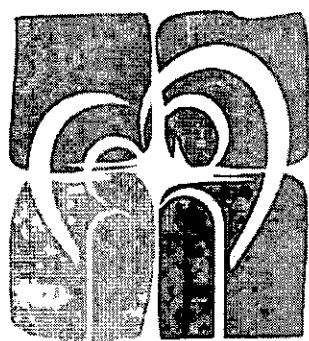




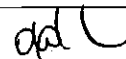
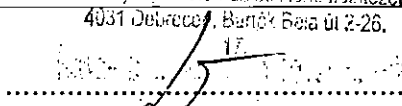
*Kenézy Gyula Kórház
és Rendelőintézet*

Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet

**EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ-KEZELÉSI
SZABÁLYZAT**

Debrecen

2013. április 1.

Szakmai felelős: (név, beosztás/munkakör)	Orosz Ildikó jogi és közbeszerzési osztályvezető 
Jogi ellenjegyzés: (név, beosztás/munkakör)	Dr. Pályi Anita jogi és humánpolitikai igazgató 
Testületi és külső szerv általi döntések, jóváhagyások: (eljáró szerv megnevezése, döntés száma/azonosítója, döntés kelte)	-
Hatálybalépés napja:	2013. április 1.
A szabályzat által módosított dokumentum: (neve, száma, egyéb azonosítója, hatálya)	-
A szabályzat által hatályon kívül helyezett dokumentum: (neve, száma, egyéb azonosítója, hatálya)	-
Kiadta:	Kenéz Gyula Kórház és Rendelőintézet 4031 Debrecen, Bartók Béla út 2-26, 17  Dr. Lámpe Zsolt Tibor főigazgató

Változások követése:

Verziószám:	Eredeti kiadás (hatálybalépés időpontja)
V01	eredeti kiadás (2013. április 1.)

Tartalomjegyzék

1. A Szabályzat célja, hatálya, alapelvei, fogalmak	5
1.1 A szabályozás alapelvei	5
1.2 Fogalmak	5
2. Az egészségügyi dokumentáció tartalmi követelményei	7
2.1 Általános követelmények	7
2.2 Speciális követelmények	8
3. A Kórházban használt egészségügyi dokumentumok fajtái	8
3.1 Az alapellátás dokumentumai	8
3.1.1 A védőnői ellátás dokumentációs rendje	8
3.1.2 Az iskola-egészségügyi ellátás dokumentációs rendje	8
3.2 Járóbeteg-szakellátás dokumentumai	9
3.2.1 Ambuláns lap	9
3.2.2 Ambuláns napló	9
3.2.3 Napi betegforgalmi jelentés	9
3.2.4 Kezelési lap, Gondozási könyv, Jelentkezési lap, Betegkarton	10
3.3 Fekvőbeteg-szakellátás dokumentumai	10
3.3.1 Kórlap (általános és speciális)	10
3.3.2 Dekurzuslap (Betétlap)	11
3.3.3 Lázzap	12
3.3.4 Osztálynapló	13
3.3.5 Regiszteres füzet (Betegregiszter)	13
3.3.6 Anesztézia dokumentációja	14
3.3.6.1 Aneszteziológiai jegyzőkönyv	14
3.3.6.2 Ürlap katéteres epidurális érzéstelenítéshez (EDA)	14
3.3.7 Központi Műtő dokumentációja	14
3.3.7.1 Műtési lap	14
3.3.8 Vérékészítmények kezelésének dokumentumai	15
3.3.9 A beteg elbocsátásával kapcsolatos dokumentumok	15
3.3.9.1 Zárójelentés	15
3.3.10 Haláleset dokumentációja	16
3.3.10.1 Kísérőlap	16
3.3.10.2 Engedély (távirat)	17
3.3.10.3 Megrendelő (igazságügyi átszállításhoz)	17
3.3.10.4 Lábcédula	17
3.3.10.5 Értesítés halálesetről	17
3.3.10.6 Halottvizsgálati bizonyítvány	17
3.3.10.7 Boncjegyzőkönyv	18
3.3.10.8 Boncolás elengedése	18
3.3.10.9. Hatósági boncolások elvégzésének menete	19
3.3.11 Ápolási dokumentáció	20
3.3.11.1 Az ápolási dokumentáció tartalmi elemeinek kötelező minimuma	20
3.3.11.2 Napi ápolási tevékenység dokumentálása	21
3.3.11.3 Távozási dokumentáció	21
3.4 Az egynapos sebészeti ellátás dokumentációs rendje	22
3.4.1 Kórlap (speciális)	22
3.4.2 Műtési és implantációs napló	23
3.4.3 Regiszteres füzet (Betegregiszter)	23
3.4.4 Anesztézia dokumentációja	23
3.4.4.1 Narcosis jegyzőkönyv	23
3.4.4.2 Műtési lap	23
3.4.5 A beteg elbocsátásával kapcsolatos dokumentum	24
3.4.5.1 Zárójelentés	24
3.4.6 Ápolási dokumentáció	25
3.4.6.1 Az ápolási dokumentáció kezelésének és alaki megfelelőségének általános szabályai	25
3.4.6.2 Az ápolási dokumentáció kötelező tartalmi elemei	25
3.4.7 Elbocsátási ellenőrző lap	26
3.4.8 Adatlap kórházi (osztályos) ápolási esetről	26
3.5 Egyéb, valamennyi ellátási formában használatos dokumentumok	27
3.5.1 Beutaló	27

3.5.2 Diagnosztikai egységek bizonylatai	28
3.5.2.1 Vizsgálatkérő lapok a Kórházon belül	28
3.5.2.2. Vizsgálatkérő lapok a Kórházon kívül	28
3.5.2.3 Nukleáris Medicina által kiadott leletek	28
3.5.2.4 Képképző diagnosztikai eljárások leleteinek, felvételeinek megőrzési rendje	29
3.5.3 Más szervezeti egységek közreműködésével végzett vizsgálatok dokumentumai	29
3.5.3.1 Konzílium	29
3.5.3.2 Szakvizsgálatot és egyéb terápiás beavatkozást kérő lap	29
4. Egyéb, az egészségügyi dokumentáció részét képező, illetve ahhoz kapcsolódó dokumentumok	30
4.1 Teljesítmény-elszámolás dokumentációja	30
4.1.1 Adatlap (fekvő)	30
4.1.2 Elszámolási nyilatkozat	30
4.1.3 Jelentőlap a műtét során beültetett anyagról	30
4.2 Betegszállítási utalvány	31
4.3 Mentési utalvány	31
4.4 Mentési készenléti igénylő őrzött szállítás adatlapja	32
4.5 Utazási utalvány, utazási költségtérítési utalvány	32
4.6 Beleegyező nyilatkozatok	33
5. Egészségügyi dokumentáció megismerése, kiadása, tárolása, őrzése, selejtezése	36
5.1 Az egészségügyi dokumentáció megismerése	36
5.2 Az egészségügyi dokumentáció kiadása	37
5.2.1 A Kórház Koordinációs Osztályának (a továbbiakban: Koordinációs Osztály) feladatai	37
5.2.2 A betegellátó szervezeti egységek dokumentáció-kiadást érintő, és az egészségügyi dokumentációba történő betekintéssel összefüggő feladatai	37
5.2.3 A Patológiai Osztály, a Betegfelvételi Osztály, valamint a Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály dokumentáció-kiadást érintő feladatai	38
5.2.4 Közös szabályok	38
5.3 Az egészségügyi dokumentáció tárolása, őrzése, használata	38
5.4 Az egészségügyi dokumentáció selejtezése	40
6. Egészségügyi dokumentáció ellenőrzése, felülvizsgálata	40
7. Felelősségi szabályok	40
8. Vegyes és hatályba léptető rendelkezések	40
Melléklet	41

A gyógyintézetek működési rendjéről, illetve szakmai vezető testületéről szóló 43/2003. (VII. 29.) ESzCsM rendelet 9. § (2) bekezdés d) pontjában foglalt felhatalmazás alapján a Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet (a továbbiakban: Kórház) főigazgatójaként az egészségügyi dokumentáció kezelésének rendjéről az alábbi szabályzatot (a továbbiakban: Szabályzat) adom ki:

1. A Szabályzat célja, hatálya, alapelvei, fogalmak

A Szabályzat megalkotásának célja a Kórházban folyó egészségügyi ellátás pontos és teljes körű dokumentálása, valamint a betegellátásban résztvevő dolgozók egészségügyi dokumentáció-kezeléssel összefüggő feladatainak meghatározása a folyamatos és zökkenőmentes egészségügyi szolgáltatás biztosítása érdekében, a vonatkozó jogszabályokban foglalt rendelkezések egyidejű betartása mellett.

A Szabályzat szervei hatálya kiterjed a Kórház minden olyan szervezeti egységére, amely egészségügyi dokumentáció kezelésében részt vesz, különös tekintettel a Kórház alapellátást végző, valamint járó- és fekvőbeteg-szakellátó szervezeti egységeire.

A Szabályzat személyi hatálya kiterjed a Szabályzat szervei hatálya alá tartozó szervezeti egységek valamennyi dolgozójára.

A Szabályzat tárgyi hatálya kiterjed a Szabályzat személyi hatálya alá tartozók által kezelt egészségügyi dokumentációra, és az azzal összefüggésben végzett valamennyi tevékenységre.

1.1 A szabályozás alapelvei

- Az egészségügyi dokumentációt időrendben és úgy kell vezetni, hogy a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát.
- Az egyes egészségügyi dokumentumoknak tartalmi és formai szempontból meg kell felelniük a jogszabályi követelményeknek.
- A dokumentációnak tartalmaznia kell valamennyi olyan adatot, amely a kezeléshez elengedhetetlenül szükséges.
- Az adatok felvételének jogszerűnek és időszerűnek kell lenniük.
- Az egészségügyi dokumentációt a Kórház betegellátó szervezeti egységei részére a nap 24 órájában hozzáférhetővé kell tenni, az ellátás folyamatosságának biztosítása érdekében.

1.2 Fogalmak

Adatkezelés: az alkalmazott eljárástól függetlenül az adatokon végzett bármely művelet vagy a műveletek összessége, így például gyűjtése, felvétele, rögzítése, rendszerezése, tárolása, megváltoztatása, felhasználása, továbbítása, nyilvánosságra hozatala, összehangolása vagy összekapcsolása, zárolása, törlése és megsemmisítése, valamint az adatok további felhasználásának megakadályozása. Adatkezelésnek számít a fénykép-, hang- vagy képfelvétel készítése, valamint a személy azonosítására alkalmas fizikai jellemzők (pl. ujj- vagy tenyérnyomat, DNS-minta, íriszkép) rögzítése is.

Adatkezelő: a betegellátó, az intézményvezető, az adatvédelmi felelős, a betegjogi képviselőket foglalkoztató szerv, az egészségügyi dokumentációt kezelő szerv, továbbá az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvényben meghatározott egyéb személyek és szervek.

Betegellátó: a kezelést végző orvos, az egészségügyi szakdolgozó, az érintett gyógykezelésével kapcsolatos tevékenységet végző egyéb személy, a gyógyszerész.

Egészségügyi dokumentáció: az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi dolgozó tudomására jutó, a beteg kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától.

Egészségügyi adat: az érintett testi, értelmi és lelki állapotára, kóros szenvedélyére, valamint a megbetegedés, az elhalálozás körülményeire, a halál okára vonatkozó, általa vagy róla más személy által közölt, illetve az egészségügyi ellátó hálózat által észlelt, vizsgált, mért, leképzett vagy származtatott adat, továbbá az előzőekkel kapcsolatba hozható, az azokat befolyásoló mindennemű adat, pl. magatartás, környezet, foglalkozás.

Életfenntartó beavatkozás: a beteg életének mesterséges módon történő fenntartására, illetve egyes életműködéseinek pótlására irányuló egészségügyi tevékenység.

Életmentő beavatkozás: sürgős szükség esetén a beteg életének megmentésére irányuló egészségügyi tevékenység.

Gondnokság alá helyezés miatti korlátozott cselekvőképesség, illetve cselekvőképtelenség: Korlátozottan cselekvőképes az a nagykorú, akit a bíróság ilyen hatállyal gondnokság alá helyezett.

Cselekvőképességet korlátozó gondnokság alá a bíróság azt a nagykorú személyt helyezi, akinek az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége a pszichés állapota, szellemi fogyatékossága vagy szenvedélybetegsége miatt – általános jelleggel, illetve egyes ügycsoportok vonatkozásában – tartósan vagy időszakonként visszatérően nagymértékben csökkent. Ha a belátási képesség korlátozottsága csak részleges, a gondnokolt minden olyan ügyben önállóan érvényes jognyilatkozatot tehet, amely ügycsoport tekintetében a bíróság a cselekvőképességet korlátozó ítéletben a gondnokolt cselekvőképességét nem korlátozza.

Cselekvőképtelen az a nagykorú, akit a bíróság cselekvőképességet kizáró gondnokság alá helyezett. A cselekvőképességet kizáró gondnokság alá a bíróság azt a nagykorú személyt helyezi, akinek ügyei viteléhez szükséges belátási képessége – pszichés állapota vagy szellemi fogyatékossága miatt – tartósan teljes mértékben hiányzik.

Gyógykezelés: minden olyan tevékenység, amely az egészség megőrzésére, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógyítása, a megbetegedés következtében kialakult állapotromlás szinten tartása vagy javítása céljából az érintett közvetlen vizsgálatára, kezelésére, ápolására, orvosi rehabilitációjára, illetve mindezek érdekében az érintett vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök, gyógyászati ellátások kiszolgáltatását, a mentést és betegszállítást, valamint a szülészeti ellátást is.

Invazív beavatkozás: a beteg testébe bőrön, nyálkahártyán vagy testnyíláson keresztül behatoló fizikai beavatkozás, ide nem értve a beteg számára szakmai szempontból elhanyagolható kockázatot jelentő beavatkozásokat.

Kezelőorvos: a beteg adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző orvos, illetve orvosok, akik a beteg gyógykezeléséért felelősséggel tartoznak.

