



DOKUMENTÁCIÓS PROTOKOLL

(Egészségügyi dokumentáció vezetésének rendje)

Készítette:

Dr. Bálint György
orvosigazgató-helyettes

Véleményezte:

Vargané Petes Gyöngyi
minőségirányítási vezető

Dr. Héra Eszter
ápolási igazgató

Jóváhagyta:

Dr. Inczeffy István
főigazgató



Változások nyilvántartása		
Sorszám	Dátum	Helye
01.	2013.08.01.	Javaslat
02.	2013.11.01.	Bevezetés
03.	2018.02.15.	1.2.2. pont módosítása
04.	2021.01.31.	A pirossal és zölddel írt betűk a változások
05.	2024.11.13.	Teljes dokumentum átdolgozása



TARTALOMJEGYZÉK

Változások nyilvántartása	1
TARTALOMJEGYZÉK	2
1.1. A Dokumentációs Protokoll célja	4
1.2 Hivatkozások	4
1.3 A Dokumentációs Protokoll személyi hatálya és annak betartásáért felelős személyek	5
1.4 Az egészségügyi dokumentációra vonatkozó általános szabályok	6
1.5 A betegfelvétel dokumentációja	9
1.5.1 A beutaló	9
1.5.2 A betegfelvétel esetei	10
1.6 A beteg ellátásába történő beleegyezése és annak visszautasítása	12
1.6.1 Beteg beleegyezési nyilatkozat.....	12
1.6.2 Az ellátás beteg általi visszautasításának dokumentációja.....	15
1.7 Diagnosztikai vizsgálatkérések és konzíliumkérések és az annak során keletkező dokumentáció	17
1.7.1 A diagnosztikai vizsgálatkérések és az annak során keletkező dokumentáció	17
1.7.2 A konzíliumkérések és az annak során keletkező dokumentáció	18
1.8 A recept felírása	19
1.9 A beteg szállításának dokumentációja	21
1.9.1 Az utazási utalvány	21
1.9.2 Betegszállítás betegszállító gépjárművel.....	22
1.10 Fertőző betegségek bejelentésének dokumentálása	24
1.11 A Nemzeti Rákregiszter számára előírt kötelező adatszolgáltatás dokumentálása	24
1.12 Edukáció, tanácsadás	25
1.13 Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga	25
1.14 Az egészségügyi dokumentáció lezárása, tárolása és kikérése	26
1.14.1 Az egészségügyi dokumentáció lezárása.....	26
1.14.2 Az egészségügyi dokumentáció tárolása	27
1.14.3 Az egészségügyi dokumentáció irattárból történő kikérése	27
2. Járóbeteg-szakellátás	27
2.1 A járóbeteg-szakellátás meghatározása és részei	27
2.2 Az előjegyzés nélkül és az előjegyzés útján igénybe vehető járóbeteg-szakellátások	28
2.2.1 Előjegyzéssel igénybe vehető járóbeteg-szakellátások	28
2.2.2 Előjegyzés nélkül igénybe vehető járóbeteg-szakellátások.....	Hiba! A könyvjelző nem létezik.
2.3 A Szakrendelőben és Szakambulancián beutalóval vagy a nélkül igénybe vehető szakellátások	29
2.4 Valamennyi járóbeteg-szakellátás során vezetett dokumentáció	29
2.4.1 Az ambuláns modul.....	29
2.4.2 Ambuláns lap.....	30
2.4.3 Az ambuláns betegforgalmi dokumentáció	31
2.5 A gondozókra vonatkozó szabályok	32
2.5.1 A gondozókban beutalóval vagy anélkül igénybe vehető gondozói szakellátások	32
2.5.2 Gondozási dokumentáció	32
2.6 Foglalkozás-egészségügyi szakrendelés	32
2.6.1 A Foglalkozás-egészségügyi szakrendelés feladatköre	32
2.6.2 Az egészségügyi törzslap	32
3 Fekvőbeteg szakellátás	34
3.1 Az intézményi várólista	34
3.2 Az általános fekvőbeteg-ellátás során vezetett dokumentáció	37
3.2.1 A betegazonosító karszalag	37
3.2.2 A Fekvő beteg modul	39
3.2.3 A betegdokumentáció.....	39
3.2.4 Az ápolási dokumentáció	43
3.3 Műtéti dokumentáció	49



3.3.1	A műtéti kiírás.....	49
3.3.2	A műtéti kiírás és változtatás szabályai.....	50
3.3.3	A műtét esetén a kórlapra és annak mellékleteire vonatkozó speciális szabályok	51
3.4	Transzfúzió dokumentálása	53
3.5	A beteg a Kórház fekvőbeteg-ellátó osztályáról történő távozásának dokumentálása	54
3.5.3.2	A kórbonctani vizsgálattal kapcsolatos dokumentáció	58
3.5.3.3	A holttest átadása és átvétele a fekvőbeteg-ellátó osztály és a Patológia között	61
3.6	Finanszírozási adatlap:	62
3.7	Általános szabályok, az osztályos ellátás során kezelt megbetegedés diagnózisainak meghatározása	62
3.8	Besorolási szabályok	64
3.9	Egészségügyi dokumentáció ellenőrzése	64
4.	Záró rendelkezések	65



1. Általános rendelkezések

1.1 Cél

A Somogy Vármegyei Kaposi Mór Oktató Kórházban (a továbbiakban: **Kórház**) a jelen protokollban meghatározott módon kerül sor az egészségügyi dokumentáció vezetésére. Célja a Kórházban vezetett minden, a beteggel kapcsolatba hozható egészségügyi irat egységesítése, azonosíthatósága, továbbá az ellátási folyamat nyomon követhetőségének, visszakereshetőségének biztosítása.

Célja továbbá a 1.2.1. pontjában felsorolt jogszabályok rendelkezéseinek érvényesítése és végrehajtása, a Kórháznál mindenkor hatályos, 1.2.3. pontjában felsorolt, a Kórház belső szabályzatai tartalmának figyelembevételével.

1.2 Hivatkozások

1.2.1 Jogszabályok

- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.),
- az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény,
- az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (info tv.)
- az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény,
- a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.),
- a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII.1.) Kormányrendelet,
- az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III.3.) Kormányrendelet,
- a várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól szóló 287/2006. (XII.23.) Kormányrendelet, a várólista-sorrend kialakításának és az eltérés lehetőségének egészségügyi szakmai feltételeiről szóló 45/2006. (XII. 27.) EüM rendelet,
- a betegszállításról szóló 19/1998. (VI.3.) NM rendelet,
- az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek rendeléséről és kiadásáról szóló 44/2004. (IV.28.) ESZCSM rendelet,
- a betegszállításról szóló 19/1998. (VI.3.) NM rendelet,
- a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló 18/1998. (VI.3.) NM rendelet,
- a foglalkozás-egészségügyiszolgáltatásról szóló 27/1995 (VII.25.) NM rendelet,
- a munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasság orvosi vizsgálatáról és véleményezéséről szóló 33/1998. (VI.24.) NM rendelet,
- az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003 (X.20.) ESZCSM rendelet,



1.2.2 MEES 2.0:

- Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok¹

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

- Szervezeti és Működési Szabályzat
- Térítési díj ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások és azok díjairól szóló szabályzat
- Egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló szabályzat
- Fekvőbeteg ellátás folyamatszabályozása
- Járó beteg szakellátás folyamatszabályozása
- Szervezeti egységek működési rendje
- A haldoklók ellátásáról és a halottak kezeléséről szóló szabályzat
- Iratkezelési Szabályzat
- Adatvédelmi Szabályzat,
- Szakmai protokollok

1.3 **Fogalom meghatározások**

EESZT: Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT), aminek elsődleges funkciója, hogy egészségügyi adatok, dokumentációk és vizsgálati eredmények egy közös tárhelyre kerüljenek.

1.4 **Az Egészségügyi dokumentáció vezetésének rendje című eljárás személyi hatálya és annak betartásáért felelős személyek**

1.4.1 Jelen Dokumentációs protokoll az ellátásban részesülő betegek vonatkozásában érvényesül, amelynek betartásáért és az egészségügyi dokumentáció teljes körű, valós tartalmának vezetéséért a tevékenységben résztvevő valamennyi személy, betartatásáért és ellenőrzéséért a vezető szakdolgozó, osztály/részlegvezető főorvos, orvosigazgató/orvosigazgató-helyettes, ápolási igazgató felelős.

1.4.2 Jelen Dokumentációs protokoll alkalmazásában, az egészségügyi dokumentációban adatokat feltüntető **kezelőorvos**nak minősül jogilag a beteg adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati (diagnosztikai) és kezelési (terápiás) tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző (osztályos, ügyeletes, konziliárius, operatőr szakorvosok), illetve orvosok, akik a beteg gyógykezeléséért felelősséggel tartoznak (Eütv. 3. § b) pont), nemcsak az informatikai rendszerben (eMedSolution) kezelőorvosként megjelölt személy.

1.4.3 Jelen protokoll alkalmazásában egészségügyi dolgozónak minősül az egyéb felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, az egészségügyi

¹ * 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.)



szakképesítéssel rendelkező személy, továbbá az egészségügyi tevékenységben közreműködő egészségügyi szakképesítéssel nem rendelkező személyek közül a logopédus, szociális munkás, dietetikus, konduktor, pszichológus, mentálhigiénikus.

1.5 Az egészségügyi dokumentációra vonatkozó általános szabályok

Az egészségügyi dokumentáció az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi dolgozó tudomására jutó, a beteg kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától. (Eütv. 3. § p) pont)

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. (Eütv. 136. § (1) bek.) Ahhoz, hogy a betegdokumentáció a betegellátás számára hasznos legyen, az információkat időrendben kell rögzíteni. Elengedhetetlen, hogy a betegdokumentáció a betegellátás folyamatát a valóságnak megfelelően rendezetten és hitelesítetten tükrözze.

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

1.5.1 Az egészségügyi dokumentáció vezetése

A jelen Dokumentációs protokollban meghatározottak szerint – **fő szabályként elektronikus úton kerül vezetésre,- az egyes bejegyzéseknél rögzítve a bejegyzést tevő nevét - melynek fő elemei nyomtatásra és aláírással, orvosi pecséttel validálásra kerülnek. Papír alapon is vezethető részei kizárólag a beavatkozást végző aláírásával érvényesek:** Pl. a speciális kezelési lapok, Ápolási lapok, Orvosi dekurzus. Az elektronikus dokumentáció alapját a Kórházban az eMedsolution integrált számítógépes információs rendszere (medikai modul) biztosítja, amely a betegellátási tevékenységet dokumentáló, koordináló számítógépes program.

Ennek részei:

- a) járóbeteg-szakellátások esetén a **járóbeteg modul**,
- b) fekvőbeteg-szakellátások esetén az **fekvőbeteg modul**.
- c) ápolás-szakellátás esetén az **ápolási modul**
- d) műtői adminisztrációra a **műtői modul**
- e) vizsgáló-, diagnosztikai helyeknél a **teljesítési modul**



Ezen rendszerbe – az egyéni felhasználói név (login) és ehhez tartozó jelszó megadásával – a Kórház dolgozói jogosultak belépni. A program keretében az általuk elérhető és használható funkciók körét a munkakörüknek megfelelő jogkörök és jogosultságok határozzák meg. A medikai modul üzemzavara vagy tervezett leállása esetén az adatrögzítés kizárólag papír alapon történik, az üzemzavar, leállás megszűnését követően az ily módon rögzített adatokat a medikai rendszerbe amennyiben mód van rá a későbbiekben be kell rögzíteni.

Amennyiben az informatikai rendszer programfrissítés, adatmentés következtében nem elérhető abban az esetben az adatokat írásban validált módon kell rögzíteni.

1.5.2 Az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni:

- a betegnek az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben meghatározott személyazonosító adatait,
- cselekvőképes beteg esetén az értesítendő személy, kiskorú, illetve gondnokság alatt álló beteg esetében a törvényes képviselő nevét, lakcímét, elérhetőségét,
- a kórelőzményt, a kórtörténetet,
- az első vizsgálat eredményét,
- ellátási tervet
- a diagnózist és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját,
- az ellátást indokoló betegség megnevezését, a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, a kísérőbetegségeket és szövődményeket,
- egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, illetve a kockázati tényezők megnevezését,
- az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét,
- a gyógyszeres és egyéb terápiát, annak eredményét,
- a beteg gyógyszer-túlérzékenységre vonatkozó adatokat,
- a bejegyzést tévő egészségügyi dolgozó nevét és a bejegyzés időpontját,
- a betegnek, illetőleg tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését,
- a beleegyezés (jelen eljárás 1.6.1. pontja, Eütv. 15. § (3. bekezdés), illetve visszautasítás (jelen eljárás 1.6.2. pontja, Eütv. 20-23. §) tényét, valamint ezek időpontját,
- minden olyan egyéb adatot és tényt, amely a beteg gyógyulására befolyással lehet. (Eütv. 136. § (2) bek.)

1.5.3 Korlátozó intézkedések dokumentálása: (Ápolási Protokoll AP0238)

1.5.3.1 Az egészségügyi ellátás során a beteg emberi méltóságát 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. (Eütv. 10. § (1), (3)-(4) bek.)

1.5.3.2 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. (Eütv. 10. § (5) bek.)

1.5.4 Az egészségügyi dokumentáció részeként meg kell őrizni

- az egyes vizsgálatokról készült leleteket,
- a gyógykezelés és a konzílium során keletkezett iratokat, - beleértve a tájékozott beleegyezést igazoló dokumentumokat-
- az ápolási dokumentációt,
- a képalkotó diagnosztikus eljárások felvételeit elektronikus formában (eRad rendszer), mely elérhető megfelelő jogosultsággal. Az adathordozó lemezen rögzített adat a beteg példánya,
- a beteg testéből kivett szövetmintákat és azok eredményeit. (Eütv. 136. § (3) bek.)

1.5.5 A dokumentáció kötelező formai elemei

Az egészségügyi dokumentáció részét képező iratokban szereplő adatokat, tényeket és körülményeket minden esetben **olvashatóan** kell rögzíteni, a dokumentáció kötelező formai elemei a következők:

- a beteg egyéni azonosító adatai,
- a dokumentációt elkészítő, illetőleg abban adatokat, tényeket, körülményeket rögzítő személy beazonosítható aláírása és pecsétje,
- a kiállítás (adatrögzítés) dátuma, óra, perc pontossággal
- Az egészségügyi dokumentációban adatokat, tényeket, körülményeket kizárólag az arra jogosult személy tüntethet fel. A Kórház dolgozói kötelesek az egészségügyi dokumentációban tett bejegyzéseiket – a Kórház minden osztályán összeállított, az adott osztályon dolgozó valamennyi alkalmazott aláírását és szignóját tartalmazó aláírásgyűjteményben foglaltaknak megfelelő – aláírásukkal, orvos esetén pecsétjével is ellátni.

1.5.6 Javítás az egészségügyi dokumentációban

A papír alapú egészségügyi dokumentációban kézzel 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. Az elektronikus rendszerben végzett javítás naplózható, visszakereshető, a változtató személy azonosítható.

1.6 A betegfelvétel dokumentációja

1.6.1 A beutaló

A házi orvos (ideértve a szociális háló intézményeiben foglalkoztatott orvost, a foglalkozás-egészségügyi orvost, a gyermekkorházak és iskolák orvosait is), a házi gyermekorvos és a fogorvos (a továbbiakban: **alapellátás orvosa**) szükség esetén a beteget járóbeteg-szakellátásra vagy fekvőbeteg-intézménybe utalja, vagy – ha az a beteg vizsgálata vagy gyógykezelése érdekében szükséges – az egészségügyi szolgáltatásait meghaladó vizsgálat vagy kezelés céljából szakorvosi konzíliumot kérhet, melyre vonatkozóan **beutalót** készít.

