

נוהל מסי': 1.2.22	
שם הנוהל: נוהל אחידות, תכולה ושלמות הרשומה הרפואית	
MOI 9.1, MOI.9, ACC.4.3.2	JCI CODE

תפוצה: 1. מנהל בית החולים 2. מנהלת הסיעוד בבית החולים 3. סגני מנהל בית החולים 4. מנהלי אגפים 5. מנהלי מחלקות 6. מנהלות הסיעוד בחטיבות 7. אחיות אחראיות 7.1 מחלקות 7.2 מכונים 7.3 מרפאות	תחום הנוהל: ניהול מידע	תאריך עדכון: 1.2.20
	שם הנוהל; נוהל אחידות, תכולה ושלמות הרשומה הרפואית	תאריך עדכון; 01.07.2019
		תאריך פרסום; 01.11.2016
	מאשר הנוהל: ד"ר מ. הלברטל מנהל בית החולים	נספחים: 1. רשימת קיצורים מותרים בביה"ח 2. רשימת קיצורים אסורים בבית החולים 3. מקורות לקיצורים 4. נוהל פתיחת רשומה לאחר שחרור מטופל מאשפוז/ביקור מרפאה
	כותב הנוהל: ד"ר יעל איילון הגר כהן- סבאן מיכל קרנצ'ר ד"ר פ. בסיס	על החתום: ד"ר מ. הלברטל

רשימת עדכונים:

מהדורה	מהות העדכון	שם המעדכן ותפקיד	תאריך
2	התאמה לאקרדיטציה מהדורה 5	ע. פרץ ד"ר א. כרמון	01.03.2017
3	התאמה למהדורה 6 שינוי מספור (MOI9, MOI9.1). ממספר מחדש את (MOI10), (MOI10.1) ממהדורה חמישית.	יפעת בוכמן – מנהלת פרויקטים	01.07.2019
4	עדכון נספח 4	ד"ר מיכל מקל	1.2.2020

מילות מפתח (KEY WORDS):

ניהול, מידע, רשומה קלינית, פרומתאוס, קיצורים מותרים, קיצורים אסורים

נוהל מס': 1.2.22	
שם הנוהל: נוהל אחידות, תכולה ושלמות הרשומה הרפואית	
MOI 9.1, MOI.9, ACC.4.3.2	JCI CODE

1. רקע;

- 1.1. לכל מטופל הנבדק ו/או מטופל בבית החולים כמאושפז, מקבל שירות אמבולטורי או פונה למלר"ד, חובה לנהל רשומה קלינית.
- 1.2. הרשומה הינה ייחודית לכל מטופל ומאפשרת מעקב אחר הטיפולים והפניות שלו לאורך שנים.
- 1.3. הרשומה תכתב באופן אחיד, יעשה שימוש בקיצורים המקובלים בלבד על מנת לדאוג לבטיחות המטופל.
- 1.4. כל הרשומה תקבל מזהה ייחודי למטופל בשימוש כדי לקשר את המטופל עם הרשומה הקלינית שלו או שלה.

2. מטרות הנוהל;

- 2.1. לוודא שלכל מטופל הפונה לבית החולים תפתח רשומה קלינית.
- 2.2. להגדיר גורמים מוסמכים לגישה, רישום וחתימה ברשומה הרפואית.
- 2.3. להגדיר מהו תוכן הרשומה הרפואית.
- 2.4. הגדרת הליך העברת מכתב השחרור לגורם המטפל בקהילה ו/או מוסד אחר

3. הגדרות ומונחים;

- 3.1. רשומה קלינית 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'.
- 3.2. רשומה יכולה להיות ידנית ו/או ממוחשבת.

