

h955/2022

BAJCSY-ZSILINSZKY KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET

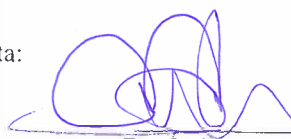
1106 Budapest, Maglódi út 89-91.



70.

Egészségügyi dokumentáció rendje

Jóváhagyta:


Dr. Ováry Csaba PhD. MSc.
főigazgató



Módosítások		
Kiadás	Dátuma	Leírása
1.	2012.06.01.	Kiadás
2.	2013.12.18.	Módosítás
3.	2016.05.12.	Módosítás a Kormányhivatal észrevételei alapján
4.	2017.04.10.	1.7.1. fejezet módosítása
5.	2022.10.01.	Módosítás a MEES2, az NNK felhívása és a jogszabályi változások alapján

A

**TARTALOMJEGYZÉK**

Tartalom

1.1. A Egészségügyi dokumentáció rendjének célja	4
1.2. Hivatkozások	4
1.3. A Egészségügyi dokumentáció rendjének személyi hatálya és annak betartásáért felelős személyek	5
1.4. Az egészségügyi dokumentációra vonatkozó általános szabályok	5
1.5. A betegfelvétel dokumentációja	8
1.5.1. A beutaló	8
1.5.2. A betegfelvétel menete	9
1.6. A beteg ellátásába történő beleegyezése és annak visszautasítása	11
1.6.1. Beleegyező nyilatkozat	11
1.6.2. Az ellátás beteg általi visszautasításának dokumentálása	13
1.7. Diagnosztikai vizsgálatkérések és konzíliumkéresek és az annak során keletkező dokumentáció	14
1.7.1. A diagnosztikai vizsgálatkérések és az annak során keletkező dokumentáció	14
1.7.2. A konzíliumkéresek és az annak során keletkező dokumentáció	15
1.8. A recept felírása	16
1.9. A betegszállítás dokumentációja	18
1.9.1. Az utazási költségtérítési utalvány	19
1.9.2. Betegszállítás -közfinanszírozott betegszállító igénybe vételével	19
1.10. Fertőző betegségek bejelentésének dokumentálása	20
1.11. A Nemzeti Rákregiszter számára előírt kötelező adatszolgáltatás dokumentálása	21
1.12. Edukáció, tanácsadás	21
1.13. Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga	21
1.14. Az egészségügyi dokumentáció lezárása, tárolása és kikérése	22
1.14.1. Az egészségügyi dokumentáció lezárása	22
1.14.2. Az egészségügyi dokumentáció tárolása	22
1.14.3. Az egészségügyi dokumentáció irattárból történő kikérése	23
2. Járóbeteg-szakellátás	24
2.1. A járóbeteg-szakellátás meghatározása és részei	24
2.2. Az előjegyzés nélkül és az előjegyzés útján igénybe vehető járóbeteg-szakellátások	24
2.2.1. Előjegyzés nélkül igénybe vehető járóbeteg-szakellátások	24
2.2.2. Betegfogadási lista	24
2.3. A Szakrendelőben és Szakambulancián beutalóval vagy a nélkül igénybe vehető szakellátások	25
2.4. Valamennyi járóbeteg-szakellátás során vezetett dokumentáció	25
2.4.1. Medikai rendszer, az ambuláns modul	25
2.4.2. Ambuláns lap és elszámolási nyilatkozat	26
2.4.3.	27
Táppénzes napló	27
2.4.4. Az ambuláns napló	27
2.5. A gondozóintézetekre vonatkozó szabályok	28
2.5.1. A gondozóintézetekben beutalóval vagy anélkül igénybe vehető gondozói szakellátások	28
2.5.2. gondozási törzskarton	28
2.6. Foglalkozás-egészségügyi Szolgálatok	28
2.6.1. A Foglalkozás-egészségügyi Szolgálatok feladatköre	28
2.6.2. Az egészségügyi törzslap	28
3. Fekvőbeteg szakellátás	30
3.1. Az intézményi várólista	30
3.2. Az általános fekvőbeteg-ellátás során vezetett dokumentáció	31
3.2.1. A betegazonosító karszalag	31
3.2.2. Az osztályos modul	32
3.2.3. Az orvosi dokumentáció: A KÓRLAP és annak részei	33
3.2.4. Az ápolási dokumentáció	35
3.3. Műtéti dokumentáció	40
3.3.1. A műtéti kiírás	40
3.3.2. A műtét esetén a kórlapra és annak mellékleteire vonatkozó speciális szabályok	40





3.4. Transzfúzió dokumentálása	42
3.5. A beteg az Intézet fekvőbeteg-ellátó osztályáról történő távozásának dokumentálása	42
3.5.1. Az osztályos ápolási esemény dokumentálása	42
3.5.2. A beteg az Intézet fekvőbeteg-ellátó osztályáról történő távozása módjainak dokumentálása	43
3.5.3. A beteg önkényes távozása	45
3.5.4. A beteg elhalálózása	45
Egészségügyi dokumentáció ellenőrzése	48
4. Záró rendelkezések	49



1. Általános rendelkezések

1.1. Az Egészségügyi dokumentáció rendjének célja

A Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézetben (a továbbiakban: **Intézet**) a jelen szabályzatban meghatározott módon kerül sor az egészségügyi dokumentáció vezetésére. Jelen szabályzat célja az Intézetben vezetett minden, a beteggel kapcsolatba hozható egészségügyi irat egységesítése, azonosíthatósága, továbbá az ellátási folyamat nyomon követhetőségének, visszakereshetőségének biztosítása.

Célja továbbá jogszabályok rendelkezéseinek érvényesítése és végrehajtása, a munkáltatónál mindenkor hatályos, az 1.2.3. pontban felsorolt, az Intézet belső szabályzatai tartalmának figyelembevételével.

1.2. Hivatkozások

1.2.1. Jogszabályok:

- a) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.),
- b) az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény,
- c) az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény,
- d) a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.),
- e) a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII.1.) Kormányrendelet,
- f) az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III.3.) Kormányrendelet,
- g) a várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól szóló 287/2006. (XII.23.) Kormányrendelet,
- h) a várólista-sorrend kialakításának és az eltérés lehetőségének egészségügyi szakmai feltételeiről szóló 45/2006. (XII. 27.) EüM rendelet,
- i) a betegszállításhoz szóló 19/1998. (VI.3.) NM rendelet,
- j) az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek rendeléséről és kiadásáról szóló 44/2004. (IV.28.) ESzCsM rendelet,
- k) a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló 18/1998. (VI.3.) NM rendelet,
- l) a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatásról szóló 27/1995 (VII.25.) NM rendelet,
- m) a munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasság orvosi vizsgálatáról és véleményezéséről szóló 33/1998. (VI.24.) NM rendelet,
- n) népegészségügyi szempontból kiemelt jelentőségű vagy egyébként jelentős költségtelherrel járó megbetegedések köréről, a megbetegedéseket nyilvántartó betegségregisztert vezető szerv kijelöléséről, valamint ezen megbetegedések bejelentésére és nyilvántartására vonatkozó részletes szabályokról szóló 49/2018. (XII. 28.) EMMI rendelet,
- o) az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003 (X.20.) ESzCsM rendelet,
- p) a halottvizsgálatról és a halottakkal kapcsolatos eljárásról szóló 351/2013. (X. 4.) Korm. rendelet,
- q) az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térrel kapcsolatos részletes szabályokról szóló 39/2016. (XII.21.) EMMI rendelet,
- r) Az Európai Parlament és A Tanács (EU) 2016/679 rendelete (2016. április 27.) a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK irányelv hatályon kívül helyezéséről (általános adatvédelmi rendelet - GDPR)

1.2.2. Nem jogszabályi külső szabályozások

MEES: Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok*

MSZ EN ISO 9001:2015 Minőségirányítási rendszerek szabvány



**1.2.3. A munkáltató mindenkor hatályos belső szabályzatai és Protokolljai, így különösen:**

- a) Szervezeti és Működési Szabályzat,
- b) Intézményi Várólista és Betegfogadási Lista Vezetésének valamint az Intézményi Várólista Bizottság ügyrendjének Szabályzata,
- c) Térítési Díj Szabályzat,
- d) Elhunytakkal kapcsolatos ellátás és tevékenység rendjéről valamint a boncolások mellőzésének szabályairól szóló Szabályzat,
- e) Iratkezelési Szabályzat,
- f) Transzfúziós Eljárásrend,
- g) Egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezelésének és védelmének Szabályzata (a továbbiakban: *Adatkezelési Szabályzat*)
- h) Iratkezelési Szabályzat.

1.3. A Egészségügyi dokumentáció rendjének személyi hatálya és annak betartásáért felelős személyek

1.3.1.Jelen szabályzat az Intézetnél ellátásban részesülő betegek vonatkozásában érvényesül, amelynek betartásáért és az egészségügyi dokumentáció teljes körű, valós tartalomnak megfelelően történő vezetéséért az Intézettel egészségügyi szolgáltatási és ahhoz kapcsolódó adminisztratív és egyéb kiegészítő tevékenységet végző, -eü-i szolgálati jogviszonyban vagy más munkavégzésre irányuló jogviszonyban álló személyek, valamint – felügyeleti jogkörükben - a szervezeti egységek vezetői felelnek.

1.3.2. Jelen szabályzat alkalmazásában az egészségügyi dokumentációban adatokat feltüntető **kezelőorvos**nak minősül a beteg adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati (diagnosztikai) és kezelési (terápiás) tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző, az adott szervezeti egységbe beosztott orvos, illetve orvosok, akik a beteg szakszerű gyógykezeléséért felelősséggel tartoznak.

1.3.3. Jelen szabályzat alkalmazásában egészségügyi dolgozónak (**ápolónak**) minősül az egyéb felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, továbbá az egészségügyi tevékenységben közreműködő egészségügyi szakképesítéssel nem rendelkező személyek közül a pszichológus, logopédus és a szociális munkás.

1.4. Az egészségügyi dokumentációra vonatkozó általános szabályok

1.4.1. Az egészségügyi dokumentáció az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi dolgozó tudomására jutó, a beteg kezelésével és egészségügyi állapotával kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától „dokumentált információk”.

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

1.4.2. Az egészségügyi dokumentáció – a jelen szabályzatban meghatározottak szerint – fő szabályként elektronikus úton kerül vezetésre. Papír alapon kizárólag a medikai rendszer elemeként nem szereplő lázlap és az ápolási dokumentáció vezethető. A dokumentáció részeként – a jogszabályban előírt 10 évig - kell megőrizni a röntgen filmeket is. Az elektronikus dokumentáció alapját az Intézetben a MedScribe integrált számítógépes információs rendszere (medikai modul), továbbá a monori rendelőintézetben a FőnixPro medikai rendszer, a digitális képek megőrzését a medikai rendszerekkel kompatibilis DICOM rendszer biztosítja, amely a teljes betegellátási tevékenységet dokumentáló, koordináló számítógépes hálózat.





Az adatok biztonságos megőrzését többszörös, egymástól független adattároló eszközökön kell biztosítani. Ezen kívül az elkészült zárójelentéseket, leleteket fel kell tölteni az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térbe (továbbiakban: EESZT)
A dokumentáció az intézmény, a benne szereplő adat a beteg tulajdona.

A medikai rendszer főbb részei:

- a) járóbeteg-szakellátások esetén az **ambuláns modul**,
- b) fekvőbeteg-szakellátások esetén az **osztályos modul**.
- c) diagnosztikai egységek esetén a **röntgen modul, pathológia, (labor-független rendszert használ)**
- d) jelentést generáló, karbantartó modulok (fekvő, járó, egyéb)

Ezen rendszerbe – az egyéni felhasználói név és ehhez tartozó jelszó megadásával – az intézet dolgozói jogosultak belépni. A felhasználó név, jelszó megőrzése mindenkinek az egyéni felelőssége! A program keretében az általuk elérhető és használható funkciók körét a munkakörüknek megfelelő jogkörök és jogosultságok határozzák meg.

A medikai modul üzemzavara esetén az adatrögzítés kizárólag papír alapon történik, az üzemzavar megszűnését követően az ily módon rögzített adatok a medikai modulba átvezetésre kerülnek. A papír alapú dokumentációban rögzített adatoknak teljeskörűeknek kell lenniük, hogy a későbbiekben hiány nélkül átvezethetők legyenek az elektronikus dokumentációba.

* Az egészségügyi szolgáltató szervezet minden vizsgált vagy kezelt betegről a hatályos jogszabályok, szakmai előírások alapján dokumentációt hoz létre és vezet. Az egészségügyi szolgáltató szervezet gondoskodik a kitöltés teljességéről.*

* A betegdokumentációban az ellátás teljes folyamata nyomon követhetően dokumentált.

* A bejegyzést tevő személy és a bejegyzés időpontja dokumentált és visszakereshető. (F.BEF.2.)

1.4.3. Az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni:

- a) a betegnek az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben meghatározott személyazonosító adatait,
- b) cselekvőképes beteg (fekvőbeteg ellátás és az SBO esetén) esetén az értesítendő személy, a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogató nevét, lakcímét, elérhetőségét, továbbá kiskorú, illetve a cselekvőképességet részlegesen vagy teljesen korlátozó gondnokság alatt álló beteg esetében a törvényes képviselő nevét, lakcímét, elérhetőségét,
- c) a kórelőzményt, a kórtörténetet,
- d) az első vizsgálat eredményét,
- e) a diagnózist és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját,
- f) az ellátást indokoló betegség megnevezését, a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, a kísérőbetegségeket és szövődményeket,
- g) egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, illetve a kockázati tényezők megnevezését,
- h) az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét,
- i) a gyógyszeres és egyéb terápiát, annak eredményét,
- j) a beteg gyógyszer-túlérzékenységre vonatkozó adatokat,
- k) a bejegyzést tevő egészségügyi dolgozó nevét és a bejegyzés időpontját,
- l) a betegnek, illetőleg tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését,
- m) a beleegyezés (1.6.1. pont), illetve visszautasítás (1.6.2. pont) tényét, valamint ezek időpontját,
- n) minden olyan egyéb adatot és tény, amely a beteg gyógyulására befolyással lehet.

1.4.4. Korlátozó intézkedések dokumentálása:



1.4.4.1. Az egészségügyi ellátás során a betegek jogait, ezen belül emberi méltóságát is tiszteletben kell tartani. A beteg az ellátás során jogai gyakorlásában kizárólag az egészségi állapota által indokolt ideig – törvényben meghatározott – mértékben és módon korlátozható. A beteg személyes szabadsága – ellátása során – fizikai, kémiai, biológiai vagy pszichikai módszerekkel vagy eljárásokkal kizárólag sürgős szükség esetén, illetőleg a beteg vagy mások élete, testi épsége és egészsége védelmében korlátozható. Kínzó, kegyetlen, embertelen, megalázó vagy büntető jellegű korlátozó intézkedést tilos alkalmazni. A korlátozó intézkedés csak addig tarthat, ameddig az elrendelés oka fennáll.

1.4.4.2. Korlátozó módszerek vagy eljárások alkalmazását – ha az Eütv. kivételt nem tesz – a beteg kezelőorvosa rendeli el. A kezelőorvos az alkalmazást megelőzően – amennyiben ez nem lehetséges az alkalmazás megkezdését követően a lehető legrövidebb időn belül – rögzíti az egészségügyi dokumentációban a korlátozó módszereket vagy eljárásokat, megjelölve azok indítékát és alkalmazásuk időtartamát. Állandó orvosi felügyelet hiányában – kivételesen indokolt esetben – ideiglenesen szakápoló is elrendelheti a korlátozást. A korlátozásról a kezelőorvost haladéktalanul értesíteni kell, akinek azt tizenhat órán belül írásban jóvá kell hagynia. Ennek hiányában a korlátozást meg kell szüntetni. Korlátozó módszerek és eljárások alkalmazása esetén a beteg állapotát és testi szükségleteit rendszeresen – a szakmai szabályoknak megfelelően – ellenőrizni kell. A beteg egészségügyi dokumentációjában az ellenőrzés tényét és eredményét fel kell tüntetni.

1.4.4.3. A nem pszichiátriai betegek ellátása során szükségessé vált korlátozó intézkedések elrendelése/alkalmazása esetén az ápolási dokumentáció részeként külön „Észlelőlap”-on kell vezetni az alábbiakat:

- a) az intézkedés okát, elrendelő orvos nevét,
- b) az intézkedés módját, helyét, kezdetének és végének időpontját óra-perc pontossággal,
- c) a beteg állapota ellenőrzésének tényét, időpontját, és eredményét: vitális paraméterek, tudatállapot, alapszükségletek kielégítésének leírása,
- d) a korlátozó intézkedés megszüntetését követően arra vonatkozó bejegyzést, hogy a korlátozó intézkedés csak addig tartott, ameddig az elrendelés indoka fennállott, vagyis a beteg tudatállapotára, együttműködő készségére vonatkozó lényeges adatokat.

1.4.5. Az egészségügyi dokumentáció részeként meg kell őrizni:

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

1.4.6. Az egészségügyi dokumentáció részét képező iratokban szereplő adatokat, tényeket és körülményeket minden esetben **olvashatóan** kell rögzíteni. A papíralapú dokumentációt megfelelő körülmények között kell megőrizni, olvashatóságát a tárolás teljes ideje alatt biztosítani, az adatok mindenkori hozzáférhetőségéről és a selejtezés módjáról gondoskodni kell. A dokumentáció kötelező formai elemei a következők:

- a) a beteg egyéni azonosító adatait tartalmazó nagy etikett (csak kórházi ellátás esetén),
- b) a dokumentációt elkészítő, illetőleg abban adatokat, tényeket, körülményeket rögzítő személy beazonosítható aláírása és pecsétje,
- c) a kiállítás (adatrögzítés) dátuma.

Az egészségügyi dokumentációban adatokat, tényeket, körülményeket kizárólag az arra jogosult személy tüntethet fel. Az Intézet dolgozói kötelesek az egészségügyi dokumentációban tett bejegyzéseiket – az Intézet minden osztályán összeállított, az adott osztályon dolgozó valamennyi alkalmazott aláírását és szignóját tartalmazó





aláírásgyűjteményben foglaltaknak megfelelő – aláírásukkal, orvos esetén pecsétjével is ellátni.

1.4.7. Javítás az egészségügyi dokumentációban:

Az egészségügyi dokumentációban történő javítás kizárólag a dokumentációban az adott adat feltüntetésére jogosult személy által, a javítandó adat áthúzásával és a helyes adat fölé- vagy aláírásával történhet oly módon, hogy az áthúzott adat is olvasható maradjon. A javított rész mellett minden esetben szerepelnie kell a javítást végző személy olvasható aláírásának, orvos esetében pecsétjének is.

1.5. A betegfelvétel dokumentációja

1.5.1. A beutaló

A házi orvos (ideértve a bentlakásos intézeteknél, otthonokban foglalkoztatott orvost, a foglalkozás-egészségügyi orvost, a gyermekintézetek és iskolák orvosait is), a házi gyermekorvos és a fogorvos (a továbbiakban: **alapellátás orvosa**) szükség esetén a beteget járóbeteg-szakellátásra vagy fekvőbeteg-gyógyintézetbe utalja, illetve – ha az a beteg vizsgálata vagy gyógykezelése érdekében szükséges – a fekvő-, és járóbeteg ellátás orvosa, szakorvosa az egészségügyi szolgáltatásait meghaladó vizsgálat vagy kezelés céljából szakorvosi konzíliumot kérhet, melyre vonatkozóan **beutalót** készít.

Amennyiben a járóbeteg-szakellátó intézmény szakorvosa az ellátott számára a megjelenést követően további, más egészségügyi szolgáltató – intézmény, szakrendelés - által elvégezhető egészségügyi eljárás elvégzését tartja szükségesnek, az egészségügyi eljárásra történő beutalást más egészségügyi szolgáltatótól nem kérheti! E körbe tartoznak különösen a tervezett műtétek előtti kivizsgáláshoz szükséges vizsgálatokra szóló beutalások.

A beutaló – a 217/1997. (XII.1.) Korm.rendelet 3.§, 3/A.§ alapján - egyértelműen tartalmazza a vizsgálatra vagy gyógykezelésre felkért intézmény pontos megjelölését, a beteg állapotának, eddigi kezelési eredményeinek rövid leírását és a feltételezett kórismét, a beteg adatait, ezek közül minimálisan annak nevét és társadalombiztosítási azonosító jelét (a továbbiakban: *TAJ szám*), a beutaló orvos aláírását és pecsétjét. A konzíliumi beutaló konkrét kérdésfelvetéssel zárul.

A beutaló érvényességi feltétele a beutaló orvos vagy ellátó hely kódja és a naplósám feltüntetése.

A beutaló általában a kiállításától kezdődő 90 napig használható fel, azonban a beutaló orvos a beutalón ennél hosszabb felhasználási időt is megjelölhet.

A beutaló felhasználásának minősül:

a) a beutaló szerinti egészségügyi szolgáltatóhoz történő bejelentkezés a beutaló szerinti ellátásra,

b) a beutaló szerinti ellátás igénybevételének megkezdése a beutaló szerinti egészségügyi szolgáltatónál, vagy

c) a beutaló szerinti ellátás igénybevétele a beutaló szerinti egészségügyi szolgáltatónál.

