



מספר שרדוקס 445988118

תאריך תוקף : 1.6.2019	מהדורה מס 7	הנחיות בריאות השן מס' : 2.1
		הנושא : מרפאות שיניים הנדון: הנחיות בדבר ניהול רפואי של מרפאות שיניים

סימוכין: הנחיות בריאות השן 2.1 מהדורה מספר 6 מתאריך 11/2017 (מספר שרדוקס 400956117)

להלן ההנחיות בנושא שבנדון המעדכנות ומבטלות את ההנחיות שבסימוכין. הנחיות אלו מתבססות על חוזרים ונוהלים של המשרד ועל כל דין.

1. כללי:
 - מתן טיפול שיניים ברמה נאותה מתחיל בניהול כרטיס מטופל, ועל הרופא המטפל לדאוג לרישומים הרלוונטים לכל מטופל ולכל טיפול בו. ישנן כמובן דרישות נוספות לטיפול ברמה נאותה אשר חלקן הובאו בהרחבה בהנחיות הרלוונטיות של האגף, וחלקן יפורטו בהנחיות אלו.
2. מטרה:
 - קביעת הנחיות בדבר ניהול רפואי של מרפאות שיניים, בין היתר לצורך מתן טיפול רפואי נאות, המשכיות הטיפול, אפשרות מעקב לאחר הטיפול וביקורת רפואית.
3. אחריות ליישום הנחיות אלו על רופאי שיניים.
4. אזכורים:
 - 4.1 פקודת רופאי השיניים [נוסח חדש] תשל"ט - 1979.
 - 4.2 תקנות בריאות העם (רישום מרפאות) תשמ"ז - 1987.
 - 4.2 חוק זכויות החולה התשנ"ו - 1996.
5. הגדרות:
 - 5.1 רשומה רפואית, לרבות רשומה אלקטרונית (רשומה שנשמרת במחשב) - מידע המתועד בדרך של רישום או צילום או בכל דרך אחרת לרבות התיק הרפואי של המטופל שבו מצויים מסמכים רפואיים על אודותיו.
 - 5.2 "קורס החיאה בסיסי" - BLS (Basic Life Support) המתקיים בהתאם למתכונת המוכרת רשמית על ידי ה- (ILCOR) International Liaison Committee on Resuscitation, הכולל את איגוד הלב האמריקאי. הקורס בהיקף שלא יפחת מ- 4 שעות לימוד וכולל לפחות שתיים של תרגול מעשי על בובות. הקורס יכול שימוש בדפיברילטור.
 - 5.3 "קורס החיאה BLS (בסיסי) מתקדם" קורס החיאה מתקדמת חד יומי המורכב מ BLS בן 4 שעות ובנוסף 4 שעות בנושא מצבי חירום רפואיים, שלפחות מחציתן תרגול מעשי.
 - 5.4 תוקף קורסי החיאה המוזכרים הוא שנתיים.
6. חלות: מרפאות שיניים.



7. מינוי רופא שיניים מנהל מקצועי לשירות :

7.1 לכל מרפאה ימונה מנהל מקצועי לשירות – כמפורט בחוזר חטיבת הרפואה "[אמות המידה להתנהלות מרפאות ומכונים עצמאיים בקהילה](#)".

7.2 במרפאת תאגיד – הרופא האחראי הוא המנהל המקצועי.

8. סייעת :

8.1 מטופל זכאי לנוכחות אדם נוסף, איש צוות רפואי או אדם אחר על פי בחירתו (חוזר חטיבת הרפואה [בדיקה גופנית בתחום צנעת הפרט](#)).

8.2 רופא שיניים יטפל במטופל רק בנוכחות סייעת. במקרים דחופים של עזרה ראשונה ניתן לטפל ללא נוכחות סייעת.

8.3 טיפול באדם מקבוצות מיוחדות (ראה סעיף 13) מצריך נוכחות סייעת בעלת הכשרה מתאימה מוכחת.

8.4 במרפאת שיניים של תאגיד, הסייעת האחראית תהיה בעלת הכשרה מתאימה ומוכרת ע"י מנהל האגף לבריאות השן.

9. ביטוח צד שלישי ומקצועי :

9.1 כל מרפאת שיניים תבטח את חצריה בביטוח צד שלישי.

9.2 כל רופא שיניים ושיננית יהיו מבוטחים בביטוח אחריות מקצועית.

10. מידע למטופל :

10.1 במרפאה יוצגו באופן גלוי לקהל עיקרי חוקי זכויות החולה (מצורף כנספח 1) וכן מספר הטלפון של פניות הציבור במשרד הבריאות *5400.

10.2 במרפאה בה עובדים יותר משלשה מטפלים, ישאו המטפלים תג זיהוי בו רשום שם, מקצוע, תואר, והמומחיות המוכרת (אם יש).



