

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA OBRONY NARODOWEJ

z dnia 2014 r.

**w sprawie w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej w podmiotach
lecniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz sposobu jej
przetwarzania**

Na podstawie art. 30 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i 742 oraz z 2013 r. poz. 1245) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Przepisy ogólne

§ 1. 1. W podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej, zwanych dalej „podmiotami”, dokumentacja medyczna, zwana dalej „dokumentacją”, jest prowadzona w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej i 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 indywidualna obejmuje:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną – przeznaczoną na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
- 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną – przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot.

3. Dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowią w szczególności:

- 1) historia zdrowia i choroby;
- 2) historia choroby;
- 3) karta noworodka;
- 4) karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej;
- 5) karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną;
- 6) karta wizyty patronażowej;

7) karta wywiadu środowiskowo–rodzinnego.

4. Dokumentację indywidualną zewnętrzną stanowią w szczególności:

- 1) skierowanie do szpitala lub innego podmiotu;
- 2) skierowanie na badanie diagnostyczne lub konsultację;
- 3) zaświadczenie, orzeczenie, opinia lekarska;
- 4) karta przebiegu ciąży;
- 5) karta informacyjna z leczenia szpitalnego.

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

§ 2. Przy dokonywaniu w dokumentacji wpisu dotyczącego czasu trwania ciąży, poronienia, urodzenia żywego lub urodzenia martwego stosuje się kryteria oceny określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

§ 3. 1. Wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.

2. Każdy wpis w dokumentacji opatruje się datą i oznaczeniem osoby dokonującej wpisu, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3.

3. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, zamieszcza się przy nim adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3.

§ 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.

§ 5. 1. Każdą stronę dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci papierowej oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta. W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci elektronicznej, każdą stronę wydruku oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta.

2. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia „NN”, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.

3. Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej włącza się kopie przedstawionej przez pacjenta dokumentacji lub odnotowuje się zawarte w niej informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.

4. Dokument włączony do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej nie może być z niej usunięty.

§ 6. 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.

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

- 1) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby upoważnionej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
- 2) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby upoważnionej 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) adnotację o zaopatrzeniu w znaki identyfikacyjne – adekwatnie do art. 36 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217 i z 2014 r. poz. 24) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie warunków, sposobu trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w sprawie stwierdzenia ich braku (Dz. U. poz. 1098);
- 5) oświadczenie pacjenta o możliwości udostępnienia dokumentacji zakładowi ubezpieczeń w przypadku gdy zakład ubezpieczeń wystąpi o tą dokumentację.

§ 8. 1. Osoba kierująca na badanie lub 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 podmiotu wystawiającego skierowanie, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;

- 2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
- 3) oznaczenie rodzaju podmiotu, do którego kieruje się pacjenta na badanie lub konsultację;
- 4) inne informacje lub dane, 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 3.

3. Podmiot przeprowadzający badanie lub konsultację przekazuje podmiotowi, który wystawił skierowanie, wyniki tych badań lub konsultacji.

§ 9. 1. Dokumentacja indywidualna, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu:
 - a) nazwę podmiotu,
 - b) kod identyfikacyjny, zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
 - c) nazwę i adres przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego,
 - d) nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku podmiotu leczniczego, 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 leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono komórki organizacyjne;
- 2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
- 3) oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie:
 - a) nazwisko i imię,
 - b) tytuł zawodowy,
 - c) uzyskane specjalizacje,
 - d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej,

- e) podpis i pieczęć osoby wymienionej w lit. d;
- 4) datę dokonania wpisu;
- 5) informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, w szczególności:
 - a) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych,
 - b) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży,
 - c) zalecenia,
 - d) informacje o wydanych orzeczeniach, opiniach lub zaświadczeniach lekarskich,
 - e) informacje o produktach leczniczych, wraz z dawkowaniem, lub wyrobach medycznych zapisanych pacjentowi na receptach;
- 6) inne informacje wynikające z odrębnych przepisów.

2. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych zawiera dane, o których mowa w ust. 1 pkt 3 lit. a–d, oraz w przypadku posiadania – zawierać podpis elektroniczny.

§ 10. Dokumentacja zbiorcza, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1, numer kolejny wpisu, imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3, datę dokonania wpisu oraz, jeżeli to wynika z przeznaczenia dokumentacji, istotne informacje dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych.

Rozdział 2

Dokumentacja podmiotu leczniczego

§ 11. Podmiot leczniczy prowadzący szpital sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii choroby lub karty noworodka;
- 2) dokumentację zbiorczą wewnętrzną w formie:
 - a) księgi głównej przyjęć i wypisów,
 - b) księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć,
 - c) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych,
 - d) księgi chorych oddziału,

- e) księgi raportów lekarskich,
 - f) księgi raportów pielęgniarских,
 - g) księgi zabiegów,
 - h) księgi bloku operacyjnego albo sali operacyjnej,
 - i) księgi bloku porodowego albo sali porodowej,
 - j) księgi noworodków,
 - k) księgi pracowni diagnostycznej;
- 3) dokumentację indywidualną zewnętrzną w formie karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, skierowania lub zlecenia na świadczenia zdrowotne realizowane poza szpitalem oraz z dokumentacji dla celów określonych w odrębnych przepisach;
- 4) dokumentację zbiorczą zewnętrzną składającą się z dokumentacji prowadzonej dla celów określonych w odrębnych przepisach.

§ 12. 1. Historię choroby zakłada się 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.

§ 13. Historia choroby zawiera pogrupowane informacje dotyczące:

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

§ 14. 1. Do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe, w szczególności:

- 1) kartę indywidualnej opieki pielęgniarской;
- 2) kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną;
- 3) kartę obserwacji lub kartę obserwacji przebiegu porodu;
- 4) kartę gorączkową w sytuacji wynikającej ze stanu zdrowia;
- 5) kartę zleceń lekarskich;
- 6) kartę przebiegu znieczulenia, jeżeli było wykonane w związku z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi;
- 7) kartę zabiegów fizjoterapeutycznych, jeżeli były wykonane;
- 8) kartę medycznych czynności ratunkowych, w przypadku, o którym mowa w § 50 ust. 2;
- 9) kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, dołączaną po wypisaniu pacjenta ze szpitala;

- 10) wyniki badań diagnostycznych, jeżeli nie zostały wpisane w historii choroby;
- 11) wyniki konsultacji, jeżeli nie zostały wpisane w historii choroby;
- 12) protokół operacyjny, jeżeli była wykonana operacja;
- 13) kartę oceny ryzyka zakażeń, o której mowa w art. 11 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947);
- 14) kartę monitorowania bólu – adekwatnie do § 17 pkt 6;
- 15) kartę zastosowania unieruchomienia lub izolacji jeżeli była stosowana.

2. Każdy z dokumentów dodatkowych, o których mowa w ust. 1, zawiera co najmniej imię, nazwisko oraz numer PESEL pacjenta.

3. Do historii choroby dołącza się oświadczenia pacjenta, o których mowa w § 7, jeżeli nie zostały zamieszczone wcześniej w historii choroby.

