

Warszawa, dnia 6 października 2021 r.

Poz. 1825

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA OBRONY NARODOWEJ**

z dnia 6 sierpnia 2021 r.

**w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach
lecniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej**

Na podstawie art. 30 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Przepisy ogólne

§ 1. 1. Dokumentacja medyczna, zwana dalej „dokumentacją”, jest prowadzona w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej, zwanych dalej „podmiotami”, w postaci elektronicznej.

2. Dokumentacja może być prowadzona w postaci papierowej, jeżeli przepis rozporządzenia tak stanowi, w przypadku awarii systemu teleinformatycznego lub gdy warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej. Po usunięciu awarii systemu teleinformatycznego dokumentacja prowadzona w postaci papierowej jest przenoszona do tego systemu.

3. Dokument prowadzony w jednej z postaci, o których mowa w ust. 1 i 2, nie może być jednocześnie prowadzony w drugiej z nich. Przepis nie dotyczy sytuacji awarii systemu informatycznego, o której mowa w ust. 2.

4. Dokumentację uważa się za zabezpieczoną, jeżeli w sposób ciągły są spełnione łącznie następujące warunki:

- 1) jest zapewniona jej dostępność wyłącznie dla osób uprawnionych, o których mowa w art. 24 ust. 2 i art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisach odrębnych;
- 2) jest chroniona przed przypadkowym lub niezgodnym z prawem zniszczeniem, utratą, modyfikacją, nieuprawnionym ujawnieniem lub nieuprawnionym dostępem;
- 3) są zastosowane metody i środki ochrony dokumentacji, których skuteczność w czasie ich zastosowania jest powszechnie uznawana.

5. Zabezpieczenie dokumentacji wymaga:

- 1) systematycznego szacowania ryzyka zagrożeń oraz zarządzania tym ryzykiem;
- 2) opracowania i stosowania procedur zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania;
- 3) stosowania środków bezpieczeństwa adekwatnych do zagrożeń, uwzględniających najnowszy stan wiedzy;
- 4) dbałości o aktualizację oprogramowania;

- 5) bieżącego kontrolowania funkcjonowania organizacyjnych i techniczno-informatycznych sposobów zabezpieczenia, a także okresowego dokonywania oceny skuteczności tych sposobów;
 - 6) przygotowania i realizacji planów przechowywania dokumentacji w długim czasie, w tym jej przenoszenia na informatyczne nośniki danych i do nowych formatów danych, jeżeli tego wymaga zapewnienie ciągłości dostępu do dokumentacji.
6. System teleinformatyczny, w którym jest prowadzona dokumentacja, zapewnia:
- 1) zabezpieczenie dokumentacji przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą;
 - 2) integralność treści dokumentacji i metadanych polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian, z wyjątkiem zmian wprowadzanych w ramach ustalonych i udokumentowanych procedur;
 - 3) stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych;
 - 4) identyfikację osoby dokonującej wpisu lub innej zmiany i zakresu dokonanych zmian w dokumentacji lub metadanych;
 - 5) przyporządkowanie cech informacyjnych dla odpowiednich rodzajów dokumentacji, zgodnie z § 10 pkt 3;
 - 6) możliwość prowadzenia i udostępniania dokumentacji w formatach i standardach wydanych na podstawie art. 11 ust. 1a i 1b ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666 i 1292), a w przypadku ich braku – możliwość prowadzenia i udostępnienia jej w standardach HL7 oraz DICOM lub innych formatach i standardach;
 - 7) funkcjonalność wydruku dokumentacji;
 - 8) możliwość eksportu całości danych w formatach i standardach, o których mowa w pkt 6, w sposób umożliwiający odtworzenie ich w innym systemie teleinformatycznym.

§ 2. 1. Dokumentację dzieli się na:

- 1) dokumentację indywidualną – dotyczącą poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych;
- 2) dokumentację zbiorczą – dotyczącą ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych.

2. Dokumentacja indywidualna obejmuje:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną – przeznaczoną na potrzeby podmiotu;
- 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną – przeznaczoną na potrzeby pacjenta.

3. Dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowią:

- 1) historia zdrowia i choroby;
- 2) historia choroby;
- 3) karta zleceń lekarskich;
- 4) karta gorączkowa;
- 5) karta noworodka;
- 6) karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej;
- 7) karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną;
- 8) karta wizyty patronażowej;
- 9) karta wizyty patronażowej noworodka;
- 10) karta indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej;
- 11) karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego;

- 12) karta uodpornienia, zgodnie ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, z późn. zm.¹⁾);
- 13) karta zlecenia wyjazdu;
- 14) karta zlecenia transportu medycznego;
- 15) karta medycznych czynności ratunkowych;
- 16) karta pracy wyjazdowego zespołu sanitarnego typu „N”;
- 17) karta medyczna lotniczego zespołu poszukiwawczo-ratowniczego;
- 18) karta pracy zespołu transportu medycznego;
- 19) karta przebiegu znieczulenia;
- 20) karta obserwacji;
- 21) karta obserwacji porodu, zgodnie ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 22) okołoperacyjna karta kontrolna;
- 23) protokół operacyjny;
- 24) wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem;
- 25) dokumentacja określona w innych przepisach prawa powszechnie obowiązującego.

4. Dokumentację indywidualną zewnętrzną stanowią:

- 1) skierowanie do szpitala lub podmiotu albo innego podmiotu leczniczego utworzonego przez inny podmiot tworzący, zwanego dalej „podmiotem leczniczym”, udzielającego stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne;
- 2) skierowanie na badanie diagnostyczne, konsultację lub na leczenie;
- 3) skierowanie na szczepienie przeciwko COVID-19;
- 4) karta przebiegu ciąży;
- 5) książeczka zdrowia dziecka;
- 6) karta informacyjna z leczenia szpitalnego;
- 7) karta medycznych czynności ratunkowych;
- 8) pisemna informacja lekarza leczącego pacjenta w poradni specjalistycznej dla lekarza kierującego pacjenta do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych produktach leczniczych, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania, oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, 1292, 1559 i 1773);
- 9) Karta Szczepień;
- 10) książeczka szczepień, o której mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
- 11) zaświadczenie, orzeczenie, opinia lekarska;

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2020 r. poz. 2112 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 159, 180, 255, 616, 981 i 1773.

- 12) zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne lub zlecenie naprawy wyrobu medycznego – zgodnie ze wzorami określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 7 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523, 1292 i 1559);
- 13) dokumentacja określona w innych przepisach prawa powszechnie obowiązującego.

5. W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dokonuje się wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej oraz zamieszcza się adres repozytorium, pod którym znajduje się wydana dokumentacja indywidualna zewnętrzna, lub załącza się cyfrowe odwzorowanie tej dokumentacji w postaci papierowej. W przypadku prowadzenia dokumentacji indywidualnej wewnętrznej w postaci papierowej, załącza się kopię lub dokładny opis wydanej dokumentacji indywidualnej zewnętrznej.

§ 3. 1. Dokumentacja, o której mowa w § 2 ust. 4 pkt 6 i 8 oraz w § 30 ust. 2, jest przekazywana przez podmiot, który ją wytworzył, podmiotowi kierującemu na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2020 r. poz. 344), w terminie 7 dni od dnia jej wytworzenia, z wyłączeniem sytuacji, w której osobą kierującą jest lekarz udzielający świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej albo lekarz udzielający świadczeń w tym samym podmiocie lub nastąpił zgon pacjenta.

2. W przypadku awarii systemu informatycznego albo gdy warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają przekazanie dokumentacji, o której mowa w § 2 ust. 4 pkt 6 i 8 oraz w § 30 ust. 2, za pomocą środków komunikacji elektronicznej, dokumentacja jest przekazywana w postaci papierowej.

§ 4. 1. Wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych, a w dokumentacji w postaci papierowej w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.

2. Wpisy i inne zmiany opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej zmian, zgodnie z § 10 pkt 3.

3. Dokumentację w postaci papierowej opatruje się własnoręcznym podpisem.

4. Dokumentację podpisuje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

5. Wpisów oraz innych zmian w dokumentacji dokonuje się w sposób umożliwiający identyfikację daty ich dokonania oraz zakresu zmian.

6. Wpis w dokumentacji w postaci papierowej nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji, zgodnie z § 10 pkt 3.

7. Dokumentację wewnętrzną można podpisać również przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego.

§ 5. Wpisu w dokumentacji dotyczącej czasu trwania ciąży, poronienia, urodzenia żywego lub urodzenia martwego dokonuje się w oparciu o kryteria oceny określone w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

§ 6. 1. Strony wydruku dokumentacji oraz strony dokumentacji w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość.

2. Pierwsza strona wydruku dokumentacji indywidualnej oraz pierwsza strona dokumentacji w postaci papierowej zawierają oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a kolejne strony imię (imiona) i nazwisko pacjenta.

3. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w pierwszej wytworzonej dla tego pacjenta dokumentacji wewnętrznej dokonuje się oznaczenia „NN”, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.

4. Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej włącza się dokumentację udostępnioną przez pacjenta lub zamieszcza się adres repozytorium, pod którym znajduje się dokumentacja udostępniona za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną, lub załącza się cyfrowe odwzorowanie dokumentacji w postaci papierowej, lub odnotowuje się zawarte w udostępnionej dokumentacji informacje, które są istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacyjnego.

5. Dokument włączony do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej w postaci papierowej nie może być z niej usunięty, z zastrzeżeniem § 16 ust. 5.

6. W przypadku załączenia cyfrowego odwzorowania dokumentacji w postaci papierowej lub odnotowania zawartych w udostępnionej dokumentacji informacji, które są istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacyjnego, o których mowa w ust. 4, dokumentacja dostarczona przez pacjenta w postaci papierowej jest zwracana pacjentowi.

7. W przypadku braku możliwości zwrotu dokumentacja dostarczona przez pacjenta w postaci papierowej może być zniszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację danych pacjenta.

§ 7. 1. W dokumentacji wpisuje się nazwę i numer statystyczny rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.

2. W dokumentacji prowadzonej przez fizjoterapeutę przy opisie stanu funkcjonowania stosuje się Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia.

3. W dokumentacji, o której mowa w § 56, dopuszcza się odstępianie od wpisywania numeru statystycznego rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, o którym mowa w ust. 1.

§ 8. 1. W przypadku gdy oświadczenie pacjenta o:

- 1) wyrażeniu zgody na udzielanie informacji, o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą,
- 2) upoważnieniu do dostępu do dokumentacji, o którym mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 3) wyrażeniu zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, o której mowa w art. 16–18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

– zostało przez niego złożone w sposób inny niż za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, oświadczenie to zamieszcza się w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej.

2. Podmiot informuje pacjenta, przed złożeniem przez niego oświadczeń, o których mowa w ust. 1, o możliwości ich złożenia za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta i skutkach ich złożenia.

§ 9. 1. Osoba wystawiająca skierowanie na badanie diagnostyczne, konsultację lub na leczenie przekazuje podmiotowi lub podmiotowi leczniczemu, do którego kieruje pacjenta, wraz ze skierowaniem, informacje zawarte w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta niezbędne do przeprowadzenia tego badania, konsultacji lub leczenia.

2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie, zgodnie z § 10 pkt 1;
- 2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 3) oznaczenie rodzaju badania, konsultacji lub leczenia, na które kieruje się pacjenta;
- 4) rozpoznanie ustalone przez osobę kierującą;
- 5) inne informacje lub dane, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia badania, konsultacji lub leczenia;
- 6) datę wystawienia skierowania;
- 7) oznaczenie osoby kierującej, zgodnie z § 10 pkt 3;
- 8) numer identyfikujący skierowanie, o którym mowa w art. 59aa ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jeżeli dotyczy.

3. W przypadku gdy osobą wystawiającą skierowanie jest lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego albo położna ubezpieczenia zdrowotnego, skierowanie zawiera dodatkowo numer umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, chyba że skierowanie jest wystawiane w postaci elektronicznej i możliwe jest dokonanie weryfikacji uprawnień lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo położnej ubezpieczenia zdrowotnego w systemie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

4. Podmiot lub podmiot leczniczy przeprowadzający badanie, konsultację lub leczenie przekazuje podmiotowi lub podmiotowi leczniczemu, który wystawił skierowanie, wyniki tych badań lub konsultacji w sposób określony w § 3 ust. 1.

5. W przypadku gdy osobą wystawiającą skierowanie jest lekarz udzielający świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, wyniki badań i konsultacji przekazywane są lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej pacjenta, który to skierowanie otrzymał.

§ 10. Dokumentacja indywidualna zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu:
 - a) nazwę podmiotu,
 - b) kod resortowy stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - c) nazwę zakładu leczniczego,
 - d) nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku podmiotu, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono jednostki organizacyjne,
 - e) nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku podmiotu, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono komórki organizacyjne,
 - f) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 2) oznaczenie pacjenta zgodnie z art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przy czym:
 - a) określenie rodzaju dokumentu potwierdzającego tożsamość obejmuje jego nazwę oraz nazwę kraju, w którym został wystawiony,
 - b) adres miejsca zamieszkania wpisuje się w pierwszej wytworzonej dla tego pacjenta dokumentacji wewnętrznej;
- 3) oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz osoby kierującej na badanie diagnostyczne, konsultację lub na leczenie:
 - a) imię (imiona) i nazwisko,
 - b) tytuł zawodowy – nie dotyczy osoby upoważnionej, o której mowa w art. 31b ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
 - c) numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli został nadany,
 - d) unikalny identyfikator upoważnienia nadany przez Rejestr Asystentów Medycznych, o którym mowa w art. 31b ust. 7 pkt 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia – w przypadku osoby upoważnionej, o której mowa w art. 31b ust. 1 tej ustawy,
 - e) podpis;
- 4) informacje dotyczące stanu zdrowia lub stanu funkcjonowania oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji:
 - a) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych,
 - b) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży lub stanu funkcjonowania,
 - c) zalecenia,
 - d) informacje o wydanych zaświadczeniach, orzeczeniach oraz opiniach,
 - e) informacje o produktach leczniczych, wraz z dawkowaniem, lub wyrobach medycznych przepisanych pacjentowi na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz unikalne numery identyfikujące recepty w postaci elektronicznej, o których mowa w art. 96a ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 974 i 981);
- 5) inne informacje wynikające z innych przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

§ 11. Dokumentacja zbiorcza, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 pkt 1, numer kolejny wpisu, imię (imiona) i nazwisko, oznaczenie płci, datę urodzenia oraz numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 10 pkt 3 lit. a–d, datę dokonania wpisu oraz, jeżeli to wynika z przeznaczenia dokumentacji, istotne informacje dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych.

Rozdział 2

Dokumentacja prowadzona w podmiocie

§ 12. 1. Podmiot prowadzący szpital sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii choroby lub karty noworodka;
- 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną w formie:
 - a) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - b) książeczki zdrowia dziecka,
 - c) skierowania;
- 3) dokumentację zbiorczą wewnętrzną w formie:
 - a) księgi lub wykazu głównego przyjęć i wypisów,
 - b) księgi lub wykazu odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć lub wykazu odmów przyjęć w szpitalnym oddziale ratunkowym,
 - c) księgi lub wykazu chorych oddziału,
 - d) księgi lub wykazu raportów lekarskich,
 - e) księgi lub wykazu raportów pielęgniarskich,
 - f) wykazu raportów fizjoterapeutycznych,
 - g) księgi lub wykazu zabiegów,
 - h) księgi lub wykazu bloku operacyjnego albo sali operacyjnej,
 - i) księgi lub wykazu bloku porodowego albo sali porodowej,
 - j) księgi lub wykazu noworodków,
 - k) księgi lub wykazu pracowni diagnostycznej;
- 4) dokumentację zbiorczą zewnętrzną dla celów określonych w innych przepisach prawa powszechnie obowiązującego.

2. W przypadku gdy dokumentacja, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 2 lit. a, jest prowadzona w postaci elektronicznej, prowadzenie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 pkt 3, nie jest wymagane.

§ 13. 1. Podmiot leczniczy prowadzący szpital zlokalizowany w miejscu nieprzeznaczonym dotychczas do udzielania świadczeń zdrowotnych, w którym są udzielane świadczenia zdrowotne pacjentom zakażonym wirusem SARS-CoV-2, w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez ten szpital sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii choroby lub karty noworodka;
- 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną w formie:
 - a) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - b) książeczki zdrowia dziecka,
 - c) skierowania;

- 3) dokumentację zbiorczą wewnętrzną w formie:
 - a) księgi lub wykazu głównego przyjęć i wypisów,
 - b) księgi lub wykazu odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć albo księgi lub wykazu odmów przyjęć w szpitalnym oddziale ratunkowym,
 - c) księgi lub wykazu pracowni diagnostycznej;
- 4) dokumentację zbiorczą zewnętrzną dla celów określonych w innych przepisach prawa powszechnie obowiązującego.