4. סמכות ואחריות;

הגורם	הגדרת תחומי האחריות/סמכות
4.1 מנהל מחלקה	<ol style="list-style-type: none"> 1. הנחייה וחניכה של סטודנטים, סטז'רים ומתמחים בנושא רישום הולם ברשומה הרפואית והדרכה לעדכון המידע לאחר שנרשם. 2. ביצוע ו/או מינוי מי מטעמו לבצע בקרה של איכות, שלמות והלימות המידע ברשומה הרפואית למצב המטופל ומתן משוב ברמת הפרט והמחלקה. 3. וידוא כי רק המורשים לתעד ולקרוא את המידע ברשומה הרפואית עושים

נוהל מס': 1.2.22	
שם הנוהל: נוהל אחידות, תכולה ושלמות הרשומה הרפואית	
MOI 9.1, MOI.9, ACC.4.3.2	JCI CODE
<p>זאת (ראה נוהל אבטחת מידע)</p> <p>MOI.11</p> <p>4. נקיטת צעדים למניעת אובדן, פגיעה מכוונת/לא מכוונת ברשומה הרפואית (כולל טפסים נלווים, הסכמה מדעת וכו').</p>	
<p>1. הנחייה וחניכה של סטודנטים ואחיות בנושא רישום הולם ברשומה הרפואית והדרכה לעדכון המידע לאחר שנרשם</p> <p>2. ביצוע ו/או מינוי מי מטעמה לבצע בקרה של איכות, שלמות והלימות המידע ברשומה הרפואית למצב המטופל ומתן משוב ברמת הפרט והמחלקה.</p> <p>3. וידוא כי רק המורשים לתעד ולקרוא את המידע ברשומה הרפואית עושים זאת.</p> <p>4. נקיטת צעדים למניעת אובדן, פגיעה מכוונת/לא מכוונת ברשומה הרפואית (כולל טפסים נלווים, הסכמה מדעת וכו').</p>	4.2 אחות אחראית מחלקה
<p>1. סידור התיק הידני על פי הכללים המקובלים</p> <p>2. וידוא כי רק המורשים לקרוא את המידע ברשומה הרפואית עושים זאת</p> <p>3. נקיטת צעדים למניעת אובדן, פגיעה מכוונת/לא מכוונת ברשומה הרפואית כולל טפסים נלווים, הסכמה מדעת וכו'</p>	4.3 מזכירת מחלקה
<p>1. וידוא תכולת תיק לפי צ'ק ליסט בנמר (מסמכי תיוג במודול רשומות רפואיות)</p>	4.4 מחלקת רשומות רפואיות

נוהל מס': 1.2.22	
שם הנוהל: נוהל אחידות, תכולה ושלמות הרשומה הרפואית	
MOI 9.1, MOI.9, ACC.4.3.2	JCI CODE
2. בקרה על איכות הרישום – 25% מהתיקים.	
3. בקרה על דוחות ניתוח – 100%	

5. שיטת הביצוע/הנחיות: MOI 9 ME.1 ME.2

5.1 הרשומה הקלינית תפתח דרך תוכנת "פרומתאוס" לאחר שבוצע זיהוי מטופל לפי נוהל זיהוי מטופל ולאחר רישום אדמיניסטרטיבי באמצעות תוכנת "נמר".

5.2 זיהוי מטופל יתבצע על ידי כל איש צוות על פי נוהל זיהוי המטופל IPSG.2.

5.3 הרשומה הקלינית תכלול: MOI 9 ME.3

5.3.1 פרטים אישיים מזהים של המטופל – שם מלא, שם האב, מגדר, מקום

ותאריך לידה, ת"ז, מספר מקרה. **MOI 9.1 ME.1**

5.3.2 תיעוד ממצאי אומדנים שנעשו למטופל (אומדני חובה ואומדנים ייחודיים

MOI 9.1 ME.2 הרלוונטיים למצבו), ממצאי בדיקות הדמיה ואבחון, מידע אשר נאסף מריאיון

5.3.3 המטופל ומלווי **MOI 9.1 ME.3 ME.4** ומערכות ממוחשבות כגון אופק

(ראה נוהל אומדן מטופלים) אודות מצב המטופל בעבר ובעת הקבלה.

5.3.4 אבחנות ראשוניות וסופיות – יכתבו באותיות דפוס לטיניות ובכתב קריא. אין להשתמש בקיצורים או בראשי תיבות, אלא אם צוינו קודם לכן בסוגריים ליד הרישום המלא של המונח ובהתאם לרשימת הקיצורים המותרים בבית החולים (ראה נספח).

