

Az egészségügyi dokumentáció vezetésének rendje

A gyógyintézetek működési rendjéről, illetve szakmai vezető-testületéről szóló 43/2003. (VII.29.). ESzCsM rendelet 4.§ e) pontjában előírtak és a hatályos jogszabályok figyelembe vételével az Intézetnél az egészségügyi dokumentáció vezetésének rendje az alábbi:

1. Fogalom-meghatározások:

Jelen szabályzatban használt fogalmak jelentése azonos az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 3. §-ában használt fogalmak jelentésével.

2. Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga

2.1. A beteg jogosult megismerni a róla készült egészségügyi dokumentációban szereplő adatait, illetve joga van ahhoz, hogy – az Eütv. 135. §-ban foglaltak figyelembevételével - egészségügyi adatairól tájékoztatást kérjen.

Az egészségügyi dokumentációval az egészségügyi szolgáltató, az abban szereplő adattal a beteg rendelkezik.

A beteg jogosult

- a) a gyógykezeléssel összefüggő adatainak kezeléséről tájékoztatást kapni,
- b) a rá vonatkozó egészségügyi adatokat megismerni,
- c) az egészségügyi dokumentációba betekinteni, valamint azokról saját költségére másolatot kapni,
- d) a fekvőbeteg gyógyintézetből történő elbocsátásakor zárójelentést kapni,
- e) egészségügyi adatairól indokolt célra - saját költségére - összefoglaló vagy kivonatos írásos véleményt kapni.

A beteg jogosult az általa pontatlannak vagy hiányosnak vélt - rá vonatkozó - egészségügyi dokumentáció kiegészítését, kijavítását kezdeményezni, amelyet a kezelőorvos, illetve más adatkezelő a dokumentációra saját szakmai véleményének feltüntetésével jegyez rá. A hibás egészségügyi adatot az adatfelvételt követően törölni nem lehet, azt úgy kell kijavítani, hogy az eredetileg felvett adat megállapítható legyen.

Amennyiben a betegről készült egészségügyi dokumentáció más személy magántitok-védelméhez való jogát érintő adatokat is tartalmaz, annak csak a betegre vonatkozó része tekintetében gyakorolható a betekintési és egyéb jogosultság.

Cselekvőképtelen személy dokumentációjába való betekintési jog az Eütv. 16. § (1)-(2) bekezdései szerinti személyt, korlátozottan cselekvőképes személy dokumentációjába való betekintési jog a beteget, illetve az Eütv. 16. § (1) bekezdés a) pontja szerint megnevezett személyt, ennek hiányában a törvényes képviselőt illeti meg. (A kapcsolattartási jog gyakorlásával összefüggő szabályokat a Házirend tartalmazza.)

A beteg jogosult az adott betegségével kapcsolatos egészségügyi ellátásának ideje alatt az általa meghatározott személyt írásban felhatalmazni a rá vonatkozó egészségügyi dokumentációba való betekintésre, illetve arra, hogy azokról másolatot készíttessen.

A beteg egészségügyi ellátásának befejezését követően csak a beteg által adott teljes bizonyító erővel rendelkező magánokiratban felhatalmazott személy jogosult az egészségügyi dokumentációba való betekintésre, és arról másolat készítésére.

2.2. A beteg életében, illetőleg halálát követően házastársa, egyeneságbeli rokona, testvére, valamint élettársa - írásos kérelme alapján - akkor is jogosult az egészségügyi adat megismerésére, ha

a) az egészségügyi adatra

aa) a házastárs, az egyeneságbeli rokon, a testvér, illetve az élettárs, valamint leszármazóik életét, egészségét befolyásoló ok feltárása, illetve

ab) az aa) pont szerinti személyek egészségügyi ellátása céljából van szükség; és

b) az egészségügyi adat más módon való megismerése, illetve az arra való következtetés nem lehetséges.

2.3. A 2.2 pont szerinti esetben csak azoknak az egészségügyi adatoknak a megismerése lehetséges, amelyek a 2.2 bekezdés a) pontja szerinti okkal közvetlenül összefüggésbe hozhatók. Az egészségügyi adatokra vonatkozó tájékoztatást a beteg kezelőorvosa, illetve az egészségügyi szolgáltató orvos-szakmai vezetője adja meg, az orvosi tájékoztatásra vonatkozó előírásoknak megfelelően, - szükség esetén - a kérelmező kezelőorvosával való szakmai konzultáció alapján.

2.4. A beteg halála esetén törvényes képviselője, a Ptk. szerinti közeli hozzátartozója, valamint örököse - írásos kérelme alapján - jogosult a halál okával összefüggő vagy összefüggésbe hozható, továbbá a halál bekövetkezését megelőző gyógykezeléssel kapcsolatos egészségügyi adatokat megismerni, az egészségügyi dokumentációba betekinteni, valamint azokról - saját költségére - másolatot kapni.

2.5. Az egészségügyi dolgozót, valamint az Intézménnyel munkavégzésre irányuló jogviszonyban álló más személyt minden, a beteg egészségi állapotával kapcsolatos, valamint az egészségügyi szolgáltatás nyújtása során tudomására jutott adat és egyéb tény vonatkozásában, időbeli korlátozás nélkül titoktartási kötelezettség terhel, függetlenül attól, hogy az adatokat közvetlenül a betegtől, vizsgálata vagy gyógykezelése során, illetve közvetetten az egészségügyi dokumentációból, vagy bármely más módon ismerte meg. A titoktartási kötelezettség nem vonatkozik arra az esetre, ha ez alól a beteg felmentést adott, vagy jogszabály az adat szolgáltatásának kötelezettségét írja elő.

2.6. Az Intézet tulajdonát képező eredeti egészségügyi dokumentáció a jogszabályokban és intézeti szabályzatokban előírt módon adható csak ki. A dokumentációkról másolat az érvényes intézeti szabályozásnak megfelelően készíthető. (Lásd: Hatósági és egyéb megkeresések teljesítésének rendjéről, egészségügyi dokumentáció kiadásáról szóló szabályzatot.)

3. Dokumentációs kötelezettség:

3.1 Általános előírások

Az egészségügyi dokumentáció alkalmazását, vezetését jogszabályok és szakmai előírások, belső utasítások rendelik el, az azonosításra, nyomon-követhetőségre, az egyes tevékenységek és folyamatok igazolására szolgálnak.