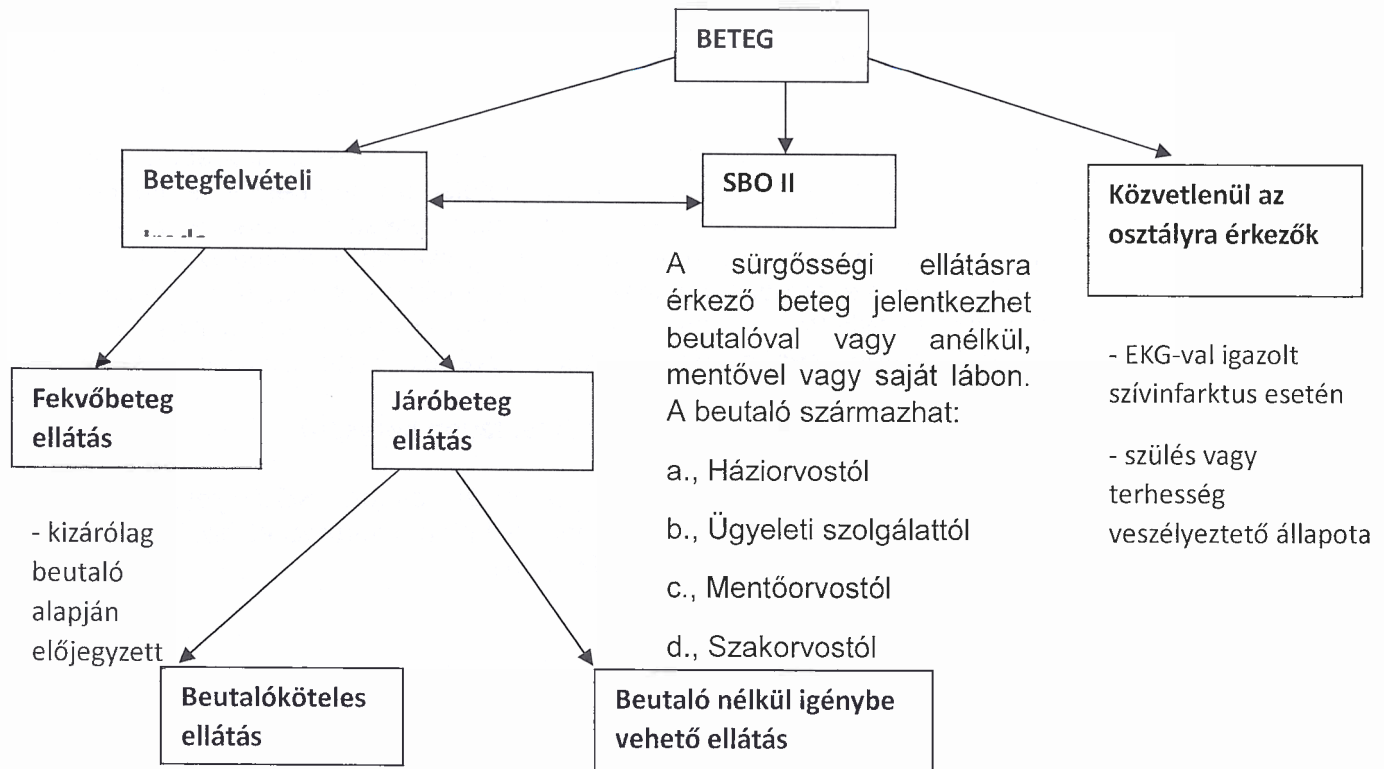
A beteg akkor veszi a beutalás szakmai rendjének megfelelően igénybe a szakellátást, ha azt az intézményt keresi fel, amelyet a beutaló orvos vizsgálatára vagy gyógykezelésére felkért. A beutalóval rendelkező beteg 30 (harminc) napig ismételt orvosi beutalás nélkül jogosult igénybe venni a beutalóban szereplő folyamatos ellátást, amennyiben annak keretében ismételt ellátása orvos-szakmai szempontból indokolt, 30 (harminc) napon túl azonban csak akkor, ha a szakellátás orvosa erről a beutaló orvosát tájékoztatja.

A szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató által foglalkoztatott személyt és a közeli hozzátartozóját választása alapján a lakó-, tartózkodási helye szerinti szolgáltató helyett a foglalkoztató egészségügyi szolgáltatóhoz kell beutalni.





1.5.2. A betegfelvétel menete



- megfelelő helyre rögzíti az adminisztrátor

1.5.2.1. A betegfelvétel a Betegfelvételi Irodán keresztül

1.5.2.1.1. Amennyiben a beteg személyesen vagy hozzátartozója kíséretében érkezik az Intézetbe, a kórházi betegfelvétel a Betegfelvételi Irodán történik, elektronikus **Betegfelvételi lap** kitöltésével.

A járóbeteg az Intézetbe érkezését követően Betegfelvételi Irodában jelentkezik, ideértve azt az esetet is, ha a beteg érvényes előjegyzési időponttal rendelkezik.

A Betegfelvételi Irodán dolgozó személy (a továbbiakban: **intézeti dolgozó**) a beteg által átadott okmányok (fényképes igazolvány, lakcímkártya, TAJ kártya) alapján rögzíti a beteg személyes-, és a beutaló adatait.

Amennyiben a beteg nem rendelkezik TAJ kártyával, elsősorban a fényképes igazolvány száma alapján a medikai rendszer által biztosított vagy a NEAK online felületén megtalálható ellenőrző felületen kötelező lekérdezni a páciens TAJ számát. Érvénytelen TAJ esetén a beteg csak térítés ellenében veheti igénybe a szolgáltatást. Nem sürgős esetekben az ellátás megkezdése előtt, sürgős esetekben az ellátás megtörténte után (életveszélyes állapot elhárítása után) lehetséges a fizetés.

1.5.2.1.2. Amennyiben a beteg beutaló köteles ellátásra jelentkezik, - sürgős szükség esetét kivéve - az egészségügyi ellátásra csak a beutaló bemutatását követően jogosult. A beutaló megfelelőségére és érvényességére vonatkozó rendelkezéseket a hatályos jogszabályok, illetve jelen szabályzat 1.5.1. pontja tartalmazza.

1.5.2.1.3. Amennyiben a beteg nem az Intézet illetékességi területéről érkezett, ez esetben **befogadó nyilatkozattal** kell rendelkeznie. A befogadó nyilatkozattal rendelkező beteg kizárólag a nyilatkozaton szereplő egészségügyi ellátásokra jogosult. A befogadó nyilatkozatot a beutaló orvos tölti ki, amely tartalmazza a beutaló orvos és a beutalt beteg azonosításához szükséges adatokat, a beutalással érintett osztály/ambulancia/szakrendelő





megnevezését, valamint a tervezett vizsgálat/kezelés/műtét/beavatkozás/szakellátás megnevezését. A befogadó nyilatkozat kizárólag abban az esetben érvényes, ha azt a beutalással érintett osztályvezető főorvos vagy helyettese, illetve járóbeteg szakrendelés esetén a szakrendelő vezetője aláírásával, pecsétjével ellátta.

Befogadó nyilatkozat kizárólag akkor adható ki, ha a területen kívüli betegek ellátása nem veszélyeztetheti a területi ellátási kötelezettség teljesítését, nem növeli jelentősen a várakozási időket!

1.5.2.1.4. Fekvőbeteg ellátás igénybevétele esetén a Betegfelvételi Irodában dolgozó alkalmazott – a kórházi betegfelvétel során – a beteg, illetőleg a beteg képviselőjére jogosult hozzátartozója részére átadja a kis- és nagyméretű etikettet tartalmazó dossziét (**betegfelvételi dosszié**), mely magába foglalja, az Adatkezelési Szabályzat 2. számú mellékletét képező, és az Intézet Házirendjének 3. számú mellékletét képező nyilatkozatokat is. A kis- és nagyméretű etiketten feltüntetésre kerül a beteg egyedi azonosítója, amely a beteg és a hozzá tartozó egészségügyi dokumentáció egyértelmű azonosítását szolgálja.

1.5.2.2. Betegfelvétel a Sürgősségi Betegellátó Részlegén keresztül

1.5.2.2.1. A Sürgősségi Betegellátó Részlegén (a továbbiakban: **SBO**) keresztül kerül felvételre a sürgősségi ellátásra jelentkező páciens. A beteg jelentkezhet beutalóval vagy anélkül, mentővel vagy saját lábon. A beutaló származhat:

- a., Háziorvostól
- b., Ügyeleti szolgálattól
- c., Mentőorvostól
- d., Szakorvostól

1.5.2.2.2. Az SBO-n keresztül felvételre kerülő beteg részére az illetékes intézeti dolgozó papír alapú formanyomtatványon **Triázs lapot** állít ki, amelynek kötelező tartalmi elemei:

- a beteg azonosító adatai,
 - a beteg érkezésének módja és időpontja
 - a beteg távozásának időpontja,
 - a beteg aktuális panaszai,
 - a beteg sürgősségi fokozata,
 - a beteg által használt gyógyszerek, esetleges gyógyszerallergia,
 - anamnézis, státusz, diagnózis
 - a triázs laphoz csatolt dokumentumok,
 - a lehetséges további beteg utak valamelyikének meghatározása.
- Valamint a medikai rendszerben elvégzi a triázs adatok rögzítését.

A betegút meghatározására az SBO műszakvezető szakorvosa jogosult, a betegáthelyezés technikai megvalósításáért a triázs nővér felel.

1.5.2.2.3. Az SBO-n keresztül beérkező beteg ellátásának módjai:

- a) áthelyezés másik ambulanciára az ambuláns modulon keresztül, vagy
- b) áthelyezés fekvőbeteg osztályra az osztályos modulon keresztül (a kivizsgálás és vizsgálatok elrendelése ez esetben is ambulánsként történik), vagy
- c) ha a fenti a) és b) pontban foglaltaknak nincs helye, szükség esetén a beteg további megfigyelésének elrendelése.

1.5.2.3. Közvetlenül a betegellátó osztályra érkező betegek

Közvetlenül az osztályra érkező betegek:

- a) EKG-val igazolt szívinfarktus,
- b) szülés vagy terhesség veszélyeztető állapota esetén.
- c) Az osztályos ambulancia által kórházi felvételre, egynapos ellátásra előjegyzett betegek

Ilyen esetben az adott osztály illetékes intézeti dolgozója értesíti a SBO betegfelvételt ahol gondoskodnak a jelen szabályzat 1.5.2.1. pontjában foglaltak szerint a beteg felvételéről.





1.5.2.4. A betegfelvétel egyéb esetei

Az egészségügyi ellátás jelen szabályzat 1.5.2. pontjában és alpontjaiban meghatározott rendelkezésektől eltérő igénybevétele kizárólag a hatályos jogszabályok, valamint az Intézet Térítési Díj Szabályzatában foglalt, sürgősségi ellátás esetén a NEAK által meghatározott térítési díj ellenében lehetséges, ez esetben a beteg ellátásának előfeltétele a betegfelvétel alkalmával **Költségekalkulációs Adatlap** kitöltése és ennek a beteg általi aláírása, valamint tervezett ellátás esetén az ellátás összegének az ellátás előtt történő befizetése.

Az érvényes Európai Egészségbiztosítási Kártyával rendelkező, az Európai Unió biztosítottjai által térítés nélkül igénybe vehető ellátásáról **E-adatlap** kitöltése kötelező.

EU-s és államközi szerződés alapján finanszírozható ellátás esetén a betegfelvételt végző munkatárs köteles egy fényképes személyazonosító okmányt és a törvényi szabályozásban előírt dokumentumokat fénymásolni és a Betegfelvételi Irodához eljuttatni.

1.6. A beteg ellátásába történő beleegyezése és annak visszautasítása

1.6.1. Beleegyező nyilatkozat

1.6.1.1. A beteg az Intézetben – egészségügyi ellátás igénybevétele céljából – történő megjelenésével kinyilvánított ráutaló magatartásával hozzájárul ellátásához és az annak keretében elvégzésre kerülő vizsgálatok elvégzéséhez.

Az Eütv. 3. § m) pontja szerinti **invazív beavatkozásokhoz** és az Eütv. 197. §-a szerinti önkéntes gyógykezelésbe vételhez a beteg írásbeli vagy – amennyiben erre nem képes – két tanú jelenlétében, szóban vagy más módon megtett nyilatkozata szükséges (a továbbiakban: **Beleegyező nyilatkozat**).

* Az írásos beleegyezést a meghatározott magas kockázatú beavatkozások előtt elnyerik, a beleegyezés pontos időpontja rögzítésre kerül, a tájékoztatást adó személy azonosított.*
(F.BEGY.6.1)

A beteg a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezését bármikor visszavonhatja. A beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén azonban kötelezhető az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére. A beteg a beleegyezési nyilatkozat aláírásával egyidejűleg jogosult nyilatkozni arról is, hogy az állapotáról a kezelőorvos kinek adhat felvilágosítást, információt.

1.6.1.2. A beteg helyett a beleegyező nyilatkozat aláírására jogosultak:

A cselekvőképes beteg – ha az Eütv. eltérően nem rendelkezik – közokiratban, teljes bizonyító erejű magánokiratban vagy – írásképtelensége esetén – két tanú együttes jelenlétében megtett szóbeli nyilatkozattal

a) megnevezheti azt a cselekvőképes személyt, aki jogosult helyette a beleegyezés, illetve a jelen szabályzat 1.6.2. pontja szerinti visszautasítás jogát gyakorolni, illetve, akit az Eütv. 13. §-a szerint tájékoztatni kell,

b) az a) pontban meghatározott személy megjelölésével vagy anélkül az Eütv. 16. § (2) bekezdésében meghatározott személyek közül bárkit kizárhat a beleegyezés és a jelen szabályzat 1.6.2. pontja szerinti visszautasítás jogának helyette történő gyakorlásából, illetve az Eütv. 13. §-a szerinti tájékoztatásból.

1.6.1.3. Amennyiben a beteg cselekvőképtelen és nincs a jelen szabályzat 1.6.1.2. a) pontja alapján nyilatkozattételre jogosult személy, a beleegyezés és a jelen szabályzat 1.6.2. pontja szerinti visszautasítás jogának gyakorlására – a fenti a jelen szabályzat 1.6.1.2. b) pontjában foglaltak figyelembevételével – a megjelölt sorrendben az alábbi személyek jogosultak:

a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában

b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes

ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában

bb) gyermeke, ennek hiányában

bc) szülője, ennek hiányában

bd) testvére, ennek hiányában

be) nagyszülője, ennek hiányában





bf) unokája;

c) a jelen pont b) alpontjában megjelölt hozzátartozója hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes

ca) gyermeke, ennek hiányában

cb) szülője, ennek hiányában

cc) testvére, ennek hiányában

cd) nagyszülője, ennek hiányában

ce) unokája.

Az egy sorban nyilatkozattételre jogosultak ellentétes nyilatkozata esetén a beteg egészségi állapotát várhatóan legkedvezőbben befolyásoló döntést kell figyelembe venni.

A jelen pontban felsorolt személyek nyilatkozata – kizárólag az Eütv. 13. §-ban foglalt tájékoztatást követően – a kezelőorvos által javasolt invazív beavatkozásokhoz történő beleegyezésre terjedhet ki. E nyilatkozat azonban – a betegség természetes lefolyását lehetővé téve az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasításának esete kivételével – a beavatkozással fölmerülő kockázatoktól eltekintve nem érintheti hátrányosan a beteg egészségi állapotát, így különösen nem vezethet súlyos vagy maradandó egészségkárosodáshoz. A nyilatkozatról a beteget cselekvőképessé válását követően azonnal tájékoztatni kell.

Az egészségügyi ellátással kapcsolatos döntésekben a cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképes beteg véleményét a szakmailag lehetséges mértékig figyelembe kell venni abban az esetben is, ha a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát a jelen pont szerinti személy gyakorolja.

1.6.1.4. A beteg beavatkozásokba történő beleegyezését vélelmezni kell, ha a beteg egészségi állapota következtében beleegyező nyilatkozat megtételére nem képes, és

a) a jelen szabályzat 1.6.1.2. a) pontja szerinti személy nyilatkozatának beszerzése késsedelemmel járna;

b) invazív beavatkozások esetén akkor, ha a jelen szabályzat 1.6.1.2. a) pontja vagy az 1.6.1.3. pontja szerinti személy nyilatkozatának beszerzése késsedelemmel járna és a beavatkozás késsedelmes elvégzése a beteg egészségi állapotának súlyos vagy maradandó károsodásához vezetne.

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

a) mások – ideértve a 24. hetet betöltött magzatot is – egészségét vagy testi épségét súlyosan veszélyezteti, továbbá

b) ha a beteg közvetlen életveszélyben van.

1.6.1.6. 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

a) azt sürgős szükség fennállása indokolja, vagy

b) ennek elmaradása a beteg számára aránytalanul súlyos terhet jelentene, amennyiben azonban 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 a jelen pont b) alpontja szerinti esetben végezhető el.

1.6.1.7. 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 – az Eütv. keretei között – joga van arra, hogy halála esetére rendelkezzen a holttestét érintő beavatkozásokról. A beteg e törvény rendelkezései szerint megtilthatja, hogy holttestéből szervet és szövetet átültetés, egyéb gyógyító célú felhasználás, kutatás vagy oktatás céljából eltávolítsanak.





1.6.2. Az ellátás beteg általi visszautasításának dokumentálása

1.6.2.1. A cselekvőképes beteget az Eütv. 20. § - 23. §-okban foglalt rendelkezések alapján megilleti az ellátás visszautasításának joga, kivéve ha annak elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné.

1.6.2.2. 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 nyomtatott formában kell rögzíteni, amelyet a beteg aláírása mellett a tanúk aláírásukkal hitelesítenek.

1.6.2.3. 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 a jelen szabályzat 1.6.2.2. pontjában foglalt alaki előírások betartásával történhet.

Az ily módon történő 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 visszautasítás előfeltételei fennállnak, továbbá a beteg az orvosi bizottság nyilatkozatát követő 3. (harmadik) 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. (Eütv. 20. § (5) bek.)

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

A jelen szabályzat 1.6.2.2. pontja és a jelen pont szerinti visszautasítás esetén meg kell kísérelni a beteg döntése hátterében lévő okok – személyes beszélgetés alapján történő – feltárását és a döntés megváltoztatását. Ennek során az Eütv. 13. § szerinti tájékoztatáson túl ismételten tájékoztatni kell a beavatkozás elmaradásának következményeiről.

A beteg a visszautasításra vonatkozó nyilatkozatát bármikor, alaki kötöttség nélkül visszavonhatja.

1.6.2.4. Cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes beteg esetén a jelen szabályzat 1.6.2.2. pontja szerinti ellátás nem utasítható vissza.

Amennyiben cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes beteg esetén a jelen szabályzat 1.6.2.3. pontja szerinti ellátás visszautasítására kerül sor, az Intézet keresetet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt. A kezelőorvos a bíróság jogerős határozatának meghozataláig köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére. Közvetlen életveszély esetén a szükséges beavatkozások elvégzéséhez bírósági nyilatkozatpótlásra nincs szükség. A kezelőorvos ezen kötelezettsége teljesítése érdekében – szükség esetén – igénybe veheti a rendőrhatalóság közreműködését.

1.6.2.5. A cselekvőképes személy:

a) későbbi esetleges cselekvőképtelensége esetére közokiratban visszautasíthat

aa) a jelen szabályzat 1.6.2.1. pontjában meghatározott egyes vizsgálatokat, beavatkozásokat,

ab) a jelen Szabályzat 1.6.2.3. pontjában meghatározott beavatkozásokat, valamint

ac) egyes életfenntartó, életmentő beavatkozásokat, ha gyógyíthatatlan betegségben szenved és betegsége következtében önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmi megfelelő gyógykezeléssel sem enyhíthetők.





b) cselekvőképtelensége esetére közokiratban megnevezheti azt a cselekvőképes személyt, aki a jelen pontban meghatározott visszautasítási jogát helyette gyakorolhatja. A cselekvőképes személy beavatkozást visszautasító nyilatkozata esetén a jelen Szabályzat 1.6.2.3. pontjában meghatározott bizottság nyilatkozik, hogy a jelen pont aa)-ac) alpontjaiban meghatározott feltételek fennállnak, továbbá a fentiek szerint megnevezett személy döntését annak következményei tudatában hozta meg.

A jelen pontban meghatározott nyilatkozat abban az esetben érvényes, ha pszichiáter szakorvos – egy hónapnál nem régebbi – szakvéleményben igazolja, hogy a személy döntését annak lehetséges következményei tudatában hozta meg. A nyilatkozatot két évente meg kell újítani, és azt a beteg bármikor – cselekvőképességére, illetve alaki kötöttségre tekintet nélkül – visszavonhatja.

1.6.2.6. A jelen Szabályzat 1.6.2.3. pontjában meghatározott beavatkozás megszüntetésére, illetve mellőzésére csak abban az esetben kerülhet sor, ha a beteg erre irányuló akarata világosan és meggyőző módon kideríthető. Kétség esetén a beteg később tett, személyes nyilatkozatát kell figyelembe venni; ennek hiányában az életfenntartó, illetve életmentő beavatkozás elvégzéséhez történő beleegyezését vélelmezni kell.

