

Kraj Vysočina



NEMOCNICE
JIHLAVA



 NIX-ZD

Národní kontaktní místo pro elektronické zdravotnictví



Spolufinancováno Nástrojem Evropské
unie pro propojení Evropy

Národní kontaktní místo pro el. zdravotnictví

- § 69 a zákona o zdravotních službách
- ISVS, centrální služba IDRR
- Správce - Ministerstvo zdravotnictví
- Provozovatel – Kraj Vysočina
- Komunikuje s národními kontaktními místy ostatních států EU.
- Umožňuje poskytovatelům předávání patientského souhrnu nebo zdr. dokumentace vedené o pacientovi v elektronické podobě nebo její části jiné než PS.

Národní kontaktní místo pro el. zdravotnictví

PŘESHraniČNÍ – EU

- **Pacientský souhrn**
 - V ostrém provozu od 2017
 - LUCEMBURSKO - PS/A
 - PORTUGALSKO – PS/A+B
 - CHORVATSKO – PS/A+B
 - MALTA – PS/A
 - FRANCIE – PS/A
 - HOLANDSKO – PS/A
- **Elektronická preskripce/dispenzace**
 - Ostrý provoz – konec 2022
- *Propouštění zpráv*
- *Laboratorní výsledky*
- *Snímky*
-

VNITROSTÁTNÍ

- Pacientský souhrn/PDF (původní dokument)
 - pro poskytovatele
 - pro pacienta – Portál občana

PORTÁL VEŘEJNÉ SPRÁVY MRAČENA MRAČOMORVÁ

PROFIL ÚDAJE DATOVÉ SCHRÁNKY KALENDÁŘ DOKUMENTY PODÁNÍ

ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE

Elektronický výpis z mé zdravotnické dokumentace od poskytovatelů zdravotních služeb, kteří jsou připojeni k Národnímu kontaktnímu místu pro elektronické zdravotnictví. [Seznam připojených poskytovatelů](#)

FAKULTNÍ NEMOCNICE U SV. MRAČENY V OBLÁČKOVÉ IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO 12345678 PLATNOST K DATU 7. 12. 2017 ULOŽIT DO DOKUMENTŮ STÁHNOUT	NEMOCNICE TŘEBÍČ, P.O. IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO 00839396 PLATNOST K DATU 7. 1. 2020 ULOŽIT DO DOKUMENTŮ STÁHNOUT	OBLASTNÍ NEMOCNICE JIČÍN IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO 26001551 PLATNOST K DATU 30. 10. 2019 ULOŽIT DO DOKUMENTŮ STÁHNOUT	ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA KRÁLOVÉHRADECKÉHO KRAJE IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO 48145122 PLATNOST K DATU 10. 9. 2020 ULOŽIT DO DOKUMENTŮ STÁHNOUT
---	--	--	--

