

## Rejestracja wydania Karty DiLO

W celu zarejestrowania wydania karty należy na *Liście kart diagnostyki i leczenia onkologicznego* wybrać opcję **Wydanie karty DiLO**.

System: Obsługa Kart DiLO [NFZ] (wersja: testing-SNAPSHOT)  
Operator: 150005427 (BRAK BRAK) Ostatnie błędne logowanie: 2014-12-23 10:05:51

Obsługa Karty Diagnostyki  
i Leczenia Onkologicznego  
Portal SZOI

NFZ  
Narodowy Fundusz Zdrowia

Start System

**Lista kart diagnostyki i leczenia onkologicznego**

**Wydanie karty DiLO** Rozpoczęcie etapu

Szukaj według: Numeru karty

Rodzaj etapu: Bieżący Etap: Dowolny

Status karty: Aktywne Status etapu: Dowolny

Data: Wydania karty

Widoczne karty: Zalogowanego operatora

Szukaj

Rysunek 1 Przykładowe okno Listy kart DiLO

Jako pierwsze wyświetlone zostanie okno (1) *Rejestracja wydania karty DiLO – Miejsce wydania*.

Start System

**(1) Rejestracja wydania karty DiLO - Miejsce wydania**

**AB. WYDANIE KARTY:**

A3. Wydana w:

☒ Podstawowej opiece zdrowotnej

☐ Ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

☐ Szpitalu

☐ Szpitalu - leczenie onkologiczne rozpoczęte przed dniem 1 stycznia 2015 r.

Anuluj Dalej →

Rysunek 2 Przykładowe okno (1) Rejestracji wydania karty DiLO – Miejsce wydania

W kroku tym należy wskazać gdzie jest wydawana karta diagnostyki i leczenia onkologicznego.

### 1. Wydanie karty w POZ

#### I. Krok 1 - Rejestracja wydania

W przypadku wydawania karty DiLO w POZ należy zaznaczyć opcję: *Wydana w : Podstawowej opiece zdrowotnej*

Start System

**(1) Rejestracja wydania karty DiLO - Miejsce wydania**

**AB. WYDANIE KARTY:**

A3. Wydana w:

☒ Podstawowej opiece zdrowotnej

☐ Ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

☐ Szpitalu

☐ Szpitalu - leczenie onkologiczne rozpoczęte przed dniem 1 stycznia 2015 r.

Anuluj Dalej →

Rysunek 3 Przykładowe okno (1) Rejestracji wydania karty DiLO – Miejsce wydania w POZ

Wybór opcji **Dalej** spowoduje przejście do kolejnego kroku rejestracji wydania karty DiLO.

Wybór opcji **Anuluj** spowoduje anulowanie rejestracji.

