




ELŐLAP

EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KEZELÉSE

Készítette:


Dr. Bognár Ida
orvosi minőségügyi főmunkatárs
Dátum: 2023. 02. 09.

Jóváhagyta:


Dr. Kovács Attila
orvosigazgató
Dátum: 2023. 02. 09.

Hatályba helyezte:


Prof. Dr. Bucsi László
főigazgató
Dátum: 2023. 02. 09.

Minőségirányítási rendszerbe illesztésért felelős:


Abtné Farkas Marianna
minőségirányítási vezető
Dátum: 2023. 02. 13.

Kórházi Belső Szabályzat

Iktatószám: I/ 2010-1 /2023

Változat szám: 08

Hatályba helyezve: 2023. 02.17

összesen: 14 oldal

Tartalomjegyzék

Cél	3
Az egészségügyi dokumentáció tartalmi elemeinek meghatározása.....	4
A dokumentáció elemeinek felsorolása ezek alapvető jellemzői és tartalma:	5
A beteg által hozott dokumentáció kezelése	14
KAPCSOLÓDÓ SZABÁLYOZÓK	14

Kórházi Belső Szabályzat			
Iktatószám: I/ 2010-1 /2023	Változat szám: 08	Hatályba helyezve: 2023. 02.17.	2. oldal, összesen: 14

Cél:

A Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház betegellátó egységein az egészségügyi dokumentáció kezelése jogszabályoknak és a szakminisztérium erre vonatkozó irányelveként megfogalmazott standardjainak megfelelően történjen.

A jelen szabályzat, *Az egészségügyi dokumentáció kezelését, Az egészségügyi dokumentáció tartalmi elemeinek meghatározását és A beteg által hozott dokumentumok kezelését* írja elő.

Külön szabályozás foglalja össze; a *Betegdokumentáció másolására* vonatkozó szabályokat az Adatvédelmi Szabályzat, az *Ápolási dokumentáció vezetése* eljárás utasításban szabályozott.

(megjegyzés: a kórházi szabályzatok egy eredeti nyomtatott példánya megtalálható a Kórház Központi Iktatójában, valamint elektronikus formában a kórházi belső honlapról elérhető web alapú minőségirányítási rendszer dokumentumkezelő programjából.

Elérési útvonala: Intranet – Minőségirányítás - Dokumentumok - Külső/Belső szabályozók illetve a szervezeti egységek oldalán)

Az intézményen belül a beteg/páciens kivizsgálása, kezelése, ellátása során keletkező dokumentáció kezelése a fent hivatkozott leírásokban foglalt csoportosításnak megfelelően nagyobb részt az ezt támogató integrált informatikai rendszeren keresztül, kisebb részt papír alapú dokumentumokon történik.

Mindkét dokumentum típus esetében érvényesítendő általános elvárás, hogy a dokumentáció vezetése a dokumentált esemény bekövetkeztét követően haladéktalanul megtörténjen. Ettől eltérni csak akkor lehet, ha azt egy adott eljárás valamely pontja kifejezetten előírja, vagy lehetővé teszi. Ebben az esetben a dokumentálásnak az utasításban megadott időre kell megtörténni.

Az informatikai rendszerben zajló elektronikus dokumentumkezelés támogatja a dokumentálással kapcsolatos követelményeknek való megfelelést:

1. Minden az adott vizsgálati/ellátási esemény (lásd az ellátási eseményt azonosító adatok a beteg regisztrációjának végrehajtását leíró utasításban) dokumentált, az ennek során keletkező rögzített adat az eseményhez kötöten bármikor visszakereshető. Ilyen módon biztosított, hogy a dokumentáció elegendő adatot tartalmazzon a beteg azonosításához, a helyes diagnózis felállításához, a kórlefolyás követhetőségéhez és a kezelési eredmények megítéléséhez.

2. A dokumentumok létrehozása és a dokumentumokhoz való hozzáférés (ki, honnan, mikor, milyen célból) ellenőrzött, a dokumentumokban végrehajtható műveletek személyre szabottan, előre meghatározottak. Ezáltal biztosított ugyanakkor, hogy az ellátásban résztvevők a szükséges információhoz hozzáférjenek, ill. azt egymásnak az ellátás eredményessége érdekében átadhassák.

