



רמב"ם

הקרית הרפואית לבריאות האדם

נוהל מסי': 15.2	
שם הנוהל: שמירה והשמדת רשומות, נתונים ומידע	
MOI 3	JCI CODE

תפוצה:	תחום הנוהל: ניהול המידע		תאריך פרסום:
	שם הנוהל: שמירה והשמדת רשומות, נתונים ומידע		1.1.17 תאריך עדכון:
1. הנהלה. 2. מחלקת רישום ומידע רפואי. 3. אגף מידע, מחשוב ותקשורת. 4. מנהלי מחלקות. 5. אחיות אחראיות.	כותב הנוהל: יפעת בוכמן, שרה צפריר, ד"ר ארז כרמון, ריקי מזרחי, עינת פרץ.	מאשר הנוהל: ד"ר מ. הלברטל	נספחים: 1. <u>נספח מספר 1</u> <u>: משד שמירת רשומה רפואית עפ"י חוק הארכיונים משד שמירת רשומה רפואית עפ"י חוק הארכיונים</u> 2. <u>אופן הטמעת הנהל</u>
		על החתום: ד"ר מ. הלברטל	

רשימת עדכונים:

מהדורה	מהות העדכון	שם המעדכן ותפקיד	תאריך

מילות מפתח (KEY WORDS):

שמירה, השמדה, רשומה רפואית, נתונים, מידע
--



נוהל מס': 15.2	
שם הנוהל: שמירה והשמדת רשומות, נתונים ומידע	
MOI 3	JCI CODE

1. רקע:

מסמכים רפואיים נאספים מרגע קבלתו של מטופל לבית החולים. תיעוד מדויק ומלא של מהלך המחלה ושל תהליכי האבחון והטיפול, הוא בעל חשיבות מבחינה רפואית. רשומה רפואית מלאה ואמינה, הינה כלי בסיסי לבקרת העשייה הרפואית ולהערכת איכותה. בנוסף, מבחינה משפטית, הרשומה הרפואית היא הראייה המרכזית בכל התדיינות באשר לטיב הטיפול הרפואי ותוצאותיו. על כן, יש חשיבות רבה לשמור את הרשומה הרפואית לפרק זמן מוגדר, תוך שמירה על חיסיון ואבטחה.

2. מטרות הנוהל:

- 2.1 לקבוע את משך הזמן לשמירת רשומות קליניות של מטופלים.
- 2.2 לקבוע את אופן שמירת הרשומות, הנתונים והמידע בבית החולים.
- 2.3 לקבוע את אופן השמדת רשומות, נתונים ומידע בבית החולים.

3. הגדרות ומונחים:

3.1 רשומה רפואית- רשומה רפואית היא כל מסמך רפואי ובו תיעוד של שירות אותו קיבל המטופל בתוך בית החולים או בקהילה, כולל: מכתב הפנייה לביה"ח, אנמנזה, בדיקות אבחון והדמיה, דו"ח ניתוח, התערבות טיפולית, המלצות וכו'. הרשומה יכולה להיות ידנית ו/או ממוחשבת.

4. סמכות ואחריות:

הגדרת תחומי האחריות/סמכות	הגורם
אחריות למימוש הנוהל במחלקת רשומות רפואיות	4.1 מנהלת מחלקת רשומות רפואיות

5. שיטת הביצוע/הנחיות:

- 5.1 משך הזמן לשמירת רשומה רפואית:
 - 5.1.1 משך שמירת הרשומה הרפואית הינו לפחות משך הזמן הנדרש עפ"י חוק הארכיונים – ראה נספח מס' 1.

נוהל מסי': 15.2	
שם הנוהל: שמירה והשמדת רשומות, נתונים ומידע	
MOI 3	JCI CODE

- 5.2. אופן שמירת רשומות, נתונים ומידע בבית החולים:
רשומות, נתונים ומידע בבית החולים יישמרו בהתאם למדיניות אבטחת המידע של בית החולים (ראה סימוכין – נוהל מדיניות אבטחת מידע בבית החולים), אשר נגזרת מתקן ניהול אבטחת המידע הבינלאומי ISO 27799 ותקן ISO 27001: 2013 (ראה סימוכין).
- 5.3. אופן השמדת רשומות, נתונים ומידע בבית החולים:
5.3.1. השמדת העתקי רשומה מיותרים (לדוגמא: הדפסות לפני תיקון של מסמכי קבלה ושחרור רפואיים, מסמכים במצב טיוטה) תבצע באמצעות גריסה בלבד. אין להשליך לפח האשפה מסמכים המכילים מידע רפואי ו/או פרטי מטופל.
5.3.2. אופן השמדת רשומות, נתונים ומידע בבית החולים מתבצע בהתאם לחוק הארכיונים (ראה סימוכין):
5.3.2.1. בהגיע מועד ביעור החומר, ביה"ח מבקש אישור ביעור מגונז' המדינה הכולל פירוט של כל החומר המיועד לביעור.
5.3.2.2. ברשומות רפואיות מתבצעת בדיקה של רשימת החומר הארכיוני המיועד לביעור על מנת לוודא נכונות הרשימה.
5.3.2.3. בסיום הבדיקה מאשר ביה"ח לארכיון החיצוני את ביעור החומר.
5.3.2.4. הארכיון החיצוני שולף מהתיקים את כל סיכומי האשפוז המיועדים לשמירה של 100 שנה.
5.3.2.5. החומר המיועד לביעור מועבר לחברת ק.מ.מ המשמידה את החומר בדרך של גריסה על פי דרישות משרד הבריאות.
5.3.2.6. סיכומי האשפוז מועברים לשמירה באמצעות מיזעור.