A beteget, illetve a jelen Szabályzat 1.6.2.5. pont b) alpontjában meghatározott személyt az ellátás visszautasítása során nem szabad semmilyen eszközzel döntésének megváltoztatására kényszeríteni. A beteg az 1.6.2.3. pontja szerinti beavatkozás visszautasítása esetén is jogosult szenvedéseinek enyhítésére, fájdalmainak csökkentésére irányuló ellátásra.

1.7. Diagnosztikai vizsgálatkérések és konzíliumkérések és az annak során keletkező dokumentáció

1.7.1. A diagnosztikai vizsgálatkérések és az annak során keletkező dokumentáció

1.7.1.1. A diagnosztikai vizsgálatkérések

Az egészségügyi ellátás során szükség szerint felmerült esetekben a beteg kezelőorvosa jogosult diagnosztikai vizsgálat(ok) elvégzését kérni. A kezelőorvos a diagnosztikai vizsgálat iránti kérelmét – az adott vizsgálatot végző osztály felé – lehetőleg elektronikus úton terjeszti elő, amely kérelmében köteles feltüntetni:

- a beteg azonosító adatait,
- a kért vizsgálat pontos megnevezését,
- a (feltételezett) diagnózist vagy a differenciál-diagnosztikai problémát, továbbá
- röntgen, ultrahang, CT, és MR esetén konkrét kérdést, és
- minden olyan tény, körülmény, adatot, amely a vizsgálat elvégzéséhez szükséges.

Az elektronikus úton továbbított kérelmet járóbeteg szakellátásban a kezelőorvos papír alapon is – annak aláírását és lepecsételését követően – megküldi a diagnosztikai vizsgálatot végző osztály részére.

Azok a kórházhoz tartozó járóbeteg szakrendelések, amelyek a MedScribe informatikai rendszert használják, a külső telephelyeken is fel tudják a kéréseket online adni. Ebben az esetben elhagyható a vizsgálati kéri lapok kinyomtatása.

Minden egyéb esetben kötelező a nyomtatott beutaló.

1.7.1.2. A diagnosztikai vizsgálatok eredményei (leletek)

A jelen Szabályzat 1.7.1.1. pontja alapján átvett vizsgálatkérés alapján a vizsgálatot végző osztály – a vizsgálat megfelelő elvégzését követően – az eredményt (leletet):

a) a Központi Labor és a Képkalkoló Diagnosztikai osztály – a fekvőbeteg-ellátás területén és a fekvőbeteg egységekhez kapcsolódó ambulanciákon az Intézet központi telephelyén belül – elektronikus úton küldi meg, továbbá felküldi az EESZT-be,





b) a többi – az Intézet szervezetébe tartozó – diagnosztikai vizsgálatot végző egység minden esetben, a Központi Labor és a Képalkotó Diagnosztikai osztály pedig az Intézet külső telephelyére vagy külső szolgáltató részére elektronikus úton elkészíti és megküldi a vizsgálatot kérő részére, melynek a már véglegesített (elbocsájtott lelet) tartalmát a továbbiakban - a kórházi osztályokhoz hasonlóan - átemelik az Ambuláns lapra.

Az elektronikus formában elkészült vizsgálatkérés és az annak alapján megadott vélemény is hitelesnek minősül, mivel azt a medikai modul rendszerében kizárólag az arra felhatalmazással rendelkező orvos jogosult elkészíteni és továbbítani, a rendszerbe történő belépéskor megadott egyedi kódja alapján.

1.7.1.3. Az egyes diagnosztikai egységekre vonatkozó rendelkezések

1.7.1.3.1. Képalkotó diagnosztikai osztály

A beteg vizsgálata – a jelen Szabályzat 1.7.1.1. pontja szerinti diagnosztikai vizsgálat kérése iránti kérelemben foglaltaknak megfelelően – előjegyzést követően, az előjegyzés szerinti időpontban kerül elvégzésre. Előjegyzés nyilvántartása részben a központi előjegyző (elektronikusan vezetett) rendszerben, részben az osztályon vezetett előjegyzési naplóban történik.

A képalkotó diagnosztikai vizsgálatok eredményeit az Intézet központi telephelyén és a XVII. kerületi Szakrendelőkben digitális formában készítik el.

A képalkotó diagnosztikai vizsgálatok digitális formában elkészült eredményeit – az ügyeleti időszak alatt – a kezelőorvos az Intézetten kívül is meg tudja tekinteni a medikai modul rendszerébe történő belépéskor megadott kódja alapján (távlelelezés).

1.7.1.3.2. Cardiovascularis katéteres laboratórium

A Cardiovascularis katéteres laboratóriumban történő vizsgálat előfeltétele, hogy rendelkezésre álljon – a jelen Szabályzat 1.6.1. pontja szerinti – Beleegyező nyilatkozat.

A Cardiovascularis katéteres laboratóriumban történő vizsgálatokra – tekintettel azok invazív beavatkozás jellegére – a jelen Szabályzat 3.3. pontja szerinti műtéti dokumentációra vonatkozó rendelkezések megfelelően irányadók.

1.7.1.3.3. Szövetteni és citológiai vizsgálatok elvégzése a Patológia által

A megvizsgálandó anyag szövetteni vagy citológiai vizsgálatát a Patológia végzi a vizsgálatot kérő által megküldött, a megvizsgálandó anyagot kísérő kéri lap alapján. A megvizsgálandó anyag mintaszállító edényben kerül átadásra a Patológia részére, amely edényen szerepel a beteg egyedi azonosító etikettje.

A minta átadása az átadó által vezetett kézbesítő könyvben, annak átvétele pedig a Patológia által vezetett szövetteni átadó naplóban kerül rögzítésre.

Ugyanazon beteg több mintájának átadása esetén valamennyi edény sorszámmal kerül ellátásra, amely sorszám – azonosítható módon – feltüntetésre kerül a kézbesítő könyvben.

A szövetteni és citológiai vizsgálatok eredménye - véleményezés után - a beteg egészségügyi dokumentációjában papír alapon kerül elhelyezésre.

1.7.2. A konzíliumkéresek és az annak során keletkező dokumentáció

1.7.2.1. Amennyiben a beteg Intézetben belüli, de másik osztályon történő ellátása, vizsgálata, illetőleg a betegség megállapításához szükséges szakmai vélemény bekérése szükséges, az osztályos működési rendekben meghatározott orvos (a továbbiakban: **konzíliumot kérő orvos**) az adott kérdésben illetékes orvostól (a továbbiakban: **konzíliumot végző orvos**) konzíliumot kér.

a) A konzíliumkéresek történhet:

aa) a konzíliumot kérő orvos által a konzíliumot végző orvos részére **a medikai rendszerben on-line formában** írt kérelem alapján - **Járóbeteg ellátásban** ezen kérelmet a konzíliumot





kérő orvos **papír alapon is**, annak aláírását és lepecsételését követően – megküldi a konzíliumot végző orvos részére,

ab) sürgős esetekben a konzílium kérés telefonos úton is történhet, ilyen esetben az aa) pont szerinti elektronikus és írásbeli kérelmet a konzíliumot kérő utólag – a lehető legrövidebb időn belül – megküldi a konzíliumot végző orvos részére.

b) A konzíliumot végző orvos véleményét – a konzílium iránti kérelemben foglaltaknak eleget téve – elektronikus úton és papír alapon is elkészíti és megküldi a konzíliumot kérő orvos részére. Amennyiben a konzíliumot végző szakorvos olyan gyógyszert, gyógyászati segédeszközt (pl. Inkontinencia betét, katéter stb) javasol a beteg részére, amelyet a beteg kórházból történő elbocsátását követően is szükségesnek tart, és az adott gyógyszert, gyógyászati segédeszközt szakorvosi javaslat alapján a háziorvos emelt támogatással írhat, úgy a konzíliumi véleményéhez a szabályszerű szakorvosi javaslatot is köteles mellékelni!

1.7.2.2. A medikai online konzíliumkérés és az annak alapján megadott vélemény is hitelesnek minősül, mivel a medikai modul rendszerbe kizárólag az arra jogosultsággal rendelkező orvos a belépéskor megadott kódja alapján jogosult adatot rögzíteni, szakvéleményt készíteni és továbbítani.

1.8. A recept felírása

1.8.1. Az orvosi recept (vagy vény) közokirati formában kiállított űrlap, illetve eRecept, amelyen a gyógyszert rendelő orvos közleményében utasítja a gyógyszert kiadó vagy előkészítő gyógyszerészt, illetőleg gyógyszerkiadó szakasszisztentst a gyógyszer elkészítésére, a gyógyszer vagy a gyógyászati segédeszköz kiadására, továbbá támogatott készítmény esetén társadalombiztosítási támogatást utalványoz.

Gyógyszer rendelésére jogosult minden orvos és fogorvos, aki az orvosi oklevélhez kötött tevékenység folytatására jogosult, és a vonatkozó jogszabályban meghatározott, gyógyszerrendelésre jogosító bélyegzővel rendelkezik. Az „SZ” jelzéssel ellátott gyógyszert az a szakorvos, a „J” jelzéssel ellátott gyógyszert pedig első ízben az az orvos rendelheti, akinek a készítmény alkalmazási előírásában szereplő indikációja szerinti klinikai szakágban szakorvosi képesítése van.

Gyógyító-megelőző tevékenységet nem folytató orvos – sürgős szükség esetét kivéve – gyógyszert csak saját maga, illetőleg hozzátartozója részére „pro familia” jelzéssel rendelhet. Az Intézményt, mint munkahelyet tartalmazó vény – ide értve az intézményi munkahelyen írt eReceptet is – csak az Intézményben ellátott betegek részére történő gyógyszer, gyógyászati segédeszköz felírásához használható!

A gyógyszer, gyógyászati segédeszköz rendelése során az erre vonatkozó szabályok ismerete, betartása minden ezt rendelő, felíró orvos kötelessége, és személyes felelőssége! A kórházból ünnepnapon, vagy munkaszüneti napon, illetve az ezt megelőző napon elbocsátott beteg - a folyamatos gyógyszeres kezelés érdekében - el kell látni legalább a legkisebb kiszerezésű gyógyszer haladéktalan kiváltását lehetővé tevő megfelelő vényvel, vényekkel, illetve eRecepttel

1.8.2. Az orvos a gyógyszert **vényen**, elsősorban eRecepten rendeli.

1.8.2.1. A vényen az orvosnak fel kell tüntetni:

- a)** az orvos nevét, munkahelyének (rendelőjének) címét, telefonszámát és egészségügyi vállalkozás esetén az egészségügyi tevékenység végzésére jogosító működési engedély számát;
- b)** a rendelés keltét;
- c)** 1997. évi XLVII. törvény 14/A. § (1) bekezdésében meghatározott, a betegre vonatkozó személyes és egészségügyi adatokat;
- d)** forgalomba hozatalra engedélyezett vagy a FoNo-ban szereplő gyógyszer esetében a rendelt gyógyszer megnevezését, ideértve a gyógyszerformát is, valamint – amennyiben a készítmény több hatáserősségben forgalomban van – a hatáserősségét és a gyógyszer összmennyiségét (latin nyelven és római számmal);





- e) egyértelmű utasítást a gyógyszer adagolására, alkalmazásának módjára és gyakoriságára;
- f) papíralapú vény esetén az orvos saját kezű aláírását és orvosi bélyegzőjének azonosítható lenyomatát, elektronikus vény esetén az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek alap- és működési nyilvántartásában szereplő alapnyilvántartási számát;
- g) a forgalomba hozatali engedélyben jóváhagyott alkalmazási előírásban nem szereplő javallatban (indikáción túli gyógyszerrendelés esetén) az indikáción túli gyógyszerrendelés tényét „*off label*” megjelöléssel;
- h) társadalombiztosítási támogatással, szakorvosi javaslatra rendelhető gyógyszer esetén a szakorvosi javaslatot adó orvos orvosi bélyegzőjének számát, valamint a szakorvosi javaslat keltét
 - i) papíralapú vény esetén a gyógyszerrendeléshez használandó számítógépes program minősítésének szabályairól szóló 53/2007. (XII. 7.) EüM rendelet szerinti extra vonalkódot.

1.8.2.2. A vényen a „*rendelés szerint*” vagy „*utasítás szerint*” megjelölés nem alkalmazható. A „*szükség esetén*” utasítás csak a napi maximális adag feltüntetésével alkalmazható. Ha az orvos a vényen használati utasításul „*az orvos kezéhez*” szavakat tünteti fel, külön használati utasítást adnia nem kell.

Ha az orvos az orvosi táskára részére rendel gyógyszert, a jelen Szabályzat 1.8.2.1. pont e) alpontjában foglaltakat nem kell alkalmazni, a vényen azonban fel kell tüntetni „*az orvosi táskára részére*” vagy „*pro me*”, illetve „*suo nomine*” szavakat. Ebben az esetben sem kell használati utasítást adni.

A gyógyító-megelőző tevékenységet nem folytató orvos a vényen a jelen Szabályzat 1.8.2.1. pont a) alpontjában rögzítettek helyett a nevét, lakcímét, telefonszámát és a „*pro familia*” megjelölést köteles feltüntetni.

A magángyakorlat keretében történő gyógyszerrendelésre szolgáló vényen a jelen Szabályzat 1.8.2.1. pont a) alpontjában meghatározottakon túl az orvosi magángyakorlatra jogosító engedély számát is fel kell tüntetni.

A vényen a mérhető mennyiségeket – ideértve a hatáserősséget is – arab számmal, a számlálhatókat – mint az adagolási egységek (inj. tabl. supp.) számát – római számmal kell jelölni. Ha a készítmény csak egyféle hatáserősségben van forgalomban, a vényen csak az adagok számát kell feltüntetni.

Sürgős szükség esetén – a különleges, két példányos rendelvényhez kötött gyógyszerek kivételével – el lehet tekinteni a vény és az orvosi bélyegző használatától. Ilyen esetben az orvos a rendelvényen olvashatóan feltünteti nevét és lakcímét, elérhetőségét, telefonszámát, valamint a sürgősségre utaló „*statim*” vagy „*cito*” vagy „*periculum in mora*” jelzést.

Elektronikus vény kiállításakor az orvos a gyógyszert a TAJ, vagy ennek hiányában más, az érintett azonosításához használt, személyazonosításra alkalmas okmány számának megjelölésével rendeli.

Ha az orvos a már kiállított vényen változtatást (javítást) eszközöl, azt papíralapú vény esetében a javított résznél kézjegyével és bélyegzőjének azonosítható lenyomatával megerősíti. A már rögzített elektronikus vényt javítani nem lehet, azt a kiállító orvos - a változtatás okának megjelölésével - visszavonja.

1.8.3. Egy vényen csak egyféle gyógyszer rendelhető.

Az orvosnak a vényen a FoNo-ban vagy a hatályos Gyógyszerkönyvben, az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (**OGYÉI**) határozataiban, hivatalos közleményeiben, valamint a vonatkozó jogszabályokban feltüntetett gyógyszerneveket, illetve rövidítéseket kell alkalmaznia. Forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszer esetében a nemzetközi szabadnéven történő gyógyszerrendelés is megengedett. Magisztrális gyógyszerrendelés esetén a szinonim néven történő gyógyszerrendelés is elfogadható.

Gyógyszert az orvos – az indikáción túli gyógyszerrendelés kivételével – vagylagosan, „*seu*” is rendelhet.





Nemzetközi szabadnéven történő gyógyszerrendelés esetén az orvosnak egyértelműen meg kell határoznia a rendelt gyógyszer hatóanyag-tartalmát, gyógyszerformáját és mennyiségét is.

Az orvos az OGYÉI által egyenértékűeknek és egymással helyettesíthetőnek minősített és honlapján is közzétett gyógyszerek rendelése esetén a készítmény helyettesíthetőségének gyógyszerész felé történő letiltását a beteggel egyeztetni köteles, kivéve az indikáción túli gyógyszerrendelést, utóbbi esetben az orvos a rendelt gyógyszer helyettesítését letiltja a gyógyszerész felé.

Ha az orvos erős hatású, belsőleg használatra szánt gyógyszert olyan adagolásban rendel, amely a megállapított legnagyobb egyszeri vagy napi adagot meghaladja, a túllépést felkiáltójellel jelölnie és aláírásával, valamint bélyegzőjével külön igazolnia kell.

Az orvosnak a rendelt gyógyszer mennyiségét úgy kell meghatároznia, hogy a beteg szakszerű gyógykezeléséhez szükséges legközelebbi orvosi vizsgálatig elegendő legyen.

E-Recept esetén elfogadott a felírt készítmények, ezek EESZT azonosítóit is tartalmazó A4-es lapon kiadott vénylista kiadása is, amelyet azonban a beteg az EESZT kapcsolat zavara esetén csak akkor tud a gyógyszerárban kiváltani, ha azt a felíró orvos aláírta és személyi bélyegzője lenyomatával is ellátta.

1.8.4. Az orvos által egyszeri kiváltásra rendelhető gyógyszer mennyiség:

1.8.4.1. Az orvos egy vényen, egyszeri kiváltásra 30 (harminc) napra elegendő gyógyszer mennyiséget rendelhet.

1.8.4.2. Az orvos ettől eltérően 30 (harminc) napot meghaladó mennyiségű gyógyszert – legfeljebb 3 (három) havi időtartamra, vényenként 1 (egy) havi mennyiségben – is rendelhet krónikus betegség vagy állapot kezelése során

a) amennyiben a gyógyszer tartós – előre láthatóan legalább 3 (három) havi folyamatos – alkalmazása szükséges, és

b) a gyógyszer tartós alkalmazásától az adott beteg esetében az előzetes kezelési tapasztalat alapján megfelelő hatás várható, valamint

c) a vény kiváltására nyitva álló időtartam alatt – előre láthatóan – nem szükséges a beteg állapotának olyan orvosi ellenőrzése, amely a rendelt készítmény alkalmazását alapvetően befolyásolhatja. A 30 (harminc) napot meghaladó gyógyszerrendelés tényét és azt, hogy a rendelt gyógyszer mely időpontig (időtartamig) elegendő a beteg számára, a beteg nyilvántartásában és a vényen rögzíteni kell.

1.8.4.3. Az orvos ezen rendelkezésektől eltérően – kivételesen, betegellátási érdekből – a gyógyszer alkalmazásának szükségességéig terjedő időtartamra, de legfeljebb egy évre elegendő gyógyszer mennyiséget rendelhet egy vényen, amennyiben

a) az a beteg különleges élethelyzetére tekintettel indokolt,

b) a gyógyszer tartós alkalmazása szükséges, és

c) a gyógyszer tartós alkalmazásától az adott beteg esetében az előzetes kezelési tapasztalat alapján megfelelő hatás várható.

Az orvos ez esetben a gyógyszerrendelés indokát a beteg nyilvántartásában ellenőrizhető módon feltünteti és a vény hátoldalára rávezeti, hogy a rendelt gyógyszer mely időpontig, időtartamig elegendő.

Nem kell a 30 (harminc) napot meghaladó mennyiség indokoltságát feltüntetni, ha az orvos a gyógyszerből egy eredeti, a 30 (harminc) napra elegendő gyógyszer mennyiséghez legközelebb álló mennyiségű gyógyszert tartalmazó csomagolást rendelt és az abban foglalt gyógyszer mennyiség – az adagolás figyelembevételével – meghaladja a 30 (harminc) napra elegendő mennyiséget.

1.9. A betegszállítás dokumentációja

A betegszállítás a beteg személy egészségügyi szolgáltatóhoz, illetve az egészségügyi szolgáltatótól otthonába történő szállítását jelenti. A beteg otthonának minősül az a hely, ahol a beteg életvitelszerűen tartózkodik, továbbá a beteg gondozását, illetve felügyeletét vállaló





személy lakóhelye, illetve az ezt végző intézmény (pl. Idősek otthona). Amennyiben az egészségügyi szolgáltatótól történő elbocsátásakor, másik egészségügyi szolgáltatóhoz történő áthelyezésekor a kezelőorvos szakvéleménye szerint a beteg szállítása során szakmai felügyelet szükséges, úgy őrzött betegszállítást rendelhet.

A betegszállítás – társadalombiztosítás által támogatott formái – az utazási utalvány és a mentővel történő betegszállítás.

1.9.1. Az utazási költségtérítési utalvány

1.9.1.1. A járóbeteg-szakellátásra, a fekvőbeteg-gyógyintézetbe, továbbá gyógyászati ellátásra, rehabilitációra beutalt, illetve ezen szolgáltatásokat beutaló nélkül igénybe vevő társadalombiztosítással rendelkező beteget (jelen pont alkalmazásában: **beteg**) utazási költségeihez támogatás illeti meg,

a) ha orvos szakértői vizsgálatra utalták vagy rendelték be, vagy

b) ha a szolgáltatás igénybevétele olyan egészségügyi szolgáltatónál történik,

ba) amely a beteg területi ellátására kötelezett, vagy

bb) amely a beteg lakóhelyéhez, tartózkodási helyéhez vagy szállásához a **ba)** pont szerinti egészségügyi szolgáltatónál közelebb esik, ha az oda történő beutalásba a beteg beleegyezett, illetve, ha az egészségügyi szolgáltatást ott vette igénybe; vagy

c) a megfelelő feltételekkel rendelkező, bármely más - a beteg lakóhelyéhez, tartózkodási helyéhez vagy szállásához legközelebb eső – egészségügyi szolgáltatóhoz történő beutalás, valamint a szolgáltatás ezen egészségügyi szolgáltatónál történt igénybevétele esetén, ha az egészségügyi szolgáltató által nyújtott ellátás biztosítására a **b)** pont szerinti egészségügyi szolgáltatók szakmai indokok alapján nem alkalmasak.

