

Istruzioni per l'uso del software Archivio

L'uso del programma non richiede nessuna particolare conoscenza tecnica; quasi tutte le opzioni sono intuibili facilmente; per questo la maggior parte di queste note è superflua; i meccanismi “un po' più nascosti” sono descritti in grassetto.

Menù iniziale

Personalizzazione del programma

Avviato il programma è opportuno eseguire come prima cosa la personalizzazione del software, cioè inserire i dati del medico, dati che in seguito compariranno sulle videate e le stampe. È opportuno, non indispensabile, perché tale operazione potrà essere eseguita successivamente infinite volte. Dalla schermata iniziale (menù principale del software) è sufficiente cliccare sul bottone *Intestazione stampe* (terzultimo in basso a sx.): si accederà ad una videata dove poter inserire i propri dati. Terminato ciò, con il bottone in alto a sx. *Esci Salva Chiudi*, si tornerà al menù principale.

Inserimento paziente

La schermata iniziale, oltre ad altre utilità di cui parleremo in seguito, consente di ricercare una paziente già registrata (per visualizzarla, modificarla, aggiungere nuovi dati – visite, esami, colposcopie, ecografia) o di inserire una **nuova paziente**. All'inizio, logicamente, l'archivio sarà vuoto e per un po' tutte le pazienti che si presenteranno saranno (per il computer) nuove pazienti.

Cliccando sull'apposito tasto si aprirà la videata dell'inserimento dati anagrafici.

L'aspetto dei campi (cioè dei contenitori dei dati) è diverso l'uno dall'altro: cliccando sulla ▼ che compare accanto ad alcuni si aprirà un menù a tendina che offrirà suggerimenti in seguito modificabili; la data deve essere inserita nel formato gg-mm-aaaa; il campo telefono è unico e non diviso in più parti (come tel. casa, tel. ufficio, tel. cellulare, tel. madre...); nel campo telefono abbiamo a disposizione 60 caratteri per scrivere ad es. "cell. 333 111111 - uff. 02 2222222" ecc.; i campi anamnesi patologica remota e gravidanze sono campi chiamati "Memo" dove non vi è limitazione alla quantità di testo inseribile e dove, con il tasto Enter si va a capo, anziché passare al campo successivo – cosa che è sempre fattibile cliccando il tasto Tab, quello con le due frecce orizzontali a sinistra della tastiera. I campi potranno essere riempiti come si è usi a fare nella pratica clinica; ad es. nel campo gravidanze si potrà inserire

1997:IX,p.e.,Giovanni,3300,v.s.

1999: aborto spontaneo all' 8ª settimana

2001:IX,TC x pres. podalica,Marta,3000,v.s.

2002:IX,TCR,Andrea,2900,v.s.

È consigliabile (a meno che non sia strettamente necessario) non eccedere troppo con il testo ed i ritorni a capo nei campi "Memo" per evitare stampe troppo lunghe e talvolta non esteticamente gradevoli.

Nel campo “Note da inserire”, quello in verdino, in basso a destra, inseriremo delle notizie importanti, ad es. “Paziente allergica alle penicilline”, perché quello che qui verrà inserito comparirà anche in tutte le altre schermate della paziente (visite, esami, colposcopie).

Si potranno salvare i dati anagrafici della nuova paziente sia cliccando sul tasto “Esci / salva chiudi” (si tornerà così al menù iniziale), oppure passando con gli appositi bottoni a Visite, Esami, Colposcopie. Per salvare l’anagrafica non è necessario riempire tutti i campi che appaiono: molti possono essere lasciati vuoti; i campi essenziali sono “**Cognome, Nome, luogo e data di nascita**”.

Cliccando sul bottone in alto a destra, mentre si sta inserendo una nuova paziente, si potrà annullarne l’inserimento; una volta salvata una nuova paziente non sarà più possibile cancellarla, anche se si potranno effettuare tutte le modifiche ai dati.

A parte i campi “Memo” gli altri campi di testo hanno dimensioni limitate; per l’anagrafica sono le seguenti:

Campo	Caratteri
<i>Cognome</i>	<i>50</i>
<i>Nome</i>	<i>50</i>
<i>Luogo di nascita</i>	<i>50</i>
<i>Indirizzo</i>	<i>50</i>
<i>Città</i>	<i>50</i>
<i>Telefono</i>	<i>60</i>
<i>Professione</i>	<i>35</i>
<i>Allergie</i>	<i>70</i>
<i>Anamnesi fam.</i>	<i>150</i>
<i>Anamnesi OG</i>	<i>150</i>
<i>Contracc. attuale</i>	<i>15</i>
<i>Contracc. pregr.</i>	<i>15</i>
<i>Note da segnalare</i>	<i>30</i>

Prima Visita

Visita ginecologica

Se avremo almeno inserito cognome, nome, luogo e data di nascita sarà possibile cliccando su “*Visite*” inserire la prima visita.

