

י"ז כסלו, תש"פ
15 דצמבר, 2019
מס': 9/2019

הנדון: אמות מידה לניהול רשומת מטופל במערכת הבריאות

הננו להביא בזאת לידיעתכם חוזר מקיף בנושא שבנדון המעדכן / המבטל חוזרים קודמים בנושא על פי המפורט בסוף חוזר זה.

הנחיות החוזר מפורטות בהתאם למחזור חיי הרשומה הרפואית, עבור כלל מקצועות הבריאות בכל מוסדות הבריאות, אתרי מתן טיפול והציבור הרחב.

החוזר מתווה כללים אחידים וברורים לניהול רשומת המטופל באשפוז ובקהילה, והינו מותאם לשינויים במערכות הבריאות.

החוזר נכתב בהתאם להוראות כל דין ובכלל זה חוזרי מנכ"ל וחוזרי מינהל רפואה נבחרים בתחום הרישום והמידע הרפואי.

הנחיות חוזר זה גובשו בשיתוף כלל הגורמים ובעלי העניין הרלוונטיים.

הואילו להעביר תוכן חוזר זה לידיעת כל הנוגעים בדבר במוסדכם.

בכבוד רב,


משה בר סימן טוב

העתק: ח"כ הרב יעקב ליצמן, סגן שר הבריאות
5901010419

תוכן עניינים

1	.....	אמות מידה לניהול רשומת מטופל במערכת הבריאות
3	.....	מבוא
3	.....	1. כללי
3	.....	2. מטרה
4	.....	3. הגדרות לחוזר זה (לפי סדר א-ב)
5	.....	4. סמכות ואחריות
6	.....	מחזור חיי הרשומה הרפואית
6	.....	שלב א' – כללי רישום ותיעוד רפואי
8	.....	שלב ב' – תהליך איסוף, בקרה וניהול רשומת מטופל
10	.....	שלב ג' – אחזור והפצה של מידע רפואי
14	.....	שלב ד' – שמירה וביעור
15	.....	סימוכין
16	.....	רשימת נספחים

נספח א' – מרכיבי רשומת המטופל ושדות ייעודיים מילוי על ידי מטפלים

1. מסמכים באחריות צוות רפואי
2. מסמכים באחריות אחיות
3. מסמכים באחריות מקצועות הבריאות

נספח ב' – שדות חובה

1. מסמך סיכום אשפוז/מכתב שחרור/העברה
2. ת"י 2111 - תכני מסמך סיכום אשפוז/מכתב שחרור/העברה.

נספח ג' - דוגמאות

1. רשימת תיוג
2. כתב ויתור סודיות רפואית

נספח ד' – דיווחי חובה ומתן עדות

הערה - המסמך מנוסח בלשון זכר או נקבה מטעמי נוחות בלבד, אך מכוון לשני המינים.

מבוא

1. כללי

ניהול רשומת המטופל נקבעת בפקודת בריאות העם, 1940 ובחוק זכויות החולה, התשנ"ו 1996 והוא מחייב כל מטפל וכל מוסד רפואי. רשומת מטופל הינה תיעוד המפגש המקצועי בין מטפל ומטופל ובין מטפלים, הדנים על טיפול במטופל. המפגש יכול להתקיים פנים אל פנים, באופן וירטואלי או דיגיטלי או ללא נוכחות. רשומת המטופל שייכת למוסד הרפואי בו היא נוצרה. המידע הרפואי שייך למטופל.

מחזור חיי רשומת מטופל, כולל ארבעה שלבים:

באחריות המטפלים:

1. יצירה ותיעוד של רשומת המטופל.

באחריות רשם מידע רפואי/ מנהלן רפואי והמחלקה לרישום ומידע רפואי; ובהעדרם המטפל עצמו (בקהילה):

2. איסוף ובקרה.

3. אחזור והפצה.

4. שמירה וביעור.

ניהול תקין של רשומת מטופל מסייע ל:

1. מתן טיפול מיטבי למטופל;

2. שמירה על רצף הטיפול;

3. שמירה על ההיסטוריה הרפואית והמשפחתית;

4. דיווח ותקשורת בין מטפלים;

5. בקרה ומעקב על העשייה הרפואית ואיכותה;

6. ניהול סיכונים, קביעת מדיניות וקבלת החלטות;

7. מחקר וקידום הבריאות והרפואה;

8. תמחור, גבייה והתחשבות כספית;

9. ראייה משפטית.

2. מטרה

קביעת אמות מידה אחידות, מובנות ומעודכנות בהתאם להתפתחויות אחרונות ברפואה ובטכנולוגיה, לניהול רשומת מטופל, בכל שלבי מחזור חייה עבור כלל מקצועות מערכת הבריאות.

מס"ד	נושא	הגדרה
1.	אבחנה רפואית ראשית (Main Diagnosis)	אבחנה רפואית שנקבעה או משוערת במהלך מפגש רפואי, לאחר בדיקת המטופל וביצוע בדיקות עזר בהתאם לצורך.
2.	אבחנה רפואית משנית	אבחנה רפואית אחרת (נוספת לאבחנה ראשית) המשפיעה על הטיפול, כגון: מחלות רקע ומצבים קודמים S/P או HISTORY OF
3.	אחזור מידע רפואי	מסירה או העברה של מידע רפואי מתוך רשומת המטופל.
4.	אפוטרופסות לגוף / עניינים רפואיים	מי שמונה כדין לאפוטרופוס לגופו או לגופו ורכושו יחד, של המטופל (למעט אפוטרופוס לרכוש בלבד).
5.	ועדת רשומות רפואיות מוסדית	ועדה שתפקידה ריכוז, עדכון, דיון, קבלת החלטות והמלצות בסוגיות הקשורות ברשומה הרפואית. הרכב הוועדה: נציג הנהלה רפואי, נציג הנהלה מהסיעוד, נציג מקצועות הבריאות, מנהלת המחלקה לרשומות רפואיות, נציג יחידת ניהול סיכונים ובטיחות המטופל, נציג ועדת הלסינקי מוסדי, נציג מערך המחשוב.
6.	טיפול רפואי	כל בדיקה, ייעוץ, חוות דעת רפואית, לרבות אבחון רפואי וטיפול מונע, טיפול סיעודי או טיפול פסיכולוגי וכיוצא באלה, הניתן על ידי מטפלים.
7.	לקוחות חוץ	כל גורם המבקש רשומה של מטופל ובכלל זה, המטופל עצמו, רופאים וצוות מטפל בקהילה, גורם מממן או מבטח, לשכות בריאות, מוסדות ממשלתיים, צה"ל, משטרה, חברות לאיסוף מידע רפואי, בתי משפט, המוסד לביטוח לאומי, שירותי רווחה, באי כוח ועורכי דין ועוד.
8.	לקוחות פנים	הנהלה וגורמים מטעמה, לשכה משפטית וצוות מטפל של המוסד הרפואי.
9.	מוסד רפואי	לעניין חוזר זה: מרפאה, בית חולים או כל מקום אחר בו מטפלים נותנים טיפול רפואי למטופלים, ובכלל זה - אמבולנס, מוקדי רפואה דחופה וכל גורם ארגוני-מוסדי או מטפל עצמאי המספק שירותי בריאות וטיפול רפואי לציבור הרחב או ללקוחות מוגדרים.
10.	מחלקה לרישום ומידע רפואי	מחלקה במוסד רפואי העוסקת בניהול שמירה ובקרה של מאגרי מידע רפואיים של מטופלים.
11.	מטופל	כל המבקש או המקבל טיפול רפואי לעצמו.
12.	מטפל	איש מקצוע בעל רישוי, תעודה, הרשאה או הסמכה אחרת במערכת הבריאות, לרבות כל בעל מקצוע שהכיר בו המנהל הכללי, בהודעה ברשומות, כמטפל בשירותי בריאות, וכל אדם אחר הנותן טיפול רפואי למטופל.
13.	מידע רפואי	כל מידע רפואי מזהה המתייחס באופן ישיר לטיפול רפואי, לבריאותי או למצבו הסוציאלי בהקשר רפואי, של אדם מסויים.
14.	מידע רפואי חסוי ביותר	מידע רפואי רגיש במיוחד, המסווג ברמת החיסיון הגבוהה לפי הנחיות אבטחת המידע של משרד הבריאות.
15.	מיופה כוח לקבלת מידע רפואי	בא כוח המטופל (מי שמונה על ידי המטופל) כמיופה כוחו לעניין קבלת מידע רפואי על המטופל או לקבלת החלטות בעניין הטיפול הרפואי בו.
16.	מנהל מוסד רפואי	אדם העומד בראש המוסד הרפואי ואחראי על ניהולו, לרבות ממלא מקומו.
17.	מפגש מקצועי	כל התקשרות ישירה או עקיפה אודות מטופל, הנעשית לצורך טיפול, יעוץ, הערכה, אבחון, מעקב, ביקורת ובדיקה, המתקיימת באמצעות מפגש, דיון, שיחת טלפון, שירותי בריאות מרחוק או באמצעים טכנולוגיים אחרים, שאינם בהכרח בחפיפת מקום וזמן.
18.	מרכיב ברשומת המטופל	כל רישום ותיעוד במסגרת מפגש מקצועי, למעט תרשומת אישית של מטפל.
19.	סיכום טיפול / מחלה / אשפוז	ריכוז וסיכום המידע הרפואי של מהלך טיפול נוכחי (סיכום אשפוז – רק לאחר אישור וחתימת רופא בכיר).

20.	סימול מידע רפואי	קידוד וסווג סוגי האבחנות והפעולות הרפואיות, בהתאם להנחיות משרד הבריאות.
21.	רופא בכיר	רופא בעל רישיון מומחה ברפואה בישראל שהוגדר כרופא בכיר במוסד הרפואי.
22.	רופא מטפל	רופא בעל רישיון לעסוק ברפואה בישראל, המטפל במטופל.
23.	רישום ותיעוד מידע רפואי	יצירה / רישום של רשומה רפואית אודות הטיפול במטופל, על ידי מטפל או עובד מוסד רפואי.
24.	רשומה רפואית / רשומת מטופל	מידע אודות מטופל, התייעוד של המפגש המקצועי בין מטפל ומטופל ובין מטפלים, הדנים על טיפול במטופל. הכולל בין היתר, פרטים מזהים של המטופל ושל המטפל וכן מידע רפואי בדבר הטיפול הרפואי שקיבל המטופל, עברו הרפואי כפי שמסר, איבחון מצבו הרפואי הנוכחי והוראות טיפול המתועד בדרך של רישום או צילום ובכל דרך אחרת.
25.	רשם רפואי ארצי	ממונה על אסדרה, פיקוח ובקרה על תחום הרישום, הדיווח, התייעוד, הסימול והקידוד של המידע הרפואי במערכת הבריאות
26.	רשם מידע רפואי / רשם רפואי	עוסק בניהול תקין ותקני של רישומי המידע הרפואי הנצברים אודות המטופלים במערך שירותי הבריאות הציבוריים והפרטיים באשפוז ובקהילה, על בקרת איכות וניהול הרשומה הרפואית והמידע הרפואי ועל קיום מידע רפואי מסומל במאגר מידע רפואי במוסד הרפואי או מינהלן רפואי בקהילה, עדיפות לבוגר הכשרה מקצועית ייעודית לניהול ובקרה איכותית וכמותית של הרשומה הרפואית.
27.	תומך בקבלת החלטות	מי שמונה על ידי בית המשפט לסייע לאדם המסוגל להחליט בעצמו, לקבל החלטות ולממשן, עבור המטופל, והוא מוסמך לסייע למטופל בכל ענייניו.
28.	תרשומת אישית של המטפל	רישום ותייעוד אישי של מטפל בגין התרשמותו, מחשבותיו וכיוצא באלה, ביחס למקומו של המטפל בהליך הטיפולי של המטופל, שלפי חוק אינם חלק מרשומת המטופל.

