Manuel Utilisateur DIANE

Version DIANE 4.14.3.2 – Version DM 4.1.3.2

Diane

Une marque
de Bow Medical

BOW MEDICAL

EDITEUR DE LOGICIELS

2026-03-26

BOW MEDICAL SAS
43, Avenue d'Italie 80000 AMIENS France
Tél : +33 3 60 03 24 68
Fax : +33 9 72 29 34 87
Courriel : contact@bowmedical.com
Site Internet : *www.bowmedical.com*

BM-DEV-EN-034 Manuel utilisateur **DIANE**
Version **DIANE** : 4.14.3.2
Version du dispositif médical : 4.1.3.2
UDI : (01)3760404900005(10)04010302
Version du document : 1

Avertissement

© (Copyright **BOW MEDICAL**, 1999-2026)

Tous droits réservés. Toute reproduction ou diffusion, même partielle, par quelque procédé que ce soit, est interdite sans autorisation préalable de la société **BOW MEDICAL**. Une copie par Xérographie, photographie, film, support magnétique ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues notamment par la loi du 11 mars 1957 et du 3 juillet 1995, sur la protection des droits d'auteur.

Marques déposées. Toutes les informations connues ont été communiquées sur les marques déposées pour les produits, services et sociétés mentionnés dans ce document. Tous les autres noms de marques et de produits utilisés dans ce document sont des marques déposées ou des appellations commerciales de leurs propriétaires respectifs.

Table des matières

1. Introduction 9
1.1 Informations réglementaires relatives au dispositif médical 9
1.1.1 Destination du dispositif médical DIANE 9
1.1.2 Indication d'utilisation du dispositif médical 9
1.1.3 Règlements et normes appliqués au dispositif médical DIANE 10
1.1.4 Précautions d'utilisation 10
1.1.5 Liste des bénéfices attendus 12
1.1.6 Risques résiduels 12
1.1.7 Population cible 13
1.1.8 Utilisateurs cibles 13
1.1.9 Contre-indications 13
1.1.10 Instructions d'emploi sur support papier 14
1.1.11 Signaler un évènement indésirable lié au dispositif médical 14
1.1.12 Compatibilité des bases de données sur les médicaments 14
1.1.13 Liste des messages d'erreur ou d'avertissement 14
1.1.14 Retrait d'un utilisateur 15
1.2 Lecture du manuel utilisateur 15
1.3 Administration et dépannage 16
1.4 Sécurité 17
1.5 La traçabilité dans DIANE 17
1.6 DIANE Manager 18
1.7 Le mode déconnecté et les connexions entre postes 19
1.7.1 Le passage en mode déconnecté 19
1.7.2 La resynchronisation des données 19
1.8 Cas des changements d'heure (été/hiver) 20

2. Socle commun 21
2.1 Démarrage de DIANE 21
2.1.1 Identification de l'utilisateur 21
2.1.2 Déconnexion de l'utilisateur 22
2.1.3 Localisation du poste 22
2.1.4 Mode Maître versus mode Miroir 23
2.1.5 La page d'accueil de DIANE - le Portail DIANE 25
2.1.6 Sélection du dossier d'un patient 35
2.1.7 La reprise des informations d'un dossier antérieur 36
2.1.8 Sortie du patient 36
2.2 Les différents modes de saisie dans DIANE 37
2.2.1 Les champs de saisie simple 38
2.2.2 Les menus déroulants 38
2.2.3 Les cases à cocher 38
2.2.4 Les groupes de cases à cocher 39
2.2.5 Les groupes de bouton radio 39
2.2.6 Champs Dates et Calendrier 39
2.2.7 Les champs de saisie utilisant une liste 39
2.2.8 Les boutons 41
2.2.9 Les saisies avancées 42
2.2.10 Saisie multiple 50
2.2.11 Zone d'édition de documents 54
2.2.12 Le composant Traitements actuels 54
2.2.13 Le composant Allergies 56
2.2.14 Le schéma dentaire 57
2.2.15 Les onglets communs 58
2.2.16 Le mode tactile 65
2.3 MD Données calculées 67
2.4 Lien avec les bases de données sur les médicaments 68
2.5 L'impression centralisée 69
2.5.1 La visualisation et l'impression d'une intervention 71
2.6 Le cockpit 74
2.6.1 La liste des patient présents 77
2.6.2 Information sur les patients 79
2.6.3 Liste des soins 82
2.6.4 Anonymisation des lits 85
2.6.5 La Gestion des refus 86
2.6.6 L'indisponibilité de lits 87

2.6.7 Le rapport d'impression 88
2.6.8 Transmissions médicales 89
2.6.9 Statut de l'identité INS 90
2.6.10 Affichage du personnel 90
2.6.11 Liste des prélèvements à effectuer 91
2.7 Les bandeaux latéraux 91
2.7.1 Eléments importants 92
2.7.2 Résultats de laboratoire (visualisation) 92
2.7.3 Suivi des dispositifs (visualisation) 93
2.7.4 Chronomètres 93
2.7.5 Paramètres physiologiques 95
2.7.6 MD Balance liquidienne filtrée 96
2.8 Le module de Saisie Rapide 97
2.9 Gestion du poids dans DIANE 98
2.10 Affichage des données lors d'un transfert au bloc opératoire depuis un autre service (réanimation / USC) 100
2.11 Liste des paramètres physiologiques et des résultats de laboratoire 101
2.11.1 Paramètres physiologiques 101
2.11.2 Résultats de laboratoire 113
2.12 Exports 124
2.12.1 Export des comptes-rendus 124
2.12.2 Export des prescriptions 131
2.12.3 Export du plan de soins 132
2.12.4 Export dégradé des documents 133
3. DIANE CONSULTATION (module historique/legacy) 134
3.1 Sélection du dossier patient en consultation 134
3.2 La Consultation pré-anesthésique 134
3.2.1 Les boutons de la consultation préanesthésique 134
3.2.2 La zone Intervention(s) 135
3.2.3 La liste des interventions du patient sélectionné 135
3.2.4 La programmation d'une nouvelle intervention 137
3.2.5 Les onglets principaux de la consultation préanesthésique 137
3.2.6 L'onglet Résumé 143
3.2.7 L'onglet STAFF / Visite Pré Anesthésique 144
3.2.8 Fermeture du dossier de consultation du patient et les champs bloquants à saisir 145
3.2.9 L'impression de la consultation 146
3.3 Utilisation de DIANE sur ordinateur portable SANS RÉSEAU 148
3.3.1 Le pré-chargement des dossiers patients 148

3.3.2 La resynchronisation des données 148
4. DIANE ANESTHESIE 149
4.1 Sélection du dossier patient en anesthésie 149
4.2 Le Per-Opératoire et Le Post-Opératoire 150
4.2.1 L'aspect général de l'application 151
4.2.2 Actions Importantes 161
4.2.3 L'onglet Surveillance - la feuille d'anesthésie 165
4.2.4 Les composants rencontrés en per opératoire ou en post opératoire 177
4.2.5 L'onglet Evénements 180
4.2.6 L'onglet Consultation 181
4.3 Les spécificités du Post opératoire 181
4.4 Comptage des produits dispensés 182
4.5 La sortie du patient 183
4.5.1 La saisie et la signature du médecin responsable 183
4.5.2 La signature des prescriptions post opératoires 184
4.5.3 La signature de la sortie de la salle de réveil 184
5. DIANE REA 185
5.1 Aspect général de DIANE REA 185
5.1.1 Le bandeau supérieur 186
5.1.2 Navigation entre les dossiers 189
5.2 Admission du patient et sélection du dossier 189
5.2.1 Cas de la reprise d'un dossier en transfert 192
5.3 Onglet Navigation 192
5.3.1 Protocoles médicaux 193
5.3.2 Impressions 194
5.4 Onglet Admission 194
5.4.1 Sous-onglet Admission 195
5.4.2 Sous-onglet Correspondants 195
5.4.3 Sous-onglet Sortie 196
5.5 Onglet Médecin 197
5.5.1 Sous-onglet Observations d'entrée en Réa 197
5.5.2 Sous-onglet Examens Complémentaires 198
5.5.3 Evolutions, Synthèse Réa et Compte-rendu de sortie 199
5.5.4 Sous-onglet LATA / engagement thérapeutique 200
5.6 MD Onglet Prescription 202
5.6.1 La fenêtre de prescription experte 203
5.6.2 La fenêtre de prescription guidée 207
5.6.3 Zone de prescription simplifiée 217

5.6.4 Iconographie des champs de prescription 217
5.6.5 Mise en pause et arrêt des prescriptions 220
5.6.6 Remplacer un produit 220
5.6.7 Corriger une prescription signée 221
5.7 MD Exemples de prescriptions 223
5.7.1 Prescription de la surveillance clinique 223
5.7.2 La prescription médicamenteuse 223
5.7.3 Import depuis le traitement personnel 243
5.7.4 La prescription par saisie libre (Alimentation, Imagerie…) 244
5.7.5 La prescription par appel de saisie avancée (Kinésithérapie, Biologie/bactériologie, ECMO…) 245
5.7.6 Prescription des paramètres ventilatoires 247
5.7.7 La prescription des dispositifs médicaux (pose et retrait) 248
5.7.8 La prescription de saisies multiples 252
5.7.9 Prescription liée à un événement 253
5.7.10 Les favoris de prescription 256
5.7.11 Les protocoles de prescription 260
5.7.12 Validation et signature de la prescription 264
5.7.13 Le rapport de la base de données sur les médicaments 268
5.7.14 Historique des prescriptions 270
5.8 Validation pharmaceutique 272
5.8.1 Validation ligne à ligne 272
5.8.2 Validation globale de la prescription 273
5.8.3 Commentaire global sur la prescription 273
5.9 MD Onglet Plan de soins 273
5.9.1 Iconographie du plan de soins 274
5.9.2 Utilisation du plan de soins 277
5.9.3 Planification Infirmière 299
5.9.4 Bilan des Entrées / Sorties 300
5.9.5 Historique du plan de soins 304
5.9.6 Cas des administrations demandées par un médecin 306
5.9.7 Eléments de soins 308
5.10 Plan de cueillette 309
5.11 Impression des étiquettes médicamenteuses 313
5.12 Impression des ordonnances 315
5.12.1 Ordonnances d'antibiotiques 315
5.12.2 Indications de l'antibiothérapie 316
5.12.3 Ordonnances sécurisées 317

5.13 Onglet laboratoire / biologie 318
5.14 Onglet Paramédical 320
5.14.1 Sous-onglet Macrocible d'entrée 321
5.14.2 Les transmissions ciblées 321
5.15 Onglet Scores 323
5.15.1 Saisie et validation du score IGS II 323
5.15.1 Saisie et validation du score CRIB II 325
5.16 Onglets de données croisées : hémodynamique, respiratoire, rénal… 327
5.16.1 Le journal des alarmes 328
5.17 Onglet Germes 328
5.17.1 Compléter/ Renseigner la présence d'une infection chez le patient. 329
5.17.2 Infection COVID 330
5.18 Le schéma corporel 331
5.18.1 Positionner un dispositif médical 332
5.18.2 Choix du dispositif médical 335
5.18.3 Saisir le formulaire de pose du dispositif médical 336
5.19 L'écran de synthèse 350
5.19.1 Données de surveillance 350
5.19.2 Eléments importants 352
5.19.3 Visualisation des champs de données 352
5.19.4 Visualisation des résultats de laboratoire 353
5.19.5 MD Balance liquidienne 353
5.19.6 Prescriptions en cours 354
5.19.7 Visualisation des conclusions du staff 355
5.19.8 Visualisation des transmissions ciblées 356
5.19.9 Suivi des dispositifs 357
5.20 La sortie du patient 357
6. REQUETES 359
6.1 Présentation du module de requêtes 359
6.2 Création des filtres et des groupes de filtres 359
6.3 Création des colonnes et des groupes de colonnes 361
6.4 Création des rapports 362
6.5 Exemple de rapport 362
7. CCAM / CIM10 366
7.1 Lancement de l'application CCAMCIM10 366
7.2 Recherche des dossiers patient 366
7.2.1 Types de dossiers à rechercher 367
7.2.2 Filtres de sélection 367

7.3 Formulaire de saisie des codes CIM10 et CCAM 368
7.3.1 Codes CIM10 (Classification Internationale des Maladies) 369
7.3.2 Codes CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) 371
7.3.3 Codes NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) 372
7.3.4 Export des données 373
7.3.5 Impression des codes 373
7.3.6 Codes CCAM automatiques 374
7.4 Affectation du praticien (Codes CCAM) 387
7.5 Impression des codes CCAM et CIM10 387
8. Gestion des rendez-vous 389
8.1 L'aspect général de l'application de Rendez-Vous 389
8.1.1 Le bandeau supérieur du module de gestion des rendez-vous 389
8.1.2 Les différentes zones 390
8.2 Création d'un nouveau rendez-vous 392
8.3 Recherche d'un rendez-vous 393
8.4 Modification d'un rendez-vous 393
8.5 Gestion des disponibilités des médecins 394
8.6 Gestion des indisponibilités des médecins 395
8.7 Gestion des couleurs d'affichage 396
8.8 Heures de début et Heures de fin 398
8.9 Impressions des rendez-vous 398
8.10 Gestion de la salle d'attente 398
9. DIANE COMPTA 400
9.1 Lancement de l'application DIANE COMPTA 400
9.2 Zone Honoraires 400
9.3 Zone Paiements 401
9.4 Zone située en bas de l'application 401
9.5 Ajout d'un honoraire 402
9.6 Impression 404
10. DIANE MESSAGERIE 406
10.1 Envoi de messages 407
10.2 Configuration de la messagerie 408
11. Liste des équipements supportés par les drivers DIANE 409
12. Lexique 417
13. Définitions des pictogrammes 418

1. Introduction

DIANE est une suite logiciel dédiée aux soins critiques en milieu hospitalier. Plusieurs modules sont disponibles et permettent d'assurer un suivi sécurisé des patients tout en étant adapté aux besoins des soignants :

- **DIANE CONSULTATION (module historique/legacy)** permet de réaliser la consultation d'anesthésie
- **DIANE ANESTHESIE** permet le suivi des patients de la salle d'induction à la salle de surveillance post-interventionnelle en passant par le per-opératoire.
- **DIANE REA** permet le suivi des patients en service de réanimation et en soins continus.

Ce manuel traite du fonctionnement de l'ensemble des modules afin de faciliter la prise en main par les utilisateurs.

Le manuel utilisateur est accessible via la touche F1 de votre ordinateur. L'aide est construite pour accéder directement au chapitre du manuel qui correspond à l'onglet dans lequel vous vous situez.

DIANE est une suite logicielle paramétrable. Il est donc possible que la présentation, les onglets et les composants soient disposés différemment.
Ce manuel va permettre de voir les différents modes de saisie ainsi que les particularités liées à chaque module.

Les captures d'écran contenues dans ce manuel sont informatives.

1.1 Informations réglementaires relatives au dispositif médical

1.1.1 Destination du dispositif médical DIANE

Les données gérées et affichées par le logiciel **DIANE** peuvent amener l'utilisateur à prendre des décisions à des fins thérapeutiques ou diagnostiques, notamment grâce à son moteur de prescription et aux calculs des différents scores que **DIANE** propose.
D'après la réglementation en vigueur, ce moteur de prescription et les calculs permettant de répondre à cette destination sont marqués dispositifs médicaux. Les modules concernés sont tagués **MD** dans le présent manuel.

1.1.2 Indication d'utilisation du dispositif médical

Le dispositif médical **DIANE** est un logiciel utilisé dans les unités de soins critiques en établissement de santé, destiné à être utilisé par les professionnels de santé tels que les médecins anesthésistes et réanimateurs, les infirmiers et les pharmaciens.
Le logiciel est utilisé lors de la prise en charge du patient, avant, pendant, et après une anesthésie, ainsi que durant tout son séjour en service de réanimation, U.S.I. ou U.S.C., dans les services d'anesthésie et les réanimations.
Le dispositif médical **DIANE** aide l'utilisateur à prendre des décisions à des fins thérapeutiques ou diagnostiques, notamment grâce à son moteur d'aide à la prescription et ses scores/données calculées.

Le dispositif médical **DIANE** permet entre autres de détecter les contre-indications, les interactions médicamenteuses et les posologies excessives lors de la prescription.
Le plan de soins permet de suivre les étapes clés de la prise en charge notamment les administrations médicamenteuses. Ce qui permet le suivi régulier de l'évolution du patient.
La solution intègre la balance liquidienne qui permet la collecte des entrées et sorties de liquides corporels chez un patient.
Le système permet d'échanger des données de façon bidirectionnelle avec d'autres systèmes d'information hospitaliers et permet de lire des données en provenance de dispositifs médicaux matériels, sans influencer leur indication d'utilisation.
Le système est en grande partie paramétrable afin de permettre d'adapter le logiciel aux besoins des différents types d'utilisateurs et aux spécificités des différents établissements de soins.

1.1.3 Règlements et normes appliqués au dispositif médical DIANE

1.1.3.1 Règlements appliqués au dispositif médical DIANE

- Directive 93/42/CEE du conseil du 14 juin 1993 relative aux dispositifs médicaux
- Règlement (UE) sur les dispositifs médicaux 2017/745
- Règlement UE : 2016/679 Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)
- Règlement d'exécution (UE) 2021/2226 du 14 décembre 2021 : les instructions d'emploi électroniques des dispositifs médicaux

1.1.3.2 Normes appliquées au dispositif médical DIANE

- IEC 62304 : 2006 – Cycle de vie d'un logiciel dispositif médical
- ISO 13485 : 2016 – Exigences des systèmes de management de la qualité pour l'industrie des dispositifs médicaux.
- ISO 14971 : 2019 – Gestion des risques des dispositifs médicaux
- IEC 62366 :2015 – Application de l'ingénierie de l'aptitude à l'utilisation aux dispositifs médicaux
- ISO 20417 :2021 – Dispositifs médicaux - Informations à fournir par le fabricant
- ISO 15223-1 :2021 – Dispositifs médicaux — Symboles à utiliser avec les informations à fournir par le fabricant — Partie 1 : Exigences générale
- Le règlement (UE) 207/2012 relatif aux instructions d'emploi électroniques des dispositifs médicaux a été remplacé par le règlement d'exécution (UE) 2021-2226 pour lequel **BOW MEDICAL** est conforme.

1.1.4 Précautions d'utilisation

1.1.4.1 Installation conforme

La suite logicielle **DIANE** doit être installée conformément au guide d'installation (BM-INS-PR-003).

1.1.4.2 Utilisation conforme

L'utilisation des fonctionnalités dispositif médical de ce module est réservée aux professionnels de santé.

Toute utilisation inappropriée est interdite.

L'utilisateur doit :

- N’utiliser que des produits non défectueux.
- Protéger les patients, les tiers, les autres opérateurs, les assistants et eux-mêmes de tout danger.

L’utilisateur doit vérifier la sécurité de fonctionnement du dispositif avant chaque utilisation.

L'utilisateur doit vérifier que le dispositif est opérationnel en tout temps et le maintenir dans de bonnes conditions de travail.

1.1.4.3 Consignes de sécurité

	**PRECAUTIONS D'UTILISATION**
	Le produit est strictement destiné à des professionnels de santé, tout usage des informations issues du dispositif médical DIANE par une personne non autorisée engage la sécurité du patient.
	**PRECAUTIONS D'UTILISATION**
	Pour tout nouvel utilisateur, il est fortement recommandé de suivre une formation, avant d’utiliser le module d’aide à la prescription, afin de réduire le risque d’erreur d’utilisation.
	**PRECAUTIONS D'UTILISATION**
	Les alertes ou informations transmises par les fonctions n’ont pas pour but de se substituer aux décisions de l’utilisateur du dispositif médical DIANE. Ce dernier, en sa qualité de professionnel de santé, reste responsable de l’usage et des interprétations qu’il fait des informations obtenues par le dispositif médical DIANE et des actes et conseils qu’il en déduit ou émet. Chaque prescription doit être vérifiée par le professionnel de santé avant signature.

1.1.4.4 Informations importantes avant utilisation

Lors de l'utilisation du dispositif médical DIANE, il est important de suivre toutes les indications ci-dessous. Toute action contraire à ces indications peut affecter l'exactitude et les performances du dispositif.

En cas de besoin d'aide pendant la mise en place, l'utilisation ou la maintenance, veuillez consulter **BOW MEDICAL**.

	**PRECAUTIONS D'UTILISATION**
	Ne pas installer de module ou d'add-on complémentaire sans avoir reçu l'autorisation de BOW MEDICAL.
	**PRECAUTIONS D'UTILISATION**
	Toute modification du réseau IT et/ou de sa configuration dans une configuration différente de celle indiquée dans le manuel d'installation est susceptible de causer des altérations ou dysfonctionnements du logiciel.

	PRECAUTIONS D'UTILISATION
⚠	Tout logiciel ou équipements compatibles avec le présent logiciel sont listés dans le manuel d'installation. Toute utilisation d'un logiciel ou équipement ne figurant pas sur cette liste est susceptible de causer des altérations ou dysfonctionnements des performances du logiciel.

1.1.4.5 Dysfonctionnements

BOW MEDICAL apporte un soin tout particulier à la qualité de ses produits et services. Néanmoins si un dysfonctionnement ou une erreur dans l'information fournie est constaté :

- Arrêter immédiatement d'utiliser le dispositif médical **DIANE** et les informations émises.
- Essayer d'identifier ou d'éliminer la cause en utilisant la description de ce document (*Liste des messages d'erreur ou d'avertissement*).
- S'il n'est pas possible d'identifier ou d'éliminer la cause à l'aide de ce document, arrêter d'utiliser le produit et appeler le service support.

1.1.5 Liste des bénéfices attendus

1. Limiter les erreurs de prescription de manière générale
2. Limiter les erreurs de prescription en matière de dosage, de doublon, de concentration/titration et de posologie maximale
3. Limiter les prescriptions incomplètes
4. Amélioration de la prise en charge du patient par le calcul de scores permettant :
   - L'évaluation de la gravité des conditions médicales,
   - La prédiction du risque et l'issue clinique,
   - Le suivi de l'état de santé et de la progression de la maladie,
   - L'aide à la prise de décision (en post op par exemple).

1.1.6 Risques résiduels

1. Mauvais fonctionnement dû à des problèmes du logiciel ou de sa mise à jour

Des problèmes liés à **DIANE** ou sa mise à jour pourraient se produire. Il est recommandé de se conformer aux vérifications et mises à jour préconisées par le fabricant **BOW MEDICAL** afin d'éviter que les fonctionnalités Dispositif Médical (prescription, plan de soins, scores, balance liquidienne) de **DIANE** ne soient impactées, et par conséquent, les soins apportés aux patients.

2. Mauvais fonctionnement de la Base de Données sur les Médicaments (BDM)

La mise à jour du logiciel **DIANE** et de la BDM est une condition de la qualité des fonctionnalités du dispositif médical.

Il est de la responsabilité de l'exploitant/utilisateur final de s'assurer que les mises à jour requises dont il est informé sont réalisées correctement, ou de les effectuer le cas échéant.

3. L'utilisateur(trice) néglige de consulter les alertes remontées par la Base de Données sur les Médicaments (BDM)

L'utilisateur(trice) doit s'assurer de prendre en compte les éventuelles notifications d'alerte générées par la base de médicament pour un traitement en cours de prescription vis à vis de possibles allergies, posologies non adaptées et contre-indications/interactions médicamenteuses.

4. L'utilisateur(trice) ne peut pas distinguer 2 homonymes

L'utilisateur doit s'assurer qu'il est positionné sur le bon dossier en prenant en compte les différents éléments caractérisant le patient

1.1.7 Population cible

- Anesthésie : tout patient nécessitant une prise en charge anesthésique
- Réanimation : tout patient de tout âge hospitalisé en service de réanimation, quel que soit le type de réanimation (adulte, néonatale, chirurgicale, réanimation cardiaque, soins continus, etc…)

1.1.8 Utilisateurs cibles

Le dispositif médical **DIANE** est exclusivement destiné à des professionnels de santé. Une utilisation par d'autres personnes n'est pas raisonnablement prévisible.

Professionnels de santé pouvant utiliser le dispositif médical **DIANE** : médecins anesthésistes et médecins anesthésistes réanimateurs, médecins réanimateurs, infirmiers, infirmiers anesthésistes et les pharmaciens.

L'onglet de prescription est destiné à être utilisé par des médecins détenteurs du diplôme d'état de docteur en médecine.

L'onglet de plan de soins peut être utilisé par les professionnels de santé tels que les infirmiers diplômés d'état.

1.1.9 Contre-indications

Le dispositif médical **DIANE** ne doit pas être utilisé en dehors des indications spécifiées dans la rubrique *Indication d'utilisation*, notamment chez des patients :

- pris en charge dans des services autres que l'anesthésie, la réanimation ou les soins continus,
- ne nécessitant pas une prise en charge en soins critiques,
- dont la prise en charge ne nécessite pas d'une aide à la décision thérapeutique ou diagnostique dans le cadre des soins critiques.

1.1.10 Instructions d'emploi sur support papier

En accord avec le règlement 2021/2226, à la demande d'un utilisateur, **BOW MEDICAL** peut fournir des manuels utilisateur des dispositifs médicaux sur un support papier sans frais supplémentaires pour l'utilisateur dans le délai établi dans l'évaluation des risques soit au plus tard dans les 7 jours civils suivant la réception de la demande de l'utilisateur, ou à la livraison du dispositif si la demande a été faite au moment de la commande.

1.1.11 Signaler un évènement indésirable lié au dispositif médical

Le moteur de prescription **DIANE** est un dispositif médical selon la réglementation en vigueur.
Tout comportement anormal du dispositif médical **DIANE** provoquant un risque ou un incident ayant entraîné ou susceptible d'entraîner la dégradation grave de l'état de santé du patient doit être signalé sans délai à Bow Médical et à l'autorité compétente de votre pays.
En cas de version corrective de sécurité critique, **BOW MEDICAL** vous contactera par courriel pour vous demander de réaliser la mise à jour dans les plus brefs délais.

1.1.12 Compatibilité des bases de données sur les médicaments

DIANE s'interface avec les bases de données Vidal et BCB.

Version minimale requise pour Vidal : 2020.5.3
Version minimale requise pour BCB : 20180702

1.1.13 Liste des messages d'erreur ou d'avertissement

DIANE affiche des messages sous forme de splashscreen pour informer les utilisateurs.



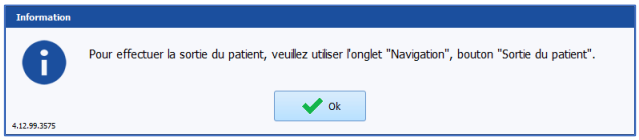
La position du message indique la nature de l'information :

- En haut au centre : message de traitement en cours
- En haut à droite : messages d'information (par exemple : connecteurs d'interopérabilité comme les imports de labo) ou interruption de la réception des données biomédicales
- En haut à gauche : message de redémarrage des applications (automatique ou demandé par un utilisateur)
- Milieu au centre : Gestion des verrous + Saisies invalides + Mise à jour SIH
- En bas à gauche : Attentes RPC
- En bas au centre : Erreur en général + Signature des prescriptions réalisée

En cas d'erreur, la première mesure à prendre est de relancer **DIANE** avec ***DIANE Manager***. Dans ce cas où cette opération ne règle pas le problème, veuillez bien noter l'erreur et contacter le service support de **BOW MEDICAL**.

Pour les messages type "Dialogue", il peut y en avoir de plusieurs types :

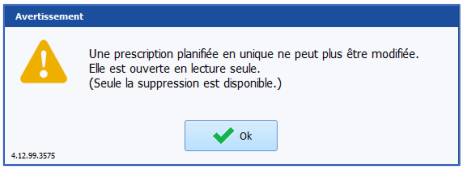
- Information :



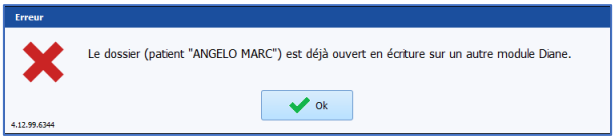
- Confirmation :



- Avertissement :



- Erreur :



1.1.14 Retrait d'un utilisateur

Si un utilisateur configuré dans DIANE quitte l'établissement, il ne disparaît pas complètement : il est simplement désactivé. Garder à disposition les utilisateurs désactivés permet de garder la cohérence d'affichage et d'archivage des dossiers.

Pour supprimer un utilisateur, un administrateur doit désactiver son compte dans le module de configuration des utilisateurs.

Un compte désactivé peut être réactivé par un administrateur.

1.2 Lecture du manuel utilisateur

Le manuel utilisateur aborde les différentes fonctionnalités de la suite logicielle **DIANE**. Les utilisateurs seront concernés par différentes parties selon l'installation présente sur leur site.
Pour faciliter la lecture, voici comment lire ce manuel en fonction du module sur lequel vous avez l'habitude de travailler.

- **DIANE ANESTHESIE** :
  - Chapitre 1 : Généralités (*Introduction*)
  - Chapitre 2 : Socle commun (*Socle commun*). Ce chapitre explique comment démarrer **DIANE** ainsi que les différents modes de saisie.
  - Chapitre 3 : **DIANE CONSULTATION (module historique/legacy)** (*DIANE CONSULTATION (module historique/legacy)*) qui traite de la consultation préanesthésique (*Sélection du dossier patient en anesthésie*).

- Chapitre 4 : **DIANE ANESTHESIE** (*DIANE ANESTHESIE*) qui traite du suivi per et post opératoire (*Le Per-Opératoire et Le Post-Opératoire*).

- **DIANE REA** :
  - Chapitre 1 : Généralités (*Introduction*)
  - Chapitre 2 : Socle commun (*Socle commun*). Ce chapitre explique comment démarrer **DIANE** ainsi que les différents modes de saisie.
  - Chapitre 5 : **DIANE REA** (*DIANE REA*). Ce chapitre traite de l'ensemble des fonctionnalités du module de réanimation avec un accent sur les prescriptions (*Onglet Prescription*, *Exemples de prescriptions*), sur le plan de soins (*Onglet Plan de soins*), et sur le schéma corporel (*Le schéma corporel*).

D'autres chapitres traitent de fonctionnalités diverses comme le codage (*CCAM / CIM10*), l'outil de requêtes (*REQUETES*) le module de comptabilité (*DIANE COMPTA*) ou encore du module de rendez-vous (*Gestion des rendez-vous*).

Afin de faciliter la lecture, des règles de typologie ont été mise en place. Elles sont décrites ci-dessous :

Type d'écriture	Fait référence à
DIANE ANESTHESIE	A la suite logicielle concernée
Examens cliniques	A un onglet
Antécédents Médicaux	Un composant portant ce nom
Bouton **Arrêter**	Un bouton nommé « Arrêter »
Utilisation de DIANE sur ordinateur portable SANS RESEAU	Lien permettant d'accéder directement à un chapitre

1.3 Administration et dépannage

Une ou plusieurs personnes sont désignées pour administrer et gérer **DIANE** afin de maintenir la base des listes à jour (créer un utilisateur ou une saisie multiple, ajouter un médicament, etc…)
Votre administrateur de site pourra également vous aider à utiliser le logiciel **DIANE**.
En cas de problème informatique, prévenez votre administrateur de site ou le service informatique de votre centre.

REMARQUE : en cas de dysfonctionnement bloquant de l'application, il est possible de fermer toutes les applications relatives à **DIANE** à l'aide de **DIANE MANAGER**. Cela évite de passer par le gestionnaire des tâches de Windows. Pour cela, double-cliquez sur *DianeKiller.exe* puis sur le bouton **Arrêter** tous les processus **DIANE**.

ATTENTION : L'utilisation de **DIANE MANAGER** doit rester l'exception quand il n'y a plus moyen de faire autrement. Le risque de perte des données récemment entrées est réel.

1.4 Sécurité

Les droits d'accès sont attribués à chaque utilisateur. Chaque groupe d'utilisateurs, en fonction de son rôle, a des droits dans l'application qui diffèrent. On distingue :

- Droits logiciels : Accès aux différentes applications de **DIANE**,
- Droits applicatifs : Accès aux différentes fonctionnalités des applications,
- Droits administratifs : Accès à la configuration et aux différentes listes de référence.

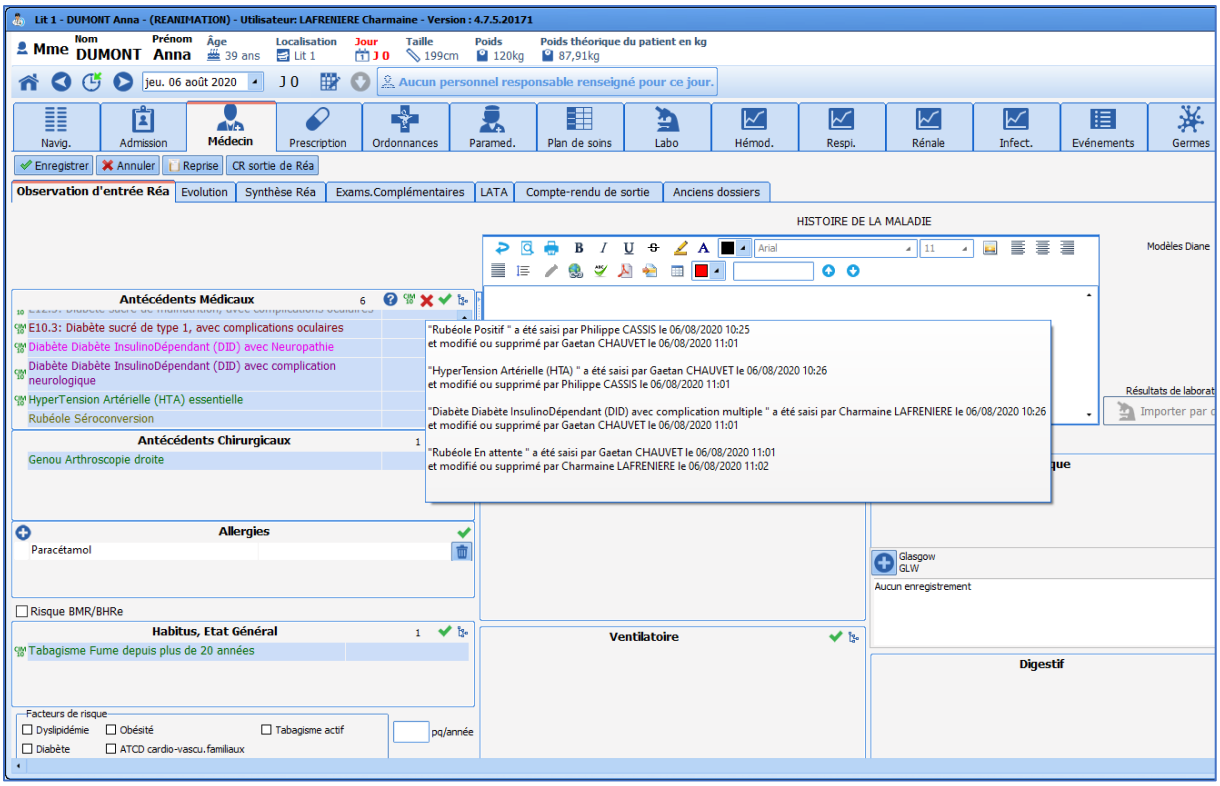
La sécurité d'utilisation est assurée en cas de perte de liaison de l'ordinateur avec le réseau ou le serveur. Les stations de travail continuent à enregistrer toutes les données sur l'ordinateur et l'envoi de ces données se fera au prochain démarrage dans une situation normale. Ce qui permet une réelle continuité d'exploitation.

1.5 La traçabilité dans DIANE

Le logiciel **DIANE** est doté d'une traçabilité des données saisies avec différenciation de leurs auteurs. Une visualisation en temps réel de tous les éléments renseignés successivement dans les différents champs est possible par survol à la souris de ces champs.
Cette traçabilité est maintenue lors de l'utilisation en mode déconnecté du réseau, tant pour les données déjà acquises que celles complétées à nouveau.

Dans l'application, une couleur est attribuée à chaque utilisateur qui effectue une modification, un ajout ou une suppression sur un dossier patient.

Dans la capture d'écran ci-dessous, on peut voir une croix rouge en haut à droite du champ **Antécédents Médicaux**. Au survol de la souris, un descriptif détaillé de l'ensemble des modifications ou suppressions de données au sein de ce champ est visible.
Cette traçabilité de la saisie est disponible pour l'ensemble des champs, y compris les champs de saisie libre.



REMARQUE : Il n'y a pas d'historique sur les examens spécifiques (onglet **Examens cliniques**) et les bilans configurables (onglet **Paraclinique**).

1.6 DIANE Manager

En cas de dysfonctionnement bloquant de l'application, il est possible de fermer toutes les applications relatives à **DIANE** à l'aide de **DIANE MANAGER**.

L'utilisation de **DIANE MANAGER** peut provoquer des pertes irrémédiables de données sur le dossier patient pris en charge : à n'utiliser qu'en cas d'absolue nécessité. Demander aux référents des instructions sur l'usage de celui-ci.



Cela évite de passer par le gestionnaire des tâches de Windows.



La fenêtre suivante s'ouvre afin de proposer :

- L'arrêt de **DIANE** : ce qui force l'arrêt complet du logiciel
- La relance de **DIANE** : ce qui entraine un arrêt complet suivi d'un redémarrage immédiat
- Ne rien faire (qui permet de fermer cette fenêtre et revenir sur le portail).

La relance de **DIANE** redémarre un module en suivant la règle de priorité suivante :

1. Visual
2. DianeRea
3. Consultation

4. CCAMCIM10
5. RDV
6. DiaCompta
7. Fusion
8. Diane (portail)
9. Configuration
10. UserConfiguration
11. MAJImpression

Si plusieurs modules sont démarrés simultanément, c'est celui ayant le plus petit numéro dans la liste précédente qui sera redémarré.

1.7 Le mode déconnecté et les connexions entre postes

Une continuité d'exploitation est assurée en cas de panne du serveur ou de perte de liaison avec le réseau ou le serveur.
En mode déconnecté, l'enregistrement des données remontées localement par les appareils biomédicaux se poursuit. Il est également possible de créer un nouveau patient et de faire toute la procédure le concernant.

Les changements d'utilisateurs sont possibles en mode déconnecté.

IMPORTANT : Ne jamais considérer le mode déconnecté comme un fonctionnement normal de l'application. Ce mode permet simplement de ne pas perdre le travail réalisé lors d'une coupure réseau. Redémarrer DIANE dès que la situation est redevenue normale.

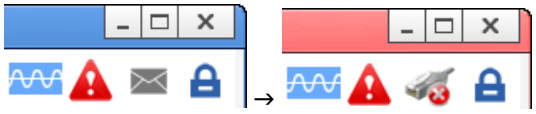
REMARQUE : Lorsque c'est un problème de serveur, vous garderez la fonction de connexion inter-postes. Lorsque c'est un problème de réseau, vous n'aurez plus accès aux autres postes à partir de l'ordinateur déconnecté. Les autres postes du service n'auront également plus accès au poste déconnecté du réseau.

1.7.1 Le passage en mode déconnecté

Le passage en mode déconnecté, que ce soit au lancement de l'application ou en cours d'utilisation, est signalé par le message ci-contre.



Lors du passage en mode déconnecté, le bandeau haut de l'application passe en rouge et une icône s'affiche afin d'indiquer que vous n'êtes plus connecté à la base de données.



1.7.2 La resynchronisation des données

A la perte du réseau, toutes les données se stockent sur le poste de travail maître.

Une resynchronisation est tentée lors de la fermeture de l'application. Une resynchronisation est également tentée lors de la sortie du patient.

A chaque redémarrage, **DIANE** teste l'accès au réseau et transmet les données du ou des patient(s) enregistré(s) localement sur le serveur central. Les données se resynchroniseront automatiquement lors de la prochaine connexion du poste touché.

En cas de passage en mode déconnecté :

- Les autres postes du service sont-ils aussi déconnectés ? Si oui, il peut s'agir d'un problème général.
- Le poste a-t-il accès à intranet ? Si ce n'est pas le cas, il s'agit d'un problème de connexion au réseau.
- Le poste a-t-il été mobilisé ? Le câble réseau est-il toujours connecté ?

1.8 Cas des changements d'heure (été/hiver)

Le changement d'heure été/hiver entraîne une journée ayant une durée exceptionnelle de 23h au printemps et 25h à l'automne.

Ceci peut engendrer des comportements inattendus dans DIANE :
• Planification non appliquée correctement dans le plan de soins puisque ce dernier affiche toujours des journées de 24 heures.
• Exemple : pour une planification d'une administration 1 fois par heure, il manquera une occurrence sur le plan de soins
• Durée de perfusion erronée lorsque celle-ci est en cours sur la plage 02h00 à 03h00 du matin. Une heure en moins sera comptabilisée dans le plan de soins. La balance liquidienne sera en conséquence, impactée.

Recommandations :
• Nous vous recommandons de planifier ces tâches avant ou après le changement d'heure.
• Pour garantir la cohérence, nous vous déconseillons de planifier des prescriptions entre 02h00 et 02h59. Par conséquent, toute prescription contenant des actions intermédiaires planifiées doit être arrêtée avant le changement d'heure et replanifiée après celui-ci pour éviter toute pertes de données.
• Assurez-vous qu'une documentation appropriée est effectuée pour différencier l'administration de l'heure d'été de celle de l'heure d'hiver.
• Après la fin du changement d'heure, vérifiez le plan de soins actuel du patient. En cas d'erreur, des modifications seront nécessaires au niveau des prescriptions ou des protocoles. Veillez à les modifier en conséquence.

Pour toutes questions, veuillez contacter le support de **BOW MEDICAL**.

2. Socle commun

2.1 Démarrage de DIANE

2.1.1 Identification de l'utilisateur

Pour lancer l'application DIANE, sélectionner son nom dans le menu **Démarrer/Programmes/Diane**, ou double-cliquer sur l'icône du même nom, placée sur le bureau de Windows.

ATTENTION : ne surtout pas déplacer les exécutables originaux sur le bureau.



L'**Alias**, situé dans la zone **Connexion**, contient les références du serveur.
Ne pas modifier le contenu de ce champ.

Renseigner l'identifiant et le mot de passe fournis par les référents.

REMARQUE : Lors de la 1re connexion, il faudra inscrire manuellement l'identifiant. Cet identifiant fera ensuite partie de la liste dans le menu déroulant.

REMARQUE : Lors de la mise en service du logiciel DIANE, c'est BOW MEDICAL (ou l'administrateur de site) qui a créé le nom d'utilisateur et le mot de passe pour pouvoir se connecter à DIANE. De ce fait, lors de la 1re connexion, un message d'alerte signale que le mot de passe doit être modifié. Ce message s'affichera tant qu'un nouveau mot de passe n'aura pas été enregistré.
Un changement de mot de passe pourra ensuite être demandé régulièrement selon la politique de sécurité de l'établissement.



La case à cocher **Forcer la mise en mode déconnecté** permet de démarrer une ou plusieurs applications de DIANE en mode déconnecté du réseau. Cette case est utile dans le cas d'une utilisation sur ordinateur portable dans une zone sans réseau. Elle est aussi utilisée en cas de mise à jour du logiciel, ce qui est géré par les référents.

2.1.1.1 Iconographie de la fenêtre de connexion

Il est possible de changer de mot de passe en cliquant sur l'icône **Changer le mot de passe**.
En sélectionnant **Changer de mot de passe**, la fenêtre de changement du mot de passe s'ouvre. Saisissez votre ancien mot de passe, le nouveau puis sa confirmation. Cliquez sur **OK** ou sur la touche **`Entrée`** du clavier pour enregistrer la modification.
Changer de mot de passe peut se faire via différents accès de l'application **DIANE :**

- Le menu **Configuration** de l'application **RDV**,
- Le bouton **Options** de l'application **Consultation**, via les boutons spécifiques disponibles dans les applications **DIANE ANESTHÉSIE** ou **DIANE REA**
- Le menu **?** de l'application **Requêtes**...

Vous pouvez verrouiller la station **DIANE** en cliquant sur l'icône **Verrouiller la station DIANE**.
Vous avez différentes possibilités afin de verrouiller la station **DIANE :**

- Le bouton **Options** de l'application **Consultation**,
- Les boutons spécifiques disponibles dans les applications **DIANE ANESTHÉSIE** ou **DIANE REA**,
- Le menu **?** de l'application **Requêtes**...

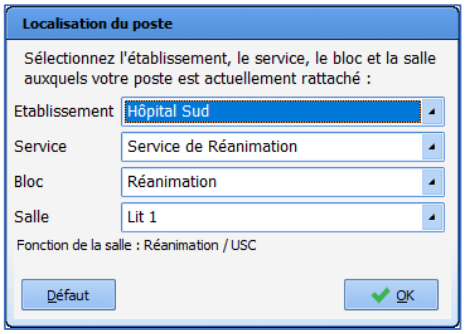
Cette icône **A propos…** indique la version de **DIANE** qui est installée sur le poste. En cas de défaillance technique, ces informations seront utiles à l'équipe technique de **BOW MEDICAL**.

2.1.2 Déconnexion de l'utilisateur

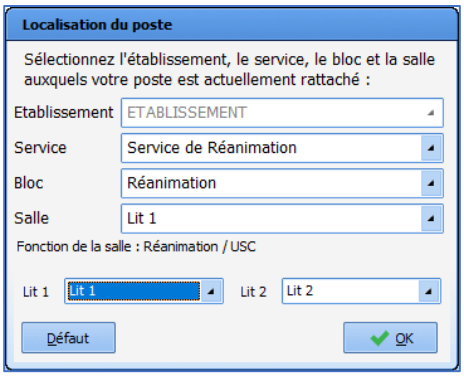
Le bouton permet la déconnexion de l'utilisateur courant et le verrouillage de **DIANE** : la fenêtre de connexion s'affiche. Il n'est alors plus possible d'effectuer de saisies manuelles dans **DIANE**. Les remontées de données des appareils connectés ne sont pas impactées par le verrouillage de **DIANE**. La *connexion à distance* au(x) dossier(s) ouvert(s) sur le poste reste possible à partir d'un poste distant.

2.1.3 Localisation du poste

A la première connexion, la fenêtre ci-contre vous proposera de référencer la salle dans laquelle se trouve le poste.



Dans les services tels que la réanimation, la salle de réveil… un poste peut gérer plusieurs lits, dans ce cas-là, la localisation du poste se poursuivra en demandant quels lits sont affectés au poste.



Les intitulés **Lit 1**, **Lit 2** et **Lit 3** sont juste indicatifs de ce que vous devez indiquer… les choix se font par les menus déroulants.

2.1.4 Mode Maître versus mode Miroir

Le logiciel **DIANE** permet de documenter, historiser et centraliser les informations liées aux patients. Le dossier d'un patient est accessible depuis n'importe quel poste de votre service sur lequel le logiciel **DIANE** est installé.
Le dossier du patient est lié à un seul poste que nous nommons Maître. Le poste Maître est celui qui est connecté aux appareils biomédicaux (souvent situé au lit du patient). Les postes miroirs représentent l'ensemble des autres postes ayant accès au dossier.

L'admission et la sortie d'un patient ne peuvent se faire qu'à partir du poste Maître. L'ensemble des autres fonctionnalités sont accessibles depuis n'importe quel poste.

2.1.4.1 Accès direct au dossier patient et accès à distance

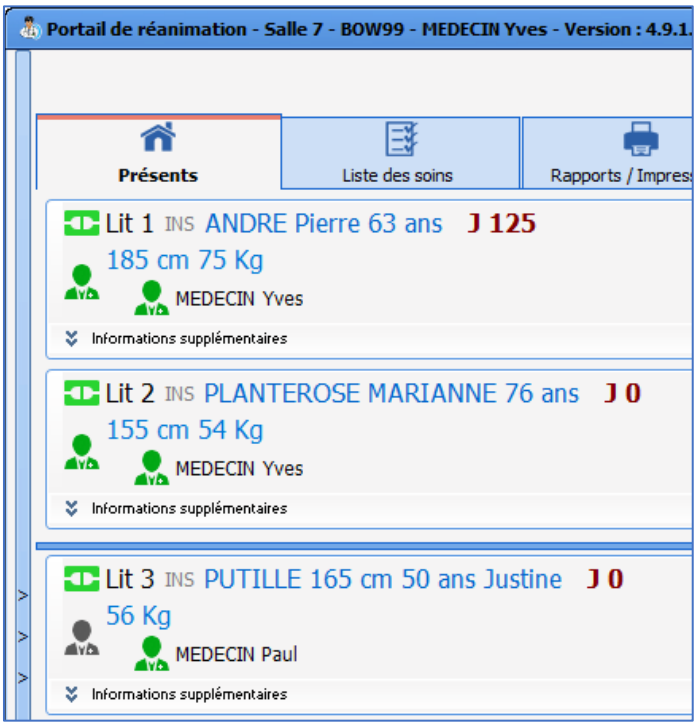
L'accès direct au dossier patient est un accès depuis le poste Maître.
L'accès à distance se définit par un accès au dossier depuis un poste Miroir.

Dans l'illustration ci-contre :

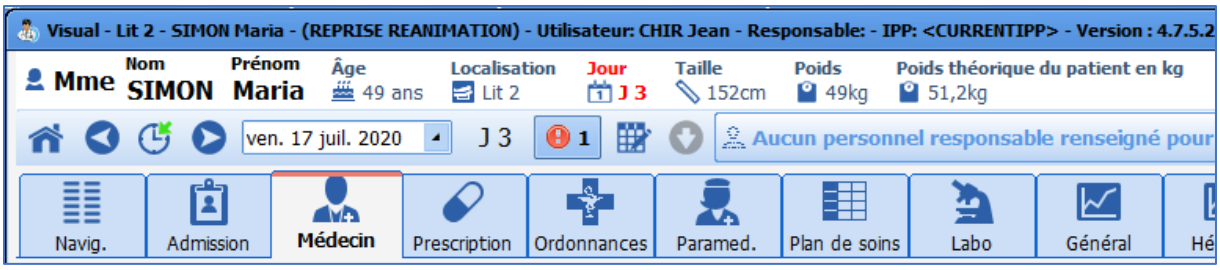
Les dossiers de ANDRE Pierre et de PLANTEROSE Marianne sont sur leur poste Maître.

La ligne horizontale bleue permet de faire le distinguo entre les dossiers gérés en tant que poste Maître et les dossiers visualisés en mode Miroir.

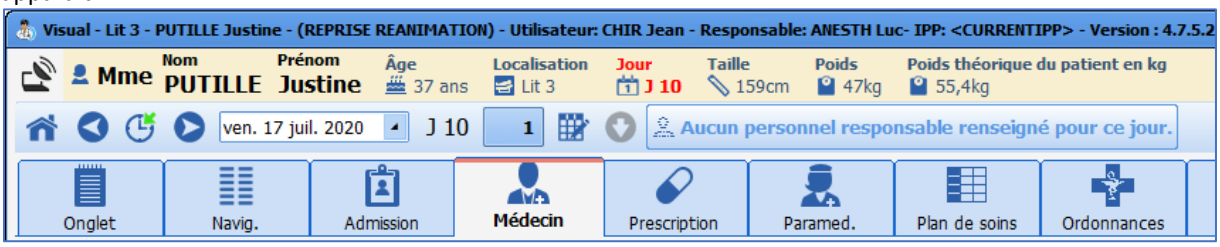
Le dossier de PUTILLE Justine est accessible en mode Miroir.



Le dossier ouvert sur le poste Maître se présente avec un bandeau supérieur comme suit :



Lorsque l'accès à un dossier se fait à distance, le bandeau supérieur devient teinté de jaune et l'icône apparaît.



IMPORTANT : Les postes Miroirs permettront d'accéder à tous les dossiers du service en mode distant et ne pourront pas servir pour faire l'admission et la sortie des patients.

2.1.4.2 Les différentes icônes de connexion

- L'**icône verte** devant les dossiers indique qu'il est possible de travailler sur ces dossiers.
- L'**icône rouge** indique que la communication est impossible certainement parce que le poste dans cette chambre est éteint.
- Une **icône jaune** est un marqueur qui indique qu'une tentative de connexion en cours.
- Une **icône noire** signifie que la connexion à distance n'est pas activée.
- Une **icône violette** signifie que le poste n'est pas connecté à la base de données.
- Une **icône bleue** indique que les versions du poste Maître et du poste Miroir ne sont pas identiques.

2.1.4.3 Alertes de modifications de champs Ax

Lorsqu'un dossier est ouvert simultanément sur deux postes, la modification de certains champs associés à un Ax affiche une alerte sur le poste n'ayant pas réalisé la modification. Si l'application n'est pas active, l'alerte ne s'affiche pas : elle s'affiche lors de l'activation.

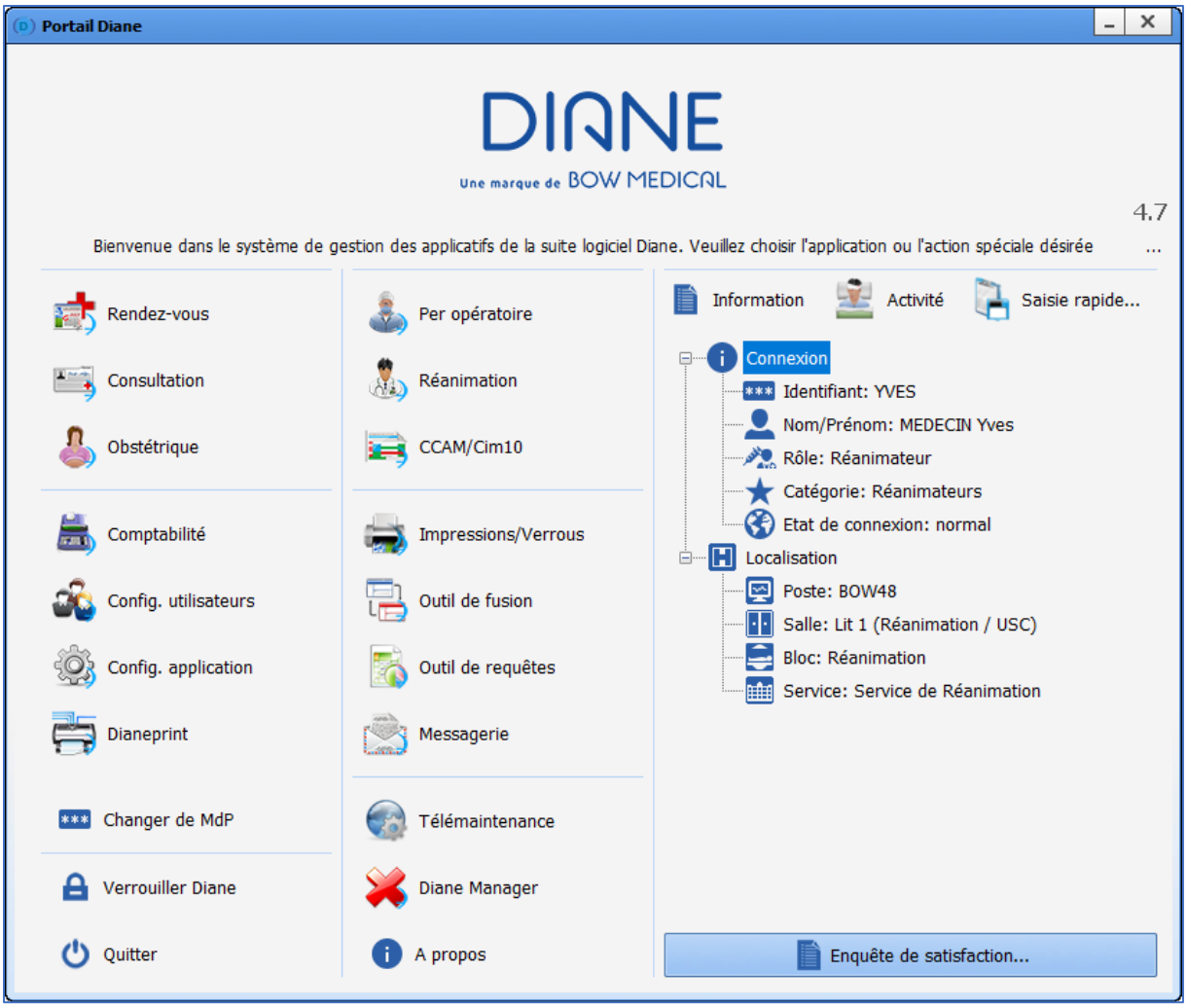


Les champs calculés et les champs de type **Patient**, **Intervention** et **Séjour** ne sont pas concernés par cette alerte. Si plusieurs champs ont été modifiés, ou si un champ a été modifié plusieurs fois, une seule alerte s'affiche et liste les champs concernés.

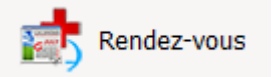
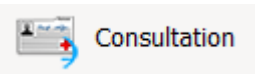
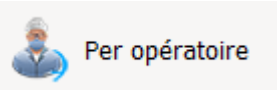
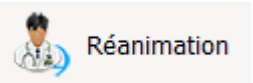


2.1.5 La page d'accueil de DIANE - le Portail DIANE

Après la phase d'identification de l'utilisateur et la confirmation de localisation du poste, s'ouvre le portail **DIANE**. Ce portail permet d'accéder aux différentes fonctionnalités par un système de boutons/raccourcis.



2.1.5.1 *Iconographie de la page d'accueil*

Boutons	Rôles
	Permet d'accéder à **DIANE RENDEZ-VOUS**. Voir le chapitre sur la **gestion des rendez-vous** pour savoir comment utiliser l'application.
	Permet d'accéder au module **Consultation pré-anesthésie** de **DIANE ANESTHÉSIE**. Voir le chapitre sur la **Consultation pré-anesthésique** pour savoir comment utiliser l'application.
	Permet d'accéder aux modules **per opératoire** et **post opératoire** de **DIANE ANESTHÉSIE**. Si l'ordinateur est configuré dans une salle d'opération, c'est le bouton **Per opératoire** qui sera visible. Si l'ordinateur est configuré dans une salle de réveil, c'est le bouton **Post opératoire** qui sera visible. Voir les chapitres sur le **Per opératoire** et le **Post opératoire** pour savoir comment s'utilise l'application.
	Permet d'accéder à la **DIANE REA**. Voir le chapitre sur la **Réanimation** pour savoir comment s'utilise l'application.

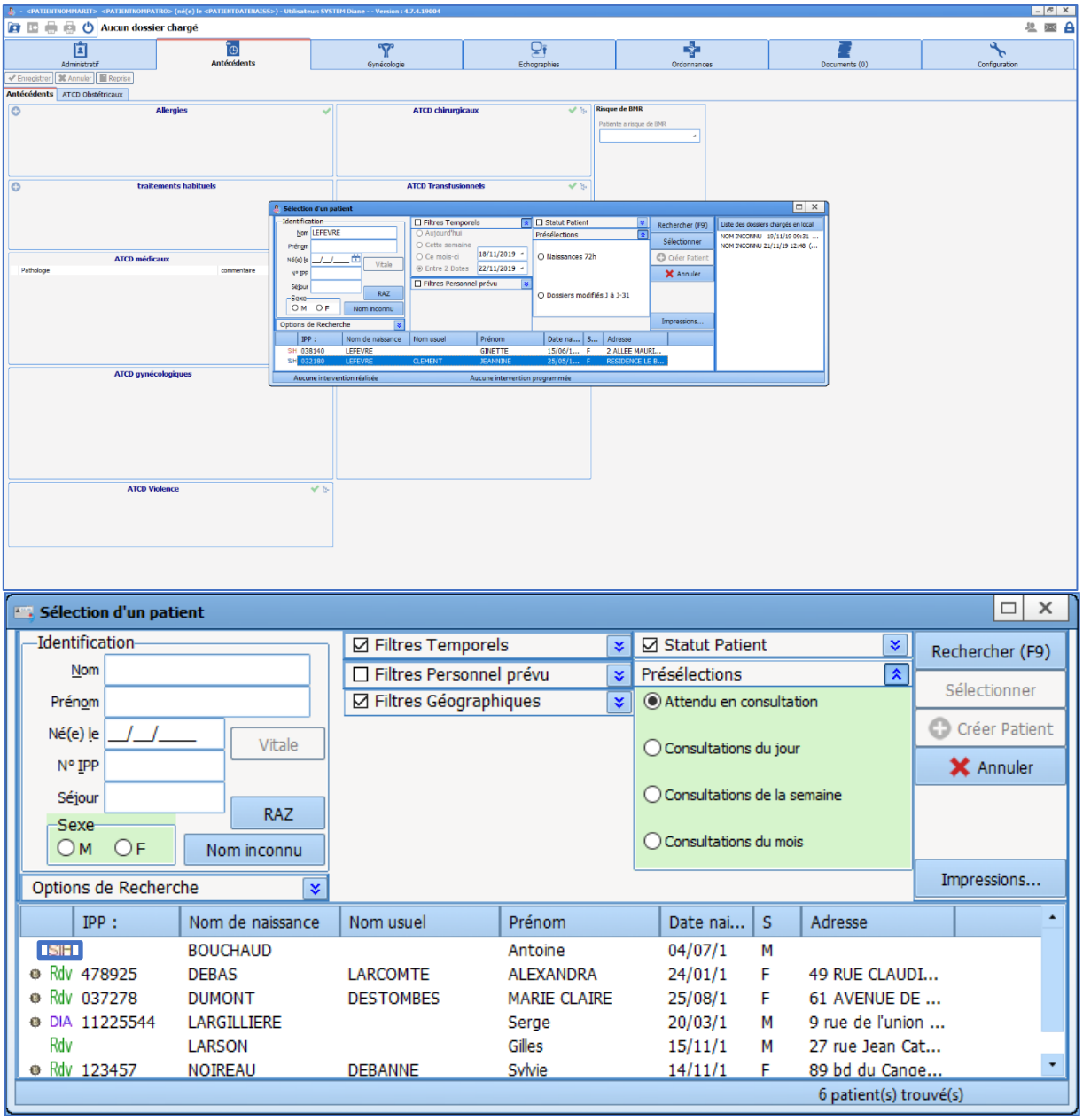
	Si l'ordinateur n'est pas configuré dans une salle de réanimation/USC, c'est le bouton **Liste des patients** qui sera visible.
 Comptabilité	Permet d'accéder au formulaire de **DIANE COMPTA**. Voir le chapitre sur **la comptabilité** pour savoir comment s'utilise l'application. Il peut être en liaison avec un onglet **Comptabilité** de la consultation : Voir le chapitre sur l'**onglet Comptabilité** pour savoir comment s'utilise l'application.
 Messagerie	Permet d'accéder à la messagerie inter poste de **DIANE MESSAGERIE**. Voir le chapitre sur la **Messagerie DIANE** pour savoir comment s'utilise l'application.
 Activité	Permet de visualiser les interventions terminées ou en cours dans les 24 dernières heures (Interventions en cours, Patients sortis de la salle d'opération et actuellement en transit, Patients en salle de réveil, Interventions terminées dans les dernières 24 heures, Patients en cours de transfert de lit de réveil).
 Information	Permet de visualiser l'identité de la personne connectée et de localiser l'ordinateur sur lequel vous travaillez.
 Saisie rapide...	Permet d'utiliser des requêtes pour rassembler des patients selon des critères correspondant à des contenus des dossiers patients
 CCAM/Cim10	Permet d'accéder au Formulaire de saisie des codes **CCAM ET CIM10**. Voir le chapitre sur les codes **CCAM / CIM10** pour savoir comment s'utilise l'application.
 Config. utilisateurs	Permet d'accéder à la configuration des utilisateurs, des droits d'accès et du site. Cet outil est réservé aux référents.
 Config. application	Permet d'accéder à la configuration des listes. Cet outil est réservé aux référents.
 Dianeprint	Permet d'accéder à l'application **DIANE PRINT**.
 Impressions/Verrous	Permet d'accéder au gestionnaire des impressions et des verrous. Cet outil est réservé aux référents.
 Outil de fusion	Permet d'accéder à **l'outil de Fusion des dossiers**. Cet outil est réservé aux référents.
 Outil de requêtes	Permet d'interroger la base de données. Cet outil est réservé aux référents.

 Diane Manager	Permet d'accéder à **DIANE MANAGER** pour fermer toutes les applications **DIANE**.
 Changer de MdP	Permet de changer le mot de passe de l'utilisateur connecté.
 Verrouiller Diane	Permet de verrouiller la station **DIANE**.
 A propos	Permet de visualiser la version de **DIANE**
 Télémaintenance	Permet d'accéder directement à la page Internet de télémaintenance pour que la société **BOW MEDICAL** puisse prendre le contrôle de votre ordinateur via Internet. Votre service Informatique peut vous limiter à utiliser un autre outil
 Quitter	Permet de fermer l'application **DIANE**.

REMARQUE : Il se peut que certains des boutons soient grisés. C'est le cas lorsque vous ne disposez pas des droits nécessaires à leur utilisation ou qu'ils ne peuvent pas être utilisés (mode déconnecté par exemple).

2.1.5.2 Sélection du patient

Au lancement d'un module de l'application, la fenêtre de sélection du patient s'ouvre automatiquement.



Cette fenêtre permet de sélectionner le patient dont le dossier doit être ouvert.

La zone, située en haut à gauche de la fenêtre, permet de rechercher automatiquement un patient aussi bien dans **DIANE** (DIA) que dans le Système d'Information Hospitalier (SIH). Cette recherche peut se faire sur le nom patronymique et/ou sur le nom marital. La recherche peut aussi se faire par la date de naissance. Après avoir tapé les premières lettres du nom et/ou du prénom, la liste de tous les patients correspondants à la recherche apparaît.

Chaque ligne correspond à un patient répondant aux critères de recherche. Au début de chaque ligne, un pictogramme donne une indication sur le dossier patient. La liste des pictogrammes est détaillée dans le chapitre « *Iconographie de la liste des patients* ».
Le survol à la souris d'un patient présent dans la liste permet d'obtenir quelques informations (Types d'interventions prévues et réalisées avec heures de début d'intervention et heures de fin…)

Une fois le patient trouvé, sélectionnez la ligne du dossier patient puis cliquez sur le bouton **Sélectionner** ou double-cliquez sur son nom.

Dans le cas d'un patient inconnu du logiciel et dont l'entrée administrative n'aurait pas pu être faite, il est possible de créer ce patient. La procédure est décrite dans le chapitre « *Le dossier patient n'existe pas* ».

A NOTER : Certains champs de présélection peuvent permettre l'affichage des patients sans avoir à renseigner d'éléments supplémentaires. (Exemple du patient attendu en salle de réveil)
Les filtres de sélection peuvent être activés par défaut et/ou manuellement. Ils seront détaillés dans les chapitres suivants.

IMPORTANT : L'admission d'un patient doit se faire depuis le poste Maître.

2.1.5.3 Les boutons particuliers de la fenêtre Sélection d'un patient

Le bouton **RAZ** permet d'effacer les données insérées dans les différents champs de cette zone.

Le bouton **Nom inconnu** permet d'indiquer un nom (NOM INCONNU) et un prénom (Date et heure actuelle de saisie) fictif afin de créer rapidement un patient dont on ne connaît pas encore l'identité.

Le bouton **Impressions** affiche un menu qui permet entre autres :
- D'imprimer la liste des patients sélectionnés dans cette fenêtre (IPP, Nom patronymique, Nom marital, Prénom et Date de naissance).
- De lancer, si vous êtes référent, le gestionnaire d'impression afin de pouvoir imprimer en masse tous les dossiers qui ont été modifiés depuis leur dernière impression.
- De poser ou de retirer les verrous de certains dossiers. (Accessible uniquement aux référents).

2.1.5.4 Iconographie de la liste des patients

Des icônes apparaissent devant chaque nom de la liste dans la fenêtre **Sélection d'un patient**.

Symboles	Rôles
RDV	Patient créé dans **DIANE** lors de la prise d'un rendez-vous (par le biais de l'application RDV.exe). Ce symbole est visible uniquement lorsque le filtre **Rendez-vous pris** situé dans **Statut Patient** est coché ou si aucun des filtres n'est coché. Le symbole RDV sera remplacé par DIA dès que la consultation pré-anesthésique de ce patient aura été validée.
VIT	Patient dont l'identité a été récupérée via la carte vitale. Une fois que la consultation pré-anesthésique de ce patient est validée, ce symbole sera remplacé par DIA.
SIH	Patient dont l'identité est connue du Système d'Information Hospitalier.
DIA	L'identité du patient est connue du logiciel **DIANE** ET est rattachée à une identité du Système d'Information Hospitalier.
DIA	L'identité a été créée dans **DIANE** et n'est pas rattachée au SIH
DIA	Des modifications ont été effectuées dans le SIH et n'ont pas été reportées dans **DIANE**. A l'ouverture du dossier patient, une fenêtre proposera de mettre à jour les données administratives automatiquement.

DIA	Le dossier est verrouillé sur un autre poste. Un utilisateur travaille actuellement sur le dossier ou ce dossier a été préchargé sur un ordinateur portable. Le dossier ne peut être ouvert qu'en lecture seule. Il ne pourra pas être modifié. Le simple survol à la souris de ce symbole affiche une info bulle indiquant le nom de l'utilisateur qui a verrouillé ce dossier, la date, l'heure et le poste sur lequel il est verrouillé.

REMARQUE : Seul un administrateur de site dispose du droit de déverrouiller un ou plusieurs dossiers patient (en cas de perte d'un ordinateur portable par exemple). Dans ce cas, toutes les données insérées lors de la visite seront considérées comme perdues et ne pourront pas être récupérées.

REMARQUE : Un clic droit sur un dossier permet de :

- Tenter de rattacher le dossier patient à une identité SIH : Cette option n'est disponible que pour les patients non rattachés à une identité du Système d'Information Hospitalier. Cette commande permet d'accéder directement au module de **Fusion de Dossier** et de rechercher automatiquement si une identité SIH correspond au patient sélectionné.

- Charger en accès complet : Cette option permet de charger en local sur l'ordinateur toutes les données du patient (Consultations et interventions) en lecture et en écriture afin de pouvoir modifier les données du patient en étant déconnecté du réseau. Voir le chapitre « *Utilisation de DIANE sur ordinateur portable SANS RESEAU* ». Cette option pose un verrou sur le patient en base de données, empêchant ainsi les autres utilisateurs de pouvoir modifier les données du patient.

- Charger en lecture seule : Cette option permet de charger en local sur l'ordinateur toutes les données du patient (Consultations et interventions) uniquement en lecture pour pouvoir visualiser les données du patient en étant déconnecté du réseau. Voir le chapitre « *Utilisation de DIANE sur ordinateur portable SANS RESEAU* ». Cette option ne pose pas de verrou sur le patient en base de données.

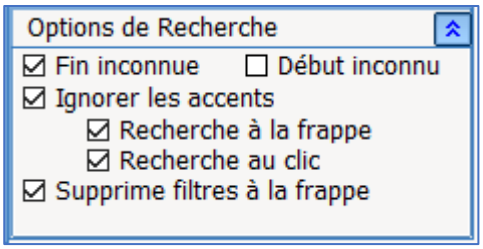
2.1.5.5 Les différents filtres et options de recherche

Ces zones de la fenêtre **Sélection d'un patient** permettent d'affiner la recherche en fonction des filtres sélectionnés.
A l'ouverture de la fenêtre de sélection des patients, certains filtres sont activés par défaut. Ils peuvent :

- Être individuellement ouverts ou fermés à l'aide des doubles flèches situées en haut à droite des cadres.
- Être activés ou désactivés à l'aide des cases à cocher situées en haut à gauche des cadres.

2.1.5.5.1 Les options de recherche

Quelques-unes de ces options reposent sur les filtres d'identification relatifs aux éléments d'identité du patient :



- **Fin inconnue** qui permet de renseigner seulement le début du nom et/ou prénom
- **Début inconnu** qui permet de renseigner seulement la fin du nom et/ou prénom
- **Ignorer les accents** afin de ne pas prendre en compte les accents présents dans le nom et/ou prénom du patient.

Si les deux premières options sont cochées, il est possible de ne renseigner que quelques lettres situées au milieu du nom.

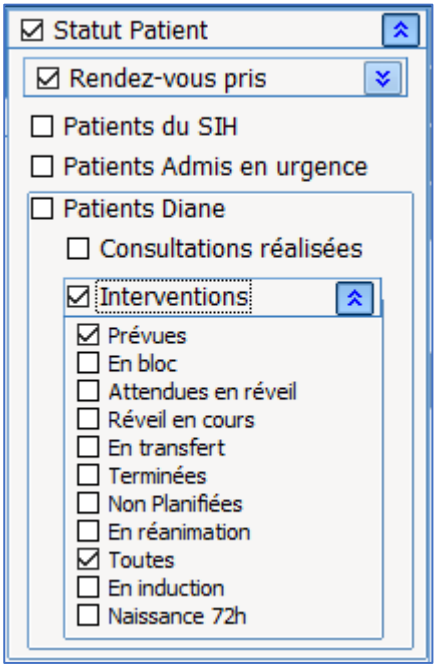
La case à cocher **Recherche à la frappe** permet de mettre à jour la liste des patients dès que quelques lettres du nom et/ou prénom ont été insérées.

La case **Recherche au clic** permet de lancer la recherche après avoir activé ou désactivé un filtre.
Si aucune de ces deux options n'est activée, il sera nécessaire de cliquer sur le bouton **Rechercher** (ou sur la touche **F9** du clavier) pour que les noms des patients correspondants aux lettres que vous avez tapées apparaissent.

La case **Supprime les filtres à la frappe** permet d'annuler tous les filtres insérés dès que l'utilisateur commence à saisir du texte dans les champs de recherche (Nom, Prénom…). Ceci permet d'effectuer la recherche du patient en question sur la totalité de la base de données du logiciel. De cette façon, un patient sera retrouvé même lorsque les filtres de sélection choisis sont inappropriés.

2.1.5.5.2 Les filtres sur le statut patient

Cette zone permet d'activer un filtre de recherche portant sur le statut du dossier du patient.



*** Rendez-vous pris :** correspond aux patients ayant un rendez-vous de prévu par le biais de l'application RDV.exe. *Voir le chapitre « La gestion des rendez-vous ».*

*** Patients du SIH** : correspond aux patients renseignés par le biais du logiciel de l'hôpital.

*** Patients Admis en urgence :** correspond aux patients qui sont arrivés en urgence et enregistrés au dernier moment.

*** Patients DIANE** : correspond aux patients ayant déjà une consultation ou une intervention réalisée par le biais de la suite logicielle **DIANE**.

Pour ce dernier filtre, il est possible de rajouter des restrictions.
*** Consultations réalisées** : permet de rechercher un patient qui a déjà eu une consultation dans **DIANE**,

*** Interventions** : permet de rechercher un patient qui a :
- une intervention prévue (avec une date prévue),
- une intervention non planifiée (sans date d'intervention prévue),
- un patient qui est actuellement au bloc opératoire ou en salle de réveil,
- un patient en transit entre le bloc et la salle de réveil,
- un patient dont l'intervention a été réalisée.

REMARQUE : le Statut Patient ne s'applique pas aux patients connus uniquement du SIH.

2.1.5.5.3 Les filtres temporels

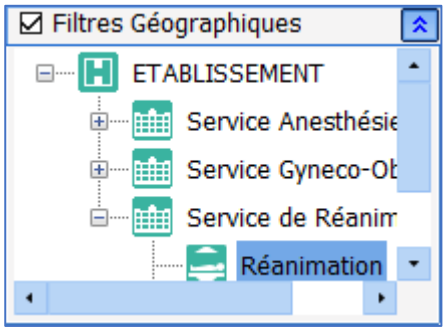
Cette zone permet d'activer un filtre temporel au niveau de la recherche.



Les filtres temporels peuvent être appliqués conjointement avec le filtre **Statut Patient** sauf quand l'item **Interventions Non planifiées** a été sélectionné.
Si les filtres temporels sont activés et que le filtre **Statut Patient** est décoché, les dates portent automatiquement sur les consultations d'anesthésie.

REMARQUE : les restrictions temporelles ne s'appliquent pas aux patients du SIH car la recherche par date s'effectue sur les dates clés du dossier **DIANE**.

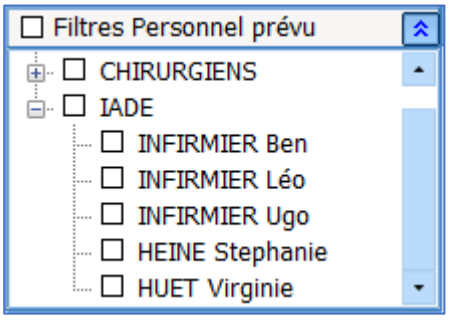
2.1.5.5.4 Les filtres géographiques



Cette zone permet d'effectuer une recherche sur :

- Les sites de l'établissement,
- L'établissement complet,
- Un service,
- Un bloc opératoire,
- Une salle…

2.1.5.5.5 Les filtres Personnel prévu



Cette zone permet d'activer un filtre en fonction du personnel prévu.
En dépliant les Catégories de personnels vous limitez la recherche aux patients dont la consultation, le Per Opératoire ou le Post Opératoire contient les personnels sélectionnés.

Lorsque plusieurs personnels d'une même catégorie sont sélectionnés, il suffit qu'un seul soit renseigné pour que le dossier soit pris en compte.

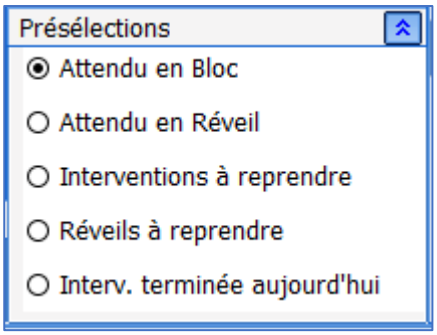
REMARQUE : Les restrictions de Personnels prévus ne s'appliquent pas aux patients du SIH.

2.1.5.5.6 Les Présélections

Cette présélection permet d'effectuer la recherche en fonction du statut des dossiers patient.

Ce filtre de présélection peut être configuré par un administrateur de site afin que ce soit l'affichage par défaut.

Si l'item **Attendu en Bloc** est pré coché, ce sont automatiquement les patients prévus pour aujourd'hui par le biais de la Consultation qui s'afficheront.



2.1.5.6 Les cas de figure possibles

Ce chapitre propose quelques cas particuliers.

2.1.5.6.1 La recherche effectuée n'est pas assez précise

Si la recherche effectuée risque de récupérer un trop grand nombre d'identités patient, un message d'avertissement apparaît. Cela n'empêche pas l'utilisateur de lancer la recherche, il suffit pour cela de valider la fenêtre d'avertissement. Cependant, le chargement pourra prendre plusieurs minutes.

Si l'utilisateur souhaite limiter sa recherche, il suffit de cliquer sur le bouton **Non** de la fenêtre d'avertissement, afin d'insérer des filtres permettant de restreindre la recherche.

Si un nom de patient est saisi et que des filtres sont activés par la suite, il se peut qu'il n'y ait aucun résultat à la recherche. Si tel est le cas, un message d'information propose de désactiver tous les filtres afin de rechercher le patient.

2.1.5.6.2 Le dossier patient n'existe pas

Aucun dossier patient ne correspond à la recherche effectuée. Ce cas de figure est possible si le patient arrive en urgence sans entrée administrative. Il est possible alors de créer une identité temporaire le temps de la prise en charge. Pour cela :
Cliquer sur le bouton **Créer Patient** après avoir rempli les champs de l'identification obligatoire qui sont le **Nom** et le **Prénom** ou après avoir sélectionnez le bouton **Nom inconnu.**
Il est possible de réaliser la prise en charge sous cette identité provisoire.

Cette fonctionnalité peut être désactivée.

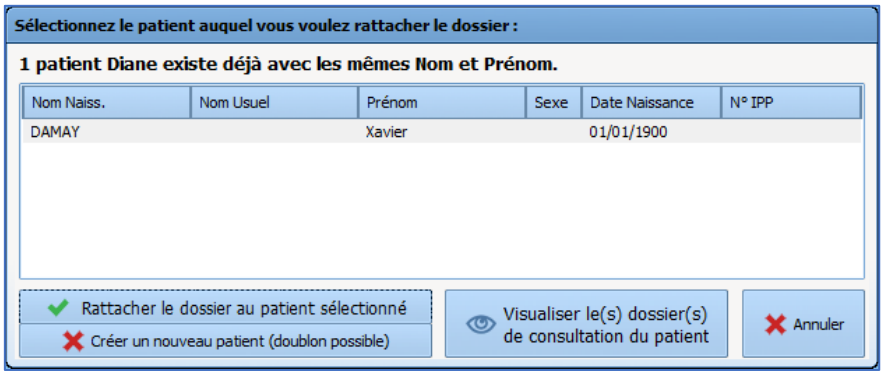
REMARQUE : Il est impératif de prévenir les référents d'une telle procédure afin de rattacher ultérieurement ce dossier à son identité administrative et hospitalière**.**

NOTE : Pensez à vérifier que vous n'avez pas fait d'erreur dans les éléments que vous avez renseignés, Vous pouvez aussi essayer en effectuant votre recherche via un autre item qu'habituellement (IPP, Date de naissance, nom…).

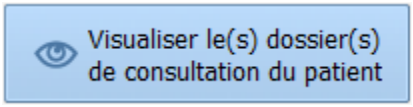
2.1.5.6.3 Le patient qui apparaît dans la liste est un homonyme

Dans le cas où le patient qui apparaît dans la liste des patients est un homonyme :
Cliquer sur le bouton **Créer Patient** après avoir rempli les champs de l'identification obligatoire qui sont le **Nom** et le **Prénom**.

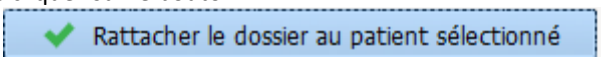
Lors de l'enregistrement, une fenêtre d'**Information** vous avertit de l'existence d'un ou plusieurs patient(s) avec les mêmes Nom et Prénom.
La fenêtre contenant la liste des patients homonymes s'ouvre. Vous allez pouvoir rattacher votre nouveau dossier à un patient déjà existant.



Pour éviter toute erreur de rattachement, il est possible de visualiser le dossier de consultation du patient en le sélectionnant puis cliquez sur le bouton :



Pour rattacher le dossier patient à un patient déjà existant, sélectionner le patient auquel vous souhaitez rattacher le dossier puis cliquez sur le bouton :



Si vous souhaitez créer un nouveau patient, cliquez sur le bouton :



Le logiciel va alors rechercher si une identité SIH correspond au nouveau patient, et proposer ensuite de les rattacher.

2.1.5.6.4 Un doublon existe avec le même IPP

Lorsqu'un doublon d'identité avec un IPP strictement identique est détecté, la fusion des dossiers s'effectue automatiquement dès la sélection de celui-ci. Cela simplifie le processus de sélection des dossiers et réduit le risque d'erreur.

2.1.6 Sélection du dossier d'un patient

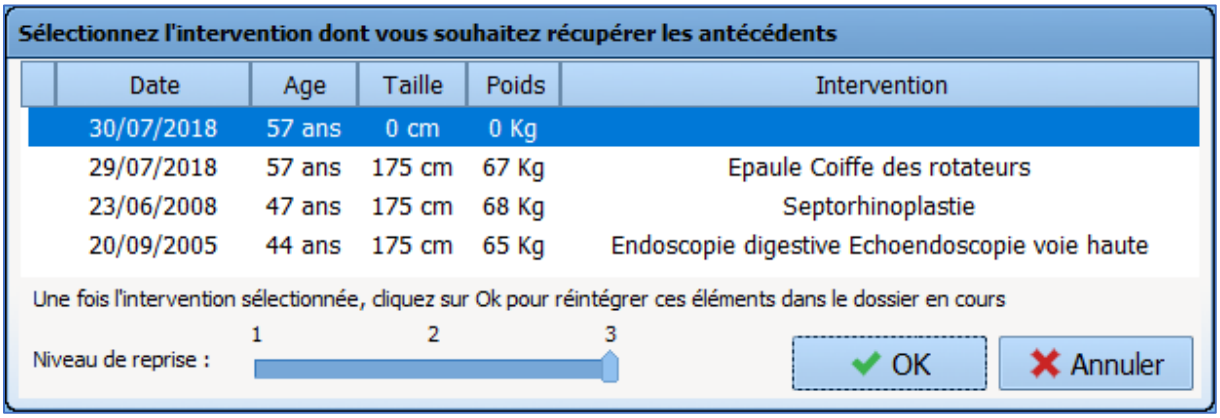
Après avoir choisi le patient via les moyens décrits dans la partie « *Sélection du patient* », il faut alors sélectionner le dossier concerné par la prise en charge qui va débuter.

Cette sélection dépendant du service de prise en charge, veuillez vous référer au chapitre concerné :

- Pour l'anesthésie : « *Sélection du dossier patient en anesthésie* »
- Pour la réanimation : « *Sélection du dossier patient en réanimation* »

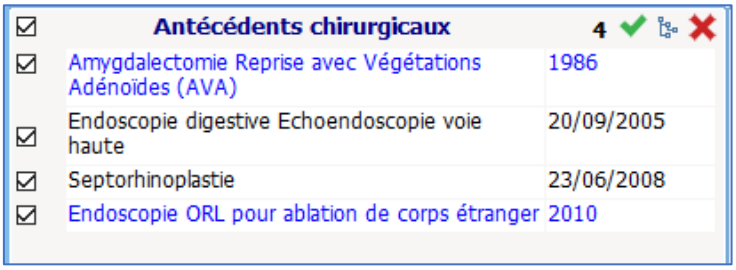
2.1.7 La reprise des informations d'un dossier antérieur

Après la création d'un nouveau dossier, il est possible de récupérer certaines données du patient s'il a un dossier antérieur dans **DIANE**.



Il existe deux possibilités pour récupérer les données de dossiers antérieurs :

- Après validation de la fenêtre de ***Programmation d'une intervention***, un message propose de reprendre automatiquement les antécédents du dossier précédent.
  - En cliquant sur **Oui**, l'onglet **Antécédents / Traitements** se complète avec les antécédents du dossier antérieur.
  - En cliquant sur **Non**, seules les interventions et les complications per opératoires et post opératoires antérieures effectivement réalisées et renseignées avec le logiciel **DIANE** seront repris.
- Cliquez sur le bouton **Reprise**. Un menu permet de reprendre les informations du dossier antérieur. Le niveau de reprise 1, 2 ou 3 proposé correspond au nombre d'informations que vous souhaitez récupérer (3 correspondants au niveau de reprise maximal).



Les items récupérés automatiquement sont identifiables par la possibilité de les cocher. Ceci permet de supprimer, modifier ou compléter les informations récupérées.

Les catégories reprises dépendent de votre configuration. Il s'agit d'une action paramétrable par le référent.

2.1.8 Sortie du patient

La sortie d'un patient se fait via un bouton dans chaque module. La description du procédé se trouve dans les chapitres concernés.

Veuillez-vous référer au chapitre concerné :

- Pour l'anesthésie : « *Sortie du dossier patient en anesthésie* »
- Pour la réanimation : « *Sortie du dossier patient en réanimation* ».

Il faut toutefois noter certaines notions :

- La sortie du patient proposera plusieurs options : le transfert ou la clôture du dossier.

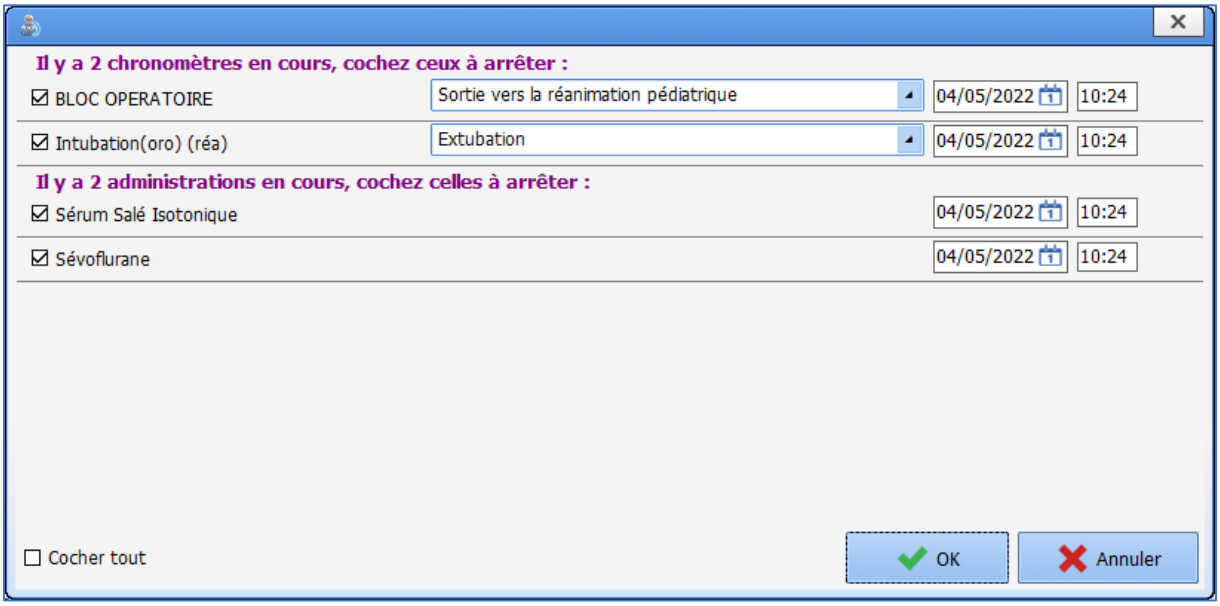
Le transfert concerne un patient qui sera repris dans un module **DIANE**. *(Exemples : sortie du bloc vers la salle de réveil, sortie du bloc vers la réanimation équipée de* **DIANE REA***, sortie de réanimation vers le bloc opératoire…)*

La clôture d'un dossier se fait lorsque le patient sort de l'environnement **DIANE**.

La clôture du dossier peut avoir des actions automatiques liées : impression du dossier, export du dossier vers le dossier du patient informatisé….

2.1.8.1 L'arrêt des chronomètres et des saisies longues en cours (ne concerne pas la Consultation)

A la fermeture du dossier, **DIANE** propose de terminer les saisies longues (PSE) et les chronomètres qui sont en cours.



Les dates et heures peuvent être modifiées, toutefois, il n'est pas possible de saisir une date/heure antérieure à celle du début du chronomètre ou du PSE.



2.2 Les différents modes de saisie dans DIANE

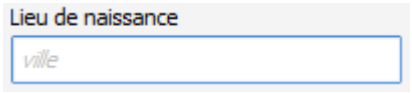
Il existe différentes façons de saisir des informations et des données dans **DIANE**. Les chapitres suivants vont recenser les différentes possibilités.

2.2.1 Les champs de saisie simple

Ce composant permet de saisir du texte libre.
Il peut contenir des masques de saisie afin d'orienter l'utilisateur. Dans ce cas, il ne sera accepté que le type de données attendues. (Pas de chiffre pour une ville par exemple.)
Ce composant accepte le copié collé.

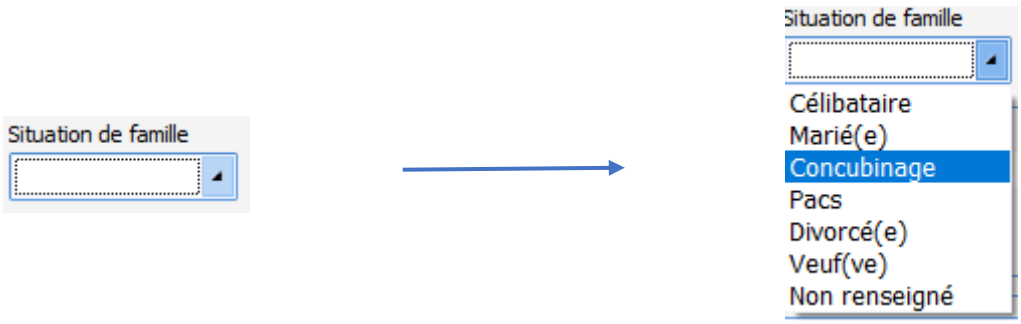
Exemple d'aide à la saisie :

- Écriture grisée donnant une indication sur le type de données attendues (ville dans l'exemple ci-dessous)



2.2.2 Les menus déroulants

En cliquant sur ce composant, que ce soit la flèche ou la zone textuelle, les options disponibles s'affichent. Chaque ligne dans cette case est une donnée cliquable.



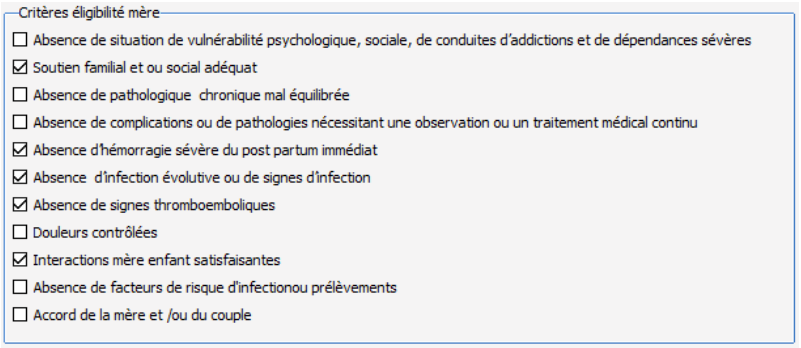
Note : Il est possible de naviguer parmi les choix proposés de ce composant avec les flèches haut et bas du clavier.

2.2.3 Les cases à cocher

Ce composant permet de valider une information. Il faut cliquer avec la souris dessus pour passer d'un état à un autre. Vous pouvez également changer l'état du composant avec la barre espace lorsque le focus est sur le composant

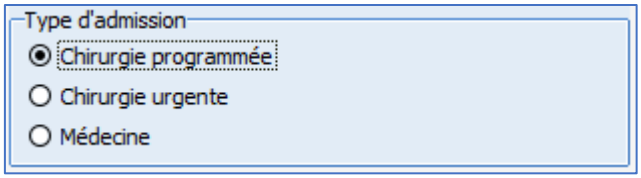
2.2.4 Les groupes de cases à cocher

Le groupe de cases à cocher rassemble plusieurs choix qui peuvent être sélectionnés indépendamment les uns des autres. Il est ainsi possible de sélectionner plusieurs cases sur un même groupe.



2.2.5 Les groupes de bouton radio

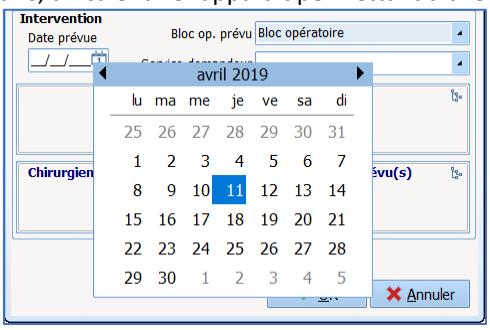
Le groupe de bouton radio ne permet la sélection que d'un seul item. Si vous cliquez un seconde fois sur un bouton radio déjà sélectionné, il se désélectionne.



2.2.6 Champs Dates et Calendrier

Les champs dates permettent de renseigner une date complète sous forme : jour/mois/année.
L'heure peut également y être associée sous forme __:__ .
Ce champ se renseigne soit :

- Via un double clic qui implémente directement la date du jour.
- En inscrivant les chiffres composant la date sans espace.
- Au survol de la souris, un calendrier apparait permettant d'aller sélectionner la date voulue.

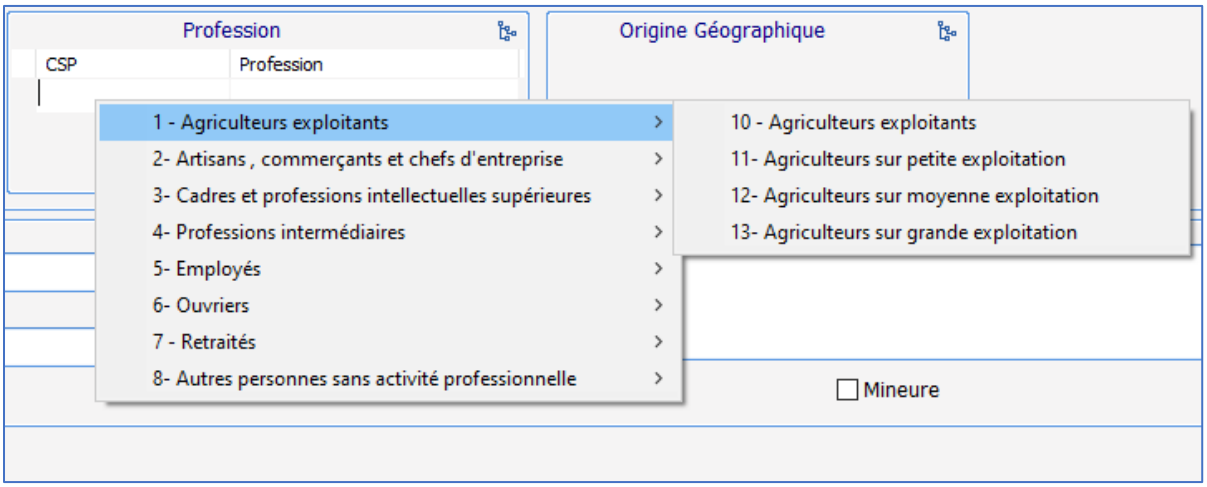


2.2.7 Les champs de saisie utilisant une liste

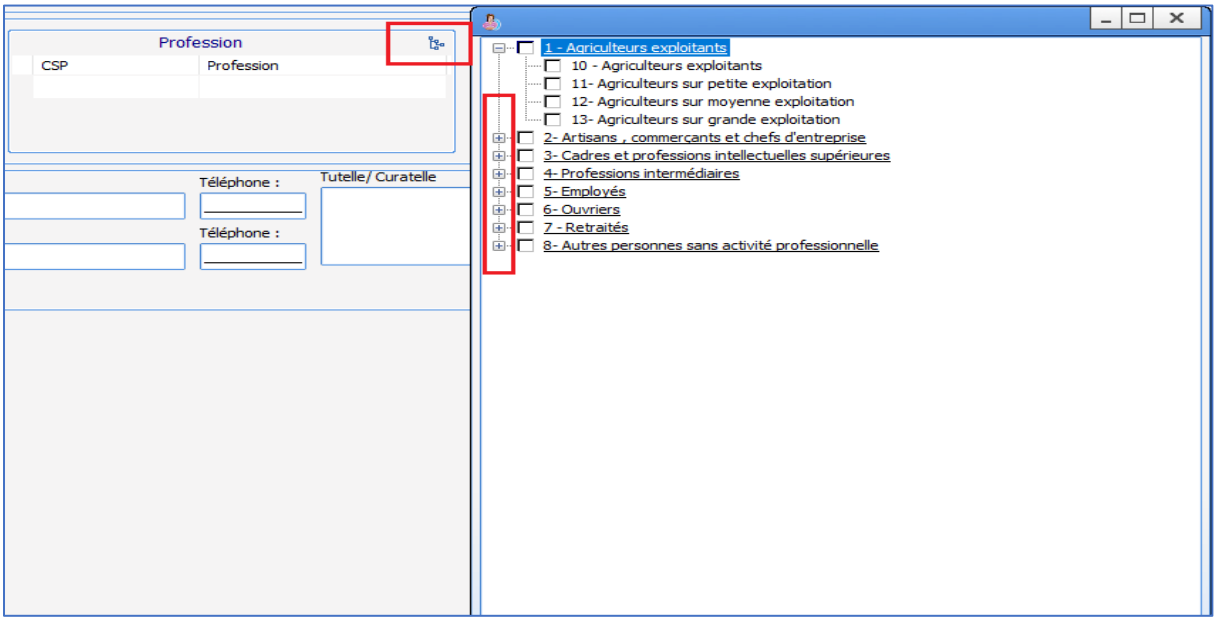
Ces champs permettent la saisie d'informations via une liste et/ou par du texte libre. Le texte libre sera utilisé si la donnée recherchée n'est pas préexistante ou pour compléter une information.

Il existe trois méthodes pour accéder aux listes :

- Via un clic droit dans la colonne concernée. Une liste va apparaitre. Lorsqu'une flèche est présente en fin de ligne, cela signifie qu'il existe des sous menus. Ceux-ci s'affichent automatiquement lors du passage de la souris. Il ne pourra être saisie qu'une seule donnée à la fois avec ce mode de recherche.



- Via un clic sur l'icône  en haut à droite du cadre. Une fenêtre contenant la liste apparaît. Il est alors possible de cocher un ou plusieurs éléments de la liste. Il est possible d'afficher les sous éléments d'une liste en cliquant sur le signe « + » à gauche des listes.

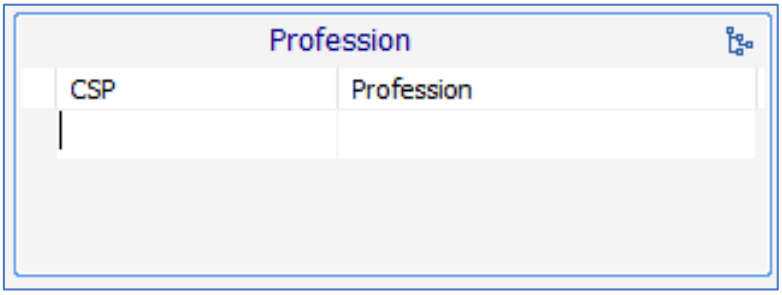


REMARQUE : certaines données de la liste sont colorées en violet. Cela signifie que la donnée est liée à un code CIM 10

- Saisie manuelle du texte : Lors de la saisie des *n* premières lettres – *n* étant paramétrable par les référents, en général 3 ou 4- , une recherche automatique affichera les mots reconnus dans la liste du composant. Vous pourrez alors sélectionner le contenu souhaité via la souris.

Il est possible d'accéder à des éléments qui n'appartiennent pas à la configuration de votre service mais qui ont été créés pour le site hospitalier en cochant la case **Afficher tous les éléments** dans la fenêtre d'affichage des listes

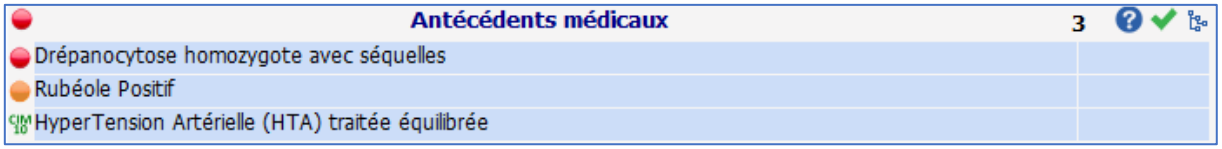
Pour activer la saisie libre, il suffit de cliquer immédiatement sous le titre de chaque colonne et de renseigner manuellement le texte voulu.



REMARQUE : ces colonnes sont invisibles tant qu'elles ne sont pas saisies

De manière générale :

- Il est possible de signaler visuellement l'importance d'un antécédent en cliquant dans la case de gauche. Ceci fait apparaitre une « balle rouge » afin de notifier l'importance de cet antécédent. Un second clic au même endroit fera apparaitre une « balle orange ».



- Le fait de cliquer sur  permet de noter directement qu'il n'y a pas d'antécédent notable. Exemple : si on clique sur la coche verte dans le champ **Antécédents médicaux**, la mention : « pas d'ATCD médical apparaitra ». Dans chaque champ, il est possible de définir une valeur par défaut qui s'implémentera par cette coche verte.

  REMARQUE : Il faut toujours préférer cliquer sur la coche verte plutôt que de ne rien renseigner car cela pourrait laisser supposer que les informations n'ont pas été demandées.

- Lorsqu'un logo  est visible en haut à droite, cela signifie que seules les données qui possèdent un code CIM 10 seront conservées dans la base de données. (C'est-à-dire les données de la liste colorées en violet).
- Lorsqu'un  se trouve en haut à droite d'un composant, cela signifie qu'en cliquant dessus, un accès à une aide est disponible. Par exemple, le clic sur le  du composant **ATCD médicaux** offre un accès direct à Orphanet.

2.2.8 Les boutons

Les boutons ont une fonction d'appel dans **DIANE.**

Ainsi, le clic sur un bouton peut appeler :

- Un lien contextuel : il s'agit d'un accès direct à un autre logiciel (exemple : accès direct au logiciel de laboratoire ou d'imagerie voire au DPI).

- Une saisie avancée : cela permet un accès à un formulaire, un score …

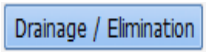
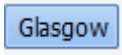
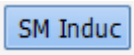
- Une impression : cela permet l'accès à un document qui sera imprimable (exemple : compte-rendu de consultation, certificat du 8e jour…).

- Une saisie multiple : il s'agit d'un mode de saisie qui permet de renseigner une série d'actes en un minimum de clics.

- Une liste d'évènements : c'est le cas en per/postopératoire et en salle de naissance où certains boutons donnent accès à une liste d'évènements

- Une liste de traitements : c'est le cas en per opératoire ou en salle de naissance

Quelques exemples de boutons :

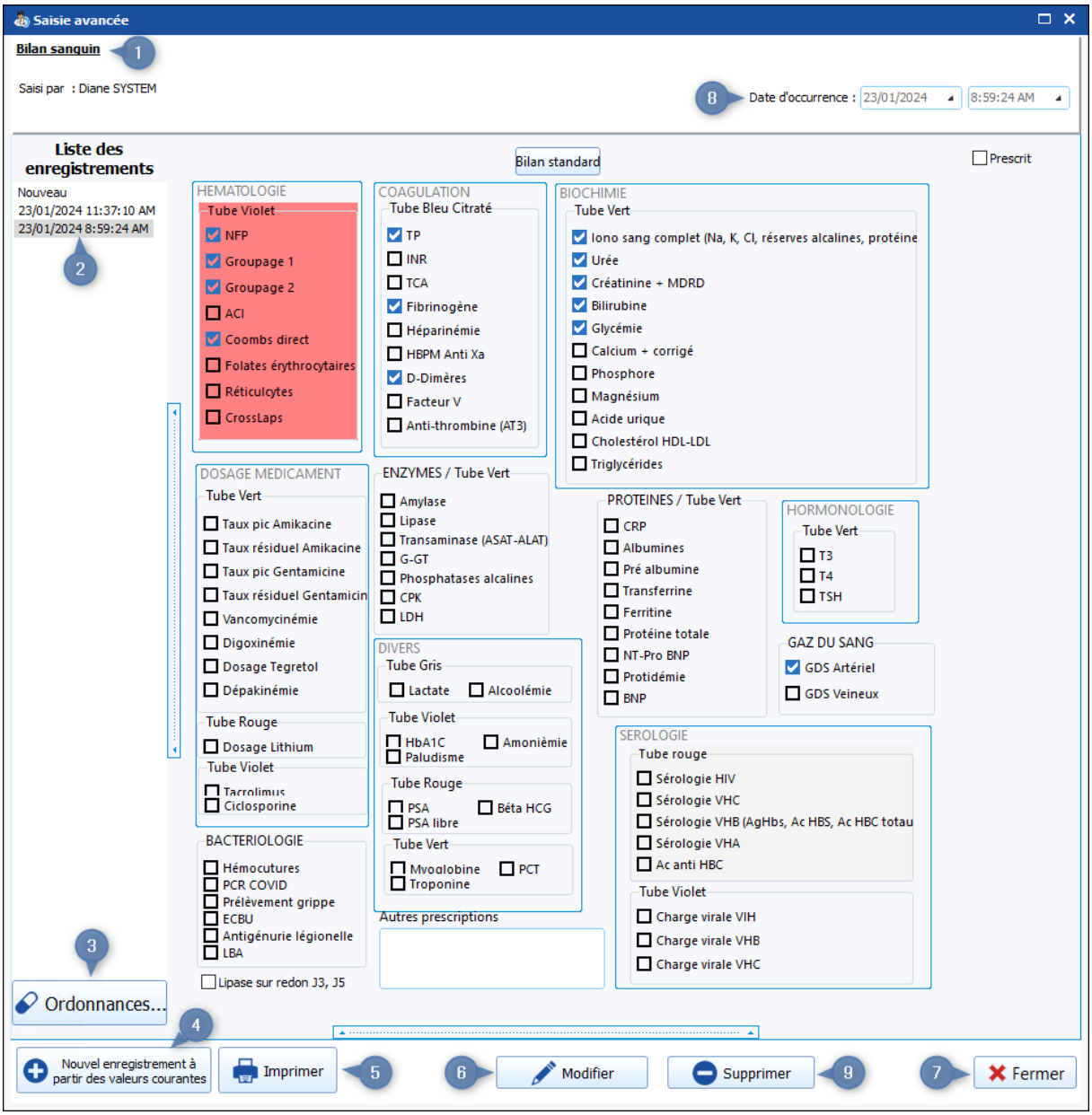
	Situé sur le plan de soins, en réanimation, ce bouton donne accès à la liste des évènements qui concerne le drainage et l'élimination : pose d'un drain, retrait d'un drain, pose d'une sonde urinaire à demeure …
	Bouton d'accès au score de Glasgow. Au clic, une fenêtre s'ouvrira permettant de compléter le score de Glasgow.
	Bouton d'accès à la saisie multiple **Induction**. Permet de renseigner l'ensemble des données nécessaires lors de l'intubation d'un patient.

2.2.9 Les saisies avancées

Les saisies avancées sont des feuilles de surveillance accessibles de différentes manières : tableau de saisies avancées, composant d'affichage de saisie avancée avec historique, bouton, menu dans la barre de « saisies » de l'onglet **Surveillance** en per et post op …
Ces feuilles peuvent être utilisées de différentes manières en fonction des situations. Elles peuvent être utilisées comme feuille de consultation, saisie de scores, checklist, etc…

2.2.9.1 Fonctionnement général des saisies avancées

Fonctionnement général : exemple du bilan sanguin



1 : Nom de la saisie avancée

2 : Liste des enregistrements : Cette colonne regroupe l'ensemble des saisies avancées de même type déjà enregistrées pour ce dossier. Il est possible d'aller visualiser les autres saisies avancées en cliquant sur les enregistrements concernés affichés dans cette colonne. En cliquant sur **Nouveau**, il est possible de saisir une nouvelle consultation. A l'ouverture d'une saisie avancée, c'est une nouvelle saisie qui s'affiche par défaut.

3 : Bouton Ordonnances : permet de générer des ordonnances directement à partir de la saisie avancée.

4 : Nouvel enregistrement à partir des valeurs courantes : permet d'ouvrir une nouvelle feuille de saisie en récupérant l'ensemble des données notées dans la saisie avancée précédente.

5 : Imprimer : permet d'imprimer la saisie avancée.

REMARQUE : ce bouton ne génère pas le compte-rendu de consultation mais permet une impression d'écran.

6 : Modifier : Permet de modifier une saisie avancée ouverte alors que celle-ci a déjà été remplie et validée.

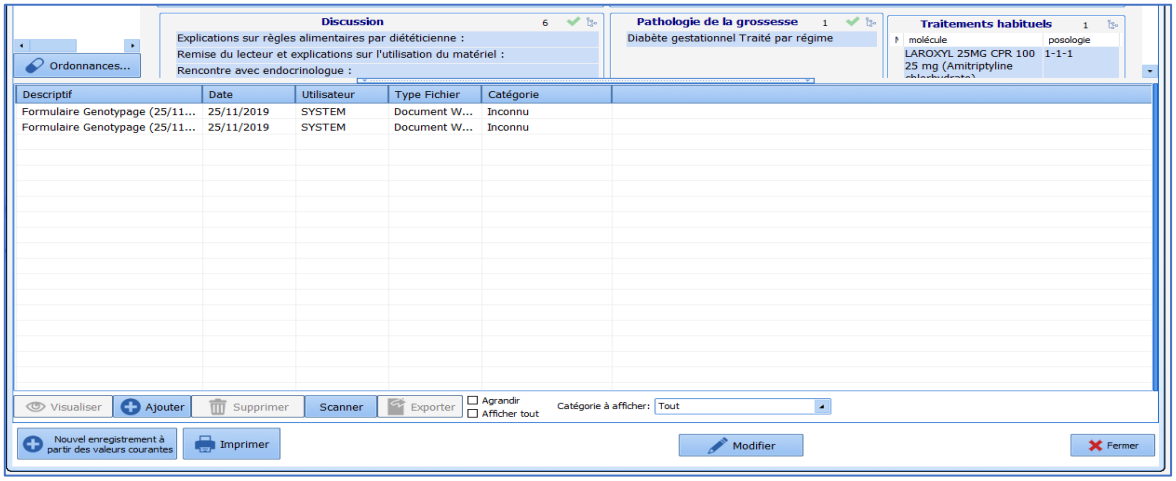
REMARQUE : Une saisie avancée ne peut être modifiée que par l'utilisateur qui l'a créée.

7 : Validation / annulation : permet la validation ou l'annulation de la saisie en cours.

8 : Date d'occurrence : permet de modifier la date et l'heure de la saisie (dans le cas où la saisie aurait été faite en décalé par rapport à l'examen clinique par exemple).

9 : Supprimer : permet de supprimer la saisie avancée

Visualisation des documents : en bas des feuilles de saisie avancée se trouve une barre bleue marquée de pointillés. En cliquant sur cette barre, une fenêtre contenant les documents apparaît. Celle-ci contient tous les documents scannés, importés depuis d'autres logiciels ou imprimés dans **DIANE**.

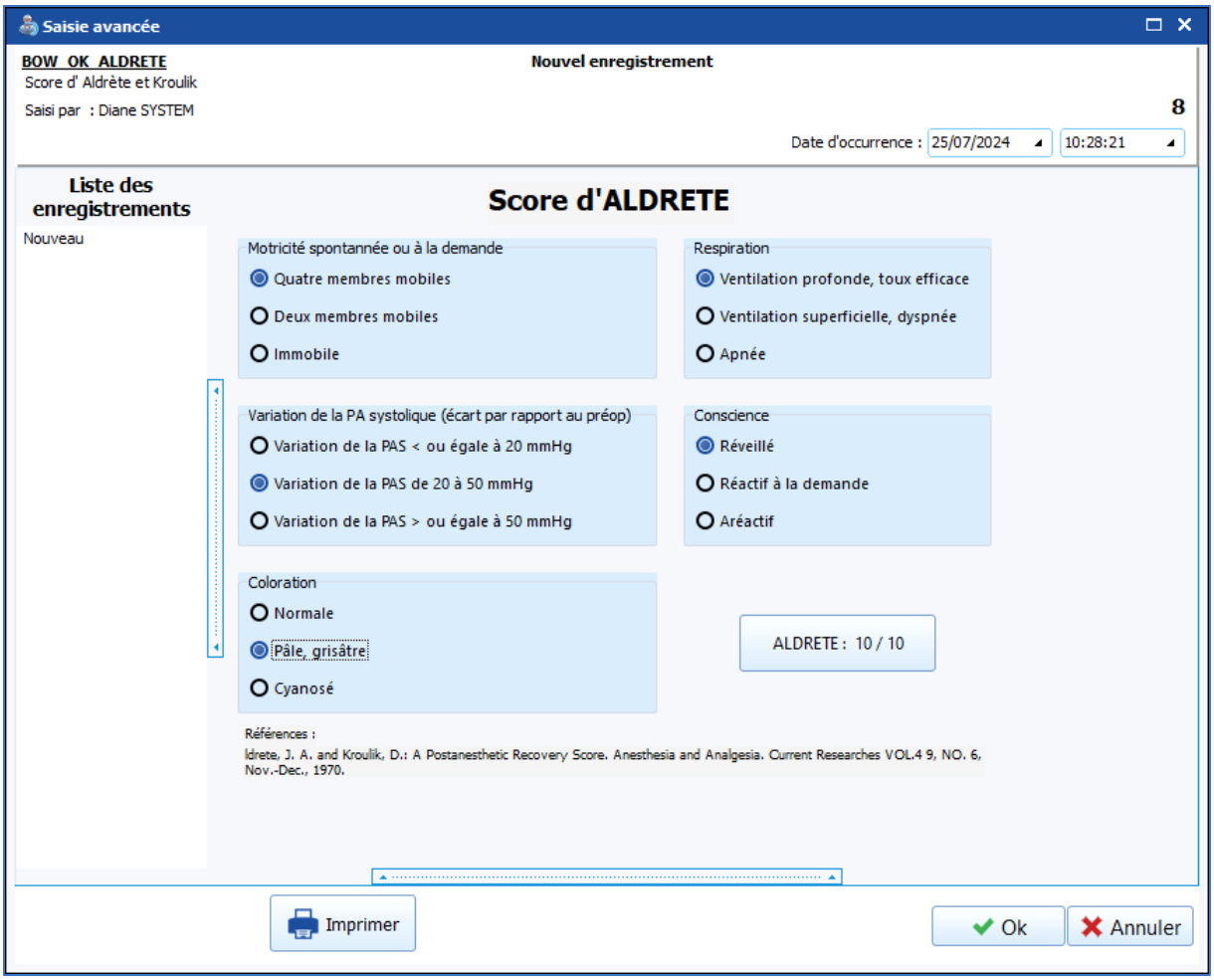


2.2.9.2 MD Les scores

DIANE permet de saisir de nombreux scores. Ceux-ci sont accessibles de la même manière que les saisies avancées et le fonctionnement est similaire.

Certains scores faisant partie du dispositif médical sont fournis dans **DIANE** : ils ne sont pas modifiables. **BOW MEDICAL** décline toute responsabilité dans le cas d'utilisation de scores non approuvés dans le cadre du dispositif médical.

Exemple du score d'Aldrete :

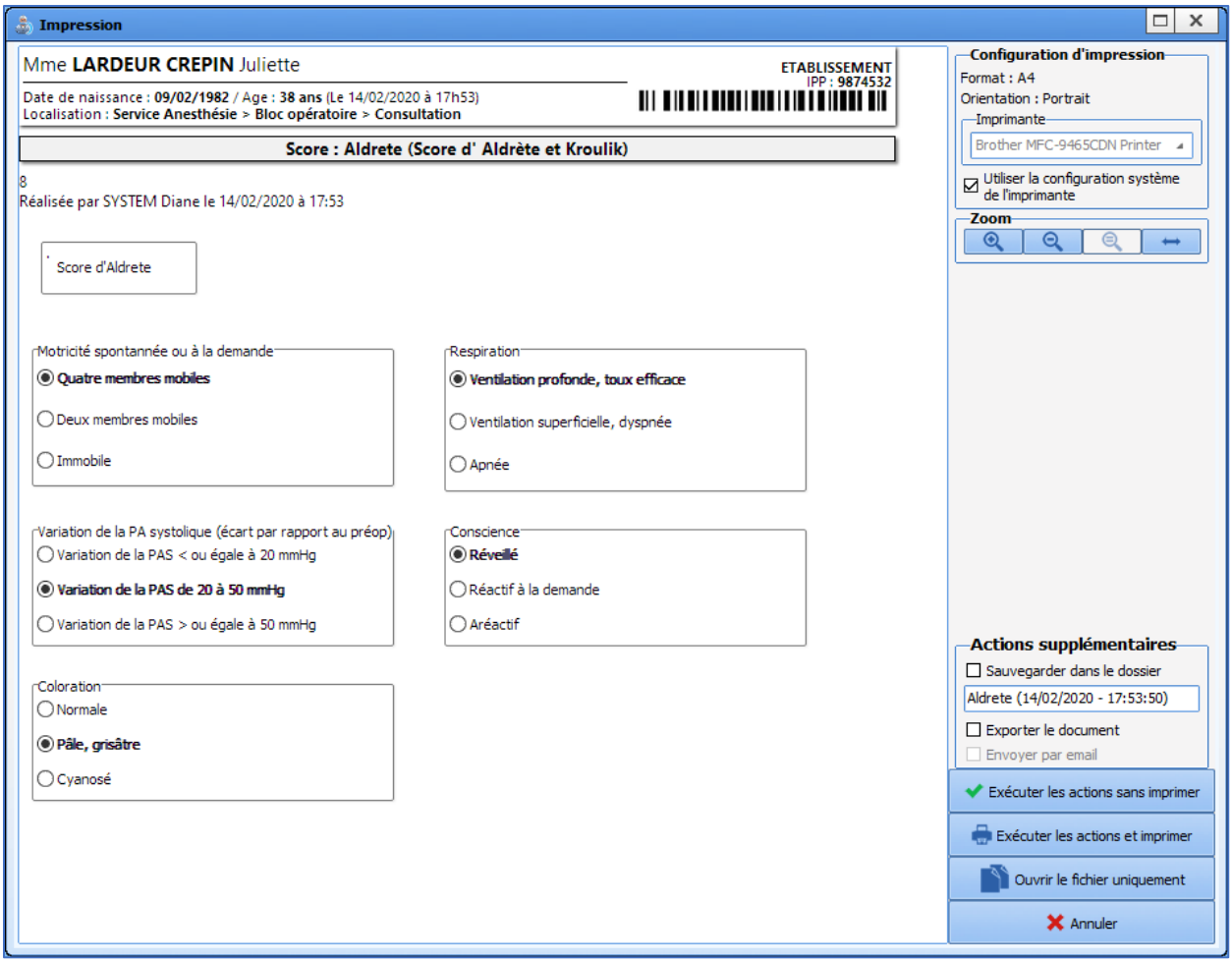


A l'ouverture du score, il suffit de renseigner chacun des champs nécessaires au calcul du score. Une fois fini, la valeur du score s'affiche en haut à droite de la feuille de saisie.

REMARQUE : certains scores ne donnent pas comme résultat une valeur numérique mais un autre type de donnée comme la classification dans un groupe à risque. C'est notamment le cas du score de CUSHMAN.

6 : Etat clinique controlé

Lorsque vous souhaitez imprimer un score, celui-ci doit être enregistré au préalable. Lorsque vous cliquez sur le bouton **Imprimer** la fenêtre ci-dessous s'ouvre.



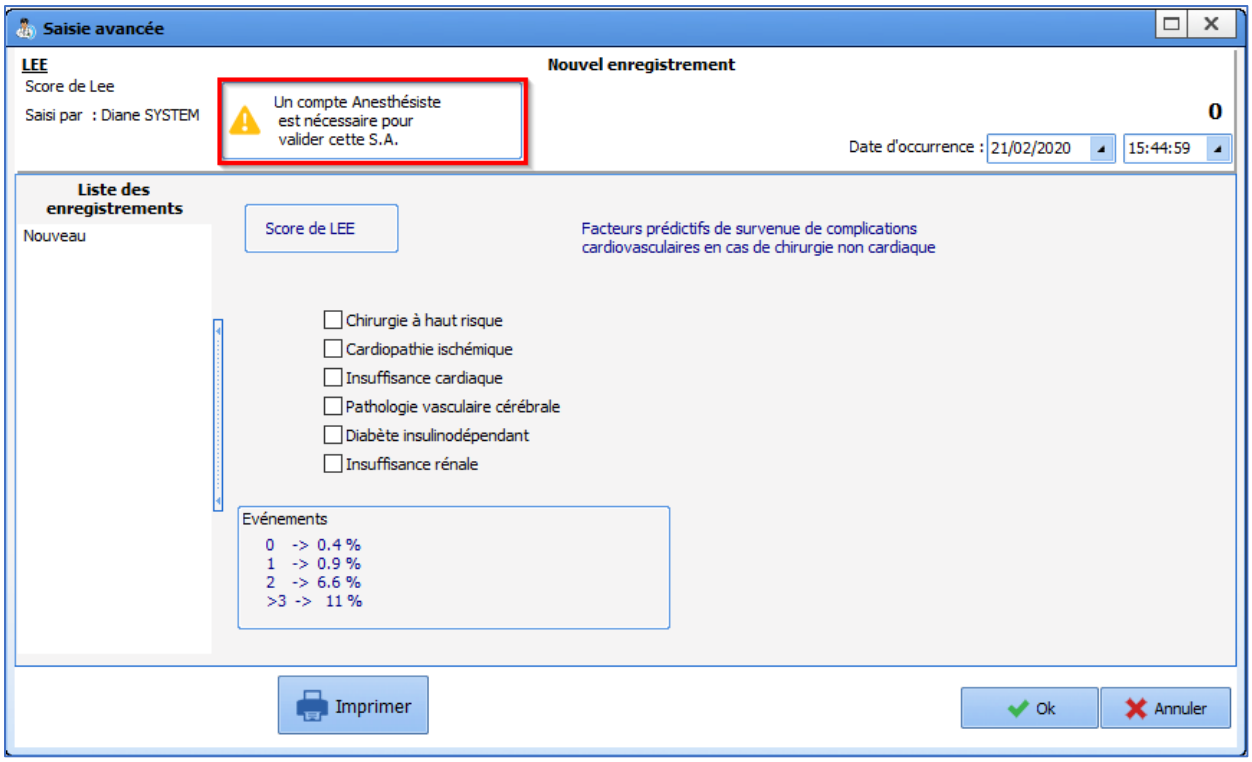
Les entrées du score apparaissent en gras pour faciliter la lisibilité.

Vous pouvez, tout comme une lettre type, "sauvegarder" et / ou "exporter" ce document.

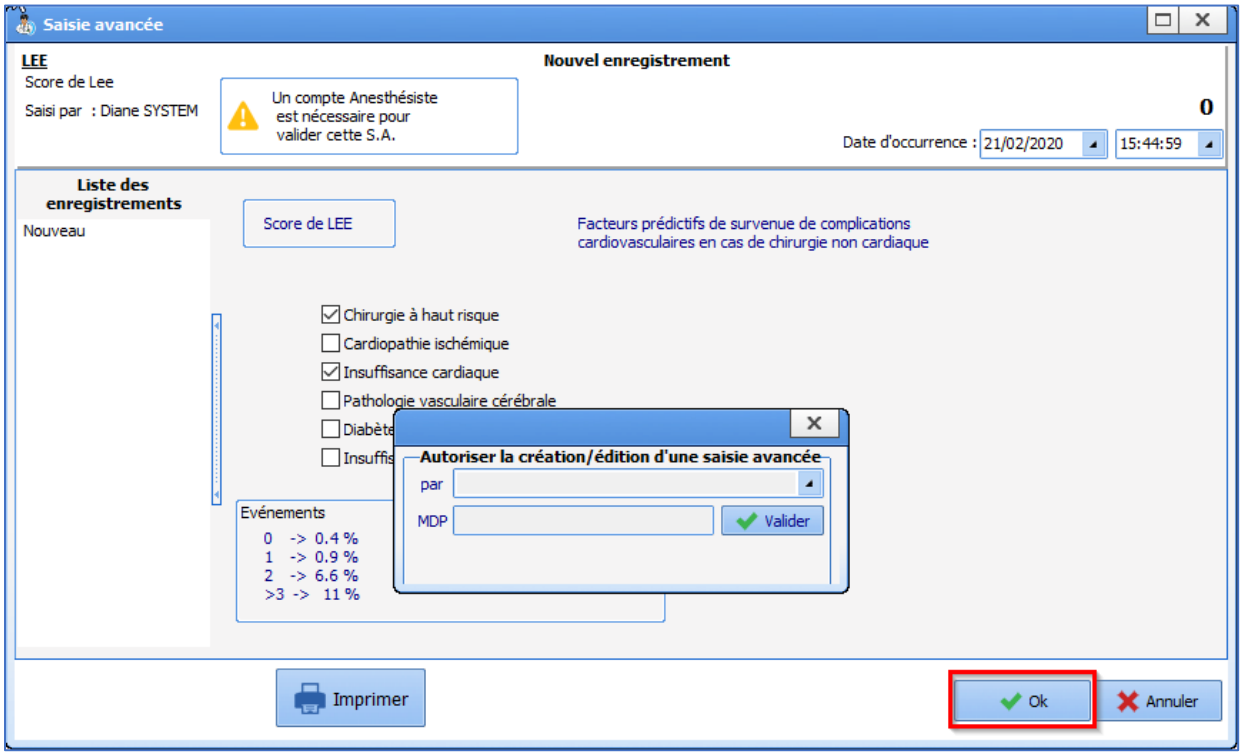
- **Exécuter les actions sans imprimer :** vous sauvegardez et / ou exportez le document sans imprimer,
- **Exécuter les actions et imprimer :** vous sauvegardez et / ou exportez et vous imprimez,
- **Ouvrir le fichier uniquement :** vous déclenchez la transcription du document en PDF et vous affichez le document généré,
- **Annuler :** vous renoncez à toute action

2.2.9.3 Restriction de la validation par un rôle

Certaines Saisies Avancées nécessitent que l'utilisateur connecté ait un certain Rôle.



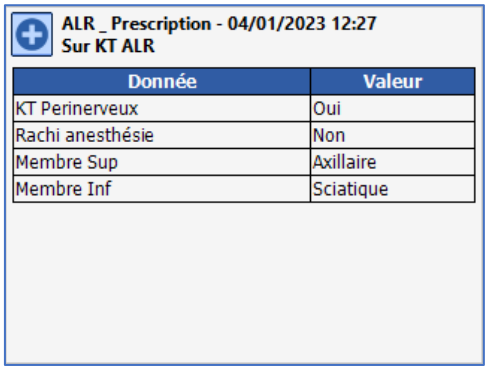
La saisie de certains scores est restreinte à un rôle. Sur l'image ci-dessus, une alerte indique que ce score doit être complété par un médecin anesthésiste.



Une fenêtre apparaît permettant au médecin anesthésiste d'indiquer son login et son mot de Passe.

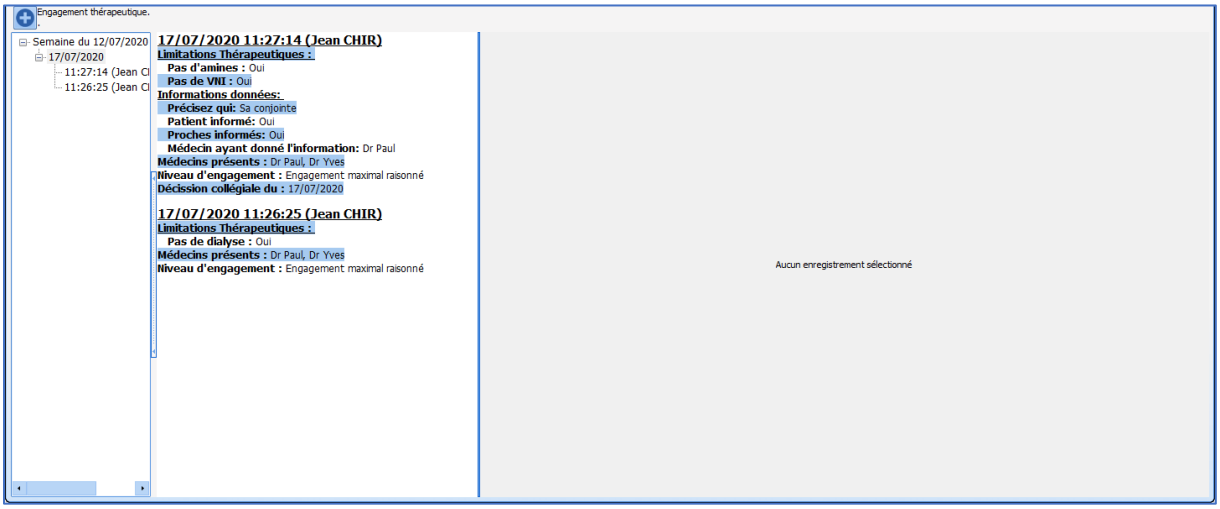
2.2.9.4 Affichage de saisie avancée (affichage simple)

Ce composant permet d'afficher saisie avancée sous forme d'un tableau.



2.2.9.5 Affichage de saisie avancée avec historique (affichage multiple)

Ce composant permet d'afficher à la fois la saisie avancée elle-même et un résumé des données renseignées.



Pour ajouter un nouvel enregistrement de la saisie avancée, il faut cliquer sur le bouton au-dessus de la colonne de gauche.
Une fois validé, l'enregistrement s'insère dans la colonne de gauche.

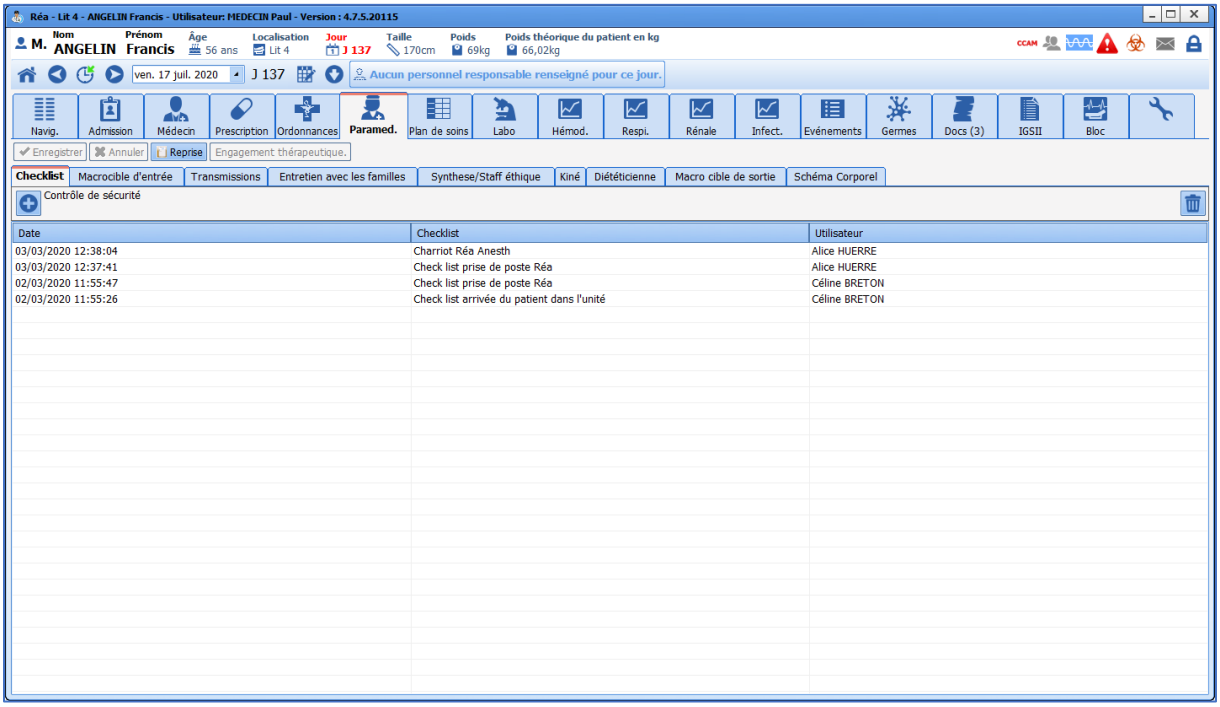
Colonne de gauche
Cette colonne est l'historique des enregistrements de la saisie avancée. Il est possible à tout moment de consulter ces différents enregistrements en cliquant sur la ligne correspondante. Au clic sur une ligne dans le passé, la colonne du centre et la colonne de droite s'actualisent.

Colonne du centre
Cette colonne affiche la synthèse de la saisie avancée sélectionnée dans la colonne d'historique.

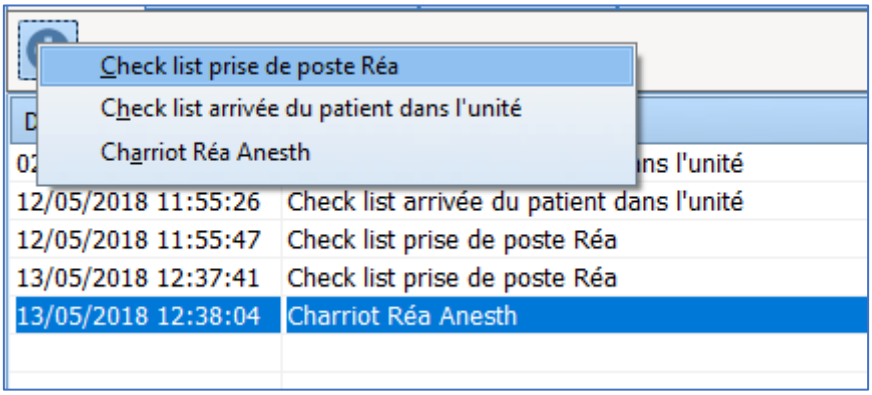
Colonne de droite
Cette colonne permet l'affichage de la saisie avancée.

2.2.9.6 Affichage de saisies avancées sous forme de liste

L'**Affichage de Saisies Avancées sous forme de liste** est un composant permettant de lister les saisies avancées. Certaines données issues des saisies avancées apparaissent dans le tableau (paramétrage par le référent).

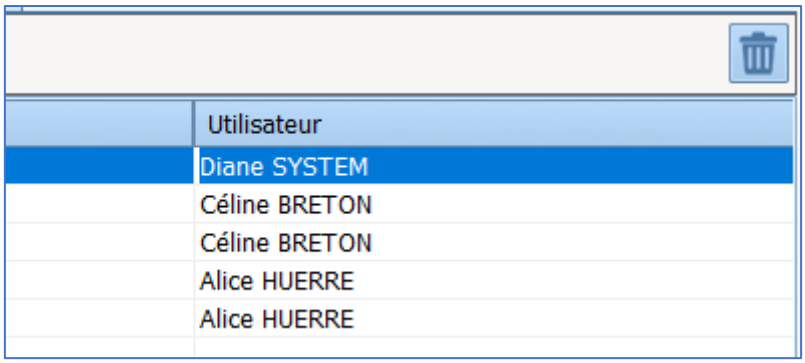


Pour appeler une saisie avancée, cliquer sur la croix située en haut à gauche du tableau. Si plusieurs saisies avancées sont disponibles, une liste s'affichera permettant de choisir la feuille de saisie voulue.
Exemple : il est possible de lister ainsi différents scores. Cela permet d'avoir un accès facilité à tous les types de scores nécessaires.



- Si vous souhaitez **modifier** une saisie avancée, double cliquez sur la ligne choisie et la Saisie Avancée correspondante s'ouvre pour modification.

- Si vous souhaitez **supprimer une saisie avancée**, cliquez sur la ligne choisie et cliquez sur la corbeille pour effacer la ligne.



REMARQUE : DIANE garde trace de toutes les entrées. De ce fait, elle peut être retrouvée en cas de besoin.

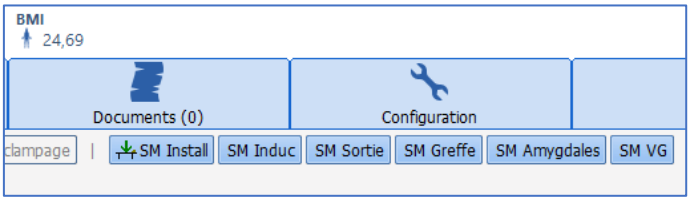
2.2.10 Saisie multiple

La saisie multiple est une méthode permettant de saisir une série d'actes, de médicaments, de consommables, de saisies avancées, etc… de façon simplifiée.

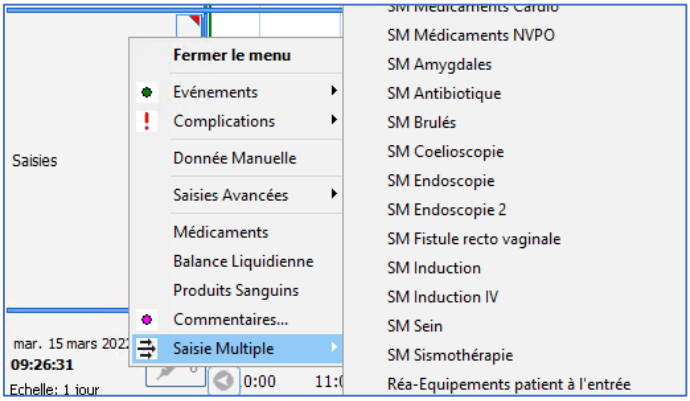
C'est une méthode de saisie particulièrement utilisée en per et post opératoire. Elle est configurée par le référent du centre.

2.2.10.1 Déclencher une Saisie Multiple

La saisie multiple peut être associée à un bouton et se trouvera alors en haut de l'écran …



… ou peut être accessible par un clic droit dans la barre de saisie.



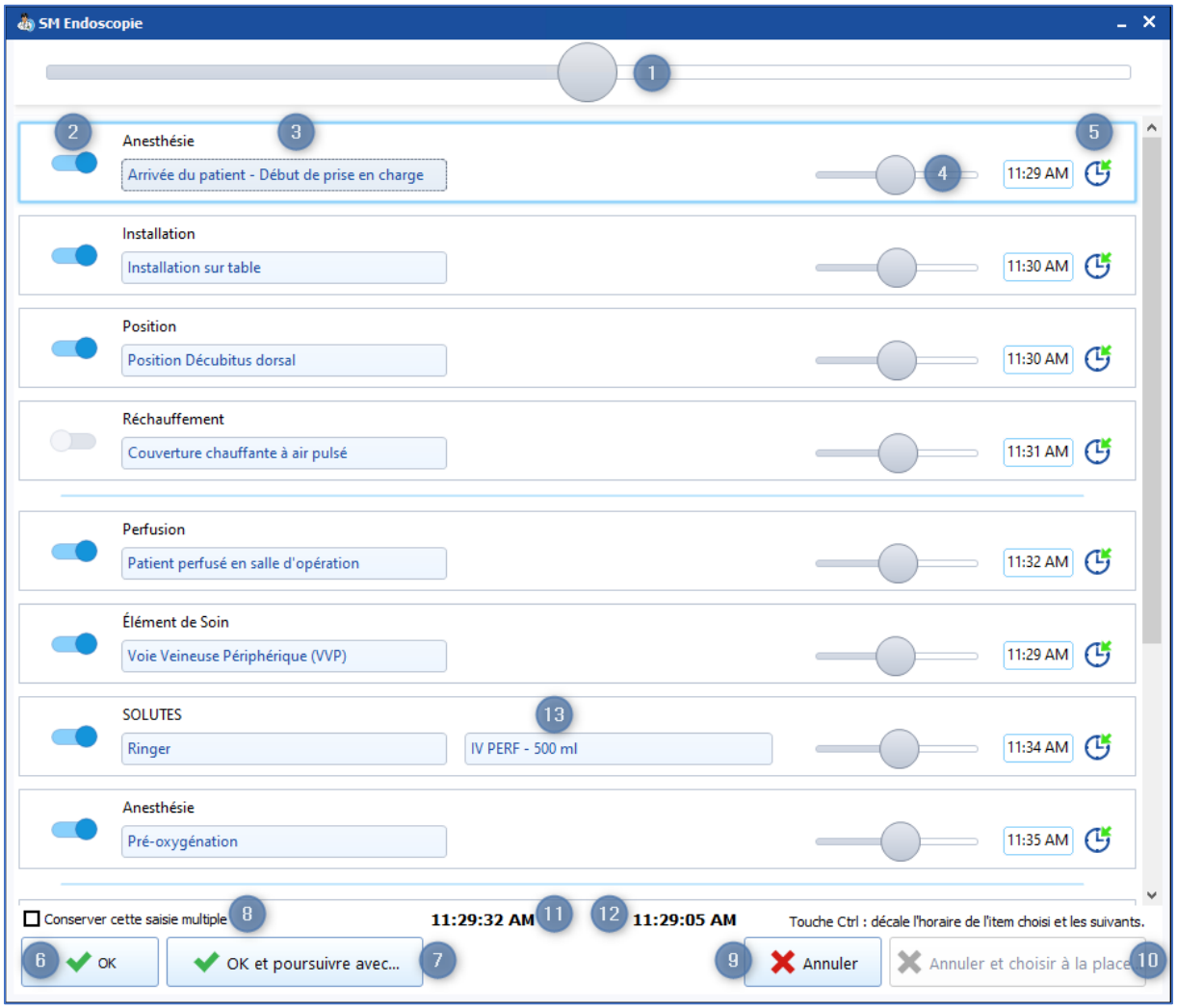
2.2.10.2 Utilisation de la saisie multiple

Une saisie multiple peut être courte pour une action très ciblée, type installation du patient.

Elle peut aussi être longue avec tous les éléments par exemple de l'arrivée du patient jusqu'à sa sortie de salle, ce qui est particulièrement intéressant pour les actes courts (IVG, extraction dentaire, coloscopie...).

Au moment de la saisie, il est possible de choisir d'utiliser tout ou juste une partie de la saisie multiple. Il est possible aussi, par un clic dans les cases, de renseigner les posologies médicamenteuses ou de modifier et/ou de compléter les éléments présélectionnés.

Sur chaque ligne, se trouve une coche qui permettra de sélectionner les actions à valider. En renseignant un élément dans la ligne, la coche s'active.
Il est possible d'agir dans chaque case présente. Le menu de la section sélectionnée sera alors modifiable. Les choix ne se feront qu'autour de ce qui est prévu par la liste prédéfinie à l'origine.



1. Curseur permettant de modifier l'heure de référence de la saisie multiple (12). La modification de l'heure de référence modifie automatiquement l'heure de chaque élément de la saisie multiple.
2. Case à cocher permettant d'ajouter ou non l'élément sélectionné dans le dossier. La case se coche automatiquement si l'utilisateur renseigne des informations sur celle-ci.
3. Libellé de l'élément à ajouter dans le dossier. Le clic droit sur cette zone propose de remplacer l'élément par un autre élément de la même catégorie.

4. La zone temporelle permet en faisant glisser le curseur vers la gauche ou vers la droite l'heure d'ajout de l'élément. En maintenant la touche **Ctrl** pressée, cela permet de décoller l'horaire de l'item choisi ainsi que celui des items suivants.
5. L'heure peut être initialisée avec l'heure courante au clic sur le bouton **Heure actuelle**.
6. **OK :** Le clic sur le bouton affiche à l'utilisateur les saisies avancées / saisies multiples contenues dans la saisie multiple les unes à la suite des autres afin de pouvoir les éditer. Les éléments cochés dans la saisie multiple sont ajoutés automatiquement dans le dossier patient à l'heure définie dans la zone (5). Chaque élément de la saisie multiple ajouté dans le dossier est représenté avec l'icône qui lui est liée habituellement.



7. Même fonctionnement que le bouton **Ok** avec la possibilité de saisir par la suite une autre saisie multiple parmi la liste des saisies multiples enchainées configurées.
8. **Conserver cette saisie multiple :** Case à cocher visible si la clé de paramétrage **AfficheRepriseSM** est activée. Elle permet au clic sur le bouton **OK** d'ajouter les données dans le dossier et de conserver les données saisies dans la saisie multiple afin de pouvoir les renseigner plus tard dans le dossier. Cette reprise de saisie multiple est possible en cliquant sur le bouton lié à la saisie multiple ajouté dans la fenêtre suivante accessible dans le dossier :



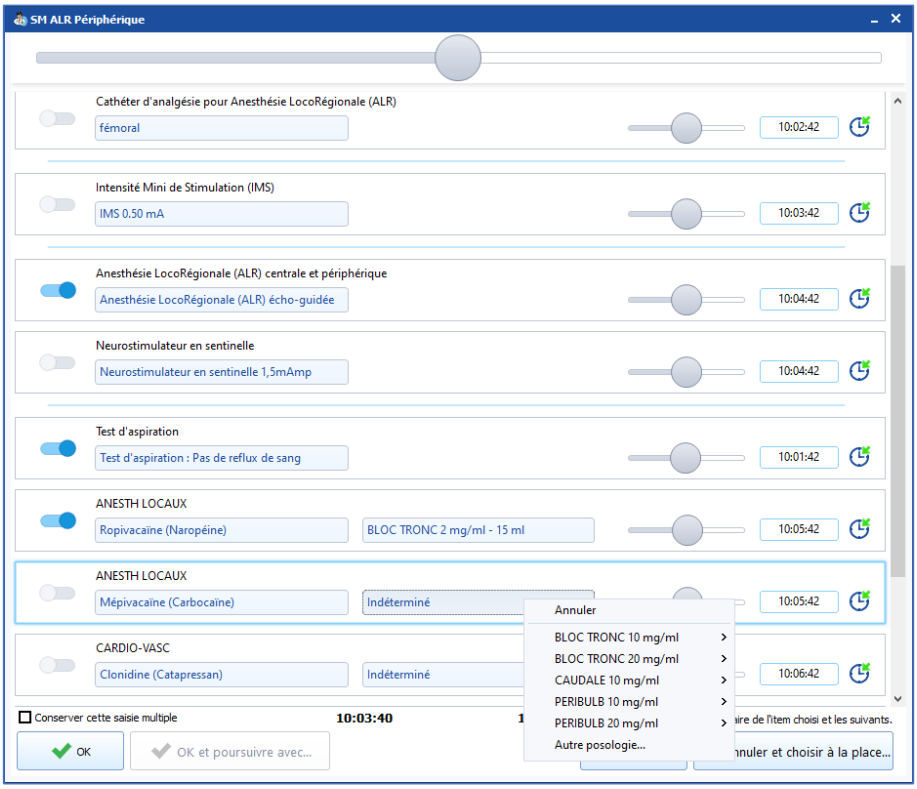
9. **Annuler :** Annule l'ajout de la saisie multiple.
10. **Annuler et choisir à la place :** Annule l'ajout de la saisie multiple avec la possibilité de saisir une autre saisie multiple parmi les saisies multiples alternatives configurés.
11. Heure actuelle.
12. Heure de référence de la saisie multiple.
13. Posologie associée à l'élément.

2.2.10.3 Gestion des heures

Les heures, situées à droite de la fenêtre, sont ajustables :

- soit en complétant directement l'heure voulue,
- soit en faisant glisser le curseur principal (en haut de la fenêtre) : cette action décalera toutes les heures en respectant les décalages de temps pré paramétrés,
- soit en cliquant sur le bouton **Heure actuelle**,
- soit en faisant glisser le curseur d'une seule ligne…

ASTUCE : Pour glisser le curseur d'une ligne et faire glisser les suivants tout en conservant les écarts de temps des éléments suivants, maintenir le bouton **Ctrl** en faisant glisser le curseur désiré.



Attention, le curseur est un outil servant à affiner l'heure d'occurrence. Sa position n'est pas actualisée si l'heure est modifiée directement ou si le bouton **(Heure actuelle)** a été utilisé : dans ce cas, le curseur peut ne pas refléter le décalage de temps par rapport aux autres lignes.

2.2.10.4 Clore ou annuler une saisie multiple

Une fois la saisie multiple terminée, il est possible de :

- La valider et la fermer en cliquant sur le bouton **OK**,
- La valider et poursuive avec une autre saisie multiple (parmi une sélection de saisies multiples paramétrées par votre référent) en cliquant sur le bouton **OK et poursuivre avec …**

Pour annuler la saisie multiple en cours, il est possible de :

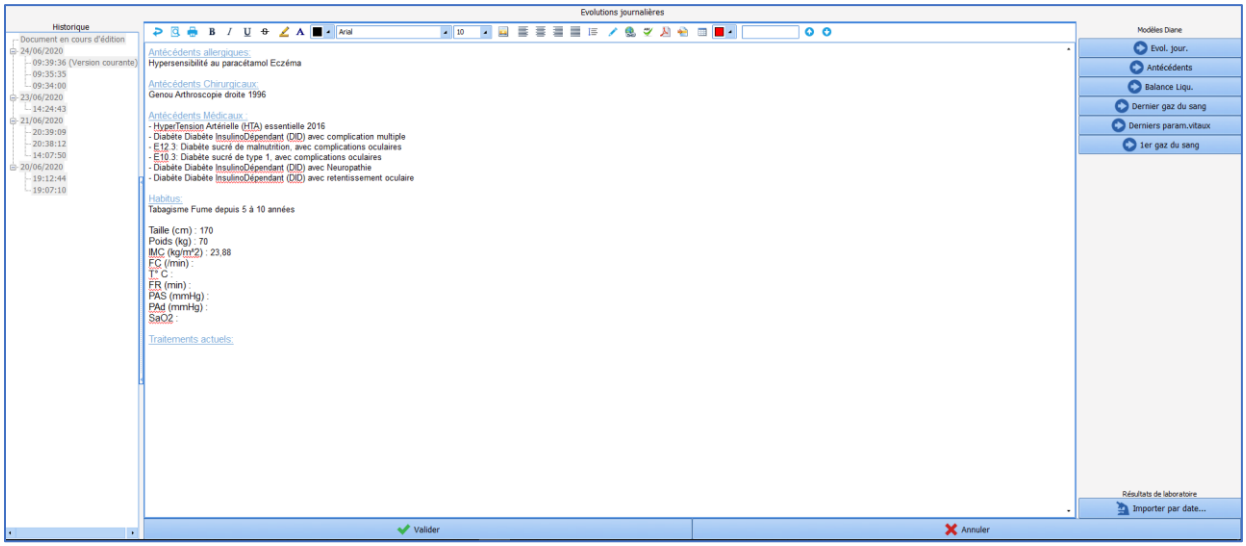
- L'annuler et la fermer en cliquant sur le bouton **Annuler**,
- L'annuler et poursuive avec une autre saisie multiple (parmi une sélection de saisies multiples paramétrées par votre référent) en cliquant sur le bouton **Annuler et choisir à la place …**

2.2.10.5 Reprendre le contenu d'une saisie multiple

Dans le cas d'une utilisation répétée de la même saisie multiple, il est possible d'en reprendre le contenu. Pour cela, il suffit de cocher la case **Conserver cette saisie multiple**.



2.2.11 Zone d'édition de documents



La zone d'édition de documents est utilisée dans différentes situations : synthèse médicale, synthèse paramédicale, compte-rendu d'accouchement …

Ce composant permet la construction des divers comptes-rendus soit par saisie manuelle, soit par le biais de boutons situés sur la droite de l'écran.

Pour débuter l'édition d'un compte-rendu, il faut au préalable cliquer sur la barre **Ajouter des informations** située en bas du composant.
Il est alors possible de saisir des informations dans le cadre central.
Le plus souvent, des modèles prédéfinis permettent de construire le compte-rendu en récupérant automatiquement les données saisies dans le dossier.
Dans l'exemple ci-dessus, le clic sur le bouton **Evol. jour.** fera apparaître automatiquement dans la partie centrale les antécédents du patient, les allergies et les dernières constantes enregistrées. Il est ainsi possible de construire souhaite récupérer. Les informations viendront s'ajouter à l'endroit où se trouvait le curseur de la souris dans la fenêtre centrale.
Une fois le compte-rendu terminé, il suffit de cliquer sur **Valider** en bas du cadre afin d'enregistrer les modifications.

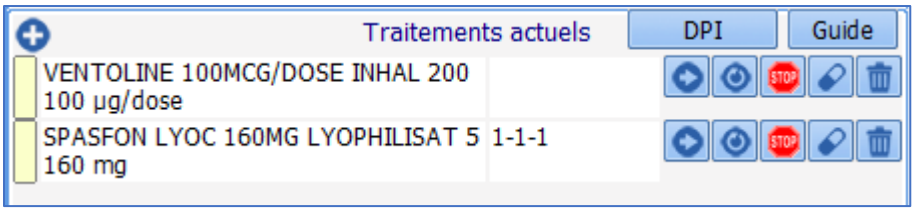
A droite, une fenêtre d'historique rétractable permet un accès à tous les comptes-rendus préalablement rédigés.

2.2.12 Le composant Traitements actuels

Il existe plusieurs composants pour les traitements actuels du patient :

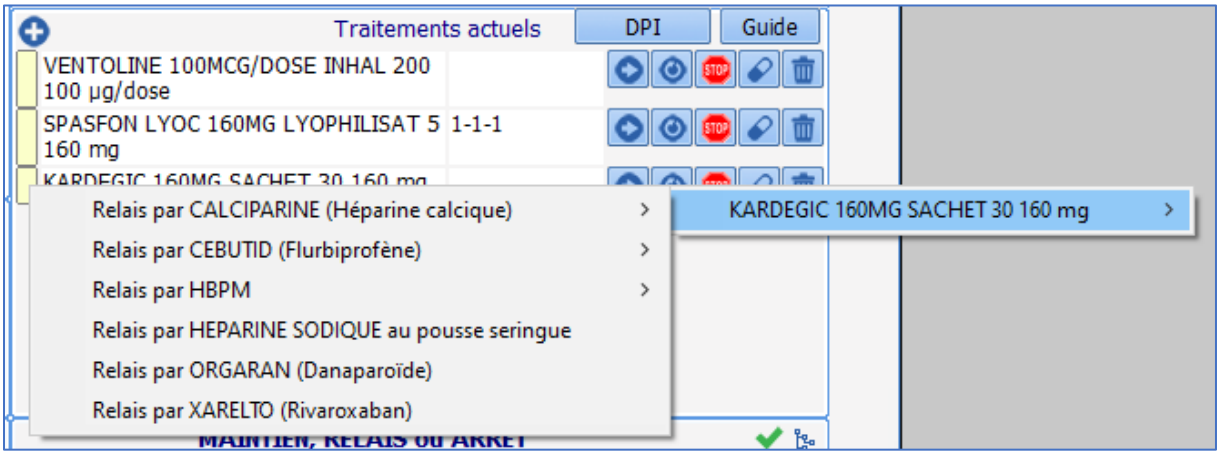
- Le nouveau composant **Traitements et prémédications** détaillé dans le chapitre *L'onglet Traitements / Prémédications.*
- L'ancien composant **Traitements actuels** détaillés dans ce chapitre

Ce champ agit comme tous les autres champs de saisie avec liste de référence, mais dispose de quelques options complémentaires décrites ci-dessous :



Un clic sur le rectangle jaune, à gauche de chaque ligne, permet un accès direct à la base de données sur les médicaments.

Une fonctionnalité de gestion des médicaments peut être activée sur ce composant. Dans ce cas, plusieurs icônes sont disponibles sur la droite :



- Permet de Maintenir le médicament
- Permet de Relayer le médicament par un autre
- Permet d'Arrêter le médicament
- Permet d'envoyer ce médicament dans les prémédications de l'onglet **Conclusion/Visite**
- Permet de supprimer la ligne

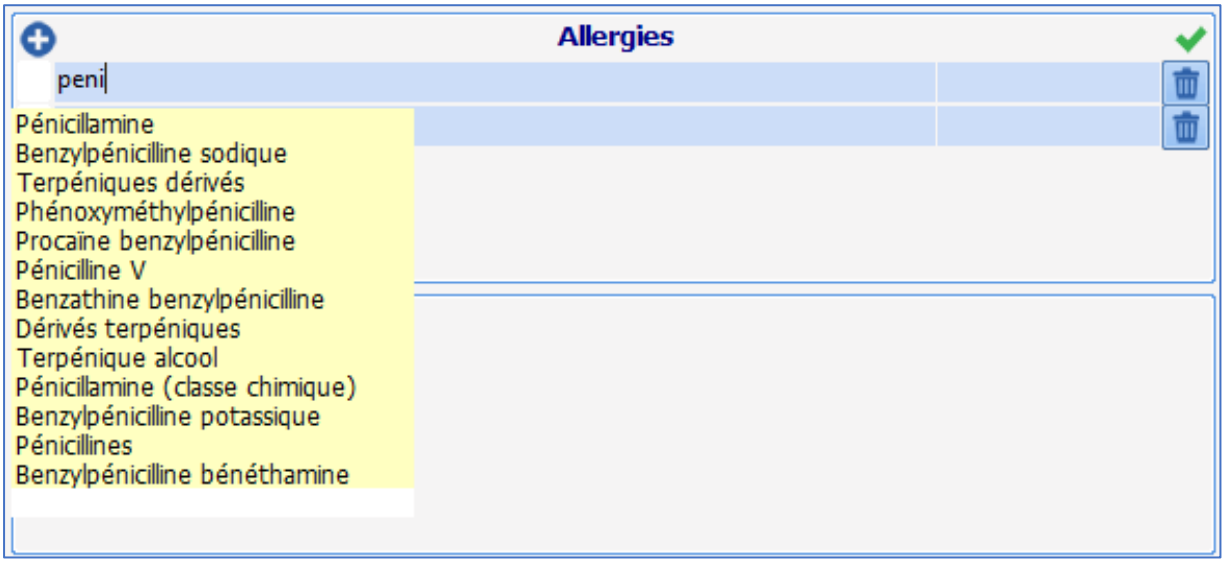
2.2.12.1 Spécificités de l'anesthésie



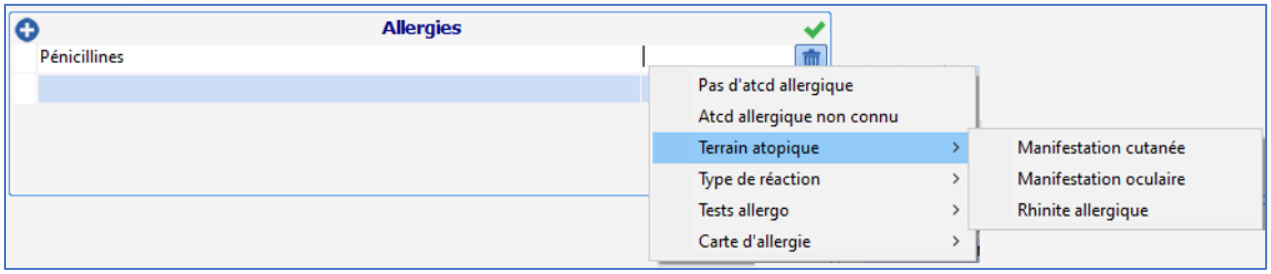
Pour un usage complet de ce composant en anesthésie, il est classiquement associé à celui nommé **MAITIEN RELAIS ou ARRET.**
Ces composants communiquent et les décisions prises s'inscrivent dans le deuxième composant. Il est alors possible d'éditer une ordonnance qui reprend strictement ce qui est décidé dans **MAITIEN RELAIS ou ARRET.**

2.2.13 Le composant Allergies

Le champ **Allergies** se compose de deux colonnes. La colonne de gauche permet de renseigner l'allergie. La saisie des premières lettres appelle une liste dans laquelle on pourra choisir l'allergène.

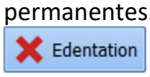


La colonne de droite permet grâce à un clic droit d'accéder à une liste permettant de renseigner le type de réaction allergique provoqué par la molécule.



REMARQUE : Il existe un lien entre le composant **Allergies** et la prescription. Si le traitement prescrit mentionne un allergène renseigné dans le composant **Allergies**, une alerte signalera qu'une allergie a été détectée. La prescription n'est pas bloquée par cette alerte.

2.2.14 Le schéma dentaire

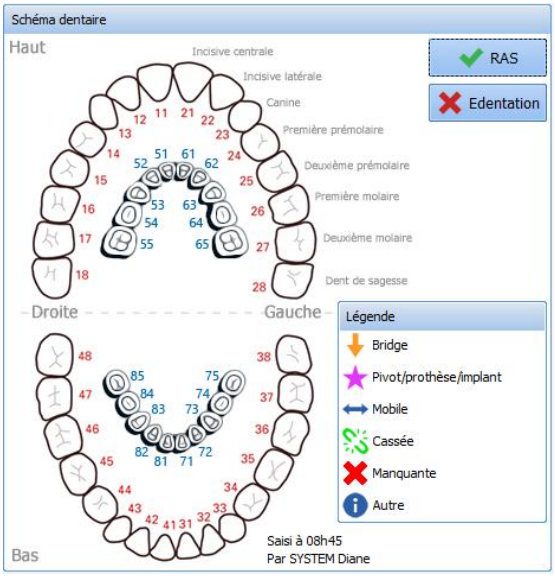
Le schéma dentaire est adapté aux adultes et aux enfants en affichant à la fois les dents temporaires et les dents permanentes. Les fonctionnalités des deux types de dentures sont identiques à l'exception de l'usage du bouton 

qui ne concerne que les dents permanentes.

La saisie des éléments dans ce composant utilise plusieurs méthodes :

- Au clic sur une dent : il sera possible de faire défiler les différentes options proposées.
- Par un glissé-déposé : en prenant un élément de la légende et en le faisant glisser sur la dent concernée

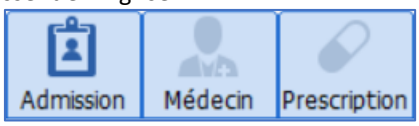
Le bouton **RAS** permet de réinitialiser le schéma.



2.2.15 Les onglets communs

Certains onglets sont communs à l'ensemble des modules. Le fonctionnement de ces onglets est expliqué ci-dessous.

Selon le profil de l'utilisateur, il est possible que certains onglets ne soient accessibles qu'en lecture seule. Dans ce cas, les onglets concernés apparaissent en « grisé ».

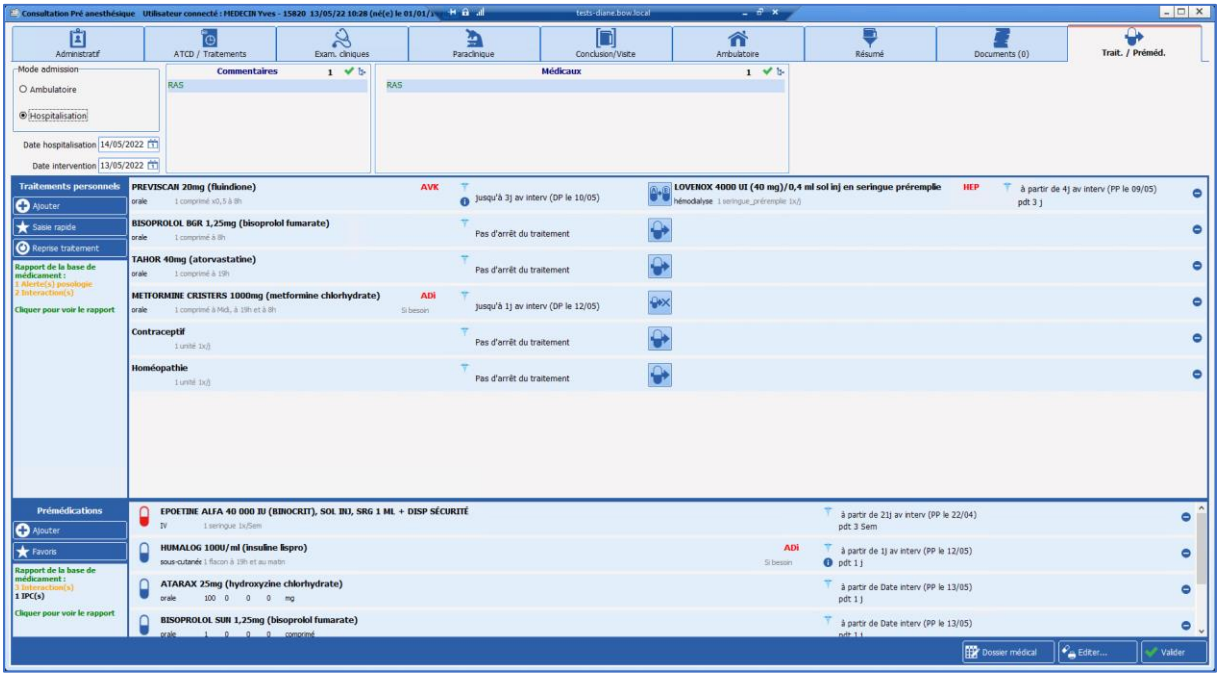


2.2.15.1 L'onglet Traitements / Prémédications

Cet onglet permet de remplacer les trois composants **Traitements Actuels**, **Maintien Relais et Arrêt** et **Prémédications**. Il permet de renseigner le traitement actuel du patient et de le gérer.

Il est possible de renseigner ligne par ligne le traitement du patient puis de gérer, grâce à des favoris, les relais, maintiens ou arrêts des médicaments.
Il sera alors possible d'une part d'éditer l'ordonnance en conséquence mais aussi de préparer la prescription du post-opératoire.

Le poids, la taille, le sexe et l'âge sont des éléments nécessaires à l'analyse des allergies et interactions par la base de données sur les médicaments. S'ils n'ont pas été renseignés en amont, une fenêtre s'ouvrira automatiquement demandant de les compléter.



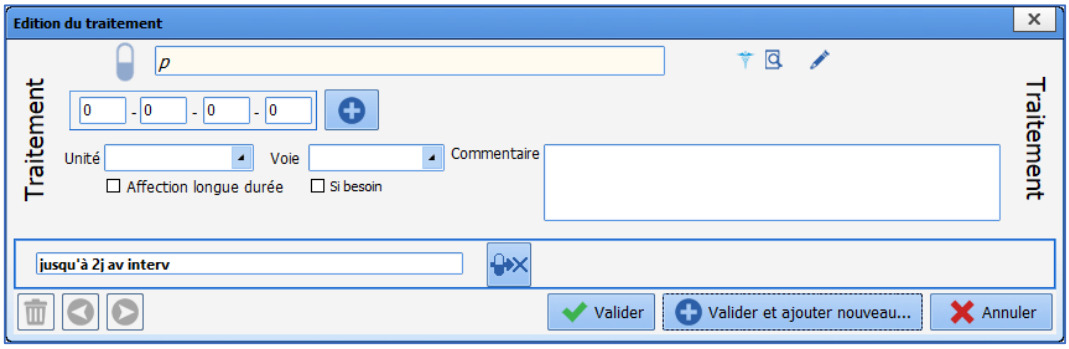
2.2.15.1.1 Les boutons

Le bouton 

permet d'ajouter une ligne.

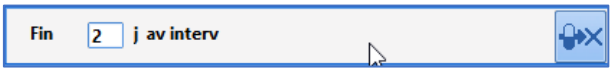
Un clic sur le bouton à droite de la ligne permet de supprimer une ligne.

Un double-clic sur la ligne ouvrira une fenêtre spécifique permettant ainsi de la renseigner de façon simplifiée (la zone active à l'ouverture de la fenêtre est celle pointée lors du double-clic).

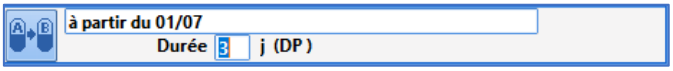


Les cases correspondent à **Matin** / **Midi** / **Soir** / **Coucher**. Le clic sur le bouton permet d'ouvrir une planification détaillée pour les prises intermédiaires.

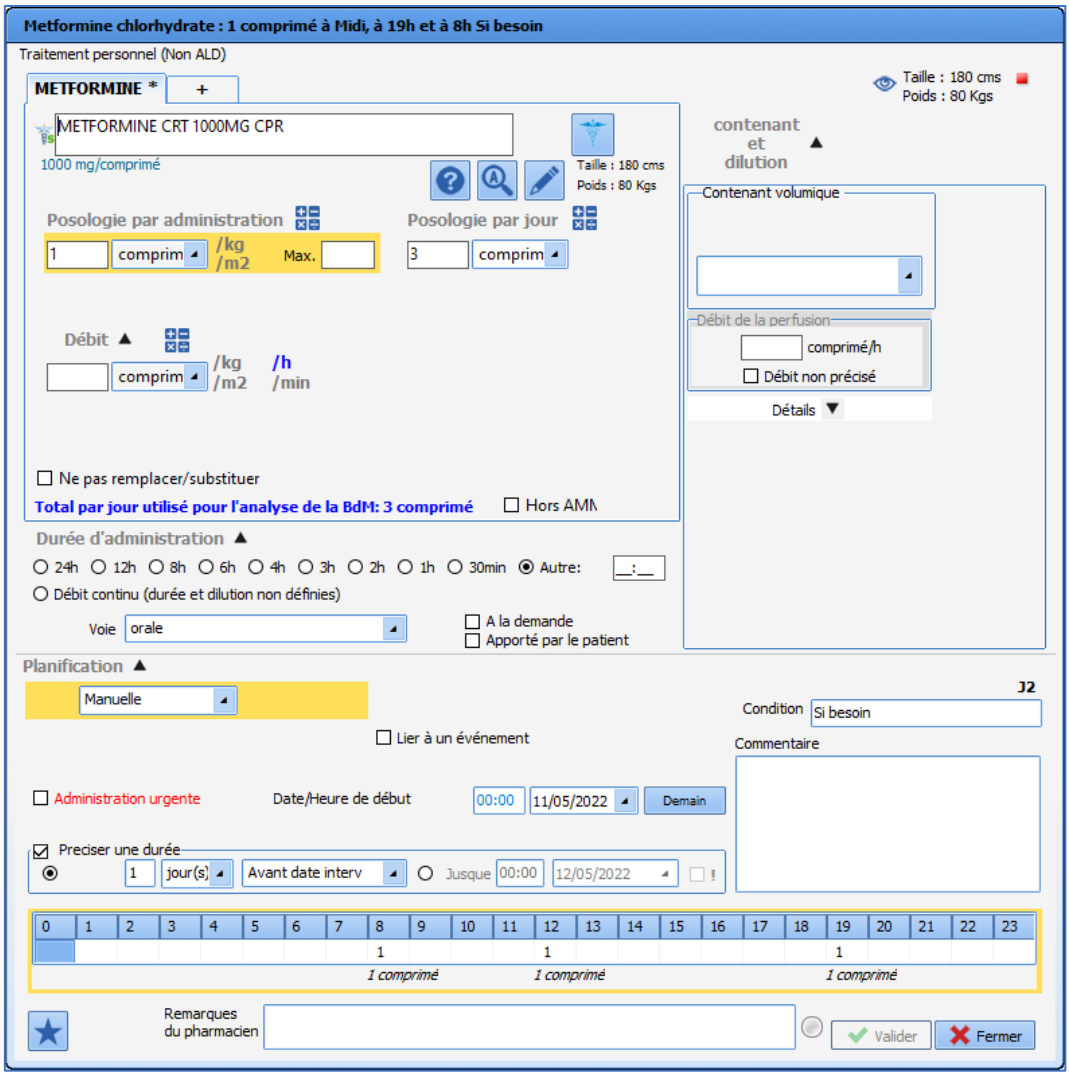
Dans la ligne montrant la période d'arrêt, le clic permet d'afficher une zone de saisie pour modifier la date d'arrêt du traitement.



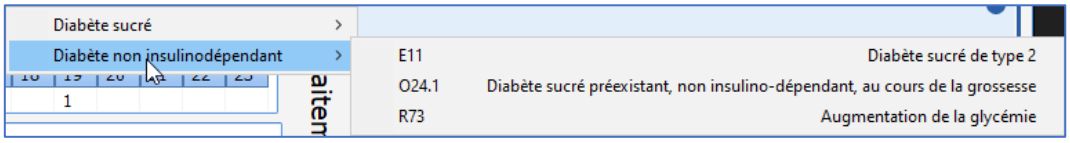
Dans la ligne montrant la durée d'un relais, le clic permet d'afficher une zone de saisie pour modifier la durée.



Pour que le renseignement soit plus exhaustif, il est possible de renseigner les informations avec le crayon .



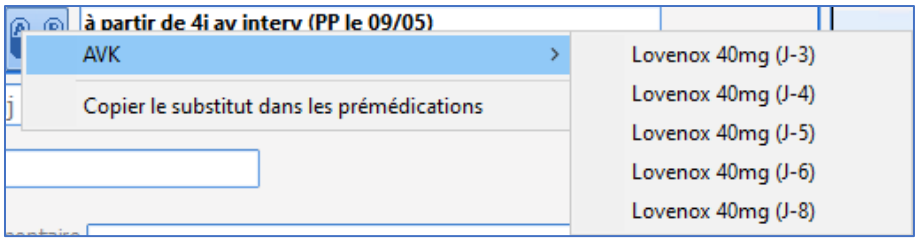
Un clic sur la loupe permet de renseigner la pathologie pour laquelle ce médicament a été prescrit. Cela renseigne dans le même temps le composant **Antécédents Médicaux**. Cette méthode de saisie renseigne les codes CIM10 automatiquement.



En cliquant sur le bouton gélule, il est possible de faire défiler les différents choix :

ou **Relais** :

en cliquant sur le bouton droit de la souris, le menu des relais apparaît :



La gélule du substitut (B) est rouge si le médicament appartient au livret thérapeutique de l'établissement. Dans le cas contraire, la gélule est bleue (relais hors hôpital).

 **Maintien** du médicament

 **Arrêt** du médicament

DP = Dernière Prise
PP = Première Prise

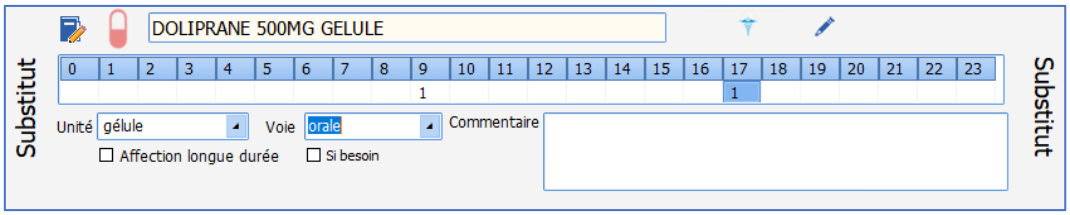
2.2.15.1.2 La conciliation

La zone de conciliation répertorie l'attitude choisie vis-à-vis du médicament : Maintien, relais et arrêts. Dans cette zone, il est possible d'ajuster le nombre de jours d'arrêt avant l'intervention en cliquant directement sur le chiffre proposé. **DIANE** se chargera, si la date d'intervention a été renseignée, de calculer la date de dernière prise (**DP**).

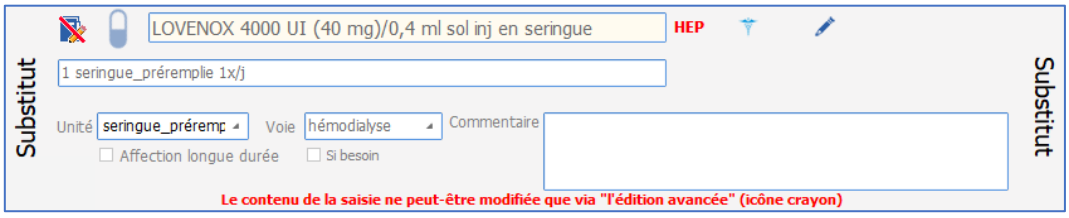


2.2.15.1.3 La substitution

La zone de substitution permet de renseigner le médicament choisi pour effectuer le relais ainsi que la posologie et la date de première prise (**PP**) exprimée en jour à partir du jour d'intervention. Il est possible de modifier le choix par défaut en cliquant directement sur le nom du médicament ou par le crayon situé à droite du médicament de substitution.



Si la planification n'est pas de type « manuelle » (à heure fixe), il est nécessaire d'utiliser l'édition avancée pour modifier le substitut.

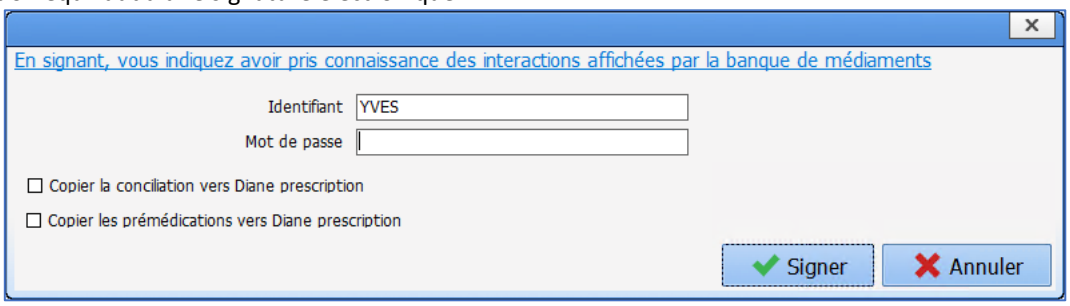


IMPORTANT : Il est à noter que tous les médicaments peuvent avoir des favoris créés par les référents.

2.2.15.1.4 Valider la prescription

Le composant **Traitements et Prémédications** possède un unique bouton de validation 

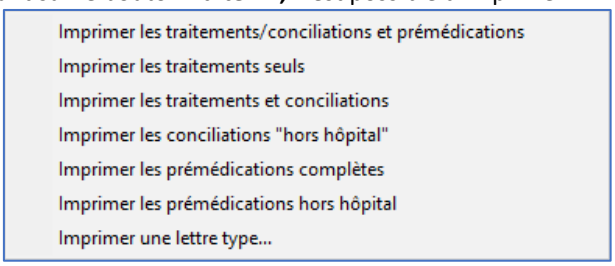
. Cette validation équivaut à une signature électronique.



Si la case **Copier la conciliation vers Diane prescription** est cochée, toutes les conciliations seront transmises à l'onglet **Prescription** de **DIANE ANESTHESIE** et/ou de **DIANE REA**.