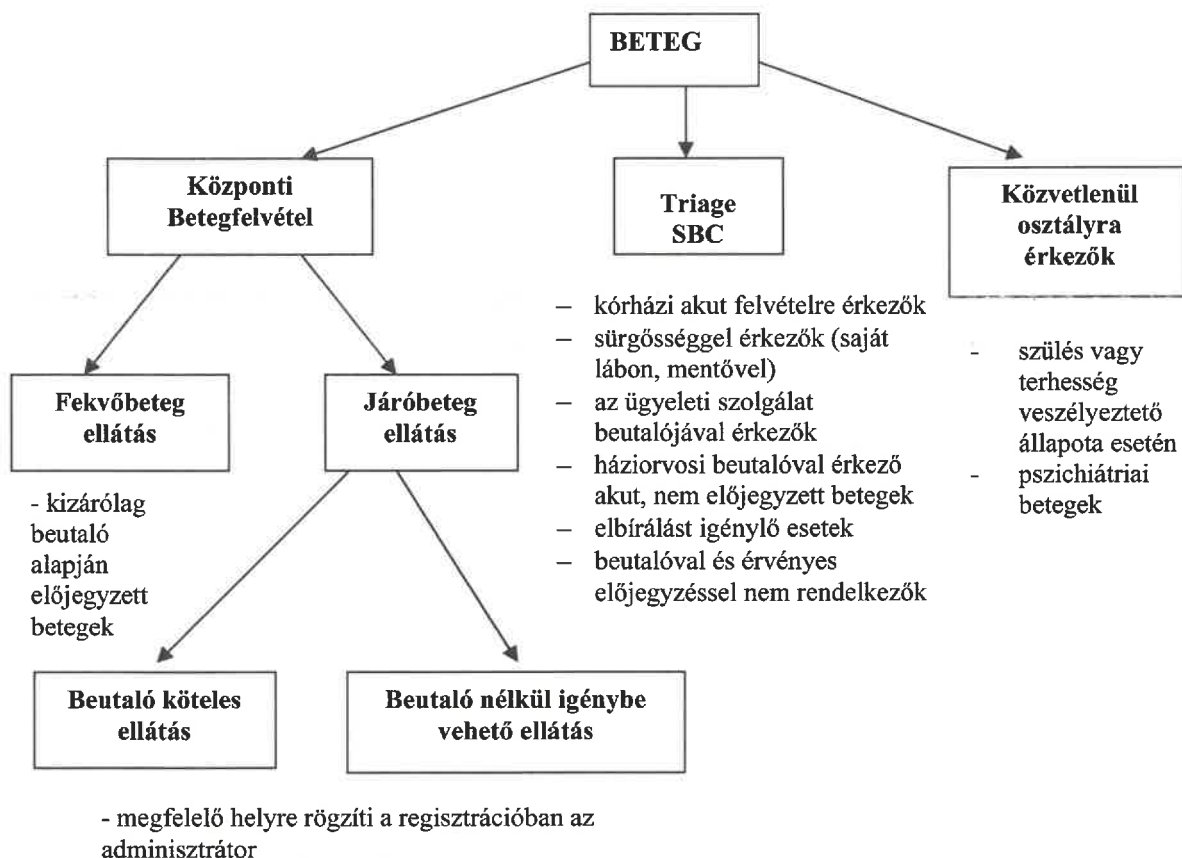
A beutaló egyértelműen tartalmazza a vizsgálatra vagy gyógykezelésre felkért intézmény pontos megjelölését, a beteg állapotának, eddigi kezelési eredményeinek rövid leírását és a feltételezett kórismét, a beteg adatait, ezek közül minimálisan annak nevét és társadalombiztosítási azonosító jelét (a továbbiakban: **TAJ szám**), a beutaló orvos aláírását és pecsétjét. A konzíliumi beutaló konkrét kérdésfelvetéssel zárul.

A beutaló érvényességi feltétele a beutaló orvos és az ellátó hely NNGYK szervezeti egység azonosító kódja, valamint a naplósorszám feltüntetése.

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. Sürgős esetben speciális beutalás ellenére a beteg a Sürgősségi Betegellátó Centrumban jelentkezhet, nem sürgős esetben azon ellátó egységen kell jelentkeznie, ahova a beutalója szól.

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.

1.6.2 A betegfelvétel esetei



1.6.2.1 A betegfelvétel a Központi Betegfelvételen keresztül

1.6.2.1.1. Amennyiben a beteg személyesen vagy hozzátartozója kíséretében érkezik a Kórházba, a betegfelvétel a Központi regisztrációban történik. A beteg a Kórházba érkezését követően a Központi regisztrációban (A Kórház 7400 Kaposvár, Tallián Gy. u. 20-32. szám alatti székhelyén - Északi tömb aula, D épület magas földszint) jelentkezik, ideértve azt az esetet is, ha a beteg érvényes előjegyzési időponttal rendelkezik. A Központi regisztrációban dolgozó személy (a továbbiakban: **Kórházi dolgozó**) a beteg által átadott okmányok (személyi igazolvány, vagy ennek hiányában útleve, lakcímkártya, TAJ kártya) alapján rögzíti, ellenőrzi a beteg személyes adatait és regisztrálja a megfelelő ellátó helyre.

Amennyiben a beteg nem rendelkezik érvényes TAJ kártyával, a beteg köteles kitölteni és aláírnia Somogy Vármegyei Kaposi Mór Oktató Kórház társadalombiztosítási azonosító jel jogviszony-ellenőrzésének IG/00442-000/2023 eljárásrendjében szereplő dokumentumokat.

1.6.2.1.2 Amennyiben a beteg érvényes beutalóval rendelkezik, az egészségügyi ellátásra ennek bemutatását követően jogosult. A beutaló megfelelőségére és érvényességére vonatkozó rendelkezéseket a jelen Dokumentációs Protokoll 1.5.1. pontja tartalmazza.

1.6.2.1.3 Amennyiben a beteg nem a Kórház illetékességi területéről érkezett, ez esetben **befogadó nyilatkozattal** kell rendelkeznie, - kivételt képez a sürgős szükség esete a-

melyet az ellátó szakterület kérvényez. Tartalmazza a beutaló orvos és a beutalt beteg azonosításához szükséges adatokat, a befogadás indokát, a beutalással érintett osztály/ ambulancia/ szakrendelő megnevezését, valamint a tervezett vizsgálat/ kezelést/ műtét/ beavatkozást/ szakellátás megnevezését. A befogadó nyilatkozat kizárólag abban az esetben érvényes, ha azt a beutalással érintett osztályvezető főorvos, vagy helyettese aláírásával, pecsétjével ellátta és azt a főigazgató is engedélyezte.

A befogadó nyilatkozattal rendelkező beteg kizárólag a beutalóval igénybe vehető egészségügyi ellátásokra jogosult.

- 1.6.2.1.4 A Központi regisztrációban dolgozó alkalmazott – a betegfelvételt követően – a beteget, illetőleg a beteg képviselőjére jogosult hozzátartozót a megfelelő osztályra irányítja.
- 1.6.2.1.5 A krónikus betegellátó osztályokra történő felvétel rendjét a Somogy Vármegyei Kaposi Mór Oktató Kórház és az általa irányított vármegyei intézmények krónikus fekvőbeteg szakellátás IG/3939-0/2024. iktatószámú szabályzata tartalmazza.
- 1.6.2.2 Betegfelvétel a Sürgősségi Betegellátó Centrumon keresztül
- 1.6.2.2.1 A Sürgősségi Betegellátó Centrumon (a továbbiakban: **SBC**) keresztül kerül felvételre:
- a) a Kórházi akut felvételre érkező,
 - b) (saját lábán vagy mentővel) sürgősséggel érkező,
 - c) az ügyeleti szolgálat beutalójával érkező,
 - d) háziorvosi beutalóval érkező akut, nem előjegyzett,
 - e) beutalóval és érvényes előjegyzéssel nem rendelkező beteg.
- 1.6.2.2.2 Az SBC-n keresztül felvételre kerülő beteg a műtéti tömb Triage pultján kell, hogy jelentkezzen, ahol sürgősségi ellátásra regisztrálják. Első észleléskor a Sürgősségi Ambulanciákra történik a felvétel. A Triage-ban a beteg részére az illetékes Kórházi dolgozó papír alapú formanyomtatványon **Triage 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, status, diagnosis
 - - a triage laphoz csatolt dokumentumok,
 - - a lehetséges további beteg utak valamelyikének meghatározása.
- A betegút meghatározására az SBO műszakvezető szakorvosa jogosult, a betegáthelyezés technikai megvalósításáért a triage nővér felel.
- 1.6.2.2.3 Az SBC-n keresztül beérkező beteg felvételének 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.

1.6.2.3 Közvetlenül a betegellátó osztályra érkező betegek

Közvetlenül az osztályra érkező betegek:

- a. szülés vagy terhesség veszélyeztető állapota esetén.
- b. pszichiátriai betegek

Ilyen esetben az adott osztály illetékes orvosa (napközben osztályos orvos, ügyeleti időben ügyeletes orvos) gondoskodik a jelen Dokumentációs Protokoll 1.5.2.1. pontjában foglaltak szerint a beteg felvételéről.

1.6.2.4 A betegfelvétel egyéb esetei

Az egészségügyi ellátás jelen Dokumentációs Protokoll 1.5.2. pontjában és alpontjaiban meghatározott rendelkezésektől eltérő igénybevétele kizárólag a hatályos jogszabályok, valamint a Kórház Térítési díj ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások és azok díjairól szóló Szabályzatában foglalt térítési díj ellenében lehetséges, ez esetben a beteg ellátásának előfeltétele a betegfelvétel alkalmával:

- a) „Költségekalkuláció és nyilatkozat az egészségügyi szolgáltatás térítési díjának megállapítására és megfizetésére a fekvőbeteg ellátás igénybevétele esetén”.
- b) „Adatlap a járóbeteg szakrendeléseken illetve kórházi szakambulancián végzett orvosi vizsgálatok térítési díjaihoz” nyomtatvány kitöltése.

Az érvényes Európai Egészségbiztosítási Kártyával rendelkező, az Európai Unió állampolgárai által térítés nélkül igénybe vehető ellátásáról **E-adatlap** kitöltése és annak beteg általi aláírása szükséges. Az adatokat a medikai rendszerbe is rögzíteni kell.

1.7 A beteg ellátásába történő beleegyezése és annak visszautasítása

1.7.1 Beteg beleegyezési nyilatkozat

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

A Kórházban beleegyező nyilatkozat szükséges minden esetben fekvőbeteg felvétel esetén az adatkezeléshez, mely a medikai rendszerből nyomtatható, általános felvilágosítás melletti ellátási tervbe való beleegyezéshez, és a speciális – invazív beavatkozásokhoz (külön speciális betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat nyomtatvány az ellátó helyeken). A járóbeteg ellátásnál csak az invazív beavatkozásokhoz szükséges beleegyező nyilatkozat.

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 nyilatkozata² szükséges (a továbbiakban: **beteg beleegyező nyilatkozat**).

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. (Eütv. 15. § (5)-(6) bek.) A beteg beleegyezési nyilatkozat aláírásával egyidejűleg jogosult nyilatkozni arról is, hogy az állapotáról kezelőorvos kinek adhat felvilágosítást, információt.

1.7.1.1 A beteg helyett a beleegyezési 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 nyilatkozattal

- a) megnevezheti azt a cselekvőképes személyt, aki jogosult helyette a beleegyezés, illetve a jelen Dokumentációs Protokoll 1.7.2. pontja szerinti visszautasítás jogát gyakorolni, illetve, akit az Eütv. 13. §-a szerint tájékoztatni kell,
- b) az a) pontban meghatározott személy megjelölésével vagy a nélkül az Eütv. 16. § (2) bekezdésében meghatározott személyek közül bárkit kizárhat a beleegyezés és a jelen Dokumentációs Protokoll 1.7.2. pontja szerinti visszautasítás jogának helyette történő gyakorlásából, illetve az Eütv. 13. §-a szerinti tájékoztatásból. (Eütv. 16. § (1) bek.)

Amennyiben a beteg cselekvőképtelen és nincs a jelen Dokumentációs Protokoll 1.6.1.2. a) pontja alapján nyilatkozattételre jogosult személy, a beleegyezés és a jelen Dokumentációs Protokoll 1.7.2. pontja szerinti visszautasítás jogának gyakorlására – a fenti a jelen Dokumentációs Protokoll 1.7.1.2. 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.

² Az írásos beleegyezést a meghatározott magas kockázatú beavatkozások előtt elnyerik, a beleegyezés pontos időpontja (óra, perc) rögzítésre kerül, a tájékoztatást adó személy azonosított. (F.BEGY.6.1)



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 felmerülő 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 cselekvőképés 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. (Eütv. 16. § (2)-(5) bek.)

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

- a) a jelen Dokumentációs Protokoll 1.7.1.2. a) pontja szerinti személy nyilatkozatának beszerzése késsedelemmel járna;
- b) invazív beavatkozások esetén akkor, ha a jelen Dokumentációs Protokoll 1.6.1.2. a) pontja vagy az 1.7.1.3. pontja szerinti személy nyilatkozatának beszerzése késsedelemmel járna és a beavatkozás késsedelmes elvégzése a beteg egészségi állapotának súlyos vagy maradandó károsodásához vezetne. (Eütv. 17. § (1) bek.)

1.7.1.2 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 (figyelemmel az Eütv. 20-23.§-aira). (Eütv. 17. § (2) bek.)

1.7.1.2.1 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. (Eütv. 18. §)



- 1.7.1.2.2 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. (Eütv. 19. §)

- 1.7.2 Az ellátás beteg általi visszautasításának dokumentációja

- 1.7.2.1 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. (Eütv. 20. § (1) bek.)

- 1.7.2.2 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 rögzíteni kell, amelyet a tanúk aláírásával hitelesítenek. (Eütv. 20. § (2) bek.)

- 1.7.2.3 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 mindenkor állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan. Az életfenntartó, illetve életmentő beavatkozás visszautasítása a jelen Dokumentációs Protokoll 1.7.2.2. pontjában foglalt alaki előírások betartásával történhet. (Eütv. 20. § (3) bek.)

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. (Eütv. 20. § (4) bek.)

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. (Eütv. 20. § (6) bek.)

A jelen Dokumentációs Protokoll 1.7.2.2. 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 ismételt tájékoztatni kell a beavatkozás elmaradásának következményeiről. (Eütv. 20. § (7) bek.)

A beteg a visszautasításra vonatkozó nyilatkozatát bármikor, alaki kötöttség nélkül visszavonhatja. (Eütv. 20. § (8) bek.)

- 1.7.2.4 Cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes beteg esetén a jelen Dokumentációs Protokoll 1.7.2.2. pontja szerinti ellátás nem utasítható vissza. (Eütv. 21. § (1) bek.)

Amennyiben cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes beteg esetén a jelen Dokumentációs Protokoll 1.7.2.3. pontja szerinti ellátás visszautasítására kerül sor, a Kórház 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. (Eütv. 21. § (2) bek.)

- 1.7.3 A cselekvőképes személy

a) későbbi esetleges cselekvőképtelensége esetére közokiratban visszautasíthat

aa) a jelen Dokumentációs Protokoll 1.7.2.1. pontjában meghatározott egyes vizsgálatokat, beavatkozásokat,

ab) a jelen Dokumentációs Protokoll 1.7.2.3. pontjában meghatározott beavatkozásokat, valamint

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

b) cselekvőképtelensége esetére közokiratban és teljes bizonyító erejű magánokiratban (ld. Általános adatkezelési nyilatkozat) megnevezheti azt a cselekvőképes személyt, aki a jelen pontban meghatározott visszautasítási jogát helyette gyakorolhatja. A cselekvőképes személy beavatkozást visszautasító nyilatkozata esetén a jelen Dokumentációs Protokoll 1.7.2.3. 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. (Eütv. 22. § (1)-(3) bek.)

- 1.7.3.1 A jelen Dokumentációs Protokoll 1.7.2.3. 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 Dokumentációs Protokoll 1.7.2.5. pont b) alpontjában meghatározott személyt az ellátás visszautasítása során nem szabad semmilyen eszközzel döntésének megváltoztatására kényszeríteni. A beteg az 1.7.2.3. pontja szerinti beavatkozás visszautasítása esetén is jogosult szenvedéseinek enyhítésére, fájdalmainak csökkentésére irányuló ellátásra. (Eütv. 23. §)

1.8 Diagnosztikai vizsgálatkérések és konzíliumkérések és az annak során keletkező dokumentáció

1.8.1 A diagnosztikai vizsgálatkérések és az annak során keletkező dokumentáció

Külső Intézmény felé továbbküldésre kerülő vizsgálatkérések dokumentálására az erre vonatkozó szabályok irányadóak.

1.8.1.1 A diagnosztikai vizsgálatkérések

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

- a beteg azonosító adatait, (melyet a medikai rendszer automatikusan biztosít)
- a kért vizsgálat pontos megnevezését,
- a (feltételezett) diagnózist vagy a differenciál-diagnosztikai problémát, továbbá
- minden olyan tény, körülményt, adatot, amely a vizsgálat elvégzéséhez szükséges (beleértve speciális infekciós állapotát)

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

1.8.1.2 A diagnosztikai vizsgálatok eredményei (leletek)

A jelen Dokumentációs Protokoll 1.8.1.1. pontja alapján átvett vizsgálatkérés alapján a vizsgálatot végző osztály – a vizsgálat megfelelő elvégzését követően – az eredményt (leletet):

- a) a Diagnosztikai osztályok az Intézmény területén – a fekvőbeteg-ellátás területén a fekvőbeteg egységekhez kapcsolódó ambulanciákon és a Járóbeteg ellátás területén is– elektronikus úton küldi meg, a medikai rendszerbe. Terápiás jelentőségű, differenciál diagnosztikai értékű leletet validált formában papíralapon is eljuttatja.
- b) a Diagnosztikai osztályok az Intézmény területén kívüli külső szolgáltató számára papír alapon megküldik a validált leletet a vizsgálatot kérő részére.