4. סמכות ואחריות

- 4.1. המנהל / המטפל במוסד רפואי – אחראי ליישם הוראות הדין בנוגע לרשומה הרפואית על כל מרכיביה.
 - מנהל המוסד הרפואי או מי מטעמו, אחראי על:
 - 4.1.1. ניהול, שמירה ובקרה של כלל רשומות המטופלים במוסד הרפואי.
 - 4.1.2. קביעת נהלים פנימיים ליישום חוזר זה.
 - 4.1.3. קיום מערך מיחשובי המאפשר שליפה של מידע מרשומת המטופל.
 - 4.1.4. מינוי ועדת רשומות רפואיות מוסדית.
- 4.2. המטפל - אחראי לתעד ולשמור ברשומת המטופל את פרטי המפגש המקצועי ויטכם את כלל הטיפול שניתן למטופל על ידו.
- 4.3. המחלקה לרישום ומידע רפואי / רשמים רפואיים או מנהלנים רפואיים – אחראית לביצוע בקרת תהליך ניהול המידע הרפואי.

1. רשומת המטופל ובכלל זה סיכום מחלה / ביקור יכתבו בשפה העברית (למעט חריגים שקיבלו פטור מיוחד בכתב מראש חטיבת הרפואה במשרד הבריאות). אין מניעה לכתוב גם בשפה נוספת (נוסף על עברית).
2. אבחנות ופעולות רפואיות יכתבו בהתאם למינוח רפואי בינלאומי הנבחר על ידי משרד הבריאות, באותיות דפוס, ככלל - ללא קיצורים וללא ראשי תיבות, ובעדיפות לרישום מודפס וממוחשב.
3. הרישום הרפואי יהיה קריא, ברור וחתום: שם מלא, תפקיד וחותרת עם מספר רישיון של המטפל עצמו.
4. קיימת חובת תיעוד של כל פעולה רפואית וטיפול שניתן, בסמוך ככל האפשר למועד הפעולה, המשקף נאמנה את הפעילות, לרבות שמות אנשי הצוות השותפים בה, בציון תאריך ושעת המפגש המקצועי, תאריך ושעת התיעוד.
5. לכל מטופל תהיה רשומה אחת אחודה הכוללת:
 - 5.1 פרטים מזהים של המטופל: שם מלא (פרטי ומשפחה), מספר זהות, שם פרטי, שם משפחה, שם אב, שם אם, מין (ביולוגי) ורצוי גם מגדר, תאריך לידה, ארץ לידה, מצב משפחתי, מספר ילדים, כתובת ומספר טלפון, כתובת וטלפון של קרוב משפחה למצבי חירום, פרטי אפוסטרופוס, מיופה כוח לטיפול רפואי / מתמשך, או תומך בקבלת החלטות (אם קיים) וגורם מממן.
 - 5.2 כל המידע הרפואי אודות המטופל באותו מוסד רפואי ובכלל זה: כל מסמך לרבות מסמך אלקטרוני, שהוא חלק מהרשומה הרפואית, הכולל את פרטי המטופל, פרטי המוסד הרפואי: שם המוסד ושם היחידה המטפלת, עם הסמל הרשמי סמליל (לוגו) או נייר רשמי של המטפל ופרטי התקשרות עימו.
 - 5.3 כל מידע רפואי אודות המטופל בכל אמצעי טכנולוגי או מדיה בו הוא נוצר או נשמר.
 - 5.4 תיעוד ממצאים של בדיקות מעבדה ופיענוח הדמיות למיניהן, חומר נלווה כגון: דימות, דפי אבחון והערכה, פרפרטים פתולוגיים.
 - 5.5 תוצאות בדיקות בתרשים, בפלט ו/או בקובץ דיגיטלי ממכשירי בדיקה וניטור וכדומה, כל מידע רפואי שהתקבל מהמטופל, מי מטעמו או מכל גורם רפואי אחר.
6. אין לנהל רשומה כפולה או תיקים מפוצלים, למעט חריגים, עליהם יקבעו כללים יעודיים.
7. רשומת המטופל תתועד בשיטה המאפשרת שליפה זמינה ומהירה.
8. הרישום הרפואי ותיוקו ייעשו תוך שמירה על רצף כרונולוגי.
9. בכל רשומת מטופל תהיה אפשרות להוסיף שדות יעודיים על פי צורך ודרישה.
10. לכל מקצוע טיפולי יוקצה מקום ייעודי ברשומת המטופל, בו יוכל ויהיה רשאי כל מטפל להוסיף מידע. יש להקפיד על רישום ותיעוד בשדות יעודיים.
11. רשומת המטופל תכיל את כל שדות החובה כמפורט בנספחי חוזר זה.
12. סיכום מחלה / אשפוז יופק בשלושה עותקים:
 - 12.1 למטופל;
 - 12.2 לגורם הרפואי המפנה / המממן;
 - 12.3 לרשומת המטופל.
13. שינוי ותיקון רשומת מטופל (ידנית / ממוחשבת)
 - אין לבטל או למחוק מידע מתוך הרשומה הרפואית.
 - אין להעלים רישום שגוי בכל דרך או צורה שהיא, כגון: שימוש בנוזל מחיקה לתיקון שגיאות בתדפיס.
 - כל שינוי מהותי ברשומת מטופל מחייב אישור ועדת רשומות רפואיות מוסדית שמונתה לפי סעיף 4.1.4.
 - שינוי, עריכה ותיקונים ברשומת המטופל יבוצעו אך ורק בהתאם לכללי הרישום והתיעוד הבאים:
 - 13.1 שינוי, תוספת ותיקון רשומת מטופל ידנית
 - 13.1.1 כל רישום לרבות תיקון יתבצע רק בעט ולא בעפרון ובתנאי שלא יסתיר את הרישום המקורי.
 - 13.1.2 בכתב ברור וקריא יצוין: תאריך ושעה של ביצוע השינוי, שם מלא, חתימת המטפל, ומספר רישיונו של המטפל שביצע את השינוי.

- 13.1.3. בכל שינוי יש לנמק את הסיבה לביצוע התיקון או העריכה, בדף נלווה.
- 13.1.4. סיכום טיפול, מחלה או אשפוז יאושר בחתימת רופא בכיר, בצירוף חתימתו חותמת ומספר רישיון.
- 13.2. שינוי, תוספת ותיקון רשומת מטופל ממוחשבת
- 13.2.1. רישום ידני שנוסף על תדפיס רשומה ממוחשבת – יוקלד כמסמך חדש כדלהלן או בסריקת המסמך למחשב.
- 13.2.2. תיקון ברשומת מטופל, דורש יצירת גרסה חדשה בנוסף לקודמת ונעילת גרסה בסיום התיקון, כולל תאריך ושעת נעילה חדשה. לאחר ביצוע תיקון כאמור, יש להציג את הגרסה האחרונה (אלא אם כן נדרש אחרת ובמפורש).
- 13.3. הצגת רישום שגוי
- 13.3.1. הצגה ו/או הפקה של תיקון רישום ברשומת המטופל תופק בהרשאה מיוחדת ולפי דרישה, כגון לפי בקשת המטופל, או בצו בית משפט.
- 13.3.2. אם נערך שינוי ברשומה או בסיכום הטיפול לאחר שיחרור המטופל, יש לעדכן / ליידיע את המטופל על כך (אם מדובר במטופל מבריאות הנפש - לאחר אישור מנהל המחלקה), את הרופא המפנה / גורם מממן, ואת המחלקה לרישום ומידע רפואי/ הרשם הרפואי או המנהלן הרפואי ולהעביר אליהם את הגרסה המתוקנת של הרשומה או הסיכום המעודכן.
14. סיכום מחלה / אשפוז / סיכום פטירה
- יפרט את רצף האירועים באשפוז. רצוי לצרף דו"ח ניתוח באם בוצע.
15. דו"ח ניתוח
- בדו"ח הניתוח ירשמו פרטי המשתתפים בנייתוח (שם המנתח הראשי, מנתח אחראי ומנתחי משנה, אחות רחוצה ואחות מסתובבת, סניטר), שמות המרדמים, שעת התחלת הרדמה, שעת התחלת ניתוח, שעת סיום ניתוח ושעת סיום הרדמה, התוויה לניתוח, הכנת המטופל לניתוח, ממצאי הניתוח, ההרדמה והניתוח שבוצע, לרבות הערכה כמותית של אובדן דם ולקיחת דגימות למעבדה, כולל פתולוגיה. ארועים חריגים בנייתוח ככל שישנם. תיעוד שינוי, תוספת ותיקון הדו"ח לאחר שנחתם ככל שנעשו בהתאם לאמור בסעיף 13 לעיל).
16. רשומת מטופל תכיל את מרכיביה בשדות ייעודיים למילוי על ידי המטפלים השונים, וכל מטפל ימלא את המידע במקום המיועד לו (נספח א').
17. דיווחי חובה ומתן עדות בהתאם להוראות הדין לגבי מטופל – (נספח ד').
- כל דיווח שמועבר, יישמר ויתועד על פי חוק.
- דיווחים שניתנים לצרכים משפטיים ינתנו במסמך רשמי מתאים, לפי העניין (תעודת רופא או בדרך דומה).
18. אבטחת המידע
- 18.1. שמירת הרשומות ואבטחת המידע – יהיו בהתאם לנהלי אבטחת מידע של משרד הבריאות.
- 18.2. רשומת המטופל תישמר במקום שיבטיח את שמירת הסודיות הרפואית והגנת הפרטיות.
- 18.3. כניסה לרשומת המטופל, רישום ותיעוד ברשומה ועיון בה יעשו רק על פי הרשאות אישיות שניתנו למטפלים ולעובדים בהתאם לתפקידם, ועל פי נוהל פנימי למתן הרשאות במוסד הרפואי.
- 18.4. חל איסור מוחלט על גישה לרשומת מטופל ללא הרשאה או שלא לצורך טיפול בו, או עם רשות חוקית אחרת.
19. שמירת רשומת מטופל
- 19.1. עם שחרורו של מטופל ממוסד רפואי, יצורפו כל רשומותיו במלואן, ויועברו למחלקה לרישום ומידע רפואי במוסד הרפואי.
- 19.2. רשומות רפואיות בקהילה (סיכום ביקור, ייעוץ, טיפול וכדומה) יועברו למנהלן הרפואי בקהילה.
- 19.3. אם נמסרו רשומות לשמירה על ידי המטופל עצמו – הדבר יתועד וישמר.
- 19.4. כללי שמירה וביעור – ראו שלב ד' לחוזר זה.

1. כללי

איסוף המידע הרפואי של כל מטופל יהיה מלא ויתבצע באופן שוטף על ידי עובדי המחלקה לרישום מידע רפואי או על ידי מנהלנים רפואיים ובהעדרם על ידי המטפל עצמו.

2. אחריות

המחלקה לרישום ומידע רפואי במוסדות אשפוז ומקבילתה בקהילה ובהעדרם על ידי המטפל עצמו.

3. איסוף, בקרה ונגישות של רשומת מטופל

הנחיות	הערות
<p>3.1. <u>איסוף המידע הרפואי</u> יבוצע באופן שוטף:</p> <p>(1) עדכון מערכת המידע במחלקה לרישום ומידע רפואי / המינהלן הרפואי בקהילה על קבלת רשומת המטופל.</p> <p>(2) השלמה כמותית של המידע הרפואי, בין אם ממוחשב או אחר – יש לדאוג לצירוף כל המידע הרפואי הרלוונטי ובכללו גם זה שהמטופל מביא עמו, מסר או הציג בקבלתו.</p>	<p>על פי הוראות כל דין ובהתאם לסמכויות והאחריות של פרק המבוא לחוזר זה.</p>
<p>3.2. <u>בקרה כמותית</u> לשלמות רשומת מטופל:</p> <p>(1) מילוי רשימת תיוג מובנית (נספח ג'1 לחוזר זה).</p> <p>(2) וידוא דיווחי חובה.</p>	
<p>3.3. <u>בקרה איכותית של הרישום</u> הרפואי וקביעת הסימול הרפואי המתאים ביותר לאבחנה ולפעולה רפואית של כל מטופל.</p> <p>(1) סימול מידע רפואי יבוצע בהתאמה לממצאי תוצאות מעבדה ומרכיבי רשומת המטופל (סיכום האשפוז, דו"ח ניתוח וכו').</p> <p>(2) הרישום הרפואי הממוחשב (קידוד אוטומטי) ייבדק על ידי רשם מידע רפואי/מנהלן רפואי, אשר יקבע את הסימול הרפואי הסופי ברשומת המטופל.</p> <p>(3) רשם מידע רפואי / מנהלן רפואי יבצע לחילופין את אחד מהבאים:</p> <p>א. יקבע סימול מידע רפואי של אבחנה / פעולה מתאים ומשקף;</p> <p>ב. יאשר את הקידוד האוטומטי, שבוצע על ידי הרופא בתיק הממוחשב;</p> <p>ג. ישנה סימול מידע רפואי (אם הקוד אינו נכון / מתאים או משקף), בתיאום עם הרופא הבכיר, על פי נוהל פנימי שייקבע בכל מוסד רפואי;</p> <p>ד. יוסיף או ישלים סימול מידע רפואי של אבחנות / פעולות למערכת הדיווח של פעילויות במוסד הרפואי.</p>	<p>בשדה ייעודי לרשם רפואי. סימול המידע הרפואי, בהתאם להנחיות ולכללים של שיטת הסימול הנבחרת של משרד הבריאות.</p>
<p>3.4. <u>בקרה מנהלית</u> בודקת שמספר הרשומות הרפואיות בתהליך שחרור המטופלים שווה למספר המטופלים שהתקבלו במוסד הרפואי.</p>	<p>באמצעות דו"חות מחשב</p>
<p>3.5. <u>אחסון</u> רשומת מטופל תהיה במקום קבוע ומאובטח שיועד לכך בהתאם לכללים.</p>	
<p>3.6. <u>נגישות</u></p> <p>(1) רשומת מטופל תישמר במקום נגיש לצוות מורשה בכל שעות היממה.</p> <p>(2) מידע רפואי ברשומת מטופל יהיה פתוח לצפייה בהתאם להרשאות שייקבעו מראש על ידי המוסד הרפואי ועל פי הוראות כל דין.</p>	

נושא	הנחיות
4.1. רשומת מטופל לאחר שחרור, העברה או פטירה	(1) איסוף כלל המסמכים של המטופל, סמוך ככל האפשר לשחרורו. (2) יש לוודא שהתיק מכיל את כל המסמכים והבדיקות; שסיכום האשפוז/ הטיפול מושלם ומכיל אבחנה ראשית, פעולה ראשית (אם התבצעה), שם מלא, חתימה, תאריכי קבלה ושחרור.
4.2. תיק המסמכים	על פי רשימת תיוג ועל פי סדר כרונולוגי, סדר חשיבות או סדר אחר כפי שייקבע בנוהל פנימי.
4.3. העברת רשומת מטופל לאתר אחר באותו מוסד	תועבר בשלמותה עם כל הרשומה שנוצרה עד למועד ההעברה.
4.4. בעת שחרור מטופל ממוסד רפואי	כל תכולת הרשומה מהאתרים השונים תועבר למחלקת רשומות ומידע רפואי באשפוז או למקבילתה בקהילה.
4.5. העברה לאשפוז במוסד רפואי אחר	יועבר סיכום אשפוז / טיפול והמסמכים הנדרשים באישור גורם רפואי מוסמך.
4.6. העברה בין מחלקות בריאות הנפש	העברת סיכום מחלה ומסמכים נדרשים (כגון צו/הוראת בדיקה או אשפוז, לפי הצורך) באישור רופא פסיכיאטר.
4.7. מועדי העברת תיקים רפואיים למחלקה לרישום ומידע רפואי (בבי"ח או בקהילה)	<u>מאשפוז / פטירה - לא יאוחר מ-14 יום לאחר שחרור / פטירה של המטופל מהמוסד הרפואי.</u> <u>בכל מקרה אחר - כגון: אשפוז יום / מרפאות חוץ / מכוניס בבתי החולים ובקהילה - העברת התיק הרפואי המלא ביום השחרור.</u>
4.8. שינוע ואיסוף רשומת מטופל אל המחלקה לרישום ומידע רפואי או מקבילתה בקהילה	רשומת המטופל תועבר תוך הקפדה מלאה על אבטחת המידע ושמירת פרטיות וסודיות רפואית של המטופלים.
4.9. בקשה לאחזור מידע רפואי	בקשה לאחזור רשומת מטופל או מידע רפואי תטופל על ידי המחלקה לרישום ומידע רפואי, או על ידי המינהל הרפואי או מטפל עצמאי (בקהילה) או גורם אחר שהסמיך מנהל המוסד הרפואי. <u>במהלך אשפוז / טיפול רפואי מתן מידע רפואי לבקשת המטופל או מי מטעמו הוא באחריות הרופא / מנהל המחלקה.</u> <u>הבקשה ופירוט המידע שנמסר יתועדו ברשומת המטופל.</u>

1. כללי

כל בקשה למתן / מסירה / העברת מידע- תתועד, לרבות אופן הזיהוי, מועד ופרטי מבצע הבקשה.

2. אחריות

המחלקה לרישום ומידע רפואי ומקבילתה בקהילה ובהעדרם המטפל עצמו או מינהלן רפואי (בקהילה).

נושא	הנחיות
3. מסירת מידע רפואי / רשומת מטופל	<p>1. <u>למטופל עצמו</u> לפי בקשתו, לאחר הצגת תעודה מזהה (תעודת זהות או רישיון נהיגה או דרכון - בתוקף) עם תמונה.</p> <p>2. <u>בא כוח המטופל</u>, לאחר שהמטופל נתן את הסכמתו למסירת המידע הרפואי (כתב ויתור על סודיות רפואית / ייפוי כוח המתייחס לנושא מידע רפואי) ותעודה מזהה של בא כוחו.</p> <p>3. <u>למטפל ממוסד רפואי אחר</u>, לצורך המשך טיפול במטופל, על פי בקשה כתובה עם סמליל (לוגו), חותמת וחתימה.</p> <p>4. לצרכי דיווח חובה - בהתאם להוראות כל דין.</p> <p>5. <u>למוסד הרפואי המטפל או לעובד של אותו מוסד רפואי</u>, לצורך עיבוד המידע, תיקו או דיווח עליו על פי דין.</p> <p>6. <u>למטרות מחקר או הוראה ולפרסום מדעי</u>, בתנאי שלא נחשפו פרטים מזהים של המטופל, ונמסר המידע המינימלי וההכרחי, באישור ועדת הלסינקי.</p>
4. הטיפול בבקשה למסירת מידע רפואי	<p>1. וידוא כי התקבלו כל הפרטים המלאים של המטופל ואיתור פרטי המטופל.</p> <p>2. איתור המידע הרפואי והעברתו לגורמי פנים ולגורמי חוץ, כדלהלן: א. דיווח במערכת הממוחשבת על פרטי הבקשה. ב. מסירת המידע הרפואי לגורם המבקש, בכפוף להוראות כל דין.</p>
5. מקרים בהם נדרש כתב ויתור על סודיות רפואית	<p>אין למסור מידע רפואי באמצעות הטלפון.</p> <p>(1) המטופל מבקש לקבל מידע רפואי באמצעות צד שלישי או להעביר מידע רפואי לצד שלישי.</p> <p>(2) מטופל מבקש לקבל מידע רפואי בדרך בה לא ניתן לוודא את זהותו פנים אל פנים, כגון: בדואר, דואר אלקטרוני וכדומה.</p> <p>(3) לצד שלישי המבקש מידע רפואי על מטופל (למעט העברת מידע לקרוב משפחה מדרגה ראשונה או אדם אחר, עליו הורה המטופל במהלך טיפול ואשפוז. יש לתעד את ההוראה ואת פרטי הקרוב).</p>
6. כתב ויתור על סודיות רפואית	<p>כתב ויתור סודיות רפואית יכלול את כל אלה:</p> <p>(1) פרטי המבקש ופרטי הקשר איתו.</p> <p>(2) תאריך הבקשה.</p> <p>(3) פרטים מלאים של המטופל: שם מלא, מספר תעודת זהות, שנת הלידה כתובת ומספר טלפון.</p> <p>(4) פירוט הסכמת המטופל למסירת מידע רפואי הכולל הגדרת סוג המידע לגביו נתנה ההרשאה וזהות המוסדות והארגונים אליהם מופנה כתב ויתור סודיות רפואית.</p> <p>(5) שחרור מחובת הסודיות ומטענות ותביעות כתוצאה מהפרת הסודיות הרפואית או בגין הפרת הסודיות.</p> <p>(6) הסייגים לויתור על הסודיות הרפואית בהתאם לבקשת המטופל.</p> <p>(7) חתימת המטופל ותאריך.</p> <p>(8) חתימת עד מהימן המאשר כי המטופל חתם בפניו (רופא, אחות, עו"ד, מקצועות הבריאות ברשיון, רשם רפואי או מינהלן רפואי, מורשה חתימה בבנק וסוכן ביטוח), כמפורט בדוגמה לטופס המצ"ב בנספח ג'2 לחוזר זה, ולחילופין העתק תעודה מזהה של המטופל.</p>
7. קבלת כתב ויתור סודיות רפואית	<p>על מקבל כתב ויתור הסודיות הרפואית (הגורם המתבקש למסור מידע) במקרים שהוזכרו לעיל, לוודא ולאמת את הנושאים המפורטים להלן:</p> <p>(1) קיום פרטים מלאים של המטופל ושל העד;</p> <p>(2) חתימת המטופל וחתמת העד;</p> <p>(3) תאריכי הבקשה וסייגים (אם יש);</p> <p>(4) טופס מקורי או "העתק מתאים למקור" המאושר כדין על ידי עורך דין או בית משפט;</p> <p>(5) חתימה בעט ולא באמצעים המאפשרים מחיקה או זיוף;</p>