2. W przypadku gdy co najmniej dokumentacja, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 2 lit. a, jest prowadzona w postaci elektronicznej, prowadzenie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 pkt 3, nie jest wymagane.

§ 14. 1. Historię choroby zakłada się niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do szpitala.

2. W przypadku gdy leczenie pacjenta wymaga wielokrotnego udzielania świadczeń zdrowotnych w tym samym zakładzie leczniczym, dopuszcza się dokonywanie kolejnych wpisów w historii choroby założonej przy przyjęciu pacjenta po raz pierwszy.

§ 15. 1 Historia choroby zawiera informacje dotyczące:

- 1) przyjęcia pacjenta do szpitala;
- 2) przebiegu hospitalizacji;
- 3) wypisania pacjenta ze szpitala.

2. W przypadku rozpoznania onkologicznego ustalonego po wypisaniu pacjenta ze szpitala, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu ze szpitala, historia choroby, o której mowa w ust. 1, zawiera także to rozpoznanie.

§ 16. 1. Do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe:

- 1) kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej;
- 2) kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną;
- 3) kartę indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej;
- 4) kartę obserwacji lub kartę obserwacji porodu;
- 5) kartę gorączkową;
- 6) kartę zleceń lekarskich;
- 7) kartę przebiegu znieczulenia;
- 8) kartę dokumentacji postępowania przeciwbólowego;
- 9) kartę medycznych czynności ratunkowych – w przypadku jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882, 2112 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 159, 1559 i 1641);
- 10) kartę informacyjną z leczenia szpitalnego;
- 11) wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, jeżeli nie zostały wpisane w historii choroby;
- 12) wyniki konsultacji, jeżeli nie zostały wpisane w historii choroby;
- 13) protokół operacyjny, jeżeli była wykonana operacja;
- 14) okołoperacyjną kartę kontrolną;
- 15) skierowanie – w przypadku przyjęcia pacjenta do szpitala na podstawie skierowania w postaci papierowej;
- 16) kartę pracy zespołu transportu medycznego lub kartę pracy wyjazdowego zespołu sanitarnego typu „N”.

2. W przypadku operacji w trybie natychmiastowym, dopuszcza się odstępianie od prowadzenia okołooperacyjnej karty kontrolnej.

3. Do historii choroby dołącza się na czas pobytu pacjenta w szpitalu:

- 1) dokumentację indywidualną udostępnioną przez pacjenta, w tym wyniki wcześniejszych badań diagnostycznych, kartę przebiegu ciąży, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, zaświadczenia, orzeczenia oraz opinie,
- 2) dokumentację indywidualną pacjenta prowadzoną przez inne jednostki lub komórki organizacyjne szpitala i dokumentację archiwalną szpitala dotyczącą poprzednich hospitalizacji pacjenta

– jeżeli są istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji.

4. Do historii choroby przepis § 6 ust. 4 stosuje się odpowiednio.

5. Dokumenty, o których mowa w ust. 3 pkt 1, udostępnione w postaci papierowej, zwraca się za pokwitowaniem pacjentowi przy wypisie.

§ 17. 1. Historia choroby, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala, zawiera dane określone w § 10 pkt 1–4 oraz:

- 1) tryb przyjęcia;
- 2) datę przyjęcia pacjenta do szpitala, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinym;
- 3) istotne dane z wywiadu i badania przedmiotowego przy przyjęciu pacjenta do szpitala oraz ewentualnych obserwacji, wyniki badań dodatkowych i dane o postępowaniu lekarskim przy przyjęciu do szpitala oraz uzasadnienie przyjęcia;
- 4) rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego;
- 5) oznaczenie lekarza przyjmującego, zgodnie z § 10 pkt 3;
- 6) numer identyfikujący skierowanie, o którym mowa w art. 59aa ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w przypadku przyjęcia pacjenta do szpitala na podstawie skierowania w postaci elektronicznej.

2. Historia choroby, w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji pacjenta, zawiera:

- 1) dane uzyskane z wywiadu oraz z badania przedmiotowego;
- 2) wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, jeżeli został sporządzony;
- 3) dane uzyskane z badania funkcjonalnego, jeżeli zostało przeprowadzone;
- 4) wyniki konsultacji;
- 5) opis zastosowanego leczenia, wykonanych zabiegów oraz operacji, z podaniem numeru statystycznego procedury medycznej, ustalonego według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta;
- 6) informacje na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia, w przypadkach wymagających monitorowania bólu;
- 7) opis przebiegu rehabilitacji oraz opis stanu funkcjonowania pacjenta.

3. Historia choroby w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala zawiera:

- 1) rozpoznanie kliniczne składające się z określenia choroby zasadniczej, będącej główną przyczyną hospitalizacji, chorób współistniejących i powikłań;
- 2) numery statystyczne chorób zasadniczych i chorób współistniejących, ustalone według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
- 3) epikryzę;
- 4) adnotację o przyczynie i okolicznościach wypisania ze szpitala, o których mowa w art. 29 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711 i 1773);

- 5) adnotację o miejscu, do którego pacjent został skierowany, wraz z adnotacją o zleceniu transportu sanitarnego;
- 6) datę wypisu.

4. Historia choroby w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala, w przypadku zgonu pacjenta, poza informacjami wymienionymi w ust. 3 pkt 1–3, zawiera:

- 1) datę zgonu pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 2) opis słowny stanów chorobowych prowadzących do zgonu wraz z odstępami czasu pomiędzy ich wystąpieniem:
 - a) przyczynę wyjściową albo przyczynę zewnętrzną urazu lub zatrucia,
 - b) przyczynę wtórną,
 - c) przyczynę bezpośrednią;
- 3) protokół komisji stwierdzającej śmierć mózgową, jeżeli taka miała miejsce, lub trwale nieodwracalne zatrzymanie krążenia poprzedzające pobranie narządów, jeżeli takie miało miejsce;
- 4) adnotację o dokonaniu albo zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem oraz sprzeciwem, o którym mowa w art. 31 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 5) adnotację o pobraniu ze zwłok komórek, tkanek lub narządów.

§ 18. W przypadku gdy wynik badania diagnostycznego istotnego dla ustalenia rozpoznania onkologicznego nie był znany w dniu wypisu pacjenta ze szpitala, historię choroby niezwłocznie uzupełnia się o rozpoznanie ustalone na jego podstawie. Wynik badania dołącza się do historii choroby. Przepis § 6 ust. 4 stosuje się odpowiednio.

§ 19. 1. Karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej zawiera:

- 1) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 10 pkt 2;
- 2) informacje dotyczące procesu pielęgnowania i czynności pielęgniarskich;
- 3) oznaczenie osoby dokonującej wpisu, zgodnie z § 10 pkt 3;
- 4) datę wpisu.

2. Karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną zawiera:

- 1) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 10 pkt 2;
- 2) informacje dotyczące procesu pielęgnowania i czynności położnej;
- 3) oznaczenie osoby dokonującej wpisu, zgodnie z § 10 pkt 3;
- 4) datę wpisu.

3. Karta wizyty patronażowej zawiera dane określone w § 10 pkt 2 oraz:

- 1) informacje dotyczące ogólnego stanu zdrowia, chorób oraz problemów zdrowotnych pacjenta;
- 2) informacje dotyczące porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych;
- 3) informacje dotyczące oceny środowiskowej;
- 4) oznaczenie lekarza, zgodnie z § 10 pkt 3, w przypadku wykonywania zleceń lekarskich.

4. Karta wizyty patronażowej noworodka zawiera:

- 1) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 10 pkt 2;
- 2) dane dotyczące matki i ojca noworodka:
 - a) imię (imiona) i nazwisko,
 - b) numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - c) wiek, w przypadku braku numeru PESEL,
 - d) wykształcenie i zawód wykonywany;

- 3) informacje dotyczące sytuacji ekonomicznej rodziny;
- 4) informacje okołoporodowe:
 - a) rozpoznanie/zalecenia,
 - b) ciężar i długość ciała,
 - c) liczba punktów w skali Apgar;
- 5) informacje dotyczące aktualnego stanu zdrowia noworodka – ocena zachowania, rozwoju psychoruchowego, ciepłoty ciała, oddechu, stanu skóry, jamy ustnej, pępowiny i dna pępka, spojówek, sutków, narządów płciowych, stawów biodrowych, karmienia, moczu i stolca, higieny oraz niepokojących objawów;
- 6) informacje dotyczące procesu pielęgnowania noworodka i czynności położnej;
- 7) oznaczenie położnej, zgodnie z § 10 pkt 3;
- 8) datę wpisu.

5. Informacje ujęte w ust. 4 pkt 2–4 dokumentowane są jedynie podczas pierwszej wizyty patronażowej u noworodka.

6. Karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego zawiera:

- 1) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 10 pkt 2;
- 2) informacje o osobach wspólnie zamieszkujących, w tym:
 - a) imię (imiona) i nazwisko,
 - b) rok urodzenia,
 - c) stopień pokrewieństwa,
 - d) wykształcenie i charakter wykonywanej pracy;
- 3) informacje o warunkach mieszkaniowych oraz o statusie materialnym pacjenta i rodziny;
- 4) oznaczenie osoby dokonującej wpisu, zgodnie z § 10 pkt 3;
- 5) datę wpisu.

§ 20. 1. Wpisy w karcie obserwacji lub w karcie obserwacji porodu są dokonywane przez lekarza, pielęgniarkę, położną lub ratownika medycznego.

2. W przypadku porodu z zastosowaniem analgezji regionalnej prowadzi się kartę przebiegu znieczulenia.

3. Wpisy w karcie zleceń lekarskich są dokonywane przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem. Wpisy o wykonaniu zlecenia są dokonywane przez osobę wykonującą zlecenie.

4. Wpisy w okołoperacyjnej karcie kontrolnej są dokonywane przez koordynatora karty, którym jest osoba określona w regulaminie organizacyjnym podmiotu.

5. Koordynator karty, o którym mowa w ust. 4, dokonuje wpisów w okołoperacyjnej karcie kontrolnej na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji.

6. Wpisy w karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej lub w karcie indywidualnej opieki prowadzonej przez położną są dokonywane przez pielęgniarkę lub położną sprawującą opiekę nad pacjentem. Wpisy o wykonaniu zlecenia, czynności pielęgniarskiej lub położniczej są dokonywane przez osobę realizującą plan opieki.

7. Wpisy w karcie indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej są dokonywane przez fizjoterapeutę sprawującego opiekę nad pacjentem. Wpisy o wykonaniu czynności określonych w planie postępowania fizjoterapeutycznego są dokonywane przez fizjoterapeutę realizującego plan.

8. Wpisy dotyczące monitorowania bólu są dokonywane przez lekarza, pielęgniarkę, położną, ratownika medycznego lub fizjoterapeutę w karcie dokumentacji postępowania przeciwbólowego.

§ 21. Karta gorączkowa zawiera:

- 1) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 10 pkt 2;
- 2) rozpoznanie kliniczne;
- 3) wyniki przeprowadzonych pomiarów temperatury ciała, tętna wraz z datą i godziną pomiaru, wzrost i ciężar ciała pacjenta;
- 4) zalecenia dotyczące diety pacjenta;
- 5) informacje o wypróżnieniach;
- 6) zlecenia lekarskie;
- 7) oznaczenie osoby dokonującej pomiaru, zgodnie z § 10 pkt 3;
- 8) datę wpisu.

§ 22. 1. Wpisów do karty zleceń lekarskich dokonuje lekarz prowadzący albo lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem.

2. Karta zleceń lekarskich zawiera:

- 1) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 10 pkt 2;
- 2) informacje o zleceniach lekarskich oraz adnotacje o ich wykonaniu;
- 3) oznaczenie osoby zlecającej, zgodnie z § 10 pkt 3;
- 4) oznaczenie osoby wykonującej zlecenia, zgodnie z § 10 pkt 3;
- 5) datę wpisu.

§ 23. 1. Wpisów do karty przebiegu znieczulenia dokonuje lekarz wykonujący znieczulenie.

2. Karta przebiegu znieczulenia zawiera:

- 1) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 10 pkt 2;
- 2) informacje dotyczące przebiegu znieczulenia, zastosowanych dawek produktów leczniczych;
- 3) informacje dotyczące aktualnych parametrów podstawowych funkcji życiowych pacjenta;
- 4) oznaczenie osoby dokonującej znieczulenia, zgodnie z § 10 pkt 3;
- 5) datę wpisu.

§ 24. 1. Wpisów w protokole operacyjnym dokonuje lekarz – operator przeprowadzający operację.

2. Protokół operacyjny zawiera:

- 1) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 10 pkt 2;
- 2) informacje dotyczące rozpoznania przedoperacyjnego;
- 3) informacje dotyczące wskazania do operacji;
- 4) informacje o rodzaju operacji i rodzaju wykonywanych procedur w trakcie przebiegu operacji;
- 5) opis operacji;
- 6) rozpoznanie pooperacyjne;
- 7) oznaczenie lekarza wykonującego operację, zgodnie z § 10 pkt 3;
- 8) datę wpisu.

§ 25. 1. Okołooperacyjna karta kontrolna zawiera oznaczenie podmiotu zgodnie z § 10 pkt 1 oraz informacje dotyczące niezbędnych czynności wykonywanych przed:

- 1) znieczuleniem pacjenta;
- 2) wykonaniem nacięcia;
- 3) opuszczeniem przez pacjenta bloku operacyjnego.

2. Okołooperacyjna karta kontrolna zawiera imię (imiona) i nazwisko pacjenta, a w części dotyczącej czynności wykonywanych przed znieczuleniem pacjenta zawiera:

- 1) datę operacji;
- 2) nazwę jednostki lub komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał;
- 3) numer pacjenta w księdze lub wykazie głównym przyjęć i wypisów;
- 4) określenie trybu wykonania operacji (planowy, pilny, przyspieszony);
- 5) potwierdzenie:
 - a) tożsamości pacjenta,
 - b) miejsca operowanego,
 - c) procedury operacyjnej,
 - d) zgody na operację,
 - e) rodzaju znieczulenia;
- 6) informację o oznaczeniu miejsca operowanego (tak, nie);
- 7) potwierdzenie dokonania oceny bezpieczeństwa przebiegu znieczulenia;
- 8) potwierdzenie zapewnienia monitorowania:
 - a) EKG,
 - b) pulsoksymetrii,
 - c) ciśnienia tętniczego krwi,
 - d) kapnometrii;
- 9) informację o alergiach (tak – ze wskazaniem jakie, nie);
- 10) informację o przewidywanych trudnościach w utrzymaniu drożności dróg oddechowych (tak – zapewniono właściwy sprzęt, nie);
- 11) informację o ryzyku krwawienia > 500 ml u dorosłych albo > 7 ml/kg masy ciała u dzieci (tak – zabezpieczono płyny i preparaty krwiopochodne, nie).

3. Okołooperacyjna karta kontrolna, w części dotyczącej czynności wykonywanych przed wykonaniem nacięcia, zawiera:

- 1) informację o potwierdzeniu przez członków zespołu operacyjnego, że znają wzajemnie swoją tożsamość oraz funkcję w zespole operacyjnym (tak, nie);
- 2) informację o przedstawieniu się wszystkich członków zespołu (tak, nie) – w przypadku gdy członkowie zespołu operacyjnego nie znają się wzajemnie;
- 3) potwierdzenie przez operatora, anestezjologa, pielęgniarkę anestezjologiczną, położną anestezjologiczną, pielęgniarkę operacyjną i położną operacyjną:
 - a) tożsamości pacjenta,
 - b) miejsca operowanego,
 - c) procedury operacyjnej;

- 4) potwierdzenie właściwego ułożenia pacjenta;
- 5) potwierdzenie przez pielęgniarkę operacyjną lub położną operacyjną właściwego zestawu narzędzi;
- 6) informację o możliwych odstępstwach od zaplanowanej procedury operacyjnej, w tym o zmianie typu lub techniki operacji, wydłużeniu czasu operacji, zmianie rodzaju znieczulenia, przewidywanej utracie krwi, uzupełnieniu lub zmianie zestawu narzędzi przez:
 - a) operatora (tak, nie, nie dotyczy),
 - b) anestezjologa (tak, nie, nie dotyczy),
 - c) pielęgniarkę operacyjną (tak, nie, nie dotyczy);
 - d) położną operacyjną (tak, nie, nie dotyczy);
- 7) informację o zastosowaniu i udokumentowaniu okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej w okresie do 60 minut przed operacją (tak, nie, nie dotyczy);
- 8) informację o zastosowaniu profilaktyki przeciwzakrzepowej (tak – ze wskazaniem daty i godziny, nie, nie dotyczy);
- 9) informację o przygotowaniu wyników badań obrazowych (tak, nie, nie dotyczy).

