

**OSASUN SAILA
KULTURA SAILA****Zk-1525**

45/1998 DEKRETUA, martxoaren 17koa, Ospitaleetako Larrialdi-Zerbitzuetako Jarduera Klinikoaren Erregistroko edukia eta Ospitaleetako Historia Klinikoetakoa ezartzen dituen, eta bertako agirien balorazioa, kontserbazioa eta garbiketa arautzen dituen.

Euskal Autonomia Erkidegoko Ospitaleetako Historia Klinikoaren erabilera arautzen duen azaroaren 25eko 272/1986 Dekretuan xedatu zenez, ospitale guztiei zera ezartzen zaie: gaixoen historia klinikoa landu beharra, bai ospitalizatutako gaixoena bai kanpo-konsultetako gaixoena, bai eta ospitale batean aldi-aldi tratamendu ambulatorioa jasotzen duten gaixoena. Halaber, Larrialdi-Zerbitzuetako gaixoen burututako jardueraren erregistroa gauzatu beharra ezarri zen.

Historia klinikoaren edukia dela eta, Dekretuan hiru konplexutasun-maila jaso ziren, hain zuzen garai hartan ospitaleetan aplikatu nahi ziren hiru homologazio maila zegozkienak; eta gainera, lehenengo konplexutasun-maila zein egunetatik aurrera eskatuko zen adierazi zen. Beste bi mailak (bigarrena eta hirugarrena) eskatzeko datak, ordea, gerora ezarriko zirela xedatu zen aldi baterako bigarren xedapenean: Sanitate Zentro eta Establezimenduak homologatzeari buruzko Dekretuak zehaztuko zituen horiek. Baina dekretu hori eman ez denez gero, bigarren eta hirugarren konplexutasun-mailak ez dira egundaino eskatu.

Bestalde, Osakidetza menpeko ospitaleetan lehenengo konplexutasun-mailako historia klinikoa zein agirik osatzen duten ezartzeko, Osakidetza zuzendari nagusiaren 1988ko uztailaren 21eko Erabakia eman zen. Euskal Autonomia Erkidegoko ospitale pribatuetan, aldiz, ez da gaur arte alderdi hori arautu.

Hori horrela izanik, bidezkoa da historia klinikoaren edukia bateratzea eta derrigorrezko bihurtzea, bai titularitate publikoko ospitaleentzat bai titularitate pribatukoentzat. Beraz, dekretu honen bidez, Ospitaleetako Larrialdi-Zerbitzuetako Jarduera Klinikoaren Erregistroko edukia eta Ospitaleetako Historia Klinikoetakoa ezartzen dira.

Alabaina, funtsean argitu nahi den kontua — berebiziko garrantzia duena eta egun arte lauso xamar dagoena — hauxe da: zein agiri gorde behar diren Ospitaleetako Larrialdi-Zerbitzuetako Jarduera Klini-

**DEPARTAMENTOS DE SANIDAD
DEPARTAMENTO DE CULTURA****Nº-1525**

DECRETO 45/1998, de 17 de marzo, por el que se establece el contenido y se regula la valoración, conservación y expurgo de los documentos del Registro de Actividades Clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y de las Historias Clínicas Hospitalarias.

El Decreto 272/1986, de 25 de noviembre, por el que se regula el uso de la Historia Clínica en los centros Hospitalarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco, establece la obligatoriedad de elaborar una Historia Clínica para todo enfermo hospitalizado y para todo enfermo asistido en consulta externa y/o sujeto a tratamiento periódico en un Hospital. Así mismo, impone a los Hospitales el deber de llevar un registro de actividades desarrolladas durante la asistencia a los pacientes en el Servicio de Urgencias.

En cuanto al contenido de la Historia Clínica, dicho Decreto diseñaba tres niveles de complejidad correlativos con los tres niveles de homologación que en aquel momento estaba previsto establecer para los centros hospitalarios y determinaba el momento a partir del cual resultaría exigible el primer nivel de complejidad. Respecto a los niveles de complejidad segundo y tercero, preveía en la disposición transitoria segunda que serían exigibles en el futuro, de conformidad con lo que dispusiera el Decreto sobre Acreditación y Homologación de Centros y Establecimientos Sanitarios. Al no haberse dictado este último, tales niveles de complejidad no han llegado a ser exigibles.

Por otra parte, en los centros de atención hospitalaria de la red de Osakidetza-Servicio vasco de salud, la documentación en la que debía plasmarse el contenido de la historia clínica en el primer nivel de complejidad quedó determinada en la resolución del Director General de Osakidetza de 21 de julio de 1988. En cambio, los Hospitales de titularidad privada del País Vasco carecían, hasta el momento, de una norma que regulase este aspecto.

Habida cuenta de la situación planteada se ha considerado procedente que el contenido de la Historia Clínica Hospitalaria sea único y de obligado cumplimiento para los Hospitales tanto de titularidad pública como de titularidad privada. Así pues, el presente Decreto enumera los documentos que constituyen el Registro de Actividades Clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y las Historias Clínicas Hospitalarias.

Sin embargo, su verdadero propósito es dar respuesta a una serie de cuestiones que hasta este momento no la tienen, pese a ser de la máxima importancia: qué documentos deben conservarse tanto en el

koen Erregistroan eta Ospitaleetako Historia Klinikoetan, zenbat denboraz gorde behar diren, eta zer egin gorde behar ez direnekin.

Ildo horretatik, lehenengo eta behin, Osasunerako Munduko Erakundearen aholkuei jarraituz epe batean suntsi daitezkeen agirien zerrenda ematen da, eta bestalde, gorde behar direnena.

Neurri horretaz gainera, Agiri Klinikoak Baloratze, Aukeratzeko eta Garbitzeko Batzordea sortu zen. Horren helburua da: Ospitaleetako Larrialdi-Zerbitzuetako Jarduera Klinikoan Erregistroan eta Ospitaleetako Historia Klinikoetan dauden agiriak egoki kontserbatzeko jardunbidea antolatzea, gerta daitezkeen zalantzak argitzea, eta garbiketa-prozesuaren alde administratiboak bermatzea. Batzordean hainbat arlo ukitzen direnez, askotarikoak da; Kultura Sailak, izan ere, Kultura Ondarearen Zuzendaritzaren bitartez parte hartzen du, agiriok euskal herriaren dokumentazio-ondarearen zati bat direlako, eta beraz, Euskal Kultura Ondareari buruzko uztailaren 3ko 7/1990 Legeari men egin beharko zaio.

Ondorioz, Osasun sailburuaren eta Kultura sailburuaren proposamenez eta Jaurlaritzaren Kontseiluak 1998ko martxoaren 17ko bilkuran aztertu eta onartu ondoren, hauxe

XEDATU DUT:

1. atala.-

Dekretu honen helburua da Ospitaleetako Larrialdi-Zerbitzuetako Jarduera Klinikoan Erregistroko agiriak eta Ospitaleetako Historia Klinikoetakoak zein izan behar duten ezartzea, eta agiri horien balorazioa, kontserbazioa eta garbiketa arautzea.

2. atala.-

Dekretu honen ondorioetarako agiri-eredutzat hau ulertuko da: kanpotik nahiz barrutik eite normalizatu duen eredua, halako informazioa jasotzen duena, eta, hortaz, toki espezifiko duena Euskal Autonomia Erkidegoko ospitaleetako osasun- eta administrazio-gestioan.

3. atala.-

1.- Euskal Autonomia Erkidegoko ospitaleetako larrialdi-zerbitzuetan hartzen den gaixo bakoitzeko egiten diren jarduketak Larrialdietako Orria izeneko agiri-ereduan jasoko dira.