נושא	הנחיות
	<p>(6) וידוא כי הטופס מתייחס אל אותו מוסד רפואי או סוג מוסד ;</p> <p>(7) תאריך החתימה על כתב ויתור סודיות רפואית יהיה בפרק זמן סביר בהתאם לנסיבות ולנוכח מטרת כתב ויתור הסודיות הרפואית (אם ידועה). <u>בכל מקרה של ספק יבוצע ברור מול המטופל.</u></p>
8. ויתור סודיות רפואית בעל פה	<p>במקרים בהם המטופל נמצא במוסד רפואי, ונמנע ממנו לחתום על ויתור סודיות רפואית בכתב, יינתן הויתור בעל-פה בנוכחות שני עדים, ובלבד שהסכמתו לויתור על הסודיות הרפואית תתועד בכתב ברשומה הרפואית שלו, סמוך ככל האפשר לאחר מכן.</p>
9. פנייה אישית של המטופל	<p>לאחר הצגת תעודה מזהה רשמית הכוללת תמונה</p> <p>(1) <u>חתימה על כתב ויתור סודיות רפואית</u> – מטופל המבקש כי רשומת המטופל שלו תימסר לידי נציג מטעמו או לגורם אחר, יחתום על כתב ויתור סודיות רפואית עבור הנציג מטעמו, עם אימות זיהוי של המטופל ומיופה הכוח.</p> <p>(2) <u>אישור קבלת מסמכים</u> – במסירה אישית למטופל או לידי מיופה כוח- מיופה הכוח יחתום על טופס המאשר את קבלת המסמכים המצולמים. יש לשמור צילום של כתב הויתור על הסודיות הרפואית ויפוי הכוח.</p> <p>(3) <u>בקשה לתשלום</u> – בהתאם להנחיות משרד הבריאות העתק צילום רשומת המטופל כרוך בתשלום בהתאם לתקנות זכויות החולה (תשלום מרבי בעד מסירת העתק רשומה רפואית או עיון בה), תשע"ט-2019 ותעריפון משרד הבריאות.</p>
10. פנייה באמצעות מיופה כוח	<p>מיופה כוח יכול להיות כל גורם הפונה בשמו של המטופל, ובתנאי שהמטופל נתן לו כתב ויתור על סודיות רפואית (בנוסף לייפוי הכוח), המאפשר למיופה הכוח לקבל מידע רפואי בשמו.</p> <p>במקרה בו מטופל נתן כתב ויתור סודיות רפואית לאחר הכולל אפשרות למנות "מי מטעמו" (או נוסח דומה) לאיסוף המידע, ניתן למסור מידע לגורם אוסף, אם הציג, בנוסף לכתב ויתור הסודיות, גם יפוי כוח מאת מי שלטובתו ניתן כתב ויתור סודיות רפואית.</p>
11. פנייה באמצעות מיופה כוח / אפטרופוס לגוף / לרוכש / תומך בקבלת החלטות	<p>במקרה שקיים אפטרופוס לעניינים אישיים או רפואיים (לגוף) למטופל (או תומך בקבלת החלטות - אם הורשה בצו המינוי לחתום בשמו של המטופל בצו המינוי מבית המשפט), הוא רשאי לחתום בשם המטופל על כתב ויתור סודיות רפואית.</p> <p>יש להקפיד שצו המינוי יהיה תקף (אם ניתן לזמן מוגבל).</p> <p>על האפטרופוס להציג צו אפטרופוסות בתוקף מבית המשפט כמקור או כהעתק מאושר כ"נאמן למקור", ולהזדהות בתעודה מזהה שלו. בדרך כלל, אפטרופוסות לרכוש בלבד אינה רלוונטית לקבלת מידע רפואי. (לגבי אפטרופוס לקטין ראה סעיף 16)</p>
12. פנייה ביחס למטופל שנפטר	<p>ככלל, ניתן למסור מידע רפואי אודות נפטר ליורשי הנפטר (פרט למקרים חריגים): המבקש יציג אחד מהמסמכים הבאים (מקור או "העתק מתאים למקור"):</p> <p>(1) צו ירושה בו הוא רשום כירוש, או כאחד היורשים ;</p> <p>(2) צו קיום צוואה בו הוא רשום כירוש או כאחד היורשים ;</p> <p>(3) צו בית משפט המאשר מסירת המידע לטובת המבקש (לדוגמה במהלך הליכי ירושה/ עיזבון).</p> <p>(4) תצהיר של המבקש, מאומת כדין בפני עורך דין, הכולל- שם מלא (פרטי ומשפחה) של המבקש ומספר תעודת זהות, והצהרה של המבקש כי הוא יורש של הנפטר (יש לציין אם על פי דין או על פי צוואה, ואם צוואה – יש לצרף אותה לתצהיר), וכן - שאין יורשים נוספים, או – שכל היורשים האחרים מסכימים או לא מתנגדים למסירת המידע למבקש, והמבקש אינו מתנגד למסירת המידע ליורשים אחרים.</p> <p>חריגים: אם הצהרת המבקש סותרת את המידע המפורט ברשומת המטופל של המנוח (כגון: שידוע שהיה גרוש / קיום סכסוך במשפחה), או שידוע שהמנוח התנגד למסור מידע למבקש, או כשהיורש אינו קרוב משפחה של המטופל, וכיוצא באלה, לא ניתן להסתפק בתצהיר או בצו ירושה/קיום צוואה, אלא יש לקבל צו ספציפי מבית משפט.</p>

נושא	הנחיות
13. פנייה ממוסדות רפואיים אחרים	יש לוודא כי הבקשה הועברה על גבי טופס רשמי עם סמליל (לוגו) של המוסד הרפואי המבקש, וכוללת פרטי המטופל, כמו כן נלווים לבקשה שם מלא, חתימה וחותמת של הרופא המבקש/ אחות טיפת חלב. העברת העתק רשומת מטופל למוסד רפואי אחר ללא הסכמת המטופל מותרת רק לצרכי המשך טיפול במטופל, ולא לצרכים משפטיים, מנהליים או אחרים.
14. פנייה לקבלת מסמכים "חסויים ביותר"	כגון: IVF, פסיכיאטריה של הילד; הפסקת הריון; בריאות הנפש ובכלל זה בתי חולים פסיכיאטריים; חסיון על פי בקשת המטופל; איידס; גנטיקה; התמכרויות לסמים; תרומת זרע/ביצית; אימוץ; אונס ותקיפה מינית; מחלות מין (1) מותנית בקבלת כתב ויתור סודיות רפואית מיוחד ומפורט המתייחס מפורשות גם למידע הרפואי הנחשב "חסוי ביותר" ונושא תאריך עדכני סמוך למועד הבקשה. (2) קבלת המסמכים תעשה במשנה זהירות אך ורק באמצעות מחלקת רשומות ומידע רפואי או מקבילתה בקהילה. מידע שירשם ו/או שיסומן כחסוי או חסוי ביותר על ידי הגורם המטפל - לא יימסר, אלא באישור הגורם המטפל.
15. פנייה ממשטרת ישראל	יש לזהות את השוטר באמצעות תעודת שוטר. הפנייה תבוצע על ידי העברת אחד משלושה המסמכים הבאים: (1) כתב ויתור על סודיות רפואית - לטובת המשטרה, חתום על ידי המטופל. (2) צו להמצאת מסמכים למשטרה - חתום על ידי שופט. (3) בקשה מנומקת לקבלת המידע הרפואי בהתאם לחובה / סמכות על פי דין - בציון המקור החוקי. * בבריאות הנפש - פניה בכתב משוטר שהוא קצין בדרגת סנ"צ ומעלה, יחד עם אישור מנהל מחלקה פסיכיאטרית או פסיכיאטר מחוזי - לפי הוראות חוק טיפול בחולי נפש. ** בבקשה לקבלת מידע "חסוי ביותר" - בהתאם להנחיות סעיף 14 בטבלה זו. אם מתקבל צו שיפוטי שאינו מנומק ויש טענת חסיון מיוחדת המצדיקה להתנגד למסירת המידע הרפואי למשטרה יש לפנות לייעוץ משפטי.
16. מטופל קטין	אחד מהורי הקטין או אפוטרופוס ממונה על קטין יחתום על כתב ויתור הסודיות הרפואית בשם הקטין. ניתן להסתפק בכתב ויתור סודיות רפואית של אחד ההורים בתנאי שלא ידוע שההורה השני מתנגד (אז יש לקבל חתימת שניהם).
17. מקרים מיוחדים	בכל בקשה למידע רפואי המתייחסת למקרה "חסוי", כגון: ביקור שהוגדר כחסוי, כולל אחמ"ים (כגון: ראש הממשלה, נשיא, שופטים וכיוצא בזה), חובה להתייעץ עם הלשכה המשפטית של המוסד הרפואי, בטרם העברת רשומת מטופל לגורם המבקש.
18. חריג - אי מסירת מידע רפואי למטופל	אין למסור מידע לפי כתב ויתור סודיות רפואית שעליו חתם המטופל, אם נקבע על ידי מטפל בהחלטה מנומקת, שאושרה כמפורט להלן, שהמידע עלול לגרום נזק חמור לבריאותו הגופנית או הנפשית של המטופל, או לסכן את חייו; החלטת המטפל כי אין למסור המידע למטופל מהסיבות לעיל, טעונה אישור ועדת האתיקה של המוסד הרפואי.
19. מקרים בהם לא נדרש ויתור סודיות רפואית	ישנם גורמים בעלי סמכות על פי דין לקבל מידע רפואי לצורך מילוי תפקידם, וזאת ללא כתב ויתור סודיות רפואית או ללא הסכמת המטופל. יש להבטיח שהעברה ושימוש במידע הרפואי יתבצעו בדרך נאותה השומרת על חיסיון. להלן רשימה חלקית: (1) צה"ל - פוקד שהוא רופא בלשכת גיוס, עובדים סוציאליים לחוקים שונים (פקידי סעד), בתי משפט וחלק מבתי הדין, משרד הבריאות בנושאים מסויימים ועוד. (2) מוסד לביטוח לאומי - הגשת תביעה לזכויות בעניינים רפואיים (נכות וכדומה) - כרוכה בחתימה על כתב ויתור סודיות. העד המאמת לעניין זה יכול להיות פקיד מוסמך של המוסד הלאומי. (3) אגף השיקום במשרד הביטחון - ויתור על הסודיות הרפואית הוא חלק מהבקשה להכרה כנכה צה"ל, ואגף השיקום הוא מבטח רפואי נוסף של נכי צה"ל ולכן במקרה של דרישת מידע מאגף השיקום במשרד הביטחון ביחס לטיפול בנכה צה"ל - אין צורך לדרוש בכל פעם הצגת כתב ויתור סודיות רפואית.

