

PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB UKŁADU KRAŻENIA (CHUK)

Tomasz Zieliński

Federacja Związków Pracodawców Ochrony
Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”

Luty 2017

Część II. Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia

KRYTERIA KWALIFIKACJI DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH W RAMACH PROFILAKTYKI CHOROÓB UKŁADU KRĄŻENIA	WYMAGANE PROCEDURY MEDYCZNE
<p>Osoby obciążone następującymi czynnikami ryzyka:</p> <ol style="list-style-type: none">1) nadciśnienie tętnicze krwi (wartość RR > 140/90 mmHg).2) zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższone stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, triglicerydów i niskie stężenie HDL-cholesterolu).3) palenie tytoniu,4) niska aktywność ruchowa,5) nadwaga i otyłość.6) upośledzona tolerancja glukozy,7) wzrost stężenia fibrynogenu,8) wzrost stężenia kwasu moczowego,9) nadmierny stres,10) nieracjonalne odżywianie,11) wiek,12) płeć męska,13) obciążenia genetyczne <p>– znajdujące się na liście świadczeniobiorców lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy i w danym roku kalendarzowym, objętym umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, będące w 35, 40, 45, 50 oraz 55 roku życia, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia i które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia (także u innych świadczeniodawców).</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Przeprowadzenie wywiadu i wypełnienie karty badania profilaktycznego.2. Wykonanie badań biochemicznych krwi (stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu, triglicerydów i poziomu glukozy), dokonanie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI).3. Ustalenie terminu wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, na którego liście świadczeniobiorców znajduje się ten świadczeniobiorca.4. Wpisanie wyników badań do karty badania profilaktycznego.5. W trakcie wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:<ol style="list-style-type: none">1) badanie przedmiotowe świadczeniobiorcy oraz ocena czynników ryzyka zachorowań na choroby układu krążenia;2) kwalifikacja świadczeniobiorcy do odpowiedniej grupy ryzyka oraz ocena globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego w przyszłości według klasyfikacji SCORE i zapisanie uzyskanego wyniku w karcie badania profilaktycznego;3) edukacja zdrowotna świadczeniobiorcy oraz decyzja co do dalszego postępowania ze świadczeniobiorcą.6. Przekazanie świadczeniobiorcy, u którego rozpoznano chorobę układu krążenia, przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej informacji o wynikach badania oraz zaleceń dotyczących konieczności zmiany trybu życia lub kierowanie świadczeniobiorcy na dalszą diagnostykę lub leczenie.

WARUNKI
REALIZACJI
PROGRAMU CHUK
OKREŚLA
ROZPORZĄDZENIE
„KOSZYKOWE” POZ
DZ.U. 2013.1248

- ▶ Świadczenie w ramach profilaktyki chorób układu krążenia – traktowany jako jedno świadczenie **cykl udokumentowanych procedur medycznych** określonych w części II „Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia” załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ (patrz poprzedni slajd)
- ▶ Świadczenia gwarantowane w ramach profilaktyki chorób układu krążenia realizowane zgodnie z warunkami określonymi w części II załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ dokumentowane są w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP) **oraz poprzez** włączenie Karty badania profilaktycznego w profilaktyce chorób układu krążenia do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy
- ▶ **Świadczenie lekarza poz w profilaktyce CHUK – porada – 110,00 zł**

SZCZEGÓŁY
ZAWARTE SĄ W
ZARZĄDZENIU
PREZESA NFZ
50/2016/DSOZ

OD CZEGO ZACZAĆ?



- ▶ 1. Rejestracja konta użytkownika w Portalu SIMP
- ▶ 2. Wyselekcjonowanie pacjentów podlegających programowi
- ▶ 3. Umówienie na pierwszą wizytę
- ▶ 4. Pierwsza wizyta
- ▶ 5. Pobranie krwi
- ▶ 6. Ocena badań
- ▶ 7. Druga wizyta
- ▶ 8. Rozliczenie

WYTYCZNE POSTĘPOWANIA



[Zapomniałem/-am hasła](#)

[Wniosek o założenie użytkownika/ zmianę hasła/ rozszerzenie uprawnień](#)

Informacji ogólnej

w zakresie funkcjonowania systemu oraz w zakresie realizacji zgłoszonych konsultacji [KAKKONS-...] udzielają pracownicy pomocy technicznej firmy **Asseco**, tel. **32 604 46 58**, **32 604 46 69**

SIMP - Wsparcie merytoryczne dotyczące SIMP

udzielane jest przez pracowników Oddziałów Wojewódzkich NFZ.

Świadczeniodawcy. Po zalogowaniu do systemu SIMP w menu 'Pomoc' (!?), pozycja 'Wsparcie', wskazani są pracownicy OW NFZ, którzy udzielają wsparcia merytorycznego i informatycznego w zakresie systemu SIMP.

SMPT - Wsparcie merytoryczne dotyczące SMPT

udzielane jest przez pracowników Departamentu Gospodarki Lekami Centrali NFZ.

Świadczeniodawcy. Wsparcie merytoryczne w zakresie systemu SMPT udzielane jest za pośrednictwem adresu smpt@nfz.gov.pl

UWAGA. Prosimy systematycznie zapoznawać się z komunikatami zamieszczanymi w aplikacji.

wersja: 6.0.52 | Copyright © Asseco Poland S.A.

REJESTRACJA KONTA UŻYTKOWNIKA W PORTALU SIMP

System dostępowy świadczeniodawcy



Użytkownik

Hasło

Zmiana hasła

OK

[Zapomniałem/-am hasła](#)

[Wniosek o założenie użytkownika/ zmianę hasła/ rozszerzenie uprawnień](#)

Informacji ogólnej

w zakresie **funkcjonowania systemu** oraz w zakresie **realizacji zgłoszonych konsultacji** [KAKKONS-...] udzielają pracownicy **pomocy technicznej** firmy **Asseco**, tel. [32 604 46 59](tel:326044659), [32 604 46 69](tel:326044669)

SIMP - Wsparcie merytoryczne dotyczące SIMP

udzielane jest przez pracowników Oddziałów Wojewódzkich NFZ.

Świadczeniodawcy. Po zalogowaniu do systemu SIMP w menu 'Pomoc' ('?'), pozycja 'Wsparcie', wskazani są pracownicy OW NFZ, którzy udzielają **wsparcia merytorycznego i informatycznego w zakresie systemu SIMP**.

SMPT - Wsparcie merytoryczne dotyczące SMPT

udzielane jest przez pracowników Departamentu Gospodarki Lekami Centrali NFZ.

Świadczeniodawcy. Wsparcie merytoryczne w zakresie systemu SMPT udzielane jest za pośrednictwem adresu smpt@nfz.gov.pl

UWAGA. Prosimy systematycznie zapoznawać się z komunikatami zamieszczanymi w aplikacji.

wersja: 6.0.52 | Copyright © Asseco Poland S.A.

[HTTPS://CSM-SWD.NFZ.GOV.PL/](https://CSM-SWD.NFZ.GOV.PL/)

NFZ

Rejestracja wniosku dotyczącego systemu SIMP/SMPT



REJESTRACJA WNIOSKU



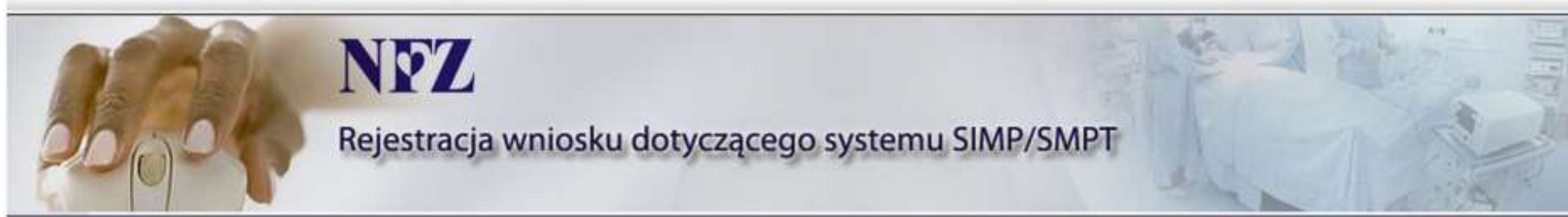
Użytkownik

Hasło

PODGLĄD WNIOSKU

wersja: 1.1.03

**REJESTRACJA WNIOSKU O ZAŁOŻENIE
KONTA UŻYTKOWNIKA**



Wybór rodzaju wniosku

Rodzaj wniosku

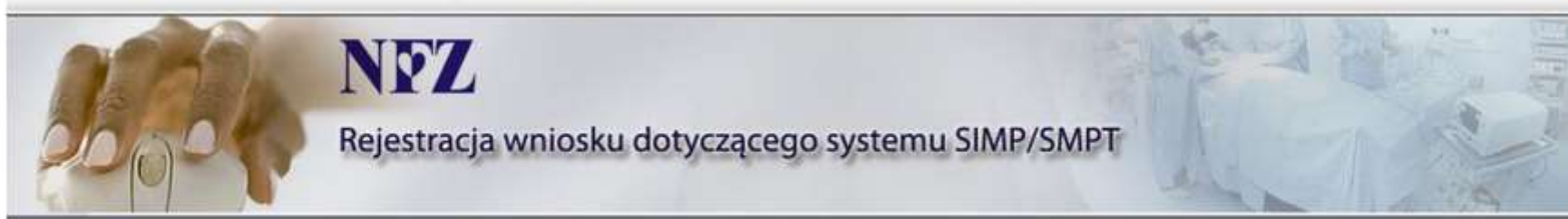
REJESTRACJA UŻYTKOWNIKA



OK

REZYGNUJ

Z LISTY WYBIERAMY RODZAJ WNIOSKU –
REJESTRACJA UŻYTKOWNIKA



Wybór rodzaju wniosku

Rodzaj wniosku
Moduły

REJESTRACJA UŻYTKOWNIKA

SIMP
 SMPT

OK REZYGNUJ

WYBIERAMY MODUŁ - SIMP
ZATWIERDZAMY - OK

**NFZ**

Rejestracja wniosku dotyczącego systemu SIMP/SMPT

Formularz służy do rejestracji wniosku o założenie w SIMP konta użytkownika z uprawnieniami administratora. Konto przeznaczone jest dla świadczeniodawcy, który takiego użytkownika jeszcze nie posiada. Administrator będzie mógł m.in. zakładać konta dla nowych użytkowników u danego świadczeniodawcy, nadawać im niezbędne uprawnienia oraz odblokowywać konta. Aby zarejestrować wniosek, należy wypełnić wszystkie obowiązkowe pola wg podanych wskazówek.

