

מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה - פוריה		
מס' הנוהל: 1.2.1	שם הנוהל: רשומה רפואית	
תאריך הפצה: 02.19	שם הפרק: מטופלים	חלק: סגל
עמוד 1 מתוך 16	נכתב / עודכן ע"י: ליאת פישר ומלכה אמר-מדמון	גרסה מס' 2

1000-1003-2018-0000365

נוהל רשומה רפואית

כותבי הנוהל וגורמים מקצועיים:

- גב' ליאת פישר – מנהלת רישום ומידע רפואי
- גב' ג'וליה ברטל – סגנית מנהלת הסיעוד

אושר ע"י:


מר שמעון סבאח
מנהל אדמיניסטרטיבי


ד"ר ארזי און
מנהל המרכז הרפואי


גב' מלכה אמר-מדמון
מנהלת הסיעוד

מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה - פוריה		
מס' הנוהל: 1.2.1	שם הנוהל: רשומה רפואית	
תאריך הפצה: 02.19	שם הפרק: מטופלים	חלק: סגל
עמוד 2 מתוך 16	נכתב / עודכן ע"י: ליאת פישר ומלכה אמר-מדמון	גרסה מס' 2

תוכן עיניינים

מספר	פרק	עמוד
1	כללי	5
2	מטרות	5
3	הגדרות	5-6
4	חובת ניהול הרשומה הרפואית	6
5	חשיבותה של הרשומה הרפואית	6-7
6	מתן מידע רפואי וסודיות רפואית	7-8
7	ניהול רשומת מטופל	8-9
8	רישום	9
9	רישום קיצורים	9-10
10	סימון אבחנות בשחרור מהמחלקה לרפואה דחופה	10
11	תיקון טעות ברשומה	10
12	שינוי ברשומה הרפואית על פי בקשת המטופל	10
13	תיקון מסמכים במערכת הנמ"ר/DWS	11
14	יצירת גרסה חדשה למסמך	11
15	השמדת העתקי רשומה מיותרים	11
16	רשומות באחריות הצוות הרפואי	11-12
17	רשומות באחריות הצוות הסיעודי	12
18	רשומה באחריות מקצועות הבריאות	12
19	חתימת איש צוות רפואי, סיעודי ומקצועות הבריאות	12-13
20	ניהול דו"ח/גיליון הניתוח	13
21	התאמה לשונית של טפסים	13
22	טופס הסכמה לטיפול במטופל	13



מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה - פוריה		
מס' הנוהל: 1.2.1	שם הנוהל: רשומה רפואית	
תאריך הפצה: 02.19	שם הפרק: מטופלים	חלק: סגל
עמוד 3 מתוך 16	נכתב / עודכן ע"י: ליאת פישר ומלכה אמר-מדמון	גרסה מס' 2

14	סיכום אשפוז/סיכום טיפול אמבולטורי/סיכום ביניים	23
14	שמירה על הרשומה/תיק המטופל	24
15	תיק המטופל לאחר שחרור	25
15	שמירת רשומה בחלקת רישום ומידע רפואי	26
16	הזמנת/השאלת תיק ממחלקת רישום ומידע רפואי	27
16	העתקת רשומה רפואית	28

תפוצה:

סיעוד, רפואה, מקצועות הבריאות, מחלקת רישום ומידע רפואי, מזכירות רפואיות

מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה - פוריה		
מס' הנוהל: 1.2.1	שם הנוהל: רשומה רפואית	
תאריך הפצה: 02.19	שם הפרק: מטופלים	חלק: סגל
עמוד 4 מתוך 16	נכתב / עודכן ע"י: ליאת פישר ומלכה אמר-מדמון	גרסה מס' 2

סימוכין

1. איסור התניית מכתב שחרור מאושפז בבי"ח בתשלום חוב כספי - מינהל רפואה חוזר מס' 29/2006, 27/08/06.
2. גיליון הניתוח – רישום תיעוד - חוזר המנהל הכללי מס' 24/10, 20/12/10.
3. גיליון חדר מיון – שינוי ברישום המידע על פי בקשת המטופל - מינהל רפואה, 20/07/10.
4. הרשומה הרפואית - חוזר המנהל הכללי מס' 6/96, 10/03/96.
5. התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות - חוזר המנהל הכללי מס': 7/11, 03/02/11.
6. חוק הגנת הפרטיות - התשמ"א, 1981 ("חוק מאגרי מידע").
7. חוק המחשבים - התשנ"ה, 1995.
8. חוק זכויות החולה – 1996.
9. חתימת אחות וחתימת מיילדת - חוזר מנהל הסיעוד מס' 56, 23/12/03.
10. ישום תקן ישראלי לסיכום אשפוז במוסדות אשפוז - מנהל רפואה חוזר מס' 11/2011, 20/02/11.
11. כתיבת סיכום מחלה/סיכום טיפול אמבולטורי בשפה העברית - מינהל רפואה חוזר מס': 27/05/04, 20/2004.
12. מסירת רשומות רפואיות לעובדים לחולים ולבני משפחה - שרותי אשפוז חוזר מס' 31/03/92, 27/92.
13. מתן העתק טופס הסכמה לטיפול למטופל – מנהל רפואה חוזר מס' 9/2010, 17/02/2010.
14. מתן מידע רפואי לקרובי החולה - מנהל רפואה חוזר מס' 53/2003, 20/07/03.
15. נוהל אבטחת מידע - מרכז רפואי פוריה, הס-1006-2011, 04/12.
16. נוהל רשומת מטופל באשפוז - שרותי רפואה מסמך מס' 27/1995, 09/03/95.
17. נוהל רשומת מטופל בעבודה סוציאלית - מינהל הרפואה חוזר מס': 26/2002, 07/04/02.
18. נוהל שמירה על תיק חולה בזמן אשפוזו - שרותי אשפוז תיק מס' 5/2/5, 11/02/93.
19. ניהול תרופות ונהלי הטיפול התרופתי – נהלי פוריה פרק 6, נספח 6.4.
20. קביעת סטנדרט אחיד לרישום הוראות ותיעודן – הכנסת דף הוראות חדש, הנהלת המרכז הרפואי פוריה, 21.08.05.
21. רשומה סיעודית (רפורט/קרדקס) – נוהל שמירה ותיוק - מינהל רפואה חוזר מס' 28/97, 15/04/97.
22. תיקון חוק זכויות החולה: קבלת הסכמה לטיפול בקטין שהורה הואשם בעבירת מין או אלימות נגדו – מינהל הרפואה חוזר מס' 9/2017, 27.02.17.

מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה - פוריה		
שם הנוהל: רשומה רפואית	מס' הנוהל: 1.2.1	
חלק: סגל	שם הפרק: מטופלים	תאריך הפצה: 02.19
גרסה מס' 2	נכתב / עודכן ע"י: ליאת פישר ומלכה אמר-מדמון	עמוד 5 מתוך 16

23. תקנות הארכיונים – ביעור חומר ארכיוני במוסדות המדינה וברשויות המקומיות, תשמ"ו-1986.
24. תקנות הגנת הפרטיות (תנאי החזקת מידע ושמירתו וסדרי העברת מידע בין גופים ציבוריים) - התשמ"ו, 1986.
25. International Classification of Diseases Clinical Modification - ICD9-CM – שיטת סיווג בינלאומית לאבחנות והליכים רפואיים
26. חוזר מינהל הרפואה: "ויתור סודיות – מסירת מידע רפואי על מטופל" מס' 15/2003, 09.03.03

1. כללי

1.1 ניהול הרשומה הרפואית בבית החולים מתבצע בהתאם לנהלים והנחיות של משרד הבריאות, בהתאם לנהלים והנחיות של בית החולים ובהתאם לדרישות האקרדיטציה. נוהל זה מרכז ומשלב בתוכו את כל הדרישות.

2. מטרות

- 2.1 לרכז את כל הנהלים וההנחיות הרלבנטיים לניהול הרשומה הרפואית.
- 2.2 ליצור אופן עבודה אחיד בכל בית החולים.
- 2.3 לשמור על בטיחות הטיפול באמצעות ניהול רשומה תקינה.
- 2.4 לשמור על אבטחת המידע הרפואי.

3. הגדרות

- 3.1 **מטופל** – כל אדם המבקש או המקבל טיפול רפואי.
- 3.2 **מטפל** – רופא, רופא שניינים, סט"ז, אחות, מיילדת, פסיכולוג, צוות פרא-רפואי וכן כל בעל מקצוע שהכיר בו המנהל הכללי כמטפל בשירותי הבריאות: עו"ס, אופטומטריה, אורתופטיקה, אורתוטוסיקה – פרוטוסיקה, גנטיקה קלינית, דיאטטיקה, טכנאות הנשמה, טכנאות שניינים, כירופודיסיקה, כירופרקטיקה, סיוע לרופא שניינים, פודיאטריה, פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת, קרימינולוגיה קלינית, רוקחות, עוזר רוקח, ריפוי ביצירה בהבעה ובאמנות, ריפוי בעיסוק ושיננות.
- 3.3 **מזכירה רפואית** – מזכירת המחלקה העוסקת בטיפול ברשומה הרפואית.
- 3.4 **רשומה רפואית** - כל המסמכים על הנייר ומדיה הממוחשבת הנוגעים למצבו הרפואי של המטופל, ובכללם:
 - 3.4.1 מסמכים הנכתבים ע"י הרופאים, אחיות ומטפלים אחרים.
 - 3.4.2 צילומים, קלטות ופענוחיהם.

מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה - פוריה		
שם הנוהל: רשומה רפואית	מס' הנוהל: 1.2.1	
חלק: סגל	שם הפרק: מטופלים	תאריך הפצה: 02.19
גרסה מס' 2	נכתב / עודכן ע"י: ליאת פישר ומלכה אמר-מדמון	עמוד 6 מתוך 16

3.4.3 תרשימים של מכשירי בדיקה וניטור.

הערה: תרשומת אישית של המטפל אינה חלק מהרשומה הרפואית.

3.5 **טפסי חובה בסיסיים** – טפסים אלו צריכים להמצא בכל רשומת מטופל ולכל סוגי המטופלים.

3.6 **טפסי חובה מיוחדים** – טפסים אלו הינם ייחודיים ויעודיים למחלקות מסוימות ולמטופלים מסוימים וחייבים להימצא ברשומת המטופל בהתאם לצורך.

