

מדינת ישראל - משרד הבריאות
החטיבה לעניני בריאות

שרותי רפואה

תיק מס' 3/0/200

אל: מנהלי בתי החולים
מנהלי האגפים הרפואיים - קופות-החולים
מרפאות כירורגיות מורשות

הנדון: נוהל רשומת מטופל באשפוז

הננו להביא בזאת לידיעתכם קווים מנחים לניהול רשומת מטופל באשפוז.
הואילו נא להעביר חוזר זה לידיעת כל הנוגעים בדבר במוסדכם ולוודא
כי יפעלו בהתאם.

בתוקף
בברכה,
ד"ר ש. ברלוביץ
ראש שרותי רפואה (בפועל)

העתק: שר הבריאות
המנהל הכללי
המשנה הרפואי למנהל הכללי
המשנה למנהל הכללי
מנהל המחלקה למקצועות רפואיים
נציב קביעות הציבור
סגן מנהל כללי בכיר למינהל ולמשאבי אנוש
היועץ המשפטי
הממונה על רישוי מוסדות רפואה ומכשירים מיוחדים
המועצות הלאומיות
יו"ר המועצה המדעית - הר"י
ראש שירותי בריאות הציבור
ראש שירותי בריאות הנפש
מנהל האגף לגריאטריה
קרפ"ר צה"ל
דיקני בתי"ס לרפואה
ראש מנהל לאבטחת איכות
אחות ארצית ראשית
מנהלת אגף הבקרה
מנהל שרותי מידע ומחשוב
לשכות הבריאות
מנהל תחום ביקורת פנים

יב/אפ/5/5580

רח' בן-טבאי 2, ת"ד 1176, י-ם, 93591 טל' 705705, פקס-02-705726
2 BEN TABAI ST. JERUSALEM 93591, TEL 02-705705 FAX - 972-2-705726

נוהל רשומת מטופל באשפוז

1. כללי: הרשומה הרפואית תכלול פרטים מזהים של המטופל, מידע רפואי בדבר הטיפול

הרפואי שקיבל, עברו הרפואי כפי שמסר, איבחון מצבו הרפואי הנוכחי והוראות טיפול. הרשומה הרפואית תכיל תוצאות של בדיקות עזר וכל מסמך רפואי אודות המטופל.

2. עקרונות כלליים: רשומת מטופל נפתחת ברגע שהוחלט על קבלתו לאשפוז.

2.1. טפסים: ברשומת המטופל ניתן להבחין בשתי קבוצות עיקריות של טפסים:

2.1.1. קבוצה א': טפסי חובה בסיסיים - טפסים אלו חייבים להמצא בכל

רשומת מטופל ולכל סוגי המטופלים.

2.1.2. קבוצה ב': טפסי חובה מיוחדים - טפסים אלו הינם יחודיים ויעודיים

למחלקות מסוימות ולמטופלים מסוימים וחייבים להמצא ברשומת המטופל בהתאם לצורך. בתוך קבוצת טפסים אלו מצויים טפסים שהם באחריות הצוות הרפואי, הצוות הסיעודי והעוסקים במקצועות הבריאות הנילוויים.

2.2. פרטים מזהים: על כל טופס המהווה חלק מרשומת המטופל ובראש כל עמוד יש

לציין את פרטי הזיהוי של המטופל: שם מלא, שם האב, מין, מקום ותאריך לידה ומספר תעודת זהות.

2.3. רישום: כל רישום ברשומת המטופל חייב להתבצע בכתב יד קריא וברור בעט (לא

בעפרון) ללא שימוש בקיצורים¹. ליד כל רישום, או שינוי ברישום, יש לציין: תאריך, שעה, שם, חותמת וחתימת המבצע.

2.4. אבחנות: יש לכתוב את האבחנות באותיות דפוס לטיניות ובכתב קריא.

אין להשתמש, כאמור, בקיצורים או בראשי תיבות.

¹ שימוש בקיצורים אפשרי בגוף הרשומה, רק אם צרינו קודם לכן בסוגריים ליד הרישום המלא של המונח.

2.5. רישום מלא: יש להקפיד על רישום מלא ומדויק של כל מידע רפואי הקשור במטופל, כולל תלונות במהלך אישפוז ואמצעי טיפול, אי-מילוי הוראות רפואיות או סיעודיות (כגון: סירוב לאשפוז/טיפול), טעויות וארועים חריגים.