Rejestracja wniosku - dane do wniosku

Rodzaj wniosku	<input type="text" value="REJESTRACJA UŻYTKOWNIKA"/>
Moduły	<input checked="" type="checkbox"/> SIMP <input type="checkbox"/> SMPT
OW NFZ *	<input type="text"/>
Świadczeniodawca *	<input type="text"/>
Nazwisko *	<input type="text"/>
Imię *	<input type="text"/>
Stanowisko	<input type="text"/>
Telefon stacjonarny	<input type="text"/>
Telefon komórkowy	<input type="text"/>
Adres e-mail *	<input type="text"/>
Pytanie kontrolne *	<input type="text"/>
Odpowiedź *	<input type="text"/>
Oświadczenie *	<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb tworzenia użytkownika SIMP
Kod *	<input type="text"/>

* Pola obowiązkowe

Po wprowadzeniu wymaganych informacji należy nacisnąć przycisk ZAPISZ. Po sprawdzeniu i poprawnym zapisie danych system wyświetli odpowiedni komunikat i pozwoli wydrukować WNIOSEK. Podpisany WNIOSEK należy niezwłocznie przesłać do właściwego OW NFZ.

- ▶ Formularz służy do rejestracji wniosku o założenie w SIMP konta użytkownika z uprawnieniami administratora.
- ▶ **Konto przeznaczone jest dla świadczeniodawcy, który takiego użytkownika jeszcze nie posiada.**
- ▶ Administrator będzie mógł m.in. zakładać konta dla nowych użytkowników u danego świadczeniodawcy, nadawać im niezbędne uprawnienia oraz odblokowywać konta.
- ▶ **Aby zarejestrować wniosek, należy wypełnić wszystkie obowiązkowe pola wg podanych wskazówek.**



NFZ

Rejestracja wniosku dotyczącego systemu SIMP/SMPT

Formularz służy do rejestracji wniosku o założenie w SIMP konta użytkownika z uprawnieniami administratora. Konto przeznaczone jest dla świadczeniodawcy, który takiego użytkownika jeszcze nie posiada. Administrator będzie mógł m.in. zakładać konta dla nowych użytkowników u danego świadczeniodawcy, nadawać im niezbędne uprawnienia oraz odblokowywać konta. Aby zarejestrować wniosek, należy wypełnić wszystkie obowiązkowe pola wg podanych wskazówek.

Rejestracja wniosku - dane do wniosku

Rodzaj wniosku: REJESTRACJA UŻYTKOWNIKA

Moduły:
 SIMP
 SMPT

OW NFZ *

Świadczeniodawca *

Nazwisko *

Imię *

Stanowisko

Telefon stacjonarny


Telefon komórkowy

Adres e-mail *

Pytanie kontrolne *

Odpowiedź *

Oświadczenie * Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb tworzenia użytkownika SIMP



Kod *

* Pola obowiązkowe

Po wprowadzeniu wymaganych informacji należy nacisnąć przycisk ZAPISZ. Po sprawdzeniu i poprawnym zapisie danych system wyświetli odpowiedni komunikat i pozwoli wydrukować WNIOSEK. Podpisany WNIOSEK należy niezwłocznie przesać do właściwego OW NFZ.

ZAPISZ

REZYGNUJ

WYBIERAMY
OW NFZ
NASTĘPNIE
WCISKAMY
PRZYCISK

Słownik świadczeniodawców - wyszukiwanie

Kryterium:

Wartość:

Kod pocztowy:

Należy wyszukać właściwy podmiot i poprzez kliknięcie na jego opis wprowadzić do wniosku

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb tworzenia użytkownika SIMP

st WS

Kod:

* Pola obowiązkowe

Po wprowadzeniu wymaganych informacji należy nacisnąć przycisk ZAPISZ. Po sprawdzeniu i poprawnym zapisie danych system wyświetli odpowiedni komunikat i pozwoli wydrukować WNIOSEK. Podpisany WNIOSEK należy niezwłocznie przesać do właściwego OW NFZ.

WYBIERAMY
KRYTERIUM I
SZUKAMY
SWÓJ
PODMIOT

Słownik świadczeniodawców - wyszukiwanie

Kryterium: NAZWA FRAGMENT
Wartość: PROMED
Kod pocztowy:

Należy wyszukać właściwy podmiot i poprzez kliknięcie na jego opis wprowadzić do wniosku

Liczba pozycji: 5 (strona: 1 z 1)

ID	Kod OW	Nazwa	Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica
96745	30005038	CENTRUM MEDYCZNE PROMEDICA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	35-073	RZESZÓW	PL.WOLNOŚCI 17
11406	30002979	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PROMED" A.SZENDAŁA, T.ZIELIŃSKI - LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA	23-145	WYSOKIE	RYNEK JABŁONOWSKICH 6
96825	30005164	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PROMED" ANNA CZERNIAK	21-050	BYSTRZEJOWICE PIERWSZE	91 91
10293	30000279	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODEK MEDYCZYNY SZKOLNEJ "PROMED" SPÓŁKA CYWILNA	20-081	LUBLIN	STASZICA 22/40
108174	30005653	NZOZ PROMED BEATA BELZ	22-400	ZAMOŚĆ	SPADEK 49

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb tworzenia użytkownika - SIMP



Kod *

* Pola obowiązkowe

Po wprowadzeniu wymaganych informacji należy nacisnąć przycisk ZAPISZ. Po sprawdzeniu i poprawnym zapisie danych system wyświetli odpowiedni komunikat i pozwoli wydrukować WNIOSEK. Podpisany WNIOSEK należy niezwłocznie przesłać do właściwego OW NFZ.

ZAPISZ

REZYGNUJ

PO
ODNALEZIENIU
PODMIOTU
KLIKAMY W
NIEGO I
UZUPEŁNIAMY
POZOSTAŁE
POLA
FORMULARZA

- ▶ Po wprowadzeniu wymaganych informacji należy nacisnąć przycisk ZAPISZ.
- ▶ Po sprawdzeniu i poprawnym zapisie danych system wyświetli odpowiedni komunikat i pozwoli wydrukować WNIOSEK.
- ▶ Podpisany WNIOSEK należy niezwłocznie przesać do właściwego OW NFZ.

NFZ

Rejestracja wniosku dotyczącego systemu SIMP/SMPT



REJESTRACJA WNIOSKU

Użytkownik:
Hasło:

PODGLĄD WNIOSKU

wersja: 1.1.03



STAN WNIOSKU MOŻNA SPRAWDZIĆ
WPISUJĄC SWOJĄ NAZWĘ UŻYTKOWNIKA I
HASŁO W POLU PODGLĄD WNIOSKU

PO ZATWIERDZENIU WNIOSKU I UZYSKANIU
DOSTĘPU DO PORTALU SIMP MOŻNA
PRZEJŚĆ DO REALIZACJI PROGRAMU



System dostępowy świadczeniodawcy



[Zapomniałem/-am hasła](#)

[Wniosek o założenie użytkownika/ zmianę hasła/ rozszerzenie uprawnień](#)

Informacji ogólnej

w zakresie **funkcjonowania systemu** oraz w zakresie **realizacji zgłoszonych konsultacji** [KAKKONS-...] udziela pracownicy **pomocy technicznej** firmy **Asseco**, tel. [32 604 46 59](tel:326044659), [32 604 46 69](tel:326044669)

SIMP - Wsparcie merytoryczne dotyczące SIMP

udzielane jest przez pracowników Oddziałów Wojewódzkich NFZ.

Świadczeniodawcy. Po zalogowaniu do systemu SIMP w menu 'Pomoc' ('?'), pozycja 'Wsparcie', wskazani są pracownicy OW NFZ, którzy udzielają wsparcia merytorycznego i informatycznego w zakresie systemu SIMP.

SMPT - Wsparcie merytoryczne dotyczące SMPT

udzielane jest przez pracowników Departamentu Gospodarki Lekami Centrali NFZ.