Larrialdietako Orrian honakoak jasoko dira, guxtienez:

Registro de Actividades Clínicas del Servicio de Urgencias como en las Historias Clínicas Hospitalarias, durante qué plazo y cuál es el destino de los que no se necesita conservar.

En este sentido, como primera medida, se enumera una serie de documentos que pueden ser destruidos transcurrido un tiempo razonable y otra de documentos que deben conservarse, de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

A ella se añade la creación de una Comisión de Valoración, Selección y Expurgo de Documentación Clínica, encargada de planificar el conjunto del proceso de conservación de la documentación contenida en el Registro de Actividades Clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y en las Historias Clínicas Hospitalarias, resolver las dudas que se susciten y garantizar que los procesos de expurgo se llevan a cabo con todas las garantías administrativas. Se trata de una Comisión multidisciplinar, en la que participa el Departamento de Cultura, a través de la Dirección de Patrimonio Cultural, habida cuenta de que esta documentación forma parte del patrimonio documental del pueblo vasco y está sometida a lo dispuesto por la Ley 7/1990, de 3 de julio, de Patrimonio Cultural Vasco.

En su virtud, a propuesta del Consejero de Sanidad y de la Consejera de Cultura, previa deliberación y aprobación por el Consejo de Gobierno en su sesión de 17 de marzo de 1998,

DISPONGO:

Artículo 1.-

El presente Decreto tiene por objeto establecer los documentos que constituyen el Registro de Actividades Clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y de las Historias Clínicas Hospitalarias, así como regular la valoración, conservación y expurgo de tales documentos.

Artículo 2.-

A los efectos del presente Decreto, se entiende por Tipo Documental cada modelo de Documento normalizado, tanto en sus características externas como internas, que recoge determinadas informaciones y que como tal ocupa un lugar específico en la gestión sanitaria y administrativa de los Hospitales de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Artículo 3.-

1.- Las actividades clínicas desarrolladas por los Servicios de Urgencias de los Hospitales de la Comunidad Autónoma del País Vasco por cada paciente atendido se registrarán en un Tipo Documental denominado Hoja de Urgencias.

La Hoja de Urgencias deberá contener como mínimo:

I.- Gaixoaren identifikazio-datuak eta gertaeraren gorabeherak:

- a) Izen-abizenak.
- b) Historia klinikoaren zenbakia eta/edo larrialdietako sarrera-zenbakia.
- c) Jaioteguna.
- d) Ohiko helbidea.
- e) Telefonoa.
- f) Asistentzia egiten den eguna eta ordua.
- g) Gaixoa ospitalea iristean, zein medikuk hartzen duen.

II.- Egindako asistentziaren inguruko datu klinikoak:

- a) Kontsultaren zergatia.
- b) Konstante klinikoak.
- c) Tresna eta sistemen bidez egindako azterketek zein emaitza eman duten.
- d) Egindako proba eta azterketak.
- e) Emandako tratamendua, hala badagokio.
- f) Gaixoaren bilakaera.
- g) Behin-behineko diagnostikoa.
- h) Alta jaso ondoren jarraitu beharreko aholkuak, hala badagokio.
- i) Gaixoak zein egunetan eta zein ordutan uzten duen larrialdi-zerbitzua; eta handik hara zein destino duen.

III.- Arestian aipatutako datuetan, erraz irakurtzeko moldean ezarrita, asistentzia egin duen medikuaren identifikazioa eta sinadura agertu behar dira.

2.- Gaixoa ingresatu ezean, altaren txostenaren ordez Larrialdietako Orriaren kopia bat eman dakioke gaixoari.

3.- Larrialdietako Orriarekin batera, kasuan kasu beharrezkoak diren agiri-ereduak erantsi ahalko dituzte larrialdi-zerbitzuek. Agiri horiek ondoren aipatzen den atalean zerrendatuetarikoak izan daitezke.

4. atala.-

1.- Honako agiri-ereduek osatzen dute Euskal Autonomia Erkidegoko ospitaleetako historia klinikoak:

- 1.- Orri kliniko-estadistikoa.
- 2.- Sarrerako baimen-orria.
- 3.- Jakinaren gaineko onespren-orria.
- 4.- Anamnesi eta azterketa fisikoaren orria.
- 5.- Bilakaera-orria.
- 6.- Agindu medikoen orria.

I.- los datos de identificación del paciente y de las circunstancias por las que acude al Servicio de Urgencias:

- a) nombre y apellidos.
- b) número de historia clínica y/o número de registro de urgencias.
- c) fecha de nacimiento.
- d) domicilio habitual.
- e) teléfono.
- f) fecha y hora en que se realiza la asistencia.
- g) médico que recibe y/o atiende al paciente a su llegada al centro hospitalario.

II.- los datos clínicos más relevantes derivados de la asistencia efectuada:

- a) motivo de la consulta.
- b) constantes clínicas.
- c) hallazgos de la exploración física por aparatos y sistemas.
- d) pruebas y exploraciones de interés practicadas.
- e) tratamiento recibido, en su caso.
- f) evolución del enfermo.
- g) diagnóstico provisional.
- h) recomendaciones terapéuticas, si las hay, al alta.

i) fecha y hora en que el paciente abandona el área de urgencias y destino del mismo.

III.- en la recogida de los datos arriba mencionados deberá reseñarse de forma perfectamente legible la identificación y firma del facultativo que ha realizado la asistencia.

2.- En los casos de no haber causado ingreso, la entrega del informe de alta al paciente podrá ser suplida por la entrega de una copia de la Hoja de Urgencias.

3.- Los Servicios de Urgencias podrán añadir a la Hoja de Urgencias todos aquellos Tipos Documentales relacionados en el artículo siguiente que requiera cada episodio asistencial.

Artículo 4.-

1.- La Historia Clínica de los Hospitales de la Comunidad Autónoma del País Vasco forma un expediente integrado por los siguientes Tipos Documentales:

- 1.- Hoja Clínico-estadística.
- 2.- Hoja de Autorización de Ingreso.
- 3.- Hoja de Consentimiento Informado.
- 4.- Hoja de Anamnesis y Exploración Física.
- 5.- Hoja de Evolución.
- 6.- Hoja de Órdenes Médicas.

- 7.- Azterketa osagarrien txosten-orria.
- 8.- Interkontsultaren orria.
- 9.- Txosten kirurgikoaren orria eta/edo erditzearen erregistroa.
- 10.- Anestesiaren orria.
- 11.- Ospitaleko infekzioaren orria.
- 12.- Erizaintzako zainketen bilakaeraren eta plangintzaren orria.
- 13.- Aplikazio terapeutikoaren orria.
- 14.- Konstanteen grafikaren orria.
- 15.- Nekropsia-txostenaren orria.
- 16.- Larrialdietako orria.
- 17.- Borondatezko altaren orria.
- 18.- Altaren txosten klinikoaren orria.
- 19.- Erradiografiak edo bestelako agiri ikonografikoak.

2.- Agiri-eredu horiek ezezik, egokitzat jotzen dituen beste batzuk ere sartu ahalko ditu ospitaleak historia klinikoan, aurretik zentroko Historia Klinikoetako Batzordearen baimena —horrelako batzordearik baldin badago— jaso ondoren.

Halaber, ospitaleak, aukeran, horko Anamnesi eta azterketa fisikoaren orria (4) eta Erizaintzako zainketen bilakaeraren eta plangintzaren orria (12) izeneko agiri-ereduak bitan banatu ahalko ditu; alegia: lehenengoa, Anamnesiaren orria, batetik, eta Azterketa fisikoaren orria, bestetik; eta bigarrena, Erizaintzako zainketen bilakaeraren orria, batetik, eta Plangintzaren orria, bestetik.

Unidosia erabiltzen bada, Aplikazio Terapeutikoaren Orriaren orde (13) Unidosiaren orria sartu ahalko da, datu berberak jasoaz, baina medikuen eta erizainen elkarlanarekin banatuta.