4. Okołooperacyjna karta kontrolna, w części dotyczącej czynności wykonywanych przed opuszczeniem przez pacjenta bloku operacyjnego, zawiera:

- 1) potwierdzenie przez zespół operacyjny nazwy wykonanej procedury;
- 2) potwierdzenie przez pielęgniarkę operacyjną lub położną operacyjną zgodności liczby użytych narzędzi i materiałów;
- 3) informację o oznaczeniu materiału pobranego do badań (tak, nie, nie dotyczy);
- 4) informację o wystąpieniu powikłań w trakcie operacji (tak, nie);
- 5) informację o wystąpieniu problemów ze sprzętem lub trudności technicznych (tak, nie);
- 6) informację o określeniu przez operatora i anestezjologa ewentualnych problemów pooperacyjnych (tak, nie);
- 7) informację o wypisaniu zleceń pooperacyjnych przez:
 - a) operatora (tak, nie),
 - b) anestezjologa (tak, nie);
- 8) informację o udokumentowaniu oceny stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego do oddziału pooperacyjnego albo do sali pooperacyjnej (tak, nie).

5. Okołooperacyjną kartę kontrolną podpisuje koordynator karty, o którym mowa w § 20 ust. 4.

§ 26. 1. Niezwłocznie po urodzeniu się noworodka zakłada się kartę noworodka.

2. Karta noworodka zawiera dane, o których mowa w § 10 pkt 1–4, oraz:

- 1) dane dotyczące matki noworodka:
 - a) imię (imiona) i nazwisko,
 - b) adres zamieszkania,
 - c) numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość matki,
 - d) wiek, w przypadku braku numeru PESEL,
 - e) grupę krwi oraz czynnik Rh;
- 2) dane dotyczące noworodka:
 - a) datę urodzenia, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym,
 - b) oznaczenie płci,

- c) masę ciała,
 - d) długość ciała,
 - e) obwód głowy,
 - f) obwód klatki piersiowej,
 - g) ocenę według skali Apgar,
 - h) urazy okołoporodowe,
 - i) stwierdzone nieprawidłowości,
 - j) w przypadku martwego urodzenia – wskazanie, czy zgon nastąpił przed czy w trakcie porodu;
- 3) opis postępowania po urodzeniu (odśluzowanie, osuszanie, zaopatrzenie pępowiny, zastosowanie tlenu, intubacja, cewnikowanie żyły pępowinowej, masaż serca, sztuczna wentylacja, zastosowane produkty lecznicze);
 - 4) informacje o przebiegu obserwacji w kolejnych dobach;
 - 5) informacje o stanie noworodka w dniu wypisu;
 - 6) informacje o wykonanych testach przesiewowych, szczepieniach i konsultacjach specjalistycznych;
 - 7) adnotacje o zleceniu transportu medycznego lub transportu wyjazdowym sanitarnym zespołem typu „N”;
 - 8) datę wypisania, a w przypadku zgonu noworodka albo martwego urodzenia – datę zgonu albo martwego urodzenia, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym, oraz opis słowny stanów chorobowych prowadzących do zgonu, wraz z odstępami czasu pomiędzy ich wystąpieniem.

§ 27. 1. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego wystawiana jest na podstawie informacji zawartych w historii choroby, o których mowa w § 17, § 20 i § 25, lub w karcie noworodka.

2. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego podpisuje lekarz kierujący oddziałem albo lekarz przez niego upoważniony.

3. W przypadku gdy leczenie pacjenta wymaga wielokrotnego udzielania tego samego świadczenia zdrowotnego, dopuszcza się wystawienie karty informacyjnej po zakończeniu cyklu leczenia.

4. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawiera dane, o których mowa w § 10 pkt 1–3, oraz:

- 1) rozpoznanie choroby w języku polskim wraz z numerem statystycznym określonym według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
- 2) wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem oraz wyniki konsultacji;
- 3) opis zastosowanego leczenia, a w przypadku wykonania zabiegu lub operacji – datę wykonania;
- 4) wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, rehabilitacji, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia;
- 5) orzeczony przy wypisie okres czasowej niezdolności do pracy, a w miarę potrzeby ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia;
- 6) adnotacje o produktach leczniczych wraz z dawkowaniem i o wyrobach medycznych w ilościach odpowiadających ilościom przepisanych na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne wystawionych pacjentowi;
- 7) terminy planowanych konsultacji, na które wystawiono skierowania;
- 8) datę wypisu.

5. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego w przypadku zgonu pacjenta zawiera dane, o których mowa w § 10 pkt 1–4, rozpoznanie choroby w języku polskim oraz dane, o których mowa w § 17 ust. 4 pkt 1, 2 i 4.

6. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego wydaje się pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie, o której mowa w § 8 ust. 1 pkt 2, w dniu wypisu, a w przypadku, o którym mowa w art. 29 ust. 1 pkt 2 lub 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, bez zbędnej zwłoki.

§ 28. 1. W przypadku podjęcia decyzji o wykonaniu sekcji zwłok historię choroby udostępnia się lekarzowi mającemu wykonać sekcję.

2. Lekarz wykonujący sekcję zwłok sporządza protokół badania sekcyjnego z ustalonym rozpoznaniem anatomopatologicznym, który jest przechowywany przez podmiot wykonujący sekcję oraz dołączany do historii choroby. Do dołączania protokołu badania sekcyjnego do historii choroby stosuje się odpowiednio przepis § 6 ust. 4.

3. Historię choroby wraz z protokołem badania sekcyjnego przekazuje się lekarzowi prowadzącemu lub lekarzowi wyznaczonemu przez lekarza kierującego oddziałem, w celu porównania rozpoznania klinicznego i epikryzy z rozpoznaniem anatomopatologicznym. W przypadku rozbieżności między rozpoznaniem klinicznym i rozpoznaniem anatomopatologicznym lekarz dokonuje zwięzłej oceny przyczyn rozbieżności oraz podaje ostateczne rozpoznanie choroby zasadniczej, chorób współistniejących i powikłań.

§ 29. Księga lub wykaz główny przyjęć i wypisów, opatrzone numerem, zawierają:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze lub wykazie;
- 2) datę przyjęcia pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 3) imię (imiona) i nazwisko, oznaczenie płci, datę urodzenia oraz numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 4) kody resortowe komórek organizacyjnych, w których pacjent przebywał;
- 5) rozpoznanie wstępne;
- 6) rozpoznanie przy wypisie;
- 7) rozpoznanie onkologiczne po wypisaniu pacjenta, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu;
- 8) datę wypisu, a w przypadku zgonu pacjenta – datę zgonu;
- 9) w przypadku zgonu – przyczyny zgonu, z podaniem ich numerów statystycznych określonych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.

§ 30. 1. Księga lub wykaz odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć albo księga lub wykaz odmów przyjęć w szpitalnym oddziale ratunkowym, opatrzone numerem, zawierają:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze lub wykazie;
- 2) imię (imiona) i nazwisko, oznaczenie płci, datę urodzenia oraz numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 3) oznaczenie lekarza kierującego, zgodnie z § 10 pkt 3 lit. a–d, jeżeli dotyczy;
- 4) datę zgłoszenia się pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 5) rozpoznanie ustalone przez lekarza kierującego albo adnotację o braku skierowania;
- 6) istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego oraz wyniki wykonanych badań diagnostycznych;
- 7) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- 8) informację o udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz produktach leczniczych wraz z dawkowaniem lub o wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom przepisany na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydanych pacjentowi;
- 9) datę odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 10) wskazanie powodu odmowy przyjęcia do szpitala;
- 11) adnotację o braku zgody pacjenta na pobyt w szpitalu;

- 12) adnotację o miejscu, do którego pacjent został skierowany, wraz z adnotacją o zleceniu transportu sanitarnego, jeżeli zostało wydane;
- 13) oznaczenie lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w izbie przyjęć albo w szpitalnym oddziale ratunkowym, zgodnie z § 10 pkt 3.

2. W przypadku odmowy przyjęcia do szpitala pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy otrzymuje informację o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz o ewentualnych zaleceniach.

3. W przypadku nieprowadzenia księgi lub wykazu, o których mowa w ust. 1, adnotacji, o której mowa w ust. 1 pkt 11, dokonuje się w historii choroby.

4. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej informacja, o której mowa w ust. 2, jest wydawana w postaci papierowego wydruku lub w postaci elektronicznej.

5. W przypadku odmowy podpisania adnotacji o braku zgody, o której mowa w ust. 1 pkt 11, informację o tym zamieszcza się w księdze lub wykazie odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć.

§ 31. Księga lub wykaz chorych oddziału, opatrzone numerem, zawierają:

- 1) numer pacjenta w księdze lub wykazie;
- 2) datę przyjęcia, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 3) numer pacjenta w księdze lub wykazie głównym przyjęć i wypisów;
- 4) imię (imiona) i nazwisko, oznaczenie płci, datę urodzenia oraz numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 5) oznaczenie lekarza prowadzącego, zgodnie z § 10 pkt 3 lit. a;
- 6) datę i godzinę wypisu, przeniesienia do innego oddziału albo zgonu pacjenta;
- 7) rozpoznanie wstępne;
- 8) rozpoznanie przy wypisie albo adnotację o wystawieniu karty zgonu;
- 9) rozpoznanie onkologiczne po wypisaniu pacjenta, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu;
- 10) adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany, lub oddziale, do którego został przeniesiony;
- 11) oznaczenie lekarza wypisującego, zgodnie z § 10 pkt 3 lit. a.

§ 32. Księga lub wykaz raportów lekarskich zawierają informacje niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz oznaczenie lekarza dokonującego wpisu, zgodnie z § 10 pkt 3.

§ 33. Księga lub wykaz raportów pielęgniarskich zawierają informacje niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz oznaczenie pielęgniarki lub położnej dokonującej wpisu, zgodnie z § 10 pkt 3.

§ 34. Księga lub wykaz raportów fizjoterapeutycznych zawierają informacje niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz oznaczenie fizjoterapeuty dokonującego wpisu, zgodnie z § 10 pkt 3.

§ 35. Księga lub wykaz zabiegów zawierają:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze lub wykazie;
- 2) datę wykonania zabiegu;
- 3) imię (imiona) i nazwisko, oznaczenie płci, datę urodzenia oraz numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;

- 4) oznaczenie lekarza zlecającego zabieg, zgodnie z § 10 pkt 3 lit. a, a w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot lub podmiot leczniczy – także nazwę tego podmiotu lub podmiotu leczniczego;
- 5) adnotację o rodzaju zabiegu i jego przebiegu;
- 6) oznaczenie lekarza albo innej osoby uprawnionej do udzielania świadczeń zdrowotnych wykonującej zabieg, zgodnie z § 10 pkt 3.

§ 36. Księga lub wykaz bloku operacyjnego albo sali operacyjnej zawierają:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze lub wykazie;
- 2) imię (imiona) i nazwisko, oznaczenie płci, datę urodzenia oraz numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 3) kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał;
- 4) rozpoznanie przedoperacyjne;
- 5) oznaczenie lekarza kierującego na zabieg albo operację, zgodnie z § 10 pkt 3 lit. a;
- 6) oznaczenie lekarza kwalifikującego pacjenta do zabiegu albo operacji, zgodnie z § 10 pkt 3 lit. a;
- 7) datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu albo operacji, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 8) rodzaj zabiegu albo operacji;
- 9) szczegółowy opis przebiegu zabiegu albo operacji wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym;
- 10) zlecone badania diagnostyczne;
- 11) rodzaj znieczulenia zastosowanego u pacjenta i jego szczegółowy opis oraz oznaczenie lekarza anestezjologa, zgodnie z § 10 pkt 3 lit. a;
- 12) oznaczenie osób wchodzących odpowiednio w skład zespołu operacyjnego, zespołu zabiegowego, zespołu anestezyjologicznego, zgodnie z § 10 pkt 3 lit. a, z wyszczególnieniem osoby kierującej wykonaniem operacji albo zabiegu, oznaczonej zgodnie z § 10 pkt 3.

§ 37. Księga lub wykaz bloku porodowego albo sali porodowej zawiera:

- 1) numer kolejny pacjentki w księdze lub wykazie;
- 2) imię (imiona) i nazwisko, oznaczenie płci, datę urodzenia oraz numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 3) oznaczenie grupy krwi i czynnika Rh pacjentki;
- 4) kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjentka przebywała;
- 5) rozpoznanie wstępne i ostateczne;
- 6) informację o zastosowanych produktach leczniczych lub wyrobach medycznych;
- 7) rodzaj znieczulenia zastosowanego u pacjentki, jeżeli było wykonane, i jego szczegółowy opis oraz oznaczenie lekarza anestezjologa, zgodnie z § 10 pkt 3 lit. a;
- 8) datę przyjęcia pacjentki na blok porodowy albo salę porodową, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 9) datę porodu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 10) czas trwania poszczególnych okresów porodu;
- 11) szczegółowy opis przebiegu porodu;

- 12) datę wypisania pacjentki z bloku porodowego albo sali porodowej, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 13) adnotację o miejscu, do którego pacjentka została wypisana z bloku porodowego albo z sali porodowej;
- 14) oznaczenie lekarza albo położnej przyjmującej poród, zgodnie z § 10 pkt 3.

§ 38. 1. Księga lub wykaz noworodków zawiera:

- 1) numer kolejny noworodka w księdze lub wykazie;
- 2) imię (imiona) i nazwisko, oznaczenie płci oraz numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 3) datę urodzenia noworodka, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 4) dane dotyczące noworodka:
 - a) płeć,
 - b) masę ciała,
 - c) długość ciała,
 - d) ocenę według skali Apgar;
- 5) datę wypisu noworodka, a w przypadku zgonu albo martwego urodzenia – datę zgonu albo martwego urodzenia, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny, oraz przyczynę zgonu.

2. W księdze lub wykazie noworodków wpisuje się noworodki urodzone w szpitalu.

§ 39. 1 Księga lub wykaz pracowni diagnostycznej zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze lub wykazie;
- 2) datę wpisu i datę wykonania badania;
- 3) imię (imiona) i nazwisko, oznaczenie płci, datę urodzenia oraz numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 4) kod resortowy komórki organizacyjnej zlecającej badanie, a w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot lub podmiot leczniczy – także nazwę tego podmiotu lub podmiotu leczniczego;
- 5) oznaczenie lekarza zlecającego badanie, zgodnie z § 10 pkt 3 lit. a;
- 6) adnotację o rodzaju badania;
- 7) oznaczenie osoby wykonującej badanie, zgodnie z § 10 pkt 3.

2. W przypadku gdy dokumentacja w rodzaju wyniki badań jest prowadzona w postaci elektronicznej, prowadzenie dokumentacji, o której mowa w ust. 1, nie jest wymagane.

3. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, prowadzona jest także przez zakład badań diagnostycznych i medyczne laboratorium diagnostyczne.

§ 40. 1. Do prowadzenia dokumentacji w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, zakładzie rehabilitacji leczniczej lub w innym zakładzie leczniczym przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, stosuje się odpowiednio przepisy § 14–17, § 27, § 29, § 31–35 i § 39.

2. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, jest sporządzana przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w tym zakładzie.

3. Do prowadzenia dokumentacji w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego stosuje się odpowiednio przepisy właściwe dla rodzaju działalności leczniczej wykonywanej w tym zakładzie.

§ 41. 1. Podmiot prowadzący szpital, w którym czas pobytu pacjenta niezbędny do udzielenia świadczenia zdrowotnego nie przekracza 24 godzin, sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii choroby;
- 2) dokumentację zbiorczą w formie księgi lub wykazu:
 - a) głównego przyjęć i wypisów,
 - b) chorych oddziału,
 - c) zabiegów,
 - d) bloku operacyjnego lub sali operacyjnej.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe, takie jak:

- 1) kartę obserwacji;
- 2) kartę gorączkową;
- 3) kartę zleceń lekarskich;
- 4) kartę przebiegu znieczulenia, jeżeli było wykonane w związku z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi;
- 5) wyniki badań diagnostycznych;
- 6) protokół operacyjny, jeżeli była wykonana operacja.

3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się także do komórki organizacyjnej podmiotu, w której czas pobytu pacjenta niezbędny do udzielenia świadczenia zdrowotnego nie przekracza 24 godzin.

4. Przepisy § 6 ust. 4, § 12 ust. 2, § 14, § 15, § 16 ust. 2, 3 i 5, § 17–25, § 27–29, § 31–36 i § 39 stosuje się odpowiednio do dokumentacji prowadzonej przez podmiot, o którym mowa w ust. 1.