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, illetve a bevitel elektronikusan naplózható, és jogvita esetén visszakereshető.



1.8.1.3 Az egyes diagnosztikai egységekre vonatkozó rendelkezések

1.8.1.3.1 Képkalkotó diagnosztika

A beteg vizsgálata – a jelen Dokumentációs Protokoll 1.8.1.1. pontja szerinti diagnosztikai vizsgálat kérése iránti kérelemben foglaltaknak megfelelően – előjegyzést követően, az előjegyzés szerinti időpontban kerül elvégzésre. Az osztályon az előjegyzés – a vizsgálat iránti kérése időpontja, a beteg, a kérelmező orvos és osztály feltüntetésével – az előjegyzési naplóban, vagy a medikai rendszerben kerül vezetésre.

A képkalkotó diagnosztikai vizsgálatok eredményei a Kórház székhelyén és telephelyein digitális formában készülnek el. A képkalkotó diagnosztikai vizsgálatok digitális formában elkészült eredményeit az eRAD rendszerben lehet megtekinteni. Az eRAD rendszer csak a Kórházból érhető el.

1.8.1.3.2 Szövetteni és citológiai vizsgálatok elvégzése a Patológiai osztály által

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

A minta átadása az átvadó által vezetett kézbesítő könyvben, annak átvétele pedig a Patológiai osztály által vezetett szövettani átvadó naplóban kerül rögzítésre.

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

A szövettani és citológiai vizsgálatok eredménye – véleményezés után – elektronikusan, illetve 1 validált példányban a beteg egészségügyi dokumentációjában papír alapon kerül elhelyezésre.

1.8.2 A konzíliumkéresek és az annak során keletkező dokumentáció

1.8.2.1 Amennyiben a beteg Kórházon 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 konzíliumot kér.

a) A konzíliumkérés történhet:

aa) a konzíliumot kérő orvos által a konzíliumot végző orvos részére **a medikai rendszerben on-line formában** írt kérelem alapján megküldi a konzíliumot végző orvos részére,

ab *sürgős esetekben a konzílium kérés telefonos úton is történhet, ilyen esetben az aa) pont szerinti elektronikus 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 elkészíti és megküldi a konzíliumot kérő orvos részére.

1.8.2.2 A medikai online orvosi 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.

Intézményünkben ez alól kivétel az antibiotikum rendeléssel kapcsolatos infektológia konzílium, valamint szövettani és cytológiai vizsgálatok leletei, multi rezisztens kórokozó, gombainfekció lelete, amely csak kinyomtatott, aláírt formában érvényes.

1.8.2.3 Non-doktori szakvélemények dokumentálása konzíliumkérés formájában történik a medikai rendszerben Pl.: diétetika, higiénia, szociális ellátás stb.

1.9 A recept felírása

1.9.1 Az orvosi recept (vagy vény) közokirati formában kiállított űrlap, 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.

Gyógyszer rendelésére jogosult minden orvos és fogorvos, aki az orvosi oklevélhez kötött tevékenység folytatására jogosult, a vonatkozó jogszabályban meghatározott, gyógyszerrendelésre jogosító bélyegzővel valamint gyógyszer felírásra jogosító NEAK szerződéssel rendelkezik. Az „SZ” jelzéssel ellátott gyógyszert az az orvos, 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. (44/2004. (IV.28.) ESZCSM rendelet, 1-2. §) A vényen történő rendelések a medikai rendszerből elérhetők és visszakereshetők.

1.9.2 Az orvos a gyógyszert vényen rendeli.

1.9.2.1 A vényen szerepelnie kell:

- 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 összmenyiségét (latin nyelven és római számmal);

- e) egyértelmű utasítást a gyógyszer adagolására, alkalmazásának módjára és gyakoriságára;
- f) az orvos saját kezű aláírását és orvosi bélyegzőjének azonosítható lenyomatát;
- g) külön a jogcím megnevezését
- h) társadalombiztosítási támogatással, szakorvosi javaslatra rendelhető gyógyszer esetén a szakorvosi javaslatot adó orvos orvosi bélyegzőjének számát, valamint a szakorvosi javaslat keltét.
- i) ellátási esemény esetszámát

1.9.2.2 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 táska részére rendel gyógyszert, a jelen Dokumentációs Protokoll 1.9.2.1. pont e) alpontjában foglaltakat nem kell alkalmazni, a vényen azonban fel kell tüntetni „*az orvosi táska 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 Dokumentációs Protokoll 1.9.2.1. pont a) alpontjában rögzítettek helyett a nevét, lakcímét, telefonszámát és a „*pro familia*” megjelölést köteles feltüntetni.

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.

Ha az orvos a már kiállított vényen változtatást (javítást) alkalmaz, azt a javított résznél kézjeggyel és bélyegzőjének azonosítható lenyomatával megerősíti. (44/2004. (IV.28.) ESzCsM rendelet, 7. §)

1.9.3 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**) hivatalos közleményeiben, valamint a vonatkozó jogszabályokban feltüntetett gyógyszerneveket, illetve rövidítéseket is lehet alkalmazni. Forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszer esetében a nemzetközi szabadnéven történő gyógyszerrendelés (hatóanyag) is megengedett, bizonyos rendelésnél csak ez az elfogadott. Magisztrális gyógyszerrendelés esetén, a szinonim néven történő gyógyszerrendelés is elfogadható.

Nemzetközi hatóanyag néven 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, belsőleges 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. (44/2004. (IV.28.) ESZCSM rendelet, 9-11. §)

1.9.4 Az orvos által egyszeri kiváltásra rendelhető gyógyszer mennyiség a mindenkor hatályban lévő jogszabálynak megfelelően jelzett.

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

1.9.4.2 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, vagy egy vényen 3 havi gyógyszert. Minden esetben jelezni kell akkor a recepten, hogy meddig látta el a beteget gyógyszerrel.

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 rögzíteni kell.

1.10 **A beteg szállításának dokumentációja**

A betegszállítás a beteg személy egészségügyi szolgáltatóhoz, az egészségügyi szolgáltatótól otthonába a szolgáltatók közti, valamint a szolgáltató telephelyei között 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, amennyiben az egészségügyi szolgáltatótól történő elbocsátásakor a kezelőorvos szakvéleménye szerint a beteg otthonában történő gondozása vagy felügyelete szükséges.

A betegszállítás – társadalombiztosítás által támogatott formái – a betegszállítás és a mentés.

1.10.1 Az utazási utalvány

1.10.1.1 A járóbeteg-szakellátásra, a fekvőbeteg-intézménybe, továbbá gyógyászati ellátásra, rehabilitációra beutalt társadalombiztosítással rendelkező beteget (jelen pont alkalmazásában: **beteg**) utazási költségeihez támogatás illeti meg.

a) ha orvosszakértői vizsgálatra utalták vagy rendelték be, vagy

b) ha a beutalás olyan egészségügyi szolgáltatóhoz történik,

ba) amely a beteg területi ellátására kötelezett, vagy



bb) amely a beteg lakóhelyéhez (tartózkodási helyéhez) a ba) pont szerinti egészségügyi szolgáltatónál közelebb esik, ha az oda történő beutalásba a beteg beleegyezett; vagy

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

Amennyiben a beteg az egészségügyi ellátást azért veszi beutaló nélkül igénybe, mert egészségi állapota az azonnali ellátását indokolta, az egészségügyi szolgáltatótól otthonába (tartózkodási helyére) történő utazási költségeihez való támogatásra jogosult. (1997. évi LXXXIII. törvény 22. § (1)-(2) bek.)

- 1.10.1.2 A beteg a gyógyászati segédeszköz próbájával, illetve kiszolgáltatásával kapcsolatos utazási költségeinek támogatására akkor jogosult, ha a gyógyászati segédeszközt a tartózkodási helyéhez legközelebb eső, a rendelt gyógyászati segédeszköz kiszolgáltatására az egészségbiztosítóval szerződött forgalmazónál szerzi be.
A fogyatékos gyermek korai fejlesztését és gondozását, fejlesztő felkészítést nyújtó intézmény igénybevételével kapcsolatban felmerült utazási költségekhez támogatás jár.

A betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló szervezett szűrővizsgálat igénybevételével kapcsolatban felmerült utazási költséghez támogatás jár. A beteg a támogatásra akkor jogosult, ha a jogszabályban meghatározott szűrővizsgálatot behívás alapján vette 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 a beutaló orvos szükségesnek tartja.

Helyi közlekedési eszköz igénybevételéhez nem jár támogatás. (1997. évi LXXXIII. törvény 22. § (3)-(7) bek.)

- 1.10.1.3 Az utazási utalványt a beutaló orvos a beutalóval egyidejűleg állítja ki. Amennyiben a beteg az egészségügyi ellátást az utalvány kiállítását megelőzően veszi igénybe, ez esetben utazásához nem jogosult utazási kedvezményre.

A beteg az utazási utalványt tömegközlekedési eszközön használhatja fel. Amennyiben a beteg egészségi állapota nem teszi lehetővé a tömegközlekedési eszközön történő utazást, a beteg gépkocsival is utazhat, amelyhez szükséges utazási térítés akkor vehető igénybe, ha az utalványt kiállító orvos a gépkocsi igénybevételének szükségességét megindokolja.

- 1.10.2 Betegszállítás betegszállító gépjárművel

- 1.10.2.1 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 igénybevételét,
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. (Eütv. 97. §)

A betegszállítás a Kórházból 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 Kórházat más módon nem tudja elhagyni, vagy
- b) a betegnek a fekvőbeteg-intézményből az otthonába történő eljutása az elbocsátásának naptári napján, illetve más esetben ésszerű időn belül másként nem biztosított. (Eütv. 97. §)

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

1.10.3 A betegszállítás formái:

A betegszállítás – a sürgősség igénye szerint – lehet:

- azonnali
- 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. (19/1998 (VI.3.) NM rendelet 4. § (1)-(4) bek.)

1.10.3.1 A betegszállítást az orvos rendeli meg és erről a beteg részére betegszállítási utalványt állít ki. A megrendeléskor közölni kell:

- a beteg nevét, életkorát,
- 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. (19/1998. (VI.3.) NM rendelet 6. § (2) bek.)



A betegszállítás során, a beteg átvételét, illetve átadását minden esetben megfelelően dokumentálni kell a betegdokumentációban, melyben fel kell tüntetni a beteg átadás-átvétel időpontját, az átvett iratokat és értékeket, valamint indokoltság esetén ezekről letárt kell készíteni.

1.11 Fertőző betegségek bejelentésének dokumentálása

A fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló 18/1998. (VI.3.) NM rendeletben, valamint a fertőző betegségek jelentésének rendjéről szóló 1/2014. (I. 16.) EMMI rendeletben, továbbá az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 1. számú mellékletében meghatározott fertőző betegségek észlelése esetén a Kórház köteles jelentést küldeni a Kormányhivatal Nemzeti Népegészségügyi Szervének regionális Intézetének. A beteg kezelőorvosa a **Fertőző Betegek be- és kijelentése** elnevezésű formanyomtatványon elektronikusan tesz eleget jelentéstételi kötelezettségének, amely tartalmazza a beteg egészségügyi és – bizonyos fertőző megbetegedések esetében – a beteg személyazonosító adatait. 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 – kontaktszemély telefonszámát is tartalmazó – **Bakteriológiai vizsgálatkérő lap** alapján kerül sor.

Minden multi rezisztens kórokozó pozitívítás megállapítása esetén, ennek tényét a beteg kezelőorvosa rögzíti a beteg dokumentációjában és a beteg zárójelentésében. A további adminisztratív és klinikai teendőket az OEK ide vonatkozó módszertani levele tartalmazza.

1.12 A Nemzeti Rákregiszter számára előírt kötelező adatszolgáltatás dokumentálása

Jogszabályi kötelezettségnek való megfelelően az eMedsolution Járó, Fekvő modulja a jelentés köteles BNO kódokat felismeri. Amennyiben olyan BNO kerül rögzítésre, amit jelenteni kell, akkor a jelentéshez szükséges kötelezően kitöltendő adattábla jelenik meg, melyet az adatokat bevívó kezelő orvosnak ki kell töltenie. A program „Rákregiszter Jelentés” menüpontján belül a fekvő/járó/kúraszerű jelentés és a Patológia jellegű jelentéseket negyedévente lehet legyűjteni az eMedsolutionból. A legyűjtött adatokat konvertálni kell, és a konvertált állomány e-mail-ben kerül elküldésre a Nemzeti Rákregiszter Felé.

1.13. Központi Implantátumregiszterre vonatkozó dokumentálási kötelezettségek

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 101/C. § (1) bekezdése szerinti adatokat tartalmazó nyilvántartás adatainak az implantátum beültetésével, kivételével és cseréjével kapcsolatos beavatkozásokon átesett érintett további gyógykezelése, egészségi állapotának nyomon követése, váratlan esemény gyors elhárítása, valamint a beültethető orvostechnikai eszközök megfelelőségének ellenőrzése céljából vezetett központi implantátumregiszter részére történő továbbítását követően a központi implantátumregisztert működtető



egészségbiztosítási szerv a személyazonosító adatok tekintetében kapcsolati kódot képez. A kapcsolati kódot az egészségbiztosítási szerv minden személyazonosító adat tekintetében azonos kódképzési módszer alapján hozza létre úgy, hogy az a személyes adatokra történő visszafejtést ne tegye lehetővé és ugyanazon beteg tekintetében valamennyi adattovábbítás – függetlenül a beavatkozást végző egészségügyi szolgáltatótól – azonos kapcsolati kódhoz kapcsolódjon. A Kórház a központi implantátumregiszterrel kapcsolatban az Eüak. tv. 22/B.§-ban meghatározottak szerint jár el.

1.14 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 Dokumentációs Protokoll 2.4.2. pontja szerinti ambuláns lapon,

b) fekvőbeteg-szakellátás esetén a jelen Dokumentációs Protokoll 3.2.4. pontja szerinti *ápolási dokumentációban*.

1.15 Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga

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

Az egészségügyi dokumentációval a Kórház, az abban szereplő adattal a beteg rendelkezik. A beteg jogosult az egészségügyi dokumentációba betekinteni, arról saját költségére másolatot, az egészségügyi adatairól indokolt célra – saját költségére – összefoglaló vagy kivonatos írásos véleményt, továbbá a gyógykezeléssel összefüggő adatainak kezeléséről tájékoztatást kapni. (Eütv. 24. § (1)-(3) bek.) Egészségügyi dokumentációról az első másolat ingyenes.

1.14.2 A beteg jogosult az általa pontatlannak vagy hiányosnak vélt – rá vonatkozó – egészségügyi dokumentáció kiegészítését, kijavítását kezdeményezni, amelyet a kezelőorvos, illetve más adatkezelő a dokumentációra saját szakmai véleményének feltüntetésével jegyez rá. A hibás egészségügyi adatot az adatfelvételt követően törölni nem lehet a kézzel írt dokumentációba, azt – a jelen Dokumentációs Protokoll 1.5.6. pontjának megfelelően – úgy kell kijavítani, hogy az eredetileg felvett adat, az alkalmazott javítás és a javítást végrehajtó személy, valamint a javítás időpontja megállapítható legyen. A medikai rendszerben a javítás felülírással eszközölhető, azonban az informatikai rendszer naplózza az eseteket.

1.14.3 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. (Eütv. 24. § (5) bek.)

1.14.4 Cselekvőképtelen személy dokumentációjába való betekintési jog a jelen Dokumentációs Protokoll 1.7.2.4 és 1.7.2.5 pontjaiban meghatározott személyt, korlátozottan cselekvőképes személy dokumentációjába való betekintési jog a

beteget, illetve a jelen Dokumentációs Protokoll 1.7.2.4 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. (Eütv. 24. § (6)-(8) bek.)

- 1.14.5 A beteg életében, illetőleg halálát követően házastársa, egyenes ágbeli rokona, testvére, valamint élettársa – írásos kérelme alapján – akkor is jogosult az egészségügyi adat megismerésére, ha

a) az egészségügyi adatra

aa) a házastárs, az egyenes ágbeli 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) 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. (Eütv. 24. § (9)-(10) bek.)

