



משרד הבריאות – האגף לגריאטריה
נהלי בתי חולים גריאטריים
תחום מקצועי: סיעוד

עמוד 1
מתוך 3
מספר נספחים 0

פרק:	ניהול הטיפול הסיעודי	שם הנוהל:	ניהול רשומה סיעודית
תאריך אישור	01/07/2007	מהדורה	2
תאריך בתאריך:	עודכן בתאריך:	01/11/2019	מס' נוהל: 2.3.1

בכל מקום בו נכתב המסמך בלשון זכר או נקבה, הכוונה היא גם למיגדר השני

⊙ עבור/י לדף פתיחה ראשי ⊙ עבור/י ל"תוסף" נהלי רוחב

חזור ל"תוסף" נהלי סיעוד

1 רקע:

הרשומות הסיעודיות הן חלק בלתי נפרד מתהליכי העשייה המקצועית בסיעוד ומהוות כלי להעברת מידע בין כל הגופים המטפלים.

הרשומות הסיעודיות משקפות את התהליך הסיעודי הכולל מרכיבים של אומדן, זיהוי בעיות, תכנון ההתערבות והערכת התוצאות.

הרשומות הסיעודיות מהוות בסיס למתן דין.

2 מטרת הנוהל:

2.1 להבטיח מימוש הזכות הבסיסית של המטופל לבריאות ולקידום בריאות, באמצעות טיוב והטמעת תשתיות רישום וסימול מידע רפואי/סיעודי איכותי ואמין, המאפשר הפקת לקחים וקידום איכות הטיפול בסיעוד.

2.2 לקבוע כללים אחידים וברורים לניהול רשומת המטופל.

2.3 להנחות את האחות לגבי מחויבויותיה ברישום, דיווח ותיעוד שיטתי.

2.4 לשמור על רצף טיפולי באמצעות מידע זמין, כדי להבטיח את איכות הטיפול במטופל.

3 הגדרת מושגים:

3.1 **תיעוד** - איסוף חומר על מאורע בעל חשיבות או מעשה שאירע באמצעים שונים, כגון: צילום, גילוי מסמכים, ראיון עם עדי ראייה וכו'.

3.2 **דיווח** - מסירת דין וחשבון. הדיווח יכול להיות גם בכתב וגם בעל-פה.

4 סמכות ואחריות:

4.1 המחויבות לרישום, דיווח ותיעוד שיטתי ומקצועי חלה על כל אחות במסגרת עבודתה.

5 עקרונות ניהול הרשומה:

5.1 הרשומות הסיעודיות מהוות בסיס למתן דין.

5.2 **חשיבות ושימושי הרשומה הרפואית** -

- שמירה על רצף הטיפול
- בקרה על ניהול רשומת מטופל
- בקרת איכות הטיפול הרפואי/הסיעודי
- בסיס לניהול סיכונים, בטיחות המטופל
- כלי לקביעת מדיניות וקבלת החלטות
- בסיס לסטטיסטיקה, מחקר ופיתוח בתחום הסיעוד
- תמחור, גביה והתחשבות כספית

5.3 הרישום יתבצע באופן שיטתי, רציף ואמין, יתבסס על עובדות ויהיה אובייקטיבי ככל שניתן.

5.4 הרישום והתיעוד של מצב המטופל והאירועים הקשורים בו יתבצע בסמוך להתרחשות האירועים.



משרד הבריאות – האגף לגריאטריה
נהלי בתי חולים גריאטריים
תחום מקצועי: סיעוד

עמוד 2
 מתוך 3
 מספר נספחים 0

פרק:	ניהול הטיפול הסיעודי	שם הנוהל:	ניהול רשומה סיעודית
תאריך אישור	01/07/2007	מהדורה	2
עודכן בתאריך:	01/11/2019	מס' נוהל:	2.3.1

