

Az emberi erőforrások minisztere

.../2012. (...) EMMI rendelete

az otthoni szakápolás, hospice eljárás, valamint a rehabilitációs ellátások, szanatóriumi ellátással összefüggő eljárás egyszerűsítéséről

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (2) bekezdés *f)* pontjában kapott felhatalmazás alapján,
a 2. § tekintetében a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 83. § (4) bekezdés *e)* pontjában kapott felhatalmazás alapján,
a 3. § tekintetében az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (2) bekezdés *x)* pontjában kapott felhatalmazás alapján,
az egyes miniszterek, valamint a Miniszterelnökséget vezető államtitkár feladat- és hatásköréről szóló 212/2010. (VII. 1.) Korm. rendelet 41. § *b)* és *d)* pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva a következőket rendelem el:

1. §

(1) Az otthoni szakápolási tevékenységről szóló 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet (a továbbiakban: R.) 2. § (3) bekezdés *a)* pontjában a „hároméves” szövegrész helyébe a „kétéves” szöveg lép.

(2) Az R. 2. számú melléklete helyébe az 1. melléklet lép.

(3) Az R. 3. számú melléklete helyébe a 2. melléklet lép.

(4) Az R. 4. számú melléklete helyébe a 3. melléklet lép.

(5) Az R. 5. számú melléklete helyébe a 4. melléklet lép.

(6) Az R. 6. számú melléklete helyébe az 5. melléklet lép.

2. §

Hatályát veszti az orvosi rehabilitáció keretében történő szanatóriumi ellátás rendjéről szóló 20/1995. (VI. 17.) NM rendelet.

3. §

Hatályát veszti a természetes gyógytényezőkéről szóló 74/1999. (XII. 25.) EüM rendelet

a) 2. § (2) bekezdés *b)* pontjában a „szanatórium” szövegrész,

b) 10. § (2) bekezdésében és 1. számú melléklet II. rész 28. pontjában a „szanatórium,” szövegrész,

c) 1. számú melléklet I. rész 4. pontja.

4. §

Ez a rendelet 2013. január 1-jén lép hatályba.

1. melléklet a .../2012. (...) EMMI rendelethez

„2. számú melléklet a 20/1996. (VII. 26.) NM rendelethez

Az otthoni szakápolás és otthoni hospice ellátás működtetésének tárgyi feltételei

1. Működtetés központja:

- a) irodahelyiség a legszükségesebb bútorokkal ellátva
 - aa) kommunikációs lehetőség: telefon vagy személyhívó,
 - ab) számítógép, nyomtatóval;
- b) védőruha;
- c) közlekedési eszköz (ahol külön szükséges pl. kerékpár vagy motorkerékpár, esetleg autó, de nem kötelező jelleggel).

2. Az otthoni szakápolás, otthoni hospice ellátás során használt anyagok és eszközök

Nővértáska tartozékai

- Vérnyomásmérő
- Phonendoscop
- Garatlámpa (pupilla lámpa)
- Steril egyszerhasználatos fecskendő
- Steril tűk, szárnyas tűk, perifériás véna katéterek
- Bőr-, kéz-, nyálkahártya-, eszköz dezinficiensek
- Steril kötszerek
- Steril ollók
- Steril anatómiai csipesz
- Straguláló gumi
- Ragtapasz
- Vatta
- Testhőmérő
- Spatula
- Vesetál
- Védőruha, védőkötény
- Arcmaszk
- Steril és nem steril gumikesztyű, fólia kesztyű
- Egyszer használatos kéztörölő
- Elsődleges veszélyes hulladék gyűjtő doboz

továbbá a szolgáltatónak rendelkeznie kell a következő eszközökkel

- Steril infúziós szerelék
- Steril szondák
- Steril katéterek
- Steril katéter csúsztató
- Steril beöntő csövek
- Infúziós pumpa (parenterális táplálás és hospice ellátás esetén)
- Vizeletvizsgálati tesztcsík
- Vércukorszintmérő

2. melléklet a .../2012. (...) EMMI rendelethez

„3. számú melléklet a 20/1996. (VII. 26.) NM rendelethez

fénykép	SZOLGÁLTATÓ:

	NÉV:

	Szakképesítés:

	ÁNTSZ engedély sz.:

	OEP szerződés száma:

Dátum	

	aláírás

3. melléklet a .../2012. (...) EMMI rendelethez

„4. számú melléklet a 20/1996. (VII. 26.) NM rendelethez

I./1 ÁPOLÁSI ANAMNÉZIS

Beteg neve:	TAJ:
A beteg legközelebbi hozzátartozója: * telefonszáma:	
Háziorvos neve: telefonszáma:	

* Szükség esetén a hozzátartozó beleegyezésével tölthető ki.

