

Draft Forms Module Project

Hannah Deutsch, Maria Fiske, Melissa Frechette
and Barbara Lerner from Mount Holyoke
College

Mentored by Darius Jazayeri from OpenMrs.org
and Ellen Ball from Partners In Health

Presentation to Partners In Health, July 27, 2010

The Idea

- A paper form needs to be converted to a digital format in order to be used in the database later.



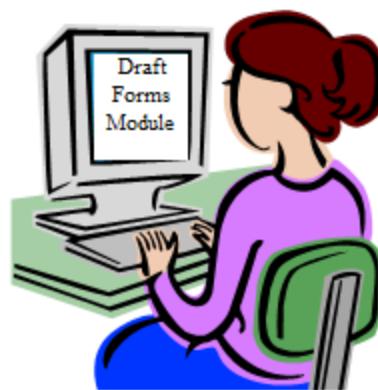
The Problem

- It takes a *long* time to take a form from paper to digital format
- Forms can be many pages long. That's a lot of HTML.
- Looking up concept ids is a slow and tedious process



Our Solution

- Streamline the process of form creation with an online tool
- The tool creates a basic html form with minimum time and effort from the user
- Simplify the process of finding and using concept ids





Current way:
HTML form entry

OR



New way:
Draft Forms Module

Old Way

OPENMRS

Currently logged in as Super User | [Log out](#) | [My Profile](#) | [Help](#)

Home | Find/Create Patient | Dictionary | Administration

Edit Form

Id: 2

Form: Practice Forms v0.1 (3)

Name: Complicated

Retired:

Created By: 2010-06-22 13:23:43.0

Changed By: 2010-06-22 13:57:54.0

Form Schema: [View](#)

HTML:

```
<html>
<head>
<title>6 Month Follow Up Visit</title>
</head>
<body>

<h2 style="text-align:center">
  6 Month Follow Up Visit
</h2>
<br/>

<p></p>

<table border="1">
<tr>
  <td>Lien</td>
  <td>Nom</td>
  <td>Prénom</td>
  <td>Age</td>
  <td>Vivante?</td>
  <td>Serotest</td>
</tr>
<repeat>
<template>
  <tr>
    <obsgroup groupingConceptId="1234">
```

Save

Preview

New Way



Currently logged in as Super User | [Log out](#) | [My Profile](#) | [Help](#)

[Home](#) | [Find/Create Patient](#) | [Dictionary](#) | [Administration](#)

Edit Draft Form

To create a form, use the Add Page button to create a page and the Edit Page button to edit the page. Within each page, use the Add Section button to create a section and the Edit Section button to edit the section. In a section, use the Add Item button to add an item to the section and the Edit Item to edit the item. To edit the name, version ID, or description of the form, use the Edit Details button. To leave this page, use the Exit Forms button. When all the concepts used in the form have been identified, click the Finish button to finalize the form.

Name: Simple

Version Id Number: Simple-US-su-26Jul10-en

Description: A much simpler way to make a form.

Unidentified Concepts: X

[Finish](#)

[Edit Details](#) [Exit Form](#)

[Page 1](#) [Page 2](#) [Add Page](#)

[+ Family History](#)
[- Vitals](#)
Add: [Edit](#)
[+ Medications](#)
[- Allergy Information](#)
Add: [Edit](#)
[Add Repeat Observation Group](#)
[Drop Down Menu/Radio Buttons/Check Boxes](#)
Text Response
Program
Reference Table
Reference Text
Image
Date
[English \(United States\)](#)
Location
Provider
Display Items
Attending Physician Box

Last Build: Jun 21 2010 03:21 PM Version: 1.7.0 dev Build 13672

Overview of Our Approach

- Different screens for each step that goes into the form.
- Accounts for sections and obs-groups
- Takes advantage of the repeat functionality in the html form creator
- Fill in simple fields to create the parts of the form
- One click to bring up a window to find concept ids

