

R O Z P O R Z A D Z E N I E

MINISTRA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI ¹⁾

z dnia 2016 r.

w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych

Na podstawie art. 30 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz.186) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Przepisy ogólne

§ 1. Rozporządzenie określa rodzaje, zakres i wzory określonych rodzajów dokumentacji medycznej, zwanej dalej „dokumentacją”, oraz sposób jej przetwarzania w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, zwanych dalej „podmiotami”.

§ 2. Dokumentacja jest prowadzona w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej.

§ 3. Dokumentację stanowi:

- 1) dokumentacja indywidualna – dotycząca poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych;
- 2) dokumentacja zbiorcza – dotycząca ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych.

¹⁾ Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji kieruje działem administracji rządowej – sprawy wewnętrzne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji (Dz. U. poz. 1897 i 2088).

§ 4. 1. 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.

2. 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;
- 8) karta uodpornienia, o której mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.²⁾).

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

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

4. Oświadczenia, o których mowa w ust. 3, złożone w postaci elektronicznej za pośrednictwem systemu, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 636, z późn. zm.³⁾) przechowuje się w Systemie Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 10 tej ustawy.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustaw zostały ogłoszone w Dz. U. z 2014 r. poz. 619 i 1138 oraz z 2015 r. poz. 1365, 1916, 1991 i 1365.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustaw zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 788, 855, 1066, 1918, 1991 i 2281.

5. W przypadku gdy pacjent nie złożył oświadczenia, o którym mowa w ust. 3, adnotację o tym zamieszcza się w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej.

6. Dokumentację indywidualną zewnętrzną stanowią w szczególności:

- 1) skierowanie do szpitala lub innego podmiotu;
- 2) skierowanie na badania diagnostyczne, konsultację lub leczenie;
- 3) karta informacyjną z leczenia szpitalnego;
- 4) karta przebiegu ciąży;
- 5) książeczka zdrowia dziecka;
- 6) pisemna informacja lekarza leczącego pacjenta w poradni specjalistycznej dla kierującego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego oraz lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.⁴⁾), o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobach dawkowania, oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych;
- 7) książeczka szczepień, o której mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
- 8) orzeczenie, opinia, zaświadczenie lekarskie.

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

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

§ 6. 1. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej strony są numerowane, oznaczone imieniem i nazwiskiem pacjenta i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość.

2. W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do stron wydruku.

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustaw zostały ogłoszone w Dz. U. z 2014 r. poz. 1491, z 2015 r. poz. 396, 1240, 1269, 1365, 1569, 1692, 1735, 1830, 1844, 1991 oraz z 2016 r. poz. 65.

§ 7. W dokumentacji dotyczącej czasu trwania ciąży, poronień, urodzeń żywych i urodzeń martwych dokonuje się wpisu zgodnie z kryteriami oceny, które są określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

§ 8. 1. Wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego w sposób czytelny, w porządku chronologicznym, i oznacza się danymi identyfikującymi osobę dokonującą wpisu, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

2. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

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

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

§ 10. 1. Dokumentację indywidualną, o której mowa w § 4 ust. 2 i 6, z wyjątkiem dokumentacji indywidualnej przeznaczonej dla innych podmiotów lub podmiotów leczniczych utworzonych przez inne podmioty, zwanych dalej „podmiotami leczniczymi”, oraz dla uprawnionych organów i podmiotów, sporządza się niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia uzasadniającego jej sporządzenie, w tym zwłaszcza po udzieleniu świadczenia zdrowotnego i ustaleniu tożsamości pacjenta.

2. Każdą stronę dokumentacji indywidualnej pacjenta, o której mowa w § 4 ust. 2 i 6, oznacza się datą jej sporządzenia oraz imieniem i nazwiskiem pacjenta.

§ 11. 1. Dokumentację indywidualną, o której mowa w § 4 ust. 2 i 6, sporządza osoba udzielająca świadczenia zdrowotnego.

2. Dokumentację zbiorczą oraz dokumentację przeznaczoną dla innych podmiotów lub podmiotów leczniczych oraz dla uprawnionych organów i podmiotów sporządza kierownik podmiotu albo osoba imiennie przez niego upoważniona.

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

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

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

- 1) oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 1;
- 2) dane identyfikujące pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
- 3) oznaczenie podmiotu lub podmiotu leczniczego, do którego kieruje się pacjenta na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie;
- 4) inne informacje, w szczególności rozpoznanie ustalone przez osobę kierującą na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie lub wyniki badań diagnostycznych, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia badania, konsultacji lub leczenia;
- 5) datę wystawienia skierowania;
- 6) oznaczenie osoby kierującej na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

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

4. W przypadku skierowania na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie, finansowane ze środków publicznych, wystawionego w postaci papierowej, oznaczenie podmiotu lub podmiotu leczniczego wystawiającego skierowanie zawiera dodatkowo kod identyfikacyjny, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.⁵⁾), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, jeżeli został nadany.

§ 14. 1. Dokumentacja indywidualna zawiera:

- 1) dane identyfikujące podmiot:
 - a) nazwę podmiotu i jego siedzibę,
 - b) kod resortowy stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych;
- 2) dane identyfikujące jednostkę lub komórkę organizacyjną podmiotu:
 - a) nazwę jednostki lub komórki organizacyjnej,

⁵⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustaw zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 788, 905, 1640, 1697, 1844, 1887, 1918 i 1991.

- b) kod resortowy jednostki organizacyjnej stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - c) kod resortowy komórki organizacyjnej stanowiący część VII systemu kodów identyfikacyjnych;
- 3) dane identyfikujące pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy, przy czym określenie rodzaju dokumentu potwierdzającego tożsamość obejmuje jego nazwę oraz nazwę kraju, w którym został wystawiony;
- 4) dane identyfikujące osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych oraz osobę kierującą na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie:
- a) nazwisko i imię,
 - b) tytuł zawodowy,
 - c) uzyskane specjalizacje,
 - d) numer prawa wykonywania zawodu w przypadku lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarki i położnej, felczera i starszego felczera,
 - e) podpis;
- 5) datę dokonania wpisu i datę udzielenia świadczenia zdrowotnego;
- 6) informacje o stanie zdrowia i choroby oraz procesie diagnostycznym, leczniczym, pielęgnacyjnym lub rehabilitacji, w szczególności:
- a) opis udzielonych świadczeń wykonywanych przez lekarza, pielęgniarkę lub położną,
 - b) rozpoznanie problemu zdrowotnego, choroby, urazu lub rozpoznanie ciąży,
 - c) zalecenia,
 - d) informacje o wydanych orzeczeniach, opiniach lub zaświadczeniach lekarskich;
- 7) informacje o zakresie udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 8) informacje o lekach, wraz z ich dawkowaniem, lub wyrobach medycznych przepisanych pacjentowi na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

2. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej podpis, o którym mowa w ust. 1 pkt 4 lit. e, może być złożony oraz weryfikowany przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego, o którym mowa w § 61.

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

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

§ 15. Jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, dokumentacja zbiorcza zawiera oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 14 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 – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 14 ust.1 pkt 4 lit. a–d, datę dokonania wpisu oraz, jeżeli to wynika z przeznaczenia dokumentacji, istotne informacje dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych.

Rozdział 2

Dokumentacja prowadzona w podmiocie

§ 16. Podmiot, który prowadzi szpital, sporządza i prowadzi dokumentację indywidualną:

- 1) wewnętrzną, która składa się z historii choroby lub karty noworodka;
- 2) zewnętrzną, która składa się z:
 - a) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - b) dokumentów przeznaczonych dla innych podmiotów lub podmiotów leczniczych oraz uprawnionych organów i podmiotów,
 - c) książeczki zdrowia dziecka,
 - d) skierowań lub zleceń na świadczenia zdrowotne realizowane poza szpitalem.

§ 17. 1. Podmiot, który prowadzi szpital, sporządza i prowadzi dokumentację zbiorczą wewnętrzną i zewnętrzną.

2. Dokumentacja zbiorcza wewnętrzna składa się z:

- 1) księgi głównej przyjęć i wypisów;
- 2) księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć albo w szpitalnym oddziale ratunkowym;
- 3) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego, finansowanego ze środków publicznych;
- 4) księgi porad ambulatoryjnych udzielanych w poradni szpitala oraz gabinetach konsultacyjnych tego szpitala;
- 5) księgi chorych oddziału lub równorzędnej komórki organizacyjnej;

- 6) księgi raportów lekarskich;
- 7) księgi raportów pielęgniarских;
- 8) księgi zabiegów komórki organizacyjnej szpitala;
- 9) księgi bloku operacyjnego lub sali operacyjnej;
- 10) księgi bloku porodowego lub sali porodowej;
- 11) księgi pracowni diagnostycznej;
- 12) księgi noworodków.

3. Dokumentacja zbiorcza zewnętrzna składa się z dokumentacji prowadzonej do celów określonych w odrębnych przepisach, w szczególności dotyczących spraw z zakresu statystyki publicznej oraz prowadzenia prac badawczo-naukowych.

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

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

3. Historia choroby składa się z:

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

l) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, dołączanej po wypisaniu pacjenta ze szpitala.

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

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

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

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

§ 19. Wzór karty obserwacji porodu jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

§ 20. Formularz historii choroby zawiera informacje dotyczące:

- 1) przyjęcia pacjenta do szpitala;
- 2) przebiegu hospitalizacji;
- 3) wypisu pacjenta ze szpitala;
- 4) rozpoznania onkologicznego ustalonego po wypisaniu pacjenta ze szpitala, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu pacjenta ze szpitala.

§ 21. 1. Formularz historii choroby, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala, zawiera dane określone w § 14 ust. 1 pkt 1–5, oraz:

- 1) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, wraz z numerem księgi głównej;
- 2) numer w księdze chorych oddziału lub równorzędnej komórki organizacyjnej, wraz z numerem tej księgi;
- 3) tryb przyjęcia;
- 4) datę przyjęcia pacjenta – rok, miesiąc, dzień, godzinę i minutę w systemie 24-godzinnym;
- 5) istotne dane z wywiadu lekarskiego, badania przedmiotowego i postępowania lekarskiego przy przyjęciu do szpitala oraz wyniki badań dodatkowych i uzasadnienie przyjęcia;
- 6) rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego;

7) dane identyfikujące lekarza przyjmującego, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

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

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

- 1) oznaczenie podmiotu lub podmiotu leczniczego wystawiającego skierowanie na leczenie lub badanie, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 1 lub pkt 4;
- 2) dane identyfikujące pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
- 3) rozpoznanie ustalone przez osobę kierującą na leczenie lub badanie;
- 4) datę wystawienia skierowania;
- 5) inne informacje, w szczególności wyniki badań diagnostycznych, w zakresie niezbędnym do udzielenia świadczenia zdrowotnego;
- 6) oznaczenie osoby kierującej na leczenie lub badanie, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

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

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

2. Do formularza historii choroby dołącza się:

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

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

4. Wpisy w dokumentach dodatkowych, o których mowa w § 18 ust. 3 pkt 2 lit. a–i, są dokonywane przez lekarza prowadzącego, pielęgniarkę, położną lub inne osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych i opatrzone danymi identyfikującymi, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

5. Wpisy w okołooperacyjnej karcie kontrolnej są dokonywane przez koordynatora karty.

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

§ 23. 1. Okołooperacyjna karta kontrolna zawiera oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 1, oraz pogrupowane informacje dotyczące niezbędnych czynności wykonywanych przed:

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

2. Okołooperacyjna karta kontrolna, w części dotyczącej czynności wykonywanych przed znieczuleniem pacjenta, zawiera w szczególności:

- 1) imię i nazwisko pacjenta;
- 2) datę operacji;
- 3) nazwę komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał;
- 4) numer pacjenta w księdze głównej przyjęć i wypisów;
- 5) określenie trybu wykonania operacji (planowy, nagły–pilny, przyspieszony);
- 6) potwierdzenie:
 - a) tożsamości pacjenta,
 - b) miejsca operowanego,
 - c) procedury operacyjnej,
 - d) zgody na operację,
 - e) rodzaju znieczulenia;
- 7) informację o oznaczeniu miejsca operowanego (tak, nie);
- 8) potwierdzenie dokonania oceny bezpieczeństwa przebiegu znieczulenia;
- 9) potwierdzenie zapewnienia monitorowania:
 - a) EKG,
 - b) pulsoksymetrii,
 - c) ciśnienia tętniczego krwi,
 - d) kapnometrii;
- 10) informacje o alergiach (tak – ze wskazaniem jakie, nie);

- 11) informację o przewidywanych trudnościach w utrzymaniu drożności dróg oddechowych (tak – zapewniono właściwy sprzęt, nie);
- 12) informację o ryzyku krwawienia >500 ml u dorosłych albo >7 ml/kg masy ciała u dzieci (tak – zabezpieczono płyny i preparaty krwiopochodne, nie).