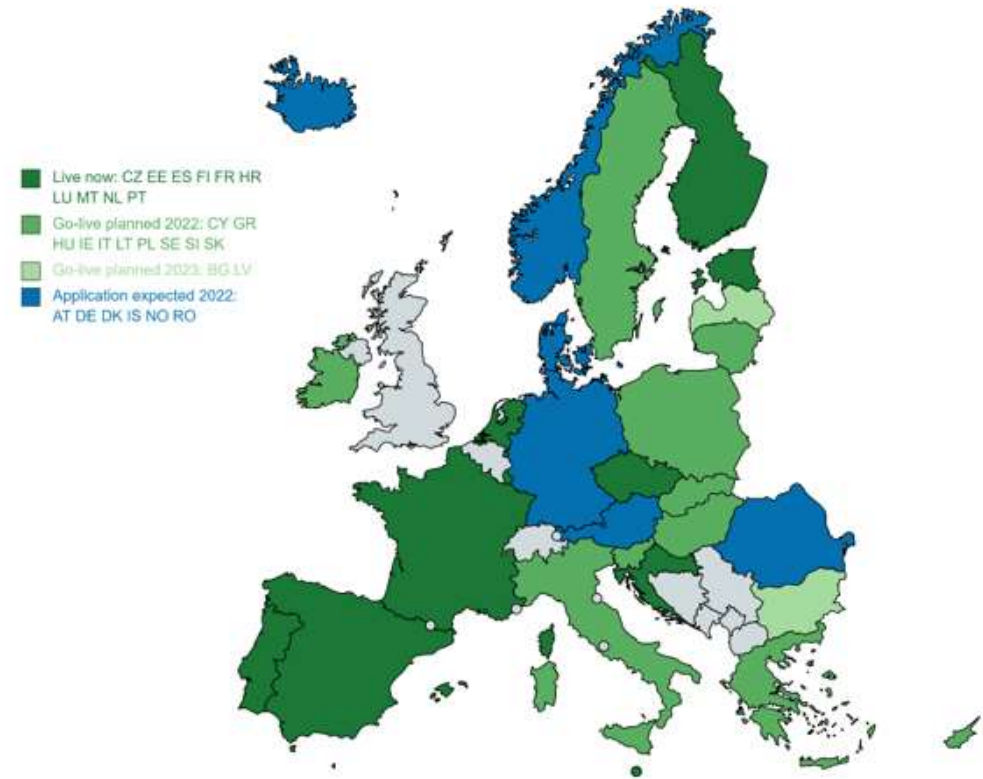


My health @ EU

eHealth Digital Service Infrastructure

A service provided by the European Union

- Member States status
 - FI, EE, HR, PT, CZ, MT, LU, FR, ES, NL are live
 - IE, BE, BG, CY, EL, HU, IT, LT, LV, PL, SE, SI, SK receive CEF grants
 - AT, DE, DK, RO, NO, IS don't have grants yet





Countries crossing

Croatia	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Czech Republic	✓	X			✓	✓	✓	✓	✓	
Estonia	✓		X	✓					✓	
Finland	✓		✓	X					✓	
France	✓	✓			X			✓	✓	
Luxembourg	✓	✓				X		✓	✓	
Malta	✓	✓			✓	✓	X		✓	
Netherlands		✓						X	✓	
Portugal	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓
Spain									✓	X

Upcoming countries

March 2022 data

- Austria
- Italy
- Belgium
- Latvia
- Bulgaria
- Lithuania
- Cyprus
- Poland
- Germany
- Slovakia
- Greece
- Slovenia
- Hungary
- Ireland
- Sweden