- 1.14.6 Az egészségügyi adatokra vonatkozó tájékoztatást a beteg kezelőorvosa, illetve az Orvosigazgató adja meg, az orvosi tájékoztatásra vonatkozó előírásoknak megfelelően – szükség esetén – a kérelmező kezelőorvosával való szakmai konzultáció alapján. (Eütv. 24. § (11) bek.)

- 1.14.7 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. (Eütv. 24. § (12) bek.) Az egészségügyi dokumentáció másolatának kérelmére vonatkozó részletszabályokat a Somogy Vármegyei Kaposi Mór Oktató Kórháznak az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok védelméről szóló szabályzata tartalmazza.

- 1.14.8 A Kórház munkatársai az egészségügyi dokumentációba – a Kórház Szervezeti és Működési Szabályzatában rögzített jogosultságok és a Kórház Iratkezelési Szabályzatában foglalt rendelkezések figyelembevételével – jogosultak betekinteni.

1.15 Az egészségügyi dokumentáció lezárása, tárolása és kikérése

- 1.15.1 Az egészségügyi dokumentáció lezárása

Az egészségügyi dokumentáció a beteg távozását követően kerül lezárásra. Járóbeteg-szakellátás esetén az egészségügyi dokumentációt- ambuláns lappal- a



kezelőorvos, fekvőbeteg-szakellátás esetén az orvosi dokumentációt a zárójelentést készítő kezelőorvos, az ápolási dokumentációt az Ápolási zárójelentés elkészítő ápoló zárja le.³

1.15.2 Az egészségügyi dokumentáció tárolása

1.15.2.1 Az egészségügyi dokumentáció tárolása – az egészségügyi dokumentáció a jelen Dokumentációs Protokoll 1.15.1. pontja szerinti lezárását követően – maximum 1 (egy) évig a betegellátó osztály saját irattárában történik, ezt követően az iratörzés céljából a dokumentáció megküldésre kerül a Kórház székhelyén működő Központi Dokumentumtár részére.

1.15.2.2 Az egészségügyi dokumentáció valamennyi részét 30 (harminc) évig, a zárójelentést pedig 50 (ötven) évig kell megőrizni. A képalkotó diagnosztikai osztály által készített felvételeket 10, a leleteket – a felvétel készítésétől számítva – legalább 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 a Kórház Iratkezelési Szabályzata, illetve elektronikus iratok esetében az Informatikai Biztonsági Szabályzat, Adatvédelem című szabályzat tartalmazza.

1.15.3 Az egészségügyi dokumentáció irattárból történő kikérése

A Kórház dolgozója – az egészségügyi dokumentáció kikérése érdekében – a Központi Dokumentumtárnak címzett Iratpótló formanyomtatványon (Igazgatási és Koordinációs Osztály Működési Rend 1. számú melléklete) jelöli meg a kért egészségügyi dokumentációban szereplő beteg nevét, születési idejét, a kimenőszámot vagy a távozás időpontját (év/hónap/nap), továbbá azon osztály megnevezését, ahol a beteget kezelték.

Az egészségügyi dokumentáció irattárból történő kikérésére vonatkozó részletes rendelkezéseket egyebekben a Kórház Igazgatási és Koordinációs Osztály Működési Rendje 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 Szakambulanciák és a Gondozók.

³A betegdokumentáció tartalma rendezett és hitelesített.(F.BEF.2.)



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

2.2.1 Előjegyzéssel igénybe vehető járóbeteg-szakellátások

A Kórház a járóbeteg szakrendeléseinek elektronikus előjegyzési rendszert vezet.

A Kórház 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. (Ebtv. 5/B. § m) pont)

A betegfogadási listára kerülést a beteg vagy – a beteg beleegyezése esetén – háziorvosa vagy kezelőorvosa kezdeményezheti személyesen, telefonon vagy elektronikus úton.

A beteget 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 a Kórház 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. (287/2006. (XII.23.) Kormányrendelet 13/A. §)

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

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 orvos
- b) *beutalót nem igénylő esetben* az adott szakrendelés orvosa dönt. A döntést és annak indokát az adott beteg egészségügyi dokumentációjában rögzíteni kell. (287/2006. (XII.23.) Kormányrendelet 13/C. §)

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. (287/2006. (XII.23.) Kormányrendelet 13/A § (7) bekezdés
- e) A betegfogadási lista összeállításánál a fentiekben rögzített a)-d) pontban meghatározottakon túl figyelembe kell venni a betegforgalmi adatok alapján a keresőképtelenség és a transzplantáció előtti kivizsgálás miatti soron kívüli esetek számát, azzal, hogy a keresőképtelenség és a transzplantáció előtti kivizsgálás miatti soron kívüli esetek ellátása



nem veszélyeztetheti a nem keresőképtelen és a nem transzplantáció előtti kivizsgálásra váró betegek folyamatos ellátását.

f)

Digitális időpontfoglaló rendszer:

Az időpontok kezelése (rögzítése, módosítása, törlése) intézményi szinten, digitális időpontfoglaló rendszerben működik. Ez a folyamat az intézményi HIS (EMedsol) rendszerén keresztül valósul meg. Ehhez kapcsolódóan a munkaidő karbantartást a Járóbeteg Támogató Rendszer-ben (JTR) végzik a szakdolgozók. Az adott szakrendelésen, az erre a feladatra kijelölt szakdolgozók foglalkoznak az időpontfoglalással és az ezzel kapcsolatos adminisztrációval.

A szakrendelések által kiajánlott (publikus) kontingensekre tudnak a betegek, külső mobilalkalmazáson keresztül is időpontot foglalni. A szakrendelések kapacitástól függően határozzák meg a kiajánlott időponttípusokat és azok mértékét.

Az előjegyzés nélkül igénybe vehető járóbeteg-szakellátások a következők:

- elsősegélynyújtás vagy sürgős orvosi ellátás,
- bizonyos speciális szakellátások (pszichiátria, szülészet)
- valamely szakrendelés által átirányított beteg, ugyanazon naptári napon belül, a rendelési időn belül egy másik szakrendelésen végzett vizsgálata vagy gyógykezelése.

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

A beteg a Szakrendelőben és a Szakambulanciákon a járóbeteg-szakellátást 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 Az ambuláns modul

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

A Járóbeteg modul lehetőséget biztosít a Kórházban:

a) aktuálisan kezelt,

b) az adott munkahelyen egy megadott dátumintervallumban valaha megjelent,



- c) a központi nyilvántartásban szereplő (a Kórházban bárhol megjelent) és
- d) egy megadott dátum intervallumban előjegyzésben lévő betegek nyilvántartására és a Regisztrált betegek listája (a továbbiakban: **beteglista**) való kereshetőségére.

2.4.1.2 A Járóbeteg modul részei a következők:

- a) betegkarton, amely tartalmazza a beteg személyéhez, valamint megjelenéséhez fűződő adatokat,
- b) felvételi ablak, melyen belül lehetőség van alapvető NEAK adatok megadására (kezelő orvos, beküldő, beküldő orvos, térítési kategória, jelentkezés módja, ellátás típusa),
- c) diagnózis, amely a beteg megjelenéshez tartozó diagnózisokat tartalmazza,
- d) vizsgálatok, beavatkozások rögzítése,
- e) elektronikus konzílium- és vizsgálatkérések, ezen belül lehetőség van elektronikus információcserére,
- f) vényre rendelt terápia rögzítése, recept felírása,
- g) távozási adatok, melyek segítenek előkészíteni a beteg elbocsátását, megjelenésének lezárását,
- h) E adatlap az E térítési kategóriával rendelkező betegek esetén,
- i) beteg kezelésének lezárása, elbocsátása,
- j) előjegyzés rögzítése,
- k) gondozás rögzítése a beteg egyes megjelenéseivel kapcsolatosan.

2.4.1.3 Az előjegyzett betegeket az adott előjegyzési rendszerhez jogosultsággal bíró jogosult törölni az ambuláns modulból. Az ambuláns modulból történő törlés, javítás folytán szükségtelenné vált szövegrészeket az elektronikus rendszer naplózza. A törölt verzió előkereshető.

2.4.2 Ambuláns lap

Az ambuláns lapot a beteg ambuláns vizsgálatainak összegzéséről a kezelőorvos állítja ki a medikai rendszerben. Az ambuláns lapból 2 példányt kell nyomtatni. A beteg részére az egyik példányt annak elbocsátásakor átadja, a másik példányon az átadás tényét, a betegellátási terv elfogadásának tényét a beteggel, dátummal ellátva aláírattja, amit a Kórház megőriz.

2.4.2.1 **Az ambuláns lap kötelező tartalmi elemei a következők:**

- a) kiállító megnevezése, azonosítója, NNGYK szervezeti egység azonosítója
- b) beteg azonosító adatai (név, születési név, születési dátum, anyja neve, lakcím, TAJ szám),
- c) eset azonosítók (esetszám, naplósorszám)
- d) a beteg megjelenésének időpontja (év, hónap, nap, óra, perc), a felvételi időt ezért a regisztráció után az ambulancián javítani kell (a felvétel időpontja az ambulancián való tényleges megjelenés időpontja).
- e) kórelőzmény,
- f) anamnézis, a beteg aktuális panaszai, státusz, jelen panaszok, terápia, de kurzus, egyéb



- 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) külföldi beteg esetén: biztosítási kártya, útlevélszám,
- m) kontroll időpontja (visszarendelés ténye),
- n) dátum, az orvos aláírása, pecsétlenyomata.
- o) Beteg/hozzátartozó aláírása

2.4.2.2 Az ambuláns lap szükségszerű tartalmi elemei:

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

2.4.3 Az ambuláns betegforgalmi dokumentáció

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

2.4.3.1 Ambuláns lapok

- az adott rendelési napon a medikai rendszerbe felvett valamennyi beteg Ambuláns lapjának beteggel aláíratott – másodpéldánya.
- Mellékletei: - Beutaló: beutaló köteles szakellátás esetén,
 - Beleegyező nyilatkozat: amennyiben szükséges a beavatkozáshoz.

2.4.3.2 Napi betegforgalmi listák

A rendelőt 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, az irattárban. A listákat 5 évig kell megőrizni, továbbküldésre nem kerül, ezért az orvosi munkahely alapidokumentuma.



2.5 A gondozókra vonatkozó szabályok

2.5.1 A gondozókban beutalóval vagy anélkül igénybe vehető gondozói szakellátások

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

- a pszichiátriai gondozó
- a bőr és nemi beteg gondozó,

2.5.2 Gondozási dokumentáció

A gondozási dokumentáción 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.

A gondozóknál ambuláns lap is kerül kitöltésre. A gondozási adatokról elektronikus formában is nyilvántartást vezetnek.

2.6 Foglalkozás-egészségügyi rendelés

2.6.1 A Foglalkozás-egészségügyi rendelés feladatköre

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

- a) a munkahelyi megterhelés (fizikai, szellemi, lelki) és a munkakörnyezeti kóroki tényezők (fizikai, kémiai, biológiai, pszicho szociális, 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 ellenőrzése munkájukkal kapcsolatban.
(27/1995. (VII.25.) NM rendelet 7. § 1. pont)
A Foglalkozás-egészségügyi rendelés feladatait részletesen a 27/1995. (VII. 25.) NM rendelet tartalmazza.

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.



- 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 kivizsgáltatja és HIV fertőzés, HCV vagy HBV vírus hordozás 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. Az OMFI Ifjúsági Vizsgáló Osztálya által végzett szakmai alkalmassági vizsgálat során kiállított törzslapot az illetékes szakképző és felsőoktatási intézmény iskola orvosa őrzi 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.
- A biológiai tényezők hatásának kitett munkavállalók egészségének védelméről szóló 61/1999. (XII.1.) EüM rendelet 14. § (1) bekezdés alapján a biológiai tényezők hatásának kitett munkavállaló esetén az egészségügyi dokumentációt az adatfelvételtől számított 40 (negyven) évig kell megőrizni. A munkaköri, illetve szakmai alkalmasságot első fokon elbíráló szerv őrzi meg.
- A gazdálkodó szervezet részére foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatást nyújtó szolgáltatóban bekövetkezett változás esetén az egészségügyi dokumentációt át kell adni a foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatást nyújtó új szolgáltató részére. (33/1998. (VI.24.) NM rendelet 14. § (7) bekezdés)
- 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 jogszabály alapján meghatározott, fekvőbeteg-intézményi keretek között végzett egészségügyi ellátása. Ezen ellátás lehet:

- a) folyamatos benntartózkodás mellett végzett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú fekvőbeteg-intézményi 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. (Eütv. 91. §)

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-intézményi 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 (Eütv. 92. §)

3.1.1 Az intézményi várólista fogalma

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. Tartós kapacitáshiány akkor áll fenn, ha az Intézmény a fekvőbeteg-szakellátást a beteg részére a jelentkezését követő 60 napon belül nem tudja biztosítani.

- 3.1.1.1 **Az intézményi várólista vezetéséért felelős személy**, a beteg számára ellátást nyújtó fekvőbeteg Intézmény orvosa javaslatára, az országos várólista nyilvántartást vezető szervnél on-line módon kezdeményezi az Intézmény egészségügyi informatikai rendszerén keresztül, az intézményi várólistára történő felvételt.

- 3.1.1.2 A várólista az adott egészségügyi ellátásra besorolt biztosítottak **legfontosabb személyazonosító adatait** (családi és utónév, anyja neve, nem, születési év, lakóhely, társadalombiztosítási azonosító jel), az ellátásra való jogosultság sorrendjét, az ellátás várható, illetve – amint ismertté válik – pontosan meghatározott időpontját tartalmazza.



3.1.1.3 A várólista kezelése: Abban az esetben, ha az országos várólista nyilvántartást vezető szerv a várólistára felvétel kezdeményezését követően megállapítja, hogy az adott beteg, adott ellátás vonatkozásában már másik intézményi várólistán szerepel, erről – a várólista nyilvántartási rendszeren keresztül – tájékoztatja a kezdeményező várólista vezetésért felelős személyt. A várólista vezetésért felelős személy, felajánlja a beteg számára az adatait már tartalmazó várólista és a kezdeményezéssel érintett várólista közötti választás lehetőségét.

Amennyiben a beteg a kezdeményezéssel érintett várólistát választja, az Intézmény egészségügyi informatikai rendszerén keresztül az országos várólista nyilvántartásba felvételét a várólista vezetéséért felelős személynek, vagy a várólista kezeléséért felelős személyeknek biztosítani szükséges. Az országos várólista nyilvántartást vezető szerv törli a beteg adatait azokról a várólistákról, amelyek alapján a beteg választása szerint nem kerül sor az ellátás igénybevételére.

Abban az esetben, ha az ellátás igénybevételének időpontja eltér a beteggel korábban közölt tervezett időponttól, erről a beteget haladéktalanul tájékoztatja az intézményi várólista vezetéséért felelős személy.

Abban az esetben, ha a beteg nem jelenik meg az intézménynél a számára megadott napon az ellátás igénybevétele céljából – és ezt előzetesen az ellátás várható időpontját megelőző 5. napig sem a beteg kezelőorvosa (*beteg állapotában bekövetkezett változás miatt nem alkalmas az egészségügyi ellátásra*), sem maga a beteg nem jelezte – a műtétet végző orvos tájékoztatása alapján az intézményi várólista vezetéséért felelős személy új időpontot jelölhet meg az ellátás igénybevételére, amiről egyidejűleg tájékoztatja a beteget. Ha a beteg az új időpontban sem jelenik meg az intézménynél, az új időpontot követő 30. napon törölni kell az adatait az intézményi várólistáról. Annak a betegnek az adatait, akinek kezelőorvosi szakvéleménye alapján az egészségi állapotában olyan változás áll be, amely az adott beavatkozás elvégzését véglegesen lehetetlenné vagy orvos-szakmai szempontból indokolatlanná teszi, szintén törölni kell a várólistáról.

A beteg annál az egészségügyi intézménynél veheti igénybe az intézményi várólista alapján nyújtandó fekvőbeteg-szakellátást, amelyik szolgáltató várólistáján szerepel.

Amennyiben az intézményi várólistára felvett beteg másik egészségügyi szolgáltatónál kívánja az ellátást igénybe venni, azt a napot kell a várólistára felvétel időpontjának meghatározásánál figyelembe venni, amikor az utóbbi egészségügyi szolgáltatónál a várólistára-felvételre került. Ha az utóbbi egészségügyi szolgáltatónál várólistára-felvételre kerül a beteg, az országos várólista nyilvántartásért felelős szerv törli a beteget a korábbi szolgáltató intézményi várólistájáról és erről egyidejűleg tájékoztatja a korábbi szolgáltatót.