5.3.5 תוכנית טיפול המבוססת על דיון מושכל ובו התייחסות לנתונים השונים שנאספו והאבחנות שנקבעו (ראשוניות וסופיות).

5.3.6 תיעוד תוצאות הטיפול, כולל התייחסות לתופעות לוואי, סיבוכים, אי מילוי הוראות רפואיות או סיעודיות, אירועים חריגים וכו'

5.3.7 הרשומה תכלול גם כל ביקור של המטופל במרפאות חוץ/מכונים.

5.3.8 מעקב יומי (FOLLOW-UP) רפואי וסיעודי בכל יום אשפוז (רפואי – פעם ביממה, סיעודי – פעם במשמרת),

5.3.9 סיכום ביקור ו/או מכתב שחרור שקיבל המטופל בסיום קבלת השירות בבית החולים.

5.3.10 בתיק המטופל/מאושפז יכללו המסמכים הבאים: טופס הפנייה למלר"ד או אשפוז אלקטיבי, טופסי הסכמה מדעת (בין השאר - פעולות פולשניות, סדציה/הרדמה, מתן דם ומוצרים). ריקי תעדכן.

נוהל מס': 1.2.22	
שם הנוהל: נוהל אחידות, תכולה ושלמות הרשומה הרפואית	
MOI 9.1, MOI.9, ACC.4.3.2	JCI CODE

5.4 רישום הנחיות לטיפול בחולה על ידי הצוות הרב-מקצועי יהיה אחיד בין מחלקות/יחידות בית החולים, כולל התייחסות להזמנת בדיקות דם ובדיקות הדמיה. ההזמנה ממוחשבת, לכן האחידות מובנית בתהליך.

- 5.4.1 רישום הנחיות הטיפול ייעשה על ידי כל מטפל בהתאם להכשרתו וסמכויותיו
(ACC.4.3.2 ME1). בכל הנחיה יהיה תיעוד של מועד כתיבתה וחתמת נותן ההוראה. בכל שינוי או הוספת הוראה יש להקפיד על ציון מועד השינוי/הוספה בליווי חתימה וחותמת.
- 5.4.2 הגישה להנחיות הטיפול צריכה להיות זמינה ומופיעה בתיק הידני או הרשומה הממוחשבת במקום קבוע לרוחב בית החולים – זה קבוע ברשומה.
- 5.4.3 בכל הוראה טיפולית יש לכלול בצורה ברורה מהו המועד שבו יש לבצע ומי האחראי לביצועה.
- 5.4.4 על מבצע ההוראה להקפיד על תיעוד מועד ביצועה בפועל בחתימתו

- 5.4.5 ככלל הוראות טיפול תינתנה בכתב למעט במצבי חירום או במצבים בהם נותן ההוראה אינו זמין ואז תתאפשר קבלת הוראה טלפונית על פי נוהל "readback". יחד עם זאת, באחריות נותן ההוראה הטלפונית לכתוב הנחיה במועד הקרוב ביותר הניתן (IPSG 2.2)

5.5 סיכום האשפוז יכלול את הסעיפים הבאים:

- 5.5.1 פרטים מזהים – כוללים גיל, תאריך קבלה, תאריך השחרור. יעד השחרור (למחלקה אחרת, לביתו, למוסד, לביה"ח אחר נפטר וכו').
- 5.5.2 אבחנות/ניתוחים/פעולות - כתובים על פי הכללים הבאים:
- 5.5.2.1 רישום האבחנות ייעשה אך ורק על פי המינוח הבינלאומי המקובל ICD-10.
- 5.5.2.2 אבחנות תרשומה באותיות דפוס ובכתיב מלא (ללא קיצורים או ראשי תיבות)
- 5.5.2.3 בצמוד לכל אבחנה או ניתוח או פעולה, יצוין תאריך התרחשות האירוע או ביצוע הניתוח או הפעולה.
- 5.5.2.4 אבחנה ראשית/עיקרית תירשם תחילה. האבחנה הראשית היא זו שנקבעה, לאחר בדיקת החולה וביצוע בדיקות עזר במסגרת האשפוז, כגורם העיקרי והאחראי להגעת המטופל לבית החולים. האבחנה הראשית איננה בהכרח זו המבטאת את תלונתו העיקרית של החולה בקבלתו או סיבת הקבלה. יש להדגיש את האבחנה הראשית מיתר האבחנות.
- 5.5.2.5 את רשימת האבחנות יש למיין לפי אחת מ – 3 השיטות:
- א. סדר אירועים כרונולוגי ב. סדר מערכתי ג. סדר לוגי (סיבה ותוצאה).

