

		<b>היחידה הקלינית - החוג לסייעוד, אונ' חיפה</b>	
<b>פרק : התנסות קלינית</b>	<b>תאריך הוצאה:</b> 2/2015	<b>תוקף הנוהל:</b> 2/2018	
<b>שם הנוהל: רישום ודיווח</b>		<b>מספר נוהל:</b>	
<b>מס' גרסה: 1</b>	<b>תאריך עדכון קודם:-</b>	<b>עמוד: 1</b>	<b>מתוך: 5</b>

### 1.0 רקע כללי:

1.1 חוק זכויות החולה התשנ"ו 1996 – מחייב ניהול רשומה רפואית, בה מתועד כל המידע הרפואי הנוגע לחולה, לרבות מהלך הטיפול בו. תיעוד מדויק ומלא של כל המידע הרפואי, כולל זיהוי של המטפל (בחתמתו וחותמתו), מאפשר מעקב רפואי, בקרה ושמידת הרצף הטיפולי. חשיבותו בהבטחת איכות הטיפול במטופל, במיוחד כשהוא מתבצע ע"י מספר אנשי צוות.

הרשומות הסייעודיות, הכוללות את מרכיבי התהליך הסייעודי: אומדן, זיהוי בעיות, תכנון ההתערבות והערכת התוצאות, מהוות חלק בלתי נפרד מהאמור לעיל.

1.2 ארגונים המעניקים שירותי בריאות משתמשים בשיטות שונות לגבי רישום ודיווח. לכל ארגון קיימת מדיניות מוצהרת ושיטתית המגדירה את הסטנדרטים של הרישום והדיווח אך, לכולם עקרונות דומים והם מכילים מידע דומה.

1.3 מבחינה משפטית משמשת הרשומה כראייה בכל התדיינות משפטית באשר לטיפול ולתוצאותיו.

**2.0 מטרת הנוהל:** להנחות את הסטודנט לגבי מחויבויותיו ברישום ודיווח שיטתי, ותיעוד לצורכי למידה.

### 3.0 הגדרות:

3.1 **דיווח בעל פה (Discussion):** מתבצע באמצעות דיון אודות המטופל במהלכו נמסר מידע בלתי פורמאלי במטרה להגדיר בעיה ולקבוע דרכים לפתרון בעיות.

3.2 **דיווח (Report)** פורמאלי: מתבצע בכתב, בע"פ, או באמצעות מחשב, במטרה לתת מידע לאחרים. בד"כ הדיווח בבתי החולים מתבצע בסוף המשמרת.

3.3 **רישום (Record):** הינו מסמך פורמאלי וחוקי שנותן תיעוד עובדתי על הטיפול שקיבל המטופל.

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

**4.0 עקרונות כלליים לרישום ודיווח (ראה טבלת דוגמאות - נספח 6.1 וקווים מנחים - נספח 6.2).**

### הנחיות בצוע:

4.1 לכל אחות במסגרת עבודתה, יש אחריות מקצועית ומשפטית לרישום ודיווח ותיעוד שיטתי, עפ"י הסטנדרט המקצועי.

הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות  
החוג לסייעוד / قسم التمريض  
Faculty of Social Welfare & Health Sciences  
The Cheryl Spencer Department of Nursing  
היחידה ללימודים קליניים