A tervezett módon, vagy sürgősséggel azonnal elvégzésre kerülő intézményi várólistás tevékenységekkel kapcsolatos nyilvántartási és adatkezelési feladatok ellátása az intézmény egészségügyi informatikai rendszerén keresztül az országos nyilvántartást vezető szerv (NEAK) által működtetett központi informatikai rendszer felé, online módon történik, illetve utólag a beteget a várólistára fel kell venni.



A beteg területi ellátására nem kötelezett szolgáltató az intézményi várólistára történő felvételt megtagadhatja, ha a területi ellátási kötelezettségű feladatainak folyamatos ellátását – a várólista alapján nyújtható ellátások vonatkozásában – a területen kívüli beteg fogadása veszélyezteti és az ellátásra az egészségbiztosító által lekötött szabad kapacitással nem rendelkezik.

3.1 Az intézményi várólista

3.1.2 A váró- és betegfogadási lista sorrend kialakításának és az eltérés lehetőségének egészségügyi szakmai feltételei

Amennyiben a fekvőbeteg-intézményi ellátások elvégzését a kezelőorvos az akut ellátásra nem szoruló beteg részére intézményi várólista alapján rendeli el, a beteg az ellátásra, az intézményi várólistára való felkerülés időpontja szerinti sorrendben jogosult. Az így meghatározott időponttól eltérni az ellátás szakmai indokoltsága, az ellátás várható eredménye, illetve a betegkérelme alapján lehet.

Az akut ellátásra nem szoruló beteg járóbeteg-szakellátásra a betegfogadási listára való felkerülés időpontja szerinti sorrendben jogosult. Az így meghatározott időponttól eltérni az ellátás szakmai indokoltsága, a beteg keresőképtelensége az ellátás várható eredménye, illetve a betegkérelme alapján lehet.

A várólistára és a betegfogadási listára való felkerülés időpontja szerinti sorrendtől való eltérés szakmai indokoltsága akkor állapítható meg, ha a várólistára és betegfogadási listára felvett, vagy azon még nem szereplő beteg esetében sürgős szükség áll fenn, és ellátásának késedelve nagyobb kockázattal jár, mint a sorrend megváltoztatása következtében hátrább sorolandó betegeké. Amennyiben a beteg a várólistán vagy betegfogadási listán nem szerepel, a beavatkozást végző szakorvos az adott szervezeti egység igazgatójával egyeztetetten haladéktalanul intézkedik arról, hogy arra az érintett beteg szakmai indokoltság okán felkerüljön. A szakmai indokokból való felkerülés tényét a várólistán vagy betegfogadási listán jelezni kell.

A várólistán vagy betegfogadási listán szereplő beteg vonatkozásában fennálló sürgős szükség meglétekor az érintett beteg listán szereplő adataiban a szakmai indokkal alátámasztott sorrendváltozást átvezetni szükséges a hátrább sorolandó betegek sorrendváltozásával egy időben.

A várólista vagy a betegfogadási lista szerinti sorrendtől az ellátás várható eredménye alapján történő eltérése akkor lehetséges, ha a várólistára és a betegfogadási listára felvett beteg esetében

a) egyéb ellátás szükségességének felmerülte, vagy

b) időleges állapotváltozása

miatt az ellátás várólista- vagy betegfogadási lista sorrend szerinti nyújtásának eredményessége várhatóan lényegesen eltérne a sorrendtől való eltérés esetében elérhető eredményességtől, és mindez nem jár a várólista vagy betegfogadási lista sorrend megváltoztatásával érintett további betegek számára a várható eredményesség számottevő csökkenésével.



A beteg akkor jogosult a keresőképtelenség miatti soron kívüli igénybevételre, ha a jogosultsági ellenőrzés eredménye alapján táppénz, baleseti táppénz igénybevételére jogosult, és ugyanazon betegségből adódóan folyamatosan legalább 15 napja keresőképtelen, valamint a keresőképtelen állományban vevő orvos vagy a felülvéleményező főorvos a beutaló kiállítója.

3.1.3 Az intézményi várólista vezetésért felelős személy, valamint az intézményi várólista kezelésért felelős személy kötelezettségei

Az Intézmény egészségügyi informatikai rendszeren keresztül az intézményi várólistára felvett betegek részére az Országos Várólista rendszerben kialakított publikus lekérdező felületen történő tájékozódás lehetőségéről (www.oep.hu – lakossági oldal – Országos Várólista Rendszer – Várólisták lekérdezése – Időpont lekérdezése esetazonosítóval, Várólisták hosszának lekérdezése, Várólisták tételes lekérdezése), valamint más intézmények várólista helyzetéről történő tájékoztatás biztosítása, a várólista vezetésért felelős személy, illetve a várólista kezelésért felelős személyek feladata. A saját intézményi várólista a honlapunkról is elérhető: <http://kmmk.hu/a-korhaz-elhelyezkedese/varolista/>

Az Intézmény informatikai rendszer várólista vezetésért felelős moduljának jogszabály szerinti működését, és az ezzel kapcsolatos jelentések (*Intézményi Várólista, Betegfogadási Lista*) elkészíthetőségét az Informatikai Csoport biztosítja.

Az intézményi várólisták, betegfogadási listák vezetése, azok tartalma az NEAK részére történő adatszolgáltatás biztosítása az orvosigazgató felelőssége.

3.2 Az általános fekvőbeteg-ellátás során vezetett dokumentáció

3.2.1 A betegazonosító karszalag

3.2.1.1 A betegbiztonság megvalósítása érdekében a Kórház betegellátó egységeiben betegazonosító karszalagot kötelesek alkalmazni a vonatkozó APO235 ápolási protokoll alapján.

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, illetve, ha az intézmény területét valamilyen okból elhagyja, pl. minden nap sugárkezelésre viszik, kiskorú törvényes képviselő jelenléte nélkül. **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.

Betegazonosító karszalagon fel kell tüntetni az alábbi elemeket:

a szervezeti egység kódja

a beteg nevének monogramja,

a beteg neve,

a beteg születési ideje,

a TAJ-szám utolsó négy számjegye.

Pl.: 0301, V.G-né, N, 66.06.06, 8290



Amennyiben a beteg nem azonosítható megbízhatóan amennyiben nem rendelkezik személyazonosító okmányokkal (például a sürgős szükség állapota), illetve tudatállapota zavart. Ezekben az esetekben az azonosítónak tartalmaznia kell:

- a szervezeti egység kódját (osztály nevének rövidítése)
- a beteg nemét,
- felvétel idejét (hónap, nap, óra, perc)

Az így képzett azonosító számot piros színnel jelölve, a betegdokumentációban (orvosi, ápolási) mindaddig fel kell tüntetni, amíg a megbízható személyi adatok a kezelőorvos tudomására nem jutnak. A tudomására jutott adatokról az orvos **köteles a szakdolgozót tájékoztatni, illetve az ellátó személyzet köteles a kezelő orvost tájékoztatni.**

Pl.: 0301,N, 2007-11-16, 23 óra 12 perc

Amennyiben a fekvőbeteg osztály az ápolási dokumentációt az ÁTR-ben rögzíti, úgy a QR kódos karszalag használata minden esetben kötelező.

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 íratni.

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 íratni a törvényes képviselővel.

3.2.1.4 Amennyiben a betegazonosító karszalag alkalmazása szükségtelenné 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 számkódot a kórlapon, a vizsgálatkérő lapon feltüntetett számkóddal 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 az eltávolítás után 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 kezelőorvos a beteg döntése alapján köteles felhelyezni a beteg csuklójára.
- 3.2.2 A Fekvőbeteg modul
- 3.2.2.1 A fekvőbeteg-ellátás keretében felvett betegekről vezetett elektronikus nyilvántartást a medikai rendszer Fekvő beteg modulja biztosítja.
A Fekvő beteg modul lehetőséget biztosít a Kórházban kezelt betegek nyilvántartására és
- a) a Kórház meghatározott osztályán és időintervallumon belül megjelent,
 - b) a Kórház bármely osztályán valaha megjelent,
 - c) a Kórházban aktuálisan kezeltbetegek listázása alapján a beteglistában való kereshetőségre.
- 3.2.2.2 A Fekvő beteg modul Kórházban 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) ellátási terv
 - d) dekurzus,
 - e) beavatkozások,
 - f) on-line vizsgálatok,
 - g) műtétek dokumentációja,
 - h) jelentendő diagnózisok,
 - i) távozás: távozási adatok, elbocsátási státusz, vényre rendelt gyógyszerek,
 - j) epikrízis.
- 3.2.2.3 Az osztályos modulból történő törlés, javítás folytán szükségtelenné vált szövegrészeket – a jelen Dokumentációs Protokoll 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. Elektronikus dokumentáció vezetés esetén az esetleges módosításokat az eMedsolution rendszer automatikusan naplózza.
- 3.2.3 Az egészségügyi dokumentáció
- 3.2.3.1 A betegdokumentáció **a fekvőbeteg- illetve járóbeteg-ellátás során keletkező valamennyi egészségügyi dokumentációt tartalmazza.**



A Betegdokumentációt minden esetben a beteg ellátásában részt vevő valamennyi szakember köteles pontosan, hitelt érdemlően vezetni. A Kórházban a betegdokumentációt elektronikus úton, illetve papír alapon kerül vezetésre, mely papír alapon kerül megőrzésre. 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 Kórház megnevezése, címe, telefonszáma, fax száma,
- az illetékes betegellátó osztály megnevezése, osztálykódja,
- osztályvezető főorvos neve,
- a beteg személyi adatai, (teljes név, születési név)
- születési dátum
- lakcím
- beteg neve
- foglalkozás, cselekvőképes beteg esetén az értesítendő személy, kiskorú, illetve gondnokság alatt álló beteg esetében a törvényes képviselő neve, címe, elérhetősége,
- felvevő orvos,
- TAJ száma, törzsszáma,
- a beteg felvételének időpontja: óra, perc,
- a térítési díj fizetésére köteles beteg esetében – a kórlap előlapján – ennek ténye.⁴

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.

Korábbi betegségek:

- Öröklődő, családban halmozottan előforduló betegségek,
- Korábbi műtétek,
- Korábbi ismert belszervi betegségek és lefolyásuk,
- Rendszeresen szedett gyógyszerek, gyógyszer allergia,
- Vérzékenység, korábbi thrombosis, pulmonalis embólia
- Allergia, speciális diéta,
- Korábban kapott e vérátömlesztést, szövődmény volt –e

⁴ *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)



- Ismert vércsoporteredmény

Egyéni, szociális anamnézis, valamint speciális, a szakma számára fontos további adatok:

- Milyen körülmények között él,
- dohányzási, alkoholfogyasztási szokások, drogfogyasztás

b) Jelen panaszok

- Miért került orvoshoz, milyen panaszai vannak, mikor jelentkeztek, hogyan alakult, mely orvos látta már, mit állapított meg, milyen kezelést kapott, hogyan érkezett jelen ellátó helyre.
- Valamint speciális, a szakma számára fontos további adatok.

c) Felvételi status

A kezelőorvos a beteg vizsgálatát követően, annak eredménye(i) alapján rögzített, a vizsgálat idejében fennálló állapot leírása. Általános státus mellett kiemelten a szakma sajátos vizsgálati leleteit.

d) Felvételi diagnózis (ok)

e) Ellátási terv – tervezett beavatkozások

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.**

f) Egészségügyi adatok

- Az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét.
- A gyógyszeres és egyéb terápiát, azok eredményét.
- A beteg gyógyszer-túlérzékenységre vonatkozó adatokat
- A bejegyzést tevő egészségügyi dolgozó nevét és a bejegyzés időpontját.
- A betegnek, illetve tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését.
- A beleegyezés, visszautasítás tényét, annak időpontját.
- Minden olyan egyéb adatot és tényt, amely a beteg gyógyulására befolyással lehet.

3.2.3.1.2 Lázlap (AP0237),

A lázlap papír alapon vezetett dokumentum, amely tartalmazza a beteg a személyi adatait, diagnózisát, továbbá napi bontásban a beteggel történeteket, így különösen:

- a) elrendelt vizsgálatok, beavatkozások,
- b) gyógyszeres terápia, étrend, gyógytorna, fizikoterápia, gyógymasszázs, pszichoterápia,
- c) konzíliumkérések,
- d) vitális paraméterek (légzés, pulzus, vérnyomás), Valamint speciális, a szakma számára fontos további adatok.



- e) testnedvek (széklet, vizelet),
- f) testhőmérséklet (naponta 1x, műtétes osztályokon 2x), testsúly adatait.

Kórházunkban alkalmazott észlelőlapok kialakítására és vezetésére a lázlap vezetésének szabályai vonatkoznak.

Jelölések a lázlapon:

- vércsoportját (piros tintával) és az ahhoz társuló transzfúziológiai kötelmeknek megfelelő adatokat
- 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 készítményazonosító címkéjét beragasztva, a transzfúziót végző aláírásával.
- Külön a multi rezisztens kórokozó fertőzöttséget: MRSA pozitivitást, MDR ACI, ESBL stb.
- fokozottan ellenőrzött szernek minősülő gyógyszerek esetén: az elrendelést a lázlapon az elrendelő (jelölve: kábítószer neve, adagja, beadás módja) aláírásával, pecsétjével elrendeli, ezzel összhangban a decursus lapon a beadást, az Ápolási betétlapon a beadás időpontját az alkalmazó személy aláírásával köteles igazolni.
- Beteg távozása: a távozás napját EX bejegyzéssel, orvos aláírással, pecséttel ellátva.
- Elhalálozás esetén az óra, perc és exsitus letalis, orvos aláírásával.
- Ezen kívül a betegellátás szempontjából fontos egyéb bejegyzéseket, amelyeket szakmaspeifikusan az egyes egységek működési rendjében kell szabályozni.

A lázlapon a fenti adatokat olvashatóan, nyomtatott betűkkel kell feltüntetni, az adatok rögzítője köteles azt aláírásával és pecsétjével ellátni. A lázlapokat a betegdokumentációhoz időrendi sorrendben kell csatolni.

3.2.3.1.3 Decursus lap

Minden egyes betegnél az ellátás során decursust kell vezetni, mely tartalmazza a beteg állapotának leírását, a betegség lefolyását, a kezelési terv esetleges módosítását, az esetleges konzíliumokat és egyéb vizsgálatok elvégzését.

Így különösen:

- a) kezelési tervet, műtéti tervet és ennek módosításait,
- b) orvos és nem orvos által észlelt körülményeket,
- c) vizsgálatok, konzílium (ok) eredményeit illetve amennyiben ezen eredmények elektronikusan állnak rendelkezésre akkor ezek rövid összefoglalását,
- d) transzfúzió adása esetén ennek megtörténtét és indokát. (11. sz. melléklet)
- e) az elvégzett beavatkozásokat,
- f) valamint beteg gyógykezelése során történt azon egyéb jelentős eseményeket, melyek lényegesek a gyógykezelés folyamatában.



g) Korlátozó intézkedések dokumentálása: a jelen Dokumentációs Protokoll 1.4.4. pontja tartalmazza

h) a kezelés lezárásának várható időpontját.

A decursus lap elektronikus úton vagy papír alapon kerül vezetésre. Amennyiben a decursus lap vezetése:⁵

- elektronikus úton történik, a kezelőorvos, ügyeleti időben az ügyeletes orvos 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, illetve az ügyeletes orvosok olvashatóan vezetik, minden bejegyzést dátummal, aláírásával és pecsétjével ellátnak.

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

3.2.3.2 Diagnosztikai vizsgálatok Validált leletei

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

3.2.3.3 A beteg nyilatkozatai

A jelen pontban meghatározott nyilatkozatokat a beteg vagy a jelen Dokumentációs Protokoll 1.6.1. pontjában meghatározott, a beteg helyett aláírásra jogosult személy jogosult megtenni. A nyilatkozatok kitöltéséért a kezelőorvos vagy a beavatkozást végző orvos tartozik felelősséggel.

Beteg beleegyezési nyilatkozat

A beteg beleegyezési nyilatkozatra vonatkozó rendelkezéseket a jelen Dokumentációs Protokoll 1.6.1. pontba tartalmazza.

3.2.3.4 Befogadó nyilatkozat

A befogadó nyilatkozatra vonatkozó rendelkezéseket a jelen Dokumentációs Protokoll 1.5.2.1.3. pontja tartalmazza.