Świadczeniodawcy. Wsparcie merytoryczne w zakresie systemu SMPT udzielane jest za pośrednictwem adresu smpt@nfz.gov.pl

UWAGA. Prosimy systematycznie zapoznawać się z komunikatami zamieszczanymi w aplikacji.

LOGUJEMY SIĘ DO PORTALU SIMP



System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki

SIMP

Administrator systemu

ADMIN

03 NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PROMED" A.SZENDAŁA, T.ZIELIŃSKI - LEKARSKA
Zalogowany użytkownik: TOMASZ ZIELIŃSKI

wersja: 6.0.52

Wszelkie prawa zastrzeżone. © 2014. Allseco Poland S.A.

allseco
POLAND

W CZĘŚCI ADMIN MOŻEMY DODAWAĆ I ZMIENIAĆ
DANE UŻYTKOWNIKÓW – DODATKOWYCH
LEKARZY REALIZUJĄCYCH PROGRAM



ADMINISTRACJA

Użytkownicy

Grupy użytkowników

Log prób odzyskiwania

30 min. do zakończenia sesji

UWAGA!!

Udostępniona została aplikacja służąca do odzyskania dostępu do systemu, jeżeli hasło zostanie zapomniane. Jeżeli była to konieczność, z niej skorzystać należy.

- Uzupełnić **MOJE DANE** dostępne po zalogowaniu do systemu w menu **MOJE DANE**,
- W przypadku problemów z hasłem skorzystać z linka **ZAPOMNIAŁEM/-AM HASŁA** dostępnego w menu logowania,
- Wypełnić wymagane pola wraz z adresem e-mail i pytaniem kontrolnym uzupełnionym wcześniej w **MOICH DANYCH**,
- Zalogować się na jednorazowe hasło przesłane na adres e-mail.

Dodatkowo codziennie rano odblokowywane są konta użytkowników zablokowane przez trzykrotne podanie błędnego hasła - użytkownik dostaje kolejne 3 próby logowania.

Wiadomości

ZAPOMNIAŁEM/-AM HASŁA

Dodano: 2010-08-04 08:20:09

POMOC DO MODUŁU

Dodano: 2006-11-07 08:57:18

USTAWIAMY PARAMETRY LOGOWANIA W CZĘŚCI
ADMINISTRACJA -> UŻYTKOWNICY



System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki

SIMP

Administrator systemu

ADMIN

03 NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PROMED" A.SZENDAŁA, T.ZIELIŃSKI I INI PARTNERSKA
Zalogowany użytkownik: TOMASZ ZIELIŃSKI

wersja: 6.0.52

Wszelkie prawa zastrzeżone © Asseco Poland S.A.

ASSECO
POLAND

W CZĘŚCI SIMP REALIZUJEMY MEDYCZNE
ASPEKTY PROGRAMU CHUK



KONFIGURACJA

Słownik personelu medycznego

Słownik mammobusów

Parametry

Wspólne

Cytologia

Mammografia

Układ krążenia

30 min. do zakończenia sesji

Wiadomości

SPRAWOZDANIE BADAŃ Z POPRZEDNIEGO OKRESU ROZLICZ.

Dodano: 2017-02-09 17:02:18

KOC INSTRUKCJA OBSŁUGI SIMP

Dodano: 2017-01-13 12:02:44

GENERACJA RACHUNKU - INSTRUKCJA

Dodano: 2016-02-04 15:12:46

MAMMOGRAFY, HARMONOGRAMY

Dodano: 2015-12-31 12:37:28

MODYFIKACJE HARMONOGRAMÓW 2014-05-06

Dodano: 2014-05-08 13:24:19

MODYFIKACJE DOT. HARMONOGRAMÓW

MAMMOBUSÓW 20140401

Dodano: 2014-04-01 15:29:04

1.

Informujemy, że w oparciu o przepisy z dnia 8 września 2015 r. w sprawie wojny w województwie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, we wszystkich programach profilaktycznych przy wprowadzeniu badań cytologicznych i mammograficznych (etap podstawowy i pogłębiony) oraz badań CHUK, została wprowadzona walidacja uniemożliwiająca dodanie nowego badania z datą z poprzedniego okresu rozliczeniowego po upływie 40 dni od jego zakończenia. Wszystkie wprowadzone wcześniej badania będą mogły podlegać zakończeniu.

2.

3.

PRZED ROZPOCZĘCIEM REALIZACJI PROGRAMU CHUK NALEŻY SKONFIGUROWAĆ SIMP DO NASZYCH POTRZEB

🕒 30 min. do zakończenia sesji

Czy płatnik VAT?

 TAK NIE

Numer konta bankowego

04194010763006965900000000

Dostawca, wystawca dowodu

ŚWIADCZENIODAWCA

Podstawa zwolnienia z podatku od towarów i usług

Usługi zwolnione na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 18 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2011 r. Nr 177, poz. 1054 z późn. zm.)

Zapisz

Rezygnuj

ZAZNACZAMY CZY JESTEŚMY PŁATNIKIEM VAT, PODAJEMY NUMER KONTA BANKOWEGO, KTO JEST DOSTAWCĄ ORAZ PODSTAWĘ ZWOLNIENIA Z VAT – WSZYSTKIE PARAMETRY WARTO UZGODNIĆ Z BIUREM KSIĘGOWYM



30 min. do zakończenia sesji

KONFIGURACJA

Słownik personelu medycznego

Słownik mammobusów

Parametry

Wspólne

Cytologia

Mammografia

Układ krążenia

Wiadomości

SPRAWOZDANIE BADAŃ Z POPRZEDNIEGO OKRESU ROZLICZ.

Dodano: 2017-02-09 17:02:18

KOC INSTRUKCJA OBSŁUGI SIMP

Dodano: 2017-01-13 12:02:44

GENERACJA RACHUNKU - INSTRUKCJA

Dodano: 2016-02-04 15:12:46

MAMMOGRAFY, HARMONOGRAMY

1.

2.

3.

NASTĘPNIIE WYBIERAMY
KONFIGURACJĘ PROGRAMU CHUK

30 min. do zakończenia sesji

Jednostka dla wyników badań biochemicznych	MG/DL
Produkt kontraktowy w umowie w 2010 r.	01.0010.093.11
Produkt kontraktowy w umowie w 2011 r.	01.0010.093.11
Produkt kontraktowy w umowie w 2012 r.	01.0010.107.11
Produkt kontraktowy w umowie w 2013 r.	01.0010.107.11

Adres w nagłówku wydruków

Umieszczenie adresu - koperta DL (110 X 220), Z OKIENKIEM PRAWY DÓŁ

Zapisz

Rezygnuj

WPROWADZAMY JEDNOSTKI DLA BADAŃ I
DANE ADRESOWE



🕒 28 min. do zakończenia sesji

Wiadomości

Informujemy, że w oparciu o przepisy MZ z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, we wszystkich programach profilaktycznych przy wprowadzeniu badań cytologicznych i mammograficznych (etap podstawowy i pogłębiony) oraz badań CHUK, została wprowadzona walidacja uniemożliwiająca dodanie nowego badania z datą z poprzedniego okresu rozliczeniowego po upływie 40 dni od jego zakończenia. Wszystkie wprowadzone wcześniej badania będą mogły podlegać zakończeniu.

SPRAWOZDANIE BADAŃ Z POPRZEDNIEGO OKRESU ROZLICZ.

Dodano: 2017-02-09 17:02:18

KOC INSTRUKCJA OBSŁUGI SIMP

Dodano: 2017-01-13 12:02:44

GENERACJA RACHUNKU - INSTRUKCJA

Dodano: 2016-02-04 15:12:46

INSTRUKCJA HARMONOGRAMY

Dodano: 2014-05-06 13:24:19

MODYFIKACJE HARMONOGRAMY 2014-05-06

Dodano: 2014-05-08 13:24:19

MODYFIKACJE DOT. HARMONOGRAMY MAMMOBUSÓW 20140401

Dodano: 2014-04-01 15:29:04

CYTOLOGIA OCENA ROZMAZU

Dodano: 2014-03-21 16:44:56

PROGRAM CHUK ZNAJDUJE SIĘ POD IKONĄ



NFZ System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki

24 min. do zakończenia sesji

UKŁAD KRAŻENIA

- Weryfikacja uprawnień do profilaktyki
- Badania
- Osoby z listy POZ
- Objęcie populacji
- Wykonania

Informacja sy rozp. MZ z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, we wszystkich programach profilaktycznych przy wprowadzeniu badań cytologicznych i mammograficznych (etap podstawowy i pogłębiony) oraz badań CHUK, została wprowadzona walidacja uniemożliwiająca dodanie nowego badania z datą z poprzedniego okresu rozliczeniowego po upływie 40 dni od jego zakończenia. Wszystkie wprowadzone wcześniej badania będą mogły podlegać zakończeniu.