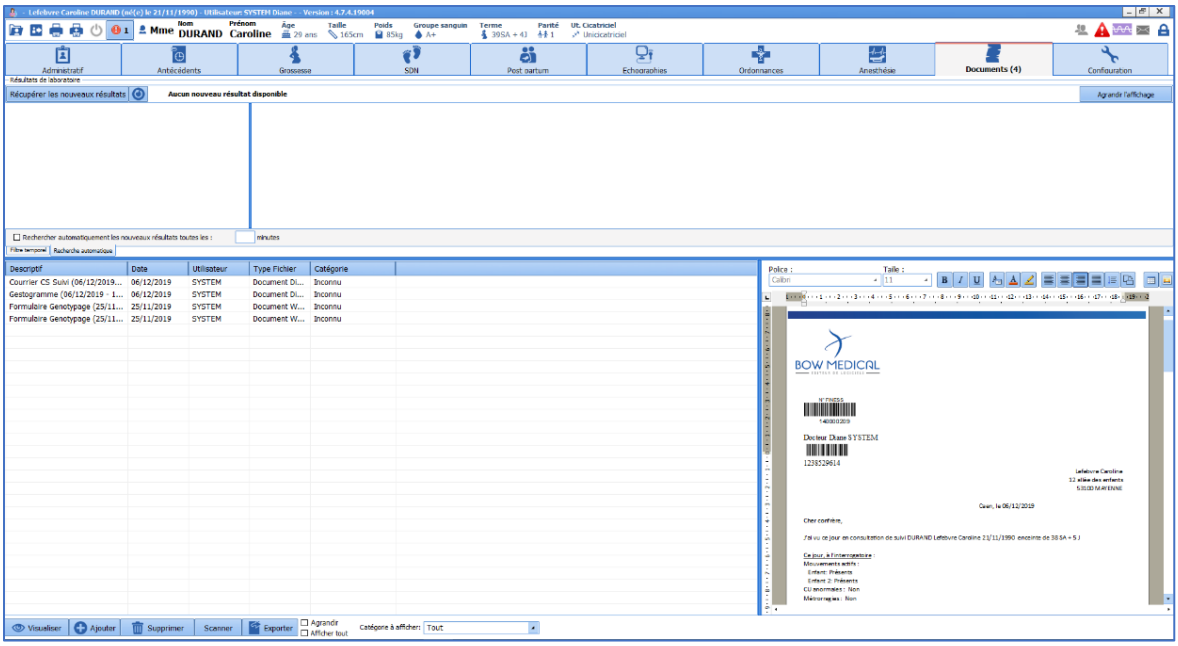
Si la case **Copier les prémédications vers Diane prescription** est cochée, toutes les prémédications seront transmises à l'onglet **Prescription** de **DIANE ANESTHESIE** et/ou de **DIANE REA**.

Après validation et en cliquant sur le bouton **Editer …,** il est possible d'imprimer.



2.2.15.2 Onglet Documents

Cet onglet permet d'enregistrer et de stocker les différents documents du dossier d'un patient que ce soient des documents directement édités dans **DIANE** mais aussi de joindre des pièces extérieures au dossier telles que des images scannées ou importées depuis d'autres logiciels comme des ECG ou des radiographies.
Ces documents sont visualisables en cliquant sur la ligne correspondante et éditable, imprimable depuis cet onglet.



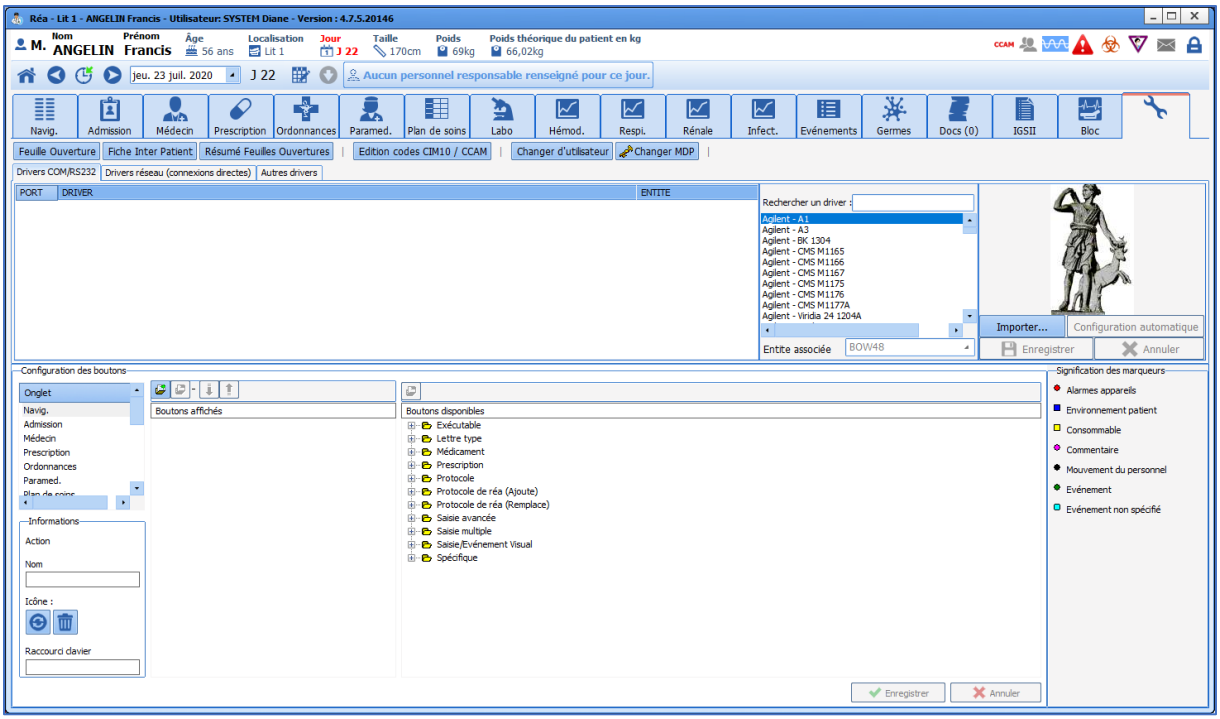
Toutes ces informations sont mémorisées dans le dossier du patient et peuvent éventuellement être exportées vers un autre logiciel.

REMARQUE : Il est possible de modifier un fichier enregistré dans cet onglet.

2.2.15.3 Onglet Configuration

L'onglet **Configuration** permet la **configuration des drivers** des équipements biomédicaux reliés à l'ordinateur ainsi que la **configuration des boutons**.
On retrouve également la signification des marqueurs insérés sur la ligne **Evénements** de l'onglet **Surveillance** ou des **pancartes**.

L'onglet **Configuration** permet également, via des boutons, un accès à certaines saisies avancées (checklist, identitovigilance…) et l'édition des codages CIM10 et CCAM.



2.2.15.3.1 Configuration des appareils connectés

Après avoir relié l'équipement biomédical à l'ordinateur à l'aide du câble adapté, il faut le configurer dans **DIANE**. Pour cela, il suffit de sélectionner le nom de l'appareil dans la liste proposée et de le glisser à l'aide de la souris vers le **Port Com** auquel il est relié.

REMARQUE : la valeur récupérée de l'équipement biomédical et affichée dans **DIANE** est une médiane de tous les points reçus durant un intervalle de 30 secondes.

Un clic droit sur le moniteur relié à un Port Com affiche un menu permettant de **Relancer**, de **Configurer**, de **Supprimer le driver** ou d'**Activer le mode Debug**.

En cas de problème de réception des paramètres d'un moniteur, vous avez la possibilité de **Relancer le driver**. Si le problème persiste, contactez votre administrateur de site qui vérifiera sa configuration.

En cas de changement d'équipement biomédical dans une salle, il est possible de **Supprimer le driver** du Port COM afin de libérer ce dernier pour installer un autre équipement biomédical.

Les drivers sont préconfigurés pour fonctionner avec l'équipement biomédical. Cependant, si l'équipement dispose d'une configuration spécifique, il faut préalablement **configurer le driver** à l'aide de la fenêtre **Configuration du driver**.
Cette fenêtre permet de configurer les **Paramètres de communication** et le **Contrôle de flux** entre l'ordinateur et l'équipement. *Reportez-vous à la documentation du moniteur afin de connaître le paramétrage de chaque zone de cette fenêtre.*

En cas de déconnexion d'un appareil, une fenêtre s'affiche et indique le port sur lequel la remontée de données est interrompue.



2.2.15.3.2 Configuration des boutons dans les différents onglets

Il est possible de créer des boutons programmables disponibles dans les différents onglets de l'application. Ces boutons peuvent correspondre à des saisies simples (intubation, incision, fermeture, extubation…), au lancement d'une fenêtre de saisie multiple, à des calculs de scores…

Pour ajouter un bouton dans un onglet, sélectionnez au préalable, dans la zone **Configuration des boutons**, l'**Onglet** dans lequel vous souhaitez insérer votre bouton. Déployez ensuite l'arbre des **Boutons disponibles** et sélectionnez le bouton que vous souhaitez insérer. Glissez-déposez ce bouton à l'aide de la souris vers la liste des **Boutons affichés**.

Le tableau ci-dessous vous présente la signification des différents boutons de la fenêtre **Configuration**.

Boutons	Rôles
	Ces deux boutons permettent de modifier l'ordre d'affichage
	Quand il est situé au-dessus de la zone des boutons affichés, il permet d'ajouter un séparateur utilisé pour distinguer des groupes de boutons. Les séparateurs sont créés en fin de liste. Il vous suffit de les déplacer ensuite à l'aide des flèches susmentionnées. Quand il est situé à côté d'**icône**, ce bouton permet d'associer une icône au bouton sélectionné dans la liste des **boutons affichés**. Indiquez le chemin d'accès de votre icône puis cliquez sur le bouton **Ouvrir**.
	Quand il est situé au-dessus de la zone des **boutons affichés**, ce bouton permet de supprimer un bouton ou un séparateur de l'**onglet** sélectionné. Quand il est situé au-dessus de la zone des **boutons disponibles**, ce bouton permet de supprimer un bouton de la configuration. Quand il est situé à côté d'**icône**, ce bouton permet d'effacer l'icône associée au bouton sélectionné.

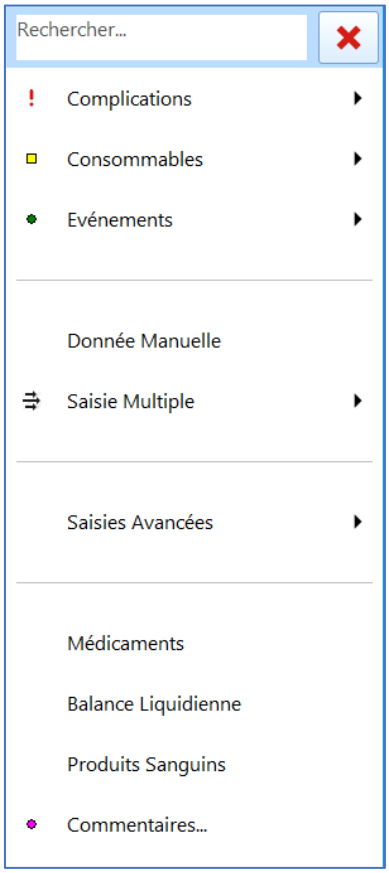
Au niveau de la zone **Informations**, située sur le côté gauche de la **Configuration des boutons**, il est possible de modifier ou de supprimer le nom d'un bouton après l'avoir sélectionné dans la liste des **boutons affichés**.

2.2.16 Le mode tactile

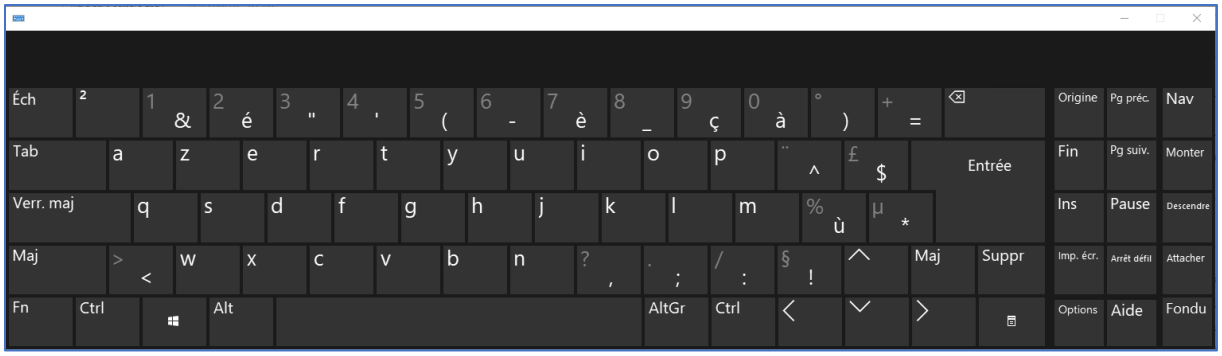
Dans **Visual** et dans **Diane Rea**, le mode tactile permet d'optimiser l'affichage de **DIANE** pour les écrans tactiles.

Le mode tactile s'active via le bouton en haut à droite de l'écran  . Une fois le mode tactile activé, le bouton a cette apparence  et il suffit de cliquer à nouveau pour désactiver le mode tactile.

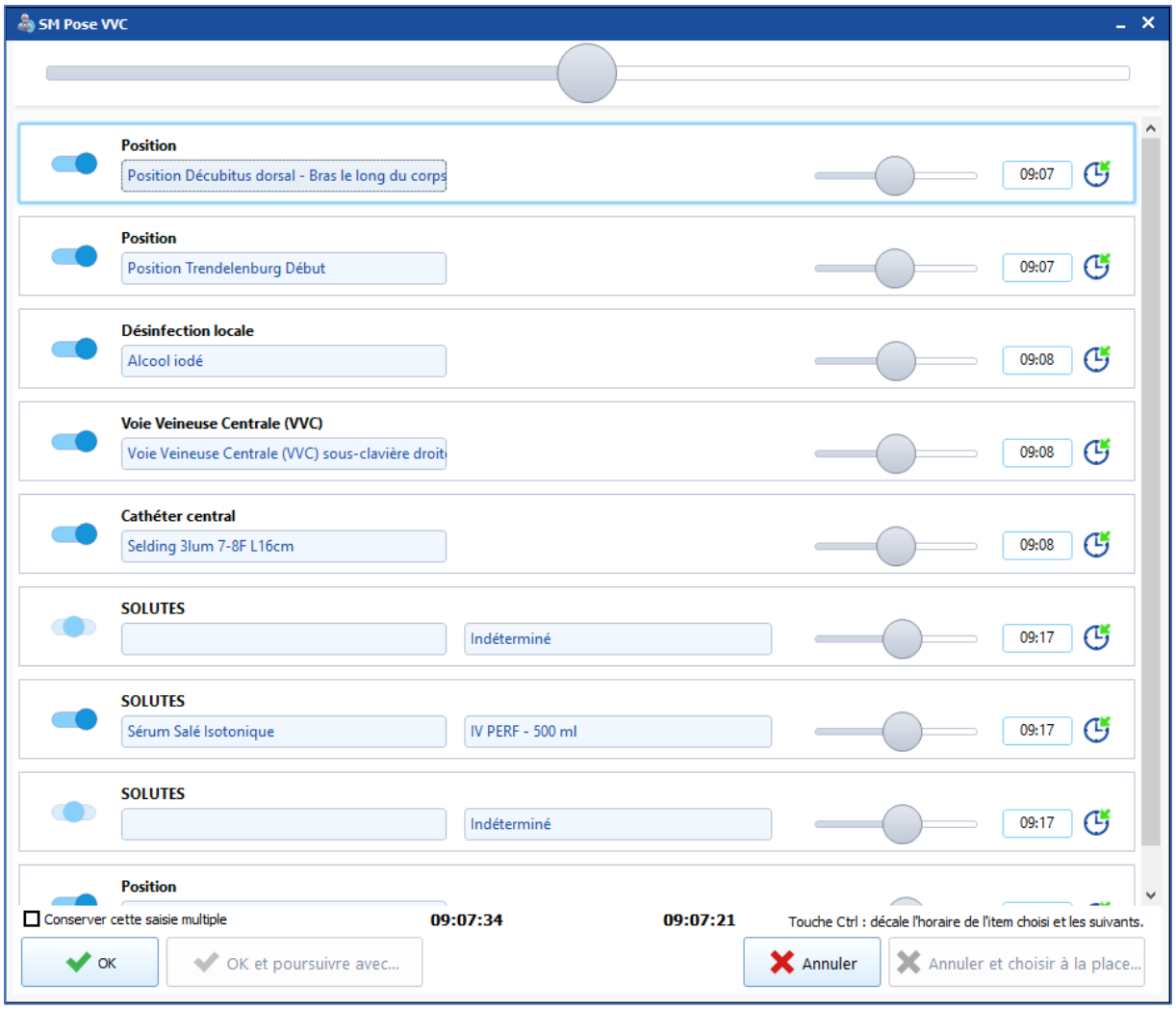
La taille des menus de saisie a été augmentée pour permettre de cliquer sur le bouton souhaité. Une zone de recherche permet de filtrer les éléments du menu.



Le clic dans une zone de saisie de texte peut afficher un clavier virtuel.



La taille des lignes des saisies multiples a été augmentée et les composants ont été revus pour fonctionner de façon ergonomique en mode tactile.



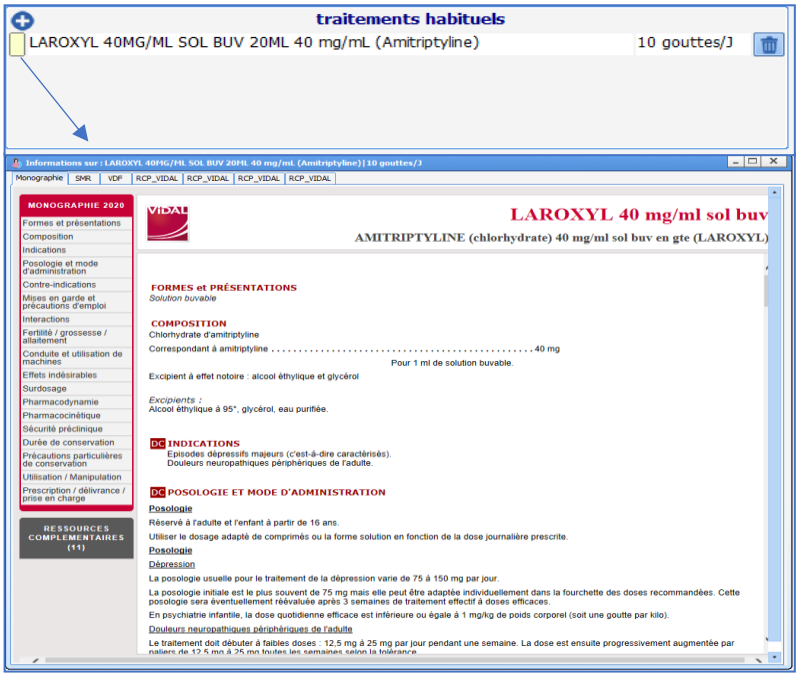
2.3 MD Données calculées

Diverses données sont calculées dans DIANE. Certaines de ces données sont utilisées par le dispositif médical. :

- Surface corporelle (BSA)
- IMC initial
- IMC
- Poids théorique du patient
- Poids ajusté du patient
- Poids idéal du patient
- Prise perte de poids en kg
- Prise perte de poids en %
- Prise perte de poids depuis la dernière mesure
- Prise perte de poids en %
- Age du patient

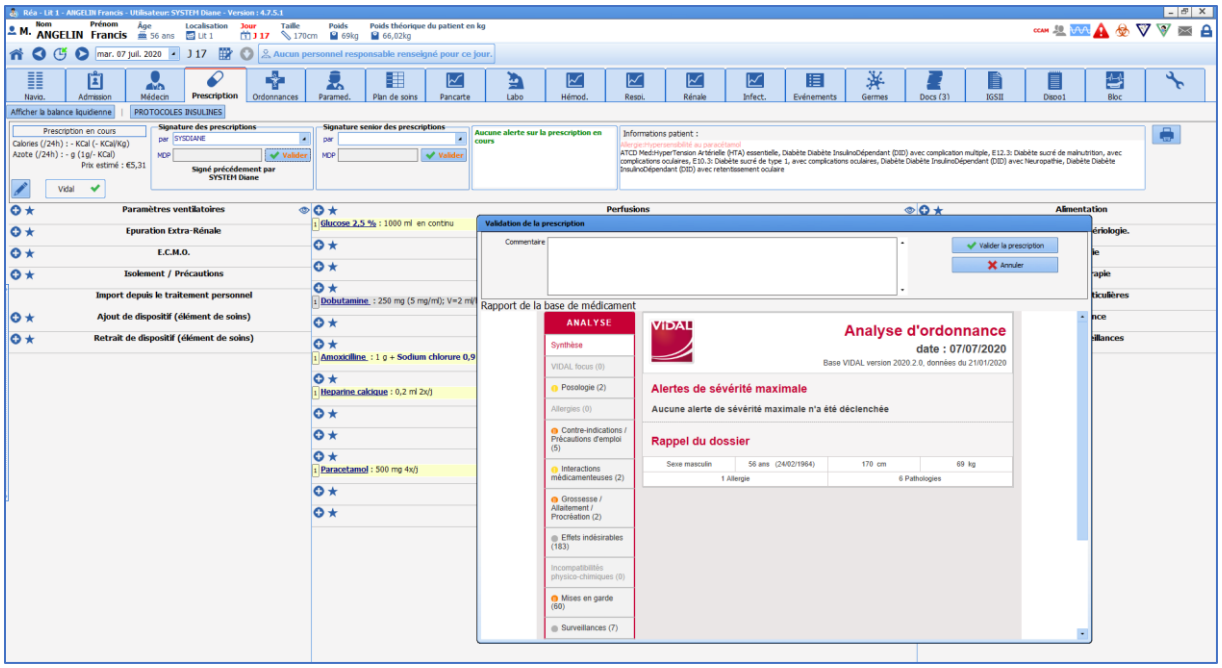
2.4 Lien avec les bases de données sur les médicaments

DIANE permet une connexion étroite avec les bases de données sur les médicaments (Vidal® et Base Claude Bernard®) et le livret thérapeutique des établissements. Cette connexion sécurise la prescription.
Lorsque l'on renseigne un traitement dans le composant **Traitements actuels**, le clic sur le rectangle jaune en regard de la ligne de saisie offre un accès direct à la monographie du médicament.



Dans le nouveau composant de saisie du traitement habituel, il est possible de voir la monographie de chaque médicament. Lors de la signature de l'onglet, l'analyse est réalisée pour les interactions mais aussi les allergies.
Le lien avec le livret permet de choisir si la prescription est pour l'intra-établissement ou hors structure.

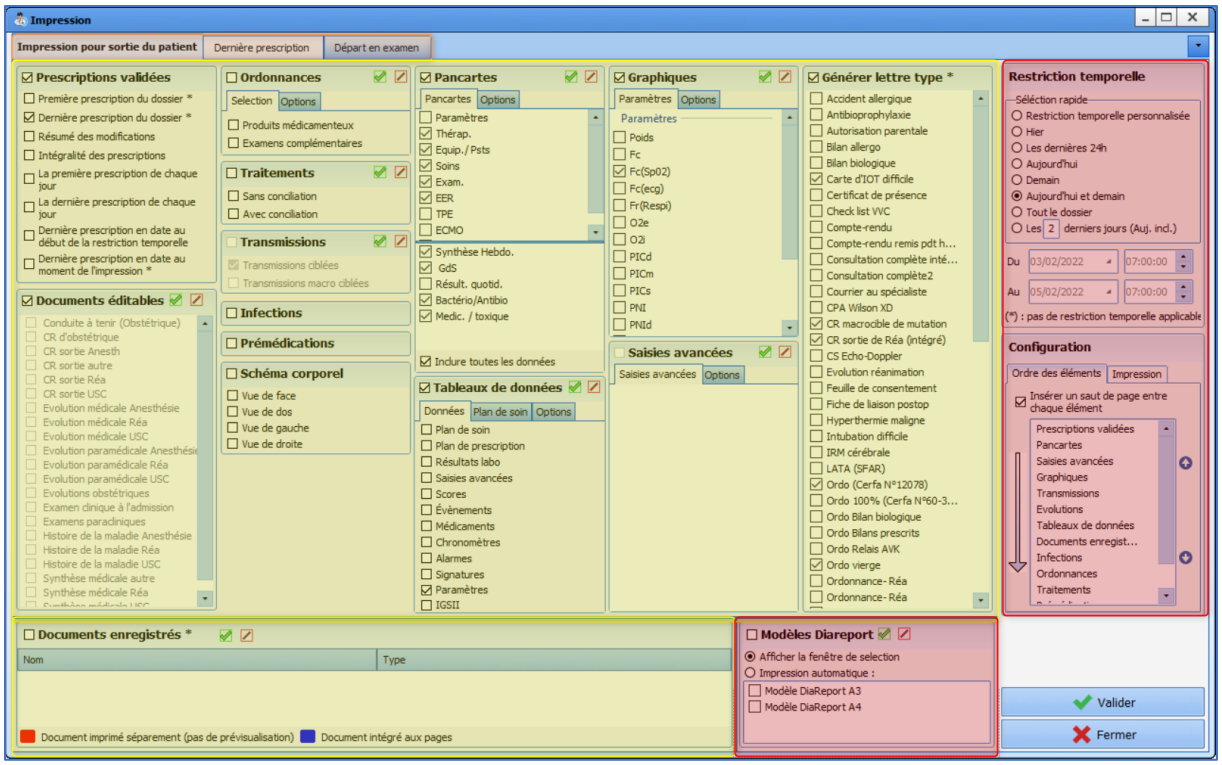
De même, lors de la signature d'une prescription, que celle -ci soit faite depuis l'onglet **Prescription** ou depuis l'édition des ordonnances, un rapport provenant de la base de données sur les médicaments s'affichera automatiquement. Ce rapport synthétise les interactions médicamenteuses potentielles, le lien avec des allergies connues chez le patient ou encore les possibles surdosages.



REMARQUE : ces alertes permettent d'opérer un contrôle sur la prescription mais il n'existe aucun blocage. La prescription sera toujours possible.

2.5 L'impression centralisée

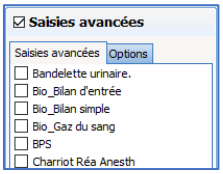
Cette page rassemble tous les éléments imprimables du dossier.



Cet outil est organisé en zones illustrées de couleurs ci-dessus.

*** En Jaune :**

La zone Jaune est découpée en plusieurs sections : - **Prescriptions validées**, **Ordonnances**, **Traitements**, **Évolutions**, **Transmissions**, **Pancartes**, **Infections**, **Prémédications**, **Schéma corporel**, **Graphiques**, **Saisies avancées**, **Tableaux de données**, **Générer lettre type**, **Documents éditables** -



Chacune de ces sections possède une série de case à cocher

Une *case à cocher* se situe à gauche du titre de la section et permet de sélectionner l'ensemble des sous parties de la section.
Il est possible de sélectionner indépendamment chaque item que l'on souhaite imprimer en cliquant sur la case à cocher correspondante.

Certaines cases ont deux onglets, d'autres n'en ont pas et une en possèdent trois.

* Pancartes (2 onglets) : l'option non modifiable indique la durée d'affichage.

* Graphiques (2 onglets) : permet de paramétrer la discontinuité des courbes, l'échelle d'impression, la hauteur des graphiques et de différencier les constantes remontées des matériels biomédicaux et des données manuelles.

* Saisies avancées (2 onglets) : permet d'imprimer l'ensemble des saisies d'une même saisie avancée ou uniquement la dernière saisie. (Exemple : si un score a été rempli plusieurs fois, il est possible d'imprimer l'ensemble des saisies de ce score ou uniquement la dernière).

* Tableaux de données (3 onglets) : dans l'onglet **Plan de soins**, il est possible de filtrer selon l'état du soin (A faire, réalisé, …), classer les entrées soit par catégorie soit chronologiquement. L'onglet **Autres options** permet de classer les entrées, autre que plan de soins, soit par catégorie soit chronologiquement et de définir

quelles valeurs de constantes physiologiques à afficher. L'astérisque indique que les restrictions temporelles vues dans la zone rouge ne s'appliquent pas.

*** En Rouge :**

Cette zone regroupe trois cases : les **restrictions temporelles**, la **configuration** et le **modèle DiaReport**

* La restriction temporelle : permet de définir la date et l'heure du début et de fin de prise en charge des données. L'heure proposée par défaut est l'heure de début de journée de Réanimation.

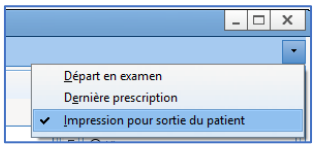
* Configuration : cette case est organisée en deux onglets **Ordre des éléments** et **Impression**

- **Ordre des éléments** *:* permet d'organiser la priorité d'impression des catégories d'outils entre eux. Cliquez sur une ligne, et cliquez sur la flèche pour que la catégorie d'outil soit imprimée avant et sur pour que la catégorie d'outil soit imprimée plus loin dans la liasse. Si vous le souhaitez, vous pouvez insérer un saut de page entre chaque catégorie d'outil différente.

- **Impression** : permet d'agir finement sur l'impression ou l'export du compte-rendu. Dans le sous-onglet Page, il est possible de gérer les marges, l'orientation et la taille du papier imprimé ainsi que la police de caractère. Le sous-onglet Avancé, permet de choisir une imprimante précise, de paramétrer l'export du document.

*** En Orange :**

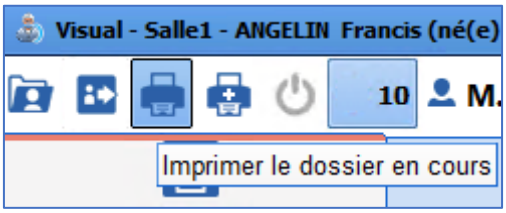
Cette zone regroupe des onglets préconfigurés. Chacun de ces onglets est lié à un contexte. Dans notre exemple, trois onglets ont été configurés : **Impression pour sortie du patient**, **Dernière prescription** et **Départ en examen**. Ces trois onglets sont identiques en contenu mise à part les cases cochées.
A droite de la barre contenant les onglets, une case avec une flèche pointant vers le bas : elle permet d'avoir la liste complète des onglets.



2.5.1 La visualisation et l'impression d'une intervention

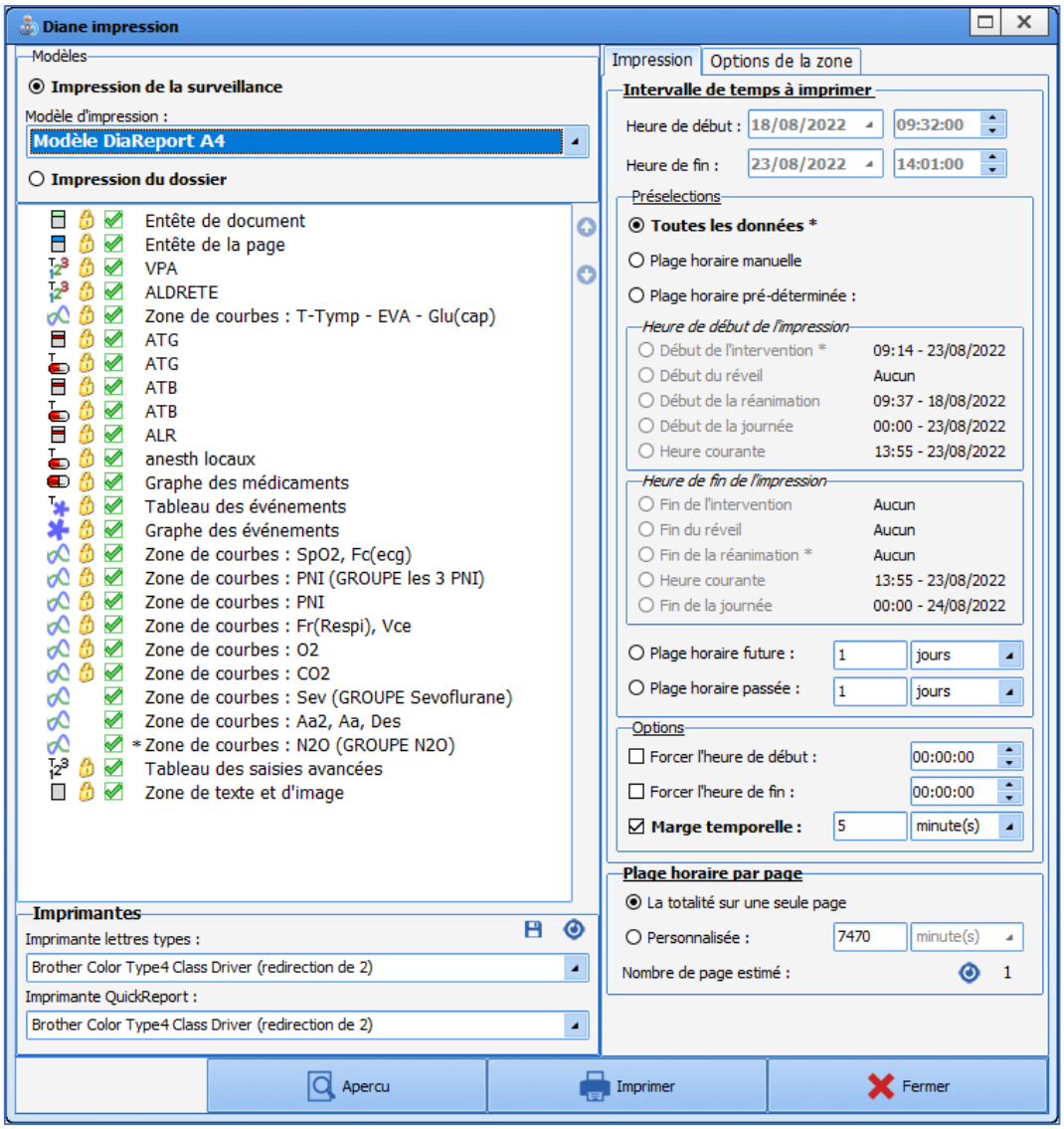
2.5.1.1 L'impression du per opératoire et du post opératoire

Après avoir cliqué sur le bouton **Imprimer le dossier en cours**, une fenêtre **DIANE Impression** s'ouvre afin d'imprimer par défaut ou de configurer l'impression désirée.



Cette action est réalisable pendant l'intervention, à la fin de celle-ci, au moment de la fermeture du dossier ou en cours de visualisation d'un dossier antérieur.

La disposition initiale est définie par l'administrateur toutefois certaines modifications peuvent être réalisées par l'utilisateur.



En haut à gauche, il est possible de choisir si l'utilisateur souhaite imprimer la surveillance (au format A3 ou A4) ou le dossier au complet.
L'impression de la surveillance permet d'afficher les données suivantes :

- Entête de la page
- Graphe des médicaments
- Zone verticale
- Tableau des événements : Affiche les événements saisis dans le dossier ainsi que le commentaire associé.
- Graphes des événements
- Zone de courbes
- Tableau des saisies avancées
- Zone de texte et d'image

Chaque zone peut être affichée ou non dans l'impression en cochant / décochant la case à cocher qui les précède. Si un cadenas est présent devant la case à cocher, cette donnée est obligatoirement imprimée, la case à cocher est en lecture seule.

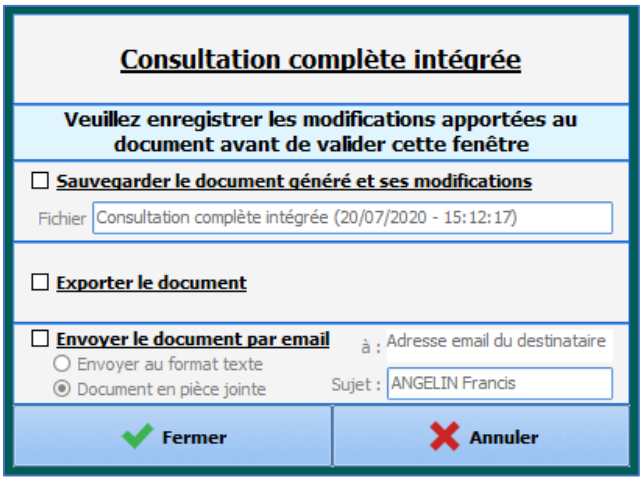


L'ordre d'affichage des éléments peut être modifié à l'aide des flèches . Elles sont grisées si aucune donnée n'est sélectionnée.

La partie de droite présente dans le sous onglet **Impression** permet de personnaliser la plage horaire d'impression et surtout de déterminer la durée qui figure par page. Par défaut, toute l'intervention se trouve sur une page.

Il est aussi possible par la partie de droite de personnaliser la plage horaire d'impression et surtout de déterminer la durée qui figure par page. Par défaut, toute l'intervention se trouve sur une page.

L'imprimante sélectionnée en bas à gauche de la fenêtre est celle définie par défaut pour l'ordinateur. Il est possible, si d'autres imprimantes sont disponibles sur le réseau, d'envoyer, exceptionnellement, le document vers celles-ci par le menu déroulant proposé.



Lors du déclenchement final d'une impression, la fenêtre ci-contre s'ouvre. Elle permet d'associer à l'impression une sauvegarde, un export voire un envoi par mail.

2.5.1.2 Les boutons

Le bouton **Imprimer** permet de lancer l'impression sans passer par l'aperçu.
Le bouton **Aperçu** permet de visualiser l'impression par le biais de la fenêtre **Prévisualisation**.
La case à cocher **Demander la conservation des documents générés** permet de valider de façon systématique si l'on souhaite conserver ou non le document édité dans l'onglet **Documents** de la consultation d'anesthésie.
Le bouton **Fermer** permet d'Annuler la demande d'impression en cours.

2.5.1.3 La visualisation d'une intervention a posteriori

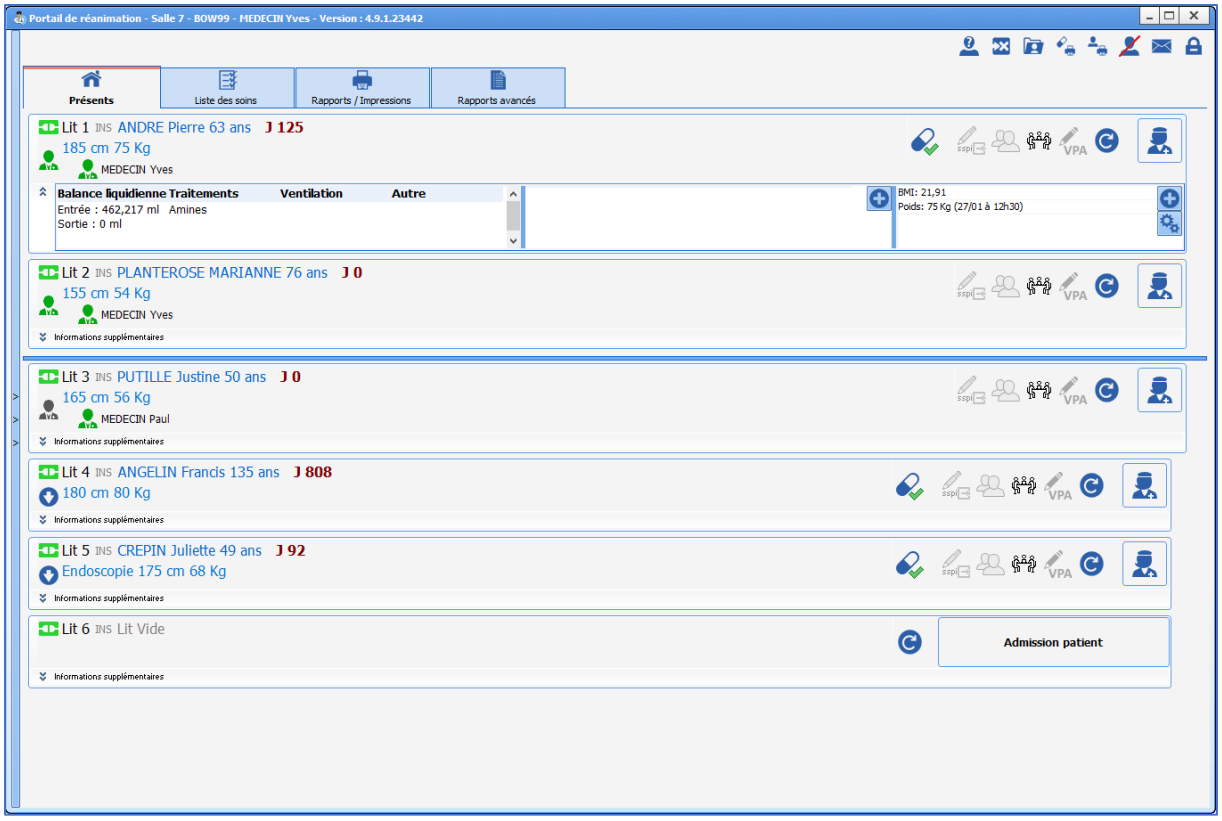
DIANE permet de visualiser une intervention déjà effectuée, avec affichage de l'ensemble des paramètres physiologiques récupérés à partir des moniteurs reliés au patient, les données textuelles (patient, intervention, préopératoire, post opératoire), ainsi que toutes les saisies manuelles effectuées pendant l'intervention (médicaments, événements).

Cliquez sur le bouton **Ouvrir Dossier Patient** de l'application per opératoire et/ou post opératoire. Sélectionnez le dossier Patient ainsi que l'intervention voulue puis choisir **Visualiser le dossier**

REMARQUE : Vous pouvez visualiser l'ensemble des rapports d'anesthésie à partir de n'importe quel poste relié au serveur.

2.6 Le cockpit

Le cockpit est une vision synthétique de l'ensemble des patients présents dans le service. Il permet d'une part un accès rapide aux dossiers des patients et d'autre part, il offre un visuel sur les informations médicales essentielles et facilite ainsi l'accès et l'échange d'informations entre les soignants.





1 – Anonymisation des patients des postes distants.

2 - Gérer les indisponibilités.

3 - Visualiser/Compléter un dossier.

4 – Imprimer :

- la liste des prélèvements à effectuer.

- les prescriptions groupées.

- la liste des patients présents.

5 - Liste des refus.

6 - Ouvrir la messagerie **DIANE.**

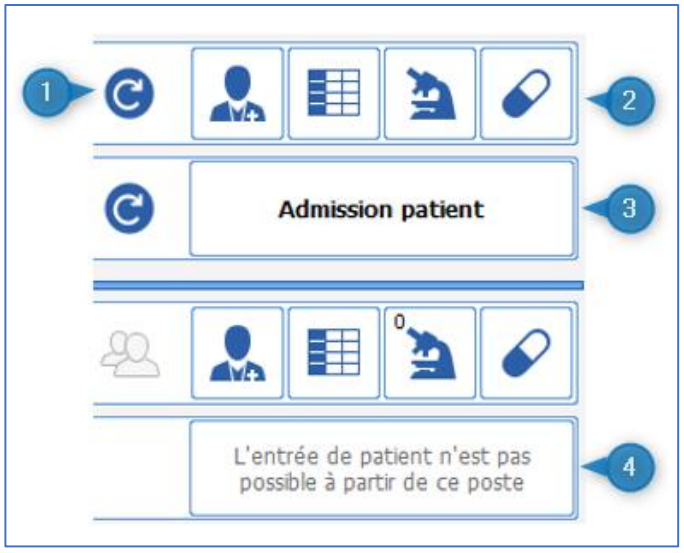
7 - Déconnecter l'utilisateur courant (verrouille la station **DIANE** et ferme les dossiers ouverts à distance).

Dans la partie droite du bandeau, l'utilisateur a également accès à différentes fonctionnalités comme « Visualiser/Compléter un dossier », « Changer d'utilisateur », etc.

REMARQUE : **DIANE** permet un accès à l'ensemble des dossiers du service depuis n'importe quel poste de votre service.

Les différentes lignes représentent les patients avec depuis la gauche jusqu'à la droite, le numéro de son lit, son nom, le nombre de jours d'hospitalisation, la présence potentielle d'une infection.
Les boutons situés à droite permettent un accès aux différents onglets du dossier.

REMARQUE : La pastille verte à côté du lit signifie que le dossier patient est accessible à distance depuis un poste miroir. Si la pastille noire est présente, cela signifie que l'accès à distance est impossible (cela peut être dû à un problème de matériel ou de réseau).



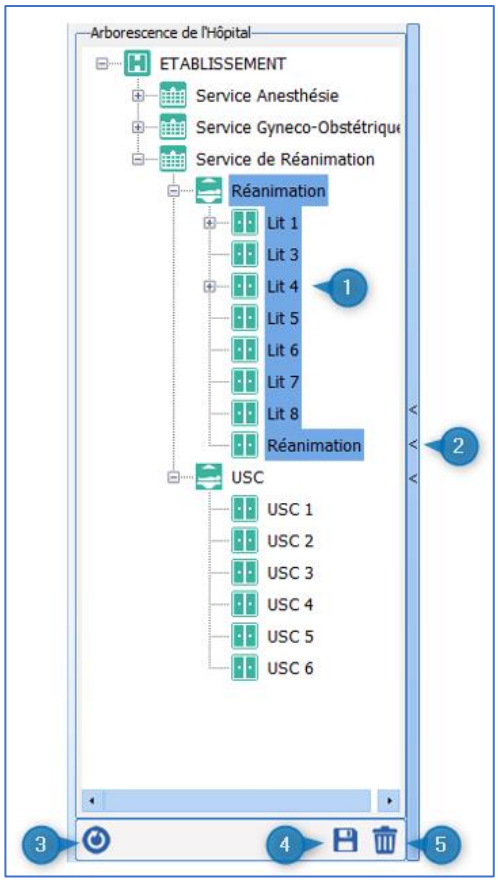
1 – Relance les applications **DIANE** sur le poste.

2 – Permet d'accéder directement aux différents onglets du dossier patient.

3 – Permet d'admettre un nouveau patient (ouvre la fenêtre de sélection patient).

4 – L'admission d'un patient n'est possible que sur le poste Maître.

Dans la partie gauche de l'écran, cliquer sur la barre verticale où sont présents trois chevrons, donne accès à l'arborescence de l'hôpital. Par défaut, l'application affiche les patients du service. Cependant, il est possible de modifier cet affichage en cliquant sur les autres éléments de l'arborescence.



1 – Les éléments de la zone surlignée en bleu sont ceux affichés sur le portail.

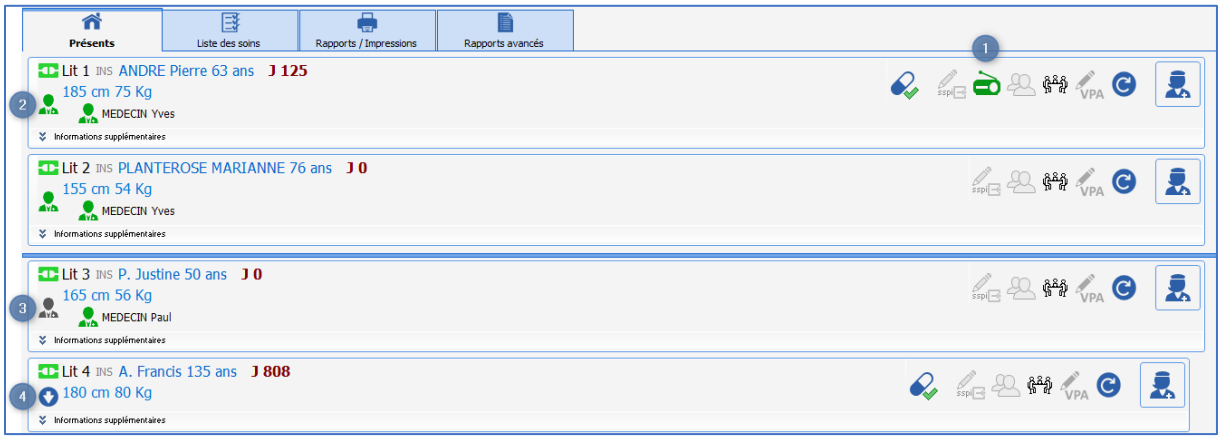
2 – Un clic sur la barre bleue avec les 3 chevrons ouvre (ou ferme) l'arborescence de l'Hôpital.

3 – Recharge l'emplacement par défaut.

4 – Sauvegarde comme emplacement par défaut.

5 – Supprime l'emplacement par défaut.

Depuis la partie centrale du cockpit, il est possible de « Prendre la responsabilité pour la plage actuelle » pour un(e) patient(e) en cliquant sur ce bouton  . Cela signifie que l'utilisateur indique qu'il va s'occuper du patient pour la plage horaire définie (uniquement valable pour les profils **Médecin**, **Infirmier** et **Aide-soignant**).



1 – Transmissions ciblées des dernières 24 heures.

2 – Vous êtes responsable de ce dossier.

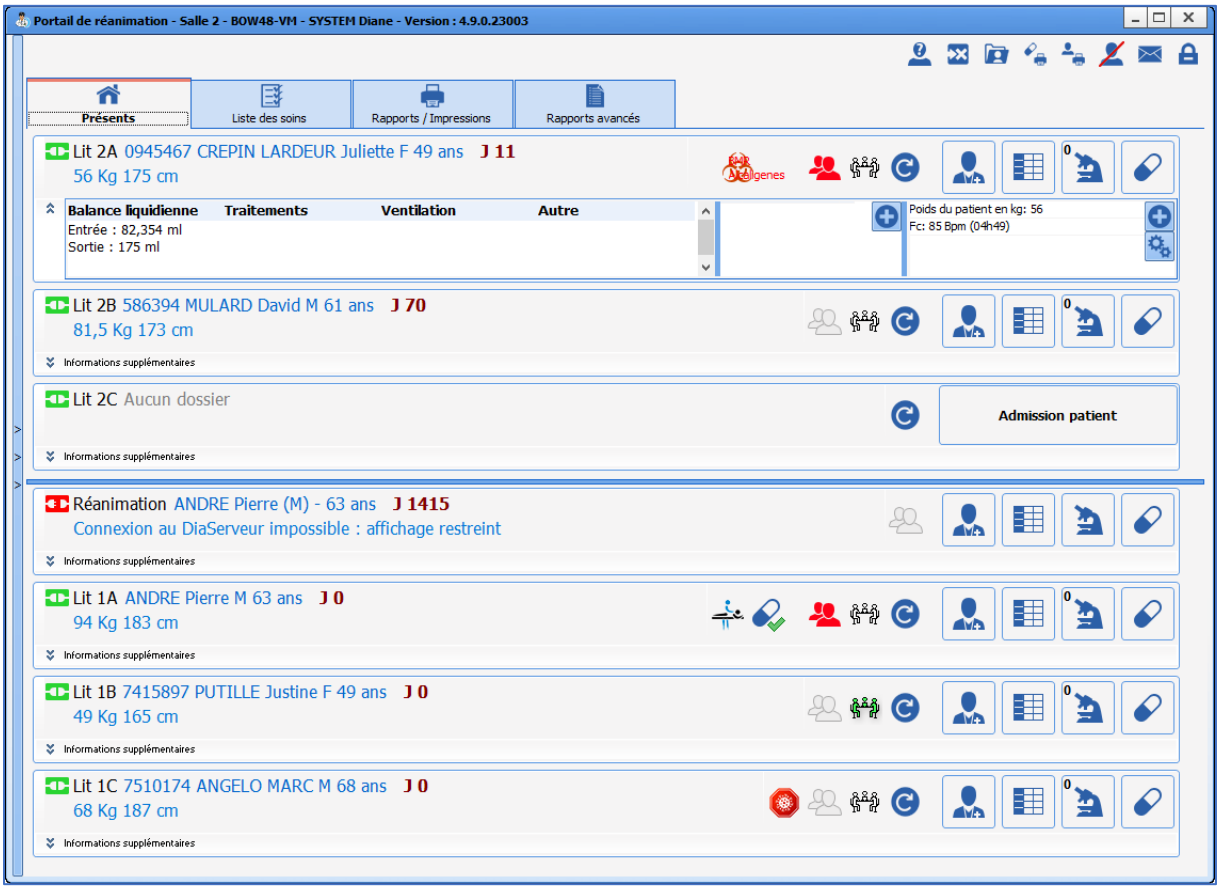
3 – Une autre personne est responsable.

4 – Prendre la responsabilité pour la plage actuelle.

Quand une responsabilité est prise l'icône change et devient  .

2.6.1 La liste des patient présents

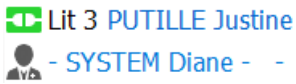
Cette page permet d'avoir une visualisation globale de votre service. Les différents boutons donnent accès aux dossiers des patients.
De n'importe quel poste du service, il est possible d'accéder en lecture et en écriture à tous les dossiers des patients.



REMARQUE : L'icône verte à côté du lit signifie que vous avez accès au dossier du patient à distance. Si cette icône est rouge, cela veut dire que vous n'avez pas accès au dossier (cela peut être dû à un problème matériel ou réseau) ; si elle est jaune, c'est qu'il y a une tentative de connexion au lit et enfin une icône noire signifie que la connexion à distance n'est pas activée.

Iconographie du Cockpit :

	Cette icône permet de savoir si le patient a une infection ou non. Au survol à la souris, l'infection est indiquée. Un clic sur cette icône vous redirige sur l'onglet **Germes**.

	Cette icône permet de savoir si le patient a une infection coronavirus.
	Cette icône indique que le patient a de la kinésithérapie prévue dans la journée.
	Cette icône indique que la prescription est en cours de modification.
	Cette icône indique que la prescription en cours est signée : qu'il n'y a pas de modification de prescription en cours.
	Cette icône indique qu'une prescription a été signée récemment (durée d'affichage paramétrable dans la configuration de l'onglet **Plan de soins**).
	Cette icône indique qu'une administration à la demande d'un médecin a été faite dans le plan de soin mais reste à valider dans l'onglet **Prescription**.
	L'icône sous le nom du patient indique que la responsabilité du dossier est à prendre. Pour prendre la responsabilité du dossier, il faut cliquer sur cette icône. Deux personnes aux rôles distincts peuvent annoncer la prise de responsabilité sur le patient : les réanimateurs et les IDE.
	L'icône sous le nom du patient indique que la responsabilité du dossier vous appartient.
	L'icône sous le nom du patient indique que la responsabilité du dossier appartient à quelqu'un d'autre. Vous avez le nom de la personne responsable en survolant l'icône.
	L'icône représentant un poste de radio vert est cliquable. Il indique qu'une transmission ciblée où une transmission macro ciblée est en cours de validité. Lorsque vous cliquez sur l'icône, vous accédez à l'onglet concernant la transmission.
	Ces trois icônes concernent les actions du pharmacien.  Le pharmacien accepte sans réserve la prescription : il n'émet ni réserves ou alertes.  Le pharmacien accepte une prescription avec des réserves Pour voir quelles réserves il a émis, visitez l'onglet **Prescription** : Dès l'instant où une ligne de prescription est associée à une réserve, l'icône préalablement verte passe à l'orange.  Le pharmacien alerte d'une incohérence ou d'un danger. Pour voir quelle alerte il a émis, visitez l'onglet **Prescription** : Dès l'instant où une ligne de prescription est associée à une alerte, l'icône préalablement verte ou orange passe au rouge.
	Lorsqu'un message est noté, l'icône se met automatiquement en rouge et y reste pendant 24h (durée paramétrable).

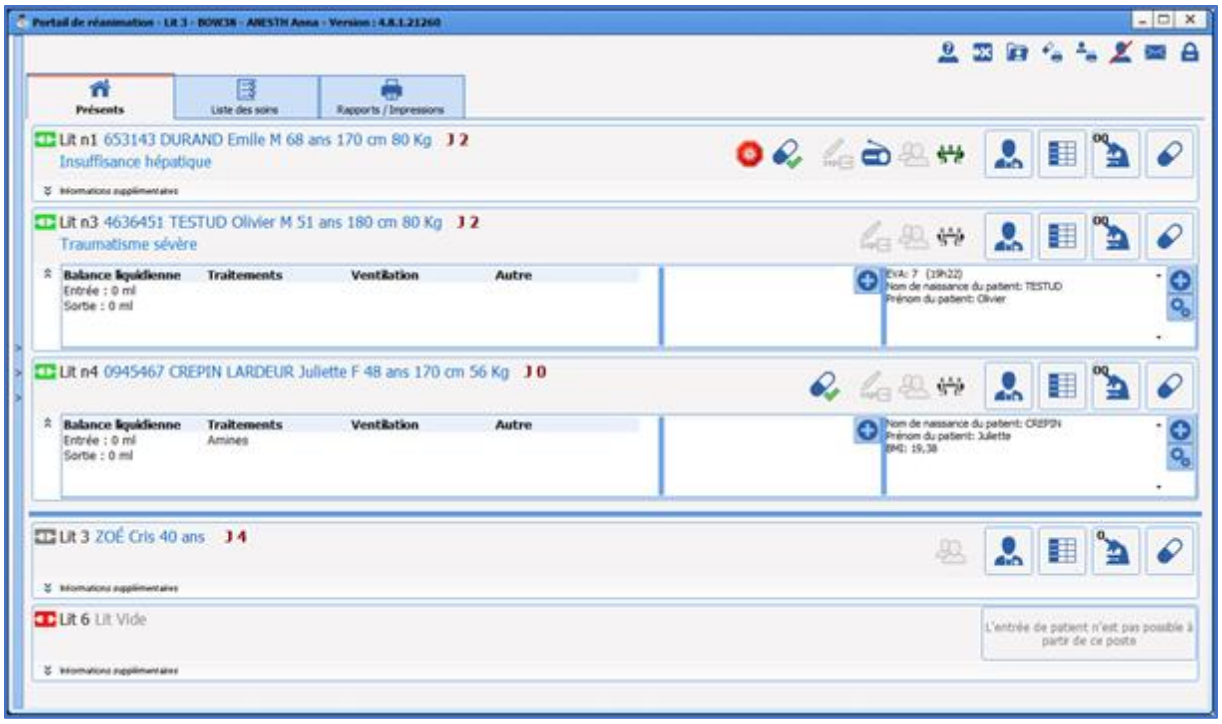
	Icône des transmissions médicales.
	Icône de la VPA (visite préanesthésique)
	Icône de la signature d'autorisation de sortie de SSPI. L'icône s'affiche en bleu avec au survol les informations concernant la personne qui l'a signée et la date de la signature.
	Le clic sur ce bouton permet de se rendre dans le dossier médical du patient. (bouton paramétrable)
	Bouton d'accès au plan de soins. (bouton paramétrable)
	Bouton d'accès à l'onglet **Labo** (paramètres biologiques). (bouton paramétrable)
	Bouton d'accès à l'onglet **Prescription**. (bouton paramétrable)

Il se peut que certains boutons soient grisés. Si c'est le cas, c'est que l'utilisateur ne dispose pas des droits nécessaires à leur utilisation ou qu'ils ne peuvent pas être utilisés (en mode déconnecté par exemple).

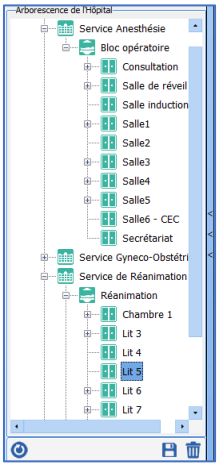
Pour prendre la main sur un patient à distance, il suffit de cliquer sur le nom du patient, le logiciel propose un accès en lecture ou un accès en écriture.
Les flèches à gauche de la liste des patients présents permettent de visualiser tout le service et de prendre la main sur le lit souhaité.

2.6.2 Information sur les patients

Le portail de réanimation (ou Liste des patients) permet de visualiser les lits sous le poste maître ainsi que les postes distants.

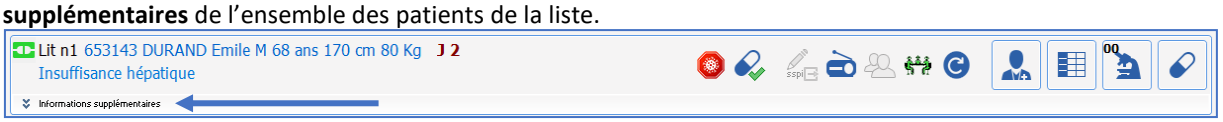


La zone rétractable à gauche permet de sélectionner les postes distants à afficher.



Pour chaque patient, une zone rétractable **Informations supplémentaires** permet d'afficher des données. Le double-clic sur le bouton de l'onglet **Présents** 

permet de déployer la zone **Informations supplémentaires** de l'ensemble des patients de la liste.



Ces données sont réparties en trois zones :

- A gauche, des informations relatives aux **données du dossier** : Mode ventilatoire, Balance liquidienne et Traitements.
  Pour la balance liquidienne, 3 plages temporelles sont disponibles :
  - X dernières heures (X paramétrable)
  - Journée de réanimation (en cours)

- Journée de réanimation précédente

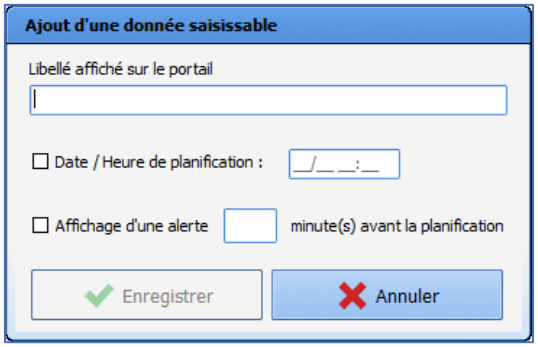
Les traitements affichés dans cette zone peuvent être :

- Les analgésiques
- Les sédatifs
- Les amines
- Les curares

La colonne **Autre** affiche les libellés des saisies avancées prescrites avec une planification en continu pour lesquelles l'affichage sur la liste des patients a été configuré.

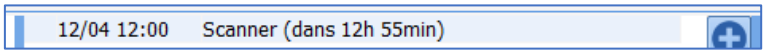
- Au centre, des données saisissables.

La zone 2 permet au clic sur le bouton  de saisir les soins à prévoir à travers la fenêtre suivante :



-

Libellé affiché sur le portail est une zone de saisie de type texte qui permet de saisir l'information à afficher sur le portail. Sa saisie est obligatoire et dégrise automatiquement le bouton **Enregistrer**.
La zone de saisie **Date/heure de planification** permet de saisir la date/heure de planification de la donnée. Cette information est optionnelle et est affichée sur le portail :



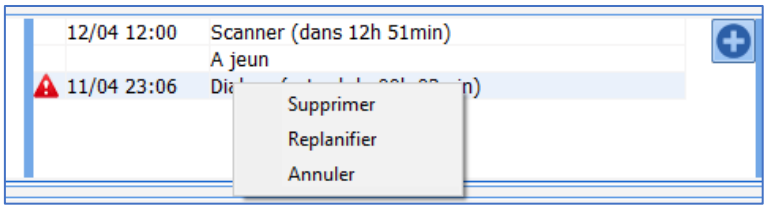
Si l'information n'est pas saisie,seul le libellé sera affiché sur le portail :



Affichage d'une alerte X minutes avant la planification permet de saisir une durée en minutes à partir de laquelle une alerte s'affiche sur sur portail :

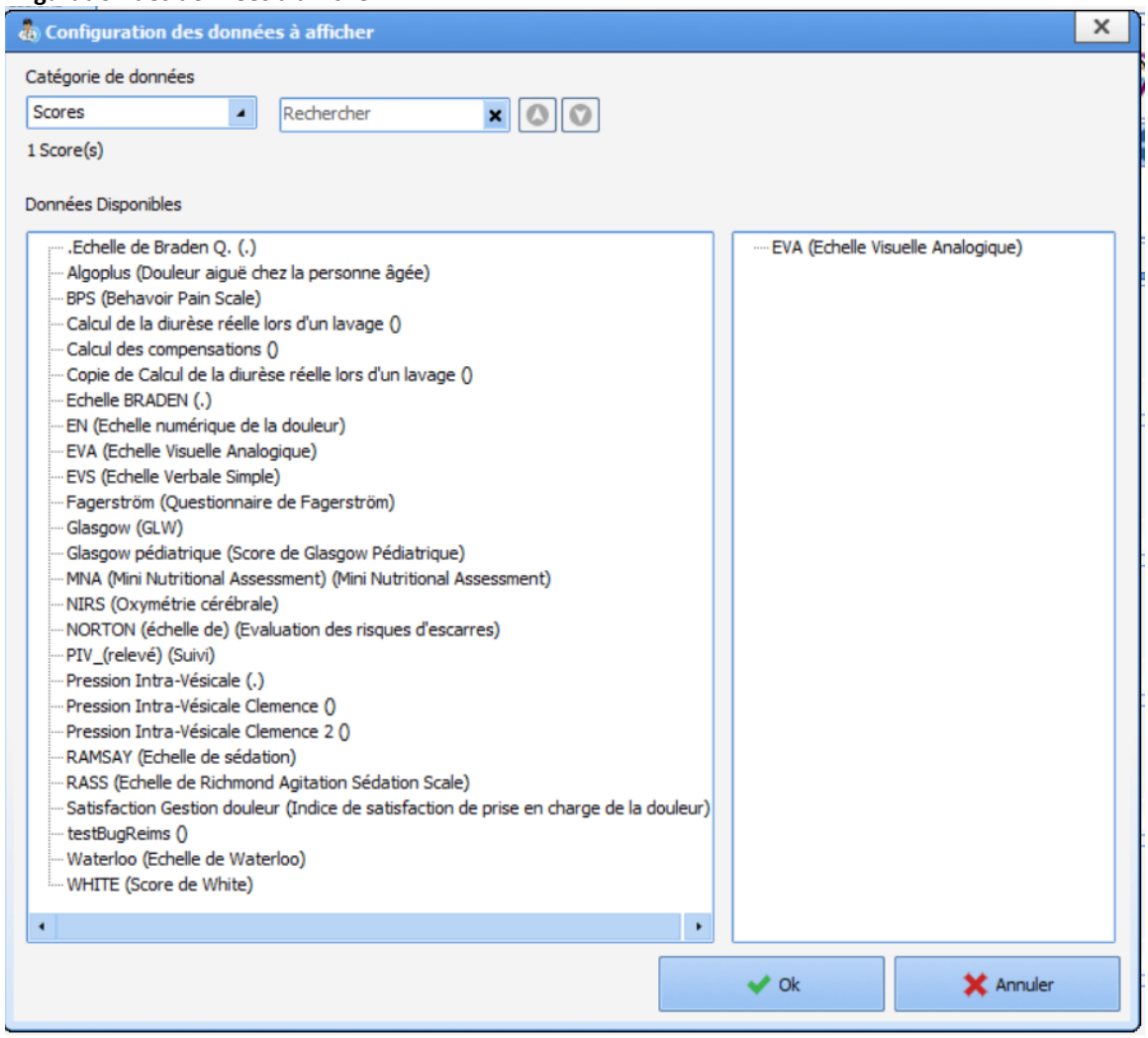


Le clic sur chaque élement propose à l'utilisateur de supprimer (=réaliser) l'élément , de l'annuler ou de le replanifier :



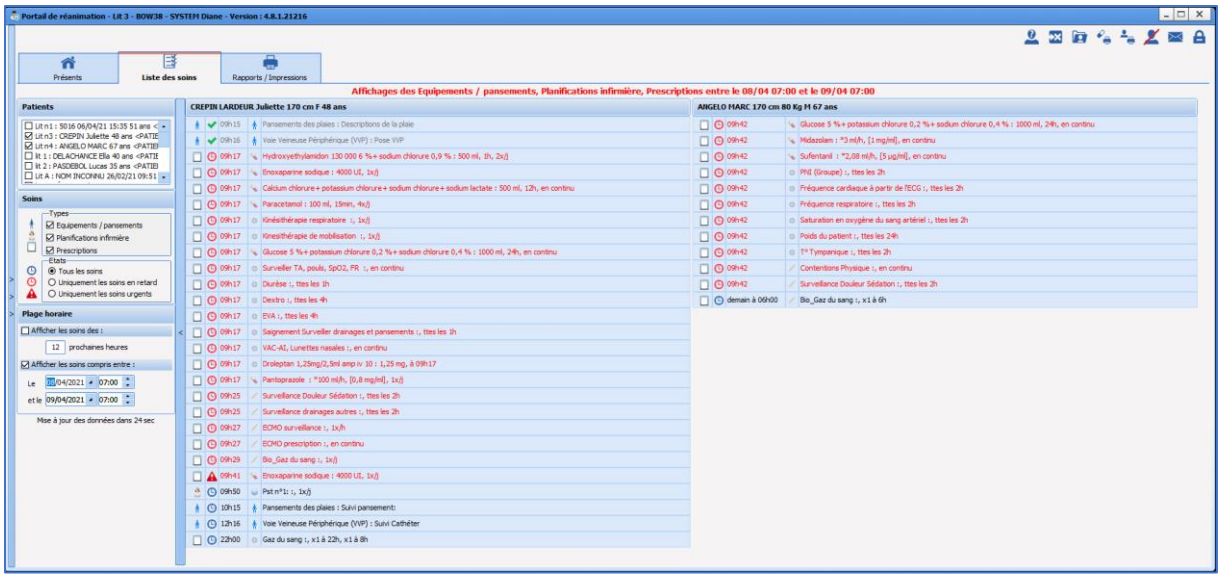
Si des favoris d'affichage ont été enregistrés au niveau de la configuration du portail, le clic sur le bouton  affiche la liste des favoris. La sélection d'un favori initialise la zone avec les données configurées dans le favori si elles ont été saisies dans le dossier.

Le clic sur le bouton  permet d'ajouter et/ou de supprimer les données affichées via la fenêtre **Configuration des données à afficher** :

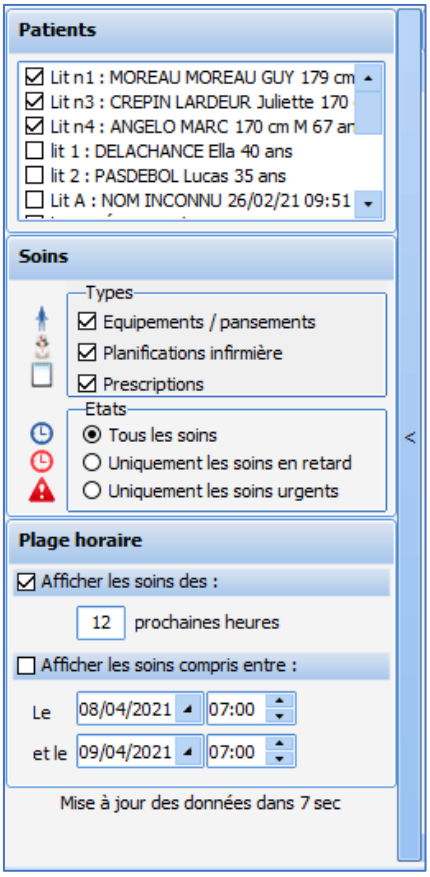


2.6.3 Liste des soins

La liste des soins est accessible depuis l'onglet **Liste des soins** du module **Liste des patients** (ou **Cockpit**). Elle permet aux soignants de visualiser l'ensemble des soins à prodiguer aux patients sélectionnés sur une plage horaire donnée.



Un clic sur l'icône du type de soin d'un élément de cette liste permet d'atteindre directement le soin concerné sur le plan de soins du patient. Les soins sont affichés sur le portail, en revanche leur validation ne peut s'effectuer que sur le dossier du patient.

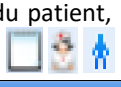


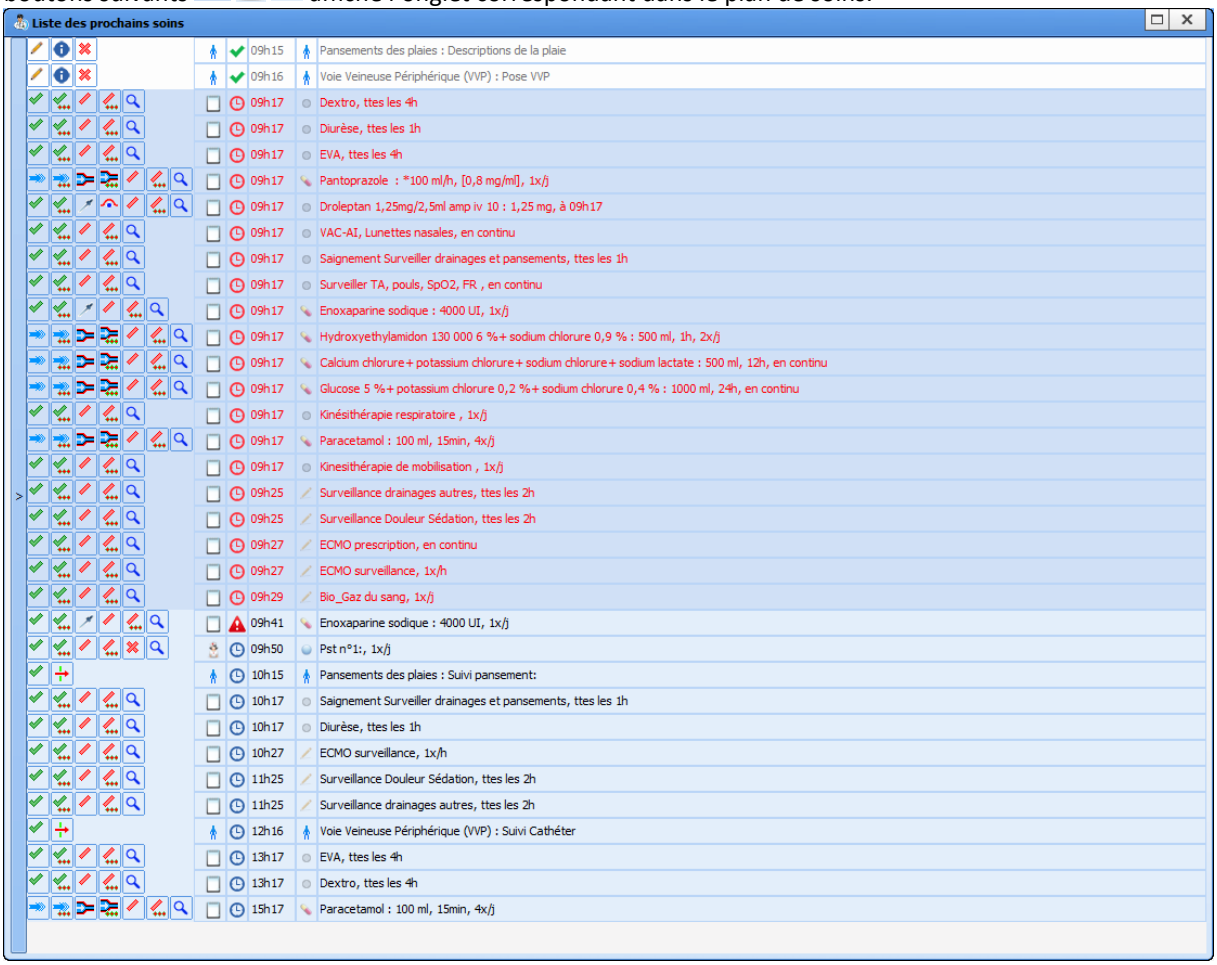
Cette fenêtre de sélection rétractable permet de filtrer :

- Les patients (par défaut, les patients à la charge du soignant connecté sont affichés)
- Les types de soins à afficher :
    - Equipements/pansements (dispositifs médicaux du schéma corporel)
    - Planifications infirmière
    - Prescriptions

- L'état des soins :
    - Tous les soins
    - Uniquement les soins en retard
    - Uniquement les soins urgents
- La plage horaire, 2 solutions sont possibles :
    - Afficher les soins des X prochaines heures
    - Afficher les soins compris entre 2 dates/heures

Quelle que soit la plage horaire sélectionnée, les soins "en retard" sont systématiquement affichés (en rouge).

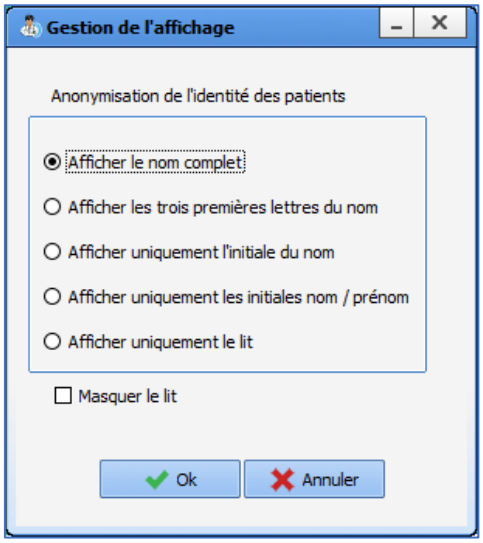
Dans le dossier du patient, la liste des soins est disponible via un clic sur le bouton  . Le clic sur l'un des boutons suivants  affiche l'onglet correspondant dans le plan de soins.



A partir de cette fenêtre, l'utilisateur peut réaliser, ne pas réaliser, démarrer, préciser la dilution, afficher la prescription, … en cliquant sur les icônes correspondantes. Les icônes varient en fonction du type de prescription de la même manière que dans le plan de soin.
Seule la première validation est possible depuis la liste des soins. Les actions sur un traitement déjà débuté ne peuvent se faire que depuis le plan de soin (modification de débit, etc …).
Après validation, la ligne blanchit. A ce stade, elle pourra être annulée en cas d'erreur. Le soin validé disparaîtra de la liste de soins après un délai pré paramétré (5 minutes par défaut).

2.6.4 Anonymisation des lits

Le bouton  permet d'anonymiser l'identité des patients visibles sur les postes distants.

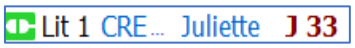


Dans cette fenêtre, se trouvent cinq boutons :

- **Afficher le nom complet** : option sélectionnée par défaut



- **Afficher les trois premières lettres du nom** :



L'ajout des « … » à la suite des trois premières lettres du nom du patient permet de visualiser que le nom n'est pas affiché entièrement

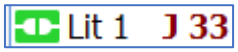
- **Afficher uniquement l'initiale du nom** :



- **Afficher uniquement les initiales nom / prénom**



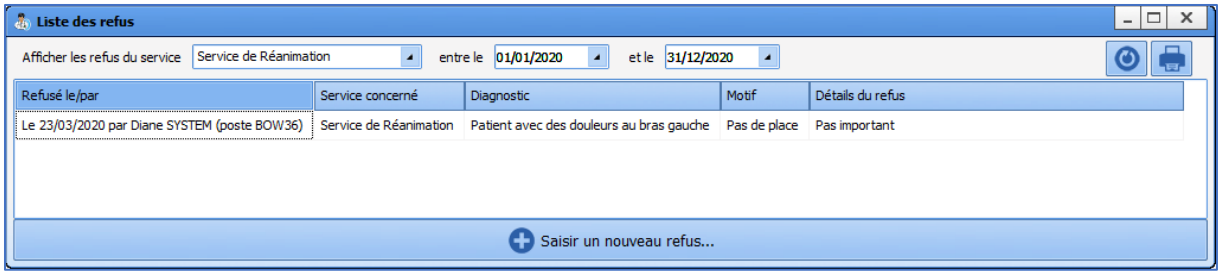
- **Afficher uniquement le lit** : Si cette option est sélectionnée, la case à cocher **Masquer le lit** est grisée, non cochée et non modifiable.



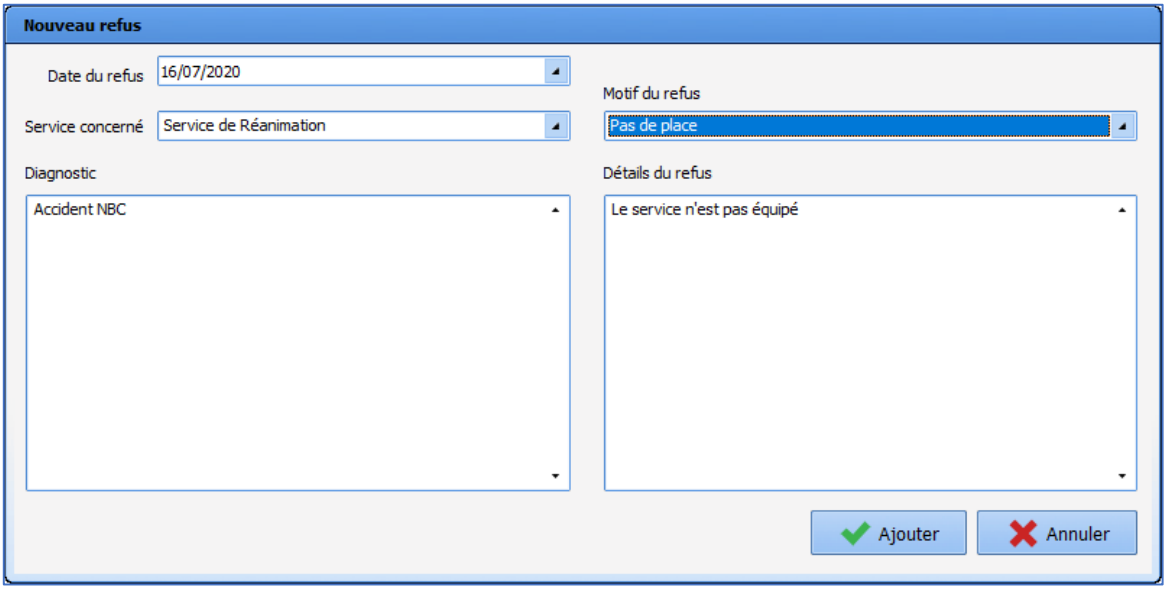
Attention : L'anonymisation ne touche pas le ou les patients du poste maitre.

2.6.5 La Gestion des refus

Le bouton  (**gestion des refus en haut à droite du portail patient**) ouvre la fenêtre ci-dessous, vous avez alors la liste de tous les refus de prise en charge dans votre service, la date et le motif. Vous pouvez ajouter un refus en cliquant sur le bouton **Saisir un nouveau refus …** et choisir le motif.



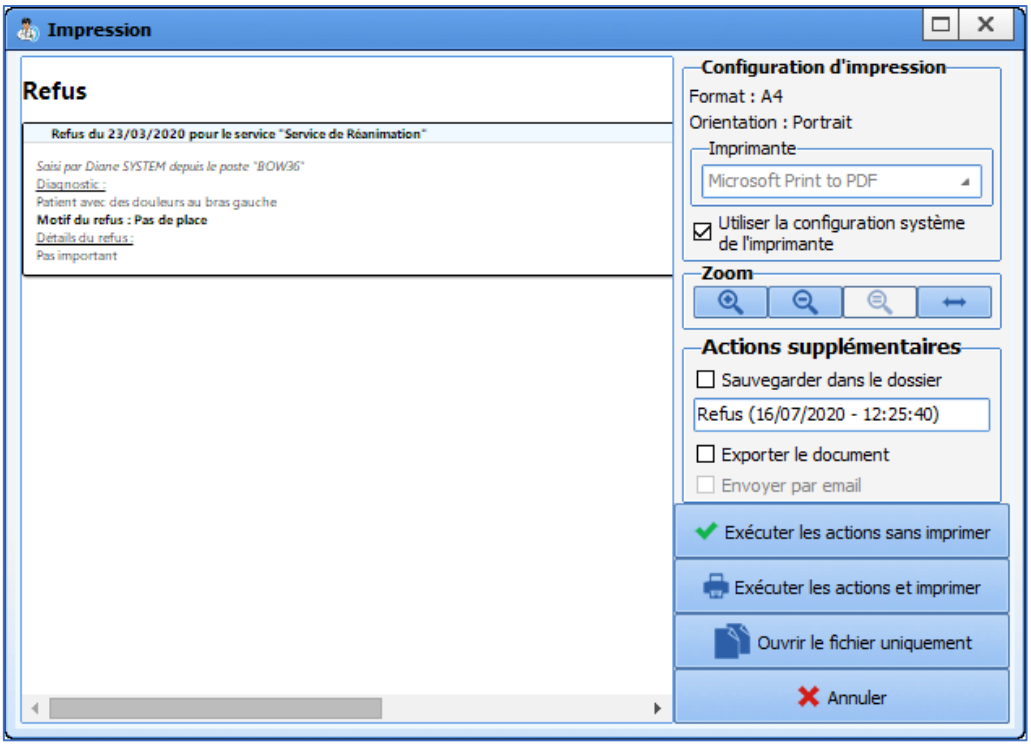
Saisir un nouveau refus :



Supprimer : pour supprimer une ligne de motif de refus, cliquez sur le bouton droit de votre souris et choisissez **Supprimer**. Il n'est pas possible de modifier un motif de refus. Celui-ci doit être supprimer puis un nouveau motif devra être recréé.

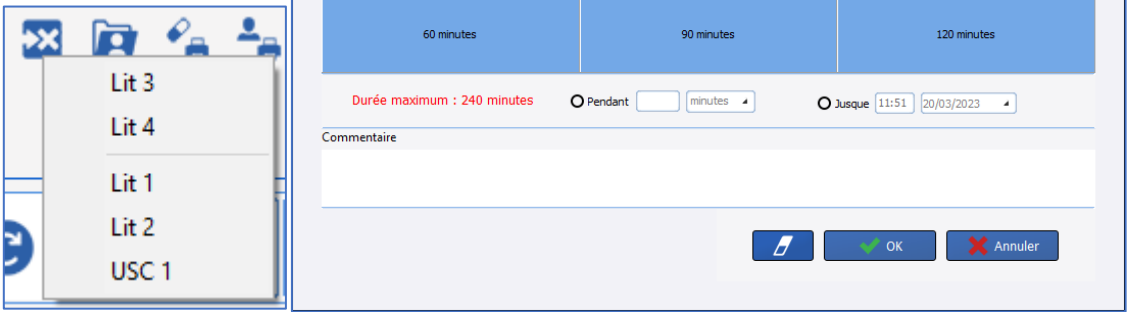
Actualiser : pour actualiser la liste des refus, cliquez sur  . Ce bouton est utile pour être certain d'avoir toutes les informations. Ainsi, chaque poste a la capacité de créer un motif de refus.

Imprimer : pour imprimer la liste des refus, cliquez sur  , vous déclenchez l'ouverture de la fenêtre suivante :



2.6.6 L'indisponibilité de lits

En appuyant sur le bouton d'indisponibilité de lits  , un menu apparaît et donne la possibilité de rendre momentanément un lit indisponible, ce qui permet, par exemple de gérer, le délai de réfection de la chambre entre 2 patients.

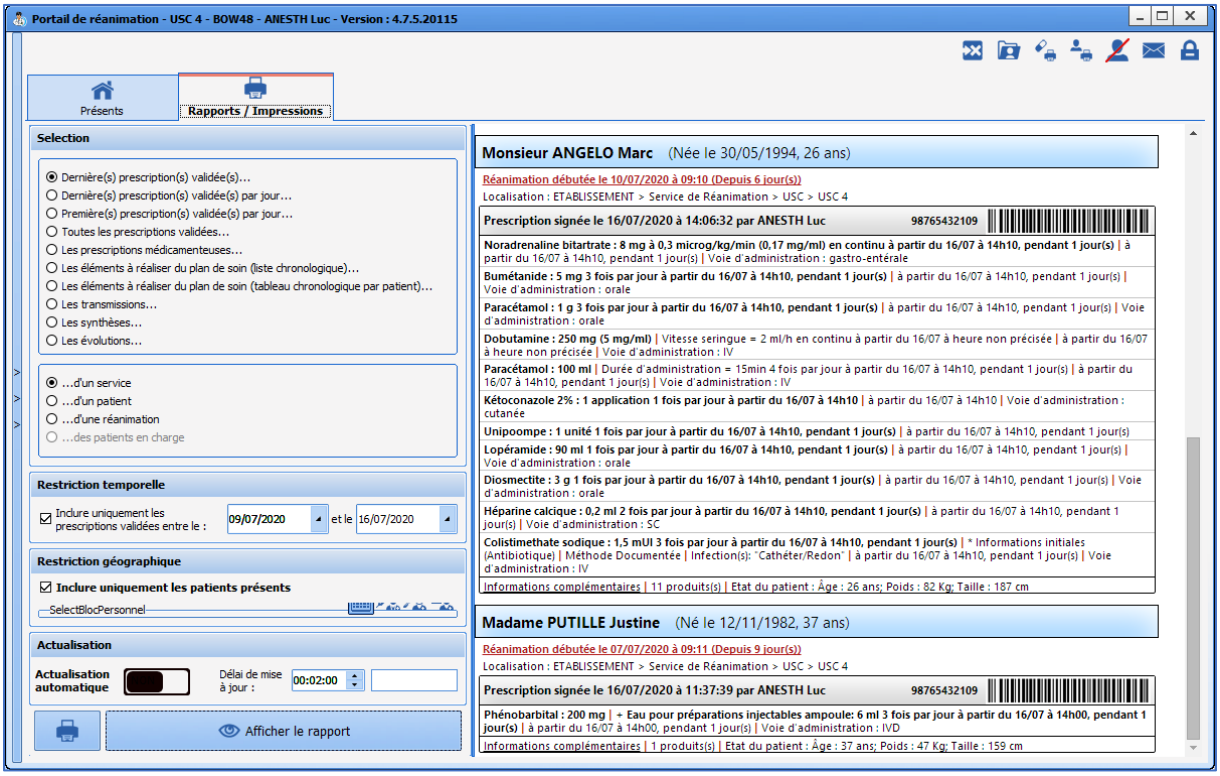


Dans le cockpit, l'indisponibilité du lit est facilement identifiable. Si un commentaire a été saisi, il est affiché.

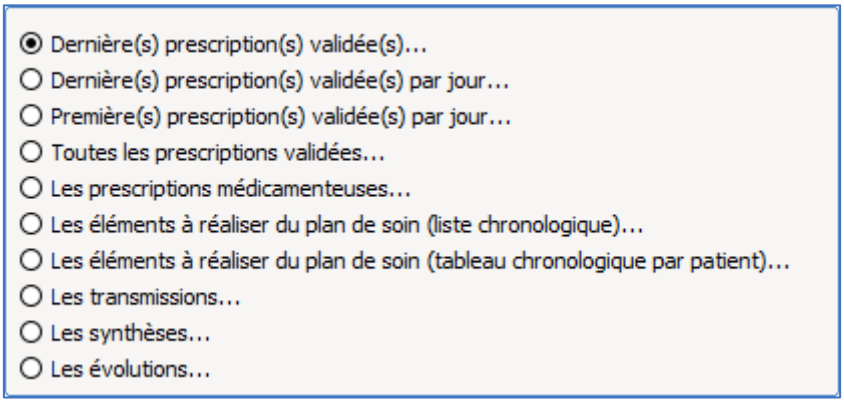


2.6.7 Le rapport d'impression

Cette page permet d'avoir la visualisation et l'impression de rapports concernant les informations des dossiers patient.



On peut sélectionner le type d'information que l'on veut visualiser dans la colonne de gauche.



1 : Les dernière(s) prescription(s) validée(s) ... (par défaut) - Cette option permet d'afficher la dernière prescription en date de chaque patient concerné par les autres filtres.

2 : Les dernière(s) prescription(s) validée(s) par jour - Cette option permet d'afficher la dernière prescription de chaque patient.

3 : Les première(s) prescription(s) validée(s) par jour - Cette option permet d'afficher la première prescription de chaque patient.

4 : Toutes les prescriptions validée(s) - Cette option permet d'afficher toutes les prescriptions sauf celles en cours de rédaction.

5 : **Les éléments à réaliser du plan de soins (liste chronologique)** - Cette option permet d'afficher les éléments du plan de soin qui n'ont pas encore été réalisés (affichage sous forme de liste).

6 : Les éléments à réaliser du plan de soins (tableau chronologique par patient) - Cette option permet d'afficher les éléments du plan de soins qui n'ont pas encore été réalisés (affichage sous forme de tableau).

7 : **Les transmissions** - Cette option permet d'afficher les transmissions entre personnels paramédicaux (IDE, Kinés, Diététiciennes ...).

8 : **Les synthèses** - Cette option permet d'afficher les synthèses des patients.

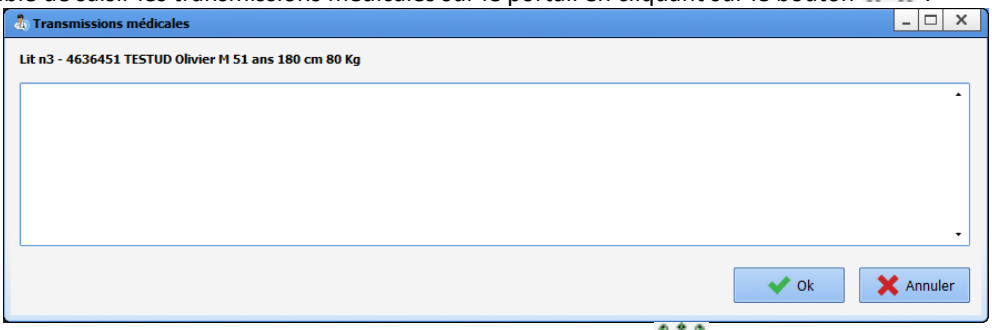
9 : **Les évolutions** - Cette option permet d'afficher les évolutions des patients.

Il est également possible d'afficher les données précédentes pour tout le service, pour un patient, pour une unité de réanimation ou pour les patients dont on a pris la charge.

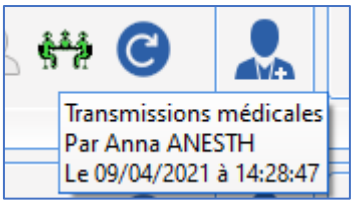


2.6.8 Transmissions médicales

Il est possible de saisir les transmissions médicales sur le portail en cliquant sur le bouton  :



Une fois que des transmissions ont été saisies, l'icône devient verte  . Le survol à la souris indique qui a effectué la saisie et à quelle date.



2.6.9 Statut de l'identité INS

Le statut de l'identité du patient est identifiable sur le portail via le texte **INS** de couleur située après le numéro de lit :

- INS gris = Identité inconnue
- INS rouge = Identité provisoire
- INS bleu = Identité récupérée
- INS jaune = Identité validée
- INS vert = Identité qualifiée

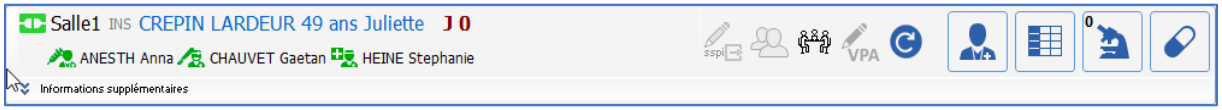
Le survol du **INS** affiche le statut de l'identité.

2.6.10 Affichage du personnel

2.6.10.1 Anesthésie

En anesthésie (Bloc ou Réveil), le cockpit affiche le personnel présent suivant :

- Anesthésiste
- Chirurgien
- Infirmier anesthésiste



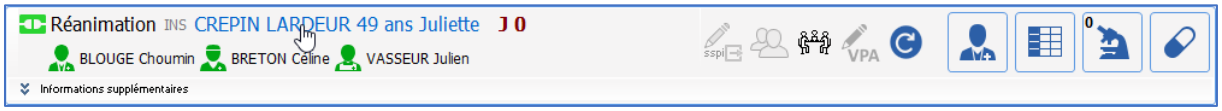
L'anesthésiste responsable est représenté par une icône bleue

Si plusieurs personnes de ces catégories sont présentes, seule la première personne ayant saisi sa présence est affichée.

2.6.10.2 Réanimation

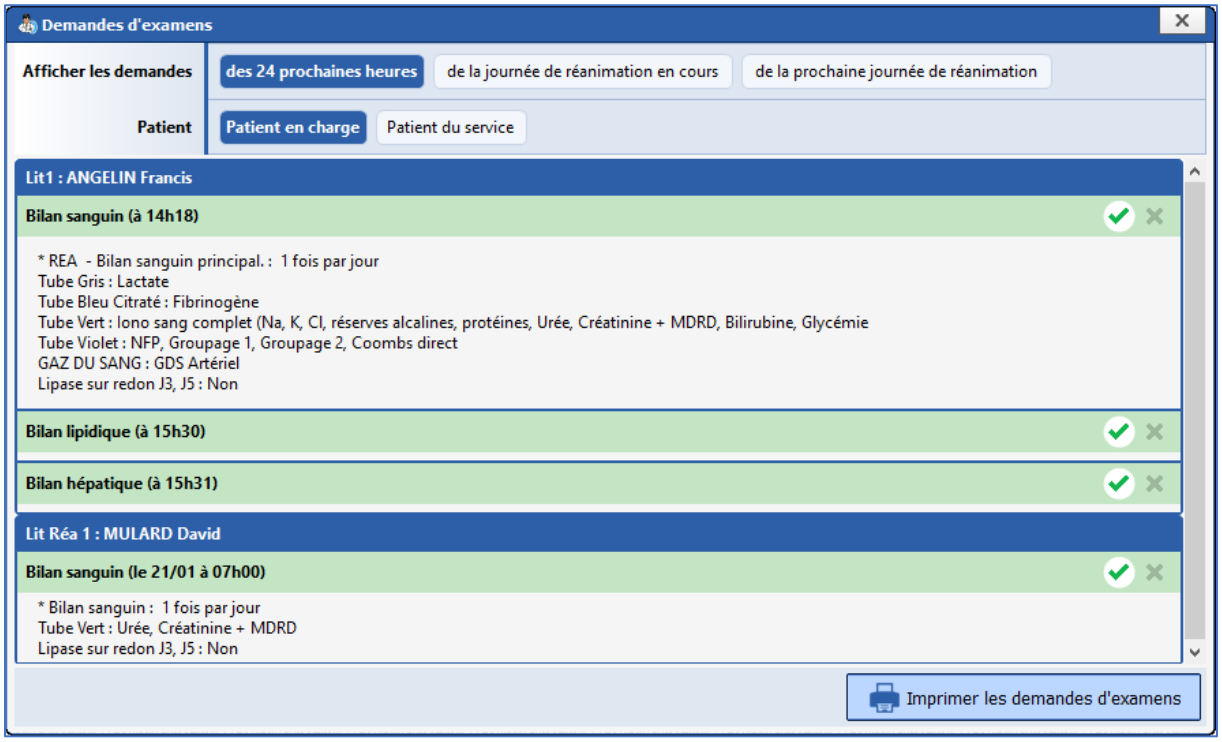
En réanimation, le cockpit affiche le personnel responsable suivant :

- Réanimateur
- Infirmier
- Aide-soignant



2.6.11 Liste des prélèvements à effectuer

Il est possible d'imprimer une liste éditable depuis le cockpit permettant de lister les bilans à réaliser et les prélèvements sanguins à effectuer.



Deux filtres sont disponibles :

- Le premier permet de définir la plage horaire à afficher (24 prochaines heures, journée de réanimation en cours et prochaine journée de réanimation). Si des demandes d'examen sont en retard, elles seront affichées même si elles ne sont pas dans la plage horaire sélectionnée.
- Le deuxième permet de filtrer les patients : patients pris en charge par l'utilisateur connecté ou patients du service.

2.7 Les bandeaux latéraux

Les modules **Per opératoire** et **Post opératoire** de DIANE ANESTHÉSIE (**Visual**) et DIANEREA peuvent afficher des bandeaux latéraux pour afficher des informations liées au dossier.

Pour afficher les bandeaux latéraux, deux boutons sont à disposition dans le bandeau supérieur :  (gauche) et  (droite). S'il n'y a pas de bandeau latéral configuré, le bouton associé n'est pas visible.



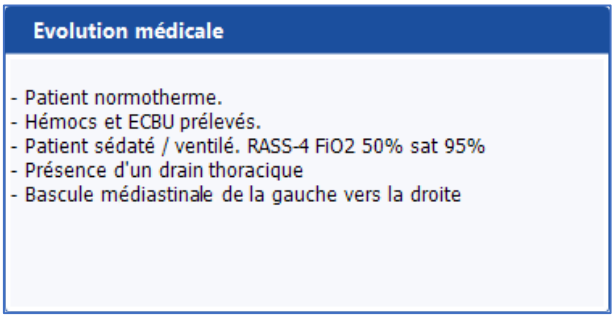
Quand le bandeau est déployé, le bouton a l'apparence suivante :  ou  .

Plusieurs composants peuvent être affichés dans les bandeaux latéraux :

- Eléments importants
- Résultats de laboratoire (visualisation)
- Suivi des dispositifs (visualisation)

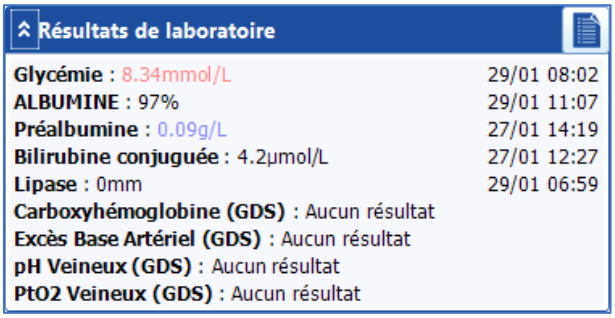
- Visualisation d'une catégorie de document spécifique
- Chronomètres primaire / secondaire
- Paramètres physiologiques
- Balance liquidienne filtrée

2.7.1 Eléments importants



Les données affichées correspondent aux données marquées comme importantes dans les composants de saisie configurés (documents intégrés de type **Evolution médicale**) ainsi que les données importantes de la consultation.
Pour chaque information présente, on retrouve la date de saisie ainsi que le nom du composant souligné en gras (si plusieurs documents ont été configurés pour alimenter les éléments importants).
Si plusieurs données ont été marquées comme importantes depuis un même document, les informations sont saisies les unes sous les autres et précédés d'un tiret **-**.

2.7.2 Résultats de laboratoire (visualisation)



Ce composant est en lecture seule.
La liste des données affichées correspond à celle configurée. Les éléments sont affichés dans l'ordre configuré.
Si une donnée possède plusieurs résultats, seul le dernier est affiché.
Si une donnée n'a pas de résultat, la mention **Aucun résultat** est affichée.
Le bouton  permet d'afficher l'ensemble des résultats du dossier du patient classés par date et dépliables dans une fenêtre. Le fonctionnement est le même que le bouton **Importer par date** des composants de saisie d'évolution.

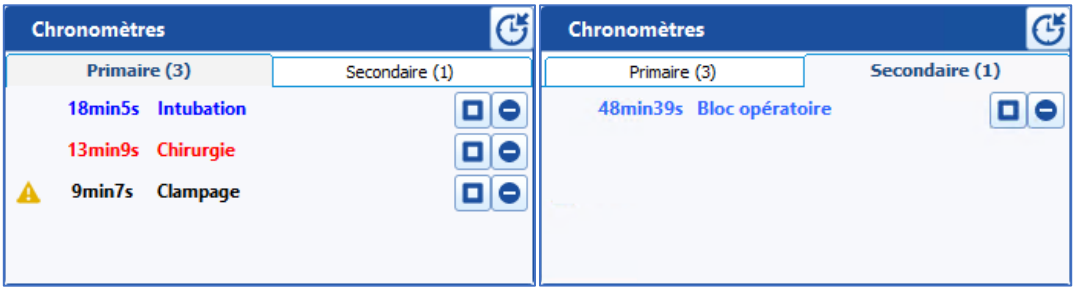
2.7.3 Suivi des dispositifs (visualisation)

Le composant affiche l'ensemble des dispositifs en cours dans le dossier du patient. Pour chaque dispositif, les formulaires programmés sont indiqués avec la date/heure de planification.
Le survol d'un formulaire programmé, pour lequel un précédent formulaire a déjà été renseigné dans le dossier, souligne la ligne et fait apparaitre le détail du dernier formulaire renseigné :

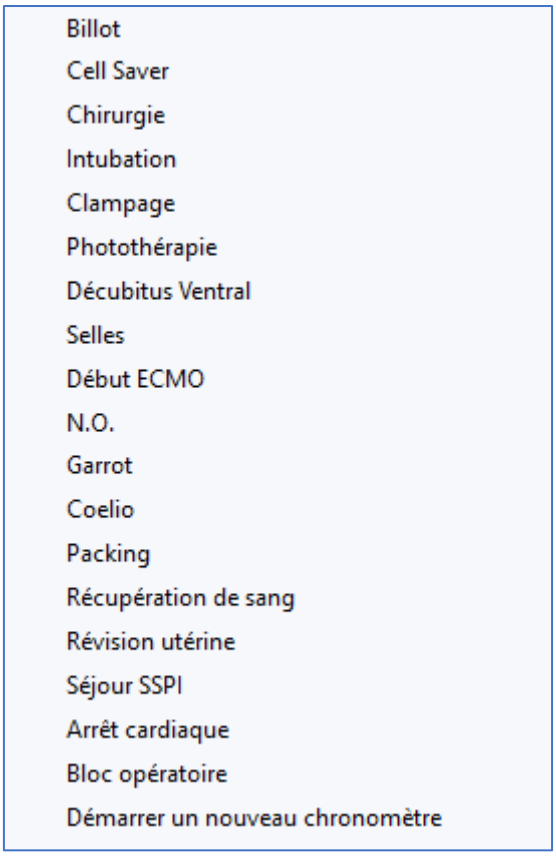


2.7.4 Chronomètres

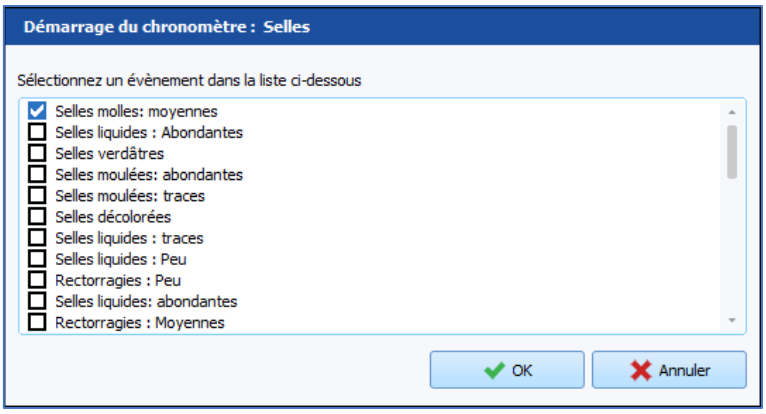
Ce composant affiche les chronomètres déclenchés par des événement ou ajoutés manuellement. Il est possible de leur attribuer une couleur en configuration ainsi que de les répartir en 2 catégories (primaire et secondaire).



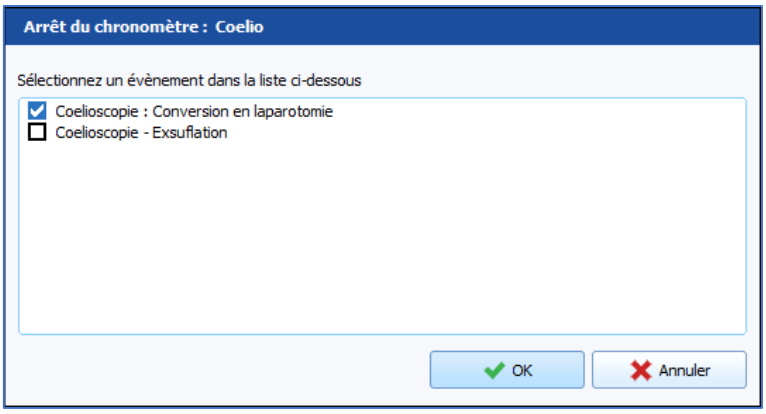
Le clic sur le bouton  affiche un menu permettant de déclencher manuellement un chronomètre.



Si plusieurs événements sont configurés comme déclencheur du démarrage du chronomètre, une fenêtre s'ouvre pour saisir l'événement de début.

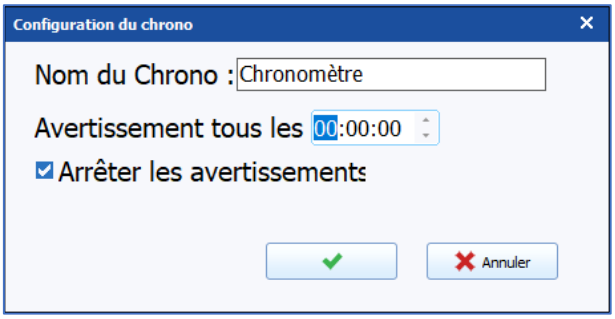


Le bouton  permet d'arrêter le chronomètre. Si plusieurs événements sont configurés comme déclencheur de l'arrêt du chronomètre, une fenêtre s'ouvre pour saisir l'événement de fin.



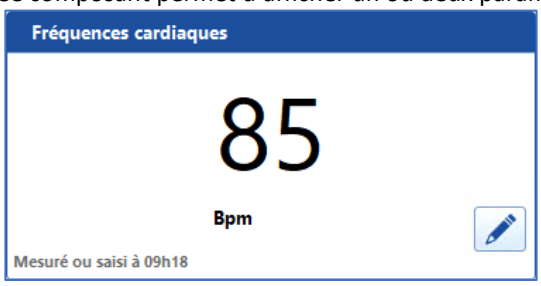
Le bouton  permet de supprimer un chronomètre : la saisie de l'événement déclencheur du démarrage est également supprimée.

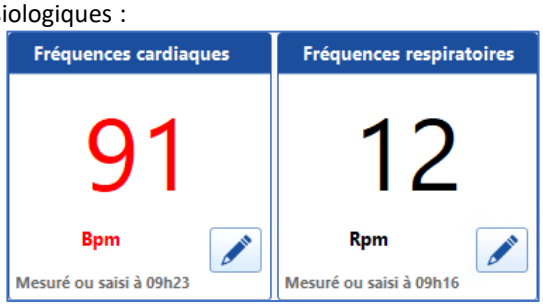
Le bouton  permet de configurer un chronomètre déclenché manuellement.



2.7.5 Paramètres physiologiques

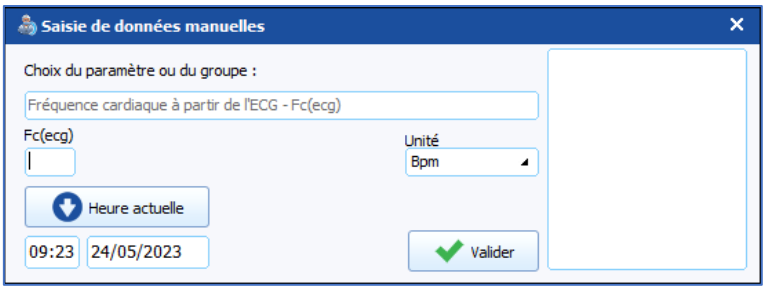
Ce composant permet d'afficher un ou deux paramètres physiologiques :





La donnée affichée est la donnée la plus récente récupérée d'un appareil biomédical ou saisie manuellement.

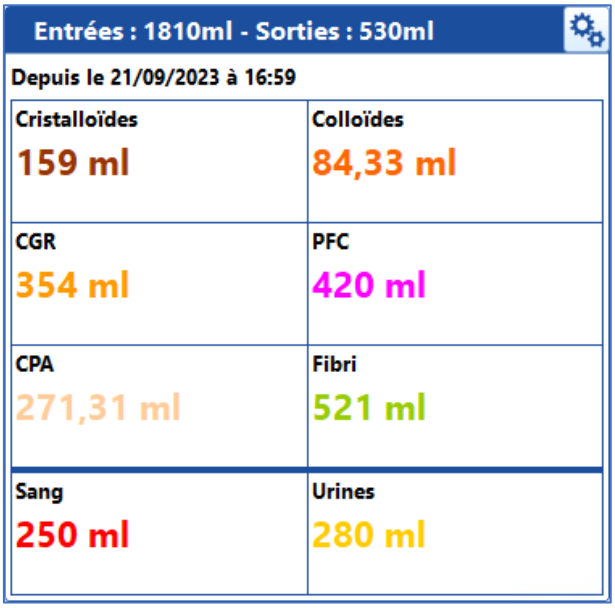
Le clic sur le bouton affiche la fenêtre de saisie de données manuelles. Le choix d'un autre paramètre physiologique n'est pas possible.



2.7.6 MD Balance liquidienne filtrée

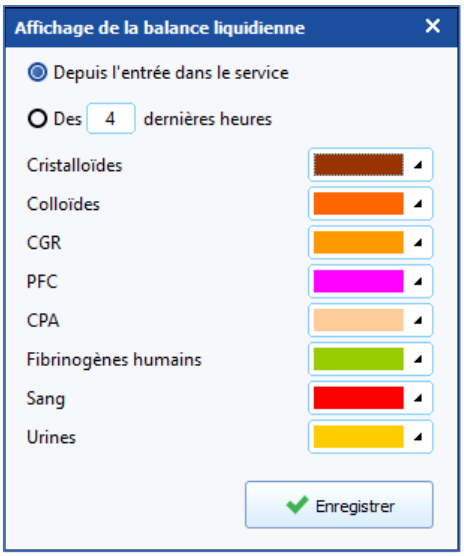
Ce composant permet d'afficher la balance liquidienne filtrée. Six catégories d'entrées et deux de sorties sont affichées :

Entrées	Cristalloïdes Colloïdes CGR PFC CPA Fibri
Sorties	Sang Urines



Le titre du composant affiche le total des entrées et des sorties des liquides des huit catégories affichées dans le composant.

En utilisation, il est possible de modifier les couleurs ainsi que la plage temporelle (BL depuis l'entrée dans le service ou BL des x dernières heures).



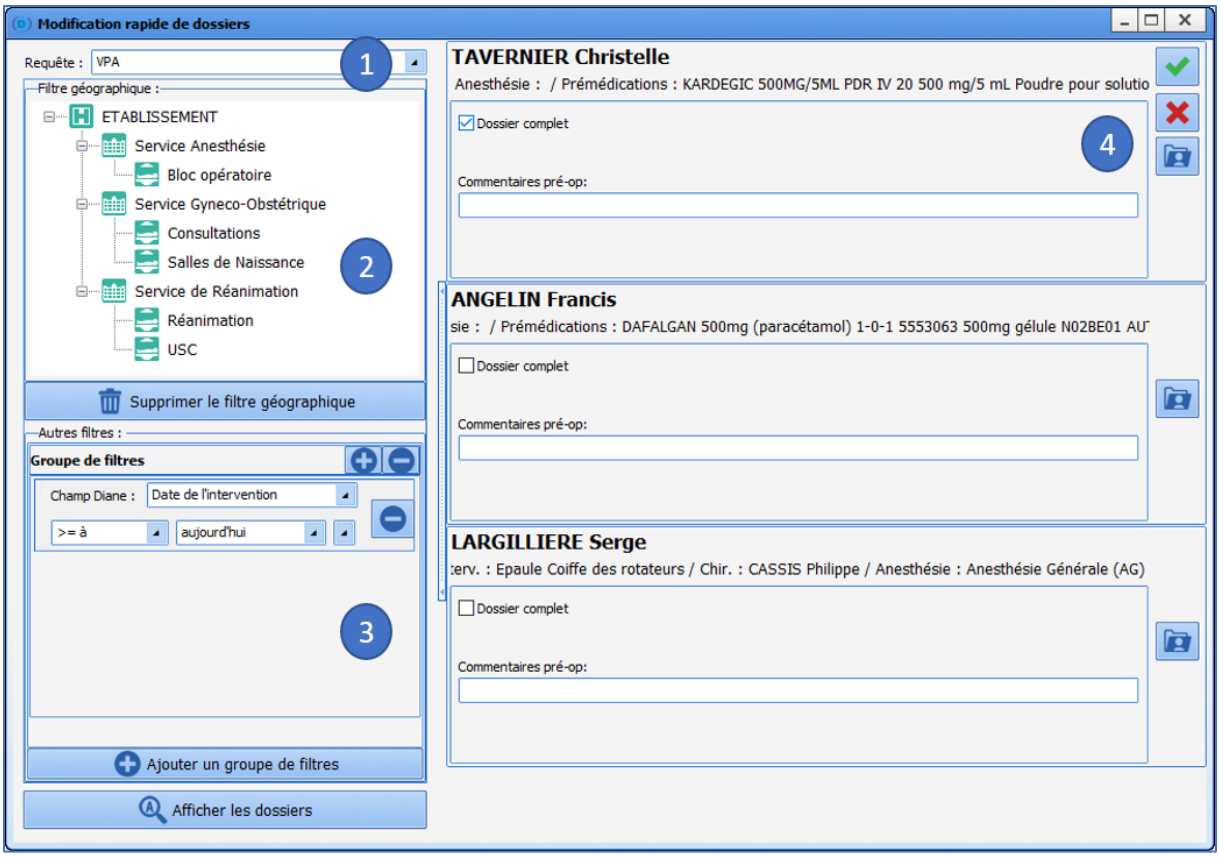
2.8 Le module de Saisie Rapide

Le module de **Saisie rapide** du **Portail DIANE** permet de lister et d'interagir directement avec les dossiers des patients.

La visite pré-anesthésie est une requête classique de ce module : il est possible par exemple de lister tous les patients devant être opérés aujourd'hui et compléter la Visite Pré-anesthésie à partir de cette liste.

Pour accéder au module de **Saisie Rapide**, cliquez sur le bouton **Saisie rapide** du **Portail DIANE**.





1 / Menu déroulant des différentes requêtes patient configurées. La première est celle proposée par défaut.

2 / Filtres géographiques permettant de restreindre la liste à certains services ou blocs.

3 / Les filtres portant sur les données des dossiers de patients. Vous avez la possibilité de modifier ces filtres pour adapter une date ou un chiffre. Dans l'exemple ci-dessus, vous pouvez indiquer **Hier** à la place d'aujourd'hui.

4 / Lorsque la requête est sélectionnée, que les filtres sont affinés si nécessaire, les résultats apparaissent en cliquant sur **Afficher les dossiers**.

La liste apparaît dans la partie de droite. Il est alors possible d'agir sur ces dossiers :

- Soit en remplissant directement les items proposés,
- Soit en cliquant sur  , ce qui aura pour effet d'ouvrir le dossier et ainsi voir des éléments complémentaires avant de la compléter.

A la fermeture du dossier, le retour se fait automatiquement dans la liste.

2.9 Gestion du poids dans DIANE

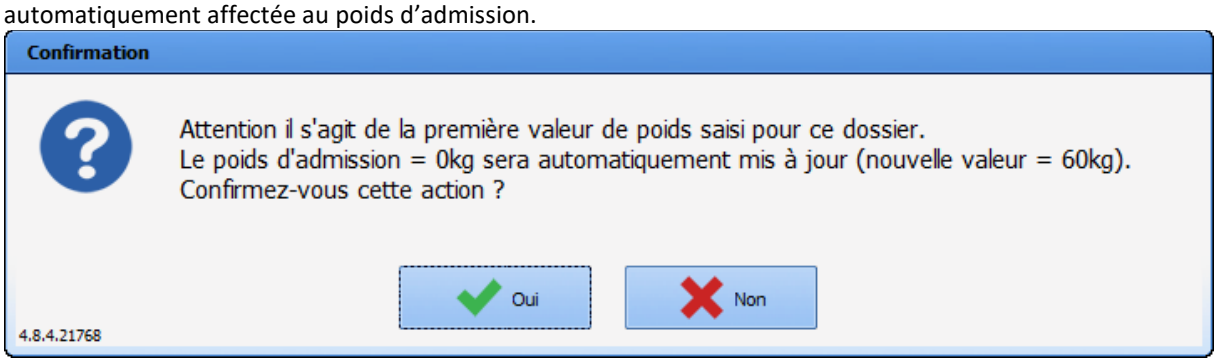
DIANE permet de distinguer plusieurs poids pour un même patient : le poids de naissance, le poids d'admission au début d'une intervention et le poids courant au cours d'une intervention.

Poids de naissance

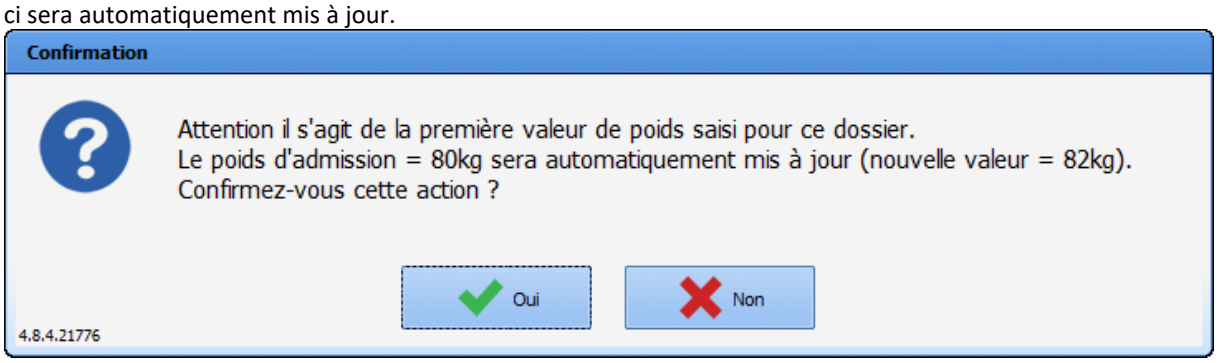
Il s'agit du poids du nouveau-né. Cette donnée peut être affichée dans le bandeau supérieur. Cette donnée est affichée en grammes. La saisie du poids de naissance génère automatiquement la création d'une donnée manuelle à la même date et heure.

Poids d'admission (ou Poids initial)
Il s'agit du poids du patient à l'admission, c'est-à-dire le premier poids renseigné lors d'une nouvelle intervention. Cette donnée peut être affichée dans le bandeau supérieur. Par défaut, la valeur de ce poids est à 0. La saisie du poids d'admission génère automatiquement la création d'une donnée manuelle à la même date et heure.

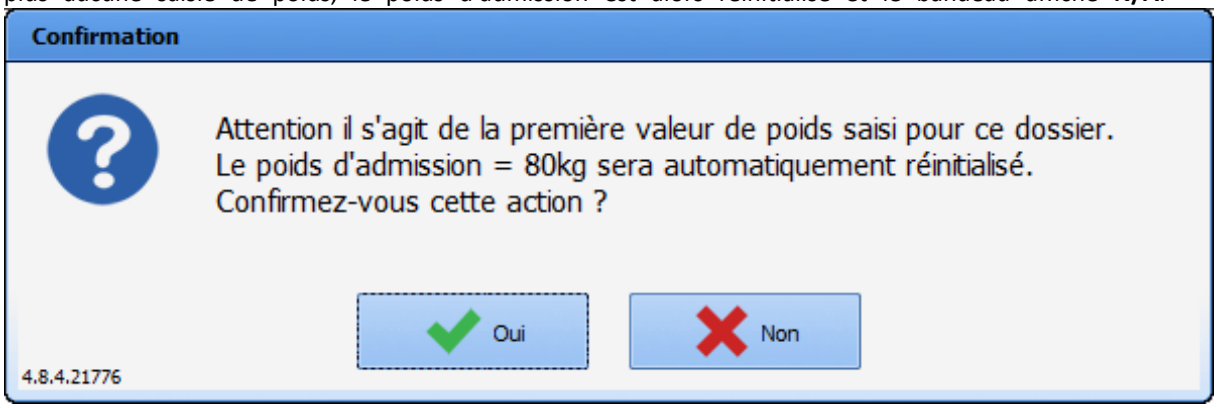
Poids courant
Le poids courant est un paramètre physiologique (donnée manuelle).
Si le poids courant est saisi alors que le poids d'admission ne l'a pas encore été, la valeur saisie sera automatiquement affectée au poids d'admission.



Si la date/heure d'occurrence d'une saisie de poids courant est antérieure à celle du poids d'admission, celui-ci sera automatiquement mis à jour.



Si saisie de poids correspondant au poids d'admission est supprimée, le poids d'admission sera automatiquement mis à jour avec la saisie de poids la plus ancienne du dossier, s'il en existe une. S'il n'y a plus aucune saisie de poids, le poids d'admission est alors réinitialisé et le bandeau affiche **N/A**.



Les poids inférieurs à 10 kg sont affichés en grammes dans le bandeau.

Poids de prescription
Il s'agit du poids du patient lors de la dernière signature de prescription.

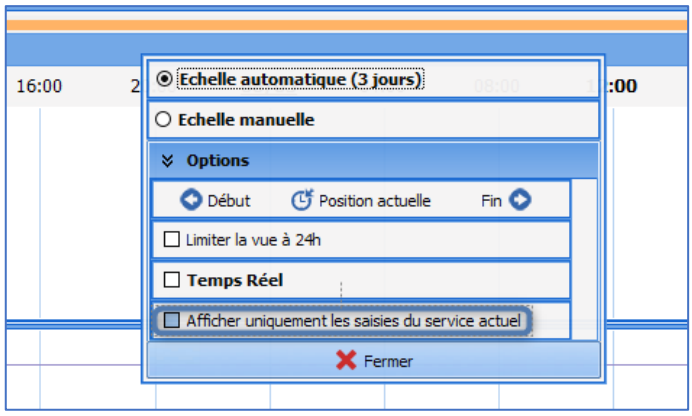
Indice de masse corporelle (IMC ou BMI)
Il existe 2 données de BMI dans DIANE : le **BMI initial** qui se base sur le poids d'admission et le **BMI** (courant).
Le BMI est mis à jour automatiquement en cas de modification du poids courant et/ou de la taille.

Surface corporelle
La surface corporelle peut-être calculée selon plusieurs méthodes (paramétrée par les référents). Elle est mise à jour automatiquement en cas de modification du poids courant et/ou de la taille.

2.10 Affichage des données lors d'un transfert au bloc opératoire depuis un autre service (réanimation / USC)

Lorsqu'un patient est transféré dans un autre service, par exemple un patient hospitalisé en réanimation qui subit une intervention en anesthésie, l'affichage des données liées au dossier de réanimation peut nuire à la lisibilité du dossier d'anesthésie.
La pancarte d'anesthésie permet de fixer la visualisation des saisies réalisées au bloc opératoire afin d'optimiser la prise en charge du patient.

Il est possible de modifier l'affichage en cochant ou décochant la case **Afficher uniquement les saisies du service actuel**.



Les saisies de réanimation peuvent être affichées dans un autre onglet, paramétré par exemple pour trouver facilement l'heure d'administration des dernières injections itératives de type analgésie, antalgie et antibiothérapie.
Ceci permet à l'équipe d'anesthésie de garder son ergonomie de travail et de conserver la possibilité de visualiser à quel moment a eu lieu un événement, a été renseigné une saisie avancée ou une administration médicamenteuse.

2.11 Liste des paramètres physiologiques et des résultats de laboratoire

2.11.1 Paramètres physiologiques

Libellé	Description	Unité	Catégorie
Aa	Aa (Groupe)		Agents anesthésiques halogénés
Aa2	2nd Agent Halogéné (Groupe)	%	Agents anesthésiques halogénés
Aa2e	2nd Agent Halogéné expiré (non spécifié)	%	Agents anesthésiques halogénés
Aa2i	2nd Agent Halogéné inspiré (non spécifié)	%	Agents anesthésiques halogénés
Aae	Agent Halogéné expiré (non spécifié)	%	Agents anesthésiques halogénés
AAFlow	Débit Agent anesthésiant	ml/h	Agents anesthésiques halogénés
Aai	Agent Halogéné inspiré (non spécifié)	%	Agents anesthésiques halogénés
AASupply	Alimentation Agent anesthésiant	mbar	Agents anesthésiques halogénés
Airf	Débit Air	ml/mn	Paramètres respiratoires
AirSupply	Alimentation Air	mbar	Paramètres respiratoires
ANI	Indice de douleur instantané		Anesthésie locorégionale
ANIm	Indice de douleur moyen		Anesthésie locorégionale
AnticoagulationBolus	Volume total d'anticoagulant via bolus	ml	Surveillance rénale
AnticoagulationContinuous	Volume total d'anticoagulant en continu	ml	Surveillance rénale
Are	Argon expiré		Paramètres respiratoires
BAL	Balance (Groupe)		Paramètres respiratoires
BalanceTotalDialyse	Balance totale dialyse	ml	Surveillance rénale
BALe	Balance (non dosé) expiré	%	Paramètres respiratoires
BALi	Balance (non dosé) inspiré	%	Paramètres respiratoires
BC	Nombre de bouffées		Electroencéphalographie
BEEC	Excès de base dans le sang artériel extra-cellulaire (CEC)		Surveillance CEC
BEVIT	Excès de base dans le sang artériel in vitro (CEC)		Surveillance CEC
BEVIV	Excès de base dans le sang artériel in vivo (CEC)		Surveillance CEC
Bilirubine transcutanée	Bilirubine transcutanée	µmol/L	
BIS	Index bispectral		Electroencéphalographie
BISl	Index bispectral de l'hémisphère gauche		Electroencéphalographie
BISr	Index bispectral de l'hémisphère droit		Electroencéphalographie
C	Compliance		Paramètres respiratoires
CaFlow	Débit de calcium	ml/h	Surveillance rénale
Calcium	Calcium		Surveillance rénale
Calcium post-reinj.	Concentration de calcium post-réinjection	mmol/l	Surveillance rénale
CCI	Débit cardiaque continue (entrée)		Surveillance hémodynamique
CCO	Débit cardiaque continue (sortie)		Surveillance hémodynamique
CECP	Pression Mesurée CEC		Surveillance CEC
CECPatCardInd	Index cardiaque patient / BSA (CEC)	ml/mn/m^2	Surveillance CEC
CECPatRatFlow	Débit théorique patient (CEC)		Surveillance CEC
CECPatRelFlow	Débit relatif (actuelle/théorique) (CEC)	%	Surveillance CEC
CECPlegie2TotVol	Volume total de la plégie (pompe CEC 2)		Surveillance CEC
CECPlegieTotVol	Volume total de la plégie (pompe CEC)		Surveillance CEC
CECPompe1_2LastVol	Dernier Volume de dose Pompe CEC 1 & 2		Surveillance CEC

CECPompe1LastVol	Dernier Volume de dose Pompe CEC		Surveillance CEC
CECPompe1TotVol	Volume Total Pompe CEC		Surveillance CEC
CECPompe2Flow	Débit de la pompe CEC 2		Surveillance CEC
CECPompe2LastVol	Dernier Volume de dose Pompe CEC 2		Surveillance CEC
CECPompe2Pressure	Pression de la pompe CEC 2		Surveillance CEC
CECPompe2RPM	Rotation Par Minutes de la pompe CEC 2		Surveillance CEC
CECPompe2TotVol	Volume Total Pompe CEC 2		Surveillance CEC
CECPompe3Flow	Débit de la pompe CEC 3		Surveillance CEC
CECPompe3Pressure	Pression de la pompe CEC 3		Surveillance CEC
CECPompe3RPM	Rotation Par Minutes de la pompe CEC 3		Surveillance CEC
CECPompeFlow	Débit de la pompe CEC		Surveillance CEC
CECPompePressure	Pression de la pompe CEC		Surveillance CEC
CECPompeRPM	Rotation Par Minutes de la pompe CEC		Surveillance CEC
CECTV	Volume Total CEC		Surveillance CEC
Ceto(Cap)	Cétonémie capillaire	mmol/l	
CFI	Index de fonction cardiaque	Rpm	Fréquences cardiaques
Chute pression	Chute de pression	mmHg	Surveillance rénale
CI	Débit cardiaque (entrée)		Surveillance hémodynamique
CiFlow	Débit Citrate	ml/h	Surveillance rénale
Citrate	Citrate	mmol/l	Surveillance rénale
Cl	Concentration de Chloride		
CO	Débit cardiaque (sortie)	ml/mn	
CO2	CO2 (Groupe)		Paramètres respiratoires
CO2e	Gaz carbonique expiré	mmHg	Paramètres respiratoires
CO2Flow	Débit Dioxyde de carbone CO2		Paramètres respiratoires
CO2i	Gaz carbonique inspiré	mmHg	Paramètres respiratoires
COHb	Carboxyhémoglobine		
Conc. Citrate	Concentration de citrate	mmol/l	Surveillance rénale
CPAP	Pression positive circuit air	mmHg	Paramètres respiratoires
CRF	Capacité résiduelle fonctionnelle	ml	Paramètres respiratoires
DBC(NMT)	Nombre de DB (Double Burst)		Train-of-Four
Débit dialysat	Débit du dialysat	ml/h	Surveillance rénale
Débit effluent	Débit de la pompe à effluent	ml/h	Surveillance rénale
Débit Heparine	Débit Héparine	ml/h	Surveillance rénale
Débit post-dilution	Débit de la pompe à injection post-dilution	ml/h	Surveillance rénale
Débit pre-dilution	Débit de la pompe à injection pré-dilution	ml/h	Surveillance rénale
Débit pre-pompe sang	Débit de la pré-pompe à sang	ml/h	Surveillance rénale
Débit Sang	Débit du sang	ml/mn	Surveillance rénale
Débit Substitution	Débit de substitution	ml/h	Surveillance rénale
Débit UF	Débit UltraFiltration	ml/h	Surveillance rénale
Des	Desflurane (Groupe)		Agents anesthésiques halogénés
Dese	Desflurane expiré	%	Agents anesthésiques halogénés
DesFlow	Débit Desflurane	ml/h	Agents anesthésiques halogénés
Desi	Desflurane inspiré	%	Agents anesthésiques halogénés
DesO2Hb	Désoxyhémoglobine		
DesSupply	Alimentation Desflurane	mbar	Agents anesthésiques halogénés
DialysateTotal	Volume total du dialysat	ml	Surveillance rénale
DiamPup	Diamètre initial pupille	mm	
Diurèse	Diurèse		Surveillance rénale
DO2	Espace mort relatif	%	Paramètres respiratoires
Dose effluent	Dose d'effluent	ml/kg/h	Surveillance rénale

DU	Densité urinaire		Surveillance rénale
EE	Dépense énergétique	kCal/24h	Paramètres respiratoires
Effluent	Volume d'effluent	ml	Surveillance rénale
EMG	Electromyographie		
EMGl	Electromyographie droit	dB	Electroencéphalographie
EMGr	Electromyographie gauche	dB	Electroencéphalographie
Energie	Indice Energie		Anesthésie locorégionale
Enf	Enflurane (Groupe)		Agents anesthésiques halogénés
Enfe	Enflurane expiré	%	Agents anesthésiques halogénés
EnfFlow	Débit Enflurane	ml/h	Agents anesthésiques halogénés
Enfi	Enflurane inspiré	%	Agents anesthésiques halogénés
EnfSupply	Alimentation Enflurane	mbar	Agents anesthésiques halogénés
Ent RE	Réponse entropie (Response Entropy)		Electroencéphalographie
Ent SE	Etat entropie (State Entropy)		Electroencéphalographie
EPE	Eau Pulmonaire Extravasculaire	ml	Surveillance hémodynamique
EPEi	Eau Pulmonaire Extravasculaire indexé	ml	Surveillance hémodynamique
Ethanol	Ethanol		Paramètres respiratoires
Ethanole	Ethanol expiré	mmHg	Paramètres respiratoires
Ethanoli	Ethanol inspiré	mmHg	Paramètres respiratoires
Exces de base	Excès de base		
Fc	Fréquence cardiaque	Bpm	Fréquences cardiaques
FC Impédance Cardiographie	Fréquence cardiaque issue de l'impédance de la cardiographie	Bpm	Fréquences cardiaques
Fc(ecg)	Fréquence cardiaque à partir de l'ECG	Bpm	Fréquences cardiaques
Fc(pni)	Fréquence cardiaque à partir de la PNI	Bpm	Fréquences cardiaques
Fc(Sp02)	Fréquence cardiaque à partir de la SPO2	Bpm	Fréquences cardiaques
FcBB	Fréquence cardiaque battement à battement (ECG)	Bpm	Fréquences cardiaques
FcF	Fréquence cardiaque du fœtus	Bpm	Surveillance obstétrique
FcF2	Fréquence cardiaque du 2nd fœtus	Bpm	Surveillance obstétrique
FcNS	Fréquence cardiaque non spécifiée		Fréquences cardiaques
FcP1	Fréquence cardiaque pression invasive 1	Bpm	Fréquences cardiaques
FcP2	Fréquence cardiaque pression invasive 2	Bpm	Fréquences cardiaques
FcP3	Fréquence cardiaque pression invasive 3	Bpm	Fréquences cardiaques
FiltrateVolume	Volume total filtré	ml	Surveillance rénale
FiO2	Oxygène inspiré fractionnel	mmHg	Paramètres respiratoires
Fr	Fréquence respiratoire	Rpm	Fréquences respiratoires
Fr(Acous)	Fréquence respiratoire acoustique	Rpm	Fréquences respiratoires
Fr(ecg)	Fréquence respiratoire à partir de l'ECG	Rpm	Fréquences respiratoires
Fr(Ext.)	Fréquence respiratoire extérieure	Rpm	Fréquences respiratoires
Fr(Gaz)	Fréquence respiratoire à partir de la mesure du gaz	Rpm	Fréquences respiratoires
Fr(Respi)	Fréquence respiratoire du respirateur	Rpm	Fréquences respiratoires
Fr(Spon)	Fréquence respiratoire spontanée	Rpm	Fréquences respiratoires
Fract. filtration	Fraction de filtration	%	Surveillance rénale
FrBB	Fréquence respiratoire battement à battement		Fréquences respiratoires
FrCO2	Fréquence respiratoire issu du CO2		Fréquences respiratoires
FrMax(Respi)	Fréquence respiratoire maximale du respirateur	Rpm	Paramètres respiratoires
FrMin(Respi)	Fréquence respiratoire minimale du respirateur	Rpm	Paramètres respiratoires
FrN2O	Fréquence respiratoire issu du NO2		Fréquences respiratoires
FrNO	Fréquence respiratoire NO		Fréquences respiratoires
FrO2	Fréquence respiratoire issu du O2		Fréquences respiratoires

FrPleth	Fréquence respiratoire depuis la pléthysmographie	Rpm	Fréquences respiratoires
FrTI	Fréquence respiratoire TI		Fréquences respiratoires
Gasf	Débit Gaz	ml/mn	Paramètres respiratoires
GasSupply	Alimentation de gaz (pression ou autre)	ml	Paramètres respiratoires
Gaz	Gaz (Groupe)		Paramètres respiratoires
Gaze	Gaz Expiré		Paramètres respiratoires
Gazi	Gaz Inspiré		Paramètres respiratoires
Glu(cap)	Glycémie capillaire	mg/ml	
Glycémie	Glycémie	mg/ml	
Hal	Halothane (Groupe)		Agents anesthésiques halogénés
Hale	Halothane expiré	%	Agents anesthésiques halogénés
HalFlow	Débit Halothane	ml/h	Agents anesthésiques halogénés
Hali	Halothane inspiré	%	Agents anesthésiques halogénés
HalSupply	Alimentation Halothane	mbar	Agents anesthésiques halogénés
HCO3	Concentration de bicarbonate à patient temp		
HCO3_37	Concentration de bicarbonate à 37°C		
HeatPower	Puissance chauffage mesurée	%	
HeatPowerSet	Réglage puissance chauffage	%	
Hee	Hélium expiré		Paramètres respiratoires
HemoCue	Mesure directe de l'hémoglobine	g/dl	
Hep	Concentration d'héparine		
HPI	Hypotension Prediction Index)		
Humidity	Taux d'humidité mesurée	%	Couveuse
HumiditySet	Taux d'humidité réglée	%	Couveuse
I/e	Rapport Inspiration Expiration		Paramètres respiratoires
iCa	Calcium ionisé	mg/ml	
iCFi	Index de fonction cardiaque intermitent (Bolus)	Rpm	Fréquences cardiaques
Iso	Isoflurane (Groupe)		Agents anesthésiques halogénés
Isoe	Isoflurane expiré	%	Agents anesthésiques halogénés
IsoFlow	Débit Isoflurane	ml/h	Agents anesthésiques halogénés
Isoi	Isoflurane inspiré	%	Agents anesthésiques halogénés
IsoSupply	Alimentation Isoflurane	mbar	Agents anesthésiques halogénés
K	Concentration de Potassium		
LeakFlow	Débit fuite	l/mn	Paramètres respiratoires
LeakVol	Volume fuite	%	Paramètres respiratoires
Li	Concentration de Lithium		
LightLevel	Intensité lumineuse	lux	
LVETc	Temps d'Ejection Ventriculaire Gauche corrigé	Bpm	Surveillance hémodynamique
MAC	Concentration Alvéolaire Minimum		Paramètres respiratoires
MACe	Concentration Alvéolaire Minimum expirée	%	Paramètres respiratoires
MACi	Concentration Alvéolaire Minimum inspirée	%	Paramètres respiratoires
MattressSetTemp	Réglage température de matelas	°C	
MattressTemp	Température de matelas mesurée	°C	
MetHb	Méthémoglobine		
MPF	Fréquence de puissance médiane	Hz	Electroencéphalographie
N2	Diazote		Paramètres respiratoires

N2e	Diazote expiré	%	Paramètres respiratoires
N2i	Diazote inspiré	%	Paramètres respiratoires
N2O	N2O (Groupe)		Agents anesthésiques halogénés
N2Oe	Protoxyde d'Azote expiré	%	Agents anesthésiques halogénés
N2Of	Débit N2O	ml/mn	Agents anesthésiques halogénés
N2Oi	Protoxyde d'Azote inspiré	%	Agents anesthésiques halogénés
N2OSupply	Alimentation N2O	mbar	Agents anesthésiques halogénés
Na	Concentration de Sodium		
NO	NO (Groupe)		Paramètres respiratoires
NO2e	Dioxyde d'azote expiré	ppm	Paramètres respiratoires
NOe	NO expiré		Paramètres respiratoires
NOi	NO inspiré		Paramètres respiratoires
NoiseLevel	Niveau de bruit	dB	
O2	O2 (Groupe)		Paramètres respiratoires
O2/Air	Rapport Oxygène / Air		
O2ap	Oxygène du circuit patient		Paramètres respiratoires
O2e	Oxygène expiré	%	Paramètres respiratoires
O2f	Débit O2	ml/mn	Paramètres respiratoires
O2Hb	Oxyhémoglobine		
O2i	Oxygène inspiré	%	Paramètres respiratoires
O2Supply	Alimentation O2	mbar	Paramètres respiratoires
ORI	Index de réserve en oxygène		
P	Pression (Groupe)		Paramètres respiratoires
P1	Pression 1		
P10	Pression invasive 10 (Groupe)		Pressions artérielles
P10d	Pression invasive diastolique 10	mmHg	Pressions artérielles
P10m	Pression invasive moyenne 10	mmHg	Pressions artérielles
P10s	Pression invasive systolique 10	mmHg	Pressions artérielles
P11	Pression invasive 11 (Groupe)		Pressions artérielles
P11d	Pression invasive diastolique 11	mmHg	Pressions artérielles
P11m	Pression invasive moyenne 11	mmHg	Pressions artérielles
P11s	Pression invasive systolique 11	mmHg	Pressions artérielles
P12	Pression invasive 12 (Groupe)		Pressions artérielles
P12d	Pression invasive diastolique 12	mmHg	Pressions artérielles
P12m	Pression invasive moyenne 12	mmHg	Pressions artérielles
P12s	Pression invasive systolique 12	mmHg	Pressions artérielles
P13	Pression invasive 13 (Groupe)		Pressions artérielles
P13d	Pression invasive diastolique 13	mmHg	Pressions artérielles
P13m	Pression invasive moyenne 13	mmHg	Pressions artérielles
P13s	Pression invasive systolique 13	mmHg	Pressions artérielles
P14	Pression invasive 14 (Groupe)		Pressions artérielles
P14d	Pression invasive diastolique 14	mmHg	Pressions artérielles
P14m	Pression invasive moyenne 14	mmHg	Pressions artérielles
P14s	Pression invasive systolique 14	mmHg	Pressions artérielles
P15	Pression invasive 15 (Groupe)		Pressions artérielles
P15d	Pression invasive diastolique 15	mmHg	Pressions artérielles
P15m	Pression invasive moyenne 15	mmHg	Pressions artérielles
P15s	Pression invasive systolique 15	mmHg	Pressions artérielles
P16	Pression Invasive 16 (Groupe)		Pressions artérielles
P16d	Pression invasive diastolique 16	mmHg	Pressions artérielles
P16m	Pression invasive moyenne 16	mmHg	Pressions artérielles
P16s	Pression invasive systolique 16	mmHg	Pressions artérielles

P1d	Pression invasive diastolique 1	mmHg	Pressions artérielles
P1m	Pression invasive moyenne 1	mmHg	Pressions artérielles
P1s	Pression invasive systolique 1	mmHg	Pressions artérielles
P2	Pression 2		
P2d	Pression invasive diastolique 2	mmHg	Pressions artérielles
P2m	Pression invasive moyenne 2	mmHg	Pressions artérielles
P2s	Pression invasive systolique 2	mmHg	Pressions artérielles
P3	Pression 3		
P3d	Pression invasive diastolique 3	mmHg	Pressions artérielles
P3m	Pression invasive moyenne 3	mmHg	Pressions artérielles
P3s	Pression invasive systolique 3	mmHg	Pressions artérielles
P4	Pression 4		Pressions artérielles
P4d	Pression invasive diastolique 4	mmHg	Pressions artérielles
P4m	Pression invasive moyenne 4	mmHg	Pressions artérielles
P4s	Pression invasive systolique 4	mmHg	Pressions artérielles
P5	Pression 5		Pressions artérielles
P5d	Pression invasive diastolique 5	mmHg	Pressions artérielles
P5m	Pression invasive moyenne 5	mmHg	Pressions artérielles
P5s	Pression invasive systolique 5	mmHg	Pressions artérielles
P6	Pression 6		Pressions artérielles
P6d	Pression invasive diastolique 6	mmHg	Pressions artérielles
P6m	Pression invasive moyenne 6	mmHg	Pressions artérielles
P6s	Pression invasive systolique 6	mmHg	Pressions artérielles
P7	Pression invasive 7 (Groupe)		Pressions artérielles
P7d	Pression invasive diastolique 7	mmHg	Pressions artérielles
P7m	Pression invasive moyenne 7	mmHg	Pressions artérielles
P7s	Pression invasive systolique 7	mmHg	Pressions artérielles
P8	Pression invasive 8 (Groupe)		Pressions artérielles
P8d	Pression invasive diastolique 8	mmHg	Pressions artérielles
P8m	Pression invasive moyenne 8	mmHg	Pressions artérielles
P8s	Pression invasive systolique 8	mmHg	Pressions artérielles
P9	Pression invasive 9 (Groupe)		Pressions artérielles
P9d	Pression invasive diastolique 9	mmHg	Pressions artérielles
P9m	Pression invasive moyenne 9	mmHg	Pressions artérielles
P9s	Pression invasive systolique 9	mmHg	Pressions artérielles
PAB	Pression artère brachiale (Groupe)		Pressions artérielles
PABd	Pression artère brachiale diastolique	mmHg	Pressions artérielles
PABm	Pression artère brachiale moyenne	mmHg	Pressions artérielles
PABs	Pression artère brachiale systolique	mmHg	Pressions artérielles
PAD	Pression atriale (oreillette) droite	mmHg	Pressions intracardiaques
PADd	Pression atriale (oreillette) droite diastolique	mmHg	Pressions intracardiaques
PADm	Pression atriale (oreillette) droite moyenne	mmHg	Pressions intracardiaques
PADs	Pression atriale (oreillette) droite systolique	mmHg	Pressions intracardiaques
PAF	Pression artère fémorale (Groupe)		Pressions artérielles
PAFd	Pression artère fémorale diastolique	mmHg	Pressions artérielles
PAFm	Pression artère fémorale moyenne	mmHg	Pressions artérielles
PAFs	Pression artère fémorale systolique	mmHg	Pressions artérielles
PAG	Pression atriale (oreillette) gauche	mmHg	Pressions intracardiaques
PAGd	Pression atriale (oreillette) gauche diastolique	mmHg	Pressions intracardiaques
PAGm	Pression atriale (oreillette) gauche moyenne	mmHg	Pressions intracardiaques

PAGs	Pression atriale (oreillette) gauche systolique	mmHg	Pressions intracardiaques
PAO	Pression artère ombilicale (Groupe)	mmHg	Pressions artérielles
PAOd	Pression artère ombilicale diastolique	mmHg	Pressions artérielles
PAOm	Pression artère ombilicale moyenne	mmHg	Pressions artérielles
PAORT	Pression aorte (Groupe)		Pressions artérielles
PAORTd	Pression aorte diastolique	Bpm	Pressions artérielles
PAORTm	Pression aorte moyenne	Bpm	Pressions artérielles
PAORTs	Pression aorte systolique	Bpm	Pressions artérielles
PAOs	Pression artère ombilicale systolique	mmHg	Pressions artérielles
PAP	Pression artère pulmonaire (Groupe)	mmHg	Pressions artérielles
PAPd	Pression artère pulmonaire diastolique	mmHg	Pressions artérielles
PAPm	Pression artère pulmonaire moyenne	mmHg	Pressions artérielles
PAPs	Pression artère pulmonaire systolique	mmHg	Pressions artérielles
P-ART	ART		Pressions artérielles
PArt Dialyse	Pression artérielle dialyse	mmHg	Surveillance rénale
P-ARTd	Pression ART diastolique	mmHg	Pressions artérielles
P-ARTm	Pression ART moyenne	mmHg	Pressions artérielles
P-ARTs	Pression ART systolique	mmHg	Pressions artérielles
PAS	Pression artérielle sanguine		Pressions artérielles
PASd	Pression artérielle sanguine diastolique	mmHg	Pressions artérielles
PASm	Pression artérielle sanguine moyenne	mmHg	Pressions artérielles
PASs	Pression artérielle sanguine systolique	mmHg	Pressions artérielles
PauseInsp App	Pause inspiratoire Appareil	%	Paramètres respiratoires
PAW	Pression circuit air	mmHg	Paramètres respiratoires
PBP	Volume sang pré-pompe	ml	Surveillance rénale
PCAP	Pression capillaire artère pulmonaire (Groupe)		Pressions artérielles
PCAPd	Pression capillaire artère pulmonaire diastolique	mmHg	Pressions artérielles
PCAPm	Pression capillaire artère pulmonaire moyenne	mmHg	Pressions artérielles
PCAPs	Pression capillaire artère pulmonaire systolique	mmHg	Pressions artérielles
PDND	Pression diastolique non définie	mmHg	Pressions artérielles
Peak Flow	Débit expiratoire de pointe	l/mn	
Pep	Pression expiratoire positive patient		Paramètres respiratoires
Pepr	Pression expiratoire positive du respirateur		Paramètres respiratoires
PEPtot	Pression expiratoire positive totale		Paramètres respiratoires
Perf	Perfusion relative		
PeriAbdo	Périmètre abdominal	cm	
Périmètre crânien	Périmètre crânien du patient	cm	
PFI	Pression de fin d'inspiration	mbar	Paramètres respiratoires
PFiltrat	Pression filtrat	mmHg	Surveillance rénale
PFR	Volume de liquide patient prélevé	ml	Surveillance rénale
pH	pH non défini		
pHBlood_37	Ph sang art. à 37°C		
pHCap	pH Capillaires		
pHSang	pH Sang		
pHUr	pH Urine		
pHVe	pH du sang veineux		
pHVenous_37	Ph sang ven. à 37°C		
PI	Indice de perfusion	%	
PIA	Pression intra-abdominale	mmHg	Autres pressions
PIC	Pression intra-crânienne		Pressions intracrâniennes
PICd	Pression intra-crânienne diastolique	mmHg	Pressions intracrâniennes
PICm	Pression intra-crânienne moyenne	mmHg	Pressions intracrâniennes

PICs	Pression intra-crânienne systolique	mmHg	Pressions intracrâniennes
Pinsp	Pression inspiration		Paramètres respiratoires
PInsuffl	Pression d'insufflation (PPeak)	mbar	Paramètres respiratoires
PMax	Pression maximum		Paramètres respiratoires
PMin	Pression minimum		Paramètres respiratoires
PMND	Pression moyenne non définie	mmHg	
Pmoy	Pression moyenne		Paramètres respiratoires
PND	Pression non définie (Groupe)		Pressions artérielles
PNI	PNI (Groupe)		Pressions artérielles
PNIC	Pression non invasive continue (Groupe)		Pressions artérielles
PNICd	Pression non invasive continue diastolique	mmHg	Pressions artérielles
PNICm	Pression non invasive continue moyenne	mmHg	Pressions artérielles
PNICs	Pression non invasive continue systolique	mmHg	Pressions artérielles
PNId	Pression artérielle diastolique par voie non invasive	mmHg	Pressions artérielles
PNIm	Pression artérielle moyenne par voie non invasive	mmHg	Pressions artérielles
PNIs	Pression artérielle systolique par voie non invasive	mmHg	Pressions artérielles
Poids	Poids du patient	Kg	Couveuse
POST REPL	Volume de solution injectée après la filtration	ml	Surveillance rénale
PPC	Pression de perfusion cérébrale	mmHg	Pressions intracrâniennes
PPF	Fréquence de puissance de crête	Hz	Electroencéphalographie
PPIScore	score PPI (1 à 9)		
PPlat	Pression plateau	mbar	Paramètres respiratoires
PRC	Pression résiduelle carotidienne	mmHg	
PreHemoFilterPressure	Pression du filtre pré-hémo	mmHg	Surveillance rénale
Prelev. liquide Pt	Prélèvement de liquide patient	ml/h	Surveillance rénale
Pression effluent	Pression de la pompe à effluent	mmHg	Surveillance rénale
PSAbovePEEP	Aide inspiratoire	cmH2O	Paramètres respiratoires
PSI	Indice de dépression du système nerveux central		Anesthésie locorégionale
PSND	Pression systolique non définie	mmHg	Pressions artérielles
Pt02	Pression partielle en oxygène par voie transcutanée		
PTC	Pression trans-crânienne	mmHg	
PTC(NMT)	Nombre de post-tetanic		Train-of-Four
PtCO2	Pression partielle de CO2 par voie transcutanée		
PtCO2_37	Pression C02 art. à 37°C		
PtCO2V_37	Pression CO2 veines à 37°C		
PtGaz	Gaz Cutaneous Partial Pressure		Paramètres respiratoires
PtN2O	Pression partielle de N2O par voie transcutanée	Kpa	Agents anesthésiques halogénés
PtNO	NO Cutaneous Partial Pressure		Paramètres respiratoires
PtO2_37	Pression 02 art. à 37°C		
PtO2V	Pression 02 veines à patient temp		
PtO2V_37	Pression O2 veines à 37°C		
PUI	Pression intra-utérine (Groupe)	mmHg	Autres pressions
PUId	Pression intra-utérine diastolique	mmHg	Autres pressions
PUIm	Pression intra-utérine moyenne	mmHg	Autres pressions
PUIs	Pression intra-utérine systolique	mmHg	Autres pressions
PVC	Pression veineuse centrale	mmHg	Pressions veineuses
PVCd	Pression veineuse centrale diastolique	mmHg	Pressions veineuses
PVCm	Pression veineuse centrale moyenne	mmHg	Pressions veineuses
PVCs	Pression veineuse centrale systolique	mmHg	Pressions veineuses
PVd	Pression ventricule droit		Pressions intracardiaques
PVdd	Pression ventricule droit diastolique	mmHg	Pressions intracardiaques

PVdm	Pression ventricule droit moyenne	mmHg	Pressions intracardiaques
PVds	Pression ventricule droit systolique	mmHg	Pressions intracardiaques
PVei Dialyse	Pression veineuse dialyse	mmHg	Surveillance rénale
PVg	Pression ventricule gauche (Groupe)		Pressions intracardiaques
PVgd	Pression ventricule gauche diastolique	mmHg	Pressions intracardiaques
PVgm	Pression ventricule gauche moyenne	mmHg	Pressions intracardiaques
PVgs	Pression ventricule gauche systolique	mmHg	Pressions intracardiaques
PVI	Indice de variabilité de la pléthysmographie	%	
PVO	Pression veine ombilicale (Groupe)	mmHg	Pressions veineuses
PVOd	Pression veine ombilicale diastolique	mmHg	Pressions artérielles
PVOm	Pression veine ombilicale moyenne	mmHg	Pressions artérielles
PVOs	Pression veine ombilicale systolique	mmHg	Pressions artérielles
PVR	Résistance vasculaire pulmonaire	mbar/l/s	Paramètres respiratoires
PVRI	Index résistance vasculaire pulmonaire	mmHg/ml/s	Paramètres respiratoires
R	Résistance		Paramètres respiratoires
Reinjection POST	Pourcentage de solution injectée après la filtration	%	Surveillance rénale
Reinjection PRE	Pourcentage de solution injectée avant la filtration	%	Surveillance rénale
RHEF	Fraction d'éjection	%	Surveillance hémodynamique
RQ	Quotient respiratoire		Paramètres respiratoires
RS VCC	Récupération sanguine - Volume cyclique de concentré	ml	
RS VCL	Récupération sanguine - Volume cyclique de lavage	ml	
RS VCR	Récupération sanguine - Volume cyclique retransfusé	ml	
RS VCT	Récupération sanguine - Volume cyclique traité	ml	
RS VTL	Récupération sanguine - Volume total de lavage	ml	
RS VTR	Récupération sanguine - Volume total retransfusé	ml	
RS VTT	Récupération sanguine - Volume total traité	ml	
SAO2	Saturation en oxygène du sang artériel	%	Paramètres respiratoires
SaO2_37	Saturation O2 art. à 37°C		
SaO2B1	Concentration O2 cerveau 1		Oxygénation cérébrale
SaO2B2	Concentration O2 cerveau 2		Oxygénation cérébrale
SaO2B3	Concentration O2 cerveau 3		Oxygénation cérébrale
SaO2B4	Concentration O2 cerveau 4		Oxygénation cérébrale
scvO2	Saturation en oxygène du sang de la veine centrale	%	
SEF	Front de la fréquence spectrale	Hz	Electroencéphalographie
SEFL	Front de fréquence spectrale gauche	Hz	Electroencéphalographie
SEFR	Front de fréquence spectrale droit	Hz	Electroencéphalographie
Sev	Sevoflurane (Groupe)		Agents anesthésiques halogénés
Seve	Sevoflurane expiré	%	Agents anesthésiques halogénés
Sevi	Sevoflurane inspiré	%	Agents anesthésiques halogénés
SevoFlow	Débit Sevoflurane	ml/h	Agents anesthésiques halogénés
SevoSupply	Alimentation Sevoflurane	mbar	Agents anesthésiques halogénés
SI	Index systolique		Surveillance hémodynamique

SO2	Saturation en oxygène	%	Paramètres respiratoires
SO2_NIRS	Saturation en oxygène des tissus par absorption lumineuse dans le spectre du proche infra-rouge		Oxygénation cérébrale
SO2R1	Saturation en oxygène Région 1	%	Paramètres respiratoires
SO2R2	Saturation en oxygène Région 2	%	Paramètres respiratoires
SO2R3	Saturation en oxygène Région 3	%	Paramètres respiratoires
SO2R4	Saturation en oxygène Région 4	%	Paramètres respiratoires
SPI	Indice pléthysmographique chirurgical		Anesthésie locorégionale
SpO2	Saturation en oxygène du sang artériel	%	Paramètres respiratoires
SPO2F	Saturation oxygène du fœtus	%	Surveillance obstétrique
SpO2po	SpO2 postductale	%	Paramètres respiratoires
SpO2pr	SpO2 préductale	%	Paramètres respiratoires
SpOC	Teneur en oxygène	ml	Paramètres respiratoires
SQ PPPc	Séquestration de plasma - Volume PPP par cycle	ml	
SQ PPPt	Séquestration de plasma - Volume PPP total	ml	
SQ PRPc	Séquestration de plasma - Volume PRP par cycle	ml	
SQ PRPt	Séquestration de plasma - Volume PRP total	ml	
SQ VCC	Séquestration de plasma - Volume cyclique de concentré	ml	
SQ VCR	Séquestration de plasma - Volume cyclique retransfusé	ml	
SQ VCT	Séquestration de plasma - Volume cyclique traité	ml	
SQ VTR	Séquestration de plasma - Volume total retransfusé	ml	
SQ VTT	Séquestration de plasma - Volume total traité	ml	
SQI	Qualité du signal de l'index		Anesthésie locorégionale
SQIl	Qualité du signal de l'index gauche	dB	Electroencéphalographie
SQIr	Qualité du signal de l'index droit	dB	Electroencéphalographie
SR	Ratio de Suppression	%	Electroencéphalographie
SRl	Ratio de Suppression gauche	dB	Electroencéphalographie
SRr	Ratio de Suppression droit	dB	Electroencéphalographie
ST1(ECG)	Sous-décalage ECG 1 (ST1)	mm	Electrocardiographie
ST2(ECG)	Sous-décalage ECG 2 (ST2)	mm	Electrocardiographie
ST3(ECG)	Sous-décalage ECG 3 (ST3)	mm	Electrocardiographie
STaVF(ECG)	S-T Level Lead aVF	mm	Electrocardiographie
STaVL(ECG)	S-T Level Lead aVL	mm	Electrocardiographie
STaVR(ECG)	S-T Level Lead aVR	mm	Electrocardiographie
STC(NMT)	Nombre de ST (Single Twitch)		Train-of-Four
Stim(NMT)	Stimulation	mA	Train-of-Four
StimTime	Durée de stimulation	s	Train-of-Four
stO2Ab	saturation tissulaire "Abdomen"	%	Paramètres respiratoires
stO2LA	saturation tissulaire "Left Arm"	%	Paramètres respiratoires
stO2LB	saturation tissulaire "Left Brain"	%	Paramètres respiratoires
stO2LCM	saturation tissulaire "Left Calf Muscle"	%	Paramètres respiratoires
stO2LDM	saturation tissulaire "Left Deltoid Muscle"	%	Paramètres respiratoires
stO2LFM	saturation tissulaire "Left Flank Muscle"	%	Paramètres respiratoires
stO2LQM	saturation tissulaire "Left Quad Muscle"	%	Paramètres respiratoires
stO2RA	saturation tissulaire "Right Arm"	%	Paramètres respiratoires
stO2RB	saturation tissulaire "Right Brain"	%	Paramètres respiratoires
stO2RCM	saturation tissulaire "Right Calf Muscle"	%	Paramètres respiratoires
stO2RDM	saturation tissulaire "Right Deltoid Muscle"	%	Paramètres respiratoires
stO2RFM	saturation tissulaire "Right Flank Muscle"	%	Paramètres respiratoires
stO2RQM	saturation tissulaire "Right Quad Muscle"	%	Paramètres respiratoires
STV(ECG)	S-T Level Lead V	mm	Electrocardiographie
STV+(ECG)	S-T Level Lead V+	mm	Electrocardiographie
STV1	Dérivation ECG précordiale V1	mm	Electrocardiographie
STV2	Dérivation ECG précordiale V2	mm	Electrocardiographie
STV3	Dérivation ECG précordiale V3	mm	Electrocardiographie

STV4	Dérivation ECG précordiale V4	mm	Electrocardiographie
STV5	Dérivation ECG précordiale V5	mm	Electrocardiographie
STV6	Dérivation ECG précordiale V6	mm	Electrocardiographie
SubstituateBolus	Volume total substitué par bolus	ml	Surveillance rénale
SubstituateContinuous	Volume total substitué en continu	ml	Surveillance rénale
Sup	Suprane (Groupe)		Agents anesthésiques halogénés
Supe	Suprane expiré	%	Agents anesthésiques halogénés
Supi	Suprane inspiré	%	Agents anesthésiques halogénés
SV	Volume systolique	ml	Surveillance hémodynamique
SVMax	Volume d'éjection maximum	ml	Surveillance hémodynamique
SVMin	Volume d'éjection minimum	ml	Surveillance hémodynamique
SvO2	Saturation en oxygène du sang veineux mêlé		
SVR	Résistance vasculaire systémique		Surveillance hémodynamique
SVRI	Résistance vasculaire systémique (entrée)		Surveillance hémodynamique
SVV	Variation du Volume d'éjection	%	Surveillance hémodynamique
T1	Température 1 du patient	°C	Températures
T1(NMT)	Pourcentage T1 NMT	%	Train-of-Four
T11	Température 11		Températures
T11-T12	Température 11 - Température 12		Températures
T12	Température 12		Températures
T1-t2	Temp1-Temp2 du patient	°C	Températures
T2	Température 2 du patient	°C	Températures
T2(NMT)	Pourcentage T2 NMT	%	Train-of-Four
t2/t1(NMT)	Ratio t2/t1 NMT	%	Train-of-Four
T3	T° 3 du patient	°C	Températures
T3(NMT)	Pourcentage T3 NMT	%	Train-of-Four
T3-T4	Température3 - Température4	°C	Températures
T4	T° 4 du patient	°C	Températures
T4(NMT)	Pourcentage T4 NMT	%	Train-of-Four
t4/t1(NMT)	Ratio t4/t1 NMT	%	Train-of-Four
T5	Température5	°C	Températures
T5-T6	Température5 - Température6	°C	Températures
T6	Température6	°C	Températures
T8	Température 8		Températures
T8-T9	Température 8 - Température 9		Températures
T9	Température 9		Températures
Taille	Taille actuelle du patient	cm	
TAirSet	Réglage température Air	°C	Températures
T-Amb	T° ambiante	°C	Températures
TargetEtAA	EtAA cible	%	Agents anesthésiques halogénés
TargetFiAA	FiAA cible	%	Agents anesthésiques halogénés
TargetFiO2	FiO2 cible	%	Paramètres respiratoires
T-AW	T° des voies respiratoires	°C	Températures
T-Axi	T° Axillaire	°C	Températures
TCA3	Temps de coagulation (céphaline) activé 3		
TCA4	Temps de coagulation (céphaline) activé 4		

TCent	Température centrale (= "non périphérique", peut être vésicale ou autre)	°C	Températures
Temp(NMT)	Température(NMT)	°C	Train-of-Four
Temperature Dialysate	Température du dialysat	°C	Surveillance rénale
TExp	Temps expiratoire	s	Paramètres respiratoires
TExp App	Temps expiratoire Appareil	s	Paramètres respiratoires
TFC	Conductivité des fluides thoraciques		Surveillance hémodynamique
TFCd	Changement dynamique de la conductivité des fluides thoraciques	%	Surveillance hémodynamique
TFCd0	Changement dynamique de la conductivité des fluides thoraciques depuis la 1ère mesure	%	Surveillance hémodynamique
TInj	Température d'injection	°C	Températures
TInsp	Temps inspiratoire	s	Paramètres respiratoires
TInsp App	Temps inspiratoire	s	Paramètres respiratoires
T-Myo	T° du myocarde	°C	Températures
TMyo2	Température du myocarde (ou sanguine) 2	°C	Températures
TMyo3	Température du myocarde (ou sanguine) 3	°C	Températures
TMyo4	Température du myocarde (ou sanguine) 4		Températures
TMyo5	Température du myocarde/sanguine 5	°C	Températures
T-Naso	T° Nasale	°C	Températures
Toco	Intensité de la contraction utérine		Surveillance obstétrique
T-Oeso	T° Œsophagienne	°C	Températures
TOFC(NMT)	Nombre de TOF (Train Of Four)		Train-of-Four
TotalPOW	Puissance totale	dB	
TotalPOWl	Puissance totale gauche	dB	Electroencéphalographie
TotalPOWr	Puissance totale droite	dB	Electroencéphalographie
T-Peau	T° de la peau	°C	Températures
TPeau2	Température peau 2	°C	Températures
TPeauSet	Réglage température Peau	°C	Températures
TPeriph	Température périphérique (= "non centrale" peut être axillaire ou autre)	°C	Températures
TransmembranePressure	Pression transmembranaire (TMP)	mmHg	Surveillance rénale
T-Rect	T° Rectale	°C	Températures
T-Tymp	T° Tympanique	°C	Températures
T-Vess	T° de la vessie	°C	Températures
TWater	Température de l'eau		
UFR	Taux d'ultrafiltration	%	Surveillance rénale
UFVolumeTotal	Volume total UltraFiltration	ml	Surveillance rénale
UsualHCO3	Concentration de Bicarbonates art. standard		
VAir	Consommation Air	ml	Paramètres respiratoires
VarPup	Variation (Réactivité) pupille	%	
Vce	Volume courant expiré		Paramètres respiratoires
Vci	Volume courant inspiré		Paramètres respiratoires
VCO2	Consommation CO2		Paramètres respiratoires
Vcr	Volume courant du respirateur	ml	Paramètres respiratoires
Vcs	Volume courant spontané	ml	Paramètres respiratoires
VDes	Consommation Desflurane	ml	Agents anesthésiques halogénés
VEnf	Consommation Enflurane	ml	Agents anesthésiques halogénés
VGas	Consommation Gaz	ml	Paramètres respiratoires
VHal	Consommation Halothane	ml	Agents anesthésiques halogénés
VIso	Consommation Isoflurane	ml	Agents anesthésiques halogénés
Vmne	Volume minute expiré	l/mn	Paramètres respiratoires

Vmni	Volume minute inspiré		Paramètres respiratoires
Vmnr	Volume minute (consigne)	l/mn	Paramètres respiratoires
Vmns	Volume minute expiré spontané		Paramètres respiratoires
VN2O	Consommation N2O	ml	Agents anesthésiques halogénés
VNO	Consommation de monoxyde de carbone	ml	Paramètres respiratoires
VO2	Consommation O2		Paramètres respiratoires
Volume Plasma	Volume de plasma	ml	Surveillance rénale
Volume post-dilution	Volume injecté par la pompe de post-dilution	ml	Surveillance rénale
Volume pre-dilution	Volume injecté par la pompe de pré-dilution	ml	Surveillance rénale
Volume sang traité	Volume de sang traité	ml	Surveillance rénale
VPP	Variation de la pression de pouls	mmHg	Surveillance hémodynamique
VSev	Consommation Sevoflurane	ml	Agents anesthésiques halogénés
VSIT	Volume Sanguin IntraThoracique	ml	Surveillance hémodynamique
VSITi	Volume Sanguin IntraThoracique indexé	ml	Surveillance hémodynamique
VTD	Volume Télé-Diastolique Global	ml	Surveillance hémodynamique
VTDi	Volume Télé-Diastolique Global indexé	ml	Surveillance hémodynamique
Xenon	Xénon (Groupe)		Paramètres respiratoires
Xenone	Xénon expiré	%	Paramètres respiratoires
Xenoni	Xénon inspiré	%	Paramètres respiratoires

2.11.2 Résultats de laboratoire

Libellé	Description	Unité	Catégorie
5HIA	5HIA		Marqueurs tumoraux
A1 Globulines	Alpha 1 globulines		Protéines sériques
A1W	Alpha1 (Elec)		Electrophorèse des protéines
A2 Globulines	Alpha 2 globulines		Protéines sériques
A2W	Alpha2 (Elec)		Electrophorèse des protéines
ABO	Groupage ABO		Groupage sanguin
Ac. nalidixique	Acide nalidixique		Dosage antibiotiques dans le sang
Ac. valproique	Acide valproique		Dosage médicamenteux dans le sang
AcAmin	Acides aminés		Protéines sériques
ACE	Antigène carcino-embryonnaire		Marqueurs tumoraux
Acetone	Acétonémie		Ionogramme sanguin
AcFus	Acide fusidique		Dosage antibiotiques dans le sang
Acide urique	Acide urique		Surveillance rénale
AcideUrique24	Acide urique /24 h		Ionogramme urinaire
ACTH	ACTH		Marqueurs tumoraux
Actinomyces	Actinomyces		Recherches spécifiques
Adeno / Rotavirus	Adéno / Rotavirus		Prélèvements urinaires
ADH	ADH (hormone anti-diurétique)		Marqueurs tumoraux
ADTryCliUrin	A.D. tricycliques urinaires		Toxiques urinaires
AFP	Alpha fœtoprotéines		Protéines sériques
AG Légionelle Urinaire	AG Légionelle Urinaire		Prélèvements urinaires

Ag Pneumocoque LCR	Ag pneumocoque LCR		Ponction lombaire
Ag Pneumocoque Urine	Ag pneumocoque urine		Prélèvements urinaires
Ag. HBS	Antigène HBS		Sérologie sanguine
Ag. Legionelles	Antigène urinaire des légionnelles		Sérologie urinaire
ALAT	ALAT		Fonctions hépatiques
AlbuLCR	Albumine LCR		Ponction lombaire
Albumine sérique	Albumine sérique		Ionogramme sanguin
Alcool	Alcoolémie		Toxiques sanguins
Aldo	Aldostérone		Hormonologie
Alipoproteine A1	Alipoprotéine A1		Protéines sériques
Alipoproteine B	Alipoprotéine B		Protéines sériques
ALW	Albumine (Elec)		Electrophorèse des protéines
Amikacine	Amikacine		Dosage antibiotiques dans le sang
Ammoniemie	Ammoniémie		Ionogramme sanguin
Amox. et Ac. Clav.	Amoxicilline+acide clavulanique		Dosage antibiotiques dans le sang
Amoxicilline	Amoxicilline		Dosage antibiotiques dans le sang
AmphetUrin	Amphétamines urinaires		Toxiques urinaires
Amphoterixicine B	Amphotérixicine B		Dosage antibiotiques dans le sang
Ampicilline	Ampicilline		Dosage antibiotiques dans le sang
Amylase	Amylase		Fonctions hépatiques
AmyU	Amylases Urinaires		Ionogramme urinaire
AntCn	Anticonvulsivant		Dosage médicamenteux dans le sang
AntCoagOrx	Anti-coagulant oraux		Dosage médicamenteux dans le sang
AntCytoPoly	Anticorps cytoplasme des polynucléaires neutrophiles		Sérologie sanguine
AntDep	Anti dépresseurs		Dosage médicamenteux dans le sang
AntEpi	Anti épileptique		Dosage médicamenteux dans le sang
AntHys	Anti Histaminiques		Dosage médicamenteux dans le sang
Anti HBC IgM	Anticorps Hbc IgM		Sérologie sanguine
Anti HCV	Anticorps anti HCV		Sérologie sanguine
Anti TG	Anticorps anti-thyroglobulines		Protéines sériques
Anticorps	Anticorps auto-immunes		Anticorps Auto-immunes
AntiCorpsThy	Anticorps Anti-Thyropéroxydase		Protéines sériques
Anti-Xa	Activité anti-Xa		Coagulation
AntK	Anti-cancéreux		Dosage médicamenteux dans le sang
AntP	Anti-parkinsonien		Dosage médicamenteux dans le sang
AntPalu	Anti paludiques		Dosage médicamenteux dans le sang
ARN Hep. C	ARN Hépatite C		Sérologie sanguine
Arsenic	Arsenic		Toxiques sanguins
ASAT	ASAT		Fonctions hépatiques
Asperg	Aspergillose		Sérologie sanguine
Aspergillius	Aspergillus		Prélèvements urinaires
AutresProtSang	Autres protéines Sanguines		Protéines sériques

Azithromycine	Azithromycine		Dosage antibiotiques dans le sang
Aztreonam	Aztreonam		Dosage antibiotiques dans le sang
BarB	Barbituriques		Dosage médicamenteux dans le sang
BarbitUrin	Barbituriques urinaires		Toxiques urinaires
Basophiles	Polynucléaires Basophiles		Hémogramme
BenzUrin	Benzodiazépines urinaires		Toxiques urinaires
Beta glob.	Béta globulines		Protéines sériques
Beta-2 microglob.	Béta-2 microglobulines		Protéines sériques
BHCG	Béta HCG plasmatique	UI/L	Protéines sériques
BHR (GDS)	BHR (Gaz du sang)		BHR (Gaz du sang)
Bili. libre	Bilirubine libre		Fonctions hépatiques
Bilirubine conj.	Bilirubine conj.		Fonctions hépatiques
Bilirubine totale	Bilirubine totale		Fonctions hépatiques
Blastes	Blastes		Hémogramme
BNP	BNP		Enzymes cardiaques
Bupreurin	Buprénorphines urinaires		Toxiques urinaires
BW	Syphilis		Sérologie sanguine
BZD	Benzodiazépines		Dosage médicamenteux dans le sang
C.P.K	C.P.K		Enzymes cardiaques
CA 125	Antigène CA 125		Marqueurs tumoraux
CA 15-3	Antigène CA 15-3		Marqueurs tumoraux
CA 19-9	Antigène CA 19-9		Marqueurs tumoraux
Ca ionise corrige machine	Ca ionise corrige machine		Surveillance rénale (Labo)
Ca ionise corrige patient	Ca ionise corrige patient		Surveillance rénale (Labo)
Ca ionise mesure machine	Ca ionise mesure machine		Surveillance rénale (Labo)
Ca ionise mesure patient	Ca ionise mesure patient		Surveillance rénale (Labo)
CA50	CA 50		Marqueurs tumoraux
CA72_4	CA 72-4		Marqueurs tumoraux
CaFil	Calcium ionisé circuit pré-filtre		Surveillance rénale (Labo)
Cal	Calcitonine		Marqueurs tumoraux
Calcium ionisé (Iono. sang.)	Calcium ionisé (Ionogramme sanguin)		Ionogramme sanguin
Calciurie	Calciurie		Ionogramme urinaire
Calpro	Calprotectine (MICI maladie inflam intestin)		Protéines sériques
Candidose	Candidose (C. ALBICANS)		Sérologie sanguine
Canna	Cannabinoïdes		Toxiques sanguins
CannaUrin	Cannabinoïdes urinaires		Toxiques urinaires
Capac. fixation	Capacité de fixation		Ionogramme sanguin
Carboxyhémoglobine (GDS)	Carboxyhémoglobine (Gaz du sang)		Gaz du sang
Caspofungine	Caspofungine		Dosage antibiotiques dans le sang
CCMH	Concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine		Hémogramme
Cefalotine	Céfalotine		Dosage antibiotiques dans le sang
Cefepime	Céfépime		Dosage antibiotiques dans le sang
Cefotaxime	Céfotaxime		Dosage antibiotiques dans le sang
Cefoxitine	Céfoxitine		Dosage antibiotiques dans le sang
Ceftazidime	Céftazidime		Dosage antibiotiques dans le sang

Ceftriaxone	Céftriaxone		Dosage antibiotiques dans le sang
CFM	Cefixime		Dosage antibiotiques dans le sang
Chloramphinicol	Chloramphinicol		Dosage antibiotiques dans le sang
Chloride (Iono. sang.)	Chloride (Ionogramme sanguin)		Ionogramme sanguin
Chlorurie	Chlore urinaire		Ionogramme urinaire
Cholesterol	Cholestérol total		Bilan lipidique
Ciprophloxacine	Ciprofloxacine		Dosage antibiotiques dans le sang
Clairance creat.	Clairance de la créatinine		Surveillance rénale
Clindamycine	Clindamycine		Dosage antibiotiques dans le sang
CMV IgG	Cytomégalovirus IgG		Sérologie sanguine
CMV IgM	Cytomégalovirus IgM		Sérologie sanguine
CMVU	Cytomégalovirus		Sérologie urinaire
CocaineUrin	Cocaïniques urinaires		Toxiques urinaires
Coeff. sat.	Coefficient de saturation		Ionogramme sanguin
Colistine	Colistine		Dosage antibiotiques dans le sang
Comm Prvt Tissus Ortho	Commentaire prélèvements tissus orthopédiques		Prélèvements tissus orthopédiques
Comm. BHR (GDS)	Commentaire BHR (Gaz du sang)		BHR (Gaz du sang)
Comm. BLSE	Commentaire recherche de BLSE		Recherche de BLSE
Comm. Copro	Commentaire Coproculture		Coproculture
Comm. ECBU	Commentaire ECBU		ECBU
Comm. Hemoc	Commentaire hémoculture		Hémoculture
Comm. LBA.	Commentaire LBA		Lavage Broncho-alvéolaire
Comm. liq. ponction	Commentaire liquide de ponction		Liquide de ponction
Comm. mat. opératoire	Commentaire matériel opératoire		Matériel opératoire
Comm. prvt cathéters prothèses	Commentaire prélèvements cathéters prothèses		Prélèvements Cathéters/Prothèses
Comm. Prvt digestif	Commentaire prélèvements digestif		Prélèvements digestifs
Comm. prvt nez/bouche/gorge	Commentaire prélèvements nez/bouche/gorge		Prélèvements Nez/Bouche/Gorge
Comm. prvt plaie/pus/écoulement	Commentaire prélèvements plaie/pus/écoulement		Prélèvements Plaie/Pus
Comm. prvt redons/mèches	Commentaire prélèvements redons/mèches		Prélèvements redons/mèches
Comm. prvt urinaires	Commentaire prélèvements urinaires		Prélèvements urinaires
Comm. prvt uro-gén	Commentaire prélèvements uro-génitaux		Prélèvements uro-génitaux
Comm. Prvt. Respi	Commentaire prélèvements respiratoires		Prélèvements respiratoires
Comm. rech. spécifiques	Commentaire recherches spécifiques		Recherches spécifiques
CommAntiCorpsAutoImmun	Commentaire Anticorps auto-immunes		Anticorps Auto-immunes
CommBilanGlyc	Commentaire Bilan glycémique		Bilan glycémique
CommBilanLipid	Commentaire Bilan lipidique		Bilan lipidique
CommCoag	Commentaire Coagulation		Coagulation
CommDosageAntibioSang	Commentaire Dosage antibiotiques sanguin		Dosage antibiotiques dans le sang
CommDosageMedicSang	Commentaire Dosage médicaments sanguins		Dosage médicamenteux dans le sang
CommElecProt	Commentaire Electrophorèse des protéines		Electrophorèse des protéines
CommEnzymesCard	Commentaire Enzymes cardiaques		Enzymes cardiaques
CommFctHep	Commentaire Fonctions hépatiques		Fonctions hépatiques
CommFctRenale	Commentaire Fonction rénale		Fonction rénale