נוהל מס': 1.2.22	
שם הנוהל: נוהל אחידות, תכולה ושלמות הרשומה הרפואית	
MOI 9.1, MOI.9, ACC.4.3.2	JCI CODE

5.6 פרטים רפואיים:

- 5.6.1 תלונה עיקרית – תלונות החולה בגינה התקבל לטיפול,
- 5.6.2 מחלה נוכחית – פירוט פרטי המחלה בטרם קבלתו לטיפול
- 5.6.3 תולדות העבר – פרטים בולטים בהיסטוריה הרפואית של החולה, כגון:
אשפוזים וניתוחים
- 5.6.4 בדיקתו בקבלה – פרטים בולטים ומשמעותיים מבדיקתו בעת קבלתו לטיפול
- 5.6.5 מהלך המחלה – פירוט מהלך המחלה, תוצאות בדיקות וטיפול עיקריים ומשמעותיים אשר בוצעו לחולה במהלך טיפולו
- 5.6.6 ניתוחים/פעולות – פירוט תאריך הניתוח/פעולה, סוג ההרדמה, סוג החתך, תיאור הניתוח/פעולה, אירועים הקשורים להרדמה ו/או לניתוח וכמו כן מהלך לאחר הניתוח/פעולה
- 5.6.7 בדיקות מעבדה ודימות – תיאור מסכם של כל הבדיקות שנעשו במשך האשפוז כולל ערכים תקינים

5.7 דיון וסיכום:

- 5.7.1 סיכום המצב בו התקבל המטופל, השערות שהיו לגבי האבחנה, הבדיקות שהביאו לקביעת האבחנה הסופית, הטיפולים שנעשו ומצבו בשחרור.
- 5.7.2 המלצות להמשך טיפול – לרבות המשך מעקב רפואי, המלצה למנוחה (תוך ציון משך הזמן, (המלצה לשלבי חזרה לתפקוד רגיל) (הגבלות מאמץ, הגבלת שעות העבודה, צורך בהחלפת עבודה וכו').
- 5.8 חתימה – בסוף סיכום המחלה יצוין: שם, חתימה וחותמת הרופא המסכם והרופא הבכיר המאשר.

5.9 מסירת העתקים של סיכום אשפוז:

- 5.9.1 סיכום המחלה/אשפוז יוכן ב – 3 העתקים: א. לחולה או רופאו ב. רשומות רפואיות, ג. קופת החולים אליה משתייך החולה.
- 5.9.2 סיכום מחלה/אשפוז מפורט חייב להימסר למטופל או גורם הרפואי אליו הופנה או לרופא המטפל עם שחרור המטופל מבית החולים (acc.4.3.2 ME2). באחריות הרופא המשחרר והאחות המשחררת לציין בפני המטופל את חשיבות מסירת העתק המכתב לרופא המשפחה המטפל בו בסמוך ככל הניתן למועד השחרור.
- 5.9.3 העתק ממכתב השחרור נשמר ברשומה הרפואית הממוחשבת של המטופל או בתיק המרפאה (ACC.4.3.2. ME 4).

5.10 סיכומי מחלה של נפטרים:

באחריות מנהל המחלקה לוודא כי סיכומי מחלה של נפטרים יהיו מוכנים תוך שבוע ממועד הפטירה.

