori:

Volume

Tempo Sosta

Glucosio

Temperatura

Flusso



Nota

Se il tipo di trattamento esclude determinate opzioni, i campi corrispondenti sono invisibili o disattivati.

Esempio:

In un trattamento standard, tutti i campi relativi al tidal sono invisibili.



Nota

Alcuni dei valori della fase di ciclo (ad esempio il volume di drenaggio) possono essere automaticamente corretti se escono dai limiti specificati nel modulo **Sistema & Limiti**.

Controllare attentamente tutte le impostazioni dopo averle modificate.

Mediante il pulsante **Profilo** si ha la possibilità di personalizzare ciascuna fase del trattamento.

Ciclo	Infusione			Sosta	Drenaggio	Tempo Ciclo [min]
	Volume [ml]	Temp. [°C]	Glucosio [%]	Tempo [min]	Volume [ml]	
	<input checked="" type="checkbox"/> Profilo	<input type="checkbox"/> Profilo	<input checked="" type="checkbox"/> Profilo	<input type="checkbox"/> Profilo	<input checked="" type="checkbox"/> Profilo	
Drenaggio PD-Plus	-	-	-	-	0	0
Infusione PD-Plus	2000	37,0	1,50	-	-	7
Drenaggio Iniziale	-	-	-	-	2200	20
Ciclo #1/#1	2000	37,0	1,50	60	1100	79
Ciclo #1/#2	900	37,0	2,30	60	1000	75
Ciclo #1/#3	800	37,0	1,50	60	1100	76
Ciclo #1/#4	1100	37,0	1,50	60	2200	85
Ciclo #2/#1	2200	37,0	2,30	60	1100	80
Ciclo #2/#2	1100	37,0	1,50	60	1200	78
Ciclo #2/#3	1000	37,0	1,50	60	1100	76

Fig. 3.53 Finestra pop-up Profilo

Spuntare le caselle di selezione **Profilo** che si trovano sull'intestazione di ciascuna colonna per attivare il profilo della colonna interessata.



Suggerimento

Se il **Profilo** di una determinata colonna è attivato, viene visualizzato **Profilo** anziché il valore numerico.



Suggerimento

La sezione **Ciclo** e la scheda **Profilo** sono collegate: le modifiche apportate in una delle due schede si riflette automaticamente nell'altra.



Nota

Per le definizioni e i parametri di prescrizione, fare riferimento alle istruzioni per l'uso di **sleep safe**.

● Prescrizione APD - SILENCIA

La scheda **APD** per **SILENCIA** è strutturata in due sezioni: **Selezioni Generali**, sul lato sinistro, con il nome e il tipo della prescrizione, e sul lato destro, con parametri diversi a seconda del tipo di prescrizione. Per **SILENCIA** sono disponibili i seguenti tipi di prescrizione, selezionabili dalla casella a tendina corrispondente: Standard, Tidal e Adapted APD.



Nota

I valori dei parametri inseriti per tutti i tipi di prescrizione sono ristretti dai loro limiti, come specificato nel menu **Sistema & Limiti/Limiti**. I valori per questi limiti sono forniti come suggerimenti per ciascun campo di inserimento nell'editor della prescrizione corrispondente.

Il pannello **Panoramica** nel lato superiore destro fornisce il grafico della prescrizione, informazioni di riepilogo per la prescrizione APD in termini di Durata trattamento, Volume trattamento, Numero di sacche, Volume paziente consentito e Volume residuo consentito, le soluzioni (usando un codice colore) con il tipo, le concentrazioni di glucosio e calcio, il volume e il numero di sacche necessarie, i dati sulla prescrizione CAPD (se presente) e brevi informazioni sulla prescrizione PD stessa (nome, sistemi APD e CAPD usati).

a. Prescrizione Standard

Di seguito è illustrata una prescrizione Standard per **SILENCIA**.



Fig. 3.54 Prescrizione standard - SILENCIA

I dati da inserire per questo tipo di prescrizione sono:

- Volume di drenaggio iniziale - parametro opzionale. Se è selezionata l'opzione **Drenaggio**, il cycler esegue un drenaggio iniziale automatico.
- Dati di base dei cicli, in termini di numero di cicli, volume di infusione, durata della sosta e soluzione per il trattamento (insieme con le concentrazioni di glucosio e calcio, tutti selezionabili dai corrispondenti elenchi a tendina).
- Volume ultima infusione - parametro opzionale. Se è selezionata l'opzione **Senza infusione**, l'ultima infusione non viene effettuata. Se non è selezionata, deve essere fornito il valore per il volume dell'ultima infusione. Deve essere inserita la soluzione per quest'ultima infusione, in termini di nome, concentrazioni di glucosio e calcio, tutti selezionabili dagli elenchi a tendina. Il riquadro **Panoramica/Sacche** mostra il numero totale di sacche di soluzione, in base alla selezione dell'utente.

Sul lato destro sono indicati i **Valori calcolati**, in termini di Volume paziente consentito, Volume residuo consentito, Volume trattamento e Durata trattamento.

Il pulsante **Dettagli** apre una finestra pop-up che contiene valori dettagliati per ciascun ciclo.



Nota

La selezione della soluzione di glucosio consente glucosio misti come “1.5% + 2.3%”, “2.3% + 4.25%” o “1.5% + 4.25%”. Utilizzare un glucosio misto significa che due sacche di soluzione distinte contenenti due diversi tipi di glucosio sono collegate al cycler. È consentito l'uso di un glucosio misto per l'ultima infusione solo se è stato utilizzato lo stesso glucosio misto anche per i cicli base.

b. Terapia Tidal

Di seguito è illustrata una terapia Tidal per **SILENCIA**.

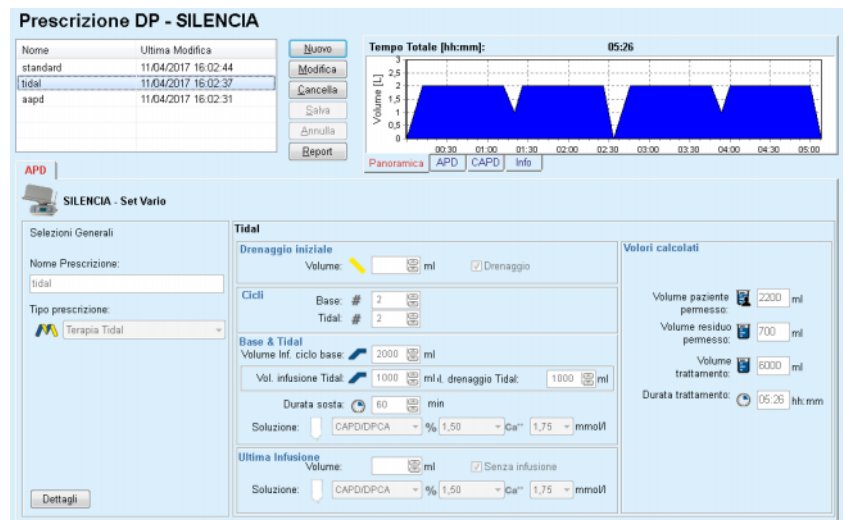


Fig. 3.55 Terapia Tidal - **SILENCIA**

I dati da inserire per questo tipo di prescrizione sono:

- Volume di drenaggio iniziale - parametro opzionale. Se è selezionata l'opzione **Drenaggio**, il cycler esegue un drenaggio automatico iniziale, dipendente dalla pressione.
- Numero di cicli base e Tidal.
- Volume di infusione di base, volumi di infusione e drenaggio Tidal.
- Durata della sosta.
- Soluzione per i cicli Base e Tidal (insieme alle concentrazioni Glucosio e Calcio, tutte selezionabili dagli elenchi a tendina corrispondenti).
- Volume ultima infusione - parametro opzionale. Se è selezionata l'opzione **Senza infusione**, l'ultima infusione non viene effettuata. Se non è selezionata, deve essere fornito il valore per il volume dell'ultima infusione. Deve essere inserita la soluzione per quest'ultima infusione, in termini di nome, concentrazioni di glucosio e calcio, tutti selezionabili dagli elenchi a tendina.



Nota

La selezione della soluzione di glucosio consente glucosio misti come “1.5% + 2.3%”, “2.3% + 4.25%” o “1.5% + 4.25%”. Utilizzare un glucosio misto significa che due sacche di soluzione distinte contenenti due diversi tipi di glucosio sono collegate al cycler. È consentito l'uso di un glucosio misto per l'ultima infusione solo se è stato utilizzato lo stesso glucosio misto anche per i cicli base.

I **Valori calcolati** e le opzioni **Dettagli** sono identici a quelli delle prescrizioni Standard descritte sopra.

c. Prescrizione Adapted APD

Di seguito è illustrata una prescrizione Adapted APD per **SILENCIA**.

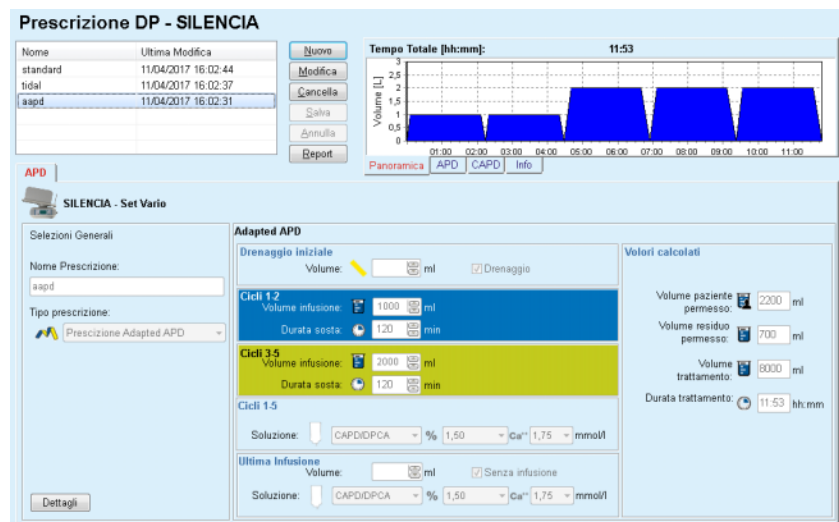


Fig. 3.56 Prescrizione adapted APD - SILENCIA

Il concetto di terapia “Adapted APD” in base alla formulazione del prof. M. Fischbach consiste in una prescrizione standard di 5 cicli, con 2 cicli con tempo di sosta breve e volume di infusione basso e 3 cicli con tempo di sosta lungo e volume di infusione alto. I primi 2 cicli mirano a ottenere l'ultrafiltrazione, mentre gli ultimi 3 mirano a promuovere una corretta rimozione delle tossine uremiche con tempi di diffusione più lunghi come la creatinina e il fosfato.

Nel caso in cui l'età del paziente sia inferiore ai 2 anni, la terapia Adapted APD non è disponibile.

I dati da inserire per questo tipo di prescrizione sono:

- Volume di drenaggio iniziale - parametro opzionale. Se è selezionata l'opzione **Drenaggio**, il cycler esegue un drenaggio automatico iniziale, dipendente dalla pressione.
- Dati cicli 1-2, in termini di Volume Infusione e Durata sosta.
- Dati cicli 3-5, in termini di Volume Infusione e Durata sosta.
- Soluzione cicli 1-5 (insieme alle concentrazioni di Glucosio e Calcio, tutte selezionabili dagli elenchi a tendina corrispondenti).

- Volume ultima infusione - parametro opzionale. Se è selezionata l'opzione **Senza infusione**, l'ultimo ciclo non viene effettuato. Se non è selezionata, deve essere fornito il valore per il volume dell'ultima infusione. Deve essere inserita la soluzione per quest'ultima infusione, in termini di nome, concentrazioni di glucosio e calcio, tutti selezionabili dagli elenchi a tendina.



Nota

La selezione della soluzione di glucosio consente glucosio misti come "1.5% + 2.3%", "2.3% + 4.25%" o "1.5% + 4.25%". Utilizzare un glucosio misto significa che due sacche di soluzione distinte contenenti due diversi tipi di glucosio sono collegate al cycler. È consentito l'uso di un glucosio misto per l'ultima infusione solo se è stato utilizzato lo stesso glucosio misto anche per i cicli base.

I **Valori calcolati** e le sezioni **Dettagli** sono identici a quelli delle prescrizioni Standard e Tidal descritte sopra.

● **Prescrizione APD - Altra APD**

Per il Sistema APD la scheda **Altra APD** avrà il seguente aspetto.

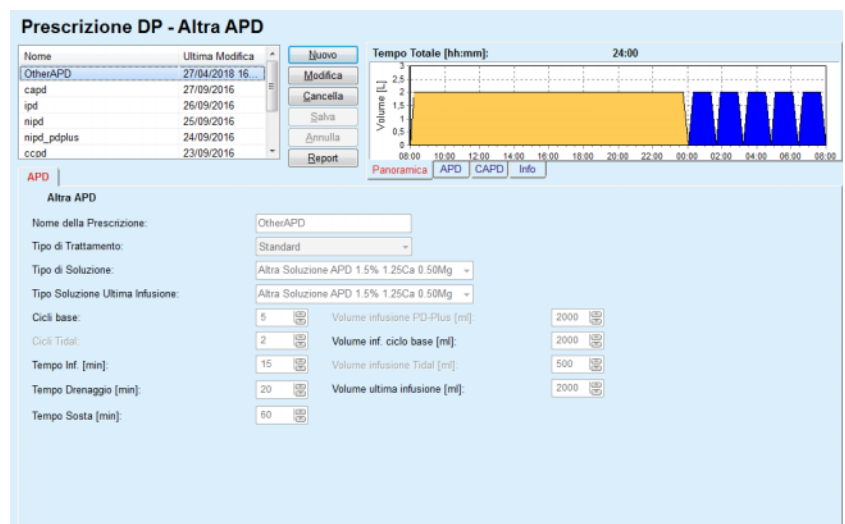


Fig. 3.57 Finestra Prescrizione DP per il sistema APD Altro

La finestra **Prescrizione DP Altra APD** è suddivisa nel modo seguente:
Selezioni Generali, parte superiore;
Impostazioni Prescrizione nel resto della finestra

Nella sezione **Selezioni Generali** sono disponibili i seguenti campi d'immissione:

- Nome Prescrizione** (inserire);
- Tipo di Trattamento** (selezionare);
- Tipo di Soluzione** (selezionare);
- Tipo Soluzione Ultima Infusione** (selezionare).

Nella sezione **Impostazioni prescrizione** si possono modificare i seguenti parametri della prescrizione:

- Numero dei Cicli Base;**
- Numero dei cicli Tidal;**
- Tempo Infusione;**
- Tempo Drenaggio;**
- Tempo Sosta;**
- Volume Infusione PD-Plus;**
- Volume inf. ciclo base;**
- Volume infusione Tidal;**
- Volume ultima infusione.**



Nota

La prescrizione Altra APD non può essere scritta sulla scheda del paziente.

● **Prescrizione CAPD**

Se è presente una sezione CAPD in una prescrizione, la finestra CAPD sarà simile a quella illustrata nella Fig. 3.58.

Questa finestra è suddivisa nelle seguenti sezioni:

Selezioni Generali in alto a sinistra

Panoramica in alto a destra

Impostazioni scambi in basso

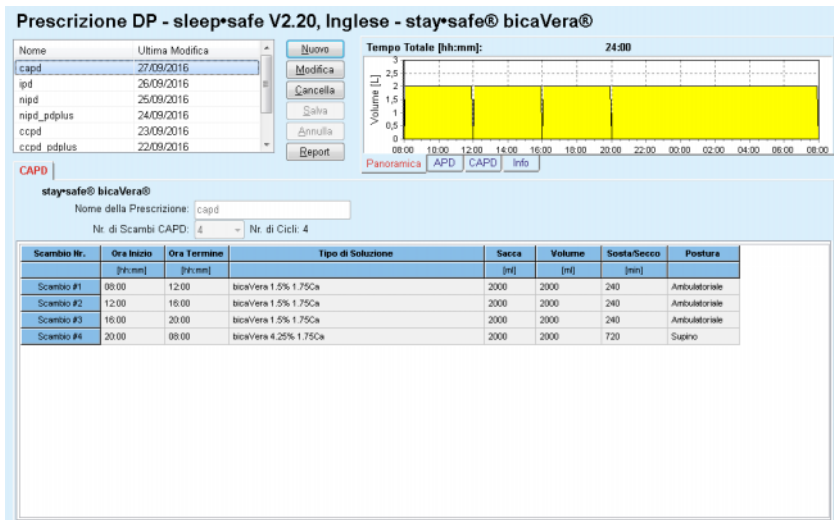


Fig. 3.58 La finestra Prescrizione CAPD

Nella sezione **Selezioni Generali** si può impostare il nome della prescrizione e selezionare il numero di scambi. La struttura del riquadro **Panoramica** è simile a quello della finestra **sleep•safe**.

La sezione **Impostazioni scambi** permette all'utente di prescrivere i valori desiderati per **Ora Inizio**, **Ora Termine**, **Tipo di Soluzione**, **Volume sacca**, **Volume**, **Sosta/Secco** e **Postura** per ciascun cambio di trattamento. Per fare ciò, si possono digitare, selezionare o usare i tasti direzionali.



Suggerimento

La filosofia quick-type delle caselle del tempo per modificare l'**Ora Inizio** e l'**Ora Termine**, insieme al meccanismo di sincronizzazione dei cicli, permette di avere uno strumento rapido e user-friendly che facilita la prescrizione del trattamento CAPD.



Suggerimento

Per aumentare o diminuire le ore si usano i tasti **PgSu/PgGiù**, mentre per aumentare o diminuire i minuti si usano i tasti **Su/Giù**. È possibile anche digitare direttamente il valore desiderato (vedi 4.2).



Suggerimento

Quando si modifica l'**Ora Inizio/Ora Termine** dello scambio, il meccanismo di sincronizzazione ciclo si sposta automaticamente su o giù sugli scambi successivi cosicché si possa ottenere un trattamento continuo di 24 ore.



Suggerimento

Per prescrivere un intervallo **Addome Vuoto**, è necessario selezionare l'opzione **Addome Vuoto** nel menu a discesa **Tipo di Soluzione** e impostare l'**Ora Inizio** e l'**Ora Termine**.



Suggerimento

Il Tempo Sosta viene calcolato automaticamente per ciascun ciclo in base all'**Ora Inizio** e all'**Ora Termine**.



Nota

Se la prescrizione presenta entrambe le parti **APD** e **CAPD**, le **Impostazioni Scambi** della scheda **CAPD** possono avere alcune limitazioni (vedere Fig. 3.59, La sezione CAPD della prescrizione DP combinata, pagina 124). Il volume del primo ciclo CAPD nella sezione CAPD di una prescrizione DP combinata (vedere Fig. 3.59, La sezione CAPD della prescrizione DP combinata, pagina 124) viene imposto dal Volume Ultima Infusione della parte **APD**. Generalmente, le infusioni e i drenaggi che vengono effettuati dal cycler vengono controllati sulla scheda **APD**.

La **Postura** può essere **Ambulatoriale** o **Supino** in base alla postura del paziente. Per lo scambio notturno CAPD, la posizione è di solito **Supino**.

Le righe di colore giallo scuro sono relative alla parte APD (vedere Fig. 3.39, Limiti e opzioni per SILENCIA, pagina 101), pertanto alcuni valori non possono essere modificati nella scheda CAPD, ma solo nella scheda APD.



Nota

Il tempo totale della prescrizione APD-CAPD è un multiplo di **24 ore**. Il tempo sosta dell'ultimo scambio CAPD viene calcolato in modo da raggiungere il tempo totale di 24 ore. Se la durata di APD più la durata di CAPD superano le 24 ore, l'ultimo tempo sosta di CAPD viene regolato in modo tale che il tempo totale sia pari 48 ore.

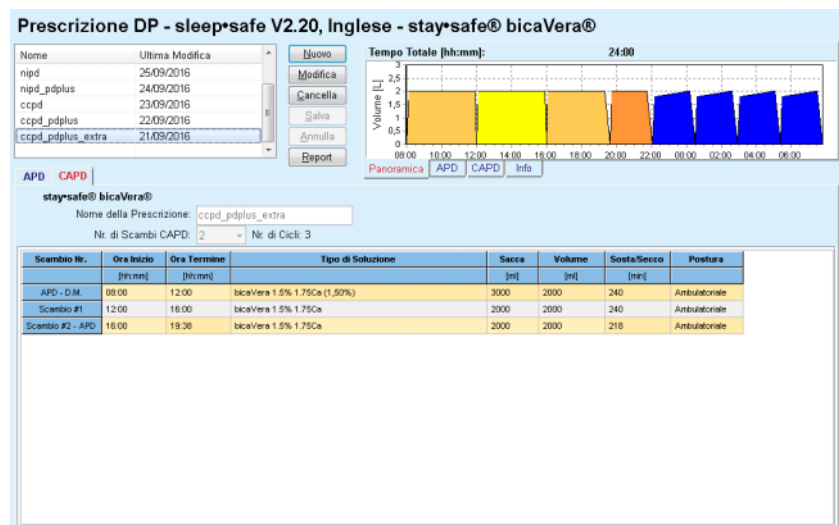


Fig. 3.59 La sezione CAPD della prescrizione DP combinata

Il primo scambio CAPD presenta lo stesso tipo di soluzione e volume dell'ultima infusione della parte APD. L'infusione viene eseguita dal cycler - **Ultima Infusione** della parte APD, mentre il drenaggio viene eseguito manualmente, da cui il nome **APD - M.O.** (drenaggio manuale) nella prima colonna.



Nota

Di solito, tutte le prescrizioni APD iniziano con **Drenaggio Iniziale**. Tuttavia, per quanto riguarda **sleep•safe** e **PD-NIGHT**, la prescrizione APD inizia con **Drenaggio PD-Plus** se è attivato **PD-Plus**.

Il volume dell'ultimo scambio CAPD è uguale al volume del primo drenaggio effettuato dal cycler (prescritto nella parte APD). L'infusione viene eseguita manualmente, pertanto il volume e il tipo di soluzione sono modificabili nella scheda CAPD, mentre il drenaggio viene eseguito dal cycler - **Drenaggio PD-Plus** o **Drenaggio Iniziale**, da cui il nome **Scambio #2-APD**.

Tra i due scambi di cui sopra sono presenti scambi puramente manuali in cui sia l'infusione che il drenaggio vengono effettuati manualmente. Il numero di scambi considera soltanto le infusioni manuali. Esistono due tipi di infusione CAPD, più precisamente **Scambio #1** e **Scambio #2-APD**, in (vedere Fig. 3.59, La sezione CAPD della prescrizione DP combinata, pagina 124).

In questo modo, la gestione degli scambi giornalieri/notturni è molto flessibile, coprendo in tal modo tutti i trattamenti DP conosciuti.



Nota

Il **Volume sacca** relativo all'ultimo scambio CAPD viene scelto in modo tale da essere maggiore rispetto al volume infusione. Il volume infusione si può modificare e può anche superare il volume primo drenaggio della parte APD (Drenaggio PD-Plus/Volume Drenaggio Iniziale). L'**Ora Termine** viene imposta dal calcolo del tempo totale sopra descritto.



Nota

Il **Tipo di Soluzione** relativo al primo scambio CAPD viene imposto dalla parte APD, Glucosio Ultima Infusione.

● **Modifica/creazione della prescrizione DP**

Per creare o modificare la prescrizione relativa a un dato sistema DP si deve procedere nel seguente modo:

Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;

➤ Spuntare il sistema DP relativo al paziente



Nota

Ci si deve assicurare che i sistemi APD/CAPD siano collegati sulla base delle necessità cliniche.

➤ Selezionare il menu **Prescrizione DP**



Fig. 3.60 Il menu Prescrizione DP

➤ Selezionare il pulsante **Nuovo** per creare una nuova prescrizione oppure il pulsante **Modifica** per aggiornare una prescrizione esistente;

A questo punto, si apre la finestra per la selezione della modalità di trattamento (vedere Fig. 3.61, Finestra di selezione Modalità di trattamento, pagina 126).

➤ Selezionare la combinazione APD/CAPD desiderata

Se viene premuto il pulsante **Modifica** e la prescrizione modificata non presenta lo stesso sistema DP di quello assegnato al paziente, all'utente viene chiesto di confermare la conversione al sistema del paziente.

Qualora venga premuto il pulsante **Modifica**, la finestra di selezione conterrà una casella di controllo con l'etichetta **Copiare la Prescrizione**. Questa casella è utile se si vuole creare una nuova prescrizione con il contenuto iniziale di una prescrizione preesistente. Come impostazione predefinita, la casella di selezione è spuntata quando si verifica la conversione al sistema.



Fig. 3.61 Finestra di selezione Modalità di trattamento

➤ Cliccare sul pulsante **Avanti**.

A questo punto si apre la scheda iniziale della parte APD o CAPD in base alla selezione precedente. I pulsanti **Salva** e **Annulla** sono attivi, mentre i pulsanti **Nuovo**, **Modifica** e **Cancella** sono disattivati

Modificare la prescrizione sulla base della parte APD e/o CAPD

➤ Fare clic sul pulsante **Salva**

La prescrizione viene salvata; per annullare il processo, cliccare su **Annulla**.



Nota

Se le impostazioni APD della prescrizione sono per qualche motivo errate, verrà generato un messaggio di errore quando viene premuto il pulsante **Salva**. A questo punto occorre selezionare il pulsante **Ok** e correggere gli errori o annullare l'operazione.

Lo stesso vale per la parte CAPD.

Se l'operazione di modifica viene effettuata con successo, viene emesso un messaggio e il record Prescrizione viene aggiornato nell'**Elenco Prescrizioni**.

3.12.3 Analisi Trattamento

3.12.3.1 Note generali

Con questa voce di menu è possibile analizzare trattamenti APD sulla base dei protocolli di trattamento registrati dai cycler **sleep•safe**, **sleep•safe harmony**, **PD-NIGHT PatientCard** e dai cycler **SILENCIA**. I protocolli di trattamento possono essere importati in **PatientOnLine** utilizzando la voce di menu **Comunicazione**. Selezionando la voce di menu **Analisi clinica/trattamento** si apre la finestra Analisi trattamento (vedere Fig. 3.62, Finestra Analisi trattamento - sleep•safe, pagina 127).

Analisi Trattamento - sleep•safe

Dati Tratt	Tipo Sistema	Tipo di Trattam...	Nome Protocollo	Ora Inizio	Status	Bilanc...	Interruzioni	Origine
18/09/2015	sleep•safe	Adapted APD	TR201509_19A	21:23	Ok	-588	0	Scheda Pazi...
17/09/2015	sleep•safe	Adapted APD	TR201509_18A	21:32	Ok	-521	4	Scheda Pazi...
16/09/2015	sleep•safe	Adapted APD	TR201509_17A	21:20	Ok	-288	1	Scheda Pazi...
15/09/2015	sleep•safe	Adapted APD	TR201509_16A	21:11	Ok	-250	2	Scheda Pazi...
14/09/2015	sleep•safe	Adapted APD	TR201509_15A	21:00	Ok	53	7	Scheda Pazi...

Informazioni Generali | **Trattamento Prescritto** | Trattamento Effettuato | Risultati | Allarmi | Commenti | Grafici | Modificato dal paziente

File Protocollo	TR201509_19A
Prescrizione	DPA standard
Tipo di Trattamento	Standard
Versione	V2.22
ID cycler	3PEA9383
Modificato dal paziente	No
Tipo di Set	sleep•safe set
Valore max. drenaggio:	75
Valore max. infusione:	100
Ultima infusione	Poli glucosio (7,50%)

Report | Esporta | Cancella | Sommario | Statistiche

Fig. 3.62 Finestra Analisi trattamento - sleep•safe

La parte superiore della finestra contiene una tabella con un riepilogo dei dati relativi a tutti i protocolli di trattamento attualmente memorizzati nel database **PatientOnLine**. I protocolli di trattamento sono classificati secondo la data del trattamento: quello più recente è nella riga più in alto. Per ciascun protocollo vengono visualizzati i dati più rilevanti ai fini del trattamento (status del trattamento, bilancio volumi, numero di allarmi, durata ecc.). L'utente può anche personalizzare l'aspetto delle colonne del grafico in modo da visualizzare o meno determinati dati per il trattamento. Per ulteriori informazioni vedi **Gestione/Imposta/Visualizza impostazioni**. Un valore di bilancio volumi al di fuori dei limiti viene visualizzato in rosso. La colonna Origine indica l'origine dati del protocollo di trattamento (ad es. Scheda Paziente, Salvato manualmente).

La tabella consente di selezionare sia una singola riga che diverse righe insieme. Se si selezionano diverse righe insieme, il protocollo attualmente selezionato sarà il primo dall'alto. Nella parte inferiore della finestra è presente un gruppo di pulsanti che agiscono sul trattamento selezionato al momento: **Report**, **Esporta**, **Cancella**, **Sommario** e **Statistiche**.


Nel caso in cui al paziente sia assegnato un sistema CAPD, vi è anche un pulsante **Nuovo** che consente la documentazione dei protocolli di trattamento CAPD, e un pulsante **Modifica** per modificarli.

Facendo un clic sul pulsante **Report** si apre un rapporto pronto per la stampa per il protocollo attualmente selezionato che contiene tutti i dati disponibili.


Report PatientOnLine

Analisi Trattamento
12/03/2001 14:16:49

Allergico Attivo



John Sample
15/03/1960
Diabete Mellito Tipo 1



Informazioni Generali Paziente

Nome Paziente: John Sample

Data di Nascita: 15/03/1960 PIN: 123456789

Sesso: Maschio DB ID esterno: ---

ID Sistema: 3AFFFC000002 PatientOnLine ID: 2 Istituzione ID: 98PEY1884

Lingua: Inglese Gruppo sanguigno: Sconosciuti Fattore Rh: Sconosciuto

Analisi Trattamento - sleep*safe IR 77

Informazioni Generali

Data Protocollo: 12/03/2001 14:16:49

File Protocollo: TR200103.12A Versione: V 1.00 beta 4

Prescrizione: --- ID cyclor: 98PEY1884

Tipo di Trattamento: Tidal Plus Modificato dal paziente: No

Origine: Scheda Paziente

Trattamento Prescritto

Numero di cicli base: 1 Temperatura: [°C]: 37

Numero di Cicli Tidal: 9 Volume Sicurezza: [ml]: 150

Screen ulteriore drenaggio: Sì Screen allarme ultima infusione: Sì

Ciclo	Infusione			Tempo Sosta	Drenaggio	
	Volume Infusione	Flusso Infusione	Soluzione Infusione		Volume drenaggio	Flusso drenaggio
Drenaggio PD-Plus	--	--	--	--	3000	200
Infusione PD-Plus	2500	350	CAPD/DPCA 2 (1,50%)	--	--	--
Drenaggio Iniziale	--	--	--	--	2500	200
#1 / #1	2900	350	CAPD/DPCA 2 (1,50%)	35	1550	200
#1 / #2	1400	350	CAPD/DPCA 3 (4,25%)	35	1550	200
#1 / #3	1400	350	CAPD/DPCA 2 (1,50%)	35	1550	200
#1 / #4	1400	350	CAPD/DPCA 3 (4,25%)	35	1550	200
#1 / #5	1400	350	CAPD/DPCA 2 (1,50%)	35	1550	200
#1 / #6	1400	350	CAPD/DPCA 3 (4,25%)	35	1550	200
#1 / #7	1400	350	CAPD/DPCA 2 (1,50%)	35	1550	200
#1 / #8	1400	350	CAPD/DPCA 2 (1,50%)	35	1550	200
#1 / #9	1400	350	CAPD/DPCA 2 (1,50%)	35	3500	200
Ultima Infusione	0	350	CAPD/DPCA 2 (1,50%)	--	--	--

PatientOnLine 6.3

5/2/2017 9:57:27AM 1/4

Fig. 3.63 Finestra del report Protocollo di trattamento

Facendo un clic sul pulsante **Esporta** vengono salvati tutti i protocolli di trattamento selezionati come file binari nel formato originale della Scheda paziente. Si apre il dialogo **Sfoggia cartella** per poter specificare la cartella in cui sono salvati questi file. I nomi dei file originali che si trovano sulla Scheda paziente.

Facendo un clic sul pulsante **Cancella** vengono cancellati tutti i protocolli di trattamento selezionati. Per ciascun protocollo viene visualizzato un messaggio di conferma. Tuttavia, è possibile applicare l'opzione **Si/No** per tutti i protocolli selezionati, spuntando la casella di selezione **Applica a tutti**.

Facendo un clic sul pulsante **Sommario** viene visualizzato il rapporto pronto per la stampa che fondamentalmente contiene gli stessi dati della tabella nella finestra **Analisi Trattamento**. Se si seleziona questo pulsante innanzitutto si apre una finestra pop-up **Seleziona Trattamenti**.

Si può effettuare la seguente selezione:

Tutti o Da >>> A (optional),

Data Inizio (tramite comando con calendario),

Data Termine (tramite comando con calendario).

➤ Cliccare sul pulsante **Si**.

Questa selezione è stata accettata.

Selezionando il pulsante **Statistiche** si apre una finestra pop-up che consente l'analisi grafica complessa dei dati di trattamento. Questa finestra viene descritta nella sezione **Statistiche Trattamento**.

Nella parte inferiore della finestra sono presenti diversi controlli a scheda che offrono all'utente un'ampia gamma di dati (in formato tabella) sul protocollo di trattamento attualmente selezionato (vedere Fig. 3.62, Finestra Analisi trattamento - sleep-safe, pagina 127).

Il contenuto e il nome di queste schede dipendono dal tipo di cycler.

Le schede disponibili per il cycler **sleep-safe** sono: **Informazioni Generali**, **Trattamento Prescritto**, **Trattamento Effettuato**, **Risultati**, **Allarmi**, **Commento**, **Grafici** e **Modificato dal paziente**.

3.12.3.2 Protocollo di trattamento CAPD

Per i pazienti assegnati ai sistemi CAPD o ai sistemi APD e CAPD, è possibile documentare (creare e modificare) il protocollo di trattamento CAPD. Per tali pazienti, nel menu **Analisi Trattamento**, selezionando il pulsante **Nuovo** possono essere specificati i seguenti dati di inserimento nel Wizard Trattamento CAPD:

➤ Numero di scambi

➤ Peso secco - parametro opzionale.

➤ Pressione arteriosa sistolica e diastolica - parametri opzionali.

➤ Per ogni scambio possono essere specificati i seguenti parametri: durata infusione, volume di infusione, durata del drenaggio, tipo di soluzione (selezionabile da un elenco di soluzioni corrispondenti per il sistema CAPD specifico su cui è il paziente) e un'indicazione sui farmaci somministrati durante il trattamento (sì o no).

Fare clic su **Salva** per salvare il protocollo di trattamento CAPD o su **Annulla** per abbandonare l'operazione.

Analisi Trattamento - staysafe® bicaVera Menu Panoramica personal

Dati Tratt.	Tipo Sistema	Tipo di Trattamento	Nome Protocollo	Ora Inizio	Status	Bilancio Volumi	Interruzioni	Origine
10/09/2013	staysafe® bicaVera	Standard	CA201309.10A	08.00	Non impostato	-1000	0	Salvato manualmente
12/03/2001	sleep-safe	Tidal Plus	TR200103.12A	14.16	Ok	-1343	1	Scheda Paziente
10/03/2001	sleep-safe	Tidal Plus	TR200103.10A	19.11	Ok	-1275	1	Scheda Paziente
09/03/2001	sleep-safe	Tidal Plus	TR200103.09A	03.35	Ok	-1208	1	Scheda Paziente
08/03/2001	sleep-safe	Tidal Plus	TR200103.08A	05.57	Ok	-1242	1	Scheda Paziente

Generale | Commenti | Grafici

Numero di scambi: 5 Peso secco: 87,0 Kg Data: 10/09/2013 -

Sistolica: 159 mmHg Diastolica: 93 mmHg Pulsazioni: 1/min

Tempo infusione [hh:mm]	Volume infusione [ml]	Tempo drenaggio [hh:mm]	Volume drenaggio [ml]	Bilancio volumi [ml]	Farmaci [S/N/O]	Soluzione	Sacca [ml]	Tempo Soada [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

Fig. 3.64 Finestra Protocollo di trattamento CAPD

I protocolli di trattamento CAPD sono riportati nell'elenco dei trattamenti situato nella parte superiore della finestra Analisi Trattamento, insieme ad alcuni dati collegati ai trattamenti.

Una volta che è creato un protocollo di trattamento CAPD, è possibile modificarlo in qualsiasi momento selezionando il protocollo di trattamento CAPD desiderato dall'elenco e poi facendo clic sul pulsante Modifica.

La scheda Commento ha la stessa funzionalità e può essere gestita nello stesso modo descritto nel paragrafo 3.12.3.14 (vedere capitolo 3.12.3.8, pagina 132).

I pulsanti **Report**, **Esporta**, **Cancella**, **Sommario**, **Statistiche** hanno la stessa funzionalità descritta qui sopra e possono essere azionati nello stesso modo descritto nella sezione Analisi Trattamento (vedere capitolo 3.12.3, pagina 127).

3.12.3.3 Scheda Informazioni Generali

sleep-safe

La scheda **Informazioni Generali** mostra i dati generali relativi al protocollo di trattamento attualmente selezionato, quali ad es.:

File Protocollo

Nome

Prescrizione

Nome Prescrizione

Tipo di Trattamento

Versione

Versione software del cycler,

ID cycler

ID dispositivo cycler

Modificato dal paziente

Modifiche effettuate dal paziente.

3.12.3.4 Scheda Trattamento Prescritto

sleep•safe

La scheda **Trattamento Prescritto** mostra la prescrizione secondo la quale il cycler ha eseguito il trattamento. La prescrizione è stata presa direttamente dal protocollo di trattamento e potrebbe differire dalla prescrizione prescritta in origine per quella data specifica e salvata sulla Scheda paziente, dato che il paziente potrebbe aver modificato la prescrizione e/o il relativo contenuto. La prescrizione viene descritta in base al ciclo, con i dati rilevanti di infusione/sosta/drenaggio.

3.12.3.5 Scheda Trattamento Effettuato

sleep•safe

Nella scheda **Trattamento Effettuato** viene descritto il trattamento effettivamente effettuato dal cycler. Viene usato lo stesso metodo infusione/sosta/drenaggio, ma in aggiunta vengono visualizzati il tempo di inizio di ogni ciclo e la durata di ogni fase.