Az Intézetben vizsgált vagy kezelt minden betegnek rendelkeznie kell – az ellátásához, és az ellátásról elegendő információt biztosító – dokumentációval. Az ellátási folyamat és a beteg állapotában bekövetkezett változások szempontjából a beteg dokumentációja az elsődleges információs forrás. Annak érdekében, hogy ez az információ hasznos legyen és segítse a folyamatos betegellátást, mindig rendelkezésre kell állnia, és naprakésznek kell lennie. A dokumentációk standardizált formai és tartalmi kívánalmai meghatározottak. A betegdokumentáció szakma specifikus tartalmát a szervezeti egységek vezetői határozzák meg.

Az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát. Ahhoz, hogy a betegdokumentáció a betegellátás számára hasznos legyen, az információkat időrendben kell rögzíteni. Elengedhetetlen, hogy a betegdokumentáció a betegellátás folyamatát a valóságnak megfelelően rendezetten és hitelesítetten tükrözze.

A betegdokumentációnak tartalmaznia kell a beteg azonosítására alkalmas személyi adatokat (legalább 3 személyi adatot, pl. név, születési dátum, TAJ szám).

A betegdokumentációt - csak az adott betegre jellemző - egyedi azonosítóval kell ellátni, mely biztosítja a beteg és saját dokumentációjának egyértelmű kapcsolatát.

Az adatok kezelésénél a személyes adatok védelmére vonatkozó előírások betartása kötelező. (Részletes rendelkezések e tárgyban az Adatvédelmi Szabályzatban rögzítettek.)

Minden dokumentációt értelemszerűen kell kitölteni, a rendelkezésre álló rovatok teljes körű kitöltésével. **Üres rovat az adatlapon nem maradhat.** Amennyiben a dokumentumban szereplő kérdés nem értelmezhető az adott esetre, úgy azt a rovatot kihúzással jelölni kell.

A kitöltésért felelős köteles a dokumentumot aláírni.

A papír alapú dokumentumokon a hibás bejegyzéseket egyszerű áthúzással kell érvényteleníteni és a helyes szöveget, számot az érvénytelenített fölé beírni. A javítást minden esetben aláírással és dátummal kell igazolni.

Tilos az olyan javítás, ami az érvénytelenített bejegyzést megsemmisíti, vagy olvashatatlaná teszi!

Az Informatikai rendszerben a betegek adatainak utólagos javítása csak írásban kérhető. A javítást végző személy a javítás tényét aláírással és dátummal igazolja, valamint az eredeti, hibás adatlapot és a javítási kérelmet is a javított adatlaphoz – visszakereshetően – csatolja.

A betegellátási folyamat befejeztével, a beteg elbocsátásáig a betegdokumentációt valamennyi rendelkezésre álló, a betegdokumentációhoz tartozó feljegyzéssel ki kell egészíteni, kompletté kell tenni. Azok a dokumentumok (pl. szövettani lelet, tenyésztési eredmény), melyek a dokumentáció lezárását követően kerülnek az ellátókhoz, a beérkezést követő 3 munkanapon belül csatolandók a teljes betegdokumentációhoz.

A dokumentációk megőrzésének rendjéről, a megőrzés idejéről az Iratkezelési Szabályzat részletesen rendelkezik. A jelen szabályozás szempontjából legjelentősebb dokumentumok megőrzési ideje az alábbiak szerint szabályozott:

Dokumentum	Megőrzési idő
Fekvőbeteg dokumentáció,	30 év
Képalkotó diagnosztikai eljárással készült felvételek, az erről készített lelet	10 év 30év
Járóbeteg dokumentáció, vizsgálatkérő lapok	30 év
Zárójelentés	50 év

A betegdokumentáció részeként az összes dokumentumot – a csak számítógépen rögzítetteket is – meg kell őrizni papír alapon kinyomtatva, hitelesítve!

Az elektronikus formátumban rögzített dokumentumok rendszeres mentéséről az Informatikai Osztály gondoskodik az Informatikai Biztonsági Szabályzatban foglaltaknak megfelelően.

Az Intézet minden szervezeti egysége Bizonylati Albumban gyűjti össze a működését szabályozó dokumentumokat, a működésük során használt bizonylatokat, dokumentumsablonokat, vagy vezeti ezek listáját. A betegek ellátása során csak a Bizonylati Albumban nyilvántartott, az osztályvezető/szakrendelésvezető/gondozóvezető által jóváhagyott dokumentumok használhatóak. A Bizonylati Albummal kapcsolatos részletes előírások a Dokumentumok és feljegyzések kezelése c. eljárásban rögzítettek. Az egyes dokumentációk kötelező tartalmi előírásai az egyes dokumentum-típusoknál kerülnek részletezésre.

A dokumentumokkal kapcsolatos kötelező formai elvárások:

- Fejléc (Intézet, szervezeti egység megnevezése, logója),
- A dokumentum egyértelmű megnevezése,
- Kitöltés dátuma,
- Kitöltő aláírása.

3.1.1 Tájékozott beleegyezés

A beteg fekvőbeteg osztályra történő felvételekor általános tájékoztatást kap az Intézet Házirendjének megismerési lehetőségéről, az értéktárgyak letétbe helyezési lehetőségéről, a betegazonosító csuklószalag viselésének szükségességéről stb. A tájékoztatás megtörténtét az erről szóló – a Házirend mellékletét képező – nyilatkozat aláírásával igazolja a beteg. A nyilatkozat kötelező tartalmi elemei annak sablonjában meghatározottak.

Mind fekvőbeteg, mind pedig járóbeteg ellátás során szükségessé válhat speciális beleegyező nyilatkozat kitöltése. Ezen nyilatkozatok kötelező tartalmi elemei sablonjaikban meghatározottak.

A nagykockázatú beavatkozások elvégzése előtt (pl. anaesthesia, műtét, stb.) a beteg számára a tájékoztatás adásában kompetens személy a tervezett ellátással kapcsolatos minden olyan tényezőről felvilágosítást kell adjon, mely a tájékozott döntéshozatalhoz szükséges. A tájékoztatás módja és nyelve a beteg számára érthető kell legyen. Az információ tartalmazza:

- a tervezett beavatkozás kockázatait és előnyeit,
- a lehetséges szövődményeket,
- a beteg ellátásához rendelkezésre álló műtéti és nem műtéti alternatívákat.

Az ellátásba való tájékozott beleegyezéshez szükséges lehet, hogy a beteg mellett (vagy helyette) más is részt vegyen a beteg ellátásával kapcsolatos döntésben. Ennek esetei különösen: ha a beteg nem rendelkezik megfelelő szellemi vagy fizikai képességgel ahhoz, hogy ellátási döntéseket hozzon, illetve, ha a beteg gyermekkorú.

