KWALIFIKACJA PACJENTA PRZEZ E-PORTAL

1. Wejdź na stronę <u>https://uck.pl/</u>



2. Wybierz zakładkę "DLA PACJENTÓW" – a następnie PORTAL PACJENTA.



3. Aby wejść do Portalu Pacjenta UCK, należy kliknąć w link.



4. Zaloguj się na swoje Konto Pacjenta – zaloguj się poprzez profil zaufany lub zarejestruj się za pomocą formularza rejestracyjnego.

CGM EPORTAL PACJENTA System rezerwacji pacjentów Uniwersyteckie Centrum Kliniczne			a <u>A+</u> <u>A++</u> ()
	Zaloguj się na sw	voje Konto Pacjenta	
	Jeżeli posiadasz konto w serwisie Login gov.pl. możesz zalogować się, korzystając z niego. Zostaniesz przekierowany na stronę login.gov.pl	Login Hasto	
	Le gin.gov.pl	Zaloguj	
Lista orsekularuch	Zapomniałem h Zarejestruj się z Zarejestruj się z Przysotowania do badania Jadoorfk	asia / Resetuj hasio a pomocą formularza rejestracyjnego a pomocą login.gov.pl	
Pomoc przyklada Powrót do strony szpitala Wyślij wiadomość do rzecznika praw pacjenta	Przewodnik pacjenta Karta prz Kontakt Regulam Deklaracja dostępności Klauzuła Polityka bezpieczeństwa Polityka	va pacjenta in servisu informacyjna RODO cookies	Fundusze Europejskie Polska Cyfrowa
			Rzeczpospolita Polska
			Ministerstwo Zdrowia
			Unia Europejska Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego

5. Wybierz zakładkę "Kwalifikacja do hospitalizacji".

	iwersyteckie htrum Kliniczne							Ŀ	<u>A+ A++</u>
REZERWACJA WIZYTY		KWALIFIKACJA DO HOSPITALIZACJI		REZERWACJE	DOKUMENTACJA				
<u>1. Szukaj wizyty</u>		2. Wynik	i wyszukiwania		3. Podsumowan	ie	4. Potv	vierdzenie	
Szukaj wizyty Wybierz kryteria	wyszukiwania wizyt Wybierz lekarza	. Pola oznaczone gwi	azdką są wymagane.	Wybierz	z poradnię			Wybierz usługę *	
Wyszukuj od daty * 31-05-2023 Pokaż wizyty nie	Od edostępne on-line	do 	Płatnik Aby wybrać p	łatnika musisz wy	brać usługę				Szukaj

6. Kliknij "Nowy wniosek".

UCX Univ Cen	wersyteckie trum Kliniczne						1	<u>A A+</u> <u>A++</u> ①
Lista wniosków o	LECZENIA	HOSPITALIZACJI		 A second of the West 	and the second	n an an Sharan an		
	przyjęcie do szp						(Nowy wniosek 🗎
	Obecnie nie ma żad	nych wniosków o prz	yjęcie do szpitala					

7. Wybierz Oddział.

REZERWACJA WIZYTY	CONTYNUACJA LECZENIA	KWALIFIKACJA DO HOSPITALIZACJI		REZERWACJE	DOKUMENTACJA				
. Wniosek		2. Formu	ılarze		3. Załączanie pli	ków	4. Pods	umowanie	
Vnioskowanie o l	kwalifikację na	przyjęcie do szpił	tala						
ddział wnioskowany	Wybierz)	Oczekiwana	data przyjęcia *					
datkowe informacj	e dla lekarza kwali	ifikującego							
ierowanie									
e-Skierowanie	Papierowe skierov	wanie							
Wster7									Dalei

8. Wybierz Oddział wnioskowany z listy.

CGM EPORTAL PACJENT/ System rezerwacji pacjentów	WYBÓR ODDZIAŁU	🚱 🛞 Wyloguj
UCX Uniwer Centru	Nazwa Oddziału. Szukaj Anuluj	<u>A A+ A++</u> ①
REZERWACJA WIZYTY	1 Oddział Endokrynologii i Chorób Wewnętrznych (4030) Dębinki 7, 80-952 Gdańsk	
Wnioskowanie o kwa	ifikację na przyjęcie do szpitala	
Oddział wnioskowany *	Oczekiwana data przyjęcia *	
Dodatkowe informacje dla	lekarza kwalifikującego	
Skierowanie e-Skierowanie Papie Wstecz	erowe skierowanie	Dalej