## II. Krok 2 – Dane wydającego oraz dane posiadacza karty

W kroku wydanie karty rejestrowane są informacje dotyczące lekarza wydającego kartę oraz pacjenta, dla którego karta jest wydawana. Wprowadzone informacje będą drukowane na *Karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego* wydawanej pacjentowi.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                                      |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--|
| Start                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          | System ▾                             |  |
| (2) Rejestracja wydania karty DiLO - Wydanie karty w POZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                          |                                      |  |
| <b>AB.1. LEKARZ WYDAJĄCY KARTĘ:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                      |  |
| A4. Imię:*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | A5. Nazwisko:*           | A6. Numer prawa wykonywania zawodu:* |  |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                 |  |
| <b>AC. INFORMACJE O POSIADACZU KARTY</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                          |                                      |  |
| <b>AC.1. DANE OSOBOWE PACJENTA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                      |  |
| W polu A11, w przypadku osób które nie mają nadanego numeru PESEL, wpisuje się rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość. W przypadku noworodków w polu A11 należy wpisać numer PESEL jednego z rodziców lub opiekuna prawnego oraz odznaczyć pole A12. Pole A13 należy wypełnić w przypadku ciąży mnogiej. Noworodkom należy przypisać dodatkowo cyfrę wskazującą na kolejność rodzenia się. |                          |                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Pacjent jest osobą małoletnią, całkowicie ubezwłasnowolnioną lub niezdolną do świadomego wyrażenia zgody                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |                                      |  |
| A9. Nazwisko:*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | A10. Imię (imiona):*     |                                      |  |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="text"/>     |                                      |  |
| A11. Typ identyfikatora:*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Wartość identyfikatora:* | A12. Wystawiono noworodkowi          |  |
| PESEL ▾                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="text"/>     | <input type="checkbox"/>             |  |
| A13. Numer kolejny noworodka:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | A14. Data urodzenia:     | A15. Płeć:                           |  |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="text"/>     | --wybierz-- ▾                        |  |
| A16. Adres miejsca zamieszkania pacjenta:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Pacjent nie posiada adresu zamieszkania na terytorium Polski                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                                      |  |
| Państwo:*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Kod pocztowy:*           | Miejscowość:*                        |  |
| PL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                 |  |
| Ulica:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Numer domu:*             | Numer lokalu:                        |  |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                 |  |
| <b>AC.2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO ALBO OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                                      |  |
| Dane wymagane w przypadku osób małoletnich, całkowicie ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody.                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                                      |  |
| A17. Nazwisko:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | A18. Imię (imiona):      |                                      |  |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="text"/>     |                                      |  |
| A19. Adres miejsca zamieszkania opiekuna:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Adres pacjenta oraz przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego są takie same                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Przedstawiciel ustawowy albo opiekun faktyczny nie posiada adresu zamieszkania na terytorium Polski                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                                      |  |
| Państwo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Kod pocztowy:            | Miejscowość:                         |  |
| PL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                 |  |
| Ulica:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Numer domu:              | Numer lokalu:                        |  |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                 |  |
| <input type="button" value="Anuluj"/> <input type="button" value="Dalej →"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                                      |  |

Rysunek 4 Przykładowe okno: Rejestracji wydania karty DiLO – Wydanie karty w POZ

Wszystkie pola oznaczone \* (gwiazdką) są polami wymaganymi.

### AB.1 Lekarz wydający kartę

W przypadku, gdy wydanie rejestrowane jest przez lekarza, część **Lekarz wydający kartę** zostanie uzupełniona na podstawie danych konta dostępowego.

W przypadku, gdy wydanie rejestrowane jest przez operatora świadczeniodawcy, część **Lekarz wydający kartę** należy uzupełnić ręcznie wpisując imię, nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu lekarza.

Lekarz wskazany w rejestracji wydania karty musi być zarejestrowany w bazie OW NFZ oraz wykazany w potencjale świadczeniodawcy do umowy z NFZ, w ramach której nastąpi sprawozdanie wydania karty DiLO.

### AC. Informacje o posiadaczu karty

W części **Informacje o posiadaczu karty** należy wprowadzić dane pacjenta, dla którego wydawana jest karta. Pola dostępne do uzupełnienia mogą się dynamicznie zmieniać w zależności od wybranych opcji.

- **Dane osobowe pacjenta [AC.1.]**

**Uzupełnienie informacji dla osoby dorosłej, zdolnej do świadomego wyrażania zgody**

Rejestracja danych pacjenta w części AC.1. wymaga wprowadzenia:

- Nazwiska i imienia pacjenta
- Typu identyfikatora, którym posługuje się pacjent:
  1. PESEL
  2. PIN (Personal Identification Number) uzupełniany w przypadku pacjentów uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji
  3. Dowód osobisty – seria i numer
  4. Paszport – seria i numer
  5. Inny dokument – seria i numer

Jeśli pacjent jest Polakiem i ma nadany numer PESEL należy wybrać **PESEL** jako typ identyfikatora

Wskazanie typu identyfikatora 2-5 spowoduje uaktywnienie dodatkowych pól do uzupełnienia (data urodzenia, płeć pacjenta)

- Wartość identyfikatora – w polu tym należy wpisać identyfikator pacjenta, np.: PESEL

Wartość identyfikatora pacjenta w wydanej karcie powinna być zgodna z identyfikatorem pacjenta wykazywanym w komunikacie statystycznym z realizacji umowy z NFZ.