3. A dokumentáció minden elemének csak az aktuális, legutolsó módosítást is tartalmazó példánya elérhető, ugyanakkor megfelelő jogosultsággal egy adott dokumentumon végrehajtott minden módosítást megelőző és követő verzió visszakereshető. Ily módon kizárt az időszerűtlen információkra épülő döntéshozatal.

Kórházi Belső Szabályzat			
Iktatószám: I/ 2010-1 /2023	Változat szám: 08	Hatályba helyezve: 2023. 02.17.	3. oldal, összesen: 14

4. A dokumentáció archiválása, korlátlan ideig való megőrzése és az archivált adatok visszakereshetősége megoldott. E lehetőség támogatja a dokumentáció tartalmi utóellenőrzésének lehetőségét is.

Az elektronikus betegdokumentáció kezelését támogató informatikai rendszert az informatikai osztály munkatársai a megfelelő eljárás utasítások, és az ezekben hivatkozott dokumentumok szerint végzik.

Az elektronikus betegdokumentáció vezetését a diagnosztikus/terápiás eljárás végrehajtását végző egészségügyi ellátó személyzet végzi. A rendszer kezeléséhez szükséges ismereteket a személyzet rendszeresített oktatás során szerzi meg.

A betegellátás során képződő adatok papír alapú dokumentumokon való megőrzésének követelménye törvényben rögzített. Ezen követelményeknek való megfelelés érdekében a diagnosztikus/terápiás eljárás során keletkező elektronikus dokumentumok legutolsó módosítást követően képződött verzióiról azok nyomtatásával papír alapú másolat készül. E másolati dokumentumok kezelése a továbbiakban, az eredeti példányaiban is papír alapú dokumentumokkal együtt történik.

A papír alapú dokumentumok kezelése során a fent megfogalmazott követelmények teljesítése az alább felsoroltak által valósul meg:

1. A jelen ellátási esemény dokumentumainak elérhetőségét, az ellátást végző szervezeti egység, a már befejezett ellátások dokumentumainak visszakereshetőségét a kórlap-archivum biztosítja.
2. A dokumentumokhoz való hozzáférés ellenőrzöttségét a dokumentumok erre a célra kialakított, zárt, felügyelet alatt lévő helyen való tárolása biztosítja.
3. A dokumentumokon való utólagos módosítások szignálási kötelemmel járnak, előző példányok még abban az esetben sem dobhatók ki, ha aktualitásukat veszítették.
4. A dokumentáció jogszabályban előírt ideig való megőrzéséhez az intézmény megfelelő helyet és személyzetet biztosít.

Az egészségügyi dokumentáció tartalmi elemeinek meghatározása

Az egészségügyi dokumentáció mindazon elektronikus és papír alapú dokumentumok összessége, melyek az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő személy korábbi, vagy jelenlegi egészségi állapotát jellemző információt hordoznak, vagy azzal kapcsolatos adatot tartalmaznak.

Minden dokumentum hitelességét az ellátó orvos aláírása és orvosi pecsétje, együtt adja.

Kórházi Belső Szabályzat			
Iktatószám: I/2010-1/2023	Változat szám: 08	Hatályba helyezve: 2023. 02.17.	4. oldal, összesen: 14

A dokumentáció elemeinek felsorolása, ezek alapvető jellemzői és tartalma:

Eredete	Megnevezés és tartalom		Jellemzők	Előírás / Teendő
A beteg által hozott dokumentáció	Beutaló	Beteg és beutaló munkahely azonosító, Cél meghatározás, Rendelkezésre álló információk megadása, dátum, aláírás	Külső eredetű, papír alapú, aláírással, vagy egyéb módon hitelesített dokumentumok vagy belső eredetű elektronikus dokumentumok papír alapú hitelesített másolatai	A jelen szabályzatban a - A beteg által hozott dokumentáció kezelése – bekezdésben leírtak
	Zárójelentés(ek)	Az ellátási esemény(ek) azonosítói, Előzményi adatok összefoglalása, Vizsgálati eredmények összefoglalása, A megállapított kórisme azonosítása, Elvégzett beavatkozások leírása, Összefoglaló leírás és szakvélemény, Továbbküldés, Javasolt további kezelés		
	Regisztrátumok, képi dokumentumok	Az információ hordozó felülettől nem elválasztható módon rögzített betegazonosító, vizsgáló azonosító és időpont megjelölés		
	Diagnosztikus eljárás(ok) lelete(i)	Az ellátási esemény(ek) azonosítói, szöveges leírás és értékelés		
A járóbeteg szakellátás és gondozás dokumentumai	Ambuláns / Kezelőlap(ok)	Az ellátási esemény(ek) azonosítói, az igénybevétel céljának megjelölése, az előzményi adatok, a panaszok tünetek és szakorvosi vizsgálati leletek leírása, kórisme meghatározása, tervezett és elvégzett beavatkozások leírása és ezek eredményei, utasítások, javaslatok leírása, tovább irányítási, visszarendelési információk	Eredeti példányaiban elektronikus dokumentumok (MEDSOL)	Minden ellátás esetén töltendő, egy nyomtatott példány átadása a betegnek.
	Diagnosztikus eljárás(ok) lelete(i)	A vizsgálati esemény(ek) azonosítói, szöveges leírás és értékelés		Kinyomtatott lelet hitelesítése (orvosi aláírása, pecsét). Leletek átadásának dokumentálása (Fny.18/02.) formanyomtatványon, vagy azonos tartalmú (hitelesített) füzetben, kivéve, ha ambuláns kezelőlapon rögzítve van a lelet.
	Betegtájékoztató dokumentálása (járó) – Fny.18/01.	Formanyomtatvány; sorszám, dátum, beteg neve, TAJ száma, beteg aláírás, nyilatkozattípusa.	Eredeti példányaiban papír alapú dokumentum	Invazív / fokozott kockázatú beavatkozás esetén, töltendő! A formanyomtatványt ki kell nyomtatni VAGY- azonos tartalommal -, füzetben vezetni.
Kórházi Belső Szabályzat				
Iktatószám: I/ 2010-1 /2023	Változat szám: 08	Hatályba helyezve: 2023. 02.17.		5. oldal, összesen: 14

Eredete	Megnevezés és tartalom		Jellemzők	Előírás / Teendő
A járóbeteg szakellátás és gondozás dokumentumai	A műtét előtti aneszteziológiai vizsgálat és a premedikáció lapja (járó)	Beteg neve, születési dátuma, A tervezett beavatkozás, Kórisme, A műtét előtt este, reggel, és fél órával beadandó gyógyszerek, ill. elvégzendő teendők leírása, A tervezett érzéstelenítési forma meghatározása, a beteg beleegyezése	Eredeti példányaiban elektronikus dokumentumok (MEDSOL)	A dokumentum pontos kitöltése, a feltüntetett személyek aláírása, szükséges. Betegnek átadni.
	Leletek átadásának dokumentálása (Fny.18/02.)	Formanyomtatvány; dátum, név, TAJ, leletek megnevezése, átvétel igazolása	Eredeti példányaiban papír alapú dokumentumok	A beteg elbocsátásakor, lelet(ek) átadását kell a formanyomtatványon rögzíteni, aláírni. (helyettesíthető: azonos tartalommal füzetben, illetve az ambuláns lapon rögzítés)
A fekvőbeteg szakellátás dokumentumai	Kórlap	A fekvőbeteg ellátási esemény(sor) alapidokumentuma, mely tartalmazza a jelen ellátási eseménnyel összefüggésbe hozható összes a beteg által rendelkezésre bocsátott, a járóbeteg ellátásban keletkezett, és a jelenlegi ellátás során keletkező itt felsorolt dokumentumot, és információt, különös tekintettel a beteg állapotában fennálló, a jelenlegi ellátást indokoló eltérésekre, és azok felderítésére, megszüntetésére irányuló tevékenységek, és eljárások részletes leírására	Eredeti példányaiban elektronikus dokumentumok (MEDSOL)	Dokumentum megadott szempontjainak pontos, szakmai szempontból megfelelően részletes kitöltése. A beteg elbocsátásakor nyomtatni. Nyomtatás után a dokumentum hitelesítése (orvos aláírás+pecsét).
	Diagnosztikus és konziliárus vizsgálatkérők	A beteg azonosítói, a vizsgálatot kérő azonosítói, a kért vizsgálat pontos megjelölése, a feltételezett eltérés leírása, a vizsgálat értékeléséhez szükséges előzményi adatok megadása		Nem szükséges kinyomtatni!
	Diagnosztikus eljárás(ok) lelete(i)	A vizsgálati esemény(ek) azonosító, szöveges leírás és értékelés a vizsgálat menetéről, s az annak során talált eltérés(ek)ről, vagy a negatív eredményről		Nem szükséges kinyomtatni! A beteg dokumentációjában lefűzött leletek ellenjegyzése / hitelesítés (orvos aláírás+pecsét) Hiv.: Orvos ig. utasítás (Ikt.sz.: I/9030/2010)

