



Mezőtúri Kórház és Rendelőintézet
5400 Mezőtúr, Kossuth L. út 9-11.
Tel.: 56/ 550-440, Fax: 56/ 550-477
e-mail: titkarsag@mezoturikorhaz.hu



Ikt.sz.: 790 / 1 / 2022.

SZABÁLYZAT

BETEGDOKUMENTÁCIÓ VEZETÉSE

Készítette:

.....
Dr. Sinkó-Káli Róbert
orvos-igazgató

.....
Nagyné Fekete Szilvia
ápolási igazgató

Jóváhagyta és kiadását elrendelte:

.....
Dr. Szecsei Klára
főigazgató

TARTALOMJEGYZÉK

TARTALOMJEGYZÉK.....	2
1. A SZABÁLYZAT CÉLJA	3
2. A SZABÁLYZAT ÉRVÉNYESSÉGI TERÜLETE	3
3. FELELŐSSÉG	3
4. FOGALMAK MEGHATÁROZÁSA.....	3
5. A SZABÁLYZAT LEÍRÁSA.....	3
5.1. BETEGDOKUMENTÁCIÓVAL KAPCSOLATOS RENDELKEZÉSEK	3
5.2. MÁS OSZTÁLYRA/INTÉZETBE TÖRTÉNŐ ÁTHELYEZÉS	11
5.3. BETEGDOKUMENTÁCIÓVAL KAPCSOLATOS EGYÉB RENDELKEZÉS	11
5.4. JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁS TERÜLETÉN	11
5.5. RENDELKEZÉS A KÖZPONTI KÓRLAPTÁROLÓ RENDJÉRŐL	12
6. DOKUMENTÁCIÓ	12
7. KAPCSOLÓDÓ DOKUMENTUMOK / HIVATKOZÁSOK.....	12
8. MELLÉKLETEK, ADATLAPOK JEGYZÉKE	13
9. ÉRVÉNYESSÉGI IDŐ.....	13

1. A SZABÁLYZAT CÉLJA

Ezen szabályzat célja meghatározni a betegellátáshoz kapcsolódó dokumentáció vezetésének rendjét.

2. A SZABÁLYZAT ÉRVÉNYESSÉGI TERÜLETE

A szabályzat érvényes a **Mezőtúri Kórház és Rendelőintézet** fekvőbeteg osztályra felvett és a járóbetegként ellátott beteg betegdokumentációjának vezetésére.

Alkalmazásánál a szakmai előírások, a fekvőbeteg szakellátás, a járóbeteg szakellátás, fekvőbeteg szakápolás folyamatának szabályozására kidolgozott minőségirányítási folyamatleírások, az egységek működési rendje, valamint a hatályos jogszabályok is alkalmazandók.

3. FELELŐSSÉG

- A szabályzat készítéséért, karbantartásáért felelős: orvos-igazgató
- A szabályzat jóváhagyásáért felelős: főigazgató

A szabályzat

- **betartásáért:** az ellátásban résztvevő valamennyi személy,
- **betartatásáért:** a fekvőbeteg ellátás/szakrendelés/gondozó főorvosa/szakorvos/főnővér/nővér/asszisztens
- **ellenőrzéséért:** az orvos-igazgató és az ápolási igazgató felelős.

A betegdokumentáció szabályozás szerinti vezetését háromhavonta intézeti szinten az orvos-igazgató és az ápolási igazgató ellenőrzi, az esetlegesen feltárt hiányosságról a főigazgatót értesíti.

4. FOGALMAK MEGHATÁROZÁSA

A fogalom meghatározásnál az egészségügyi szolgáltatókra vonatkozó jogszabályokban alkalmazott definíciók az irányadók.