Wiadomości

- SPRAWOZDANIE BADAŃ Z POPRZEDNIEGO OKRESU ROZLICZ.**
Dodano: 2017-02-09 17:02:18
- KOC INSTRUKCJA OBSŁUGI SIMP**
Dodano: 2017-01-13 12:02:44
- GENERACJA RACHUNKU - INSTRUKCJA**
Dodano: 2016-02-04 15:12:46
- MAMMOGRAFY, HARMONOGRAMY**
Dodano: 2015-12-31 12:37:28
- MODYFIKACJE HARMONOGRAMÓW 2014-05-06**
Dodano: 2014-05-08 13:24:19
- MODYFIKACJE DOT. HARMONOGRAMÓW MAMMOBUSÓW 20140401**
Dodano: 2014-04-01 15:29:04
- CYTOLOGIA OCENA ROZMAZU**
Dodano: 2014-03-21 16:44:56
- MODYFIKACJE DOT. HARMONOGRAMÓW**

PO KLIKNIĘCIU W IKONĘ  WYBIERAMY W MENU – OSOBY Z LISTY POZ

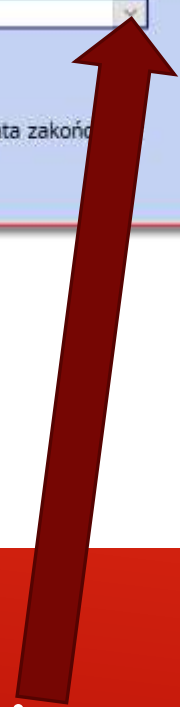
⌚ 30 min. do zakończenia sesji

Profilaktyka	<input type="text" value="UKŁAD KRAŻENIA"/>				
Płeć	<input type="text"/>	Wiek	<input type="text"/>	Lekarz	<input type="text"/>
Realizacja	<input type="text"/>			Numer PESEL	<input type="text"/>
					<input type="button" value="Szukaj"/>

NASTĘPNIE WYBIERAMY WYDRUK LIST

🕒 30 min. do zakończenia sesji

Nazwa listy	<input type="text"/>				
Status generacji	ZAKOŃCZONA PRAWIDŁOWO				
Data rozpoczęcia	od	<input type="text" value="2017-01-01"/> 📅	do	<input type="text" value="2017-12-31"/> 📅	
	Data zakończenia	od	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>
<input type="button" value="Szukaj"/>					



WYBIERAMY Z LISTY ROZWIJANEJ:
LISTA OSÓB DO PRZEBADANIA W
PROGRAMIE PROFILAKTYKI CHUK

🕒 30 min. do zakończenia sesji

Nazwa listy	<input type="text" value="LISTA OSÓB DO PRZEBADANIA W PROGRAMIE PROFILAKTYKI CHUK"/>			
Status generacji	<input type="text" value="ZAKOŃCZONA PRAWIDŁOWO"/>			
Data rozpoczęcia	od	<input type="text" value="2017-01-01"/>	do	<input type="text" value="2017-12-31"/>
Data zakończenia	od	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>
<input type="button" value="Szukaj"/>				

NASTĘPNIE WYBIERAMY GENERACJA

🕒 30 min. do zakończenia sesji

Nazwa	<input type="text" value="RAPSIMPWDOBADUK"/>		
Opis	<input type="text" value="LISTA OSÓB DO PRZEBADANIA W PROGRAMIE PROFILAKTYKI CHUK"/>		
Opis szczegółowy	<input type="text" value="LISTA OSÓB DO PRZEBADANIA W PROGRAMIE PROFILAKTYKI CHOROÓB UKŁADU KRAŻENIA NA DZIEŃ GENERACJI RAPORTU"/>		
Nazwa zadania	<input type="text" value="SIMPWUKDOB"/>	Kolejka	<input type="text" value="SIMPJOBRAP"/>

NASTĘPNIE URUCHAMIAMY GENERACJĘ LISTY – WCISKAJĄC PRZYCISK URUCHOM

🕒 30 min. do zakończenia sesji

Program został uruchomiony na serwerze

OK

PO URUCHOMIENIU GENERACJI
CZEKAMY NA WYGENEROWANIE LISTY

🕒 30 min. do zakończenia sesji

Nazwa listy	<input type="text"/>				
Status generacji	ZAKOŃCZONA PRAWIDŁOWO				
Data rozpoczęcia	od	<input type="text" value="2017-01-01"/>	do	<input type="text" value="2017-12-31"/>	
Data zakończenia	od	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>	
					<input type="button" value="Szukaj"/>



WCISKAMY PRZYCISK SZUKAJ

⌚ 30 min. do zakończenia sesji

Nazwa listy

Status generacji

Data rozpoczęcia od do Data zakończenia od do

Liczba pozycji: 2 (strona 1 z 1)

1

Nazwa listy	Status	Data i czas rozpoczęcia	Data i czas zakończenia	
LISTA OSÓB DO PRZEBADANIA W PROGRAMIE PROFILAKTYKI CHUK	✓	2017-02-12 20:40:01	2017-02-12 20:40:02	<input type="button" value="E"/>
LISTA OSÓB DO PRZEBADANIA W PROGRAMIE PROFILAKTYKI CHUK	✓	2017-01-11 22:39:04	2017-01-11 22:39:07	<input type="button" value="E"/>

JEŻELI LISTA JEST WYGENEROWANA TO POJAWIA SIĘ NA LIŚCIE LIST – KLIKNIĘCIE W PRZYCISK „E” WYŚWIETLA LISTĘ W FORMACIE EXCEL

SPRAWDZAMY OTRZYMANĄ LISTĘ
ZGODNIE Z KRYTERIAMI DOSTĘPU DO
BADAŃ W PROGRAMIE SIMP



- ▶ Podlegają programowi pacjenci w wieku 35, 40, 45, 50, 55 lat (liczy się rocznik a nie dokładna data urodzenia), u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia i nie byli badani w ramach programu CHUK w ciągu ostatnich 5 lat (również u innych świadczeniodawców).
- ▶ Wygenerowana lista pacjentów z SIMP zawiera osoby z odpowiedniego rocznika z aktywnymi deklaracjami do danego podmiotu, dla których w systemie NFZ nie ma rozpoznań z zakresu cukrzycy i chorób układu krążenia.
- ▶ Weryfikujemy ją z posiadaną przez nas dokumentacją medyczną pod kątem występowania u pacjenta cukrzycy lub chorób układu krążenia.
- ▶ Osoby z listy, które u nas również nie miały rozpoznanej cukrzycy ani choroby układu krążenia podlegają badaniu.

WYSELEKCJONOWANIE PACJENTÓW PODLEGAJĄCYCH PROGRAMOWI - KRYTERIA

- ▶ Z listy pacjentów podlegających programowi CHUK wybieramy kolejnych pacjentów i umawiamy na pierwszą wizytę najlepiej w terminach odpowiadających możliwości pobrania krwi przy tej samej wizycie pacjenta
- ▶ Pacjentów pracujących poza miejscem zamieszkania warto umawiać w okresach przedświątecznych lub wakacyjnych
- ▶ Przed umówieniem sprawdzamy w eWUŚ czy pacjent jest aktualnie uprawniony do świadczeń
- ▶ Jeżeli pacjent jest „czerwony” to tak jak w każdym innym przypadku jeśli uważa, że jest ubezpieczony to podpisuje oświadczenie i podlega realizacji programu
- ▶ W trakcie realizacji programu podajemy datę pierwszej wizyty i w tej dacie pacjent musi być „zielony” w eWUŚ (konieczne jest sprawdzenie) albo musi podpisać oświadczenie

UMÓWIENIE NA PIERWSZĄ WIZYTĘ

Karta badania profilaktycznego w programie profilaktyki chorób układu krążenia

Uwaga!

Kartę należy wypełnić drukowanymi literami, twierdzące odpowiedzi na pytania zawarte w Karcie, zaznaczyć w odpowiednich polach znakiem „X”.

W przypadkach odpowiedzi negatywnych, pola odpowiedzi przy pytaniach, należy wpisać znak „-”.

Nazwisko

Imię

PESEL

Tel. kont. Adres e-mail

Miejscowość

Kod Poczta

Ulica Nr lokalu Nr mieszk.

Zawód wykonywany / Zajęcie

Wykształcenie:

Data pierwszej wizyty Termin wizyty u lekarza

Data wizyty u lekarza

- Czy u ojca rozpoznano?:** (obciążenie rodzinne dodatnie, gdy u ojca wystąpił zawał serca i/lub udar mózgu przed 55 r.ż.)
 - 1) zawał serca , jeśli tak - to w jakim wieku
 - 2) udar mózgu , jeśli tak - to w jakim wieku
- Czy u matki rozpoznano?:** (obciążenie rodzinne dodatnie, gdy u matki wystąpił zawał serca i/lub udar mózgu przed 60 r.ż.)
 - 1) zawał serca , jeśli tak - to w jakim wieku
 - 2) udar mózgu , jeśli tak - to w jakim wieku
- Czy Pan/Pani pali papierosy?**
 - 1) TAK , od ilu lat? , ilu m-cy? , ile dziennie?
- Czy Pan/Pani palił/a papierosy w przeszłości?**
 - 1) TAK , ile lat? , ile m-cy? , ile dziennie?
 - 2) Kiedy Pan/i rzucił/a palenie, ile lat? , ile m-cy?
- Czy Pan/Pani nigdy nie palił/a papierosów?**
 - 1) TAK ,
- Ile razy w tygodniu Pan/Pani wykonuje ćwiczenia fizyczne trwające powyżej 30 minut?**
 - 1) razy
 - 2) Nie wykonuję ćwiczeń fizycznych

Wyniki badania fizykalnego:

Obwód: ramię cm, pas cm

Waga: kg

Wzrost: cm

Wynik oceny BMI:

Pomiary ciśnienia tętniczego:

1. skurczowe: a) , b) , c) , d) średnia (b+d)/2

2. rozkurczowe: a) , b) , c) , d) średnia (b+d)/2

3. tętno (30s x 2) a) , b) , c) , d)

Uwagi:

PIERWSZA WIZYTA

- Podczas pierwszej wizyty warto zebrać pełny wywiad zgodnie z kartą badania profilaktycznego (załącznik nr 4 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 50/2016/DSOZ)
- Należy również dokonać pomiarów – obwód ramienia, obwód pasa, waga, wzrost i pomiary ciśnienia tętniczego oraz tętna
- Zgodnie ze wcześniejszą sugestią warto tego dnia pobrać krew w celu wykonania badań laboratoryjnych: glukoza, lipidogram lub wystawić skierowanie jeżeli nie wykonujemy badań w placówce

- ▶ W ramach programu należy wykonać badania:
 - ▶ Glukoza na czczo
 - ▶ Cholesterol całkowity
 - ▶ Cholesterol HDL
 - ▶ Cholesterol LDL
 - ▶ Trójglicerydy

POBRANIE KRWI

- ▶ Po otrzymaniu wyników badań można je ocenić zanim zgłosi się pacjent i jeżeli wynik poziomu glukozy na czczo będzie wskazywał na konieczność wykonania testu obciążenia glukozą to przed kolejną wizytą warto pacjenta skierować na to badanie.