- Rejestracja danych adresowych - adres miejsca zamieszkania pacjenta

W przypadku, gdy pacjent mieszka poza granicami Polski należy zaznaczyć opcję **Pacjent nie posiada adresu zamieszkania na terytorium Polski**. Zaznaczenie opcji wymaga podania kodu państwa, w którym mieszka pacjent.

W danych adresowych należy uzupełnić pola wymagane: kod pocztowy, miejscowości, ulica (jeśli występuje w adresie), numer domu, numer lokalu (jeśli występuje w adresie).

Uzupełnienie pola **miejscowość** (na terytorium Polski) wymaga wprowadzenia przynajmniej trzech pierwszych znaków nazwy miejscowości i wybrania nazwy z wyświetlanego słownika. Im więcej znaków, tym dokładniej podpowiadany jest słownik.

Miejscowość:\*  
wars  
WARSZAWA gm.WARSZAWA, pow.WARSZAWA, woj.MAZOWIECKIE  
WARSZAWIAKI gm.NIEDRZWICA DUŻA, pow.LUBELSKI, woj.LUBELSKIE  
WARSZAWIANKA gm.LESZNOWOLA, pow.PIASZCZYŃSKI, woj.MAZOWIECKI...  
WARSZAWICE gm.SOBIEŃ-JEZIORY, pow.OTWOCKI, woj.MAZOWIECKIE  
WARSZAWKA gm.SKRWILNO, pow.RYPIŃSKI, woj.KUJAWSKO-POMORSKIE  
WARSZAWKA-KOLONIA gm.SKRWILNO, pow.RYPIŃSKI, woj.KUJAWSKO-PO...  
WARSZEW gm.OPATÓWEK, pow.KALISKI, woj.WIELKOPOLSKIE  
WARSZEWICE gm.STRYKÓW, pow.ZGIERSKI, woj.ŁÓDZKIE  
WARSZEWICE gm.LUBIANKA, pow.TORUŃSKI, woj.KUJAWSKO-POMORSKIE  
WARSZEWKA gm.DROBIEŃ, pow.PŁOCKI, woj.MAZOWIECKIE

Jeśli nazwa nie zostanie wybrana ze słownika i system nie wykryje jednoznacznej zgodności wprowadzonej nazwy z nazwą pozycji słownikowej, pole zostanie oznaczone jako błędnie uzupełnione.

Miejscowość:\*  
poznań

**Uzupełnienie informacji dla osoby małoletniej, całkowicie ubezwłasnowolnionej lub niezdolnej do świadomego wyrażania zgody**

W przypadku osób małoletnich uzupełnienie formularza danych osobowych wymaga zaznaczenia opcji **Pacjent jest osobą małoletnią, całkowicie ubezwłasnowolnioną lub niezdolną do świadomego wyrażenia zgody**.

☐ Pacjent jest osobą małoletnią, całkowicie ubezwłasnowolnioną lub niezdolną do świadomego wyrażenia zgody

W efekcie zaznaczenia opcji wymaganą do uzupełnienia będzie część *Dane przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego (AC.2.)*.

Dane personalne i adresowe uzupełnia się analogicznie do uzupełniania danych dla osoby dorosłej.

#### Uzupełnienie informacji dla noworodka

W przypadku noworodków uzupełniając część **AC.1.** konieczne jest zaznaczenie opcji:

- **Pacjent jest osobą małoletnią, całkowicie ubezwłasnowolnioną lub niezdolną do świadomego wyrażenia zgody**
- **Wystawiono noworodkowi**

W efekcie zaznaczenia opcji dodatkowo wymagane do uzupełnienia będą pola: A13. Numer kolejny noworodka, A14. Data urodzenia (pacjenta), A15. Płeć (pacjenta) oraz część *Dane przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego (AC.2.)*.

