

## TEXT DE LA DISPOSICIÓ

Ordre de 15 de novembre de 1988, de la Conselleria de Sanitat i Consum, per la qual es regula la Unitat de Documentació Clínica i Admissió dels Centres Hospitalaris.

El Decret del Consell 122/88, de 29 de juliol, en els articles 12, 13 i 14, recull que per a qualsevol Hospital, siga amb Serveis de Districtes, amb Serveis Complementaris, siga amb Serveis d'assistència a pacients crònics i de llarga estada, ha d'haver-hi la Unitat de Documentació Clínica i Admissió.

L'augment de la demanda d'assistència especialitzada, tant en règim d'internament com en règim ambulatori i les urgències, fan que calga la creació d'una Unitat que gestione les peticions assistencials al centre, amb la finalitat de fer rendibles al màxim els recursos disponibles i facilitar-los l'accés de la població que demana assistència especialitzada.

La necessitat de crear un sistema d'informació homogeni, fiable i suficient que possibilita els processos de gestió, d'elaboració d'indicadors de rendiments i utilització, el control de qualitat assistencial, la confecció d'informació epidemiològica, morbilitat, mortalitat i demanda assistencial.

Tot això obliga a la creació d'una estructura eficaç i eficient, que justifica la unió de l'Admissió i de la Documentació Arxiu Clínic com a un sol Servei o Unitat i definir les funcions que ha d'assumir-ne.

Per tot això,

ORDENE:

Article primer

En tots els Centres Hospitalaris dependents del Servei Valencià de Salut, hi haurà una Unitat de Documentació Clínica i Admissió amb les funcions que s'estableixen en la present Ordre.

La Unitat adscrita a la Direcció Mèdica serà única i centralitzada i al seu capdavant hi haurà un metge.

Article segon

La Unitat de Documentació Clínica i Admissió integrarà les Àrees d'admissió, Hospitalització, Admissió Urgència, Admissió Consultes Externes, Documentació-Arxiu Clínic. El nombre, la composició i denominació de les diferents àrees s'adaptarà a les condicions específiques de cada Hospital i Centres Perifèrics d'Especialitats que hi siguen adscrits i a les necessitats de l'Àrea Sanitària corresponent.

Article tercer

Seran funcions específiques de l'Àrea d'admissió:

Un. La gestió de la demanda d'hospitalització, per a la qual cosa coneixerà en tot moment les característiques i l'estat dels Llits (ocupats, Lliures, reservats, inutilitzats) i el motiu de tal situació per Serveis i/o Unitats assistencials. Quan caldrà un Llit sol·licitat des d'Urgències, de Consulta externa o de Llista d'Espera, serà el Servei D'Admissió qui assignarà l'esmentat Llit, i qui notificarà en els casos programats el dia i l'hora d'ingrés al pacient.

Dos. La gestió d'ingrés i trasllat a altre Centre en el supòsit que no hi haguessen Llits a

l'Hospital.

Tres. El control i l'autorització de trasllats de pacients entre Serveis i/o Unitats d'Infermeria. En cas de trasllat a altre Centre s'interpretarà com a alta de l'Hospital i l'admissió gestionarà el transport i l'ingrés al Centre a què siga traslladat el pacient.

Quatre. El control i l'autorització d'altres. Qualsevol Servei o Unitat de l'Hospital en el moment de prealta del pacient sol·licitarà al Servei d'admissió l'autorització administrativa de l'alta, la qual no es produirà fins que no l'autoritze l'Admissió. En serà requisit previ indispensable l'existència d'informe d'alta del pacient.

Cinc. La gestió de la demanda d'assistència especialitzada en règim ambulatori, concedint dia i hora als pacients per a Consultes Externes, exploracions i unitats especialistes, tant pel que fa a les primeres visites com a les successives. Cas que l'Hospital no compte amb la tecnologia necessària, gestionarà l'assistència i el transport dels pacients als Serveis i Unitats de referència.

Sis. La creació i actualització del Fitxer índex de Pacients únic per a tots els pacients atesos en el Centre, bé en les Àrees d'Hospitalització, bé en Consultes Externes o Urgència, on figuren com a dades mínimes la identificació completa del pacient, el número d'Història Clínica i el domicili.