5. A SZABÁLYZAT LEÍRÁSA

5.1. BETEGDOKUMENTÁCIÓVAL KAPCSOLATOS RENDELKEZÉSEK

1. A dokumentáció egyértelműen azonosított, - értelemszerűen - oldalszámozott.
2. Dokumentáció vezetésénél az olvashatóságot biztosítani kell.
3. Javításnál egyszerű áthúzás illetve zárójel alkalmazható, a javítást végző személy kézjegyével ellátva.
4. Visszakereshetőség biztosítása érdekében a bejegyzéseket, feljegyzéseket alá kell írni.
5. Egészségügyi dokumentációt (betegdokumentációt) úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát, elegendő adatot tartalmazzon ahhoz, hogy azonosítsa a beteget, támogassa a diagnózist, megindokolja a terápiát, az orvosi döntéseknek a diagnosztikai vizsgálatokra való épülését dokumentálja a kórlefolyást, a kezelési eredményeket, elősegítse

- az ellátás folyamatosságát az egyes szolgáltatók között is biztosítsa a beteg állapotának nyomon követését.
6. Tartalmazza a betegellátással kapcsolatos objektív bizonyítékként szolgáló feljegyzéseket és a tájékoztató beleegyezést.
 7. A betegdokumentáció, a betegadatok a kezelés, tárolás alatt a jogosultak részére legyen hozzáférhető, de biztosított legyen az adatvédelem, illetéktelen személlyel szemben.
 8. Az adatkezelő munkatársakat adatvédelmi oktatásban kell részesíteni.
 9. Számítógépes adatrögzítés, adatkezelésnél a belépési szinteket meg kell határozni és betartását biztosítani.
 10. A betegdokumentáció részeként meg kell őrizni – az 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről előírásai figyelembevételével – az objektív bizonyítékként szolgáló feljegyzéseket; állapot felmérési eredmények, konzíliumok, szakvélemények, diagnosztikus vizsgálatok eredményét.

Betegtájékoztatással kapcsolatban

- az ellátással kapcsolatos általános beleegyező nyilatkozatokat,
 - az adatkezeléssel kapcsolatos nyilatkozatot,
 - invazív beavatkozás-, magas kockázatú kezelés előtti betegtájékoztató-beleegyező nyilatkozatokat,
 - emberen végzett orvostudományi kutatásokban (klinikai kísérletek, tanulmányok) való részvétel eseti tájékoztatás és beleegyezési nyilatkozatot, kutatás/kísérlet eredményét,
(Ezen tájékoztató nyilatkozatoknak, kérelmeknek tartalmaznia kell a beleegyezés, illetve visszautasítás tényét, valamint ezek időpontját.)
 - a beteg/páciens gyógykezelésével kapcsolatos valamennyi igazoló jellegű dokumentációt (lázlap, kórlap, ápolási dokumentáció, vizsgálati lelet, stb.), valamint minden olyan egyéb adatot és tényt rögzítő dokumentumot, amely a beteg gyógyulására befolyással volt.
11. A dokumentáció megőrzésénél – a jogszabályi előírások betartása mellett – az állagmegóváról gondoskodni kell.
 12. A megőrzési idő lejártá után – a selejtezhető dokumentumok - a selejtezése során biztosítani kell, hogy illetéktelen kézbe ne kerüljön olyan információ, mely sértheti az intézmény, illetve más jogi vagy természetes személy érdekeit.
 13. Levéltárnak történő átadásnál a bizonyítékként szolgáló átadási jegyzőkönyvet központilag iktatva kell megőrizni.

A betegdokumentációval kapcsolatos rendelkezések részletezése

Az intézménybe fekvőbeteg ellátásra jelentkező pácienszt regisztrálni kell.

A felvételre kerülő személy részére:

- osztályspezifikus kórlapot
- lázlapot
- ápolási dokumentációt kell kiállítani
(értelemszerűen valamennyi rovatának kitöltésével)

A kórlap és az ápolási dokumentáció minden esetben tartalmazza a beteg személyi adatait – születési idő, hely, Leánykori név, anyja neve, állandó lakcíme, családi állapota – és TAJ számát, cselekvőképes beteg esetén az értesítendő személy-, kiskorú illetve gondnokság alatt álló beteg esetében a törvényes képviselő nevét, lakcímét, elérhetőségét. A kórlapra fel kell tüntetni továbbá a páciens kórházi törzsszámát is. Az állapotfelmérő adatok összegző elemzését rögzíteni kell a betegdokumentációba, illetve hivatkozni annak

tényére, időpontjára és az értékelés eredményének a helyére (konzílium, szakvizsgálat).

A betegnek nyújtott ellátás; a rendelések, eljárás, beavatkozás (ideje) és annak eredményét, étrendi előírást, terápiát, a felírt és beadott gyógyszert – a gyógyszerrendelés szabályai szerint - szerepeltetni kell a betegdokumentációban, az esetleg előforduló gyógyszer mellékhatásokat, szövődményeket is be kell jegyezni.