MSF SERVICE DES URGENCES

ID Numéro _____

Infirm. Resp. _____

Lieu _____

Médecin Resp. _____

Nom _____

Date de naissance (jj/mm/aa) _____

Prénom _____

Age _____ [] Année [] Mois [] Jour

Adresse _____

Sexe [] Masculin [] Féminin

Téléphone _____

ARRIVÉE

Date d'arrivée _____ Heure d'arrivée _____ (hh:mm) Référé par : _____

Sections**DÉTAILS Du TRAUMA****Etat général à l'arrivée - Cocher la ou les cases correspondantes**

- [] Stable [] Hémorragie externe [] Etat de choc [] Dyspnée
[] Agité [] Inconscient [] Mourant

Délai trauma-arrivée dans le service _____ jour(s) _____ heure(s) _____ minute(s)

Etiologie - Cocher la ou les cases correspondantes

- [] Tremblement de terre [] Plaie par balle [] Bastonnade [] Plaie par arme blanche
[] Accident domestique [] Accident du travail [] Blessure par bombe/grenade
[] Accident de la voie publique [] Viol [] Non-violence autre _____
[] Violence autre _____

Typologie - Cocher la ou les cases correspondantes

- [] Blessure [] Fracture fermée [] Fracture ouverte [] Vasculaire [] Neurologie [] Ecrasement
[] Contusion [] Brûlure [] Thoracique [] Viscéral [] Maxillo-facial
[] Urologie [] Ophtalmologie [] Gynécologique [] Tétanos (suspectée) [] Plaie infectée
[] Autre :

Provenance Dans quel quartier que le traumatisme s'est produit ? _____

NON-TRAUMA

- [] Rougeole [] Infection respiratoire haute [] Diarrhée Aigüe (≥ 3 selles liquides par jour)
[] Pneumonie [] Diarrhée sanglante (dystenterie) [] Symptômes de MST (écoulement uréthro-vaginal)
[] Grossesse [] Paludisme (Paracheck positif) [] Infection cutanée (non-lié à trauma)
[] Infection urinaire [] Conjunctivite [] Autre: _____

Items

There are many different types of things on this page. They are different kinds of *items*.

		Inshuti Mu Buzima PIH Rwanda		Programme TB / VIH DONNÉES DE BASE de Pédiatrie		IMB ID: _____																																				
																																										