2.6. תיקון טעויות ברישום: חלה טעות ברישום - יש למתוח קו על הרישום השגוי, לחתום לידו ולכתוב את הנכון. אין להעלים את הרישום השגוי בכל צורה שהיא (כגון: שימוש בנוזל לתיקון שגיאות).

2.7. השמדת טופס: אין להשמיד כל טופס השייך לרשומת המטופל, למעט כמפורט

בסעיף 3.1.6.

לא בתוקף

3 רשומות באחריות הצוות הרפואי

3.1 טפסי חובה בטיסיים: טפסים מקבוצה זו, כאמור, חייבים להמציא ברשומת המטופל, לכל המאושפזים בבית-החולים.

3.1.1 כרטיס חדר מיון, או הפנייה לאשפוז אלקטיבי.

3.1.2 טופס הסכמה לאשפוז: ראה נספח א'.

3.1.3 טופס רישום קבלת המטופל ובדיקתו: כולל את ההיסטוריה הרפואית (אנמנזה) והבדיקה הגופנית. טופס זה יירשם על ידי הרופא בעת קבלת המטופל ויכלול את הסעיפים הבאים:

3.1.3.1 פרטים מזוהים:

שם פרטי, משפחה ושם האב, תאריך לידה, מין, מצב משפחתי, כתובת, מספר, מקום עבודה, פרטים על נולדת זוג, מספר ילדים, ארץ לידה, שנת עליה, סקציה ו/או עיסוק, מוצא ההורים, קידום בין ההורים, כתובת וטלפון של קרוב משפחה למצבי חרום, פרטי מוסר המידע וקובצו למטופל.

לא

3.1.3.2 תלונה עיקרית: תמצית תלונות המטופל על הסיבה לפנייתו לבית-החולים.

3.1.3.3 מחלה נוכחית: תאור אופי התלונה, מועד הופעתה, טיפולים שנעשו והשפעתם, וכן כל מידע העשוי להצביע על מצבו הבריאותי של המטופל.

3.1.3.4 תולדות עבר: מחלות אחרות, ניתוחים, פציעות, אישפוזים וחסונים. כל ארוע ילווה בציון מועד התרחשותו.

3.1.3.5. תולדות משפחה: מחלות תורשתיות, סיבות מוות של בני-משפחה, נכיוות ומחלות אחרות במשפחה. מומלץ שימוש בעץ משפחתי (גנוגרם).

3.1.3.6. הרגלים: עישון סיגריות, שימוש באלכוהול, סמים וכדומה.

3.1.3.7. רגישויות: תופעות אלרגיות, רגישות למזון, תרופות וחומרים אחרים. יש לציין על סמך מה נקבעה האלרגיה ומתי אובחנה לראשונה.

3.1.3.8. תרופות: תרופות או טיפולים שהמטופל מקבל באופן קבוע, או מזדמן. לגבי כל תכשיר וטיפול יש לציין: **שם התכשיר, אופן השימוש, תאריך התחלה, מינון ותדירות הנטילה.** יש להוסיף בהערות באיזה מצבים נוהג ליטול או להמנע מליטול את התכשיר.

3.1.3.9. סקירת מערכות הגוף: ממצאים מסקירת מערכות החולה - תיפקוד כל מערכות הגוף, לרבות מצב נפשי, מידת נייחות החולה, מידת עצמאותו, שינויים בתיפקוד, שינה, או בתחושות בכל מערכות הגוף.

3.1.3.10. בדיקה גופנית (Status): כולל את כל הממצאים החיוביים והשליליים שזוהו בבדיקה הגופנית הכוללת והמלאה של החולה, בהתאם למערכות הגוף השונות.

