

45/87	חוזר מס':	חוזרים והוראות שעה
6.9.2017	מתאריך	שם אגף/מרחב: רפואה
6	עמוד 1 מתוך 6	שם החוזר: דיווח מידע ברשומה הרפואית של מד"א

אגף רפואה
מוקד רפואי
ט"ו אלול תשע"ז
06 ספטמבר 2017

לכבוד
צוותי מד"א

הנדון: הנחיות למילוי דו"ח רפואי

כללי

1. חובת המטפל לנהל רשומה רפואית מעוגנת בחוק זכויות החולה התשנ"ו 1996 – סעיף 17א :
"המטפל יתעד את מהלך הטיפול הרפואי ברשומה רפואית. הרשומה הרפואית תכלול, בין היתר, פרטים מזהים של המטופל והמטפל וכן תכלול מידע רפואי בדבר הטיפול הרפואי שקיבל המטופל, עברו הרפואי כפי שמסר, אבחון מצבו הרפואי הנוכחי והוראות טיפול, ואולם תרשומת אישית של המטפל אינה חלק מהרשומה הרפואית".
2. מעבר לכך, רשומה רפואית הממולאת בצורה נכונה, מהווה אמצעי חשוב מאין כמוהו בכל מהלך הטיפול :
 - מספקת מידע חיוני על מצבו הרפואי של המטופל והשתלשלות האירועים, ומבטיחה "זרימת מידע" בין מטפלים שונים – להבטחת הרצף הטיפולי הנכון.
 - מבטיחה תיעוד הממצאים והפעולות לצרכים עתידיים (משפטיים, ביטוחיים, וכדו'). במקרה של חוסר ברישום או רישום חלקי/סותר, עשויה מד"א להיות מחויבת בתשלום פיצוי למטופל.
3. ההנחיה הרצ"ב נועדה להדגיש נקודות עיקריות הנוגעות לרישום המידע בדו"ח הרפואי.

עקרונות לרישום נכון של מידע בדו"ח הרפואי

1. פרטים אישיים של המטופל :
 - א. יש למלא את שמו המלא של המטופל, מספר תעודת הזהות/דרכון (כפי שמופיע בתעודה), מין המטופל, גילו, מקום מגוריו, קופ"ח, מספר הטלפון וכתובת האירוע כפי שנמצאו ע"י הצוות.

45/87	חוזר מס':	חוזרים והוראות שעה
6.9.2017	מתאריך	שם אגף/מרחב: רפואה
6 מתוך	עמוד 2	שם החוזר: דיווח מידע ברשומה הרפואית של מד"א

ב. יש לציין את מקור הזיהוי של המטופל ולצלם בטאבלט. יש לצלם את מדבקת הקבלה של המטופל בבית החולים. במידה ולא בוצע פינוי, יש לרשום את מירב הפרטים הידועים לצוות ולציין את מקור המידע.

2. תלונה עיקרית:

תיאור הבעיה הרפואית והסימפטומים שבגינם הוזנק צוות מד"א.

3. סעיף אנמנזה:

א. הצגת נתונים אודות מצבו של המטופל, קביעת האבחנה המשוערת והטיפול הנדרש. האנמנזה משלבת נתונים סובייקטיביים (כאלו שנמסרו ע"י המטופל עצמו או ע"י גורמים אחרים בסביבתו) ושילובם במידע האובייקטיבי מעברו הרפואי ככל שהוא מצוי בידי הצוות. בכל מקרה אין להסתפק ברישום "מצ"ב מכתב רפואי/הפנייה רפואית של המטופל לדו"ח" ובזאת לסיים את האנמנזה.

ב. רישום מירב האינפורמציה מסיפור המטופל ותלונותיו, תוך תשואל יסודי ואובייקטיבי ככל הניתן - יאפשרו לצוות הרפואי ליצור תמונה מהימנה של הסטאטוס הרפואי של המטופל בעת ההגעה אליו, ולזהות שינוי כלשהו במצבו במהלך הטיפול והפינוי למרכז רפואי.