- 4.2 המדריך הקליני יכיר לסטודנט את טופסי הרישום ואת אופן הרישום והדיווח, כנהוג בארגונו.
- 4.3 על כל טופס המהווה חלק מרשומת המטופל, יש לציין את פרטי הזיהוי של המטופל (אפשר על ידי מדבקת פרטים אישיים).
- 4.4 אין להשמיד כל טופס השייך לרשומת המטופל.
- 4.5 **אמינות** - האחות/הסטודנט הרושם/ת, יהיה זה אשר היה עד להתרחשות האירועים ומעורב בהם.
- 4.6 **עיתוי Timing** - עיתוי ותדירות הרישום ותייעוד האירועים יתבצע בהתאם למצבו של המטופל, בסמוך להתרחשות האירוע ובטווח זמן קצר.
- 4.7 **קביעות Permanence** - כל רישום ברשומת המטופל חייב להתבצע בכתב יד קריא וברור בעט כחול או שחור. ליד כל רישום, או שינוי ברישום, יש לציין: תאריך ושעה.
- 4.7.1 חל איסור על רישום בעפרון או שימוש בטיפקס. טעות רישום תימחק בקו ולידה תירשם פסקה מתוקנת.
- 4.7.2 **שלמות Completeness** - יש לכתוב אבחנות באותיות דפוס לטיניות ובכתב קריא. אין להשתמש בקיצורים או בראשי תיבות. שימוש בקיצורים/ראשי תיבות, מותר כאשר הם מייצגים שפה מקצועית מוסכמת וברורה.
- 4.7.3 בתיק ממוחשב ירשום הסטודנט את הדיווח באישור ובהשגחת המדריך וחתמתו. הנחיות לשימוש ברשומה ממוחשבת ומתן אישור וסיסמת משתמש, בהתאם למוסד בו מתנסה הסטודנט:
- 4.7.3.1 אם ניתנה לסטודנט סיסמת משתמש, אין לתת את הסיסמא האישית לאחר.
- 4.7.3.2 אחרי ההתחברות אסור לעזוב את הגיליון או להשאיר את המידע על המטופל פתוח וללא השגחה.
- 4.7.3.3 יש ללמוד את שיטות התייעוד המקומיות לגבי מידע רגיש, כמו: אבחנה של מחלות מסוימות.
- 4.8 **דיוק Accuracy** - הרישום יתבסס על עובדות ככל שניתן ויכלול את כל הממצאים החשובים והמידע התיאורי האובייקטיבי - **Factual** - **עובדתי** - יש להימנע מרישום דעות או מסקנות ללא תמיכה בנתונים עובדתיים.
- 4.9 **רצף Sequence** - הרישום והדיווח יתבצעו באופן שיטתי, רציף ומאורגן, על פי סדרי עדיפויות ועל פי סדר התרחשות האירועים.
- 4.10 **התאמה Appropriateness** - על הדיווח להיות רלוונטי למצב המטופל. יש להימנע מלציין נתונים שהם לא רלוונטיים ועלולים להתפרש כפגיעה בפרטיות המטופל.
- 4.11 **חתימה Signature** - כחלק בלתי נפרד מניהול הרישום, חובה על המטפל לחתום בשמו המלא: בכל מקום בו נדרשת חתימת מטפל, יש לרשום שם פרטי ושם משפחה בצורה ברורה וקריאה, שתאפשר זיהוי החותם, או לחתום באמצעות חותמת אישית המטביעה שם פרטי, שם משפחה (ומספר רישום).
- 4.12 **סודיות Confidentiality** - הרישום והדיווח מכיל מידע על מטופלים המחייב הקפדה על סודיות, הנגזרת מחוק זכויות המטופלים.

הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות  
كلية علوم الرفاه والصحة  
החוג לסייעוד / قسم التمريض  
ע"ש צ'ריל ספנסר  
Faculty of Social Welfare & Health Sciences  
The Cheryl Spencer Department of Nursing  
**היחידה ללימודים קליניים**

4.12.1 רוב הארגונים מאפשרים לסטודנטים ולאנשי מקצוע גישה לרשומות המטופלים לצורכי תיעוד לימודי (הצגת מטופל, מצגת לימודית, מחקר ועוד). סטודנטים המשתמשים ברשומות אלו מחויבים על פי חוק, לשמור על סודיות ופרטיות המטופל. התיעוד מתבצע, כאשר שמות המטופלים מצוינים אך ורק בראשי תיבות וללא נתונים מזהים.

**5.0 אחריות יישום והטמעת הנוהל:**

5.1 סטודנטים לסייעוד באמצעות מדריכים קליניים

5.2 מתאמות היחידה הקלינית

**6.0 נספחים:**

6.1 עקרונות רישום ודיווח- דוגמאות

6.2 קווים מנחים לרישום נכון וחוקי

**7.0 סימוכין:**

7.1 חוזר מינהל הסייעוד: "חתימת אחות וחתימת מיילדת" 56/2003

7.2 חוזר מינהל הרפואה: "נוהל רשומת מטופל באשפוז" 27/95

7.3 חוק זכויות החולה התשנ"ו 1996

7.4 תו תקן בינלאומי של סטנדרטים לאיכות ויעדי בטיחות המטופל (JCI) Joint Commission International  
5th Edition.