Az utazási költségtérítés igénybeviteléhez - a beteg lakóhelye vagy tartózkodási helye, illetve szállása és az Intézet telephelye közötti távolság figyelembevételével - támogatás abban az esetben vehető igénybe, ha az utazás Magyarország területén történik. Az Intézethez külföldi lakóhelyről vagy tartózkodási helyről utazó betegek a lakóhelyükhöz vagy tartózkodási helyükhöz legközelebb eső határátkelő és az Intézet telephelye közötti útvonalra jogosultak támogatásra. A beteg támogatásra nem jogosult, ha a lakóhelye vagy tartózkodási helye, illetve szállása és az Intézet telephelye közötti közlekedése betegszállítás vagy mentés keretében valósult meg.

1.9.1.2. A beteg a gyógyászati segédeszköz próbájával, illetve kiszolgáltatásával kapcsolatos utazási költségeinek támogatására akkor jogosult, ha a gyógyászati segédeszközt a lakóhelyéhez vagy tartózkodási helyéhez, illetve szállásához legközelebb eső, a rendelt gyógyászati segédeszköz kiszolgáltatására az egészségbiztosítóval szerződött forgalmazónál szerzi be.

A fogyatékos gyermek korai fejlesztését és gondozását, fejlesztő felkészítését nyújtó intézmény igénybevitelével kapcsolatban felmerült utazási költségekhez támogatás vehető igénybe.

A betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló szervezett szűrővizsgálat igénybevitelével kapcsolatban felmerült utazási költséghez támogatás vehető igénybe. Az utazási költséghez nyújtott támogatás megilleti a 16 éven aluli gyermek kísérőjét, és a 16 éven felüli beteg kísérőjét, utóbbi esetben amennyiben egészségi állapota miatt a kíséretet az utazási költségtérítési támogatásra vonatkozó igényt rögzítő egészségügyi szolgáltató szükségesnek tartja.

Helyi közlekedési eszköz igénybeviteléhez nem vehető igénybe támogatás.

1.9.2. Betegszállítás -közfinszírozott betegszállító igénybe vételével

1.9.2.1. A betegszállítás célja, hogy az orvos rendelése alapján biztosítsa az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést abban a – mentőápolói felügyeletet nem igénylő – esetben, ha az egészségügyi ellátás elérhetősége másként nem biztosítható, ilyen esetek ha a beteg:

a) szállításra szorul, de egészségi állapota nem indokolja mentés igénybevitelét,

b) csak speciális testhelyzetben szállítható,

c) mozgásában korlátozott, járóképtelen, vagy egészségi állapota nem teszi lehetővé tömegközlekedési vagy más szokásos közlekedési eszköz használatát,





- d) fertőzésveszély vagy kóros magatartása miatt közforgalmú járművet nem vehet igénybe,
- e) ellátásának eredményességét tömegközlekedési vagy más szokásos közlekedési eszköz hiánya vagy annak igénybevételeből eredő késedelem vagy más tényező veszélyeztetné.

A betegszállítás a gyógyintézetből elbocsátott beteg otthonába történő szállításakor is igénybe vehető, ha az ellátást követően:

- a) a beteg a jelen pontban fentebb felsorolt a)-d) pontok szerinti okok miatt a gyógyintézetet más módon nem tudja elhagyni, vagy
- b) a betegnek a fekvőbeteg-gyógyintézetből az otthonába történő eljutása az elbocsátásának naptári napján, illetve más esetben ésszerű időn belül másként nem biztosított.

A kötelező egészségbiztosítás keretében igényelhető – nem mentésnek minősülő – betegszállítás a nap 24 (huszonnégy) órájában a betegszállítási tevékenységet végző szervezetek illetékességébe tartozik.

1.9.2.2. A betegszállítás formái:

A betegszállítás – a sürgősség igénye szerint – lehet:

- 6 (hat) órán belüli,
- 24 (huszonnégy) órán belüli,
- meghatározott időpontra kért, illetve tervezett időpontokban történő ismétlődő.

A betegszállítás – a kíséret igénye szerint – lehet:

- betegkísérő közreműködését igénylő,
- kíséretet nem igénylő

betegszállító járművel teljesítendő.

A betegszállítás a végrehajtás módja szerint:

- lehet egyedi vagy más betegekkel együttes szállítás,
- megvalósulhat ülőbeteg- vagy fekvőbeteg-szállító kocsival, valamint
- történhet a betegszállító szervezetek által működtetett mentőkocsival.

1.9.2.3. A betegszállítást az orvos vagy az általa kijelölt intézeti dolgozó rendeli meg és erről a beteg részére betegszállítási utalványt állít ki. A megrendeléskor közölni kell:

- a beteg nevét, életkorát, TAJ-számát,
- a 14 éven aluli beteg esetén a szülői (gondozói) kíséret igényét,
- a szállítást indokoló, illetve a szállítás szempontjából lényeges kórismét, valamint a betegszállítás megkezdésének – a sürgősség igénye szerint meghatározott – idejét és körülményeit (ülve, fekvve stb.), valamint azt, hogy a betegszállítás mentő(szak)ápolói kíséretet nem igényel,
- a betegfelvétel és a betegátadás helyét,
- saját nevét, telefonszámát és a megrendelő orvos nevét és orvosi bélyegzőszámát.

A betegszállítás során, a beteg átvételét, illetve átadását minden esetben megfelelően dokumentálni kell, melyben fel kell tüntetni az átvett iratokat és értékeket és ezekről letárt kell készíteni.

1.10. Fertőző betegségek bejelentésének dokumentálása

A 18/1998. (VI.3.) NM rendeletben foglalt fertőző betegségek és járványok észlelése esetén az Intézet köteles jelentést küldeni az illetékes egészségügyi hatóságnak. Az Intézetben alkalmazott higiénikus a **Fertőző Betegségek Listája** elnevezésű formanyomtatványon tesz eleget jelentéstételi kötelezettségének, amely tartalmazza a beteg egészségügyi és – bizonyos fertőző megbetegedések esetében – a beteg személyazonosító adatát. Az Intézet Adatkezelési Szabályzatában meghatározott osztályos adatvédelmi felelősök (a továbbiakban: **osztályos adatvédelmi felelősök**) az ily módon továbbított adatokról naprakész nyilvántartást vezetnek a folyamatos sorszámozással és évszámmal ellátott, laponként beszámozott – az Intézet főigazgatója által hitelesített – **nyilvántartási könyvben**.



A járványügyi érdekből végzett szűrővizsgálatokat elrendelő orvos a szűrés tényét a beteg dokumentációjában rögzíti, a szűrést megalapozó kockázati tényezőt és a mintavétel típusát a beteg felvételi anamnézisében határozza meg. A mintavételre a – kontakt személyi telefonszámát is tartalmazó – **Bakteriológiai PCR vizsgálatkérő lap** alapján kerül sor.

MRSA pozitivitás megállapítása esetén, ennek tényét a beteg kezelőorvosa rögzíti a beteg dokumentációjában:

- a) járóbeteg-szakellátás esetében az ambuláns lapon és a háziorvosi értesítőben (leleten),
- b) fekvőbeteg-szakellátás esetében a lázlapon, dekurzus lapon, ápolási dokumentációban, zárójelentésben, távozási lapon és a háziorvosi értesítőben.

Utóbbi esetben a kezelőorvos átadja a beteg részére a **betegtájékoztató MRSA hordozása esetén** megnevezésű tájékoztatót, amelynek másodpéldányát – a beteg általi aláírását követően – elhelyezi a beteg dokumentációjában, melynek megtörténte – fekvőbeteg-ellátás esetén – a jelen Szabályzat 3.5.2.1.1. pontjában foglaltak szerint a beteg zárójelentésében is rögzítésre kerül.

1.11. A Nemzeti Rákregiszter számára előírt kötelező adatszolgáltatás dokumentálása

A Nemzeti Rákregiszter és a Nemzeti Gyermekek Onkológiai Regiszter (a továbbiakban együtt: Rákregiszter) számára köteles adatot szolgáltatni az az orvos, aki a 49/2018. (XII. 28.) EMMI rendelet 4. § (2) bekezdésében meghatározott daganatos betegség diagnózisát felállítja, a beteg kezelését végzi, továbbá, aki szövettani vizsgálatot, boncolást végez vagy azt véleményezi.

Ugyanazon érintett többszörös, egymástól független, elsődleges rosszindulatú daganatos megbetegedését külön-külön kell jelenteni az érintett Rákregiszter részére. e

Az adatkezelési előírások betartásáért az osztályos adatvédelmi felelős, a jelentés végrehatásáért, az adatközlés teljeségéért a főigazgató a felelős. A Nemzeti Rákregiszternek továbbított adatok hitelességéért a beteg ellátását vezető orvos, illetve a patológiai vizsgálatot vezető orvos tartozik felelősséggel, a jelentett adatoknak egyezniük kell a beteg orvosi dokumentációjában szereplő adatokkal.

1.12. Edukáció, tanácsadás

Amennyiben az a beteg hazabocsátása utáni kezeléséhez/ápolásához szükséges, így különösen de nem kizárólagosan öninjekciózás, gyógyászati segédeszköz használata, étrendi tanácsadás, gyógyszer- és kötszerhasználat esetén egyéni és csoportos formában, betegoktatás keretében végzett, a beteg részére megadott oktatás, edukáció tényét – az oktatást nyújtó személy – rögzíti.

a) járóbeteg-szakellátás esetén a jelen Szabályzat 2.4.2. pontja szerinti *ambuláns lapon és elszámolási nyilatkozaton*,

b) fekvőbeteg-szakellátás esetén a jelen Szabályzat 3.2.4. pontja szerinti *ápolási dokumentációban és a zárójelentésben*.

1.13. Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga

1.13.1. A beteg jogosult megismerni a róla készült egészségügyi dokumentációban foglaltakat.

A beteg jogosult a fekvőbeteg-gyógyintézetből történő elbocsátásakor zárójelentést, a járóbeteg-szakellátási tevékenység befejezésekor ambuláns ellátási lapot kapni.

1.13.2. 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 annak kijavítására vonatkozó jogosultság.

1.13.3. Cselekvőképtelen személy dokumentációjába való betekintési jog a jelen Szabályzat 1.6.1.2. és 1.6.1.3. pontjaiban meghatározott személyt, korlátozottan cselekvőképes személy



dokumentációjába való betekintési jog a beteget, illetve a jelen Szabályzat 1.6.1.2. a) pontja szerint megnevezett személyt, ennek hiányában a törvényes képviselőt illeti meg.

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

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

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

a) az egészségügyi adatra

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

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

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

Ebben az esetben csak azoknak az egészségügyi adatoknak a megismerése lehetséges, amelyek az a) alpont szerinti okkal közvetlenül összefüggésbe hozhatók.

1.13.5. Az egészségügyi adatokra vonatkozó tájékoztatást a beteg kezelőorvosa, illetve az Orvos igazgató adja meg, az orvosi tájékoztatásra vonatkozó előírásoknak megfelelően – szükség esetén – a kérelmező kezelőorvosával való szakmai konzultáció alapján.

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

1.13.7. Az Intézet munkatársai az egészségügyi dokumentációba kizárólag az Intézet Szervezeti és Működési Szabályzatában rögzített jogosultságok és az Intézet Adatkezelési Szabályzatában foglalt rendelkezések figyelembevételével, a célhoz kötöttség szem előtt tartásával jogosultak betekinteni.

1.14. Az egészségügyi dokumentáció lezárása, tárolása és kikérése

1.14.1. Az egészségügyi dokumentáció lezárása

Az egészségügyi dokumentáció a beteg távozását követően kerül lezárásra. Járóbeteg-szakellátás esetén az egészségügyi dokumentációt a kezelőorvos, fekvőbeteg-szakellátás esetén az orvosi dokumentációt a zárójelentést készítő kezelőorvos, az ápolási dokumentációt a Távozási Lapot elkészítő ápoló zárja le.

Ugyanezen dokumentumokat a beteg is aláírja, igazolva ezzel a szakellátás tényét.

Ezzel egyidejűleg az orvos (ápolási zárójelentés esetén az ápoló) szóban is tájékoztatja a beteget a dokumentumban leírtakról.

Az orvosi zárójelentésből 3 példány, az NEAK igazolásból, az ambuláns lapból, illetve az ápolási zárójelentésből 2 példány készül, melyekből - az NEAK igazolást kivéve – 1 példányt a beteggel alá kell íratni és archiválni.

* A betegdokumentáció tartalma rendezett és hitelesített.* (F.BEF.2.)

1.14.2. Az egészségügyi dokumentáció tárolása

A beteg valamennyi, az ellátási folyamat során keletkező dokumentációja a beteget ellátó szervezeti egységben összesítve rendelkezésre áll.





A betegdokumentáció kezelése, tárolása során biztosítottak az adatkezelési, adatvédelmi előírások. (F.BEF.2)

1.14.2.1. Az egészségügyi dokumentáció tárolása – az egészségügyi dokumentáció a jelen Szabályzat 1.15.1. pontja szerinti lezárását követően – 5 (öt) évig a betegellátó osztály saját irattárában történik, ezt követően az iratörzés céljából a dokumentáció megküldésre kerül:

- a) járóbeteg-szakellátó osztályok esetén az adott Szakrendelő saját irattárába,
- b) az Intézet központi telephelyén működő fekvőbeteg-szakellátó osztályok és a szakambulanciák, az Intézet VI. Krónikus Belgyógyászat és Mozgásszervi Rehabilitációs Osztálya (*Gizella épület*) és az V. Krónikus Belgyógyászat (*Paula épület*) esetén az Intézet Központi Irattárába.

A jelen Szabályzat 1.10. pontja szerinti fertőző betegségek bejelentése céljából továbbított adatok másodpéldányát az osztályos adatvédelmi felelősök az adott osztályon saját irattárukban 1 (egy) évig tárolják, majd ezt követően intézkednek azok jelen pont szerinti irattárban történő elhelyezéséről.

1.14.2.2. Az egészségügyi dokumentáció valamennyi részét 30 (harminc) évig, a zárójelentést pedig 50 (ötven) évig kell megőrizni. A képkalkotó diagnosztikai osztály által készített felvételeket – a felvétel készítésétől számítva – 10 évig, a felvételtől készített leleteket 30 (harminc) évig kell megőrizni.

Amennyiben az egészségügyi dokumentációnak tudományos jelentősége van, az előírt megőrzési időt követően azt át kell adni a Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár részére. Egyéb esetekben – a kötelező megőrzési idő elteltét követően, ha a további megőrzés nem indokolt – az egészségügyi nyilvántartás megsemmisíthető.

Az egészségügyi dokumentáció tárolására vonatkozó rendelkezéseket egyebekben az Intézet Iratkezelési Szabályzata, illetve elektronikus iratok esetében az Informatika Védelmi Szabályzat tartalmazza.

1.14.2.3. Az elektronikusan tárolt dokumentáció esetén az alábbiakról kell gondoskodni:

- az adatvesztés minimalizálása érdekében több helyen és tároló eszközön kell az adatokat, illetve a másolatokat tárolni;
- a tároló eszközökön biztosítani kell, hogy illetéktelen személyek az adatokhoz ne férjenek hozzá, azokat ne módosíthassák, törölhessék (fizikai és informatikai védelem);
- az adatvédelem során törekedni kell arra, hogy a rendszer az adatokhoz történő hozzáférést naplózza.

1.14.3. Az egészségügyi dokumentáció irattárból történő kikérése

Az Intézet alkalmazottja – az egészségügyi dokumentáció kikérése érdekében – az Irattárnak címzett kérelmében köteles megjelölni a kért egészségügyi dokumentációban szereplő beteg nevét, születési idejét, TAJ számát, a kezelés időpontját (év/hónap/nap), továbbá azon osztály megnevezését, ahol a beteget kezelték.

Az Irattárból kiadott iratról **ügyiratpótló lapot** készítenek, amelyet – mint elismervényt – az átvevő aláír. Az aláírt ügyiratpótló lapot az irattárban a kivett irat helyére kell helyezni. Ez tartalmazza az irat számát, tárgyát, az ügyintéző nevét, az átvétel (visszaadás) időpontját és a visszaadásra megjelölt határidőt.

Az egészségügyi dokumentáció irattárból történő kikérésére vonatkozó részletes rendelkezéseket egyebekben az Intézet Iratkezelési Szabályzata tartalmazza.



2. Járóbeteg-szakellátás

2.1. A járóbeteg-szakellátás meghatározása és részei

Az általános járóbeteg-szakellátás a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű egészségügyi ellátás, továbbá fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén a folyamatos szakorvosi gondozás.

A járóbeteg-szakellátás részeit képezik a Szakrendelők, a Foglalkozás-egészségügyi Szolgálatok, a Szakambulanciák és a Gondozóintézetek.

A járóbeteg szakrendelések általában betegfogadási lista szerint fogadják a betegeket.

2.2. Az előjegyzés nélkül és az előjegyzés útján igénybe vehető járóbeteg-szakellátások

Az Intézmény rendeletein előjegyzéssel és előjegyzés nélkül is igénybe lehet venni a szolgáltatásokat. Az előjegyzés szükségességét a rendelés saját hatáskörben határozza meg.

Minden esetben előjegyzés nélkül igénybe vehető az elsősegélynyújtás és a sürgős orvosi ellátás.

2.2.1. Előjegyzés nélkül igénybe vehető járóbeteg-szakellátások

Az előjegyzés nélkül igénybe vehető járóbeteg-szakellátások a következők:

- elsősegélynyújtás vagy sürgős orvosi ellátás,

Amennyiben a beteg vizsgálata során kiderül, hogy a beteg – kérése ellenére - nem igényel sürgős ellátást, akkor a beteget a házi orvosához kell irányítani, vagy előjegyzési időpontot kell számára adni.

A jogszabály alapján soron kívüli – nem azonnali - ellátásra jogosultak az előírt feltételeknek megfelelő keresőképtelen állományban lévő betegek. Ezen túlmenően daganatos betegség gyanúja esetén a diagnózishoz szükséges CT-MR vizsgálatokat 14 napon belül el kell végezni!

2.2.2. Betegfogadási lista

2.2.2.1. Az Intézet azokról az ellátásokról, amelyek nem tartoznak az előjegyzés nélkül igénybe vehető szakellátások közé – amennyiben a beteg egészségi állapota alapján nem indokolja az azonnali ellátást – **betegfogadási listát** vezet (előjegyzéssel igénybe vehető járóbeteg-szakellátások). A betegfogadási lista a betegellátás sorrendjét szakrendelésenként, az ellátás igénybevételének időpontjával határozza meg.

A betegfogadási listára kerülést a beteg vagy – a beteg belegegyezése esetén – házi orvosa vagy kezelőorvosa kezdeményezheti személyesen, telefonon az előjegyzésen, vagy elektronikus úton.

A beteget, visszarendelés esetén, a betegfogadási listára a szakrendelés orvosa – a beteggel történő egyeztetés alapján – jegyzi elő, amely tartalmazza a beteg jelentkezésének időpontját (év, hónap, nap, óra, perc).

Amennyiben az Intézet a beavatkozást – a betegfogadási lista vezetésére vonatkozó szabályok betartásával, szabad kapacitása terhére – előzetes időpont egyeztetése nélkül, az ellátásra történő jelentkezéskor elvégzi, a betegfogadási listára történő felkerülés időpontjaként az ellátására való jelentkezés időpontját kell feltüntetni.

Az előjegyzés útján igénybe vehető ellátást a betegfogadási lista alapján, az abban meghatározott időpontban lehet az Intézetben igénybe venni.





Intézményünkben - amennyiben a biztosított egészségi állapota nem indokolja az azonnali ellátást - a betegellátás sorrendjét - szakrendeléseenként, az ellátás igénybevételének időpontjával meghatározó lista.

A betegfogadási listát a medikai rendszer ambuláns moduljából állítja elő az Informatikai osztály.

2.2.2.2. A betegfogadási lista vezetése tekintetében az azonnali ellátás nyújtásának indokoltságáról, a vonatkozó jogszabályokban foglalt szempontok figyelembe vétele mellett

a) *beutaló alapján nyújtott ellátás* igénybevételekor a háziorvos javaslatára az adott szakrendelés orvosa

b) *beutalót nem igénylő esetben* az adott szakrendelés orvosa

dönt. A döntést és annak indokát az adott beteg egészségügyi dokumentációjában rögzíteni kell.

Amennyiben a beteg szakorvosi vizsgálatára állapotromlás miatt az előjegyzett időnél korábban lenne szükség, úgy a háziorvos – rendelési idő alatt az adott szakorvostól - telefonon kérheti a beteg idő előtti vizsgálatát.

2.2.2.3. A betegfogadási lista összeállításánál figyelembe kell venni a tárgyidőszakot megelőző három hónap betegforgalmi adatai alapján

a) az azonnali ellátást, valamint a kontrollt igénylő esetek várható számát,

b) azokat a gondozott betegeket, akik rendszeres ellátást igényelnek,

c) a szakorvosi konzíliumot, továbbá a fekvőbeteg-ellátó intézményben ellátott beteg számára igényelt konzíliumot, valamint

d) szakértői eljárás keretében elrendelt orvos-szakmai szakvélemény kiadásához szükséges szakvizsgálatot.