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

- 1) dokumentację indywidualną zewnętrzną udostępnioną przez pacjenta, w szczególności kartę przebiegu ciąży, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, zaświadczenia, orzeczenia, opinie lekarskie, jeżeli są istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego;
- 2) dokumentację indywidualną pacjenta prowadzoną przez inne komórki organizacyjne szpitala i dokumentację archiwalną szpitala dotyczącą poprzednich hospitalizacji pacjenta;
- 3) wyniki wcześniejszych badań diagnostycznych, udostępnione przez pacjenta, o ile są istotne dla procesu diagnostycznego lub leczniczego.

5. Oryginały dokumentów, o których mowa w ust. 4 pkt 1 i 3, zwraca się za pokwitowaniem pacjentowi przy wypisie, sporządzając ich kopie, które pozostawia się w dokumentacji wewnętrznej szpitala.

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

§ 16. 1. Historia choroby, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala, zawiera dane określone w § 9 ust. 1 pkt 1–4 oraz dodatkowo:

- 1) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta do szpitala;
- 2) numer w księdze chorych oddziału, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta;
- 3) tryb przyjęcia;

- 4) datę przyjęcia pacjenta do szpitala, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 5) istotne dane z wywiadu lekarskiego 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;
- 6) rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego;
- 7) oznaczenie lekarza przyjmującego, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3.

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:

- 1) oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;
- 2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
- 3) rozpoznanie ustalone przez lekarza albo położną wystawiających skierowanie;
- 4) inne informacje, w szczególności wyniki badań diagnostycznych, w zakresie niezbędnym do udzielenia świadczenia zdrowotnego;
- 5) datę wystawienia skierowania;
- 6) oznaczenie lekarza albo położnej wystawiających skierowanie, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3.

§ 17. 1. Historia choroby, w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji, zawiera:

- 1) dane uzyskane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego;
- 2) wyniki badań diagnostycznych lub konsultacji;
- 3) informacje na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia, w przypadkach wymagających monitorowania bólu.

2. Do historii choroby w części, o której mowa w ust. 1, dołącza się:

- 1) wyniki obserwacji stanu zdrowia pacjenta w formie karty obserwacji lub wyniki obserwacji przebiegu porodu w formie karty obserwacji przebiegu porodu;
- 2) informacje o zleceniach lekarskich oraz ich wykonaniu w formie karty zleceń lekarskich;
- 3) informacje dotyczące procesu pielęgnowania, czynności pielęgnarskich lub położniczych w postaci karty indywidualnej opieki pielęgnarskiej lub karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną.

3. Wpisy w karcie obserwacji lub w karcie obserwacji przebiegu porodu są dokonywane przez lekarza, pielęgniarkę lub położną.

4. 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.

5. Wpisy w karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej lub 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.

6. Wpisy dotyczące monitorowania bólu są dokonywane przez lekarza, pielęgniarkę lub położną.

§ 18. 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) opis zastosowanego leczenia, wykonanych badań diagnostycznych i zabiegów oraz operacji, z podaniem numeru statystycznego procedury medycznej, ustalonego według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta;
- 4) epikryzę;
- 5) adnotację o przyczynie i okolicznościach wypisania ze szpitala, o których mowa w art. 29 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 6) datę wypisu.

§ 19. Historia choroby, w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala w przypadku zgonu pacjenta, poza informacjami wymienionymi w § 18 pkt 1–4, 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;

- 4) adnotację o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji;
- 5) adnotację o pobraniu ze zwłok komórek, tkanek lub narządów.

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

2. Karta noworodka zawiera dane określone w § 9 ust. 1 pkt 1–4 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) grupa krwi oraz czynnik Rh;
- 3) dane dotyczące poprzednich ciąż i porodów matki noworodka:
 - a) liczbę ciąż i porodów, w tym liczbę dzieci żywo urodzonych lub martwo urodzonych,
 - b) datę poprzedniego porodu,
 - c) inne informacje dotyczące poprzedniego porodu;
- 4) dane dotyczące rodzeństwa noworodka: rok urodzenia, stan zdrowia, a 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 (fizjologiczny, zabiegowy),
 - 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,
 - 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;
- 7) opis postępowania po urodzeniu (odsłuzowanie, osuszanie, zaopatrzenie pępowiny, zastosowanie tlenu, intubacja, cewnikowanie żyły pępowinowej, masaż serca, sztuczna wentylacja ew. inne oraz 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 wypisania, a w przypadku zgonu noworodka – datę zgonu, 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.

§ 21. 1. Lekarz wypisujący pacjenta wystawia na podstawie historii choroby albo karty noworodka kartę informacyjną z leczenia szpitalnego.

2. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego podpisuje lekarz wypisujący i lekarz kierujący oddziałem.

3. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawiera dane określone w § 9 ust. 1 pkt 1–4 oraz dodatkowo:

- 1) rozpoznanie choroby w języku polskim;
- 2) opis wyników badań diagnostycznych lub konsultacji;
- 3) opis zastosowanego leczenia, a w przypadku wykonania zabiegu lub operacji – datę wykonania;
- 4) wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, 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 wyrobach medycznych w ilościach odpowiadających ilościom na receptach wystawionych pacjentowi;

7) terminy planowanych konsultacji, na które wystawiono skierowania.

4. W przypadku, o którym mowa w art. 9 ust. 4 ustawy, dopuszcza się podanie rozpoznania w języku łacińskim.

5. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego w przypadku zgonu pacjenta zawiera dane, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1–4, rozpoznanie choroby w języku polskim oraz dane, o których mowa w § 19 pkt 1, 2 i 4.

6. Dwa egzemplarze karty informacyjnej z leczenia szpitalnego są wydawane pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie, o której mowa w § 7 pkt 2. Trzeci egzemplarz karty informacyjnej z leczenia szpitalnego jest dołączany do historii choroby.

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

§ 22. 1. W przypadku podjęcia decyzji o wykonaniu sekcji zwłok historię choroby przekazuje 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.

3. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej protokół badania sekcyjnego jest sporządzany w dwóch egzemplarzach, z których jeden jest przechowywany przez podmiot wykonujący sekcję, a drugi – jest dołączany do historii choroby.

4. 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.

§ 23. 1. Lekarz wypisujący przedstawia zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby albo kartę noworodka do oceny i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem.

2. W przypadku, o którym mowa w § 22 ust. 4, lekarz prowadzący lub inny wyznaczony lekarz przedstawia zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby do akceptacji i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem.

§ 24. 1. Zakończoną historię choroby lub kartę noworodka przekazuje się do komórki organizacyjnej właściwej do spraw dokumentacji chorych i statystyki medycznej.

2. Komórka, o której mowa w ust. 1, po sprawdzeniu kompletności historii choroby lub karty noworodka, przekazuje historię choroby do archiwum szpitala.

3. W przypadku, o którym mowa w § 12 ust. 2, historia choroby jest przechowywana w komórce organizacyjnej udzielającej świadczenia zdrowotnego przez cały okres leczenia.