CommGazSang	Commentaire Gaz du sang		Gaz du sang
CommGroupSang	Commentaire Groupage sanguin		Groupage sanguin
CommHemogramme	Commentaire Hémogramme		Hémogramme
CommHormonologie	Commentaire Hormonologie		Hormonologie
CommIonoSang	Commentaire Ionogramme sanguin		Ionogramme sanguin
CommIonoUrin	Commentaire Ionogramme urinaire		Ionogramme urinaire
CommMarqTumrx	Commentaire Marqueurs tumoraux		Marqueurs tumoraux
CommPonctionLomb	Commentaire Ponction lombaire		Ponction lombaire
CommProtSer	Commentaire Protéines sériques		Protéines sériques
CommResultAnapath	Commentaire Résultats anapathologiques		Résultats Anapathologiques
CommResultSperm	Commentaire Spermoculture		Spermoculture
CommSeroSang	Commentaire Sérologie sanguine		Sérologie sanguine
CommSeroUrin	Commentaire Sérologie urinaire		Sérologie urinaire
CommSurvRenale	Commentaire Surveillance rénale		Surveillance rénale (Labo)
CommToxSang	Commentaire Toxiques sanguins		Toxiques sanguins
CommToxUrin	Commentaire Toxiques urinaires		Toxiques urinaires
Coombs	TDA (Coombs direct)		Groupage sanguin
Copro	Copro		Coproculture
Coq	Coqueluche		Sérologie sanguine
Corps Cetonique	Corps Cétonique		Ionogramme sanguin
Cortisol Sanguin	Cortisol sanguin		Hormonologie
Cortisol Urinaire	Cortisol urinaire		Ionogramme urinaire
CR anapath	Compte Rendu anatomopathologique		Résultats Anapathologiques
Créatinine	Créatinine		Surveillance rénale
Créatinine Urinaire	Créatinine Urinaire		Ionogramme urinaire
CRP	C-Réactive Protéine		Fonctions hépatiques
CTrachomatis IgG	Chlamydiae trachomatis - taux IgG		Sérologie sanguine
CXM	Céfuroxime		Dosage antibiotiques dans le sang
CYFRA_21_1	CYFRA 21-1		Marqueurs tumoraux
D-Dimeres	D-Dimères		Coagulation
Désoxyhémoglobine (GDS)	Désoxyhémoglobine (Gaz du sang)		Gaz du sang
Digestif	Digestif		Prélèvements digestifs
Digoxine	Digoxine		Dosage médicamenteux dans le sang
Doxycycline	Doxycycline		Dosage antibiotiques dans le sang
Drogues	Drogues dépistage		Toxiques sanguins
ECB	Examen Cyto-bactériologique		Prélèvements respiratoires
ECBC	ECBC (examen cyto-bactérilogique des crachats)		Prélèvements respiratoires
ECBU	ECBU		ECBU
Enterovirus LCR	Enterovirus LCR		Recherches spécifiques
EntVrx	Antirétroviraux		Dosage médicamenteux dans le sang
EnzAngio	Enzyme de conversion de l'angiotensine		Protéines sériques
Eosinophiles	Eosinophiles		Hémogramme
Ertapenem	Ertapenem		Dosage antibiotiques dans le sang
ERV	ERV		Recherches spécifiques
Erythroblastes	Erythroblastes		Hémogramme
Erythromycine	Erythromycine		Dosage antibiotiques dans le sang
Examen Mycololique	Examen Mycololique		Recherches spécifiques
ExamMicLCR	Examen Microscope LCR		Ponction lombaire
Excès Base Artériel (GDS)	Excès Base Artériel (Gaz du sang)		Gaz du sang
Excès Base Veineux (GDS)	Excès Base Veineux (Gaz du sang)		Gaz du sang
Fac1	Facteur I (fibrinogène)		Coagulation

Fac11	Facteur XI (Rosenthal)		Coagulation
Fac12	Facteur XII (Hagemen)		Coagulation
Fac13	FacteurXIII (stabilisation de al fibrine)		Coagulation
Fac8	Facteur VIII c (Hémophilie a)		Coagulation
Fac9	Facteur IX (Hémophilie b)		Coagulation
FacD	Facteur de Dahlback		Coagulation
Facteur II	Facteur II (prothrombine)		Coagulation
Facteur V	Facteur V de Leiden		Coagulation
Facteur VII	Facteur VII+X		Coagulation
Facteur X	Facteur X (Stuart)		Coagulation
FactRhumIgA	Facteurs Rhumatoïdes IgA		Protéines sériques
FacW	Facteur de Willebrand		Coagulation
FB1	Fraction Beta 1 (Elec)		Electrophorèse des protéines
FB2	Fraction Beta 2 (Elec)		Electrophorèse des protéines
Fer serique	Fer Sérique		Ionogramme sanguin
Ferritine	Ferritine		Ionogramme sanguin
Fibrinogène	Fibrinogène		Coagulation
FiO2 (GDS)	FiO2 (Gaz du sang)		Paramètres respiratoires
Fluconazole	Fluconazole		Dosage antibiotiques dans le sang
Flucytosine	Flucytosine		Dosage antibiotiques dans le sang
Folates seriques	Folates Sériques (Vit. B9/acide folique)		Ionogramme sanguin
Fosfomycine	Fosfomycine		Dosage antibiotiques dans le sang
Free2	Réservé 2		
FSH	Hormone folliculo-stimulante		Hormonologie
Gamma	Gamma (Elec)		Electrophorèse des protéines
Gamma-globulines	Gamma-globulines		Protéines sériques
Gamma-GT	Gamma-GT		Fonctions hépatiques
Gentamicine	Gentamicine		Dosage antibiotiques dans le sang
GHB	GHB		Toxiques sanguins
Gly0	Glycémie temps 0		Bilan glycémique
Gly120	Glycémie temps+120		Bilan glycémique
Gly180	Glycémie temps+180		Bilan glycémique
Gly60	Glycémie temps+60		Bilan glycémique
Glycémie (Résultat)	Glycémie (Résultat)		Ionogramme sanguin
Glycorachie	Glycorachie (glucose)		Ponction lombaire
Glycosurie	Glycosurie		Ionogramme urinaire
GPP	Glycémie Post-pondiale		Bilan glycémique
GQ	Ingestion de glucose		Bilan glycémique
GRBB	Groupe sanguin BB		Groupage sanguin
Grippe Immuno	Grippe Immuno		Recherches spécifiques
Grippe PCR	Grippe PCR		Recherches spécifiques
Haptoglobine	Haptoglobine		Hémogramme
Hb	Hémoglobine	mg/ml	Hémogramme
HbA1c	Hémoglobine glyquée		Bilan glycémique
HbGdS	Hémoglobine GdS		Gaz du sang
HCG	Hormone gonadotrophique placentaire		Marqueurs tumoraux
HCO3 Artériel (GDS)	HCO3 Artériel (Gaz du sang)		Gaz du sang
HCO3 Iono. Sang.	Bicarbonate (HCO3) Ionogramme sanguin		Ionogramme sanguin
HCO3 Veineux (GDS)	HCO3 Veineux (Gaz du sang)		Gaz du sang
HDL	Cholestérol HDL		Bilan lipidique

Hématies	Globules Rouges / érythrocytes		Hémogramme
HemLCR	Hématies LCR		Ponction lombaire
HemoC	Hémocultures		Hémoculture
Héparinémie (Coag.)	Héparinémie (Coagulation)		Coagulation
HLA	Typage HLA (Human Leukocyte Antigen)		Groupage sanguin
Homocyst	Homocystéine (maladie cardio-vasculaire)		Protéines sériques
HSV	Virus de l'herpès		Sérologie sanguine
Hte	Hématocrite	%	Hémogramme
HTL	HTL 1+2		Sérologie sanguine
Hyp	Hypnotiques		Dosage médicamenteux dans le sang
IC	Indice de Coagulabilité		Coagulation
IFix	IFIX immunophénotypage (Elec)		Electrophorèse des protéines
IFixL	IFIXL immunophénotypage (Elec)		Electrophorèse des protéines
IgA	Immunoglobulines A		Protéines sériques
IgG	Immunoglobulines G		Protéines sériques
IgGLCR	IgG LCR		Ponction lombaire
IgM	Immunoglobulines M		Protéines sériques
ImelW	Immunoélectrophorèse (Elec)		Electrophorèse des protéines
Imi	Imipéneme		Dosage antibiotiques dans le sang
ImunSup	Immunosuppresseur		Dosage médicamenteux dans le sang
IndicDelpech	Indice de Delpech		Ponction lombaire
INR	INR		Coagulation
InsulineL	Insuline libre		Bilan glycémique
InsulineT	Insuline totale		Bilan glycémique
Itra	Itraconazole		Dosage antibiotiques dans le sang
Izo	Isoniazide		Dosage antibiotiques dans le sang
Josamycine	Josamycine		Dosage antibiotiques dans le sang
Kanamycine	Kanamycine		Dosage antibiotiques dans le sang
Kell	KELL		Groupage sanguin
L.D.H	L.D.H		Fonctions hépatiques
Lact	Lactates en mmol/l	mmol/l	Gaz du sang
LactatesScalp	Lactates au scalp	mmol/l	Surveillance obstétrique
LactLCR	Lactates LCR		Ponction lombaire
Lata	Latamoxef		Dosage antibiotiques dans le sang
LBA	LBA		Lavage Broncho-alvéolaire
LDA	Lactico-déshydrogénase		Marqueurs tumoraux
LDL	Cholestérol LDL		Bilan lipidique
LDL/HDL	Rapport LDL/HDL		Bilan lipidique
Leucocytes	Leucocytes		Hémogramme
Levofloxacine	Lévofloxacine		Dosage antibiotiques dans le sang
LH	Hormone lutéine		Hormonologie
Lincomycine	Lincomycine		Dosage antibiotiques dans le sang
Linezolide	Linezolide		Dosage antibiotiques dans le sang

Lipase	Lipase		Fonctions hépatiques
Liquide Cephalo-Rachidien	Liquide Céphalo-Rachidien		Ponction lombaire
Liquide Ponction	Liquide de ponction		Liquide de ponction
Lithium	Lithium		Dosage médicamenteux dans le sang
Lithium (Iono. sang.)	Lithium (Ionogramme sanguin)		Ionogramme sanguin
Lyme IgG	Lyme IgG		Sérologie sanguine
Lyme IgM	Lyme IgM		Sérologie sanguine
Lympho1	Lymphocytes NK, CD3-, CD16+, CD3, CD16, CD56, CD57		Protéines sériques
Lympho2	Lymphocytes T3/T4/T8 CD3, CD4, CD8		Protéines sériques
Lymphocytes	Lymphocytes		Hémogramme
Macrophages	Macrophages		Hémogramme
Magnesium serique	Magnésium sérique		Ionogramme sanguin
Materiel Operatoire	Matériel Opératoire		Matériel opératoire
MDMAUrin	MDMA (Ecstasy) urinaire		Toxiques urinaires
Mec	Mécillinam		Dosage antibiotiques dans le sang
MedCard	Médicaments en cardiologie		Dosage médicamenteux dans le sang
MedPneu	Médicaments en pneumologie		Dosage médicamenteux dans le sang
Meropeneme	Méropénème		Dosage antibiotiques dans le sang
Metamyelocytes	Métamyélocytes		Hémogramme
MetauxLourds	Métaux lourds		Toxiques sanguins
Methadone	Méthadone		Toxiques sanguins
MethadoneUrin	Méthadone urinaire		Toxiques urinaires
Méthémoglobine (GDS)	Méthémoglobine (Gaz du sang)		Gaz du sang
Metrodinazole	Métrodinazole		Dosage antibiotiques dans le sang
MetUrin	Méthamphétamines urinaires		Toxiques urinaires
Micafungine	Micafungine		Dosage antibiotiques dans le sang
Microalbuminurie	Microalbuminurie		Ionogramme urinaire
Minocycline	Minocycline		Dosage antibiotiques dans le sang
MNI-Test	Mononucléose infectieuse (test)		Sérologie sanguine
Monocytes	Monocytes		Hémogramme
MonoxCarbon	Monoxyde de carbone		Toxiques sanguins
Moxifloxacine	Moxifloxacine		Dosage antibiotiques dans le sang
MycoU	Sérologies mycoplasme		Sérologie urinaire
Myelocytes	Myelocytes		Hémogramme
Myoglobine	Myoglobine		Enzymes cardiaques
NCBI	Facteur Maladie Cœliaque		Sérologie sanguine
Net	Nétilmicine		Dosage antibiotiques dans le sang
Neti	Netilmicine		Dosage antibiotiques dans le sang
Neurol	Neuroleptiques		Dosage médicamenteux dans le sang
Neutrophiles	Neutrophiles		Hémogramme
NFAno	NF éléments anormaux		Hémogramme
NFMorpho	NF Morphologie		Hémogramme
Nitrofurantoine	Nitrofurantoine		Dosage antibiotiques dans le sang

Nor	Norfloxacine		Dosage antibiotiques dans le sang
NSE	Neuron Specific Enolase		Marqueurs tumoraux
OEST	Œstradiol		Hormonologie
Oflo	Ofloxacine		Dosage antibiotiques dans le sang
Opiaces	Opiacés		Toxiques sanguins
OpiacesUrin	Opiacés urinaires		Toxiques urinaires
Opio	Opioïdes		Dosage médicamenteux dans le sang
Osmolalite	Osmolalité		Ionogramme sanguin
OsmoU	Osmolalité Urinaire		Ionogramme urinaire
Oxacilline	Oxacilline		Dosage antibiotiques dans le sang
Oxyhémoglobine (GDS)	Oxyhémoglobine (Gaz du sang)		Gaz du sang
Parac	Paracétamol		Dosage médicamenteux dans le sang
Parasitologies Selles	Parasitologies selles		Coproculture
ParvoVirus1	ParvoVirus B19 Sérologie, IgG		Sérologie sanguine
ParvoVirus2	ParvoVirus B19 Sérologie, IgG+IgM		Sérologie sanguine
Pat./Temoin	Rapport patient/témoin		Coagulation
PCA3	PCA3		Marqueurs tumoraux
PCP	Phencyclidine (PCP)		Toxiques sanguins
Penicilline	Pénicilline		Dosage antibiotiques dans le sang
pH Artériel (GDS)	pH Artériel (Gaz du sang)		Gaz du sang
pH urinaire (Iono. urin.)	pH urinaire (Ionogramme urinaire)		Ionogramme urinaire
pH Veineux (GDS)	pH Veineux (Gaz du sang)		Gaz du sang
PhaU	Phosphates Urinaires		Ionogramme urinaire
PhFil	Ph circuit post-filtre		Surveillance rénale (Labo)
PhoAcProst	Phosphatases acides prostatiques		Marqueurs tumoraux
Phosph.Alcalines	Phosph.Alcalines		Fonctions hépatiques
Phosphore	Phosphore		Ionogramme sanguin
PhPreFil	Ph circuit pré-filtre		Surveillance rénale (Labo)
PhScalp	Ph au scalp		Surveillance obstétrique
Pic1	PIC 1 (Elec)		Electrophorèse des protéines
Pic2	PIC 2 (Elec)		Electrophorèse des protéines
Pic3	PIC 3 (Elec)		Electrophorèse des protéines
Piperacilline	Pipéracilline		Dosage antibiotiques dans le sang
Plaquettes	Plaquettes		Hémogramme
PlpTaz	Pipéracilline+Tazobactam		Dosage antibiotiques dans le sang
PolyNucl	Polynucléaires		Hémogramme
Potassium (Iono. sang.)	Potassium (Ionogramme sanguin)		Ionogramme sanguin
Potassium Urinaire	Potassium Urinaire		Ionogramme urinaire
PrelSARM	Prélévement SARM (Staphylocoque doré méthicillinorésistant)		Prélèvements Nez/Bouche/Gorge
PRG	Progestérone		Hormonologie
PRH	PHENO		Groupage sanguin
Pris	Pristinamycine		Dosage antibiotiques dans le sang
PRL	Prolactine		Hormonologie
ProBNP	Pro-BNP		Enzymes cardiaques

Procalcitonine	Procalcitonine		Protéines sériques
Protides totaux	Protides totaux		Ionogramme sanguin
ProtLCR	Protéines LCR		Ponction lombaire
ProtS	Protéine S		Coagulation
ProtU	Protéines Urinaires /24 h		Ionogramme urinaire
ProtW	Protides totaux (Elec)		Electrophorèse des protéines
Prvt Cathéters Prothèses	Prélèvement Cathéters et Prothèses		Prélèvements Cathéters/Prothèses
Prvt Nez Bouche Gorge	Prélèvement Nez Bouche Gorge		Prélèvements Nez/Bouche/Gorge
Prvt Plaie Pus Ecoulement	Prélèvement plaie et pus écoulement		Prélèvements Plaie/Pus
Prvt Pus Collection Fermée	Prélèvement de pus collection fermée		Prélèvements Plaie/Pus
Prvt Redons Meches	Prélèvement redons et mèches		Prélèvements redons/mèches
Prvt Respi	Prélèvements respiratoires		Prélèvements respiratoires
Prvt Tissus Ortho	Prélèvements tissus orthopédiques		Prélèvements tissus orthopédiques
Prvt Urethral	Prélèvement urétral		Prélèvements uro-génitaux
Prvt Vaginal	Prélèvement vaginal		Prélèvements uro-génitaux
PSA	PSA (prostate specific antigen)		Marqueurs tumoraux
PtCO2 Artériel (GDS)	PtCO2 Artériel (Gaz du sang)		Gaz du sang
PtCO2 Veineux (GDS)	PtCO2 Veineux (Gaz du sang)		Gaz du sang
PTH	Parathormone		Hormonologie
PtO2 Artériel (GDS)	PtO2 Artériel (Gaz du sang)		Gaz du sang
PtO2 Veineux (GDS)	PtO2 Veineux (Gaz du sang)		Gaz du sang
Qui	Quinidine		Dosage antibiotiques dans le sang
QuinuDaflo	Quinupristine+Dafloprístine		Dosage antibiotiques dans le sang
QuiPri	Quinupristine		Dosage antibiotiques dans le sang
RagW	Rapport Alb/Glob (Elec)		Electrophorèse des protéines
RAI	Recherche d'agglutinines irrégulières		Groupage sanguin
Rapport PaO2/FiO2	Rapport de PaO2 sur FiO2		Gaz du sang
Rech BLSE	Recherche de BLSE		Recherche de BLSE
Rech Gale	Recherche de Gale		Recherches spécifiques
Rech Hematozoaires	Recherche Hématozoaires		Recherches spécifiques
Rech KPC	Recherche KPC		Recherches spécifiques
Rech Mycoplames UroGenitaux	Recherche mycoplasmes uro-génitaux		Prélèvements uro-génitaux
Rech Oeufs Bilharzie	Recherche d'œufs de Bilharzie		Recherches spécifiques
Rech. spécifiques	Recherches spécifiques		Recherches spécifiques
Recti	Réticulocytes		Hémogramme
Réserve alcaline	Réserve alcaline		Ionogramme sanguin
Rh	Rhésus		Groupage sanguin
Rifampicine	Rifampicine		Dosage antibiotiques dans le sang
Rotavirus	Rotavirus		Sérologie sanguine
Sali	Salicylés		Dosage médicamenteux dans le sang
Sang Dans Selles	Sang dans les selles		Coproculture
SaO2 (GDS)	SaO2 (Gaz du sang)		Gaz du sang
SARS-CoV-1	SARS-CoV-1		Recherches spécifiques
SARS-CoV-2	SARS-CoV-2		Recherches spécifiques
Schi	Schizocytes		Hémogramme
SEBV	Sérologie Epstein-Barr Virus		Sérologie sanguine

Sodium (Iono. sang.)	Sodium (Ionogramme sanguin)		Ionogramme sanguin
Sodium Urinaire	Sodium Urinaire		Ionogramme urinaire
Spermoculture	Spermoculture		Spermoculture
Staphylo Aureus	Staphylo Aureus		Recherches spécifiques
Streptoc B-PVAG	Streptoc B-PVAG		Recherches spécifiques
Streptomycines	Streptomycines		Dosage antibiotiques dans le sang
Subutex	Subutex		Toxiques sanguins
TAG	Triglycérides		Bilan lipidique
TBG	TBG Thyroxine Binding globuline		Hormonologie
TCA Témoin	TCA Témoin		Coagulation
TCA2	Temps de coagulation (céphaline) activé 2		Coagulation
TCal	Thyrocalcitonine		Marqueurs tumoraux
TCAPat	Temps de Céphaline+Activateur	s	Coagulation
TCARatio	Temps de Céphaline+Activateur (Ratio Patient/Témoin)		Coagulation
TCMH	Teneur corpusculaire moyenne en hémoglobine		Hémogramme
TCO2	Dioxyde de carbone total		Gaz du sang
Teicoplamine	Teicoplamine		Dosage antibiotiques dans le sang
Teli	Télithromycine		Dosage antibiotiques dans le sang
Temo	Témocilline		Dosage antibiotiques dans le sang
Testo	Testostérone		Hormonologie
The	Thelithromycine		Dosage antibiotiques dans le sang
Thiam	Thiamphénicol		Dosage antibiotiques dans le sang
Thy	T4 (Thyroxine)		Hormonologie
ThyL	T4 libre		Hormonologie
ThyT	T4 Totale		Hormonologie
ThyU	Thyroglobuline Ultrasensible		Hormonologie
Ticar. et Ac. Clav.	Ticarcilline+acide clavulanique		Dosage antibiotiques dans le sang
Ticarcilline	Ticarcilline		Dosage antibiotiques dans le sang
Tigecycline	Tigécycline		Dosage antibiotiques dans le sang
Tobramycine	Tobramycine		Dosage antibiotiques dans le sang
TotalProt	Total (Elec)		Electrophorèse des protéines
Toxine Clostridium Difficile	Toxine Clostridium difficile		Coproculture
Toxo	Sérologie Toxoplasmose		Sérologie sanguine
TP	TP		Coagulation
Transf	Transferrine		Ionogramme sanguin
Tretracycline	Trétracycline		Dosage antibiotiques dans le sang
Trimetho	Thrimetho		Dosage antibiotiques dans le sang
Trimetho. et sulfam.	Triméthoprime+sulfaméthoxazole		Dosage antibiotiques dans le sang
TRIODO	T3 (triodothyroxine)		Hormonologie
TRIODOL	T3 libre		Hormonologie
TRIODOT	T3 totale		Hormonologie
Troponine	Troponine		Enzymes cardiaques

Trou anionique	Trou anionique		Ionogramme sanguin
TSH	TSH (Thyroid Stimulating Hormone)		Hormonologie
Tub	Sérologie Rubéole		Sérologie sanguine
Urée	Urée		Surveillance rénale
Urée Urinaire	Urée Urinaire		Ionogramme urinaire
Vancomycine	Vancomycine		Dosage antibiotiques dans le sang
VGM	VGM		Hémogramme
VHA	Sérologie Hépatite A		Sérologie sanguine
VHB	Sérologie Hépatite B		Sérologie sanguine
VHC	Sérologie Hépatite C		Sérologie sanguine
VHE	Sérologie Hépatite E		Sérologie sanguine
VIH	VIH		Sérologie sanguine
VitB12	Vitamine B12		Ionogramme sanguin
VitD	Vitamine D		Ionogramme sanguin
VitSang	Vitamines sanguines		Ionogramme sanguin
Vor	Voriconazole		Dosage antibiotiques dans le sang
VRS	VRS (virus respi syncitial)(bronchiolite)		Sérologie sanguine
VRS	VRS		Recherches spécifiques
VS3	Vitesse de sédimentation		Protéines sériques
XCOR0	Cortisol temps 0 (test synactene)		Hormonologie
XCOR30	Cortisol temps+30 (test synactene)		Hormonologie
XCOR60	Cortisol temps+60 (test synactene)		Hormonologie
XCORP0	Prélèvement T0 test synactene		Hormonologie

2.12 Exports

2.12.1 Export des comptes-rendus

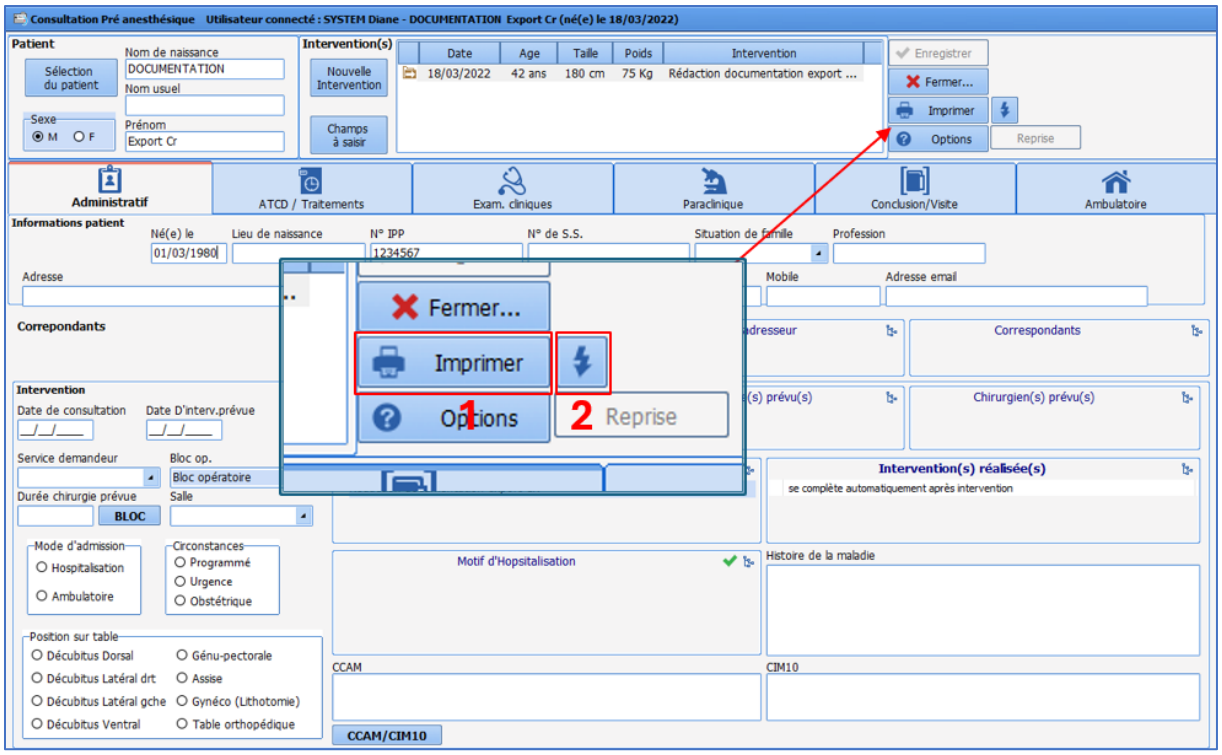
L'export de compte-rendu est un flux sortant de Diane. Les documents exportés sont générés depuis l'exécutable **DIANE** à partir duquel l'export est demandé. Une fois créés, les fichiers sont ensuite déplacés et déposés à l'endroit préalablement paramétré. En cas d'erreur, les fichiers sont déposés dans le dossier **.\Data\NOM_DU_POSTE\FailedExport**.

2.12.1.1 Compte rendu de consultation

Il existe plusieurs façons de déclencher l'export d'un compte-rendu depuis le module de consultation :

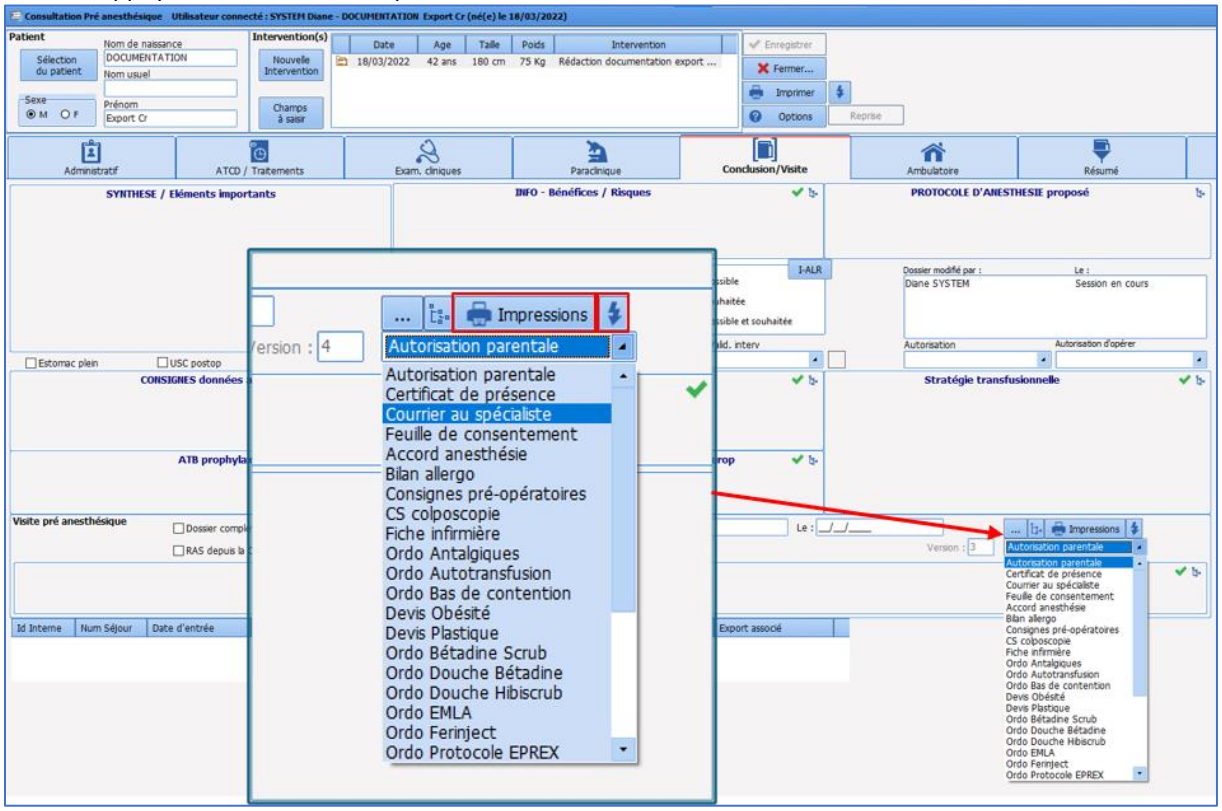
- **Les boutons d'impression avec ou sans visualisation**

DIANE embarque deux boutons permettant d'effectuer l'impression et/ou l'export du compte-rendu de consultation avec ou sans visualisation (respectivement 1 et 2 sur la capture ci-après).
A noter que l'utilisation des boutons d'impression entraine à la fois l'impression et l'export du document.



- **Choix du document à imprimer/exporter dans l'onglet Conclusion/Visite**

Le fonctionnement est le même que pour le cas précédent car il s'agit des mêmes boutons qui sont dupliqués. Toutefois, il est possible de sélectionner le document via une liste déroulante. Une fois le document sélectionné, il reste à appuyer sur le bouton adéquat.

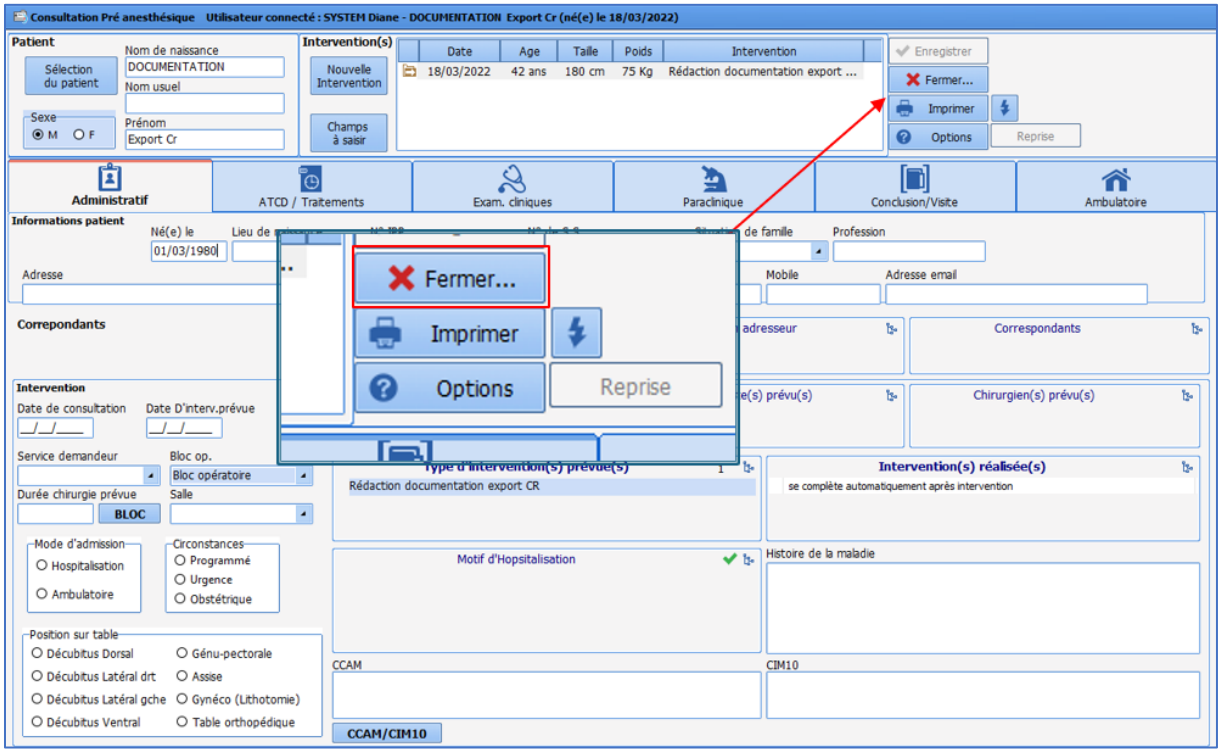


- **Export automatique à la fermeture du dossier**

Lorsque l'export automatique à la fermeture est activé. Une fois la consultation terminée et enregistrée, le compte-rendu de CPA est automatiquement exporté à la fermeture du dossier du patient en cliquant sur le bouton **Fermer**.

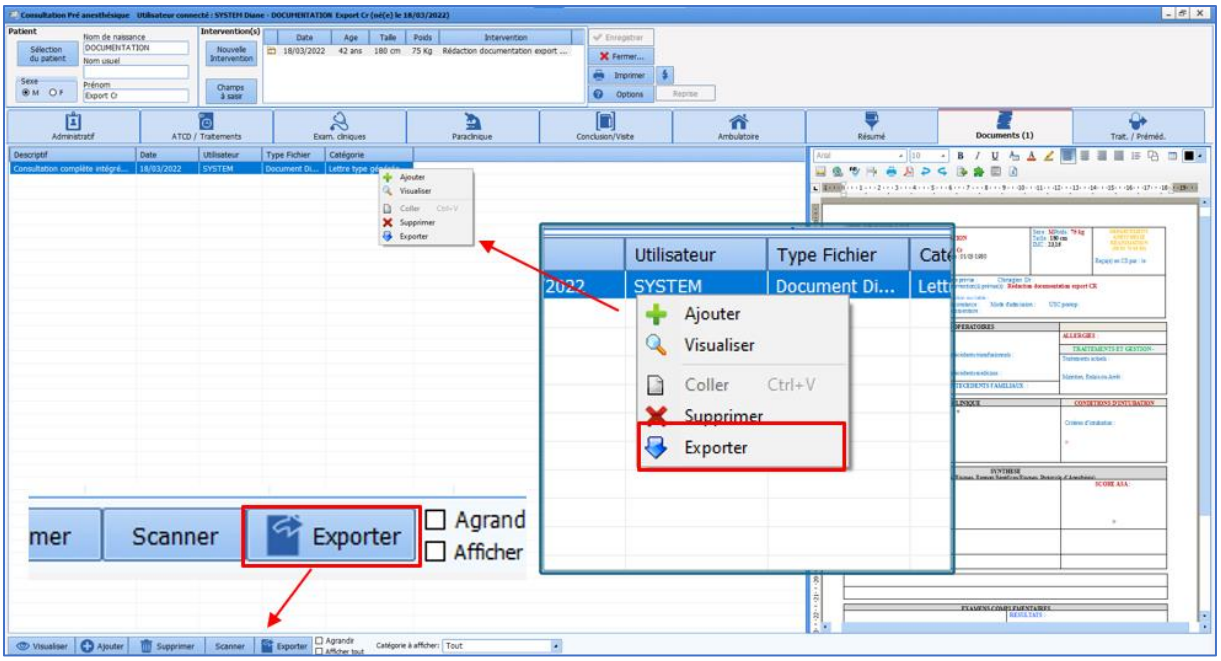
A noter que lors de l'export automatique, le document n'est pas imprimé.

L'export automatique à la fermeture se désactive ensuite lorsque le dossier est clôturé ou en lecture seule.



- **Export des documents sauvegardé dans le dossier**

Il est également possible d'enregistrer des documents dans le dossier du patient. Une fois enregistrés, les documents sont disponibles dans l'onglet prévu à cet effet et il est possible de déclencher leur export à nouveau soit par clique droit – Exporter soit directement via le bouton adéquat.



- **Documents scannés**

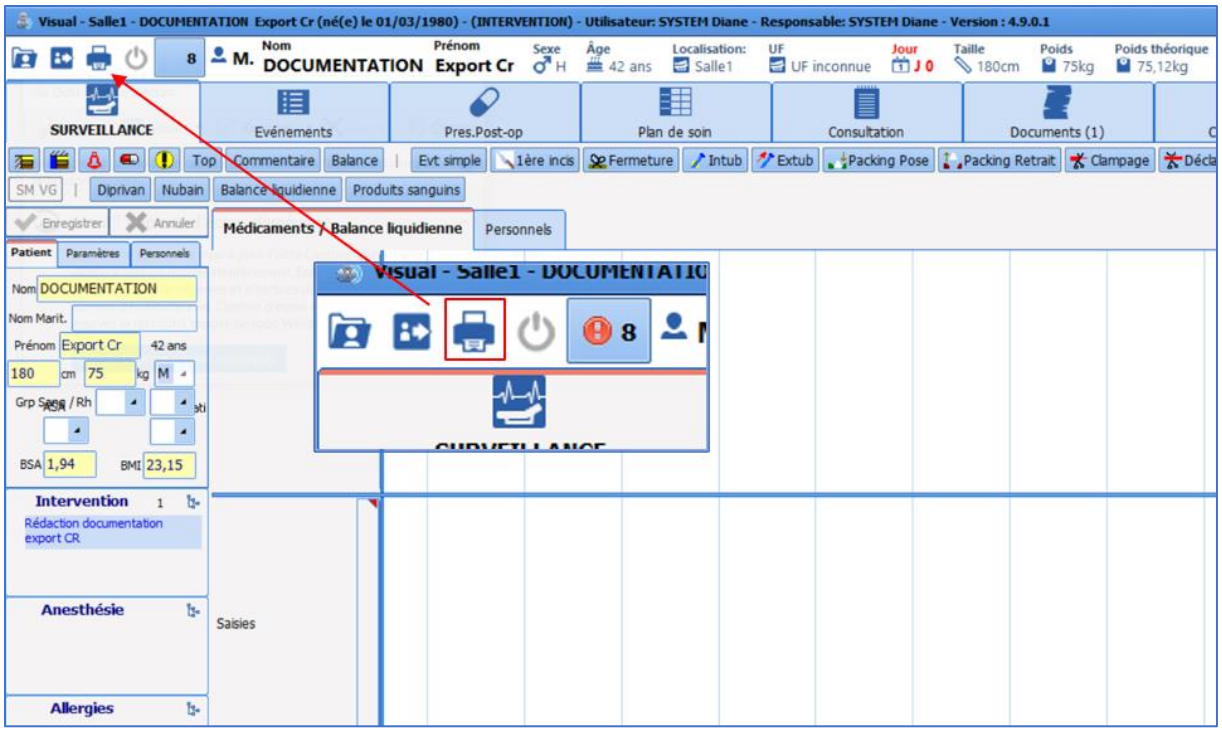
L'enregistrement de documents dans le dossier patient peut également être fait à partir de documents externes, scannés et importés dans le dossier. Lors de la numérisation du document, il est également possible de l'exporter dans le DPI. Cet export est soit automatique soit manuel et il faut alors se référer au point précédent **Export des documents sauvegardé dans le dossier**.

2.12.1.2 Visual

2.12.1.2.1 DiaReport

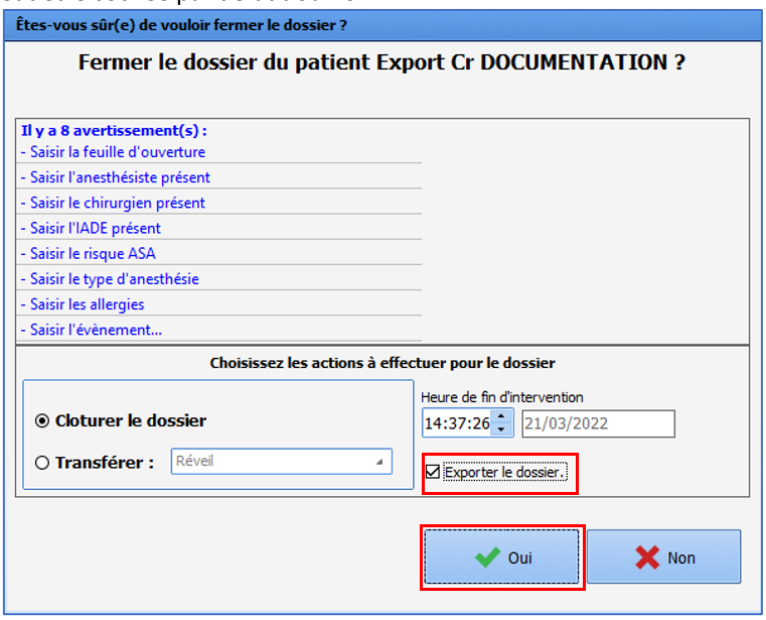
- **Le bouton d'impression**

Le compte-rendu d'intervention, également appelé **DiaReport**, peut s'exporter via le bouton d'impression encadré sur la figure ci-après. L'utilisation de ce bouton entraîne à la fois l'impression et l'export (si paramétré) du document.



- **L'export automatique à la fermeture du dossier**

Lors de la clôture du dossier, une case, permettant l'impression et l'export ou simplement l'export lorsqu'elle est cochée. Cette case peut être cochée par défaut ou non.



- **Export via l'onglet documents**

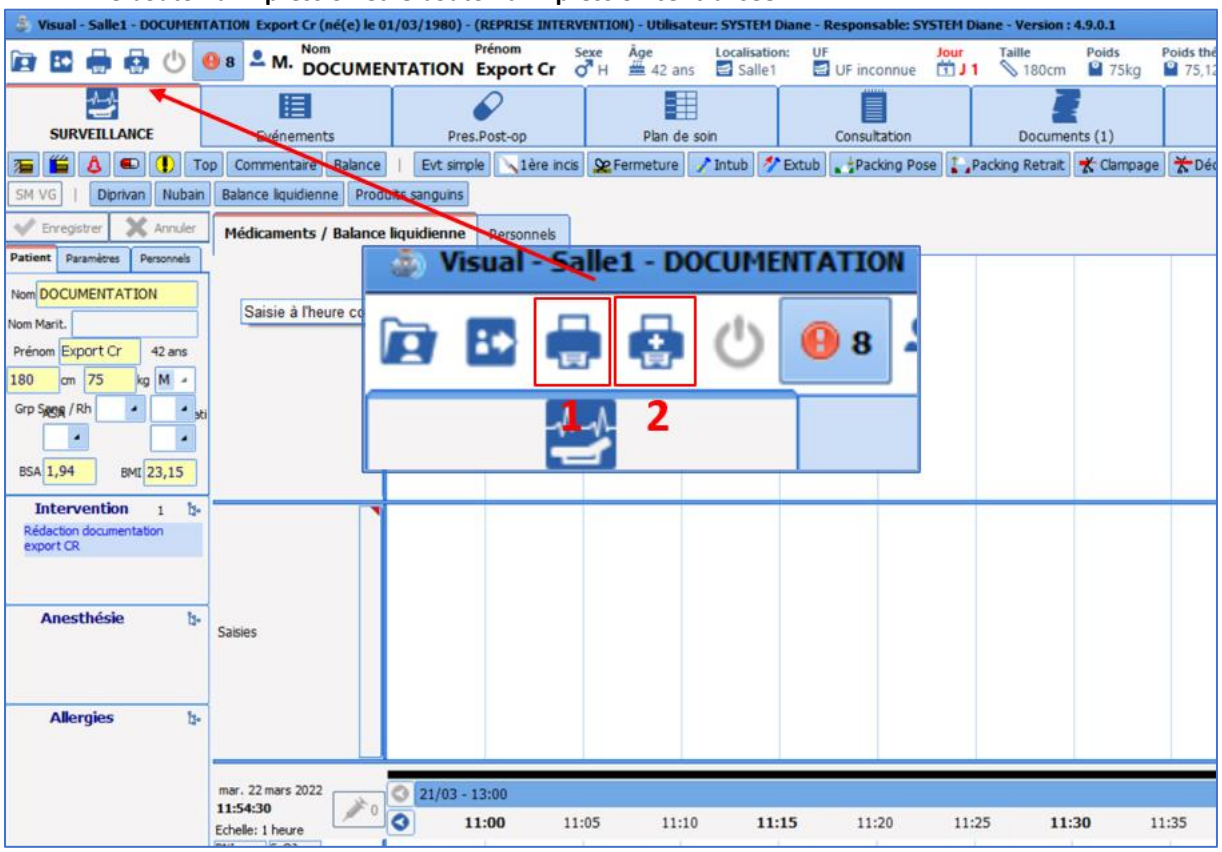
L'export de document depuis l'onglet documents reste possible, comme en consultation. Se référer au point **Export des documents sauvegardé dans le dossier**.

2.12.1.2.2 Impression centralisée

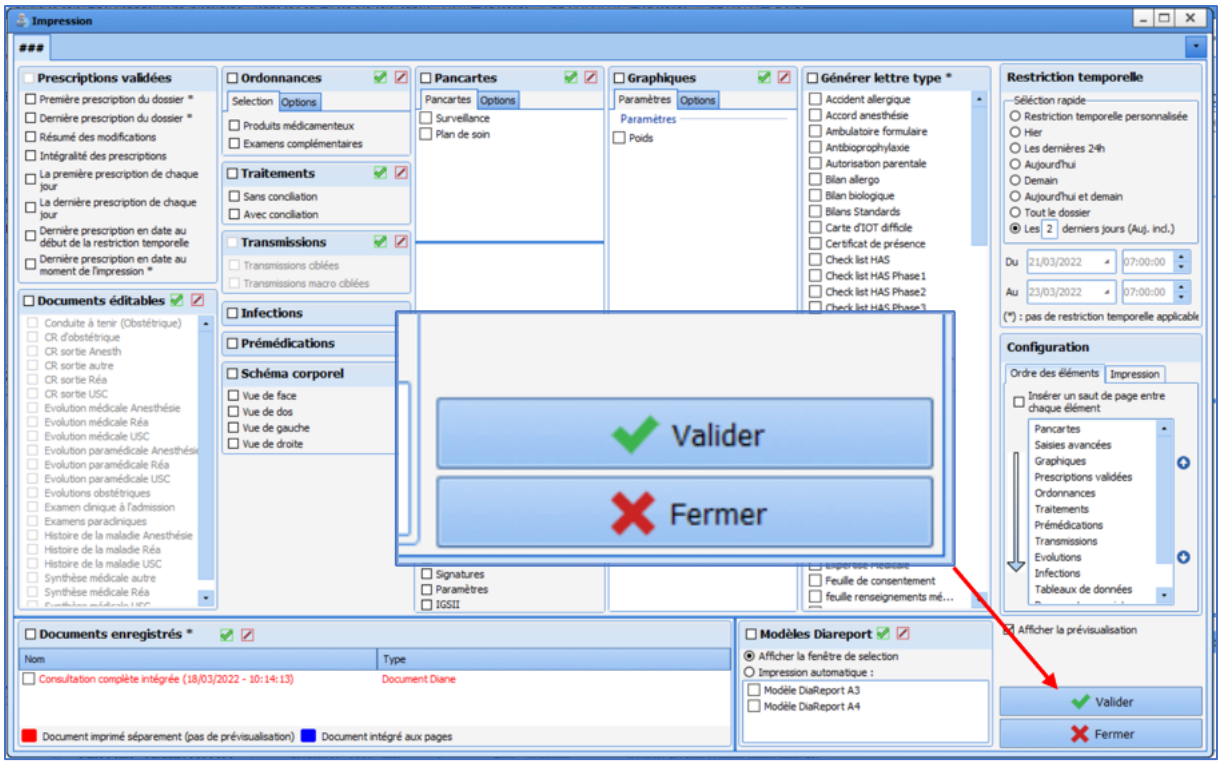
Le module **Visual** permet l'utilisation de l'impression centralisée pour gérer l'export du compte-rendu d'intervention.

L'impression centralisée permet d'exporter le dossier et son contenu est paramétrable. Il est possible de paramétrer plusieurs configurations d'impression centralisée.

- **Le bouton d'impression et le bouton d'impression centralisée**

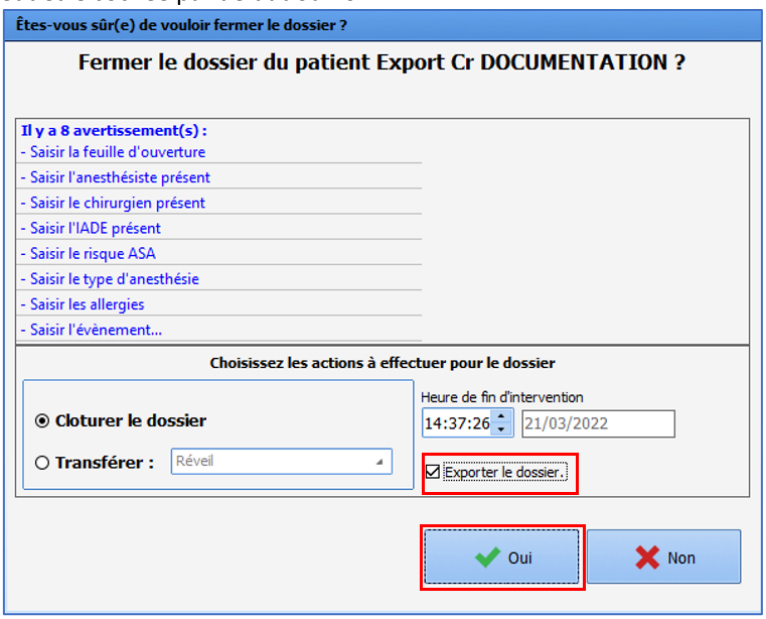


Le bouton d'impression (Bouton 1) imprime/exporte toujours le premier onglet ou celui paramétré par défaut le cas échant. Il est également possible d'utiliser le bouton d'impression centralisée (Bouton 2) puis de cliquer sur **Valider** pour exporter l'impression centralisée.



- **Export automatique à la clôture**

Lors de la clôture du dossier, une case, permettant l'impression et l'export ou simplement l'export lorsqu'elle est cochée. Cette case peut être cochée par défaut ou non.



- **Export depuis l'onglet documents**

L'export de document depuis l'onglet documents reste possible, comme en consultation ou avec le Diareport. Se référer au point **Export des documents sauvegardé dans le dossier**.

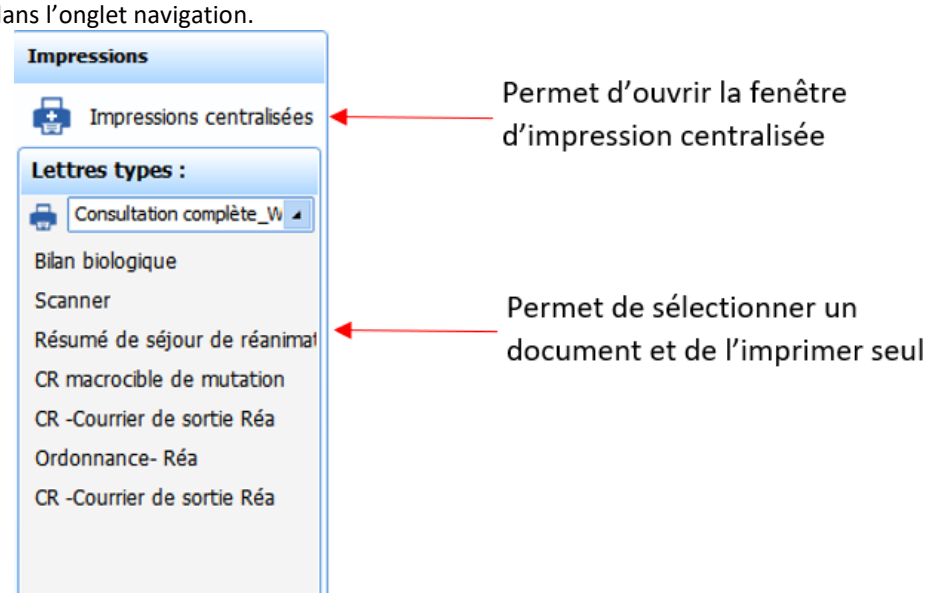
2.12.1.3 Diane Réanimation

2.12.1.3.1 DiaReport

En réanimation, il n'y a pas de bouton d'impression permettant de déclencher l'export, ainsi seul l'export à la clôture permet d'exporter le **DiaReport**.

2.12.1.3.2 Impression centralisée

Il est possible d'utiliser le bouton d'impression centralisée comme présenté sur le module **Visual**, cependant ce dernier n'est que très peu mis en place car la réanimation possède son propre composant d'impression centralisée dans l'onglet navigation.



Une fois la fenêtre d'impression centralisée ouverte, le fonctionnement est le même que pour **Visual**.

2.12.1.3.3 Export via l'onglet documents

L'export de document depuis l'onglet documents reste possible, comme en consultation.

2.12.1.3.4 Documents scannés

L'enregistrement de documents dans le dossier patient peut également être fait à partir de documents externes, scannés et importés dans le dossier. Lors de la numérisation du document, il est également possible de l'exporter dans le DPI.

2.12.2 Export des prescriptions

2.12.2.1 Export dégradé

Il est possible de configurer l'export automatique de la prescription sur un serveur et/ou sur le poste pour pallier une éventuelle défaillance informatique et assurer la continuité des soins.

Cet export peut se faire à chaque signature de prescription. Il ne nécessite aucune action de l'utilisateur.

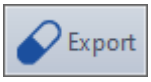
En cas d'échec de l'export; le fichier est déposé localement dans le dossier de travail de **DIANE**, sous dossier **FailedExport** et une trace est générée dans les fichiers logs pour enregistrer l'erreur.

2.12.2.2 Export PN13

Il est possible de configurer un export PN13 de la prescription. Il y a plusieurs déclencheurs possibles pour cet export :

- A la signature
- A la fermeture de la réanimation (dossier en écriture)
- A la clôture du dossier de réanimation (dossier en écriture et clôture)
- A la signature et à la fermeture de la réanimation (dossier en écriture)
- A la fermeture du réveil (dossier en écriture)
- A la clôture du dossier en réveil (dossier en écriture et clôture)
- A la signature et à la fermeture du réveil (dossier en écriture)
- A la fermeture du bloc (dossier en écriture)
- A la clôture du dossier en bloc (dossier en écriture et clôture)
- A la signature et à la fermeture du bloc (dossier en écriture)
- A la signature et à la fermeture du dossier (dossier en écriture)
- A la clôture du dossier (dossier en écriture et clôture)
- Manuellement

A l'exception du mode manuel, l'export se fait sans action de l'utilisateur. Si le mode manuel est activé, un bouton est affiché dans l'onglet de prescription. Le bouton possède 3 états :

- Pas de prescription signée : 

- Prescription signée à exportée : 

- Prescription signée et exportée : 

En cas d'échec de l'export; le fichier est déposé localement dans le dossier de travail de **DIANE**, sous dossier **FailedExport** et une trace est générée dans les fichiers logs pour enregistrer l'erreur.

2.12.3 Export du plan de soins

Il est possible de configurer l'export automatique du plan de soins sur un serveur et/ou sur le poste pour pallier une éventuelle défaillance informatique et assurer la continuité des soins. Cet export ne nécessite aucune action de l'utilisateur.

- La sauvegarde peut être faite après chaque modification du plan de soin (actions sur une occurrence, ajout d'une nouvelle prescription …) ou automatiquement toutes les X minutes
- Le format du fichier peut être HTML ou PDF. Au format PDF, le document est en paysage. La taille des colonnes présentes dans l'export est fixe. Lorsque les données sont trop grandes pour être affichées de façon lisible dans chaque colonne, le retour à la ligne est automatique.
- Le dossier d'export est configurable
- Le traitement pouvant prendre du temps, un splashscreen apparaît lors de l'export (si le temps de traitement est d'au moins une seconde)
- Le nom du fichier est configurable : il est possible d'y glisser des balises relatives aux informations du patient pour respecter l'identitovigilance
- La période de sauvegarde est configurable : par défaut, elle inclut les occurrences de la journée en cours
- Le contenu de l'export respecte le format suivant :

- Entête avec le nom prénom du patient, la date de génération du fichier, la période de génération du plan de soin, la localisation du patient
- Les occurrences sont affichées groupées par prescription sous forme de tableau avec les colonnes suivantes :
  - **Libellé** : affiche le libellé de la prescription
  - **État** : Affiche l'état de l'occurrence (A faire, Démarrée …)
  - **Heure de début** : Heure de début de l'occurrence
  - **Heure de fin** : Heure de fin de l'occurrence
  - **Prescription saisie par** : Nom prénom de la personne ayant saisi la prescription
  - **Prescription signée par** : Nom prénom de la personne ayant signé la prescription
  - **Occurrence modifiée par** : Nom prénom de la personne ayant modifié l'occurrence
  - **Info PSE** : Si un PSE est connecté à l'occurrence, les informations le concernant sont affichées ici
  - **Voie**: Affiche la voie d'administration
  - **Condition** : Affiche la condition d'administration si renseignée
  - **Commentaire de prescription** : Affiche le commentaire de prescription si renseigné
  - **Commentaire de réalisation** : Affiche le commentaire de réalisation si renseigné
  - **Infos supplémentaires** : Affiche les informations relatives à l'administration si elle est en cours

En cas d'échec de l'export; le fichier est déposé localement dans le dossier de travail de **DIANE**, sous dossier **FailedExport** et une trace est générée dans les fichiers logs pour enregistrer l'erreur.

2.12.4 Export dégradé des documents

Liste des documents concernés par l'export dégradé :

- Lettres type
- Transmissions
- Evolutions
- Synthèse des évolutions
- Evolutions infirmières
- Synthèse des évolutions infirmières
- Examens à l'admission
- Examens paracliniques
- Histoire de la maladie

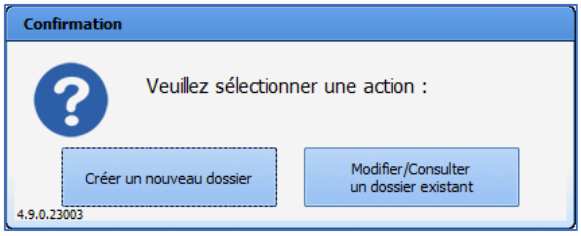
Chaque document peut-être configuré ou non pour l'export dégradé.

3. DIANE CONSULTATION (module historique/legacy)

3.1 Sélection du dossier patient en consultation

Si le patient n'a pas encore d'intervention, la fenêtre **Nouveau dossier** s'affiche et permet de saisir les informations du patient et de l'intervention (cf. *La programmation d'une nouvelle intervention*).

Si le patient a déjà des interventions, la fenêtre de confirmation ci-dessous s'affiche.



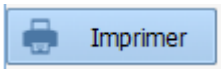
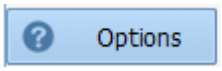
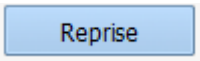
Le clic sur le bouton **Créer un nouveau dossier** affiche la fenêtre **Nouveau dossier** (cf. *La programmation d'une nouvelle intervention*).

Le clic sur le bouton **Modifier/Consulter un dossier existant** ouvre automatiquement sa dernière consultation pour laquelle l'intervention planifiée n'a pas été réalisée et pour laquelle la date limite de reprise n'a pas été atteinte. Si le patient à plusieurs interventions planifiées et non réalisées, c'est la plus récente qui est chargée.

3.2 La Consultation pré-anesthésique

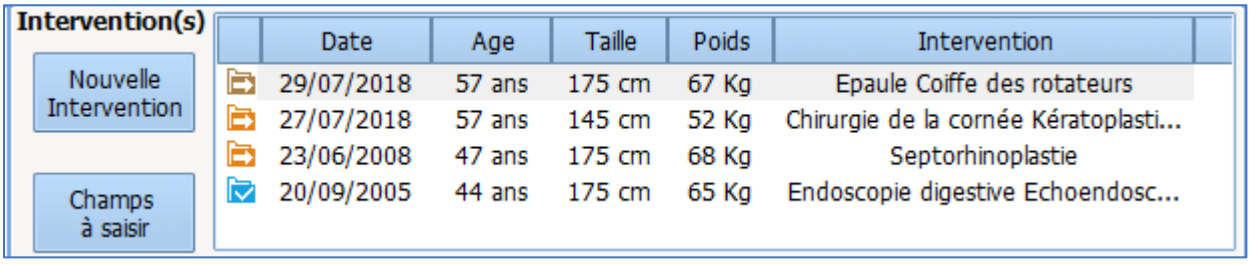
3.2.1 Les boutons de la consultation préanesthésique

Boutons	Rôles
Sélection du patient	Permet de sélectionner le dossier d'un patient. *Cf. chapitre : « Sélection du patient ».*
Nouvelle Intervention	Permet de démarrer une nouvelle consultation pour une nouvelle intervention pour le patient sélectionné. *Cf. chapitre : « La programmation d'une nouvelle intervention ».*
Champs à saisir	Ouvre la fenêtre **Champs à saisir** qui met en exergue les champs considérés comme importants avant la fermeture de l'application. *Cf. chapitre : « Les éléments importants et les éléments bloquants ».*
Enregistrer	Permet d'enregistrer toutes les informations saisies (les nouveaux éléments, les modifications ou les suppressions apportées au dossier du patient sélectionné). L'enregistrement de la consultation se fait de façon automatique lors de l'impression ou lors de l'édition des codes CCAM et CIM10.
Annuler	Permet de fermer le dossier du patient si le bouton **Enregistrer** est grisé au moment où vous cliquez sur **Annuler**. Si le bouton **Enregistrer** est actif au moment où vous cliquez sur **Annuler**, vous aurez la possibilité d'annuler toutes les informations saisies depuis le dernier enregistrement

	du dossier patient. Une fenêtre d'**Avertissement** vous permet de confirmer votre choix. Le bouton **Oui** de cette fenêtre permet de conserver les données que vous vous apprêtiez à effacer. Le bouton **Non** permet d'annuler toutes les modifications que vous avez insérées dans le dossier de votre patient depuis le dernier enregistrement. Le bouton **Annuler** annule votre demande d'annulation.
	Permet d'imprimer la consultation du patient sélectionné. Une fenêtre de **Prévisualisation d'impression** s'ouvre au préalable. *Cf. chapitre : « L'impression de la consultation ».*
	Ouvre un menu contextuel qui vous permet de : - **Verrouiller la station DIANE**. - **Changer d'utilisateur**. - **Resynchroniser**. - **Changer de mot de passe**. - Consulter l'**Aide de la consultation**. - Consulter la fenêtre **A Propos**. - **Quitter** l'application Consultation.
	Ouvre la fenêtre **Reprise** qui permet de récupérer toutes les données de l'onglet sélectionné à partir d'une consultation antérieure, sélectionnable au choix parmi la liste des différentes consultations réalisées pour un patient donné.

3.2.2 La zone Intervention(s)

Cette zone, située en haut de l'application, permet de visualiser la liste de toutes les interventions que le patient sélectionné a déjà subi lors de précédentes prises en charge dans le logiciel **DIANE** et de lui programmer une nouvelle intervention via le bouton **Nouvelle Intervention**.



Lorsqu'un dossier est terminé  vous pouvez, au clic droit sur la ligne, accéder à une visualisation complète de l'intervention.

3.2.3 La liste des interventions du patient sélectionné

La liste des interventions du patient sélectionné apparaît dans la zone **Intervention(s)**. On retrouve, dans cette zone, l'**Age**, la **Taille** et le **Poids** du patient à la date de l'intervention ainsi que le motif et la **Date** de l'intervention.

Icône	Colonne **Date**	Colonne **Intervention**
 Dossier ouvert *L'intervention n'a pas eu lieu ou est en cours. La consultation peut alors être modifiée.*	Date prévue de l'intervention si celle-ci a été indiquée. OU Date de la consultation si la date d'intervention n'a pas été indiquée.	Intervention prévue.
 Dossier fermé *L'intervention est terminée, le patient est passé en salle de réveil. La consultation ne peut plus être modifiée (sauf droits d'accès exceptionnels).*	Date réelle de l'intervention.	Intervention réalisée.
 Dossier verrouillé  Réveil en cours  Bloc en cours  Induction en cours *Ce dossier est verrouillé sur un autre poste (dossier déjà ouvert ou préchargé sur un outil mobile), vous ne pouvez consulter ce dossier qu'en lecture seule.*	Date prévue de l'intervention si celle-ci a été indiquée. OU Date de la consultation si la date d'intervention n'a pas été indiquée. OU Date réelle de l'intervention si elle a eu lieu.	Intervention prévue ou réalisée.
 Dossier non accessible *L'intervention a été effectuée ou programmée dans un service différent de celui dans lequel vous vous trouvez. Vous ne pouvez pas visualiser ce dossier (sauf droits d'accès exceptionnels).*	Date prévue de l'intervention si celle-ci a été indiquée. OU Date de la consultation si la date d'intervention n'a pas été indiquée. OU Date réelle de l'intervention si elle a eu lieu.	Intervention prévue ou réalisée.

Il est possible de trier la liste des interventions en cliquant sur les intitulés des colonnes (**Date**, **Age**, **Taille**, **Poids**, **Intervention**).

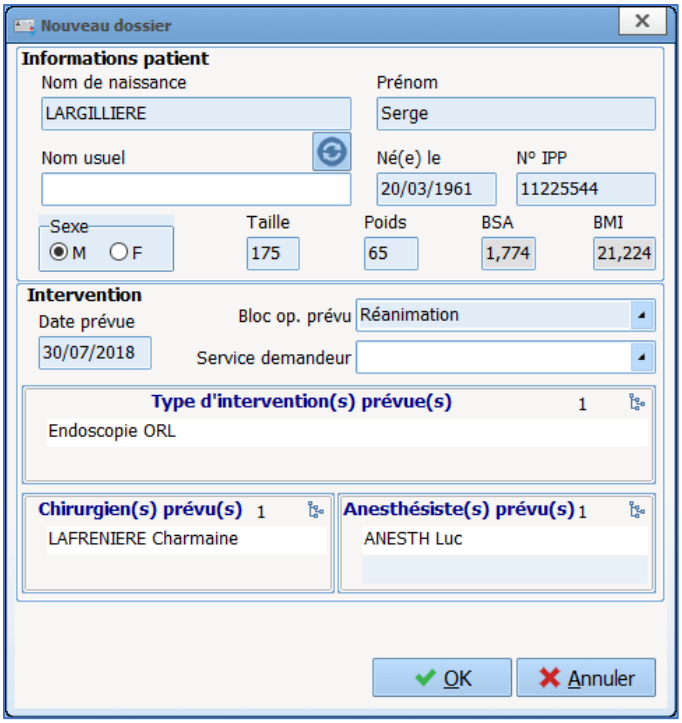
Si ce n'est pas la dernière consultation réalisée qui est sélectionnée, la couleur de fond de cette liste sera teintée en orange.

Il est possible de visualiser l'intervention associée à une consultation en faisant un clic droit sur l'intervention et en sélectionnant **Voir l'intervention associée**.

3.2.4 La programmation d'une nouvelle intervention

Lorsqu'un dossier patient est sélectionné, cliquez sur le bouton **Nouvelle Intervention**.

Lors de la création d'un nouveau patient, la fenêtre **Programmation d'une intervention** s'ouvre automatiquement.



Dans cette fenêtre, il est possible de compléter les premiers champs.
(Le **BSA (Body Surface Area)** et le **BMI (Body mass index)** sont calculés automatiquement).

A l'ouverture de cette fenêtre, le bloc opératoire est, par défaut, préconfiguré comme étant celui où se trouve l'ordinateur.
La modification de ce champ sera conservée durant la même session pour les programmations d'interventions suivantes durant la même session.

Cliquez sur le bouton **OK** ou sur la touche `Entrée` du clavier pour valider cette fenêtre.

Les éléments s'implémentent à leur place.

Après validation de cette fenêtre, un message de confirmation propose de reprendre automatiquement les antécédents du dossier précédent.
Un clic sur **Oui** réalisera l'action proposée : l'onglet **Antécédents / Traitements** se préremplit avec les antécédents provenant des dossiers précédents.
Un clic sur **Non** et seules les complications per opératoire et post opératoire antérieures ainsi que les interventions effectivement réalisées avec le logiciel **DIANE** seront reprises dans l'onglet **Antécédents / Traitements**.

3.2.5 Les onglets principaux de la consultation préanesthésique

Les données anesthésiques, relatives à l'intervention sélectionnée, sont accessibles via un classeur à onglets et sont regroupées, par défaut, en neuf grands thèmes : **Administratif**, **Antécédents / Traitements**, **Examens cliniques**, **Paraclinique**, **Conclusion / Visite, Ambulatoire**, **Comptabilité**, **Résumé** et **Documents**.

REMARQUE : Si vous essayez de modifier un ancien dossier de consultation, un message d'information vous l'indique. Par défaut, cette limite est configurée à 240 jours.

3.2.5.1 L'onglet Administratif

Cet onglet regroupe toutes les données administratives concernant le patient ainsi que les détails de l'intervention prévue.

Le remplissage de ces champs se fait suivant les différentes méthodes vues dans le chapitre « *Les différents modes de saisie dans DIANE* ».

REMARQUE : Si une interface est en place, il est possible que les champs administratifs se complètent automatiquement. Il est possible aussi que ces champs ne soient pas accessibles en écriture.

3.2.5.1.1 Le composant Intervention(s) réalisée(s)

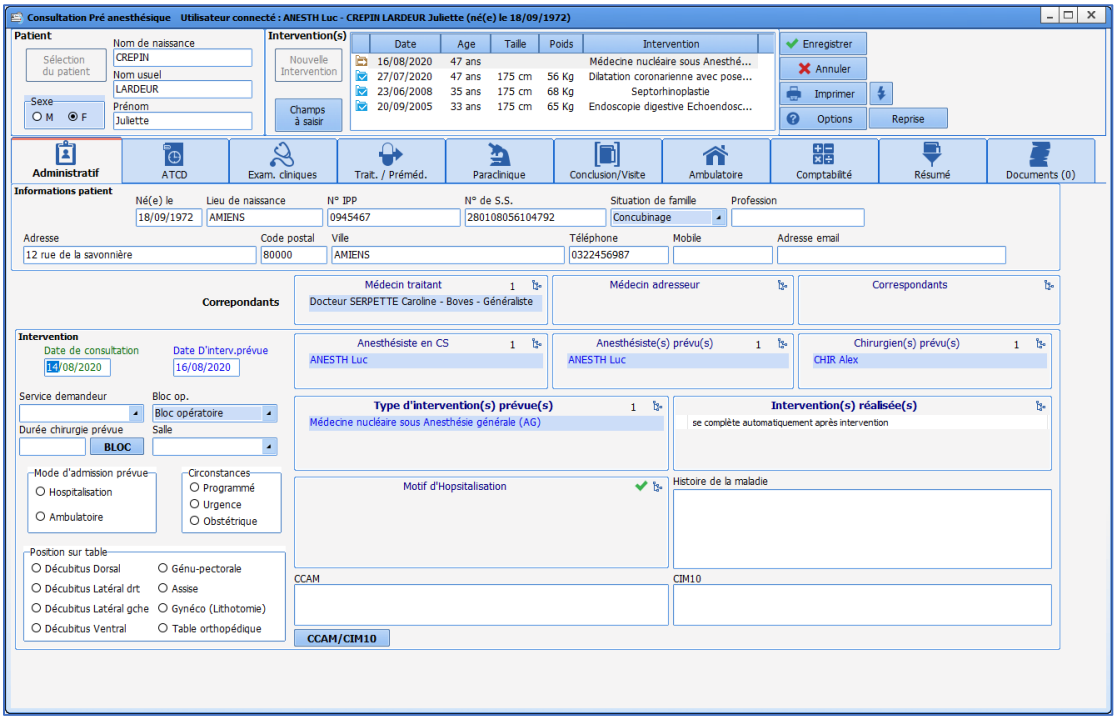
Le champ **Intervention(s) réalisée(s)** n'est pas à compléter. Il sera mis automatiquement à jour lors du passage de votre patient en per opératoire.
Cela permettra de visualiser la différence entre l'intervention prévue et l'intervention effectivement réalisée.

3.2.5.1.2 Les composants personnels prévus

Remplir les champs **Anesthésiste(s) prévu(s)** et **IADE(S) prévu(s)** lors de l'intervention, permettra de les inscrire automatiquement comme présents en salle.

3.2.5.1.3 Le bouton CCAM/CIM10

Un bouton **CCAM/CIM10** permet d'accéder au formulaire de saisie des codes CCAM et CIM10 directement à partir de cet onglet. Voir le chapitre « *CCAM / CIM10* ». Pour que les codes récupérés s'affichent dans la zone qui leur est réservée, vous devez cliquer sur le bouton **CCAM/CIM10**.



3.2.5.2 *L'onglet Traitement / Prémédication*

Cet onglet peut être utilisé dans les autres modules. Il est donc traité dans le chapitre « *Onglet Traitement / Prémédication* ».

3.2.5.3 L'onglet ATCD

Cet onglet regroupe généralement ce qui est afférent aux antécédents du patient.

Pour rappel, les cases vertes permettent d'indiquer un élément défini comme étant par défaut pour ce champ. (Exemples : RAS, pas d'antécédents chirurgicaux…) En effet, Il est préférable d'avoir un élément de type RAS plutôt qu'aucune information, ce qui pourrait laisser le doute sur l'interrogatoire.

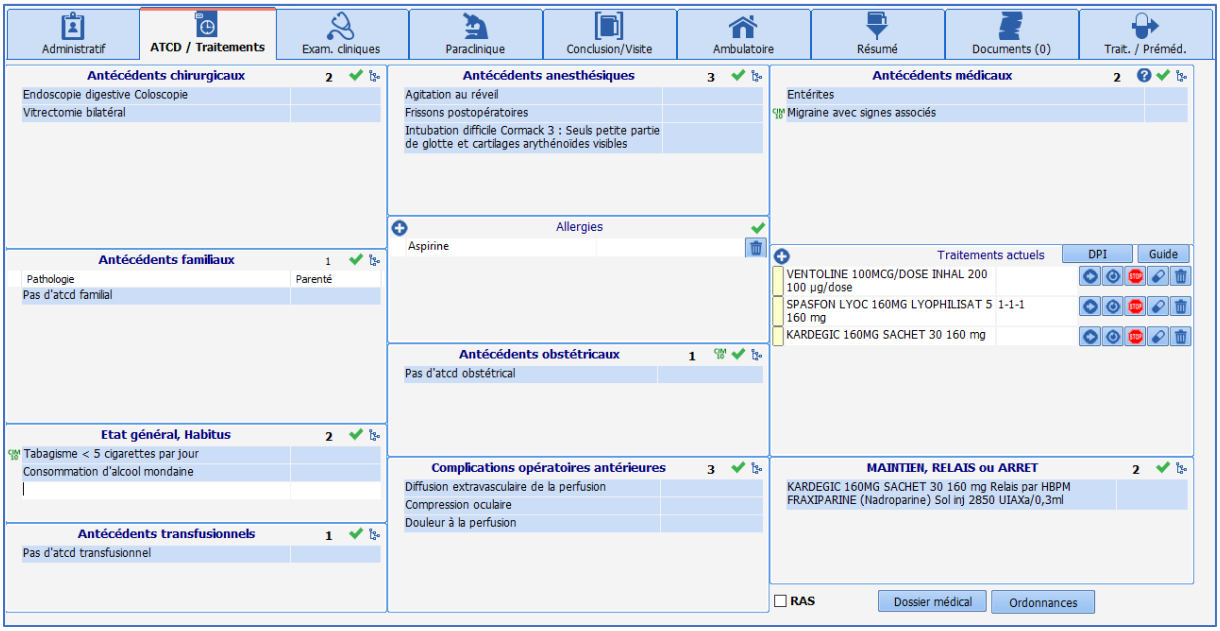
Il est possible d'envoyer les données vers le champ **Éléments importants** dans l'onglet **Conclusion/Visite** en effectuant un clic droit sur l'élément désiré.

3.2.5.3.1 Les composants Antécédents chirurgicaux, Complications opératoires

Les composants **Antécédents chirurgicaux**, **Complications opératoires antérieures** et **Antécédents anesthésiques** sont des composants particuliers. En effet, ils peuvent être complétés de façon classique mais ils récupèrent aussi de façon automatique les données des interventions précédemment effectuées dans **DIANE**.

3.2.5.3.2 Le bouton RAS

La case à cocher **RAS** permet de renseigner tous les champs par un élément déterminé en amont comme étant un élément par défaut pour un patient ayant pas ou peu d'antécédent.

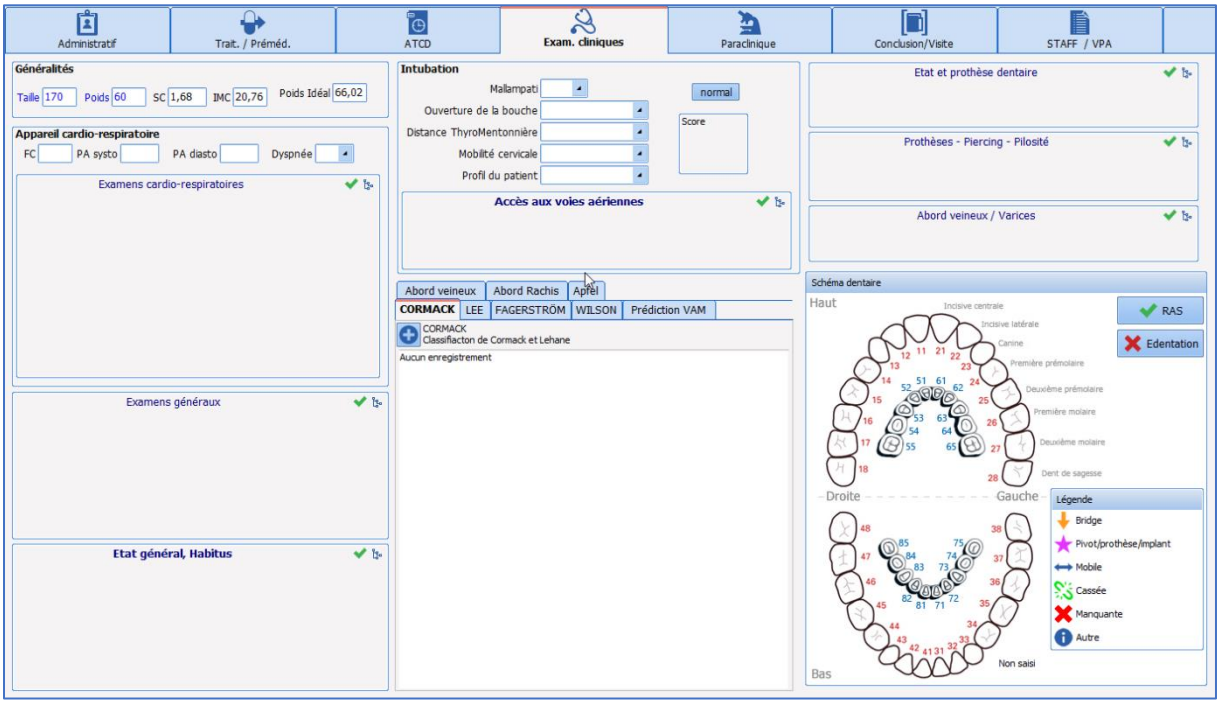


3.2.5.4 L'onglet Examens cliniques

Cet onglet permet de renseigner l'examen clinique du patient au jour de la consultation.

Il est possible d'utiliser tous les types de composant de la consultation. Cf. chapitre « *Les différents modes de saisie dans DIANE* ».

Les saisies avancées sont personnalisables et s'activent en cliquant sur le  de l'onglet concerné. Au préalable, il sera demandé un enregistrement de la consultation.



3.2.5.4.1 MD Le score d'intubation

Ce score est calculé à l'aide des champs situés sur le côté : **Mallampati**, **Ouverture de la bouche, Distance Thyro-Mentonnière, Mobilité cervicale** et **Profil du patient**.
Le score est compris entre 5 (score minimal qui s'obtient en cliquant sur le bouton **Normal**, situé sur le côté de **Mallampati**) et 14. Lorsque ce score s'inscrit en rouge, c'est qu'il a dépassé le seuil critique de 7.

3.2.5.5 L'onglet Paraclinique

Cet onglet est prévu pour renseigner et faire les demandes d'examens biologiques et de consultations d'avis spécialisés.

Il est possible d'utiliser tous les types de composant de la consultation. Cf. chapitre : « *Les différents modes de saisie dans DIANE* ».

Les bilans les plus récurrents sont proposés (configuration faite par le référent du site) et accessibles via des cases à cocher. Une fois la sélection faite, le bouton **Édition** permet de générer l'ordonnance de prescription des bilans en fonction de ce qui a été coché.
Il est aussi possible d'éditer les courriers pour les avis spécialisés.

Il est possible d'inclure un bilan qui ne serait pas configuré sur la configuration que vous utilisez, en cliquant sur le bouton  situé en haut à droite de la zone **Autres bilans**. Dès qu'un bilan, qui n'appartient pas à votre configuration, est complété, il sera toujours visible à partir de la consultation du patient.

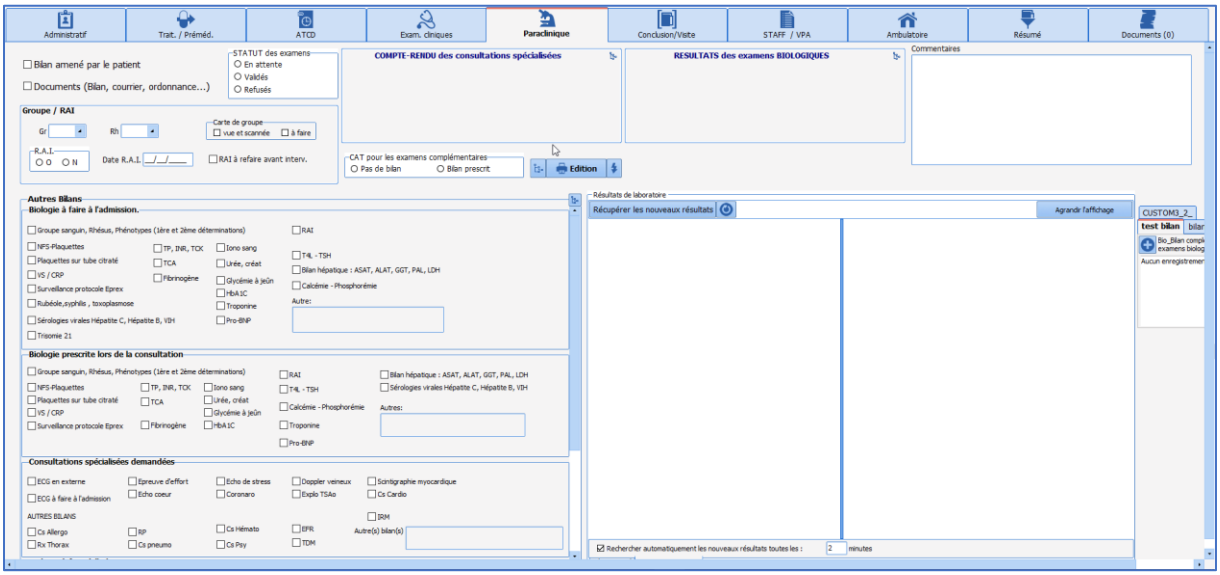
3.2.5.5.1 Le bouton Édition

Le clic sur le bouton  , permet d'imprimer directement la lettre sélectionnée sans passer par la fenêtre de prévisualisation.

Le bouton  permet de pouvoir imprimer plusieurs lettres en même temps. Sélectionnez les courriers que vous souhaitez imprimer en cochant les cases puis cliquez sur le bouton **Aperçu** si vous voulez prévisualiser au préalable ces courriers ou sur **Imprimer** pour lancer l'impression sans prévisualisation.

REMARQUE : les résultats de bilan biologique peuvent être récupérés automatiquement du serveur de résultat du laboratoire si une interface est mise en place.

Note : Tous les bilans et courriers d'ordonnances type sont entièrement configurables par votre administrateur de site. Leur paramétrage s'effectue par service, par bloc opératoire, par salle…



3.2.5.6 *Onglet Conclusion/Visite*

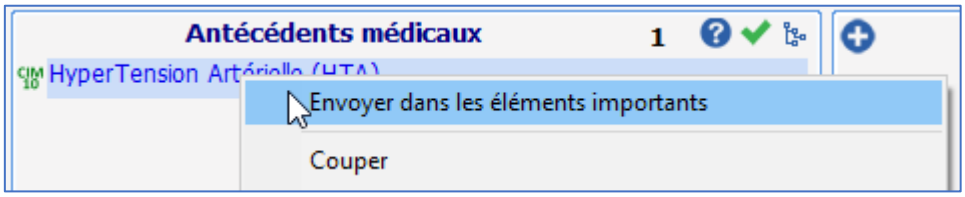
Dans cet onglet, il est d'usage de renseigner tous les éléments afférents à la stratégie d'anesthésie mais aussi tout ce qui concerne les autorisations d'opérer, les informations Bénéfices/Risques…

Il existe sur cet onglet un bouton d'édition nommé **Impressions** permettant de gérer l'impression des autorisations d'opérer mais aussi tout type de documents tels que les documents informatifs, de consentement… ils sont gérés et mis à disposition par votre référent. Le comportement du bouton d'édition est strictement le même que celui de l'onglet précédent. (Cf. chapitre : « *Le bouton édition* »)

3.2.5.6.1 Le composant SYNTHESE / Eléments importants

Le composant **SYNTHESE / Eléments importants** permet de synthétiser tous les éléments qui auraient été relevés au cours de la consultation et jugés comme importants. En effet, chaque composant de la consultation permet via un clic droit d'envoyer des éléments dans cet onglet **Conclusion/Visite**.

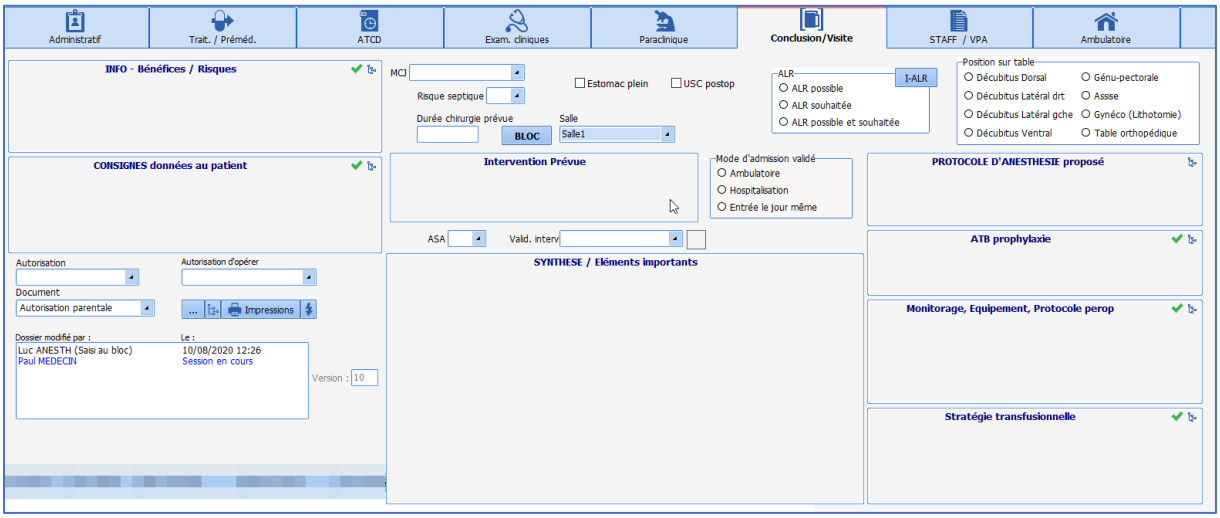
Il est possible d'envoyer un examen spécifique complet ou un bilan complet dans le tableau des éléments importants en cliquant droit directement sur le nom de l'examen (onglet **Exam. cliniques**) ou du bilan (onglet **Paraclinique**).



3.2.5.6.2 Le composant Dossier modifié par

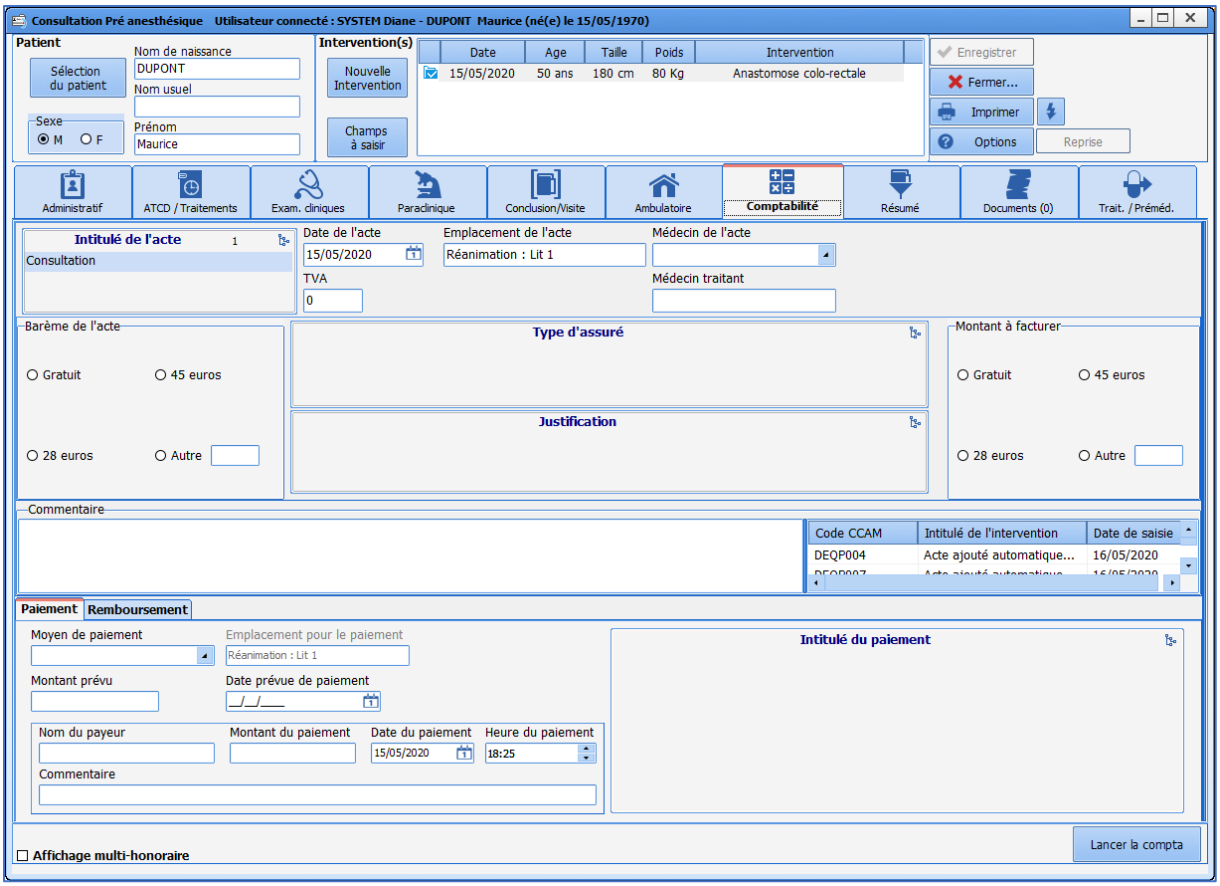
Une zone **Dossier modifié par** permet de voir le nom de tous les intervenants sur le dossier de consultation. Une couleur différente est affectée pour chaque nouvelle session ouverte. Cette zone se complète automatiquement.

Un numéro de version, également présent sur l'impression de la feuille d'anesthésie, permet de savoir si la version imprimée est la même que celle consultable et modifiable sur l'ordinateur.



3.2.5.7 Onglet Comptabilité

Cet onglet permet de renseigner le paiement des consultations par les différents patients. Pour ce faire, le médecin doit indiquer le barème de l'acte, puis le type d'assuré et enfin le montant à facturer.



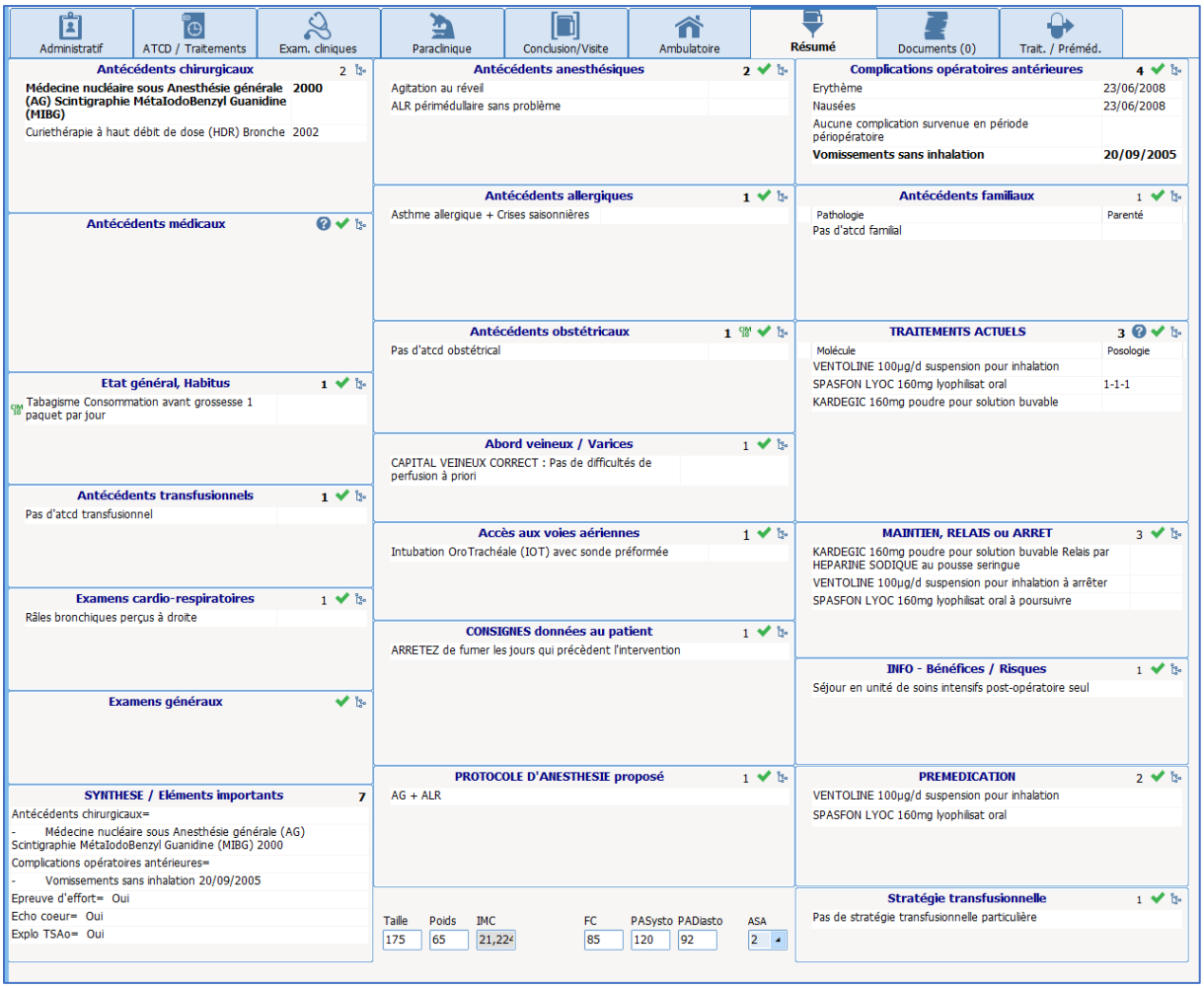
Une fois la partie supérieure renseignée, vous devez cliquer sur le bouton **Ajouter honoraire** afin d'enregistrer cet honoraire dans le module de Comptabilité pour l'ajouter dans la liste des patients qui doivent vous payer.
Si vous modifiez les informations notées dans cet onglet, vous devrez cliquer sur le bouton **Modifier honoraire** pour enregistrer les nouvelles informations que vous avez cochées.
Si le patient paie directement dans le bureau du médecin, il lui suffira d'indiquer le mode de paiement en bas de l'onglet et de cliquer sur le bouton **Effectuer Paiement**.

REMARQUE : Toutes les zones de cet onglet sont entièrement configurables par les administrateurs de site. Si une de ces zones est modifiée, il faudra reporter la même modification dans l'application **DIANE COMPTA**.

Lorsque vous cliquez sur le bouton **Lancer la compta**, vous démarrez le module de comptabilité. *(Cf. chapitre : « DIANE COMPTA »).*

3.2.6 L'onglet Résumé

Cet onglet permet de visualiser sur une seule page tous les composants de la consultation. Il est entièrement configurable.
Ces composants sont des miroirs de ceux utilisés dans tous les autres onglets.



REMARQUE : Il est possible de noter vos informations directement à partir de cet onglet.

3.2.7 L'onglet STAFF / Visite Pré Anesthésique

Il est possible d'avoir un onglet consacré au staff et/ou à la VPA.

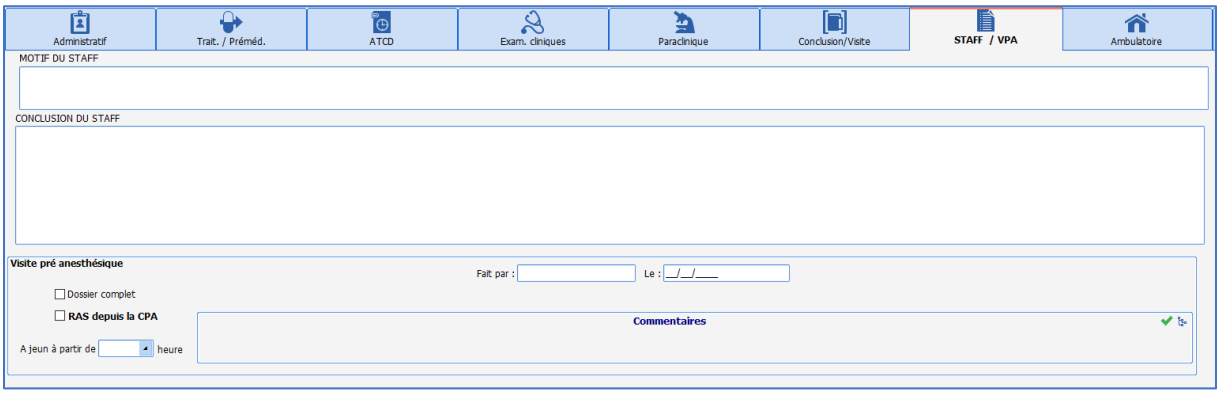
3.2.7.1 Le Staff d'anesthésie

Cette partie permet de tracer les éléments du staff (le motif du staff ainsi que la conclusion de celui-ci).
Via le module de saisie rapide, il sera possible, si la validation de l'intervention a été renseignée sur le statut **Dossier à staffer**, de trouver les dossiers nécessitant d'être revus par l'équipe.
Il faudra alors penser à changer le statut en **Dossier staffé et validé** afin que ces dossiers ne soient plus extraits lors de la prochaine requête.

3.2.7.2 La Visite Pré Anesthésique (VPA)

La Visite Pré Anesthésique peut être renseignée de différentes façons. Il s'agit d'un choix d'organisation mis en place ensuite par le référent.

Quand cette partie est renseignée via les champs dédiés (**Dossier complet**, **RAS depuis la CPA**, **Commentaires**, **A jeun à partir de…** Les composants **Fait par** et **Le** s'implémentent automatiquement avec le nom du médecin ayant réalisé ces saisies ainsi que la date au moment de la saisie.



3.2.8 Fermeture du dossier de consultation du patient et les champs bloquants à saisir

3.2.8.1 Validation et statut du dossier

La validation de l'intervention dispose de six possibilités.
Chaque possibilité est associée à une icône visuelle.
Cette validation permettra de retrouver ces dossiers via le module de saisie rapide afin de les compléter le cas échéant (dossier à staffer) mais gère aussi des alertes au moment de l'ouverture du dossier en salle d'intervention.

Etat	Icône	Effet en Per opératoire
Date validée	Valid. interv Date validée	
Date différée	Valid. interv Date différée	
Intervention annulée	Valid. interv Intervention annulée	
A staffer	Valid. interv A staffer	
Dossier staffé et validé	Valid. interv Dossier staffé et validé	Une fenêtre informe que le dossier a été staffé.
Patient récusé	Valid. interv Patient récusé	Une fenêtre apparaît pour indiquer que le patient a été récusé.

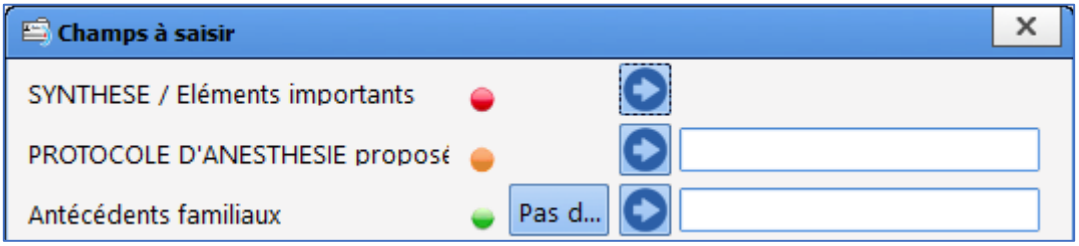
Le choix de l'état peut s'effectuer de deux manières :

- Soit en choisissant parmi les propositions du menu déroulant **Valid. interv**,
- Soit en cliquant sur l'icône : l'ordre est alors le suivant : pas d'état ⇨ **Date validée** ⇨ **Date différée** ⇨ **A staffer** ⇨ **Dossier staffé et validé** ⇨ **Intervention annulée** ⇨ **Patient récusé** ⇨ Pas d'état ⇨ …

3.2.8.2 *Les éléments importants et les éléments bloquants*

Lors de l'enregistrement de la consultation ou en cliquant sur le bouton **Champs à saisir**, une fenêtre s'ouvre. Cette fenêtre répertorie les champs considérés comme importants ou bloquants. Un système de couleur permet de distinguer les champs peu importants (rond vert), importants (rond orange) ou très importants (rond rouge). Si des ronds rouges apparaissent dans la fenêtre **Champs à saisir**, le dossier ne pourra pas être fermé sans que ces champs soient complétés.

REMARQUE : cette notion d'importance est configurable. Seul un administrateur de site dispose du droit de modifier l'intitulé des champs à saisir et leur ordre d'importance.



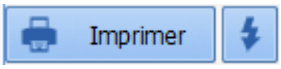
En cliquant sur  , l'onglet où se trouve ce champ va être affiché à l'écran afin de le compléter normalement.

Il est possible aussi de sélectionner l'item désiré directement dans le menu déroulant de la fenêtre.

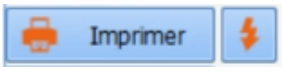
Le bouton situé devant  permet d'insérer une valeur de façon rapide. Ces valeurs de saisie rapides sont entièrement configurables.

3.2.9 L'impression de la consultation

Une fois la consultation terminée, la génération du **Compte-Rendu d'Anesthésie** dépend du paramétrage fait par les référents.
Il est possible d'imprimer directement le compte-rendu, d'afficher l'aperçu avant impression ou de l'envoyer directement dans le Dossier Patient.
Vous aurez à cliquer sur le bouton pour imprimer :

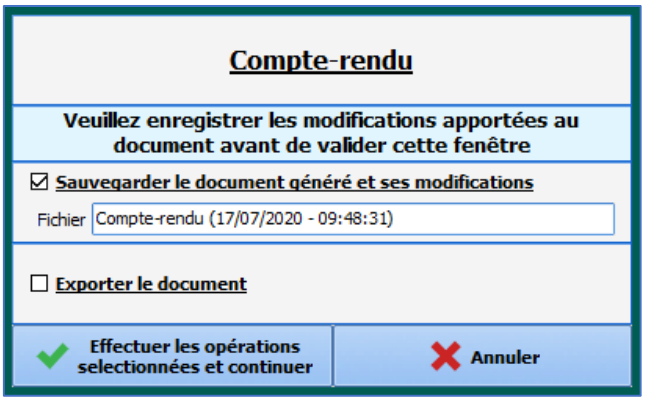


Dès que le document est généré, la couleur du bouton change du bleu à l'orange. De plus, au survol, vous lisez la dernière date de génération.



A chaque demande d'impression, la fenêtre ci-dessous s'ouvre. Cela permet de voir quel document va être imprimé. Il est possible de choisir de sauvegarder le document, il sera alors stocké dans l'onglet **Documents**.
Il est possible aussi qu'il soit exporté.

Si cette fenêtre apparaît, l'export ou la sauvegarde se font après avoir cliqué sur le bouton **Effectuer les opérations sélectionnées et continuer**.



La partie droite - le bouton  - envoie l'impression du compte-rendu directement vers l'imprimante puis ouvre la fenêtre ci-dessus.

3.3 Utilisation de DIANE sur ordinateur portable SANS RÉSEAU

Il est possible que vous ayez besoin de voir un patient dans un lieu déporté, de faire une anesthésie sur un site non-équipé du logiciel. Pour cela, avec un ordinateur portable équipé du logiciel **DIANE**, il est possible de charger le dossier sur l'ordinateur, de réaliser la consultation, la Visite Pré Anesthésique, l'intervention… puis de le remettre sur le réseau.

Pour cela, différentes étapes doivent être réalisées :

- Pré-chargement des dossiers patients sur l'ordinateur.
- Réalisation des procédures désirées.
- Resynchronisation des données.

3.3.1 Le pré-chargement des dossiers patients

Avant de travailler en mode déconnecté du réseau, il est nécessaire de charger sur l'ordinateur les dossiers des patients concernés.

Pour réaliser cela, il faut chercher le dossier patient puis, via un clic droit, sélectionner **Charger en accès complet.**
Cette action a pour effet de charger toutes les données du dossier sur l'ordinateur en posant un verrou. Ce dossier sera accessible uniquement depuis cet ordinateur en lecture et écriture tout en étant déconnecté du réseau.

Le verrou : cette option pose un verrou sur le patient en base de données, empêchant ainsi les autres utilisateurs de pouvoir modifier les données dans le dossier patient. Les dossiers verrouillés sont symbolisés par un verrou dans la fenêtre **Sélection d'un patient.**

Les dossiers sélectionnés apparaissent maintenant dans la zone **Liste des dossiers chargés en local**.

Lorsque le chargement est terminé, vous pouvez fermer cette fenêtre afin d'aller effectuer la procédure désirée. L'ordinateur peut être débranché du réseau.
Exécutez l'application désirée en cochant **Forcer la mise en mode déconnecté** dans la fenêtre de connexion. Forcer l'application à travailler dans ce mode évite que le logiciel cherche le réseau.
En mode déconnecté, l'application est teintée en rouge. *Voir le chapitre « Le mode déconnecté et les connexions entre postes ».*

Il est maintenant possible de réaliser les actions voulues : une visite pré anesthésique, une consultation, une intervention complète…

3.3.2 La resynchronisation des données

Lorsque la procédure est terminée, il faut rebrancher l'ordinateur sur le réseau. Une resynchronisation des données est proposée.

Lorsque vous démarrez une application **DIANE**, la bascule des dossiers présents dans le portable se fait de façon automatique vers le serveur central.

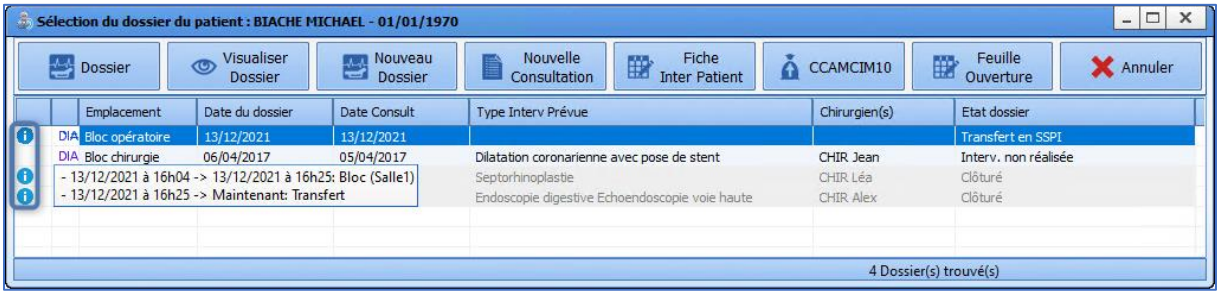
Seul un administrateur de site dispose du droit de déverrouiller un ou plusieurs dossiers patient (en cas de perte de l'ordinateur portable par exemple). Dans ce cas, toutes les données insérées lors de la procédure seront considérées comme perdues.

REMARQUE : Pour charger et décharger les patients du portable, il est important que la connexion réseau soit valide.

4. DIANE ANESTHESIE

4.1 Sélection du dossier patient en anesthésie

Après avoir sélectionné le patient, la fenêtre suivante s'ouvre afin de sélectionner l'action que vous souhaitez avoir sur le dossier du patient.



Par défaut, les dossiers du patient sont triés d'une manière définie, avec en première position les interventions non réalisées. Les dossiers suivants se trient par lieu et par date en tenant compte du statut du dossier.

L'intervention sélectionnée par défaut est celle qui se trouve dans le bloc ou le service actuel, et qui a une heure de début prévue la plus proche de l'heure actuelle.

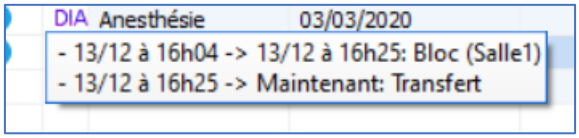
A partir de cette fenêtre, et via les boutons situés dans son en-tête, il est possible de :

- **Démarrer Intervention** : Ce bouton permet de démarrer l'intervention non-réalisée sélectionnée dans cette fenêtre. Vous pouvez démarrer l'intervention en double-cliquant sur la ligne qui vous intéresse.
- **Reprendre Intervention** : Ce bouton permet de redémarrer une intervention qui a débuté il y a moins de 24 heures.
- **Visualiser Intervention** : Ce bouton permet de visualiser une intervention terminée.
- **Nouvelle intervention** : Ce bouton permet de démarrer une nouvelle intervention sans consultation associée.
- **Nouvelle Consultation** : Ce bouton permet de créer une nouvelle consultation.
- **Fiche Inter Patient** : Ce bouton permet d'atteindre la feuille inter patient.
- **CCAMCIM10 :** Ce bouton permet d'accéder au formulaire de saisie des codes CIM10 et CCAM.
- **Feuille Ouverture** : Ce bouton permet d'accéder à la feuille d'ouverture de salle.

Si le patient sélectionné n'a pas d'intervention prévue ou réalisée, il sera proposé à l'utilisateur de créer une nouvelle intervention.
Avec un double-clic sur une intervention qui a moins de 24 heures (durée paramétrable), un message proposera soit de reprendre cette intervention, soit de la visualiser.
Par un clic droit sur une des lignes correspondant à une intervention, un menu permet de **Lancer la consultation rattachée à cette intervention**.

Pour chaque intervention, on retrouve :

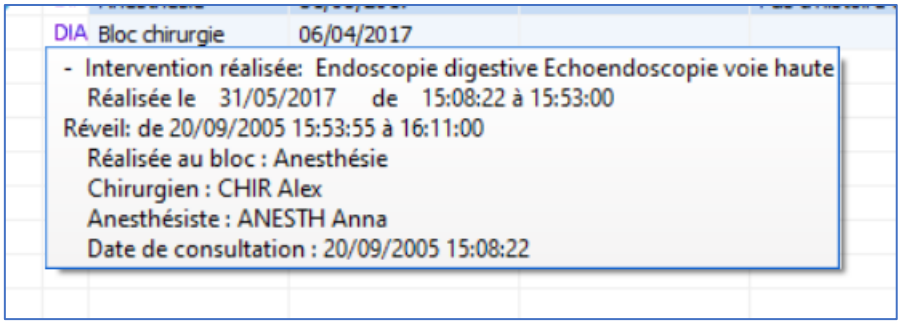
- : icône affichée uniquement si l'état du dossier est différent de **Interv. non réalisée**. Son survol affiche la chronologie du dossier (celle que l'on retrouve dans l'onglet **Bloc** mais ici au format texte uniquement et classé de façon chronologique).



- **Icône DIA / SIH** : indique l'origine de l'intervention.
- **Bloc** : bloc prévu en consultation.
- **Date Interv Prévue** : date intervention planifiée lors de la consultation.
- **Date Consu**lt : date de la consultation liée à l'intervention.
- **Type Interv Prévu** : type d'intervention prévu durant la consultation.
- **Chirurgien(s)** : chirurgien(s) planifié(s) durant la consultation.
- **Etat dossier** : état du dossier (Interv. Non réalisée, Clôturé, Transfert en SSPI …).

Le survol d'une intervention affiche les informations suivantes :

- **Intervention prévue**
- **Anesthésies prévues** (Si non renseignée dans la consultation : **Pas de type d'anesthésie prévu**)
- **Date prévue** + **statut** (réalisée ou non réalisée)
- **Réalisée au bloc**
- **Chirurgien** (si renseigné en consultation)
- **Anesthésiste** (si renseigné en consultation)
- **Date de consultation**



Le clic droit sur l'intervention propose de :

- Lancer la consultation liée au dossier
- Compléter le dossier si l'état du dossier est clôturé (ouverture du dossier avec droit d'écriture)

4.2 Le Per-Opératoire et Le Post-Opératoire

Les modules **Per opératoire** et **Post opératoire** de **DIANE ANESTHÉSIE** permettent de documenter l'intervention en induction, bloc ou salle de réveil. L'onglet le plus important de ces modules est l'onglet **SURVEILLANCE** dans lequel se retrouvent la totalité des éléments renseignés dans le dossier.

L'usage de ce module est similaire en induction, en salle d'ALR, en salle d'opération et en salle de réveil. Les différences seront vues en fin de chapitre.

Le visuel est adapté à la zone de travail où se trouve l'ordinateur.

La gestion des prescriptions pour la salle de réveil et les services en post opératoire bénéficie maintenant des évolutions faites pour la réanimation permettant de générer des prescriptions structurées. (Cf. chapitre : « *Onglet Prescription* »).

4.2.1 L'aspect général de l'application

L'application se présente sous forme d'onglets, l'onglet principal étant celui nommé **SURVEILLANCE**.



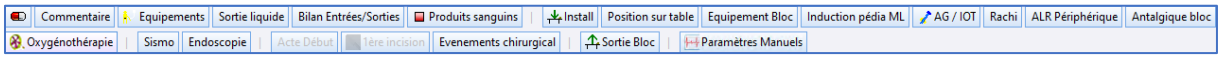
Au-dessus des onglets, se trouve un bandeau dans lequel sont insérés différents renseignements concernant le patient (état civil, âge, poids, taille, BMI …).



Juste en-dessous, se trouve une série d'onglets permettant d'accéder à différentes informations détaillées dans les chapitres suivants.



En-dessous des onglets, se trouve la zone de boutons permettant des accès rapides pour les saisies.



Sur la gauche, se trouve une zone avec d'autres types d'onglets. Et enfin, au milieu, se trouve la feuille d'anesthésie.

4.2.1.1 Les boutons du Per opératoire et du Post Opératoire

Ce chapitre présente la signification des différents boutons de l'application.

Sur la gauche, des boutons permettent l'ouverture ou la fermeture du dossier.



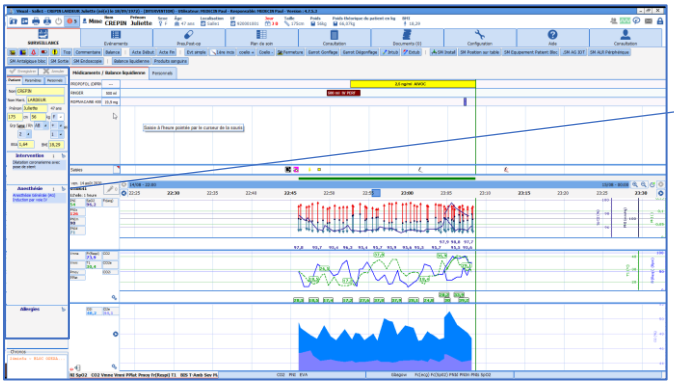
Bouton d'ouverture du dossier

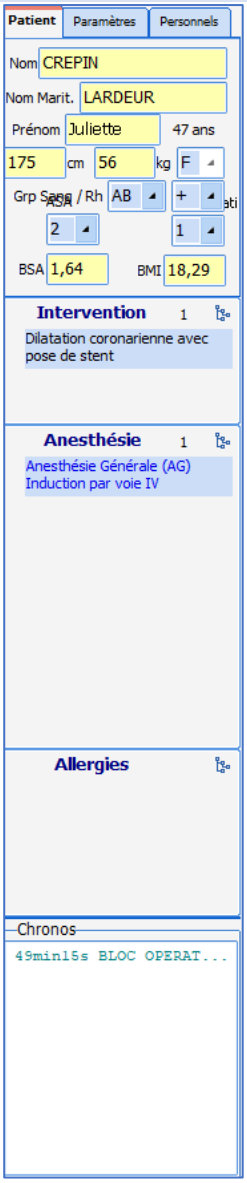
	Bouton de fermeture du dossier
	Alerte indiquant que des actions importantes n'ont pas été réalisées. Bouton de rappel des éléments importants
	Une ou deux imprimantes permettant de gérer l'impression par défaut, mais aussi les impressions particulières (Cf. chapitre : « *L'impression centralisée* »)
	Bouton pour quitter Visual (utilisable si aucun dossier n'est chargé)
	Boutons d'ouverture des bandeaux latéraux
	Boutons de fermeture des bandeaux latéraux
	Boutons d'ouverture et de fermeture de la liste des tâches

Sur la droite, d'autres boutons sont présents :

	Messagerie orientée patient
	État des transmissions de données entre les appareils biomédicaux et le logiciel
	Alerte indiquant si des prescriptions sont en attente de validation
	Affiche le bandeau avec la taille de police alternative (permet d'augmenter la taille des informations pour les rendre visibles sans être proche de l'écran)
	Affiche le bandeau avec la taille de police par défaut
	Messagerie interne
	Bouton pour se déconnecter tout en laissant le dossier patient ouvert

4.2.1.2 Le sous-onglet Patient





Cet onglet résume les informations importantes concernant le patient. Ces données sont récupérées de la consultation.

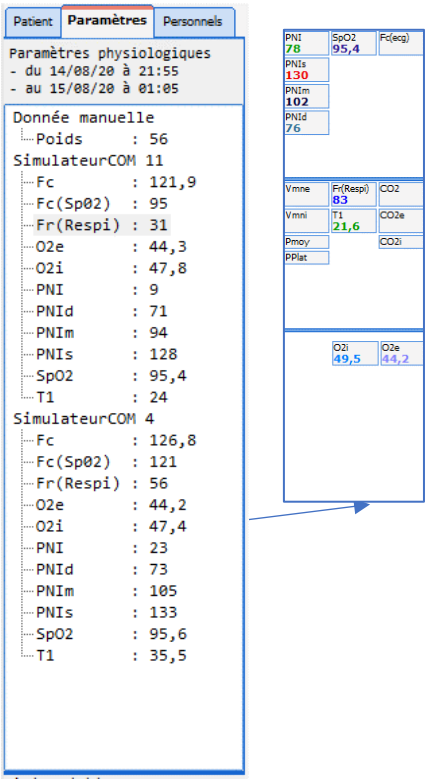
Ces champs sont accessibles en écriture en per et post opératoire afin de pouvoir réajuster ce qui était prévu.

L'intitulé de l'intervention vient du champ **Intervention prévue** de la consultation. Quand le dossier sera clôturé, il complètera le champ **intervention réalisée**.

REMARQUE : en quittant le logiciel, ou en clôturant le dossier, cet onglet s'enregistre automatiquement. Il est aussi possible d'enregistrer manuellement en cliquant sur le bouton **Enregistrer** situé au-dessus des onglets **Patient** et **Paramètres**.

4.2.1.3 Le sous-onglet Paramètres

Cet onglet permet de visualiser les données remontées des appareils biomédicaux mais aussi les données saisies manuellement, les données de laboratoire et les classes ATC.



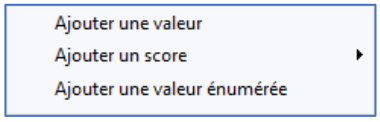
Seules les classes ATC liées aux médicaments (Plan de soin et Onglet surveillance) administrés au patient avec un débit sont affichées. Comme pour les autres éléments présents dans l'onglet, il est possible de glisser une classe ATC dans une zone de graphe. Si aucun médicament n'a été saisi pour la classe ATC configurée, on affiche le libellé de la classe ATC. Si un médicament a été saisi pour la classe ATC configurée, on affiche le nom du médicament. Attention, si plusieurs médicaments ont été saisis pour la classe ATC configurée, plusieurs zones de paramètres doivent être ajoutées.
L'affichage d'un médicament dans la zone de graphe est fait en fonction du débit du médicament.

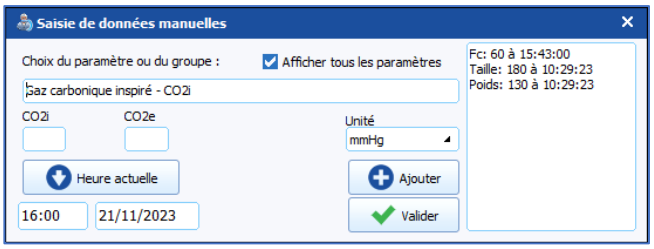
C'est cet onglet qui va permettre à l'utilisateur de personnaliser sa feuille d'anesthésie. En effet, par un système de glisser-déposer, il est possible de ramener les éléments souhaités à la place adéquate. Ils s'affichent alors avec la configuration graphique paramétrée par défaut.

Une fois en place, via un clic droit sur l'élément, il sera possible de configurer le type d'affichage (courbe, aire, flèche …) mais aussi la vision en tabulaire (= numérique) ou encore la couleur…

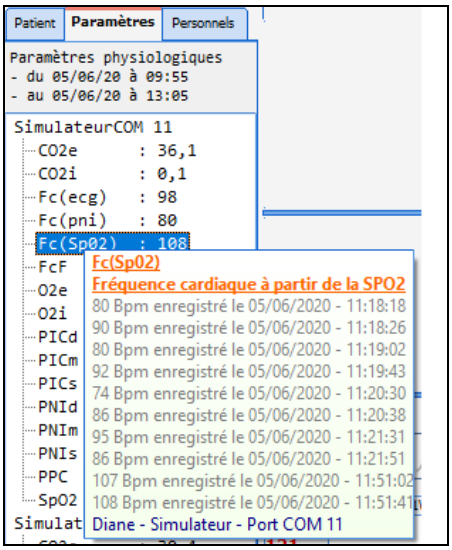
Il ne faut pas hésiter à personnaliser sa feuille d'anesthésie. En effet, l'enregistrement des données ne dépend pas du visuel utilisé. Ainsi, chaque utilisateur peut mettre à l'écran les données dont il a besoin en fonction de l'intervention, du patient, des conditions.

Via un clic droit dans la zone, il est possible d'ajouter un score ou une valeur manuellement.

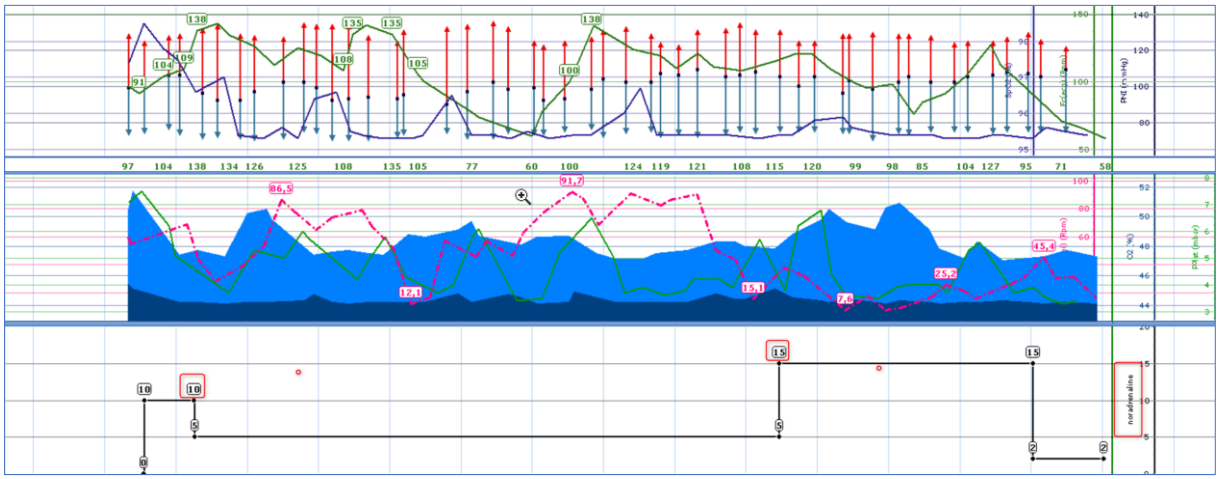




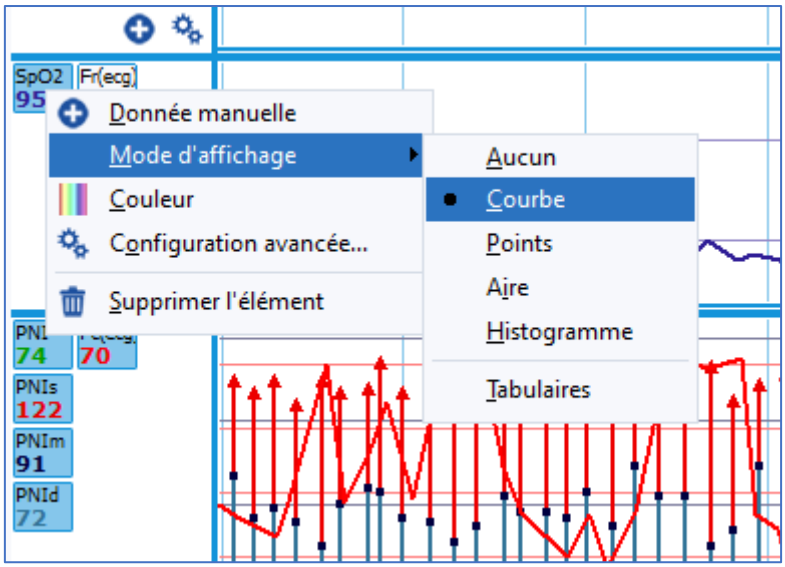
Au survol de la souris, il est possible de visualiser les 10 dernières valeurs transmises.



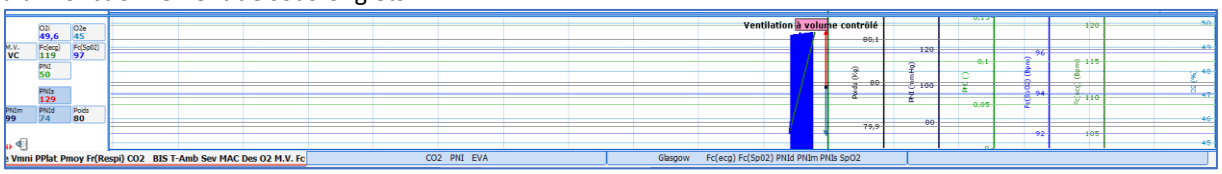
Le clic droit sur chaque donnée présente dans cet onglet propose de saisir une nouvelle valeur sauf pour les classes ATC.
Toutes ces données saisies peuvent être affichées dans la feuille d'anesthésie :



Un système de glisser-déposer permet de choisir quels paramètres seront affichés dans cette zone. L'élément déposé est ajouté dans la marge et les valeurs saisies sont reportées sur le graphe. Le clic droit sur un élément permet de configurer son affichage (Mode d'affichage, Type de graphique, Echelle, Couleur …).



Il est possible d'avoir plusieurs graphiques d'affichage des paramètres dans un seul onglet de surveillance grâce à un fonctionnement de sous-onglets :

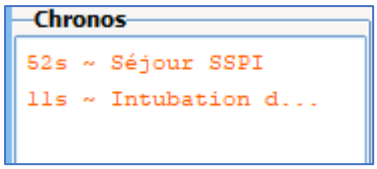


Par défaut, le nom des sous-onglets reprend le nom des paramètres physiologiques qui y sont glissés.

4.2.1.4 *Les chronomètres*

Cette zone affiche les chronomètres déclenchés par les évènements qui leur sont dédiés. Il en existe deux types :

- Les chronomètres automatiques configurables, avec ou sans alerte.
- Les chronomètres manuels.



4.2.1.4.1 Intérêt des chronomètres

Le chronomètre peut couvrir deux besoins :

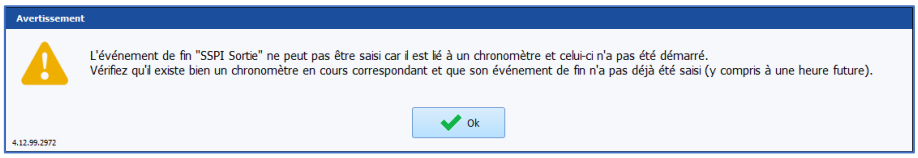
- Le rappel d'une action à réitérer (réinjection d'antibiotique, temps de garrot…) via une fenêtre pop-up d'alerte.
- Simplification de saisie d'une fin d'action.

En effet, le déclenchement d'une action associée à un chronomètre permettra d'avoir accès à l'événement de clôture de façon aisée. (Cf. chapitre : « *Les différentes méthodes de saisies au cours de la surveillance* »)

4.2.1.4.2 Les chronomètres automatiques

Trois éléments caractérisent un chronomètre automatique : son nom, ses conditions de départ et d'arrêt. Le chronomètre **Intubation** est déclenché par l'événement **Intubation** et sera stoppé par l'événement **Extubation**. Une alarme peut être générée avec un chronomètre automatique.

REMARQUE : Un message **Avertissement Chronomètre** est généré lorsque l'événement de fin du chronomètre est saisi avant l'événement de déclenchement du chronomètre.



4.2.1.4.3 Les chronomètres manuels

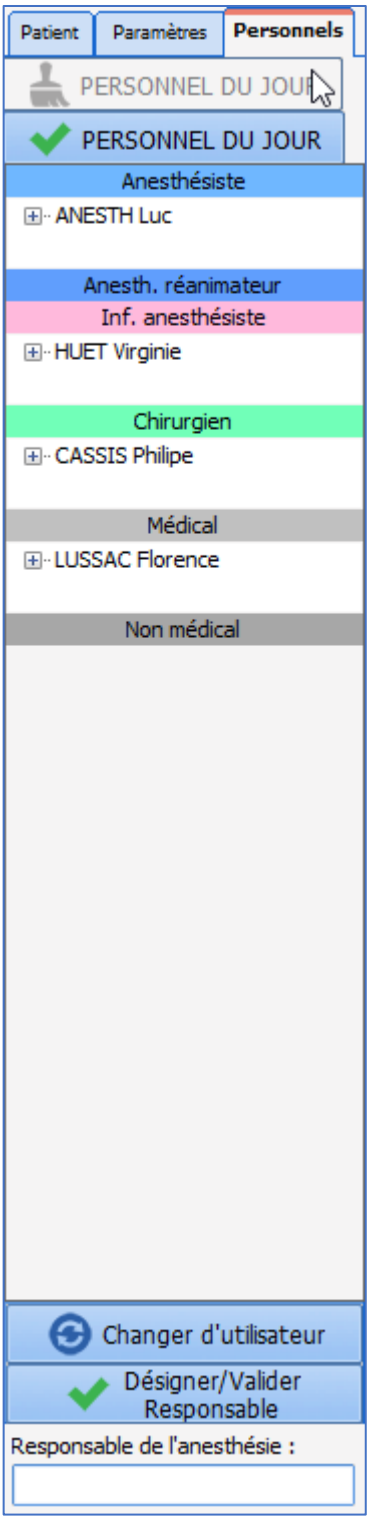
Un clic droit dans la zone **Chronos**, en bas à gauche de l'onglet **SURVEILLANCE**, affiche un menu qui permet de démarrer un nouveau chrono manuellement. La fenêtre **Nouveau Chrono** s'ouvre afin que vous indiquiez le nom du chrono et l'intervalle de temps entre les avertissements, si vous souhaitez que des avertissements soient générés sur votre chronomètre.

Un clic droit sur un chronomètre manuel ouvre un menu qui vous permet d'**Arrêter**, de **Démarrer le chrono** ou de configurer l'intervalle de temps entre les avertissements.

Cet usage sera particulièrement intéressant pour gérer les réinjections d'antibiotiques ou pour les temps de clampage par exemple.

4.2.1.5 Personnels en salle / Médecin responsable

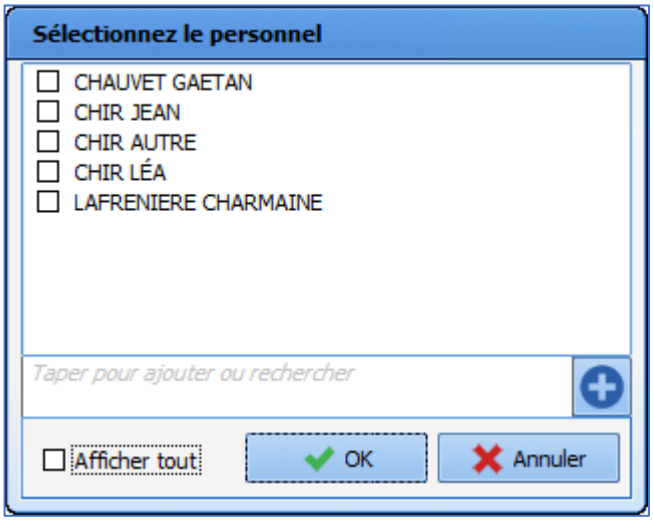
Cet onglet permet de renseigner le personnel présent en salle d'intervention.



Le bouton **Personnel du jour,** en haut, permet de déterminer que le personnel saisi actuellement sera le personnel pour la journée en cours. Le personnel sera alors rempli automatiquement pour les prochains dossiers.

En bas de cet onglet, se trouve un bouton **Désigner/Valider Responsable** permettant de désigner le médecin responsable de l'anesthésie.

L'ajout du personnel peut être fait en cliquant sur les intitulés des rôles. Cela affiche une fenêtre comme ci-dessous :



L'écriture dans le champ de recherche mettra en surbrillance les éléments correspondants : il faudra ensuite sélectionner via la case à cocher l'élément voulu. Si la personne n'est pas dans la liste, il se peut qu'elle ne soit pas du secteur, il faudra peut-être cliquer sur la case **Afficher tout** Enfin, si la personne n'est toujours pas référencée, un clic sur le plus permettra de valider sa présence sans référence dans les listes.

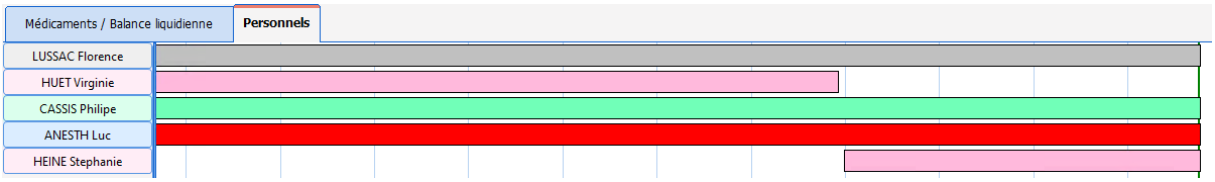
Dans la mesure du possible il faudra utiliser préférentiellement les listes afin d'avoir des statistiques fiables.



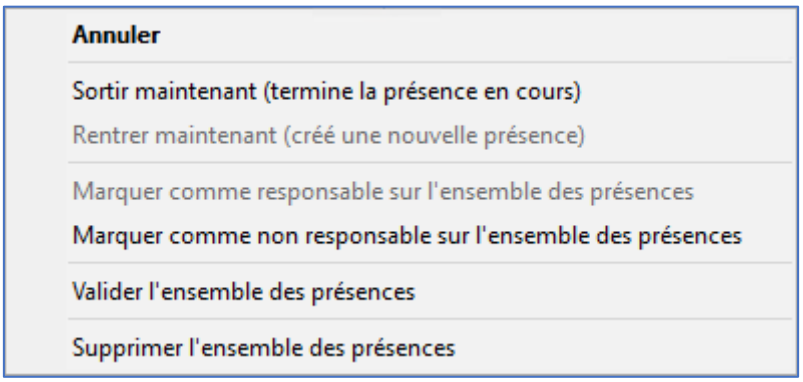
Pour chaque personnel, la plage horaire de présence est précisée.

Les rôles affichés dans cet onglet sont paramétrables.

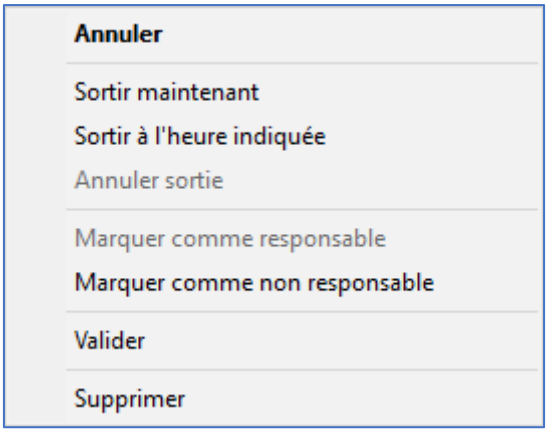
Ces informations sont aussi visibles via l'onglet **Personnels**, permettant une vue différente de la présence des personnels.



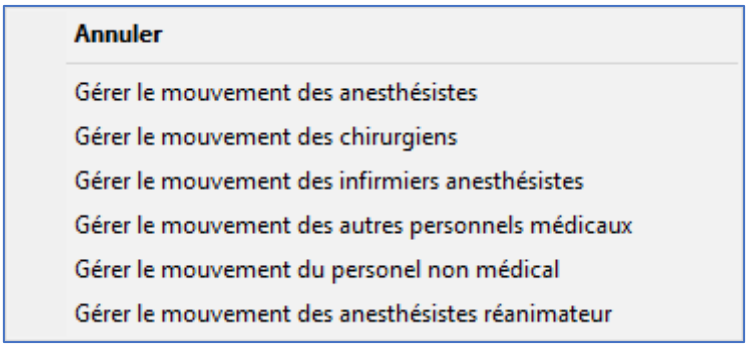
Le clic droit sur le nom de la personne affiche le menu ci-dessous, permettant d'effectuer certaines actions : Sortir/Rentrer, Marquer comme responsable ou non-responsable, Valider les présences ou Supprimer les présences.



Le clic droit sur la ligne représentant la présence affiche le menu ci-dessous, permettant d'effectuer des actions relatives à la présence sur laquelle a été fait le clic : Sortir ou Annuler la sortie, Marquer comme responsable ou non, Valider la présence ou Supprimer la présence.



Dans cette zone, il est également possible de gérer les mouvements du personnel via un clic droit.



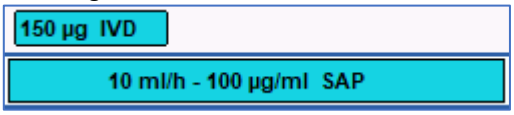
4.2.1.6 Le bandeau Médicaments / Balance liquidienne

Le bandeau **Médicaments / Balance liquidienne** permet de renseigner l'administration de produits mais aussi les pertes liquidiennes telles que les saignements, les pertes insensibles, la diurèse…

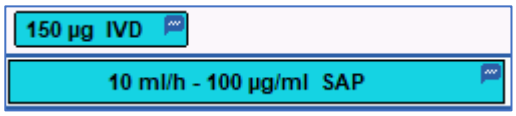
La barre verte verticale représente l'heure actuelle.

Lorsqu'un commentaire est associé à un médicament, un produit sanguin ou une balance liquidienne, la saisie est complétée par une icône « message ».

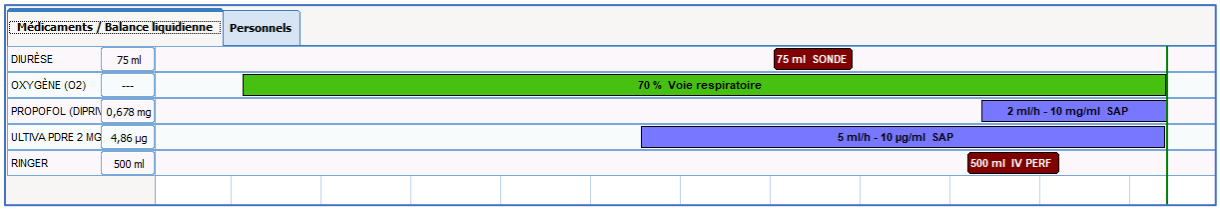
Sans commentaire :



Avec commentaire :



Les différentes méthodes pour saisir un produit ou une sortie seront vues dans le chapitre « *Les différentes méthodes de saisies au cours de la surveillance* »



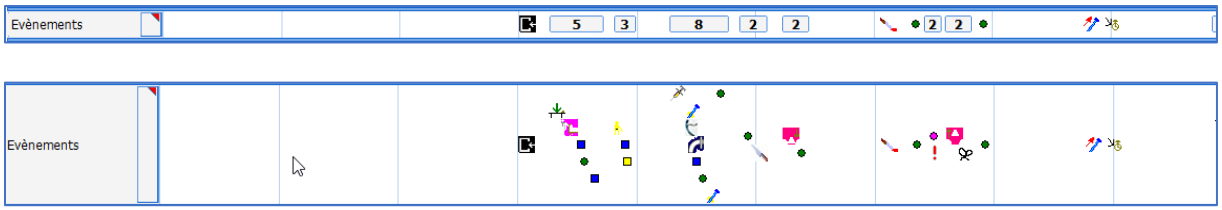
4.2.1.7 La zone de saisie des évènements

Située entre le bandeau **Médicaments / Balance liquidienne** et la zone de représentation graphique des paramètres, cette zone recueille, sous forme d'icônes, tous les événements, consommables, scores ayant été saisis.
Classiquement, cette zone est fine. Lorsque deux éléments sont saisis sur le même horaire, ils se superposent et un chiffre remplace les icônes. Un clic sur le chiffre tout en maintenant la touche **`Ctrl`** permettra de les dissocier.

Il est possible également d'élargir la zone en se positionnant sur la ligne bleue supérieure ou celle inférieure.

Le survol à la souris d'un marqueur, situé sur la ligne, affiche une bulle d'information indiquant l'événement saisi et son heure d'occurrence. Il en est de même pour les médicaments.

Il est possible de modifier l'heure d'occurrence d'une saisie par un glisser-déposer du marqueur à l'heure souhaitée dans la zone des saisies. Une fenêtre de validation de votre modification vous est demandée. Vous pouvez également supprimer une saisie en cliquant dessus avec le bouton droit de la souris.



Lorsqu'un commentaire est associé à un événement, l'icône est complétée par une pastille rose.

Sans commentaire : Avec commentaire :

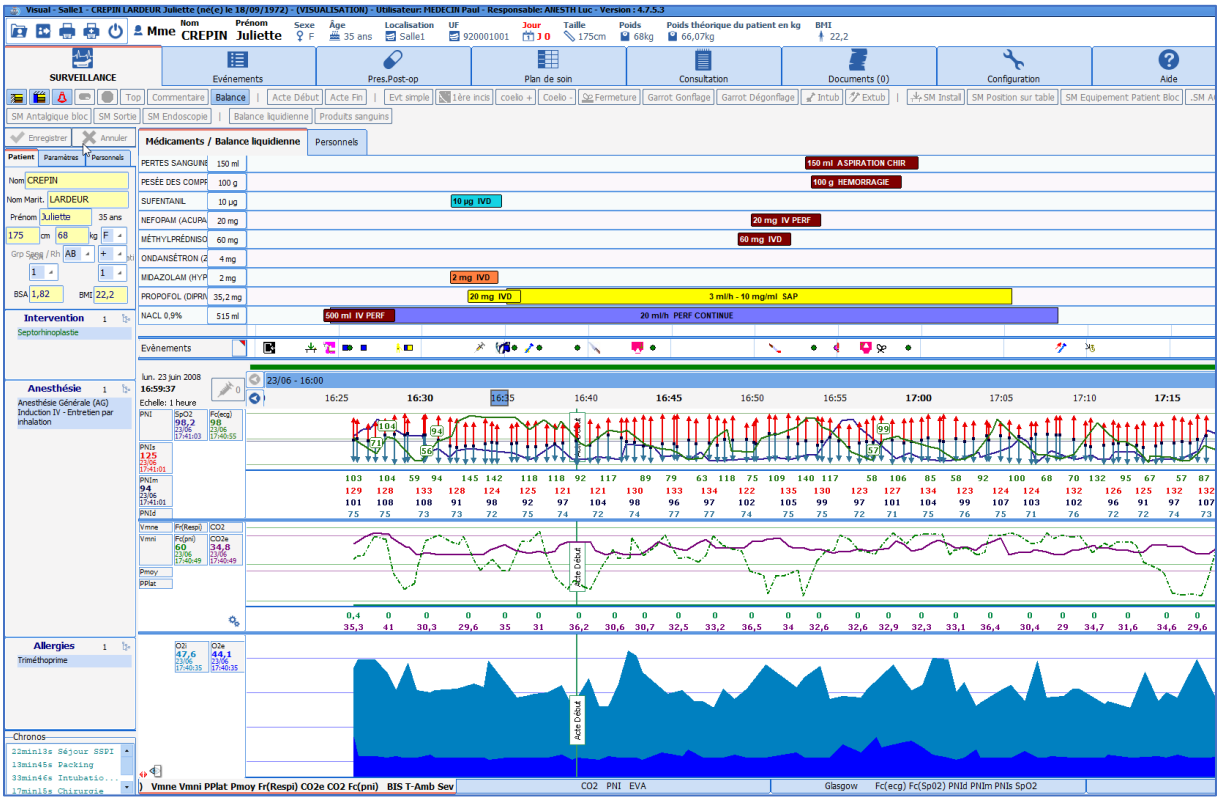
Les différentes méthodes pour saisir un produit ou une sortie seront vues dans le chapitre « *Les différentes méthodes de saisies au cours de la surveillance* ».

4.2.1.8 La représentation graphique des paramètres

La représentation graphique des paramètres est synchronisée avec la barre des temps. Les paramètres peuvent être renseignés automatiquement en connectant les appareils biomédicaux à l'ordinateur ou saisis manuellement.

Une zone de graphique comprend autant de paramètres que souhaités. Il existe 3 pages différentes accessibles à l'aide des onglets placés en bas de page.

La taille des 3 zones de graphique est modifiable. Pour cela, glisser-déposer le **Trait bleu** séparant chacune des zones afin de donner la taille que vous souhaitez à la zone de graphiques. Votre curseur doit avoir la forme .

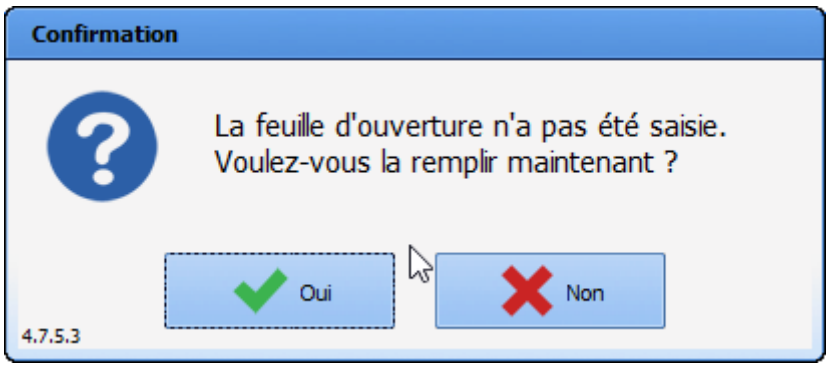


4.2.2 Actions Importantes

Lors du paramétrage du logiciel, certains éléments peuvent être configurés comme étant obligatoires. Ainsi la **Feuille d'ouverture de Salle** (ou checklist d'ouverture) est adaptée à chaque site d'anesthésie et, il est proposé de la renseigner dès l'ouverture du logiciel. Par le même mécanisme, des fiches inter patient peuvent être proposées.

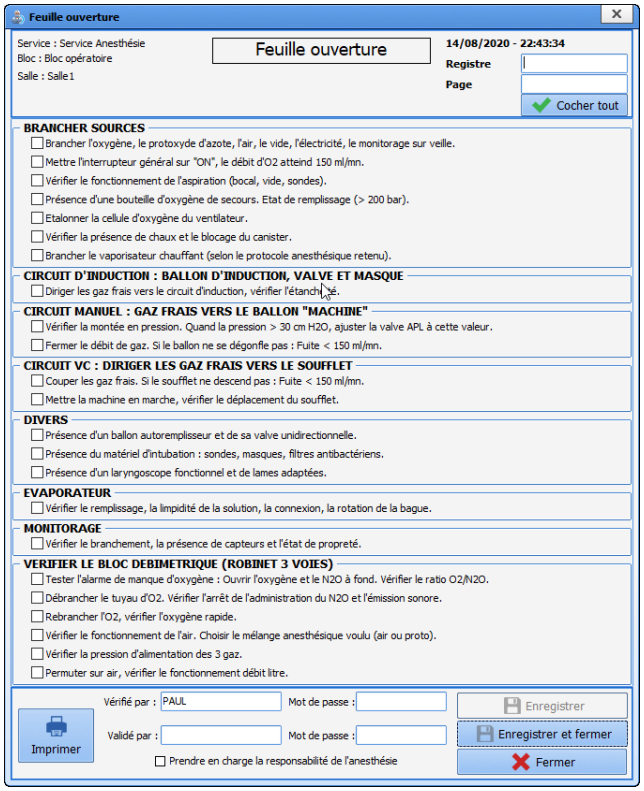
4.2.2.1 La saisie et la validation de la Feuille d'Ouverture de Salle Opératoire (FOSO)

Dès l'ouverture du logiciel, il est proposé de saisir la feuille d'ouverture de salle (FOSO).



En cas d'urgence, il est tout à fait possible de passer cette étape en cliquant sur **Non**. Elle pourra être remplie plus tard pendant l'intervention et sera proposée automatiquement à l'ouverture du dossier suivant, jusqu'à ce qu'elle soit complétée. Pendant l'intervention, elle est accessible via le bouton de rappel des éléments importants. (*Cf. chapitre : « Les boutons du per opératoire et/ou post opératoire »*). Elle est également accessible via un le bouton **Feuille Ouverture** dans l'onglet **Configuration** Bouton et dans la fenêtre de sélection du dossier du patient.

Le remplissage de cette fiche est simplifié par un paramétrage proposant des cases à cocher et un bouton associé nommé **Cocher tout.**



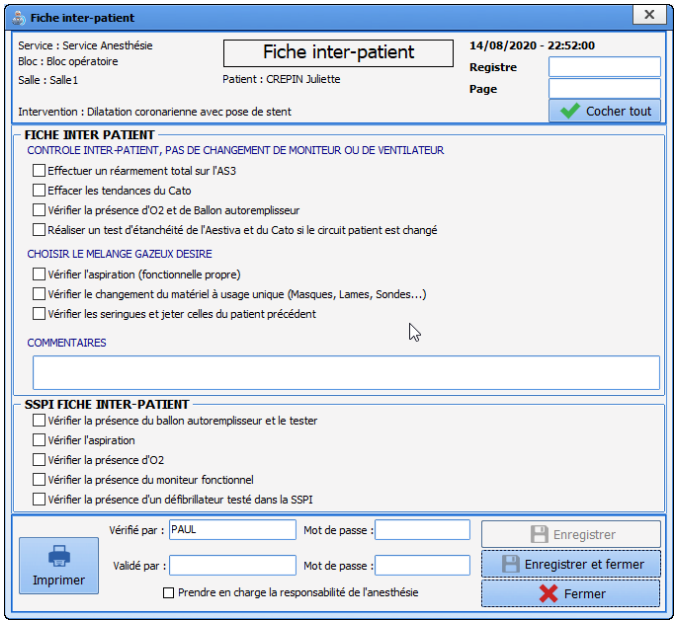
Pour valider la saisie, la personne connectée doit retaper son mot de passe au niveau de la zone **Vérifié par**. La validation sera faite par un profil médical dans la partie **Validé par**.
Les droits sont gérés par le référent du site.

La FOSO est à remplir une fois par 24h. Il est possible de paramétrer l'heure à partir de laquelle elle se propose. (Heure de démarrage des blocs opératoires par exemple)

REMARQUE : La Feuille d'Ouverture est entièrement configurable par l'administrateur de site. Son paramétrage s'effectue par service, par bloc opératoire, par salle, par lit.

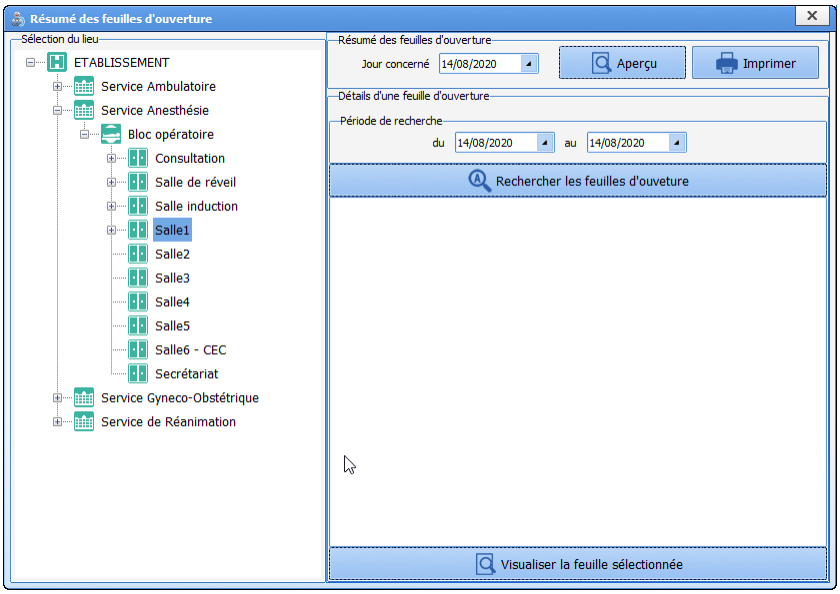
4.2.2.2 La saisie et la validation de la Fiche Inter Patient (FIP)

Entre chaque patient, un message propose de saisir la fiche inter patient.
Le remplissage, la validation et l'impression de cette fiche s'effectuent de la même manière que pour la FOSO.



4.2.2.3 Résumé des feuilles d'ouverture

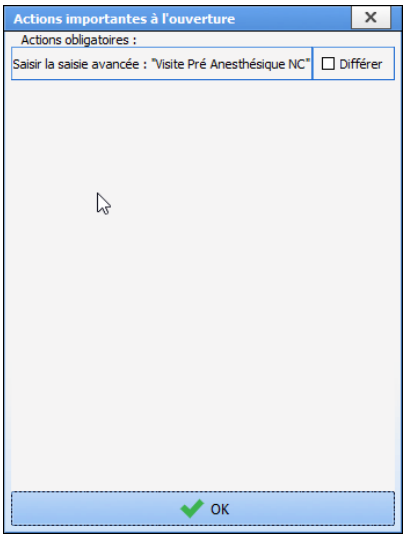
Dans l'onglet configuration, se trouve un bouton permettant d'accéder à un moteur de recherche des feuilles d'ouverture de salle.
Il sera possible de chercher les FOSO (Feuille d'ouverture de salle d'opération) en fonction du site, de la date…



4.2.2.4 *Les autres actions importantes*

D'éventuels éléments bloquants peuvent être mis en place par vos référents. Souvent, ces éléments sont choisis parmi les critères IPAQSS afin de s'assurer que les éléments médico-légaux soient bien renseignés. (Score de sortie de SSPI, Complications, Évaluation de la douleur, nom du médecin responsable, saisie de la VPA…).

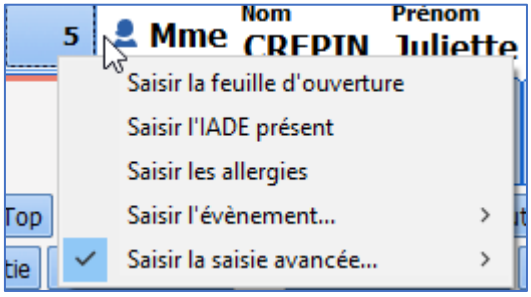
Il est possible de déterminer qu'une saisie avancée sera à réaliser dès le démarrage d'une intervention (exemple de la Visite Pré Anesthésique quand elle est remplie en per opératoire). Dans ce cas, la saisie est proposée dès l'ouverture du dossier patient. L'action est différable. Elle sera accessible dans le bouton de rappel des événements importants.



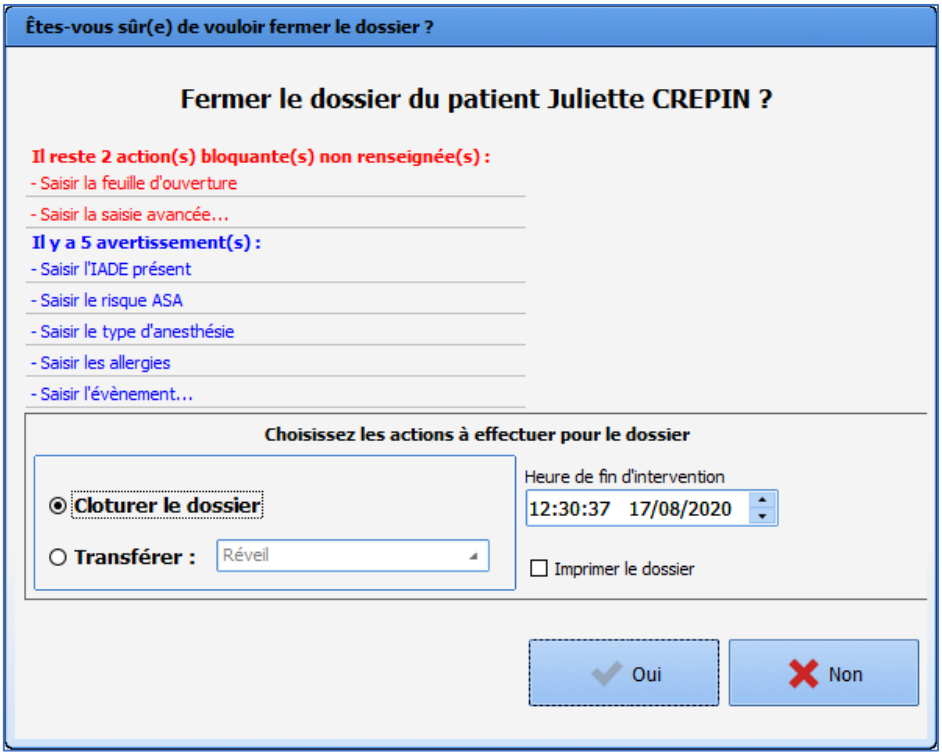
Pour renseigner la saisie avancée, il suffit de cliquer sur la ligne concernée.

Si la case **Différer** est active, il est possible de reporter la saisie de cet élément en cliquant sur le bouton **OK**.

Si la Saisie avancée n'est pas renseignée, un rappel se fera dans le bouton de rappel des éléments importants à saisir. Un clic sur le bouton permet de voir puis de saisir les éléments jugés importants.



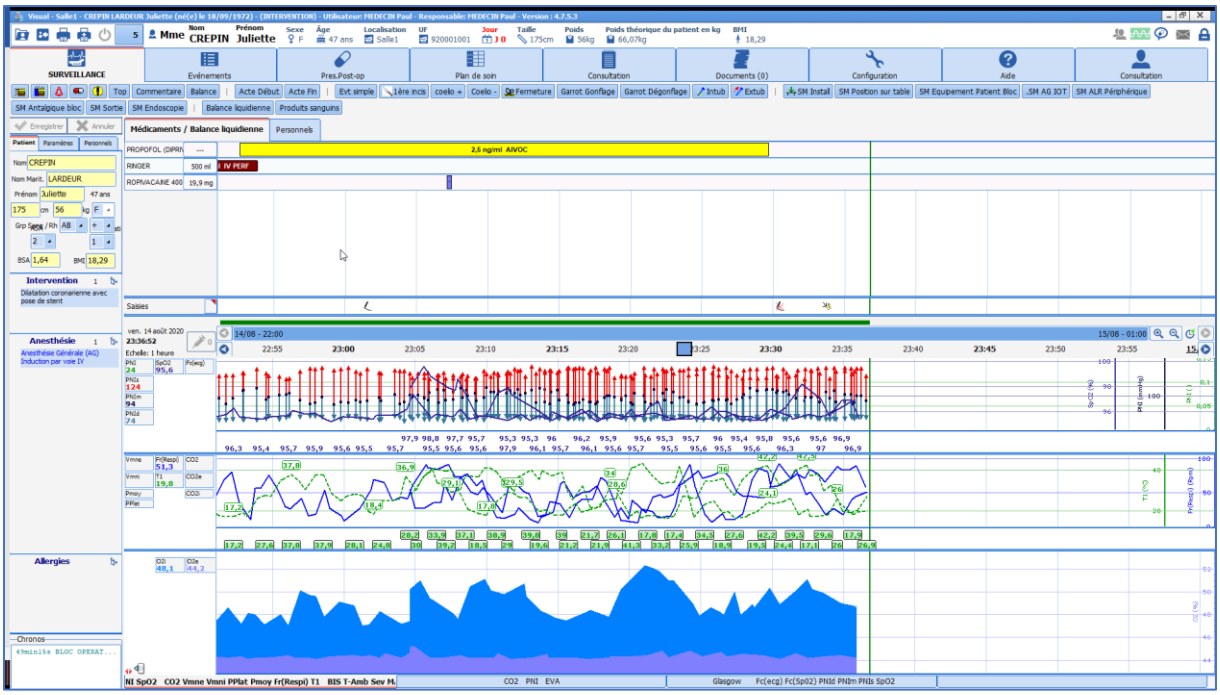
Ces éléments, s'ils ne sont toujours pas saisis seront rappelés au moment de la fermeture du dossier.



4.2.3 L'onglet Surveillance - la feuille d'anesthésie

La surveillance de Per Opératoire et Post Opératoire permet à l'utilisateur de documenter le dossier au fur et à mesure de l'intervention.

Toutes les saisies peuvent être faites en choisissant l'entrée correspondante dans le menu apparaissant au clic droit dans la bande d'évènements.



Le survol à la souris d'un marqueur, situé sur la ligne, affiche une bulle d'information indiquant l'événement saisi et son heure d'occurrence. Il en est de même pour les médicaments.

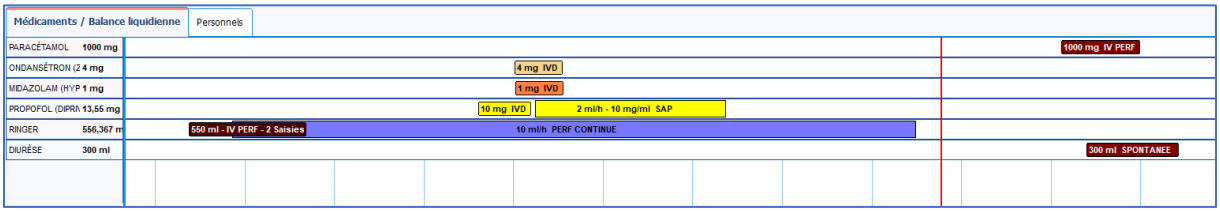
REMARQUE : La feuille de surveillance est préconfigurée par les référents. Elle est adaptable par l'utilisateur en cours de procédure.

Toutes les données saisies et enregistrées seront associées au dossier même si elles ne sont pas paramétrées pour le visuel au moment de la procédure.

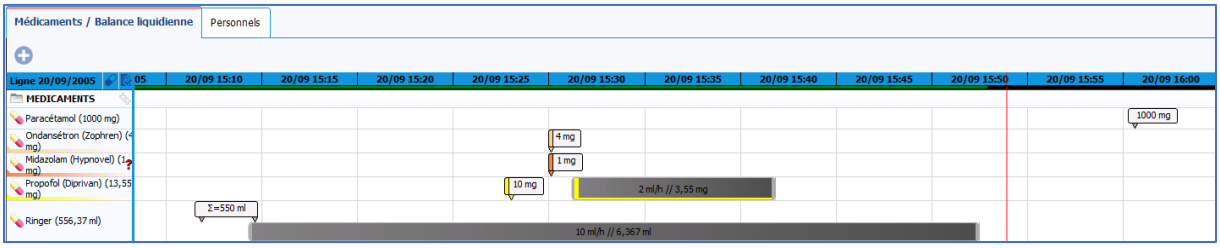
4.2.3.1 Affichage des médicaments

L'onglet **Surveillance** affiche les médicaments, les produits sanguins et les balances liquidiennes. Deux types d'affichage sont disponibles en fonction du paramétrage.

4.2.3.1.1 Affichage historique

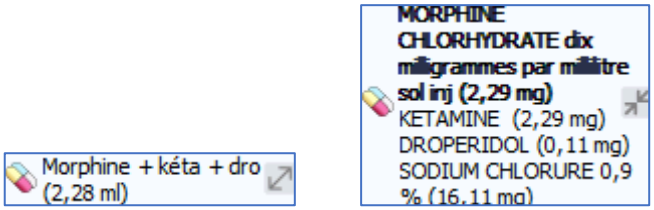


4.2.3.1.2 Affichage amélioré

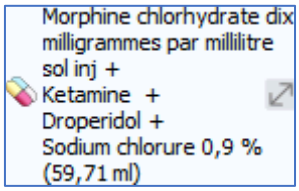


Cas des administrations directes :

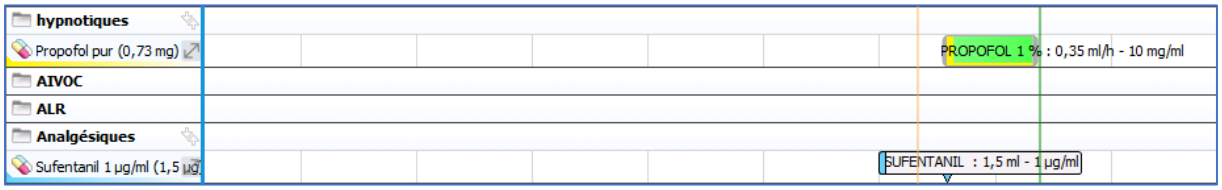
- Le texte affiché dans la colonne correspond à l'intitulé du favori. En cliquant sur l'icône de déploiement , il est possible de consulter les détails des produits constituant le mélange.



- Quand l'administration ne provient pas d'un favori, la description de chaque produit est affichée dans la colonne d'en-tête.



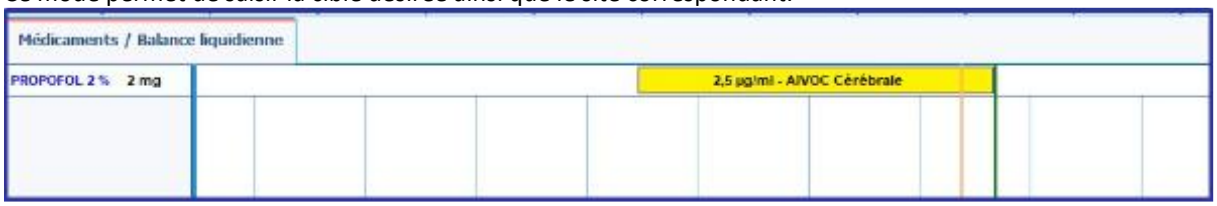
- La couleur des médicaments, paramétrée, est indiquée sous le libellé et par un liseré positionné à la base de l'occurrence.



- La quantité administrée ou en cours d'administration apparaît dans la colonne d'en-tête, à côté du libellé.

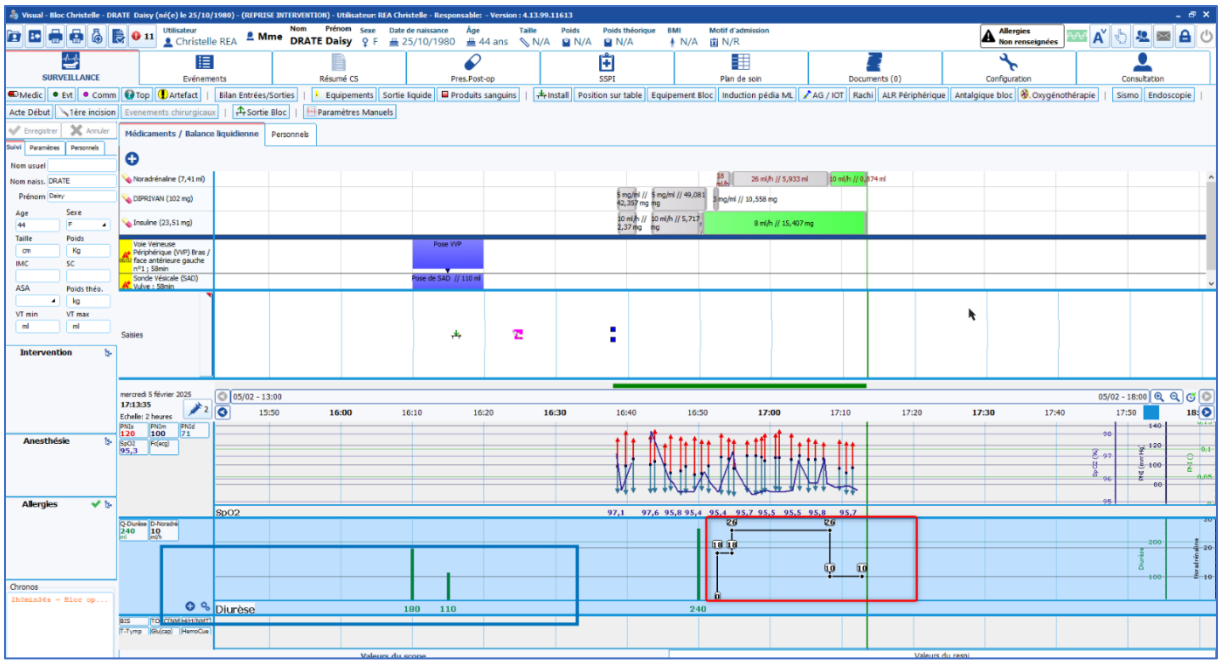
4.2.3.1.3 Mode AIVOC

Le mode AIVOC (sans appareil connecté) est réalisable par l'administration directe de médicaments. Ce mode permet d'effectuer des changements de cible, de procéder à des relevés intermédiaires, et de consigner la quantité totale administrée à la fin de la perfusion.
Ce mode permet de saisir la cible désirée ainsi que le site correspondant.



4.2.3.1.4 Affichage des débits et des quantités sous forme de graphe

L'affichage des administrations de médicaments sous forme de courbes est désormais possible pour les médicaments.
Les médicaments du livret thérapeutique, les médicaments **DIANE**, les produits sanguins et les sorties de la catégorie **Balance liquidienne** sont concernés par cet affichage.
Les variations de débits d'administration peuvent être visualisées sous forme de courbes dans un espace d'affichage graphique.
De plus, certaines données, telles que la diurèse, peuvent être affichées sous forme d'histogrammes.



4.2.3.2 Les différentes méthodes de saisies au cours de la surveillance

Pour chaque élément, il existe différentes méthodes de saisies. Chaque méthode amènera l'élément à la place attendue. Ces différentes méthodes de saisie sont détaillées dans les prochains chapitres. Elles seront utilisées en fonction de la situation.

La saisie des événements et des médicaments peut s'effectuer en temps réel, a posteriori ou de façon anticipée.

Il est possible de modifier l'heure d'occurrence d'une saisie en cliquant-glissant le marqueur à l'heure souhaitée dans la zone des saisies. Une fenêtre de validation de la modification apparaît. Il est également possible de supprimer une saisie en cliquant dessus avec le bouton droit de la souris.

Vous pouvez également modifier l'heure d'occurrence de la saisie ou la supprimer par le biais de l'onglet Evénements (Cf. chapitre : « *L'onglet Evénements* ») ou à l'aide des boutons spécifiques **Modifier un événement**, **Supprimer un événement**, **Modifier un médicament** et **Supprimer un médicament**

4.2.3.3 Les événements, environnements patient, complications et consommables

Ces éléments sont accessibles via un clic droit dans la barre de saisie des événements.

Événements : On retrouve dans cette rubrique les événements qui ont trait à l'anesthésie (Induction, Intubation…), à la chirurgie (1re incision, Clampage…) … Les événements sont symbolisés par un marqueur . La saisie des événements est simple. Elle consiste à naviguer dans le menu contextuel déroulant. Déplacez le curseur de la souris sur **Événements**, puis glissez sur l'événement que vous souhaitez saisir. Seul le dernier item de chaque branche sera enregistré.

Environnements Patient : Vous avez la possibilité d'insérer tous les éléments qui concernent le patient comme sa posture, son type de ventilation, son type de voie veineuse… Les environnements patients sont

symbolisés par un marqueur où l'on insère la posture du patient. La saisie des environnements patients est identique à celle des événements.

Complications : Toutes les complications, qu'elles soient allergiques, cardio-vasculaires… peuvent être insérées. Les complications sont symbolisées par un marqueur . Les complications que vous aurez insérées pendant l'intervention seront automatiquement reprises lors de la programmation de la prochaine intervention de votre patient. La saisie des complications est identique à celle des événements.

Consommables : Vous avez la possibilité d'indiquer tous les consommables utilisés pendant l'intervention comme les compresses, les aiguilles, les sondes… Les consommables sont symbolisés par un marqueur .
La saisie des consommables est identique à celle des événements, mis à part le fait que les deux derniers items seront enregistrés, contre le dernier pour les autres.
Vous avez la possibilité d'insérer un événement, un environnement patient, une complication ou un consommable qui ne se trouve pas dans les listes configurées de votre service, votre bloc opératoire, votre salle… mais qui a été créé dans la configuration de l'hôpital en cliquant sur **Autre choix…**

Il est possible de configurer des saisies automatiques d'événements dans l'outil de configuration lors des phases d'ouverture/fermeture de dossiers (entrées en bloc, sorties du bloc, entrées en réveil, sorties de réveil, repris en bloc, etc.…) à partir de la section **Événements automatiques lors de l'ouverture et la fermeture d'un dossier** de l'onglet **Paramétrage de Visual** dans l'outil de configuration.

Remarque : Toutes ces listes sont entièrement configurables par votre administrateur de site. Leur paramétrage s'effectue par service, par bloc opératoire, par salle.

4.2.3.4 Les tops

Il est possible d'insérer un top par le biais du bouton spécifique **Saisie d'un top**. 

Un **Top** est un événement non spécifié qui peut être saisi afin de marquer l'horaire d'un événement important. Cela vous permet de repérer l'heure exacte d'un problème, comme une complication par exemple, et de continuer à vous occuper de votre patient. Le Top est symbolisé par un sur la ligne des marqueurs. Vous devez ensuite affecter à ce top l'événement qui lui correspond en cliquant droit dessus.

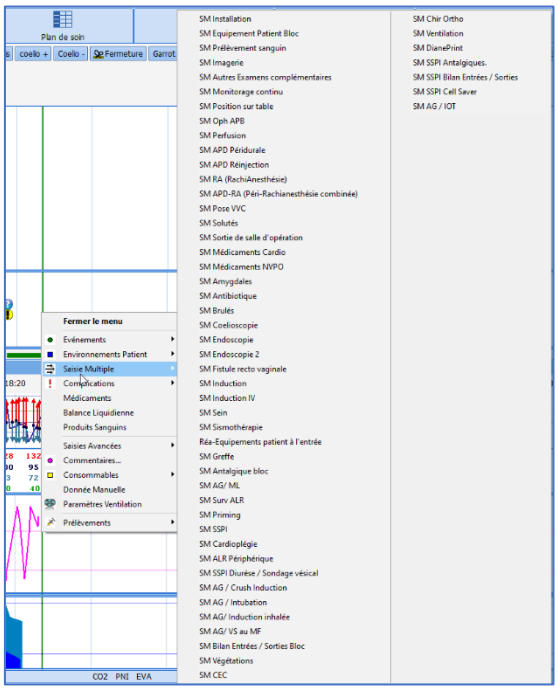
Attention, si le top n'est pas renommé avant la fermeture du dossier patient, celui-ci ne sera pas enregistré.

4.2.3.5 Les saisies multiples

Les saisies multiples sont particulièrement utilisées à certains moments-clés de l'anesthésie (arrivée du patient, induction, réveil en salle du patient…), pour lesquels de nombreuses saisies sont à réaliser sur un temps court.

Elles sont accessibles via des boutons en haut de l'application et/ou via un clic dans la barre **Saisies >> Saisie Multiple.**

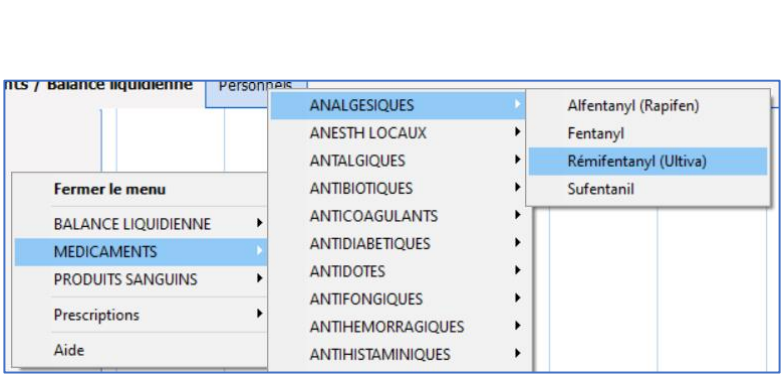
Pour l'utilisation de la saisie multiple, se référer au chapitre « *Saisie multiple* ».

