



Mezőtúri Kórház és Rendelőintézet

5400 Mezőtúr, Kossuth L. út 9-11.

Tel.: 56/ 550-440, Fax: 56/ 550-477

e-mail: titkarsag@mezoturikorhaz.hu



G. Sz. Wellislet

Ikt.sz.: 556 / 1 / 2023.

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. KÓRLAP VEZETÉSE, ANNAK TARTALMI ELEMEI	5
<i>Dekurzuslap:</i>	5
5.3. ZÁRÓJELENTÉS	6
5.4. AZ ÁPOLÁSI DOKUMENTÁCIÓ	7
5.5. FIZIOTERÁPIÁS - GYÓGYTORNÁSZ DOKUMENTÁCIÓ.....	10
5.6. A SZOCIÁLIS MUNKÁS ÁLTAL VEZETETT DOKUMENTÁCIÓ.....	11
5.7. A DIETETIKAI DOKUMENTÁCIÓ	12
5.8. SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁST IGÉNYLŐ BETEGRE VONATKOZÓ DOKUMENTÁCIÓ 14	
5.9. MÁS OSZTÁLYRA/INTÉZETBE TÖRTÉNŐ ÁTHELYEZÉS	14
5.10. BETEGDOKUMENTÁCIÓVAL KAPCSOLATOS EGYÉB RENDELKEZÉS.....	15
5.11. JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁS TERÜLETÉN.....	15
5.12. RENDELKEZÉS A KÖZPONTI KÓRLAPTÁROLÓ RENDJÉRŐL	15
6. DOKUMENTÁCIÓ	16
7. KAPCSOLÓDÓ DOKUMENTUMOK/HIVATKOZÁSOK	16
8. MELLÉKLETEK, ADATLAPOK JEGYZÉKE	16
9. ÉRVÉNYESSÉGI IDŐ.....	16

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, ápolási 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 kézzel és dátummal 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 (min. három azonosítóval: TAJ, név, és/vagy születési dátum, anyja neve), 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 állam megővről 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 páciens regisztrálni kell.

A felvételre kerülő személy részére:

- osztályspecifikus 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.

5.2. 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.

Fellevő 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 dekurusus 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).

Lázlap 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).

5.3. 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 státuszából 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 vizsgálatának, 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, műtétre, 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.

5.4. AZ ÁPOLÁSI DOKUMENTÁCIÓ

Az ápolási dokumentáció részletes követelményeit a 60/2003. ESzCsM. rendelet 4.sz. melléklete szabályozza.

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 ellenőrzést a főnővér végzi.

Az ápolási dokumentáció részei, formai és tartalmi követelményei:

Az ápolási tevékenységről teljes körű ápolási dokumentációt kell vezetni. Teljes körű az ápolási dokumentáció, ha tükrözi az ápolási folyamat minden elemét, valamint tartalmazza az ápolási és gondozási tevékenységet ellátó valamennyi egészségügyi dolgozó speciális szakmai feljegyzéseit.

A teljes körű ápolási dokumentáció szerkezeti és tartalmi elemeiben az aktuális egészségügyi szolgáltatás szakmai specifikumainak tükröződnie kell (például: aktív ellátás, krónikus ellátás; belgyógyászati vagy sebészeti típusú tevékenység; speciális ellátási szempontok, ezek között hangsúlyosan az intenzív terápiás ellátás és a sürgősségi ellátás; gyógytorna-fizioterápia, diétetika; gyermekkorú vagy felnőtt beteg stb.).

Az ápolási dokumentáció kezelésének és alaki megfelelőségének általános szabályai:

a) Minden ellátási eseményt annak kell dokumentálnia, aki azt észlelte, megállapította, mérte, végrehajtotta.

b) Az ápolói beavatkozások és az ellátási események, jelenségek időbeni folyamatát az ápolási dokumentációnak pontosan kell tükröznie.

c) A lényeges ápolói beavatkozások vagy ellátási események időpontját percnyi pontossággal kell dokumentálni. A lényeges ápolói beavatkozások meghatározását az adott osztály profiljának megfelelően belső szabályozás rögzíti.

d) Az adott tevékenységet, ápolói beavatkozást végző személynek az ápolási dokumentációt azonosításra alkalmas módon kell aláírnia, azzal, hogy informatikai eszközzel vezetett dokumentáció esetén nevének rögzítése szükséges.

e) Az ápolási dokumentációt csak jól olvasható, tiszta, világos, tartós írásképet adó eszközzel (tollal, informatikai eszközzel stb.) lehet vezetni.

f) Informatikai eszközzel vezetett ápolási dokumentáció esetén a számítógépes programnak alkalmasnak kell lennie a bejegyzések időpontjának és a bejegyzést végző személy nevének rögzítésére és naplózására.

g) Esetleges tévesztés esetén kötelező betartani a dokumentumok javításának általános szabályait. Az egészségügyi dokumentációban szereplő hibás egészségügyi adatot - az adatfelvételt követően - úgy kell javítani vagy törölni, hogy az eredetileg felvett adat megállapítható legyen.