5. atala.-

Ospitaleko Historia Klinikoa egiteko, beharrezkoa da aurreko atalaren 1. idazatian aipatzen diren agiri-ereduak erabiltzea. Agiri-eredu bakoitzaren edukia ondoren ematen da aditzera, eta asistentziaren ikuspuntutik komenigarritzat jotzen den guztietan erabiliko dira.

1.- Orri kliniko-estadistikoa.

Orri honetan —izen hori eduki edo beste bat eduki— asistentziako gorabeheraren inguruko datu administratiboak eta klinikoak jasoko dira.

Orri kliniko-estadistikoak, gutxienez, ospitaleko altaren gutxieneko datuen bilduma jaso beharko du, azaroaren 3ko 303/1992 Dekretuak —Ospitaleko altaren gutxieneko datuen bilduma arautzeko eta Euskal Autonomia Erkidegoko ospitaleetako alden erregistroa sortzeko dena— 3. atalean xedatutakoaren arabera.

2.- Sarrerako baimen-orria.

7.- Hoja de Informes de Exploraciones Complementarias.

8.- Hoja de Interconsulta.

9.- Hoja de Informe Quirúrgico y/o Registro del Parto.

10.- Hoja de Anestesia.

11.- Hoja de Infección Hospitalaria.

12.- Hoja de Evolución y de Planificación de Cuidados de Enfermería.

13.- Hoja de Aplicación Terapéutica.

14.- Hoja de Gráfica de Constantes.

15.- Hoja de Informe de Necropsia.

16.- Hoja de Urgencias.

17.- Hoja de Alta Voluntaria.

18.- Hoja de Informe Clínico de Alta.

19.- Radiografías u otros documentos iconográficos.

2.- Además de estos Tipos Documentales, cada Hospital podrá incluir en la Historia Clínica aquellos otros que considere oportunos, con la autorización de la Comisión de Historias Clínicas del centro, si la hubiere.

Igualmente podrá desdoblar los Tipos Documentales denominados Hoja de Anamnesis y Exploración Física (4) y Hoja de Evolución y Planificación de Cuidados de Enfermería (12) en los Tipos Documentales denominados Hoja de Anamnesis y Hoja de Exploración Física y Hoja de Evolución de Enfermería y Hoja de Planificación de Cuidados de Enfermería, respectivamente.

En caso de utilizar la unidosia, se sustituirá la Hoja de Aplicación Terapéutica (13) por una Hoja de Unidosia, que contenga los mismos datos, pero que sea compartida por médicos y enfermeras.

Artículo 5.-

Es obligatoria la utilización de los Tipos Documentales a que se refiere el apartado 1 del artículo precedente para la confección de la Historia Clínica Hospitalaria. Cada uno de ellos se utilizará para registrar la información que a continuación se indica, y siempre que su uso se considere justificado desde el punto de vista asistencial.

1.- Hoja Clínico-estadística.

Es la hoja que, con ése u otro nombre, se emplea para registrar los datos administrativos y clínicos relacionados con el episodio asistencial.

La Hoja Clínico-estadística contendrá como mínimo la información que constituye el Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria, de acuerdo con lo establecido en el artículo 3 del Decreto 303/1992, de 3 de noviembre, por el que se regula el conjunto mínimo básico de datos del Alta Hospitalaria, y se crea el registro de Altas Hospitalarias de Euskadi.

2.- Hoja de Autorización de Ingreso.

Orri honetan gaixoak edo bere legezko arduradunak baimena ematen diote ospitalizazioari eta medikuek egoki ikusten dituzten neurri diagnostiko eta terapeutikoak abian jartzeari, neurri horiek ez badute jakinaren gaineko onespren-orririk behar.

3.- Jakinaren gaineko onespren-orria.

Orri honetan gaixoa edo bere legezko arduraduna jakinaren gainean daudela ematen da aditzera, alegia, badakite gaixoaren osasun-egoera zein den eta diagnostikoa eta tratamendua egiteko zein aukera dauden, eta baimena ematen dute edo ez honakoak egiteko:

- Kirurgia eta/edo azterketa-modu bereziak.
- Organoak eman.
- Transfusioak.
- Esperimentazioak eta saio klinikoak.
- Hilondoko azterketak edo nekropsiak.
- Gaixoen identifikazio-datuak historia klinikoan adierazitako asistentziako helburu soilaz besteko helburuetarako erabili.

4.- Anamnesi eta azterketa fisikoaren orria.

Orri honetan hauek jasoko dira:

a) Kontsulta eta/edo ingresoaren zergatia, gaixoaren aurrekariak eta bere familiarrenak, tresna eta sistemen araberako galdetegia, momentuko gaixotasunaren deskripzioa, eta interesgarriak izan daitezkeen beste alderdi klinikoak.

b) Gaixoari egin zaion azterketa fisikoaren emaitzak tresna eta sistemen arabera sailkatuta, bai eta sarerako diagnostikoa, diagnostiko bereizgarria, ikerketa-plana eta hasierako plan terapeutikoa ere.

Erazz irakurtzeko moldean ezarrita, data eta asistentzia egin duen medikuaren sinadura agertu behar dira.

5.- Bilakaera-orria.

Orri honetan aldian aldiko iruzkinak edo urjentziazkoak jasoko dira, asistentzian zehar gertatzen diren gorabeherak, azterketako emaitzak eta proba osagarriak azaltzeko. Halaber, aurretik emandako diagnostikoa aldatzen bada edo tratamendu bat hasten, aldatzen edo kentzen bada, horren berri jasoko da.

Bilakaera-orrietan aldian-aldian jasotzen diren oharrek mediku egileak sinatu beharko ditu eta bertan data jarri. Urjentziazko oharrek, aurrekoek gain, ordua eta medikuaren identifikazio osoa agertu beharko dute.

6.- Agindu medikoen orria.

Orri honetan agindu medikoen berri jasoko da, egunean egunekoak.

Es el documento por el cual el paciente o su responsable legal autorizan la hospitalización y la puesta en práctica de aquellas medidas diagnósticas o terapéuticas que los facultativos consideren oportunas y que no precisen de una Hoja de Consentimiento Informado.

3.- Hoja de Consentimiento Informado.

Es el documento donde deberá constar que el paciente o responsable legal del mismo ha sido informado de su estado de salud y de las posibles alternativas terapéuticas existentes para su diagnóstico y tratamiento, así como la autorización o no por su parte para:

- Cirugía y/o técnicas exploratorias especiales.
- Donación de órganos.
- Transfusión.
- Experimentación y ensayos clínicos.
- Examen postmortem o necropsia.
- Utilización de datos identificativos de los pacientes con otros fines distintos al estrictamente asistencial de los documentos recogidos en la Historia Clínica.

4.- Hoja de Anamnesis y Exploración Física.

Es el documento destinado a recoger:

a) la información referente al motivo de la consulta y/o ingreso, antecedentes personales y familiares, cuestionario por aparatos y sistemas, relato de la enfermedad actual y otros aspectos clínicos de interés.

b) los datos de la exploración física realizada al paciente, ordenada por aparatos y sistemas, así como el diagnóstico de ingreso, el diagnóstico diferencial, el plan de estudios y el plan terapéutico inicial.

Deberá ir fechada y firmada de forma legible por el médico que la realiza.

5.- Hoja de Evolución.

Es el documento destinado a recoger comentarios tanto periódicos como urgentes de aquellas incidencias, hallazgos exploratorios y pruebas complementarias acontecidas durante el proceso asistencial. Asimismo, se recogerán la modificación de un diagnóstico previo, y el inicio, modificación o supresión de un tratamiento.