Kórlap vezetése, annak tartalmi elemei

Anamnézis:

Első felvétel esetén:

Részletes kórtörténet, amely tartalmazza a releváns családi anamnesztikus adatokat és rizikófaktorokat.

Ismételt felvétel (visszatérő beteg):

Utalás az előző kórlapra, mely a kórlaptárban megtalálható, és lehetőség szerint a jelen kórlaphoz kapcsolható, ill. a számítógéppel írt anamnézis megtalálható a számítógépben.

A korábbi kórtörténet jelen ápolás szempontjából legfontosabb elemeinek rövid összefoglalása.

Státusz:

Szokásos státusz, a szakma szabályai szerint, az osztály profilja által hangsúlyozott formában, részletesen taglal minden fiziológiástól eltérő jelet, tünetet, a felvételt megelőzően szedett gyógyszereket (lehetőleg adagolást is).

Más intézetből történő átvétel esetén szerepeljenek a korábbi, otthoni gyógyszerek is, illetve a küldő intézetben alkalmazott gyógyszerek.

Gyógyszerallergia:

Mindenképpen kitöltendő, nemleges válasz is.

Felvételi diagnózisok:

Kezelési terv:

A beteg ellátása során elvégzendő vizsgálatok, az indítható terápia, rendelkezésre álló adatok alapján.

Felvevő orvos neve, aláírása.

Dekurzuslap:

A dekurzuslap a teljes ápolási időszakot (dátum szerint) átölelő, olvasható feljegyzés.

A kórlap része, amennyiben külön lap, tartalmazza a beteg nevét, több lap esetén legyen sorszámozva.

Amennyiben a beteg az intézet más osztályáról kerül átvételre, tartalmazza az ellátás célját, a kezelési tervet.

A bejegyzéseknek nem kell feltétlenül naponta történni, stabil állapotú beteg néhány nap alatt történt eseményeit tartalmazhatja egy bejegyzés is, az időszak megjelölésével.

Amennyiben a beteg állapota szükségessé teszi, az egy napnál gyakoribb bejegyzést a dátum mellett időpont megjelölése is szükséges.

Tartalmazza:

- a beteg állapotában (mind fizikális, mind mentális) státuszában az előző bejegyzésekhez képest történt objektív változásokat, a beteg szubjektív érzését,
- a beteg állapotát döntően befolyásoló diagnosztikus vizsgálatok, laborértékek változásának értékelését, az ezek nyomán hozott kezelési döntéseket,

- a terápiás (műtét, beavatkozás, gyógyszerelés, áthelyezés) döntéseket, terveket, a fontosabb diagnosztikus vizsgálatok (RTG,UH, konzervatív kezelés, egyéb) elrendelését eredményező döntéseket, azok indikációját, azok egyéb lehetséges alternatíváit,
- ez utóbbiak elvetésének okát,
- tartalmazza a bejegyzés időpontját a bejegyző olvasható, azonosítható aláírását,
- más szakorvosok által adott konzíliumi vélemények a dekurzus részét képezik.

A kórlap további részei:

- felvételi beutaló
- vizsgálati leletek (kivéve a vérvételi eredményeket, ha azok beírásra kerültek a lázlapra és / vagy a kórlapba kerülő zárójelentés példány tartalmazza), eredeti dokumentumként időrendi sorrendben tárolandók,
- konzíliumok véleményei, (lehetőleg a betegdokumentációs rendszerben számítógéppel írt dokumentum, így később beemelhető a zárójelentésbe is).

Lázzalap tartalma:

- terápia funkció (törekedni kell az előírás és végrehajtás igazolhatóságára)
- gyógyszerelés (hatóanyag, dózis, szükség szerint adott gyógyszerek is legyenek feltüntetve)
- kábítószeres jelölése kötelező, - jelölve a beadás időpontját, elrendelő orvos aláírását
- a beteg akut állapot rosszabbodásakor „észlelő lap” nyomtatvány segítségével történik a páciens szoros megfigyelése

A kórlapba kerül elhelyezésre:

- általános beleegyező nyilatkozat, melyet a betegfelvételnél vesznek fel, valamint
- a beteg tulajdonát képező dokumentumról a nyilvántartás (amennyiben a beteg előző orvosi/egészségügyi dokumentációja átvételre kerül).