Az azonosítást szolgáló adatok

a, A beteg azonosító adatai:

családi és utónév.

születéskori név.

anyja neve.

születési év/hó/nap.

lakóhely vagy tartózkodási hely.

társadalombiztosítási azonosító jel (TAJ).

b, Az egészségügyi, ápolási szolgáltatás helyszínének, időpontjának és az ellátásért felelős személy azonosítására szolgáló adatok:

a beteget ellátó intézmény, osztály/részleg megnevezése, kórterem és ágy jelölése,

a beteg felvételének, áthelyezésének/elbocsátásának időpontja, módja,

a beteget felvevő és az elbocsátó ápoló neve,

a folyamatos ápolói munkarendnek és a beosztásnak megfelelően a beteg ellátásáért aktuálisan felelős ápoló neve, aláírása.

Az ápolási folyamat dokumentálása

Az ápolási anamnézis felvételének időpontja dátum, óra, perc pontossággal, mely történjen meg 4 órán belül, amely nem feltétlenül kell, hogy azonos legyen az orvosi felvétel időpontjával.

Az ápolást jelentősen befolyásoló tényezők adatai közül:

a) a beteg egészségi helyzetét és az ápolást jelentősen befolyásoló szomatikus és pszichés tünet/panasz/állapot,

b) az önellátás foka és mértéke, területei,

c) lényeges egészségkárosodások,

d) veszélyeztető állapot adatai.

A beteg ápolási tervének meghatározása

a) Közvetlenül az ápolási helyzetfelmérés után az ápolónak elemeznie és értelmeznie kell az összegyűjtött adatokat, és ennek alapján meg kell állapítania az ápolási diagnózisokat, prioritizálva azokat.

b) Ha az ellátás során változik a beteg ápolási szükséglete, vagy az egészségi problémára adott reakciója, akkor azt be kell jegyezni az ápolási dokumentációba, a változás időpontjával együtt.

Az ápolás céljának meghatározása

a) A beteg ápolási szükségleteinek alapján meg kell fogalmazni az ápolás céljait és elvárható eredményeit.

b) Az ápolónak ennek alapján célzottan kell az ápolói beavatkozásokat és ápolási eljárásokat megválasztania.

Ápolási beavatkozások tervezése

A felmért szükségletek alapján az ápolási diagnózisoknak megfelelően a cél elérése érdekében tervezett ápolói beavatkozások összessége, beleértve az ápolási tevékenységben közreműködőket is.

Az ápolási folyamat értékelése

Az ápolási célkitűzések megvalósulásának értékelése. Ideje: a megvalósulás ideje, elbocsátáskor, szükségletekben bekövetkező változások. Amennyiben az ápolási célkitűzést nem sikerült megvalósítani, úgy a szükségletek újra felmérésével az ápolást újra kell tervezni.

Napi ápolási tevékenység dokumentálása

A napi ápolási lap tartalmazza: az orvos elrendelésének és a beteg állapotának megfelelően az ápolási megfigyelések pontos dokumentálását, az ápolói tevékenységek pontos megjelölését, a betegmegfigyelés eredményeinek dokumentálását, a tevékenységgel összefüggésben esetleg bekövetkező rendkívüli eseményt és az ezzel kapcsolatos ápolói/orvosi intézkedés adatait, idejét, azonosítható aláírást. A kórház belső szabályozása szerint, az osztály profiljának megfelelően kell használni szükséges a különböző betétlapokat (pl.: sebápolási lap, betegmegfigyelő lap, folyadék lap, infúziós lap, transzfúziós észlelő lap, sztóma kezelési lap, gyógyszerátadó lap).

Ápolási zárójelentés/ Betegátadó lap

a) Intézetből való elbocsátás esetén:

- az ápolás rövid összefoglalása, az elbocsátás dátuma, az elbocsátó ápoló és az osztályvezető ápoló vagy helyettesének aláírása;
- amennyiben a beteg további szakápolást igényel, úgy az ápolás rövid összefoglalása a következők szerint:
 - elbocsátáskori fizikális állapot, jelentős ápolási problémák,
 - csökkent önellátás mértéke, területei,
 - további ápolásra vonatkozó javaslatok,
 - szükség esetén rövid életmódbeli tanácsok.

5.5. 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
- masszőr aláírása

Kezelési órarend:

Fizioterápiás és gyógytornász kezelések napi időbeosztása.

Ellenőrző lap:

Fizioterápiás és gyógytornász kezeléseken történő megjelenés követése.

5.6. 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,
- idősek klubjába történő felvételi kérelem,
- házi segítség nyújtás szervezése,
- családsegítőbe történő irányítás,
- hajléktalan szállón történő elhelyezés,
- albérlet felkutatása.

Hivatalos ügyintézés:

- gondnokság alá helyezés kezdeményezése,
- rokkantosítási kérelem,
- nyugdíj átirányítási kérelem kezdeményezése,
- méltányossági nyugdíjemelés 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.