Az információt nyújtó és a beleegyezést elnyerő személyek a betegdokumentációban azonosíthatóak kell legyenek, ezért a beleegyezési eljárást mindig az zárja le, hogy az információt nyújtó személy és a beteg aláírja a beleegyező nyilatkozatot, vagy a beleegyezést elnyerő munkatárs bevezeti a szóbeli beleegyezést a betegdokumentációba. A beleegyezés megadásának időpontját fel kell tüntetni a nyilatkozaton. Ha nem a beteg adja a beleegyezési nyilatkozatot, a nyilatkozatot tevő személy (a törvényes képviselő) nyilatkozattételi jogosultságának alapja a betegdokumentációban rögzítésre kell kerüljön.

Amennyiben a betegtől nem nyerhető beleegyezés és törvényes képviselője sincs jelen, ennek tényét a nyilatkozaton rögzíteni kell.

Szóbeli beleegyezés, nyilatkozattételi képtelenség, illetve ellátás visszautasítása esetén célszerű további két tanú aláírásával (név és lakcím) a dokumentum hitelességét alátámasztani.

A beleegyező nyilatkozatok, illetve az ellátás visszautasításról szóló dokumentumok a betegdokumentáció részét képezik, megőrzésük az egészségügyi dokumentációkra vonatkozó szabályok szerint kötelező.

3.2 Az egészségügyi dokumentáció tartalma

A beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. Az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát.

Az Eütv. 136. § (2) bekezdése alapján az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni:

- a) a beteg személyazonosító adatait,
- b) cselekvőképes beteg esetén az értesítendő személy, kiskorú, illetve gondnokság alatt álló beteg esetében a törvényes képviselő nevét, lakcímét, elérhetőségét,
- c) a kórelőzményt, a kórtörténetet,
- d) az első vizsgálat eredményét,

- e) a diagnózist és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját,
- f) az ellátást indokoló betegség megnevezését, a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, a kísérőbetegségeket és szövődményeket,
- g) egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, illetve a kockázati tényezők megnevezését,
- h) az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét,
- i) a gyógyszeres és egyéb terápiát, annak eredményét,
- j) a beteg gyógyszer-túlérzékenységre vonatkozó adatokat,
- k) a bejegyzést tevő egészségügyi dolgozó nevét és a bejegyzés időpontját,
- l) a betegnek, illetőleg tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését,
- m) a beleegyezés [Eütv. 15. § (3) bekezdés], illetve visszautasítás (Eütv. 20-23. §) tényét, valamint ezek időpontját,
- n) minden olyan egyéb adatot és tény, amely a beteg gyógyulására befolyással lehet.

Az egészségügyi dokumentáció részeként meg kell őrizni:

- a) az egyes vizsgálatokról készült leleteket,
- b) a gyógykezelés és a konzílium során keletkezett iratokat,
- c) az ápolási dokumentációt,
- d) a képalkotó diagnosztikus eljárások felvételeit, valamint
- e) a beteg testéből kivett szövetminták vizsgálati eredményét.

Több résztvékenységből álló, összefüggő ellátási folyamat végén vagy fekvőbeteg gyógyintézeti ellátást követően írásbeli összefoglaló jelentést (zárójelentést) kell készíteni, és – az Eütv. 14. § (1) bekezdésében foglalt eset kivételével - azt a betegnek át kell adni.

3.3 Fekvőbeteg ellátás

A fekvőbeteg ellátás során kötelezően használandó dokumentumok egy része kizárólag papír alapon érhető el, másik részének kitöltése azonban az Informatikai rendszerben is lehetséges.

Amennyiben az ellátók számára elérhetőek a MedWorkS dokumentumok, akkor számukra azok használata kötelező. Amennyiben a MedWorkS rendszer – ideiglenesen vagy tartósan – nem érhető el az ellátók számára, az adatokat az informatikai lehetőségektől függően lehetőleg elektronikus formában, ennek hiányában papír alapon kell rögzíteni. A kötelezően rögzítendő adatok köre ebben az esetben is megegyezik a MedWorkS dokumentumok sablonjai által meghatározottakkal.

Az első orvosi vizsgálat a felvételt követően minél előbb meg kell történjen, de legkésőbb 24 órán belül be kell fejeződjön és a dokumentációban rögzítésre kell kerüljön.

Amennyiben a beteg ellátása során műtetre kerül sor, a műtéti naplót 1 munkanapon belül ki kell egészíteni a beavatkozásról készült műtéti leírással.

Aktív és krónikus ellátásban egyaránt az orvos 24 óránként, vagy a beteg állapotváltozása esetén ennél gyakrabban dokumentálja az állapotfelmérés eredményét (orvosi dekurzus). Az orvosi dekurzus rögzítése a MedWorkS rendszerben történik. A bejegyzés írójának könnyebb azonosíthatósága érdekében minden bejegyzés végén fel kell tüntetni az orvos azonosítóját, ami alapján egyértelműen meghatározható a bejegyzést tevő személye (pl. vezetéknev).

A végleges kórlap kinyomtatásakor – annak részeként – az orvosi dekurzus is megjelenik, így biztosítva a papír alapú archiválást. Amennyiben az ellátók számára nem érhető el a MedWorkS rendszer, a dekurzus rendszeres rögzítése papír alapon kell történjen. Az orvosi dekurzus ebben az esetben is a kórdokumentáció részét képezi, azt a kórlapban kell tárolni.

Az ápolási dokumentációra vonatkozóan is érvényes, hogy abban az első állapotfelmérés eredményének rögzítése 24 órán belül meg kell történjen.

3.3.1 Fekvőbeteg ellátás során kötelezően használandó dokumentumok:

- Felvételi lap (korábbi megnevezése: Kórlap munkapéldány),
- Kórlap,
- Zárójelentés vagy halotti epikrízis,
- Adatlap,
- Általános nyilatkozat (Házirend 2. számú mellékletében található nyilatkozat),
- Elszámolási nyilatkozat,
- Lázlap vagy őrzőlap,
- Ápolási dokumentáció és betétlap.

Felvételi lap (korábbi megnevezése Kórlap munkapéldány) használata:

A beteg felvételekor, az első vizsgálat elvégzése során rögzítésre kerülnek a beteg személyes adatai, az ellátás megkezdésével kapcsolatos adatok (beküldő, felvétel időpontja, felvétel típusa, térítési kategória, stb.), az anamnézis, jelen panaszok, státusz, felvételi diagnózis, iránydiagnózis, kezelési- és kivizsgálási terv, stb.