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

- 1) informację o potwierdzeniu przez członków zespołu operacyjnego, że znają wzajemnie swoją tożsamość oraz funkcję w zespole operacyjnym (tak, nie);
- 2) informację o przedstawieniu się wszystkich członków zespołu operacyjnego (tak, nie) – w przypadku gdy członkowie zespołu operacyjnego nie znają się wzajemnie;
- 3) potwierdzenie przez operatora, anestezjologa, pielęgniarkę anestezjologiczną i pielęgniarkę operacyjną:
 - a) tożsamości pacjenta,
 - b) miejsca operowanego,
 - c) procedury operacyjnej;
- 4) potwierdzenie właściwego ułożenia pacjenta;
- 5) potwierdzenie przez pielęgniarkę operacyjną właściwego zestawu narzędzi;
- 6) informację o możliwych odstępstwach od zaplanowanej procedury operacyjnej, w szczególności zmianie typu lub techniki operacji, wydłużeniu czasu operacji, zmianie rodzaju znieczulenia, oczekiwanej utracie, uzupełnieniu lub zmianie zestawu narzędzi:
 - a) przez operatora (tak, nie, nie dotyczy),
 - b) przez anestezjologa (tak, nie, nie dotyczy),
 - c) przez pielęgniarkę operacyjną (tak, nie, nie dotyczy);
- 7) informację o zastosowaniu i udokumentowaniu okołooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej w okresie do 60 minut przed operacją (tak, nie, nie dotyczy);
- 8) informację o zastosowaniu profilaktyki przeciwzakrzepowej (tak – ze wskazaniem daty i godziny, nie, nie dotyczy);
- 9) informację o przygotowaniu wyników badań obrazowych (tak, nie, nie dotyczy).

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

- 1) potwierdzenie przez zespół operacyjny nazwy wykonanej procedury;
- 2) potwierdzenie przez pielęgniarkę operacyjną zgodności liczby użytych narzędzi i materiałów;

- 3) informację o oznaczeniu materiału pobranego do badań (tak, nie, nie dotyczy);
 - 4) informację o wystąpieniu powikłań w trakcie operacji (tak, nie);
 - 5) informację o wystąpieniu problemów ze sprzętem lub trudności technicznych (tak, nie);
 - 6) informację o określeniu przez operatora i anesteziologa ewentualnych problemów pooperacyjnych (tak, nie);
 - 7) informację o wypisaniu zleceń pooperacyjnych przez:
 - a) operatora (tak, nie),
 - b) anesteziologa (tak, nie);
 - 8) informację o udokumentowaniu oceny stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego do oddziału pooperacyjnego albo sali pooperacyjnej (tak, nie).
5. Okołooperacyjną kartę kontrolną podpisuje co najmniej koordynator karty.

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

- 1) rozpoznanie kliniczne określające chorobę zasadniczą, choroby współistniejące i powikłania;
- 2) numery statystyczne choroby zasadniczej i chorób współistniejących ustalone zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
- 3) opis zastosowanego leczenia, wykonanych badań diagnostycznych i zabiegów oraz operacji, z podaniem numeru statystycznego procedury, ustalonego zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta;
- 4) epikryzę;
- 5) datę wypisu;
- 6) informację o przyczynie i okolicznościach wypisu ze szpitala, zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

2. Wypisu pacjenta ze szpitala dokonuje lekarz wypisujący, przedstawiając zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby do oceny i podpisu ordynatorowi albo lekarzowi kierującemu oddziałem lub lekarzowi przez niego upoważnionemu.

§ 25. Formularz historii choroby w przypadku zgonu pacjenta zawiera informacje wymienione w § 24 ust. 1 pkt 1–4 oraz:

- 1) datę zgonu pacjenta – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;

- 2) protokół komisji stwierdzającej śmierć mózgową, jeżeli taka sytuacja miała miejsce;
- 3) adnotację o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok, wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji;
- 4) adnotację o pobraniu ze zwłok komórek, tkanek lub narządów;
- 5) opis słowny stanów chorobowych prowadzących do zgonu wraz z odstępami czasu pomiędzy ich wystąpieniem:
 - a) przyczynę wyjściową albo przyczynę zewnętrzną urazu lub zatrucia,
 - b) przyczynę wtórną,
 - c) przyczynę bezpośrednią.

§ 26. W przypadku gdy wynik badania diagnostycznego istotnego dla ustalenia rozpoznania onkologicznego nie był znany w dniu wypisania pacjenta ze szpitala, historię choroby niezwłocznie uzupełnia się o rozpoznanie ustalone na jego podstawie. Wynik badania dołącza się do historii choroby.

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

2. Karta noworodka zawiera dane określone w § 14 ust. 1 pkt 1–5 oraz dodatkowo:

- 1) numer w księdze noworodków, pod którym dokonano wpisu o urodzeniu;
- 2) dane dotyczące matki noworodka:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) adres zamieszkania,
 - c) wiek,
 - d) numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość matki,
 - e) grupę krwi oraz czynnik Rh;
- 3) dane dotyczące poprzednich ciąż i porodów matki noworodka:
 - a) liczbę ciąż i porodów, w tym liczbę dzieci żywo urodzonych i martwo urodzonych,
 - b) datę poprzedniego porodu,
 - c) inne informacje dotyczące poprzednich porodów;
- 4) dane dotyczące rodzeństwa noworodka:
 - a) rok urodzenia,
 - b) stan zdrowia,
 - c) w przypadku śmierci – przyczynę zgonu;
- 5) dane dotyczące obecnej ciąży i przebiegu porodu:

- a) czas trwania ciąży (w tygodniach),
 - b) informacje dotyczące przebiegu porodu,
 - c) charakterystykę porodu,
 - d) powikłania porodowe,
 - e) czas trwania poszczególnych okresów porodu;
- 6) dane dotyczące noworodka:
- a) datę urodzenia – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym,
 - b) płeć,
 - c) masę ciała,
 - d) długość ciała,
 - e) obwód głowy,
 - f) obwód klatki piersiowej,
 - g) ocenę według skali Apgar,
 - h) urazy okołoporodowe,
 - i) stwierdzone nieprawidłowości,
 - j) w przypadku martwego urodzenia – wskazanie, czy zgon nastąpił przed czy w trakcie porodu;
- 7) opis postępowania po urodzeniu (odsłuzowanie, osuszanie, zaopatrzenie pępowiny, zastosowanie tlenu, intubacja, cewnikowanie żyły pępowinowej, masaż serca, sztuczna wentylacja, zastosowane leki);
- 8) informacje o przebiegu obserwacji w kolejnych dobach;
- 9) informacje o stanie noworodka w dniu wypisania ze szpitala;
- 10) informacje o wykonanych testach przesiewowych, szczepieniach i konsultacjach specjalistycznych;
- 11) datę wypisu, a w razie zgonu noworodka – datę zgonu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym oraz przyczynę zgonu.

§ 28. 1. Lekarz wypisujący pacjenta ze szpitala sporządza kartę informacyjną z leczenia szpitalnego na podstawie informacji zawartych w historii choroby, o których mowa w § 21, § 22, § 24 i § 25, albo w karcie noworodka.

2. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego podpisuje lekarz wypisujący, ordynator lub lekarz kierujący oddziałem albo lekarz przez niego upoważniony.

3. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 1 oraz dane, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 2–4;
- 2) rozpoznanie choroby w języku polskim wraz z numerem statystycznym choroby, o którym mowa w § 9 ust. 1;
- 3) wyniki badań diagnostycznych lub konsultacji;
- 4) informację o zastosowanym leczeniu, a w przypadku wykonania zabiegu – jego datę;
- 5) zalecenia dotyczące dalszego leczenia, żywienia, pielęgnowania i trybu życia;
- 6) adnotację o orzeczoną przy wypisie pacjenta ze szpitala okresie czasowej niezdolności do pracy, a w razie potrzeby – ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy;
- 7) informacje o lekach, wraz z ich dawkowaniem, lub wyrobach medycznych przepisanych pacjentowi na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne;
- 8) terminy planowanych wizyt kontrolnych lub konsultacji, na które wystawiono skierowanie.

4. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie, o której mowa w § 4 ust. 3 pkt 2, są wydawane dwa egzemplarze karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, w tym jeden dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Trzeci egzemplarz karty informacyjnej z leczenia szpitalnego jest dołączany do historii choroby.

5. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, karta informacyjna z leczenia szpitalnego jest dołączana do historii choroby oraz udostępniana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie, o której mowa w § 4 ust. 3 pkt 2, w postaci elektronicznej lub w postaci papierowego wydruku w dwóch egzemplarzach, w tym jeden dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

6. W przypadku zgonu pacjenta karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawiera dane, o których mowa w ust. 3 pkt 1–4 oraz w § 25 pkt 1, 3 i 5.

7. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego wydaje się w dniu wypisania pacjenta ze szpitala, a w przypadku, o którym mowa w art. 29 ust. 1 pkt 2 lub 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, bez zbędnej zwłoki.

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

2. Lekarz wykonujący sekcję zwłok sporządza protokół badania sekcyjnego z ustalonym rozpoznaniem anatomopatologicznym w dwóch egzemplarzach. Jeden egzemplarz protokołu

badania sekcyjnego pozostaje w podmiocie, w którym wykonano sekcję, drugi jest dołączany do historii choroby.

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

§ 30. Księga główna przyjęć i wypisów jest opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1, oraz numerem księgi i zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) datę przyjęcia pacjenta – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 3) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania;
- 4) nazwy i kody resortowe komórek organizacyjnych, w których pacjent przebywał;
- 5) numer karty depozytowej, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 40 ustawy;
- 6) rozpoznanie wstępne;
- 7) rozpoznanie przy wypisie;
- 8) rozpoznanie onkologiczne po wypisaniu pacjenta ze szpitala, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu;
- 9) informację o rodzaju leczenia, w tym istotnych badaniach diagnostycznych i wszystkich zabiegach operacyjnych;
- 10) datę wypisu pacjenta, a w razie jego zgonu – datę jego zgonu oraz adnotację o wydaniu karty zgonu;
- 11) adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany;
- 12) adnotację o okolicznościach, o których mowa w art. 30 ust 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 13) przyczyny zgonu i ich numery statystyczne ustalone zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
- 14) informację o ewentualnym pobraniu opłat;

15) dane identyfikujące lekarza wypisującego, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4 lit. a–d.

§ 31. 1. Księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć albo szpitalnym oddziale ratunkowym, opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym stanowiącym część VII systemu kodów identyfikacyjnych oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) datę zgłoszenia się pacjenta do izby przyjęć albo szpitalnego oddziału ratunkowego – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 3) datę odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 4) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania;
- 5) dane identyfikujące lekarza kierującego, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4 lit. a–d, i rozpoznanie ustalone przez tego lekarza albo adnotację o braku skierowania;
- 6) istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego oraz wyniki wykonanych badań diagnostycznych;
- 7) ustalone rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- 8) informację o udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz lekach wraz z ich dawkowaniem, lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom przepisanych na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydanych pacjentowi;
- 9) adnotację o braku zgody pacjenta na pobyt w szpitalu potwierdzoną jego podpisem albo podpisem jego przedstawiciela ustawowego;
- 10) powód odmowy przyjęcia;
- 11) adnotację o miejscu, do którego pacjent został skierowany, wraz z adnotacją o zleceniu transportu sanitarnego, jeżeli zostało wydane;
- 12) dane identyfikujące osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

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

3. W przypadku gdy pacjent odmawia podpisania adnotacji o braku zgody, o której mowa w ust. 1 pkt 10, informację o tym zamieszcza się w księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć albo szpitalnym oddziale ratunkowym.

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

§ 32. Księga porad ambulatoryjnych udzielanych w poradni szpitala oraz gabinetach konsultacyjnych tego szpitala, opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym stanowiącym część VII systemu kodów identyfikacyjnych oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) datę przyjęcia pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia, godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 3) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania;
- 4) dane identyfikujące osobę udzielającą świadczenia zdrowotnego, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4;
- 5) rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego.

§ 33. Księga chorych oddziału lub równorzędnej komórki organizacyjnej, opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym stanowiącym część VII systemu kodów identyfikacyjnych oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) datę przyjęcia pacjenta – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia, godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 3) numer księgi głównej przyjęć i wypisów oraz numer kolejny pacjenta w tej księdze;
- 4) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania;
- 5) dane identyfikujące lekarza prowadzącego, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4 lit. a–d;

- 6) datę wypisu pacjenta ze szpitala lub przeniesienia do innej komórki organizacyjnej albo zgonu pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia, godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 7) rozpoznanie wstępne;
- 8) rozpoznanie przy wypisie pacjenta ze szpitala albo adnotację o wystawieniu karty zgonu;
- 9) rozpoznanie onkologiczne po wypisaniu pacjenta ze szpitala, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu;
- 10) adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany;
- 11) dane identyfikujące lekarza wypisującego, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4 lit. a–d.

