

## 58/2012. (XII. 29.) EMMI rendelet

### **az otthoni szakápolással, hospice ellátással, valamint a rehabilitációs ellátásokkal, szanatóriumi ellátással összefüggő eljárások egyszerűsítéséről**

hatályos: 2013.01.01 -

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (2) bekezdés *f)* pontjában kapott felhatalmazás alapján, az egyes miniszterek, valamint a Miniszterelnökséget vezető államtitkár feladat- és hatásköréről szóló 212/2010. (VII. 1.) Korm. rendelet 41. § *d)* pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva,

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

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. § *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 gyógytényezőkről 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.**

*Balog Zoltán s. k.,*  
emberi erőforrások minisztere

1. melléklet az 58/2012. (XII. 29.) 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:

1.1. irodahelyiség a legszükségesebb bútorokkal ellátva,

1.1.1. kommunikációs lehetőség: telefon vagy személyhívó,

1.1.2. számítógép, nyomtatóval,

1.2. védőruha.

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

2.1. Nővértáska tartozékai

2.1.1. Vérnyomásmérő

2.1.2. Phonendoscop

2.1.3. Garatlámpa (pupilla lámpa)

2.1.4. Steril egyszerhasználatos fecskendők

2.1.5. Streil tűk, szárnyas tűk, perifériás véna katéterek

2.1.6. Bőr-, kéz-, nyálkahártya-, eszköz dezinficiensek

2.1.7. Steril kötszerek

2.1.8. Steril ollók

2.1.9. Steril anatómiai csipesz

2.1.10. Stranguláló gumi

2.1.11. Ragtapasz

2.1.12. Vatta

2.1.13. Testhőmérő

2.1.14. Spatula

2.1.15. Mérőszalag

- 2.1.16. Vesetál
- 2.1.17. Védőruha, védőkötény, védősapka, cipővédő
- 2.1.18. Arcmaszk
- 2.1.19. Steril és nem steril gumikesztyű, fólia kesztyű
- 2.1.20. Egyszer használatos kéztörölő
- 2.1.21. Elsődleges veszélyes hulladék gyűjtő doboz

2.2. A szolgáltatónak rendelkeznie kell a következő eszközökkel:

- 2.2.1. Steril infúziós szerelések
- 2.2.2. Steril szondák
- 2.2.3. Steril hólyag- és váladék leszívó katéterek
- 2.2.4. Steril katéter csúsztató
- 2.2.5. Steril beöntő felszerelés vagy beöntő felszerelés steril beöntő csővel
- 2.2.6. Infúziós pumpa (parenterális táplálás és hospice ellátás esetén)
- 2.2.7. Vizeletvizsgálati tesztcsík
- 2.2.8. Vércukorszintmérő tesztcsíkkal
- 2.2.9. Hajmosó felszerelés
- 2.2.10. Elektroterápiás készülékek: hordozható ingeráram készülék, hordozható terápiás UH készülék és kombinált készülékek – amennyiben a szolgáltató gyógytorna, fizioterápia szolgáltatást nyújt
- 2.2.11. Inhalátor
- 2.2.12. Hordozható váladékszívó
- 2.2.13. A használt sterilizálendő eszközök szállítására, mechanikus tisztítására, fertőtlenítésére szolgáló eszközök, tárolók – amennyiben a szolgáltató alkalmaz sterilizálendő eszközöket
- 2.2.14. Logopédiai eszközök – logopédiai szolgáltatás nyújtása esetén az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló miniszteri rendeletben meghatározottak szerint

2.2.15. Szögmérő és a gyógytornászok egyéb eszközei, amennyiben a szolgáltató gyógytorna, fizioterápia szolgáltatást nyújt

”

2. melléklet az 58/2012. (XII. 29.) EMMI rendelethez

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

	SZOLGÁLTATÓ:
	NÉV:
fénykép	
	Szakképesítés:
	Működési engedély száma:
	OEP szerződés száma:
Dátum .....	
	.....
	aláírás

”