נושא	הנחיות
	<p>4) קופת החולים בה רשום המטופל - פטורה מהצגת כתב ויתור סודיות רפואית לצרכי המשך טיפול במטופל, ולצרכי התחשבות ביחס למבוטח, וזאת מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי.</p> <p>5) בכל מקרה אחר בו נדרשת מסירת העתק רשומת מטופל ללא הסכמת המטופל – יש לדרוש מהמבקש להצביע על מקור הסמכות ולהיוועץ בלשכה המשפטית של המוסד הרפואי.</p>
20. הוצאה של רשומת מטופל	<p>העברת רשומה מקורית בתוך המוסד הרפואי: אין לתת רשומת מטופל מקורית או חלקים ממנה למטופל או למלווה שלו, והעברה בתוך המוסד תיעשה באמצעות עובד מוסמך מטעם המוסד הרפואי.</p> <p>לצורך מחקרים ועיון, גישה לרשומה תיעשה בתחומי המוסד הרפואי, תוגבל בזמן ותהיה מלווה בפיקוח, ומותנית במתן התחייבות בכתב להחזרתה ולשמירה על הסודיות הרפואית על ידי המבקש.</p>
	<p>אין להוציא רשומת מטופל מקורית או חלקים ממנה לגורם מחוץ למוסד הרפואי, אלא באישור מנהל המוסד הרפואי ובהתאם להוראות חוזר זה ולדרישות החוק. הצגת רשומה מקורית בהליך משפטי תיעשה לפי צו שיפוטי, ותוצג על ידי עובד המוסד הרפואי.</p> <p>רשומת מטופל אשר הוצאה מכל סיבה אחרת, חייבת להגיע חזרה למחלקה לרישום ומידע רפואי תוך 72 שעות (למעט במקרים של אשפוז).</p>
21. צילום הרשומה הרפואית	<p>ככלל, יש להימנע ככל הניתן מצילום רשומת מטופל במהלך האשפוז או הטיפול, אלא אם כן מבקש המטופל או נציגו חוות דעת שנייה במהלך הטיפול או שיש סיבה עניינית אחרת. יש להבהיר למטופל שרשומה במהלך האשפוז/טיפול אינה שלמה עדיין.</p> <p><u>אין למסור רשומת מטופל מקורית, אלא באישור מנהל המוסד הרפואי ומסיבות שיתועדו.</u> יש לתעד מסירת רשומה מקורית לשמירה בידי המטופל.</p>
22. פרסום אודות דרכי התקשרות בדבר המידע הרפואי	<p><u>מוסד רפואי יפרסם באתר שלו</u></p> <p>1) טופס בקשה לקבלת העתק סיכום מחלה / שחרור / טיפול.</p> <p>2) פירוט דרכי הפניה ודרישות נוספות לשם קבלת המידע (כגון: לצרף צילום תעודת זהות, תשלום, כתב ויתור סודיות רפואית וכיו"ב).</p> <p>3) זמן מענה לפנייה, והדרכים בהם ינתן מענה לפנייה.</p> <p>4) שעות קבלת קהל, דרכי התקשרות ודרכי הגעה.</p> <p>5) התעריפים לקבלת העתק רשומת מטופל.</p>

1. כללי

בחוק הארכיונים, תשט"ו-1955 ובתקנות הארכיונים (ביעור חומר ארכיוני במוסדות המדינה וברשויות המקומיות), תשמ"ו-1986, נקבעו במהלך השנים משנת 1955 ואף בימים אלו, תקופות אחזקה לחומר ארכיוני, מסמכים ורשומות המנוהלים במוסדות המדינה השונים. תקנות בריאות העם (שמירת רשומות), התשל"ז-1977 ופרק ה' לחוק זכויות החולה מסדירים את החובה לשמירת התיעוד הרפואי במוסדות שאינם ממשלתיים.

2. אחריות

המחלקה לרישום ומידע רפואי ומקבילתה בקהילה - ובהעדרם ע"י המטפל עצמו.

3. ניהול מידע בניירת

ביעור חומר בהתאם להנחיות מביא לחסכון במקום אחסון ובמשאבים כספיים ומאפשר שמירה יעילה ובטוחה של חומר רב שערכו מצדיק שמירה לתקופות ארוכות או לצמיתות.

4. ניהול מידע דיגיטאלי

גנזך המדינה אשר אמור על פי חוק להנחות את עובדי מערכת הבריאות הממשלתית בתחום ניהול המסמכים ושמירתם, הפיק סדרת נהלים שמתייחסים לניהול דיגיטאלי שלהם. מטרת נהלים אלו להבטיח שמירה מסודרת של המסמכים הדיגיטאליים ויכולת אחזור שלהם. ההנחיות מתאימות גם למוסדות שאינם ממשלתיים.

5. הפסקת פעילות של מוסד רפואי או מטפל

מוסד רפואי המשנה בעלות או ניהול ידאג להמשכיות שמירת רשומות המטופלים במסגרת השינוי כדי להבטיח רצף טיפול וזכויות המטופלים לקבל מידע והעתק מרשומותיהם.

בית חולים שנסגר ואין בית חולים שנפתח במקומו וממשיך את פעילותו – יודיע על כך מיד לרשם הרפואי הארצי במשרד הבריאות, ויאפשר העברת הרשומות לבית חולים ממשלתי או לגורם אחר שיורה משרד הבריאות (לרבות המטופלים עצמם).

מטפל שהפסיק את פעילותו הרפואית מכל סיבה, יש לדאוג להעברת רשומות המטופלים לידי – המטופלים, או קופת החולים בה הם חברים, או גורם מתאים אחר, ובמידת הצורך יש לפנות להתייעצות עם הרשם הרפואי הארצי במשרד הבריאות.

6. תקופות שמירה וביעור

בהתאם להוראות כל דין.

חוזרים מרכזיים (רשימה חלקית) אשר שימשו בסיס להנחיות חוזר זה:

חוזר מינהל רפואה הודעה על מחלות מדבקות מס' 27/1990

חוזר מנהל כללי מס' 6/1996 – הרשומה הרפואית

חוזר מנהל הרפואה מס' 28/1997 – רשומה סיעודית נוהל שמירה ותיק

חוזר מינהל רפואה מס' 23/1998 – חובת הודעה על פטירות ואירועים מיוחדים

חוזר מנהל הרפואה מס' 55/1999 – נוהל רשומת מטופל בעבודה סוציאלית

חוזר 12/2005 העברה ושמירת מידע בתחום בריאות הנפש

חוזר מנהל כללי מס' 17/2008 – עדכון מחלות מחייבות הודעה אינדיווידואלית

חוזר מנהל הרפואה 42/2009 – העברת מידע רפואי בין רופא פסיכיאטרי לרופא ראשוני בקהילה

חוזר מינהל רפואה מס' 18/2002 – מחלות חייבות בהודעה – עדכון

חוזר מנכ"ל מס' 24/10 – גיליון הניתוח – רישום ותיעוד

חוזר מינהל רפואה 14/2012 – מקצועות ניהול רישום ומידע רפואי במערך האשפוז

חוזר מנכ"ל מס' 18/2012 – תעריפי אשפוז ושאר שירותים

נוהל שמירה ואבטחת מידע – נוהל אבטחת מידע א-7.2

- חוזר מינהל רפואה מס' 18/1991 – זכות המטופל למידע רפואי ולעיון ברשומה הרפואית
חוזר מנהל הרפואה מס' 27/1992 – מסירת רשומות רפואיות לעובדים, לחולים ולבני משפחה
חוזר מנהל הרפואה מס' 18/1993 – נוהל שמירה על תיק מטופל בזמן אשפוז
חוזר מינהל רפואה 19/1994 – הקפדה על רישום רפואי
חוזר מנהל הרפואה מס' 27/1995 – נוהל רשומת מטופל באשפוז
חוזר מינהל רפואה מס' 80/1995 – המצאת מסמכים רפואיים לבתי המשפט
חוזר מנהל כללי מס' 19/1996 – הסודיות הרפואית https://www.health.gov.il/hozer/mk19_1996.pdf
חוזר המנהל הכללי מס' 20/1996 – הסכמת המטופל לטיפול רפואי לאור חוק זכויות החולה חוזר 20/11
חוזר מנהל הרפואה 29/2000 סימול מידע רפואי- קידוד אבחנות ופעולות – נוהל עבודה
חוזר מינהל רפואה מס' 15/2003 – ויתור סודיות רפואית – מסירת מידע רפואי על מטופל
חוזר מנהל הרפואה מס' 53/2003 – מתן מידע רפואי לקרובי החולה
חוזר מנהל הרפואה מס' 20/2004 – כתיבת סיכום מחלה/ סיכום טיפול
חוזר מינהל רפואה מס' 2/2006 – מסירת מידע רפואי למשטרה.
חוזר מנהל רפואה מס' 11/2011 – יישום תקן ישראלי לסיכום אשפוז במוסדות אשפוז

רשימת נספחים

נספח א' מרכיבי רשומת המטופל ושדות ייעודיים למילוי על ידי מטפלים

1. מסמכים באחריות צוות רפואי ;
2. מסמכים באחריות צוות אחיות ;
3. מסמכים באחריות מקצועות הבריאות.

- נספח ב' 1. מסמך סיכום אשפוז/מכתב שחרור/העברה (שדות חובה).
2. ת"י 2111 - תכני מסמך סיכום אשפוז/מכתב שחרור/העברה.

נספח ג' דוגמאות

1. רשימת תיוג
2. כתב ויתור סודיות רפואית

נספח ד' דיווחי חובה ומתן עדות

מס"ד	שם המסמך	הסבר לעניין המסמך	אחריות מילוי המסמך	מועד
1.	פרטים מזהים מלאים	למשוך מהקבלה הרפואית (באם קיים) שם פרטי, שם משפחה, שם אב, שם אם, תאריך לידה, מין (רצוי גם מגדר), מצב משפחתי, מספר ילדים, כתובת, מספר טלפון, ארץ לידה, כתובת וטלפון של קרוב משפחה למצבי חירום, פרטי מוסר המידע וקרבתו למטופל, פרטי אפוסטרופוס ומיופה כוח במידה ויש.		
2.	תאריך ושעה	נתוני מחשוב אוטומטיים, ובמידה והתיעוד רטרואקטיבי יש להוסיף מועד ביצוע בפעולה (יום ושעה ככל הניתן)		
3.	אבחנה רפואית ראשית	למשוך מהקבלה הרפואית ובהעדרה לפי שיקול דעת קליני		
4.	אבחנה רפואית משנית	אבחנה רפואית אחרת (נוספת על אבחנה ראשית) למשוך מהקבלה הרפואית ובהעדרה לפי שיקול דעת קליני		
5.	קבלה רפואית (אנמנזה)	תיעוד מפגש מקצועי ראשון ובכלל זה תמצית תלונות המטופל	רופא	בעת קבלת מטופל
6.	גיליון מחלקה לרפואה דחופה	תיעוד מפגש ראשוני עם המטופל במחלקה לרפואה דחופה	רופא	בעת קבלת המטופל לבי"ח במחלקה לרפואה דחופה
7.	מהלך ומעקב הטיפול	תיעוד כל מפגש מקצועי עם המטופל	רופא	במהלך האשפוז או ביקור במרפאה
8.	סיכום אשפוז או העברה למחלקה אחרת בתוך המוסד הרפואי	יתבסס על התיעוד בנוגע למהלך המחלה ולתהליכי האבחון והטיפול, לרבות הנחיות והמלצות מטפל. יחתם בחתימה מאובטחת / אלקטרונית או ידנית בחתימה וחותמת (שם מלא, מס' רישיון ותפקידו) על ידי רופא בכיר.	רופא	במועד השחרור / העברה
9.	סיכום ביניים	מסמך הכולל את כל המידע הרפואי המפורט, אף שטרם הושלם הטיפול, וזאת לשם העברת המידע למטפל לצורך ייעוץ חיצוני, תכנון העברה או התחשבות, והוא נכון לתאריך כתיבתו	רופא	לבקשת המטופל או משפחתו
10.	פטירה	סיכום שנכתב לאחר פטירת מטופל	רופא	תוך 14 יום ממועד הפטירה למחלקה לרישום ומידע רפואי

מס"ד	שם המסמך	הסבר לעניין המסמך	אחריות מילוי המסמך	מועד
11.	זימון ייעוץ בתוך המוסד הרפואי	יכלול הפנייה לייעוץ רפואי עם רופאים יועצים ומקצועות בריאות שונים. בטופס זה יש להקפיד על רישום מפורט של סיבת ההפניה, תאריך ושעת ההפניה וחתימה וחותמת הרופא/המטפל	רופא	לפי הצורך
12.	סיכום ייעוץ	התייחסות לשאלת הייעוץ, תאריך, שעת הביצוע וחתימת היועץ.	רופא	בהקדם האפשרי
13.	דו"ח ניתוח/פעולה פולשנית	טופס זה יכיל: אבחנות לפני ואחרי הניתוח/פעולה, סוג הניתוח/פעולה, תאריך ביצוע, שעת תחילה וסיום הניתוח/פעולה, שעת תחילה וסיום ההרדמה, סוג ההרדמה, אירועים חריגים במהלך ההרדמה או הניתוח, מה בוצע בנייתוח, לרבות הערכה כמוותית של אובדן דם ולקייחת דגימות למעבדה, כולל פתולוגיה. פירוט המשתתפים בנייתוח (מנתח אחראי, מנתח ראשי, מנתחי משנה, מרדים, אחות רחוצה, אחות מסתובבת, סניטר) ותיאור מלא ומפורט של מהלך הפעולה ואופן ביצועה. יחתם בחתימה מאובטחת /אלקטרונית או ידנית - בחתימה וחותמת (שם מלא, מס' רישיון ותפקידו) של כותב הדו"ח, ויאושר וייחתם בחתימה על ידי המנתח האחראי.	רופא מנתח	לא יאוחר מ-24 שעות מסיום הניתוח
14.	דו"ח הרדמה ניתוח/פעולה	הטופס יכיל פירוט על כל מהלך ההרדמה, לרבות: א. תיעוד בדיקת טרום הרדמה ב. תיעוד מהלך כולל סוג ההרדמה/ סדציה, תרופות שנתנו ע"י הרופא המרדים עם ציון זמן מדויק, מתן נוזלים / דם ומוצרים, אמצעי הניטור שנעשה בהם שימוש, סוגי צנתרים (וריד, וריד מרכזי, מדידת ל"ד חודרני) שהוחדרו, דרך ניהול דרכי אוויר והנשמה של המטופל במקרים הרלבנטיים, סימנים חיוניים ומדדים של הנשמה במקרים רלבנטיים, ציון שעת תחילת הרדמה וסיומה, ודיווח על אירועים חריגים במהלך ההרדמה. ג. תיעוד התרופות שנתנו ע"י הרופא המרדים בהתעוררות עם ציון זמן מדויק, אירועים חריגים שדרשו מעורבות רופא מרדים. הטופס יאושר וייחתם בחתימה מאובטחת /אלקטרונית או ידנית ע"י המרדים המאושר ע"י מנהל המחלקה לבצע את הפעילות ההרדמתית	רופא מרדים	לא יאוחר מ-24 שעות מסיום ההרדמה

מס"ד	שם המסמך	הסבר לעניין המסמך	אחריות מילוי המסמך	מועד
15.	אימות נתונים טרום ניתוח / פעולה	תהליך אימות נתונים לפני ביצוע חתך ראשון / ביצוע פעולה	צוות מטפל	לפני חתך ראשון / תחילת פעולה
16.	הסכמה מדעת	טופס הכולל את סוג הניתוח / הרדמה / פעולה וסיבוכים אפשריים עליו חותם המטופל, או אפוטרופוס לגוף (במקרה של חסוי) או מיופה כוח רפואי.	רופא	לפני ניתוח / פעולה
17.	דפי מעקב ומאזן במחלות ובמצבים שונים	מבנה ותכולת המסמך/השדה לפי שיקול דעת היחידות / המרפאות / המטפל	הצוות המטפל	שוטף
18.	תוצאות בדיקות שבוצעו מחוץ לבית החולים	המקור או צילום של תוצאות בדיקות ובכלל זה, בדיקות מיוחדות, וכן כל מסמך אשר לדעת הרופא הסביר, בנסיבות העניין והמטופל המסוים, הינו בעל חשיבות מיוחדת	הצוות המטפל	משתנה

נספח א'2 - מרכיבי רשומה רפואית באחריות אחיות

מס"ד	שם המסמך	הסבר לעניין המסמך	מועד
1.	פרטים מזהים מלאים	למשוך מהקבלה הרפואית (באם קיים) שם פרטי, שם משפחה, שם אב, שם אם, תאריך לידה, מין (רצוי גם מגדר), מצב משפחתי, מספר ילדים, כתובת, מספר וטלפון, ארץ לידה, כתובת וטלפון של קרוב משפחה למצבי חירום, פרטי מוסר המידע וקרבתו למטופל, פרטי אפוטרופוס ומיופה כוח במידה ויש.	
2.	תאריך ושעה	נתוני מחשוב אוטומטיים, ובמידה והתיעוד רטרואקטיבי יש להוסיף מועד ביצוע בפעולה (יום ושעה ככל הניתן)	
3.	אבחנה רפואית ראשית	למשוך מהקבלה הרפואית	
4.	אבחנה רפואית משנית	אבחנה רפואית אחרת (נוספת על אבחנה ראשית) למשוך מהקבלה הרפואית	
5.	קבלה סיעודית כולל אומדנים	תיעוד המפגש המקצועי הראשון עם המטופל	בעת קבלת מטופל
6.	תכנית טיפול סיעודית	בסיום ביצוע הקבלה הסיעודית ובעדכון תכנית הטיפול הסיעודית במהלך האשפוז	בעת קבלת המטופל
7.	תיעוד טיפול שיגרותי כולל אומדנים במהלך הטיפול		שוטף

שטרף	כלל האחיות - מעקב ותיעוד הטיפול התרופתי הניתן למטופל, החלטה על טיפול תרופות מעבר לדלפק (OTC) ותכשירים נוספים בהתאם לחוזרים הרלבנטיים. אחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת / מומחית קלינית בהתאם לתחום הכשרתה ועל פי החוזרים הרלבנטיים - החלטה על טיפול תרופתי ותיעוד הוראה לטיפול תרופתי	טיפול תרופתי	8.
בסיום המשמרת		סיכום / דיווח סיעודי בסיום כל משמרת	9.
לפי הצורך	יכלול הפנייה לייעוץ רפואי ולמקצועות בריאות שונים. יש להקפיד על רישום מפורט של סיבת ההפניה, תאריך ושעת ההפניה וחתימה וחותמת האחות המוסמכת והגדרת תפקידה	הפניה לייעוץ בתוך המוסד הרפואי ע"י אחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת / מומחית קלינית בהתאם לתחום הכשרתה	10.
במהלך הקבלה הסיעודית ולפי הצורך		ריכוז ההדרכות שניתנו למטופל	11.
בעת העברה ממלר"ד למחלקה, ממחלקה למחלקה, לרבות לחדרי ניתוח, חדרי לידה, מכונים לדימות. ובעת העברת מטופל למוסד אחר.	כולל הנחיות לשחרור / העברה	סיכום אשפוז סיעודי / סטטוס סיעודי	12.
בהתאם לנהלים		רישום הגבלה פיזית	13.
לפני חתך ראשון / תחילת פעולה	תהליך אימות נתונים לפני ביצוע חתך ראשון / ביצוע פעולה	אימות נתונים	14.
לפני סגירת חתך / אזור הניתוח		ספירת חומרי ספיגה, פריטים חדים, פריטים נלווים ומכשירי ניתוח	15.

