

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI¹⁾

z dnia 2011 r.

**w sprawie rodzaju i zakresu oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej
w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra
właściwego do spraw wewnętrznych**

Na podstawie art. 30 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 96, poz. 620) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Przepisy ogólne

§ 1. Rozporządzenie określa rodzaje i zakres dokumentacji medycznej, zwanej dalej „dokumentacją”, oraz sposób jej przetwarzania w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, zwanych dalej „zakładami”.

§ 2. 1. Dokumentacja dzieli się na:

- 1) dokumentację indywidualną - odnoszącą się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych;
- 2) dokumentację zbiorczą - odnoszącą się do ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych.

2. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, jest prowadzona w postaci papierowej lub w postaci elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565, z późn. zm.²⁾).

¹⁾ Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji kieruje działem administracji rządowej - sprawy wewnętrzne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji (Dz. U. Nr 216, poz. 1604).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 12, poz. 65 i Nr 73, poz. 501, z 2008 r. Nr 127, poz. 817, z 2009 r. Nr 157, poz. 1241 oraz z 2010 r. Nr 40, poz. 230, Nr 167, poz. 1131 i Nr 182, poz. 1228.

§ 3. Do prowadzonej dokumentacji można włączać inne dokumenty związane z realizacją świadczeń zdrowotnych albo ich kopie lub wyciągi, uzyskane od pacjentów lub z innych źródeł, a także dokonywać wpisów informacji o stanie zdrowia zawartych w tych dokumentach.

§ 4. Strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość. W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej strony wydruku są numerowane i oznaczone co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta.

§ 5. W dokumentacji dotyczącej czasu trwania ciąży, poronień, urodzeń żywych i urodzeń martwych dokonuje się wpisów zgodnie z kryteriami oceny określonymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

§ 6. 1. Wpisów w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego i czytelnie, w porządku chronologicznym, i oznacza się danymi identyfikującymi osobę dokonującą wpisu, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4.

2. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie powinien być skreślony, opatrzony datą skreślenia, krótkim opisem przyczyn skreślenia i oznaczony danymi identyfikującymi osobę dokonującą skreślenia, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4.

§ 7. 1. Nazwa i numer statystyczny rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu są wpisywane w dokumentacji według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.

2. Numer statystyczny, o którym mowa w ust 1, składa się z pięciu znaków, przy czym po trzech pierwszych znakach czwarty znak stanowi znak kropki. W przypadku gdy rozpoznanie posiada trzyznakowe rozwinięcie, należy podać trzy znaki.

§ 8. 1. Dokumentacja indywidualna obejmuje:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną przeznaczoną na potrzeby zakładu;
- 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną - przeznaczoną na potrzeby pacjenta

korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakład.

2. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna obejmuje:

- 1) historię zdrowia i choroby;
- 2) historię choroby;
- 3) kartę noworodka;
- 4) kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej;
- 5) kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną;
- 6) kartę wizyty patronażowej;
- 7) kartę wywiadu środowiskowo-rodzinnego;
- 8) kartę zleceń lekarskich lub pielęgniarskich.

3. W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej:

- 1) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz adresu i numeru telefonu umożliwiających kontakt z tą osobą, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
- 2) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
- 3) oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zwanej dalej „ustawą”.

4. Dokumentacja indywidualna zewnętrzna obejmuje:

- 1) skierowania do szpitala lub innego podmiotu;
- 2) skierowania na badania diagnostyczne lub konsultacje;
- 3) zaświadczenia, orzeczenia, opinie lekarskie;
- 4) kartę przebiegu ciąży.

5. W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dokonuje się wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej lub załącza jej kopie.

§ 9. 1. Dokumentacja indywidualna zawiera:

- 1) dane identyfikujące zakład, obejmujące:
 - a) nazwę zakładu i jego siedzibę,
 - b) adres i numer telefonu,
 - c) kod identyfikacyjny zakładu, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.³⁾), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący I część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych;
- 2) dane identyfikujące jednostkę lub komórkę organizacyjną zakładu, obejmujące:
 - a) nazwę jednostki lub komórki organizacyjnej,
 - b) adres i numer telefonu,
 - c) kod resortowy jednostki lub komórki organizacyjnej stanowiący V część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych;
- 3) dane identyfikujące pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
- 4) dane identyfikujące osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych oraz osobę kierującą na badanie, leczenie lub konsultacje:
 - a) nazwisko i imię,
 - b) tytuł zawodowy,
 - c) uzyskane specjalizacje,
 - d) numer prawa wykonywania zawodu w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej,
 - e) podpis;
- 5) datę dokonania wpisu i datę udzielenia świadczenia zdrowotnego;
- 6) informacje o stanie zdrowia i choroby oraz procesie diagnostyczno-leczniczym albo pielęgnacyjnym, z uwzględnieniem w szczególności:
 - a) opisu czynności wykonywanych przez lekarza i pielęgniarkę,
 - b) rozpoznania problemu zdrowotnego, choroby, urazu lub rozpoznanie ciąży,
 - c) zaleceń,
 - d) wydanych orzeczeń, opinii lub zaświadczeń lekarskich;
- 7) informacje o zakresie udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 8) informacje o produktach leczniczych, wraz z dawkowaniem, lub wyrobach medycznych

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 123, poz. 849, Nr 166, poz. 1172, Nr 176, poz. 1240 i Nr 181, poz. 1290, z 2008 r. Nr 171, poz. 1056 i Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 19, poz. 100, Nr 76, poz. 641, Nr 98, poz. 817, Nr 157, poz. 1241 i Nr 219, poz. 1707, z 2010 r. Nr 96, poz. 620, Nr 107, poz. 679 i Nr 230, poz. 1507 oraz z 2011r. Nr 45, poz.235.

zapisanych pacjentowi na receptach.

2. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych zawiera dane, o których mowa w ust.1 pkt 4 lit. a – d, oraz może zawierać podpis elektroniczny.

3. Każdy z dokumentów, będący częścią dokumentacji, jest opatrzony datą jego sporządzenia, umożliwia ustalenie tożsamości pacjenta, którego dotyczy, oraz osoby sporządzającej dokumentację.

4. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, którego dotyczy dokumentacja, w dokumentacji tej dokonuje się wpisu oznaczenia „NN”, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.

§ 10. 1. Dokumentację indywidualną, z wyjątkiem dokumentacji indywidualnej przeznaczonej dla innych zakładów lub zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez inne podmioty oraz dla uprawnionych organów i podmiotów, sporządza się niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia uzasadniającego jej sporządzenie, w tym zwłaszcza po udzieleniu świadczenia zdrowotnego i ustaleniu tożsamości pacjenta.

2. Każdą stronę dokumentacji indywidualnej pacjenta oznacza się co najmniej datą jej sporządzenia oraz imieniem i nazwiskiem pacjenta.

§ 11. 1. Dokumentację indywidualną sporządza osoba udzielająca świadczenia zdrowotnego.

2. Dokumentację zbiorczą oraz dokumentację przeznaczoną dla innych zakładów lub zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez inne podmioty lub dla uprawnionych organów i podmiotów sporządza kierownik zakładu albo osoba imiennie przez niego upoważniona.

§ 12. Dokumenty włączone do indywidualnej dokumentacji wewnętrznej nie mogą być z niej usunięte.

§ 13. 1. Osoba kierująca na konsultację przekazuje podmiotowi, do którego kieruje pacjenta, wraz ze skierowaniem, informacje z dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta niezbędne do przeprowadzenia tego badania lub konsultacji.