5.7. 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 megfelelés 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. A dietetikai dokumentációnak jól olvashatónak, tömörnek, világosnak kell lennie.

Az azonosítást szolgáló adatok

Az egészségügyi, dietetikai szolgáltatás helyszínének, időpontjának és az ellátásért felelős személynek az azonosítására szolgáló adatok:

- a) a tápláltsági állapot rizikószűrését végző neve, intézmény, osztály,
- b) a tápláltsági rizikószűrő módszer megnevezése,
- c) a páciens ellátásának pontos időpontja,
- d) a dietetikai, táplálásterápiás ellátást végző felelős dietetikus neve.

Táplálásterápia, dietetikai tanácsadás, gondozás: helyzetfelmérés

1. Diagnózis.

2. Orvos/dietetikus által előírt diéta megnevezése, a táplálásterápiában konzultáló orvos megnevezése.

3. A diétát, táplálást befolyásoló fontosabb gyógyszerek, diagnosztikus, terápiás beavatkozások rögzítése.

4. Tápláltsági állapot felmérése, antropometria, laboratóriumi paraméterek.

5. Táplálási anamnézis, táplálkozási szokások, étkezéssel, emésztéssel összefüggő panaszok, fizikai aktivitás, táplálkozás nehezítettségére utaló állapotok.

A páciens energia- és tápanyagszükségletének, a felvétel módjának meghatározása, az ajánlott konyhatechnika megnevezése

1. Táplálási, táplálásterápiás terv, táplálás felépítése.

A táplálási, táplálásterápiás folyamat, dietetikai oktatás megvalósított és tervezett elemeinek rögzítése

1. A táplálási, táplálásterápiás terv, a tervezett változások időpontjának rögzítése.
2. A dietetikai oktatás(ok) időpontja.
3. A páciens részére nyújtott írásos segédanyagok pontos megnevezése.
4. Kontroll időpontja (járóbeteg esetében).

A dietetikai munka dokumentálása az élelmezés folyamatában

Étlaptervezési, étlap ellenőrzési feladatok

- a) a szakma szabályai szerint, a fogyasztók szükségleteinek magas szintű ellátását lehetővé tevő étlapok tervezése, felülvizsgálata, ellenőrzése és dokumentálása,
- b) lehetőség szerint megfelelő informatikai eszközök és szoftver alkalmazásával.

Ételkészítési folyamatok ellenőrzése

- a) az ételkészítés folyamatának és a technológiai fegyelem betartásának ellenőrzése,
- b) az elkészített étel minőségi és mennyiségi ellenőrzése és dokumentálása,
- c) kiadásra kerülő ételek azonosságának és azonosíthatóságának ellenőrzése.

Az adagolás és tálalás folyamatának ellenőrzése

- a) a pontosság, a minőség, a higiéniai szempontok figyelembevétele,
- b) minőségbiztosítási rendszer irányelveinek alkalmazása a kiszolgálótól a fogyasztóig.

Kapcsolattartás az élelmezés működtetésében illetékesekkel, dokumentálás

- a) az élelmezésben részesülők optimális ellátása,
- b) a dolgozók képzése,
- c) az elvégzett munka minősége érdekében kapcsolattartás az élelmezés működtetésében

illetékesekkel a megfelelő szinten.

Dokumentálást szolgáló bizonylatok

- a) étlaptervezési rendszer (lehetőség szerint megfelelő informatikai eszközök és szoftver használata) egyéni, ellenőrizhető felhasználási kódokkal.
- b) kóstolás-ellenőrzési dokumentáció.
- c) az adagolás, tálalás, kiszolgálás ellenőrzési dokumentációja.

A beteg állapotának megfelelően szükséges megfogalmazni a dietetoterápia várható eredményeit. A táplálásterápia elkészítése során a dietetikus egyénre szabottan kell, hogy megválassza az eljárásokat, azok időtartamát és gyakoriságát, valamint a teljes folyamatot. Amennyiben a táplálási terv során változik a beteg állapota, abban az esetben az alkalmazandó eljárásokon belül történő változtatást a dokumentációban rögzíteni szükséges a változás időpontjával együtt. Értelemszerűen a változtatást előzetesen az orvossal történt konzultáció megelőzi.

Záróállapot felmérés, értékelés: a táplálásterápia során rögzített eredmények értékelése, valamint a dietetikus által történő terápiás javaslat adása.

5.8. 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.

5.9. 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.

5.10. 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.

5.11. 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:

- fizikális vizsgálatra
- pszichés állapotfelmérésre
- 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.

5.12. 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
- 60/2003. ESzCsM rendelet
- 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 Egységsszintű Működési Szabályzata
- Járóbeteg-ellátó Egységek Egységsszintű Működési Szabályzata
- Ügyeleti-Készenléti Szabályzat
- Ápolási Folyamat Alkalmazása
- Térítési Díj Szabályzat

8. Mellékletek, adatlapok jegyzéke

KÓD	CÍM	Oldalak száma
-	-	-

9. Érvényességi idő

Visszavonásig.