Following EU countries

- Denmark
- Romania
- Norway
- Island





6

MyHealth@EU MS updates

European state of play

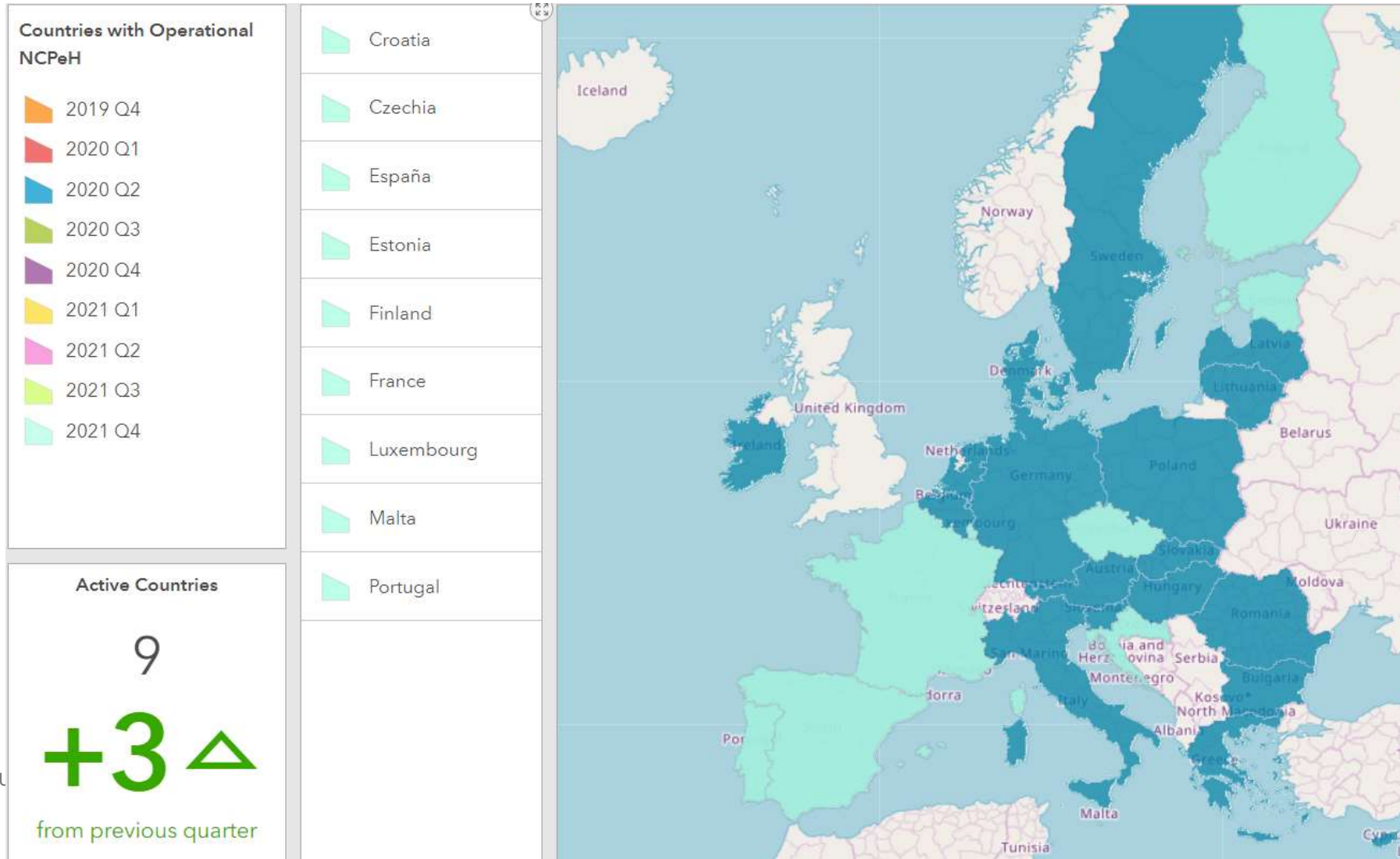


MyHealth@EU launch in 2018 – first MS in operation



10 countries connected

<https://webgate.ec.europa.eu/santegis/eHDSI/>



Countries with Operational NCPeH

- 2019 Q4
- 2020 Q1
- 2020 Q2
- 2020 Q3
- 2020 Q4
- 2021 Q1
- 2021 Q2
- 2021 Q3
- 2021 Q4

Active Countries

9

+3 ▲

from previous quarter



6

MyHealth@EU MS updates

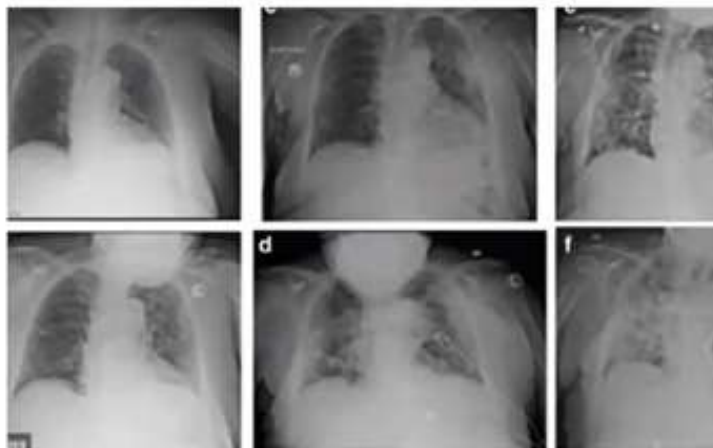
European state of play

EP



PS

.....budoucí přeshraniční služby NCPeH



Medical images

Lab reports

Blood Test Report				
	Female	Normal Values	Male	Observation
Complete Blood Count (CBC)	Fasting not required			
RBC (Erythrocytes)	No	M:4.5-5.4 F:4.0-5.4	M: 4.89	If low, anemia
Hemoglobin	No	M:14.0 F:12.0-16.0	Gu: 16.0	
PCV (Hct)	No	M:42-52 F:37-47	%	
MCV (Mean corpuscular volume)	No	84-100	fL, Cu	Type of anemia
MCH	No	27-32	Gu:	
MCHC	No	32-36	Gu:	
WBC (Leucocytes)	No	4500-11000	Per c. mm ³	If low, susceptibility to infection If very high in Leuc. Leukemia
Differential WBC count	No	%	%	
Neutrophils		50-70		If raise acute infection
Lymphocytes		20-30		If raise chronic infection
Monocytes		2-8		If raise TB, Typhoid, viral infection
Eosinophils		1-6		If raise allergy, cough with wheeze, and asthma
Basophils		0-1		If low, pernicious Leukemia
Abnormal cells				
Platelets	No	130000-400000	Co. mm ³	If low, bleeding disorder, dengue
Prothrombin time	No			
Myeloid of EBC	No	Normal/ Abnormal size of RBC differs		
WBC	No			
Blood Parasites	No		SF Titrate	
Reticulocytes	No	0.1-1.1 0.2-2.2		If raise anemia
Color Index	No	0.85-1.15		