Tempo [hh:mm:ss]	Ciclo	Volume Infusione [ml]	Soluzione Infusione	Durata Infusione [min]	Tempo Sosta [min]	Volume drenaggio [ml]	Durata drenaggio [min]
14:32:07	Drenaggio PD-Plus	--	--	--	--	-3	3
14:35:18	Infusione PD-Plus	2501	--	9	--	--	--
16:50:57	Drenaggio iniziale	--	--	--	--	2512	18
17:00:10	#1 / #1	2901	--	13	35	1550	11
18:07:28	#1 / #2	1401	--	6	35	1550	12
18:58:47	#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
00:11:48	#1 / #9	1400	--	6	35	1048	19

Fig. 3.65 Trattamento effettuato - *sleep•safe*

3.12.3.6 Scheda Risultati (*sleep•safe*)

La scheda **Risultati** mostra una quantità significativa dei dati estratti dal protocollo di trattamento. I valori effettuati e prescritti (ove appropriato) vengono visualizzati per ogni voce. I valori medi rilevanti (media) vengono calcolati e visualizzati per diversi parametri.

	Effettuato	Prescritto
Numero cicli base	1	1
Numero cicli Tidal	9	9
Volume, drenaggio PD-Plus [ml]	-3	3000
Volume, infusione PD-Plus [ml]	2501	2500
Volume, drenaggio iniziale [ml]	2512	2500
Volume, ultima infusione [ml]	0	0
Volume, infusioni ciclo base/totali [ml]	14105	14100
Volume, drenaggi ciclo base/totali [ml]	15448	15300
Bilancio volumi, cicli base/totali [ml]	-1343	-1800
Volume, totale infuso [ml]	16606	16500
Volume, totale drenato [ml]	17957	21400
Durata trattamento [h:mm]	08:21	08:40
Tempo totale di sosta [min]	315	315

Fig. 3.66 Risultati - *sleep•safe*

3.12.3.7 Scheda Allarmi (*sleep•safe*)

La scheda **Allarmi** mostra in formato tabella l'elenco degli allarmi che si sono verificati durante il trattamento.

Per **sleep-safe**, i seguenti dati vengono visualizzati in relazione all'allarme:

Ora dell'allarme

Ciclo e fase durante i quali si è verificato l'allarme

Volume infuso/drenaggio attuale della fase in questione

Volume attuale nel paziente

Il codice sorgente dell'allarme e l'azione che ha cancellato l'allarme, nonché l'ora in cui l'allarme è stato riconosciuto.

Se l'utente fa un doppio clic sulla casella della tabella dei codici di allarme, viene visualizzata una finestra di aiuto con la descrizione di quel codice di allarme specifico.

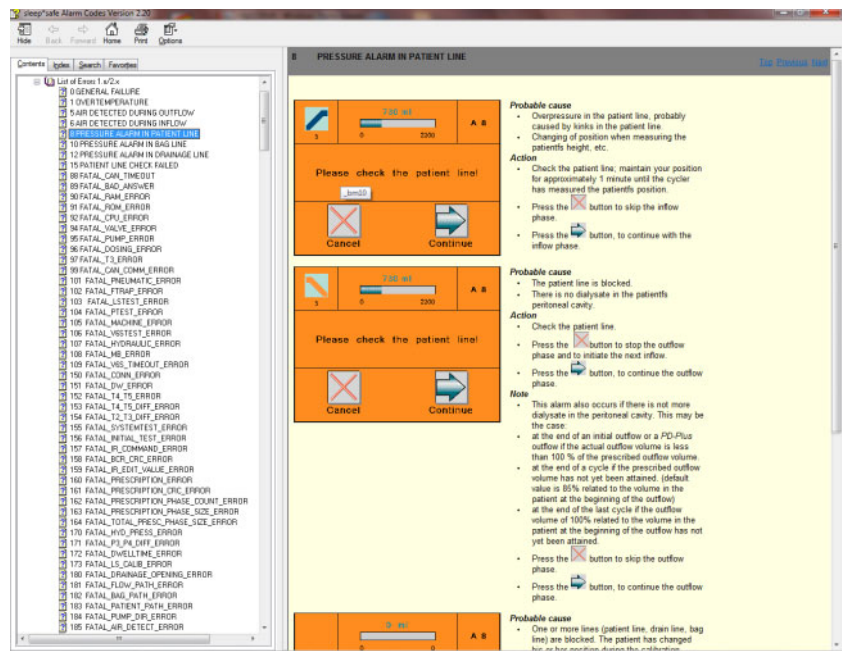


Fig. 3.67 Finestra di aiuto Codici di allarme - **sleep-safe**

Per PD-NIGHT PatientCard, il numero e il tipo degli allarmi vengono visualizzati per ogni fase.

3.12.3.8 Scheda Commenti (tutti i dispositivi)

La scheda **Commento** consente all'operatore di inserire un commento specifico per il protocollo di trattamento selezionato. Una casella di selezione con la denominazione **Usa nelle statistiche** è prevista anche per includere/escludere il trattamento attuale nelle/dalle statistiche (vedi Statistiche di Trattamento). Per modificare il commento e/o il flag delle statistiche si deve prima selezionare il pulsante **Modifica**. Facendo un clic su **Salva** si termina l'operazione, mentre facendo un clic su **Annulla** verrà annullata.

3.12.3.9 Scheda Grafici (*sleep·safe*)

La scheda **Grafici** mostra una panoramica grafica sia del trattamento prescritto che del trattamento effettuato. L'asse orizzontale rappresenta il tempo (in ore), mentre l'asse verticale è il volume all'interno del paziente (in litri). La parte inferiore della finestra vi è una barra del tempo orizzontale con l'ora dell'inizio e del termine del trattamento.

Se il trattamento contiene un ciclo PD-Plus, il grafico Prescritto viene sincronizzato con il grafico Effettuato, in modo che le fasi di drenaggio PD-Plus iniziano allo stesso tempo. Questo metodo viene usato perché la durata PD-Plus dipende dal paziente e non viene preso in considerazione dal cycler.

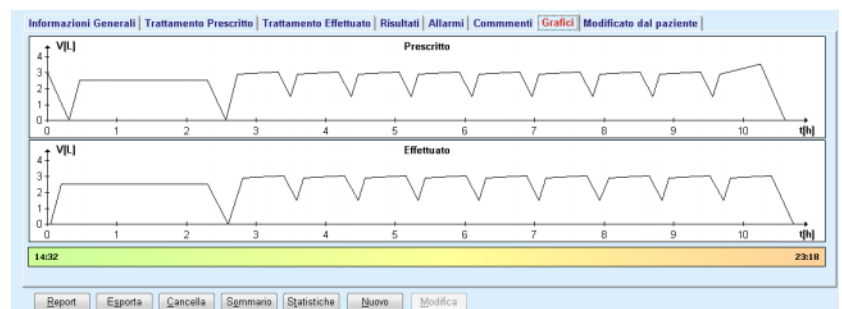


Fig. 3.68 Grafici - *sleep·safe*

3.12.3.10 Statistiche di Trattamento

La finestra Statistiche Trattamento è una finestra pop-up che appare quando si seleziona il pulsante **Statistiche**. (vedere Fig. 3.69, La finestra Statistiche trattamento, pagina 134)

Il modulo Statistiche di Trattamento offre una panoramica grafica completa dei risultati dei pazienti, basati su alcuni dei parametri dei trattamenti effettuati che sono disponibili per le statistiche.

I grafici vengono visualizzati nella parte inferiore della finestra mentre la parte superiore contiene alcuni comandi che consentono di personalizzare i grafici.

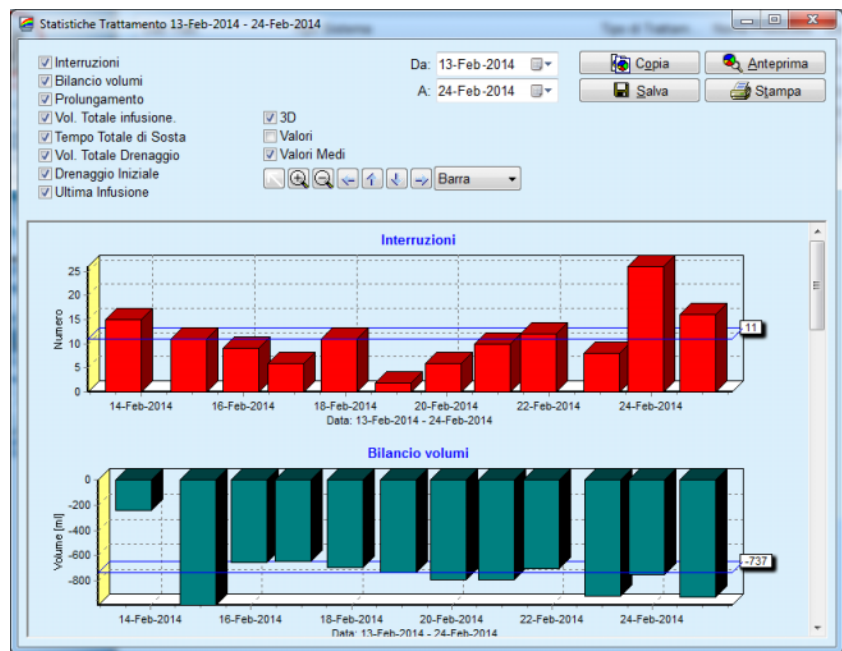


Fig. 3.69 La finestra Statistiche trattamento

Utilizzando le caselle di controllo nell'angolo in alto a sinistra, è possibile scegliere il tipo di informazioni di interesse (Allarmi, Bilancio volumi, Prolungamento, Volume Totale infusione, Tempo Totale di Sosta, Volume Totale Drenaggio, Drenaggio iniziale, Ultima Infusione).

Le grafiche sono posizionate su un pannello a scorrimento nella parte inferiore della finestra e ognuna di loro contiene due assi: l'asse orizzontale (asse del tempo) si trova nella parte inferiore della grafica mentre l'asse verticale (asse dei valori) si trova sul lato sinistro.

Ogni grafico ha un titolo e l'intestazione degli assi.

I grafici sono bidimensionali o tridimensionali, a seconda della scelta della casella di selezione 3D.

Spuntando la casella di selezione **Valori** posizionata nella parte superiore, i valori verranno visualizzati nei grafici.

I valori medi possono essere mostrati/nascosti attivando/disattivando la casella di selezione **Valori Medi** posizionata nella parte superiore.

I grafici sono correlati sull'asse del tempo; è possibile ingrandire o ridurre il periodo di tempo visibile usando i comandi del calendario **Da/A**.

I grafici sono flessibili e possono essere personalizzati utilizzando la barra degli strumenti nella parte superiore. Questi pulsanti nella barra degli strumenti hanno i seguenti effetti su tutti i grafici:

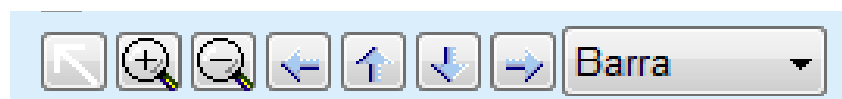






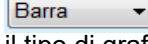


Fig. 3.70 La barra strumenti dei grafici

 Pulsante **Reset** - ripristina tutte le modifiche;

-  Pulsante **Zoom In** - ingrandisce i grafici;
-  Pulsante **Zoom Out** - riduce i grafici;
-  Pulsante **Sinistra**: sposta i grafici verso sinistra;
-  Pulsante **Sopra**: sposta i grafici verso l'alto;
-  Pulsante **Sotto**: sposta i grafici verso il basso;
-  Pulsante **Dritto**: sposta i grafici verso destra;
-  Il menu a tendina dei tipi di grafici - serve per selezionare il tipo di grafico (Barra, Linea, Punto).

Oltre a usare i pulsanti della barra degli strumenti, il grafico può essere ingrandito usando il mouse:

- Tenendo premuto il tasto **sinistro** del mouse, si seleziona l'area da ingrandire
- Rilasciare il tasto del mouse.

L'area selezionata viene ingrandita per l'intera griglia.



Suggerimento

Tenendo premuto il tasto **diritto** del mouse, si può spostare l'area selezionata nell'asse del tempo (asse X).

Spostandosi verso l'alto/il basso (asse Y), si può modificare l'altezza della scala.

I pulsanti di controllo si trovano nell'angolo in alto a sinistra della finestra (vedere Fig. 3.69, La finestra Statistiche trattamento, pagina 134).

Il pulsante **Copia** trasferisce una copia dei grafici al Pannello degli Appunti di Windows in modo che possa essere incollata e utilizzata in altre applicazioni (presentazioni, documenti ecc.).

Con il pulsante **Salva** si possono salvare i grafici sull'hard disk come bitmap file (*.bmp).

Il pulsante **Anteprima** serve per generare un rapporto che contiene i dati dei pazienti e i grafici di trattamento per prenderne visione e stamparli.

Il pulsante **Stampa** serve per generare lo stesso rapporto e per inviarlo direttamente alla stampante predefinita.

3.12.3.11 Analisi Trattamento - *sleep•safe harmony*

Il menu Analisi trattamento per il cyclor *sleep•safe harmony* è illustrato nella Fig. 3.71.

Analisi Trattamento - sleep•safe harmony

Dati Tratt.	Tipo Sistema	Tipo di Trattamento	Nome Protocollo	Ora Inizio	Status	Bilancio Volumi	Interruzioni	Origine
24/02/2014	sleep•safe harmony	Standard	HR201402 24A	21.24	Ok	-931	16	Scheda Paziente
23/02/2014	sleep•safe harmony	Standard	HR201402 23B	21.05	Ok	-753	26	Scheda Paziente
23/02/2014	sleep•safe harmony	Standard	HR201402 23A	00.02	Ok	-922	8	Scheda Paziente
21/02/2014	sleep•safe harmony	Standard	HR201402 21A	18.35	Ok	-704	12	Scheda Paziente
20/02/2014	sleep•safe harmony	Standard	HR201402 20A	21.05	Ok	-788	10	Scheda Paziente

	Effettuato	Prescritto
Volume totale infusione [ml]	8129	8300
Volume totale drenaggio [ml]	9303	8300
Bilancio volumi [ml]	-931	--
Volume drenaggio iniziale [ml]	344	25
Volume infusione PD-Plus [ml]	--	--
Durata pause PD-Plus [mm:ss]	--	--
Volume drenaggio PD-Plus [ml]	--	--
Volume ultima infusione [ml]	301	300
Numero di ocd base	4	4
Numero di ocd Tidal	0	0
Durata trattamento [mm:ss]	526:33	509:53
Riduzione volume infusione [ml]	0	--

Fig. 3.71 Menu Analisi trattamento - *sleep•safe harmony*

La scheda Sommario Trattamento visualizza i risultati di sintesi del trattamento come i volumi totali, il bilancio di volume, il numero di cicli, la durata del trattamento, ecc.

Il Trattamento Prescritto descrive la prescrizione usata per eseguire il trattamento. Il pulsante **Espandere/Crolla** mostra o nasconde i parametri dai limiti e i parametri di sicurezza come il volume paziente concesso.

La scheda Dettagli Trattamento visualizza le informazioni sul trattamento eseguito, a livello di ciclo e anche a livello di fase, per mezzo delle due sotto-schede Cicli e fasi. I dati come i time stamp, la durata, i volumi e le portate sono disponibili in quest'area. Il Numero delle colonne di interruzioni è effettivamente un collegamento alla scheda Interruzioni.

Dettagli del trattamento

Tempo [hh:mm:ss]	Fase n°	Fase	Volume [ml]	Durata [mm:ss]	Flusso medio [ml/min]	Volume nel paziente [ml]	Numero di interruzioni
21:24:20	0	Fase drenaggio iniziale	344	03:27	104	0	1
21:27:47	1	Fase Infusione	2000	12:03	204	2000	2
21:39:50	2	Fase Sosta	0	06:58	0	2000	0
23:18:48	3	Fase di drenaggio	2242	17:30	130	-242	0
23:36:18	4	Fase Infusione	2002	08:18	255	2002	0
23:44:36	5	Fase Sosta	0	100:39	0	2002	0
01:25:15	6	Fase di drenaggio	1826	18:04	106	175	1

Fig. 3.72 Dettagli del trattamento

La scheda Interruzioni descrive le Attenzioni e gli Allarmi verificatisi durante il trattamento. Sono disponibili informazioni come time stamp, ciclo, fase, motivo dell'interruzione, azione del paziente e volume infuso nel paziente. La colonna Time contiene l'ora in cui l'interruzione è stata riconosciuta.

Tempo [hh:mm:ss]	Informazione ciclo	Fase	Alterazione		Allarme		Volume nel paziente [ml]	Time [hh:mm:ss]
			Motivo	Risultato	Codice	Descrizione		
21:27:47	Drenaggio iniziale	Fase drenaggio iniziale	Posizione paziente	Saltare fase			344	21:28:27
21:31:35	Ciclo 1	Fase Infusione	Posizione paziente	Ripetere fase			264	21:31:48
21:32:51	Ciclo 1	Fase Infusione			694	Temperatura della soluzione troppo	362	21:33:16
01:40:18	Ciclo 2	Fase di drenaggio	Posizione paziente	Ripetere fase			355	01:40:29
01:46:20	Ciclo 3	Fase Infusione			694	Temperatura della soluzione troppo	655	01:46:32
03:32:32	Ciclo 3	Fase di drenaggio	Posizione paziente	Ripetere fase			2000	03:33:18
03:42:55	Ciclo 3	Fase di drenaggio	Posizione paziente	Ripetere fase			779	03:43:08
05:40:28	Ciclo 4	Fase ultimo drenaggio	Posizione paziente	Ripetere fase			2000	05:40:41
05:52:56	Ciclo 4	Fase ultimo drenaggio	Posizione paziente	Ripetere fase			346	05:53:27
05:55:57	Ciclo 4	Fase ultimo drenaggio	Posizione paziente	Ripetere fase			205	05:56:08
05:59:46	Ciclo 4	Fase ultimo drenaggio	Posizione paziente	Ripetere fase			-77	05:59:55

Fig. 3.73 Interruzioni

La scheda Grafici illustra il trattamento prescritto ed eseguito in formato grafico. Il volume permesso massimo e il volume minimo nel paziente sono evidenziati sul grafico. L'ultrafiltrazione (UF) viene visualizzata in giallo.

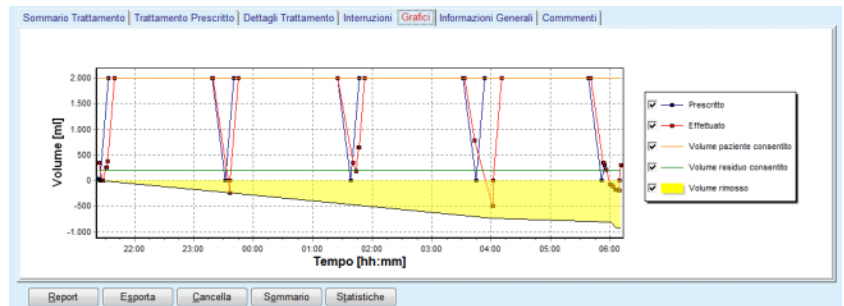


Fig. 3.74 Grafici

La scheda Informazioni Generali visualizza i dati di gestione, come le date di inizio e interruzione del trattamento, il numero di serie del dispositivo e la versione del software, ecc. La scheda Commenti è identica a tutti gli altri tipi di ciclo.

3.12.3.12 Analisi Trattamento - SILENCIA

Il menu **Analisi Trattamento** per il cycler **SILENCIA** è illustrato di seguito.

Analisi Trattamento - SILENCIA Menu Panoramica personal

Dati Tratt.	Tipo Sistema	Tipo di Trattamento	Nome Protocollo	Ora Inizio	Status	Bilancio Volumi	Interruzioni	Origine
22/08/2016	SILENCIA	Tidal	SL201608.22B	08:49	Ok	-4	4	Scheda Paziente
19/08/2016	SILENCIA	Standard	SL201608.19A	08:46	Ok	-9	8	Scheda Paziente
28/07/2016	SILENCIA	Standard	SL201607.28A	13:11	Ok	-118	3	Scheda Paziente
27/10/2015	SILENCIA	Adapted APD	SL201510.27B	16:11	Ok	-108	2	Scheda Paziente

Sommario Trattamento | Trattamento Prescritto | **Dettagli Trattamento** | Interruzioni | Grafici | Informazioni Generali | Commenti

	Effettuato	Prescritto
Volume totale infusione [ml]	495	510
Volume totale drenaggio [ml]	554	460
Bilancio volumi [ml]	-108	--
Volume drenaggio iniziale [ml]	121	30
Volume ultima infusione [ml]	50	90
Numero di cicli base	5	5
Numero di cicli Tidal	0	0
Durata trattamento [mm:ss]	104:08	102:16
Riduzione volume infusione [ml]	0	--
Riduzione durata sosta [min]	2	--
Numero di avvertenze	2	--
Numero di allarmi	0	--

Report | Esporta | Cancella | Sommario | Statistiche

Fig. 3.75 Menu Analisi trattamento - SILENCIA

La scheda **Sommario Trattamento** visualizza i risultati di riepilogo del trattamento come volumi totali, bilancio volumi, numero di cicli, durata del trattamento ecc.

Trattamento Prescritto descrive la prescrizione usata per eseguire il trattamento. Il pulsante **Espandere/Crollo** mostra o nasconde i parametri dai limiti e i parametri di sicurezza come il volume paziente concesso.

La scheda **Dettagli Trattamento** mostra informazioni sul trattamento effettuato, a livello di ciclo e anche a livello di fase, per mezzo delle due sottoschede **Cicli** e **Fasi**. I dati come i time stamp, la durata, i volumi e le portate sono disponibili in quest'area. La colonna **Numero di interruzioni** è, di fatto, un collegamento alla scheda **Interruzioni**.

Sommario Trattamento | Trattamento Prescritto | **Dettagli Trattamento** | Interruzioni | Grafici | Informazioni Generali | Commenti

Espandere

Cicli | **Fasi**

Tempo [hh:mm:ss]	Fase n°	Fase	Volume [ml]	Durata [mm:ss]	Flusso medio [ml/min]	Volume nel paziente [ml]	Numero di interruzioni
16:11:04	0	Drenaggio iniziale	121	02:07	61	0	1
16:13:11	1	Fase Infusione	80	02:19	77	80	0
16:15:30	2	Fase Sosta	0	09:01	0	80	0
16:24:31	3	Fase di drenaggio	98	02:27	44	-19	0
16:26:58	4	Fase Infusione	80	01:24	77	80	0
16:28:22	5	Fase Sosta	0	09:51	0	80	0
16:38:13	6	Fase di drenaggio	99	02:26	44	-19	0

Report | Esporta | Cancella | Sommario | Statistiche

Fig. 3.76 Dettagli del trattamento

La scheda **Interruzioni** descrive le **Attenzioni** e gli **Allarmi** verificatisi durante il trattamento. In quest'area sono disponibili dati come Tempo, Ciclo, Fase, Motivo e Volume nel paziente. La colonna **Time** contiene l'ora in cui l'interruzione è stata riconosciuta.

Tempo [h:mm:ss]	Informazione ciclo	Fase	Atterazione		Codice	Descrizione	Volume nel paziente [ml]	Time [h:mm:ss]
			Motivo	Risultato				
16:13:11	Drenaggio iniziale	Drenaggio iniziale	Pressione	Saltare			121	16:14:10
17:53:49	Ciclo 5	Fase ultimo drenaggio	Saltare	Saltare			-56	17:53:59

Fig. 3.77 Interruzioni

La scheda **Grafici** illustra il trattamento prescritto ed effettuato in formato grafico. Il **Volume paziente consentito** e il **Volume residuo consentito** nel paziente sono evidenziati sul grafico. Il bilancio volumi viene mostrato in giallo. Il grafico è simile a quello nella Fig. 3.74.

La scheda **Informazioni Generali** mostra dati di gestione come le date di inizio e interruzione del trattamento, il numero di serie del dispositivo, la versione del software ecc. La scheda **Commenti** è identica a tutti gli altri tipi di cyclers.

3.12.4 Quality Assurance

3.12.4.1 Background clinico

La voce di menu **Quality Assurance** offre una vasta gamma di test per i medici, in modo da calcolare l'adeguatezza PD del paziente. I test disponibili sono:

PFT (Test Funzione Peritoneale)

Raccolta 24 ore

PET (Test Equilibrio Peritoneale)

PET + raccolta 24 ore

No RRT (Nessuna Terapia Sostitutiva Renale).

I dati e i risultati sono strutturati in **Inserire Dati**, **Risultati** e **Grafico QA**.

● Test Funzione Peritoneale

Il test PFT documenta molte importanti caratteristiche peritoneali e del paziente. Tale test richiede la misurazione di urea, creatinina, glucosio, proteine totali, sodio e volume per ogni scambio individuale durante un periodo di tempo specifico. Questo test consente di calcolare importanti caratteristiche di trasporto peritoneale, mentre fornisce informazioni utili sulla nutrizione di proteine, sull'assorbimento di glucosio ed è un mezzo per misurare l'adeguatezza della prescrizione della dialisi peritoneale.

Il test consiste in un prelievo di un campione delle 24 ore di scambi individuali drenati da effettuarsi all'indomani di una visita clinica programmata, un raccolta urina della giornata nel caso in cui l'urina superi i 100 ml/24 ore e uno o due prelievi di sangue da eseguirsi in ospedale dove il paziente verrà sottoposto a drenaggio dell'ultimo scambio di dialisato ed effettuerà scambi QA speciali. Ogni campione di sostituzione e di sangue individuale viene analizzato per urea, creatinina, glucosio e proteine. Il campione di urina viene analizzato per urea, creatinina e proteine.

● **Test Equilibrio Peritoneale**

Il PET è stato progettato per misurare il trasporto peritoneale per urea, creatinina e glucosio in condizioni cliniche controllate. Viene utilizzata una procedura standard e vengono prelevati campioni specifici di dialisato a intervalli periodici. Viene prelevato un campione di sangue in un momento predefinito. I soli parametri calcolati sono i dati caratteristici del trasporto peritoneale per urea, creatinina e glucosio.

● **Test di raccolta 24 ore**

Il test di raccolta 24 ore parte dal presupposto che tutte le sostituzioni di dialisato drenato durante le 24 ore devono essere raccolte e mescolate. Il volume totale di drenaggio viene registrato e vengono misurate l'urea e la creatinina. Anche l'urina viene raccolta per 24 ore e si esegue un prelievo del sangue. L'urea, la creatinina e le proteine vengono misurate per il dialisato, l'urina e il sangue. Questo test consente di calcolare la quantità di dialisi somministrata al paziente, ma non consente di calcolare l'assorbimento del glucosio. Non vengono calcolati neppure i dati caratteristici del trasporto peritoneale.

● **Test PET + raccolta 24 ore**

Questo test combina i vantaggi del test PET e del test di raccolta 24 ore, anche se richiede l'inserimento dei dati di entrambi i test. Si possono calcolare quasi gli stessi risultati del test PFT (tranne che per l'assorbimento di glucosio).

● **Test Nessuna Terapia Sostitutiva Renale**

Questo test è previsto per i pazienti che non sono ancora in terapia sostitutiva renale. Il test presuppone un prelievo del sangue e una raccolta di urina. Lo scopo principale di questo test è di calcolare la funzione renale e la clearance renale residua del paziente.

● **Dati inseriti nel QA**

I test QA adottano diversi tipi di campioni e di dati. Il numero di parametri che vengono effettivamente misurati potrebbe variare da test a test. Per esempio, la misurazione delle proteine è opzionale in tutti i test.

Quando si inseriscono i dati, le unità di misura possono essere completamente personalizzate per ogni parametro. **PatientOnLine** supporta entrambe le unità di misura, convenzionale e S.I. Nella voce di menu **Gestione/Imposta/Imposta Dati Lab** è possibile scegliere l'unità di misura desiderata per ogni parametro immesso. È possibile selezionare Urea o Urea Nitrogenata come inserimento per campioni di sangue, urina e dialisato (vedere **Imposta Dati Lab**, pagina 219).

Oltre ai parametri di campioni menzionati in alto, i test QA presuppongono determinati dati del paziente, quali sesso, età, peso e altezza. Il peso e l'altezza si possono inserire in due sistemi di unità di misura, vale a dire sia in **kg & cm** che in **libbre & pollici**. La stessa voce di menu, **Gestione/Imposta/Imposta Dati Lab**, permette di passare da un sistema all'altro (vedi **Imposta Dati Lab**).

Gli altri dati inseriti, quali tempo, volume del sangue, volume dell'urina e volumi di infusione e drenaggio del dialisato e concentrazioni di glucosio in soluzione sono richiesti nei test QA.

La concentrazione di glucosio della soluzione può essere inserita sia come percentuale limitato da alcuni limiti o come valori speciali, quali PG - Poliglucosio, AA - Aminoacidi, NN - Nessun nome o qualsiasi altro valore non-glucosio. Nel caso di un tale valore speciale non-glucosio, il campione di dialisato non viene preso in considerazione per il calcolo dei risultati relativi al glucosio.



Nota

Nel caso in cui alcune concentrazioni di glucosio nel dializzato abbiano valori speciali, ad esempio “**AA**”, “**PG**” o “**NN**”, il risultato del **Pt50** glucosio verrà calcolato senza questi campioni di dialisato.

● **Risultati del QA**

I risultati del QA vengono raggruppati in base alla funzionalità e sono elencati in basso.

Antropometria - risultati antropometrici: BSA, VSA, nBW, BMI.

Funzione renale - clearance renale di urea e di creatinina: KrU, KrCr, GFR, nGFR;

Risultati dell'urea - Parametri della terapia di dialisi peritoneale calcolati a partire dall'analisi cinetica dell'urea: KpT/V, KrT/V, KprT/V, KprTw/V;

Risultati della creatinina - risultati dell'analisi del livello di clearance di creatinina forniti dalla terapia di dialisi peritoneale attuale: KpT/V, KrT/V, KprT/V;

Risultati di Fluidi Rimossi - questa sezione fornisce una panoramica della perdita di fluido giornaliera mediante rimozione peritoneale o renale

Risultati della Funzione Peritoneale - Questa sezione fornisce i valori Pt50 calcolati per urea, creatinina e glucosio, nonché il D/P per la creatinina a 4 ore, l'UF max., l'UF dei piccoli pori e il trasporto libero dell'acqua.

Risultati del Glucosio - risultati riguardanti la quantità di glucosio assorbita mediante la dialisi peritoneale: TGA, TCal, nCal;

Risultati dell'Apporto Proteico - questa sezione riassume gli indici dell'apporto proteico: PCR, nPCR, DPL, nDPL, UPL, nUPL, TPL, nTPL, DPR, nDPR;

Risultati della Generazione Creatinina - GCr previsto, GCr calcolato, variazione;

Risultati dell'Indice Massa Magra - LBM previsto, LBM calcolato, variazione

Risultati del Metabolismo Energetico - EREE, nEREE, GA/EREE.

Risultati del Na eliminato - Dialisi, Renale, Totale, Sale totale (NaCl).



Nota

I parametri UF max., SPUF e FWT sono derivati da studi di La Milia et al. (vedi riferimenti 23 e 24 nel capitolo 5.1).

L'UF massima (**UF max.**) rappresenta l'ultrafiltrazione ottenuta con il campione UF QA, che utilizza una soluzione ipertonica (glucosio al 4,25%), misurata a un'ora dopo l'instillazione.

L'UF dei piccoli pori (**SPUF**) rappresenta l'ultrafiltrazione dovuta al trasporto di acqua attraverso i piccoli pori. Questa **SPUF** viene calcolata a partire dal rapporto tra rimozione di sodio durante il campione UF QA e sodio plasmatico.

Il trasporto dell'acqua libera (**FWT**) rappresenta il trasporto di acqua attraverso pori ultra-piccoli (acquaporine). Viene calcolato come differenza tra **UF max.** e **SPUF**. Questo calcolo può produrre una leggera sovrastima del **FWT** (inferiore al 3%), in quanto non è corretto per la diffusione del sodio.



Nota

I risultati QA dipendono dalle formule QA correnti per adulti/bambini, oltre che da altre impostazioni QA (vedere capitolo 3.15.4, pagina 215).

Nel caso in cui il client-server PatientOnLine sia collegato a EDBMS, le formule QA e le impostazioni QA sono fornite dall'EDBMS.

Alla prima sincronizzazione dei dati con l'EDBMS, i risultati dei precedenti test QA esistenti possono essere ricalcolati in base alle formule QA e alle impostazioni QA fornite dall'EDBMS. Ad esempio, un risultato come Kt/V potrebbe differire leggermente perché la formula per V (acqua corporea totale) potrebbe essere stata modificata.

- **Grafico QA**

Oltre ai risultati numerici indicati in quanto tali, **PatientOnLine** offre una quantità di grafici QA che permettono una migliore interpretazione.

Grafici Funzione Peritoneale (grafici Pt50, grafici PET) - Questi grafici vengono tracciati nei test **PFT**, **PET** e **PET+test di raccolta 24 ore per urea, creatinina e glucosio**. I grafici mostrano la curva caratteristica dinamica del trasporto del peritoneo o il passaggio da una condizione all'altra (vedere Fig. 3.78, Grafico urea PET, pagina 144) e (vedere Fig. 3.79, Grafico Pt50 Creatinina PFT, pagina 144).

Per l'urea e la creatinina, il ratio della concentrazione del dialisato/plasma viene calcolato e tracciato in base al tempo di stasi. Per il glucosio viene tracciata il ratio della concentrazione attuale/iniziale. Questi grafici consentono di valutare immediatamente i valori Pt50 per urea, creatinina e glucosio, nonché la classificazione del trasporto (alto, medio alto, medio, medio basso o basso). Il grafico si basa sulla classificazione del trasporto di Twardowski, nel caso degli adulti, e sulla classificazione di Warady nel caso di bambini. I grafici di riferimento cambiano automaticamente per adulti o bambini, a seconda dell'età adulta del paziente.

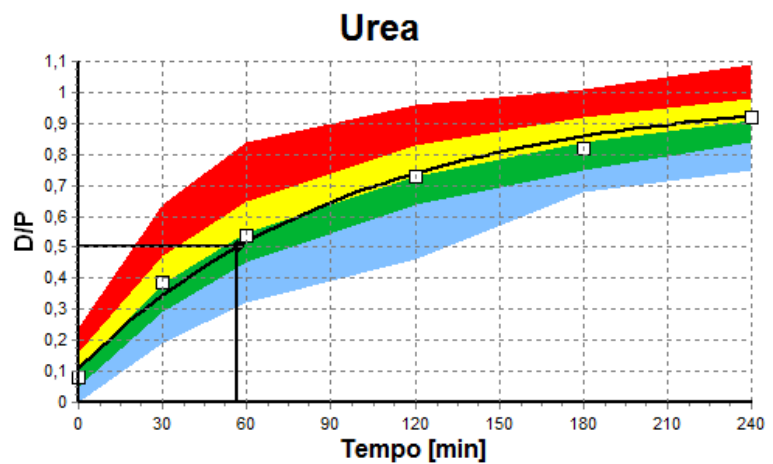


Fig. 3.78 Grafico urea PET

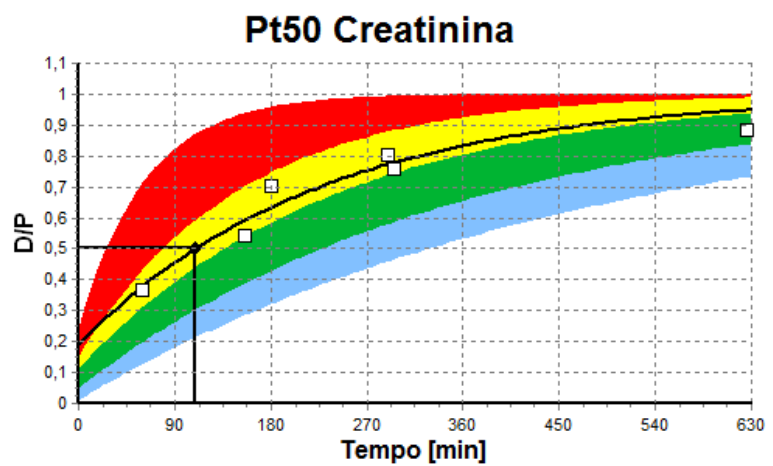


Fig. 3.79 Grafico Pt50 Creatinina PFT

Grafico QA

Questo grafico viene disegnato nei test **PFT, raccolta 24 ore, PET+raccolta 24 ore e No RRT**. Esprime il BUN relativo alla nPCR a specifici livelli di KpTw/V (Clearance dell'Urea Totale Settimanale), rappresentato su un intervallo compreso tra 0,70 e 3,36. Le linee spesse rappresentano come standard i valori KpTw/V di 1.4 e 2.0 (giornalmente KpT/V di 0.2 e 0.285). Anche questi valori si possono modificare nel menu **Gestione/Imposta/Selezioni Generali**.

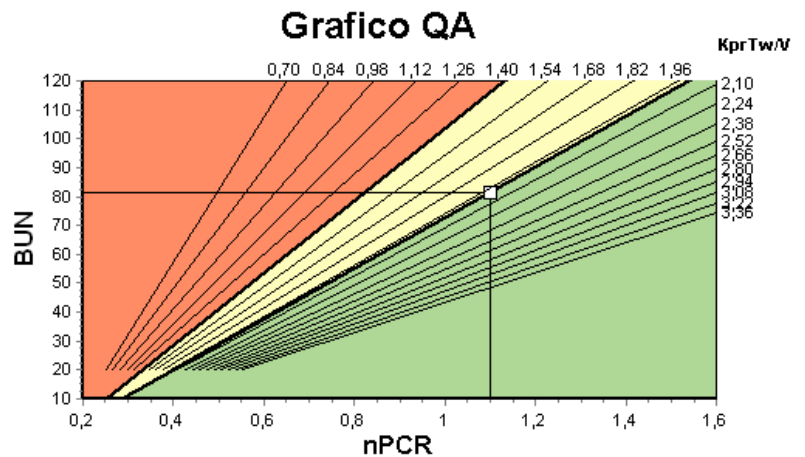


Fig. 3.80 Grafico QA

Grafico Terapia Minima

Questo grafico si basa sui criteri minimi per una prescrizione di dialisi peritoneale adeguata. Sull'ordinata è rappresentata la creatinina settimanale KprT [L/1.73 m2/settimana], mentre sull'ascissa è rappresentata la KprTw/V settimanale relativa all'urea. La linea di riferimento verticale è impostata come default su urea KprTw/V = 2.0, mentre la linea di riferimento orizzontale su creatinina KprT = 50 L/1.73 m2/settimana. Anche questi valori si possono modificare nel menu **Gestione/Imposta/Selezioni Generali**. La terapia di dialisi peritoneale adeguata mediante entrambi questi criteri si presenta soltanto nel quadrante superiore a destra del grafico. Si considera che il paziente non soddisfi questi due criteri se il valore si trova nel settore inferiore a sinistra di questo grafico.