Zárójelentés

A betegnek az intézetből való távozásakor, valamint egyik osztályról a másik osztályra történő áthelyezésekor teljes, a kórházi ápolásra kiterjedő összefoglaló zárójelentés készül.

Kezelés időtartama:

Diagnózisok, beavatkozások:

Összes diagnózis (alap – és fődiagnózis, társbetegség, szövődmény, a halál alapjául szolgáló betegség, a halál oka).

Anamnézis:

Választhatóan külön fejezetben vagy az epikrízis részeként a beteg kórtörténetének rövid, logikus összefoglalása, és kórházi felvétel okának feltüntetése.

Státusz:

Szokásos a szakmának megfelelő státuszról a legfontosabb elemek kiemelése.

Leletek:

- Laboratóriumi leletek
- Vizsgálatok leletei
- Ismert gyógyszerallergia

Epikrízis:

Tartalmazza:

- ha külön fejezetben nincs anamnézis, akkor egy részletesebb, ellenkező esetben rövid kórtörténeti összefoglalás után a kórházi felvétel indokát
- a beteg vizsgálatainak, terápiáinak, az állapot alakulásának összefoglalását. A diagnosztikus és terápiás döntéseket
- a beteg állapotát távozáskor ide tartozik az elvégzett mozgásterápia eredménye és a távozáskori mozgásszervi állapot (kötelező rögzíteni)

Orvosi javaslat:

- a javasolt kezelést: életmód, terhelhetőség, diéta, gyógyszerek (előírás szerint a hatóanyag feltüntetésével)
- amennyiben további vizsgálatokra, műtetre, kezelésre történt előjegyzés, ezek időpontját, (vagy várható időpontját), későbbi értesítés esetén ennek tényét, továbbá beavatkozás / vizsgálat helyét (helyben vagy máshol stb.)
- egyéb, kezelőorvosnak szóló utasításokat (pl. javaslat szakorvosi gondozásba vételre)

A távozás irányától függetlenül a beteget, zárójelentéssel (beleértve a halotti epikrízist) kell útjára bocsátani. Osztályt dokumentáció nélkül beteg nem hagyhat el – a dokumentatív kötelesség a beteg ellátását (pl. más intézetbe helyezés) nem hátráltathatja.

Az ápolási dokumentáció

Az ápolási dokumentáció az ápolási folyamat, mint módszer szisztematikus gondolkodásmódjának alkalmazása, gyakorlati megvalósítása, célja:

- a betegek ápolásának tervezése és hatékony kivitelezése,
- a beteg részére biztosítható legyen a személyre szabott ápolás,
- a beteg állapotában bekövetkező változás követhető legyen,
- az ápolási munka eredményei és hiányai bizonyíthatóvá váljanak,
- az ápolói felelősség fokozódjon.

Az ápolási lap vezetésénél fontos szempont, hogy az tükrözze a beteg állapotát, az elvégzett tevékenységeket és kivitelezést végző személyt. Az ápolásért felelős szakdolgozó folyamatosan – illetve a műszak végén összegezve – rögzíti a szolgálat alatt a beteggel kapcsolatos észrevételét, tevékenységét.

Az ápolási dokumentáció szakszerű és folyamatos vezetése minden szakápoló munkaköri kötelessége. Az ápolási dokumentáció értékelése az ápolási folyamat minden egyes lépcsőjének integráns része, mely kiterjed:

- az ápolási folyamat egyes fázisaira,
- az ápolás funkcióira,
- az ápolás objektív és szubjektív feltételeire.

Az értékelést a főnővér végzi.

Az ápolási dokumentáció részei, formai és tartalmi követelményei:

Ápolási anamnézis:

a betegellátás módszeres megtervezése, mely lehetővé teszi, hogy az ápoló minden ismeretet megszerezzen, amely a beteg egyéni szükségleteit kielégítő hatékony ápoláshoz elengedhetetlenül szükséges:

- személyi adatok, legközelebbi hozzátartozó elérhetősége, szociális körülmények,
- krónikus és társbetegségek,

- vitális paraméterek,
- megfigyelés, felmérés a beteg testi lelki és fizikai állapotáról,
- gyógyszer, egyéb allergia felmérése,
- rendszeres gyógyszer szedés felmérése,
- étrend, diéta,
- információ nyújtás az értéktárgyak megőrzésére vonatkozóan,
- önálló képesség, mozgás felmérése.