3. melléklet az 58/2012. (XII. 29.) EMMI rendelethez

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

## I/1.

### ÁPOLÁSI ANAMNÉZIS

<b>Beteg neve:</b> <b>TAJ:</b>
<b>A beteg legközelebbi hozzátartozója:</b> <u>.....</u> <b>telefonszáma:</b>
<b>Háziorvos neve:</b> ..... <b>telefonszáma:</b>
<b>GYÓGYSZERÉRZÉKENYSÉG:</b> .....
<b>ALLERGIA:</b>
<b>ALKAT</b> <b>FNO b530?</b> **  ? arányos <input type="checkbox"/> túltáplált <input type="checkbox"/> hiányos-csonkolt <input type="checkbox"/> sovány
<b>RR:</b> ..... <b>HGMM</b> <b>PULZUS:</b> .../ <b>PERC</b> <b>HŐMÉRSÉKLET:</b> °C
<b>BŐR</b> <b>FNO b810</b> <input type="checkbox"/> **  <input type="checkbox"/> ép <input type="checkbox"/> kiütés <input type="checkbox"/> decubitus <input type="checkbox"/> seb <input type="checkbox"/> oedema/lymphoe    egyéb: .
<b>LÉGZÉS</b> <b>FNO b440</b> <input type="checkbox"/> **  <input type="checkbox"/> normál <input type="checkbox"/> tachypnoe <input type="checkbox"/> bradypnoe <input type="checkbox"/> apnoe  <input type="checkbox"/> cyanosis <input type="checkbox"/> dyspnoe: <input type="checkbox"/> nincs <input type="checkbox"/> van <input type="checkbox"/> nyugalmi ortopnoe
<b>KÖHÖGÉS:</b> <input type="checkbox"/> van <input type="checkbox"/> nincs <input type="checkbox"/> improduktív <input type="checkbox"/> produktív köpet:  <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> oxigén készülék használata
<b>MOZGÁS</b> <b>FNO b710</b> <input type="checkbox"/> **  <b>helyzetváltoztatás:</b> <input type="checkbox"/> járóképes <input type="checkbox"/> segítséggel <input type="checkbox"/> járóképtelen <input type="checkbox"/> segédeszköz <input type="checkbox"/> egyensúlyzavar <input type="checkbox"/> fekvő
<b>végtagok:</b> <input type="checkbox"/> fiziológiás mozgás <input type="checkbox"/> mozgáskorlátozott <input type="checkbox"/> paresis j, b kéz; j, b láb <input type="checkbox"/> plégia j, b kéz; j, b láb  <input type="checkbox"/> orthostaticus hypotonia

**ÉRZÉKELÉS látás:FNO b210~L\*\* hallás: FNO b230~L\*\***

látás ~L normál csökkent:..... ~L vak

hallás ~L normál ~L csökkent ~L siket

**TÁPLÁLKOZÁS FNO b510~L\*\***

étvágy: ~L kielégítő/normális ~L fokozott ~L csökkent ~L nincs

fogazat: ~L saját ~L hiányos: részben, teljesen, protézis szájüreg állapota:.....

étrend: ~L normál diéta:

nyelési, rágási nehézség: ~L nincs ~L van

étkezés: ~L önálló ~L segítséssel ~L csak etetéssel ~L szondatáplálás ~L parenterális táplálás

emésztés: ~L fiziológiás ~L hányinger ~L hányás ~L puffadás egyéb:

stoma: ~L nincs ~L van, helye:

**I/2.****MENTÁLIS ÁLLAPOT FNO b139?~L\*\***beszéd:  jól érthető ~L nehezen érthető ~L beszédhiba ~L nem érthető ~L aponia

beszéd megértés: ~L jó ~L részleges ~L nem érti

tájékozódás térben/időben: ~L igen ~L nem ~L esetenként

emlékezet: ~L jó ~L gyengült ~L rossz

érzelmi állapot: ~L nyugodt ~L közömbös ~L változó ~L zárkózott ~L nyugtalan

~L feszült ~L agresszív ~L elkeseredett ~L befelé forduló ~L elutasító

tudatállapot: ~L éber ~L zavart ~L aluszékony ~L eszméletlen

**ALAPÁPOLÁSI IGÉNY**

mosakodás d510~L\*\* WC használat d530~L\*\* öltözködés d540~L\*\* étkezés d550~L\*\*

~L önálló ~L segítséggel ~L teljes ellátást igényel

**FÁJDALOM FNO b280~L\*\***

~L ~L ~L ~L ~L



0 – nincs fájdalom    1 – kissé fáj    2 – mérsékelt fájdalom    3 – nagyon fáj    4 – elviselhetetlenül fáj

(Keele-féle skála)

**EMÉSZTÉS FNO b520** <sup>L\*\*</sup>

hányinger     hányás     hasmenés     székrekedés     puffadás    egyéb:

**KIVÁLASZTÁS/ÜRÍTÉS vizelet: FNO b620** <sup>L\*\*</sup>    **széklet: FNO b525** <sup>L\*\*</sup>

**vizelet:**     fiziológiás     katéter     incontinens

**széklet:**     fiziológiás     incontinens     szorulás

hasmenés

**ALVÁS FNO b134** <sup>L\*\*</sup>

fiziológiás     nehezen alszik el     alvásideje rövid     csak gyógyszerrel    egyéb:

**KOMMUNIKÁCIÓ FNO d310** <sup>L\*\*</sup>

jól kommunikál     nehezen fejezi ki magát     nem tudja kifejezni magát

Dátum:

.....