מס"ד	שם המסמך	פירוט שדות חובה
1	פרטים מזהים מלאים	למשוך מהקבלה הרפואית (באם קיים) שם פרטי, שם משפחה, שם אב, שם אם, תאריך לידה, מין (רצוי גם מגדר), מצב משפחתי, מספר ילדים, כתובת, מספר טלפון, ארץ לידה, כתובת וטלפון של קרוב משפחה למצבי חירום, פרטי מוסר המידע וקרבתו למטופל, פרטי אפוסטרופוס ומיופה כוח במידה ויש.
2	תאריך ושעה	נתוני מחשוב אוטומטיים, ובמידה והתיעוד רטרואקטיבי יש להוסיף מועד ביצוע בפעולה (יום ושעה ככל הניתן)
3	אבחנה רפואית ראשית	למשוך מהקבלה הרפואית
4	אבחנה רפואית משנית	אבחנה רפואית אחרת (נוספת על אבחנה ראשית) למשוך מהקבלה הרפואית
5	קבלה/ פניה	1. גורם מפנה 2. סיבת פניה 3. תיעוד מפגש מקצועי ראשון, לרבות מחלות רקע ותולדות עבר, צירוף מידע רפואי שהמטופל הביא עימו.
6	מצב תפקודי	למשוך מהקבלה הרפואית ובהעדרה לתעד לפי שיקול דעת קליני עצמאות בפעולות יום יום, מותאם גיל - עצמאי - זקוק לעזרה קלה - זקוק לעזרה רבה, סיעודי ניידות לפני אשפוז - נייד ללא עזרת אדם אחר - נייד עם עזרה - נייד עם כיסא גלגלים (ללא עזרת אדם) - מרותק מצב קוגניטיבי לפני אשפוז - תקין - ירידה קלה, מתמצא - ירידה משמעותית, לא מתמצא
7	הערכה ואבחון, בדיקה ומדידה	ראיון / אנמנזה, מדידה, הערכה, אבחון, בדיקות וממצאי בדיקה. תולדות משפחה, הרגלים, רגישויות לתרופות, למזון ולחומרים אחרים ניתן למשוך מהקבלה הרפואית
8	מטרות ותכנית טיפול	מטרות, תכנית טיפול, הוראות והמלצות
9	מהלך/ טיפול	תיעוד כל מפגש מקצועי / סיכום תקופתי
10	סיכום רשומה רפואית במועד הנדרש	סיכום מקצועי / תקופתי

מס"ד	כותרת	פירוט שדות חובה
1	פרטים מזהים	שם פרטי, שם משפחה ושם האב, תאריך לידה, מין (רצוי גם מגדר), מצב משפחתי, כתובת, מספר טלפון, מספר ילדים, ארץ לידה, כתובת וטלפון של קרוב משפחה למצבי חירום, פרטי מוסר המידע וקרבתו למטופל ופרטי האפוסטרופוס (כולל מסמך תקף מטעם בית משפט), פרטי מיופה כוח (אם יש).
2	אבחנה ראשית/עיקרית (Main) (Diagnosis)	תירשם תחילה בהתאם למופיע בהגדרות כגורם העיקרי והאחראי שהביא את המטופל למוסד הרפואי. האבחנה הראשית איננה בהכרח זו המבטאת את תלונתו העיקרית של המטופל בקבלתו או את סיבת הקבלה. יש להדגיש את האבחנה הראשית מיתר האבחנות.
3	אבחנות משניות –	רשימת אבחנות רפואיות נוספות אותן יש למיין לפי אחת מ-3 השיטות: ע"פ חשיבות סדר אירועים כרונולוגי סדר מערכתי (לב, כליות וכו')
4	תולדות המחלה:	כפי שמופיע בקבלה הרפואית
4.1	תלונה עיקרית	תלונת המטופל בגינה התקבל לטיפול.
4.2	מחלה נוכחית	פירוט פרטי המחלה בטרם קבלתו לטיפול.
4.3	תולדות העבר	מחלות אחרות, ניתוחים, פציעות, אשפוזים וחיסונים. כל אירוע יתואר וילווה בציון מועד התרחשותו.
4.4	בדיקה בקבלה	כוללת את כל הממצאים שזוהו בבדיקה הגופנית של מערכות הגוף הרלוונטיות כולל ממצאים תקינים.
4.5	מהלך הטיפול	תיאור מפורט של מהלך שהותו של המטופל בבית החולים כולל – תוצאות בדיקות, פירוט ייעוצים, טיפולים לרבות כירורגיים והשתלשלות בעיותיו הרפואיות.
4.6	ניתוחים/פעולות	פירוט תאריך ניתוח/פעולה, סוג ההרדמה, סוג החתך, תיאור הניתוח / הפעולה, אירועים חריגים הקשורים להרדמה ו/או לניתוח; כמו כן, מהלך לאחר הניתוח/הפעולה, ציון סיבוך או אובדן דם.
4.7	בדיקות מעבדה ודימות	תיאור מסכם של כל הבדיקות שנעשו במשך האשפוז כולל תוצאות תקינות.
5	דיון וסיכום	סיכום המצב בו התקבל המטופל, לרבות מצבו התפקודי, השערות שהיו לגבי האבחנה, הבדיקות והשיקולים שהביאו לקביעת האבחנה הסופית, הטיפולים שנעשו, לרבות טיפולים שבוצעו על ידי מקצועות הבריאות ומטפל ומצבו בשחרור.

6	מצב תפקודי בשחרור	<p>מצב המטופל בשחרור יתועד בשדות ייעודיים ניתנים לשליפה תוך התייחסות לתפקוד בסיסי, ניידות ומצב קוגניטיבי בהתאם לקטגוריות שהוגדרו ברשומה הרפואית לגבי המצב התפקודי טרום האשפוז.</p> <p>יתועד בשלושה שדות ייעודיים בהתאם לקטגוריות הבאות:</p> <p>תפקוד בסיסי לפני אשפוז</p> <ul style="list-style-type: none"> - עצמאי - זקוק לעזרה קלה בפעולות בסיסיות - זקוק לעזרה רבה, סיעודי <p>ניידות לפני אשפוז</p> <ul style="list-style-type: none"> - נייד ללא עזרת אדם אחר - נייד עם עזרה - נייד עם כיסא גלגלים (ללא עזרת אדם) <p>מרותק</p> <p>מצב קוגניטיבי לפני אשפוז</p> <ul style="list-style-type: none"> - תקין - ירידה קלה, מתמצא - ירידה משמעותית, לא מתמצא (תשוש נפש)
7	מצבי סיכון תזונתיים	<p>מצב סיכון תזונתי של המטופל בשחרור יתועד (במידה וקיים) בשדה ייעודי כחלק ממכתב השחרור הרפואי, תוך התייחסות לשיטת ההזנה (הזנה אנטראלית או הזנה תוך ורידית, מזון ייעודי/רפואי ועוד), קשיים באכילה, והנחיות תזונתיות בהתאם למצבו של המטופל.</p>
8	המלצות להמשך טיפול ומעקב	<p>רישום מדויק ומפורט של ההנחיות והמלצות להמשך טיפול ומעקב רפואי. תוך התייחסות ל: הוראות להמשך טיפול (תרופתי/תזונתי/שיקומי/אחר), המלצות להמשך בירור והוראות להמשך מעקב והמלצה על חופשת מחלה, לצורך במנוחה, תוך ציון משך הזמן, קצב חזרה לתפקוד רגיל ומגבלות (הגבלות מאמץ, הגבלת שעות העבודה, צורך בהחלפת עבודה וכו').</p>
9	חתימת הרופא המסכם	<p>בסוף סיכום האשפוז יופיעו שם מלא, חתימה וחתימת של הרופא המסכם.</p> <p>סיכום האשפוז יאושר ויחתם על ידי רופא בכיר. יתועדו תאריך ושעת נעילת סיכום האשפוז.</p>

במסמך הסיכום יש לתעד את הכותרות והנושאים המופיעים לעיל ולהוסיף את מספר העמוד מתוך כלל העמודים שמכיל המסמך

סיכום אשפוז מכתב שחרור/ העברה

בכותרת כל עמוד
שם המוסד הרפואי

שם היחידה:

שם מנהל היחידה:

מספר טלפון:

פקס / דואר אלקטרוני:

מספר אשפוז / קבלה:

1. פרטי המטופל

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מין: _____ מספר תעודת זהות (ישראלי) _____
 שם הורה: _____ תאריך לידה: _____ טלפון: _____ מספר זהות (אחר) _____
 שם הרופא המטפל בקהילה: _____ גורם מממן: _____
 המרפאה בקהילה: _____

2. פרטי האשפוז

תאריך קבלה לאשפוז: _____ סוג קבלה לאשפוז: דחוף / אלקטיבי תאריך שחרור: _____
 היחידות מטפלות באשפוז נוכחי: _____ תאריך קבלה: _____ תאריך העברה: _____

3. אשפוז נוכחי

3.1 רשימת האבחנות (על פי הסדר: אבחנה ראשית/ עיקרית, אבחנות משניות)

אבחנה ראשית: _____ סימול מידע רפואי: _____ תוספת במלל חופשי _____ ידוע מתאריך: _____
 אבחנות אשר היו סיבה לאשפוז או גרם להארכת האשפוז; אבחנות חריפות או של החמרה במצב כרוני.
 אבחנה ראשית: _____ סימול מידע רפואי: _____ תוספת במלל חופשי _____ ידוע מתאריך: _____
 מחלה כרונית או אבחנה של מצב ידוע שלא החמירו ולא היו סיבה לאשפוז יירשמו בסעיף 6 במסמך זה.

3.2 רשימת הניתוחים / הפעולות (על פי סדר: ניתוחים / פעולות ראשיים / עיקריים, ניתוחים / פעולות משניים)

- ניתוח/פעולה: _____ סימול מידע רפואי: _____ תוספת במלל חופשי _____ תאריך ביצוע: _____
4. תלונה עיקרית/ סיבת האשפוז: _____
5. מחלה נוכחית: _____
6. תולדות עבר- מחלות רקע וגורמי סיכון לתחלואה (כגון: עישון): _____

6.1 רשימת אבחנות

- אבחנה: _____ סימול מידע רפואי: _____ תוספת במלל חופשי: _____ ידוע מתאריך: _____
- 6.2 ניתוחים ופעולות שבוצעו בעבר
- ניתוח/פעולה: _____ סימול מידע רפואי: _____ תוספת במלל חופשי: _____ תאריך ביצוע: _____
- 6.3 תולדות העבר- אבחנות ומחלות שהתקיימו בעבר ואינן פעילות כעת
- אבחנה: _____ סימול מידע רפואי: _____ תוספת במלל חופשי: _____ ידוע מתאריך: _____

7. רגישויות

- רגישויות לתרופה / לחומר / מזון: _____ ביטוי קליני: _____ ידוע מתאריך: _____

8. מידע על המטופל בקבלה:

8.1 טיפול תרופתי קבוע:

שם התרופה

- שם מסחרי: _____ שם גנרי: _____ מינון: _____ תדירות: _____ אופן מתן התרופה: _____
- צורת הגשה: _____ הערות: _____

8.2 בדיקה גופנית בקבלה: _____

9. מהלך ודיון

- פירוט מהלך האשפוז, המצב הגופני בשחרור ויעד השחרור: _____

10. המלצות בשחרור

10.1 הנחיות כלליות

10.2 רשימת תרופות מומלצות עדכניות

שם מסחרי (חובה): _____ שם גנרי (רצוי): _____ מינון: _____ תדירות: _____ אופן מתן _____