§ 42. Podmiot udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych sporządza i prowadzi dokumentację:

- 1) indywidualną wewnętrzną w formie historii zdrowia i choroby;
- 2) indywidualną zewnętrzną, o której mowa w § 2 ust. 4 pkt 1, 2, 4, 5, 7, 8 i 10;
- 3) zbiorczą w formie:
 - a) księgi lub wykazu przyjęć,
 - b) księgi lub wykazu pracowni diagnostycznej,
 - c) księgi lub wykazu zabiegów,
 - d) księgi lub wykazu porad ambulatoryjnych w zakresie nocnej i świątecznej pomocy zdrowotnej.

§ 43. 1. Historię zdrowia i choroby zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy pacjentowi w podmiocie, o którym mowa w § 42.

2. Jeżeli jest to uzasadnione rodzajem udzielanych świadczeń zdrowotnych, historię zdrowia i choroby zakłada się również w określonej komórce organizacyjnej podmiotu, o którym mowa w § 42.

§ 44. 1. Historia zdrowia i choroby zawiera dane określone w § 10 pkt 1–4 oraz informacje dotyczące:

- 1) ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów;
- 2) porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych;
- 3) opieki środowiskowej, w tym wizyt patronażowych;
- 4) pielęgniarstwa długoterminowego domowego.

2. W przypadku gdy pacjent posiada szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 43–47c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w historii zdrowia i choroby zamieszcza się o tym adnotację, wraz z numerem dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienia.

3. Historia zdrowia i choroby w zakresie informacji, o których mowa w ust. 1 pkt 1, zawiera informacje o:

- 1) przebytych chorobach;
- 2) chorobach przewlekłych;
- 3) pobytach w szpitalu;
- 4) zabiegach lub operacjach;
- 5) szczepieniach i stosowanych surowicach;
- 6) uczuleniach;
- 7) obciążeniach dziedzicznych;
- 8) orzeczeniu o niepełnosprawności, orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności albo o innych orzeczeniach traktowanych na równi z tym orzeczeniem.

4. Historia zdrowia i choroby w zakresie informacji, o których mowa w ust. 1 pkt 2, zawiera:

- 1) datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej;
- 2) dane z wywiadu i badania przedmiotowego;
- 3) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- 4) informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach;
- 5) adnotacje o zaleconych zabiegach oraz produktach leczniczych wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom zapisanym na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydanych pacjentowi, oraz unikalne numery identyfikujące recepty w postaci elektronicznej, o których mowa w art. 96a ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne;
- 6) wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem;
- 7) wyniki konsultacji;
- 8) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 9) adnotacje o zleceniu transportu sanitarnego;
- 10) adnotacje o orzeczonym okresie czasowej niezdolności do pracy;
- 11) oznaczenie lekarza, zgodnie z § 10 pkt 3.

5. Historia zdrowia i choroby w zakresie informacji, o których mowa w ust. 1 pkt 3, zawiera:

- 1) uzyskane na podstawie wywiadu informacje o warunkach nauczania, wychowania lub pracy;
- 2) opis warunków zamieszkania, jeżeli jest to istotne dla zapewnienia opieki środowiskowej;
- 3) datę rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarskiej lub położniczej;
- 4) rodzaj i zakres świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarkę lub położną, w tym: dane z wywiadu i badania fizykalnego, diagnozę pielęgniarską lub położniczą, plan opieki pielęgniarskiej lub położniczej oraz adnotacje związane z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, w tym wynikających ze zleceń lekarskich;
- 5) oznaczenie pielęgniarki lub położnej, zgodnie z § 10 pkt 3.

6. W przypadku prowadzenia dokumentacji w postaci papierowej wyniki badań diagnostycznych lub konsultacji, o których mowa w ust. 4 pkt 6 i 7, dołącza się do historii choroby w formie oryginału albo kopii albo zamieszcza się w niej ich dokładny opis.

7. Do historii zdrowia i choroby dołącza się istotną dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego dokumentację medyczną udostępnioną przez pacjenta, w tym karty informacyjne z leczenia szpitalnego – zgodnie z § 6 ust. 4.

§ 45. 1. Podmiot sprawujący opiekę nad kobietą ciężarną prowadzi kartę przebiegu ciąży.

2. Karta przebiegu ciąży jest prowadzona w postaci papierowej.

3. Karta przebiegu ciąży zawiera dane określone w § 10 pkt 1–4 oraz:

- 1) informacje o ogólnym stanie zdrowia;
- 2) informacje o poradach ambulatoryjnych lub wizytach domowych.

4. Karta przebiegu ciąży w zakresie informacji, o których mowa w ust. 3 pkt 1, zawiera informacje, o których mowa w § 44 ust. 3, oraz:

- 1) oznaczenie grupy krwi i czynnika Rh;
- 2) datę ostatniej miesiączki;
- 3) przybliżony termin porodu;
- 4) wynik pomiaru masy ciała przed ciążą lub w momencie rozpoznania ciąży;
- 5) wzrost;
- 6) liczbę poprzednich ciąż i porodów, w tym liczbę dzieci żywo urodzonych lub martwo urodzonych;
- 7) czynniki ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu, z uwzględnieniem powikłań ciąż i porodów przebytych;
- 8) opis wyniku badania ginekologicznego w momencie rozpoznania ciąży;
- 9) datę rozpoznania ciąży – datę pierwszej wizyty w związku z ciążą;
- 10) wyniki badań diagnostycznych zleconych w związku z ciążą.

5. Karta przebiegu ciąży w zakresie informacji, o których mowa w ust. 3 pkt 2, zawiera informacje, o których mowa w § 44 ust. 4, oraz:

- 1) zmierzony każdorazowo wynik pomiaru masy ciała;
- 2) dokonaną każdorazowo ocenę czynników ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu;
- 3) kwalifikację do odpowiedniego poziomu opieki perinatalnej.

§ 46. Księga lub wykaz przyjęć, opatrzone numerem, zawierają:

- 1) numer kolejny pacjenta;
- 2) datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta;
- 3) imię (imiona) i nazwisko, oznaczenie płci, datę urodzenia oraz numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 4) oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, zgodnie z § 10 pkt 3 lit. a);
- 5) rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego;
- 6) imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

§ 47. Do księgi lub wykazu pracowni diagnostycznej prowadzonych przez podmiot udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych stosuje się odpowiednio przepis § 39.

§ 48. Do księgi lub wykazu zabiegów prowadzonych przez podmiot udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych stosuje się odpowiednio przepis § 35.

§ 49. 1. Podmiot realizujący świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej sporządza i prowadzi księgę lub wykaz świadczeń udzielanych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

2. Księga lub wykaz, o których mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta;
- 2) datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta lub przyjęcia zgłoszenia przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;
- 3) imię (imiona) i nazwisko, oznaczenie płci, datę urodzenia oraz numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 4) opis udzielonego świadczenia zdrowotnego;
- 5) oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, zgodnie z § 10 pkt 3.

3. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej nie prowadzi dokumentacji indywidualnej wewnętrznej.

4. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio do podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w zakresie udzielanych świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

§ 50. 1. Dysponent jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, sporządza i prowadzi dokumentację indywidualną w formie:

- 1) karty zlecenia wyjazdu;
- 2) karty medycznych czynności ratunkowych.

2. W przypadku gdy w strukturze organizacyjnej dysponenta jednostek systemu nie ma stanowiska dyspozytora medycznego, przepisu ust. 1 pkt 1 nie stosuje się.

§ 51. Karta zlecenia wyjazdu zawiera:

- 1) oznaczenie dyspozytorni medycznej, dyspozytora medycznego przyjmującego i wysyłającego, miejsca stacjonowania i identyfikatora zespołu ratownictwa medycznego realizującego zlecenie wyjazdu, kodu wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego;
- 2) adnotację o ponagleniu wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego;
- 3) oznaczenie daty oraz godziny, minuty i sekundy w systemie 24-godzinnym:
 - a) przyjęcia wezwania przez dyspozytora medycznego,
 - b) przekazania zlecenia wyjazdu do zespołu ratownictwa medycznego,
 - c) przyjęcia zlecenia przez zespół ratownictwa medycznego,
 - d) ponaglenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego do zdarzenia,
 - e) wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego do zdarzenia,
 - f) odwołania zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego,
 - g) przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia,
 - h) przybycia zespołu ratownictwa medycznego do szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć szpitala, centrum urazowego, centrum urazowego dla dzieci, jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego lub innego miejsca przekazania pacjenta,
 - i) przekazania pacjenta do szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć szpitala, centrum urazowego, centrum urazowego dla dzieci, jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego lub innego miejsca przekazania pacjenta,
 - j) zakończenia realizacji zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego,
 - k) powrotu do miejsca stacjonowania zespołu ratownictwa medycznego;

- 4) numer zdarzenia i numer karty zlecenia wyjazdu;
- 5) adres albo informację o lokalizacji miejsca zdarzenia;
- 6) dane wzywającego obejmujące: imię (imiona) i nazwisko oraz numer telefonu do kontaktu z wzywającym;
- 7) opis powodu wezwania zespołu ratownictwa medycznego oraz opis wywiadu medycznego przeprowadzonego przez dyspozytora medycznego;
- 8) dane pacjenta obejmujące:
 - a) imię (imiona) i nazwisko,
 - b) wiek,
 - c) oznaczenie płci;
- 9) informacje o powiadomieniu służb ustawowo powołanych do niesienia pomocy;
- 10) informacje o wydaniu karty medycznych czynności ratunkowych;
- 11) informację o składzie osobowym zespołu ratownictwa medycznego.

§ 52. 1 Karta medycznych czynności ratunkowych zawiera:

- 1) informacje, o których mowa w § 10 pkt 1–4;
- 2) oznaczenie zespołu ratownictwa medycznego realizującego zlecenie wyjazdu;
- 3) opis powodu wezwania zespołu ratownictwa medycznego;
- 4) wskazanie roku, miesiąca, dnia oraz godziny, minuty i sekundy w systemie 24-godzinnym:
 - a) przekazania zlecenia wyjazdu do zespołu ratownictwa medycznego,
 - b) wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego do zdarzenia,
 - c) przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia,
 - d) przybycia zespołu ratownictwa medycznego do podmiotu lub podmiotu leczniczego,
 - e) przekazania pacjenta przez zespół ratownictwa medycznego do podmiotu lub podmiotu leczniczego,
 - f) przekazania pacjenta innemu zespołowi ratownictwa medycznego,
 - g) zakończenia realizacji zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego;
- 5) adres albo informację o lokalizacji miejsca zdarzenia;
- 6) oświadczenie pacjenta o rezygnacji z udzielania mu pomocy medycznej bądź przewozu do szpitala, wraz z podaniem daty i godziny, minuty i sekundy odmowy w systemie 24-godzinnym;
- 7) informację dotyczącą pozostawienia pacjenta w miejscu zdarzenia lub przekazania go przez zespół ratownictwa medycznego do innego zespołu ratownictwa medycznego, Policji lub Straży Miejskiej;
- 8) informację o odstąpieniu od medycznych czynności ratunkowych wraz ze wskazaniem przesłanek podjęcia takiej decyzji;
- 9) w przypadku zgonu pacjenta – przyczynę i datę zgonu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 10) informację o wystawieniu i wydaniu karty medycznych czynności ratunkowych ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby, której została wydana;
- 11) informację o składzie osobowym zespołu ratownictwa medycznego ze wskazaniem roli pełnionej przez poszczególnych jego członków;
- 12) informację o powiadomieniu innych podmiotów ustawowo powołanych do niesienia pomocy;
- 13) inne istotne informacje dotyczące okoliczności realizacji zlecenia przez zespół ratownictwa medycznego;
- 14) wykaz dodatkowych dokumentów wystawionych przez zespół ratownictwa medycznego.

2. Kartę medycznych czynności ratunkowych wydaje się pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, a w przypadku przewiezienia pacjenta do podmiotu lub podmiotu leczniczego – temu podmiotowi.

§ 53. 1. Pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji prowadzi dokumentację zbiorczą w formie księgi lub wykazu pracowni.

2. Księga lub wykaz pracowni zawiera:

- 1) oznaczenie pacjenta, o którym mowa w § 10 pkt 2;
- 2) oznaczenie lekarza kierującego, zgodnie z § 10 pkt 3 lit. a;
- 3) datę przyjęcia i datę zakończenia zleconej pracy;
- 4) rodzaj i opis zleconej pracy, w tym diagram zębowy;
- 5) dane o użytych materiałach;
- 6) oznaczenie osoby wykonującej zleconą pracę, zgodnie z § 10 pkt 3.

§ 54. 1. Zakład rehabilitacji leczniczej prowadzi dokumentację:

- 1) zbiorczą w formie księgi lub wykazu świadczeń fizjoterapeutycznych;
- 2) indywidualną w formie karty indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej.

2. W przypadku gdy dokumentacja, o której mowa w ust. 1 pkt 2, jest prowadzona w postaci elektronicznej, prowadzenie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 pkt 1, nie jest wymagane.

3. Księga lub wykaz świadczeń fizjoterapeutycznych zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze lub wykazie;
- 2) imię (imiona) i nazwisko, oznaczenie płci, datę urodzenia oraz numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 3) datę zabiegu leczniczego;
- 4) rodzaj wykonanego zabiegu leczniczego.

4. Karta indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej zawiera informacje wymienione w ust. 3 oraz:

- 1) informacje dotyczące stanu zdrowia, stanu funkcjonowania oraz postępowania fizjoterapeutycznego, w tym:
 - a) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży oraz informacje o chorobach przebytych i współistniejących oraz opis stanu funkcjonowania,
 - b) dane o postępowaniu fizjoterapeutycznym i jego wykonaniu,
 - c) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych,
 - d) zalecenia,
 - e) informacje o wydanych orzeczeniach, opiniach lub zaświadczeniach,
 - f) informacje o zleconych przez fizjoterapeutę wyrobach medycznych;
- 2) datę dokonania wpisu;
- 3) oznaczenie fizjoterapeuty udzielającego świadczenia zdrowotnego, zgodnie z § 10 pkt 3.

5. Do karty opieki fizjoterapeutycznej dołącza się skierowanie, jeżeli je wystawiono.

§ 55. 1. Karta zlecenia transportu medycznego zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu wykonującego transport, zgodnie z § 10 pkt 1;
- 2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 10 pkt 2;

- 3) informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta, zawierające główne rozpoznanie według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta lub Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia;
- 4) oznaczenie podmiotu zlecającego, zgodnie z § 10 pkt 1, oraz numer zlecenia;
- 5) datę i godzinę przyjęcia lub odmowy przyjęcia zlecenia transportu;
- 6) oznaczenie podmiotu albo podmiotu leczniczego, do którego wykonywany jest transport, zgodnie z § 10 pkt 1;
- 7) szczegóły dotyczące zlecenia:
 - a) informacje dotyczące dodatkowego wyposażenia w sprzęt medyczny, niezbędnego do transportu pacjenta,
 - b) informacje dotyczące składu zespołu wyjazdowego, wymaganego do transportu pacjenta;
- 8) cel transportu;
- 9) oznaczenie osoby zlecającej transport, zgodnie z § 10 pkt 3.

2. Podmiot wykonujący transport medyczny lub transport wyjazdowym sanitarnym zespołem typu „N”, zwany dalej „transportem”, sporządza i prowadzi odpowiednio do rodzaju transportu kartę pracy zespołu transportu medycznego lub kartę pracy wyjazdowego zespołu sanitarnego typu „N”.

3. Karta pracy zespołu transportu medycznego oraz karta pracy wyjazdowego zespołu sanitarnego typu „N” zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu wykonującego transport, zgodnie z § 10 pkt 1;
- 2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 10 pkt 2;
- 3) informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta, zawierające główne rozpoznanie według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta lub Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia;
- 4) oznaczenie podmiotu zlecającego, zgodnie z § 10 pkt 1, oraz numer zlecenia;
- 5) datę i godzinę przyjęcia lub odmowy przyjęcia zlecenia transportu;
- 6) oznaczenie podmiotu albo podmiotu leczniczego, do którego wykonywany jest transport, zgodnie z § 10 pkt 1;
- 7) opis udzielonych w trakcie transportu świadczeń zdrowotnych, jeżeli zostały udzielone;
- 8) datę i godzinę rozpoczęcia i zakończenia transportu;
- 9) skład zespołu i oznaczenie osoby udzielającej świadczeń i dokonującej wpisu, zgodnie z § 10 pkt 3.

§ 56. 1. Podmiot, w którym nastąpił poród albo do którego przyjęto noworodka urodzonego w warunkach pozaszpitalnych, wydaje książeczkę zdrowia dziecka przy wypisie ze szpitala.

2. Książeczka zdrowia dziecka jest prowadzona w postaci papierowej.

3. Możliwe jest dołączanie do książeczki zdrowia dziecka innej dokumentacji w postaci papierowej oraz wydruków z dokumentacji w postaci elektronicznej.