§ 34. Księga raportów lekarskich, opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym stanowiącym część VII systemu kodów identyfikacyjnych oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu;
- 2) datę sporządzenia raportu;
- 3) treść raportu uwzględniającą imię i nazwisko, a w razie potrzeby inną informację pozwalającą na zidentyfikowanie pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- 4) dane identyfikujące lekarza dokonującego wpisu, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

§ 35. Księga raportów pielęgniarskich, opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1, nazwą oddziału albo komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym stanowiącym część VII systemu kodów identyfikacyjnych oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu;
- 2) datę sporządzenia raportu;
- 3) treść raportu uwzględniającą imię i nazwisko, a w razie potrzeby inną informację pozwalającą na zidentyfikowanie pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- 4) dane identyfikujące pielęgniarkę oraz położną dokonującą wpisu lub przyjęcia raportu, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4;
- 5) statystykę oddziału, w tym liczbę osób przyjętych, wypisanych lub zmarłych.

§ 36. Księga zabiegów, opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym stanowiącym część VII systemu kodów identyfikacyjnych, oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta;
- 2) datę wykonania zabiegu;
- 3) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania;
- 4) dane identyfikujące lekarza zlecającego zabieg, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4 lit. a–d, a w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot lub podmiot leczniczy, także dane identyfikujące ten podmiot lub ten podmiot leczniczy, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 1;
- 5) adnotację o rodzaju zabiegu i jego przebiegu;
- 6) dane identyfikujące lekarza lub inną osobę wykonującą zabieg, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

§ 37. Księga bloku lub sali operacyjnej, opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym stanowiącym część VII systemu kodów identyfikacyjnych oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania;
- 3) kod resortowy komórki organizacyjnej stanowiący część VII systemu kodów identyfikacyjnych, w której pacjent przebywał;
- 4) rozpoznanie przedoperacyjne i dane identyfikujące lekarza kierującego na zabieg albo operację, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4 lit. a–d, a jeżeli kierującym jest inny podmiot lub podmiot leczniczy, także dane identyfikujące ten podmiot lub ten podmiot leczniczy, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 1;
- 5) dane identyfikujące lekarza kwalifikującego pacjenta do zabiegu albo operacji, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4 lit. a–d;
- 6) datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu albo operacji – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 7) adnotację o rodzaju i przebiegu zabiegu albo operacji;

- 8) szczegółowy opis zabiegu albo operacji wraz z rozpoznaniem, podpisany odpowiednio przez osobę wykonującą zabieg albo operację, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4;
- 9) zlecone badania diagnostyczne;
- 10) określenie rodzaju zastosowanego znieczulenia i jego szczegółowy opis oraz dane identyfikujące lekarza anestezjologa, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4;
- 11) dane identyfikujące osoby wchodzące odpowiednio w skład zespołu operacyjnego, zabiegowego lub anestezjologicznego, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4, z wyszczególnieniem osoby kierującej wykonaniem operacji albo zabiegu.

§ 38. Księga bloku porodowego lub sali porodowej, opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym stanowiącym część VII systemu kodów identyfikacyjnych, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjentki w księdze;
- 2) imię i nazwisko, numer PESEL pacjentki, a w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 3) oznaczenie grupy krwi i czynnika Rh pacjentki;
- 4) kod resortowy komórki organizacyjnej stanowiący część VII systemu kodów identyfikacyjnych, w której pacjentka przebywała;
- 5) rozpoznanie wstępne i ostateczne;
- 6) informacje o zastosowanych produktach leczniczych;
- 7) określenie rodzaju zastosowanego znieczulenia i jego szczegółowy opis oraz dane identyfikujące lekarza anestezjologa, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4;
- 8) datę przyjęcia pacjentki na blok porodowy lub salę porodową – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 9) datę porodu – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 10) czas trwania poszczególnych okresów porodu;
- 11) szczegółowy opis przebiegu porodu;
- 12) datę wypisania pacjentki z bloku porodowego lub sali porodowej – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 13) adnotację o miejscu, do którego pacjentka została wypisana z bloku porodowego lub sali porodowej;
- 14) dane identyfikujące osobę przyjmującą poród, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

§ 39. 1. Księga noworodków zawiera:

- 1) dane identyfikujące podmiot, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny noworodka w księdze;
- 3) imię i nazwisko oraz numer PESEL matki noworodka, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 4) datę urodzenia noworodka, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 5) dane dotyczące noworodka:
 - a) płeć,
 - b) masę ciała,
 - c) długość ciała,
 - d) ocenę według skali Apgar,
 - e) datę wypisu noworodka, a w przypadku zgonu – datę zgonu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym oraz przyczynę zgonu.

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

§ 40. Księga pracowni diagnostycznej, opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym stanowiącym część VII systemu kodów identyfikacyjnych, oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) datę wpisu i wykonania badania – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 3) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania;
- 4) nazwę i kod resortowy komórki organizacyjnej, stanowiący część VII systemu kodów identyfikacyjnych, zlecającej badanie, a jeżeli zlecającym jest inny podmiot lub podmiot leczniczy, także dane identyfikujące ten podmiot lub ten podmiot leczniczy, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 1;
- 5) dane identyfikujące osobę zlecającą badanie, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4 lit. a–d;
- 6) adnotację o rodzaju badania;
- 7) dane identyfikujące osobę wykonującą badanie, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

§ 41. Do prowadzenia dokumentacji w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, zakładzie rehabilitacji leczniczej lub innym przedsiębiorstwie podmiotu przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, stosuje się odpowiednio przepisy § 18 ust. 1, 3–5, § 20–22, § 24, § 25, § 28, § 30, § 32, § 33–36, z zastrzeżeniem że dokumentacja jest sporządzana przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych w tym przedsiębiorstwie podmiotu.

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

2. Historia choroby w przypadku, o którym mowa w ust. 1, składa się z:

- 1) formularza historii choroby;
- 2) dokumentów dodatkowych, w szczególności:
 - a) karty obserwacji,
 - b) karty gorączkowej,
 - c) karty zleceń lekarskich,
 - d) karty przebiegu znieczulenia, jeżeli było wykonywane,
 - e) wyników badań diagnostycznych,
 - f) protokołu operacyjnego, jeżeli była wykonana operacja.

3. Przepisy § 18, § 20, § 21, § 24, § 25, § 28, § 30, § 33–37 i § 40 stosuje się odpowiednio do dokumentacji prowadzonej w podmiocie lub jego komórce organizacyjnej, w której czas pobytu pacjenta nie przekracza 24 godzin.

§ 43. Przepisy § 16, § 17, § 18 ust. 3–5, § 28, § 30, § 33–36 i § 40 stosuje się odpowiednio do dokumentacji prowadzonej w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

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

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

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

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 1;
- 2) datę wezwania, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 3) oznaczenie miejsca zdarzenia;
- 4) wskazanie przyczyny wezwania (objawy);
- 5) oznaczenie wzywającego:
 - a) numer telefonu, z którego przyjęto zgłoszenie,
 - b) imię i nazwisko lub adres, jeżeli zostały podane;
- 6) dane identyfikujące pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy, i jego numer telefonu, jeżeli są znane;
- 7) oznaczenie zespołu ratownictwa medycznego, który został zadysponowany na miejsce zdarzenia (podstawowy albo specjalistyczny);
- 8) oznaczenie godziny i minuty w systemie 24-godzinnym przekazania zlecenia zespołowi ratownictwa medycznego;
- 9) oznaczenie godziny i minuty w systemie 24-godzinnym wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia;
- 10) informację o zaleceniach co do dalszego postępowania w razie odmowy wysłania zespołu ratownictwa medycznego;
- 11) imię i nazwisko lub kod przyjmującego wezwanie oraz jego podpis.

3. Wzór karty zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego jest określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

4. Wzór karty medycznych czynności ratunkowych jest określony w załączniku nr 4 do rozporządzenia.

5. Karta medycznych czynności ratunkowych jest wystawiana w dwóch egzemplarzach, z których jeden jest wydawany pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu,

a w przypadku przewiezienia pacjenta do podmiotu lub podmiotu leczniczego – jest wydawana temu podmiotowi lub temu podmiotowi leczniczemu.

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

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

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

2. Jeżeli jest to uzasadnione rodzajem udzielanych świadczeń zdrowotnych, historię zdrowia i choroby zakłada się odrębnie w każdej poradni podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

§ 47. 1. Historia zdrowia i choroby zawiera:

- 1) dane identyfikujące pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
- 2) dane identyfikujące podmiot, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 1;
- 3) informacje dotyczące ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów, porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych oraz opieki środowiskowej.

2. W przypadku gdy pacjent posiada szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 43–47 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w historii zdrowia i choroby

zamieszcza się o tym adnotację, wraz z numerem dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienia.

3. Historia zdrowia i choroby, w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia oraz istotnych 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) obciążeniach dziedzicznych;
- 7) uczuleniach.

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 lekarskiego i badania przedmiotowego;
- 3) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- 4) informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach;
- 5) adnotacje o zleconych zabiegach i informacje o lekach, wraz z ich dawkowaniem, lub wyrobach medycznych przepisanych pacjentowi na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne;
- 6) wyniki badań diagnostycznych i konsultacji;
- 7) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 8) adnotacje o orzeczonej czasowej niezdolności do pracy;
- 9) dane identyfikujące lekarza, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

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

- 1) opis środowiska epidemiologicznego;
- 2) dane identyfikujące pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy, pozostającego pod opieką pielęgniarki lub położnej w środowisku;
- 3) datę rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarskiej lub położniczej;
- 4) informację o rodzaju i zakresie czynności pielęgniarki lub położnej dotyczących pacjenta i jego środowiska, 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;

5) dane identyfikujące pielęgniarkę lub położną, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

6. Do historii zdrowia i choroby można dołączyć:

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

§ 48. 1. Podmiot sprawujący opiekę nad kobietą ciężarną prowadzi kartę przebiegu ciąży, która zawiera dane określone w § 14 ust. 1 pkt 1–5 oraz informacje o:

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

2. Karta przebiegu ciąży, w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, zawiera informacje, o których mowa w § 47 ust. 3, oraz:

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

3. Karta przebiegu ciąży, w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych, zawiera informacje, o których mowa w § 47 ust. 4, oraz:

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

§ 49. Księga przyjęć, opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym stanowiącym część VII systemu kodów identyfikacyjnych, oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu;

- 2) datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta;
- 3) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania;
- 4) informacje o rodzaju udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 5) dane identyfikujące osobę udzielającą świadczeń, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4;
- 6) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

§ 50. Księga pracowni diagnostycznej sporządzona i prowadzona przez podmiot udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych zawiera dane, o których mowa w § 40.

§ 51. Kartoteka środowisk epidemiologicznych składa się z kart, które zawierają:

- 1) dane identyfikujące podmiot, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 1;
- 2) dane identyfikujące pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
- 3) dane identyfikujące środowisko epidemiologiczne, w szczególności opis środowiska i adres;
- 4) listę osób zamieszkałych wspólnie, z podaniem ich nazwiska i imienia (imion), numeru PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, i daty urodzenia;
- 5) ocenę warunków socjalnych w środowisku – w przypadku gdy są istotne dla zdrowia pacjenta.

§ 52. Księga zabiegów sporządzana i prowadzona przez podmiot udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych zawiera dane, o których mowa w § 36.

§ 53. 1. Pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji prowadzi księgę pracowni oraz indywidualne karty zleceń.

2. Księga pracowni, oznaczona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym stanowiącym część VII systemu kodów identyfikacyjnych oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) dane identyfikujące pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
- 2) dane identyfikujące lekarza zlecającego, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4 lit. a, b i d;
- 3) datę przyjęcia i zakończenia zlecenia;
- 4) dane identyfikujące osobę wykonującą zlecenie, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4;
- 5) informacje o rodzaju zleczonej pracy.

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

- 1) opis zleconej pracy, w tym diagram zębowy;
- 2) dane o zużytych materiałach;
- 3) dane identyfikujące osobę wykonującą zlecenie, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4;
- 4) dane identyfikujące kierownika pracowni, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

4. Do indywidualnej karty zlecenia dołącza się zlecenie lekarza.

§ 54 .1. Zakład rehabilitacji leczniczej prowadzi księgę zabiegów leczniczych oraz karty pacjentów, którym są udzielane ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

2. Księga zabiegów leczniczych, opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1, nazwą jednostki lub komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym stanowiącym część VII systemu kodów identyfikacyjnych oraz numerem księgi, zawiera:

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

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

- 1) dane identyfikujące lekarza zlecającego świadczenie zdrowotne, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4 lit. a–d;
- 2) dane o programie rehabilitacji i jego wykonaniu;
- 3) dane identyfikujące osoby wchodzące w skład zespołu zabiegowego udzielającego świadczenia zdrowotnego, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4, rodzaj udzielonych świadczeń zdrowotnych.