Las anotaciones periódicas en las hojas de evolución deberán ir fechadas y firmadas por el médico que las realiza. Las anotaciones urgentes deberán contener, además, la hora en que se realizan y la identificación completa del médico.

6.- Hoja de Órdenes Médicas.

Es el documento destinado a recoger el registro diario y actualizado de las prescripciones médicas.

Gaixoa zaintzen duen medikuak bete beharko du orri hau, bertan data, agindua zein ordutan eman duen eta sinadura jarritz.

Sendagaien aginduek argiak eta irakurtzeko modukoak izan beharko dute. Bertan, sendagaiaren izena eta/edo bere osagai aktiboa, unitate-kopurua, dosiak, maiztasuna eta hartzeko modua azaldu beharko dira.

Halaber, zehatz adieraziko da medikazioarekin segitu behar denentz, aldatu behar den ala ez, edota kendu behar den.

7.- Azterketa osagarrien txosten-orria.

Orri honetan, diagnostikoa jakiteko edo helburu terapeutikoekin gaixoari tresnen bidez egiten zaizkion probetako emaitzak jasoko dira, hala nola: analisi klinikoak, ikerketa anatomopatologikoak, erradiologikoak, proba funtzionalak eta errejistro grafikoak.

Txosten guztietan eskabidea egiten deneko eguna, azterketa egiten denekoa eta profesional egilearen sinadura agertu beharko dira.

8.- Interkontsultaren orria.

Orri honetan interkontsultaren eskabidea jasoko da, bai eta erantzuna ematen duen zerbitzuaren txostenaren errejistroa ere.

Txosten guztiek eskabide-eguna eta erantzuna ematen deneko eguna jaso beharko dituzte, bai eta mediku eskatzailearen sinadura eta erantzuna ematen duenarena ere. Urjentziazko interkontsultako orriek, aurreko datu horietaz gainera, eskabidea egiten deneko ordua eta erantzuna ematen denekoa ere jasoko dituzte.

9.- Txosten kirurgikoaren orria eta/edo erditzearen errejistroa.

Orri honetan prozedura kirurgikoak edo obstetrikoak ukitzen dituen informazioa jasoko da.

Honakoak agertuko dira, gutxienez:

- Erabilitako anestesia mota.
- Erabilitako teknikaren edo jardunbidearen deskripzioa.
- Iraupena. Hasiera-ordua eta bukaerakoa.
- Ebakuntzan gertaturiko gorabeherak.
- Ebakuntzan aurkitu diren emaitzak.
- Ebakuntza aurreko eta ebakuntza ondoko diagnostikoak.
- Zirujauen, anestesistaren, instrumentistaren eta emaginaren identifikazioa.
- Gaixoaren egoera eta destinoa ebakuntza-gelatik edo erditzeko gelatik irtetean.

Dicho registro deberá ser escrito, fechado y firmado por el médico que atiende al paciente y en él deberá hacerse constar la hora de la prescripción.

Las prescripciones medicamentosas deberán ser precisas y legibles, indicándose el nombre del medicamento y/o principio activo, unidades, dosis, frecuencia y vía de administración.

Igualmente deberá indicarse con precisión la continuidad, modificación o supresión de la medicación.

7.- Hoja de Informes de Exploraciones Complementarias.

Es el documento destinado a recoger la información de resultados generada por la práctica de cualquier prueba instrumental que se efectúe a un paciente con fines terapéuticos o diagnósticos, tales como análisis clínicos, estudios anatomopatológicos, estudios radiológicos, pruebas funcionales y registros gráficos.

Todos los informes emitidos deberán contener la fecha de solicitud, la de realización y la firma del profesional que los ha realizado.

8.- Hoja de Interconsulta.

Es el documento destinado a recoger la solicitud de interconsulta, así como registrar el informe respuesta del servicio consultado.

Todos los informes emitidos deberán contener la fecha de solicitud y la de realización, así como las firmas del facultativo solicitante y del consultado. Las hojas de interconsulta urgentes deberán contener, así mismo, las horas de solicitud y de realización.

9.- Hoja de Informe Quirúrgico y/o Registro del Parto.

Es el documento destinado a recoger la información referente a los procedimientos quirúrgicos u obstétricos.

Deberá contener, como mínimo:

- Tipo de anestesia empleada.
- Descripción de la técnica o procedimiento utilizado.
- Duración. Hora de inicio y finalización.
- Incidencias ocurridas durante la intervención.
- Hallazgos operatorios.
- Diagnóstico pre y postoperatorio.
- Identificación de cirujanos, anestesista, instrumentista y matrona.
- Estado y destino del paciente al salir del quirófano o sala de partos.

– Ebakuntzan erazutako materialari azterketa anatomopatologikorik eta/edo bakteriologikorik egingo zaion ala ez adieraztea.

– Data eta ebakuntza egin duen medikuaren edo emaginaren sinadura.

10.– Anestesiaren orria.

Orri honetan anesthesiologoaren jarduna jasoko da. Bertan, ebakuntza aurreko azterketaren laburpena sartuko da; eta ebakuntza ondokoaren aurretik, ebakuntza ondokoan eta ebakuntza ondokoaren ostean anestesistaren jardunaren pean egiten diren jarduketak jasoko dira.

Honakoak agertuko dira, gutxienez:

- Ebakuntza aurreko balorazioaren laburpena.
- Anestesia hasten den ordua eta bukatzen deneko.
- Teknika anestesikoaren deskripzioa.
- Emandako medikazioa, dosiak, bidea, eredia eta emateko momentua.
- Aireztapen mekanikoaren ezaugarriak, halakorik badago.
- Ebakuntzan zehar gaixoak dituen bizi-konstanteen grafiko zerrendatua.
- Gaixoaren bizi-egoeran gertatzen diren gorabehera nabarmenak.
- Gaixoaren egoera klinikoa, ebakuntzan zehar eta ondoren.

Ebakuntzaren ardura duen anesthesiologoak bete beharko du agiri hau, bertan data eta sinadura jarritz.

11.– Ospitaleko infekzioaren orria.

Orri honetan ospitaleko infekzioaren erregistroa egingo da.

Honakoak agertuko dira, gutxienez:

- Infekzio mota.
- Sarrerako diagnostikoa.
- Ateratako lagin bakteriologikoak.
- Egindako isolamendu mota, halakorik badago.
- Emandako antibioterapia, halakorik badago.
- Egindako azterketaren prozedura eta/edo teknika, halakorik badago.
- Mediku egilearen sinadura eta data.

12.– Erizaintzako zainketen bilakaeraren eta plangintzaren orria.

Orri honetan bi informazio mota jasoko dira:

a) Gaixoari asistentzia ematen zaion bitartean gertatzen diren gorabeherak, zainketa planaren emaitzak

– Indicación de si se ha solicitado o no examen anatomopatológico y/o bacteriológico del material extraído en la intervención. En caso afirmativo, enumeración de las piezas.

– Fecha y firma del médico y/o matrona que la realiza.

10.– Hoja de Anestesia.

Es el documento destinado a recoger la actividad realizada por el anesthesiologo, en el que deberá incluirse el resumen del reconocimiento preoperatorio, así como las actuaciones que se produzcan antes, durante y en el postoperatorio inmediato mientras esté sometido a la actuación del anestesista.

Deberá contener, al menos:

- Resumen de la valoración preoperatoria.
- Hora de comienzo y finalización de la anestesia.
- Descripción de la técnica anestésica.
- Medicación administrada, dosis, vía, pauta y momento de administración.
- Características de la ventilación mecánica, si la hubiere.
- Gráfica minutada de constantes vitales durante la intervención.
- Incidencias de interés en relación con el estado vital del paciente.
- Estado clínico del paciente durante y al final de la intervención.

Este documento deberá ser cumplimentado, fechado y firmado por el anesthesiologo responsable de la intervención.