4. Książeczka zdrowia dziecka jest wydawana przedstawicielowi ustawowemu dziecka za pokwitowaniem.

5. Książeczka zdrowia dziecka zawiera informacje dotyczące okresu prenatalnego, porodu, stanu zdrowia po urodzeniu, wizyt patronażowych, badań profilaktycznych, w tym stomatologicznych, przebytych chorób zakaźnych, uczuleń i reakcji anafilaktycznych, procedur radiologicznych, zaopatrzenia w wyroby medyczne, zwolnienia z zajęć sportowych oraz inne informacje istotne dla oceny prawidłowości rozwoju dziecka od urodzenia do uzyskania pełnoletności.

6. Wpisy i inne zmiany w książeczce zdrowia dziecka są dokonywane przez lekarza, położną, pielęgniarkę lub inną osobę wykonującą zawód medyczny niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, a w przypadku gdy nie jest to możliwe, są uzupełniane w trakcie następnej wizyty na podstawie dokumentacji indywidualnej wewnętrznej.

7. Książeczka zdrowia dziecka zawiera kartki formatu A5, dwustronnie zadrukowane, w oprawie zeszytowej i tekturowych okładkach.

8. Książeczka zdrowia dziecka jest wydawana według wzoru określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Rozdział 3

Dokumentacja z zakresu opieki zdrowotnej nad uczniami wojskowych szkół ponadpodstawowych

§ 57. 1. Dokumentację z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami wojskowych szkół ponadpodstawowych stanowi:

- 1) karta profilaktycznego badania ucznia;
- 2) dokumentacja indywidualna ucznia prowadzona przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania lub higienistkę szkolną.

2. Dokumentację z zakresu opieki stomatologicznej nad uczniami stanowi dokumentacja lekarza dentysty udzielającego świadczeń stomatologicznych w gabinecie dentystycznym w szkole albo w gabinecie dentystycznym prowadzonym przez podmiot, z którym organ prowadzący szkołę zawarł porozumienie, o którym mowa w art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. poz. 1078), lub w dentobusie.

§ 58. 1. Karta profilaktycznego badania ucznia zawiera dane określone w § 10 pkt 1–4 oraz:

- 1) informacje dotyczące stanu zdrowia i istotnych chorób oraz problemów zdrowotnych ucznia, w szczególności występujących w okresie 12 miesięcy przed badaniem;
- 2) informacje o problemach zdrowotnych zgłaszanych przez rodziców lub przedstawiciela ustawowego ucznia;
- 3) informacje pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania lub higienistki szkolnej o uczniu, w szczególności wyniki testów przesiewowych oraz informacje dotyczące wysokości i masy ciała ucznia, funkcjonowania narządu wzroku i słuchu, rozwoju układu ruchu, ciśnienia tętniczego krwi;
- 4) wyniki badania lekarskiego ucznia, w szczególności dotyczące wzrastania i rozwoju ucznia, stanu odżywienia, dojrzewania płciowego według skali Tannera od klasy III szkoły podstawowej, rozwoju psychospołecznego, funkcjonowania układów i narządów, stwierdzone problemy zdrowotne;
- 5) zalecenia dotyczące udziału ucznia w zajęciach wychowania fizycznego i ewentualnych ograniczeń w tym zakresie oraz inne zalecenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

2. Wpisów w karcie profilaktycznego badania ucznia dokonuje lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wybrany przez ucznia albo jego przedstawiciela ustawowego oraz pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania lub higienistka szkolna sprawująca profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w szkole – zgodnie z art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1050).

§ 59. 1. Dokumentacja indywidualna ucznia, o której mowa w § 57 ust. 1 pkt 2, zawiera dane określone w § 10 pkt 1–3 oraz:

- 1) informacje o przebytych chorobach i problemach zdrowotnych ucznia;
- 2) informacje o innych problemach mających wpływ na zdrowie ucznia;
- 3) wyniki przeprowadzanych testów przesiewowych.

2. Do karty profilaktycznego badania ucznia dołącza się informację lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz informację lekarza dentysty, o których mowa odpowiednio w art. 15 i art. 16 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami.

Rozdział 4

Szczególne rodzaje dokumentacji

§ 60. Podmiot będący jednostką budżetową lub jednostką wojskową sporządza i prowadzi, stosownie do specyfiki i potrzeb:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie:
 - a) historii zdrowia i choroby,
 - b) historii choroby,
 - c) karty segregacyjnej – zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia,
 - d) karty oględzin zwłok – zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia,
 - e) karty indywidualnej opieki pielęgniarstwa,
 - f) karty medycznej lotniczego zespołu poszukiwawczo-ratowniczego,
 - g) karty wywiadu środowiskowo-rodzinnego,
 - h) karty uodpornienia – zgodnie ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
 - i) karty badania profilaktycznej służby medycyny pracy – zgodnie ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1175),
 - j) polowej karty ewakuacyjnej TCCC,
 - k) karty rekordera „Trauma Treatment Record (TTR)” – zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 3 do rozporządzenia,
 - l) formularzy oceny stanu zdrowia po wstrząśnięciu mózgu (formularze MACE – Military Acute Concussion Evaluation) – zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 4 do rozporządzenia,
 - m) karty informacyjnej dla pacjenta po przebytych wstrząśnięciu mózgu – zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 5 do rozporządzenia,
 - n) arkusza badania nurka – zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 6 do rozporządzenia,
 - o) arkusza 4-minutowego badania neurologicznego nurka – zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 7 do rozporządzenia;
- 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną w formie:
 - a) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, książeczki zdrowia dziecka, skierowania lub zlecenia na świadczenia zdrowotne realizowane poza szpitalem oraz dokumentacji dla celów określonych w odrębnych przepisach,
 - b) karty ewakuacji medycznej,
 - c) skierowania do szpitala,
 - d) skierowania na badanie diagnostyczne, konsultację lub na leczenie,
 - e) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - f) książeczki szczepień – zgodnie ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
 - g) zaświadczenia, orzeczenia, opinii lekarskiej,
 - h) kwestionariusza skierowania do wojskowej komisji lekarskiej – zgodnie ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 5 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1131 i 1666),
 - i) kwestionariusza informacji o wykonaniu szczepienia ochronnego – zgodnie z zakresem danych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 67b ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych,

- j) formularza zgłoszenia niepożądanego odczynu po szczepieniu innym niż BCG – zgodnie ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 21 ust. 8 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
 - k) formularza zaświadczenia o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym – zgodnie ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
 - l) Międzynarodowej Książeczki Szczepień – zgodnie ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 19 ust. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
- 3) dokumentację zbiorczą w formie:
- a) księgi głównej lub wykazu przyjęć i wypisów,
 - b) księgi lub wykazu odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych,
 - c) księgi lub wykazu przyjęć,
 - d) księgi lub wykazu raportów lekarskich,
 - e) księgi lub wykazu raportów pielęgniarskich,
 - f) księgi lub wykazu konsultacji specjalistycznych,
 - g) księgi lub wykazu pracowni diagnostycznej,
 - h) księgi lub wykazu zabiegów,
 - i) księgi lub wykazu bloku operacyjnego albo sali operacyjnej,
 - j) księgi lub wykazu szczepień.

§ 61. 1. Karta medyczna lotniczego zespołu poszukiwawczo-ratowniczego używana przez służby poszukiwania i ratownictwa lotniczego, zwanej dalej „służbą ASAR”, wystawiana jest w dwóch egzemplarzach jako druk samokopiujący, w postaci papierowej.

2. Karta medyczna lotniczego zespołu poszukiwawczo-ratowniczego jest wydawana zespołowi ratownictwa medycznego, podmiotowi lub podmiotowi leczniczemu, do którego poszkodowany został przekazany.

3. Wzór karty medycznej lotniczego zespołu poszukiwawczo-ratowniczego jest określony w załączniku nr 8 do rozporządzenia.

§ 62. 1. Połowa karta ewakuacyjna TCCC jest wystawiana w dwóch egzemplarzach (druk samokopiujący), w postaci papierowej i służy do dokumentowania udzielonej pomocy medycznej poszkodowanym w warunkach pola walki – od miejsca zdarzenia do zakończenia ewakuacji medycznej do pierwszej placówki medycznej wyższego poziomu opieki medycznej.

2. Wzór połowej karty ewakuacyjnej TCCC jest określony w załączniku nr 9 do rozporządzenia.

3. Świadczenia zdrowotne udzielane w podmiotach połowej służby zdrowia realizującej zadania na rzecz zabezpieczenia medycznego polskich kontyngentów wojskowych podczas misji poza granicami kraju lub zabezpieczenia medycznego wojsk sojusznicznych mogą być dokumentowane w połowej karcie ewakuacyjnej TCCC w języku angielskim, której wzór jest określony w załączniku nr 10 do rozporządzenia.

4. W przypadku przekazywania pacjenta pomiędzy międzynarodowymi podmiotami wojskowej służby zdrowia realizującymi zadania zabezpieczenia medycznego polskich kontyngentów wojskowych podczas misji poza granicami kraju, zabezpieczenia medycznego wojsk sojusznicznych lub wojskowych operacji międzynarodowych, do dokumentacji medycznej wydanej w języku polskim należy dołączyć raport medyczny w języku angielskim, zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 11 do rozporządzenia.

§ 63. W sytuacjach zdarzeń o charakterze masowym (MASCAL) dopuszcza się ograniczenie ilości tworzonej dokumentacji indywidualnej zewnętrznej. W tej sytuacji tworzy się kopie dokumentów wewnętrznych celem archiwizacji w placówce połowej służby zdrowia, a oryginały są przekazywane wraz z pacjentem do placówek medycznych wyższego poziomu pomocy medycznej jako dokumentacja zewnętrzna (dokumentacja określająca stan pacjenta i wykonane procedury – karta ewakuacyjna TCCC lub karta indywidualna ratownika medycznego, lub karta rekordera „Trauma Treatment Record” (TTR), wyniki badań dodatkowych).

§ 64. 1. Karta ewakuacji medycznej jest wystawiana w dwóch egzemplarzach (druk samokopiujący), w postaci papierowej i służy do dokumentowania udzielonych świadczeń zdrowotnych poszkodowanym przyjętym do podmiotu polowej służby zdrowia, przekazywanej wraz z poszkodowanym na wyższy poziom zabezpieczenia medycznego.

2. Wzór karty ewakuacji medycznej jest określony w załączniku nr 12 do rozporządzenia.

§ 65. 1. Skierowanie na szczepienie przeciwko COVID-19 zawiera:

- 1) numer identyfikujący skierowanie, nadawany przez system teleinformatyczny podmiotu wystawiającego skierowanie lub system teleinformatyczny, o którym mowa w ust. 3;
- 2) datę wystawienia skierowania;
- 3) oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie, zgodnie z § 10 pkt 1;
- 4) oznaczenie pacjenta kierowanego na szczepienie, zgodnie z § 10 pkt 2;
- 5) oznaczenie osoby kierującej na szczepienie, zgodnie z § 10 pkt 3 lit. a–d;
- 6) rozpoznanie oraz kod procedury medycznej według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta, w polskiej wersji uznanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia za obowiązującą, wskazujące na potrzebę szczepienia przeciwko COVID-19;
- 7) inne niż określone w pkt 1–6 informacje lub dane niezbędne do przeprowadzenia szczepienia.

2. Skierowanie na szczepienie przeciwko COVID-19 jest wystawiane w postaci elektronicznej przez system, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, lub przez lekarza za pośrednictwem tego systemu.

3. Skierowanie na szczepienie przeciwko COVID-19 wystawione przez system, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, nie zawiera danych osoby kierującej na szczepienie.

4. Do skierowania na szczepienie przeciwko COVID-19 wystawionego przez lekarza stosuje się odpowiednio art. 31b ust. 14 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

5. Skierowanie na szczepienie przeciwko COVID-19 jest ważne przez okres 60 dni od dnia jego wystawienia.

§ 66. 1. Karta Szczepień zawiera:

- 1) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 10 pkt 2;
- 2) informacje o przeprowadzeniu lekarskiego badania kwalifikacyjnego;
- 3) dane dotyczące szczepienia:
 - a) kod procedury medycznej ustalony według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta, w polskiej wersji uznanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia za obowiązującą,
 - b) datę i godzinę przeprowadzenia szczepienia,
 - c) numer podawanej dawki szczepionki oraz zalecaną liczbę dawek;
- 4) informacje o podawanej szczepionce: jej nazwę handlową, numer serii, kod EAN, nazwę podmiotu odpowiedzialnego w rozumieniu art. 2 pkt 24 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, ilość podanej szczepionki, drogę jej podania oraz część ciała, w którą ją podano;
- 5) oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 10 pkt 1;
- 6) oznaczenie osoby kwalifikującej do szczepienia lub przeprowadzającej szczepienie, zgodnie z § 10 pkt 3 lit. a–d;
- 7) informacje dotyczące stanu zdrowia, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia szczepienia, zgodnie z § 10 pkt 4;
- 8) podpisy osób dokonujących wpisu.

2. Wpisów do Karty Szczepień mogą dokonywać, a w zakresie szczepień przeciwko COVID-19 dokonują, osoby przeprowadzające:

- 1) lekarskie badania kwalifikacyjne;
- 2) szczepienia ochronne, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

3. Wpisy w Karcie Szczepień są dokonywane w okresie nieprzekraczającym 24 godzin od momentu przeprowadzenia odpowiednio lekarskiego badania kwalifikacyjnego albo szczepienia.

Rozdział 5

Przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej

§ 67. 1. Dokumentacja medyczna jest przechowywana przez podmiot, który ją sporządził, z wyjątkiem dokumentacji medycyny pracy, która jest przekazywana do podmiotu realizującego świadczenie.

2. Dokumentacja zewnętrzna w formie skierowań w postaci papierowej jest przechowywana przez podmiot, który zrealizował świadczenie zdrowotne.

3. Podmiot zapewnia odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.

4. Dopuszcza się archiwizację dokumentacji przez inny podmiot, pod warunkiem zabezpieczenia jej przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych.

§ 68. 1. Dokumentację udostępnia się z zachowaniem jej integralności, poufności oraz autentyczności, bez zbędnej zwłoki.

2. W przypadku gdy dokumentacja jest udostępniana w formie wydruku, osoba upoważniona przez podmiot potwierdza jego zgodność z dokumentacją i opatruje swoim oznaczeniem, zawierającym imię (imiona), nazwisko, stanowisko i podpis. Wydruk sporządza się w sposób umożliwiający identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 10 pkt 3.

3. W przypadku udostępnienia dokumentacji w postaci papierowej w sposób określony w art. 27 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pozostawia się kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji.

4. W przypadku gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, odmowę przekazuje się w postaci elektronicznej albo papierowej, zgodnie z żądaniem uprawnionego organu lub podmiotu. W każdym przypadku wymagane jest podanie przyczyny odmowy.