נוהל מס': 1.2.22	
שם הנוהל: נוהל אחידות, תכולה ושלמות הרשומה הרפואית	
MOI 9.1, MOI.9, ACC.4.3.2	JCI CODE

- 5.11** אם חלה טעות ברישום:
- 5.11.1 רישום ידני – מחיקה על ידי קו על הרישום השגוי ולידו לכתוב את הנכון עם שם ברור וחתימת מבצע השינוי (כולל חותמת).
- 5.11.2 רישום ממוחשב: המערכת מאפשרת תיקון/עדכון הרשומה. חובה לציין סיבה לשינוי הרשומה הרפואית. בכל כניסה לצורך עדכון ו/או שינוי – המערכת מזהה ושומרת את שם המטפל, תאריך, שעה וסיבת השינוי ו/או העדכון.
- 5.11.3 ברשומת חולים המטופלים במלר"ד, יש לתעד ברשומה הרפואית את כל המפורט בנוהל בנוסף לתועדו: שעת הגעה ושעת עזיבת המלר"ד (=שחרור לקהילה, העברה לאשפוז או נטישת המלר"ד), מצב המטופל בעת השחרור, המלצה להמשך טיפול ומעקב. (ACC.4.3.2. **ME1-ME4**).
- 5.12** מסמכים רפואיים אשר מביא עמו המטופל יוחזרו אליו בסיום הטיפול/אשפוז.
- 5.13** ליד כל רישום או שינוי ברישום יתועד תאריך, שעה, שם, חותמת (ידנית או חתימה אלקטרונית).
- 5.14** העתק של מכתב השחרור מהמלר"ד נשמר ברשומה הרפואית הממוחשבת (ACC.4.3.2 **ME4**).

6 דיווח ותיעוד;

7 מסמכים ישימים (סימוכין):

8 נספחים:

נוהל מסי': 1.2.22	
שם הנוהל: נוהל אחידות, תכולה ושלמות הרשומה הרפואית	
MOI 9.1, MOI.9, ACC.4.3.2	JCI CODE

נספח 1

רשימת קיצורים מותרים בבית החולים

ככלל - קיצורים אסורים בשמות התרופות

דרכי מתן תרופה / תכשיר ותדירות השימוש בהם

קיצור	פירוש
CAPS.	Capsules
D	Day
I/M	Intra Muscular
I/V	Intra Venous
Min.	Minute
Oint.	ointment
OTC	over-the-counter (pharmaceuticals)
P/O	Per Os
P/R	Per Rectum
P/V	Per vaginal
P/Z	Per Zonda
SOL.	Solution
SC.	subcutaneous
TAB.	Tablets
SL.	under the tongue
gt or gtt	drops

נוהל מסי': 1.2.22	
שם הנוהל: נוהל אחידות, תכולה ושלמות הרשומה הרפואית	
MOI 9.1, MOI.9, ACC.4.3.2	JCI CODE

צד

קיצור	פירוש
BIL.	Bilateral
Inf.	inferior
Int.	internal
Lat.	Lateral
LT.	Left
LUL	left upper lobe
LUQ	Left Upper Quadrant
post.	Posterior
PA.	posteroanterior
RT.	Right
RLL	right lower lobe
RLQ	right lower quadrant
RML	right middle lobe
RUL	right upper lobe
RUQ	right upper quadrant
Sup	superior
UNIL	Unilateral

דרגת תוקף אבחנה

קיצור	פירוש
M/P	Most Probably
R/O	Ruled Out
S/P	Status Post
SUSP.	Suspected

נוהל מסי': 1.2.22	
שם הנוהל: נוהל אחידות, תכולה ושלמות הרשומה הרפואית	
MOI 9.1, MOI.9, ACC.4.3.2	JCI CODE

יחידות מידה

עבור יחידות יש לרשום UNITS, אין לכתוב E או U

פירוש	קיצור
Cubic centimeters	C/C
centimeter	cm.
deciliter	dL.
Gram	GR.
kilogram	Kg.
Milligram	MG.
Milliliter	ML.
Millimole	mmol
nanogram	Ng.
Microgram	Microgram

רישום לא נכון	רישום נכון
OD, OS, OU	לכל עין, עין שמאל, עין ימין
0 עוקב: 0.1 MG	1 MG
ספרה עשרונית ללא 0 מקדים: 5 MG	0.5 MG
רישום מספרים גדולים ללא פסיקים: 10000, 100000	יש לכתוב מספרים גדולים עם פסיק. לדוגמא: 10,000 או 1,000,000 או 10 אלפים, מיליון