GYÓGYSZERÉRZÉKENYSÉG:.....

Allergia:

ALKAT **FNO b530** **

☐ arányos ☐ túltáplált ☐ hiányos-csonkolt ☐ sovány

RR: (Hgmm) **Pulzus:** /perc **Hőmérséklet:**
C fok

BŐR **FNO b810** **

☐ ép ☐ kiütés ☐ decubitus ☐ seb ☐ oedema/lymphoe. egyéb:

LÉGZÉS **FNO B440** **

☐ normál ☐ tachypnoe ☐ bradypnoe ☐ apnoe
☐ cyanosis ☐ dyspnoe: ☐ nincs ☐ van ☐ nyugalmi ortopnoe

KÖHÖGÉS: ☐ van ☐ nincs ☐ improduktív ☐ produktív köpet:.....

☐ Tracheostoma ☐ oxigén készülék használata

MOZGÁS **FNO B710** **

helyzetváltoztatás: ☐ járóképes ☐ segítséggel ☐ járóképtelen ☐ segédeszköz ☐ egyensúlyzavar ☐ fekvő

végtagok: ☐ fiziológiás mozgás ☐ mozgáskorlátozott ☐ paresis ☐ plégia ☐ orthostaticus hypotonia

ÉRZÉKEELÉS látás:FNO b210* hallás: FNO b230*

látás ☐ normál csökkent:..... ☐ vak

TÁPLÁLKOZÁS **FNO b510** **

étvágy: ☐ kielégítő/normális ☐ fokozott ☐ csökkent ☐ nincs

fogazat: ☐ saját ☐ hiányos: részben, teljesen, protézis ☐ szájüreg
állapota:.....

étrend: ☐ normál diéta:

nyelési, rágási nehézség: ☐ nincs ☐ van

étkezés: ☐ önálló ☐ segítséssel ☐ csak etetéssel ☐ szondatáplálás ☐ parenterális táplálás

emésztés: ☐ fiziológiás ☐ hányinger ☐ hányás ☐ puffadás egyéb:

stoma: ☐ nincs ☐ van, helye:

I / 2.

MENTÁLIS ÁLLAPOT **FNO B139** **

beszéd:	<input type="checkbox"/> jól érthető	<input type="checkbox"/> nehezen érthető	<input type="checkbox"/> beszédhiba	<input type="checkbox"/> nem érthető	<input type="checkbox"/>
aphonia					
beszéd megértés:	<input type="checkbox"/> jó	<input type="checkbox"/> részleges	<input type="checkbox"/> nem érti		
tájékozódás térben/időben:	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> esetenként		
emlékezet:	<input type="checkbox"/> jó	<input type="checkbox"/> gyengült	<input type="checkbox"/> rossz		
érzelmi állapot:	<input type="checkbox"/> nyugodt	<input type="checkbox"/> közömbös	<input type="checkbox"/> változó	<input type="checkbox"/> zárkózott	<input type="checkbox"/>
nyugtalan					
	<input type="checkbox"/> feszült	<input type="checkbox"/> agresszív	<input type="checkbox"/> elkeseredett	<input type="checkbox"/> befelé forduló	<input type="checkbox"/> elutasító
tudatállapot:	<input type="checkbox"/> éber	<input type="checkbox"/> zavart	<input type="checkbox"/> aluszékony	<input type="checkbox"/> eszméletlen	

ALAPÁPOLÁSI IGÉNY FNO d230 ^{**} <input type="checkbox"/> önálló <input type="checkbox"/> segítséggel <input type="checkbox"/> teljes ellátást igényel
--

FÁJDALOM FNO b280 ^{**} <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>0 – nincs fájdalom</div> <div>1 – kissé fáj</div> <div>2 – mérsékelt fájdalom</div> <div>3 – nagyon fáj</div> <div>4 – elviselhetetlenül fáj</div> </div>
--