Rozdział 6

Przepis końcowy

§ 69. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.²⁾

Minister Obrony Narodowej: z up. *W. Skurkiewicz*

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Obrony Narodowej z dnia 25 kwietnia 2018 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 1108), które zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 9 listopada 2018 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2219 oraz z 2020 r. poz. 567) utraciło moc z dniem 30 kwietnia 2020 r.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 6 sierpnia 2021 r. (poz. 1825)

Załącznik nr 1

WZÓR

KARTA SEGREGACYJNA (AWERS)

Rzeczywisty rozmiar: szer. 388 mm, wys. 111 mm

Składowe – 4 strony x 97 mm = 388 mm

1 POMOC NATYCHMIASTOWA 1	3 POMOC ODRÓCZONA 3	WYCZEKUJĄCY	UWAGI:
---	--	--------------------	--------

KARTA SEGREGACYJNA		Nr	
DANE OSOBOWE			
Mezyczna <input type="checkbox"/>	Kobieta <input type="checkbox"/>		
Wiek			
Nazwisko i imię	NN <input type="checkbox"/>		
DRŻNOŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH			
Zachowana <input type="checkbox"/>	Manewr ręczny <input type="checkbox"/>		
Niedrożność <input type="checkbox"/>	Ssanie <input type="checkbox"/>		
	Maska krtaniowa <input type="checkbox"/>		
	Rurka nosowo-gardłowa <input type="checkbox"/>		
	Rurka krtaniowa <input type="checkbox"/>		
	Rurka ustno-gardłowa <input type="checkbox"/>		
	Intubacja <input type="checkbox"/>		
	Usunięcie ciała obcego <input type="checkbox"/>		
ODDYCHANIE			
Częstość	odd/min		
100% O ₂	<input type="checkbox"/>		
CMV/ASSIST	<input type="checkbox"/>		
KRAŻENIE			
Opatrunek <input type="checkbox"/>			
Unieruchomienie <input type="checkbox"/>			
Tętno t. promieniowa <input type="checkbox"/>	P	L	
Tętno t. szyjna <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Częstość	/min		
Wstrząs	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
Cisnienie krwi	/		mmHg
	Kryształoidy <input type="checkbox"/>	500 x <input type="checkbox"/>	
	Kołoidy <input type="checkbox"/>	500 x <input type="checkbox"/>	
SKAZENIE			
Biologiczne <input type="checkbox"/>			
Chemiczne <input type="checkbox"/>			
Radiacyjne <input type="checkbox"/>			
Dekontaminacja:			
	- wykonano <input type="checkbox"/>		
	- nie wykonano <input type="checkbox"/>		
CZAS UDZIELANIA POMOCY			
Data	Godz.	Min	

KARTA SEGREGACYJNA (REWERS)

Rzeczywisty rozmiar: szer. 388 mm, wys. 111 mm

Składowe – 4 strony x 97 mm = 388 mm

OTWIERANIE OCZU Spontanicznie4 Na polecenie3 Na ból2							
ODPOWIEDZ NA SŁOWA Leżąc5 Mowa chrapliwa4 Wypowiedź bez wątku lub brzyk3 Nierozumiałe słowa2 Brak1		+					
ODPOWIEDZ RUCHOWA Wykonuje polecenia6 Lokalizuje bodźce bólowe5 Odnieście od źródła bólu4 Reakcja zrywcowa na ból3 Reakcja wyprostna na ból2 Bez reakcji1		+					
Suma punktów według skali GLASGOW:		=					
Punkcja skali GLASGOW 13 – 15 4 9 – 12 3 6 – 8 2 4 – 5 1 3 0							
Częstość oddechu/min 10 – 20 4 ponad 20 3 6 – 9 2 1 – 5 1 0 0		+					
Cięnienie skurczowe [mmHg] ponad 90 4 76 – 89 3 50 – 75 2 1 – 49 1 0 0		+					
Segregacja poszkodowanych według punktacji: 12 = 3 POMOĆ GŁOŚNIWA 3 11 = 2 POMOĆ NAGŁA 2 10 mmHg = 1 MATYLIANASŁOWA 1		=				GOZ. MN. GOZ. MN. GOZ. MN. GOZ. MN.	

DIAGRAM OBRAZŃ Zaznacz na diagramie skłony ciała odpowiednimi symbolami			
Krawiec (rew.) Amputacja Znieczulenie Rana Złamania (Skrepami) Złamania otwarte Zwichnięcie Słuczane Gule obce Dopuszcz. Stopień I, II, III Inna	A ZM R ZL (S) ZD ZW ST CO OP 0	DAWKA CZAS BRODA	PODANIE LEKI RATOWNIKA Lekarza Nr zespołu



WZÓR

(pieczęć nagłówkowa placówki służby zdrowia)

Miejscowość, dnia.....r.

KARTA OGLEDZIN ZWŁOKOgledziny zwłok
(tożsamość zwłok: stopień, imię, nazwisko, data urodzenia, narodowość)

PESEL wykonane w dniu, czynności wykonali:

1.;

2.;

3.;

w, w godzinach od do
(nazwa placówki służby zdrowia)

Stwierdzono następujące obrażenia ciała:

1. Głowa i szyja:

.....

2. Klatka piersiowa i brzuch:

.....

3. Kończyny górne:

.....

4. Kończyny dolne:

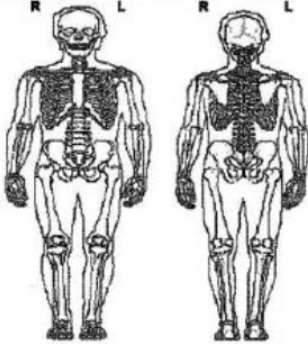
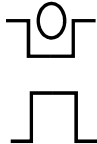
.....

Dokumentację fotograficzną wykonał:

Do karty załączono
(liczba i rodzaj załączników).....
(podpis i pieczęć imienna lekarza dokonującego oględzin).....
(podpis i pieczęć imienna lekarza dokonującego oględzin).....
(podpis i pieczęć imienna lekarza dokonującego oględzin)

WZÓR

TRAUMA TREATMENT RECORD (TTR) -POZIOM 2 KARTA TRAUMA ROOM								
Status przybycia		Triage		Zraniony przez		Mechanizm uraz		
Data: _____ Czas urazu: _____ Czas przybycia: _____ Czas transportu: _____ Unieruchomienie Kr. szyjnego <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Intubacja <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		<input checked="" type="checkbox"/> Natychmiastowy <input type="checkbox"/> Opóźniony <input type="checkbox"/> Minimalny <input type="checkbox"/> Terminalny Drożny dostęp Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Konikotomia Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Nie wiadomo <input type="checkbox"/> Wróg <input type="checkbox"/> Sojusznik <input type="checkbox"/> Cywil <input type="checkbox"/> Szkolenie <input type="checkbox"/> Samodzielnie/przypadkowo <input type="checkbox"/> Samookaleczenie <input type="checkbox"/> Sport, rekreacja <input type="checkbox"/> Inne: _____		<input type="checkbox"/> Postrzał <input type="checkbox"/> Uraz tępy <input type="checkbox"/> Pojedynczy odłamek <input type="checkbox"/> Wieloodłamkowy <input type="checkbox"/> Rozbity samolot <input type="checkbox"/> Nóż dźgnięcie <input type="checkbox"/> Moździerz <input type="checkbox"/> RPG/Granat <input type="checkbox"/> Utonięcie <input type="checkbox"/> Latające szczątki <input type="checkbox"/> Bomba <input type="checkbox"/> Niewybuch <input type="checkbox"/> Maszyna <input type="checkbox"/> Mina lądowa <input type="checkbox"/> Zderzenie <input type="checkbox"/> Wypadek komunikacyjny <input type="checkbox"/> Chemiczny <input type="checkbox"/> Radioaktywny <input type="checkbox"/> Nuklearny <input type="checkbox"/> Gorący obiekt/płyn <input type="checkbox"/> Zamach/bójka <input type="checkbox"/> Podmuch/eksplozja <input type="checkbox"/> Zawalenie się budynku <input type="checkbox"/> Upadek <input type="checkbox"/> Oparzenie <input type="checkbox"/> Inne		Narodowość: _____ <input type="checkbox"/> Polska <input type="checkbox"/> Ludność lokalna <input type="checkbox"/> Koalicjant <input type="checkbox"/> Wróg Rodzaj wojsk: <input type="checkbox"/> Służba <input type="checkbox"/> Woj. lądowe <input type="checkbox"/> Marynarka Wojenna <input type="checkbox"/> Piechota morska <input type="checkbox"/> Lotnictwo <input type="checkbox"/> Siły specjalne <input type="checkbox"/> Cywil <input type="checkbox"/> Kombatant <input type="checkbox"/> Zandarmeria Wojskowa <input type="checkbox"/> Policja <input type="checkbox"/> Org. porządkowa <input type="checkbox"/> Inny: _____
Odbarczanie odmy igłą Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Czas: ____ Ciś.krwi: ____ / ____ Tętno: ____ RR: ____ Sat: ____ Ból skala: _____ Ostatnie szczepienie tężec: _____ Skala Glasgow: _____		Hemostaza przedszpitalna <input type="checkbox"/> Nieznana <input type="checkbox"/> QuikClot <input type="checkbox"/> Fibrin Bandage <input type="checkbox"/> Ucisk bezpośredni <input type="checkbox"/> Opatrunek osobisty <input type="checkbox"/> HemCon <input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Inne		Przewodzenie hipotermii <input type="checkbox"/> Koc <input type="checkbox"/> Folia NRC <input type="checkbox"/> Śpiwór <input type="checkbox"/> Koc Blizzard <input type="checkbox"/> Inne		Przewodzenie hipotermii <input type="checkbox"/> Promiennik ciepła <input type="checkbox"/> Ogrzany płyn <input type="checkbox"/> Koc termiczny <input type="checkbox"/> Inne: _____		
Staza Taktyczna Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Zał. o godz.: _____ Zdjęta o godz.: _____ <input type="checkbox"/> CAT <input type="checkbox"/> SOFFT <input type="checkbox"/> Inny		Resuscytacja w toku Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Czas urazu: _____ Czas przybycia: _____		Płeć <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta				
Lekki przedszpitalne <input type="checkbox"/> Morphine <input type="checkbox"/> IZAS <input type="checkbox"/> Antybiotyki <input type="checkbox"/> Fentanyl <input type="checkbox"/> Przewodzące <input type="checkbox"/> Mannitol <input type="checkbox"/> Inne: _____		Przewodzenie dróg oddechowych Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Rodzaj: _____ Nie <input type="checkbox"/>		Przewodzenie leki dożylnie Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Rodzaj/il./lokalizacja _____		Dospizkowe Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		
Przewodzenie drenaż KLP Tak <input type="checkbox"/> Lokalizacja _____ Nie <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P		Skąd ewakuowany <input type="checkbox"/> Pole walki <input type="checkbox"/> Lądowe <input type="checkbox"/> Marynarka <input type="checkbox"/> Poziom 1 <input type="checkbox"/> Koalicja <input type="checkbox"/> Lotnictwo <input type="checkbox"/> Marines <input type="checkbox"/> Inna jednostka medyczna <input type="checkbox"/> Szpital cywilny <input type="checkbox"/> Wojska specjalne		Sposób przybycia <input type="checkbox"/> Przeszedł <input type="checkbox"/> Przyniesiony <input type="checkbox"/> Ambulans powietrzna <input type="checkbox"/> Casevac <input type="checkbox"/> Niemedyczny trans. nazimny <input type="checkbox"/> Ambulans nazimny <input type="checkbox"/> Statek <input type="checkbox"/> Niemed. trans. pow. <input type="checkbox"/> Inny: _____				
Główna dolegliwość								
Wywiad i badanie przedmiotowe Głowa i szyja Błony błębenkowe Czyste <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> L Krew <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> L		Drogi oddechowe <input type="checkbox"/> Drożny Charczący Z płynem <input type="checkbox"/> Niedrożne Worek Ambu <input type="checkbox"/> Inne		Zaopatrzenie <input type="checkbox"/> Kołnierz ortopedyczny <input type="checkbox"/> Intubacja <input type="checkbox"/> Combitube <input type="checkbox"/> Rurka UG/NG <input type="checkbox"/> Konikotomia <input type="checkbox"/> Drenaż KLP <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Wypływ Krew: <input type="checkbox"/> Powietrze <input type="checkbox"/> Odbarczanie igłą <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Wypływ Krew: <input type="checkbox"/> Powietrze <input type="checkbox"/> Perikardiocenteza <input type="checkbox"/> Torakotomia				
Brzuch Miednica Stabilna Niestabilna		Badanie per rectum <input type="checkbox"/> USG FAST <input type="checkbox"/> Płukanie jamy otrzewnej <input type="checkbox"/> Sonda żołądkowa <input type="checkbox"/> Stabilizacja miednicy <input type="checkbox"/> Cewnik FOLEY						
Kończyny górne <input type="checkbox"/> Nastawienie <input type="checkbox"/> Unieruchomione <input type="checkbox"/> Usztywnienie zew. <input type="checkbox"/> Oczyszczenie rany <input type="checkbox"/> Opaska uciskowa Typ: <input type="checkbox"/> CAT <input type="checkbox"/> SOFFT <input type="checkbox"/> Inna Założona Zdjęta		Kończyny dolne <input type="checkbox"/> Nastawienie <input type="checkbox"/> Unieruchomione <input type="checkbox"/> Usztywnienie zew. <input type="checkbox"/> Oczyszczenie rany <input type="checkbox"/> Opaska uciskowa Typ: <input type="checkbox"/> CAT <input type="checkbox"/> SOFFT <input type="checkbox"/> Inna Założona Zdjęta						
Neuro GCS: E:/4 M:/6 V:/5 Sztwność karku <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		Deficyt ruchowy <input type="checkbox"/> Nie Prawa <input type="checkbox"/> koń. gór. <input type="checkbox"/> koń. dol. Lewa <input type="checkbox"/> koń. gór. <input type="checkbox"/> koń. dol.		Wzrok źrenice Żywo reagujące Leniwe Brak reakcji Ruch ręki Niewrażliwe na światło		P L <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rozmiar <input type="checkbox"/>mm <input type="checkbox"/>mm		
Sedacja <input type="checkbox"/> Zwiotczenie <input type="checkbox"/> Seizoreprotocol <input type="checkbox"/> Mannitol <input type="checkbox"/> Dostęp dospizkowy <input type="checkbox"/> Dostęp dotętniczny		Oparzenie Formularz oparzeniowy <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III % oparzenia pow. ciała Przyczyna						
Morfologia Biochemia Testy wątrobowe Amylaza: _____ Fosfataza zasadowa: _____ LDH: _____ BIR: _____ SGOT: _____ SGPT: _____ Inne: _____		Mocz badanie ogólne Ciężar wt.: _____ pH: _____ Związki chemiczne: _____ Osad moczu: _____ Nabłonki płaskie: _____ Bakterie: _____ HCG: _____		Alergie <input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Aspiryna <input type="checkbox"/> Penicylina <input type="checkbox"/> Sulfonamid <input type="checkbox"/> Morfina <input type="checkbox"/> Kodeina <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Inne		Płynny dożylny/krew <input type="checkbox"/> Krystaloidy <input type="checkbox"/> Koloidy <input type="checkbox"/> KKCZ <input type="checkbox"/> Świeżo mrożone osocze <input type="checkbox"/> Krew pełna <input type="checkbox"/> Krioprecypitat <input type="checkbox"/> Płytki		
pH: _____ pCO ₂ : _____ PO ₂ : _____ HCO ₃ : _____ Sat: _____ BE: _____		Wentylowany <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Rozmiar rurki intubacyjnej		Lekki <input type="checkbox"/> T. tężcowa <input type="checkbox"/> Fentanyl <input type="checkbox"/> Midazolam <input type="checkbox"/> Antybiotyk <input type="checkbox"/> Morfina <input type="checkbox"/> Inne		Wywiad <input type="checkbox"/> Brak danych <input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Nadcis. <input type="checkbox"/> Ukł. odd. <input type="checkbox"/> Ukł. krąż. <input type="checkbox"/> Cukrzyca <input type="checkbox"/> Padaczka <input type="checkbox"/> Wrzody <input type="checkbox"/> Inne		

Dyspozycje				Kosztowności	
Przyjąć do: <input type="checkbox"/> Sala operacyjna <input type="checkbox"/> Intensywna terapia <input type="checkbox"/> Obserwacja <input type="checkbox"/> ICW Czas: _____ Powrót do służby: <input type="checkbox"/> W pełni sprawny <input type="checkbox"/> Czasowo niesprawny <input type="checkbox"/> Sprawny z ograniczeniami Ewakuacja powietrzna do: _____ Czas ewakuacji: _____ <input type="checkbox"/> Nosze <input type="checkbox"/> Wózek <input type="checkbox"/> Chodzący				<input type="checkbox"/> Nie znaleziono: <input type="checkbox"/> Zabezpieczone przez administrację szpitala <input type="checkbox"/> Wydane pacjentom Czas: _____	
Dane pacjenta					
Imię i nazwisko:			Imię i nazwisko pielęgniarki:		
Nr dokumentu tożsamości:			Data:		
			Podpis:		
		Wykonano	Do wykonania	Wynik	Kolejne oględziny
R T G	K L P	<input type="checkbox"/> Leżący <input type="checkbox"/> Stojący <input type="checkbox"/> _____			Otarcie Amputacja Oderwanie Krwawienie Oparzenie Trzeszczenie Deformacja Zdarcie skóry Wybroczyny Złamane Ciało obce Postrzał Krwiak Rana szarpana Rana kłuta Ból Zasinienie od pasa Dźgnięcie
	I N N E	<input type="checkbox"/> Kregostup <input type="checkbox"/> Miednica <input type="checkbox"/> Lewa k.dolna <input type="checkbox"/> Prawa k.dolna <input type="checkbox"/> Prawa k.górna <input type="checkbox"/> Lewa k.górna <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____			
					
Obecne tętno <input type="checkbox"/> Silne <input type="checkbox"/> Słabe <input type="checkbox"/> Nieobecne					
					