Kórházi Belső Szabályzat

Eredete	Magnevezés és tartalom		Jellemzők	Előírás / Teendő
A fekvőbeteg szakellátás dokumentumai	Konziliáriusi vizsgálatok leletei	A vizsgálati/ellátási esemény(ek) azonosítói, szöveges leírás és értékelés, terápiás javaslat	Eredeti példányaiban elektronikus dokumentumok (MEDSOL)	A beteg elbocsátásakor kell rögzíteni és aláírni a zárójelentés végén. (helyettesíthető: osztályos/speciális formanyomtatvány vagy füzet) <i>A fent leírtak mindkét lelet típusra érvényes.</i>
	Műtéti leírás	Az esemény azonosítói, a beavatkozás részletes szöveges leírása, a végrehajtásban résztvevők felsorolása		Beavatkozás után haladéktalanul rögzíteni, kinyomtatni orvos aláírás+pecsét. (hivatkozás: TEV-73) Betegdokumentáció része.
	Dekurzus	A beteg azonosítói, a bejegyzés által jellemzett idő(szak), - naponta , illetve szükség esetén sűrűbben - megjelölése, rövid állapotleírás, beavatkozások, vizsgálatok, egyéb események rövid ismertetése		Elektronikus formában vezetni, a kórlap részeként nyomtatni, a beteg dokumentáció része.
	Zárójelentés¹	Az ellátási esemény(ek) azonosítói, Előzményi adatok összefoglalása, Vizsgálati eredmények összefoglalása, A megállapított kórisme azonosítása, Elvégzett beavatkozások leírása, Összefoglaló leírás és szakvélemény, Továbbküldés, Javasolt további kezelés		2 pld.-ban nyomtatni! A dokumentumon feltüntetett személyek aláírása+pecsét szükséges. Gyógyszereket hatóanyag szerint kell felsorolni. (hivatkozás: 2006. évi XCVIII. tv. 45.§ (3) tv. biztonságos és gazdaságos gyógyszerek adása)
	Adatlap	A beteg azonosító adatai, a kórházi ellátás adatai.		Archiválás elektronikus formában történik.

Eredete	Megnevezés és tartalom		Jellemzők	Előírás / Teendő
A fekvőbeteg szakellátás dokumentumai	A műtét előtti aneszteziológiai vizsgálat és a premedikáció lapja (fekvő)	Beteg neve, születési dátuma, kórterem, ágyszám; A tervezett beavatkozás, Kórisme, A műtét előtt este, reggel, és fél órával beadandó gyógyszerek, ill. elvégzendő teendők leírása, A tervezett narkózis-forma meghatározása	Eredeti példányaiban papír alapú dokumentumok	Műtét esetén használata kötelező! A dokumentum pontos kitöltése, a feltüntetett személyek aláírása szükséges. Központi Anesztézia gyűjti, lefűzi, archiválja.
	Aneszteziológiai jegyzőkönyv	A beteg azonosítói, A műtési team tagjai, A kórisme, Az elvégezni kívánt beavatkozás, A beteg vitális paramétereinek folyamatosan regisztrált értékei, A beadott gyógyszerek, infúziók adatai, A beteg állapotára hatást gyakorló események feljegyzései		Műtét esetén használatuk kötelező! A dokumentum pontos kitöltése szükséges! A beteg dokumentáció része
	Műtőből történő elbocsátás rendelés jegyzőkönyve	A beteg azonosítói, A műtési team tagjai, A műtét során észlelt lényeges, a beteg állapotára hatást gyakorló események összefoglalása, A beteg vitális paramétereinek jellemző értékei a műtőből való távozáskor, Utasítások, terápiás, ápolási javaslatok az osztályos személyzetnek		Műtét esetén használatuk kötelező! A dokumentum pontos kitöltése, a feltüntetett személyek aláírása szükséges. A beteg dokumentáció része
	Posztoperatív észlelőlap	A beteg azonosítói, mért vitális paramétere, műtét utáni megfigyelés adatait tartalmazza		
	Intenzív észlelőlap (osztály specifikus)	A beteg azonosítói, Kórisme, A vitális paraméterek adatai, ill. regisztrátumai, bevitt és ürített folyadék mennyisége, minősége, Mesterséges életfunkció-pótlás esetén annak jellemző paramétere, Gyógyszerelés, vizsgálatok, beavatkozások, konzíliumok eredményei		Intenzív ellátás esetén használata kötelező! A dokumentum pontos kitöltése, a feltüntetett személyek aláírása szükséges.