(Keele-féle skála)

EMÉSZTÉS FNO b520 ^{**} <input type="checkbox"/> hányinger <input type="checkbox"/> hányás <input type="checkbox"/> hasmenés <input type="checkbox"/> székrekedés <input type="checkbox"/> puffadás egyéb:

KIVÁLASZTÁS/ÜRÍTÉS vizelet: <input type="checkbox"/> fiziológiás <input type="checkbox"/> katéter <input type="checkbox"/> incontinens széklet: <input type="checkbox"/> fiziológiás <input type="checkbox"/> incontinens <input type="checkbox"/> szorulás <input type="checkbox"/> hasmenés	vizelet: FNO b620 ^{**} 	széklet: FNO b525 ^{**}
--	--	--

ALVÁS FNO b134 ^{**} <input type="checkbox"/> fiziológiás <input type="checkbox"/> nehezen alszik el <input type="checkbox"/> alvásideje rövid <input type="checkbox"/> csak gyógyszerrel egyéb:

KOMMUNIKÁCIÓ FNO d310 ^{**} <input type="checkbox"/> jól kommunikál <input type="checkbox"/> nehezen fejezi ki magát <input type="checkbox"/> nem tudja kifejezni magát

II. SZAKÁPOLÁS/HOSPICE ELLÁTÁS TERVEZÉSE ÉS KIVITELEZÉSE*

^{**} FNO jelölésnél az üres négyzetbe 0 – nincs probléma; 1 – enyhe probléma; 2 – mérsékelt probléma; 3 – súlyos probléma; 4 – teljes probléma

(Kitöltése felvételtkor és állapotváltozás esetén kötelező)

Terápiás rendelkezések*	gyógyszerek (neve, adagja, gyakorisága, a bejuttatás módja):
	kezelési utasítások:
Ápolási diagnózis és ápolási szükséglet	
Várható eredmények	
A tervezett ápolás megoszlása és gyakorisága	szakápolás: gyógytorna: elektroterápia: logopédia:
Otthoni hospice ellátás esetén kitöltendő (a fentiekén túl)	fájdalomcsillapítás:
	mentálhigiénés gondozás, tanácsadás:
	diétás gondozás, tanácsadás:
	szociális tevékenységek szervezése:

Dátum:

.....

P. H

szakápoló

elrendelő orvos

ÁPOLÁSI LAP

Azonosítószám:

sorszáma:

(vagy a beteg neve)

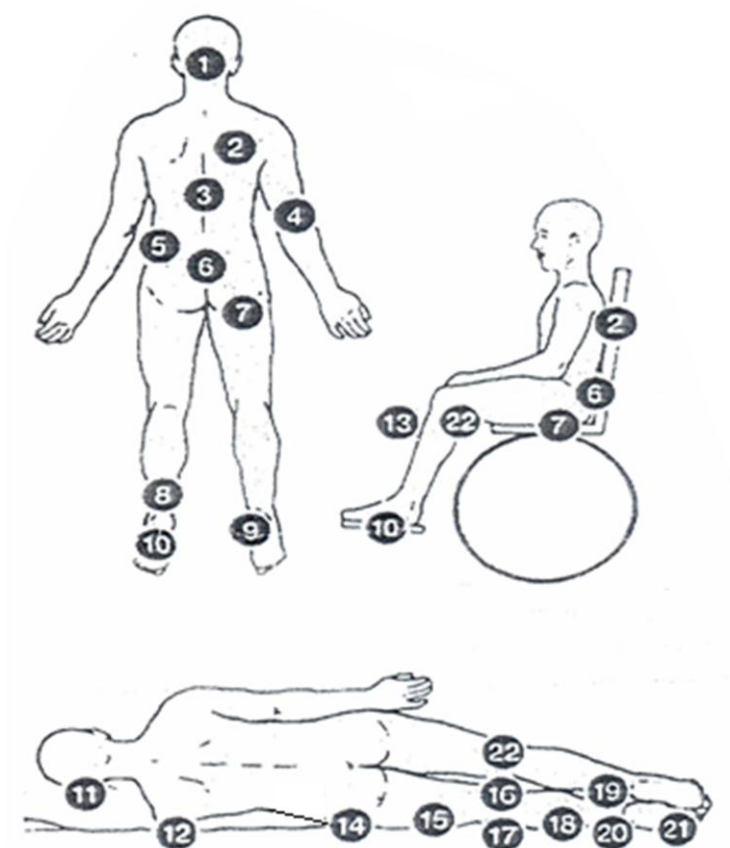
[illegible]