Kiskorúság miatti korlátozott cselekvőképesség, illetve cselekvőképtelenség: Kiskorú az, aki a 18. életévét még nem töltötte be, kivéve, ha házasságot kötött. A házasságkötés nem jár a nagykorúság megszerzésével, ha a házasságot a bíróság a cselekvőképesség hiánya vagy a kiskorúság miatt szükséges gyámhatósági engedély hiánya miatt nyilvánította érvénytelennek.

Korlátozottan cselekvőképes az a kiskorú, aki a tizennegyedik életévét már betöltötte és nem cselekvőképtelen. Cselekvőképtelen az a kiskorú, aki a tizennegyedik életévét nem töltötte be.

Közokirat: Olyan papír alapú vagy elektronikus okirat, amelyet bíróság, közjegyző vagy más hatóság, illetve közigazgatási szerv ügykörén belül, a megszabott alakban állított ki, és mint közokirat, teljesen bizonyítja a benne foglalt intézkedést vagy határozatot, továbbá az okirattal tanúsított adatok és tények valóságát, úgyszintén az okiratban foglalt nyilatkozat megtételét, valamint annak idejét és módját. Ugyanilyen bizonyító ereje van az olyan okiratnak is, amelyet jogszabály közokiratnak nyilvánít.

Közeli hozzátartozó: házastárs, egyeneságbeli rokon, örökbe fogadott-, mostoha- és nevelt gyermek, örökbe fogadó-, mostoha- és nevelő szülő, testvér, élettárs.

Orvosi titok: a gyógykezelés során az adatkezelő tudomására jutott egészségügyi és személyazonosító adat, továbbá a szükséges vagy folyamatban lévő, illetve befejezett gyógykezelésre vonatkozó, valamint a gyógykezeléssel kapcsolatban megismert egyéb adat.

Örökös: törvényes vagy végrendeleti örökös.

Sürgős szükség: az egészségi állapotban hirtelen bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában az érintett közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.

Teljes bizonyító erejű magánokirat: A magánokirat ellenkező bizonyításig teljes bizonyítékul szolgál arra, hogy kiállítója az abban foglalt nyilatkozatot megtette, illetőleg elfogadta, vagy magára kötelezőnek ismerte el, feltéve, hogy az alábbi feltételek valamelyike fennáll:

- a) a kiállító az okiratot saját kezűleg írta és aláírta,
- b) két tanú az okiraton aláírásával igazolja, hogy a kiállító a nem általa írt okiratot előttük írta alá, vagy aláírását előttük saját kezű aláírásának ismerte el, az okiraton a tanúk lakóhelyét (címét) is fel kell tüntetni,
- c) a kiállító aláírása vagy kézjegye az okiraton bíróilag vagy közjegyzőileg hitelesítve van,
- d) a gazdálkodó szervezet által üzleti körében kiállított okiratot szabályszerűen aláírták,
- e) ügyvéd (jogtanácsos) az általa készített okirat szabályszerű ellenjegyzésével bizonyítja, hogy a kiállító a nem általa írt okiratot előtte írta alá, vagy aláírását előtte saját kezű aláírásának ismerte el, illetőleg a kiállító minősített elektronikus aláírásával aláírt elektronikus okirat tartalma az ügyvéd által készített elektronikus okirattal megegyezik,
- f) az elektronikus okiraton kiállítója minősített elektronikus aláírást helyezett el.

Törvényes képviselő: a szülői felügyeletet gyakorló szülő, a gyám, cselekvőképességet érintő gondnokság esetén a gondnok, az eseti és az ideiglenes gondnok.

Személyazonosító adat: a családi és utónév, leánykori név, a nem, a születési hely és idő, az anya leánykori családi és utóneve, a lakóhely, a tartózkodási hely, a társadalombiztosítási azonosító jel (a továbbiakban: TAJ-szám) együttesen, vagy ezek közül bármelyik, amennyiben alkalmas, vagy alkalmas lehet az érintett azonosítására.

2. Az egészségügyi dokumentáció tartalmi követelményei

2.1 Általános követelmények

Az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni:

- a beteg személyazonosító adatait,
- cselekvőképes beteg esetén az értesítendő személy, kiskorú illetve gondnokság alatt álló beteg esetén a törvényes képviselő nevét, lakcímét, elérhetőségét,

- kórelőzményt, kórtörténetet,
- az első vizsgálat eredményét,
- a diagnózist, és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját,
- az ellátást indokoló betegség megnevezését, a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, a kísérőbetegségeket és szövődményeket,
- egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegséget, illetve a kockázati tényezők megnevezését,
- az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét,
- a gyógyszeres és egyéb terápiát, azok eredményét
- a beteg gyógyszer-túlérzékenységére vonatkozó adatokat,
- a bejegyzést tévő egészségügyi dolgozó nevét és a bejegyzés időpontját,
- a betegnek, illetve tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését,
- a beleegyezés, visszautasítás tényét, annak időpontját,
- minden olyan egyéb adatot és tény, amely a beteg gyógyulására befolyással lehet.

2.2 Speciális követelmények

A dokumentációnak az általános követelményeken túl meg kell felelnie az alábbi speciális követelményeknek is:

- Járóbeteg-szakellátásban is kórtörténetet kell vezetni, különösen fontos ez az ambulánsan végzett műtéteknél, vagy más beavatkozásoknál.
- Az egészségügyi dokumentációba (dekurzus lap, lázlap, ápolási dokumentáció) a terápiás utasításokat és speciális diagnosztikai vizsgálatokat be kell jegyezni.
- A dokumentációba beírt konzíliumok, megfigyelések, változások csak aláírva, lepecsételve, keltezve biztosítják a validitást, kiemelt figyelemmel a nem kezelőorvos által tett bejegyzésekre.
- Minden szóban adott utasítást írásban is rögzíteni kell a beteg egészségügyi dokumentációjában.

3. A Kórházban használt egészségügyi dokumentumok fajtái

3.1 Az alapellátás dokumentumai

3.1.1 A védőnői ellátás dokumentációs rendje

A védőnők a szakterületükre vonatkozó dokumentációs kötelezettségüknek a mindenkor hatályos jogszabályokban, szakmai iránymutatásokban meghatározottak szerint tesznek eleget. A területi védőnői ellátásra, a szervezett anyatejgyűjtésre vonatkozó speciális dokumentumok, bizonylatok elérhetőek a Kórház intranetén.

3.1.2 Az iskola-egészségügyi ellátás dokumentációs rendje

Az iskolavédőnők és az iskolaorvosok a szakterületükre vonatkozó dokumentációs kötelezettségüknek a mindenkor hatályos jogszabályokban, szakmai iránymutatásokban foglaltak szerint tesznek eleget. Az iskolavédőnői és iskolaorvosi ellátásra vonatkozó bizonylatok, dokumentumok elérhetőek a Kórház intranetén.

3.2 Járóbeteg-szakellátás dokumentumai

3.2.1 Ambuláns lap

A szakrendelésen megjelenő betegnek betegségéről diagnózist, leleteket, véleményt tartalmazó írásbeli összefoglaló jelentést (szakvéleményt) kell készíteni.

Tartalma:

Személyazonosító adatok:

- név, leánykori név,
- születési dátum,
- lakcím,
- TAJ szám.

Egyéb adatok:

- a szakellátás megnevezése, 9 jegyű OEP kódja,
- jelentkezés időpontja óra, perc,
- anamnézis,
- status,
- diagnózis,
- leletek,
- terápia, ellátás,
- további javasolt kezelések,
- külföldi beteg esetén: biztosítási kártya, útlevekszám,
- naplósám,
- kontroll vizsgálat időpontja.

Az ambuláns lap elektronikusan készül, mely egy példányban a betegnek kerül átadásra. A beteg részére átadott ambuláns lapot a betegvizsgálatot végző orvos aláírásával és pecsétjével látja el.

3.2.2 Ambuláns napló

A járóbeteg-szakellátás nyilvántartása az orvos-informatikai rendszeren keresztül történik. Abban az esetben, ha a medikai rendszer nem működik, a szakrendelések az Ambuláns betegforgalmi napló vezetésével tesznek eleget a fenti kötelezettségnek. Ambuláns napló napi lezárása: a rendelés befejeztével a rendelőt végző orvos az utolsó sort aláhúzza, a következő sorban az aznapi utolsó naplósámot betűvel kiírja, majd aláírásával és személyi bélyegzőjével hitelesíti.

3.2.3 Napi betegforgalmi jelentés

A jelentés egy olyan, az orvos-informatikai rendszer által meghatározott tartalmú lista, amelyet a rendelés befejeztével kell kinyomtatni. Kinyomtatását követően az ambuláns orvos aláírásával és pecsétjével hitelesíti azt. A jelentést 5 évig a rendelés helyszínén kell megőrizni. Továbbküldésre nem kerül, ezért az orvosi munkahely alapidokumentuma.

3.2.4 Kezelési lap, Gondozási könyv, Jelentkezési lap, Betegkarton

A dokumentumok a szakrendelésen megjelenő beteg dokumentációjának sajátos formái, írásbeli összefoglalók, melyek a kontrollra visszajáró betegek kezelésének követésére szolgálnak.

Tartalmazzák:

- név, leánykori név,
- születési dátum,
- TAJ-szám,
- jelentkezés és továbbszállítás időpontja óra, perc,
- anamnézis,
- status,
- diagnózis,
- leletek,
- terápia, ellátás,
- további javasolt kezelések,
- a keresőképeség véleményezéséről csak a beutaló orvos ez irányú kérdésére lehet nyilatkozni.

3.3. Fekvőbeteg-szakellátás dokumentumai

3.3.1 Kórlap (általános és speciális)

A kórlap egy beteg kórházi osztályon történő ellátása során keletkező adatokat összesítő dokumentum. A kórlap az alábbi részekből tevődik össze.

Személyazonosító adatok:

- epizódszám,
- osztálynapló száma,
- ápolási napok száma,
- felvétel, elbocsátás dátuma,
- teljes név, leánykori név,
- születési dátum,
- TAJ szám, külföldi beteg esetén útlevélszám,
- lakcím,
- beteg neve,
- foglalkozás,
- cselekvőképes beteg esetén az értesítendő személy, kiskorú, ill. gondnokság alatt álló beteg esetében a törvényes képviselő neve, címe, elérhetősége,
- felvevő orvos,
- beutaló forrása.

Egészségügyi adatok:

- felvételi diagnózis (szabatos latin megnevezés) sürgősségi esetben a vizsgálat időpontjával (nap, óra),
- anamnézis (jelenlegi és korábbi kórelőzmény),

- kötelező heteroanamnézis, ha az autoanamnézis nem vehető fel, vagy nem kielégítő,
- teljes kórtörténetet szükséges csatolni, ha szövödmény, vagy ugyanazon betegség miatt kerül a beteg újrafelvételre,
- családi anamnézis,
- egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség illetve a kockázati tényezők megnevezése,
- szociális megfontolások,
- felvétel előtt szedett gyógyszerek, kiemelten első oldalon szerepel az allergiás reakciók lehetősége,
- minden felvételkor az orvos által végzett első fizikális vizsgálat (státus),
- terápiás terv röviden megfogalmazva.

Epikrízis:

- a kórtörténet rövid összefoglalása,
- kialakult vélemény a kezelés végén,
- terápia (gyógyszer hatóanyag szerint), diéta stb. további életmódra vonatkozó utasítások,
- halálesetkor az epikrízisnek a kórtörténet rövid összefoglalásán kívül tartalmaznia kell a halál feltételezett okát és körülményeit.

A kórlap a beteg kezelőorvosa által vezetett dokumentáció, tartalmáért teljes mértékben maga felel. Felvételkor a kórlap elejét a felvevő orvos (kezelőorvos) pecsétjével látja el. A kórlap lezárásakor az osztályvezető főorvos (vagy az osztályos működési rendben meghatározott megbízottja) a kórlapot szignálja. A munkaidőben, nem sürgős esetként érkezett beteg dokumentációjának elkészítésére a felvétel napján kerül sor. Sürgős esetben a személyes adatokat az orvos vagy ápolónő rögzíti az osztályon, okmányok hiányában bemondás alapján. A személyazonosító adatok felvétele mindig személyi igazolvány és TAJ-kártya felhasználásával történik, melynek elvégzésére a szervezeti egység adminisztrátora vagy orvosírnoke is jogosult.

A kórlap az osztály kezelésében marad, illetve későbbi őrzése a központi kórlaptárolóban történik.

3.3.2 Dekurzuslap (Betétlap)

A kórlefolyásban bekövetkezett állapotváltozást naponta kell rögzíteni, súlyos betegnél naponta többször is, esetleg óránként az időpont megjelölésével.

Tartalma:

- az ellátást indokoló betegség megnevezése (szabatos latin megnevezése) a kialakulásának alapjául szolgáló betegségek, a kísérőbetegségek, szövödmények,
- az elvégzett beavatkozások megnevezése, ideje, eredménye,
- a gyógyszeres és egyéb terápia (mit észlel, milyen intézkedést tett),
- minden műtéti vagy invazív beavatkozás esetén a beteg tájékoztatását követően a visszautasítás ténye,
- minden olyan adat, amely a beteg gyógyulására befolyással lehet,
- önkéntes távozás ténye, amennyiben a beteg az írásbeli nyilatkozat aláírását megtagadja, a beteg elbocsátása előtt két tanú jelenlétében a kórlapon és a zárójelentésen fel kell jegyezni, a tanúkkal aláíratni. Kiskorú, illetve cselekvőképtelen beteg esetében a nyilatkozatot a törvényes képviselővel és két tanúval kell aláíratni.

A dekurzus lap vezetése elektronikusan történik az orvos-informatikai rendszerben. A lázlapon történő, kézzel írott dekurzálás is megengedett, de nem helyettesíti az orvos-informatikai rendszerben történő rögzítést. Nyomtatás után a kezelőorvos aláírásával és pecsétjével látja el, a kórlap részét képezi.

3.3.3 Lázlap

A beteg kezelésével összefüggő teendők napi rögzítésére szolgál.

Tartalma:

Orvos által kitöltendő:

- gyógyszerek adására vonatkozó utasítások: csak az orvos töltheti ki. A felírás tartalmazza a gyógyszer formáját, napi adagját. Ha a gyógyszer neve egyértelműen nem olvasható, az nem adható az orvos újrarendelkezéséig,
- gyógytorna: fizioterápia előírása az orvos feladata, ezt a lázlapon kötelező feltüntetni,
- pszichoterápiás kezelések: típusait lázlapon kell feltüntetni,
- felvételi diagnózis, BNO kód.

Ápoló által kitölthető rész:

Személyazonosító adatok:

- a beteg teljes neve,
- születési éve, hónap, nap,
- TAJ-szám,
- epizódszám,
- lakhely,
- szobaszám, ágyszám.

Jelölések a lázlapon:

- a kórházban töltött napok száma,
- lázgörbe: naponta kétszer bejelölve, lázas állapotnál utasításra naponta többször is,
- pulzusgörbe: a lázgörbétől eltérő színű vonallal jelölve,
- vérnyomás: arab számmal, vagy vonaldiagrammal,
- légzésgörbe: külön orvosi utasításra,
- széklet: megfelelő rovatba normális széklet függőleges vonallal, hasmenés annyi vonallal, ahány székletürítés volt, véres széklet piros vonal mellette M (melaena), székletkimaradás 0, beöntéssel ürített széklet B, hashajtós széklet H,
- köpet: csak külön orvosi utasításra mennyisége ml-ben jelölendő,
- hányás: megfelelő rovatba a hányások számát függőleges vonallal, vérhányás piros vonallal vagy külön H (haematemesis),
- vizelet: a lázlap kijelölt részén külön a nappali (N) és külön az éjszakai (É), illetve jelölni a katéttert,
- folyadékbevitel - külön utasításra - összegezve a napközben bevitt és külön lapon jelzett parenterális folyadék összegével,
- testsúly: minden esetben kötelező a beteg testsúlyának jelölése, vízajtás esetén többször is (testmagasság, BMI mérése az osztályvezető utasítása szerint).

A lázlap tartalmazza a kezelőorvos aláírását és pecsétjét.

Egyéb jelölések a lázlapon:

- infúzió (típusa), transzfúzió, (piros színnel, mellette vércsoport, vérmennyiség és konzervvér jelzőszámának feltüntetése) bekötő orvos kézjegyével és pecsétjével,
- műtét, szülés időpontja, varratszedés, szakvizsgálatok, konzíliumok napja,
- a tervezett vizsgálatokat a felvevő, vagy kezelőorvos köteles a lázlapon feltüntetni,
- az azonos vizsgálatokat mindig ugyanarra a helyre kell jelölni.

Minden olyan bejegyzés szignóval ellátandó, mely nem a beteg kezelőorvosától származik. A szóbeli utasításoknak szerepelnie kell a lázlapon, mivel az osztályos ápoló csak a lázlapon bejegyzett instrukciókat hajthatja végre. Sürgős, életmenő esetekben az elvégzett kezeléseket utólag, de a kezelés befejezését követően haladéktalanul jelölni kell a beteg lázlapján. A lázlap a kórtörténet szerves része.

Pontos vezetésért elsősorban a kezelőorvos, másodsorban - a hatáskörébe tartozó jogosultságok bejegyzéséért - az ápoló a felelős. Kitöltése a beteg felvételekor kezdődik, amely az ápoló feladata.

Sürgős szükség esetén az adatok felvezetését az ellátás után is végezhetik.

A leletek beírása a kezelőorvos feladata, de az osztályvezető főorvos rendelkezése alapján az ápoló is elvégezheti. A beteg távozása után a lázlap a beteg kórlapjába kerül.

3.3.4 Osztálynapló

A Kórházban minden fekvőbeteg-szakellátást végző szervezeti egység osztálynaplót vezethet. Minden osztály saját hatáskörében dönti el, hogy használja-e az osztálynaplót. Ennek tényét rögzíti az osztályos működési rendben.

Az osztálynaplóba a beteg felvételekor a felvétel sorrendjében rögzítik a betegek személyes adatait, valamint az egészségügyi adatok közül a TAJ-számot és a beutaló diagnózist. Az osztálynaplót az osztályvezető főorvos annak megnyitásakor aláírásával és az osztályos körbélyegzővel hitelesíti. Rovatait az adminisztrátor vagy orvosírnok tölti ki. Az osztálynapló az osztály kezelésében marad, illetve későbbi őrzése a központi kórlaptárolóban történik.

3.3.5 Regiszteres füzet (Betegregiszter)

Minden osztály saját hatáskörében dönti el, hogy használja-e a regiszteres füzetet. Ennek tényét rögzíti az osztályos működési rendben.

Tartalma:

- név,
- születési év, hó, nap,
- epizódszám,
- osztálynapló száma,
- felvétel ideje (év, hó, nap),
- távozás ideje (év, hó, nap),
- kimenőszám.

A regiszteres füzetet a szervezeti egység adminisztrátora vagy orvosírnoka vezeti.

A regiszteres füzet az osztály kezelésében marad, illetve későbbi őrzése a központi kórlaptárolóban történik.

3.3.6 Anesztézia dokumentációja

3.3.6.1 Aneszteziológiai jegyzőkönyv

A beteg műtét alatti állapotának folyamatos észlelésére szolgáló dokumentum.

Tartalma:

Személyazonosító adatok:

- név,
- születési év, kor.

Anesztéziára vonatkozó adatok:

- monitorizálás adatai,
- intravénás folyadékterápia,
- altatás utáni utasítások, ha szükségesek,
- altatóorvos, asszisztens, operatőr neve.

A beteg műtét alatti állapotának folyamatos észlelése, rendszeres dokumentálása az aneszteziológus orvos feladata.

Az aneszteziológiai jegyzőkönyv érzéstelenítési részének vezetésével az aneszteziológus asszisztens is megbízható, de a jegyzőkönyv tartalmáért az érzéstelenítést végző orvos a felelős, aki aláírásával, pecsétjével látja el a jegyzőkönyvet. Az aneszteziológiai jegyzőkönyv egy példányban készül, és a beteg kórlapjának a részét képezi. A jegyzőkönyv minden esetben szkennelésre kerül.

3.3.6.2 Űrlap katéteres epidurális érzéstelenítéshez (EDA)

Epidurális anesztézia folyamán a beteg állapotának folyamatos észlelését tartalmazó nyomtatvány.

Tartalma:

- betegadatok,
- az EDA bevezetése,
- vérnyomás, pulzus a bevezetés időpontja körül,
- rendelések (gyógyszer),
- az EDA követése,
- komplikációk,
- az EDA megszüntetése.

Egy példányban készül, az aneszteziológus orvos vezeti, az anesztézia végén aláírja, és pecsétjével ellátja. A beteg kórlapjának a részeként őrzik.

3.3.7 Központi Műtő dokumentációja

3.3.7.1 Műtési lap

A műtét menetének szakmai leírását a műtési lap tartalmazza.

Tartalma:

Személyazonosító adatok:

- teljes név, leánykori név,

- születési idő, hely,
- TAJ szám, törzsszám,
- operáló orvos és műtős, műtősségéd neve, aneszteziológus orvos neve,
- aneszteziológus asszisztens neve,
- érzéstelenítés módja,
- műtét időpontja (év, hónap, nap, valamint sürgősség esetén óra, perc is), neme, kódja,
- diagnózis szabatos latin kifejezéssel, BNO kód,
- beavatkozások megnevezése és kódja,
- eltávolított és hisztológiai vizsgálatra küldött, megváltoztatott vagy hozzáadott szövetek,
- a műtét során beépített anyagok megnevezése, méretek, részek, sorozatszámok, melyről külön lejelentő lapot kell kitölteni,
- műtéti leírás.

Minden műtőben végzett beavatkozásról műtéti lapot kell kiállítani. A Kórházban erre a funkcióra egységes bizonylat használandó (orvos-informatikai rendszerben elérhető), vezetése a műtőorvos feladata. A műtéti lap 2 példányban készül: egy példányt a műtétes osztály kap meg a beteg kórlapjához csatolva, a másik példány a Központi Műtő kezelésében marad.

3.3.8 Vérékcsíztmények kezelésének dokumentumai

A vérekcsíztmények dokumentumai az Országos Vérellátó Szolgálat által kiadott Transzfúziós Szabályzatban kerülnek meghatározásra, használatukra az abban foglalt rendelkezések az irányadóak.

3.3.9 A beteg elbocsátásával kapcsolatos dokumentumok

3.3.9.1 Zárójelentés

A zárójelentés olyan egészségügyi dokumentum, mely a beteg ellátásának lezárásakor készül, és a beteg részére átadásra kerül. A kórlap kivonatának tekinthető.

Tartalma:

Személyazonosító adatok:

- a szakellátás megnevezése, 9 jegyű OEP kódja
- epizódszám,
- teljes név, lánykori név,
- születési idő,
- TAJ-szám,
- felvétel, elbocsátás időpontja,
- kezelésért felelős orvos neve,
- osztályvezető főorvos neve (vagy az osztályos működési rendben meghatározott megbízottja)

Egészségügyi adatok:

- betegfelvétel oka,
- jelentős leletek,
- minden felállított diagnózis,
- minden végrehajtott eljárás,
- minden gyógyszeres terápia,

- a beteg állapota áthelyezéskor,
- az áthelyezés oka,
- epikrízis:
 - o kórtörténet rövid összefoglalása,
 - o kialakult vélemény a kezelés végén,
 - o osztályos kezelés során alkalmazott terápia (gyógyszer hatóanyag szerint),
 - o terápiás javaslat otthonra,
 - o további életmódra vonatkozó utasítások,
 - o diéta...stb.,
 - o kontrollvizsgálatra vonatkozó utasítások,
 - o ha a beteg kezelési kockázattal kerül elbocsátásra (MRSA pozitív elbocsátáskor).

Halálesetkor is zárójelentés készül, amely a kórtörténet rövid összefoglalásán kívül tartalmazza a halál okát és körülményeit.

A zárójelentést a beteg kezelésének befejezésekor, elbocsátáskor, vagy más osztályra történő áthelyezéskor a kezelőorvos 3 példányban elkészíti, ezeket aláírásával és pecsétjével látja el.

Az osztályvezető főorvos (vagy az osztályos működési rendben meghatározott megbízottja) áttekinti a gyógykezelés ideje alatt keletkezett bizonylatokat, végül a zárójelentést aláírásával és az osztályos bélyegzővel hitelesíti. Ezzel a beteg dokumentációja lezárul. Egy példány a beteg dokumentációjának része. Két példányt a kezelőorvos átad elbocsátáskor a betegnek azzal a felszólítással, hogy egyet őrizzen meg, egyet adjon át választott háziorvosának.

A beteg a zárójelentés átvételét aláírásával igazolja.

Az átadás bármilyen akadály esetén a beteg kezelőorvosa a zárójelentés 2 példányát késedelem nélkül, postán elküldi a beteg háziorvosának, hacsak ezt a beteg kifejezetten írásban meg nem tiltotta. Ha kórboncolás történik, a halott dokumentációját a boncjegyzőkönyv kézhezvételét követő egy héten belül le kell zárni.

3.3.10 Haláleset dokumentációja

3.3.10.1 Kísérőlap

Az elhunyt azonosítására szolgáló nyomtatvány.

Tartalma:

- halott neve, anyja neve,
- osztály,
- születési dátum, hely,
- lakcím,
- felvétel helye, ideje,
- halál helye, ideje,
- előzmény,
- a holttestet szállítani kell-e kórbonctanra, igazságügyre,
- alapbetegség,
- halál oka,
- kísérő betegségek,
- műtét,
- megjegyzés,
- kitöltött lábcédula.

A kísérőlap két példányban kerül kitöltésre, melynek egy példánya a halottal együttesen kerül továbbításra, a másik példányát a Patológiai Osztály kapja meg és őrzi. Kitöltője a halottvizsgálatot végző orvos, aki a dokumentumot aláírásával és pecsétjével látja el.

3.3.10.2 Engedély (távirat)

A kórházban bekövetkezett halálesetről a halott hozzátartozóját – ha még a halálesetről nem értesült – haladéktalanul táviratban vagy telefonon értesíteni kell. A hozzátartozó értesítése a halál tényét megállapító orvos feladata. A távirat feladását munka, munkaszüneti, és ünnepnapokon az információs portán dolgozók végzik. A táviratnak tartalmaznia kell az elhunyt személy nevét, születési évét, a halál időpontját.

3.3.10.3 Megrendelő (igazságügyi átszállításhoz)

A bizonylatot a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Igazságügyi Intézetébe történő szállítás esetén a boncmester tölti ki, egy példányban.

3.3.10.4 Lábcédula

Az elhunyt azonosítására szolgáló nyomtatvány, melyet két példányban kell kitölteni. Kitöltője a halott vizsgálatot végző orvos, felhelyezője az ápoló.

Tartalma:

- név,
- születési idő,
- elhalálozás időpontja, helye.

3.3.10.5 Értesítés halálesetről

A kórházban elhunytak regisztrálására szolgáló nyomtatvány, amit a Betegfelvételi Osztály munkatársai használnak további adatfeldolgozásra.

Tartalma:

- az elhunyt neve,
- kora,
- születési helye,
- felvétel napja,
- halál napja, órája,
- betegség,
- halál oka.

A dokumentum két példányban kerül kitöltésre, mely a halottvizsgálatot végző orvos feladata. Kitöltője aláírásával és pecsétjével látja el a dokumentumot. Egyik példánya azon az osztályon marad, ahol a beteg elhalálozott, a másik példánya a Betegfelvételi Osztályra kerül, a Halottvizsgálati Bizonyítványhoz csatolva.

3.3.10.6 Halottvizsgálati bizonyítvány

A halál okait felsoroló nyomtatvány. Közvetlenül a halál megállapítását követően kell kitölteni. A halott vizsgálatát végző orvos a 21. pontig tölti ki, közvetlenül a halottvizsgálat elvégzése után. A halál okát megállapító orvos a 22. ponttól tölti ki.