Dane osobowe pacjenta wymagają wprowadzenia:

- **Imienia i nazwiska pacjenta**
- **Typu identyfikatora oraz wartości identyfikatora opiekuna**
- **Danych adresowych pacjenta**

| AC. INFORMACJE O POSIADACZU KARTY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| AC.1. DANE OSOBOWE PACJENTA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                                     |
| <small>W polu A11, w przypadku osób które nie mają nadanego numeru PESEL, wpisuje się rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość. W przypadku noworodków w polu A11 należy wpisać numer PESEL jednego z rodziców lub opiekuna prawnego oraz odznaczyć pole A12. Pole A13 należy wypełnić w przypadku ciąży mnogiej. Noworodkom należy przypisać dodatkowo cyfrę wskazującą na kolejność rodzenia się.</small> |                                     |                                     |
| <input type="checkbox"/> Pacjent jest osobą małoletnią, całkowicie ubezwłasnowolnioną lub niezdolną do świadomego wyrażenia zgody                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                     |
| A9. Nazwisko:*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | A10. Imię (imiona):*                |                                     |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="text"/>                |                                     |
| A11. Typ identyfikatora (opiekuna):*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Wartość identyfikatora (opiekuna):* | A12. Wystawiono noworodkowi         |
| PESEL <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="text"/>                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| A13. Numer kolejny noworodka:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | A14. Data urodzenia (pacjenta):     | A15. Płeć (pacjenta):               |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="text"/>                | --wybierz-- <input type="text"/>    |
| A16. Adres miejsca zamieszkania pacjenta:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                                     |
| <input type="checkbox"/> Pacjent nie posiada adresu zamieszkania na terytorium Polski                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                     |                                     |
| Państwo:*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Kod pocztowy:*                      | Miejscowość:*                       |
| PL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |
| Ulica:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Numer domu:*                        | Numer lokalu:                       |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="text"/>                | <input type="text"/>                |

Rysunek 5 Przykładowe okno Danych osobowych pacjenta - noworodek

#### **AC.2. Dane przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego**

Część **Dane przedstawiciela ustawowego** są wymagane w przypadku osób małoletnich, całkowicie ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do samodzielnego udzielenia zgody.

Wymagane jest uzupełnienie pól: *Imię* , *Nazwisko* oraz sekcji zawierającej dane adresowe przedstawiciela.

| AC.2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO ALBO OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:                                                             |                                       |                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| Dane wymagane w przypadku osób małoletnich, całkowicie ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody.   |                                       |                                        |
| A17. Nazwisko:                                                                                                               | A18. Imię (imiona):                   |                                        |
| <input type="text"/>                                                                                                         | <input type="text"/>                  |                                        |
| A19. Adres miejsca zamieszkania opiekuna:                                                                                    |                                       |                                        |
| <input type="checkbox"/> Adres pacjenta oraz przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego są takie same               |                                       |                                        |
| <input type="checkbox"/> Przedstawiciel ustawowy albo opiekun faktyczny nie posiada adresu zamieszkania na terytorium Polski |                                       |                                        |
| Państwo:<br>PL                                                                                                               | Kod pocztowy:<br><input type="text"/> | Miejscowość:<br><input type="text"/> X |
| Ulica:<br><input type="text"/>                                                                                               | Numer domu:<br><input type="text"/>   | Numer lokalu:<br><input type="text"/>  |

Rysunek 6 Przykładowe okno: Danych przedstawiciela ustawowego

Dodatkowe informacje:

- W przypadku, gdy dane adresowe przedstawiciela są takie same jak dane pacjenta należy zaznaczyć opcję **Adres pacjenta oraz przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego są takie same**.
- Jeśli przedstawiciel ustawowy ma adres zamieszkania poza terytorium polski należy zaznaczyć opcję **Przedstawiciel ustawowy albo opiekun faktyczny nie posiada adresu zamieszkania na terytorium Polski**.

Po zakończeniu wprowadzania danych właściciela karty należy przejść do kolejnego kroku uzupełniania danych. Wybór opcji **Dalej** spowoduje przejście do kolejnego kroku rejestracji wydania karty DiLO. Wybór opcji **Anuluj** spowoduje anulowanie rejestracji.