SEBÁLLAPOT FELMÉRŐ LAP

Beteg neve:

TAJ:

Decubitus lokalizáció:



1. Tarkócsont
2. Lapocka
3. Processus spinosus (csigolya)
4. Könyök
5. Csípőtarék
6. Keresztcsont
7. Ülőcsont
8. Achilles-ín
9. Sarok
10. Talp
11. Fül
12. Váll
13. Elülső sípcsonttüske
14. Tompor
15. Comb
16. Belső térd
17. Külső térd
18. Lábszár
19. Belboka
20. Külboka
21. A lábfej külső éle
22. A térd hátsó felszíne

J: jobb oldal B: bal oldal M: mindkét oldal

Állapotváltozás dátumai:	DECUBITUS RIZIKÓ FELMÉRÉS (Bővített Norton-skála)									Összes pontszám:
	Kooperációs készség/motiváció	Életkor	Bőr állapota	Kísérő betegségek	Általános állapot	Mentális status	Aktivitás	Mobilitás	inkontinencia	
	Jó (4)	10 év alatt (4)	Ép, sértetlen (4)	Nincs (4)	Jó (4)	Éber (4)	Járóképes (4)	Teljes (4)	Nincs (4)	
	Kissé csökkent (3)	10-30 év között (3)	Száraz, hámló (3)	Könnyebb (3)	Kielégítő közepes (3)	Fásult (3)	járás segítséggel (3)	Kissé akadályozott (3)	Alkalomszerű (3)	
	Részleges (2)	30-60 év között (2)	Nedves, nyirkos (2)	Középsúlyos (2)	Rossz (2)	Zavart (2)	Tolókocsi (2)	Nagyon akadályozott (2)	Gyakran (vizelet) (2)	
	Nincs (1)	60 év felett (1)	Sérült, repedezett, allergiás (1)	Súlyos (1)	Nagyon rossz (1)	Kábult, öntudatlan (1)	Ágyban fekvő (1)	Immobil (1)	Teljes (vizelet széklet) (1)	

Orvosi diagnózis:																									
Felvétel ideje:																									
Decubitus kialakulásának helye:												Otthonában													
												Más Intézményben													
Decubitus kialakulásának időpontja:																									
Dátum, aláírás																									
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Lokalizáció																									
Stádium																									
Seb mérete																									
Seb mélysége																									
Sebfelszín jellemzői:																									
Necrotikus																									
Lepedékes																									
Sarjadzó (piros)																									
Hámosodó																									
Gombával fert.,																									
Fertőzött seb																									
Váladék jellemzői:																									
Serosus																									
Haemo-serosus																									
Purulens																									
Szagtalan																									
Bűzös																									
Váladék mennyisége:																									
Nincs																									
Minimális																									
Közepes																									
Sok																									
Sebszél jellege:																									
Aláterjedt																									
Üreges																									
Oedemas																									
Ekzemás																									
Hyperaemiás																									
Ép																									
Norton pontszám																									

**Epidemiológiai
vizsgálat:**

Mintavétel ideje:

Mintavétel helye:

Vizsgálat eredménye:

Alkalmazott terápia:

Kezelőorvos aláírása:

.....

FIZIOTERÁPIAI DOKUMENTÁCIÓS LAP

A beteg neve: nyilvántartási szám:

TAJ száma:

Elrendelése:

Gyógytorna elrendelését indokoló diagnózis:

Elrendelt tevékenység:

vizit száma: gyakorisága:

Elektroterápia elrendelését indokoló diagnózis:

Elrendelt tevékenység:

.....

vizit száma: gyakorisága:

Kísérőbetegség/szövődmény diagnózisa (diagnózisai):

Sebészeti beavatkozás dátuma:

diagnózisa:

Megengedett terhelés mértéke:

/nincs megkötés

Fájdalom helye: jellege:

erősség: gyenge 1, közepes 2, erős 3.