Az összegyűjtött információk alapján a beteg alap ápolási kategóriába történő besorolása:

- I. Kategória: a beteg önálló
- II. Kategória: a beteg korlátozott ágynyugalmú
- III. Kategória: a beteg szigorú ágynyugalomra szorul
- IV. Kategória: a beteg teljesen függő

felvevő ápoló aláírása.

Fontos a személyi adatok feltüntetése, ápolási szükségletek felmérése, kiemelten a szociális anamnézis, mely a beteg gyógyulása/hazabocsátása utáni ellátás biztonságára vonatkozik (elbocsátás tervezéséhez nyújt információt), az - ápolási státusz-, az ápolási problémák meghatározása.

A felmérést végző személy kézjegyével látja el a dokumentáció ezen részét.

Ápolási diagnózisok:

Az összegyűjtött információk alapján a beteg tényleges vagy lehetséges problémája, melyet az ápoló határoz meg, és erre építi fel az ápolásához szükséges tervet.

Ápolási terv:

Az ápolási diagnózisok megoldására a betegközpontú célkitűzések kialakítása, a specifikus ápolási utasítások és a célkitűzések elérése, a beteg állapotának változásáról minden egyes problémával kapcsolatos esemény rögzítése, az ápolási beavatkozások, műveletek meghatározása.

Ápolási lap:

Az ápolás folyamatának átfogó dokumentálása:

- az adott műszakban történt beteggel kapcsolatos események rögzítése
- ápolási beavatkozások, feladatok elvégzése
- egyéb megjegyzések a beteg állapotával kapcsolatban – műszakonként.

Fizioterápiás - Gyógytornász dokumentáció

Fizioterápiás kezelőlap:

A mozgásszervi rehabilitációs intézetekben egy közös kezelőlapon dokumentálják az alábbiakban felsoroltak szerint a fizioterápiás kezeléseket.

- beteg adatai
- diagnózisok
- kezelő orvos neve
- fizioterápiás kezelés meghatározása (eljárás, kezelés időtartama)
- a beteg mozgására vonatkozó adatok (szállíthatóság)

Fizioterápia:

- eljárások, kezelések
- kezelendő testrész
- intenzitás, időtartam
- kezelés beosztása

- különleges eljárások
- fizioterápiás asszisztens neve

Gyógytorna:

- egyéni, csoport
- eljárások, kezelések
- kezelés időpontja
- előírások (terhelhetőség, segédeszköz használata, betegmegfigyelés)
- egyéb eljárások, kezelések
- a beteg állapotának hetenkénti után követése
- gyógytornász neve

Masszázs:

- masszázs formái
- előírások
- kezelendő testrész
- masször aláírása

Kezelési órarend:

Fizioterápiás és gyógytornász kezelések napi időbeosztása.

Ellenőrző lap:

Fizioterápiás és gyógytornász kezeléseken történő megjelenés követése.

Dietetikai dokumentáció

A dietetikai dokumentáció a fekvőbeteg szakellátást nyújtó intézményekben a beteg bekerülésétől kezdődően a hazabocsátásig tartalmazza a táplálással összefüggő folyamatok részletes leírását.

A dietetikus önállóan, a kezelőorvossal/gondozó teammel konzultálva végzi munkáját.

A dietetikai dokumentáció célja:

1. a táplálkozási anamnézis ismeretében táplálási terv felállítása,
2. egyénre szabott terápia nyújtása,
3. a fenti változások nyomon követése,
4. a dietetikai szolgáltatások teljesítésének dokumentálása,
5. minőségügyi megfelelőség bizonyítása,
6. a jogszabályi előírásoknak való megfelelés,
7. pontos írásbeli és szóbeli kommunikáció biztosítása a team-munka érdekében.