### III. Krok 3 Podejrzenie choroby nowotworowej

W kroku trzecim wydania karty w POZ należy określić wstępne rozpoznanie zgodnie z klasyfikacją ICD-10.

| Start                                                                                                                                   | System |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <b>(3) Rejestracja wydania karty DiLO - Wydanie karty w POZ</b>                                                                         |        |
| <b>BB.1. PODEJRZENIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ:</b>                                                                                          |        |
| Należy podać kod rozpoznania chorobowego wg klasyfikacji ICD-10. Kody rozpoznania ICD-10: D37-D48 lub C00-C97 bez C44, D00-D09 bez D04. |        |
| B2/B3. Kod i nazwa jednostki chorobowej:*                                                                                               |        |
| <input type="text"/> X                                                                                                                  |        |
| <b>DALSZE POSTĘPOWANIE:</b>                                                                                                             |        |
| Dalsze postępowanie:*                                                                                                                   |        |
| <input checked="" type="radio"/> Diagnostyka wstępna                                                                                    |        |
| <input type="button" value="Anuluj"/> <input type="button" value="← Wstecz"/> <input type="button" value="Dalej →"/>                    |        |

Rysunek 5 Przykładowe okno: Rejestracji wydania karty DiLO w POZ

Uzupełnienie kodu jednostki wykonuje się korzystając ze słownika pozycji. Należy kliknąć ikonę słownika  i wybrać właściwe rozpoznanie ICD-10 klikając w kolumnę **kod**.

Część **Dalsze postępowanie** pozostaje bez zmian, gdyż w przypadku wydania karty w wariantcie POZ, kolejnym etapem SSO jest **Diagnostyka wstępna**.

Wybór opcji **Dalej** spowoduje przejście do kolejnego kroku rejestracji wydania karty DiLO.

Wybór opcji **Wstecz** spowoduje wyświetlenie poprzedniego kroku rejestracji wydania karty DiLO. Dane mogą być modyfikowane.

Wybór opcji **Anuluj** spowoduje anulowanie rejestracji bez zapisu karty.

### IV. Krok 4 – Umowa z NFZ

Ostatni krok uzupełniania danych wymaga wybrania umowy i miejsca udzielania świadczeń, w ramach której nastąpi rozliczenie świadczeń związanych z wydaniem karty DiLO.

Rysunek 6 Przykładowe okno: Rejestracji wydania karty DiLO w POZ

Umowę wybiera się korzystając ze słownika umów świadczeniodawcy. Należy wybrać ikonę słownika , a następnie wskazać właściwą umowę klikając z numer umowy.

Wybierając umowę ze słownika należy zwrócić uwagę na kod komórki organizacyjnej miejsca, gdyż dane: **umowa – miejsce udzielania świadczeń – lekarz** muszą być zgodne z wykazanym w umowie potencjałem.

Wybór opcji **Zatwierdź** spowoduje zapisanie wydania karty.

Wybór opcji **Wstecz** spowoduje wyświetlenie poprzedniego kroku rejestracji wydania karty DiLO. Dane mogą być modyfikowane.

Wybór opcji **Anuluj** spowoduje anulowanie rejestracji bez zapisu karty.

## V. Krok 5 – Podsumowanie

Operacja zatwierdzania rejestracji wydania karty DiLO spowoduje wyświetlenie okna *Potwierdzenia wydania karty*. W oknie tym wyświetlone zostaną podstawowe dane identyfikujące kartę DiLO.

Rysunek 7 Przykładowe okno: potwierdzenia wydania karty DiLO w POZ

Za pomocą dostępnych opcji operator może:

- Wyświetlić listę kart diagnostyki i leczenia onkologicznego – kończąc proces obsługi karty [opcja: **Powrót do listy kart**]
- Wykonać wydruk karty DiLO [opcja: **Wydruk karty**]

## VI. Krok 6 - Wydruk karty DiLO

Opcja **Wydruku karty** dostępna jest w kreatorze rejestracji wydania karty [patrz: Krok 5 – Podsumowanie] oraz na *Liście kart diagnostyki i leczenia* w kolumnie **Operacje**. Wybór opcji spowoduje wyświetlenie okna (1) *Wydruk karty DiLO*.