11.– Hoja de Infección Hospitalaria.

Es el documento destinado al registro de la infección hospitalaria.

Deberá contener, como mínimo:

- Tipo de infección.
- Diagnóstico de ingreso.
- Muestras bacteriológicas extraídas.
- Tipo de aislamiento realizado, si procede.
- Antibioterapia administrada, en su caso.
- Procedimiento y/o técnica exploratoria realizada, en su caso.
- Fecha y firma del médico que la realiza.

12.– Hoja de Evolución y de Planificación de Cuidados de Enfermería

Es el documento en el que quedarán registrados dos tipos de informaciones:

a) todas las incidencias que se observen durante la asistencia al paciente, así como los resultados del plan

eta plan horretan gauzatzen diren aldaketak, behar bezala arazoituta.

b) Erizaintzako zainketa guztiak, bai agindu medikuen ondorioz egiten direnak bai erizaintzako atentzioak berak egindakoak.

Momentu horretan gaixoaren ardura duen OLT/erizaintzako unibertsitate diplomatuak sinatu beharko du agiri hau, bertan data jarritz.

13.- Aplikazio terapeutikoaren orria.

Agiri honetan, medikuen aginduz erizainek gai-xoari ematen dioten medikazioa jasoko da.

OLT/erizaintzako unibertsitate diplomatuak bete beharko du, honakoak jasoaz:

- Sendagaia.
- Bidea.
- Dosiak.
- Unitateak.
- Eguna eta ordua.

Orria aplikazioa egiten duen OLT/erizaintzako unibertsitate diplomatuak ere sinatu beharko du.

14.- Konstanteen grafikaren orria.

Agiri honetan grafikoki gaixoaren bizi-konstanteak jasoko dira.

Honakoak agertuko dira:

- Ospitalizazio-eguna.
- Eguna eta, hala badagokio, ordua.
- Ohiko bizi-konstanteak, hala nola: pultsua, temperatura, presio arteriala, diuresia, dieta, pisua, balantze hidrikoa eta gaixoaren bilakaerak hartaraturik beharrezkoak diren gainerako kontrolak —izan daitezten medikuak aginduta izan daitezten erizaintzako jardunari dagozkionak—.

Momentu horretan gaixoaren ardura duen OLT/erizaintzako unibertsitate diplomatuak bete beharko du konstanteen grafikoa.

Zaintza intentsiboetan asistentzia jaso duten gai-xoen kasuan, bizi-konstanteen errejistro zehatza erantsi beharko da.

15.- Nekropsia-txostenaren orria.

Agiri honetan, hilondoko azterketak ematen dituen informazioa jasoko da.

Bertan jasoko dira: aurkikuntza makro eta mikroskopikoak (idazati banatan), zerrenda anatomiklinika, bukaerako diagnostiko ustekoa eta heriotza eragin duen arazoia seguruaski zein den.

Txostena emateko ardura duen anatomopatologoak sinatu beharko du agiria eta data ezarri, bere identifikazioa behar bezala azalduz.

de cuidados y las modificaciones de dicho plan debidamente razonados.

b) todos los cuidados de enfermería, tanto los derivados de órdenes médicas como los administrados por la propia atención de enfermería.

Deberá ir fechado y firmado por el ATS/Diplomado en Enfermería a cuyo cuidado esté el paciente en ese momento.

13.- Hoja de Aplicación Terapéutica.

Es el documento en el que quedan registradas las aplicaciones medicamentosas administradas por el equipo de enfermería en base a las órdenes médicas.

Deberá ir cumplimentada por el ATS/Diplomado en Enfermería indicando:

- Medicamento
- Vía
- Dosis
- Unidades
- Fecha y hora.

Dicha hoja deberá también ser firmada por el ATS/Diplomado en Enfermería que realiza la aplicación.

14.- Hoja de Gráfica de Constantes.

Es el documento que registra gráficamente las constantes vitales del paciente.

Deberá constar de:

- Día de hospitalización.
- Fecha y, en su caso, hora.
- Constantes vitales de rutina, tales como: pulso, temperatura, presión arterial, diuresis, dieta, peso, balance hídrico y demás controles que fuese necesario incluir de acuerdo a la evolución del paciente, ya sean ordenados por el médico o procedentes de la propia actividad asistencial de enfermería.

La gráfica de constantes deberá ser cumplimentada por el ATS/Diplomado en enfermería a cuyo cuidado esté el paciente en ese momento.

En el caso de pacientes asistidos en las áreas de cuidados intensivos se incorporarán registros pormenorizados de las constantes vitales.

15.- Hoja de Informe de Necropsia.

Es el documento en el que se recoge la información derivada del examen postmortem que se realiza a los fallecidos.

Deberá contener apartados diferenciados para hallazgos macro y microscópicos, correlación anatomoclínica, impresión diagnóstica final y causa probable del fallecimiento.

Dicho informe deberá estar fechado y firmado por el anatomopatólogo responsable de la emisión del mismo, que deberá quedar correctamente identificado.

Azterketa anatomopatologikoa konplexuegia delako ezin bada nekropsia-txostena behin betikoz egin, behin-behineko txostena egin beharko da, gutxienez, harik eta behin betikoa osatu arte.

16.- Larrialdietako orria.

Dekretu honetako 3. atalean aipatutako agiria da. Larrialdi-Zerbitzuan hartzen den gaixoa ospitalean ingesatzen den kasuetan, historia klinikoari eransten zaio.

17.- Borondatezko altaren orria.

Orri honetan, gaixoak edo bere legezko arduradunak bere kabuz ospitalea uztea erabakitzen duela — medikuen iritzia aurka — aditzera ematen du, eta horrek berekin dakartzan ondorioak bere gain hartzen dituela ere bai.

Interesatuak sinatu beharko du agiria, erraz irakurtzeko moduan, eta bertan, bere NANaz gainera, medikuak jakitun dela aditzera eman beharko du eta agiria sinatzen den eguna eta ordua agertu behar dira. Nahi izanez gero, gaixoak erabakia zergatik hartu duen azaldu ahal du.

18.- Altaren txosten klinikoaren orria.

Agiri honetan asistentziaren gorabeheren laburpena jasoko da.

Ospitalean ingreso bat gertatzen den bakoitzean bete beharko da agiria hau, bai eta atentzio ambulatorioa ematen den bakoitzaren bukaeran ere, beti ere gaixoak ez badu prozesu berbera dela eta aurretik inongo txostenik zerbitzuan.

Alta ematen denean, zuzenean edo bere legezko arduradunaren bitartez, eskura emango zaio agiria gaixoari. Daturik falta delako ezinezkoa bada behin betiko diagnostikorik ematea altaren txosten klinikoaren orrian, bitartean behin-behineko altaren txostena emango da, harik eta postaz behin betiko diagnostikoa bidaltzen den arte.

Gaixoa hiltzen bada, altaren txosten klinikoaren senidei edo hurbilenekei bidaliko zaie.

Edozein kasutan, gaixoa ospitale batetik bestera eramateko alta jasotzen duenean, berekin batera altaren txosten klinikoaren eraman beharko du, destinoaren zentroan aurkezteko.

Altaren txosten klinikoaren mekanografiatuta aurkeztuko da; edo bestela, eskuz idatzita aurkeztuz gero, letrakera eta eduki aski modu ulergarrian.

Osasun eta Kontsumo Ministerioaren 1984ko irailaren 6ko Agindua bete beharko da (irailaren 14ko EBO), bertan xedatzen denez derrigorrezkoa baita Osasun Establezimenduetan hartzen diren gaixoen alta-txostenak egitea.

En aquellos supuestos en que por la complejidad del estudio anatomopatológico no pueda realizarse el informe de necropsia definitivo, se deberá disponer de un informe provisional, que, en todo caso, deberá ser sustituido en su día por el informe definitivo.