3.2.3.5 Zárójelentés

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

3.2.4 Az ápolási dokumentáció

3.2.4.1 Az ápolási dokumentációról általában

^{5*} Az ellátás folyamán a beteg állapotát megfelelő időközönként ismételten felméri, ennek alapján meghatározzák a beteg reagálását a kezelésre, megtervezik a további kezelést vagy elbocsátást.* (F.BEGY.3)



3.2.4.1.1 Az ápolási tevékenységről teljes körű ápolási dokumentációt kell vezetni. Teljes körű az ápolási dokumentáció, ha tükrözi az ápolási folyamat minden elemét, valamint tartalmazza az ápolási és gondozási tevékenységet ellátó valamennyi egészségügyi dolgozó speciális szakmai feljegyzéseit. 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. (60/2003 (X.20.) ESZCSM rendelet, 5. számú melléklet I. rész)

Amennyiben a kezelőorvos a Lázlapon gyógytornára vagy dietetikai terápiára vonatkozó utasítást ad, a gyógytornász, illetőleg a dietetikus az ápolási dokumentációba bejegyzés (eke) 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,
- b) az ápolási feladatok tervezéséhez és meghatározásához szükséges és elégséges információk halmazának kezelése,
- c) az ápolási szolgáltatások teljesítésének dokumentálása, a felelősség megállapíthatósága,
- d) a biztonságos és megfelelő szakmai kommunikáció,
- e) az ápolási és egyéb egészségügyi szakdolgozói tevékenységek és szolgáltatások
 - ea) ellenőrzésének,
 - eb) értékelésének,
 - ec) költségfigyelésének
 - ed) statisztikai elemzésének,
 - ee) tudományos kutatásának támogatása,
- f) a minőségügyi megfelelés bizonyítása,
- g) a jogszabályi előírásoknak való megfelelés. ⁶

3.2.4.1.3 Az ápolási dokumentáció kezelésének és alaki megfelelőségének általános szabályai: (AP0279)

- 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. A lényeges ápolási beavatkozások körét az osztályos működési rendekben kell rögzíteni.
- d) Az adott tevékenységet, ápolói beavatkozást végző személynek az ápolási dokumentációt alá kell írnia.

⁶(60/2003 (X.20.) ESZCsM rendelet, 5. számú melléklet I. rész)



- 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 Dokumentációs Protokoll 1.4.7. pontja).⁷

3.2.4.2 Az ápolási dokumentáció részei

- Ápolási anamnézis, alapadatok
- Ápolási státusz
- Ápolási terv és célkitűzés
- Dekurzus
- Ápolási zárójelentés

3.2.4.2.1 Ápolási lap

A Kórház fekvőbeteg-ellátó osztályain mindenhol a jelen pontban és alpontjaiban meghatározott tartalmú ápolási lap kerül kitöltésre, kivéve a Kórház Szülészeti-nőgyógyászati Osztályát és Újszülött részlegén, SBC, egynapos sebészet 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.

Műszakonként kell vezetni, műszakonként nyomtatni és aláírni. Kivétel ez alól a krónikus és az ápolási osztály az ápolási lapot műszakonként előírás szerint vezeti, de nyomtatni és aláírni elegendő állapotváltozás esetén, de legalább hetente egy alkalommal összefoglalót. Kivétel ez alól a mosdósi és marcali Ápolási Osztályok, ahol speciális ellátási lapon, illetve az e-medsol orvosi dekurzus rovatában történik az ápolási tevékenységek dokumentálása az osztályos működési rendekben meghatározott részletszabályoknak megfelelően.

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.⁸

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,

⁷(60/2003 (X.20.) ESzCsM rendelet, 5. számú melléklet I. rész)

⁸ (60/2003 (X.20.) ESzCsM rendelet, 5. számú melléklet II. rész 1. a) pont)



bd) a folyamatos ápolói munkarendnek és a beosztásnak megfelelően a beteg ellátásáért aktuálisan felelős ápoló neve. ⁹

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. ¹⁰

3.2.4.2.1.2 Az ápolási helyzettérfelmérés adatai: - ápolási státusz

Az ápolási anamnézis felvételének időpontja dátum, óra, perc pontossággal 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. ¹¹

A pontos anamnézis felvétele történhet a betegtől, hozzátartozótól, illetve az ápoló megfigyelése révén.

A teljes körű ápolási dokumentációt, amely az ápolási folyamat minden elemét tartalmazza, 4 órán belül rögzíteni kell. Ápolási anamnézis felvételét minden esetben meg kell tenni.

Fizioterápiás anamnézis,

- betegség pontos kezdete, lefolyása
- jelen panaszok
- korábbi kezelések
- társbetegségek
- funkcionális probléma
- érdeklődési terület, foglalkozás, hobbi
- szociális körülmények

Táplálkozási anamnézis

⁹ (60/2003 (X.20.) ESzCsM rendelet, 5. számú melléklet II. rész 1. b) pont)

¹⁰ (60/2003 (X.20.) ESzCsM rendelet, 5. számú melléklet II. rész 1. c) pont)

¹¹ (60/2003 (X.20.) ESzCsM rendelet, 5. számú melléklet II. rész 2. pont)



Az energia és tápanyagbevitelt befolyásoló állapot, hatások felmérése, dokumentálása. Egyes elemei - Orvos, ápoló, dietetikus kompetencia. Aspiratio veszélye, terápiás beavatkozások hatása, nyelészavar, gyógyszer diéta interakció, bénulás.

Van-e a táplálékkal összefüggő ismert érzékenység/allergia.

Van-e előírt diéta.

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.¹²

3.2.4.2.1.4 Az ápolási diagnózisainak megállapítása:

A szükségletek megállapítása során egyes funkciókról nyert adatokat ki kell emelni. Ezt követően a kiemelt területre vonatkoztatva meg kell fogalmazni a beteg problémáját, amelynek minden esetben ok-okozati összefüggésben kell állnia. Ezek a megfogalmazott problémák az ápolási diagnózisok, melyeket semmiképp sem szabad összekeverni az orvosi diagnózissal.

3.2.4.2.1.5 Ápolási diagnózis formái

- Tényleges, aktuálisan jelenlévő probléma esetében: Pl.: nagyfokú fájdalom a bal alkarban a csonttörés miatt.
- Lehetséges probléma, kockázat esetében: Pl.: sebfertőzés kialakulásának veszélye a seb szennyeződése miatt.

Miután az ápolási diagnózis megfogalmazásra kerül, szükséges, ahogy azokat fontossági sorrendben, a szükséglet kielégítésének sürgőssége alapján, prioritási sorba kerüljenek. Ez alapján lehet leghatékonyabban elvégezni az ápolási, gondozási beavatkozásokat.

3.2.4.2.1.6 Az ápolás tervezése:

A beteg ápolási szükségleteinek alapján *kell* megfogalmazni az ápolás céljait és elvárható eredményeit. Az ápolási tervet az ápolás önálló funkciójában a szakdolgozó önállóan hajtja végre, egyéb esetben a kezelőorvos írásos jóváhagyása szükséges az elkészített ápolási tervhez. (Eü tv.98 § (3) 4.pont)

- a) Az ápolónak, ennek alapján célzottan kell az ápolói beavatkozásokat és ápolási eljárásokat megválasztania.¹³

3.2.4.2.2 Napi ápolási lap - Decurzus

A Napi ápolási lap tartalmazza az ápolási beavatkozás megvalósítására, kivitelezésére vonatkozó adatokat:

¹² (60/2003 (X.20.) ESzCsM rendelet, 5. számú melléklet II. rész 3. pont)

¹³ (60/2003 (X.20.) ESzCsM rendelet, 5. számú melléklet II. rész 4. pont)



- 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.
- 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.¹⁴
- d) Az ápolás értékelésének elvégzése kiemelendően fontos az ápolás megvalósításakor. Az ápolási folyamat minden lépésénél el kell végezni, különösen az ápolási tevékenységek elvégzését követően. Az értékelés célja:
- megvalósultak-e, vagy csak részben, vagy egyáltalán nem a kitűzött célok
 - mennyire volt hatékony az ápolás, vagy csak kevésbé, vagy nem volt hatékony
 - a kivitelezés minősége mennyire volt kiváló, vagy megfelelő volt, vagy egyáltalán nem volt megfelelő

3.2.4.2.3 Az ápolási dokumentáció kiegészítő részei:

Amennyiben jelen Dokumentációs Protokoll 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) gyógyszerelő lap
 - b) folyadék lap
 - c) kezelési lap
 - d) decubitus prevenció és kezelő lap.
 - e) gyógytornász vizsgálati és követési lap
- egyébként az osztálys-specifikus megfigyelő lap

¹⁴ (60/2003 (X.20.) ESzCsM rendelet, 5. számú melléklet II. rész 5. pont)



3.2.4.2.4 Ápolási zárójelentés

Az ápoló által kiállításra kerülő ápolási zárójelentésre vonatkozó szabályokat a jelen Dokumentációs Protokoll 3.5.2.1.2. pontja tartalmazza.

3.2.4.2.5 Paramedikális tevékenységek dokumentációja

- a) Dietetika: Az ápolási dokumentációban rögzítik „Az egészséges táplálás” 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 vagy, ha az osztály lázlapján speciálisan erre vonatkozó rész van, ott is vezethető.
- 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 (.BEGY.5), vagy, ha az osztály lázlapján speciálisan erre vonatkozó rész van, ott is vezethető.
- c) Szociális munka: konzilliáriusi rendben történő igény feladás, valamint az elvégzett tevékenység konzilliumi eredményként való rögzítése történik. Az ápolási dokumentációban az ápoló a szociális munkás által végzett konzillium tényét rögzíti

3.3 Műtéti dokumentáció

3.3.1 A műtéti kiírás (műtéti program)

3.3.1.1 A műtők munkarendjét az elfogadott műtéti kiírás határozza meg. A tervezett, anesztéziában elvégzett műtét kizárólag előzetesen elkészült anaesthesiológiai vizsgálat után szakvéleménnyel jóváhagyott esetben kerülhet a műtéti kiírásba.

A műtétes osztályoknak a tervezett kiírásaikat az eMedsolution rendszerben kell szerepeltetni, illetve a pontosított változatot naponta legkésőbb 13:00-ig, pénteken 12:00-ig, takarítás napján 10:00-ig kell eljuttatni a központi műtő osztályos irodájába. Ettől esetleges előző időpontról a központi műtő vezetője körlevélben értesíti az osztályokat.

A másnapi műtéti program megbeszélése minden nap 14:00-kor, pénteken 13:00-kor az a központi műtő referáló helységében történik, a műtétes osztályok műtőfelelős orvosainak, vagy az általuk megbízott szakorvosoknak és az anaesthesia képviselőjének jelenlétében. A mindenkor műtéti kiírást a műtővezető főorvos, annak távollétében megbízott helyettese hagyja jóvá.

Az előzetes műtéti tájékoztatásért és a beleegyező nyilatkozat kitöltéséért és annak aláírásáért az operatőr, ellenőrzéséért az adott osztály Osztályvezető főorvosa felelős.



A műtővezető főorvos ez alapján elkészíti a műtéti kiírást, esetlegesen figyelembe véve az akutan felmerült igényeket, majd a pontosított változatot naponta legkésőbb 13:00-ig, pénteken 12:00-ig azt elektronikus úton azt eljuttatja a KMOK kaposvári központi műtő osztályos irodájába. A megbeszélés alapján a végleges műtéti sorrendet elkészíti 15:00 illetve 14:00-ig

- 3.3.1.2 A műtéti kiíráson szerepeltetni kell: az eMedsolution rendszerben megtalálható adatbeviteli helyek szerint a beteg pontos neve, azonossági száma (születési idő); osztály-kórterem pontos megjelölése; diagnózis; tervezett műtét, oldaliság; operáló orvos, asszisztensek, műtősnő, műtősségéd, azaz a teljes műtéti team; érzéstelenítés módja; tervezett időtartam.

Egyéb fontos közlendők pl. fertőző betegségek, (pl. Hepatitis, TBC, AIDS, MRSA, MDR ACI, ESBL Klebsiella, Meningitis stb.), nem kooperáló beteg, pszichiátriai beteg, radiológiai eszközigeny, diagnosztikai eszközigeny is szerepeljenek, pl. UH készülék.

3.3.2 A műtéti kiírás és változtatás szabályai

a) A következő napra, napokra csak olyan műtét tervezhető, amelyet anaesthesiologus is jóváhagyott és a beteg rendelkezik a megfelelő dokumentációkkal, valamint a műtét elvégzéséhez szükséges személyi és tárgyi feltételek rendelkezésre állnak.

b) Preoperatív vizsgálat nélkül elektív programba beteg nem írható ki.

Ez alól kivételt képez, ha dokumentáltan a beteg már feladásra került az eMedsolution rendszerbe preoperatív vizsgálatkérésre, és a preoperatív vizsgálat folyamatban van (pl. a SM KMOK társosztályain fekvő elektív programba kiírandó nem halasztható beteg.)

b) A műtéti programba kiírt betegeket az eMedsolution rendszer anaesthesiológiai moduljába (INTC) fel kell adni. A műtő koordinátor csak olyan beteget hozathat a műtőbe, aki az INTC-be is feladásra került. Ha a beteg az eMedsolution rendszerben nincs feladva, a műtőbe nem hozatható be. Az INTC-be történő feladás nem a Központi Műtő dolgozóinak a feladata, azért a beteg kezelőorvosa, operáló orvosa illetve az adott osztály osztályvezető főorvosa felelős.

c) A műtéti kiírásakor figyelembe kell venni a sterilitás mellett a súlyosságot és életkort is, tehát az egészségi állapotot fajsúlyosabban érintő betegségeket, operációkat – amennyiben a sterilitás megengedi – tegyük a kevésbé súlyosak, általános egészségi állapotot kevésbé érintő betegségek, operációk elé, illetve gyermekek elsőként kerüljenek műtőbe.

d) A kiíráson az **anaesthesia módját** részletesen is fel kell tüntetni a tervnek, vagy a valóságnak megfelelően, pl. Narc + EDA kanül, axilláris plexus blokád + LMA... Ezt végleg az adott asztalra kiírt anaesthesiologus határozza meg, emiatt a műtéti kiíráson legalább egy aneszteziológusnak jelen kell lennie. A kiírástól való



eltérést a reggeli betegviziten illetve referálón ismertett tények alapján a műtő személyzete felé haladéktalanul jelezni kell.

3.3.2.1 A műtéti kiírás nem, illetve csak az alábbi indokok fennállásakor változtatható meg:

Az osztályok reggeli megbeszélésein elhangzott, előző nap óta felmerült tények alapján, az osztály vagy egységvezetők egyetértésével a műtővezető, vagy helyetteseik jóváhagyásával.

A műtéti kiírás változtatásának indokai a következők lehetnek:

- Kiírt beteg anaesthesiát vagy műtétet kontraindikáló akut megbetegedése, állapotromlása vagy állapot javulása, exitusa.
- Új, magasabb progresszivitást igénylő beteg érkezése az elmúlt ügyeleti időszakban, aki a műtét sorban előrekerül.
- Ügyeletben elfogyott speciális tálcá, eszköz, műszer, amelynek pótlása későbbi időpontban várható.
- A véradó nem tud megfelelő vért biztosítani.
- Az operáló orvos akut műtétéhez más műtőbe megy, vagy alapos indokkal a kiírt műtét-kezdési időt nem tudja tartani.
- Információ került elő a beteg akut fertőző betegségéről, mely miatt a steril műtőbe nem vihető be.

Az elektív program közben a műtéti kiírás és sorrend csak abban az esetben változhat, ha információt szerzünk akut életveszélyes eset érkezéséről, ha egy műtét elhúzódásakor nincs remény annak időben befejezésére, ha egy műtét a vártnál korábban fejeződik be és egy eredetileg nem kiírt beteg minden feltétel nélkül a műtőbe behozható.

A cserét minden esetben a Műtővezető, távollétében a helyettese engedélyezi, a vezető műtős-szakasszisztens véleményének összehangolásával.

Operáló orvos vagy anaesthesiológus műtéti sorrend cserét kezdeményezhet, de nem szervezhet!

3.3.3 A műtét esetén a kórlapra és annak mellékleteire vonatkozó speciális szabályok

Műtét esetén a beavatkozás indokát a kórlap, illetve a műtéti leírás tartalmazza, illetőleg a jelen Dokumentációs Protokoll 3.2.3.1.3. pontjában foglaltakon kívül a kórlap mellékletét képezik a jelen pont alábbi alpontjaiban felsorolt dokumentumok.

3.3.3.1 Praemedikációs 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 konzíliumot ad, rendelkezéseit a praemedikációs lapon dokumentálja.

3.3.3.2 Betegazonosító karszalag

Beteg átadás- átvételi dokumentáció műtőbe szállításhoz

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 beteg szállításánál az átadás-átvétel és a betegazonosítás tényét – annak időpontja megjelölésével, az azonosítók aláírásával ellátva – az erre rendszeresített formanyomtatványra rögzítik mely a beteg dokumentációjába helyezendő el.