2.3 A Szakrendelőben és Szakambulancián beutalóval vagy a nélkül igénybe vehető szakellátások

A beteg a Szakrendelőben és a Szakambulanciákon a járóbeteg-szakellátást – a jelenleg hatályos jogszabályok alapján - beutalóval jogosult igénybe venni, az alábbi esetek kivételével:

a) sürgős szükség esetén

b) szakorvosi rendelő által nyújtott:

ba) bőrgyógyászati

bb) nőgyógyászati (genetikai tanácsadás, menopausa, terhes gondozás)

bc) urológiai, férfi egészség ambulanciái,

bd) pszichiátriai és addiktológiai,

be) fül-, orr-, gégészeti,

bf) szemészeti,

bg) általános sebészeti,

bh) onkológiai

szakellátást.

2.4 Valamennyi járóbeteg-szakellátás során vezetett dokumentáció

2.4.1. Medikai rendszer, az ambuláns modul

2.4.1.1. A Szakrendelőben és a Szakambulanciákon történő járóbeteg-szakellátások keretében felvett betegekről vezetett elektronikus nyilvántartást az ambuláns modul, illetve önálló járóbeteg medikai rendszer biztosítja.

Az ambuláns modul lehetőséget biztosít az Intézetben:

a) aktuálisan kezelt,

b) az adott munkahelyen egy megadott dátumintervallumban valaha megjelent,

c) a központi nyilvántartásban szereplő (az Intézetben bárhol megjelent) és

d) egy megadott dátum intervallumban előjegyzésben lévő



betegek nyilvántartására és a beteglistában (a továbbiakban: **beteglista**) való kereshetőségére.

e) a medikai rendszerben keletkezett digitális képek, korábbi leletek megtekintésére

2.4.1.2. Az ambuláns modul részei a következők:

- a) betegkarton, amely tartalmazza a beteg személyéhez, valamint megjelenéséhez fűződő adatokat,
- b) felvételi ablak, melyen belül lehetőség van a személyi adatok és az adott megjelenésre vonatkozó adatok rögzítésére alapvető NEAK adatok megadására (prioritás, kezelő orvos, beküldő, beküldő orvos, térítési kategória, jelentkezés módja, ellátás típusa), vizsgálatok, beavatkozások rögzítése,
- c) elektronikus konzílium- és vizsgálatkérések,
- d) vényre rendelt terápia rögzítése, recept, eRecept felírása,
- e) távozási adatok, melyek segítenek előkészíteni a beteg elbocsátását, megjelenésének lezárását,
- f) E adatlap az E térítési kategóriával rendelkező betegek esetén,
- g) beteg kezelésének lezárása, elbocsátása, a lelet, szükség szerint a beleegyezési nyilatkozat nyomtatása,
- h) előjegyzés rögzítése,
- i) táppénzre vételhez szükséges adatlap,
- j) gondozás rögzítése a beteg egyes megjelenéseivel kapcsolatosan.

2.4.1.3. Az adott szakrendelésre, szakambulanciára, diagnosztikus munkahelyre felvett betegeket a Központi Betegfelvételi Iroda dolgozója jogosult törölni az ambuláns modulból. Törlésre kizárólag a rendelés által a torles@bajcsy.hu e-mail címre megküldött, írásbeli kérelemre kerül sor. Ezen kérelem kötelező tartalmi elemei:

- a) a törlést kérő szervezeti egység/osztály megnevezése,
- b) a törlést kérő személy neve,
- c) a beteg neve, TAJ száma,
- d) a megjelenés pontos dátuma (év, hónap, nap, óra, perc)
- e) a törlés indoka.

A törlési kérelmeket tartalmazó e-maileket a Központi Betegfelvételi Irodában dolgozó személy folyamatosan (munkaidőben) végzi. Amennyiben a megjelenés törlése iránti kérelem nem felel meg a fenti feltételeknek, arról a Központi Betegfelvételi Iroda dolgozója a kérelmezőt értesíti, és ezzel egyidejűleg tájékoztatja, hogy a fentieknek megfelelő kérelem megküldéséig a megjelenés nem kerül törlésre az ambuláns modulból.

2.4.1.4. Az ambuláns modulból történő törlés, javítás folytán szükségtelenné vált szövegrészeket – a jelen Szabályzat 1.4.7. pontjával összhangban – minden esetben úgy kell törölni, hogy a törölt szövegrész olvasható maradjon és a törlést kérő és végrehajtó személy kiléte megállapítható legyen.

2.4.2. Ambuláns lap és elszámolási nyilatkozat

Az ambuláns lapot a beteg ambuláns vizsgálatainak összegzéséről a kezelőorvos állítja ki a medikai rendszerben. Az ambuláns lapon a diagnózisoknak szövegszerűen és BNO számmal együtt kell szerepelnie. Az ambuláns lapon az orvos neve alatt a pecsétszámát is nyomtatva kell szerepeltetni. A beteg részére, annak elbocsátásakor köteles egy példány aláírt leletet átadni!

2.4.2.1. Az ambuláns lap általában kötelező tartalmi elemei a következők:

- a) kiállító megnevezése, azonosítója, ÁNTSZ kódja,
- b) beteg azonosító adatai (név, születési dátum, anyja neve, lakcím, TAJ szám),
- c) eset azonosítók (esetszám, naplószám)
- d) a beteg megjelenésének időpontja (év, hónap, nap, óra, perc),
- e) kórelőzmény,





- f) anamnézis, a beteg aktuális panaszai,
- g) állapotfelmérés eredményeinek rögzítése (a beteg iránydiagnózisának és a beteg kivizsgálási tervének dokumentálása érdekében), kezelési terv, diagnosztikus terv felállítása, amely a szakmai irányelvek, protokollok, egyéb szakmai előírásokra épül,
- h) elvégzett vizsgálatok és vizsgálati eredmények (fizikális, laboratóriumi, képalkotó, egyéb)
- i) status, diagnózis (BNO kóddal),
- j) javasolt terápia:
 - ja) gyógyszeres útmutatás: felírt gyógyszerek, vények száma,
 - jb) gyógyászati eszközökre vonatkozó javaslat, ennek receptre történő felírásának ténye,
 - jc) életmódbeli és diétás korlátozások,
- k) javasolt további szakvizsgálat (továbbutalás ténye),
- l) szükség szerint a kontroll időpontja (visszarendelés ténye),
- m) dátum, az orvos aláírása, pecsétlenyomata.

2.4.2.2. Az ambuláns lap szükségszerű tartalmi elemei:

- a) invazív beavatkozás esetén a tájékoztatás lényeges elemei, a beteg beleegyezése, illetve a beavatkozás után az ambuláns megfigyelés ténye,
- b) rehabilitáció elrendelése,
- c) betegszállítás szükségessége esetén mentőszállítási utalvány kiállításának rögzítése,
- d) utazási utalvány kiállítása tényének rögzítése,
- e) a beteg megjelenéséről igazolás kiállítása munkáltató/iskola felé.

2.4.3. Táppénzes napló

Az illetékes vezető felhatalmazása alapján táppénzes jogosultsággal rendelkező járóbeteg-szakellátáson (Szakrendelők, Gondozó Intézetek) dolgozó asszisztens táppénzes naplót vezet, a felülvizsgálatra jogosult orvos időszakonként történő ellenőrzése mellett, aki az ellenőrzés tényét – aláírásával és pecsétjével ellátva – rögzíti az ambuláns naplóban.

A táppénzes napló kötelező tartalmi elemei:

- a) a beteg személyazonosító adatai,
- b) diagnózis és a diagnózis BNO kódja,
- c) a táppénzzel érintett időtartam kezdete és vége,
- d) a táppénzes állomány kódja,
- e) az orvos megnevezése,
- f) az adatokat feltüntető személy aláírása, dátum.

2.4.4. Az ambuláns napló

Szakrendelésenként és a Szakambulanciánként vezetett papír alapú nyilvántartás, mely a medikai rendszer validált elemeiből épül fel.

Részei:

1. **Ambuláns lapok:** az adott rendelési napon a medikai rendszerbe felvett valamennyi beteg Ambuláns lapjának elektronikusan rögzített másodpéldánya.
Mellékletei: - Beutaló: a beutaló köteles szakellátás esetén,
- Beleegyező nyilatkozat: amennyiben szükséges a beavatkozáshoz.
2. **Napi betegforgalmi listák:** A rendelést végző orvos a rendelés befejezésekor a számítógépes nyilvántartás tárgynapi listáját (minimálisan: rendelés kódja, naplósorszám, TAJ szám, név, születési idő) kinyomtatja, majd aláírásával és személyi bélyegzőjével hitelesíti. Ez a lista zárja le az adott naphoz tartozó Ambuláns lapokat.

Az ambuláns lapok és a napi betegforgalmi listák archiválása a visszakereshetőség biztosítása mellett történik- az NEAK szerződés szerinti szakrendelésenként-, havi bontásban.



2.5. A gondozóintézetekre vonatkozó szabályok

2.5.1. A gondozóintézetekben beutalóval vagy anélkül igénybe vehető gondozói szakellátások

A beteg a gondozóintézetekben a járóbeteg-szakellátást beutalóval jogosult igénybe venni az alábbi esetek kivételével:

a) sürgős szükség esetén, továbbá

ba) az ideggondozó,

bb) a bőr és nemi beteg gondozó,

bc) tüdőgondozó,

bd) onkológiai gondozó

c) kúraszerű ellátások (pl. Infúzió, gyógytorna, fizioterápia, gyógymasszázs stb)

által nyújtott ismételt szakellátások, továbbá a tüdőgondozói dohányzásról leszoktató programban való részvétel esetén.

2.5.2. gondozási törzskarton

A gondozási törzskartonon feltüntetésre kerülő adatok a következők:

a) törzslapszám (nyilvántartási szám)

b) személyi adatok (név, születési név, anyja neve, családi állapot, foglalkozás, lakcím)

c) a beteg megjelenésének időpontja (év, hónap, nap, óra, perc),

d) kórelőzmény,

e) felvételi vizsgálatok eredményei,

f) intézkedések,

g) dátum, az orvos aláírása, pecsétlenyomata.

Valamennyi gondozóintézet saját területére vonatkozó törzskarton formanyomtatványt használ. A törzskarton vezethető kizárólag elektronikus formában a medikai rendszerben is. A törzskartonok férfiak-nők szerint – illetőleg ennek megfelelő (piros-kék) szín alapján – kerülnek elkülönítésre. A gondozóintézeteknél a törzskarton mellett szükség esetén ambuláns lap is felvételre kerül.

A gondozási törzskartonon feltüntetett adatokról a gondozóintézetek elektronikus formában is nyilvántartást vezetnek.

2.6. Foglalkozás-egészségügyi Szolgálatok

2.6.1. A Foglalkozás-egészségügyi Szolgálatok feladatköre

A foglalkozás-egészségügyi szolgálat olyan, alapellátáshoz tartozó, elsősorban preventív szolgálatot jelent, amelynek feladata:

a) a munkahelyi megterhelés (fizikai, szellemi, lelki) és a munkakörnyezeti kóroki tényezők (fizikai, kémiai, biológiai, pszichoszociális, ergonómiai) felkutatása, folyamatos ellenőrzése;

b) javaslattevés ezek egészséget nem károsító szinten tartásának módszereire;

c) a munka adaptálása a munkavállalók képességeihez testi, szellemi és lelki egészségi állapotuknak megfelelően;

d) a munkavállalók egészségének előzetes, majd időszakos ellenőrzése munkájukkal kapcsolatban.

e) A Foglalkozás-egészségügyi Szolgálatok feladatait részletesen a 27/1995. (VII. 25.) NM rendelet tartalmazza.

f) A Foglalkozás-egészségügyi Szolgálatok látják el továbbá a gépjárművezetői és fegyverviselési engedélyhez szükséges vizsgálatok elvégzésével kapcsolatos feladatokat.

2.6.2. Az egészségügyi törzslap





2.6.2.1. A munkaköri és a szakmai alkalmasság vizsgálatát és véleményezését első fokon végző orvos a 33/1998. (VI.24.) NM rendelet 13. számú melléklete szerinti **Munkavállaló egészségügyi törzslapja** elnevezésű nyomtatványt (a továbbiakban: **egészségügyi törzslap**) állítja ki; a személyi higiénés alkalmasság vizsgálatát és véleményezését végző orvos az eredményt a vizsgált személy egészségügyi dokumentációjában tünteti fel. A véleményező orvos az alkalmasság elbírálásához szükséges vizsgálatokat végzi el és az egészségügyi törzslap más rovatait áthúzza.

A munkavállalói törzslap kizárólag elektronikus formában a medikai rendszerben is vezethető.

2.6.2.2. A 33/1998. (VI.24.) NM rendelet 1. számú mellékletben szereplő munkakörökben dolgozó munkavállaló, tanuló és hallgató, illetve e területeken tevékenységet folytató munkát végző személy kitölti és aláírja – a vizsgálatot végző orvos által rendelkezésre bocsátott – a 33/1998. (VI.24.) NM rendelet 2. számú melléklete szerinti **Egészségügyi Nyilatkozatot**, amelyet a foglalkozás-egészségügyi orvos megőriz. A vizsgálatot végző orvos ugyanakkor kitölti, aláírja és a vizsgált személlyel aláírattja a 33/1998. (VI.24.) NM rendelet 17. számú mellékletében szereplő **Egészségügyi Nyilatkozat és vizsgálati adatok** című könyvecskét, amelyet a vizsgált személy őriz meg.

2.6.2.3. A fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet 2. számú mellékletében felsorolt tevékenységet végző egészségügyi dolgozókkal – az előzetes vizsgálatot és véleményezést követően – a munkaköri alkalmasságot vizsgáló orvos nyilatkozatot írat alá, amelyben a vizsgált személy vállalja, hogy ha egészségi állapotában változás következik be, azt kivizsgálhatja és HIV fertőzés, HCV vagy HBV vírushordozás esetén erről az érintett az egészségügyi intézmény orvos-igazgatóját tájékoztatja. A fenti vírusok valamelyikének hordozása esetén a munkaköri alkalmasságot elbíráló orvos az alkalmassági véleményben feltünteti „a 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet 2. számú mellékletében meghatározott beavatkozásokat nem végezhet” megjegyzést.

2.6.2.4. Az egészségügyi törzslapot a munkaköri, illetve szakmai alkalmasságot első fokon elbíráló szerv őrzi meg. A munkahigiénés és foglalkozás-egészségügyi szerv által végzett szakmai alkalmassági vizsgálat során kiállított törzslapot az illetékes szakképző és felsőoktatási intézmény iskola orvosa őriz meg.

A munkaviszony megszűnésekor – záró vizsgálatra kötelezett munkakörben alkalmazott munkavállaló esetében a záró vizsgálatok elvégzése után – a munkaköri, illetve szakmai alkalmassági vizsgálatot első fokon véleményező kiállítja az egészségügyi törzslap kivonatát. A munkavállaló részére átadja a munkakörének, illetve szakmai alkalmasságának vizsgálatára vonatkozó adatokat azzal, hogy új munkahelyén az alkalmassági vizsgálatot végző orvosnak mutassa be azt.

Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény alapján az egészségügyi dokumentációt az adatfelvételtől számított legalább 30 (harminc) évig – a biológiai tényezők hatásának kitett munkavállaló esetén 40 (negyven) évig – a munkaköri, illetve szakmai alkalmasságot első fokon elbíráló szerv őriz meg.

A gazdálkodó szervezet részére foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatást nyújtó szolgáltatóban bekövetkezett változás esetén az egészségügyi dokumentáció kivonatát át kell adni a foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatást nyújtó új szolgáltató részére.

Az egészségügyi törzslaphoz csatoltan került megőrzésre a munkavállaló valamennyi, a Foglalkozás-egészségügyi Szolgálathoz benyújtott egészségügyi dokumentum (beutalók, vizsgálati eredmények, stb.).





3. Fekvőbeteg szakellátás

Az általános fekvőbeteg szakellátás a betegeknek a TEK alapján, a működési engedélyben meghatározott területi ellátási kötelezettség szerint fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátása. Ezen ellátás lehet:

- a) folyamatos benntartózkodás mellett végzett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás, ideértve a hosszú ápolási idejű ellátásokat is,
- b) az a) pontban foglalt céllal, meghatározott napszakokban történő ellátás,
- c) olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozás, amelyet követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges, illetve a megfigyelési idő alatt – szükség esetén – a további azonnali egészségügyi ellátás biztosított.

Ennek igénybevétele a beteg folyamatos ellátását végző orvos, a kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy beutalása, valamint a beteg jelentkezése alapján történik.

Emellett az egyes speciális diagnosztikai és terápiás háttérrel, illetve szakmailag összetett feladatok megoldását igénylő betegségek gyakorisága alapján meghatározott lakosságszámra speciális fekvőbeteg szakellátás működik. Ezen speciális fekvőbeteg szakellátás:

- a) a járóbeteg-szakellátást vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között nyújtott szakellátást végző orvos,
- b) sürgős szükség fennállása esetén, illetőleg a területi ellátási kötelezettséggel összefüggésben a beteg ellátását végző orvos, illetve mentőorvos vagy mentőtiszt,
- c) a speciális ellátásra indokul szolgáló szakmai feltételek esetén a háziorvos beutalása alapján vehető igénybe

3.1. Az intézményi várólista

3.1.1. Az intézményi várólista a fekvőbeteg ellátó intézményben a betegellátás sorrendjét meghatározó jegyzék, amely – a központi várólista alapján igénybe vehető ellátások kivételével – az egészségügyi ellátások meghatározott sorrend szerinti elvégzése érdekében, továbbá tartós kapacitáshiány esetén kerül kialakításra. (Ebtv. 5/B. § k) pont)

Az intézményi várólistát a 287/2006. (XII.23.) Kormányrendelet 5. számú mellékletében meghatározott ellátások, továbbá azon fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátások esetében – beavatkozás csoportonként – kötelező vezetni, ahol a biztosított ellátására tartós kapacitáshiány miatt nincs lehetőség. Tartós kapacitáshiány akkor áll fenn, ha az Intézet a fekvőbeteg-szakellátást a beteg részére a jelentkezését követő 60 (hatvan) napon belül nem tudja biztosítani.

Az Intézetnél – az Intézményi Várólista és Betegfogadási Lista Vezetésének valamint az Intézményi Várólista Bizottság ügyrendjének Szabályzata alapján – Intézményi Várólista Bizottság működik, amely szerv feladata a betegellátás sorrendjét meghatározó szakmai jegyzék kidolgozása arra vonatkozóan, hogy mely beavatkozás csoportok tekintetében indokolt intézményi várólista kialakítása, a biztonságos és törvényi előírásoknak megfelelő betegellátás biztosítása mellett.

3.1.2. Az intézményi várólistára való felkerülést – a beteg megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezése után – a beteg kezelőorvosa kezdeményezi. Az intézményi várólista beavatkozás csoportonként tartalmazza a beteg adatait, az igényelt ellátás szempontjából lényeges egészségügyi adatait, az intézményi várólistára felkerülés indokait, valamint az ellátás várható időpontját, illetve a beteg azonosítására alkalmas várólista kódszámot. Az intézményi várólistában szereplő adatok az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 3. § a) és b) pontjaiban meghatározott egészségügyi- és személyazonosító adatnak minősülnek.

Az Intézet a területi ellátási kötelezettségén kívül eső beteg intézményi várólistára történő felvételét megtagadhatja, ha ezáltal a területi ellátási kötelezettségű feladatnak folyamatos ellátását – a várólista alapján nyújtható ellátások vonatkozásában – a területen kívüli beteg fogadása veszélyezteti.





Az intézményi várólista betartását az érintett osztályvezető főorvos köteles felügyelni. Ennek elmaradása, illetve a rendszer osztályon belüli hatékony működéséhez szükséges intézkedések megtételének elmulasztása esetén, teljes felelősséggel tartozik.

3.1.3. Az intézményi várólista vezetése tekintetében az azonnali ellátás nyújtásának indokoltságáról, a vonatkozó jogszabályokban foglalt szempontok figyelembe vétele mellett a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást végző egészségügyi szolgáltató esetében a beteg kezelőorvosa dönt. A döntést és annak indokát az adott beteg egészségügyi dokumentációjában rögzíteni kell.

Az intézményi várólistán szereplő betegeket az ellátás szakmai indokoltsága, várható eredménye alapján kialakított sorrend szerint kell ellátásban részesíteni. Amennyiben a betegek között szakmai szempontok alapján nem lehet különbséget tenni, őket a várólistára való felkerülésük időrendi sorrendjében kell ellátásban részesíteni.

Irányadó a mindenkor hatályos Intézményi Várólista és Betegfogadási Lista Vezetésének valamint az Intézményi Várólista Bizottság ügyrendjének Szabályzata.