AHA Discharge Form

Medical Record #: _____ Patient Name: _____ Location: _____ (Revised 10-17-00)
Admit Date: _____ Discharge Date: _____ Physician: _____

Demographic	Age: _____ years or Date of Birth: ____/____/____ Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
	Race: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Other (Specify)	
Cardiac Diagnosis	<input type="checkbox"/> Chest pain, pt MI <input type="checkbox"/> Confirmed AMI <input type="checkbox"/> CHF, Pulmonary edema <input type="checkbox"/> Coronary artery disease <input type="checkbox"/> Unstable Angina <input type="checkbox"/> Myocardial infarction <input type="checkbox"/> Coronary vascular disease <input type="checkbox"/> Peripheral vascular disease <input type="checkbox"/> Other	
Procedures	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Cardiac catheterization <input type="checkbox"/> PTCA <input type="checkbox"/> PTCA with stent <input type="checkbox"/> PCI <input type="checkbox"/> Echocardiogram <input type="checkbox"/> RVG <input type="checkbox"/> EIT <input type="checkbox"/> Nuclear EIT <input type="checkbox"/> Coronary artery bypass graft <input type="checkbox"/> Cardiac valve <input type="checkbox"/> MEGA <input type="checkbox"/> Exercise Echo <input type="checkbox"/> Other	
What does the patient's past history include?	<input type="checkbox"/> Previous MI <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Heart failure <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Atrial insufficiency <input type="checkbox"/> Stroke (within the past year) <input type="checkbox"/> No regular exercise (<30min, 3x/week) <input type="checkbox"/> PVD <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Atrial fibrillation <input type="checkbox"/> None of the above	
Height/Weight:	Hgt: _____ inches Wgt: _____ lbs BMI: _____	
Blood pressure:	_____/_____/_____ mmHg	
Lipids, HbA1C (if diabetic)	Total Chol: _____ mg/dL HDL: _____ mg/dL LDL: _____ mg/dL Triglycerides: _____ mg/dL HbA1C: _____ %	
Exercise tolerance:	_____%	
Discharge Status:	<input type="checkbox"/> 01 - Discharge home <input type="checkbox"/> 07 - Left against advice <input type="checkbox"/> 02 - Discharge to another hospital <input type="checkbox"/> 08 - Transfer to chronic or rehabilitation hospital <input type="checkbox"/> 03 - Discharge to skilled nursing facility (SNF) <input type="checkbox"/> 09 - Discharge to mental health setting <input type="checkbox"/> 04 - Discharge to intermediate care facility (ICF) <input type="checkbox"/> 10 - Discharge other <input type="checkbox"/> 05 - Discharge home health care organization <input type="checkbox"/> 20 - Expired	
Antibacterial completion:	<input type="checkbox"/> Arginine (80-125 mg/dl) <input type="checkbox"/> Nonverbal (Warfarin) <input type="checkbox"/> T or (M) P or (O) or <input type="checkbox"/> Check if taking prior to admission <input type="checkbox"/> Contraindications	
ACE Inhibitors:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> None contraindicated <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Taking prior to admission
Beta Blockers:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> None contraindicated <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Taking prior to admission
Diabetes Medication:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> None contraindicated <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Taking prior to admission
Other meds at discharge:	<input type="checkbox"/> Cc or thiazide blockers <input type="checkbox"/> Other anti-hypertensive <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Digoxin <input type="checkbox"/> Diuretic <input type="checkbox"/> Diabetes medication <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> None	
Referred to outpatient Cardiac Rehab Program?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	

Hospital discharge letter



Připojování poskytovatelů zdr. služeb k NCPeH

Stav připojování k NCPeH.CZ k 15.5.2022	Produkt (dodavatel) -> Připojené organizace ->	eMEDOCS/ISAC (ICZ)	FONS Ent. (Stapro)	GALEN (Stapro)	TransMISE (Stapro)	Medicalc (Medicalc)	HealthShare (Intersystem)	Zlatokop (IKEM)
	25 nemocnic, 3 ZZS (eMeDOCs.cz)	NEMJI.cz, NNM.cz NEM-TR.cz	praktičtí lékaři	PLD.CZ	NEMLIB.cz	FNOL.cz, FNKV.cz	VFN.cz, HOMOLKA.cz, IKEM.cz	
Úloha A (poskytovatel dat)	PS L3	✓	✓	?	⌚	✓	⌚	✗
	PS L1	✓	✓	?	✗	✓	⌚	✗
	PS L1 - Portál občana	✓	✓	?	✗	✓	⌚	✗
Úloha B (příjemce dat)	PS ČR	✗	✓	✓	?	?	✗	✗
	PS EU	?	✓	✗	?	?	✗	✗