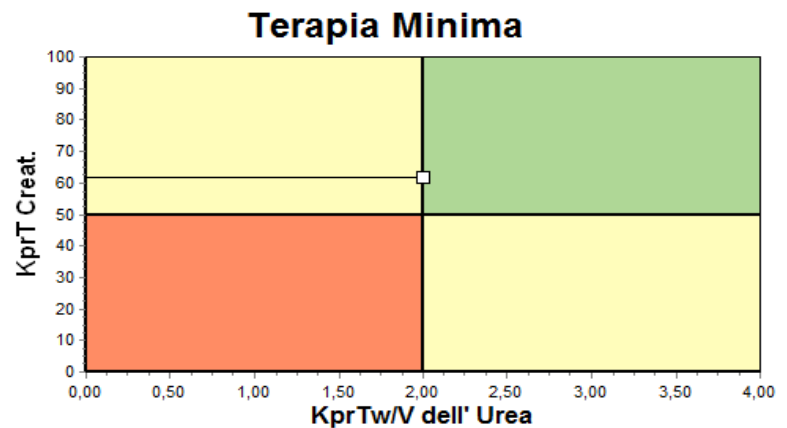


Fig. 3.81 Grafico Terapia minima

3.12.4.2 Menu Quality Assurance

Il menu Quality Assurance viene visualizzato cliccando su **Quality Assurance** nel menu ad albero. Il contenuto della finestra viene visualizzato in (vedere Fig. 3.82, Dati inseriti QA PFT, pagina 146).

Nella parte superiore sinistra della finestra vi è una tabella con i test QA salvati per il paziente attuale. Viene visualizzato il tipo di test e la data del test. Selezionando una riga della tabella si aggiornano tutti i dati QA nella finestra. Sul lato destro superiore vi è un'area in cui vengono descritti i dati del paziente rilevanti per QA (età, sesso, peso, altezza, l'annotazione Amputato se il paziente è amputato nella data del test - vedi Amputazione) e l'antropometria per i test selezionati. Se il paziente è amputato, l'antropometria viene calcolata in base allo stato di amputazione nella data del test, che influenzerà tutti i risultati del test stesso.

Nella parte inferiore dello schermo vi è un'area di lavoro con tre schede - **Inserire Dati**, **Risultati** e **Grafici**. Il contenuto di ogni scheda dipende dal tipo di test, ma tutti i dati e grafici seguono la descrizione nella sezione **Background Clinico**.

Scheda Dati inseriti

Il test PFT assume i seguenti dati:

Campione di sangue per il quale sono analizzati albumina, urea/urea nitrogenata, creatinina, concentrazioni di glucosio e proteine;

Campione di urina per il quale sono analizzati ora di raccolta, volume raccolto, urea/azoto ureico, creatinina e concentrazioni di proteine;

Diversi campioni di dialisato (da 1 a 6) e campioni di dialisato QA e UF QA opzionali, per cui sono analizzati tempo sosta, volumi di infusione e di drenaggio, concentrazione di glucosio iniziale (in %), urea/urea nitrogenata, concentrazioni di creatinina e di proteine. Per il campione UF QA, la concentrazione di glucosio è fissata a 4,25% e il tempo di sosta è fissato a 1 ora.

Inserire Dati Risultati Grafici										
Sangue		Albumina [g/dL]	Urea [mg/dL]	Creatinina [mg/dL]	Glucosio [mg/dL]	Proteine [g/dL]	Na [mEq/L]			
		3,7	174,74	9,50	68,5	6,6	112,3			
Urine		Tempo [min]	Vol [mL]	Urea [mg/dL]	Creatinina [mg/dL]	Proteine [g/dL]	Na [mEq/L]			
		1440	250	888,76	67,92		150,0			
Dialisato DP										
	Tempo [min]	Vol Inf [mL]	Glucosio conc. [%]	Na in [mEq/L]	Vol Dren [mL]	Urea [mg/dL]	Creatinina [mg/dL]	Glucosio [mg/dL]	Proteine [g/dL]	Na [mEq/L]
Sacca1	290	2200	1,50	134,0	2440	175,34	8,14	403,6	0,0900	134,2
Sacca2	295	2200	1,50	134,0	2430	176,54	7,67	464,9	0,0800	134,2
Sacca3	155	2200	1,50	134,0	2290	150,73	5,48	659,5	0,0360	134,2
Sacca4	625	2200	1,50	134,0	3050	182,55	8,93	501,7	0,1000	134,2
Sacca QA	180	2200	2,30	134,0	2530	165,14	7,12	724,3	0,0540	134,2
Sacca UF QA	60	2200	4,25	133,2	2693	96,47	3,70	2400,0	0,0300	123,2

Fig. 3.82 Dati inseriti QA PFT

Questi input non sono tutti obbligatori. Alcuni si possono anche tralasciare, ma alcuni risultati potrebbero essere pregiudicati a causa dei valori mancanti o potrebbero mancare del tutto. In alcuni casi, **PatientOnLine** valuterà/sostituirà il valore mancante. Il campo di un valore mancante contiene l'indicazione **"Valore perso"**. Un valore mancante che è stato stimato da **PatientOnLine** ha come indicazione **"Valore perso - Stimato per: xxx"**.

Fattori di correzione della Creatinina per la Glicemia per il sangue e il dialisato può essere impostata su base di un test QA, oltre alle impostazioni da **Gestione/Imposta/Selezioni Generali** I valori predefiniti sono quelli delle impostazioni generali, ma sono modificabili in qualsiasi test QA.

Scheda Risultati

Il test PFT calcola tutti i risultati descritti nella sezione Risultati del QA. Se vi sono dati di inserimento mancanti, vi saranno quindi risultati mancanti. Se, ad esempio, il valore della proteina dell'urina non è disponibile, non si avranno i risultati UPL e nUPL, la qual cosa influirà anche su TPL, nTPL, DPR e nDPR. I risultati che sono stati calcolati in base ai dati di inserimento mancanti e/o valutati vengono visualizzati in grassetto.

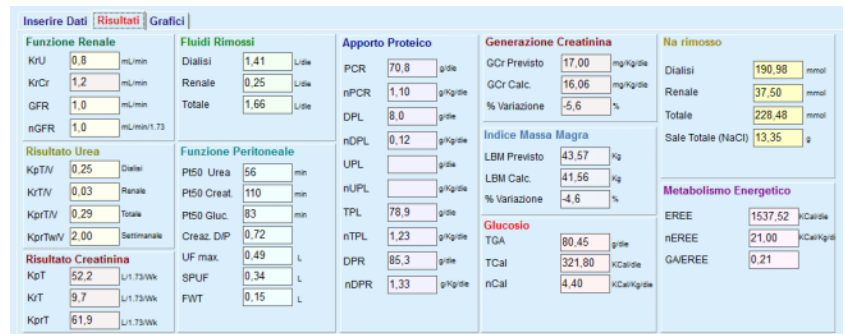


Fig. 3.83 Risultati QA PFT

Scheda Grafici

Il test PFT è in grado di mostrare tutti i grafici descritti nella sezione Grafici QA: Pt50 per urea, creatinina e glucosio, Grafico QA e grafico della Terapia Minima. Se vi sono dati di inserimento mancanti, vi saranno quindi grafici mancanti. Se, ad esempio, il valore dell'urea del sangue non è disponibile, non vi sarà alcun grafico Pt50 per l'urea.

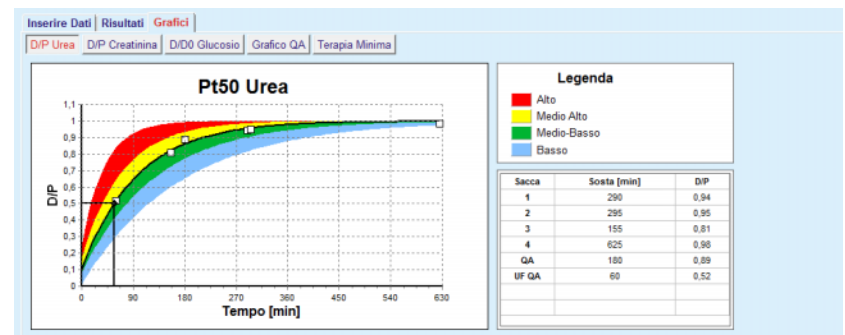


Fig. 3.84 Grafici QA PFT

Dati inseriti PET

Il test PET assume i seguenti dati:

Campione di sangue per il quale sono analizzati albumina, urea/urea nitrogenata, creatinina, concentrazioni di glucosio e proteine;

Sangue		Albumina [g/dL]	Tempo 120 [min]	Urea [mg/dL]	Creatinina [mg/dL]	Glucosio [mg/dL]	Proteine [g/dL]	Na [mEq/L]
				124.34	10.40	102.0	7.4	

Dialisato DP		Tempo [min]	Urea [mg/dL]	Creatinina [mg/dL]	Glucosio [mg/dL]	Proteine [g/dL]	Na [mEq/L]
Scambio QA		Campione 0 h	0	10.72	1.10	2250.0	
Vol Inf	2000 [mL]	Campione 1/2 h	30	51.45	2.80	1800.0	
Conc. Glucosio	2.50 [%]	Campione 1 h	60	71.82	3.90	1500.0	
Na in	[mEq/L]	Campione 2h	120	97.11	5.50	1185.0	
Vol Dren	2250 [mL]	Campione 3 h	180	109.12	6.60	1015.0	
		Campione 4 h	240	122.20	7.30	855.0	

Fig. 3.85 Finestra QA PET

3 (PET Breve) o 5 (PET) campioni di dialisato con valore di tempo fissi (0, 30, 60, 120, 240 min) sono definiti, come anche il volume di infusione sacca e la concentrazione di glucosio iniziale. Per ogni campione sono analizzati urea/azoto ureico, creatinina, glucosio, proteine e concentrazioni di sodio. Opzionalmente, vi potrebbe essere un'analisi ulteriore del campione a 180 min, impostato mediante la voce del menu Gestione/Imposta/Selezioni Generali. Vi è anche una Sacca Notturna opzionale.

Risultati PET

Il PET test calcola solo i valori di D/P per urea, creatinina e glucosio, nonché il D/P per la creatinina a 4 ore.

Grafici PET

Il test PET mostra i grafici PET (descritti nei Grafico QA) per urea, creatinina e glucosio. Se vi sono dati di inserimento mancanti (vedi Crea e Modifica Test QA), vi saranno anche grafici mancanti. Se, ad esempio, il valore creatinina del sangue non è disponibile, non vi sarà alcun grafico PET per creatinina.

Dati di inserimento raccolta 24 ore

Il Test Raccolta 24 h assume i seguenti dati:

Campione di sangue per il quale sono analizzati albumina, urea/urea nitrogenata, creatinina, glucosio, proteine e concentrazioni di sodio;

Un campione di urina per il quale vengono registrati ora di raccolta, volume raccolto, urea/urea nitrogenata, concentrazioni di creatinina, proteine e sodio.

Una raccolta di dialisato per cui sono analizzati ora di raccolta, totale volumi di infusione e di drenaggio e urea/azoto ureico, creatinina, glucosio e concentrazioni di proteine e sodio.

Risultati Test di raccolta 24 ore

Il test di raccolta 24 ore calcola gli stessi risultati del test PFT, eccetto i risultati della Funzione Peritoneale e del Glucosio.

Grafici Test di raccolta 24 ore

Il test di raccolta 24 ore visualizza soltanto il grafico QA e il grafico Terapia Minima (descritti nella sezione Grafici QA).

Dati di inserimento PET + raccolta 24 ore

Il test PET + raccolta 24 ore è una vera combinazione dei test PET e del test di raccolta 24 ore. I dati inseriti sono una combinazione di entrambi i test.

I valori mancanti in PET+raccolta 24 ore derivano dalla descrizione dei dati mancanti in ognuno dei componenti. Inoltre, i valori mancanti per uno dei due campioni di sangue vengono sostituiti automaticamente con valori corrispondenti dell'altro campione di sangue.

Risultati PET + raccolta 24 ore

Il test PET + raccolta 24 ore calcola gli stessi risultati del test PFT, eccetto per i risultati del Glucosio.

Grafici PET + raccolta 24 ore

Il test PET + raccolta 24 ore visualizza sia il grafico PET che il grafico QA.

Dati di inserimento No RRT

Il test No RRT è simile al test di raccolta 24 ore, ma senza la raccolta del dialisato. Questo test adotta i seguenti dati:

Campione di sangue per il quale sono analizzati albumina, urea/urea nitrogenata, creatinina, glucosio, proteine e concentrazioni di sodio;

Un campione di urina per il quale vengono registrati ora di raccolta, volume raccolto, urea/urea nitrogenata, concentrazioni di creatinina, proteine e sodio.

Risultati No RRT

Il test No RRT calcola la funzione renale e la clearance renale, nonché i risultati di nutrizione.

Grafici No RRT

La scheda No RRT visualizza soltanto il grafico QA e il grafico Terapia Minima (descritti nella sezione Grafici QA).

● **Crea e Modifica Test QA**

Per creare un test QA per un determinato paziente, si deve procedere nel modo seguente:

Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;

- Selezionare dal menu ad albero la voce **Quality Assurance**
- Cliccare sul pulsante **Nuovo**

Si apre la casella di dialogo Agg. QA Test (vedere Fig. 3.86, Procedura guidata del Test QA (prima pagina), pagina 150);

- Selezionare nella casella **Data** la data desiderata oppure mantenere la data attuale visualizzata

L'età del paziente al momento del test verrà aggiornata automaticamente

- Inserire il peso del paziente nella casella **Peso**.
- Inserire l'altezza del paziente nella casella **Altezza**.



Nota

- Se per il paziente vi sono dei record sull'altezza, viene visualizzata come standard l'altezza più recente. I valori di peso devono sempre essere inseriti in modo da fornire il peso nella data del test.

Fig. 3.86 Procedura guidata del Test QA (prima pagina)

➤ Selezionare il tipo di test mediante il gruppo di pulsanti di selezione. Secondo la selezione, può essere disponibile la seguente possibilità di selezione aggiuntiva:

- PFT - numero di sacche
- Sacca QA; Sacca UF QA;
- Numero di trattamenti/settimana;
- PET - test breve/ampliato
- Sacca notturna.

➤ Cliccare sul pulsante **Avanti**.

Si apre la seconda casella di dialogo del wizard, in modo specifico per ogni tipo di test.

Il numero di trattamenti per settimana influenza il calcolo delle clearance settimanali per l'urea e la creatinina.



Allarme

Pericolo per il paziente a causa di un'insufficiente depurazione

Può accadere che il trattamento DP non venga eseguito ogni giorno della settimana. Se il numero di trattamenti/settimana è inferiore a 7, le clearance settimanali possono risultare sovrastimate.

➤ Il medico curante deve essere a conoscenza di questa possibile sopravvalutazione delle clearance settimanali al momento di valutare l'adeguatezza della dialisi per il paziente.

Nella seconda casella di dialogo del wizard si devono inserire tutti i dati obbligatori (vedi finestra Quality Assurance per una descrizione dei dati inseriti specifici per ogni tipo di test). Tutte le caselle d'inserimento sono comandi sofisticati (smart edit controls), senza i piccoli pulsanti sul lato destro. Ogni casella ha un'indicazione associata che indica il range dei valori. Il range di valori per alcuni parametri (come il volume di infusione) dipende dallo status di età adulta del paziente. Una volta completati tutti gli Smart Edit Control, selezionare il pulsante **Avanti** per passare alla finestra di dialogo successiva della wizard.

Sulla seconda pagina si può anche salvare il test come bozza, selezionando il pulsante **Salva come Draft**.

Ciò è utile nel caso in cui l'utente viene chiamato per un'emergenza e non ha avuto l'opportunità di inserire tutti i dati.

Una bozza di test è contrassegnata con il colore marrone nella terza colonna della tabella dei test. (vedere Fig. 3.82, Dati inseriti QA PFT, pagina 146)

Per un test del genere non si possono vedere né i risultati né i grafici. Le uniche operazioni consentite sono **Modifica** e **Cancella**. Un test salvato come draft non può essere utilizzato nella sezione Modeling (vedi Modeling) e non può essere stampato utilizzando il pulsante **Report**.

Parametri Lab. - PFT - 12/09/2016										
Sangue		Albumina [g/dL]	Urea [mg/dL]	Creatinina [mg/dL]	Glucosio [mg/dL]	Proteine [g/dL]	Na [mEq/L]			
			174,74	9,50	68,5	6,6	112,3			
Urine		Tempo [min]	Vol [mL]	Urea [mg/dL]	Creatinina [mg/dL]	Proteine [g/dL]	Na [mEq/L]			
		1440	250	888,76	67,92		150,0			
Dialisato DP										
	Tempo [min]	Vol Inf [mL]	Glucosio conc. [%]	Na in [mEq/L]	Vol Dren [mL]	Urea [mg/dL]	Creatinina [mg/dL]	Glucosio [mg/dL]	Proteine [g/dL]	Na [mEq/L]
Sacca1	290	2200	1,50	134,0	2440	175,34	8,14	403,6	0,0900	134,2
Sacca2	295	2200	1,50	134,0	2430	176,54	7,67	464,9	0,0800	134,2
Sacca3	155	2200	1,50	134,0	2290	150,73	5,48	659,5	0,0360	134,2
Sacca4	625	2200	1,50	134,0	3050	182,55	8,93	131,5	0,1000	134,2
Sacca QA	180	2200	2,30	134,0	2530	165,14	7,12	724,3	0,0540	134,2

Fig. 3.87 Procedura guidata del Test QA (seconda finestra di dialogo)



Nota

Quando si seleziona il pulsante **Avanti**, vengono convalidati i dati di inserimento. Se i dati inseriti nella seconda pagina non soddisfano i requisiti dei test descritti nella sezione Finestra Quality Assurance, verrà emesso un messaggio di avviso.

Si deve selezionare il pulsante **Ok** e correggere i valori prima di poter continuare il processo.

La terza casella di dialogo del wizard consente all'operatore di bypassare il calcolo dei risultati V, LBM, nPCR e KrT/V e di inserire questi valori manualmente. Ciò è utile se si usano dispositivi/algoritmi speciali per misurare/calcolare questi quattro parametri.

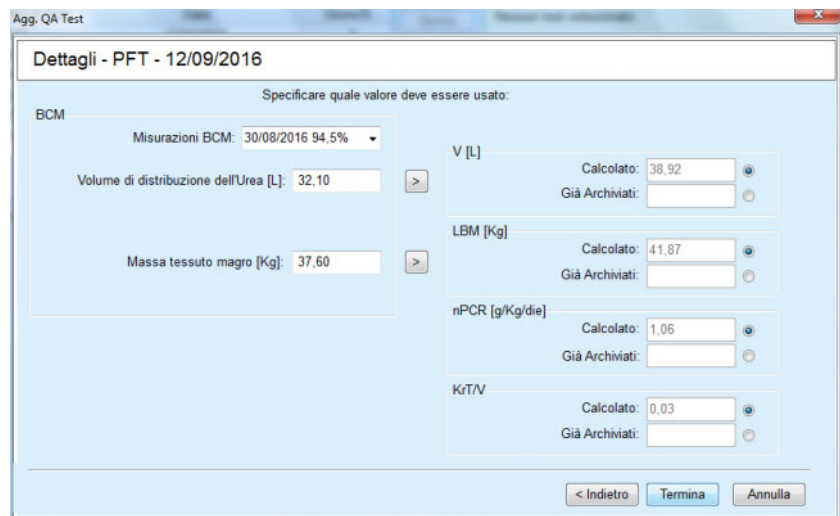


Fig. 3.88 Procedura guidata del Test QA (terza finestra di dialogo - test PFT)

Per inserire i valori definiti dall'utente nella terza finestra di dialogo del wizard, è necessario controllare prima il pulsante di opzione corrispondente per abilitare il campo di testo **Già Archiviati**. Di seguito, si può inserire il valore desiderato.

I valori BCM per il volume di distribuzione dell'urea e la massa magra sono disponibili in questa pagina. I valori vengono presi per impostazione predefinita dall'ultima misurazione BCM del paziente, ma è possibile selezionare anche una misurazione particolare. Sono disponibili solo le misurazioni BCM degli ultimi 180 giorni. Vi sono due pulsanti che possono essere utilizzati per impostare i valori BCM come valori **Già archiviati** per **V** e rispettivamente **LBM**.

Cliccando sul pulsante **Termina** si salva l'intero testo. È possibile annullare il processo di modifica selezionando il pulsante **Annulla** in una qualsiasi pagina della wizard.



Nota

I dati inseriti manualmente nella terza (ultima) pagina del wizard potrebbero influire sull'ulteriore calcolo dei risultati. I valori dei risultati sui quali si influisce vengono evidenziati nella pagina Risultati con il colore giallo chiaro e nel Rapporto.

Apporto Proteico		
PCR	77,0	g/die
nPCR	1,20	g/Kg/die
DPL	8,0	g/die

Fig. 3.89 Dati dei risultati evidenziati

- Selezionare il menu **Quality Assurance** per modificare un testo QA. (vedere Fig. 3.82, Dati inseriti QA PFT, pagina 146)
- Selezionare la riga desiderata nella tabella dei test

➤ Cliccare sul pulsante **Modifica**.

Si apre il wizard, in cui si possono modificare tutti i valori tranne il tipo di testo.

Il pulsante **Cancella** permette di cancellare completamente il testo QA mentre con il pulsante **Report** viene visualizzato/stampato un rapporto completo che contiene tutti i dati inseriti e i risultati, entrambi in formato di testo o grafico, insieme alle formule usate per calcolare i risultati.

3.12.5 Modeling

3.12.5.1 Background clinico

La voce Modeling è una delle funzioni più importanti del **PatientOnLine**. Si tratta di uno strumento molto utile che può assistere il medico - senza sostituire il suo giudizio clinico - nella valutazione e nella prescrizione di un trattamento DP, in termini di risultato di dialisi, nonché nella ricerca del migliore trattamento DP che soddisfi determinati target di dialisi.

Il Modeling presuppone sia la conoscenza della funzione renale che peritoneale del paziente, mediante l'esecuzione di un test QA. Più un test è completo, migliore è la precisione del modeling. I dati del paziente necessari per il modeling sono la funzione renale residua, l'equilibrio del fluido renale e la funzione peritoneale.

Per i pazienti che non sono in trattamento dialitico, si può usare il test **No RRT** che calcola la funzione renale e la clearance renale. Le caratteristiche della funzione peritoneale possono essere impostate con valori medi.

Vi sono due metodi per il modeling:

Scegliendo la prescrizione DP

Scegliendo i targets dialitici.

Il primo metodo adotta un test QA e una prescrizione DP (CAPD, APD, APD+CAPD) come dati iniziali. L'utente può modificare liberamente la prescrizione e i parametri renali del paziente. I Risultati della Terapia Prescritta vengono calcolati in termini di clearance totali, totale fluido rimosso e totale assorbimento di glucosio. Si può prendere visione dei risultati per ogni ciclo/scambio nonché della prescrizione completa.

Il secondo metodo adotta un test QA, un elenco dei target di dialisi che devono essere raggiunti e un elenco delle limitazioni di dialisi come dati di inserimento primari. I target sono espressi in termini di clearance minima e bilancio volumi. Le limitazioni dipendono dalla modalità di trattamento selezionata (APD, CAPD, APD+CAPD) e vengono espressi in termini di valori massimi per determinati parametri quali volume di infusione, numero di cicli, totale periodo di prescrizione ecc.



Nota

- I risultati del modeling visualizzati sono basati su un modello matematico e devono essere considerati solo come una guida. Le decisioni terapeutiche non devono mai essere prese esclusivamente sulla base di questi calcoli. L'impiego di un qualsiasi regime di trattamento con DP resta di competenza del medico curante.
- L'accuratezza di previsione del modeling è stata convalidata in tre studi (vedere i riferimenti bibliografici 21, 23 e 39 nell'Appendice 5.2) per i "trattamenti DP standard". Nei regimi di trattamento APD che prevedono "cicli misti" (cioè una sequenza di cicli con una diversa composizione di glucosio o periodi di sosta variabili e volumi variabili), ad ogni ciclo viene applicato lo stesso modello matematico come nel caso di un regime di "trattamento APD standard". Attualmente mancano evidenze relative all'accuratezza di previsione dei regimi di trattamento APD a "ciclo misto". Lo stesso vale per i trattamenti che includono i "cicli tidal". Pertanto, la discrepanza tra l'eliminazione delle tossine prevista e quella effettiva può essere maggiore dei limiti di accordo determinati negli studi esistenti di cui sopra.

PatientOnLine definisce un elenco di prescrizioni che soddisfano tutte le limitazioni e raggiungono i target specificati. Ogni prescrizione può essere analizzata in dettaglio e salvata. Inoltre, si può mettere a punto una prescrizione adottando il primo metodo di modeling mediante la funzione Ottimizza.



Nota

Si tenga presente che quando il medico curante richiede cicli profilati (una sequenza di cicli con variazioni del volume di infusione, della concentrazione di glucosio o della durata della sosta), le capacità dei modelli matematici su cui si basano le funzioni di modeling POL vengono messe alla prova. Sebbene sia utile per farsi un'idea della direzione in cui è probabile che la clearance venga modificata, non si possono garantire valori precisi. Il programma di trattamento rimane di competenza del medico. L'efficacia di qualsiasi programma che preveda cicli profilati può essere verificata mediante misurazioni secondo le procedure di garanzia della qualità (Quality Assurance).

3.12.5.2 Avviare una sessione di Modeling

La voce di menu Modeling si trova nella sezione Clinica del menu ad albero.



Fig. 3.90 Voce di menu Modeling

Il menu Modeling contiene le seguenti sezioni:
(vedere Fig. 3.91, Modeling: Scegliendo la prescrizione, pagina 155)

Selezionare il metodo di Modeling nella parte superiore

Area Generale Modeling al centro

Avviare il Modeling nella parte inferiore.

Questo modulo permette all'utente di modellare le prescrizioni PD per un determinato paziente, con uno dei due possibili metodi di modeling descritti nella sezione Modeling - Background clinico.

3.12.5.3 Modeling: Scegliendo la prescrizione

Questo metodo di modeling permette all'utente di modificare una prescrizione esistente, usando gli stessi editor della sezione Prescrizione DP, ma con una vista istantanea dei risultati della terapia descritta.

Selezionando questo pulsante di opzione in **Seleziona il Metodo per il Modeling**, la sezione inferiore avrà l'aspetto illustrato nella Fig. 3.91.

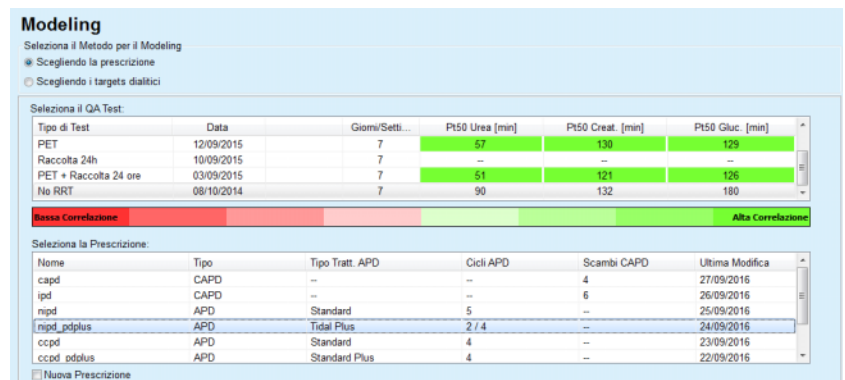


Fig. 3.91 Modeling: Scegliendo la prescrizione

L'Area Generale Modeling per questo metodo è suddivisa nelle sezioni seguenti:

Seleziona il QA Test nella parte superiore

Seleziona la Prescrizione nella parte centrale

Nuova Prescrizione nella parte inferiore.

Nell'elenco **Seleziona il QA Test** vengono visualizzati tutti i test QA eseguiti dal paziente. Vengono visualizzati il tipo e la data del test, insieme ai valori Pt50 per urea, creatinina e glucosio. Ogni valore Pt50 viene visualizzato su uno sfondo colorato che illustra la precisione del valore Pt50, descritto come grado di correlazione dei punti D/P o D/D0 sul grafico QA (vedi Quality Assurance - Grafico Funzione Peritoneale). In fondo all'elenco vi è la legenda dei colori, con diversi colori da Rosso - Bassa Correlazione a Verde - Alta correlazione. Il colore verde sta ad indicare una precisione superiore al 90%, mentre il rosso sta per una precisione inferiore al 50%.

Nell'elenco **Seleziona la Prescrizione** vengono visualizzate tutte le prescrizioni disponibili. Sia in **Seleziona il QA Test** che nell'elenco **Seleziona la Prescrizione**, la prima riga si presenta evidenziata.

Si deve selezionare un Test QA non-bozza. Per avviare il modeling, si seleziona una prescrizione esistente oppure si spunta la casella di selezione **Nuova Prescrizione**. (vedere Fig. 3.91, Modeling: Scegliendo la prescrizione, pagina 155)



Nota

Viene visualizzato un messaggio di avviso se nessun Test QA o nessuna prescrizione sono stati selezionati.

Per avviare la sessione di modeling si deve premere il pulsante **Avvio del Modeling...** Se è stata selezionata una Prescrizione DP, verrà visualizzata una finestra simile a quella illustrata nella Fig. 3.92.

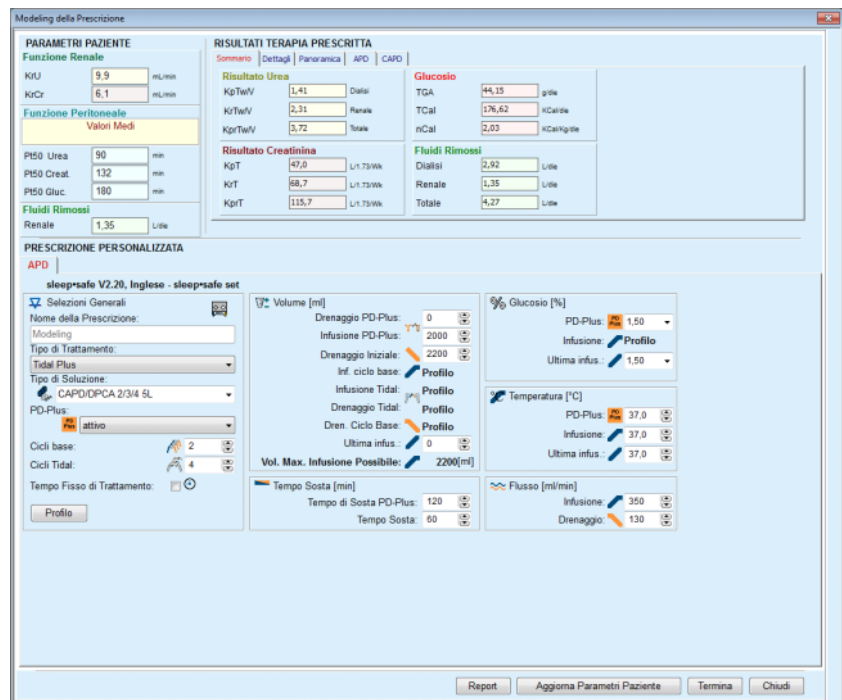


Fig. 3.92 Modeling della Prescrizione mediante scelta della prescrizione - **sleepsafe**

Se è stata selezionata la voce **Nuova Prescrizione** in (vedere Fig. 3.91, Modeling: Scegliendo la prescrizione, pagina 155), il sistema chiede all'utente di scegliere un sistema DP per la nuova prescrizione. Non vengono applicate limitazioni, neanche se il paziente non ha un sistema PD assegnato. Ciò è particolarmente utile in caso di nuovi pazienti, per i quali non è ancora stata impostata una terapia. Il sistema PD viene selezionato tramite una finestra intermedia.

Si veda la Fig. 3.93 per sapere quali sistemi APD e/o CAPD si possono scegliere. Se al paziente è assegnato un sistema PD, i componenti del sistema - APD e/o CAPD - verranno usati come impostazione standard per i due elenchi di selezione. Tuttavia, l'utente ha la libera facoltà di modificare il sistema.

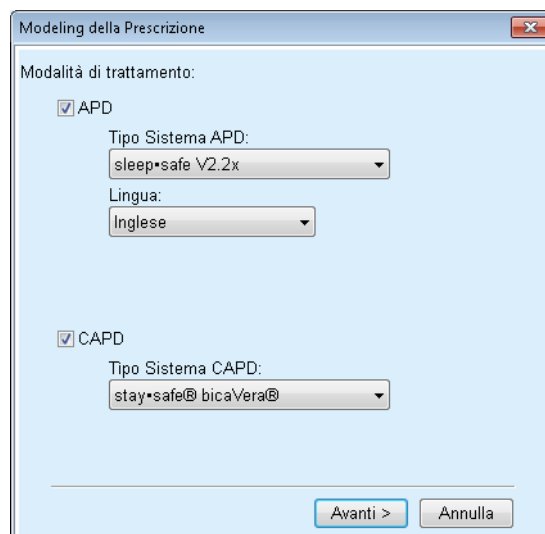


Fig. 3.93 Selezione di un sistema DP per una nuova prescrizione

La finestra Modeling contiene le seguenti sezioni (vedere Fig. 3.92, Modeling della Prescrizione mediante scelta della prescrizione - sleep·safe, pagina 156).

Parametri Paziente nell'angolo in alto a sinistra,

Risultati della Terapia Prescritta nell'angolo in alto a destra,

Prescrizione Personalizzata nella parte centrale,

Pulsante **Command** in basso.

L'area **Prescrizione Personalizzata** dipende dal sistema PD collegato alla prescrizione.

Le stesse maschere di inserimento vengono usate per le sezioni **Modeling** e **Prescrizione DP**.

3.12.5.4 Area Parametri Paziente

L'area **Parametri Paziente** è costituita da tre pannelli: **Funzione Renale**, **Funzione Peritoneale** e **Fluidi Rimossi** che contengono i dati renali del paziente. Questi dati sono modificabili.



Nota

I valori **Parametri Paziente** dipendono dal tipo di testo QA selezionato. Ad esempio, un **Test Raccolta 24 h** non presenterà dati **Funzione Peritoneale** per impostazione predefinita, ma presenterà, invece, i valori più recenti di un precedente test PET/PFT/PET+Raccolta 24h.

L'area **Risultati della Terapia Prescritta** visualizza i risultati ed è suddivisa in numerose schede:

3.12.5.5 Area Risultati della Terapia Prescritta

● **Scheda Sommario**

La scheda **Sommario** mostra i risultati dell'intera prescrizione.

RISULTATI TERAPIA PRESCRITTA			
Sommar io Dettagli Panoramica APD CAPD			
Risultato Urea		Glucosio	
KpTwV	1,82	Dialisi	TGA
KrTwV	2,31	Renale	118,08 g/die
KprTwV	4,14	Totale	TCal
			472,31 KCal/die
			nCal
			5,43 KCal/Kg/die
Risultato Creatinina		Fluidi Rimossi	
KpT	53,1	L/1.73/Wk	Dialisi
KrT	68,7	L/1.73/Wk	1,72 L/die
KprT	121,9	L/1.73/Wk	Renale
			1,35 L/die
			Totale
			3,07 L/die

Fig. 3.94 La scheda **Sommario** dei Risultati della Terapia Prescritta

● **Scheda Dettagli**

La scheda **Dettagli** mostra i risultati per ogni scambio o ciclo nonché i totali delle posizioni Ambulatoriale/Supino e dei contributi Renale/Peritoneale.

RISULTATI TERAPIA PRESCRITTA								
Sommar io Dettagli Panoramica APD CAPD								
Tipo	Nr.	Postura	Vol. [ml]	Glc. [%]	Sosta [min]	KprTV	KprT Cr [L/1.73/Wk]	Fluidi Rimossi [ml]
APD - D.M.	1	Ambulatoriale	2000	1,50	290	0,039	9,25	79
Scambio #1	2	Ambulatoriale	2000	1,50	300	0,039	9,22	85
Scambio #2 - APD	3	Ambulatoriale	2200	1,50	379	0,043	10,33	-31
APD #1	4	Supino	2000	1,50	60	0,028	4,87	318
APD #2	5	Supino	2000	1,50	60	0,028	4,87	318
APD #3	6	Supino	2000	1,50	60	0,028	4,87	318
APD #4	7	Supino	2000	1,50	60	0,028	4,87	318
APD #5	8	Supino	2000	1,50	60	0,028	4,87	318

Fig. 3.95 La scheda **Risultati** della Terapia Prescritta

- **Scheda Panoramica**

La scheda **Panoramica** offre una rappresentazione grafica della prescrizione. Si tratta dello stesso grafico di quello della sezione **Prescrizione DP**.

(vedere Fig. 3.91, Modeling: Scegliendo la prescrizione, pagina 155).

- **Scheda APD**

Nella scheda **APD** vengono riportati alcuni dati sulla sezione APD della prescrizione del Modeling. Il tempo e il numero totale delle sacche di soluzione si trovano tra i dati contenuti in questa cartella.

(vedere Fig. 3.45, Scheda Info APD del riquadro Panoramica di slep·safe APD, pagina 109)

- **Scheda CAPD**

Nella scheda **CAPD** vengono riportati alcuni dati sulla sezione CAPD della prescrizione del Modeling. Si tratta della stessa scheda di quella della sezione **Prescrizione DP**.

(vedere Fig. 3.47, Scheda Info CAPD del riquadro Panoramica di CAPD, pagina 110)

3.12.5.6 Area Prescrizione Personalizzata

- **Schede APD/CAPD**

L'area **Prescrizione Personalizzata** con la scheda **APD** e/o **CAPD** è un editor che funziona in modo simile a quello descritto nella sezione Prescrizione DP.

- **Funzioni dei pulsanti**

I pulsanti di comando permettono di eseguire le seguenti operazioni:

Con il pulsante **Report** si crea un rapporto completo per la prescrizione del Modeling e il test QA;

Con il pulsante **Aggiorna Parametri Paziente** i dati nell'area Parametri Paziente ritornano ai dati del paziente originali. Se vengono modificati i dati del paziente, si deve premere questo pulsante prima di salvare la prescrizione;

Con il pulsante **Termina** si salva la prescrizione del Modeling, sempre come nuova prescrizione. Si deve assegnare un nuovo nome.