In alto comparirà, oltre al nome del medico, quello della paziente, la sua data di nascita, il suo telefono e la data odierna; questi dati sono visibili in tutte le schermate (visite successive alla prima, visite pregresse, esami, ecografie, colposcopie).

La pagina prima visita si apre di default come modulo per l’inserimento di una visita ginecologica: infatti la casella “*Gravidanza in atto*” è deselezionata.

Le operazioni da compiere sono abbastanza semplici, i campi sono tutti facilmente intuitivi. Quelli con menù a tendina (▼) offrono svariati suggerimenti. Sono invece campi “Memo” l’anamnesi patologica prossima, le richieste, le prescrizioni e il campo “Altro”, perché talvolta bisogna inserire in questi campi testi superiori ai 254 caratteri, che è il limite dei campi carattere.

Il campo “Altro” logicamente comprenderà tutto quello che non trova riferimento negli altri campi: si potrà qui indicare l’esecuzione di un intervento (ad es. “Eseguito vabra courettage” o “Inserita IUD ...”) od altri riscontri clinici (ad es. “Torace: MV assente alla base del polmone dx...”). Sempre nello stesso campo si potrà inserire un’eventuale ecografia ginecologica se non si volesse inserirla negli apposite campi che compaiono selezionando la casella “Ecografia ginecologica”. Qual è la differenza? Se si inseriscono dati nei campi che appaiono selezionando il check box “Ecografia ginecologica”, questi dati verranno stampati su un apposito modulo con intestazione: “Ecografia ginecologica della sig.ra...”, mentre se la casella resta deselezionata verrà stampato solo il modulo della visita, con l’eventuale descrizione ecografica nel campo “Altro”.

Banale l’indicazione dell’esecuzione di pap test e/o di HPV test: se selezionati si renderà visibile un campo dove si potranno inserire delle note (ad es.: “Pregresso CIN III – leep nel 7.2010”) per l’Anatomo Patologo, note che compariranno sull’eventuale modulo di stampa allegato ai vetrini. Eventuale perché, come vedremo in seguito, potremo scegliere quali moduli stampare e quali no.

In qualunque momento potremo scegliere se uscire e salvare i dati immessi (pulsante in alto a sinistra) o se annullare l’inserimento della visita (pulsante in alto a destra), oppure se passare alle colposcopie, all’anagrafica o agli esami ematochimici. L’inserimento degli esami ematochimici presenta delle interessanti peculiarità che meritano di essere descritte.

Esami ematochimici

Non tutti gli esami ematochimici sono presenti per questione di spazio; si è quindi dovuto operare una scelta; per esempio, proprio per ragioni di spazio è stata omessa la formula leucocitaria e l'elettroforesi sieroproteica. I dati mancanti potranno comunque essere riportati nel campo “*Altri esami*”, che mette a disposizione 150 caratteri.

Per inserire dei nuovi esami bisogna scrivere la data di esecuzione (nel formato gg-mm-aaaa) nel campo “*Data nuovi esami*” (rettangolo a destra) e poi cliccare sul bottone “*Aggiungi nuovi esami*”. Nelle varie griglie della pagina verrà aggiunta una riga con la data selezionata; con il mouse potremo posizionarci nel riquadro opportuno ed inserire i valori (confermare con Enter).

Spesso è opportuno riportare gli esami ematochimici sul referto della visita che verrà consegnato alla paziente: è semplicissimo copiare gli esami di una determinata data nell’A.P.P. della visita in corso: basterà cliccare su “*Copia esami selezionati nella visita odierna*” e si verrà rimandati alla visita in atto dove nell’APP si ritroveranno i dati ematochimici. Attenzione: questa operazione può logicamente essere eseguita *solo se c’è una visita aperta*, in altre parole, *solo se si sta inserendo una visita*.

Nella tabella esami, sempre per questione di spazio, la larghezza dei campi è limitata e quindi bisogna ricorrere ad abbreviazioni; non c’è abbastanza spazio nella maschera dello schermo per scrivere G.R. = 4.985.000 o G.B. = 10.700; bisognerà inserire rispettivamente 4.95 e 10.7; similamente per la rosolia non “IgG = 56.4 e IgM = 0.0”, bensì *immune*.

Si possono poi cancellare tutti gli esami di una data selezionata con l’apposito bottone.

Prima visita

Visita ostetrica

La visita ostetrica presenta più opzioni della visita ginecologica: bisogna innanzitutto precisare che l'ecografia ostetrica non è un'entità a sé stante, ma è direttamente legata alla visita; ciò non creerà problemi ai medici che eseguono solo ecografie (ad es. di pazienti inviate da un altro sanitario), perché in fase di stampa si potrà decidere cosa stampare e consegnare alla paziente.