Kórházi Belső Szabályzat

Eredete	Megnevezés és tartalom		Jellemzők	Előírás / Teendő
A fekvőbeteg szakellátás dokumentumai	Ápolási dokumentáció	Az ápolási esemény azonosítói, A beteg panaszaira, állapotára, szociális körülményeire, szokásaira kitérő részletes felmérés, ennek alapján ápolási terv meghatározás, A beteg állapotát és a vele kapcsolatos eseményeket ápolási vonatkozásban részletesen jellemző folyamatosan vezetett leírás. Távozási dokumentáció; Ápolási Zárójelentés Ápolási áthelyező lap - elbocsátás esetén az ápolásról rövid összefoglalás.	Eredeti példányaiban papír alapú dokumentumok	Ápolási dokumentáció vezetése – (Eljárás utasítás-800) Orvos utasítás aláírása+pecsét kivétel KAIBO 24 óras váltás, az adott orvos pecsét+aláírás (szmr-36)
	Lázzlap*	A beteg azonosító adatai, Kórisme, Előírt gyógyszerek, tervezett és elvégzett beavatkozások jelölése, Vitális paraméterek, legfontosabb laboreredmények értékei, A felvett (beadott) és ürített folyadék mennyisége, Lázzgörbe		Orvos által* hitelesített (aláírás, pecsét) dokumentum
	Tájékoztatók és nyilatkozatok**	Tárgy megjelölése, cél meghatározása, a kibocsátó azonosítói, érvényességi idő és terület meghatározása, aláírások ill. hitelesítés Törvényben foglaltaknak megfelelő tartalom	Eredeti példányaiban elektronikus dokumentumok (MEDSOL)	A beteg dokumentált tájékoztatását és beleegyezésének kérését, törvény írja elő (Hivatkozás: A beteg tájékoztatása tervezett vizsgálatról, beavatkozásról, kezelésről – TEV: 41108) a feltüntetett személyek aláírása szükséges!
	Leletek átadásának dokumentálása	Papír formátumban átadott dokumentum(ok), lelet(ek) rögzítése	Eredeti példányaiban elektronikus (MEDSOL) zárójelentés végén	A beteg elbocsátásakor kell rögzíteni és aláírni. (helyettesíthető: osztályos/speciális formanyomtatvány vagy füzet)