§ 25. Księga główna przyjęć i wypisów, opatrzona numerem księgi, zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 3) datę przyjęcia pacjenta, 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 pacjenta;
- 5) kody resortowe komórek organizacyjnych, w których pacjent przebywał;
- 6) rozpoznanie wstępne;
- 7) rozpoznanie przy wypisie;
- 8) określenie rodzaju leczenia, w tym istotne badania diagnostyczne, wszystkie zabiegi i operacje;
- 9) datę wypisu, a w przypadku zgonu pacjenta – datę zgonu;
- 10) adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany;
- 11) adnotację o zleceniu transportu sanitarnego, jeżeli zostało wydane;
- 12) adnotację o okolicznościach, o których mowa w art. 30 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 13) przyczyny zgonu, z podaniem ich numerów statystycznych określonych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
- 14) informację o ewentualnym pobraniu opłat na zasadach określonych w odrębnych przepisach;

- 15) oznaczenie lekarza wypisującego, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3;
- 16) numer karty depozytowej, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 40 ustawy.

§ 26. 1. Księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć, opatrzona numerem księgi, zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 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 pacjenta;
- 4) oznaczenie lekarza kierującego, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3;
- 5) datę zgłoszenia się pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 6) rozpoznanie ustalone przez lekarza kierującego albo adnotację o braku skierowania;
- 7) istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego oraz wyniki wykonanych badań diagnostycznych;
- 8) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- 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) datę odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 11) wskazanie powodu odmowy przyjęcia do szpitala;
- 12) adnotację o braku zgody pacjenta na pobyt w szpitalu potwierdzoną jego podpisem albo podpisem jego przedstawiciela ustawowego;
- 13) adnotację o miejscu, do którego pacjent został skierowany, wraz z adnotacją o zleceniu transportu sanitarnego, jeżeli zostało wydane;
- 14) oznaczenie lekarza, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3.

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

3. W przypadku gdy pacjent odmawia podpisania adnotacji o braku zgody, o której mowa w ust. 1 pkt 12, informację o tym zamieszcza się w księdze.

§ 27. Księga chorych oddziału, opatrzona numerem księgi, zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer pacjenta w księdze;
- 3) datę przyjęcia, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 4) numer pacjenta w księdze głównej przyjęć i wypisów;
- 5) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość matki;
- 6) oznaczenie lekarza prowadzącego, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3 lit. a–e;
- 7) datę i godzinę wypisu, przeniesienia do innego oddziału albo zgonu pacjenta;
- 8) rozpoznanie wstępne;
- 9) rozpoznanie przy wypisie albo adnotację o wystawieniu karty zgonu;
- 10) adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany;
- 11) oznaczenie lekarza wypisującego, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3 lit. a–d.

§ 28. Księga raportów lekarskich zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny wpisu;
- 3) datę sporządzenia raportu;
- 4) treść raportu, w szczególności imię, nazwisko pacjenta i numer PESEL, a w razie potrzeby inne dane pozwalające na ustalenie tożsamości pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- 5) oznaczenie lekarza dokonującego wpisu, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3.

§ 29. Księga raportów pielęgniarskich zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny wpisu;
- 3) treść raportu, w szczególności imię i nazwisko pacjenta, a w razie potrzeby inne dane pozwalające na ustalenie tożsamości pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- 4) statystykę oddziału, w tym liczbę osób przyjętych, wypisanych, zmarłych;
- 5) datę sporządzenia raportu;
- 6) oznaczenie pielęgniarki lub położnej dokonującej wpisu, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3.

§ 30. Księga zabiegów zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 3) datę wykonania zabiegu;
- 4) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 5) oznaczenie lekarza zlecającego zabieg, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3 lit. a–d, a w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot – także oznaczenie tego podmiotu, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;
- 6) adnotację o rodzaju zabiegu i jego przebiegu;
- 7) oznaczenie lekarza albo innej osoby uprawnionej do udzielania świadczeń zdrowotnych wykonującej zabieg, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3.

§ 31. Księga bloku operacyjnego albo sali operacyjnej zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 3) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 4) kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał;
- 5) rozpoznanie przedoperacyjne;
- 6) oznaczenie lekarza kierującego na zabieg albo operację, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3 lit. a–d, a w przypadku gdy kierującym jest inny podmiot – także oznaczenie tego podmiotu, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;
- 7) oznaczenie lekarza kwalifikującego pacjenta do zabiegu albo operacji, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3 lit. a–d;
- 8) datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu albo operacji, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24–godzinnym;
- 9) adnotacje o rodzaju i przebiegu zabiegu albo operacji;
- 10) szczegółowy opis zabiegu albo operacji wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym;
- 11) zlecone badania diagnostyczne;
- 12) rodzaj znieczulenia zastosowanego u pacjenta i jego szczegółowy opis oraz oznaczenie lekarza anestezjologa, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3;

- 13) oznaczenie osób wchodzących odpowiednio w skład zespołu operacyjnego, zespołu zabiegowego, zespołu anestezyjologicznego, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3, z wyszczególnieniem osoby kierującej wykonaniem operacji albo zabiegu.

§ 32. Księga bloku porodowego albo sali porodowej zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny pacjentki w księdze;
- 3) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjentki, a w razie braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 4) oznaczenie grupy krwi i czynnika Rh pacjentki;
- 5) kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjentka przebywała;
- 6) rozpoznanie wstępne i ostateczne;
- 7) informację o zastosowanych produktach leczniczych;
- 8) określenie rodzaju znieczulenia zastosowanego u pacjentki, jeżeli było wykonane, i jego szczegółowy opis oraz oznaczenie lekarza anestezyjologa, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3;
- 9) datę przyjęcia pacjentki na blok porodowy albo salę porodową, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 10) datę porodu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 11) czas trwania poszczególnych okresów porodu;
- 12) szczegółowy opis przebiegu porodu;
- 13) datę wypisania pacjentki z bloku porodowego albo sali porodowej, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 14) adnotację o miejscu, do którego pacjentka została wypisana z bloku porodowego albo sali porodowej;
- 15) oznaczenie lekarza albo położnej przyjmującej poród, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3.

§ 33. 1. Księga noworodków zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, 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.

§ 34. Księga pracowni diagnostycznej zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 3) datę wpisu i datę wykonania badania;
- 4) imię i nazwisko, numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość matki, oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta;
- 5) kod resortowy komórki organizacyjnej zlecającej badanie, a w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot – także oznaczenie tego podmiotu, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;
- 6) oznaczenie lekarza zlecającego badanie, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3 lit. a–d;
- 7) adnotację o rodzaju badania;
- 8) oznaczenie osoby wykonującej badanie, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3.

§ 35. 1. Do prowadzenia dokumentacji w zakładzie opiekuńczo–lecniczym, zakładzie pielęgnacyjno–opiekuńczym, zakładzie rehabilitacji leczniczej lub innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, stosuje się odpowiednio przepisy § 12 ust. 1, § 13, § 14, § 16–19, § 21, § 23–25 i § 27–30, z zastrzeżeniem, że dokumentacja jest sporządzana przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych w tym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.