ג. יש להימנע מלשואל שאלות מנחות, ולהקפיד ולרשום את דברי המטופל כלשונם (ולא פרשנות למה שנאמר). יש לתעד את המידע המתקבל בסדר כרונולוגי ובמונחים רפואיים שעיקרם תיאור הסימפטומים. בנוסף יש לפרט נתונים רפואיים שנלקחו ע"י אנשי צוות אחרים שנמצאים במקום קודם להגעת צוות מד"א לאירוע ולציין את זהותם. יש להימנע ככל הניתן משימוש בקיצורים וראשי תיבות (למעט מונחים רפואיים מקובלים).

ד. חל איסור על שימוש במושגים העלולים להיות פוגעניים ו"להדביק" סטיגמה על המטופל, כגון "שיכור/אתיליסט/אלכוהוליסט/ מסומם/ חולה פסיכיאטרי" וכיו"ב. יש לציין מידע המבוסס על מקור מהימן כגון רשומה רפואית עדכנית או עובדות בלבד כפי שמצא הצוות או כפי שנמסר לו. לדוגמא: "קיימים סימני זקירת מחטים בידיים", "לדברי המטופל צרף/צורך אלכוהול", לדברי בן המשפחה המטופל היה מאושפז לפני כחודש במחלקה פסיכיאטרית" וכדו'.

45/87	חוזר מס':	חוזרים והוראות שעה
6.9.2017	מתאריך	שם אגף/מרחב: רפואה
6 מתוך	עמוד 3	שם החוזר: דיווח מידע ברשומה הרפואית של מד"א

ה. בחלק זה אין לציין מידע שאינו מידע רפואי או מידע שאינו רלוונטי לטיפול במטופל, כגון התנהלות מבצעית/ מנהלית או הבעת דעה על תפקודם של מטפלים אחרים.

ו. אין לפרט בסעיף אנמנזה תוצאות בדיקות שהצוות ביצע. תוצאות בדיקות יפורטו רק בעמודת הבדיקות.

ז. כל מידע שאינו רפואי אך רלוונטי לאירוע ניתן לכלול בסעיף "דיווחים נוספים". המידע שצוין ב"דיווחים נוספים" משויך לאירוע אך תוכנו לא יירשם בתוך הדו"ח הרפואי.

4. היסטוריה רפואית: (הערה – בדו"ח הרפואי העתידי תהיה רובריקה לכיתוב חופשי)

א. יש לפרט את מחלות הרקע ואת הטיפול התרופתי הקבוע שהמטופל נוטל (במידה ואכן נוטל).

ב. יש לציין את המקור למידע שהתקבל שלא מהמטופל עצמו (כגון - בני משפחה, חברים, שכנים, עוברי אורח, מטפלים אחרים, מסמכים רפואיים שהוצגו לצוות וכדו').

ג. בעת ציטוט ממסמך רפואי, יש לציין את מקור המסמך ותאריך כתיבתו (לדוגמא – מכתב שחרור מבי"ח מתאריך ...). יש לוודא כי המטופל אכן נוטל את הטיפול התרופתי שמצוין במסמך, ובמידה ולא – לציין את התרופות שאישר שהוא נוטל.

5. רגישויות:

רגישות יכולה להיות לכל חומר (לרבות - תרופות, מזון וכדו'). יש לפרט את הרגישויות מהן סובל המטופל וכיצד הן באות לידי ביטוי.

6. מחלה נוכחית:

"מחלה נוכחית" היא האבחנה המשוערת של ראש הצוות המטפל, לאחר שנלקחה אנמנזה ובוצעו כלל הבדיקות הרלוונטיות לתלונות המטופל. בנוסף לתיעוד התלונות והסימפטומים של המטופל, יש לבחור מתוך הרשימה של הקודים הרפואיים את הקוד הרפואי הראשי המתאים ביותר ואת הקוד המשני (במידה וקיים).