## II. SZAKÁPOLÁS/HOSPICE ELLÁTÁS TERVEZÉSE ÉS KIVITELEZÉSE

(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

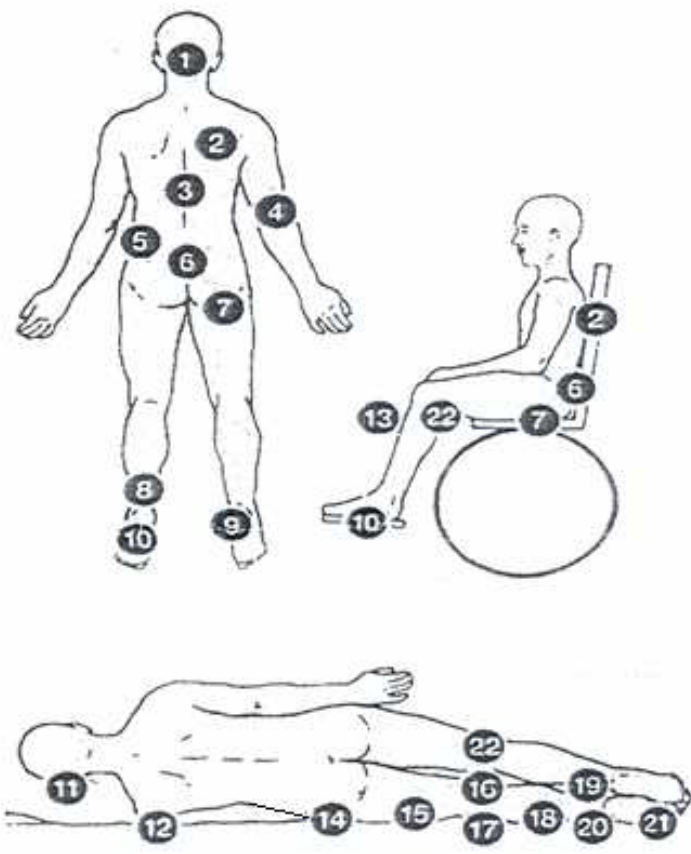


# SEBÁLLAPOT FELMÉRŐ LAP

**Beteg neve:**

**TAJ:**

**Decubitus lokalizáció:**

	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Tarkócsont</li><li>2. Lapocka</li><li>3. Processus spinosus (csigolya)</li><li>4. Könyök</li><li>5. Csípőtáréj</li><li>6. Keresztcson</li><li>7. Ülőcsont</li><li>8. Achilles-ín</li><li>9. Sarok</li><li>10. Talp</li><li>11. Fül</li><li>12. Váll</li><li>13. Elülső sípcsonttüske</li><li>14. Tompor</li><li>15. Comb</li><li>16. Belső térd</li><li>17. Külső térd</li><li>18. Lábszár</li><li>19. Belboka</li><li>20. Külboka</li><li>21. Talp</li><li>22. Elülső sípcsonttüske</li></ol>
--	---





## 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 vizsgálatához fűződő megjegyzések (izomtónus):

.....  
.....

Mozgásterápia célja:

.....

.....

## Gyógytornász/fizioterapeuta vizitlap

Beteg neve:

.....

Azonosító száma: ..... lapsorszám:

.....

Dátum	Időráfordítás	Végzett tevékenység leírása	Észrevételek	Aláírás	
				szakdolgozó	beteg

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 törtézés 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 aláhúzendó.

## Logopédiai munkanapló

Beteg neve: ..... lapsorszám:  
.....

Azonosító száma:  
.....

Dátum	A foglalkozás anyaga	Megjegyzés	Időráfordítás	Aláírás	
				logopédus	beteg

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)