Kórházi Belső Szabályzat

Eredete	Megnevezés és tartalom		Jellemzők	Előírás / Teendő
A fekvőbeteg szakellátás dokumentumai	Egészségügyi dokumentáció tartalomjegyzéke	A betegdokumentáció részét képező dokumentumok jegyzékeként szolgál, a betegdokumentáció része	Eredeti példányaiban elektronikus dokumentumok (MEDSOL)	MedSolban tölteni, majd nyomtatni (hivatkozás: 13/2009 sz. Főig.utasítás)
Egynapos Sebészeti szakellátás dokumentumai	Beutaló	Beteg és beutaló munkahely azonosító, Cél meghatározás, Rendelkezésre álló információk megadása, Dátum, aláírás	Külső eredetű, papír alapú, aláírással, vagy egyéb módon hitelesített dokumentumok vagy belső eredetű elektronikus dokumentumok papír alapú hitelesített másolatai	A jelen szabályzatban a - A beteg által hozott dokumentáció kezelése – bekezdésben leírtak
	Kórlap	Az ellátási esemény(sor) alapidokumentuma, mely tartalmazza a jelen ellátási eseménnyel összefüggésbe hozható összes a beteg által rendelkezésre bocsátott, a járóbeteg ellátásban keletkezett, és a jelenlegi ellátás során keletkező itt felsorolt dokumentumot, és információt, különös tekintettel a beteg állapotában fennálló, a jelenlegi ellátást indokoló eltérésekre, és azok felderítésére, megszüntetésére irányuló tevékenységek, és eljárások részletes leírására	Eredeti példányaiban elektronikus dokumentumok (MEDSOL)	Dokumentum megadott szempontjainak pontos, szakmai szempontból megfelelően részletes kitöltése, Beteg elbocsájtásakor nyomtatni. Nyomtatás után a dokumentum hitelesítése (orvos aláírás+pecsét).
	Műtéti leírás	Az esemény azonosítói, a beavatkozás részletes szöveges leírása, a végrehajtásban résztvevők felsorolása		Beavatkozás után haladéktalanul rögzíteni, kinyomtatni orvos aláírás+pecsét. (hivatkozás: TEV-73) Betegdokumentáció része.
	Dekurzus	A beteg azonosítói, a bejegyzés által jellemzett idő(szak), - naponta , illetve szükség esetén sűrűbben - megjelölése, rövid állapotleírás, beavatkozások, vizsgálatok, egyéb események rövid ismertetése		Elektronikus formában vezetni, a kórlap részeként nyomtatni, a betegdok. része.

Kórházi Belső Szabályzat

Iktatószám: I/ 2010-1 /2023	Változat szám: 08	Hatályba helyezve: 2023. 02.17.	10. oldal, összesen: 14
------------------------------------	--------------------------	--	-------------------------

Eredete	Megnevezés és tartalom		Jellemzők	Előírás / Teendő
Egynapos Sebészeti szakellátás dokumentumai	Zárójelentés¹	Az ellátási esemény(ek) azonosítói, Előzményi adatok összefoglalása, Vizsgálati eredmények összefoglalása, A megállapított kórisme azonosítása, Elvégzett beavatkozások leírása, Összefoglaló leírás és szakvélemény, Továbbküldés, Javasolt további kezelés, Elérhetőségek, szükséges telefonszámok (pl.: operáló orvos, intézmény)	Eredeti példányaiban elektronikus dokumentumok (MEDSOL)	2 pld.-ban nyomtatni! A feltüntetett személyek aláírása+pecsét szükséges. Gyógyszereket hatóanyag szerint kell felsorolni. Hivatkozás: 2006. évi XCVIII. tv. 45.§ (3) tv. biztonságos és gazdaságos gyógyszerek adása.
	A műtét előtti aneszteziológiai vizsgálat és a premedikáció lapja (fekvő/járó)	Beteg neve, születési dátuma, (kórterem, ágyszám, A tervezett beavatkozás, Kórisme, A műtét előtt este, reggel, és fél órával beadandó gyógyszerek, ill. elvégzendő teendők leírása, A tervezett narkózis/érsztelenítési forma meghatározása, beteg beleegyezése	Eredeti példányaiban papír alapú dokumentum (fekvő) VAGY Eredeti példányaiban elektronikus dokumentumok (MEDSOL) járó	Műtét esetén használata kötelező! A dokumentum pontos kitöltése, a feltüntetett személyek aláírása szükséges. A beteg dokumentáció része
	Aneszteziológiai jegyzőkönyv	A beteg azonosítói, A műtési team tagjai, A kórisme, Az elvégezni kívánt beavatkozás, A beteg vitális paramétereinek folyamatosan regisztrált értékei, A beadott gyógyszerek, infúziók adatai, A beteg állapotára hatást gyakorló események feljegyzései	Eredeti példányaiban papír alapú dokumentum	Műtét esetén használata kötelező! A dokumentum pontos kitöltése, szükséges. A beteg dokumentáció része
	Műtőből történő elbocsátás rendelés jegyzőkönyve	A beteg azonosítói, A műtési team tagjai, A műtét során észlelt lényeges, a beteg állapotára hatást gyakorló események összefoglalása, A beteg vitális paramétereinek jellemző értékei a műtőből való távozáskor, Utasítások, terápiás, ápolási javaslatok az osztályos személyzetnek		Műtét esetén használata kötelező! A dokumentum pontos kitöltése, a feltüntetett személyek aláírása szükséges. A beteg dokumentáció része