3.7 **מערכת נמ"ר** (ניהול מרכזים רפואיים) – מערכת ממוחשבת קלינית ואדמיניסטרטיבית לניהול המטופלים בבית החולים.

3.8 **תיק מטופל ממוחשב DWS** (Documentation Workstation) – מודול תיק רפואי בנמ"ר.

3.9 **ICD-9-CM** (International Classification of Diseases Clinical Modification) – סיווג אבחנות ופעולות הכוללים קודים.

4. חובת ניהול הרשומה הרפואית

4.1 מטפל יתעד את מהלך הטיפול הרפואי ברשומה רפואית.

4.2 הרשומה הרפואית תכיל מידע מתאים לזיהוי המטופל, לתמיכה באבחנה, להצדקת הטיפול ומידע מתאים לתיעוד מהלך ותוצאות הטיפול.

4.3 הרשומה הרפואית תכלול: פרטים מזהים של המטופל, מידע רפואי בדבר הטיפול הרפואי שקיבל, עברו הרפואי כפי שמסר או נאסף, אבחון מצבו הרפואי הנוכחי והוראות טיפול.

4.4 הרשומה הרפואית תכיל תוצאות של בדיקות עזר וכל מסמך רפואי אודות המטופל.

4.5 הרשומה הרפואית במלר"ד תכלול: שעת הגעה ועזיבה, מסקנות בסיום הטיפול, מצב המטופל בסיום הטיפול והוראות מעקב.

5. חשיבותה של הרשומה הרפואית

5.1 תיעוד מדויק ומלא של מהלך המחלה ושל תהליכי האבחון והטיפול, הוא בעל חשיבות מבחינה רפואית:

5.1.1 שימור כרונולוגי של עובדות, מסמכים, השערות, שיקולים, התייעצויות

ודיונים הנוגעים להערכת מצבו הרפואי של המטופל והטיפול בו.

5.1.2 תיאור מדויק של מצב המטופל בזמנים נתונים ונתונים רפואיים ברורים ובדוקים על עברו, מסייעים באופן משמעותי לאבחון ולטיפול בו בביקורים ובאשפוזים חוזרים.

5.1.3 שמירה על רצף הטיפול במהלך האשפוז.

5.2 רשומה רפואית מלאה ואמינה, הינה כלי בסיסי לבקרת העשייה הרפואית ולהערכת איכותה.

מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה - פוריה		
שם הנוהל: רשומה רפואית	מס' הנוהל: 1.2.1	
חלק: סגל	שם הפרק: מטופלים	תאריך הפצה: 02.19
גרסה מס' 2	נכתב / עודכן ע"י: ליאת פיישר ומלכה אמר-מדמון	עמוד 7 מתוך 16

5.3 מבחינה משפטית, הרשומה הרפואית היא הראייה המרכזית בכל התדיינות באשר לטיב הטיפול הרפואי ותוצאותיו.

6. מתן מידע רפואי וסודיות רפואית

6.1 זכות המטופל למידע רפואי

- 6.1.1 מטופל זכאי לקבל מהמטפל או מהמוסד הרפואי מידע רפואי בעל פה ובכתב.
- 6.1.2 חבר בצוות המטפל רשאי למסור למטופל מידע רפואי בתחום עיסוקו בלבד ובתיאום עם האחראי על הצוות.
- 6.1.3 מטופל רשאי לעיין ברשומה שלו בנוכחות איש צוות רפואי. יחד עם זאת, צריך להבטיח כי במקרים שבהם הרשומה מכילה מידע בדבר מצבו הרפואי של המטופל, אשר קבלתו עלולה לגרום לו למשבר או לקושי רגשי, יימסר המידע ע"י רופא ובליווי הסבר מתאים, ושהדברים לא ייודעו לו מתוך עיון ברשומה.

6.2 מתן מידע רפואי לקרובי המשפחה

- 6.2.1 באנמנה הסיעודית יתועד מי הם הגורמים להם מתיר המטופל למסור מידע ודרכי ההתקשרות איתם.
- 6.2.2 יש להדגיש, שאישור למסירת המידע אינו מהווה ייפוי כוח לקבלת החלטות ואינו מהווה כתב ויתור סודיות כללי.
- 6.2.3 הורה זכאי לקבל מידע מלא אודות ילדו הקטין.
- 6.2.4 הורה שהוגש נגדו כתב אישום על ביצוע עבירות מין או אלימות כלפי ילדו הקטין ואשר ההורה האחר הציג אישור מהפרקליטות המעיד על כך, לא יהיה זכאי לקבל כל מידע בע"פ או בכתב ביחס לילדו הקטין.

6.3 מסירת מידע רפואי לאחר

- 6.3.1 מטפל או מוסד רפואי רשאים למסור מידע רפואי במצבים הבאים:
- 6.3.1.1 המטופל נתן את הסכמתו למסירת המידע הרפואי.
- 6.3.1.2 חלה על המטפל או על המוסד הרפואי חובה על פי דין למסור את המידע הרפואי
- 6.3.1.3 מסירת המידע הרפואי היא למטפל אחר לצורך טיפול במטופל.
- 6.3.1.4 ועדת אתיקה קבעה, לאחר מתן הזדמנות למטופל להשמיע את דבריו כי מסירת המידע הרפואי על אודותיו חיונית להגנה על

מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה - פוריה		
שם הנוהל: רשומה רפואית	מס' הנוהל: 1.2.1	
חלק: סגל	שם הפרק: מטופלים	תאריך הפצה: 02.19
גרסה מס' 2	נכתב / עודכן ע"י: ליאת פיישר ומלכה אמר-מדמון	עמוד 8 מתוך 16

בריאות הזולת או הציבור וכי הצורך במסירתו עדיף מן העניין שיש באי מסירתו.