Probabilmente per prima cosa inseriremo la data dell'U.M. Selezionando il check box "Gravidanza in atto" si aprirà un riquadro che ci indicherà che siamo alla prima visita di questa gravidanza, l'epoca gestazionale (secondo l'amenorrea) e la DPP (sempre secondo l'amenorrea). Inoltre potremo stabilire il n. degli embrioni / feti presenti (massimo 3) e il tipo di ecografia che andremo ad inserire: *nessuna ecografia, ecografia office, ecografia morfologica*. Con quest'ultimo termine si intende solo un'ecografia con possibilità di inserire più dati rispetto alla ecografia "office".

Compariranno in basso a destra una, due o tre linguette che rimanderanno all'ecografia (una per ciascun embrione / feto presente). Queste linguette saranno presenti anche se si è scelto di non inserire alcuna ecografia, anche se logicamente non si potrà inserire alcun dato ecografico.

Se invece non avremo inserito alcun dato nell'U.M. o una data incongrua (ad es. di due anni precedenti la data odierna) la gravidanza verrà ridatata di default alla 14^a settimana e 0 giorni; comparirà la DPP (US) e le appropriate scritte; questi dati (settimana e giorni) potranno essere modificati e automaticamente verranno modificati i dati relativi (DPP US). Similmente una gravidanza corrispondente potrà venir ridatata o, viceversa, una gravidanza ridatata potrà venir posta corrispondente all'U.M., con immediato ricalcolo dei dati relativi. Con qualche prova si capiranno tutti i meccanismi.

Stabilito il numero di embrioni / feti presenti, si possono presentare diversi scenari cliccando sulla/e linguetta/e dell'ecografia:

- se si è scelto *nessuna ecografia* non sarà possibile inserire alcun dato ecografico (si visualizzeranno solo dei grafici che nel nostro caso saranno vuoti)

- se la gravidanza è inferiore alla 6^a settimana sarà possibile inserire solo una descrizione ecografica (una sola anche nel caso di più embrioni), sia che sia attivata l'*ecografia office* o la *morfologica*
- se si è scelto di inserire un'*ecografia di accrescimento o office* i dati inseribili saranno solo “*CRL, BPD, HC, AC, FL, Presentazione, Situazione, BCF, MAF, Liquido amniotico, Peso stimato e Note conclusive*”. Saranno inseribili (**espressi in mm. con un solo decimale – la virgola e non il punto funge da separatore**) solo i **valori biometrici congrui con l'epoca gestazionale** (vedi in seguito).
- Se si è scelto di inserire un'*ecografia morfologica* lo scenario sarà più articolato; oltre a quanto detto per l'*ecografia office*, si potranno inserire *Evidenze iniziali* (200 caratteri), *Dati morfologici* (che potranno essere riempiti con valori predefiniti), i valori del *bi-test*, di *cervelletto, ventricoli e HL*, i *valori flussimetrici*, le *note conclusive*. Nelle note conclusive si potrà inserire un testo predeterminato dall'utente, ad es.: «*Ecografia eseguita secondo i parametri della Società... Ecografia eseguita con apparecchio... e sonda... Consegnato alla paziente modulo esplicativo...*»; queste note possono essere registrate nel programma dal menù iniziale. Non è necessario riempire tutti i campi; dei campi morfologici in fase di stampa non sarà fatta menzione (neanche del nome) di un eventuale campo vuoto.

Se siamo in presenza di una gravidanza multipla si inserirà un'ecografia per ogni gemello, a meno che la gravidanza non sia inferiore alle 6 settimane.

Ogni volta che si inserirà/modificherà un dato biometrico di *CRL, BPD, HC, AC, FL*, comparirà il grafico appropriato con il relativo valore; con le apposite linguette si potranno visualizzare tutti gli altri grafici.

Nella pagina della visita si potranno salvare o annullare tutti i dati o passare all'anagrafica, agli esami, alle colposcopie.

Limiti dei dati ostetrici:

gestazione: ≥ 4 settimane e < 44 settimane

CRL: ≥ 6 settimane e < 15 settimane

BPD: ≥ 12 settimane

HC: ≥ 12 settimane

AC: ≥ 11 settimane

FL: ≥ 13 settimane

Bi test: ≥ 11 settimane e < 14 settimane con CRL ≥ 45 mm. e ≤ 85 mm.