A dietetikai dokumentáció vezetésének általános szabályai:

1. A dietetikai dokumentáció lehet kézzel vagy géppel írott, illetve elektronikus formátumú.
2. A dokumentációnak tükröznie kell a teljes táplálási folyamatot.
3. A dokumentálásra került adatoknak a vonatkozó adatvédelmi jogszabályoknak meg kell felelniük.
4. A táplálásban bekövetkezett változások időbeni folyamatát pontosan kell rögzíteni.
5. A dokumentációt vezető személynek az írott anyagot aláírásával szükséges ellátnia.
6. A dietetikai dokumentációnak jól olvashatónak, tömörnek, világosnak kell lennie.

A szociális munkás által vezetett dokumentáció

A dokumentáció tartalma:

- beteg adatai,
- orvosi diagnózis,
- legközelebbi hozzátartozó, kapcsolattartó pontos elérhetősége,
- részletes, szöveges szociális anamnézis
- egyéb fontos információ.

Kapcsolatfelvétel – kapcsolattartás:

- hozzátartozókkal, családdal,
- kórházi osztályokkal,
- szociális intézményekkel,
- házi orvosokkal,
- önkormányzattal,
- otthoni szakápolással,
- hivatalos szervekkel, hatóságokkal
- helyi foglalkoztatási osztállyal
- civil szervezetekkel.

Kliensek elhelyezésének szervezése:

- ápolási osztályra történő elhelyezés,
- szociális otthoni elhelyezés elindítása,
- otthoni szakápolás kezdeményezése,
- gondozási központba történő irányítás,
- idősok klubjába történő felvételi kérelem,
- házi segítség nyújtás szervezése,
- családsegítőbe történő irányítás,
- hajléktalan szállón történő elhelyezés,
- albérlet felkutatása.

Hivatalos ügyintézés:

- gondnokság alá helyezés kezdeményezése,
- rokkantsági kérelem,
- nyugdíj átírási kérelem kezdeményezése,
- méltányossági nyugdíjmelés kérelmezése,
- özvegyi nyugdíj kérvényezése,
- otthoni étkeztetés szervezése,
- támogatás, segély kérvényezése,
- közgyógyellátás kérvényezése,
- táppénz ügyintézés,
- ügyvédi segítség kérése.

Szociális munka során végzett egyéb tevékenység:

- pszichés támogatás, kliensnek hozzátartozónak,
- információ szolgáltatás kliensnek, hozzátartozónak, egészségügyi személyzetnek,
- felvilágosító tevékenység, kliensnek, hozzátartozónak
- kliens vagy képviselője, szociális munkás aláírása.

Sürgősségi ellátást igénylő betegre vonatkozó dokumentáció

A beteg állapota a felvételkor azonnali ellátást igényel, illetve a fekvőbeteg osztály

zavartalan ellátásának biztosítása nem teszi lehetővé az orvosi illetve ápolási állapotfelmérés rögzítését, azt a vizsgálatot végző személy munkaidejének végéig, de legkésőbb 8 órán belül el kell végezni és dokumentálni.

A betegdokumentáció tárolása

A betegfelvételt követően a betegdokumentációt az adatvédelmi előírások szerint kell tárolni, a fekvőbeteg osztályok működési rendjében megfogalmazottak szerint.

Betegdokumentációval kapcsolatos egyéb rendelkezés

Az osztályos adminisztrátor gondoskodik a osztálynapló, elbocsátó könyv, betegregiszter naprakész vezetéséről, az osztályról távozott betegek dokumentációjának rendszerezett tárolásáról, a központi kórlaptárolóba való eljuttatásáról.

Az adatlapok kitöltéséről az adminisztrátor-, kódolásáról az erre kijelölt orvos-, határidőre való leadásról az osztályos adminisztrátor gondoskodik.

5.2. MÁS OSZTÁLYRA/INTÉZETBE TÖRTÉNŐ ÁTHELYEZÉS

A beteg más osztályra/intézetbe történő áthelyezésénél, illetve hazabocsátásánál a betegelbocsátáshoz kapcsolódó információk összegezve kerülnek átadásra.

Áthelyezéskor más intézetbe, illetve a beteg otthonába bocsátásakor a kezelő orvos által készített zárójelentés összegzést tartalmaz a:

- felvétel okáról
- jelentős leletekről
- diagnózisokról
- végrehajtott eljárásokról
- gyógyszerelésről és más kezelésekről
- a beteg elbocsátáskori állapotáról
- elbocsátás utáni gyógyszerelésről és az eltávozás utáni időszakra szóló instrukciókról
- ellenőrző vizsgálatok időpontjáról.