הצעה לבדיקה גופנית

I כללי

סימנים כלליים: מראה, מצב תזונה, צבע וביטויים במד.
סימנים חיצוניים: מצב זכירה, חום, גוש מת, גופק וזחזח דם.
חיים: משקל ונבנה.
ראש: עיניים, אוזניים, פה, שיניים, לוע ולסת.
צוואר: איטיות, נדודים, תידי ובלוטת הצוואר.
חזה: חבנה, הדיחה, כניסת אריו, אלקות, תנועת השד.
בטן: צורה, מימוש כללי, תאבון, דגירה, איתנות.
אבר וסין: אטמים, איברי תנועת, זרימה, זרימה, זרימה.
שלו ושריר: עמוק, פנוי, גפיי, לינ, לינ, לינ.
ויבולות: כוח, חוזק, חוזק.
המטור, אמת: ישרות, לופט, זבק, זבק.

II מצב רוח

תיאור כללי: חמורה, החמורה, פני כמותות, ישות לבדק תוחזות.
מצב רוח: מצב (Mood) חנוכה (Affect) וזחזח לחצו.
דיבור: כמות, קצב, ראיכות.
חשיבה: הפרשת תפיסה (היות ובע, חוש בה, מחשבות שדור וכו').
קוגניציה: עידות, קשב, ריכוז, החמורה, זכרון, כפסטה נאע.
שליטה: זכרון שיפוט, חבנה ושליטה על דברים.
ולקסיים: Mini-Mental Test

III ציוד

לפי מבוצח ויל, לוח, זיווק, לז, מחבר, קסי.
לפי מין: גושוקו, מעקב חריו.
לפי מתלקח: עיניים, א.א.ו. נודסה נד.

ללא תתנתן

3.1.3.11. אבחנות/אבחנות משוערות: האבחנה/ות של החולה או אבחנה/ות משוערות תיכתבנה באנגלית בלבד ובאותיות דפוס. האבחנה המשוערת (**Working diagnosis**) בגינה אושפז החולה, תרשם ראשונה. תלדות העבר יידשמו עם הכותרת S/P (Status Post) או H/O (**History Of**).

3.1.3.12. תוכנית בדיקות וטיפול: תירשם כל תוכנית הבדיקות והטיפולים הראשוניים לחולה, ובמידת הצורך - רישום לפי בעיות. סעיף זה אינו בא להחליף את טופס הוראות הרופא שבו נרשמות ההוראות לביצוע כאמור בסעיף ראשי 3.1.4 להלן.

3.1.3.13. חתימת הרופא: בסוף גיליון קבלת החולה יש לציין את שם הרופא אשר ביצע את האנמנזה והבדיקה הגופנית, וכן חתימה וחותמת של אותו רופא.

3.1.4. טופס רישום הוראות הרופא:

3.1.4.1. רישום הוראות: כל הוראה רפואית תירשם ע"י רופא עם ציון: **תאריך, שעת כתיבת ההוראה, חותמת וחתימת הרופא.** הוראה רפואית הנרשמת באותיות לטיניות - תירשם באותיות דפוס.

3.1.4.2. שינוי הוראות: בכל שינוי, או הוספת הוראה יש להקפיד על ציון מועד השינוי/הוספה בליווי חתימה וחותמת כמתחייב.

3.1.4.3. הוצאת הוראות לפועל: הצוות הטיפולי יאשר **בשם וכחתימה** את הוצאת ההוראות לפועל (ביצוע או העברה להוראה סיעודית). בציון **תאריך ושעה.** רצוי להקצות עמודה נפרדת בטופס הרישום לפעולה זו.

3.1.4.4. הפרדה בין הוראות: רישום ההוראות הניתנות בכל יום, יופרד באופן ברור ע"י קו או ע"י פתיחת דף הוראות חדש.

3.1.5. טופס מהלך המחלה: בטופס זה ירשום הרופא את כל הפרטים הקשורים במצבו הבריאותי של החולה בכל תקופת אישפוזו.

3.1.5.1. במהלך האשפוז: הרופא ירשום בפירוט כל בדיקה של החולה ותיאור כל שינוי החל במצב בריאותו של החולה במהלך היממה ויקפיד על תיאור מלא ככל האפשר של השינויים והפעולות שננקטו בציון: **תאריך, מועד מדויק, חותמת וחתימה.** התיאור יכלול: **תלונות החולה, ממצאים בבדיקה גופנית (חיוניים וסליליים), שינויים במצב החולה, תגובות לטיפול, בדיקות מעבדה ו/או דימות.** כמו כן יש לצרף תוכנית להמשך בדיקות וטיפול, ציון התייעצויות - מי השתתף בהן ומה היו ההחלטות והשיקולים שהביאו להחלטות אלה לרבות בדיקות מיוחדות שבוצעו, טיפולים מיוחדים וכל מידע הנוגע למצב החולה ומשפיע על תוכנית הבדיקות והטיפול. **ככלל ירשם מידע יום מעקב גם כשאין שינוי במצב החולה.** רצוי לנהל את המעקב לפי רשימת הבעיות במתכונת **POMR (Problem Oriented Medical Record)**.