OCENA BADAŃ

DRUGA WIZYTA

Wyniki badań biochemicznych:

1. cholesterol całkowity | | | | mg/dl,
2. cholesterol HDL | | | | mg/dl,
3. cholesterol LDL | | | | mg/dl,
4. trójglicerydy | | | | mg/dl,
5. glukoza na czczo | | | | mg/dl,

Ocena ryzyka chorób układu krążenia:

1. ryzyko incydentu sercowo–naczyniowego wg algorytmu SCORE:

Zalecenia dla pacjenta:

1. Badanie zgodne z ustalonym interwałem - TAK | |
2. Pacjenta skierowano na edukację (badanie zgodnie z ustalonym interwałem) - TAK | |
.....
dane edukatora
3. Pacjenta skierowano na dalszą diagnostykę i leczenie do poradni specjalistycznej - TAK | |
.....
specjalność medyczna poradni specjalistycznej
4. Pacjent pod kontrolą lekarza POZ poza programem - TAK | |

Ad. 2.) Edukacja dotyczyła:

.....
.....

.....
data i podpis przeprowadzającego edukację podpis świadczeniobiorcy

.....
data badania pieczętka i podpis lekarza

Uwagi:

Zgoda świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych

Nr telefonu komórkowego:

Nr telefonu stacjonarnego:

Adres e-mail:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonicznego oraz adresu e-mail, otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej oraz poczty elektronicznej informacji medycznych oraz gromadzenie i przetwarzanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie przekazanych przez mnie danych dla potrzeb realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych.

.....
data podpis świadczeniobiorcy

► Podczas drugiej wizyty związanej z realizacją programu CHUK, tj. wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej przeprowadza się:

1. badanie przedmiotowe świadczeniobiorcy oraz ocenę czynników ryzyka zachorowań na choroby układu krążenia;
2. kwalifikację świadczeniobiorcy do odpowiedniej grupy ryzyka oraz ocenę globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego w przyszłości według klasyfikacji SCORE
3. edukację zdrowotną świadczeniobiorcy oraz decyzję co do dalszego postępowania ze świadczeniobiorcą.

- ▶ Jeżeli pracujemy w gabinecie z komputerem (do czego zachęcam) to wszystkie zebrane dane wprowadzamy bezpośrednio w trakcie wizyty do komputera w portalu SIMP i na zakończenie drukujemy kartę badania i podsumowanie badania dla pacjenta. Na karcie pacjenta zbieramy DWA podpisy pacjenta (pod badaniem i pod zgodą na przetwarzanie danych)
- ▶ Jeżeli pracujemy „papierowo” to na formularzu należy uzupełnić wszystkie pola i zebrać DWA podpisy pacjenta tak jak w przypadku wydruku
- ▶ Oczywiście w zależności od stwierdzonych bądź nie patologii przekazujemy pacjentowi odpowiednie zalecenia (skierowania, recepty itp.)

DRUGA WIZYTA - ZAKOŃCZENIE

- ▶ Badanie musi zostać wprowadzone do Portalu SIMP

WPROWADZANIE DO SIMP



🕒 28 min. do zakończenia sesji

Wiadomości

SPRAWOZDANIE BADAŃ Z POPRZEDNIEGO OKRESU ROZLICZ.

Dodano: 2017-02-09 17:02:18

KOC INSTRUKCJA OBSŁUGI SIMP

Dodano: 2017-01-13 12:02:44

GENERACJA RACHUNKU - INSTRUKCJA

Dodano: 2016-02-04 15:12:46

MAMMOGRAFY, HARMONOGRAMY

Dodano: 2015-12-31 12:37:28

MODYFIKACJE HARMONOGRAMÓW 2014-05-06

Dodano: 2014-05-06 14:19

MODYFIKACJE DOT. HARMONOGRAMÓW MAMMOBUSÓW 20140401

Dodano: 2014-04-01 15:29:04

CYTOLOGIA OCENA ROZMAZU

Dodano: 2014-03-21 16:44:56

Informujemy, że w oparciu o przepisy rozp. MZ z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, we wszystkich programach profilaktycznych przy wprowadzeniu badań cytologicznych i mammograficznych (etap podstawowy i pogłębiony) oraz badań CHUK, została wprowadzona walidacja uniemożliwiająca dodanie nowego badania z datą z poprzedniego okresu rozliczeniowego po upływie 40 dni od jego zakończenia. Wszystkie wprowadzone wcześniej badania będą mogły podlegać zakończeniu.

PO ZALOGOWANIU SIĘ WYBIERAMY IKONĘ





UKŁAD KRAŻENIA

Weryfikacja uprawnień do profilaktyki

Badania

Osoby z listy POZ

Objęcie populacji

Wykonania

🕒 30 min. do zakończenia sesji

📧 Wiadomości

SPRAWOZDANIE BADAŃ Z POPRZEDNIEGO OKRESU ROZLICZ.

Dodano: 2017-02-09 17:02:18

KOC INSTRUKCJA OBSŁUGI SIMP

Dodano: 2017-01-13 12:02:44

GENERACJA RACHUNKU - INSTRUKCJA

Dodano: 2016-02-04 15:12:46

MAMMOGRAFY, HARMONOGRAMY

Dodano: 2015-12-31 12:37:28

MODYFIKACJE HARMONOGRAMÓW 2014-05-06

Dodano: 2014-05-08 13:24:19

MODYFIKACJE DOT. HARMONOGRAMÓW MAMMOBUSÓW 20140401

Dodano: 2014-04-01 15:29:04

CYTOLOGIA OCENA ROZMAZU

Informacja o zmianach w rozporządzeniu MZ z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, we wszystkich programach profilaktycznych przy wprowadzeniu badań cytologicznych i mammograficznych (etap podstawowy i pogłębiony) oraz badań CHU. Została wprowadzona walidacja uniemożliwiająca dodanie nowego badania z datą z poprzedniego okresu rozliczeniowego po upływie 40 dni od jego zakończenia. Wszystkie wprowadzone wcześniej badania będą mogły podlegać zakończeniu.

Z MENU WYBIERAMY BADANIA

🕒 30 min. do zakończenia sesji

Numer badania	<input type="text"/>	Status	<input type="text"/>	Badanie rozliczone	<input type="text"/>
Ryzyko wg SCORE	<input type="text"/>			Płeć	<input type="text"/>
Zalecenia	<input type="text"/>				
Data pierwszej wizyty od	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>	Data wizyty u lekarza od	<input type="text"/>
Szukaj wg	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="button" value="Szukaj"/>

WYBIERAMY DODAJ

🕒 30 min. do zakończenia sesji

Numer PESEL

Po naciśnięciu przycisku OK połączysz się z bazą NFZ.
Operacja ta zostanie odnotowana w systemie

OK

Rezygnuj

PODAJEMY PESEL PACJENTA I WCISKAMY OK

🕒 30 min. do zakończenia sesji

Numer PESEL	<input type="text" value=""/>	Nazwisko	<input type="text" value=""/>	Imię	<input type="text" value=""/>
OW NFZ	<input type="text" value="3"/>	Wiek	<input type="text" value="35"/> lat	Płeć	<input type="text" value="KOBIETA"/>
<input type="checkbox"/>	Nie rozpoznano wcześniej choroby serca/naczyń		<input type="checkbox"/>	Nie rozpoznano wcześniej cukrzycy	

Osoba powinna wykonać cytologię

OK

Rezygnuj

SPRAWDZAMY CZY WYBRAŁIŚMY WŁAŚCIWĄ OSOBĘ.
W PRZYPADKU KOBIEC SIMP INFORMUJE NAS CZY JEST
ONA NA LIŚCIE UPRAWNIONYCH DO BEZPŁATNEJ
CYTOLOGII I/LUB MAMMOGRAFII.