A bizonylat 6. példánya nem indigós, mert az illetékes szervet a törvény nem hatalmazta fel a halottak személyi adatainak gyűjtésére. Azon csak nem, születési dátum, irányítószám szerepelhet.

A Patológiai Osztály a halottvizsgálati bizonyítvány 1-4 példányát átadja a hozzátartozóknak, illetve azok meghatalmazottjának. Az átadás tényét külön füzetben az átvevő aláírásával, lakcím, személyi igazolvány szám, hozzátartozói minőség jelölésével igazolja. A halottvizsgálati bizonyítvány további példányait az adminisztrátor vagy orvosírnok a Betegfelvételi Osztályra juttatja.

Perinatalis halottvizsgálati bizonyítvány esetén, ha a hozzátartozó lemond a temetésről, annak összes példányát az adminisztrátor vagy orvosírnok a Betegfelvételi Osztályra juttatja. Ha nem mondanak le a temetésről, akkor ugyanúgy kell eljárni, mint felnőtt halálozás esetén a halottvizsgálati bizonyítvánnyal kapcsolatosan. A dokumentumot a halottvizsgálatot végző, valamint halál okát megállapító orvos személyi bélyegzőjével és munkahelyének bélyegzőjével pecsételi le.

Az aláírás a géppel előnyomott vagy kézzel, nagy nyomtatott betűvel kiírt teljes név fölé tett kézjeggyel történik. Aláíró a halottvizsgálatot végző, valamint a halál okát megállapító orvos.

3.3.10.7 Boncjegyzőkönyv

A kezelőorvos által megjelölt és a kórbonctani vizsgálat során megállapított halálloki diagnózisokat tartalmazza.

Tartalma:

- név,
- születési dátum,
- beküldő osztály,
- szövettan, műtét,
- klinikai diagnózisok,
- az epikrízisen megjelent orvos neve,
- boncolást végző személy,
- kórbonctani diagnózisok, szervsúlyok, bonctermi szövettan (ha készült),
- epikrízis.

A jegyzőkönyvet az epikrízissel kell lezárni, ahol össze kell hasonlítani a kezelőorvos által megjelölt és a kórbonctani vizsgálat során megállapított halálloki diagnózisokat. Ezek eltérése esetén meg kell jelölni az eltérés lehetséges okait. A boncjegyzőkönyv egy eredeti példányát a halott kórlapjának mellékleteként kell megőrizni. Amennyiben az elhunyt hozzátartozója kéri, annak másolatát kell részére kiadni.

3.3.10.8 Boncolás elengedése

Az elhunyt személy kórbonctani vizsgálatától el lehet tekinteni az alábbi feltételek együttes fennállása esetén:

- a halál természetes eredetű,
- a halál oka egyértelműen megállapítható,
- a kórbonctani vizsgálatról további lényeges megállapítás nem várható,
- a Kórházban elhunyt esetén a kezelőorvos és a patológus szakorvos, míg a Kórházon kívül elhunyt esetén a kezelőorvos a kórbonctani vizsgálatot nem tartja szükségesnek.

A kórbonctani vizsgálat elvégzésétől el lehet tekinteni abban az esetben is, ha az elhunyt még életében, vagy hozzátartozója a halált követően írásban kérte a kórbonctani vizsgálat mellőzését.

Nem mellőzhető a kórbonctani vizsgálat, ha az elhunyt még életében vagy a halált követően a hozzátartozó azt írásban kérte.

A kórbonctani vizsgálat mellőzéséről a Kórházban elhunyt személy esetében a fekvőbeteg-szakellátásért felelős orvos igazgató, egyéb esetekben az egészségügyi államigazgatási szerv írásban dönt.

A kérelmező a kórboncolás mellőzésére vonatkozó kérelmét a Patológiai Osztályon az arra rendszeresített nyomtatványon egy példányban nyújtja be, mely kérelem ugyancsak a Patológiai Osztályon kerül archiválásra.

3.3.10.9. Hatósági boncolások elvégzésének menete

A halottvizsgálatot végző orvos, ha a vizsgálat során rendkívüli halál esetét észleli, köteles erről a külön jogszabályban meghatározott hatóságot (továbbiakban: hatóság) azonnal értesíteni, és intézkedni, hogy a holttest és környezete a hatóság megérkezéséig érintetlenül maradjon. A halottvizsgálatot végző orvos – amennyiben a hatóság felkéri – részt vesz a szemlén, a szemlejegyzőkönyv orvosi részét kitölti, aláírja és orvosi bélyegzője lenyomatával látja el.

Rendkívüli halál esetén hatósági eljárást kell lefolytatni és az elhunyt hatósági boncolását kell elrendelni.

A hatósági boncolás célja a halál okának, bekövetkezése körülményeinek tisztázása.

Rendkívüli az a halál, amelynek természetes módon való bekövetkezését a körülmények kétségesse teszik, így

- bekövetkezésének körülményei bűncselekmény elkövetésére utalnak,
- közlekedési vagy foglalkozás körében bekövetkezett baleset okozta, vagy annak gyanúja merül föl,
- egyéb baleset vagy mérgezés okozta, és a halál bekövetkezésével összefüggésben szükséges a felelősség vizsgálata,
- öngyilkosság okozta, vagy a körülmények arra utalnak,
- az egészségügyi ellátás során következett be, és az egészségügyi dolgozó foglalkozási szabályszegésének gyanúja merül föl,
- bekövetkezésének előzményei, körülményei ismeretlenek, és nem állnak rendelkezésre olyan adatok, amelyekből megalapozottan következtetni lehetne a halál bekövetkeztének körülményeire,
- fogvatartott elhalálozása esetén.

A személyazonosság megállapításáig a rendkívüli halál esetén követendő eljárást kell alkalmazni, ha az elhunyt személyazonossága ismeretlen.

A rendkívüli halál esetén követendő eljárásra és hatósági boncolásra vonatkozó rendelkezéseket külön jogszabály állapítja meg.

A halottvizsgálatot végző orvos feladata a hatóságokkal való egyeztetés.

A rendkívüli halál gyanújának bejelentésére, hatósági boncolás kérésére szolgáló űrlapot a bejelentő (a halottvizsgálatot végző) orvos tölti ki, majd faxon továbbítja a rendőrség felé, aki az adatok figyelembevételével dönt a kérdésben. A rendőrség ugyanezt – az elrendelésről szóló döntést is tartalmazó – űrlapot szintén telefax útján küldi vissza, amely a beteg egészségügyi dokumentációjának részét képezi.

3.3.11 Ápolási dokumentáció

Az ápolási tevékenységről ápolási dokumentációt kell vezetni. Az ápolási dokumentáció az egészségügyi dokumentáció része.

3.3.11.1 Az ápolási dokumentáció tartalmi elemeinek kötelező minimuma

A beteg azonosítására szolgáló adatok:

- családi és utónév,
- születéskori név,
- anyja neve,
- születési év, hó, nap,
- lakóhely és tartózkodási hely,
- TAJ-szám.

Az egészségügyi, ápolási szolgáltatás helyszínének, időpontjának adatai 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,
- ápolásvezető aláírása, távollétében a folyamatos ápolói munkarendnek és a beosztásnak megfelelően a beteg ellátásáért aktuálisan felelős ápoló neve, aláírása.

A betegek egyes jogaival összefüggő adatok:

- a beteg kinek az értesítését kéri szükség esetén (név, elérhetőség),
- cselekvőképtelen, vagy korlátozottan cselekvőképes beteg esetében a betegjogokat és egyéb, a beteggel kapcsolatos jogokat gyakorló személy neve, elérhetősége,
- 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),
- 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).

Az ápolási helyzetfelmérés adatai:

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

Az ápolást jelentősen befolyásoló tényezők adatai közül ide tartoznak:

- a beteg egészségi helyzetét és az ápolást jelentősen befolyásoló szomatikus és pszichés tünet / panasz / állapot,
- az önellátás foka és mértéke, területei,
- lényeges egészségkárosodások,
- veszélyeztető állapot adatai.

A beteg ápolási tervének meghatározása:

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.

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 beteg ápolási szükségleteinek alapján meg kell fogalmazni az ápolás céljait és elvárható eredményeit. Az ápolónak ennek alapján célzottan kell az ápolói beavatkozásokat és ápolási eljárásokat megválasztania.

Az 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 beteg ápolási tervének meghatározása, az ápolás céljának meghatározása, az ápolási beavatkozások tervezése dátummal, aláírással ellátva érvényes, egységben kezelve.

Az ápolási folyamat értékelése:

Az ápolási célkitűzések megvalósulásának értékelése. Ideje: a megvalósulás ideje, elbocsátáskor, szükségletekben bekövetkezett változásokkal.

Amennyiben az ápolási célkitűzést nem sikerül megvalósítani, úgy a szükségletek újra felméréseivel az ápolást újra kell tervezni (dátum, aláírás).

3.3.11.2 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,
- betegmegfigyelés eredményeinek dokumentálását,
- a tevékenységgel összefüggésben esetleg bekövetkező rendkívüli eseményt és az ezzel kapcsolatos ápolói/orvosi intézkedés adatait, idejét, azonosítható aláírást,
- az osztály profiljának megfelelően kell szabályozni a különböző betétlapok szükségességét (decubitus lap, intenzív észlelőlap, mobilizációs lap, folyadéknap, transzfúziós észlelőlap).

3.3.11.3 Távozási dokumentáció*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 ápolási zárójelentés készítése (ápolás rövid összefoglalása). Az ápolási zárójelentésből egy példányt a beteg kap meg, melyben szerepel:
 - o az elbocsátáskori fizikális állapot rögzítése,
 - o további ápolásra vonatkozó javaslatok,
 - o életmódbeli tanácsok.

3.4 Az egynapos sebészeti ellátás dokumentációs rendje

Az egynapos sebészeti ellátás során a betegek egészségügyi dokumentációja, az orvos-informatikai rendszerben, illetve nyomtatott formában szerepel. Az egészségügyi dokumentáció folyamatos, pontos, egyértelmű, olvasható vezetése a szervezeti egység minden dolgozójára nézve kötelező. A bejegyzéseket végző egészségügyi dolgozónak a bejegyzéshez minden esetben dátumot kell írnia, a bejegyzést aláírásával igazolnia kell.

3.4.1 Kórlap (speciális)

A kórlap egy beteg egy szervezeti egységnél történő ellátása során keletkező adatokat összesítő dokumentum. A kórlap az alábbi részekből tevődik össze.

Személyazonosító adatok:

- teljes név, leánykori név,
- anyja neve
- lakcím,
- születési hely, dátum,
- TAJ szám, külföldi beteg esetén útlevekszám,
- epizódszám,
- felvétel, elbocsátás dátuma,
- napló száma,
- cselekvőképes beteg esetén az értesítendő személy, cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképes beteg esetében a törvényes képviselő neve, címe, elérhetősége,
- felvevő orvos,
- beutaló forrása.

Egészségügyi adatok:

- felvételi diagnózis (szabatos latin megnevezés)
- anamnézis (jelenlegi és korábbi kórelőzmény),
- egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, illetve a kockázati tényezők megnevezése,
- felvétel előtt szedett gyógyszerek, kiemelten, első oldalon szerepel az allergiás reakciók lehetősége,
- minden felvételkor az orvos által végzett első fizikális vizsgálat (státusz),
- műtét megnevezése,
- kezelőorvos pecsétje, aláírása.

A kórlap a beteg kezelőorvosa által vezetett dokumentáció, tartalmáért teljes mértékben maga felel. Felvételkor a kórlap elejét a felvevő orvos (kezelőorvos) pecsétjével és aláírásával látja el.

A személyazonosító adatok felvétele mindig személyi igazolvány és TAJ-kártya felhasználásával történik, melynek elvégzésére a szervezeti egység adminisztrátora vagy orvos-írnoka is jogosult.

A kórlap a szervezeti egység kezelésében marad, illetve későbbi őrzése a Kórház központi irattárában történik.

3.4.2 Műtéti és implantációs napló

A Kórház az egynapos sebészeti tevékenysége során műtéti és implantációs naplót köteles vezetni. A naplóba a beteg felvételekor, a felvétel sorrendjében rögzítik a betegek személyes adatait, valamint az egészségügyi adatok közül a TAJ-számot, a diagnózist, a műtétet, valamint az implantációt igazoló bélyeg egy példányát. A napló rovatait az adminisztrátor vagy orvos-írnok tölti ki. A napló a szervezeti egység kezelésében marad, illetve későbbi őrzése a Kórház központi irattárában történik.

3.4.3 Regiszteres füzet (Betegregiszter)

Tartalma:

- név,
- születési év, hó, nap,
- kórszövettani lelet száma, pozitivitás esetén jelölése.

A regiszteres füzetet a szervezeti egység adminisztrátora vagy orvos-írnoka vezeti.

A regiszteres füzet a szervezeti egység kezelésében marad, illetve későbbi őrzése a Kórház központi irattárában történik.

3.4.4 Anesztézia dokumentációja

3.4.4.1 Narcosis jegyzőkönyv

A beteg műtét alatti állapotának folyamatos észlelésére szolgáló dokumentum.

Tartalma:

Személyazonosító adatok:

- név,
- születési hely, év.

Anesztéziára vonatkozó adatok:

- intravénás folyadékterápia,
- altatás utáni utasítások, (ha szükségesek),
- altatóorvos neve.

A narcosis jegyzőkönyv érzéstelenítési részének vezetésével az aneszteziológus asszisztens is megbízható, de a jegyzőkönyv tartalmaért az érzéstelenítést végző orvos a felelős, aki aláírásával, pecsétjével látja el a jegyzőkönyvet. Az aneszteziológiai jegyzőkönyv egy példányban készül, és a beteg kórlapjának a részét képezi.

3.4.4.2 Műtéti lap

A műtét menetének szakmai leírását a műtéti lap tartalmazza.

Tartalma:

Személyazonosító adatok:

- teljes név,
- születési idő,
- TAJ szám, törzsszám,

- operáló orvos és műtősnő, műtősségéd neve, aneszteziológus orvos neve,
- aneszteziológus asszisztens neve,
- érzéstelenítés módja,
- műtét típusa,
- műtő száma,
- műtét időpontja, kódja,
- diagnózis szabatos latin kifejezéssel, BNO kód,
- beavatkozások megnevezése és kódja,
- a műtét során beépített anyagok megnevezése, a műtéti és implantációs naplóba kerül rögzítésre.