Start

System

(1) Wydruk karty DiLO

| Szczegóły Karty |                          |
|-----------------|--------------------------|
| Numer karty:    | 14120002385              |
| Data wydania:   | 2014-12-08               |
| Stan karty:     | Aktywny                  |
| Obecny etap:    | WYDANIE KARTY DILO W POZ |
| Stan etapu:     | Zakończony               |

Typ wydruku: Wydruk całej karty

Dodaj do wydruku objaśnienia: ☐

Anuluj

Dalej →

Rysunek 8 Przykładowe okno: Wydruku karty DiLO

W oknie wyświetlone zostaną podstawowe informacje identyfikujące kartę.

Należy wybrać typ wydruku:

- **Wydruk całej karty** – umożliwi wykonanie wydruku wszystkich stron karty DiLO, z uzupełnionymi informacjami dotyczącymi *Wydania karty*.
- **Wydruk ostatniego zakończonego etapu** – umożliwi wykonanie wydruku tylko tych stron, które są wypełniane przez podmiot wydający kartę.
- **Wydruk ostatniego zakończonego etapu oraz wszystkich następnych** – umożliwi wykonanie wydruku stron wypełnionych przez podmiot wydający kartę oraz kolejnych stron, zawierających jedynie numer karty.

Wybór opcji **Dalej** spowoduje przejście do drugiego kroku wydruku karty DiLO. System pobierze dane do wydruku i wygeneruje plik karty w formacie PDF.

Wybór opcji **Anuluj** spowoduje anulowanie wykonania wydruku.

Start

System

(2) Wydruk karty DiLO

| Szczegóły Karty |                          |
|-----------------|--------------------------|
| Numer karty:    | 14110001321              |
| Data wydania:   | 2014-11-06               |
| Stan karty:     | Aktywny                  |
| Obecny etap:    | WYDANIE KARTY DILO W POZ |
| Stan etapu:     | Zakończony               |

**Stan procesu**  
 Data rozpoczęcia generacji: 2014-11-06 12:39:29  
 Całkowity czas generacji: 5,44 sec.  
 Status: DOKUMENT WYGENEROWANY

[pobierz plik](#)

Anuluj

← Wstecz

Zakończ →

Rysunek 9 Przykładowe okno: Wydruku karty DiLO

W drugim kroku wydruku, należy odczekać aż system wygeneruje wydruk. Operacja ta zostanie zakończona wyświetleniem linku **pobierz plik**. Należy wybrać opcję w celu wyświetlenia lub pobrania pliku karty.

Dalsze postępowanie (pobieranie / wydruk) zależy od wersji przeglądarki internetowej, z której korzysta operator.

Dane wprowadzone w systemie zostaną nadrukowane na formularz, natomiast informacje medyczne należy uzupełnić ręcznie.

Karta jest ważna tylko wtedy gdy zawiera pieczęć i podpis lekarza stawiającego rozpoznanie oraz pieczęć świadczeniodawcy, u którego postawiono rozpoznanie.

## 2. Anulowanie wydania karty DiLO

W przypadku błędnego zarejestrowania wydania karty DiLO operator systemu ma możliwość anulować wydanie. Czynność ta może być wykonana tylko wtedy, gdy karta nie została przekazana pacjentowi.

W celu wykonania anulowania wydania karty należy:

1. Na liście kart diagnostyki i leczenia onkologicznego wyszukać kartę, która ma zostać anulowana, np.: wg numeru karty;
2. Dla elementu (karty) należy w kolumnie operacje wybrać **anulowanie karty**. Czynność spowoduje wyświetlenie okna *Anulowania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego*.

| Szczegóły Karty |                          |
|-----------------|--------------------------|
| Numer karty:    | 14100000208              |
| Data wydania:   | 2014-10-23               |
| Stan karty:     | Aktywny                  |
| Obecny etap:    | WYDANIE KARTY DILO W POZ |
| Stan etapu:     | Zakończony               |

☐ Potwierdź anulowanie karty

Powód anulowania:

Rysunek 10 Przykładowe okno anulowania wydania karty DiLO

3. W oknie *Anulowania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego* należy zaznaczyć opcję **Potwierdź anulowanie karty**, a następnie uzupełnić pole **Powód anulowania**.
4. Należy wybrać opcję **Zatwierdź**. Czynność spowoduje wykonanie anulowania karty. Status karty DiLO po zakończeniu operacji: Anulowana.