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

- 1) oznaczenie zakładu lub podmiotu wystawiającego skierowanie, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;
 - 2) dane identyfikujące pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
 - 3) oznaczenie rodzaju zakładu lub podmiotu, do którego kieruje się pacjenta na badanie lub konsultację;
 - 4) inne informacje, w szczególności rozpoznanie ustalone przez lekarza kierującego lub wyniki badań diagnostycznych, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia badania lub konsultacji;
 - 5) datę wystawienia skierowania;
 - 6) oznaczenie osoby kierującej na badanie lub konsultację, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4.
3. Zakład lub podmiot przeprowadzający badanie lub konsultację przekazuje zakładowi lub podmiotowi, który wystawił skierowanie, wyniki tych badań lub konsultacji.

Rozdział 2

Dokumentacja prowadzona w zakładzie opieki zdrowotnej

§ 14. Szpital sporządza i prowadzi dokumentację indywidualną:

- 1) wewnętrzną, która składa się z historii choroby lub karty noworodka;
- 2) zewnętrzną, która składa się z:
 - a) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - b) dokumentów przeznaczonych dla innych zakładów lub zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez inne podmioty oraz uprawnionych organów i podmiotów,
 - c) skierowań i zleceń na świadczenia zdrowotne realizowane poza szpitalem.

§ 15. 1. Szpital sporządza i prowadzi dokumentację zbiorczą wewnętrzną i zewnętrzną.

2. Dokumentacja zbiorcza wewnętrzna składa się z:

- 1) księgi głównej przyjęć i wypisów;
- 2) księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych wykonywanych w izbie przyjęć albo w szpitalnym oddziale ratunkowym;
- 3) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego;
- 4) księgi porad ambulatoryjnych udzielanych w poradni szpitala oraz gabinetach konsultacyjnych tego szpitala;

- 5) księgi chorych oddziału lub równorzędnej komórki organizacyjnej;
 - 6) księgi raportów lekarskich;
 - 7) księgi raportów pielęgnarskich;
 - 8) księgi zabiegów komórki organizacyjnej szpitala;
 - 9) księgi bloku operacyjnego lub sali operacyjnej;
 - 10) księgi bloku porodowego lub sali porodowej;
 - 11) księgi pracowni diagnostycznej;
 - 12) księgi noworodków.
3. Dokumentacja zbiorcza zewnętrzna składa się z dokumentacji prowadzonej dla celów określonych w odrębnych przepisach.

§ 16. 1. Historia choroby zakładana jest w izbie przyjęć albo szpitalnym oddziale ratunkowym, niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do szpitala.

2. W przypadku gdy leczenie pacjenta wymaga wielokrotnego udzielania tego samego świadczenia zdrowotnego w tej samej komórce organizacyjnej szpitala, dopuszcza się dokonywanie kolejnych wpisów w historii choroby założonej przy przyjęciu pacjenta po raz pierwszy.

3. Historia choroby składa się z:

- 1) formularza historii choroby;
- 2) dokumentów dodatkowych, w postaci:
 - a) karty obserwacji, w tym karty gorączkowej,
 - b) karty zleceń lekarskich,
 - c) karty indywidualnej opieki pielęgnarskiej,
 - d) karty przebiegu znieczulenia, jeżeli było wykonywane,
 - e) protokołu operacyjnego, jeżeli była wykonana operacja,
 - f) karty wykonanych zabiegów fizjoterapeutycznych,
 - g) karty obserwacji porodu, jeżeli poród miał miejsce,
 - h) karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, jeżeli opieka była prowadzona,
 - i) wyników badań diagnostycznych lub konsultacji, jeżeli nie zostały wpisane do formularza historii choroby,
 - j) karty medycznych czynności ratunkowych w przypadku, o którym mowa w § 40 ust. 5,

k) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, dołączonej po wypisaniu pacjenta ze szpitala.

4. Do historii choroby dołącza się, na czas pobytu pacjenta w szpitalu, dokumentację:

- 1) indywidualną zewnętrzną, udostępnioną przez pacjenta;
- 2) indywidualną pacjenta, prowadzoną przez inne komórki organizacyjne zakładu;
- 3) dotyczącą poprzednich hospitalizacji pacjenta, jeżeli jest istotna dla procesu diagnostycznego lub leczniczego.

5. Oryginał dokumentacji, o której mowa w ust. 4 pkt 1, zwraca się za pokwitowaniem pacjentowi, przy wypisie, sporządzając jej kopię, którą pozostawia się w dokumentacji wewnętrznej szpitala.

6. W przypadku wykonania sekcji zwłok do historii choroby dołącza się protokół badania sekcyjnego.

§ 17. Wzór karty obserwacji przebiegu porodu określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 18. Formularz historii choroby zawiera informacje dotyczące:

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

§ 19. 1. Formularz historii choroby, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala, zawiera dane określone w § 9 ust. 1 pkt 1-5, a ponadto:

- 1) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, wraz z numerem księgi głównej;
- 2) numer w księdze chorych oddziału lub równorzędnej komórki organizacyjnej, wraz z numerem tej księgi;
- 3) tryb przyjęcia;
- 4) imię i nazwisko, adres, kod pocztowy i numer telefonu przedstawiciela ustawowego pacjenta, opiekuna lub innej osoby upoważnionej przez pacjenta do otrzymywania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych;
- 5) datę przyjęcia pacjenta - rok, miesiąc, dzień, godzinę i minutę w systemie 24-godzinnym;
- 6) istotne dane z wywiadu lekarskiego, badania przedmiotowego i postępowania lekarskiego przy przyjęciu pacjenta do szpitala oraz wyniki badań dodatkowych i uzasadnienie

przyjęcia;

- 7) rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego;
- 8) dane identyfikujące lekarza przyjmującego, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4.

2. W przypadku przyjęcia pacjenta do szpitala na podstawie skierowania, skierowanie dołącza się do historii choroby.

3. Skierowanie, o którym mowa w ust. 2, zawiera w szczególności:

- 1) dane identyfikacyjne zakładu lub podmiotu wystawiającego skierowanie, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1 lub pkt 4;
- 2) dane identyfikacyjne pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
- 3) rozpoznanie ustalone przez osobę kierującą na leczenie lub badanie;
- 4) datę wystawienia skierowania;
- 5) inne informacje, w szczególności wyniki badań diagnostycznych, w zakresie niezbędnym do udzielenia świadczenia zdrowotnego;
- 6) oznaczenie osoby wystawiającej skierowanie, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4.

§ 20. 1. Formularz historii choroby, w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji, zawiera:

- 1) informacje uzyskane z wywiadu lekarskiego, pielęgniarskiego i badania przedmiotowego;
- 2) wyniki obserwacji stanu zdrowia pacjenta, jego badań diagnostycznych lub konsultacji;
- 3) informacje o zaleceniach lekarskich;
- 4) informacje na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia, w przypadkach wymagających monitorowania bólu.

2. Do formularza historii choroby, o którym mowa w ust. 1, dołącza się:

- 1) kartę obserwacji lub kartę obserwacji porodu;
- 2) kartę zleceń lekarskich;
- 3) kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej lub kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną.

3. Wpisy o przebiegu hospitalizacji są dokonywane na bieżąco przez lekarza prowadzącego i kontrolowane przez ordynatora lub lekarza kierującego oddziałem.

4. Wpisy w kartach, o których mowa w § 16 ust. 3 pkt 2 lit. a - h, są dokonywane przez lekarza prowadzącego, pielęgniarkę, położną lub inne osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych i opatrzone danymi identyfikującymi, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4.