3.1.5.2. לקראת השחרור: עם קבלת ההחלטה על שחרור החולה, או עם פטירתו, ירשום הרופא את ממצאי המעקב האחרון הכוללים את מצבו הכללי של החולה ובעיותיו ביום השחרור. כמו כן ירשמו שיקולי ההחלטה לשחרור החולה מבית-החולים. יש להקפיד על בדיקה ורישום מצבו של החולה ביום השחרור.

3.1.6. טופסי בדיקות: הטפסים המקוריים של תוצאות בדיקות בלתי שיגרניות (כגון: ביופסיה, דימות, אק"ג וכדומה) וכן כל טופס אשר לדעתו של רופא סביר, בנסיבות הענין והחולה המסוים, הינו בעל חשיבות מיוחדת - חייבים להימצא ברשומה הרפואית.

3.1.7. סיוכום מחלה/אישפוז: להלן סדר הפסקאות המומלץ בסיכום המחלה²:

3.1.7.1. פרטים מזהים: כוללים גיל, תאריך קבלה, תאריך השחרור, יעד השחרור (לביתו, למוסד, לבי"ח אחר, מרפאה אחרת, נפטר וכו').

3.1.7.2. אבחנות/ניתוחים/פעולות: להלן כללי רישום האבחנות:

3.1.7.2.1. רישום אבחנות ייעשה אך ורק על פי המינוח הבינלאומי המקובל (ICD-9-CM)

3.1.7.2.2. יש להשתמש באותיות דפוס בכתיב מלא. (אין להשתמש בראשי תיבות!)

3.1.7.2.3. בצמוד לכל אבחנה או ניתוח או פעולה, יש לציין את תאריך התרחשות הארוע, או ביצוע הניתוח, או הפעולה.

3.1.7.2.4. אבחנה ראשית/עיקרית (Main Diagnosis) תירשם תחילה. האבחנה הראשית היא זו שנקבעה, לאחר בדיקת החולה וביצוע בדיקות עור במסגרת אישפוזית, כגורם העיקרי והאחרון להחלטת שהביאה את החולה לבית-החולים. האבחנה הראשית איננה בהכרח זו המבטאת את תלונתו העיקרית של החולה בקבלתו או את סיבת הקבלה, יש להדגיש את האבחנה הראשית מיתר האבחנות.

3.1.7.2.5. את רשימת האבחנות יש למיין לפי אחת מ- 3 השיטות:
א. סדר ארועים כרונוולוגי.
ב. סדר מערכתי (לב, כליות וכו').
ג. סדר לוגי (סיבה ומסובב).

3.1.7.3. פרטים רפואיים:

3.1.7.3.1. תלונה עיקרית: תלונת החולה בגינה התקבל לטיפול.

3.1.7.3.2. מחלה נוכחית: פרוט פרטי המחלה בטרם קבלתו לטיפול.

3.1.7.3.3. תולדות העבר: פרטים בולטים בהיסטוריה הרפואית של החולה, כגון: אישפוזים וניתוחים.

3.1.7.3.4. בדיקתו בקבלה: פרטים בולטים ומשמעותיים מבדיקתו בעת התקבלו לטיפול.

² אם מדובר באשפוז מקוטע מכל סיבה שהיא, יש לציין בכמה אישפוזים דן הסיכום תוך ציון כל תאריכי קבלה ושחרור.

3.1.7.3.5. מהלך המחלה: פירוט מהלך המחלה, תוצאות בדיקות וטיפולים עיקריים ומשמעותיים אשר בוצעו לחולה במהלך טיפולו.

3.1.7.3.6. ניתוחים/פעולות: פירוט תאריך הניתוח/פעולה, סוג ההרדמה, סוג החתך, תיאור הניתוח/פעולה, אדוועים הקשורים להרדמה ו/או לניתוח וכמו כן מהלך לאחר הניתוח/פעולה.

