

Recomanacions en el disseny de la història clínica i del programari de proves mèdiques a fi de facilitar l'accés de la informació al pacient (o persona autoritzada)



Desembre de 2019



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

S/Sistema de
Salut de Catalunya

Direcció o Coordinació:

Autors o redactors:

© 2019, Comissió Tècnica en Matèria de Documentació Clínica

Alguns drets reservats

© 2019, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a la pàgina web de Creative Commons.

Edita:

Secretaria General.

I edició:

Barcelona, desembre de 2019.

Assessorament lingüístic:

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

URL:

https://canalsalut.gencat.cat/ca/professionals/consells_i_comissions/comissio_tecnica_en_materia_de_documentacio_clinica/criteris_i_protocols_de_referencia/

Disseny de plantilla accessible:
Oficina de Comunicació. Identitat Corporativa.

Sumari

1	SITUACIÓ.....	4
2	ASPECTES A TENIR EN COMPTE.....	4
3	RECOMANACIONS	4

1 SITUACIÓ

Fruit de la creixent tecnificació de l'assistència sanitària i de la informatització de la història clínica, les institucions sanitàries generen i emmagatzemen gran quantitat de dades clíniques i assistencials (dades tabulades, text lliure, imatges, vídeos...). A vegades, part d'aquestes dades només es poden visualitzar en condicions a través del visor propi de la història clínica electrònica i/o de programaris específics, visor o programes que només disposa la institució sanitària.

Això significa que, sovint, quan un ciutadà (o persona autoritzada) sol·licita tenir accés (còpia) d'una determinada informació de la història clínica es pot trobar que no se li pot donar o no se li pot donar de manera completa, amigable, estàndard.

2 ASPECTES A TENIR EN COMPTE

L'exercici del dret d'accés del pacient a la seva història clínica, s'estén a totes les dades que conté tret de les excepcions que la llei estableix.

Sigui quin sigui el lloc i la forma on inicialment es genera determinada informació o dada, aquesta s'ha d'abocar o registrar dins la història clínica, si es considera rellevant per garantir la continuïtat assistencial, o bé perquè és exigida per les normatives i la legislació en general.

Un cop una dada forma part de la història clínica s'ha de conservar com a mínim el temps que la legislació vigent estableixi (per a més informació consulteu la recomanació de la Comissió Tècnica en Matèria de Documentació Clínica sobre el "[Quadre de terminis de conservació de la documentació clínica](#)").

3 RECOMANACIONS

1. A fi d'evitar que la història clínica pugui acabar essent un repositori immens de dades sense sentit i atesa la seva finalitat assistencial, ha de registrar-se o abocar-se a la història clínica aquella informació clínica del pacient que segons el criteri professional és necessària per garantir el contínuum assistencial, així com tota aquella informació que legalment s'ha de recollir. S'ha d'evitar una actitud defensiva que porti a una recollida excessiva i innecessària de dades.
2. En el desenvolupament de nous mòduls de la història clínica electrònica i del programari dels aparells de proves mèdiques, etc., s'ha d'incloure la possibilitat de subministrar una còpia de la informació que conté en un format estàndard, que sigui de fàcil accés per a la persona, encara que no necessàriament en suport paper.