§ 21. 1. Formularz historii choroby, w części dotyczącej wypisu pacjenta ze szpitala, zawiera:

- 1) rozpoznanie kliniczne określające chorobę zasadniczą, choroby współistniejące i powikłania;
- 2) numery statystyczne choroby zasadniczej i chorób współistniejących zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
- 3) rodzaj leczenia, wykonane zabiegi diagnostyczne i operacyjne, z podaniem numeru statystycznego procedury zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta;
- 4) epikryzę;
- 5) datę wypisu;
- 6) informację o przyczynie i okolicznościach wypisu ze szpitala, zgodnie z art. 22 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

2. Wypisu pacjenta dokonuje lekarz prowadzący, przedstawiając zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby do oceny i podpisu ordynatorowi albo lekarzowi kierującemu oddziałem.

§ 22. Formularz historii choroby w przypadku zgonu pacjenta zawiera informacje wymienione w § 21 ust. 1 pkt 1 - 4 oraz:

- 1) datę zgonu pacjenta - ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 2) protokół komisji stwierdzającej śmierć mózgową, jeżeli taka sytuacja miała miejsce;
- 3) adnotację o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok, wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji;
- 4) adnotację o pobraniu ze zwłok komórek, tkanek lub narządów;
- 5) 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.

§ 23. 1. Karta noworodka zakładana jest noworodkowi urodzonemu w szpitalu.

2. Karta noworodka zawiera dane określone w § 9 ust.1 pkt 1 – 5 oraz dodatkowo:

- 1) numer w księdze noworodków, pod którym dokonano wpisu o urodzeniu;
- 2) dane dotyczące matki noworodka:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) adres zamieszkania,
 - c) wiek,
 - d) numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość matki,
 - e) grupę krwi oraz czynnik Rh;
- 3) dane dotyczące poprzednich ciąż i porodów matki noworodka:
 - a) liczbę ciąż i porodów, w tym liczbę dzieci żywo urodzonych i martwo urodzonych,
 - b) datę poprzedniego porodu,
 - c) inne informacje dotyczące poprzedniego porodu;
- 4) dane dotyczące rodzeństwa noworodka:
 - a) rok urodzenia,
 - b) stan zdrowia,
 - c) w przypadku śmierci – przyczynę zgonu;
- 5) dane dotyczące obecnej ciąży i przebiegu porodu:
 - a) czas trwania ciąży (w tygodniach),
 - b) informacje dotyczące przebiegu porodu,
 - c) charakterystykę porodu,
 - d) powikłania porodowe,
 - e) czas trwania poszczególnych okresów porodu;
- 6) dane dotyczące noworodka:
 - a) datę urodzenia – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym,
 - b) płeć,
 - c) masę ciała,

- d) długość ciała,
- e) obwód głowy,
- f) obwód klatki piersiowej,
- g) ocenę wg skali Apgar,
- h) urazy okołoporodowe,
- i) stwierdzone nieprawidłowości,
- j) w przypadku martwego urodzenia – wskazanie, czy zgon nastąpił przed czy w trakcie

porodu;

7) opis postępowania po urodzeniu (odśluzowanie, osuszanie, zaopatrzenie pępowiny, zastosowanie tlenu, intubacja, cewnikowanie żyły pępowinowej, masaż serca, sztuczna wentylacja, zastosowane produkty lecznicze);

8) informacje o przebiegu obserwacji w kolejnych dobach;

9) informacje o stanie noworodka w dniu wypisu;

10) informacje o wykonanych testach przesiewowych, szczepieniach i konsultacjach specjalistycznych;

11) datę wypisu, a w razie zgonu noworodka - datę zgonu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym oraz przyczynę zgonu.

§ 24. 1. Lekarz prowadzący po zakończeniu leczenia pacjenta w szpitalu sporządza kartę informacyjną z leczenia szpitalnego na podstawie historii choroby lub karty noworodka danego pacjenta, wraz z dwiema kopiami.

2. Kartę informacyjną podpisuje lekarz prowadzący i ordynator albo lekarz kierujący oddziałem.

3. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawiera:

- 1) dane, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1- 4;
- 2) rozpoznanie choroby w języku polskim;
- 3) wyniki badań diagnostycznych lub konsultacji;
- 4) zastosowane leczenie, a w przypadku wykonania zabiegu - jego datę;
- 5) zalecenia dotyczące dalszego leczenia, żywienia, pielęgnowania i trybu życia;
- 6) orzeczony przy wypisie okres czasowej niezdolności do pracy, a w razie potrzeby - ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy;

- 7) adnotacje o produktach leczniczych lub wyrobach medycznych zleconych pacjentowi;
- 8) terminy planowanych wizyt kontrolnych lub konsultacji, na które wystawiono skierowanie.

4. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego wraz z jedną jej kopią wydaje się pacjentowi, osobie upoważnionej przez pacjenta lub jego przedstawicielowi ustawowemu.

5. Druga kopia karty informacyjnej z leczenia szpitalnego zostaje dołączona do historii choroby.

6. W przypadku zgonu pacjenta karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawiera dane, o których mowa w ust. 3 pkt 1- 4 oraz w § 22 pkt 1, 3 i 5.

7. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, karta informacyjna z leczenia szpitalnego dołączana jest do historii choroby, a jej wydruk w postaci papierowej wydawany jest w dwóch egzemplarzach pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie, o której mowa w § 8 ust. 3 pkt 2.

§ 25. 1. W przypadku podjęcia decyzji o wykonaniu sekcji zwłok historię choroby wypełnioną w części dotyczącej wypisu lekarz prowadzący przekazuje lekarzowi mającemu wykonać sekcję.

2. Lekarz wykonujący sekcję zwłok wystawia w dwóch egzemplarzach protokół badania sekcyjnego z ustalonym rozpoznaniem anatomopatologicznym. Jeden egzemplarz protokołu badania sekcyjnego pozostaje u lekarza wykonującego sekcję.

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

§ 26. 1. Zakończoną historię choroby lub kartę noworodka przekazuje się do komórki dokumentacji chorych i statystyki medycznej albo innej pełniącej podobną funkcję.

2. Komórka, o której mowa w ust. 1, po sprawdzeniu kompletności dokumentacji, przekazuje ją do archiwum zakładu.

3. W przypadku, o którym mowa w § 16 ust. 2, historia choroby jest przechowywana w komórce organizacyjnej udzielającej świadczenia zdrowotnego przez cały okres leczenia.

§ 27. Księga główna przyjęć i wypisów opatrzona jest danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1, oraz numerem księgi i zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) datę i godzinę przyjęcia pacjenta - ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 3) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania;
- 4) nazwy i kody resortowe komórek organizacyjnych, w których pacjent przebywał;
- 5) numer karty depozytowej, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 40 ustawy;
- 6) rozpoznanie wstępne;
- 7) rozpoznanie przy wypisie;
- 8) rodzaj leczenia, w tym istotne badania diagnostyczne i wszystkie zabiegi operacyjne;
- 9) datę wypisu, a w razie zgonu pacjenta - datę jego zgonu oraz adnotację o wydaniu karty zgonu;
- 10) adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany;
- 11) adnotację o okolicznościach, o których mowa w art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej;
- 12) przyczyny zgonu i ich numery statystyczne ustalone według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
- 13) informację o ewentualnym pobraniu opłat na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
- 14) dane identyfikujące lekarza wypisującego, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4.