3.1.4. Amennyiben a beteg kezelőorvosa a beteg jelzése alapján, vagy a beteg vizsgálata során észleli, hogy az intézményi várólistán lévő beteg az ellátás igénybevételére a várólistán megadott időpontban – a beteg állapotában bekövetkezett változás miatt – nem alkalmas, akkor azt haladéktalanul jelzi a várólistát vezető személynek. Ez esetben a beteg az ellátást az igénybevételére történő alkalmasság orvosi vizsgálattal történő megállapítását követő – a várólistán elfoglalt helye szerinti – lehető legkorábbi időpontban kapja meg. A halasztás a beteg intézményi várólistán elfoglalt helyét kedvezőtlenül nem módosíthatja, amennyiben azonban annak szakmai feltételei fennállnak, az adott beavatkozás más – az intézményi várólistán lévő soron következő – betegnél is elvégezhető. A beteg alkalmasságát az ellátás igénybevételére a kezelőorvos jelzi a várólistát vezető személynek, aki az értesítést követően a kezelőorvossal egyeztetve megjelöli az új időpontot.

3.2. Az általános fekvőbeteg-ellátás során vezetett dokumentáció

3.2.1. A betegazonosító karszalag

3.2.1.1. A betegazonosító rendszer működése érdekében az Intézet fekvőbeteg-szakellátó osztályai **betegazonosító karszalagot** kötelesek alkalmazni az Intézet Szervezeti és Működési Szabályzatában meghatározott feltételek szigorú betartása mellett.

3.2.1.2. A betegazonosító karszalag akkor alkalmazandó, ha a beteg bármilyen okból kommunikációra képtelen, vagy a kommunikációban akadályozott, illetve térben és időben saját maga azonosítására képtelen. **Sürgős szükségben**, amennyiben a beteg kommunikációra képtelen vagy ebben akadályozott, **illetve a beteg tudatát befolyásoló beavatkozások (pl. altatás alatt végzett műtétek) alkalmával**, minden esetben alkalmazni kell a betegazonosító karszalagot.

3.2.1.3. Cselekvőképes beteg részére lehetővé kell tenni, hogy – az azonosító rendszerről való kötelező tájékoztatás után – igénybe vegye a betegazonosító rendszert. Amennyiben a beteg az azonosító rendszer használatát igényli, ennek tényét a beteg kórlapján fel kell tüntetni és ezt a beteggel alá kell írni.

Korlátozottan cselekvőképes és cselekvőképtelen beteg esetén a jelen lévő törvényes képviselő dönthet a betegazonosító rendszer használatáról illetve ennek elutasításáról. Ennek tényét a beteg kórlapjára fel kell vezetni és alá kell írni a törvényes képviselővel.

3.2.1.4. Amennyiben a betegazonosító karszalag alkalmazása szükségtelessé válik vagy annak eltávolítását a beteg írásban kéri, a karszalagot el kell távolítani. A karszalag alkalmazása szükségességének eldöntése a kezelőorvos feladata.

A karszalag felhelyezésének, illetve eltávolításának tényét és indokát a beteg kórlapjában rögzíteni kell.





3.2.1.5. A beteget minden egyes ellátási esemény előtt azonosítani kell oly módon, hogy a betegazonosító karszalagon feltüntetett adatokat a kórlapon, a vizsgálatkérő lapon, illetve a leleten feltüntetett személyazonosító adatokkal össze kell hasonlítani.

Kötelező a beazonosítás a betegazonosító karszalag szerint is – a beteget kísérő dokumentációval történő összevetés alapján – különösen minden diagnosztikai és invazív beavatkozás előtt, műtétek előtt, más szervezeti egységbe történő átadás-átvétel esetén, továbbá minden szállítás alkalmával. A beazonosítás tényét – az időpont megjelölésével, aláírással ellátva – fel kell vezetni a beteg dokumentációjába. Amennyiben az azonosításnál az ellenőrzést végző egészségügyi dolgozó eltérést, illetve hibát észlel, úgy köteles ennek tényét az átadás-átvétel során az egészségügyi dokumentációban feltüntetni és szóban jelezni.

3.2.1.6. A betegazonosító karszalagot a beteg kórházból történő távozásakor lehet csak eltávolítani. Az eltávolítás után a karszalagot meg kell semmisíteni, illetve gondoskodni kell arról, hogy ne legyen többé felhasználható. A megsemmisítés szétvágás útján történik. Az azonosító levételéért a beteg kezelését ellátó orvos a felelős.

3.2.1.7. A betegazonosító karszalagot a betegfelvételt végző vagy a kezelőorvos döntése alapján, a beteg felvételét vagy ellátását végző egészségügyi dolgozó köteles kitölteni filctollal vagy golyóstollal és felhelyezni a beteg csuklójára, az alábbiakban meghatározott adatok rögzítésével. Az egyes adatcsoportokat a szabályzat szerint megállapított sorrendben kell felvezetni, és egymástól kötőjellel kell elválasztani.

3.2.1.8. A betegazonosító karszalag külső oldalára kell felvezetni:

- a) „BZSK” megjelölést;
- b) a beteg nevének kezdőbetűit (ismeretlen nevű beteg esetén: „XY” megjelölés);
- c) a felvétel dátumát;
- d) az osztály kódját;
- e) a kiíró könyv szerint meghatározott, az adott beteg felvételének sorszámát;

A betegazonosító karszalag belső oldalára kell felvezetni: a felvevő osztály rövid megnevezését, a beteg TAJ számának utolsó négy számjegyét (amennyiben rendelkezik TAJ számmal).

3.2.2. Az osztályos modul

3.2.2.1. A fekvőbeteg-ellátás keretében felvett betegekről vezetett elektronikus dokumentációt a medikai rendszer osztályos modul biztosítja.

Az osztályos modul lehetőséget biztosít az Intézetben kezelt betegek nyilvántartására és

- a) az Intézet meghatározott osztályán és időintervallumon belül megjelent,
- b) az Intézet bármely osztályán valaha megjelent,
- c) az Intézetben aktuálisan kezelt,
- d) az intézményi várólistában szereplő, előjegyzett

betegek listázása alapján a beteglistában való kereshetőségre.

3.2.2.2. Az osztályos modul Intézetben használt részei a következők:

- a) betegfelvétel, új beteg felvétele: személyi adatok, előző betegségek, aktuális rizikófaktor, aktuális családi anamnézis, megjelenéshez kötődő adatok, felvételi diagnózisok, felvételi adatok,
- b) kezelési adatok, kezelési kockázat, jelen panasz, felvételi státusz, adaptációs szabadságra küldés, áthelyezés,
- c) dekurzus,
- d) beavatkozások,
- e) on-line vizsgálatok,
- f) műtétek dokumentációja,
- g) digitálisan tárolt képek (rtg, CT, MR, UH),
- h) jelentendő diagnózisok,
- i) távozás: távozási adatok, elbocsátási státusz, vényre (e Receptre) rendelt gyógyszerek, kiadott szakorvosi javaslatok





j) epikrízis.

3.2.2.3. Az osztályos modulból történő törlés, javítás folytán szükségtelenné vált szövegrészeket – a jelen Szabályzat 1.4.7. pontjával összhangban – minden esetben úgy kell törölni, hogy a törölt szövegrész olvasható maradjon és a törlést kérő és végrehajtó személy kiléte megállapítható legyen

3.2.3. Az orvosi dokumentáció: A KÓRLAP és annak részei

*A beteghez rendelt egyedi azonosítót a beteg valamennyi egészségügyi dokumentációján feltüntetik.

A betegdokumentáció adatai és információi időrendben kerülnek rögzítésre.* (F.BEF.2)

3.2.3.1. A KÓRLAP

A kórlap - összefoglaló néven - a fekvőbeteg-ellátás során keletkező valamennyi egészségügyi dokumentációt tartalmazza.

A kórlapot minden esetben a beteg kezelőorvosa köteles pontosan, valóságghűen vezetni. Az Intézetben a kórlap elektronikus úton kerül vezetésre, míg a kórlap papír alapú mellékletei a beteg egyedi azonosítójával ellátott dossziéjában kerülnek elhelyezésre. A betegdokumentáció és ezen belül a kórlap megfelelő vezetésének hatékony felügyeletéért az osztályvezető tartozik felelősséggel.

3.2.3.1.1. A kórlap főoldal

A kórlap főoldal a medikai rendszerben kerül kitöltésre.

Kötelező tartalmi elemei:

- a) az Intézet megnevezése, címe, telefonszáma, fax száma,
- b) az illetékes betegellátó osztály megnevezése, osztálykódja,
- c) osztályvezető főorvos neve,
- d) a beteg személyi adatai, TAJ száma, törzsszáma,
- e) a beteg felvételének és távozásának időpontja,
- f) a térítési díj fizetésére köteles beteg esetében – a kórlap előlapján – ennek ténye.

*Az első állapotfelmérés anamnézis felvételből, fizikális vizsgálatból, az iránydiagnózis megállapításából és az ellátási terv elkészítéséből áll. Az első állapotfelmérést a lehető legrövidebb időn belül el kell végezni, és annak eredményeit meghatározott módon a betegdokumentációban rögzíteni kell *(F.BEV.1.1)

a) anamnézis

A beteg élet- és munkakörülményeire, a beteg családtagjainak egészségi állapotára, eddigi megbetegedéseire, esetleges gyógyszerallergiájára, egészségügyi szempontból jelentős szokásaira, jelenlegi betegségével kapcsolatos panaszaira kiterjedő kórelőzmény leírás, utalással a beteg beutalójára és diagnózisára.

b) jelen panaszok

c) felvételi status

A kezelőorvos a beteg vizsgálatát követően, annak eredménye(i) alapján rögzített, a vizsgálat idejében fennálló állapot leírása.

d) felvételi diagnózis(ok)

e) Cave, Transzfúzió, Vércsoport

f) Gyógyszerei

A kórlap főoldalát a betegfelvételt végző kezelőorvos az általa elektronikus úton felvett adatokkal, a medikai rendszerből kinyomtatja, papír alapra – amit aláírásával és pecsétjével hitelesít – és elhelyezi a beteg dokumentációjában.





3.2.3.1.2. Lázlap

A lázlap papír alapon vezetett dokumentum, amely tartalmazza a beteg a személyi adatait feltüntető azonosító etikettet, diagnózisát.

továbbá napi bontásban a beteggel történeteket, így különösen:

- a) elrendelt vizsgálatok, beavatkozások,
- b) gyógyszeres terápia, étrend, gyógytorna, fizioterápia, gyógy masszázs, pszichoterápia,
- c) konzílium kérések,
- d) vitális paraméterek (légzés, pulzus, vérnyomás),
- e) testnedvek (széklet, vizelet),
- f) testhőmérséklet (naponta 1x, műtétes osztályokon 2x), testsúly adatait.

Intézetünkben a Központi Intenzív osztályon, ICE-ben, valamint a Neurológia stroke subintenzív részlegén vezetett észlelőlapok kialakítására és vezetésére a lázlap vezetésének szabályai vonatkoznak.

Jelölések a lázlapon:

- vércsoportját (piros tintával)
- esetleges gyógyszerallergiáját (piros tintával)
- elrendelt diétáját
- Műtét napja: piros nagy **M** betűvel és műtét típusával, re operációt REOP jellel ellátva.
- Transzfúzió adása: A transzfúzió tényét, a beadott készítményt és mennyiségét piros színnel jelölve, a készítmény azonosító címkéjét beragasztva, a transzfúziót végző aláírásával.
- MRSA pozitivitást,
- fokozottan ellenőrzött szernek minősülő gyógyszerek esetén: az elrendelést a lázlapon az elrendelő (jelölve: kábítószer neve, hatáserőssége, napi adagolása) aláírásával, pecsétjével elrendeli, ezzel összhangban a decursus lapon a beadást, az Ápolási betétlapon a beadás időpontját (óra, perc) az alkalmazó személy aláírásával köteles igazolni.
- Beteg távozása: a távozás napját EX bejegyzéssel, orvos aláírással, pecséttel ellátva.

A lázlapon a fenti adatokat olvashatóan, nyomtatott betűkkel kell feltüntetni, az adatok rögzítője köteles azt aláírásával és pecsétjével ellátni. **A lázlapot a kezelőorvos vezeti, ápoló kizárólag a beteg hőmérsékletének, pulzusának, vérnyomásának feltüntetésére és testnedvei megfigyelésének rögzítésére jogosult.** A lázlapokat a kórlaphoz időrendi sorrendben kell csatolni.

3.2.3.1.3. Decursus lap

* Az orvosi ellátási szükségletetek kivizsgálási és kezelési tervben kerülnek rögzítésre.* (F.BEV.1.1)

A beteg állapotának leírását, a betegség lefolyását, az esetleges konzíliumokat és egyéb vizsgálatok elvégzését tartalmazza.

A decursus lapot a beteg kezelőorvosa napi bontásban vezeti a betegre vonatkozó történésekről és körülményekről, így különösen:

- a) felvételi diagnózist,
- b) kezelési tervet, műtéti tervet és ennek módosításait,
- c) orvos és nem orvos által észlelt körülményeket,
- d) vizsgálatok, konzílium(ok) eredményeit,
- e) transzfúzió adása esetén ennek megtörténtét és indokát,
- f) az elvégzett beavatkozásokat,
- g) a beteg életfunkcióinak jellemzőit és az ezzel kapcsolatos változásokat,
- h) a betegről átvett dokumentumokat rögzítő kórházi átadási jegyzéket,





- i) Korlátozó intézkedések dokumentálása: a jelen Szabályzat 1.4.4.pontja tartalmazza
j) a kezelés lezárásának várható időpontját.

A decursus lap elektronikus úton vagy papír alapon kerül vezetésre. Amennyiben a decursus lap vezetése:

- elektronikus úton történik, a kezelőorvos a beteg kezelése során tett bejegyzései mellett a nevét feltünteti. A kezelőorvos a beteg távozásakor a decursus lapot kinyomtatja, lepecsételi, aláírásával ellátja és elhelyezi a beteg „kórlap” megnevezésű dossziéjában.
- papír alapon történik, azt a kezelőorvos nyomtatott betűkkel, olvashatóan vezeti, minden bejegyzést követően aláírásával és pecsétjével ellátja.

* Az ellátás folyamán a beteg állapotát megfelelő időközönként ismételt felméri, ennek alapján meghatározzák a beteg reagálását a kezelésre, megtervezik a további kezelést vagy elbocsátást.* (F.BEGY.3)

A kezelőorvos a beteg osztályos kezelésének befejezésekor vagy a beteg kezelésének átadása esetén a decursus-t lezárja, aláírja és személyi bélyegzőjével ellátja.

3.2.3.1.4. Diagnosztikai vizsgálatok validált leletei

A diagnosztikai vizsgálatok validált leleteire vonatkozó rendelkezéseket a jelen Szabályzat 1.7. pontja tartalmazza.

3.2.3.1.5. A beteg nyilatkozatai

A jelen pontban meghatározott nyilatkozatokat a beteg vagy a jelen Szabályzat 1.6.1. pontjában meghatározott, a beteg helyett aláírásra jogosult személy jogosult megtenni. A nyilatkozatok kitöltéséért a kezelőorvos tartozik felelősséggel.

a) Nyilatkozat egészségügyi és hozzá kapcsolódó személyes adatok kezeléséről

A beteg fekvő-beteg ellátásra történő jelentkezésekor köteles kitölteni és aláírni az Intézet Adatkezelési Szabályzat 2. számú mellékletét képező nyilatkozatot.

b) Házirend 3. sz. melléklete

A beteg fekvőbeteg-ellátásra történő jelentkezésekor köteles aláírni az Intézet Házirendjének 3. sz. mellékletét képező nyilatkozatot.

c) Beteg beleegyezési nyilatkozat

A beteg beleegyezési nyilatkozatra vonatkozó rendelkezéseket a jelen Szabályzat 1.6.1. pontja tartalmazza.

3.2.3.1.6. Befogadó nyilatkozat

A befogadó nyilatkozatra vonatkozó rendelkezéseket a jelen Szabályzat 1.5.2.1.3. pontja tartalmazza.

3.2.3.1.7. Zárójelentés

A kezelőorvos által kiállításra kerülő zárójelentésre vonatkozó szabályokat jelen Szabályzat 3.5.2.1.1. pontja tartalmazza.

3.2.4. Az ápolási dokumentáció

3.2.4.1. Az ápolási dokumentációról általában

3.2.4.1.1. Az ápolási tevékenységről – lehetőleg elektronikus formában - teljes körű ápolási dokumentációt kell vezetni. Teljes körű az ápolási dokumentáció, ha tükrözi az ápolási folyamat minden elemét, valamint tartalmazza az ápolási és gondozási tevékenységet ellátó valamennyi egészségügyi dolgozó speciális szakmai feljegyzéseit. Ebben a tekintetben az Eü. tv. által meghatározott egészségügyi dolgozók közül ide értendő az egyéb felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, továbbá az egészségügyi tevékenységben közreműködő egészségügyi szakképesítéssel nem rendelkező személyek közül a szociális munkás.



Amennyiben a kezelőorvos a Lázlapon gyógytornára vagy dietetikai terápiára vonatkozó utasítást ad, a gyógytornász, illetőleg a dietetikus az ápolási dokumentációba bejegyzés(ek)e)t tehet az általa elvégzett munkáról, megfigyeléséről és esetleges javaslatairól.

3.2.4.1.2. Az ápolási dokumentáció célja:

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

3.2.4.1.3. Az ápolási dokumentáció kezelésének és alaki megfelelőségének általános szabályai:

- a) Minden ellátási eseményt annak kell dokumentálni, aki azt észlelte, megállapította, mérte, végrehajtotta.
- b) Az ápolói beavatkozásoknak és az ellátási eseményeknek, jelenségeknek időbeni folyamatát az ápolási dokumentációnak pontosan kell tükrözni.
- c) A lényeges ápolói beavatkozások vagy ellátási események időpontját percnyi pontossággal kell dokumentálni.
- d) Az adott tevékenységet, ápolói beavatkozást végző személynek az ápolási dokumentációt alá kell írnia.
- e) Az ápolási dokumentációt csak jól olvasható, tiszta, világos, tartós írásképet adó eszközzel (tollal, informatikai eszközzel stb.) lehet vezetni.
- f) Esetleges tévesztés esetén kötelező betartani a dokumentumok javításának általános szabályait (jelen Szabályzat 1.4.7. pontja).

3.2.4.2. Az ápolási dokumentáció részei

3.2.4.2.1. Ápolási lap

Az Intézet fekvőbeteg-ellátó osztályain mindenhol a jelen pontban és alpontjaiban meghatározott tartalmú ápolási lap kerül kitöltésre, kivéve az Intézet Szülészeti-nőgyógyászati Osztályát és Újszülött Osztályát, melyekre vonatkozó szakma specifikus adatoknak megfelelő ápolási lap tartalma ezen osztályok működési rendjében kerül rögzítésre.

Az ápolási lapot mind az abban adatokat feltüntető ápoló, mind pedig a beteg köteles aláírni.

3.2.4.2.1.1. A beteg azonosítását szolgáló adatok:

a) A beteg azonosító adatai:

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

(60/2003 (X.20.) ESzCsM rendelet, 4. számú melléklet A/II. rész 1. a) pont)

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





- ba)** a beteget ellátó intézmény, osztály/részleg megnevezése, kórterem és ágy jelölése,
bb) a beteg felvételének, áthelyezésének/elbocsátásának időpontja dátum, óra, perc pontossággal,
bc) a beteget felvevő és az elbocsátó ápoló neve,
bd) a folyamatos ápolói munkarendnek és a beosztásnak megfelelően a beteg ellátásáért aktuálisan felelős ápoló neve.
(60/2003 (X.20.) ESzCsM rendelet, 4. számú melléklet II/A. rész 1. b) pont)

c) A betegek egyes jogaival összefüggő adatok:

- ca)** a beteg kinek az értesítését kéri szükség esetén (név, elérhetőség),
cb) cselekvőképtelen, vagy korlátozottan cselekvőképes beteg esetében a betegjogokat és egyéb, a beteggel kapcsolatos jogokat gyakorló személy neve, elérhetősége,
cc) a beteg, illetve cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes beteg esetében a szülő/törvényes képviselő nyilatkozata a házirenddel, az ápolási beavatkozásokkal és adatainak ápolási célú kezelésével kapcsolatban,
cd) a beteg, illetve cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes beteg esetében a szülő/törvényes képviselő nyilatkozata a betegazonosító (karszalag) alkalmazásához történő hozzájárulásról, vagy az alkalmazás elutasításáról.
(60/2003 (X.20.) ESzCsM rendelet, 4. számú melléklet II/A. rész 1. c) pont)

3.2.4.2.1.2. Az ápolási helyzetfelmérés adatai:

Az ápolási anamnézis felvételének időpontja dátum, óra, perc pontossággal a beteg osztályra kerülése után 4 órán belül történik. Az ápolást jelentősen befolyásoló tényezők adatai közül feltüntetendő:

- a)* a beteg egészségi helyzetét és az ápolást jelentősen befolyásoló szomatikus és pszichés
a) tünet/panasz/állapot, szociális körülmény, életmód és életvitel, tápláltsági állapot, diéta,
b) az önellátás foka és mértéke, területei,
c) lényeges egészségkárosodások,
d) veszélyeztető állapot adatai.