Ezen adatok egy dokumentumon történő megjelenítésére a „Felvételi lap” szolgál. Miután valamennyi – a felvételi lap sablonja által meghatározott – adat kitöltésre került az informatikai rendszerben, a felvételi lapot ki kell nyomtatni, és azt a felvevő orvosnak aláírásával és orvosi pecsétjével hitelesítenie kell. Ez lehetővé teszi, hogy a beteggel kapcsolatos alapvető adatok papír alapon bármikor (akár áramszünet esetén is) rendelkezésre álljanak.

Informatikai rendszer elérhetőségének hiányában – a korábbiakban leírtak értelmében – a sablon által meghatározott adatokat szükséges rögzíteni papír alapon.

Kórlap használata:

A kórlap végleges változata az ellátás befejezésekor kerül kinyomtatásra. Adattartalma a felvételi laphoz képest kiegészül különösen a következő pontokkal:

- távozás ideje,
- beteg további sorsa,
- kórelőzmény,
- dekurzus,
- az elvégzett vizsgálatok, beavatkozások leírása (vizsgálatot, beavatkozást végző neve, dátum, vizsgálat eredménye, beavatkozás leírása),
- epikrízis.

A kórlap kötelező tartalmi elemeit a kórlap sablon tartalmazza.

Lázipap és őrzőlap használata:

A Lázipap és az őrzőlap kivételével valamennyi kötelező fekvőbeteg dokumentáció tartalma annak sablonjában meghatározott.

A **Lázipap** vezetésével kapcsolatos előírások:

Kötelezően rögzítendő adatok:

- beteg neve,
- születési ideje,
- foglalkozása,
- betegfelvétel napja,
- betegellátó osztály megnevezése,
- kórterem és ágyszám,
- diagnózis,
- TAJ szám,
- gyógyszerérzékenység, vagy annak hiánya.

A Lázipap megfelelő rovatában – gyógyszerert kapó beteg esetében – fel kell tüntetni a beteg kezelése során elrendelt gyógyszereket, azok dózisát, formáját, a beadás módját (im, iv, stb.), valamint a szükség esetén adható gyógyszereket. A lázipapon az infúziók, valamint a vérkészítmények elrendelését is dokumentálni kell.

Gyógyszerek első elrendelésekor, új gyógyszerek elrendelése illetve annak lerendelése esetén a bejegyzés hitelesítése érdekében az elrendelő orvos aláírása és orvosi pecsétje kell szerepeljen a lázipapon. Ugyanez vonatkozik a vér és vérkészítmények elrendelésére is.

A vitális paraméterek minden betegellátó osztályon szakmai indokok figyelembe vételével kötelezően ellenőrizendők, a mérések eredménye a lázipapon rögzítendő.

Az **Őrzőlap** vezetésével kapcsolatos előírások:

Az Őrzőlap vezetésére ugyanazok az előírások vonatkoznak, melyek a Lázipapra is. Az Őrzőlap vezetésének idején Lázipapot vezetni nem kell.

3.3.2 A dokumentáció megőrzése

A beteg ellátása során a kezelésével kapcsolatban keletkező valamennyi dokumentációt az egészségügyi dokumentáció részeként kötelezően meg kell őrizni, így különösen az alábbiakat:

- Speciális beleegyező nyilatkozatok (pl. műtėti, anaesthesiológiai, transzfúziós),
- Műtėti leírás,
- Anaesthesiológiai jegyzőkönyv,
- Transzfúziós dekuszus (transzfúzió dokumentálásával kapcsolatos részletes szabályozások a Transzfúziós Szabályzatban találhatók),
- Konzíliumi vizsgálati eredmények (dokumentálásának szabályai Az Intézetben belüli és kívüli konzíliumi tevékenység ellátásáról szóló szabályzatban rögzítettek),
- Diagnosztikai vizsgálati eredmények (rtg., vér, váladékok, szövettan, stb.),
- Beteg otthonról behozott, felhasznált leleteinek másolata (az eredeti példány a beteg tulajdonát képezi, azt csak a fénymásolás idejére szabad átvenni tőle, vagy átvételi elismervényt kell adni róla),

- Betegazonosító csuklószalag (használatának részletes szabályait az SzMSz 5. sz. mellékletét képező, „A betegazonosító csuklószalag használatának szabályzata” rögzíti),
- Térítésköteles ellátás esetén az ezzel kapcsolatban keletkező dokumentációk,
- Ápolási dokumentáció (-anamnézis,-cél,- terv,-értékelés,-decursus),
- Ápolási zárójelentés,
- Decubitus dokumentáció,
- Észlelőlap,
- Folyadéklap,
- Értékleltár,
- Gyógytorna dokumentáció,
- Pszichiátriai beteg esetében a kényszergyógykezeléssel kapcsolatos dokumentációk,
- Elhunyt beteg esetében lábcédula, exit szállítási lap, továbbá boncjegyzőkönyv vagy a boncolás mellőzésének kérelme.

3.3.3 Orvosi zárójelentés készítésével, kiadásával kapcsolatos szabályok:

Több résztevékenységből álló, összefüggő ellátási folyamat végén vagy fekvőbeteg gyógyintézeti ellátást követően írásbeli összefoglaló jelentést (zárójelentést) kell készíteni, és – az Eütv. 14. § (1) bekezdésében foglalt eset kivételével - azt a betegnek át kell adni.

Az orvosi zárójelentés az ellátás befejezésekor kerül kinyomtatásra, 3 példányban. A dokumentumot aláírásával és orvosi pecsétjével a kezelő orvos és az osztályvezető főorvos hitelesíti.

A zárójelentésből 1 példány megőrzésre kerül a beteg dokumentációjában, két példányt pedig a beteg kap meg (egy a beteg saját tulajdona, egy pedig a beteg háziorvosáé). A zárójelentés átvételét a beteg aláírásával igazolja az osztályon maradó, kórlapjában megőrzésre kerülő zárójelentés végén. (Aláírás-képtelenség esetén a jogszabályban meghatározott törvényes képviselő veszi át a zárójelentést. Ennek hiányában az aláírás-képtelenséget dokumentálni kell, és a zárójelentés beteg számára készített példányokat a beteggel együtt át kell adni a következő ellátó helyre.)

A zárójelentés kötelező tartalmi elemeit a MedWorkS-ben található zárójelentés sablon tartalmazza.