11. רשומה רפואית :

בביקורו הראשון במרפאה תיפתח לכל מטופל רשומה רפואית אישית, וימולאו בה כל הפרטים האישיים והרפואיים הנוגעים לטיפול (על פי חוק זכויות החולה). הרשומה הרפואית תכלול בין היתר :

11.1 אנמנזה :

- 11.1.1 שם, כתובת ומספר טלפון של רופא המשפחה ושל רופא השיניים הקודם.
- 11.1.2 מחלות בעבר, אישפוזים ופרטים על מחלות כגון : נשימה, לב, כליות, כבד, דלקת פרקים, אלרגיות, נטיה לדמם ותגובה להרדמה מקומית וכד', כולל תולדות מחלות במשפחה, עדכני ליום מילוי הרשומה.
- 11.1.3 תרופות שקיבל/מקבל, רגישות יתר ותופעות לוואי.
- 11.1.4 פרטים אודות עישון, כולל מספר שנות העישון ומספר סיגריות ליום.
- 11.1.5 יש להשאיר מקום לעדכון תקופתי של האנמנזה הרפואית.

11.2 בדיקה ותכנית טיפול :

- 11.2.1 התלונה העיקרית של המטופל ו/או סיבת הפניה.
- 11.2.2 בדיקה מפורטת של המטופל – קלינית ורנטגנית הכוללת רקמות רכות וקשות בתוך ומחוץ לפה.
- 11.2.3 תאריכי הביקורים, פירוט הבדיקות שבוצעו כולל צילומי רנטגן ואבחנות, חתומים על ידי הרופא.
- 11.2.4 אפשרויות הטיפול, תוכנית הטיפול שנקבעה ופרוגנוזה חתומים על ידי הרופא.

11.3 תיעוד מהלך טיפול :

- 11.3.1 פירוט הטיפולים שניתנו, בציון התאריכים לרבות משטח השן שטופלה, אופני ההרדמה, חומרי ההרדמה וכמותם, וכל חומר בו השתמשו לטיפול ונשאר בחלל הפה, חתומים על ידי הרופא.
- 11.3.2 פירוט תרופות שקיבל המטופל והוראות השימוש בתרופות שנתנו לו או שנרשמו עבורו.
- 11.3.3 התרחשויות שונות שקרו בזמן הטיפול.
- 11.3.4 הערות לגבי הטיפול.

11.4 צילומי רנטגן :

- 11.4.1 צילומי רנטגן, בין אם צולמו במרפאה או מחוצה לה , מהווים חלק בלתי נפרד מהרשומה הרפואית.
- 11.4.2 על גבי כל צילום יצויין תאריך הביצוע ושם המטופל.

11.5 שמירת רשומות לסוגיהן :

- 11.5.1 על המידע ברשומה יש להגן בצורה הנדרשת בחוק זכויות החולה התשנ"ו-1996.
- 11.5.2 יש לשמור את הרשומה הרפואית עד לתקופת ההתיישנות הקבועה בחוק ההתיישנות ובתקנות בריאות העם (שמירת רשומות תיקון התשס"ט (סעיף 11 ד). תקופת ההתיישנות, לעניין זה מתחילה עם גמר הטיפול או עם גילוי מעשה הרשלנות, הכל לפי המועד המאוחר יותר.
- (רשומה כולל צילומי רנטגן : מבוגר – 7 שנים לאחר המועד הנ"ל; קטין – עד הגיעו לגיל 25 שנה לפחות).
- 11.5.3 על פי חוק זכויות החולה התשנ"ו-1996 (סעיף 18 א), מטופל זכאי לקבל מהמטפל או מהמוסד מידע רפואי מהרשומה הרפואית שלו לרבות העתקה.
- 11.5.4 על פי פקודת בריאות העם 1940 (סעיף 29א(3)) ינתן לרופא ממשלתי מידע הנדרש על ידו מתוך הרשומות הרפואיות לרבות העתקות.

11.6 רשומה ממוחשבת :

הרשומה הרפואית יכולה להיות ממוחשבת בתנאי ש :

- 11.6.1 כל רישום מלווה בטביעת זמן על מועד הביצוע.
- 11.6.2 המשתמש לא יוכל למחוק או לתקן רישום לאחר ביצועו מבלי להשאיר סימון של השינוי.
- 11.6.3 לכל הרשומות במחשב יהיה גיבוי על מנת להבטיח שמירת המידע הרפואי.