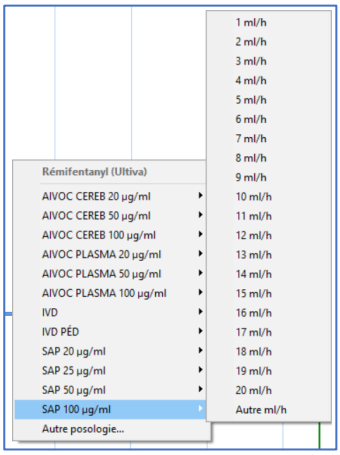


4.2.3.6 *Les médicaments, balances liquidiennes et produits sanguins*

4.2.3.6.1 Sélectionner un médicament ou une perte liquidienne

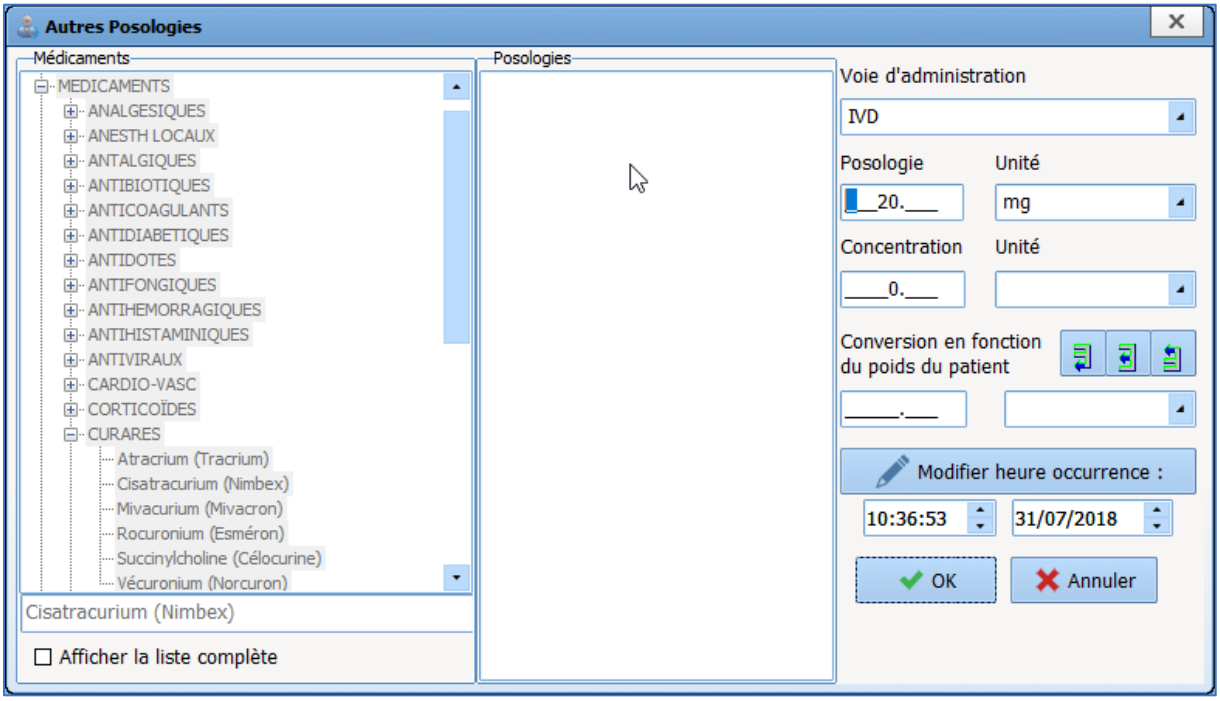
Pour renseigner une administration et/ou une perte liquidienne, un clic dans la zone **Médicaments / Balance liquidienne** ouvre un menu. Les médicaments sont classés par classe thérapeutique. Une fois le médicament sélectionné, il faudra choisir la voie d'administration et la posologie désirée.





Il est possible aussi d'utiliser le bouton spécifique  . Taper les premières lettres du médicament permettra une recherche rapide de celui-ci. Les médicaments correspondant aux lettres renseignées s'affichent dans la fenêtre inférieure du côté gauche. Il faudra alors le sélectionner, ce qui fera apparaître dans la partie de droite son emplacement dans l'arbre vu ci-dessus et vous pourrez ensuite sélectionner sa voie d'administration et sa posologie.

Si le médicament, la voie d'administration ou la posologie ne sont pas affichés dans la liste, cliquez sur **Autres médicaments** ou **Autre posologie**. La fenêtre ci-dessous s'affiche.



Indiquez le nom du médicament, en bas à gauche de la fenêtre, si c'est nécessaire. Sinon, sélectionnez-le dans la liste. Indiquez également la **Voie d'administration**, la **Posologie**, l'**Unité** et la **Concentration** de votre produit.
Si vous souhaitez réaliser une conversion en fonction du poids de votre patient, vous allez pouvoir utiliser les différents boutons prévus à cet effet dans la fenêtre.

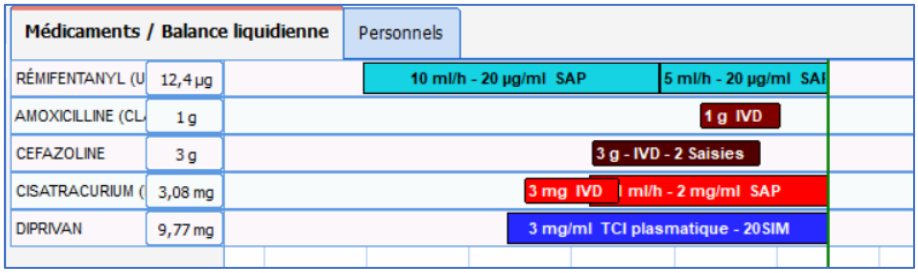
Si vous cliquez sur le bouton  , vous allez pouvoir calculer la posologie massique en fonction de la posologie et de la concentration. Pour ce faire, vous devez indiquer la posologie, la concentration et l'unité de la conversion.

Si vous cliquez sur le bouton  , vous allez pouvoir calculer la concentration en fonction de la posologie et de la posologie massique. Pour ce faire, vous devez indiquer la posologie, la conversion et l'unité de la concentration.

Si vous cliquez sur le bouton  , vous allez pouvoir calculer la posologie en fonction de la posologie massique et de la concentration. Pour ce faire, vous devez indiquer la concentration, la conversion et l'unité de la posologie.
Vous pouvez modifier l'heure d'occurrence avant de valider la fenêtre en cliquant sur le bouton **OK**.
On peut noter trois modes d'injection et d'affichage des médicaments différents : les médicaments de type seringue auto pulsée (injection en continu), les médicaments de type respirateur et les injections flash.

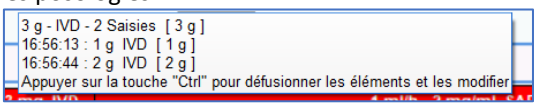
Les injections de type Seringue Auto Pulsée (SAP) peuvent être saisies manuellement ou récupérées automatiquement : une barre d'évolution est utilisée pour représenter les injections en continu. Elle est synchronisée avec la barre des temps.
Lorsque le débit change ou qu'il est stoppé, la couleur de la barre représentant l'ancien débit change également. *Vous pouvez constater dans l'image ci-dessous que l'**Ultiva** a été injecté en SAP avec une concentration de 20µg/ml. L'injection a démarré avec une posologie de 10ml/h, puis de 5ml/h.* L'évolution

de ce nouveau débit continue sous la même forme que la précédente barre d'évolution. Le total injecté est indiqué dans la case prévue à cet effet, sur la droite du nom du médicament.
Vous pouvez saisir un médicament en SAP sans préciser de concentration, auquel cas le volume injecté sera calculé automatiquement.

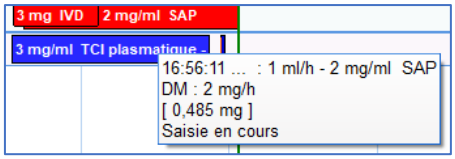


Il est possible de récupérer de façon automatique les données d'un pousse-seringue. Pour ce faire, mettez le pousse-seringue en marche. Installer la seringue et indiquez votre débit directement sur le pousse-seringue. Une fois que vous avez validé votre débit (les flèches vertes du pousse seringue clignotent), vous allez pouvoir visualiser à l'écran l'évolution de votre SAP. Selon le type d'équipement sur lequel vous êtes connecté, il vous faudra parfois renseigner le nom du produit en cliquant sur le bouton  , situé en dessous de **Saisies**. *Vous pouvez constater que le **Diprivan** a été injecté en SAP avec une posologie de 3mg/ml.*

Quand deux saisies sont trop rapprochées et risquent de se superposer, le système les cumule comme vous pouvez le constater. Un simple survol à la souris affiche une info bulle vous indiquant les heures d'injection, les voies d'administration et les posologies.



Pour les défusionner, il suffit d'appuyer sur la touche **`Ctrl`**. De même, si une SAP et une injection flash se superposent, il vous suffit de survoler la SAP à la souris pour qu'une info bulle affiche l'heure de début de la SAP, sa concentration et sa posologie.



4.2.3.6.2 Gestion d'une réinjection

Quand un médicament a déjà été renseigné au cours de l'intervention, il est possible de saisir une nouvelle posologie en cliquant directement sur la ligne du médicament.

- Si vous cliquez sur le nom du médicament, l'heure d'injection sera l'heure actuelle.

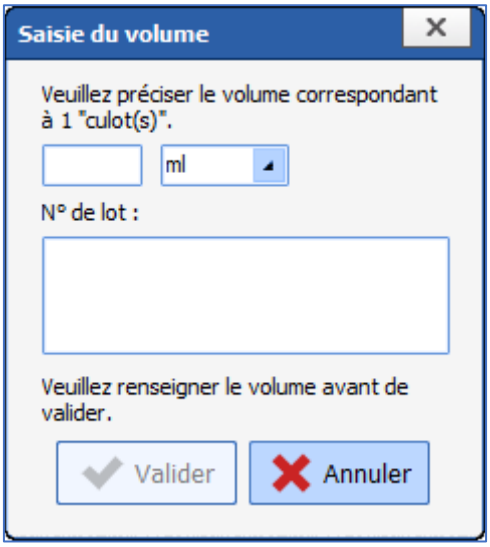
- Si vous cliquez sur la ligne du médicament, l'heure d'injection sera celle de l'endroit où vous avez cliqué.

Lorsque vous cliquez sur le marqueur représentant le médicament injecté ou sur la ligne du médicament, vous avez la possibilité d'insérer une **Autre posologie**, de **Reprendre** ou d'**Arrêter la SAP** ou de la **Supprimer**.

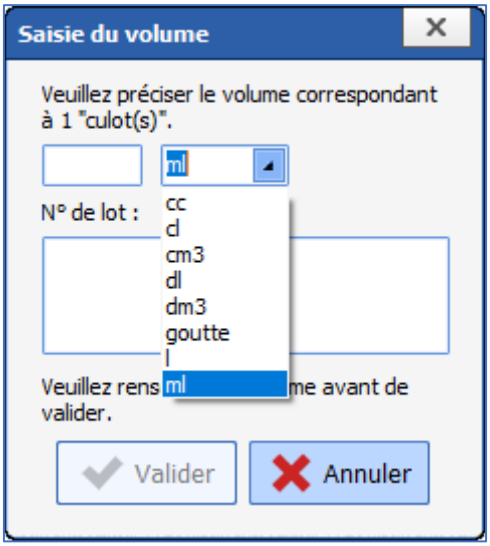
REMARQUE : Vous pouvez visualiser un certain nombre d'informations en survolant les saisies à l'aide de la souris.

4.2.3.6.3 Saisie du volume des culots et des poches

Lorsqu'un médicament est administré en culot ou en poche, une fenêtre de saisie du volume s'affiche si le médicament a été configuré avec la demande de saisie du volume.

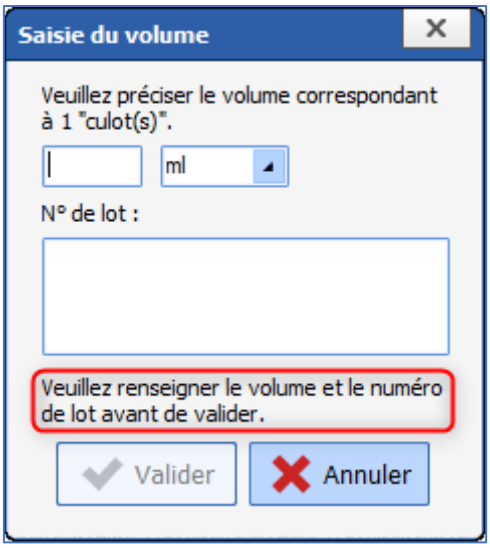


Le champ **N° de lot** permet la saisie de la référence du culot. Il est également possible de scanner le code barre du culot.



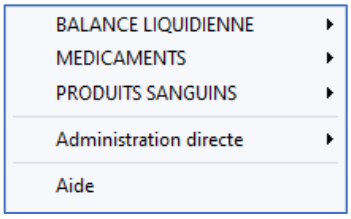
Il est possible de modifier l'unité du volume, qui est en **ml** par défaut.

Selon le paramétrage, la saisie du numéro de lot peut être obligatoire : dans ce cas, le bouton Ok n'est activé que si le volume ET le numéro de lots sont saisis.

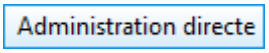


4.2.3.7 Les médicaments du livret

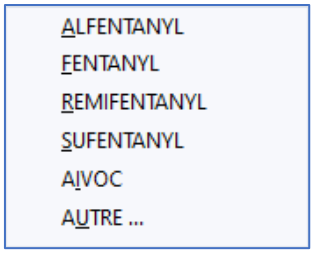
A partir de l'affichage historique de l'onglet de surveillance, l'administration de médicaments du livret en anesthésie se fait avec le menu **Administration directe**.



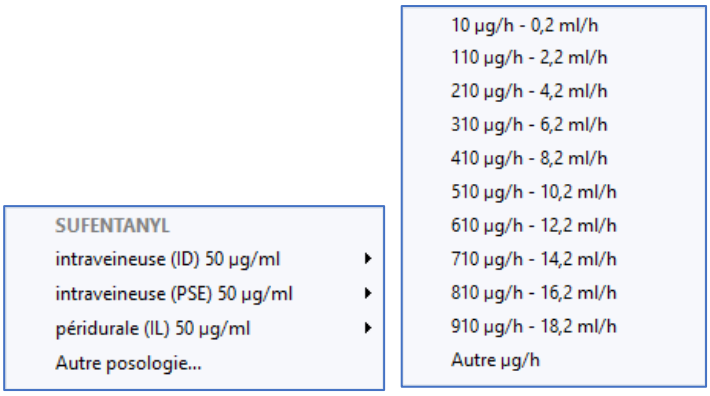
Le bouton  disponible dans l'onglet Surveillance/Bloc et dans le plan de soins permet d'accéder directement aux médicaments du livret. Selon les configurations, il est possible d'avoir un bouton configurable sur d'autres onglets.



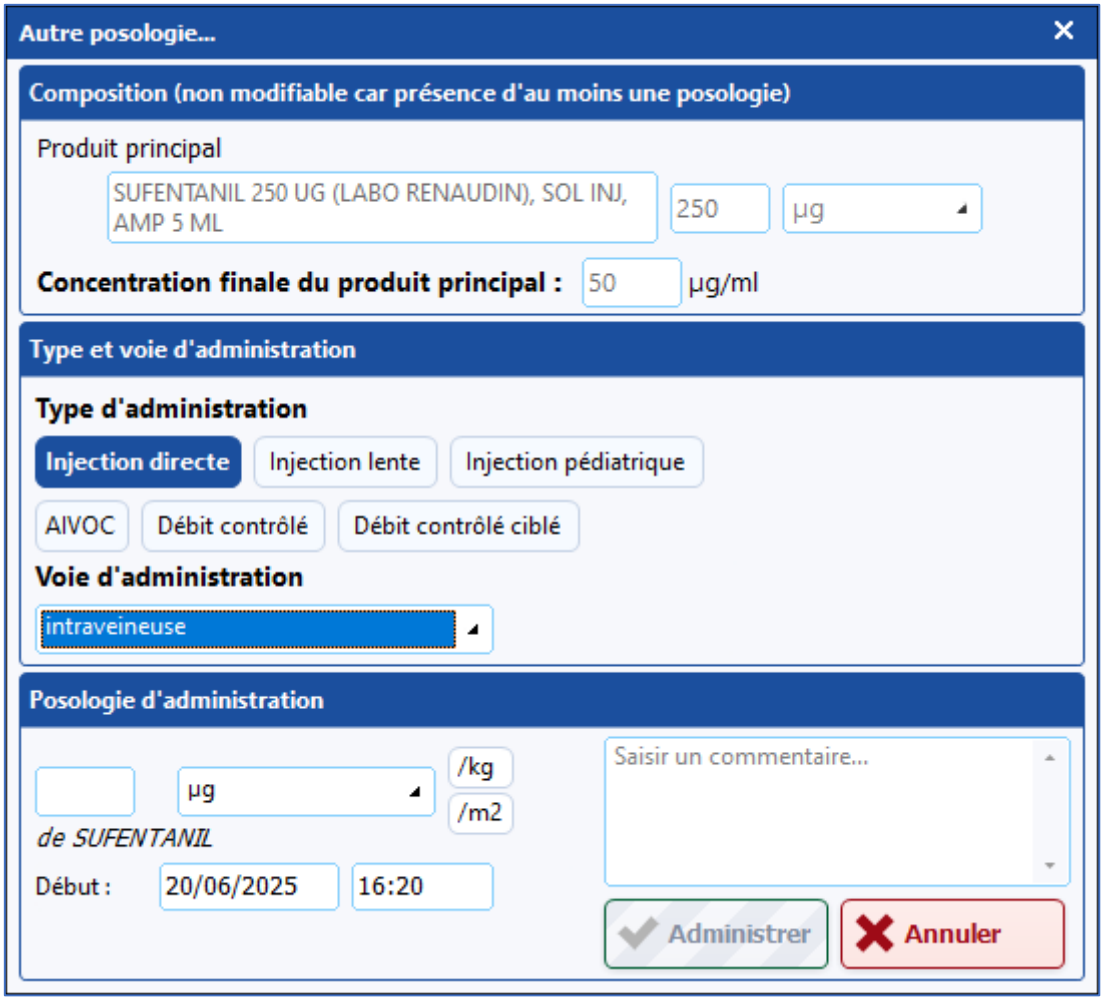
L'ensemble des produits configurés s'affiche.



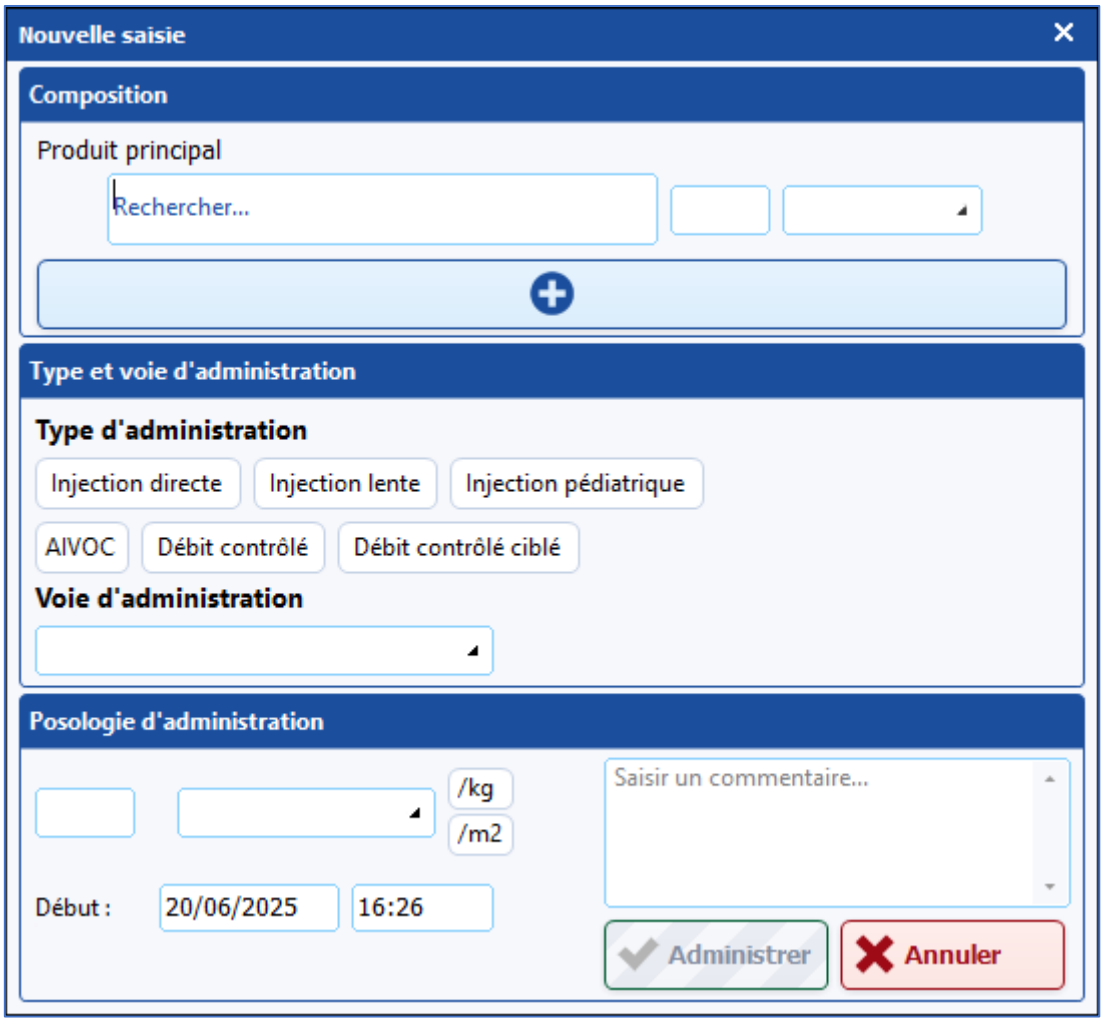
Une fois le produit choisi, la liste des posologies configurées s'affiche dans un menu permettant de saisir les posologies configurées.



Le choix **Autre posologie…** affiche une fenêtre permettant d'effectuer une saisie qui ne fait pas partie du paramétrage.



La saisie d'un produit non configuré est possible grâce au choix **AUTRE ….**



Il faut saisir le produit principal parmi les produits du livret, puis la voie, le type et la posologie d'administration.

4.2.3.8 Les commentaires écrits

Dans le menu contextuel, déplacez le curseur de la souris sur **Commentaires** : La fenêtre **Saisie d'un commentaire** s'ouvre. Écrivez dans la zone prévue à cet effet.
Les commentaires écrits sont symbolisés par un sur la ligne des marqueurs.

4.2.3.9 Les paramètres de ventilation

Si votre respirateur ne dispose pas de liaison RS232, HL7 locale ou HL7 réseau pour la récupération automatique des paramètres, il est possible de saisir ces paramètres de ventilation manuellement.
Dans le menu contextuel, déplacez le curseur de la souris sur **Paramètres Ventilation**. Une fenêtre **Paramètres de Ventilation** s'ouvre. Saisissez les différents éléments des paramètres de ventilation à l'aide des listes déroulantes prévues à cet effet (Ventilation, vt(-), FR, Rapport i/e, FiO2, Pep, Pression, Ai, No, DV).
La date et l'heure d'occurrence peuvent être modifiées. Cliquez sur le bouton **OK** pour valider votre saisie.
Les paramètres de ventilation sont symbolisés par un sur la ligne des marqueurs.
Vous avez également la possibilité d'insérer un paramètre de ventilation par le biais du bouton spécifique **Paramètres de ventilation**.

REMARQUE : les paramètres de ventilation sont configurables par votre référent de site.

4.2.3.10 Les données manuelles

Il est possible de saisir des données manuellement.
Dans le menu de la barre de saisie, déplacez le curseur de la souris sur **Donnée Manuelle**. Une fenêtre **Saisie de données manuelles** s'ouvre. Choisissez le paramètre ou le groupe de paramètres que vous souhaitez saisir manuellement à l'aide de la liste déroulante. Vous devez ensuite remplir les différents champs qui vous sont proposés en fonction du paramètre choisi précédemment. La date et l'heure d'occurrence peuvent être modifiées.
Cliquez sur le bouton **Envoyer** afin que votre saisie manuelle soit prise en compte. Le bouton **Envoyer et fermer** permet de fermer la fenêtre **Saisie de données manuelles** sans être obligé de cliquer sur le bouton **Fermer**.
Cette saisie s'affiche dans la zone des **Valeurs Actuelles** du sous-onglet **Paramètres** (*Cf. chapitre : « Le sous-onglet Paramètres »)*. Tout comme les autres paramètres, ce paramètre peut être inséré dans la zone des graphiques afin d'en suivre son évolution (*Cf. chapitre : « L'ajout ou la suppression d'un paramètre dans la zone graphique »)*.
Vous avez également la possibilité d'insérer une donnée manuelle par le biais du bouton spécifique **Donnée Manuelle**.

4.2.3.11 Les artefacts

Vous pouvez indiquer la présence d'un artefact par le biais du bouton spécifique **Saisie d'artefact**.
Les artefacts sont symbolisés par un  sur la ligne des marqueurs.

4.2.4 Les composants rencontrés en per opératoire ou en post opératoire

Présentation rapide des composants habituellement rencontrés en **per opératoire** et en **post opératoire**
La feuille d'anesthésie est préparamétrée par le référent du site. Toutefois, elle est personnalisable par l'utilisateur en temps réel afin de prendre en compte les particularités de la procédure en cours.

4.2.4.1 L'ajout ou la suppression d'un paramètre dans la zone graphique

Pour visualiser un paramètre sous forme graphique, glisser-déposer ce paramètre, à l'aide de la souris, de la zone **Valeurs Actuelles** vers la zone des **Graphiques**. Tant que le curseur de la souris représente un  , ne lâchez pas le clic gauche de votre souris. Pour que le paramètre soit pris en compte, votre curseur de souris doit avoir la forme  Dès que vous relâchez le clic gauche de votre souris, le paramètre, symbolisé par son abréviation et sa ou ses valeurs instantanées, s'affiche sur la zone de courbes. Un clic droit de souris sur le paramètre situé dans la zone des graphiques affiche un menu qui vous permet de supprimer ce paramètre de la zone des graphiques.

4.2.4.2 Les modes d'affichage des paramètres

Les paramètres peuvent être affichés selon plusieurs modes, le tableau ci-dessous indique les différents modes d'affichage et nos conseils d'utilisation :

Modes d'affichage	Conseil d'utilisation

Aucun	N'affiche pas graphiquement le paramètre. Utile en conjonction avec le mode **Tabulaire.**
Courbe	Convient pour l'ensemble des paramètres.
Tabulaire	Convient pour l'ensemble des paramètres.
Flèche	Ne concerne que les paramètres mesurés de manière discontinue (*par exemple la PNI*). Seul un paramètre à 3 entrées physiologiques va apparaître dans la zone graphique dans ce cas.
Aire	S'applique aux zones de courbes ne comportant qu'un paramètre à deux entrées (par exemple un gaz inspiré et expiré) ou deux paramètres à une seule entrée mais ne se croisant pas.
Zoom d'un paramètre	Double-cliquez, à partir de la zone **Valeurs Actuelles**, *(Colonne gauche onglet* **Paramètres***)* sur un ou plusieurs paramètres afin d'en obtenir un zoom continuellement visible à l'écran. Ce gros nombre peut être repositionné par l'utilisateur. *Voir l'exemple de la Fc(SpO2).* Ce mode de visualisation est très utile pour la surveillance rapprochée d'un paramètre particulier.

4.2.4.3 Le choix de l'échelle des temps

Un clic droit sur la barre des temps (entre la ligne des marqueurs et la zone des graphiques), fait apparaître un menu contextuel permettant de choisir l'échelle des temps souhaitée.
Vous avez la possibilité d'afficher vos graphiques sur une période de 15 minutes ou de 30 minutes pour les petites interventions, sur une période d'une, de deux, de quatre ou de huit heures en fonction de la durée de l'intervention que vous êtes en train de réaliser. Si vous sélectionnez l'échelle automatique, l'échelle se modifiera d'elle-même en fonction de la durée de l'intervention.

REMARQUE : Le temps réel permet simplement de visualiser en temps réel les données issues des moniteurs biomédicaux, et ceci dans l'échelle choisie précédemment. L'option **Temps réel** n'est pas visible en mode **Visualisation**.

4.2.4.4 Le changement des couleurs d'affichage

Au niveau des zones de courbes : Un clic droit de souris sur la valeur instantanée du **Paramètre**, dans la zone des graphiques affiche la fenêtre **Configurer l'affichage du Paramètre**. Pour changer la couleur, cliquez sur la zone **Couleur** et choisissez la couleur que vous souhaitez à partir de la palette. Cette palette de couleurs s'utilise de la même manière que celle de Windows. Vous pouvez également choisir l'**Épaisseur** et le **Style** du trait (Continu, Pointillés…).
Par défaut, l'item **Échelle automatique** est précoché. Il vous est possible de définir manuellement **l'Échelle** du paramètre en indiquant l'échelle **Min** et **Max** dans les cases respectives. Nous conseillons d'ailleurs aux utilisateurs d'indiquer ces échelles minimales et maximales plutôt que d'utiliser l'échelle automatique. En effet, en cas d'Artefact lors de la récupération des données physiologiques des équipements biomédicaux, les courbes risquent d'être illisibles (lors de l'impression, les artefacts sont systématiquement supprimés).
Il est également possible de modifier le mode d'affichage des paramètres (graphique, tabulaire…) pour la session qui est ouverte.
Un clic droit dans la zone des paramètres permet de changer la couleur du fond des différentes zones de graphiques. Cette palette de couleurs s'utilise de la même manière que celle de Windows.

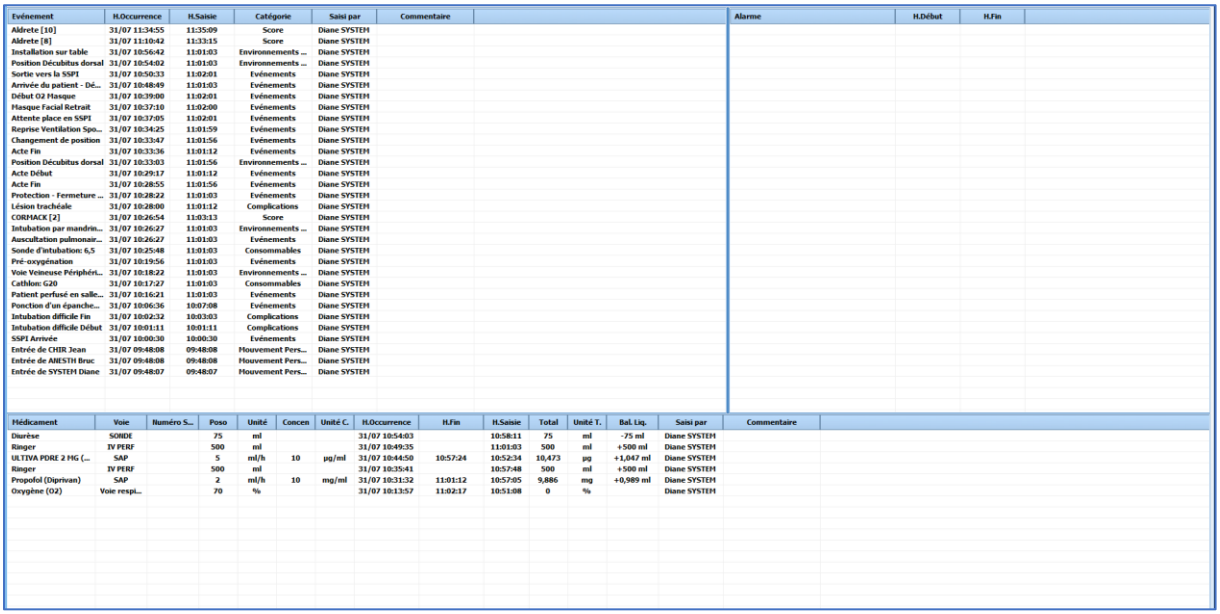
REMARQUE : La couleur d'impression des courbes est celle qui est configurée sur le poste duquel vous lancez l'impression de l'intervention de votre patient.

4.2.4.4.1 Les alarmes

Il est possible d'activer ou non l'affichage des alarmes sur la ligne des marqueurs et au travers de la fenêtre **Alarmes !** par le biais du bouton spécifique **On/Off Alarmes**.

Un symbole , situé à côté de la zone de **Saisies** vous signalera le fait que les alarmes sont affichées sur la ligne des marqueurs.

4.2.5 L'onglet Evénements



Il est possible de trier la liste des événements, des médicaments et des alarmes en cliquant sur les intitulés des colonnes de la fenêtre.

4.2.5.1 Le journal des événements

On retrouve la liste de tous les **Événements** (*Événements*, *Environnements Patient*, *Complications*, *Consommables*, *Commentaires* et *Paramètres de ventilation*) saisis tout au long de l'intervention, avec les heures d'**Occurrence** et de **Saisie**.

Ces événements apparaissent dans l'ordre d'occurrence décroissant afin que le dernier événement inséré soit toujours noté en haut du **Journal des événements**.

Si vous cliquez sur l'une des saisies, un menu vous permet de supprimer cet événement ou de modifier son heure d'occurrence. Un message de **Confirmation** vous proposera de valider chaque fois votre modification ou votre suppression.

REMARQUE : Si cette saisie a été effectuée au cours d'une session précédente, vous ne pouvez plus la modifier, ni la supprimer.

À partir de l'onglet **SURVEILLANCE**, vous avez la possibilité de modifier l'heure d'occurrence d'un événement en le cliquant glissant sur la ligne des marqueurs ou de le supprimer en cliquant droit sur le marqueur. Vous pouvez aussi supprimer ou modifier un événement à l'aide des boutons spécifiques prévus à cet effet.

4.2.5.2 Le journal des alarmes

On retrouve la liste des alarmes transmises par les équipements biomédicaux avec leurs heures de **Début** et de **Fin**. Plus de 500 alarmes, provenant des équipements biomédicaux reliés via la liaison RS232, sont reconnus. Ces alarmes apparaissent dans l'ordre d'occurrence décroissant afin que la dernière alarme déclenchée soit toujours notée en haut du **Journal des alarmes**.

REMARQUE : Les alarmes ne peuvent pas être modifiées ni supprimées.

4.2.5.3 Le journal des médicaments

On retrouve la liste de tous les médicaments (*Médicaments*, *Balances liquidiennes* et *Produits sanguins*) saisis tout au long de l'intervention, avec leur **Voie** d'administration, le **Numéro de série** de l'équipement si c'est un produit récupéré de façon automatique, leur **Posologie**, leur **Unité**, leur **Concentration** et **Unité de concentration** s'il s'agit d'une SAP ainsi que les heures d'**injection**, de **fin** (s'il s'agit d'une SAP) et de **saisie**. Ces médicaments apparaissent dans l'ordre d'occurrence décroissant afin que le dernier médicament injecté soit toujours noté en haut du **Journal des médicaments**.
Si vous cliquez sur l'un des médicaments, un menu vous permet de supprimer ce médicament, de modifier son heure d'occurrence ou d'arrêter le débit quand le médicament sélectionné est injecté en continu. Un message de **Confirmation** vous proposera de valider votre modification ou votre suppression.

REMARQUE : Si ce médicament a été saisi au cours d'une session précédente, vous ne pouvez plus le modifier, ni le supprimer.

A partir de l'onglet **SURVEILLANCE**, vous avez la possibilité de modifier l'heure d'occurrence d'un médicament en le glisser-déposer ou de le supprimer en cliquant droit dessus. Vous pouvez aussi supprimer ou modifier un médicament à l'aide des boutons spécifiques prévus à cet effet.

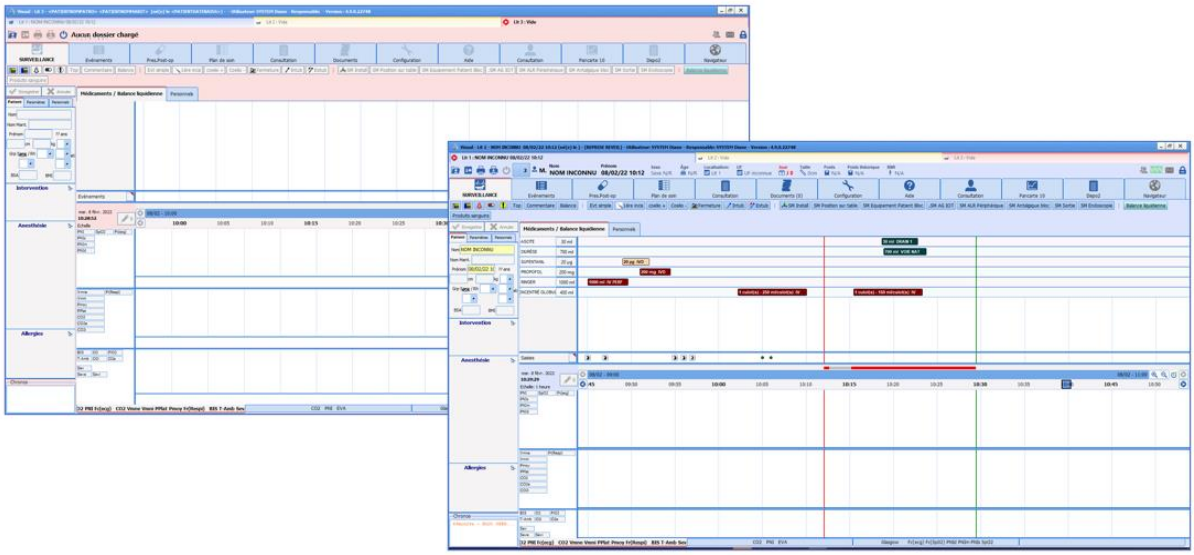
4.2.6 L'onglet Consultation

Cet onglet affiche la fenêtre de consultation pré-anesthésique relative à l'intervention en cours. Les informations y figurant (que vous pouvez consulter ou modifier en fonction de vos droits) complètent le sous-onglet **Patient** de l'onglet **SURVEILLANCE**.

Vous avez bien évidemment la possibilité de visualiser ou de compléter la consultation d'un autre patient en le sélectionnant à l'aide du bouton **Sélection du patient**. Consultez le chapitre « *La consultation pré-anesthésique* » pour plus d'informations sur le fonctionnement de l'application **Consultation**.
Pour retourner à l'onglet **SURVEILLANCE,** sélectionnez la barre de titre que vous voyez affichée au-dessus de l'application **Consultation**.

4.3 Les spécificités du Post opératoire

L'application **Post opératoire** est identique au **Per opératoire** dans les types d'outils mis à disposition.



Les lits disponibles et les lits occupés sont affichés en haut de l'application sous forme de boutons. Le lit actuellement actif est identifié avec une icône rouge . *Dans cet exemple, on constate qu'un dossier est chargé sur le lit 1. Les lits 2 et 3 sont, quant à eux, vides*. Le lit 3 est affiché sur fond rouge car cette couleur lui a été attribuée dans la configuration des utilisateurs.

Si un lit est occupé, le nom du patient est affiché avec l'icône « lit occupé » .



Si un lit est vide, la mention « Vide » est affichée avec l'icône « lit vide » .



Ces boutons permettent de passer rapidement et facilement d'un lit à un autre en salle de réveil. Sur ces boutons sont inscrits le nom du lit et le nom du patient en cours.

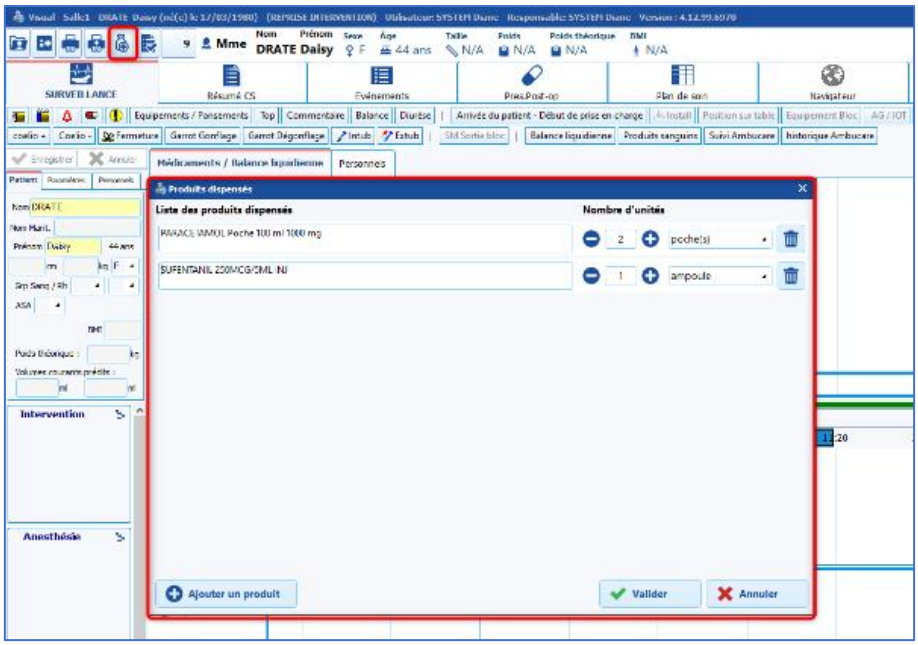
Un trait vertical rouge délimite le passage en salle de réveil.

Avant de sortir un dossier patient de l'application, il est nécessaire qu'une personne disposant du droit de signer l'autorisation de sortie indique son identifiant et son mot de passe. Cette autorisation de sortie de réveil des patients peut être activée ou non par vos référents.

REMARQUE : il est possible de transférer le patient vers un autre lit de réveil. Pour ce faire, il faut fermer le dossier et choisir l'item **Transférer en Réveil** dans la fenêtre **Quitter**. Ouvrez le bon lit et accueillez de nouveau le patient.

4.4 Comptage des produits dispensés

Une fenêtre est accessible pour le comptage des produits administrés. Cette interface reçoit les produits prélevés de l'armoire à pharmacie et offre également la possibilité de compter les produits manuellement.



L'activation de la fenêtre s'effectue par le biais du bouton situé dans le bandeau de l'application. Elle est préremplie avec les informations fournies par l'armoire à pharmacie. Le contenu peut être modifié. Il est possible d'ajouter manuellement des produits qui n'ont pas été prélevés via l'armoire. L'exportation de ce contenu est réalisée lors de la clôture ou du transfert du dossier.

4.5 La sortie du patient

La sortie du patient d'une salle nécessite de fermer le dossier. A ce moment-là, plusieurs choix sont proposés :

- Transférer le patient.
- Clôturer le dossier.

Le transfert sera à utiliser lorsque le patient part vers un secteur/service où le patient sera suivi via le logiciel **DIANE**.

La clôture du dossier est à utiliser lorsque le patient sort du périmètre du logiciel **DIANE**.

Des actions importantes, si elles n'ont pas été saisies en amont peuvent être rappelées dans la fenêtre de sortie et renseignées directement de cet espace. Cf. chapitre : « *Actions importantes* ».

4.5.1 La saisie et la signature du médecin responsable

Il est possible d'indiquer le nom d'un médecin responsable de l'intervention. Si c'est un anesthésiste qui s'est connecté au logiciel, il sera automatiquement considéré comme étant le responsable de l'intervention.
Il est possible d'indiquer le nom du médecin qui est responsable s'il ne s'est pas connecté, mais dans ce cas, il devra valider sa responsabilité en indiquant son mot de passe.
Pour indiquer le nom du médecin responsable, vous pouvez utiliser le bouton situé en haut à gauche de l'application ou le bouton **Désigner/Valider responsable** du sous-onglet **Personnels** de l'onglet **SURVEILLANCE** *(Cf. chapitre : « Personnels en salle / Médecin responsable »)*.

Il peut y avoir plusieurs médecins responsables pour une intervention.

4.5.2 La signature des prescriptions post opératoires

Lorsque des prescriptions post opératoires ont été renseignées dans l'onglet **Prescription** de l'application, un médecin doit signer ces prescriptions en indiquant son nom et son mot de passe.
Il est possible de signer ces prescriptions par le biais du bouton situé en haut à gauche de l'application ou par le biais de l'onglet **Prescription** *(Voir le chapitre « Onglet Prescription »)*.

4.5.3 La signature de la sortie de la salle de réveil

Lors de la sortie d'un patient de la salle de réveil, la validation de sortie de salle de réveil peut se faire dans le logiciel **DIANE**.
Il est possible de signer la sortie de réveil par le biais du bouton situé en haut à gauche de l'application ou par le biais de l'onglet **Prescription** *(Voir le chapitre « Onglet Prescription »)*.

5. DIANE REA

Le module de réanimation permet de recueillir et de renseigner le dossier patient dans son intégralité par l'ensemble des corps de métiers. Il est constitué d'onglets et de sous-onglets correspondants aux différentes phases de la prise en charge médicale et paramédicale.

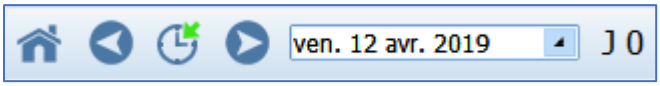
5.1 Aspect général de DIANE REA

Les différentes parties du logiciel permettent un suivi adapté à chaque type de pathologie. Des composants différents vont offrir des fonctionnalités spécifiques afin de faciliter le recueil de données et de sécuriser la prise en charge.
Certains sous-onglets permettent le recueil du dossier administratif, médical et paramédical. Des modes de saisis spécifiques facilitent la transcription des évolutions et comptes-rendus grâce à la possibilité d'alimenter nombre de modèles prédéfinis. Un composant spécifique permet en plus de noter rapidement les transmissions ciblées.
Le plan de soins permet de renseigner les différentes actions menées auprès du patient tout au long de la journée de réanimation. Il permet également l'affichage des différents paramètres physiologiques et biologiques recueillis.
Un outil de prescription exhaustif permet de gérer l'intégralité des prescriptions utilisées en réanimation.
Des pancartes hybrides permettent de combiner un affichage graphique des données physiologiques (constantes, paramètres ventilatoires ...) et offrent ainsi la possibilité visuelle d'effectuer une fine analyse de l'état clinique du patient.

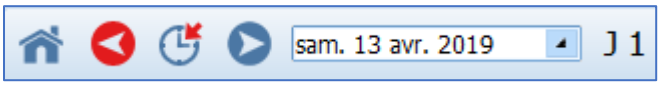
La navigation dans **DIANE REA** se base sur les différents onglets paramétrés. Vous pouvez visualiser les informations contenues dans le dossier patient en cliquant d'un onglet à l'autre. Suivant la configuration paramétrée, vous n'aurez pas forcément accès à tous les types d'onglets présentés ci-dessous et il se peut que leurs appellations soient différentes.

Déplacement dans le temps

Sur l'ensemble des onglets de l'application, vous pouvez vous déplacez dans le temps grâce au bandeau ci-dessous.



Le clic sur les **deux flèches** bleues permet de se déplacer d'un jour et donc de visualiser les données du patient du jour indiqué (ici, le vendredi 12 avril 2019.



Si vous avez cliqué sur le bouton flèche-bleue dirigé à droite, vous affichez les informations du lendemain soit le samedi 13 avril 2019.

Le clic sur **le bouton**  permet de se situer sur le jour courant. En faisant un clic droit sur ce bouton, l'application vous amène au jour de l'admission patient.

Le déploiement du menu déroulant permet de choisir un jour précis à l'aide d'un calendrier.
Les éléments en rouge vous permettent de revenir vers le présent

Le bouton  permet de retourner sur la liste des patients du service.

REMARQUE : Lorsque vous modifiez l'affichage sur un onglet, les autres onglets se décalent également.

5.1.1 Le bandeau supérieur

Le bandeau supérieur est visible en permanence sur l'écran et donne un retour permanent sur certaines informations comme

- Le nom patronymique, le nom marital, le prénom, le sexe, l'âge
- La localisation, l'unité fonctionnelle
- La durée du séjour
- La taille, le poids, le poids théorique, l'indice de masse corporelle, etc…

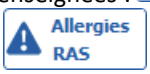


Sur la droite du bandeau, différents boutons et icônes sont présentes.



1 Icône allergie : permet de visualiser les allergies au survol de la souris. D'autres informations peuvent également être affichées au survol de cette icône.

- Allergies non renseignées : 

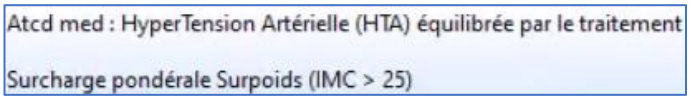
- Pas d'allergie : 

(affiche le libellé paramétré pour la valaur RAS)
- 1 allergie : 

(affiche le type d'allergie)
- Plusieurs allergies : 

le survol de l'icône affiche les allergies renseignées)

2 Cette icône permet d'afficher des informations contextuelles complémentaires (ex : antécédents, précautions, …). L'icône est visible s'il y a au moins une donnée à afficher. Le survol affiche le détail dans une infobulle.



3 Codes CCAM CCAM : permet de voir au survol à la souris les codes enregistrés en fonction des éléments renseignés dans le dossier. En double-cliquant dessus, vous avez accès au formulaire de saisie des codes CIM10 et CCAM

4 Acquisition des données  : Icône dynamique (ondulation) qui indique si l'acquisition des données provenant des appareils biomédicaux est effective ou non.

5 Icône Coronavirus : s'affiche si l'information **Coronavirus** est saisie dans le composant de saisie des infections présent dans l'onglet **Germes**.

6 Icône indiquant une administration demandée par le médecin

7 Icône colonisation : permet de visualiser le type au survol de la souris.

8 Icône isolement protecteur : permet de visualiser le type au survol de la souris.

9 Icône isolement aérien : permet de visualiser le type au survol de la souris.

10 Icône isolement contact : permet de visualiser le type au survol de la souris.

11 Icône isolement gouttelettes : permet de visualiser le type au survol de la souris.

12 Bouton permettant de déplier ou de replier le bandeau latéral gauche

13 Bouton permettant de déplier ou de replier le bandeau latéral droit

14 Bouton permettant de modifier la taille du texte du bandeau.

15 Bouton permettant d'activer ou de désactiver le mode tactile.

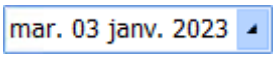
16 Messagerie orientée patient  : en cliquant sur le bouton, il est possible de rédiger un message concernant le patient qui sera visible au survol à la souris (également présent sur le portail). L'icône devient rouge lorsqu'un message est présent sur le dossier et redevient gris au bout de 24 heures.

17 **DIANE MESSAGERIE**  : ce bouton donne accès à la messagerie **DIANE**, permettant de rédiger des messages

18 Changer d'utilisateur  : ce bouton permet de verrouiller l'application. Le même utilisateur peut se reconnecter ultérieurement en saisissant ses identifiants. Un autre utilisateur peut également se connecter en renseignant ses identifiants dans la fenêtre de connexion.

Données estimées  : cette icône apparaîtra dès lors qu'une case aura été cochée dans la fenêtre de renseignement à l'ouverture d'un dossier patient. En double-cliquant sur cette icône vous pourrez visualiser ces données estimées et/ou les modifier

Autres fonctionnalités du bandeau supérieur :

Date du jour 

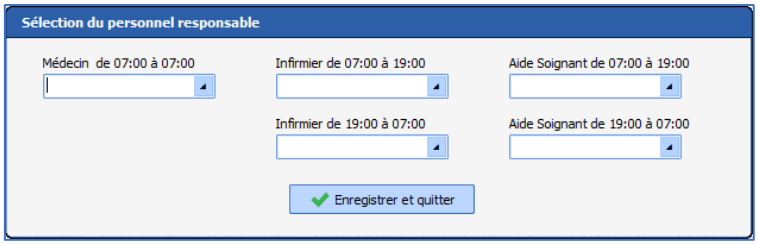
Zone affichant par défaut la date du jour. En changeant la date, on peut se déplacer à une date précise.  L'encart devient rouge si la date sélectionnée n'est pas la date courante.

Durée du séjour  Compteur de la durée du séjour du patient depuis son admission dans **DIANE**.

Prendre la responsabilité  Renseigne directement l'utilisateur connecté (ayant au choix un rôle de médecin, infirmier ou aide-soignant) comme responsable. Cette fonctionnalité est aussi directement accessible depuis le portail de réanimation. Quand une responsabilité est prise l'icône change et devient verte  sur le portail.

Zone personnel responsable 

Ouvre une fenêtre permettant de définir l'équipe en charge (médecin, infirmier, aide-soignant) du patient pour la plage horaire de la prise de poste (en fonction de la journée de réanimation paramétrée : par exemple, de 07h00 à 19h00).



Si des responsabilités ont été saisies, affiche la fonction, la plage horaire correspondante ainsi que le nom et prénom des personnes renseignées comme responsable pour le patient (pour les catégories médecin, infirmier et aide-soignant).



Le clic affiche à nouveau la fenêtre de sélection du personnel responsable.
Si le dossier est transféré entre 2 services, le personnel responsable est remis à zéro afin de pouvoir saisir les personnels responsables dans le nouveau service.



Certaines icônes consacrées aux mesures de confinements peuvent apparaître à droite de la barre :



Voici leur signification :



Aérien
Port du masque obligatoire



Gouttelettes
Port du masque et de lunettes



Contact
Port de gants



Contact IG



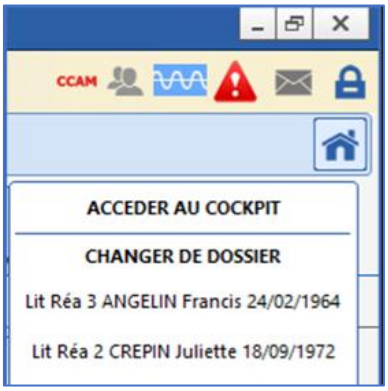
Contact ICD

Contact BHRE

Protecteur

5.1.2 Navigation entre les dossiers

La navigation entre les différents dossiers est facilitée à partir d'un poste miroir. Le bouton  permet d'afficher le menu suivant :



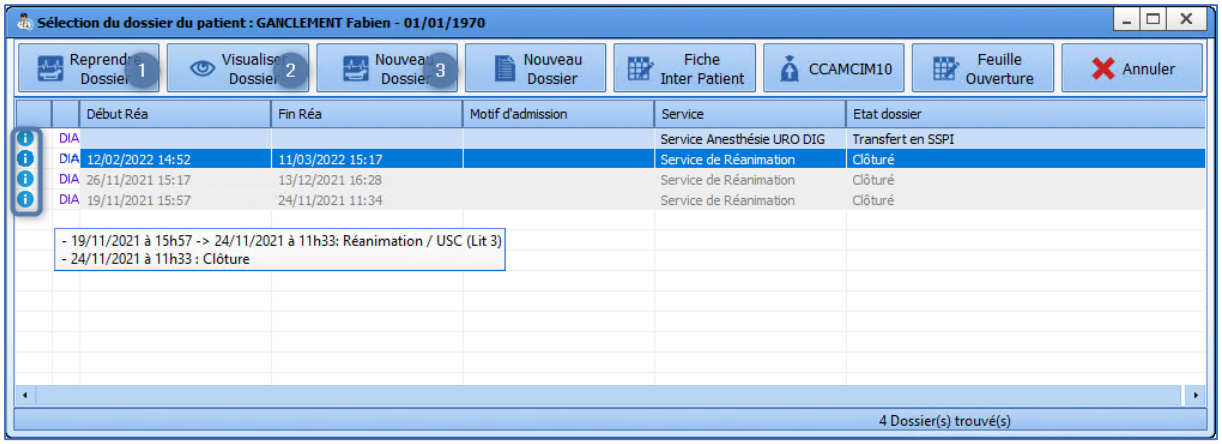
Il est ainsi possible de retourner sur le cockpit ou d'ouvrir directement l'un des dossiers chargés sur l'un des postes visibles depuis le cockpit. Dans ce cas, le dossier s'affiche sur le même onglet.

5.2 Admission du patient et sélection du dossier

L'admission du patient peut être réalisée à partir du poste maître ou d'un poste distant.

Cliquez sur le bouton **Admission patient**.

Sélectionnez le patient (Cf. chapitre : « *Sélection du patient* »). Cette action ouvre la fenêtre de **Sélection du dossier patient**.



À partir de cette fenêtre, et via les boutons situés dans son en-tête, il est possible de :

3. Nouveau Dossier : permet de démarrer un nouveau séjour en réanimation. D'ouvrir un nouveau dossier.

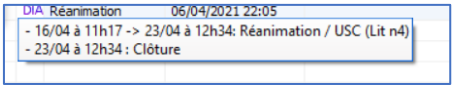
1. Reprendre Dossier : permet de reprendre un dossier déjà en cours. Par exemple : le patient sort de réanimation vers l'USC, afin d'assurer la continuité du dossier, il est important de cliquer sur **Reprendre Dossier**. Si le dossier est clôturé depuis trop longtemps pour être repris (la durée pendant laquelle un dossier peut être repris est paramétrable), le bouton est désactivé.

2. Visualiser dossier : permet de visualiser l'ancien dossier du patient dans son intégralité.

Lorsque le patient a déjà plusieurs dossiers dans **DIANE,** la fenêtre affiche en tête de liste le séjour prévu dans l'unité dans laquelle vous vous trouvez ; le tri s'effectue ensuite par date puis par l'Etat du dossier : clôturé, non réalisé...
Les dossiers clôturés sont grisés : ils peuvent être visualisés ou repris si la date de clôture est comprise dans l'intervalle de temps permettant la reprise.

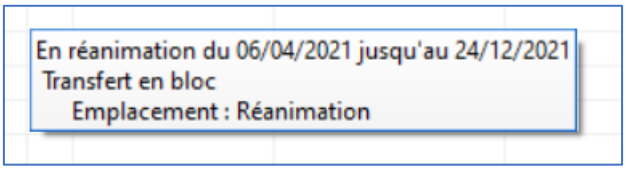
Pour chaque séjour de réanimation, on retrouve :

- : icône affichée uniquement si l'état du dossier est différent de **Interv. non réalisée**. Son survol affiche la chronologie du dossier (celle que l'on retrouve dans l'onglet **Bloc** mais ici au format texte uniquement et classé de façon chronologique).



- **Icône DIA / SIH** : indique l'origine de l'intervention.
- **Emplacement**
- **Début réa**
- **Motif d'admission** (Information patient / Pathologie (ID donnée 2))
- **Fin réa**
- **Etat dossier** : état du dossier (**Terminée** …).

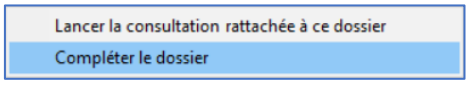
Le survol d'un séjour de réanimation affiche les informations suivantes :

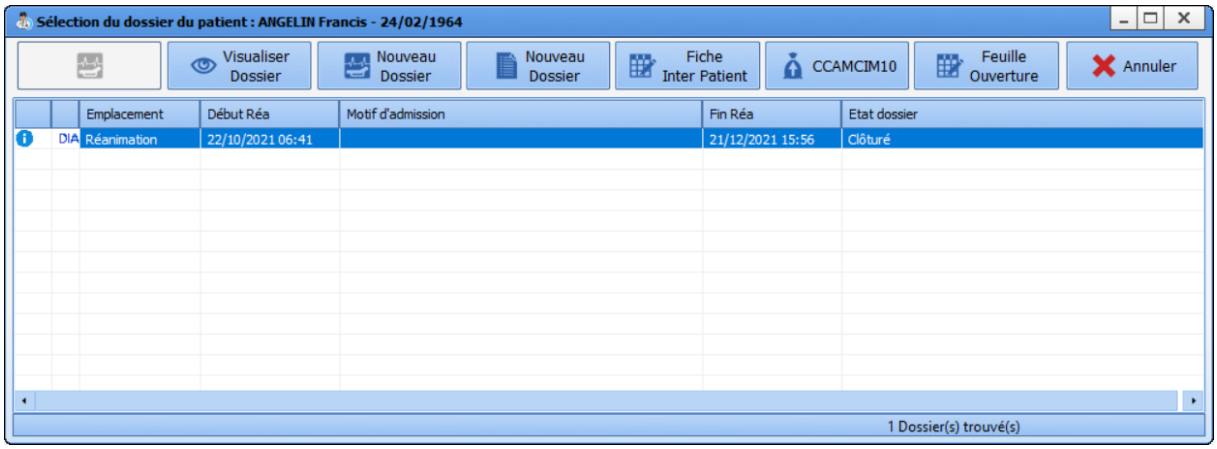


- **Date de début / fin de la réanimation**
- **Date de début / fin du séjour en salle de réveil** :
    1. si l'intervention est clôturée et un réveil est présent durant le séjour, sinon affichage de **Sans passage en réveil**.
    2. si l'intervention n'est pas terminée, on affiche son statut.
- **Emplacement**
- **Motif d'admission**
- **Anesthésiste**

Le clic droit sur le séjour propose de :

- Lancer la consultation liée au dossier
- Compléter le dossier si l'état du dossier est clôturé (ouverture du dossier avec droit d'écriture)





Dans l'exemple ci-dessus le patient a déjà fait un séjour en Réanimation. Son dossier est à l'état **Clôturé**. Aucun dossier n'est en date du jour, ni en état **Transfert en réanimation** le patient n'est donc pas attendu.

- Cliquer sur le bouton **Nouveau dossier** : cette action ouvre une fenêtre demandant de renseigner les données obligatoires pour la gestion du dossier tel que le poids et la taille du patient…
- Saisir les données manquantes.
  Cocher la case à cocher **Données estimées** lorsque celle-ci est incertaine. Les données estimées pourront être complétées ultérieurement dans le dossier.
- Cliquer sur le bouton **Valider**
- Chargement et ouverture du dossier
- Le patient est admis, la prise en charge peut débuter.

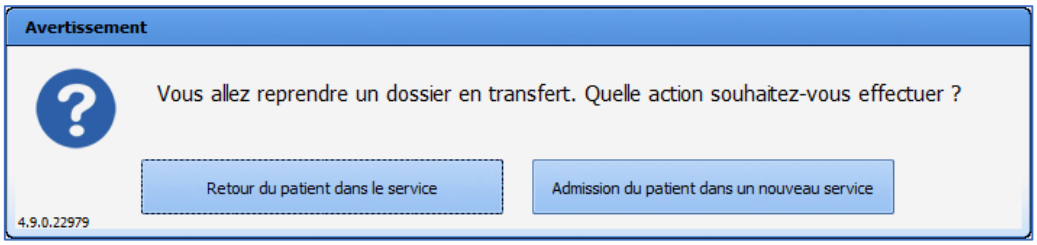
Remarque : Si lors de son précédent séjour, le patient était porteur d'une infection non clôturée, l'information sera reprise dans cette fenêtre.



5.2.1 Cas de la reprise d'un dossier en transfert

Dans le cas d'un dossier en transfert, deux cas sont possibles à la reprise en réanimation/USC :

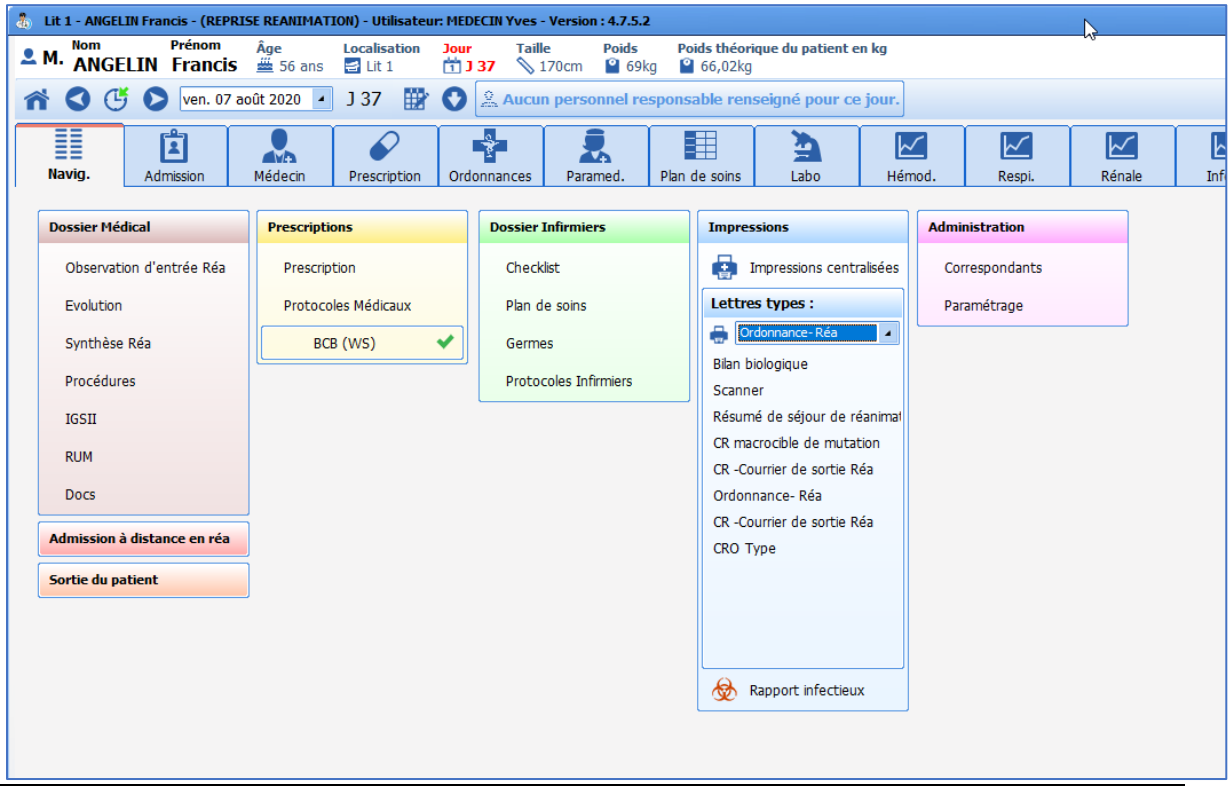
- Le **retour du patient dans le service** : dans ce cas, les données du dossier sont conservées
- L'**admission du patient dans un nouveau service** : dans ce cas, les données des composants de type **Evolution médecin**, le score **IGSII** et les composants **AX** dont l'option **Remise à zéro** a été configurée (cases à cocher, menus déroulant, champs de saisie simple et multiligne, groupes de cases à cocher ou de boutons radio) sont réinitialisés. Ceci permet de conserver les informations comme les prescriptions, plan de soin ou les prescriptions mais remet à zéro les champs qui doivent être réévalués comme l'examen clinique d'admission dans le service.



5.3 Onglet Navigation

L'onglet **Navigation** donne accès à l'ensemble des onglets de l'application. Ces onglets sont également accessibles directement en cliquant dessus.

Les boutons de l'onglet **Navigation** sont partagés en cinq grandes parties, **Dossiers Médicaux**, **Prescriptions**, **Dossier infirmier**, **Impressions** et **Administration**.



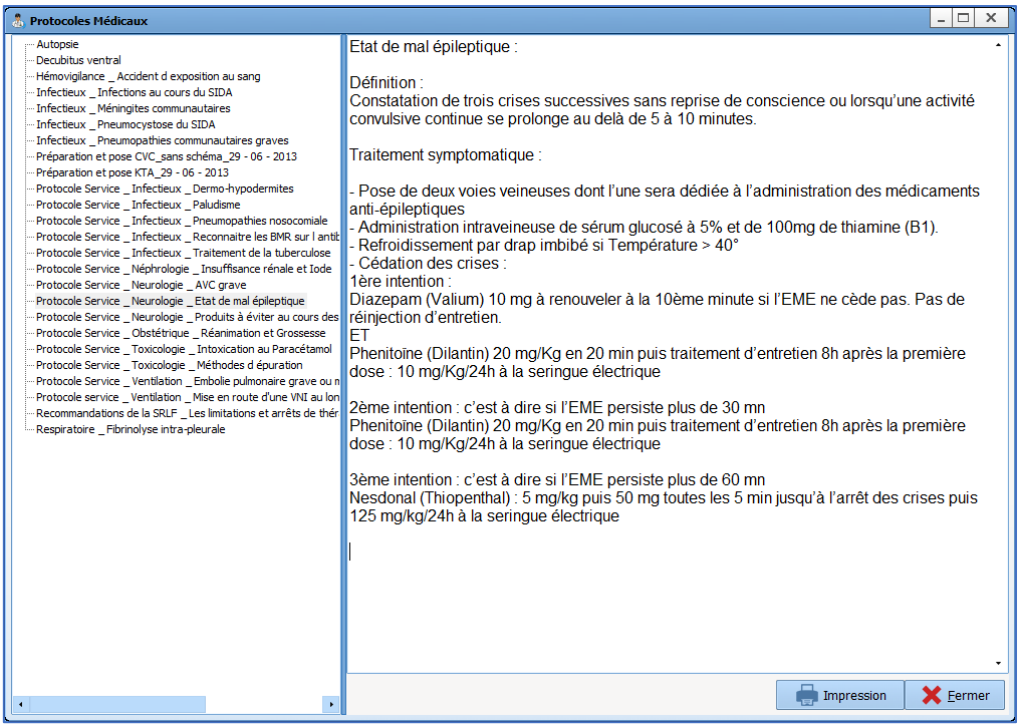
REMARQUE : en fonction de la configuration de votre centre, il est fort probable que vous n'ayez pas les mêmes onglets d'affichés. Il est également possible que vous arriviez sur un autre onglet.

REMARQUE : l'onglet **Navigation** est le seul onglet dans lequel vous pouvez sortir le patient.
Pour fermer le dossier patient, cliquez sur le bouton **Sortie du patient** (Cf. chapitre : « *La sortie du patient* »).

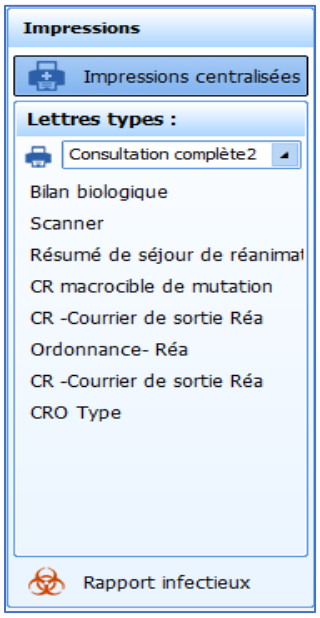
Certaines fonctionnalités ne sont accessibles que depuis l'onglet **Navigation** comme l'accès aux protocoles médicaux, à l'impression centralisée ou encore la sortie du patient.

5.3.1 Protocoles médicaux

Cet outil permet de centraliser les protocoles utilisés dans le service.
En cliquant sur **Protocoles médicaux**, une fenêtre s'ouvre regroupant l'ensemble des protocoles médicaux du service. On peut alors sélectionner le protocole voulu dans la colonne de gauche. Il sera alors affiché dans la colonne de droite.



5.3.2 Impressions

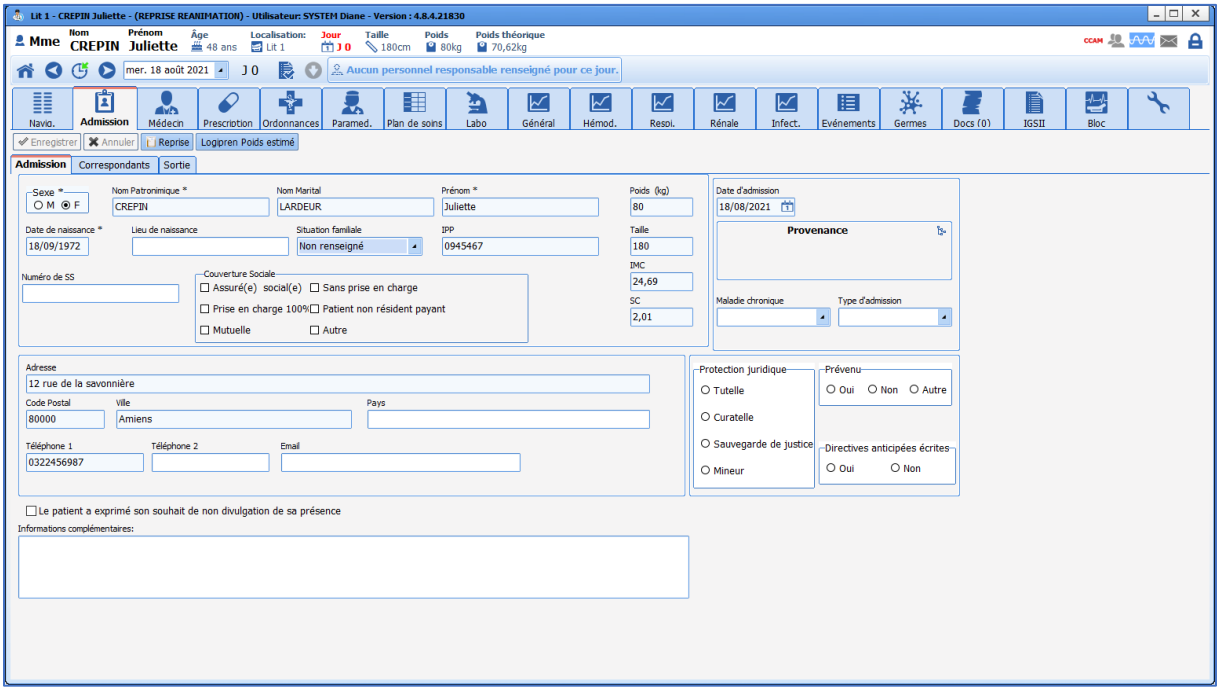


La colonne **Impressions** permet un accès à l'impression centralisée (Cf. chapitre : « *L'impression centralisée* »).
Il est également possible d'éditer et d'imprimer certains comptes-rendus ou courriers directement en cliquant dessus.

Le rapport infectieux permet d'éditer un document synthétisant l'ensemble des patients ayant présentés une infection en cours de séjour comme des pneumopathies, colonisation de cathéter ou encore bactériémie.

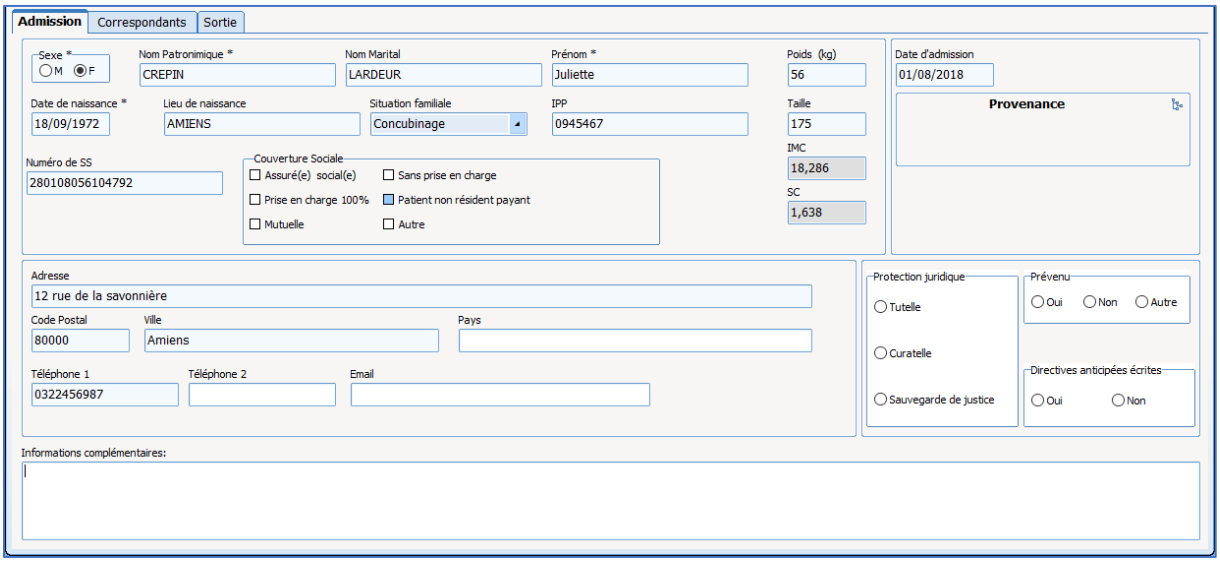
5.4 Onglet Admission

Cet onglet rassemble les aspects administratifs du dossier patient : de l'admission à la sortie.



5.4.1 Sous-onglet Admission

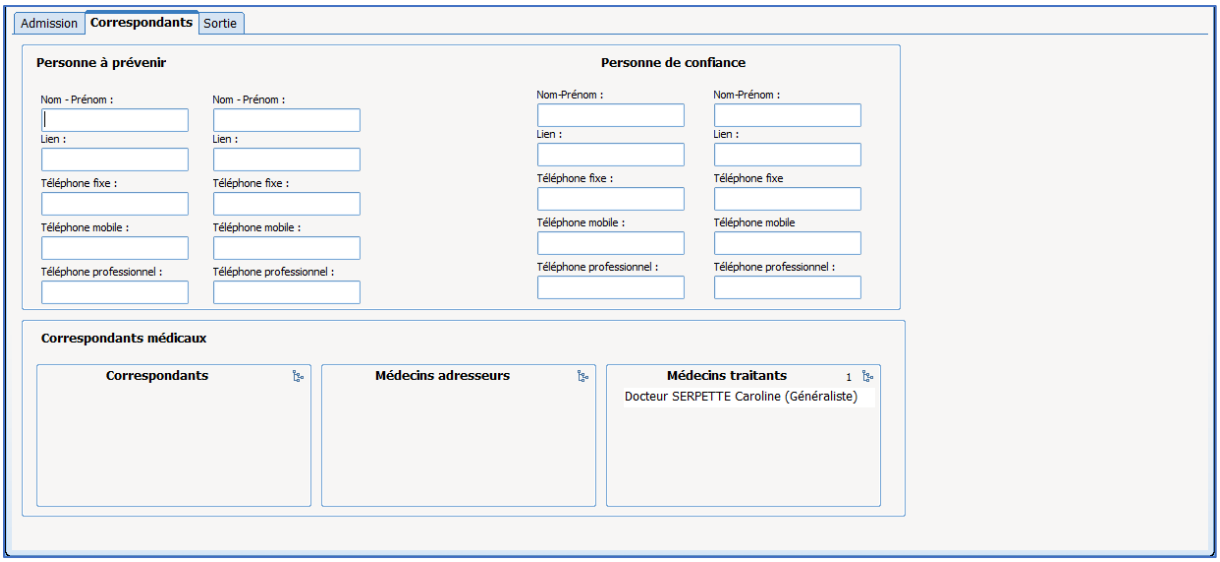
Le sous-onglet **Admission** permet de recueillir les informations administratives du patient comme l'état civil ou encore des mesures de préventions particulières (tutelle, protection juridique, autorisation d'opérer pour les mineurs …)



Le plus souvent, la plupart de ces informations proviennent du dossier patient informatisé et ne sont donc pas à compléter. Dans ce cas, ces informations ne sont pas modifiables. Dans le cas où un patient serait enregistré dans **DIANE** sans que l'identité patient ait été créé dans le dossier patient informatisé, il est possible de les compléter directement depuis cet onglet. Dans ce cas, lorsque l'identité patient aura été créé dans le DPI, le logiciel vous proposera de fusionner les dossiers.

5.4.2 Sous-onglet Correspondants

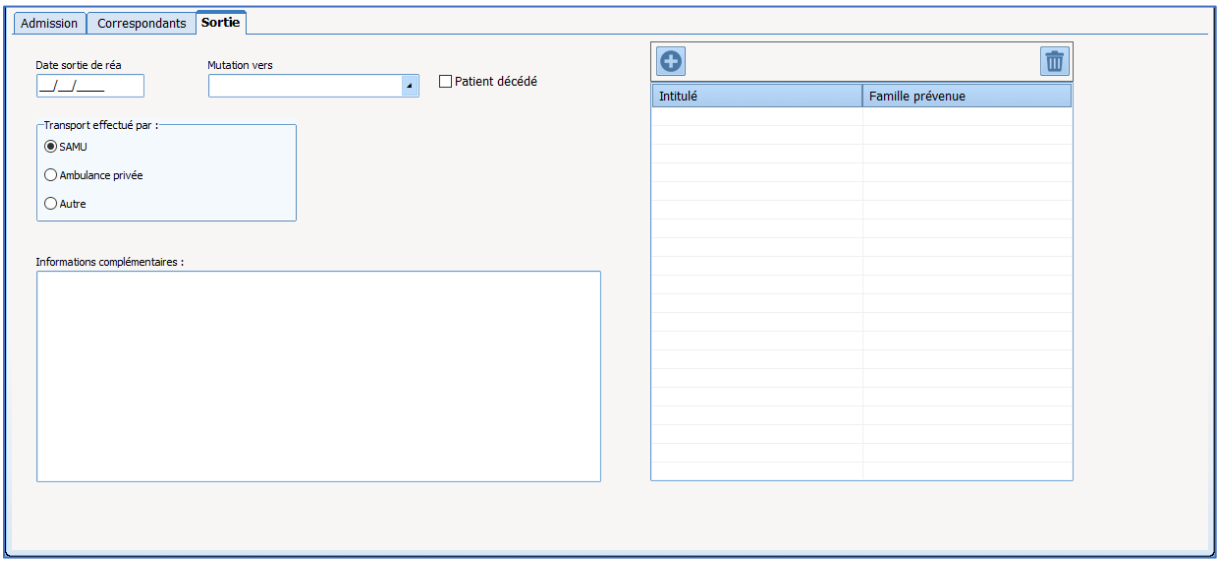
Cet onglet permet de documenter toutes les informations connues concernant les correspondants du patient. Ces informations pourront être utilisées dans les comptes rendus afin d'adresser les courriers et comptes rendus d'hospitalisation.



5.4.3 Sous-onglet Sortie

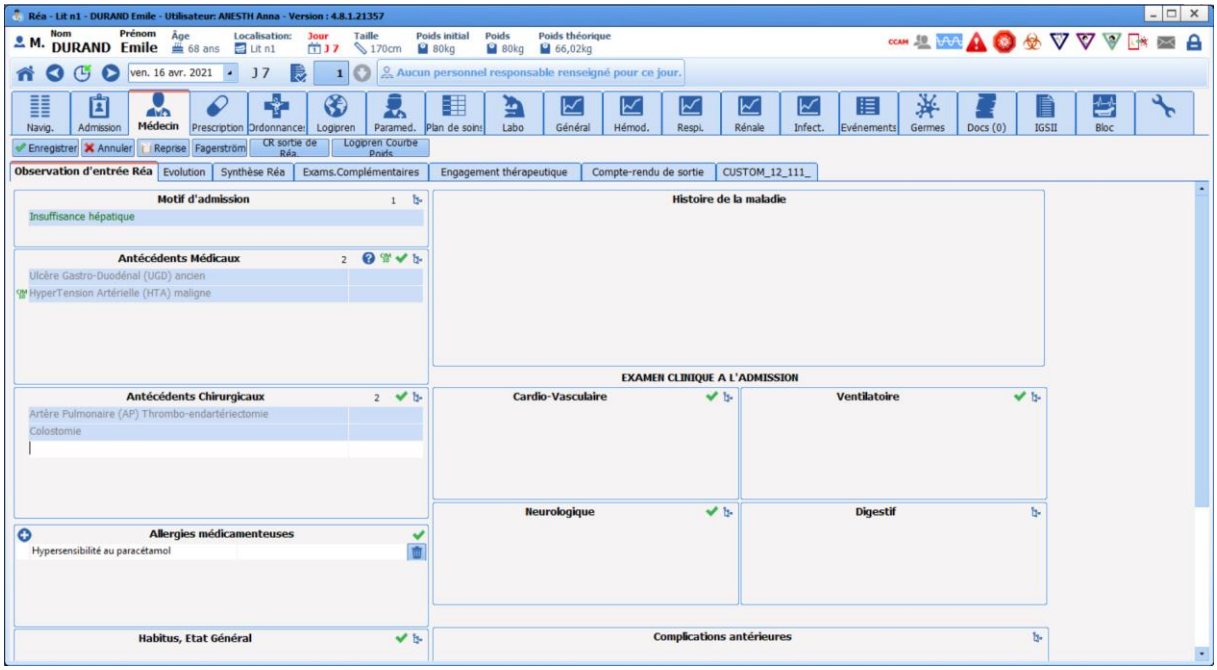
Ce sous-onglet permet de renseigner les modalités de sortie du patient comme le lieu de mutation, le mode de transport, etc…
Le champ **Date de la sortie de réa** ne peut pas être renseigné manuellement. Il se renseigne automatiquement lors de la clôture (ou du transfert) du dossier.

RAPPEL : la sortie du dossier se fait via le bouton **Sortie du patient** dans l'onglet **Navigation**. Le sous-onglet présenté ici permet simplement de renseigner certaines données lors de la sortie du patient et pas d'effectuer la sortie en elle-même.



5.5 Onglet Médecin

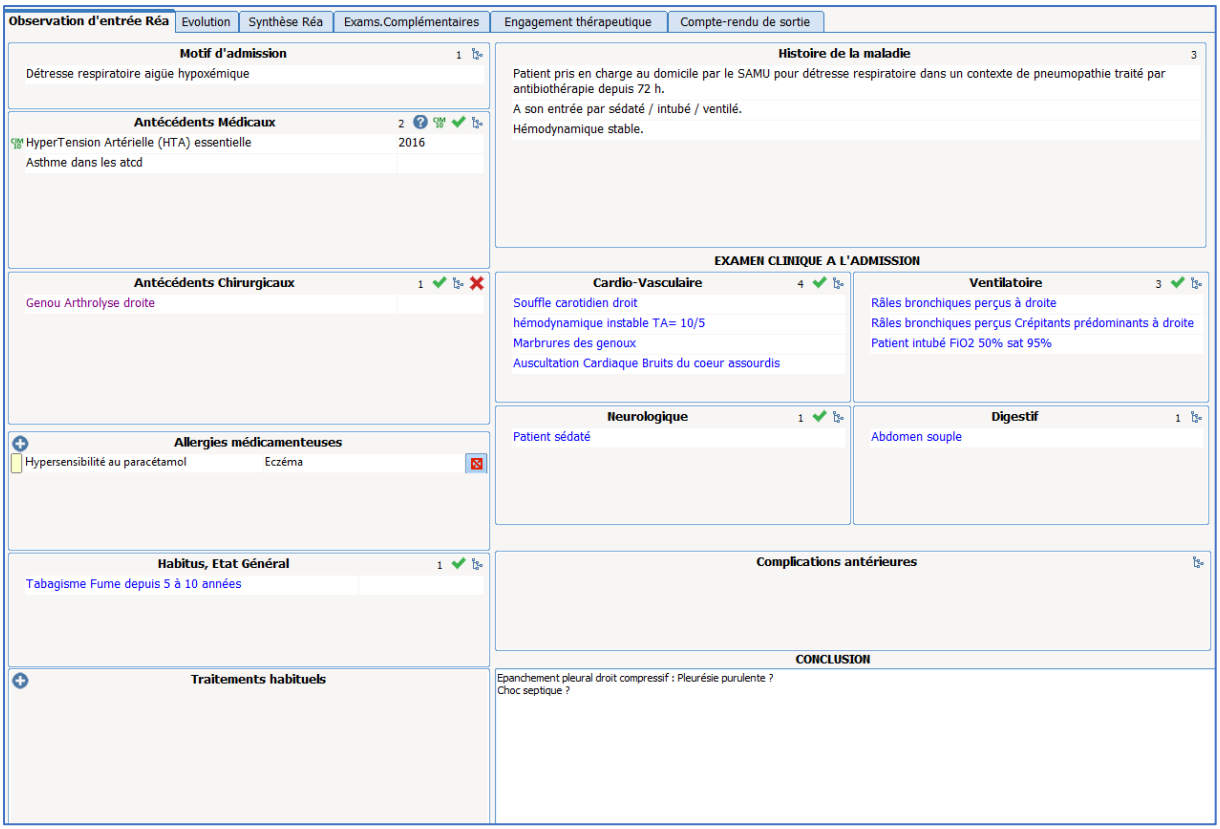
L'onglet **Médecin** est dédié à la saisie des données de l'interrogatoire, de l'examen clinique, du suivi du séjour et de l'élaboration des comptes rendus.
Cet onglet est composé de plusieurs sous-onglets qui sont décrits dans les prochains chapitres. Certaines données de ces onglets sont disponibles dans les onglets paramédicaux. Ils sont souvent programmés pour être en lecture seule afin que les données médicales ne soient possibles à compléter que par les médecins.



5.5.1 Sous-onglet Observations d'entrée en Réa

Ce sous-onglet permet de renseigner le motif d'admission, les antécédents médicaux et chirurgicaux, les allergies ou encore les traitements habituels du patient.
Ce sous-onglet permet également la saisie manuelle de l'histoire de la maladie et de l'examen clinique d'admission.
Certaines de ces données (notamment les antécédents) peuvent provenir de dossiers antérieurs si le patient a déjà été suivi dans le logiciel **DIANE**.
Le plus souvent, la saisie dans ces champs est possible via des listes d'items accessibles directement dans chaque champ. Il est préférable d'utiliser les listes plutôt que de la saisie manuelle, cela facilitera les possibilités de requêtes et d'études cliniques.

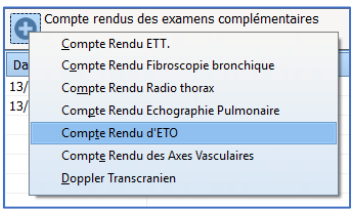
L'utilisation de ces champs est expliquée dans le chapitre « *Les différents modes de saisie dans DIANE* ».



5.5.2 Sous-onglet Examens Complémentaires

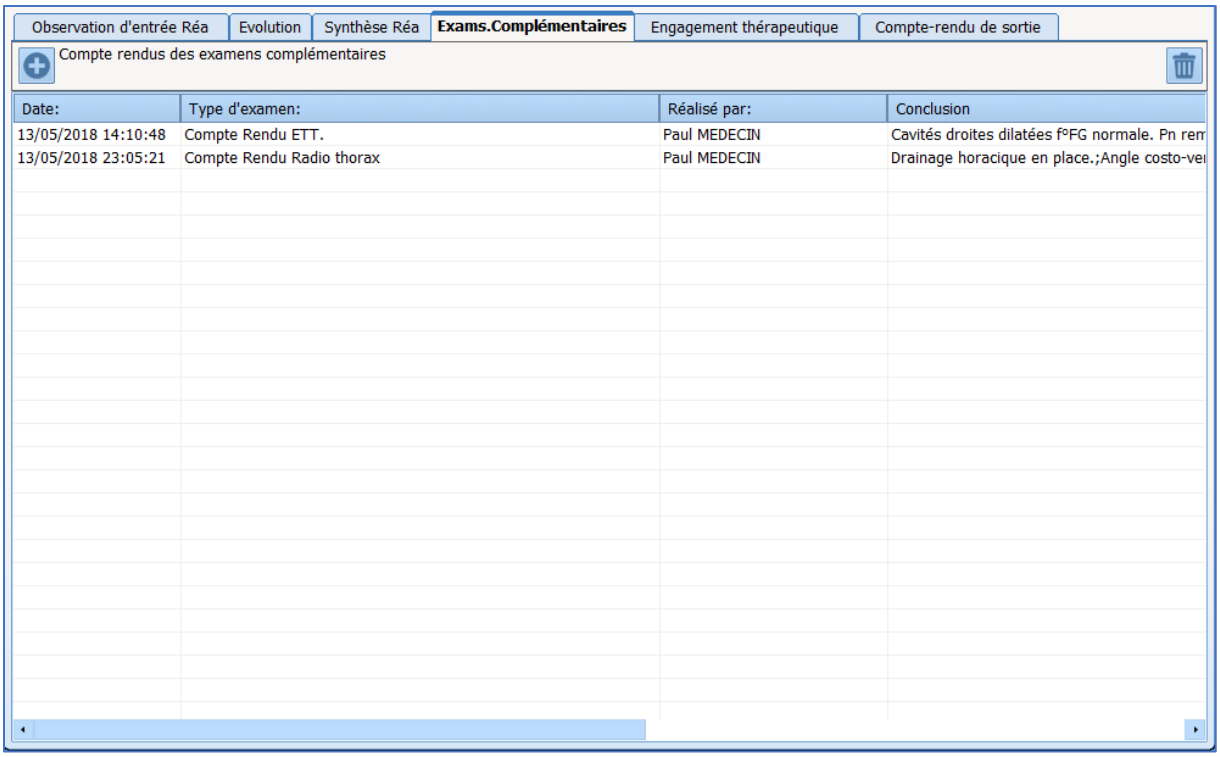
Le sous-onglet **Exams.Complémentaires** est un tableau permettant d'appeler différentes feuilles dont l'objectif est de renseigner les résultats des différents examens complémentaires effectués dans le service. Il est ainsi possible de renseigner les résultats d'une échographie trans thoracique ou encore d'une fibroscopie bronchique.

Pour appeler une feuille de saisie, cliquer sur l'icône située en haut à gauche du tableau puis sélectionner l'examen complémentaire souhaité à l'aide de la souris.



Il suffit ensuite de renseigner les données dans la feuille correspondante. Une fois les données saisies, cliquer sur **OK**. La feuille se fermera.

Certaines données sont visibles dans le tableau ce qui permet de visualiser l'ensemble des examens pratiqués sur le patient. Il suffit ensuite de cliquer dans le tableau sur la ligne souhaitée pour visualiser l'intégralité des données.



5.5.3 Evolutions, Synthèse Réa et Compte-rendu de sortie

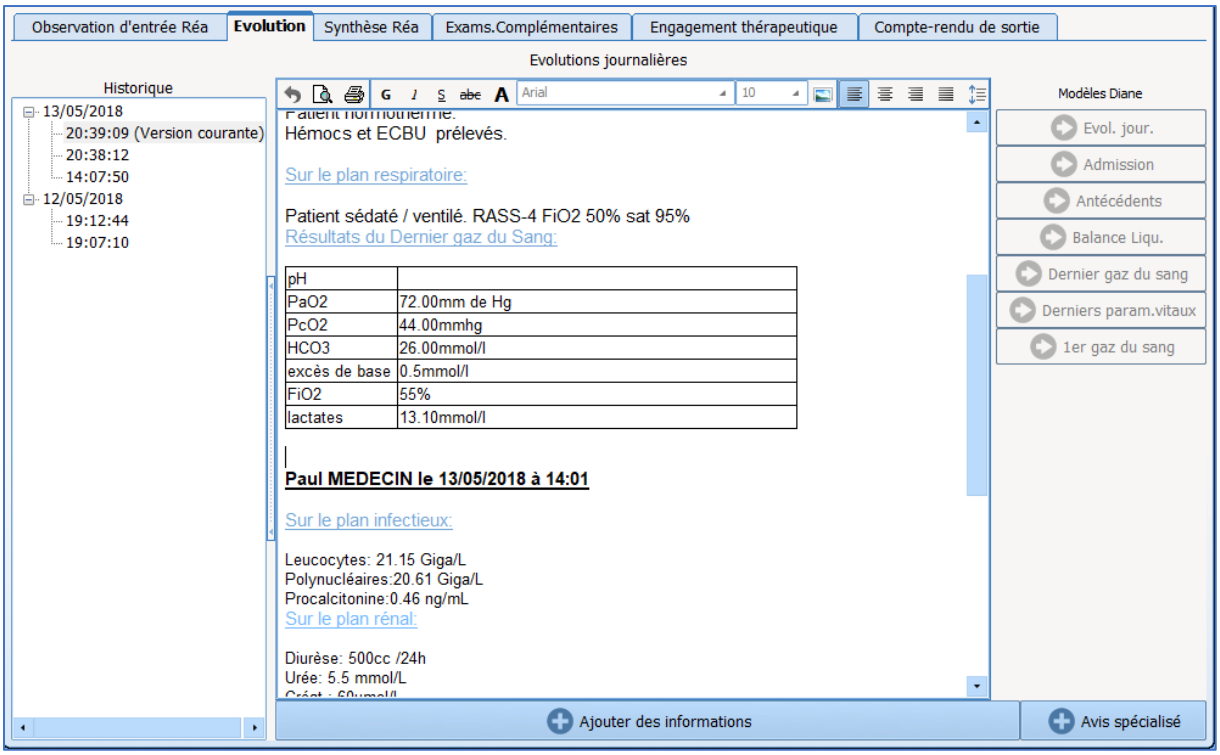
Les sous-onglets **Evolution**, **Synthèse Réa** et **Compte rendu de sortie** sont des zones d'édition de documents (Cf. chapitre : « *Zone d'édition de documents* »). Ces composants permettent d'effectuer un mélange de saisie manuelle tout en important des modèles pré-paramétrés. Ce mode de fonctionnement permet de pouvoir intégrer des données du dossier telles que des constantes, des antécédents ou encore des résultats d'examens biologiques.

5.5.3.1 Exemple du sous-onglet Evolution :

Ce sous-onglet permet de noter chaque jour l'évolution médicale du patient.
Selon le paramétrage :

1. Cliquer en bas du composant sur le bouton **Ajouter des informations** puis cliquez à l'intérieur du champ. Le nom et prénom de l'utilisateur ainsi que la date et l'heure de saisie s'affichent automatiquement.
2. Un modèle peut s'afficher immédiatement lors du clic à l'intérieur du composant. Il suffit alors de compléter les données souhaitées.
3. Sur la droite du composant, une série de boutons permettent d'appeler des modèles incluant des données reprisent directement du dossier. Cliquer dans le champ de saisie à l'endroit souhaité puis cliquer sur le bouton souhaité (par exemple : **Balance liquidienne**). Les données viendront s'implémenter directement à l'endroit voulu dans le champ de saisie.

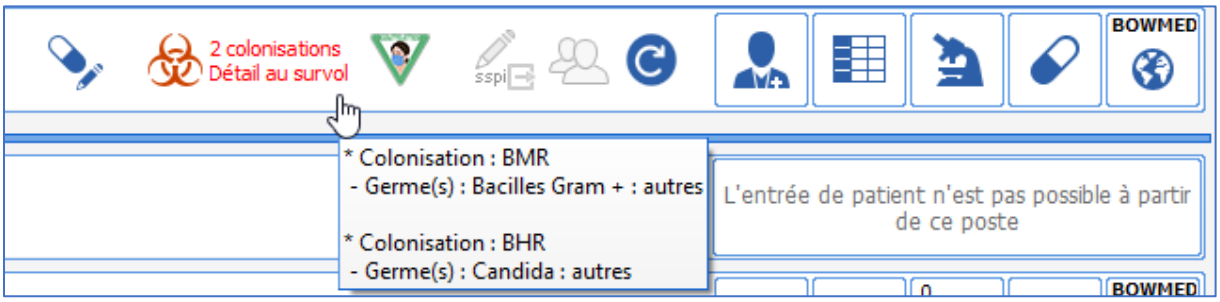
Il est ainsi possible de constituer chaque jour un compte-rendu de l'évolution clinique du patient.



* **Éditeur de texte intégré** : pour les entrées textuelles longues et mises en forme (gras, italique, couleurs, et des modèles préconfigurés ...)

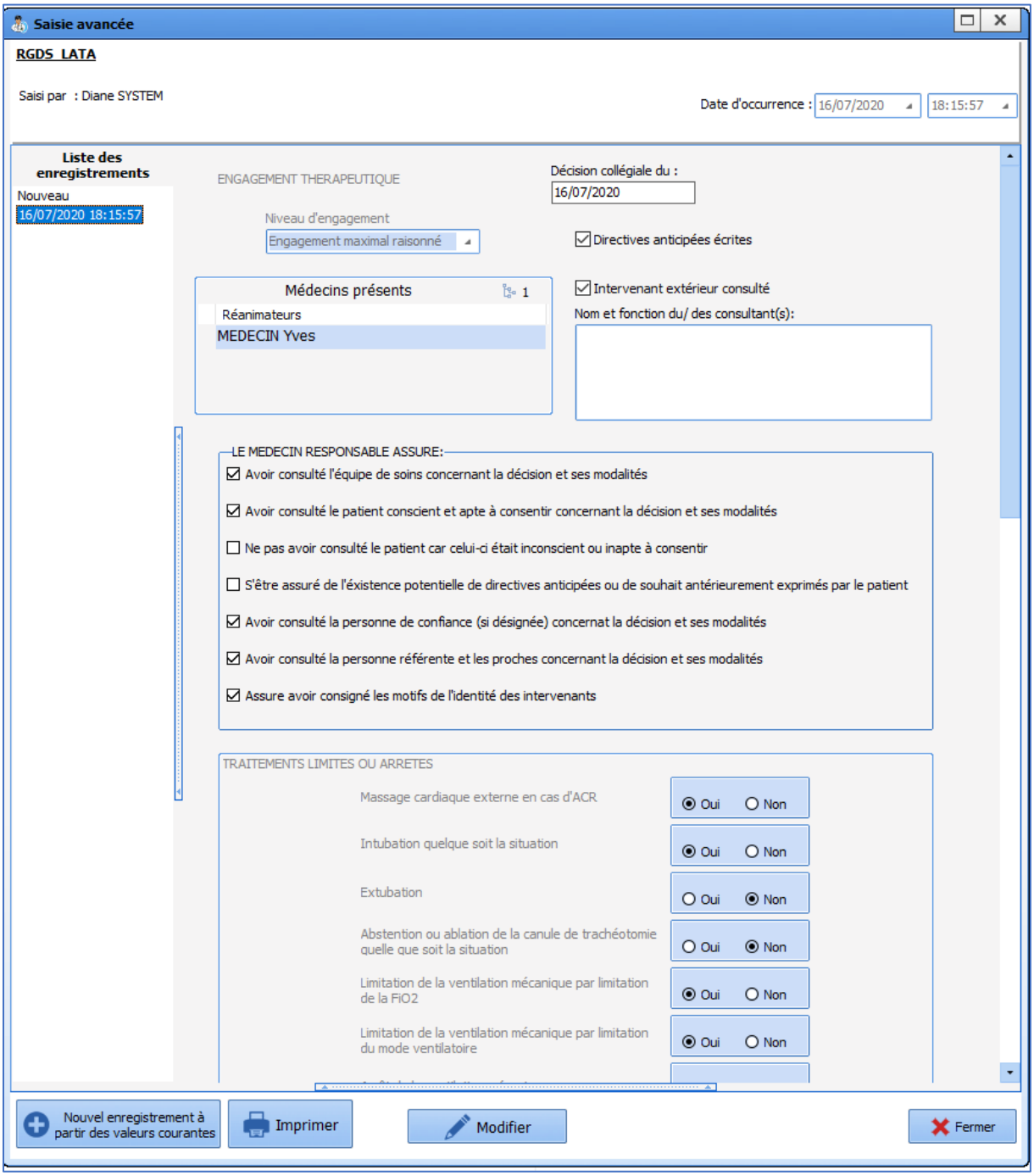
Le sous-onglet **Synthèse Réa** présente le même fonctionnement et permet d'élaborer une synthèse des évolutions journalières du patient.

Le sous-onglet **Compte rendu de sortie** présente le même fonctionnement et permet d'élaborer le compte rendu de sortie du patient. (Celui-ci pourra être imprimé depuis l'onglet **Navigation** et/ou directement exporté vers le dossier patient informatisé.



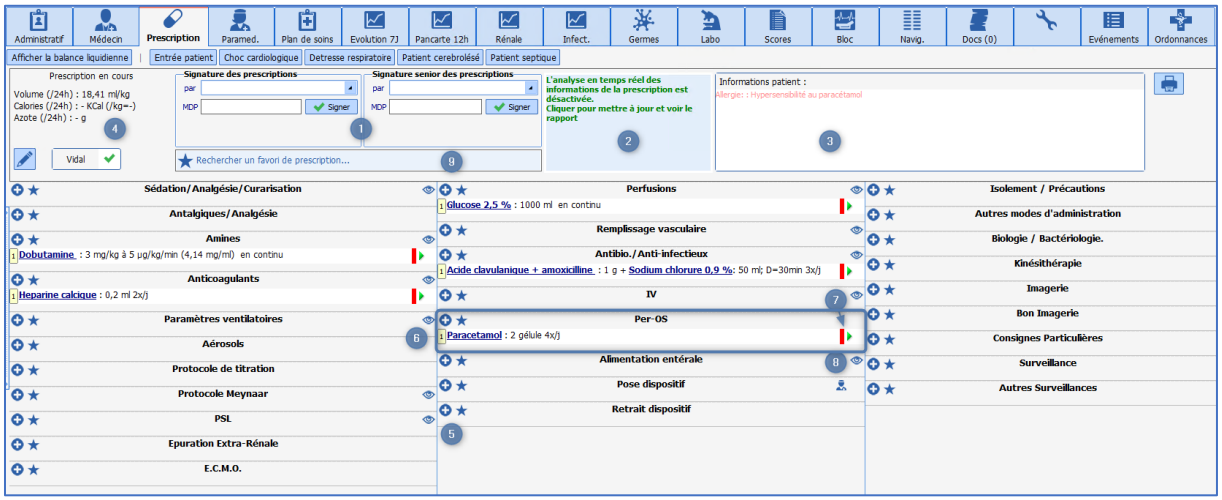
5.5.4 Sous-onglet LATA / engagement thérapeutique

Ce sous-onglet comprend un/des tableau(x) permettant d'appeler des feuilles de saisie et de renseigner les informations concernant le niveau d'engagement thérapeutique par les équipes médicales.
Les données saisies seront visibles dans le tableau de synthèse afin de faciliter la visibilité des informations.


Saisie avancée
RGDS_LATA
Saisi par : Diane SYSTEM
Date d'occurrence : 16/07/2020 18:15:57
Liste des enregistrements
Nouveau
16/07/2020 18:15:57
ENGAGEMENT THERAPEUTIQUE
Décision collégiale du :
16/07/2020
Niveau d'engagement
Engagement maximal raisonné
Directives anticipées écrites
Médecins présents 1
Réanimateurs
MEDECIN Yves
Intervenant extérieur consulté
Nom et fonction du/ des consultant(s):
LE MEDECIN RESPONSABLE ASSURE:
Avoir consulté l'équipe de soins concernant la décision et ses modalités
Avoir consulté le patient conscient et apte à consentir concernant la décision et ses modalités
Ne pas avoir consulté le patient car celui-ci était inconscient ou inapte à consentir
S'être assuré de l'existence potentielle de directives anticipées ou de souhait antérieurement exprimés par le patient
Avoir consulté la personne de confiance (si désignée) concernat la décision et ses modalités
Avoir consulté la personne référente et les proches concernant la décision et ses modalités
Assure avoir consigné les motifs de l'identité des intervenants
TRAITEMENTS LIMITES OU ARRETES
Massage cardiaque externe en cas d'ACR
Oui Non
Intubation quelque soit la situation
Oui Non
Extubation
Oui Non
Abstention ou ablation de la canule de trachéotomie quelle que soit la situation
Oui Non
Limitation de la ventilation mécanique par limitation de la FiO2
Oui Non
Limitation de la ventilation mécanique par limitation du mode ventilatoire
Oui Non
Nouvel enregistrement à partir des valeurs courantes
Imprimer
Modifier
Fermer

5.6 MD Onglet Prescription

L'onglet **Prescription** permet à l'utilisateur ayant les droits applicatifs, de prescrire tout acte ou thérapeutique nécessaires au patient. La signature des prescriptions permet la génération du plan de soins.



L'onglet de prescription est composé de différentes zones appelées **Champs de prescriptions** *(exemple : IV, per-os …)* permettant une meilleure lecture des prescriptions en cours.

1 : **Signature de prescription :** cette zone permet la validation de la prescription

2 : **Analyse de la prescription :** cette zone permet de signaler des alertes automatiques quant aux potentielles incompatibilités médicamenteuses, surdosages ou encore allergies.

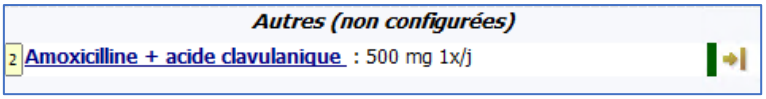
3 : **Informations patient :** cette zone permet un retour de certaines informations sur le patient comme les antécédents ou les allergies.

4 : **Calculs du volume, des calories et de l'azote :** cette zone permet de visualiser le volume, le nombre de calories ainsi que la quantité d'azote estimées sur 24h, au sein de la prescription en cours.

5 :  cette zone située à gauche de chaque champ de prescription permet de prescrire les médicaments, soins ou surveillances souhaités. Le bouton  permet d'ouvrir la fenêtre de prescription et le bouton  donne un accès direct aux favoris de prescription.

6 : **Champ de prescription :** un champ de prescription est une zone qui regroupe plusieurs prescriptions du même type. Par exemple, le champ de prescription **Antibio./Anti-infectieux** servira à la prescription de tous les antibiotiques.

Si des prescriptions ont été effectuées dans un champ de prescription qui n'est pas présent dans l'affichage en cours, elles sont visibles dans un champ **Autres (non configurées)**, automatiquement ajouté pour permettre l'affichage de l'ensemble des prescriptions.

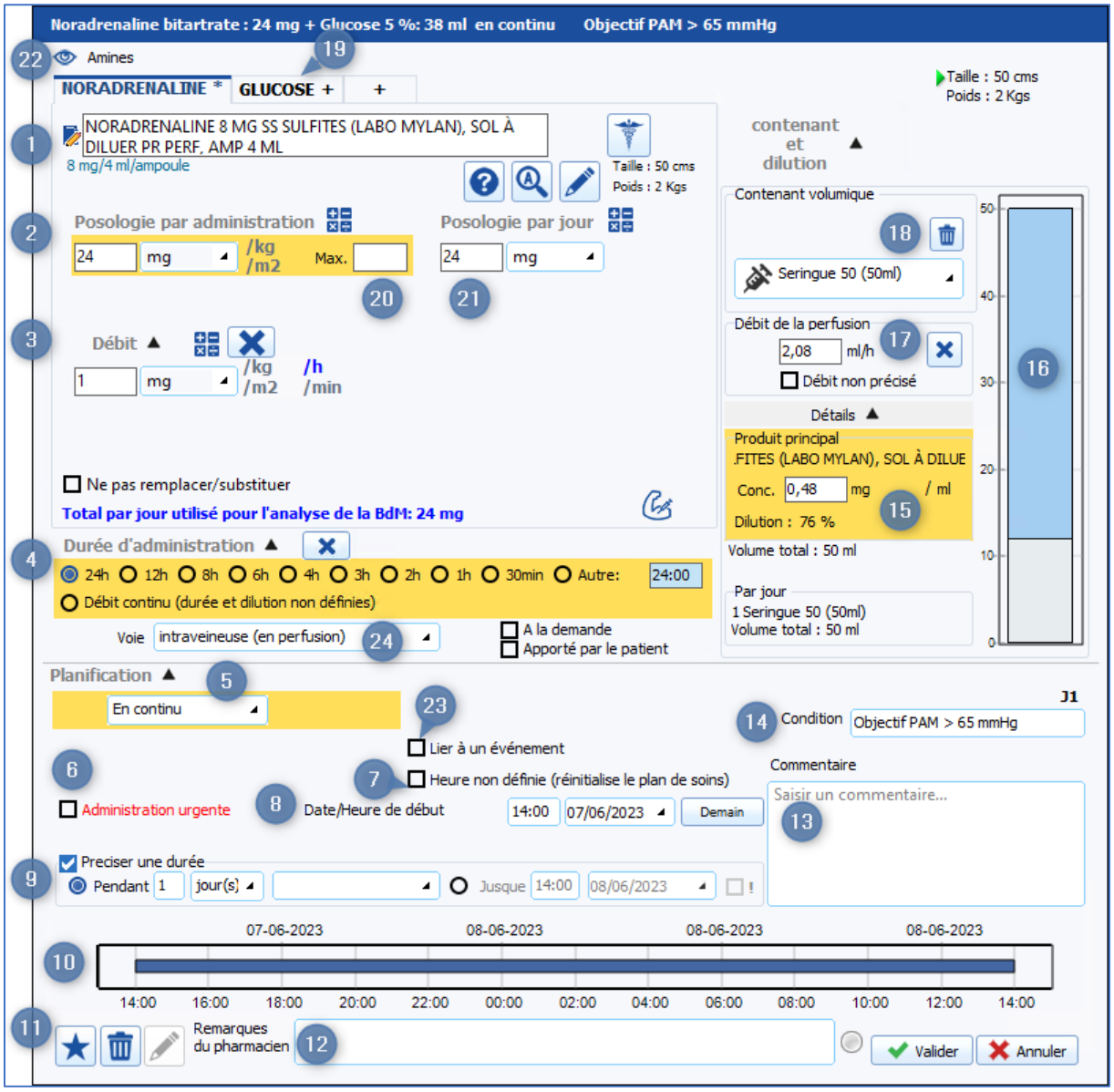


7 : **Etat de la prescription :** cette zone située à droite de chaque champ de prescription permet de renseigner son état par un système d'icônes.

8 : L'œil est un indicateur d'information contextuelle. Cette zone permet d'obtenir des informations sur le patient au survol de la souris. Il est par exemple possible de voir directement les constantes ou encore les derniers résultats biologiques afin de faciliter la prescription.

9 : **Champ de recherche des favoris de prescription :** Cette zone permet de retrouver un favori de prescription pour le prescrire automatiquement dans le champ de prescription qui lui est associé. La recherche peut se faire à partir du libellé ou du nom commercial d'un des produits (produit principal ou diluant).

5.6.1 La fenêtre de prescription experte

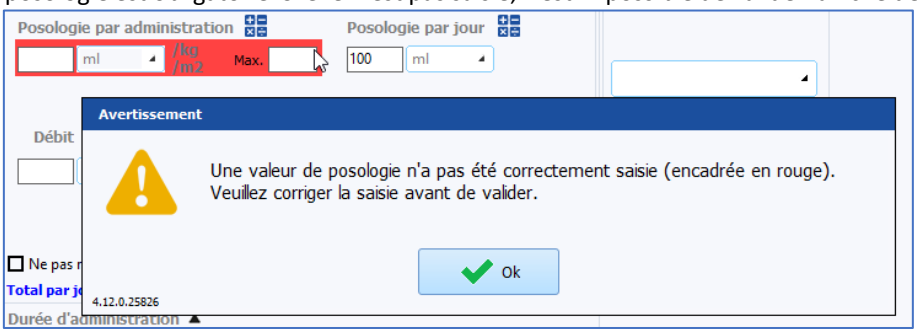


1 Sélection de la molécule : cette zone permet de sélectionner la molécule ainsi que sa forme galénique. (Ex : Noradrénaline : ampoule de 8 mg dans 4 ml). Lors de l'écriture des premières lettres dans le champ de saisie, la liste des médicaments correspondants (provenant du livret thérapeutique de l'établissement et/ou de la base de

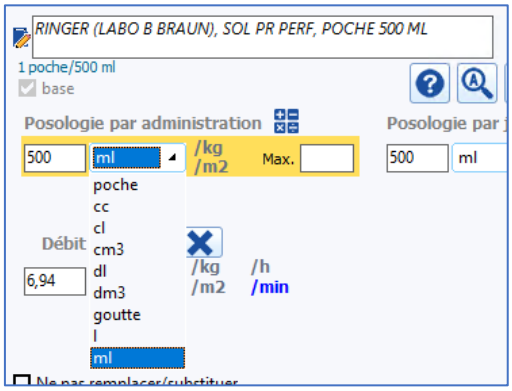
données sur les médicaments apparaît. Il suffit de choisir la molécule et la forme galénique souhaitée). Il est également possible de saisir un produit via l'un de ses codes UCD 7, UCD 13 ou CIP 13.

2 Posologie par administration : cette zone permet de choisir la quantité de médicament par administration. Il est possible de modifier l'unité (mg, gouttes, etc…) via le menu déroulant. L'adaptation de la posologie selon le poids, la surface corporelle ou la durée se fait en cliquant sur **kg**, **m²**, **h** ou **min**, à droite des champs de saisie.

La saisie de la posologie est obligatoire. Si elle n'est pas saisie, il est impossible de valider la fiche de prescription.



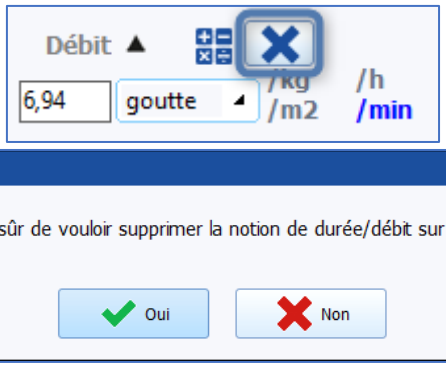
Le choix de l'unité de la posologie se fait par l'intermédiaire d'un menu déroulant. Les unités proposées sont compatibles avec le dosage du produit pour éviter la saisie d'une posologie avec une unité incompatible.



REMARQUE : la modification de cette zone modifie automatiquement les zones de débit et de posologie par jour

3 Débit : cette zone permet de modifier le débit renseigné en unité de la molécule (mg, g, gouttes …). Dans le cas d'une perfusion à la seringue auto-pousseuse, le débit en ml/h (par exemple) se renseigne dans la zone **Débit de la perfusion** (17).

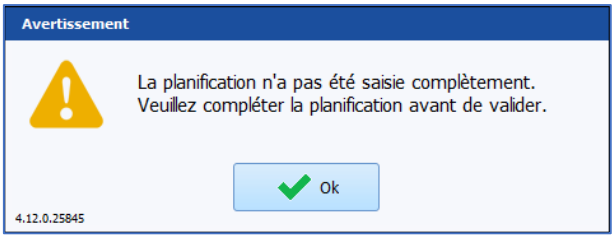
La suppression du débit se fait par le clic sur le bouton  . Il faut ensuite confirmer cette suppression en validant le message de confirmation.



4 Durée d'administration : cette zone permet de renseigner la durée sur laquelle le traitement doit être poursuivit. En choisissant « débit continu », cela signifie qu'il n'y a pas de coupures entre les différentes administrations.

5 Planification : cette zone permet de renseigner la fréquence d'administration d'un traitement (Ex : toutes les 8 heures, injection unique, …).

La planification est obligatoire : si elle n'est pas saisie, il n'est pas possible de valider la prescription.



REMARQUE : afin d'éviter des incohérences de prescription, lorsque « débit continu » est choisi dans la zone de durée d'administration, la zone de planification sera « en continu » par défaut. De même, il n'est pas possible de préciser une durée d'administration quand « débit continu » est choisi.

6 Administration urgente : cette case à cocher permet de signifier dans le plan de soins, grâce à l'icône que l'administration du traitement est urgente. La police du résumé de cette prescription sera en rouge.

7 Heure non définie : cette case à cocher permet de ne pas programmer d'heure de départ de l'administration du traitement. Dans le plan de soins, l'infirmier(e) pourra planifier lui-même l'heure de la première administration du traitement, ce qui déplacera automatiquement les prochaines administrations tout en conservant l'intervalle entre chaque. (Exemple : si une prescription de Lovenox 4000UI /24H est faite dans l'après-midi mais que l'habitude de service est que les injections soient faites à 19H, l'infirmier pourra modifier l'heure d'injection et les injections se caleront toutes le soir à 19H chaque jour). Cela permettra également de programmer des injections à H+6 après retour de bloc par exemple.

8 Date/heure de début : cette zone permet de programmer la date et l'heure du début de traitement

9 Précisez une durée : cette zone permet de préciser la durée du traitement (exemple : Clamoxyl 3g / jour **pendant 5 jours**). Il est également possible de programmer le jour auquel la prescription devra s'arrêter.

10 Représentation graphique : cette zone permet d'avoir un aperçu graphique de la fréquence d'administration du traitement prescrit. Une barre bleue continue représente une administration continue (comme une perfusion par exemple) et un traitement administré 3 fois par jour apparaîtra sous la forme de 3 traits bleus répartis toutes les 8 heures.

11 Zone suppression et favoris : l'icône « poubelle » permet de supprimer la prescription en cours de rédaction et ainsi de pouvoir recommencer à zéro.
L'icône étoile permet de créer un favori. Pour qu'une prescription devienne un favori privé (c'est-à-dire, uniquement visible pour l'utilisateur qui l'a créé), il suffit de cliquer sur cette icône puis de cliquer sur **Favoris privés**). Lorsque l'utilisateur a les droits, celui-ci peut-créer un « favori public » qui sera disponible pour l'ensemble des prescripteurs.

12 Remarques du pharmacien : les prescriptions éditées dans **DIANE** sont contrôlées par le pharmacien. Celui-ci peut émettre des remarques qui sont visibles dans cette section. Leur attribuer un critère de gravité plus ou moins important par la présence d'une bille de couleur. Le commentaire sera visible dans la zone de résumé de prescription.

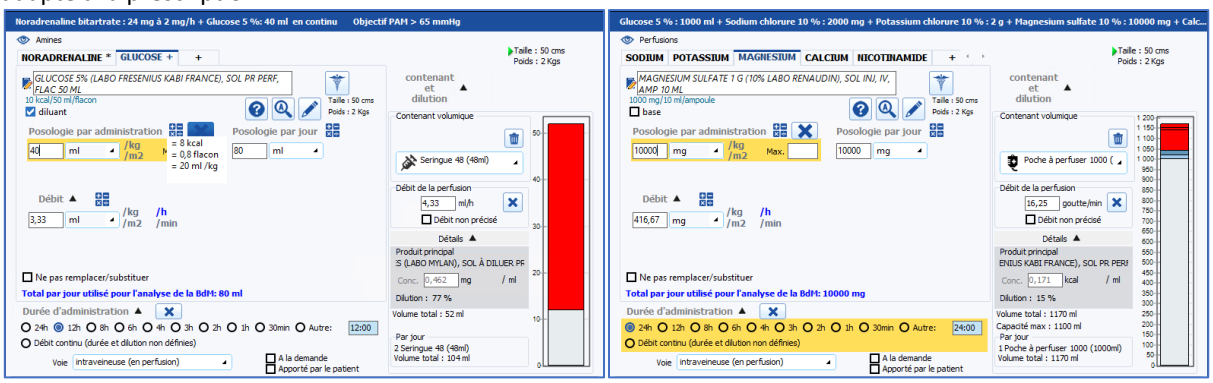
13 Commentaire : permet d'associer un commentaire à la prescription. Celui-ci sera visible dans le plan de soins. Un ascenseur permet l'affichage des longs commentaires.

14 Condition : permet d'associer une condition à une prescription. (Ex : si tension artérielle systolique > 16 mmHg)

15 Détail : cette zone permet de visualiser certains détails concernant le contenu d'une seringue ou d'une poche de perfusion (concentration de la molécule après dilution, volume perfusé …)

16 Représentation graphique d'une dilution : cette zone offre une représentation graphique indiquant le volume de chacun des composants qui constituent la seringue.

Si le volume total de la prescription dépasse la contenance d'une seringue ou la capacité maximale d'une poche, la représentation graphique apparaît en rouge pour indiquer que le contenant volumique sélectionné n'est pas adapté à la prescription.



17 Débit de la perfusion : cette zone permet de renseigner le débit en ml/h d'une dilution. La modification de ce champ modifie les champs de posologie par jour (21), posologie par administration (2) et de débit en mg/h (3).

18 Contenant volumique : cette zone permet de choisir le type de contenant pour une administration IV (seringue ou poche de perfusion) et son volume. Une icône permet de repérer facilement le type de contenant (seringue ou poche).

19 Onglet Diluant : cet onglet permet d'associer plusieurs molécules à l'intérieur d'une même perfusion. Un onglet par molécule doit être ouvert. Ceci permet par exemple d'associer des ions dans une base.

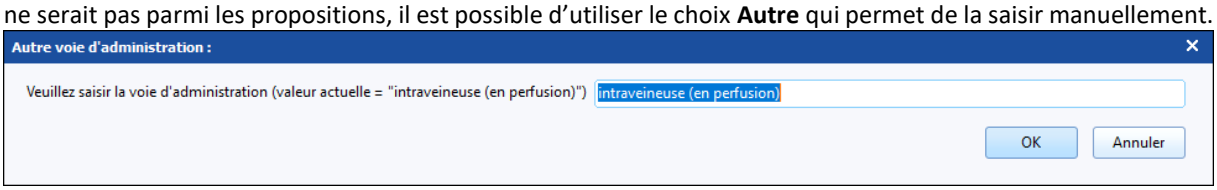
20 MAX : ce champ permet de limiter la prescription à une dose maximale.

21 Posologie par jour : ce champ permet de renseigner la posologie par jour. Ce calcul se fait automatiquement en indiquant la posologie et la fréquence d'administration d'un traitement ou encore en renseignant la dose et le débit d'une perfusion.

22 Informations d'historique du dossier (œil) : Ce bouton permet d'afficher une zone qui affiche des informations sur le patient. Il est par exemple possible de voir directement les constantes ou encore les derniers résultats biologiques afin de faciliter la prescription.

23 Lier à un événement : ce champ permet de lier la prescription à un événement (entrée ou sortie de bloc, réveil ou réanimation).

24 Voie : ce champ permet de renseigner la voie d'administration du produit. La voie est remplie automatiquement en fonction des données provenant de la base de données sur les médicaments. Si plusieurs voies sont possibles, il faut utiliser le menu déroulant pour sélectionner la voie souhaitée. Dans le cas où la voie ne serait pas parmi les propositions, il est possible d'utiliser le choix **Autre** qui permet de la saisir manuellement.



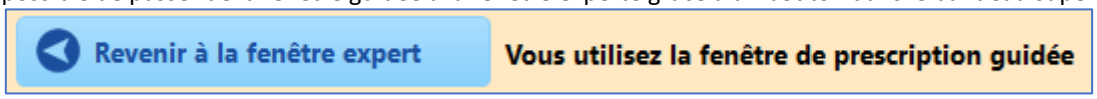
Le résumé de la prescription s'affiche dans le bandeau supérieur de la fiche de prescription.



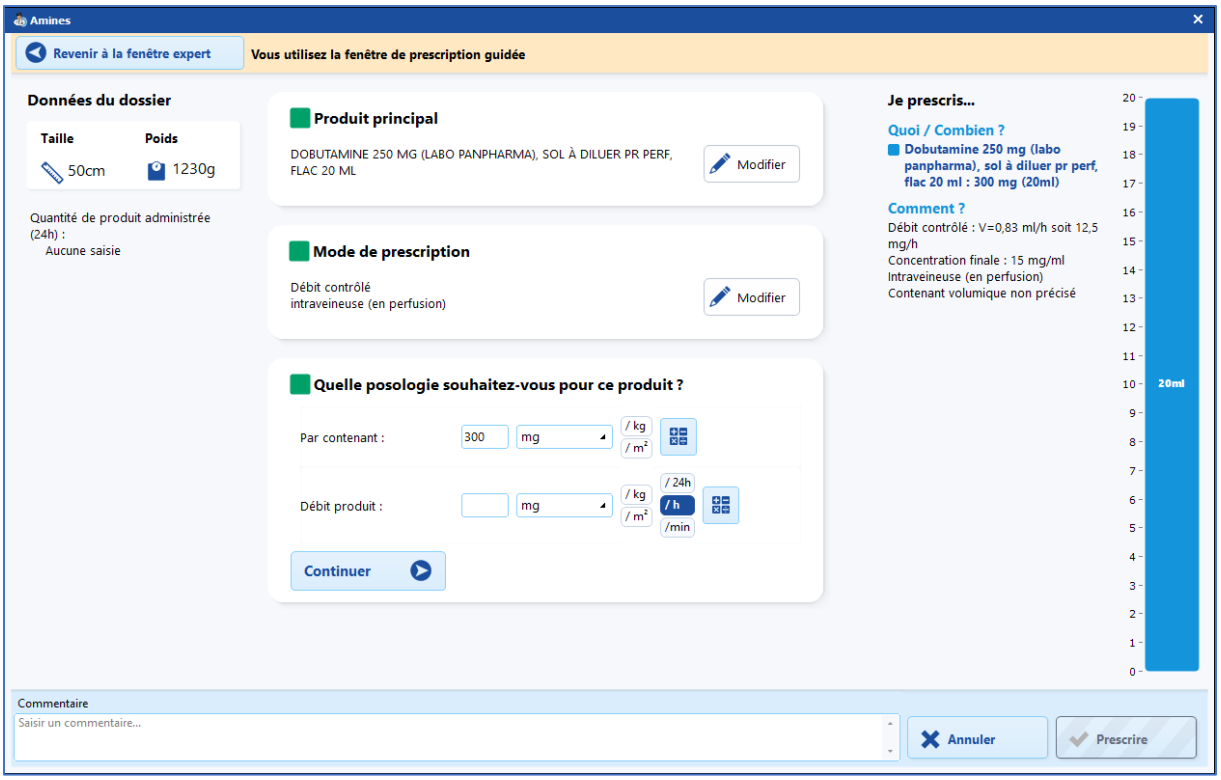
5.6.2 La fenêtre de prescription guidée

La fenêtre de prescription guidée permet une saisie plus ergonomique et mieux guidée, ce qui la rend plus simple à utiliser que la *fenêtre de prescription experte*.

Il est possible de passer de la fenêtre guidée à la fenêtre experte grâce à un bouton dans le bandeau supérieur.



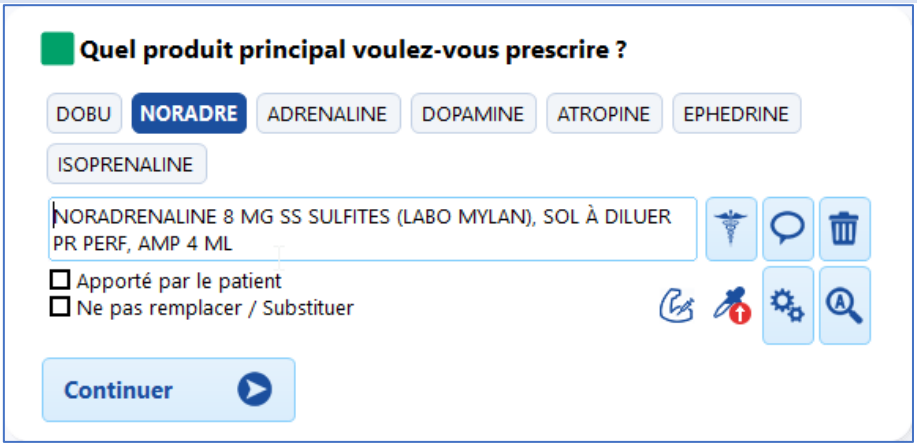




- La fenêtre de prescription se décompose en plusieurs étapes qui diffèrent selon le type de prescription. Sept types de prescriptions sont disponibles : **Injection directe, Administration courte, Garde veine, Hydrat / alim, Débit contrôlé, Débit continu, Per os, Par concentration et Autre**

Types de prescription	Etapes
Injection directe Per os Débit continu	1. Produit principal 2. Mode de prescription 3. Posologie 4. Planification
Administration courte Hydrat / alim Débit contrôlé Autre	1. Produit principal 2. Mode de prescription 3. Posologie 4. Produit(s) additionnel(s) 5. Contenant volumique 6. Durée et débit d'administration 7. Planification
Garde veine	1. Produit principal 2. Mode de prescription 3. Durée et débit d'administration 4. Planification
Par concentration	1. Produit principal 2. Mode de prescription 3. Posologie 4. Durée et débit d'administration 5. Planification

5.6.2.1 Produit principal



L'étape de sélection du produit principal peut se faire à partir d'étiquettes permettant de sélectionner en un clic un produit fréquemment utilisé (le nombre d'étiquettes par champ de prescription est limité à 10).



Le produit peut également être saisi manuellement dans le champ de saisie dédié.



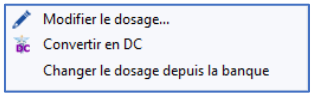
: affichage de la monographie

: affichage du commentaire pharmacien associé au produit dans le livret thérapeutique

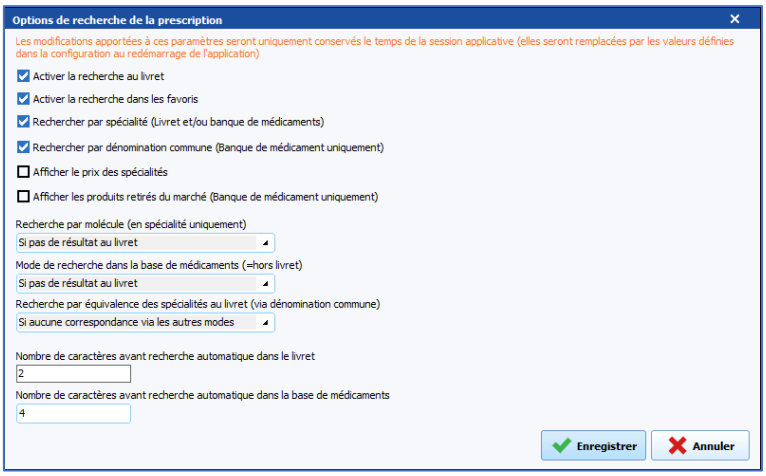
: suppression de la saisie du produit principal

: zone d'affichage des icônes liées au produit (voir *Iconographie de la fenêtre de prescription guidée*)

: actions pour le produit

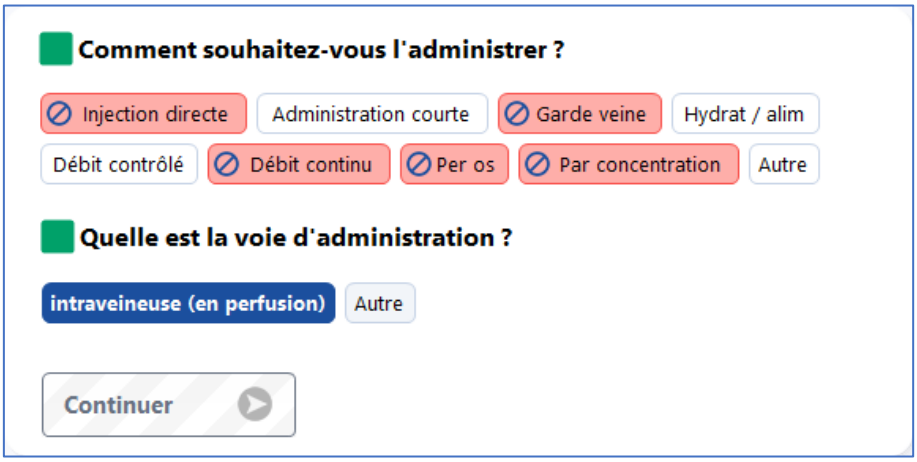


: options de recherche



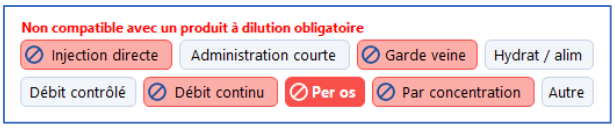
Dans le cas d'un médicament antibiotique ou d'un produit de la liste en sus (LES), il est indispensable de saisir le formulaire associé pour accéder à l'étape suivante.

5.6.2.2 Mode de prescription

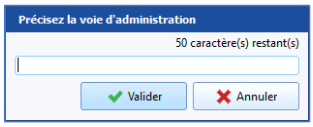


L'étape de saisie du mode de prescription se décompose en 2 parties :

- La saisie du type de prescription : selon le produit principal sélectionné, certains types de prescriptions sont incompatibles et sont affichés sur fond rouge. Une indication précise la cause de l'incompatibilité si l'on tente de sélectionner un type incompatible.

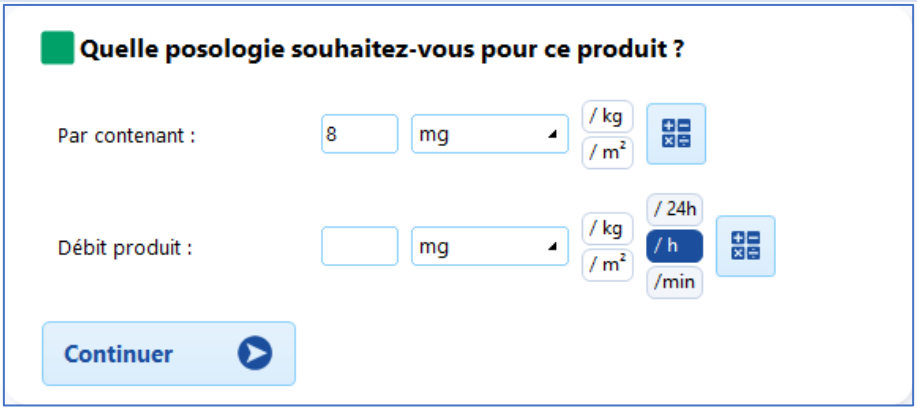


- La saisie de la voie d'administration : les voies récupérées du livret thérapeutique ou de la base de données sur les médicaments sont affichées. Le choix Autre permet de saisir une autre voie ou de laisser le champ vide pour ne préciser aucune voie.



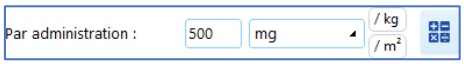
La saisie du type de prescription est nécessaire pour accéder à l'étape suivante.

5.6.2.3 Posologie

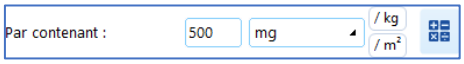


En fonction du type de prescription sélectionné, l'étape de saisie de la posologie se présente différemment.

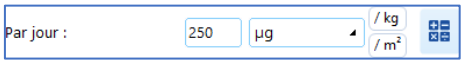
Injection directe ou **Per os** :



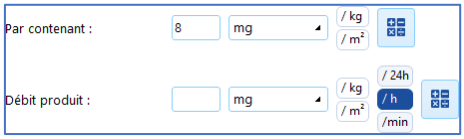
Administration courte :



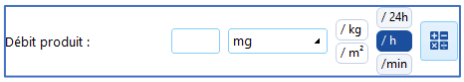
Hydrat / alim :



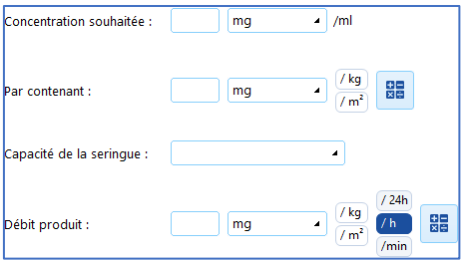
Débit contrôlé :



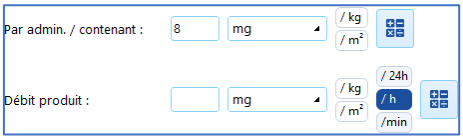
Débit continu :



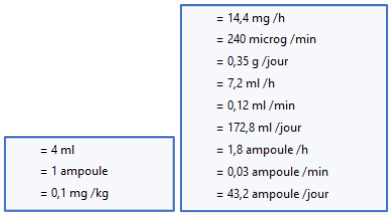
Par concentration :



Autre :

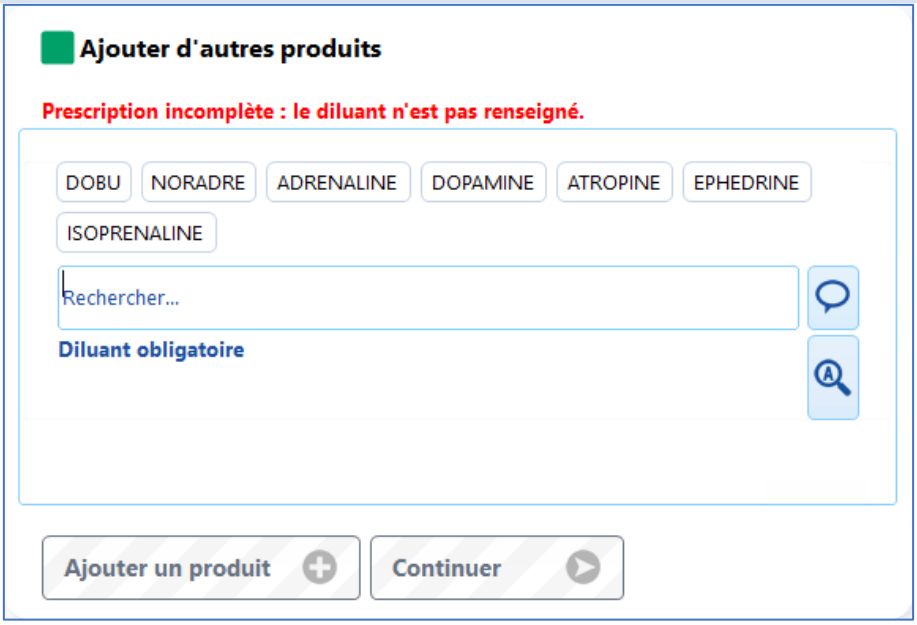


: permet de convertir la posologie ou le débit dans une unité compatible

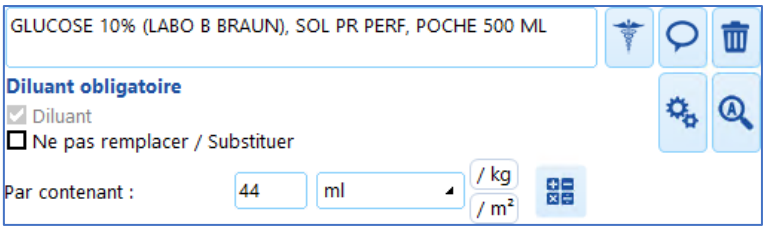


: permet de supprimer la valeur du débit

5.6.2.4 Produit(s) additionnel(s)



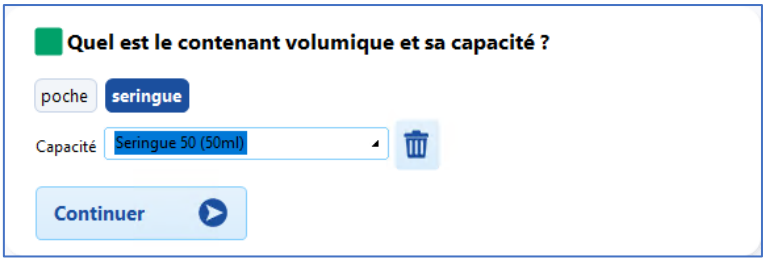
Il est possible d'ajouter jusqu'à 7 produits additionnels. Si le produit principal est un produit à dilution obligatoire, le premier produit additionnel doit obligatoirement être le diluant. Dans ce cas, la mention **Diluant obligatoire** est affichée et la case à cocher **Diluant** est cochée et grisée.



Le fonctionnement de cette étape est similaire à la saisie du produit principal pour les produits antibiotiques et LES.

5.6.2.5 Contenant volumique

Le choix du contenant volumique dépend du type de prescription sélectionné. Si le type est **Administration courte** ou **Autre**, il est possible de choisir entre les contenants de type **Poche** et **Seringue**. Le type **Hydrat / alim** ne permet que les contenants de type **Poche** et le type Débit contrôlé n'autorise que les contenants de type **Seringue**.



La saisie du contenant volumique n'est pas obligatoire. De même, il est possible de ne saisir que le type (**Poche** ou **Seringue**), sans préciser la capacité.

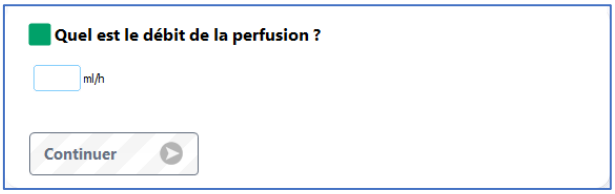
5.6.2.6 Durée et débit d'administration

En fonction du type de prescription sélectionné, l'étape de saisie de la durée et du débit d'administration se présente différemment.

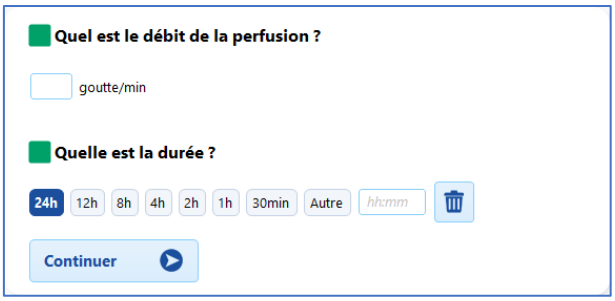
Administration courte :



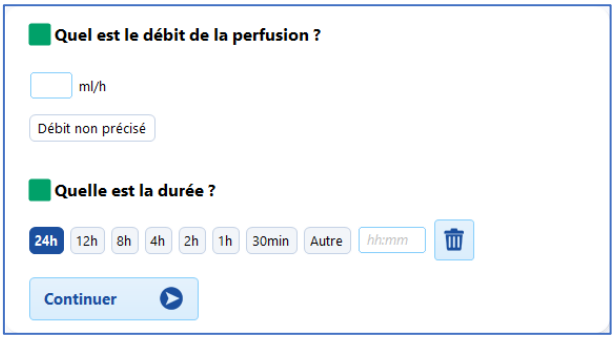
Garde veine :



Hydrat / alim :



Débit contrôlé, **Débit continu** ou **Autre** :



Pour **Administration courte**, les étiquettes de durées correspondent à des durées de 10 minutes à 1h.
Pour **Hydrat / alim**, **Débit contrôlé**, **Débit continu** et **Autre,** les étiquettes de durées correspondent à des durées de 30 minutes à 24h.
Le **Débit non précisé** n'est pas possible pour les prescriptions de type **Hydrat / alim**.
En **Garde veine**, la prescription est en continu : il n'est pas possible de saisir une durée.

5.6.2.7 Planification

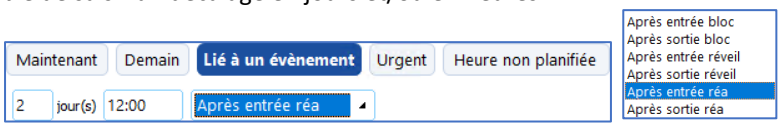


La planification de la prescription se décompose en 3 étapes : le début (**A partir de**), la fréquence **(A la fréquence de**) et la durée (**Pour une durée de**).

A partir de :

Le début de la prescription peut être **Maintenant**, **Demain**, **Lié à un événement**, **Urgent** ou à une **Heure non planifiée**. Il est possible de saisir manuellement une date et une heure de début.

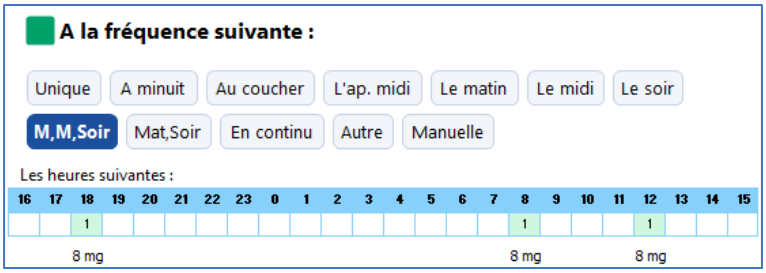
Dans le cas d'un début de prescription lié à un événement (après entrée ou sortie de bloc ou réveil ou réa), il est possible de saisir un décalage en jours et/ou en heures.



A la fréquence de :

Les fréquences disponibles sont : **Unique**, **En continu**, **Autre**, **Manuelle** ainsi que toutes les répétitions de planification horaires configurées.

La fréquence manuelle et les répétitions configurées affichent une grille de saisie par heure.



Le choix **Autre** permet une planification en :

- X fois par mois/semaine/jour/heure/minute
- X fois tou(te)s les Y mois/semaine(s)/jour(s)/heure(s)/minute(s)
- X fois sur Y mois/semaine(s)/jour(s)/heure(s)/minute(s)

Condition :

Champ de saisie permettant de conditionner la prescription.



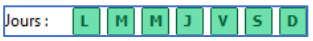
Pour une durée de :

Le choix de la durée n'est pas possible lorsque la fréquence est en **Unique**.

Il est possible de planifier la prescription :

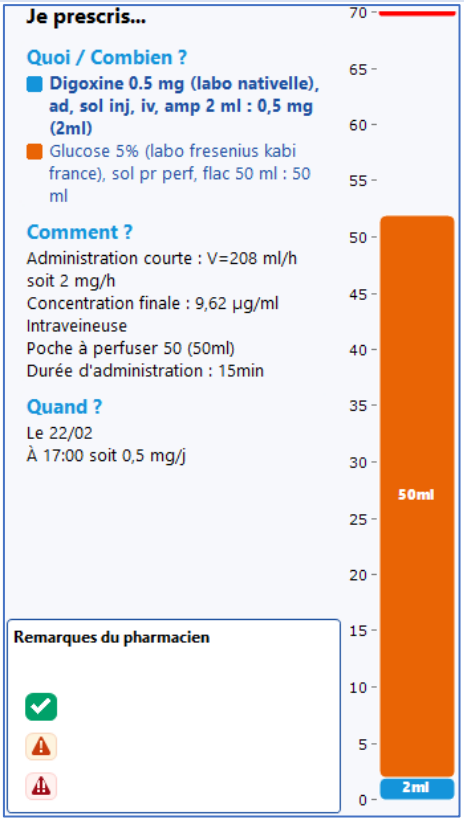
- **Pendant** X mois/semaine(s)/jour(s)/heure(s)/minute(s)
- **Jusqu'au** date/heure
- **Lié à un événement** (X mois/semaine(s)/jour(s)/heure(s)/minute(s) après l'événement)
- **Durée non précisée**

Si la durée est supérieure ou égale à 2 jours, un composant permet de choisir les jours d'application de la prescription. Par défaut, tous les jours sont sélectionnés.



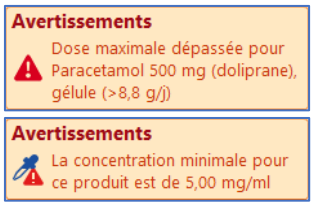
Si le début de la prescription est lié à un événement, donc à une date inconnue, le choix **Jusqu'au** n'est pas disponible.

5.6.2.8 Résumé de la prescription



La partie droite de la fiche de prescription guidée affiche le résumé de la prescription en cours d'édition. Cet affichage est mis à jour en temps réel au fur et à mesure de la complétion de la prescription.

La partie supérieure de la zone affiche les éventuels avertissements relatifs à la prescription (dose maximale ou létale dépassée ou concentration minimale non respectée pour les produits ayant ces données renseignées dans le livret thérapeutique). Le dépassement de la dose létale et/ou le non-respect de la concentration minimale bloquent la validation de la prescription.



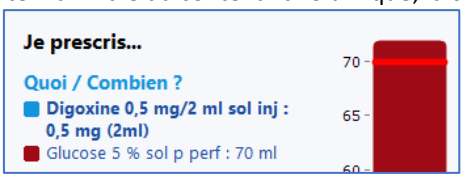
La zone **Quoi / Combien ?** affiche les différents produits prescrits ainsi que leur dosage et leur posologie. Le produit principal et les produits secondaires sont affichés en gras, contrairement au diluant. Pour chaque produit, une pastille de couleur correspond à la légende de la représentation graphique du contenant volumique.

La zone **Comment ?** affiche le type et le mode d'administration, la posologie (quantité, débit produit, concentration), le contenant volumique, le débit de perfusion et la durée d'administration.

La zone **Quand ?** affiche la planification de la prescription : début, fréquence et durée.

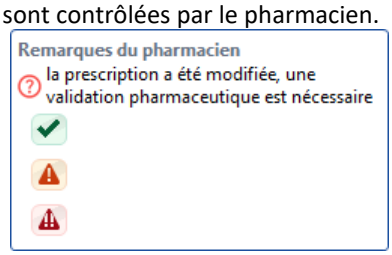
Si un ou plusieurs produits ont un volume, la représentation graphique affiche le ou les volumes des produits, chacun ayant une couleur qui lui est propre. Si le contenant saisi est une seringue, un trait rouge matérialise la capacité de la seringue. Dans le cas d'une poche, le trait rouge matérialise le volume maximal de la poche.

Si le volume total dépasse la capacité maximale du contenant volumique, la couleur passe au rouge foncé.

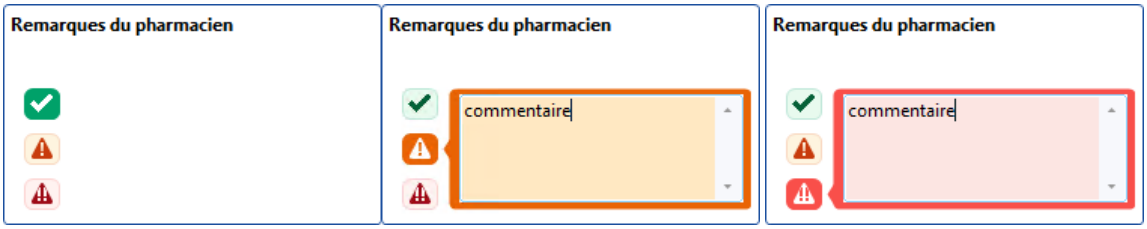


5.6.2.9 Remarques du pharmacien

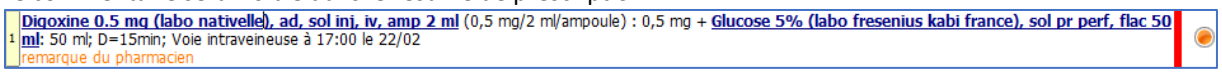
Les prescriptions éditées dans **DIANE** sont contrôlées par le pharmacien.



Celui-ci peut approuver ou émettre des remarques (2 niveaux de gravité) qui sont visibles dans cette section.



Le commentaire sera visible dans le résumé de prescription.



5.6.2.10 Iconographie de la fiche de prescription guidée

 Produit non diluable

 Dilution obligatoire

 Produit dopant

 Le produit requiert la validation d'un médecin sénior

 Antibiotique : formulaire à compléter

 Antibiotique : formulaire complété

 Produit faisant partie de la liste en sus (LES) : code LES manquant ou non inscrit

 Produit faisant partie de la liste en sus (LES) : prise en charge non connue

 Produit faisant partie de la liste en sus (LES) : produit remboursé (code LES renseigné inscrit)


Ne pas conduire sans avoir lu la notice


Ne pas conduire sans l'avis d'un professionnel de santé


Danger : Ne pas conduire. Pour la reprise de la conduite, demandez l'avis d'un médecin


Dose quotidienne maximale dépassée

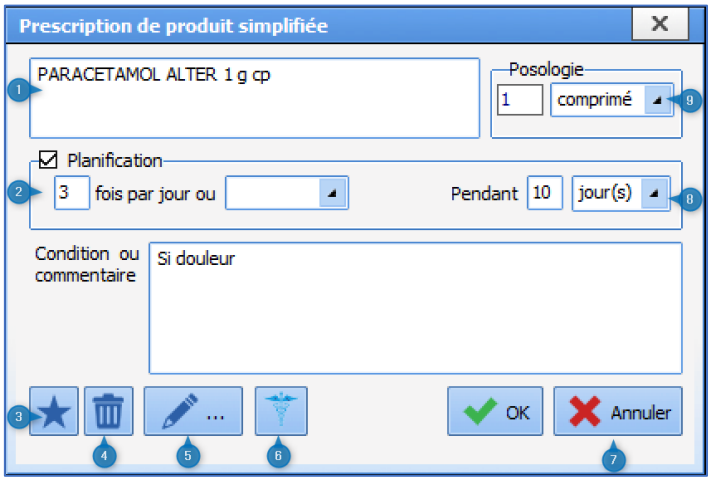

Dose létale dépassée


Concentration minimale non respectée


Médicament à risque

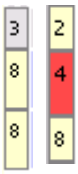
5.6.3 Zone de prescription simplifiée

Pour les prescriptions de traitement per-os il est possible d'utiliser une fenêtre de prescription simplifiée.
Son fonctionnement est décrit dans le chapitre *la prescription de traitement per-os* la prescription de traitement per-os



1 Sélection de la molécule
2 Planification
3 Zone favoris
4 Icône poubelle
5 Icône crayon
6 Icône caducée
7 Zone validation / annulation de la prescription.
8 Durée du traitement
9 Posologie

5.6.4 Iconographie des champs de prescription



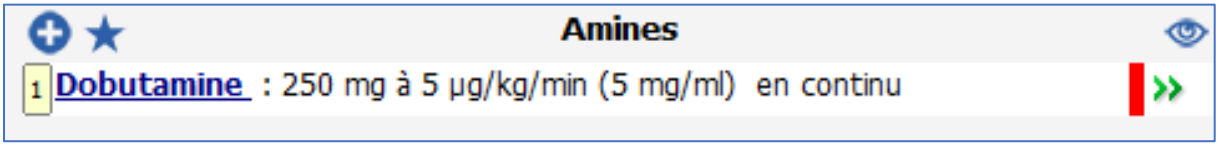
Cette case qui précède le texte de la ligne de prescription indique depuis combien de jours cette ligne de prescription est active.
Elle prend également une couleur orangée pour indiquer une interaction sur cette ligne de prescription (en posant le curseur de la souris dessus, les détails de l'interaction apparaissent).
Elle prend une couleur bleu-gris pour indiquer que cette saisie contient des unités non sécurisables car le dosage d'au moins un produit a été modifié ou n'a pas pu être récupéré depuis la base de données sur les médicaments du fait de posologies incompatibles.

Les médicaments à risque sont identifiés par le pictogramme  .

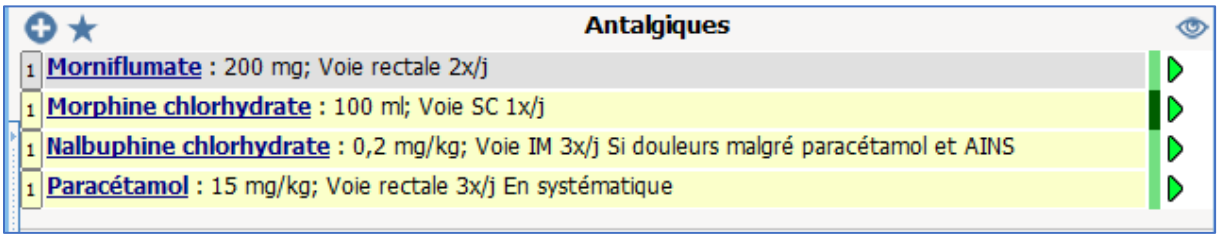
5.6.4.1 Code visuel des prescriptions

La couleur normale d'une prescription est **Bleu foncé** pour le produit principal, et noir pour les informations complémentaires. Le clic sur la ligne de résumé permet d'ouvrir la fenêtre d'édition de la prescription afin de la consulter ou de la modifier.

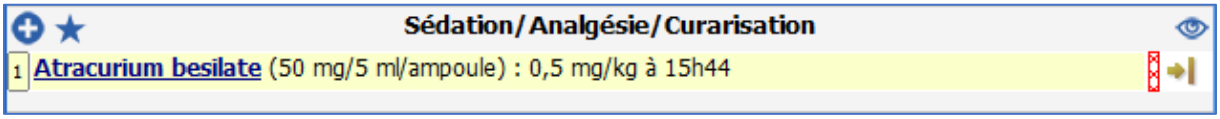
Avant la signature de la prescription, la barre est rouge



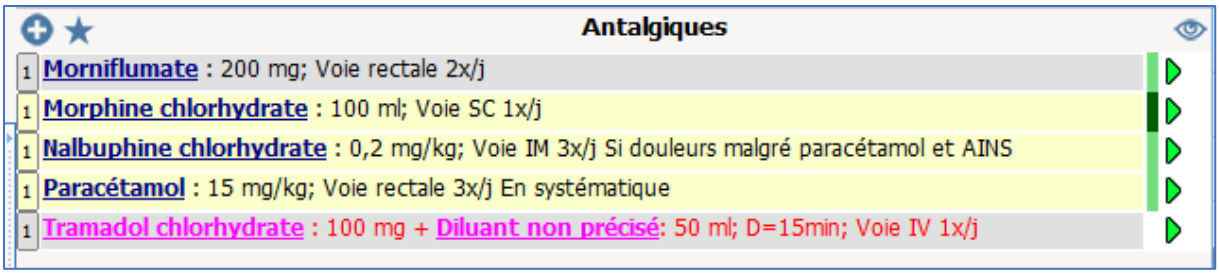
Lorsque la prescription est signée la barre rouge passe au vert



La barre vert foncé signale une prescription qui vient d'être modifiée.
La barre vert clair signale une prescription en cours.



Si la barre est rouge hachurée, cela indique que la prescription est impactée par un changement de poids et/ou de taille du patient réalisé depuis la dernière signature. Ce cas concerne uniquement les prescriptions avec une posologie exprimée en fonction du poids ou de la surface corporelle du patient. Par exemple, sur une prescription « en continue » cela modifie la quantité par jour à administrer.



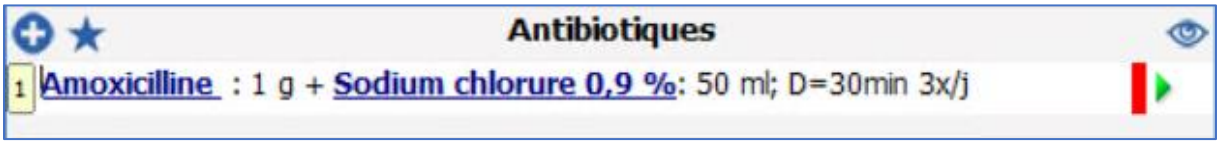
La ligne rose indique que cette ligne est une prescription demandée par le médecin et administrée par l'infirmier. Elle doit être validée par le médecin La posologie, dans ce cas, est en rouge.



La ligne orange indique qu'il s'agit d'une prescription urgente.



La ligne indique qu'il s'agit d'une prescription d'antibiotique à compléter. Une fois complétée, la ligne apparaît en bleu.



5.6.4.2 Signification des icônes à droite des lignes de prescription

: Prescription en cours.

: Prescription en cours sans date de fin programmée.

: Fin programmée (bientôt à terme) – Fin programmée dans la journée. La prescription sera considérée comme terminée une fois la date et heure passée et ne sera pas conservée le jour suivant

: Pause programmée (bientôt en pause) – Pause programmée dans la journée. La prescription sera considérée en pause une fois la date et heure de fin passée et sera conservée les jours suivants tant qu'elle reste dans cet état.

: Prescription terminée

: Prescription en pause

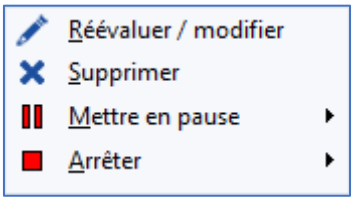
: Arrêt urgent – A la différence d'un arrêt classique, un arrêt urgent signifie que lors de la signature du médecin, toutes les occurrences en état **A faire** seront retirées du plan de soins (y compris les occurrences antérieures à l'heure actuelle)

: Pause urgente – à la différence d'une pause classique, une pause urgente signifie que lors de la signature du médecin toutes les occurrences en état **A faire** seront retirées du plan de soins (y compris les occurrences antérieures à l'heure actuelle)

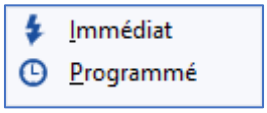
» ? : Prescription à valider. La prescription a une date antérieure à la date du jour et n'a pas encore été validée ce jour par le médecin. Le clic sur le point d'interrogation permet de valider la ligne de prescription.

5.6.5 Mise en pause et arrêt des prescriptions

En cliquant sur les icônes à droite des lignes de prescriptions (▶ »), il est possible de modifier, supprimer, arrêter, mettre en pause ou relancer la ligne de prescription.



Pour la mise en pause et l'arrêt, 2 choix sont possible :



- **Immédiat** pour une pause urgente ou un arrêt urgent.
- **Programmé** pour une pause ou un arrêt à une date/heure future.



Arrêt urgent : un arrêt urgent signifie que, lors de la signature du médecin, toutes les occurrences en état **A faire** seront retirées du plan de soins (y compris les occurrences antérieures à l'heure actuelle).

Attention : Les occurrences du plan de prescription antérieures à l'heure de signature de l'arrêt restent visibles même si l'occurrence de plan de soins n'a pas été réalisée.

Pause urgente : une pause urgente signifie que, lors de la signature du médecin, toutes les occurrences en état **A faire** seront retirées du plan de soins (y compris les occurrences antérieures à l'heure actuelle).

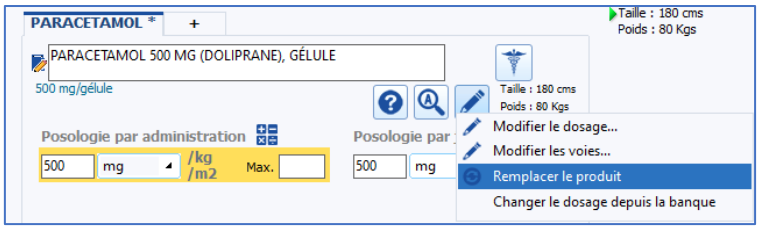
Attention : Les occurrences du plan de prescription antérieures à l'heure de signature de la pause restent visibles même si l'occurrence de plan de soins n'a pas été réalisée.

Fin programmée : une fin programmée signifie que, lors de la signature du médecin, seules les occurrences en état **A faire** postérieures à l'heure actuelle seront retirées du plan de soins.

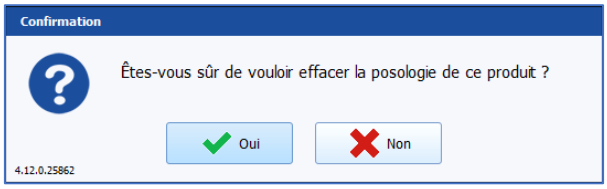
Pause programmée : une pause programmée signifie que, lors de la signature du médecin, seules les occurrences en état **A faire** postérieures à l'heure actuelle seront retirées du plan de soins.

5.6.6 Remplacer un produit

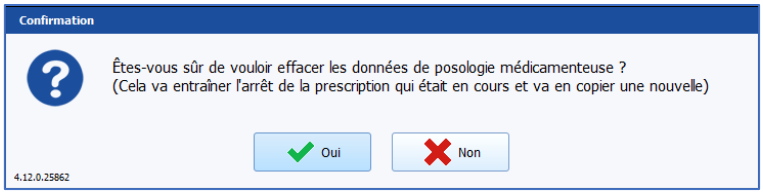
En cas d'erreur, il est possible de remplacer un produit prescrit en utilisant l'option **Remplacer le produit** dans le menu accessible au clic sur le bouton .



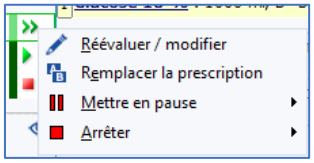
Si la prescription n'a pas été signée, un message de confirmation précise que la posologie sera également effacée.



Si la prescription a déjà été signée, le remplacement du produit entraîne l'arrêt de la prescription et la création d'une nouvelle.



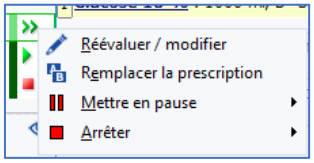
Pour remplacer un produit principal avec la fiche de prescription guidée, il faut obligatoirement remplacer la prescription en cliquant sur l'icône au bout de la ligne pour faire apparaître le menu suivant :



Il faut ensuite choisir **Remplacer la prescription** Cela entraîne l'arrêt de la prescription et la création d'une nouvelle..

5.6.7 Corriger une prescription signée

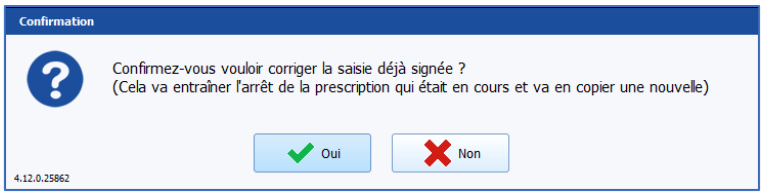
Sauf si sa planification est de type "Unique", une prescription déjà signée peut être modifiée. Dans ce cas, il faut cliquer sur l'icône au bout de la ligne pour faire apparaître le menu suivant :



Il faut ensuite choisir **Réévaluer / modifier** pour modifier .

5.6.7.1 Cas de la fiche de prescription expert

Si la prescription a été saisie via la fiche de prescription expert, il est possible d'utiliser le bouton  (**Corriger la saisie signée**) en bas de la fiche de prescription sans utiliser l'option **Réévaluer / modifier**.



Cela entraîne automatiquement l'arrêt de la prescription initiale et crée une nouvelle prescription.

La case à cocher **Appliquer à partir de** permet de déterminer à partir de quand s'appliquent les modifications apportées :

- Si la case n'est pas cochée, les modifications sont appliquées dans le plan de soin dès que l'occurrence en cours se termine.
- Si la case est cochée, il faut préciser la date et l'heure à laquelle les modifications doivent s'appliquer.

La case à cocher **Réinitialiser la planification** permet de réinitialiser le plan de soins par rapport à la prescription du médecin :

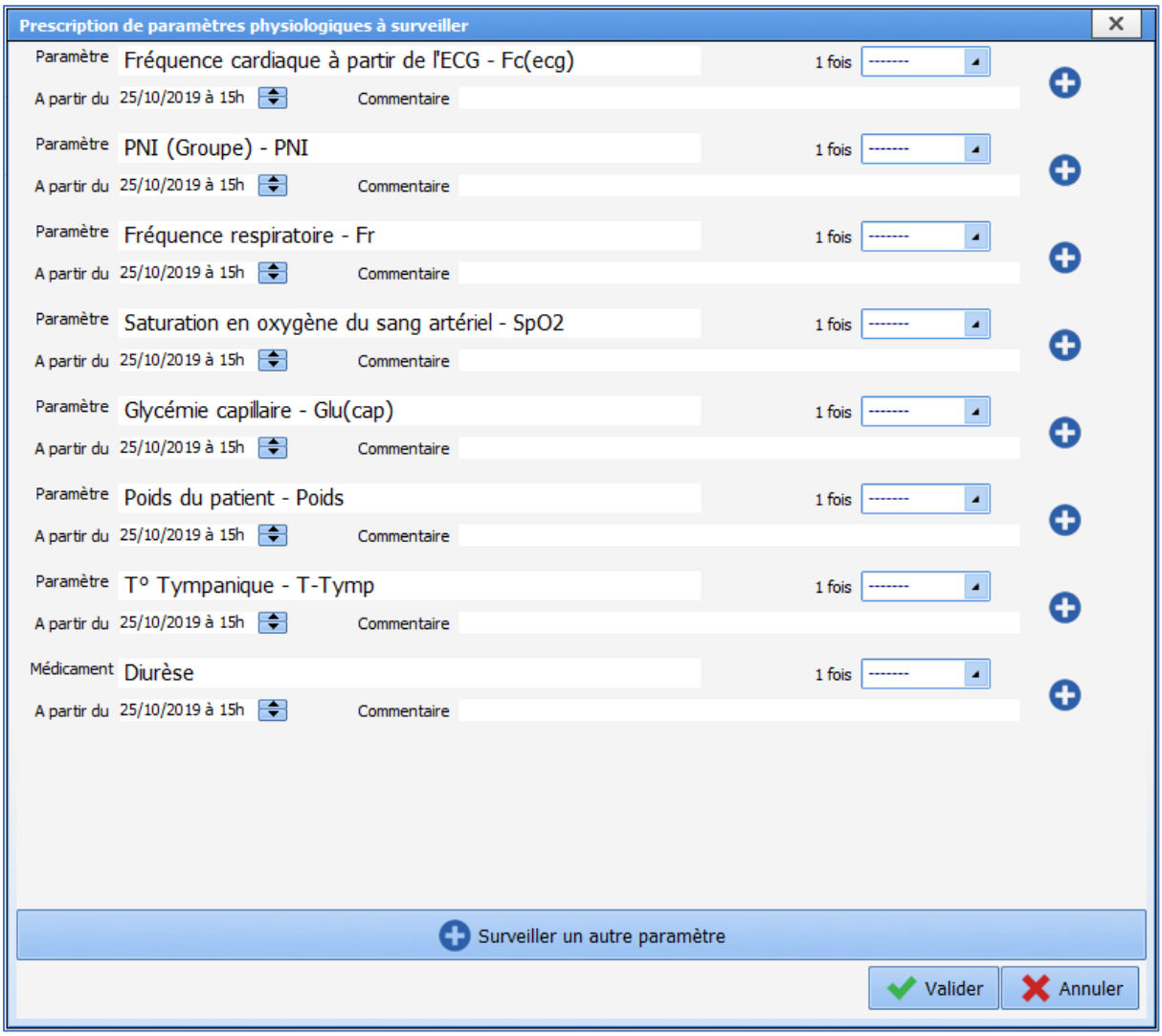
- Si la case est cochée, le changement s'applique strictement à la date/heure indiquée par le médecin : la planification existante n'est pas conservée. **Conseillé pour une application urgente de la modification.**
- Si la case n'est pas cochée, le changement s'applique à la prochaine administration correspondante dans le plan de soins : la planification et le délai (avance ou retard du plan de soins par rapport au plan de prescription) existant sont conservés. **Conseillé si la modification n'a pas de caractère urgent.**

5.6.7.2 Cas de la fiche de prescription guidée

L'option **Réévaluer / modifier** ne permet pas de modifier le produit principal.

5.7 MD Exemples de prescriptions

5.7.1 Prescription de la surveillance clinique



Pour la prescription de la surveillance des paramètres physiologiques, vous pouvez ajouter autant de données physiologiques que vous le souhaitez et en définir la fréquence de surveillance parmi les choix présents dans le menu déroulant.

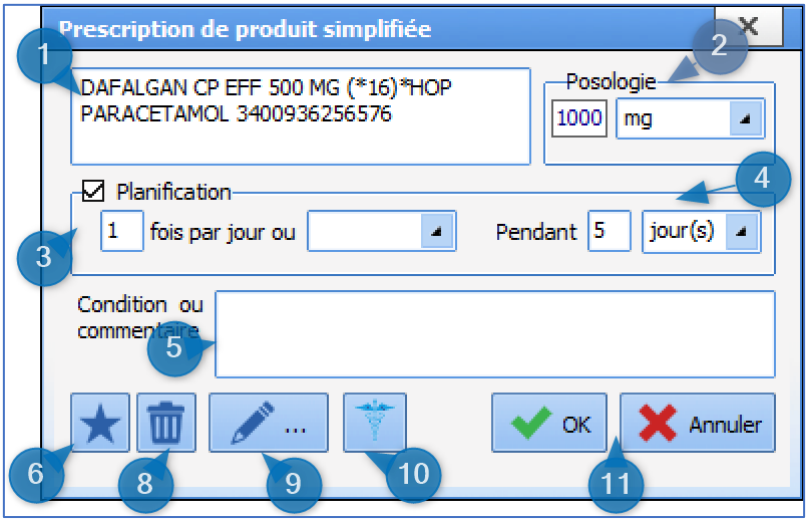
REMARQUE : une fois prescrit, on ne peut pas (pour le moment) retirer un paramètre de la liste pour alléger la fenêtre. Choisissez la fréquence « nulle » pour ne pas afficher le paramètre en prescription**.**

5.7.2 La prescription médicamenteuse

5.7.2.1 La prescription de traitements per os

Exemple : *Prescription de Paracétamol 1g X 3 /jour pendant 3 jours.*

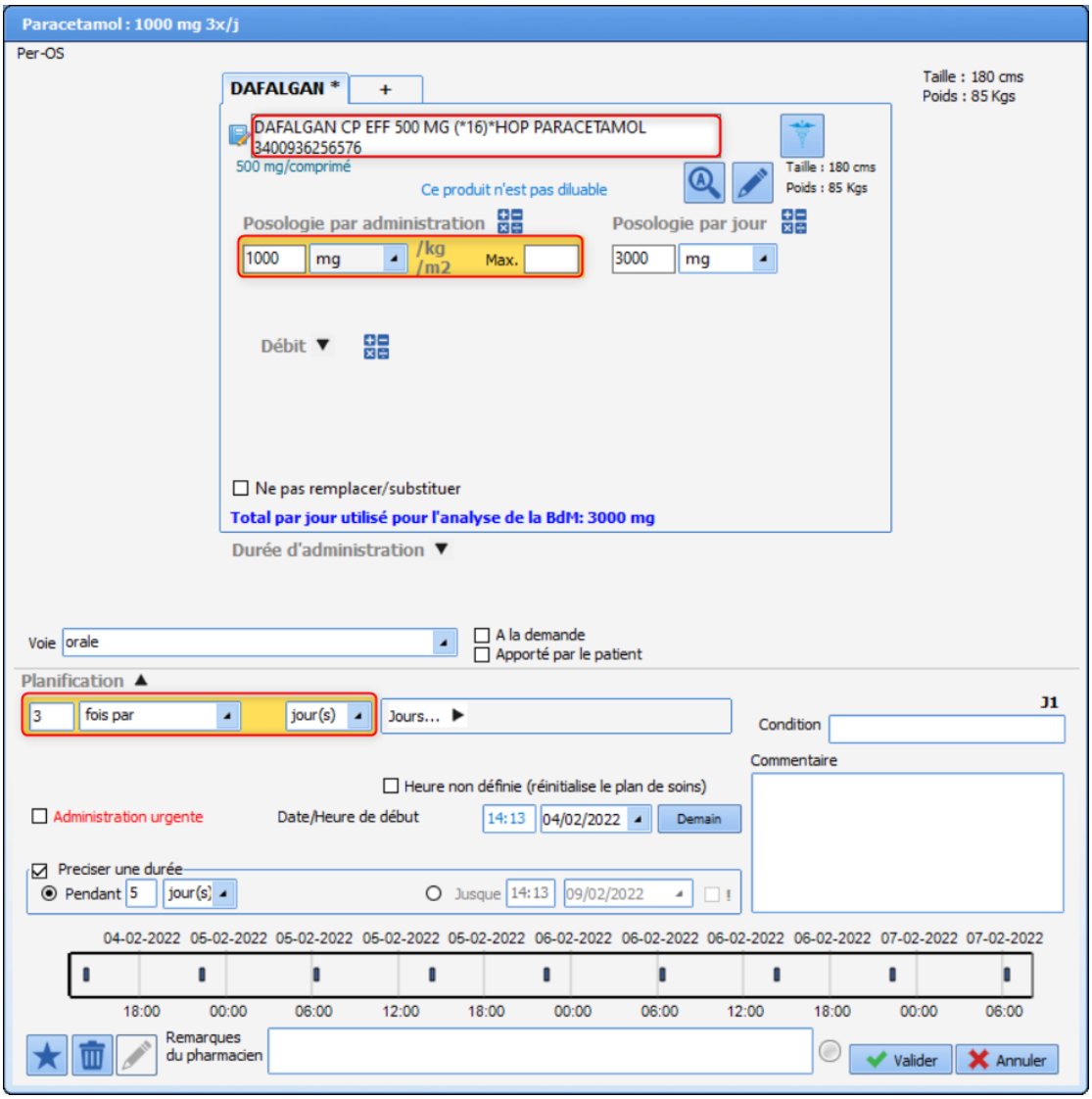
L'application permet l'utilisation d'une fenêtre de prescription simplifiée afin de faire une saisie rapide d'une prescription simple.



(1) Recherche de médicaments : entrez les premières lettres du produit souhaité. Sélectionnez celui-ci parmi la liste proposée.
(2) Posologie : Indiquez la posologie retenue.
(3) et **(4)** Planification : Permet d'indiquer la fréquence d'administration ainsi que la durée du traitement. Ici 1 fois par jour pendant 5 jours.
(5) Condition ou commentaire : Permet la saisie d'un commentaire.
(6) Le clic sur cette étoile permet d'enregistrer la prescription comme étant un favori. Ce favori vous sera proposé dans le champ dans lequel il a été créé. Ici le champ **Per-Os**
(8) L'icône Poubelle : permet de supprimer la prescription en cours.
(9) L'icône Crayon : permet d'ouvrir la fenêtre de prescription habituelle, non simplifiée.
Les informations saisies depuis la fenêtre simplifiée sont ici représentées dans les encadrés rouges.
(10) Icône caducée : permet d'afficher la monographie du produit.
(11) Le bouton **OK** ou **Annuler** : permet de valider ou d'annuler la prescription en cours.

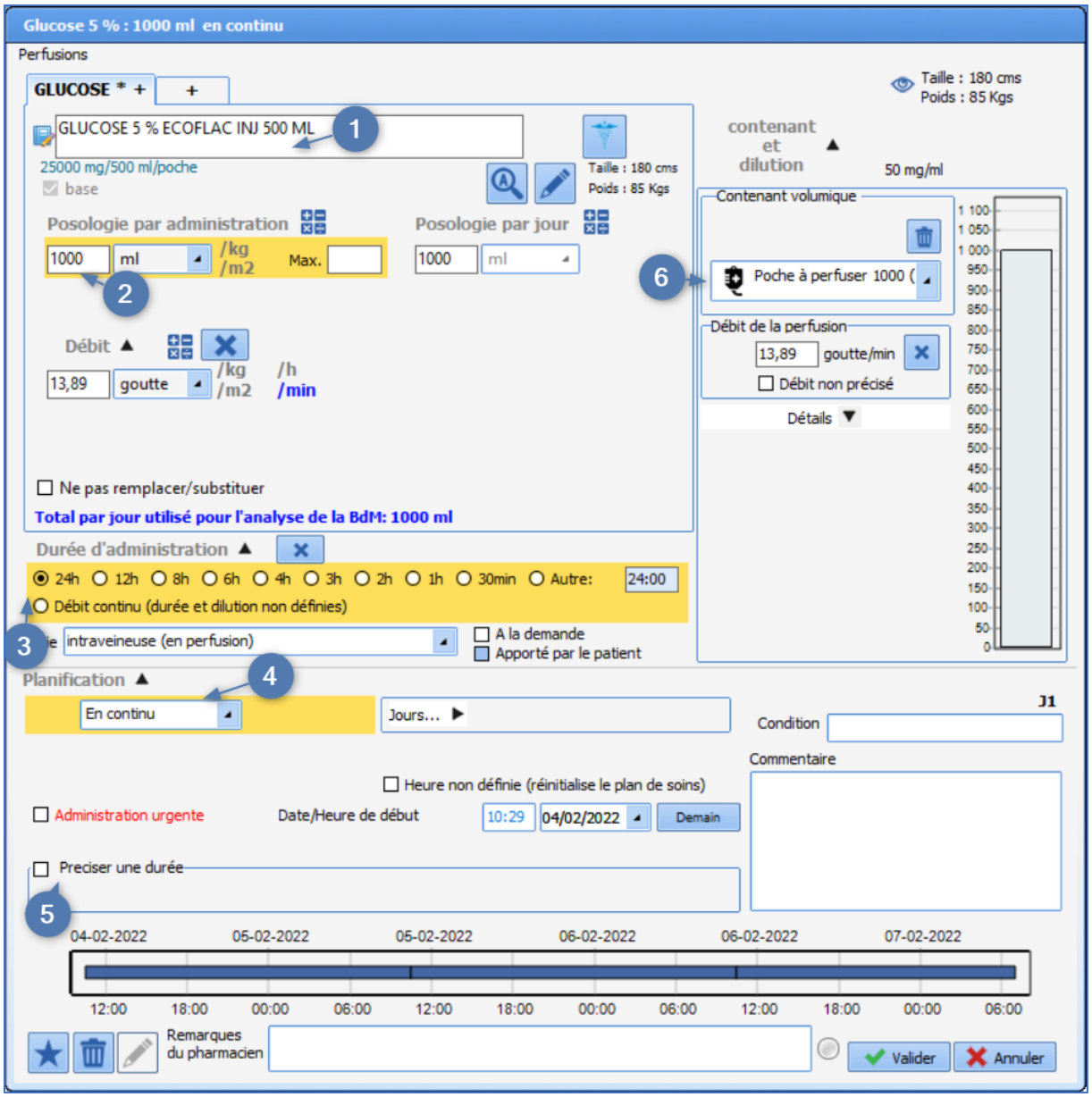
REMARQUE : la forme galénique est proposée automatiquement en fonction du médicament choisi dans la zone de choix de la molécule. Ainsi, si on choisit du paracétamol en comprimé, c'est forcément la forme galénique « comprimé » qui sera proposée dans cette zone.