3.1.7.3.7. בדיקות מעבדה ודימות: תיאור מסכם של כל הבדיקות שנעשו במשך האשפוז כולל ערכים תקינים.

3.1.7.3.8. זיון וסיכום: סיכום המצב בו התקבל המטופל, השערות שהיו לגבי האבחנה, הבדיקות שהביאו לקביעת האבחנה הסופית, הטיפולים שנעשו ומצבו בשחרור.

3.1.7.4. 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').

3.1.7.5. חתימה: בסוף סיכום המחלה יצוין: שם, חתימה וחותמת הרופא המסכם.

3.1.7.6. העתקים: סיכום המחלה/אישפוז יוכן ב- 3 העתקים. 1 - לחולה, או רופאו; 1 - לרשומות הרפואיות; 1 - לקופת החולים אליה משתייך החולה.

3.1.7.7. חובת חתימה ע"י רופא בכיר: לפני העברת הגליון והסיכום למשרד הרשומות הרפואיות, חייב רופא בכיר לעבור על הסיכום, לתקן את הדרוש ולחתום. יש להוסיף תוצאות בדיקות שהגיעו באיחור לסיכום ואף לשנות אבחנות בהתאם. וזאת על פי ההנחיות בסעיפים 2.3 ו- 2.6 בייחס לשינוי ברישום.

3.1.7.8. מועד העברת סיכומי מחלה של נפטרים לרשומות: סיכומי מחלה של נפטרים חובה להעביר לרשומות תוך שבוע ממועד הפטירה. זאת באחריות מנהל המחלקה.

3.1.7.9. חובת יידוע הרופא המטפל בקהילה: חובה ליידע בכתב, ובתכיפות המתאימה, את הרופא המטפל בקהילה על תוצאות בדיקות פתולוגיות הדורשות שינוי טיפול או המשך מעקב.

3.1.7.10. מועד מסירת הסיכום: סיכום מחלה/אישפוז מפורט חייב להימסר למטופל או לגורם הרפואי אליו הופנה, או לרופא המטפל.

במידה ולא ניתן לסכם את מהלך הטיפול ביום גמר הטיפול, יש למסור למטופל מכתב שחרור, כמפורט בסעיף 3.1.8. להלן ובלבד שסיכום מחלה/אישפוז יימסר לגורם המטפל בתוך 30 יום ממועד גמר הטיפול.

3.1.8. מכתב שחרור: מכתב תמציתי הכולל: **פרטים מזהים ופרטים על טיבת**

הקבלה. פעולות מיוחדות שבוצעו לחולה (ניתוח, צינתור וכדומה). הוראות להמשך טיפול תרופתי/דיאטתי/אחר (כגון הורדת גבס, הוצאת תפרים וכו'). הוראות להמשך ביצוע מעקב: המלצה על חופשת מחלה. קצב חזרה לחיים רגילים ומגבלות.

בסוף מכתב השחרור יצויין: **שם, חתימה וחותמת הרופא.** מכתב זה אינו סיועד להחליף את סיכום המחלה

3.1.9. סיכום ביניים: מטופל יעבור ממחלקה אחת לאחרת באותו בייח בליחוי

מכתב סיכום, או לפחות סיכום ביניים. סיכום ביניים הינו מסמך הכולל את כל המידע הרפואי המפורט בסעיף 3.1.6 (מכתב סיכום), אך שטרם הושלם חזאת בגין העברתו של המטופל למחלקה אחרת באותו בייח.

3.1.10. מטופל לא יופנה לגורם רפואי אחר, או ישוחרר מאישפוז, מבלי שצויד

באחד המסמכים המפורטים בסעיפים הראשיים: 3.1.7, 3.1.8, 3.1.9-1 לעיל.