3.3.4 Speciális ellátási formák, beavatkozások dokumentálása

A speciális ellátási formák esetében az azokra vonatkozó szabályozó rendelkezéseknek megfelelően kötelező vezetni a dokumentációt. (Lásd: jogszabályokban, Egészségügyi Szakmai Kollégium szakma szerint illetékes Tagozata által kiadott, és helyileg adaptált protokollokban, Intézeti szabályzatokban, rendelkezésekben (pl. Fekvőbeteg ellátás c. eljárás, Transzfúziós eljárásrend, Az Intézetben belüli és kívüli konzíliumi tevékenység ellátásáról szóló szabályzat, Szabályzat a haldoklók körüli teendők, valamint az elhunytak és a boncolás céljára beszállított halottak intézeti ellátása tárgyában, Előkészítés radiológiai diagnosztikai vizsgálatokhoz c. munkautasítás, Letétkezelési Szabályzat, orvos-igazgatói körlevelek, stb.) főigazgatói utasításban foglaltakat.)

4. Az ápolási dokumentáció tartalmi elemeinek kötelező minimuma a fekvőbeteg-ellátás területén.

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.

Az Eütv. szerinti egészségügyi dolgozónak minősül az egyéb felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, továbbá az egészségügyi tevékenységben közreműködő egészségügyi szakképesítéssel nem rendelkező személyek közül a logopédus, a szociális munkás is.

Az ápolási dokumentáció célja:

- a) rendezett adatgyűjtés a beteg ápolási szükségleteinek és ellátási igényeinek feltárására, megállapítására,
- b) az ápolási feladatok tervezéséhez és meghatározásához szükséges és elégséges információk halmazának kezelése,
- c) az ápolási szolgáltatások teljesítésének dokumentálása, a felelősség megállapíthatósága,
- d) a biztonságos és megfelelő szakmai kommunikáció,
- e) az ápolási és egyéb egészségügyi szakdolgozói tevékenységek és szolgáltatások
 - ea) ellenőrzésének,
 - eb) értékelésének,
 - ec) költségfigyelésének,
 - ed) statisztikai elemzésének,
 - ee) tudományos kutatásának támogatása,
- f) a minőségügyi megfelelés bizonyítása,
- g) a jogszabályi előírásoknak való megfelelés biztosítása.

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 beavatkozásoknak és az ellátási eseményeknek, jelenségeknek 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 szabályozásban kell rögzíteni!
- d) Az adott tevékenységet, ápolói beavatkozást végző személynek az ápolási dokumentációt olvashatóan alá kell írnia. Az ápolási, vagy egyéb beavatkozást végző ápoló teljes nevű aláírása kötelező. Kivételt képez ez alól, ha az osztályon található aláírási címpéldányok segítségével a szignó alapján is egyértelműen azonosítható a bejegyzést tevő személy.
- e) Az ápolási dokumentációt csak jól olvasható, tiszta, világos, tartós írásképet adó eszközzel (tollal, informatikai eszközzel stb.) lehet vezetni.

- f) Esetleges tévesztés esetén kötelező betartani a dokumentumok javításának általános szabályait.
- g) Az ápolási állapotfelmérést csak kompetens személy végezheti. (Munkaköri leírásban rögzítve).
- h) Az ápolási tevékenység tervezését a bevezetés előtt a kezelő orvosnak aláírásával jóvá kell hagynia.
- i) Az ápolási dokumentációban az ápolási dokumentáció-sablonban meghatározott adatokat kell rögzíteni.

4.1. Az ápolási dokumentáció kötelező tartalmi elemei

4.1.1. Az azonosítást szolgáló adatok

- a) A beteg azonosító adatai:
 - aa) családi és utónév,
 - ab) születéskori név,
 - ac) anyja neve,
 - ad) születési év/hó/nap,
 - ae) lakóhely vagy tartózkodási hely,
 - af) társadalombiztosítási azonosító jel (TAJ).
- b) Az egészségügyi, ápolási szolgáltatás helyszínének, időpontjának és az ellátásért felelős személy azonosítására szolgáló adatok:
 - ba) a beteget ellátó osztály/részleg megnevezése, kórterem és ágy jelölése,
 - bb) a beteg felvételének, áthelyezésének/elbocsátásának időpontja, módja,
 - bc) a beteget felvevő és az elbocsátó ápoló neve,
 - bd) ápolásvezető aláírása, távollétében a folyamatos ápolói munkarendnek és a beosztásnak megfelelően a beteg ellátásáért aktuálisan felelős ápoló neve, aláírása.
- c) A betegek egyes jogaival összefüggő adatok:
 - ca) a beteg kinek az értesítését kéri szükség esetén (név, elérhetőség),
 - cb) cselekvőképtelen, vagy korlátozottan cselekvőképes beteg esetében a betegjogokat és egyéb, a beteggel kapcsolatos jogokat gyakorló személy neve, elérhetősége,
 - cc) a beteg, - illetve cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes beteg esetében a szülő/törvényes képviselő - nyilatkozata a házirenddel, az ápolási beavatkozásokkal és adatainak ápolási célú kezelésével kapcsolatban (lehet külön beleegyező nyilatkozaton is),
 - cd) a beteg, - illetve cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes beteg esetében a szülő/törvényes képviselő - nyilatkozata a betegazonosító (karpánt) alkalmazásához történő hozzájárulásról, vagy az alkalmazás elutasításáról (lehet külön beleegyező nyilatkozaton is).

4. 1. 2. Az ápolási folyamat dokumentálása

4.1.2.1. Az ápolási helyzetfelmérés adatai

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.

4.1.2.2. 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.

4.1.2.3. 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.

4.1.2.4. 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.

A 4.1.2.2, a 4.1.2.3., és a 4.1.2.4. pontokban foglaltakat egységként kell kezelni, dátummal, aláírással kell ellátni.

4.1.2.5. 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. Az értékelést dátummal, aláírással kell ellátni.

4.1.3. 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. Belső szabályozás szerint, az osztály profiljának megfelelően kell szabályozni a különböző betétlapok szükségességét (decubitus dokumentáció, intenzív észlelő lap, mobilizációs lap, folyadék lap, transzfúziós észlelő lap).

4.1.4. Távozási dokumentáció

a) Intézetből való elbocsátás esetén:

- aa) az ápolás rövid összefoglalása, az elbocsátás dátuma, az elbocsátó ápoló és az osztályvezető ápoló vagy helyettesének aláírása.
- ab) amennyiben a beteg további szakápolást igényel, úgy ápolási zárójelentés készítése (ápolás rövid összefoglalása). Az ápolási zárójelentésből egy példányt a beteg kap meg.
- aba) elbocsátáskori fizikális állapot rögzítése,
- abb) további ápolásra vonatkozó javaslatok,
- abc) életmódbeli tanácsok.

b) Osztályos áthelyezés esetén a beteget értékeinek írásbeli dokumentálásával kell átadni. A betegek értékeinek megőrzésével kapcsolatos előírásokat a Házirend, valamint a Letétkezelési Szabályzat tartalmazza.