Segédeszközök, protézisek:

Járási segédeszköz: nem szükséges/szükséges, fajtája

Protézisek:

külső protézis (protézisek):

belső protézisek:

sínek:

.....

egyéb:

Alkalmazandó fizioterápiás eljárások:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dátum:

.....

elrendelő orvos

Ízületi mozgásvizsgálat

Vizsgált ízület neve	Vizsgálat iránya, mértéke fokokban (flex., ext., abd., add., rot.)	Korlátozottság oka (fájd. kontr., pszich. stb.)	Elért eredmény

Izomtónus vizsgálat

Érintett terület	Hypotonia	Normális tónus	Hypertonia	Elért eredmény

Izomerő vizsgálat

Érintett izom neve	0	1	2	3	4	5	Elért eredmény

0 = nincs működés, 1 = nonproduktív működés, 2 = gravitáció kikapcsolásával, 3 = gravitáció ellenében, 4 = ellenállással, 5 = teljes értékű működés

Rehabilitációs felmérés és értékelés

Helyzetváltoztatás	Önállóan	Segédeszközzel	Külső segítséggel	Elért eredmény
ágyban helyzetváltoztatás				
fekvésből felülés				
ülésből felállás				
lakáson belül				
lépcsőn				
lakáson kívül				
közlekedési eszközzel				
étkezés				
személyi higiéné (fürdés, WC, öltözködés)				

Alsó végtag funkció: normális/kóros: sántítás, iránytartás, egyéb járáshiba:

.....

Felső végtag funkció: normális/kóros: fogáserősség, minőség, szenzibilitás:

.....

Egyéb funkcionális vizsgálathoz fűződő megjegyzések (izomtónus):

.....

Mozgásterápia célja:

.....

Gyógytornász/fizioterapeuta vizitlap

Beteg neve:

Azonosító száma: lapsorszám:

Dátum	Időráfordítás	Végzett tevékenység leírása	Észrevételek	Ellátást végző aláírása

Dátum:*

.....

gyógytornász aláírása

* Folyamatos ellátás lezárásának dátuma.

LOGOPÉDIAI DOKUMENTÁCIÓS LAP

(csak otthoni szakápolási ellátás során)

A beteg neve/azonosító száma:

.....

Felvétel dátuma:

.....

Logopédus neve:

.....

telefonszáma:

Az agyi történet időpontja:

.....

Vizsgálati dokumentumok

(A csatolt dokumentum aláhúzendó)

A logopédiai vizsgálati dokumentumok:

anamnézis - Token-teszt - WAB-teszt - jelen állapot leírása - írásminta - rajzminta - hangfelvétel

Az orvosi vizsgálatok dokumentációja:

zárójelentés - konzulens szakorvosi vélemények - neuropszichológus, pszichológus véleménye

Kiegészítő vizsgálatok dokumentumai:

környezettanulmány - kontaktusteremtés - figyelmi állapot

Érzékelés - észlelés: hallás - látás

Mozgásállapot:

nagymozgások: mozgás térben - egyensúlyérzék

finommozgások: kézmotorika - diszpraxia

Kísérő tünetek:

Logopédiai diagnózis*

(Western Aphasia Battery alapján)

Nonfluens: globális afázia, Broca afázia, transzkortikális motoros afázia, izolációs afázia

Fluens: vezetékes afázia, Wernicke afázia, transzkortikális szenzoros afázia, anómikus afázia

* A megfelelő aláhúzendő.

Logopédiai munkanapló

Beteg neve: lapsorszám:

Azonosító száma:

Dátum	A foglalkozás anyaga	Megjegyzés	Időráfordítás	Logopédus aláírása

Dátum:*

.....

logopédus aláírása

* A folyamatos ápolási eset lezárásának dátuma.

Elért eredmények összefoglalása

Teljesített vizitek száma:

Javult funkciók, utógondozás:

.....

.....

.....

Dátum:

.....

logopédus aláírása

IV. FÁJDALOM FELMÉRŐ LAP

(csak otthoni hospice ellátás során)

Beteg neve:
.....
TAJ:
.....
.....

Fájdalom mérő skála										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nincs fájdalom										Elvisel- hetetlen fájdalom

A fájdalom jellemzői

Mi okozza/fokozza a fájdalmat?