3.2. טפסי חובה מיוחדים

טפסים מקבוצה זו, כאמור, הם יחודיים ויעודיים למחלקות מסוימות ולמטופלים מסוימים וחייבים להמצא ברשות החולה בהתאם לצורך:

3.2.1. טופס התייעצות: הטופס יכלול בקשת התייעצות במקצועות בריאות שונים ותשובת היועץ. בטופס זה יש להקפיד על רישום מפורט של **סיבת ההפנייה, תאריך ושעת ההפנייה, תשובת היועץ, חתימה וחותמת הרופא המפנה והמייעץ וכן תאריך ושעת הייעוץ.**

3.2.2. גליון ניתוח/פעולה פולשנית

3.2.2.1. תכולה: טופס זה יכיל: **אבחנות לפני ואחרי הניתוח/פעולה, סוג הניתוח/פעולה, תאריך ביצוע, שעת תחילה וסיום הניתוח/פעולה, סוג ההרדמה, אדוועים חריגים במהלך ההרדמה או הניתוח, פרוט המשתתפים בניתוח, תיאור מלא ומפורט של מהלך הפעולה בכלל ואופן ביצועה בפרט.**

3.2.2.2. חתימה: בסוף הטופס יש להוסיף שם, חתימה וחותמת של כותב הדו"ח.

3.2.3. גליון הרדמה

3.2.3.1. רישום: טופס זה יירשם ע"י הרופא המרדים.

3.2.3.2. תכולה: הטופס יכיל פרוט על כל מהלך ההרדמה מתחילתו ועד סופו, לרבות שלבי הפרה-מדיקציה וההתאוששות. יירשמו בו כל סימני החיים, בדיקות המעבדה שנעשו וטיפולים שניתנו לחולה במהלך ההרדמה. הרישום חייב לכלול מידע מפורט על סוגי ההרדמה וחומרי ההרדמה שהיו בשימוש תוך ציון מועד מדויק, כולל שעה ודקה של תחילה וסיום ההרדמה והניתוח וביצוע החתך הראשון.

3.2.3.3. חתימה: בסוף הטופס יש לצרף: שם, חתימה וחותמת הסרדים.

3.2.4. טופס הסכמה לניתוח/צינתור

3.2.4.1. הסכמה מדעת: יש לוודא שהחולה, או אפוטרופסו (במקרה של פסול דין) התם על טופס ההסכמה לניתוח/צינתור מתוך הסכמה מדעת. חובת חתימה וחתימת על גבי טופס זה על הרופא שנתן את ההסבר הרפואי לפעולה.

3.2.4.2. מבנה ותכולה: ראה נספח ב'.

3.2.4.3. חתימה: חשיבות מיוחדת יש להמצאות הפרטים הבאים על גבי טופס זה, ואשר בלעדיהם הוא איננו תקף: פרטים מזהים של החולה והרופא, פרטי הניתוח/פעולה ומועדה ותאריך החתימה.

3.2.5. טפסים נוספים: בנוסף לטפסים שפורטו לעיל נעשה שימוש נרחב בטפסים למעקב ומאזן במחלות וסיטואציות שונות. טפסים אלו כוללים, בין השאר: מאזן סכרת, מאזן נוזלים, מעקב לחץ-דם, מעקב חולה בדיאליזה, מעקב חולה מונשם, מעקב יילוד ויולדת ועוד. בשלב זה מבנה טפסים אלו, כמו גם תכולתם, הושאד לשיקול דעתם של היחידות, המרפאות והמטפלים העוסקים בתחומים הרלוונטיים. שימוש והמצאותם ברשותה של המטופל מתחייבת מעצם קיום הנהל

4. רשומות באחריות הצוות הסיעודי

עקרונות התיעד הסיעודי מפורטים בתקני העשייה הסיעודית ומשמשים סטנדרט לעבודת האחיות בכל היחידות.

4.1 טפסי חובה בסיסיים בסיעוד

כל אחד מהטפסים המפורטים בקבוצה זו חייב להמצא ברשומה הרפואית של המטופל.

4.1.1 טופס סימנים חיוניים: בטופס זה יתועדו סימני החיים של המטופל -

חום, דופק, לחץ-דם, קצב נשימות וכו'. כמו כן, בהתאם לנסיבות וסוג הטיפול גם מרכיבי חיים חיוניים נוספים, כגון: הפרשות החולה, כלכלה, מצב הכרה וכו'.

4.1.2 אנמנזה סיעודית: אמדו מצב החולה בסמוך לקבלתו וזיהוי צרכים

פיזיים, נפשיים, חברתיים והדרכתיים. באיסוף הנתונים האנמנטיים, יש להתחשב במורכבות מצב החולה ומשך אישפוזו. במקרה של חולה במצב מסובך ובאשפוז ממושך תידרש אנמנזה מפורטת בהשוואה לחולה שמצבו מורכב פחות ולמשך אישפוז קצר יותר.