Cervelletto: ≥ 18 settimane e < 25 settimane

HL: ≥ 13 settimane

Ventricoli: ≥ 14 settimane

Flussimetria: ≥ 18 settimane

Visite precedenti

Se la paziente ha già eseguito delle visite, cliccando sul bottone *Visite* non si andrà all'inserimento di una nuova visita, ma si aprirà una schermata che visualizzerà l'ultima visita effettuata. L'aspetto è diverso dall'inserimento visita; i campi non sono "editabili", cioè non si può inserire nessun dato, ad eccezione del risultato di pap test e/o HPV test (se eseguito/i). I grafici delle ecografie ostetriche mostreranno non solo i valori cui si riferisce la visita, ma anche, se presenti, quelli precedenti della medesima gravidanza. Con gli appositi bottoni si potrà navigare nelle visite della paziente; si potrà stampare (se non si sta inserendo una nuova visita) una qualsiasi visita precedente con relativa ecografia, moduli di pap test ecc. L'ultima visita registrata (sempre se non si sta inserendo una nuova visita) potrà venire cancellata. Inoltre si potrà passare alla pagina dell'anagrafica, a quella degli esami, alla colposcopia o tornare al menù principale.

Modificazione di visite precedenti

Può sembrare assurdo il parlare di modificazione di visite precedenti, ma talvolta si verificano situazioni che richiedono l'aggiornamento o il completamento di dati già immessi. Abbiamo visto che gli unici campi "editabili", cioè dove si possano inserire dei dati, sono i campi degli esiti di Pap test e HPV test; ma, per esempio, se si fosse per errore inserito P. A.: 230/70 anziché 130/70 e si fosse salvata e stampata la visita, l'unica soluzione in caso di impossibilità di modifiche, sarebbe quella di cancellare tutta la visita e poi reinserirla: ciò, in caso di visita ostetrica con ecografia morfologica ecc. comporterebbe una certa perdita di tempo; facendo doppio click sul nome (non sui dati) del campo "P.A." questo diventerà editabile; si potranno immettere nuovi valori e poi, sempre con un doppio click sul nome o premendo il tasto invio o passando ad un'altra visita, si salverà l'aggiornamento. Si potrà poi ristampare il documento.

Non tutti i campi sono modificabili: per es. nessun campo dell'ecografia lo è; sono modificabili solo i campi *P.A., Peso, A.P.P., G.E.eV., Collo, Corpo, Annessi, Mammelle, Richieste, Prescrizioni, Altro*. L'aggiornamento del campo "Altro" può poi risultare essenziale; se si fosse inserito: "Eseguito Vabra Courettage", si porrebbe il problema di dove inserire il responso anatomico patologico. L'inserimento nell'anamnesi patologica prossima della successiva visita non è una idonea soluzione, perché la

paziente potrebbe anche non ripresentarsi più. Allora, rendendo editabile il campo “Altro” si potrà inserire qui il responso anatomo patologico in modo da avere i dati sempre aggiornati.

Altra modifica alle pregresse visite, come già detto, è la cancellazione dell’ultima visita inserita, con l’apposito bottone in alto a destra.

Attenzione: queste operazioni sono eseguibili solo se non c’è una visita in corso; se si cancella una visita si uscirà automaticamente dalla form “Visite” e si verrà rimandati al menù principale o alle colposcopie (in caso di inserimento in atto); inoltre se si esegue un doppio click come descritto sopra, non sarà più possibile inserire una nuova visita: l’apposito bottone apparirà disabilitato; per inserire una nuova visita bisognerà quindi prima uscire dalla form (ad es. tornando al menù principale con il tasto “Esci”), per poi rientrarvi; sarà così di nuovo disponibile il bottone “Inserimento nuova visita”.

In altre parole se si apporta una qualunque modifica ai dati delle visite precedenti della paziente, bisognerà uscire e riaprire la form “visite precedenti” per poter inserire una nuova visita.

Inserimento di visita successiva

L'inserimento di una visita successiva presenta delle peculiarità che da una parte faciliteranno l'inserimento dei dati, dall'altra consentiranno con un "colpo d'occhio" di comprendere la storia clinica della paziente.

Per quanto riguarda la visita ginecologica, le caratteristiche di inserimento dei dati sono simili a quelle della prima visita.

Caratteristiche comuni alla visita ginecologica ed ostetrica

Il poter consultare con facilità i dati precedenti è essenziale nella pratica clinica. Per consultare dei dati precedenti (es. esecuzione dell'ultimo pap test, prescrizione di un farmaco) è di solito necessario scorrere in visualizzazione i record (cioè le visite) precedenti; nel programma invece basta posizionarsi con il mouse sul nome del campo da consultare (ad es. il campo "Peso") e sulla sinistra della form compariranno i valori precedenti con la relativa data. Ciò è valido per i campi P.A., Peso, A.P.P., G.E.eV., Collo, Corpo, Annessi, Mammelle, Richieste, Prescrizioni, Altro, Pap test. Verranno al massimo visualizzati i dati delle ultime dieci visite.