3.2.4.2.1.3. A beteg ápolási szükségleteinek megállapítása:

- a)** Közvetlenül az ápolási helyzetfelmérés után az ápolónak elemezni és értelmezni kell az összegyűjtött adatokat, és ennek alapján meg kell állapítani és az ápolási dokumentációba be kell jegyezni a beteg ápolási szükségleteit, melyek ápolással kezelhetők.
b) Ha az ellátás során változik a beteg ápolási szükséglete, vagy az egészségi problémára adott reakciója, akkor azt be kell jegyezni az ápolási dokumentációba, a változás időpontjával együtt.
c) Amennyiben a beteg az ellátás során zavarttá válik és önmagára, vagy másokra nézve veszélyeztető magatartást tanúsít, és ebből kifolyólag korlátozó módszerek vagy eljárások alkalmazása válhat szükségessé, a beteg kezelőorvosát haladéktalanul értesíteni kell, aki elrendelheti a fizikai, kémiai, biológiai vagy pszichikai módszerekkel történő korlátozó intézkedés alkalmazását. A kezelőorvos az alkalmazást megelőzően, - amennyiben ez nem lehetséges az alkalmazás megkezdését követően a lehető legrövidebb időn belül - rögzíti az egészségügyi dokumentációban a korlátozó módszereket vagy eljárásokat, megjelölve azok indítékát és alkalmazásuk időtartamát. Állandó orvosi felügyelet hiányában, pl. krónikus ellátást végző osztályok - kivételesen indokolt esetben - ideiglenesen szakápoló is elrendelheti a korlátozást. A korlátozásról a kezelőorvost haladéktalanul értesíteni kell, akinek azt tizenhat órán belül írásban jóvá kell hagynia.

3.2.4.2.1.4. Az ápolás tervezése:

- a)** A beteg ápolási szükségleteinek alapján *mérhető módon* meg kell fogalmazni az ápolás céljait és elvárható eredményeit.
b) Az ápolónak ennek alapján célzottan kell az ápolói beavatkozásokat és ápolási eljárásokat megválasztania.

3.2.4.2.2. Ápolási betétlap



Az Ápolási betétlap tartalmazza az ápolási beavatkozás megvalósítására, kivitelezésére vonatkozó adatokat:

a) Az ápolás nem önálló funkcióinak alapján a kezelőorvos által diagnosztikus vagy terápiás tervben előírt ápolási beavatkozások adatai közül:

aa) az előírt ápolói beavatkozás pontos, szabatos megnevezése,

ab) a kivitelezés előírt/tervezett ideje,

ac) az ápolói beavatkozást végrehajtó ápoló neve,

ad) az ápolói beavatkozás tényleges időpontja,

ae) a beavatkozással kapcsolatos ápolói megfigyelés lényeges adatai,

af) a beavatkozással összefüggésben esetleg bekövetkező rendkívüli esemény és az ezzel kapcsolatos ápolói intézkedés adatai,

ag) a nem pszichiátriai betegek ellátása során szükségessé vált korlátozó intézkedések elrendelése/alkalmazása esetén külön „Észlelőlap”-ot kell vezetni a jelen szabályzat **1.4.4.3. pontjában** meghatározottak szerint.

b) Az ápolás önálló és/vagy együttműködő funkciói alapján tervezett és megvalósított ápolási beavatkozások adatai közül:

ba) a tervezett/kivitelezett ápolói beavatkozás pontos, szabatos megnevezése,

bb) az ápolói beavatkozás időpontja,

bc) az ápolói beavatkozást végrehajtó ápoló neve,

bd) a beavatkozással kapcsolatos ápolói észrevétel, megfigyelés lényeges adatai,

be) a beavatkozással összefüggésben esetleg bekövetkező rendkívüli esemény és az ezzel kapcsolatos ápolói intézkedés adatai.

c) A betegmegfigyelés eredményei, a beteg állapotában bekövetkező változások és jelentős események.

Fokozottan ellenőrzött szernek minősülő gyógyszerek esetén (kábitószer): az Ápolási betétlapon dokumentálni kell a beadott kábítószer nevét, adagját, a beadás időpontját (óra,perc), az elrendelő orvos nevét. A beadás tényét, az ápoló aláírásával köteles igazolni. A kábítószer alkalmazása utáni betegmegfigyelést is rögzíteni kell az ápolási betétlapon.

3.2.4.2.3. Az ápolási dokumentáció kiegészítő részei:

Amennyiben jelen Szabályzat 3.2.4.2.2. c) pontja szerinti betegmegfigyelés eredményeinek – azok nagyobb terjedelme miatt – a Lázlapon vagy az Ápolási betétlapon való vezetése nem oldható meg, az ápoló azokat a jelen pont szerinti – a megfigyelt körülményeknek megfelelő tartalmú – megfigyelő lapokon vezeti. Valamennyi fekvőbeteg-ellátó osztályon használt megfigyelő lapok a következők:

a) észlelő lap,

b) folyadék lap,

c) diabetes lap,

d) decubitus kezelési lap.

3.2.4.2.4. Távozási lap

Az ápoló által kiállításra kerülő távozási lapra vonatkozó szabályokat a jelen Szabályzat 3.5.2.1.2. pontja tartalmazza.

3.2.4.2.5. Paramedikális tevékenységek dokumentációja

a) Dietetika: Az ápolási dokumentációban rögzítik a „Tápláltsági állapot felmérés dietetikai protokolljában „ meghatározottakat. Egyéni és csoportos életviteli tanácsadások, az osztályokon felmerülő igények, és a kezelő orvos által meghatározottak szerint történik. A diétás tanácsadás tényét az ápolási dokumentációban





- b) **Gyógytorna:** (F.BEV.1) Állapotfelmérés, anamnézis felvétel: a kórlap, lázlap és ápolási dokumentáció alapján. Az elvégzett gyógytorna fizioterápia gyögmasszőri tevékenység dokumentációjának napi szintű vezetése minden kezelt beteg esetében a Gyógytornaszolgálat speciális nyomtatványain történik (F.BEGY.5)
- c) **Szociális munka:** az ápolási dokumentációban rögzítik a beteggel történő kapcsolat felvétel idejét és okát, további dokumentáció a szociális csoportban történik.



3.3. Műtéti dokumentáció

3.3.1. A műtéti kiírás

3.3.1.1. A műtők munkarendjét az elfogadott műtéti kiírás határozza meg. A tervezett, anesztéziában elvégzett műtét kizárólag előzetesen elkészült preamedikációt követően kerülhet a műtéti kiírásba. Az adott osztályra vonatkozó **műtéti tervet** a műtétes osztály osztályvezető főorvosa készíti el és elektronikusan (e-mail útján) juttatja el a Központi Műtő irodájába, a mutetilistakpm@bajcsy.hu címre.

3.3.1.2. Az ily módon beérkezett műtéti tervet a műtővezető főorvos jóváhagyja, hozzárendeli a műtéti team tagjait és továbbküldi a Központi Aneszteziológiai Intenzív Terápiás Osztály (a továbbiakban: **KAITO**) részére. A kontraindikált eseteket a KAITO osztályvezető főorvosa aneszteziológiai szempontból törli a műtéti tervből, egyéb esetekben a műtéti tervet jóváhagyja, aláírásával ellátja, kijelöli a műtétben résztvevő aneszteziológusokat és a műtéti tervet visszaküldi a Központi Műtő főorvosa részére.

Ezen rendelkezések alól kivételt képeznek az akut műtétek, ilyen esetekben a beteg altathatóságáról és az érzéstelenítés módjáról:

- a) a KAITO osztályvezető főorvosa, az ő jelenléte hiányában,
- b) az a) pontban meghatározott személy által megbízott szakorvos, az ő jelenléte hiányában,
- c) a műszakvezető aneszteziológus jogosult dönteni, ezen sorrendnek megfelelően.

3.3.1.3. A KAITO által jóváhagyott műtéti terv alapján a műtővezető főorvos – az osztályok által részére átadott betegdokumentáció, a sterilítási és sürgősségi sorrend, valamint az aneszteziológiai szempontok alapján – elkészíti az adott napra érvényes, dátummal ellátott **műtéti kiírást**, azt aláírja és lepecsételi. A műtéti kiíráson javítást kizárólag a Műtéti Protokollban meghatározott kompetens személy végezhet, dátummal és olvasható aláírással, orvos esetén pecséttel is ellátva. A műtéti kiírások havonta és évente történő bontásban a Központi Műtőben kerülnek lefűzésre és megőrzésre.

3.3.2. A műtét esetén a kórlapra és annak mellékleteire vonatkozó speciális szabályok

Műtét esetén a beavatkozás indokát a kórlap tartalmazza, illetőleg a jelen Szabályzat 3.2.3.1.3. pontjában foglaltakon kívül a kórlap mellékletét képzik a jelen pont alábbi alpontjaiban felsorolt dokumentumok.

3.3.2.1. Praemedikációs lap és ambuláns lap

Az aneszteziológiai preamedikációs lap és ambuláns lap a beteg műtét előtti állapotával kapcsolatos adatokat és információkat, valamint a személyre szabott preamedikációs utasításokat tartalmazza. Az aneszteziológus szakorvos aláírásával és pecsétjével ellátja. Akut műtét esetén az aneszteziológus helyszíni konzilliumot ad, rendelkezéseit a praemedikációs lapon dokumentálja.

3.3.2.2. Betegazonosító karszalag

A beteg betegazonosító karszalaggal történő ellátása minden **műtétet megelőzően kötelező**. A betegazonosító karszalagon feltüntetett adatokat a kórlap, a vizsgálatkérőlap és a lelet adataival minden esetben egyeztetni kell. A beteg azonosítása – a karszalagnak a beteget kísérő dokumentációval történő összehasonlítása útján – minden diagnosztikai és invazív beavatkozást, műtétet megelőzően, a beteg más szervezeti egységbe történő átadás-átvétele esetén, illetve átszállításakor kötelező.

A betegazonosítás tényét – annak időpontja megjelölésével, az azonosító személy aláírásával ellátva – be kell vezetni a beteg dokumentációjába.

3.3.2.3. Műtéti leírás



A beteg operáló orvosa (a továbbiakban: **operatőr**) közvetlenül a műtétet követően, kivételesen indokolt esetben legkésőbb a műszak átadásáig – elektronikus formában – elkészíti az elvégzett műtétről szóló műtéti leírást.

A műtéti leírás kötelező tartalmi elemei:

- a) a beteg adatai (név, születési hely és idő, TAJ szám),
- b) a beteg diagnózisa,
- c) a műtét kezdetének és befejezésének időpontja (év, hónap, nap, óra, perc),
- d) az elvégzett beavatkozás(ok) megnevezése,
- e) a betegbe beültetett és a betegből eltávolított anyag(ok), szövettan pontos megnevezése, száma és mérete,
- f) a műtét főbb részeinek rövid összefoglalása, így különösen a műtéti ellátási protokolltól való esetleges eltéréseinek mibenléte és oka, a felmerült komplikáció(k) és azok megoldása(i), a szándékosan bent hagyott idegen test(ek) leírása,
- g) az anesztézia módja,
- h) az operáló team tagjainak neve, az operatőr, az asszisztensek, a műtős szakasszisztens, műtőssegéd, a műtéten résztvevő aneszteziológus orvos és asszisztens neve,
- i) az érzéstelenítés módja,
- j) reoperáció esetén a „reoperáció” vagy „reop” megjelölés,
- k) a műtét során használt nagy értékű egyszer használatos műszer eszköz(ök) típusa,
- l) a műtét során használt törlők (tampon, buci) hiánytalanságának rögzítése.

A műtéti leírás elkészültét követően 2 (kettő) példányban kinyomtatásra kerül, a papír alapú változatra felragasztásra kerül a nagy értékű egyszer használatos műszer eszközök és a beépített anyagok egyedi azonosító címkéje. A kinyomtatott műtéti leírást az operatőr aláírja és orvosi pecsétjével ellátja, majd ezt követően gondoskodik a műtéti leírás 1 (egy) példányának a beteg kórlapjában, 1 (egy) példányának pedig a **műtéti naplóban** történő elhelyezéséről.

EFI jelentés: A műtét során használt, a NEAK által meghatározott egyedi finanszírozású eszközökről az operatőr jelentést küld Kontrolling Osztály részére.

A műtéti napló osztályonként, a Sebészeti Osztályon és a Szülészeti-nőgyógyászati Osztályon szakma specifikusan kerül vezetésre. A műtéti napló megfelelő vezetéséért az osztályvezető felel.

3.3.2.4. Altatási jegyzőkönyv

A műtéti ellátás során – a beteg hozzájárulásával – alkalmazott érzéstelenítés dokumentálása az altatási jegyzőkönyvben történik. Az altatási jegyzőkönyv 2 példányban készül, melynek 1 példányát az osztályon a beteget átvevő aláírja és a betegdokumentációban kerül elhelyezésre.

Az altatási jegyzőkönyv tartalmazza:

- a) a beteg azonosító adatait,
- b) a műtét időpontját (év, hónap, nap, óra, perc),
- c) a beteg diagnózisát, a műtét típusát
- d) a műtétet, az anesztéziát végzők nevét,
- e) az alkalmazott aneszteziológiai eljárást,
- f) a fontosabb laborleletek eredményét, a beteg vércsoportját,
- g) a műtét során alkalmazott monitorozások értékeit időrendben,
- h) a műtét során használt gyógyszerek nevét, mennyiségét időrendben,
- i) a műtét során felhasznált kábítószer nevét, mennyiségét,
- j) a bevitt és ürített folyadékokat és azok mennyiségét,
- k) a műtét utáni javaslatokat, gyógyszeres terápiákat.

Intravénás altatás esetén a fentiekől eltérően **Nyilatkozat és intravénás altatási jegyzőkönyv** megnevezésű dokumentum kerül kitöltésre és a beteg és a kezelőorvos által aláírásra, utóbbi által pecsétjével történő ellátásával.



3.3.2.5. A szövettani leletek

A műtéti leírásban hivatkozott, a műtét során eltávolított szövetminták validált vizsgálati eredményei (leletek) a beteg dokumentációjában elhelyezésre kerülnek.

3.4. Transzfúzió dokumentálása

3.4.1. A fekvőbeteg-szakellátást végző aktív betegellátó osztályokon történő transzfúzió adása esetén a kórlap mellékletét képzik az alábbi formanyomtatványok:

- vizsgálatkérő lap vércsoport meghatározásához,
- a beteg részére átadott felvilágosítási és hozzájárulási nyilatkozat beteg által aláírt másodpéldánya,
- igénylőlap vérkészítmény igényléséhez, vérválasztás kéréséhez, szükség esetén súlyos szövödmény jegyzőkönyv,
- a beteg részére az Intézet Transzfúziós Szabályzata 7. sz. mellékletét képező TRA.2.1. számú **Beteg hazabocsátási tájékoztató** átadása tényének rögzítése a beteg kórlapjában, melynek megtörténte a jelen Szabályzat 3.5.2.1.1. pontjában foglaltak szerint a beteg zárójelentésében is rögzítésre kerül.

3.4.2. Transzfúzió dokumentálása a lázlapon: 3.2.3.1.2. Lázlap fejezetben leírtak szerint.

3.4.3. Transzfúzió dokumentálása az Ápolási Betétlapon: a Transzfúziós Szabályzatban előírtak szerint: a Transzfúzió előtt és után Pulzus, RR, testhőmérséklet mérés eredményeivel.

3.4.4. A transzfúziót indikáló orvos neve feltüntetésre kerül a beteg dokumentációjában, a transzfúziós jelentőlapon és a transzfúziós naplóban is.

A transzfúziós napló vezetése – amely a transzfúziót elvégző orvos feladata – minden olyan akut fekvőbeteg-ellátási osztályon kötelező, ahol transzfúziót végeznek.

A transzfúzió dokumentálására egyebekben az Intézet Transzfúziós Szabályzata az irányadó.

3.5. A beteg az Intézet fekvőbeteg-ellátó osztályáról történő távozásának dokumentálása

3.5.1. Az osztályos ápolási esemény dokumentálása

3.5.1.1. A beteg távozásakor a kezelőorvos az adott fekvőbeteg-ellátó osztályon történt ápolási esetről **Adatlap kórházi (osztályos) ápolási esetről** megnevezésű, a NEAK által megadott tartalmú formanyomtatványt tölt ki. Az Adatlap a Medikai rendszerben elérhető, amelyen a kezelőorvos – a zárójelentésben foglaltakkal azonos tartalommal – az alábbi adatokat tünteti fel:

- az intézmény és a fekvőbeteg-ellátó osztály nevét, valamint beküldő kódját,
- az ellátott személy nevét, TAJ számát,
- a törzsszámot,
- a beteg felvételének és elbocsátásának időpontját,
- a betegségek megnevezését, kódját és típusjelét,
- az elvégzett orvosi beavatkozások jelét és kódját,
- a beteg Intézetből történő távozásának módját,
- a tételes elszámolás alá eső eszközök megnevezését és kódját, továbbá az adatlapon meghatározott egyéb kiegészítő adatokat.

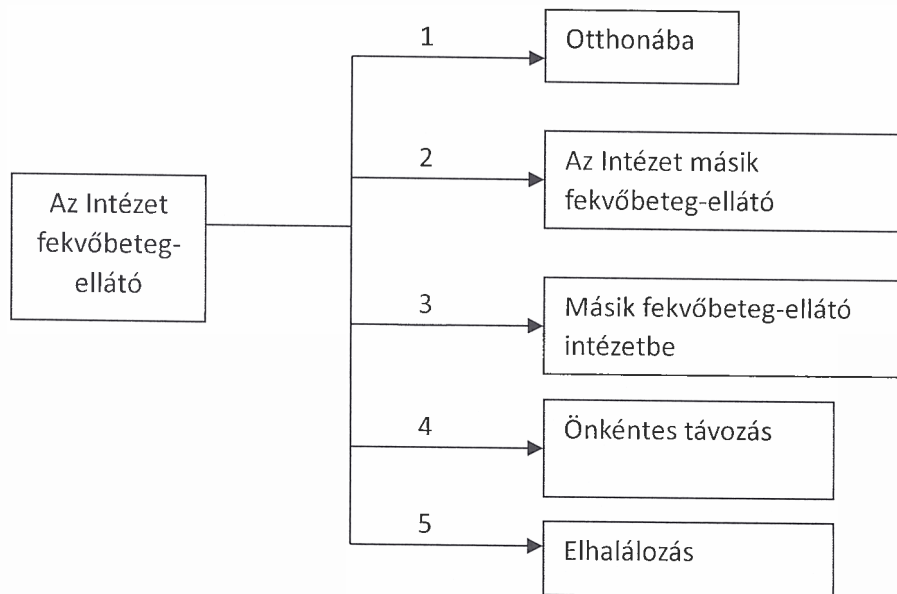
3.5.1.2. A betegellátás indokát képező fődiagnózisként azon diagnózist kell feltüntetni, amely a beteg fekvőbeteg-ellátó osztályon történő kezelését meghatározta, amelyhez az ellátási eset kapcsán nyújtott szolgáltatások tartoznak. Nem tüntethető fel tehát a betegellátás indokát képező fődiagnózisként olyan diagnózis, amely:

- a beteg esetében nem került megállapításra,
- kezeléséhez szükséges feltételekkel az Intézet nem rendelkezik,
- megállapításra került ugyan, de a kezelést alapvetően nem ez határozta meg.





3.5.2. A beteg az Intézet fekvőbeteg-ellátó osztályáról történő távozása módjainak dokumentálása



3.5.2.1. A beteg távozása az ellátás befejezését követően otthonába, a beteg áthelyezése az Intézet másik fekvőbeteg-ellátó osztályára vagy másik fekvőbeteg-ellátó intézetbe. A beteg elhalálozása.

A beteget, illetőleg a jelen Szabályzat 1.6.1.2. és 1.6.1.3. pontjaiban meghatározott személyt – lehetőség szerint – a tervezett hazabocsátás, vagy áthelyezése időpontjáról – azt legalább 24 (huszonnég) órával megelőzően – tájékoztatni kell. A beteg jelen pontban meghatározott távozása esetén, azt megelőzően a beteg kezelőorvosa zárójelentést, ápolója pedig távozási lapot köteles készíteni a jelen pontban és annak alpontjaiban foglalt rendelkezések alapján.

A beteg áthelyezése esetén a beteg korábbi osztályos orvosa az új osztályos orvost megfelelően tájékoztatja a beteg korábbi kezeléséről és a beteg állapotáról, továbbá átadja a beteg kórlapját vagy annak másolatát, továbbá a beteg ellátásához szükséges egyéb dokumentumokat. A beteg – az Intézet másik fekvőbeteg-ellátó osztályára vagy másik fekvőbeteg-ellátó intézetbe – sürgősséggel történő áthelyezése esetén a beteg a jelen pont alpontjaiban meghatározott dokumentumokat (zárójelentést, távozási lapot és elszámolás nyilatkozatot) a beteg távozását követően, a lehető legrövidebb időn belül el kell készíteni.

A fekvőbeteg osztályra való felvételkor a felvevő orvos elkérheti a betegtől a hozott előző vizsgálati leleteit, zárójelentését. Az orvos a kellő iratokat átveszi és ha szükséges fénymásolatot készít róla, majd azokat a betegnek vissza kell adnia elbocsátás előtt.

A beteg távozásakor a lezárt egészségügyi dokumentációban előző vizsgálati lelet, zárójelentés nem maradhat.

3.5.2.1.1. Zárójelentés

3.5.2.1.1.1. A beteg Intézeti ellátásának befejezésekor, a beteg távozását megelőzően a kezelőorvos által elektronikus formában készített írásbeli összefoglaló jelentés, amelyből a kezelőorvos 3 (három) példányt köteles kinyomtatni. A zárójelentés a betegség(ek) megnevezését és az ellátás során alkalmazott kezelést közérthetően, magyar nyelven is tartalmazza.