באנמנזה יש להתייחס לפרטים הבאים: נתונים אישיים ומשפחתיים; סיבת אישפוז/אבחנה; מצב גופני, נפשי וחברתי-כלכלי; טיפול תרופתי טרם אישפוזו; אלרגיות, הרגלים; ארועים מיוחדים בחיי החולה; הבנת החולה את מחלתו ו/או סיבת אישפוזו; תמיכה משפחתית; גורמים העשויים לסייע או להפריע בשיקומו של החולה; ועוד.

יש לעדכן את האנמנזה לפי הצורך ובאופן מתוכנן ותקופתי בעיקר במקרים של חולים עם מחלות כרוניות ואלו המאושפזים לתקופות ממושכות.

4.1.3. גיליון דיווח סיעודי: גיליון תיעוד המלווה את החולה לאורך כל תקופת אישפוזו בבית החולים. התיעוד יכול להתבצע על גבי טופס אחד או יותר כמקובל בביה"ח.

בגיליון זה האחות מזווחת בכל משמרת: התערבויות סיעודיות ורפואיות שבוצעו, לרבות כלכלה, הזרחה, טיפול תרופתי ועוד. התיעוד יבוצע בסמוך לביצוע. התנהגויות וארועים סיוחדים של החולה ותגובותיו לטיפול ידווחו אף הם, בעיתוי הסמוך להתרחשות או לזיהוי הארוע.

מעקב וניטור שוטף של סימנים המצביעים על מצבו של החולה, לרבות סאזן נוזלים, הפרשות ועוד. עיתוי התיעוד של פרטים אלו ייקבע על פי מורכבות מצב החולה ותכיפות השינויים החלים, או עלולים לחול ו/או לפי הוראות הרופא.

סכום מצב החולה, הטיפול בו ותגובותיו לטיפול - תיעוד לפחות אחת למשמרת.

לא בתוקף

4.2. טפסי חובה מיוחדים בטיעוד

הטפסים הבאים מתייחסים לקבוצות נבחרות של חולים.

4.2.1. רשומות מיוחדות: במקרים רבים קיימים נהלי תיעוד מיוחדים. לדוגמא:

מעקב אחר יולדת בשש השעות הראשונות לאחר לידה, מעקב אחר היילוד, ספירת חמרי ספיגה, מכשירים ופריטים חדים בחדר ניתוח ועוד. טפסים אלו ייכללו ברשומה הרפואית של החולה.

4.2.2. גיליון סיכום סיעודי לחולה המשתחרר: גיליון זה מיועד לחולה

המשתחרר מהמחלקה והזקוק להמשך טיפול ביחידה אחרת, במוסד אחר או בביתו. הצוות הסיעודי ירשום את הבעיות העיקריות של החולה, אופן מצבו בשחרור, הדרכה לקראת השחרור והמלצות להמשך טיפול סיעודי. העתק מגיליון זה יתויק ברשומת החולה.

4.2.3. גיליון העברה סיעודי: גיליון זה יירשם בעת העברת החולה בין

היחידות הפנימיות של אותו גוף רפואי. בגיליון יירשום הצוות הסיעודי מידע אודות סיבת הקבלה והאישוף, אופן מצבו הסיעודי של החולה, פירוט מלא של הטיפול שקיבל במיון, בדיקות המעבדה והדימות שבוצעו, תוצאות הבדיקות שנתקבלו והמלצות להמשך הטיפול הסיעודי. יש להקפיד הקפדה יתרה כי כל רישום ילווה בתאריך, שעה, שם וחותמת המדווח/ת.

טופס בקשה להתקבל לבית החולים

אני הח"מ מבקש לקבלני/לקבל את החולה:

.....

שם המשפחה	שם פרטי	שם האב
-----------	---------	--------

.....