Visita ostetrica

Quando si inserisce una visita successiva non sempre questa viene posta di default (come nel caso di una prima visita) come visita ginecologica. Infatti il programma innanzitutto rileva i dati dell'ultima visita inserita, quindi:

- a) se questa è ginecologica la nuova visita è posta come ginecologica
- b) se l'ultima visita inserita è ostetrica, ma la gravidanza cui si riferisce sicuramente non può più essere in atto (> 43 sett.), la nuova visita viene posta come ginecologica.
- c) se l'ultima visita inserita è ostetrica e la gravidanza può essere ancora in corso, la nuova visita viene posta come ostetrica; verranno inseriti automaticamente i dati dell'U. M., il n. di feti, la data presunta del parto (am.), la settimana e i giorni di amenorrea; se si tratta di una

gravidanza ridatata, verrà inserita l'epoca gestazionale adeguata e la D.P.P. (US); i grafici ecografici conterranno i valori dei dati precedenti.

Qui logicamente si proporranno numerosi scenari: nei casi a) e b) o la visita sarà ginecologica oppure sarà la prima visita di una nuova gravidanza (basterà cliccare sul check box – casella di controllo – “Gravidanza in atto”).

Nel terzo caso vi saranno più opzioni:

1. la nuova visita può riferirsi al prosieguo della gravidanza (2^a, 3^a, 4^a,...visita in gravidanza): in questo caso i dati gestazionali, automaticamente inseriti, potranno sempre essere modificati (ridatazione, riduzione del n. dei feti, ecc.)
2. la gravidanza è terminata e questa visita è una visita ginecologica: in questo caso basta disattivare il check box “*Gravidanza in atto*”
3. la gravidanza è terminata, ma la paziente è nuovamente incinta: bisogna rivedere i dati dell' U.M. e/o della ridatazione, deve essere attivato il check box “*Prima visita in questa gravidanza*” e fissato il numero di embrioni / feti.

Quando si modificano i dati dell'epoca gestazionale compaiono sempre dei messaggi di avvertimento: alcuni dati ecografici inseriti nella nuova visita potrebbero risultare incompatibili con la datazione, quindi effettuando queste modifiche occorre sempre controllare gli eventuali dati ecografici inseriti.

Numero degli embrioni / feti: il numero massimo deve essere stabilito nella prima visita in gravidanza: se nella prima visita risultano 2 embrioni, nella seconda visita non potranno essere 3. Se si dovesse verificare un simile evento (non riconoscimento del n. esatto degli embrioni), la visita che si sta inserendo dovrà essere posta come prima visita (solo in questa si può mettere un maggior numero di embrioni / feti).

In caso di gravidanza plurima gli embrioni / feti sono denominati Gemello A, Gemello B, Gemello C, e non 1°, 2°, 3° gemello. Se si diminuisce il loro numero comparirà un'apposita maschera (form) che chiederà quale gemello non è più presente (per esempio, in caso di

gravidanza trigemina, se si fosse in precedenza denominato Gemello A l'unico feto maschio e questo non fosse più presente, si dovrebbe selezionare questo feto per "l'eliminazione dai dati": i dati ecografici verrebbero riferiti solo ai due gemelli restanti cioè B e C. Nella maschera di cui sopra si può "eliminare" un solo gemello per volta: se necessario si può ripetere l'operazione. Il numero massimo di gemelli è 3.

Flusso dei dati in gravidanza: è molto importante ricordare che tutte le visite che effettuerà una paziente gravida devono essere poste come visite ostetriche, anche se non si inserisce nessun dato clinico o ecografico: se una paziente gravida, dopo aver eseguito una o più visite ostetriche, è controllata per un qualsiasi problema non ostetrico, la visita deve in ogni caso essere posta come visita ostetrica, non ginecologica; in caso contrario verrebbe interrotto irrimediabilmente il flusso dei dati biometrici e gestazionali.

Dati ecografici: la differenza con la prima visita sta soprattutto nel fatto che i grafici riporteranno anche i dati precedenti, con un pallino più piccolo di diverso colore. Anche qui, dalla 6^a settimana si potrà scegliere se inserire un'ecografia "office" (cioè con *CRL, BPD, HC, AC, FL, Presentazione, Situazione, BCF, MAF, Liquido amniotico, Peso stimato e Note conclusive*), o un'ecografia "morfologica" intendendosi con ciò solo una form dove, oltre a quelli citati, compaiono anche i campi *Evidenze iniziali, Placenta, Morfologia fetale (S.n.c., Massiccio facciale, Torace, Cuore e grossi vasi, Diaframma, Stomaco, Addome e funicolo, Reni, Vescica, Arti), bi-test, cervelletto, ventricoli, HL, Valori flussimetrici*, o se non inserire alcuna ecografia (il non inserimento di una ecografia in una visita intermedia della gravidanza non compromette in alcun modo il flusso dei dati biometrici).