5. A betegdokumentáció ápolásszakmai tartalmi elemeinek kötelező minimuma az egynapos sebészeti és kúraszerűen végezhető ellátások során

Az egynapos sebészeti és a kúraszerűen végezhető ellátás során az ápolási tevékenységről ápolási dokumentációt kell vezetni. Az ápolási dokumentáció tartalmazza az ápolási tevékenységeket ellátó valamennyi egészségügyi szakdolgozó speciális szakmai feljegyzéseit. Az ápolási dokumentáció vezetése az ápoló önálló, saját felelősségére végzett feladata. Az ápoló a dokumentáció helyes, pontos vezetéséért a műszakján belül felel.

Az ápolási dokumentáció célja:

- a) az ápolási tevékenység teljesítésének dokumentálása, a felelősség megállapíthatósága,
- b) a biztonságos és megfelelő szakmai kommunikáció,
- c) az ápolási és egyéb egészségügyi szakdolgozói tevékenységek és szolgáltatások
 - ca) ellenőrzésének,
 - cb) értékelésének,
 - cc) költségfigyelésének,
 - cd) statisztikai elemzésének,
 - ce) tudományos kutatásának támogatása,
- d) a minőségügyi megfelelés bizonyítása,
- e) a jogszabályi előírásoknak való megfelelés.

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 beavatkozásoknak és az ellátási eseményeknek időbeni folyamatát az ápolási dokumentációnak pontosan kell tükröznie.
- c) Az ápolási beavatkozások vagy ellátási események időpontját percnyi pontossággal kell dokumentálni.
- d) Az adott tevékenységet, az ápolói beavatkozást végző személynek az ápolási dokumentációt alá kell írnia.
- e) Az ápolási dokumentációt jól olvashatóan, egyértelműen, tartós írásképet adó eszközzel (tollal, informatikai eszközzel stb.) kell vezetni.
- f) Esetleges tévesztés esetén kötelező betartani a dokumentumok javításának általános szabályait.

5.1. Az ápolási dokumentáció kötelező tartalmi elemei

5.1.1. Az azonosítást szolgáló adatok

a) A beteg azonosító adatai:

- aa)* családi és utónév,
- ab)* születéskori név,
- ac)* anyja neve,
- ad)* születési hely, év/hó/nap,
- ae)* lakóhely és tartózkodási hely,
- af)* társadalombiztosítási azonosító jel (TAJ).

b) Az egészségügyi, ápolási szolgáltatás helyszínének, időpontjának és végrehajtójának azonosítására szolgáló adatok:

- ba)* a beteget ellátó osztály/részleg megnevezése, kórterem és ágy jelölése,
- bb)* a beteg felvételének, áthelyezésének/elbocsátásának időpontja dátum, óra, perc pontossággal,
- bc)* a folyamatos ápolói munkarendnek és a beosztásnak megfelelően a beteg ellátásáért aktuálisan felelős ápoló neve.

c) A betegek egyes jogaival összefüggő adatok:

- ca)* a beteg, - illetve cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes beteg esetében a szülő/törvényes képviselő - nyilatkozata a betegazonosító (karpánt) alkalmazásához történő hozzájárulásról, vagy az alkalmazás elutasításáról.

5.1.2. Az ápolási tevékenység megvalósítására, kivitelezésére vonatkozó adatok

- a)* az orvos utasításának és a beteg állapotának megfelelően az ápolási megfigyelések pontos dokumentálása,
- b)* ápolói tevékenységek pontos megjelölése,
- c)* betegmegfigyelés eredményeinek pontos dokumentálása,
- d)* betegmegfigyelés és az ápolói tevékenység pontos időpontja,
- e)* betegmegfigyelést és az ápolói tevékenységet végrehajtó ápoló aláírása,
- f)* a tevékenységgel kapcsolatos ápolói megfigyelés adatai,
- g)* a tevékenységgel összefüggésben esetleg bekövetkező rendkívüli esemény és az ezzel kapcsolatos ápolói intézkedés adatai.

5.1.3. Az elvégzett ápolói tevékenységek értékelése

- a)* az ápolás rövid összefoglalása,
- b)* elbocsátáskori fizikális állapot rögzítése,
- c)* az ápolási dokumentációt lezáró ápoló aláírása.

6. A fizioterápiás betegdokumentáció

A fizioterápiás betegdokumentáció kötelező tartalmi elemei:

6.1. Az azonosítást szolgáló adatok (gyógytornász/gyógytornász-fizioterapeuta/ okleveles fizioterapeuta, fizi(k)oterápiás (szak)asszisztens, és a gyógymasszőr végzi)

6.1.1. A beteg azonosító adatai:

- a)* családi és utónév,
- b)* születéskori név,
- c)* anyja neve,

- d) születési hely, év/hó/nap,
- e) lakóhely és tartózkodási hely,
- f) társadalombiztosítási azonosító jel (TAJ).

6.1.2. A fizioterápiás szolgáltatás helyszínének, időpontjának és az ellátásért felelős személyek azonosítására szolgáló adatok:

- a) a beteget ellátó intézmény, osztály/részleg megnevezése, kórterem és ágy jelölése,
- b) a kezelés megkezdésének és a kezelés befejezésének időpontja dátum, óra, perc pontossággal,
- c) kezelőorvos neve,
- d) a beteg fizioterápiás kezeléséért felelős gyógytornász neve.

6.1.3. Orvosi diagnózis

6.2. A betegek egyes jogaival összefüggő adatok:

A beteg, illetve cselekvőképtelen, vagy korlátozottan cselekvőképese beteg esetében a szülő/törvényes képviselő nyilatkozata a fizioterápiás beavatkozásokkal és adatainak terápiás célú kezelésével kapcsolatban.

6.3. A gyógytornász/gyógytornász-fizioterapeuta/ okleveles fizioterapeuta által vezetett fizioterápiás vizsgálati lap a klinikai szakterületek (mozgásszervi, neurológiai, kardio-vaszkuláris, pulmonológiai, nőgyógyászati, lymphológiai, fejlődésneurológiai, intenzív osztályos ellátás, stb.) specifikus állapotfelmérő módszereinek megfelelően eltérő tartalmi elemeket foglalhat magában.