Un clic sur le bouton **Crayon** **(9)** ouvre la fenêtre de prescription détaillée ci-dessous.



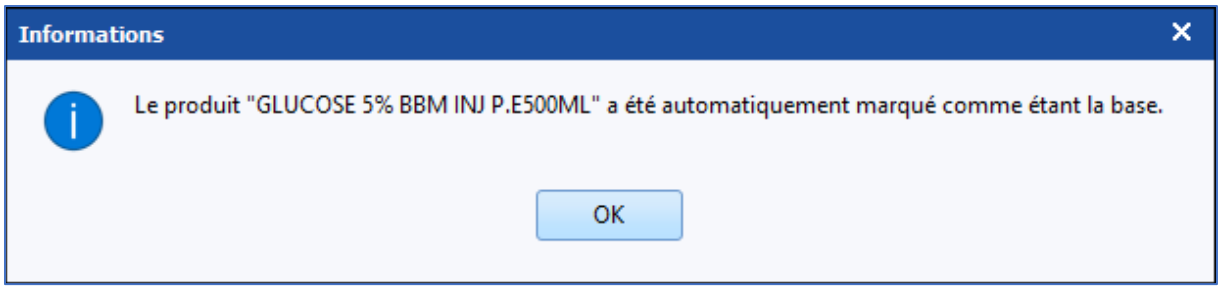
5.7.2.2 La prescription d'une perfusion

Exemple : *Prescription d'une perfusion de 1000 ml Glucosé à 5% en continu sans date de fin prévue*.



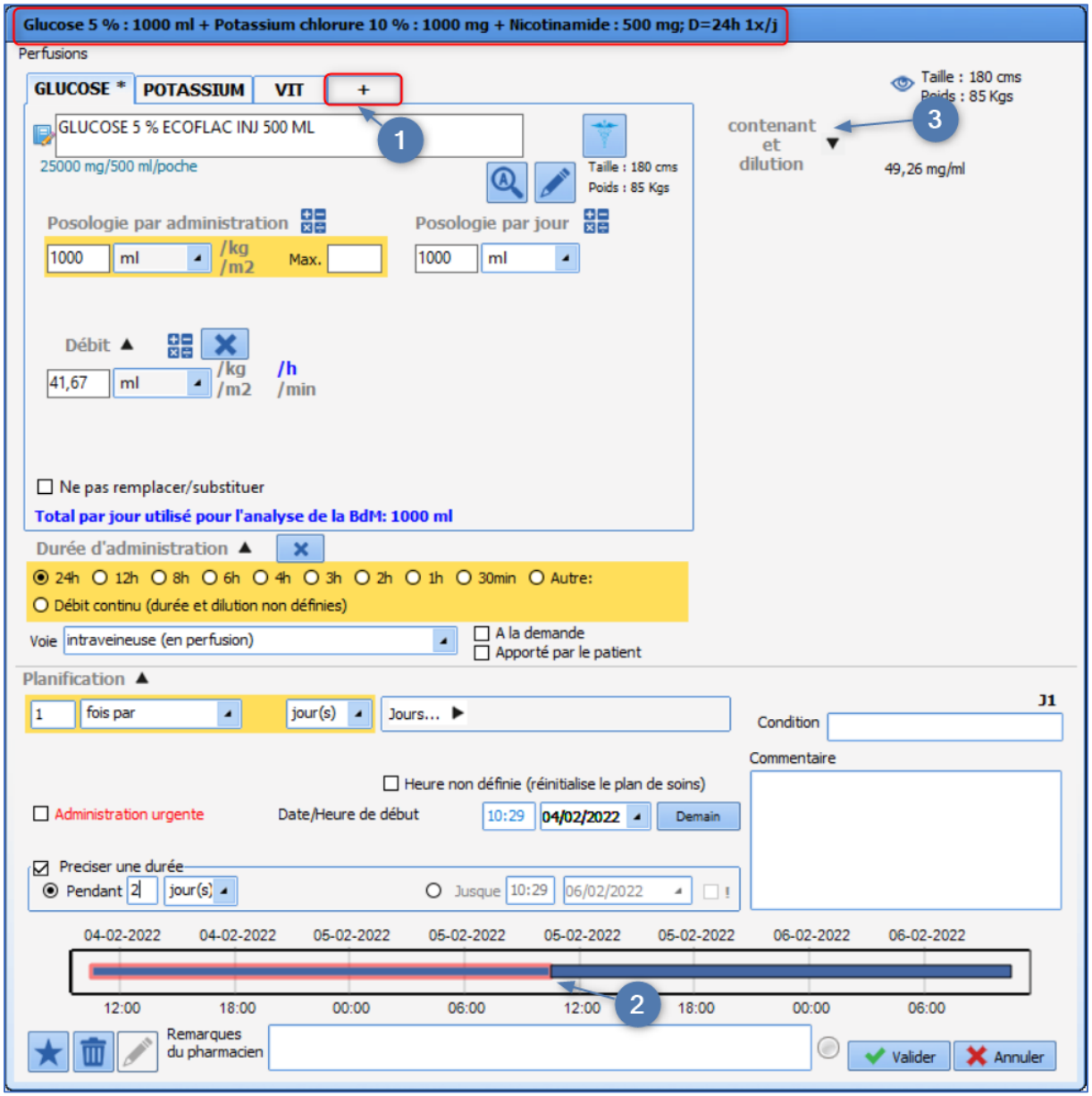
Tapez le nom du produit dans la zone de sélection du produit. Une liste de proposition s'ouvre. **(1)**

- Sélectionnez le produit correspondant à votre choix. Le dosage, l'unité et la voie d'administration se complètent automatiquement d'après les informations de la base de données sur les médicaments.
- Adaptez le dosage à votre convenance **(2)**. Dans mon exemple, je choisis volontairement le *Glucose 5% en 500 ml* afin de modifier le dosage.
- Renseignez la durée d'administration **(3)**.
- Décocher la planification à 1 jour par défaut **(5)**.
- Sélectionner le contenant volumique **(6)**, un message vous indique alors que le produit va être automatiquement considéré comme une base (visible par le + à côté du nom du produit dans l'onglet).



- Cliquez sur valider **(7)**. Votre prescription est alors en attente de signature.

Exemple 2 : *Perfusion Glucose 5% 1000ml /24h, à laquelle nous allons ajouter des ions et des vitamines, avec une durée d'administration de 2 jours*.

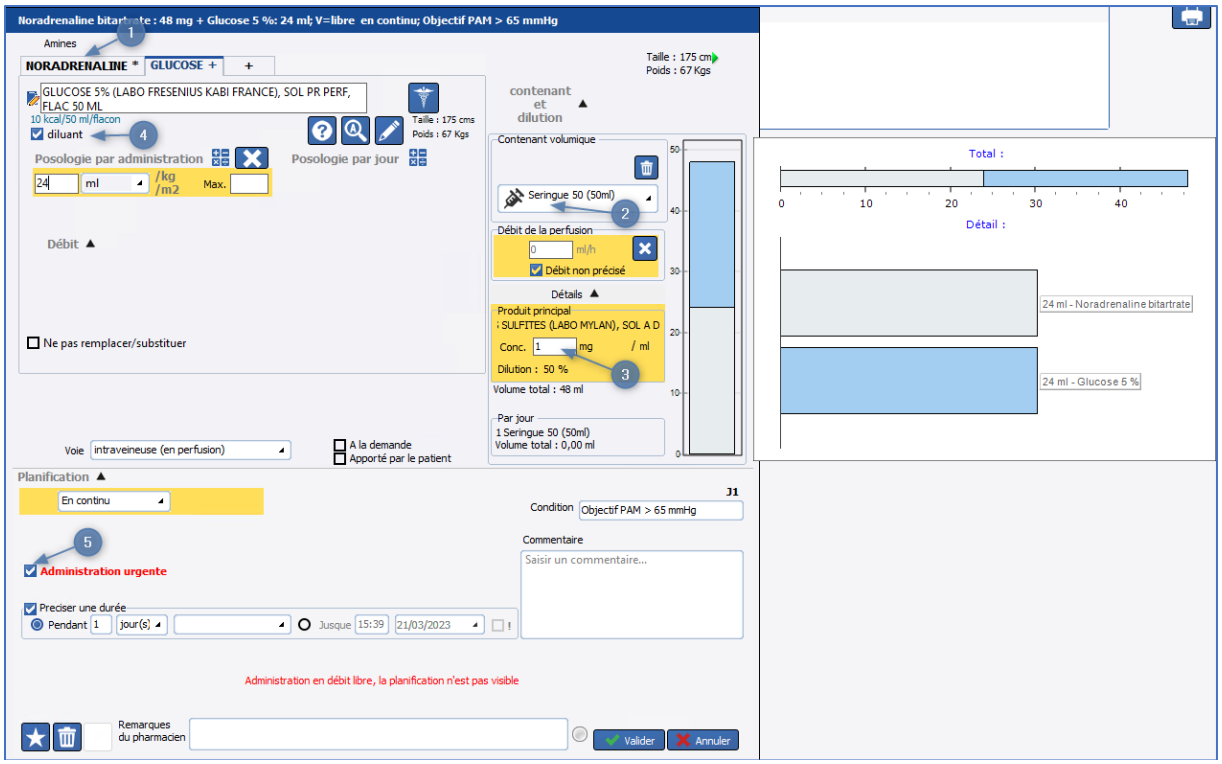


- Cliquez sur le plus (1) situé juste à côté de **Glucose***, cela vous ouvre une nouvelle fenêtre de sélection de produit, ajouter le produit recherché ici **Potassium** en indiquant le dosage souhaité.
- Répétez l'opération autant que nécessaire.

REMARQUE : le résumé dans le bandeau bleu en haut de la prescription vous permet de vérifier si la prescription correspond à vos attentes.

5.7.2.3 La prescription en seringue auto-pulsée

Exemple : *Prescription d'une seringue électrique de Noradrénaline concentration 1mg/ml en débit non précisé avec Objectif de Pam > à 65mmHg en Administration urgente*.

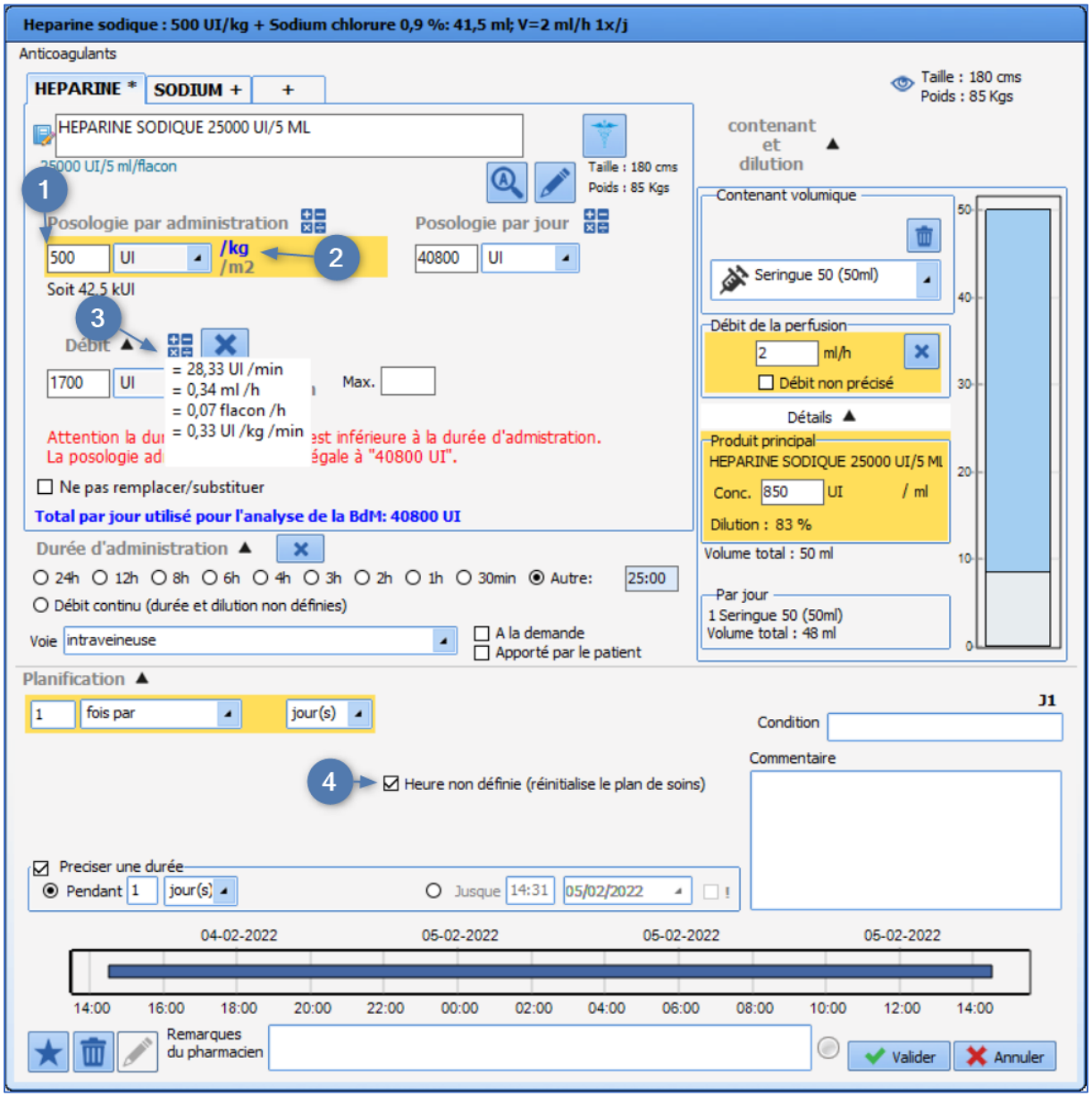


- Sélectionner le produit désiré en tapant son nom dans la zone de recherche de produit.
- Sélectionner le **Contenant volumique** (2). Ici, seringue de 50 ml. Le survol à la souris affiche le détail du contenu de la seringue.
- Lors de la sélection du contenant volumique :
  - Cocher la case **Débit non précisé** permettra à l'infirmier(e) de débuter l'administration à une dose qu'il (elle) jugera correspondre au besoin du patient.
  - Renseigner la **Concentration** désirée dans la (3) : le calcul de la quantité de produit principal, ainsi que la quantité de solvant se fera automatiquement. (Visibilité de la répartition dans la représentation du contenant volumique).
- Renseigner la fréquence ainsi que la durée d'administration désirée. (ici dans le cadre **Planification :** « en continu »).
- Le diluant
- Cocher la case **Administration urgente** (5), ainsi un pictogramme sera visible sur le plan de soins, marquant l'importance de l'administration.

- Remplir la zone **Condition** en y indiquant l'objectif recherché. L'utilisation d'une condition permet un affichage spécifique sur le plan de soins les occurrences seront hachurées, afin de bien indiquer que les administrations sont dépendantes d'un objectif ou d'une évaluation comme l'EVA.
- Cliquer sur **Valider**.

REMARQUE : ici dans la capture, le sodium de chlorure a été automatiquement noté comme « diluant » (visible par le + à côté du nom du produit dans l'onglet).

Exemple : *Prescription d'Héparine en débit continu 500UI/kg/24h avec une heure de début d'administration non définie.*



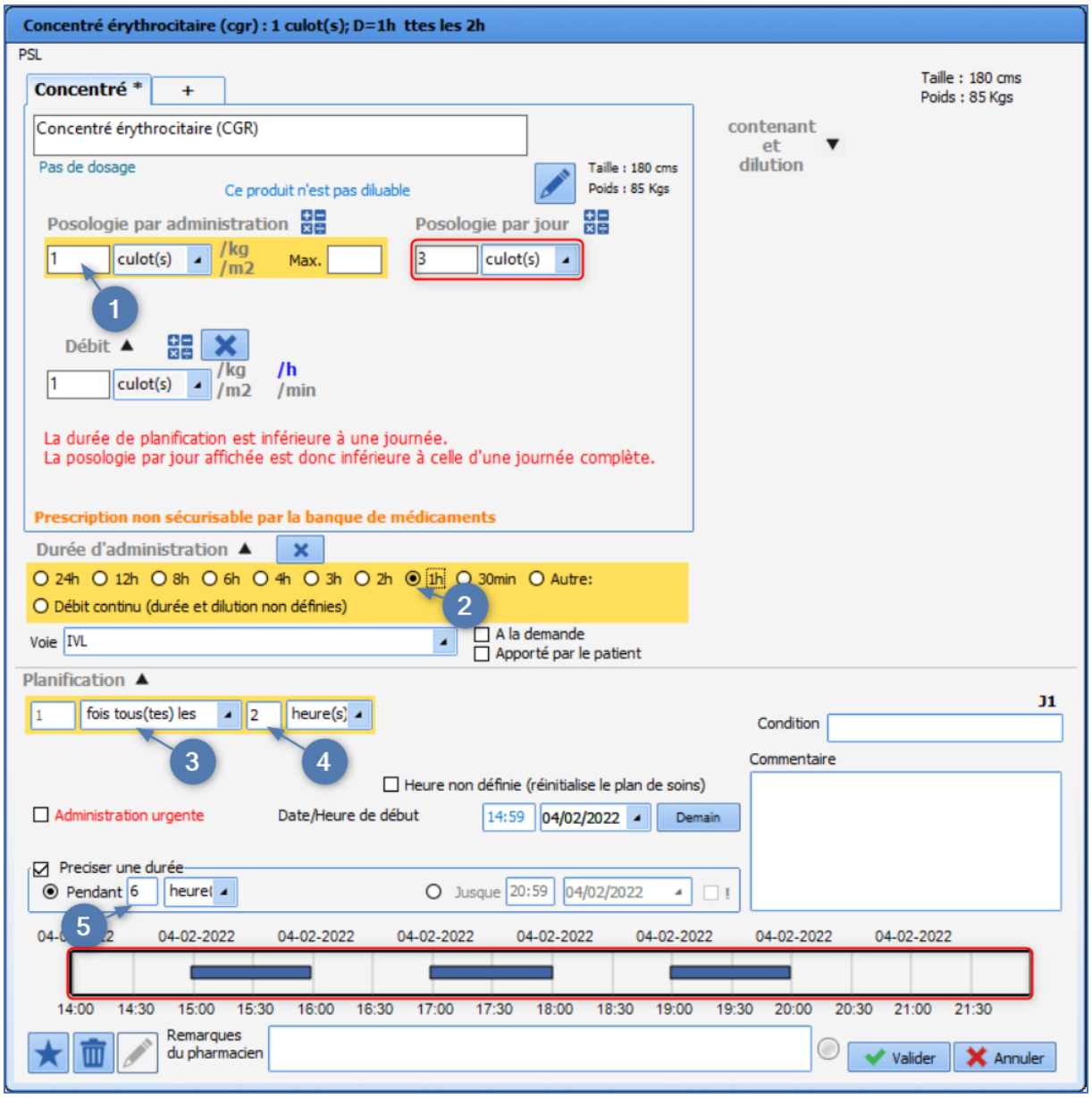
- Entrez les premières lettres du produit
- Sélectionnez le produit recherché. (Héparine) dans la liste des propositions.
- Dans la zone **Posologie par administration** saisissez le dosage voulu (1) ici 500 UI
- Modifiez l'unité à l'aide du menu déroulant, si l'unité par défaut ne correspond pas à vos attentes.

- Cliquez sur **/kg (2)**. La quantité par jour se calcule alors automatiquement, elle est reprise sous la zone **Posologie par administration** (Zone encadrée en rouge)
- Cochez **Heure non définie (4)**, le fait de cocher cette case va permettre à l'infirmier(e) de planifier l'heure de début d'administration exemple : H+6 après retour de bloc.

REMARQUE : le survol de la calculatrice **(3)** permet de voir nombre de calculs réalisés en fonction du dosage renseigné. Le double-clic sur l'une des valeurs affichées vous permet d'utiliser automatiquement cette valeur pour la prescription.

5.7.2.4 La prescription de PSL

Exemple : *Prescription de 3 culots globulaires*



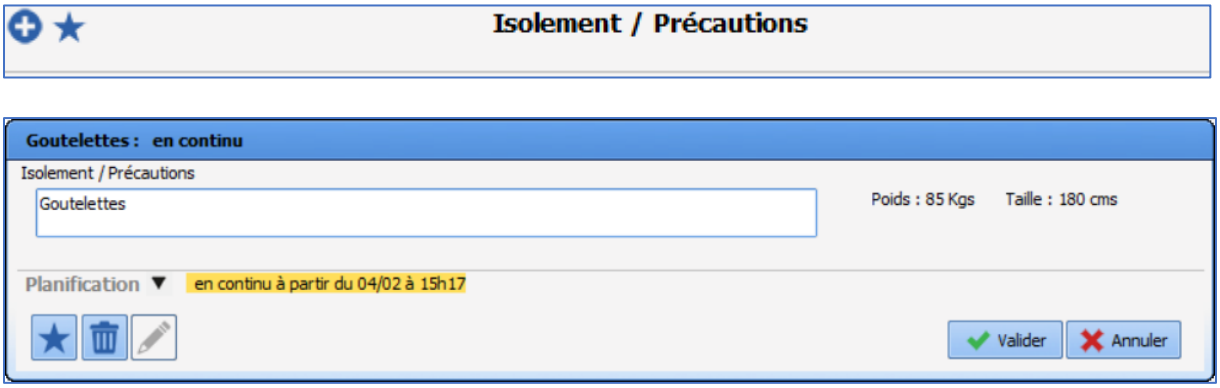
Pour cette prescription, il est nécessaire de porter une attention toute particulière à la planification, afin que le plan de soins soit bien constitué de 3 occurrences distinctes.

- Entrer les premières lettres du produit.
- Sélectionner le produit sanguin à prescrire
- Renseigner 1 culot dans la zone **Posologie par administration** (1), et indiquer l'unité Culot
- Sélectionner la **Durée d'administration** (2) celle-ci correspond à la durée sur laquelle on souhaite que le culot soit administré.
- Indiquer la **Voie** d'administration (dans le cas des produits sanguins labiles, la voie d'administration ne se renseigne pas automatiquement, il faut donc la saisir manuellement).
- Renseigner la planification (4). Ici, il est important d'indiquer une fréquence « Toutes les X heures » afin que soit pris en compte le délai souhaité entre chaque culot.
- Enfin, préciser une durée (5). Ici, 6 heures. Ainsi, en regardant la représentation graphique des administrations (aperçu du plan de soins), on constate bien que l'administration de chaque culot se fait bien sur 1 heure avec une latence d'une heure, et que seul 3 culots (occurrences) seront disponibles sur le plan de soins. De plus, si l'on regarde la zone **Posologie par jour**, il y a bien 3 culots d'indiqués.

5.7.2.5 Isolement / précautions

Exemple *: Mise ne place de précautions type « Gouttelettes ».*

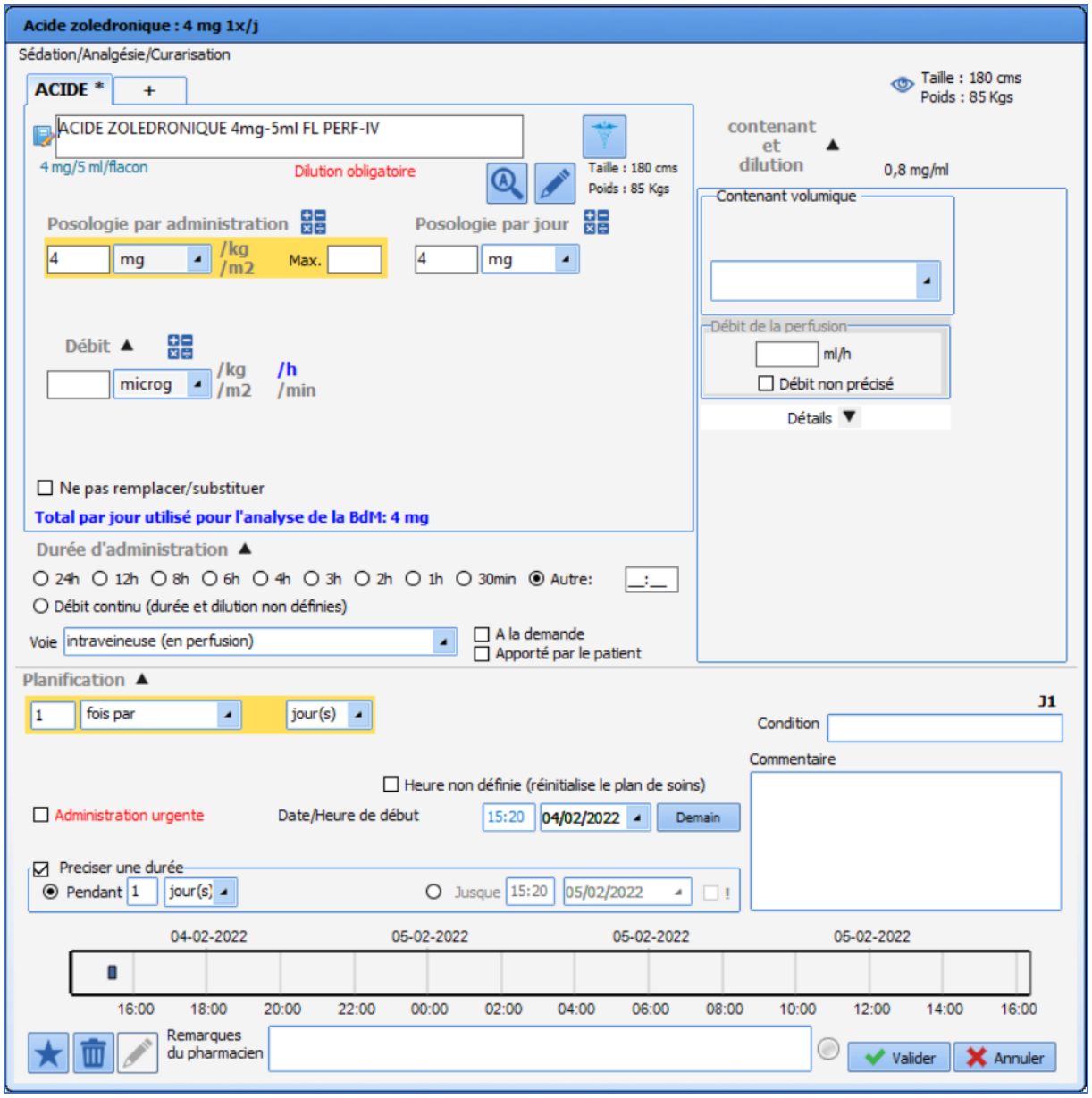
Afin de bénéficier de l'ensemble des fonctionnalités liés à ce type de prescription il faut impérativement utiliser le champ prévu à cet effet. A ce champ est rattaché une liste ainsi que les icônes d'informations qui s'affichent dans le bandeau supérieur de l'application, ainsi que sur la liste des patients présents de **DIANE**.



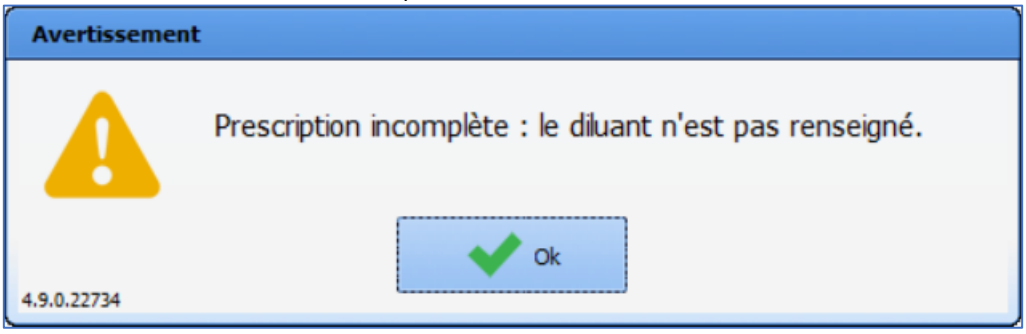
- Dans la zone de recherche (1), tapez les premières lettres afin de lancer la recherche.
- Sélectionnez l'élément correspondant dans la liste pré paramétrée. Seuls les éléments issus de cette liste permettent le déclenchement de l'alerte.
- Par défaut, la planification est « en continu » sans durée de fin. Vous pouvez toutefois la modifier en cliquant sur le ▼ afin d'accéder au menu déroulant.

5.7.2.6 Dilution obligatoire

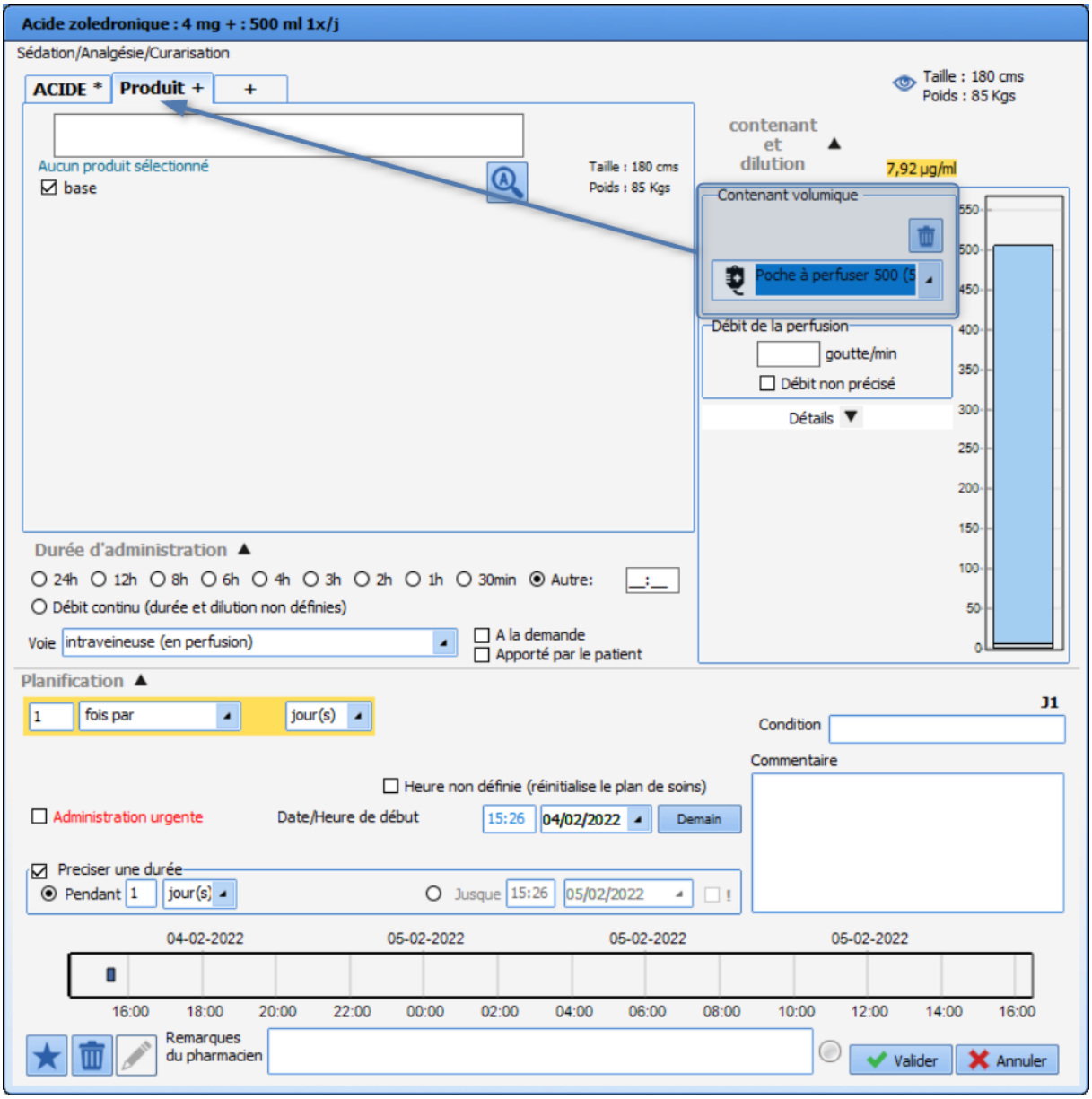
Si la case **Dilution obligatoire** a été cochée en configuration, le libellé **Dilution obligatoire** est affiché en rouge dans la fenêtre de prescription.



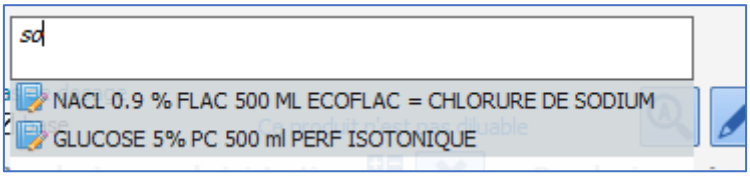
Si l'utilisateur tente de valider la fenêtre sans préciser le diluant, l'avertissement suivant s'affiche.



Lors du choix du contenant volumique, l'onglet **Produit +** est automatiquement généré.



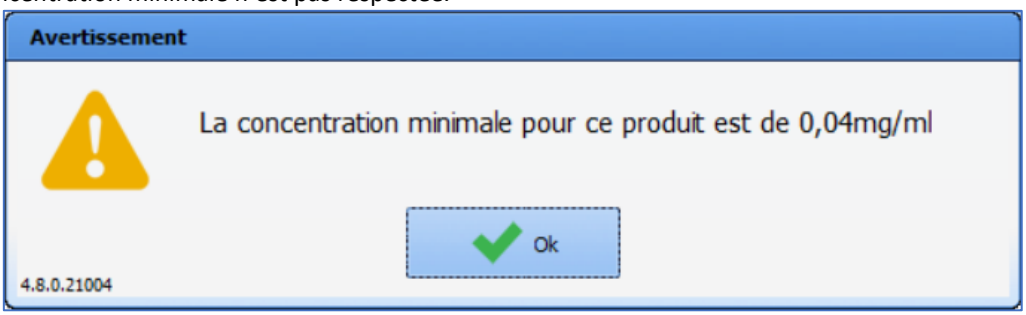
Il faut ensuite saisir le diluant : il est uniquement possible de saisir un diluant parmi ceux qui ont été configurés. Le double-clic dans la zone de saisie affiche la liste des diluants configurés.



Si un seul diluant a été configuré, il est automatiquement choisi quand l'onglet « diluant » est généré et cet onglet porte le nom du diluant.
Le diluant doit obligatoirement faire partie de la liste des diluants configurés pour que la prescription puisse être validée.

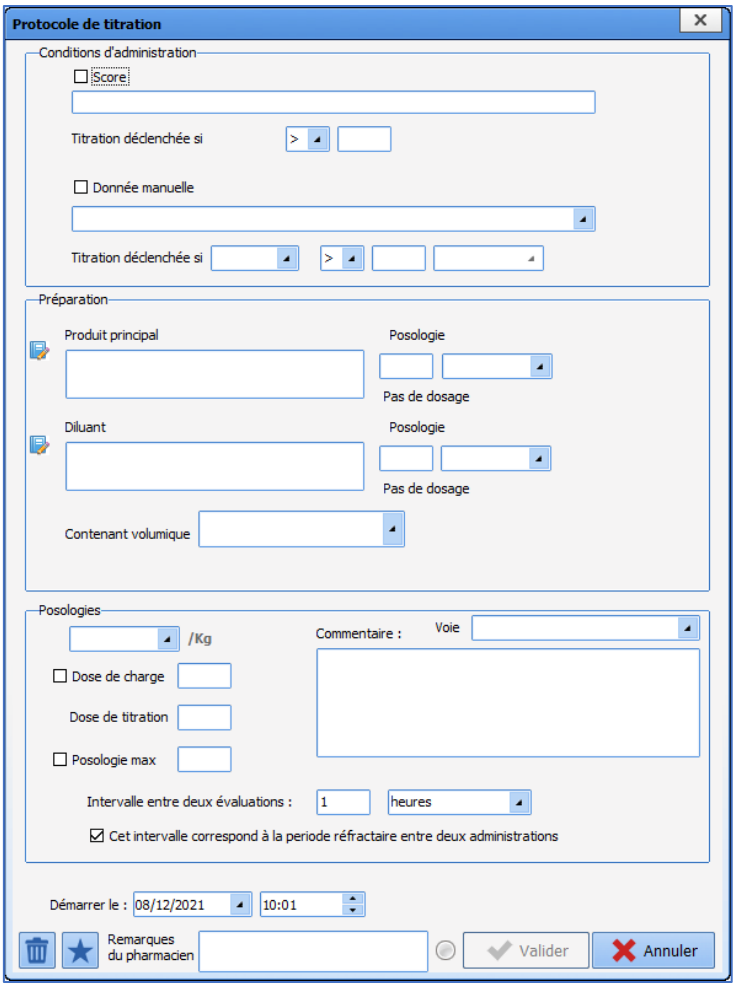


Si une concentration minimale a été précisée en configuration, la prescription ne peut pas être validée tant que cette concentration minimale n'est pas respectée.



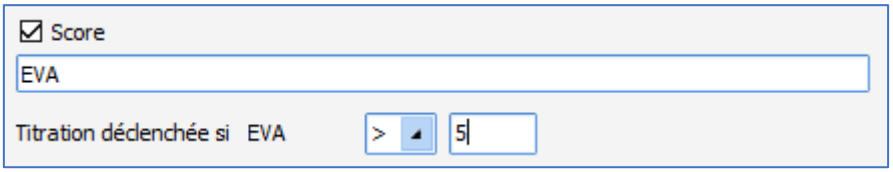
5.7.2.7 Cas particulier des titrations

Le champ **Protocole de titration** de l'onglet **Prescription** permet de gérer les protocoles de titration.

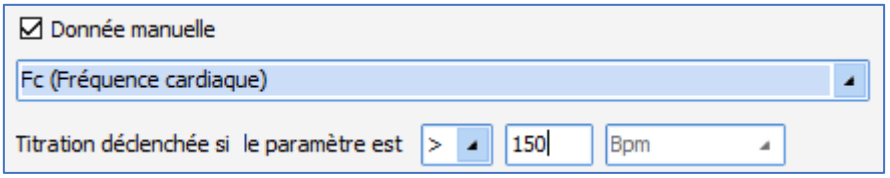


Les conditions d'administration peuvent être :

- Un score : la titration est déclenchée si la valeur du score est égale, supérieure ou inférieure à une valeur déterminée lors de la prescription (*par exemple si le score EVA est supérieur à 5)*

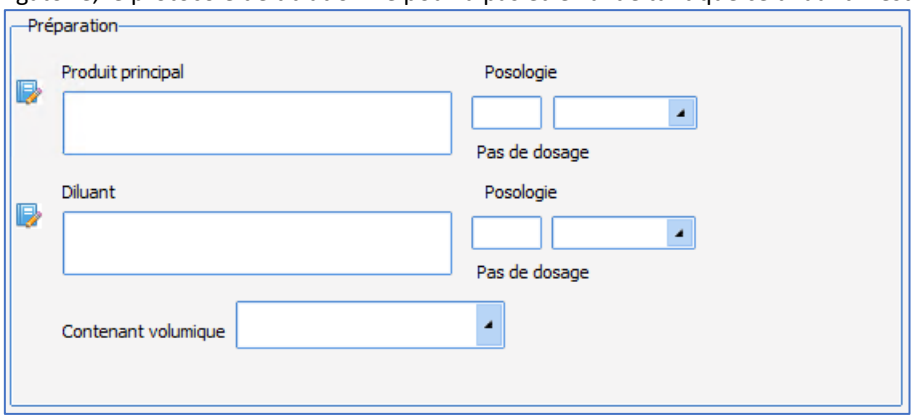


- Une donnée manuelle : la titration est déclenchée si la valeur du paramètre est égale, supérieure ou inférieure à une valeur déterminée lors de la prescription (*par exemple si la Fc est supérieure à 150)*

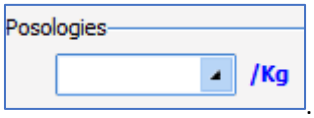


- Un score ET une donnée manuelle : la titration est déclenchée si la valeur du score et celle du paramètre respectent les conditions définies. Il faut veiller à ce que les 2 cases à cocher (Score et Donnée manuelle) soient cochées.

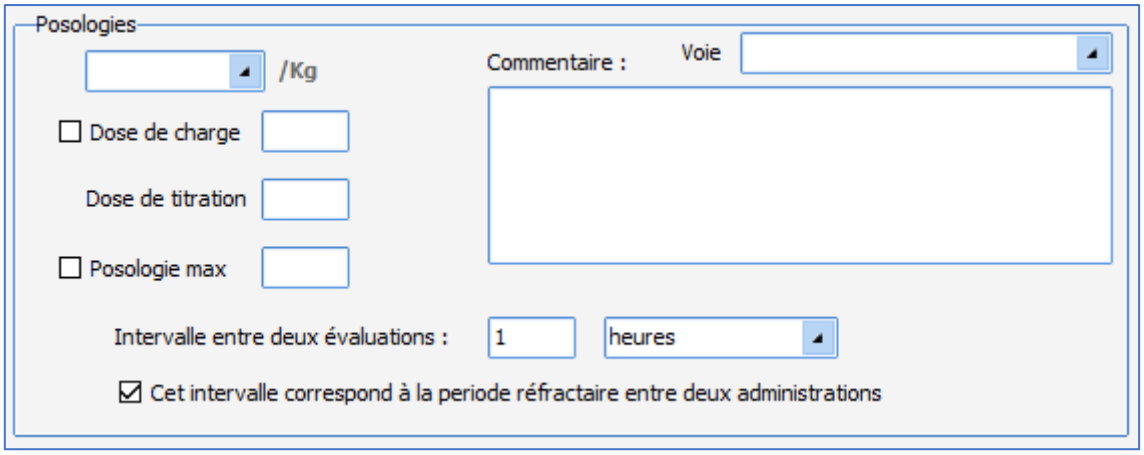
La préparation nécessite un produit principal et éventuellement un diluant (si le produit principal est configuré en dilution obligatoire, le protocole de titration ne pourra pas être validé tant que ce diluant n'est pas précisé).



La posologie peut être adaptée au poids du patient (pour les enfants), dans ce cas il faut cliquer sur le libellé **/Kg**.

Le libellé se colore alors en bleu 

.



La dose de charge (administrée sans condition) est optionnelle : elle n'est prise en compte que si la case est cochée.

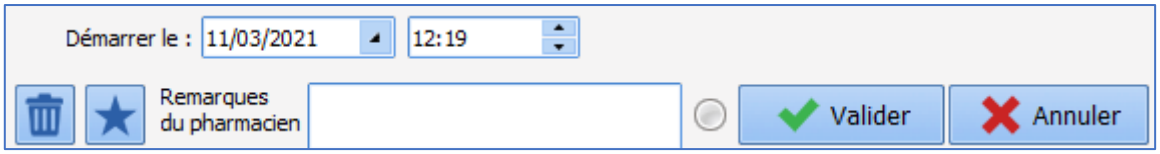
La dose de titration correspond à la dose administrée à chaque fois que cela est requis par l'évaluation du patient.

La posologie max est la posologie maximale qui peut être administrée au patient : elle doit être au moins égale à la somme de la dose de charge et le la dose de titration. Elle est optionnelle et n'est prise en compte que si la case est cochée. Une fois la posologie max atteinte, le protocole de titration est interrompu.

Il est possible de préciser la voie d'administration et de saisir un commentaire.

L'intervalle entre deux évaluations est la période minimale à respecter entre 2 évaluations (si la case est décochée). Si la case est cochée (fonctionnement normal de la titration), cet intervalle est la période minimale à respecter entre 2 administrations (période réfractaire) : dans ce cas, les évaluations ne sont pas limitées (dans la limite d'une par minute). Cet intervalle peut s'exprimer en minutes ou en heures.

Il est possible de spécifier la date et l'heure de démarrage.

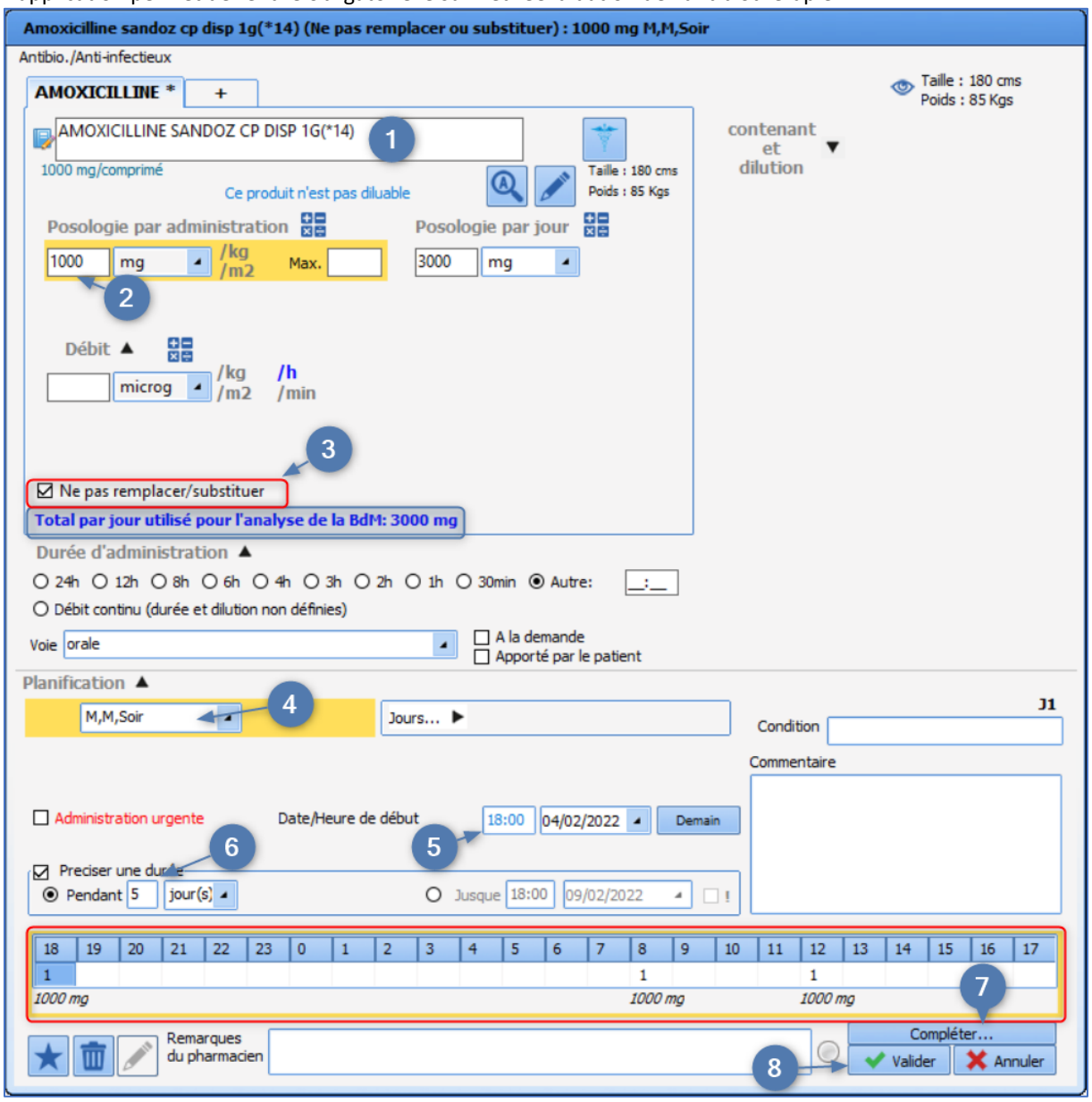


Comme pour les prescriptions, il est possible de créer un favori (public ou privé) à partir d'un protocole de titration.

5.7.2.8 Cas particulier des antibiotiques

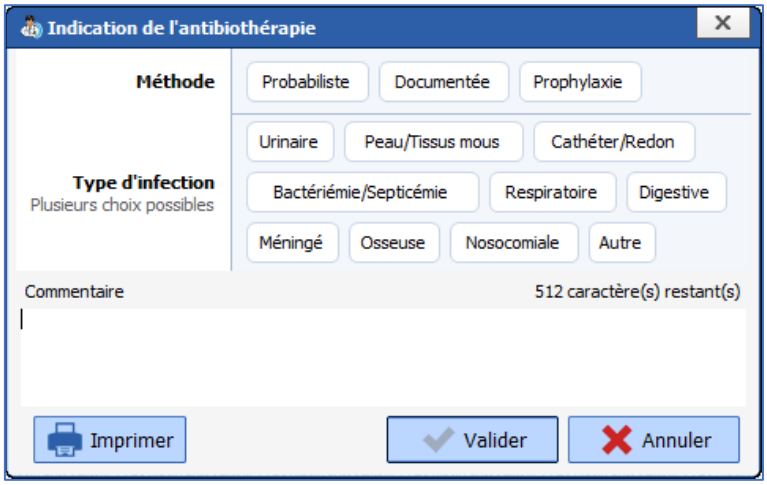
Exemple : *Prescription d'Amoxicilline 1g matin-midi et soir à partir de demain 18 heures pendant 5 jours*.

L'application permet de rendre obligatoire le suivi et réévaluation de l'antibiothérapie.



- Lancer la recherche du produit en tapant les premières lettres du produit dans la « zone produit » **(1)**.
- Sélectionner l'antibiotique dans la liste proposée.
- Vérifier la posologie **(2)**
- Sélectionner la **Planification** « Matin, Midi, Soir » (l'application permet de renseigner des heures par défaut correspondant aux heures de distribution des traitements, dans l'exemple 8h/12h/18h).
  Il est important de noter que cette planification permet en cas de retard de ne pas décaler les administrations suivantes).
- Préciser la **Durée d'administration** **(6)** souhaitée, ici 5 jours

- Indiquer la **Date/heure de début** (5) en modifiant l'heure indiquée, et en cliquant sur le bouton **Demain** (N.B. par défaut, la date/heure indiquée est toujours l'instant T, il n'est donc nécessaire d'intervenir sur ce champ que lorsque vous souhaitez indiquer une heure précise de début d'administration).
- Cliquer sur le bouton **Compléter …** (7) : celui-ci permet d'ouvrir une fenêtre contextuelle obligatoire (bloquant la signature de la prescription si elle n'est pas saisie), demandant de renseigner la méthode de l'antibiothérapie (probabiliste, documentée ou prophylaxie) et le type d'infection.

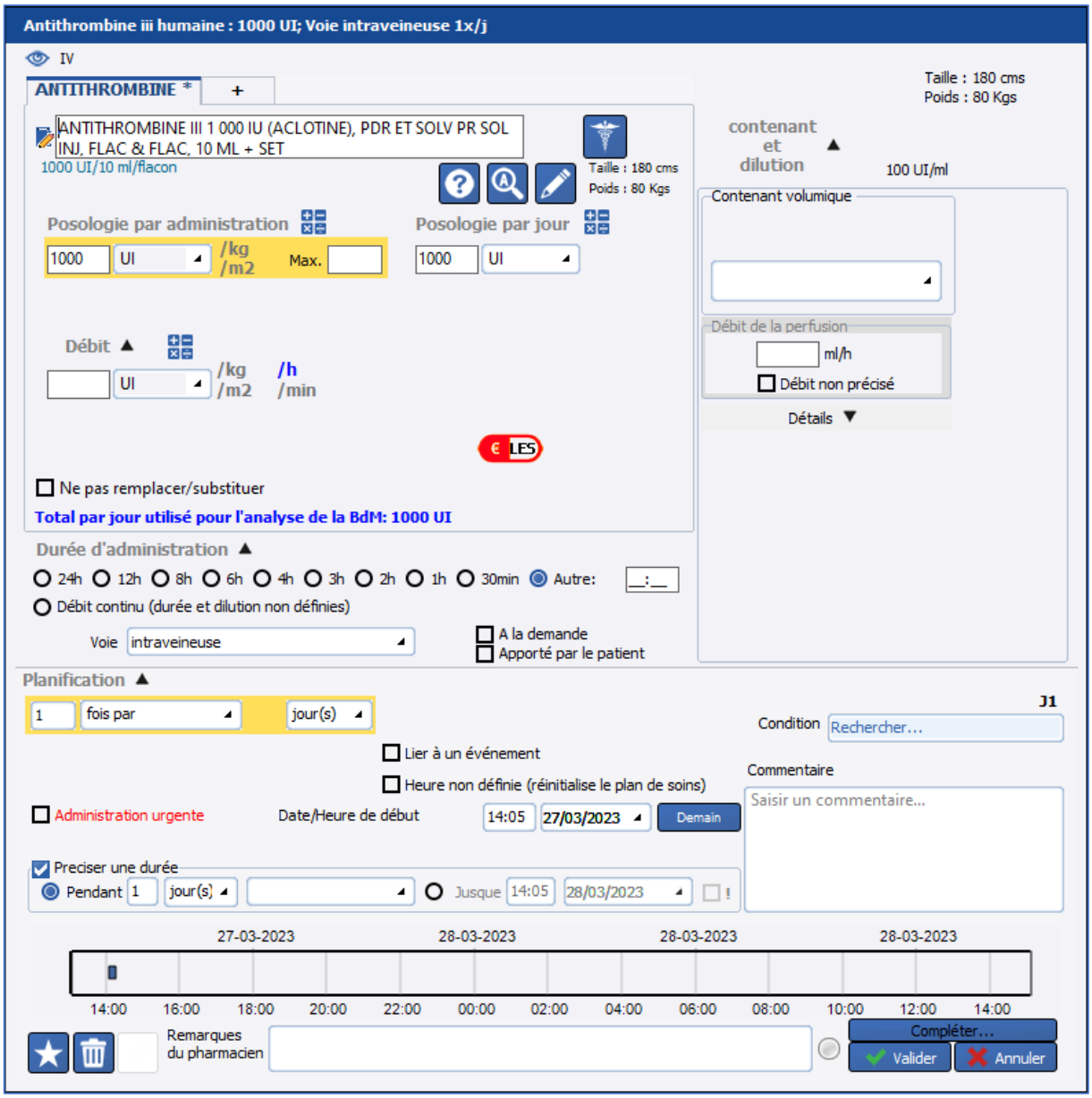


- Une fois complétée, cliquer sur **OK**, puis valider (8) la prescription.

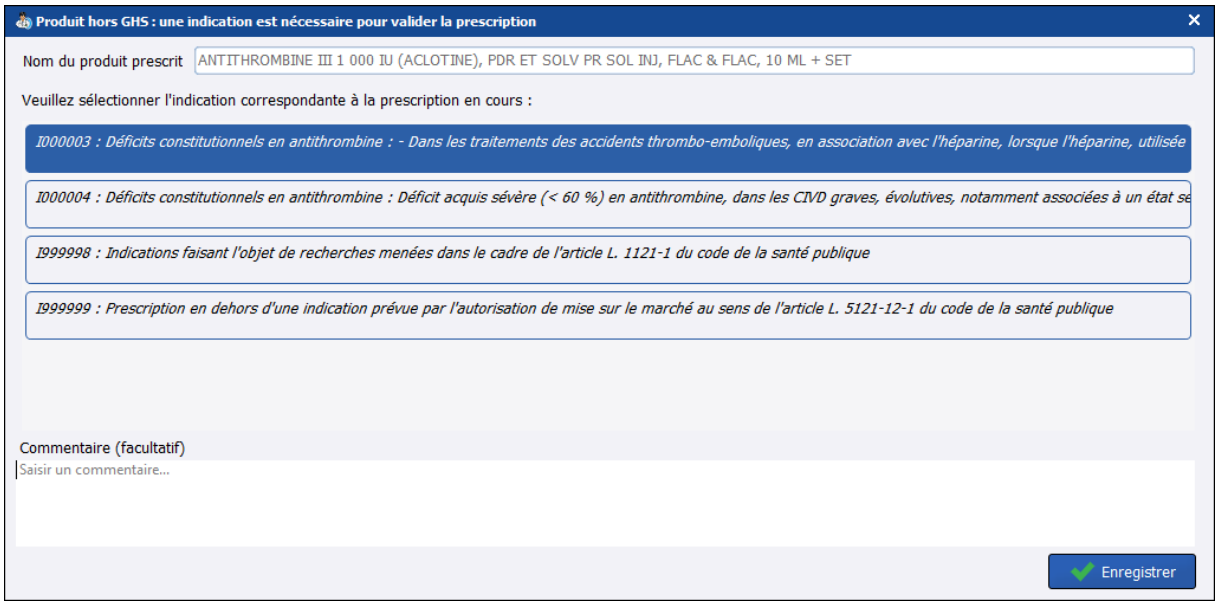
(3) Le dosage retenu pour l'analyse de posologie de la BDM est toujours indiqué. Il est également possible d'indiquer un produit comme étant « Non substituable »

5.7.2.9 Cas particulier des médicaments onéreux (liste LES)

Exemple : *ACLOTINE 1000 UI-10 ml FL10 ml IV- Chy*



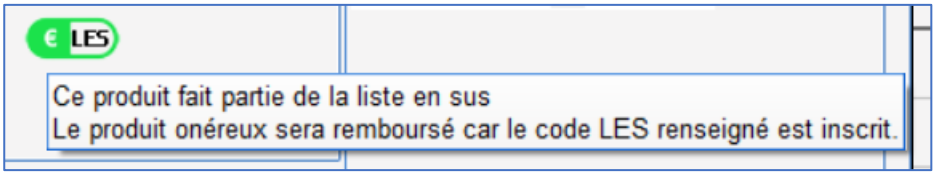
L'application permet, comme pour les antibiotiques, de rendre obligatoire la saisie de l'Indication nécessitant la mise en place du traitement.



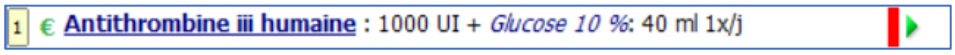
- Sélectionner l'indication correspondante. (Les indications proposées sont transmises par la base de données sur les médicaments. Si aucune ne correspond, utiliser un code générique parmi les deux suivants :
  I999998 : Spécialité faisant l'objet de recherches biomédicales au sens de l'article L. 1121-1 du Code de la santé publique.
  I999999 : Indication est hors AMM mais médicalement justifiée conformément à l'article L. 5121-12-1 du Code de la santé publique.

L'utilisation d'un de ces deux codes rend obligatoire la saisie d'un commentaire.

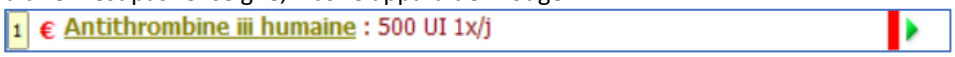
Une fois le formulaire saisi, l'icône passe en vert.



La prescription d'un produit onéreux est matérialisée par la présence d'une icône sur la fenêtre de prescription.



Si le formulaire n'est pas renseigné, l'icône apparaît en rouge.



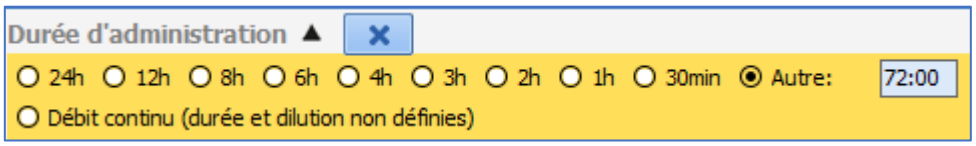
Code couleurs du logo LES :

€ LES	signifie que l'indication du médicament onéreux n'a pas été complétée : cliquer sur le bouton **Compléter ...**
€ LES	indique l'indication du médicament onéreux est correctement validée, mais le statut de remboursement n'est pas connu.

indique l'indication du médicament onéreux est correctement validée et qu'il sera remboursé

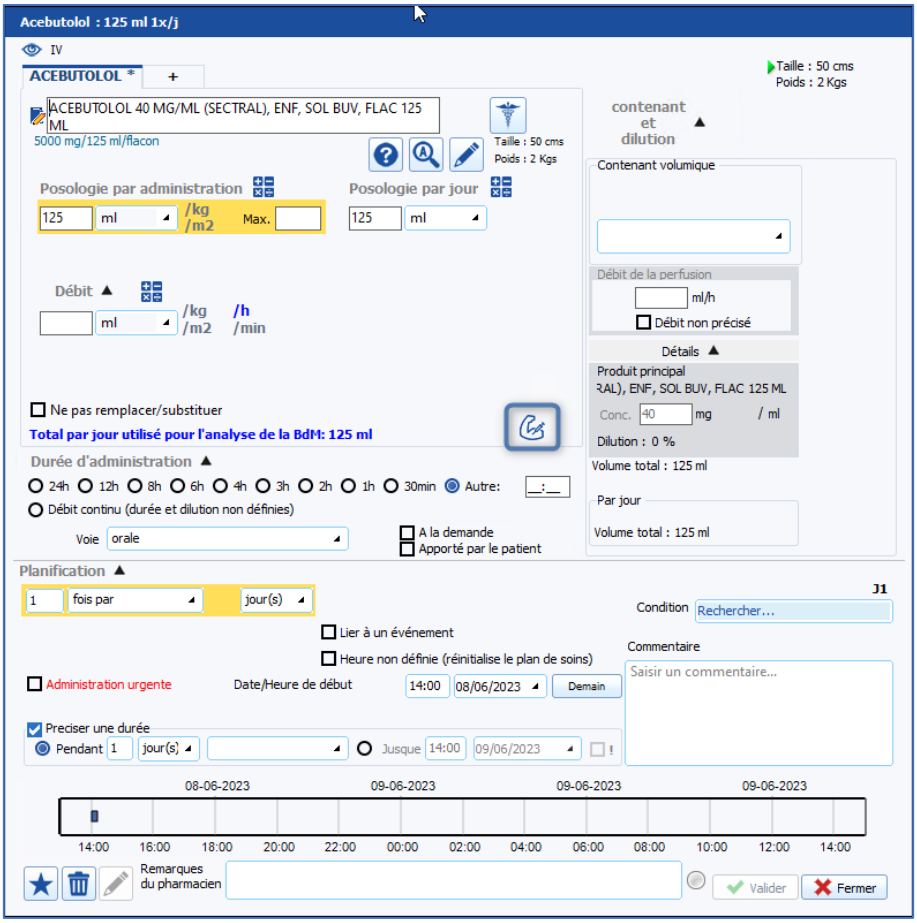
5.7.2.10 Cas particulier des patchs

La durée d'administration est limitée à 99h, ce qui permet l'administration de patchs.



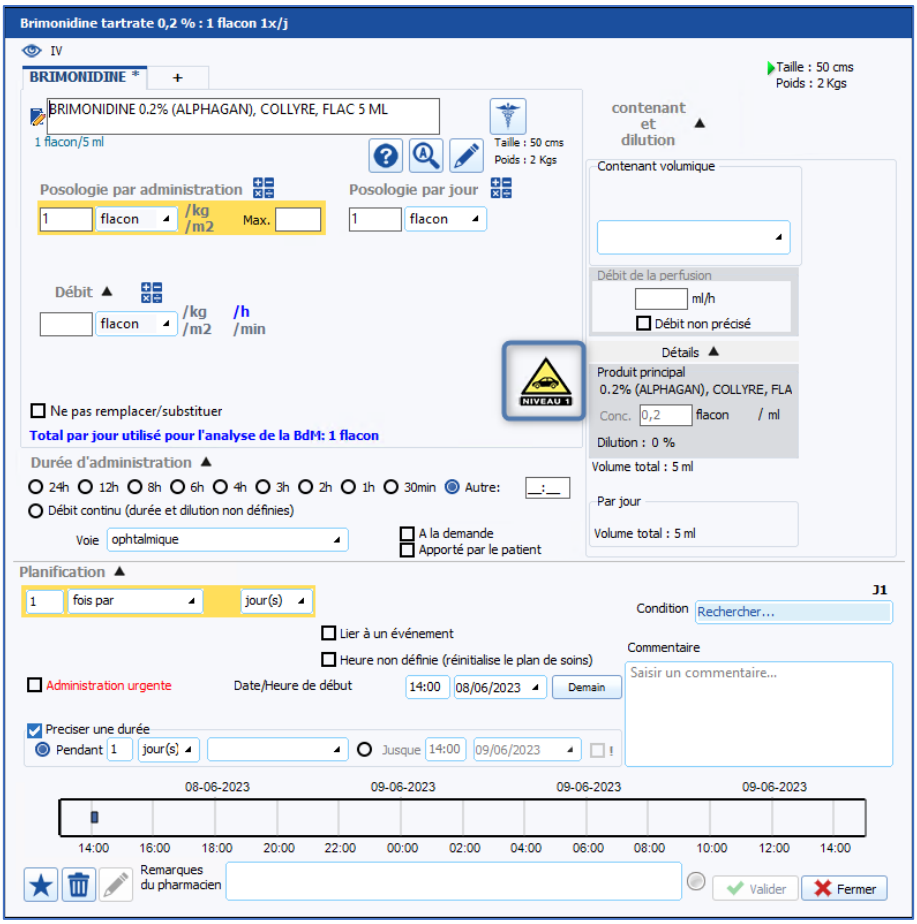
5.7.2.11 Cas des produits dopants

En cas de prescription d'un produit identifié comme dopant par la base de données sur les médicaments, une icône est affichée dans la fiche de prescription pour indiquer à l'utilisateur le caractère dopant du produit saisi.



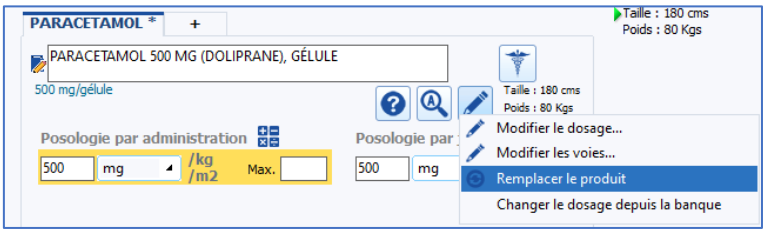
5.7.2.12 Cas des produits dangereux pour la conduite

En cas de prescription d'un produit identifié comme étant dangereux pour la conduite par la base de données sur les médicaments, une icône est affichée dans la fiche de prescription pour l'indiquer à l'utilisateur.

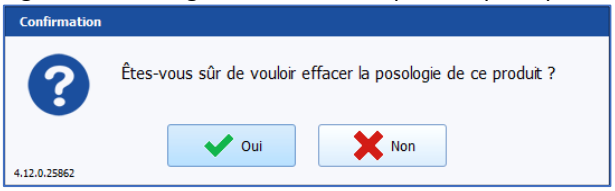


5.7.2.13 Remplacer un produit

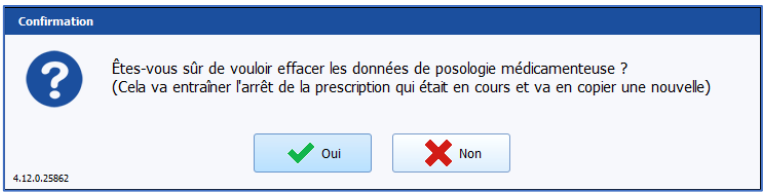
En cas d'erreur, il est possible de remplacer un produit prescrit en utilisant l'option **Remplacer le produit** dans le menu accessible au clic sur le bouton  .



Si la prescription n'a pas été signée, un message de confirmation précise que la posologie sera également effacée.

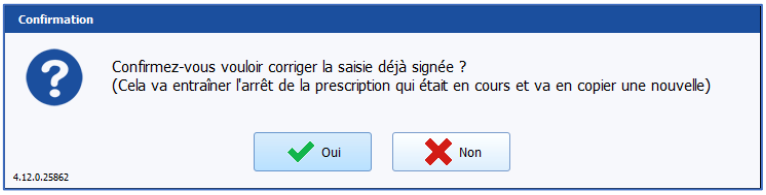


Si la prescription a déjà été signée, le remplacement du produit entraîne l'arrêt de la prescription et la création d'une nouvelle.



5.7.2.14 *Corriger une prescription signée*

Une prescription déjà signée peut être modifiée. Dans ce cas, il faut utiliser le bouton  (**Corriger la saisie signée**) en bas de la fiche de prescription.

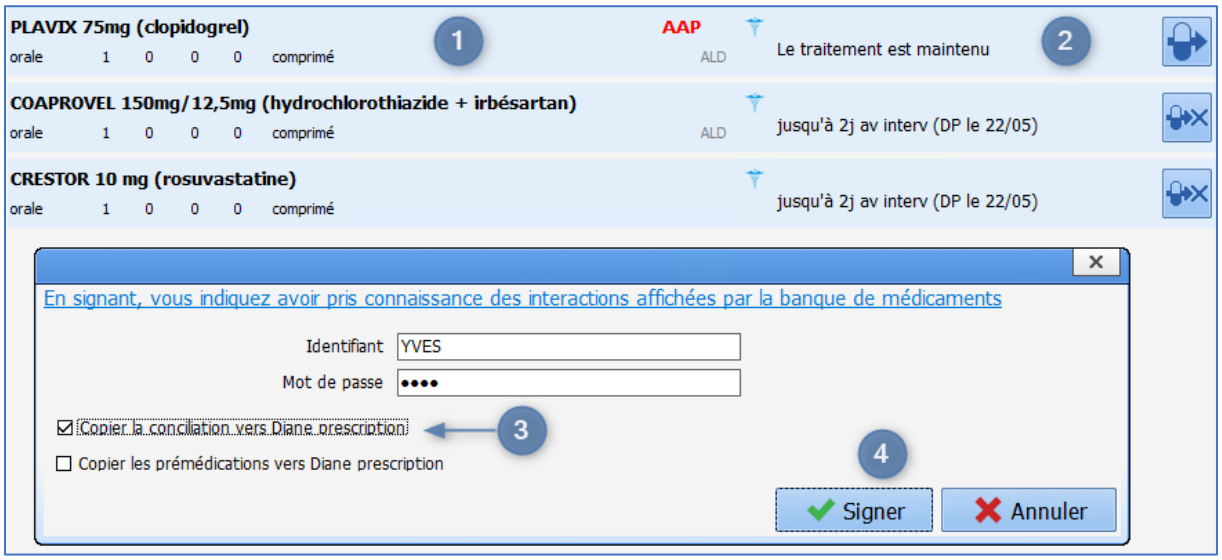


Cela entraîne automatiquement l'arrêt de la prescription initiale et crée une nouvelle prescription.

5.7.3 Import depuis le traitement personnel

L'application permet de reprendre dans la prescription les molécules renseignées dans le champ **Traitements personnel du patient** de l'onglet **Médecin**.
Lorsque l'option est activée, les molécules viennent se positionner dans le champ de prescription **Import depuis le traitement personnel**.

Composant de saisie du traitement personnel du patient dans l'onglet **Médecin** :



Zone 1 : Zone de saisie des produits : Cliquer sur la première ligne. Saisir les premières lettres du produit. Une liste de suggestion s'ouvre, sélectionner le produit à ajouter. Indiquer la posologie et la fréquence d'administration. (*Ici Plavix 75 mg 1 fois le matin*)

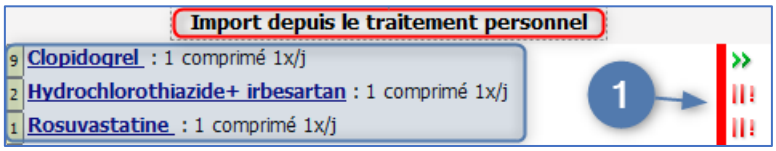
Zone 2 : Zone **Conciliation** permet d'indiquer la gestion du traitement maintien, relais, ou arrêt.
Dans l'exemple ci-dessus, le Plavix est maintenu, les autres traitements sont indiqués comme arrêtés à l'instant T, ce qui permet de mettre en pause le traitement personnel du patient, et de ne le reprendre qu'au moment opportun de son hospitalisation.

Le clic sur le bouton **Valider** permet d'afficher une fenêtre s'ouvre permettant de signer (grâce à un identifiant et un mot de passe) et de confirmer l'action d'envoyer la conciliation et/ou les prémédications dans la prescription.

Zone 3 : Copier la conciliation vers Diane prescription : Cocher la case **Vers pres. Hospitalière** permet de transposer le traitement personnel dans l'onglet de prescription dans le champ **Import depuis le traitement personnel**. **Copier la prémédication vers Diane prescription** : Cocher la case **Vers pres. Hospitalière** permet de transposer les prémédications dans l'onglet de prescription dans le champ **Import depuis le traitement personnel**.

Zone 4 : Cliquer sur le bouton **Signer** : lors de cette action, le traitement personnel est validé et envoyé dans l'onglet prescriptions si les cases correspondantes ont été cochées.

Composant **Import depuis le traitement personnel** dans l'onglet **Prescription** :



Le traitement personnel du patient est ainsi repris dans l'onglet de prescription. (Reprise du produit en DCI, de sa posologie et de fréquence d'administration).
Le marqueur rouge en bout de ligne **(1)** indique bien que le traitement est arrêté (il s'agit d'une pause et non d'un arrêt pour permettre la reprise du traitement ultérieurement).

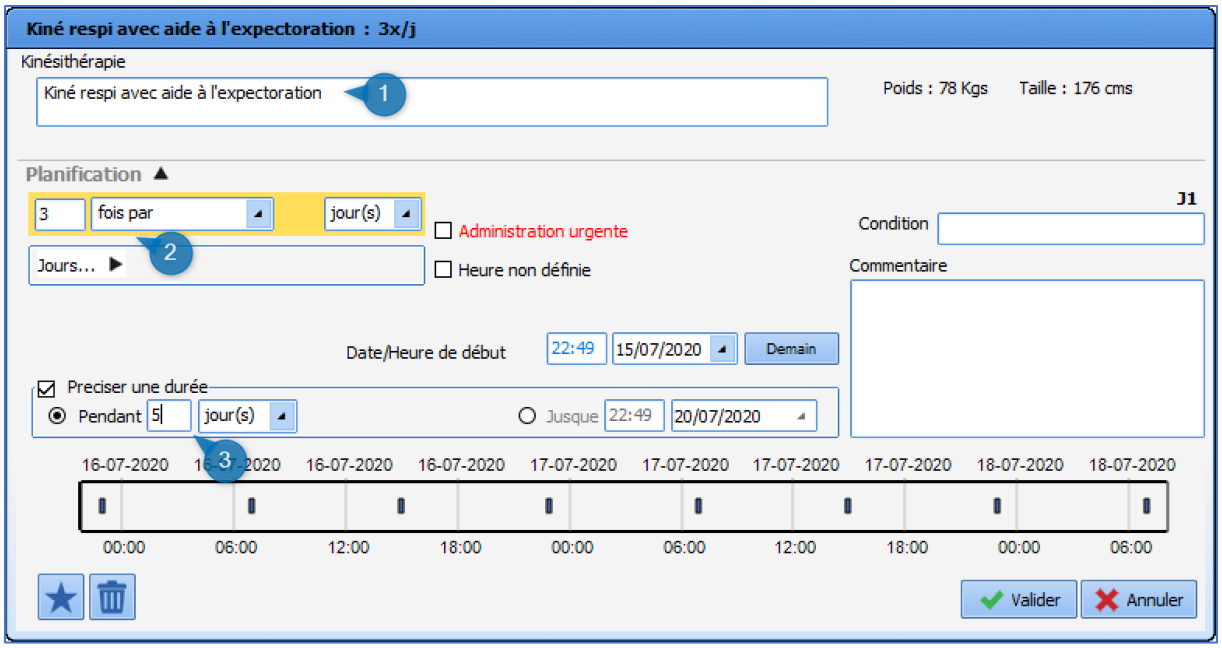
Selon l'option activée, il sera possible soit :

- De reconduire le traitement en cliquant sur le marqueur rouge afin d'en modifier l'état.
- Ou de ressaisir la prescription dans le champ adapté de l'onglet de prescription. Dans cet exemple, le champ serait le champ **Per-os**.

5.7.4 La prescription par saisie libre (Alimentation, Imagerie…)

Les champs de prescription peuvent faire appel à une liste spécifique. Lorsque le champ est paramétré ainsi il offre la possibilité de saisir du texte libre.

Exemple : *Prescription de Kinésithérapie respiratoire 2 fois / jour pendant 5 jours*.

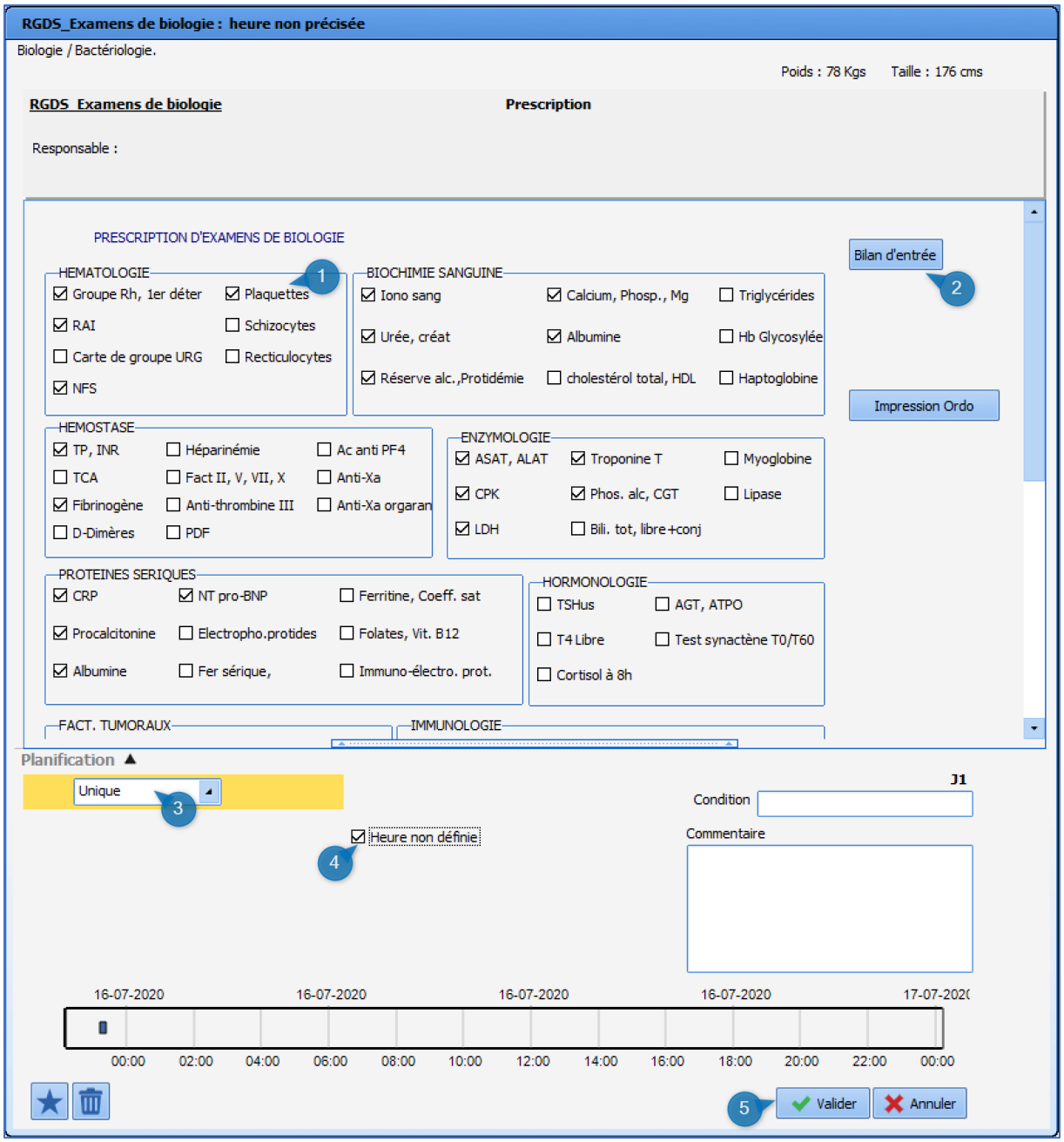


- Entrez la prescription ou consigne souhaitée **(1)**.
- Renseignez la fréquence de réalisation **(2)**. Ici 3 fois/ jour.
- Indiquez la durée à appliquer à cette prescription **(3)**.Ici pendant 5 jours.
- Cliquez sur le bouton **Valider**.

5.7.5 La prescription par appel de saisie avancée (Kinésithérapie, Biologie/bactériologie, ECMO…)

Pour certaines prescriptions telles que la biologie, l'épuration extra-rénale… nécessitant d'apporter de nombreuses informations ; il est possible de faire appel à un formulaire intégré à la fenêtre de prescriptions.

Exemple : *Prescription d'un bilan biologique à l'entrée du patient en réanimation à heure non définie.*

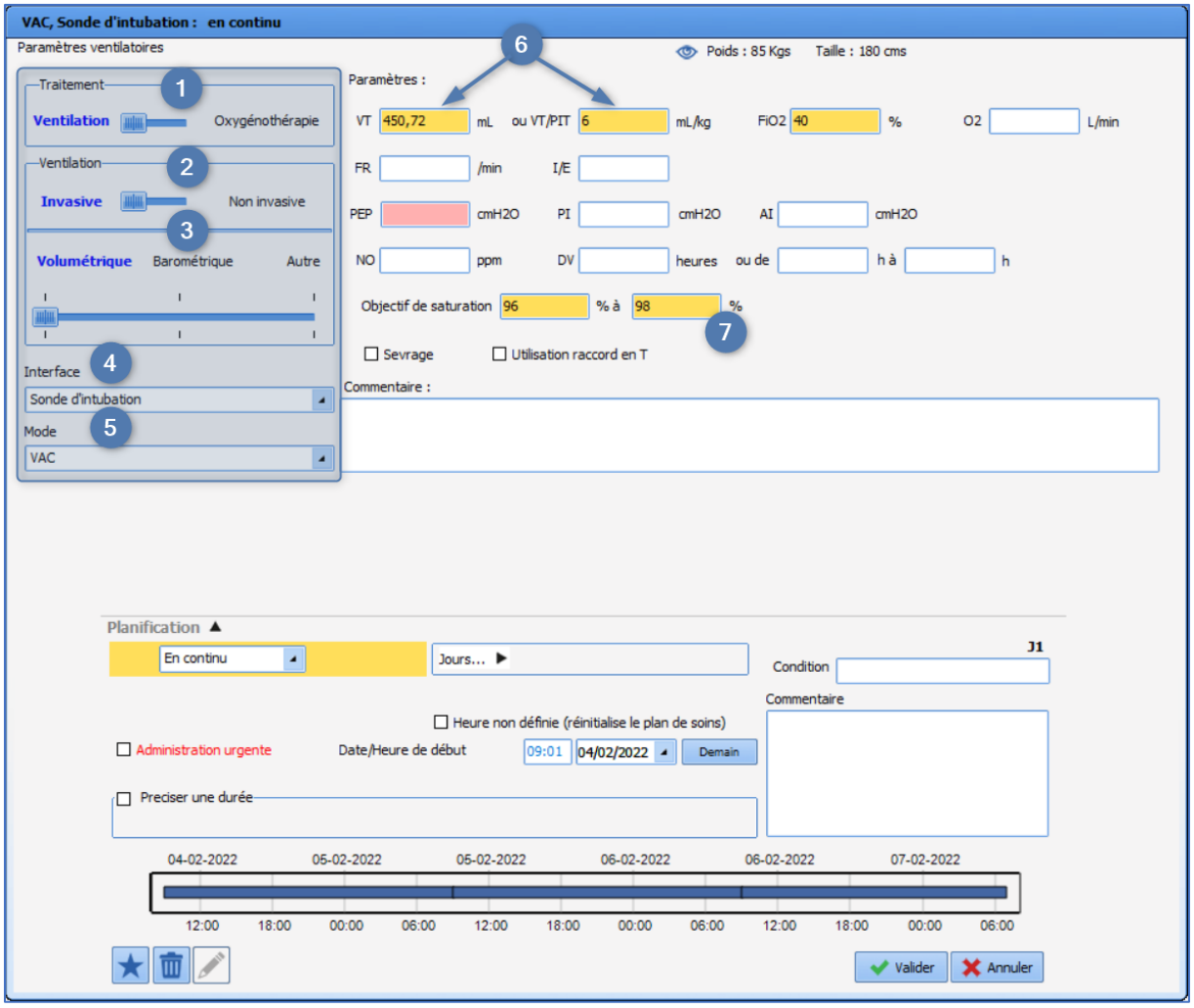


A l'ouverture de la fenêtre de prescription la partie haute vous donne accès au formulaire de saisie.

- Cochez **(1)** les éléments du bilan biologique que vous souhaitez prescrire.
- Des boutons de valeurs par défaut peuvent être paramétrés **(2)**. Ceux-ci permettent d'enregistrer des valeurs cochées par défaut. Ici dans cet exemple en venant cliquer sur le bouton **(1)**, les éléments du bilan biologique se sont cochés automatiquement.
- Renseignez la planification **(3)**. Ici le choix « unique » indique que le bilan prescrit est ponctuel et ne sera pas reconduit, celui-ci sera marqué comme arrêté automatiquement.
  (Cette planification en « unique » vous obligera à faire une nouvelle prescription si toutefois vous souhaiteriez réaliser à nouveau ce bilan.)
- Cochez la case **Heure non définie** **(4)** cela permettra à l'infirmier(e) de planifier l'heure de réalisation du bilan sanguin.
- Valider votre prescription en cliquant sur le bouton **(5)**.

5.7.6 Prescription des paramètres ventilatoires

La prescription de Ventilation ou d'Oxygénothérapie se fait via une fenêtre dédiée, celle-ci s'adapte en fonction du mode de ventilation choisi.



La partie gauche de la fenêtre (encadrée en bleu) doit être saisie en tout premier lieu.
Cette zone permet le déploiement des différents champs de saisie en fonction du traitement, du mode de ventilation choisi.
Elle est composée de cinq parties :

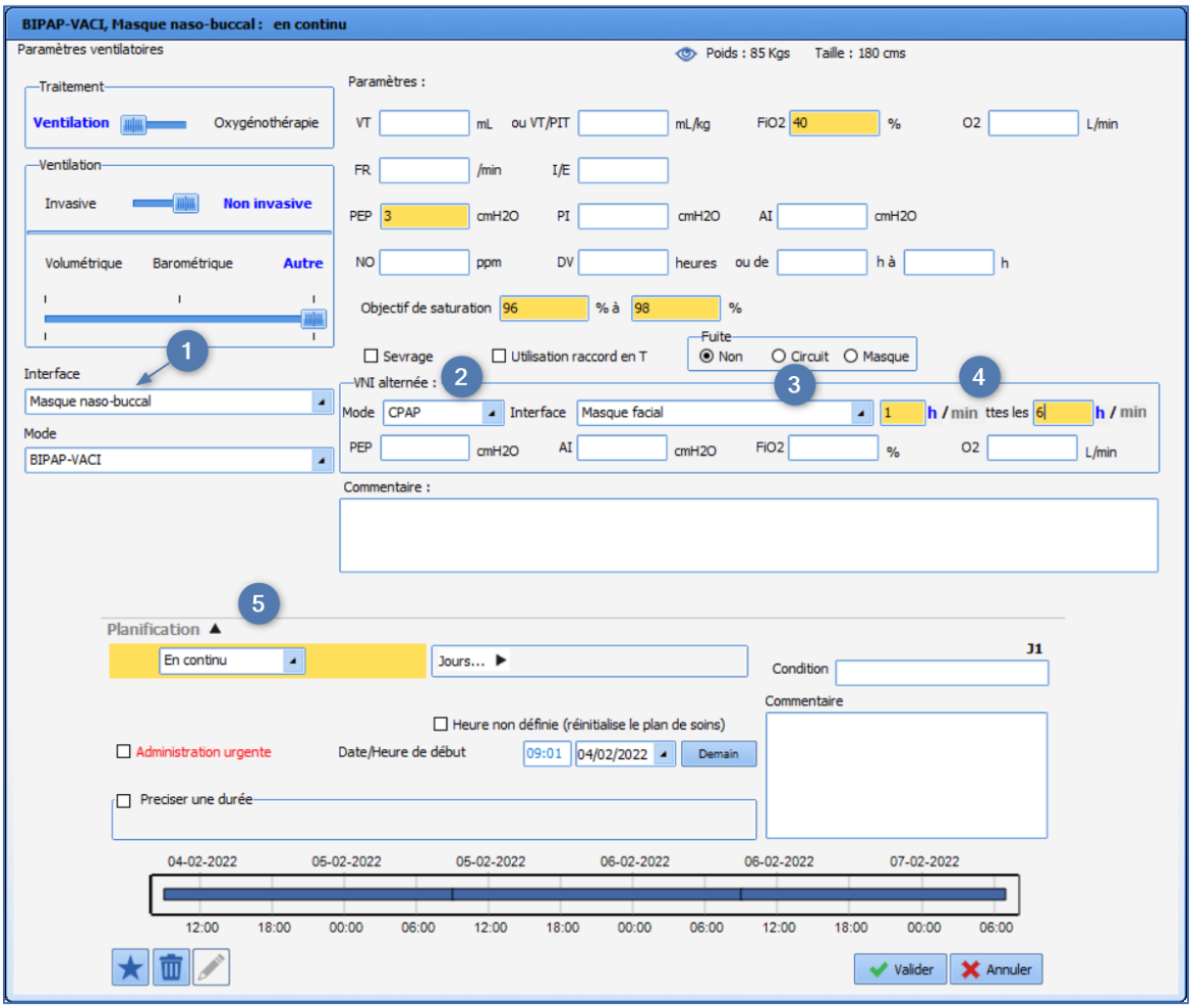
- Zone 1 : **Traitement** : Permet de choisir entre **Ventilation** et **Oxygénothérapie**.
- Zone 2 : **Ventilation** : Permet de choisir entre une ventilation **Invasive** ou **Non-invasive**.
- Zone 3 : Permet de sélectionner le mode de ventilation **Barométrique**, **Volumétrique** ou **Autre**.
- Zone 4 : **Interface** : Permet d'indiquer l'interface choisie pour la ventilation ou l'oxygénothérapie.
- Zone 5 : **Mode** : Permet d'indiquer le mode ventilatoire.

REMARQUES : Dans les zones 1, 2 et 3 la sélection se fait en déplacement le curseur bleu de gauche à droite.

Les cases à fond rose sont à renseigner obligatoirement. Elles sont adaptées au mode ventilatoire.

Zone 6 : Permet la saisie du VT/PIT en ml/kg, lorsque vous renseignez celui-ci le calcul du VT se fait automatiquement.

Zone 7 : Cette zone permet de renseigner les objectifs de saturation attendus.



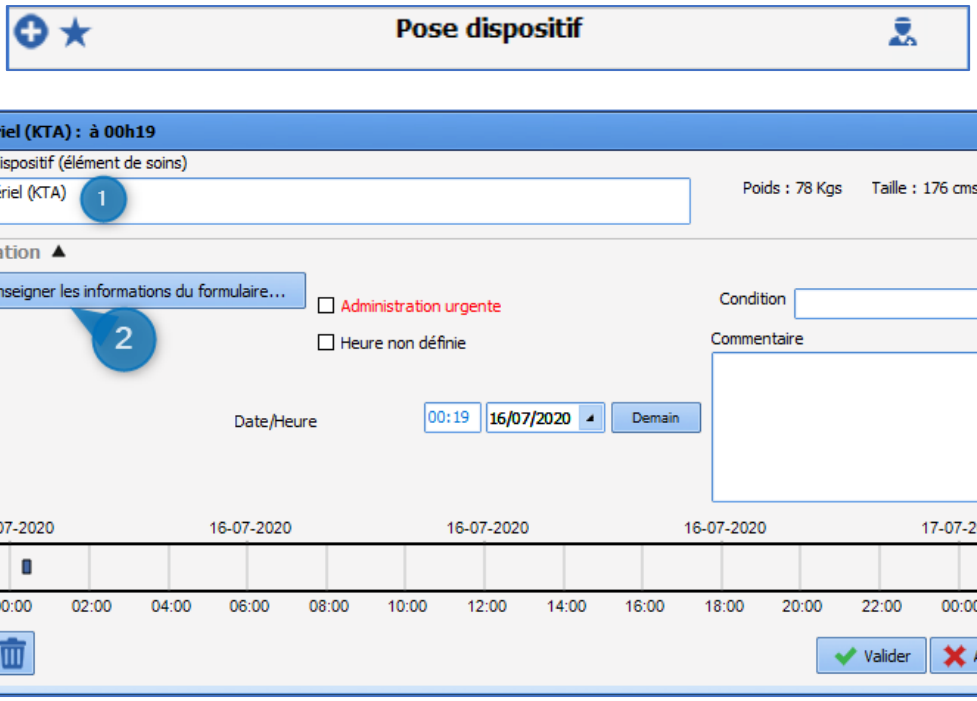
Selon le mode (1) choisi il est possible de prescrire une ventilation alternée (2) avec de la VNI par exemple. Il vous est alors possible d'indiquer deux interfaces différentes en (1) et en (3), et d'indiquer le rythme d'alternance souhaité (4).

Dans cette configuration la Planification (5) s'applique au mode de fond qui est déterminé dans la partie gauche de la fenêtre.

5.7.7 La prescription des dispositifs médicaux (pose et retrait)

5.7.7.1 Ajout d'un élément de soin via l'onglet de prescription

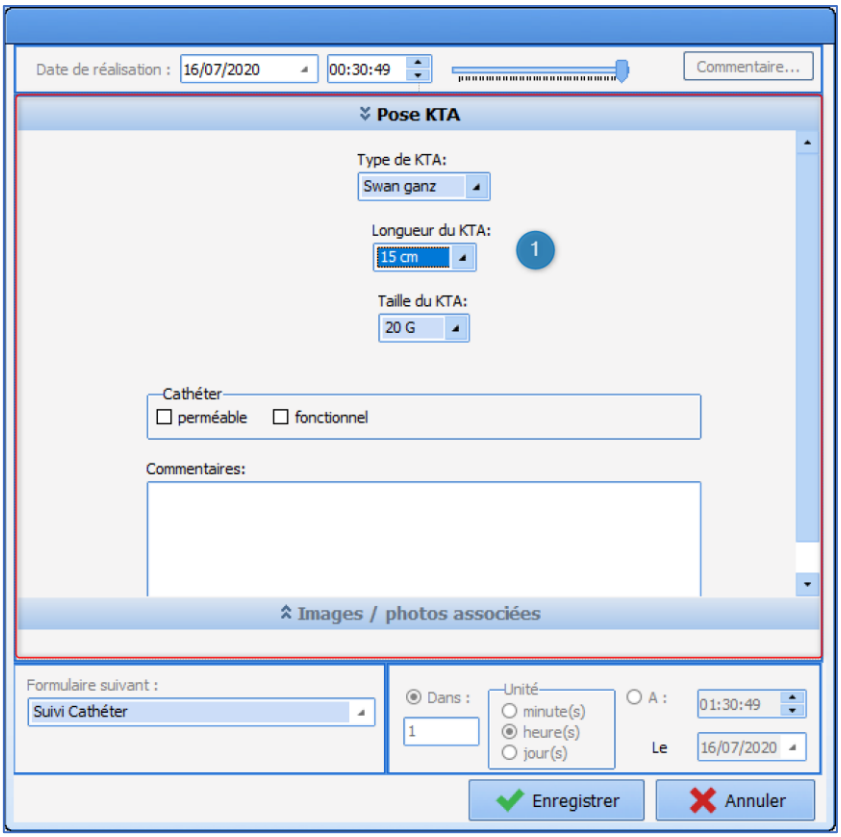
La prescription d'une pose se fait depuis le champ **Ajout de dispositif (élément de soins)** dans l'onglet **Prescription**.



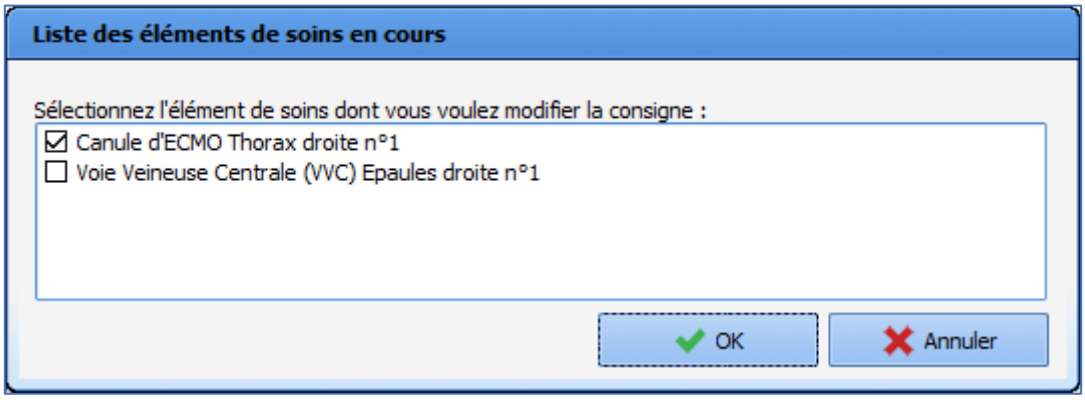
Zone 1 : Zone de saisie du dispositif : Zone permettant de renseigner l'insertion désirée.

- Cliquez dans la zone et taper les premières lettres. Une liste s'ouvre, proposant les dispositifs disponibles. (Un double-clic dans cette zone **(1)** vous ouvre la liste complète des dispositifs).
- Sélectionnez le dispositif souhaité. Ici KT Artériel.

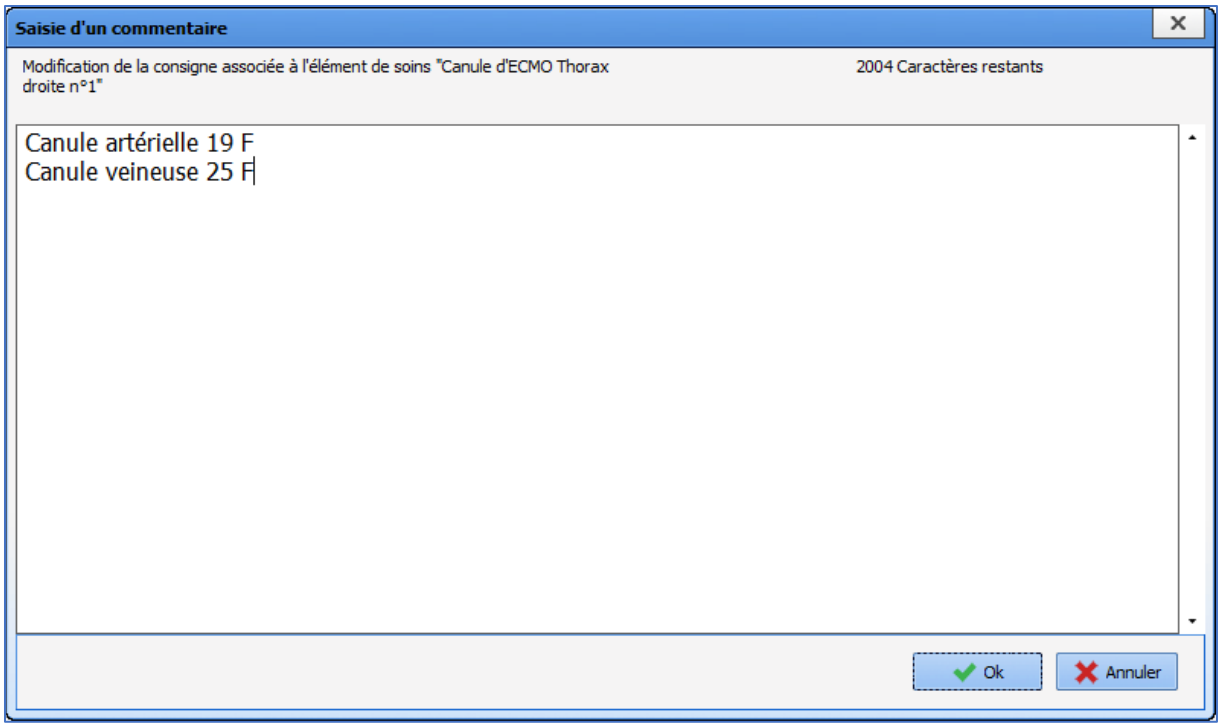
Zone 2 : Bouton d'appel du formulaire de pose : Il vous est possible depuis la prescription de renseigner le formulaire initial permettant d'indiquer les détails concernant l'élément de soin.
Seul le formulaire est saisissable. **(1)**, encadré en rouge.



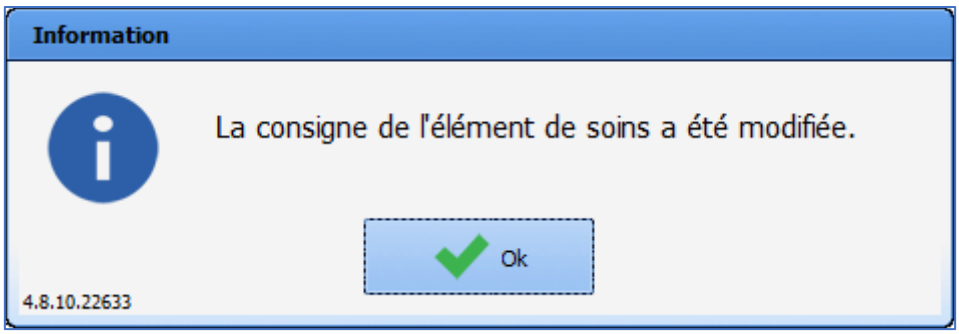
Il est possible de modifier la consigne en cliquant sur le bouton  . Cela affiche une fenêtre listant les différents éléments de soins en cours.



La sélection de l'élément de soin à modifier ouvre une fenêtre avec une zone de saisie multiligne permettant de saisir la nouvelle consigne (à l'ouverture, la fenêtre affiche la consigne saisie précédemment).

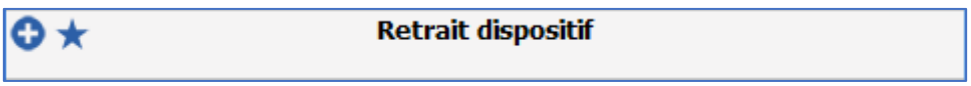


Après avoir cliqué sur le bouton **Ok**, une fenêtre confirme que les modifications ont bien été prises en compte.



5.7.7.2 Retrait d'un élément de soin via l'onglet de prescription

La prescription de l'ablation d'un dispositif se fait depuis le champ dédié **Retrait de dispositif (élément de soins)** de l'onglet **Prescription** .

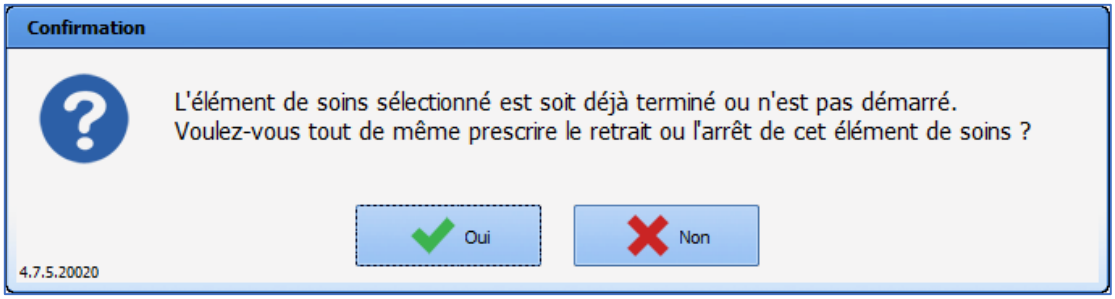


La fenêtre permettant la prescription d'un retrait est identique à celle de pose. L'utilisation est la même.

- Saisissez dans la zone de recherche **(1)** le type de dispositif pour lequel vous souhaitez indiquer le retrait. Sélectionnez-le dans la liste des propositions.
  Ou double-cliquez dans la zone de recherche, seuls les éléments de soins possédant un formulaire de retrait vous seront proposés.
- Pré renseignez ou non le formulaire de retrait. **(2)**
- Indiquer la date / heure de retrait.

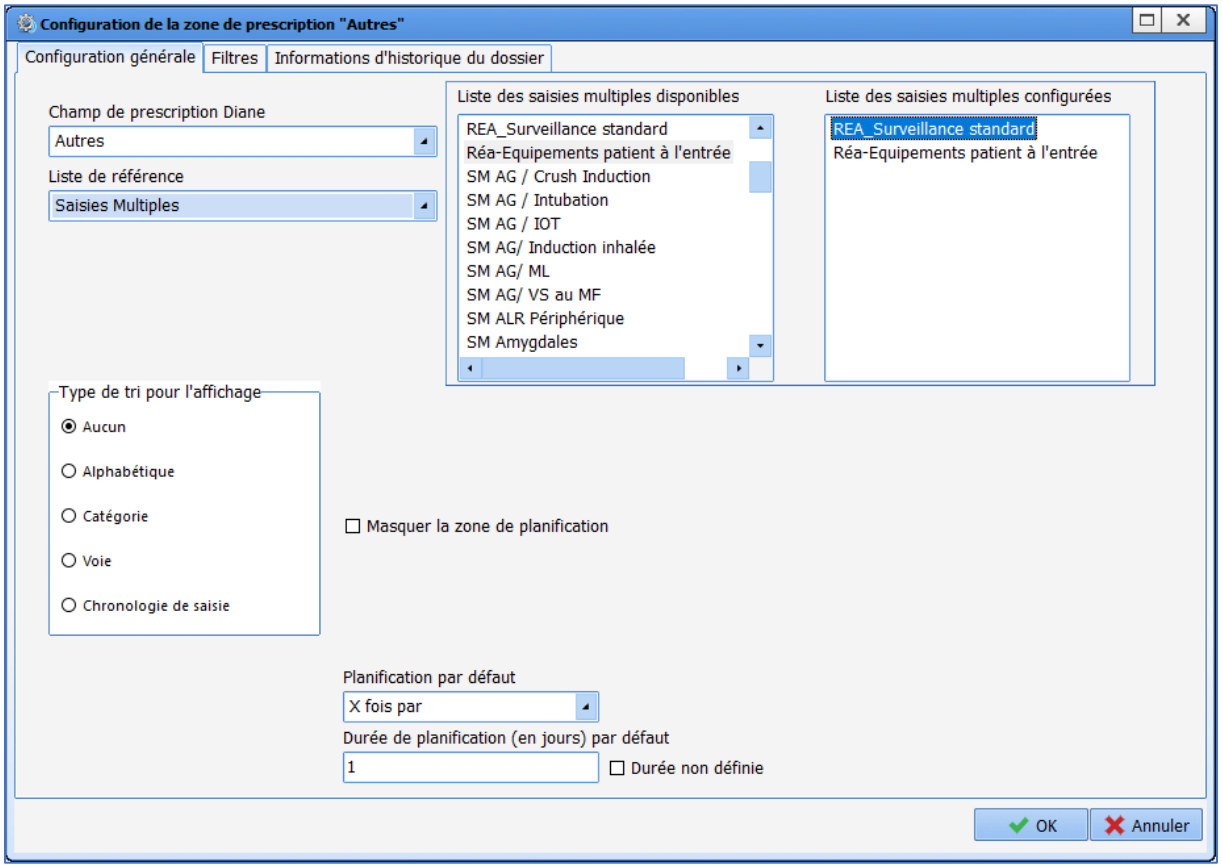
- Validez votre prescription en cliquant sur le bouton.

REMARQUE : Un avertissement s'affiche si le retrait prescrit renvoie à un élément de soins déjà terminé ou non démarré.

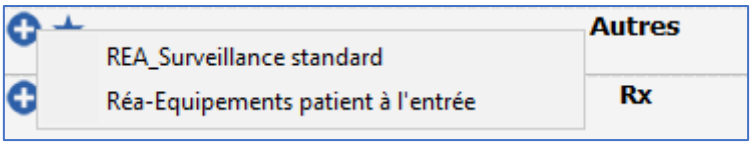


5.7.8 La prescription de saisies multiples

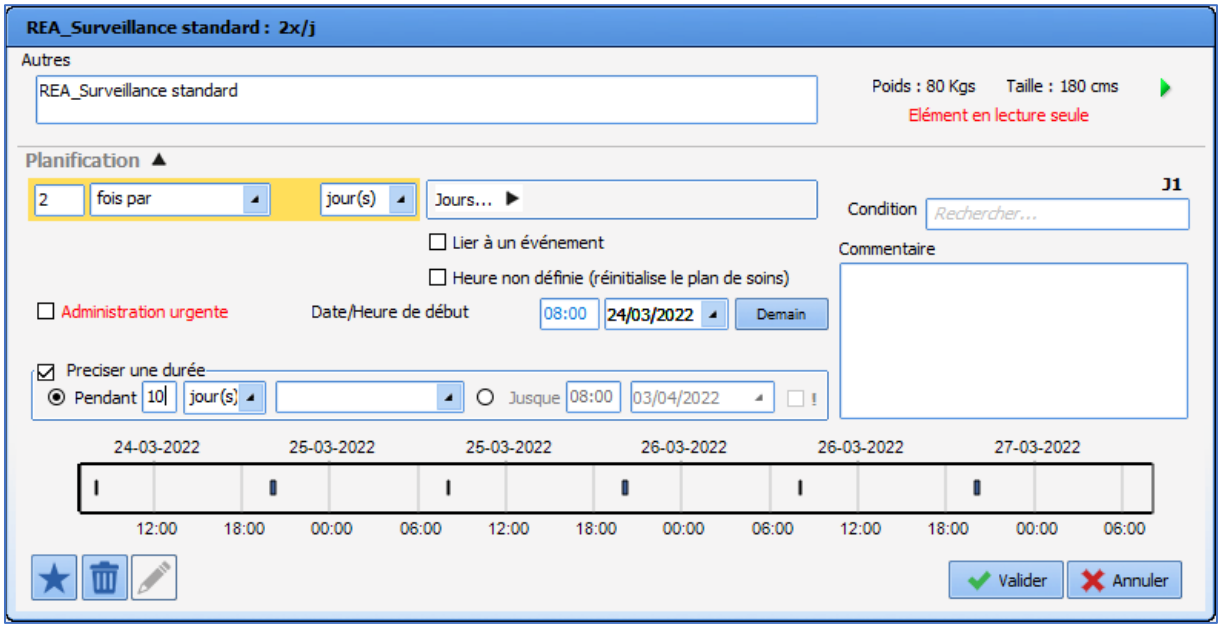
Il est possible de prescrire des saisies multiples avec un champ de prescription ayant pour liste de référence **Saisies multiples** :



Le clic sur le bouton lié au champ de prescription propose la liste des saisies multiples configurées pour ce champ de prescription :



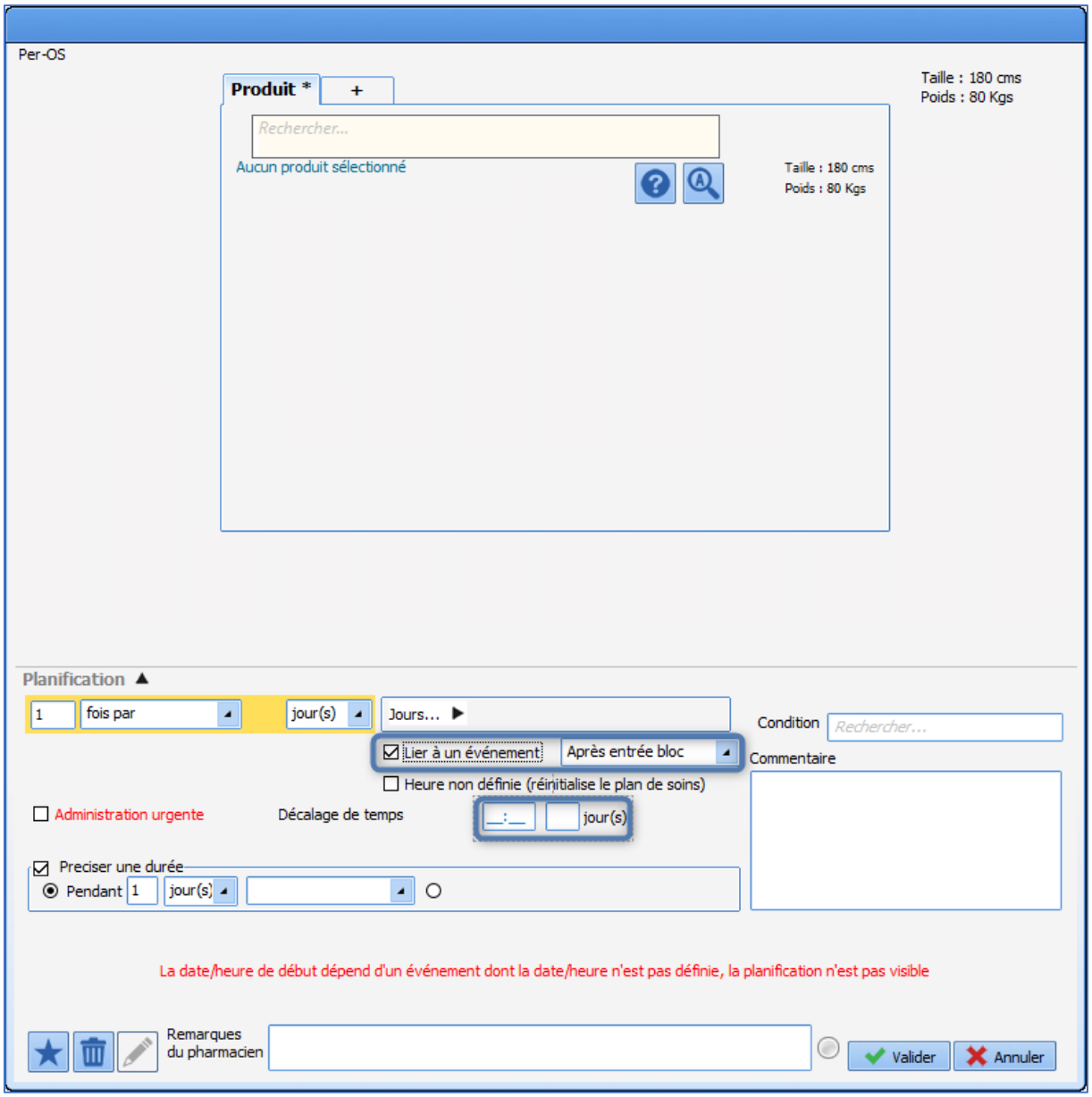
La sélection d'une saisie multiple permet, par le biais de la fenêtre de prescription classique, de planifier sa saisie :



Comme pour les autres champs de prescriptions, il est nécessaire de signer la prescription afin qu'elle se répercute dans le plan de soin.

5.7.9 Prescription liée à un événement

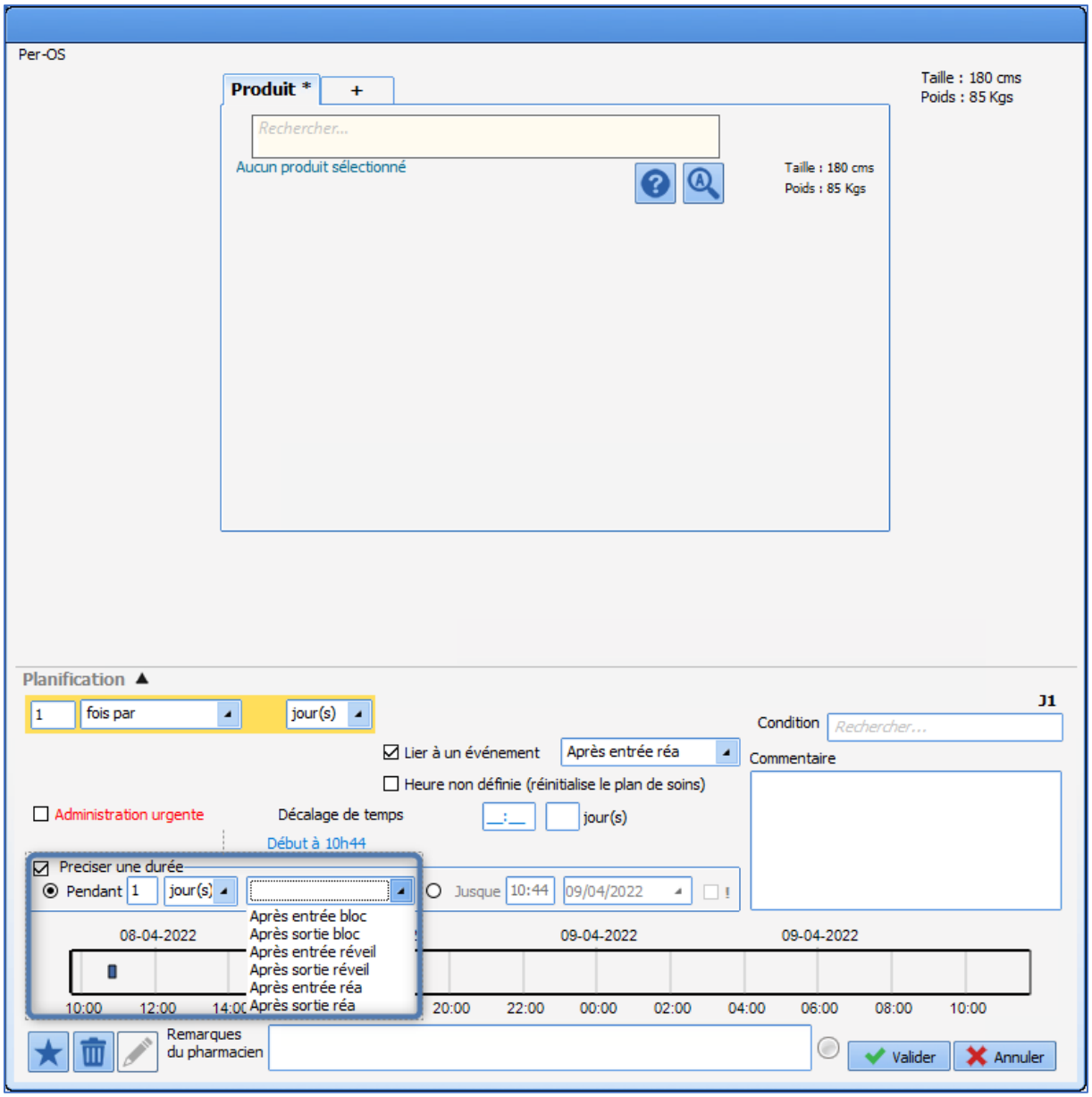
La date/heure d'une prescription peut être liée à un événement (entrée ou sortie de bloc, entrée ou sortie de réveil ou entrée ou sortie de réa). Il est possible d'indiquer une durée en heures/minutes et/ou en jours.



Dans le cas d'une prescription hospitalière, l'événement référence n'a pas encore eu lieu, la planification n'est donc pas affichée dans la fenêtre de prescription.

La date/heure de début dépend d'un événement dont la date/heure n'est pas définie, la planification n'est pas visible

Il est également possible de lier la durée aux mêmes événements :

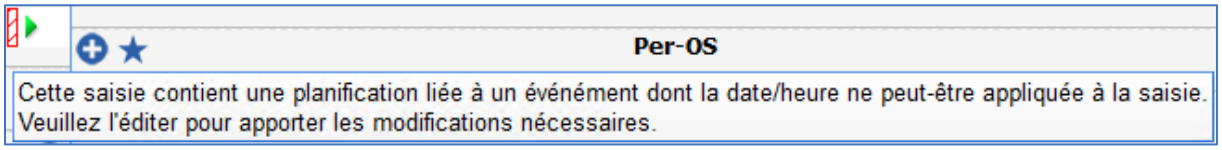


Si l'événement est modifié ou réalisé, un message informe de la mise à jour de la date dans la prescription :



Si un événement du même type a déjà eu lieu, la prescription est liée à un événement futur. Par exemple, un dossier est repris en bloc après un passage en réveil : si une prescription est liée à l'entrée ou à la sortie de bloc, c'est la date/heure de reprise de bloc qui sera prise en compte et non la date/heure du premier passage en bloc.

Si, la date de fin de planification d'une prescription est antérieure à la date de début, le marqueur est alors hachuré et le conseil à la souris indique que la date/heure associée à l'événement n'a pu être appliquée et qu'il faut modifier la saisie manuellement pour la corriger.



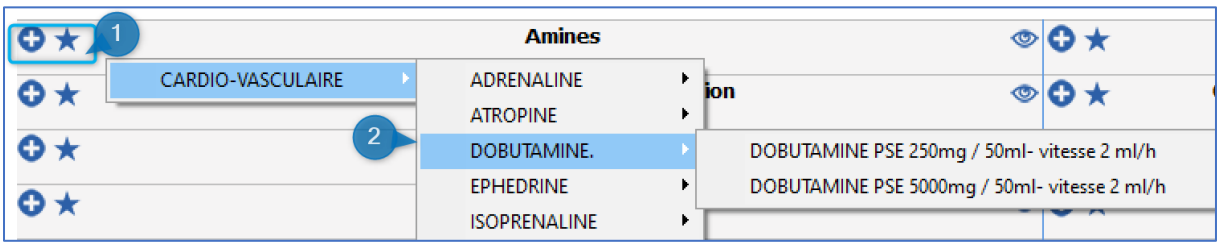
5.7.10 Les favoris de prescription

Afin de faciliter la saisie des prescriptions, plusieurs raccourcis ont été pensés dans l'application.

- Les « favoris » : qui sont des prescriptions pré renseignées disponibles pour chaque champ.
- Les **Prescrire un protocole** : qui sont des protocoles permettant en un clic de renseigner un ensemble de prescriptions dans différents champs.
- Les **Remplacer la prescription actuelle** : qui permettent de remplacer les prescriptions en cours par un nouveau protocole.

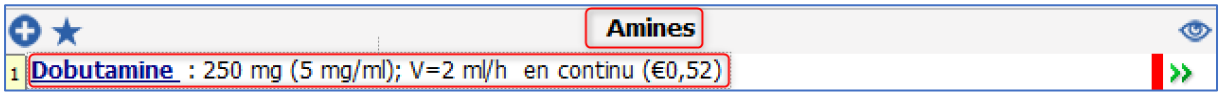
Utilisation d'un favori :

Les favoris sont paramétrés par champ de prescription. Ce qui permet de limiter la liste des suggestions.



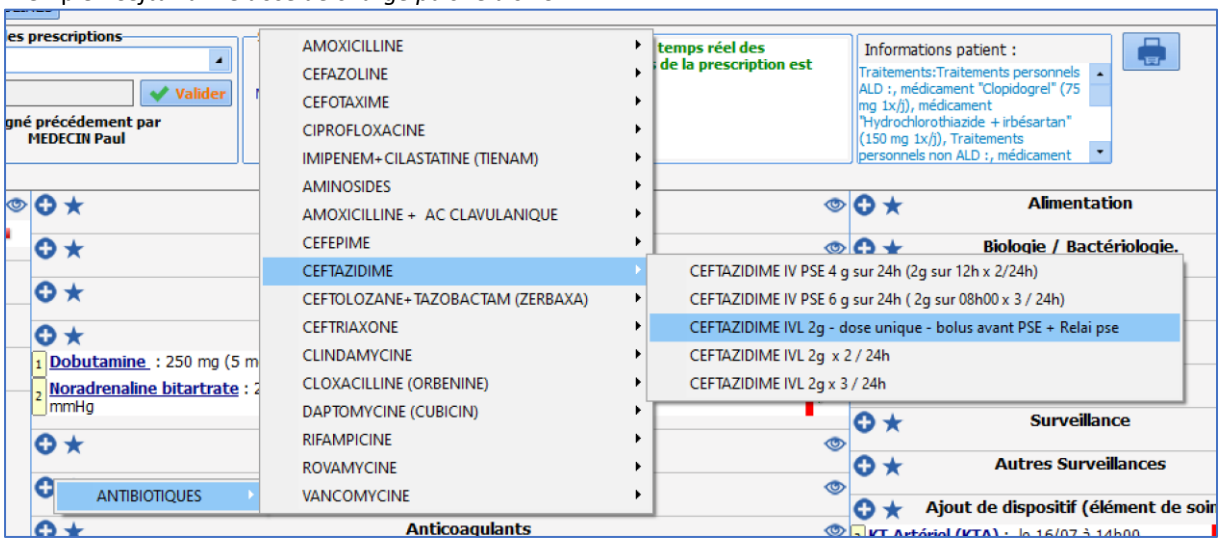
- **Zone (1) :** Zone d'édition du favori : Editez le menu des favoris accessibles sur le champ. Pour cela deux possibilités :
  - Clic gauche sur l'étoile
  - Clic droit sur le plus

- **Zone (2) :** Le menu des favoris : la liste de favoris disponibles pour le champ s'ouvre. Ici, dans l'exemple, nous sommes positionnés sur le champ **Amines** je n'ai donc que des favoris appartenant au champ **Amines** qui me sont proposés.
- Au clic, sélectionnez le favori que vous souhaitez prescrire. Le favori est automatiquement renseigné dans le champ.

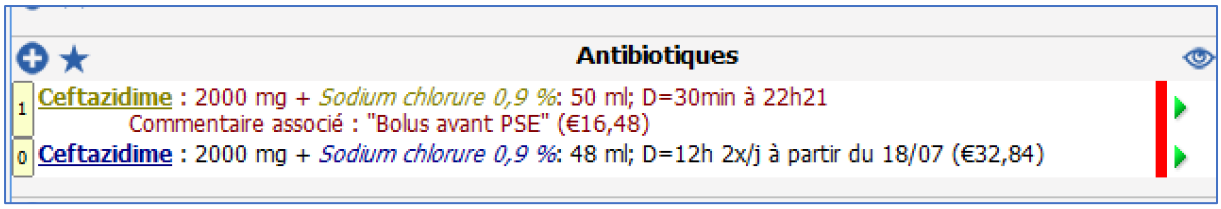


- Si vous souhaitez modifier la prescription générée par le favori, ou en contrôler le contenu : Cliquez sur la ligne du produit, vous ouvrirez ainsi la fenêtre de prescription.

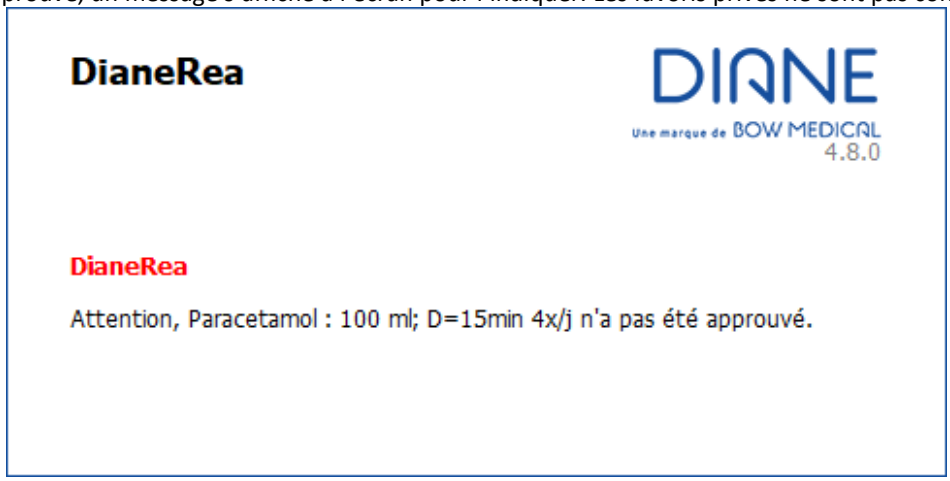
Notez qu'il est possible par le biais d'un seul favori de prescrire plusieurs lignes de prescriptions dans le même champ.
Exemple : *Ceftazidime dose de charge puis relais PSE*



- Sélectionnez le favori. Ici CEFTAZIDIME IVL 2G -dose unique- avant PSE puis Relais PSE.
- Le favori se charge automatiquement en deux lignes distinctes de prescription.
  Une première reprenant la prescription de la dose de charge, celle-ci paramétrée en dose unique afin de ne pas être reconduite.
  La seconde intégrant le relais PSE, avec un début prévu avec un décalage de temps de 12 heures, qui sera donc disponible sur le plan de soins 12 heures plus tard afin que le relais soit respecté, et que l'administration ne soit pas en simultané.

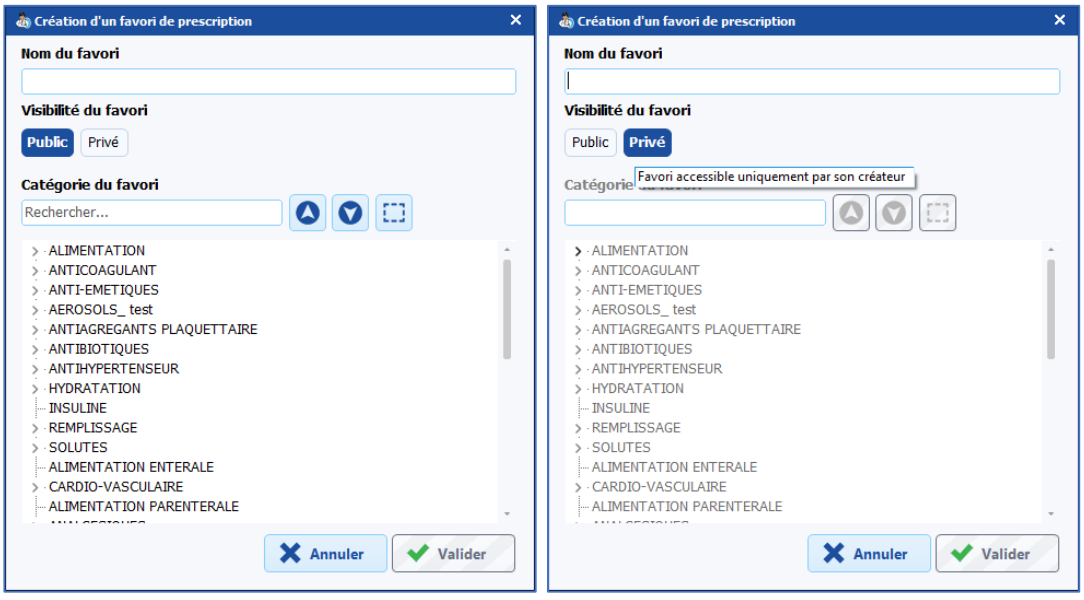


Les favoris publics sont soumis à l'approbation d'un référent possédant le droit de les approuver. Lorsqu'un favori n'est pas approuvé, un message s'affiche à l'écran pour l'indiquer. Les favoris privés ne sont pas concernés.



Création d'un favori :

En utilisation, un favori (public ou privé) peut être créé à partir d'une prescription grâce au bouton  .

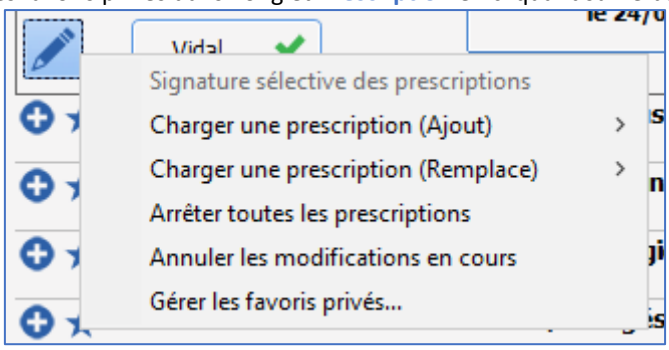


Pour les favoris publics (disponibles pour tout utilisateur ayant le droit de prescrire), il est possible de spécifier une catégorie.

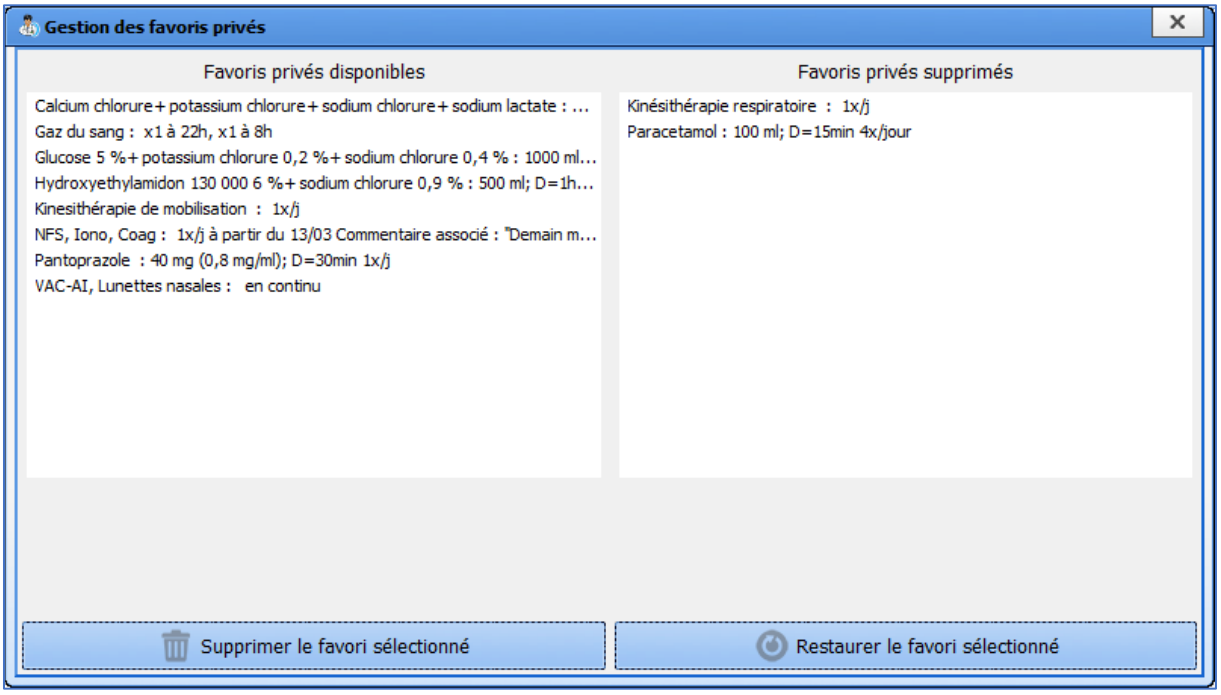
Rappel : les favoris privés ne sont visibles et utilisables que par l'utilisateur l'ayant créé.

5.7.10.1 Gestion des favoris privés

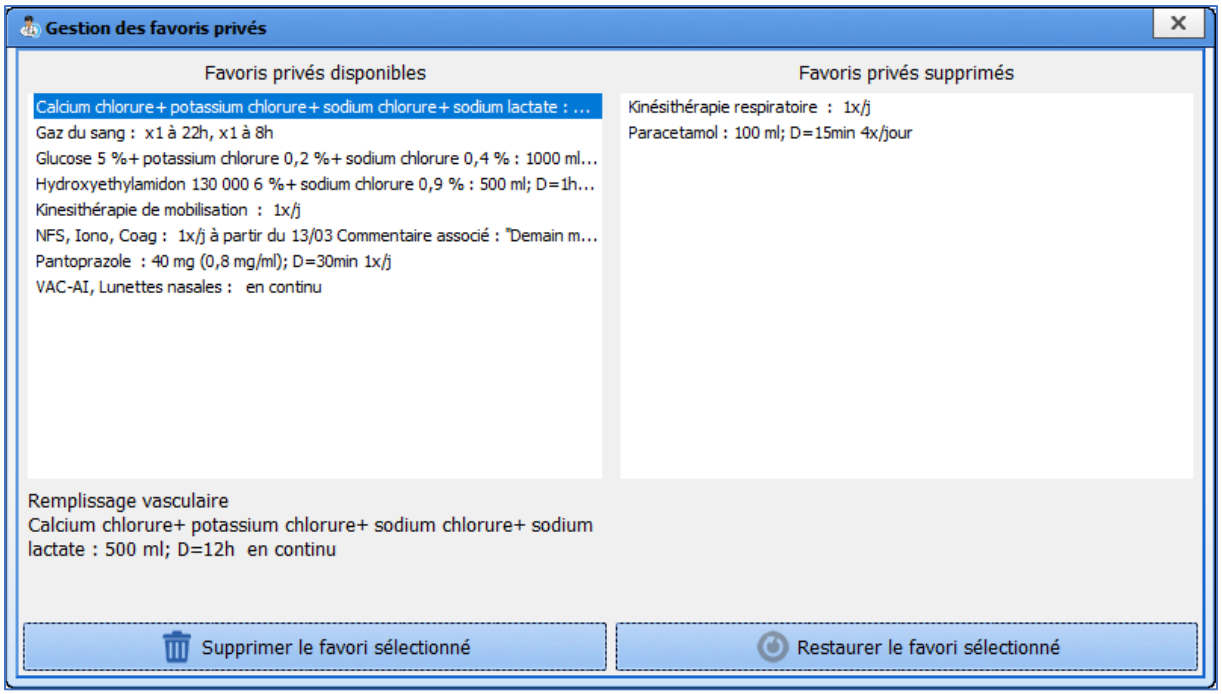
L'utilisateur peut gérer ses favoris privés dans l'onglet **Prescription** en cliquant sur le bouton  .



La fenêtre Gestion des favoris privés permet de supprimer facilement des favoris privés, ou de restaurer un favori préalablement supprimé.



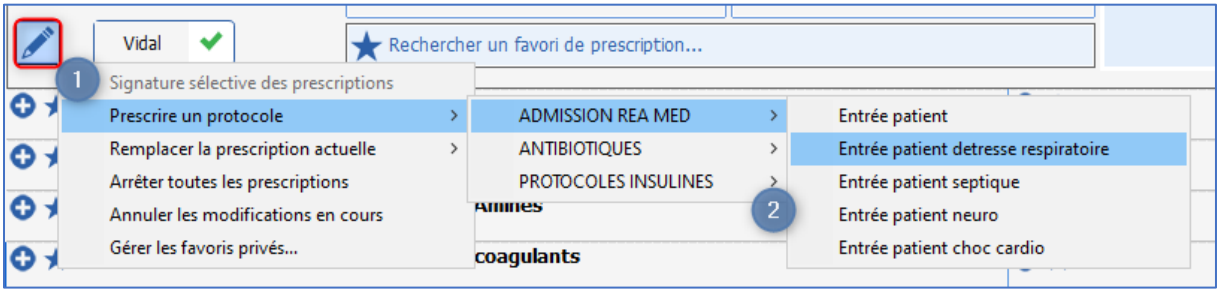
Lorsqu'un favori privé est sélectionné dans la liste, le nom du champ de prescription associé et le résumé sont affichés pour vérifier qu'il s'agit bien du favori privé que l'on souhaite supprimer ou restaurer.



5.7.11 Les protocoles de prescription

L'application permet également de prescrire des favoris de prescriptions dans plusieurs champs différents en un seul clic. Cette saisie s'effectue par le bouton  situé en haut à gauche de l'onglet de prescription.

Prescrire un protocole : cette option permet à l'aide de protocoles pré-enregistrés de saisir des favoris de prescriptions dans plusieurs champs de prescriptions à la fois.



Zone (1) : Bouton « crayon »  : zone permettant d'accéder au menu de prescription des protocoles.

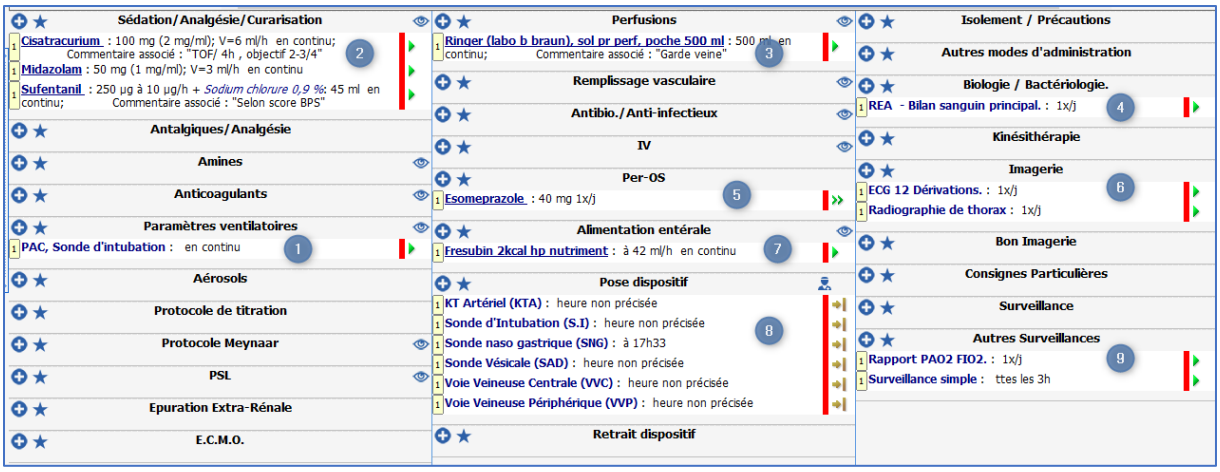
- Cliquer sur le bouton crayon.
- Sélectionner l'option **Prescrire un protocole**, le menu de prescription des protocoles se déploie. (2)
- Cliquer sur le protocole que l'on souhaite prescrire.
- Une fenêtre répertoriant l'ensemble des champs de prescription du protocole s'affiche.



- Il est possible de modifier ou vérifier les favoris en cliquant sur le bouton .
- Il est possible de ne pas charger une ligne du protocole en cliquant sur le bouton .



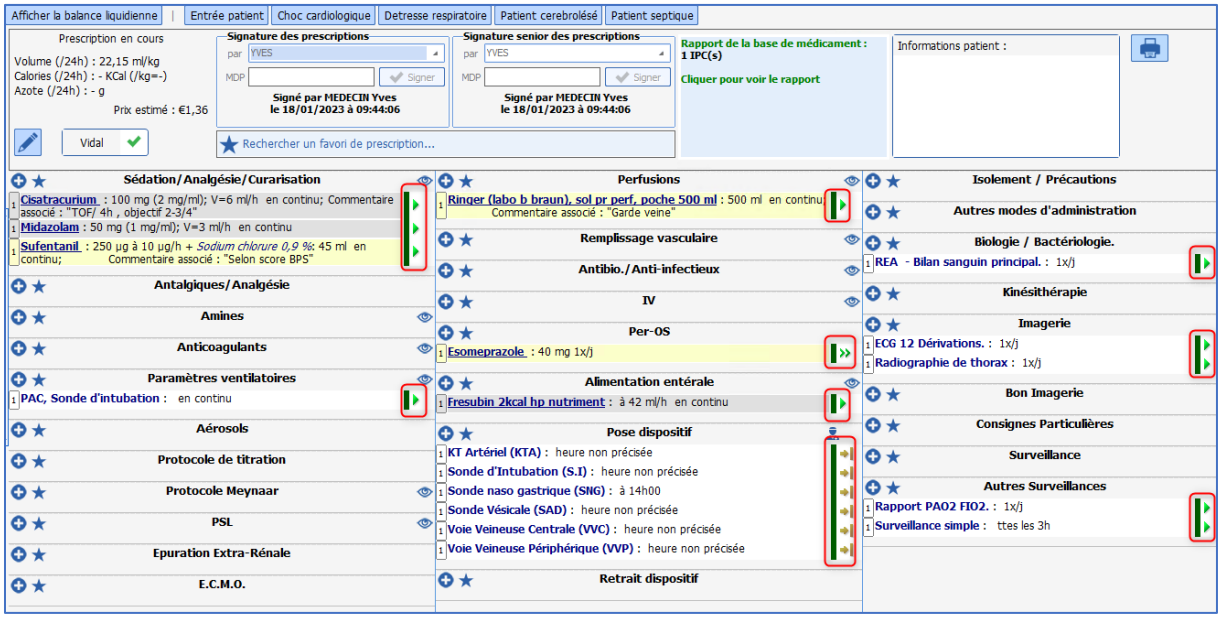
Exemple : *Prescrire un protocole / ADMISSION REA MED / Entrée patient détresse respiratoire.*



Dans cet exemple, l'appel du protocole a permis à la fois de prescrire
_ Des thérapeutiques : dans le champ **Perfusions** (3), dans le champ **Sédation / Analgésie/ Curarisation**(2) , dans le champ **Per-Os** (5), dans le champ **Alimentation entérale** (7).
_ Des surveillances et consignes : dans le champ **Biologie / Bactériologie** (4), dans le champ **Imagerie** (6), **Autres surveillances** (9)et dans le champ **Consignes particulières** (1).
_ La ventilation du patient : dans le champ **Paramètres ventilatoires** (1).
_ La pose de dispositifs : dans le champ **Pose dispositif** (8).

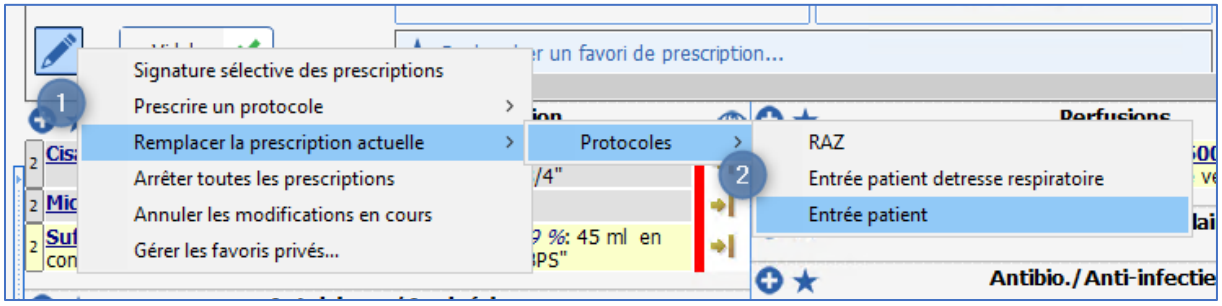
Remplacer la prescription actuelle : Cette option, comme son nom l'indique va venir « remplacer » les prescriptions en cours.
Les prescriptions actuelles passent alors à l'état arrêté, et ne seront donc plus actives sur le plan de soins dès l'instant où la prescription sera signée.

Exemple *: dans l'exemple précédent, le protocole Entrée patient détresse respiratoire a été prescrit... Il est remplacé par le protocole Entrée patient (**Remplacer la prescription actuelle** / Protocoles / Entrée patient*



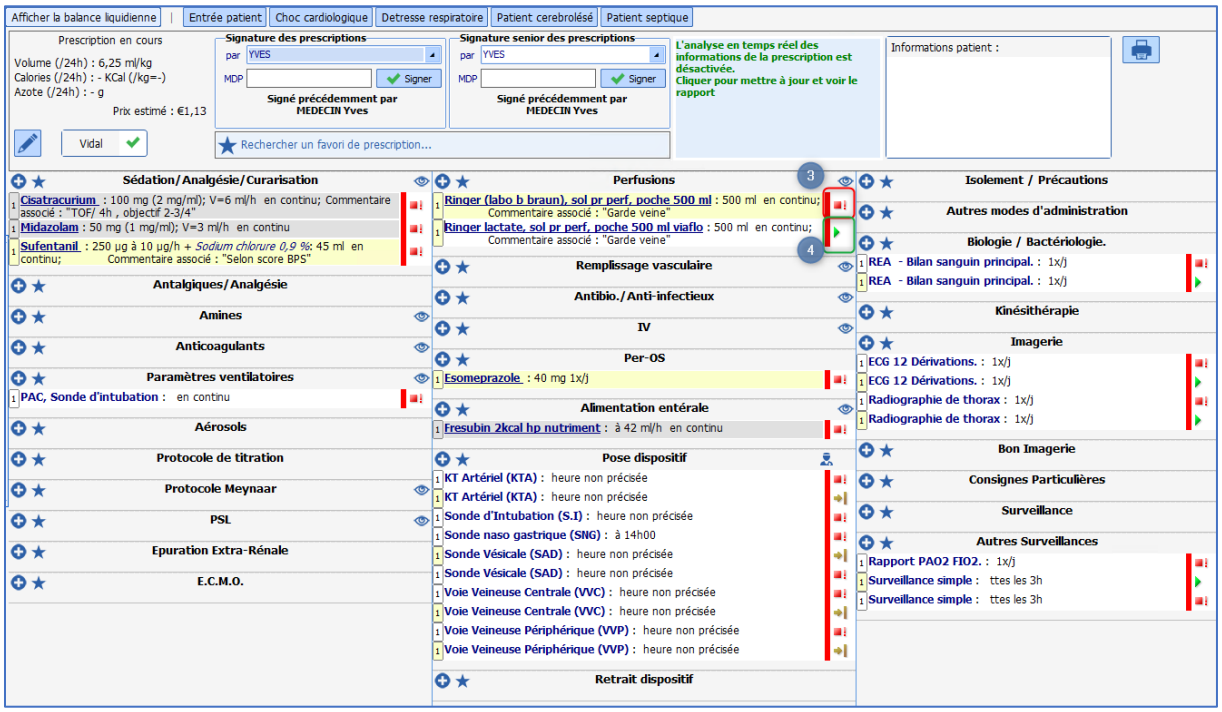
Dans la capture ci-dessus, toutes les lignes de **prescriptions sont en cours**. Elles sont **visibles sur le plan de soins. (Zone encadrée en rouge).**

Nous allons maintenant ***Remplacer la prescription actuelle*** : Admission patient non intubé.



Zone **(1)** : Bouton « crayon »  : zone permettant d'accéder au menu de prescription des protocoles.

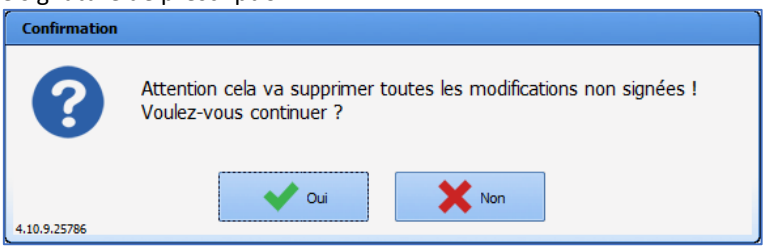
- Cliquer sur le bouton crayon.
- Sélectionner l'option **Remplacer la prescription actuelle**, le menu des prescriptions (Remplace) se déploie. **(2)**
- Cliquer sur le protocole que l'on souhaite prescrire (**Entrée patient**).
- Une fenêtre répertoriant l'ensemble des champs de prescription du protocole s'affiche.
- Il est possible de modifier ou vérifier les favoris en cliquant sur le bouton  .
- Il est possible de ne pas charger une ligne du protocole en cliquant sur le bouton  .
- Les prescriptions en cours sont toutes marquées comme étant arrêtées. **(3)**
- Le protocole choisi se charge automatiquement. Il vient donc **Remplacer** les prescriptions précédentes. **(4)**



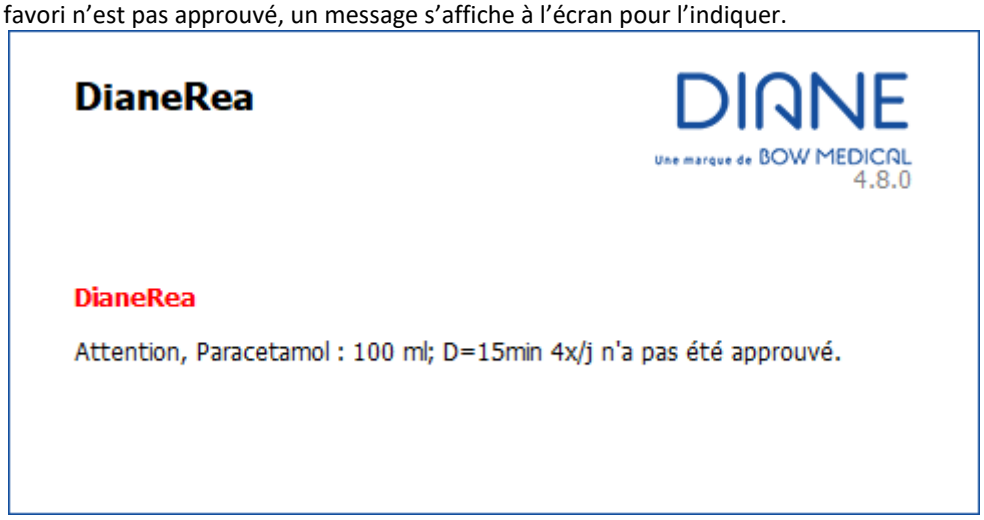
Le bouton crayon donne accès à d'autres options :

- **Arrêter toutes les prescriptions** : Permet d'arrêter immédiatement toutes les prescriptions en cours.

- **Annuler les modifications en cours** : permet d'effacer toutes les modifications faites depuis la dernière signature de prescription.



Les protocoles de prescriptions sont soumis à l'approbation d'un référent possédant le droit de les approuver. Lorsqu'un favori n'est pas approuvé, un message s'affiche à l'écran pour l'indiquer.



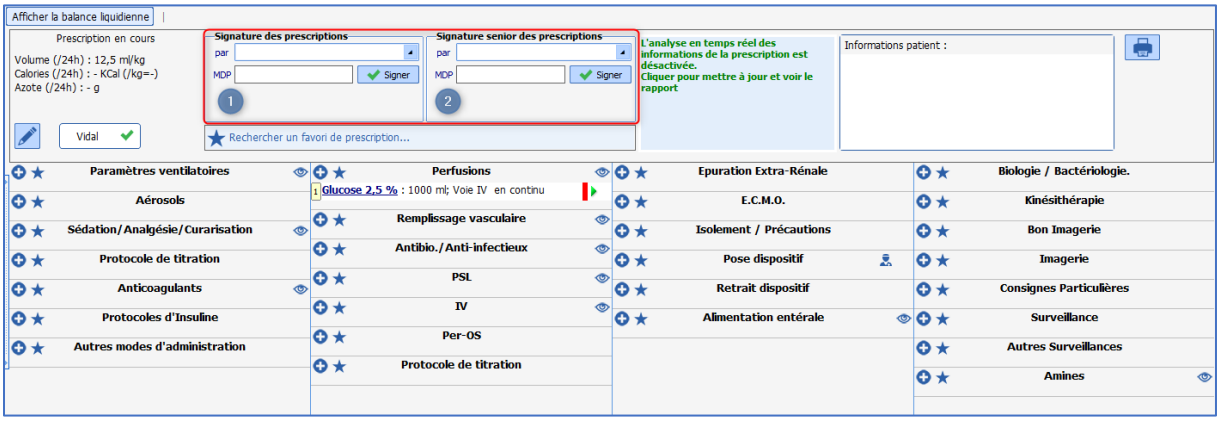
5.7.12 Validation et signature de la prescription

La posologie n'est pas prise en compte sans une signature préalable des prescriptions. Cette signature engage la responsabilité du médecin signataire : il doit donc vérifier que la saisie est correcte.
Lors de la signature, le *rapport de la base de données sur les médicaments* s'affiche et met en évidence d'éventuels problèmes de posologie (surdosage, sous-dosage, dépassement de durée, …), d'interactions, de redondance ou d'allergies.
Si le médecin valide la prescription malgré les avertissements du rapport, les lignes des prescriptions passent dans une couleur spécifique pour indiquer le problème.



5.7.12.1 Signature de l'ensemble des prescriptions

Pour qu'une prescription soit effective et visible sur le plan de soins, il est **IMPERATIF** de la **SIGNER**.
Pour cela, il faut renseigner le login et le mot de passe dans le composant de **Signature des prescriptions** qui est situé dans le bandeau de l'onglet de prescription.

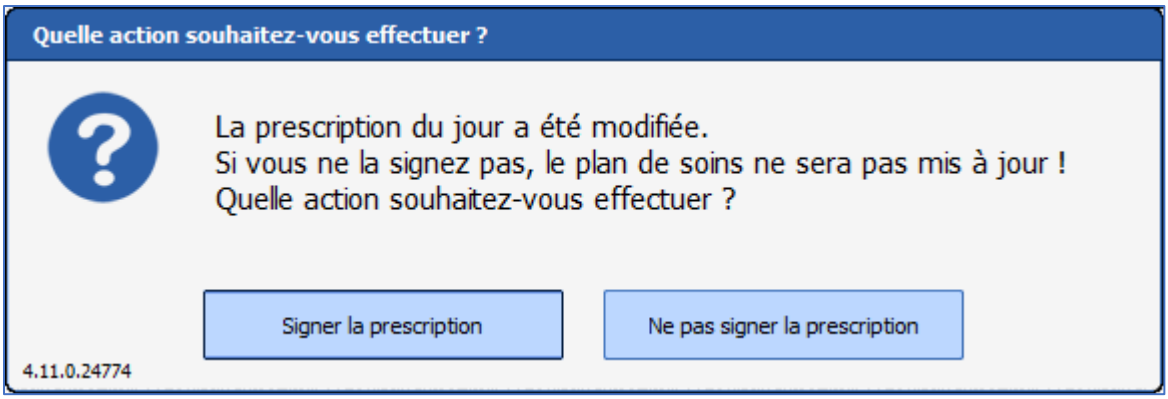


Deux composants sont disponibles afin de permettre la signature (1) et la contre-signature du médecin sénior (2) dans le cadre de prescriptions réalisées par un interne en médecine.

Différentes options de droits sont possibles en ce qui concerne la prescription et la signature.

- **La prescription sans signature autorisée** : l'interne peut prescrire, toutefois le plan de soins ne sera généré qu'à la signature du sénior.
- **La prescription et signature autorisée** : l'interne peut prescrire et signer les prescriptions. Dans ce cas le plan de soins est généré. La contre-signature du sénior viendra elle attestée du contrôle des prescriptions.
- **La prescription et signature autorisée partiellement** : dans ce cas de figure, certaines lignes de prescriptions ne seront visibles sur le plan de soins qu'à la signature du médecin sénior.
  Par exemple : les stupéfiants…

REMARQUE : Lorsqu'une prescription est en cours, elle s'enregistre automatiquement, mais ne génère le plan de soins qu'à la signature.
Afin d'éviter l'oubli de signature, un message d'alerte peut être paramétré pour être affiché au changement d'onglet.



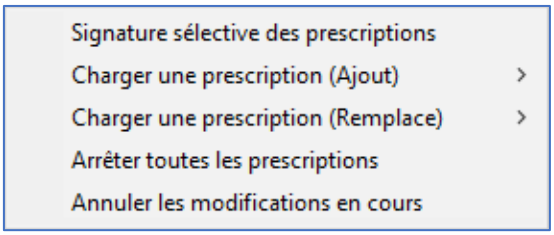
Raccourcis pour la signature des prescriptions

Touche du clavier	Action
F2	permet d'accéder directement au champ **par** (login) du composant **Signature des prescriptions**
F3	permet d'accéder directement au champ **MDP** (mot de passe) du composant **Signature des prescriptions**.
F4	permet d'accéder directement au champ **par** (login) du composant **Signature senior des prescriptions**
F5	permet d'accéder directement au champ **MDP** (mot de passe) du composant **Signature senior des prescriptions**.

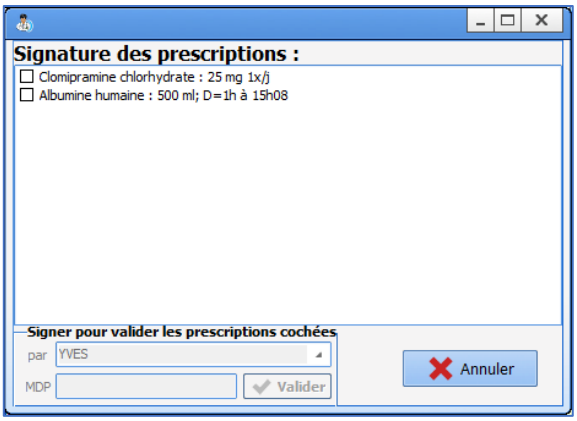
5.7.12.2 Signature sélective des prescriptions

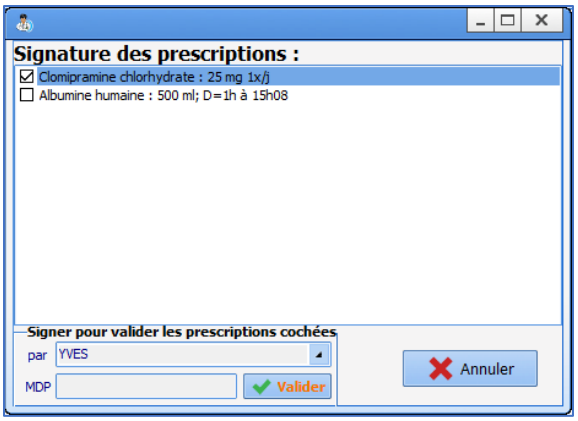
DIANE permet de valider les prescriptions ligne par ligne. L'analyse de la prescription se fait alors en prenant en compte les médicaments dont la prescription a déjà été signée ainsi que ceux en cours de signature : les médicaments sélectionnés pour la signature sélective ne sont pas pris en compte.

Pour accéder à la signature sélective des prescriptions, il faut sur le bouton  de l'onglet **Prescription**. Le menu suivant s'affiche :

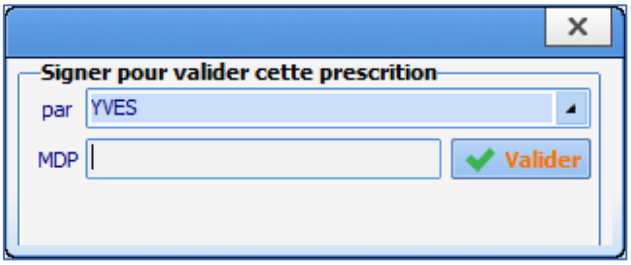


Le clic sur **Signature sélective des prescriptions** affiche le menu ci-dessous. Il suffit alors de cocher les cases des prescriptions à signer : dès qu'au moins une case est cochée, le médecin peut signer en utilisant son identifiant et son mot de passe.





Il est aussi possible de valider les prescriptions ligne par ligne par un clic droit sur une prescription non-signée : une fenêtre de signature s'affiche pour que le médecin saisisse ses identifiants.



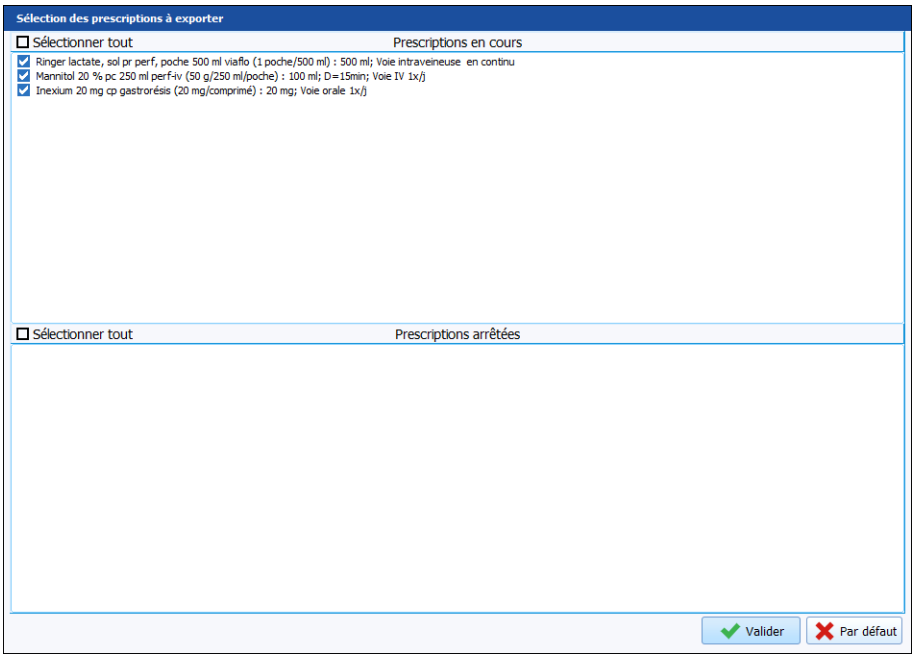
5.7.12.3 Export des prescriptions médicamenteuses

Il est possible d'exporter la prescription médicamenteuse à un logiciel tiers selon différents paramétrages :

- A la signature de celle-ci
- A la fermeture du dossier (selon localisation, bloc, SSPI, réanimation)
- A la clôture du dossier (selon localisation, bloc, SSPI, réanimation)

L'export s'effectue de manière automatique, et silencieuse. Dans le cas où une erreur a lieu au moment de l'export, un message d'avertissement s'affiche, précisant qu'une erreur a eu lieu. Dans ce cas, la prescription n'est pas envoyé au logiciel tiers et la prescription sera à saisir manuellement dans celui-ci.

Par ailleurs, selon paramétrage, il est possible de définir quels éléments de prescription seront envoyés au moment de la signature de celle-ci :

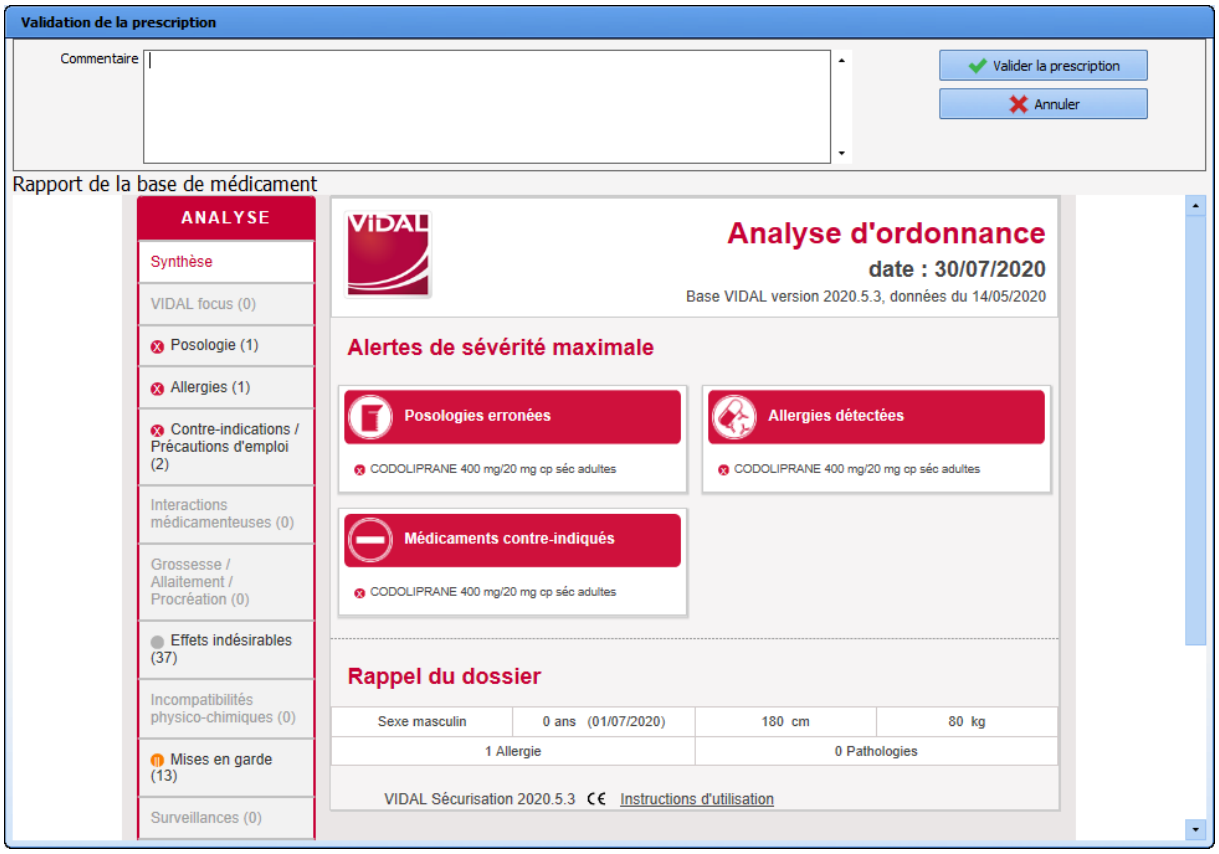


Toutes les prescriptions cochées seront transmis au moment de l'export.

5.7.13 Le rapport de la base de données sur les médicaments

L'application **DIANE** est connectée via une API à une base de données sur les médicaments (Base Claude Bernard ou Vidal selon le choix du centre) et ce afin de sécuriser les prescriptions.
La bonne communication avec la base de données sur les médicaments est signifiée par la présence de l'icône ✔ sur la prescription (Vidal ✔ ou BCB (WS) ✔) et sur l'onglet **Navigation** (Prescriptions / Prescription / Protocoles Médicaux / BCB (WS) ✔ ou Prescriptions / Prescription / Protocoles Médicaux / Vidal ✔). Si toutefois cette icône était rouge ⚠, cela indique un problème de connexion : il est alors **nécessaire** de contacter le service informatique afin de rétablir la connexion.

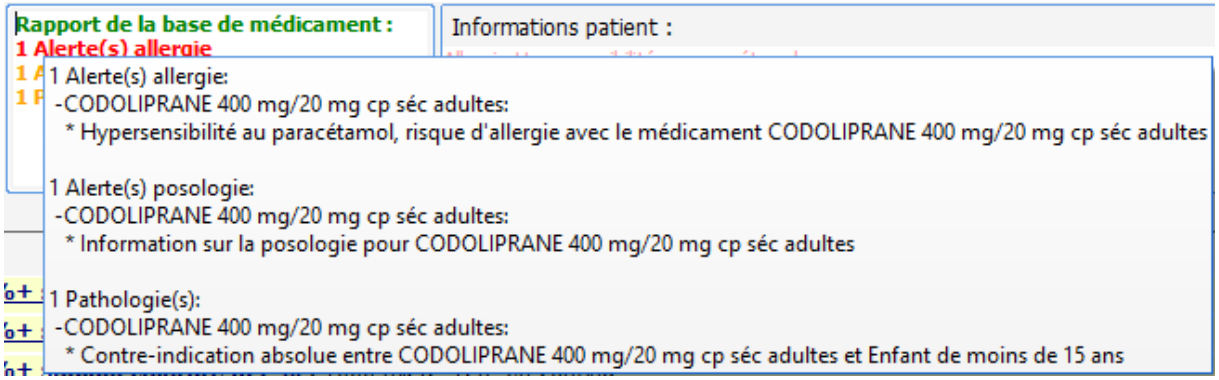
Lors de la signature de la prescription, un rapport complet émis par la base de données sur les médicaments s'ouvre, celui-ci nécessite une validation de votre part acquittant la prise de connaissance du rapport.



Lors du clic sur le bouton **Valider la prescription**, la signature est alors effective et le plan de soins se génère.

Un résumé est toujours visible dans l'onglet **Prescription**, celui-ci indique la présence d'Allergies, d'Interactions…

Au survol de cet encart il est possible d'en visualiser le détail.

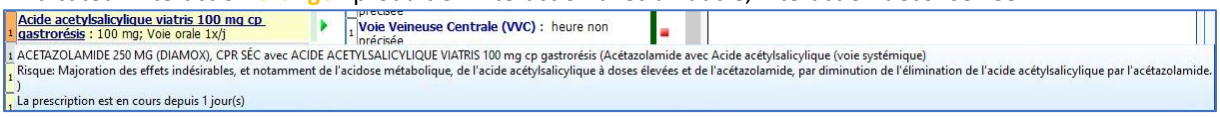


À tout moment, vous pouvez ré afficher le rapport complet en double cliquant sur la zone **Rapport de la base de données sur les médicaments**.

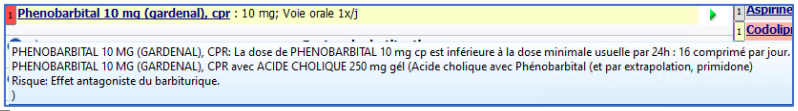
Légende du code couleur :

Rouge : Alertes allergies.
Orange : Alertes de posologies, interactions, contre-indications et pathologies.
Noir : Redondances et précautions d'emploi.

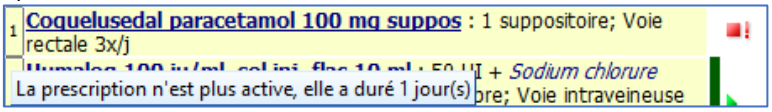
Un code couleur est également appliqué sur la pastille en tête de la ligne de prescription elle-même afin de retrouver facilement le ou les produits ayant déclenchés l'alerte.
La couleur de fond de la ligne prescription reflète le rapport d'analyse médicamenteuse :
- Indicateur interaction orange : produit en interaction avec un autre, interaction déconseillée.



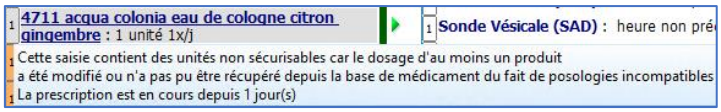
- Indicateur interaction rouge : produit en interaction avec un autre, interaction contre-indiquée.



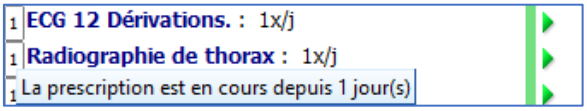
- Indicateur jaune : produit validé.



- Indicateur gris : produit non connu dans la base de données sur les médicaments.

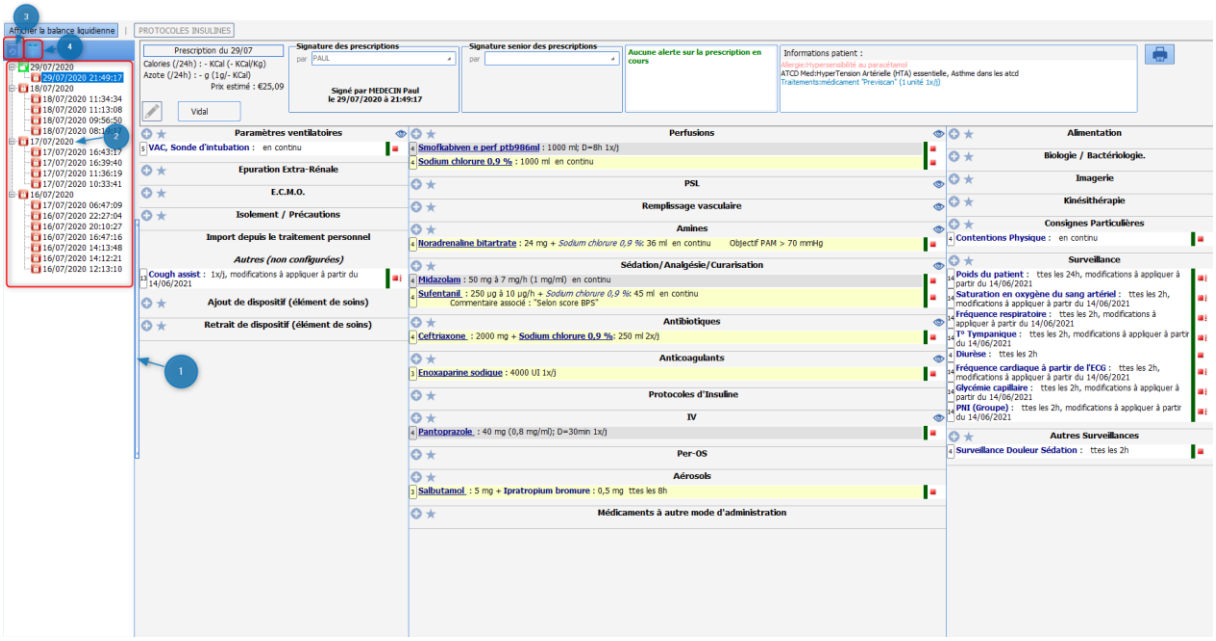


- Indicateur blanc : ligne non prise en compte dans le rapport de la base de données sur les médicaments.



5.7.14 Historique des prescriptions

L'application vous permet facilement de consulter les différents historiques liés à la prescription du patient.

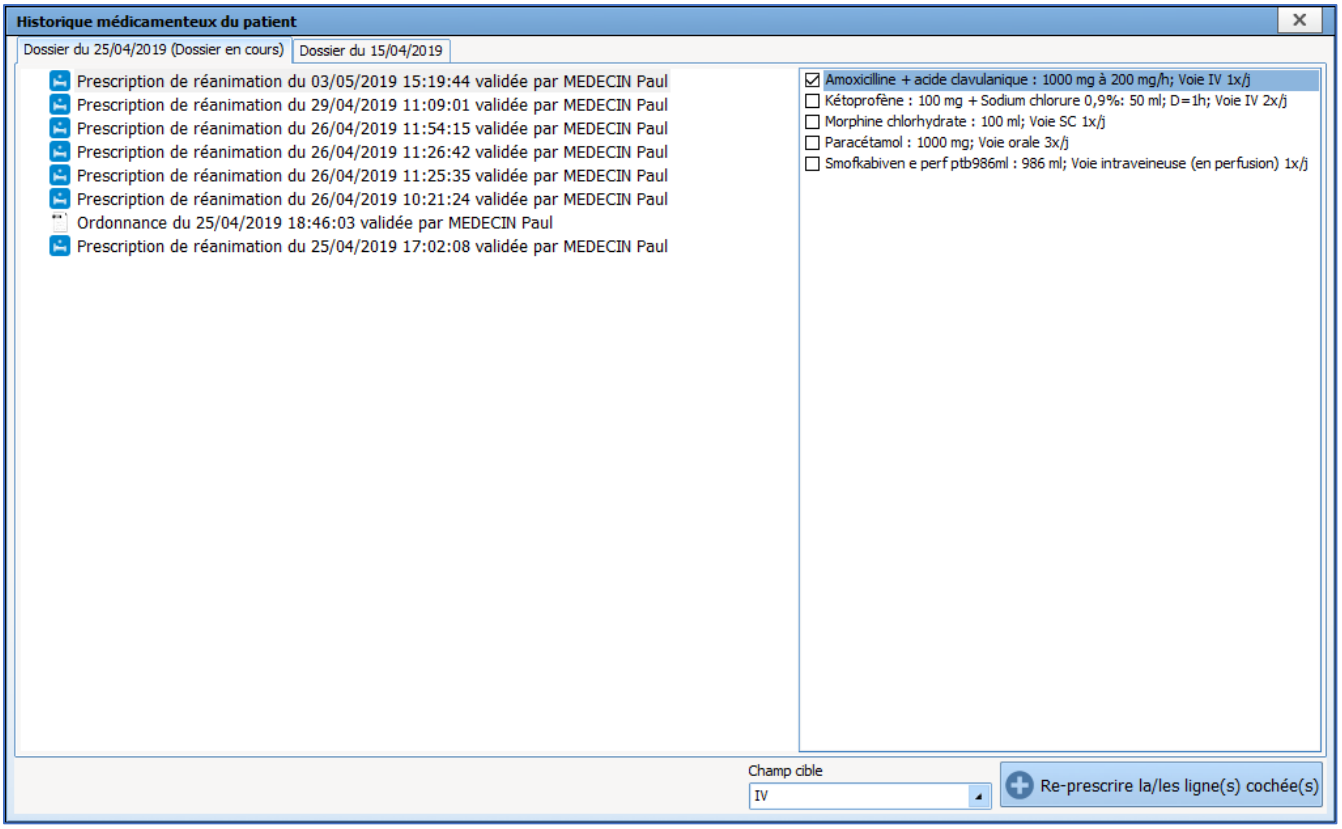


1. Historique des prescriptions :
   Permet de voir les différentes modifications apportées aux prescriptions durant le séjour.
   - Cliquez sur les chevrons situés à gauche de l'onglet de prescription. 1
   - Ouverture de l'historique des signatures par ordre chronologique. 2
   - Sélectionnez la date heure que vous souhaitez consulter
   - La prescription s'affiche alors telle qu'elle était.