9. Następnie dodaj skierowanie.

REZERWACJA WIZYTY	CNONTYNUACJA LECZENIA	KWALIFIKACJA DO HOSPITALIZACJI		REZERWACJE	DOKUMENTACJA		MOJE PORADNIE		ANKIETY
<u>1. Wniosek</u>		2. Formu	larze		3. Załączanie pli	ków	4. Pods	sumowanie	
Wnioskowanie o l	kwalifikację na	przyjęcie do szpit	ala						
Oddział wnioskowany	*		Oczekiwana	data przyjęcia *					
Oddział Endokryn	ologii i Chorób We	wnętrznych	30-05-2023						
Dodatkowe informacj	e dla lekarza kwali	fikującego							
Skierowanie									
e-Skierowanie	Papierowe skierov	vanie							
Wstecz									Dalej

10. Po wybraniu e-Skierowania: Wpisz kod lub klucz skierowania i naciśnij "Szukaj".

UCK Uniwersyteckie Centrum Kliniczne			<u> </u>
Kod skierowania Kłucz skierowania Kód skierowania Wyczyść 5z	ukaj		
			Anuluj Zatwierdź
Mapa serwisu	Lista oczekuiacych	Przveotowanie do badania	

11. Zatwierdź swoje skierowanie.

kod skerowania kod skerowania Wyczyś zoučaj kod skerowania kod s	
Nucz śderowania @skierowania Kod śderowania	
Kod Skierovania Wyczyść Strukaj Brak kodu Wysteniene 22.55 2023	
Szukaj Kodiówago brak kodu Wysteniose 2205/202	
Znależono sklerzwanie o kluczu: uostępu	
1003IO/7680005000005ISU231018150902283003120 Rojest	
Wystewca	
Baparanie 12) Honorabitoria	
Investefunaçãe	
in rootag el solgo el escatoren applangin. Nazara do discutar el toto applangin o discutar a construcción de la construcción de la construcción de la const	
Uzoschimer Mepuzitalizzati di degandu. Orde avguzitaziangez	
Specializaçãe endiarityrisagia, chanaty aexweitante	
Report a conserve on general to 14 memory to an Annual Annua	
Anulaj 220	wierdź

12. Dokument został dodany. Kliknij "Dalej"

1. Wniosek	2. Formularze	3. Załączanie plików	4. Podsumowanie	
Wnioskowanie o kwalifikację na przyjęcie do szpitala				
Oddział wnioskowany *	Oczekiwana data przyjęcia *			
	× (11052023			
uodatkowe informacje dla iekarza kwalifikującego				
Skierowanie				
Dokument został dodany Usuń				
			<u> </u>	

13. Kliknij "Wypełnij", aby wypełnić wniosek o kwalifikację na przyjęcie do szpitala.

1. Wniosek	2. Formularze	3. Załączanie plików	4. Podsumowanie
Wnioskowanie o kwalifikację na przyjęcie do szpitala - Fo	rmularze		
Kwalifikacja do hospitalizacji - Oddział Endokrynologii			Wypełnij 🖉
Wstecz			Dalej

14. Wypełnij dane w formularzu.

Formularz do wypełnienia	Powrót do listy formularzy
Kwalifikacja do hospitalizacji - Oddział Endokrynologii	
1. Wzrost [cm]	
155	0
2. Waga [kg]	
45	0
3. Proszę wypisać leki, które przyjmuje Pan(i) na stałe:	
brak	
	h.
4. Proszę wypisać Pan(i) alergie (w tym na leki):	
kot	
5. Proszę wypisać choroby przewiekie, na które Pan(i) choruje:	
Hashimoto	