Stan ogólny					
Diagnoza					
1					
2					
3					
4					
Plan					
Przyczyna choroby/Urazu niebojowego					
<input type="checkbox"/> Kardiologiczna <input type="checkbox"/> Endokrynologiczna <input type="checkbox"/> Zakaźna <input type="checkbox"/> Uraz, Praca/Szkolenie <input type="checkbox"/> Psychiatryczna, stres <input type="checkbox"/> Inna medyczna/chirurgiczna					
<input type="checkbox"/> Dermatologiczna <input type="checkbox"/> Gastroenterologiczna <input type="checkbox"/> Uraz sportowy <input type="checkbox"/> Uraz, inna <input type="checkbox"/> Płucna					
<input type="checkbox"/> Gorączka nieznanego pochodzenia <input type="checkbox"/> Przegrzanie/wychłodzenie <input type="checkbox"/> Uraz komunikacyjny <input type="checkbox"/> Neurologiczna <input type="checkbox"/> Przenoszona drogą płciową					
Środki bezpieczeństwa <input type="checkbox"/> Nieznane					
Hełm <input type="checkbox"/> Kevlar <input type="checkbox"/> ACH <input type="checkbox"/> MICH <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> AVN <input type="checkbox"/> USMC		Nosił	Nie nosił	Uderzone	Przebite
Kamizelka kuloodporna <input type="checkbox"/> XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/> XXXL <input type="checkbox"/> XXXXL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Płyta ceramiczna <input type="checkbox"/> XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL		<input type="checkbox"/> Przód <input type="checkbox"/> Tył	<input type="checkbox"/> Przód <input type="checkbox"/> Tył	<input type="checkbox"/> Przód <input type="checkbox"/> Tył	<input type="checkbox"/> Przód <input type="checkbox"/> Tył
Okulary <input type="checkbox"/> SPECS <input type="checkbox"/> SG-1 <input type="checkbox"/> BLPS <input type="checkbox"/> UVEX XC <input type="checkbox"/> ESS Land <input type="checkbox"/> ESS NVG <input type="checkbox"/> SWDG		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naramienne/pachowe <input type="checkbox"/> Boczne <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Lewo <input type="checkbox"/> Prawo	<input type="checkbox"/> Lewo <input type="checkbox"/> Prawo	<input type="checkbox"/> Lewo <input type="checkbox"/> Prawo	<input type="checkbox"/> Lewo <input type="checkbox"/> Prawo
Zabezpieczenie szyi <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zabezpieczenie pachwin/nóg <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Pachwina <input type="checkbox"/> Nogi	<input type="checkbox"/> Pachwina <input type="checkbox"/> Nogi	<input type="checkbox"/> Pachwina <input type="checkbox"/> Nogi	<input type="checkbox"/> Pachwina <input type="checkbox"/> Nogi

Przyjęty/przeniesiony do			
<input type="checkbox"/> Przyjęty do: <input type="checkbox"/> Przeniesiony do <input type="checkbox"/> Opieka tymczasowa wojenna <input type="checkbox"/> Opieka docelowa <input type="checkbox"/> Opieka lokalna <input type="checkbox"/> Opieka koalicji Nazwa zakładu opieki: <input type="checkbox"/> Powrót do służby <input type="checkbox"/> Zmarł (zobacz poniżej) Czas przeniesienia: Misja:		Kontrola urazu <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Hipotermia <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Koagulopatia <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Wstrząs <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Klasa krwotoku <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
Personel		Przyczyna zgonu	
Podpis lekarza: Nazwisko i imię lekarza (drukowanymi):		Anatomiczna: <input type="checkbox"/> Drogi oddechowe <input type="checkbox"/> Miednica <input type="checkbox"/> Głowa <input type="checkbox"/> Brzuch <input type="checkbox"/> Szyja <input type="checkbox"/> Kończyna dolna/górna <input type="checkbox"/> Klatka piersiowa <input type="checkbox"/> Inna (wpisać): _____	Patologiczna <input type="checkbox"/> Niewydolność wielonarządowa <input type="checkbox"/> Ogólne uszkodzenia ciała <input type="checkbox"/> OUN <input type="checkbox"/> Krwotok <input type="checkbox"/> Posocznica Oddechowa <input type="checkbox"/> Inna:
Stopień, nazwisko i imię		Data urodzenia	
Numer karty ID	Wiek	Data	MTF

WZÓR

**FORMULARZE OCENY STANU ZDROWIA PO WSTRZĄŚNIENIU MÓZGU
(MILITARY ACUTE CONCUSSION EVALUATION – MACE)
MACE – OCENA STANU ZDROWIA PO WSTRZĄŚNIENIU MÓZGU NA POLU WALKI****FORMULARZ A**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

.....

ID:

JEDNOSTKA:

DATA URAZU:/...../..... GODZINA URAZU:

BADAJĄCY:

.....

DATA BADANIA:/...../..... GODZINA BADANIA:

WYWIAD: (I–VIII)**I. Opis wypadku**

Pytaj o:

- a) Co się stało?
- b) Powiedz mi, co pamiętasz.
- c) Czy byłeś zamroczony, zdezorientowany? Czy widziałeś gwiazdy w oczach?

TAK

NIE

- d) CZY UDERZYŁEŚ SIĘ W GŁOWĘ W CZASIE URAZU?

TAK

NIE

II. PRZYCZYNA URAZU (WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ OBWÓDKĄ)

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 1) EKSPLOZYCJA WYBUCH | 4) ODŁAMKI |
| 2) OBIEKT TĘPY | 5) UPADEK |
| 3) ZDERZENIE Z POJAZDEM SILNIKOWYM | 6) RANA POSTRZAŁOWA |

III. CZY MIAŁEŚ ZAŁOŻONY HEŁM? TAK NIE

TYP:

IV. NIEPAMIĘĆ WSTECZNA (przedwypadkowa)

CZY SĄ JAKIEŚ WYDARZENIA BEZPOŚREDNIO PRZED URAZEM, KTÓRYCH NIE PAMIĘTASZ? (ocena pamięci ciągła, aż do chwili urazu).

TAK NIE

JEŚLI TAK, TO OD KTÓREGO MOMENTU

V. PAMIĘĆ POWYPADKOWA

CZY SĄ JAKIEŚ WYDARZENIA BEZPOŚREDNIO PO URAZIE, KTÓRE NIE ZOSTAŁY ZAPAMIĘTANE? (ocena pamięci po urazie)

TAK NIE

JEŻELI TAK, TO JAK DŁUGO TRWAŁA

VI. CZY DOSZŁO DO UTRATY ŚWIADOMOŚCI LUB DO KRÓTKOTRWAŁEJ UTRATY PRZYTOMNOŚCI

TAK NIE

JEŻELI TAK, TO JAK DŁUGO TRWAŁA

VII. CZY KTOŚ OBSERWOWAŁ OKRES UTRATY ŚWIADOMOŚCI LUB OKRES BRAKU KONTAKTU Z PACJENTEM?

TAK NIE

VIII. OBJAWY U POSZKODOWANEGO (właściwe zaznacz obwódką)

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| 1) BÓL GŁOWY | 2) ZAWROTY GŁOWY |
| 3) PROBLEMY Z PAMIĘCIĄ | 4) PROBLEMY Z WAGĄ CIAŁA |
| 5) NUDNOŚCI/WYMIOTY | 6) PROBLEMY Z KONCENTRACJĄ |
| 7) DRAŻLIWOŚĆ | 8) ZABURZENIA WZROKU |
| 9) DZWONIENIE W USZACH | 10) INNE |

BADANIE (IX – XIII)

ZBADAJ KAŻDY ZAKRES. MAKSYMALNA ILOŚĆ PUNKTÓW WYNOSI 30.

IX. ORIENTACJA (1 punkt za prawidłową odpowiedź)

MIESIĄC	0	1
DATA	0	1
DZIEŃ TYGODNIA	0	1
ROK	0	1
CZAS	0	1

WYNIK W PUNKTACH (orientacja):/5

X. PAMIĘĆ BEZPOŚREDNIA

PRZECZYTAĆ POSZKODOWANEMU 5 SŁÓW ZE SPISU I POPROSIĆ GO O POWTÓRZENIE SŁÓW W DOWOLNEJ KOLEJNOŚCI. POWTÓRZYĆ JESZCZE 2 RAZY. PRZYZNAJEMY 1 PKT ZA PRAWIDŁOWĄ ODPOWIEDŹ. PODLICZAMY PUNKTY PO 3 PRÓBACH. MAKSYMALNA ILOŚĆ PUNKTÓW TO 15.

LISTA	PRÓBA 1		PRÓBA 2		PRÓBA 3	
ŁOKIEĆ	0	1	0	1	0	1
JABŁKO	0	1	0	1	0	1
DYWAN	0	1	0	1	0	1
SIODŁO	0	1	0	1	0	1
BAŃKA	0	1	0	1	0	1
WYNIK						

WYNIK W PUNKTACH (pamięć bezpośredni):/15

XI. BADANIE NEUROLOGICZNE

JEŻELI STAN PACJENTA NA TO POZWALA, NALEŻY SPRAWDZIĆ

1. **OCZY** – reakcja źrenic oraz ruchy gałek ocznych
2. **REAKCJA WERBALNA** – biegłość mowy oraz znajdowanie słów
3. **FUNKCJE MOTORYCZNE** – napięcie mięśniowe, koordynacja ruchów w czasie chodzenia

ZANOTUJ KAŻDĄ NIEPRAWIDŁOWOŚĆ. ZA TO NIE MA PUNKTÓW.

XII. KONCENTRACJA

ODWROTNE CYFRY (POWTARZANIE): IDŹ DO NASTĘPNEGO SZEREGU, JEŻELI SĄ POPRAWNE ODPOWIEDZI PO PIERWSZEJ PRÓBIE. PRZERWIJ, JEŻELI SĄ ZŁE ODPOWIEDZI PO DWÓCH PRÓBACH.

4-9-3	6-2-9	0	1
3-8-1-4	3-2-7-9	0	1
6-2-9-7-1	1-5-2-8-5	0	1
7-1-8-4-6-2	5-3-9-1-4-8	0	1

MIESIĄCE W ODWROTNEJ KOLEJNOŚCI: 1 PKT. W PRZYPADKU PRAWIDŁOWEGO POWTÓRZENIA SEKWENCJI.

GRUDZIEŃ – LISTOPAD – PAŹDZIERNIK – WRZESIEŃ – SIERPIEŃ – LIPIEC – CZERWIEC – MAJ – KWIECIEŃ – MARZEC – LUTY – STYCZEŃ.

WYNIK W PUNKTACH (KONCENTRACJA)/5

XIII. OPÓŹNIONE PRZYPOMNIENIE (1 PKT. KAŻDA ODPOWIEDŹ)

ZAPYTAJ SIĘ PACJENTA, ABY PRZYPOMNIAŁ 5 SŁÓW ZAPAMIĘTANYCH Z WCZEŚNIEJSZEGO TESTU NA PAMIĘĆ BEZPOŚREDNIA (NIE PRZYPOMINAJ).

ŁOKIEĆ	0	1
JABŁKO	0	1
DYWAN	0	1
SIODŁO	0	1
BAŃKA	0	1

OPÓŹNIONE PRZYPOMINANIE – WYNIK W PUNKTACH/5

WYNIK OGÓLNY/30

UWAGI

.....

DIAGNOZA: ZAZNACZ OBWÓDKĄ LUB NAPISZ W ROZPOZNANIU

NUMERY STATYSTYCZNE wg ICD-9 (**MIANOWNICTWO AMERYKAŃSKIE**)

NIE MA WSTRZĄSU MÓZGU

850.0 WSTRZĄS MÓZGU BEZ UTRATY PRZYTOMNOŚCI (LOC)

850.1 WSTRZĄS MÓZGU Z UTRATĄ PRZYTOMNOŚCI (LOC)

NUMERY STATYSTYCZNE wg ICD-10 (**MIANOWNICTWO POLSKIE**)

S06.0 WSTRZĄŚNIENIE MÓZGU

INNE

ROZPOZNANIE:.....

FORMULARZ B

Formularz MACE B jest testem alternatywnym

PAMIĘĆ BEZPOŚREDNIA

Przeczytaj głośno wszystkie 5 słów i poproś pacjenta o powtórzenie ich w dowolnej kolejności. Potwórz jeszcze 2 razy w celu wykonania 3 prób (przyznajemy 1 punkt za każdą poprawną odpowiedź).

Lista	Próba 1	Próba 2	Próba 3
Śweczka	0 1	0 1	0 1
Papier	0 1	0 1	0 1
Cukier	0 1	0 1	0 1
Kanapka	0 1	0 1	0 1
Wagon	0 1	0 1	0 1
Łączna liczba			

KONCENTRACJA

Przeczytaj ciąg cyfr. Oczekuj odpowiedzi w odwrotnej kolejności (od tyłu). Jeżeli próba przebiega pomyślnie, przeprowadź kolejne próby. Przyznajemy 1 pkt. za każde 2 ciągi liczb w jednej kolumnie.

5-2-6	4-1-5	0	1
1-7-9-5	4-9-6-8	0	1
4-8-5-2-7	6-1-8-4-3	0	1
8-3-1-9-6-4	7-2-4-8-5-6	0	1

OPÓŹNIONE PRZYPOMINANIE

Poproś pacjenta o przypomnienie 5 słów zapamiętanych wcześniej (nie czytaj słów). Przyznajemy 1 pkt. za każdą prawidłową odpowiedź.

Śweczka	0	1
Papier	0	1
Cukier	0	1
Kanapka	0	1
Wagon	0	1

FORMULARZ C

Formularz MACE C jest testem alternatywnym.

PAMIĘĆ BEZPOŚREDNIA

Przeczytaj głośno wszystkie 5 słów i poproś pacjenta o powtórzenie ich w dowolnej kolejności. Powtórz jeszcze 2 razy w celu wykonania 3 prób (przyznajemy 1 punkt za każdą poprawną odpowiedź.)

Lista	Próba 1	Próba 2	Próba 3
Laska	0 1	0 1	0 1
Małpa	0 1	0 1	0 1
Perfumy	0 1	0 1	0 1
Zachód słońca	0 1	0 1	0 1
Żelazo	0 1	0 1	0 1
Łączna liczba			

KONCENTRACJA

Przeczytaj ciąg cyfr. Oczekuj odpowiedzi w odwrotnej kolejności (od tyłu). Jeżeli próba przebiega pomyślnie, przeprowadź kolejne próby. Przyznajemy 1 pkt. za każde 2 ciągi liczb w jednej kolumnie.

1-4-2	6-5-8	0	1
6-8-3-1	3-4-8-1	0	1
4-9-1-5-3	6-8-2-5-1	0	1
3-7-6-5-1-9	9-2-6-5-1-4	0	1

OPÓŹNIONE PRZYPOMINANIE

Poproś pacjenta o przypomnienie 5 słów zapamiętanych wcześniej (nie czytaj słów). Przyznajemy 1 pkt. za każdą prawidłową odpowiedź.

Laska	0	1
Małpa	0	1
Perfumy	0	1
Zachód słońca	0	1
Żelazo	0	1

WZÓR

**KARTA INFORMACYJNA
DLA PACJENTA PO PRZEBYTYM WSTRZĄŚNIENIU MÓZGU****1. Co to jest wstrząśnienie mózgu?**

Wstrząśnienie mózgu jest chorobą polegającą na zaburzeniach pracy mózgu spowodowanych bezpośrednim lub pośrednim urazem głowy. W warunkach bojowych obrażenie jest przeważnie skutkiem wybuchu (narażenie na działanie fali uderzeniowej), bezpośredniego uderzenia pociskiem, odłamkiem lub elementem wyposażenia (także podczas przebywania w pojeździe), upadkiem z wysokości lub upadkiem komunikacyjnym. U części poszkodowanych w takich przypadkach dochodzi do czasowej utraty przytomności.

2. Główne objawy wstrząśnienia mózgu:

- a) ból głowy,
- b) zmęczenie,
- c) nadwrażliwość na światło i dźwięk,
- d) utrudniona koncentracja,
- e) zaburzenia równowagi,
- f) nudności/wymioty,
- g) bezsenność/zaburzenia snu,
- h) zaburzenia widzenia/nieostre widzenie,
- i) dzwonięcie w uszach,
- j) zawroty głowy,
- k) senność,
- l) zaburzenia pamięci/zapamiętywania,
- m) drażliwość,
- n) splątanie/dezorientacja.

Objawy wstrząśnienia mózgu zwykle ustępują w ciągu kilku godzin/dni i zazwyczaj całkowicie zanikają w okresie kilkunastu dni.

3. W jaki sposób rozpoznaje się wstrząśnienie mózgu?

Po pierwsze, personel medyczny (ratownik/pielęgniarka/lekarz) podda Cię badaniu. Jednym z elementów badania jest przeprowadzenie testu MACE, który został wprowadzony dla szczegółowej oceny poszkodowanych z podejrzeniem wstrząśnienia mózgu. Następnie przeprowadzający badanie będzie chciał uzyskać informacje od świadków zdarzenia, co ma szczególne znaczenie w przypadku utraty przez Ciebie przytomności (okoliczności zdarzenia, jak długo pozostawałeś nieprzytomny, itp.).