§ 28. 1. Księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych wykonywanych w izbie przyjęć albo szpitalnym oddziale ratunkowym, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym oraz numerem

księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) datę zgłoszenia się pacjenta do izby przyjęć albo szpitalnego oddziału ratunkowego, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 3) datę odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala - ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 4) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania;
- 5) dane identyfikujące lekarza kierującego, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4, i rozpoznanie ustalone przez tego lekarza albo adnotację o braku skierowania;
- 6) istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego oraz wyniki wykonanych badań diagnostycznych;
- 7) ustalone rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- 8) rodzaj udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 9) informację o udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz produktach leczniczych, wraz z dawkowaniem, lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom zapisanym na receptach wydanych pacjentowi;
- 10) adnotację o braku zgody pacjenta na pobyt w szpitalu potwierdzoną jego podpisem albo podpisem jego przedstawiciela ustawowego;
- 11) powód odmowy przyjęcia;
- 12) adnotację o miejscu, do którego pacjent został skierowany, wraz z adnotacją o zleceniu transportu sanitarnego, jeżeli zostało wydane;
- 13) dane identyfikujące lekarza, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4.

2. W przypadku odmowy przyjęcia do szpitala pacjent otrzymuje pisemną informację o rozpoznaniu choroby, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, zastosowanym postępowaniu lekarskim oraz ewentualnych zaleceniach.

3. W przypadku gdy pacjent odmawia podpisania adnotacji o braku zgody, o której mowa w ust. 1 pkt 10, informację o tym odnotowuje się w dokumentacji.

§ 29. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego zawiera:

- 1) dane identyfikujące zakład, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny pacjenta;
- 3) datę i godzinę dokonania wpisu;
- 4) dane identyfikujące pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 lit. a, d i e ustawy;
- 5) rozpoznanie lub powód przyjęcia;
- 6) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji z pacjentem, jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem;
- 7) termin udzielenia świadczenia zdrowotnego;
- 8) datę i przyczynę skreślenia;
- 9) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

§ 30. Księga porad ambulatoryjnych udzielanych w poradni szpitala oraz gabinetach konsultacyjnych tego szpitala, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym, oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) datę zgłoszenia się pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia, godziny i minuty w systemie 24- godzinnym;
- 3) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania;
- 4) dane identyfikujące osobę udzielającą świadczenia zdrowotnego, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4;
- 5) rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego.

§ 31. Księga chorych oddziału lub równorzędnej komórki organizacyjnej, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) datę i godzinę przyjęcia pacjenta - ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia, godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;

- 3) numer księgi głównej przyjęć i wypisów oraz numer kolejny pacjenta w tej księdze;
- 4) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania;
- 5) dane identyfikujące lekarza prowadzącego, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4;
- 6) datę wypisu pacjenta lub przeniesienia do innej komórki organizacyjnej albo zgonu pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia, godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 7) rozpoznanie wstępne;
- 8) rozpoznanie przy wypisie albo adnotację o wystawieniu karty zgonu;
- 9) adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany;
- 10) dane identyfikujące lekarza wypisującego, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4.

§ 32. Księga raportów lekarskich, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu;
- 2) datę i godzinę sporządzenia raportu;
- 3) treść raportu uwzględniającą dane identyfikujące pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- 4) dane identyfikujące lekarza dokonującego wpisu, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4.

§ 33. Księga raportów pielęgniarских, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1, nazwą oddziału albo komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) statystykę oddziału, w tym liczbę osób przyjętych, wypisanych lub zmarłych;
- 2) numer kolejny wpisu;
- 3) datę i godzinę sporządzenia raportu;
- 4) treść raportu uwzględniającą dane identyfikujące pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- 5) dane identyfikujące pielęgniarkę lub położną dokonującą wpisu lub przyjęcia raportu,

zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4;

- 6) informację o przekazaniu i przyjęciu raportu w formie ustnej.

§ 34. Księga zabiegów, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym, oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta;
- 2) datę wykonania zabiegu;
- 3) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania;
- 4) dane identyfikujące lekarza zlecającego zabieg, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4, a w przypadku gdy zlecającym jest inny zakład lub inny podmiot, także dane identyfikujące ten zakład lub ten podmiot, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;
- 5) adnotację o rodzaju zabiegu i jego przebiegu;
- 6) dane identyfikujące lekarza lub inną osobę, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4, uprawnioną do udzielania świadczeń zdrowotnych.

§ 35. Księga bloku lub sali operacyjnej, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania;
- 3) kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał;
- 4) rozpoznanie przedoperacyjne i dane identyfikujące lekarza kierującego na zabieg operacyjny, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4, a jeżeli kierującym jest inny zakład lub inny podmiot, także dane identyfikujące ten zakład lub podmiot, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;
- 5) dane identyfikujące lekarza kwalifikującego pacjenta do zabiegu operacyjnego, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4;

- 6) datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu albo operacji - ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 7) adnotację o rodzaju i przebiegu zabiegu albo operacji;
- 8) szczegółowy opis zabiegu albo operacji wraz z rozpoznaniem, podpisany odpowiednio przez osobę wykonującą zabieg albo operację, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4;
- 9) zlecone badania diagnostyczne;
- 10) rodzaj znieczulenia zastosowanego u pacjenta i jego szczegółowy opis oraz dane identyfikujące lekarza anestezjologa, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4;
- 11) dane identyfikujące osoby wchodzące odpowiednio w skład zespołu operacyjnego, zabiegowego lub anestezjologicznego, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4, z wyszczególnieniem osoby kierującej wykonaniem operacji albo zabiegu.

§ 36. Księga bloku porodowego lub sali porodowej, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjentki w księdze;
- 2) imię i nazwisko, numer PESEL pacjentki, a w przypadku braku numeru PESEL – 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) informacje o zastosowanych produktach leczniczych;
- 7) określenie rodzaju znieczulenia zastosowanego u pacjentki i jego szczegółowy opis oraz dane identyfikujące lekarza anestezjologa, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4;
- 8) datę przyjęcia pacjentki na blok porodowy lub salę porodową – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 9) datę porodu – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 10) czas trwania poszczególnych okresów porodu;
- 11) szczegółowy opis przebiegu porodu;
- 12) datę wypisania pacjentki z bloku porodowego lub sali porodowej – ze wskazaniem roku,

- miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 13) adnotację o miejscu, do którego pacjentka została wypisana z bloku porodowego lub sali porodowej;
 - 14) dane identyfikujące osobę przyjmującą poród, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4.

§ 37. 1. Księga noworodków zawiera:

- 1) dane identyfikujące zakład, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny noworodka w księdze;
- 3) imię i nazwisko oraz numer PESEL matki noworodka, a w razie braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 4) datę urodzenia noworodka, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 5) dane dotyczące noworodka:
 - a) płeć,
 - b) masę ciała,
 - c) długość ciała,
 - d) ocenę według skali Apgar;
- 6) datę wypisu noworodka, a w przypadku zgonu – datę zgonu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym oraz przyczynę zgonu.

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

§ 38. Księga pracowni diagnostycznej, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym, oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) datę wpisu i wykonania badania - ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 3) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania;
- 4) nazwę i kod resortowy komórki organizacyjnej zlecającej badanie, a jeżeli zlecającym jest

inny zakład lub podmiot, także dane identyfikujące ten zakład lub podmiot, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;

- 5) dane identyfikujące lekarza zlecającego badanie, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4;
- 6) adnotację o rodzaju badania;
- 7) dane identyfikujące osobę wykonującą badanie, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4.

§ 39. Przepisy § 14, 15, 16 ust. 3 - 5, § 24, 26, 27, 29, 31-34 i 38 stosuje się odpowiednio do dokumentacji prowadzonej w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

§ 40. 1. Dysponent zespołów ratownictwa medycznego sporządza i prowadzi dokumentację:

- 1) zbiorczą, w formie księgi dysponenta zespołów ratownictwa medycznego;
- 2) indywidualną, w formie karty zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego oraz karty medycznych czynności ratunkowych.