Minden műtőben végzett beavatkozásról műtéti lapot kell kiállítani. Az egynapos sebészeti ellátás során használandó bizonylat (orvos-informatikai rendszerben elérhető), vezetése a kezelő feladata. A műtéti lap egy példányban készül, mely a beteg kórlapjához csatolva kerül megőrzésre.

3.4.5 A beteg elbocsátásával kapcsolatos dokumentum

3.4.5.1 Zárójelentés

A zárójelentés olyan egészségügyi dokumentum, mely a beteg ellátásának lezárásakor készül, és a beteg részére átadásra kerül. A kórlap kivonatának tekinthető.

Tartalma:

Személyazonosító adatok:

- epizódszám,
- teljes név,
- születési idő,
- TAJ-szám,
- felvétel, elbocsátás időpontja,
- kezelésért felelős orvos neve.

Egészségügyi adatok:

- leletek kivonata,
- ellátást indokló diagnózis,
- minden végrehajtott beavatkozás,
- minden gyógyszeres terápia,
- a beteg állapota áthelyezéskor, az áthelyezés oka (szükség esetén),
- epikrízis:
 - o kórtörténet rövid összefoglalása,
 - o kezelés során alkalmazott terápia (gyógyszer hatóanyag szerint),
 - o terápiás javaslat otthonra,
 - o kontrollvizsgálatra vonatkozó utasítások.

A zárójelentést a beteg kezelésének befejezésekor, elbocsátáskor, vagy áthelyezéskor a kezelőorvos három példányban elkészíti, ezeket aláírásával, pecsétjével látja el, valamint a dokumentációt az adatlap hitelesítésével zárja le. A zárójelentés egy példánya a beteg dokumentációjának a része. Két példányt a kezelőorvos átad elbocsátáskor a betegnek azzal a felszólítással, hogy egyet őrizzen meg, egyet adjon át választott háziorvosának. A beteg a zárójelentés átvételét aláírásával igazolja.

Az átadás bárminemű akadálya esetén a beteg kezelőorvosa a zárójelentés 2 példányát késedelem nélkül, postán elküldi a beteg háziorvosának, hacsak ezt a beteg kifejezetten írásban meg nem tiltotta.

Halálesetkor is zárójelentés készül, amely a kórtörténet rövid összefoglalásán kívül tartalmazza a halál okát és körülményeit. Ha kórboncolás történik, a halott dokumentációját a boncjegyzőkönyv kézhezvételét követő egy héten belül le kell zárni.

3.4.6 Ápolási dokumentáció

Az egynapos sebészeti 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. A dokumentáció helyes, pontos vezetéséért az ápoló a műszakján belül felel.

3.4.6.1 Az ápolási dokumentáció kezelésének és alaki megfelelőségének általános szabályai

- Minden ellátási eseményt annak kell dokumentálnia, aki azt észlelte, megállapította, mérte, végrehajtotta.
- Az ápolói beavatkozásoknak és az ellátási eseményeknek időbeni folyamatát az ápolási dokumentációnak pontosan kell tükröznie.
- Az ápolási beavatkozások vagy ellátási események időpontját percnyi pontossággal kell dokumentálni.
- Az adott tevékenységet, az ápolói beavatkozást végző személynek az ápolási dokumentációt alá kell írnia.
- Az ápolási dokumentációt jól olvashatóan, egyértelműen, tartós írásképet adó eszközzel (tollal, informatikai eszközzel stb.) kell vezetni.
- Az esetleges tévesztés esetén kötelező betartani a dokumentumok javításának általános szabályait.

3.4.6.2 Az ápolási dokumentáció kötelező tartalmi elemei

Az azonosítást szolgáló adatok:

a) A beteg azonosító adatai:

- családi és utónév,
- születéskori név,
- anyja neve,
- születési hely, év, hó, nap,
- lakóhely és tartózkodási hely,
- társadalombiztosítási azonosító jel (TAJ-szám).

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

- a beteget ellátó intézmény, szervezeti egység megnevezése, kórterem és ágy jelölése,
- a beteg felvételének, áthelyezésének, illetve elbocsátásának időpontja dátum, óra, perc pontossággal,
- a folyamatos ápolói munkarendnek és a beosztásnak megfelelően a beteg ellátásáért aktuálisan felelős ápoló neve.

c) A betegek egyes jogaival összefüggő adatok:

- a beteg, illetve cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképessé beteg esetében a törvényes képviselő nyilatkozata a betegazonosító (karpánt) alkalmazásához történő hozzájárulásról, vagy az alkalmazás elutasításáról.

Az ápolási tevékenység megvalósítására, kivitelezésére vonatkozó adatok

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

Az elvégzett ápolói tevékenységek értékelése

- az ápolás rövid összefoglalása,
- elbocsátáskori fizikális állapot rögzítése,
- a lezáró ápoló aláírása.

A beteg ellátásával kapcsolatos, kezelésével összefüggő teendők rögzítésére szolgáló dokumentum. A dokumentum fenti pontjait az ápoló tölti ki.

Orvos által kitöltendő:

- gyógyszerek adására vonatkozó utasítás.

Az utasítás kötelezően tartalmazza a gyógyszer nevét, formáját, az adagolás módját.

3.4.7 Elbocsátási ellenőrző lap

Tartalma:

- teljes név (beteg neve),
- törzsszám.

Az elbocsátási ellenőrző lapot az orvos, és az ápoló tölti ki. A beteg hazabocsátásának feltételeit és az utasításokat tartalmazza.

3.4.8 Adatlap kórházi (osztályos) ápolási esetről

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által meghatározott, kötelezően kitöltendő adatokat tartalmazza, az érvényes finanszírozási jogszabályoknak megfelelően, amelyet az ellátó orvos aláírásával, személyi bélyegzőjével hitelesít. A kórlap részét képezi, megőrzésére vonatkozó szabályok megegyeznek a kórlapra érvényesekkel.

A beteg, az egynapos sebészeti ellátást nyújtó helyet csak rendben lévő és hiánytalanul kitöltött, és megfelelő aláírásokkal ellátott dokumentációkkal, illetve részletes kezelőorvosi és altatóorvosi felvilágosítást (kontroll időpontja, illetve különös figyelemmel a szövődmények lehetőségére, annak észlelésére és ellátási rendjére, kezelőorvos telefonszáma) követően hagyhatja el.

3.5 Egyéb, valamennyi ellátási formában használatos dokumentumok

3.5.1 Beutaló

A beteg vizsgálata gyógykezelése érdekében az alapellátás orvosa, ha az alapellátás lehetőségeit meghaladó vizsgálat vagy kezelés szükséges, a beteget fekvőbeteg-gyógyintézetbe utalhatja, szakorvosi konzíliumot kérhet, a beteget járóbeteg-szakellátást nyújtó intézetbe utalhatja.

A beutaló – ideértve a kórházi átirányítás esetén a zárójelentést is – egyértelműen tartalmazza:

- a beutaló orvos és munkahelyének azonosítására szolgáló adatot, megnevezését, kódját,
- a biztosított nevét, TAJ-számát,
- a vizsgálatra vagy gyógykezelésre felkért szolgáltató nevét, intézményi azonosító kódját,
- a beutaló orvos által végzett ellátást azonosító naplósorszámot, a beteg rövid kórelőzményét,
- a beutaló diagnózis szöveges leírását, kódját, konzíliumi beutaló esetén a konkrét kérdést,
- annak megjelölését, hogy a beutalt biztosított tekintetében rendelkezik-e az adott szakellátás tekintetében a vizsgálatra vagy gyógykezelésre felkért egészségügyi szolgáltató területi ellátási kötelezettséggel,
- a beutaló kiállításának dátumát,
- a beutaló felhasználhatóságának időpontját (a beutaló orvos által a beutalón megjelölt időpontig, de legalább 90 napig), ha az későbbre esik a beutaló kiállításától számított 90. napnál.

A keresőképtelen biztosított ellátása esetében a beutalónak - a kötelező tartalmi elemein túl - tartalmaznia kell az alábbiakat:

- azt a tényt, hogy a beutaló orvos a biztosítottat a keresőképtelenségével összefüggő betegsége miatt soron kívül utalja be,
- azt, hogy a biztosított keresőképtelensége ugyanazon betegségből adódóan folyamatosan hány napja áll fenn, valamint
- a biztosított táppénzes naplósorszámát.

Ha a biztosított ismételt orvosi beutalás nélkül jogosult igénybe venni a járóbeteg-szakellátást (amennyiben ismételt szakellátása orvos-szakmai szempontból indokolt), akkor a beutaló a beutaló orvos által a beutalón megjelölt időpontig, de legalább 90 napig érvényes. Egyéb esetben a kiállításától számított 90 napon belül használható fel.

A beutaló felhasználásának minősül

- a beutaló szerinti egészségügyi szolgáltatóhoz történő bejelentkezés a beutaló szerinti ellátásra,
- a beutaló szerinti ellátás igénybevételének megkezdése a beutaló szerinti egészségügyi szolgáltatónál, vagy
- a beutaló szerinti ellátás igénybevétele a beutaló szerinti egészségügyi szolgáltatónál.

A beutalóra adott szakvélemény tartalmazza a beutaló orvos kérdéseire adott válaszokat, a betegség okozta elváltozásokat, az esetleges további teendők szükségességét, ismételt szakkonzíliumot vagy szakkonzíliumokra tett javaslatot. A keresőképeség véleményezéséről csak a beutaló orvos ez irányú kérdésére lehet nyilatkozni.

A beutaló konkrét kérdésfeltevéssel zárulhat. A beteg a szakellátást akkor veszi a beutalás szakmai rendjének megfelelően igénybe, ha azt az intézményt keresi fel, amelyeket a beutaló orvos vizsgálatára felkért.

A beutaló a beteg egészségügyi dokumentációjának mellékletét – fekvőbeteg-szakellátás esetén a kórlap mellékletét – képezi.

3.5.2 Diagnosztikai egységek bizonylatai

A leletek, vizsgálati anyagok kiadását, átvételét az illetékes diagnosztikai egységben dokumentálni kell.

3.5.2.1 Vizsgálatkérő lapok a Kórházon belül

A vizsgálatkérők kitöltése on-line módon, illetve vizsgálatkérő lapon történhet.

Ebben az esetben az adatok rögzítéséért az orvos felel.

A vizsgálatkérő lapok kitöltése értelemszerűen, a fejlécben foglaltak alapján történik. A kérések alátámasztását indokoló, a vizsgálatot segítő előzmények, a pontos klinikai adatok szerepeltetése a vizsgálatkérés feladásában a kérő orvos kötelessége. Diagnosztikus vizsgálat igénylésére csak orvos jogosult. A vizsgálatkérő bizonylatok személyazonosító adatainak kitöltését az ápoló/asszisztens is elvégezheti.

A vizsgálatkérő lapon szereplő adatok helyességéért a kitöltő a felelős. Ha papír alapon történik a vizsgálati igény rögzítése, akkor egy példányban kell kiállítani. Megőrzésére a feldolgozás helyén kerül sor.

3.5.2.2. Vizsgálatkérő lapok a Kórházon kívül

Kötelezően kitöltendő tartalmát mindig a kérést teljesítő határozza meg.

A vizsgálatkérő lap az alábbiakat tartalmazza:

- a vizsgálat vagy mintavétel ideje,
- a betegazonosító adatok pontos kitöltése,
- TAJ-szám,
- térítési kategória,
- szakellátó 9 jegyű azonosítója,
- orvos pecsétszáma.

A vizsgálatkérő lapok valamennyi adatát, szövegét rögzíteni kell a rendszerben, az utólagosan kézzel ráírt információ nem fogadható el.

A kérések alátámasztását indokoló, a vizsgálatot segítő előzmények, a pontos klinikai adatok szerepeltetése a vizsgálatkérés feladásában a kérő orvos kötelessége.

A diagnosztikai eljárást végző egészségügyi szolgáltató orvosa a vizsgálatok eredményei alapján a szükséges, a beutalóban nem szereplő vizsgálatokat a beutaló orvos hozzájárulása nélkül is elvégezheti, amelyről az egészségügyi szolgáltatót értesítenie kell.

A Kórházon kívülre továbbítandó bizonylatok esetén a teljes névvel történő aláírás fogadható el. Egy példányban kell kiállítani, megőrzésére a feldolgozás helyén kerül sor.

3.5.2.3 Nukleáris Medicina által kiadott leletek

Az in vivo vizsgálatok leleteit a betegek a vizsgálat befejezésétől számított 4 órán belül kézhez kapják (kivételes esetben postai úton kerül küldésre). A lelet átadás-átvétel ténye írásban dokumentálásra kerül a leletátadó füzetben.

Az in vitro leletek az orvos-informatikai rendszeren keresztül kerülnek vissza a vizsgálatot kérő orvoshoz, illetve minden pozitív eredmény esetén nyomtatott formában is visszakerül a lelet a feladó orvoshoz.

3.5.2.4 Képkeltő diagnosztikai eljárások leleteinek, felvételeinek megőrzési rendje

Az on-line feladott vagy vizsgálatkérő nyomtatványon kért és elvégzett vizsgálatok eredményét validálás után a kérő osztályok, szakrendelések saját számítógépes rendszerükben olvashatják, és kinyomtathatják. Nyomtatott leletet a Kórház Traumatológiai- és Kézsebészeti Osztályának szakrendelőiből, valamint a külső beküldő munkahelyekről érkező betegek kapnak, amit a leletező orvos kézjeggyel és saját orvosi pecsétjével lát el.

A beutalókat a fotódokumentumokkal (UH), röntgenfilm kikérőkkel együtt tasakban, név és születési dátum szerint archiválja a Központi Radiológiai Diagnosztika. A röntgen-felvételekről a CD a kezelőorvos kérésére a "Képi dokumentáció kikérő" nyomtatvány ellenében, illetve a beteg kérésére - személyazonossága igazolása után - kiadható.