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

§ 55. Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa utworzone przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, zwane dalej „Centrum”, prowadzi:

- 1) rejestr dawców krwi, o którym mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2014 r. poz. 332);
- 2) książkę badań grup krwi;
- 3) rejestr osób zastrzeżonych.

Rozdział 3

Książeczka zdrowia dziecka

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

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

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

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

5. Książeczka zdrowia dziecka zawiera kartki formatu A5, dwustronnie zadrukowane, w oprawie z tektury.

6. Wzór książeczki zdrowia dziecka jest określony w załączniku nr 5 do rozporządzenia.

Rozdział 4

Przechowywanie dokumentacji medycznej

§ 57. 1. Dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana w podmiocie, w którym została sporządzona.

2. Dokumentacja indywidualna zewnętrzna, o której mowa w § 4 ust. 6 pkt 1 i 2, pozostaje w podmiocie, który zrealizował zlecone świadczenie zdrowotne.

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

4. Zakończoną dokumentację indywidualną i zbiorczą przechowuje archiwum podmiotu, który ją sporządził.

5. Archiwum przechowuje dokumentację podmiotu w układzie:

1) w przychodni – na podstawie numeru kartoteki pacjentów;

2) w szpitalu – na podstawie numeru księgi głównej przyjęć i wypisów.

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

§ 58. Podmiot, który ulega likwidacji albo wykreśleniu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, przekazuje dokumentację podmiotowi przejmującemu jego zadania albo archiwum wskazanemu przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

Rozdział 5

Udostępnianie dokumentacji

§ 59. Dokumentacja jest udostępniana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta oraz uprawnionym organom i podmiotom na podstawie art. 26 ustawy, bez zbędnej zwłoki, w sposób zapewniający zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.

§ 60. W przypadku udostępniania dokumentacji w sposób określony w art. 27 pkt 3 ustawy pozostawia się kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji.

Rozdział 6

Dokumentacja prowadzona w postaci elektronicznej

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

- 1) zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą;
- 2) integralność treści dokumentacji i metadanych polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzeniem zmian, z wyjątkiem zmian wprowadzanych w ramach ustalonych i udokumentowanych procedur;
- 3) stały dostęp do dokumentacji osobom uprawnionym oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych;
- 4) identyfikację osoby dokonującej wpisu oraz osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i dokumentowanie dokonywanych przez te osoby zmian w dokumentacji i metadanych;
- 5) przyporządkowanie cech informacyjnych dla odpowiednich rodzajów dokumentacji, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4;

- 6) udostępnienie, w tym przez eksport w postaci elektronicznej dokumentacji albo części dokumentacji będącej formą dokumentacji określonej w rozporządzeniu, w formacie, w którym jest ona przetwarzana (XML albo PDF);
- 7) eksport całości danych w formacie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
- 8) wydrukowanie dokumentacji w formach określonych w rozporządzeniu.

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

2. W przypadku wykonania odwzorowania cyfrowego, o którym mowa w ust. 1, dokumentacja dostarczona przez pacjenta jest zwracana pacjentowi albo niszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta.

§ 63. 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 do upływu okresu przechowywania dokumentacji.

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

2. 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 zawierającym imię, nazwisko, stanowisko i podpis. Dokumentacja wydrukowana powinna umożliwiać identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

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

§ 66. 1. Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej sporządza się z uwzględnieniem postanowień Polskich Norm, których przedmiotem są zasady gromadzenia

i wymiany informacji w ochronie zdrowia, przenoszących normy europejskie lub normy innych państw członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego przenoszące te normy.

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

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

§ 67. 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.

Rozdział 7

Przepisy przejściowe i przepis końcowy

§ 68. 1. Książeczka zdrowia dziecka, o której mowa w § 56, jest wydawana noworodkom urodzonym po dniu wejścia w życie rozporządzenia.

2. Książeczka zdrowia dziecka wydana przed dniem wejścia w życie rozporządzenia staje się książeczką zdrowia dziecka, o której mowa w § 56.

§ 69. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 28 lutego 2016 r.⁶⁾

**MINISTER SPRAW
WEWNĘTRZNYCH
I ADMINISTRACJI**

W porozumieniu:

MINISTER ZDROWIA

⁶⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 maja 2011 r. w sprawie rodzaju i zakresu oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (Dz. U. Nr 125, poz. 712), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, na podstawie art. 2 ustawy z dnia 12 czerwca 2015 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz. 1163).

Załączniki do rozporządzenia
Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji
z dnia 2016 r. (poz. ...)

Załącznik nr 1

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

1. **Czas trwania ciąży** oblicza się w tygodniach, licząc od pierwszego dnia ostatniego normalnego krwawienia miesięcznego. Prawidłowy czas trwania ciąży wynosi 280 dni (40 tygodni) od pierwszego dnia ostatniego krwawienia miesięczkowego cyklu 28-dniowego albo 266 dni (38 tygodni) od dnia owulacji (reguła Naegelego). W przypadku gdy zastosowanie reguły Naegelego nie jest możliwe, czas trwania ciąży ustala się na podstawie wyniku badania ultrasonograficznego.

2. **Poronieniem** określa się wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, jeżeli nastąpiło to przed upływem 22 tygodnia ciąży (21 tygodni i 7 dni).

3. **Urodzeniem żywym** określa się całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki noworodka, niezależnie od czasu trwania ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu oddycha lub wykazuje jakiegokolwiek inne oznaki życia, takie jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, bez względu na to, czy sznur pępowiny został przecięty lub łożysko zostało oddzielone.

4. **Urodzeniem martwym** określa się całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, jeżeli nastąpiło po upływie 22 tygodnia ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli.

KARTA OBSERWACJI PORODU															1. Znak tożsamości														
2. Rozpoznanie przed porodem															rok	mies	dzień												
															urodzenia														
3. Nazwisko i imię			4. Wiek <input type="text"/>		5. Para <input type="text"/>		6. Data ost. mies.....			7. Termin porodu																			
8. Rozpoczęcie obserwacji (data, godz.)			9. Pierwsze skurcze porodowe (data, godz.)			10. Bóle parte (data, godz.)			11. Poród (data, godz.)																				
12. Położenie: główkowe <input type="checkbox"/> miednicowe <input type="checkbox"/> poprzeczne <input type="checkbox"/> skośne <input type="checkbox"/> nieokreślone <input type="checkbox"/>			13. Ustawienie: pierwsze <input type="checkbox"/> drugie <input type="checkbox"/> nieokreślone <input type="checkbox"/>			14. Ułożenie główki: przygięciowe <input type="checkbox"/> nieokreślone <input type="checkbox"/>			20. Tydzień ciąży																				
15. Asynkityzm: przedni <input type="checkbox"/> tylny <input type="checkbox"/>			16. Wysokie proste <input type="checkbox"/>		17. Zwrot nieprawidłowy <input type="checkbox"/>		18. Niskie poprzeczne <input type="checkbox"/> wierzchołkowe <input type="checkbox"/> czołowe <input type="checkbox"/> twarzowe <input type="checkbox"/>		19. Pęcherz płodowy: pękł <input type="checkbox"/> przebity <input type="checkbox"/>			data																	
21. Godziny, doby-data																													
22. Poród (ile godzin trwa)																													
23. Odpłynięcie wód (godziny)																													
24. Krwawienie tak nie																													
25. Tętno rodzącej (na min)																													
26. Ciśnienie krwi (RR)																													
27. Ciężota ciała "C"																													
28. Tętno płodu na minutę																													
okres																													
pierwszy																													
drugi																													
0. Brak tętna																													
1. Prawidłowe																													
2. Szybkie																													
3. Zwolnione																													
4. Wah. Małe																													
5. Wah. Duże																													
6. Nieokreślone																													
29. Smółka																													
30. Rozwarcie ujścia																													
31. Skurcze																													
częstość na kwadrans																													
ile sekund trwają																													
1 wzmożone																													
32. Napięcie macicy																													
2 średnie																													
3 obniżone																													
33. Odczuwanie bólu																													
1 znosi dobrze																													
2 opanowuje się																													
3 podniecona																													
34. Część przodująca																													
1 nad wchodem																													
2 we wchodzie																													
3 w próżni																													
35. Leki podawane																													
36. Obserwował																													
.....																													
(tytuł, stanowisko)																													
37. Kontrolował																													
.....																													
(tytuł, stanowisko)																													
38. Rozpoznanie po porodzie																													

WZÓR

KARTA ZLECENIA WYJAZDU ZESPOŁU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

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

I - PRZYJĘCIE WEZWANIA

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

Adres lub nazwa miejsca zdarzenia:

Miejscowość:	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:	Piętro:	Klatka:
--------------	--------	----------	------------	---------	---------

Opis miejsca zdarzenia:	Współrzędne geograficzne:
-------------------------	---------------------------

Powód wezwania:

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

Dane pacjenta:

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

Dane wzywającego:

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

II - PODJĘCIE DECYZJI

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

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

III - REALIZACJA ZLECENIA

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

IV - ZGON

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

V - PODSUMOWANIE

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

Procedury medyczne udzielone przez ZRM (ICD-9)	Oznaczenie kierownika ZRM
--	---------------------------

* 1 - Niezbędny natychmiastowy wyjazd ZRM o najkrótszym czasie dotarcia na miejsce zdarzenia, 2 - Niezbędny wyjazd wolnego ZRM. ** Zaznaczyć kierownika ZRM.
 *** Odstąpienie od medycznych czynności ratunkowych - dotyczy zespołu bez lekarza.



KSIĄŻECZKA ZDROWIA DZIECKA

Ministerstwo Zdrowia

1. Książeczkę zdrowia dziecka należy przechowywać w sposób uniemożliwiający osobom nieuprawnionym dostęp do zawartych w niej informacji.
2. Książeczkę zdrowia dziecka należy okazywać przy każdej wizycie patronażowej, badaniu profilaktycznym, w tym również badaniu stomatologicznym, wizycie w poradni specjalistycznej oraz w szpitalu, w celu dokonania wpisu przez lekarza, położną lub pielęgniarkę, a także w innych przypadkach gdy zawarte w niej informacje są istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.
3. Obowiązkiem rodziców jest zgłaszanie się z dzieckiem na szczepienia ochronne przeciwko chorobom zakaźnym (art. 17 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.).
4. Wykonane szczepienia należy odnotować w książeczce szczepień wydanej na podstawie art. 17 ust. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, dołączonej do książeczki zdrowia dziecka.

Spis treści

I. Dane osobowe dziecka.....	5
II. Dane rodziców/opiekunów dziecka.....	5
III. Okres prenatalny (ciąża).....	6
IV. Poród	8
V. Stan noworodka po urodzeniu	9
VI. Obserwacja noworodka	10
VII. Dane noworodka w dniu wypisu ze szpitala albo przekazania opieki nad dzieckiem urodzonym w warunkach pozaszpitalnych pod opiekę położnej podstawowej opieki zdrowotnej.....	12
VIII. Wizyty patronażowe	14
IX. Wizyty profilaktyczne – 0.-4. rok życia.....	19
X. Badanie stanu uzębienia oraz zdrowia jamy ustnej dziecka do ukończenia 4. roku życia..	33
XI. Wizyty profilaktyczne – 5.-19. rok życia	34
XII. Badanie stanu uzębienia oraz zdrowia jamy ustnej	44
XIII. Przebyte choroby zakaźne	46
XIV. Konsultacje specjalistyczne	47
XV. Uczulenia i reakcje anafilaktyczne	49
XVI. Hospitalizacje	50
XVII. Zaopatrzenie w sprzęt i wyroby medyczne.....	52
XVIII. Zwolnienia z zajęć sportowych	53
XIX. Uwagi	54

TERMINY KOLEJNYCH WIZYT PROFILAKTYCZNYCH

Przybliżony termin	Rodzaj wizyty (szczepienie, bilans)	Podpis lekarza, pielęgniarki

I. DANE OSOBOWE DZIECKA

1. Nazwisko
2. Imię/imiona.....
3. Data urodzenia (rrrr-mm-dd-gg-mm)
4. Miejsce urodzenia.....
5. Płeć męska żeńska

6. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Grupa krwi i czynnik Rh¹⁾
- Wpisane na podstawie badania nr

Data

Oznaczenie osoby dokonującej wpisu

.....

II. DANE RODZICÓW/OPIEKUNÓW DZIECKA

1. Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego
2. Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego
3. Numer telefonu kontaktowego rodziców/opiekunów prawnych.....

¹⁾ Jeżeli oznaczono po urodzeniu.