Date (jour/mois/année) _____ / _____ / _____				Centre de Santé : _____																																						
1. Information démographique				Personne responsable: _____ Lien avec patient: _____ Nom: _____ Prénom: _____ Parent ou tuteur présent? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Accompagnateur: <input type="checkbox"/> Pas d'accompagnateur Nom: _____ Prénom: _____ Accompagnateur présent? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Groupe VIH: _____ <input type="checkbox"/> ARV <input type="checkbox"/> Suivi Diagnostic annoncé? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Groupe de counseling: _____ <input type="checkbox"/> aucun Transfert? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, transféré d'où: _____																																						
2. Sérologie VIH <table border="1"> <thead> <tr> <th>Type de test</th> <th>Résultat</th> <th>Date</th> <th>Hôpital ou C.S.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> sérotest</td> <td><input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> indéterminé</td> <td>_____ / _____ / _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> sérotest</td> <td><input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> indéterminé</td> <td>_____ / _____ / _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> sérotest</td> <td><input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> indéterminé</td> <td>_____ / _____ / _____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>				Type de test	Résultat	Date	Hôpital ou C.S.	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> sérotest	<input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> indéterminé	_____ / _____ / _____	_____	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> sérotest	<input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> indéterminé	_____ / _____ / _____	_____	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> sérotest	<input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> indéterminé	_____ / _____ / _____	_____																							
Type de test	Résultat	Date	Hôpital ou C.S.																																							
<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> sérotest	<input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> indéterminé	_____ / _____ / _____	_____																																							
<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> sérotest	<input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> indéterminé	_____ / _____ / _____	_____																																							
<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> sérotest	<input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> indéterminé	_____ / _____ / _____	_____																																							
3. Sérologie VIH des membres de la famille <table border="1"> <thead> <tr> <th>Lien</th> <th>Nom</th> <th>Prénom</th> <th>Age</th> <th>Vivant?</th> <th>Sérotest</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mère:</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> nég. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> non-testé</td> </tr> <tr> <td>Père:</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> nég. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> non-testé</td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> nég. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> non-testé</td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> nég. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> non-testé</td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</td> <td><input type="checkbox"/> nég. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> non-testé</td> </tr> </tbody> </table>				Lien	Nom	Prénom	Age	Vivant?	Sérotest	Mère:	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> nég. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> non-testé	Père:	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> nég. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> non-testé		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> nég. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> non-testé		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> nég. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> non-testé		_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> nég. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> non-testé			
Lien	Nom	Prénom	Age	Vivant?	Sérotest																																					
Mère:	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> nég. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> non-testé																																					
Père:	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> nég. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> non-testé																																					
	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> nég. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> non-testé																																					
	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> nég. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> non-testé																																					
	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> nég. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> non-testé																																					
4. Prophylaxie <table border="1"> <thead> <tr> <th>Prophylaxie de la mère en PMTCT: <input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> inconnu</th> <th>Prophylaxie de l'enfant: _____</th> <th>Date du début: _____ / _____ / _____</th> <th>Date d'arrêt: _____ / _____ / _____</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> trithérapie <input type="checkbox"/> à partir de _____ mois de grossesse</td> <td><input type="checkbox"/> NVP DU après naiss</td> <td>_____ / _____ / _____</td> <td>_____ / _____ / _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> monothérapie <input type="checkbox"/> à partir de _____ mois de grossesse</td> <td><input type="checkbox"/> AZT après naissance</td> <td>_____ / _____ / _____</td> <td>_____ / _____ / _____</td> </tr> <tr> <td>Pendant l'accouchement:</td> <td><input type="checkbox"/> co-trimoxazole</td> <td>_____ / _____ / _____</td> <td>_____ / _____ / _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> trithérapie <input type="checkbox"/> NVP dose unique</td> <td><input type="checkbox"/> isoniazide</td> <td>_____ / _____ / _____</td> <td>_____ / _____ / _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> fluconazole</td> <td>_____ / _____ / _____</td> <td>_____ / _____ / _____</td> </tr> </tbody> </table>				Prophylaxie de la mère en PMTCT: <input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> inconnu	Prophylaxie de l'enfant: _____	Date du début: _____ / _____ / _____	Date d'arrêt: _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> trithérapie <input type="checkbox"/> à partir de _____ mois de grossesse	<input type="checkbox"/> NVP DU après naiss	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> monothérapie <input type="checkbox"/> à partir de _____ mois de grossesse	<input type="checkbox"/> AZT après naissance	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	Pendant l'accouchement:	<input type="checkbox"/> co-trimoxazole	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> trithérapie <input type="checkbox"/> NVP dose unique	<input type="checkbox"/> isoniazide	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____		<input type="checkbox"/> fluconazole	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____															
Prophylaxie de la mère en PMTCT: <input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> inconnu	Prophylaxie de l'enfant: _____	Date du début: _____ / _____ / _____	Date d'arrêt: _____ / _____ / _____																																							
<input type="checkbox"/> trithérapie <input type="checkbox"/> à partir de _____ mois de grossesse	<input type="checkbox"/> NVP DU après naiss	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____																																							
<input type="checkbox"/> monothérapie <input type="checkbox"/> à partir de _____ mois de grossesse	<input type="checkbox"/> AZT après naissance	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____																																							
Pendant l'accouchement:	<input type="checkbox"/> co-trimoxazole	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____																																							
<input type="checkbox"/> trithérapie <input type="checkbox"/> NVP dose unique	<input type="checkbox"/> isoniazide	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____																																							
	<input type="checkbox"/> fluconazole	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____																																							
5. Vaccins <table border="1"> <thead> <tr> <th>Patient a reçu tous les vaccins: <input type="checkbox"/></th> <th>Naissance</th> <th>1.5 mois</th> <th>2.5 mois</th> <th>3.5 mois</th> <th>9 mois</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>BCG 1 <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Polio 1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Pentavalent 1 <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Rougeole 1 <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Pneumoccal 1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Patient a reçu tous les vaccins: <input type="checkbox"/>	Naissance	1.5 mois	2.5 mois	3.5 mois	9 mois		BCG 1 <input type="checkbox"/>						Polio 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>			Pentavalent 1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>			Rougeole 1 <input type="checkbox"/>				1 <input type="checkbox"/>		Pneumoccal 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>					
Patient a reçu tous les vaccins: <input type="checkbox"/>	Naissance	1.5 mois	2.5 mois	3.5 mois	9 mois																																					
	BCG 1 <input type="checkbox"/>																																									
	Polio 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																						
	Pentavalent 1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																						
	Rougeole 1 <input type="checkbox"/>				1 <input type="checkbox"/>																																					
	Pneumoccal 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																																							
6. Allergies connues aux médicaments / effets secondaires <table border="1"> <thead> <tr> <th>Médicaments</th> <th>Effets secondaires (spécifier: éruption cutanée, anaphylaxie, hépatite, autre)</th> <th>Date des effets secondaires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____ / _____ / _____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____ / _____ / _____</td> </tr> </tbody> </table>				Médicaments	Effets secondaires (spécifier: éruption cutanée, anaphylaxie, hépatite, autre)	Date des effets secondaires	_____	_____	_____ / _____ / _____	_____	_____	_____ / _____ / _____																														
Médicaments	Effets secondaires (spécifier: éruption cutanée, anaphylaxie, hépatite, autre)	Date des effets secondaires																																								
_____	_____	_____ / _____ / _____																																								
_____	_____	_____ / _____ / _____																																								