נוהל מסי': 1.2.22	
שם הנוהל: נוהל אחידות, תכולה ושלמות הרשומה הרפואית	
MOI 9.1, MOI.9, ACC.4.3.2	JCI CODE

בדיקות ומכשירים -

קיצור	פירוש
ABG	Arterial blood gas
Bx.	biopsy
CXR	chest X-ray
CT /Cat Scan	Computed Axial Tomography
ECHO.	Echocardiogram
ECG, EKG	electrocardiogram
EKG / ECG	Electrocardiography
ECT	electroconvulsive therapy
EEG	Electroencephalogram
EMG	Electromyogram
ERCP	Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography
MRI	Magnetic Resonance Imaging
U/S	Ultra Sound

פרמטרים נבדקים / מדידים -

קיצור	פירוש
-	Negative
+	Positive
+ / ++ / +++	Present or Noted / Present Significantly / Present in
ALP	Alkaline phosphatase
ALS	Amyotrophic lateral sclerosis.
ALT	Alanine aminotransferase
B/P	Blood Pressure
BUN	Blood Urea Nitrogen
Ca.	Calcium
CBC	Complete Blood Count
CPK	Creatinine phosphokinase
CPR	Cardiopulmonary Resuscitation
Cr.	Creatinine
CRCL	Creatinine clearance
CRP	C-reactive protein
CSF	Cerebrospinal Fluid
ESR	Erythrocyte sedimentation rate
GFR	Glomerular Filtration Rate
HB.	Hemoglobin
HCT	Hematocrit
HCV	Hepatitis C virus
Hgb	Hemoglobin

נוהל מס': 1.2.22	
שם הנוהל: ניהול אחידות, תכולה ושלמות הרשומה הרפואית	
MOI 9.1, MOI.9, ACC.4.3.2	JCI CODE

HR.	Heart Rate
K	Potassium
LDH	Lactate dehydrogenase
LDL	Low density lipoprotein
LEU	Leukocytes
MCH	Mean Cell Hemoglobin
MCHC	Mean Cell Hemoglobin Concentration
MCV	Mean Corpuscular Volume
Na.	Sodium
NaCl	Sodium chloride
PT.	Prothrombin Time
PTT	Partial Thromboplastin Time
R/R	Respiratory Rate
SGGT	Serum gamma-glutamyl transpeptidase
SGOT	Serum glutamic- oxaloacetic transaminase
SGPT	Serum glutamic-pyruvic transaminase
T/T	Thrombin time
WBC	White blood cell

מונחים כלליים-

קיצור	פירוש
ADL	activities of daily living
A/C	Assist Control
BPM	beats per minute
B/W	body weight
CCB	Calcium Channel Blocker
CNS	central nervous system
C/O	cardiac output
Cont.	continue(d)
CPAP	continuous positive airway pressure
D5W	5% dextrose in water
DDx	differential diagnosis
DKA	diabetic ketoacidosis
DNR	do not resuscitate
DOA	dead on arrival
Dx.	diagnosis
EBL	estimated blood loss
ET.	endotracheal
EtOH	Alcohol ethanol
Ext.	external, exterior
F or ♀	female
FFP	fresh frozen plasma
FUO	fever of unknown origin

נוהל מס': 1.2.22	
שם הנוהל: ניהול אחידות, תכולה ושלמות הרשומה הרפואית	
MOI 9.1, MOI.9, ACC.4.3.2	JCI CODE