Eredete	Megnevezés és tartalom		Jellemzők	Előírás / Teendő
Egynapos Sebészeti szakellátás dokumentumai	Ápolási dokumentáció	Az ápolási esemény azonosítói, A beteg panaszaira, állapotára, szociális körülményeire, szokásaira kitérő részletes felmérés, ennek alapján ápolási terv meghatározás, A beteg állapotát és a vele kapcsolatos eseményeket ápolási vonatkozásban részletesen jellemző folyamatosan vezetett leírás	Eredeti példányaiban papír alapú dokumentum	Ápolási dokumentáció vezetése – (Eljárás utasítás: 800) Orvos utasítás aláírása+pecsét!
	Lázipap*	A beteg azonosító adatai, Kórisme, Előírt gyógyszerek, tervezett és elvégzett beavatkozások jelölése, Vitális paraméterek, legfontosabb laboreredmények értékei, A felvett(beadott) és ürített folyadék mennyisége, Lázipap		Orvos által* hitelesített (aláírás, pecsét) dokumentum
	Tájékoztatók és nyilatkozatok**	Tárgy megjelölése, cél meghatározása, a kibocsátó azonosítói, érvényességi idő és terület meghatározása, aláírások ill. hitelesítés Törvényben foglaltaknak megfelelő tartalom	Eredeti példányaiban elektronikus dokumentumok (MEDSOL)	A beteg dokumentált tájékoztatását és beleegyezését, törvény írja elő (Hivatkozás: A beteg tájékoztatása tervezett vizsgálatról, beavatkozásról, kezelésről – TEV: 41108) a feltüntetett személyek aláírása szükséges!
	Elbocsátási ellenőrzési lap (MedSol)	A módosított Aldrete féle pontrendszer, Módosított posztanestezéziás elbocsátási pontrendszer. Elbocsátás feltételei, utasítások felvilágosítás.	Eredeti példányaiban papír alapú dokumentum	Aneszteziológus orvosnak és az operáló orvosnak kell tölteni. A kórlap része (kórlapba kell beemelni).
	Adatlap	A beteg azonosító adatai, a kórházi ellátás adatai.	Eredeti példányaiban elektronikus dokumentumok (MEDSOL)	Archiválás elektronikus formában történik.

Eredete	Megnevezés és tartalom		Jellemzők	Előírás / Teendő
Egynapos Sebészeti szakellátás dokumentumai	Leletek átadásának dokumentálása	Papír formátumban átadott dokumentum(ok), lelet(ek) rögzítése	Eredeti példányaiban elektronikus (MEDSOL) zárójelentés végén	A beteg elbocsátásakor kell rögzíteni és aláírni. (helyettesíthető: osztályos/speciális formanyomtatvány vagy füzet)
	Egészségügyi dokumentáció tartalomjegyzéke	Az egészségügyi dokumentáció részét képező dokumentumok jegyzékeként szolgál, az egészségügyi dokumentáció része	Eredeti példányaiban elektronikus dokumentumok (MEDSOL)	MedSolban tölteni, majd nyomtatni (hivatkozás: 13/2009 sz. Főig.utasítás)

Zárójelentés¹: hivatkozás 1/2022. Orvosigazgatói utasításra.

***Lázlap:** gyógyszerelváltás, kábítószer elrendelés mellett orvos aláírása és pecsétje, az infúziót és transzfúziót a szakma szabályi szerint jelölni (!transzfúziós észlelőlap vezetése), de orvosi aláírás, pecsét nem előírás.

**Előjegyzés egynapos sebészeti szakellátás esetén, a MedSol rendszerben töltendő: *Általános betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat egynapos sebészeti ellátáshoz, Helybiztosítás Betegtájékoztató egynapos sebészeti ellátáshoz* – az utóbbi dokumentumot, a beutalóval együtt kell átadni a betegnek.

A fekvőbeteg és az egynapos szakellátás során a transzfúzió; igénylésével, beadásával, tájékoztatásával kapcsolatos dokumentációra vonatkozó előírásokat, a "Transzfúziós szabályzat" tartalmazza.