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

§ 36. 1. Podmiot leczniczy 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:
 - a) księgi głównej przyjęć i wypisów,
 - b) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych,
 - c) księgi chorych oddziału,
 - d) księgi zabiegów,
 - e) księgi bloku operacyjnego lub sali operacyjnej.

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

- 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 § 12, § 13, § 14 ust. 2–5, § 16–19, § 21–25 i § 27–31 stosuje się odpowiednio.

4. Przepisy ust. 1–3 stosuje się także w komórce organizacyjnej podmiotu leczniczego, w której czas pobytu pacjenta niezbędny do udzielenia świadczenia zdrowotnego nie przekracza 24 godzin.

§ 37. Podmiot leczniczy udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii zdrowia i choroby;
- 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną, o której mowa w § 1 ust. 4 pkt 1–4;
- 3) dokumentację zbiorczą w formie:
 - a) księgi przyjęć,
 - b) kartoteki środowisk epidemiologicznych,
 - c) księgi pracowni diagnostycznej,

- d) księgi zabiegów prowadzonej odrębnie dla każdego gabinetu zabiegowego,
- e) księgi porad ambulatoryjnych dla nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej,
- f) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych.

§ 38. 1. Historię zdrowia i choroby zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy pacjentowi dotychczas nie zarejestrowanemu w podmiocie, o którym mowa w § 37.

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 § 37.

§ 39. 1. Historia zdrowia i choroby zawiera dane określone w § 9 ust. 1 pkt 1–4 oraz dodatkowo informacje dotyczące:

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

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.¹⁾), w historii zdrowia i choroby zamieszcza się adnotację o tym fakcie, wraz z numerem dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienia.

3. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów zawiera w szczególności informacje o:

- 1) przebytych chorobach;
- 2) chorobach przewlekłych;

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. 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, Nr 257, poz. 1723 i Nr 257, poz. 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, poz. 1016, poz. 1342 i poz. 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983, 1290, 1623, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24.

- 3) pobytach w szpitalu, sanatorium itp.;
- 4) zabiegach lub operacjach;
- 5) szczepieniach i stosowanych surowicach;
- 6) uczuleniach;
- 7) obciążeniach dziedzicznych.

4. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych 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 wydanych pacjentowi;
- 6) oryginał lub kopię wyników badań diagnostycznych lub konsultacji lub ich dokładny opis;
- 7) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 8) adnotacje o orzecznym okresie czasowej niezdolności do pracy;
- 9) oznaczenie lekarza, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3.

5. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej opieki środowiskowej zawiera:

- 1) opis środowiska epidemiologicznego;
- 2) datę rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarskiej lub położniczej;
- 3) rodzaj i zakres czynności pielęgniarki lub położnej dotyczących pacjenta i jego środowiska, w szczególności rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych, plan opieki pielęgniarskiej lub położniczej oraz adnotacje związane z wykonywaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich;
- 4) oznaczenie pielęgniarki środowiskowej lub położnej, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3.

6. Do historii zdrowia i choroby dołącza się kopie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego oraz odpisy lub kopie innej dokumentacji udostępnione przez pacjenta.

§ 40. 1. Podmiot sprawujący opiekę nad kobietą ciężarną prowadzi kartę przebiegu ciąży, która zawiera dane określone w § 9 ust. 1 pkt 1–4 oraz dodatkowo informacje o:

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

2. Karta przebiegu ciąży w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia zawiera informacje, o których mowa w § 39 ust. 3, oraz dodatkowo:

- 1) oznaczenie grupy krwi;
- 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 zajściem w ciążę.

3. Karta przebiegu ciąży w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera informacje, o których mowa w § 39 ust. 4, oraz dodatkowo:

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

§ 41. Księga przyjęć, opatrzona numerem księgi, zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny wpisu;
- 3) datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta;
- 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 pacjenta;
- 5) oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3 lit. a–d;
- 6) rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego;
- 7) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

§ 42. Kartoteka środowisk epidemiologicznych zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;

- 2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
- 3) oznaczenie środowiska epidemiologicznego, w szczególności opis środowiska epidemiologicznego i adres;
- 4) dane osób zamieszkujących wspólnie z pacjentem, w szczególności ich nazwiska i imiona oraz daty urodzenia;
- 5) ocenę warunków socjalnych w środowisku, jeżeli mogą mieć znaczenie dla stanu zdrowia pacjenta.

§ 43. Do księgi pracowni diagnostycznej prowadzonej przez podmiot leczniczy udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych stosuje się odpowiednio przepisy § 34.

§ 44. Do księgi zabiegów prowadzonej przez podmiot leczniczy udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych stosuje się odpowiednio przepisy § 30.

§ 45. Podmiot zawierający w swojej strukturze organizacyjnej ambulatorium i izbę chorych, adekwatnie do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, prowadzi w szczególności dokumentację:

- 1) indywidualną wewnętrzną w formie historii zdrowia i choroby zgodnie z § 39;
- 2) wewnętrzną zbiorczą w formie:
 - a) księgi przyjęć prowadzonej zgodnie z § 41,
 - b) księgi pracowni diagnostycznej, zgodnie z § 34,
 - c) księgi zabiegów prowadzonej odrębnie dla każdego gabinetu zabiegowego, zgodnie z § 30,
 - d) księgi izby chorych.

§ 46. Księga izby chorych opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1, zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu;
- 2) datę przyjęcia do izby chorych;
- 3) dane identyfikacyjne pacjenta;
- 4) rozpoznanie wstępne;
- 5) wywiad i badanie przedmiotowe;
- 6) codzienne obserwacje;
- 7) epikryzę wypisową i rozpoznanie ostateczne;
- 8) datę wypisania z izby chorych;
- 9) liczbę dni pobytu w izbie chorych;

10) zalecenia lekarskie, zwolnienia, wystawione skierowania.

§ 47. Dysponent zespołów ratownictwa medycznego sporządza i prowadzi:

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

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

- 1) oznaczenie podmiotu, 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;
- 6) oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy i jego numer telefonu, jeżeli jest znany;
- 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.

§ 49. Wzór karty zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 50. 1. Wzór karty medycznych czynności ratunkowych określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

2. 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 podmiotu leczniczego — jest przekazywany temu podmiotowi leczniczemu.

§ 51. Do dokumentacji prowadzonej przez zakład badań diagnostycznych i medyczne laboratorium diagnostyczne stosuje się odpowiednio przepisy § 34.

§ 52. 1. Pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji prowadzi dokumentację:

- 1) zbiorczą w formie księgi pracowni;
- 2) indywidualną w formie karty zlecenia.

2. Księga pracowni, opatrzona numerem księgi, zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;
- 2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
- 3) oznaczenie lekarza zlecającego, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3 lit. a, b i d;
- 4) datę przyjęcia zlecenia i datę jego zakończenia;
- 5) rodzaj zleconej pracy;
- 6) oznaczenie osoby wykonującej zlecenie, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3.