Fx.	fracture
GE.	gastroenteritis
GCS	Glasgow Coma Scale
GSW	gun shot wound
GU.	genitourinary
H/O	history of
I&D	incision and drainage
I&O	intake and output
jt.	joint
liq.	liquid
L/P	lumbar puncture
M or ♂	male
MAP	mean arterial pressure
mets.	metastasis
MRSA	Methicillin-resistant Staphylococcus aureus
MSSA	methicillin-sensitive staph aureus
MVA	motor vehicle accident
neg.	negative
NG.	Nasogastric
NPO	nothing by mouth
NSR	normal sinus rhythm
NT.	nasotracheal
O2	oxygen
OM.	otitis media
POD	postoperative day
PAO2	alveolar oxygen
PaO2	peripheral arterial oxygen content
P/E	pulmonary embolus, or physical exam or pleural effusion
Plt.	Platelets
pre-op	preoperative
Pt.	patient
RBC	Red blood cell
RDA	recommended daily allowance
reg.	regular
ROM	range of motion
RRR	regular rate and rhythm
Sec	second
SOAP	subjective, Objective, Assessment, Plan
TPN	total parenteral nutrition
Trach.	tracheostomy
W/B	whole blood

נוהל מסי': 1.2.22	
שם הנוהל: ניהול אחידות, תכולה ושלמות הרשומה הרפואית	
MOI 9.1, MOI.9, ACC.4.3.2	JCI CODE

קיצורים מותרים

משמעותו	הקיצור
Angiotensin Converting Enzyme	ACE
atrial fibrillation (paf, caf, paroxysmal/chronic)	AF
Acute Kidney Injury	AKI
Angiotensin Receptor Blocker	ARB
Acute Tubular Necrosis	ATN
BROAD BAND ULTRA VIOLET B	BB UVB
benign prostatic hyperplasia	BPH
chronic regional pain syndrome	C R P S
coronary arteries bypass surgery	CABG
אי ספיקת לב	CHF
Chronic Kidney Disease	CKD
ניתוח קיסרי	CS
developmental dysplasia of hip	DDH
deep inferior epiglottis perforator flap	DIEP
DIRECT IMMUNOFLOURECENCE	DIF
סוכרת	DM
End Stage Kidney disease	ESKD
failed back surgery syndrome	F B S S
Focal Segmental Glomerulo Sclerosis	FSGS

נוהל מסי': 1.2.22	
שם הנוהל: נוהל אחידות, תכולה ושלמות הרשומה הרפואית	
MOI 9.1, MOI.9, ACC.4.3.2	JCI CODE

gestational diabetes mellitus	GDM
Glomerulonephritis	GN
Hemodialysis	HD
Hemo Diafiltration	HDF
היפרליפידמיה	HLP
הריון בסיכון גבוה	HRP
יתר לחץ דם	HTN
מחלת לב איסכמית	IHD
INDIRECT IMMUNOFLOURECENCE	IIF
Kidney Needle Biopsy	KNB
low back pain	L B P
מתלה לטיסימוס דורסי	LD flap
Membranoproliferative Glomerulonephritis	MPGN
mammalian Target of Rapamycin	mTOR
METHOTREXATE	MTX
NARROW BAND ULTRA VIOLET B	NB UVB
nasolabial fold	NLF
POLYMERASE CHAIN REACTION	PCR
Peritoneal Dialysis	PD
patent ductus arteriosus	PDA
patent foramen ovale	PFO

נוהל מסי': 1.2.22	
שם הנוהל: נוהל אחידות, תכולה ושלמות הרשומה הרפואית	
MOI 9.1, MOI.9, ACC.4.3.2	JCI CODE

דימום אחרי לידה	PPH
parathyroid hormone	PTH
Rapidly Progressive Glomerulonephritis	RPGN

spinal cord stimulation	S C S
Syndrome of Inappropriate Antidiuretic Hormone Secretion	SIADH
superficial musculo-cutaneous aponeurotic system	SMAS
TOPICAL PUVA	PUVA .T
T CELL RECEPTOR REARRANGEMENT	TCR
הפסקת הריון	TOP
transverse rectus abdominis myocutaneous flap	TRAM
transient tachypnea of newborn	TTN
Ultrafiltration	UF
Urinary Tract Infection	UTI
ULTRA VIOLET A	UVA
ואקום בלידה	VE
ventricular septal defect	VSD
אין מה לציין	א.מ.ל.
אי ספיקה (כליות, כבד וכו')	אי"ס
אי ספיקת לב	איס"ל
אין מה לציין	אמ"ל
אי ספיקת כליות	אס"כ