3.3.3.3 Műtéti leírás

A beteg operáló orvosa (a továbbiakban: **operatőr**) közvetlenül a műtétet követően, kivételesen indokolt esetben legkésőbb a munkaidő végéig – 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, a műtéti beavatkozás indoka
- 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), szövettani mintaanyag 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, érzéstelenítés módja, kezdetének és befejezésének időpontja
- h) az operáló team tagjainak neve, az operatőr, az asszisztensek, a műtős szakasszisztens, műtősségéd, a műtéten résztvevő aneszteziológus orvos és asszisztens neve,
- i) re operáció esetén a „re operáció” vagy „rop” megjelölés,
- j) a műtét során használt nagy értékű egyszer használatos műszer eszköz (ök.) típusa,
- k) a műtét során használt törlők (tampon, buci) hiánytalanságának rögzítése.
- l) történt-e szövettani mintavétel

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, az NEAK által meghatározott egyedi finanszírozású eszközökről az operatőrijelentést küld a Kórház Kontrolling Osztálya részére, illetve on-line jelenteni kell az NEAK erre a célra kialakított honlapján.



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

3.3.3.4 Anaesthesiológiai jegyzőkönyv

A műtéti ellátás során – a beteg hozzájárulásával – alkalmazott érzéstelenítés dokumentálása az Anesthesiológiai jegyzőkönyvben történik. Az Anesthesiológiai jegyzőkönyv 1 példányban készül, az osztályon a beteget átadó és átvevő aláírja azt. Az Anesthesiológiai jegyzőkönyv elektronikus úton kerül archiválásra, illetve az ellátó osztályra elektronikus formában kiküldésre kerül, innen való kinyomtatása után a betegdokumentációban kerül elhelyezésre.

Az altatási jegyzőkönyv tartalmazza:

- a) a beteg azonosító adatait,
- b) a műtét időpontját (év, hónap, nap, óra, perc), valamint az anaesthesia időpontját
- 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 kábítószeres nevét, mennyiségét,
- j) a bevitt és ürített folyadékokat és azok mennyiségét,
- k) a műtét utáni javaslatokat, gyógyszeres terápiákat.

3.3.3.5 A szövettani leletek

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

3.3.3.6 Betegbiztonsági ellenőrző lap

Valamennyi műtétes betegnél értelemszerűen vezetendő dokumentáció, mely műtéti/műtői biztonság igazolására szolgál. A műtői team nevesített munkatársai írják alá, lezárást követően a kórlapban kerül elhelyezésre.

3.4 Transzfúzió dokumentálása

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

- a) vizsgálatkérő lap vércsoport meghatározásához, - elektronikus formában
- b) a beteg részére átadott felvilágosítási és hozzájárulási nyilatkozat beteg által aláírt példánya,
- c) a transzfúziós adatlap,
- d) szükség esetén súlyos szövődmény jegyzőkönyv,
- e) Hazabocsátási tájékoztató – másodpéldánya, melyen a beteg aláírásával igazolja az eredeti dokumentum átadásának tényét.

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

3.4.3 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.

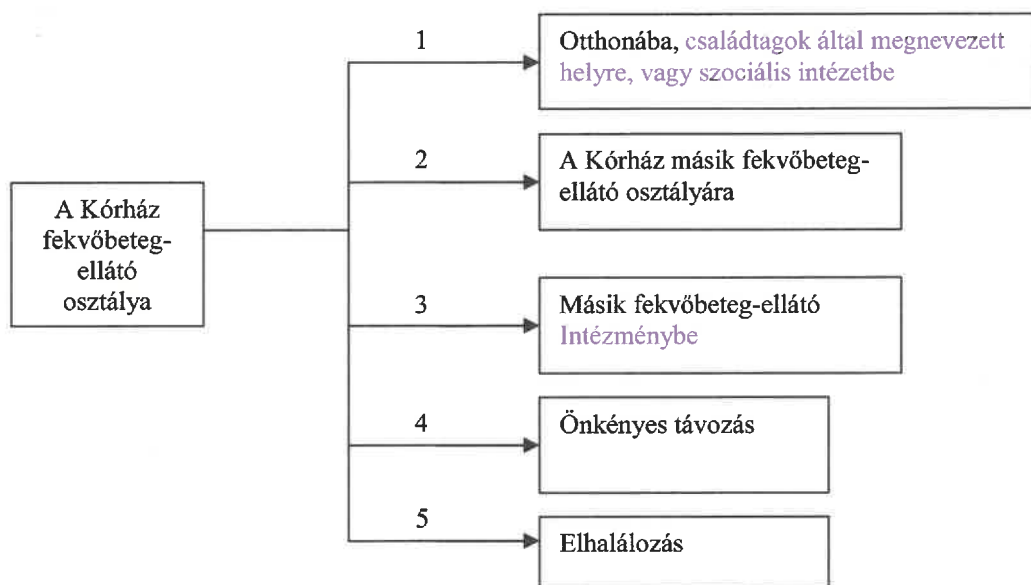
A transzfúzió dokumentálására egyebekben a Kórház Transzfúziós Szabályzata az irányadó.

3.5 A beteg a Kórház fekvőbeteg-ellátó osztályáról történő távozásának dokumentálása

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) a beteg esetében nem került megállapításra,
- b) kezeléséhez szükséges feltételekkel a Kórház nem rendelkezik,
- c) megállapításra került ugyan, de a kezelést alapvetően nem ez határozta meg.

3.5.1 A beteg a Kórház fekvőbeteg-ellátó osztályáról történő távozása módjainak dokumentálása



A beteg távozása az ellátás befejezését követően otthonába, család által megnevezett egyéb helyre, szociális intézetbe, a beteg áthelyezése a Kórház másik aktív, vagy krónikus fekvőbeteg-ellátó osztályára vagy másik fekvőbeteg-ellátó intézménybe történhet.



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

A beteg áthelyezése esetén a beteg korábbi osztályos orvosa az átvevő osztály osztályos orvosát megfelelően tájékoztatja és zárójelentéssel együtt adja át a átvevő – felvevő osztálynak. Az átadó osztály átadja a beteg ellátásához szükséges egyéb dokumentumokat. A beteg – a Kórház másik fekvőbeteg-ellátó osztályára vagy másik fekvőbeteg-ellátó intézménybe – sürgősséggel történő áthelyezése esetén a beteg a jelen pont alpontjaiban meghatározott dokumentumokat (zárójelentést, ápolási zárójelentést) a beteg távozását követően, a lehető legrövidebb időn belül el kell készíteni.

3.5.1.1. Zárójelentés

A beteg Kórházi ellátásának befejezésekor, a beteg távozását megelőzően a kezelőorvos által készített írásbeli összefoglaló jelentés, amelyből a kezelőorvos 3 példányt köteles kinyomtatni. (Egy a betegé, egy a háziorvosé, egy az osztályon marad. Áthelyezéskor egy 4. példány az átvevő osztály példánya.) A zárójelentés az ellátás során ismert betegségek (alapbetegség, kísérőbetegségek, szövődmények) megnevezését és az ellátás során alkalmazott kezelést közérthetően, magyar nyelven is tartalmazza.

Fő szabályként baloldalon az osztályvezető főorvos– távollétében annak helyettese – jobb oldalon a kezelőorvos írja alá és személyi bélyegzőjével ellátja.

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

3.5.1.1.1 A zárójelentés kötelező tartalmi elemei:

- a) a beteg az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben meghatározott személyazonosító adatai (melyet a medikai rendszer biztosít), a kórházi fekvőbeteg-ellátásban eltöltött időtartam,
- b) a felvételi diagnózist, a felvétel módját és indokát (melyet az anamnézis tartalmaz)
- c) a beteg részletes anamnézisét, felvételi státuszát
- d) az elvégzett vizsgálatok, konzílium(ok) eredményeit, (beleértve a non doktori véleményeket, javaslatokat is: a logopédiai-,és pszichológusi kezelések összegző véleményét ,javaslatait)
- e) beteg állapota szempontjából a legfontosabb diagnosztikai vizsgálatok validált leletek eredményei,
- f) a betegellátás során alkalmazott eljárásokat, gyógymódokat, műtéteket
- g) az alkalmazott gyógyszeres terápiát,
- h) az összefoglalásban (epikrízis) a felállított kezelési terv eredményének értékelését, a beteg elbocsátáskori állapotát, a beteg elbocsátása utáni



gyógyszerelési javaslatokat és egyéb előírásokat (javaslat házi ápolásra, életmódra, diétára, gyógytornára, gyógyászati segédeszköz használatára stb.)

- i) Rögzíteni kell a beteg részére szóló tájékoztatók átadásának tényét: a beteg részére jelen Dokumentációs Protokoll 1.10. pontjában meghatározott **beteg-tájékoztató MRSA hordozása esetén** megnevezésű tájékoztatót, valamint 3.4. pont f) alpontjában meghatározott, transzfúziót követő „*Beteg hazabocsátási tájékoztató*” átadása tényének rögzítés. (12. sz. melléklet)
- j) kontrollvizsgálat időpontját, és helyét
- k) a betegtől átvett egészségügyi dokumentáció(k) visszaadásának tényét.
- l) a felírt recepteket és a recepttel való ellátás tényét
- m) *ha a beteg transzfúziót kapott, akkor a vércsoport, esetlegesen észlelt transzfúziós szövődményt, illetve a kimutatott ellenanyagokat*
- n) *önkéntes távozás, illetve a beteg kérésére, saját felelősségére történő hazabocsátás tényét*

3.5.1.1.2 Ápolási zárójelentés

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) az elvárt vagy rendkívüli eredmény, esemény rövid, szabatos megfogalmazása, leírása.

b) Kórházból való elbocsátás, illetve másik osztályra történő áthelyezés 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 felvételnél felvett státussal,
- bd) rendkívüli, váratlan ápolási események rögzítése,
- be) otthonra, körzeti ápolónak, ápolási szolgálatnak javaslat/tervezet a Kórházi kezelés folytatásához, folytatására,
- bf) az elbocsátás dátuma, az elbocsátó ápoló neve, aláírása.
- bg) Vezető szakdolgozó aláírása¹⁵

3.5.1.1.3 Elszámolási nyilatkozat

Jelenleg érvényes jogszabály nem követeli meg az elszámolási nyilatkozat kinyomtatását, csak fizetős szolgáltatás esetén kell kinyomtatni, és ezek alapján történik a számlázás, a mindenkor érvényben lévő kórházi Térítési díjszabályzat alapján, illetve ha a beteg kéri.

¹⁵ (60/2003 (X.20.) ESzCsM rendelet, 5. számú melléklet II. rész 6. pont)



3.5.2 A beteg önkényes távozása

3.5.2.1 A beteg önkényes távozása esetén is irányadók a jelen Dokumentációs Protokoll 3.5.2.1.1. és 3.5.2.1.2. pontjaiban foglalt rendelkezések.

A beteg Kórházból történő önkéntes távozása történhet:

- a) A beteg – állapotára vonatkozóan – a kezelőorvos által adott részletes tájékoztatást követően *saját belátása szerint* elutasítja a kezelést, és aláírja a „**Javasolt orvosi beavatkozás visszautasítása**” megnevezésű formanyomtatványt.
- b) A beteg az a) pontban foglaltak hiányában távozik a Kórházból, melynek tényét a kezelőorvos a beteg kórlapján és zárójelentésében is feltünteti, amelyet két tanú aláírásával hitelesít.

3.5.2.2 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.

3.5.2.3 A beteg önkényesen nem hagyhatja el a Kórházat, amennyiben azzal mások testi épségét veszélyezteti.

3.5.3 A beteg elhalálózása

3.5.3.1 A halott vizsgálattal kapcsolatos dokumentáció

Amennyiben a beteg a Kórház bármely területén elhalálozik, a halál bekövetkezését halott vizsgálattal kell megállapítani, melyet az első észlelő orvos végez. A halott-vizsgálat kiterjed minden olyan körülményre, amely a halál bekövetkezése tényének, bekövetkezése módjának, és okának megítéléséhez szükséges. A halott-vizsgálat során megállapított tényeket, az elhalálozás idejét rögzíteni kell a kórlap dekurzus részében

A halál tényének megállapítása esetén a jelen Dokumentációs Protokoll 3.2.4.2.1.1. ca) pontjában foglalt személyt, a kórlapon rögzített telefonszámon, a kezelőorvos, (ügyeleti időben ügyeletes orvos) értesíti 2 órán belül. (Az értesítést adó személyről az eltérő szabályozását az egyes osztályok Működési szabályzata külön meghatározhatja) Az értesítés tényét és időpontját az értesítést fogadó személy a kórlapon rögzíti, amely bejegyzést aláírásával és pecsétjével ellátja.

A halott vizsgálatot 2 óra múlva meg kell ismételni és tényét rögzíteni kell a kórlap dekurzus részében.

3.5.3.1.1 Halott vizsgálati bizonyítvány

A halott vizsgálatot végző orvos köteles a C.3110-49/V nyomtatvány számú halott vizsgálati 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:



halott vizsgálati bizonyítvány) megfelelő részeit kitölteni. (34/1999. (IX.24.) BM-EüM-IM együttes rendelet 1. § (3) bek.)

Késői magzati halálozás (halva születés) esetén a halott vizsgálatot 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. (34/1999. (IX.24.) BM-EüM-IM együttes rendelet 16. § (2) bek.)

Rendkívüli halál (jelen Dokumentációs Protokoll 3.5.4.2.1.4. pontja) esetén a halott vizsgálatot végző orvos a halott vizsgálati bizonyítvány megfelelő rovatában rögzíti a hatósági eljárás kezdeményezésének okát. (34/1999. (IX.24.) BM-EüM-IM együttes rendelet 5. § (2) bek.)

A halálokokra vonatkozó megállapításokat a halott vizsgálati bizonyítványba utólag:

- a) a halott vizsgálatot végző, vagy a kezelő orvos jegyzi be, ha a rendelkezésre álló adatokból *megalapozottan lehet következtetni a halált okozó betegségre, illetőleg az adatok a betegséget és a beteg megfelelő orvosi ellátását egyértelműen igazolják és kórbonctani vizsgálat elvégzése egyéb ok miatt sem szükséges; boncolás elengedése esetén, melyet a hozzátartozók kérésére a főigazgatói döntés alapján orvosigazgató engedélyez.*
- b) a patológiai osztály szakorvosa jegyzi be, ha a jelen Dokumentációs Protokoll 3.5.4.2.1.1., 3.5.4.2.1.2. és 3.5.4.2.1.3. pontjainak megfelelően *kórbonctani, vagy orvos szakértői vizsgálatra kerül sor*

A halott vizsgálati bizonyítványon a halott vizsgálatot végző, valamint a halál okát megállapító orvos a bejegyzett adatok valódiságát aláírásával és orvosi bélyegzője lenyomatával igazolja. (34/1999. (IX.24.) BM-EüM-IM együttes rendelet 5. § (3) bek.)

3.5.3.1.2 Lábcedula

A halott vizsgálatot végző orvos a halott vizsgálat során 3 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. további 2, eltávolíthatatlan, speciális karszalagot is elhelyez az ellentétes oldali végtagokra, a halott kezére és lábára. Az ápoló a speciális karszalagok rögzítését az ápolási dokumentációban aláírásával igazolja. A halott vizsgálatot végző orvos biztosítja az űrlapot, amit az esetleges kórbonctani vizsgálat során sem szabad eltávolítani. (34/1999. (IX.24.) BM-EüM-IM együttes rendelet 1. § (6) bek.)

3.5.3.2 A kórbonctani vizsgálattal kapcsolatos dokumentáció

Elhalálozás esetén szükséges a holttesttel csak a fent jelzett azonosító karszalagok és lábcedulás kerülnek továbbításra, illetve az elszállítás tényét és idejét az osztályon vezetett szállító füzetben kell rögzíteni.

Az elhalálozás idejét követő első munkanapon kell 10 óráig eljuttatni a további iratokat a Pathologiai Osztályra:

- 6 példányos Halottvizsgálati bizonyítvány
- Kórbonctani értesítő (zárójelentés), mely tartalmazza a klinikai diagnózisokat, anamnézis, felvételi státusz adatait és a klinikai összefoglalást a kórfolyamatról (epikrízis). Ezen utóbbi részben részletezni kell a kezelőorvosnak a felvétel indokát, a megállapított kórfolyamatot, és a kezeléseket, beleértve az elvégzett műtéti és egyéb invazív beavatkozásokat. Véleményezni kell a kezelésre észlelt klinikai választ, és a folyamatot, mely a halálhoz vezetett. Amennyiben egyértelműen megállapítható, nyilatkozni kell a halál okáról.
- Az elhalálozásig keletkezett teljes betegdokumentációt (kórlap, ápolási dokumentáció, műtéti leírások és nyilatkozatok és a korábbi ellátó osztályok zárójelentéseit)

3.5.3.2.1 Az elhunyt személy kórbonctani vizsgálatának esetei

3.5.3.2.1.1 Az elhunyt személyt – függetlenül attól, hogy a Kórházban 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 Dokumentációs Protokoll 3.5.4.2.1.3. pontja szerinti rendelkezéseket,
- h) a jelen Dokumentációs Protokoll 1.6.1.2. és 1.6.1.3. pontjában meghatározott személy ezt kéri. (Eütv. 219. § (1) bek.)