🕒 30 min. do zakończenia sesji

Numer PESEL	<input type="text" value=""/>	Nazwisko	<input type="text" value=""/>	Imię	<input type="text" value=""/>
OW NFZ	<input type="text" value="3"/>	Wiek	<input type="text" value="35"/> lat	Płeć	<input type="text" value="KOBIETA"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Nie rozpoznano wcześniej choroby serca/naczyń		<input checked="" type="checkbox"/>	Nie rozpoznano wcześniej cukrzycy	

Osoba powinna wykonać cytologię

OK

Rezygnuj

ZAZNACZAMY, ŻE U PACJENTA NIE
ROZPOZNANO CHOROBY SERCA/NACZYŃ
ORAZ CUKRZYCY

30 min. do zakończenia sesji

Numer PESEL	<input type="text"/>	Nazwisko	<input type="text"/>	Imię	<input type="text"/>
OW NFZ	<input type="text" value="3"/>	Wiek	<input data-bbox="980 239 1057 268" type="text" value="35"/> lat	Płeć	<input type="text" value="KOBIETA"/>

Kod poczt.	<input type="text" value="23145"/>	Gmina	<input type="text" value="WYSOKIE"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Ulica	<input type="text"/>	Nr domu	<input type="text"/>	Nr lokalu	<input type="text"/>

Wizyta pierwsza

Telefon komórkowy	<input type="text"/>	Adres e-mail	<input type="text"/>
Telefon stacjonarny	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Zgoda na przekazywanie wiadomości SMS i e-mail	
Zajęcie	<input type="text"/>	Wykształcenie	<input type="text"/>
Obciążenia rodzinne:			
<input type="checkbox"/> Zawał serca u ojca	<input type="checkbox"/> Udar mózgu u ojca		
<input type="checkbox"/> Zawał serca u matki	<input type="checkbox"/> Udar mózgu u matki		
Palenie papierosów <input checked="" type="radio"/> palący aktualnie <input type="radio"/> palący w przeszłości <input type="radio"/> nigdy nie palący			
Jak często w tygodniu wykonuje ćwiczenia trwające dłużej niż 30 minut? <input type="text"/>			
Pomiar ciała: Obwód ramienia <input type="text"/> cm Obwód pasa <input type="text"/> cm Waga <input type="text"/> kg Wzrost <input type="text"/> m BMI <input type="text"/>			
Pomiar ciśnienia tętniczego: skurczowe a) <input type="text"/> b) <input type="text"/> rozkurczowe a) <input type="text"/> b) <input type="text"/> tętno (30s*Z) a) <input type="text"/> b) <input type="text"/>			
Data pierwszej wizyty	<input type="text"/>	Termin wizyty u lekarza	<input type="text"/>
Uwagi <input type="text"/>			

Zapisz

Rezygnuj

SPRAWDZAMY DANE PACJENTA I W RAZIE POTRZEBY
JE POPRAWIAMY – KLIKAJĄC W PRZYCISK

Wizyta pierwsza

Telefon komórkowy

Adres e-mail

Telefon stacjonarny

Zgoda na przekazywanie wiadomości SMS i e-mail

Zajęcie

Wykształcenie

Obciążenia rodzinne:

Zawał serca u ojca w jakim wieku

Udar mózgu u ojca

Zawał serca u matki


Udar mózgu u matki


Palenie papierosów palący aktualnie palący w przeszłości nigdy nie palący

Jak często w tygodniu wykonuje ćwiczenia trwające dłużej niż 30 minut?

Pomiar ciała: Obwód ramienia cm Obwód pasa cm Waga kg Wzrost m BMI

Pomiar ciśnienia tętniczego: skurczowe a) b) rozkurczowe a) b) tętno (30s*2) a) b)

Data pierwszej wizyty 

Termin wizyty u lekarza 

Uwagi

WPROWADZAMY DANE Z PIERWSZEJ WIZYTY

Wizyta pierwsza

Telefon komórkowy

Adres e-mail

Telefon stacjonarny

Zgoda na przekazywanie wiadomości SMS i e-mail

Zajęcie

Wykształcenie

Obciążenia rodzinne:

Zawał serca u ojca

Udar mózgu u ojca

Zawał serca u matki


Udar mózgu u matki


Palenie papierosów palący aktualnie palący w przeszłości nigdy nie palący

Jak często w tygodniu wykonuje ćwiczenia trwające dłużej niż 30 minut?

Pomiar ciała: Obwód ramienia cm Obwód pasa cm Waga kg Wzrost m BMI

Pomiar ciśnienia tętniczego: skurczowe a) b) rozkurczowe a) b) tętno (30s*2) a) b)

Data pierwszej wizyty 

Termin wizyty u lekarza 

Uwagi

PO PODANIU WAGI I WZROSTU SIMP WYLICZA BMI

Numer PESEL [redacted] Nazwisko [redacted] Imię [redacted]
OW NFZ [3] Wiek [39] lat Płeć [KOBIEȚA]

Kod poczt. [23145] Gmina [WYSOKIE] Miejscowość [redacted]
Ulica [redacted] Nr domu [redacted] Nr lokalu [redacted]

Miejsce wyk. świadczeń [redacted]

Wizyta pierwsza | Badania biochemiczne

Telefon komórkowy [redacted] Email [redacted]
Telefon stacjonarny [redacted] Zgody na otrzymywanie wiadomości SMS i e-mail
Zajęcie [INNY] Wyształcenie [redacted]

Obciążenia rodzinne:
 Zawał serca u ojca Udar mózgu
 Zawał serca u matki Udar mózgu u matki

Palenie papierosów palący aktualnie palący w przeszłości nigdy nie palący

Jak często w tygodniu wykonuje ćwiczenia trwające dłużej niż 30 minut? [0]

Pomiar ciała: Obwód ramienia [28] cm Obwód pasa [74] cm Waga [62,0] kg Wzrost [redacted] BMI [22]
Pomiar ciśnienia tętniczego: skurczowe a) [115] b) [105] rozkurczowe a) [80] b) [80] tętno (30s*2) a) [redacted] b) [72]

Data pierwszej wizyty [2017-02-10] Termin wizyty u lekarza [2017-02-14]

Uwagi [redacted]

Zapisz Rezygnuj

PO WPROWADZENIU WSZYSTKICH DANYCH
OBOWIĄZKOWYCH POJAWIA SIĘ ZAKŁADKA BADANIA
BIOCHEMICZNE I MIEJSCE WYK. ŚWIADCZEŃ

🕒 30 min. do zakończenia sesji

Numer PESEL	<input type="text"/>	Nazwisko	<input type="text"/>	Imię	<input type="text"/>
OW NFZ	<input type="text" value="3"/>	Wiek	<input type="text" value="35"/> lat	Płeć	<input type="text" value="KOBIETA"/>

Kod poczt.	<input type="text" value="23145"/>	Gmina	<input type="text" value="WYSOKIE"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Ulica	<input type="text"/>	Nr domu	<input type="text"/>	Nr lokalu	<input type="text"/>

Miejsce wyk. świadczeń

Wizyta pierwsza **Badania biochemiczne**

Cholesterol	<input type="text"/> mg/dl	Cholesterol LDL	<input type="text"/> mg/dl	Cholesterol HDL	<input type="text"/> mg/dl
Trójglicerydy	<input type="text"/> mg/dl	Glukoza	<input type="text"/> mg/dl		

Zapisz

Rezultaty



WYBIERAMY MIEJSCE REALIZACJI ŚWIADCZENIA

Wizyta pierwsza

Badania biochemiczne

Cholesterol mg/dl

Cholesterol LDL mg/dl

Cholesterol HDL mg/dl

Trójglicerydy mg/dl

Glukoza mg/dl

NA ZAKŁADCE BADANIA BIOCHEMICZNE
WPROWADZAMY WYNIKI

Miejsce wyk. świadczeń

[03-00-02979-17-01][7/20765] WYSOKIE, RYNEK JABŁONOWSKICH 6 - PORADNIA LEKARSKA WYSOKIE

Wizyta pierwsza

Badania biochemiczne

Wizyta u lekarza

Cholesterol

240 mg/dl

Cholesterol LDL

148 mg/dl

Cholesterol HDL

80 mg/dl

Trójglicerydy

62 mg/dl

Glukoza

79 mg/dl

JEŻELI JEST TO MOŻLIWE TO SYSTEM SAM WYLICZA
POZIOM LDL

Wizyta pierwsza

Badania biochemiczne

Cholesterol mg/dl

Cholesterol LDL mg/dl

Cholesterol HDL mg/dl

Trójglicerydy mg/dl


Glukoza mg/dl

Zapisz

Rezygnuj

JEŻELI NIE MOŻNA WYLICZYĆ LDL TO UAKTYWNIĄ SIĘ OKIENKO DO WPISANIA WARTOŚCI LDL

Wizyta pierwsza | **Badania biochemiczne** | Wizyta u lekarza

Cholesterol	<input type="text" value="232"/> mg/dl	Cholesterol LDL	<input type="text" value="139"/> mg/dl	Cholesterol HDL	<input type="text" value="78"/> mg/dl
Trójglicerydy	<input type="text" value="77"/> mg/dl	Glukoza	<input type="text" value="100"/> mg/dl		
Data testu obciążenia glukozą	<input type="text"/> 	Wynik testu obciążenia glukozą	<input type="text"/> mg/dl		

JEŻELI POZIOM GLUKOZY SUGERUJE POTRZEBĘ WYKONANIA TESTU OBCIĄŻENIA GLUKOZY TO POJAWIA SIĘ OKIENKO DO WPISANIA DATY WYKONANIA I WYNIKU