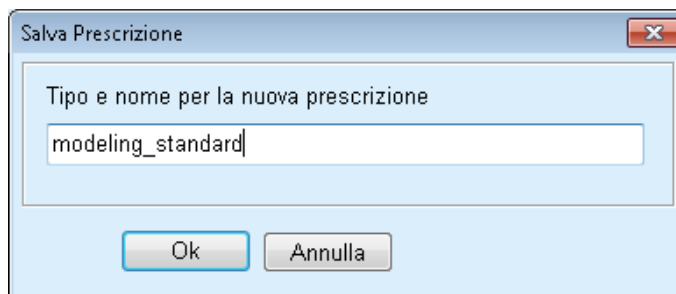


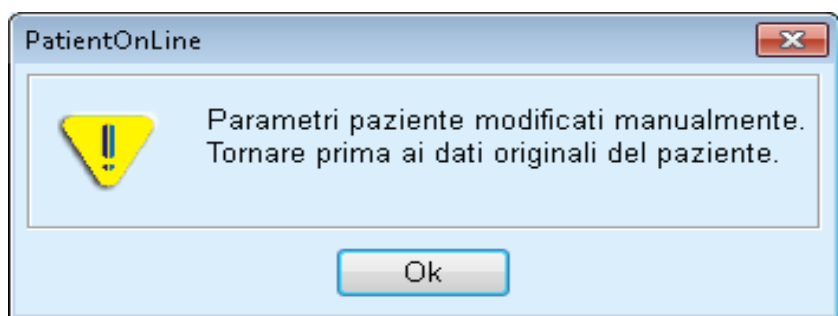
Fig. 3.96 Finestra di dialogo **Salva Prescrizione** per il modeling



Nota

Quando si seleziona il pulsante **Termina** o **Report** il sistema chiede all'utente di riportare i dati ai dati del paziente originali se questi sono stati modificati manualmente.

Con il pulsante **Chiudi** si chiude la finestra Modeling della Prescrizione.



3.12.5.7 Modeling: Scegliendo i targets dialitici

Il metodo **Scegliendo i targets dialitici** permette all'utente di specificare determinati valori per i risultati della terapia di dialisi come target di modeling e determinate limitazioni di prescrizione (vedi Modeling - Background clinico). In base al test QA selezionato, **PatientOnLine** tenterà di generare un elenco di possibili prescrizioni che soddisfino tutti i requisiti e tutti i target.

La finestra di modeling per il metodo **Scegliendo i target dialitici** è illustrata nella Fig. 3.97.

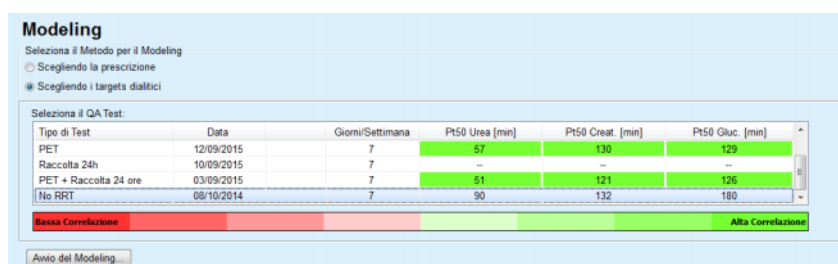


Fig. 3.97 Modeling: **Scegliendo i target dialitici**

L'Area Generale del Modeling contiene un elenco **Seleziona il QA Test** in base a quale viene avviato il Modeling.

Per avviare il Modeling, si deve procedere nel modo seguente:

- Selezionare un test QA dall'elenco **Seleziona il QA Test**. I test PET non sono consentiti poiché non forniscono dati sufficienti per il modeling.
- Cliccare sul pulsante **Avvio del Modeling...**

Si apre la casella di dialogo **Modeling della Prescrizione**.

- Selezionare il **Tipo di Trattamento** tramite la casella di selezione e il menu a tendina.

È consentita qualsiasi combinazione del sistema DP con il sistema DP attuale (se presente) come sistema di default. (vedere Fig. 3.93, Selezione di un sistema DP per una nuova prescrizione, pagina 157)

Cliccare sul pulsante **Avanti >**.

Si apre il menu d'ingresso Modeling della Prescrizione che mostra le definizioni dei target e le limitazioni.

Fig. 3.98 Specificare target e limitazioni

Il menu d'ingresso è suddiviso nelle seguenti sezioni:

Parametri Paziente a sinistra

Qui vi sono i campi d'inserimento per **Funzione Renale**, **Funzione Peritoneale** e **Fluidi Rimossi**

Selezionare i targets e le limitazioni a destra

Qui vengono definiti i target di dialisi e le limitazioni per **CAPD/APD**.

I target e le limitazioni sono descritti nella sezione

Modeling (vedere **Background clinico**, pagina 153);

Continuare il modeling:

- Cliccare sul pulsante **Avanti >**.

Si apre la finestra pop-up con i numeri delle prescrizioni ottenute.

➤ Cliccare sul pulsante **Ok**.

Si apre la seconda finestra di dialogo **Modeling della Prescrizione**.

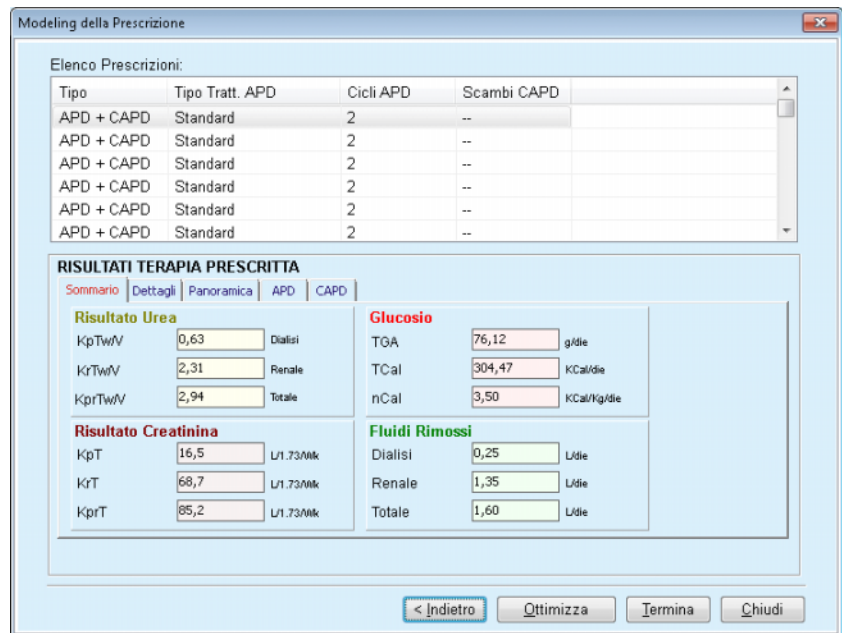


Fig. 3.99 Finestra Prescrizioni risultante

La finestra **Modeling della Prescrizione** è composta da tre sezioni:

Elenco Prescrizioni

in alto,

Risultati della Terapia Prescritta

scheda al centro,

Pulsanti

in basso.

Elenco Prescrizioni

L'**Elenco Prescrizioni** contiene tutte le prescrizioni che soddisfano i target e le limitazioni. Nell'elenco sono riportati il tipo di APD/CAPD, il tipo di trattamento APD, il numero dei cicli APD e il numero degli scambi di CAPD.

Risultati della Terapia Prescritta

Le schede sotto **Risultati della Terapia Prescritta** sono identiche alle schede del primo metodo di modeling (**Scegliendo la prescrizione**).

I risultati si riferiscono all'**Elenco Prescrizioni**.

Pulsanti

Con il pulsante **< Indietro** si ritorna al menu d'ingresso precedente. (vedere Fig. 3.99, Finestra Prescrizioni risultante, pagina 162)

Con il pulsante **Ottimizza** si passa al menu d'ingresso del primo metodo di modeling per la regolazione precisa.

Inoltre, il menu d'ingresso del primo metodo di modeling contiene un pulsante **< Indietro** mediante il quale si può ritornare al menu d'ingresso **Risultati della Terapia Prescritta**;

Se si seleziona il pulsante **Termina** si apre una finestra pop-up con la richiesta di inserire il nome della prescrizione.

- Inserire il nome della prescrizione;
- Cliccare sul pulsante **Si**.

A questo punto l'operazione viene terminata.

Dopo aver completato l'inserimento, viene nuovamente visualizzata la schermata iniziale **Modeling** e si può iniziare con una nuova prescrizione.

Se non viene trovata alcuna prescrizione che soddisfi tutti i target e le limitazioni, viene visualizzato un messaggio di avviso.

Se i target specificati vengono soddisfatti soltanto dalla funzione renale del paziente, viene visualizzato un messaggio di avviso e non viene creata alcuna prescrizione.

3.13 Report

3.13.1 Report

Note generali

La voce di menu **Report** permette all'utente di generare, visionare e stampare i rapporti riguardanti i dati demografici e/o clinici di un determinato paziente.



Fig. 3.100 Voce di menu dei Report

Quando si seleziona la voce **Report** dal menu ad albero, il **riquadro operativo** mostra una finestra con sette schede: **Dati Demografici**, **Diagnosi & Terapia**, **Tunnel & Peritoniti**, **Dati Clinici**, **Ospedalizzazione**, **Staff Ospedaliero** e **Moduli Raccolta Dati**.



Fig. 3.101 Finestra Report



Suggerimento

La prima scheda, **Dati Demografici**, è selezionata come standard.

Ogni scheda contiene una scheda **Anteprima** che si trova nell'angolo destro in basso. Questo pulsante viene usato per vedere l'anteprima del rapporto desiderato.

Creazione di un rapporto

Per creare un determinato rapporto, si deve procedere nel modo seguente:

Selezionare il paziente dal **riquadro paziente**;

- Selezionare la scheda dalla finestra Report
- Selezionare i dati desiderati attivando e/o disattivando le relative caselle di selezione.

Inizialmente, tutte le caselle di selezione sono spuntate.



Nota

Se non è selezionata nessuna delle caselle di selezione, il pulsante **Anteprima** è disattivato.

- Cliccare sul pulsante **Anteprima**

Il rapporto viene creato con le selezioni effettuate.

L'avanzamento della creazione del rapporto viene segnalato in una finestra Info.

Il rapporto viene creato come anteprima di stampa sul display.

Si apre quindi una finestra di anteprima di stampa con sopra la barra dei menu standard.

Il rapporto creato non contiene le sezioni senza dati. Inoltre, se qualcuna delle sezioni spuntate non dovesse contenere dati, il rapporto creato contiene una pagina vuota.

Stampa di un rapporto

Cliccando sul **simbolo della stampante a sinistra**, il rapporto creato viene stampato per intero sulla stampante di default.


Cliccando sul **simbolo della stampante a destra**, si può scegliere una delle stampanti installate. Inoltre, si può effettuare la seguente selezione:

Selezionare l'area di stampa

Selezionare il numero delle copie.

Salvare un rapporto

Per salvare un rapporto come file sull'hard disk, si deve procedere nel modo seguente:

➤ Fare clic sul pulsante .

Si apre la casella di dialogo **Esporta**.

➤ Selezionare il formato di esportazione nel menu a tendina

Sono possibili i seguenti formati di esportazione:

*.pdf (Adobe Acrobat)

*.rft (Microsoft Word)

*.xls (Microsoft Excel)

➤ Selezionare le **Pagine da stampare**;

➤ Cliccare sul pulsante **Esporta**

➤ Si apre una finestra di dialogo **“Salva come”**

➤ Selezionare la posizione di esportazione;

➤ Fare clic sul pulsante **Salva**

➤ Il rapporto viene esportato in base alla selezione

Chiudere l'anteprima di stampa

➤ Cliccare sul pulsante **Chiudi**.

L'anteprima di stampa viene chiusa.

3.13.1.1 Scheda Dati demografici

I seguenti dati possono essere inclusi nel rapporto **Dati Demografici**:

Dati Demografici

Indirizzi

Status Professionale

Ambiente Abitativo,

Mobilità

Capacità Visiva

Manualità Fine

Supporto

Training

La prima pagina del rapporto contiene le sezioni **Informazioni Generali Paziente** e **Dati Demografici Indirizzi**. I dati **Informazioni Generali Paziente** sono sempre presenti nel rapporto e non si possono cancellare.

3.13.1.2 Scheda Diagnosi & Terapia

I seguenti dati possono essere inclusi nel rapporto **Diagnosi & Terapia**:

- ESRD & Comorbidità
- Storico Terapia Sostitutiva Renale,
- Catetere,
- Allergie,
- Terapia Abituale

3.13.1.3 Scheda Tunnel & Peritoniti

I seguenti dati possono essere inclusi nel rapporto **Tunnel & Peritoniti**:

- Infezione Exit Site/Tunnel,
- Peritoniti
- Classificazione Exit Site

Il rapporto contiene tutti i dati presenti nel menu **Status Paziente/Tunnel & Peritoniti**.

3.13.1.4 Scheda Dati Clinici

I seguenti dati possono essere inclusi nel rapporto **Dati Clinici**:

- Peso
- Altezza
- Pressione Arteriosa
- Bilancio volumi
- Amputazione
- Status Tampone Nasale
- Ulteriori Dati di Lab.
- Commento

Il rapporto contiene tutti i dati presenti nel menu **Status Paziente/Dati Clinici**.

3.13.1.5 Scheda Ospedalizzazione

La scheda **Ospedalizzazione** contiene una sola casella di selezione che permette di creare un rapporto per tutte le ospedalizzazioni del paziente attuale (vedi **Status Paziente/Ospedalizzazione**). Questa casella di selezione non può essere deselezionata.

3.13.1.6 Scheda Staff Ospedaliero

La scheda **Staff Ospedaliero** contiene una sola casella di selezione che permette di creare un rapporto per tutte le ospedalizzazioni del paziente attuale (vedi **Status Paziente/Staff Ospedaliero**). Questa casella di selezione non può essere deselezionata.

3.13.1.7 Scheda Moduli Raccolta Dati

I seguenti dati possono essere inclusi nel rapporto **Moduli Raccolta Dati**:

PFT
 Test Raccolta 24 h,
 PET
 PET + raccolta 24 ore
 No RRT

Per ogni test QA selezionato, il rapporto creato contiene i campi di dati necessari, ma non tutti contengono dati.



Suggerimento

Per tutti i tipi di test QA disponibili, i moduli di raccolta dati hanno lo stesso layout grafico e gli stessi campi di dati della scheda Clinica/QA/Inserire Dati.

In questo modo, l'opzione Moduli Raccolta Dati è molto utile poiché il rapporto selezionato, con tutti i campi vuoti, può essere usato in formato cartaceo come base per la raccolta manuale dei dati. I membri dello staff possono usare il rapporto stampato per scrivere i dati personali del paziente, la loro età, il loro sesso, il peso e l'altezza, nonché per inserire manualmente i dati del test QA. Inoltre, dopo aver inserito i dati, i rapporti su carta sono facili da archiviare.

3.13.1.8 Visite Domiciliari

La scheda **Visite Domiciliari** contiene le seguenti sezioni:

- Un elenco contenente tutti i pazienti disponibili;
- L'opzione di selezionare la data della visita successiva.

Per generare il rapporto, per prima cosa è necessario scegliere i pazienti per i quali saranno visualizzate le visite a domicilio. L'utente deve poi specificare un intervallo per la data della visita successiva, o scegliere un'opzione dagli intervalli già definiti nell'elenco a discesa.

Le opzioni disponibili sono **Prossimo giorno**, **Settimana successiva**, **Questo mese**, **Quest'anno**.

Il risultato sarà un rapporto contenente i record delle visite a domicilio aventi la **Data prossima visita** tra le date **Da** e **A** per il paziente selezionato.

3.13.2 Statistiche

3.13.2.1 Note generali

La voce di menu **Statistiche** permette sia statistiche basate sul singolo paziente, ad esempio le analisi dell'andamento dei vari parametri, e statistiche quali ad esempio istogrammi, cross-correlations e ratio infezioni.

Quando si seleziona questa voce dal menu ad albero, il **riquadro operativo** visualizza due schede:

Paziente Attuale

Gruppo Paziente

(vedere Fig. 3.102, Statistiche per il paziente corrente - Analisi andamento, pagina 169)

La scheda **Paziente Attuale** permette all'utente di analizzare in modo grafico l'evoluzione di diversi parametri chiave quali ad esempio funzione renale, clearance ecc. per un singolo paziente alla volta - chiamata anche analisi andamento o grafico storico. Alcune rappresentazioni grafiche possono contenere diversi parametri collegati. Una seconda opzione permette di calcolare il ratio infezioni individuali.

La scheda **Gruppo Pazienti**: permette di eseguire analisi di dati statistici, quali ad esempio istogrammi, cross-correlations e ratio infezioni sui lotti pazienti. Il Gruppo Paziente può essere creato con vari criteri.

3.13.2.2 Scheda Paziente Attuale

La scheda **Paziente Attuale** richiede che vi sia un paziente selezionato nel **riquadro paziente**. La scheda contiene due sottoschede, più precisamente **Analisi andamento** e **Infezioni**.

(vedere **Statistiche per il paziente corrente - Analisi andamento**, pagina 169).

Analisi andamento

La scheda **Analisi andamento** contiene i seguenti pulsanti:

Seleziona i Parametri

permette all'utente di specificare i parametri desiderati da un elenco di 20 possibili selezioni, principalmente dalle sezioni **QA** e **Ulteriori Dati di Lab.**

Ultimi x anni/Da - A,

permette all'utente di specificare il periodo di tempo, in altre parole - l'asse orizzontale del grafico. Selezionando il pulsante di opzione **Ultimi x anni** si attiverà la smart edit box adiacente, con il valore predefinito di 2 anni. Una volta selezionato il pulsante di opzione **Da - A** si attivano le due caselle adiacenti del calendario, le quali permettono di impostare direttamente l'inizio e la fine dell'intervallo di tempo. Entrambe le selezioni aggiorneranno l'asse orizzontale del grafico.

Valori

visualizza il valore numerico nella parte superiore di ogni elemento del grafico

La barra di simboli Grafico

permette il controllo del layout

Il pulsante Report

crea un rapporto associato.

Per alcune selezioni vengono visualizzati diversi parametri. La selezione **Creatinina Clearance**, ad esempio, visualizza la clearance renale, peritoneale la clearance totale della creatinina.

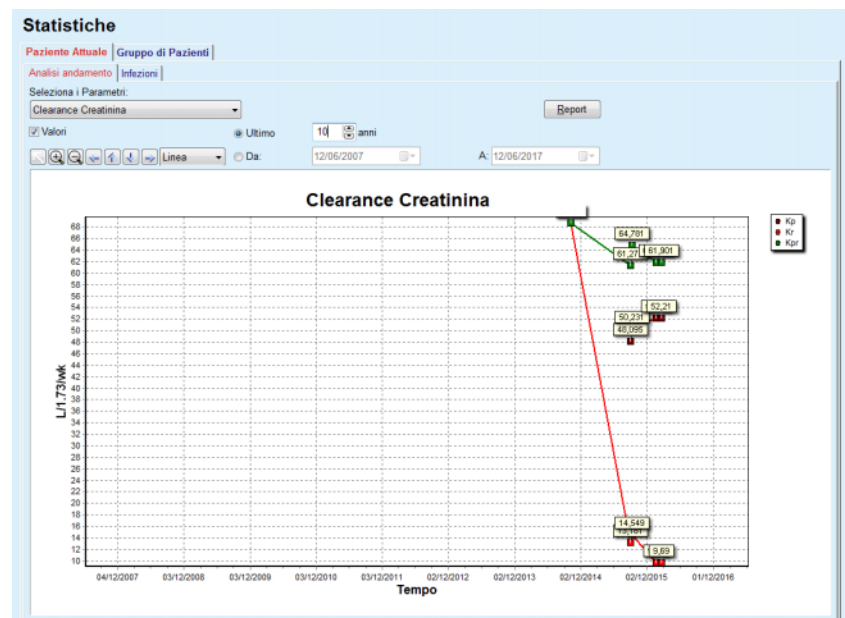


Fig. 3.102 Statistiche per il paziente corrente - Analisi andamento

Quando si clicca sul pulsante **Report**, viene visualizzata innanzitutto la finestra **Parametri**, che permette di selezionare i parametri che verranno inclusi nel rapporto. Se si seleziona il pulsante **Report** verrà generato il rapporto, mentre se si seleziona **Annulla** si esce dalla finestra **Parametri**.

Ratio Infezioni (singolo paziente)

Se si selezionano diversi parametri, tutti i grafici del rapporto avranno le stesse impostazioni per l'asse di tempo orizzontale.

La scheda **Infezioni** permette all'utente di calcolare le ratio infezioni del paziente attuale. Sono disponibili i seguenti elementi di comando:

➤ il pannello **Report Ratio Infezioni** con tre caselle di selezione che controllano i tipi di infezione inclusi nel rapporto e il pulsante **Report** che crea il rapporto

➤ Tre sotto-schede per:

Ratio Peritoniti

Ratio Infezioni Tunnel

Ratio Infezioni Exit Site.

➤ **Ultimi x anni / Da - A** permette all'utente di specificare il periodo di tempo nel quale vengono calcolate le ratio delle infezioni. Come impostazione standard, la **Data Da** è impostata alla **Data Inizio PD** e la **Data A** alla data attuale o alla **Data di uscita PD**. Selezionando il pulsante di opzione **Ultimi x anni** si attiverà la smart edit box adiacente, con il valore predefinito di 2 anni. Una volta selezionato il pulsante di opzione **Da - A** si attivano le due caselle adiacenti del calendario, le quali permettono di impostare direttamente l'inizio e la fine dell'intervallo di tempo. Cliccando sul pulsante **Default**, i controlli vengono ripristinati ai valori predefiniti.

Ogni sottoscheda mostra la finestra di tempo PD del paziente, il numero di episodi, il ratio infezioni o la distribuzione di germi. In questo modo, l'utente può anche vedere la distribuzione dei germi per la peritonite, l'infezione tunnel e l'infezione exit site in una rappresentazione grafica.

3.13.2.3 Scheda Gruppo di Pazienti

Per la creazione delle statistiche con un **Gruppo di Pazienti**, si deve definire e attivare un gruppo di pazienti, basandosi su determinati criteri.

La scheda Gruppo di Pazienti è suddivisa nelle seguenti sotto-schede.

Criterio

Istogrammi

Cross-Correlations

Infezioni

PatientOnLine permette all'utente di modificare, salvare e cancellare alcuni criteri che definiscono un gruppo di pazienti. Soltanto un criterio può essere attivato in un determinato momento. Esiste un criterio predefinito chiamato Tutti che seleziona tutti i pazienti del database. Questo criterio non può essere modificato o cancellato. I criteri vengono definiti in base all'utente, quindi permettono a ciascun medico di sviluppare le proprie statistiche.

Ad esempio, un criterio potrebbe definire i pazienti di sesso maschile di oltre i 45 anni di età, che hanno il Diabete mellito come malattia renale principale e l'ipertensione come comorbidità, trattata mediante CAPD con soluzione bicaVera. Una volta definito tale criterio, è possibile impostarlo come criterio attivo e distribuzione dei germi.

Quando un criterio è definito, l'utente può specificare il lotto paziente o usando i **Sottocriteri** o mediante inclusione **Esplicita** dei pazienti desiderati nel lotto.

Criterio

La sezione Criteri consente all'utente di gestire i criteri di selezione per la definizione di gruppi di pazienti.

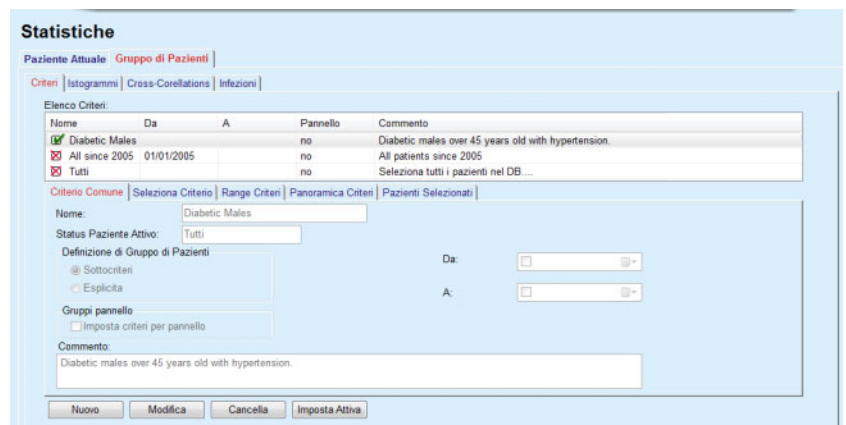


Fig. 3.103 Statistiche per Gruppo di Pazienti - Criteri

La parte superiore della schermata contiene la tabella **Elenco Criteri** che contiene tutti i criteri disponibili nell'ordine in cui sono stati definiti. I criteri vengono salvati e visionati in base alle impostazioni dell'utente. Il criterio Tutti, con cui si selezionano tutti i pazienti, è sempre disponibile per tutti gli utenti.

Nella parte centrale dello schermo, vi sono cinque schede che descrivono i vari componenti possibili di un criterio quali **Criterio Comune**, **Seleziona Criterio**, **Range Criteri**, **Panoramica Criteri** e **Pazienti Selezionati** risultanti dall'applicazione del criterio.

La parte inferiore della schermata contiene i pulsanti **Nuovo**, **Modifica**, **Cancella** e **Imposta Attiva**. I primi tre pulsanti vengono usati per creare, modificare e cancellare un determinato criterio.

Anche se si possono definire e salvare diversi criteri, ne può essere attivo soltanto uno alla volta. L'utente può impostare un determinato criterio come attivo selezionando la riga corrispondente dalla tabella **Elenco Criteri** e premendo il pulsante **Imposta Attiva**. Il criterio attivo viene visualizzato con il simbolo accanto ad esso, mentre i criteri inattivi sono accompagnati dal simbolo . Come impostazione standard, il criterio **Tutti** è quello attivo. Ciascun criterio ha un nome e possibilmente un commento associato. Può anche avere un periodo di tempo, definito mediante le caselle **Da** e **A** del calendario.

Per creare/modificare un criterio nuovo/esistente, si deve selezionare il pulsante **Nuovo** e/o **Modifica**. In tal modo si apre un wizard **Modifica Criteri** che guiderà l'utente nelle impostazioni **Criterio Comune**, **Seleziona Criterio** e **Range Criteri**. Dopo aver selezionato **Nuovo** e/o **Modifica**, si aprirà la prima pagina del wizard.

In questa finestra di dialogo è possibile modificare il **Nome** of the criteria, del criterio, il periodo temporale (**Data Da, A**), un **Commento** facoltativo e la modalità di ottenimento del lotto del paziente. I pazienti inclusi nel lotto paziente possono essere o specificati **Esplicita** o possono essere ottenuti come risultati del **Sottocriteri**.

È possibile definire criteri specifici da usare nel menu **Pannello/Miei pazienti** spuntando la casella di selezione **Per il pannello**. In questo caso, le impostazioni dei **Range Criteri** non saranno disponibili.

Tranne che per il nome, tutte le impostazioni sono opzionali.

Vi sono due status di opzioni per il campo **Status Paziente Attivo**:

Pazienti attivi

Tutti

L'impostazione può essere modificata in **Gestione/Imposta/Visualizza impostazioni/Opzioni per pazienti Attivi/Inattivi**.

Un criterio definito per il menu **Pannello** non consentirà di specificare le date **Da/A** e comprenderà solo i pazienti attivi, indipendentemente dalle impostazioni nel menu **Gestione/Imposta/Visualizza impostazioni**.

Se in **Gestione/Imposta/Visualizza impostazioni/Opzioni per pazienti Attivi/Inattivi** viene spuntata la casella di selezione **Mostra pazienti inattivi**, vengono visualizzati tutti i pazienti, indipendentemente dal loro stato attivo.

Per ulteriori dettagli vedi **Ulteriori Informazioni** in **Status Paziente/Diagnosi & Terapia** e **Gestione/Visualizza impostazioni**.

Con il pulsante **Default** si impostano le date **Da** e **A** su valori nulli, vale a dire i parametri clinici globali o più recenti vengono presi in considerazione per stabilire il lotto paziente.

Con il pulsante **Chiudi** si annulla il processo di modifica senza salvataggio.

Quando la definizione del lotto paziente è basata sull'opzione **Esplicita**, lo spostamento alla finestra **Avanti** visualizzerà la pagina **Includi Pazienti**.

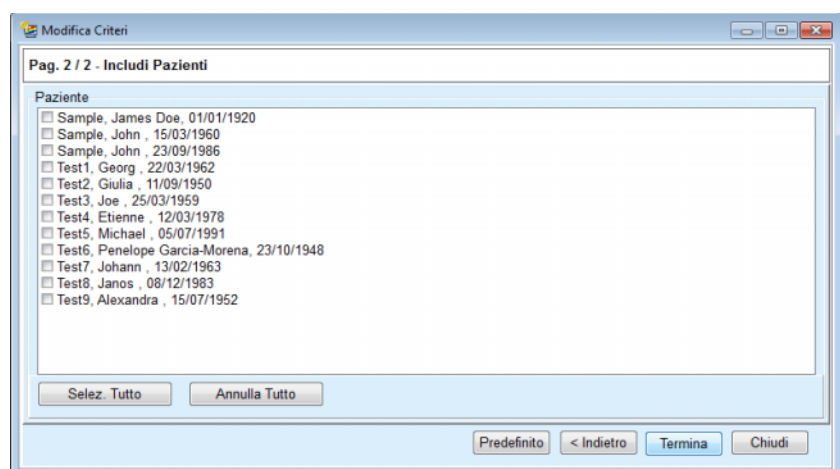


Fig. 3.104 Procedura guidata Modifica criteri - Includi Pazienti

La pagina **Includi Pazienti** contiene un elenco con tutti i pazienti disponibili. Da questo elenco l'utente può selezionare il paziente a cui è interessato e di conseguenza il lotto paziente corrispondente a questo criterio.

Quando l'utente seleziona **Termina** il wizard è completo e il criterio viene salvato.

Quando la definizione del lotto paziente è basata sull'opzione **Sottocriteri**, lo spostamento alla finestra **Avanti** visualizzerà la pagina **Selezione Criterio**. (vedere **Procedura guidata Modifica criteri - Selezione Criterio**, pagina 173)

La pagina **Selezione Criterio** permette all'utente di definire i sotto-criteri che si possono esprimere come selezioni dagli elenchi predefiniti. Il termine "discontinuo" deriva dal contrario di continuo.

I sotto-criteri attuali comprendono **Sesso**, **Att. lavorativa**, **Diabetico/a**, **ESRD**, **Comorbidità**, **Tipo di Sistema DP**, **Soluzioni APD** e **Soluzioni CAPD**. Il valore predefinito per ciascuna selezione è **Tutti**, vale a dire vengono considerati tutti i pazienti. Questo valore può essere impostato in modo globale premendo il pulsante **Default**.

Per **ESRD** e **Comorbidità** sono disponibili gli stessi **comandi ad albero ICD-10** della voce di menu **Status Paziente/Diagnosi & Terapia**. Per scopi statistici, si possono selezionare sia le categorie che le patologie ICD-10.

Fig. 3.105 Procedura guidata Modifica criteri - Selezione Criterio

Il pulsante **Avanti** conduce l'utente alla terza e ultima pagina della wizard.

Sulla terza pagina si possono specificare diversi range sotto-criteri. Per ogni parametro, si può definire un range con limite inferiore e superiore usando le coppie 'smart edit'.

Il criterio descritto nella figura seguente filtrerà tutti i pazienti di oltre o di 45 anni di età, che pesano più di 70 kg, e con un volume di urina giornaliero inferiore a 0,5 litri. Questi sottocriteri verranno combinati con quelli descritti nella Fig. 3.105 - Pazienti maschi diabetici trattati con soluzione CAPD bicaVera 1.75Ca.

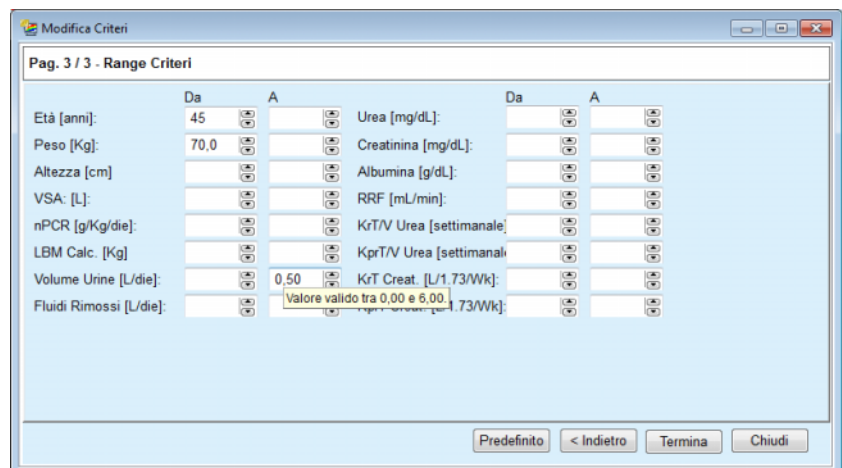


Fig. 3.106 Procedura guidata Modifica criteri - Criteri range

Con il pulsante **Termina** si chiude il wizard e quindi si salvano i criteri modificati. Se il criterio modificato   un criterio nuovo appena creato, viene visualizzata una finestra di conferma, in cui viene chiesto se il criterio in questione deve diventare quello attivo.

La scheda **Panoramica Criteri** fornisce una descrizione in testo del criterio selezionato. La scheda **Pazienti Selezionati** elenca tutti i pazienti che corrispondono al criterio attualmente attivo. Questa scheda   disponibile soltanto per il criterio attivo. I pazienti vengono elencati con i relativi dati demografici di base.

La scheda **Pazienti Selezionati** contiene un rapporto altamente personalizzabile che include tutti i pazienti presenti nel lotto paziente.

Quando viene premuto il pulsante **Report** si apre un menu a comparsa, che permette all'utente di scegliere quali parametri devono essere visualizzati per ogni paziente. Il numero massimo di parametri che possono essere selezionati e visualizzati sul rapporto contemporaneamente   nove.

In questa finestra a comparsa premere il pulsante **Report** per visualizzare il rapporto.

Istogrammi

La scheda **Istogrammi** consente all'utente di analizzare vari istogrammi relativi lotto paziente selezionato.

Il nome del criterio attivo   riportato nell'angolo in alto a sinistra della pagina. Il menu a tendina **Seleziona i Parametri** serve a selezionare l'istogramma. Sono disponibili 23 tipi di istogrammi, principalmente dall'area dei risultati QA, ma anche dai dati di laboratorio.

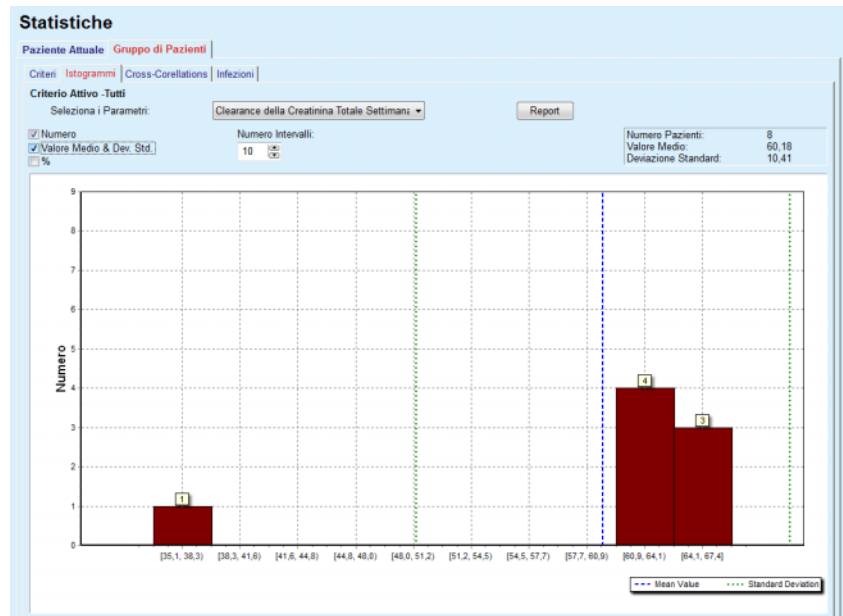


Fig. 3.107 Statistiche per Gruppo di Pazienti - Istogrammi

Alcuni parametri statistici quali **Numero Pazienti** nel gruppo, **Valore Medio** e **Deviazione Standard** dell'istogramma vengono visualizzati nell'angolo in alto a destra della pagina.

Le tre caselle di selezione si trovano nella parte sinistra dello schermo:

Numero

mostra i valori numerici nella parte superiore di ciascuna barra dell'istogramma

Valori Medi & Dev. Std

mostra tre linee punteggiate verticali che corrispondono al valore medio (blu) e al valore medio \pm deviazione standard (verde), insieme ad una legenda allegata

%

mostra le percentuali piuttosto che i numeri nella parte superiore di ciascuna barra.

La casella smart edit control **Numero Intervalli** permette di ridurre/allargare gli intervalli orizzontali dell'istogramma.

Se l'utente sposta il mouse su qualsiasi barra dell'istogramma, comparirà una descrizione del comando che visualizza i pazienti appartenenti a quell'intervallo, insieme al valore del parametro dell'istogramma.

Con il pulsante **Report** viene creato un report corrispondente.

Cross-Correlation

La scheda **Cross-Correlation** permette all'operatore di analizzare la correlazione statistica tra i due parametri clinici nel lotto pazienti selezionato.

Il nome del criterio attivo è riportato nell'angolo in alto a sinistra della pagina.

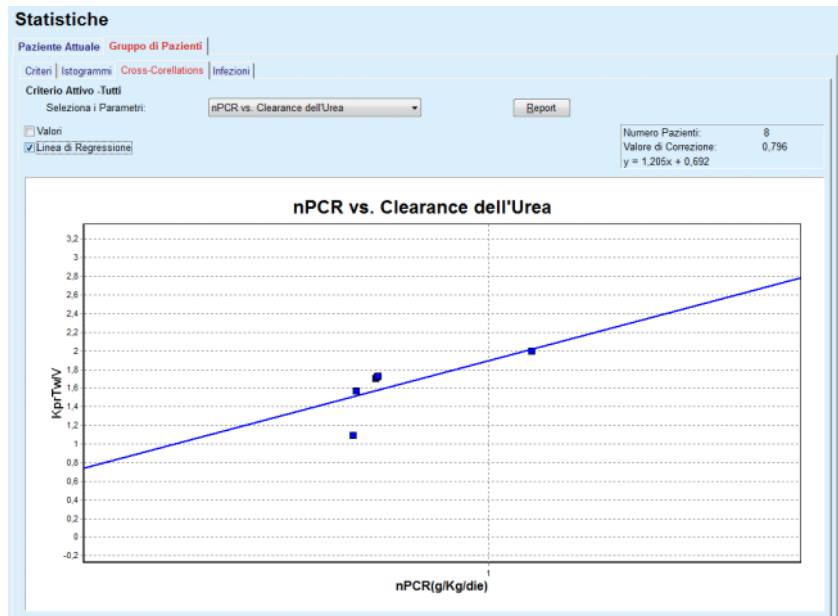


Fig. 3.108 Statistiche per Gruppo di Pazienti - Cross-Correlation

Il menu a tendina **Seleziona i Parametri** permette all'operatore di scegliere il tipo di correlazione. Vi sono 13 tipi di coppie di parametri predefiniti, principalmente dall'area dei risultati QA.