Text Response

Date d'arrivée _____ Heure d'arrivée _____ (hh:mm) Référé par : _____

Edit Text Response

Section

Item #

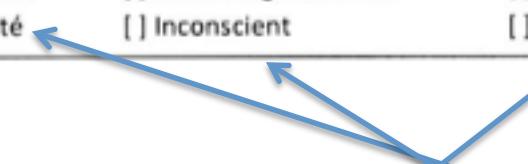
Item Text

Coded Response

Etat général à l'arrivée - Cocher la ou les cases correspondantes

<input type="checkbox"/> Stable	<input type="checkbox"/> Hémorragie externe	<input type="checkbox"/> Etat de choc	<input type="checkbox"/> Dyspnée
<input type="checkbox"/> Agité	<input type="checkbox"/> Inconscient	<input type="checkbox"/> Mourant	

Checkbox Answers



Can enter similar information as radio buttons or dropdown menus

Edit Radio Button, Drop Down Menu, Check Box

Section

Response Type Radio Buttons Drop Down Menu Check Boxes

Item #

Item Text

Answers

Stable	→ Widget goes here	↑ ↓ ✘
Agite	→ Widget goes here	↑ ↓ ✘
Hemorragie extreme	→ Widget goes here	↑ ↓ ✘
Inconscient	→ Widget goes here	↑ ↓ ✘
Etat de choc	→ Widget goes here	↑ ↓ ✘
Mourant	→ Widget goes here	↑ ↓ ✘
Dyspnee	→ Widget goes here	↑ ↓ ✘