6.3.1.5 מסירת המידע הרפואי נועדה לפרסום בבטאון מדעי, למטרות מחקר או הוראה בהתאם להוראות שקבע השר ובלבד שלא נחשפו פרטים מזוהים של המטופל. מסירת מידע כאמור לא תעשה אלא במידה הנדרשת לצורך העניין, ותוך הימנעות מחשיפת זהותו של המטופל.

6.4 שמירת סודיות רפואית:

6.4.1 מטפל או עובד מוסד רפואי, ישמרו בסוד כל מידע הנוגע למטופל, שהגיע אליהם תוך כדי מילוי תפקידם או במהלך עבודתם.

6.4.2 באחריות מנהל בית החולים לנקוט בכל האמצעים הדרושים על מנת להבטיח שהעובדים באחריותו ישמרו על סודיות המידע המובא לידיעתם תוך כדי מילוי תפקידם.

7. ניהול רשומת מטופל

7.1 ניהול הרשומה הרפואית מתחיל עם פניית המטופל לקבלת טיפול רפואי.

7.2 מסמכים רפואיים מגורם חיצוני, כגון הפנייה למלר"ד, יש להדביק בתחתית המסמכים מדבקת נמ"ר קטנה עם פרטי המטופל ולצרף את המסמכים לרשומת המטופל.

7.3 במחלקות, במרפאות ובמכונים העובדים בתיק מטופל ממוחשב יש לסרוק את כל המסמכים שלא נוצרו במחשב.

7.4 באחריות כל מטפל לתעד ברשומה הרפואית שבתחום עיסוקו, וכן לתקנה בעת הצורך לפי הכללים המפורטים להלן:

7.4.1 בסמכות ואחריות רופא לתעד את הטיפול הרפואי.

7.4.2 בסמכות ואחריות אח/ות לתעד את הטיפול הסיעודי.

7.4.3 בסמכות ואחריות מטפל ממקצועות הבריאות לתעד את הטיפול שניתן.

7.5 **טפסים** - ברשומה קיימות שתי קבוצות עיקריות של טפסים אשר באחריות הצוות הרפואי, הצוות הסיעודי והצוות ממקצועות הבריאות:

7.5.1 טפסי חובה בסיסיים - טפסים אלו חייבים להימצא בכל רשומת מטופל ולכל סוגי המטופלים. שמות הטפסים מפורטים בהמשך.

7.5.2 **טפסי חובה מיוחדים** - טפסים אלו הינם יחודיים ויעודיים למחלקות מסוימות ולמטופלים מסוימים וחייבים להימצא ברשומת המטופל בהתאם לצורך. שמות הטפסים מפורטים בהמשך.

מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה - פוריה		
שם הנוהל: רשומה רפואית	מס' הנוהל: 1.2.1	
חלק: סגל	שם הפרק: מטופלים	תאריך הפצה: 02.19
גרסה מס' 2	נכתב / עודכן ע"י: ליאת פישר ומלכה אמר-מדמון	עמוד 9 מתוך 16

7.6 פרטים מזהים - על כל טופס המהווה חלק מרשומת המטופל ובראש כל עמוד יש לשים מדבקה, או לציין בכתב את פרטי הזיהוי של המטופל: שם מלא, שם האב, מין, מקום ותאריך לידה ומספר תעודת זהות. ב-DWS הפרטים יופיעו באופן מובנה.

8. רישום

- 8.1 רישום חייב להתבצע בכתב יד קריא וברור בעט (לא בעפרון) או במחשב.
- 8.2 יש להקפיד על רישום מלא ומדויק של כל מידע רפואי הקשור במטופל, כולל תלונות במהלך אשפוז ואמצעי טיפול, אי מילוי הוראות רפואיות או סיעודיות (כגון סירוב אשפוז/טיפול).
- 8.3 הרישום צריך להיעשות עד כמה שאפשר "בזמן אמת", דהיינו תוך כדי התהליך המתועד או בסמוך לאחריו.
- 8.4 ליד כל רישום, או שינוי ברישום יש לציין: תאריך, שעה עפ"י שעון 24:00, ושם מלא. ברשומה ידנית גם חותמת וחתימת המבצע.
- 8.5 רישום הוראה יכלול תאריך מלא לדוגמא 01.02.2012, ושעה, רישום השעה יעשה על פי שעון 24. לדוגמא 18:05.
- 8.6 ברישום תרופה ירשם שם התכשיר במלואו באותיות דפוס לטיניות גדולות. בצורת מתן התרופה ניתן להשתמש בקיצורים המקובלים אך יש לרשום את כל הקיצורים באותיות דפוס גדולות.
- 8.7 רישום אבחנות ופעולות צריך להתבצע לפי ICD-9-CM.
- 8.8 את האבחנות יש לכתוב באותיות דפוס לטיניות גדולות (Capital Letters), ובכתב קריא. ברישום אבחנות אין להשתמש בקיצורים או בראשי תיבות.
- 8.9 **אבחנה ראשית תרשם ראשונה ותסומן כאבחנה עיקרית במערכת הנמ"ר.** יש להקפיד לא לתעד אבחנות משמעותיות כמו: אוטם בשריר הלב, או שבץ מוחי, כאבחנה משנית.