16.- Hoja de Urgencias.

Es el documento a que se refiere el artículo 3 de este Decreto. Se incorporará a la Historia Clínica cuando el paciente atendido en el Servicio de Urgencias quede ingresado en el Hospital.

17.- Hoja de Alta Voluntaria.

Es el documento en el que el paciente, o el responsable legal del mismo, deja constancia de su decisión, en contra de la opinión de los médicos que le atienden, de abandonar el Hospital donde permanece ingresado, asumiendo las consecuencias que de tal decisión pudieran derivarse.

Deberá ser firmado de forma legible por el interesado y contener el número del DNI de éste, el «enterado» del médico y la fecha y hora en que firma el documento. Si el paciente lo desea, pueden expresarse en él los motivos de su decisión.

18.- Hoja de Informe Clínico de Alta.

Es el documento que contiene la información resumen del episodio asistencial.

Deberá realizarse cuando se produzca un ingreso hospitalario, así como al final de cada episodio atendido en régimen ambulatorio, siempre y cuando el paciente no disponga de un informe previo en el servicio por el mismo proceso.

En el momento del alta, dicho documento se entregará en mano al paciente o representante legal del mismo. En aquellos supuestos en que, por faltar datos, no pueda realizarse de forma inmediata la entrega del Informe Clínico de Alta con un diagnóstico definitivo, éste deberá ser remitido por correo al domicilio habitual del paciente entregándose, entre tanto, un informe de alta provisional.

En el supuesto de fallecimiento del paciente, el Informe Clínico de Alta será remitido a los familiares o allegados más próximos.

En todo caso, y siempre que el paciente fuese dado de alta para su traslado a otro hospital, el Informe Clínico de Alta deberá necesariamente acompañar al paciente para su presentación en el centro de destino.

El Informe Clínico de Alta se presentará mecanografiado o manuscrito con letra y contenido inteligible.

Deberá cumplir los requisitos mínimos establecidos por la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 6 de septiembre de 1984 por la que se establece la obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en Establecimientos Sanitarios (B.O.E. de 14 de septiembre).

19.- Erradiografiak edo bestelako agiri ikonografikoak.

Ospitalearen ardurapean gelditzen diren erradiografiak eta agiri ikonografikoak historia klinikoari erantsiko zaizkio. Inoiz agiri horiek gaixoari edo jatorrizko medikuari edo osasun zerbitzuari ematen bazaizkio, horren egiaztapena jaso beharko da historia klinikoan.

6. atala.-

Hainbat kodifikaziori begira (diagnostikoak, prozedura kirurgikoak, obstetrikokoak, teknika eta tratamendu bereziak), Gaixotasunen Nazioarteko Sailkapena erabiliko da, unean-unean Osasun Sailak erabakitzen duenaren ildotik.

7. atala.-

Dekretu honen 2. ataletik 5.era definituriko agiri-ereduak ongien kudeatzeko, kontserbatzeko eta baloratzeko moduko euskarri dokumentaletan erregistratuko dira.

Bereziki zaindu beharreko informazioak gorde behar direnean, euskarri informatikoak, optikoak edo bestelakoak erabiliz gero, eta euskarri horiek arrisku bat dakartenean agiri horien kontserbazioan eta kudeaketan, arta handiz bermatuko da dokumentuok ez direla luzaroan hondatuko edo galduko.

Edonola ere, euskarriak erabiltzerakoan urriaren 22ko 5/1992 Lege Organikoari men egingo zaio, bertan arautzen baita Datu Pertsonalen Tratamendu Automatizatua.

8. atala.-

Ospitaleetako Larrialdi-Zerbitzuetako Jarduera Klinikoen Erregistroko agiriak eta Ospitaleetako Historia Klinikoetakoak paperezko euskarrian erregistratzen direnean, beste euskarri batzuetan kopiatzeko moduan adieraziko dira.

9. atala.-

Larrialdi-Zerbitzuetako gaixoak ospitalizatzen ez direnean, horien agiri klinikoak gutxienez bi urtez atxiki behar dira suntsitu gabe, asistentzia eman denetik kontatuta. Hala ere, larrialdietako orria salbuespena izango da, gutxienez bost urte igaro behar baitira orri hori suntsitzeko.

10. atala.-

1.- Ospitalean atentzioa jasotzen duen gaixoaren historia klinikoan, asistentzia azkenekoz jasotzen duenean ematen zaion alta-egunetik bost urtera, hainbat agiri suntsitu ahalko dira. Hauek, alegia:

a) Orri kliniko-estadistikoak.

19.- Radiografías u otros documentos iconográficos.

Se incorporarán a la Historia Clínica aquellas radiografías u otros documentos iconográficos que queden bajo la custodia del Hospital. En los casos en que tales documentos se entreguen al paciente o al facultativo o servicio sanitario de procedencia, se dejará constancia de este hecho en la Historia Clínica.

Artículo 6.-

A efectos de codificación de diagnósticos, procedimientos quirúrgicos, obstétricos, técnicas y tratamientos especiales, deberá utilizarse la Clasificación Internacional de Enfermedades adoptada en cada momento por el Departamento de Sanidad.

Artículo 7.-

Los Tipos Documentales definidos en los artículos 2 a 5 se registrarán en los soportes documentales que resulten más adecuados para su gestión, conservación y posterior valoración.

El uso de soportes informáticos, ópticos o de cualquier otra naturaleza tecnológica que pudiera suponer un riesgo para la conservación o gestión del registro de determinadas informaciones que la propia naturaleza de la asistencia hospitalaria obliga a preservar con especial cuidado, deberá contar con las garantías que aseguren su autenticidad, integridad y conservación indefinida.

En cualquier caso, el uso de dichos soportes estará sometido a lo dispuesto en la Ley Orgánica 5/1992, de 22 de octubre, de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal.

Artículo 8.-

Cuando los documentos que integran el Registro de Actividades Clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y de la Historia Clínica Hospitalaria se registren en papel, se confeccionarán y se cumplimentarán de forma tal que facilite su reproducción en otros soportes.

Artículo 9.-

Los documentos clínicos generados en los Servicios de Urgencias respecto de episodios asistenciales que cursen sin ingreso del paciente en el Hospital sólo podrán ser destruidos a partir de los dos años desde la fecha en que tales episodios tengan lugar, a excepción de las Hojas de Urgencias. Estas últimas sólo podrán ser destruidas a partir de los cinco años de la citada fecha.

Artículo 10.-

1.- Podrán ser destruidos a partir de los cinco años desde la fecha del alta correspondiente al último episodio asistencial en que el paciente haya sido atendido en el Hospital los siguientes documentos contenidos en su Historia Clínica:

a) Las Hojas Clínico-estadísticas.

- b) Sarrerako baimen-orria.
- c) Agindu medikoen orria.
- d) Interkontsultaren orria.
- e) Ospitaleko infekzioaren orria.
- f) Erizaintzako zainketen bilakaeraren eta plangintzaren orria.
- g) Aplikazio terapeutikoaren orria.
- h) Konstanteen grafikaren orria.
- i) Larrialdietako orria.
- j) Erradiografiak edo bestelako agiri ikonografiakoak.
- k) Hurrengo atalean aipatzen ez diren bestelako agiriak.

2.- Halaber, alta jaso duten asistentzia kasuetan, anamnesi eta azterketa fisikoaren orria eta bilakaera-orria suntsituko dira, asistentzia azkeneko jasotzen duenean ematen zaion alta-egunetik bost urtera.

11. atala.-

1.- Honako agiri-ereduak behin betiko gorde behar dira:

- a) Altaren txosten klinikoaren orria.
- b) Borondatezko altaren orria.
- c) Jakinaren gaineko onspen-orria.
- d) Txosten kirurgikoaren orria eta/edo erditzearen errejistroa.
- e) Anestesiaren orria.
- f) Azterketa osagarrien txosten-orria.
- g) Nekropsia-txostenaren orria.