נוהל מסי': 1.2.22	
שם הנוהל: נוהל אחידות, תכולה ושלמות הרשומה הרפואית	
MOI 9.1, MOI.9, ACC.4.3.2	JCI CODE

יתר לחץ דם	יל"ד
כחלון, חיוורון, נשמת, צהבת	כחנ"צ
מילימטר כספית	ממ"כ
עמוד שדרה	עמ"ש

נוהל מסי': 1.2.22	
שם הנוהל: נוהל אחידות, תכולה ושלמות הרשומה הרפואית	
MOI 9.1, MOI.9, ACC.4.3.2	JCI CODE

נספח 2

רשימת קיצורים אסורים בבית החולים

יחידות מידה

עבור יחידות יש לרשום UNITS, אין לכתוב E או U

קיצור	פירוש
C/C	Cubic centimeters
cm.	centimeter
dL.	deciliter
GR.	Gram
Kg.	kilogram
MG.	Milligram
ML.	Milliliter
mmol	Millimole
Ng.	nanogram
Microgram	Microgram

רישום נכון	רישום לא נכון
לכל עין, עין שמאל, עין ימין	OD, OS, OU
1 MG	0 עוקב: 0.1 MG
0.5 MG	ספרה עשרונית ללא 0 מקדים: .5 MG
יש לכתוב מספרים גדולים עם פסיק . לדוגמא : 10,000 או 1,000,000 או 10 אלפים, מיליון	רישום מספרים גדולים ללא פסיקים: 10000, 100000

אין להשתמש בקיצורים בשמות תרופות

נוהל מס': 1.2.22	
שם הנוהל: נוהל אחידות, תכולה ושלמות הרשומה הרפואית	
MOI 9.1, MOI.9, ACC.4.3.2	JCI CODE

נספח 3

מקורות לקיצורים



<http://www.qegateshead.nhs.uk/sites/default/files/users/user1/Approved%20abbreviations%20for%20use%20in%20Clinical%20Records%20and%20letters.pdf>

Preferred Clinical Abbreviation List

V1.6 (27 February 2013)



AMERICAN
SPEECH-LANGUAGE-
HEARING
ASSOCIATION

<http://www.asha.org/uploadedFiles/slp/healthcare/Medicalabbreviations.pdf>



Spinal Cord Resource Center

http://www.spinalcord.org/resource_center/askus/index.php?pg=kb.page&id=1413



<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/appendixb.html>



<http://www.globalrph.com/abbrev.htm#A>

נוהל מס': 1.2.22	
שם הנוהל: נוהל אחידות, תכולה ושלמות הרשומה הרפואית	
MOI 9.1, MOI.9, ACC.4.3.2	JCI CODE

נספח 4

נוהל פתיחת רשומה לאחר שחרור מטופל מאשפוז/ביקור מרפאה

- רשומה רפואית של מטופל ננעלת לעדכון בעת חתימה על מכתב שחרור/סיכום ביקור.
- קיימת אפשרות לרופא לפתוח את הרשומה לצורך עדכון בתוך 60 יום ממועד שחרור המטופל. זאת במידה ועולה צורך לעדכן משהו בסיכום כגון תיקון טעות שנכתבה, תיקונים בהתאם ליעוץ רשמת, הערות רופא בכיר, תיקוני טעויות דפוס וכדומה.
- מעבר ל 60 יום ממועד שחרור המטופל, לא ניתן לפתוח את הרשומה לעדכון ללא אישור כמפורט:
 - כל בקשה לשינוי בתוכן הרשומה - מחייב אישור של ד"ר מקל (רמת סגן מנהל בית חולים).
 - בקשה של פתיחת גיליון לצורך חתימה על מסמך רפואי לא חתום (בכלל או העדר חתימת רופא בכיר) – פתיחה על ידי מנהלת מחלקת רשומות רפואיות או סגניתה.
 - בקשה לפתיחת הרשומה לצורך תיקון על פי הערות רשמת רפואית – פתיחה על ידי צוות מנהלת מחלקת רשומות רפואיות או סגניתה.
- חשוב לציין כי מידע לגבי כל פתיחה של הרשומה מתועד במערכת וכל הגרסאות נשמרות.