Wizyta pierwsza | Badania biochemiczne | **Wizyta u lekarza**

Pomiar ciśnienia tętniczego: Data pomiaru ciśnienia 2017-02-14

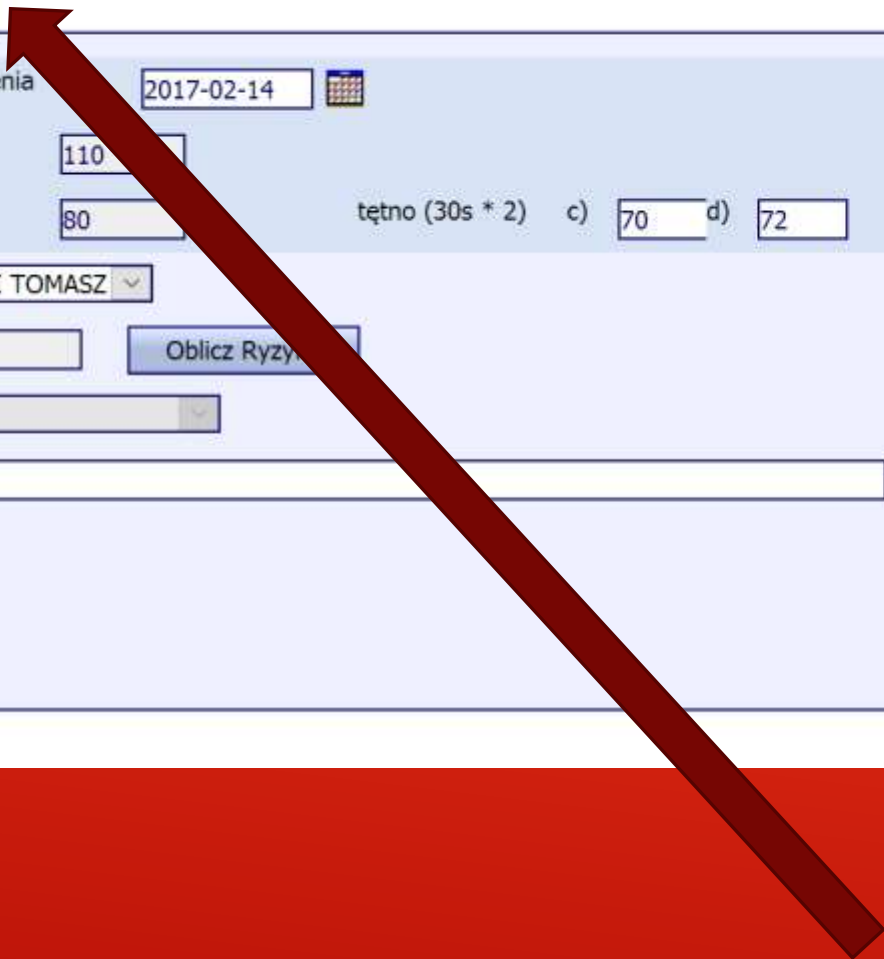
skurczowe	c)	105	d)	115	średnia (b+d)/2	110	
rozkurczowe	c)	80	d)	80	średnia (b+d)/2	80	tętno (30s * 2) c) 70 d) 72

Data wizyty u lekarza 2017-02-14 Lekarz ZIELIŃSKI TOMASZ

Ryzyko incydentu sercowo-naczyniowego wg algorytmu SCORE

Zalecenia

Uwagi



PO PRZEJŚCIU NA KOLEJNĄ ZAKŁADKĘ - WIZYTA U LEKARZA - WPROWADZAMY DANE Z DRUGIEJ WIZYTY

Wizyta pierwsza | Badania biochemiczne | **Wizyta u lekarza**

Pomiar ciśnienia tętniczego: Data pomiaru ciśnienia

skurczowe c) d) średnia (b+d)/2

rozkurczowe c) d) średnia (b+d)/2

Data wizyty u lekarza Lekarz:

Ryzyko incydentu sercowo-naczyniowego wg algorytmu SCORE


Zalecenia

Uwagi

Oblicz ryzyko incydentu sercowo-naczyniowego wg algorytmu SCORE

ętno (30s * 2) c) d)

WYLICZAMY RYZYKO INCYDENTU SERCOWO-NACZYNIOWEGO WG ALGORYTMU SCORE

Pomiar ciśnienia tętniczego: Data pomiaru ciśnienia 

skurczowe	c) <input type="text" value="105"/>	d) <input type="text" value="115"/>	średnia (b+d)/2	<input type="text" value="110"/>	
rozkurczowe	c) <input type="text" value="80"/>	d) <input type="text" value="80"/>	średnia (b+d)/2	<input type="text" value="80"/>	tętno (30s * 2) c) <input type="text" value="70"/> d) <input type="text" value="72"/>

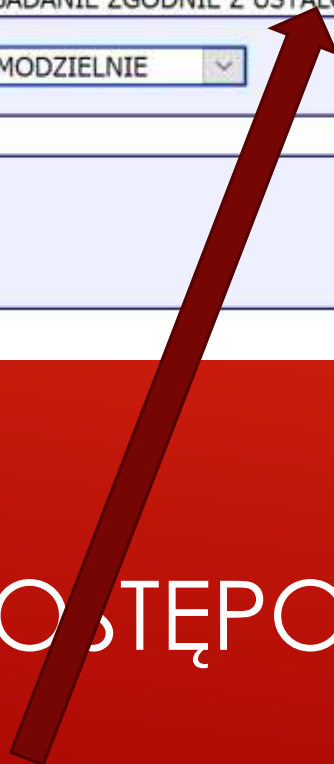
Data wizyty u lekarza  Lekarz

Ryzyko incydentu sercowo-naczyniowego wg algorytmu SCORE

Zalecenia

Realizacja edukacji Jaka

Uwagi



USTALAMY POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM -
ZALECENIA

🕒 30 min. do zakończenia sesji


DANE ZOSTAŁY ZAPISANE POPRAWNIE

NUMER BADANIA: 8 [REDACTED] 9

NFZ potwierdza prawo osoby do świadczeń.

OK

ZAPISUJEMY BADANIE
OTRZYMUJEMY INFORMACJĘ CZY NFZ POTWIERDZA PRAWO
DO ŚWIADCZEŃ
NFZ POTWIERDZA PRAWO DO ŚWIADCZEŃ JEŻELI W DACIE
PIERWSZEGO KONTAKTU W SPRAWIE CHUK SPRAWDZILIŚMY
PACJENTA W EWUŚ I BYŁ „ZIELONY”

- ▶ Potwierdzenie prawa do świadczeń jest również możliwe po zakończeniu wprowadzania poprzez dołączenie oświadczenia pacjenta lub podanie danych o ubezpieczeniu
 - ▶ Jest to jednak niewygodne rozwiązanie i należy je traktować jako awaryjne
- 

🕒 30 min. do zakończenia sesji

Numer badania	<input type="text"/>	Status	<input type="text"/>	Badanie rozliczone	<input type="text" value="NIE"/>
Ryzyko wg SCORE	<input type="text"/>			Płeć	<input type="text"/>
Zalecenia	<input type="text"/>				
Data pierwszej wizyty od	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>	Data wizyty u lekarza od	<input type="text"/>
Szukaj wg	<input type="text"/>				<input type="button" value="Szukaj"/>

NA LIŚCIE BADAŃ ZAZNACZAMY, ŻE CHCEMY OBEJRZEĆ
BADANIA NIEROZLICZONE I WCISKAMY SZUKAJ

⌚ 30 min. do zakończenia sesji

Numer badania	<input type="text"/>	Status	<input type="text"/>	Badanie rozliczone	<input type="text" value="NIE"/>
Ryzyko wg SCORE	<input type="text"/>			Płeć	<input type="text"/>
Zalecenia	<input type="text"/>				
Data pierwszej wizyty od	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>	Data wizyty u lekarza od	<input type="text"/>
Szukaj wg	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="button" value="Szukaj"/>

Liczba pozycji: 7 (strona 1 z 1)

1

Nr badania	Nr PESEL	Nazwisko i imię	Płeć	Data pierwszej wizyty	Data wizyty u lekarza	Stat.	Ryz.	Zal.	Rozl.	Funkcje
3 8			♂	2010-09-17		✘			✓	B
4 3			♂	2011-11-02		🩺			✓	B P A
8 7			♂	2017-02-03	2017-02-10	✓	🟡	ASC	✓	B U C I P
8 3			♀	2017-02-03	2017-02-10	✓	🟢	🕒	✓	B U C I P
8 5			♀	2017-02-03	2017-02-10	✓	🟢	🕒	✓	B U C I P
8 3			♀	2017-02-07	2017-02-10	✓	🟢	🕒	✓	B U C I P
8 9			♀	2017-02-10	2017-02-14	👤	🟢	ASC	✓	B U Z P A

ZATWIERDZAMY WYKONANE BADANIE

🕒 30 min. do zakończenia sesji

Numer PESEL	<input type="text" value=""/>	Nazwisko	<input type="text" value=""/>	Imię	<input type="text" value=""/>
-------------	-------------------------------	----------	-------------------------------	------	-------------------------------

Nr badania	<input type="text" value="833079"/>	Data pierwszej wizyty	<input type="text" value="2017-02-10"/>	Data wizyty u lekarza	<input type="text" value="2017-02-14"/>
Miejsce wyk. świadczeń	<input type="text" value="[03-00-02979-17-01][7/20765] WYSOKIE, RYNEK JABLONOWSKICH 6 - PORADNIA LEKARSKA WYSOKIE"/>				
Ryzyko wg algorytmu SCORE	<input 1%"="" type="text" value("<=""/>				
Zalecenie	<input type="text" value="SKIEROWANIE NA EDUKACJĘ I BADANIE ZGODNIE Z USTALONYM INTERWAŁEM"/>				

NFZ potwierdza prawo osoby do świadczeń.