Alcuni parametri statistici quali **Numero Pazienti** nel lotto, **Valore di Correzione** e **Equazione linea di regressione** vengono visualizzati nell'angolo in alto a destra della pagina.

Nella parte sinistra dello schermo vi sono due caselle di selezione:

- **Valori**
mostra i valori numerici (x, y) sopra ciascun punto del diagramma
- **Linea di Regressione**
mostra la linea di regressione nel diagramma.

Con il pulsante **Report** viene creato un report corrispondente.

Ratio Infezioni (gruppo di pazienti)

Nella scheda **Infezioni** vengono visualizzati la **Ratio Peritoniti**, la **Ratio Infezioni Tunnel** e la **Ratio Infezioni Exit Site** del gruppo pazienti selezionato.

Il metodo di calcolo può essere selezionato nella sezione **Gestione/Imposta/Visualizza impostazioni**.

ID	Nome	Data Inizio	Data Termine	Episodi	Ratio (anni)	Ratio (mesi)
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	04/08/1999	12/06/2017	0	0,00	--
6	Joe Test3	17/01/2004	12/06/2017	0	0,00	--

#	Ratio	Note per il Calcolo
R5	1 : 35 anno(i) e 1 mese(i) (0.03 episodi/anno)	Numero totale di episodi diviso il tempo totale di DP, espres...
R6	1 : 421 (421 mesi tra episodi)	Tempo totale DP, in mesi, diviso il numero totale di episodi

Fig. 3.109 Statistiche del gruppo di pazienti - Infezioni

Vi sono i seguenti elementi di comando:

- La scheda **Infezioni** con tre caselle di selezione per selezionare i tipi di infezione inclusi nel rapporto e il pulsante **Report** che crea il rapporto stesso;
- tre sotto-schede per **Ratio Peritoniti**, **Ratio Infezioni Tunnel** e **Ratio Infezioni Exit Site**.

Ognuna delle sotto-schede **Peritoniti**, **Infezione del Tunnel** e **Infezione Exit Site** contiene un elenco di pazienti in cui sono riportati determinati dati.

La sezione **Ratio** contiene i seguenti dati:

ID

L'ID paziente tratto dal database **PatientOnLine**;

Nome

il nome e il cognome del paziente

Data Inizio

la data di inizio PD del paziente o la data Da come specificato in Criteri

Data Termine

la data attuale o la Data Termine PD o la Data A come specificato in Criteri

Episodi

il numero di episodi all'interno dell'intervallo (Data Inizio, Data Termine)

Ratio (episodi per anno)

il ratio di infezioni del singolo paziente di episodi/anno

Ratio (mesi tra episodi)

il ratio di infezioni del singolo paziente in mesi tra gli episodi.

Nella parte inferiore dello schermo, vengono calcolate le **Ratio** e l'attuale **Note per il Calcolo** viene visualizzato con le unità di misura e una breve descrizione del metodo di calcolo.

La sezione **Germi** contiene la distribuzione di germi per Peritonite, Infezione Tunnel e Infezione Exit Site in una rappresentazione grafica. L'utente può osservare dal grafico a torta quali germi sono i più frequenti e in quale percentuale.

3.13.3 Panoramica personal.

Il menu **Panoramica personal.** è orientato al paziente e mostra una serie di dati di trattamento sintetico sul paziente corrente.

Nella parte superiore è presente una sezione di navigazione che mostra lo stato degli ultimi 7 giorni di trattamento, tramite un simbolo grafico per ogni giorno. Il simbolo può essere:

- una croce blu, che indica i dati mancanti;
- una casella di spunta verde, che indica che tutti i dati personalizzati rientrano entro i limiti definiti;
- un punto esclamativo rosso, che indica che alcuni dati personalizzati sono al di fuori dei limiti definiti;
- un segno di uguale grigio, che indica che alcuni dati personalizzati sono al di fuori dei limiti definiti, ma che i rispettivi dati sono stati confermati da un medico.


Panoramica personal.

Data trattamento corrente: 24/02/2014

✓ Mar 18/02
✓ Mer 19/02
☐ Gio 20/02
✓ Ven 21/02
✕ Sab 22/02
! Dom 23/02
! Lun 24/02

Elenco press. arteriosa

Data	Sistolica [mmHg]	Diastolica [mm...]	Pulsazioni [1/min]	Postura	Temperatura Corpore...	Origine
24/02/2014	141	67	58	Sconosciuto	36,5	Salva...
24/02/2014	120	70	70	Sconosciuto		Salva...

Exit Site 

Trattamenti

sleep•safe harmony ✓

Sommario Trattamento

	Effettuato	Prescritto
Volume, totale infuso [ml]	8129	8300
Volume, totale drenato [ml]	9103	8300
Bilancio volumi [ml]	-931	--
Volume, drenaggio iniziale [ml]	344	25
Durata trattamento [hh:mm]	08:47	08:29

Informazioni Generali

Inizio trattamento: 24/02/2014 21:24:20

Fine trattamento: 25/02/2014 06:11:20

Trattamento completato: si

Nome prescrizione: --

File protocollo: trt_2014_02_24_21_24_20.report

Statistiche Grafici

Rev. Revisionato da: Rivisto alle:

Fig. 3.110 Panoramica personalizzata



Nota

Per determinati parametri vitali come peso, pressione arteriosa e bilancio volumi è possibile definire i limiti delle notifiche paziente-dipendente. Si vedano i rispettivi paragrafi (vedere capitolo 3.11.4.1, pagina 70), (vedere capitolo 3.11.4.3, pagina 76) e (vedere capitolo 3.11.4.4, pagina 79).

Cliccando su un simbolo grafico si aggiorna il menu con i dati del rispettivo giorno.

La sezione di navigazione è dotata di due frecce di navigazione (lato sinistro, lato destro) e di un calendario con il quale è possibile navigare rapidamente verso una determinata data.

Sotto la sezione di navigazione, c'è una sezione **Elenco press. arteriosa** che mostra le misurazioni della pressione arteriosa del giorno selezionato, esattamente come nel menu **Pressione Arteriosa** (vedere capitolo 3.11.4.3, pagina 76). Un link permette di andare rapidamente a quel menu per visualizzare i dettagli. Sul lato destro, c'è una sezione **Exit Site** che mostra le immagini dell'Exit-site dalla data corrente, insieme ad un link al rispettivo menu.

La sezione **Trattamenti** mostra alcuni dati personalizzati del protocollo di trattamento corrente del giorno. Nel caso in cui vi siano diversi protocolli di questo tipo (ad es. uno APD e uno CAPD), ogni protocollo viene mostrato in una scheda separata. La tabella **Sommario Trattamento** mostra una serie di dati prescritti ed effettuati. Questi dati possono essere configurati tramite il menu **Imposta** (vedere capitolo 3.15.4.10, pagina 230). Se i dati eseguiti superano i dati prescritti di una determinata soglia configurabile, i dati eseguiti vengono visualizzati in rosso. La sezione **Informazioni Generali** mostra alcuni dati di base per il protocollo di trattamento corrente. È disponibile anche un link al menu Analisi trattamento.

Il pulsante **Statistiche** apre il grafico delle statistiche di trattamento (vedere Fig. 3.69, La finestra Statistiche trattamento, pagina 134).

Il pulsante **Grafici** apre i grafici del trattamento corrente (vedere Fig. 3.74, Grafici, pagina 137).

Il pulsante **Rev.** consente di rivedere il trattamento corrente. Se il simbolo Status era "rosso", segnalando che alcuni dati erano al di fuori dei limiti definiti, diventerà "grigio" Rev. Vengono visualizzati il nome utente e la data dell'operazione di revisione.

3.13.4 Pannello

Il menu **Pannello** riporta una sintesi dello stato del trattamento per tutti i pazienti attivi o per un gruppo di pazienti configurabile. Presenta due schede: **Tutti i pazienti** (che mostra tutti i pazienti attivi) e **Miei pazienti** che mostra i pazienti attivi definiti secondo determinati criteri – (vedere capitolo 3.13.2.3, pagina 170).

Ogni scheda visualizza una serie di caselle, una per ogni paziente, con lo stato di trattamento degli ultimi 7 giorni, utilizzando gli stessi simboli del menu **Panoramica personalizzata** (vedere capitolo 3.13.3, pagina 178). Le caselle possono essere visualizzate in forma ridotta a icona o in forma espansa. Il pulsante **Espandere/Crollo panoramica** permette di passare da una modalità di visualizzazione all'altra.

Nella modalità espansa si possono visualizzare fino a 4 parametri di trattamento configurabili. I parametri possono essere configurati dal menu **Imposta** (vedere capitolo 3.15.4.10, pagina 230). Nella parte inferiore del riquadro espanso, un elenco di grafici a barre verticali colorate descrive le misurazioni della pressione arteriosa della giornata. Il colore verde/rosso indica che la misurazione rientra/è al fuori dei limiti definiti, mentre il colore grigio indica che una misurazione al di fuori dei limiti è stata controllata da un medico.

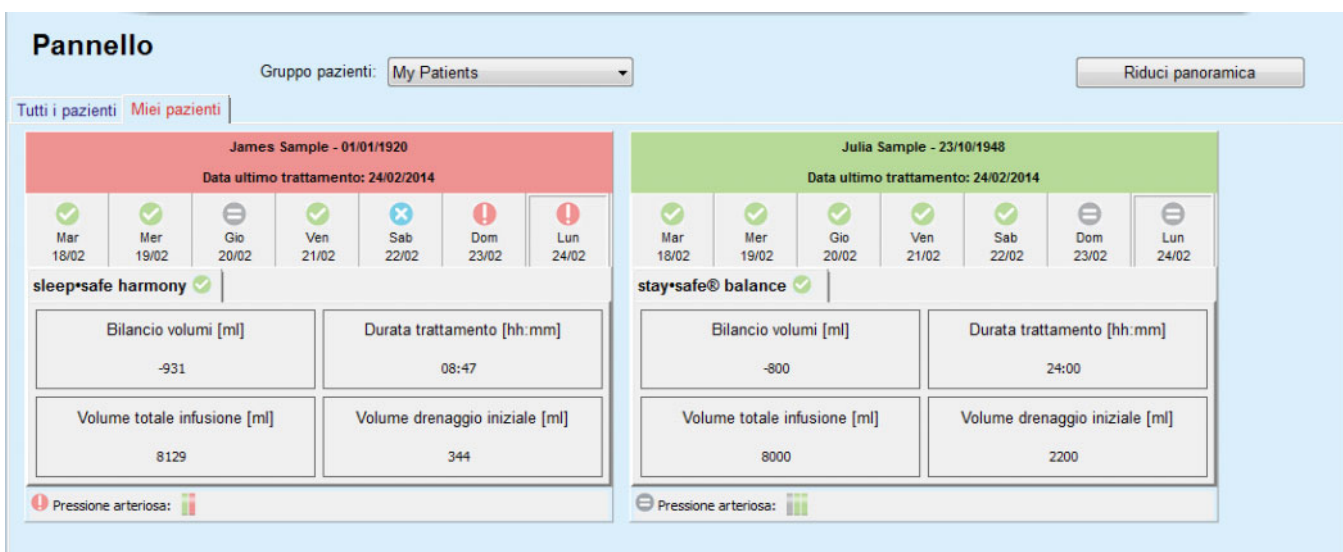


Fig. 3.111 Pannello

Facendo doppio clic su una determinata cella del paziente si trasferisce il controllo nel menu **Panoramica personal**. per il rispettivo paziente.

Se ci sono più protocolli di trattamento per lo stesso giorno, i dati di ogni protocollo saranno mostrati in una scheda separata all'interno della rispettiva casella.

La scheda **Miei pazienti** ha una casella di selezione in cui è possibile specificare un criterio paziente. I criteri di selezione dei pazienti sono specificati dall'utente.

3.14 Comunicazione

3.14.1 Scheda Paziente

3.14.1.1 Note generali

La voce di menu **Scheda Paziente** è il supporto di comunicazione tra l'applicazione **PatientOnLine** e un cyclor APD e permette di esportare prescrizioni APD nel cyclor e di importare protocolli di trattamento nell'applicazione. La comunicazione viene effettuata mediante una scheda paziente che è un dispositivo di memoria esterno in cui si possono salvare i file di dati. Le schede paziente possono essere lette/scritte mediante personal computer e laptop.

Dopo la selezione della voce di menu **Scheda Paziente** Fig. 3.112, il **riquadro operativo** dell'applicazione mostra una schermata del tipo illustrato in (vedere Fig. 3.113, Importa scheda paziente - sleep-safe, pagina 182).



Fig. 3.112 Voce di menu Scheda Paziente

Il menu **Scheda Paziente** contiene due schede, cioè:

Importa Scheda Paziente
per importare le schede paziente

Crea Scheda Paziente
per creare schede paziente.

La funzionalità di ogni scheda è la stessa indipendentemente dal sistema APD del paziente o della scheda paziente e viene descritta di conseguenza nelle sezioni seguenti.

3.14.1.2 Scheda Importa Scheda Paziente

Per poter importare una scheda paziente, è necessario selezionare la scheda **Importa Scheda Paziente** nella schermata **Scheda Paziente** (vedi Fig. 3.113).

Selezionare il pulsante per scegliere il percorso di ricerca per la scheda paziente oppure inserire direttamente il percorso di ricerca nel campo **Seleziona Cartella Scheda Paz.**

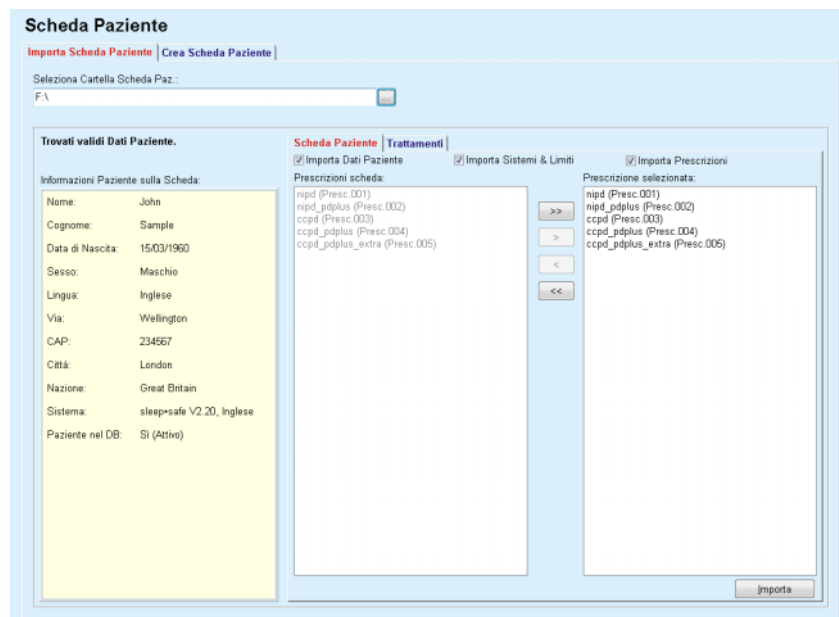


Fig. 3.113 Importa scheda paziente - sleep+safe

Se viene selezionata una cartella scheda paziente valida, i dati paziente della scheda vengono elencati nel pannello **Informazioni Paziente sulla Scheda** insieme al tipo di cyclor APD. Inoltre, i dati paziente vengono cercati nel database **PatientOnLine** e i risultati vengono elencati come Paziente nel DB: Sì/No.

A destra vi sono due sotto-schede:

Scheda Paziente

Trattamenti.

La sotto-scheda **Scheda Paziente** gestisce tutto il contenuto della scheda, tranne i protocolli di trattamento.

L'utente può selezionare quali dati importare mediante le seguenti caselle di selezione:

Importa Dati Paziente

Importa Sistema & Limiti

Importa Prescrizioni.

I dati paziente sono obbligatori.

Se la casella di selezione **Importa Prescrizioni** viene spuntata, si possono selezionare le prescrizioni della scheda per importarle. Soltanto le prescrizioni selezionate trasferite nell'elenco **Prescrizione selezionata** vengono importate insieme alle informazioni del paziente, il sistema PD e i limiti.

Si possono usare diversi pulsanti di navigazione (>>, >, <, <<) per spostare le prescrizioni da un elenco all'altro.



Suggerimento

Una volta che la prescrizione si trova nell'elenco a destra viene visualizzata in grigio, quindi, viene evitato che la prescrizione possa essere selezionata due volte.

Con il pulsante **Importa** si salva il contenuto della scheda paziente insieme alle prescrizioni selezionate nel database in due fasi.

Nella prima fase la scheda paziente (dati personali, sistema PD e limiti) e le prescrizioni selezionate vengono salvate direttamente se il paziente indicato sulla scheda è un paziente nuovo.

Se il paziente viene identificato nel database, viene visualizzata una finestra di conferma in cui viene chiesto se si desidera o meno aggiornare i dati del paziente. Il sistema APD e i limiti associati vengono aggiornati per tutti i dati del paziente. Lo stesso procedimento viene applicato per le prescrizioni. Al termine della prima fase, viene visualizzata una finestra riassuntiva.

Se la prescrizione selezionata è non valida rispetto al sistema PD del paziente importato/aggiornato, questa prescrizione non viene più importata.

Se una prescrizione selezionata non corrisponde ai limiti del sistema PD, la prescrizione viene salvata lo stesso, ma un messaggio di avviso informa l'utente di modificare i limiti associati in un secondo tempo.

Se una prescrizione selezionata si trova già nel database, viene emesso un messaggio di conferma per sovrascriverla.

Nella finestra di conferma per sovrascrivere, si può spuntare la casella di selezione **Applica a tutti**, quindi applicare la selezione a tutte le prescrizioni seguenti. Al termine viene visualizzata una finestra che contiene tutti i risultati di salvataggio.

Come risultato dell'operazione Importa Scheda Paziente, il paziente importato/aggiornato diventa il paziente attuale nel **riquadro paziente**.

Una scheda paziente valida dovrebbe contenere anche i protocolli di trattamento. Questi protocolli sono disponibili sulla scheda **Trattamenti**.

Per importare i protocolli di trattamento, si deve procedere nel modo seguente:

- Selezionare i protocolli di trattamento desiderati dall'elenco **Trattamenti scheda** mediante il mouse.
- Usare i pulsanti di navigazione (>>, >, <, <<) per spostare i trattamenti tra gli elenchi **Trattamenti scheda** e **Trattamenti selezionati**.



Suggerimento

Se diversi protocolli di trattamento devono essere importati contemporaneamente, si può procedere nel modo seguente.

- Tenere premuto il tasto Ctrl
 - Selezionare i trattamenti desiderati mediante il mouse.
-

- Se si devono cancellare i protocolli di trattamento dalla scheda paziente dopo il salvataggio, si deve spuntare la casella di selezione **Cancellare i files dei trattamenti importati dalla Scheda Paziente**;
- Selezionare il pulsante **Importa** per salvare i **Trattamenti selezionati** nel database (campo a destra).



Nota

Nel caso in cui esiste una cartella scheda paziente valida e il paziente indicato sulla scheda non viene trovato nel database (il pannello a sinistra visualizza Nessun Paziente nel DB), selezionando il pulsante **Importa** per i trattamenti verrà visualizzato un messaggio di avviso. Bisogna selezionare la scheda Scheda Paziente e importare prima il paziente.

Al termine del processo di importazione, viene visualizzata una finestra che contiene un sommario di tutti i protocolli di trattamento importati.

Se il percorso di ricerca non contiene una struttura valida per la scheda paziente, e vi è un paziente selezionato nel **riquadro paziente**, viene visualizzato un messaggio di avviso nella finestra attiva.

La ricerca dei trattamenti per il paziente selezionato deve essere confermata con **Ok**.

Verranno ricercati solo protocolli compatibili con l'attuale sistema PD del paziente.

Se si seleziona **Ok** e il percorso di ricerca contiene i protocolli di trattamento compatibili, viene visualizzata una finestra per l'importazione dei trattamenti, ma senza la sezione Dati del paziente.

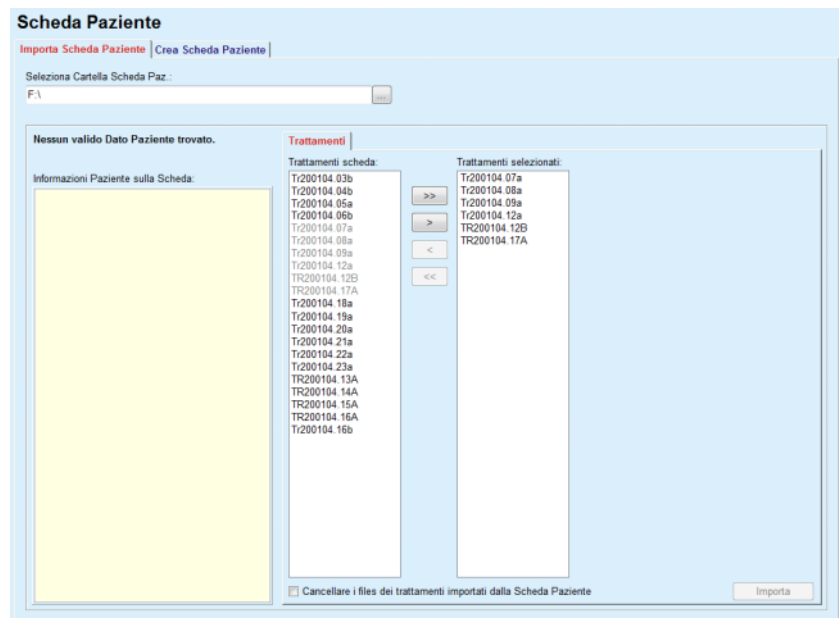


Fig. 3.114 Importare soltanto protocolli di trattamento - sleep·safe

Cliccando sul pulsante **Importa**, i protocolli di trattamento selezionati vengono allegati al paziente attuale.

Anche se la procedura normale è di lavorare con schede completamente valide, la funzionalità di cui sopra permette all'utente di importare protocolli di trattamento da un percorso di ricerca o cartella generici.

Indipendentemente dalla procedura di importazione, all'utente viene richiesto di confermare l'operazione di importazione se il numero di identificazione del paziente di uno dei file di protocollo si discosta dal numero di identificazione del paziente nel database **PatientOnLine**.

Ciò potrebbe accadere quando la scheda paziente è stata creata con un altro applicativo software o se sul cyclor vi era una scheda preimpostata in fabbrica.



Nota

Se la scheda paziente viene sostituita tra un passaggio e l'altro durante le procedure di importazione e sulla nuova scheda è presente un altro ID paziente, verrà visualizzato un messaggio di avviso. Cliccare su **Ok** per confermare e ricaricare le informazioni paziente.

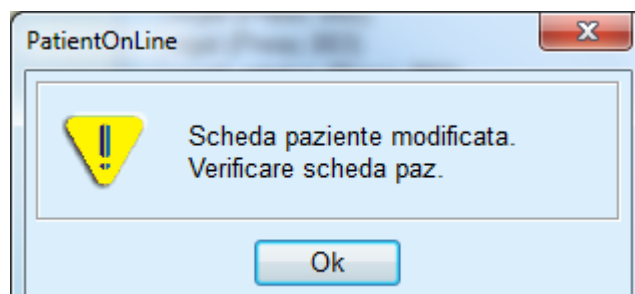


Fig. 3.115 Avviso all'importazione in caso di sostituzione della scheda

3.14.1.3 Scheda Crea Scheda Paziente

Per creare una nuova scheda paziente, si deve procedere nel modo seguente:

- Selezionare un paziente che ha un sistema APD come parte del sistema DP attuale
- Selezionare la scheda **Crea Scheda Paziente**.

Come risultato tutte le prescrizioni valide disponibili vengono visualizzate nell'elenco **Trattamenti scheda**.



Nota

Per i cyclor che supportano prescrizioni multiple, si possono scrivere al massimo 10 prescrizioni per la scheda paziente.

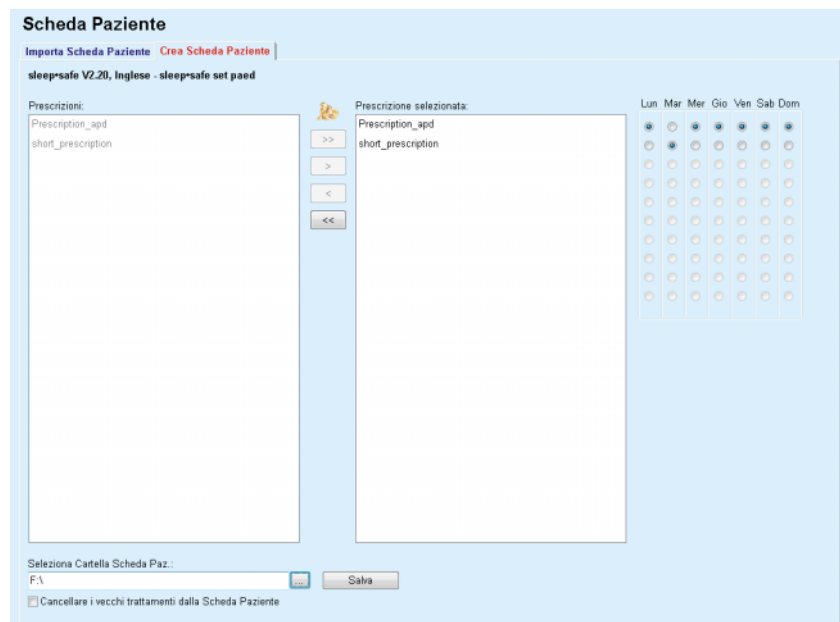


Fig. 3.116 Finestra Crea Scheda Paziente - *sleep-safe*



Nota

Le prescrizioni potrebbero diventare non valide rispetto al sistema PD attuale e/o ai limiti associati se si apportano modifiche ripetitive. In casi del genere, le prescrizioni non valide vengono visualizzate in rosso nell'elenco a sinistra e non possono essere selezionate per salvarle sulla scheda paziente.

- Selezionare le prescrizioni da scrivere sulla scheda paziente
- Specificare in quali giorni della settimana devono essere eseguite le prescrizioni, per mezzo dei pulsanti di selezione nel calendario a destra; inoltre vi è un modo rapido per impostare una prescrizione standard per tutti i giorni, facendo clic sul pulsante **Seleziona per tutta la settimana**, disponibile quando è selezionata una prescrizione nell'elenco **Prescrizione selezionata**.
- Inserire il percorso di ricerca della cartella della scheda paziente nel campo **Selezione Cartella Scheda Paz.** oppure fare clic sul pulsante .



Nota

Se la cartella specificata non esiste, viene visualizzata una finestra di conferma.

Cliccando sul pulsante **Si**, si può specificare una nuova cartella.

- Se si vuole liberare dello spazio sulla scheda, si deve spuntare la casella di selezione **Cancellare i vecchi trattamenti dalla Scheda Paziente** (vedere **Finestra Crea Scheda Paziente - sleep-safe**, pagina 186)
- Cliccare sul pulsante **Salva** per creare la scheda paziente.

Verranno cancellati tutti i relativi file dalla scheda. I file dei protocolli di trattamento verranno cancellati soltanto se la casella di selezione menzionata precedentemente è stata spuntata. Viene visualizzato un messaggio di avviso che l'utente deve confermare.

Viene creata la scheda paziente.

Tutte le informazioni salvate vengono rilette dalla scheda e visualizzate in una finestra di conferma.

The screenshot shows a window titled "Contenuto Scheda Paziente" with a scrollable list of patient data. The data is organized into three main sections: Demografica paziente, Regime Trattamento, and Limiti paziente. At the bottom, there are checkboxes for "Dettagli" and "Stampa", and buttons for "Conferma" and "Rifiuta". A status bar at the bottom indicates "Scorri fino al fondo della lista per abilitare il tasto Conferma".

Demografica paziente	
File Informazioni Paziente:	PTINFO.DAT
Data di creazione:	12/06/2017 15:52:02
ID Paziente:	2
Cognome:	Sample
Nome:	John
Secondo nome:	
Data di Nascita:	15/03/1960
Lingua:	Inglese
Sesso:	Maschio
Regime Trattamento	
Lunedì	Presc.001
Martedì	Presc.001
Mercoledì	Presc.001
Giovedì	Presc.001
Venerdì	Presc.001
Sabato	Presc.001
Domenica	Presc.001
Limiti paziente	
Tipo di Set:	sleep+safe set
Valore min. drenaggio:	85
Valore max. infusione:	100
Volume Sicurezza:	120
Ulteriore drenaggio:	si (no suono)
Ritarda allarme:	2
Livello modifica:	2
Codice di accesso:	4271

Fig. 3.117 Finestra Conferma scheda paziente - *sleep+safe*

- Per essere in grado di confermare il contenuto della scheda, l'utente deve fare clic sul pulsante **Conferma**, che è attivato solo se l'elenco viene scorso fino in fondo;
- Cliccare sul pulsante **Conferma** se le informazioni sono corrette.

Viene visualizzato un messaggio che informa l'utente sul successo dell'operazione.

Se è selezionata la casella di controllo **Stampa**, viene visualizzato un rapporto pronto per la stampa con il contenuto della scheda che è appena stata scritta.



Nota

Se si seleziona il pulsante **Rifiuta**, vengono cancellate tutte le informazioni scritte nella cartella della scheda paziente.

3.14.2 Patient Card Plus

La voce di menu **Patient Card Plus** è il supporto di comunicazione tra l'applicazione **PatientOnLine** e un dispositivo **sleep•safe harmony** o **SILENCIA**, permettendo di esportare prescrizioni nel cycler e di importare protocolli di trattamento nell'applicazione. La comunicazione viene effettuata mediante una chip-card paziente che è un dispositivo di memoria esterno in cui si possono salvare i dati. Le schede paziente possono essere lette/scritte mediante personal computer e laptop.



Fig. 3.118 Voce di menu Patient Card Plus

Il menu Scheda Paziente contiene due schede, cioè:

- **Importare Patient Card Plus** per importare le schede dei pazienti;
- **Creare Patient Card Plus** per creare le schede dei pazienti;

Dopo la selezione della voce di menu Patient Card Plus, il **riquadro operativo** dell'applicazione visualizza uno schermo come illustrato sotto.

3.14.2.1 Importare Patient Card Plus

Il menu è simile all'**Importa Scheda Paziente**, ma contiene inoltre un controllo grafico che visualizza lo stato della scheda (inserita nel lettore oppure no).

Dopo l'inserimento di una scheda valida, viene visualizzato il contenuto della scheda:

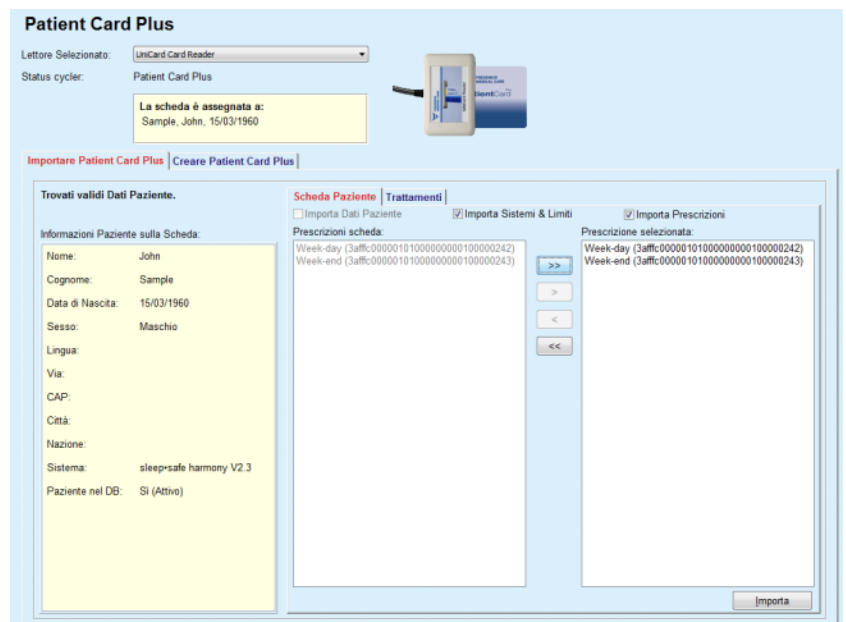


Fig. 3.119 Patient Card Plus - Importa dati

È possibile verificare le tipologie dei dati da importare (incluso l'elenco delle prescrizioni) e poi fare clic sulla scheda **Importa**.

Con il pulsante **Importa** si salva il contenuto della scheda paziente insieme alle prescrizioni selezionate nel database in due fasi.

Nella prima fase la scheda paziente (dati personali, sistema e limiti) e le prescrizioni selezionate vengono salvate direttamente se il paziente indicato sulla scheda è un paziente nuovo.

Se il paziente viene identificato nel database, viene visualizzata una finestra di conferma in cui viene chiesto se si desidera o meno aggiornare i dati del paziente. A seconda del contenuto della scheda, il sistema **sleep•safe harmony** o **SILENCIA** e i suoi limiti associati vengono aggiornati insieme ai dati paziente.

Lo stesso procedimento viene applicato per le prescrizioni. Al termine della prima fase, viene visualizzata una finestra riassuntiva.

Se la prescrizione selezionata è non valida rispetto al sistema PD del paziente importato/aggiornato, questa prescrizione non viene più importata. Se una prescrizione selezionata si trova già nel database, viene emesso un messaggio di conferma per sovrascriverla.

Come risultato dell'operazione **Importa Scheda Paziente**, il paziente importato/aggiornato diventa il paziente attuale nel **riquadro paziente**.

Una scheda paziente valida dovrebbe contenere anche i protocolli di trattamento. Questi protocolli sono disponibili sulla scheda **Trattamenti**.

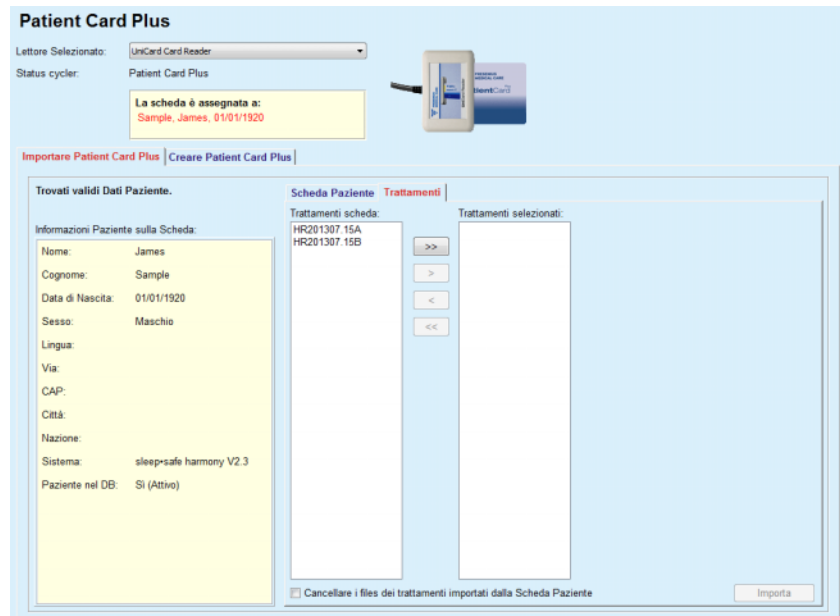


Fig. 3.120 Patient Card Plus - Importa trattamenti

Selezionare i trattamenti desiderati e fare poi clic sul pulsante **Importa** per memorizzare i **Trattamenti selezionati** nel database.



Nota

Se si devono cancellare i protocolli di trattamento dalla scheda paziente dopo il salvataggio, si deve spuntare la casella di selezione **Cancellare i files dei trattamenti importati dalla Scheda Paziente** (Scheda Paziente);

Al termine del processo di importazione, viene visualizzata una finestra che contiene un sommario di tutti i protocolli di trattamento importati.



Nota

Nel caso in cui esiste una cartella scheda paziente valida e il paziente indicato sulla scheda non viene trovato nel database (il pannello a sinistra visualizza Nessun Paziente nel DB), selezionando il pulsante **Importa** per i trattamenti verrà visualizzato un messaggio di avviso. È necessario selezionare la scheda **Patient Card Plus** e importare prima il paziente.

3.14.2.2 Creare Patient Card Plus

Per creare una nuova scheda paziente, si deve procedere nel modo seguente:

- Selezionare un paziente che abbia un sistema **sleep•safe harmony** o **SILENCIA** come parte del sistema PD attuale;
- Selezionare la scheda **Creare Patient Card Plus**

Come risultato tutte le prescrizioni valide disponibili vengono visualizzate nell'elenco **Trattamenti scheda**.

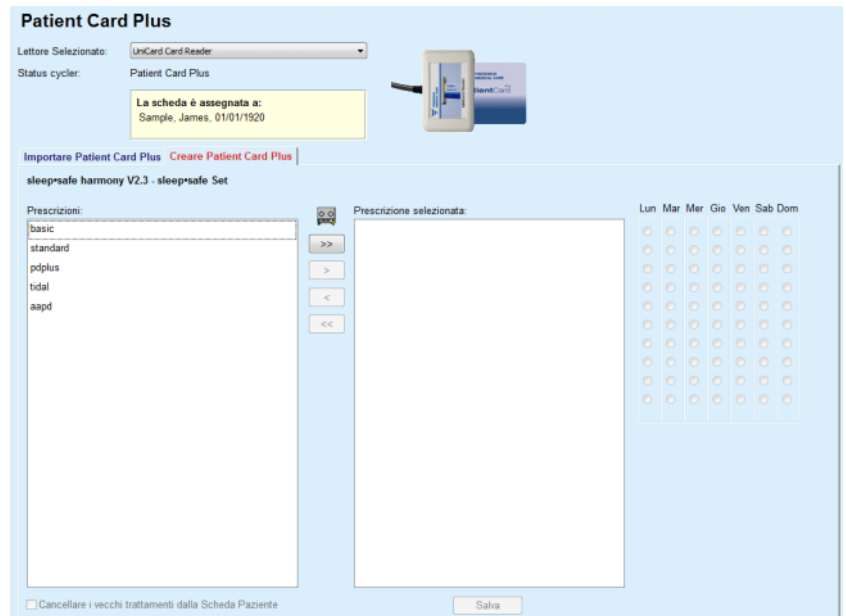


Fig. 3.121 Creare Patient Card Plus



Nota

È possibile scrivere fino a un massimo di 9 prescrizioni sulla scheda **sleep•safe harmony** o **SILENCIA**.