3.5.3.2.1.2 Boncolás mellőzése: A jelen Dokumentációs Protokoll 3.5.3.2.1.1. pontja szerinti esetek kivételeivel 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) a Kórházban elhunyt esetén a kezelőorvos, valamint az osztályvezető főorvos-szakmai felügyeleti jogkör gyakorlása keretében és a patológus szakorvos a kórbonctani vizsgálatot nem tartja szükségesnek. (Eütv. 219. § (2) bek.)
- e) A hozzátartozók kegyeleti okok miatt kérik a boncolás mellőzését
- f) A boncolás mellőzési kérelmek elbírálására, aláírására jogosultak: a főigazgató, vagy átruházott jogkör alapján az orvosigazgató

3.5.3.2.1.3 A kórbonctani vizsgálat elvégzésétől a jelen Dokumentációs Protokoll 3.5.3.2.1.2. pontjában meghatározott feltételek fennállása esetén – jogszabályi előírásoknak megfelelően – el lehet tekinteni a jelen Dokumentációs Protokoll 3.5.3.2.1.1. 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 a Kórházban elhunyt személy esetében az orvosigazgató dönt. (Eütv. 219. § (3)-(4) bek.)

A kórbonctani vizsgálat mellőzésének részletes szabályait egyebekben a Kórház „A haldoklók körüli teendők, valamint az elhunytak és a boncolás céljára beszállított halottak intézetben történő ellátása” című Főigazgatói Utasítás tartalmazza.

- 3.5.3.2.1.4 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. (Eütv. 218. § (1) bek.)

A halott vizsgálatot végző orvos – ha a vizsgálat 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 halott vizsgálatot végző orvos – amennyiben a hatóság felkéri – részt vesz a szemlén, a szemlejegyzőkönyv orvosi részét kitölti, aláírja és orvosi bélyegzője lenyomatával látja el. (34/1999. (IX.24.) BM-EüM-IM együttes rendelet 1. § (4) bek.)

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

- a** bekövetkezésének körülményei bűncselekmény elkövetésére utalnak,
- b** közlekedési vagy foglalkozás körében bekövetkezett baleset okozta vagy annak gyanúja merül föl,
- c** egyéb baleset vagy mérgezés okozta, és a halál bekövetkezésével összefüggésben szükséges a felelősség vizsgálata,
- d** öngyilkosság okozta, vagy a körülmények arra utalnak,
- e** az egészségügyi ellátás során következett be, és az egészségügyi dolgozó foglalkozási szabályszegésének gyanúja merül föl,
- f** bekövetkezésének előzményei, körülményei ismeretlenek, vagy nem állnak rendelkezésre olyan adatok, amelyekből megalapozottan következtetni lehetne a halál bekövetkeztének körülményeire,
- g** fogvatartott elhalálozása esetén. (Eütv. 218. § (2) bekezdés)

A személyazonosság megállapításáig a rendkívüli halál esetén követendő eljárást kell alkalmazni, ha az elhunyt személyazonossága ismeretlen. (Eütv. 218. § (4)-(5) bek.)

- 3.5.3.2.1.5 A kórbonctani vizsgálat elvégzésére a jelen Dokumentációs Protokoll 3.5.3.2.1.1., 3.5.3.2.1.2. és 3.5.3.2.1.3. (Eütv. 219. §-a) alapján a halott vizsgálatot 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. (34/1999. (IX.24.) BM-EüM-IM együttes rendelet 6.§(1)-(2) bek.)

3.5.3.2.2 Kórbonctani jegyzőkönyv

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

- a) a kórlefolyást,
- b) a halál közvetlen okát, az arra vezető okot,
- c) a halál alapjául szolgáló betegséget és az egyéb lényeges (kísérő) betegségeket,
- d) az epikrizist, amelyben össze kell hasonlítani a kezelőorvos által megjelölt és a kórbonctani vizsgálat során megállapított halálloki diagnózisokat, eltérés esetén meg kell jelölni annak lehetséges okait is.
- e) a holttestből történő szerv-, szövetkivétel tényét és annak célját.

A kórbonctani jegyzőkönyv 1 (egy) példányát a patológiai osztály az elhunyt kezelőorvosának megküldi. (34/1999. (IX.24.) BM-EüM-IM együttes rendelet 8. § (3)-(6) bek.)

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. (34/1999. (IX.24.) BM-EüM-IM együttes rendelet 13.§)

3.5.3.2.3 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 – halott vizsgálati jegyzőkönyvét is tartalmazó – egészségügyi dokumentációját a Patológia részére átadja.

A beteg kórbonctani vizsgálatát vagy annak mellőzését követően:

- a) az elhunyt egészségügyi dokumentációját,
 - b) a Patológia által kiállított halottvizsgálati bizonyítvány 1 (egy) példányát, és
 - c) az elhunyt kórbonctani vizsgálata esetén a kórboncnok aláírásával validált kórbonctani jegyzőkönyv 1 (egy) példányát
- a Patológia visszajuttatja azon fekvőbeteg-ellátó osztály részére, amelyen a halál bekövetkezett.

3.5.3.3 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 **Exit beszállítási naplót**, 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.



Lakásról, közterületről beszállított elhunytak esetében az elhunyt átadás-átvételi lap is kitöltésre kerül. Munkaidőn túl külső beszállítások esetében csak betegszállító jelenlétében és felügyeletével történhet az elhunytak elhelyezése.

3.6 Finanszírozási adatlap

A finanszírozási adatlap elkészítését jogszabály írja elő, mely alapján a fekvőbeteg ellátások finanszírozásra kerülnek az NEAK részéről, az előzetesen meghatározott finanszírozási kapacitás alapján (TVK).

3.7 Általános szabályok, az osztályos ellátás során kezelt megbetegedés diagnózisainak meghatározása¹⁶

- 3.7.1 A beteg állapotának pontos definiálását a kórházi ápolás okainak kiválasztásával, minősítésével, a különböző diagnózis típusok megfelelő használatával kell biztosítani. A minősítéseket az osztályos ellátás jellemzői alapján kell megtenni.
- 3.7.2 Az osztályos ellátást jellemző BNO kódokat az osztályos ellátás végén, az összes vizsgálati eredmény birtokában, az osztályos elbocsátáskor, a diagnosztikus vizsgálatok elvégzését követően, az összes lényeges ismeret birtokában és szintjének megfelelően kell meghatározni.
- 3.7.3 Az ellátás jellemzőinek meghatározásához kiválasztott diagnózisoknak és diagnózis típus-minősítéseknek azonosnak kell lennie a beteg kóranyagában, zárójelentésében feltüntetett diagnózisokkal és minősítésekkel. A betegségek kódok és minősítések nem lehetnek ellentmondásban az egyéb az ellátásról vezetett szakmai dokumentációkban leírtakkal sem.
- 3.7.4 Beutaló iránydiagnózisként kell minősíteni azt a diagnózist, amely a beteg beutalóján a kórházi ellátás igényének fő okaként feltüntetésre került. A beutaló iránydiagnózist „0” típusjellel minősítve kell jelölni, melyet a kórházon belül az első osztályos ellátás során kell meghatározni. E jelöléssel egy diagnózis jelölhető. Kitöltése kötelező minden olyan esetben, amikor a kórházi ellátásra egészségügyi szolgáltató beutalásával került sor.
- 3.7.4.1 A beteg osztályos ellátási esetének kórházi ápolást indokoló fődiagnózisaként azon kórismét kell kiválasztani, amelynek kezelésére az osztályos ellátás irányult, amely fő oka volt az elvégzett vizsgálatoknak és beavatkozásoknak. Amennyiben nem állítottak fel diagnózist, akkor a főtünetet, vagy problémát kell helyette kiválasztani. A meghatározása minden esetben kötelező, amelyet a „3” jellel minősítve kell kódolni. Csak egy diagnózis kaphatja ezt a minősítést. Ha több jelentős oka volt az osztályos ellátásnak, azaz egymástól függetlenül, párhuzamosan többféle megbetegedési folyamat is jellemezte az ellátott osztályos esetet, azt a megbetegedési folyamatot kell kiválasztani, amely leginkább felelős a ráfordításokért. A kiválasztott fő megbetegedési folyamatnak a kódolási szabályok szerinti fődiagnózist kell ezzel a minősítéssel kódolni.

¹⁶ 10/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet a gyógyító-megelőző ellátás jogcímén az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható homogén betegségcsoportok kódolási és besorolási szabályairól

- 3.7.4.2 Az ápolást indokoló fődiagnózis alapjául szolgáló betegség (alapbetegség) minősítéssel az ellátott osztályos ellátási esetének azon diagnózisát kell megjelölni, amely a kórházi kezelést indokoló fődiagnózis kialakulásának alapjául szolgált, a kialakulásához közvetlenül hozzájárult. A meghatározása kötelező, „1” jellel kell kódolni. Ezzel a minősítéssel kizárólag egy diagnózis jelölhető. Az ápolást indokoló fődiagnózis és az ápolást indokoló fődiagnózis alapjául szolgáló betegség azonos is lehet.
- 3.7.4.3 Szövődményként kell feltüntetni azt a megbetegedést, amely az ellátást indokoló fő kórisme, vagy a gyógykezelés következményeként jelentkezett. A szövődményeket az eredetük alapján az alábbi kategóriák szerint kell minősíteni:
- a. az ápolást indokoló fődiagnózis következményeként kialakult szövődmény jele „4”;
 - b. a kórházi ellátás során, a kezelés következtében kialakult nosocomiális eredetű fertőzés jele „C”;
 - c. az adott kórházi ellátás során, a kezelés következtében kialakult egyéb, nem nosocomiális eredetű fertőzés jele „D”.
- 3.7.4.4 Kísérő megbetegedésként azon betegség folyamatot kell jelölni, amely az ellátást indokoló fődiagnózissal egy időben, vagy az adott ellátást megelőzően jelentkezett, de egymás között ok-okozati kapcsolat nem áll fenn. A kísérő megbetegedés jele „5”.
- 3.7.4.5 Áthelyezést indokoló diagnózisként azt a fő okot kell megjelölni, amely miatt elsődlegesen szükségessé vált a beteg más ápoló osztályra, vagy más kórházba történő áthelyezése. Áthelyezés esetén a meghatározása kötelező, típusjele „2”.
- 3.7.4.6 Az ellátás igénybevételi okának meghatározásához a „V” jelű „Z” kódokat abban az esetben lehet rögzíteni, ha az egészségi állapotra ható és az egészségügyi szolgálat igénybevételét befolyásoló tényezők kerülnek definiálásra.
- 3.7.4.7 Az „E” jelű, „A sérülések és mérgezések külső okai”-nak kiegészítő osztályozására kialakított BNO-kódokat (a BNO–10 S, T, V, W, X, Y betűvel kezdődő tételei) kötelezően kell használni, amikor a diagnózisok között megjelennek a sérülések, mérgezések, egyéb külső okok következményei. Ezt a jelzést akkor is alkalmazni kell, ha a T80–T88 kóddal, (Orvosi ellátás máshova nem osztályozott szövődményei) „K” jelzéssel az állapot oka más jellemző kiemelésével már minősítésre került.
- 3.7.4.8 A morfológiai kódokat „M” jelzéssel minősítve kell rögzíteni. A morfológiai kódok alkalmazása kötelező minden olyan esetben, amikor az ellátást indokoló fődiagnózis, vagy az ellátást indokoló fődiagnózis alapjául szolgáló betegség, vagy a kísérőbetegség vagy a szövődmény daganatos betegség, és a daganatos betegség igazolása a szakma szabályai szerint legalább kórszövettani vizsgálattal, képalkotó eljárással, vagy molekuláris biológiai módszerrel megtörtént.

A diagnózisok feltüntetése mellett a WHO listában elérhető beavatkozásokat is rögzíteni kell a beavatkozásnak megfelelő időpontban. Ennek rögzítését a medikai rendszer biztosítja, illetve jelzi, mely egyéb adatokat kell rögzíteni az egyes beavatkozások mellé.

Az adatok rögzítését az osztály működési rendje szabályozza, de annak helyességéért és ellenőrzéséért az osztályos kódoló orvos felel, illetve javítja a rögzített adatokat



annak megfelelően, hogy a jogszabályi lehetőségek mellett optimálisabb besorolásra kerüljön az eset.

A kinyomtatott adatlapot hitelesíti aláírásával a kezelőorvos és a kódoló orvos, mely egy példányát a kórlapban kell megőrizni, a másik példányt hetente összegyűlt heti adatlapokkal kell a Kontrolling Osztálynak megküldeni.

3.8 Besorolási szabályok

3.8.1 A HBCs rendszer egy elő-főcsoportból és 25, a betegségek szerint meghatározott főcsoportból áll. Az elő-főcsoportra végzett vizsgálatokat követően az eseteket főcsoporthoz kell rendelni, majd a főcsoporton belül a megfelelő csoportot ki kell választani.

3.8.2 A besorolás eljárása arra irányul, hogy az ellátás összes jellemzőjének ismeretében, az esettípus jellegét figyelembe véve, a szakmai szempontból meghatározható legmagasabb súlyszám kerüljön elszámolásra.

Az előbesorolás elérhető a medikai programban.

Az adatlap adatainak javítására a finanszírozási jelentés elküldését megelőző napig (tárgyhónap 4. napja) van lehetőség.

Az Informatikai osztály biztosítja az elküldött adatok alapján történt visszaigazolást a tárgyhónapot követő egy hónap múlva. Az osztályos kódoló orvos további javításokat tehet a visszaigazolás alapján az optimális besorolás érdekében.

A külső tanácsadó által javasolt változtatásokat, a finanszírozás érdekében a klinikai folyamattal összevetve át kell vezetni, és azt új adatlap nyomtatásával kell a kórlapban elhelyezni. Ezen feladatért is az osztályos kódoló orvos felel.

3.9 Egészségügyi dokumentáció ellenőrzése

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

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

3.9.2 Az ápolási dokumentációt az osztályos ápoló az ápolási zárójelentés megírásával egyidejűleg ellenőrzi.

3.9.3 **Az osztályvezető ápoló az általa ellenőrzött Ápolási dokumentációt szignójával ellátja.**

3.9.4 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.)

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



- 3.9.6 Az orvosigazgató az SzMSz szerint ellátja az egészségügyi dokumentáció szabályszerű vezetésének felügyeletét.
- 3.9.7 Az ápolási igazgató az SzMSz szerint az ápolási dokumentáció szabályszerű vezetésének és szakmai tartalmának felügyeletét látja el.
- 3.9.8 Az egészségügyi dokumentáció jogszabályi és Dokumentációs protokoll szerinti vezetésének megfelelőségét a Kórház belső minőségirányítási rendszerével összhangban a Főigazgató által megbízott személyek végzik.

4. EESZT

A Kórház köteles az EESZT útján a működtető részére a miniszter által rendeletben meghatározott tartalmi és formai követelményeknek megfelelő módon – az egészségügyi dokumentáció megismerésére jogosultaknak az érintett dokumentumokhoz az EESZT útján való hozzáférés érdekében – megküldeni az egészségügyi ellátás során keletkezett alábbi dokumentumokat:

1. a fekvőbeteg-szakellátásban kiállított zárójelentés,
2. a járóbeteg-szakellátásban kiállított ambuláns lap,
3. szövettani és patológiai leletek,
4. laborleletek,
5. képalkotó diagnosztikai ellátások leletei,
6. műtéti leírások.

A Kórház az EESZT útján nyilvántartást vezet, amely tartalmazza:

- a. az érintett TAJ számát, akire az egészségügyi dokumentum vonatkozik,
 - b. az egészségügyi dokumentum előállítójának azonosításához szükséges adatokat,
 - c. az egészségügyi dokumentumnak az érintett egészségi állapotára vonatkozó adatot nem tartalmazó leírását,
 - d. az egészségügyi dokumentumhoz való hozzáféréshez szükséges információkat, valamint
- b) az egészségügyi dokumentációkat.

5. Záró rendelkezések

- 5.1 A jelen Dokumentációs Protokollban hivatkozott nyomtatványok közül a papír alapúak a Kórház Nyomtatványalbumában engedélyezett formátumban, az elektronikus nyomtatványok pedig a medikai modulban találhatók.
- 5.2 A Medikai modulban kialakított és jóváhagyott sablonokon/formanyomtatványokon orvosigazgatói engedély birtokában lehet módosítani.