III. OKRES PRENATALNY (CIAŻA)

1. Wiek matki
2. Grupa krwi..... czynnik Rh..... matki
3. Podano immunoglobulinę anti-RhD: tak nie
 profilaktyka śródciążowa: tak nie
 profilaktyka poporodowa: tak nie
4. Ciąża (która z kolei) pojedyncza wielopłodowa
5. Narazenie na czynniki szkodliwe w czasie ciąży

 (rodzaj czynnika, czas trwania i wiek ciąży)
6. Szczepienia wykonane w czasie ciąży

 (rodzaj szczepienia; wiek ciąży)
7. Leki przyjmowane w czasie ciąży

 (dawki, okres przyjmowania; wiek ciąży)
8. Przebieg ciąży:
 nieprawidłowości pępowiny
 nieprawidłowości łożyska
 wielowodzie
 małowodzie
 hipotrofia płodu:
 wczesna
 późna
 symetryczna
 asymetryczna
 wady w budowie ciała płodu
 nieprawidłowe położenie płodu
 osłabione ruchy płodu
 zaburzenia czynności serca płodu
 niedokrwistość

- niedoczynność tarczycy
- nadczynność tarczycy
- cukrzyca ciężarnych
- cukrzyca typu I
- cukrzyca typu II
- cholestaza
- zespół HELLP
- choroby serca
- nadciśnienie tętnicze przewlekłe
- nadciśnienie tętnicze ciążowe
- stan przedrzucawkowy
- rzucawka
- drgawki
- omdlenia
- konflikt serologiczny
- leczenie wewnątrzmaciczne płodu
- białkomocz
- inne
-

Data

Oznaczenie osoby sprawującej opiekę

.....

IV. PORÓD

1. Miejsce urodzenia: szpital dom inne
2. Oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą.....
.....
.....
3. Ukończony tydzień ciąży
4. Poród: spontaniczny indukowany
pojedynczy mnogi dziecko, które z kolei.....
siłami natury
zabiegowy: kleszcze vacuum pomoc ręczna
operacyjny (cięcie cesarskie): nagłe elektywne
5. Wskazania do porodu zabiegowego albo operacyjnego:
nieprawidłowe położenie/ułożenie płodu nieprawidłowa czynność skurczowa
macicy stan septyczny krwawienie w I okresie
inne
6. Objawy zagrożenia płodu
7. Czas trwania I okresu czas trwania II okresu
8. Płyn owodniowy: przejrzysty mętny zielony żółty krwisty
cuchnący brak
odpłynął: w czasie porodu godzin przed porodem
9. Sposób łagodzenia bólu porodowego
10. Leki stosowane w czasie porodu
11. Pobrano krew pępowinową: tak nie
12. Uwagi

Data

Oznaczenie osoby sprawującej opiekę

.....

V. STAN NOWORODKA PO URODZENIU

1. Urodzeniowa masa ciała g (zaznaczyć na siatce centylowej)
2. Długość ciała cm
3. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
4. Obwód klatki piersiowej cm
5. Ocena wg skali Apgar:

Minuta życia:	1.	3.	5.	10.	(odchylenia w badaniu):
Czynność serca					
Oddech					
Napięcie mięśni					
Odruchy					
Zabarwienie skóry					
RAZEM pkt					

6. Postępowanie z noworodkiem po urodzeniu:

- odśluzowanie
- osuszenie
- zaopatrzenie pępowiny
- profilaktyka zakażenia przedniego odcinka oka
- podanie witaminy K
- podanie tlenu od.....do min.
- sztuczna wentylacja od.....do min.
- intubacja w..... min.
- masaż serca od.....do min.
- cewnikowanie naczyń pępowinowych

7. Krew pępowinowa (tętnica, żyła): pH..... BE..... inne

8. Saturacja (mierzona na prawej kończynie górnej, między 2. a 24. godz. życia).....

9. Echo serca (gdy saturacja poniżej 96%)

10. Leki

11. Kontakt noworodka z matką „skóra do skóry”: tak nie

Czas trwania....., jeżeli krócej niż 2 godziny powód przerwania:

12. Czy dziecko zaczęło ssać pierś: tak nie

Data

Oznaczenie osoby sprawującej opiekę

.....

VI. OBSERWACJA NOWORODKA

1. Najniższa masa ciała..... g wdobie
2. Karmienie: naturalne sztuczne mieszane preparat
3. Koordynacja procesu ssanie – połykanie: zadowolająca niezadowolająca
dziecko żywotne: tak nie
rytm sen – czuwanie: prawidłowy nieprawidłowy
adekwatne do sytuacji reakcje na:
dotyk: tak nie
dźwięk: tak nie
światło: tak nie
zmianę pozycji ciała: tak nie
4. Żółtaczka fizjologiczna: od do doby
Maksymalne stężenie bilirubiny.....w.....dobie
5. Inne
6. Badanie lekarskie przedmiotowe.....
7. Poszerzone badanie kliniczne noworodka data i godzina.....
8. Uwagi
9. Wyniki badań dodatkowych
10. Stan pediatryczny wymagający przejściowej obserwacji (do 7 dni)
11. Rozpoznanie i epikryza

Data

Oznaczenie lekarza

.....

VI.1. DODATKOWA INFORMACJA O POBYCIE W SZPITALU

Rozpoznanie i epikryza

Data

Oznaczenie lekarza

.....

VII. DANE NOWORODKA W DNIU WYPISU ZE SZPITALA ALBO PRZEKAZANIA OPIEKI NAD DZIECKIEM URODZONYM W WARUNKACH POZASZPITALNYCH POD OPIEKĘ POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Data (rrrr-mm-dd).....
2. Wiek kalendarzowy wiek postkonceptyjny²⁾.....
3. Masa ciała g (zaznaczyć na siatce centylowej)
4. Długość ciała cm
5. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
6. Ciemię przednie..... szwy czaszkowe.....
7. Badanie przedmiotowe
.....
.....
8. Noworodek wypisany ze szpitala: do domu do innego oddziału
na żądanie rodziców
9. Stan noworodka w dniu wypisu albo przekazania opieki: zdrowy, bez zastrzeżeń
wymaga dalszej obserwacji, diagnozowania albo leczenia
10. Wykonano szczepienia obowiązkowe: tak nie
11. Badania przesiewowe:
Pobrano krew na bibułę: tak nie
Kod bibuły³⁾ I i data pobrania
Kod bibuły³⁾ II i data pobrania (na wezwanie).....
Bibułę z kodem³⁾
przekazano do.....
12. Inne badania wykonane w dniu wypisu.....
Badanie słuchu I
Data badania (rrrr-mm-dd).....
Wynik badania: prawidłowy nieprawidłowy
Badanie słuchu II
Data badania (rrrr-mm-dd).....
Wynik badania: prawidłowy nieprawidłowy

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

³⁾ Może być wklejony.

Wrodzone wady rozwojowe

Zgłoszono do rejestru wrodzonych wad rozwojowych w dniu

13. Zlecone konsultacje specjalistyczne i badania:

USG stawów biodrowych

Badanie okulistyczne⁴⁾

Inne
.....
.....

14. Przepisane leki, witaminy

.....
.....

15. Karmienie

.....
.....

16. Zalecenia lekarskie

.....
.....

17. Zalecenia pielęgnacyjne

.....

18. Poinformowano o czynnikach ryzyka nagłej śmierci łóżeczkowej: tak nie

19. Przeprowadzono instruktaż karmienia piersią: tak nie

20. Poinformowano o konieczności wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:

tak nie

21. Poinformowano o konieczności wyboru pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej:

tak nie

22. Poinformowano o konieczności wyboru położnej podstawowej opieki zdrowotnej:

tak nie

Data

Oznaczenie lekarza lub położnej

.....

⁴⁾ W przypadku niemowląt urodzonych przed 32. tygodniem ciąży lub z masą urodzeniową poniżej 1500 g albo niemowląt urodzonych przed 36. tygodniem ciąży z wewnątrzmacicznym zahamowaniem wzrostu płodu leczonych z zastosowaniem intensywnej tlenoterapii i fototerapii.

VIII. WIZYTY PATRONAŻOWE

VIII.1. WIZYTA PATRONAŻOWA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ – 1.-4. tydzień życia

1. Wiek kalendarzowy wiek postkonceptyjny²⁾
2. Długość ciała cm
3. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
4. Obwód klatki piersiowej..... cm
5. Ciemię przednie..... szwy czaszkowe
6. Przyjmowane leki
-
-
7. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej - guzki Bohna, perły Epsteina, nadziąsłaki wrodzone, nieprawidłowości wędzidełek, warg i języka)
skóra
- głowa
- szyja.....
- oczy
- uszy.....
- jama ustna/gardło
- węzły chłonne.....
- płuca
- serce.....
- brzuch
- układ moczowo-płciowy
- układ kostno-stawowy.....
- stan odżywienia
8. Żywnienie (skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego)
-
-
9. Ocena neurorozwojowa
10. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
Zauważone niepokojące objawy: tak nie
trudności ze ssaniem połykaniem
bezdechy wymioty drgawki płacz przenikliwy kwilenie
brak reakcji na dźwięki

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)

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

11. Warunki mieszkaniowe: bardzo dobre dobre przeciętne złe

12. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....

13. Zalecenia.....

.....

14. Porada żywieniowa.....

.....

Żywnienie witaminy.....

15. Zlecone konsultacje.....

.....

16. Zlecone badania diagnostyczne.....

.....

.....

Data

Oznaczenie lekarza

.....

VIII.2. WIZYTY PATRONAŻOWE POŁOŻNEJ – 1.-6. tydzień życia

1. Data I wizyty
2. Wiek dziecka
3. Opis wizyty.....
.....
.....
.....
4. Sposób żywienia noworodka.....
5. Zalecenia.....
.....
6. Data następnej wizyty.....

Data

Oznaczenie położnej

1. Data II wizyty
2. Wiek dziecka
3. Opis wizyty.....
.....
.....
.....
4. Sposób żywienia noworodka.....
5. Zalecenia.....
.....
6. Data następnej wizyty.....

Data

Oznaczenie położnej

1. Data III wizyty.....
2. Wiek dziecka
3. Opis wizyty.....
.....
.....
.....
4. Sposób żywienia noworodka.....
5. Zalecenia.....
.....
6. Data następnej wizyty.....

Data

Oznaczenie położnej

1. Data IV wizyty
2. Wiek dziecka
3. Opis wizyty.....
.....
.....
.....
4. Sposób żywienia noworodka.....
5. Zalecenia.....
.....
6. Data następnej wizyty.....

Data Oznaczenie położnej

1. Data V wizyty.....
2. Wiek dziecka
3. Opis wizyty.....
.....
.....
.....
4. Sposób żywienia noworodka.....
5. Zalecenia.....
.....
6. Data następnej wizyty.....

Data Oznaczenie położnej

1. Data VI wizyty
2. Wiek dziecka
3. Opis wizyty.....
.....
.....
.....
4. Sposób żywienia noworodka.....
5. Zalecenia.....
.....
6. Data następnej wizyty.....

Data Oznaczenie położnej

VIII.3. WIZYTY PATRONAŻOWE PIEŁĘGNIARKI

1. Data I wizyty
2. Wiek dziecka
3. Opis wizyty.....
.....
.....
.....
.....
4. Zalecenia.....
.....
5. Data następnej wizyty⁵⁾

Data Oznaczenie pielęgniarki.....

1. Data II wizyty⁵⁾.....
2. Wiek dziecka
3. Opis wizyty.....
.....
.....
.....
.....
4. Zalecenia.....
.....

Data Oznaczenie pielęgniarki.....

⁵⁾ W przypadku gdy w czasie wizyty stwierdzono zaburzenia stanu zdrowia dziecka.

IX. WIZYTY PROFILAKTYCZNE – 0.-4. rok życia

IX.1. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ – 6.-9. tydzień życia (w terminie odpowiadającym szczepieniom ochronnym)

1. Wiek kalendarzowy wiek postkonceptyjny²⁾
2. Masa ciała g (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciała cm
4. Obwód głowy cm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej cm
6. Ciemię przednie szwy czaszkowe
7. Przyjmowane leki
8. Test przesiewowy w kierunku:

Zaburzeń wzroku:

zez: widoczny niewidoczny

test Hirschberga: ujemny dodatni Cover test: ujemny dodatni

Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy nieprawidłowy

Wrodzonej dysplazji stawów biodrowych: prawidłowy nieprawidłowy

Wnętrostwa: jądra w mosznie w kanale pachwinowym niewyczuwalne

9. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej (guzki Bohna, perły Epsteina), nadziąśłaki wrodzone, nieprawidłowości wędzidełek, warg i języka)
skóra
głowa
szyja
oczy
uszy
jama ustna/gardło
węzły chłonne
płuca
serce
brzuch
układ moczowo-płciowy
układ kostno-stawowy
stan odżywienia

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

10. Żywnienie (skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego)
-
11. Ocena neurorozwojowa
-
12. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
- Zauważone niepokojące objawy: tak nie
- trudności ze ssaniem trudności z połykaniem
- bezdechy wymioty drgawki płacz przenikliwy kwilenie
- brak reakcji na dźwięki
- Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)
-
13. Odchylenia w badaniach dodatkowych
14. Zalecenia.....
15. Porada żywieniowa.....
-
- Dieta witaminy
16. Zlecone konsultacje
-
17. Zlecone badania diagnostyczne
-

Data

Oznaczenie lekarza

.....