45/87	חוזר מס':	חוזרים והוראות שעה
6.9.2017	מתאריך	שם אגף/מרחב: רפואה
6 מתוך	עמוד 4	שם החוזר: דיווח מידע ברשומה הרפואית של מד"א

7. בדיקות שבוצעו והטיפול שניתן:

- א. יש לתעד בטבלת הבדיקות את ממצאי הבדיקות (כולל רישום שעת הביצוע) אשר בוצעו בעת ההגעה למטופל, לאחר מתן טיפול תרופתי ו/או לאחר ביצוע פעולות העשויות להשפיע על סימנים חיוניים או ערכים מדידים.
- ב. יש לתעד מדדים חיוניים שנבדקו בעת ההגעה למטופל, מהלך הסעת המטופל ליעד הפינני כל 15 דקות לערך, ובסמוך למועד ההגעה ליעד הפינני. יש להקפיד להעתיק את הנתונים מתוך ה"זכרון" של מכשיר הניטור/מכשירי המדידה ולציין מועד מדידה.
- ג. במידה וניתנה תרופה המשפיעה על לחץ דם, יש לבצע בדיקה נוספת לאחר מתן התרופה.
- ד. יש להקפיד לתעד את הטיפול התרופתי שניתן, המינונים שניתנו, דרכי המתן ושעת המתן של כל מנה בעמודת הבדיקות והטיפולים בלבד.
- ה. בחולים עם ACS, כאשר זמן הפינני עולה על 20 דקות – יש לבצע תרשים אק"ג נוסף במהלך הפינני (ובהתאם לצורך – לדווח על שינויים).
- ו. בעת מתן טיפול תרופתי מתמשך (כגון – עירוי נוזלים) יש להקפיד ולציין את כמות התרופה שהספיק המטופל לקבל בפועל עד ההגעה ליעד הפינני, ולא לרשום באופן אוטומטי את כמות התרופה שהוכנה (לדוגמא: cc 270 סיילין מתוך cc500).

8. פרטים נוספים:

יש להגדיר את מצבו הרפואי של המטופל בעת ההגעה למטופל, בתחילת הפינני ובסמוך למועד הגעת האמבולנס ליעד הפינני (משביע רצון, רציני, קריטי). כמו כן יש לתעד את שם ותפקיד איש הצוות הרפואי/סיעודי במרכז הרפואי אשר אליו הועבר המטופל ו/או איש הצוות שלו נמסרה הודעה טלפונית בנוגע למטופל ע"י הצוות במהלך הפינני.

9. סירוב פינני וסירוב טיפול

לעתים מטופל מסרב להתפנות לבי"ח או מסרב לפינני ליעד עליו המליץ הצוות או מסרב לקבלת טיפול כפי שהמליץ הצוות. במקרים אלו יש לנסות ולשכנע את

45/87	חוזר מס':	חוזרים והוראות שעה
6.9.2017	מתאריך	שם אגף/מרחב: רפואה
6 מתוך	עמוד 5	שם החוזר: דיווח מידע ברשומה הרפואית של מד"א

המטופל להתפנות לבי"ח/ לקבל את הטיפול שהומלץ, תוך מתן הסברים מפורטים ומובנים ככל הניתן למטופל ולשוהים עמו על ההשלכות האפשריות של החלטתו. במקרה שהמטופל עומד בסירובו, יש למלא את אחד משני הטפסים הייעודים בהתאם למקרה – סירוב מטופל לפינוי/סירוב מטופל לקבלת טיפול רפואי. יש למלא את הטופס בקפדנות ולהחתים את המטופל עליו (או לחלופין את האפוטרופוס שלו/עד/מלווה/איש הצוות בעצמו במקרה של סירוב לחתום על הטופס, בהתאם לאמור בטופס). על הצוות להשתדל להחתים את המטופל על טופס המנוסח בשפתו.