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

- 1) opis zleconej pracy, w tym diagram zębowy;
- 2) dane o użytych materiałach;
- 3) oznaczenie osoby wykonującej zlecenie, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3;
- 4) oznaczenie kierownika pracowni, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3.

4. Do karty zlecenia dołącza się zlecenie lekarza.

§ 53. 1. Zakład rehabilitacji leczniczej prowadzi dokumentację:

- 1) zbiorczą w formie księgi zabiegów leczniczych;
- 2) indywidualną w formie karty pacjenta.

2. Księga zabiegów leczniczych, opatrzona numerem księgi, zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 3) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 4) datę zabiegu leczniczego;
- 5) rodzaj wykonanego zabiegu leczniczego.

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

- 1) dane o programie rehabilitacji i jego wykonaniu;
- 2) oznaczenie lekarza zlecającego zabieg leczniczy, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3 lit. a–d;
- 3) oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu wykonującego zabieg leczniczy, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3.
4. Do karty pacjenta dołącza się zlecenie lekarza zlecającego zabieg leczniczy.

Rozdział 3

Dokumentacja lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej

§ 54. 1. Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej, z wyłączeniem wykonywania indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, prowadzi dokumentację indywidualną.

2. Lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego dokonuje wpisów w dokumentacji indywidualnej i zbiorczej prowadzonej przez podmiot leczniczy, w sposób określony w rozdziale 2.

§ 55. Dokumentacja, o której mowa w § 54 ust. 1, obejmuje dokumentację:

- 1) wewnętrzną w formie:
 - a) historii zdrowia i choroby lub karty noworodka,
 - b) karty obserwacji przebiegu porodu;
- 2) zewnętrzną w formie skierowania do szpitala lub innego podmiotu, skierowania na badania diagnostyczne lub konsultacje, karty przebiegu ciąży, zaświadczenia, orzeczenia lub opinii lekarskiej.

§ 56. 1. Historię zdrowia i choroby zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy.

2. Historia zdrowia i choroby zawiera dane określone w § 9 ust. 1 pkt 1–4 oraz dodatkowo:

- 1) informacje o ogólnym stanie zdrowia, chorobach, problemach zdrowotnych lub urazach pacjenta;
- 2) informacje o poradach ambulatoryjnych lub wizytach domowych;
- 3) ocenę środowiskową.

3. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów zawiera informacje, o których mowa w § 39 ust. 3.

4. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera informacje, o których mowa w § 39 ust. 4.

5. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej oceny środowiskowej zawiera informacje uzyskane na podstawie wywiadu, w tym dotyczące:

- 1) zawodu wykonywanego przez pacjenta oraz zagrożenia w środowisku pracy, orzeczeniu o zaliczeniu do stopnia niepełnosprawności albo innych orzeczeniach traktowanych na równi z tym orzeczeniem,
 - 2) zagrożeń zdrowia w miejscu zamieszkania
- jeżeli mają znaczenie dla oceny stanu zdrowia pacjenta.

6. Przepis § 39 ust. 2 stosuje się.

§ 57. W przypadku przyjmowania porodu przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy § 15 i § 20.

§ 58. Do prowadzenia karty przebiegu ciąży przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy § 40.

Rozdział 4

Dokumentacja pielęgniarki i położnej udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej

§ 59. 1. Pielęgniarka udzielająca świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej, z wyłączeniem wykonywania indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, prowadzi dokumentację indywidualną:

- 1) wewnętrzną w formie:
 - a) karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej,
 - b) karty wywiadu środowiskowo-rodzinnego,
 - c) karty wizyty patronażowej;
- 2) zewnętrzną w formie opinii, zaświadczenia oraz innych dokumentów o podobnym charakterze i przeznaczeniu, sporządzanych na wniosek pacjenta lub innych uprawnionych podmiotów.

2. Pielęgniarka wykonująca indywidualną praktykę pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego dokonuje wpisów w dokumentacji indywidualnej i zbiorczej prowadzonej przez podmiot leczniczy, w sposób określony w rozdziale 2.

§ 60. Położna udzielająca świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej, z wyłączeniem indywidualnej praktyki położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, prowadzi dokumentację indywidualną:

- 1) wewnętrzną w formie:
 - a) karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną,
 - b) karty wizyty patronażowej,
 - c) karty obserwacji przebiegu porodu;
- 2) zewnętrzną w formie karty przebiegu ciąży, opinii, zaświadczenia, skierowania na badania diagnostyczne, książeczki zdrowia dziecka oraz innych dokumentów o podobnym charakterze i przeznaczeniu, sporządzanych na wniosek pacjenta lub innych uprawnionych podmiotów.

2. Położna wykonująca indywidualną praktykę położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego dokonuje wpisów w dokumentacji indywidualnej i zbiorczej prowadzonej przez podmiot leczniczy, w sposób określony w rozdziale 2.

§ 61. Kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej, kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, kartę wizyty patronażowej i kartę wywiadu środowiskowo-rodzinnego zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy.

§ 62. 1. Dokumentacja, o której mowa w § 59 ust. 1 pkt 1 oraz w § 60 ust. 1 pkt 1 lit. a i b, zawiera dane określone w § 9 ust. 1 pkt 1–4 oraz dodatkowo:

- 1) informacje dotyczące 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 § 9 ust. 1 pkt 3 lit. a–d, w przypadku wykonywania zleceń lekarskich.

2. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób oraz problemów zdrowotnych zawiera informacje, o których mowa w § 39 ust. 3.

3. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera informacje, o których mowa w § 39 ust. 4 pkt 1–3 i 7.

4. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, w części dotyczącej oceny środowiskowej zawiera informacje uzyskane na podstawie przeprowadzonego wywiadu.

§ 63. W przypadku przyjmowania porodu przez położną udzielającą świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy § 15 i § 20.

§ 64. Do prowadzenia karty przebiegu ciąży przez położną udzielającą świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy § 40.

Rozdział 5

Dokumentacja prowadzona przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę lub higienistkę szkolną udzielających świadczeń zdrowotnych uczniom

§ 65. 1. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej udzielający świadczeń zdrowotnych uczniom prowadzi dokumentację indywidualną w formie karty profilaktycznego badania lekarskiego ucznia.

2. Pielęgniarka lub higienistka szkolna udzielająca świadczeń zdrowotnych uczniom prowadzi indywidualną dokumentację ucznia oraz dokumentację zbiorczą odnoszącą się do uczniów uczęszczających do jednej klasy.

