



Процедура за пријем пацијената на стационарно лечење

Верзија	Датум	Ознака форме процедуре	Деловодни број	Израдио/ла	Одобрио/ла
		ОР 06		др Марко Петровић др Петар Салевић вмс Зорица Ивановић	Проф. др Марија Лукач

Верзија	Датум	Разлог измене	Израдио/ла	Одобрио/ла
			Директор МП	Доц. др Синиша Дучић

Процедура за пријем пацијената на стационарно лечење

1. СВРХА

Сврха ове процедуре је једнообразан начин пријема пацијента на стационарно лечење на целој клиници ради што ефикасније здравствене услуге у циљу најоптималнијег исхода.

2. ОБИМ ПРИМЕНЕ И ПОЉЕ ПРИМЕНЕ

Ова процедура је примењује у свим амбулантама и на свим одељењима и односи се на рад свих медицинских сестара/техничара, лекара, помоћног медицинског особља и административних радника.

3. ОДГОВОРНОСТИ

За спровођење ове процедуре, у свом домену рада, одговорни су медицинске сестаре/техничари, лекари, помоћно медицинско особље и административни радници.

Списак скраћеница

УДК	Универзитетска дечја клиника
МС/МТ	медицинска сестра/медицински техничар

4. ДЕФИНИЦИЈЕ

Хоспитализација подразумева процес пријема пацијента у здравствену установу ради пружања неопходне здравствене неге.

5. ДЕТАЉАН ОПИС ПРОЦЕДУРЕ (ИЛИ ДЕТАЉАН ОПИС ПРОЦЕСА, ПОСТУПКА

По доласку на клинику пацијент се са одговарајућом документацијом (здравствена књижица, упут за стационарно лечење оверен од стране лекарске комисије, извештај лекара специјалисте) јавља на шалтер амбулантно-пријемне службе.

Подаци пацијента се уносе у протокол амбулантних прегледа и пацијент се упућује лекару у амбуланту одговарајуће службе, који процењује клиничко стање пацијента и доноси одлуку о евентуалном пријему на одговарајуће одељење. Уколико лекар при прегледу установи да пацијент захтева болничко лечење (хоспитализацију), родитељ/старатељ потписује пристанак на хоспитализацију који такође потписује лекар који је индиковао пријем. Образац за пристанак је саставни део историје болести пацијента.

Потом се пацијенту мери телесна висина и телесна тежина која се уписује у температуру/терапијску листу. Мс/мт на пријемном шалтеру узима контакт телефон родитеља/старатеља, а уколико немају контакт телефон узима се адреса на којој се могу контактирати. Уколико је пацијент доброг општег стања пацијент/родитељ/старатељ се јавља у административну службу ради отварања историје болести. Том приликом родитељ/старатељ такође добија информатор који садржи основне информаије о кућном реду на клиници.

У случају да је пацијент тешког општег стања или се прима директно на одељење интензивне неге у том случају мс/мт са пријемног шалтера односи документацију пацијента у административну службу ради отварања историје болести. Ако се прими пацијент ван радног времена административне службе онда

Процедура за пријем пацијената на стационарно лечење

мс/мт одељења где је пацијент хоспитализован, првог следећег радног дана односи документацију пацијента у административну службу.

Медицинска сестра/техничар, са отвореном историјом болести, спроводи пацијента и/или родитеља-старатеља на одговарајуће одељење где се пацијент уписује у књигу пријема.

Након уписивања у књигу протокола одељенска сестра спроводи пацијента и/или родитеља-старатеља до болесничке собе и упознаје га са просторном организацијом и кућним редом одељења. Личне ствари пацијента се уписују у свеску евиденције. По доласку на одељење попуњава се идентификациона наруквица и ставља пацијенту на руку.

По смештању пацијента у болесничку постељу мс/мт позива одељенског лекара, који узима анамнезу и обавља преглед пацијента (што накнадно нотира у историји болести), уписује радну дијагнозу/главни узрок хоспитализације, постојање евентуалне алергије и дијагностички-терапијски план, као и план исхране у терапијско/температурну листу, након чега обавља информативни разговор са пацијентом/родитељима/старатељима.

Према плану који је лекар написао мс/мт узоркује биолошки материјал, спроводи пацијента на планиране дијагностичке прегледе и процедуре и примењује планирану терапију.

Нагласити пацијенту да не узима лекове или средства које није одобрио лекар, јер то може довести до угрожавања даљег тока лечења.

Напомене:

* Уколико постоји потреба за пријемом пацијента у непријемни радни дан од 14 до 08 сати или непријемни нерадни дан од 08 до 08 сати тада све административне послове око пријема (ако је пацијент дошао без упута, дежурни лекар мора издати хитан упут за пријем) обавља дежурни лекар одељења на које се пацијент прима, уз асистенцију дежурне мс/мт тог одељења.

* За родитеља/старатеља у пратњи пацијента такође се отвара историја болести уз оверен упут издат од стране изабараног педијатра за стационарно лечење које родитељ/старатељ доноси са собом. Уколико родитељ/старатељ у пратњи пацијента нема упут приликом пријема, а са пребивалиштем је на територији Београда, онда се на одељењу пише потврда да је дете хоспитализовано на датом одељењу уз молбу за издавање упута за родитеља/старатеља у пратњи пацијента. Са потврдом се код надлежног педијатра у Дому здравља узима упут за стационарно лечење који се онда оверава код Првостепене лекарске комисије републичког фонда за здравствено осигурање Филијале Београд. Рок за доношење овереног упута је најдуже 3 радна дана за родитеље/старатеље са пребивалиштем на територији Београда. Оверен упут се доноси на клинику где се отвара историја болести. Уколико је пратилац дошао без упута потписује сагласност да ће сносити трошкове боравка у болници за себе ако упут не обезбеди у року од три радна дана. Ако је родитељ/старатељ са пребивалиштем ван територије Београда, тада се потврда о хоспитализацији и молба за издавање упута шаље по службеној дужности надлежном Фонду здравственог осигурања, који шаље клиници оверен упут.

* Сва правила придржавања кућног реда одељења односе се и на родитеља/старатеља у пратњи.

* Идентификациона наруквица се такође попуњава и ставља на руку родитељу/старатељу у пратњи пацијента. Уз пацијента може да борави пратилац на чије име је отворена историја болести.

6. ДОКАЗИ

Наводе се пратећа документа у односу на процедуру, којима се потврђује да је процедура исправно спроведена.

РБ	НАЗИВ ДОКАЗА	АРХИВИРАЊЕ			ОДГОВ.
		МЕСТО	НАЧИН	РОК (ГОД.)	
1.	Амбулантни протокол пацијената	Хитна служба педијатрије Хитна служба хирургије	Писана форма	15 година	Главна сестра
2.	Историја болести		Писана форма	Трајно	Лекари
3.	Протокол хоспитализоване деце (сва одељења)	Сва одељења	Писана форма	Трајно	Главна сестра
4.	Свеска евиденције личних ствари пацијента	Сва одељења	Писана форма	5 година	Главна сестра

7. РЕФЕРЕНЦЕ