Légende des icônes :
Prescription en cours (non signée)
Prescription passée (signée)

5.7.14.1 Historique médicamenteux du patient

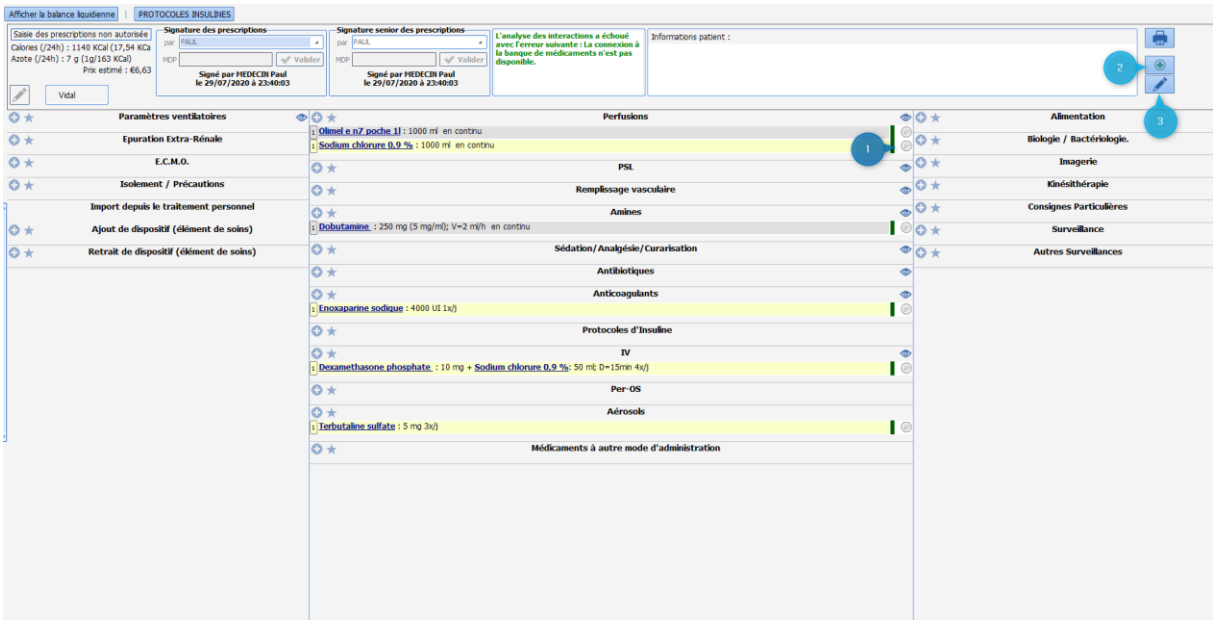
Voir l'historique médicamenteux du patient 3 :
Permet de consulter les différentes prescriptions médicamenteuses faites au patient lors de ses différents séjours.



Voir l'historique des données complémentaires associées aux prescriptions du dossier
Permet d'éditer les informations complémentaires qui ont été saisies lors de la prescription d'antibiotiques et de produits appartenant à la liste en SUS (liste LES).

5.8 Validation pharmaceutique

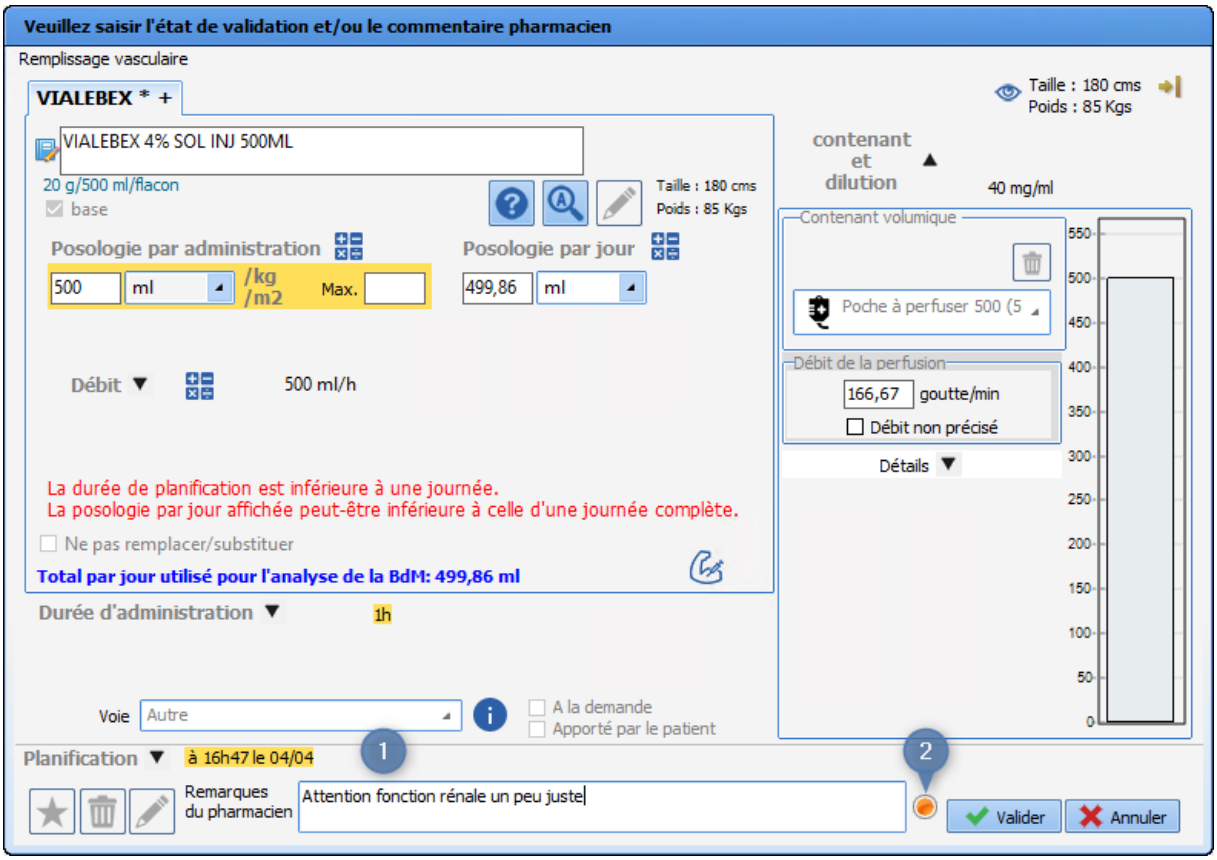
L'application permet la gestion de la validation pharmaceutique. Afin de faciliter celle-ci l'ensemble du dossier est accessible en lecture.



Plusieurs options sont disponibles pour réaliser la validation pharmaceutique.

5.8.1 Validation ligne à ligne

- Cliquez sur la bille grise située en bout de ligne. La bille passe en vert. La ligne de prescription est alors validée.
- Si vous cliquez une seconde fois la fenêtre de prescription s'ouvre, il est alors possible d'ajouter un commentaire dans la ligne prévue à cet effet.
- La saisie d'un commentaire entraine immédiatement le passage de la bille en orange.
- Si vous souhaitez accentuer ce commentaire, il vous est possible de passer la bille en rouge, en cliquant à nouveau dessus.



5.8.2 Validation globale de la prescription

Permet de valider en une fois l'ensemble des lignes de prescriptions.

- Cliquez sur l'icône  situé à droite de l'onglet 2.
- Si toutefois un commentaire est présent sur l'une des lignes celui-ci ne sera pas modifié et la ligne marquée d'une bille orange restera inchangée.

5.8.3 Commentaire global sur la prescription

Permet d'émettre un commentaire sur l'ensemble de la prescription.

- Cliquez sur l'icône  3
- Ajoutez votre commentaire.

5.9 MD Onglet Plan de soins

L'onglet **Plan de soins** permet de renseigner les différentes actions menées auprès du patient tout au long de la journée de réanimation. Il permet également l'affichage des différents paramètres physiologiques et biologiques recueillis.

Dans l'exemple ci-dessous, l'onglet **Plan de soins** est découpé en différents sous-onglets spécifiques :

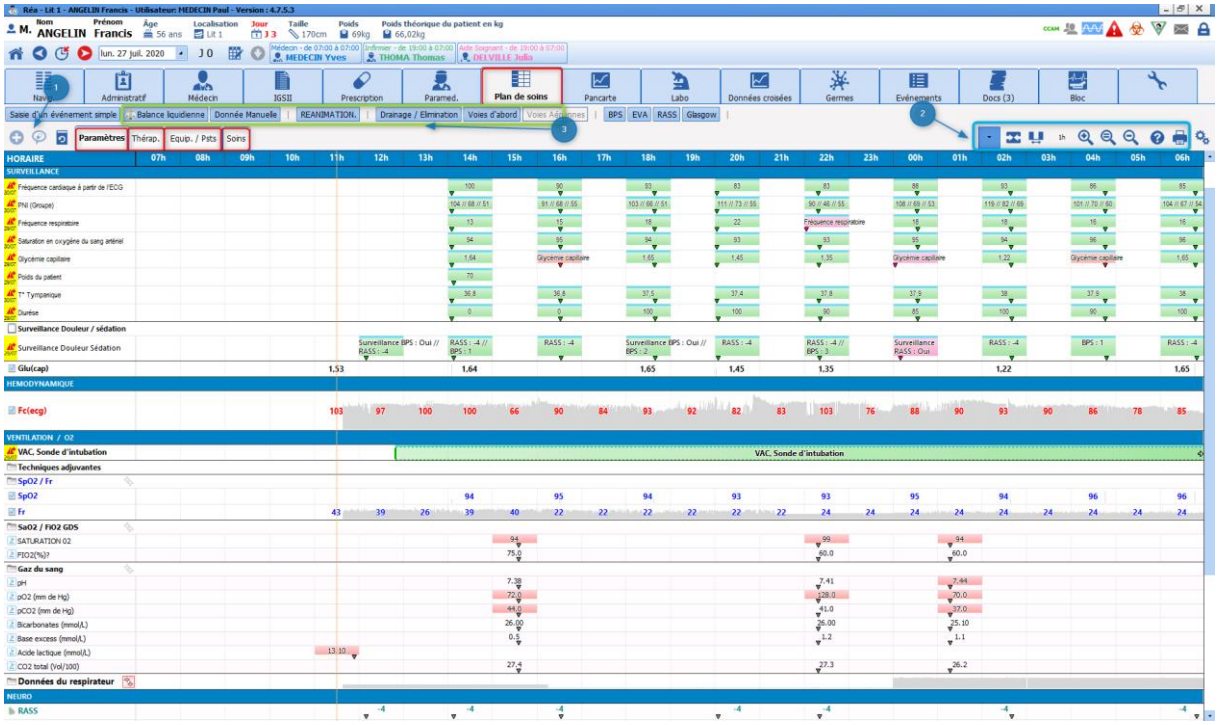
Paramètres : qui reprend essentiellement les données physiologiques (manuelles ou remontées depuis les appareils connectés) du patient ainsi que le relevé des sorties de la balance liquidienne.

Thérapeutique : qui est alimenté par la prescription, celui-ci permet de renseigner les administrations.

Equipements / pansements : qui fait écho au Schéma corporel, qui permet de tracer les poses / surveillances retrait et soins effectués sur les différentes insertions du patient.

Soins : qui permet de tracer les différentes actions du rôle propre et des soins d'hygiène et de confort prodigués au patient.

Le **Plan de soins** est par défaut paramétré pour un affichage sur 24 heures correspondant à votre journée de Réanimation, chaque colonne représente 1 heure.



5.9.1 Iconographie du plan de soins

5.9.1.1 Icônes visibles dans le plan de soin

Ligne issue d'une prescription
Ligne de planification infirmière
Ligne d'éléments de saisie. Permet de saisir des événements ponctuels

Ensemble de paramètres physiologiques
Paramètre physiologique
Ensemble de données de laboratoire
Donnée de laboratoire
Saisie avancée
Score
Champ de saisie avancée ou de score

Médicament
Schéma corporel
Evénement
Chronomètre
Alarme

Prescription modifiée récemment. Au clic sur l'icône, l'heure de la signature de la prescription apparait. L'icône apparaît pendant une durée paramétrable, par défaut 1 heure.
Administration urgente
Médicament à risque
Prescription arrêtée
Prescription arrêtée en urgence
Prescription mise en pause
Prescription mise en pause urgente
Dernière occurrence
Présence d'un commentaire
Elément lié à un appareil
Mise au propre du contenant volumique
Débit incohérent par rapport à la prescription
Administration d'un bolus
Continuité de la prescription précédente

Indique que les lignes d'affichage sont fusionnées. En cliquant sur cette icône, vous pouvez déployer l'affichage sur plusieurs lignes.
Fusionner les lignes d'une catégorie en une seule
Affiche la somme des différentes saisies de la colonne
Fichier joint au résultat de laboratoire
Elément non disponible dans la configuration du poste
Groupe de ligne replié (double-clic pour déplier)
Affichage par voie
Affichage des saisies non configurées (par type)
Affichage des signatures

5.9.1.2 Icônes visibles dans la barre de menu (au-dessus du plan de soins)

: Affiche un menu permettant de saisir un évènement ponctuel à l'heure indiquée

: Effectuer une prescription orale

: Affiche une fenêtre de l'historique du dossier permettant la recherche par type de donnée et filtrage par date

: Permet de régler le niveau de « zoom » de l'affichage

: Changer la disposition des onglets

: Centre l'affichage sur le repère, dans ce mode c'est le plan de soins qui défile, le repère reste fixe

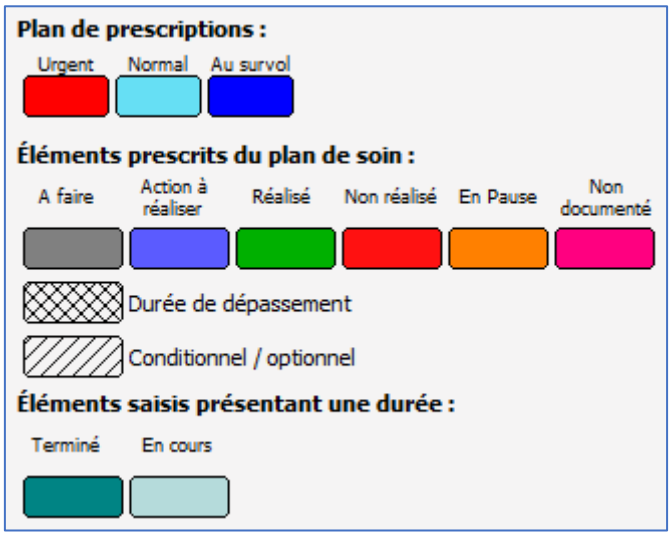
 : Affiche une plage horaire personnalisée

 : Affiche l'aide contextuelle du plan de soins. Ainsi que la légende du code couleur appliqué aux occurrences.

 : Permet de réaliser une impression d'écran

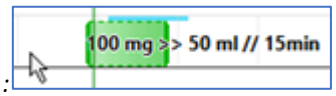
 : Ouvre la fenêtre de configuration du plan de soins

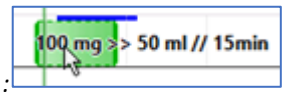
5.9.1.3 Couleur des éléments du plan de prescription et du plan de soin



Ces différentes couleurs sont paramétrables.

Au survol correspond à la couleur de l'occurrence de plan de prescription correspondant à l'occurrence de plan de soin survolée par la souris.

Occurrence non-survolée : 

- Occurrence survolée : 

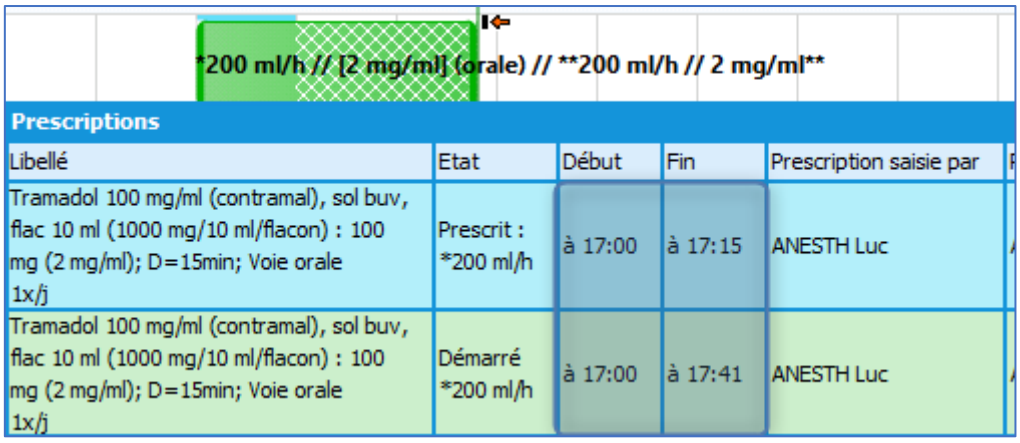
Si l'occurrence du plan de prescription n'est pas visible à l'affichage (cas d'une administration en avance ou en retard par rapport à l'heure prescrite), l'heure prescrite est indiquée en début ou en fin de ligne.



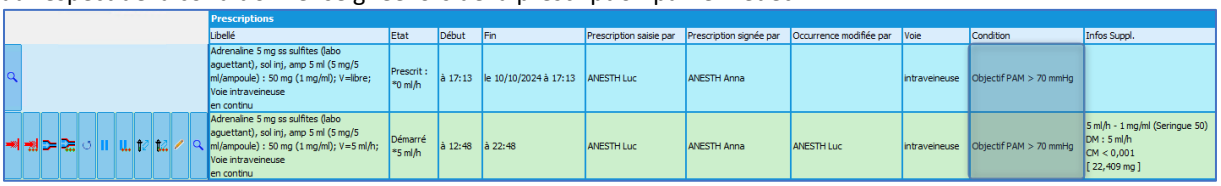
A faire signifie que l'administration n'est pas encore démarrée/réalisée et qu'elle n'est pas en retard (l'heure de début/réalisation prescrite n'est pas encore passée).

Action à réaliser signifie que qu'il y a une action en retard qui doit être réalisée : soit l'heure de début/réalisation prescrite est dépassée, soit l'heure d'arrêt prescrite est dépassée.

Durée de dépassement signifie l'heure d'arrêt prescrite a été dépassée.



Conditionnel / optionnel indique que la prescription est conditionnelle : l'administration du produit est soumise au respect de la condition renseignée lors de la prescription par le médecin.



5.9.2 Utilisation du plan de soins

Toutes les données du patient sont visualisables dans cet onglet. Vous pouvez également effectuer de nouvelles saisies sur les données que vous souhaitez.

Le **Plan de soins** permet de renseigner toutes actions réalisées auprès du patient. Différents modes de saisie sont disponibles.

Ceux-ci sont liés à la nature de la ligne : **Issue de la prescription**, d'une **Planification infirmière** ou d'un **Elément de saisie**.

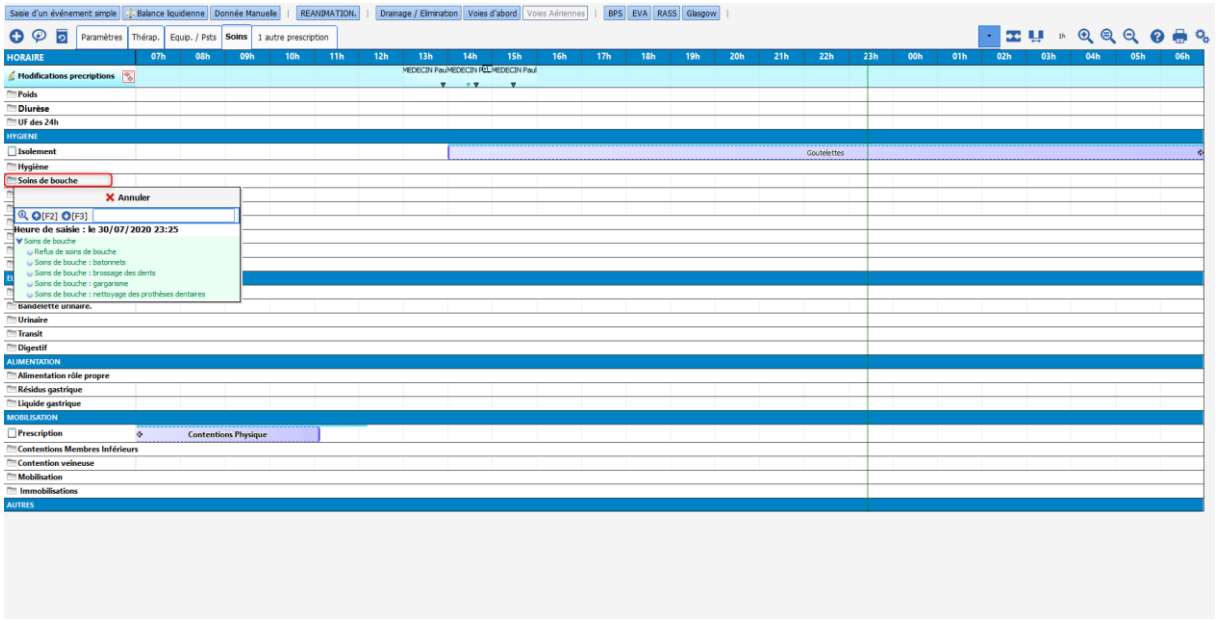
5.9.2.1 Les éléments de saisie

Cette catégorie représente la quasi-totalité des lignes de l'onglet **Plan de soins**.

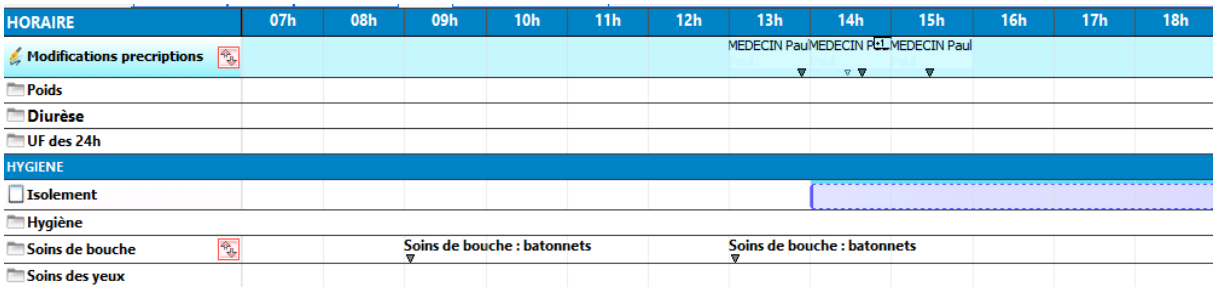
Ces lignes sont représentées par l'icône suivante dans l'entête 

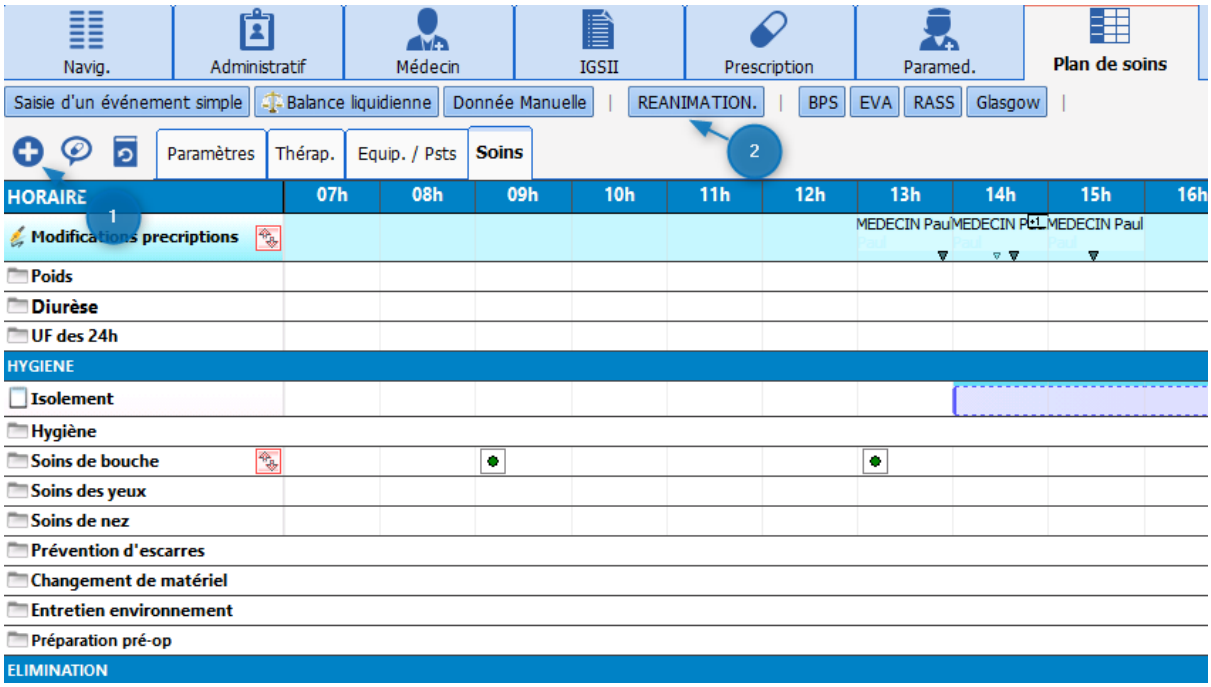
5.9.2.1.1 Ajout d'un élément depuis le Diagrid.

Exemple : Réalisation d'un soin de bouche à 9 heures et 13 heures.



- Double clic sur l'entête de la ligne correspondante.
- Ouverture de la fenêtre de menu proposant les éléments disponibles.
- Sélectionnez l'item **Soin de bouche : bâtonnets**.
- Celui-ci vient se positionner automatiquement dans la colonne de l'heure courante. Ici 9h.
- Lorsque vous souhaitez renseigner un élément identique à une heure différente, il suffit de double cliquer dans la colonne correspondante ici 13h, le soin se renseigne automatiquement.



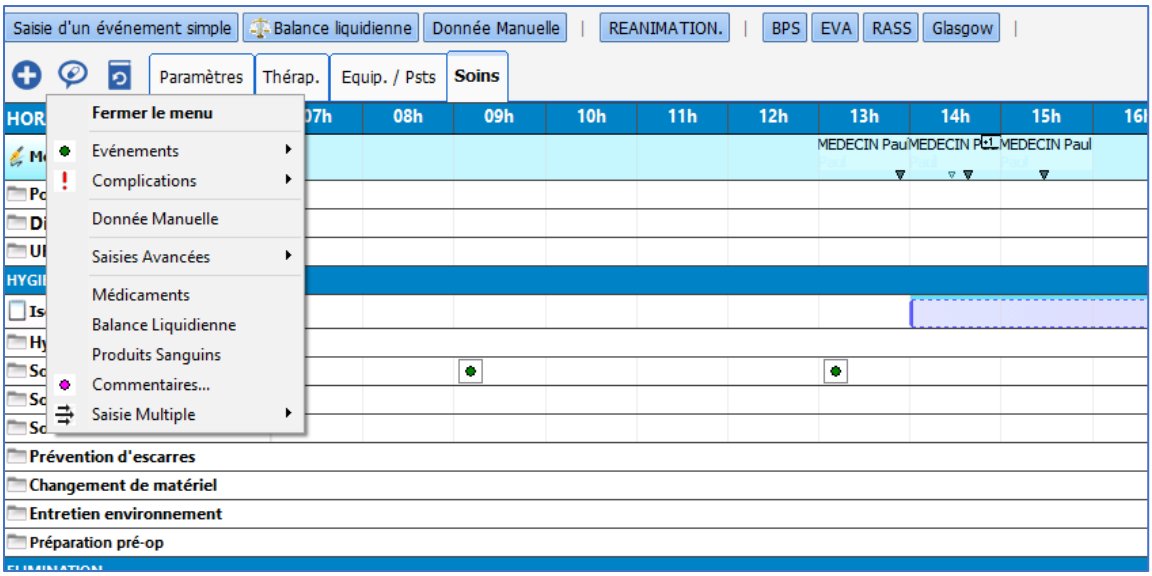


5.9.2.1.2 Ajout d'un élément depuis un bouton de « saisie rapide » (2) ou depuis le bouton Effectuer une saisie (1)

L'application permet l'utilisation de boutons de saisies rapides, ceux-ci permettent d'effectuer une saisie à l'heure courante sans être nécessairement positionné sur l'onglet affichant la donnée.

- Cliquez sur le bouton **REANIMATION** (2)
- Ouverture du menu
- Sélectionnez l'élément souhaité.
- L'action est alors renseignée dans le **Plan de soins** à l'heure courante.

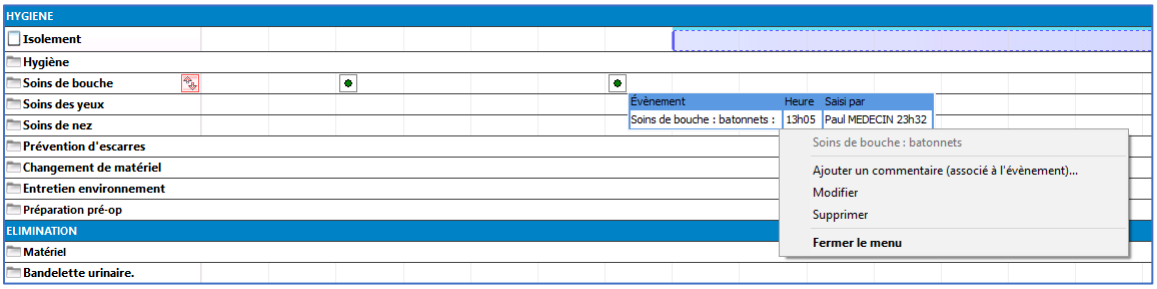
De même, il vous est possible d'utiliser le bouton **Effectuer une saisie** situé en haut à gauche du **Plan de soins. (1)**
Celui-ci vous permet d'accéder à l'ensemble des éléments disponibles dans votre unité.



5.9.2.1.3 Ajouter un commentaire modifier ou supprimer un élément de saisie.

Il est possible de modifier une saisie réalisée. Pour cela :

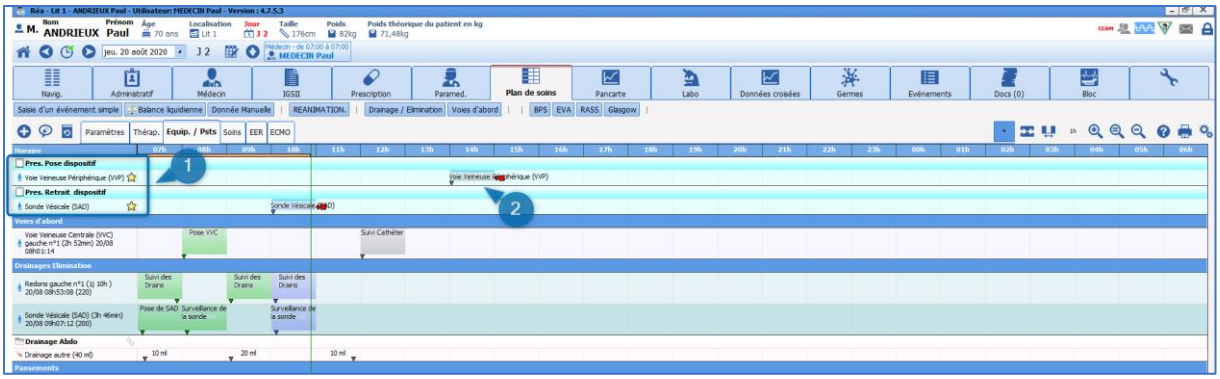
- Cliquez sur la saisie à modifier ou à supprimer.
- Ouverture de la fenêtre de détail.
- Clic droit sur la fenêtre de détail.
- Ouverture de la fenêtre d'option.
- Sélectionnez l'option choisie.



Remarque : Si vous souhaitez modifier l'heure de saisie, il suffit de glisser l'occurrence et de la déposer à l'heure voulue.
Pour supprimer l'occurrence vous pouvez également la glisser jusqu'à la zone d'entête.

5.9.2.2 Validation des Poses et Retrait des dispositifs

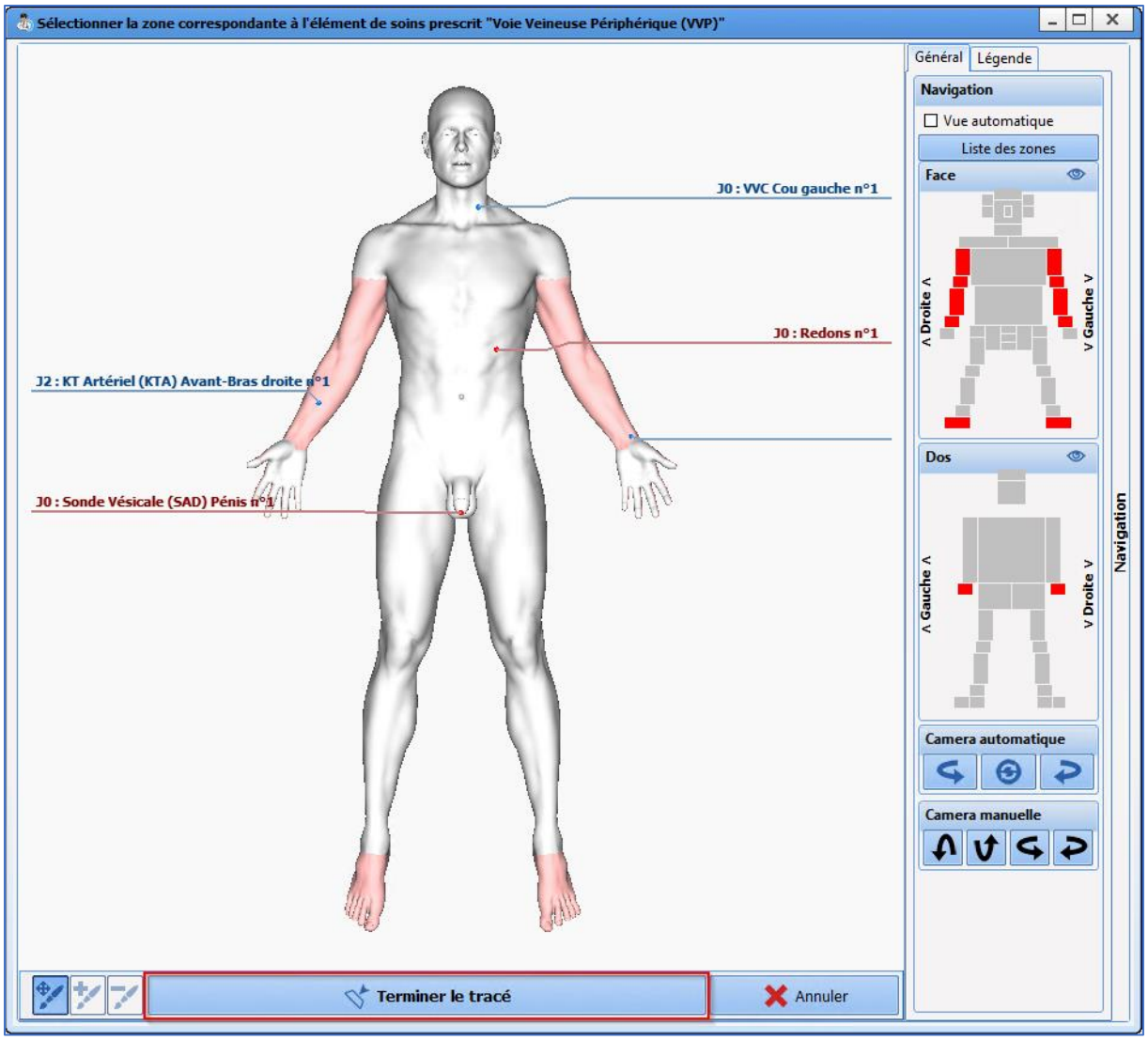
Lorsqu'une pose ou un retrait de Dispositif est prescrit, cette information apparaît dans le Plan de soins comme toutes les autres prescriptions. Celle-ci est précédé de l'cône  .



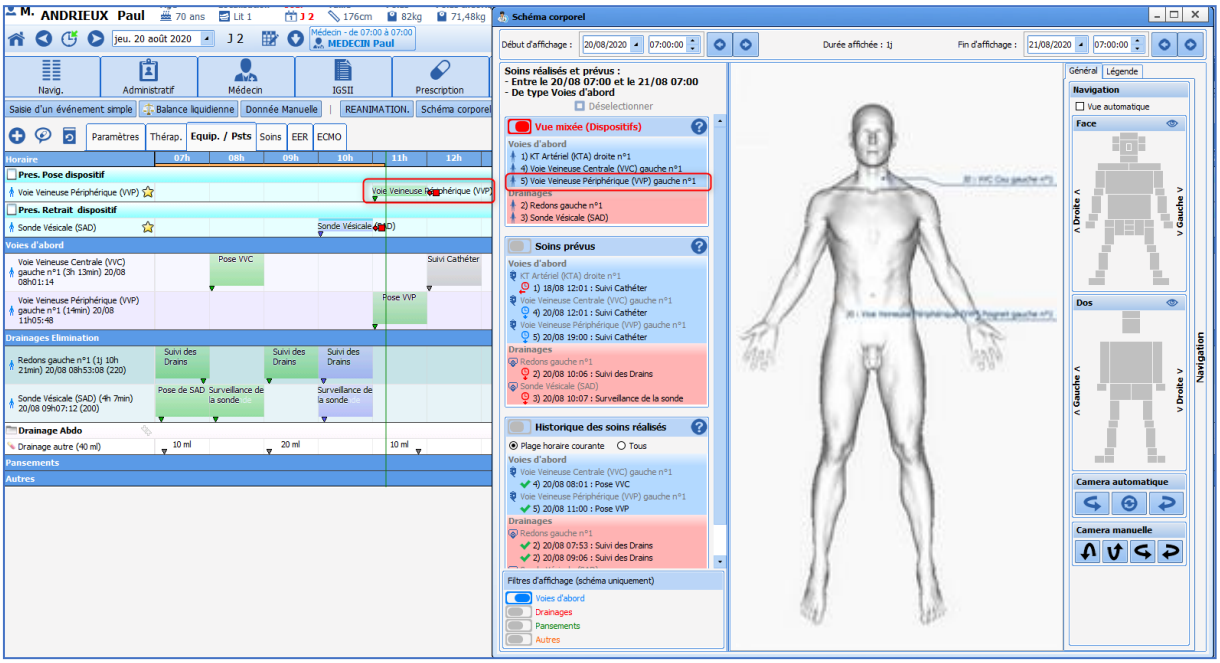
(1) Lignes de prescriptions spécifiques pour la Pose et le Retrait des dispositifs en lien avec les champs de prescription dédiés.
(2) Occurrence permettant la validation de l'action réalisée.

La validation de ces prescriptions se fait uniquement depuis le Plan de soins.

- Cliquer sur l'occurrence afin de la marquer comme réalisée en cliquant sur la 1re icône.
- Au clic, ouverture de la fenêtre contextuelle du schéma permettant de venir pointer la localisation du dispositif.



- Pointer la localisation
- Valider en cliquant sur le bouton « **Terminer le tracé** ».
- Puis saisir les informations relatives au dispositif comme vu dans le chapitre « Schéma corporel ».
  Si le médecin a pré-renseigné des informations lors de sa prescription, celles-ci seront disponibles mais non-modifiables. Les autres informations quant à elles restent saisissables.
- La validation du formulaire initial renseigne l'occurrence comme réalisée, permettant ainsi la mise à jour du schéma corporel.



Lors de validation d'un Retrait de dispositif, la procédure est identique.

5.9.2.3 Eléments issus d'une Prescription

La prescription génère automatiquement les lignes de **Plan de soins** à chaque signature.

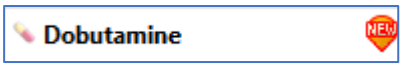
Ces lignes sont spécifiques et sont reconnaissables par la présence de l'icône dans l'entête des intitulés. Celles-ci reprennent les différentes catégories présentes dans l'onglet de **Prescriptions**.

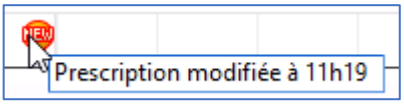
5.9.2.4 Indicateurs de modification ou de présence de nouvelles prescriptions.

A chaque nouvelle signature, un message s'affiche sur l'ensemble des onglets afin d'alerter sur les actions à mener.



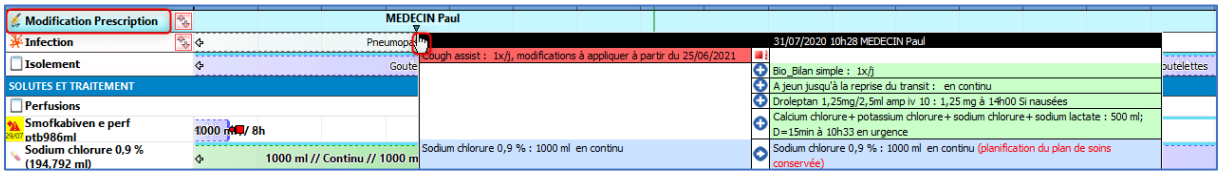
D'autres indicateurs permettent d'identifier la présence de nouvelles prescriptions, ou la modification d'une ligne en particulier.

- L'icône placée au côté de l'intitulé de la ligne de prescription 

Le clic sur l'icône affiche l'heure de la modification 

.

- La ligne de **Modification Prescription** située tout en haut du **Plan de soins** indique le signataire de la modification. Au clic, elle permet d'afficher un résumé des modifications qui ont été faites.



5.9.2.4.1 Légende des icônes de validation des occurrences prescrites.

Sur le plan de soins, les occurrences sont représentées en fonction de leur durée d'administration.
Au-dessus de chacune d'elles, une fine ligne bleu clair représente le Plan de Prescription.
Celui-ci est la prescription telle qu'elle a été saisie par le médecin. Il a pour but de conserver la prescription de départ.
Lorsque l'administration est réalisée avec un décalage (en avance, en retard, ou replanifiée dans le temps), les deux lignes sont dissociées.
Les options de validation seront différentes en fonction du type des prescriptions concernées.

Voici les différentes icônes proposées ainsi, que leur signification.

				Libellé	Etat	Début	Prescripteur	Voie
				100 ml de Paracetamol 4x/j		14h44	MEDECIN Paul	IV
				100 ml de Paracetamol 4x/j	A Faire	14h44	MEDECIN Paul	IV

: indiquer l'occurrence comme réalisée

: indiquer l'occurrence comme réalisée avec saisie d'un commentaire (et modification de l'heure de réalisation)

: indiquer l'occurrence comme non réalisé

: affiche le détail de la prescription (ouvre l'éditeur)



: saisir la dilution

: démarrer la perfusion

: démarrer la perfusion avec saisie d'un commentaire (et modification de l'heure de réalisation).

: permet de changer le débit et/ou de mettre en pause

: permet de démarrer à un autre débit à une date/heure précisée

			Libellé	Etat	Début	Prescripteur	Dernière modif. par	Voie	Infos Suppl.
			100 ml de Paracetamol 4x/j		14h44	MEDECIN Paul		IV	
			100 ml de Paracetamol 4x/j	Réalisé	14h44	MEDECIN Paul	MEDECIN Paul	IV	100 ml - 10 mg/ml (Poche à perfuser 100) [1000 mg]

: « annule » l'occurrence (remet sur l'état **A faire**)

: saisie d'un commentaire de réalisation de l'occurrence

	Libellé	Etat	Début	Fin	Prescripteur	Dernière modif. par	Voie	Infos Suppl.
	50 mg de Midazolam (1 mg/ml) Dans 50 ml; V=3 ml/h en continu		14h31	le 26/10/2019 à 07h11	MEDECIN Paul		IV	
	50 mg de Midazolam (1 mg/ml) Dans 50 ml; V=3 ml/h en continu	Démarré	14h31	le 26/10/2019 à 07h11	MEDECIN Paul	MEDECIN Paul	IV	3 ml/h - 1 mg/ml (Seringue 50) DM : 3 mg/h [2,2 mg]

: arrêter la perfusion

: arrêter la perfusion avec saisie d'un commentaire

: mettre en pause l'administration

: mettre en pause l'administration à une date/heure précisée

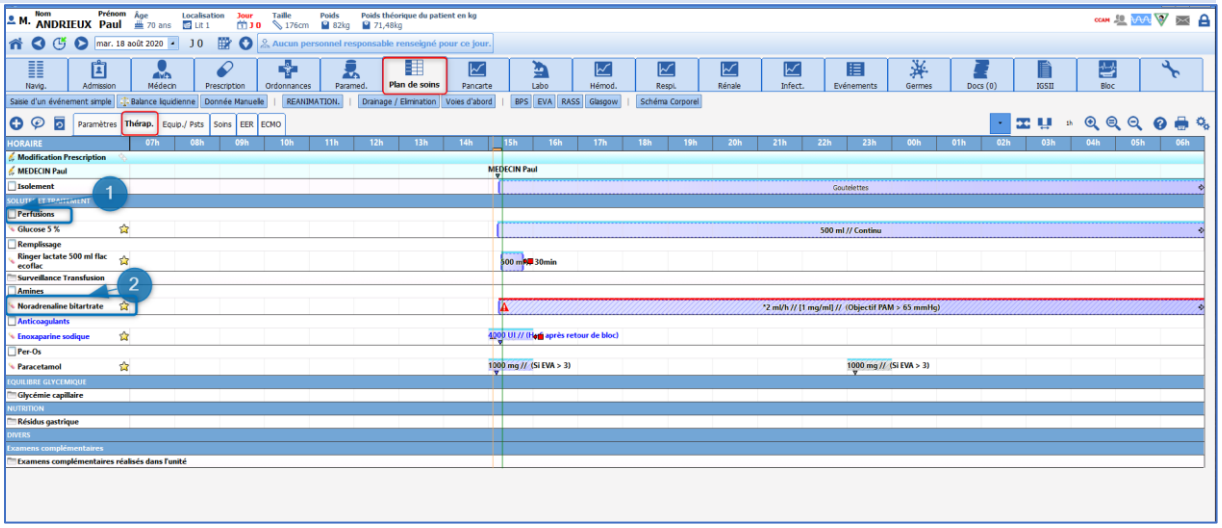
: faire une mise au propre du contenant volumique

: faire une mise au propre du contenant volumique à une date/heure précisée

					Libellé	Etat	Début	Prescripteur	Voie	Condition
					100 ml de Paracetamol 4x/j		20h44	MEDECIN Paul	IV	Si EVA > 4
					100 ml de Paracetamol 4x/j	A Faire	20h44	MEDECIN Paul	IV	Si EVA > 4

: indiquer l'occurrence comme non réalisée car la condition n'est pas remplie.

5.9.2.5 Exemples de validation des éléments prescrits

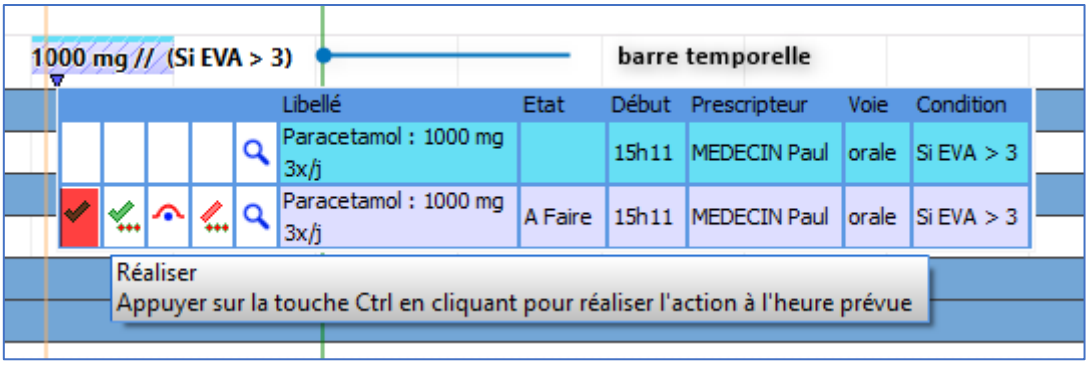


Petit rappel :
(1) Icône indiquant que la ligne est issue d'une prescription. L'intitulé reprend celui du champ de prescription correspondant.
(2) Icône indiquant une prescription pharmaceutique. L'intitulé est celui du produit prescrit.

5.9.2.5.1 Médicament prescrit en X par jour avec une condition

Exemple : Prescription de Paracétamol per-os 3 fois par jour si EVA > 4.





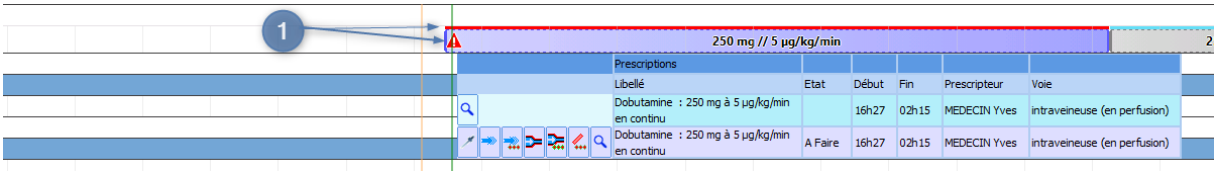
- Clic sur la 1re icône : Réaliser : l'occurrence sera marquée comme validée à l'heure actuelle, représentée par la barre temporelle verte

- Clic sur la seconde icône : Réaliser (en modifiant date/heure ou en saisissant des informations complémentaires.)

Permet de renseigner l'heure de réalisation effective : Exemple : l'administration faite à 15h (heure prévue), mais non validée dans Diane, en cliquant sur le bouton Heure prévue (4), l'occurrence sera alors validée à 15h. (Possibilité également d'utiliser le curseur (1) ou l'horloge (2) pour indiquer l'heure précise.)
Ou d'indiquer des informations complémentaires exemple la dose effective administrée (3), ici 1 gélule de 500 mg et non 2.
Clic sur la 3e icône : la condition n'est pas remplie : Permet d'indiquer que l'administration n'est pas réalisée car la condition ici EVA> 3 n'est pas remplie.

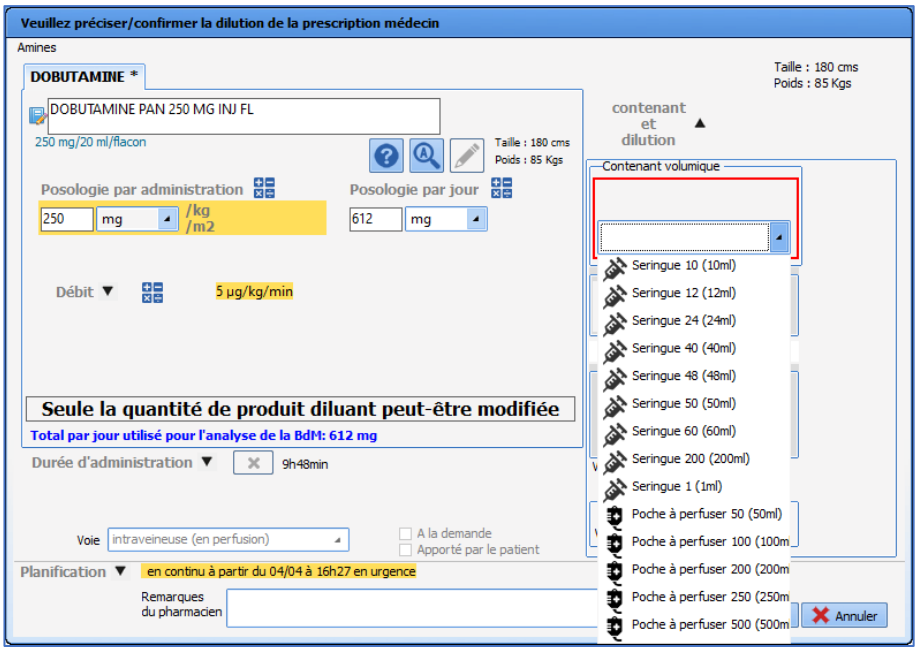
5.9.2.5.2 Thérapeutique avec une durée d'administration.

Exemple : Dobutamine 5µg/kg/min en continu sans dilution précisée prescrit en urgence. (1) (indicateur du caractère urgent).



Afin que les occurrences du plan de soins soient représentatives de la vitesse d'administration et du rythme de changement de seringues, il est nécessaire avant de débuter l'administration de venir renseigner le contenant utilisé et donc la dilution appliquée.

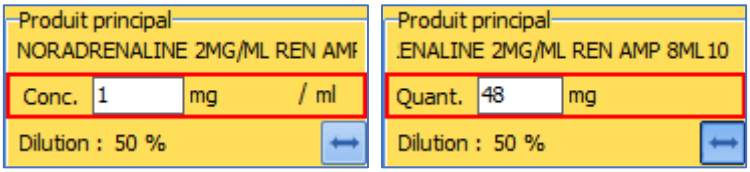
- Clic sur la 1re icône : **Précision de la dilution** : Permet d'indiquer le contenant volumique utilisé. Ce qui calcule automatiquement la dilution du produit.



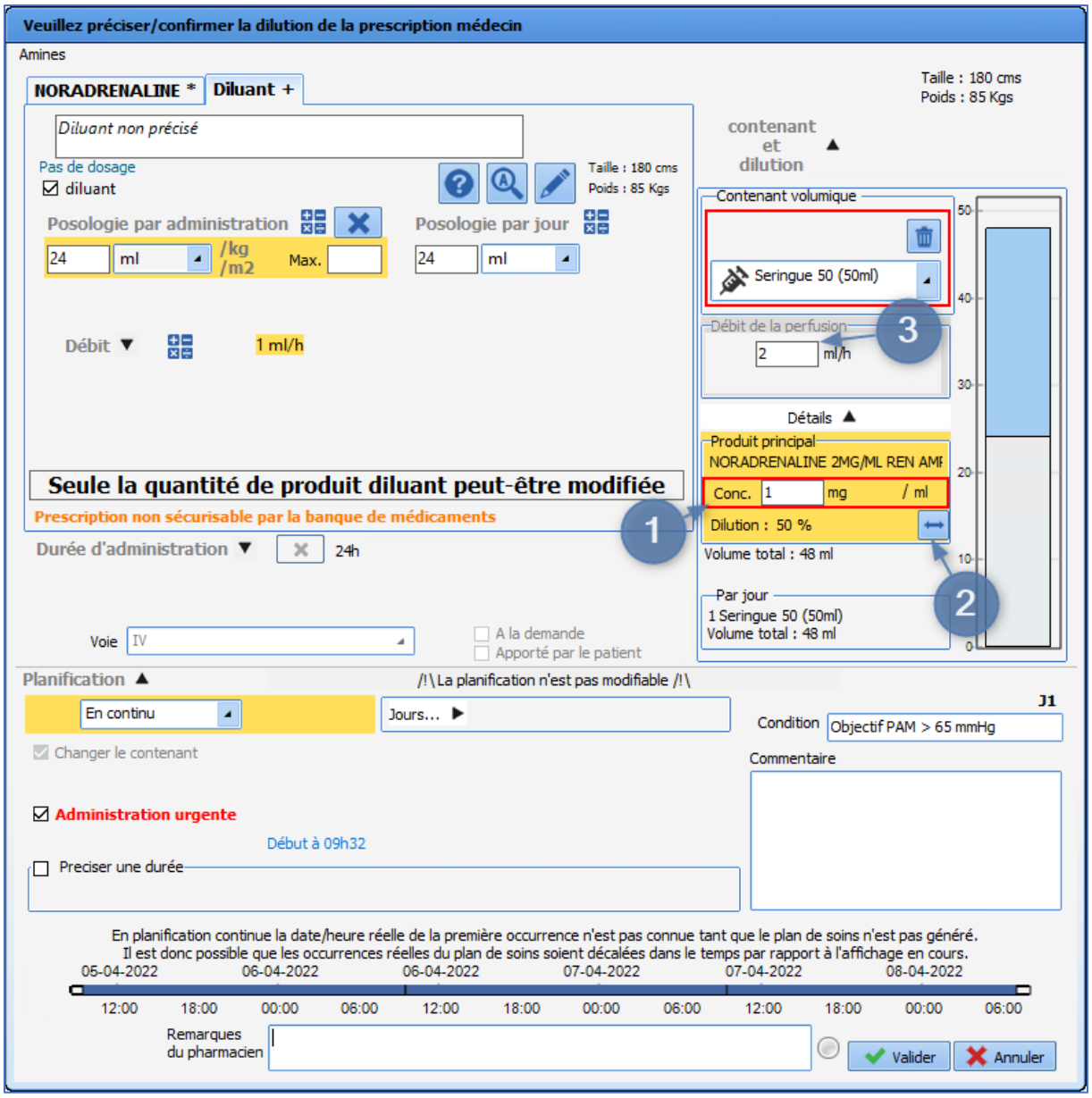
- Puis clic sur la seconde icône : **Démarrer** : afin de démarrer l'administration.

Quand cela est nécessaire, il est également possible de **Modifier la concentration du produit** (exemple : nécessité de doubler la concentration de Noradrénaline, afin de pouvoir diminuer la vitesse d'administration).
Pour cela,

- Clic sur la 1re icône : **Précision de la dilution**
- Et indiquer la concentration du produit dans la zone **(1)**.
  Il est possible de venir indiquer non pas la concentration, mais la quantité de produit principal présent dans la seringue.

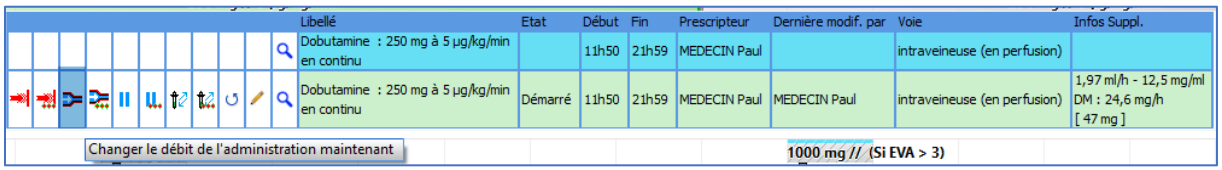


  Pour cela, cliquer sur les doubles flèches zone **(2)**.



Sur les administrations longues (en continu), il est possible de :

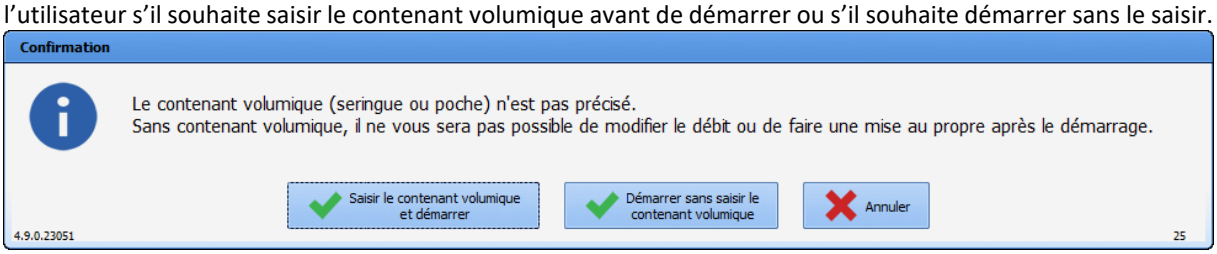
- **Modifier le débit**. Cliquer sur la 3e icône : Changer le débit d'administration maintenant : Indiquer le débit souhaité Zone **(3)** puis valider.



- **Arrêter une administration en cours** : Cliquer sur **Terminer**. (1re icône)

- **Mettre en pause une administration** : Cliquer sur **Mettre en pause l'administration**. (5e icône)

Si le contenant volumique n'a pas été précisé à la prescription, un message de confirmation demande à l'utilisateur s'il souhaite saisir le contenant volumique avant de démarrer ou s'il souhaite démarrer sans le saisir.

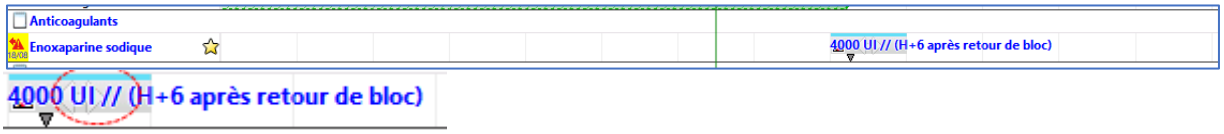


Si le contenant volumique n'est pas précisé, il est impossible de modifier le débit ou de faire une mise au propre une fois le démarrage effectué dans **DIANE**. Le message s'affiche pendant 30 secondes : si aucun choix n'est fait durant ce laps de temps, l'occurrence n'est pas démarrée.

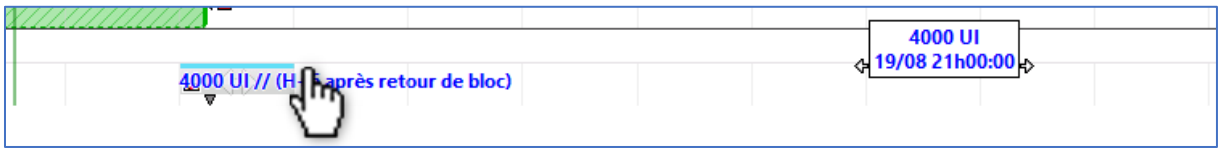
5.9.2.5.3 Validation et planification d'une prescription en « heure non définie ».

Lorsqu'une prescription est faite en **Heure non-définie** il est possible depuis le **Plan de soins** de planifier l'administration à l'heure désirée.
La validation de la première occurrence entraînera la planification de toutes les autres occurrences en tenant compte de l'heure d'administration et de l'écart requis entre chaque administration.

Exemple : Enoxaparine 4000UI_ 1 fois / jour _ H6 après le retour de bloc.

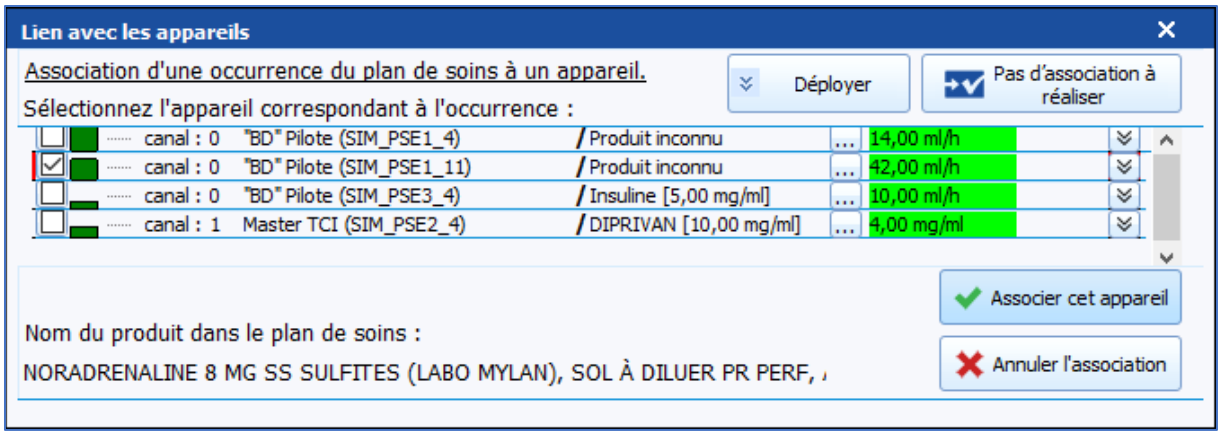


Sur ce type d'occurrence, une double flèche blanche indique qu'il est possible de déplacer la cellule afin de la planifier. Pour cela, faîtes un clic sur l'occurrence, et faîtes un glisser-déposer à l'heure souhaitée. Ici, 21h00.

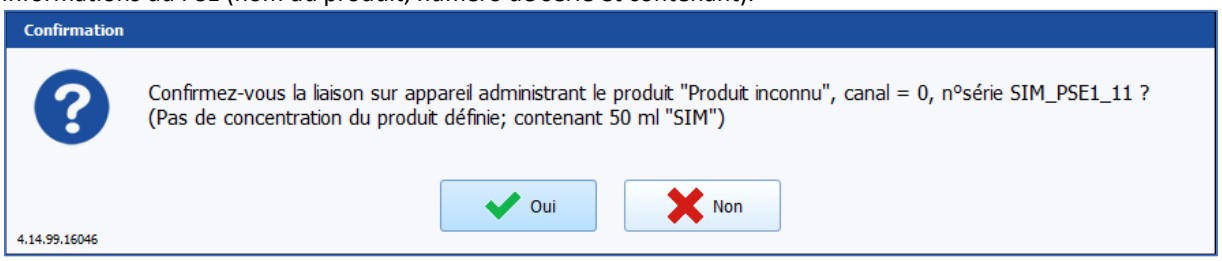


5.9.2.5.4 Liaison avec un PSE

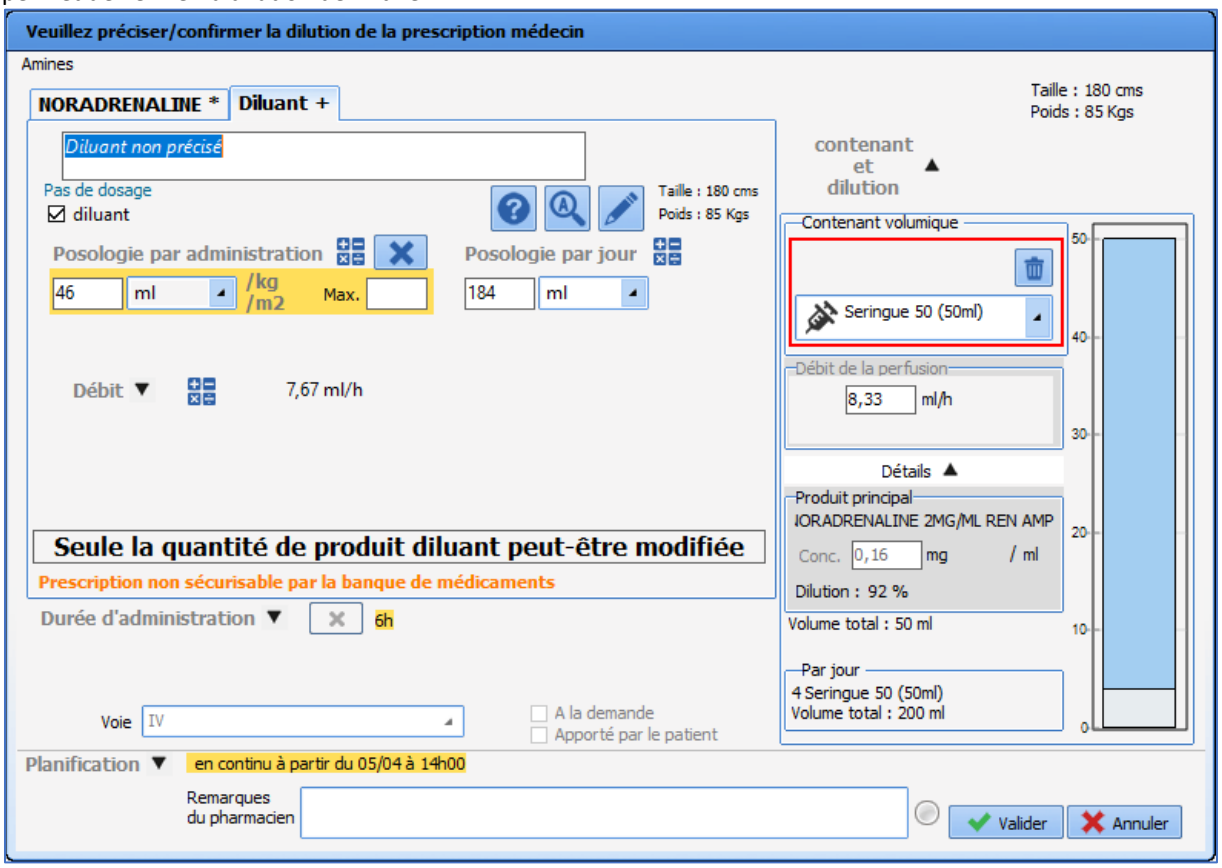
Les occurrences de plan de soins peuvent être associées à un appareil de type « pousse-seringue électrique » (PSE). Si un tel appareil est relié à **DIANE**, la fenêtre **Lien avec les appareils** s'affiche au démarrage de l'occurrence.



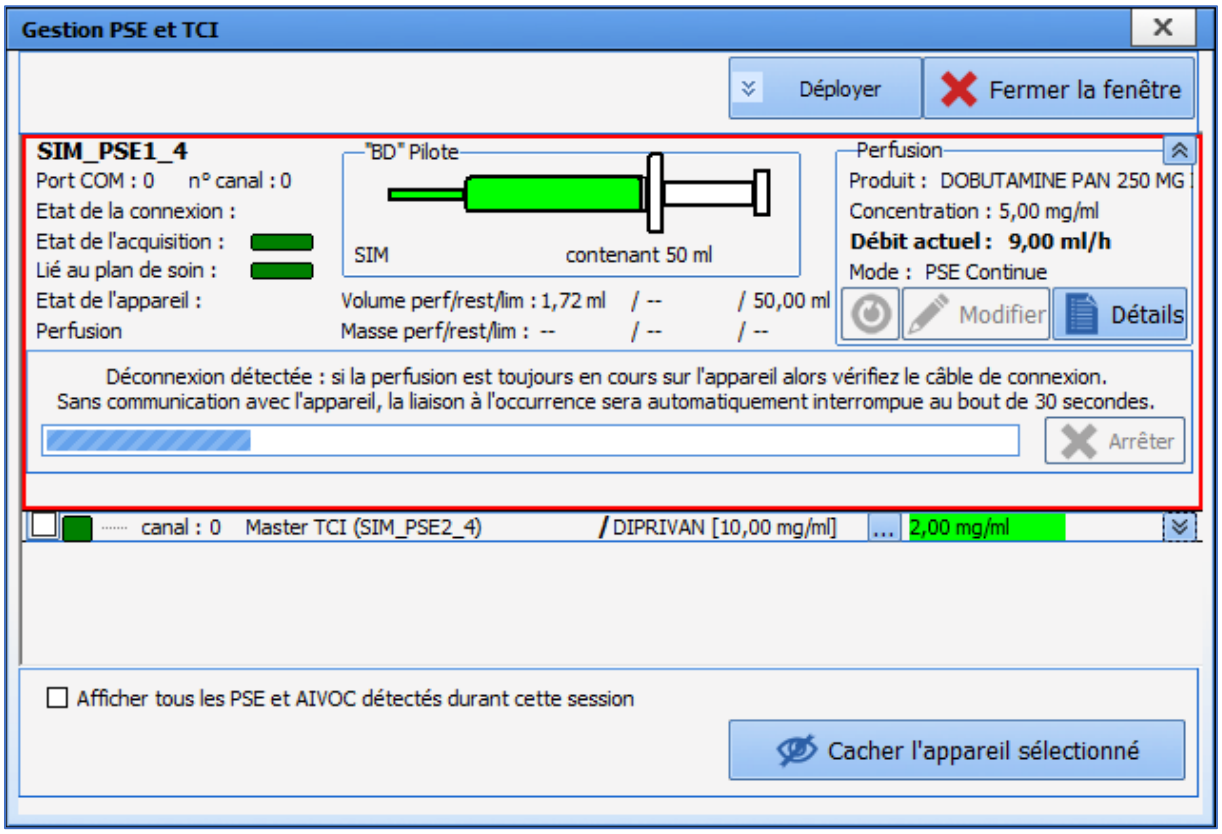
Après le clic sur le bouton **Valider ces associations**, un message de confirmation apparaît pour vérifier les informations du PSE (nom du produit, numéro de série et contenant).



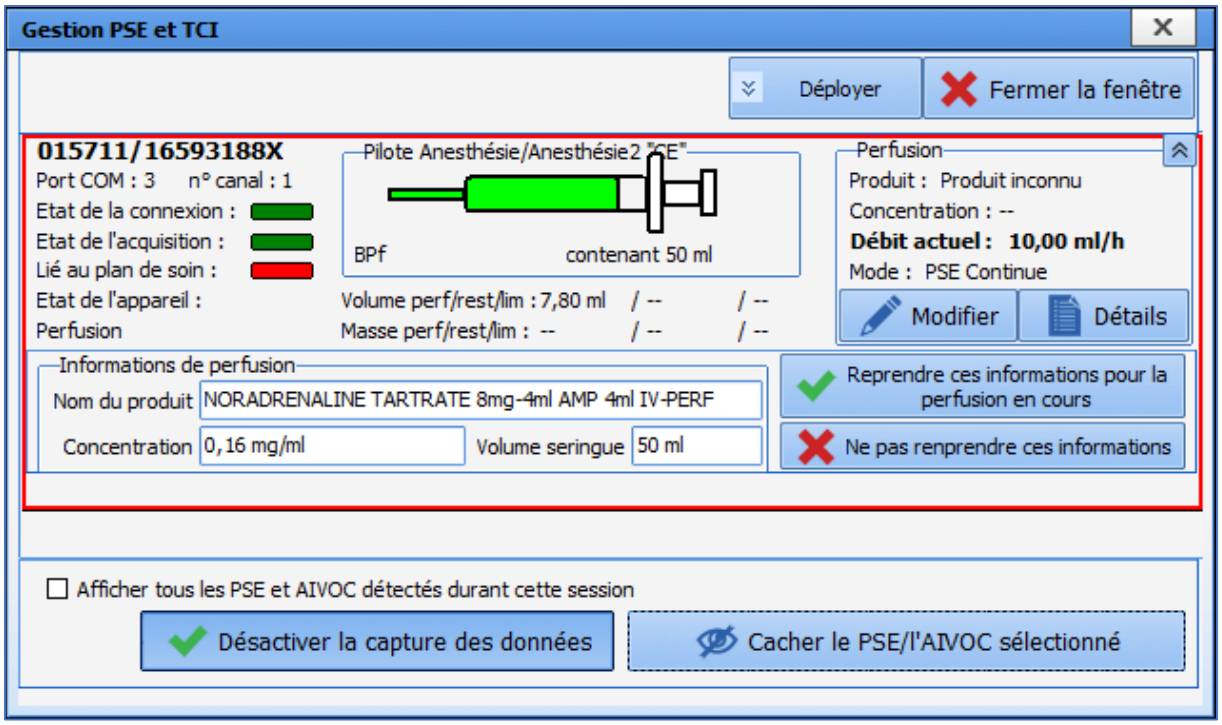
Si la dilution n'a pas été précisée lors de la prescription, une fiche de saisie/confirmation de dilution apparaît et permet de vérifier la dilution définitive.



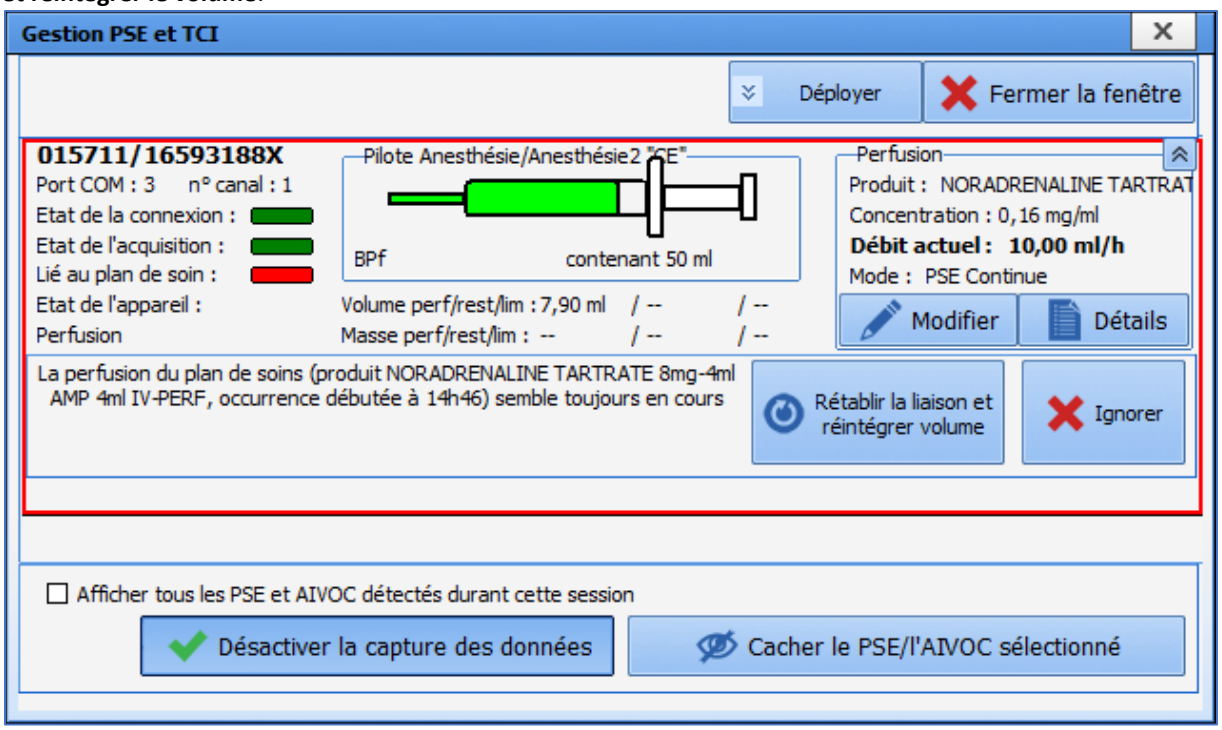
Lors de la déconnexion d'un PSE, la fenêtre **Gestion PSE et TCI** s'affiche en premier plan pour signaler qu'une déconnexion a été détectée. Si le PSE est lié à une occurrence de plan de soins,



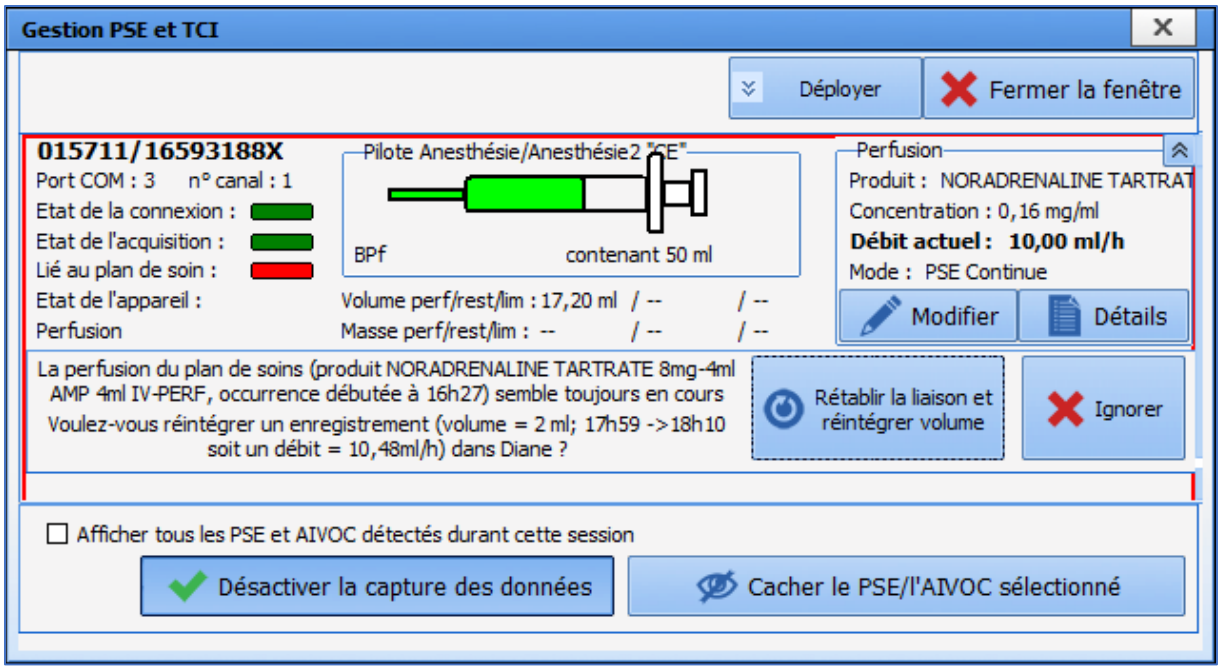
Une fois la connexion rétablie, il est possible de reprendre le nom de produit, la concentration et le volume de la seringue en cliquant sur le bouton **Reprendre ces informations pour la perfusion en cours**.



Il est ensuite possible de rétablir la liaison entre l'occurrence et le PSE en cliquant sur le bouton **Rétablir la liaison et réintégrer le volume**.



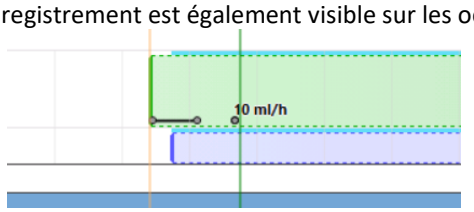
Si du volume a été perfusé pendant la déconnexion, il est possible de réintégrer ce volume perfusé dans **DIANE** via la création d'un enregistrement « manuel » avec les date/heure de début/fin d'occurrence, la quantité de produit, le volume perfusé et le débit moyen calculé.



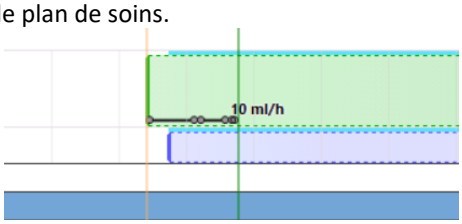
Cet enregistrement se retrouve dans l'onglet **Evénements**.

Médicament	Voie	Numéro Serie	Poso	Unité	Concen	Unité C.	H.Occurrence	H.Fin	H.Saisie	Total	Unité T.	Bal. Liq.
NORADRENALINE TARTRATE 8mg-4ml AMP 4ml IV-PERF	PSE Conti...	015711/16593188X	10	ml/h	0,16	mg/ml	02/04 18:10:49	en cours	18:10:49	0,032	mg	+0,2 ml
NORADRENALINE TARTRATE 8mg-4ml AMP 4ml IV-PERF	PSE Conti...	015711/16593188X	10,485	ml/h	0,16	mg/ml	02/04 17:59:22	18:10:48	18:11:22	0,32	mg	+2 ml
NORADRENALINE TARTRATE 8mg-4ml AMP 4ml IV-PERF	PSE Conti...	015711/16593188X	10	ml/h	0,16	mg/ml	02/04 17:58:21	17:59:21	17:58:21	0,016	mg	+0,1 ml

Cet enregistrement est également visible sur les occurrences de plan de soins.

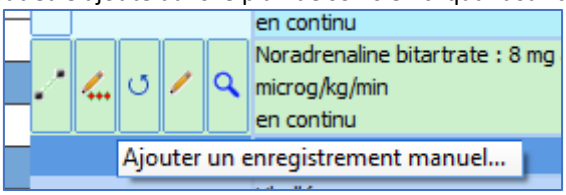


Le volume n'est pas réintégré.

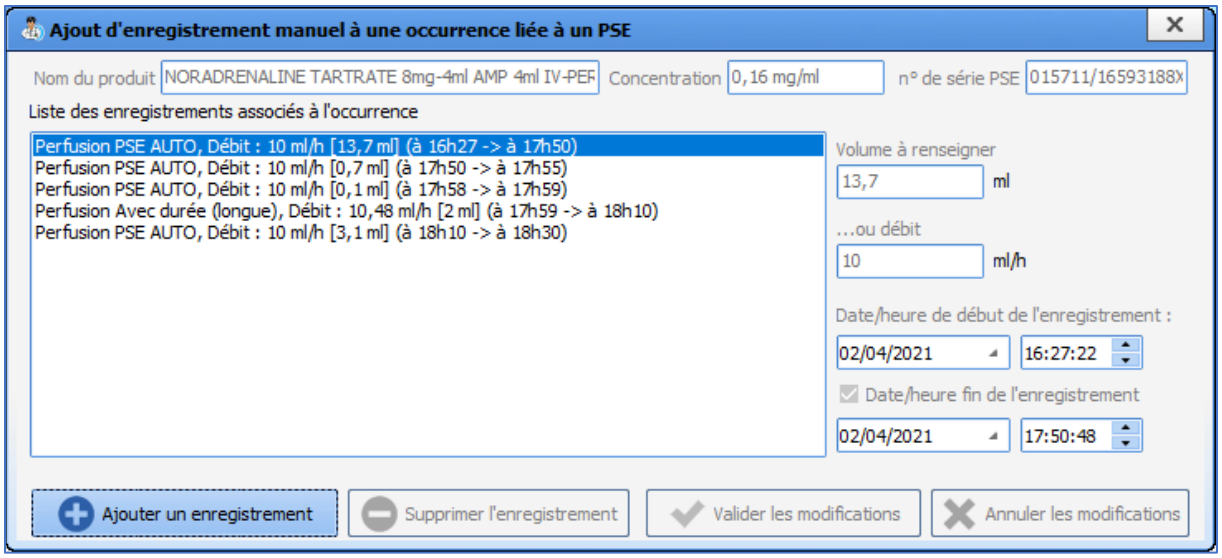


Le volume est réintégré.

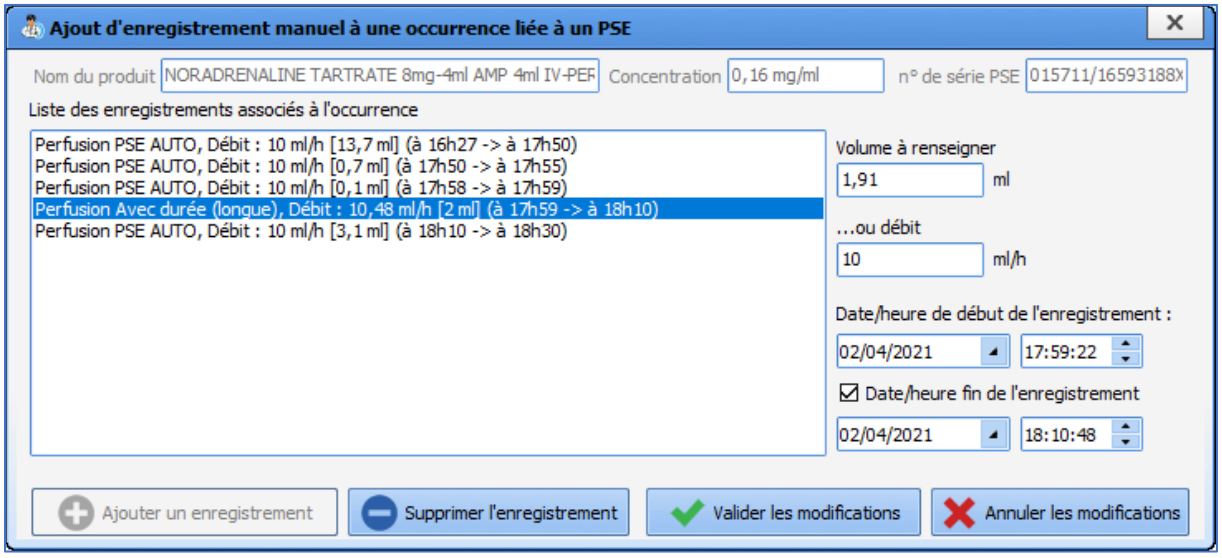
Un enregistrement manuel peut être ajouté dans le plan de soins en cliquant sur ce bouton  .



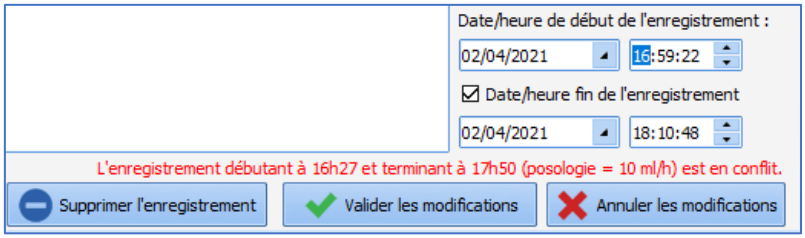
La fenêtre **Ajout d'un enregistrement manuel à une occurrence liée à un PSE** s'affiche. La liste des différents enregistrements associés à l'occurrence est visible.



Les enregistrements récupérés par le PSE ne sont pas modifiables, seuls les enregistrement « manuels » tels que la réintégration automatique de volume sont modifiables ou supprimables.

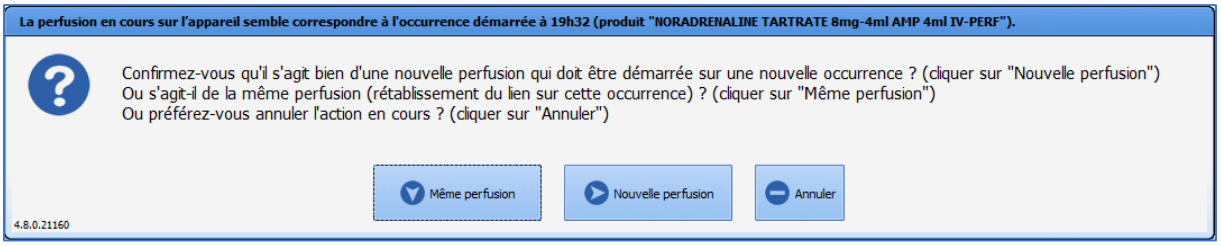


Si les date/heure de début/fin de l'enregistrement chevauchent d'autres enregistrement, un message d'avertissement s'affiche.

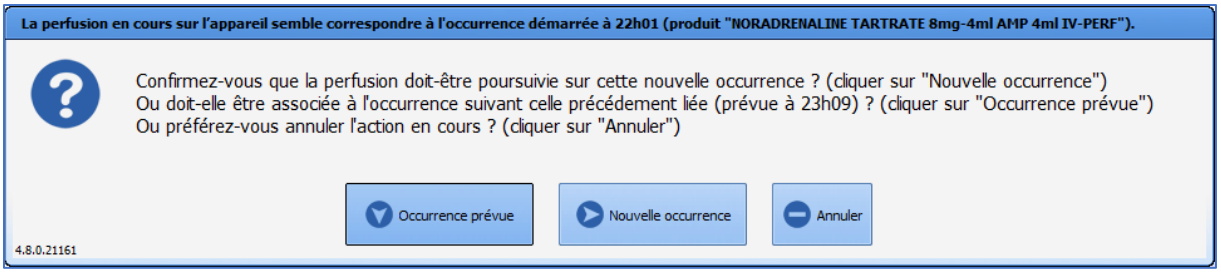


Lors de la reconnexion du PSE, si la perfusion en cours sur l'appareil semble correspondre à une occurrence démarrée (l'utilisateur tente, par exemple, d'associer le PSE à une occurrence de plan de soins différente de l'occurrence initiale), **DIANE Réa** propose de rétablir le lien avec cette occurrence initiale grâce au bouton **Même**

perfusion. S'il s'agit effectivement d'une nouvelle perfusion (ligne de plan de soins différente), le bouton **Nouvelle perfusion** permet de démarrer une nouvelle occurrence.



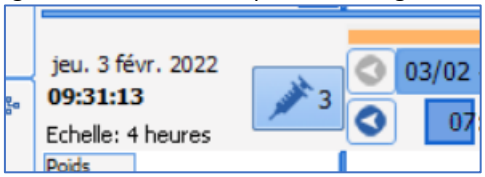
Si la prescription a été modifiée (changement de débit à appliquer immédiatement), **DIANE Réa** propose cette fois de rétablir le lien grâce au bouton **Occurrence prévue**, ce qui démarre une nouvelle occurrence avec le nouveau débit prescrit à la suite de l'occurrence initiale. S'il s'agit d'une nouvelle perfusion (ligne de plan de soins différente), le bouton **Nouvelle occurrence** permet de démarrer une nouvelle occurrence.



Note : La fenêtre **Gestion PSE et TCI** est accessible à partir de l'onglet **Plan de soins** avec le bouton  .



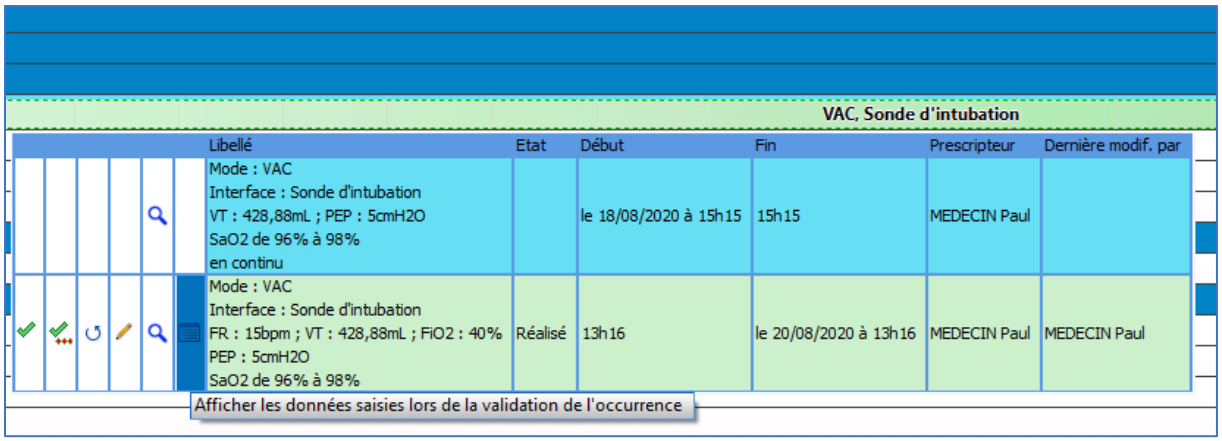
La fenêtre **Gestion PSE et TCI** est également accessible à partir de l'onglet **Configuration** avec le bouton  .



5.9.2.5.5 Cas particulier des paramètres ventilatoires

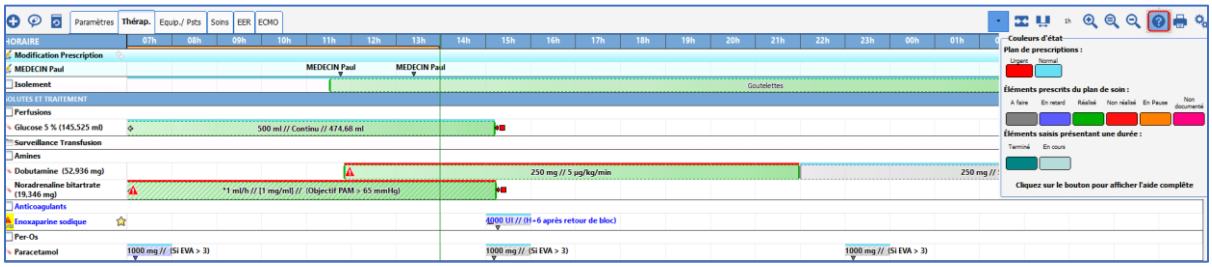
La fenêtre de validation des paramètres ventilatoires vous permet de renseigner les paramètres machines du patient sans pour autant modifier la prescription.

Cliquez sur l'icône **Réaliser** : cette action permet d'ouvrir la fenêtre de validation. Celle-ci reprend les informations de la prescription, afin de vous donner les indications.
Il vous est possible depuis cette fenêtre de renseigner directement la surveillance patiente et d'indiquer les données machine du patient.
Le clic sur la dernière icône, permet d'afficher le contenu saisi lors de la validation.



Lors de la validation des occurrences du Plan de soins, la couleur de fond de celles-ci se modifie indiquant ainsi son nouvel état.

Le code couleur est accessible au survol à la souris sur le  situé en haut à droite du Plan de soin.



5.9.2.5.6 Cas particulier des produits administrés en culots ou en poches

Si le culot est prescrit (via l'onglet **Prescription**), le volume associé est également demandé lors de la réalisation de l'occurrence dans le plan de soins.

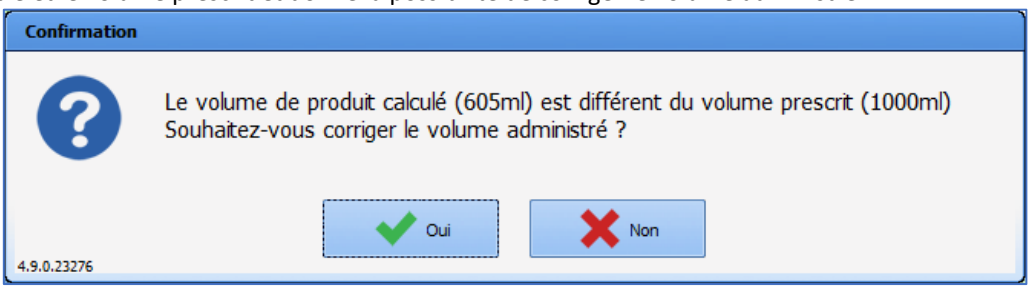


Le champ **Commentaire** permet la saisie de la référence du culot.
Le commentaire apparaît dans le champ **Infos Suppl.** au clic sur l'occurrence.

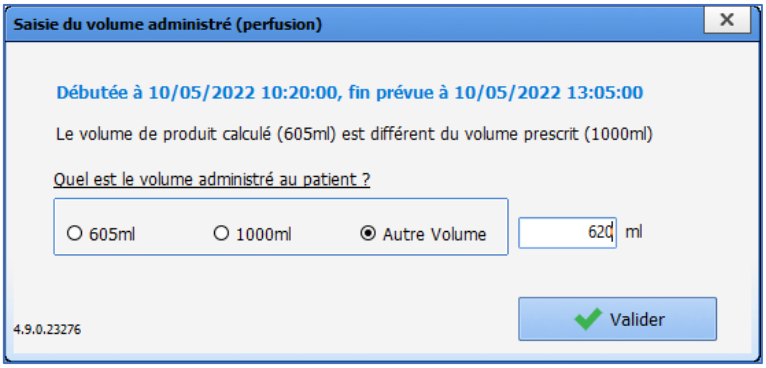
	Prescriptions					
	Libellé	Etat	Début	Prescripteur	Dernière modif. par	Infos Suppl.
	Concentré globulaire : 1 culot(s) 1x/j		16h15	SYSTEM Diane		
	Concentré globulaire : 1 culot(s) 1x/j	Réalisé	16h10	SYSTEM Diane	SYSTEM Diane	1 culot(s) - 180 ml/culot(s) [180 ml] (Numéro 67064893511)

5.9.2.5.7 Saisie du volume pour les produits administrés en poche

En cas d'arrêt de l'administration de produits en poche avant l'heure prévue, une fenêtre indique le volume administré et le volume prescrit et donne la possibilité de corriger le volume administré.

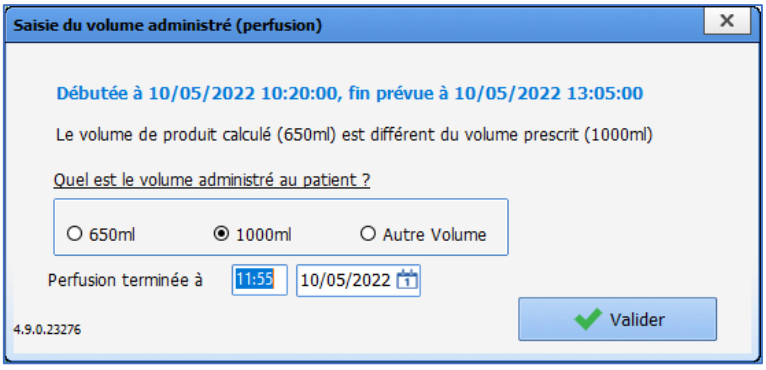


Si l'utilisateur choisit **Oui**, il a la possibilité de saisir le volume réellement administré.

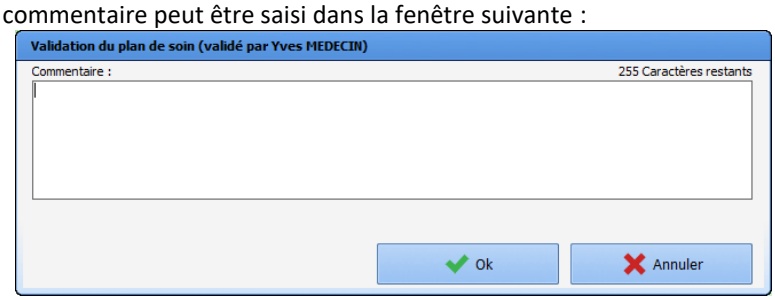


Dans le cas contraire, l'occurrence est renseignée avec le volume théorique administré.

Volume prescrit : Rappel du volume (en ml) prescrit (non modifiable).
Volume calculé : Rappel du volume (en ml) actuel administré (non modifiable).
Autre volume : Permet à l'utilisateur de saisir le volume de produit réellement administré. Le champ de saisie n'est pas visible si la case à cocher **Autre volume** n'est pas cochée.
Si l'utilisateur utilise le bouton **Terminer (en modifiant la date/heure ou en saisissant des informations complémentaires)**, l'heure d'occurrence de la fin de perfusion se saisit dans le champ **Perfusion terminée à**.



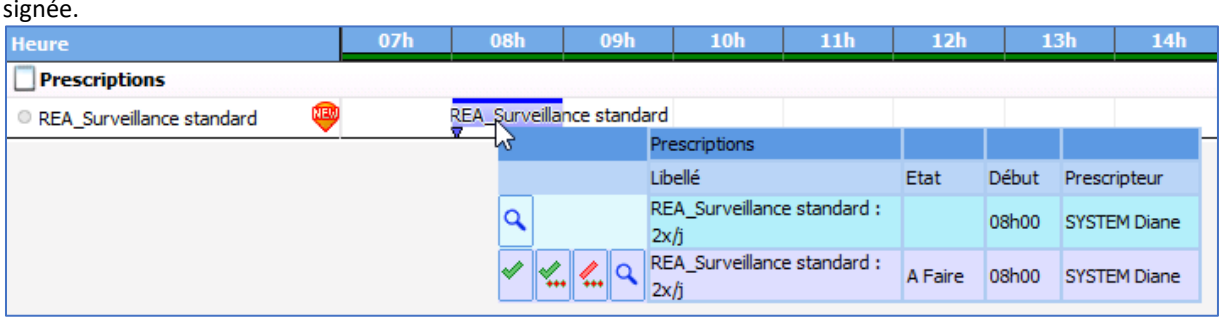
Après validation, le commentaire peut être saisi dans la fenêtre suivante :



Attention : Si depuis le plan de soins, il y a deux perfusions de type « poche » qui se suivent, lorsque l'utilisateur souhaite démarrer une perfusion « à faire » alors que la précédente est en cours, cela termine automatiquement la précédente, dans ce cas il n'est pas possible de renseigner le volume car le bouton d'action « fin de perfusion » n'a pas été explicitement utilisé. Pour renseigner le volume, il faut explicitement utiliser le bouton d'action de fin de perfusion.

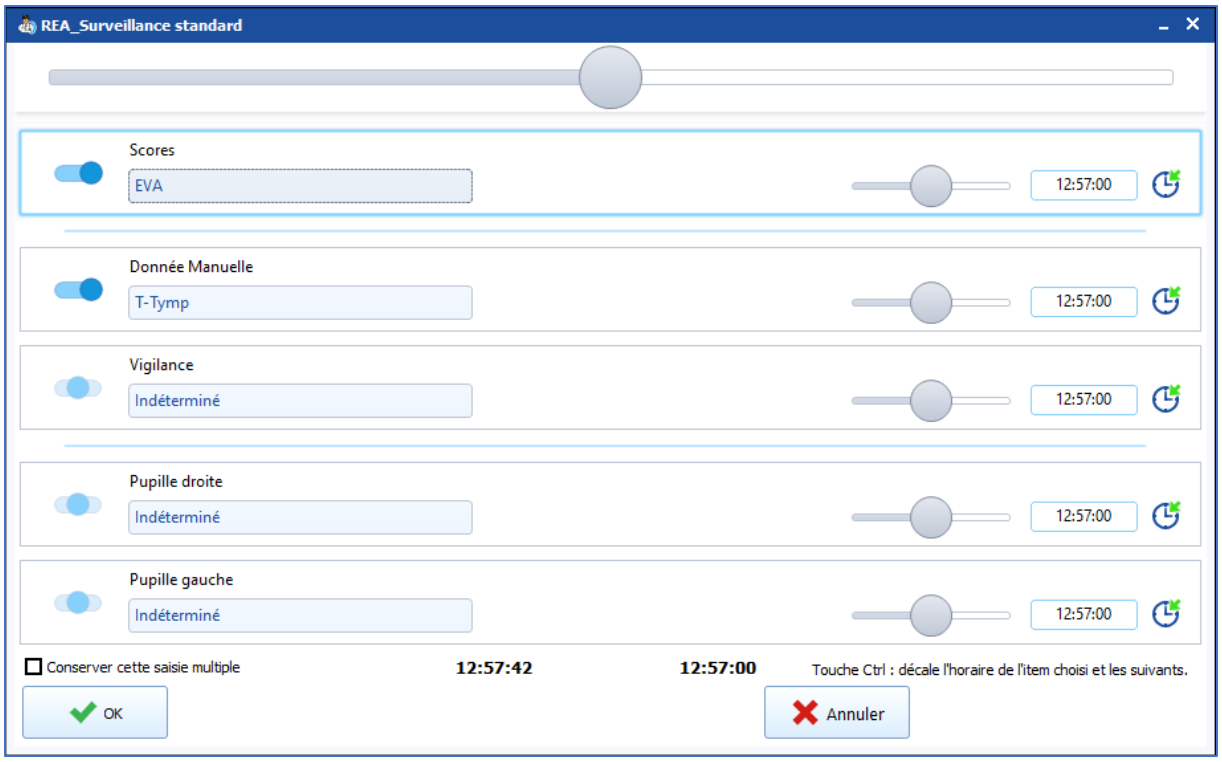
5.9.2.5.8 Cas des saisies multiples

Le renseignement depuis le plan de soin des saisies multiples prescrites est possible une fois la prescription signée.



Le clic sur l'occurrence propose à l'utilisateur de :

- Réaliser l'occurrence  : Ouvre la saisie multiple prescrite



Le renseignement d'une saisie multiple prescrite n'offre pas la possibilité à l'utilisateur de saisir par la suite une autre saisie multiple parmi la liste des saisies multiples enchainées configurées (bouton **Ok et poursuivre après** non visible). Il n'est pas possible depuis la fenêtre d'annuler l'ajout de la saisie multiple dans le but de saisir une autre saisie multiple parmi les saisies multiples alternatives configurées (bouton **Annuler et choisir à la place** non visible).

Le fonctionnement de la case à cocher **Conserver cette saisie multiple** diffère de celui des saisies multiples ajoutées directement via une pancarte ou un bouton. Si la case est cochée, le clic sur le bouton **OK** ajoute les éléments cochés dans le dossier et conserve les valeurs des différents éléments pour l'occurrence suivante. La réalisation de l'occurrence suivante chargera automatiquement les valeurs de la saisie multiple enregistrée. L'heure de référence pour la saisie multiple est initialisée avec l'heure de réalisation de l'occurrence.

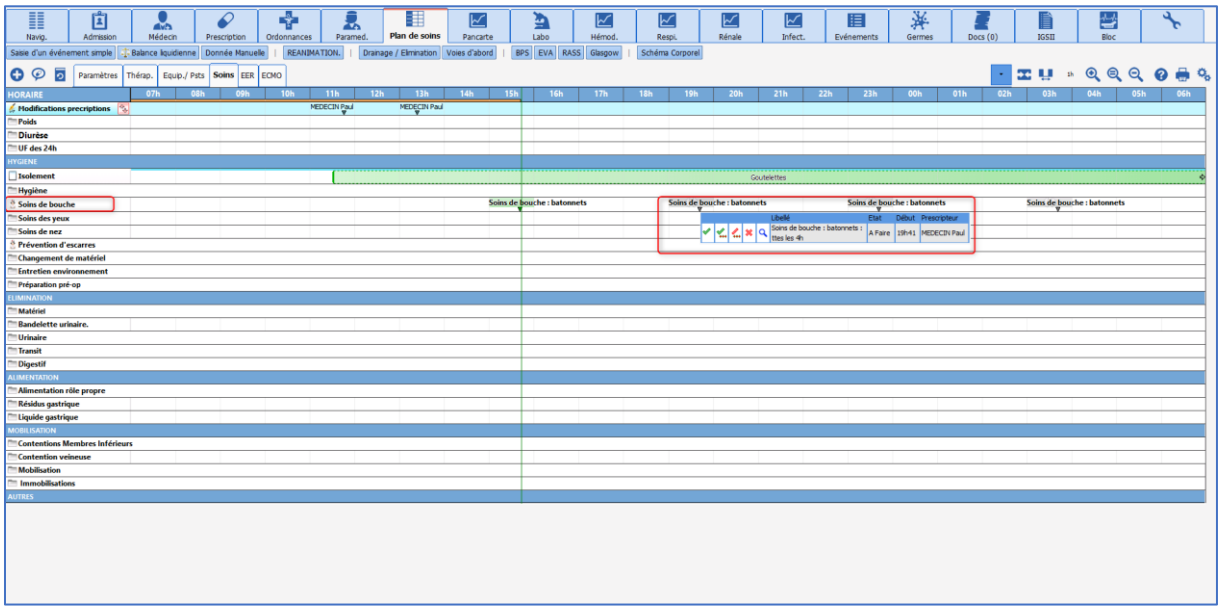
Il est possible à la suite de la réalisation de l'occurrence de saisir un commentaire via l'icône .

- Réaliser en modifiant la date et heure de réalisation : Même fonctionnement que la réalisation de l'occurrence mais avec la possibilité de changer l'heure de saisie de la saisie multiple.
- Ne pas réaliser : permet de renseigner l'occurrence comme non réalisée à la suite de la saisie d'un commentaire liée à l'occurrence.
- Visualiser la prescription : Permet d'ouvrir la fenêtre de prescription en lecture seule.

5.9.3 Planification Infirmière

L'application permet également de faire des saisies de type « Planification », celles-ci permettent de programmer des soins en série.

Ces éléments sont représentés sur le plan de soins par cette icône dans la colonne des entêtes.
La validation de ces éléments suit la même procédure que la validation des éléments issus d'une prescription.

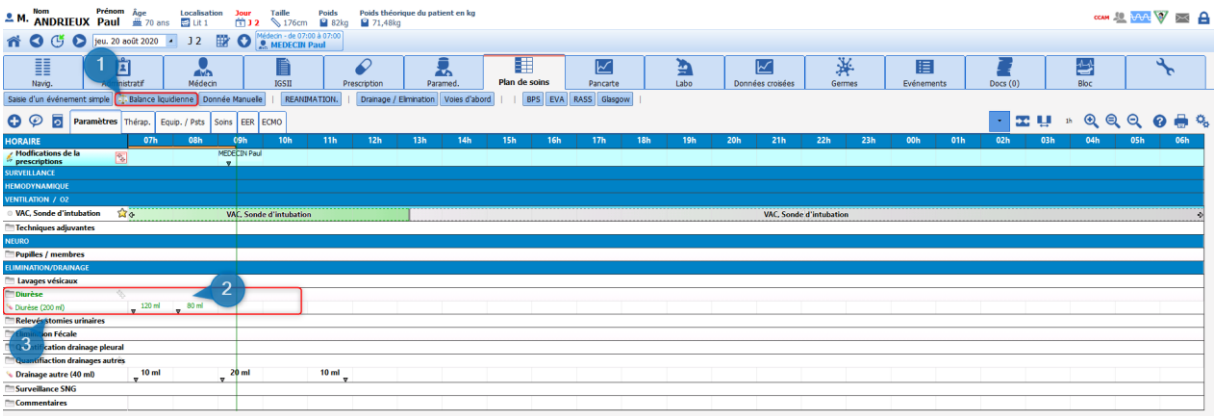


Par défaut, la durée de planification est fixée à 8 jours. Cette durée est modifiable, mais il n'est pas possible de ne pas indiquer de durée.



5.9.4 Bilan des Entrées / Sorties

L'application permet de calculer facilement le Bilan des entrées / sorties.
Les **« Entrées »** sont calculées à partir des administrations renseignées depuis le plan de soins. (Y compris les quantités renseignées lors des dilutions de produits d'où l'importance de bien les indiquer avant de démarrer les administrations.)
Les **« Sorties »** sont issues des quantifications renseignées depuis le plan de soins.



(1) Bouton permettant d'afficher la Balance Liquidienne.
(2) Affichage de la quantité saisie lors du relevé.

(3) Cumul journalier pour la même sortie, ce cumul est calculé sur la journée d'affichage, ici de 7h00 à 6h59

5.9.4.1 Quantifications des « Sorties » en l'absence d'utilisation du schéma corporel

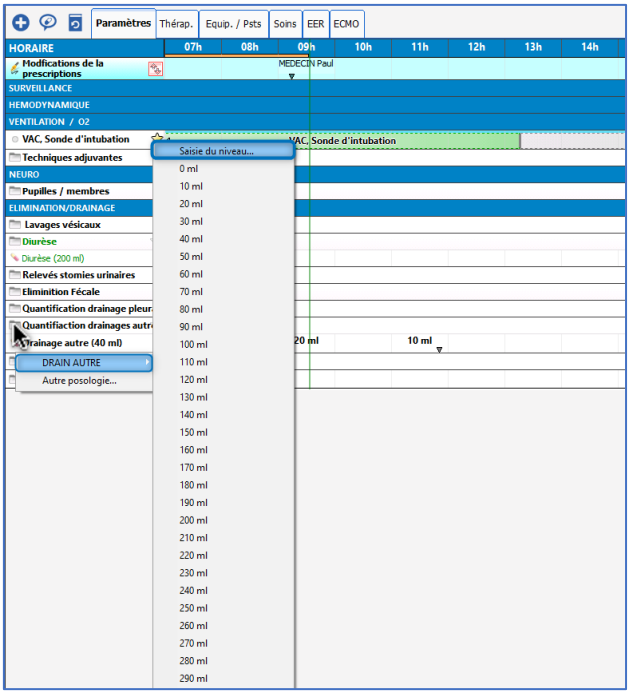
Pour quantifier les « Sorties » deux modes de saisie sont disponibles :

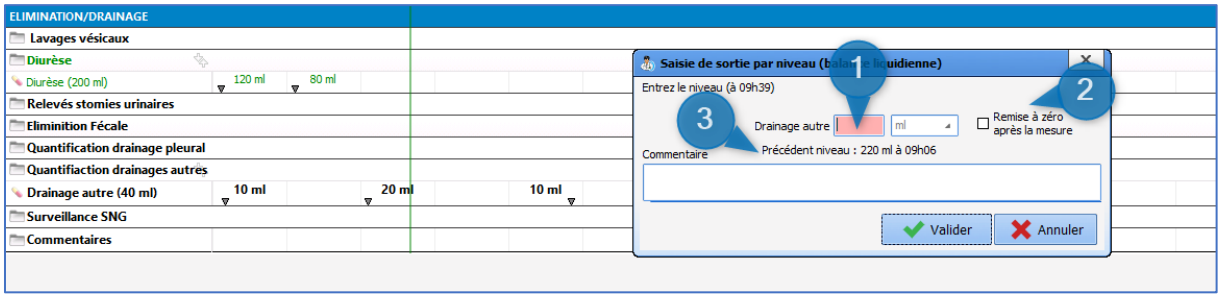
- **Par niveau**, lors du relevé, il faut simplement indiquer le total présent dans le réceptacle.

_ Double-cliquer sur l'item désiré dans la colonne des entêtés, ici **Drain autre**.
_ Sélectionner le choix **Saisie par niveau** situé tout en haut de la liste.
_ Ouverture de la fenêtre contextuelle permettant de renseigner la quantité**.**
_ Puis valider.

Le cumul journalier est alors affiché dans la colonne d'entête, et la différence entre la précédente saisie et celle effectuée vient se renseigner dans la cellule de la plage horaire actuelle.

N.B. : tant qu'aucune remise à zéro n'est effectuée, le **Précédent niveau (3)** affiché dans la fenêtre contextuelle reprend le cumul depuis la 1re saisie.





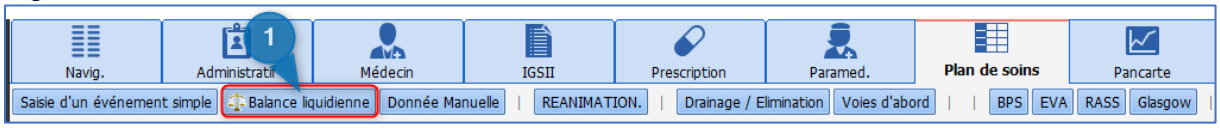
(1) Zone permettant la saisie de la quantité en ml.
(2) **Remise à zéro après la mesure** : en cochant cette case cela permet de reprendre la quantification à partir de zéro. (Lorsque l'on change de réceptacle, ou lorsqu'on le vide).
(3) Indicateur du niveau précédent.

- **Par volume** :

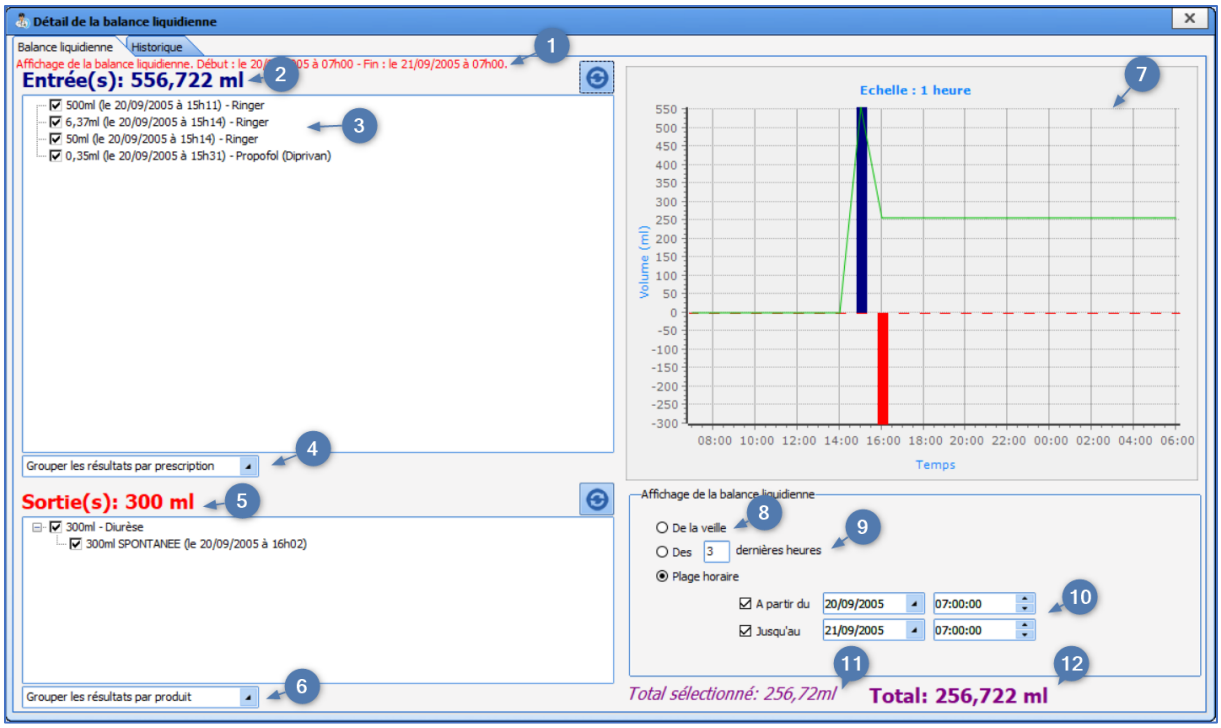
Cette méthode permet de venir renseigner la différence entre le relevé précédent et le relevé actuel.
_ Double-cliquer sur l'item désiré dans la colonne des entêtes, ici **Drain autre**.
_ Sélectionner la quantité désirée dans le menu affiché.
_ La saisie vient se renseigner automatiquement sur la plage horaire actuelle.

5.9.4.2 Consultation de la Balance Liquidienne globale :

L'affichage du bilan global des entrées / sorties du patient se fait à l'aide d'un bouton raccourci situé sous les onglets.



5.9.4.2.1 Onglet Balance liquidienne

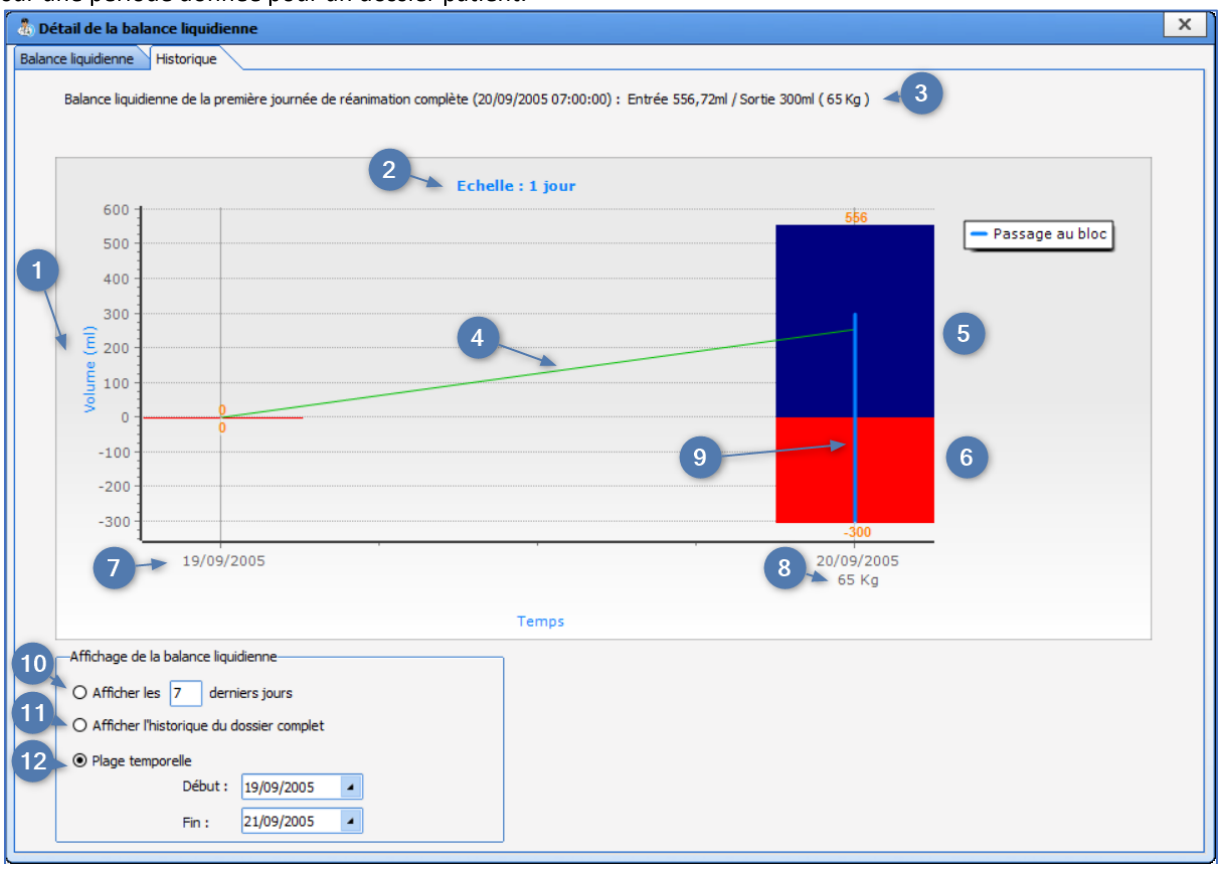


1. Rappel des bornes temporelles d'affichage de la balance liquidienne : **Affichage de la balance liquidienne du DD/MM HH:MM au DD/MM HH:MM**. (affiché en rouge).
2. Calcul du cumul en entrée.
3. Détail de chaque entrée de la balance liquidienne.
4. Liste déroulante permettant de regrouper les entrées par produit, par prescription ou par élément de soin.
5. Calcul du cumul en sortie.
6. Liste déroulante permettant de regrouper les sorties par produit, par prescription ou par élément de soin.
7. Affichage des entrées (en bleu) et des sorties (en rouge). La courbe verte correspond au calcul du bilan entrées / sorties.
8. Bouton radio **De la veille**. Cochée par défaut si la clé de paramétrage **ShowDayBeforeChecked** est activée, cette case permet d'afficher la balance de la veille.

9. Bouton radio **Des X dernières heures**. Permet de choisir d'afficher la balance liquidienne en fonction des X dernières heures. La valeur par défaut de X reprend la valeur de la clé de paramétrage **DefaultValueTimeFilter** (24 par défaut).
10. Bouton radio permettant de définir les bornes de la balance liquidienne à afficher à partir d'une date/heure de début ainsi qu'une date/heure de fin. Les dates sont initialisées par défaut avec le début et la fin de la journée de réanimation en cours. Case cochée par défaut si la clé de paramétrage **ShowDayBeforeChecked** n'est pas activée.
11. Calcul du bilan entrée / sortie du patient en fonction des éléments sélectionnés.
12. Calcul du bilan entrée / sortie du patient (sélectionnées ou non).

5.9.4.2.2 Onglet Historique

Cet onglet s'affiche dans un contexte de réanimation et permet de visualiser l'historique de la balance liquidienne sur une période donnée pour un dossier patient.



Ce graphique permet l'affichage des entrées (en bleu) et des sorties (en rouge) en fonction du volume ainsi qu'un suivi du poids du patient dans le temps.

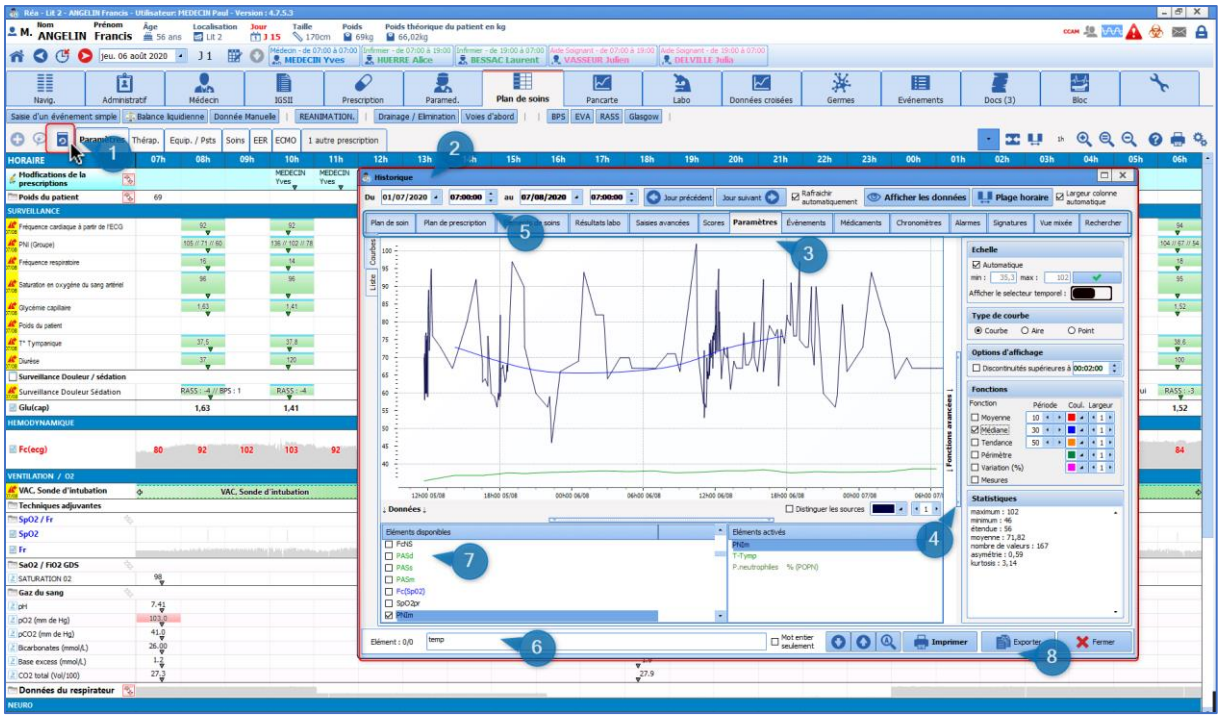
1. Echelle permettant de lire le volume en entrée et sortie de la balance liquidienne. Elle s'ajuste automatiquement en fonction du volume de la BL (fonctionnement identique à l'affichage de la balance liquidienne dans l'onglet balance liquidienne), l'unité est affichée entre parenthèses.
2. Echelle : durée représentée par chaque colonne. Le nombre de jours affichés s'adapte en fonction de la période d'affichage choisie par l'utilisateur (cf. 10, 11 et 12).
3. Affichage de la balance liquidienne de la première journée de réanimation complète. (*Exemple : si la journée de réanimation commence à 7h00, et que le patient est arrivé à 5h00, la balance liquidienne de la journée commençant à 7h00 : les entrées et sorties entre 5h00 et 7h00 ne sont pas prises en compte*)

4. La courbe verte n'a pas le même fonctionnement que celle présente dans l'onglet **Balance liquidienne** classique. Elle correspond, pour chaque jour, à la différence entre les entrées et sorties.
5. Affichage du volume en entrée de la balance liquidienne en fonction du jour. Le volume est affiché sur la représentation graphique.
6. Affichage du volume en sortie de la balance liquidienne en fonction du jour. Le volume est affiché sur la représentation graphique.
7. Date du jour affiché.
8. Poids du patient avec son unité (Poids du patient – Poids). Si plusieurs données sont saisies pour une seule journée, la valeur saisie en première est affichée.
9. Ligne bleue. Permet de visualiser le jour de passage au bloc opératoire du patient.
10. Bouton radio **Afficher les X derniers jours** : X est initialisé avec 7 comme valeur par défaut. Affiche la balance liquidienne des X derniers jours à partir de la date du jour. Cette case est cochée par défaut.
11. Bouton radio **Afficher l'historique du dossier complet**. Initialise la période d'affichage de la balance liquidienne avec J1= Jour de l'arrivée du patient jusqu'à la date du jour ou, pour un dossier clôturé, la date de clôture du dossier.
12. Bouton radio **Début : JJ/MM/AAAA Fin : JJ/MM/AAAA** : Bornes temporelles initialisées avec la date de la veille et la date du jour.

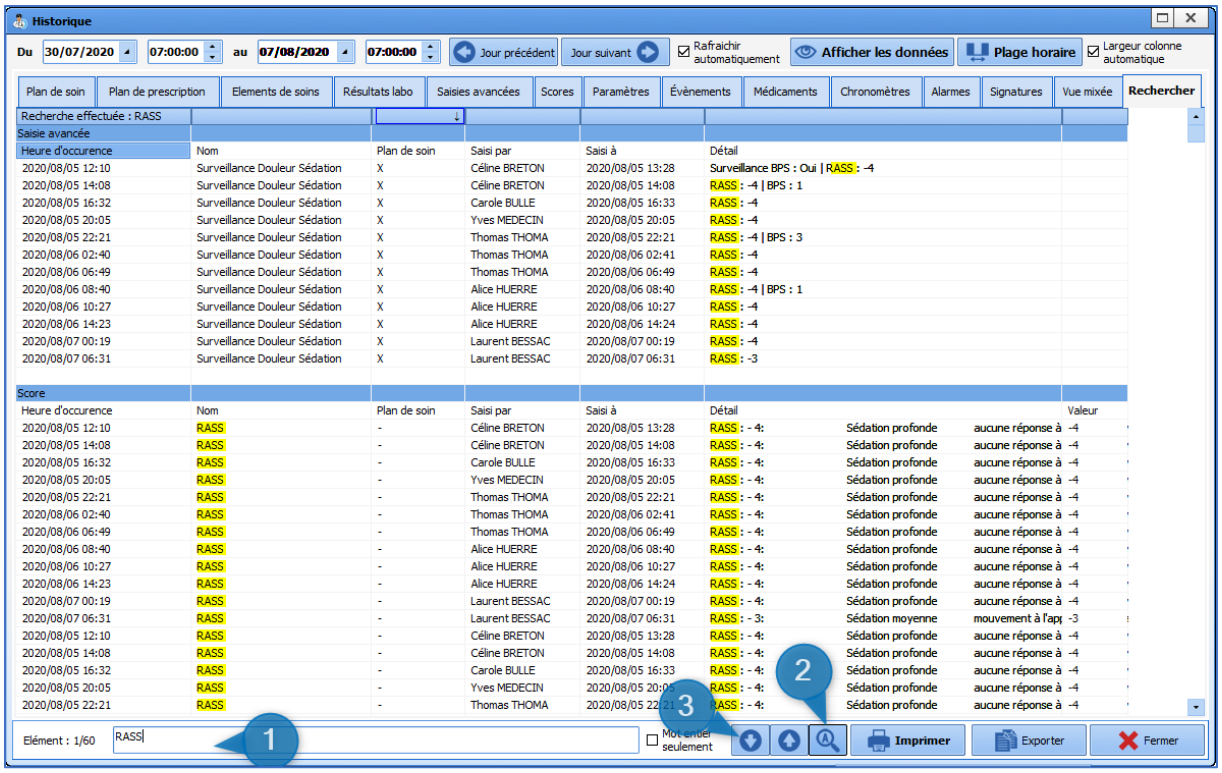
Il n'est pas possible de modifier l'échelle à l'aide de la souris comme sur le schéma présent dans l'onglet **Balance liquidienne**.

5.9.5 Historique du plan de soins

Le bouton Historique de Plan de soins permet de visualiser, de regrouper et d'analyser rapidement les données saisies et recueillies dans le Plan de soins.
Ses fonctions de recherches permettent d'isoler rapidement des données du dossier.
Mais aussi de les analyser grâce à sa fonction « Vue mixée ».
Ces données sont présentées sous forme de tableau qui sont imprimables ou exportables au format tableur ou PDF.



(1) Bouton « **Historique** ».
(2) Fenêtre contextuelle d'« **Historique** » du dossier .
(3) Sous-onglets donnant accès aux différents types de données disponibles.
(4) Zone déployable permettant l'accès aux fonctions avancées du traitement des courbes.
(5) Zone permettant la sélection d'une plage horaire personnalisable.
(6) Zone de recherche textuelle.
(7) Zone de sélection des éléments disponibles.
(8) Bouton d'export et d'impression.



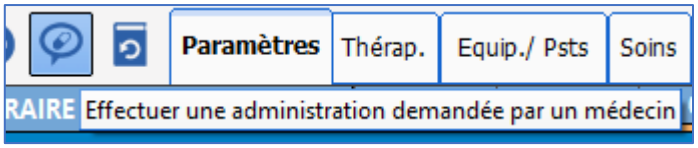
(1) Zone de recherche textuelle

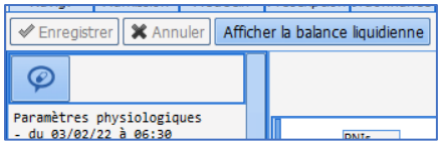
(2) Permet d'effectuer la recherche du mot clé sur l'ensemble des onglets sauf paramètres. Ici la recherche RASS, a permis d'afficher le rapport des différentes saisies qui ont été faites dans le dossier sur la durée du séjour.

(3) Flèche directionnelle permettant de passer d'un résultat à l'autre.

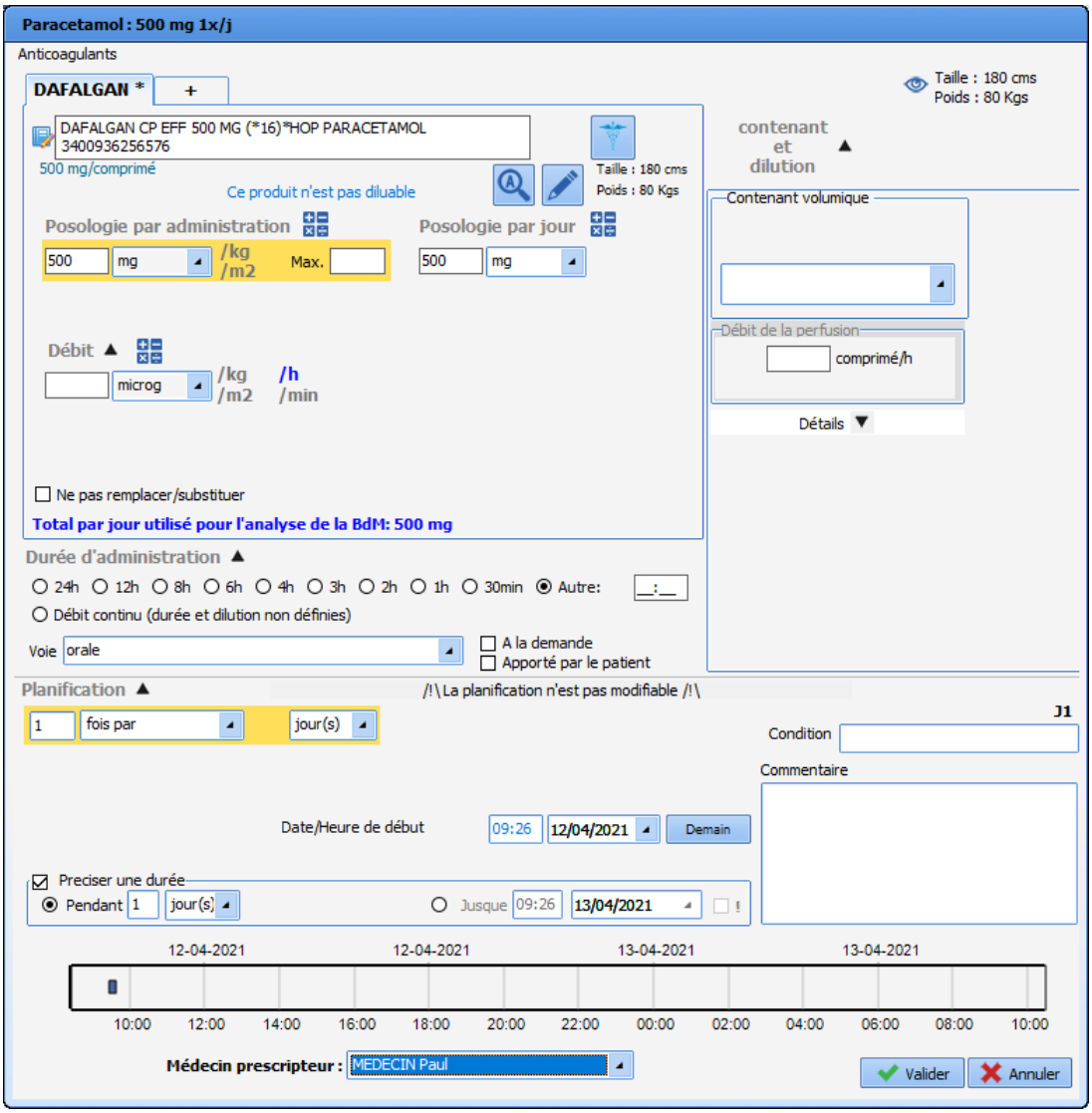
5.9.6 Cas des administrations demandées par un médecin

Dans l'onglet **Plan de soins** et dans les pancartes de type 3, **DIANE** donne la possibilité d'effectuer une administration demandée par un médecin. Selon le paramétrage, la saisie peut être limitée à une liste de favoris paramétrés.





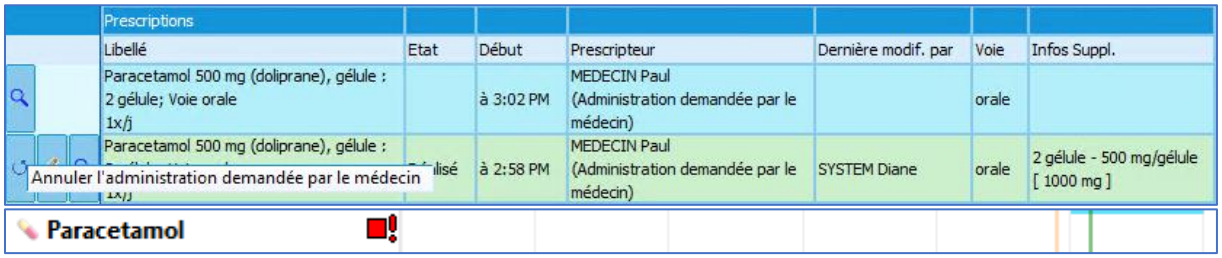
La saisie du médecin prescripteur est obligatoire.



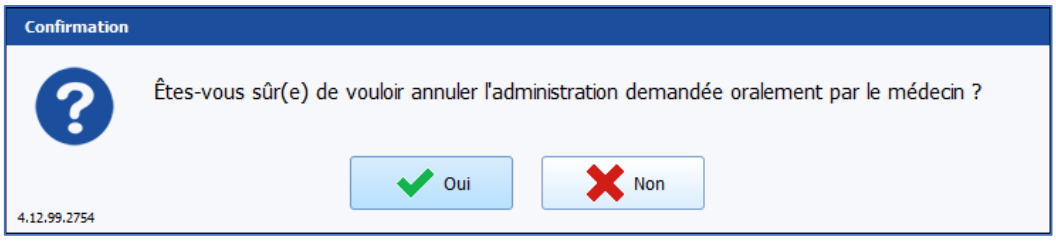
La saisie apparaît dans le plan de soin avec une icône particulière.



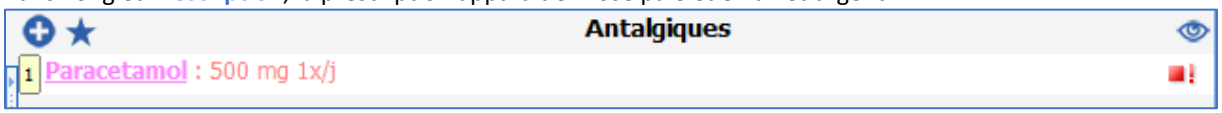
Un clic affiche un menu permettant d'annuler cette saisie, en cas d'erreur de saisie, si elle n'a pas été validée par un médecin.



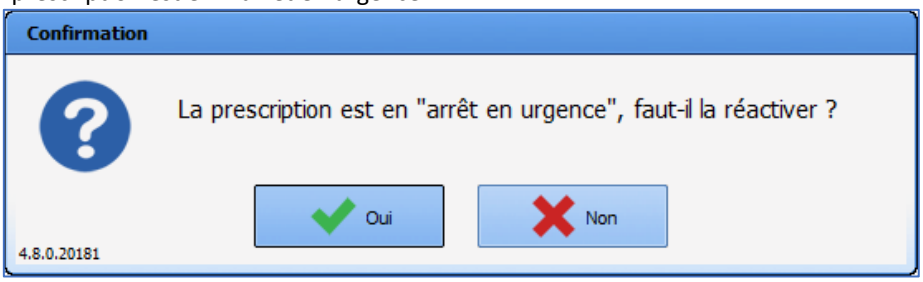
Si l'utilisateur qui effectue l'annulation est différent de celui qui l'a saisie, un message de confirmation est affiché.



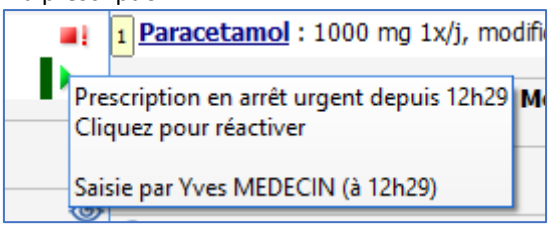
Dans l'onglet **Prescription**, la prescription apparaît en rose pâle et en arrêt urgent.



Le médecin garde la possibilité de valider la prescription en ouvrant la prescription. Un message de confirmation précise que la prescription est en « arrêt en urgence ».



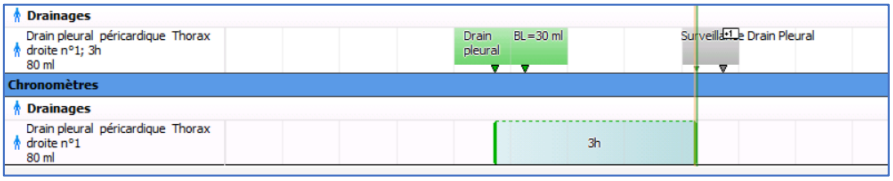
Il est aussi possible de réactiver la prescription.



5.9.7 Eléments de soins

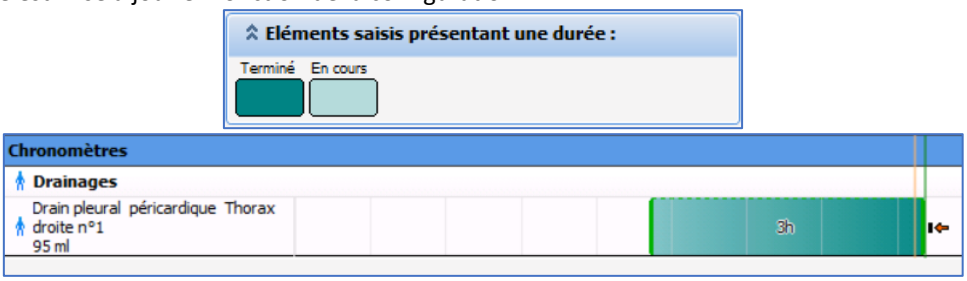
Les prescriptions de pose et de retrait d'éléments de soins sont affichées sur des lignes de type **Plan de prescription et plan de soins**. Les différents formulaires des éléments de soins sont quant à eux affichés dans des lignes spécifiques aux éléments de soins.

Le clic sur une occurrence non-réalisée, propose d'ajouter l'élément de soin ou de renseigner le formulaire de suivi (bouton ) ou de le remplacer par un autre formulaire précédemment configuré pour l'élément de soin (bouton ). La réalisation de l'élément de soin depuis le plan de soins a le même fonctionnement que la réalisation depuis le schéma corporel. Le formulaire de suivi configuré s'ouvre avec la possibilité de planifier les formulaires suivants (cf. *Saisir le formulaire de pose du dispositif médical*).
Il est possible d'afficher l'élément de soin sous la forme d'un chronomètre :



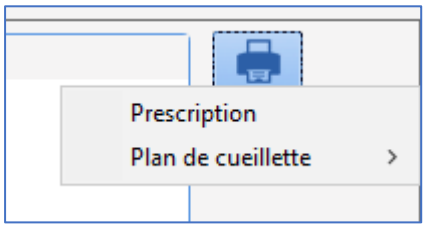
Le libellé du soin ne reprend pas la durée totale du soin, contrairement aux lignes d'éléments de soins classiques.

Le retrait de l'élément de soin stoppe le chrono, la durée reste affichée sur l'occurrence et la couleur de l'occurrence est mise à jour en fonction de la configuration.

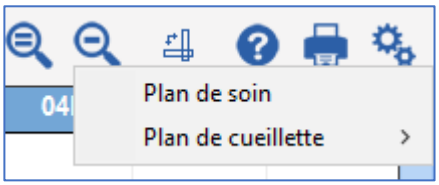


5.10 Plan de cueillette

Il est possible d'imprimer le plan de cueillette, à partir de l'onglet **Prescription** et à partir de l'onglet **Plan de soins**.

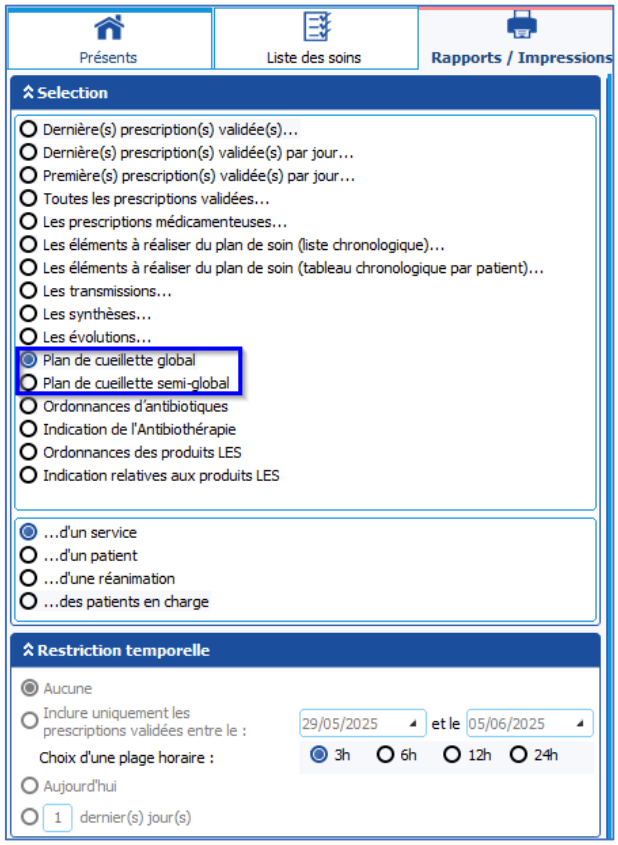


Onglet **Prescription**

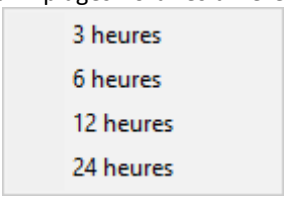


Onglet **Plan de soins**

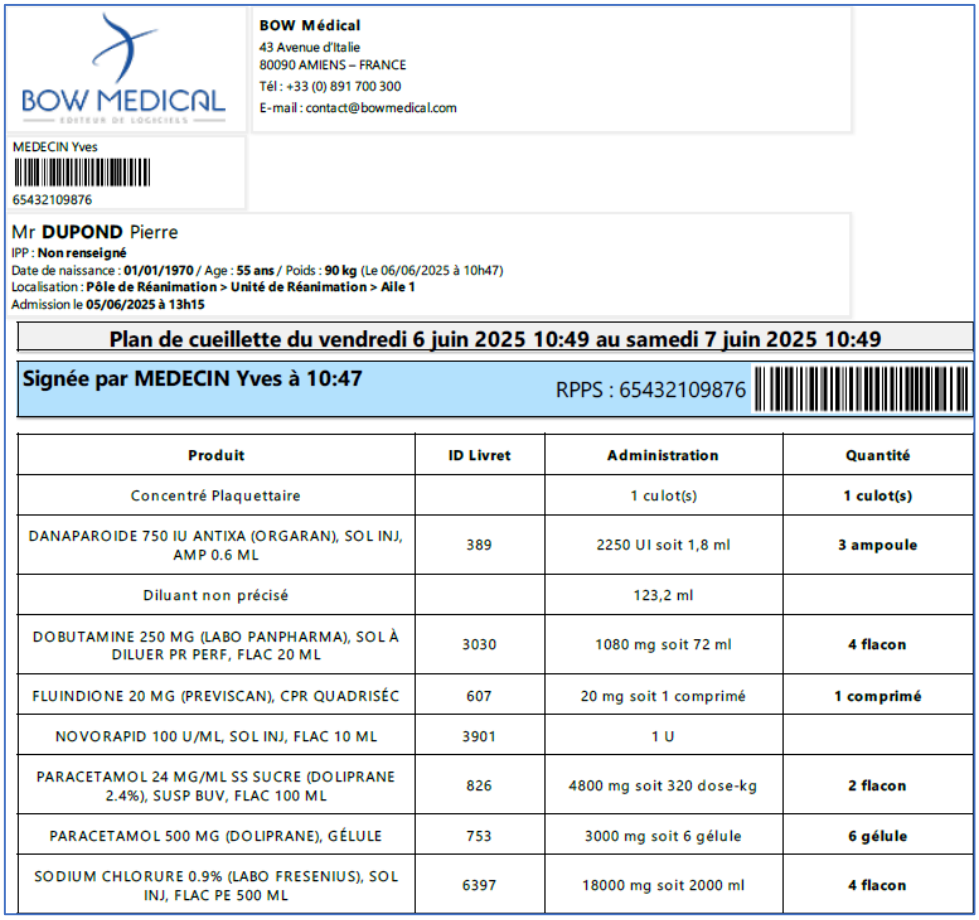
L'impression du plan de cueillette peut également s'effectuer à partir de l'onglet **Rapports / Impressions** du portail de réanimation.



Le plan de cueillette peut être imprimé pour 4 plages horaires différentes.



Seuls les produits ayant une posologie et dont le début est prévu dans l'intervalle de temps (3, 6, 12 ou 24h) à compter de l'heure actuelle sont prises en compte.



BOW Médical
43 Avenue d'Italie
80090 AMIENS – FRANCE
Tél : +33 (0) 891 700 300
E-mail : contact@bowmedical.com

MEDECIN Yves
65432109876

Mr **DUPOND** Pierre
IPP : **Non renseigné**
Date de naissance : **01/01/1970** / Age : **55 ans** / Poids : **90 kg** (Le 06/06/2025 à 10h47)
Localisation : **Pôle de Réanimation > Unité de Réanimation > Aile 1**
Admission le **05/06/2025 à 13h15**

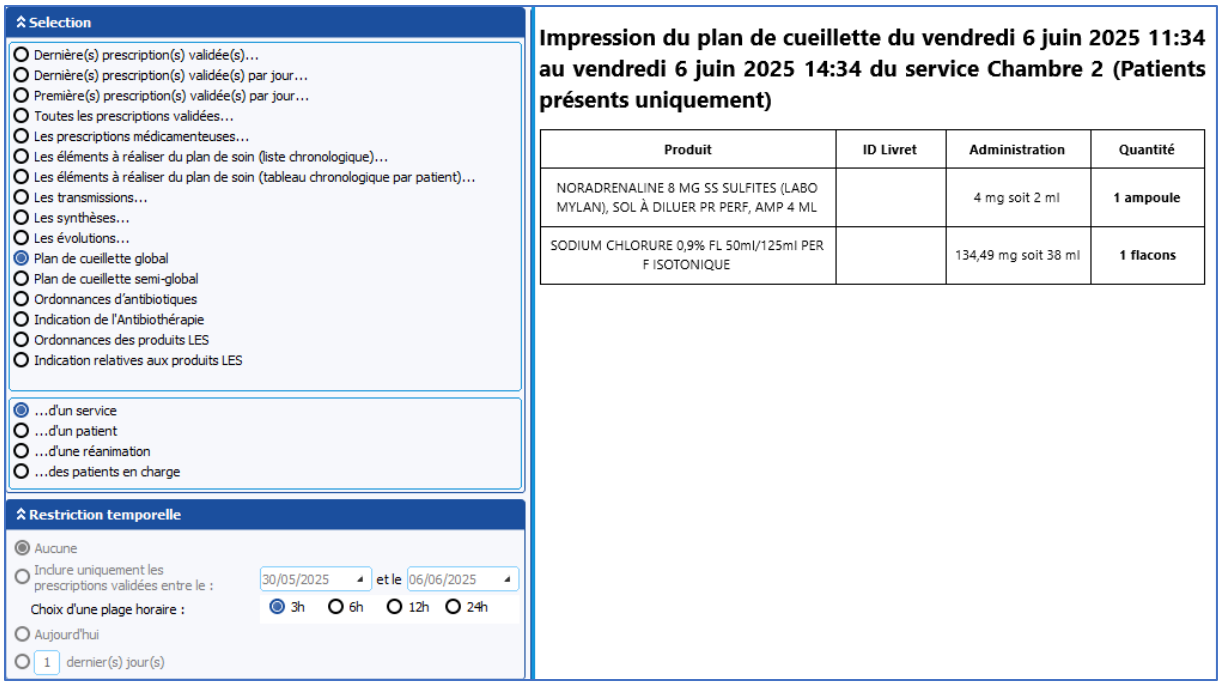
Plan de cueillette du vendredi 6 juin 2025 10:49 au samedi 7 juin 2025 10:49

Signée par MEDECIN Yves à 10:47 RPPS : 65432109876

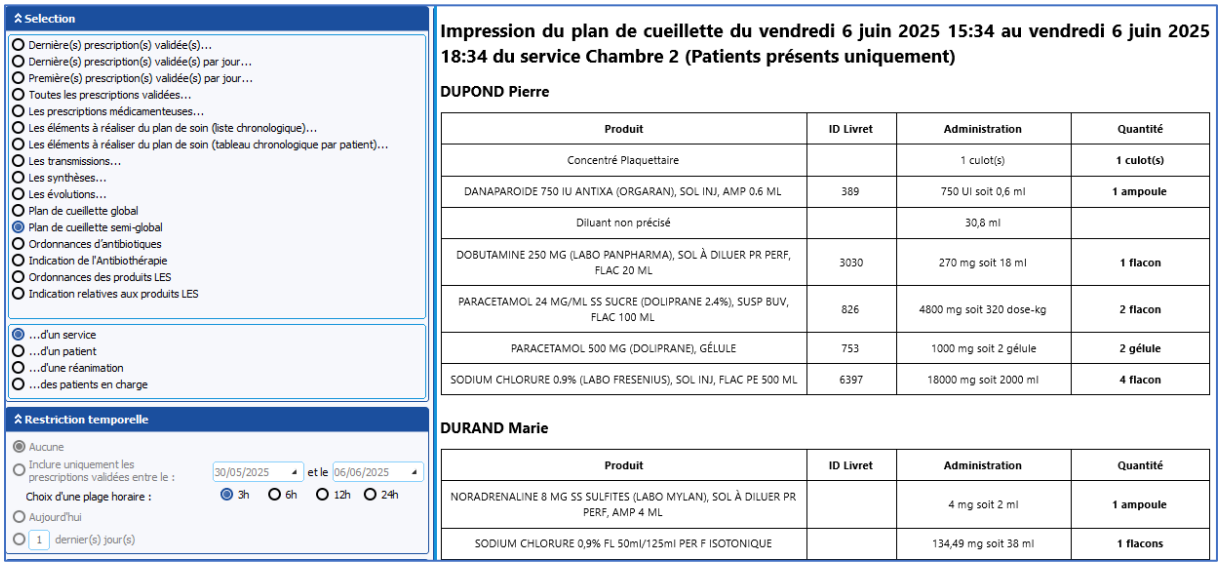
Produit	ID Livret	Administration	Quantité
Concentré Plaquettaire		1 culot(s)	**1 culot(s)**
DANAPAROIDE 750 IU ANTIXA (ORGARAN), SOL INJ, AMP 0.6 ML	389	2250 UI soit 1,8 ml	**3 ampoule**
Diluant non précisé		123,2 ml	
DOBUTAMINE 250 MG (LABO PANPHARMA), SOL À DILUER PR PERF, FLAC 20 ML	3030	1080 mg soit 72 ml	**4 flacon**
FLUINDIONE 20 MG (PREVISCAN), CPR QUADRISÉC	607	20 mg soit 1 comprimé	**1 comprimé**
NOVORAPID 100 U/ML, SOL INJ, FLAC 10 ML	3901	1 U	
PARACETAMOL 24 MG/ML SS SUCRE (DOLIPRANE 2.4%), SUSP BUV, FLAC 100 ML	826	4800 mg soit 320 dose-kg	**2 flacon**
PARACETAMOL 500 MG (DOLIPRANE), GÉLULE	753	3000 mg soit 6 gélule	**6 gélule**
SODIUM CHLORURE 0.9% (LABO FRESENIUS), SOL INJ, FLAC PE 500 ML	6397	18000 mg soit 2000 ml	**4 flacon**

A partir de l'onglet **Rapports / Impressions** du portail de réanimation, l'utilisateur peut, au choix, imprimer le plan de cueillette global ou semi-global :

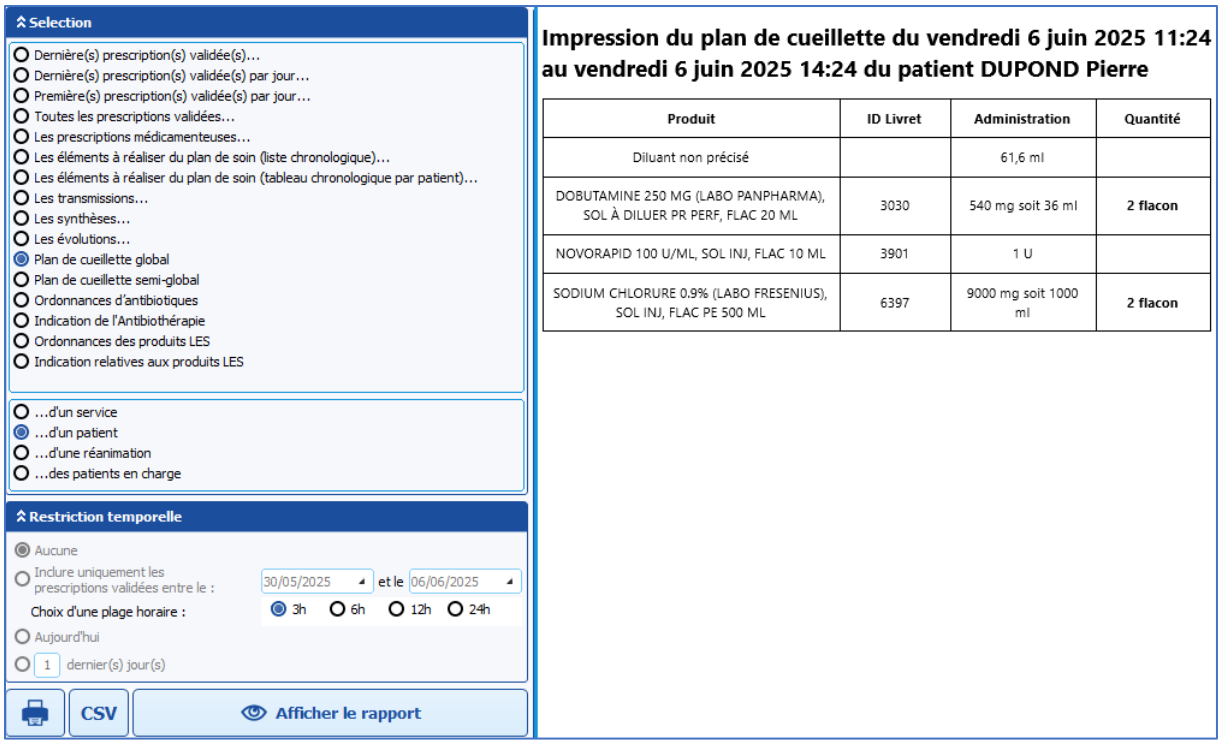
- d'un service (plan de cueillette global) :



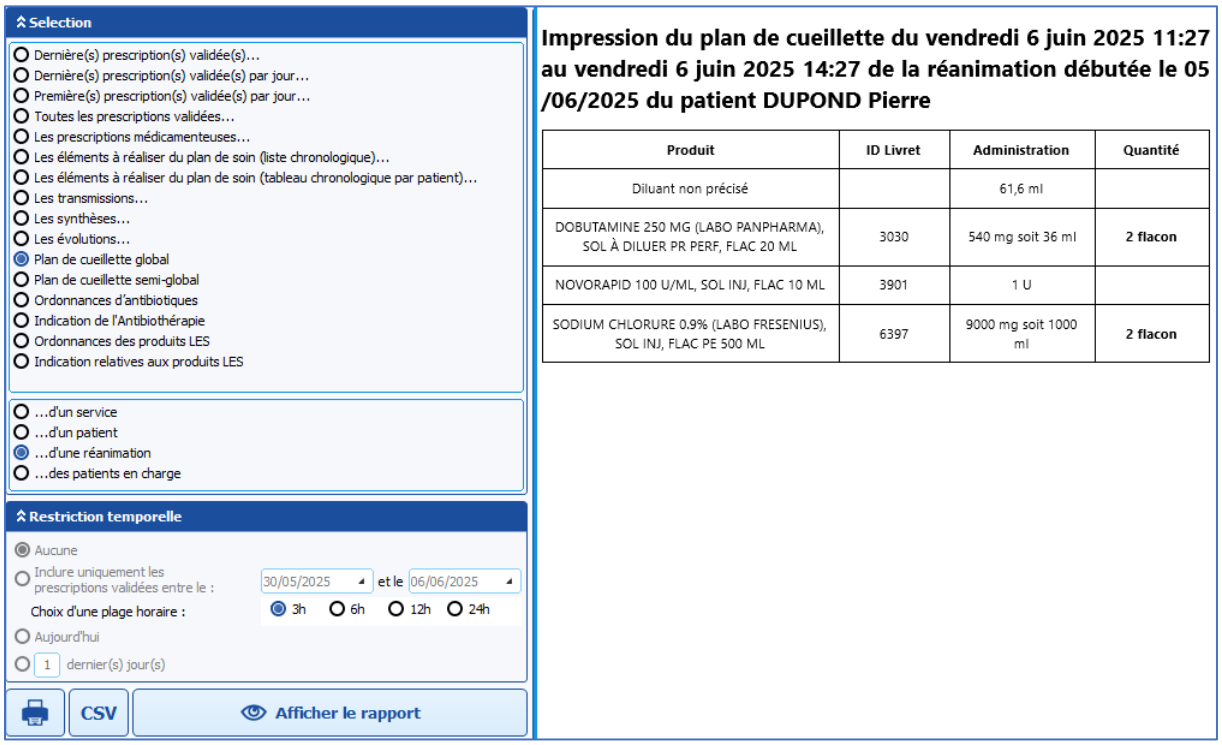
- d'un service (plan de cueillette semi-global) :



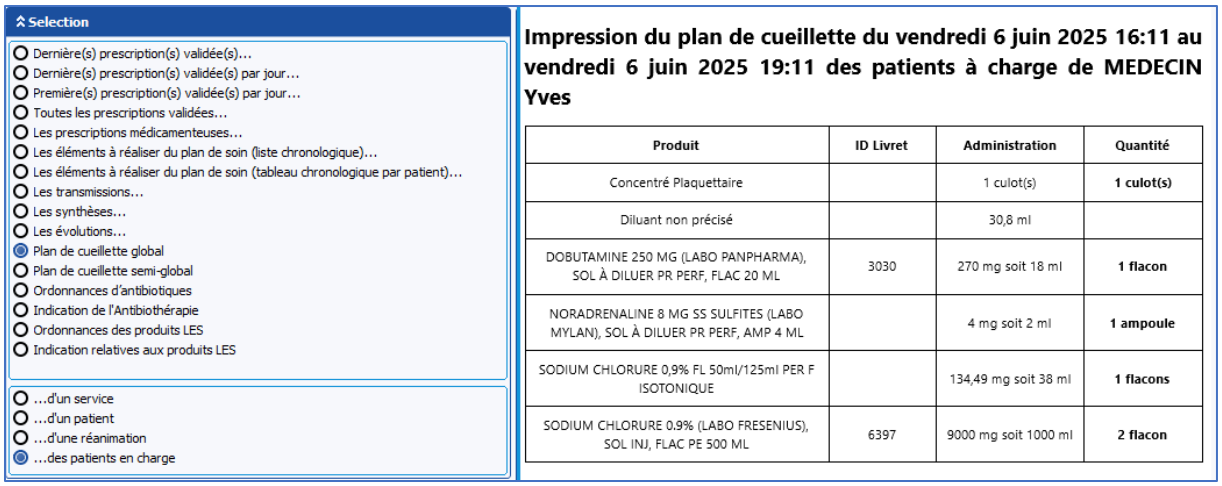
- d'un patient :



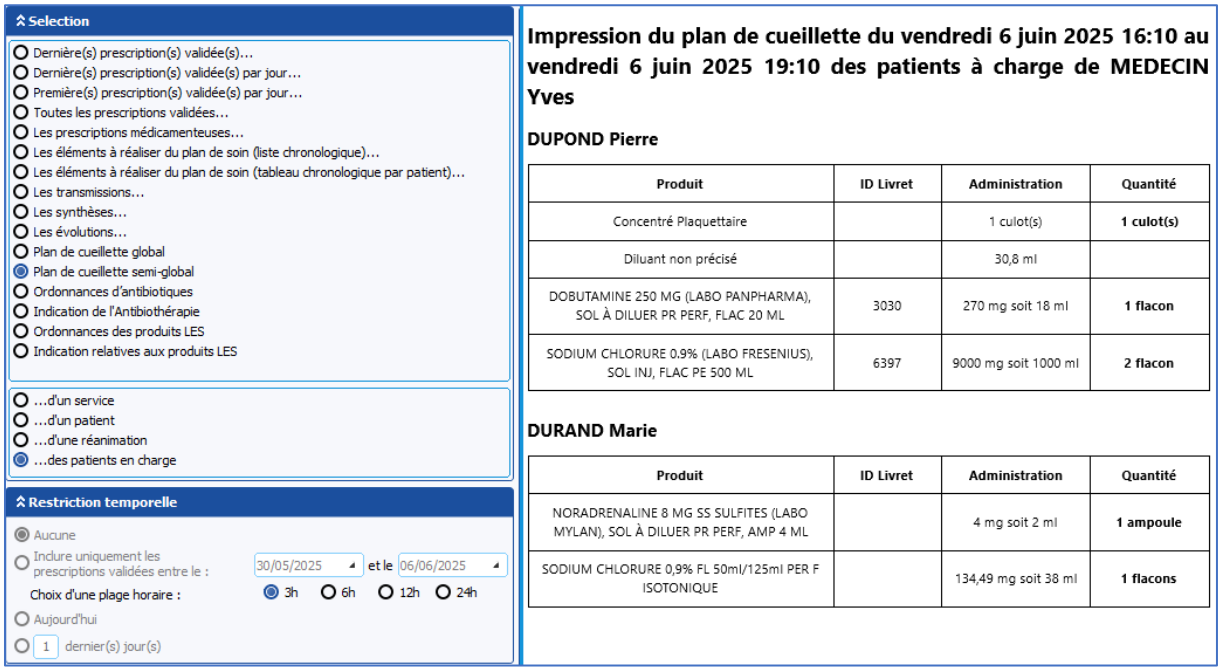
- de la réanimation d'un patient :



- de tous les patients dont il a la charge (plan de cueillette global) :



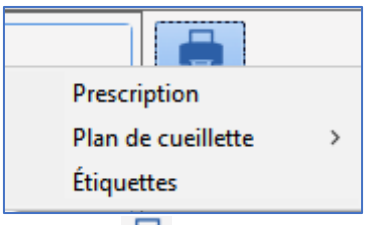
- de tous les patients dont il a la charge (plan de cueillette semi-global) :



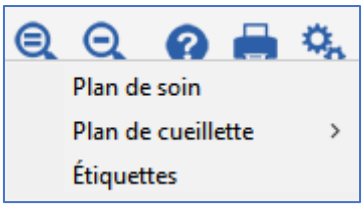
5.11 Impression des étiquettes médicamenteuses

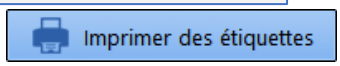
L'impression des étiquettes destinées aux poches et aux seringues prescrites est possible à partir :

- de l'onglet **Prescription** au clic sur le bouton 

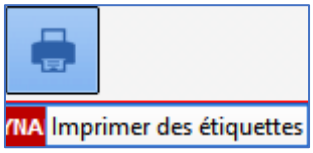


- de l'onglet **Plan de soins** au clic sur le bouton 

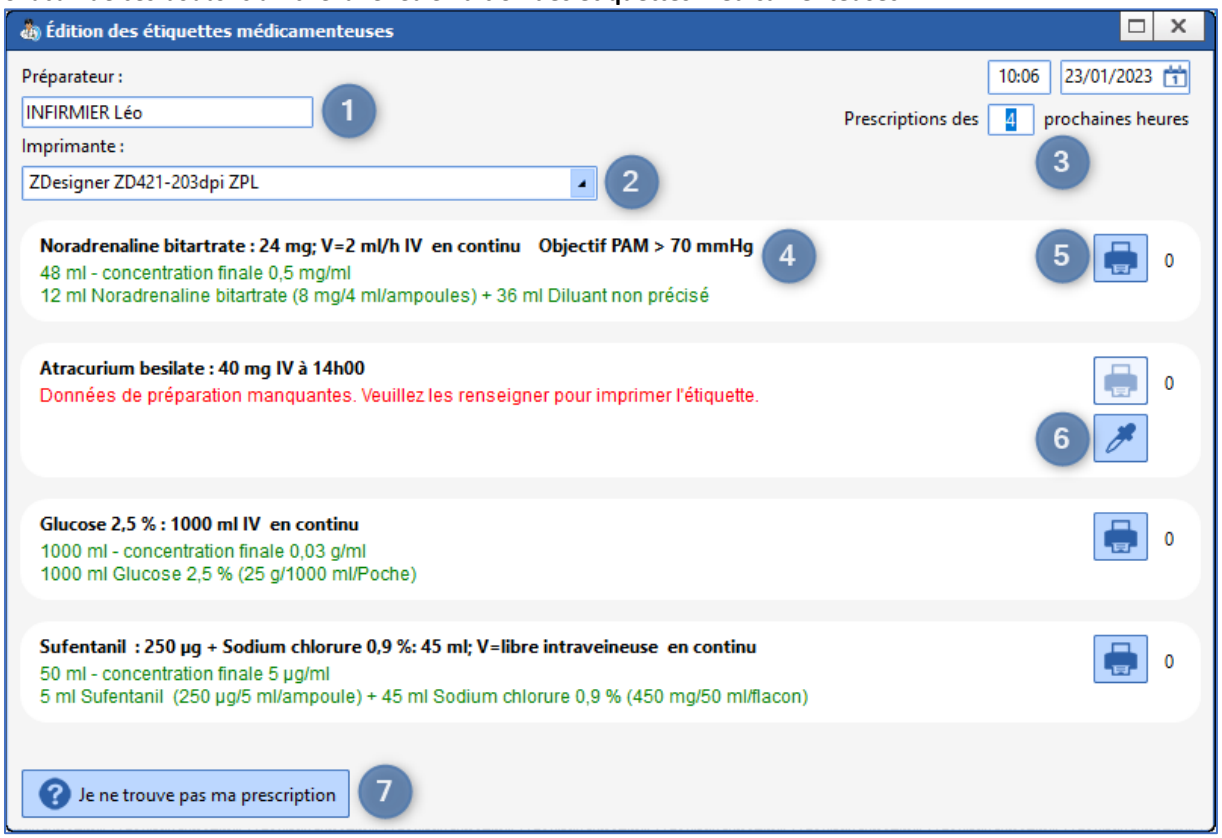


- de la liste des tâches au clic sur le bouton  en bas à droite

- d'une pancarte 3 configurée pour afficher des lignes de plan de soin au clic sur le bouton en haut à gauche



Chacun de ces boutons affiche la fenêtre **Edition des étiquettes médicamenteuse**s :



1. Choix du préparateur : par défaut, il s'agit de l'utilisateur courant. Il est possible de modifier en choisissant parmi les infirmiers, les IADE, les anesthésistes-réanimateurs ou les anesthésistes.
2. Choix de l'imprimante d'étiquettes.
3. Choix de la plage horaire des administrations à préparer (4h par défaut).
4. Informations concernant la prescription :
   - [DCI si existante, sinon Nom du médicament] : [Posologie prescrite] [Voie d'administration] [Fréquence d'administration] [Durée du traitement prescrit]
   - La liste des produits présents au sein du contenant volumique affichée en vert :
     [Volume total en ml] - concentration finale : [concentration finale du produit principal]
     Puis pour chaque produit, séparé par des "+"[Volume en ml] ml [description du produit].

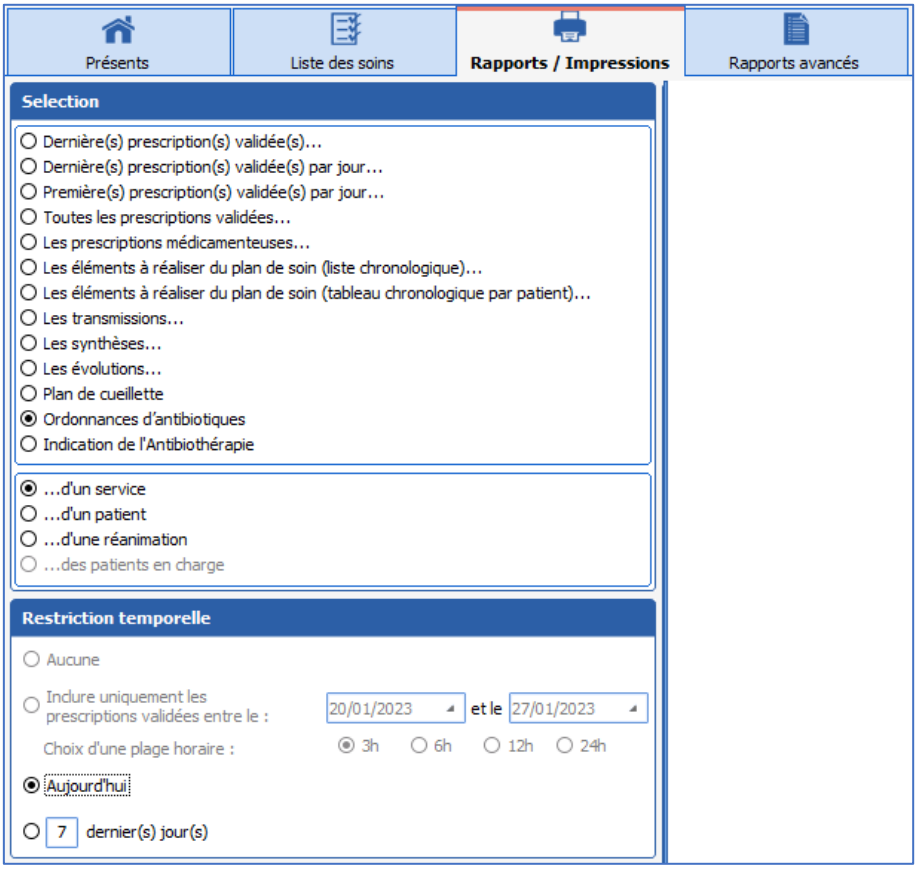
5. Bouton d'impression de l'étiquette (le nombre à droite indique le nombre d'étiquettes imprimées)
6. Bouton « pipette » destiné à compléter les informations manquantes : affiche la fenêtre de prescription et encadre en rouge les informations manquantes.
7. Bouton permettant d'afficher les prescriptions sans notion de volume.

Attention :
L'impression des étiquettes a été développée et testée pour l'imprimante Zebra ZD421 et un format d'étiquettes 100x50. Tout autre format d'étiquettes ne permettra pas une impression correcte des informations. Il peut être possible d'utiliser d'autres modèles d'imprimantes utilisant le protocole ZPL, mais nous ne sommes pas en mesure de garantir le bon fonctionnement de cette fonctionnalité.

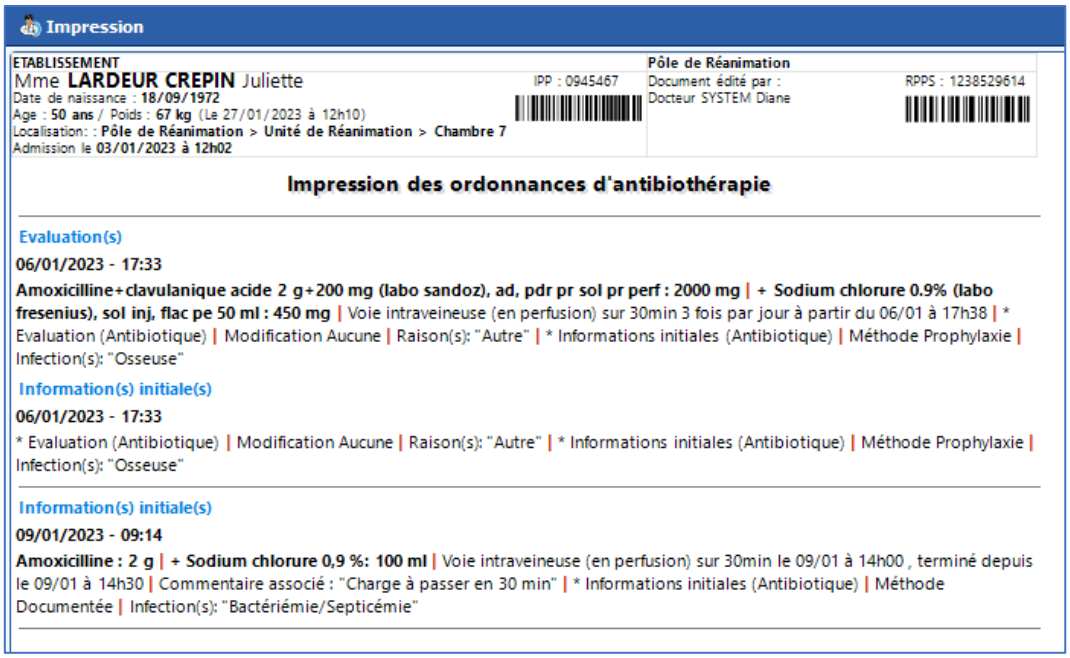
5.12 Impression des ordonnances

5.12.1 Ordonnances d'antibiotiques

Les prescriptions d'antibiotiques du jour ou des X derniers jours peuvent être imprimées à partir de l'onglet **Rapports / Impressions** de la liste des patients (**Portail de réanimation**).