בכל מקום בו נכתב המסמך בלשון זכר או נקבה, הכוונה היא גם למיגדר השני

- 5.5 חוסר רישום או רישום לא מלא או לא מדויק, שלעצמו, עלול להיחשב על ידי בית המשפט כהתנהגות רשלנית¹
- 5.6 האחות המתעדת תהיה זו אשר הייתה שותפה לטיפול במטופל ו/או עדה להתרחשות האירועים ומעורבת בהם.
- 5.7 התייעוד יכלול את הממצאים העיקריים והמשקפים את מצב המטופל והטיפול בו.
- 5.8 רשומת המטופל המנוהלת בכתב או ברישום ממוחשב חייבת להיות מגובה וניתנת לשליפה והצגה בעת הצורך.
- 5.9 שליפה מיידית של המידע אודות המטופל נדרשת בטווח של שישה חודשים אחרונים.
- 5.10 שמירת החומר המתועד ברשומת המטופל ובארכיון לפחות למשך 7 שנים.
- 5.11 רשומת המטופל הכוללת רשומות של כל הגורמים המעורבים בטיפול (פרט לפרטים החסויים ברשומה בתחום עבודה סוציאלית) תהייה נגישה לכל אחות במחלקה.
- 5.12 ברשומה ידנית חל איסור על רישום בעפרון או שימוש בטיפקס. טעות רישום תימחק בקו ולידה תירשם פסקה מתוקנת תוך ציון תאריך ושעה שבו בוצע התיקון.
- 5.13 עקרונות ניהול רשומה ממוחשבת –
 - 5.13.1 תיעוד ברשומה ממוחשבת יעשה בזמן אמת ובסמוך לבדיקה/טיפול/אירוע.
 - 5.13.2 רשומה ממוחשבת/תיק המטופל תאפשר צירוף/הוספה של מסמכים רלוונטיים לשמירת רצף מידע בין הגורמים השונים המטפלים במטופל במוסד ומחוץ לו. ביניהם תוצאות מעבדה, תוצאות יעוץ בתחומי רפואה שונים, מכתבי סיכום/שחרור, הערכות צוות רב-מקצועי.
 - 5.13.3 התייעוד ברשומת המטופל יתבצע על ידי אחות עם שם משתמש שלה ובחתימתה.
 - 5.13.4 רשומת המטופל תנוהל במשמרת בה התבצע תיעוד המעקב.
 - 5.13.5 השלמת איסוף מידע בנוגע למצב המטופל ותיעודו יתאפשרו תוך זמן סביר ולא יותר מ-72 שעות מפתחת הרשומה.
 - 5.13.6 שימוש בטכנולוגיות דיגיטליות מתקדמות לתייעוד ברשומת המטופל והזנת נתונים על ידי כוחות עזר יהיו בפיקוח ובקרה של אחות.
 - 5.13.7 יתאפשר שימור מידע ושליפתו המיידית מרשומת המטופל במשך חצי השנה האחרונה.
 - 5.13.8 שימור מידע במערכת מחשוב יהיה במשך 7 שנים מפטירת המטופל.
 - 5.13.9 נגישות למידע והמשך ניהול שוטף של רשומת המטופל יתאפשרו במצבי חירום לסוגיהם.
- 5.14 הנחיות לתייעוד סיעודי - ראה קישורים בסעיף 7.

6 השיטה - תחומי הרישום והדווח:

- 6.1 רישום אומדן ואנמנזה סיעודיים: האחות תתעד את כל הנתונים האישיים, התפקודיים, נפשיים-מנטליים, והמשפחתיים שיאספו בתהליך קבלת המטופל למחלקה.
 תהליך האומדן ותיעודו יתבצע תוך 72 שעות מקבלת המטופל למחלקה.
 אומדן סיעודי ראשוני בקבלת המטופל יושלם במשמרת הקולטת, כנדרש בנוהל סיעוד 2.2.1.
- 6.2 רישום תוכנית הטיפול: האחות תקבע ותרושום מטרות טיפוליות לטווח קצר וארוך בהתאם למצבו של המטופל.

¹ חוזר המנהל הכללי 6/96, משרד הבריאות בנושא "הרשומה הרפואית"



פרק:	ניהול הטיפול הסיעודי	שם הנוהל:	ניהול רשומה סיעודית
תאריך אישור	01/07/2007	מהדורה 2	תאריך בתאריך: 01/11/2019
			מס' נוהל: 2.3.1

בכל מקום בו נכתב המסמך בלשון זכר או נקבה, הכוונה היא גם למיגדר השני

- 6.2.1 תוכנית הטיפול הראשונית תאפשר מענה לבעיות מרכזיות ומידיות של המטופל ותיערך במשמרת הקולטת.
- 6.2.2 השלמת התכנית הראשונית תתועד תיעשה לטווח קצר תוך 72 שעות מקבלת המטופל לבית חולים גריאטרי.
- 6.2.3 תכנית הטיפול בלטווח הארוך תיערך תוך שבועיים עד חודש לאחר קליטת המטופל בבית חולים גריאטרי.
- 6.2.4 תכנית הטיפול הסיעודי תבנה על ידי האחות המבצעת את האומדן הסיעודי, ובסמוך לו.
- 6.3 **רישום על מעקב סיעודי**: תיעוד מצבו של המטופל לאורך כל תקופת אשפוז יכלול את כל ההתערבויות הסיעודיות, והרפואיות והרב-מקצועיות שבוצעו, לרבות תזונה, הדרכה וטיפול תרופתי, תוך התייחסות לכל שיוני שינוי שחל במצב המטופל.
- 6.3.1 תיעוד מצבו של המטופל לאורך כל תקופת אשפוז יכלול את כל ההתערבויות הסיעודיות, והרפואיות והרב-מקצועיות שבוצעו, לרבות תזונה מעקב אחרי מצב המטופל, הדרכה, וטיפול תרופתי, תוך התייחסות לכל שיוני שינוי שחל במצב המטופל.
- 6.3.2 מעקב הסיעודי למטופל הסובל מבעיה חריפה יתבצע על ידי אחות באופן רציף, פעם במשמרת לפחות.
- 6.3.3 תיעוד נתונים/מעקב סיעודי אחרי המטופלים שמצבם יציב, יתבצע אחת לשבוע לפחות.
- 6.3.4 תיעוד הנתונים של הערכה תקופתית למטופלים יתבצע אחת לשלושה חודשים.

6.4 עיתוי התיעוד

- 6.4.1 התיעוד יבוצע בסמיכות להתרחשות האירועים.
- 6.4.2 תיעוד נתוני מטופלים שמצבם יציב, יתבצע אחת לשבוע לפחות.
- 6.4.3 תיעוד הנתונים של הערכה תקופתית למטופלים יתבצע אחת לשלושה חודשים.

7 **אסמכתא:**

7.1 נוהל רשומת מטופל באשפוז, חוזר מס' 27 מתאריך 2.4.1995.

7.2 נוהל חתימת אחות וחתימת מיילדת.

7.3 חוזר המנהל הכללי 6/96, משרד הבריאות