2.- Halaber, altarik jaso ez duten asistentzia kasuetan, anamnesi eta azterketa fisikoaren orria eta bilakaera-orria gordeko dira.

3.- Agiri-eredu horiek eta bertako informazioa betiko kontserbatu ahal izateko, euskarri egokienak erabliko dira. Eta soilik euskarri berriak irauteko berme sendoa dagoenean suntsituko da paperezko euskarria.

12. atala.-

1.- Agiri Klinikoak Baloratzeko, Aukeratzeko eta Garbitzeko Batzordea (AKBAGABA) sortzen da. Osasun Sailari atxikita eta Osasun Sailburuordetza-ren menpean egongo da.

2.- Honakoek osatuko dute Batzordea:

- 2 ordezkari, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren aldetik.
- 2 ordezkari, Eusko Jaurlaritzako Kultura Sailaren menpeko IRARGI-Euskadiko Ondare Dokumentalaren Zentroaren aldetik.

- b) Las Hojas de Autorización de ingreso.
- c) Las Hojas de Órdenes Médicas.
- d) Las Hojas de Interconsulta.
- e) Las Hojas de Infección Hospitalaria.
- f) Las Hojas de Evolución y Planificación de Cuidados de Enfermería.
- g) Las Hojas de Aplicación Terapéutica.
- h) Las Hojas de Gráficas de Constantes.
- i) Las Hojas de Urgencias.
- j) Las Radiografías u otros documentos iconográficos.
- k) Otros documentos que no aparezcan citados en el artículo siguiente.

2.- Igualmente, podrán destruirse, a partir de los cinco años, las Hojas de Anamnesis y Exploración Física y las de Evolución correspondientes a los episodios asistenciales sobre los que exista Informe de Alta.

Artículo 11.-

1.- Se conservarán de manera definitiva los siguientes Tipos Documentales:

- a) Las Hojas de Informes Clínicos de Alta.
- b) Las Hojas de Alta Voluntaria.
- c) Las hojas de Consentimiento Informado.
- d) Las Hojas de Informes Quirúrgicos y/o de Registro del Parto.
- e) Las Hojas de Anestesia.
- f) Las Hojas de Informes de Exploraciones Complementarias.
- g) Las Hojas de Informes de Necropsia.

2.- Así mismo, deberán conservarse las Hojas de Anamnesis y Exploración Física y las de Evolución correspondientes a los episodios asistenciales sobre los que no exista Informe de Alta.

3.- Para garantizar la conservación indefinida de los citados Tipos Documentales y de la información registrada en los mismos, se utilizarán los soportes documentales más adecuados, sustituyéndose el papel únicamente en los casos en que se garantice la permanencia del soporte que se adopte para reemplazarlo.

Artículo 12.-

1.- Adscrita al Departamento de Sanidad y dependiente de la Viceconsejería de Sanidad, se crea la Comisión de Valoración, Selección y Expurgo de Documentación Clínica (COVSEDOC).

2.- Dicha Comisión estará integrada por:

- 2 representantes del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.
- 2 representantes del Servicio de Archivo y Patrimonio Documental del Departamento de Cultura del Gobierno Vasco.

– 2 ordezkariak, Osakidetza entitate publikoaren Erakunde Nagusiaren aldetik.

– 2 ordezkariak, Osakidetzaren menpeko ospitaleen aldetik.

– 3 ordezkariak, Euskal Autonomia Erkidegoko ospitale pribatuen aldetik.

2.– Osasun sailburuaren aginduz izendatuko dira batzordekideak, erakundean erakundeko proposamena jaso ondoren. Agindu horretan bertan lehendakaria eta idazkaria izendatuko dira.

3.– Batzordekideen erdia hiru urtetan behin aldatu da; hartara, ez da etenik egongo jardunean eta ez da eraginkortasunik galduko.

4.– Agiri Klinikoak Baloratzeko, Aukeratzeko eta Garbitzeko Batzordeak lau osoko bilera egingo ditu urtean, gutxienez. Horietan, helburuak zenbateraino eta nola betetzen ari diren ebaluatu eta lan-ildoak diseinatuko dira.

Lana errazteko, Batzordeak egoki ikusten dituen lan-taldeak edo azpibatzerdeak sortuko ditu. Azken hauek hartzen dituzten erabakiak baliozgarriak izango dira, Batzordearen oniritzia jaso eta gero.

13. atala.–

Honakoak dira Agiri Klinikoak Baloratzeko, Aukeratzeko eta Garbitzeko Batzordearen (AKBAGABA) egitekoak:

a) Dekretu honetako 9., 10. eta 11. ataletan adierazitakoa berehala abian jartzeko, Jarduketa Programa diseinatzea eta horren segimendua egitea.

b) Ospitaleetako Larrialdi–Zerbitzuetako Jarduera Klinikoen Erregistroko agiriak eta Ospitaleetako Historia Klinikokoak baloratzeko, hautatzeko eta garbitzeko alderdi teknikoak buruzko aginduak garatzea.

c) Ospitaleetako Larrialdi–Zerbitzuetako Jarduera Klinikoen Erregistroko agiriak eta Ospitaleetako Historia Klinikokoak dekretu honetan ezarritakoaren arabera garbitzen direla egiaztatzea eta horren segimendua egitea.

14. atala.–

Garbiketa prozesua administrazio berme guztiekin egiten dela ziurtatzeko, Agiri Klinikoak Baloratzeko, Aukeratzeko eta Garbitzeko Batzordeak, ospitale bakoitzeko organo eskudunekin elkarlanean, bertako artxibatze sistemaren kudeaketaren segimendua egingo du, Euskal Kultura Ondareari buruzko uztailaren 3ko 7/1990 Legean jasotako irizpide orokorren arabera.

– 2 representantes de la Organización Central del ente público Osakidetza-Servicio vasco de salud.

– 2 representantes de los Hospitales dependientes de Osakidetza-Servicio vasco de salud.

– 3 representantes de los Hospitales privados del País Vasco.

2.– Los miembros de la Comisión serán nombrados por Orden del Consejero de Sanidad, a propuesta del organismo al que representen. En la misma Orden se designará al Presidente y al Secretario.

3.– La composición de la Comisión se renovará por mitades cada tres años, de manera que se garantice la continuación de sus trabajos y la eficacia de sus resultados.

4.– La Comisión de Valoración, Selección y Expurgo de Documentación Clínica (COVSEDOC) celebrará como mínimo cuatro reuniones plenarios anuales, al objeto de evaluar y diseñar el desarrollo y cumplimiento de sus objetivos.

Para agilizar el desarrollo de sus funciones, la Comisión creará los grupos de trabajo o subcomisiones que estime oportunas, cuyas resoluciones tendrán validez una vez aprobadas por ésta.

Artículo 13.–

Son funciones de la Comisión de Valoración, Selección y Expurgo de Documentación Clínica (COVSEDOC):

a) el diseño y el seguimiento del Programa de Actuación preciso para la aplicación inmediata de lo dispuesto en los artículos 9, 10 y 11 del presente Decreto.

b) el desarrollo de instrucciones sobre los aspectos técnicos relacionados con la conservación, valoración, selección y expurgo de documentos del Registro de Actividades Clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y de las Historias Clínicas Hospitalarias.

c) el seguimiento y la comprobación de que los procesos de expurgo de documentos del Registro de Actividades Clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y de las Historias Clínicas Hospitalarias se realizan conforme a lo establecido en este Decreto.