Colposcopie

Semplice l'inserimento dei dati colposcopici; quasi tutti i campi sono campi "logici" cioè ammettono solo i valori *si / no, yes / no, vero / falso, true / false*. I campi selezionati della ANTZ1 verranno evidenziati dal colore verde del testo, quelli dell'ANTZ2 dal colore rosso, e questi colori compariranno anche in fase di stampa. Eventuali rilievi vulvoscopici o vaginoscopici, essendo più descrittivi, potranno essere inseriti nel campo *Note* ed eventuali biopsie vaginali o vulvari nel campo *Altra biopsia*. I più comuni interventi chirurgici che si eseguono durante una colposcopia sono riportati e selezionabili; per quelli non presenti si può attivare il check box *Altri interventi* che chiederà che tipo di intervento si è fatto e se per questo intervento è necessario l'esame istologico (si potrà stampare in automatico la richiesta per l'anatomo patologo).

I campi delle colposcopie precedenti, quelle già salvate, non sono modificabili, a differenza di quanto visto con le visite pregresse. La visione dei dati precedenti può avvenire solo con i bottoni di navigazione.

Anche per quanto riguarda le colposcopie è possibile cancellare l'ultima colposcopia registrata o annullare quella in corso.

Stampe

È sempre possibile stampare i referti di visite, ecografie, colposcopie, dati anagrafici, moduli predefiniti dall'utente, moduli di richiesta di pap test, di HPV test, di esame istologico; ciò è possibile non solo per i dati che si stanno inserendo, ma anche per quelli pregressi.

La procedura è semplicissima: se stiamo inserendo una nuova visita o una nuova colposcopia, al termine dell'introduzione di tutti i dati cliccheremo logicamente sul tasto “*Esci salva / chiudi*”; si aprirà automaticamente una maschera che ci indicherà quali moduli potremo stampare e quali no, e questo dipenderà dai dati che sono stati inseriti: ad es. se non avremo eseguito un pap test non sarà possibile stampare il relativo modulo.

Potremo quindi scegliere quali moduli stampare e quali no; poi cliccando sul tasto “*Salva / Stampa*” partiranno nella stampante predefinita i report richiesti; se si fossero deselezionate tutte le opzioni, sempre premendo il tasto “*Salva / Stampa*”, verranno registrati i dati senza nessuna stampa. È altresì possibile ritornare all'inserimento dati (cioè alla visita o alla colposcopia) senza nessun salvataggio e stampa.

Per quanto riguarda le visite e le colposcopie precedenti il processo di stampa partirà premendo l'apposito bottone.

Stampa di ecografie ostetriche: le refertazioni delle ecografie ostetriche, sia “*morfologiche che office*” di una gravidanza maggiore o uguale alla 6^a settimana, conterranno sempre i grafici dei dati biometrici con le seguenti limitazioni: solo il grafico del CRL per gravidanze sino alla 10^a settimana; i grafici di CRL e AC per l'11^a settimana; i grafici di CRL, BPD, HC, AC e FL dalla 12^a settimana in poi.

Programmi di utilità

Nella pagina del menù iniziale compaiono, in basso verso sinistra, diversi bottoni che conducono a programmi di utilità. Il loro uso è intuitivo.

Permesso con orario e permesso senza orario: compaiono solo se vi è una paziente selezionata, cioè quando il suo nome compare nella “lente di ingrandimento”; consentono di stampare la dichiarazione di presenza in studio della paziente (per es. se si fosse dimenticato di farlo nella fase di stampa al termine della visita o colposcopia).

Conclusioni ecografia: consente di inserire o modificare un testo che viene abitualmente inserito al termine dell’ecografia; si potrà così, successivamente, inserirlo con un solo click nel campo “Note conclusive”.

Archivio: con questo programma si possono contare e visualizzare (anche per un determinato intervallo): tutte le visite, le visite ostetriche, quelle ginecologiche e le prime visite; queste ultime, grosso modo corrispondono alle nuove pazienti; grosso modo perché sono conteggiate solo le visite e non le colposcopie.

Moduli vari: se desideriamo consegnare alla paziente delle indicazioni o far firmare un consenso informato ecc., non dovremo più consegnare delle fotocopie; basterà inserire (una sola volta) il titolo ed il testo del modulo (che sarà poi sempre modificabile) e con un solo click stamparlo su un foglio che conterrà come intestazione i dati del medico.