Na podstawie tych badań personel medyczny zdecyduje, czy wymagana jest Twoja ewakuacja na dalszy etap pomocy medycznej (konsultacje i specjalistyczne badania w tym badanie tomograficzne głowy), dalsza obserwacja w warunkach ambulatoryjnych lub szpitalnych, zwolnienie na pewien okres z wykonywania obowiązków służbowych czy powrót do służby.

4. Sygnały ostrzegawcze:

Niektóre objawy wstrząśnienia mózgu są związane z koniecznością niezwłocznego podjęcia intensywnych procedur diagnostycznych i leczniczych.

Jeśli zauważysz którykolwiek z niżej wymienionych objawów, natychmiast zgłoś się do punktu pomocy medycznej:

- a) pogarszający się stan świadomości,
- b) drgawki,
- c) podwójne widzenie,
- d) nierówne źrenice,
- e) nawracające wymioty,
- f) narastający ból głowy,
- g) niezdolność do rozpoznawania osób i miejsc,
- h) niewyraźna mowa,
- i) osłabienie siły lub zaburzenia czucia w kończynach.

5. Kiedy mogę wrócić do służby?

Po przeprowadzeniu badania członek personelu medycznego najprawdopodobniej zleci Ci ograniczenia w zakresie wykonywania obowiązków służbowych. Nie powinieneś wracać do służby, jeśli występują dolegliwości takie jak bóle czy zawroty głowy. Jeśli Twój uraz był miernie nasilony, bez utraty przytomności, najprawdopodobniej wrócisz do służby po kilkudziesięciu godzinach od zdarzenia. Jeśli natomiast wystąpiła u Ciebie utrata pamięci (tzw. niepamięć wsteczna) lub utrata przytomności, wrócisz do wykonywania obowiązków służbowych po kilku albo kilkunastu dniach. Natomiast jeśli był to Twój kolejny uraz głowy, koniecznie może okazać się skierowanie Cię na specjalistyczne badania.

6. Czy mogę obawiać się jakichkolwiek długotrwałych zaburzeń po urazie?

Większość poszkodowanych wraca do zdrowia bez jakichkolwiek zaburzeń, jednakże stopniowo zmniejszające się objawy mogą występować nawet przez kilka tygodni po urazie. Zagrożeniem są powtarzające się urazy głowy, które mogą spowodować utrwalone objawy.

7. Co jeszcze powinienem wiedzieć?

- a) sen to podstawa – daj odpocząć swojemu mózgowi przez zapewnienie co najmniej 8 godzin nieprzerwanego snu w nocy,
- b) wracaj do normalnej aktywności stopniowo,
- c) unikaj sportów kontaktowych, które mogą spowodować powtórny uraz głowy,
- d) jeśli czujesz się poirytowany/zdenerwowany – zastosuj techniki relaksacyjne,
- e) bądź cierpliwy!!! Powrót do pełnej aktywności zajmie trochę czasu.

WZÓR
ARKUSZ BADANIA NURKA

WYWIAD LEKARSKI I SPRAWDZENIE SPRZĘTU					
Wypełnia nurek			Wypełnia nurek		
Imię: _____			Imię: _____		
Nazwisko: _____			Nazwisko: _____		
Tak	Nie	Wywiad	Tak	Nie	Wywiad
		Czy czujesz się zdolny do nurkowania?			Czy czujesz się zdolny do nurkowania?
		Czy w ciągu ostatnich 24 godzin piłeś alkohol?			Czy w ciągu ostatnich 24 godzin piłeś alkohol?
		Czy jesteś wyspany i wypoczęty?			Czy jesteś wyspany i wypoczęty?
		Czy sprawdziłeś poprawność działania sprzętu i jego ukończenie?			Czy sprawdziłeś poprawność działania sprzętu i jego ukończenie?
Komisja lekarska z dnia:			Komisja lekarska z dnia:		
Test tolerancji tlenowej z dnia:			Test tolerancji tlenowej z dnia:		
Ostatnie nurkowanie			Ostatnie nurkowanie		
data:			data:		
rodzaj czynnika oddechowego:			rodzaj czynnika oddechowego:		
głębokość:			głębokość:		
czas pobytu na dnie:			czas pobytu na dnie:		
Stwierdzam prawdziwość powyższych danych			Stwierdzam prawdziwość powyższych danych		
podpis nurka:			podpis nurka:		
Badania lekarskie (wypełnia lekarz)					
Tętno			Tętno		
Ciśnienie tętnicze krwi			Ciśnienie tętnicze krwi		
Liczba oddechów na minutę			Liczba oddechów na minutę		
Opinia lekarza:			Opinia lekarza:		
Data, podpis i pieczęć lekarza:			Data, podpis i pieczęć lekarza:		

WZÓR

ARKUSZ 4-MINUTOWEGO BADANIA NEUROLOGICZNEGO NURKA

Nazwisko i imię, wiek:

Miejsce badania: Data:/...../..... Godzina::.....

Parametr	Norma	Patologia / Objasnienie
GŁOWA I SZYJA		
Orientacja (czas, miejsce, osoba)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostrość wzroku (liczenie palców, podwójne widzenie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pole widzenia (wodzenie oczami za palcem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żrenice (szerokość, reakcja na światło)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruchy gałek ocznych (wodzenie „H”, oczopląs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czucie (czoło, policzki, żuchwa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaciskanie zębów (żwacze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marszczenie czoła	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zamykanie oczu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uśmiech lub grymas twarzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badanie słuchu (orientacyjne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Język (wysuwanie, zbaczanie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Połykanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BARKI		
Czucie dotyku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wzruszanie ramionami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KOŃCZYNY GÓRNE		
Czucie dotyku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siła mięśniowa:		
a) symetryczność uścisku palców	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) próba „kciuk w dół” (opór siły przywodzenia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) próba „kciuk w kciuk” (opór siły odwodzenia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KLATKA PIERSIOWA		
Czucie dotyku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KOŃCZYNY DOLNE		
Czucie dotyku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siła mięśniowa:		
a) zgięcie i prostowanie stawów wbrew oporowi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Objaw Babińskiego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WZÓR

TRIAGE ■ Natychmiastowy ■ Opóźniony ■ Minimalny ■ Terminalny Nr POSZKODOWANEGO: _____

TCCC – POŁOWA KARTA EWAKUACYJNA

STOPIEŃ: _____ NAZWISKO I IMIĘ: _____

NR KARTY ID: _____ DATA (DD-MM-RR): _____ CZAS: _____

JEDNOSTKA WOJSKOWA: _____ UCZULENIA: _____

PRZYCZYNA URAZU:

- Rana postrzałowa Wypadek komunikacyjny Granat Inny
 Oparzenia IED RPG
 Upadek Artyleria Mina przeciwpiechotna

OBRAŻENIA: (Zaznacz za pomocą) **X** Rana postrzałowa **V** Oparzenie
// Złamanie **Δ** Krwotok

STAZA KOŃCZYNA GÓRNA
PRAWA

Czas: _____

STAZA KOŃCZYNA GÓRNA
LEWA

Czas: _____

STAZA KOŃCZYNA DOLNA
PRAWA

Czas: _____

STAZA KOŃCZYNA DOLNA
LEWA

Czas: _____

PARAMETRY I OBJAWY:

Czas				
Tętno (częstość i lokalizacja)				
Ciśnienie krwi				
Ilość oddechów				
Saturacja				
Skala AVPU				
Skala bólu (0-10)				

TRIAGE ■ Natychmiastowy ■ Opóźniony ■ Minimalny ■ Terminalny Nr POSZKODOWANEGO: _____

Leczenie: (zaznacz za pomocą X)

C- circulation: Staza na kończynie Inne
 Opatrunek uciskowy Środek hemostatyczny Rodzaj: _____

A-air: Bez zaopatrzenia Rurka nosowo-gardłowa Intubacja
 Konikopunkcja Inne Rodzaj: _____

B-breathing: Tlen Odbarczanie odmy igłą
 Dren Opatrunek wentylowy Inne: _____

C-circulation:

	Nazwa	Objętość	Droga podania	Czas
Płyny				
Preparaty krwi				

LEKI	Nazwa	Dawka	Droga podania	Czas
Przeciwbólowe				
Antybiotyki				
Inne				

Inne Opatrunek na oczy (Prawe Lewe) Unieruchomienie
 Działania przeciwko hipotermii
 IZAS Rodzaj leku: _____

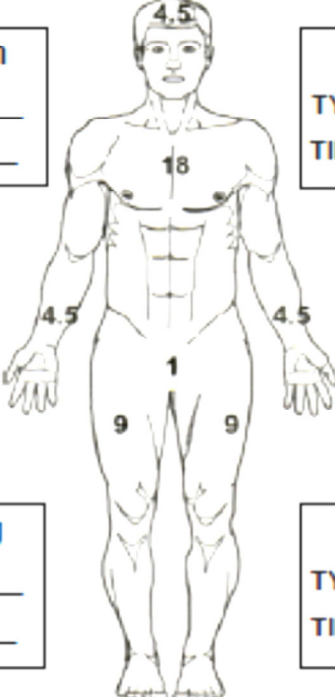
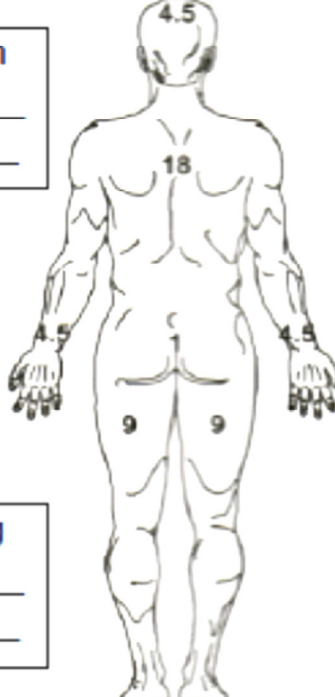
Informacje dodatkowe: _____

Ratownik:

Stopień, nazwisko i imię: _____ Numer ID karty: _____

WZÓR

EVAC CATEGORY: _____ BATTLE ROSTER #: _____

TACTICAL COMBAT CASUALTY CARE (TCCC) CARD				
NAME (Last, First): _____		LAST 4: _____		
DATE (DD-MMM-YY): _____		TIME: _____		
UNIT: _____		ALLERGIES: _____		
Mechanism of Injury: (X all that apply)				
<input type="checkbox"/> Artillery <input type="checkbox"/> Burn <input type="checkbox"/> Fall <input type="checkbox"/> Grenade <input type="checkbox"/> GSW <input type="checkbox"/> IED <input type="checkbox"/> Landmine <input type="checkbox"/> MVC <input type="checkbox"/> RPG <input type="checkbox"/> Other: _____				
Injury: (Mark injuries with an X)				
TQ: R Arm TYPE: _____ TIME: _____		TQ: L Arm TYPE: _____ TIME: _____		TQ: R Leg TYPE: _____ TIME: _____
TQ: L Leg TYPE: _____ TIME: _____	Signs & Symptoms: (Fill in the blank)			
<i>Time</i>				
<i>Pulse (Rate & Location)</i>				
<i>Blood Pressure</i>				
<i>Respiratory Rate</i>				
<i>Pulse Ox % O2 Sat</i>				
<i>AVPU</i>				
<i>Pain Scale (0-10)</i>				

EVAC CATEGORY: _____ BATTLE ROSTER #: _____

Treatments: (X all that apply, and fill in the blank)

C: Extremity-TQ Junctional-TQ Pressure-Dressing

Hemostatic-Dressing Type: _____

A: Intact NPA CRIC ET-Tube SGA Type: _____

B: O2 Needle-D Chest-Tube Chest-Seal Type: _____

C:

	Name	Volume	Route	Time
Fluid				
Blood Product				

MEDS:

	Name	Dose	Route	Time
Analgasic (e.g. Ketamine, Fentanyl, Morphine)				
Antibiotic (e.g. Moxifloxacin, Ertapenem)				
Other (e.g. TXA)				

OTHER: Combat-Pill-Pack Eye-Shield (R L) Splint

Hypothermia-Prevention Type: _____

NOTES: _____

FIRST RESPONDER

NAME (Last, First): _____ LAST 4: _____

WZÓR

BASIC MILITARY MEDICAL REPORT

I. PERSONAL INFORMATION

- 1. Surname (Family name):
- 2. Forenames:
- 3. Personal service number or identification number, if civilian patient:
.....
- 4. Rank/Grade:
- 5. Military unit or organization to which the patient belongs or is attached (unless this is classified for security reasons):
.....
- 6. Home Nation and armed force with which patient is serving:
- 7. Sex: 8. Age (Date of birth):
- 9. Branch or Service:
- 10. Name and unit of patient's commander (unless this is classified for security reasons):

II. MEDICAL TREATMENT FACILITY INFORMATION

- 1. Name or number of hospital which prepares the record:
.....
- 2. Nation to which hospital belongs or lead nation, LN:
- 3. Location of hospital (unless location is classified for security reasons):
.....

III. MEDICAL (CLINICAL) INFORMATION

- 1. Date patient was admitted to hospital:
- 2. Site of Injury/Injury and Mechanism of injury/illness (if applicable):
.....
.....
- 3. History of patient pertinent to condition for which treatment is given:
.....
.....
.....

4. Report of physical examination:

.....
.....
.....

5. Report of surgical procedure and findings (if any):

.....
.....

6. Diagnostic and therapeutic orders:

.....
.....
.....

7. Observations made by professional staff during patient's stay in hospital:

.....
.....
.....

8. Reports of actions and findings, including laboratory, X-ray, and other diagnostic tests as appropriate. If surgery was performed, a full surgical report will be included with detailed summaries of procedures performed and findings during the surgery:

.....
.....
.....

9. Conclusions, including final diagnosis:

.....
.....
.....

10. Recommendations for further treatment, if necessary:

.....

11. Final disposition of patient (date returned to duty, transferred to another hospital (indicate which hospital) or died):

.....

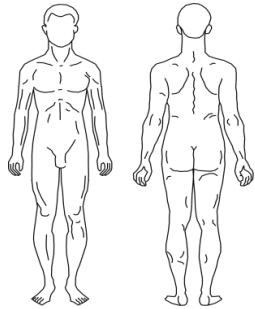


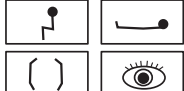
IV. AUTHENTICATION OF THE RECORD

The Basic military medical report should be authorized by the attending clinician or other authorized health personnel before hospital discharge or transferral to another MTF

.....
(name, rank, position and signature of officer authenticating the record)

.....
(date the record is signed)

WZÓR

KARTA EWAKUACJI MEDYCZNEJ						
Identyfikacja	Początek objawów data, godz.	Narodowość	Nr identyfikacyjny	Wyznanie	Stopień	Jednostka
	Przybycie (data, godz.)	Kategoria	Nazwisko			Skażenie Bez <input type="checkbox"/> Radiacyjne <input type="checkbox"/> Biologiczne <input type="checkbox"/> Chemiczne <input type="checkbox"/>
	Czas między zranieniem	Wojskowy <input type="checkbox"/> Cywil <input type="checkbox"/> Jeniec <input type="checkbox"/>	Imiona			
Stan lekki <input type="checkbox"/> Stan średni <input type="checkbox"/> Stan ciężki <input type="checkbox"/>	Przyczyna zranienia			Płeć	Uczulenia:	
		Ranny w boju <input type="checkbox"/> Ranny w wypadku <input type="checkbox"/>	Choroba <input type="checkbox"/> Zaburzenia psychiczne <input type="checkbox"/>	♂ <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/>		
Spostrzeżenia kliniczne przy przybyciu	Stan świadomości data, godz.		data, godz.		Data, godz. obserwacji	
	Otwieranie oczu	Kontakt słowny	Reakcja ruchowa		Ciśnienie krwi	
	Spontaniczność <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zorientowany <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wykonuje komendy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lokalizacja bólu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Puls/min	
	Reakcja na mowę <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dialog nieskoordynowany <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Normalne zgięcie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Niewłaściwe zgięcie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ilość oddech/min	
	Reakcja na ból <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Niewłaściwe słowa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wyprost <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Brak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	Bez reakcji <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Niezrozumiałe dźwięki <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Spostrzeżenia kliniczne:						
Rozpoznanie:				Rana  Oparzenie <input type="checkbox"/> Złamanie  Krwawienie <input type="checkbox"/>		
Leczenie	Kolejność leczenia: ① ② ③ ④		Rodzaj	Objętość	Data, godz.	
	Leczenie:		Znieczulenia			
			Podane płyny dożylnie			
			Anatoksyna tężcowa			
			Leczenie oparzeń chemicznych			
			Antybiotyki			
Opaska uciskowa	Data, godz.	Czas rozluźnienia data, godz.				
Ewakuacja	Kategoria ewakuacji: ① ② ③		Powrót do jednostki:	Ewakuacja do jednostki medycznej:		
	Uwagi do ewakuacji:					
	Podpis	Jednostka medyczna		Wyjazd data, godz.		