A CD kiadását a "Képi dokumentáció kikérő" nyomtatvány dokumentálja, illetve a CD átvételét a beteg saját aláírásával igazolja.

A CT vizsgálatok képanyagának egy másolati példányát CD formátumban a beteg rendelkezésére kell bocsátani, melynek átvételét a beteg ugyancsak az arra rendszeresített nyomtatványon aláírásával igazolja.

A kórház informatikai területén belül a képanyag elektronikusan minden vizsgálatot kérő orvos, szervezeti egység számára elérhető.

3.5.3 Más szervezeti egységek közreműködésével végzett vizsgálatok dokumentumai

3.5.3.1 Konzílium

A konzílium két vagy több szakorvos személyes megbeszélése.

A kezelőorvos biztosítja a betegre vonatkozó minden kórelőzményi, vizsgálati gyógykezelési adat rendelkezésre állását. Konzílium igénylésére és adására szakorvos jogosult. A konzílium elektronikusan feladva kérhető. (A konzílium konzíliumkérő lapon, illetve telefonon is kérhető, idejét (nap, óra) a dekurzusban rögzíteni kell).

A tanácskozás eredményét – eltérés esetében a különböző véleményeket is – illetőleg a tanácskozás alapján végzett további szakvizsgálatok eredményét a dekurzusba be kell jegyezni. A véleményét minden konzíliárius lepecsételi, aláírja és dátumozza. A konzíliumkérő lap funkciója szerint, a Kórházon belüli járó- és fekvő-szakellátás keretein belül történő szakvizsgálat, konzílium és terápiás beavatkozás igénylésére, illetve annak dokumentálására alkalmas.

3.5.3.2 Szakvizsgálatot és egyéb terápiás beavatkozást kérő lap

A vizsgálat jellegétől függően a szakvizsgálatot végző orvos a vizsgálati eredménnyel kapcsolatban szakvéleményét ezen a dokumentumon köteles közölni. A szakorvos által közölt vizsgálati eredményt a kórlaphoz kell csatolni.

Szakvizsgálat esetén:

Személyazonosító adatok:

- a kért vizsgálat neve,
- név,
- lánykori név,

- születési dátum,
- TAJ-szám.

Tartalma:

- kért vizsgálat neve,
- vizsgálatkérés ideje,
- diagnózis, feltételezett diagnózis vagy differenciált diagnosztikai probléma,
- minden olyan klinikai adat, amely a szakvizsgálat elvégzésének hatékonyságát biztosítja, elősegíti.

4. Egyéb, az egészségügyi dokumentáció részét képező, illetve ahhoz kapcsolódó dokumentumok

4.1 Teljesítmény-elszámolás dokumentációja

4.1.1 Adatlap (fekvő)

Az adatlap használatát és kötelező adattartalmát a mindenkor érvényes finanszírozási rendelet szabályozza. Az adatlap személyi adatainak és a beteg további sorsára vonatkozó részének kitöltése az osztályos adminisztrátor vagy orvosírnok feladata és felelőssége. Az osztályos ápolási eset befejezésével kell az adatlapot az orvos-informatikai rendszerben kitölteni, majd kinyomtatni. Az adatlap szakmai részének kitöltéséért és az adatok validitásáért az osztályos ellátó orvos felel.

Az adattartalomnak meg kell egyeznie a zárójelentés tartalmával. Az adatlapon bármilyen utólagos javítást csak orvos végezhet a beteg távozását követően maximum két hónapon belül. Minden utólagos javítás csak az orvosi dokumentációval összhangban történhet, amelyet az érintett köteles aláírásával, dátummal és személyi bélyegzővel hitelesíteni. A nyomtatott adatlapot a kezelőorvos aláírja, lepecsételi, majd az adatlap a beteg dokumentációjába kerül.

4.1.2 Elszámolási nyilatkozat

Az egészségügyi szolgáltatónak nem kötelező elszámolási nyilatkozatot adnia, ha fogászati alapellátást, járóbeteg-szakellátást és fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nyújt. A betegnek azonban továbbra is lehetősége van arra, hogy ha kéri, megkapja a Kórháztól az elszámolási nyilatkozatot.

4.1.3 Jelentőlap a műtét során beültetett anyagról

A műtét során – beleértve az egynapos sebészeti ellátás keretében végzett műtétet is – a páciens szervezetébe beültetett anyagokról tételes dokumentációt kell vezetni és a finanszírozó felé azt jelenteni szükséges.

Tartalma:

- beteg neve, születési adatai,
- TAJ-szám,
- műtét dátuma,
- BNO kód,
- műtéti naplósám,
- WHO kód,

- diagnózis,
- operátor neve, orvosi pecsétszáma,
- beültetett (felhasznált) anyag.

Jelölendő tovább:

- gyártó (beszállító azonosítója),
- méret (hossz, átmérő... stb.),
- felhasznált darabszám,
- azonosító szám (amennyiben cikkszám azonosítóval rendelkezik, azt fel kell ragasztani),
- operátor, adatrögzítő aláírása.

A beavatkozások után az operátor a műtéti leírás lediktálását követően a felhasznált anyagok tételes listáját is megadja.

A jelentőlap 3 példányban készül:

- egy példány a központi műtő irodájában/a műtét helyszínén generálásra, majd szakmacsoportonként archiválásra kerül,
- egy példány a Kórház Logisztikai Osztályára kerül (számlázás, megrendelés),
- egy példányt a Kórház Finanszírozási Osztálya (OEP felé történő jelentés, statisztikák) őriz.

4.2 Betegszállítási utalvány

A betegszállítási utalvány betegszállítás igénylésére használatos nyomtatvány.

Tartalma:

Az orvos vagy az általa kijelölt egészségügyi dolgozó a megrendeléskor közli

- a beteg nevét, életkorát,
- a mentőápolói felügyelet szükségességét,
- 14 éven aluli beteg esetén a szülői (gondozói) kíséret igényét,
- szállítást indokoló, illetve a szállítás szempontjából lényeges kórismét,
- a szállítás sürgősségét és körülményeit (ülve, fekvé... stb.),
- a betegfelvétel és a betegátadás helyét.

A megrendelő orvos kitölti egy példányban a betegszállítási utalványt, amelyet a beteg átad a helyszínre érkező, betegszállítási tevékenységet végző személynek. Ha a szállítás a külön jogszabályban meghatározott kúraszerű kezelések céljából történik, a megrendelő orvosnak a szállítás megrendelése, illetve ütemezése előtt, a betegszállítási tevékenységet végző szervezettel és a kezelést végző egészségügyi intézménnyel egyeztetnie kell.

Ez esetben a beteg rendszeres szállítását megrendelő orvos - a betegszállítási utalvány első alkalommal történő kitöltése mellett - a kezelés adott időszakára vonatkozóan a szállítási időpontok listászerű feltüntetésével rendelhet szállítást. A kezelési, illetve szállítási időpontok módosítása, illetve bármely okból történő meghíúsulása esetén az információval rendelkező fél a másik két érintett felet haladéktalanul értesíteni köteles.

4.3 Mentési utalvány

A mentési utalvány mentés igénylésére használatos nyomtatvány.

A mentőszállítás igénylésére legalább mentőápolói felügyeletet igénylő, akut egészségkárosodás esetén kerülhet sor, valamint amikor a transzport alatt egészségügyi beavatkozás igénye merül fel és a feladatot azonnal vagy maximum 2 órán belül végre kell hajtani.

A mentési utalvány minden rovatát értelemszerűen kell kitölteni, különös tekintettel az alkalmazott terápiára, a szállítás alatti ellátási igényre.

A mentési utalványt a kezelőorvos, vagy valamely szakdolgozó tölti ki egy példányban, melyet átad az Országos Mentőszolgálat munkatársa részére.

4.4 Mentési készenlétet igénylő őrzött szállítás adatlapja

A mentési utalvánnyal együtt kerül kitöltésre, őrzött szállítási igény esetén. Őrzött szállítást a gyógyintézet orvosa rendelhet el, amennyiben orvosi, mentőtiszt, mentőápolói felügyelet szükséges a beteg más gyógyintézetbe történő juttatása során.

Tartalma:

- beteg neve, születési ideje,
- a beteg állapota, iránydiagnózisa
- a szállítás alatt várható komplikációk.

A kezelőorvos/ügyeletes orvos utasítására az asszisztens egy példányban tölti ki, melyet az orvos aláírásával, személyi és intézeti bélyegzőjével lát el. A kitöltött adatlap ezt követően átadásra kerül a helyszínre érkező mentőegységnek.

4.5 Utazási utalvány, utazási költségtérítési utalvány

A járóbeteg-szakellátásra, a fekvőbeteg-gyógyintézetbe, továbbá gyógyászati ellátásra, rehabilitációra beutalt biztosítottat utazási költségeihez támogatás illeti meg.

A támogatás a biztosítottat a következő esetekben illeti meg:

- orvos-szakértői vizsgálatra utalták, vagy rendelték be,
- a beutalás olyan egészségügyi szolgáltatóhoz történik, amely a biztosított területi ellátására kötelezett,
- ha ahhoz az egészségügyi szolgáltatóhoz történik a beutalás, amely a biztosított lakóhelyéhez (tartózkodási helyéhez) közelebb esik, és az oda történő beutalásba a biztosított beleegyezett,
- ha a beutalás a megfelelő feltételekkel rendelkező, bármely más – a biztosított lakóhelyéhez (tartózkodási helyéhez) legközelebb eső – egészségügyi szolgáltatóhoz történik,
- beutaló nélkül igénybevett ellátás esetén, ha egészségi állapota az azonnali ellátását indokolta,
- amennyiben a biztosított a gyógyászati segédeszközt a tartózkodási helyéhez legközelebb eső, a rendelt gyógyászati segédeszköz kiszolgáltatására az egészségbiztosítóval szerződött forgalmazónál szerzi be,
- a fogyatékos gyermek korai fejlesztését és gondozását, fejlesztő felkészítését nyújtó intézmény igénybevételével,
- a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló szervezett szűrővizsgálat igénybevételénél, valamint akkor, ha a szűrővizsgálatot behívás alapján vette igénybe,
- a támogatás megilleti a 16 éven aluli gyermek kísérőjét, illetve
- a 16 éven felüli biztosított kísérőjét, amennyiben egészségi állapota miatt a kíséretet a beutaló orvos szükségesnek tartja.

Az utazási támogatás igénybe vehető utazási utalvánnyal, valamint utazási költségtérítési utalvánnyal. A jogosultság igazolása az erre a célra rendszeresített szigorú számadású „Utazási utalvány” elnevezésű nyomtatványon történik, amelyen legfeljebb négy megjelenés igazolható. Az utazási költségtérítési utalvány pedig az OEP által rendszeresített, olyan szigorú számadású nyomtatvány, amely két pénztári és egy ellenőrző szelvényből áll. Az utazási költség megtérítésére való jogosultság abban az esetben állapítható meg, ha a jogosult orvos az utazás szükségességét igazolja. Ha az orvos javaslata alapján a biztosítottnak kísérőre van szüksége, akkor azt a biztosított részére kiállított utalványon kell jelölni. Utólagos kiállítás esetén a kérelmet el kell utasítani.

Az utazási utalvány kiállítására és a szolgáltatás igénybevételének az utazási utalványon történő igazolására kötelezett:

- a beutalásra jogosult orvos,
- az egészségügyi szakellátás orvosa – ideértve a gondozóintézet szakorvosát is,
- az egészségügyi szakellátás illetékes főorvosa által kijelölt személy, ha a biztosított kezelését nem orvos végzi,
- az orvosi rehabilitáció keretében szanatóriumi ellátás rendelésére jogosult orvos a beutaláskor, elbocsátáskor pedig a szanatórium által kijelölt orvos,
- gyógyászati ellátás igénybevétele esetében az annak rendelésére jogosult orvos az elrendelésekor – az ellátás igénybevételét követően pedig a gyógyászati ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató – ideértve a gyógyászati ellátást nyújtó közfürdőt, gyógyfürdőt is,
- egyedileg, méretre készített gyógyászati segédeszközöknél a rendelő orvos, valamint a jogszabály által megjelölt esetben a gyógyászati segédeszközt gyártó (forgalmazó) által kijelölt személy.

Ha az orvos javaslata alapján a biztosítottnak kísérőre van szüksége, akkor azt a biztosított részére kiállított utalványon kell jelölni. A jogosultság igazolása ugyancsak az „Utazási utalvány” elnevezésű nyomtatványon történik, amelyen legfeljebb négy megjelenés igazolható. Utólagos kiállítás esetén a kérelmet ez esetben is el kell utasítani.

Az utazási költségtérítési utalvány igénybevételére jogosult az, aki:

- közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik,
- krónikus betegsége, vagy állandósult egészségi állapota miatt legalább havi egy alkalommal kezelésre jár, illetve kúraszerű ellátást vesz igénybe,
- szakorvosi vélemény alapján olyan egészségügyi szolgáltatóhoz utazik, amely lakóhelyétől (tartózkodási helyétől) egészségügyi szolgáltatónál nagyobb távolságra található.

Az utazási költségtérítési utalvány kiállítására kizárólag házi orvos és házi gyermekorvos jogosult. Az utazási költségtérítési utalvánnyal történő utazás lehetőségéről és az igénybevétel feltételeiről a biztosítottat a házi orvos, vagy házi gyermekorvos tájékoztatja. Az utazási költségtérítési utalványon a megjelenést az egészségügyi szolgáltató leigazolja.

Az utalvány a Házipénztárba kerül leadásra, melyet 5 évig őriznek.

4.6 Beleegyező nyilatkozatok

Főszabály szerint bármely egészségügyi beavatkozás elvégzésének feltétele, hogy ahhoz a beteg megtevéstől, kényszertől és fenyegetéstől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezését adja.

A beteget megillető tájékoztatáshoz való jog értelmében alapvető követelmény, hogy a beteget egészségi állapotáról általános jelleggel, folyamatosan tájékoztassák.