6. Proszę wypisać przebyte hospitalizacje, ich przyczynę oraz rok, w którym się odbyła	
brak	
	li l
7. Czy pali/palika) Pan(i) papierosy	
O _{TAK}	
●NIE	
Proszę podać, przez ile lat oraz ile paczek papierosow dziennie:	
Cru charoual(a) Dar(i) na udo couo ranalonio untroluo	lh lh
o. Czy chorowana) ranki) na wirusowe zapalenie wętroby:	
OTAK	
●NE	
9. Czy miał(a) Pan(i) kontakt z krwią lub wydzielinami chorego na WZW?	
O _{TAK}	
• _{NIE}	
10. Czy był(a) Pan(i) szczepiony(na) p. WZW?	
Отак	
ONIE	
ONIE 11. Czy chorował(a) Pan(l) na COVID-19?	
ONIE 11. Czy chorował(a) Pan(i) na COVID-19? • TAK	

15. Na koniec kliknij "Zatwierdź"

7. Cy guiplailing Pan(i) papierosy: Ortak ● Nie Image: Second Se			
Crp.k ●NE Prosex podać, przez tle lat oraz ile paczek papierosów dsiennie:	7. Czy pali/palił(a)	Pan(i) papierosy	
Pine Prosex podać, przez le lat oraz lie paczek papierosów dziennie:	OTAK		
Proszę podać, przez lle lat oraz lle paczek papierosów dziennie: 	ONIE		
	Proszę podać, prz	ez ile lat oraz ile paczek papierosów dziennie:	
<pre>8. Cry chorowal(a) Pan(i) na wirusowe zapalenie wątroby? Trx Nie 9. Cry male(a) Pan(i) kontakt z krwą lub wydzielinami chorego na WZW? Trx Nie 10. Cry byle(a) Pan(i) szczepiony(na) p. WZW? Trx Nie 11. Cry chorowal(a) Pan(i) na COVID-19? Trx Nie 12. Cry byle(a) Pan(i) szczepiony(na) p. COVID-19? Trx Nie 12. Cry byle(a) Pan(i) szczepiony(na) p. COVID-19? Trx Nie 13. Cry byle(a) Pan(i) szczepiony(na) p. COVID-19? Trx Nie 14. Cry byle(a) Pan(i) szczepiony(na) p. COVID-19? Trx Nie 15. Cry byle(a) Pan(i) szczepiony(na) p. COVID-19? Trx Nie 15. Cry byle(a) Pan(i) szczepiony(na) p. COVID-19? Trx Nie 16. Cry byle(a) Pan(i) szczepiony(na) p. COVID-19? Try Nie 17. Cry byle(a)</pre>			
s. Cry chorowal(a) Pan(i) na wirusowe zapalenie wątroby? Tuck Nie 9. Cry mial(a) Pan(i) kontakt z krwią lub wydzielinami chorego na WZW? Tuck Nie 10. Cry byl(a) Pan(i) szczepiony(na) p. WZW? Tuck Nie 11. Cry chorowal(a) Pan(i) na COVID-19? Tuck Nie 12. Cry byl(a) Pan(i) szczepiony(na) p. COVID-19? Tuck Nie			
B. Czy chorowal(a) Pan(i) na wirusowe zapalenie wytroby?			1.
OTAK NIE 9. Czy unat(a). Pan(i). kontakt.z. kr.wią. lub. wydzielinami: chorego na WZW? OTAK INE 10. Czy byl(a). Pan(i). szczepiony(na). p. WZW? OTAK OTAK In. Czy chorowat(a). Pan(i). na COVID-19? In. Czy byl(a). Pan(i). szczepiony(na). p. COVID-19? In. Czy byl(a). Pan(i). Szczepiony	8. Czy chorował(a)) Pan(i) na wirusowe zapalenie wątroby?	
• NIE • Cyr ynla(a) Pan(i) kontakt z krwig lub wydzlelinami chorego na WZW? • Tak • NIE 10. Cry byf(a) Pan(i) szczepiony(na) p. WZW? • Tak • NIE 11. Cry chorowal(a) Pan(i) na COVID-19? • Tak • Tak • Tak • NIE 11. Cry chorowal(a) Pan(i) na COVID-19? • Tak • NIE 12. Cry byf(a) Pan(i) szczepiony(na) p. COVID-19? • Tak • NIE 12. Cry byf(a) Pan(i) szczepiony(na) p. COVID-19? • Tak • NIE 12. Cry byf(a) Pan(i) szczepiony(na) p. COVID-19? • Tak • NIE	OTAK		