- Selezionare le prescrizioni da scrivere sulla scheda paziente
- Specificare in quali giorni della settimana devono essere eseguite le prescrizioni, per mezzo dei pulsanti di selezione nel calendario a destra; inoltre vi è un modo rapido per impostare una prescrizione standard per tutti i giorni, facendo clic sul pulsante **Seleziona per tutta la settimana**, disponibile quando è selezionata una prescrizione nell'elenco **Prescrizione selezionata**.
- Sia il cyclers **sleep•safe harmony** che il cyclers **SILENCIA** richiedono che una delle prescrizioni sia dichiarata come prescrizione standard. Una prescrizione standard è usata invece di una prescrizione programmata che è stata eliminata sul cyclers. La prima prescrizione nell'elenco **Prescrizione selezionata** è impostata automaticamente come standard (il nome è in grassetto), ma è possibile impostare esplicitamente questo attributo facendo clic con il tasto destro su una prescrizione e scegliendo l'opzione **Impostare come prescrizione di default**.
- Se si vuole liberare dello spazio sulla scheda, si deve spuntare la casella di selezione **Cancellare i vecchi trattamenti dalla Scheda Paziente** (Scheda Paziente)



Nota

Se la scheda paziente è reinizializzata con un nuovo paziente, questa casella di spunta è selezionata automaticamente e non può essere de-selezionata. Questo per evitare che i protocolli di trattamento per un paziente siano assegnati ad un altro paziente.

- Cliccare sul pulsante **Salva** per creare la scheda paziente.

Verranno cancellati tutti i relativi file dalla scheda. I file dei protocolli di trattamento verranno cancellati soltanto se la casella di selezione menzionata precedentemente è stata spuntata. Viene visualizzato un messaggio di avviso che l'utente deve confermare.



Nota

Le prescrizioni potrebbero diventare non valide rispetto al sistema PD attuale e/o ai limiti associati se si apportano modifiche ripetitive. In casi del genere, le prescrizioni non valide vengono visualizzate in rosso nell'elenco a sinistra e non possono essere selezionate per salvarle sulla scheda paziente.

Viene creata la scheda paziente.

Tutte le informazioni salvate vengono rilette dalla scheda e visualizzate in una finestra di conferma.

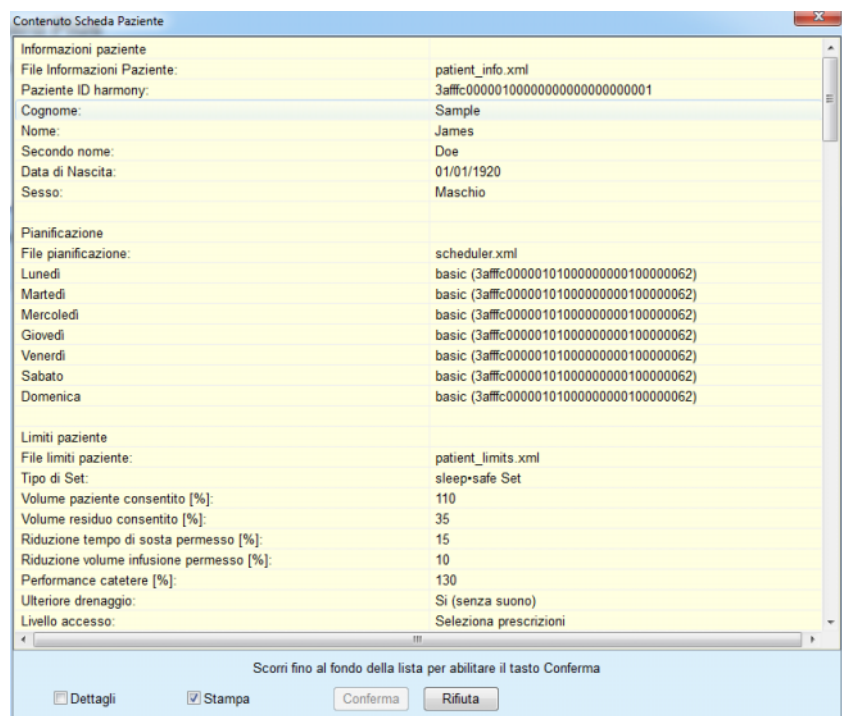


Fig. 3.122 Contenuto Scheda Paziente

- Per essere in grado di confermare il contenuto della scheda, l'utente deve fare clic sul pulsante **Conferma**, che è attivato solo se l'elenco viene scorso fino in fondo;

➤ Cliccare sul pulsante **Conferma** se le informazioni sono corrette.

Viene visualizzato un messaggio che informa l'utente sul successo dell'operazione.

Se è selezionata la casella di controllo **Stampa**, viene visualizzato un rapporto pronto per la stampa con il contenuto della scheda che è appena stata scritta.



Nota

Se si seleziona il pulsante **Rifiuta**, vengono cancellate tutte le informazioni scritte nella scheda paziente.

3.14.3 BCM Card

3.14.3.1 Note generali

Il menu BCM Card fornisce un supporto comunicativo tra **PatientOnLine** e il dispositivo **Body Composition Monitor** (dispositivo BCM). La comunicazione è effettuata per mezzo di una chip-card che memorizza l'identità e le misurazioni BCM del paziente. Esistono tre tipi di chip card attualmente supportati da PatientOnLine: BCM Card, scheda 5008 e Patient Card Plus. L'identità del paziente può essere scritta sulla chip-card dal menu **BCM Card**. I valori delle misurazioni BCM sono salvati sulla chip-card dal dispositivo BCM e possono essere successivamente importati dal menu **BCM Card**. Per poter leggere/scrivere la chip-card, un lettore di schede compatibile deve essere connesso al computer o laptop. Esistono vari tipi di lettori di schede attualmente supportati da PatientOnLine: OMNIKEY 3121, SCR 3311 e UniCard Reader.

Dopo aver selezionato la voce di menu della **BCM Card**, il riquadro operativo dell'applicazione mostrerà la finestra della **BCM Card** illustrata nella Fig. 3.123, a condizione che non sia selezionato alcun paziente nel riquadro paziente e non sia inserita alcuna BCM Card nel lettore di schede.



Fig. 3.123 Voce di menu BCM Card

Il dispositivo di lettura schede selezionato, il suo status e lo status della BCM Card sono visualizzati nella parte superiore della finestra **BCM Card**.

Nella parte inferiore del menu **BCM Card** vi sono tre schede, vale a dire:

Personalizzare BCM Card per creare le card BCM;

Importa BCM Card per importare l'identità e le misurazioni del paziente dalla card;

Cancella BCM Card per cancellare le card BCM.

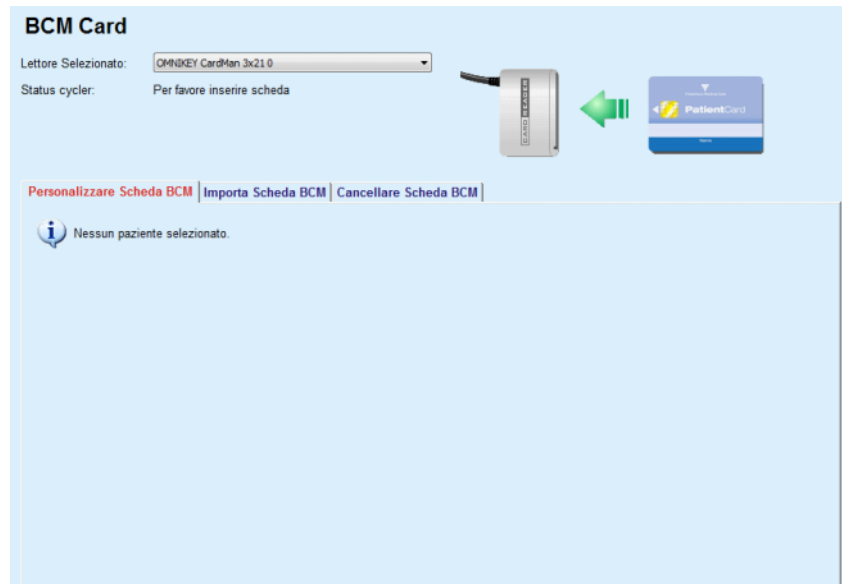


Fig. 3.124 Finestra BCM Card

La funzionalità di ogni pagina della scheda e della regione del selettore del lettore di schede saranno descritte di conseguenza nelle sezioni seguenti.

3.14.3.2 Status della BCM Card

Entrando nella **BCM Card**, il primo lettore di schede nell'elenco di tutti i lettori di schede collegati sarà selezionato e monitorato automaticamente. Il lettore di schede corrente può essere cambiato dall'elenco a tendina **Lettore Selezionato**.

La regione del lettore di schede mostra lo status del dispositivo di lettura delle schede e della scheda in formato sia di testo sia grafico.

Questa sezione descrive il possibile stato. Se viene riconosciuta una scheda valida, viene visualizzato il tipo di scheda. Nel caso in cui l'identità del paziente non sia nella scheda, o il paziente non possa essere identificato nel database, la scheda BCM deve essere personalizzata. La descrizione dello stato può anche indicare un errore di connessione del dispositivo, un lettore di schede sconosciuto o uno stato sconosciuto.

La regione dello status della scheda visualizza anche le informazioni del paziente lette nella scheda (cognome, nome e data di nascita) in testo nero o rosso. Il colore del testo è rosso quando l'identità BCM risulta mancante o corrotta, o quando il paziente di **PatientOnLine** selezionato non è lo stesso di quello sulla scheda.

Quando è disponibile una BCM Card con l'identità, i dati del paziente sono ricercati nel database di **PatientOnLine**. Se viene trovato un paziente con lo stesso nome, data di nascita e sesso, il paziente dalla scheda viene selezionato automaticamente come corrente nel **riquadro paziente**.

Se nel database vengono trovati più pazienti, viene visualizzata una finestra **Selezione Pazienti**, che consente all'utente di selezionare un solo paziente tra i possibili pazienti.

Premere il pulsante **OK** per impostare il paziente selezionato come paziente corrente.

3.14.3.3 Personalizzare Scheda BCM

La scheda **Personalizzare BCM Card** consente all'utente di scrivere l'identità del paziente (cognome, nome e data di nascita) e i Dati Ingresso BCM sulla chip card.

Fig. 3.125 Scheda Personalizza scheda BCM

Le azioni possibili durante la personalizzazione di una scheda sono:

- **Salva i dati medici sulla card ed assegnata al paziente prescelto**, che sovrascrive esclusivamente i dati di immissione e preserva gli altri dati sanitari esistenti;
- **Cancellare tutti i dati dalla Scheda e assegnare la Scheda al paziente attuale**, che cancella prima tutti i contenuti della scheda e in seguito scrive l'identità e i dati di immissione.

Le due azioni non sono sempre disponibili. Quando il paziente corrente non è uguale al paziente sulla scheda o la scheda è corrotta o sconosciuta, non è permesso preservare i dati sanitari sulla scheda. L'azione raccomandata viene automaticamente verificata. Quando disponibile, l'utente può modificare l'azione raccomandata.

Inserire dati:

- si riferiscono a sesso, età, peso, altezza, pressione arteriosa sistolica media e pressione arteriosa diastolica media del paziente. Peso e altezza sono obbligatori, mentre i valori medi di pressione arteriosa sono facoltativi (possono essere lasciati vuoti).

I valori di pressione arteriosa media sono calcolati nell'arco delle ultime 4 settimane. Se i valori di pressione mancano, sono visualizzati gli ultimi valori medi scritti sulla scheda. Peso e altezza sono rispettivamente gli ultimi valori di peso e altezza inseriti in **PatientOnLine** (attraverso i menu **Metodi di Valutazione** o **Quality Assurance** o **BCM Card**).

L'utente può modificare i dati inseriti. Se viene premuto il pulsante **Ripristina Parametri Paziente** sono visualizzati i valori originali inseriti dal database.

Il pulsante **Personalizzare Card** scrive l'identità e i dati di inserimento sulla scheda, a seconda dell'azione selezionata.

Se è selezionata l'opzione **Cancellare tutti i dati dalla Scheda e assegnare la Scheda al paziente attuale**, l'intero contenuto della card verrà cancellato. Verrà visualizzato un messaggio di avviso che l'utente deve confermare.

Il dispositivo BCM è in grado di visualizzare solo un numero limitato di caratteri. Nel caso in cui il nome paziente contenga caratteri non supportati, verrà emesso un messaggio di avviso.

È necessario specificare/confermare un nome visualizzato da scrivere sulla card. Se in precedenza veniva visualizzato un nome per questo paziente, quel nome verrà proposto automaticamente per la conferma.



Nota

La patient card non deve essere rimossa dal lettore di schede durante le operazioni di lettura/scrittura. La rimozione della patient card durante la lettura/scrittura può danneggiare i dati della scheda, rendendola non valida.

3.14.3.4 Scheda Importa BCM Card

Dalla scheda **Importa BCM Card** l'utente può importare l'ID paziente e le misurazioni BCM da una BCM Card.

I dati del paziente dalla scheda saranno elencati nel pannello **Informazioni paziente sulla card** Inoltre, i dati paziente vengono ricercati nel database **PatientOnLine** e i risultati vengono elencati come Paziente nel DB: Sì/No.

Se il paziente sulla scheda non esiste nel database di **PatientOnLine** per quanto riguarda cognome, nome, data di nascita e sesso, l'utente può importare i dati del paziente premendo il pulsante **Importa Paziente** Il paziente importato diventerà quello corrente nel **riquadro paziente**. Poiché alcune BCM card possono non avere l'informazione sul sesso, è disponibile un selettore per il sesso.

Le misurazioni BCM non possono essere importate finché non è importata l'identità del paziente.

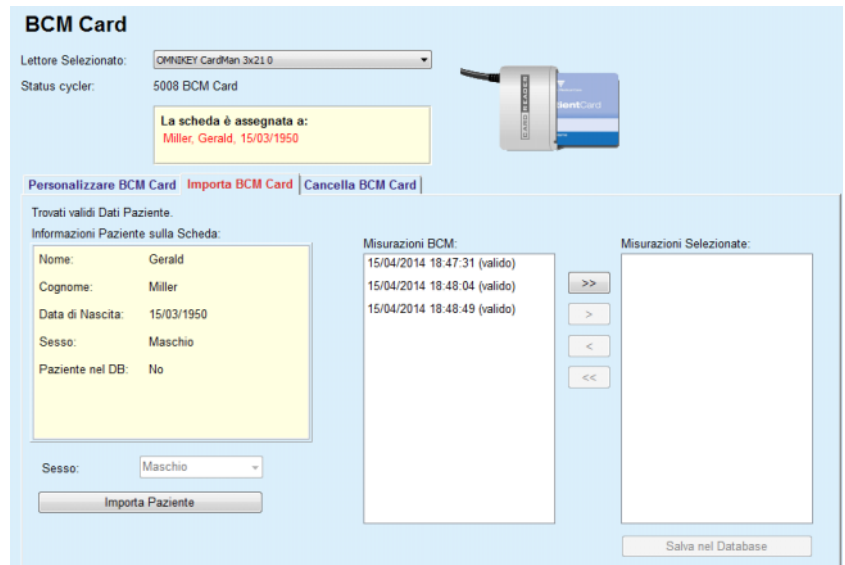


Fig. 3.126 Importa Paziente BCM

Se il paziente presente su una card esiste già nel database **PatientOnLine**, la regione di importazione del paziente (casella a tendina **Sesso** e il pulsante **Importa Paziente**) non saranno visibili.

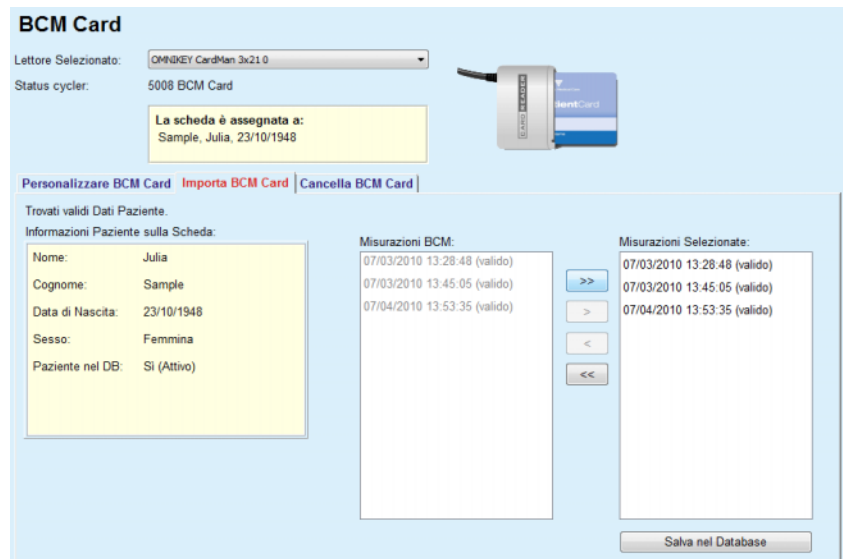


Fig. 3.127 Importa Misurazioni BCM

Le **Misurazioni BCM** sulla scheda possono essere selezionate per essere importate. Saranno importate esclusivamente le misurazioni selezionate trasferite nell'elenco **Misurazioni Selezionate**. Le misurazioni corrotte sono contrassegnate come non valide e non possono essere selezionate per l'importazione.



Suggerimento

Una volta che la misurazione BCM si trova nell'elenco a destra viene visualizzata in grigio; in questo modo, viene evitato che la misurazione BCM possa essere selezionata due volte.

Si possono usare diversi pulsanti per spostare le misurazioni da un elenco all'altro.

Il pulsante **Salva nel Database** importa le misurazioni BCM selezionate nel database.



Nota

La patient card non deve essere rimossa dal lettore di schede durante le operazioni di lettura/scrittura. La rimozione della patient card durante la lettura/scrittura può danneggiare i dati della scheda, rendendola non valida.

3.14.3.5 Cancellare Scheda BCM

La scheda **Cancella BCM Card** consente all'utente di cancellare i dati da una BCM Card.

La cancellazione della BCM card è eseguita premendo il pulsante **Cancellare Card**. Tutti i dati sanitari presenti sulla scheda saranno persi, compresa l'identità del paziente.

3.14.4 Dati Scambio

Il menu **Dati Scambio** è il supporto di comunicazione tra **PatientOnLine** e altri applicativi software e permette di importare e/o esportare i dati.

Dopo aver selezionato la voce di menu **Dati Scambio**, il riquadro operativo dell'applicazione mostrerà la finestra Dati Scambio illustrata (vedere **Importa da altre applicazioni**, pagina 200).



Fig. 3.128 Voce di menu Scambio dati

La finestra Dati scambio è organizzata in svariate schede:

- **Database Esterno** - Questa scheda è visibile solo quando **PatientOnLine client-server** è collegato ad un sistema esterno di gestione del database (**EDBMS**).
- **Importa da altre applicazioni**
- **Esporta in un'altra applicazione**

3.14.4.1 Database esterno

Questa scheda è visibile solo quando **PatientOnLine client-server** è collegato ad un sistema esterno di gestione del database (**EDBMS**). Contiene un diario di tutte le operazioni di importazione/esportazione da/a EDBMS e gli stessi comandi (disponibili come collegamenti cliccabili) che sono disponibili nel riquadro paziente:

- Importa tutti i pazienti
- Esporta tutti i pazienti
- Importa paziente attuale
- Esporta il paziente attuale

Data	Reset	Tempo risposta	Versione	Nota
8.3.1 Dati Personali Paziente	19/04/2017 10:03:57	19/04/2017 10:03:59	1.1	
8.3.2 Peso Paziente	19/04/2017 10:03:57	19/04/2017 10:03:59	1.1	
8.3.3 Altezza Paziente	19/04/2017 10:03:57	19/04/2017 10:03:59	1.1	
8.3.4 Pressione Sanguigna Pts	19/04/2017 10:03:57	19/04/2017 10:03:59	1.1	
8.3.5 Diagnosi	19/04/2017 10:03:57	19/04/2017 10:04:00	1.1	
8.3.6 Allergie Paziente	19/04/2017 10:03:57	19/04/2017 10:04:00	1.1	
8.3.7 Amputazione	19/04/2017 10:03:57	19/04/2017 10:04:00	1.1	

Fig. 3.129 Scambio dati con database esterno - Paziente attuale

Trasferimento Dati Log include due schede: **Paziente Attuale** e **Dati base**. I dati sono filtrati in base alla data dal controllo calendario **Data**.

La scheda **Paziente Attuale** visualizza le operazioni di importazione/esportazione per il paziente corrente, organizzate in categorie di dati. Le operazioni di importazione sono numerate come 8.3* e quelle di esportazione come 8.4*. Sono visualizzati l'ora in cui è stata fatta la richiesta all'**EDBMS** e l'ora in cui è stata ricevuta la risposta dall'**EDBMS**.



Nota

Le categorie di operazioni di importazione/esportazione dipendono dall'**EDBMS** e dalle configurazioni del server.

La scheda **Dati base** visualizza una registrazione dell'importazione dei dati indipendente dal paziente, come l'identificazione EDBMS, l'elenco pazienti e le impostazioni QA. Le categorie dei dati base sono numerate in base alla descrizione in 8.2.*.

I 4 pulsanti di collegamento eseguono le operazioni di importazione/esportazione per il paziente corrente o per tutti i pazienti. Come standard un'operazione completa di importazione/esportazione avviene ogni qualvolta il server viene riavviato. Generalmente il server è programmato per riavviarsi automaticamente ogni notte, per cui i dati di **PatientOnLine** sono automaticamente sincronizzati ogni giorno con **EDBMS**. Tuttavia i 4 pulsanti di collegamento consentono di eseguire le operazioni di importazione/esportazione in qualsiasi momento.

A seconda delle configurazioni del server e di EDBMS, alcune opzioni possono non essere disponibili. Per esempio, se il server è configurato in modo che tutti i dati medici siano modificabili in **PatientOnLine**, i pulsanti di collegamento saranno così:

Indipendentemente dalla configurazione del server, l'arruolamento dei pazienti e la modifica dei dati dei pazienti possono essere eseguiti solo a livello di EDBMS.

Dopo aver premuto un pulsante di collegamento, compare un messaggio di conferma che informa sull'inizio dell'operazione:

In breve tempo, le schede del registro **Trasferimento dati** saranno aggiornate con le nuove operazioni di importazione/esportazione che sono state innescate dai pulsanti di collegamento.

3.14.4.2 Scheda Importa da altre applicazioni

La scheda **Importa da altre applicazioni** permette all'utente di importare direttamente i dati da altri database di applicazione Fresenius, inclusi quelli da un'altra applicazione PatientOnLine. A seconda della gamma di prodotti selezionata, le seguenti applicazioni saranno disponibili in schede separate:

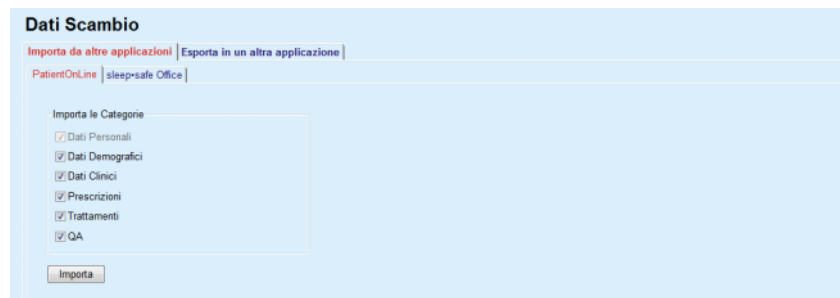


Fig. 3.130 Importa da altre applicazioni

PatientOnLine

Questa opzione permette all'utente di importare dati da un'altra applicazione di **PatientOnLine**. Questa funzione è molto utile per gestire i dati tra due istanze del **PatientOnLine**. L'operazione di importazione è orientata su file sulla base di un formato di file proprietario e il file è criptato. Il nome di tali file contiene il suffisso **POL** e un time stamp, per una rapida identificazione.

Per importare i dati da un'altra applicazione del PatientOnLine, si deve procedere nel modo seguente:

- Selezionare la scheda **Importa da altre applicazioni** da **Comunicazione/Scambio dati**;
- Selezionare la categoria di importazione desiderata dall'elenco **Importa le Categorie**

Sono disponibili le seguenti categorie:

- **Dati Demografici**
- **Dati Clinici**
- **Prescrizioni**
- **Trattamenti**
- **QA.**



Suggerimento

Come standard, quando si seleziona la scheda **Importa da altre applicazioni/PatientOnLine** per la prima volta, vengono selezionate tutte le categorie di importazione. I dati personali di base dei pazienti vengono **sempre** selezionati.

- Cliccare sul pulsante **Importa**

Si apre una finestra di dialogo **Apri** simile a quelle in Windows che permette la navigazione alla posizione di salvataggio e la selezione dei file di dati da importare.



Suggerimento

Come standard, la finestra di dialogo **Apri** si trova nella cartella **Dati Scambio**.

- Fare clic sul pulsante **Apri**.

Se un paziente viene trovato nel database **PatientOnLine**, viene visualizzata una finestra di conferma che chiede all'utente se desidera sovrascrivere i dati del paziente.



Nota

Se i dati di un paziente vengono sovrascritti, mediante l'importazione di un file dati, questi potrebbero modificare i dati associati al paziente.



Suggerimento

Spuntando la casella di selezione **Applica a tutti**, il sistema applica la selezione a tutti i pazienti successivi una volta cliccato il pulsante **Sì** e/o **No**.

Cliccando sul pulsante **Annulla**, viene annullata l'intera operazione di importazione incluse le selezioni precedenti.

Durante l'importazione, una barra di avanzamento indica lo stato dell'operazione in corso.

Al termine dell'importazione, viene visualizzata una finestra pop-up **Importa Risultati**, che riassume i dati personali del paziente e il numero delle voci importate per ogni categoria di dati. Il testo nella finestra può essere salvato in un file di testo mediante il pulsante **Esporta come Testo**. Se non si è importato alcun paziente, viene visualizzato il messaggio **Nessun Paziente Importato**.

Se nel database **PatientOnLine** viene trovato un paziente proveniente dal file esterno, viene visualizzata una finestra di conferma che chiede all'utente se desidera sovrascrivere i dati del paziente. Spuntando la casella di selezione **Applica a tutti**, il sistema applica la selezione a tutti i pazienti successivi una volta cliccato il pulsante **Sì** e/o **No**.

Cliccando sul pulsante **Annulla**, viene annullata l'intera operazione di importazione incluse le selezioni precedenti.

Durante l'importazione, una barra di avanzamento indica lo stato dell'operazione in corso. Invece del pulsante **Importa**, è disponibile il pulsante **Annulla** con il quale si può interrompere l'operazione di importazione in qualsiasi momento.

Al termine dell'operazione di importazione, viene visualizzata una finestra riassuntiva che descrive lo stato di ciascun paziente importato. Per una rapida identificazione sono elencati anche il nome e la data di nascita dei pazienti. Il testo dentro la finestra può essere salvato in un file di testo mediante il pulsante **Esporta come Testo**.

3.14.4.3 Scheda Esporta in un'altra applicazione

L'opzione **Esporta in un'altra applicazione** è una funzione molto utile di **PatientOnLine**, che aumenta la flessibilità dell'applicazione e rafforza il suo carattere aperto. Questa opzione è orientata al file e consente all'utente di esportare i dati da **PatientOnLine**:

- ad un'altra applicazione **PatientOnLine** usando un formato file apposito. Come impostazione standard questo file è salvato in una cartella predefinita - Dati Scambio. Questo file si trova nel percorso:

%SystemDrive%:\Users\\My Documents\PatientOnLine\Data Exchange

in cui **<Utente>** è il nome dell'utente Windows attuale e **%SystemDrive%** è il drive in cui è installato il sistema operativo (di solito C:);

e/o

- ad un altro applicativo software usando il formato XML. Il file di dati XML risultate è auto-descrittivo. Come standard il file di dati generato è salvato nella cartella **Dati Scambio** menzionata precedentemente.

In entrambi i casi, i file di dati generato può essere salvato in qualsiasi posto specificato dall'utente.

Inoltre, questi file di dati generati hanno nomi standard, come **POL_20190620_120642** o **POL_20190620_120642.xml**. Il nome del file contiene un time stamp per consentirne l'identificazione rapida.

Selezionando **Comunicazione/Scambio dati/Esporta**, verrà visualizzata la finestra illustrata nella Fig. 3.131.



Fig. 3.131 Finestra della scheda Esporta

Per esportare dati dall'applicazione **PatientOnLine**, procedere nel modo seguente:

- Selezionare la scheda **Esporta**
- Selezionare il paziente spuntando la casella di selezione corrispondente.



Suggerimento

Cliccando sui pulsanti **Selez. Tutto** o **Annulla Tutto**, si possono selezionare/deselezionare tutti i pazienti in modo rapido.



Suggerimento

Come standard, quando si seleziona l'opzione Esporta per la prima volta, vengono selezionati tutti i pazienti presenti nel gruppo.



Suggerimento

L'elenco Gruppo Paziente visualizza il nome e la data di nascita di ciascun paziente nel database dell'applicazione per facilitare l'identificazione.

- Selezionare le categorie di esportazione;

Dati Demografici

Dati Clinici

Prescrizioni

Trattamenti

QA.



Suggerimento

Come standard, quando si seleziona l'opzione Esporta per la prima volta, vengono selezionate tutte le categorie di esportazione. I dati personali di base dei pazienti vengono **sempre** esportati.



Suggerimento

I trattamenti vengono esportati in un formato binario a un'altra applicazione **PatientOnLine**.

- Selezionare un formato di esportazione nel campo **Esporta a. PatientOnLine (Formato criptato)**

o

Altre applicazioni (formato XML)

- Fare clic sul pulsante **Esporta**.

L'operazione di esportazione è avviata, l'avanzamento dell'operazione viene visualizzato.

Se l'operazione di esportazione è eseguita con successo, viene emesso un messaggio di conferma che indica la posizione (percorso di ricerca completo) del file di dati generato.



Nota

Se l'operazione di esportazione fallisce, viene emesso un segnale di avviso che indica la causa del fallimento.



Nota

Se il Gruppo Paziente è vuoto, non viene eseguita alcuna esportazione, di conseguenza non viene generato alcun file di dati e viene emesso un messaggio di avviso.



Nota

Oltre ai dati del paziente, vengono aggiunti l'elenco Ospedale e l'elenco Staff alla fine del file XML, che contiene tutti gli Ospedali e tutto lo Staff associati al Lotto Paziente selezionato mediante episodi di ospedalizzazione.



Nota

Vengono esportati anche tutti gli elenchi clinici, con testo di descrizione nella lingua corrente di **PatientOnLine**.



Nota

È possibile esportare dati anonimi da **PatientOnLine** con riferimento ai nomi dei pazienti (sono esportate solo le iniziali) e alla data di nascita (è esportato solo l'anno). Anche gli indirizzi del paziente, le informazioni di contatto e il PIN non sono esportati.

Per fare questo, selezionare semplicemente la casella di spunta **Rendi anonimo** nella finestra **Esporta un'altra applicazione**.

3.14.4.4 Connected Home

Questa scheda è visibile solo quando il client-server **PatientOnLine** è collegato a un cloud di trattamento DP remoto (genericamente chiamato **Connected Home**). La scheda contiene un diario di tutte le operazioni di importazione/esportazione da/per **Connected Home** e il comando (disponibile come link cliccabile) per l'importazione dei dati del paziente.



Nota

Solo gli utenti che hanno il diritto di accesso a **Connected Home** possono accedere alla scheda **Connected Home**.

Il concetto di Connected Home è dedicato ai pazienti in dialisi domiciliare che sono sottoposti a terapie con CAPD o APD. Nel PatientOnLine sono presenti entità dati chiare, come:

- Protocolli di trattamento CAPD (vedere capitolo 3.12.3.2, pagina 129)
- Protocolli di trattamento APD per protocolli di trattamento di **sleep-safe harmony** (vedere capitolo 3.12.2.3, pagina 109)
- Misurazione pressione arteriosa (vedere capitolo 3.11.4.3, pagina 76)
- Immagini dell'Exit Site (vedere capitolo 3.11.3.3, pagina 67)

Per i pazienti APD, un dispositivo speciale situato presso il loro domicilio può leggere la scheda paziente, comprimere e crittografare i protocolli di trattamento dalla scheda paziente e inviare i dati al cloud **Connected Home**.

I dati sono criptati dal gateway e possono essere decriptati solo da **PatientOnLine** presso la clinica. L'algoritmo di crittografia si basa sulla cosiddetta crittografia asimmetrica (chiave pubblica). L'applicazione **PatientOnLine** della clinica genera una coppia di chiavi di cifratura (una pubblica e una privata). La chiave pubblica viene inviata al cloud **Connected Home** che a sua volta la invia al gateway situato a casa del paziente. La chiave pubblica permette solo di crittografare i dati, mentre la decifratura è possibile solo utilizzando la chiave privata, che si trova in **PatientOnLine** presso la clinica.

Ogni clinica ha chiavi di decifratura distinte. Ciò significa che nessuno al di fuori della clinica in cui è installato **PatientOnLine** può decriptare i file trasferiti. Da questo punto di vista, il cloud **Connected Home** è un semplice archivio di file, e nessuna entità a livello di cloud può decriptare i file.

Un paziente deve essere iscritto a **Connected Home** prima di poter effettuare qualsiasi comunicazione. Un paziente arruolato può essere rimosso da Connected Home in qualsiasi momento. Per i dettagli sulle operazioni di arruolamento e di rimozione del paziente (vedere capitolo 3.15.4.10, pagina 230). Anche la clinica deve essere registrata in **Connected Home**.

PatientOnLine interroga periodicamente il cloud **Connected Home**, richiedendo un elenco dei file crittografati disponibili. Se il cloud fornisce tale elenco, segue una sequenza di operazioni di lettura (download). Una volta che un file è stato letto con successo dal cloud, il rispettivo file non verrà più scaricato, a meno che ciò non sia esplicitamente richiesto. Nella comunicazione tra **PatientOnLine** e **Connected Home** vengono considerati solo i pazienti arruolati.

Il menu **Connected Home** presenta due schede: **Paziente Attuale** e **Dati base**. I dati sono filtrati in base alla data del calendario. Per impostazione predefinita, il calendario è impostato sulla data corrente.

Il link **Importa tutti i pazienti** attiva un'operazione di importazione completa di tutti i file disponibili per tutti i pazienti arruolati.

La scheda **Paziente Attuale** visualizza le operazioni di comunicazione per il paziente corrente, organizzate in categorie di dati. Le operazioni sono numerate come 8.2.* e possono essere arruolamento del paziente, rimozione del paziente, leggi file e cancella file. Sono visualizzate l'ora in cui è stata fatta la richiesta a **Connected Home** e l'ora in cui è stata ricevuta la risposta da **Connected Home**. La colonna **Nota** può contenere messaggi di errore o di avvertimento nel caso in cui la rispettiva operazione non sia andata a buon fine.

The screenshot shows the 'Dati Scambio' (Data Exchange) interface. At the top, there are navigation links: 'Database Esterno', 'Connected Home', 'Importa da altre applicazioni', and 'Esporta in un'altra applicazione'. Below these is a button 'Importa tutti i pazienti' and a date filter set to '23/03/2020'. The main content area has two tabs: 'Paziente Attuale' (selected) and 'Dati base'. A table displays the following data:


Data	Reset	Tempo risposta	Versione	Nota
8.2.3.1 Trova dettagli paziente	✔ 23/03/2020 20:36:17	✔ 23/03/2020 20:36:18	2.0	ERR012 clinicalId 99D1D95AE06204A
8.2.1.10 Arruola paziente	✔ 23/03/2020 20:36:18	✔ 23/03/2020 20:36:23	2.0	
8.2.5.6 Scarica file	✔ 23/03/2020 20:46:20	✔ 23/03/2020 20:46:20	2.0	
8.2.5.6 Scarica file	✔ 23/03/2020 20:48:20	✔ 23/03/2020 20:48:20	2.0	
8.2.5.6 Scarica file	✔ 23/03/2020 20:55:06	✔ 23/03/2020 20:55:07	2.0	

Fig. 3.132 Scambio dati - Connected Home - Paziente attuale

La scheda **Dati base** visualizza un record di importazione dei dati indipendenti dal paziente, come ad esempio l'identificazione di **Connected Home**, l'esportazione della chiave di cifratura pubblica e la richiesta dell'elenco dei file. La colonna **Nota** può contenere messaggi di errore o di avvertimento nel caso in cui la rispettiva operazione non sia andata a buon fine.