6.3.1. Mozgásszervi fizioterápiás vizsgálat dokumentálása akut, krónikus és rehabilitációs fizioterápia esetén:

6.3.1.1. Felvételének időpontja

6.3.1.2. Szubjektív paraméterek

- a) Tünet, aktuális panasza (fájdalom, deformitás, duzzanat, atrófia, mozgáskorlátozottság, funkcionális limitáció, járászavar, sántítás, stb.)
 - aa) Lokalizációja? Típusa, mire csökken, és mire fokozódik? Súlyosság foka? Az esetleges sérülés mechanizmusa, a fájdalom természete, erőssége (fájdalomskála), a tünetek 24 órás változása? Milyen a beteg napi aktivitási szintje, fizikális kondíciója, van-e funkcionális limitációja?
- b) Anamnézishez kapcsolódó további adatok
 - ba) A beteg általános egészségi állapota
 - bb) Társbetegségek
 - bc) Gyógyszerek (szteroid, antikoaguláns, béta-blokkoló stb.)
 - bd) Friss Rtg, vagy egyéb releváns vizsgálati eredmény
- c) A jelenlegi probléma előzményei
 - ca) Minden problémás testrész előtörténete
 - cb) A tünetek megjelenésének összefüggései
 - cc) A tünetek változása megjelenésük óta
 - cd) Orvosi kórtörténet
- d) Szociális és családi helyzet

6.3.1.3. Objektív adatok

a) Fizikális vizsgálat

aa) Obszerváció/inspekció/megtekintés

ab) Aktív ízületi mozgások vizsgálata

ac) Passzív ízületi mozgások vizsgálata (terjedelem, véghelyzet érzet)

ad) Izomvizsgálat – erő, kontrol, stabilitás, nyújthatóság

ae) Izometriás tesztek

af) Neurológiai tájékozódás – dermatómák, reflexek, miotómák, idegmobilizálhatóság

ag) Speciális tesztek

ah) Passzív járulékos mozgások

ai) Palpáció/tapintás – bőr, felületes lágyrészek, izmok, inak, idegek, szalagok, ízületek, csontok

b) Funkcionális tesztek – adott populációra megfelelően standardizált tesztek használata – a nagyobb objektivitás, validitás és megbízhatóság érdekében (pl.: FIM skála, ADL kérdőív, stb.)

c) FNO használata (csak megfelelő képzettség esetén)

6.4. Véleményalkotás (gyógytornász/gyógytornász-fizioterapeuta/okleveles fizioterapeuta végzi)

Közvetlenül a fizioterápiás funkcionális állapotfelmérés után a gyógytornász elemezi és értelmezi az összegyűjtött adatokat, és ennek alapján megállapítja és a fizioterápiás dokumentációba bejegyezi a beteg **funkcionális diagnózisát**, a fizioterápiával kezelhető problémáit. (Pl.: fájdalom, izomerő-csökkenés, tónusfokozódás, mozgásbeszűkülés, ízületi merevség, váladék felszaporodás, stb.)

6.5. A fizioterápiás kezelési cél és a kezelési terv meghatározása (gyógytornász/gyógytornászfizioterapeuta/okleveles fizioterapeuta végzi)

6.5.1. A beteg állapotának megfelelően, mérhető módon kell megfogalmazni a fizioterápiás kezelés céljait.

6.5.2. A fentiek alapján a kezelési terv elkészítése során a gyógytornász célzottan kell, hogy megválassza a megfelelő fizioterápiás eljárásokat.

6.6. A **vizitlap** a fizioterápiás beavatkozások (beleértve a fizi(k)oterápiás (szak)asszisztensi, és a gyógymasszőri tevékenységet is) kivitelezésére, a kezelési folyamat megvalósulására, a beteg állapotváltozására vonatkozó adatokat tartalmazza, kezelési dátumomként részletezve.

6.6.1. A kezelési tervben előre meghatározott beavatkozások közül a kezelésként aktuálisan megvalósuló beavatkozások pontos megnevezése.

6.6.2. A vizitlapnak tartalmaznia kell a beteg állapotával kapcsolatos észrevételeket, a kezelésre adott reakciókat.

6.6.3. Az elvégzett kezelések bejegyzése kezelésként, a kezelést végző által aláírva történik.

6.6.4. Amennyiben a kezelési folyamat során változik a beteg állapota, vagy a kezelésre adott reakciója, ezzel együtt a gyógytornász változtat a kezelési terven, és az alkalmazandó eljárásokon, abban az esetben azt a gyógytornásznak be kell jegyeznie a fizioterápiás dokumentációba, a változás időpontjával együtt.

6.7.7. Záró állapot felmérés, értékelés (gyógytornász/gyógytornász-fizioterapeuta/okleveles fizioterapeuta végzi)

A kezelési folyamat befejeztével történik a kezelési folyamat, a beavatkozások eredményeinek rögzítése, értékelése, további gyógytornász-fizioterapeuta általi terápiás javaslat adása.

7. A dietetikai dokumentáció kötelező tartalmi elemei a fekvőbeteg ellátást nyújtó egészségügyi intézményekben

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

A dietetikai dokumentáció célja:

- a) a táplálkozási anamnézis ismeretében táplálási terv felállítása,
- b) egyénre szabott terápia nyújtása,
- c) a fenti változások nyomon követése,
- d) a dietetikai szolgáltatások teljesítésének dokumentálása,
- e) minőségügyi megfelelés bizonyítása,
- f) a jogszabályi előírásoknak való megfelelés,
- g) pontos írásbeli és szóbeli kommunikáció biztosítása a team-munka érdekében.

A dietetikai dokumentáció vezetésének általános szabályai:

- a) A dietetikai dokumentáció lehet kézzel, vagy géppel írott, illetve elektronikus formátumú.
- b) A dokumentációnak tükröznie kell a teljes táplálási folyamatot.
- c) A dokumentálásra került adatoknak a vonatkozó adatvédelmi jogszabályoknak meg kell felelniük.
- d) A táplálásban bekövetkezett változások időbeni folyamatát pontosan kell rögzíteni.
- e) A dokumentációt vezető személynek az írott anyagot aláírásával szükséges ellátnia.
- f) A dietetikai dokumentációnak jól olvashatónak, tömörnek, világosnak kell lennie.

7.1. Az azonosítást szolgáló adatok

7.1.1. A beteg azonosító adatai:

- a) családi és utónév,
- b) születési év, hó, nap,
- c) társadalombiztosítási azonosító jel,
- d) osztály, kórterem, ágyszám.

7.1.2. Az egészségügyi, dietetikai szolgáltatás azonosítására szolgáló adat: a dietetikai, táplálásterápiás ellátást végző felelős dietetikus neve.

7.1.3. A betegek jogaival összefüggő adatok:

A beteg, illetve cselekvőképtelen, vagy korlátozottan cselekvőképes beteg esetében a szülő, vagy törvényes képviselő nyilatkozata a dietetoterápiával kapcsolatban.