Fájdalom	
Kezdete:	

Időtartama:	
Gyakoriság:	

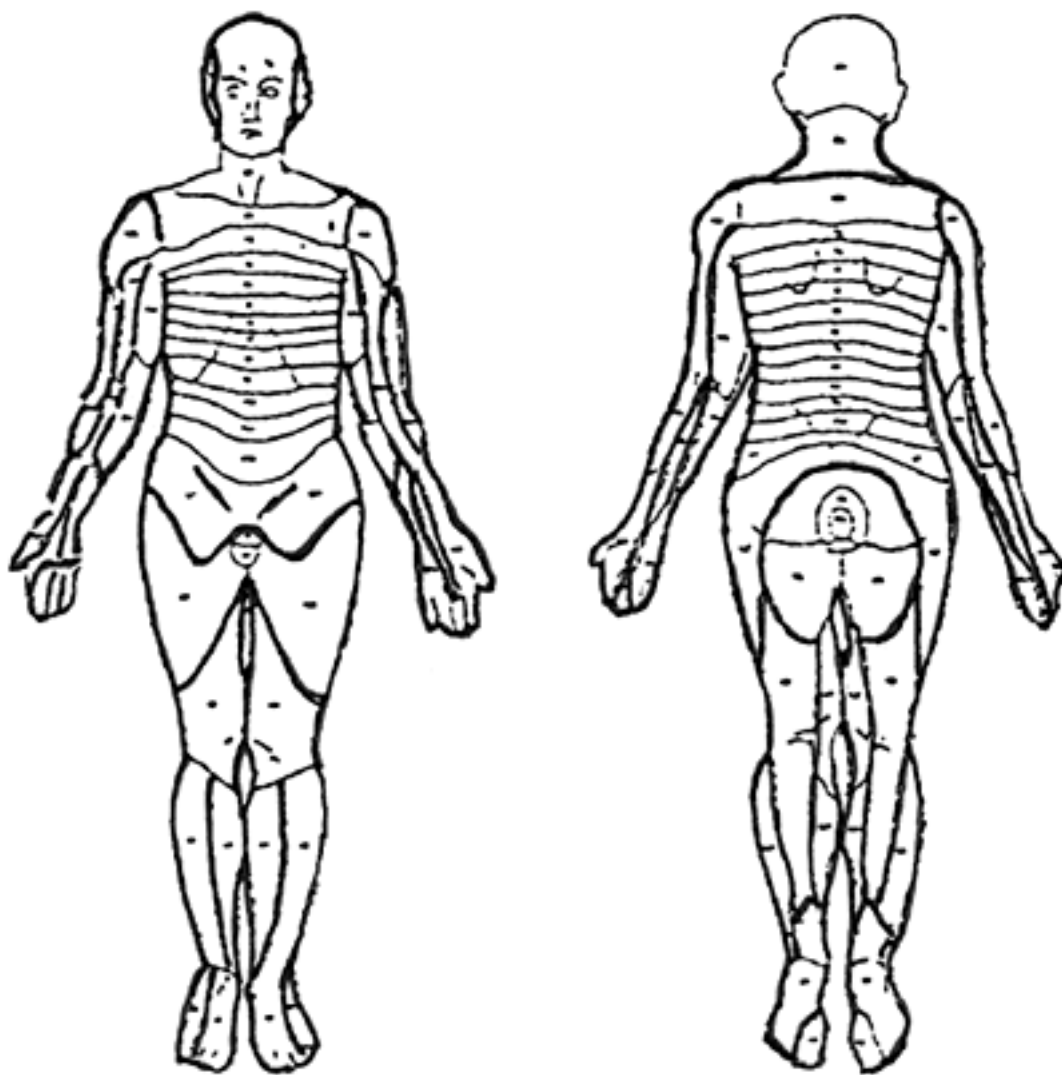
Fájdalom osztályozása	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akut	Krónikus

Áttöréses fájdalma van-e?	
Igen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nem	