**8.0 תפוצה:**

8.1 ראש החוג לסייעוד

8.2 יחידה קלינית

8.3 סטודנטים לסייעוד

8.4 מדריכים קליניים

מתאמת קלינית	כתיבת הנוהל: גב. מלי בן אדיבה
ראש היחידה הקלינית	מאשר הנוהל: גב. דלית וילהלם
חתימה: 	תאריך: 8.2.2015

נספח 6.1

עקרונות רישום ודיווח - דוגמאות

<p>ציון שעה מדויקת לכל טיפול ודיווח בזמן על כל שינוי במצבו של המטופל. <b>רישום הזמן נחוץ ביותר לרצף טיפולי. פעילויות או ממצאים בהם מרכיב הזמן חשוב במיוחד הם:</b> סימנים חיוניים, מתן / ביצוע הוראות תרופות / טיפולים, הכנה לבדיקות אבחנתיות / פולשניות; קבלה, העברה, שחרור או מוות של מטופל; שינויים פתאומיים / בלתי צפויים / סיבוכים במצב. תדירות הדיווח בהתאם למצבו של המטופל: <b>דוגמא: מטופל עם לחץ דם לא יציב תדירות המדידה תהיה שונה –</b> <b>מתדירות של מטופל עם לחץ דם יציב.</b></p>	<p><b>Timing</b> עיתוי</p>
<p>בכל הרשומים יש להקפיד- על כתב יד ברור וקריא והם יכתבו בעט כחול או שחור על מנת לאפשר צילום ברור.</p>	<p><b>Permanence</b> קביעות</p>
<p>מידע שלם הוא מקור מידע נחוץ לצוות הרב מקצועי. השימוש בקיצורים/ראשי-תיבות מותר כאשר הם מייצגים שפה מקצועית מוסכמת וברורה, לדוגמא: דרכי מתן תרופות: SC, PO, IV. <b>רישום הנתונים הרלוונטיים מחייב שלמות הדיווח.</b> לדוגמא: "בשעה- 09:30 am, המטופל דיווח על כאבים לוחצים בחזה, לחץ דם בזמן האירוע: 170/110 דופק: 95 פעימות לדקה, לא סדיר, נשימה מהירה 35 נשימות לדקה, צבע עור תקין, כניסת אוויר תקינה לשתי הריאות, ללא חרחורים. דוח לד"ר לוי. הוחלט על מתן: S.L Tab. CORDIL 5mg. בשעה 10:00 דיווח המטופל על הטבה ניכרת. לחץ דם, _____, דופק, _____, נשימה. _____. לא נקבעו שינויים בטיפול התרופתי".</p>	<p><b>Completeness</b> שלמות</p>
<p>ציון העובדות בצורה מדויקת ועובדתית, Factual. בכל מה שקשור להתנהגויות סובייקטיביות, יש לצטט את דברי המטופל. <b>שימוש במילים כמו "נראה", "עושה רושם" או "לכאורה" אינם קבילים כי הם מרמזים כי אחות אינה מכירה את העובדות.</b></p>	<p><b>Accuracy</b> דיוק</p>
<p>הדיווח יירשם על פי סדר עדיפויות וסדר לוגי וכרונולוגי של ההתרחשות. לדוגמא: תיאור האירוע, א ומדן סיעודי, התערבות והשפעה / תגובה.</p>	<p><b>Sequence</b> רצף</p>
<p>הדיווח רלוונטי למצב המטופל. יש להימנע מלציין נתונים שהם לא רלוונטיים ועלולים להתפרש כפגיעה בפרטיות המטופל</p>	<p><b>Appropriateness</b> התאמה</p>
<p>כל רישום חייב חתימה ע"י אותה אחות שרשמה את הדיווח או שביצעה את הטיפול. החתימה צריכה להיות ברורה, שתאפשר זיהוי החותם. כל רישום לא חתום או חתימה לא ברורה אינו קביל בבית משפט.</p>	<p><b>Signature</b> חתימה</p>
<p>כל עובדי הבריאות המעורבים בטיפול מחויבים לשמירת הסודיות של החולה. שימוש ברשומות לצורך לימודים ודיונים קליניים, מחייב הימנעות מציון נתונים מזהים</p>	<p><b>Confidentiality</b> סודיות</p>