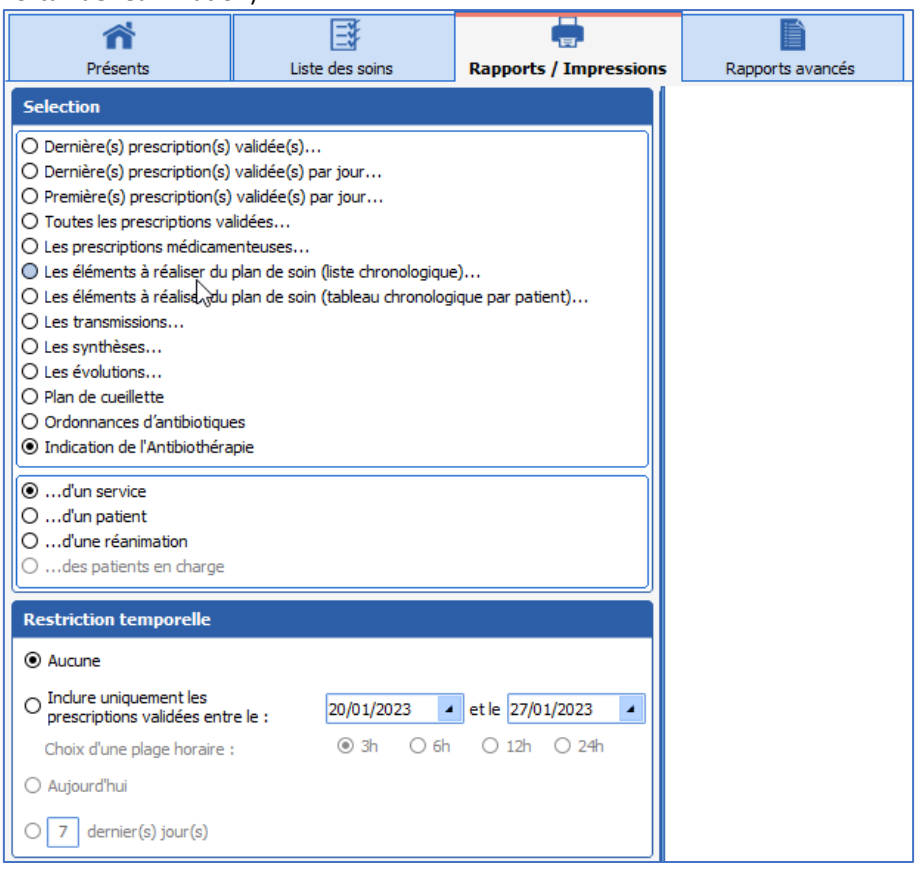


Cela affiche, pour chaque patient, la liste des prescriptions d'antibiotiques, dans lesquelles sont précisées les indications de l'antibiothérapie.

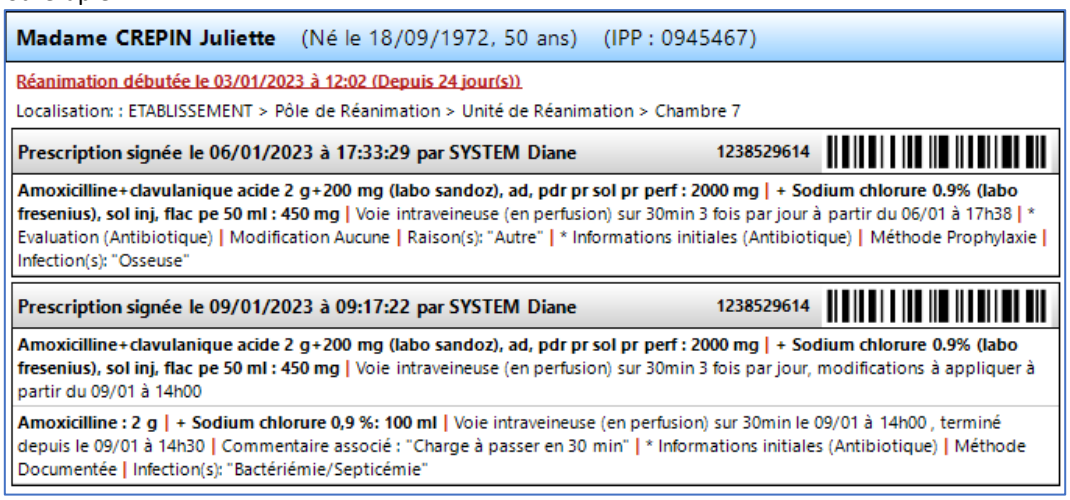


5.12.2 Indications de l'antibiothérapie

Les indications de l'antibiothérapie peuvent être imprimées à partir de l'onglet **Rapports / Impressions** de la liste des patients (**Portail de réanimation**).



Cela affiche la liste des prescriptions d'antibiotiques, dans lesquelles sont précisées les indications de l'antibiothérapie.

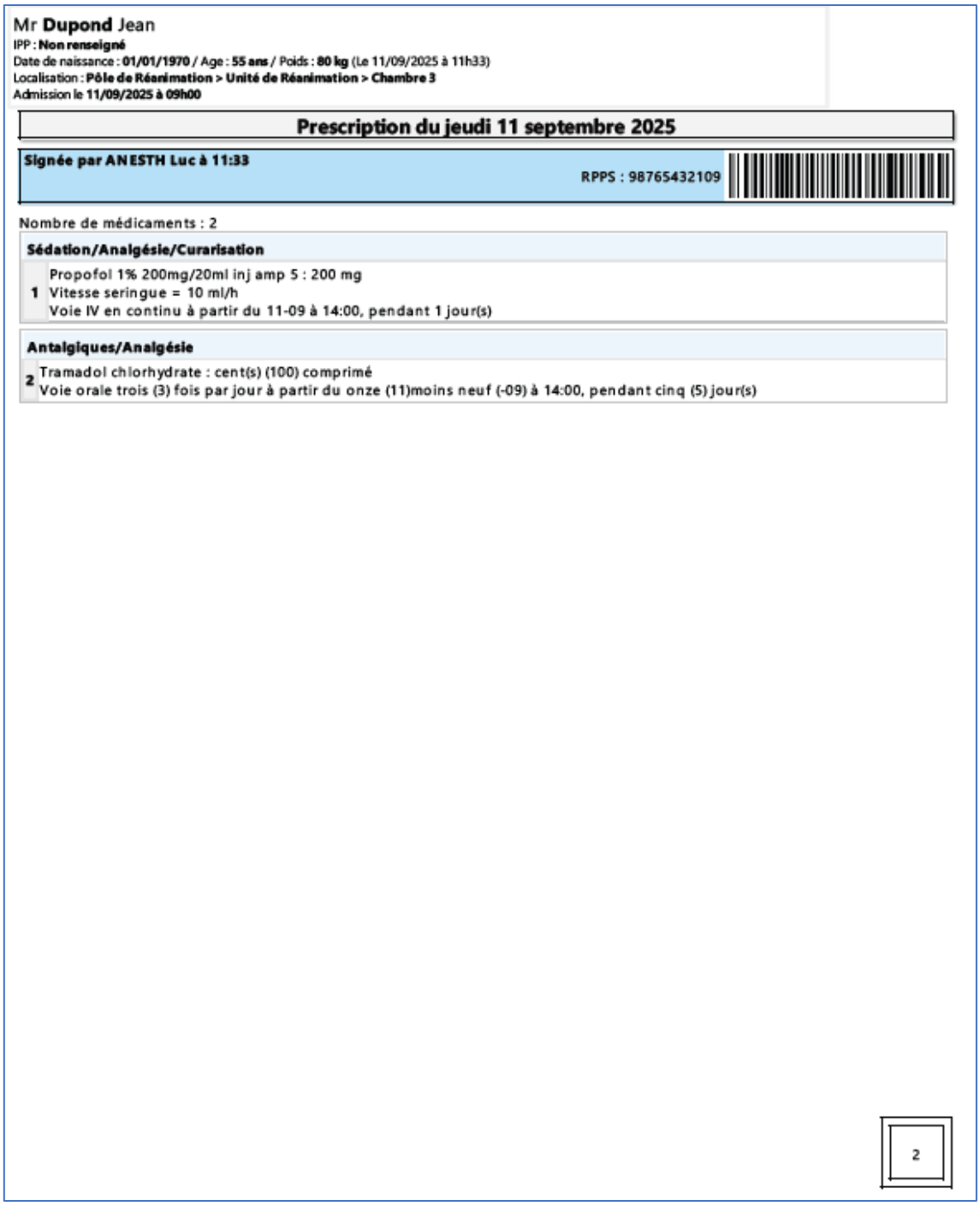


5.12.3 Ordonnances sécurisées

Depuis le 1er mars 2025, l'ANSM impose la sécurisation des ordonnances contenant des opioïdes. (Date d'application initiale prévue au 1er décembre 2024)
Ainsi, à partir de la version 4.13.2, toutes les ordonnances contenant des opioïdes ont les spécificités suivantes :

- Ecriture en toutes lettres de la posologie
- Numérotation du nombre de lignes de médicaments
- Impression d'un cadre spécifique permettant de dénombrer le nombre de lignes de médicaments

Cette impression sécurisée concerne les traitements personnels (conciliation) et les prémédications, les impression des prescriptions et les ordonnances. Attention, les lettres types ne sont pas concernées.



Mr **Dupond** Jean
IPP : **Non renseigné**
Date de naissance : **01/01/1970** / Age : **55 ans** / Poids : **80 kg** (Le 11/09/2025 à 11h33)
Localisation : **Pôle de Réanimation > Unité de Réanimation > Chambre 3**
Admission le **11/09/2025 à 09h00**

Prescription du jeudi 11 septembre 2025

Signée par ANESTH Luc à 11:33
RPPS : 98765432109

Nombre de médicaments : 2

Sédation/Analgésie/Curarisation

1 Propofol 1% 200mg/20ml inj amp 5 : 200 mg
Vitesse seringue = 10 ml/h
Voie IV en continu à partir du 11-09 à 14:00, pendant 1 jour(s)

Antalgiques/Analgésie

2 Tramadol chlorhydrate : cent(s) (100) comprimé
Voie orale trois (3) fois par jour à partir du onze (11)moins neuf (-09) à 14:00, pendant cinq (5) jour(s)

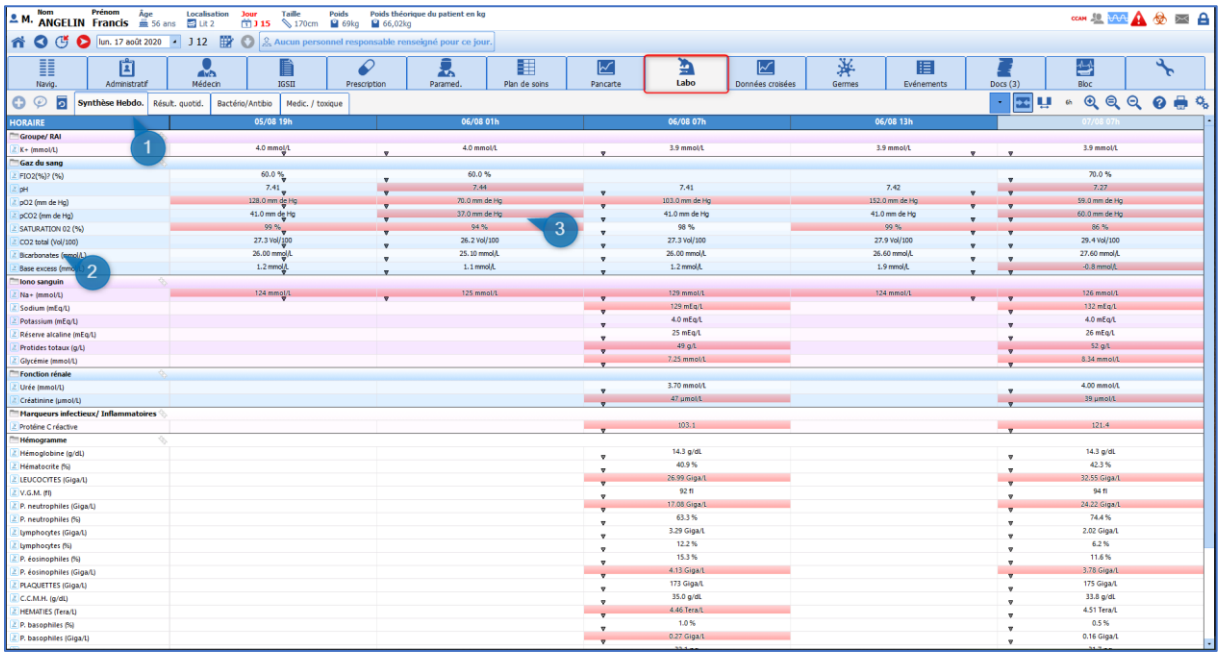
2

5.13 Onglet laboratoire / biologie

L'application permet d'intégrer directement les résultats des examens biologiques faits au patient. Ceux-ci sont affichés sous forme de grille dans un onglet spécifique **Labo**. Le PDF des résultats transmis par le laboratoire d'analyse est également disponible et visualisable dans son ensemble.

Dans l'exemple ci-dessous, cet onglet est divisé en sous-onglet permettant de scinder les différents résultats selon des catégories précises.

Cette présentation permet également de pouvoir afficher une synthèse des résultats du patient sur plusieurs jours, ici une semaine afin d'en faciliter l'analyse évolutive.



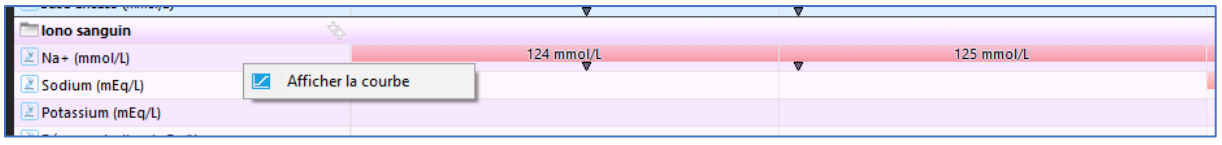
(1) Sous-onglet permettant de naviguer à travers les différentes catégories.
(2) Zone d'entêtes intégrant les libellés transmis par le laboratoire lui-même, ainsi que les unités.
(3) Zone d'affichage sous forme de grille. Les résultats sont affichés par colonne.

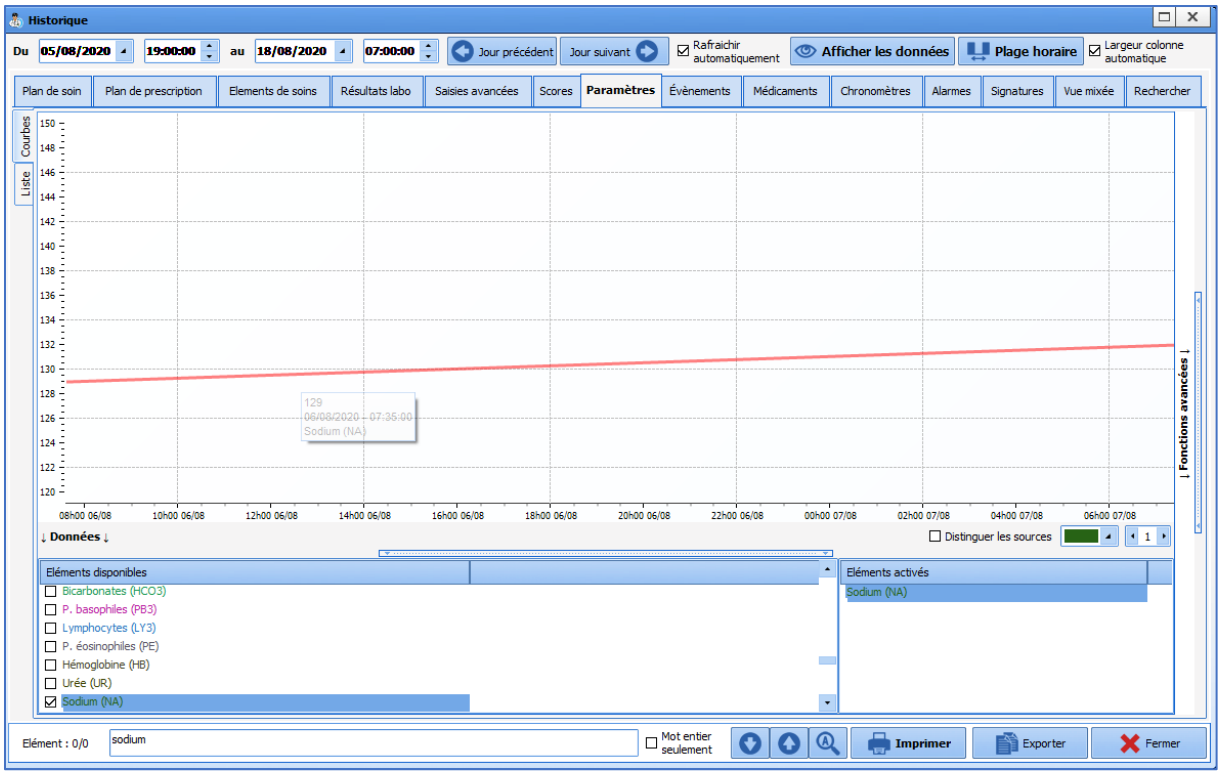
Lors de la transmission des résultats par le laboratoire, celui-ci nous envoie également les unités, les normes les commentaires et les interprétations. Toutes ces informations sont reprises est affichées dans **Diane.**

Dans l'exemple ci-dessus les cellules en rouge indiquent que le résultat est en dehors des normes.
Un clic sur la cellule permet d'afficher le détail de l'analyse.



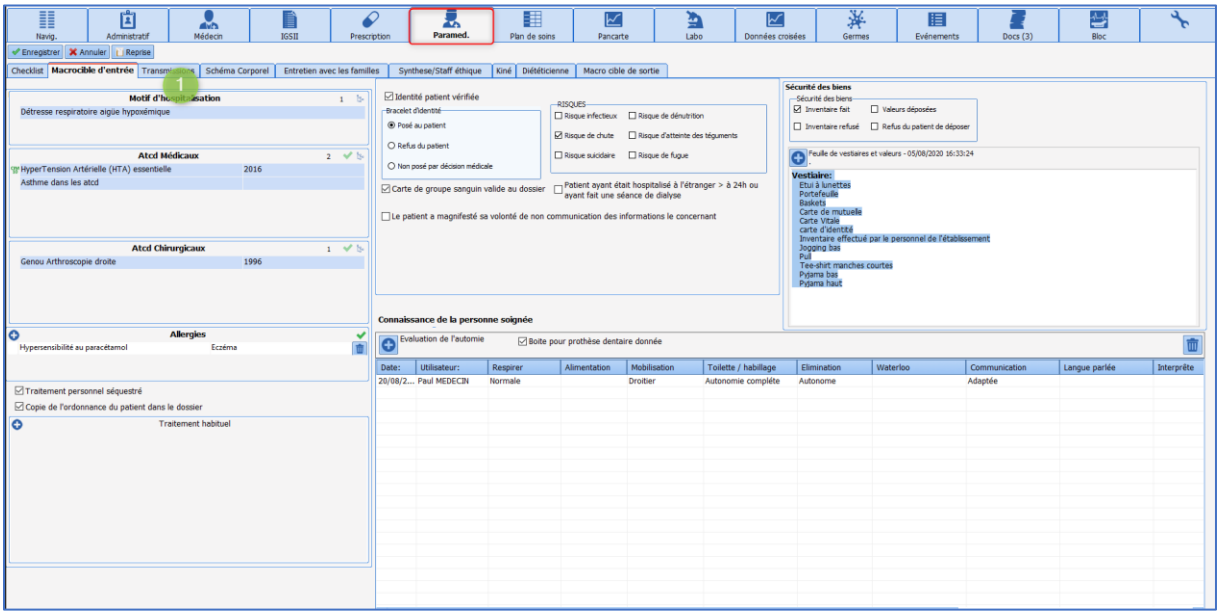
Il est possible d'afficher les résultats sous forme de courbe en exécutant un clic- droit sur l'analyse que vous souhaitez voir.





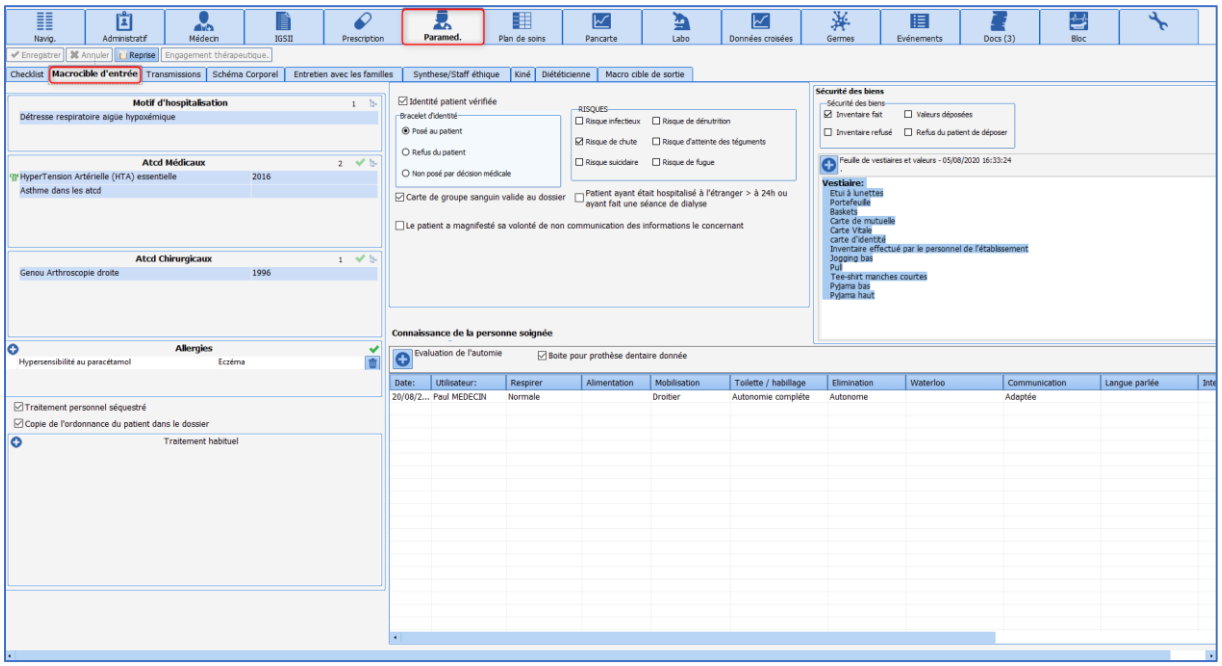
5.14 Onglet Paramédical

L'onglet **Paramed.** permet de recueillir les différentes informations relatives aux patients en lien avec les métiers paramédicaux.
Cet onglet est divisé en sous-onglets qui sont décrits dans les chapitres suivants.



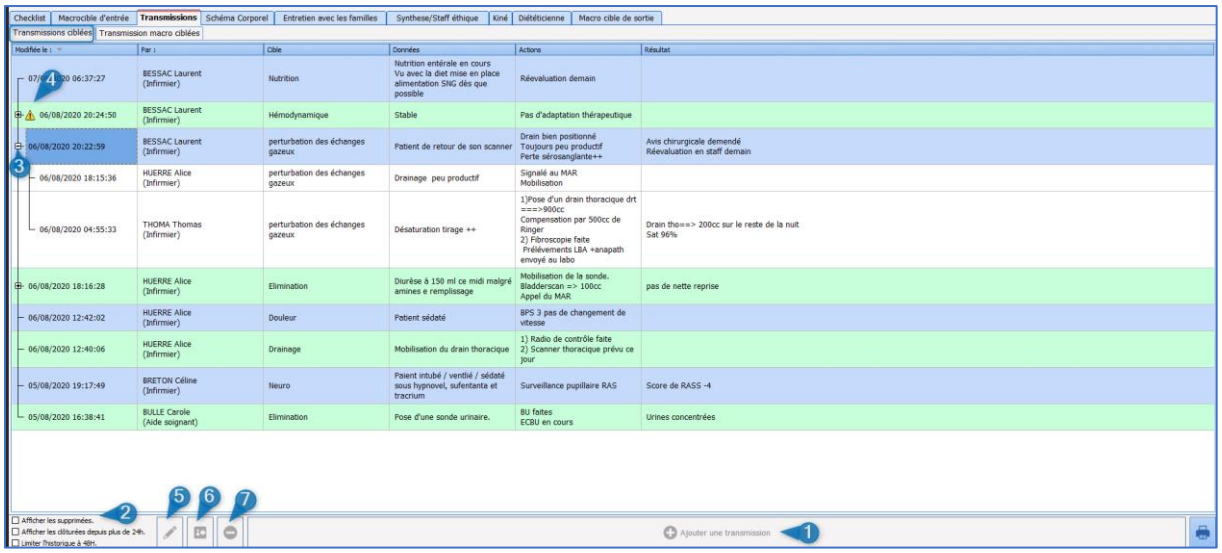
5.14.1 Sous-onglet Macrocible d'entrée

Ce Sous-onglet reprend différentes informations telles que les antécédents, le traitement habituel… qui sont des informations recueillies par le médecin dans son observation d'entrée. Ces informations peuvent être en lecture seule, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas modifiables depuis cet onglet. Cela permet de prendre connaissance rapidement des informations sans devoir passer d'un onglet à l'autre tout en conservant un droit d'écriture restreint.
D'autres informations sont également présentes sur cet onglet, celles-ci sont recueillies et renseignées par les paramédicaux. Exemple : la vérification de l'identité, la présence ou non de proches, l'évaluation de l'autonomie et des différents risques ….



5.14.2 Les transmissions ciblées

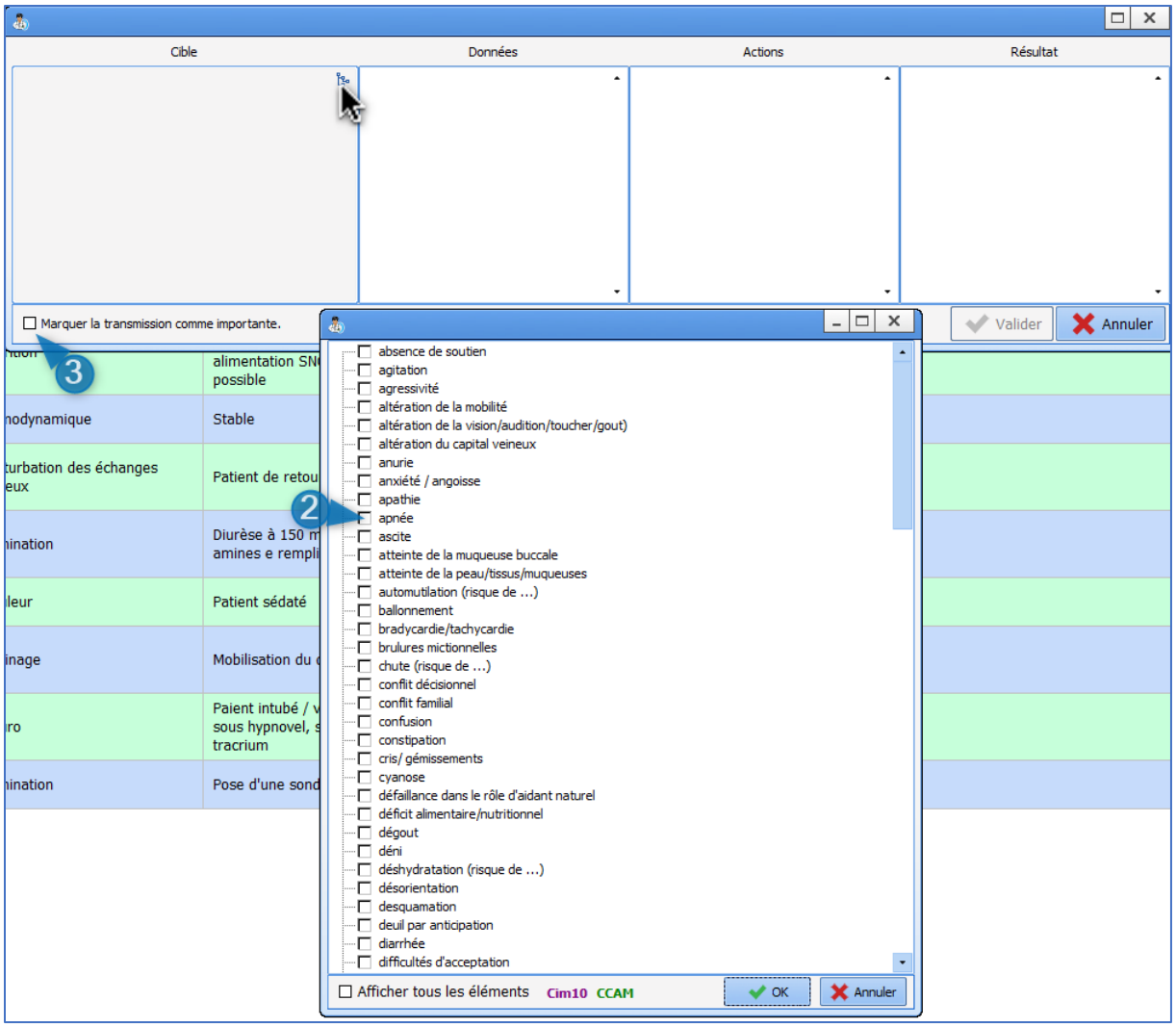
Un composant ici présent permet de saisir les transmissions en utilisant des cibles sur le modèle DAR (Données - Actions - Résultat)



(1) Bouton permettant l'ajout d'une transmission.
(2) Option d'affichage des transmissions.
(3) Historisation des transmissions depuis la cible, ou problème.
(4) Marqueur d'importance de la cible.
(5) Permet de venir modifier la transmission.
(6) Permet de « clôturer » une cible. Lorsque le problème n'est plus d'actualité cela permet de n'afficher que les informations du jour. Celles-ci peuvent être ré affichées en cochant la case « Afficher les clôturées depuis plus de 24h »
(7) Permet de supprimer une transmission. Action qui n'est possible que par l'utilisateur ayant saisi celle-ci.

5.14.2.1 Ajout d'une nouvelle transmission :

- Cliquez sur le bouton Ajouter une transmission **(1)**
- Ouverture de la fenêtre de saisie. Celle-ci se compose de quatre colonnes : cibles, données, actions, et résultat. Seule la première colonne fait appel à une liste préétablie qui n'est pas figée **(2).** Toutefois il reste possible de saisir manuellement les informations sans passer par la liste.
- Afin d'enregistrer la transmission il est impératif d'entrer des données dans les trois premières colonnes (cibles, données, actions).
- Enfin vous pouvez marquer la transmission comme « importante » en venant cocher la case **(3).**



5.14.2.2 Compléter une transmission, ou générée une transmission reprenant une cible déjà présente.

- Cliquer sur la cible à compléter.
- Ouverture de la fenêtre contextuelle avec les données précédentes saisies.

Il est possible de compléter les informations présentes ainsi que de supprimer les informations présentes afin d'en saisir de nouvelles. **Cette action ne supprimera en aucun cas le contenu originel.**

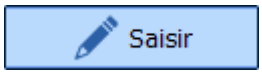
5.15 Onglet Scores

DIANE REA est doté d'un onglet spécifique permettant la gestion du calcul de scores (**IGS II**, **CRIB2**, …).

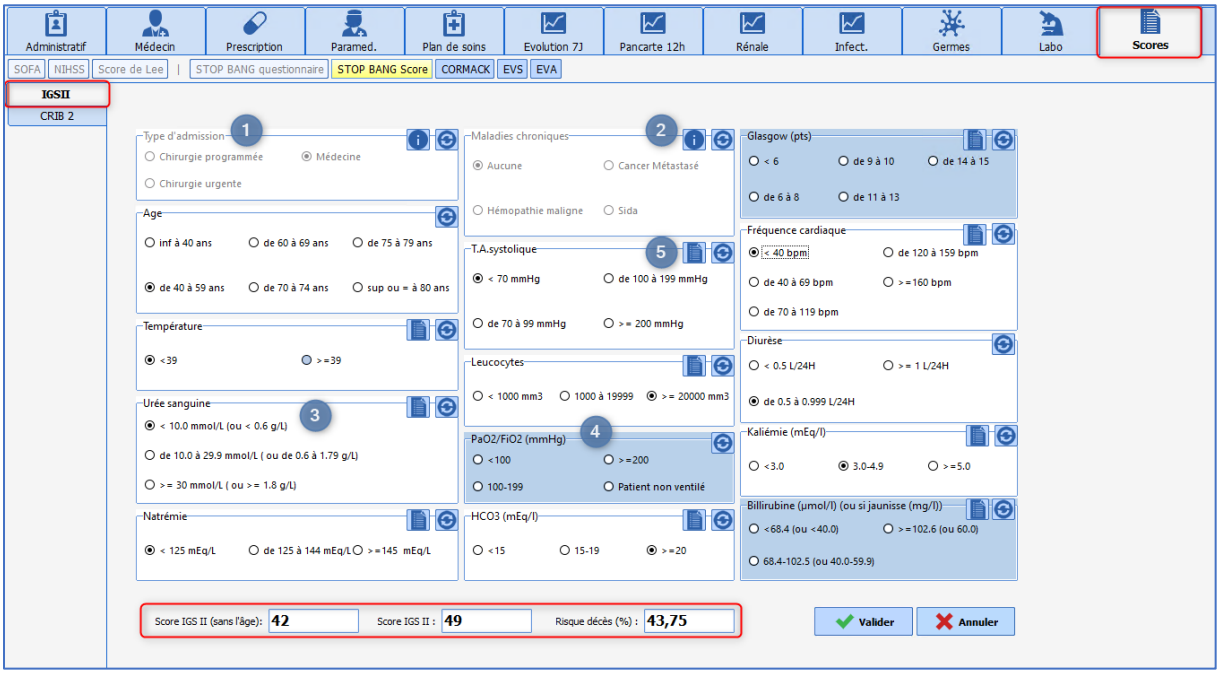
5.15.1 Saisie et validation du score IGS II

Les données extraites proviennent des différentes sources du dossier. Seules sont conservées les données issues des 24 premières heures d'hospitalisation ainsi la validation du score peut être faite a postériori.

La plus mauvaise donnée de ces 24 heures premières heures est retenue pour alimenter les champs.

- A l'ouverture de l'onglet, cliquez sur le bouton **Saisir.** 

- Cette action donne accès aux champs de saisies :



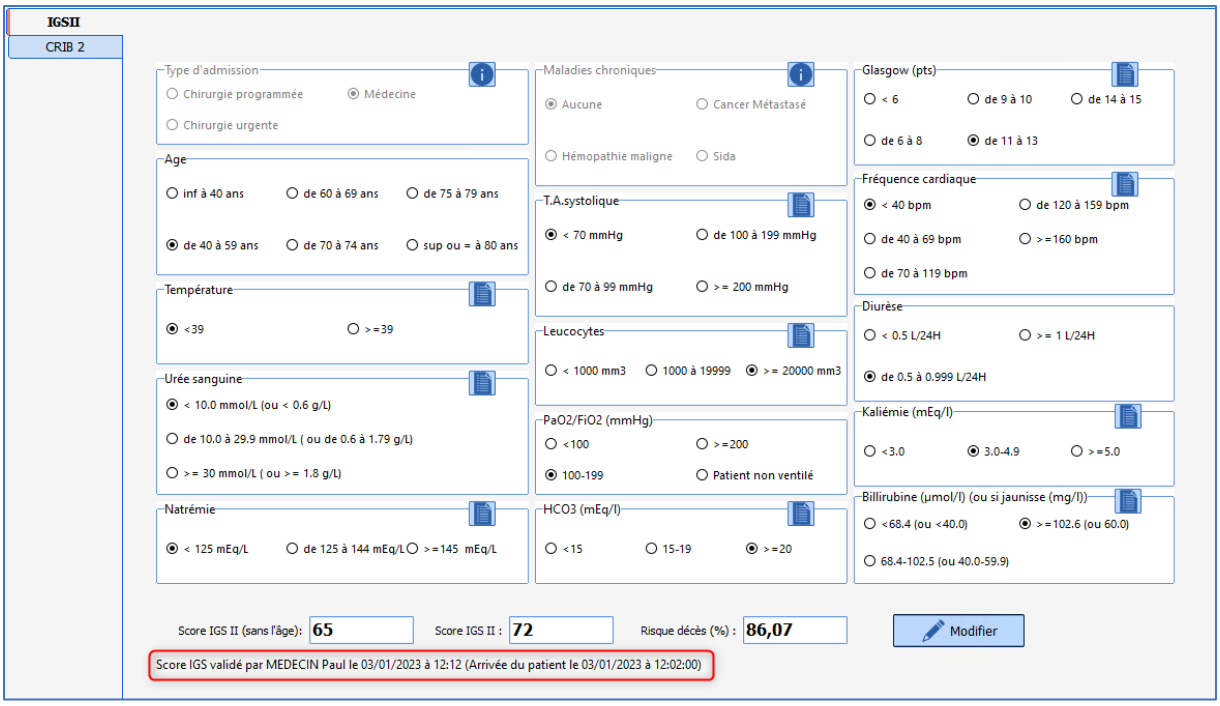
(1) Et **(2)** sont des champs spécifiques communiquant directement avec les champs de saisie présents dans l'observation médicale d'entrée comme l'indique l'icône  située à droite du composant. Ceux-ci ne sont saisissables et modifiables que depuis l'onglet **Médecin.**

(3) Exemple de champ renseigné par l'application depuis les données biologiques issues du dossier. Ici, la donnée retenue est la plus mauvaise donnée des 24 premières heures. Celle-ci est modifiable manuellement si celle-ci n'est pas représentative.

(4) Les champs ayant un fond bleu comme ici PaO2/FiO2, indique que la donnée n'a pas pu être récupérée.

(5) Bouton permettant d'afficher les données du dossier.

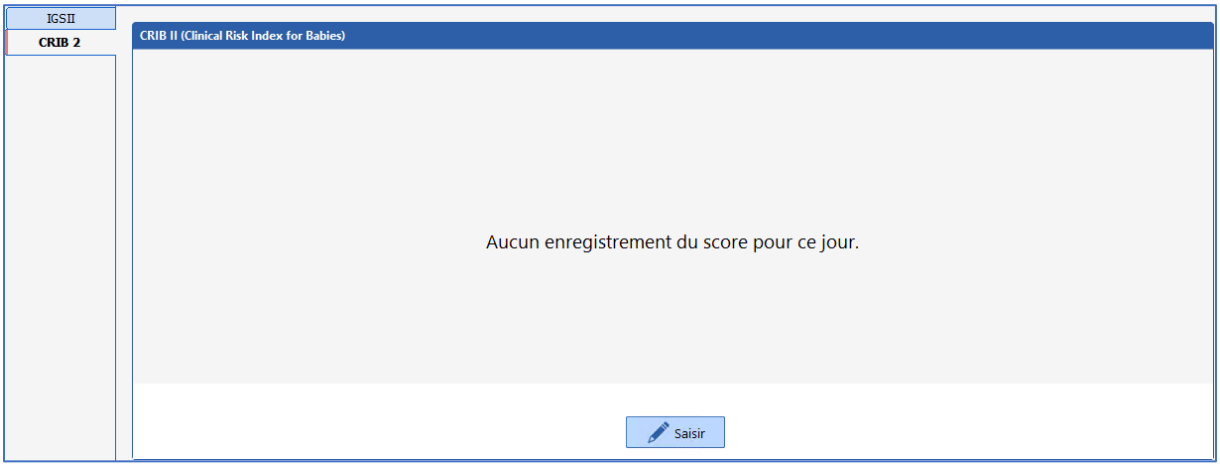
- Modifier les données si cela est nécessaire.
- Compléter les champs sur fond bleu.
- Le score se calcul automatiquement (zone encadrée de rouge).
- Valider en cliquant sur le bouton.
- Renseigner le mot de passe.
- La validation du score est alors effective : la date heure ainsi que le nom du responsable se renseignent automatiquement.



- Le bouton **Modifier** est alors disponible pour permettre de revenir sur la saisie si cela est nécessaire.

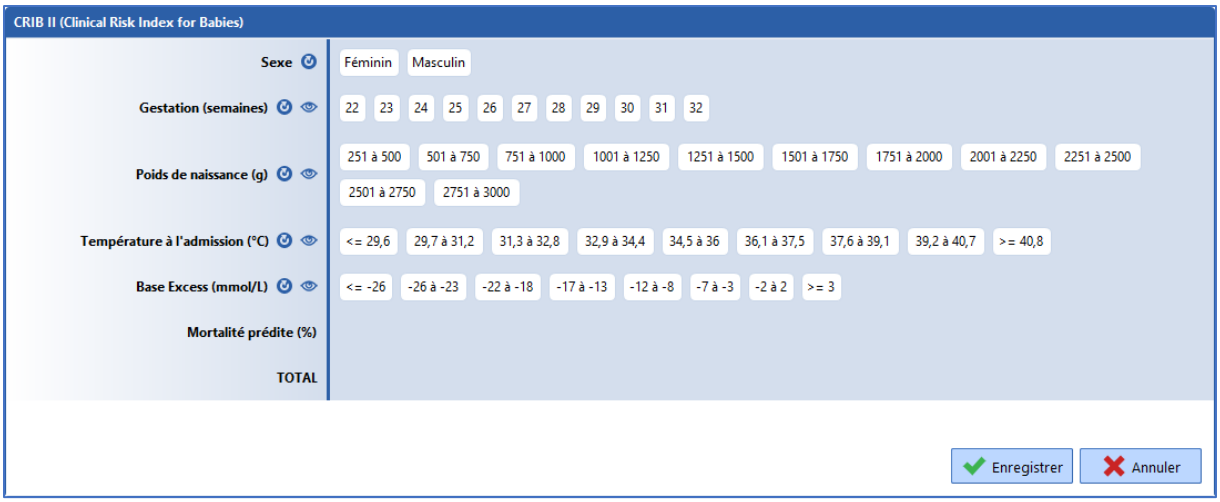
5.15.1 Saisie et validation du score CRIB II

Si aucun score n'a été saisi, la mention **Aucun enregistrement du score pour ce jour** s'affiche accompagnée du bouton Saisir.

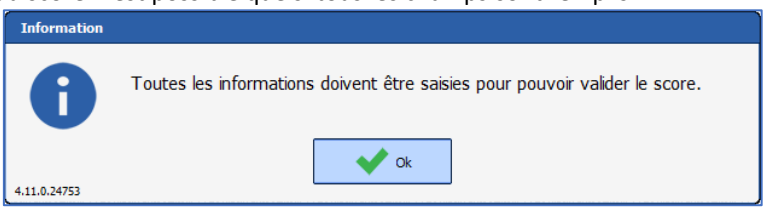


Le CRIB II se calcule à partir des données suivantes :

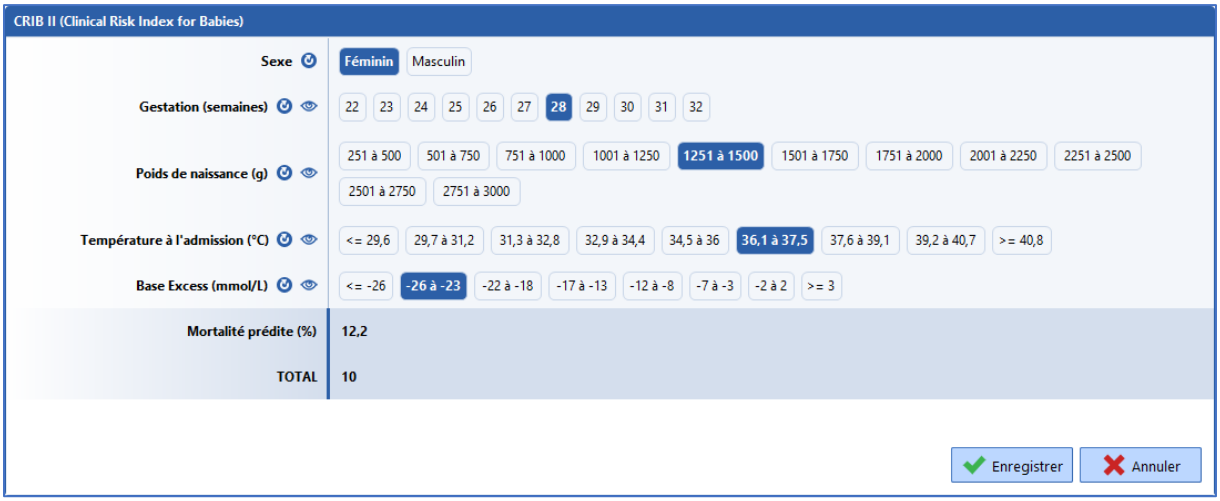
- Sexe du patient
- Durée de gestation (en semaines)
- Poids de naissance (en grammes)
- Température à l'admission (en °C)
- Base Excess (en mmol/L)

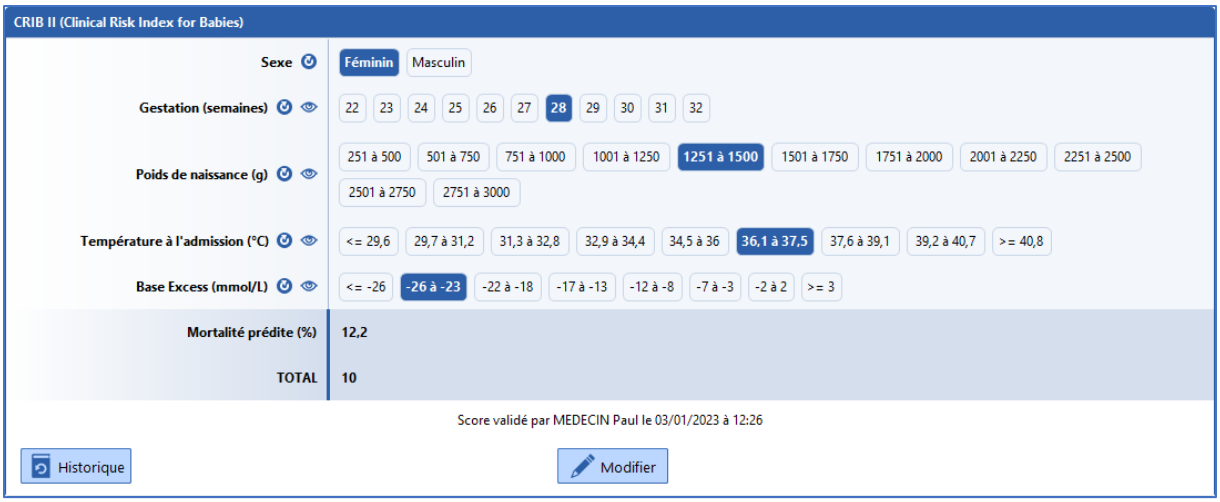


L'enregistrement du score n'est possible que si tous les champs sont remplis.

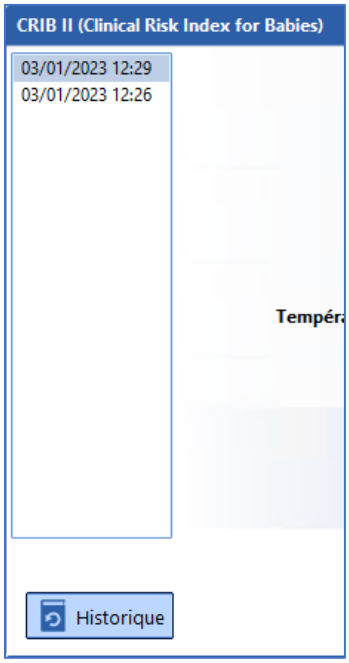


Les données saisies sont sur fond bleu. Il est possible de les modifier, même si elles ont été récupérées dans le dossier du patient.

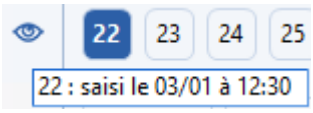




Dès lors qu'un score a été enregistré, l'historique est disponible. Le clic sur chaque ligne charge les valeurs saisies lors de l'enregistrement du score.



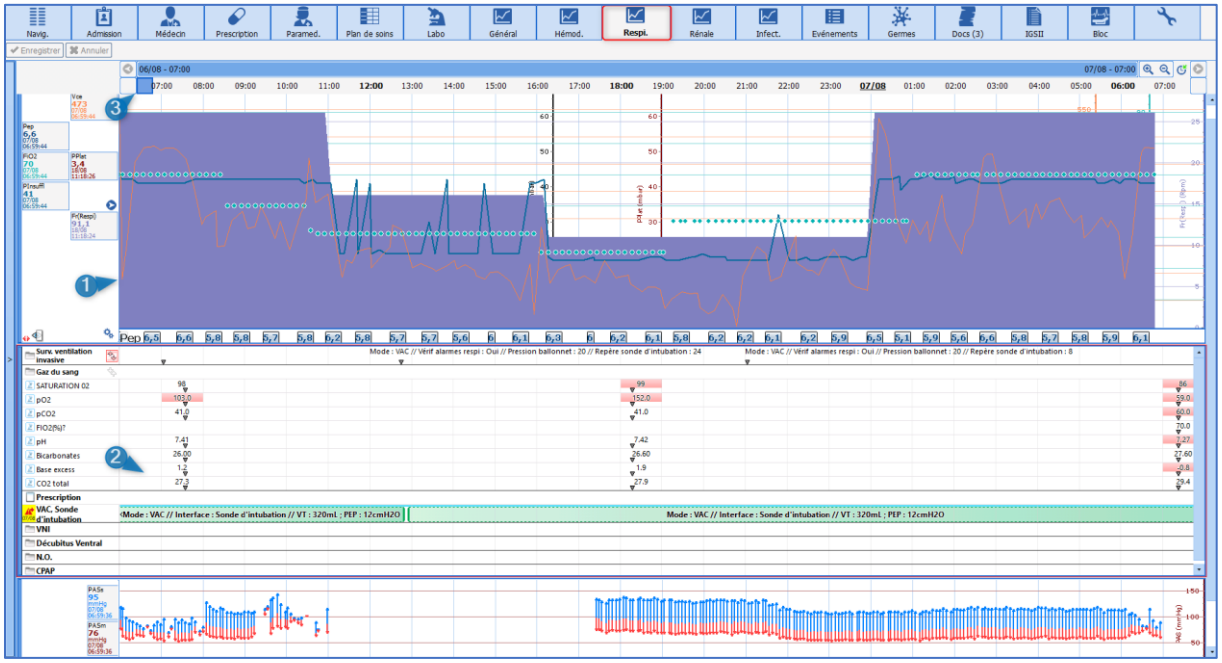
Le bouton permet de récupérer la valeur du dossier si celle-ci a été modifiée manuellement a posteriori.
Le survol du bouton affiche l'historique des données saisies dans le dossier.



5.16 Onglets de données croisées : hémodynamique, respiratoire, rénal…

Un autre type d'onglet est disponible dans l'application, il permet un affichage mixé des différentes données du dossier.
Ces onglets sont dynamiques et permettent également de saisir des informations.
Ceux-ci ont pour intérêt de permettre une analyse plus fine de la clinique.

Dans l'exemple ci-dessous, les données affichées permettent de mettre en relation les différentes données en lien avec l'appareil respiratoire.
Cet affichage dynamique permet de visualiser rapidement les données sur une période plus ou moins longue simplement en glissant le curseur de temps situé en **(3)**.



(1) Zone de courbes permettant d'afficher les données récupérées depuis les appareils biomédicaux tels que le respirateur.
Ces zones de courbes permettent également d'afficher des données telle que le poids, les résultats de biologie…

(2) Zone d'affichage type **Diagrid** permettant de rendre les informations du **Plan de soins** mais aussi de les saisir.

5.16.1 Le journal des alarmes

On retrouve la liste des alarmes transmises par les équipements biomédicaux avec leurs heures de **Début** et de **Fin**. Plus de 500 alarmes, provenant des équipements biomédicaux reliés à **DIANE** via la liaison RS232, sont reconnues. Ces alarmes apparaissent dans l'ordre d'occurrence décroissant afin que la dernière alarme déclenchée soit toujours notée en haut du **Journal des alarmes**.

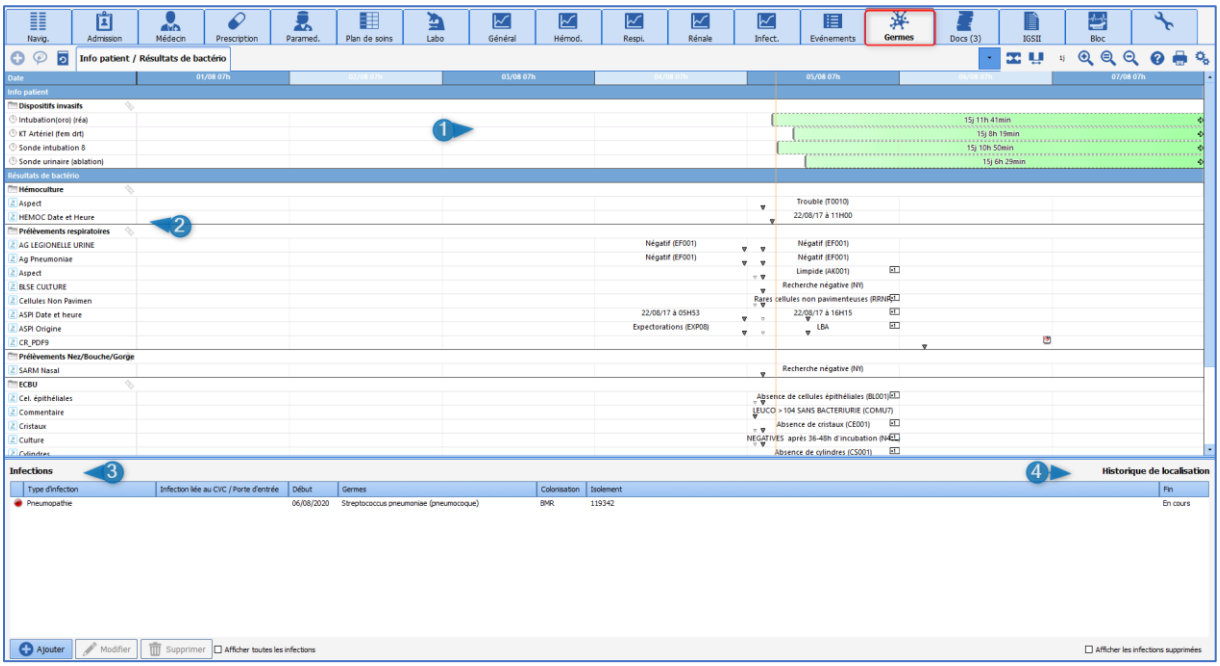
REMARQUE : Les alarmes ne peuvent pas être modifiées ni supprimées**.**

Vous avez la possibilité de faire apparaître les alarmes sous forme de sur la ligne des marqueurs à l'aide du bouton spécifique **On/Off Alarmes**

5.17 Onglet Germes

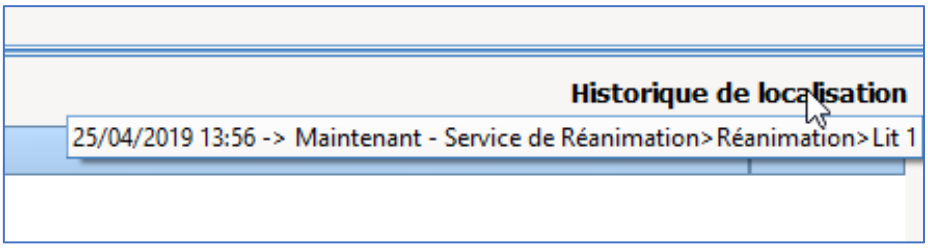
Cet onglet permet le suivi du statut infectieux du patient.

Il est composé d'une zone supérieure paramétrable permettant de visualiser les différents résultats de bactériologie du patient ainsi que la durée de présence des différents dispositifs invasifs, afin de faciliter le suivi des infections nosocomiales.



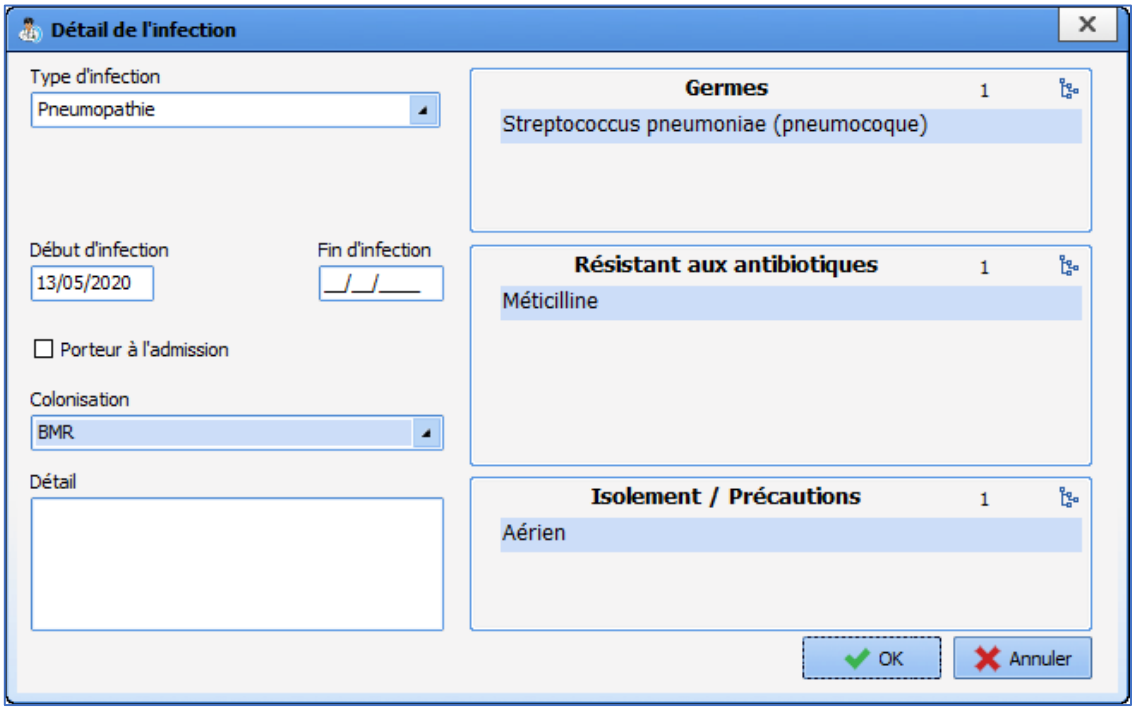
(1) Durée de présence des dispositifs invasifs.
(2) Résultats de bactériologie du patient.
(3) Zone permettant de renseigner les différentes informations concernant les infections.
(4) Visualisation des différents déplacements géographiques du patient au sein de l'application Diane afin de faciliter la traçabilité des patients contacts.

Exemple salle 2 du bloc de cardiologie, chambre 6 de la Réanimation, chambre 3 de l'USC. Cette information est visible au survol de l'intitulé **Historique de localisation**.

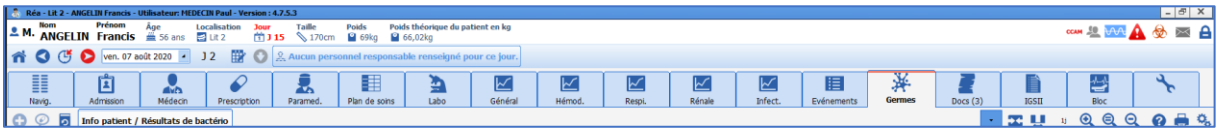


5.17.1 Compléter/ Renseigner la présence d'une infection chez le patient.

- Cliquez sur le bouton **Ajouter** situer en bas à gauche de l'onglet.
- Ouverture de la fenêtre contextuelle permettant de compléter les informations.
- Renseigner différentes informations : type de germe, le type de colonisation, le germe présent ainsi que la résistance aux antibiotiques.
- Puis valider.



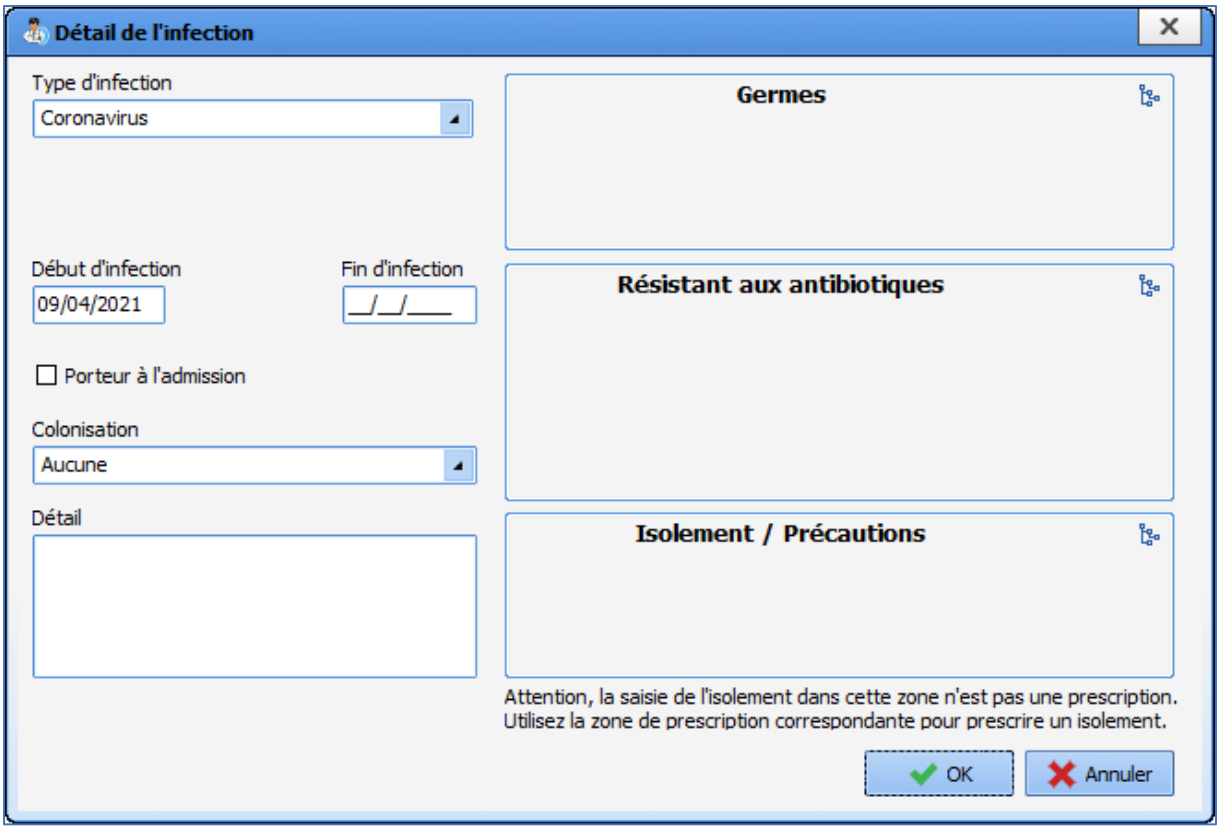
Lorsqu'une colonisation de type BMR ou BHR est renseignée, un pictogramme  **signalant la présence d'une infection devient visible sur le bandeau de l'application ainsi que sur le cockpit**.





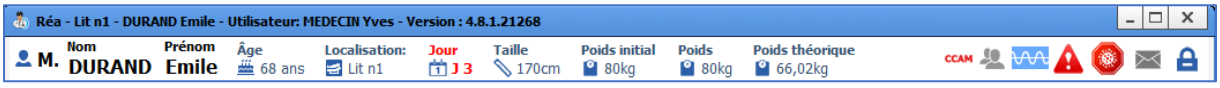
5.17.2 Infection COVID

- Cliquez sur le bouton **Ajouter** situer en bas à gauche de l'onglet.
- Ouverture de la fenêtre contextuelle permettant de compléter les informations.
- Renseigner **Coronavirus** dans **Type d'infection**



L'icône  apparaît alors sur le portail et sur le bandeau du dossier du patient.





5.18 Le schéma corporel

La saisie d'un élément de soins peut se faire directement à partir du sous-onglet **Schéma corporel** de l'onglet **Paramed.**

Les étapes à réaliser sont les suivantes :

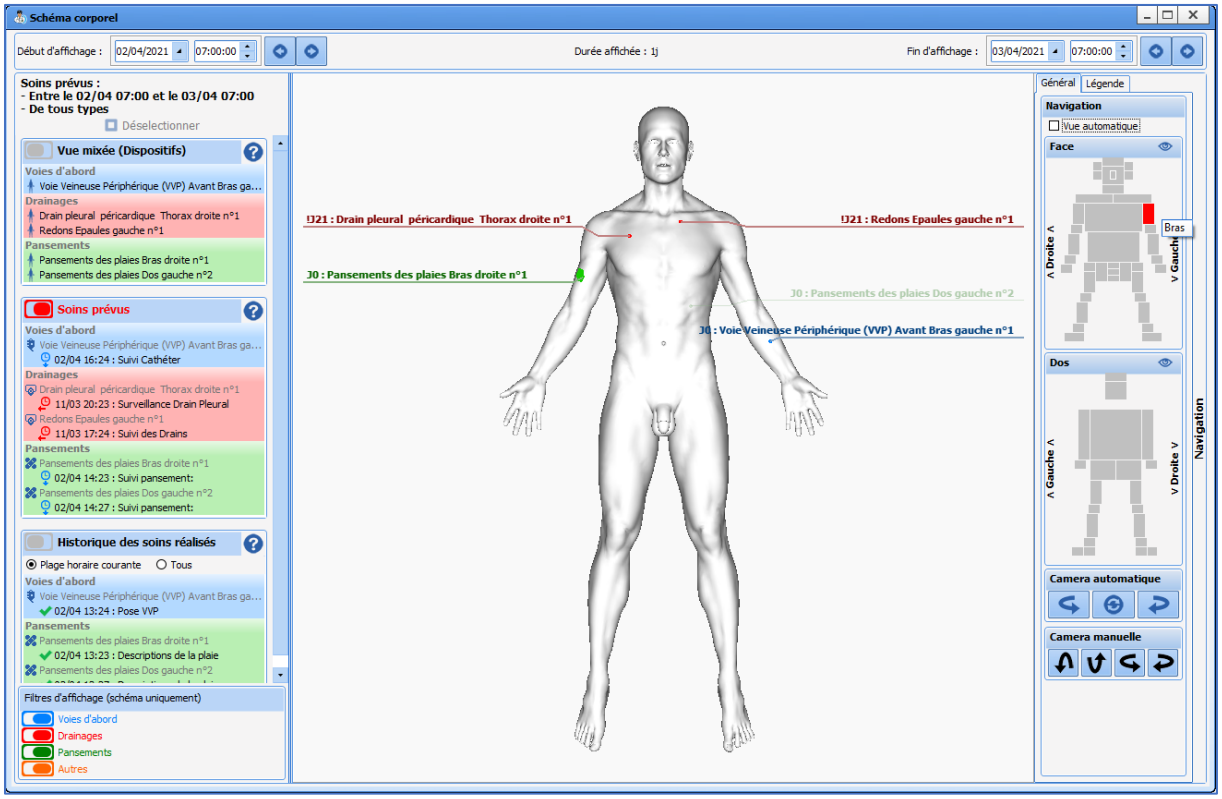
- Choisir la zone d'application de l'élément de soin
- Choisir l'élément de soins,
- Remplir et le formulaire initial et planifier le formulaire suivant.

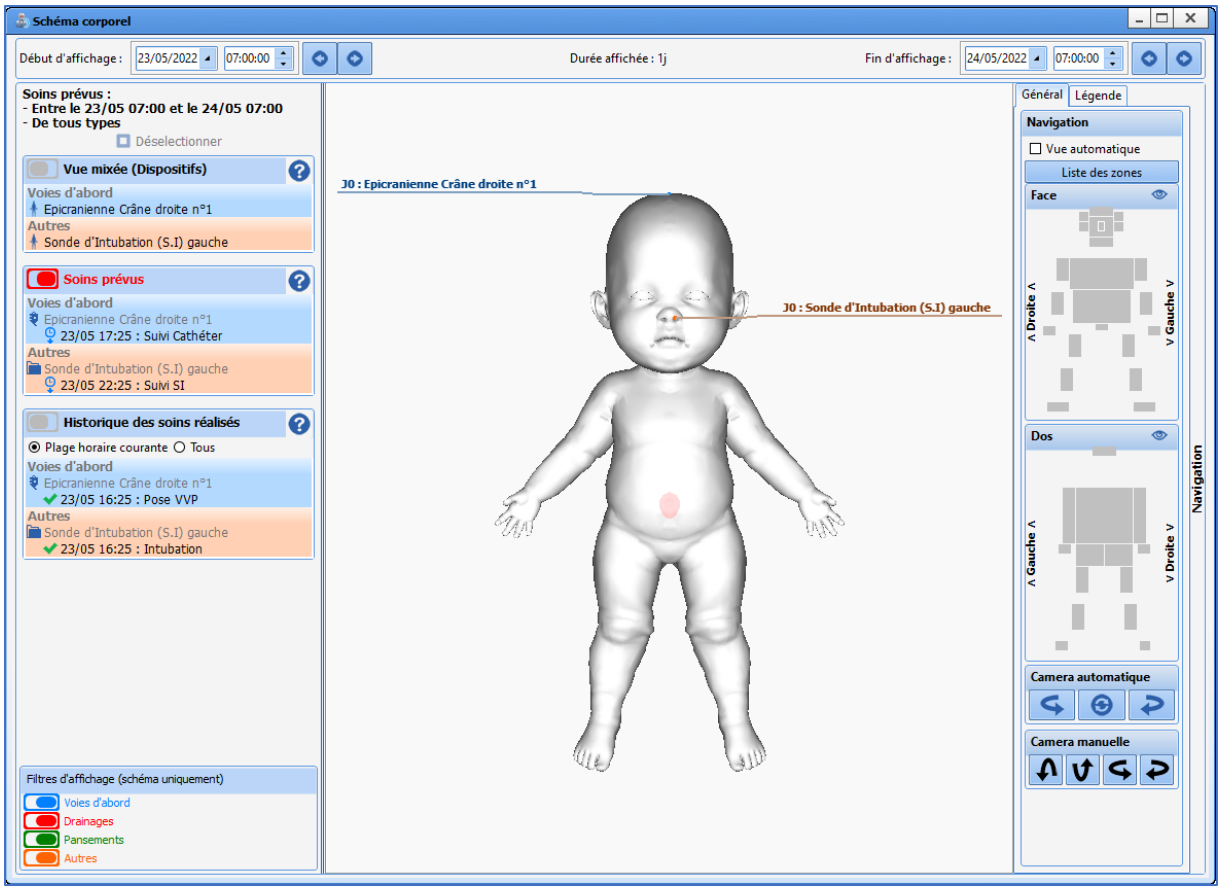
Il est possible d'associer à l'élément de soins :

- Un score,
- Une balance liquidienne,
- Des images.

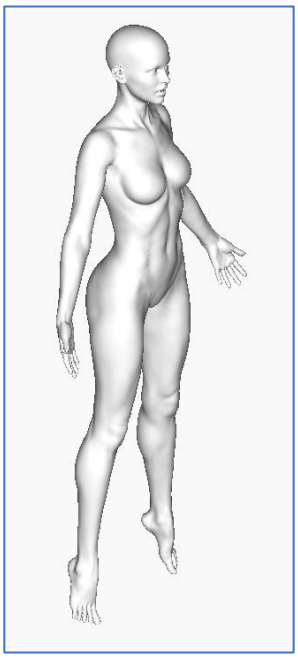
5.18.1 Positionner un dispositif médical

Le **schéma corporel** vous permet de localiser les soins directement sur une représentation en 3D du patient.
Le Schéma corporel est accessible dans chaque dossier patient depuis le sous onglet **Schéma corporel** ou depuis le bouton se trouvant dans l'onglet **Plan de soins**. Le clic sur celui-ci ouvre la fenêtre suivante :

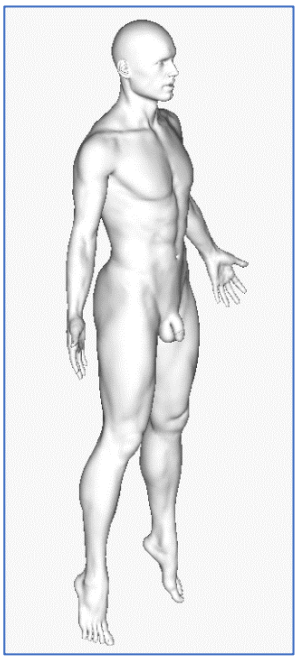




La représentation 3D s'adapte au sexe du patient s'il a 3 ans ou plus au jour d'admission. Si le patient est âgé de moins de 3 ans, le schéma est celui du nourrisson, sans distinction de sexe. Si l'hospitalisation démarre avant les trois ans et se poursuit après l'anniversaire, le schéma restera au format nourrisson.



Femme

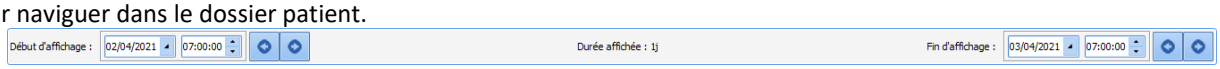


Homme

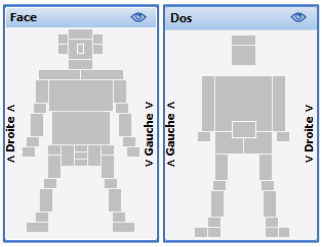


Nourrisson

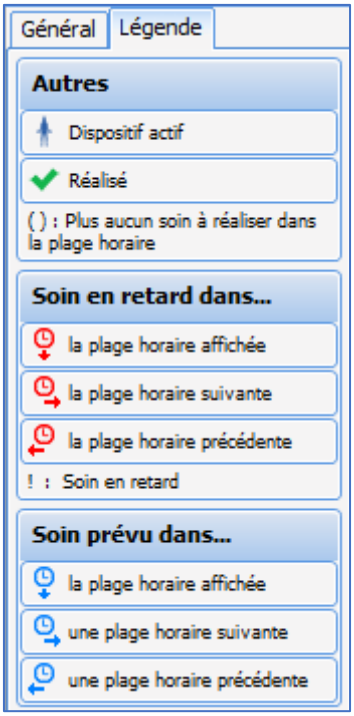
La zone supérieure permet de définir la période des soins à afficher sur le schéma. La barre temporelle permet de limiter l'affichage des dispositifs et des soins prévus et à réaliser à une période comprise entre 2 dates/heures (début d'affichage et fin d'affichage). Par défaut, les valeurs reprises sont celles sélectionnées dans le dossier du patient. Il est possible de saisir manuellement les dates dans les menus déroulants ou de se servir des flèches pour naviguer dans le dossier patient.



Sur la droite, l'onglet **Général** permet de manipuler le schéma. La case à cocher « Vue automatique » centre automatiquement le schéma sur la zone du soin sur lequel l'utilisateur à interagit.
Les cadres **Face** / **Dos** représentent de façon simplifiée le corps humain. Le clic sur chacune des zones centre automatiquement la caméra sur cette dernière. Le bouton  repositionne le schéma de dos ou de face. Les boutons **<Gauche>** et **<Droite>** permettent de faire tourner le schéma vers la gauche ou la droite.



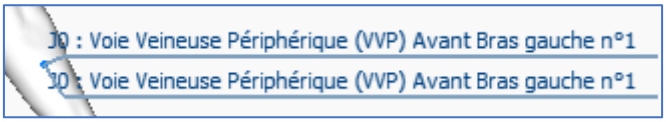
Il est possible d'orienter de façon plus précise le schéma directement avec la souris ou à l'aide des caméras automatique et manuelle.
Il est également possible d'aller directement sur le zoom d'une zone en cliquant sur la zone correspondante à droite dans le volet de navigation.
Chaque zone rectangulaire grise est active et permet de zoomer sur la zone correspondante dans le schéma corporel.
L'onglet **Légende** affiche la légende des différentes icônes qui permettent d'identifier, dans la colonne de gauche, les dispositifs actifs, les soins réalisés, en retard ou prévus.



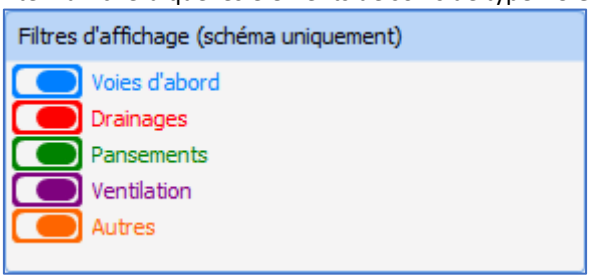
La zone de gauche **Soins prévus** propose trois façons d'afficher les soins sur le schéma :

- **Vue mixée (Dispositifs)** : Affiche l'état du prochain soin prévu pour chaque dispositif. Lorsqu'il n'y a plus de soin prévu, affiche l'état du dernier soin réalisé par dispositif uniquement

- **Soins prévus** : Affiche uniquement les prochains soins prévus
- La vue **Historique des soins réalisés** liste les différents soins réalisés pour chaque dispositif. Cela inclut chaque modification de zone effectuée



Pour alléger l'affichage (du schéma uniquement), il est possible de filtrer les différents type de dispositifs. Par exemple, la configuration suivante n'affichera que les éléments de soins de type **Voies d'abord** et **Drainages**.



Les différents éléments de soins sont identifiés par un libellé de la couleur de leur catégorie :

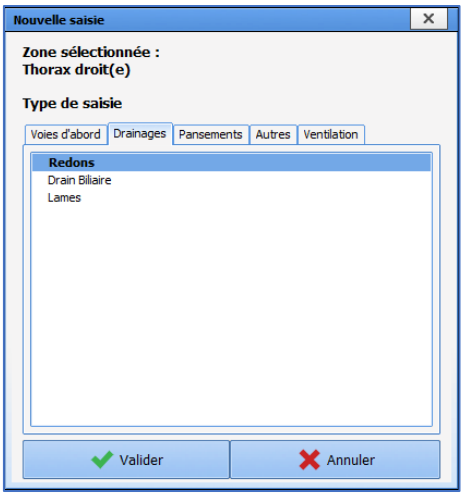
- En bleu pour les voies d'abord.
- En rouge pour les drainages.
- En vert pour les pansements.
- En violet pour la ventilation.
- En orange pour les autres.

Si un dispositif concerne une partie du corps non visible sur la représentation 3D, le libellé apparaît en transparence.



5.18.2 Choix du dispositif médical

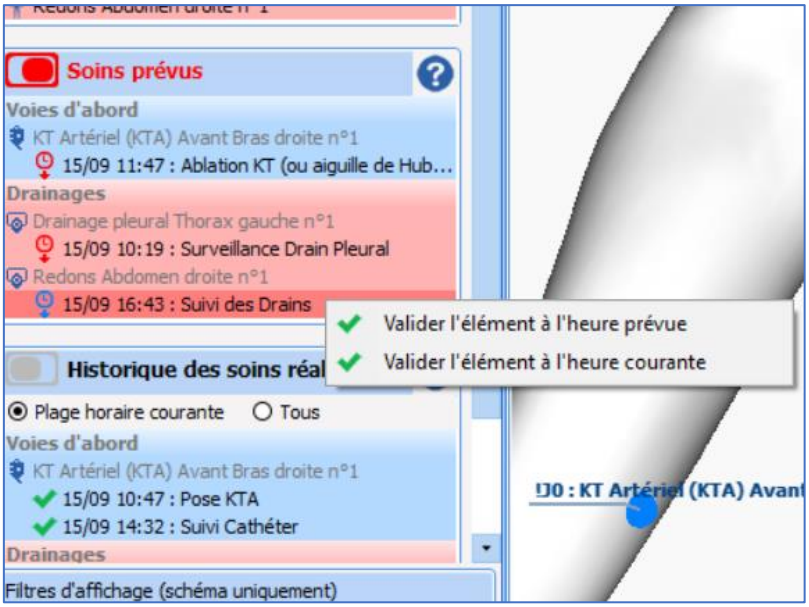
Après avoir cliqué sur le schéma 3D, une fenêtre s'affiche avec les différents éléments de soins configurés pour la zone sélectionnée.



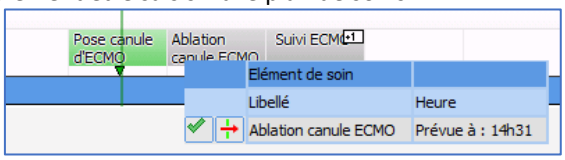
Les différents sous-onglets listent les éléments de soins configurés depuis l'outil de configuration. Le clic sur le bouton **Valider** ouvre automatiquement le formulaire de pose configuré.

5.18.3 Saisir le formulaire de pose du dispositif médical

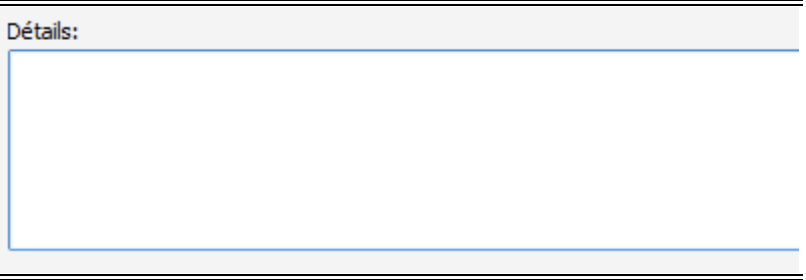
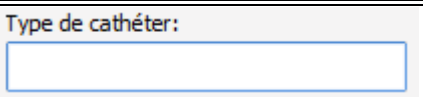
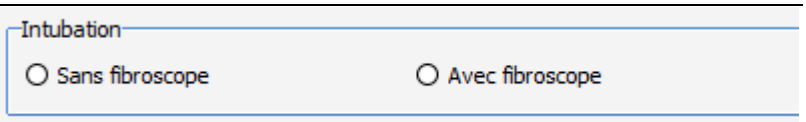
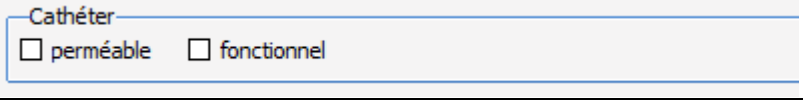
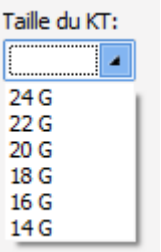
Il est possible, directement depuis le schéma corporel, de valider les formulaires (suivi, retrait ou post-retrait) planifiés et non-réalisés en faisant un clic :



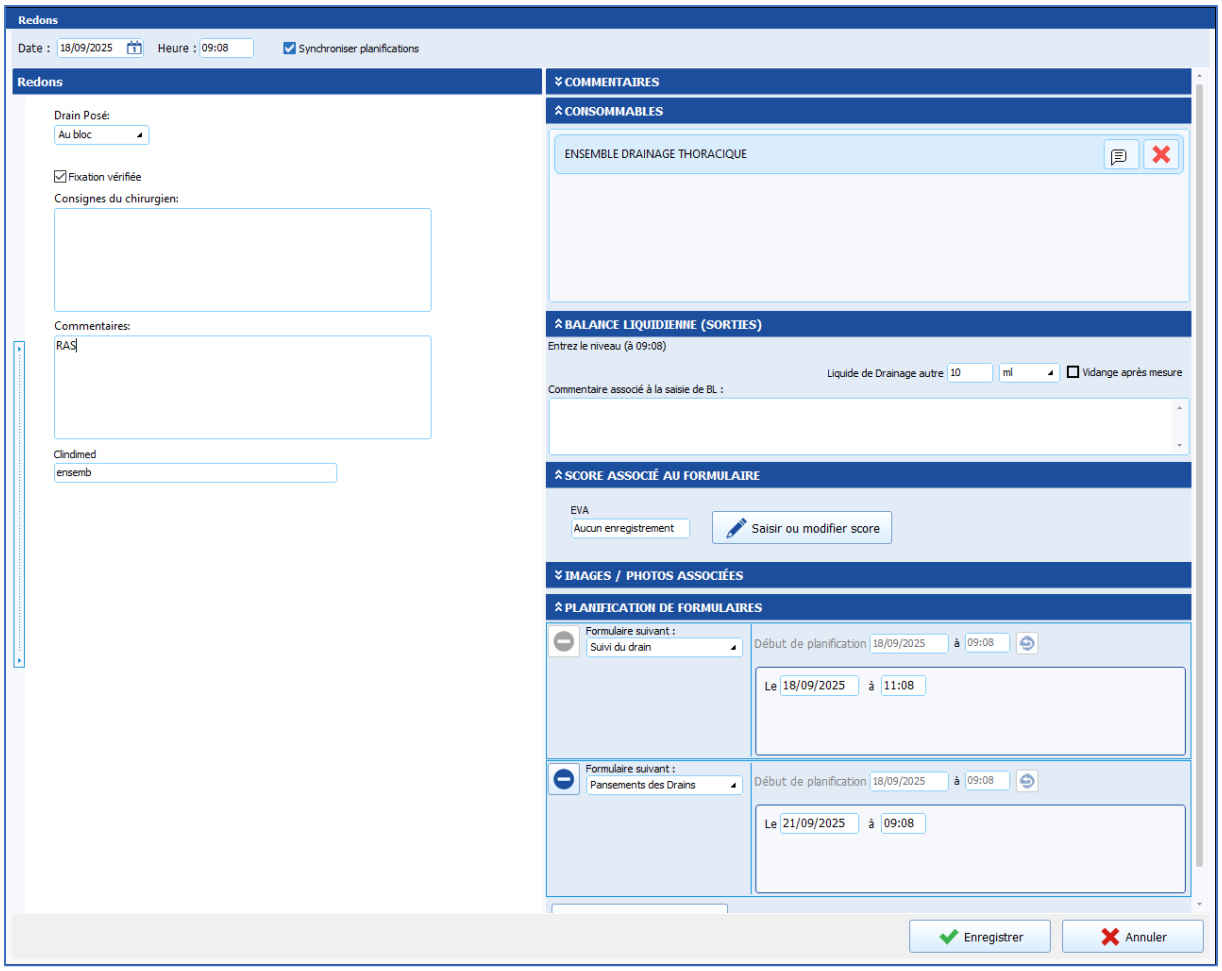
Les formulaires peuvent également être saisis via le plan de soins



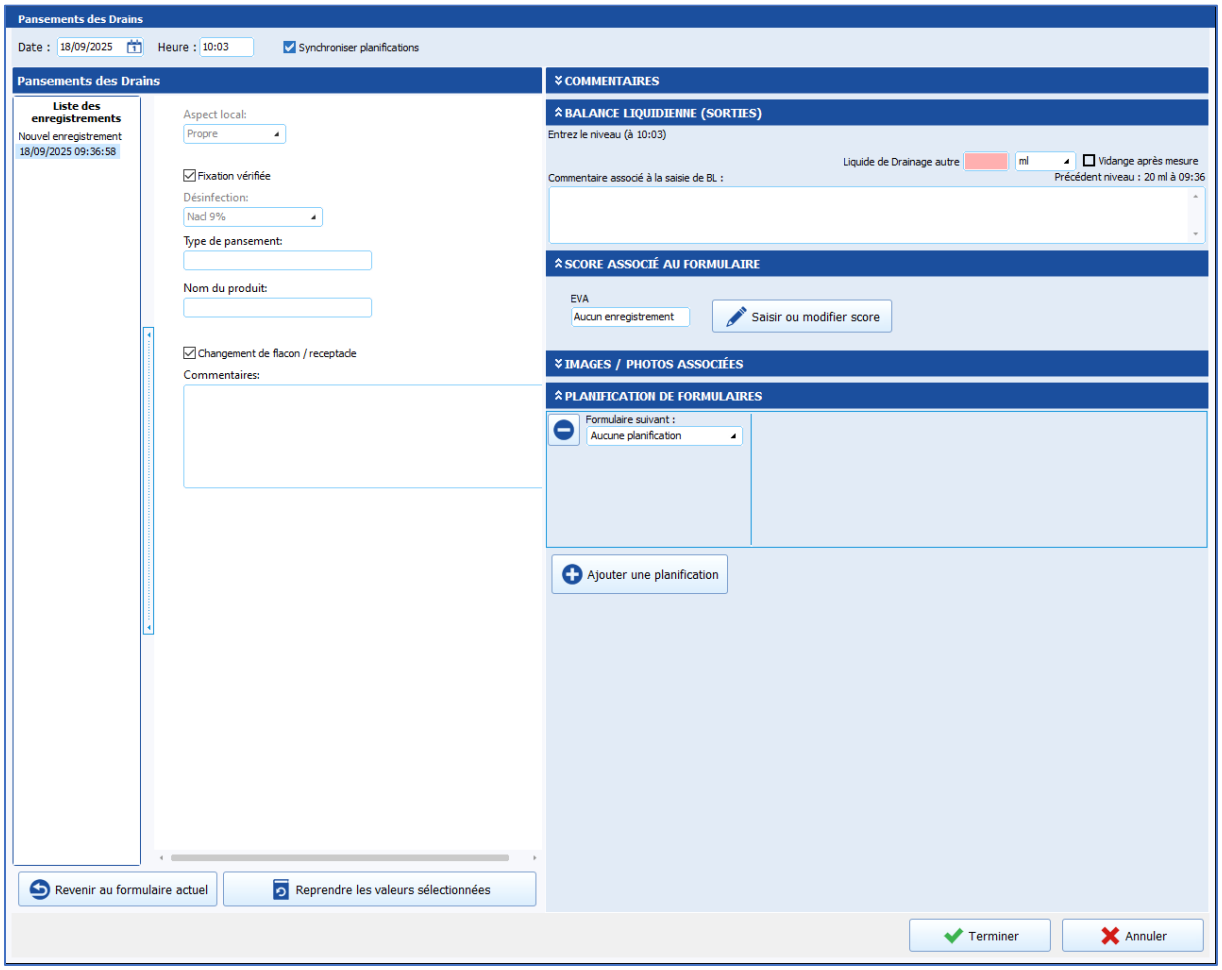
Les formulaires comportent les composants suivants :

Composant	Exemple
case à cocher	
champ de saisie multilignes	
champ de saisie simple	
groupe de boutons radio	
groupe de cases à cocher	
menu déroulant	

Exemple de formulaire :

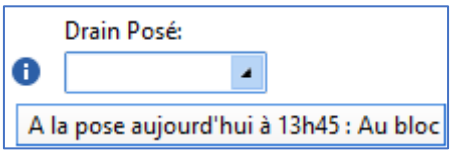


Une fois les informations saisies, vous pouvez valider le formulaire en cliquant sur le bouton **Valider**.
En haut de la fenêtre se trouve la zone permettant d'enregistrer l'heure de réalisation de l'élément de soin (Date et heure courante par défaut).
Pour les formulaires répétés, il est possible de reprendre les informations saisies dans un précédent formulaire (si ce formulaire a déjà été saisi pour cet élément de soin) en dépliant le volet à la gauche du formulaire.



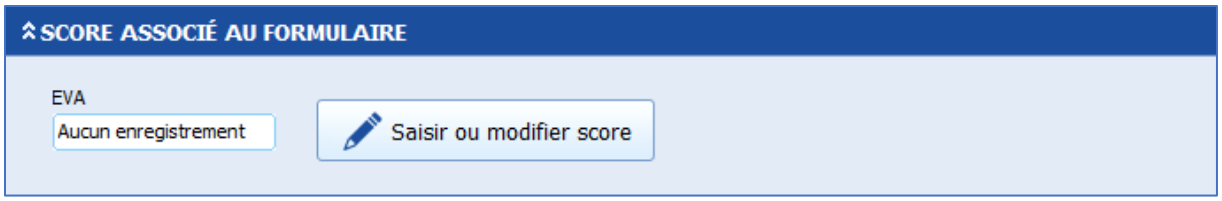
Le clic sur un des enregistrements charge le formulaire précédemment saisi et les boutons **Revenir au formulaire actuel** et **Reprendre les valeurs sélectionnées** apparaissent.
Revenir au formulaire actuel permet de retrouver les données du formulaire actuel. Ceci est utile pour visualiser ce qui a été saisi dans les formulaires précédents sans reprendre les valeurs de ces formulaires.
Reprendre les valeurs sélectionnées complète le formulaire avec les données du formulaire sélectionné.

Certains champs peuvent être configurés pour permettre de visualiser ce qui a été saisi lors de la pose. Dans ce cas, le champ est précédé de l'icône . Le survol de l'icône affiche la valeur saisie lors de la réalisation du formulaire initial, c'est-à-dire à la pose du dispositif. Si aucune valeur n'a été saisie, le survol affiche **?** comme valeur.

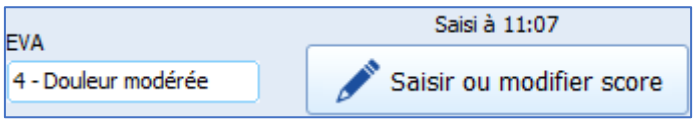


5.18.3.1 Associer un score

Si un score est associé à l'élément de soins, la saisie s'effectue lors de la réalisation des formulaires. Le clic sur le bouton affiche la fenêtre de saisie habituelle du score.



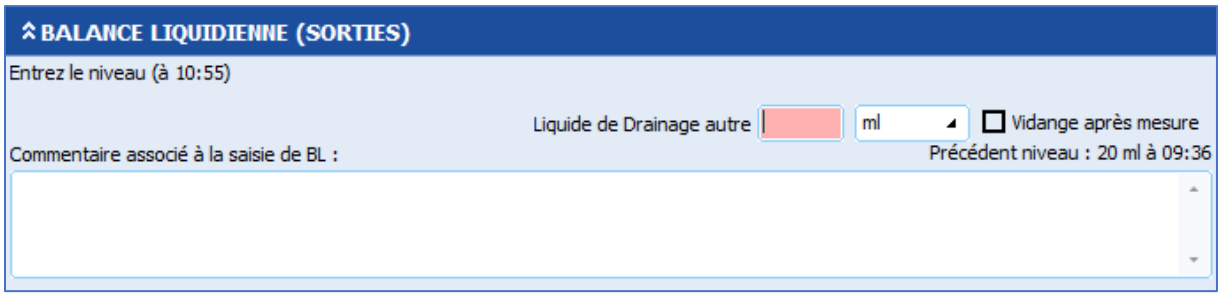
Le score et l'heure de saisie s'affichent.



5.18.3.2 MD *Associer une balance liquidienne*

5.18.3.2.1 Saisie depuis le formulaire

Si une balance liquidienne est associée à un élément de soins, la saisie s'effectue lors de la réalisation des formulaires.

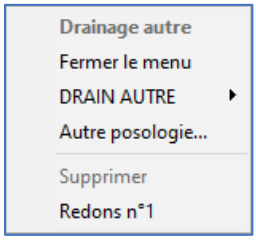


La case à cocher **Vidange après mesure** permet de remettre le compteur à zéro. La balance liquidienne se saisie par niveau. Il n'est donc pas nécessaire de soustraire le niveau précédent au relevé actuel pour obtenir le bon compte. *Exemple* : si lors d'un premier relevé, le niveau d'un drain est à 50 ml puis à 70 ml lors d'un second relevé, Il suffit de renseigner 50 ml puis 70 ml dans les formulaires. L'application fera la soustraction dans la balance liquidienne et il sera comptabilisé une augmentation du niveau de 20 ml. Lors du changement de contenant, il faudra cocher la case **Vidange après mesure** afin de remettre le compte à zéro.

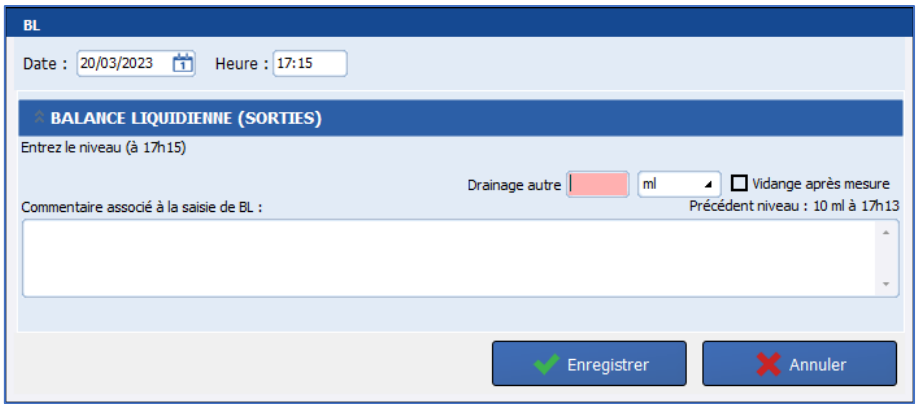
5.18.3.2.2 Saisie depuis l'onglet Surveillance

La saisie de la balance liquidienne associée à un élément de soins est également possible à partir de l'onglet **Surveillance**.

Le clic droit sur la ligne correspondant à la balance liquidienne affiche le menu suivant :

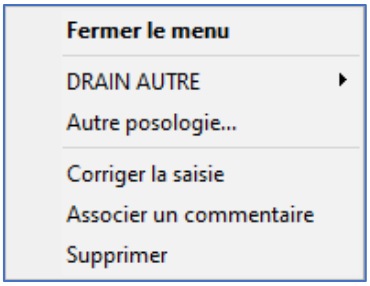


Pour saisir une balance liquidienne associée à l'élément de soins, il faut cliquer sur le nom du dispositif médical associé (**Redons n°1** dans l'exemple ci-dessus). Cela affiche la fiche de saisie **BL** liée à l'élément de soins.



Il n'est pas possible d'effectuer une saisie antérieure à une saisie existante.

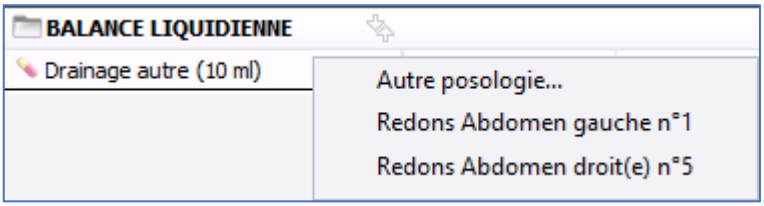
Il est possible de corriger ou de supprimer une saisie de balance liquidienne depuis l'onglet **Surveillance** grâce au clic droit :



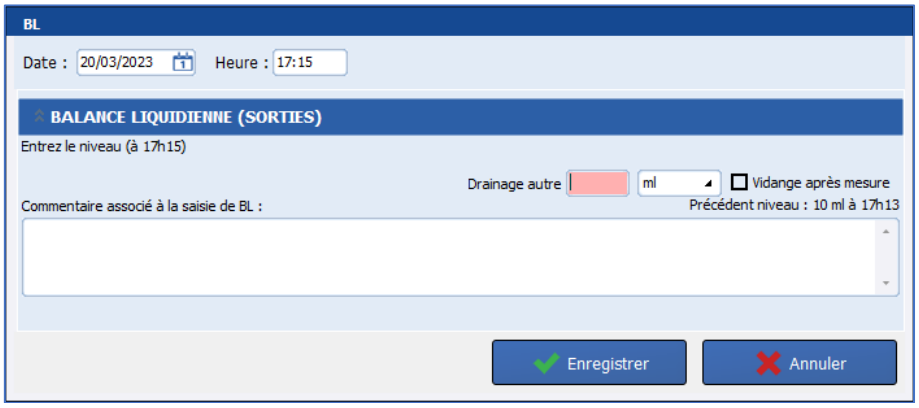
Il n'est pas possible de corriger une saisie antérieure à une saisie existante.

5.18.3.2.3 Saisie depuis le plan de soins

Le double-clic sur la ligne du la balance liquidienne permet la saisie d'un volume : la liste des dispositifs associés au médicament **DIANE** (ici : **Drainage autre**).

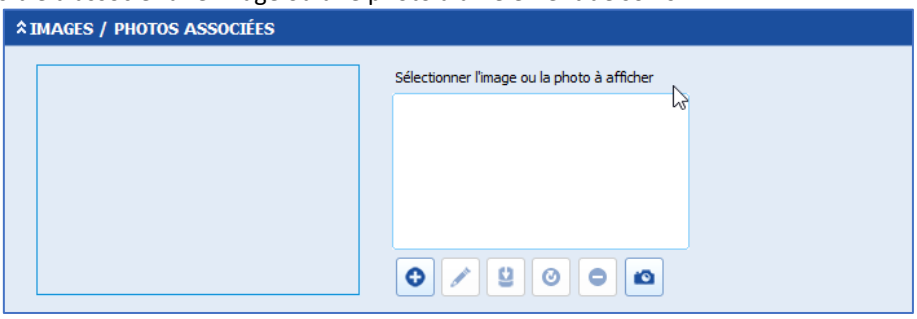


Il faut ensuite cliquer sur le dispositif auquel la saisie doit être rattachée. Cela affiche la fiche de saisie **BL** liée à l'élément de soins.

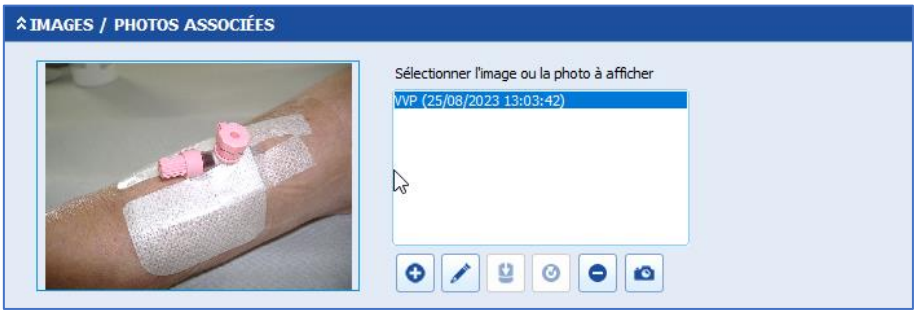


5.18.3.3 Associer des images ou des photos

Il est possible d'associer une image ou une photo à un élément de soins.

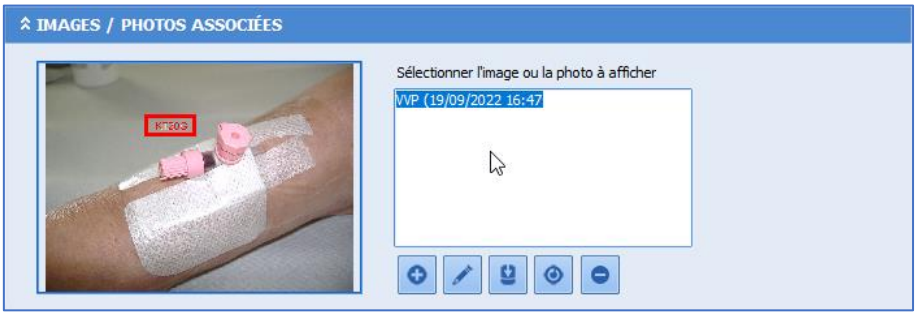


Le bouton permet d'ajouter une image présente sur le poste utilisé. Si une image a été ajoutée à l'onglet **Documents**, elle est récupérable grâce au bouton : dans ce cas elle est supprimée de la liste des documents.



Il est possible de modifier l'image en cliquant sur le bouton . Le bouton annule les modifications apportées. Seule l'image associée au formulaire en cours d'édition est modifiable : les images ajoutées dans un formulaire précédent ne sont pas modifiables.

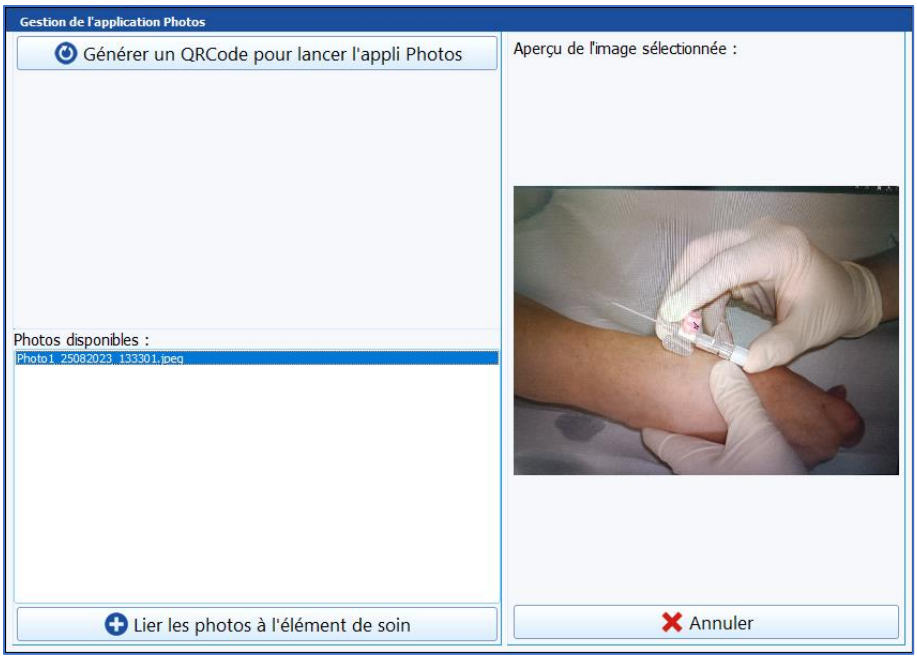




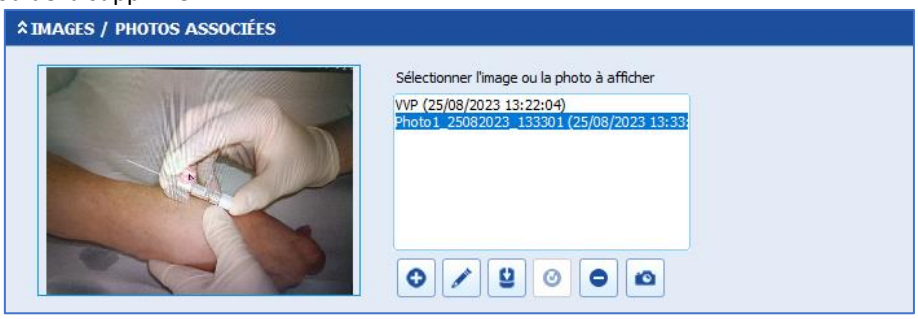
Il est également possible de prendre une photo au moyen d'une tablette si **DIANE** est configurée pour utiliser cette fonctionnalité grâce au bouton .



Il suffit de scanner le QRCode affiché sur l'écran avec la tablette et de suivre les instructions. Une fois la photo validée sur la tablette, elle s'affiche dans **DIANE**.



Le clic sur le bouton **Lier les photos à l'élément de soin** associe l'image à l'élément de soins ce qui permet de l'éditer ou de la supprimer.



5.18.3.4 Choix et planification du formulaire suivant

Le formulaire suivant est sélectionnable, il est possible de choisir :

- un des formulaires de surveillance configurés,
- le formulaire de retrait (si configuré),
- Aucune planification (le soin est terminé).



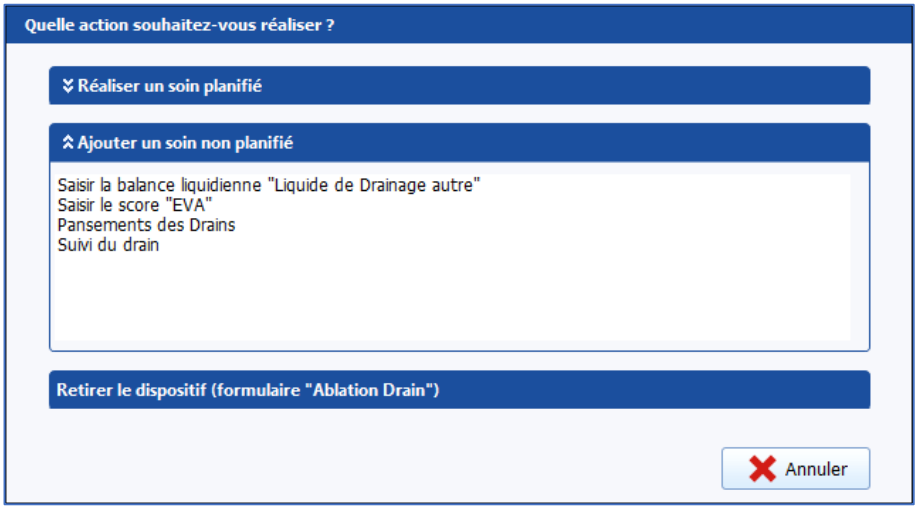
Deux modes de planification sont possibles pour le formulaire suivant :

- en choisissant un intervalle à partir du formulaire courant,
- en choisissant la date et l'heure.

Il est possible de planifier plusieurs formulaires, ou de supprimer certains formulaires configurés pour l'élément de soins. Il n'est pas possible de supprimer toutes les planifications : s'il ne faut plus planifier de formulaire, il faut choisir **Aucune planification**.

Dans le plan de soin, un clic dans la colonne d'en-tête permet au choix :

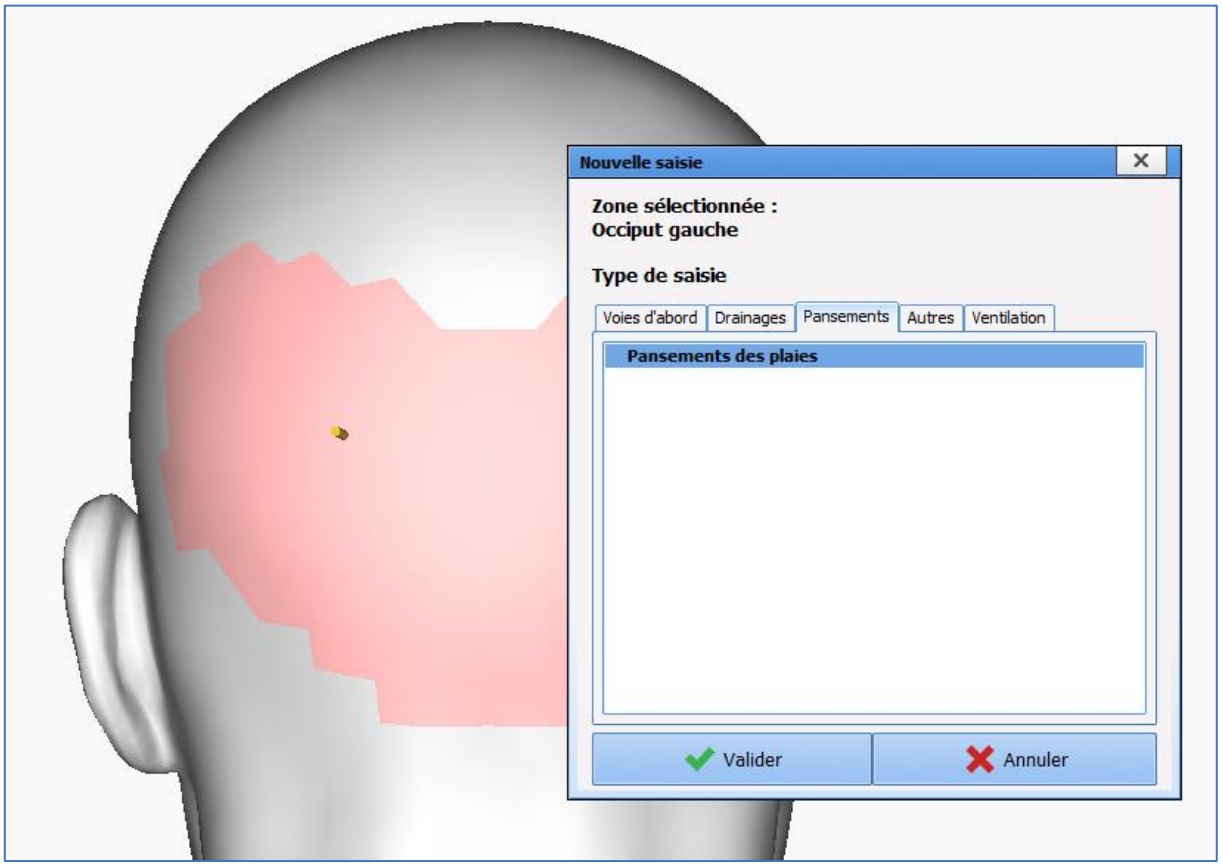
- de réaliser un soin planifié,
- d'ajouter un soin non planifié parmi les formulaires configurés. Si un score et/ou une balance liquidienne sont associés au dispositif, il est possible de ne saisir que le score ou la balance liquidienne,
- de retirer le dispositif.



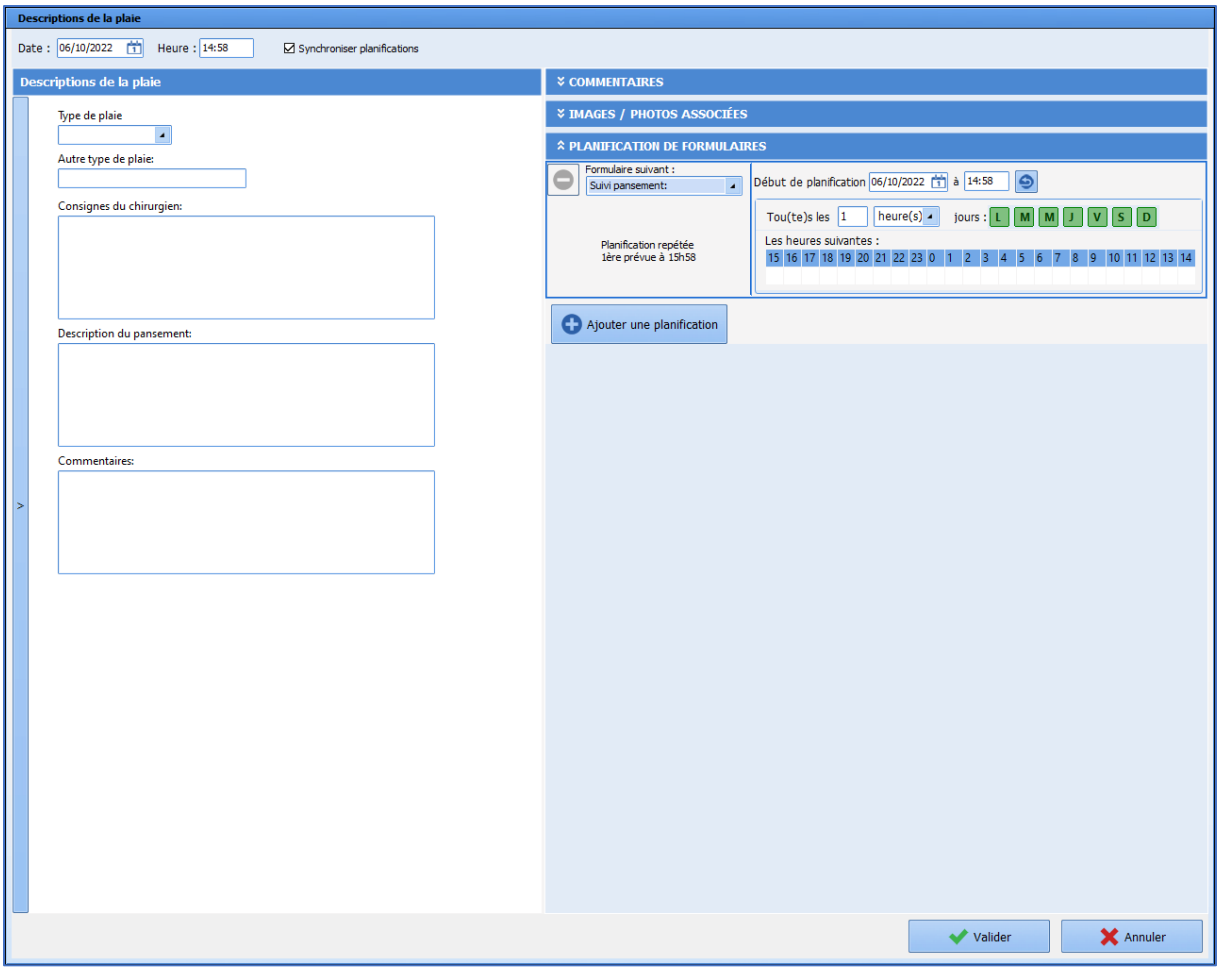
5.18.3.5 Exemple : pose d'un pansement

Lorsque vous cliquez à un endroit sur le modèle, une fenêtre de dispositif apparaît et affiche les éléments de soins configurés pour la zone correspondante.
Ces **éléments de soins** sont classés en quatre catégories :

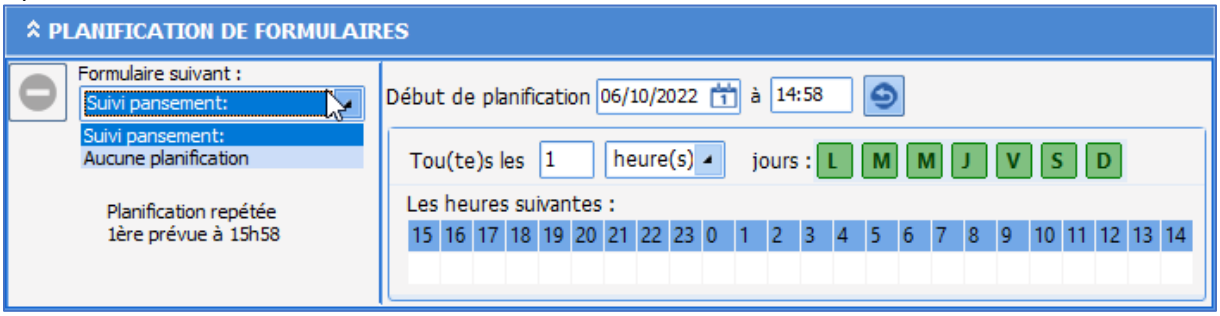
- Voies d'abord,
- Drainages,
- **Pansements,**
- Ventilation,
- Autres.



Dans la suite de ce chapitre, nous allons voir la gestion d'un pansement depuis sa pose jusqu'à son retrait.



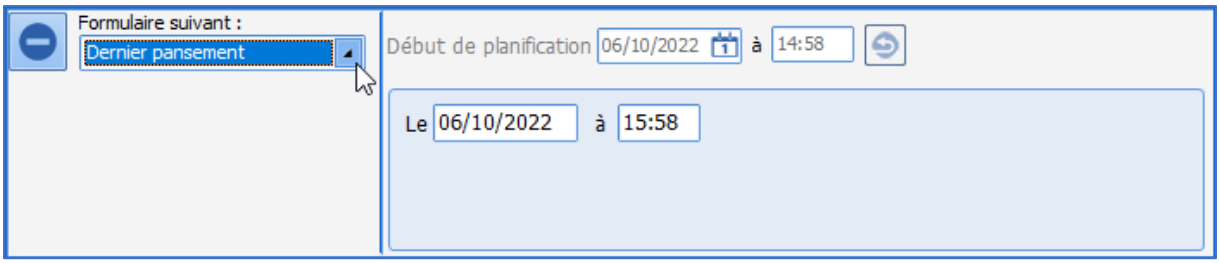
Il y a deux choix :



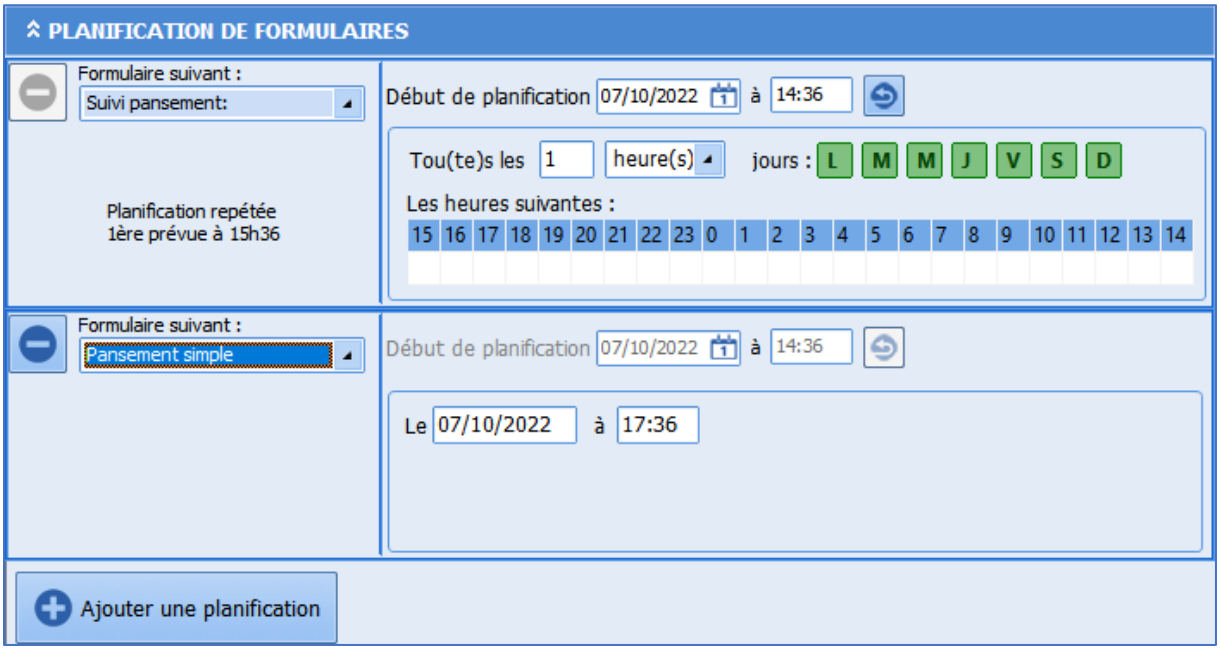
Dans ce menu, le (ou les) formulaire(s) de surveillance planifié(s) ainsi que le formulaire de retrait (s'il est planifié). Les premiers sont les éventuelles surveillances puis vient le formulaire de retrait.

REMARQUE : l'option **Aucune planification** est la seule option systématiquement proposée. Les autres sont configurées par les référents.

Chacune des options possède sa configuration propre par défaut en ce qui concerne la planification



L'enchaînement des formulaires de soin de surveillance se construit au fur et à mesure de la situation.



Dans cet exemple, à la réalisation du formulaire **Suivi pansement**, le formulaire **Pansement simple** est planifiable puisqu'il a été configuré pour être réalisé 3 heures après le formulaire **Suivi pansement**. Le formulaire **Suivi pansement** est à nouveau planifié puisqu'il a été configurer comme formulaire répété.

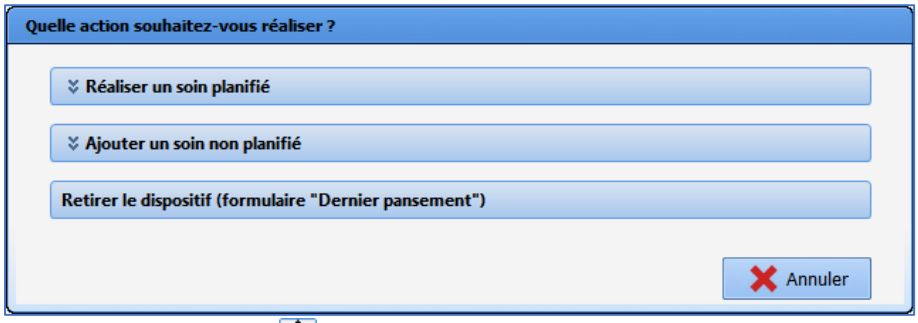
Une autre planification peut être ajoutée : le formulaire de retrait (formulaire **Dernier pansement** dans cet exemple) ou un autre formulaire de surveillance configuré (formulaire **Réfection de pansement complexe** dans cet exemple).



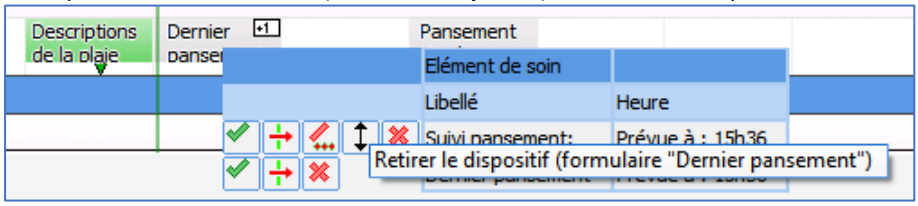
5.18.3.6 Exemple : retrait d'un pansement

Le retrait d'un dispositif peut s'effectuer de plusieurs manières :

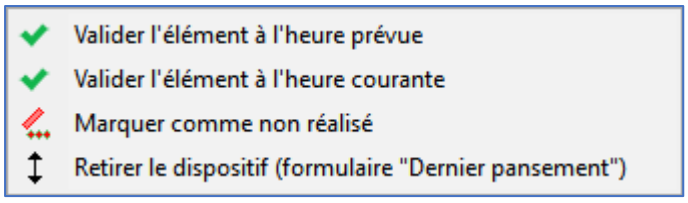
- en prescrivant le retrait du dispositif via l'onglet **Prescription** et en réalisant l'occurrence associée dans le plan de soin,
- en réalisant un formulaire de retrait planifié,
- en faisant un clic gauche dans la colonne des intitulés dans le plan de soins et en réalisant l'action **Retirer le dispositif**



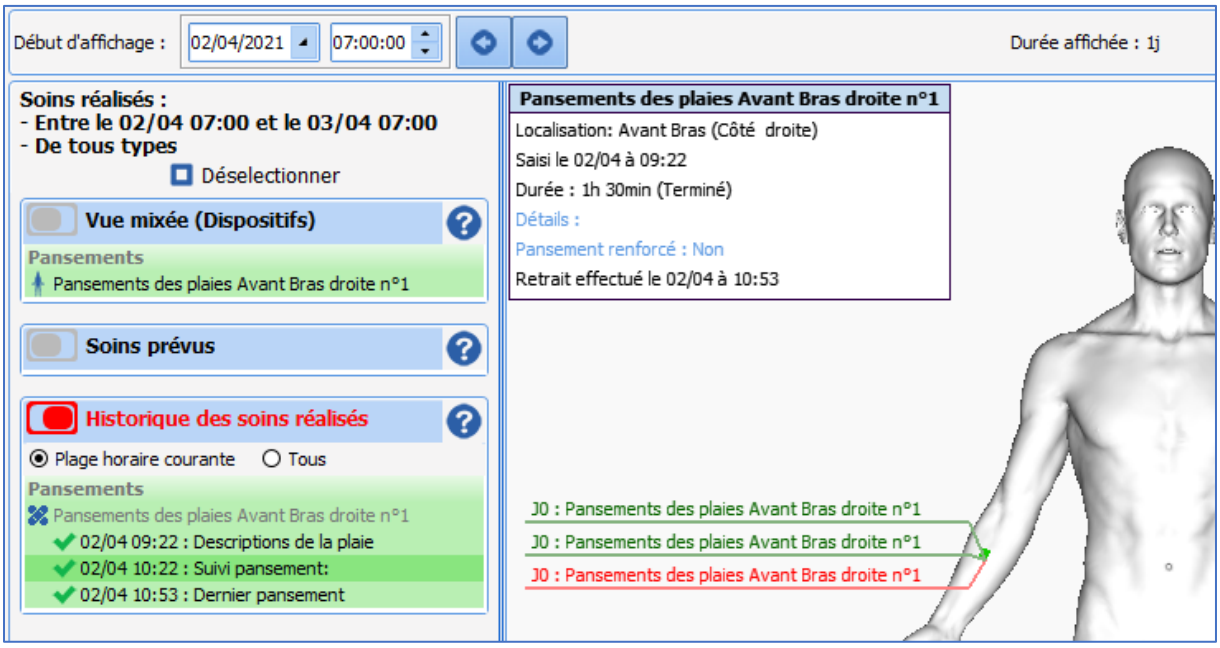
- en cliquant sur le bouton  (**Retirer le dispositif**) d'un formulaire planifié



- en faisant un clic droit sur un soin prévu dans la fenêtre **Schéma corporel** puis **Retirer le dispositif**



Après validation du retrait (et éventuellement du formulaire post-retrait), la colonne de gauche reprend la liste des dispositifs dans la vue mixée, le retrait ayant été effectué, il n'y a plus de soins prévus pour le dispositif.



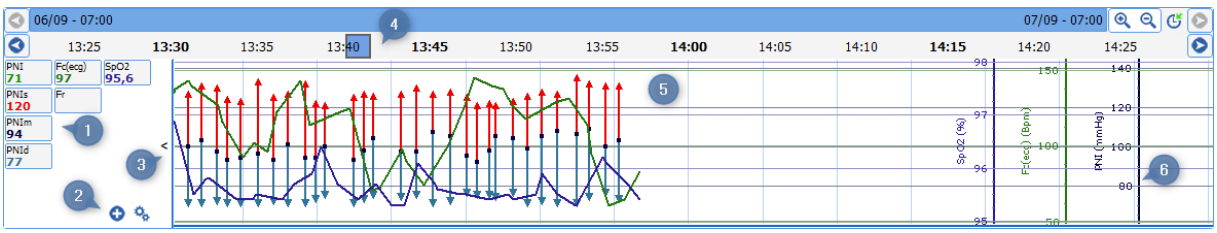
5.19 L'écran de synthèse

L'écran de synthèse est un affichage personnalisable qui permet de visualiser l'ensemble des données importantes du dossier d'un patient. Il est accessible dans le dossier du bandeau ou dans le portail grâce au bouton .

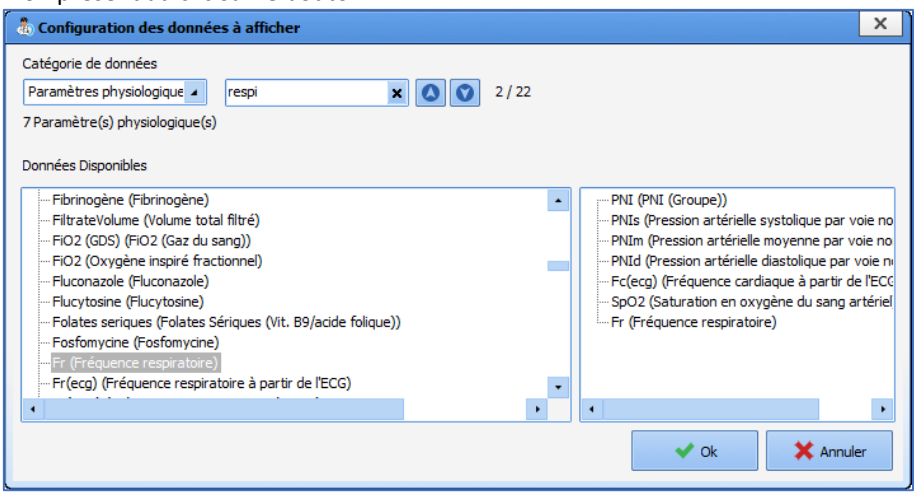
A l'ouverture de l'écran de synthèse, chaque zone configurée est initialisée avec les données du dossier.

Si l'écran de synthèse comporte le composant **Conclusions de staff** ou **Prescription**, le bouton **Accès en écriture** est affiché. Le clic sur celui-ci permet d'éditer ces deux composants et ouvre le dossier patient sur l'onglet de prescription. Depuis le portail, le dossier est donc ouvert automatiquement.

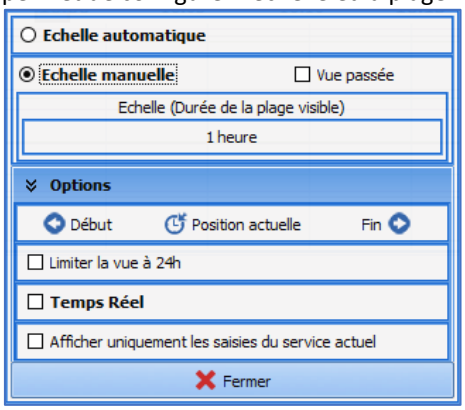
5.19.1 Données de surveillance



Cette zone affiche les paramètres physiologiques comme dans la pancarte de surveillance **Bloc**. On retrouve en (1) la liste des paramètres par défaut configurés ainsi que la dernière valeur du dossier. Il est possible d'ajouter un paramètre non présent au clic sur le bouton :

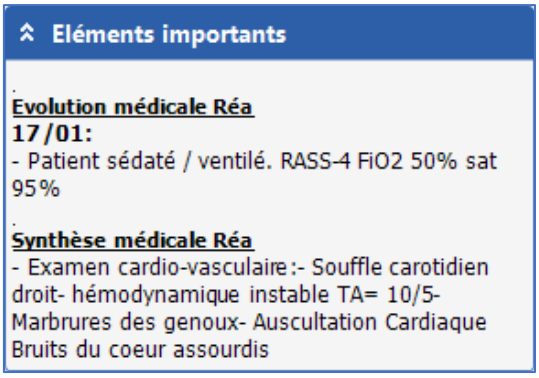


La colonne de gauche liste l'ensemble des données physiologiques. La colonne de droite liste les données présentes dans la bande. L'ajout d'un nouveau paramètre se fait à l'aide du glisser/déposer de la zone de gauche vers la zone de droite.
Comme dans une pancarte classique, le clic droit sur une donnée propose sa configuration avancée.
La zone d'affichage des paramètres peut être masquée au clic sur le bouton < du volet (3).
La zone (5) affiche les données reçues ainsi que les échelles associées (6) en tenant compte de la plage horaire affichée (4) et de la configuration de chacun des éléments. Par défaut, cette plage horaire correspond à celle configurée. Il est possible de la modifier à l'aide des boutons de loupes (Zoom avant/ Zoom arrière). La navigation dans le dossier se fait à l'aide du carré bleu (13:40) présent sur la barre horaire, en le glissant de gauche à droite. Le clic sur l'horloge permet de revenir à l'heure actuelle.
Le double- clic sur la barre horaire permet de configurer l'échelle et la plage horaire affichée :



Cette fenêtre est initialisée avec les données configurées dans l'écran de synthèse.

5.19.2 Eléments importants

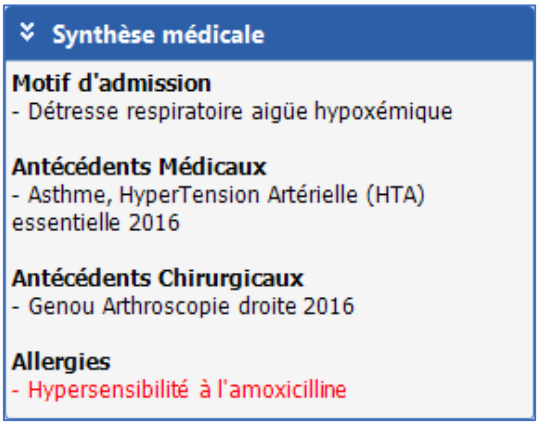


Les données affichées correspondent aux données marquées comme importantes dans les composants de saisie configurés (documents de type Evolution médicale).

Pour chaque information présente, on retrouve la date de saisie ainsi que le nom du composant souligné en gras (si plusieurs documents ont été configurés pour alimenter les éléments importants).

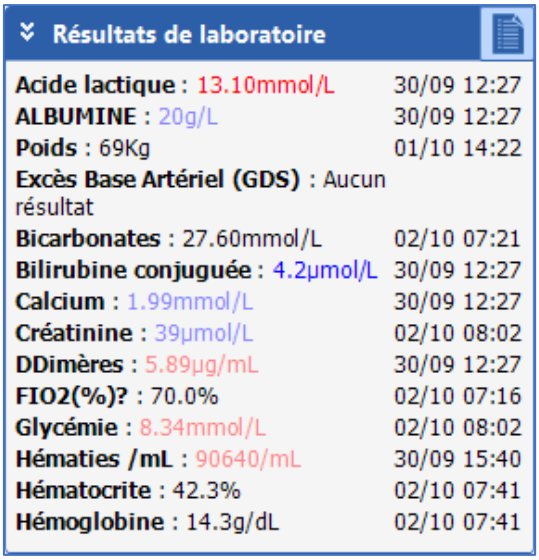
Si plusieurs données ont été marquées comme importantes depuis un même document, les informations sont saisies les unes sous les autres et précédés d'un tiret -.

5.19.3 Visualisation des champs de données



Ce composant est uniquement en lecture seule. Les données affichées sont celles configurées : elles sont affichées dans le même ordre que la liste en configuration.

5.19.4 Visualisation des résultats de laboratoire



Ce composant est en lecture seule.

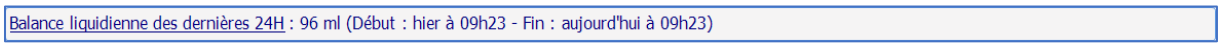
La liste des données affichées correspond à celle configurée. Les éléments sont affichés dans l'ordre configuré.
Si une donnée possède plusieurs résultats, seul le dernier est affiché.
Si une donnée n'a pas de résultat, la mention **Aucun résultat** est affichée.

Le bouton  permet d'afficher l'ensemble des résultats du dossier du patient classés par date et dépliables dans une fenêtre. Le fonctionnement est le même que le bouton **Importer par date** des composants de saisie d'évolution.

5.19.5 MD Balance liquidienne



L'affichage de la balance liquidienne est positionné en haut de l'écran de synthèse et prend toute la largeur.
Attention, contrairement aux autres composants, la balance liquidienne est mise à jour toutes les dix minutes.



Le survol du filtre d'affichage souligne le texte et permet de cliquer afin d'afficher la fenêtre de balance liquidienne.

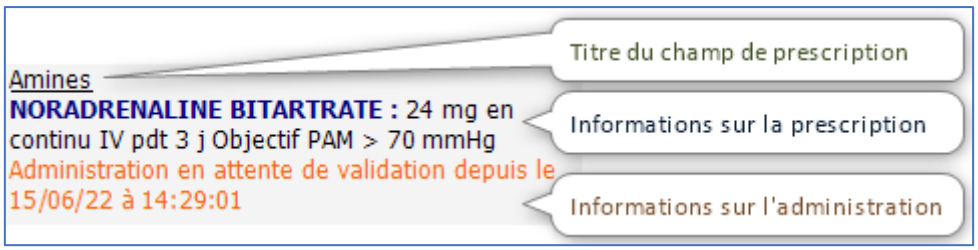
5.19.6 Prescriptions en cours



Ce composant affiche en temps réel les prescriptions en cours. Les champs de prescriptions sont affichés dans l'ordre dans lequel ils ont été configurés.

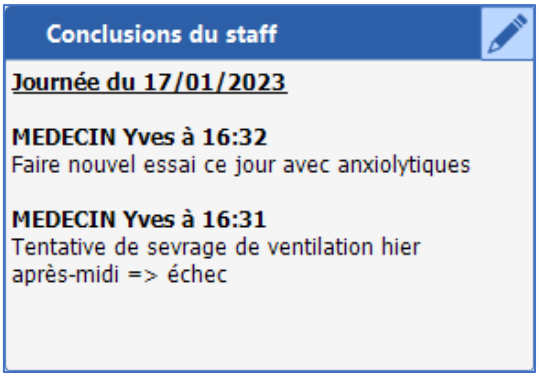
La case à cocher **Afficher les prescriptions réalisées des X dernières heures** et permet d'afficher les prescriptions en cours ainsi que les prescriptions réalisées dans les X dernières heures : seule la dernière occurrence est affichée, précédée de la mention « Dernière administration le… ». La zone de saisie permet de définir la période d'affichage des prescriptions réalisées (entre 0 et 72h).

L'affichage est classé par champ de prescription. Pour chaque champ, on retrouve la liste des administrations en cours ou réalisées dans les X dernières heures.



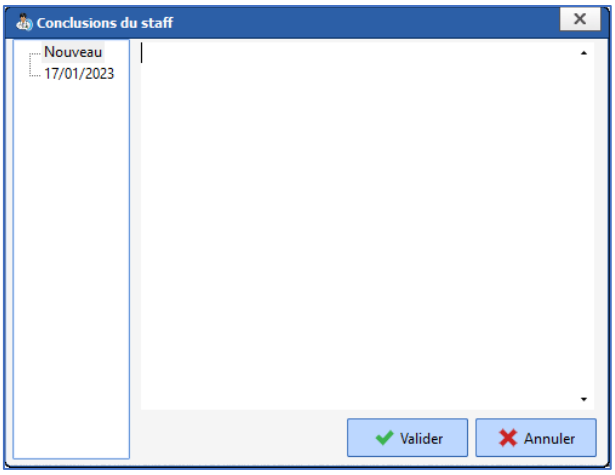
Au sein d'un même champ de prescription, les prescriptions réalisées apparaissent en premier. Les autres prescriptions sont triées par ordre alphabétique.

5.19.7 Visualisation des conclusions du staff



Le composant **Conclusions du staff** affiche toutes les données saisies pour la journée en cours, c'est-à-dire depuis minuit. Si aucune donnée n'a été saisie pour la journée en cours, ce sont les dernières données saisies qui sont affichées.

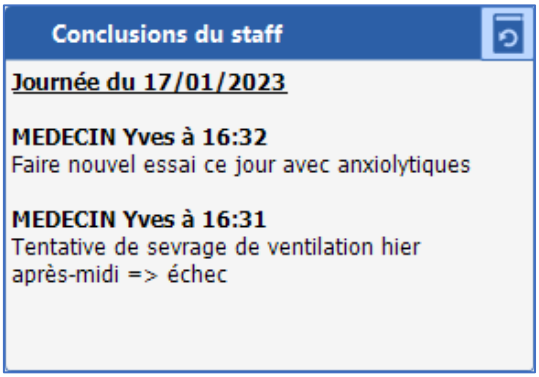
Le clic sur le bouton  permet de saisir du texte.



Le clic sur une journée dans la zone d'historique affiche le contenu de la journée :

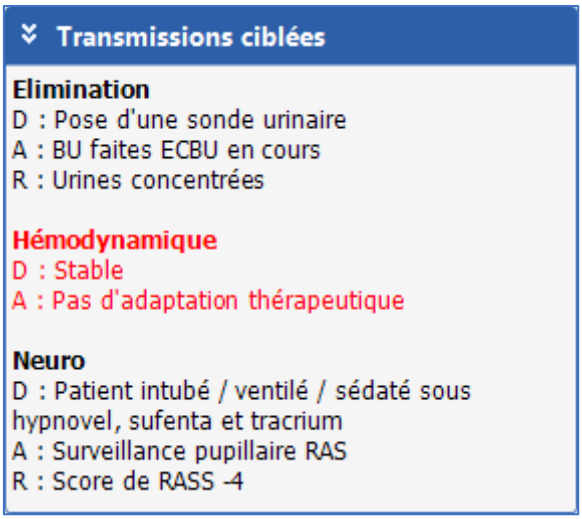


Si le composant est configuré en lecture seule, le bouton d'ajout des informations est remplacé par le bouton d'affichage de l'historique. Dans ce cas, il n'est pas possible d'ajouter des informations.



Les conclusions de staff sont disponibles à l'impression de la liste des patients présents depuis le portail : .

5.19.8 Visualisation des transmissions ciblées



Ce composant affiche toutes les transmissions ciblées non clôturées éditées dans les dernières 24 ou 48 heures, selon le paramétrage. Si une transmission a été éditée plusieurs fois, seule la dernière version de celle-ci est affichée.

La cible est affichée en gras, les transmissions urgentes sont affichées en rouge.
La donnée est précédée de la lettre **D**, l'action de la lettre **A** et le résultat de la lettre **R**.
Si le résultat n'est pas renseigné, la ligne correspondante n'est pas affichée.

5.19.9 Suivi des dispositifs



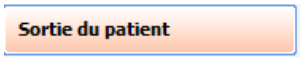
Le composant affiche l'ensemble des dispositifs en cours dans le dossier du patient. Pour chaque dispositif, les formulaires programmés sont indiqués avec la date/heure de planification.

Le survol d'un formulaire programmé, pour lequel un précédent formulaire a déjà été renseigné dans le dossier, souligne la ligne et fait apparaitre le détail du dernier formulaire renseigné :



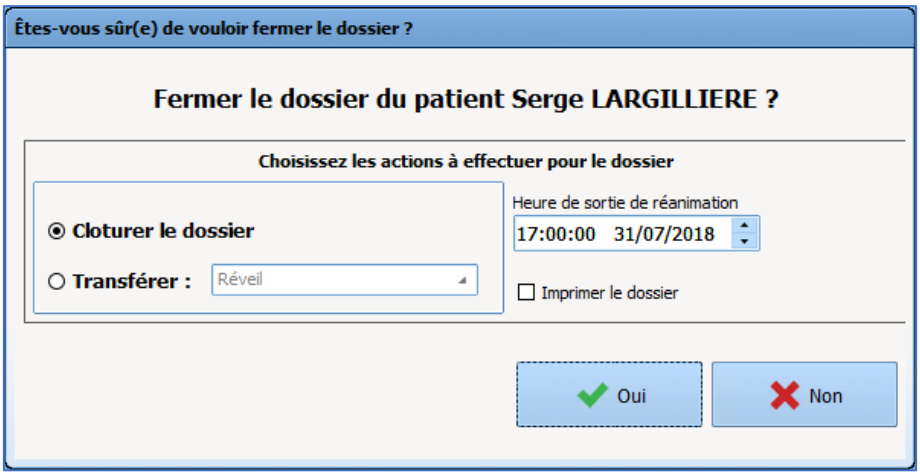
5.20 La sortie du patient

La sortie du patient se fait depuis le bouton **Sortie du patient** situé dans l'onglet **Navigation**.

En cliquant sur le bouton 

situé en bas de la première colonne de l'onglet navigation, une fenêtre s'ouvre et permet de choisir de clôturer le dossier ou de transférer le patient.
La clôture du dossier doit être choisie lorsque le dossier du patient ne sera plus suivi dans **DIANE** alors que le dossier doit être transféré si le suivi dans un autre service se fait toujours dans le logiciel **DIANE** même s'il s'agit d'un module différent.

Ex : lorsqu'un patient vient du bloc opératoire et que le bloc opératoire utilise **DIANE ANESTHESIE** : dans ce cas, le patient sera transféré en sortie de bloc opératoire. En fin d'hospitalisation, si le patient est transféré dans un service de médecine qui n'utilise pas **DIANE**, alors, le dossier devra être clôturé. Cependant, si le patient est hospitalisé dans un service (USC par exemple) qui utilise **DIANE**, alors, le patient devra être transféré.



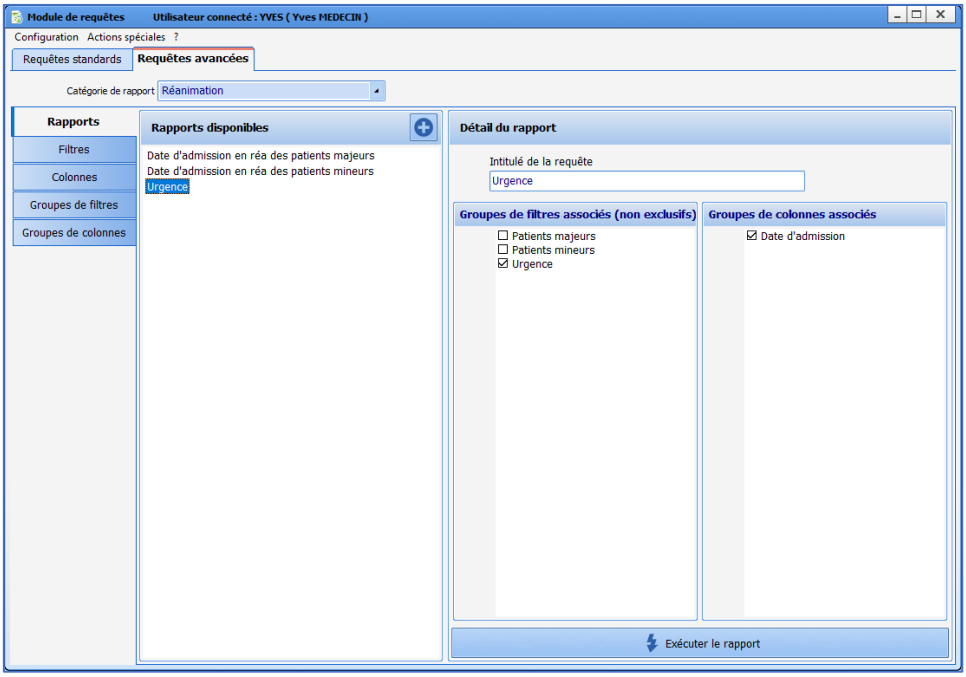
Lors de la sortie du patient, il est possible que des actions doivent être effectuées pour permettre la validation de la clôture du dossier ou de son transfert (checklists non remplies, prescription encore en cours…). **DIANE** demandera alors de valider les checklists et demandera si vous souhaitez maintenir les prescriptions en cours. Il est possible de les maintenir en cas de transfert de dossier. En cas de clôture, il est préférable de stopper toutes les prescriptions en cours.

REMARQUE : Une fois sorti, il sera possible de rouvrir le dossier du patient en cliquant sur **Reprendre la réanimation** dans la fenêtre de sélection d'intervention.

6. REQUETES

L'outil de requêtes permet d'extraire de la base de données des informations dans le but d'effectuer des statistiques (temps d'occupation des blocs opératoires, durée moyenne et écart-type de séjour sur site…). Il existe 3 catégories de rapports (Anesthésie, Réanimation ou Obstétrique).

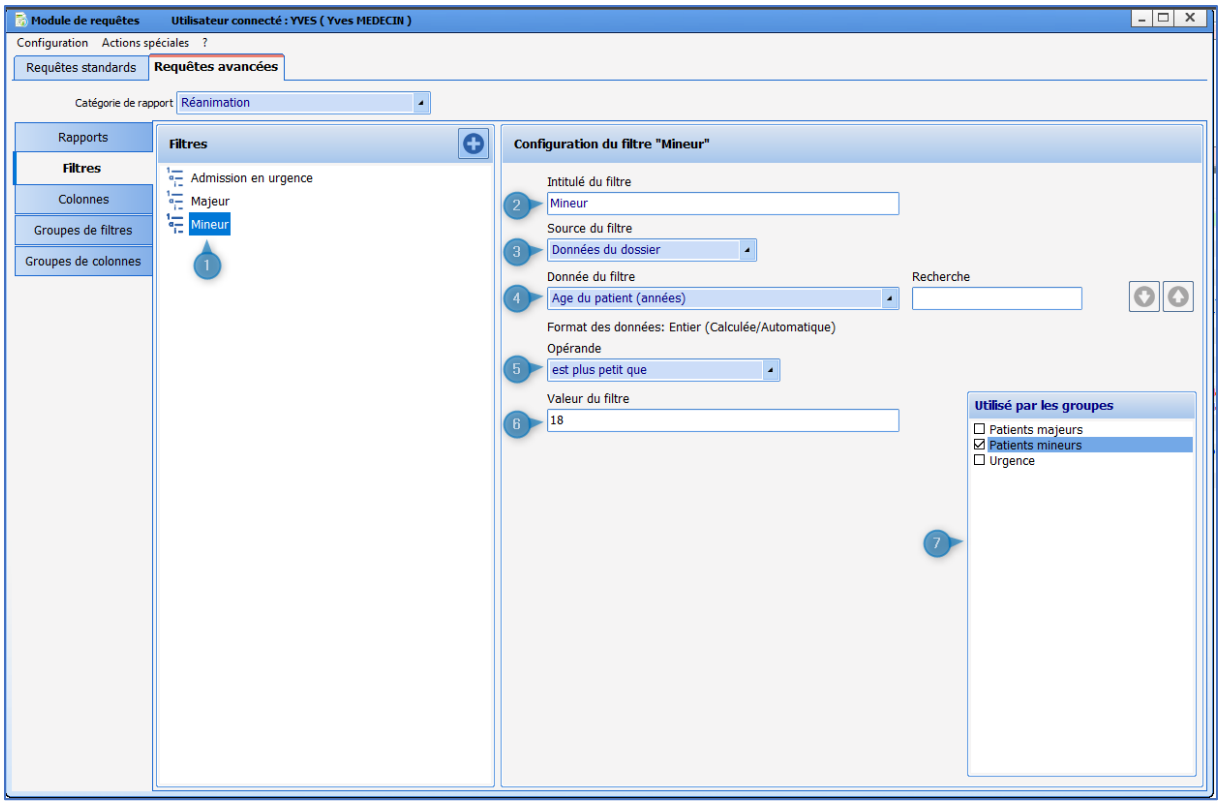
6.1 Présentation du module de requêtes



Le module de requêtes permet de générer des rapports. Pour chaque rapport, vous pouvez configurer les filtres de données et choisir les colonnes à afficher.

6.2 Création des filtres et des groupes de filtres

Les filtres se configurent dans le sous-onglet **Filtres**.



1. Liste des filtres déjà configurés
2. Nom du filtre
3. Source des données filtrées
4. Donnée sur laquelle se base le filtre
5. Opérande : dépend du type de donnée (nombre, date ou texte)
6. Valeur à laquelle la donnée est éventuellement comparée : dépend de l'opérande et du type de données
7. Liste des groupes de filtres utilisant le filtre en cours de configuration : il est possible d'affecter le filtre à un groupe de filtres en cochant la case (ou de le retirer en décochant la case)

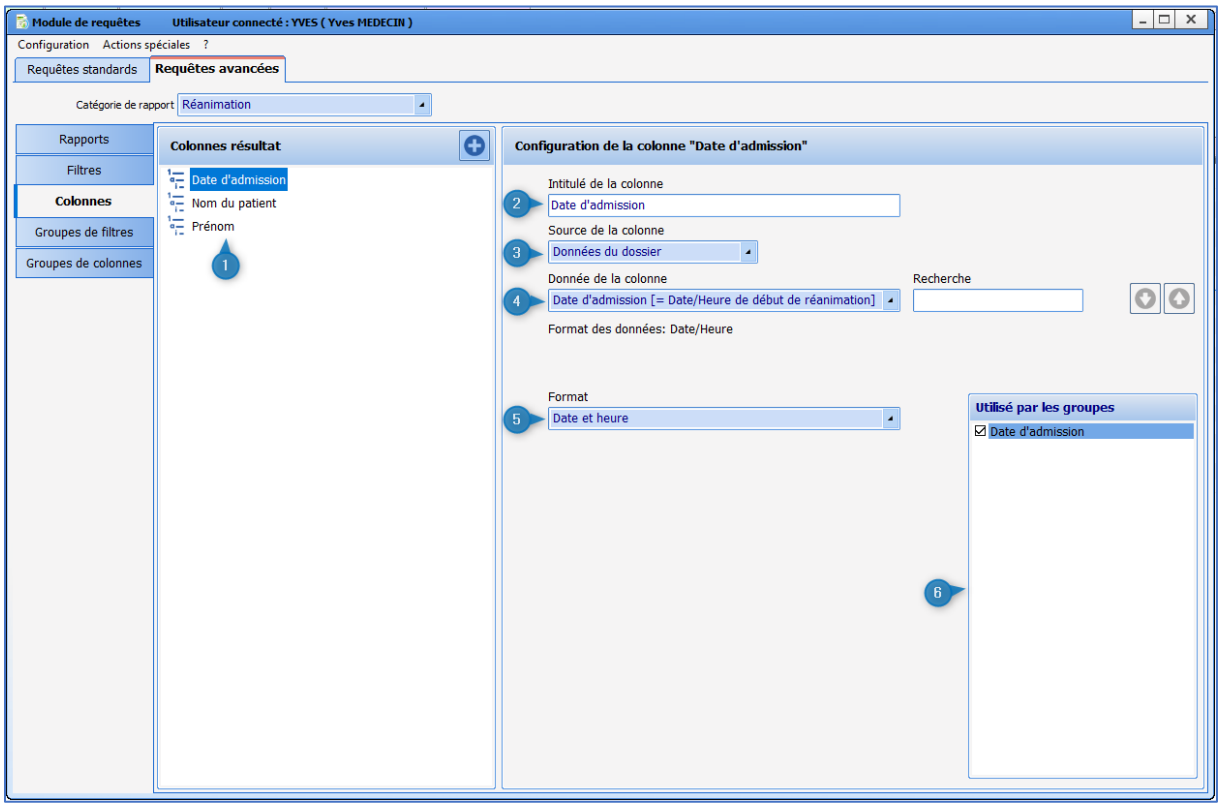
Pour créer un groupe de filtres, il faut cliquer sur le bouton  , nommer le filtre et cocher les filtres affectés à ce groupe.



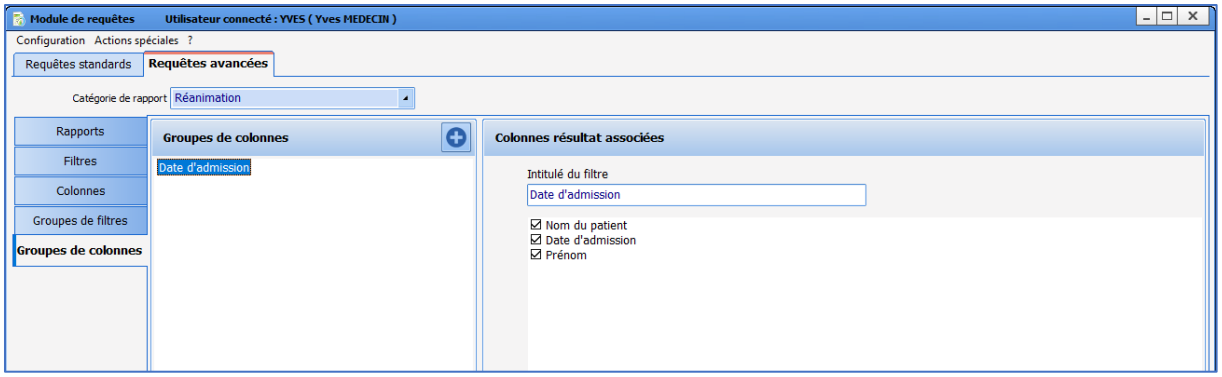
Un groupe de filtres permet de sélectionner les données qui passent l'ensemble des filtres du groupe. Par exemple, un groupe composé des filtres **Age≥20 ans** et **Age<30 ans** sélectionneront les patients âgés de 20 ans à 29 ans inclus.

6.3 Création des colonnes et des groupes de colonnes

Les colonnes se configurent dans le sous-onglet **Colonnes**.

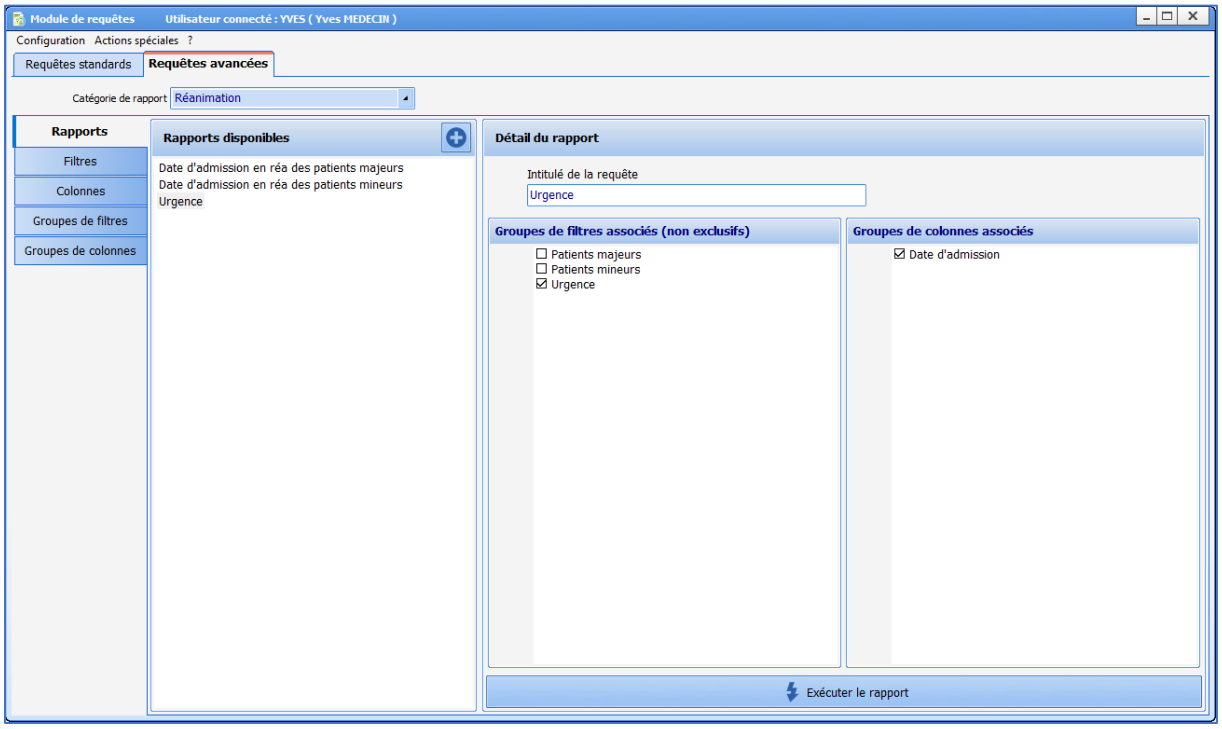


1. Liste des colonnes déjà configurées
2. Nom de la colonne
3. Source des données utilisées : il est possible d'utiliser des données du dossiers, des chronomètres et des champs de saisies avancées ou de scores.
4. Donnée utilisée pour la colonne (pour les saisies avancées ou les scores, il faut également sélectionner le champ)
5. Format de la donnée (valable pour les données de type Date/Heure uniquement)
6. Liste des groupes de colonnes utilisant la colonne en cours de configuration : il est possible d'affecter la colonne à un groupe de colonnes en cochant la case (ou de la retirer en décochant la case)



Un groupe de colonnes regroupe une ou plusieurs colonnes : les colonnes sont (dé)sélectionnées en les (dé)cochant dans la zone **Colonnes résultat associées**. Il est également possible de réorganiser les colonnes par un glissé-déposé dans la zone **Colonnes résultat associées**.

6.4 Création des rapports



Un rapport affiche les données filtrées par un ou plusieurs groupes de filtres sous la forme d'un tableau dont les colonnes sont déterminées par le ou les groupes de colonnes.

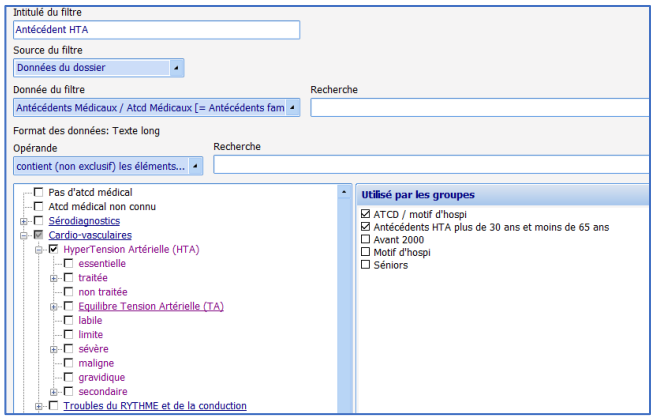
Si plusieurs groupes de filtres sont sélectionnées, les données affichées seront celles qui passent au moins un des filtres. Par exemple, des groupes de filtres **Age<20 ans** et **Age>30 ans** sélectionneront les patients âgés de moins de 20 ans et ceux de plus de 30 ans.

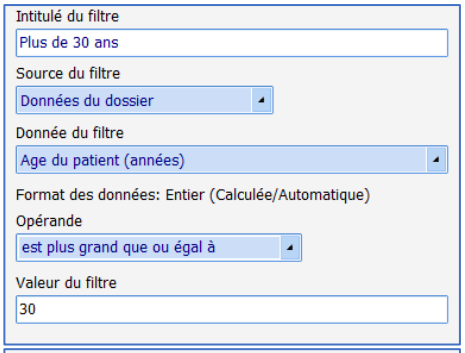
Attention, si une colonne est présente dans plusieurs groupes de filtres, elle sera affichée autant de fois.

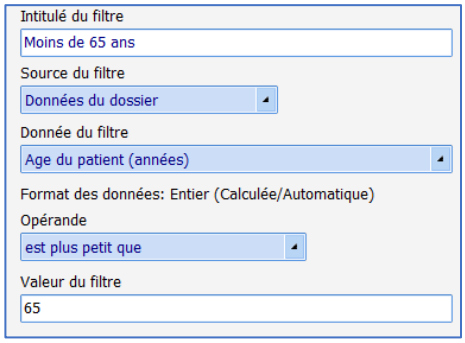
6.5 Exemple de rapport

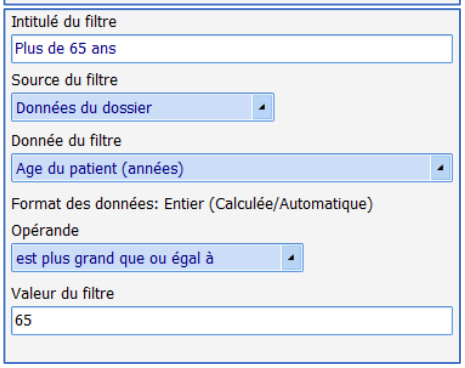
Afficher les antécédents et la date de naissance des patients de 30 à 65 ans ayant un antécédent d'hypertension artérielle ou âgés de plus de 65 ans.

Créer les filtres **Antécédents HTA**, **30 ans ou plus**, **Moins de 65 ans** et **65 ans ou plus**

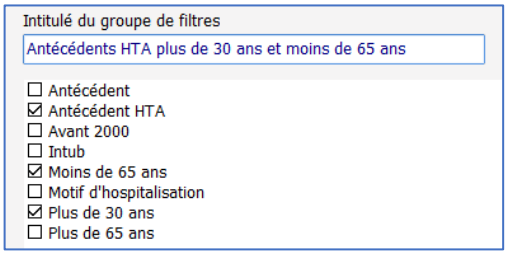






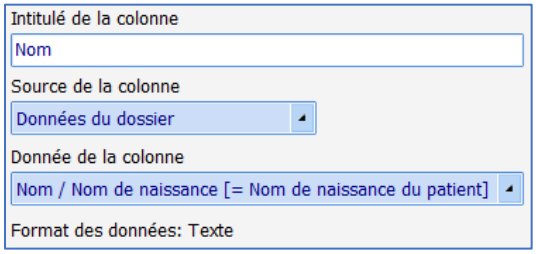


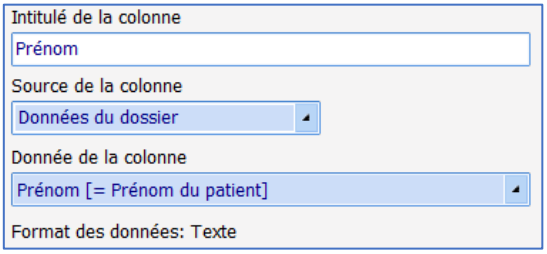
Créer les groupes de filtres **Antécédents HTA 30 à 65 ans** et **Séniors**

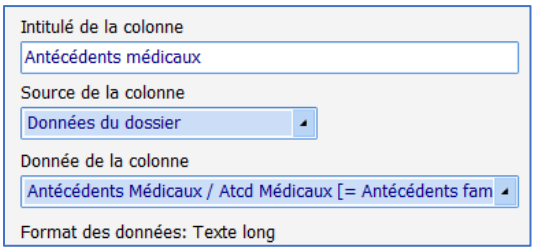


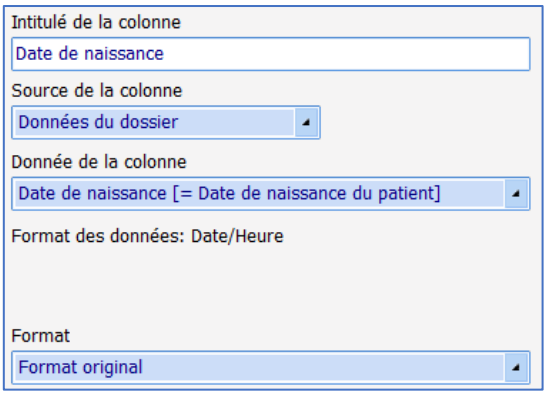


Créer les colonnes **Nom**, **Prénom**, **Antécédents médicaux** et **Date naissance**









Créer le groupe de colonnes **Antécédents et date de naissance**

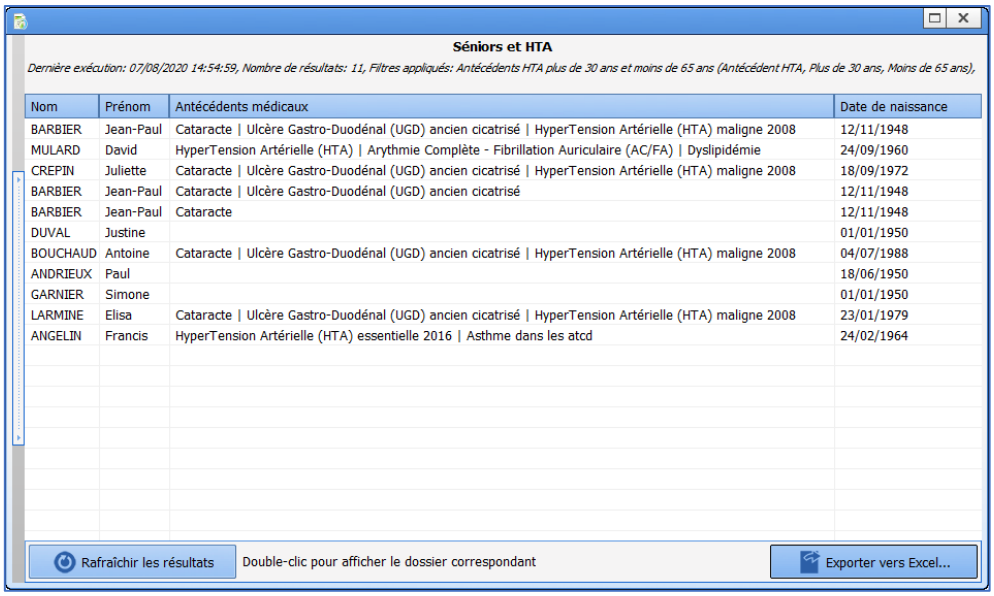


Créer le rapport **Séniors et HTA**



Cliquer sur le bouton **Exécuter le rapport**

Le rapport s'affiche :



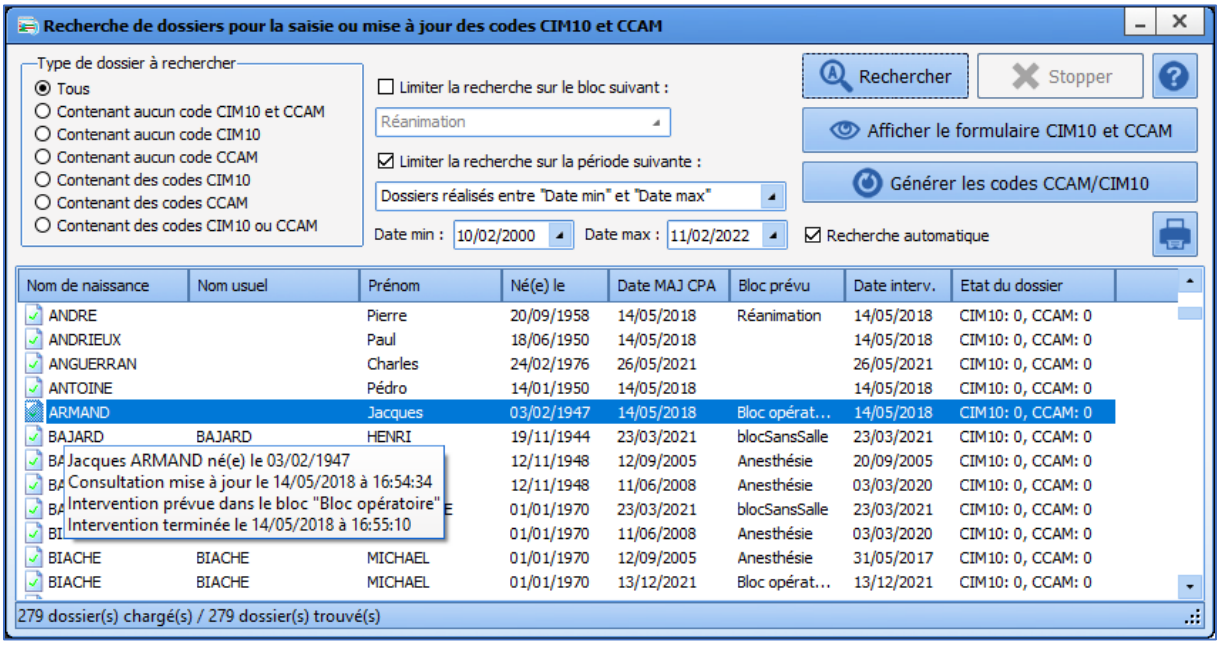
Il est possible d'exporter le rapport vers Excel et d'ouvrir les dossiers correspondant en double-cliquant sur la ligne du patient.

Pour fonctionner correctement, le séparateur de listes paramétré dans **Windows** doit être le point-virgule « ; » (voir avec votre responsable informatique).

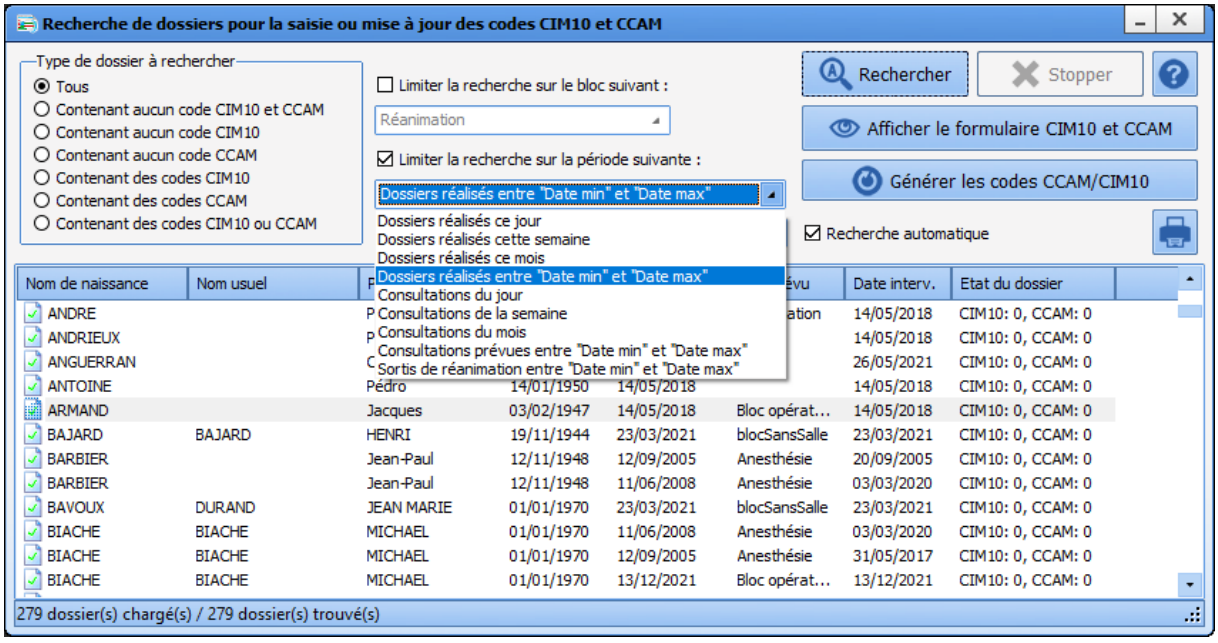
7. CCAM / CIM10

7.1 Lancement de l'application CCAMCIM10

Cette application permet de rechercher des dossiers pour saisir ou mettre à jour des codes CIM10 et CCAM. Il est possible de rechercher les dossiers des patients afin de récupérer les codes correspondants, les valider et les exporter. Il est également possible d'imprimer la liste des patients via le bouton dédié à droite de la fenêtre.



7.2 Recherche des dossiers patient



Afin de rendre la fenêtre de recherche d'un dossier patient davantage compatible avec la réanimation, la liste des requêtes de filtrage comporte une requête supplémentaire **Sortis entre « Date min » et « Date max »**.
Cette requête permet d'afficher les dossiers des patients qui sont sortis de réanimation entre les deux dates renseignées par l'utilisateur.

7.2.1 Types de dossiers à rechercher

Au niveau de la zone **Type de dossiers à rechercher**, on peut noter sept cas de figure différents :

Quand le filtre **Tous** est sélectionné (type sélectionné par défaut à l'ouverture de l'application), les patients qui apparaissent dans la liste sont ceux dont le dossier complet d'anesthésie (consultation préanesthésique et per opératoire et/ou post opératoire) contient ou non des codes CCAM et CIM10 qui ont été rattachés à la feuille d'anesthésie du patient.

Quand le filtre **Contenant aucun code CIM10 et CCAM** est sélectionné, les patients qui apparaissent dans la liste sont ceux dont le dossier complet d'anesthésie ne contient pas de codes rattachés à la feuille d'anesthésie. La colonne **Nombre de codes** n'affiche que les dossiers stipulant **CIM10 : 0, CCAM : 0**.

Quand le filtre **Contenant aucun code CIM10** est sélectionné, les patients qui apparaissent dans la liste sont ceux dont le dossier complet d'anesthésie ne contient pas de codes CIM10 rattachés à la feuille d'anesthésie. La colonne **Nombre de codes** affiche les dossiers stipulant **CIM10 : 0**.

Quand le filtre **Contenant aucun code CCAM** est sélectionné, les patients qui apparaissent dans la liste sont ceux dont le dossier complet d'anesthésie ne contient pas de codes CCAM rattachés à la feuille d'anesthésie. La colonne **Nombre de codes** affiche les dossiers stipulant **CCAM : 0**.

Quand le filtre **Contenant des codes CIM10** est sélectionné, les patients qui apparaissent dans la liste sont ceux dont le dossier complet d'anesthésie contient des codes CIM10 rattachés à la feuille d'anesthésie. La colonne **Nombre de codes** affiche les dossiers stipulant **CIM10 : 1 ou 2 ou…**

Quand le filtre **Contenant des codes CCAM** est sélectionné, les patients qui apparaissent dans la liste sont ceux dont le dossier complet d'anesthésie contient des codes CCAM rattachés à la feuille d'anesthésie. La colonne **Nombre de codes** affiche les dossiers stipulant **CCAM : 1 ou 2 ou…**

Quand le filtre **Contenant des codes CIM10 et CCAM** est sélectionné, les patients qui apparaissent dans la liste sont ceux dont le dossier complet d'anesthésie contient des codes rattachés à la feuille d'anesthésie. La colonne **Nombre de codes** n'affiche pas les dossiers stipulant **CIM10 : 0** et **CCAM : 0**.

7.2.2 Filtres de sélection

À l'ouverture de l'application, la recherche est, par défaut, limitée au bloc opératoire dans lequel est configuré votre ordinateur. Vous pouvez délimiter la recherche à un bloc opératoire particulier. Il vous est également possible de ne pas limiter la recherche et d'afficher la totalité des blocs opératoires de votre centre hospitalier en décochant la case **Limiter la recherche sur le bloc suivant**.

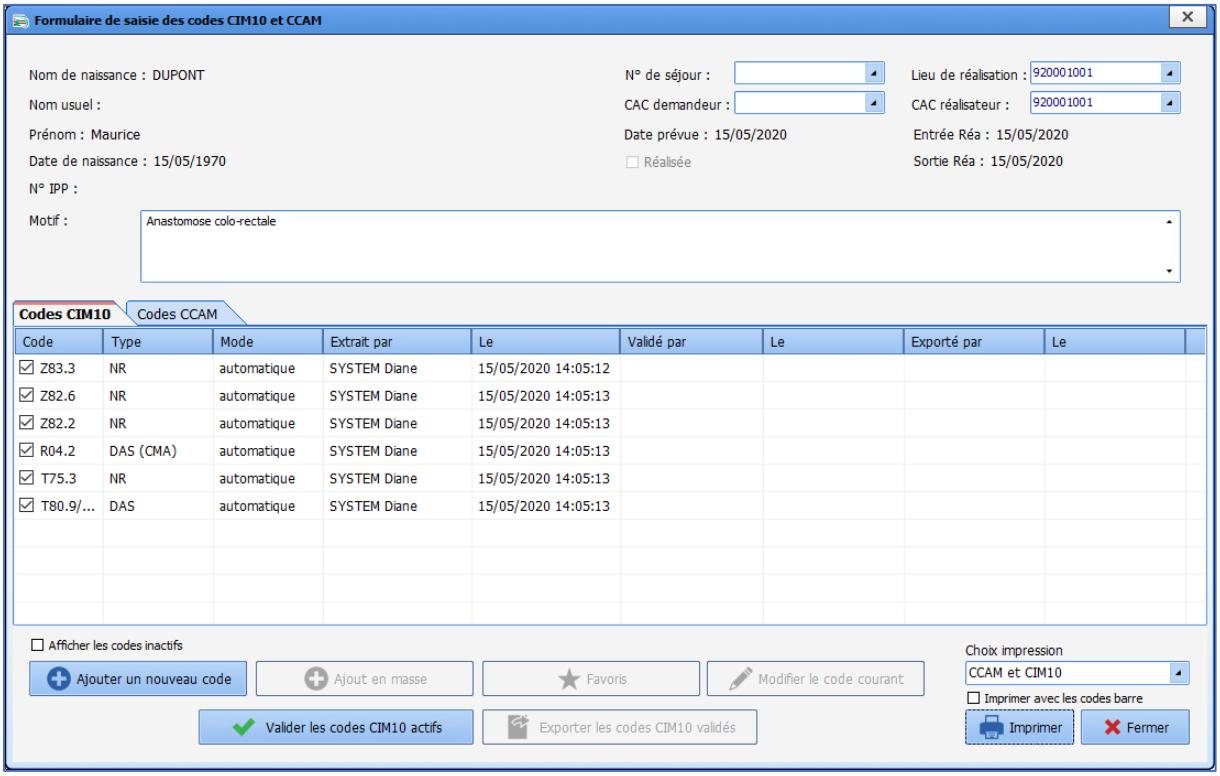
À l'ouverture de l'application, la recherche est également, par défaut, limitée aux interventions réalisées le jour même. Vous pouvez délimiter la recherche à une période donnée comme aux **Interventions réalisées ce mois** ou aux **Consultations de la semaine**… Il vous est également possible de ne pas limiter la recherche et d'afficher la totalité des périodes en décochant la case **Limiter la recherche sur la période suivante**.