12. הפניה למומחה :

- 12.1 הופנה מטופל לטיפול או להתייעצות אצל מומחה, יירשם ברשומה מועד ההפניה וכן פרטים על הטיפול, מסקנות והמלצות שנתן לו המומחה.
- 12.2 הרופא המטפל ימסור למטופל מכתב הפניה שבו יפורטו מצבו הכללי והדנטלי של המטופל, פירוט הטיפול שקיבל, תוצאות של בדיקות וצילומים שנעשו ופירוט מטרת ההפניה. להפניה האמורה יצורפו צילומי רנטגן לפי העניין.
- 12.3 מומחה שהופנה אליו מטופל, יבצע את הבדיקה, ההתייעצות או הטיפול וימסור לרופא המפנה או למטופל מכתב מסכם, כולל צילומי רנטגן או חומר רלוונטי אחר.

13. קבוצות מיוחדות :

13.1 רופא שיניים יטפל במטופל מקבוצות מיוחדות, רק לאחר שקיבל מידע רפואי מספיק ומתאים כדי לטפל בו כראוי, וישקול הצורך בקבלת סיכום מידע רפואי עדכני מהרופא המטפל.

13.1.1 האחריות על ההחלטות הטיפוליות היא של רופא השיניים המטפל. במידת הצורך, יש לשקול להפנות למומחה מתאים.

13.2 קבוצות מיוחדות כוללות:

מטופלים שמצבם הגופני או עברם הרפואי עשויים להשפיע על טיפול השיניים כגון: מטופלים עם מחלות סיסטמיות, בעלי תגובה אלרגית לתרופות או חומרים אחרים, מטופלים שצורכים תרופות שעלולות להשפיע על הטיפול הדנטלי או על תגובה להרדמה וכדומה.

13.3 במטופלים עם קוצב לב או מחולל הלם חשמלי יש לטפל בהתאם להנחיות 4.5 - [טיפול שיניים בחולים עם קוצבי לב ודפיברילטורים](#).

13.4 רשומה של מטופל מקבוצות מיוחדות תסומן בסימון מזהה.

13.5 אין להפלות נשאי מחלות כגון HBV, HCV, HIV כולל בקביעת תורים.

14. מקרי חירום:

14.1 במרפאה תהיה תלוייה, במקום בולט וגלוי לצוות, הודעה ובה כתובת המרפאה, ומספרי הטלפון של מגן דוד אדום, ושל שירותי אמבולנס נוספים (כגון שח"ל נטלי וכו') במידה ויש.

14.2 אירע במרפאה מקרה חירום, יתקשר רופא השיניים לכתובת המתאימה לעזרה.

14.3 רופא השיניים שהפנה מטופל לבית חולים או למומחה יתלווה למטופל או יציידו בהפנייה ברורה הכוללת את פרטי ההתקשרות של הרופא, לפי העניין.

14.4 כל רופא שיניים יהיה בוגר קורס החייאה בסיסי BLS **מתקדם** בתוקף, וכל שיננית וסייעת יהיו בוגרי קורס החייאה בסיסי BLS בתוקף - כמפורט בחוזר חטיבת הרפואה [ניהול מערך החייאה במוסדות ו/או מתקנים רפואיים](#).

14.5 במידה ומתבצעת במרפאה סדציה מתונה (הכרתית) או הרדמה כללית, על צוות המרפאה להיות בוגרי קורס החייאה כנדרש בחוזר חטיבת הרפואה [סדציה והרדמה כללית ברפואת שיניים](#).

14.6 בכל מרפאה תהיה זמינה, במקום ידוע לכל הצוות, מודעה עם סדר פעולות החייאה.



15. דיווח למשרד הבריאות אודות אירוע מיוחד :

על כל רופא שיניים, מרפאת שיניים או מוסד רפואי חלה חובת דיווח למשרד הבריאות על תקלות חמורות (על פי תקנות בריאות העם, וכמפורט בחוזר חטיבת הרפואה [דיווח על אירוע מיוחד](#) . את הדיווח יש להעביר סמוך ככל הניתן ולא יאוחר מ-24 שעות מקרות האירוע לחטיבת הרפואה במשרד הבריאות (מייל mminhal@moh.health.gov.il פקס 02-6725821) בטופס אירוע מיוחד (נספח 2).

אירועים המחייבים דיווח :

- 15.1 כל אירוע שבו נפגע מטופל (כולל שאיפה או בליעת גוף זר בזמן טיפול שיניים).
- 15.2 כל תופעה המסכנת את בריאות הציבור.
- 15.3 תקלה במיכשור במהלך טיפול רפואי, אם גרמה נזק ממשי למטופל או לעובד המרפאה.
- 15.4 נזק של ממש שנגרם למטופל תוך כדי הטיפול הרפואי או לאחריו, קרי נכות או אובדן של איבר.
- 15.5 כל מקרה בו אדם נזקק לאשפוז דחוף בעקבות טיפול שיניים.
- 15.6 כל מקרה מוות בזמן טיפול השיניים או בסמוך לו.