9. רישום קיצורים - אפשרי רק במצבים הבאים:

- 9.1 קיצורים מאושרים בלבד על פי נוהל שימוש בקיצורים ברשומה הרפואית, מס' 1.2.17.
- 9.2 השימוש בקיצורים אפשרי רק אם צוין קודם לכן בסוגריים המונח המלא.
- 9.3 בתיעוד בכתב יד יש לרשום את הקיצורים המותרים באותיות דפוס גדולות בלבד.
- 9.4 בתיעוד ממוחשב יעשה בשימוש בקיצורים על פי גודל האותיות המוגדר במערכת הממוחשבת.

מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה - פוריה		
מס' הנוהל: 1.2.1	שם הנוהל: רשומה רפואית	
תאריך הפצה: 02.19	שם הפרק: מטופלים	חלק: סגל
עמוד 10 מתוך 16	נכתב / עודכן ע"י: ליאת פישר ומלכה אמר-מדמון	גרסה מס' 2

- 9.5. אבחנה, ניתוח או פעולה יתועדו באותיות דפוס בלבד, בכתיב מלא בכל מסמך סיכום ביקור / אשפוז. אין להשתמש בראשי תיבות במסמכים אלו.
- 9.6. חל איסור מוחלט להשתמש בקיצורים במסמכי הסכמה מדעת, מסמכים הקשורים לזכויות המטופל, בהוראות שחרור, בסיכומי אשפוז ובמסמכים אחרים שהמטופלים ובני משפחותיהם עשויים לקבל לגבי הטיפול במטופל. חל איסור שימוש בקיצורים במרשמי תרופות בכתב.

10. סימון אבחנות בשחרור מהמחלקה לרפואה דחופה (מלר"ד)

- 10.1. לאור הצורך בגילוי ומעקב אחר התחלואה במדינת ישראל, באחריות רופאי המלר"ד לסמן את האבחנה העיקרית של כל מטופל העוזב את המלר"ד. חובה לסמן את האבחנה בגינה טופל המטופל במלר"ד בין אם אושפז או שוחרר.
- 10.2. אם נמצא בבדיקה או באנמנזה חום גוף מעל 38°C יש לסמן זאת בנוסף לאבחנה העיקרית, במידה וקיימת.
- 10.3. הסימון יתבצע במערכת נמ"ר לפי קודי ICD-9.
- 10.4. אין לשחרר או לאשפז מטופל מהמלר"ד ללא קידוד מתאים.

11. תיקון טעות ברשומה

- 11.1. **אין להעלים את הרישום השגוי בכל צורה שהיא** (כגון שימוש בנוזל לתיקון שגיאות).
- 11.2. ברשומה על הנייר - יש למתוח קו (יחיד) על הרישום השגוי, לציין לידו תאריך, שעה, שם, חותמת מתקן הטעות ולכתוב את הנכון.
- 11.3. ברשומה הממוחשבת - יש ליצור גרסה חדשה או להוסיף רשומה חדשה ומתוקנת, תוך שמירת הגרסה הקודמת.
- 11.4. צריך להימנע ממחיקות ומתיקונים שנועדו "ליפות" את התמונה.

12. שינוי ברשומה הרפואית על פי בקשת המטופל

- 12.1. רשומה רפואית מהווה בסיס להליכים חוקיים לדרישות כספיות שונות. מסיבה זו יש להימנע ככל הניתן מביצוע שינויים במידע רפואי או בפרטי המטופל בעקבות בקשת המטופלים.
- 12.2. במקרים בהם יש הכרח בביצוע השינוי, יש לתעד בצורה ברורה את ביצוע השינוי ואת הסיבה לכך. מסמך המתעד את השינוי, חייב להיות מצורף לרשומה. בכל מקרה יש לשמור את הרשומה הקודמת.

מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה - פוריה		
שם הנוהל: רשומה רפואית	מס' הנוהל: 1.2.1	
חלק: סגל	שם הפרק: מטופלים	תאריך הפצה: 02.19
גרסה מס' 2	נכתב / עודכן ע"י: ליאת פישר ומלכה אמר-מדמון	עמוד 11 מתוך 16

13. תיקון מסמכים במערכת נמ"ר / DWS:

- 13.1. במערכת קיימים שני סוגי המסמכים: מסמכים המנוהלים בסטטוסים (מסמכי קבלה ושחרור רפואיים וסיעודיים) ומסמכים הנסגרים אוטומטית (מעקב רפואי).
- 13.2. מסמכים הנמצאים בסטטוס עריכה (סטטוס IP) ובהמתנה לאישור רופא בכיר (סטטוס TP) ניתן לערוך לפני סגירת המסמך.
- 13.3. מסמכים הנמצאים בסטטוס חתום וסופי (סטטוס FR), לא ניתן לערוך. להכנסת שינוי בהם יש צורך ביצירת גירסה חדשה.
- 13.4. מסמכים הנסגרים אוטומטית לא ניתנים לתיקון. תיקון ניתן לבצע ע"י הוספת טקסט המביע את השינוי.
- 13.5. המערכת מתעדת את הגרסאות ואת השינוי לפי שם משתמש במערכת.