Set. La formalització del Llibre de registre de pacients i el full administratiu clínic de la Història Clínica, l'elaboració dels instruments d'identificació del pacient i dels documents clínics.

Vuit. La recollida i el trasllat de la informació pertinent per a la prefacturació o facturació al departament encarregat de la dita funció.

Nou. La confecció i tramitació de les notificacions judicials que escaiguessen.

Deu. El dipòsit i la custòdia dels efectes dels pacients que ho necessitassen i a aquest efecte duran un registre amb número i contingut dels objectes en dipòsit.

Onze. Quan finalitzarà l'assistència, lliurarà al pacient l'informe d'alta i li farà entendre perfectament les instruccions donades pel personal sanitari que hi figuren.

Article quart

Seran funcions de l'Àrea de Documentació Arxiu Clínic:

Un. L'arxiu i conservació de les Històries Clíniques de l'Hospital, tant actives com inactives. I protegir-les contra pèrdues, deterioraments, alteracions de llurs contingut i ús per part del personal no autoritzat.

Dos. L'establiment dels controls necessaris perquè tota la documentació clínica generada durant el diagnòstic o tractament d'un pacient en l'Hospital, siga en l'àrea d'hospitalització, consulta externa o urgències, formen una Història Clínica unitària.

Tres. L'establiment dels controls necessaris per a la circulació de la Història Clínica per l'Hospital, que n'eviten la pèrdua i que assegurin que l'estada fora de l'arxiu es limita al temps assistencial.

Quatre. La determinació, amb la Comissió d'Històries Clíniques, de les normes per al registre de la informació en les Històries Clíniques i el desplaçament de procediments que garanteixen la seua consistència i exactitud.

Cinc. Col·laborar en el control de qualitat formal de la Història Clínica.

Article cinquè

Seran funcions comunes a les Àrees de Documentació Clínica i Admissió:

Un. Garantir el lliurament ràpid i eficaç de la Història Clínica del pacient en una nova demanda assistencial i cas que el pacient acudisca a l'Hospital per primera vegada, la seua iniciació.

Dos. El disseny homogeni de la Història Clínica i altres documents, que faciliten el seu ús assistencial i l'obtenció de dades per als sistemes d'informació de l'Hospital.

Tres. L'adaptació o creació dels sistemes de codificació necessaris per a l'adequada recollida de dades i manteniment dels registres secundaris que s'estimen oportuns. Per a la codificació de diagnòstics i procediments s'utilitzara la ICD9-CM.

Quatre. l'extracció de les dades de les Històries Clíniques i altres registres, que calguen per als sistemes d'informació de l'Hospital. La seua verificació i codificació.

Cinc. El desplegament de mesures i procediments interns per tal de garantir la qualitat de l'extracció i codificació de les dades.

Sis. l'obtenció d'estadístiques, d'indicadors sanitaris i de la resta d'informació que els siga sol·licitada.

Set. La col·laboració en l'anàlisi de la informació segons els criteris i estandars de la Direcció.

Vuit. La col·laboració amb les Comissions de Control de Qualitat i amb la investigació i docència, ajudant-hi a seleccionar i analitzar la informació requerida.

Nou. Facilitar l'intercanvi d'informació Clínico-Sanitària dels pacients entre els distints nivells assistencials de l'àrea sanitària.

#### DISPOSICIÓ TRANSITORIA

Es concedeix als Centres afectats per aquesta Ordre un termini de sis mesos des de la publicació en el Diari Oficial de la Generalitat Valenciana perquè posen en marxa el que s'ordena anteriorment.

#### DISPOSICIONS FINALS

Primera

El Servei Valencià de Salut adoptarà les mesures oportunes per a la posada en pràctica d'allò previngut en aquesta Ordre, sens perjudici de les instruccions que en el seu desplegament puga establir-ne la Direcció General de Planificació de l'assistència Sanitària.

Segona

Aquesta Ordre vigirà l'endemà de la publicació en el Diari Oficial de la Generalitat Valenciana.

València, 15 de novembre de 1988.

El Conseller de Sanitat i Consum  
JOAQUIN COLOMER SALA,