2. Księga dysponenta zespołów ratownictwa medycznego, opatrzona numerem księgi, zawiera:

- 1) dane identyfikujące zakład, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;
- 2) datę wezwania, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 3) oznaczenie miejsca zdarzenia;
- 4) wskazanie przyczyny wezwania (objawy);
- 5) oznaczenie wzywającego:
 - a) numer telefonu, z którego przyjęto zgłoszenie,
 - b) imię i nazwisko lub adres, jeżeli zostały podane;
- 6) dane identyfikujące pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy, i jego numer telefonu, jeżeli są znane;
- 7) oznaczenie zespołu ratownictwa medycznego, który został zadysponowany na miejsce zdarzenia (podstawowy albo specjalistyczny);
- 8) oznaczenie godziny i minuty w systemie 24-godzinnym przekazania zlecenia zespołowi ratownictwa medycznego;
- 9) oznaczenie godziny i minuty w systemie 24-godzinnym wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia;

- 10) informację o zaleceniach co do dalszego postępowania w razie odmowy wysłania zespołu ratownictwa medycznego;
 - 11) imię i nazwisko lub kod przyjmującego wezwanie oraz jego podpis.
3. Wzór karty zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.
 4. Wzór karty medycznych czynności ratunkowych określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.
 5. Karta medycznych czynności ratunkowych jest wystawiana w dwóch egzemplarzach, z których jeden jest wydawany pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu, a w przypadku przewiezienia pacjenta do zakładu – przekazywana jest do tego zakładu.

§ 41. Zakład udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych sporządza i prowadzi dokumentację:

- 1) indywidualną wewnętrzną, która składa się z historii zdrowia i choroby oraz karty środowiskowej rodziny;
- 2) indywidualną zewnętrzną, która składa się w szczególności ze skierowania do innych zakładów lub innych podmiotów, karty przebiegu ciąży, zaświadczenia, orzeczenia, opinii lekarskich;
- 3) zbiorczą, w formie:
 - a) kartoteki pacjentów prowadzonej w układzie alfabetycznym, terytorialnym lub chronologicznie według daty urodzenia pacjenta,
 - b) księgi przyjęć, odrębnej dla każdej komórki organizacyjnej,
 - c) księgi pracowni diagnostycznej,
 - d) kartoteki środowisk epidemiologicznych,
 - e) księgi zabiegów odrębnej dla każdego gabinetu zabiegowego,
 - f) księgi porad ambulatoryjnych dla nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej,
 - g) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego prowadzonej zgodnie z § 29.

§ 42. 1. Historia zdrowia i choroby jest zakładana przy udzielaniu po raz pierwszy świadczenia zdrowotnego pacjentowi.

2. Jeżeli jest to uzasadnione rodzajem udzielanych świadczeń zdrowotnych, historia zdrowia i choroby powinna być założona odrębnie w każdej poradni zakładu.

§ 43. 1. Historia zdrowia i choroby zawiera:

- 1) dane identyfikujące pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
- 2) dane identyfikujące zakład, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;
- 3) informacje dotyczące ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów, porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych oraz opieki środowiskowej.

2. W przypadku gdy pacjent posiada szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 43 – 46 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.⁴⁾), w historii zdrowia i choroby zamieszcza się adnotację o tym fakcie, wraz z numerem dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienia.

3. Część historii zdrowia i choroby dotycząca ogólnego stanu zdrowia oraz istotnych problemów zdrowotnych lub urazów zawiera w szczególności informacje o:

- 1) przebytych poważnych chorobach;
- 2) chorobach przewlekłych;
- 3) pobytach w szpitalu;
- 4) zabiegach chirurgicznych;
- 5) szczepieniach i stosowanych surowicach;
- 6) obciążeniach dziedzicznych;
- 7) uczuleniach.

4. Część historii zdrowia i choroby dotycząca porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera:

- 1) datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej;
- 2) dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego;
- 3) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- 4) informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach;
- 5) adnotacje o zleconych zabiegach i przepisanych produktach leczniczych lub wyrobach medycznych;

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725 oraz z 2011 r. Nr 45, poz. 235.

- 6) wyniki badań diagnostycznych i konsultacji;
- 7) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 8) adnotacje o orzeczonym okresie czasowej niezdolności do pracy;
- 9) dane identyfikujące lekarza, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4.

5. Część historii zdrowia i choroby dotycząca opieki środowiskowej zawiera:

- 1) opis środowiska epidemiologicznego;
- 2) dane identyfikujące pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy, pozostającego pod opieką pielęgniarki lub położnej w środowisku;
- 3) datę rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarskiej lub położniczej;
- 4) rodzaj i zakres czynności pielęgniarki lub położnej dotyczących pacjenta i jego środowiska, a w szczególności rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych, plan opieki pielęgniarskiej lub położnej oraz adnotacje związane z ich wykonywaniem, w tym wynikających ze zleceń lekarskich;
- 5) dane identyfikujące pielęgniarkę lub położną, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4.

6. Do historii zdrowia i choroby można dołączyć:

- 1) kopie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego;
- 2) odpisy lub kopie innych dokumentów związanych z realizacją świadczeń zdrowotnych przedstawionych przez pacjenta.

§ 44. 1. Zakład sprawujący opiekę nad kobietą ciężarną prowadzi kartę przebiegu ciąży, która zawiera:

- 1) dane identyfikujące:
 - a) zakład, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1,
 - b) kobietę ciężarną, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy,
 - c) lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4;
- 2) informacje dotyczące ogólnego stanu zdrowia, porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych.

2. W części karty przebiegu ciąży, zawierającej informacje o ogólnym stanie zdrowia, lekarz dokonuje wpisów, zgodnie z § 43 ust. 3, oraz dodatkowo wpisuje:

- 1) oznaczenie grupy krwi oraz czynnik Rh;
- 2) datę ostatniej miesiączki;

- 3) przybliżony termin porodu;
- 4) masę ciała przed ciążą lub w momencie rozpoznania ciąży;
- 5) wzrost;
- 6) liczbę poprzednich ciąż i porodów, w tym liczbę dzieci żywo urodzonych i 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 zajściem w ciążę.

3. W części karty przebiegu ciąży, zawierającej informacje o poradach ambulatoryjnych lub wizytach domowych, lekarz dokonuje wpisów, zgodnie z § 43 ust. 4, oraz dodatkowo:

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

§ 45. Księga przyjęć, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym, oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu;
- 2) datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta;
- 3) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania;
- 4) rodzaj udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 5) dane identyfikujące osobę udzielającą świadczeń, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4;
- 6) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

§ 46. Księga pracowni diagnostycznej sporządzona i prowadzona przez zakład udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych zawiera dane, o których mowa w § 38.

§ 47. Kartoteka środowisk epidemiologicznych obejmuje karty zawierające:

- 1) dane identyfikujące zakład, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;
- 2) dane identyfikujące pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
- 3) dane identyfikujące środowisko epidemiologiczne, w szczególności opis środowiska i adres;
- 4) listę osób zamieszkałych wspólnie, z podaniem ich nazwiska i imienia (imion), numeru PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, i daty urodzenia;
- 5) ocenę warunków socjalnych w środowisku - w przypadku, gdy są istotne dla zdrowia pacjenta.

§ 48. Księga zabiegów sporządzana i prowadzona przez zakład udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych zawiera dane, o których mowa w § 34.