Fő szabályként baloldalon az osztályvezető főorvos írja alá - távollétében annak helyettesejobb oldalon a kezelőorvos. Mindkettő lepecsételi személyi bélyegzőjével és ellátja osztályos pecséttel.

Ebből 1 (egy) eredeti példány a beteg dokumentációjában kerül elhelyezésre, 2 (kettő) eredeti példány pedig a beteg részére kerül átadásra,- a kórlapba kerülő példányon aláírásával





igazolja a zárójelentések átvételét. Kivétel: ha a cselekvőképes beteg az Eütv. 14. §-ban foglalt lehetőséggel élve lemondott a tájékoztatás jogáról.

A beteg részére átadott példányokból egyet a beteg átad a házi orvosának.

A zárójelentéshez mellékelten át kell adni a betegnek:

- a beteg által behozott személyes és egészségügyi iratokat,
- az ellátás során történt konzíliumok során készült szakorvosi gyógyszer, gyógyászati segédeszköz javaslat(oka)t, felírt eRecept(ek)ről szóló tájékoztatást,
- munkaszüneti napon, vagy az ezt megelőző napon történő elbocsátás esetén a javasolt gyógyszerek kiváltásához szükséges vény(eke)t, eRecept(ek) listáját

Amennyiben az intézeti gyógykezelés a beteg elhalálása okán zárul le, a kezelőorvos Halotti Zárójelentést készít, mely a pathológia részére kerül kiadásra.

3.5.2.1.1.2. A zárójelentés kötelező tartalmi elemei:

- a)** a beteg az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben meghatározott személyazonosító adatai,
- b)** a felvételi diagnózist, a felvétel módját és indokát,
- c)** az intézeti fekvőbeteg-ellátásban eltöltött időtartam,
- d)** vizsgálatok, konzílium(ok) eredményei,
(a logopédiai-, és pszichológusi kezeléseik összegző véleményét, javaslatait)
- e)** beteg állapota szempontjából a legfontosabb diagnosztikai vizsgálatok validált leletek eredményei,
- f)** a betegellátás során alkalmazott eljárások, gyógy mód,
- g)** gyógyszeres terápia,
- h)** a felállított kezelési terv eredményének értékelése,
- i)** a beteg elbocsátáskori állapota,
- j)** a beteg elbocsátása utáni gyógyszerelési javaslatok (emelt támogatással írható készítmények esetén az előírt nyomtatványon, vagy azzal azonos tartalommal kiadott szakorvosi javaslat(ok), és egyéb előírások (javaslat házi ápolásra, életmódra, diétára, gyógytornára, stb/
- k)** a beteg részére szóló tájékoztató átadásának rögzítése, ideértve a beteg részére jelen Szabályzat 1.10. pontjában meghatározott **beteg tájékoztató MRSA hordozása esetén** megnevezésű tájékoztató, valamint 3.4. pont f) alpontjában meghatározott, transzfúziót követő „Beteg hazabocsátási tájékoztató” átadása tényének rögzítése.
- l)** kontrollvizsgálat időpontja
- m)** a betegtől átvett személyes és egészségügyi dokumentáció(k) visszaadásának tényét.
- n)** a **Halotti Zárójelentés** kötelező eleme az epikrízis.

ZÁRÓJELENTÉS KIADÁSÁT KÖVETŐEN AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓBA AZ ELLÁTÁSSAL KAPCSOLATOS ADAT UTÓLAGOSAN NEM VEZETHETŐ BE!

3.5.2.1.2. Távozási lap

Az ápoló által készített dokumentáció a beteg távozásakor, a beteg távozását megelőzően **az ápolási beavatkozások, folyamatok eredményeinek az értékeléséről**, amelynek kötelező tartalmi elemei a következők:

a) Az ápolási folyamatok, beavatkozások eredményeinek rögzítése:

- aa)** az előírt ápolási feladatok eredményeinek értékelése,
- ab)** a folyamatok értékelését végző személy neve,
- ac)** a folyamatok elvégzésének időpontja/percnyi pontosságú rögzítéssel,
- ad)** az elvárt vagy rendkívüli eredmény, esemény rövid, szabatos megfogalmazása, leírása.

b) Intézetből való elbocsátás esetén:

- ba)** az előírt, elvárt és elvégzett feladatok eredmények rövid, tényszerű, szabatos megfogalmazása, leírása,
- bb)** értékelést végző személy aláírása,
- bc)** elbocsátáskori fizikális állapot rögzítése, összehasonlítva (csatolva, csatolható) a felvételkor felvett státussal,



- bd)** rendkívüli, váratlan események rögzítése,
be) otthonra, körzeti ápolónak, ápolási szolgálatnak javaslat/tervezet az intézeti kezelés folytatásához, folytatására,
bf) az elbocsátás dátuma, az elbocsátó ápoló neve, aláírása.

3.5.2.1.3. Elszámolási nyilatkozat

Az elszámolási nyilatkozatra vonatkozó rendelkezéseket a jelen Szabályzat 1.12. pontja tartalmazza.

3.5.3. A beteg önkényes távozása

3.5.3.1. A beteg önkényes távozása esetén is irányadók a jelen Szabályzat 3.5.2.1.1. és 3.5.2.1.2. pontjaiban foglalt rendelkezések.

A beteg Intézetből történő önkényes távozása történhet:

a) A beteg – állapotára vonatkozóan – a kezelőorvos által adott részletes tájékoztatást követően *saját belátása szerint* távozik az Intézetből és aláírja a **Nyilatkozat önkényes távozásról** megnevezésű formanyomtatványt.

b) A beteg az a) pontban foglaltak hiányában távozik az Intézetből, melynek tényét a kezelőorvos a beteg kórlapján és zárójelentésében is feltünteti, amelyet két tanú aláírásával hitelesít.

3.5.3.2. Amennyiben az a beteg állapota miatt indokolt, a kezelőorvos a beteg távozásáról annak házi orvosát, továbbá – szükség szerint – az illetékes hatóságokat is értesíti. A korlátozottan cselekvőképes és a cselekvőképtelen beteg önkényes távozásáról a kezelőorvos haladéktalanul értesíti a beteg törvényes képviselőjét. Ezen értesítésekről a kezelőorvos a beteg dokumentációjában feljegyzést készít, azt aláírja és lepecsételi.

3.5.4. A beteg elhalálása

3.5.4.1. A halottvizsgálattal kapcsolatos dokumentáció

Amennyiben a beteg az Intézet fekvőbeteg-ellátó osztályán elhalálozik, a halál bekövetkezését halott vizsgálattal kell megállapítani. A halottvizsgálat kiterjed minden olyan körülményre, amely a halál bekövetkezése tényének, bekövetkezése módjának, és okának megítéléséhez szükséges.

A halál tényének megállapítása esetén a jelen Szabályzat 3.2.4.2.1.1. ca) pontjában foglalt személyt, a kórlapon rögzített telefonszámon, ennek hiányában a kórlapon rögzített címen távirati úton a kezelőorvos vagy az általa megbízott egészségügyi dolgozó értesíti. Az értesítés tényét és időpontját az értesítést fogadó személy a kórlapon rögzíti, amely bejegyzést aláírásával és pecsétjével ellátja.

3.5.4.1.1. Halottvizsgálati bizonyítvány

A halottvizsgálatot végző orvos köteles a C.3110-49/V nyomtatvány számú halottvizsgálati bizonyítvány, illetve halva született magzat vagy élve született, de a szülést követő 168 órán belül elhalálozott gyermek esetében a C. 3110-52/V/új nyomtatvány számú perinatális halott vizsgálati bizonyítvány (a továbbiakban: **halottvizsgálati bizonyítvány**) megfelelő részeit kitölteni. Késői magzati halálozás (halva születés) esetén a halottvizsgálatot végző orvos, azaz a szüléset-nőgyógyászati osztály vezetője az 1998. évi LXXXIV. törvény 29. §-ában foglalt anyasági támogatásra való jogosultság igazolása céljából kiállítja az **Igazolás késő magzati halálozásról** című nyomtatványt.

Rendkívüli halál (jelen Szabályzat 3.5.4.2.1.4. pontja) esetén a halott vizsgálatot végző orvos a halottvizsgálati bizonyítvány megfelelő rovatában rögzíti a hatósági eljárás kezdeményezésének okát.

A halál okokra vonatkozó megállapításokat, valamint az eltemetésre engedélyezett időt a halott vizsgálati bizonyítványba:



a) a halottvizsgálatot végző orvos a halottvizsgálattal egyidejűleg vagy legkésőbb az azt követő munkanapon jegyzi be, ha a rendelkezésre álló adatokból *megalapozottan lehet következtetni a halált okozó betegsége, illetőleg az adatok a betegséget és a beteg megfelelő orvosi ellátását egyértelműen igazolják és kórbonctani vizsgálat elvégzése egyéb ok miatt sem szükséges;*

b) a patológiai osztály szakorvosa jegyzi be, ha a jelen Szabályzat 3.5.4.2.1.1., 3.5.4.2.1.2. és 3.5.4.2.1.3. pontjainak megfelelően *kórbonctani vizsgálatra kerül sor, illetőleg ha a kórbonctani vizsgálat elvégzését mellőzték;*

c) a hatósági, illetve igazságügyi orvosi boncolást végző orvos jegyzi be, ha a jelen Szabályzat 3.5.4.2.1.4. pontja szerint *hatósági boncolásra kerül sor.*

A halottvizsgálati bizonyítványon a halottvizsgálatot végző, valamint a halál okát megállapító orvos a bejegyzett adatok valódiságát aláírásával és orvosi bélyegzője lenyomatával igazolja.

3.5.4.1.2. Lábcédula

A halottvizsgálatot végző orvos a halottvizsgálat során 3 (három) példányban kiállítja az elhunyt azonosítására szolgáló űrlapot – amely vízzel lemoshatatlanul tartalmazza az elhunyt nevét, születési dátumát, halála helyét és idejét – és azt a halott két ellentétes oldalú végtagjára rögzíti, a harmadikat a mellkasára helyezi. A halottvizsgálatot végző orvos biztosítja az űrlapot, amit az esetleges kórbonctani vizsgálat során sem szabad eltávolítani.

3.5.4.2. A kórbonctani vizsgálattal kapcsolatos dokumentáció

3.5.4.2.1. Az elhunyt személy kórbonctani vizsgálatának esetei

3.5.4.2.1.1. Az elhunyt személyt – függetlenül attól, hogy az Intézetben vagy azon kívül hunyt el – kórbonctani vizsgálat alá kell vonni, ha

- a) a halál oka klinikai vizsgálatokkal nem volt megállapítható,
- b) perinatális halál esetén,
- c) az elhunyt szervátültetés donora vagy recipiense volt,
- d) az elhunyt foglalkozási eredetű megbetegedésben szenvedett, és annak gyanúja merült föl, hogy a halál oka ezzel van összefüggésben,
- e) az elhunyt szervezetébe újra felhasználható, nagy értékű műszert vagy eszközt ültettek - amennyiben az nem képezi az elhunyt tulajdonát -, kivéve, ha a műszer vagy eszköz jellege nem kívánja meg az elhunyt kórbonctani vizsgálatát,
- f) az esetnek tudományos vagy oktatási jelentősége van,
- g) az elhunytat hamvasztani kívánják, kivéve jelen Szabályzat 3.5.4.2.1.3. pontja szerinti rendelkezéseket,
- h) a jelen Szabályzat 1.6.1.2. és 1.6.1.3. pontjában meghatározott személy ezt kéri.

3.5.4.2.1.2. Boncolás mellőzése: A jelen Szabályzat 3.5.4.2.1.1. pontja szerinti esetek kivételével az elhunyt személy kórbonctani vizsgálatától el lehet tekinteni az alábbi feltételek együttes fennállása esetén:

- a) a halál természetes eredetű,
- b) a halál oka egyértelműen megállapítható,
- c) a kórbonctani vizsgálatról további lényeges megállapítás nem várható,
- d) az Intézetben elhunyt esetén a kezelőorvos, valamint az osztályvezető főorvos-szakmai felügyeleti jogkör gyakorlása keretében és a patológus szakorvos a kórbonctani vizsgálatot nem tartja szükségesnek.

A boncolás mellőzési kérelmek elbírálására a Halott kezelési szabályzat szerint történik.

3.5.4.2.1.3. A kórbonctani vizsgálat elvégzésétől a jelen Szabályzat 3.5.4.2.1.2. pontjában meghatározott feltételek fennállása esetén – jogszabályi előírásoknak megfelelően – el lehet tekinteni a jelen Szabályzat 3.5.4.2.1.1. pontja f)-g) alpontjaiban meghatározott esetekben is, ha az elhunyt még életében vagy hozzátartozója a halált követően a rendszeresített nyomtatvány kitöltésével 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 az Intézetben elhunyt személy esetében az orvos igazgató dönt.

A kórbonctani vizsgálat mellőzésének részletes szabályait egyebekben az Intézet Halottkezelési Szabályzata tartalmazza.

3.5.4.2.1.4. Rendkívüli halál esetén hatósági eljárást kell lefolytatni és az elhunyt hatósági boncolását kell elrendelni, kivéve ha a halál oka és körülményei vizsgálatánál bűncselekmény elkövetésének gyanúja merül fel, utóbbi esetben – a büntetőeljárás szabályai szerint – igazságügyi orvosi boncolást kell elrendelni.

A halottvizsgálatot végző orvos – ha a vizsgálat megkezdése előtt vagy annak során rendkívüli halál esetét észleli – köteles erről a vonatkozó 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.

Nem természetes a halál, ha a természetes módon való bekövetkezését a körülmények kétségesse teszik, így

a) a halál tekintetében bűncselekményre utaló adat merül fel, vagy

b) rendkívüli halálnak minősül, azaz

ba) a halált baleset okozta, vagy a körülmények arra utalnak,

bb) a halált öngyilkosság okozta, vagy a körülmények arra utalnak,

bc) a halál bekövetkezésének előzményei, körülményei ismeretlenek és nem állnak rendelkezésre olyan adatok, amelyekből megalapozottan következtetni lehet a halál természetes okból történő bekövetkezettére,

bd) fogvatartott elhalálozása esetén.

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

(Eütv. 218. § (4)-(5) bek.)

3.5.4.2.1.5. A kórbonctani vizsgálat elvégzésére a jelen Szabályzat 3.5.4.2.1.1., 3.5.4.2.1.2. és 3.5.4.2.1.3. alapján a halottvizsgálatot végző orvos vagy az elhunyt személy kezelőorvosa tesz javaslatot. Ha a kórbonctani vizsgálatra a kezelőorvos tesz javaslatot, valamennyi korábbi orvosi dokumentáció összegyűjtése és értékelése alapján összefoglalja a teljes kórtörténetet.

3.5.4.2.2. Kórbonctani jegyzőkönyv

A kórbonctani vizsgálatról – az erre vonatkozó szakmai-módszertani irányelvek szerint – kórbonctani jegyzőkönyvet kell készíteni, amely tartalmazza:

- a) a kórbonctani vizsgálat helyét és időpontját,
- b) a kórbonctani vizsgálaton résztvevő személyek nevét, munkahelyét és beosztását,
- c) a klinikai diagnózisokat,
- d) a külvizsgálatot, a szervek részletes leírását,
- e) a megállapított kórbonctani diagnózisokat,
- f) a kiállított halottvizsgálati bizonyítványon szereplő betegségeket,
- g) a szövettani vagy egyéb laborvizsgálat részére eltett minták felsorolását,
- h) pacemaker, protézis vagy egyéb beültetett eszköz eltávolítása esetén ennek tényét,
- i) transzplantáció céljából történt post mortem szerveltávolítás esetén ennek tényét, és
- j) oktatási célú beavatkozás esetén ennek tényét.

A jegyzőkönyvet a szövettani vizsgálat elvégzése után, annak eredménye ismeretében epikrizissel kell lezárni, melyben ki kell térni



- a) a kórlefolyás megállapítható menetére,
- b) a halál közvetlen okára és az arra vezető okra,
- c) a halál alapjául szolgáló betegségekre,
- d) az egyéb lényeges (kísérő) betegségekre, és
- e) a kezelőorvos által megjelölt és a kórbonctani vizsgálat során megállapított haláloki diagnózisok összehasonlítására, eltérés esetén azok lehetséges okaira.

A holttestből történő szerv-, szövetkivétel tényét és annak célját a jegyzőkönyvben rögzíteni kell.

A kórbonctani jegyzőkönyv 1 (egy) példányát a patológiai osztály az elhunyt kezelőorvosának megküldi.

A hatósági boncolást végző orvos – ha a boncolás megkezdése után a bonclelet vagy egyéb szakvizsgálati adatok alapján bűncselekmény elkövetésére utaló gyanú merül fel – a boncolást félbeszakítja és a nyomozó hatóságot azonnal értesíti a szükséges intézkedések megtétele érdekében, amelynek tényét a boncolási jegyzőkönyvben fel kell tüntetni.

3.5.4.3. Az elhunyt személy egészségügyi dokumentációjának átadása és átvétele a fekvőbeteg-ellátó osztály és a Patológia között

Azon fekvőbeteg-ellátó osztály, amelyen a beteg halála bekövetkezett, az elhunyt – halottvizsgálati jegyzőkönyvét is tartalmazó – egészségügyi dokumentációját a Patológia részére átadja, erről az átadó és az átvevő személy – aláírásukkal ellátva – bejegyzést tesznek a Patológia által vezetett halotti naplóban (a továbbiakban: **halotti napló**).

A beteg kórbonctani vizsgálatát vagy annak mellőzését követően:

- a) az elhunyt egészségügyi dokumentációját,
- b) a Patológia által kiállított halotti zárójelentés 1 (egy) példányát, és
- c) az elhunyt kórbonctani vizsgálatára esetén a kórbonctani jegyzőkönyv 1 (egy) példányát a Patológia visszajuttatja azon fekvőbeteg-ellátó osztály részére, amelyen a halál bekövetkezett, erről az átadó és az átvevő személy – szintén aláírásukkal ellátva – bejegyzést tesznek a halotti naplóban.

3.5.4.4. A holttest átadása és átvétele a fekvőbeteg-ellátó osztály és a Patológia között

Azon fekvőbeteg-ellátó osztály, amelyen a beteg halála bekövetkezett a holttestet a betegszállítókkal elszállítatja, és átadja a Patológia részére. Erről az átadó és átvevő személy kitölti és aláírja a **Halott szállítás nyilvántartása** megnevezésű formanyomtatványt, amely tartalmazza:

- a) azon fekvőbeteg-ellátó osztály megnevezését, ahol a beteg halála bekövetkezett,
- b) az elhunyt nevét és születési évét,
- c) az átadó személy megnevezését, és
- d) azt, hogy a holttest melyik hűtőkamrában került elhelyezésre.

Egészségügyi dokumentáció ellenőrzése

Az egészségügyi dokumentáció szabályszerű vezetéséért, teljes-körű és valid tartalmáért, a dokumentáció vezetésére kötelezettek felelősséggel tartoznak. Az osztályvezetők felelősséggel tartoznak az egészségügyi dokumentáció szabályszerű vezetésének felügyeletéért.

3.6.1 Az orvosi dokumentációt a kezelőorvos a zárójelentés megírásával egyidejűleg ellenőrzi.

3.6.2 Az ápolási dokumentációt az osztályos ápoló a távozási lap megírásával egyidejűleg ellenőrzi.

3.6.3 Az osztályvezető ápoló az általa ellenőrzött Ápolási dokumentációt szignójával ellátja.



3.6.4 A betegdokumentáció egészét a betegellátási folyamat befejezését illetve a beteg elbocsátását követően valamennyi tartozékával együtt arra az osztályvezető által felhatalmazott személyek kompletté teszik./ Szövettani leletek, kórbonctani jegyzőkönyv, stb/

3.6.5 A lezárt kórlapokat az osztályvezető főorvos, vagy az általa megbízott személy ellenőrzi, amit a kórlap dosszién szignójával és személyi pecsétjével jelez.

3.6.6 Az orvos igazgató az SzMSz szerint ellátja az egészségügyi dokumentáció szabályszerű vezetésének felügyeletét.

3.6.7 Az ápolási igazgató az SzMSz szerint az ápolási dokumentáció szabályszerű vezetésének és szakmai tartalmának felügyeletét látja el.

3.6.8 Az egészségügyi dokumentáció jogszabályi és Szabályzat szerinti vezetésének megfelelőségét az intézet belső minőségirányítási rendszerével összhangban a Főigazgató által megbízott személyek ellenőrzik.

4. Záró rendelkezések

4.1. A jelen Szabályzatban hivatkozott nyomtatványok közül a papír alapúak az Intézet Nyomtatványalbumában engedélyezett formátumban, az elektronikus nyomtatványok pedig a medikai rendszerben találhatóak.

4.2. A Medikai modulban kialakított és jóváhagyott sablonokon orvos igazgatói engedély birtokában lehet módosítani.

4.2. Az Egészségügyi dokumentáció rendje 2022. október 1-jén napján lép hatályba és visszavonásig érvényes.

Jelen szabályzat hatálybalépésével egyidejűleg hatályát veszti az Intézet korábbi, Dokumentációs Protokoll megjelölésű Szabályzata.