hotovo



v testování

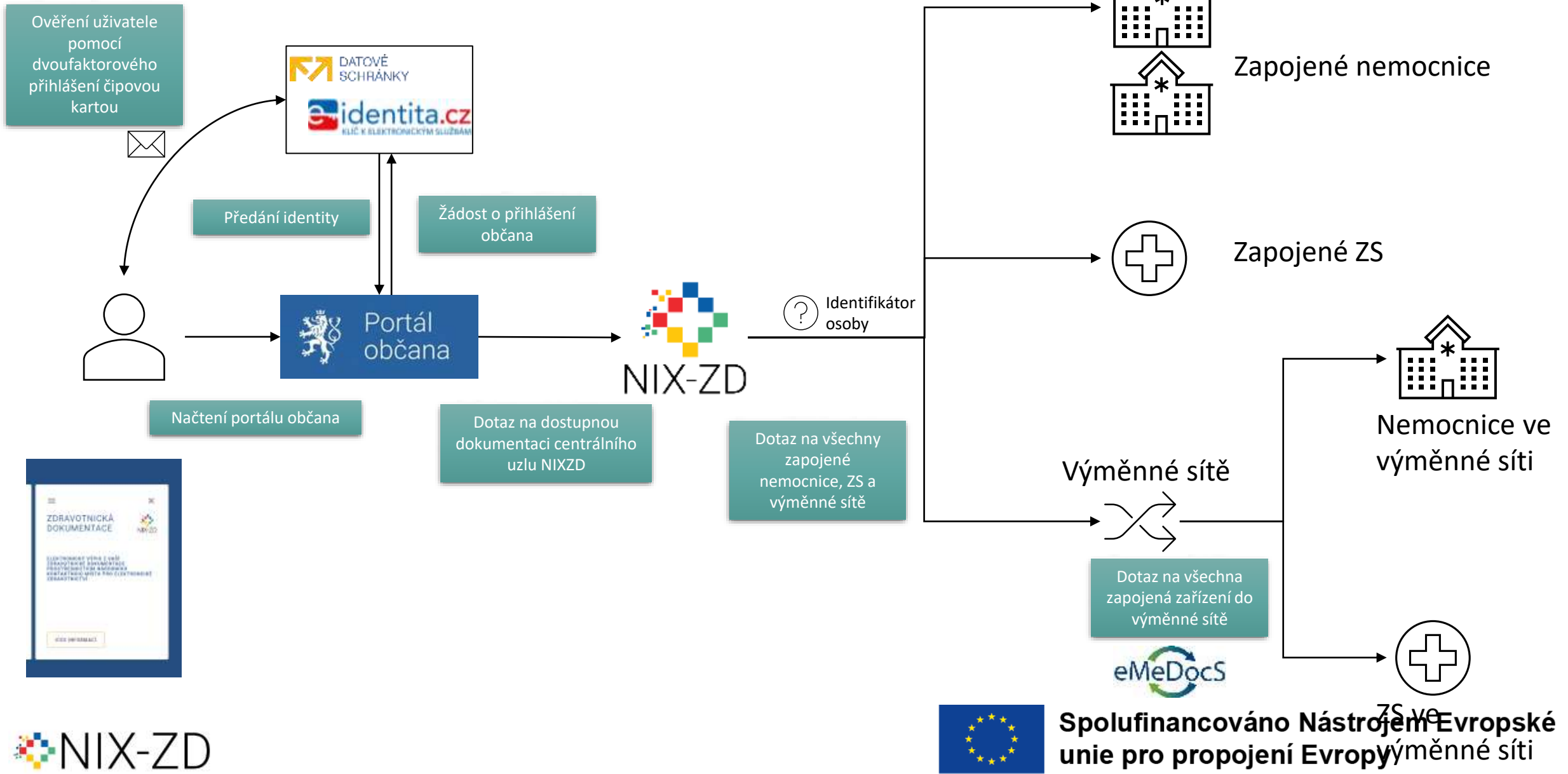


ve vývoji



stav neznámý

Zdr. dokumentace v Portálu občana



Nová výzva pro všechny.....



<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:32016L1148>

<https://bit.ly/3PIBFCH>

www.nixzd.cz

Děkuji za pozornost!!

A za spolupráci!

**Klára Jiráková
Kraj Vysočina**