Additional text field for further description

Reference Table

12. Développement psychomoteur



1 mois	2 mois	3 mois	4-5 mois	6 mois	8-9 mois	1 an
<ul style="list-style-type: none"> • Fixation du visage • Poursuite oculaire d'un visage • Sourire fugace 	<ul style="list-style-type: none"> • Sourire réponse • Tient la tête quelques instants • Poursuite oculaire des objets, intérêt visuel 	<ul style="list-style-type: none"> • Tient bien la tête en position assise • Redressement tête et tronc en décubitus ventral 	<ul style="list-style-type: none"> • Préhension volontaire • Tête dans l'axe au tiré-assis • Redressement sur les membres inférieurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Tient assis avec appui 	<ul style="list-style-type: none"> • Tient assis sans appui • Tient debout tenu • Début de marche à 4 pattes ou sur le siège ("Shuffle") • Pince pouce-index • Disyllabisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Marche seul (12-18 mois) • Prend et lâche les objets sur demande • Dit quelques mots
Evaluation :					Problème(s) de développement identifié (s) :	
Motricité grossière	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> pas normale				
Motricité visuelle-fine	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> pas normale				
Language	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> pas normale				
Socialisation/adaptation	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> pas normale				

Edit Reference Table

Section

Item #

draftforms.label

- Top row is a header
 Left column is a header

1 mois	2 mois	3 mois	4-5 mois	6 mois	8-9 mois	1 an
Fixation du visage	Sourire reponse	Tient bien la tete en posit	Prehension volontaire	Tient assis avec appui	Tient assis sans appui	Marche seul (12-18 mois)
Poursuite oculaire d'un vis	Tient la tete quelque insta	Redressement tete et tron	Tete dans l'axe au tire-ass		Tient debout tenu	Prend et lache les objets s
Sourire fugace	Poursuite oculaire des obj		Redressement sur les mer		Debut de marche a 4 patt	Dit quelque mots
					Pince pouce-index	
					Disyllabisme	

Display Items

MSF SERVICE DES URGENCES

ID Numéro

Lieu

Infirm. Resp.

Médecin Resp.

Spécialiste Resp.

Nom

Date de naissance (jj/mm/aa)

Prénom

Age

Année

Mois

Jour

Adresse

Sexe

Masculin

Féminin

Téléphone

Items whose values can be retrieved from a patient record in the database

Display Items

Enter an item number and label for any items you wish to display on the form. These values will be automatically filled from the database.

Identification:

Item # Patient Id

Item # Prefix

Item # Given Name

Item # Middle Name

Item # Family Name Prefix

Item # Family Name

Item # Family Name Two

Item # Family Name Suffix

Item # Degree

General:

Item # Gender

Item # State/Province

Item # Birthdate

Item # Postal

Item # Estimated Birthdate

Item # Country

Item # Dead Or Alive

Item # Latitude

Item # Death Date

Item # Longitude

Item # Cause of Death

Item # Neighborhood/Cell

Address:

Item # County/District

Item # Preferred

Item # Region

Item # Address One

Item # Subregion

Item # Address Two

Item # Township/Division

ObsGroup

Age _____ [] Année [] Mois [] Jour

Consists of 2 Items:

- Age: A Text Response
- Année / Mois / Jour: A Coded Response with 3 checkbox answers

Edit ObsGroup

Section:

Section 1 ▾

Display Name:

Grouping Concept:

→ [Pick Concept](#)

Ok

Cancel

Delete

Repeats

Antécédents Pathologique Personnels	Date	En cours?
		[]Oui []Non
		[]Oui []Non
		[]Oui []Non

Consists of 3 Items:

- Antecedents: A Text Response
- Date: A Text Response
- En cours: A Coded Response with 2 checkbox answers

Edit Repeats

To create a repeat, enter a display name and the number of times you wish to repeat the item

Section:

Section 1 ▾

Display Name:

Antecedents

Number of Repeats:

3

Ok

Cancel

Delete

Result of a Successful Project

- A tool where the process of creating a form is made simpler, faster, more intuitive, and far more accessible to those who are not familiar with HTML.
- The final output of the module will be easily formatted in more detail using existing tools.
- Will be easy to use and have clear, accessible, instructions.
- Good documentation so that others can easily add on to the module later if they desire

What We've Done

- And now for a walk-through...