Ripristina dati precedenti: questo programma non dovrebbe mai essere usato; se si verificasse però la necessità di riportare i dati delle pazienti a delle situazioni precedenti, è possibile ripristinare i

dati registrati in uno degli **ultimi tre salvataggi** eseguiti. Questi sono riportati con indicazione della data e ora di backup.

Intestazione stampe: tutti i moduli che vengono stampati riportano, in alto a sx, oltre al nome e cognome del medico (dati non modificabili nella versione attivata), anche titolo e ulteriori sette righe per specialità, indirizzi ecc. Questi ultimi dati sono tutti sempre modificabili.

Aspetto dei grafici: l'aspetto dei grafici, oltre che essenziale per facilitarne la comprensione, può essere di piacevole impatto visivo; si può scegliere, per la visualizzazione e la stampa, tra cinque differenti modalità, cliccando sul grafico desiderato e poi salvando l'opzione selezionata.

Troubleshooting

In tutti i programmi è sempre possibile, per le più svariate cause, che il software si arresti e che sembri non esserci alcuna possibilità di uscita. Il più delle volte ciò avviene in seguito all'introduzione di più comandi in contemporanea (es. numerosi click del mouse), mentre il computer sta eseguendo alcune operazioni. In questi invero rari casi è sufficiente spegnere il computer (con il tasto Reset o tenendo schiacciato il tasto di accensione per circa 5 secondi) e poi far ripartire il tutto. Eseguito il programma Archivio, **si dovrà controllare**, se si stavano inserendo dei dati, se questi sono stati salvati oppure no; nel caso siano stati salvati dati incompleti, è sempre possibile cancellare l'ultima visita e/o l'ultima colposcopia registrata e successivamente reinserirla; i dati anagrafici sono sempre modificabili. In caso di problemi con la stampante (inceppamento dei fogli ecc.) è sempre possibile ristampare qualsiasi modulo.

Salvataggi

Quando si esegue il backup dei dati, questi vengono salvati in più posizioni, ma sempre sul disco dove sono installati, insieme ai programmi; in caso di crash del computer o del disco rigido, essi potrebbero venire irrimediabilmente persi. L'opzione più sicura è salvarli frequentemente su uno o più dispositivi mobili (chiavette ecc.).

Il programma durante il setup viene installato nella posizione scelta dall'utente (disco e directory); qui, vengono create due cartelle denominate «*archivio*» e «*prograrch*»; in altre parole se l'utente avrà deciso di installare il programma nel disco D: nella cartella «*studio*», il setup creerà le directory (o cartelle) **D:\Studio\Archivio** e **D:\Studio\Prograrch**; a sua volta la directory «*archivio*» conterrà le cartelle «*datarch*» e «*bck*», cioè **D:\Studio\Archivio\Datarch** e **D:\Studio\Archivio\Bck**; è in quest'ultima posizione, in “**BCK**”, che vengono copiati i files delle pazienti quando si esce dal programma con il tasto “Esci con backup dei dati”. Quindi, per ulteriore sicurezza o per trasportare i dati su un altro PC, è necessario ricopiare tutti i files contenuti nella directory ...\\Archivio\\Bck (sono 10) su un supporto tipo chiavetta USB o altro.

Nella cartella «*archivio\bck*» risiedono quindi le copie di tutti i files salvati con il backup; invece i files su cui lavora il programma (quelli che saranno copiati in “Bck”) risiedono nella cartella ...**archivio\Datarch**. Se vogliamo quindi trasportare i dati delle pazienti su un altro computer, i 10 files dovranno essere ricopiati, nel nuovo PC, nella directory ...\\Archivio\\Datarch (i puntini indicano il percorso scelto dall'utente).

Per concludere:

per salvare i dati: da ...\\Archivio\\Bck\ a supporto esterno (es. chiavetta USB)

per copiare i dati in un altro PC: da supporto esterno (es. chiavetta USB) a ...\\Archivio\\Datarch\

Ricordiamo ancora che il programma, per il momento, è utilizzabile da un solo medico che lo può installare su diversi computer; è possibile anche installare, su un medesimo computer, più programmi di diversi medici, o anche dello stesso medico, tutto questo al patto che ciascuno di questi programmi sia stato installato in una diversa posizione; è un'opzione che può ingenerare confusione, visto che il nome del file di avvio (Archivio.exe) sarà sempre lo stesso, quindi da usare con cautela; è possibile anche installare più programmi sullo stesso computer, in partizioni diverse, ciascuna logicamente dotata di un proprio sistema operativo; opportunità, logicamente, per utenti esperti.