Oznaczenie pielęgniarki

.....

IX.2. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ – 3.-4. miesiąc życia (w terminie odpowiadającym szczepieniom ochronnym)

1. Wiek kalendarzowy wiek postkonceptyjny²⁾
2. Masa ciałag (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciałacm
4. Obwód głowycm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej.....cm
6. Ciemię przednie..... szwy czaszkowe.....
7. Przyjmowane leki

8. Test przesiewowy w kierunku:

Zaburzeń wzroku:

zez: widoczny niewidoczny

test Hirschberga: ujemny dodatni Cover test: ujemny dodatni

Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy nieprawidłowy

Rozwojowej dysplazji stawów biodrowych: prawidłowy nieprawidłowy

Wnętrostwa: jądra w mosznie w kanale pachwinowym niewyczuwalne

9. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku)

skóra

głowa

szyja.....

oczy

uszy.....

jama ustna/gardło

węzły chłonne.....

płuca

serce.....

brzuch

układ moczowo-płciowy

układ kostno-stawowy.....

stan odżywienia

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

10. Żywnienie (skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego)
-
11. Ocena neurorozwojowa
-
12. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
- Zauważone niepokojące objawy: tak nie
- trudności ze ssaniem trudności z połykaniem
- nieprawidłowe stolce bezdechy wymioty drgawki
- brak odwracania głowy w kierunku dźwięku
- brak łączenia rąk w linii środkowej
- Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)
-
13. Odchylenia w badaniach dodatkowych
14. Zalecenia.....
15. Porada żywieniowa.....
-
- Dieta witaminy
16. Zlecone konsultacje
-
17. Zlecone badania diagnostyczne
-

Data

Oznaczenie lekarza

.....

Oznaczenie pielęgniarki

.....

IX.3. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ – 6. miesiąc życia (w terminie odpowiadającym szczepieniom ochronnym)

1. Wiek kalendarzowy wiek postkonceptyjny²⁾
2. Masa ciałag (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciałacm
4. Obwód głowycm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej.....cm
6. Ciemię przednie..... szwy czaszkowe
7. Przyjmowane leki

8. Test przesiewowy w kierunku:

Zaburzeń wzroku:

zez: widoczny niewidoczny

test Hirschberga: ujemny dodatni Cover test: ujemny dodatni

Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy nieprawidłowy

Rozwojowej dysplazji stawów biodrowych: prawidłowy nieprawidłowy

Wnętrostwa: jądra w mosznie w kanale pachwinowym niewyczuwalne

9. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku, nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy)

skóra

głowa

szyja.....

oczy

uszy.....

jama ustna/gardło

węzły chłonne.....

płuca

serce.....

brzuch

układ moczowo-płciowy

układ kostno-stawowy.....

stan odżywienia

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

10. Żywnienie (skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej)
-
11. Ocena neurorozwojowa
-
12. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
- Zauważone niepokojące objawy: tak nie
- trudności z karmieniem bezdechy
- wymioty drgawki nieprawidłowe stolce
- brak reakcji na dzwonek, telefon, głos opiekuna
- brak zainteresowania zabawkami brak obrotu na boki i na brzuch
- Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)
-
13. Odchylenia w badaniach dodatkowych
14. Zalecenia.....
15. Porada żywieniowa.....
-
- Dieta witaminy
16. Zlecone konsultacje
-
17. Zlecone badania diagnostyczne
-

Data

Oznaczenie lekarza

.....

Oznaczenie pielęgniarki

.....

IX.4. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ – 9. miesiąc życia

1. Wiek kalendarzowy wiek postkonceptyjny²⁾
2. Masa ciałag (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciałacm
4. Obwód głowycm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej.....cm
6. Ciemię przednie..... szwy czaszkowe
7. Przyjmowane leki

8. Test przesiewowy w kierunku:

Zaburzeń wzroku:

zez: widoczny niewidoczny

test Hirschberga: ujemny dodatni Cover test: ujemny dodatni

Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia

słuchu): prawidłowy nieprawidłowy

Wnętrostwa: jądra w mosznie w kanale pachwinowym niewyczuwalne

9. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku, nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy, nawyki higieniczne, szczotkowanie zębów pastą z fluorem)

skóra

głowa

szyja.....

oczy

uszy.....

jama ustna/gardło

węzły chłonne.....

płuca

serce.....

brzuch

układ moczowo-płciowy

układ kostno-stawowy.....

stan odżywienia

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

10. Żywnienie (skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków oraz napojów w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej)
-
-
-
11. Ocena neurorozwojowa
-
12. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
- Zauważone niepokojące objawy: tak nie
- trudności z karmieniem bezdechy
- wymioty drgawki nieprawidłowe stolce
- trudności z mikcją, pielucha zawsze mokra brak strumienia mikcji
- częste infekcje brak reakcji na ciche dźwięki brak ciągu sylab da-da-da
- stereotypie, np. rytmiczne kiwanie głową
- Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy).....
-
13. Odchylenia w badaniach dodatkowych
14. Zalecenia.....
15. Porada żywieniowa.....
-
- Dieta witaminy
16. Zlecone konsultacje
-
17. Zlecone badania diagnostyczne
-
18. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak nie

Data

Oznaczenie lekarza

.....

Oznaczenie pielęgniarki

.....

IX.5. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ – 12. miesiąc życia

1. Wiek kalendarzowy wiek postkonceptyjny²⁾
2. Masa ciałag (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciałacm
4. Obwód głowycm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Obwód klatki piersiowej.....cm
6. Ciśnienie tętnicze krwi
7. Ciemię przednie..... szwy czaszkowe
8. Przyjmowane leki
-
9. Test przesiewowy w kierunku:
Zaburzeń wzroku:
zez: widoczny niewidoczny
test Hirschberga: ujemny dodatni Cover test: ujemny dodatni
Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy nieprawidłowy
Wnętrostwa: jądra w mosznie w kanale pachwinowym niewyczuwalne
10. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku, nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy, nawyki higieniczne, szczotkowanie zębów pastą z fluorem)
skóra
- głowa
- szyja.....
- oczy
- uszy.....
- jama ustna/gardło
- węzły chłonne.....
- płuca
- serce.....
- brzuch
- układ moczowo-płciowy
- układ kostno-stawowy.....
- stan odżywienia

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

11. Żywnienie (skuteczność karmienia piersią, częstotliwość i objętość posiłków oraz napojów w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzanie żywności dodatkowej, stosowanie diet eliminacyjnych)

12. Ocena neurorozwojowa

13. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: tak nie

trudności z karmieniem bezdechy

wymioty drgawki nieprawidłowe stolce

trudności z mikcją, pielucha zawsze mokra brak strumienia mikcji

częste infekcje brak reakcji na ciche dźwięki brak ciągu sylab da-da-da

stereotypie, np. rytmiczne kiwanie głową

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy).....

14. Odchylenia w badaniach dodatkowych

15. Zalecenia.....

16. Porada żywieniowa.....

.....

Dieta witaminy

17. Zlecone konsultacje

.....

18. Zlecone badania diagnostyczne

.....

Badanie okulistyczne

19. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak nie

Data

Oznaczenie lekarza

.....

Oznaczenie pielęgniarki

.....

IX.6. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ – 2. rok życia

1. Wiek kalendarzowy wiek postkonceptyjny²⁾
2. Masa ciałag (zaznaczyć na siatce centylowej)
3. Długość ciałacm
4. Obwód głowycm (zaznaczyć na siatce centylowej)
5. Ciśnienie tętnicze krwi
6. Wskaźnik BMI.....
7. Ciemię przednie..... szwy czaszkowe
8. Przyjmowane leki
-
9. Test przesiewowy w kierunku:
Zaburzeń wzroku:
zez: widoczny niewidoczny
test Hirschberga: ujemny dodatni Cover test: ujemny dodatni
Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy nieprawidłowy
Wnętrostwa: jądra w mosznie w kanale pachwinowym niewyczuwalne
10. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku, nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy, nawyki higieniczne, szczotkowanie zębów pastą z fluorem)
skóra
- głowa
- szyja.....
- oczy
- uszy.....
- jama ustna/gardło
- węzły chłonne.....
- płuca
- serce.....
- brzuch
- układ moczowo-płciowy
- układ kostno-stawowy.....
- stan odżywienia

²⁾ Dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży.

11. Żywnienie (częstotliwość i objętość posiłków oraz napojów, stosowanie diet eliminacyjnych)

12. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

Zauważone niepokojące objawy: tak nie

trudności z karmieniem bezdechy

wymioty drgawki nieprawidłowe stolce

trudności z mikcją, pieluchowanie brak strumienia mikcji częste infekcje

brak należnego dla wieku rozwoju mowy: brak zdań dwuwyrzowych

brak używania trzeciej osoby

brak należnego dla wieku rozumienia mowy: brak pokazywania części ciała

brak spełniania prostych poleceń

zaburzenia zachowania zaburzenia snu

brak pierwszych swobodnych kroków po 15. miesiącu życia brak wchodzenia na schody z trzymaniem poręczy

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy).....

13. Odchylenia w badaniach dodatkowych

14. Zalecenia.....

15. Porada żywieniowa.....

Dieta witaminy

16. Zlecone konsultacje

17. Zlecone badania diagnostyczne

18. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak nie

Data

Oznaczenie lekarza

Oznaczenie pielęgniarki

IX.7. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ – 4. rok życia

1. Wiek
2. Masa ciałakg centyl
3. Wzrost.....cm centyl
4. Ciśnienie tętnicze krwi centyl
5. Wskaźnik BMI..... centyl
6. Przyjmowane leki

7. Test przesiewowy w kierunku:

Zaburzeń wzroku:

zez: widoczny niewidoczny

test Hirschberga: ujemny dodatni Cover test: ujemny dodatni

Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy nieprawidłowy

Wnętrostwa: jądra w mosznie w kanale pachwinowym niewyczuwalne

8. Badanie lekarskie

skóra

głowa

szyja.....

oczy

uszy.....

jama ustna/gardło

węzły chłonne.....

płuca

serce.....

brzuch

układ moczowo-płciowy

układ kostno-stawowy.....

stan odżywienia

9. Sprawność ruchowa i koordynacja

10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy.....

11. Rozwój emocjonalny/społeczny

12. Ocena aktywności fizycznej

13. Problemy zdrowotne.....

14. Leczenie przewlekłe
-
15. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
-
-
16. Odchylenia w badaniach dodatkowych
17. Zalecenia.....
18. Porada żywieniowa.....
-
- Dieta witaminy
19. Zlecone konsultacje
-
20. Zlecone badania diagnostyczne
-

Data

Oznaczenie lekarza

.....

Oznaczenie pielęgniarki

.....

X. BADANIE STANU UZĘBIENIA ORAZ ZDROWIA JAMY USTNEJ DZIECKA DO UKOŃCZENIA 4. ROKU ŻYCIA ⁶⁾

Data wizyty adaptacyjnej:

Wiek	6. m.ż.	9. m.ż.	12. m.ż.	2. r.ż.	4 r.ż.
Liczba zębów, w tym:					
z próchnicą P					
usuniętych U					
wypełnionych W					
Defekty szkliwa	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Złogi nazębne	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Urazy zębów (liczba)					
Wady narządu żucia (jakie?)					
Stan języka					
Stan przyzębia					
Parafunkcje					
Częstość szczotkowania pastą z fluorem/dziennie					
Ryzyko próchnicy (wg puw) ⁷⁾					
Zalecenia					
Data, oznaczenie lekarza dentysty					

⁶⁾ Wypełnia lekarz dentysta.

⁷⁾ Wskaźnik intensywności próchnicy (puw) – suma zębów z próchnicą, usuniętych z powodu próchnicy, wypełnionych z powodu próchnicy.

XI. WIZYTY PROFILAKTYCZNE – 5.-19. rok życia

XI.1. WIZYTA PROFILAKTYCZNA W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ – 5. rok życia (roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne)⁸⁾

1. Wiek
2. Masa ciałakg centyl
3. Wzrost.....cm centyl
4. Ciśnienie tętnicze krwi centyl
5. Wskaźnik BMI..... centyl
6. Dieta
7. Testy przesiewowe
Wzrok: ostrość wzroku bez okularów w okularach OP..... OL
wada refrakcji widzenie barw: prawidłowe nieprawidłowe
inne zaburzenia.....
Słuch: test szeptem, audiometryczny: prawidłowy nieprawidłowy
Układ ruchu: prawidłowy boczne skrzywienie kręgosłupa kolana koślawe
stopy płasko-koślawe
inne odchylenia.....
8. Badanie lekarskie
skóra
- głowa
- szyja.....
- oczy
- uszy.....
- jama ustna/gardło
- węzły chłonne.....
- płuca
- serce.....
- brzuch
- układ moczowo-płciowy
- układ kostno-stawowy.....
- stan odżywienia
9. Sprawność ruchowa i koordynacja

⁸⁾ W przypadku gdy badanie przesiewowe nie było wykonane w terminie, wykonuje się je w I klasie szkoły podstawowej.