§ 49. Do prowadzenia dokumentacji w zakładach przeznaczonych dla osób potrzebujących całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, takich jak: zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub inny zakład przeznaczony dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, stosuje się odpowiednio przepisy § 16 ust.1,3-5, § 18-22, 24, 26, 27, 29, 31 - 34, z zastrzeżeniem że dokumentacja sporządzana jest przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych w tym zakładzie.

§ 50. 1. Zakład opieki zdrowotnej lub jego komórka organizacyjna, w której 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:
 - a) księgi głównej przyjęć i wypisów,
 - b) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego,
 - c) księgi chorych oddziału,

- d) księgi zabiegów,
 - e) księgi bloku operacyjnego lub sali operacyjnej.
2. Historia choroby w przypadku, o którym mowa w ust. 1, składa się z:
- 1) formularza historii choroby;
 - 2) dokumentów dodatkowych, w szczególności:
 - a) karty obserwacji,
 - b) karty gorączkowej,
 - c) karty zleceń lekarskich,
 - d) karty przebiegu znieczulenia, jeżeli było wykonane w związku z udzielonym świadczeniem zdrowotnym,
 - e) wyników badań diagnostycznych,
 - f) protokołu operacyjnego, jeżeli była wykonana operacja.
3. Przepisy § 16, 18 – 22, 24-27, 29, 31-35 i 38 stosuje się odpowiednio.

§ 51. 1. Pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji prowadzi dokumentację w formie księgi pracowni oraz indywidualnych kart zleceń.

2. Księga pracowni, oznaczona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) dane identyfikujące pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
- 2) dane identyfikujące lekarza zlecającego, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4;
- 3) datę przyjęcia i zakończenia zlecenia;
- 4) dane identyfikujące osobę wykonującą zlecenie, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4;
- 5) rodzaj zleconej pracy.

3. Indywidualna karta zlecenia zawiera informacje, o których mowa w ust. 2, oraz dodatkowo:

- 1) opis zleconej pracy, w tym diagram zębowy;
- 2) dane o zużytych materiałach;
- 3) dane identyfikujące osobę wykonującą zlecenie, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4;
- 4) dane identyfikujące kierownika pracowni, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4.

4. Do indywidualnej karty zlecenia dołącza się zlecenie lekarza.

§ 52. 1. Zakład rehabilitacji leczniczej prowadzi księgę zabiegów leczniczych oraz kartotekę pacjentów, którym udzielane są świadczenia zdrowotne w warunkach ambulatoryjnych.

2. Księga zabiegów leczniczych, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1, nazwą jednostki lub komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania;
- 3) datę zabiegu leczniczego;
- 4) rodzaj wykonanego zabiegu leczniczego.

3. Karta pacjenta zawiera informacje wymienione w ust. 2 oraz dodatkowo:

- 1) dane identyfikujące lekarza zlecającego świadczenie zdrowotne, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4;
- 2) dane o programie rehabilitacji i jego wykonaniu;
- 3) dane identyfikujące osoby wchodzące w skład zespołu zabiegowego udzielającego świadczenia zdrowotnego, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4, rodzaj udzielonych świadczeń zdrowotnych.

4. Do karty pacjenta dołącza się zlecenie lekarza zlecającego zabieg leczniczy.

§ 53. Zakład Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji prowadzi:

- 1) rejestr dawców krwi, o którym mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. Nr 106, poz. 681, z późn. zm.⁵⁾);
- 2) książkę badań grup krwi;
- 3) rejestr osób zastrzeżonych;
- 4) Karty Honorowych (Rodzinnych) Dawców Krwi.

⁵⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 117, poz. 756, z 2001 r. Nr 126, poz. 1382, z 2003 r. Nr 223, poz. 2215, z 2007 r. Nr 166, poz. 1172 oraz z 2010 r. Nr 96, poz. 620.

§ 54. Rejestr dawców krwi opatrzony jest danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1, i zawiera dane, o których mowa w art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi, oraz:

- 1) datę pobrania donacji;
- 2) numer donacji;
- 3) wyniki badań krwi wykonywanych przy danej donacji;
- 4) informację określającą dawcę krwi jako pierwszorazowego albo wielorazowego;
- 5) numer telefonu dawcy krwi.

§ 55. Książka badań grup krwi opatrzona jest danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1, i zawiera:

- 1) datę badania;
- 2) nazwisko i imię dawcy;
- 3) numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 4) numer donacji;
- 5) wyniki badań grup krwi dawcy.

§ 56. Rejestr osób zastrzeżonych opatrzony jest danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1, i zawiera:

- 1) imię i nazwisko dawcy;
- 2) imię ojca;
- 3) adres miejsca zamieszkania;
- 4) numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 5) datę badania.

§ 57. Karta Honorowego (Rodzinnego) Dawcy Krwi opatrzona jest danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1, i zawiera:

- 1) imię i nazwisko dawcy;
- 2) datę i miejsce urodzenia;

- 3) imię ojca;
- 4) adres miejsca zamieszkania;
- 5) numer telefonu;
- 6) numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 7) numer kolejny dawcy w rejestrze (numer kartoteki);
- 8) oznaczenie grupy krwi;
- 9) oznaczenie fenotypu Rh;
- 10) oświadczenie o zdatości do oddawania krwi;
- 11) datę i podpis dawcy;
- 12) datę pobrania donacji;
- 13) numer donacji;
- 14) wyniki badań lekarskich;
- 15) dane identyfikujące lekarza wykonującego badanie, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4;
- 16) wyniki badań laboratoryjnych;
- 17) ilość pobranej krwi.

Rozdział 3 **Przechowywanie dokumentacji medycznej**

§ 58. 1. Dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana w zakładzie, w którym została sporządzona.

2. Dokumentacja indywidualna zewnętrzna, o której mowa w § 8 ust. 4 pkt 1 i 2, pozostaje w zakładzie, który zrealizował zleczone świadczenie zdrowotne.

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

4. Miejsce przechowywania bieżącej dokumentacji wewnętrznej w zakładzie określają kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych tego zakładu, w porozumieniu z kierownikiem zakładu.

5. Zakończoną dokumentację indywidualną i zbiorczą przechowuje archiwum zakładu, który ją sporządził.

6. Archiwum przechowuje dokumentację zakładu w układzie:

- 1) w przychodni - na podstawie numeru kartoteki pacjentów;
 - 2) w szpitalu - na podstawie numeru księgi głównej przyjęć i wypisów.
7. Dopuszcza się archiwizację dokumentacji przez inny podmiot, pod warunkiem zabezpieczenia jej przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych.

§ 59. 1. Po upływie okresów przechowywania, określonych w art. 29 ustawy, dokumentacja, z zastrzeżeniem przepisów o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach, zostaje zniszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.

2. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna przewidziana do zniszczenia może zostać wydana na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego albo osoby, o której mowa w § 8 ust. 3 pkt 2, za pokwitowaniem, o czym zakład informuje pacjenta albo te osoby przy wypisie.

3. Do postępowania z dokumentacją będącą materiałem archiwalnym w rozumieniu ustawy z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2006r. Nr 97, poz. 673, z późn. zm.⁶⁾) stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 5 ust. 2b i 3 tej ustawy.

§ 60. Zakład, który ulega likwidacji, przekazuje dokumentację zakładowi przejmującemu jego zadania albo archiwum wskazanemu przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

Rozdział 4

Udostępnianie dokumentacji

§ 61. Dokumentacja udostępniana jest pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu oraz podmiotom i organom uprawnionym na podstawie art. 26 i 27 ustawy, bez zbędnej zwłoki, w sposób zapewniający zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.

§ 62. W przypadku gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe lub nie jest dopuszczalne, odmowa wydania wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny.

§ 63. W przypadku udostępniania dokumentacji w sposób określony w art. 27 pkt 3 ustawy należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji.