9. Cy mial(a) Pan(i) kontakt z krwią lub wydzielinami chorego na WZW? Orak Nie 10. Czy byl(a) Pan(i) szczepiony(na) p. WZW? Orak Nie 11. Czy chorował(a) Pan(i) na COVID-19? Orak Orak Orak Nie 12. Czy byl(a) Pan(i) szczepiony(na) p. COVID-19? Nie	ONIE		
9. Czy matka) Pan(i) kontakt z krwą lub wydzielinami chorego na wzw? Orak I Orak I O. Czy był(a) Pan(i) szczepiony(na) p. WZW? I Orak Ni E I O. Czy był(a) Pan(i) na COVID-19? I Orak Oni E I O. Czy był(a) Pan(i) szczepiony(na) p. COVID-19? Kak Ni E			
CTak ®NIE 10. Cxy by(la) Pan(l) szczepiony(na) p. WZW? @Tak @Tak ONIE 11. Czy chorował(a) Pan(l) na COVID-19? @Tak ONIE 12. Czy by(la) Pan(l) szczepiony(na) p. COVID-19? @Tak ONIE 12. Czy by(la) Pan(l) szczepiony(na) p. COVID-19? @Tak ONIE	9. Czy miał(a) Pani	(i) kontakt z krwią lub wydzielinami chorego na WZW?	
•NiE 10. Cxy by(la) Pan(l) szczepiony(na) p. WZW? •Tak •NiE 11. Czy chorował(a) Pan(l) na COVID-19? •Tak •NiE 12. Czy by(la) Pan(l) szczepiony(na) p. COVID-19? •Ak •NiE 12. Czy by(la) Pan(l) szczepiony(na) p. COVID-19? •Ak •NiE	OTAK		
10. Cyt byf(a) Pan(i) szczepiony(na) p. WZW? 9 Tak 0 NiE 11. Cyc chorował(a) Pan(i) na COVID-19? • Tak • NiE 12. Cyc byf(a) Pan(i) szczepiony(na) p. COVID-19? • Tak • NiE 12. Cyc byf(a) Pan(i) szczepiony(na) p. COVID-19? • Tak • NiE • NiE • NiE • ONIE	 NIE 		
Image: Contract of the second seco	10. Czy był(a) Pan((i) szczepiony(na) p. WZW?	
NIE 11. Czy chorował(a) Pan(i) na COVID-19? ©TAK ONIE 12. Czy był(a) Pan(i) szczepiory(na) p. COVID-19? ©AK ONIE	OTAK		
11. Czy chorował(a) Pan(i) na COVID-19? ©TAK ©NIE 12. Czy był(a) Pan(i) szczepiony(na) p. COVID-19? ©AK ©NIE ©LE	ONIE		
©TAK ONIE 12. Czy był(a) Pan(i) szczepiony(na) p. COVID-19? SAK ONIE ONIE	11. Czy chorował	a) Panril na COVID. 197	
NIE 12. Czy był(a) Pan(i) szczepiony(na) p. COVID-19? AK ONIE Conie	OTAK		
VIIE 12. Czy był(a) Pan(i) szczepiony(na) p. COVID-19? PAK ONIE Zatwierdź	Onus		
12. Cxy był(a) Pan(i) szczepiony(na) p. COVID-19?	ONIE		
AK ONIE Zatwierdž	12. Czy był(a) Pan((i) szczepiony(na) p. COVID-19?	
O _{NIE}	OTAK		
Zatwierdź	ONIE		
Zatwierdź			
Zatwierdz			
			Zatwierdz

16. Po zatwierdzeniu status wniosku zmienia się na "Wypełniony". Kliknij "Dalej".

1. V	/niosek	2. Formularze	3. Załączanie plików	4. Podsumowanie	2
Wr	ioskowanie o kwalifikację na przyjęcie do szpitala - Fo	rmularze			
	Kwalifikacja do hospitalizacji - Oddział Endokrynologii			Wypełniony	Wypełnij 🖋
	Wstecz				Dalej

17. W punkcie 3 następuje załączanie plików.

Dokumenty, które powinny zostać załączone: dokumentacja medyczna, wyniki uzasadniające hospitalizację. Pliki można załączać w dowolnym formacie. Naciśnij przycisk, aby wybrać plik.