Medici che svolgono la propria attività in più studi

Anche se le pazienti di uno studio non si rivolgessero mai ad un altro studio, è sempre opportuno, per il medico, avere sempre sott'occhio tutti i dati clinici aggiornati. Nel caso di medici che operano in più studi, l'aggiornamento dei dati nei vari PC deve essere sempre costante, poiché una desincronizzazione dei dati porterebbe a risultati rimediabili con molta difficoltà o persino a situazioni irrimediabili.

La soluzione più semplice è quella di usare un computer portatile (con monitor adeguato); ogni studio dovrebbe possedere solo una stampante, anche se oggi esistono delle veloci stampanti a getto d'inchiostro portatili (pesano circa 2 kg.).

Più leggera, per utenti un minimo esperti, è la soluzione di portare con se i programmi e i dati archiviati su un disco rigido portatile: oggi questi dispositivi non necessitano di alimentazione (la prendono dal PC), sono leggerissimi e stanno in una tasca; ogni studio deve logicamente essere dotato di un computer e una stampante; su ogni computer dovrà, logicamente, essere installato il programma, con indirizzamento all'hard disk portatile. **Due sono le cose su cui bisogna porre la massima attenzione: la prima è che ogni volta che il programma viene installato nella medesima posizione i dati preesistenti vengono sovrascritti, cioè cancellati; bisognerà per prima cosa salvare eventuali dati registrati, per poi copiarli dopo il backup; la seconda è che il supporto esterno (hard disk portatile) deve essere nominato in ogni computer (prima di eseguire la relativa installazione) con la stessa lettera di unità: una lettera differente non consentirà l'avvio del programma nel precedente PC.** Per cambiare la lettera di un'unità disco, in XP: Start, Impostazioni, Pannello di controllo, Strumenti di Amministrazione, Gestione computer, Gestione disco, Selezionare il disco, Click col tasto destro, Cambia lettera e percorso di unità, Cambia, Scegliere lettera, Esegui.

Chi invece volesse i dati delle pazienti sempre presenti nel disco fisso di ciascun PC, dovrà trasportare e ricopiare sempre i files: finita una sessione di lavoro in uno studio dovrà salvare i dati su supporto mobile e, prima dell'inizio della sessione di lavoro nel successivo studio, dovrà

immettere i dati più recenti nel nuovo PC. Tutto questo deve essere fatto con estrema regolarità e metodicità: basta una dimenticanza o una distrazione per desincronizzare i dati, con conseguenze talora difficili da rimediare. Nessun problema sussiste, logicamente, se si trasportano i files dallo studio al computer di casa, perché nel computer di casa non vengono aggiunti o modificati i dati.

Per chi non volesse portare con sé proprio niente, è oggi possibile inviare e depositare i dati via internet in appositi “contenitori” messi a disposizione da diversi Internet Provider; i dati dovranno poi essere scaricati, prima dell’inizio di ogni sessione di lavoro, nel PC del nuovo studio. È da considerare che più le visite aumentano, più i dati diventano “pesanti”, anche se i files di database possono essere zippati (compressi) con buoni risultati (60 MB diventano meno di 4 Mb). Ulteriore considerazione riguarda il trasmettere dati sensibili, come quelli delle pazienti, in rete. Requisiti essenziali per questa opzione sono quindi una connessione ad Internet sempre attiva, con caratteristiche di sicurezza, molto veloce ed una buona esperienza da parte dell’utente.

Programma di prova e programma attivato

Il programma di prova funzionerà per due mesi; a parte questo non ci sono differenze con il programma attivato.

Per imparare ad usare il programma basta pochissimo tempo, data la sua semplicità; il non aver immesso opzioni ultraspecialistiche (del resto usate da pochi) lo ha reso logicamente “user friendly”; d'altra parte due mesi possono sembrare pochi per poter testare e vedere le funzionalità del programma nel corso di una gravidanza. Il programma è comunque molto duttile e per testare una o più intere gravidanze bastano delle semplicissime valutazioni ed accorgimenti:

- innanzitutto considerare che il computer per fare calcoli su epoche gestazionali ed altre date utilizza la data dell'orologio interno del computer, che quindi deve sempre essere aggiornata
- una visita in gravidanza può essere, per es., registrata come visita alla 7° settimana; se subito dopo si inserisce un'altra visita della stessa paziente, questa verrà sempre posta alla 7° settimana; basterà allora ridatarla per es. alla 11a settimana e la successive alla 17° e così via per vedere tutti gli sviluppi e le possibilità offerta dal software in termini di calcoli, grafici, visualizzazioni, stampe ecc.

Durante il periodo di prova si potranno immettere dei dati fittizi per effettuare dei test - dati che in seguito non saranno più utili - e dati che invece si vorranno conservare; in fase di attivazione si potrà scegliere quali dati conservare e quali eliminare.