10. הערות כלליות :

בסעיף זה יש לרשום את כל המידע הרלוונטי למקרה, אשר לא צוין בסעיפים הקודמים. לדוגמא:

- א. מסירת ציוד יקר ערך שהורד מהמטופל/שייך למטופל (כגון תכשיטים, שיניים תותבות, בגדים). יש לפרט את שם ומס' תעודת הזהות של מקבל הציוד, ותפקידו במוסד הרפואי/קרבתו למטופל.
- ב. כאמור לעיל, יש לתעד כל מידע שאינו רפואי אך רלוונטי לאירוע בסעיף "דיווחים נוספים".

11. לוחות זמנים :

יש להקפיד ולציין זמנים (קבלת קריאה, יציאה, הגעה, תחילת פינוי וכדו'). יש לוודא כי כלל הזמנים מסומנים, ובמידה וחסרים זמנים יש להוסיף את הנתונים החסרים בסעיף "הערות" לאחר שיחה עם המוקד המרחבי.

12. אנשי צוות :

בתחילת המשמרת יש להקפיד ולהשתבץ במערכת השו"ב, ולהוסיף את פרטי אנשי הצוות המלווים (לדוגמא: חניך קורס פאראמדיק, מתנדב, רופא מזדמן). אין לרשום את רופא המוקד הרפואי כאיש צוות. יש לשבץ במערכת גם את מכשיר הקורפלוס (מספר רדיו ID).

45/87	חוזר מס':	חוזרים והוראות שעה
6.9.2017	מתאריך	שם אגף/מרחב: רפואה
6 מתוך	עמוד 6	שם החוזר: דיווח מידע ברשומה הרפואית של מד"א

13. תיקון/עדכון דו"ח רפואי

לעתים לאחר מסירת הדו"ח עולה צורך לערוך תיקון/עדכון של הדו"ח (כתוצאה משגיאה ברישום, מקבלת מידע חדש בהקשר לאירוע וכדומה). במקרה כזה, אין למחוק מידע שנכתב ואין לשנות את הדו"ח שנמסר. התיקון יבוצע על גבי דף נפרד (גודל A4), בו יצוין נושא התיקון, שעת עריכת התיקון, שם עורך התיקון ותפקידו.

יש לפרט את מהות העדכון/תיקון (למשל: תיקון מינון מנת תרופה, תיעוד טיפול/בדיקה שבוצעו ולא תועדו וכיוצב').

יש לחתום בתחתית הדף בצורה קריאה.

את דף התיקון יש למסור בהקדם האפשרי למוסד הרפואי אליו התקבל המטופל ולוודא שהתקבל שם, תוך ציון שמו ותפקידו של מקבל התיקון, תאריך ושעת הקבלה על גבי דף התיקון.

במקרה של סירוב פינוי יש למסור את דף התיקון למטופל עצמו בהקדם האפשרי, ולתעד את תאריך ושעת מסירת הדף למטופל.

כמו כן יש למסור את דף התיקון לפראמדיק האחראי או למזכירת המרחב על מנת לסרוק את דף התיקון לויזה הרלוונטית.

במידה והאירוע עדיין קיים בטאבלט יש לתקן את הדו"ח בתוך הטאבלט ולפרט בסעיף "דיווחים נוספים" את מהות התיקון, סיבת התיקון, שעת התיקון ומבצע התיקון. בכל מקרה יש להקפיד למסור את הדו"ח המתוקן ליעד אליו פונה המטופל ולפרט את פרטי מקבל הדו"ח (באופן שפורט לעיל).

- יש להקפיד ולקרוא את הרשומה הרפואית טרם הדפסתה, ולחתום עליה. יש למסור עותק סופי של הדו"ח למוסד הרפואי אליו הועבר המטופל (במקרה של סירוב פינוי יש למסור עותק מהדו"ח הרפואי למטופל עצמו).

בכבוד רב,

הנהלת המוקד הרפואי ואגף רפואה