התרופה: _____ צורת הגשה: _____ הערות: _____

10.3 בדיקות בהמתנה לתשובה: _____

10.4 המלצות להמשך טיפול ומעקב: _____

11. חתימות

11.1 תאריך ושעה: _____ שם הרופא מטפל: _____ חתימה וחותמת: _____

11.2 תאריך ושעה: _____ שם הרופא הבכיר: _____ חתימה וחותמת: _____

12. תפוצה

12.1 למטופל

12.2 לרופא המטפל (בקהילה)

12.3 למוסד הרפואי לשמירה ברשומות רפואיות

13. בדיקות עזר יצורפו כנספח לסיכום האשפוז: בדיקות העזר המפורטות להלן:

13.1 דימות

13.2 מעבדה

13.3 בדיקות נוספות כגון א.ק.ג, תפקודי ריאות, EEG וכדומה

מס'ד	נושא	קיים או חסר	הערות
1.	מכתב שחרור / סיכום מחלה/טיפול / העברה		
2.	גיליון חום		
3.	טופס ריכוז בדיקות מעבדה		
4.	אנמנזה רפואית		
5.	דו"ח יומי + קרדקס תרופות		
6.	גיליון התאוששות		
7.	גיליון ניתוח		
8.	גיליון הרדמה		
9.	הכנה לניתוח		
10.	הסכמה לניתוח		
11.	גיליון אנמנזה ומהלך מחלה		
12.	תשובה היסטולוגית / פתולוגית		
13.	גיליון מיון, השהייה, מכתב הפניה		
14	אחר: _____		
15.	אחר: _____		

שם מלא הבודק: _____ תפקיד: _____ חתימה: _____

סמליל (לוגו)
תאריך

כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד: _____

א.נ.,

אני החתום מטה נותן בזה רשות ל_____ ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם, למסור ל_____ (להלן: "המבקש") או מי מטעמו, את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי (מחק את המיותר), או פרטים על _____ (פירוט), / כולל מידע גנטי, ובאופן שיידרש על ידי המבקש, והנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר הנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

סייגים למידע שניתן למסור: _____

פרטי המטופל: (במקרה של קטין או אדם שמונה לו אפוטרופוס יש לוודא שהחותם הינו האפוטרופוס החוקי)

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תעודת זהות _____

כתובת: _____ מספר טלפון _____ תאריך _____ חתימה _____

כתב ויתור זה יעמוד בתוקף עד לתאריך _____

פרטי העד לחתימה (רופא, אחות, עו"ד, מקצועות הבריאות ברשיון, רשם מידע רפואי או מינהלן רפואי, מורשה חתימה בבנק וסוכן ביטוח), כמפורט בדוגמה לטופס המצ"ב בנספח ג'2 לחוזר זה, ולחילופין העתק תעודה מזהה של המטופל או (במקרים בהם קיים קושי לאתר עד לחתימה) - צירוף צילום תעודה מזהה של המבקש החתום על כתב ויתור סודיות.

שם משפחה _____ שם פרטי _____ כתובת ליצירת קשר _____ מס' טלפון _____

מספר רישיון/חותמת _____ חתימה _____

תיאור החומר הנמסר _____

שם וחתימת המקבל _____ תאריך קבלת/ שליחת החומר _____

מס"ד	נושא	אופן הדיווח	סימוכין
1.	<u>מחלות מדבקות</u>	באמצעות טופס הודעה לרופא מחוזי.	תקנות בריאות העם- הודעות על מחלות מדבקות, תשכ"א 1961
2.	<u>מחלות מסוכנות לנהיגה</u>	אל המכון הרפואי לבטיחות בדרכים (המרב"ד)	אדם שמלאו לו 16 שנים או טייס, בהתאם לפקודת התעבורה (נוסח חדש), תשכ"א-1961, סעיף 12 ב(א) וחוק הטיס, סעיף 12א חוק כלי ירייה, תש"ט-1949 סעיף 11א'
3.	<u>מחלות מסוכנות להחזקת נשק</u>	רופא או פסיכולוג יודיעו למנכ"ל משרד הבריאות, או לראש שירותי בריאות הנפש, שהוסמך מטעמו. המנכ"ל רשאי להעביר את הידיעה לפקיד הרישוי	
4.	<u>דיווח על לידת תינוקות עם מומים</u>	מנהל מוסד רפואי או מי שהוא ממנה לכך, חייב לדווח למנכ"ל משרד הבריאות על כל תינוק שנולד במוסד הרפואי עם מום, או חשד למום.	תקנות בריאות העם (דיווח על לידת תינוקות עם מומים, תשמ"ב-1982)
5.	<u>דיווח על מחלת הסרטן</u>	מנהל מוסד רפואי חייב להגיש לרופא הממשלתי דין וחשבון על כל מקרה של שאת ממאירה. חובה זו חלה גם על מנהל המכון הפתולוגי או מנהל מכון אחר בו נערכה הבדיקה.	אופן הדיווח והכספות המאובטחות בהן יש לשלחו, נקבעו בתקנות בריאות העם (דיווח ומידע מיוחד על מחלת הסרטן, תשמ"ב-1982)
6.	<u>הודעה על אי התאוששות לאחר הרדמה</u>	מנהל המחלקה או מנהל המוסד הרפואי להודיע למנכ"ל משרד הבריאות על אדם מאושפז במוסד הרפואי שלא התאושש ולא חזרה אליו הכרתו תוך עשרה ימים לאחר הרדמה שנעשתה לו.	תקנות בריאות העם (הודעה על אי-התאוששות לאחר הרדמה, תשמ"א-1980)
7.	<u>הודעה על פטירה חריגה / רגילה בבריאות הנפש</u>	מנהל המוסד הרפואי או מנהל המחלקה בה נפטר האדם ידווח על כך למנכ"ל משרד הבריאות	תקנות בריאות העם (הודעה על פטירה ורישומה, תשמ"א-1980)
8.	<u>הודעה על חשש אלימות- רופא או אחות</u>	האחראי (רופא או אחות) על קבלת מטופל לטיפול, חייבים להודיע למשטרה על חשש סביר שמתעורר אצלם כי אדם פצוע, חסר הכרה או מת, שהגיע למוסד הרפואי, היה מעורב במעשה אלימות.	תקנות בריאות העם (הודעה על חשש אלימות, תשל"ו-1975)
9.	<u>הודעה על פגיעה בקטינים וחסרי ישע</u>	רופא, אחות, עובד סוציאלי, פסיכולוג או העוסק במקצוע הבריאות אשר עקב עיסוקם במקצועם או בתפקידם היה להם יסוד סביר לחשוב כי נעברה עבירה בקטין או בחסר ישע בידי האחראי עליו, בהקדם האפשרי לפקיד סעד או למשטרה. המדובר הוא בחשד לעבירות של סיכון החיים והבריאות, עבירות מין, עבירות של נטישה או הזנחה ועבירות של תקיפה או התעללות.	חוק העונשין, תשל"ז-1977 סעיף 368ד(ב)

<p>חוק העונשין, תשל"ז-1977 סעיף 262</p>	<p>אי נקיטת כל האמצעים הסבירים למניעת עשייתו של פשע, על ידי מי שידע כי פלוני זומם לעשות מעשה פשע, מהווה עבירה. לפי דין זה חובה על רופא או פסיכולוג או מטפל אחר, אשר יודע על כוונה של מטופל לבצע פשע מסוים כלפי אדם מסוים. והוא מתרשם מרצינותה, לנקוט בכל האמצעים הסבירים למניעת הפשע. ובכלל זה, במקרה הצורך, דיווח למשטרה והזהרת הקורבן. יצוין כי בחוק לטיפול בחולי נפש, תשנ"א-1991, קיימת הוראה מיוחדת לגבי גילוי ידיעה לצורך מניעת עבירות, אשר יש למסרה רק לקצין משטרה בכיר שהוסמך לכך על ידי שר המשפטים, והגילוי טעון בהסכמתו של ראש שירותי בריאות הנפש או מנהל המוסד הרפואי לחולי נפש או הפסיכיאטר המחוזי.</p>	<p><u>כוונה לביצוע פשע</u></p>	<p>10.</p>
<p>תקנות בריאות העם (הגשת מידע מיוחד, תשל"ח-1974)</p>	<p>על מנהל המוסד הרפואי ורופאיו להגיש לרופא ממשלתי שמינה שר הבריאות לעניין זה, כל מידע מיוחד שיידרש.</p>	<p><u>מידע מיוחד</u></p>	<p>11.</p>
	<p>רופא או פסיכולוג שנדרש על ידי פוקד למסור פרטים על מיועד לשירות ביטחון ועל יוצאי צבא שאושפזו, טופלו או נבדקו במוסד הרפואי או שהיו בטיפולם, חייבים למסור לו את המידע הנדרש. אין הפוקד מוסמך לדרוש מסירת פרטים על מחלת נפש שאינה מפורטת בתקנות שירות הביטחון (מסירת פרטים על מחלות נפש, תשל"ז-1976), אולם הוא מוסמך לדרוש כל פרט הדרוש לו לשם קביעת כושרו הכללי של האדם לשירות ביטחון ולשם קביעת מידת התאמתו למילוי תפקידים שונים.</p>	<p><u>חוק שירות הביטחון</u></p>	<p>12.</p>
<p>סעיף 49 לפקודת הראיות.</p>	<p>המוזמן להעיד בבית המשפט ומתבקש למסור פרטים שהם בגדר מידע שנמסר לו מתוקף תפקידו מתוך אמון שישמרו בסוד, ואשר המטופל לא ויתר על סודיות רפואית לגביו, חייב לטעון לחיסיון הראיה. בית המשפט רשאי לחייבו למסור את הראיה, אם מצא כי הצורך בעשיית צדק גובר במקרה הנדון על הצורך בשמירת סודו של המטופל.</p>	<p><u>עדות בבית משפט- רופא או מטפל</u></p>	<p>13.</p>
	<p>לפקיד השומה הזכות לעיין ביומן הרופא ובכל המסמכים והתעודות שעל פיהם יוכל לקבוע את גובה השומה למס הכנסה. במסגרת זו אין חיסיון על שמות המטופלים ומועדי ביקורם אצל רופא. בהסכם שנערך בין הר"י לבין הממונה על הכנסות המדינה, נוירולוגים ורופאים מטפלים במטופלים במחלות מין, ירשמו את שמות המטופלים בראשי תיבות בלבד.</p>	<p><u>מס הכנסה</u></p>	<p>15.</p>
		<p><u>אירועים חריגים ופטירות מחוייבות דיווח</u></p>	<p>16.</p>
		<p><u>אירועים בשעת חירום</u></p>	<p>17.</p>