Dati Scambio

Database Esterno | **Connected Home** | Importa da altre applicazioni | Esporta in un'altra applicazione

 [Importa tutti i pazienti](#)

Trasferimento Dati Log Data: 23/03/2020

Paziente Attuale **Dati base**

Data	Reset	Tempo risposta	Versione	Nota
8.2.1.2 Leggi stato della clinica	✔ 23/03/2020 07:55:00	✔ 23/03/2020 07:55:01	2.0	ERR012 externalId 65532-06AP-00GL
8.2.1.1 Attiva clinica	✔ 23/03/2020 07:55:01	⚠ Risposta persa	2.0	
8.2.1.2 Leggi stato della clinica	✔ 23/03/2020 07:56:57	✔ 23/03/2020 07:56:58	2.0	ERR012 ORG0000000086 is not found
8.2.1.1 Attiva clinica	✔ 23/03/2020 07:56:58	⚠ Risposta persa	2.0	
8.2.1.2 Leggi stato della clinica	✔ 23/03/2020 17:31:40	✔ 23/03/2020 17:31:41	2.0	ERR012 ORG0000000086 is not found
8.2.1.1 Attiva clinica	✔ 23/03/2020 17:31:41	✔ 23/03/2020 17:31:51	2.0	
8.2.2.1 Carica chiave pubblica	✔ 23/03/2020 17:31:52	✔ 23/03/2020 17:31:52	2.0	
8.2.5.4 Scarica elenco di file	✔ 23/03/2020 17:38:00	✔ 23/03/2020 17:38:00	2.0	
8.2.5.4 Scarica elenco di file	✔ 23/03/2020 17:48:00	✔ 23/03/2020 17:48:00	2.0	
8.2.5.4 Scarica elenco di file	✔ 23/03/2020 17:58:00	✔ 23/03/2020 17:58:00	2.0	
8.2.5.4 Scarica elenco di file	✔ 23/03/2020 18:08:00	✔ 23/03/2020 18:08:01	2.0	
8.2.5.4 Scarica elenco di file	✔ 23/03/2020 18:18:00	✔ 23/03/2020 18:18:01	2.0	
8.2.5.4 Scarica elenco di file	✔ 23/03/2020 18:28:00	✔ 23/03/2020 18:28:01	2.0	
8.2.5.4 Scarica elenco di file	✔ 23/03/2020 18:38:00	✔ 23/03/2020 18:38:01	2.0	
8.2.5.4 Scarica elenco di file	✔ 23/03/2020 20:39:42	✔ 23/03/2020 20:39:42	2.0	
8.2.5.4 Scarica elenco di file	✔ 23/03/2020 20:46:20	✔ 23/03/2020 20:46:20	2.0	
8.2.5.4 Scarica elenco di file	✔ 23/03/2020 20:48:20	✔ 23/03/2020 20:48:20	2.0	
8.2.5.4 Scarica elenco di file	✔ 23/03/2020 20:49:42	✔ 23/03/2020 20:49:42	2.0	
8.2.5.4 Scarica elenco di file	✔ 23/03/2020 20:50:52	✔ 23/03/2020 20:50:53	2.0	
8.2.5.4 Scarica elenco di file	✔ 23/03/2020 20:55:06	✔ 23/03/2020 20:55:06	2.0	
8.2.5.4 Scarica elenco di file	✔ 23/03/2020 21:11:11	✔ 23/03/2020 21:11:12	2.0	

Fig. 3.133 Dati Scambio - Connected Home - Dati base

3.14.5 Azioni GDPR

Questa voce di menu apre una finestra di dialogo in cui è possibile applicare azioni GDPR come Anonimizza, Cancella o Esporta al paziente attualmente selezionato. Se necessario, si può selezionare la casella di selezione “Mostra pazienti inattivi” (vedere capitolo 3.15.4.3, pagina 220), in modo che le azioni GDPR vengano applicate ai pazienti inattivi.

Azioni GDPR

Interv. registr. paziente

Data prima registrazione: 14/04/1994

Data ultima registrazione: 27/05/2020

Numero registrazioni: 185

Selezione registraz. paziente

Da: 14/04/1994

A: 27/05/2020

Percorso esport: C:\GDPR_Patient_Data

Fig. 3.134 Azioni GDPR

Una volta selezionato un paziente, le informazioni sulle cartelle cliniche esistenti vengono mostrate nell'area **Interv. registr. paziente**.

I comandi **Da** e **A** del calendario nell'area di **Selezione registraz. paziente** consentono di specificare il periodo desiderato all'interno dell'intervallo di registrazione del paziente. Verranno elaborati solo i dati che rientrano nel periodo specificato. Per impostare l'intero periodo massimo, è sufficiente cancellare le date da/a.

I pulsanti di azione **Rendi anonimo**, **Cancella**, **Esporta in XML** e **Esporta in PDF** eseguono le azioni specifiche per il GDPR: anonimizzare i dati personali del paziente, cancellare tutti i dati del paziente, esportare in un formato leggibile a macchina (XML) ed esportare in un formato stampabile (PDF).

Per **Esporta in XML** e **Esporta in PDF** è necessario specificare anche un **Percorso export** sulla postazione di lavoro locale dove i file esportati devono essere salvati. Per l'esportazione in XML, verrà creato un unico file XML, con il nome POL_<ID paziente>_<da>_<a>.xml. Per l'esportazione in PDF, verranno creati diversi file PDF per varie entità di dati, con il nome generico POL_<ID paziente>_<categoria>_<nome>_<da>_<a>.pdf, ove <categoria> è la categoria di dati e <nome> è un nome opzionale del rispettivo record di dati.

Durante l'operazione di esportazione, viene visualizzata una barra di avanzamento orizzontale e i pulsanti di azione sono disabilitati.

Un report di riepilogo in formato testo verrà salvato nella stessa cartella.



Nota

Se usando il filtro viene selezionata una grande quantità di dati, l'operazione di esportazione può durare molto tempo. È possibile interrompere l'operazione di esportazione in qualsiasi momento cliccando sul pulsante **Annulla**.

3.15 Gestione

3.15.1 Modulo Amministratore

La voce di menu **Utenti** offre una panoramica sugli utenti, i gruppi e i diritti. Permette anche di effettuare il log off dall'applicazione. Nel caso di **PatientOnLine Stand-Alone**, l'utente può modificare la propria password utilizzando questa opzione di menu. Dopo aver selezionato la voce di menu **Gestione/Utenti**, viene visualizzata la finestra Modulo Amministratore.

Vedere Fig. 3.135, Fig. 3.136 e Fig. 3.137.



Fig. 3.135 La voce di menu **Gestione/Utenti**

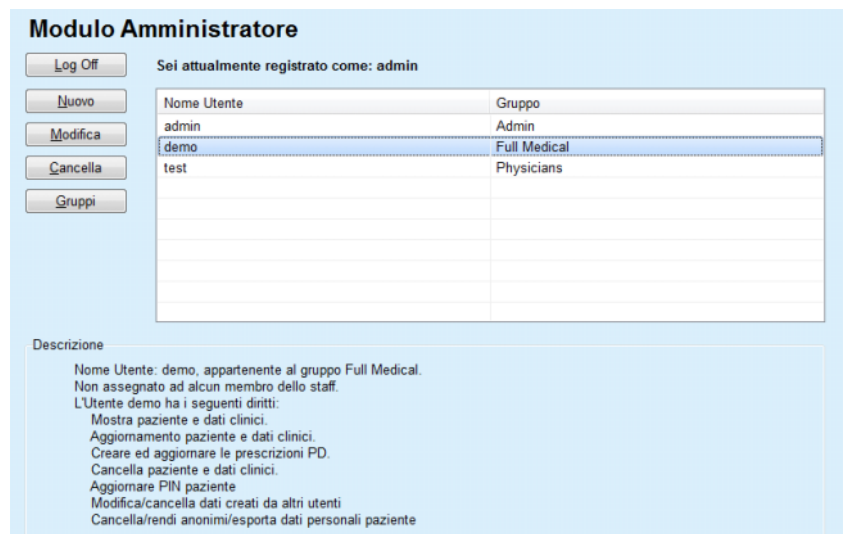


Fig. 3.136 Finestra Modulo Amministratore in caso di installazione **Stand-Alone**

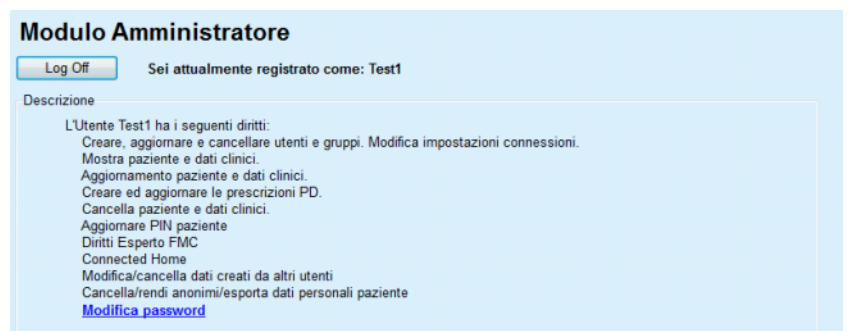


Fig. 3.137 Finestra Modulo Amministratore in caso di installazione **Client-Server**

Un gruppo è una categoria di utenti che hanno determinati diritti e un nome come identificazione. Ciascun utente deve essere assegnato a un gruppo e di conseguenza trarrà beneficio dai diritti del gruppo. L'applicazione **PatientOnLine** include diversi diritti predefiniti, che hanno il seguente significato:

Admin

il diritto di creare, aggiornare e cancellare utenti e gruppi, come pure di modificare la stringa di collegamento al database;

Visualizza

il diritto di visualizzare i dati del paziente e i dati clinici.

Modifica

il diritto di aggiornare i dati del paziente e i dati clinici

Crea Prescrizione

il diritto di creare e aggiornare le prescrizioni APD e CAPD nonché il diritto di creare schede pazienti

Cancella

il diritto di cancellare i dati del paziente e i dati clinici

Aggiornare PIN paziente

il diritto per aggiornare il numero di identificazione personale del paziente;

Modifica/cancella dati creati da altri utenti

il diritto di modificare o cancellare dati che sono stati creati o aggiornati da altri utenti;

Cancella/rendi anonimi/esporta dati personali paziente

il diritto di eseguire azioni relative al GDPR come la cancellazione o l'anonimizzazione dei dati personali dei pazienti o l'esportazione dei dati dei pazienti in formato leggibile a macchina/stampabile.

In base a questi diritti, l'applicazione **PatientOnLine** include anche diversi gruppi predefiniti, quali:

Admin

che hanno soltanto il diritto **Admin**

Visualizzazione

che hanno soltanto il diritto **Visualizza**

Infermiere

che hanno i diritti **Visualizza + Modifica**

Medici

che hanno i diritti **Visualizza + Modifica + Crea Prescrizioni**

Medici autorizzati

aventi i diritti **Visualizza + Modifica + Crea Prescrizione + Cancella + Modifica/cancella dati creati da altri utenti + Cancella/rendi anonimi/esporta dati personali paziente.**



Suggerimento

Dopo l'installazione di **PatientOnLine**, viene creato dall'applicazione **PatientOnLine** un utente Admin.

Dopo aver selezionato un determinato utente nella voce di menu **Utente**, viene visualizzata la descrizione dei diritti assegnati a questo utente nel campo **Descrizione**.

(vedere **Finestra Modulo Amministratore in caso di installazione Stand-Alone**, pagina 209) e (vedere **Finestra Modulo Amministratore in caso di installazione Client-Server**, pagina 209).

Il pulsante **Log Off** permette all'utente di effettuare il log off dall'applicazione. Viene visualizzata una finestra di conferma e all'utente viene richiesto di effettuare di nuovo il log in, seguendo la procedura descritta nella sezione Apertura e chiusura dell'applicazione **PatientOnLine**.

Nel caso di un'installazione Stand-Alone di **PatientOnLine**, a seconda delle impostazioni dei diritti password impostati per ciascun utente, è possibile per l'utente modificare la propria password premendo il pulsante **Modifica** e digitare la vecchia e la nuova password, nonché la conferma della password.

3.15.2 Ospedali

La voce di menu **Ospedali** permette di gestire gli **Ospedali** e i **Dipartimenti**, **Reparti** e lo **Staff**, fornendo mezzi per creare, modificare e cancellare questi record. C'è da dire che questi record sono interconnessi, vale a dire che quando si cancella un **record Ospedale** vengono cancellati anche tutti i record dei dipartimenti e dei reparti di questo ospedale, e tutti i record Staff assegnati all'ospedale, dopo una conferma da parte dell'utente. Tuttavia, questi record possono essere creati e modificati indipendentemente gli uni dagli altri.

3.15.2.1 Gestione Ospedali

Dopo aver selezionato la voce di menu **Gestione/Ospedali**, si apre il menu Ospedali.

Vedere Fig. 3.138 e Fig. 3.139



Fig. 3.138 La voce di menu Gestione/Ospedali

Creazione/modifica di un record Ospedale

Per creare un record **Ospedale**, si deve procedere nel modo seguente.

- Fare clic sul pulsante **Nuovo** e/o **Modifica**.

I record esistenti nella tabella sono disabilitati (visualizzati in grigio). Il modulo di raccolta dati sarà disponibile con i campi d'inserimento vuoti.



Fig. 3.139 La finestra Ospedali

- Inserire i dati nei campi di testo corrispondenti (Nome, via, città, numero, ecc.).

L'unico campo da compilare obbligatoriamente è Nome Ospedale. Nel caso in cui non viene fornito il dato per questo campo, viene emesso un messaggio di avviso.

- Fare clic sul pulsante **Salva**

Il record viene salvato, l'operazione di salvataggio eseguita con successo viene visualizzata in una finestra pop-up.

Se l'operazione di salvataggio fallisce, ciò viene visualizzato anche in una finestra pop-up.

Cancellare un record Ospedale

Per cancellare un **record Ospedale**, si deve procedere nel modo seguente:

- Selezionare il record da cancellare dall'elenco
- Cliccare sul pulsante **Cancella**

Si apre un richiamo di sicurezza.

- Confermare l'operazione di cancellazione con **Si**

A questo punto si apre una finestra pop-up indicante che la cancellazione è stata effettuata con successo.

- Cliccare sul pulsante **Si**.

L'operazione di cancellazione è terminata.



Nota

È vietato cancellare un **record Ospedale** per cui vi è un record di ospedalizzazione. In questo caso viene emesso un messaggio di avviso e l'operazione di cancellazione viene annullata.

3.15.2.2 Gestione Dipartimenti

Creazione/modifica/cancellazione di un record Dipartimento

Poiché i record Dipartimento sono associati a un **record Ospedale**, è possibile solo crearli, modificarli o cancellarli se si seleziona il **record Ospedale** corrispondente.

I record **Dipartimento** vengono **creati/modificati/cancellati** con la stessa procedura descritta in (vedere **Gestione Ospedali**, pagina 211).

- Cliccando sul pulsante **< Torna a Ospedali**, si può tornare al menu precedente.
- Cliccare sul pulsante **Gestione Dipartimenti >** per accedere al menu **Dipartimenti**.



Nota

Un **record Ospedale** che probabilmente non è stato salvato verrà salvato dopo un richiamo di sicurezza. A questo punto si apre una finestra pop-up indicante che il salvataggio è stato effettuato con successo.

Ospedale-Dipartimenti

Ospedale: Nome Ospedale: City Hospital

< Torna a Ospedali

Nome	Telefono	Commento
Urology	+49 (6172) 1234-102	Main renal surgical unit.
Dialysis	+49 (6172) 1234-101	Both HD and PD.

Nuovo
Modifica
Cancella
Salva
Annulla

Nome: Dialysis
Telefono: +49 (6172) 1234-101
Fax: +49 (6172) 2345-109
Commento: Both HD and PD.

Reparti:
Hemodialysis 1
Peritoneal Dialysis

Gestione Reparti >

Fig. 3.140 La finestra Ospedale-Dipartimenti

3.15.2.3 Gestione Reparti

Creazione/modifica/cancellazione di un record Reparto

I record **Reparto** vengono **creati/modificati/cancellati** con la stessa procedura descritta in (vedere **Gestione Ospedali**, pagina 211).

- Cliccando sul pulsante **< Torna a Ospedali**, si può tornare al menu precedente.

Poiché i record **Reperti** sono associati a un record **Dipartimenti**, è possibile solo crearli, modificarli o cancellarli se viene selezionato un record **Dipartimenti**.

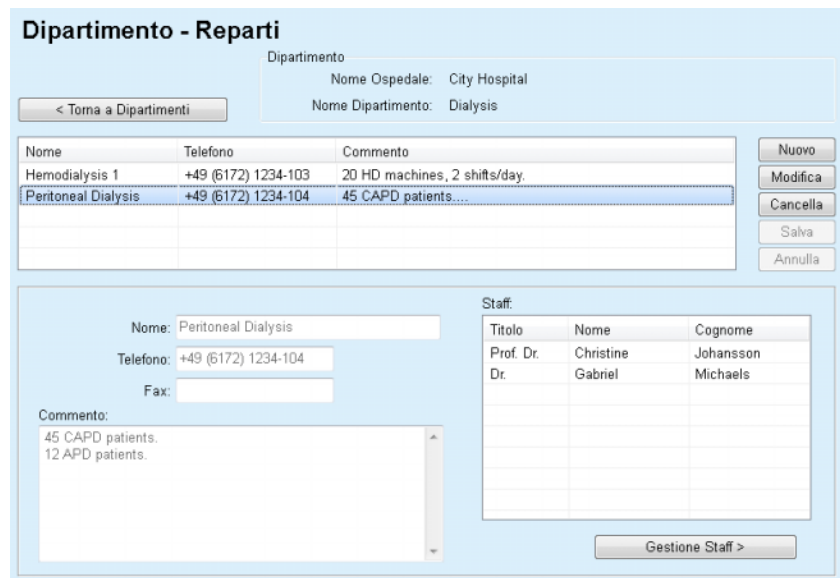


Fig. 3.141 La finestra Dipartimento - Reparti

3.15.2.4 Gestione Staff

Creazione/modifica/cancellazione di un record Staff

I record **Staff** vengono **creati/modificati/cancellati** con la stessa procedura descritta in (vedere **Gestione Ospedali**, pagina 211).

➤ Cliccando sul pulsante **< Torna a Ospedali**, si può tornare al menu precedente.

La voce del sottomenu **Staff** permette all'utente di creare e assegnare un determinato membro dello staff (record) a un determinato **Ospedale**, **Dipartimento** e **Reparto**, nonché di modificare e cancellare i dati associati a questo membro dello staff.



Nota

È possibile assegnare membri dello staff ai record **Ospedale**, **Dipartimento**, **Reparto** in **Gestione/Staff**.

La **Creazione/Modifica** di un membro dello staff è una procedura semplicissima.

Staff

Reparto

Nome Ospedale: City Hospital
 Nome Dipartimento: Dialysis
 Nome Reparto: Peritoneal Dialysis

< Torna a Reparti

Titolo	Nome	Cognome	Specialità	Postura
Prof. Dr.	Christine	Johansson	Nefrologo	Manager
Dr.	Gabriel	Michaels	Nefrologo	Head of PD

Nuovo
 Modifica
 Cancella
 Salva
 Annulla

Titolo: Prof. Dr.
 Nome: Christine
 Cognome: Johansson
 Specialità: Nefrologo
 Ruolo: Manager

Telefono1: +49 6172 1234 404
 Telefono2:
 Fax: +49 6172 1234 409
 Cellulare: +49 175 613 6723
 Email: CJohansson@cityhosp.bad-homburg.de

Commento:
 Chief Scientist.

Fig. 3.142 La finestra Staff

3.15.3 Staff

La voce di menu **Staff** permette di gestire i **record Staff**, fornendo mezzi per creare, modificare e cancellare i record Staff. Va ricordato che è possibile accedere a questa voce anche dal menu **Ospedali/Dipartimenti/Reparti/Staff**. La funzionalità è descritta nel capitolo (vedere **Ospedali**, pagina 211).

3.15.4 Imposta

La voce di menu **Imposta** permette di configurare l'applicazione stessa. Selezionando questa voce di menu dal menu ad albero come illustrato nella Fig. 3.143 verrà visualizzata la finestra Imposta, illustrata nella Fig. 3.144.



Fig. 3.143 La voce di menu Gestione/Imposta

Selezioni Generali

per selezionare le formule QA e varie opzioni usate nei test QA

Imposta Dati Lab

per impostare il sistema di unità di misura per i valori di peso e altezza, per i valori di temperatura e per i dati di inserimento dell'urea, per impostare il sistema di misura predefinito convenzionale o S.I. e per impostare le unità di misura specifiche per ogni dato di laboratorio;

Visualizza impostazioni

per impostare le colonne visibili nel menu Analisi Trattamento, nonché altre opzioni di visibilità

Limiti

viene usato per definire i limiti di altezza e peso per bambini e adulti

Caratteristiche di trasporto

per impostare i dati di classificazione dei grafici PET, per adulti e bambini;

Elenchi Clinici

viene usato per gestire tutti i tipi di elenchi clinici delle applicazioni

Lingua

per selezionare il linguaggio di run-time di **PatientOnLine**;

Impostaz. panoramica personal.

consente di definire il contenuto dei menu **Panoramica personal.** e **Pannello**;

Connected Home

permette di gestire cliniche e pazienti (arruolamento, rimozione) per il cloud **Connected Home**;

Eventi Log

permette l'accesso alla storia delle azioni critiche degli utenti

Informazioni

fornisce informazioni sulla licenza utente di **PatientOnLine**.



Nota

Quasi tutte le impostazioni disponibili nel menu **Gestione/Imposta** sono impostazioni **globali**, applicabili per tutti i **Client PatientOnLine**, nel caso di un'installazione Client-Server. Se un **Client PatientOnLine** sta modificando le opzioni di **Selezioni Generali**, **Imposta Dati Lab**, **Limiti**, **Elenchi Clinici**, **Eventi Log**, questa modifica si applicherà a tutti i **Client PatientOnLine** in rete.



Nota

Solo **Visualizza impostazioni** e **Lingua** sono impostazioni locali, pertanto ciascun **Client PatientOnLine** è in grado di impostare queste opzioni indipendentemente dall'altro.

Fig. 3.144 Menu Gestione/Imposta/Selezioni Generali

3.15.4.1 Scheda Selezioni Generali

La scheda **Selezioni Generali** permette di specificare diverse opzioni, quindi offre un elevato grado di flessibilità.

Prima sezione

Nella prima sezione della scheda **Selezioni Generali** si può effettuare la seguente selezione/impostazione:

Formule QA Superficie Corporea

Formule QA Acqua Corporea

Formule QA nPCR.

In questa sezione, si può anche distinguere tra **Adulti** e **Bambini**.

Seconda sezione

Nella seconda sezione della scheda **Selezioni Generali** si può effettuare la seguente selezione/impostazione:

Usa Campione a 3h per il PET

Include anche un campione a 3 ore per il test PET.

Usa clearance dell'acqua libera.

Considera le concentrazioni di proteine nel plasma (se sono state misurate) nelle concentrazioni equivalenti del dialisato di urea/creatinina/glucosio.

Usa GFR per il calcolo della clearance della creatinina

Calcola la clearance della creatinina renale considerando la ratio di filtrazione glomerulare (GFR).

Queste opzioni garantiscono la compatibilità di **PatientOnLine** con altri pacchetti software che potrebbero usare queste funzioni.

Terza sezione

Nella terza sezione della scheda **Selezioni Generali** è possibile effettuare le **impostazioni per i Valori Grafici**:

Grafico QA K1
Grafico QA K2
QA Terapia Min Cr
QA Terapia Min KprT/V

Questa sezione gestisce le definizioni della sezione Costanti dei grafici QA nel Grafico QA e nel Grafico Terapia Minima (vedere **Quality Assurance**, pagina 139).

Quarta sezione

Nella terza sezione della scheda **Selezioni Generali** è possibile effettuare le **impostazioni correlate ai fattori di** Correzione della creatinina, nel modo seguente:

Fattore Correzione della Creatinina Ematica
Fattore Correzione Creatinina Dialisato

Questa sezione gestisce i fattori di correzione della creatinina ematica e della creatinina del dialisato. Questi fattori di correzione si possono definire in base alla concentrazione del glucosio. Questo fattore di correzione adatta la concentrazione della creatinina ematica e della creatinina del dialisato in base alla concentrazione del glucosio (vedere **Quality Assurance**, pagina 139). Il valore di questo fattore viene convertito in base al sistema di misura QA attuale e alle unità di misura attuali della creatinina e del glucosio. Vengono convertiti anche i limiti d'inserimento. Questi fattori di correzione possono essere impostati separatamente per ogni test QA, come descritto nella sezione 3.14.4.3 (vedere **Scheda Esporta in un'altra applicazione**, pagina 202).



Nota

Molti laboratori effettuano automaticamente questa correzione, in questo caso il fattore di correzione deve essere impostato a 0.

Modifiche della scheda Selezioni Generali:

Per modificare la scheda **Selezioni Generali**, si deve procedere nel modo seguente:

➤ Cliccare sul pulsante **Modifica**

I pulsanti **Salva**, **Default** e **Annulla** diventano attivi

➤ Completare le modifiche sulla scheda

➤ Fare clic sul pulsante **Salva**

A questo punto si apre una finestra pop-up indicante che il salvataggio è stato effettuato con successo.



Suggerimento

Cliccando sul pulsante **Default** tutte le impostazioni ritornano ai valori predefiniti.



Nota

Nel caso in cui il client-server PatientOnLine sia connesso all'EDBMS, le **Formule QA** per pazienti adulti e pediatrici, così come le impostazioni **Usa clearances dell'acqua libera** e **Usa GFR per il calcolo della clearance della creatinina** vengono fornite dall'EDBMS e non possono essere modificate in PatientOnLine.

3.15.4.2 Imposta Dati Lab

La scheda **Imposta Dati Lab** permette all'utente di modificare le unità di misura dell'applicazione.

E' possibile effettuare le seguenti impostazioni, dopo aver premuto il pulsante **Modifica**:

Unità di Peso & Altezza

Kg & cm
Libbre & pollici

Utilizzo dati input Urea nel QA e Dati Addizionali Lab

Usa Urea Nitrogenata
Usa Urea

Unità di misura Temperatura

Celsius
Fahrenheit

La selezione di **Unità Convenzionali** predefinite/**Unità S.I.** predefinite si applica a entrambe le voci di menu (vedere **Quality Assurance**, pagina 139) e (vedere **Scheda Ulteriori Dati di Lab.**, pagina 85) con un clic del mouse rispettivamente sul pulsante **Default Convenzionale** o **Default S.I.**

In base al paese o alla prassi dell'ospedale, l'urea o l'azoto ureico può essere misurata nel sangue, nell'urina o nel dialisato.

In **PatientOnLine** è scegliere tra Urea e Urea Nitrogenata. Le impostazioni standard sono Azoto ureico nel Sistema Convenzionale e Urea nel Sistema S.I. Di conseguenza tutti i QA e i dati di laboratorio vengono aggiornati automaticamente. Viene visualizzata anche un'indicazione sul range normale dei due parametri, in modo da aiutare l'utente a decidere.



Nota

Nel caso in cui un client-server PatientOnLine sia connesso a EDBMS, l'utilizzo di **Urea Nitrogenata** o **Urea** viene fornito dall'EDBMS e non può essere modificato in PatientOnLine.

La scheda **Imposta Dati Lab** permette all'utente di definire anche due impostazioni per le unità di misura (una per il sistema convenzionale e una per il sistema internazionale) per gli Ulteriori Dati di Lab. e per il QA (vedere **Scheda Ulteriori Dati di Lab.**, pagina 85) e (vedere **Quality Assurance**, pagina 139). I parametri dei dati di laboratorio sono raggruppati in tre schede:

Sangue

Urine

Dialisato.

Per ogni singolo parametro, si può definire un'unità di misura specifica selezionando un'unità numeratore e un'unità denominatore dai relativi menu a tendina. Il contenuto dei singoli menu a tendina viene scelto in modo tale da permettere tutte le possibili combinazioni di unità incontrate negli ospedali e nei laboratori.

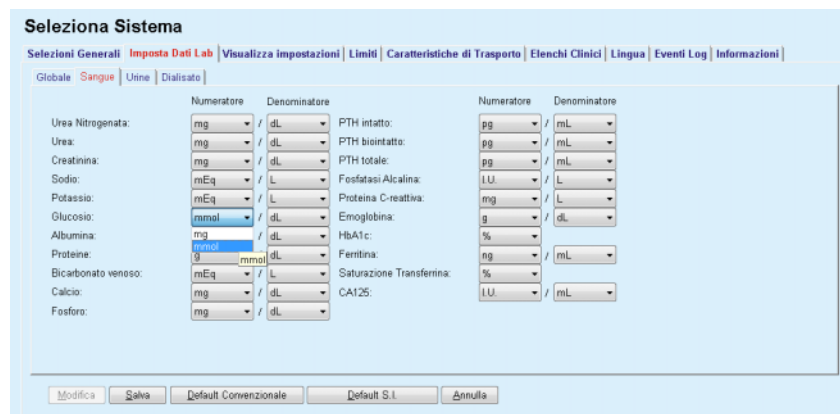


Fig. 3.145 scheda Imposta Dati Lab

La modifica delle impostazioni delle unità di misura dei dati di laboratorio ha un effetto immediato sul (vedere **Scheda Ulteriori Dati di Lab.**, pagina 85) e sul menu (vedere **Quality Assurance**, pagina 139) (vedi sezioni Ulteriori Dati di Lab. e Quality Assurance).

3.15.4.3 Scheda Visualizza impostazioni

Nella scheda **Visualizza impostazioni** è possibile modificare le colonne visibili degli elenchi di trattamento (vedere **Scheda Ulteriori Informazioni**, pagina 57). Nell'elenco sono presenti in totale 16 voci abbinate a 16 caselle di selezione. Le prime due voci sono disabilitate (in grigio) e non si possono spuntare. Delle altre 14 voci è possibile selezionare fino a un massimo di 7 opzioni.

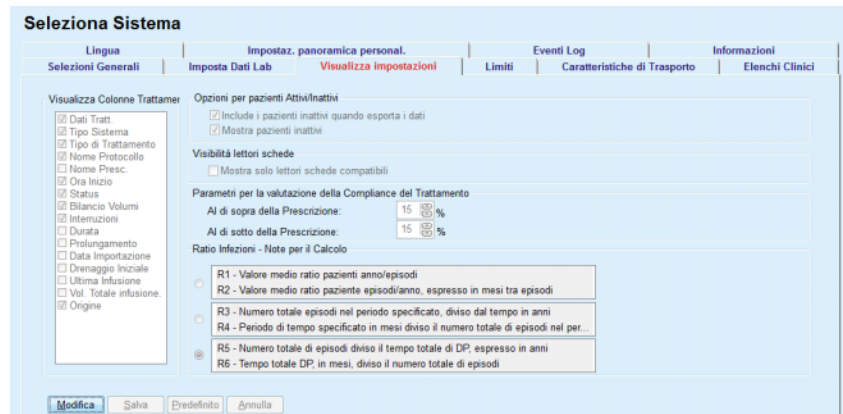


Fig. 3.146 Scheda Visualizza impostazioni

Vi sono due **Opzioni per pazienti Attivi/Inattivi**. La prima controlla se i pazienti inattivi devono essere inclusi nell'esportazione dei dati, e la seconda controlla la visibilità dei pazienti inattivi nel **riquadro paziente**. Spuntando la casella di selezione **Mostra pazienti inattivi** vengono inclusi anche i pazienti inattivi nei criteri statistici.

L'opzione **Visibilità lettori schede** permette all'utente di filtrare solo i lettori di schede compatibili.

I **Parametri per la valutazione della Compliance del Trattamento** definiscono le soglie utilizzate nei menu **Panoramica personal.** e **Pannello** per segnalare eventuali differenze tra i parametri di trattamento prescritto e realmente effettuato.

La sezione **Ratio Infezioni - Note per il Calcolo** permette all'utente di specificare quale metodo di statistica viene usato per le ratio delle infezioni del gruppo di pazienti. I metodi predefiniti sono (R₅, R₆).

Per effettuare eventuali modifiche premere il pulsante **Modifica**, effettuare le impostazioni desiderate sulle caselle di controllo e/o i pulsanti di selezione, o premere il pulsante **Default** (ripristinerà le impostazioni di visualizzazione e i valori di opzione predefiniti), poi premere il pulsante **Salva** per salvare le configurazioni o il pulsante **Annulla** per abbandonare l'intera operazione.

3.15.4.4 Scheda Limiti

La scheda **Limiti** viene usata per personalizzare i limiti di altezza e peso per bambini ed adulti. Questi valori vengono usati nel programma nei **Dati Clinici** e in altri riquadri. Come impostazione standard, gli Smart Edit Controls contengono i valori minimi e massimi che si possono impostare.

Lo smart edit control **Età adulta** definisce la soglia per considerare un paziente un adulto o un bambino.

Ciò è rilevante per scegliere le formule QA per adulti/bambini. Anche (vedere **Scheda Ulteriori Informazioni**, pagina 57).



Nota

Nel caso in cui un client-server PatientOnLine sia connesso a EDBMS, **Età adulta** viene fornito dall'EDBMS e non può essere modificato in PatientOnLine.

3.15.4.5 Scheda Caratteristiche di Trasporto

La scheda **Caratteristiche di Trasporto** consente di definire punto per punto la grafica PET standard per gli adulti (grafici Twardowski) e per i parametri urea, creatinina e glucosio nei bambini. Per modificare i valori, per gli Adulti e per i Bambini, per Urea, Creatinina o Glucosio, è necessario premere il pulsante **Modifica**, effettuare le modifiche o ritornare ai valori predefiniti, poi premere il pulsante **Salva** per salvare effettivamente il record, o premere il pulsante **Annulla** per abbandonare l'operazione. Per urea e creatinina, i valori dovrebbero aumentare da sinistra a destra e diminuire verso il basso. Per glucosio, i valori dovrebbero diminuire da sinistra a destra e diminuire verso il basso. Se questi requisiti non vengono soddisfatti, viene visualizzato un messaggio di errore quando si preme il pulsante **Salva**. E' sempre possibile ritornare ai valori originali, selezionando il pulsante **Default**, quando si è in modalità modifica (dopo aver premuto il pulsante **Modifica**).

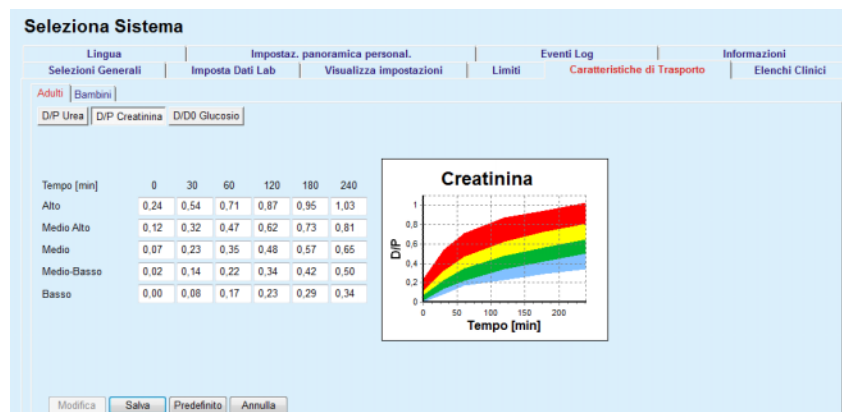


Fig. 3.147 Scheda Caratteristiche di Trasporto

3.15.4.6 Scheda Elenchi Clinici

La scheda **Elenchi Clinici** viene utilizzata per gestire elenchi clinici in **PatientOnLine**. Questi elenchi vengono usati in molti altri riquadri diversi. La scheda ha un aspetto diverso a seconda del tipo di elenco clinico selezionato nell'Elenco cateteri e nell'elenco Soluzioni CAPD.

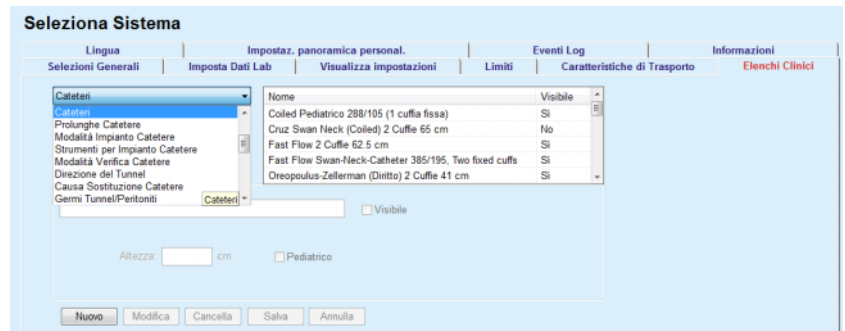


Fig. 3.148 Scheda Elenchi Clinici - Cateteri

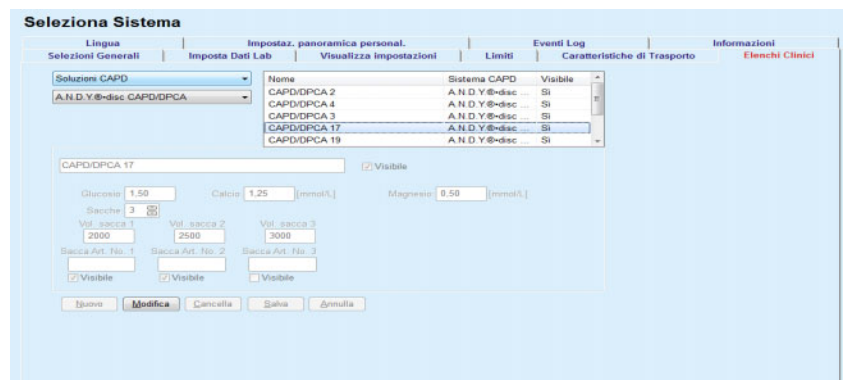


Fig. 3.149 Scheda Elenchi Clinici - Soluzioni CAPD

I controlli più importanti sono il menu e la tabella.

Il menu viene usato per selezionare l'elenco target in cui l'utente desidera aggiungere, cancellare o modificare una voce. La tabella presenta gli elementi selezionati dell'elenco clinico. Questi elementi si possono gestire mediante i pulsanti posizionati nella parte inferiore della finestra (**Nuovo**, **Modifica**, **Cancella**, **Salva** e **Annulla**).

Ciascuna delle voci nell'elenco clinico ha un attributo **Si** e/o **No** nella colonna **Visibile**. Lo status (**Si** o **No**) di questa voce nell'elenco si può impostare spuntando la casella di selezione **Visibile**.

Se questo attributo è impostato su **No** ciò significa che l'elemento corrispondente è invisibile nell'elenco a tendina associato.

Dopo aver selezionato l'elenco **Soluzioni CAPD**, viene visualizzato un altro menu a tendina **Sistemi CAPD** a sinistra. Selezionando un determinato sistema CAPD, saranno aggiornate e visualizzate le soluzioni CAPD corrispondenti (solo per il sistema selezionato) nella tabella situata a destra nella finestra. L'utente deve selezionare una determinata soluzione CAPD dalla tabella e può modificarla solo in termini di **Visibilità**. Lo stesso vale per l'elenco medico **Soluzioni APD**, relativo al menu a tendina dei **Sistemi APD** e all'opzione di modifica **Visibilità**. Selezionando la casella di controllo "Globale", è possibile impostare la visibilità della soluzione per tutte le versioni del cycler selezionato. Deselezionando la casella di controllo "Globale", è possibile impostare la visibilità della soluzione solo per la versione del cycler selezionato. Questa casella di controllo è visibile solo per **sleep•safe harmony**.