14. יצירת גרסה חדשה למסמך

- 14.1. ביצירת גרסה מתוקנת לסיכום אשפוז/טיפול באחריות הרופא המעדכן למסור למזכירת המחלקה על מנת לתייק ברשומת המטופל ולשלוח לרופא המטפל ולמטופל את הגרסה המתוקנת.
- 14.2. כל מסמך אחר שתוקן/עודכן ישמר ברשומת המטופל.

15. השמדת העתקי רשומה מיותרים

- 15.1. אין להשליך לפח האשפה מסמכים המכילים מידע רפואי ו/או פרטי המטופל.
- 15.2. השמדה תבצע באמצעות גריסה בלבד. לדוגמא: הדפסות לפני תיקון של מסמכי קבלה ושחרור רפואיים, מסמכים במצב טיוטה.

16. רשומות באחריות הצוות הרפואי

- 16.1. **טפסי חובה בסיסיים:** טפסים מקבוצה זו חייבים להימצא ברשומת המטופל, לכל המאושפזים בבית החולים, בנייר או כטופס מובנה ב-DWS:
 - 16.1.1. הפנייה/הזמנה לאשפוז או גליון מלר"ד
 - 16.1.2. מסמך קבלה רפואית
 - 16.1.3. דף הוראות הרופא
 - 16.1.4. רישום מעקב רפואי
 - 16.1.5. תיעוד בדיקות
 - 16.1.6. מסמך סיכום אשפוז
 - 16.1.7. מסמך סיכום ביניים/העברה, במידה ונכתב

מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה - פוריה		
שם הנוהל: רשומה רפואית	מס' הנוהל: 1.2.1	
חלק: סגל	שם הפרק: מטופלים	תאריך הפצה: 02.19
גרסה מס' 2	נכתב / עודכן ע"י: ליאת פישר ומלכה אמר-מדמון	עמוד 12 מתוך 16

16.1.8. מסמך סיכום טיפול למטופלים במרפאות ומכונים

16.2. **טפסי חובה מיוחדים**

16.2.1. טופס התייעצות

16.2.2. גיליון ניתוח/פעולה פולשנית

16.2.3. גיליון הרדמה

16.2.4. טופס הסכמה לניתוח/צינתור/פעולה פולשנית אחרת

16.2.5. טופס אימות נתונים, פסק זמן ו- SIGN OUT לפני ניתוח/ פעולה פולשנית

17. **רשומות באחריות הצוות הסיעודי**

17.1. טופס הסכמה למסירת מידע לקרובים

17.2. אנמנזה סיעודית

17.3. גליון סיכום טיפול

17.4. מאזן נזלים/גיליון טיפול יומי

17.5. קרדקס דיווח סיעודי

17.6. גיליון טיפול בחולה מורכב – במלר"ד

17.7. מסמך אחראית טיפול תומך

17.8. מסמך יועצת הנקה

17.9. מכתב שחרור סיעודי למטופל הזקוק להנחיות סיעודיות להמשך טיפול

17.10. מכתב העברה סיעודי – לכל מטופל העובר למחלקה אחרת בבית"ח או למוסד רפואי/סיעודי אחר.

18. **רשומה באחריות מקצועות הבריאות**

18.1. גליון ריפוי בעיסוק

18.2. גליון טיפול פיזיותרפי

18.3. גליון תזונה

18.4. גליון עבודה סוציאלית

18.5. רשומה של מקצועות הבריאות - הינה חלק בלתי נפרד מרשומת המטופל, וככזאת חלות עליה כל ההנחיות לגבי רשומת מטופל באשפוז.

19. **חתימת איש צוות רפואי, סיעודי ומקצועות הבריאות**

19.1. חתימה תכלול: חתימה וחותמת עם ציון הגדרת התפקיד ומספר רישיון (רופא), מס' רישום (אחות) ומספר רישיון (מייילדת). ב-DWS החתימה מובנת וכוללת שם מלא, תאריך ושעה, ללא ציון תפקיד.

מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה - פוריה		
שם הנוהל: רשומה רפואית	מס' הנוהל: 1.2.1	
חלק: סגל	שם הפרק: מטופלים	תאריך הפצה: 02.19
גרסה מס' 2	נכתב / עודכן ע"י: ליאת פישר ומלכה אמר-מדמון	עמוד 13 מתוך 16

19.2. בחלקים מהרשומה הסיעודית בה אין מקום להוספת חותמת (מאזן נוזלים, קרדקס תרופות) תחתום אחות ע"י רישום שמה בברור. בכל גליון תמצא רשימת כל אחיות המחלקה, הכוללת רישום שם האחות בתוספת דוגמת חתימה וחותמת.