1. Wniosek	2. Formularze	3. Załączanie plików	4. Podsumowanie					
Załączanie plików	Załączanie plików							
	Uwaga! Po 365 dniach od dodania pliki będą automatycznie usuwane. Do dyspozycji Szpitala pozostaną	ą pliki załączone do dokumentacji medycznej.						
	Wybierz lub przeciągnij plik, który chcesz załączyć							
Opis dokumentu *			Warrol? Zituaterif					
Nazwa pliku:	Opis:		njujst zotneto:					

 Plik został przetworzony. Dodaj opis dokumentu – aby go załączyć kliknij "Zatwierdź". Tę czynność należy powtórzyć tyle razy ile będzie załączonych dokumentów.

1. Wniosek	2. Formularze	3. Załączanie plików	4. Podsumowanie	
Załączanie plików				
A UV	vagat Po 365 dniach od dodania pliki będą automatycznie usuwane. Do dyspozycji Szpitala poz	zostaną pliki załączone do dokumentacji medycznej.		
O Plik został przetwo	rzony. Aby go załączyć należy zatwierdzić operację przyciskiem.			
	+ Wyl	bierz lub przeciągnij plik, który chcesz załączyć		
form_29_Wykaz_dokumentó	w_drukowanych_OSA.pdf			
test				
Nazwa pliku:	Opis:		Wyczyść	č Zatwierdž

19. Plik został załączony i jest widoczny na liście. Dodaj kolejny plik lub kliknij "Dalej".

1. Wniosek	2. Formularze	3. Załączanie plików	4. Podsumowanie
Załączanie plików			
Uwaga! Po 365 dhiach od dodania plil	i będą automatycznie usuwane. Do dyspozycj	Szpitala pozostaną pliki załączone do dokumentacji medycznej.	
Plik został umieszczony na serwerze			
		Wyblerz lub przeciągnij plik, który chcesz załączyć	
Opis dokumentu *			
			Wyczyść Zatwierdź
Liczba załączonych plików: 1			
Nazwa pliku:	Opis:		
form_29_Wykaz_dokumentów_drukowanych_OSA.pdf	test		🗓 Usuń
Wstecz			Dalej

20. Ostatni punkt to podsumowanie – można tu zawrzeć informacje dla lekarza kwalifikującego. Na koniec kliknij "Wyślij wniosek".

1. Wniosek	2. Formularze	3. Załączanie plików	4. Podsumowanie
Podsumowanie			
Oddział wnioskowany Oddział Endokrynologii i Chorób Wewnętrznych	Oczekiwana data przyjęcia 27-05-2023		
Rozpoznanie (ICD-10) ze skierowania			
E22.1 - Hiperprolaktynemia			
Dodatkowe informacje dla lekarza kwalifikującego			
Wstecz			Anuluj Wysłij wniosek

21. Po wysłaniu wniosek jest widoczny na liście.

Lista wniosków o przyjęcie do szpitala			
			Nowy wniosek 🛅
26-05-2023 - Oddział Endokrynologii i Cho	orób Wewnętrznych		Status: Nowy wniosek
Data wniosku o przyjęcie: 26-05-2023	Wnioskowana data przyjęcia: 27-05-2023	Zatwierdzona data przyjęcia:	
Wiadomość dla pacjenta:			
			1 ×

22. Kwalifikacja została wysłana. Po przeanalizowaniu wniosku zostanie Pani/Pan poinformowany e-mailem o kolejnych krokach. Wszelkie zmiany w złożonym wniosku będą widoczne na e-Portalu pacjenta UCK.