Per l'elenco Soluzioni CAPD sono disponibili altri tipi di controlli, tra cui lo smart edit control **Sacche**, gli smart edit control **Glucosio**, **Calcio** e **Magnesio** e gli smart edit control **Vol. sacca 1**, **Vol. sacca 2**, **Vol. sacca 3** fino a **Vol. sacca 6**. Gli smart edit control **Vol. sacca** sono disponibili a seconda del numero del valore **Sacche**. Inoltre, è possibile specificare il numero di articolo della sacca per ogni sacca di soluzione. Solo nel caso del sistema **Altra CAPD**, è possibile impostare il numero di sacche per la soluzione CAPD nel controllo **Sacche**, la concentrazione di glucosio, calcio e magnesio nei campi corrispondenti e il volume per ogni sacca di soluzione nel controllo **Vol. sacca x**, dove x è il numero della sacca. Lo stesso vale per l'elenco **Soluzioni APD** e il sistema associato **Altra APD**, come illustrato sopra nella sezione **Soluzioni CAPD** e **Altra CAPD** in riferimento ai campi disponibili e alle opzioni di modifica.

Dopo aver premuto il pulsante **Nuovo**, l'utente deve specificare il nome della nuova soluzione per il sistema **Altra CAPD**, il numero di sacche, le concentrazioni associate di **Glucosio**, **Calcio** e **Magnesio** e il **Volume** per ogni sacca. Lo stesso vale in caso di creazione di nuove voci di **Altre soluzioni APD**. Inoltre, è possibile specificare il numero di articolo della sacca per ogni sacca di soluzione.



Nota

E' possibile aggiungere una nuova voce **Soluzione CAPD** esclusivamente per il sistema **Altra CAPD**. Per **tutti** i sistemi CAPD ad eccezione del sistema **Altra CAPD**, l'utente può modificare soltanto la visibilità della voce. Lo stesso vale anche per le **Soluzioni APD**: è possibile aggiungere una nuova voce **Soluzione APD** solo per il sistema **Altra APD**. Per **tutti** i sistemi APD, ad eccezione del sistema **Altra APD**, l'utente può modificare solamente la visibilità e il numero di articolo della sacca associato alla voce.



Nota

La casella di selezione **Visibile** è spuntata come impostazione standard, quindi la nuova voce è visibile in tutti i riquadri.



Suggerimento

Quando si crea un nuovo elemento di un elenco clinico, il relativo attributo **Visibile** è impostato su "Sì". Per cambiarlo in "No", si deve modificare in seguito l'elemento (premere il pulsante **Modifica**, togliere il segno di spunta dalla relativa casella di selezione e premere il pulsante **Salva**).



Nota

Non è possibile cancellare un elemento in un elenco clinico se esso è utilizzato da almeno un paziente.

**Nota**

Gli elementi predefiniti dell'elenco clinico non si possono cancellare. Per questi elementi l'utente può soltanto modificare l'attributo **Visibile** mediante il pulsante **Modifica**. Gli elementi utilizzati da almeno un paziente non possono essere nascosti rimuovendo il segno di spunta dalla voce Visibile e non possono essere modificati.

**Nota**

Se **PatientOnLine** è in esecuzione in qualsiasi lingua diversa dall'inglese, la creazione e la modifica di un elemento di un elenco clinico segue le stesse procedure descritte sopra, tranne per il fatto che è necessario specificare anche il nome inglese. Il nome Inglese è necessario per mantenere la coerenza del database. Se l'elemento è utilizzato da almeno un paziente, il nome inglese non può essere modificato. Tale restrizione si applica in aggiunta alle restrizioni generali previste per la cancellazione o la modifica descritte sopra.

**Nota**

Se si cambia la visibilità di un sistema DP si può influire anche sulla visibilità delle sotto-schede Importa in altre applicazioni.

3.15.4.7 Scheda Lingua

La scheda **Lingua** contiene informazioni sulla lingua attuale dell'applicazione, vale a dire il nome della lingua, il codice pagina, il separatore decimale e il formato data breve e un pulsante consente di cambiare la lingua dell'applicazione.

**Nota**

Il Codice Pagina della Lingua, il Separatore Decimale e il Formato Data Breve dipendono dalle Impostazioni Regionali Windows. Il codice pagina del Sistema rappresenta la pagina di codice Windows corrente.

PatientOnLine è un'applicazione multi-lingue, interamente tradotta in più di 30 lingue. L'elenco delle lingue disponibili visualizzato quando si fa clic sul pulsante **Lingua** varia in funzione delle risorse attualmente installate sul computer client:

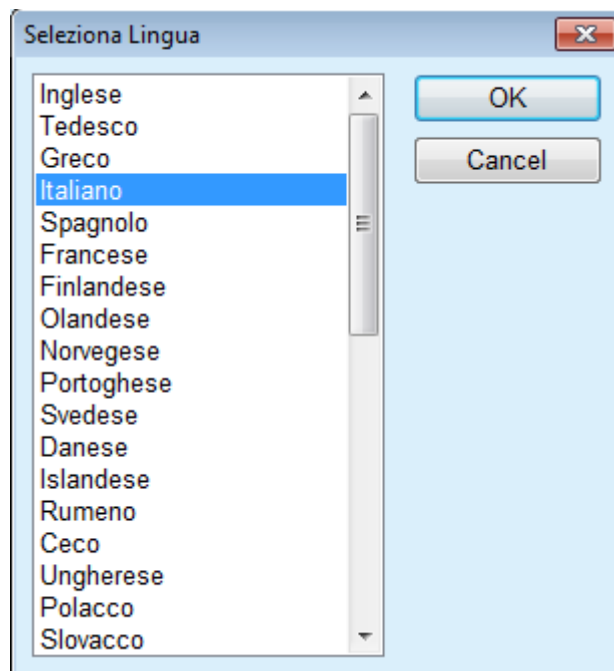


Fig. 3.150 Opzione Seleziona Lingua



Suggerimento

Dopo una modifica della lingua tutte le finestre di **PatientOnLine** appariranno nella lingua selezionata. Questa operazione potrebbe durare alcuni minuti, dipende dalla velocità del computer.



Nota

Se la lingua selezionata non è compatibile con la pagina di codice Windows corrente, compare un'avvertenza e la modifica della lingua non ha luogo.

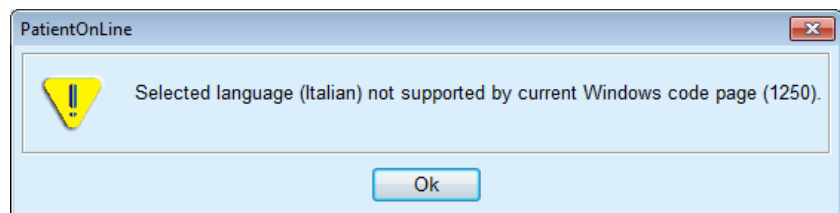


Fig. 3.151 Finestra Informazioni Seleziona Lingua

3.15.4.8 Scheda Eventi Log

La scheda **Eventi Log** serve a presentare la cronologia delle azioni dell'utente. Queste azioni includono le operazioni di creazione, aggiornamento e cancellazione dei record paziente oltre alle operazioni di login e di logout.

Selezione Sistema

Selezioni Generali | Imposta Dati Lab | Visualizza Impostazioni | Limiti | Caratteristiche di Trasporto | Elenchi Clinici
 Lingua | Impostaz. panoramica personal. | **Eventi Log** | Informazioni

Tempo	Utente	ID Paziente	Azione	Dettagli
03/03/2017 15:05:26	demo	0	Login	<?xml version="1.0" encoding="UTF
03/03/2017 15:05:23	demo	0	Logout	<?xml version="1.0" encoding="UTF

Mostra eventi

Da: 01/02/2017 A: 03/03/2017 Prima il più recente:

Utenti: (Tutto) Pazienti: (Tutto)

Fig. 3.152 La scheda Eventi Log

L'elemento principale di questo riquadro è la tabella degli eventi. Ogni riga rappresenta una singola azione. Le colonne della tabella sono:

Tempo

Rappresenta la data e l'ora quando l'azione è stata eseguita

Utente

Contiene il nome dell'utente che ha eseguito l'azione

ID Paziente

L'ID del paziente nel database

Azione

Breve descrizione dell'azione

Descrizione

Parametri principali dell'azione

Dettagli

Alcune informazioni dettagliate sull'azione, se sono disponibili.



Suggerimento

Se non tutte le righe o colonne sono visibili, l'utente può spostarsi usando le barre di scorrimento orizzontali e verticali.

Nella sezione **Mostra eventi**, l'utente può:

impostare l'intervallo di tempo per la visualizzazione degli eventi selezionando le date nelle caselle del calendario Da e A

filtrare gli eventi per un determinato utente usando l'elenco a tendina **Utente**.

Filtrare gli eventi per un determinato utente usando l'elenco a tendina **Paziente**.



Suggerimento

Come impostazione standard, il menu a tendina **Utente** è impostato su **(Tutto)**; questa opzione è sempre disponibile. Questo elenco comprende soltanto i nomi degli utenti che hanno eseguito una o più **azioni**. Come impostazione standard, il menu a tendina **Paziente** è impostato su **(Tutto)**; questa opzione è sempre disponibile.

Impostare i criteri per **Mostra eventi** in modo ascendente o discendente, in base al time stamp dell'evento, usando la casella di selezione **Prima il più recente**



Suggerimento

Ogni volta che vengono effettuate alcune modifiche in queste caselle (**Da, A, Utenti e Prima il più recente**), si deve selezionare il pulsante **Aggiornare** in modo da aggiornare la tabella degli eventi secondo le nuove impostazioni.

Salvare l'elenco degli eventi sull'hard disk in un file nel formato predefinito (csv) selezionando il pulsante **Salva Log**

Per cancellare totalmente l'elenco degli eventi, selezionare il pulsante **Pulizia Log**.



Nota

Prima che l'elenco degli eventi venga cancellato, l'utente ha la possibilità di salvarlo in formato *.csv.

L'elenco degli eventi viene cancellato soltanto dopo il richiamo di sicurezza.



Nota

Dopo aver eseguito l'operazione Pulizia Log, vengono cancellati tutti gli eventi elencati. Si consiglia di eseguire prima l'operazione Salva Log.

A questo punto si apre una finestra pop-up indicante che la cancellazione è stata effettuata con successo.

3.15.4.9 Connected Home

Questa scheda è visibile solo quando PatientOnLine è collegato ad un cloud **Connected Home** e solo se l'utente corrente ha il diritto di accesso a **Connected Home**.

La scheda **Clinica** consente di impostare lo stato della clinica rispetto a **Connected Home**, tramite i pulsanti **Modifica**, **Salva** e **Annulla**.

L'elenco a discesa di **Status** consente di specificare lo stato corrente come **Attivo** o **Inattivo**.

È anche possibile modificare l'indirizzo della clinica (via, città, Paese, ecc.).

La scheda **Pazienti** consente di iscrivere i pazienti o di rimuovere i pazienti da **Connected Home**, tramite i pulsanti **Arruola paziente** e **Rimuovi paziente**. L'elenco a discesa **Selezione pazienti** consente di visualizzare tutti i pazienti, solo i pazienti arruolati o solo quelli rimossi. Questo può essere utile in caso di lunghi elenchi di pazienti.

L'elenco pazienti presenta lo stato di arruolamento dei pazienti nella colonna **Status** e lo stato attivo nella colonna **Attivo**. Solo i pazienti attivi possono essere arruolati in **Connected Home**.

Il pulsante **Arruola paziente** è abilitato solo se il paziente selezionato dall'elenco è attivo e non è già arruolato. Il pulsante **Rimuovi paziente** è abilitato solo se il paziente selezionato dall'elenco è arruolato.

Selezione Sistema

Selezioni Generali | Imposta Dati Lab | Visualizza impostazioni | Limiti | Caratteristiche di Trasporto | Elenchi Clinici | Lingua
 Impostaz. panoramica personal. | Traduzione Elenchi Clinici | Risorsa Files | Eventi Log | **Connected Home** | Informazioni

Clinica | **Pazienti**

Selezione paziente:
 Tutti i pazienti

ID Pazi...	Connected Home ID	Nome	Secondo nome	Cognome	Data di Nasc...	Sesso	Status	Respon...
1	PAT0000000165	James	Doe	Sample	01/01/1920	Maschio	Arruolato	System Ad
12		James	Doe	Sample	01/01/1991	Maschio		
2		John		Sample	15/03/1960	Maschio		
3	PAT0000000174	John		Sample	11/04/1970	Maschio	Arruolato	System Ad
4		John		Sample	23/09/1986	Maschio		
13		Julia		Sample	23/10/1986	Femmina		
6		John		SampleNA	16/04/1961	Maschio		
7		John		SampleNA	24/10/1987	Maschio		
8		Joe		Test3	25/03/1959	Maschio		
9		Bill		Test4	24/09/2000	Maschio		
10		Johann		Test7	13/02/1963	Maschio		

Arruola | Rimuovi | Report

Fig. 3.153 Imposta sistema - Connected Home

Il pulsante **Report** consente di stampare un report con lo stesso contenuto dell'elenco pazienti.

3.15.4.10 Impostazioni panoramica personalizzata

La scheda **Impostaz. panoramica personal.** consente di definire il contenuto dei menu **Panoramica personal.** e **Pannello**.

Cliccare sul pulsante **Modifica** per modificare le impostazioni, quindi cliccare su **Salva** o **Annulla** per finalizzare l'operazione. Il pulsante **Default** definisce alcune impostazioni predefinite.

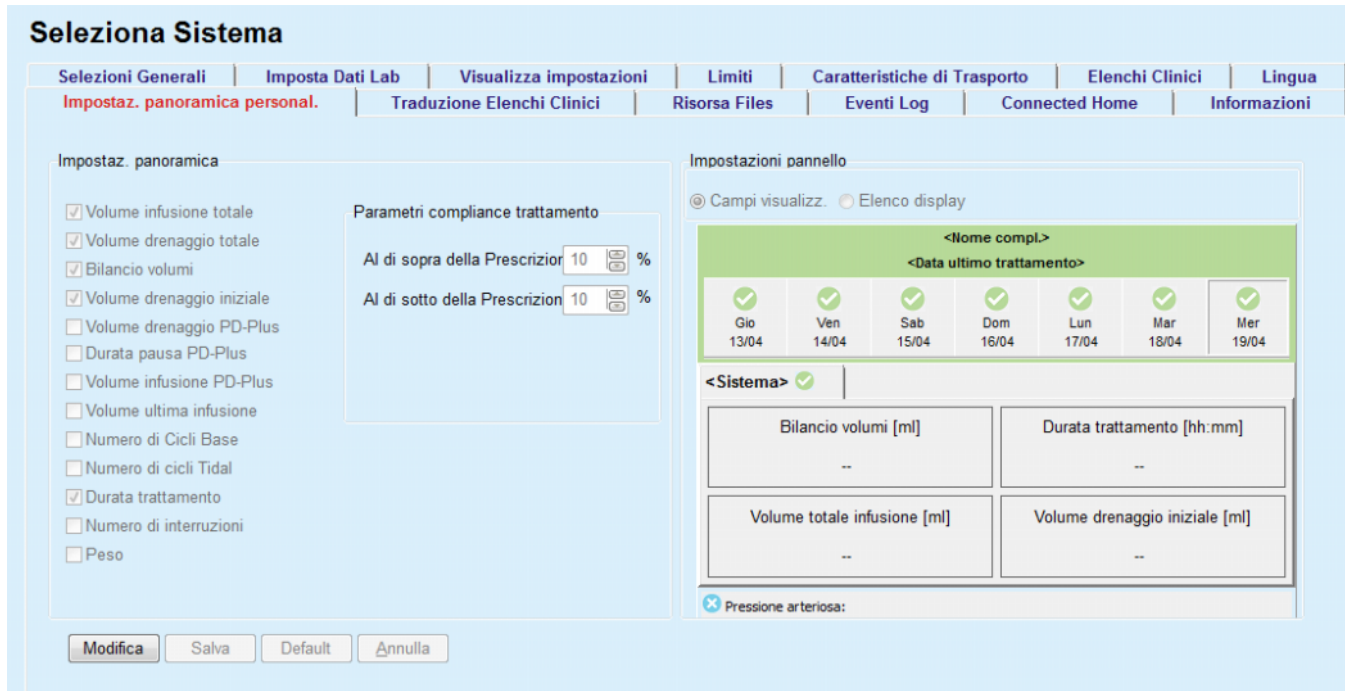


Fig. 3.154 Imposta sistema - Impostazioni panoramica personalizzata

Nel pannello **Impostaz. panoramica** è possibile selezionare i parametri di trattamento da visualizzare nel menu **Panoramica personal.** e l'intervallo di compliance (superiore/inferiore alle percentuali prescritte) che attiverà una notifica di stato nel caso in cui il valore di un parametro di trattamento selezionato ed effettuato differisca troppo da quello prescritto.



Nota

Per determinati parametri vitali come peso, pressione arteriosa e bilancio volumi è possibile definire i limiti delle notifiche paziente-dipendente. Vedere i paragrafi (vedere capitolo 3.11.4.1, pagina 70), (vedere capitolo 3.11.4.3, pagina 76) e (vedere capitolo 3.11.4.5, pagina 80).

Nel pannello **Impostazioni pannello** è possibile selezionare 4 parametri di trattamento da visualizzare nel menu **Pannello**. I parametri vengono visualizzati come elenco o come riquadri affiancati, a seconda del pulsante di opzione **Campi visualizz./Elenco display** selezionato. Per selezionare un determinato parametro di trattamento, fare clic con il pulsante destro del mouse su una voce del riquadro/elenco. Non è possibile selezionare lo stesso parametro per più di una volta. Inoltre, si può lasciare vuota una cella selezionando **<Vuoto>**.

3.15.4.11 Scheda Informazioni

La scheda **Informazioni** fornisce informazioni sulla licenza e la registrazione del prodotto PatientOnLine. In base all'edizione installata, se Stand-Alone o Client-Server, sono disponibili alcune impostazioni come indirizzo e porta FIS o stringa di connessione al database. Nelle edizioni Stand-Alone, cliccare sul link **Gestione registrazione** permette di registrare il prodotto.

Il Contratto di Licenza disponibile viene visualizzato cliccando sul link **Mostra Licenza d'Uso**.

Facendo clic sul link **Informazioni**, viene visualizzata una pagina di informazioni sulle norme che indica, ad esempio, il logo del prodotto, la versione, il produttore, la data di produzione, l'indirizzo del produttore, le informazioni sull'UDI. Se richiesto dalla legislazione locale, possono essere visualizzate ulteriori informazioni sui rappresentanti locali del produttore o dell'importatore.

The screenshot shows the 'Mostra Licenza d'Uso' page in the PatientOnLine software. At the top, there is a header with the 'FRESENIUS MEDICAL CARE' logo and a navigation bar with buttons for 'Nuovo', 'Modifica', 'Salva', 'Cancella', and 'Annulla'. Below this, there are input fields for 'Nome', 'Data di Nascita' (03/03/2017), 'PatientOnLine ID', 'Secondo nome', 'Sesso', 'ID Sistema', 'Cognome', 'PIN', and 'English'. The main content area is titled 'Selezione Sistema' and contains several tabs: 'Selezioni Generali', 'Imposta Dati Lab', 'Visualizza impostazioni', 'Limiti', 'Caratteristiche di Trasporto', and 'Elenchi Clinici'. The 'Informazioni' tab is active, showing 'Mostra Licenza d'Uso' and 'Informazioni' sub-sections. The 'Info licenza:' section lists: 'Numero Contratto', 'Numero di Serie', 'Codice Installazione', 'Giorni rimasti' (Ilimitato), 'Edizione' (Pacchetto Standard), 'Codice registrazione', and 'Hardware Fingerprint'. A 'Gestione Registrazioni' link is visible. The 'Impostazioni Database' section includes a 'Stringa Connessione' field and a 'Modifica' button. A left sidebar contains icons for 'Status Paziente', 'Clinica', 'Report', 'Comunicazione', 'Gestione' (with sub-items 'Clienti', 'Dispositivi', 'Staff'), and 'Imposta'.

Fig. 3.155 La scheda Informazioni



Fig. 3.156 La pagina Informazioni

4 Glossario

Il seguente glossario contiene una lista di termini e abbreviazioni spesso usati nella documentazione. Ognuno di questi termini viene brevemente spiegato.

4.1 Abbreviazioni comunemente usate per Quality Assurance

- **Antropometria**

BSA	Area Superficie Corporea
V	Volume di distribuzione urea o totale liquidi corporei
nBW	Peso corporeo normalizzato a partire dall'acqua corporea totale (V/0.58)
BMI	Indice di massa corporea

- **Funzione renale**

KrU	Clearance urea renale residua
KrCr	Clearance creatinina renale residua
GFR	Tasso di Filtrazione Glomerulare
RRF	Funzione Renale Residua

- **Risultato Urea**

KpT/V	Clearance totale giornaliera dell'urea peritoneale per il volume di distribuzione urea
KrT/V	Clearance totale giornaliera dell'urea renale per il volume di distribuzione urea
KprT/V	Clearance totale giornaliera dell'urea renale e peritoneale per il volume di distribuzione urea
KprTw/V	Clearance totale settimanale dell'urea renale e peritoneale per il volume di distribuzione urea

- **Risultato Creatinina**

KpT	Clearance della creatinina peritoneale alla settimana per 1.73 m ² BSA
------------	---

KrT	Clearance della creatinina renale residua alla settimana per 1.73 m ² BSA
KprT	Totale della clearance peritoneale e renale alla settimana per 1.73 m ² BSA
● Funzione Peritoneale	
Pt50 Urea	Tempo per raggiungere il 50% del valore all'equilibrio per urea nel dialisato
Pt50 Creat	Tempo per raggiungere il 50% del valore all'equilibrio per creatinina nel dialisato
Pt50 Gluc	Tempo per raggiungere il 50% del valore all'equilibrio per glucosio nel dialisato
D/P Creatinina	Il rapporto dialisato/plasma della creatinina, misurato a 4 ore dall'infusione
UF max.	L'ultrafiltrazione ottenuta con una soluzione ipertonica (4,25% di glucosio) misurata a un'ora dall'infusione
FWT	Trasporto dell'acqua libera- la differenza tra UF max. e UF nei piccoli pori, ottenuti mediante una soluzione ipertonica (4,25% di glucosio) misurata a un'ora dall'infusione
SPUF	Ultrafiltrazione dovuta al trasporto di acqua attraverso piccoli pori
● Fluidi rimossi	
Bilancio volumi	Il Bilancio volumi viene attualmente usato in tutto il portafoglio di prodotti per la dialisi peritoneale di Fresenius Medical Care. Descrive la quantità di fluidi che il paziente ha perso durante la sessione di dialisi. Viene calcolato sottraendo ai volumi di infusione i volumi di drenaggio della sessione di trattamento. Vedere l'appendice per ulteriori dettagli (vedere capitolo 5.3 , pagina 246).
UF	Il volume di ultrafiltrazione (UF) descrive la quantità di fluidi che è stata rimossa dal paziente nel corso del trattamento di dialisi. UF è correlato al Bilancio volumi con una variazione di segno. Vedere l'appendice per ulteriori dettagli (vedere capitolo 5.2, pagina 243).
Volume rimosso totale	Il volume rimosso totale giornaliero (24 h) indica i contributi di volume di ciascuna sezione di una Modalità di trattamento di DP intrapresa dal paziente e il Volume urine nelle 24 ore. Vedere l'appendice per ulteriori dettagli (vedere capitolo 5.2, pagina 243).
● Glucosio	
TGA	Assorbimento totale di glucosio al giorno
Tcal	Calorie assorbite dal glucosio al giorno

	nCal	Calorie assorbite per ogni kg di peso corporeo al giorno
●	Na rimosso	
	Na	Sodio
	NaCl	Sodio Cloruro
●	Apporto Proteico	
	PCR	Protein Catabolic Rate
	nPCR	Protein Catabolic Rate Normalizzato (PCR/nBW)
	DPL	Proteine perse con il dialisato
	nDPL	Proteine perse con il dialisato normalizzate per il peso corporeo (DPL/ nBW)
	UPL	Proteine perse con le urine
	nUPL	Proteine perse con le urine normalizzate per il peso corporeo (UPL/ nBW)
	TPL	Proteine Totali Perse
	nTPL	Proteine totali perse normalizzate per il peso corporeo (TPL/ nBW)
	DPR	Fabbisogno Dietetico di Proteine
	nDPR	Fabbisogno dietetico di proteine normalizzato per il peso corporeo (DPR/ nBW)
●	Generazione Creatinina	
	GCr	Tasso di Generazione Creatinina
	GCr previsto	GCr previsto basato sui dati pubblicati che mettono in relazione il GCr con l'età e il sesso. Rappresenta il tasso di generazione della creatinina come funzione della massa muscolare.
	GCr calcolato	Determinato dalle clearance della creatinina totali (peritoneale e renale) più i tempi stimati di clearance della creatinina dall'intestino e la creatinina sierica diviso per il peso corporeo.
	% Variazione	$((\text{GCr Calcolato} - \text{GCr Previsto}) / \text{GCr Previsto}) * 100$ Un valore superiore a + 40% suggerisce che il paziente possa non effettuare regolarmente tutti gli scambi/cicli prescritti.

● **Indice Massa Magra**

LBM	Indice Massa Magra
LBM previsto	Determinato direttamente dal GCr previsto, basato sulle correlazioni segnalate del contenuto totale di potassio corporeo con il GCr.
LBM calcolato	Determinato direttamente dal GCr calcolato, basato sulle correlazioni segnalate del contenuto totale di potassio corporeo con il GCr.
% Variazione	$((\text{LBM calcolato} - \text{LBM previsto}) / \text{LBM previsto}) * 100$ Una variazione positiva del LBM solleva l'ipotesi di compliance alla prescrizione di DP.

● **Metabolismo Energetico**

EREE	Dispendio stimato di energia in fase di riposo
nEREE	Dispendio stimato di energia in fase di riposo normalizzato (per peso corporeo)
GA/EREE	Ratio dell'equivalente di energia dell'assorbimento totale del glucosio (in kilocal./giorno) e dispendio stimato di energia durante il riposo (in kilocal./giorno)

4.2 Abbreviazioni usate

Abbreviazione	Significato
APD	Dialisi Peritoneale Automatizzata
ACE	Enzima di Conversione Angiotensina
ATII	Angiotensina II
BMI	Indice di massa corporea
BSA	Area Superficie Corporea
BUN	Azoto Ureico nel Sangue
CAPD	Dialisi Peritoneale Ambulatoria Continua
CA	Antigene Carcenogetico
CKD	Insufficienza Renale Cronica
CRC	Cyclic Redundancy Check
CRP	Proteina C-Reattiva
DB	Database
DOQI	Dialysis Outcome Quality Initiative

Abbreviazione	Significato
DPL	Proteine Perse nel dialisato
DPR	Fabbisogno Dietetico di Proteine
EDBMS	External Database Management System
EDTA	European Dialysis and Transplant Association
EREE	Dispendio stimato di energia in fase di riposo
ESRD	Malattia Renale Stadio Terminale
FME	Fresenius Medical Care
FWT	Free Water Transport (Trasporto dell'acqua libera)
GDPR	Regolamento generale sulla protezione dei dati
GFR	Tasso di Filtrazione Glomerulare
GUI	Interfaccia Utente Grafica
HMG-CoA	3-Idrossi-3-MetilGlutaril Coenzima A
ICD	International Classification of Diseases
ISCED	International Standard Classification of Education
K/DOQI	Kidney Disease Outcomes Quality Initiative
LAN	Local Area Network
LBM	Indice Massa Magra
NBW	Peso Corporeo Normalizzato
NPCR	Protein Catabolic Rate Normalizzato
PC	Personal Computer
PCR	Protein Catabolic Rate
PD	Dialisi Peritoneale
PDF	Portable Data Format
PET	Test Equilibrio Peritoneale
PFT	Test Funzione Peritoneale
PIN	Codice di Identificazione Personale
POL	PatientOnLine
PTH	Ormoni Paratiroide
QA	Quality Assurance
RRF	Funzione Renale Residua
RRT	Terapia Sostitutiva Renale
RTF	Rich Text Format

Abbreviazione	Significato
SPUF	Small Pore Ultrafiltration (Ultrafiltrazione nei piccoli pori)
TBW	Acqua Corporea Totale
TGA	Glucosio Assorbito Totale
TPL	Proteine Totali Perse
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UPL	Proteine perse con le urine
WCCF	Fattore Correzione per il Test
XML	Extended Markup Language

5 Appendice

5.1 Ulteriore spiegazione della terminologia del volume

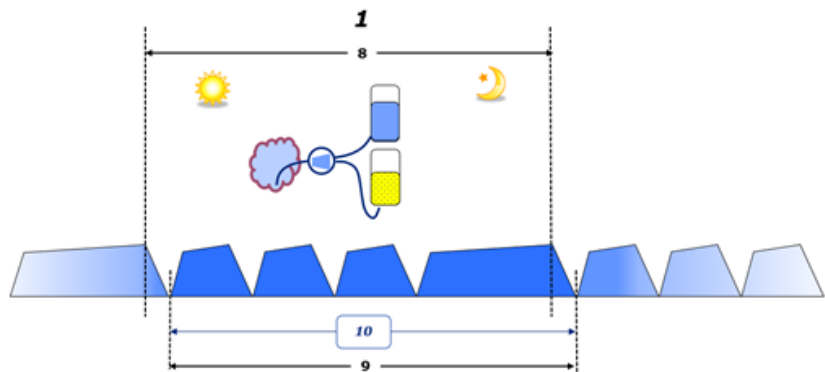
- **Bilancio volumi**

Il termine **Bilancio volumi** è attualmente usato in diversi sistemi del portafoglio di prodotti per la dialisi peritoneale di Fresenius Medical Care. Questo termine si riferisce al punto di vista del paziente. Di conseguenza, i fluidi netti (ultrafiltrato) **rimossi** dal processo di trattamento con DP sono considerati nel senso di una **diminuzione** del peso corporeo del paziente. La definizione di **Bilancio volumi** nel portafoglio di prodotti per dialisi peritoneale di Fresenius è la seguente:

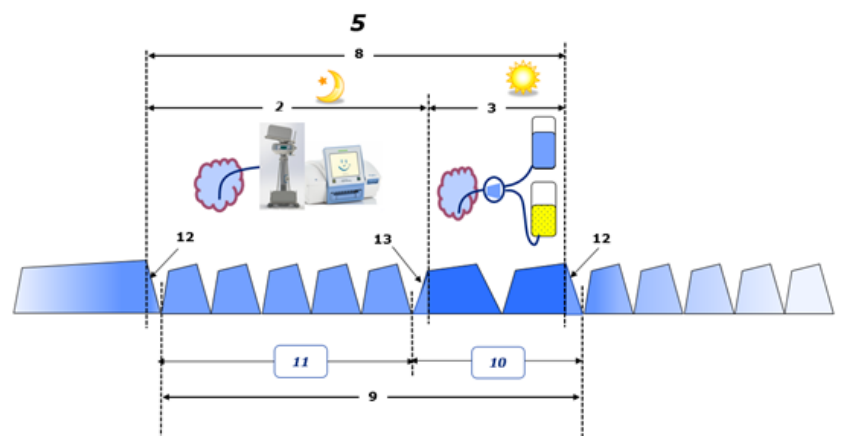
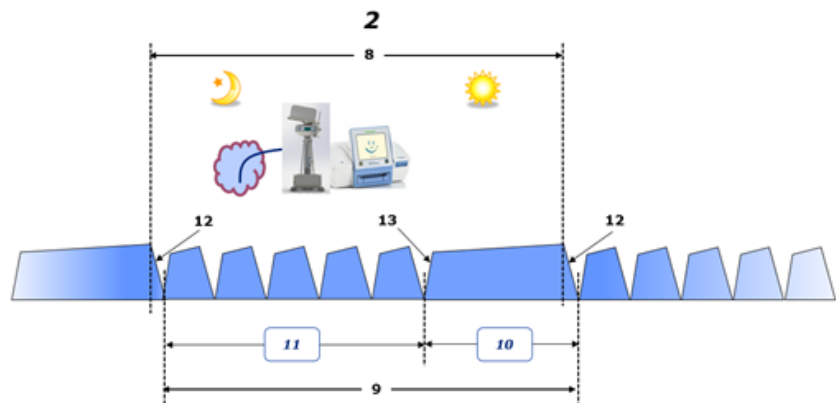
Bilancio volumi = volume totale infusione – volume drenaggio

Volume infusione totale e **Volume drenaggio totale** sono determinati per una data modalità di trattamento con DP. È la somma dei volumi di infusione e di drenaggio apportati da ogni ciclo/scambio del trattamento in un periodo specifico del trattamento con DP.

1. CAPD
2. APD
3. Scambi manuali
4. Funzione renale
5. APD e scambi manuali
6. CAPD e funzione renale
7. APD, scambi manuali e funzione renale
8. Periodo di trattamento (24 ore)
9. Periodo di riferimento (24 ore)
10. Foglio flussi -> POL
11. Cycler APD -> POL
12. Drenaggio iniziale (assistito da cycler)
13. Ultima infusione (assistita da cycler)
14. CAPD UF
15. APD UF
16. Scambi manuali UF
17. Volume urine
18. Volume rimosso totale giornaliero (24 h)



– In CAPD, i volumi di infusione e di drenaggio sono indicati nel foglio flussi cartaceo del paziente. Quando i dati del foglio flussi vengono inseriti manualmente in POL sono possibili ulteriori analisi, come il calcolo del bilancio volumi.



– Nei trattamenti di DP eseguiti solo da un cycler APD come CCPD o nei trattamenti di DP in cui sono coinvolte combinazioni di APD e scambi manuali come PD-Plus:
 – Il **Bilancio volumi** per il periodo tra la fine del drenaggio iniziale e l'inizio dell'ultima infusione viene indicato dal cycler APD.

- Il **Bilancio volumi** per il periodo tra l'inizio dell'ultima infusione e la fine del drenaggio iniziale viene riportato nel foglio flussi del paziente.
- Il **Bilancio volumi** indicato dal cyclor APD e riportato nel foglio flussi del paziente può essere aggregato nel POL per ulteriori analisi.

Al termine di una **Modalità di trattamento di DP**, quando si determina che un volume netto di fluidi è stato **rimosso** dal paziente, il **Bilancio volumi** riportato ha segno negativo, ad esempio -1357 mL.

Al termine di una **Modalità di trattamento di DP**, quando si determina che il paziente ha **trattenuto** un volume netto di fluidi, il **Bilancio volumi** ha segno positivo, ad esempio +308 mL.

● Volume di ultrafiltrazione

Volume di ultrafiltrazione (UF) è un termine clinico ampiamente utilizzato in tutte le forme di terapia sostitutiva renale per la gestione dello stato dei liquidi di un paziente. UF si definisce come:

UF = Volume Totale Drenaggio – Volume Totale infusione

Volume infusione totale e **Volume drenaggio totale** sono determinati dalla somma dei volumi di infusione e di drenaggio apportati da ciascun ciclo del trattamento nell'arco di un periodo di 24 ore.

Al termine di una **Modalità di trattamento di DP**, quando si determina che un volume netto di fluidi (ultrafiltrato) è stato **rimosso** dal paziente, l'**UF** ha **segno positivo**, ad esempio, 1357 mL.

Al termine di una **Modalità di trattamento di DP**, quando si determina che il paziente ha **acquisito** un volume netto di fluidi, l'**UF** ha **segno negativo**, ad esempio -308 mL. Del fluido **acquisito**, parte può continuare a risiedere nella cavità peritoneale (volume residuo all'interno della cavità peritoneale), mentre il resto è **assorbito** nel sistema circolatorio attraverso il sistema linfatico e i capillari peritoneali.

Volume di ultrafiltrazione (UF) e **Bilancio volumi** sono correlati tra loro da un cambio di segno. Pertanto:

UF = - Bilancio volumi

Ad esempio, se **Bilancio volumi** = -1357 mL, allora **UF** = +1357 mL

● Volume rimosso totale giornaliero (24 h)

Il **volume rimosso totale giornaliero (24 h)** indica i contributi di volume di ciascuna sezione di una **Modalità di trattamento di DP** intrapresa dal paziente e il **Volume urine** nelle 24 ore, come indicato nelle figure sottostanti.

Ad esempio, se APD **UF = 1406 mL**, scambi manuali **UF = 423 mL** e **Volume Urine = 131 mL**, allora **Volume rimosso totale giornaliero (24 h) = 1960 mL**.

● **Uso clinico dei termini Bilancio volumi e Bilancio dei liquidi**

Nella pratica clinica quotidiana, termini come bilancio volumi o bilancio dei liquidi si riferiscono di solito alla differenza tra l'assunzione totale di liquidi e la perdita totale di liquidi in un determinato periodo, spesso 24 ore. Il paziente è considerato in stato stazionario quando l'assunzione e la rimozione di liquidi totali sono in "equilibrio".

L'assunzione totale di liquidi è generalmente difficile da misurare, mentre è possibile determinare i Fluidi Totali Rimossi con ragionevole precisione. La maggior parte dei Fluidi Totali Rimossi è rappresentata dal volume totale giornaliero (24 ore) rimosso come descritto sopra, tuttavia non sono incluse le perdite insensibili (respirazione e sudorazione) e il contenuto di liquidi nelle feci.

A fini di un ulteriore chiarimento, si sottolinea che l'uso del termine **Bilancio volumi** nel contesto della gamma di prodotti Fresenius Medical Care PD si applica **solo al processo di trattamento della PD**. L'uso clinico del termine **bilancio volumi** si riferisce a una visione olistica complessiva del paziente e, pertanto, ha un significato diverso da **Bilancio volumi** così come viene utilizzato nella gamma di prodotti Fresenius Medical Care PD.

5.2 Riferimenti bibliografici per Quality Assurance e Modeling

1. Bergström J., Füst 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 of Peritoneal Membrane Characteristics: 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. (Eds.), "Handbook of Dialysis", 3rd Edition, 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., Zaloszcyc A., Schaefer B., Schmitt C., "Adapted Automated Peritoneal Dialysis", *Advances in Peritoneal Dialysis*, 2014, Vol. 30, p. 94-97.
13. Fischbach M., Zaloszcyc 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, Suppl. 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, Suppl. 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. (eds.): *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, Suppl. 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, Suppl. 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. (eds): *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. (eds.): *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 Simboli

In conformità ai requisiti legali e normativi applicabili, i seguenti simboli sono utilizzati nel menu Informazioni o sull'etichetta identificativa:

Simbolo	Descrizione
	Seguire le istruzioni per l'uso
	Marchio CE
	Produttore
	Serial Number (Numero di serie)
	Medical Device (Dispositivo medico)
	Unique Device Identification (Identificatore dispositivo univoco)

5.4 Istruzioni per l'uso del “software gratuito”

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.