⁶⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 104, poz. 708, Nr 170, poz. 1217 i Nr 220, poz. 1600, z 2007 r. Nr 64, poz. 426, z 2008 r. Nr 227, poz. 1505, z 2009 r. Nr 39, poz. 307 i Nr 166, poz. 1317 oraz z 2010 r. Nr 40, poz. 230, Nr 47, poz. 278 i Nr 182, poz. 1228.

Rozdział 5

Dokumentacja prowadzona w postaci elektronicznej

§ 64. Dokumentacja może być prowadzona w postaci elektronicznej, pod warunkiem prowadzenia jej w systemie teleinformatycznym zapewniającym:

- 1) zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą;
- 2) zachowanie integralności i wiarygodności dokumentacji;
- 3) stały dostęp do dokumentacji osobom uprawnionym oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych;
- 4) identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i rejestrowanych przez nią zmian, w szczególności dla odpowiednich rodzajów dokumentacji przyporządkowanie cech informacyjnych, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4 lit a - d;
- 5) udostępnienie, w tym przez eksport w postaci elektronicznej dokumentacji albo części dokumentacji będącej formą dokumentacji określonej w rozporządzeniu, w formacie XML i PDF;
- 6) eksport całości danych w formacie XML, w sposób zapewniający możliwość odtworzenia tej dokumentacji w innym systemie teleinformatycznym;
- 7) wydrukowanie dokumentacji w formach określonych w rozporządzeniu.

§ 65. 1. W przypadku gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, osoba upoważniona przez zakład wykonuje odwzorowanie cyfrowe tej dokumentacji i umieszcza je w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji.

2. W przypadku wykonania odwzorowania cyfrowego, o którym mowa w ust. 1, dokumentacja jest wydawana na życzenie pacjenta albo niszczone w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta.

§ 66. Utrwalenie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej polega na zastosowaniu odpowiednich do ilości danych i zastosowanej technologii rozwiązań technicznych

zapewniających przechowywanie, używalność i wiarygodność dokumentacji znajdującej się w systemie informatycznym co najmniej do upływu okresu przechowywania dokumentacji.

§ 67. 1. Udostępnianie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej następuje przez:

- 1) przekazanie informatycznego nośnika danych z zapisaną dokumentacją;
- 2) dokonanie elektronicznej transmisji dokumentacji;
- 3) przekazanie papierowych wydruków - na żądanie uprawnionych podmiotów lub organów.

2. Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej udostępnia się z zachowaniem jej integralności oraz ochrony danych osobowych.

3. W przypadku gdy dokumentacja prowadzona w postaci elektronicznej jest udostępniana w postaci papierowych wydruków, osoba upoważniona przez zakład potwierdza ich zgodność z dokumentacją w postaci elektronicznej i opatruje swoim oznaczeniem, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 4. Dokumentacja wydrukowana powinna umożliwiać identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 9 ust. 2.

4. Do udostępniania dokumentacji w trybie określonym w § 59 ust. 2 stosuje się odpowiednio przepisy ust. 1-3.

§ 68. W przypadku przeniesienia dokumentacji do innego systemu teleinformatycznego, do przeniesionej dokumentacji przyporządkowuje się datę przeniesienia oraz informację, z jakiego systemu została przeniesiona.

§ 69. 1. Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej sporządza się z uwzględnieniem postanowień Polskich Norm, których przedmiotem są zasady gromadzenia i wymiany informacji w ochronie zdrowia, przenoszących normy europejskie lub normy innych państw członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego przenoszące te normy.

2. W przypadku braku Polskich Norm przenoszących normy europejskie lub normy innych państw członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego przenoszące te normy uwzględnia się:

- 1) normy międzynarodowe;
- 2) Polskie Normy;
- 3) europejskie normy tymczasowe.

§ 70. 1. Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej uważa się za zabezpieczoną, jeżeli w sposób ciągły są spełnione łącznie następujące warunki:

- 1) jest zapewniona jej dostępność wyłącznie dla osób uprawnionych;
- 2) jest chroniona przed przypadkowym lub nieuprawnionym zniszczeniem;
- 3) są zastosowane metody i środki ochrony dokumentacji, których skuteczność w czasie ich zastosowania jest powszechnie uznawana.

2. Zabezpieczenie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej wymaga w szczególności:

- 1) systematycznego dokonywania analizy zagrożeń;
- 2) opracowania i stosowania procedur zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania;
- 3) stosowania środków bezpieczeństwa adekwatnych do zagrożeń;
- 4) bieżącego kontrolowania funkcjonowania wszystkich organizacyjnych i techniczno-informatycznych sposobów zabezpieczenia, a także okresowego dokonywania oceny skuteczności tych sposobów;
- 5) przygotowania i realizacji planów przechowywania dokumentacji w długim czasie, w tym jej przenoszenia na nowe informatyczne nośniki danych i do nowych formatów danych, jeżeli tego wymaga zapewnienie ciągłości dostępu do dokumentacji.

3. Ochronę informacji prawnie chronionych zawartych w dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej realizuje się z odpowiednim stosowaniem zasad określonych w odrębnych przepisach.

Rozdział 6
Przepis końcowy

§ 71. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.⁷⁾.

MINISTER
SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI

w porozumieniu:

MINISTER ZDROWIA

⁷⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 25 października 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (Dz. U. Nr 217, poz. 1614), które utraciło moc z dniem 1 stycznia 2011r. na podstawie art. 17 ustawy z dnia 24 kwietnia 2009 r. - Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 76, poz. 641).

Załączniki
do rozporządzenia Ministra Spraw
Wewnętrznych i Administracji
z dnia 2011 r.(poz.....)

ZALĄCZNIK Nr 1

KRYTERIA OCENY STOSOWANE PRZY DOKONYWANIU WPISÓW W DOKUMENTACJI DOTYCZĄCEJ CZASU TRWANIA CIĄŻY, PORONIEŃ, URODZEŃ ŻYWYCH I URODZEŃ MARTWYCH

1. **Czas trwania ciąży** oblicza się w tygodniach, licząc od pierwszego dnia ostatniego normalnego krwawienia miesięcznego (wg reguły Naegelego).
2. **Poronieniem** określa się wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, jeżeli nastąpiło to przed upływem 22 tygodnia ciąży (21 tygodni i 6 dni).
3. **Urodzeniem żywym** określa się całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki noworodka, niezależnie od czasu trwania ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu oddycha lub wykazuje jakiegokolwiek inne oznaki życia, takie jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, bez względu na to, czy sznur pępowiny został przecięty lub łożysko zostało oddzielone.
4. **Urodzeniem martwym** określa się całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, jeżeli nastąpiło po upływie 22 tygodnia ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli.

Uzasadnienie

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 30 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 i Nr 76, poz. 641). Zgodnie z brzmieniem upoważnienia w rozporządzeniu zawarte zostały regulacje dotyczące dokumentacji medycznej prowadzonej przez zakłady opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest minister właściwy do spraw wewnętrznych.

W związku z powyższym, w projekcie uwzględniono zakres przedmiotowy regulowany dotychczas w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 25 października 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (Dz. U. Nr 217, poz. 1614).

Rozwiązania merytoryczne, przyjęte w przedkładanym projekcie rozporządzenia, w znacznym zakresie pokrywają się z dotychczasowymi regulacjami tych zagadnień zawartymi w ww. rozporządzeniu.

W stosunku do obecnie obowiązujących regulacji wskazać należy, jako najistotniejsze, następujące zmiany:

1) doprecyzowane zostały przepisy określające zakres danych umożliwiających identyfikację pacjenta, przez dodanie wymogu wpisywania imienia i nazwiska na każdej stronie dokumentacji medycznej.