7.2. Táplálásterápia, dietetikai tanácsadás, gondozás, helyzetfelmérés

- a) Diagnózis.
- b) Orvos által előírt diéta megnevezése, a táplálásterápiában konzultáló orvos megnevezése.
- c) A diétát, táplálást befolyásoló fontosabb gyógyszerek, diagnosztikus, terápiás beavatkozások rögzítése.
- d) Tápláltsági állapot felmérése, antropometria, laboratóriumi paraméterek.
- e) Táplálási anamnézis, táplálkozási szokások, étkezéssel, emésztéssel összefüggő panaszok, fizikai aktivitás, táplálkozás nehezítettségére utaló állapotok.

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

Táplálási, táplálásterápiás terv, táplálás felépítése.

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

- a) A táplálási, táplálásterápiás terv, a tervezett változások időpontjának rögzítése.
- b) A dietetikai oktatás(ok) időpontja.
- c) A páciens részére nyújtott írásos segédanyagok pontos megnevezése.
- d) Kontroll időpontja (járóbeteg esetében).

7.5. A dietetikai munka dokumentálása az élelmezés folyamatában

7.5.1. Étlaptervezési, étlap ellenőrzési feladatok: a szakma szabályai szerint, az ellátottak szükségleteinek magas szintű ellátását lehetővé tevő külső szolgáltató által tervezett étlapok felülvizsgálata, ellenőrzése.

7.5.2. Ételkészítési folyamatok ellenőrzése:

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

7.5.3. Az adagolás és tálalás folyamatának ellenőrzése: a pontosság, a mennyiség és a higiéniai szempontok ellenőrzése és dokumentálása.

7.5.4. Kapcsolattartás az élelmezés működtetésében illetékesekkel, dokumentálás:

- a) az élelmezésben részesülők (kórházi ellátottak) optimális ellátása,
- b) az elvégzett munka minősége érdekében kapcsolattartás az élelmezést végző külső szolgáltató illetékes élelmezésvezetőjével illetve dietetikusával.”

7.5.5. Dokumentálást szolgáló bizonylatok

- a) az ellátásban részesülők élelmezésének megrendelési rendszere egyéni, ellenőrizhető felhasználási kódokkal a külső szolgáltató felé,
- 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.

Ápolási dokumentáció ellenőrzése:

- A főnővér, vagy megbízottja, aláírással igazoltan áttekinti valamennyi ápolási dokumentációt.
- Az osztályvezető főorvos, vagy megbízottja, a teljes betegdokumentáció lezárásakor aláírja az ápolási dokumentációt is.

- Az ápolási igazgató, vagy helyettese az ápolási vizit alkalmával ellenőrzi a dokumentáció vezetését.

Az ápolási dokumentáció megőrzése:

Az ápolási dokumentáció része az egészségügyi dokumentációnak.

Az ápolási dokumentáció dokumentumjegyzéke:

Általános:

- Ápolási lap
- Ápolási betétlap
- Áthelyezési ápolási lap
- Folyadéklap
- Leltár a kórházban ápoltak személyes dolgairól, értékeiről
- Mozgásterápia, gyógytornász lap
- Decubitus dokumentáció:
 - megelőzés,
 - sebfelmérő lap
 - forgatási rend
 - sebkezelő lap
- Ápolási zárójelentés

Speciális:

- Észlelő lap
- Diabetes-oktatási lap
- Gondozási lap (psychitária)
- Központi Intenzív – ápolási és őrzőlap

A felsorolt általános dokumentumok vezetése kötelező az osztály profiljának megfelelően. A dokumentumok változtatására, illetve a felsoroltaktól történő eltérő bevezetésre az ápolási igazgatóval történt előzetes egyeztetés, illetve jóváhagyás után kerülhet sor.

8. Járóbeteg ellátás

Amennyiben az ellátók számára elérhetőek a MedWorkS dokumentumok, akkor számukra azok használata kötelező. Amennyiben a MedWorkS rendszer – ideiglenesen vagy tartósan – nem érhető el az ellátók számára, az adatokat az informatikai lehetőségektől függően lehetőleg elektronikus formában, ennek hiányában papír alapon kell rögzíteni. A kötelezően rögzítendő adatok köre ebben az esetben is megegyezik a MedWorkS dokumentumok sablonjai által meghatározottakkal.

A járóbeteg ellátás során kötelezően használandó dokumentumok:

- Járóbeteg vizsgálati lap,
- Elszámolási nyilatkozat.

A járóbeteg vizsgálati lapot és az elszámolási nyilatkozatot 2-2 példányban ki kell nyomtatni (1 példány a betegé). Az orvos minden példányt hitelesít aláírásával és orvosi pecsétjével,

majd a dokumentumok 1-1 példányát a beteggel aláíratja, ezzel igazoltatva a dokumentum átvételét. A beteg által aláírt példányok az ellátónál maradnak és megőrzésre kerülnek.

Az ellátás típusától függően egyéb dokumentumok is keletkezhetnek a beteg vizsgálata/kezelése során, így például:

- Vizsgálati lelet (röntgen, ultrahang, vér, stb.),
- Beleegyező nyilatkozat,
- Műtéti leírás.

A beteg ellátása során, kezelésével kapcsolatban keletkező valamennyi dokumentációt az egészségügyi dokumentáció részeként kötelezően meg kell őrizni.

9. Hivatkozások:

- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről,
- 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről,
- Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok,
- Dokumentumok és feljegyzések kezelése című eljárás,
- Fekvőbeteg ellátás című eljárás,
- Járóbeteg ellátás című eljárás,
- Házirend,
- Az ápolás rendjéről szóló szabályzat,
- Az Intézetben belüli és kívüli konzíliumi tevékenység ellátásáról szóló szabályzat,
- Szabályzat a haldoklók körüli teendők, valamint az elhunytak és a boncolás céljára beszállított halottak intézeti ellátása tárgyában,
- Letétkezelési Szabályzat,
- Adatvédelmi Szabályzat,
- Iratkezelési Szabályzat,
- Informatikai Biztonsági Szabályzat,
- Transzfúziós eljárásrend,
- Hatósági és egyéb megkeresések teljesítésének rendjéről, egészségügyi dokumentáció kiadásáról szóló szabályzat,
- Az Egészségügyi Minisztérium által kiadott, szakmai kollégiumok által kidolgozott szakmai protokollok, irányelvek, módszertani levelek,
- KSH Kézikönyv a Halottvizsgálati Bizonyítvány kitöltéséhez.

Az egyes osztályok, szakambulanciák, szakrendelések és gondozók a fenti előírások, vonatkozó jogszabályok, intézeti belső szabályzatok, eljárások és utasítások szerint kötelesek az egészségügyi dokumentációt vezetni és megőrizni.