2. Sérologie VIH			
Type de test	Résultat	Date	Hôpital ou C.S.
<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> sérotest	<input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> indéterminé	/ / /	
<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> sérotest	<input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> indéterminé	/ / /	
<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> sérotest	<input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> indéterminé	/ / /	

Edit Draft Form

To create a form, use the Add Page button to create a page and the Edit Page button to edit the page. Within each page, use the Add Section button to create a section and the Edit Section button to edit the section. In a section, use the Add Item button to add an item to the section and the Edit Item to edit the item. To edit the name, version ID, or description of the form, use the Edit Details button. To leave this page, use the Exit Forms button. When all the concepts used in the form have been identified, click the Finish button to finalize the form.

Name: Example Draft

Version ID Number: Example-Draft-US-hd-26Jul10-en

Description: Example Draft for presentation.

Unidentified Concepts: X

[Finish](#)

[Edit Details](#) [Exit Form](#)

Page 1	Page 2	Page 3	Add Page																								
<p><input type="checkbox"/> Serologie VIH</p> <p><input type="checkbox"/> Unnamed Repeat - repeats 3 times</p> <p><input type="checkbox"/> Unnamed Observation Group</p> <table border="1"> <tr> <td>n/a</td> <td>Type de test</td> <td>Identified</td> <td>Radio Buttons</td> </tr> <tr> <td>n/a</td> <td>Resultat</td> <td>Identified</td> <td>Radio Buttons</td> </tr> <tr> <td>n/a</td> <td>Date</td> <td>Identified</td> <td>Date</td> </tr> <tr> <td>n/a</td> <td>Hopital ou C.S.</td> <td>Identified</td> <td>Text Response</td> </tr> <tr> <td>Add:</td> <td><input type="button" value="▼"/></td> <td>Edit</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Add:</td> <td><input type="button" value="▼"/></td> <td>Edit</td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Donnees socio-economiques</p> <p>Add Section Delete Page</p>				n/a	Type de test	Identified	Radio Buttons	n/a	Resultat	Identified	Radio Buttons	n/a	Date	Identified	Date	n/a	Hopital ou C.S.	Identified	Text Response	Add:	<input type="button" value="▼"/>	Edit		Add:	<input type="button" value="▼"/>	Edit	
n/a	Type de test	Identified	Radio Buttons																								
n/a	Resultat	Identified	Radio Buttons																								
n/a	Date	Identified	Date																								
n/a	Hopital ou C.S.	Identified	Text Response																								
Add:	<input type="button" value="▼"/>	Edit																									
Add:	<input type="button" value="▼"/>	Edit																									

<p>7. Données socio-économiques</p> <p>Comment le patient est-il arrivé à la clinique?</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> marche</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> bicyclette</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> voiture</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> minibus</td> <td><input type="checkbox"/> autre : _____</td> <td></td> </tr> </table> <p>Combien de temps le patient met-il pour arriver à la clinique à pied? _____ heures</p> <p>Le patient va-t-il à l'école? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui si oui, en quelle année _____</p> <p>si non, pourquoi : <input type="checkbox"/> pas des matériaux scolaires <input type="checkbox"/> malade <input type="checkbox"/> frais scolaires <input type="checkbox"/> autre</p>	<input type="checkbox"/> marche	<input type="checkbox"/> bicyclette	<input type="checkbox"/> voiture	<input type="checkbox"/> minibus	<input type="checkbox"/> autre : _____		<p>Domicile:</p> <p>No. personnes vivant dans la maison: _____</p> <p>No. de pièces: _____</p> <p>Toiture : <input type="checkbox"/> tôle <input type="checkbox"/> paille <input type="checkbox"/> béton <input type="checkbox"/> sheeting</p> <p>Sol: <input type="checkbox"/> béton <input type="checkbox"/> terre battue</p> <p>Latrine: <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>
<input type="checkbox"/> marche	<input type="checkbox"/> bicyclette	<input type="checkbox"/> voiture					
<input type="checkbox"/> minibus	<input type="checkbox"/> autre : _____						

Edit Draft Form

To create a form, use the Add Page button to create a page and the Edit Page button to edit the page. Within each page, use the Add Section button to create a section and the Edit Section button to edit the section. In a section, use the Add Item button to add an item to the section and the Edit Item to edit the item. To edit the name, version ID, or description of the form, use the Edit Details button. To leave this page, use the Exit Forms button. When all the concepts used in the form have been identified, click the Finish button to finalize the form.