6. מסמכים ישימים (סימוכין):

יש לצרף לכל סימוכין לינק לפורטל המוסדי או לכתובת אינטרנט חיצונית)

6.1. חוק הארכיונים - https://www.nevo.co.il/law_html/Law01/028_011.htm

6.2. נוהל מדיניות אבטחת מידע בבית החולים - מדיניות אבטחת מידע בבית החולים MOI.2

6.3. תקן ISO 27799

6.4. תקן ISO 27001: 2013

7. נספחים:

נוהל מסי': 15.2	
שם הנוהל: שמירה והשמדת רשומות, נתונים ומידע	
MOI 3	JCI CODE

נספח מספר 1 : משך שמירת רשומה רפואית עפ"י חוק הארכיונים

משרד הבריאות – בתי החולים הממשלתיים

- | | |
|---|--|
| | (1) פנקס קבלת חולים |
| 10 שנים | |
| | (2) פנקס אבחנות ומפתח שמי של חולים |
| 100 שנים | |
| | (3) גליון סיכום מחלה או מכתב סיכום לרופא המטפל |
| 100 שנים | |
| | (4) תיק רפואי של חולה |
| 20 שנים לאחר האישפוז או הטיפול האחרון | |
| | (5) העתק של תעודת רפואית המוצאת על-פי הנתונים שבתיק הרפואי |
| 25 שנים או 7 שנים לאחר פטירת החולה כשאינן בתיק סיכום מחלה | |
| | (6) מסמכי חדר מיון |
| 7 שנים | |
| | (7) ספר בדיקות מעבדה |
| 7 שנים | |
| | (8) ספר ניתוחים |
| 10 שנים | |
| | (9) ספר רופאים מרדימים |
| 10 שנים | |
| | (10) פנקס רנטגן |
| שנה אחת | |
| | (11) צילום רנטגן, למעט דו"ח על הממצאים לפי הצילום |
| 10 שנים מתום הטיפול האחרון בתיק תצלומי הרנטגן, או 7 שנים לאחר פטירת החולה, לפי המוקדם | |
| | (12) תרשים במכון או במעבדה: |
| 10 שנים | - ממצא פתולוגי |
| 2 שנים | - ממצא שלילי |
| | (13) א.ק.ג. שלא בתיק הרפואי |
| 10 שנים | |
| | (14) ספר רישומים של אחיות כולל רישום הוראות הרופאים |
| 7 שנים | |
| | (15) ספר מסירת משמרות של אחיות כולל דו"ח על טיפולים |
| 7 שנים | |
| | (16) ספר לידות |
| 100 שנה | |

נוהל מסי': 15.2	
שם הנוהל: שמירה והשמדת רשומות, נתונים ומידע	
MOI 3	JCI CODE

100 שנים	(17) ספר פטירות
10 שנים	(18) רישום גוויות נפטרים
10 שנים	(19) טופס דרישת ניתוח גוויה
25 שנים	(20) פרוטוקול על נתיחת גוויה
	(21) דו"ח מימצא ומפתח שמי של בדיקה היסטולוגית מיקרוסקופית
25 שנים	
15 שנים	(22) ספר בדיקות של סוגי דם בבנק הדם
7 שנים	(23) ספר תורמי דם
3 שנים	(24) הזמנה לבנק הדם
7 שנים	(25) ספר הכנת הדם בבנק הדם
7 שנים	(26) ספר עירוויים וכרטיס עירוויים בבנק הדם
3 שנים	(27) פנקס לרישום סמים מסוכנים בבתי מרקחת
3 שנים	(28) הזמנת תרופות בבתי מרקחת

נספח מספר 2 : אופן הטמעת הנוהל

מנהלת מחלקת רשומות רפואיות מדריכה את העובדים, האמונים על נושא שמירה והשמדת רשומות, על עבודה לפי הנוהל.