2) w zakresie dokumentacji zbiorczej wewnętrznej prowadzonej w szpitalu wyodrębniono księgę bloku porodowego lub sali porodowej oraz określono zakres danych, jakie powinny one zawierać, ponadto dodano dodatkowy dokument w formie karty obserwacji porodu (załącznik nr 2 do rozporządzenia). Proponowane zmiany wynikają z potrzeby dokumentowania przebiegu porodu, który nie odbywa się metodą operacyjną.

3) doprecyzowane i uporządkowane zostały regulacje dotyczące informacji i danych zawartych w historii choroby w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala. Zrezygnowano z wpisywania do historii choroby danych lekarza kierującego na leczenie lub badanie oraz

ustalonego przez niego rozpoznania, bowiem informacje te zawarte są w skierowaniu do szpitala i nie ma potrzeby ich przepisywania. Zaproponowano załączenie skierowania do dokumentacji medycznej. Dodano zapis określający, jakie informacje powinno ono zawierać.

4) zrezygnowano z uregulowania w rozporządzeniu karty zdrowia dziecka, w której – na podstawie obecnie obowiązujących przepisów – odnotowuje się czynności wykonane zgodnie z odrębnymi przepisami. Ze względu na brak przepisów odrębnych w tym zakresie, przepis ten pozostaje martwy.

5) dodano dokument o nazwie księga noworodków, co pozwoli dokonać rejestracji danych o wszystkich dzieciach urodzonych w szpitalu.

6) dokumentację indywidualną wewnętrzną poszerzono o dokument pod nazwą Karta noworodka, co umożliwi zarejestrować szczegółowe dane o noworodku urodzonym w szpitalu.

7) w zakresie przepisów dotyczących dokumentacji medycznej prowadzonej przez zespoły ratownictwa medycznego, doprecyzowano zawartość dokumentów w postaci karty zlecenia wyjazdu i karty medycznych czynności ratunkowych. Mając na względzie usprawnienie pracy tych zespołów zaproponowano wzory ww. dokumentów w formie załączników do rozporządzenia nr 3 i 4.

8) rozdział 3 zawiera przepisy dotyczące przechowywania dokumentacji medycznej. Wzorowane są one na dotychczas obowiązujących regulacjach. Wprowadzono zapisy dopuszczające archiwizowanie dokumentacji medycznej nie tylko przez zakłady opieki zdrowotnej ale również przez podmioty zewnętrzne.

9) zasady udostępniania dokumentacji medycznej organom i podmiotom uprawnionym reguluje w znacznym zakresie ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W rozdziale 4 rozporządzenia uszczegółowiono natomiast sposób tego udostępniania.

10) rozdział 5 rozporządzenia zawiera regulacje dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Celem zmian było uelastycznienie przepisów w taki sposób aby nie tworzyć barier finansowych i organizacyjnych ograniczających dostępność tej formy prowadzenia dokumentacji medycznej dla zakładów opieki zdrowotnej.

11) w załączniku nr 1 do rozporządzenia zmieniono definicję martwego urodzenia, usuwając pojęcie zgonu płodu. Określenia zaproponowane w projekcie rozporządzenia zostały w ten sposób dostosowane do nazewnictwa w innych aktach prawnych w tym zakresie

(m.in. ustawa z dnia 29 września 1986 r. - Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. z 2004 r. Nr 161, poz. 1688, z późn. zm.).

Ze względu na pilność sprawy określono termin wejścia w życie z dniem jego ogłoszenia, ale jednocześnie przewidziano przepis przejściowy, zgodnie z którym przewiduje się możliwość prowadzenia dokumentacji w sposób określony w przepisach dotychczasowych przez okres nie dłuższy niż 6 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia.

Zagadnienia regulowane w projektowanym akcie prawnym nie są objęte prawem Unii Europejskiej. Projekt rozporządzenia nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Ocena Skutków Regulacji

1) podmioty, na które oddziałuje rozporządzenie

Projektowane rozporządzenie będzie oddziaływało na zakłady opieki zdrowotnej MSWiA oraz pracowników i pacjentów tych zakładów. Pracownicy zakładów opieki zdrowotnej, którzy zajmują się gromadzeniem, analizą i archiwizowaniem dokumentacji medycznej będą wykonywali podobny, do obecnego, zakres obowiązków służbowych. Wejście w życie nowego rozporządzenia nie zwiększy ilości wykonywanych zadań. Ponadto prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej może ułatwić i usprawnić wykonywanie zadań zarówno przez lekarzy jak i pracowników administracji.

2) konsultacje społeczne

Projekt został przekazany do konsultacji następującym podmiotom:

Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych, Związkowi Pracodawców Służby Zdrowia MSWiA, Związkowi Zawodowemu Pracowników Cywilnych MSWiA oraz zakładom opieki zdrowotnej MSWiA.

W wyniku konsultacji społecznych uwagi zgłosiły następujące podmioty: Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Białymstoku, Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu, Zakład Opieki Zdrowotnej z Warmińsko – Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie oraz Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Szczecinie, Naczelna Rada Lekarska oraz Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych.

Nie uwzględniono uwagi zgłoszonej przez Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu mówiącej o tym, „iż zabrakło pojęcia „dokumentacja medyczna”, a rozporządzenie MSWiA ws. dokumentacji medycznej z dn. 01.10.2002 r. w § 2 precyzuje co należy rozumieć pod pojęciem „dokumentacji medycznej” i zasugerowano przytoczenie tej definicji w proponowanym projekcie. Nieuwzględnienie ww. uwagi uzasadnione jest tym, iż w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.) w art. 18d ust. 1 pkt 5 wprowadzono zapis mówiący o tym co należy rozumieć przez „dokumentację medyczną”. Ustawowe zdefiniowanie tego pojęcia wyklucza możliwość wprowadzenia definicji „dokumentacja medyczna” do aktu wykonawczego.

Uwaga Naczelnej Rady Lekarskiej została uwzględniona. Nie uwzględniono 2 uwag Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych :

1. W § 17 ust 2 pkt 3 po zaproponowanym wyrażeniu „ karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej” proponuję dodać wyrazy „ w tym karty oceny ryzyka powstania odleżyn”. Nie uwzględniono tej uwagi bowiem zdaniem Departamentu Zdrowia MSWiA tworzenie kolejnego formularza karty dołączanej do historii choroby wydaje się zbędne, informacje dotyczące ryzyka powstania odleżyn powinny być odnotowane w karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej.

2. Należy wskazać, iż w przedmiotowym projekcie brakuje zapisów wskazujących jednoznacznie, iż sale chorych oraz ramy łóżek nie są miejscem do przechowywania kart gorączkowych, obserwacyjnych czy innej dokumentacji medycznej. Wyjątek stanowią sale wzmożonego nadzoru oraz intensywnej terapii, gdzie dokumentacja powinna być przechowywana w pobliżu chorego w osobnych zamykanych teczkach i szufladach. Nie uwzględniono tej uwagi bowiem w rozdziale 3 projektu rozporządzenia zaproponowano zapis, że miejsce przechowywania bieżącej dokumentacji wewnętrznej w zakładzie, określają kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych tego zakładu w porozumieniu z kierownikiem zakładu.

Projekt rozporządzenia był również konsultowany z Rzecznikiem Praw Pacjenta oraz Generalnym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337) projekt został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. Żaden podmiot nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem tego aktu prawnego

3) wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.

4) wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

5) wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało bezpośredniego wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6) wpływ na sytuację i rozwój regionalny

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało bezpośredniego wpływu na sytuację i rozwój regionalny.