§ 66. Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia zawiera dane określone w § 9 ust. 1 pkt 1–4 oraz dodatkowo:

- 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 zgłaszanych przez przedstawiciela ustawowego ucznia;
- 3) informacje wychowawcy ucznia mające istotne znaczenie dla oceny stanu zdrowia, w szczególności o zachowaniu ucznia, osiągniętych wynikach w nauce, wykazywanych uzdolnieniach, sprawności fizycznej, absencji szkolnej, relacji z rówieśnikami, ewentualnych problemów szkolnych;
- 4) informacje pielęgniarki 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;

- 5) 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;
- 6) zalecenia dotyczące udziału ucznia w zajęciach wychowania fizycznego i ewentualnych ograniczeniach w tym zakresie oraz inne zalecenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

§ 67. Indywidualna dokumentacja ucznia zawiera dane określone w § 9 ust. 1 pkt 1–4 oraz dodatkowo:

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

§ 68. Dokumentacja zbiorcza uczniów uczęszczających do jednej klasy zawiera:

- 1) imiona i nazwiska uczniów i daty urodzenia;
- 2) adnotację o przeprowadzeniu testów przesiewowych;
- 3) informacje o działaniach profilaktycznych.

Rozdział 6

Przechowywanie dokumentacji

§ 69. 1. Dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana przez podmiot leczniczy, który ją sporządził.

2. Dokumentacja zewnętrzna w postaci zleceń lub skierowań jest przechowywana przez podmiot, który zrealizował zleczone świadczenie zdrowotne.

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

§ 71. Miejsce przechowywania bieżącej dokumentacji wewnętrznej określa podmiot leczniczy.

§ 72. 1. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna przewidziana do zniszczenia może zostać wydana na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego albo osoby, o której mowa w § 7 pkt 2, za pokwitowaniem.

§ 73. 1. W przypadku wykreślenia podmiotu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą miejsce przechowywania dokumentacji wskazuje ten podmiot leczniczy, a w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą – podmiot tworzący.

2. W przypadku gdy wykreślenie podmiotu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą następuje na podstawie art. 108 ust. 2 pkt 1–4, 6 lub 7 ustawy o działalności leczniczej, organ prowadzący rejestr wzywa ten podmiot do wskazania miejsca przechowywania dokumentacji w wyznaczonym terminie, a po jego bezskutecznym upływie wskazuje miejsce przechowywania dokumentacji.

3. Jeżeli zadania podmiotu wykreślonego z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą przejmuje inny podmiot, podmiot ten przejmuje również dokumentację.

Rozdział 7

Udostępnianie dokumentacji

§ 74. 1. Podmiot udostępnia dokumentację podmiotom i organom uprawnionym bez zbędnej zwłoki.

2. W przypadku udostępnienia dokumentacji w sposób określony w art. 27 pkt 3 ustawy należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji.

§ 75. W przypadku gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, odmowa wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny.

Rozdział 8

Szczególne wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej

§ 76. 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 dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych;
- 4) identyfikację osoby dokonującej wpisu oraz osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i dokonywanych przez te osoby zmian, w szczególności dla odpowiednich rodzajów dokumentacji przyporządkowanie cech informacyjnych, zgodnie z § 9 ust. 2;

- 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.

§ 77. 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 podmiot 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.

§ 78. 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.

§ 79. 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 podmiot potwierdza ich zgodność z dokumentacją w postaci elektronicznej i opatruje swoim oznaczeniem, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 3. Dokumentacja wydrukowana powinna umożliwiać identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 9 ust. 2.

4. Do udostępniania dokumentacji w trybie określonym w § 74 ust. 1 i § 75 stosuje się odpowiednio przepisy ust. 1–3.

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

§ 81. 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.

§ 82. 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 9

Przepisy przejściowe i końcowe

§ 83. Dopuszcza się prowadzenie dokumentacji w sposób określony w przepisach dotychczasowych przez okres nie dłuższy niż 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

§ 84. Traci moc rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 18 grudnia 2009 r. w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 222, poz. 1765).

§ 85. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER OBRONY NARODOWEJ

w porozumieniu:

MINISTER ZDROWIA

**KRYTERIA OCENY STOSOWANE PRZY DOKONYWANIU WPISÓW W DOKUMENTACJI
DOTYCZĄCYCH CZASU TRWANIA CIĄŻY, PORONIEŃ, URODZEŃ ŻYWYCH I 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, o ile 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, o ile 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.

KARTA ZLECENIA WYJAZDU ZESPOŁU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Załącznik nr 3

Oznaczenie dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (ZRM)	Miejsce wyczekiwania ZRM (adres):
--	-----------------------------------

I - PRZYJĘCIE WEZWANIA

Jednostka przyjmująca zgłoszenie:	Kod przyjmującego dyspozytora medycznego:	Nr zlecenia wyjazdu:	Data przyjęcia wezwania (rrrr-mm-dd):	Czas przyjęcia wezwania (gg:mm):
-----------------------------------	---	----------------------	---------------------------------------	----------------------------------

Adres lub nazwa miejsca zdarzenia:

Miejscowość:	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:	Piętro:	Klatka:
Opis miejsca zdarzenia:					Współrzędne geograficzne

Powód wezwania:

Kod pilności* :	Wywiad - opis:
-----------------	----------------

Dane pacjenta:

Nazwisko i imię:	Wiek pacjenta: lat: m-cy: dni:	Określenie wieku: <input type="checkbox"/> dziecko <input type="checkbox"/> dorosły	Płeć: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
------------------	---	--	--

Dane wzywającego:

Nazwisko i imię:	Sposób wezwania: <input type="checkbox"/> automat telefoniczny <input type="checkbox"/> radio-telefon <input type="checkbox"/> teleinformatycznie <input type="checkbox"/> telefonicznie nr. telefonu wzywającego:	Powiadomiono: <input type="checkbox"/> Straż Poż. <input type="checkbox"/> Policja <input type="checkbox"/> insp. sanitarny <input type="checkbox"/> inne.....	Uwagi:
Określenie wzywającego: <input type="checkbox"/> osobiście <input type="checkbox"/> Straż Pożarna <input type="checkbox"/> Policja <input type="checkbox"/> lekarz <input type="checkbox"/> Straż Miejska <input type="checkbox"/> inne.....			

II - PODJĘCIE DECYZJI

Decyzja dotycząca wyjazdu: <input type="checkbox"/> zadysponowanie własnego ZRM <input type="checkbox"/> zadysponowanie ZRM innego dysponenta <input type="checkbox"/> przekazanie innemu dyspozytorowi ZRM <input type="checkbox"/> odwołanie ZRM	Identyfikator ZRM:	Identyfikator pojazdu:	Rodzaj wyjazdu: <input type="checkbox"/> na sygnale <input type="checkbox"/> zwykły	Typ zespołu: <input type="checkbox"/> specjalistyczny <input type="checkbox"/> podstawowy	Data i czas przekazania zlecenia do ZRM:
--	--------------------	------------------------	---	---	--

Skład ZRM: - zawód: Kierownik**	Zlecenie przekazano do: czas: godz.....min..... kod dysp.med.:.....	Zlecenie odwołał: imię i nazwisko osoby odwołującej ZRM: czas: godz.....min..... kod dysp.med.:.....	Zlecenie przekazano przez: <input type="checkbox"/> radio <input type="checkbox"/> tel. <input type="checkbox"/> inform. Kod dyspozytora medycznego zlecającego wyjazd ZRM:
---	--	--	---