Czy na pewno chcesz zatwierdzić wynik badania?

Operacja nie jest odwracalna

POTWIERDZAMY CHĘĆ ZATWIERDZENIA

⌚ 30 min. do zakończenia sesji

DANE ZOSTAŁY ZAPISANE POPRAWNIE

NUMER BADANIA: 8 ██████ 9

Wydruk karty

Wynik dla pacjenta

OK

DRUKUJEMY FORMULARZ I ZBIERAMY PODPISY OD
PACJENTA

🕒 30 min. do zakończenia sesji

DANE ZOSTAŁY ZAPISANE POPRAWNIE

NUMER BADANIA: 8 ██████ 9

Wydruk karty

Wynik dla pacjenta

OK

DRUKUJEMY POTWIERDZENIE DLA PACJENTA I PRZEKAZUJEMY JE

- ▶ Po zakończeniu miesiąca wystawiamy rachunek za wykonane świadczenia z programu CHUK
- ▶ Rachunki wystawiamy w SIMP - <https://csm-swd.nfz.gov.pl/>

ROZLICZENIE



ROZLICZENIA

Rachunki

Realizacja um

🕒 30 min. do zakończenia sesji

📧 Wiadomości

Informujemy, że w oparciu o przepisy rozp. MZ z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, we wszystkich programach profilaktycznych przy wprowadzeniu badań cytologicznych i mammograficznych (etap podstawowy i pogłębiony) oraz badań CHUK, została wprowadzona walidacja niemożliwiająca dodanie nowego badania z datą poprzedniego okresu rozliczeniowego po upływie 30 dni od jego zakończenia. Wszystkie wprowadzone wcześniej badania będą mogły podlegać zakończeniu.

SPRAWOZDANIE BADAŃ Z POPRZEDNIEGO OKRESU ROZLICZ.*Dodano: 2017-02-09 17:02:18***KOC INSTRUKCJA OBSŁUGI SIMP***Dodano: 2017-01-13 12:02:44***GENERACJA RACHUNKU - INSTRUKCJA***Dodano: 2016-02-04 15:12:46***MAMMOGRAFY, HARMONOGRAMY***Dodano: 2015-12-31 12:37:28***MODYFIKACJE HARMONOGRAMÓW 2014-05-06***Dodano: 2014-05-08 13:24:19***MODYFIKACJE DOT. HARMONOGRAMÓW MAMMOBUSÓW 20140401***Dodano: 2014-04-01 15:29:04***CYTOLOGIA OCENA ROZMAZU***Dodano: 2014-03-21 16:44:56*

WYBIERAMY Z MENU ROZLICZENIA POZYCJĘ RACHUNKI

⌚ 30 min. do zakończenia sesji

Rok	<input type="text" value="2017"/>	Miesiąc	<input type="text"/>
Zakres świadczeń	<input type="text"/>	Nr umowy	<input type="text"/>
Status	<input type="text" value="WYSTAWIONY"/>	Przekazany do NFZ	<input type="text"/>
Nr rachunku	<input type="text"/>	Data rachunku od	<input type="text"/> <input type="text"/>

NASTĘPNIE PRZECHODZIMY DO MENU GENERACJA

🕒 30 min. do zakończenia sesji

Podaj dane rachunku:

Rok	<input type="text" value="2017"/>	Miesiąc	<input type="text"/>
Numer umowy	<input type="text"/>		
Data rachunku	<input type="text"/> 📅		
Numer rachunku	<input type="text"/>	Dokument	<input type="text"/>
Tytuł uprawnienia	<input type="text"/>		

Czy na pewno chcesz wygenerować rachunek?

OK

Rezygnuj

UZUPEŁNIAMY DANE RACHUNKU

🕒 30 min. do zakończenia sesji

Podaj dane rachunku:

Rok	2017	Miesiąc	STYCZEŃ
Numer umowy	03-00-02979-17-01		
Data rachunku	2017-02-01	Data dostawy / wykonania usługi	2017-01-31
Numer rachunku	1/CHUK/2017	Dokument	ELEKTRONICZNY (E-FAKTURA)
Tytuł uprawnienia	POZOSTALE	Tryb	ZBIORCZY

Czy na pewno chcesz wygenerować rachunek?

OK

Rezygnuj

PO UZUPEŁNIENIU ZATWIERDZAMY
JEŻELI MAMY PACJENTÓW Z INNYMI UPRAWNIENIAMI TO
WYSTAWIAMY DLA NICH ODDZIELNY RACHUNEK
ZMIENIAJĄC TYTUŁ UPRAWNIENIA

⌚ 30 min. do zakończenia sesji

DANE ZOSTAŁY ZAPISANE POPRAWNIE

Rok Miesiąc Data rachunku Numer rachunku

OK

Wydruk

Edycja

PO PRAWDŁOWYM WYGENEROWANIU POJAWI
SIĘ POTWIERDZENIE

🕒 30 min. do zakończenia sesji

DANE ZOSTAŁY ZAPISANE POPRAWNIE

Rok	<input type="text" value="2017"/>	Miesiąc	<input type="text" value="1"/>
Data rachunku	<input type="text" value="2017-02-01"/>	Numer rachunku	<input type="text" value="1/CHUK/2017"/>

DRUKUJEMY RACHUNEK DLA BIURA KSIĘGOWEGO I JEŻELI NIE ZAZNACZYLIŚMY, ŻE GENERERUJEMY E-FAKTURĘ, TO DRUGI EGZEMPLARZ DLA NFZ

🕒 30 min. do zakończenia sesji

Rok	<input type="text" value="2017"/>	Miesiąc	<input type="text" value="STYCZEN"/>
Zakres świadczeń	<input type="text"/>	Nr umowy	<input type="text"/>
Status	<input type="text" value="WYSTAWIONY"/>	Przekazany do NFZ	<input type="text" value="NIE PRZYGOTOWANY DO PRZEKAZANIA"/>
Nr rachunku	<input type="text"/>	Data rachunku od	<input type="text"/> do <input type="text"/>
			<input type="button" value="Szukaj"/>

NA LIŚCIE RACHUNKÓW ZAZNACZAMY MIESIĄC, ZA KTÓRY CHCEMY PRZEKAZAĆ RACHUNEK DO NFZ I TAK JAK NA OBRAZKU – NIE PRZYGOTOWANY DO PRZEKAZANIA I WCISKAMY SZUKAJ

🕒 30 min. do zakończenia sesji

Rok	2017	Miesiąc	STYCZEŃ
Zakres świadczeń		Nr umowy	
Status	WYSTAWIONY	Przekazany do NFZ	NIE PRZYGOTOWANY DO PRZEKAZANIA
Nr rachunku		Data rachunku od	

Szukaj

Liczba pozycji: 1 (strona 1 z 1)

Suma kwot: 220,00

1

Rok	Miesiąc	Numer rachunku	Data	Status	Przekaz. do NFZ	Kwota	
2017	1	1/CHUK/2017	2017-02-01			220,00	P D E A

POWINNIEN POKAZAĆ SIĘ RACHUNEK DO PRZEKAZANIA DO NFZ (JEŚLI SIĘ NIE POJAWI LUB POJAWI NIE TEN, KTÓRY CHCEMY PRZEKAZAĆ TO POPRAWIAMY USTAWIENIA FILTRÓW)
WCISKAMY -> EKSPORT DO NFZ

⌚ 30 min. do zakończenia sesji

Data rachunku	Numer rachunku
2017-02-01	1/CHUK/2017

Czy na pewno chcesz przekazać do NFZ dokumenty za rok 2017, miesiąc 1?

OK

Rezygnuj



SIMP PROSI O POTWIERDZENIE – WCISKAMY OK

🕒 30 min. do zakończenia sesji

DANE ZOSTAŁY ZAPISANE POPRAWNIE

Liczba dokumentów przygotowanych do przekazania: 1

Liczba przekazanych dokumentów: 1

OK

JEŻELI WSZYSTKO PRZEBIEGNIE PRAWIDŁOWO TO
OTRZYMUJEMY POTWIERDZENIE

⌚ 30 min. do zakończenia sesji

Rok	2017	Miesiąc	STYCZEŃ
Zakres świadczeń		Nr umowy	
Status	WYSTAWIONY	Przekazany do NFZ	PRZEKAZANY
Nr rachunku		Data rachunku od	do
			Szukaj

Liczba pozycji: 1 (strona 1 z 1)

Suma kwot: 220,00

1

Rok	Miesiąc	Numer rachunku	Data	Status	Przekaz. do NFZ	Kwota	
2017	1	1/CHUK/2017	2017-02-01			220,00	



STATUS RACHUNKU ZMIENIA SIĘ NA: PRZEKAZANY

WERSJA ELEKTRONICZNA RACHUNKU TRAFIA DO
NFZ

A MY OCZEKUJEMY NA PRZELEW ŚRODKÓW