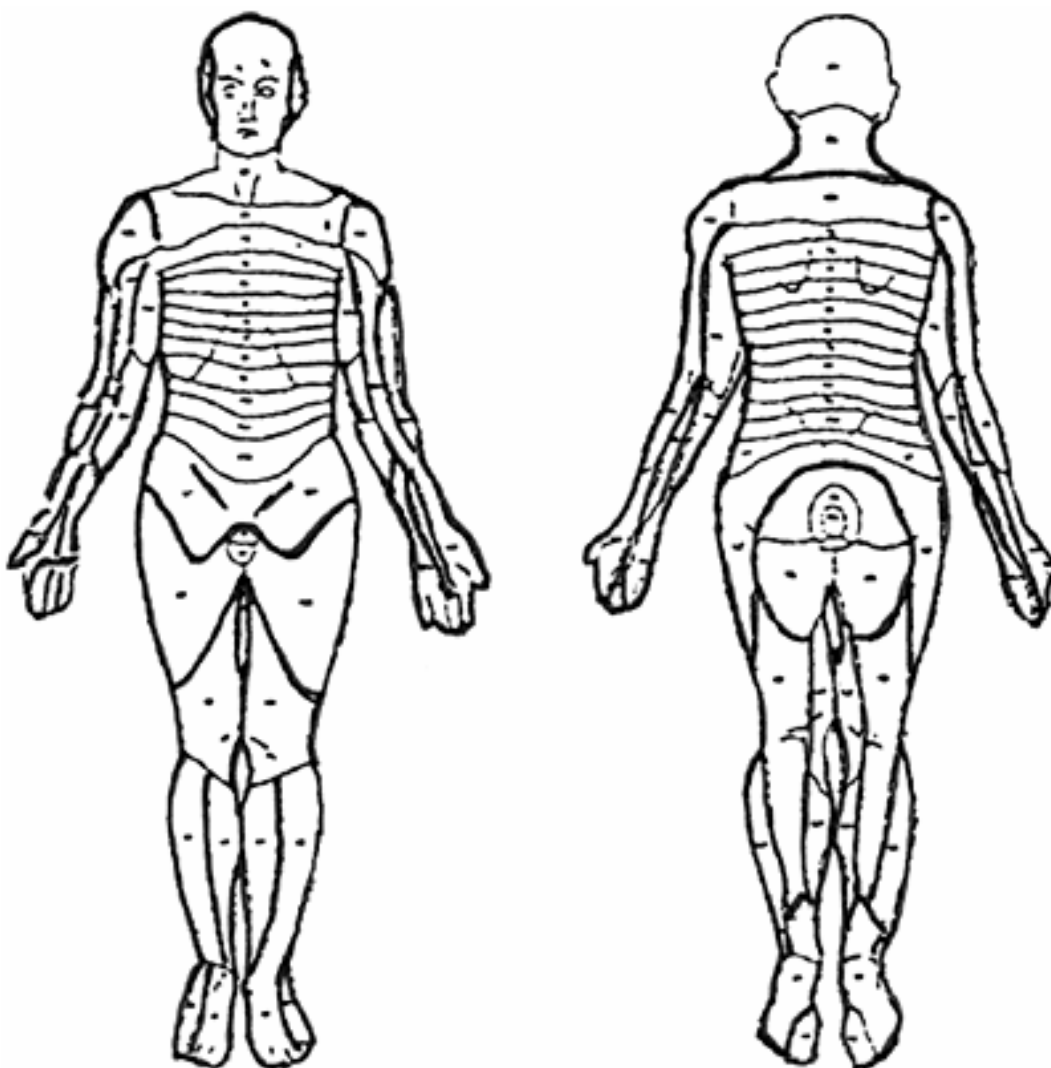
Beteg neve: ..... .....									
TAJ: ..... .....									
Fájdalom mérő skála									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nincs fájdalom									Elviselhetetlen fájdalom

A fájdalom jellemzői

Mi okozza/fokozza a fájdalmat?					
Fájdalom					
Kezdet:					
Időtartama:					
Gyakoriság:					
Fájdalom osztályozása					
Akut		?	Krónikus		?
Áttöréssel járó fájdalom van-e?					
Igen		?	Nem		?
Jellemezze a fájdalmat					
Felszínes	?	Lüktető	?	Zsibbadt	?
Mély	?	Sajgó	?	Szúró	?
Kisugárzó	?	Égető	?	Éles	?

Görcsös	?	Hasogató	?	Tompa	?
Befolyásolja-e a fájdalom					
Étvágát	?	Fizikai aktivitását	?		
Figyelmét	?	Érzelmét	?		
Kapcsolatait	?	Alvását	?		

A fájdalom helye



Milyen fájdalomcsillapítót szed?
A gyógyszerek milyen mértékben csökkentik a fájdalmat?

Nem hat ?	Mérsékeli ?	Megszünteti ?
Megjegyzés/észrevétel		

Dátum: .....

.....  
 .....

Aláírás

”

4. melléklet az 58/2012. (XII. 29.) 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

”

5. melléklet az 58/2012. (XII. 29.) EMMI rendelethez

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

**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 készségeinek 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 phosphatase, cholinesterase, kreatin kinase, Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Ca<sup>2+</sup>, Mg<sup>2+</sup>, CRP, egyéb akut fázis fehérje

Csontdensitometria

Centrális vénás kanül

- Átjárhatóság
- A kanül bemenet környéke
- Haemocultura (feltételezett fertőzés esetén)

9. Tervezett vizitszám:

Dátum: .....

P. H.

.....  
szakápoló

.....  
elrendelő orvos

”

---

\* Szükség esetén a hozzátartozó beleegyezésével tölthető ki.

\*\* **FNO jelölésnél az üres négyzetbe:** 0 – nincs probléma; 1 – enyhe probléma; 2 – mérsékelt probléma; 3 – súlyos probléma; 4 – teljes probléma