A betegnek joga van arra, hogy számára érthető módon kapjon tájékoztatást, figyelemmel életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára, valamint arra, hogy a tájékoztatáshoz szükség esetén és lehetőség szerint tolmácsot vagy jeltolmácsot biztosítsanak.

A beteg a beleegyezését szóban, írásban vagy ráutaló magatartással adhatja meg.

Az invazív beavatkozásokhoz és a pszichiátriai betegeket érintő önkéntes gyógykezelésbe vételhez a beteg írásbeli vagy – amennyiben erre nem képes – két tanú együttes jelenlétében, szóban vagy más módon megtett nyilatkozata szükséges.

A Kórház nyilatkozati rendszere két részből tevődik össze. A „Tájékoztató az egészségügyi ellátásban részesülő betegek jogairól” (a továbbiakban: Tájékoztató) a betegjogok összefoglalását, és az egyes jogok kifejtését tartalmazza közérthető nyelven.

A jogok mellett a betegjogi képviselő és a betegek kötelezettségei is ismertetésre kerülnek a betegek teljes körű informálása érdekében. A Tájékoztató egy általános nyilatkozatot is tartalmaz, melyben a betegnek a kórházi tartózkodásával összefüggésben megtett alapvető rendelkezései szerepelnek, mint például, hogy mely személyeket értesíthet a Kórház a beteg bent fekvéséről, vagy mely személyeknek adhatnak tájékoztatást a beteg egészségügyi állapotával kapcsolatban, bent tartózkodása alatt.

A Tájékoztatót a beteg a Kórház fekvőbeteg-ellátó osztályaira fekvőbetegként történő felvételekor tekinti át és tölti ki.

A nyilatkozati rendszer másik részét a speciális tartalmú beleegyező nyilatkozatok képezik, melyek használata kötelező minden invazív beavatkozás esetén. A beleegyező nyilatkozat speciális a tekintetben, hogy csak az adott beavatkozásra vonatkozó tájékoztatást nyújtja a beteg számára, azaz minden beavatkozásnak megvan a saját beleegyező nyilatkozata.

Főbb tartalmi elemei:

- a konkrét beavatkozás folyamatszerű leírása,
- a beavatkozás elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyei, kockázatai,
- a beavatkozás időpontja,
- egyéb lehetséges (alternatív) eljárások,
- további ellátások, javasolt életmód,
- a beteg döntési jogának feltüntetése (beleegyeznek, nem egyeznek bele).

A műtéti beavatkozásokhoz kapcsolódó beleegyező nyilatkozat mintáját a Szabályzat 1. sz. melléklete tartalmazza.

A beteg beavatkozásba történő beleegyezését vélelmezni kell, ha a beteg egészségi állapota miatt beleegyező nyilatkozat megtételére nem képes, és

- a nyilatkozat megtételére jogosult személy nyilatkozatának beszerzése késsedelemmel járna,
- invazív beavatkozások esetén akkor, ha a nyilatkozat megtételére jogosult személy nyilatkozatának beszerzése késsedelemmel járna, és a beavatkozás késsedelmes elvégzése a beteg egészségi állapotának súlyos vagy maradandó károsodásához vezetne.

A beteg beleegyezésére nincs szükség abban az esetben, ha az adott beavatkozás vagy intézkedés elmaradása:

- mások – ideértve a 24. hetet betöltött magzatot is – egészségét vagy testi épségét súlyosan veszélyezteti, továbbá
- ha a beteg közvetlen életveszélyben van.

Amennyiben egy invazív beavatkozás során, annak olyan kiterjesztése válik szükségessé, amely előre nem volt látható, az erre irányuló beleegyezés hiányában a beavatkozás kiterjesztése csak akkor végezhető el, ha azt sürgős szükség fennállása indokolja, vagy annak elmaradása a beteg számára aránytalanul súlyos terhet jelentene.

Amennyiben a beavatkozás kiterjesztése a beteg valamely szervének vagy testrészének elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezetne, a beavatkozás kiterjesztése – az abba történő beleegyezés hiányában – csak közvetlen életveszély fennállása esetén vagy abban az esetben végezhető el, ha annak elmaradása a beteg számára aránytalanul súlyos terhet jelentene.

Abban az esetben, ha a beteg nem igényel a fentiekben meghatározott sürgősségi ellátást és jogerős bírósági határozat még nem nyilvánította a beteget cselekvőképtelennek, vagy korlátozottan cselekvőképesnek, de pszichés állapota miatt nem képes az adott nyilatkozat megtételére, az érintett betegellátó osztály felveszi a kapcsolatot a Kórház Szociális Csoportjával, amely értesíti az illetékes hatóságot annak érdekében, hogy a beteg részére törvényes képviselőt jelöljenek ki. A törvényes képviselő kijelölését követően ő jogosult a beteg helyett a szükséges nyilatkozatok megtételére.

A beteg írásbeli beleegyezése szükséges bármely – a beavatkozással összefüggésben – életében eltávolított sejtjének, sejtalkotórészének, szövetének, szervének, testrészének – egészségügyi ellátásával össze nem függő – bármilyen célú felhasználásához. Nem kell a beteg beleegyezése ezen anyagok szokásos módon történő megsemmisítéséhez.

A betegnek joga van arra, hogy halála esetére rendelkezzen a holttestét érintő beavatkozásokról is. A beteg megtilthatja, hogy holttestéből szervet és szövetet átültetés, egyéb gyógyító célú felhasználás, kutatás vagy oktatás céljából eltávolítsanak. Halottból szerv, illetve szövet eltávolítására átültetés céljából akkor kerülhet sor, ha az elhunyt életében ez ellen nem tett tiltakozó nyilatkozatot.

Tiltakozó nyilatkozatot, a cselekvőképes személy, írásban (közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban) vagy – amennyiben írásbeli nyilatkozatot egyáltalán nem vagy csak jelentős nehézséggel tudna tenni – kezelőorvosánál szóban tehet. Korlátozottan cselekvőképes személy tiltakozó nyilatkozatot törvényes képviselőjének közreműködése nélkül is tehet.

A cselekvőképtelen személy helyett tiltakozó nyilatkozatot törvényes képviselője tehet. A kezelőorvos a szerv, illetve szövet eltávolítására rendelkezésre álló időn belül köteles meggyőződni arról, hogy az elhunynál maradt-e tiltakozó nyilatkozat. Amennyiben az írásbeli nyilatkozat az eltávolításra rendelkezésre álló időn belül nem kerül elő, illetve illet nem juttatnak el a kezelőorvoshoz, annak hiányát vélelmezni és az egészségügyi dokumentációban feltüntetni szükséges.

A beteget megilleti az ellátás visszautasításának joga – kivéve, ha annak elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné –, azonban:

- A beteg minden olyan ellátást, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, csak közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében utasíthat vissza. Ez utóbbi esetben a visszautasítást az egészségügyi dokumentációban rögzíteni kell, amelyet a tanúk aláírásukkal hitelesítenek. Cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes beteg esetén az ilyen típusú ellátás nem utasítható vissza.
- A betegség természetes lefolyását lehetővé téve az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására csak abban az esetben van lehetőség, ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid

időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan. Az életfenntartó, illetve életmentő beavatkozás visszautasítása ugyancsak közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenség esetén két tanú együttes jelenlétében történhet.

A visszautasítás csak akkor érvényes, ha egy háromtagú orvosi bizottság a beteget megvizsgálja és egybehangzóan, írásban nyilatkozik arról, hogy a beteg döntését annak következményei tudatában hozta meg, illetve, hogy a fentiekben meghatározott feltételek fennállnak, továbbá a beteg az orvosi bizottság nyilatkozatát követő 3. napon – két tanú előtt – ismételten kinyilvánítja a visszautasításra irányuló szándékát.

Amennyiben a beteg nem járul hozzá az orvosi bizottság vizsgálatához, a kezelés visszautasítására vonatkozó nyilatkozata nem vehető figyelembe. A bizottság tagjai a beteg kezelőorvosa, egy – a beteg gyógykezelésében részt nem vevő –, a betegség jellegének megfelelő szakorvos, valamint egy pszichiáter szakorvos.

- A beteg nem utasíthatja vissza az életfenntartó vagy életmentő beavatkozást, ha várandós és előre láthatóan képes a gyermek kihordására.

A beteg a visszautasításra vonatkozó nyilatkozatát bármikor, alaki kötöttség nélkül (bármely formában) visszavonhatja.

A beleegyező és egyéb írásbeli nyilatkozatok tárolásának helye a beteg egészségügyi dokumentációja (fekvőbeteg-szakellátás esetén a beteg-kórlapja).

Konzílium és más diagnosztikai eljárások keretében végzett beavatkozások esetén a nyilatkozatot a beavatkozást végző szervezeti egység tárolja. Járóbeteg ellátása – azon belül diagnosztikai eljárások keretében végzett beavatkozások – esetén a beleegyező nyilatkozatot a diagnosztikai egység archiválja.

A szervezeti egységek speciális dokumentumai, bizonylatai – amit a Szabályzat nem tárgyal – a Kórház intranetén elérhetőek. A kitöltésükre, használatukra vonatkozó információkat ugyancsak az intraneten elérhető törzslapok tartalmazzák.

5. Egészségügyi dokumentáció megismerése, kiadása, tárolása, őrzése, selejtezése

5.1 Az egészségügyi dokumentáció megismerése

A beteg jogosult megismerni a róla készült egészségügyi dokumentációban szereplő adatait, illetve joga van ahhoz, hogy egészségügyi adatairól tájékoztatást kérjen.

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

A beteg jogosult

- a gyógykezeléssel összefüggő adatainak kezeléséről tájékoztatást kapni,
- a rá vonatkozó egészségügyi adatokat megismerni,
- az egészségügyi dokumentációba betekinteni, valamint azokról saját költségére másolatot kapni,
- egészségügyi adatairól indokolt célra – saját költségére – összefoglaló vagy kivonatos írásos véleményt kapni.

A beteg, az általa pontatlannak vagy hiányosnak vélt – rá vonatkozó – egészségügyi dokumentáció kiegészítését, kijavítását kezdeményezheti, 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, illetve a fentiekben említett egyéb jogosultság.

5.2 Az egészségügyi dokumentáció kiadása

A Kórházban az egészségügyi dokumentáció kiadására irányuló kérelmek, megkeresések kezelését az érintett szervezeti egységek a következő eljárási rendnek megfelelően végzik.

5.2.1 A Kórház Koordinációs Osztályának (a továbbiakban: Koordinációs Osztály) feladatai

A Koordinációs Osztály feladata a magánszemélyek (betegek, hozzátartozók, meghatalmazottak), valamint a hivatalos szervek (rendőrség, ügyészség, bíróság stb.) részére történő egészségügyi dokumentáció-kiadás.

A Koordinációs Osztály a kérelmező jogosultságát, valamint szükség szerint a kérelem formai és tartalmi követelményeinek meglétét ellenőrzi.

Ezt követően a kért egészségügyi dokumentum másolatát az érintett szervezeti egységtől bekéri, és a vonatkozó térítési díj megfizetése után azokat a kérelmező rendelkezésére bocsátja. A dokumentáció másolása és hitelesítése (lásd: 5.2.4 Közös szabályok) az adott szervezeti egység feladata.

Az e tárgyban a betegellátó szervezeti egységekhez érkező kérelmeket a központi iktatón (a továbbiakban: iktató) keresztül haladéktalanul továbbítani kell a Koordinációs Osztály felé.

A hivatalos szervek (nyomozó hatóságok, bíróság stb.) megkeresései minden esetben írásos formában kell, hogy érkezzenek. Ennek megfelelően a postai úton kézbesített iratokat az iktató minden esetben továbbítja a Koordinációs Osztály részére.

Amennyiben a megkeresést faxon, közvetlenül a Kórház érintett szervezeti egységei részére juttatják el, ezeket a dokumentumokat az iktató igénybevételével továbbítani szükséges a Koordinációs Osztály részére további ügyintézés céljából.

A Koordinációs Osztály a szolgáltatandó egészségügyi dokumentáció, valamint az esettel kapcsolatban szükséges további tájékoztatás kérése céljából minden esetben felveszi a kapcsolatot az érintett szervezeti egységekkel.

5.2.2 A betegellátó szervezeti egységek dokumentáció-kiadást érintő, és az egészségügyi dokumentációba történő betekintéssel összefüggő feladatai

A fentebb leírtak alól kivételt képeznek a Tüdőgondozónál keletkezett egészségügyi dokumentumok kiadására vonatkozó, kizárólag magánszemélyektől érkező kérelmek. Az ezzel összefüggő teljeskörű ügyintézés a Tüdőgondozó maga végzi.

További kivételt képeznek a látletek kiadására vonatkozó kérések, megkeresések. Az ezzel kapcsolatos ügyintézés az érintett betegellátó szervezeti egység (leggyakrabban a Traumatológiai- és Kézsebészeti Osztály, Sürgősségi Betegellátó Osztály, Szemészeti Osztály...stb.) maga végzi. Hivatalos szervek részére a látletet minden esetben a szervezeti egység vezetőjének aláírásával ellátott kísérőlevéllel együtt kell eljuttatni.

A betegellátó szervezeti egységeknél történik továbbá az egészségügyi dokumentációba történő betekintés biztosítása. A betekintést megelőzően minden esetben ellenőrizni kell az egészségügyi dokumentációt megismerni kívánó személy arra való jogosultságát. Az egészségügyi dokumentációba való betekintésre a beteg, az általa írásban meghatalmazott személy, vagy a beteg halála esetén közeli hozzátartozója jogosult.

A beteg kezelésének időtartama alatt a meghatalmazással szemben támasztott egyetlen követelmény az írásbeliség, a kezelés befejezését követően ugyanakkor teljes bizonyító erejű magánokiratba kell foglalni az erre vonatkozó nyilatkozatot. Ezzel együtt a betekintési jogot gyakorolni kívánó személy személyazonosságát is ellenőrizni szükséges. A beteg halála esetén a törvényes képviselője, közeli hozzátartozója valamint örököse – írásos kérelem alapján – jogosult az adatok megismerésére, a dokumentumokba való betekintésre.

A beteg halála esetén kizárólag a halál okával összefüggő vagy összefüggésbe hozható, továbbá a halált megelőző gyógykezeléssel kapcsolatos adatok adhatók ki az arra jogosultnak.

5.2.3 A Patológiai Osztály, a Betegfelvételi Osztály, valamint a Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály dokumentáció-kiadást érintő feladatai

A halottvizsgálati bizonyítvány hozzátartozók részére történő átadása a Patológiai Osztályon történik.

A Kórházban elhunyt betegek esetében a kórboncolás elvégzése idejére a dokumentáció a Patológiai Osztályra kerül továbbításra. A szükséges iratok rendelkezésre bocsátása a kérelmező részére ebben az esetben is a Koordinációs Osztály dolgozóinak közreműködésével történik.

Amíg a dokumentáció a kórboncolással összefüggésben a Patológiai Osztályon található, annak a Koordinációs Osztály részére történő rendelkezésre bocsátása ezen osztály feladata, a későbbiekben – a dokumentáció visszaküldését követően – a betegellátó szervezeti egységeké. A boncjegyzőkönyv másolatát a Betegfelvételi Osztály bocsátja az arra jogosult kérelmező rendelkezésére, valamint a dokumentáció kiadására jogosult szervezeti egység megkeresése alapján a Betegfelvételi Osztály végzi a Kórház központi irattárában elhelyezett kórlapok kikeresését, melyet további ügyintézés céljából a megkereső szervezeti egység részére továbbít.

A születési időpontra vonatkozó igazolásokat, az arra jogosultak kérésére, a Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály adja ki.

5.2.4 Közös szabályok

Egészségügyi dokumentációt kiadni csak a szükséges aláírásokat tartalmazó másolat formájában, ezek hiányában kizárólag hitelesített másolati formában lehet. Hitelesített másolat kiadása esetén az orvos-informatikai rendszerből kinyomtatott dokumentum arra alkalmas, üres részén jól láthatóan a „hiteles másolat” szöveget kell feltüntetni, majd rögzíteni szükséges a hitelesítés dátumát.

Ezt követően a szervezeti egység vezetője által – a szervezeti egység működési rendjében ezzel a feladattal – megbízott dolgozó aláírása (orvosi pecsétje) és a szervezeti egység bélyegzőjének lenyomata kerül a „hiteles másolat” szövegrészhez.

5.3 Az egészségügyi dokumentáció tárolása, őrzése, használata

Az eltávozott beteg egészségügyi dokumentációjának tárolása a betegellátó szervezeti egységeknél, illetve a Kórház központi irattárában történik. A kórlapok irattározása a betegregiszterben rögzített távozási sorszám alapján történik.

Az egészségügyi dokumentáció részeként meg kell őrizni:

- az egyes vizsgálatokról készült leleteket,

- a gyógykezelés és a konzílium során keletkezett iratokat,
- az ápolási dokumentációt,
- a képalkotó diagnosztikus eljárás felvételeit,
- a beteg testéből kivett szövetmintákat.

Az egészségügyi dokumentáció az adott betegellátó szervezeti egység kezelésében áll, azonban későbbi megőrzése – az egyes szervezeti egységek egyéni igénye szerint – a központi irattárban történik.

Az egészségügyi dokumentáció részét képező iratok megőrzéséért az érintett betegellátó szervezeti egység vezetője – illetve a központi irattárba történő áthelyezést követően a Betegfelvételi Osztály vezetője – a felelős.

Az elektronikus adatok – beleértve a központi PACS-on tárolt elektronikus képanyag – megőrzéséért az Informatikai Osztály osztályvezetője felelős. Ez alól kivétel a Központi Radiológiai Diagnosztikáról kiadott felvételek megőrzési felelőssége, amely az adott felvétel kikérőjét terheli.

A diagnosztikus eljárások felvételeinek megőrzéséért annak a szervezeti egységnek a vezetője a felelős, ahol a felvétel keletkezett.

A szövetminták megőrzéséért a Patológiai Osztály osztályvezetője a felelős.

Az egészségügyi dokumentációt - a képalkotó diagnosztikai eljárással készült felvételek, az arról készített leletek, valamint a gyógyszerelési vények kivételével - az adatfelvételtől számított legalább 30 évig, a zárójelentést legalább 50 évig kell megőrizni.

Képalkotó diagnosztikai eljárással készült felvételt az annak készítésétől számított 10 évig, a felvételtől készített leletet a felvétel készítésétől számított 30 évig kell megőrizni.

A gyógyszerelési vényeket - a kábítószeres és pszichotróp anyagot tartalmazó gyógyszerre vonatkozó vények kivételével - 3 évig őrzi meg. A kábítószeres és pszichotróp anyagot tartalmazó gyógyszerre vonatkozó vényeket 5 évig kell megőrizni. A kötelező őrzési időt követően a vényeket meg kell semmisíteni. A vényeket érintő további rendelkezéseket a Kórház Gyógyszerellátási rendjéről szóló szabályzat tartalmazza.

A kötelező nyilvántartási időt követően gyógykezelés vagy tudományos kutatás érdekében – amennyiben indokolt – az adatok továbbra is nyilvántarthatók.

Ha a további nyilvántartás nem indokolt, a nyilvántartást meg kell semmisíteni.

Amennyiben az egészségügyi dokumentációnak tudományos jelentősége van, a kötelező nyilvántartási időt követően át kell adni a Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár részére.

A Kórház jogutód nélküli megszűnése esetén a tudományos jelentőségű egészségügyi dokumentációt a Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltárnak, az egyéb egészségügyi dokumentációt a Kormány által kijelölt szervnek kell átadni.

Amennyiben a Kórház jogutód nélkül szűnik meg, de az általa korábban ellátott feladatokat más szerv látja el, a Kórház megszűnésének időpontját megelőző tíz évben keletkezett egészségügyi dokumentációt a feladatot ellátó szerv, illetve az ez alapján átadásra nem kerülő egészségügyi dokumentációt a Kormány által kijelölt szerv részére kell átadni.

Az egészségügyi dokumentumok használata történhet belső ügyviteli célból is. A használat módjai: betekintés, kölcsönzés, másolat készítése. Egészségügyi dokumentumot csak hivatalos használatra lehet átadni. Az átadás során az egészségügyi dokumentumok kiemelésére szolgáló nyomtatványt kell kitölteni (2. sz. melléklet), amelyet mint elismervényt a kivett irat helyére kell tenni.

A nyomtatvány tartalmazza:

- a kiemelt irat azonosításához szükséges adatokat,
- a kiemelést végző nevét,
- a kiemelés időpontját,
- az irat ideiglenes őrzési helyét.

5.4 Az egészségügyi dokumentáció selejtezése

Az egészségügyi dokumentáció részét képező iratok nem selejtezhetőek, így a jelen Szabályzatban meghatározott kötelező őrzési idő elteltét követő naptári év végéig átadásra kerülnek az illetékes közlevéltárnak.

6. Egészségügyi dokumentáció ellenőrzése, felülvizsgálata

A Kórház betegellátó szervezeti egységeinél keletkezett egészségügyi dokumentáció időszakosan felülvizsgálatra kerül. Az időszakos felülvizsgálatot a Minőségirányítási Osztály folytatja le az érintett betegellátó osztályok bevonásával. A felülvizsgálatot olyan szakember végzi, akinek felhatalmazása van az egészségügyi dokumentációba való betekintésre.

Az ellenőrzés fő szempontjai:

- adatok rögzítésének időszerűsége,
- a dokumentáció teljessége, olvashatósága,
- jogszabályi követelmények betartása.

Az ellenőrzések eredményeiről az érintett szervezeti egységek vezetőit, valamint a Kórház vezetését (a kórház főigazgatóját, valamint a főigazgató feladatainak ellátásában őt segítő – a kórház Szervezeti és Működési Szabályzatában meghatározott – vezető-helyetteseket) rendszeresen tájékoztatni szükséges, akik adott esetben saját hatáskörben intézkednek a szükséges lépések megtételéről.

7. Felelősségi szabályok

Valamennyi szervezeti egység vezetőjének felelőssége a Szabályzatban foglaltak betartása és betarttatása.

A Szabályzatban foglalt rendelkezések megvalósulásáért a Szabályzat személyi hatálya alá tartozó valamennyi érintett polgári jogi és/vagy munkajogi felelősséggel tartozik.

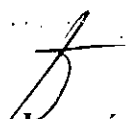
8. Vegyes és hatályba léptető rendelkezések

A Szabályzatban nem tárgyalt – az egyes szervezeti egységek működési sajátosságából fakadó – eltérő rendelkezéseket valamennyi szervezeti egység saját működési rendje határozza meg.

Jelen Szabályzat 2013. április 1. napján lép hatályba. ...

Debrecen, 2013. április 1.

Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet
4031 Debrecen, Bánk Sándor út 2-26.

17.

Dr. Lampé Zsolt Tibor
főigazgató

Melléklet

1. sz. melléklet

BETEGTÁJÉKOZTATÓ MINTA

Műtéti beavatkozásokhoz

Beavatkozás megnevezése

1. *Beteg neve:*

Születési idő:

TAJ szám:

2. *A kezelőorvos (felvilágosítást adó orvos)*

Neve:

Beosztása:

3. *A műtétet végző osztály:*

4. *Alapvető anatómiai és élettani tudnivalók*

5. *A beavatkozás elvégzését indokoló tényezők, a beavatkozás (műtét) indikációi:*

6. *A műtéti beavatkozás elhagyásnak várható kockázatai.*

7. *Egyéb kezelési lehetőségek:*

8. *A műtét menete, annak rövid leírása:*

9. *Az érzéstelenítés lehetőségei, veszélyei:*

A műtét helyi és általános érzéstelenítésben is biztonsággal elvégezhető. Bizonyos melléksérülések ébren lévő beteg esetén korábban észlelhetők, de hosszabb időtartamú beavatkozás ill. nagy kiterjedésű elváltozás esetén nyugodtabb körülményeket teremti az altatás a sebész és a beteg számára egyaránt. Az érzéstelenítés módját a rizikófaktorok és az alapbetegség kiterjedésének figyelembevételével az orvos és a beteg együtt dönti el. A helyi érzéstelenítőszer káros reflexet, vérnyomás ingadozást, allergiát, nagyon ritkán shockos állapotot provokálhat. Az altatás veszélyei külön lapon kerülnek ismertetésre.

- ☐ helyi érzéstelenítő injekció,
- ☐ gerinc érzéstelenítés,
- ☐ altatás,

10. *Általános műtéti kockázatok:*

11. *A beavatkozás (műtét) lehetséges kockázatai és következményei:*

12. *További beavatkozások, melyek szükségessé válhatnak a javasolt műtét során:*

13. *A műtét utáni időszak kb. 1-2 hét fontosabb teendői:*

14. *Műtét utáni életmód:*

15. *A gyógyulás várható időtartama:*

16. *A beteg kérdései:*

17. *Az orvos megjegyzései:*

18. *Beleegyező nyilatkozat:*

A tervezett műtétről, a műtét esetleg szükséges kiterjesztéséről – részletes felvilágosító beszélgetés során – a kezelő (műtétet) végző orvosom dr.....) kielégítően tájékoztatott.

A beszélgetés során megválaszoltak minden engem foglalkoztató kérdést a műtétrel, a műtéti kockázatokkal és a lehetséges szövődményekkel kapcsolatban.

Kijelentem, hogy maradéktalanul megértettem az írásbeli és szóbeli felvilágosítás tartalmát és nincs további kérdésem.

Elegendő gondolkodás idő után beleegyezem, hogy a felajánlott műtétet, azok ismert, lehetséges veszélyeinek tudatában rajtam az orvos elvégezze.

Beleegyezem, hogy a műtét során diagnosztikus céllal eltávolított szerveket, szövetmintákat szövettani vizsgálat után laboratóriumban megőrizték és azokból tudományos igényű feldolgozásokat végezzenek, ill. a betegséggemmel kapcsolatos orvosi leleteket és eredményeket az intézet tudományos céllal felhasználhassa.

Aláírással tanúsítom, hogy betegségem természetét megértettem, megismertem a lehetséges kezelési formákat és azok elmaradásának kockázatait. A beavatkozás kiterjesztésébe, amennyiben az a műtét során szükségessé válik, szintén beleegyezem.

Az esetleg (életveszélyes, súlyos egészségkárosító állapot esetén) szükségessé váló vér- és vérkészítmények beadásában is beleegyezem.

Ha a műtét esetleges kiterjesztésébe és a vérkészítmények esetleges beadásába nem egyezik bele, kérjük, itt írásban jelezze.

Debrecen,

.....
Orvos aláírása, pecsétje

.....
a beteg aláírása

.....
a beteg neve

.....
a beteg TAJ száma

Előttünk, mint tanúk előtt:

Aláírás:

Aláírás:

Név:

Név:

Személyi ig. szám:

Személyi ig. szám:

Tájékoztatásul közöljük a következőket:

1. Az ön ellátásában közvetlenül az alábbi személyek működnek közre:
Szakképesítés és beosztás (osztályos orvos és nővér, altatóorvos)
2. Az ön által írásban felhatalmazott személy – egészségügyi ellátásának ideje alatt – a betegségével kapcsolatos dokumentációba betekinthet és arról másolatot készíthet.
3. Betegségéről tájékoztatás hozzátartozóinak ill. további személyeknek az ön által külön kitöltött nyilatkozat alapján adható.

KÉRJÜK, HOGY EZEN NYILATKOZAT MINDEN OLDALÁT ÍRJA ALÁ!

2. sz. melléklet

Egészségügyi dokumentumok kiemelésére szolgáló nyomtatvány

A dokumentum megnevezése:
(kórlap, rtg.film, lelet stb.): _____

Kórlap esetén a sorszáma: _____

A beteg neve: _____

Születési év, hó, nap: _____

A kiemelő neve: _____

A kiemelő beosztása: _____

A kiemelés oka: _____

A kiemelés ideje alatt a dokumentum holléte: _____

A kiemelés dátuma: _____

kiemelő aláírása

kiadó aláírása

Visszavételezés dátuma: _____

visszaadó aláírása

visszavételező aláírása