<p>Name: Example Draft</p> <p>Version ID Number: Example-Draft-US-hd-26Jul10-en</p> <p>Description: Example Draft for presentation.</p>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Unidentified Concepts: X</div> <div style="text-align: center;">Finish</div>
<input type="button" value="Edit Details"/> <input type="button" value="Exit Form"/>	

Page 1	Page 2	Page 3	Add Page																												
<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">+ Serologie VIH</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">+ Donnees socio-economiques</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 2px;">n/a</td> <td style="width: 60%; padding: 2px;">Comment le patient est-il arrive a la clinique?</td> <td style="width: 15%; padding: 2px;">Identified</td> <td style="width: 10%; padding: 2px;">Radio Buttons</td> </tr> <tr> <td>n/a</td> <td>Combien de temps le patient met-il pour arriver a la clinique a pied?</td> <td>Identified</td> <td>Number</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">+ Unnamed Observation Group</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">+ Domicile:</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 2px;">n/a</td> <td style="width: 60%; padding: 2px;">No. personnes vivant dans la maison:</td> <td style="width: 15%; padding: 2px;">Identified</td> <td style="width: 10%; padding: 2px;">Number</td> </tr> <tr> <td>n/a</td> <td>No. de pieces:</td> <td>Identified</td> <td>Number</td> </tr> <tr> <td>n/a</td> <td>Toiture:</td> <td>Identified</td> <td>Radio Buttons</td> </tr> <tr> <td>n/a</td> <td>Sol:</td> <td>Identified</td> <td>Radio Buttons</td> </tr> <tr> <td>n/a</td> <td>Latrine:</td> <td>Identified</td> <td>Radio Buttons</td> </tr> </table>				n/a	Comment le patient est-il arrive a la clinique?	Identified	Radio Buttons	n/a	Combien de temps le patient met-il pour arriver a la clinique a pied?	Identified	Number	n/a	No. personnes vivant dans la maison:	Identified	Number	n/a	No. de pieces:	Identified	Number	n/a	Toiture:	Identified	Radio Buttons	n/a	Sol:	Identified	Radio Buttons	n/a	Latrine:	Identified	Radio Buttons
n/a	Comment le patient est-il arrive a la clinique?	Identified	Radio Buttons																												
n/a	Combien de temps le patient met-il pour arriver a la clinique a pied?	Identified	Number																												
n/a	No. personnes vivant dans la maison:	Identified	Number																												
n/a	No. de pieces:	Identified	Number																												
n/a	Toiture:	Identified	Radio Buttons																												
n/a	Sol:	Identified	Radio Buttons																												
n/a	Latrine:	Identified	Radio Buttons																												
<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid #ccc; border-radius: 5px; padding: 2px; margin-right: 5px;" type="button" value="Add:"/> <input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid #ccc; border-radius: 5px; padding: 2px;" type="button" value="Edit"/>																															
<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid #ccc; border-radius: 5px; padding: 2px; margin-right: 5px;" type="button" value="Add:"/> <input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid #ccc; border-radius: 5px; padding: 2px;" type="button" value="Edit"/>																															
<input style="width: 150px; height: 20px; border: 1px solid #ccc; border-radius: 5px; padding: 2px; margin-right: 5px;" type="button" value="Add Section"/> <input style="width: 150px; height: 20px; border: 1px solid #ccc; border-radius: 5px;" type="button" value="Delete Page"/>																															

To Do

- Items need to be implemented
- Form completion
- New Version