Artículo 14.–

Al objeto de garantizar que los procesos de expurgo se lleven a cabo con todas las garantías administrativas, la COVSEDOC realizará, de acuerdo con los órganos correspondientes de cada Hospital, el seguimiento de la gestión del Sistema de Archivo de cada uno de ellos, según los criterios generales recogidos en la Ley 7/1990, de 3 de julio, de Patrimonio Cultural Vasco.

Ospitaleen ardura izango da, behar izanez gero, Ospitaleetako Larrialdi-Zerbitzuetako Jarduera Klinikoen Erregistroa eta Ospitaleetako Historia Klinikoen kudeatzeko artxibatze sistema ezartzea, aurreikusitako garbiketak zuzen burutu daitezzen.

GEHIGARRIZKO XEDAPENA

Inon berariazko dokumentazio klinikoa edo dekretu honetakoa baino kontserbazio-epe luzeagoa eskatzen duen araudi espezifikorik baldin badago, zentro sanitarioko titularra arduratuko da hori betetzeaz.

INDARGABETZE XEDAPENA

Indargabetu egiten dira Euskal Autonomia Erkidegoko Ospitaleetako Historia Klinikoen erabilera arautzen duen azaroaren 25eko 272/1986 Dekretuaren honako zatiak: bigarren ataletik seigarrenera arte, 10. atalaren 2. idazkia, aldi baterako xedapenak eta azken xedapenetarik lehenengoa.

Halaber, indargabeturik gelditzen da Osakidetza-ko zuzendari nagusiaren 1998ko uztailaren 21eko Erabakia, Osakidetzaren menpeko ospitaleko atentzioko zentroetan eta atentzio espezializatukoetan historia klinikoen lehenengo konplexutasun-maila zein agirik osatzen duten arautzen duena.

AZKEN XEDAPENAK

Lehenengoa.– Honelaxe gelditzen da Euskal Autonomia Erkidegoko Ospitaleetako Historia Klinikoen erabilera arautzen duen azaroaren 25eko 272/1986 Dekretuaren 10. ataleko 3. idazkia:

«3.– Ixteko bidean dauden ospitaleetan, Osasun Saila arduratuko da Ospitaleetako Larrialdi-Zerbitzuetako Jarduera Klinikoen Erregistroko agiriak eta Ospitaleetako Historia Klinikoenak gordetzeaz eta zaintzeaz; horretarako, aldeztatik kontsulta egingo zaio Agiri Klinikoen Baloratzeko, Aukeratzeko eta Garbitzeko Batzordeari.»

Bigarrena.– Ahalmena ematen zaio Osasun sailburuari, dekretu hau aplikatzeko eta garatzeko behar diren xedapen guztiak eman ditzan.

Será responsabilidad de cada Hospital la implantación, en aquellos casos en los que sea preciso, del Sistema de Archivo aplicable a la gestión del Registro de Actividades Clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y de las Historias Clínicas Hospitalarias, de forma que se garantice la correcta ejecución de los expurgos previstos.

DISPOSICIÓN ADICIONAL

En aquellos casos donde exista normativa específica que exija documentación clínica propia y/o establezca períodos de conservación superiores a los establecidos en este Decreto el titular del centro sanitario correspondiente garantizará su cumplimiento.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Quedan derogados los artículos segundo a sexto, el número 2 del artículo 10, las disposiciones transitorias y la disposición final primera del Decreto 272/1986, de 25 de noviembre, por el que se regula el uso de la Historia Clínica en los centros Hospitalarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Igualmente, queda derogada la Resolución de 21 de julio de 1988 del Director General del Servicio vasco de salud-Osakidetza, sobre los requisitos documentales que han de integrar la historia clínica en su primer nivel de complejidad para su uso en todos los centros de atención hospitalaria y especializada de la red del Servicio vasco de salud-Osakidetza.

DISPOSICIONES FINALES

Primera.– El número 3 del artículo 10 del Decreto 272/1986, de 25 de noviembre, por el que se regula el uso de la Historia Clínica en los centros Hospitalarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco queda redactado como sigue:

«3.– El Departamento de Sanidad adoptará las medidas necesarias tendentes a la conservación y custodia de los documentos del Registro de Actividades Clínicas de los Servicios de Urgencias y de las Historias Clínicas Hospitalarias existentes en los Hospitales que vayan a proceder a su cierre, previa consulta a la Comisión de Valoración, Selección y Expurgo de Documentación Clínica.»

Segunda.– Se faculta al Consejero de Sanidad para dictar cuantas disposiciones sean necesarias para la aplicación y desarrollo del presente Decreto.

Hirugarrena.– Euskal Herriko Agintaritzaren Aldizkarian argitaratzen den egunaren biharamunean jarriko da indarrean dekretu hau.

Vitoria-Gasteizen, 1998ko martxoaren 17an.

Lehendakaria,
JOSÉ ANTONIO ARDANZA GARRO.

Osasun sailburua,
IÑAKI AZKUNA URRETA.

Kultura sailburua,
M.ª CARMEN GARMENDIA LASA.

Tercera.– El presente Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial del País Vasco.

Dado en Vitoria-Gasteiz, a 17 de marzo de 1998.

El Lehendakari,
JOSÉ ANTONIO ARDANZA GARRO.

El Consejero de Sanidad,
IÑAKI AZKUNA URRETA.

La Consejera de Cultura,
M.ª CARMEN GARMENDIA LASA.

Bestelako Xedapenak

JAURLARITZAREN LEHENDAKARITZA

Zk-1526

ERABAKIA, 1998ko apirilaren 1ekoa, Lehendakari-tzako idazkariarena, 1998rako «Euskal Gizartearen Egoera» sariaren 1998ko deia egiteko dena.

Ekainaren 11ko 137/1996 Dekretuak «Euskal Gizartearen Egoera» izeneko ikerketa saria sortu eta arautu zuen azterlanak eta ikerlanak saritzeko asmoz; beti ere, azterlan eta ikerlanok Euskadiko egoera soziopolitikoa ezagutzeko eta hobetzeko edo egoera hori aztertzeke metodologiak garatzeko badira. Dekretu horren lehenengo atalean xedatzen denez, urtero egingo da sarirako deialdia erabaki bidez.

Ondorioz, hauxe

ERABAKI DUT:

Atal bakarra.– Deialdia.

Euskadiko egoera soziopolitikoa aztertzeke «Euskal Gizartearen Egoera» ikerketa sariaren 1998ko deialdia egitea. Erabaki honen eranskinean jasota daude horretarako onartu diren oinarriak.

AZKEN XEDAPENAK

Lehenengoa.– Erabaki honek jasotzen ez duenaren gainean Herri-Administrazioen Lege-Jaurbideari eta Guztientzako Administrazio Jardunbideari buruzko azaroaren 26ko 30/1992 Legea aplikatuko da.

Otras Disposiciones

PRESIDENCIA DEL GOBIERNO

Nº-1526

RESOLUCIÓN de 1 de abril de 1998, del Secretario de la Presidencia, por la que se convoca el Premio «Realidad Social Vasca» para 1998.

El Decreto 137/1996, de 11 de junio, crea y regula el Premio «Realidad Social Vasca» de investigación dirigido a premiar los estudios e investigaciones que versen sobre cualquier tema que contribuya a conocer y mejorar la realidad sociopolítica de Euskadi, o al desarrollo de metodologías para la investigación de la misma, estableciendo en su artículo 1 que será convocado anualmente mediante la correspondiente Resolución.

En su virtud,

RESUELVO:

Artículo único.– Convocatoria.

Convocar el Premio «Realidad Social Vasca» de investigación sobre la realidad sociopolítica de Euskadi en su edición de 1998, con arreglo a las Bases que se aprueban y figuran en el Anexo único.

DISPOSICIONES FINALES

Primera.– En lo no previsto en la presente Resolución, será de aplicación lo dispuesto en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.