נספח 6.2

קווים מנחים לרישום נכון וחוקי:

יש למתוח קו אחד על הרישום השגוי, לחתום לידו ולכתוב את הרישום הנכון.	מחיקה או גזירה של טופס- עלולה להיראות כניסיון להסתיר מידע או להשחית רישום	אין למחוק טעויות בטיפקס/ לגזור או להדביק חלקי טפסים או להשמידם
	טעויות ברישום יכולות להוביל לטעויות בטיפול!	יש לתקן את הטעות ללא דיחוי
יש לכתוב תיאורים אובייקטיביים להתנהגות המטופל או/ו לצטט הערות שלו.	משפטים מסוג זה יכולים להעיד על התנהגות בלתי מקצועית ועל איכות טיפול נמוכה	אין לכתוב הערות שיפוטיות ומינוח ערכי (חוות דעת או ביקורת)
- יש לרשום דברים עובדתיים ומוסכמים, - אין להעלות השערות או ניחושים.	רישום צריך להיות מדויק ומהימן	עליך לרשום את כל העובדות
-יש לרשום באופן רציף שורה אחר שורה. -אם נשאר רווח יש למתוח בקו אופקי ולחתום בסופו.	מישהו אחר עלול להוסיף מידע לא נכון/ לא מדויק ברווחים	אין להשאיר רווחים ברישום
-אין להשתמש בעיפרון -יש לכתוב בעט (שחור / כחול), אשר לא ניתן למחיקה ועל מנת לאפשר צילום ברור.	רישום בלתי קריא יכול להתפרש לא נכון ולגרום לטעות ולתביעה משפטית.	עליך לכתוב באופן קריא באמצעות דיו בלבד. אבחנות באותיות דפוס לטיניות
אין לרשום "הרופא טעה ברישום..." , רשום: "ד"ר... נקרא להבהיר הוראה ל..."	אם הנך מבצע הוראה לא נכונה הנך אחראי לכך ותעמוד לדין יחד עם נותן ההוראה	במקרה וההוראה מוטלת בספק- יש לרשום הבהרות לגבי הבירור שנעשה לגביה
אין לכתוב במקום מישהו אחר.	אתה בלבד אחראי על מה שרשמת!	רשום רק בעצמך
יש לרשום זאת בדיווח.		כאשר נמסר לידך מידע על טיפול שניתן לאחד החולים שנמצאים בטיפולך, יש לציין בהירות את שמו של נותן הטיפול (אנשי צוות אחרים)
כתוב מידע ספציפי אודות מצב המטופל או תיאור מלא ותמציתי של האירוע/ הטיפול.	אנו נוטים לשכוח פרטים חשובים אם המידע כללי מדי	עליך להימנע משימוש במשפטים כלליים כגון: "מצב ללא שינוי" או "חש היום בטוב"
-אין לחכות לסוף המשמרת על מנת לרשום שינויים משמעותיים שקרו במהלכה. -אם יש צורך להוסיף מידע לאחר סיום הרישום, יש להוסיף למידע החדש תאריך ושעת הוספתו. -יש לחתום על כל רישום מחדש.	כך נבטיח רישום רציף של אירועים. - חתימה וחתימת מעידים על אחריות הטיפול והרישום	עליך להתחיל כל רישום עם ציון התאריך והשעה ולסיים בחתימה וחתימת
-יש להיעזר במילון/רשימת מילים מעודכנת. - יש לבחור את אותם מונחים/ משפטים תמציתיים, בהם משתמשים באופן קבוע.	דיווחים כתובים המאופיינים בדקדוק שגוי ומלווים בשגיאות כתיב- יוצרים רושם שלילי, חוסר מקצועיות וחוסר אכפתיות	עליך להשתמש בדקדוק ובכתיב נכונים