20. ניהול דו"ח/גיליון הניתוח

- 20.1. יש להקפיד על הגדרות מדויקות של תפקידי הרופאים המשתתפים בניתוח, במיוחד במקום בו הניתוח מבוצע ע"י יותר מרופא אחד:
- 20.1.1 כ"מנתח" – יוגדר הרופא המבצע את עיקר הניתוח.
 - 20.1.2 כ"מנתח משנה" – יוגדר רופא או רופאים נוספים המשתתפים בניתוח.
 - 20.1.3 כ"מנתח אחראי" – יוגדר הרופא הבכיר בצוות הרפואי המשתתף בניתוח בפועל.
- 20.2. יש להקפיד כי דו"ח הניתוח יכלול תמיד פירוט של כל שלבי הניתוח ובפרט ציון כל האירועים והסיבוכים המשמעותיים שאירעו במהלך הניתוח, ככל שהיו.
- 20.3. אין חובה לפרט בדו"ח בניתוח איזה מנתח ביצע כל שלב ושלב בניתוח.
- 20.4. כל מנתח שהשתתף בניתוח רשאי לערוך את דו"ח הניתוח אף אם הינו רופא המצוי בשלב ההתמחות.
- 20.5. בניתוחים במהלכם התרחש אירוע פטירה או אירוע מיוחד אחר, כמשמעותם בתקנות בריאות העם, שבגינם קיימת חובת דיווח למשרד הבריאות, יש להקפיד כי "המנתח האחראי" יאשר את דו"ח הניתוח בו השתתף בסמוך ככל האפשר למועד כתיבת הדו"ח, על גבי דו"ח הניתוח.
- 20.6. בתום הכתיבה על הרופא להדפיס את דו"ח הניתוח, להוסיף חותמת וחתימה.

21. התאמה לשונית של טפסים

- 21.1. קיימת חובה חוקית ומשפטית להציג בפני המטופל מידע ומסמכים בשפות נוספות על השפה העברית.
- 21.2. טפסים הדורשים חתימת מטופל (טפסי הסכמה מדעת, טפסי חתימה על תשלום/התחייבות כספית) חייבים להיות בארבע שפות: עברית, ערבית, רוסית ואנגלית.

22. טופס הסכמה לטיפול במטופל

- 22.1. טופס הסכמה לביצוע פעולה רפואית יחתם ע"י המטופל בשני עותקים, עותק אחד יתויק ברשומת המטופל והשני ימסר למטופל.

מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה - פוריה		
מס' הנוהל: 1.2.1	שם הנוהל: רשומה רפואית	
תאריך הפצה: 02.19	שם הפרק: מטופלים	חלק: סגל
עמוד 14 מתוך 16	נכתב / עודכן ע"י: ליאת פישר ומלכה אמר-מדמון	גרסה מס' 2

23. סיכום אשפוז/סיכום טיפול אמבולטורי/סיכום ביניים

- 23.1. סיכום אשפוז, למעט האבחנות והפרוצדורות, חייב להכתב בשפה העברית, גם אם קיים סיכום בשפה אחרת.
- 23.2. סיכום אשפוז חייב להכתב במערכת הנמ"ר.
- 23.3. האבחנה הראשית/עיקרית תרשם תחילה - היא זו שנקבעה, לאחר בדיקת המטופל וביצוע בדיקות עזר, כגורם העיקרי האחראי להחלטה שהביאה את המטופל לבית החולים. האבחנה הראשית איננה בהכרח זו המבטאת את תלונתו העיקרית של המטופל בקבלתו או את סיבת הקבלה.
- 23.4. סיכום האשפוז יבדק ויחתם על ידי רופא בכיר.
- 23.5. סיכום האשפוז יודפס בשני עותקים, עותק אחד ימסר למטופל ועותק שני ישאר בתיק שיועבר למחלקה לרישום ומידע רפואי.
- 23.6. מטופל זכאי לקבל בזמן אשפוזו סיכום ביניים.
- 23.7. אין להתנות מתן מכתב סיכום אשפוז בתשלום חוב כספי. הנחיה זו חלה לגבי כל סוגי האשפוז ובכלל זה, אשפוז יולדת ויילוד.
- 23.8. יש לוודא שתיק המטופל לאחר שחרור או בהעברתו בין יחידות ביה"ח, מכיל את כל המסמכים הרפואיים, הממוחשבים ועל הנייר.

24. שמירה על הרשומה/תיק המטופל

- 24.1. אחות אחראית המחלקה/משמרת אחראית על מעקב אחר המצאות כל תיקי המטופלים במחלקה.
- 24.2. גליון המטופל ימצא תמיד במקום קבוע במחלקה, שיועד לכך בהתאם למאפיינים המיוחדים למחלקה ובתנאי שלא ימצא בהישג יד של מבקרים או מטופלים.
- 24.3. איש צוות רפואי, סיעודי ואחר, הרשאי לעיין בתיק המטופל חייב להחזירו למקומו הקבוע עם גמר העיון בו.
- 24.4. אין להוציא את גליון המטופל ממקומו אלא לצורך טיפול רפואי לרבות יעוץ. הוצאת התיק תהיה לתקופה מוגבלת ביותר.
- 24.5. כאשר יש צורך להעביר את התיק - יש למסור על כך לגורם האחראי במקום (אחות האחראית על המשמרת, רופא מטפל וכו'). המחלקה המקבלת את התיק, תוודא החזרתו למחלקת האם בשלמותו. תיק רפואי או חלקים ממנו יועברו אך ורק באמצעות עובד מוסמך מטעם בית החולים. **אין למסור תיק רפואי בידי המטופל או מלווה של המטופל ללא השגחה של איש צוות.**

מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה - פוריה		
שם הנוהל: רשומה רפואית	מס' הנוהל: 1.2.1	
חלק: סגל	שם הפרק: מטופלים	תאריך הפצה: 02.19
גרסה מס' 2	נכתב / עודכן ע"י: ליאת פישר ומלכה אמר-מדמון	עמוד 15 מתוך 16

25. תיק המטופל לאחר שחרור

- 25.1 יש להעביר את תיק המטופל לאחר שחרור למזכירה הרפואית במחלקה סמוך ככל האפשר למועד השחרור.
- 25.2 חלה חובה להעביר למחלקה לרישום ומידע רפואי סיכום אישפוז ודו"ח ניתוח חתומים על-ידי רופא – חתימה וחותמת.
- 25.3 מחלקות שאינן עובדות ב-DWS באחריות אנשי הצוות הרפואי, הסיעודי ומקצועות הבריאות, כל מטפל בתחומו להדפיס את המסמכים שכתבו במחשב ולצרפן לתיק המטופל.
- 25.4 מחלקות העובדות ב- DWS יש להדפיס סיכום אישפוז ודו"ח ניתוח בלבד ולצרף את המסמכים שנסרקו.
- 25.5 באחריות המזכירה לוודא את שלמות תכולת התיק, אם חסרים מסמכים מהמחשב יש להדפיסם ולצרפם, מסמכים חסרים בכתב יד יש לאתר ולצרף. במחלקות העובדות ב-DWS באחריות המזכירה לוודא ולהשלים את סריקת המסמכים.
- 25.6 יש לסדר את התיק בהתאם להנחיות מחלקת רישום ומידע רפואי.
- 25.7 את התיקים יש לסדר לפי א-ב שם משפחה, ולהעבירם בהקדם למחלקת רישום ומידע רפואי. טרם העברת התיק יש לוודא שהוא מכיל את כל המסמכים והבדיקות, שסיכום האשפוז אינו במצב טיוטה ומכיל אבחנה ראשית ופרוצדורה ראשית, אם התבצעה.
- 25.8 האחריות לשמירת תיק המטופל לאחר שחרור, ועד להעברתו למחלקת רישום ומידע רפואי מוטלת על מנהל המחלקה ומזכירת המחלקה.
- 25.9 על המזכירה להוציא דו"ח משוחררים מחלקתי יומי מהמחשב, בכדי לוודא הגעת כל התיקים אליה ולאתר תיקים שלא הגיעו.
- 25.10 התיקים יאוחסנו בארון סגור ונעול, תוך שמירה על נעילת החדר בהעדר הצוות. אין לאחסן תיקים בקרטונים על הריצפה.
- 25.11 בשירות האמבולטורי כל מסמך ייסרק סמוך לתום הטיפול וישלח לארכיון המרפאות או המכון.

26. שמירת רשומה במחלקת רישום ומידע רפואי

- 26.1 הרשומה הרפואית נשמרת על פי תקנות הארכיונים תשמ"ו-1986, באחריות המחלקה לרישום ומידע רפואי.
- 26.2 תהליך שמירת הרשומה הרפואית מעניק חיסיון ואבטחה. ראה גם נוהל אבטחת מידע מס' 4.1
- 26.3 רשומות, נתונים ומידע אחר מושמדים באופן שאינו פוגע בחסיון ובאבטחה.

מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה - פוריה		
מס' הנוהל: 1.2.1	שם הנוהל: רשומה רפואית	
תאריך הפצה: 02.19	שם הפרק: מטופלים	חלק: סגל
עמוד 16 מתוך 16	נכתב / עודכן ע"י: ליאת פישר ומלכה אמר-מדמון	גרסה מס' 2

27. הזמנת / השאלת תיק ממחלקת רישום ומידע רפואי

- 27.1. השאלת תיק רפואי לצורך מחקר, או לצורך אחר, תתבצע דרך מחלקת רישום ומידע רפואי. אין לקחת תיק מטופל מתחנת האחיות או חדר המזכירה מבלי שהתיק נרשם כמושאל.
- 27.2. באחריות המזכירה לבצע מעקב מתועד אחר העברת תיקי המטופלים המשוחררים.
- 27.3. כאשר מטופל מתקבל לאשפוז, מוזמן לאשפוז אלקטיבי, או מוזמן לבדיקה טרום ניתוחית, יש לפנות למחלקת רישום ומידע רפואי לקבלת תיק (במרפאות רלוונטיות).
- 27.4. במקרה בו עולה בו עולה צורך דחוף לעיין בתיק יש לפנות לאחות כללית לשם יצירת קשר עם כונן המחלקה לרישום ומידע רפואי.

28. העתקת רשומה רפואית

- 28.1. אין לצלם או להדפיס מהרשומה הממוחשבת עבור המטופל (מאושפז או משוחרר), או כל גורם אחר מידע מהרשומה הרפואית.
- 28.2. **צילום הרשומה והעברתה יעשה אך ורק באמצעות המחלקה לרישום ומידע רפואי.**