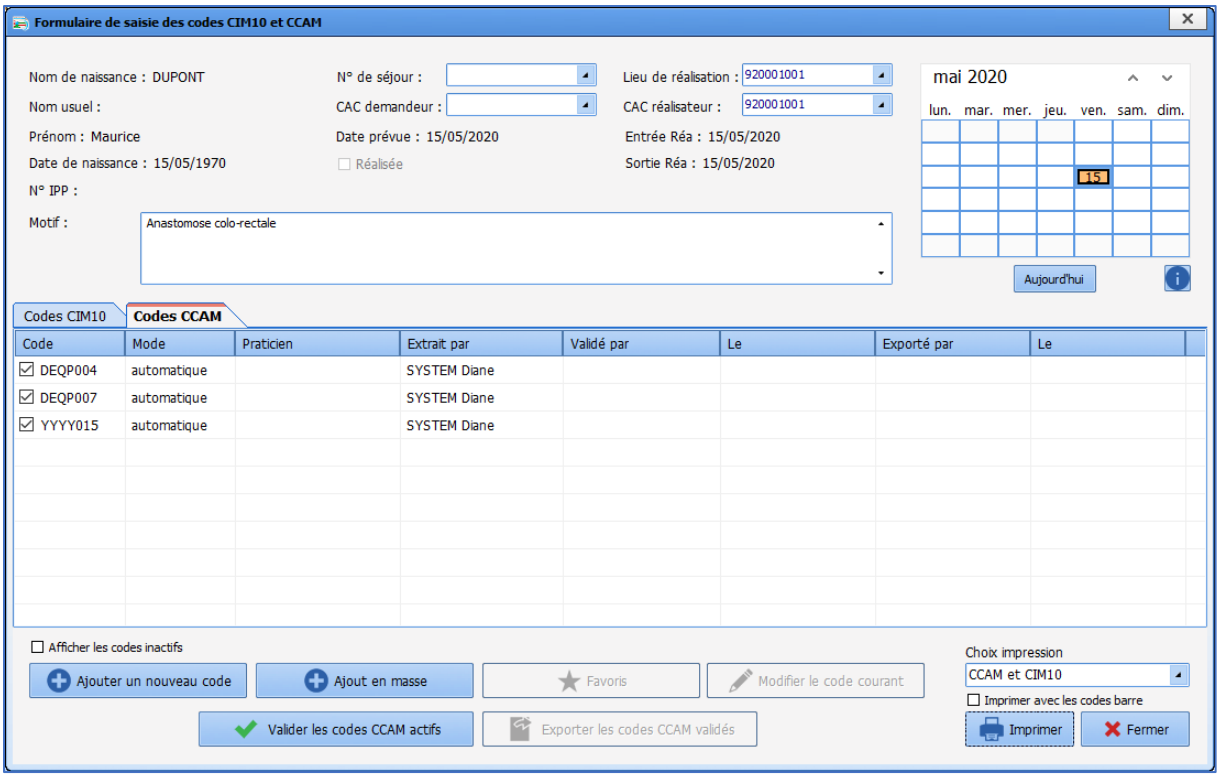
Le bouton **Lancer la recherche** vous permet de démarrer la recherche des patients en fonction des filtres que vous avez insérés. Le bouton **Stopper** permet d'arrêter la recherche en cours.

Par défaut, la case à cocher **Recherche automatique**, située à droite de la fenêtre, est cochée. Si cette case est décochée, il faut cliquer sur le bouton **Lancer la recherche** pour que les dossiers recherchés s'affichent.

Le bouton **Afficher le formulaire CIM10 et CCAM** vous permet quant à lui d'accéder au **Formulaire de saisie des codes CIM10 et CCAM**.
Il vous est également possible de trier la liste des patients affichés en cliquant sur les intitulés des colonnes de la fenêtre.

7.3 Formulaire de saisie des codes CIM10 et CCAM





Dans l'en-tête du **Formulaire de saisie des codes CIM10 et CCAM**, vous retrouvez toutes les informations administratives du patient (Nom patronymique, Nom marital, prénom, Date de naissance, N°IPP), toutes les informations relatives à l'intervention (Nom de l'intervention, Date, un indicateur de réalisation de l'intervention), ainsi que des éléments liés au séjour de votre patient (N) de séjour, Lieu de réalisation, CAC demandeur, CAC réalisateur).

En ce qui concerne la liste déroulante **N° de séjour**, vous y retrouvez les numéros de séjour correspondant à l'intervention. Plusieurs numéros peuvent être rattachés à la même intervention. Le numéro de séjour sélectionné par défaut correspond au dernier séjour rattaché.

En ce qui concerne les champs **Lieu de réalisation**, **CAC demandeur** et **CAC réalisateur**, c'est la liste des UF existantes qui est affichée. Par défaut, sont affichés les choix correspondant aux données renseignées préalablement dans le dossier de consultation ou de suivi per opératoire ou post opératoire.

Le **CAC demandeur** correspond à l'UF du service demandeur (valeur du champ saisie dans l'onglet **Administratif** du dossier de consultation).

Le **CAC réalisateur** correspond à l'UF du bloc dont l'intervention dépendait.

Le **Lieu de réalisation** correspond à l'UF de la salle dans laquelle s'est déroulée l'intervention.

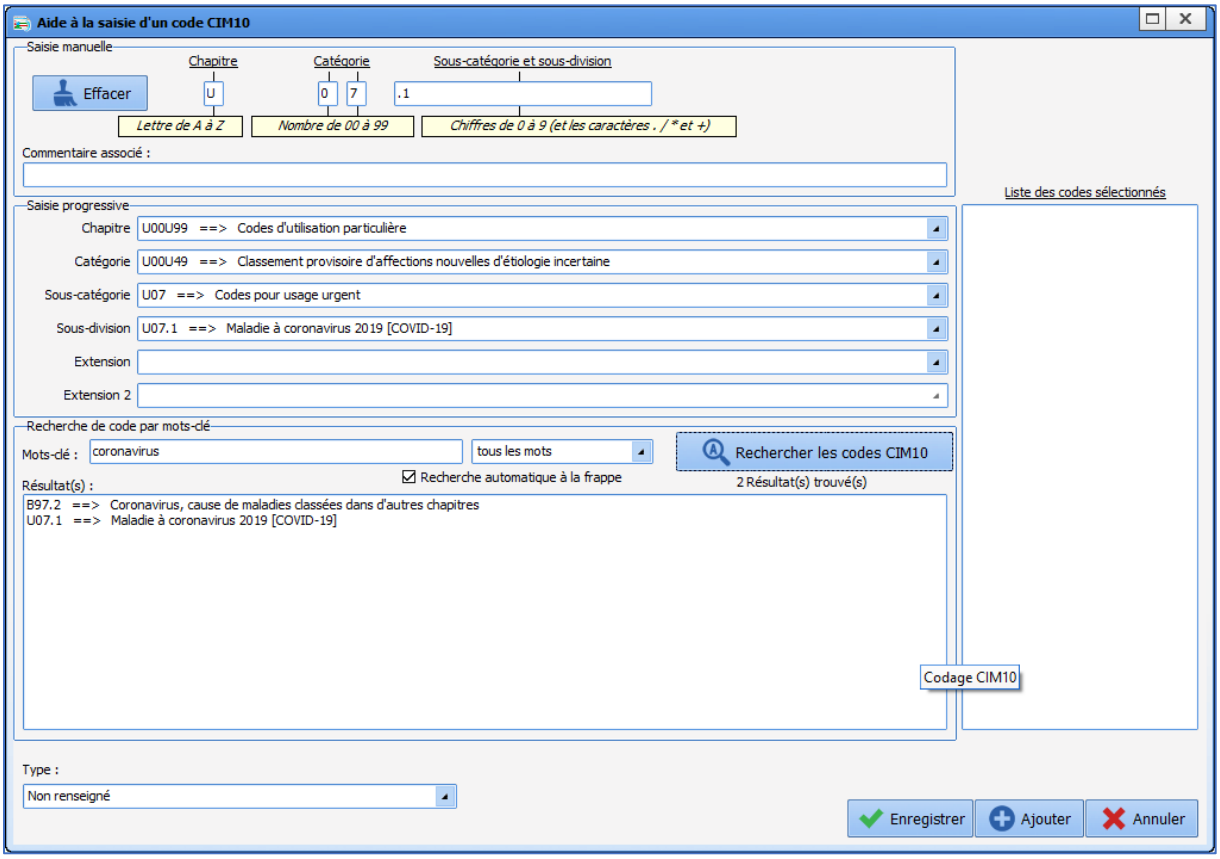
7.3.1 Codes CIM10 (Classification Internationale des Maladies)

À l'ouverture du Formulaire de saisie des codes CIM10 et CCAM, vous visualisez directement tous les codes CIM10 rattachés à la feuille d'anesthésie du patient.
Si plusieurs codes CIM10 sont attribués à un même élément, il vous sera nécessaire de sélectionner celui ou ceux qui vous intéresse(nt) dans la fenêtre **Sélectionner le(s) code(s) CIM10 associé(s) à la saisie**. Une fois

ce(s) code(s) sélectionné(s), il ne vous sera plus nécessaire de le(s) ré-sélectionner lors d'un réaffichage éventuel du **Formulaire de saisie des codes CIM10 et CCAM**.
Vous avez la possibilité d'en ajouter de nouveaux ou de modifier les codes déjà existant à l'aide des boutons prévus à cet effet, sachant qu'il n'est pas possible de modifier un code qui aurait été inséré par un autre utilisateur.

REMARQUE : Un simple survol à la souris de n'importe quel code CIM10 affiche une bulle d'information indiquant le Code CIM10, le Type CIM10, le Type de saisie, la Description (commentaire) et le Libellé officiel de l'élément qui a généré ce code (s'il existe).

Les boutons **Ajouter un nouveau code** et **Modifier le code courant** affichent la fenêtre **Aide à la saisie d'un code CIM10**.



Trois modes de saisie différents du Code International Médical sont possibles.

Vous connaissez le code médical international de l'élément sélectionné
Dans la zone **Saisie manuelle**, située en haut de la fenêtre **Aide à la saisie d'un code CIM10**, indiquez la lettre correspondant au **Chapitre**, le nombre correspondant à la **Catégorie** puis les chiffres correspondants à la **Sous-catégorie et sous-division**. Vous avez la possibilité d'insérer un **Commentaire associé**.
La zone **Saisie progressive** se complète au fur et à mesure que vous saisissez votre code. Cliquez ensuite sur le bouton **Enregistrer**.
REMARQUE : Si le code CIM10 que vous avez inséré n'est pas connu, vous avez la possibilité d'éditer manuellement le Type, c'est-à-dire de noter si c'est un Diagnostic Principal, un Diagnostic Associé Significatif, un Diagnostic Associé Documentaire ou un Diagnostic Relié.

Vous connaissez les rubriques du code médical international de l'élément sélectionné

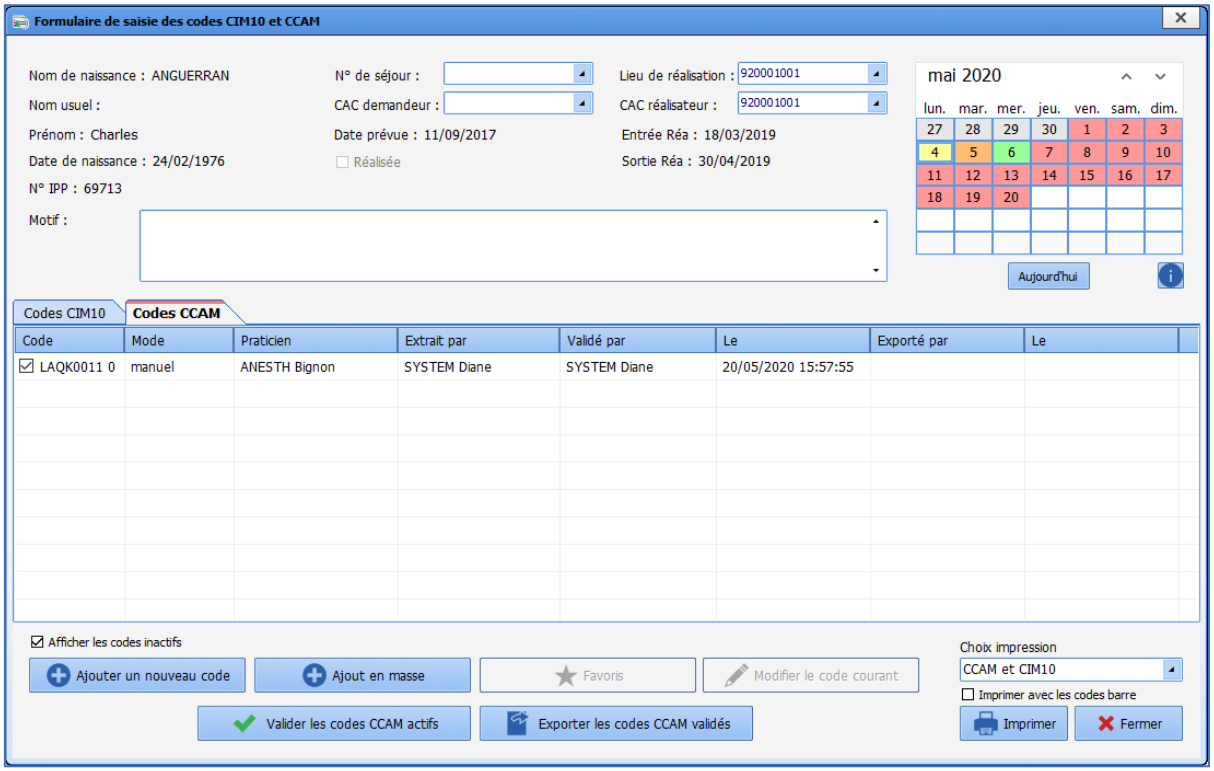
Dans la zone **Saisie progressive**, située au milieu de la fenêtre **Aide à la saisie d'un code CIM10**, sélectionnez tour à tour, à l'aide des listes déroulantes, le **Chapitre**, la **Catégorie**, la **Sous-catégorie**, la **Sous-division** et si nécessaire l'**Extension** et l'**Extension 2**.
La zone **Saisie manuelle** se complète au fur et à mesure que vous saisissez les différentes rubriques de votre code CIM10. Cliquez ensuite sur le bouton **Enregistrer**.

Vous recherchez le code médical international à l'aide de mot-clé
Dans la zone **Recherche de code par mot-clé**, située en bas de la fenêtre **Aide à la saisie d'un code CIM10**, indiquez les mots-clés correspondants à l'item que vous souhaitez codifier, sachant que vous pouvez considérer une expression complète comme mot-clé en la délimitant à l'aide des ''. Indiquez, à l'aide de la liste déroulante, si vous souhaitez effectuer votre recherche sur **Tous les mots** ou seulement sur **Au moins un des mots** puis cliquez sur le bouton **Rechercher les codes CIM10 correspondants** ou sur la touche **`Entrée`** du clavier.
Tous les libellés possibles s'inscrivent dans la zone **Résultat(s)**. Il vous suffit de sélectionner celui qui vous intéresse, auquel cas les zones **Saisie manuelle** et **Saisie progressive** se complètent automatiquement en fonction du libellé sélectionné. Cliquez ensuite sur le bouton **Enregistrer**.

Les codes CIM10 peuvent avoir 3 statuts :

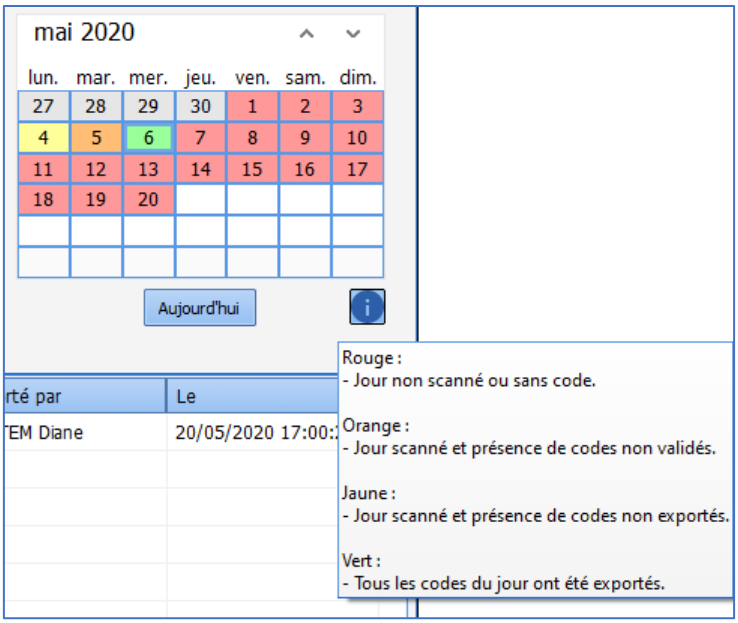
- Extrait : (Seules les colonnes **Extrait par** et **Le** sont renseignées).
- Validé : (Les colonnes **Validé par** et **Le** sont renseignées en plus de **Extrait par**).
- Exporté : ce nouveau statut est défini par les nouvelles colonnes **Exporté par** et **Le**. Celles-ci permettent de suivre l'envoi des données vers l'interface et se complètent une fois l'export des codes CIM10 réalisé. Ce statut est dans le tableau de consultation des codes CIM10.

7.3.2 Codes CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux)



Un calendrier permet de sélectionner un jour et de lister les éventuels codes CCAM pour la date choisie. La couleur du jour du calendrier indique l'état des codes CCAM :

- **Rouge** = jour non scanné ou pas de codes pour ce jour,
- **Orange** = il y a des codes non validés pour ce jour,
- **Jaune** = il y a des codes non exportés pour ce jour,
- **Vert** = tous les codes ont été exportés pour ce jour.



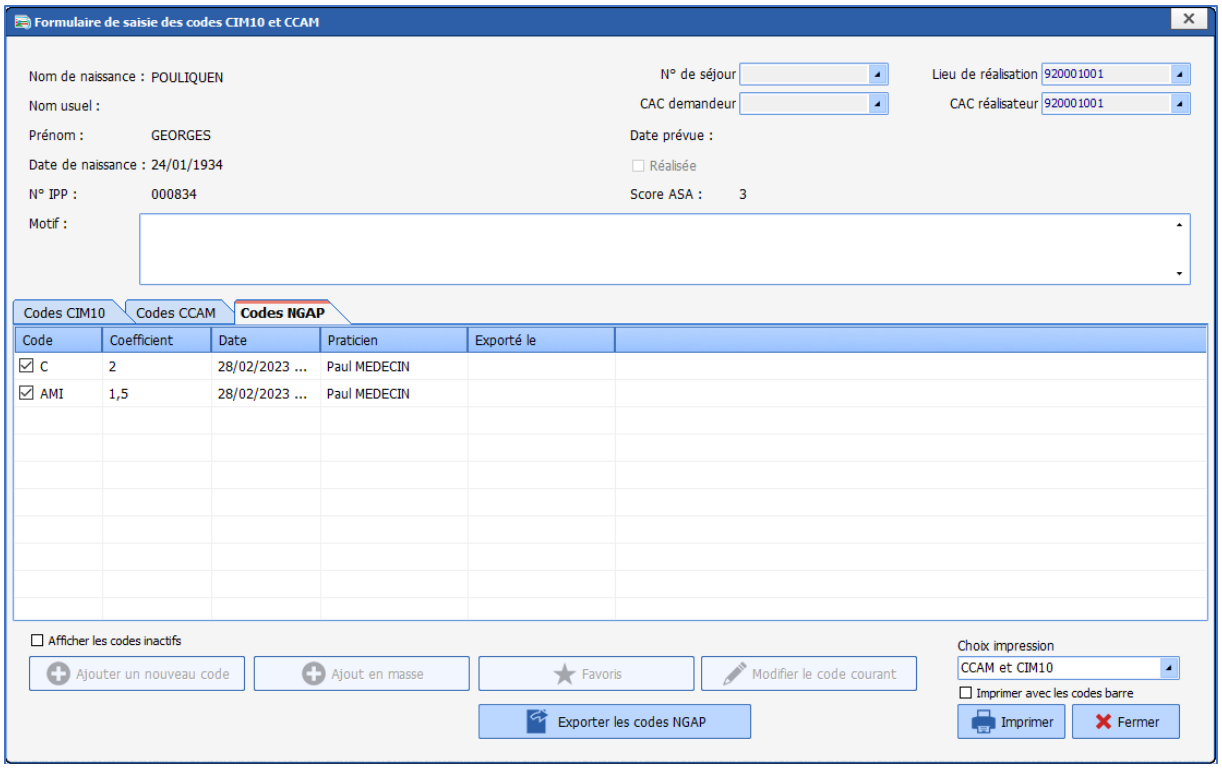
Le clic sur un jour dans le calendrier affiche les codes saisis ce jour-là. Il est uniquement possible de cliquer sur une date comprise entre la date de début de l'intervention et sa date de fin.

Les codes CCAM peuvent avoir 3 statuts :

- Extrait : (Seules les colonnes **Extrait par** et **Le** sont renseignées).
- Validé : (Les colonnes **Validé par** et **Le** sont renseignées en plus de **Extrait par**).
- Exporté : ce nouveau statut est défini par les nouvelles colonnes **Exporté par** et **Le**. Celles-ci permettent de suivre l'envoi des données vers l'interface et se complètent une fois l'export des codes CCAM réalisé. Ce statut est dans le tableau de consultation des codes CCAM.

7.3.3 Codes NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels)

Pour les codes NGAP, seul l'export est possible. L'ajout manuel et la désactivation des codes n'est pas réalisable.



7.3.4 Export des données

Vous pouvez décocher la case à cocher située devant le numéro du code afin de ne pas le prendre en compte lors de l'export.
La case à cocher **Afficher les codes non activés** permet de faire ou ne pas faire apparaître dans le Formulaire de saisie les codes qui ont été décochés.
Une fois que vous avez validé les codes CIM10 et CCAM, vous allez pouvoir les exporter. Tant que l'intervention n'a pas eu lieu, le bouton permettant l'export est grisé. Ce bouton ne sera accessible que lors de l'arrivée du patient en salle de réveil.

REMARQUE : La validation des codes est irréversible et rend toutes les modifications ultérieures impossibles. Une fois que les codes sont exportés, ils ne pourront plus être modifiés. De plus, ces codes ne peuvent être exportés qu'une fois l'intervention réalisée.

REMARQUE : Il est possible d'exporter et de valider de manière indépendante les codes CCAM des codes CIM10.

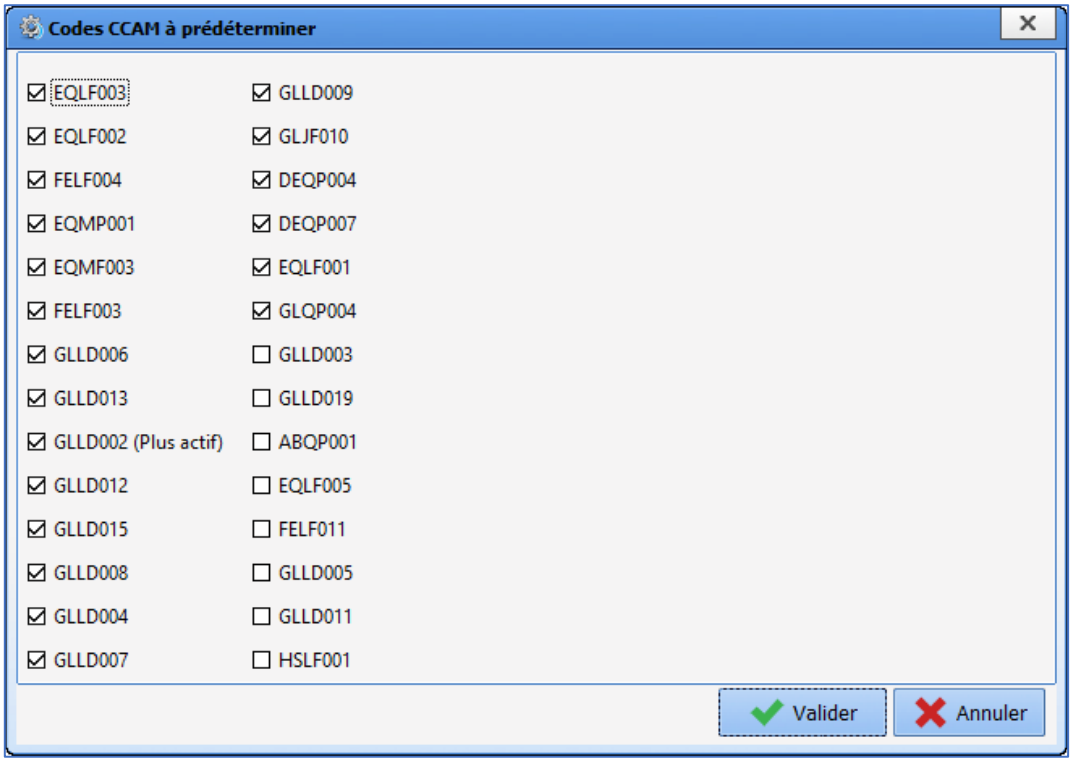
7.3.5 Impression des codes

Vous pouvez imprimer les codes CCAM et CIM10, ensemble ou séparément, en décidant d'imprimer juste les codes ou également leur description et libellé officiel. Pour ce faire, sélectionnez à l'aide de la liste déroulante ce que vous souhaitez imprimer puis cliquez sur le bouton **Imprimer**.

Lors de l'ajout automatique d'un code CCAM, si la date d'ajout est un jour férié ou un dimanche le modificateur « Actes en urgence dimanche ou jour férié » est ajouté automatiquement.

7.3.6 Codes CCAM automatiques

Un certain nombre de codes automatiques ont été créés dans DIANE.

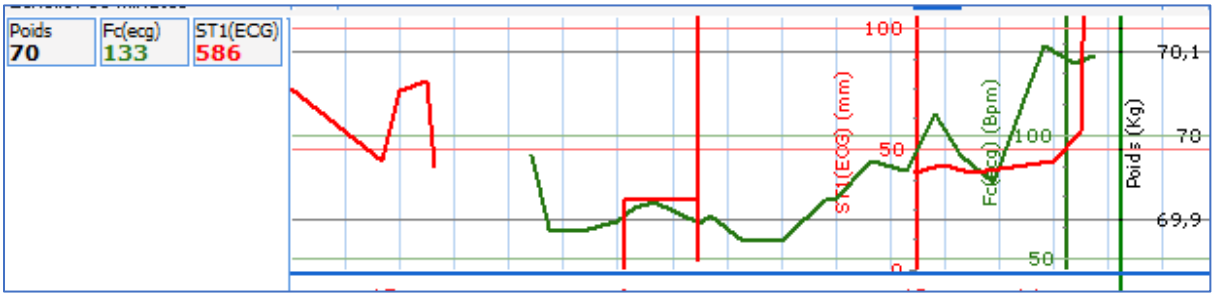


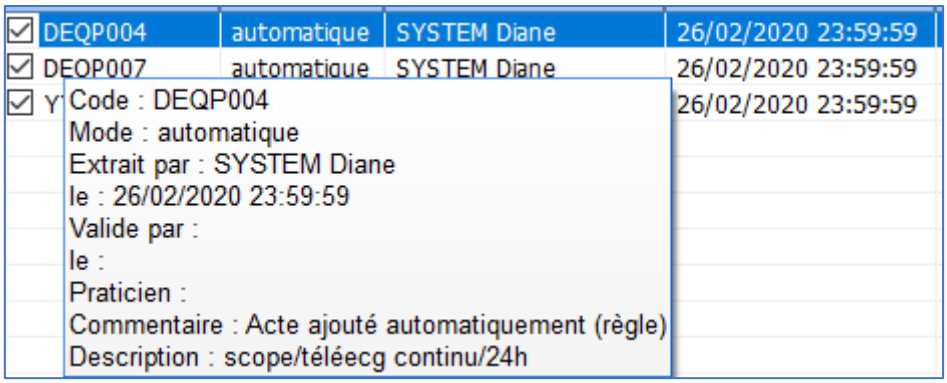
7.3.6.1 ABQP001 : Surveillance continue de la pression intracrânienne, par 24 heures

Ce code s'ajoute s'il y a une surveillance d'au-moins 15 minutes de la pression intracrânienne (paramètre physio Groupe PIC).

7.3.6.2 DEQP004 : Scope/ télé-ecg continu/24h

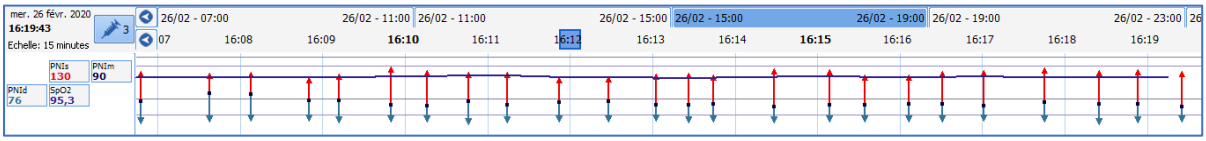
Ce code s'ajoute dans le cas d'une surveillance continue de l'électrocardiogramme par oscilloscopie et/ou télésurveillance, avec surveillance continue de la fréquence cardiaque et/ou du sous décalage ECG niveau 1. Les valeurs du paramètre FC(ecg) et/ ou du paramètre ST1(ECG) doivent être reçus en continu (trou de valeur inférieur à 2 minutes) pendant au moins 5 minutes.

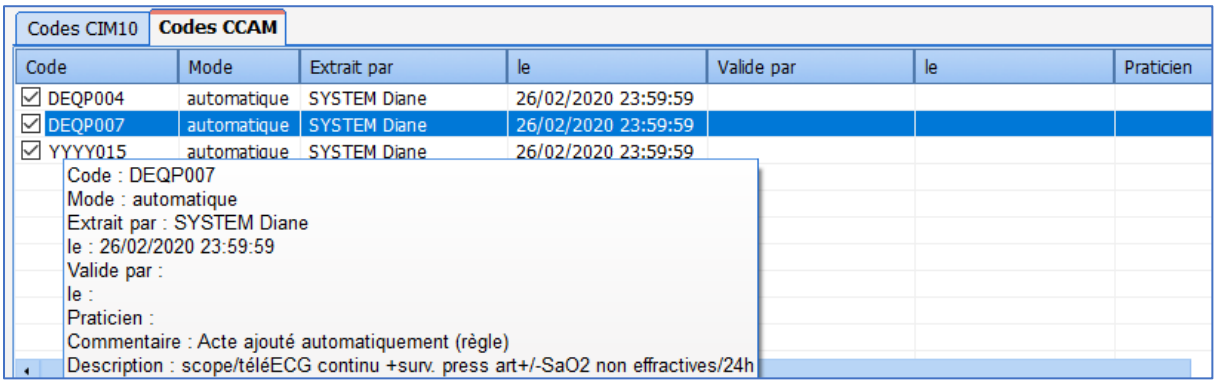




7.3.6.3 DEQP007 : Scope/télé-ecg continu + surveillance pression artérielle +/-SaO2 non effractives/24h

Ce code s'ajoute dans le cas d'une surveillance continue de l'électrocardiogramme par oscilloscopie et/ou télésurveillance, avec surveillance continue de la pression intraartérielle et/ou de la saturation artérielle en oxygène. Les valeurs du paramètre Pression artérielle systolique par voie non invasive ou du paramètre Saturation en oxygène du sang artériel doivent être reçus en continu (trou de valeur inférieur à 2 minutes) pendant au moins 5 minutes.

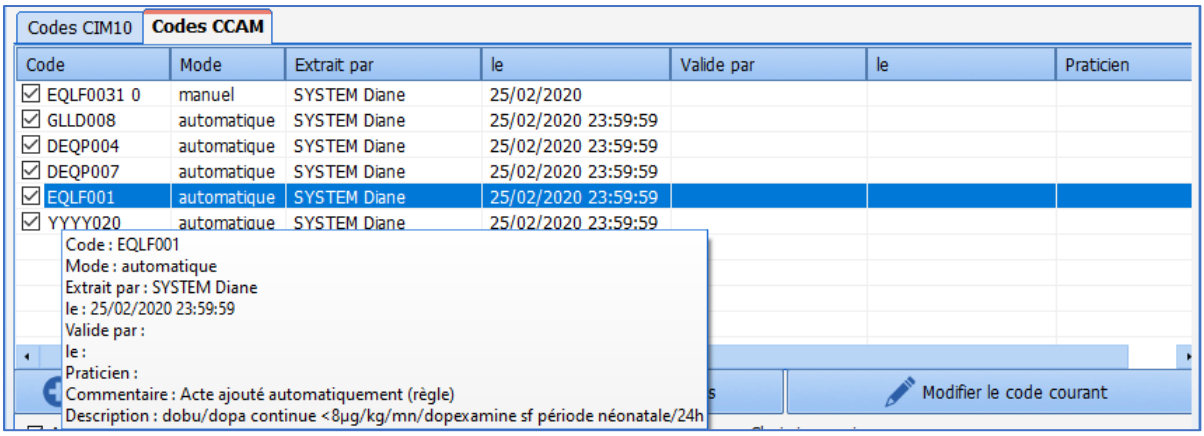




7.3.6.4 EQLF001 : Dobutamine /Dopamine continue w8Ug/kg/mn/Dopexamine sf période néonatale/24h

Ce code j'ajoute dans le cas d'une réalisation de prescription de type injection intraveineuse continue de Dobutamine ou de Dopamine à débit inférieur à 8 microgrammes par kilogramme par minute [µg/kg/min], ou de Dopexamine en dehors de la période néonatale, par 24 heures -> code valable hors période néonatale (patient âgé de plus de 28j)





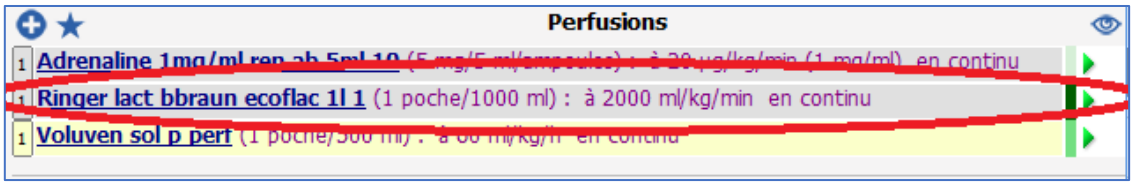
Ce code est incompatible avec le code EQLF003 : ce dernier ne sera pas ajouté si le code EQLF001 est présent.

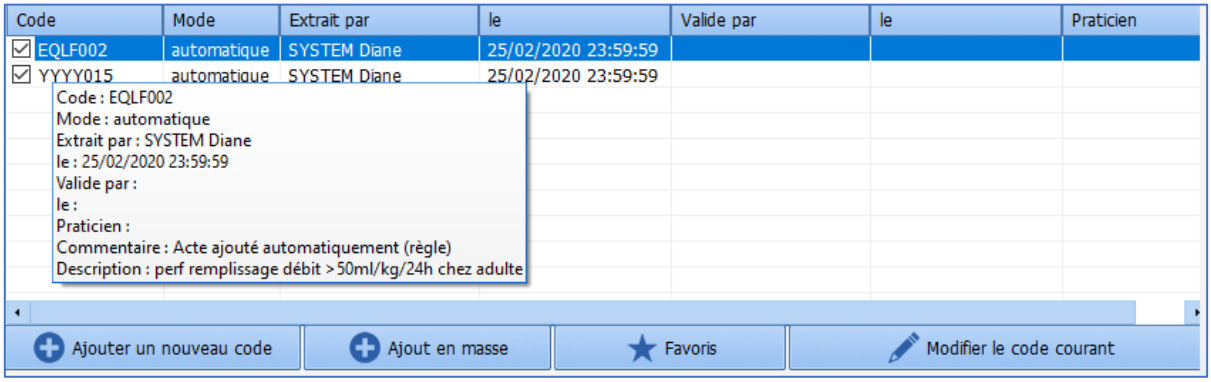
7.3.6.5 EQLF002 : Perfusion remplissage débit > 50ml/kg/24h chez l'adulte

L'ajout du code se fait lors de la réalisation de prescriptions de type perfusion intraveineuse de produit de remplissage à un débit supérieur à 50 ml/kg :

- Ringer Lactate (ATC : B05BB01)
- Voluven (ATC : B05AA07)
- NaCl09 (ATC : B05XA03)

Le code ne s'ajoute qu'à partir du moment où le patient a reçu un volume de produit équivalent à 50ml par kilo en moins de 24 heures.





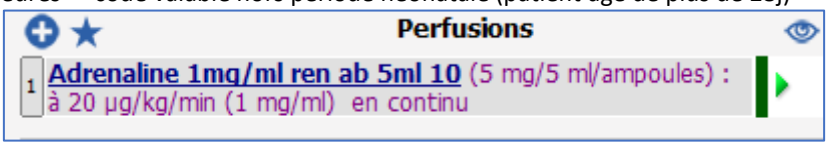
7.3.6.6 EQLF003 : Acte ajouté automatique dobutamine /dopamine continue débit > 8µg/kg/min / adrénaline/Noradrén sf néonat /24

Il existe deux moyens d'ajouter ce code :

- Injection intraveineuse continue de dobutamine ou de dopamine à débit supérieur à 8 microgrammes par kilogramme par minute [µg/kg/min] en dehors de la période néonatale, par 24 heures -> code valable hors période néonatale (patient âgé de plus de 28j)

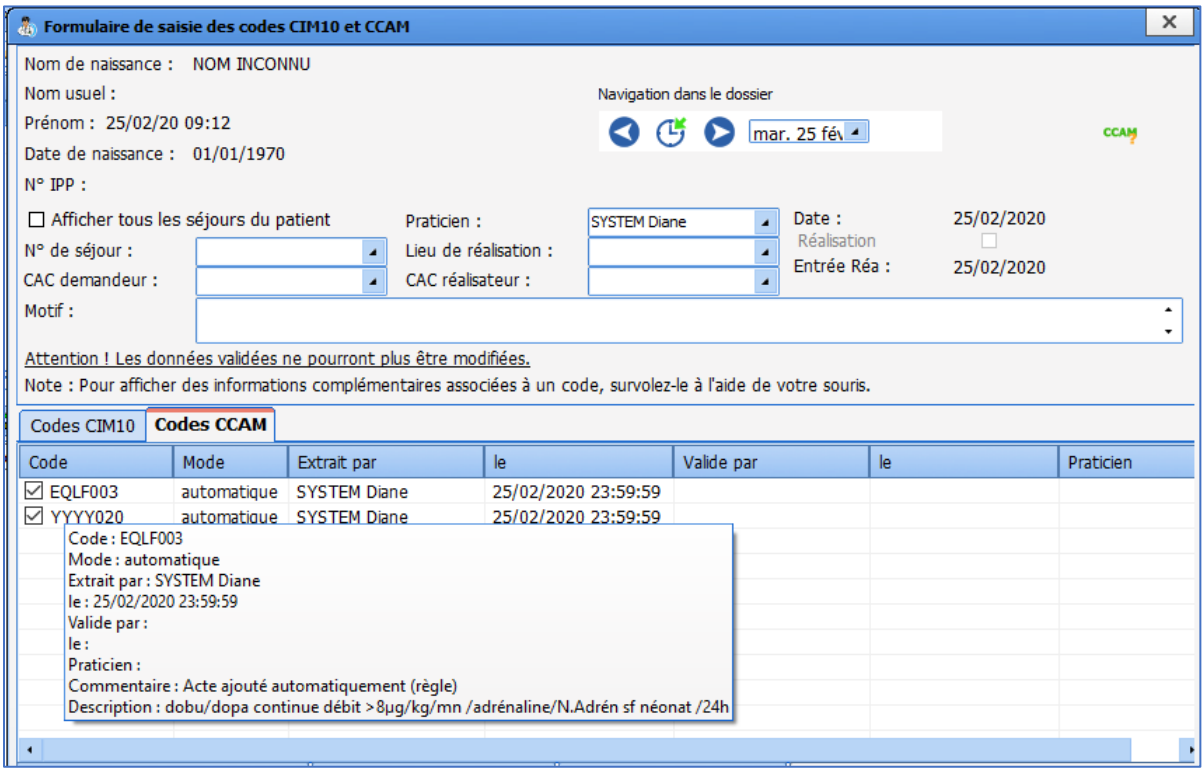


- Injection intraveineuse continue d'adrénaline ou de noradrénaline à débit supérieur à 8 microgrammes par kilogramme par minute [µg/kg/min] en dehors de la période néonatale, par 24 heures -> code valable hors période néonatale (patient âgé de plus de 28j)



Le code s'ajoute **automatiquement** 5 min après le démarrage de la prescription.

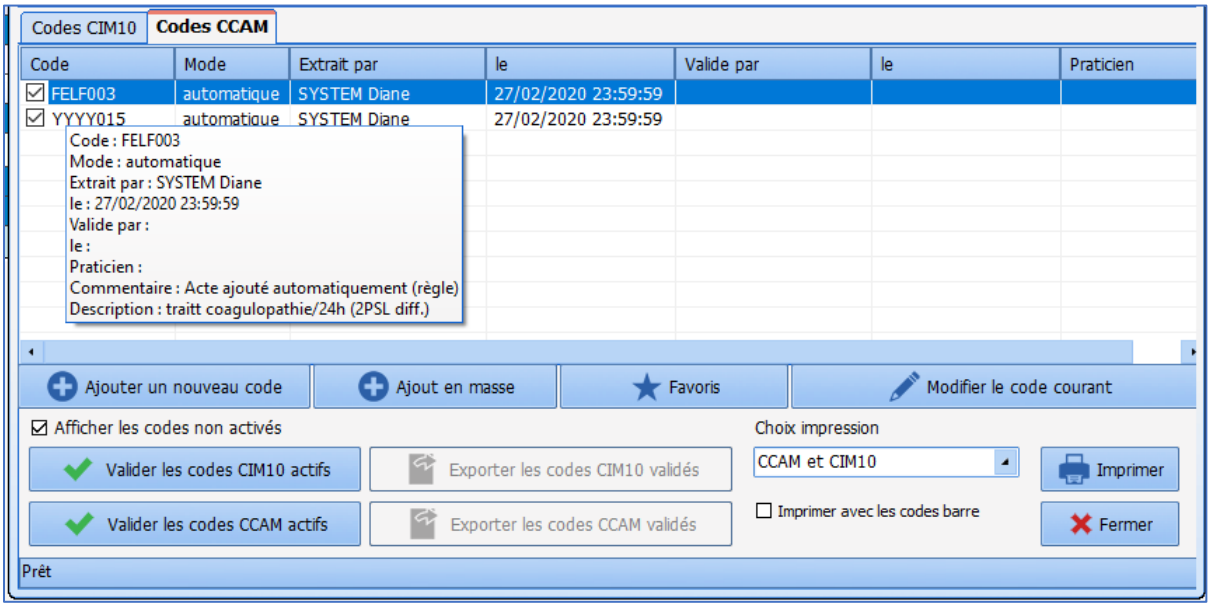
Ce code est incompatible avec le code EQLF001 : ce dernier ne sera pas ajouté si le code EQLF003 est présent.

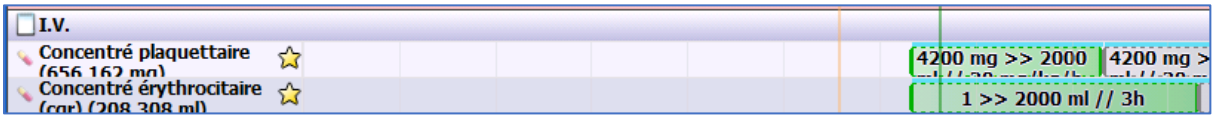


7.3.6.7 FELF003 : Administration intraveineuse simultanée de deux des produits sanguins suivants : plasma frais congelé, plaquettes, facteur antihémophilique, fibrinogène, antithrombine III pour suppléance de coagulopathie, par 24 heures

Ce code s'ajoute lors de la réalisation simultanée de minimum deux prescription de type intraveineuse parmi les produits sanguins suivants en continu sur 24 heures :

- Plasma frais congelé (Identifiant externe : PS_PFC)
- Plaquettes / concentré plaquettaire (Identifiant externe : PS_CP)
- Facteur anti hémophilique A ou B (Identifiant externe : PS_FACT8 ou PS_FACT9)
- Fibrinogène (Identifiant externe : PS_FACT1)
- Antithrombine III pour suppléance de coagulopathie (Identifiant externe : PS_ATHRB3)

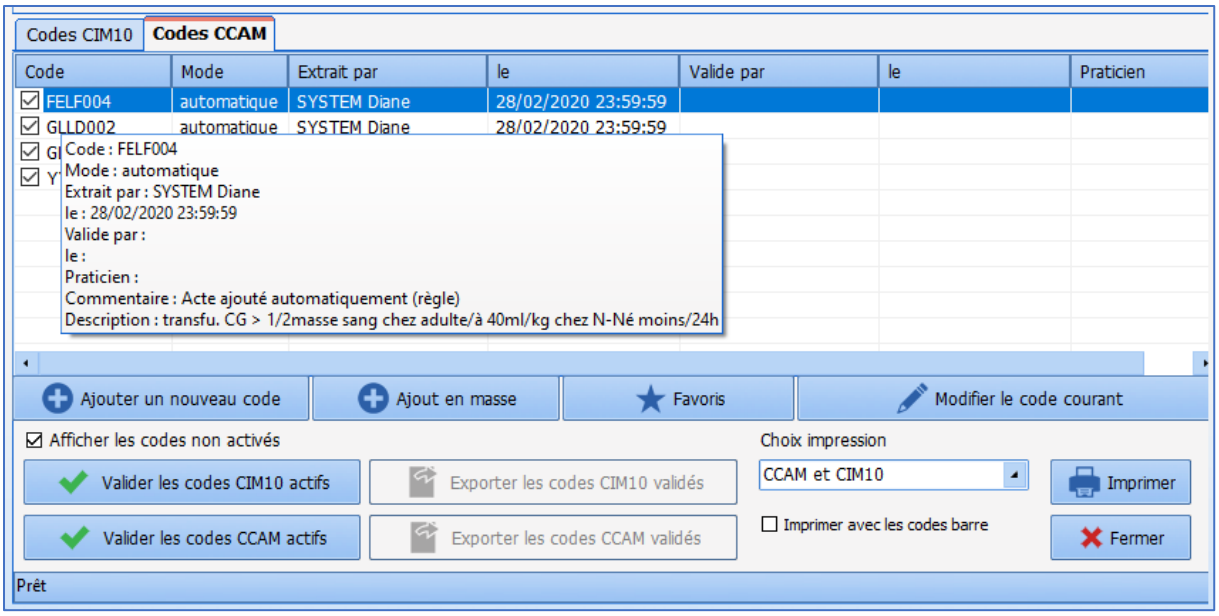




7.3.6.8 FELF004 : Transfusion de Concentré Globulaire > ½ masse sanguine chez l'Adulte à 40ml/kg chez le Nouveau-Né de moins 24h

Ce code s'ajoute automatique si le patient a reçu une transfusion de concentré de globules rouges d'un volume supérieur à une demi-masse sanguine chez l'adulte par kilogramme [ml/kg] ou à 40 millilitres par kilogramme [ml/kg] chez le nouveau-né en moins de 24 heures.
Les concentrés de globules rouges ont l'identifiant externe suivant : PS_CGR
La demi-masse sanguine d'un adulte de sexe masculin est de 38 ml/kg, pour un adulte de sexe féminin elle est de 34ml/kg.

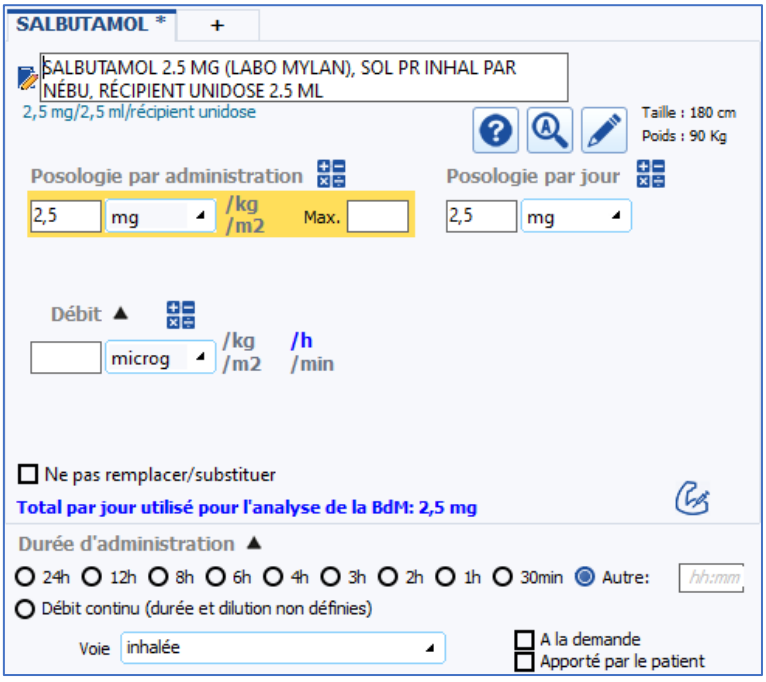


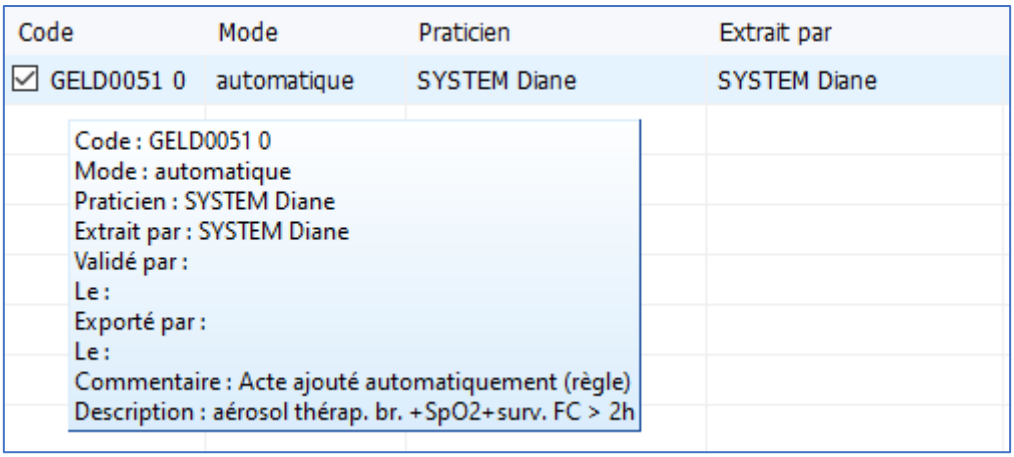


L'ajout de ce code supprime le code FELF011 s'il a été ajouté automatiquement au préalable.

7.3.6.9 GELD005 : Nébulisation d'agent thérapeutique à destination bronchique [aérosol] avec surveillance de la saturation en oxygène par mesure transcutanée [SpO2] et surveillance de la fréquence cardiaque, pendant au moins 2 heures

Ce code s'ajoute lors de la réalisation d'une prescription d'un produit de la classe ATC R03 et une voie d'administration correspondant à « inhalée » ou « endo trachéobronchique ».

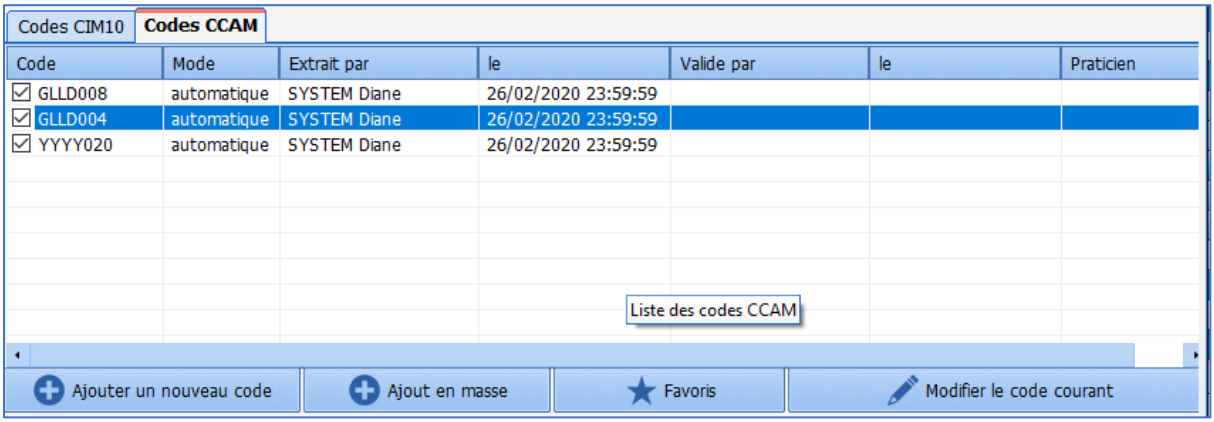




Le code s'ajoute automatiquement**.**

7.3.6.10 GLLD004 : Ventilation. Trach + PEP>6 +/- FiO2 >60% + décubitus ventral alterné /24h

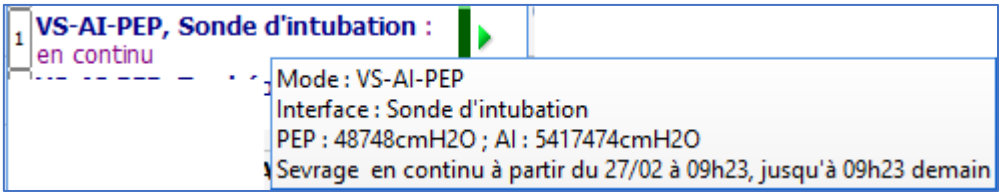
Ce code s'ajoute lors de la réalisation d'une prescription de type Ventilation mécanique par sonde d'intubation ou trachéotomie avec pression expiratoire positive [PEP] supérieure à 6 et/ou FiO2 supérieure à 60%, avec technique de décubitus ventral alterné en continu sur 24 heures (Paramètre DV renseigné en heures ou en alternance d'heures).

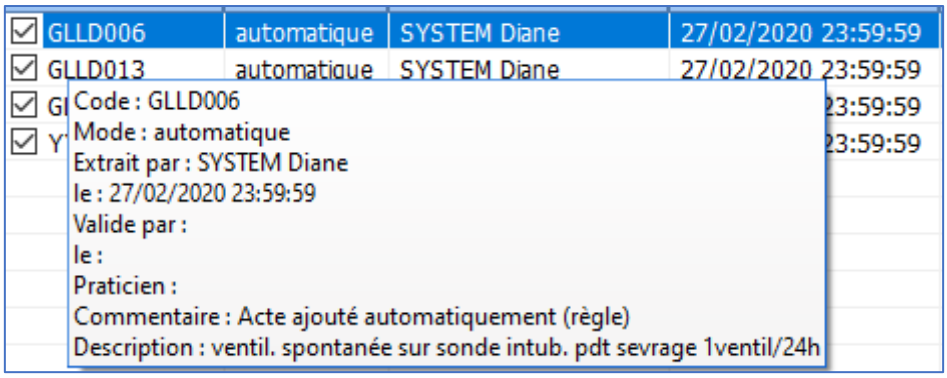


L'ajout de ce code est forcément couplé avec le code GLLD008.

7.3.6.11 GLLD006 : Ventil. Spontanée sur sonde intub. Pdt sevrage 1ventil/24h

Ce code ne s'ajoute que lors de la réalisation d'une prescription de type Ventilation spontanée sur sonde d'intubation en mode **VS-AI-PEP** au cours du sevrage d'une ventilation mécanique (dans les paramètres la case à cocher **Sevrage** cochée**)**, en continu sur 24 heures.

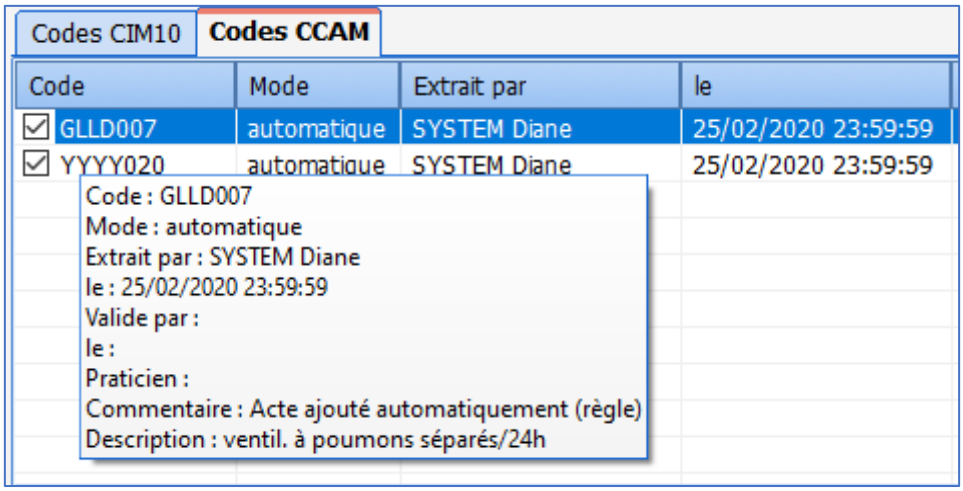




7.3.6.12 GLLD007 : Ventil. A poumons séparés/24h

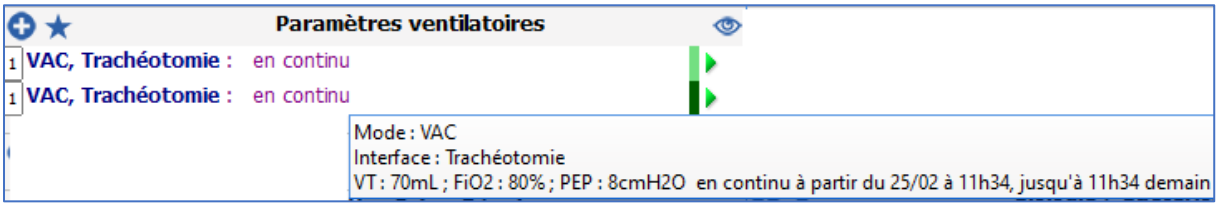
Code automatique qui s'ajoute lors de la réalisation d'une prescription de Ventilation mécanique avec un mode **Ventilation à poumons séparés** en continu sur 24 heures.

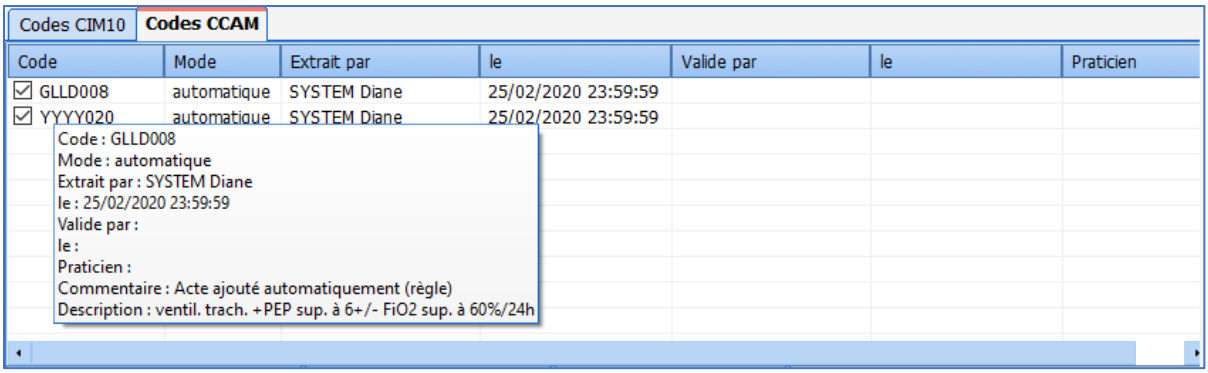




7.3.6.13 GLLD008 : Ventilation Trach. +PEP sup. à 6+/- FiO2 sup. à 60%/24h

Ce code s'ajoute automatiquement lors de la réalisation d'une prescription de type Ventilation mécanique par sonde d'intubation ou Trachéotomie avec pression expiratoire positive [PEP] supérieure à 6 et/ou FiO2 supérieure à 60%, en continu sur 24 heures.



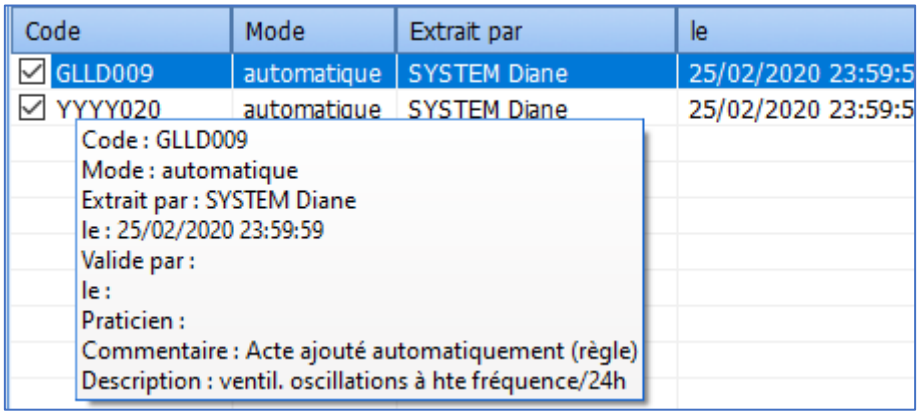


Si ce code est présent, le code GLLD015 ne peut pas être ajouté.
Si le code GLLD015 est présent, il est remplacé par ce code.

7.3.6.14 GLLD009 : Ventil. Oscillations à hte fréquence/24h

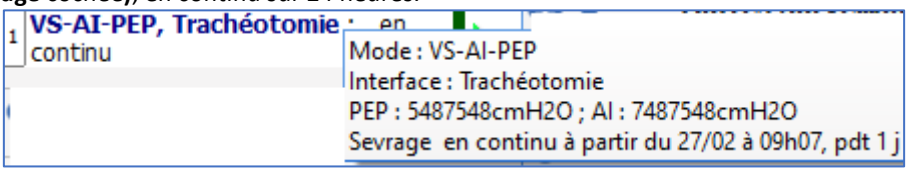
Code automatique qui s'ajoute lors de la réalisation d'une prescription de Ventilation mécanique avec un mode **Oscillation à haute fréquence** en continu sur 24 heures.

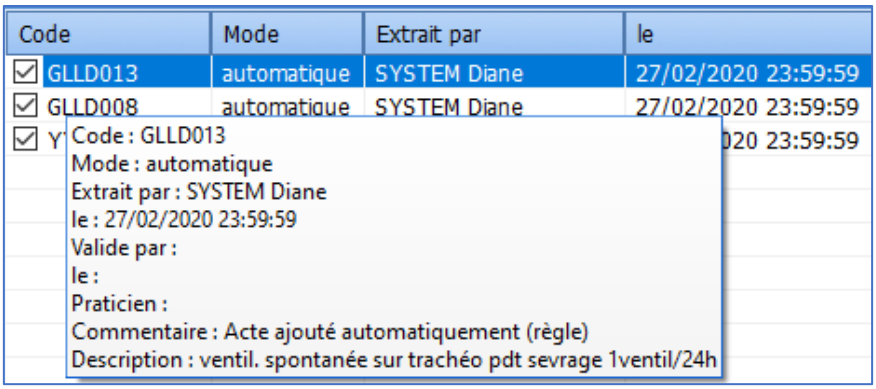




7.3.6.15 GLLD013 : ventilation spontanée sur trachéo pendant sevrage 1 ventil/24h

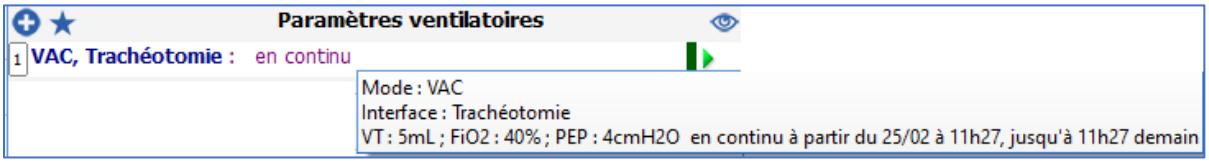
Ce code s'ajoute lors de la réalisation d'une prescription de type ventilation spontanée sur trachéotomie avec un mode **VS-AI-PEP** au cours du sevrage d'une ventilation mécanique (dans les paramètres la case à cocher **Sevrage** cochée**)**, en continu sur 24 heures.

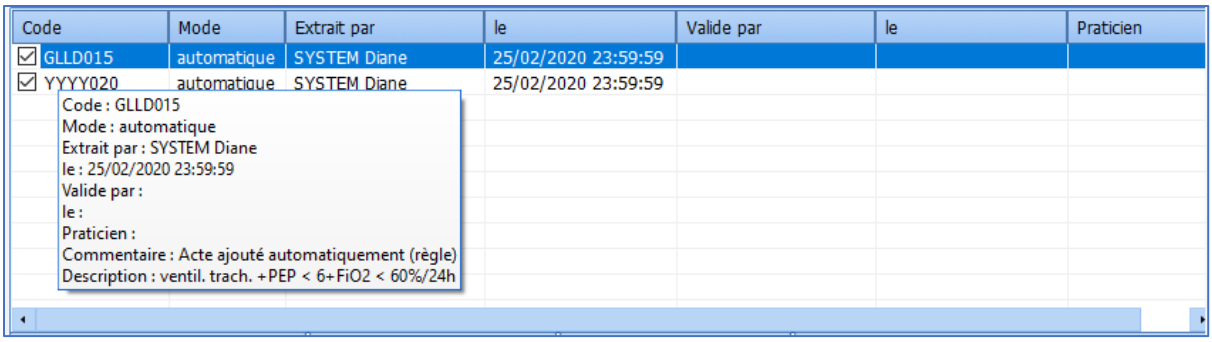




7.3.6.16 GLLD015 : Ventilation Trach. +PEP < 6 + FiO2 < 60%/24h

Ce code s'ajoute lors de la réalisation d'une prescription de type Ventilation Invasive par trachéotomie ou Sonde d'intubation à condition que le paramètres FiO2 soit inférieur à 60% et que le paramètre PEP soit inférieur ou égal à 6.



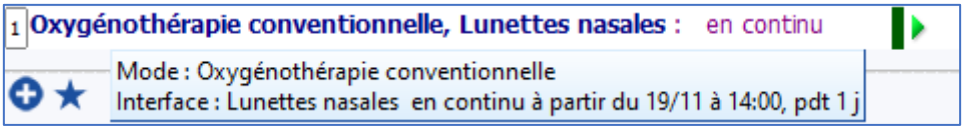


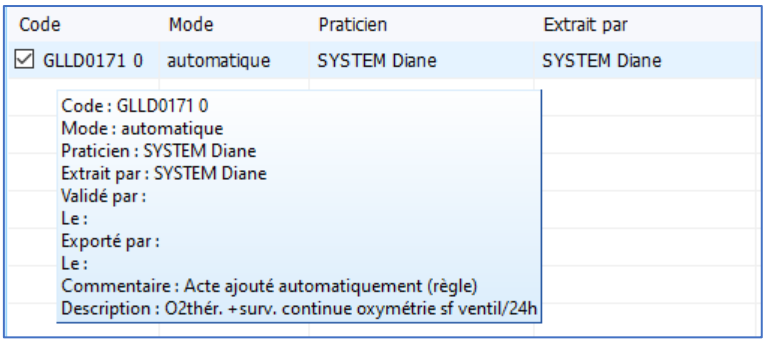
Ce code s'ajoute après 5 minutes.

Si ce code est présent, l'ajout du code GLLD008 le supprime.
Si le code GLLD008 est présent, ce code ne peut être ajouté.

7.3.6.17 GLLD017 : Oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie, en dehors de la ventilation mécanique, par 24 heures

Ce code s'ajoute lors de la réalisation d'une prescription de type Oxygénothérapie avec une canule par oxygénothérapie à haut débit, des lunettes nasales, un masque à haute concentration, un masque à moyenne concentration, un masque facial ou une sonde nasale, en mode Oxygénothérapie conventionnelle avec surveillance pendant au moins 5 minutes de la saturation en oxygène du sang artériel - SpO2.





Ce code s'ajoute après 5 minutes de surveillance avec moins de 2 minutes d'intervalle entre 2 valeurs.

7.3.6.18 GLLD019 : Ventilation barométrique ou volumétrique non effractive au masque facial pendant au moins 2 heures cumulées au cours des 12 heures, pour insuffisance respiratoire aigüe

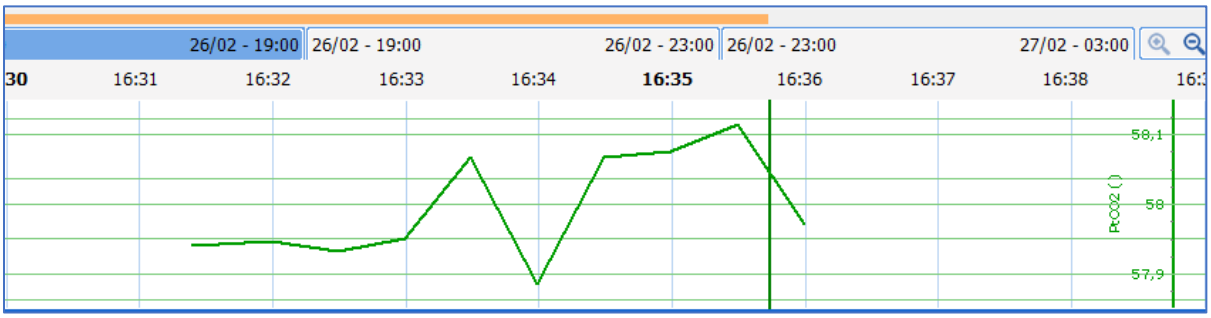
Ce code s'ajoute dans le cas d'une ventilation volumétrique OU barométrique OU autre avec mode VAC ou VACI ET interface parmi les éléments suivants :

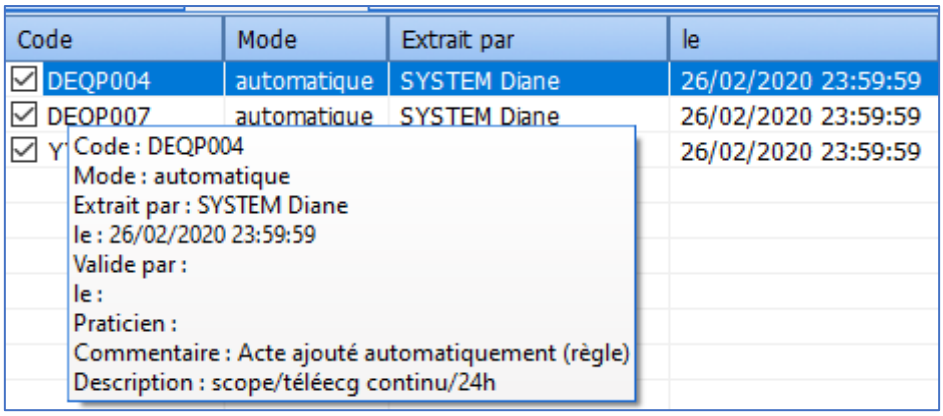
- Masque Haute concentration
- Masque Moyenne concentration
- Masque facial
- Masque venturi
- Masque buccal
- Masque naso-buccal

La planification doit être de type continue et être d'une durée supérieure ou égale à 4 heures sur 24h.

7.3.6.19 GLQP004 : Scope/télé-ecg continu/24h

Ce code s'ajoute dans le cas d'une surveillance continue transcutanée de la Pression partielle d'O2 par voie transcutanée (= paO2 / Pression partielle d'O2 par voie transcutanée = pression partielle en O2 dans le sang artériel) ou de la Pression partielle de CO2 par voie transcutanée (= paCO2 / Pression partielle de CO2 par voie transcutanée = paCO2 : pression partielle en CO2 dans le sang artériel) pendant au moins 5 minutes consécutives (sans pause supérieure à 2 minutes) pour un nouveau-né (patient âgé de moins de 28j).

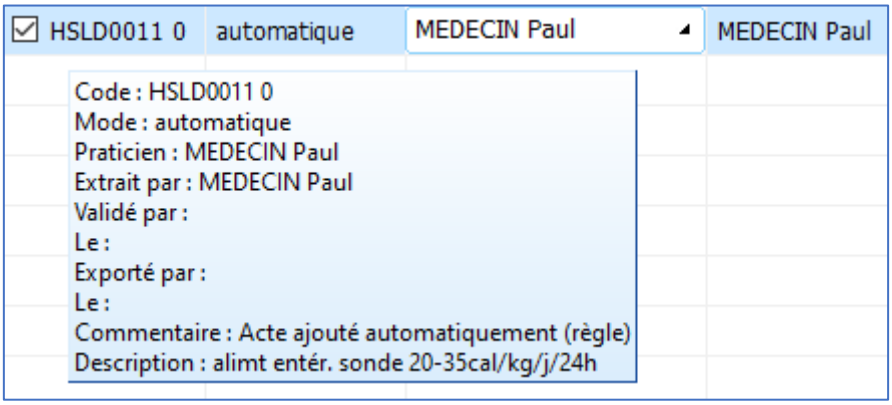




7.3.6.20 HSLD001 : Alimentation entérale par sonde avec apport de 20 à 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures

Ce code s'ajoute dans le cas d'une prescription "Alimentation entérale" un produit avec une posologie ciblée comprise entre 20 Kcal/Kg/jour et 35 Kcal/Kg/jour



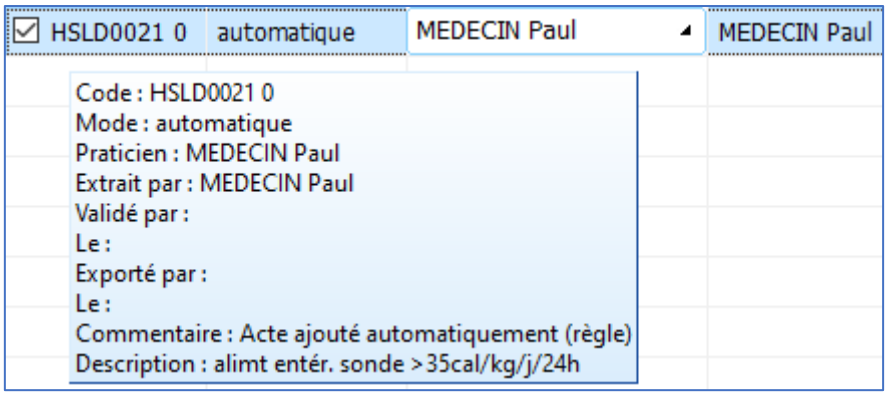


Ce code s'ajoute une fois la prescription validée et terminée.

7.3.6.21 HSLD002 : Alimentation entérale par sonde avec apport de plus de 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures

Ce code s'ajoute dans le cas d'une prescription "Alimentation entérale" un produit avec une posologie ciblée supérieure 35 Kcal/Kg/jour

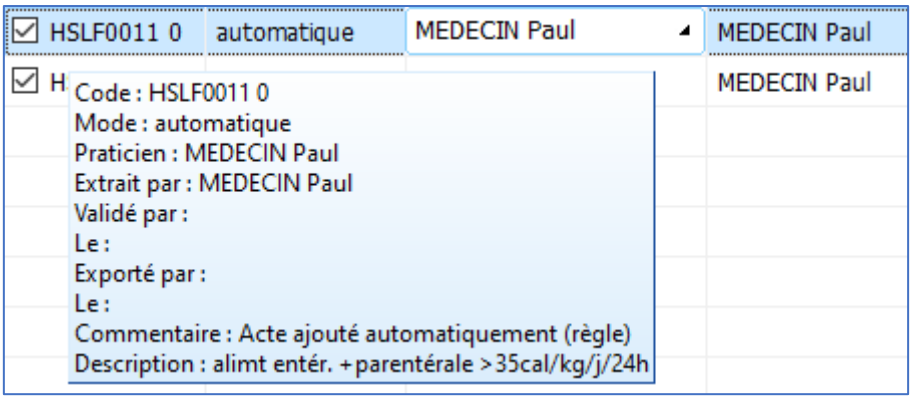




Ce code s'ajoute une fois la prescription validée et terminée.

7.3.6.22 HSLF001 : Alimentation entérale et parentérale, avec apport de plus de 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures

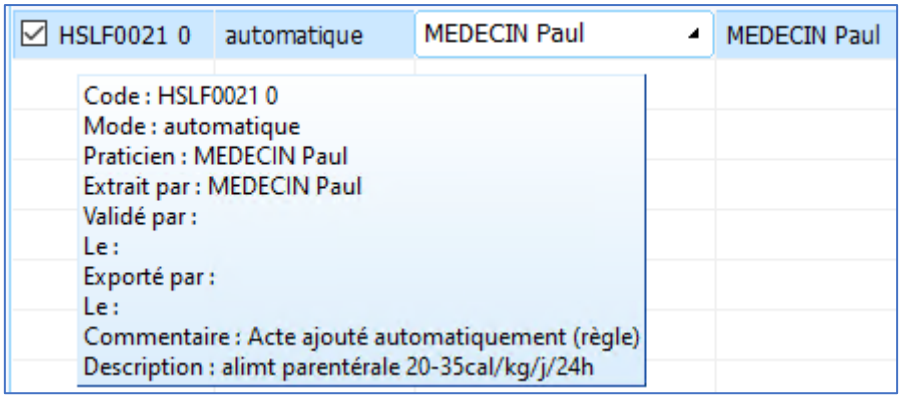
Ce code s'ajoute dans le cas d'une prescription "Alimentation entérale et parentérale" un produit avec une posologie ciblée supérieure 35 Kcal/Kg/jour



Ce code s'ajoute une fois la prescription validée et terminée.

7.3.6.23 HSLF002 : Alimentation parentérale avec apport de 20 à 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures

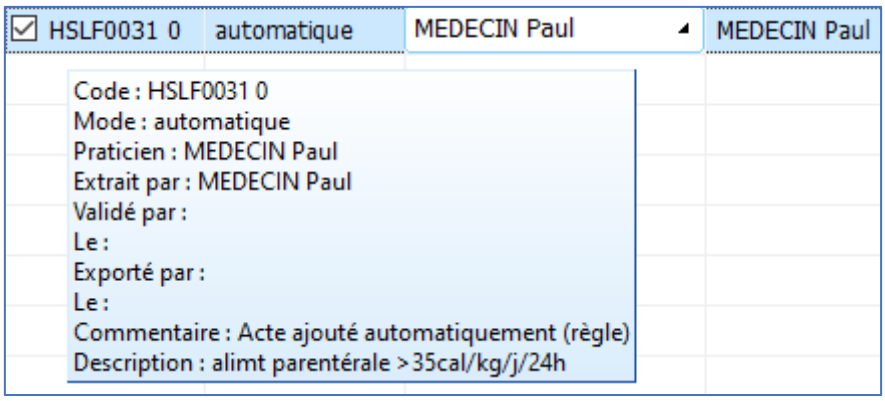
Ce code s'ajoute dans le cas d'une prescription "Alimentation parentérale" un produit avec une posologie ciblée comprise entre 20 Kcal/Kg/jour et 35 Kcal/Kg/jour



Ce code s'ajoute une fois la prescription validée et terminée.

7.3.6.24 HSLF003 : Alimentation parentérale avec apport de plus de 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures

Ce code s'ajoute dans le cas d'une prescription "Alimentation parentérale" un produit avec une posologie ciblée supérieure 35 Kcal/Kg/jour



Ce code s'ajoute une fois la prescription validée et terminée.

7.3.6.25 YYYY015 : Forfait de réanimation niveau A

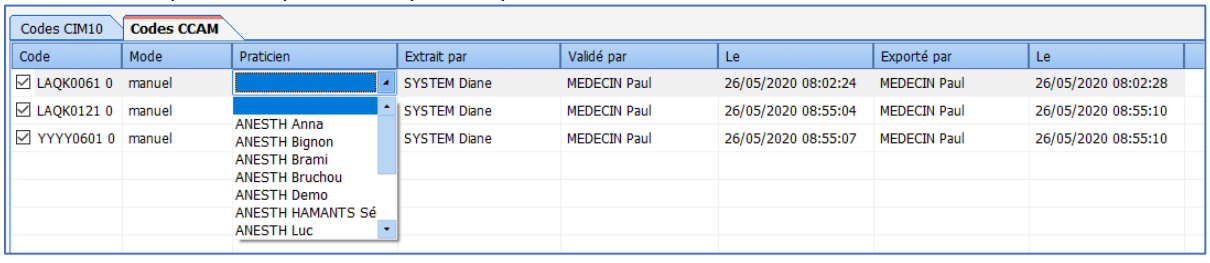
Le forfait A est automatiquement ajouté si au moins un des codes suivants est présent : DEQP004, DEQP007, GLQP004, EQLF001, EQLF002, FELF003.

7.3.6.26 YYYY020 : Forfait de réanimation niveau B

Le forfait B est automatiquement ajouté si au moins un des codes suivants est présent : EQLF003, FELF004, EQMP001, EQMF003, GLLD006, GLLD013, GLLD002, GLLD012, GLLD015, GLLD008, GLLD004, GLLD007, GLLD009, GLJF010, JVJF002

7.4 Affectation du praticien (Codes CCAM)

L'affectation du praticien se fait toujours manuellement via la fenêtre de création/modification du code CCAM. Mais celle-ci peut être modifiée directement dans la colonne **Praticien** où l'on trouve une liste déroulante avec l'ensemble des praticiens par ordre alphabétique.



7.5 Impression des codes CCAM et CIM10

L'impression des codes CCAM et CIM10 se fait en mode paysage pour les six types d'impressions disponibles :

- CCAM et CIM10
- CCAM
- CIM10
- CCAM et CIM10 détaillées
- CCAM détaillées
- CIM10 détaillées

Impression « normale » :

Nom de naissance :	ANGUERRAN	Prénom :	Charles	Numéro d'établissement :	
Nom usuel :		Date naissance :	24/02/1976	Date d'admission :	18/03/2019 11:39
Numéro IPP :	69713	Numéro de séjour (NIP) :		Date de sortie :	30/04/2019 16:02
CAC demandeur :		CAC réalisateur :	920001001	Type d'admission :	
Lieu de réalisation :	920001001	Intervention réalisée :	Non	IGS2 :	N/R
Type du document:	CODEPMSI$	Numéro de dossier Emed:		IGS2 sans l'âge :	N/R
Intervention : (11/09/2017)					

Date du document: 25/05/2020 Page n° 1 / 2

Liste des codes CIM10 & CCAM rattachés au dossier du patient

Code CIM10	Type CIM10	Saisie	par	le	Validé par	le	Exporté par	le
I10/006	NR	automatique	MEDECIN Paul	20/03/2019	MEDECIN Paul	25/05/2020	MEDECIN Paul	25/05/2020
T88.4	NR	automatique	SYSTEM Diane	20/05/2020	MEDECIN Paul	25/05/2020	MEDECIN Paul	25/05/2020

Code CCAM	Saisie	par	le	Validé par	le	Exporté par	le
YYYY020	automatique	MEDECIN Paul	18/03/2019	SYSTEM Diane	20/05/2020	Non renseigné	N/R
DEQP007	automatique	MEDECIN Paul	18/03/2019	SYSTEM Diane	20/05/2020	Non renseigné	N/R

Impression détaillée :

Nom de naissance :	ANGUERRAN	Prénom :	Charles	Numéro d'établissement :	
Nom usuel :		Date naissance :	24/02/1976	Date d'admission :	18/03/2019 11:39
Numéro IPP :	69713	Numéro de séjour (NIP) :		Date de sortie :	30/04/2019 16:02
CAC demandeur :		CAC réalisateur :	920001001	Type d'admission :	
Lieu de réalisation :	920001001	Intervention réalisée :	Non	IGS2 :	N/R
Type du document:	CODEPMSI$	Numéro de dossier Emed:		IGS2 sans l'âge :	N/R
Intervention : (11/09/2017)					

Date du document: 25/05/2020 Page n° 1 / 3

Liste des codes CIM10 & CCAM rattachés au dossier du patient

Code CIM10	Type CIM10	Saisie	par	le	Validé par	le	Exporté par	le
I10/006	NR	automatique	MEDECIN Paul	20/03/2019	MEDECIN Paul	25/05/2020	MEDECIN Paul	25/05/2020
Description = "HyperTension Artérielle (HTA) essentielle" Libellé officiel = "Hypertension essentielle (primitive)"								
T88.4	NR	automatique	SYSTEM Diane	20/05/2020	MEDECIN Paul	25/05/2020	MEDECIN Paul	25/05/2020
Description = "Intubation difficile Début" Libellé officiel = "Échec ou difficulté d'intubation"								

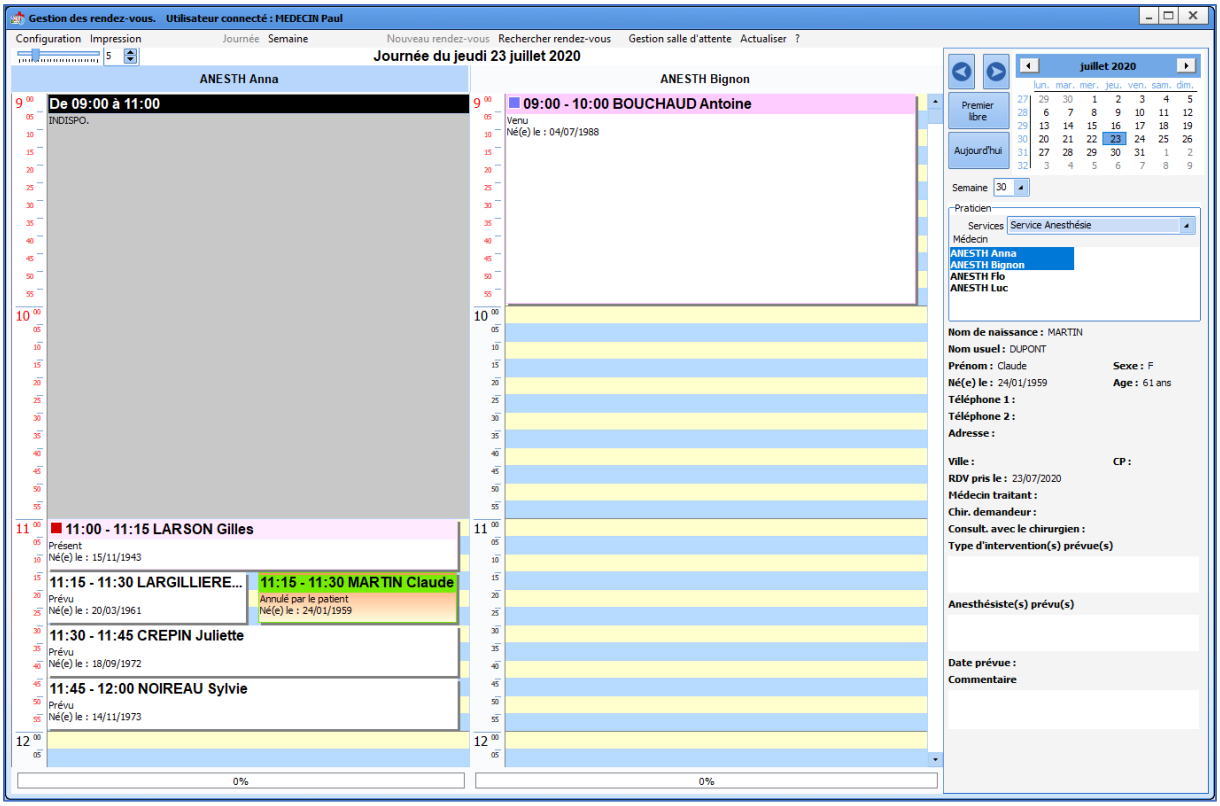
Code CCAM	Saisie	par	le	Validé par	le	Exporté par	le
YYYY020	automatique	MEDECIN Paul	18/03/2019	SYSTEM Diane	20/05/2020	Non renseigné	N/R
Acte ajouté automatiquement (règle)							

8. Gestion des rendez-vous

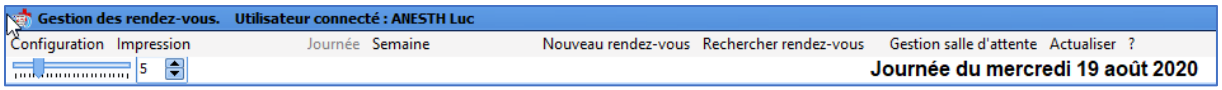
8.1 L'aspect général de l'application de Rendez-Vous

L'application **DIANE RENDEZ-VOUS** est composée de quatre zones :

- La zone **Calendrier**, située en haut à droite de l'application.
- La zone **Praticien**, située en dessous de la zone **Calendrier**.
- La zone **Informations sur le patient**, située en bas à droite de l'application.
- La zone **Planning** en partie centrale.



8.1.1 Le bandeau supérieur du module de gestion des rendez-vous



Menus	Rôles
Configuration	Permet de configurer : - la **Durée des Rendez-vous** - les **Indisponibilités** des médecins (*Cf. chapitre : « Gestion des indisponibilités des médecins »*). - les **Disponibilités** des médecins (*Cf. chapitre : « Gestion des disponibilités des médecins »*).

	- l'**Affichage** des praticiens (**Anesthésistes** ou **Chirurgiens)**. - l'**Affichage** des **Polices**. - l'**Affichage** des **Couleurs** de l'application (*Cf. chapitre : « Gestion des couleurs d'affichage »*). - l'**Affichage** de l'**Heure de début** et de l'**Heure de fin** qui doit apparaître sur le planning (*Cf. chapitre : « Heures de début et Heure de fin »*). - le changement de votre mot de passe.
Impression	Permet d'imprimer les rendez-vous du(es) médecin(s) sélectionné(s) sur une ou plusieurs journée(s). *Cf. chapitre : « Impressions des rendez-vous ».*
Journée	Affichage par jour
Semaine	Affichage par semaine
Nouveau Rendez-vous	Création d'un nouveau rendez-vous. *Cf. chapitre : « Création d'un nouveau rendez-vous »* pour voir les différentes méthodes de création de rendez-vous.
Rechercher Rendez-vous	Permet de retrouver la date, l'heure, le nom du chirurgien demandeur et le motif du rendez-vous pour un patient donné. *Cf. chapitre : « Recherche d'un rendez-vous ».*
Gestion salle d'attente	Permet au médecin de visualiser de son bureau les patients qui sont déjà en train de patienter dans la salle d'attente. *Cf. chapitre : « Gestion de la salle d'attente ».*
Actualiser	Permet de rafraîchir l'affichage du planning afin de s'assurer d'avoir la dernière version. Vigilance à avoir lorsque plusieurs utilisateurs travaillent en même temps. Cette application s'actualise toutes les 5 minutes.
?	Permet d'accéder l'aide en ligne de l'application.

8.1.2 Les différentes zones

8.1.2.1 Zone Calendrier

Cette zone, située en haut à droite de l'application, permet de sélectionner la date à afficher sur le planning. A l'ouverture de l'application, la date sélectionnée est, par défaut, celle du jour.

Les deux boutons en forme de flèches  , situés en haut à gauche de la zone **Calendrier**, permettent de faire défiler les jours ou les semaines selon le mode d'affichage.

Le bouton **Premier Libre** permet d'atteindre la première plage horaire disponible parmi tous les médecins sélectionnés du service lors de la programmation d'un nouveau rendez-vous.

Le bouton **Aujourd'hui** permet de repositionner la date affichée sur la date du jour.

Le numéro de la semaine est également indiqué dans cette zone et permet de rechercher la semaine désirée dans le calendrier.

8.1.2.2 Zone Praticien

Cette zone, située en dessous de la zone **Calendrier**, permet de sélectionner le(s) médecin(s) (anesthésiste(s) ou chirurgien(s)) à afficher sur le planning.

Sélectionnez le **Service** dans lequel travaille(nt) l'(es) anesthésiste(s) ou le(s) chirurgien(s) pour le(s)quel(s) vous souhaitez visualiser ou programmer des rendez-vous. A l'ouverture de l'application, le service est, par défaut, préconfiguré comme étant celui où se trouve l'ordinateur. Il est possible de le modifier à l'aide de la liste déroulante prévue à cet effet. Ce choix sera conservé pour toutes les programmations de nouveaux rendez-vous au cours de la même session.

La liste affichée dans la zone **Médecin** est celle des anesthésistes ou des chirurgiens (selon le mode d'affichage choisi par le biais du menu **Configuration / Affichage**) qui sont configurés dans le service sélectionné.
Sélectionnez-le(s) médecin(s) à afficher sur le planning. Pour sélectionner plusieurs médecins et visualiser simultanément leur planning respectif, utilisez les touches de sélection multiple **`Shift`** et/ou **`Ctrl`**.

En mode d'affichage à la journée, il est possible de visualiser la journée de plusieurs médecins en même temps.
En mode d'affichage à la semaine, ce sera le planning d'un seul médecin qui sera visible.

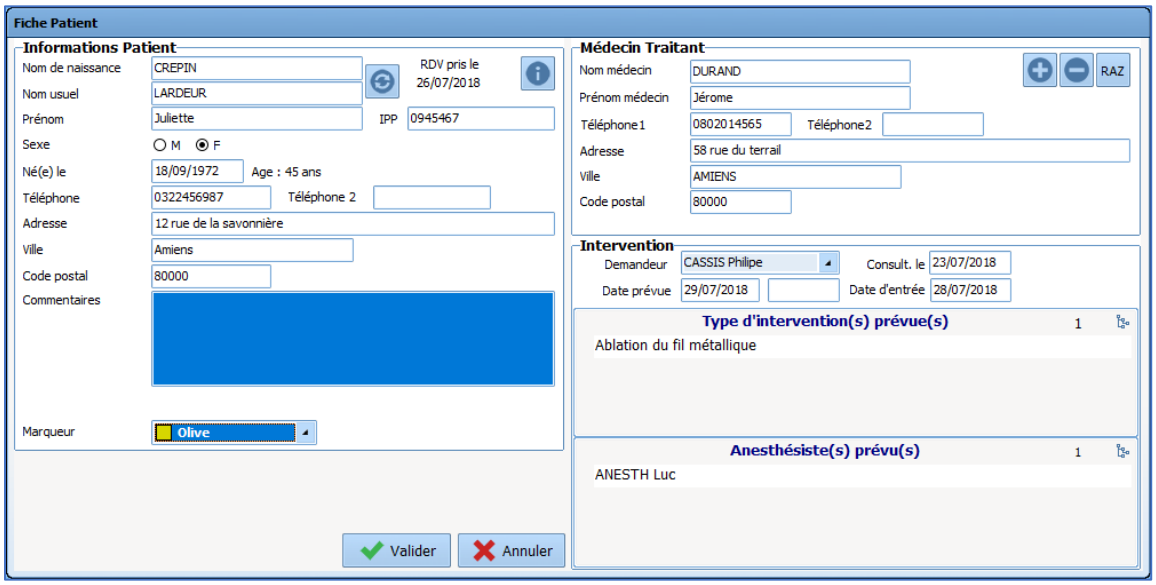
REMARQUE : La configuration des médecins dans leur service respectif s'effectue par l'administrateur de site.

8.1.2.3 Zone Informations patient

Dans cette zone, située en bas à droite de l'application, toutes les informations du patient sélectionné dans le planning sont visibles.

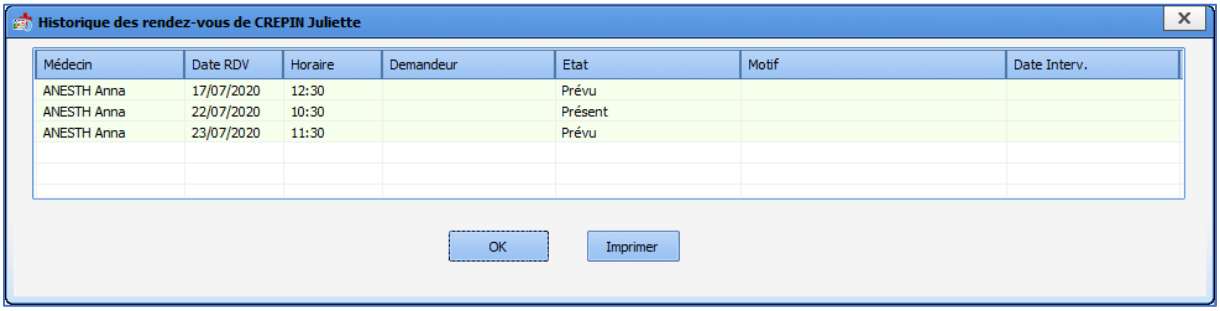
Pour pouvoir modifier ou compléter certaines de ces informations, il faut sélectionner le nom du patient dans la zone **Planning** et cliquer sur le bouton **Détails / Modif** afin d'afficher la fenêtre des informations du patient ou faire un double clic sur le nom du patient.

La fenêtre ci-dessous s'affiche :



La zone **Informations Patients** permet d'indiquer les informations administratives du patient à l'aide du clavier.
Il est possible de différencier les patients à l'aide d'un menu déroulant qui permet d'insérer un marqueur de couleur qui teinte le bandeau où est affiché le nom du patient. (Consultation pour des patients d'ambulatoire Versus patients qui seront hospitalisés ou encore par spécialité)

Le bouton  permet de visualiser l'historique des rendez-vous du patient sélectionné : Date, heure, état et motif.



La zone **Médecin Traitant** permet de renseigner les informations du médecin traitant de ce patient.
Après avoir complété cette zone, il est possible d'ajouter les références de ce médecin à la liste des médecins connus à l'aide du bouton  . Il ne sera plus nécessaire de les renseigner manuellement.
Ultérieurement, un clic sur le bouton  affichera la liste des médecins connus. En tapant les premières lettres du nom du médecin avant de cliquer sur ce bouton, seuls les noms commençant par ces lettres apparaîtront.
Pour supprimer un médecin de cette liste, il faut faire un clic droit sur le nom puis sélectionner **Supprimer ce médecin**.
Le bouton  permet d'effacer toutes les informations qui ont pu être notées dans la zone **Médecin traitant**.

8.1.2.4 Zone Planning

Cette zone permet de visualiser et de gérer le planning d'un ou plusieurs médecins. C'est dans cette zone que se fait la programmation de tous les rendez-vous.

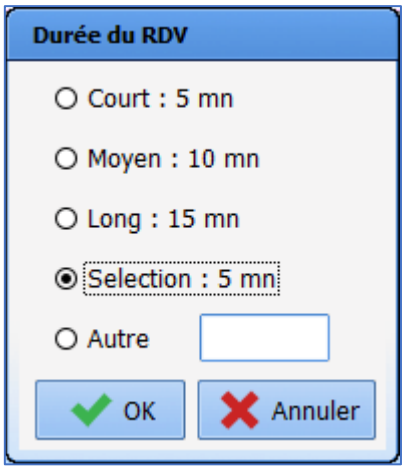
Un survol à la souris sur un rendez-vous affiche une bulle d'information indiquant le nom, le prénom, la date de naissance, l'adresse et le numéro de téléphone du patient, la tranche horaire prévue pour le rendez-vous, le motif et le nom du chirurgien demandeur du rendez-vous.

8.2 Création d'un nouveau rendez-vous

Pour créer un rendez-vous, il existe trois possibilités :

- Double cliquer sur la ligne correspondant à l'heure de début du rendez-vous.
- Cliquer à l'aide du bouton droit de la souris sur la ligne correspondant à l'heure de début du rendez-vous.
- Cliquer sur la ligne correspondant à l'heure de début du rendez-vous, puis cliquer sur le menu **Nouveau rendez-vous**.

Par défaut, c'est un rendez-vous court qui sera sélectionné (si sa durée est configurée à 5 minutes), sinon ce sera le champ **Sélection : 5 mn** qui sera sélectionné.



Pour créer un rendez-vous d'une durée que vous définissez vous-même (à l'aide de la touche Shift du clavier ou du glisser-déposer de la souris), vous devez sélectionner la plage horaire qui correspond au rendez-vous que vous souhaitez insérer. Cliquez ensuite sur le menu **Nouveau rendez-vous**, la fenêtre **Durée du RDV** s'ouvre et la plage horaire que vous souhaitez est automatiquement renseignée. Il est possible de choisir une autre durée (Court, Moyen, Long, Sélection ou Autre). L'item **Autre** permet de définir la durée que vous souhaitez pour ce nouveau rendez-vous.

REMARQUE : la durée d'un rendez-vous saisie manuellement est automatiquement arrondie au multiple de 5 supérieur : par exemple, si vous indiquez 17 minutes, la durée retenue sera de 20 minutes.

8.3 Recherche d'un rendez-vous

Vous avez la possibilité de rechercher un rendez-vous par le biais du menu **Rechercher Rendez-vous** afin de pouvoir renseigner un patient qui aurait oublié la date et l'heure de son rendez-vous.
Cliquez sur le menu **Rechercher Rendez-vous**. La fenêtre **Sélection d'un patient** s'ouvre.
Validez cette fenêtre **Sélection d'un patient** en cliquant sur le bouton **Ouvrir le dossier** après avoir sélectionné votre patient dans la liste. La fenêtre **Recherche de rendez-vous** s'ouvre.
Vous disposez de diverses informations sur le patient (**Nom marital**, **Nom patronymique**, **Prénom**, **Date de naissance** et **Sexe**) ainsi que sur le(s) date(s), heure(s) et motif(s) des rendez-vous antérieurs du patient, le nom du chirurgien demandeur ainsi que l'état du rendez-vous, à savoir si le patient a un rendez-vous de prévu, s'il s'est présenté à son précédent rendez-vous, s'il l'a annulé, ou s'il ne s'est pas présenté au(x) rendez-vous précédent(s).
Lorsque vous cliquez sur une des lignes de rendez-vous de cette fenêtre, le planning situé en arrière-plan se place sur le rendez-vous concerné à la date et l'heure de celui-ci.

REMARQUE : pour revenir facilement aux rendez-vous du jour, cliquez sur le bouton **Aujourd'hui** situé dans la zone Calendrier.

8.4 Modification d'un rendez-vous

Vous avez la possibilité de modifier les données administratives du patient, de supprimer le rendez-vous, de le déplacer vers un autre jour ou une autre heure de la journée, de modifier sa durée, de l'annuler, ou de préciser si le patient est absent ou présent à son rendez-vous.
Sélectionnez le rendez-vous que vous souhaitez modifier. Lorsqu'un rendez-vous est sélectionné, il se teinte d'une couleur différente afin que vous sachiez sur quel rendez-vous vous travaillez.

Vous pouvez modifier les données administratives du patient en cliquant sur le bouton **Détails / Modif** situées en bas à gauche de l'application (*Cf. chapitre : « Zone Informations sur le patient »)*.
Vous avez la possibilité de **Supprimer** ce rendez-vous en cliquant droit dessus ou à l'aide de la touche **`Suppr`** du clavier.
Si vous souhaitez modifier l'heure d'un rendez-vous dans une même journée, le repousser à un autre jour, voir le déplacer vers un autre médecin, deux possibilités s'offrent à vous :

- Cliquez droit sur le rendez-vous dont vous souhaitez modifier l'heure, la date ou le spécialiste puis sélectionnez **Couper**. **Coller** ensuite votre rendez-vous sur la nouvelle plage horaire choisie.
- Si ce changement est effectué sur la même semaine, vous pouvez déplacer le rendez-vous en le sélectionnant et en le cliquant-glissant vers l'heure désirée à l'aide du curseur  .

Pour modifier la durée du rendez-vous, vous devez sélectionner le rendez-vous concerné sur le planning et le rétrécir ou l'agrandir en plaçant votre curseur à l'une des deux extrémités. Votre curseur doit avoir la forme :  .
Lorsque vous cliquez droit sur un rendez-vous, un menu permet de réaliser un certain nombre d'actions :

- **Démarrer la consultation** d'anesthésie du patient afin que les secrétaires puissent éventuellement commencer à compléter quelques-uns des champs de la consultation comme la taille et le poids du patient, les antécédents…
- **Couper** le rendez-vous afin de le déplacer pour le coller ailleurs (à une autre heure, sur une autre journée ou un autre médecin).
- **Supprimer** le rendez-vous.
- Remettre la couleur d'affichage d'origine du rendez-vous à l'aide du menu **Patient prévu** (couleur blanche) alors qu'il avait été déclaré comme étant absent, présent, annulé…
- Annuler le rendez-vous du patient sans l'effacer en cliquant sur le menu **Patient annulé** et en indiquant si c'est annulé par le patient ou par le médecin.
- Signaler au médecin le fait que le patient n'est pas encore arrivé alors que l'heure de son rendez-vous est dépassée (**Patient absent**) ou que le patient est là (**Patient présent**).
- Signaler le fait que le patient n'est pas venu à son rendez-vous sans prévenir (**Patient non venu**) ou que le patient est bien venu à sa consultation (**Patient venu**).

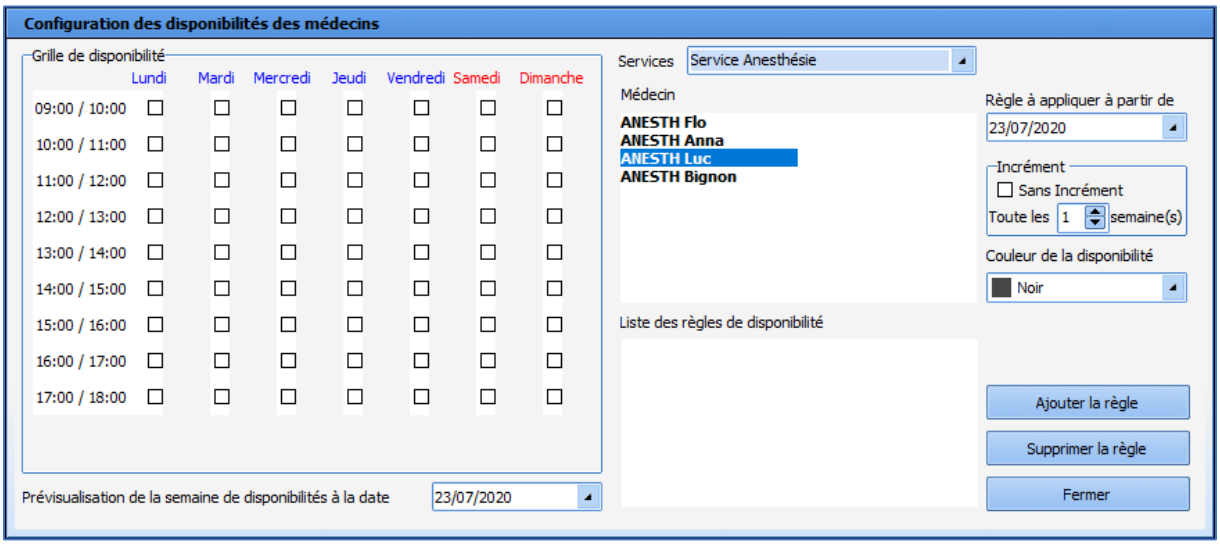
Si vous utilisez le module de consultation, ces couleurs se modifieront automatiquement dès le lendemain du jour du rendez-vous si le médecin a ou non ouvert le dossier du patient le jour du rendez-vous.
Si vous ne disposez pas du module de Consultation, vous avez la possibilité d'indiquer manuellement à l'aide de ce menu si le patient est venu ou non à son rendez-vous.
C'est particulièrement utile de renseigner cette information car cela permet lorsque le patient rappellera pour prendre un nouveau rendez-vous, d'être plus ou moins conciliant pour la date du rendez-vous.

- Le menu **Annuler** permet de refermer ce menu.

8.5 Gestion des disponibilités des médecins

Les disponibilités des anesthésistes et des chirurgiens de votre centre peuvent être configurées à l'aide du menu **Configuration** / **Disponibilités**.
Sélectionnez les **Médecins -** Utilisez les touches **`Shift`** et **`Ctrl`** pour la sélection multiple - pour lesquels vous souhaitez renseigner les mêmes disponibilités après avoir sélectionné le **Service** dans lequel ils pratiquent.
Placez-vous sur la semaine qui vous intéresse à l'aide de la liste déroulante **Configuration des disponibilités des médecins**. La semaine affichée débutera le jour sélectionné sur le calendrier.
Au niveau de la **Grille de disponibilité**, vous pouvez directement cocher les cases de disponibilité pour la semaine en face des horaires qui correspondent au temps de consultation des médecins sélectionnés.

REMARQUE : Les horaires affichés dans la Grille de disponibilité correspondent aux heures de début et de fin qui ont été déterminées lors de la configuration de l'application RDV.
Il vous est également possible d'appliquer des règles configurables pour déterminer les heures et jours de disponibilités des médecins. En effet, sur la droite de la fenêtre, choisissez une date à partir de laquelle vous allez insérer les disponibilités. Indiquez ensuite l'**Incrément** - chaque semaine, toutes les 2 semaines, toutes les 3 semaines … - si vous le souhaitez, ainsi que le **Jour de la semaine** concerné. Enregistrez les disponibilités en cliquant sur le bouton **Ajouter la règle** après avoir indiqué les heures de début et de fin de disponibilité.



Le bouton **Supprimer la règle** permet de supprimer une règle de disponibilité complète.

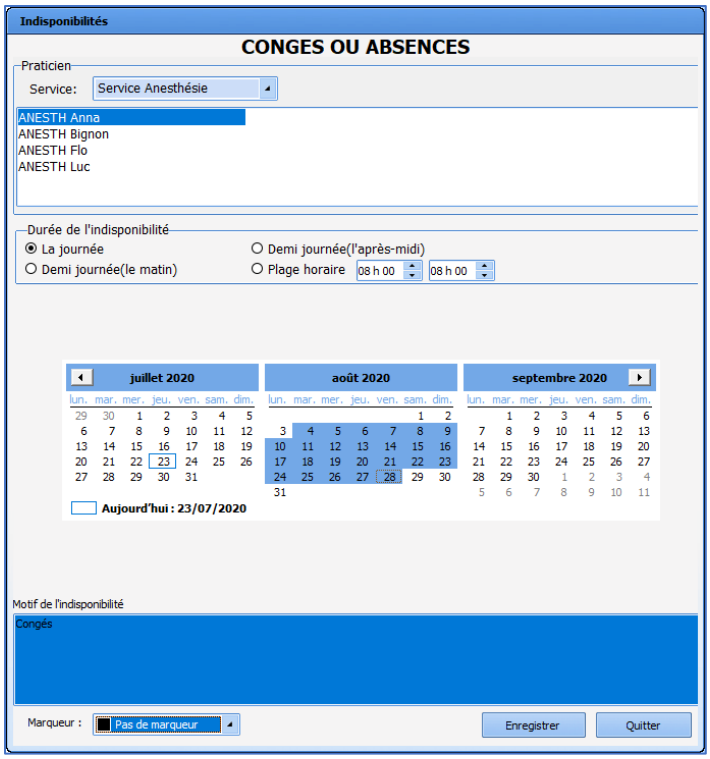
REMARQUE : Lorsque les médecins sont disponibles, leur zone de planning se présente sous une couleur différente par rapport aux médecins qui n'ont pas été déterminés comme disponibles.

8.6 Gestion des indisponibilités des médecins

Les congés ou absences des anesthésistes et des chirurgiens de votre centre peuvent être gérés à l'aide du menu **Configuration** / **Indisponibilités**.

Sélectionnez le(s) **Médecin**(s) - Utilisez les touches **`Shift`** et **`Ctrl`** pour la sélection multiple - pour le(s)quel(s) vous souhaitez renseigner les mêmes indisponibilités après avoir sélectionné le **Service** dans lequel il(s) pratique(nt).

Indiquez la **Durée de l'indisponibilité**, à savoir si ce sera **La journée** complète, une **Demi-journée** (matin



ou après-midi) ou une **Plage horaire** spéciale.

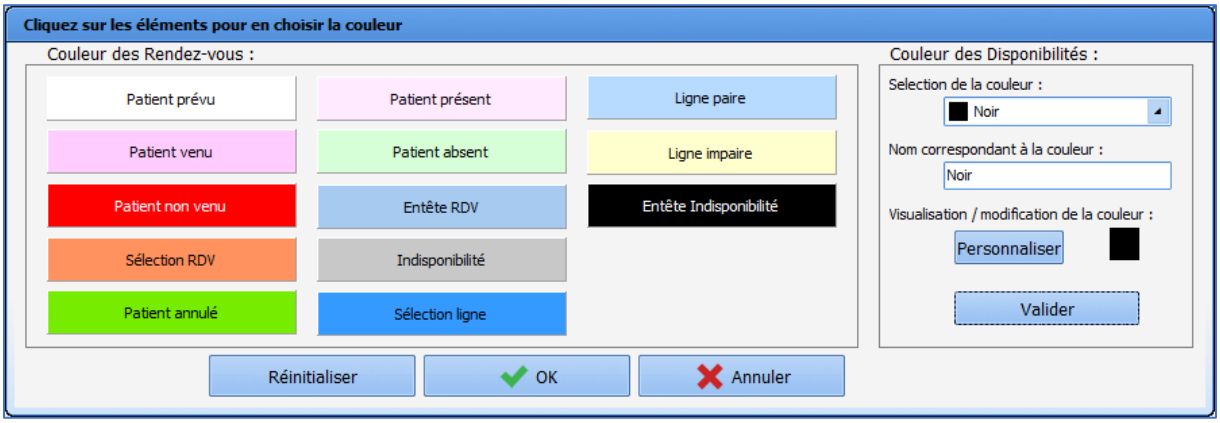
Sélectionnez ensuite la(es) journée(s) qui vous intéresse(nt) au niveau des calendriers, présents en bas de la fenêtre **Indisponibilités** (Utilisez la touche **`Shift`** pour la sélection multiple ou cliquez-glissez la souris pour surligner les dates qui correspondent aux absences du(es) médecin(s) sélectionné(s).

Cliquez sur le bouton **Enregistrer** lorsque vous avez renseigné tous les éléments expliqués ci-dessus.

REMARQUE : Vous ne pouvez sélectionner que 31 jours consécutifs au niveau des calendriers.

8.7 Gestion des couleurs d'affichage

Toutes les couleurs d'affichage utilisées dans l'application **Gestion des rendez-vous** sont modifiables à l'aide du menu **Configuration** / **Affichage** / **Couleurs**.
Un clic sur l'élément dont vous souhaitez modifier la couleur affiche la palette de **Couleurs** Windows dans laquelle vous allez pouvoir déterminer les couleurs souhaitées.



Éléments	Rôles
Patient prévu	Lorsqu'un **Nouveau rendez-vous** est programmé, celui-ci se teinte en blanc (couleur d'origine). *Reportez-vous au chapitre « Création d'un nouveau rendez-vous » pour savoir comment créer un nouveau rendez-vous.*

Patient venu ***Patient non venu***	Si le patient s'est présenté à son rendez-vous, le médecin a ouvert son dossier dans l'application **Consultation** le jour du rendez-vous. Dès le lendemain, la couleur du rendez-vous se teindra en rose (couleur d'origine) pour que vous sachiez quels sont les patients qui sont venus à leur consultation. Si le patient ne s'est pas présenté à son rendez-vous, le médecin n'a pas ouvert son dossier dans l'application **Consultation** le jour du dit rendez-vous. Dès le lendemain, la couleur du rendez-vous se teindra en rouge (couleur d'origine) pour que vous sachiez quels sont les patients qui ne sont pas venus à leur consultation. **REMARQUE** : Si vous n'avez pas l'application Consultation, vous pouvez indiquer vous-même si le patient est venu ou non en cliquant droit sur le rendez-vous du patient dans la zone du planning et en sélectionnant Patient venu ou Patient non venu.
Sélection RDV	Lorsque vous sélectionnez un rendez-vous dans la zone du planning, celui-ci se teinte en orange (couleur d'origine).
Patient annulé	Si le patient ou le médecin souhaite annuler son rendez-vous et non pas le reporter, cliquez droit sur le rendez-vous du patient dans la zone du planning et sélectionnez **Patient annulé**. Celui-ci se teinte en vert vif (couleur d'origine).
Patient présent ***Patient absent***	Si le patient est arrivé et qu'il patiente en salle d'attente, la secrétaire peut le signaler à l'écran en cliquant droit sur le rendez-vous du patient dans la zone du planning et en sélectionnant **Patient présent**. Celui-ci se teindra alors en rose pâle (couleur d'origine), ce qui permet à l'anesthésiste ou au chirurgien qui consulte de savoir si le patient est prêt à être reçu. Si le patient n'est pas arrivé alors que l'heure du rendez-vous est passée, la secrétaire peut le signaler à l'écran en cliquant droit sur le rendez-vous du patient dans la zone du planning et en sélectionnant **Patient absent**. Celui-ci se teindra alors en vert pâle (couleur d'origine).
Entête RDV	Lorsqu'un nouveau rendez-vous est programmé, l'en-tête de celui-ci est bleu par défaut (couleur d'origine). Vous avez la possibilité de modifier cette couleur à partir de la fenêtre **Informations sur le patient** *(Voir le chapitre « Zone Informations sur le patient »)*, notamment pour différencier vos patients : ce marqueur peut vous aider à identifier les patients dont le rendez-vous est purement anesthésique (couleur de base bleu) des patients dont le rendez-vous est cardiologique par exemple…
Indisponibilité	Lorsqu'un anesthésiste ou un chirurgien est absent ou en congé, il est possible de le signaler en sélectionnant dans le menu **Configuration** / **Indisponibilités** (*Voir le chapitre « Gestion des indisponibilités des médecins »)*. Toute plage d'indisponibilité sera teintée en gris (couleur d'origine) au niveau du planning.
Sélection ligne	Lorsque vous sélectionnez une ligne du planning, la couleur bleu foncé (couleur d'origine) surligne l'échelle des temps, située sur la gauche de l'application.
Ligne paire ***Ligne impaire***	Ce sont les couleurs des lignes présentes dans la zone du planning. Bleu et jaune pâle sont les couleurs d'origine.

REMARQUE : le bouton **Restaurer les valeurs d'origine** permet de remettre les couleurs d'origine en place.

REMARQUE : sur la droite de cette fenêtre, vous pouvez configurer la couleur des disponibilités des médecins. Ceci permet éventuellement de gérer le planning des médecins en fonction de l'activité.

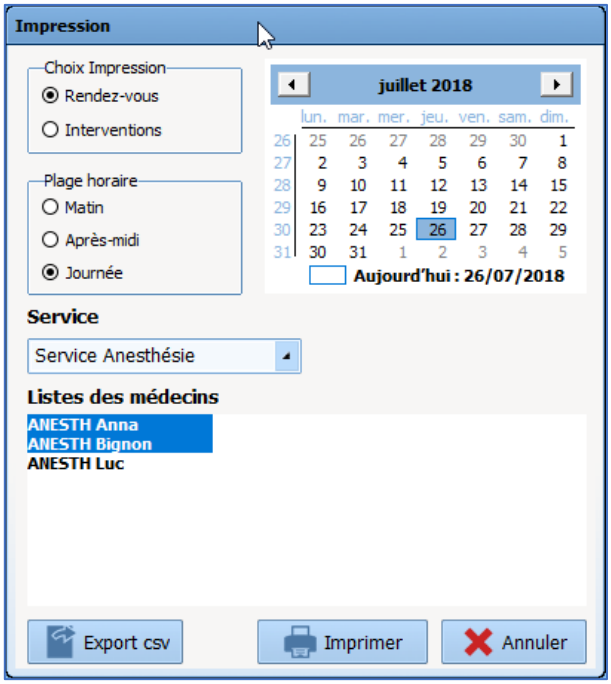
8.8 Heures de début et Heures de fin

Vous avez la possibilité d'indiquer la première et la dernière heure à afficher sur le planning à l'aide du menu **Configuration / Affichage / Heure de début** ou **Heure de fin**.
La valeur que vous notez doit être une valeur entière et non une valeur à virgule.

8.9 Impressions des rendez-vous

Ce menu permet d'imprimer les rendez-vous du(es) médecin(s) sélectionné(s) sur une ou plusieurs journée(s), selon ce que vous sélectionnez dans la fenêtre **Impression**.
Sélectionnez les **Médecins** - à l'aide des touches **`Shift`** ou **`Ctrl`** pour la sélection multiple - pour lesquels vous souhaitez imprimer les rendez-vous après avoir sélectionné le **Service** dans lequel ils pratiquent.
Sélectionnez ensuite les journées qui vous intéressent au niveau du calendrier. Cliquez-glissez la souris pour surligner les dates à imprimer.

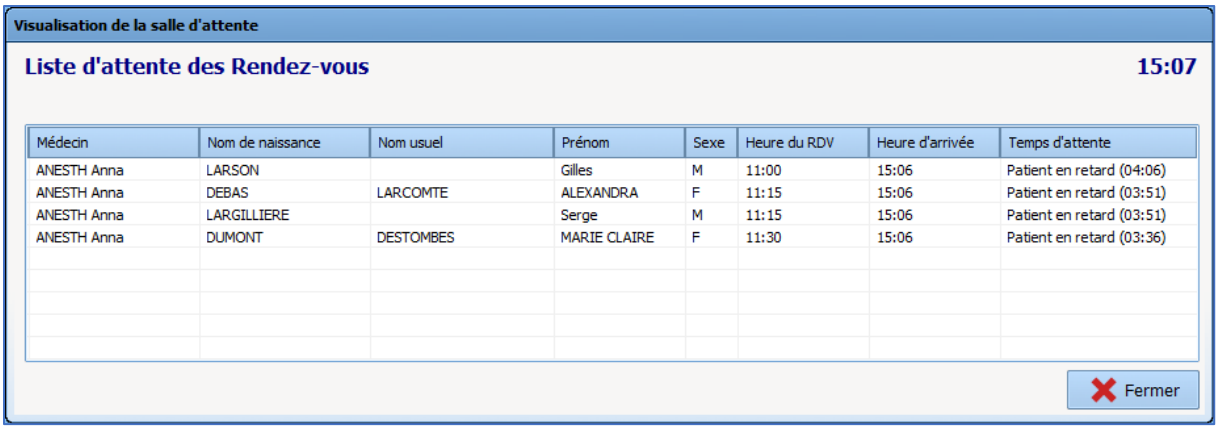
REMARQUE : Vous ne pouvez sélectionner que 31 jours consécutifs au niveau des calendriers.



Il est possible d'imprimer les rendez-vous en sélectionnant **Rendez-vous** dans la zone **Choix Impression**. Si vous sélectionnez **Interventions**, ce sont les interventions prévues pour le jour sélectionné qui s'imprimeront.
Après avoir cliqué sur le bouton **OK** de cette fenêtre, une fenêtre de **Prévisualisation d'impression** s'ouvre. *Voir le chapitre « Impression de la consultation » pour savoir comment fonctionnent les boutons de cette fenêtre.*
Sur la fiche informatisée journalière, vous retrouvez toutes les informations concernant les rendez-vous d'un médecin donné (Horaire, Nom, Prénom, Date de naissance, Téléphone, Date de prise du rendez-vous, Nom du chirurgien demandeur, Motif du rendez-vous et éventuellement des commentaires).

8.10 Gestion de la salle d'attente

Lorsque vous renseignez les patients qui sont présents ou absents à l'aide du clic droit de la souris, le médecin pourra visualiser très facilement de son bureau les patients qui sont déjà en train d'attendre en salle d'attente à l'aide du menu **Gestion salle d'attente**.
Cela peut lui permettre éventuellement de faire passer un patient avant un autre en fonction du temps d'attente et de retard de chacun.
La consultation d'anesthésie du patient peut être lancée directement à partir de cette fenêtre.


Visualisation de la salle d'attente
Liste d'attente des Rendez-vous
15:07
Médecin
Nom de naissance
Nom usuel
Prénom
Sexe
Heure du RDV
Heure d'arrivée
Temps d'attente
ANESTH Anna
LARSON
Gilles
M
11:00
15:06
Patient en retard (04:06)
ANESTH Anna
DEBAS
LARCOMTE
ALEXANDRA
F
11:15
15:06
Patient en retard (03:51)
ANESTH Anna
LARGILLIERE
Serge
M
11:15
15:06
Patient en retard (03:51)
ANESTH Anna
DUMONT
DESTOMBES
MARIE CLAIRE
F
11:30
15:06
Patient en retard (03:36)
Fermer

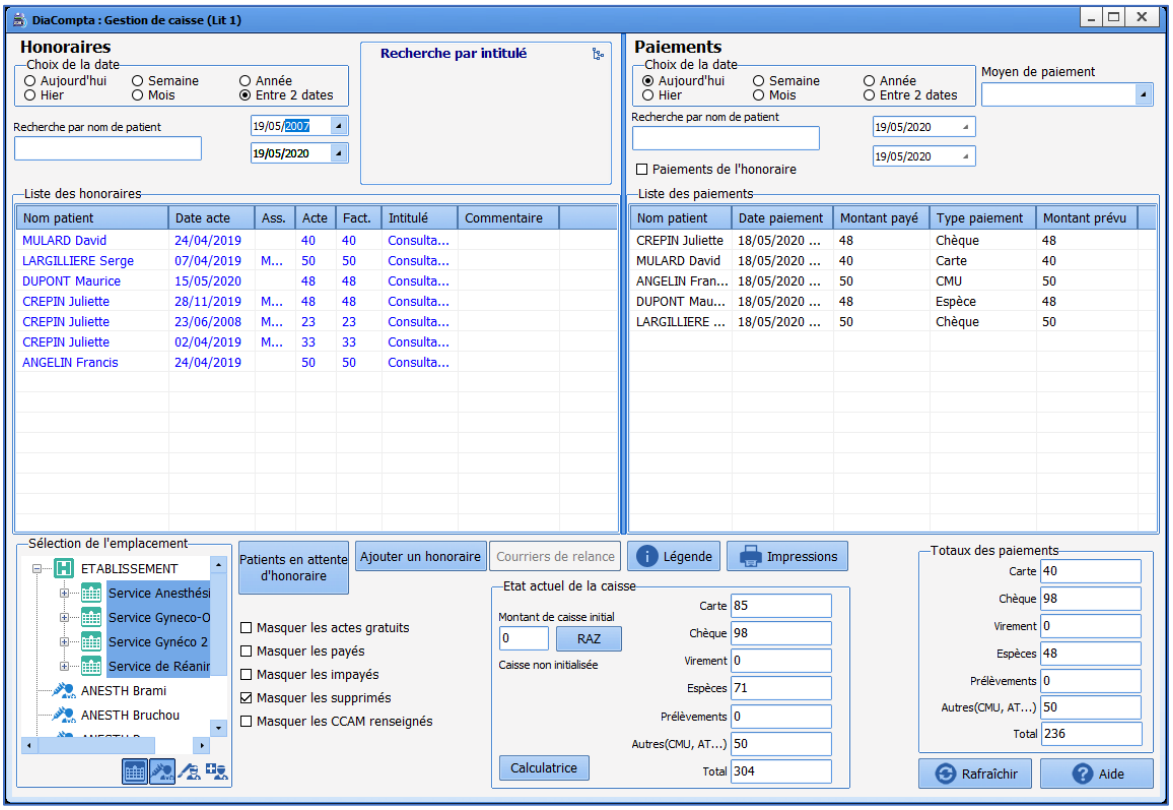
9. DIANE COMPTA

9.1 Lancement de l'application DIANE COMPTA

Pour lancer l'application DIANE COMPTA, sélectionnez **DiaCompta** dans le menu **Démarrer/Programmes/Diane**, ou double-cliquez sur l'icône du même nom, placée sur le **Bureau** de Windows. Si le raccourci n'a pas été créé, vous trouverez l'exécutable original en suivant le chemin ***C:\Program Files\Diane\DiaCompta.exe***.

REMARQUE : Au démarrage de l'application, un message d'information vous indique le délai depuis lequel la caisse n'a pas été remise à zéro. Vous avez la possibilité de la remettre à 0 en cliquant sur le bouton **RAZ**.

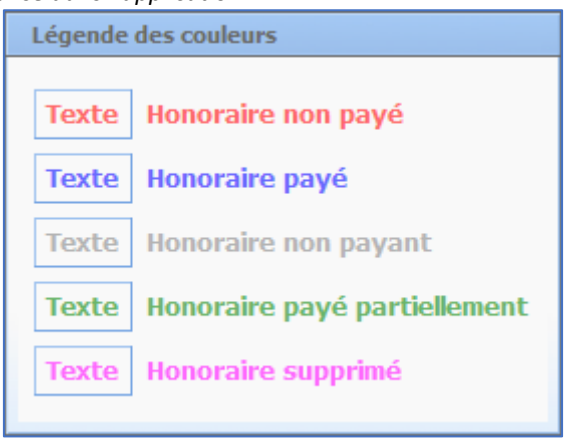
L'application **Comptabilité** est composée de trois grandes zones qui sont : la zone **Honoraires**, la zone **Paiements** et la zone diverse.



9.2 Zone Honoraires

Dans cette zone, vous pouvez voir apparaître tous les patients qui ont été facturés par le biais de DIANE, que ce soit directement dans l'application **Consultation** (*Cf. chapitre : « Onglet Comptabilité »*) ou dans l'application DIANE COMPTA. Dans la **liste des honoraires**, vous retrouvez le nom des patients, la date de l'acte, le type d'assuré (mutuelle, tiers-payant, autre…), le barème de l'acte, le montant facturé, l'intitulé de l'acte et éventuellement un commentaire.
Vous pouvez effectuer une **recherche par nom de patient**, **par intitulé de l'acte** (consultation, dépassement d'honoraire ou les deux) ou par le **choix de la date** de l'acte.

Le bouton **Patients en attente d'honoraire** indique la liste des patients pour lesquels aucun honoraire n'a été rattaché. Si vous sélectionnez l'un des patients, vous allez pouvoir lui attribuer un honoraire par le biais de la fenêtre **Descriptif honoraire** (*Cf. chapitre : « Ajout d'un honoraire »).*
Voici le code des couleurs utilisé dans l'application :



Vous retrouvez la légende de ces couleurs par le biais du bouton **Légende** situé dans le bas de l'application **DIANE COMPTA**.

Lorsque vous cliquez avec le bouton droit de la souris sur l'un des noms des patients dans la colonne de gauche (**Liste des honoraires**), vous avez la possibilité de modifier cet honoraire, de payer cet honoraire pour les patients qui n'ont pas encore réglés, de le supprimer, de générer un courrier de relance pour les patients qui n'ont pas encore réglés ou de saisir les codes **CCAM**.

9.3 Zone Paiements

Dans cette zone, vous pouvez voir apparaître tous les paiements des patients qui ont été effectués par le biais de **DIANE**, que ce soit directement dans l'application **Consultation** ou dans l'application **DIANE COMPTA**. Dans la **Liste des paiements**, vous retrouvez le nom des patients, la date du paiement, le montant payé et le type de paiement.
Vous pouvez effectuer une **Recherche par nom de patient** ou par le **Choix de la date** du paiement.
Lorsque vous cliquez avec le bouton droit de la souris sur l'un des noms des patients dans la colonne de droite (**Liste des paiements**), vous avez la possibilité de modifier ce paiement, supprimer ce paiement ou de saisir la CCAM.

9.4 Zone située en bas de l'application

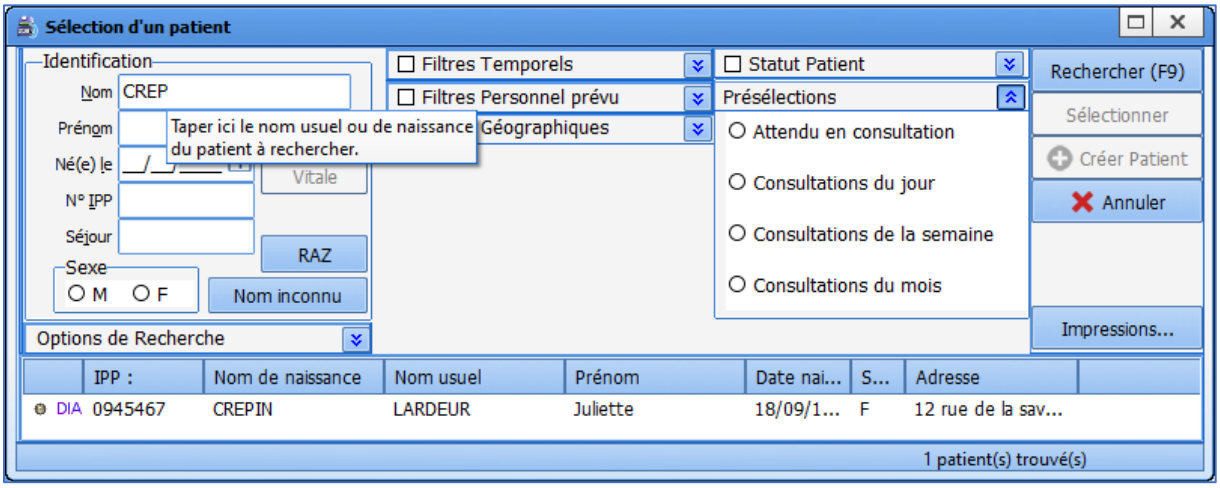
Vous retrouvez ici une zone **Sélection de l'emplacement** qui va vous permettre éventuellement d'indiquer l'emplacement sur lequel vous souhaitez effectuer votre recherche d'honoraires : un service, un bloc, une salle, voire un utilisateur donné. Les boutons situés en bas de cette zone permettent d'afficher ou non les anesthésistes, les chirurgiens et les infirmiers dans l'arborescence. Par défaut, seuls les anesthésistes sont visibles dans l'arborescence.
Sur la droite de cette zone **Sélection de l'emplacement** se situent 5 cases à cocher qui vous permettent également de poser des filtres. Vous pourrez masquer les actes gratuits, les payés, les impayés, les éléments supprimés ou les codes **CCAM** renseignés en fonction des honoraires que vous souhaitez afficher dans le tableau **Liste des honoraires**. Vous pouvez configurer **DIANE COMPTA** pour que certaines de ces cases soient pré cochées. Par défaut, la case **Masquer les supprimés** est cochée.
Le bouton **Ajouter un honoraire** ouvre la fenêtre **Sélection d'un patient** afin de vous permettre de sélectionner le patient pour lequel vous souhaitez ajouter un honoraire (*Cf. chapitre : « Sélection du patient »)*. Une fois que vous avez sélectionné votre patient, une fenêtre d'information vous propose de rattacher cet honoraire à un dossier de consultation. Si vous répondez oui, la dernière consultation du

patient choisi sera affichée. Si vous répondez non, vous pourrez ajouter un honoraire et le paiement associé par le biais de la fenêtre **Descriptif honoraire**. (*Cf. chapitre : « Ajout d'un honoraire »).*
Le bouton **Courriers de relance** permet d'éditer un courrier préconfiguré de relance. Pour ce faire, vous devez sélectionner dans la zone **Liste des honoraires** le ou les patients pour lesquels vous souhaitez éditer un courrier de relance et cliquer sur ce bouton.
Le bouton **Légende** ouvre la fenêtre **Légende des couleurs** qui reprend les différentes couleurs visibles dans la **Liste des honoraires**.

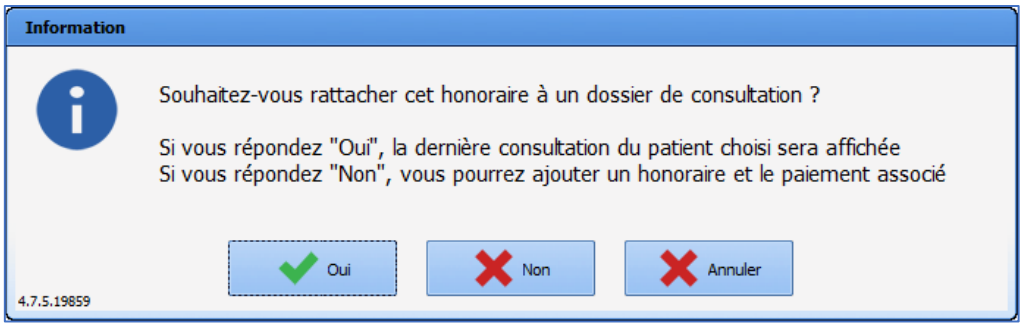
Le bouton **Impressions** vous permet d'imprimer les honoraires, les paiements, les honoraires en attente ou la caisse. (*Cf. chapitre : « Impression »).*
Dans la zone **État actuel de la caisse**, vous visualisez tous les paiements qui ont été effectués par les patients avec leur mode de paiement. Vous avez la possibilité de remettre la caisse à 0 euros quand vous le souhaitez en cliquant sur le bouton **RAZ**.
Vous visualisez sur la droite de l'écran une zone **Totaux des paiements** qui reprend tous les paiements par type des patients indiqués dans la zone sur le dessus (**Paiements**)

9.5 Ajout d'un honoraire

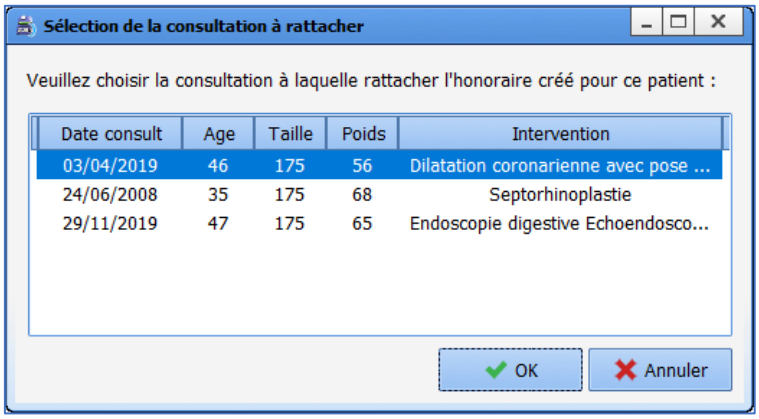
Lorsque le médecin a vu le patient en consultation d'anesthésie, la secrétaire va pouvoir, de son bureau, indiquer le paiement et le rattacher au dossier de consultation par le biais du bouton **Patients en attente d'honoraire**.
Si le patient n'a pas été enregistré dans **DIANE** au préalable et/ou n'est pas passé en consultation d'anesthésie avec le logiciel **DIANE**, il est possible de créer ce patient (ou d'en rechercher un existant dans la base de données) par le biais du bouton **Ajouter un honoraire** (*Cf. chapitre : « Sélection du patient » pour savoir comment créer ou rechercher un patient*).

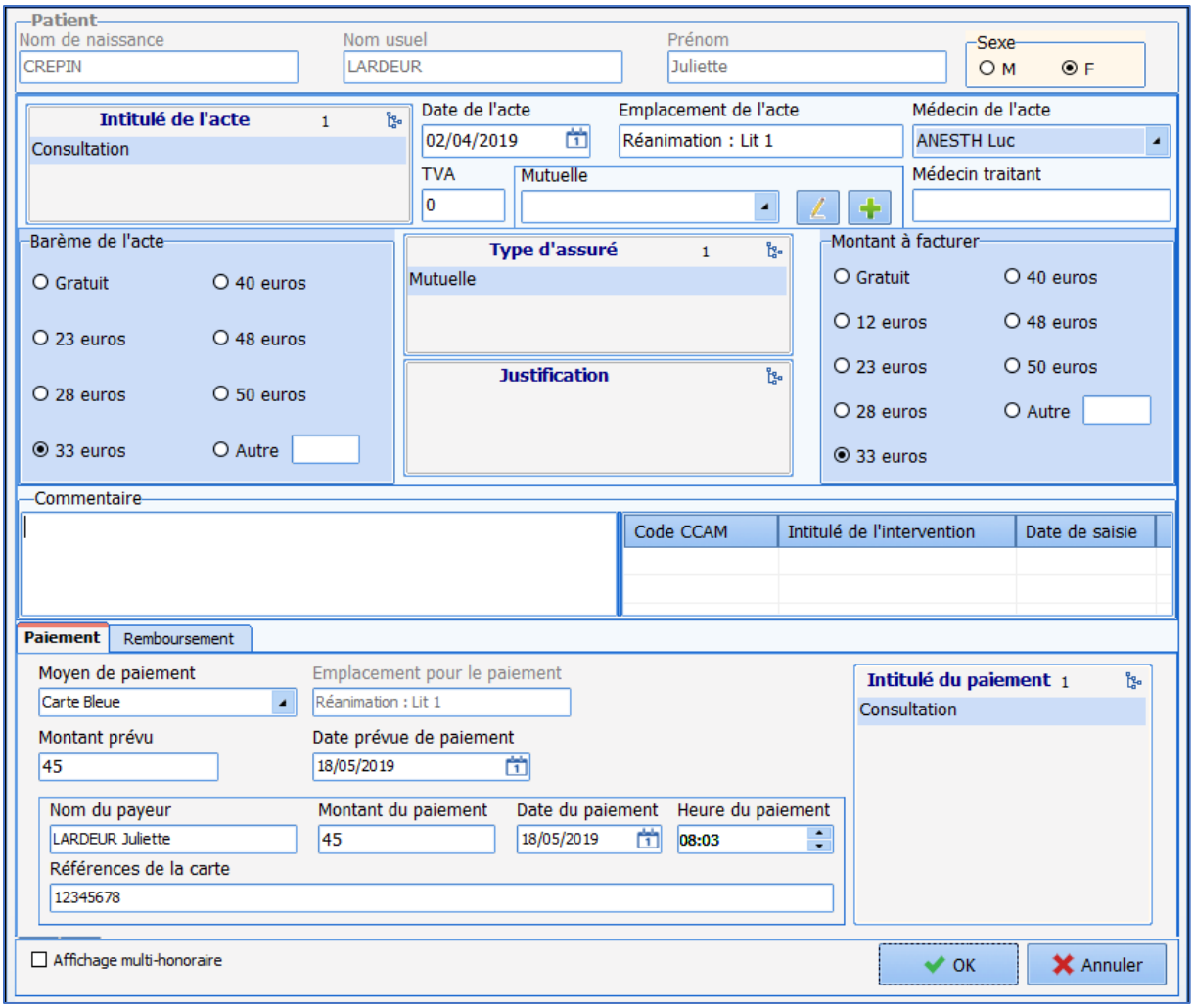


Une fois le patient choisi, la question du rattachement vous est demandée



Si vous avez répondu **Oui**, la question de la consultation sur laquelle rattacher l'honoraire se pose.

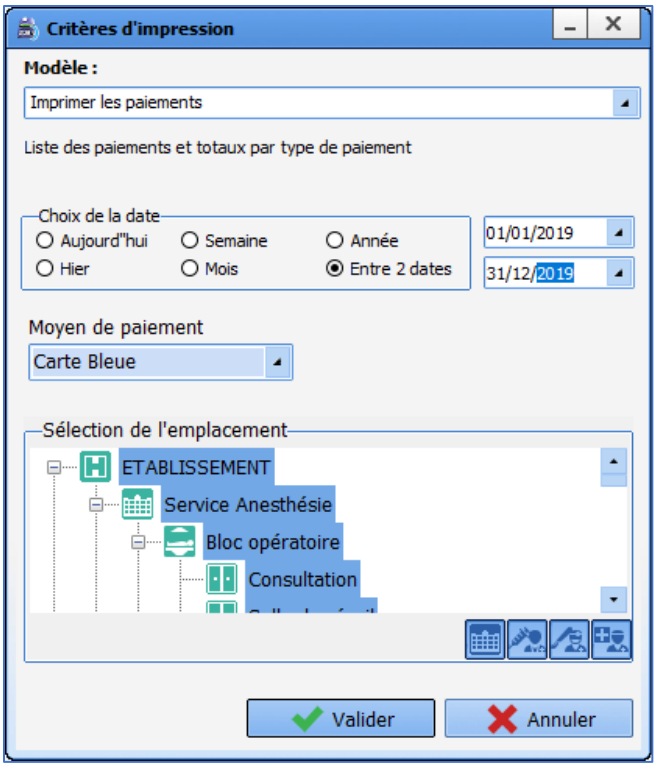




Dans cette fenêtre, vous retrouvez une zone **Patient** contenant les données administratives du patient et les informations relatives à l'acte. Si le médecin a complété l'onglet **Comptabilité** lors de la consultation d'anesthésie, toute la zone située dans la moitié haute du document (**Intitulé de l'acte**, **Date**, **Médecin**, **Barème**, **Emplacement**, **Type d'assuré** et **Montant à facturer**) est déjà complétée.
Vous devez indiquer le moyen de paiement du patient sans oublier d'indiquer le montant effectivement payé et la date.
En bas de cette fenêtre, la secrétaire pourra venir compléter a posteriori le remboursement de cet acte quand il est effectif.

REMARQUE : Le barème de l'acte, le **type** d'assuré et le **montant** à facturer sont entièrement configurables par les administrateurs de site. Si une de ces zones est modifiée, il faudra reporter la même modification dans l'application **Consultation**.

9.6 Impression



En cliquant sur le bouton **Impressions**, vous avez la possibilité d'imprimer la liste des honoraires et le total des barèmes, la liste des paiements et les totaux par type de paiement, la liste des honoraires non payés ou payés partiellement ou l'état actuel de la caisse.

Dans le document d'impression, vous retrouvez systématiquement :

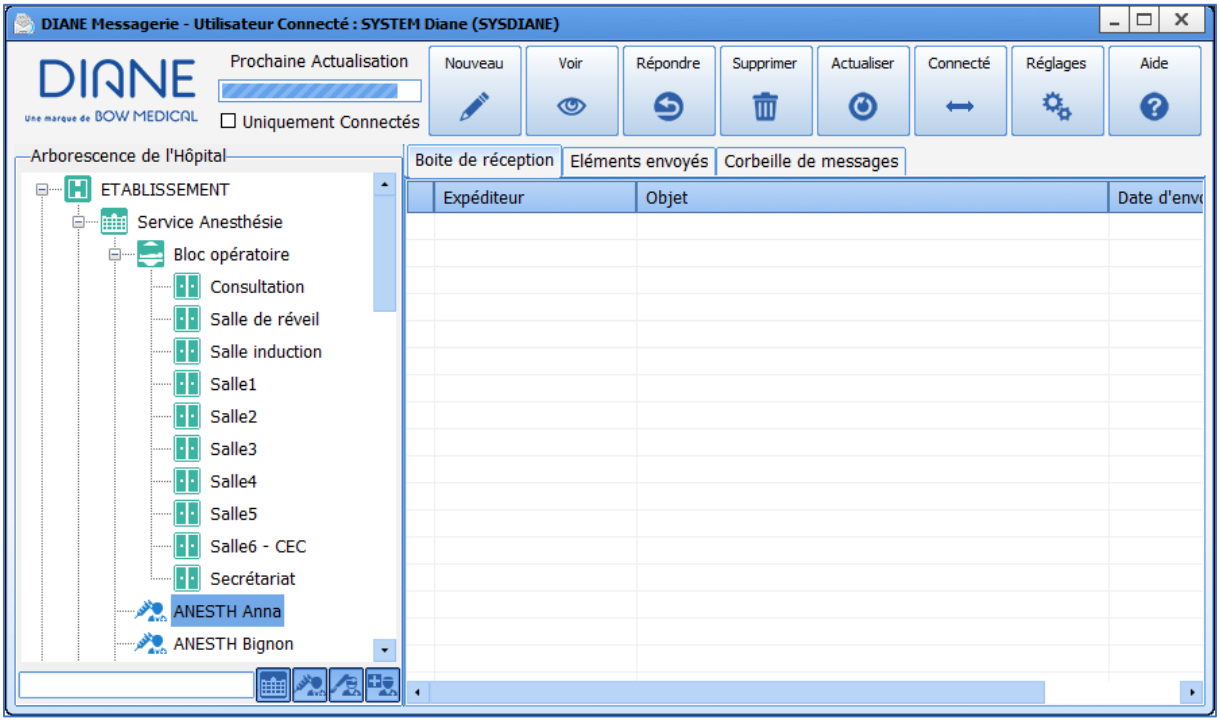
- le nom patronymique du patient,
- le Prénom,
- la Date de naissance,
- la Date de l'acte,
- le type d'assuré,
- le montant de l'acte,
- le montant facturé pour l'acte,
- l'intitulé,
- le commentaire éventuel.

Selon l'impression que vous souhaitez, vous pouvez aussi y trouver le moyen de paiement et le montant payé.

10. DIANE MESSAGERIE

Pour lancer l'application **DIANE MESSAGERIE**, sélectionner **DIAMESSAGERIE** dans le menu **Démarrer/Programmes/Diane**, ou double-cliquer sur l'icône du même nom, placée sur le bureau de Windows. Si le raccourci de cette application n'a pas été créé, l'exécutable original se trouve en suivant le chemin **C:\Program Files\Diane\DiaMessagerie.exe**.

Cette application permet d'envoyer et de recevoir des messages via le logiciel **DIANE**.



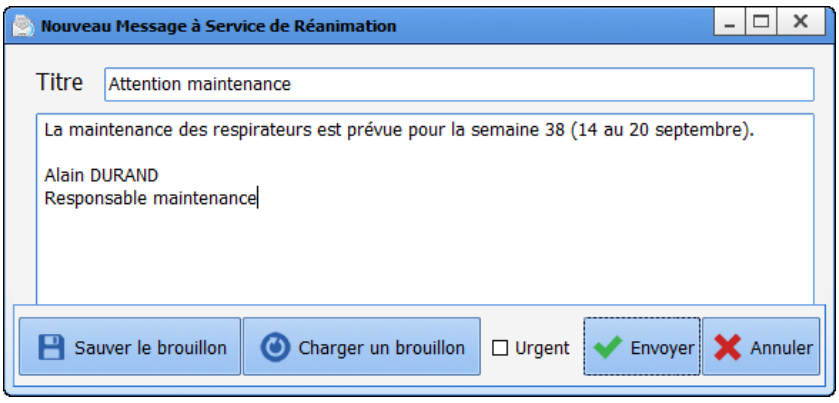
Les boutons de la messagerie

Boutons	Rôles
	Permet d'écrire un message à destination des personnes et/ou lieux sélectionnés. Ce bouton ouvre la fenêtre de **nouveau message pour…** *Cf. chapitre : « Envoi de messages ».*
	Permet de lire le message sélectionné dans la **Boîte de réception**. Pour ouvrir un message, vous avez également la possibilité de double-cliquer sur le message à ouvrir, ou de cliquer dessus à l'aide du bouton droit de la souris. Si vous ouvrez un message dans l'onglet **Corbeille de messages**, vous allez le réintégrer à la **Boîte de réception**.
	Permet de répondre au message sélectionné dans la **Boîte de réception**. Pour répondre à un message, vous avez également la possibilité de cliquer sur le message auquel vous souhaitez apporter une réponse à l'aide du bouton droit de la souris.

	Permet de supprimer un message de la **Boîte de réception** et de le mettre dans la **Corbeille de messages**. Pour supprimer un message, vous avez également la possibilité de cliquer sur le message à supprimer à l'aide du bouton droit de la souris. En cliquant droit, vous avez d'ailleurs la possibilité de supprimer tous les messages présents dans la **Boîte de réception**. De plus, si vous supprimer les messages directement à partir de l'onglet **Corbeille de messages**, que ce soit par le biais du bouton ou du clic droit de la souris, vous allez les supprimer de façon définitive.
	Permet d'actualiser l'affichage des messages dans la **Boîte de réception**. Quoi qu'il en soit, une actualisation est faite de façon automatique toutes les minutes (configuration par défaut).
	Permet de passer du mode **En ligne** au mode **Hors ligne** afin d'être visible ou non des autres postes connectés au service de messagerie.
	Permet de configurer un certain nombre de paramètres au niveau de l'application, notamment au niveau des couleurs et de l'affichage situé sur la gauche de l'application. *Cf. chapitre : « Configuration de la messagerie »*

10.1 Envoi de messages

Avant d'envoyer un message, vous devez au préalable sélectionner un ou plusieurs destinataires (salle ou personnel). Cliquez ensuite sur le bouton **Nouveau**. Une fenêtre s'ouvre afin de vous permettre de taper votre message.



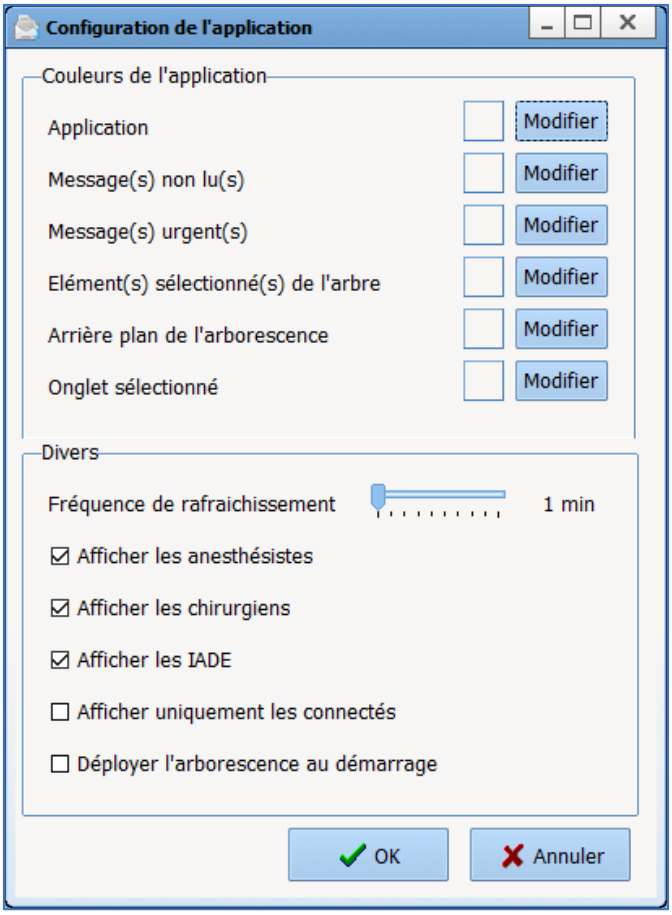
Le bouton **Sauver le Brouillon** vous permet de créer d'avance des messages génériques afin de les enregistrer. Vous devez taper votre message puis cliquer sur ce bouton pour le sauvegarder.
Le bouton **Charger un brouillon** vous permet de récupérer tous les brouillons que vous avez pu enregistrer. Dans la **Liste des Brouillons**, vous retrouvez tous les objets des messages les uns en dessous des autres. Sélectionnez celui que vous souhaitez envoyer et cliquez sur le bouton **OK** pour valider. Vous pouvez aussi double cliquer sur le titre du brouillon que vous souhaitez envoyer. De plus, dans cette fenêtre, vous avez aussi la possibilité de **Supprimer** des brouillons que vous n'utilisez plus.

La case à cocher **Urgent** permet d'insérer un critère d'importance (!) et de colorer le message en rouge afin que les personnes le recevant sachent tout de suite que c'est un message à caractère urgent.

REMARQUE : Lorsque vous lisez ou répondez à un message, vous avez accès aux mêmes fonctionnalités que lors de la création d'un nouveau message.

10.2 Configuration de la messagerie

Par le biais du bouton **Réglages**, vous pouvez modifier un certain nombre de paramètres au niveau de l'application, notamment au niveau des couleurs et de l'affichage situé sur la gauche de l'application.



Si vous souhaitez modifier l'une des couleurs disponibles dans cette application, il vous suffit de cliquer sur le bouton **Modifier présent** à coté de chaque couleur modifiable (Application, Messages non lus, Messages urgents, Éléments sélectionnés de l'arbre, Arrière-plan de l'arborescence, Onglet sélectionné).

Vous pouvez également modifier la fréquence de rafraîchissement. Par défaut l'application se rafraîchit d'elle-même toutes les minutes. Vous pouvez modifier cette fréquence jusqu'à 10 minutes.
Vous pouvez également décider des catégories d'utilisateurs que vous souhaitez afficher à l'écran. Par défaut, les anesthésistes, chirurgiens et IADE sont affichés. Si vous cochez **Afficher uniquement les connectés**, seuls les utilisateurs connectés seront affichés dans l'arborescence. Vous avez aussi la possibilité de déployer l'arborescence au démarrage en cochant la case à cocher correspondante.

11. Liste des équipements supportés par les drivers DIANE

Agilent CMS (Moniteur)
Agilent M1204 (Moniteur)
Agilent M1165 (Moniteur)
Agilent M1204A (Moniteur)
Agilent M1166 (Moniteur)
Agilent M1205A (Moniteur)
Agilent M1167 (Moniteur)
Agilent Viridia 24 (Moniteur)
Agilent M1175 (Moniteur)
Agilent M1176 (Moniteur)
Agilent M1177A (Moniteur)
Alaris Alaris Asena PK (Pousse Seringues)
Alaris Asena TIVA (Pousse Seringues)
Alaris Gateway (Pousse Seringues)
Alaris Pompe Alaris SE (Pousse Seringues)
Alaris Asena GS (Pousse Seringues)
Alaris Asena GH (Pousse Seringues)
Alaris Asena CC (Pousse Seringues)
Alaris Asena Tiva (MK4) (Pousse Seringues)
Baxter Starling LAN (Moniteur)
Baxter Starling (rs232) (Moniteur)
Bbraun Dialog+ (Dialyse)
BBraun Space Station (Pousse Seringues)
Becton Dickinson Pousse Seringue "Pilote" de type BD (Pousse Seringues)
BIS A2000XP (Moniteur)
BIS BIS VIEW (Moniteur)
BIS BIS Aspect A2000 (Moniteur)
BIS Bis Aspect Vista (Moniteur)
BodyGuard BG545 / 575 / 595 (Moniteur)
COLIN BP 508 (Moniteur)
COLIN BP8800 (Moniteur)
COLIN Contact (Moniteur)
COLIN Série BP88 (Moniteur)
COLIN BP88 SINEXT (Moniteur)
COLIN BP88 SNEXT (Moniteur)
COLIN BP 306 (Moniteur)
Covidien-Tyco-Somanetics Kangaroo (Moniteur)
Covidien-Tyco-Somanetics Oximètres Invos 5100C (Moniteur)
Covidien-Tyco-Somanetics PB840 (Respirateur)
Covidien-Tyco-Somanetics PB980 (Respirateur)
Dameca Dameca 10970 (Respirateur)
Dameca Siesta ITS (Respirateur)
Datascope Passport EL (Moniteur)
Datascope Passport XG (Moniteur)
Datascope Passport2 (Moniteur)
Datascope PassportV (Moniteur)
Datascope Spectrum (Moniteur)
Datascope Spectrum Or (Moniteur)
Datascope Trio (Moniteur)
Datex Aespire 7900 (Respirateur)

Datex Aespire View (Respirateur)
Datex Aisys (Respirateur)
Datex Carescape R860 (Respirateur)
Datex Datex ADU (Respirateur)
Datex Aespire (Respirateur)
Datex Aestiva 3000 (Respirateur)
Datex Centrino (Respirateur)
Datex Datex Aestiva 5 (Respirateur)
Datex Engstrom Carestation 600 Serie (Respirateur)
Dräger PM8040 (Moniteur)
Dräger PM8050 (Moniteur)
Dräger PM8060 Couleur (Moniteur)
Dräger PM8060 Noir & Blanc (Moniteur)
Dräger PM8060 Vitara (Moniteur)
Dräger PM8014 (Moniteur)
Dräger Evita (Respirateur)
Dräger Oxylog 2000 Plus (Respirateur)
Dräger Savina (Respirateur)
Dräger Vista 120 (Moniteur)
Dräger Dräger HL7 (Moniteur)
Dräger Vista 120D (Moniteur)
Dräger Vista 120s (Moniteur)
Dräger Atlan (Respirateur)
Dräger Babyleo TN500 (Respirateur)
Dräger BiliLux (Respirateur)
Dräger CATO (Respirateur)
Dräger CICERO B (Respirateur)
Dräger CICERO C (Respirateur)
Dräger CICERO EM Couleur (Respirateur)
Dräger CICERO EM Noir & Blanc (Respirateur)
Dräger Evita2 (Respirateur)
Dräger Evita4 (Respirateur)
Dräger EvitaV600 (Respirateur)
Dräger EvitaV800 (Respirateur)
Dräger Fabius (Respirateur)
Dräger Julian (Respirateur)
Dräger Oxylog 3000 Plus (Respirateur)
Dräger Fabius + XL (Respirateur)
Dräger Perseus (Respirateur)
Dräger Fabius + (Respirateur)
Dräger Perseus A500 (Respirateur)
Dräger Physiofex (Respirateur)
Dräger Primus (Respirateur)
Dräger Titus (Respirateur)
Dräger Trajan (Respirateur)
Dräger V300 (Respirateur)
Dräger V500 (Respirateur)
Dräger Vamos (Respirateur)
Dräger Zeus (Respirateur)
Dräger Isolette 8000N (Respirateur)
Dräger / MIPM Tesla M3 (Moniteur)
Edwards Lifescience - Baxter Nexfn (Moniteur)
Edwards Lifescience - Baxter EV 1000 (Moniteur)

Edwards Lifescience - Baxter HemoSphere (Moniteur)
Edwards Lifescience - Baxter Vigilance (Moniteur)
Edwards Lifescience - Baxter Vigilance II (Moniteur)
Edwards Lifescience - Baxter Vigileo (Moniteur)
ENOVACOM Patient Connect (EAI)
Fresenius 4008 (Dialyse)
Fresenius 5008 (Dialyse)
Fresenius Multifltrate (Dialyse)
Fresenius Multifltrate Pro (Dialyse)
Fresenius Amika (Pousse Seringues)
Fresenius Amika + (Pousse Seringues)
Fresenius Applix Smart (Pousse Seringues)
Fresenius Optima MS (Pousse Seringues)
Fresenius Master PCA (Pousse Seringues)
Fresenius Master TCI (Pousse Seringues)
Fresenius Orchestra (Pousse Seringues)
Fresenius Pilotes (Pousse Seringues)
Fresenius Base A Becton Dickinson (Pousse Seringues)
Fresenius Priméa (Pousse Seringues)
Fresenius Agilia Connect Link + (Pousse Seringues)
Fresenius Agilia Connect SP (SP MC, SP MC WIFI) (Pousse Seringues)
Fresenius Agilia Connect VP (VP MC, VP MC WIFI) (Pousse Seringues)
Fresenius Agilia Connect SP PCA (Pousse Seringues)
Fresenius Agilia Connect SP PCA WIFI (Pousse Seringues)
Fresenius Agilia Connect SP TIVA (Pousse Seringues)
Fresenius Agilia Connect SP TIVA WIFI (Pousse Seringues)
Fresenius Agilia Connect VP (Pousse Seringues)
Fresenius Agilia Connect VP MC (Pousse Seringues)
Fresenius Agilia Connect VP MC WIFI (Pousse Seringues)
Fresenius Agilia Intuitive Injectomat (Pousse Seringues)
Fresenius Agilia Intuitive Injectomat MC (Pousse Seringues)
Fresenius Agilia Intuitive Injectomat TIVA (Pousse Seringues)
Fresenius Agilia Intuitive Link + (Pousse Seringues)
Fresenius Agilia Intuitive Volumat (Pousse Seringues)
Fresenius Agilia Intuitive Volumat MC (Pousse Seringues)
Fukuda DS-5100 (Moniteur)
Fukuda DS-5300 (Moniteur)
Fukuda DS-5400 (Moniteur)
Fukuda DS-7000 (Moniteur)
Fukuda DS-7200 (Moniteur)
Fukuda DS 7100 (Moniteur)
Fukuda DS 7300 (Moniteur)
Gambro Artis (Dialyse)
Gambro - Baxter PrismaFlex (Dialyse)
Gambro - Baxter Prismax (Dialyse)
Gamida CardioQ (Moniteur)
GE Critikon - Dinamap 1846 (Moniteur)
GE Critikon - Dinamap 1846P (Moniteur)
GE Critikon - Dinamap 1846SX (Moniteur)
GE Critikon - Dinamap 1846SXP (Moniteur)
GE Critikon - Dinamap MPS (Moniteur)
GE Datex - B850 (Moniteur)
GE HL7 GE (Moniteur)

GE Marquette - Smart Anaesthesia (Moniteur)
GE Marquette - Tramscope (Moniteur)
GE Carescape - B850 (Moniteur)
GE Critikon - Dinamap Plus (Moniteur)
GE Critikon - Dinamap Pro (Moniteur)
GE Datex - AS-3 (Moniteur)
GE Datex - B105 (Moniteur)
GE Datex - AS-3 Light (Moniteur)
GE Datex - B125 (Moniteur)
GE Datex - B155 (Moniteur)
GE Datex - B20 (Moniteur)
GE Datex - B30 (Moniteur)
GE Datex - B40 (Moniteur)
GE Datex - B650 (Moniteur)
GE Datex - Cardiocap 2 (Moniteur)
GE Datex - Cardiocap 5 (Moniteur)
GE Datex - Ultima (Moniteur)
GE Datex - CS-3 (Moniteur)
GE Datex - FM (Moniteur)
GE Marquette - Dash 2000 (Moniteur)
GE Datex - FM Light (Moniteur)
GE Marquette - Dash 3000 (Moniteur)
GE Datex - S-5 (Moniteur)
GE Marquette - Dash 4000 (Moniteur)
GE Datex - S-5 Light (Moniteur)
GE Marquette - Dash 5000 (Moniteur)
GE Marquette - Eagle 2 (Moniteur)
GE Marquette - Eagle 3000 (Moniteur)
GE Marquette - Eagle 3100 (Moniteur)
GE Marquette - Eagle 4000 (Moniteur)
GE Marquette - Solar 3000 (Moniteur)
GE Marquette - Solar 4000 (Moniteur)
GE Marquette - Solar 5000 (Moniteur)
GE Marquette - Solar 8000 (Moniteur)
GE Marquette - Solar 8000i (Moniteur)
GE Marquette - Solar 9500 (Moniteur)
GE Marquette - Solar M (Moniteur)
GE Canvas (Moniteur)
GE Marquette - Dash 4000N (Moniteur)
GE AS3 Compact (Moniteur)
GE Datex - S5 (Moniteur)
GE S5 AM Compact (Moniteur)
GE IMM light (Moniteur)
Goldway G30 (Moniteur)
Haemonetics Cell Saver Elite (Auto Transfusion Sanguine)
Hamilton C1 (Respirateur)
Hamilton C2 (Respirateur)
Hamilton Raphael Silver (Respirateur)
Hamilton S1 (Respirateur)
Hamilton C6 (Respirateur)
Heinen Lowenstein Leon (Respirateur)
Heinen Lowenstein Leon Plus (Respirateur)
Heinen Lowenstein Elisa (Respirateur)

IDMED Tofscan (Curamètre)
IDMED MAPStation - NeuroLight - Algiscan (Pupillomètre)
IMMED EDAN (Moniteur)
Infnity Trident NMT Pod (Curamètre)
Invivo Expression (Moniteur)
Invivo Magnitude (Moniteur)
Invivo Millenia (Moniteur)
Invivo Precess (Moniteur)
Maquet Servo 900 (Respirateur)
Maquet Servo i (Respirateur)
Maquet Servo s (Respirateur)
Maquet CS 100 (Moniteur)
Maquet CS 300 (Moniteur)
Maquet System9x (Moniteur)
Maquet Flow-c (Respirateur)
Maquet Flow-i (Respirateur)
Maquet Servo 300 (Respirateur)
Maquet Servo-Air (Respirateur)
Maquet Servo-n (Respirateur)
Maquet Servo-U (Respirateur)
Masimo Rad 97 (Moniteur)
Masimo Iris Platform (Passerelle HL7)
Masimo O3 (Moniteur)
Masimo Radical7 (Moniteur)
Masimo Radical7 (sur Docking Station) (Moniteur)
Masimo ISA (Moniteur)
Masimo OR+ (Moniteur)
Masimo Root (Moniteur)
Masimo SedLine (Moniteur)
Medis Niccomo (Moniteur)
Medtronic EEG (Moniteur)
MetroDoloris PhysioDoloris (Moniteur)
Mindray iMec8, iMec10, iMec12 (Moniteur)
Mindray IPM9800 (Moniteur)
Mindray Beneview T5/Datascope DPM 6 (Moniteur)
Mindray BeneVision N12 (Moniteur)
Mindray BeneVision N15 (Moniteur)
Mindray BeneVision N17 (Moniteur)
Mindray Beneview T1 (Moniteur)
Mindray Beneview T6 (Moniteur)
Mindray ePM (Moniteur)
Mindray Mec (Moniteur)
Mindray Beneview T8/Datascope DPM 7 (Moniteur)
Mindray PMX000 (Moniteur)
Mindray HL7 (eGateway ou direct) (Moniteur)
Mindray iPM 8 (Moniteur)
Mindray iPM 10 (Moniteur)
Mindray iPM 12 (Moniteur)
Mindray BeneView PM-7000 (Moniteur)
Mindray BeneView PM-8000E (Moniteur)
Mindray BeneView PM-9000E (Moniteur)
Mindray Beneview T7 (Moniteur)
Mindray Benefusion (Pousse Seringues)

Mindray SV600 (Respirateur)
Mindray Wato (Respirateur)
Nihon Kohden Interface HL7 QP993 (Moniteur)
Nihon Kohden Lifescope P (Moniteur)
Nihon Kohden Lifescope G5 (Moniteur)
Nihon Kohden Interface HL7 CNS (Moniteur)
Nihon Kohden Lifescope J (Moniteur)
Nihon Kohden Lifescope A (Moniteur)
Nihon Kohden Lifescope TR (Moniteur)
Nihon Kohden Lifescope I (Moniteur)
Nihon Kohden Lifescope L (Moniteur)
Nihon Kohden PVM (2700-Vismo) (Moniteur)
Nihon Kohden BSM 3562K (Moniteur)
Nihon Kohden BFM 3763 (Moniteur)
Nikkiso Aquarius (Dialyse)
Nikkiso DB Hexa (Dialyse)
Ohmeda Excel 210 (Respirateur)
Ohmeda Ohmeda 7100 (Respirateur)
Ohmeda Ohmeda 7900 (Respirateur)
PCAM/IVAC IVAC P5000 (Pousse Seringues)
PCAM/IVAC IVAC P6000 (Pousse Seringues)
PCAM/IVAC IVAC P7000 (Pousse Seringues)
PCAM/IVAC PCAM (Pousse Seringues)
Penlon IPM8 (Respirateur)
Philips CardiotocoGraph - Centrale HL7 Mosos (Moniteur)
Philips IntelliVue - M2 (Moniteur)
Philips C - C3 (Moniteur)
Philips CardiotocoGraph - M1350A (Moniteur)
Philips CardiotocoGraph - M1350B (Moniteur)
Philips CardiotocoGraph - M1350C (Moniteur)
Philips CardiotocoGraph - Cardiotocographes (M1XXX-M2XXX) (Moniteur)
Philips CardiotocoGraph - M1351A (Moniteur)
Philips CardiotocoGraph - M1353A (Moniteur)
Philips CardiotocoGraph - M2702A (Moniteur)
Philips CardiotocoGraph - M2703A (Moniteur)
Philips CardiotocoGraph - M2704A (Moniteur)
Philips CardiotocoGraph - M2705A (Moniteur)
Philips Efcia (Moniteur)
Philips Interface HL7 (Moniteur)
Philips IntelliVue - M3 (Moniteur)
Philips IntelliVue - M4 (Moniteur)
Philips IntelliVue - M5 (Moniteur)
Philips IntelliVue - Philips MP 20 (Moniteur)
Philips IRM - IP5 (Moniteur)
Philips IntelliVue - Philips MP30 (Moniteur)
Philips IntelliVue - Philips MP 5 (Moniteur)
Philips IRM - Mr400 (Moniteur)
Philips IntelliVue - Philips MP 50 (Moniteur)
Philips IntelliVue - Philips MP 60 (Moniteur)
Philips IntelliVue - Philips MP70 (Moniteur)
Philips IntelliVue - Philips MP 90 (Moniteur)
Philips IntelliVue - Philips Mx450 (Moniteur)
Philips IntelliVue - Philips Mx500 (Moniteur)

Philips IntelliVue - Philips Mx600 (Moniteur)
Philips IntelliVue - Philips Mx700 (Moniteur)
Philips IntelliVue - Philips Mx800 (Moniteur)
Philips SureSign - VM4 (Moniteur)
Philips SureSign - VM6 (Moniteur)
Philips SureSign - VM8 (Moniteur)
Philips Respironics V60 (Respirateur)
Pulsion Medical System PulsioFlex (Moniteur)
Pulsion Medical System PiCCO plus (Moniteur)
Pulsion Medical System PiCCO 2 (Moniteur)
ResMed Elisee 150 avec un SN < EL2D0910700 (Respirateur)
ResMed Elisee 250 (Respirateur)
ResMed Elisee 350 (Respirateur)
ResMed Elysee 150 avec un SN EL2D0910700 (Respirateur)
Schiller Maglife Serenity (Moniteur)
Sebac TofCuff (Curamètre)
Siemens C500 (Moniteur)
Siemens C700 (Moniteur)
Siemens GAMMA (Moniteur)
Siemens KAPPA XLT (Moniteur)
Siemens Kion (Moniteur)
Siemens M300 (Moniteur)
Siemens M540 (Moniteur)
Siemens SC 5000 (Moniteur)
Siemens SC 6002 (Moniteur)
Siemens SC 6002 XL (Moniteur)
Siemens DELTA (Moniteur)
Siemens DELTA XL (Moniteur)
Siemens SC 6802 XL (Moniteur)
Siemens GAMMA XL (Moniteur)
Siemens SC 8000 (Moniteur)
Siemens GAMMA XXL (Moniteur)
Siemens VISTA (Moniteur)
Siemens KAPPA (Omega S) (Moniteur)
Siemens SC 7000 (Moniteur)
Siemens SC 9000 XL (Moniteur)
Siemens VISTA XL (Moniteur)
SLE SLE 4000 / 5000 (Moniteur)
Sonicaid Fetal Moniteur FM800 (Moniteur)
Sorin Stockert S3 (CEC)
Sorin Stockert S5 (CEC)
Spacelabs 90308 (Moniteur)
Spacelabs 90309 (Moniteur)
Spacelabs 90305 (Moniteur)
Spacelabs 90385 (Moniteur)
Spacelabs Elance (Moniteur)
Spacelabs Qube (Moniteur)
Spacelabs SL2200 (Moniteur)
Spacelabs SL2400 (Moniteur)
Spacelabs SL2600 (Moniteur)
Spacelabs SL2700 (Moniteur)
Spacelabs SL2800 (Moniteur)
Spacelabs SL2900 (Moniteur)

Spacelabs SL3800 (Moniteur)
Spacelabs SL3900 (Moniteur)
Spacelabs UltraView 1030 (Moniteur)
Spacelabs UltraView 1050 (Moniteur)
Spectrum Medical Quantum Heart Lung (CEC)
Stockert CEC S3 (Moniteur)
Stockert CEC S5 (Moniteur)
Taema Osiris (Respirateur)
Taema Alys2000 (Respirateur)
Taema Clarys (Respirateur)
Taema Clarys2000 (Respirateur)
Taema Horus (Respirateur)
Taema Monnal T60 (Respirateur)
Taema Monnal T75 (Respirateur)
Taema Taema Alys (Respirateur)
Taema Taema Félix (Respirateur)
Taema Taema HorusIV (Respirateur)
Terumo CDI500 (CEC)
Terumo CDI500 lié Pompe Stockert S5 (CEC)
Terumo System One - CDI 100 (CEC)
Terumo System One - CDI 101 (CEC)
Viasys Avea (Respirateur)
Viasys Vela (Respirateur)
Vygon MostCare MostCare (Moniteur)
Welch Allyn Micropaq (Moniteur)
Welch Allyn Propaq CS (Moniteur)
Welch Allyn Propaq Encore (Moniteur)
Welch Allyn Propaq LT (Moniteur)

12. Lexique

ANSM :Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
APO : Administration prophylactique d'oxytocine
ATCD : Antécédent(s)
BDM : Base de données sur les médicaments
BHR : Bactérie hautement résistante
BMI : Body mass index
BMR : Bactérie multi-résistante
BSA : Body surface area
BU : Bandelette urinaire
CAT : Conduite à tenir
CO : Contraceptif oral
CPA : Consultation préanesthésique
CR : Compte rendu
CRAT : Centre de Référence des Agents Tératogènes
CRO : Compte rendu opératoire
DCI : Dénomination commune internationale
DDG : Date de début de grossesse
DDR : Date des dernières règles
DIU : Dispositif intra-utérin
DM : Dispositif médical
DOO : Durée d'ouverture de l'œuf
DPI : Dossier patient informatisé
DV : Décubitus ventral
ECG : Electrocardiogramme
EPP : Entretien prénatal précoce
EVA : Echelle visuelle analogique
Fc : Fréquence cardiaque
FC : Fausse couche
FCS : Fausse couche spontanée
FCT : Fausse couche tardive
FOSO : Feuille d'ouverture de salle d'opération
GEU : Grossesse extra-utérine
HPP : Hémorrhagie du post partum
HTA : Hypertension artérielle
IADE : Infirmier(ère) anesthésiste diplômé(e) d'Etat
IMG : Interruption médicale de grossesse
INBP : Infection néonatale bactérienne précoce
IV : Intra veineux
IVG : Interruption volontaire de grossesse
J : Jour
KT : Cathéter
LCC : Longueur crânio-caudale
MAP : Menace d'accouchement prématuré
MAR : Médecin anesthésiste-réanimateur
MFIU : Mort fœtale in utero
NONR : Normo Oscillant Normo Réactif
PC : Périmètre crânien
PDE : Poche des eaux
PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité
PO : Administration préventive d'oxytocine

PSE : Pousse seringue électrique
RAI : Recherche d'agglutinines irrégulières
RAPDE : Rupture artificielle de la poche des eaux
RAS : Rien à signaler
RSPDE : Rupture spontanée de la poche des eaux
SA : Semaines d'aménorrhée
SAP : Seringue auto pulsée
SDN : Salle de naissance
SF : Sage-femme
SIH : Système d'information hospitalier
TTT : Traitement
TV : Toucher vaginal
USC : Unité de soins continus
VS-AI-PEP : ventilation spontanée avec aide inspiratoire et pression expiratoire positive

13. Définitions des pictogrammes

Symbole	Nom du symbole	Signification du symbole
	Medical Device (dispositif médical)	Indique que le produit est un dispositif médical.
	Fabricant légal	Désigne le fabricant du dispositif médical.
 2026-03-26	Pays de fabrication Date de fabrication	Désigne le pays de fabrication du dispositif médical (le code FR signifie France). Date à laquelle le dispositif médical a été fabriqué.
	Marquage CE	Indique la conformité technique européenne.
	Consulter le manuel	Indique la nécessité pour l'utilisateur de consulter les instructions pour utiliser le produit.
	Mise en garde	Indique qu'il faut faire preuve de prudence lors de l'utilisation du dispositif ou de la commande près de l'endroit où est placé ce symbole, ou que la situation en cours nécessite une sensibilisation de l'opérateur ou une action de l'opérateur pour éviter des conséquences indésirables.
	Identifiant unique du dispositif	Indique un support qui contient des informations d'identifiant unique du dispositif.



BOW MEDICAL S.A.S
43 Avenue d'Italie 80000 AMIENS France
2026-03-26



DIANE contient des fonctionnalités dispositif médical.



L'utilisateur doit lire attentivement toutes les instructions afin de garantir la bonne utilisation du dispositif médical.



(01)3760404900005(10)04010302

La formation au dispositif médical DIANE est fortement recommandée.

Dernière révision : 2026-03-26