III - REALIZACJA ZLECENIA

Udzielono pomocy: <input type="checkbox"/> w rejonie operacyjnym <input type="checkbox"/> poza rejonem operacyjnym <input type="checkbox"/> pacjent pozostał w miejscu zdarzenia <input type="checkbox"/> udzielono pomocy i przewieziono do: <input type="checkbox"/> IP/SOR <input type="checkbox"/> centrum urazowe <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> jednostki wyspecjalizowanej szpitala <input type="checkbox"/> przekazano lotniczemu ZRM. <input type="checkbox"/> brak pacjenta w miejscu zdarzenia <input type="checkbox"/> pacjent nie wyraża zgody na udział. pomocy	OŚWIADCZENIE PACJENTA Poinformowany, świadomy możliwości bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia nie wyrażam zgody na: <input type="checkbox"/> udzielenie pomocy medycznej <input type="checkbox"/> przewiezienie do szpitala Oświadczam również, iż udzielono mi wyczerpujących informacji o stanie zdrowia oraz uzyskałem odpowiedzi na zadawane przez mnie pytania. data.....godz..... podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	CZASY REALIZACJI ZLECENIA Czas wyjazdu ZRM: godz.....min..... Czas przybycia do miejsca zdarzenia: godz.....min..... Czas przekazania pacjenta w IP/SOR / innym: godz.....min..... Czas powrotu do miejsca wyczek. / zak. zlec.: godz.....min.....
--	--	---

IV - ZGON

Zgon nastąpił przed przybyciem ZRM <input type="checkbox"/> w trakcie med. czyn. rat. <input type="checkbox"/> w trakcie transportu <input type="checkbox"/>	Czas stw. zgonu / odstąpienia*** : :	Podejrzenie popeł. przest. Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Powiadomiono Policja <input type="checkbox"/> insp. sanit. <input type="checkbox"/> inne.....	Wydano Kartę zgonu Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
--	---	---	---	---

V - PODSUMOWANIE

Wydano Kartę Medycznych Czynności Ratunkowych pacjent <input type="checkbox"/> przedstawiciel ustawowy <input type="checkbox"/> szpital <input type="checkbox"/> inne.....	Zabiegi dezynfekcyjne po zak. wyjazdu Wykonano <input type="checkbox"/> Nie wykonano <input type="checkbox"/>	Wyst. Kartę Zgłoszenia Choroby Zakaźnej Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
---	--	--

Procedury medyczne udzielone przez ZRM (ICD9)	Podpis i pieczętka kierownika ZRM
---	-----------------------------------

* 1 - Alarmowy 2 - Pilny 3 - Inny ** Zaznaczyć kierownika ZRM
 *** Odstąpienie od medycznych czynności ratunkowych - dotyczy zespołu bez lekarza.

UZASADNIENIE

Przedkładany 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 2012 r. poz. 159, z późn. zm.). Przedmiotowe rozporządzenie zastąpi rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 18 grudnia 2009 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 222, poz. 1765, z późn. zm.).

Ze względu na potrzebę zapewnienia spójności regulacji zawartych w rozporządzeniu zakres zmian proponowanych w niniejszym projekcie rozporządzenia został ograniczony wyłącznie do kwestii służących temu celowi. Podmioty wykonujące działalność leczniczą są zobowiązane dostosować swoją działalność do regulacji wynikających z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217 i z 2014 r. poz. 24). Jednym z obszarów wymagających dostosowania jest oznaczenie w dokumentacji medycznej podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych. W obowiązującym stanie prawnym podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych jest podmiot leczniczy, natomiast dotychczasowe zakłady opieki zdrowotnej stały się przedsiębiorstwami podmiotów leczniczych. Ponadto w nowym porządku prawnym podmiotom leczniczym pozostawiono większą swobodę w kształtowaniu struktury organizacyjnej prowadzonych przez nie przedsiębiorstw (jednostki lub komórki organizacyjne). Powyższe zmiany uwzględnia niniejszy projekt rozporządzenia, co pozwoli podmiotom wykonującym działalność leczniczą na dostosowanie używanych w dokumentacji medycznej pieczętek lub druków zawierających oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych. Zakres danych dotyczących pacjenta, jakie zawiera dokumentacja medyczna zostanie dostosowany do art. 25 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Dodatkowo proponowane zmiany mają charakter legislacyjny i doprecyzowują pojęcie „podmiot leczniczy”, zgodnie ze zmianami systemowymi wynikającymi z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, które polegają na wskazaniu aktualnej podstawy prawnej, jaką jest ta ustawa z dnia w miejsce uchylonej ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.).

W niniejszym projekcie rozporządzenia uchyla się przepis dotyczący dokumentacji medycznej w poradni szpitala. Zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, szpital jest przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego, w którym są wykonywane

wyłącznie świadczenia szpitalne. W celu udzielania świadczeń ambulatoryjnych, podmiot leczniczy prowadzi odrębne przedsiębiorstwo, w którym prowadzi dokumentację medyczną właściwą dla podmiotu leczniczego udzielającego ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

Ponadto w projekcie tym została dodana regulacja dotycząca dokonywania wpisów w dokumentacji medycznej podmiotu leczniczego przez odpowiednio lekarza, pielęgniarkę, położną wykonującą praktykę zawodową w przedsiębiorstwie tego podmiotu. Wynika to z wprowadzenia nowego rodzaju praktyki zawodowej tzn. indywidualnej praktyki lekarskiej (pielęgniarki, położnej) wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem oraz indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej (pielęgniarki, położnej) wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem. W takim przypadku nie byłoby celowe wymaganie prowadzenia odrębnej dokumentacji medycznej i powielanie w niej wpisów zawartych w dokumentacji podmiotu leczniczego.

W niniejszym projekcie rozporządzenia wskazano zasady postępowania z dokumentacją medyczną w razie zakończenia działalności leczniczej. Zgodnie z art. 106 ust. 3 pkt 1a oraz ust. 4 pkt 8a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej informacja taka powinna być wpisana do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. W związku z powyższym rozporządzenie stanowi, że podmiot wykonujący działalność leczniczą wskazuje miejsce przechowywania dokumentacji medycznej po zaprzestaniu działalności, a w przypadku podmiotu leczniczego nie będącego przedsiębiorcą robi to podmiot tworzący. Określono również sposób postępowania w przypadku gdy wykreślenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą z rejestru następuje z urzędu – w takim przypadku organ prowadzący rejestr wzywa podmiot do wskazania miejsca przechowywania dokumentacji medycznej w wyznaczonym terminie, a w przypadku bezskutecznego upływu tego terminu sam wskazuje to miejsce. W przypadku gdy inny podmiot przejmuje zadania zlikwidowanej placówki przejmuje również jej dokumentację medyczną.

Powyższy projekt rozporządzenia jest także wykonaniem zaleceń Rzecznika Praw Obywatelskich wyrażonych w wystąpieniu do Ministra Obrony Narodowej w sprawie niekonstytucyjności zapisów dotyczących udostępniania dokumentacji medycznej na podstawie decyzji kierownika zakładu lub osoby przez niego upoważnionej w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt rozporządzenia został

udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronach internetowych Rządowego Centrum Legislacji.

Projekt rozporządzenia nie podlega notyfikacji zgodnie z procedurą określoną w rozporządzeniu 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, z późn. zm.).

Przedmiot projektowanego aktu prawnego nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

*Za zgodność pod względem prawnym,
legislacyjnym i redakcyjnym*

DEPARTAMENT
M
płk. ...
DIREKTOR
PRAWNEGO
Narodowej
TOMASZEWSKI
radca prawny

<p>Nazwa projektu rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz sposobu jej przetwarzania.</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Obrony Narodowej - wiodące Ministerstwo Zdrowia - współpracujące</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Minister Obrony Narodowej - Tomasz SIEMONIAK</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu ppłk Waław OFMAN, tel. 22 6 873 046</p>	<p>Data sporządzenia 08.01.2014 r.</p> <p>Źródło: Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.)</p> <p>Nr w wykazie prac: 187</p>
---	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Potrzeba wydania nowego projektu rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz sposobu jej przetwarzania wynika z:

- 1) Konieczności zapewnienia spójności regulacji wynikających z rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 18 grudnia 2009 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz sposobu jej przetwarzania z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.);
- 2) Konieczności zmian o charakterze legislacyjnym mających na celu uwzględnienie pojęcia „podmiot leczniczy”, zgodnie ze zmianami systemowymi wynikającymi z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, które polegają na wskazaniu aktualnej podstawy prawnej, jaką jest ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w miejsce uchylonej ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.);
- 3) Potrzeby wykonania zaleceń Rzecznika Praw Obywatelskich co do zmiany niektórych przepisów dotyczących udostępniania dokumentacji medycznej;
- 4) Konieczności wprowadzenia zmian w zakresie dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej dostosujących do uregulowań prawnych Ministerstwa Zdrowia w tym zakresie.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

1. Podmioty wykonujące działalność leczniczą zostały zobowiązane dostosować swoją działalność do regulacji wynikających z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Jednym z obszarów wymagających dostosowania jest oznaczenie w dokumentacji medycznej podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych. W obowiązującym stanie prawnym podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych jest podmiot leczniczy, natomiast dotychczasowe zakłady opieki zdrowotnej stały się przedsiębiorstwami podmiotów leczniczych. Ponadto w nowym porządku prawnym podmiotom leczniczym pozostawiono większą swobodę w kształtowaniu struktury organizacyjnej prowadzonych przez nie przedsiębiorstw (jednostki lub komórki organizacyjne). Powyższe zmiany uwzględnia niniejszy projekt rozporządzenia, co pozwoli podmiotom wykonującym działalność leczniczą na dostosowanie używanych w dokumentacji medycznej pieczętek lub druków zawierających oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych. Zmiana obowiązującego rozporządzenia ma na celu dostosowanie zakresu danych dotyczących pacjenta, jakie zawiera dokumentacja medyczna do art. 25 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

2) Zmiany o charakterze legislacyjnym mające na celu uwzględnienie pojęcia „podmiot leczniczy”, zgodnie ze zmianami systemowymi wynikającymi z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, które polegają na wskazaniu aktualnej podstawy prawnej, jaką jest ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w miejsce uchylonej ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.);

3) Uchylenie przepisu dotyczącego dokumentacji medycznej w poradni szpitala. Zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, szpital jest przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego, w którym są wykonywane są wyłącznie świadczenia szpitalne. W celu udzielania świadczeń ambulatoryjnych, podmiot leczniczy prowadzi odrębne przedsiębiorstwo, w którym prowadzi dokumentację medyczną właściwą dla podmiotu leczniczego udzielającego ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

Ponadto w projekcie rozporządzenia została dodana regulacja dotycząca dokonywania wpisów w dokumentacji medycznej podmiotu leczniczego przez odpowiednio lekarza, pielęgniarkę, położną wykonującą praktykę zawodową w przedsiębiorstwie tego podmiotu. Wynika to z wprowadzenia, w drodze ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, nowego rodzaju praktyki zawodowej tzn. indywidualnej praktyki lekarskiej (pielęgniarki, położnej) wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem oraz indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej (pielęgniarki, położnej) wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem. W takim przypadku nie byłoby celowe wymaganie prowadzenia odrębnej dokumentacji medycznej i powielanie w niej wpisów zawartych w dokumentacji podmiotu leczniczego.

W niniejszym projekcie rozporządzenia wskazano zasady postępowania z dokumentacją medyczną w razie zakończenia działalności leczniczej. Zgodnie z art. 106 ust. 3 pkt 1a oraz ust. 4 pkt 8a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217) informacja taka powinna być wpisana do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. W związku z powyższym rozporządzenie stanowi, że podmiot wykonujący działalność leczniczą wskazuje miejsce przechowywania dokumentacji medycznej po zaprzestaniu działalności, a w przypadku podmiotu leczniczego nie będącego przedsiębiorcą robi to podmiot tworzący. Określono również sposób postępowania w przypadku gdy wykreślenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą z rejestru następuje z urzędu - w takim przypadku organ prowadzący rejestr wzywa podmiot do wskazania miejsca przechowywania dokumentacji medycznej w wyznaczonym terminie, a w przypadku bezskutecznego upływu tego terminu sam wskazuje to miejsce. W przypadku gdy inny podmiot przejmuje zadania zlikwidowanej placówki przejmuje również jej dokumentację medyczną.

4) Usunięto niekonstytucyjne zapisy dotyczące udostępniania dokumentacji medycznej na podstawie decyzji kierownika lub osoby przez niego upoważnionej w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej.

5) Podmioty lecznicze utworzone przez Ministra Obrony Narodowej funkcjonują głównie w ramach powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ). Wobec tego w przedmiotowym projekcie wprowadzono zmiany legislacyjne dostosowujące go do uregulowań prawnych Ministerstwa Zdrowia w tym zakresie.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Nie dotyczy.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Rozporządzenie będzie oddziaływało na podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz pacjentów tych podmiotów.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Przedstawiany projekt został uzgodniony z podmiotami leczniczymi utworzonymi przez Ministra Obrony Narodowej (instytuty, szpitale wojskowe oraz Wojskowe Specjalistyczne Przychodnie Lekarskie).

Projekt zostanie przekazany do Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej, zgodnie z art. 30 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.).

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

Projektowane rozporządzenia **nie będzie miało wpływu** na sektor finansów publicznych.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

Projektowane rozporządzenie **nie będzie miało wpływu** na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe.

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

<input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy	
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Komentarz

9. Wpływ na rynek pracy

Projektowane rozporządzenie **nie będzie miało wpływu** na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> zdrowie
--	--	--

Omówienie wpływu	Projektowane rozporządzenie zapewni spójność regulacji obowiązujących w Ministerstwie Obrony Narodowej i Ministerstwie Zdrowia w zakresie dokumentacji medycznej i jej przetwarzania. Nie będzie miało wpływu na ochronę zdrowia i zmniejszenie ryzyka chorób.
------------------	--

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Wraz z wejściem projektu w życie.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Nie dotyczy.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)