Jellemezze a fájdalmat					
Felszínes	<input type="checkbox"/>	Lüktető	<input type="checkbox"/>	Zsibbadt	<input type="checkbox"/>
Mély	<input type="checkbox"/>	Sajgó	<input type="checkbox"/>	Szúró	<input type="checkbox"/>
Kisugárzó	<input type="checkbox"/>	Égető	<input type="checkbox"/>	Éles	<input type="checkbox"/>
Görcsös	<input type="checkbox"/>	Hasogató	<input type="checkbox"/>	Tompa	<input type="checkbox"/>

Befolyásolja-e a fájdalom			
Étvágát	<input type="checkbox"/>	Fizikai aktivitását	<input type="checkbox"/>
Figyelmét	<input type="checkbox"/>	Érzelmét	<input type="checkbox"/>
Kapcsolatait	<input type="checkbox"/>	Alvását	<input type="checkbox"/>

A fájdalom helye



Milyen fájdalomcsillapítót szed?

A gyógyszerek milyen mértékben csökkentik a fájdalmat?

Nem hat <input type="checkbox"/>	Mérsékeli <input type="checkbox"/>	Megszünteti <input type="checkbox"/>
----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

Megjegyzés/észrevétel

--

Dátum:

.....

Aláírás

4. melléklet a .../2012. (...) EMMI rendelethez

„5. számú melléklet a 20/1996. (VII. 26.) NM rendelethez

OTTHONI SZAKÁPOLÁST/OTTHONI HOSPICE ELLÁTÁST LEZÁRÓ LAP

Beteg neve: TAJ:

A teljesített napok megoszlása:

.....

.....

.....

Az ápolás során bekövetkezett változások, elért eredmények:

.....

.....

.....

.....

.....

Javult funkciók:

.....
Állapotromlás oka:

.....
Kórházba kerülés oka, időpontja:

.....
Exitus oka, időpontja:

.....
Ápolás befejezésének oka, időpontja:

.....
Igazolom, hogy a fent nevezett és általam kezelt beteg számára az előírt szakápolás/otthoni hospice szolgáltatások teljesítése megtörtént, végrehajtását rendszeresen ellenőriztem.

Dátum:

.....
az ápolásért felelős szolgálat
vezetőjének aláírása

Ellenőriztem, jóváhagyom:

Dátum:

P. H.

.....
az elrendelő orvos aláírása

.....
beteg (törvényes képviselő) aláírása

OTTHONI PARENTERÁLIS TÁPLÁLÁS FELMÉRŐ ÉS KÖVETŐ LAP
tartalmi szempontok

1. A tápláltsági állapot felmérése
2. Táplálkozás felmérése
3. Ápolási anamnézis, szükséglet felmérése
4. Környezet felmérése
5. Családi támogatottság felmérése
6. A beteg együttműködő készségének felmérése
7. Terápiás terv:
 - a) Napi energiaszükséglet, alapanyagok aránya, speciális szükséglet
 - b) Enterális (napi kalória bevitel, mennyiség, minőség, napi beosztás)
 - c) Parenterális (alkalmankénti kalóriabevitel, összetétel: alapanyagok, vitaminok, nyomelemek, elektrolitok, egyéb tápanyag farmakonok)
 - d) Tápláltsági állapot ellenőrzésének tervezett gyakorisága
 - e) Centrális vénás kanül ellenőrzésének gyakorisága
 - f) Centrális vénás kanül okozta lehetséges fertőzés ellenőrzésének gyakorisága és módja
8. Megvalósítás:
 - a) Alkalmanként bevitt tápoldat + kiegészítő vitaminok, nyomelemek, elektrolitok, egyéb tápanyag farmakonok, infúziók
 - b) Ellenőrzés:

Testsúly

Egyéb tápláltsági paraméterek

Táplálkozás

Széklet

Vizelet

Laboratóriumi vizsgálatok: vér-, vizeletcukor, vérkép, albumin, kreatinin, carbamid, koleszterin, triglicerid, májenzimek, alvadási faktorok, alkalikus foszfatase, cholinesterase, kreatin kinase, Na⁺, K⁺, Ca²⁺, Mg²⁺, CRP, egyéb akut fázis fehérje

Csontdensitometria

Centrális vénás kanül

- Átjárhatóság

- Bejárat mentén bőr

- Hemocultura (feltételezett fertőzés esetén)

9. Tervezett vizitszám:

Dátum:

P. H.

.....

szakápoló

.....

elrendelő orvos