A betegellátás során alkalmazott, „egyéb” betegdokumentáció részét képező, például kockázatértékelő(k), megfigyelő lap(ok), és egyéb tevékenységhez kötött ellenőrző lista(k), valamint speciális (szervezeti egységekhez kötött) formanyomtatványok alkalmazását szabályzó előírás(oka)t az igénylő adja meg az „Új és / vagy régi dokumentum módosítási / kivonási igény bejelentése és vizsgálata (Fny.18/05)” dokumentumon, nem ez a szabályzat rögzíti.

A dokumentáció egyes elemei egy-egy ellátási/vizsgálati esemény(sor) bizonylatai, ezért biztosítani kell, hogy:

1. az esemény pontosan azonosítható legyen,
2. minden, az adott eseményhez tartozó adat és információ elérhető legyen,
3. minden adat (lehetőségek szerint) a keletkezés időpontjában dokumentálásra kerüljön.

Az azonosíthatóság érdekében követendő eljárást a beteg regisztrációját, tevékenység leírás szabályozza. Az eseményhez kötött adatkezelést a betegdokumentáció kezelését támogató informatikai rendszer (MEDSOL) biztosítja.

Az időszerűség biztosítása a dokumentálandó tevékenység végrehajtójának, ill. az információk alapján a beteg ellátásában döntéshozó szereppel bíró munkatársnak a felelőssége.

Kórházi Belső Szabályzat			
Iktatószám: I/2010-1/2023	Változat szám: 08	Hatályba helyezve: 2023. 02.17.	13. oldal, összesen: 14

A beteg által hozott dokumentáció kezelése

Amennyiben rendelkezésre áll, a beteg által hozott, korábbi egészségügyi vizsgálatai/ellátásai adatait tartalmazó dokumentációt a betegtől betekintésre el kell kérni és át kell tanulmányozni. Ennek célja, hogy egészségügyi szolgáltatás igénybevételére irányuló jelenlegi szándékával kapcsolatosan minél több objektív bizonyítékul szolgáló információt lehessen szerezni. Amennyiben a szakellátást vezető orvos a dokumentációban ilyen információt talál, azt köteles figyelembe venni a további teendők meghatározása során, de csak abban az esetben, ha a dokumentum hitelességéről megbizonyosodott. Hitelesnek nem tekinthető dokumentumban szereplő információ figyelmen kívül hagyható. A lényeges információt tartalmazó dokumentációról a beteg beleegyezésével szükség esetén másolatot lehet készíteni. A(z eredeti) dokumentációt áttanulmányozás - és az esetleges másolatkészítés - után, a **betegnek vissza kell adni**. A beteg intézményből történő távozásakor a másolatokat is adjuk át a betegnek, melyet a zárójelentés végén nevesítve, darabszám szerint, jelölünk.

A beteg távozásakor és / vagy áthelyezésekor átadandó dokumentumok:

1. fekvőellátás esetén:

- elbocsátás esetén 1 db zárójelentés
- áthelyezés esetén 2 db zárójelentés
- 2 db TB igazolás
- szükség esetén recept(ek) – E-recept
- szükség esetén szakorvosi javaslat, recept felíráshoz
- esetleg finanszírozási elszámolás (ha kéri a beteg)
- szakma-specifikus dokumentumok

2. járóellátás esetén:

- Járóbeteg szakellátási lap (Ambuláns kezelőlap)
- UTK-20 (E-MEDSOLBAN – ORVOSI KÓDDAL adható)
- lelet
- recept(ek) – E-recept
- esetleg finanszírozási elszámolás (ha kéri a beteg)
- szakma-specifikus dokumentumok

KAPCSOLÓDÓ SZABÁLYOZÓK:

- ADATVÉDELMI SZABÁLYZAT
- ÁPOLÁSI DOKUMENTÁCIÓ VEZETÉSE – ELJÁRÁS UTASÍTÁS
- A BETEG TÁJÉKOZTATÁSA TERVEZETT VIZSGÁLATRÓL, BEAVATKOZÁSRÓL, KEZELÉSRŐL (TEVÉKENYSÉG LEÍRÁS - 41108)
- IGAZGATÓI UTASÍTÁSOK: EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ TARTALMÁRÓL, KEZELÉSÉRŐL

Jelen szabályzat hatályba lépésével az előző változat hatályát veszti.

Kórházi Belső Szabályzat			
Iktatószám: I/2010-1/2023	Változat szám: 08	Hatályba helyezve: 2023. 02.17.	14. oldal, összesen: 14