

Egészségügyi dokumentáció vezetésének rendje

Az egészségügyi dokumentáció vezetésének rendjét a fekvő- és járóbeteg ellátás vonatkozásában részletesen az **SZ-62 Az egészségügyi dokumentáció vezetésének rendje** szabályzat tartalmazza.

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

Az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni:

- a beteg személyazonosító adatait, figyelembe véve a betegazonosítás szabályait (**SZ-11 Betegazonosító rendszer szabályzata**),
- cselekvőképes beteg esetén az értesítendő személy, kiskorú, illetve gondnokság alatt álló beteg esetében a törvényes képviselő nevét, lakcímét, elérhetőségét,
- a kórelőzményt, kórtörténetet,
- a beteg panaszait,
- az első vizsgálat eredményét,
- a diagnózist, a gyógykezelési tervet és az azt megalapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját,
- ápolási anamnézist, ápolási diagnózist, ápolási tervet, ápolási beavatkozásokat és az ápolás értékelését,
- az ellátást indokoló betegség megnevezését, a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, 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,
- transzfúzióra 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, illetve visszautasítás tényét, valamint ezek időpontját,
- minden olyan egyéb adatot és ténytet, amely a beteg gyógyulására befolyással lehet.

Az egészségügyi dokumentáció részeként meg kell őrizni:

- az egyes vizsgálatokról készült leleteket,
- a gyógykezelés és a konzílium során keletkezett iratokat, leleteket,
- az ápolási dokumentációt,
- a képkeltő diagnosztikai eljárások felvételeit,
- a beteg testéből kivett szövetmintákat (metszetek, blokkok).

A betegek ellátása során keletkező valamennyi egészségügyi dokumentum - előző bekezdésben felsorolt kivételekkel - eredeti példánya kórlappal, vagy az ambuláns lappal) együtt tárolandó, beleértve a konzíliumok, és az aneszteziológiai vagy diagnosztikai beavatkozások során szükségessé váló speciális befejező nyilatkozatokat, altatási/érzéstelenítési jegyzőkönyveket is.

Az osztályokon az egészségügyi dokumentáció jogszerű, a szakma szabályainak megfelelő vezetéséért az osztályvezető főorvos/szervezeti egységvezető a felelős.