מספר תעודת זהות	מען	תאריך לידה
-----------------	-----	------------

לבית החולים, על שלוחותיו, מחלקותיו ויחידותיו השונות, לשם קבלת טיפול רפואי, עריכת בדיקות רפואיות ונקיטה בהליכים רפואיים נחוצים אחרים, אני מבקש שהרופאים, הסגל הסעודי וכל צוות העובדים בין המועסקים על ידי בית החולים ובין המוזמנים על ידי, יקבעו ויבצעו את ההליכים הנחוצים, יערכו בדיקות ויתנו לי/לחולה כל טיפול הדרוש לפי שיקול דעתם המקצועית בהתאם לנסיבות המקרה.

אני מאשר/ת שלא ניתנה לי כל הבטחה ברבר תוצאות הטיפולים, הבדיקות וההליכים הרפואיים שינתנו לי/לחולה בבית החולים וכי ידוע לי ואני מסכים/ה שהטיפולים בבית החולים ייעשו בידי מי שהרבר יוטל עליו בהתאם לנוהלים ולהוראות הקיימים בבית החולים, ואני מצהיר בזה כי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים.

.....

תאריך	שעה	חתימת החולה
-------	-----	-------------

.....

שם האפוטרופוס	חתימת האפוטרופוס (כמקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
---------------	--

טופס הסכמה לניתוח

שם החולה:
שם המשפחה שם פרטי שם האב
לאחר שקיבלתי הסבר מפורט בעל-פה מד"ר.....

שם המשפחה שם פרטי
על הצורך בביצוע ניתוח.....
לרבות על התוצאות המקוות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות
האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים
אלה, והבריאות והטיפוליים הכרוכים בכך, אני נותן בזה את הסכמתי לביצוע הניתוח
כאמור לעיל בבית החולים (להלן - הניתוח העיקרי).

הוסבר לי ואני מבינה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר
שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות
פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותם כעת בוראות או במלואם, אך משמעותם
הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים
או נוספים, לרבות ניתוחים שלרעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך
הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת, כמו כן, לביצוע הרדמה בין כללית ובין מקומית, אם וכמידה
שיהיה צורך בכך בהתאם לשיקול דעתו של הרופאים המטפלים, למעט.....

נא לציין פרטים ואם אין - נא לציין "אין"
אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי
שהרבר יוטל עליו, בהתאם לנוהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי
שייעשה כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת בבית
החולים בכפוף לחוק, וכי האחראי לניתוח יהיה.....

שעה תאריך

חתימת החולה

שם האפוסטרופוס חתימת האפוסטרופוס (כמקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר כי הסברתי בעליפה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

שם הרופא וחתימה מס' רשיון

* מחק את המיותר

** למלא במקרה של חולה פרטי

טופס הסכמה לצינתור

שם החולה:

שם המשפחה שם פרטי שם האב

לאחר שקיבלתי הסבר מפורט בעליפה מ"ר.

שם המשפחה שם פרטי

על הצורך בביצוע צינתור
לרבות על התוצאות המקוות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות
האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים
אלה, והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך, אני נותן בזה את הסכמתי לביצוע הצינתור
כאמור לעיל בבית החולים.

הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הצינתור יתברר שיש
צורך לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן
לצפותם כעת בוראות או במלואם, אך משמעותם הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם
לאותו שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת
רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך הצינתור.

הסכמתי ניתנת כמו כן לביצוע הרדמה, בין כללית ובין מקומית, אם ובמידה
שיהיה צורך בכך בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים, למעט

(נא ציין פרטים ואם אין - נא לציין "אין")

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהצינתור וכל ההליכים האחרים שיעשו בידי מי
שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנוהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי
שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית
החולים בכפוף לחוק, וכי האחראי לצינתור יהיה

שם הרופא תאריך שעה

חתימת החולה

שם האפוסטרופוס חתימת האפוסטרופוס (במקרה של

פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר כי הסברתי בעליפה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה את כל האמור
לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין את
הסברי במלואם.

שם הרופא וחתימה מס' רשיון

* מחק את המיותר

** למלא במקרה של חולה פרטי

טופס פעולה דחופה

אנו הה"מ לאחר שברקנו את החולה.....
מצאנו כי יש לבצע לשם הצלת חיו את הפעולות הבאות:
.....
.....

שם הרופא וחתימה

שם הרופא וחתימה

שם הרופא וחתימה

בתוקף

לא