

### 3. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCSM rendelethez \*

#### SZAKÁPOLÁSI SZÜKSÉGLET MEGHATÁROZÁSA

Szolgáltató OEP kódja: Elrendelő lap sorszáma:

Szakápolást végző

intézmény neve:

címe:

Beteg neve:

lakóhelye:

telefonszáma:

Társadalombiztosítási azonosító jele:

születési adatai: év hó nap

Fekvőbeteg-intézeti ápolást kiváltó diagnózis (BNO-10.)

Kórházi kezelés időtartama:tól ig

Szakápolás elrendelésének dátuma:

A beteg szakápolásba vételének dátuma:

A vezető ápoló szakmai javaslata, a további szakápolási tevékenység:

indokolt nem indokolt

Felülvizsgálat esetén az első szakápolásba vétel dátuma:

Felülvizsgálat alapján szakápolás időtartama: hónap

Alapbetegség (BNO-10.):

Kísérőbetegség(ek), szövődmény(ek) (BNO-10.):

Szakápolás elrendelését indokoló diagnózis (BNO-10.):

Ellátást befolyásoló tényezők (Z00-Z99):

#### SZÜKSÉGLET MEGJELÖLÉSE

A javasolt kategória (S1-S3) és indokolt beavatkozás aláhúzandó.

Szolgáltatások	Szakápolási központ besorolási jellemzői		
	Alapszolgáltatások S1	Kibővített szolgáltatások S2	Különleges szolgáltatások S3
<ul style="list-style-type: none"><li>- betegmegfigyelés</li><li>- segítség vizsgálatnál</li><li>- invazív beavatkozás</li><li>- vizsgálati anyag levétele</li><li>- szakápolási tevékenység</li></ul>	Minden olyan beteg, aki nem sorolható az S2-be és az S3-ba.	<ul style="list-style-type: none"><li>- betegmegfigyelés, legalább két paraméter ellenőrzése</li><li>- beöntés</li><li>- segítség a vizsgálati anyagok levételekor</li><li>- inhalálás</li><li>- enterális mesterséges táplálás</li><li>- drén vagy katéter eltávolítása</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- betegmegfigyelés, legalább három paraméter ellenőrzése</li><li>- véna biztosítása</li><li>- szonda, katéter felhelyezése, cseréje, illetve ezen keresztül vizsgálati minta vétele</li><li>- váladék eltávolítása</li></ul>
Gyógyszerellátás		<ul style="list-style-type: none"><li>- gyógyszerek meghatározott időben való beadása</li><li>- infúziós terápia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- állandó vagy többször ismételt infúziós program</li><li>- asszisztálás transzfúziós terápiánál</li><li>- spec. gyógyszeres kezelés folyamatos megfigyelése</li><li>- parenterális táplálás</li></ul>

A vizsgálat eredménye alapján a szakápolási központ ellátást megalapozó ápolási vagy egyéb egészségügyi körülmény nem áll fenn. (Aláhúzandó, ha a vizsgálat alapján nem áll fenn ilyen körülmény.)

A vizsgálatot végző orvos neve:

A vizsgálatot végző orvos munkahelyének azonosítója:

Orvosi szolgálat kódja:

Dátum: év hó nap

Orvos aláírása: Pecsét száma:

Elrendelést javasoló orvos neve:

Elrendelő orvos neve:

Az elrendelő orvos munkahelyének azonosítója:

Orvosi szolgálat kódja:

Dátum: év hó nap

Orvos aláírása: Pecsét száma:

A szociális intézményi szakápolási központ által nyújtott ellátást elfogadom, és egyben kijelentem, hogy felvételemet követően más szolgáltatótól térítésmentesen szakápolást nem veszek igénybe.

Dátum: év hó nap

Beteg/törvényes képviselője aláírása: