

Projekt 13.07.2010 r.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2010 r.

w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

Na podstawie art. 30 ust.1 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. Dokumentacja medyczna, zwana dalej "dokumentacją" jest prowadzona w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej.

§ 2. 1. Dokumentację stanowi:

- 1) dokumentacja indywidualna - odnosząca się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, zwanego dalej „podmiotem”;
- 2) dokumentacja zbiorcza - odnosząca się do ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot.
2. Dokumentacja indywidualna obejmuje:
 - 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną - przeznaczoną na potrzeby podmiotu;
 - 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 badania diagnostyczne lub konsultacje;
 - 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 dokumentacji indywidualnej zewnętrznej lub załącza jej kopie.

§ 3. Przy dokonywaniu wpisów w dokumentacji dotyczących czasu trwania ciąży, poronień, urodzeń żywych i martwych stosuje się kryteria oceny określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

§ 4. 1. Wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego.

2. Wpisy w dokumentacji powinny być czytelne i dokonywane w porządku chronologicznym.

3. Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu, zgodnie z § 10

ust. 1 pkt 3, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej.¹

4. 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 § 10 ust. 1 pkt 3.

§ 5. Strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej powinny być ponumerowane i tworzyć chronologicznie uporządkowaną całość. W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, strony powinny być ponumerowane.

§ 6. 1. Każda strona dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci papierowej powinna być oznaczona co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta. W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci elektronicznej, każda strona powinna być oznaczona 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 prowadzonej 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.

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

§ 8. Do dokumentacji indywidualnej dołącza się:

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

§ 9. 1. Podmiot kierujący na badanie lub konsultację przekazuje podmiotowi, do którego kieruje pacjenta, wraz ze skierowaniem, informacje z dokumentacji indywidualnej pacjenta niezbędne do przeprowadzenia tego badania lub konsultacji.

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

- 1) oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
- 3) oznaczenie podmiotu, do którego kieruje się pacjenta na badanie lub konsultację;
- 4) rozpoznanie ustalone przez lekarza kierującego na badanie lub konsultację;
- 5) inne informacje lub dane, w szczególności wyniki badań diagnostycznych, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia badania lub konsultacji;
- 6) datę wystawienia skierowania;
- 7) oznaczenie kierującego na badanie lub konsultację, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

3. Podmiot przeprowadzający badanie lub konsultację przekazuje podmiotowi, który wystawił skierowanie, pełne dane o wynikach tych badań lub konsultacji, wraz z rozpoznaniem choroby.

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

- 1) oznaczenie podmiotu:
 - a) nazwę podmiotu,
 - b) adres podmiotu wraz z numerem telefonu,
 - c) resortowy kod identyfikacyjny, 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.²⁾), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący I część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - w przypadku zakładu opieki zdrowotnej;

- d) nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący V część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku zakładu opieki zdrowotnej;
 - e) nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych oraz jej kod resortowy – w przypadku zakładu opieki zdrowotnej;
 - f) numer wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową izbę lekarską – w przypadku indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, grupowej praktyki lekarskiej,
 - g) numer wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych – w przypadku indywidualnej praktyki pielęgniarek, położnych, indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarek, położnych, grupowej praktyki pielęgniarek, położnych;
 - 2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy, a w przypadku dziecka do 1 roku życia – także numer PESEL matki dziecka, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość matki, a w przypadku jej braku – numer PESEL ojca dziecka albo innego przedstawiciela ustawowego, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego jego tożsamość;
 - 3) oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie lub konsultację, lub leczenie:
 - a) nazwisko i imię,
 - b) tytuł zawodowy,
 - c) uzyskane specjalizacje,
 - d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki, położnej,
 - e) podpis;
 - 4) datę dokonania wpisu;
 - 5) informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji uzyskane w toku badania lub konsultacji, 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) informacje dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz 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 może zawierać podpis elektroniczny.

§ 11. Dokumentacja zbiorcza, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 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 stwierdzającego tożsamość pacjenta albo jego matki – w przypadku noworodka, oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a – d, datę dokonania wpisu oraz, jeżeli to wynika z przeznaczenia dokumentacji, istotne informacje dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych.

Rozdział 2

Dokumentacja w zakładzie opieki zdrowotnej

§ 12. 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 albo w szpitalnym oddziale ratunkowym,
 - c) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego,
 - d) księgi chorych oddziału,
 - e) księgi raportów lekarskich,
 - f) księgi raportów pielęgniarzkich,
 - g) księgi zabiegów,
 - h) księgi bloku operacyjnego lub sali operacyjnej,

- i) księgi bloku porodowego lub sali porodowej,
 - j) księgi noworodków,
 - k) księgi pracowni diagnostycznej;
- 3) dokumentację indywidualną zewnętrzną w formie karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, skierowania i 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.

§ 13. 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, dokonuje się kolejnych wpisów w historii choroby założonej przy przyjęciu pacjenta po raz pierwszy.

§ 14. 1. Historia choroby składa się z:

- 1) formularza historii choroby;
 - 2) dokumentów dodatkowych, w szczególności:
 - a) karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej,
 - b) karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną,
 - c) karty obserwacji lub karty obserwacji przebiegu porodu,
 - d) karty gorączkowej,
 - e) karty zleceń lekarskich,
 - f) karty przebiegu znieczulenia, jeżeli było wykonane w związku z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi,
 - g) karty zabiegów fizjoterapeutycznych, jeżeli były wykonane.
 - h) karty medycznych czynności ratunkowych, jeżeli była wystawiona,
 - i) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, dołączanej po wypisaniu pacjenta ze szpitala,
 - j) wyników badań diagnostycznych,
 - k) wyników konsultacji, jeżeli nie zostały wpisane w formularzu historii choroby,
 - l) protokołu operacyjnego, jeżeli była wykonana operacja.
2. Do historii choroby dołącza się oświadczenia pacjenta, o których mowa w § 8, jeżeli nie zostały wpisane w formularzu historii choroby.
3. 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 lub leczniczego;
 - 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.
4. Oryginały dokumentów, o których mowa w ust. 3 pkt 1 i 3, zwraca się za pokwitowaniem pacjentowi przy wypisie, sporządzając ich kopie, które pozostawia się w dokumentacji wewnętrznej szpitala.
5. W razie wykonania sekcji zwłok do historii choroby dołącza się protokół badania sekcyjnego.

§ 15. Formularz historii choroby zawiera pogrupowane informacje dotyczące:

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

§ 16. 1. Formularz historii choroby, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala, zawiera dane określone w § 10 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 § 10 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 § 10 ust. 1 pkt 1;
 - 2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
 - 3) rozpoznanie ustalone przez lekarza, położną kierujących do szpitala;
 - 4) inne informacje lub dane, w szczególności wyniki badań diagnostycznych, w zakresie niezbędnym do udzielenia świadczenia zdrowotnego;
 - 5) datę wystawienia skierowania;
 - 6) oznaczenie kierującego do szpitala, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

§ 17. 1. Formularz historii 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, działaniach 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) 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 pielęgniarskich lub położniczych w postaci karty indywidualnej pielęgnacji lub karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną.
3. Wpisy dotyczące przebiegu hospitalizacji są dokonywane na bieżąco przez osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych i opatrzone jej oznaczeniem, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.
4. Wpisy w karcie obserwacji lub w karcie obserwacji przebiegu porodu są dokonywane przez lekarza, pielęgniarkę lub położną i opatrzone ich oznaczeniem, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.
5. Wpisy w karcie zleceń lekarskich są dokonywane przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem oraz opatrzone jego oznaczeniem, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3. Wpisy o wykonaniu zlecenia są dokonywane przez osobę wykonującą zlecenie oraz opatrzone jej oznaczeniem, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.
6. Wpisy w karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej lub karcie indywidualnej opieki prowadzonej przez położną są dokonywane przez pielęgniarkę lub położną sprawującą opiekę nad pacjentem oraz opatrzone jej oznaczeniem, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3. Wpisy o wykonaniu zlecenia, czynności pielęgniarskiej lub położniczej są dokonywane przez osobę realizującą plan opieki oraz opatrzone jej oznaczeniem, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.
7. Wpisy dotyczące monitorowania bólu są dokonywane przez lekarza, pielęgniarkę lub położną i opatrzone ich oznaczeniem, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

§ 18. Karta obserwacji przebiegu porodu zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz dodatkowo:

- 1) informacje o postępie porodu;
- 2) ocenę częstości występowania oraz charakterystykę skurczów macicy;
- 3) ocenę stanu płodu;
- 4) informacje o rodzajach i dawkach stosowanych leków;
- 5) ocenę stanu urodzonego noworodka.

§ 19. 1. Formularz historii 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 Dziesiąta;
- 4) epikryzę;
- 5) adnotację o przyczynie i okolicznościach wypisania ze szpitala, zgodnie z art. 22 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej;

6) datę wypisu.

2. Wypisania pacjenta dokonuje lekarz prowadzący, przedstawiając zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby do oceny i podpisu lekarzowi kierującemu komórką organizacyjną udzielającą świadczeń zdrowotnych.

§ 20. Formularz historii choroby, w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala w przypadku zgonu pacjenta, poza informacjami wymienionymi w § 19 ust. 1 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 nimi:
 - 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.

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

2. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego podpisuje lekarz wypisujący i lekarz kierujący komórką organizacyjną udzielającą świadczeń zdrowotnych.

3. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawiera dane określone w § 10 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) orzeczone 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.

4. Na życzenie pacjenta, o którym mowa w art. 9 ust. 4 ustawy, dopuszcza się podanie rozpoznania w języku łańskim.

5. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego w przypadku zgonu pacjenta zawiera dane, o których mowa w § 10 ust. 1 pkt 1-4, rozpoznanie choroby w języku polskim oraz dane, o których mowa w § 20 pkt 1, 2 i 4.

6. Dwa egzemplarze karty informacyjnej z leczenia szpitalnego wydawane są pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta, a w razie jego śmierci - osobie, o której mowa w § 8 pkt 1. Trzeci egzemplarz karty informacyjnej z leczenia szpitalnego dołączany jest do historii choroby, z zastrzeżeniem ust. 7.

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 pacjentowi w dwóch egzemplarzach.

§ 22. 1. Kartę noworodka zakłada się noworodkowi urodzonemu w szpitalu.

2. Karta noworodka zawiera dane określone w § 10 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,
 - c) numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość matki,
 - d) grupa krwi oraz czynnik Rh;
- 3) dane dotyczące poprzednich ciąż i porodów matki noworodka:
 - a) liczbę ciąż i porodów, w tym liczbę dzieci żywo i 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,
 - d) powikłania porodowe,
 - e) czas trwania I, II okresu porodu;
 - 6) dane dotyczące noworodka:
 - a) datę urodzenia – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym;
 - b) płeć,
 - c) wagę,
 - d) długość,
 - e) obwód głowy,
 - f) obwód klatki piersiowej,
 - g) ocenę według skali Apgar,
 - h) urazy okołoporodowe,
 - i) stwierdzone nieprawidłowości;
 - 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 minut, w systemie 24-godzinnym, oraz przyczynę zgonu.

§ 23. 1. W razie 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 przechowywany jest przez podmiot wykonujący sekcję oraz dołączany do historii choroby.

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

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

5. Lekarz prowadzący lub lekarz wyznaczony przez lekarza kierującego komórką organizacyjną udzielającą świadczeń zdrowotnych przedstawia zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby do akceptacji i podpisu lekarzowi kierującemu komórką organizacyjną udzielającą świadczeń zdrowotnych.

§ 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 § 13 ust. 2, historia choroby jest przechowywana w komórce organizacyjnej udzielającej świadczenia zdrowotnego przez cały okres leczenia.

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

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 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 przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość matki, 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 razie zgonu pacjenta - datę zgonu;
 - 10) adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany;
 - 11) adnotację o zleceniu transporty sanitarnego, jeżeli zostało wydane;
 - 12) adnotację o okolicznościach, o których mowa w art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej;
 - 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 za leczenie na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
 - 15) oznaczenie lekarza wypisującego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a - d;
 - 16) numer karty depozytowej, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 40 ustawy.
2. W przypadku, o którym mowa w § 13 ust. 2, nadaje się tylko jeden numer kolejny w księdze głównej przyjęć i wypisów.

§ 26. 1. Księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć albo w szpitalnym oddziale ratunkowym, opatrzona numerem książki, zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 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 przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta;
 - 4) oznaczenie lekarza kierującego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit a - d;
 - 5) datę zgłoszenia się pacjenta do szpitala - ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
 - 6) rozpoznanie ustalone przez lekarza kierującego lub 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 związanych z nimi produktach leczniczych wraz z dawkowaniem i 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-godzinny;
 - 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 transporty sanitarnego, jeżeli zostało wydane;
 - 14) oznaczenie lekarza, zgodnie z § 10 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. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny pacjenta;
- 3) datę i godzinę dokonania wpisu;
- 4) oznaczenie 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) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

§ 28. Księga chorych komórki organizacyjnej, opatrzona numerem księgi, zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 3) datę przyjęcia - ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym;
- 4) numer kolejny 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 przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość matki;
- 6) oznaczenie lekarza prowadzącego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit a - d;
- 7) datę i godzinę wypisu, przeniesienia do innej komórki organizacyjnej albo zgonu pacjenta;
- 8) rozpoznanie wstępne;
- 9) rozpoznanie przy wypisie albo adnotację o wystawieniu karty zgonu;
- 10) adnotację o miejscu, dokąd pacjent został wypisany;
- 11) oznaczenie lekarza wypisującego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit a - d.

§ 29. Księga raportów lekarskich zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny wpisu;
- 3) datę sporządzenia raportu;
- 4) treść raportu, w szczególności: 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 stwierdzającego tożsamość matki, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- 5) oznaczenie lekarza dokonującego wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

§ 30. Księga raportów pielęgniarских zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny wpisu;
- 3) treść raportu, w szczególności: 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 stwierdzającego tożsamość matki, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- 4) datę sporządzenia raportu;
- 5) oznaczenie pielęgniarki lub położnej dokonującej wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3;
- 6) statystykę komórki organizacyjnej, w tym liczbę osób przyjętych, wypisanych, zmarłych.

§ 31. Księga zabiegów zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 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 przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość matki;
- 5) oznaczenie lekarza zlecającego zabieg, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit a - d, a w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot - także oznaczenie tego podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 6) adnotację o rodzaju zabiegu i jego przebiegu;
- 7) oznaczenie lekarza lub innej osoby uprawnionej do udzielania świadczeń zdrowotnych wykonujących zabieg, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

§ 32. Księga bloku operacyjnego lub sali operacyjnej zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 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 przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość matki;
- 4) kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał;
- 5) rozpoznanie przedoperacyjne i oznaczenie lekarza kierującego na zabieg lub operację, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit a - d, a jeżeli kierującym jest inny podmiot - także oznaczenie tego podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 6) oznaczenie lekarza kwalifikującego pacjenta do zabiegu lub operacji, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt

3 lit a - d;

- 7) datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu lub operacji - ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 8) adnotacje o rodzaju i przebiegu zabiegu lub operacji;
- 9) szczegółowy opis zabiegu lub operacji wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym;
- 10) zlecone badania diagnostyczne;
- 11) rodzaj znieczulenia zastosowanego u pacjenta i jego szczegółowy opis oraz oznaczenie lekarza anestezjologa, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3;
- 12) oznaczenie osób wchodzących odpowiednio w skład zespołu operacyjnego, zespołu zabiegowego, zespołu anestezjologicznego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3, z wyszczególnieniem osoby wykonującej operację lub zabieg.

§ 33. Księga bloku porodowego lub sali porodowej zawiera:

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

§ 34. 1. Księga noworodków zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
 - 2) numer kolejny noworodka w księdze;
 - 3) imię i nazwisko oraz numer PESEL matki noworodka, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;
 - 4) datę urodzenia noworodka – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinny;
 - 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-godzinny oraz przyczynę zgonu.
2. W księdze noworodków wpisuje się noworodki urodzone w szpitalu.

§ 35. Księga pracowni diagnostycznej zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 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 przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość matki, oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta;
- 5) kod resortowy komórki organizacyjnej zlecającej badanie, a jeżeli zlecającym jest inny podmiot - także oznaczenie tego podmiotu;
- 6) oznaczenie lekarza zlecającego badanie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit a - d;

- 7) adnotację o rodzaju badania;
- 8) oznaczenie osoby wykonującej badanie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

§ 36. 1. Do prowadzenia dokumentacji w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, zakładzie rehabilitacji leczniczej lub innym zakładzie przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, stosuje się odpowiednio przepisy § 13 ust. 1, § 14, 25, 27, 29 – 31 i 35, z zastrzeżeniem, że dokumentacja sporządzana jest przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych w tym zakładzie.

2. Do prowadzenia dokumentacji w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego stosuje się odpowiednio przepisy § 12 -17, 19 – 21, 23 – 32 i 35.

§ 37. 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, jeśli było wykonane w związku z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi,
 - e) wyników badań diagnostycznych,
 - f) protokołu operacyjnego, jeżeli była wykonana operacja.
3. Przepisy § 13, 15 – 17, 19 – 21, 23 – 25, 27 – 32 i 35 stosuje się odpowiednio.

§ 38. Do dokumentowania porad ambulatoryjnych udzielanych w poradni szpitala, stosuje się odpowiednio przepisy § 27 i 39 – 44.

§ 39. Zakład opieki zdrowotnej udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii zdrowia i choroby;
- 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną, o której mowa w § 2 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 pielęgniarzkiej.

§ 40. 1. Historię zdrowia i choroby zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy pacjentowi dotychczas niezarejestrowanemu w zakładzie opieki zdrowotnej, o którym mowa w § 39.

2. Jeżeli jest to uzasadnione rodzajem udzielanych świadczeń zdrowotnych, historię zdrowia i choroby zakłada się również w określonej komórce organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w § 39.

§ 41. 1. Historia zdrowia i choroby zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz dodatkowo:

- 1) informacje dotyczące ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów;
- 2) informacje dotyczące porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych;
- 3) informacje dotyczące 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.³⁾) 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;
- 3) pobytach w szpitalu;
- 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 § 10 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 obejmujących pacjenta i jego środowisko, a 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 § 10 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.

7. Do historii zdrowia i choroby dołącza się upoważnienia, o których mowa w § 8.

§ 42. 1. Podmiot sprawujący opiekę nad kobietą ciężarną prowadzi kartę przebiegu ciąży, która zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz dodatkowo:

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

2. Karta przebiegu ciąży w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, zawiera informacje, o których mowa w § 41 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 ciąż i porodów przebytych, z uwzględnieniem sposobu ich zakończenia;
- 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 § 41 ust. 4, oraz dodatkowo:

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

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

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 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 przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość matki, oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta;
- 5) oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit a - d;
- 6) rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego.

§ 44. Kartoteka środowisk epidemiologicznych składa się z kart zawierających:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) oznaczenie pacjenta zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
- 2) oznaczenie środowiska epidemiologicznego, w szczególności opis środowiska epidemiologicznego i adres;
- 3) dane osób zamieszkujących wspólnie z pacjentem, w szczególności ich nazwiska i imiona oraz daty urodzenia;
- 4) ocenę warunków socjalnych w środowisku, jeżeli mogą mieć znaczenie dla stanu zdrowia pacjenta.

§ 45. Żłobek prowadzi dokumentację zbiorczą w formie księgi dzieci objętych opieką, która zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) imię i nazwisko dziecka;
- 3) data urodzenia dziecka;
- 4) adres zamieszkania dziecka;
- 5) imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka;
- 6) adres zamieszkania i numer telefonu przedstawiciela ustawowego dziecka lub upoważnionej przez niego osoby;
- 7) informacje związane ze stanem zdrowia dziecka niezbędne ze względu na sprawowaną opiekę.

§ 46. Do księgi pracowni diagnostycznej sporządzanej i prowadzonej przez zakład opieki zdrowotnej udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych stosuje się odpowiednio przepis § 35.

§ 47. Do księgi zabiegów sporządzanej i prowadzonej przez zakład opieki zdrowotnej udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych stosuje się odpowiednio przepis § 31.

§ 48. 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 oraz karty medycznej Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

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

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 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 numeru telefonu, jeżeli są znane;
- 7) oznaczenie zespołu ratownictwa medycznego, który został zadysponowany na miejsce zdarzenia (P lub S);
- 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 do miejsca wezwania;
- 10) informację o zaleceniach co do dalszego postępowania w razie odmowy wysłania zespołu ratownictwa medycznego;
- 11) imię i nazwisko lub kod przyjmującego wezwanie.

§ 50. Wzór karty zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 51. 1. Wzór karty medycznych czynności ratunkowych określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

2. Karta medycznych czynności ratunkowych wydawana jest pacjentowi, a w przypadku przewiezienia pacjenta do zakładu opieki zdrowotnej – przekazywana do tego zakładu.

§ 52. Wzór karty medycznej Lotniczego Pogotowia Ratunkowego określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

§ 53. Pracownia diagnostyczna będąca odrębnym zakładem opieki zdrowotnej prowadzi księgę pracowni diagnostycznej w sposób, o którym mowa w § 35.

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

2. Księga pracowni, opatrzona numerem księgi, zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z art 25 pkt 1 ustawy;
- 3) oznaczenie lekarza zlecającego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit a, b i d;
- 4) datę przyjęcia zlecenia i datę jego zakończenia;
- 5) oznaczenie osoby wykonującej zlecenie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3;
- 6) rodzaj zleconej pracy.

3. Indywidualna 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 § 10 ust. 1 pkt 3;
- 4) oznaczenie kierownika pracowni, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

4. Do karty dołącza się zlecenie lekarza.

§ 55. 1. Zakład rehabilitacji leczniczej prowadzi księgę zabiegów leczniczych oraz karty pacjentów, którym są udzielane świadczenia w trybie ambulatoryjnym.

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

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 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 przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość matki;
- 4) datę zabiegu;
- 5) oznaczenie lekarza zlecającego świadczenie zdrowotne, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit a - d;
- 6) dane o programie rehabilitacji i jego wykonaniu;
- 7) rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego;
- 8) oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu zabiegowego udzielającego świadczenia zdrowotnego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

3. Do księgi zabiegów leczniczych dołącza się zlecenie lekarza.

§ 56. 1. Dokumentację podpisuje osoba udzielająca w zakładzie opieki zdrowotnej świadczeń zdrowotnych zgodnie z uprawnieniami zawodowymi i ustalonym zakresem czynności.

2. Za prawidłowe prowadzenie dokumentacji odpowiada kierujący komórką organizacyjną zakładu opieki zdrowotnej.

Rozdział 3

Dokumentacja prowadzona przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej albo grupowej praktyki lekarskiej

§ 57. Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej albo grupowej praktyki lekarskiej, zwanych dalej „praktyką lekarską” prowadzi dokumentację indywidualną:

- 1) wewnętrzną w formie historii zdrowia i choroby lub 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 i opinii lekarskiej.

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

2. Historia zdrowia i choroby zawiera dane określone w § 10 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 § 41 ust. 3.

4. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera informacje, o których mowa w § 41 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. Do historii zdrowia i choroby dołącza się oświadczenia, o których mowa w § 8.

§ 59. 1. Karta obserwacji przebiegu porodu zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4, oznaczenie grupy krwi i czynnika Rh pacjentki oraz dodatkowo:

- 1) informacje o postępie porodu;
- 2) ocenę częstości występowania oraz charakterystykę skurczów macicy;
- 3) ocenę stanu płodu;
- 4) informacje o rodzajach i dawkach stosowanych leków;
- 5) ocenę stanu urodzonego noworodka.

2. W karcie obserwacji przebiegu porodu, o której mowa w ust. 1, wpisuje się także datę rozpoczęcia oraz zakończenia opieki nad pacjentką lub powierzenia jej innemu podmiotowi – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym.

§ 60. Do prowadzenia przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki lekarskiej karty przebiegu ciąży stosuje się odpowiednio przepis § 42.

Rozdział 4

Dokumentacja prowadzona przez pielęgniarkę i położną udzielającą świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki pielęgniarki lub położnej, indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki, położnej albo grupowej praktyki pielęgniarki, położnej

§ 61. Pielęgniarka udzielająca świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki pielęgniarki, indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki albo grupowej praktyki pielęgniarki, zwanych dalej „praktyką pielęgniarki”, 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.

§ 62. Położna udzielająca świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki położnej, indywidualnej specjalistycznej praktyki położnej albo grupowej praktyki położnej, zwanych dalej „praktyką położnej”, 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

§ 63. 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.

§ 64. 1. Dokumentacja, o której mowa w § 61 pkt 1 oraz w § 62 pkt 1 lit. a i b, zawiera dane określone w § 10 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 § 10 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 § 41 ust. 3.

3. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera informacje, o których mowa w § 41 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.

§ 65. Karta obserwacji przebiegu porodu zawiera dane, o których mowa w § 59.

§ 66. Do prowadzenia przez położną udzielającą świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki położnej karty przebiegu ciąży stosuje się odpowiednio przepis § 42.

Rozdział 5

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

§ 67. 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.

§ 68. Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia zawiera dane określone w § 10 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.

§ 69. Indywidualna dokumentacja ucznia zawiera dane określone w § 10 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.

§ 70. 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

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

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

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

§ 73. Miejsce przechowywania bieżącej dokumentacji wewnętrznej określa podmiot, a w zakładzie opieki zdrowotnej - kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych tego zakładu w porozumieniu z kierownikiem zakładu.

§ 74. 1. Po upływie okresów przechowywania określonych w art. 29 ust. 1 ustawy dokumentacja, z zastrzeżeniem przepisów o narodowym zasobie archiwalnym, 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, a w razie śmierci pacjenta - osoby przez niego upoważnionej do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu, za pokwitowaniem.

3. Do zniszczenia dokumentacji stosuje się odpowiednio przepisy wydane na podstawie art. 5 ust. 2 lub 2b ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2006 r. Nr 97, poz. 673, z późn. zm.⁴⁾)

§ 75. 1. W przypadku likwidacji zakładu opieki zdrowotnej miejsce przechowywania dokumentacji określa:

- 1) podmiot, który utworzył zakład;
- 2) organ prowadzący rejestr zakładów opieki zdrowotnej, w przypadku, gdy wykreślenie zakładu z rejestru nastąpiło w trybie i na zasadach określonych w art. 15 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

2. Jeżeli zadania zlikwidowanego zakładu opieki zdrowotnej przejmuje inny podmiot, podmiot ten przejmuje dokumentację tego zakładu.

§ 76. W przypadku zaprzestania wykonywania zawodu lekarza w ramach praktyki lekarskiej albo zawodu pielęgniarki lub położnej w ramach praktyki pielęgniarki lub położnej, odpowiednio lekarz, pielęgniarka lub położna wydają dokumentację na wniosek uprawnionych podmiotów, za pokwitowaniem.

Rozdział 7

Udostępnianie dokumentacji

§ 77. W razie śmierci pacjenta dokumentacja jest udostępniana osobie przez niego upoważnionej do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu.

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

§ 79. 1. Odmowa udostępnienia dokumentacji wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny.

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

Rozdział 8

Szczególne wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej

§ 80. 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 i skuteczny dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych 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 § 10 ust. 1 pkt 3 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.

§ 81. 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 jej czytelność, dostęp i spójność dokumentacji.

§ 82. 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 aż do upływu okresu przechowywania dokumentacji.

§ 83. 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 § 10 ust. 1 pkt 3. Dokumentacja wydrukowana powinna umożliwiać identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 10 ust. 2.

4. Do udostępniania dokumentacji w trybie określonym w § 74 ust. 2 i § 76 stosuje się odpowiednio przepisy ust. 1-3.

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

§ 85. 1. Dokumentacja prowadzona w postaci elektronicznej powinna być sporządzana 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 przenoszących te normy.

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

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

§ 86. 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.

Przepis przejściowy

§ 87. Dopuszcza się prowadzenie dokumentacji na podstawie dotychczasowych przepisów przez okres 6 miesięcy od wejścia w życie rozporządzenia.

Przepis końcowy

§ 88. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.⁵⁾

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

²⁾ Zmiany 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 oraz z 2009 r. Nr 19, poz. 100 i Nr 76, poz. 641, Nr 98, poz. 817 i Nr 157, poz. 1241 i Nr 219, poz. 1707.

³⁾ 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 oraz z 2010 r. Nr 50, poz. 301.

⁴⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. Nr 104, poz. 708, Nr 170, poz. 1217, Nr 220, poz. 1600, z 2007 r. Nr 64, poz. 426, z 2008 r. Nr 227, poz. 1505 oraz z 2010 r. Nr 40, poz. 230 i Nr 47, poz. 278.

⁵⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2001 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz.U. Nr 83, poz. 903), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2003 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowych warunków jej udostępniania przez pielęgniarkę, położną udzielającą świadczeń zdrowotnych (Dz.U. Nr 147, poz. 1437) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. Nr 247, poz. 1819, z późn. zm.), które tracą moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia

(z dnia, poz.....)

Załącznik nr 1

**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.

[Uwaga! To jest uzasadnienie do tekstu pierwotnego. Redakcja INFORLEX.PL]

Załącznik nr 2

KARTA ZLECENIA WYJAZDU ZESPOŁU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Dysponent jednostki Ratownictwa Medycznego (nazwa, adres, nr tel., REGON) [Uwaga! To jest uzasadnienie do tekstu pierwotnego. Redakcja INFORLEX.PL]	Zespół (S/P):	Miejsce wyczekiwania ZRM (adres):
---	---------------	-----------------------------------

I - PRZYJĘCIE WEZWANIA

Jednostka przyjmująca wezwanie:	Kod przyjmującego dyspozytora medycznego:	Nr zlecenia wyjazdu:	Data i czas przyjęcia wezwania:
---------------------------------	---	----------------------	---------------------------------

Adres lub nazwa miejsca wezwania:

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

Powód wezwania:

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

Dane chorego:

Nazwisko i imię:	Wiek chorego: 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 tel. <input type="checkbox"/> radio-telef. <input type="checkbox"/> teleinformatycznie <input type="checkbox"/> telef. - nr. zgłaszającego:	Uwagi:
Określenie wzywającego: <input type="checkbox"/> osobiście/rodzina <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"/> Wysłanie zespołu własnego <input type="checkbox"/> Przekazanie innemu dysponentowi <input type="checkbox"/> Odwołanie	Identyfikator zespołu:	Identyfikator pojazdu:	Rodzaj wyjazdu: <input type="checkbox"/> na sygnale <input type="checkbox"/> zwykły	Typ zespołu: <input type="checkbox"/> Specjalistyczny <input type="checkbox"/> Podstawowy <input type="checkbox"/> inny	Powiadomiono: <input type="checkbox"/> Straż Poż. <input type="checkbox"/> Policja <input type="checkbox"/> Służby sanit. <input type="checkbox"/> inne	Data i czas decyzji wyjazdu:
Kierownik* / skład zespołu: <input type="checkbox"/> lekarz:..... <input type="checkbox"/> pielęgn./rat.med.:..... <input type="checkbox"/> ratownik med.:..... <input type="checkbox"/> kierowca/rat.med.:.....	Zlecenie przekazano do dysponenta:..... Czas: g.....m..... Kod dysp.med.:.....		Zlecenie odwołał: nazwisko:..... Czas: g.....m..... Kod dysp.med.:.....		Zlecenie przekazano przez: <input type="checkbox"/> radio <input type="checkbox"/> tel. <input type="checkbox"/> inform. Dane dyspozytora med.:	

III - REALIZACJA ZLECENIA

Udzielono pomocy: <input type="checkbox"/> w rejonie <input type="checkbox"/> poza rejonem <input type="checkbox"/> pacjent pozostał w miejscu wezwania <input type="checkbox"/> udzielono pomocy i przewieziono do..... <input type="checkbox"/> w rejonie <input type="checkbox"/> poza rejonem <input type="checkbox"/> brak pacjenta w miejscu wezwania <input type="checkbox"/> pacjent odmawia udzielenia pomocy	OŚWIADCZENIE PACJENTA <input type="checkbox"/> zostałem poinformowany o zagrożeniu zdrowia i życia. <input type="checkbox"/> nie wyrażam zgody na udzielenie pomocy medycznej. <input type="checkbox"/> nie wyrażam zgody na przewiezienie do szpitala podpis pacjenta.....	Decyzja Zakładu Opieki Zdrowotnej: <input type="checkbox"/> Przyjęcie chorego <input type="checkbox"/> Odmowa przyjęcia chorego pieczęć IP/SOR godz:.....min.....
--	--	---

IV - ZGON

Zgon nastąpił przed przybyciem zespołu <input type="checkbox"/> w trakcie udzielania pomocy <input type="checkbox"/> w trakcie transportu <input type="checkbox"/>	Czas stw. zgonu / odstąpienia** [] : []	Podejrznie przycz. krym. Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Powiadomiono Policja <input type="checkbox"/> St. sanitarne <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"/> Opiekun <input type="checkbox"/> Szpital <input type="checkbox"/> inne:.....	Zabiegi dezynfekcyjne po zak. wyjazdu Wykonano <input type="checkbox"/> Niewykonano <input type="checkbox"/>	Wyst. Kartę Zgłoszenia Choroby Zakaźnej Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
--	---	--

Procedury (kosztowe, ICD9, ...) <p style="text-align: center;">www.inforlex.pl</p>	Podpis i pieczęć kierownika ZRM
---	---------------------------------

* zaznaczyć przy kierowniku zespołu

** odstąpienia od medycznych czynności ratunkowych - dotyczy zespołu bez lekarza.

[Uwaga! To jest uzasadnienie do tekstu pierwotnego. Redakcja INFORLEX.PL]

Załącznik nr 3

[Uwaga! To jest uzasadnienie do tekstu pierwotnego. Redakcja INFORLEX.PL]

Załącznik nr 4

OPIS

[Uwaga! To jest uzasadnienie do tekstu pierwotnego. Redakcja INFORLEX.PL]

ROZPOZNANIE Kod ICD

--	--	--	--	--

UWAGI

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Poinformowany, świadomy możliwości bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia nie wyrażam zgody na przyjęcie proponowanej pomocy medycznej w tym ewentualny transport realizowany przez zespół HEMS SP ZOZ LPR. Oświadczam również, że udzielono mi wyczerpujących informacji o stanie mojego zdrowia oraz uzyskałem odpowiedzi na zadawane przeze mnie pytania.

Data _____ Godzina ____ : ____

Podpis pacjenta _____
lub opiekuna prawnego

Podpis świadka _____

PODSUMOWANIE: Przekazano zespołowi _____

Transport do szpitala _____

Udzielono pomocy na miejscu Wydano kartę informacyjną

Misja przerwana/odwołana Zgon przed przybyciem zespołu

Odstąpiono od transportu Zgon na miejscu zdarzenia

Wezwanie fałszywe Zgon podczas transportu

Czas zgonu:

	:	
--	---	--

Podpis, pieczęć lekarza zespołu LPR

--

Podpis, pieczęć lekarza przejmującego pacjenta

Po zapoznaniu się ze stanem pacjenta potwierdzam przekazanie chorego wraz z dokumentacją przez zespół Lotniczego Pogotowia Ratunkowego

Godzina ____ : ____

Data _____

podpis i pieczęć lekarza

Uzasadnienie

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 30 ust. 1 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). Zgodnie z brzmieniem upoważnienia ustawowego w rozporządzeniu zawarte zostały regulacje dotyczące dokumentacji medycznej prowadzonej przez wszystkie podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, tzn. zakład opieki zdrowotnej oraz indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, grupową praktykę lekarską, indywidualną praktykę pielęgniarek, położnych, indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarek, położnych oraz grupową praktykę pielęgniarek, położnych oraz instytut badawczy. W związku z powyższym, w projekcie uwzględniono zakres przedmiotowy regulowany dotychczas w rozporządzeniach:

- 1) Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. Nr 247, poz. 1819, z późn. zm.);
- 2) Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2001 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz.U. Nr 83, poz. 903);
- 3) Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2003 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowych warunków jej udostępniania przez pielęgniarkę, położną udzielającą świadczeń zdrowotnych (Dz.U. Nr 147, poz. 1437).

Ponadto, w związku z wejściem w życie nowego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139, poz. 1133), uregulowano w projekcie rozporządzenia zagadnienie dokumentacji medycznej prowadzonej przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych uczniom.

W projekcie wprowadzono zmiany porządkujące zagadnienia dotyczące dokumentacji medycznej, zarówno w zakresie jej rodzajów, jak i zakresu. Szczegółowo przeanalizowano zakres danych zawartych w poszczególnych rodzajach dokumentacji indywidualnej oraz zbiorczej, który w rezultacie został w niektórych przypadkach ograniczony (głównie w dokumentacji zbiorczej), w innych – przede wszystkim w dokumentacji indywidualnej pacjenta – rozszerzony o nowe elementy. Głównym założeniem tego uporządkowania było - o ile to tylko możliwe, bez uszczerbku dla celu i przeznaczenia dokumentacji medycznej - unikanie powtarzania tych samych informacji i danych w wielu dokumentach.

Wprowadzono również zmiany polegające na ujednoczeniu rodzajów dokumentacji

medycznej prowadzonej przez lekarzy (pielęgniarki, położne) udzielających świadczeń zdrowotnych w zakładzie opieki zdrowotnej oraz w ramach praktyk indywidualnych i grupowych. Nie ma bowiem uzasadnienia dla różnicowania tego zagadnienia w zależności od formy organizacyjno – prawnej, w jakiej udzielane są świadczenia zdrowotne.

W projekcie zaproponowano dodanie kilku nowych dokumentów, w szczególności służących dokumentowaniu porodu oraz dalszej opieki nad noworodkiem w szpitalu, tzn. księgi noworodków oraz karty noworodka. W zakresie szczegółowych regulacji jako najistotniejsze wskazać należy następujące zmiany w stosunku do obecnie obowiązujących:

1. Uporządkowane zostały i doprecyzowane przepisy ogólne rozporządzenia dotyczące w jednakowym stopniu wszystkich podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, prowadzących dokumentację medyczną zarówno w postaci papierowej, jak i elektronicznej. W rozdziale tym zebrane zostały przepisy regulujące zagadnienia wspólne dla prowadzenia dokumentacji, tak aby nie trzeba ich było powtarzać w kolejnych rozdziałach.

2. Doprecyzowane zostały przepisy określające zakres danych umożliwiających identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, przez dodanie wymogu, aby wpisy w dokumentacji medycznej opatrzone były nie tylko podpisem, ale także innymi danymi identyfikującymi tę osobę (imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu itp.). W praktyce sprowadza się to do opatrywania wpisów w dokumentacji medycznej pieczęcią osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, co ma szczególne znaczenie z uwagi na długi okres przechowywania dokumentacji medycznej.

3. W rozdziale 2 uregulowano całość zagadnień dotyczących dokumentacji medycznej prowadzonej w zakładach opieki zdrowotnej, zarówno udzielających świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych, jak i ambulatoryjnych.

4. W zakresie dokumentacji prowadzonej w szpitalach przyjęto zasadę, iż do dokumentowania porad ambulatoryjnych udzielanych w poradni szpitalnej stosuje się przepisy o dokumentacji prowadzonej przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych. Nie ma bowiem uzasadnienia dla odrębnego regulowania tej kwestii dla poradni przyszpitalnych. Dodatkowo, odrębny przepis wprowadzono dla zakładów opieki zdrowotnej, w których czas pobytu pacjenta niezbędny do udzielenia świadczenia zdrowotnego nie przekracza 24 godzin. W tych przypadkach nie ma potrzeby prowadzenia pełnej dokumentacji medycznej wymaganej w szpitalu, ale też niewystarczająca byłaby dokumentacja określona dla zakładów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Ponadto, proponuje się dodanie przepisu umożliwiającego dokonywanie kolejnych wpisów w historii choroby, w przypadku gdy stan zdrowia pacjenta wymaga wielokrotnego udzielania tego samego świadczenia zdrowotnego w tej samej komórce organizacyjnej szpitala. Znacznie ułatwi to prowadzenie dokumentacji medycznej w przypadkach osób chorych przewlekle (np. na

nowotwory), które wielokrotnie przyjmowane są w celu udzielania cyklicznych świadczeń zdrowotnych. W tych przypadkach, uzasadnione wydaje się odstępianie od zakładania każdorazowo odrębnej historii choroby. W uzupełnieniu tego przepisu, dodano regulację dotyczącą dokonywania wpisów w księdze głównej przyjęć i wypisów – w ww. przypadku numer kolejny pacjenta byłby nadawany tylko raz.

5. Wśród dokumentacji zbiorczej wewnętrznej prowadzonej w szpitalu wyodrębniono księgę bloku porodowego lub sali porodowej oraz określono zakres danych, jakie powinna ona zawierać, a do katalogu dokumentów dodatkowych składających się na historię choroby dodano kartę obserwacji przebiegu porodu. Zmiany powyższe uzasadnione są potrzebą dokumentowania przebiegu porodu, który nie odbywa się metodą operacyjną.

6. Doprecyzowane i uporządkowane zostały, z uwzględnieniem potrzeb praktycznego stosowania dokumentacji medycznej, regulacje dotyczące informacji i danych zawartych w historii choroby w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala. W szczególności zrezygnowano z wpisywania do historii choroby danych lekarza kierującego na leczenie lub badanie oraz ustalonego przez niego rozpoznania. Informacje te zawarte są w skierowaniu do szpitala i nie ma potrzeby ich przepisowywania. Wystarczającym rozwiązaniem wydaje się załączenie skierowania do dokumentacji medycznej. Dodatkowo określono, jakie informacje powinno zawierać skierowanie.

7. Aktualnie obowiązujące przepisy wymagają podawania w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego rozpoznania w języku polskim. Rozwiązanie to, wprowadzone w 2006 r., proponuje się w obecnym projekcie zmodyfikować tak, aby uwzględnić prawo pacjenta do tego, aby nie być informowanym o swoim stanie zdrowia. Prawo takie przewiduje ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w art. 9 ust. 4. W związku z powyższym, w tych przypadkach na żądanie pacjenta – dopuszcza się wpisywanie rozpoznania w języku łacińskim. Jako zasadę należy przyjąć, iż pacjent ma prawo do pełnej, podanej w przystępny sposób informacji o swoim stanie zdrowia.

8. 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. Proponuje się natomiast wprowadzenie dokumentu pn. karta noworodka, która byłaby zakładana dla noworodka urodzonego w szpitalu. W sytuacji, gdy u dziecka wystąpiły powikłania lub komplikacje zdrowotne dodatkowo zakładana byłaby historia choroby na zasadach ogólnych.

9. Dodano dokument o nazwie księga noworodków, co wynika z konieczności usystematyzowania zbierania danych o dzieciach urodzonych w szpitalu. W praktyce zdarzało się, iż dzieci zdrowe urodzone w szpitalu nie były rejestrowane w żadnej dokumentacji szpitala.

10. W zakresie przepisów dotyczących dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach systemu ratownictwa medycznego, uznano za celowe i zasadne bardzo szczegółowe określenie zawartości dokumentacji medycznej w tym zakresie, tzn. karty zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego oraz karty medycznych czynności ratunkowych, a także odrębnej karty medycznej dla lotniczego pogotowia ratunkowego. W związku z powyższym, proponuje się dodanie wzorów tych dokumentów, jako załączniki nr 2 - 4 do rozporządzenia. Szczególny charakter oraz przeznaczenie tych dokumentów uzasadnia ich specjalne potraktowanie i opracowanie jednolitych wzorów, wiążących dla wszystkich podmiotów udzielających tego rodzaju świadczeń zdrowotnych tego rodzaju. Dokumenty te zawierają bardzo szczegółowe dane i informacje, a także liczne elementy graficzne, które umożliwiają szybkie i dokładne dokumentowanie wszystkich podejmowanych czynności, ale też gwarantują, że żadna z nich nie zostanie pominięta, co ma szczególne znaczenie w warunkach dużego stresu i braku czasu, w jakich udzielane są te świadczenia zdrowotne. Równie istotne, co kompletność jest również jednolitość tego rodzaju dokumentacji medycznej. Umożliwia ona członkom zespołu ratownictwa medycznego, niezależnie od tego, do jakiej jednostki należą, szybkie zorientowanie się w sytuacji i podjęcie niezwłocznych działań, co może decydować o skuteczności podjętej akcji ratunkowej. O przyjęciu odrębnego wzoru dokumentacji dla lotniczego pogotowia ratunkowego przesądził również szczególny charakter działania tych jednostek. Włączają się one do akcji ratunkowej najczęściej w sytuacji, gdy pomoc drogowych zespołów ratownictwa medycznego okazała się niewystarczająca. Z reguły kontynuują one działania podjęte przez inne podmioty, stąd specyficzne potrzeby dla dokumentowania tych czynności.

11. W rozdziale 3 i 4 zamieszczone zostały przepisy regulujące dokumentację medyczną prowadzoną odpowiednio przez lekarzy oraz pielęgniarki i położne, udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej i grupowej praktyki lekarskiej, pielęgniarek, położnych. Zgodnie z przyjętym założeniem, regulacje te ujednolicone zostały z przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej prowadzonej w zakładach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, a regulacje odmienne wprowadzone są tylko w niezbędnym zakresie, wynikającym ze specyfiki udzielania świadczeń zdrowotnych w tej formie. Wśród dokumentacji prowadzonej przez praktyki lekarskie i położnicze wymieniono kartę obserwacji przebiegu porodu. Rozwiązanie to wypełnia lukę prawną w zakresie dokumentowania, dopuszczalnych prawnie, świadczeń zdrowotnych polegających na przyjmowaniu porodu w warunkach domowych. Określono jednocześnie dane i informacje, jakie karta taka powinna zawierać.

12. Rozdział 5 reguluje kwestie dokumentacji prowadzonej przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych uczniom. Z dniem 31 sierpnia 2009 r. utraciło moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 282, poz. 2814, z późn. zm.), w którym kwestie te

były odrębnie uregulowane. Nowe rozporządzenie w tej sprawie odsyła w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej uczniów do przepisów o dokumentacji medycznej. Stąd potrzeba dodania stosownych przepisów w niniejszym projekcie.

13. Rozdział 6 dotyczy przechowywania dokumentacji medycznej i zawiera przepisy obowiązujące wszystkie podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. Wzorowane są one na dotychczas obowiązujących regulacjach.

14. Zasady udostępniania dokumentacji medycznej organom i podmiotom uprawnionym reguluje ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W rozdziale 7 rozporządzenia uszczegółowiono natomiast sposób tego udostępniania.

15. Rozdział 8 rozporządzenia zawiera regulacje dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Celem zmian w tym zakresie było uelastycznienie przepisów tak, aby - przy zachowaniu warunków zapewniających bezpieczeństwo danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia - nie stwarzać barier finansowych, ograniczających dostępność tej formy prowadzenia dokumentacji medycznej dla szerokiego kręgu podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych.

16. W załączniku nr 1 do rozporządzenia przededagowano brzmienie kryterium martwego urodzenia, rezygnując z posługiwania się pojęciem zgonu płodu. Określenia występujące w rozporządzeniu zostały w ten sposób dostosowane do nazewnictwa innych aktów prawnych w tym zakresie, w szczególności ustawy – Prawo o aktach stanu cywilnego.

Projekt rozporządzenia jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

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 rozporządzenia został opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia. W trybie określonym tą ustawą zainteresowanie pracami nad projektem zgłosił jeden podmiot, tzn. Polskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów Kas Chorych. Uwagi stowarzyszenia dotyczyły uproszczenia regulacji w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, co - dzięki obniżeniu kosztów - przyczyniłoby się do upowszechnienia tej formy prowadzenia dokumentacji. Uwagi w tym zakresie zostały uwzględnione.

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

Rozporządzenie będzie oddziaływało na podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych oraz pacjentów.

2) Konsultacje społeczne

Projekt został przekazany do konsultacji następującym podmiotom: Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Radzie Aptekarskiej, Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Sekretariatowi Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarki Położnych, Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Unii Metropolii Polskich, Związkowi Powiatów Polskich, Związkowi Miast Polskich, Związkowi Gmin Wiejskich RP, Unii Miasteczek Polskich, Konwentowi Marszałków RP, Federacji Związków Gmin i Powiatów RP, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego oraz, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia. W trybie określonym tą ustawą zainteresowanie pracami nad projektem zgłosił jeden podmiot, tzn. Polskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów Kas Chorych. Uwagi stowarzyszenia dotyczyły uproszczenia regulacji w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, co - dzięki obniżeniu kosztów - przyczyniłoby się do upowszechnienia tej formy prowadzenia dokumentacji. Uwagi w tym zakresie zostały uwzględnione.

W trakcie konsultacji społecznych do projektu rozporządzenia zgłoszono wiele uwag, z których znaczna część dotyczyła bardzo szczegółowych kwestii, wynikających z doświadczeń poszczególnych podmiotów prowadzących dokumentację medyczną. Wszystkie one zostały bardzo wnikliwie rozważone i w miarę możliwości uwzględnione. Najważniejsze i najczęściej powtarzające się uwagi zostaną omówione poniżej.

Liczne podmioty zwracały uwagę na fakt, iż przepisy rozporządzenia, które równorzędnie dopuszcza prowadzenie dokumentacji papierowej i elektronicznej sformułowane są jednak w sposób, który odnosi je jednak raczej do dokumentacji papierowej. Uwagi te zostały

uwzględnione, przez preredagowanie stosownych przepisów tak, aby mogły mieć one zastosowanie do obu tych sposobów prowadzenia dokumentacji medycznej. Uporządkowane i uproszczone zostały również przepisy dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, przez odstąpienie od wymogu posługiwania się przy jej sporządzaniu podpisem elektronicznym oraz znacznikiem czasu. Jednocześnie w projekcie określono wymagania, jakie spełniać powinien system teleinformatyczny, w którym będzie ona prowadzona, w celu zapewnienia bezpieczeństwa danych zawartych w dokumentacji, rejestrowania wszystkich dokonywanych w dokumentacji wpisów i zmian, a także identyfikacji osoby dokonującej tych wpisów. Rozwiązanie powyższe uwzględnia postulaty wielu podmiotów, które zwracały uwagę na fakt, iż dotychczasowe przepisy – ze względu na duże koszty prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej – utrudniały upowszechnienie tego rodzaju dokumentacji wśród podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych.

Bardzo dużo uwag krytycznych (m.in. Naczelnej Rady Lekarskiej oraz podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych) dotyczyło propozycji zamieszczania na każdej stronie dokumentacji indywidualnej numeru PESEL pacjenta. Propozycja ta uzasadniona była względami identyfikacji pacjenta w przypadkach, kiedy więcej niż jedna osoba nosi to samo imię i nazwisko. Uwaga została uwzględniona. Naczelna Rada Lekarska zgłosiła również uwagę do przepisu nakładającego obowiązek opatrywania wpisów w dokumentacji medycznej danymi identyfikującymi osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych, a nie tylko jej podpisem. Uwaga ta jednak nie została uwzględniona, ze względu na fakt, iż podpisy lekarzy i innych osób udzielających świadczeń zdrowotnych w dokumentacji medycznej są często nieczytelne, co powoduje nawet po krótkim czasie trudności w ustaleniu ich tożsamości. Z punktu widzenia przydatności dokumentacji medycznej jest to sytuacja bardzo niepożądana.

Kolejna uwaga Naczelnej Rady Lekarskiej dotyczyła przepisów regulujących postępowanie z dokumentacją medyczną po śmierci lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki lekarskiej. Ze względu na fakt, iż przepis w proponowanym brzmieniu zakładał nałożenie na okręgowe izby lekarskie obowiązku przechowywania dokumentacji w takim przypadku, co powoduje określone skutki finansowe – zdaniem NRL powinien zostać umieszczony w ustawie wraz ze wskazaniem źródeł finansowania. Uwaga została uwzględniona.

Bardzo liczne uwagi do projektu rozporządzenia dotyczyły potrzeby opracowania wzorów poszczególnych rodzajów dokumentacji i zamieszczenia ich w postaci załączników do rozporządzenia. Uwagi w tym zakresie nie zostały uwzględnione, ze względu na brzmienie upoważnienia ustawowego do wydania rozporządzenia. Wyjątkowo tylko jako załączniki do rozporządzenia dodane zostały wzory dokumentów prowadzonych w zakresie ratownictwa medycznego, ze względu na ich szczególny charakter i przeznaczenie.

Wiele podmiotów zwracało uwagę na niezasadność wprowadzania odrębnego dokumentu pn.

karta monitorowania bólu i proponowało ograniczenie tego przepisu tylko do sytuacji, gdy zachodzi potrzeba takiego monitorowania. W związku z powyższym, przepisy przeredagowano tak, aby adnotacje o natężeniu bólu oraz sposobach jego uśmierzenia były zamieszczane w historii choroby pacjenta, wtedy gdy jest to potrzebne.

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.

7) Wpływ regulacji na zdrowie ludności

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na zdrowie ludności.

8) Wpływ na środowisko

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na środowisko.

9) Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte prawem Unii Europejskiej.