Az aláírt, bélyegzőlenyomattal ellátott, hitelesített zárójelentés másolata elhelyezésre kerül a betegdokumentációban.

5.3. BETEGDOKUMENTÁCIÓVAL KAPCSOLATOS EGYÉB RENDELKEZÉS

Az osztályos adminisztrátor gondoskodik az osztálynapló, elbocsátó könyv, betegregiszter naprakész vezetéséről, az osztályról távozott betegek dokumentációjának rendszerezett tárolásáról, a központi kórlaptárolóba való eljuttatásáról.

Az adatlapok kitöltéséről az adminisztrátor, kódolásáról az erre kijelölt orvos, határidőre való leadásáról az osztályos adminisztrátor gondoskodik.

5.4. JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁS TERÜLETÉN

Járóbeteg ellátásban a páciens első megjelenésekor a vizsgálat után dokumentálni kell (a klinikai programban/EESZT rendszerben):

- a megjelenés okát, jelen panaszokat,

- a kórtörténetet/anamnézist (korábbi ellátás),
- esetleges gyógyszer- és egyéb túlérzékenységre vonatkozó adatokat,
- állapotfelmérés eredményét, mely kiterjed:

- o fizikális vizsgálatra
- o pszichés állapotfelmérésre
- o lehetőség szerinti szociális állapotfelmérésre

- diagnosztikus vizsgálatok eredményét, időpontját,
- kiinduló, előzetes diagnózist,
- rövid ellátási tervet.
- a bejegyzést végző személy nevét (aláírását) és a bejegyzés időpontját
- amennyiben az adatrögzítésben akadályoztatás merül fel, annak az okát

Az invazív beavatkozások tájékoztató és beleegyező nyilatkozatát a jogszabályi előírás szerint köteles tárolni a rendelő szakorvosa.

5.5. RENDELKEZÉS A KÖZPONTI KÓRLAPTÁROLÓ RENDJÉRŐL

1. A kórlaptárolót minden esetben zárni kell. A helyiség egyik kulcsát a portán kell elhelyezni. A biztonsági kulcsot csak tűz esetén lehet használni.
2. A kórlaptárolóba csak az illetékes dolgozók léphetnek be.
3. Az osztályok, szervezeti egységek nevével felcímkézett polcokat csak az adott osztály dokumentációjának tárolására lehet használni.
4. A polcokon időrendi sorrendbe kell elhelyezni az anyagot, ezt jól láthatóan jelölni.
5. Visszakeresés esetén:
 - a kivett kórlap/betegkarton, dokumentum helyére lapot kell helyezni, feltüntetve a kivétel dátumát, felhasználó osztály és az elvivő személy nevét,
 - a beteg távozása után a kórlapot/kartont az eredeti helyére kell visszahelyezni,
 - a polcok rendezése az osztályos adminisztrátor feladata.
6. A takarítás a központi takarítók feladata.

6. DOKUMENTÁCIÓ

A használatos dokumentumok részletesen az osztály/szakrendelési egység bizonylati albumában kerülnek feltüntetésre.

7. KAPCSOLÓDÓ DOKUMENTUMOK / HIVATKOZÁSOK

- 1997. évi CLIV törvény Az egészségügyről
- 1997. évi XLVII. törvény Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről
- 1999. évi LXXII. törvény A polgárok személyi adatainak kezelésével összefüggő egyes törvények módosításáról
- Szervezeti és Működési Szabályzat
- Szabályzat az Egészségügyi és a Hozzájuk Kapcsolódó Személyes Adatok Kezeléséről és Védelméről
- Adatvédelmi Szabályzat

- Informatikai Adatvédelmi Szabályzat
- Iratkezelési Szabályzat
- Fekvőbeteg Osztályok Egységszintű Működési Szabályzata
- Járóbeteg-ellátó Egységek Egységszintű Működési Szabályzata
- Ügyeleti-Készenléti Szabályzat
- Ápolási Folyamat Alkalmazása
- Térítési Díj Szabályzat

8. MELLÉKLETEK, ADATLAPOK JEGYZÉKE

KÓD	CÍM	Oldalak száma
-	-	-

9. ÉRVÉNYESSÉGI IDŐ

Visszavonásig.