<p>אושר על ידי :</p> <p>פרופ' שלמה זוסמן</p> <p>מנהל האגף לבריאות השן</p>	<p>נערך על-ידי :</p> <p>ד"ר ודים פיקובסקי, רופא שיניים מחוזי, אשקלון עודכן על-ידי : ד"ר דוד ילון, הנחיות וסטנדרטים, אגף לבריאות השן</p>
---	---

נספח 1: מגילת זכויות המתרפא

מגילה זו מפרטת את עיקר זכויות המטופל כפי שקיבלו ביטוי בחוק זכויות החולה.

- כל הנזקק לטיפול רפואי, זכאי לקבלו במצב חרום רפואי - ללא תנאי, בהתאם להסדרים ולתשלומים הנהוגים המערכת הבריאות.
- הטיפול הרפואי יוענק למטופל ללא אפליה מטעמי דת, גזע מין, לאום או ארץ מוצא, וכיוצא באלה.
- מטופל זכאי לקבל טיפול מקצועי, איכותי ויחס אנושי.
- הטיפול במצב חירום רפואי או סכנה חמורה, ינתן לפי מיטב יכולתו של המטפל או של המוסד הרפואי, ובמקרה הצורך יכלול הפניית המטופל לטיפול במקום אחר.
- מטופל זכאי לדעת את זהות המטפל בו ותפקידו.
- מטופל זכאי להשיג מיוזמתו "דעה נוספת" לעניין הטיפול בו ולקבל את שיתוף הפעולה של הצוות הרפואי והמוסד הרפואי לצורך זה.
- מטופל העובר למטפל אחר או למוסד רפואי אחר, זכאי לקבל את שיתוף הפעולה של המטפלים והמוסדות הרפואיים לשם הבטחת המשך הטיפול הנאות בו.
- מטופל זכאי שכבודו ופרטיותו ישמרו במהלך כל שלבי הטיפול הרפואי.
- מטופל זכאי שלא ינתן לו טיפול אלא אם כן נתן את הסכמתו המוקדמת לכך, לאחר שקיבל את כל המידע הרפואי על הטיפול הדרוש לו כדי להחליט בנדון.
- מטופל זכאי לקבל מן המוסד הרפואי או מהמטפל מידע מן הרשומה המתעדת את הטיפול בו.
- מטופל זכאי לשמירה על סודיות המידע הרפואי הנוגע אליו.
- מטופל זכאי לקבל מידע על ממצאיה ומסקנותיה של ועדה שבדקה תלונה שלו או אירוע חריג הנוגע לטיפול הרפואי בו.

(מאתר משרד הבריאות -

<http://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/MHealth/Dental/Pages/rights.aspx>



נספח 2:
טופס הודעה על אירוע מיוחד (בריאות השן)

תאריך הדיווח: _____

אל
ראש מנהל רפואה
משרד הבריאות

מייל mminhal@moh.health.gov.il פקס 02-6725821

הנדון: הודעה על אירוע מיוחד

<p>פרטי המדווח: שם המוסד המדווח: _____ שם המדווח: _____ תפקיד המדווח: _____ טלפון: _____ נייד: _____ כתובת מייל: _____</p>

- בהתאם לתקנה 2 בתקנות בריאות העם "הודעה על פטירות ואירועים מיוחדים" התשנ"ח 1998 הננו להודיעכם על התרחשות אירוע מיוחד.
- תאריך האירוע: _____ שעת האירוע: _____ הגוף המדווח: _____ המקום בו ארע האירוע: (אם אינו המקום שדווח) _____
- פרטי הנפגע: שנת לידה: _____

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	קופ"ח
---------	----------	------	-------

*במידה וישנו יותר מנפגע אחד באירוע יש לציין את פרטי כל אחד מהנפגעים

- מצ"ב התיעוד הרפואי לגבי נסיבות האירוע.
- סמן את סיבת הדיווח:
 - כל אירוע שבו נפגע מטופל (כולל שאיפה או בליעת גוף זר בזמן טיפול השיניים)
 - תופעה המסכנת את בריאות הציבור
 - תקלה במיכשור במהלך טיפול רפואי, אם גרמה נזק ממשי למטופל או לעובד המרפאה
 - נזק של ממש שנגרם למטופל תוך כדי הטיפול הרפואי או לאחריו, קרי נכות או אובדן של איבר
 - מקרה בו אדם נזקק לאשפוז דחוף בעקבות טיפול שיניים
 - מקרה מוות בזמן טיפול השיניים או בסמוך לו
 - אחר _____
- מצ"ב תיאור נסיבות האירוע.

חתימה: _____