10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy.....
11. Rozwój emocjonalny/społeczny.....
12. Ocena aktywności fizycznej.....
13. Ocena zdrowotnej dojrzałości szkolnej i lateralizacji (przy rozpoczęciu nauki).....
-
14. Problemy zdrowotne.....
-
15. Leczenie przewlekłe.....
-
16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
-
-
17. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....
18. Zalecenia.....
19. Porada żywieniowa.....
-
- Dieta..... witaminy.....
20. Zlecone konsultacje.....
-
21. Zlecone badania diagnostyczne.....
-
22. Ocena gotowości szkolnej.....
-
23. Kwalifikacja do zajęć wychowania fizycznego: tak nie
24. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak nie

Data

Oznaczenie lekarza

.....

Oznaczenie pielęgniarki

.....

XI.2. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ – 8.-9. rok życia (III klasa szkoły podstawowej)

1. Wiek
2. Masa ciałakg centyl
3. Wzrost.....cm centyl
4. Ciśnienie tętnicze krwi centyl
5. Wskaźnik BMI..... centyl
6. Dieta
7. Testy przesiewowe
Wzrok: ostrość wzroku bez okularów w okularach OP..... OL
wada refrakcji widzenie barw: prawidłowe nieprawidłowe
inne zaburzenia
- Słuch:** test szeptem, audiometryczny: prawidłowy nieprawidłowy
- Układ ruchu:** prawidłowy boczne skrzywienie kręgosłupa
inne odchylenia.....
8. Badanie lekarskie
skóra
- głowa
- szyja.....
- oczy
- uszy.....
- jama ustna/gardło
- węzły chłonne.....
- płuca
- serce.....
- brzuch
- układ moczowo-płciowy
- układ kostno-stawowy
- stan odżywienia
9. Sprawność ruchowa i koordynacja
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy
11. Rozwój emocjonalny/społeczny
12. Ocena dojrzałości płciowej.....
13. Ocena aktywności fizycznej
14. Problemy zdrowotne.....
.....

15. Leczenie przewlekłe
-
16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
-
-
17. Odchylenia w badaniach dodatkowych
18. Zalecenia.....
19. Porada żywieniowa.....
-
- Dieta witaminy
20. Zlecone konsultacje
-
21. Zlecone badania diagnostyczne
-
22. Szczepienia ochronne zgodnie z kalendarzem szczepień: tak nie

Data

Oznaczenie lekarza

.....

XI.3. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ – 12.-13. rok życia (I klasa gimnazjum)

1. Wiek
2. Masa ciałakg centyl
3. Wzrost.....cm centyl
4. Ciśnienie tętnicze krwi centyl
5. Wskaźnik BMI centyl
6. Dieta
7. Testy przesiewowe
Wzrok: ostrość wzroku bez okularów w okularach OP..... OL.....
wada refrakcji widzenie barw: prawidłowe nieprawidłowe
inne zaburzenia
- Słuch:** test szeptem, audiometryczny: prawidłowy nieprawidłowy
- Układ ruchu:** prawidłowy boczne skrzywienie kręgosłupa
nadmierna kifoza piersiowa inne odchylenia
8. Badanie lekarskie
skóra
- głowa
- szyja.....
- oczy
- uszy.....
- jama ustna/gardło
- węzły chłonne.....
- płuca
- serce.....
- brzuch
- układ moczowo-płciowy
- układ kostno-stawowy
- stan odżywienia
9. Sprawność ruchowa i koordynacja
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy
11. Rozwój emocjonalny/społeczny
12. Ocena dojrzewania płciowego.....
13. Ocena aktywności fizycznej
14. Problemy zdrowotne.....
.....

15. Leczenie przewlekłe
-
16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
-
-
17. Odchylenia w badaniach dodatkowych
18. Zalecenia.....
19. Porada żywieniowa.....
-
- Dieta witaminy
20. Zlecone konsultacje
-
21. Zlecone badania diagnostyczne
-

Data

Oznaczenie lekarza

.....

XI.4. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ – 15.-16. rok życia (I klasa szkoły ponadgimnazjalnej)

1. Wiek
2. Masa ciałakg centyl
3. Wzrost.....cm centyl
4. Ciśnienie tętnicze krwi centyl
5. Wskaźnik BMI..... centyl
6. Dieta
7. Testy przesiewowe
Wzrok: ostrość wzroku bez okularów w okularach OP OL
wada refrakcji..... inne zaburzenia.....
Słuch: test szeptem, audiometryczny: prawidłowy nieprawidłowy
Układ ruchu: prawidłowy boczne skrzywienie kręgosłupa
nadmierna kifoza piersiowa inne odchylenia.....
8. Badanie lekarskie
skóra
głowa
szyja.....
oczy
uszy.....
jama ustna/gardło
węzły chłonne.....
płuca
serce.....
brzuch
układ moczowo-płciowy
układ kostno-stawowy.....
stan odżywienia
9. Sprawność ruchowa i koordynacja.....
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy.....
11. Rozwój emocjonalny/społeczny
12. Ocena dojrzewania płciowego.....
13. Ocena aktywności fizycznej
14. Problemy zdrowotne.....
.....

15. Leczenie przewlekłe
-
16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
-
-
17. Odchylenia w badaniach dodatkowych
18. Zalecenia.....
19. Porada żywieniowa.....
-
- Dieta witaminy
20. Zlecone konsultacje
-
21. Zlecone badania diagnostyczne
-

Data

Oznaczenie lekarza

.....

XI.5. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ – 18.-19. rok życia (ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej)

1. Wiek
2. Masa ciałakg centyl
3. Wzrost.....cm centyl
4. Ciśnienie tętnicze krwi centyl
5. Wskaźnik BMI..... centyl
6. Dieta
7. Testy przesiewowe
Wzrok: ostrość wzroku bez okularów w okularach OP OL
wada refrakcji..... inne zaburzenia.....
Słuch: test szeptem, audiometryczny: prawidłowy nieprawidłowy
Układ ruchu: prawidłowy boczne skrzywienie kręgosłupa
nadmierna kifoza piersiowa inne odchylenia.....
8. Badanie lekarskie
skóra
głowa
szyja.....
oczy
uszy.....
jama ustna/gardło
węzły chłonne.....
płuca
serce.....
brzuch
układ moczowo-płciowy
układ kostno-stawowy
stan odżywienia
9. Sprawność ruchowa i koordynacja
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy
11. Rozwój emocjonalny/społeczny
12. Ocena dojrzewania płciowego.....
13. Ocena aktywności fizycznej
14. Problemy zdrowotne.....
.....

15. Leczenie przewlekłe
-
16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
-
-
17. Odchylenia w badaniach dodatkowych
18. Zalecenia.....
19. Porada żywieniowa.....
-
- Dieta witaminy
20. Zlecone konsultacje
-
21. Zlecone badania diagnostyczne
-

Data

Oznaczenie lekarza

.....

XII. BADANIE STANU UZĘBIENIA ORAZ ZDROWIA JAMY USTNEJ⁶⁾

M-zęby mleczne, S –zęby stałe

Wiek	5. r.ż.		6. r.ż.		7. r.ż.		10. r.ż.	
	M	S	M	S	M	S	M	S
Zęby								
Liczba zębów, w tym:								
z próchnicą P								
usuniętych U								
wypełnionych W								
Defekty szkliwa	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Złogi nazębne	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Urazy zębów (liczba)								
Zgryz/wady narządu żucia (jakie?)								
Stan języka								
Stan przyzębia								
Parafunkcje								
Częstość szczotkowania pastą z fluorem /dziennie								
Ryzyko próchnicy (wg puw) ⁷⁾								
Zalecenia								
Data, oznaczenie lekarza dentysty								

Wiek	12. r.ż.		13. r.ż.		16. r.ż.		19. r.ż.	
	M	S	M	S	M	S	M	S
Zęby								
liczba zębów, w tym:								
z próchnicą P								
usuniętych U								
wypełnionych W								
Defekty szkliwa	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Złogi nazębne	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Urazy zębów (liczba)								
Zgryz/wady narządu żucia (jakie?)								
Stan języka								
Stan przyzębia								
Parafunkcje								
Częstość szczotkowania pastą z fluorem /dziennie								
Ryzyko próchnicy (wg puw)								
Zalecenia								
Data, oznaczenie lekarza dentysty								

⁶⁾ Wypełnia lekarz dentysta.

⁷⁾ Wskaźnik intensywności próchnicy (puw) – suma zębów z próchnicą, usuniętych z powodu próchnicy, wypełnionych z powodu próchnicy.

XIII. PRZEBYTE CHOROBY ZAKAŻNE

	Data zachorowania	Oznaczenie lekarza
Odra		
Ospa wietrzna		
Krztusiec		
Różyczka		
Szkarlatyna		
Wirusowe zapalenie wątroby typu B		
Świnka		
Inne		

XIV. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

Poradnia	Data pierwszej wizyty	Uwagi

Poradnia	Data pierwszej wizyty	Uwagi

XV. UCZULENIA I REAKCJE ANAFILAKTYCZNE

Na co	Data	Postępowanie	Oznaczenie lekarza

XVI. HOSPITALIZACJE

Oznaczenie szpitala pobył od do	Rozpoznanie: Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala pobył od do	Rozpoznanie: Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala pobył od do	Rozpoznanie: Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala pobył od do	Rozpoznanie: Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala pobył od do	Rozpoznanie: Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala pobył od do	Rozpoznanie: Oznaczenie lekarza wypisującego:

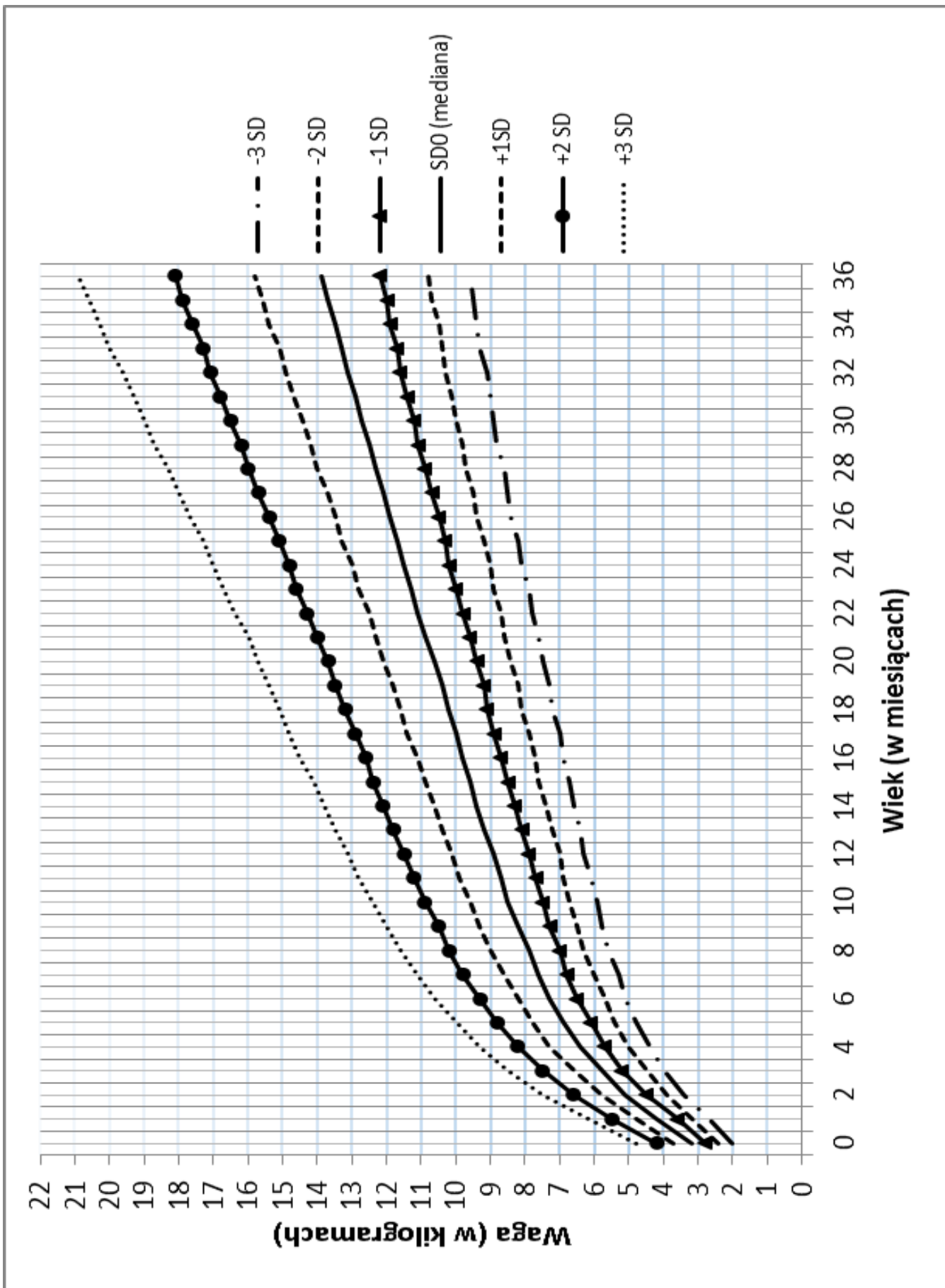
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobył od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobył od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobył od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobył od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:
Oznaczenie szpitala	Rozpoznanie:
pobył od do	Oznaczenie lekarza wypisującego:

XVII. ZAOPATRZENIE W SPRZĘT I WYROBY MEDYCZNE

Rodzaj wyrobu medycznego	
Data	Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj wyrobu medycznego	
Data	Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj wyrobu medycznego	
Data	Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj wyrobu medycznego	
Data	Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj wyrobu medycznego	
Data	Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj wyrobu medycznego	
Data	Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj wyrobu medycznego	
Data	Oznaczenie lekarza zlecającego

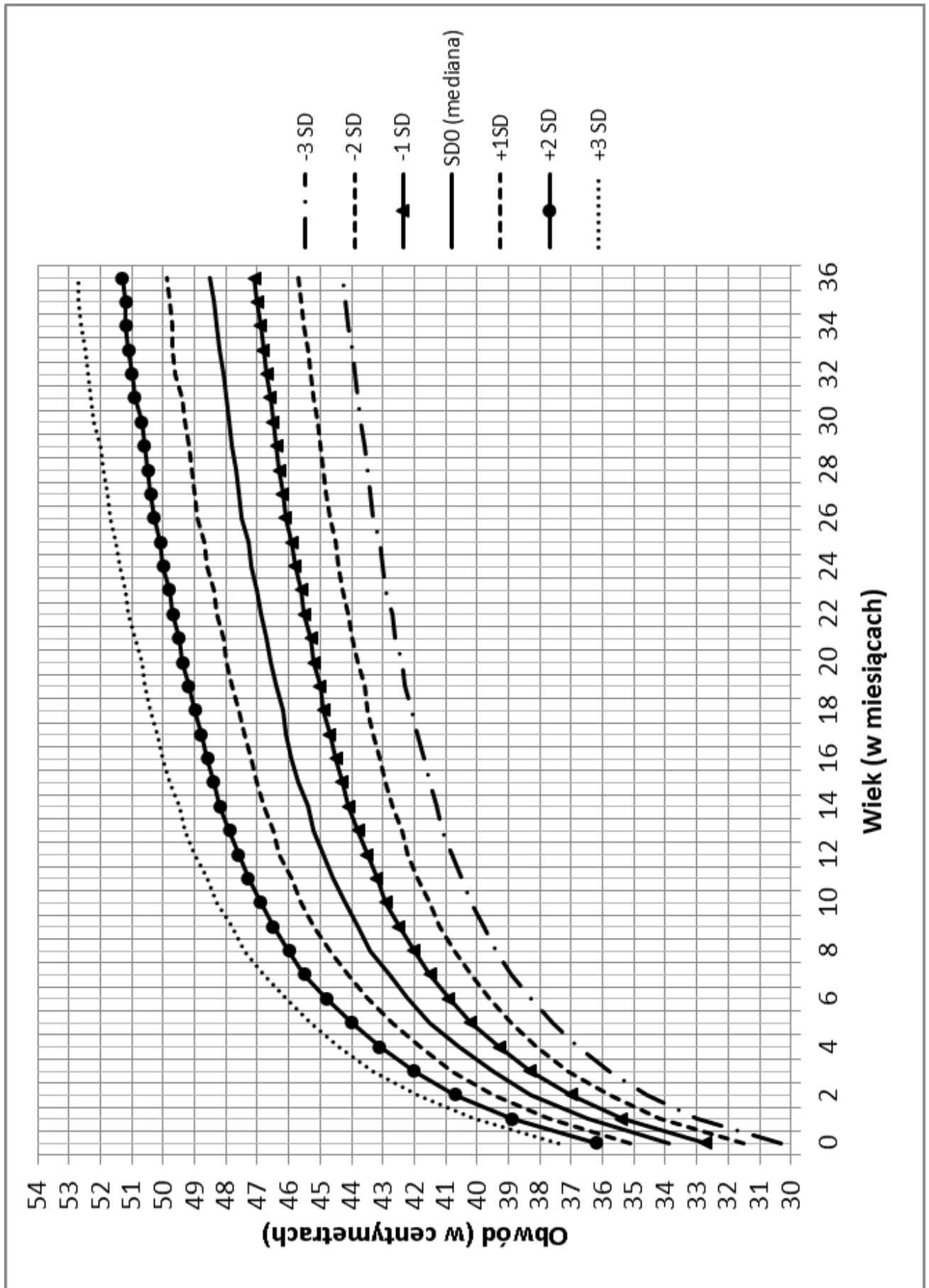
XIX. UWAGI

Siatka centylowa masy ciała dziewcząt w wieku 0-3 lata



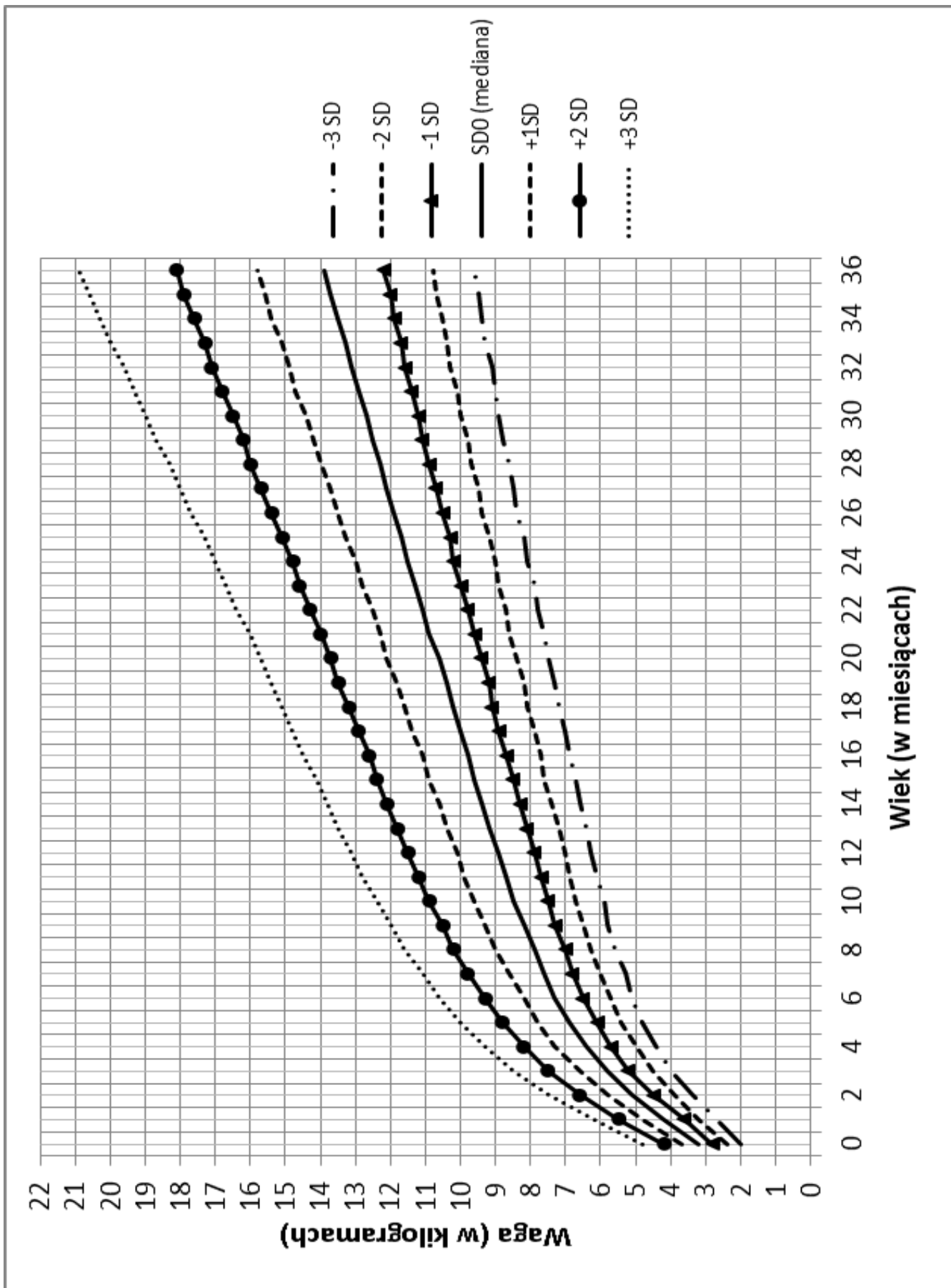
Źródło: WHO

Siatka centylowa obwodu głowy dziewcząt w wieku 0-3 lata



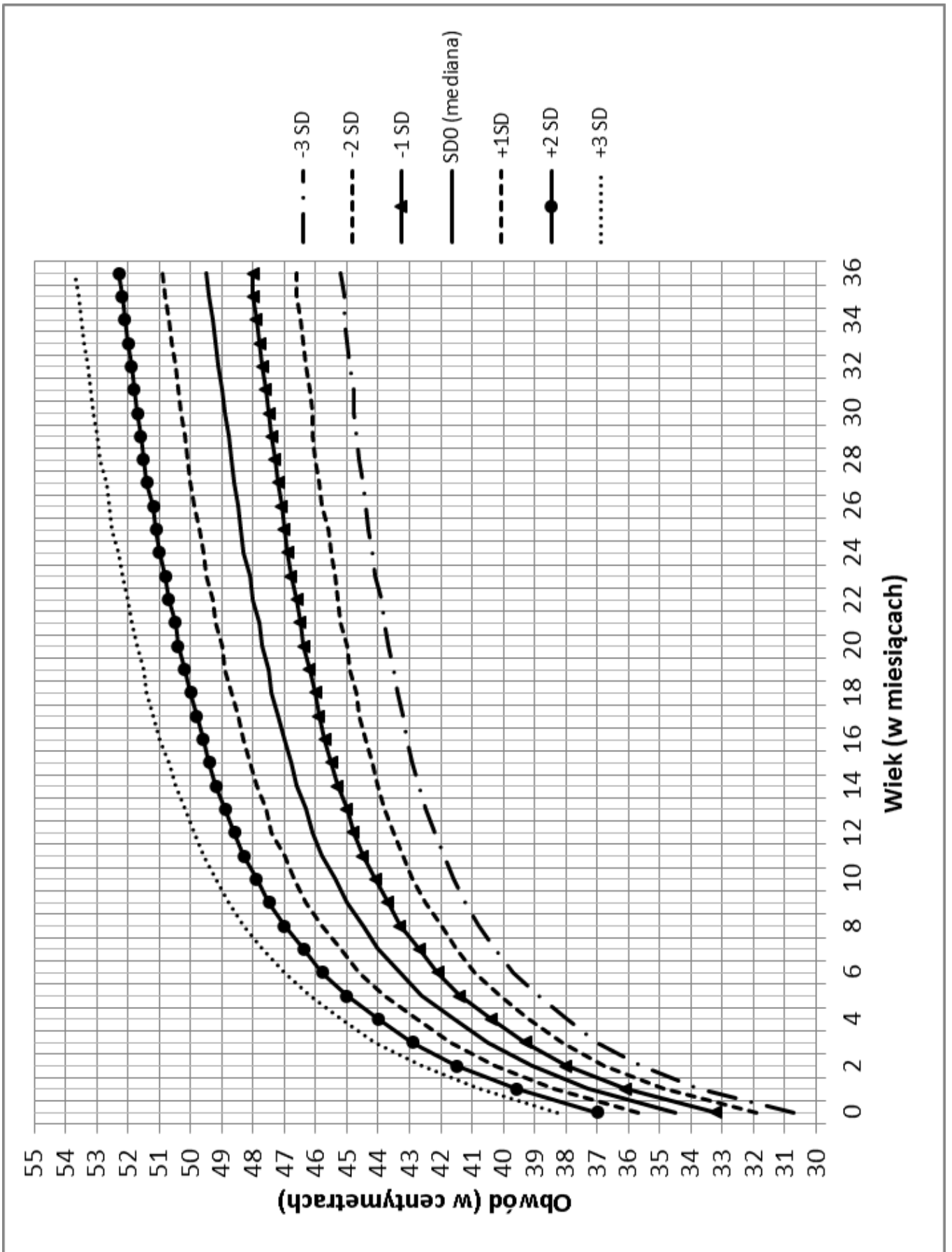
Źródło: WHO

Siatka centylowa masy ciała chłopców w wieku 0-3 lata



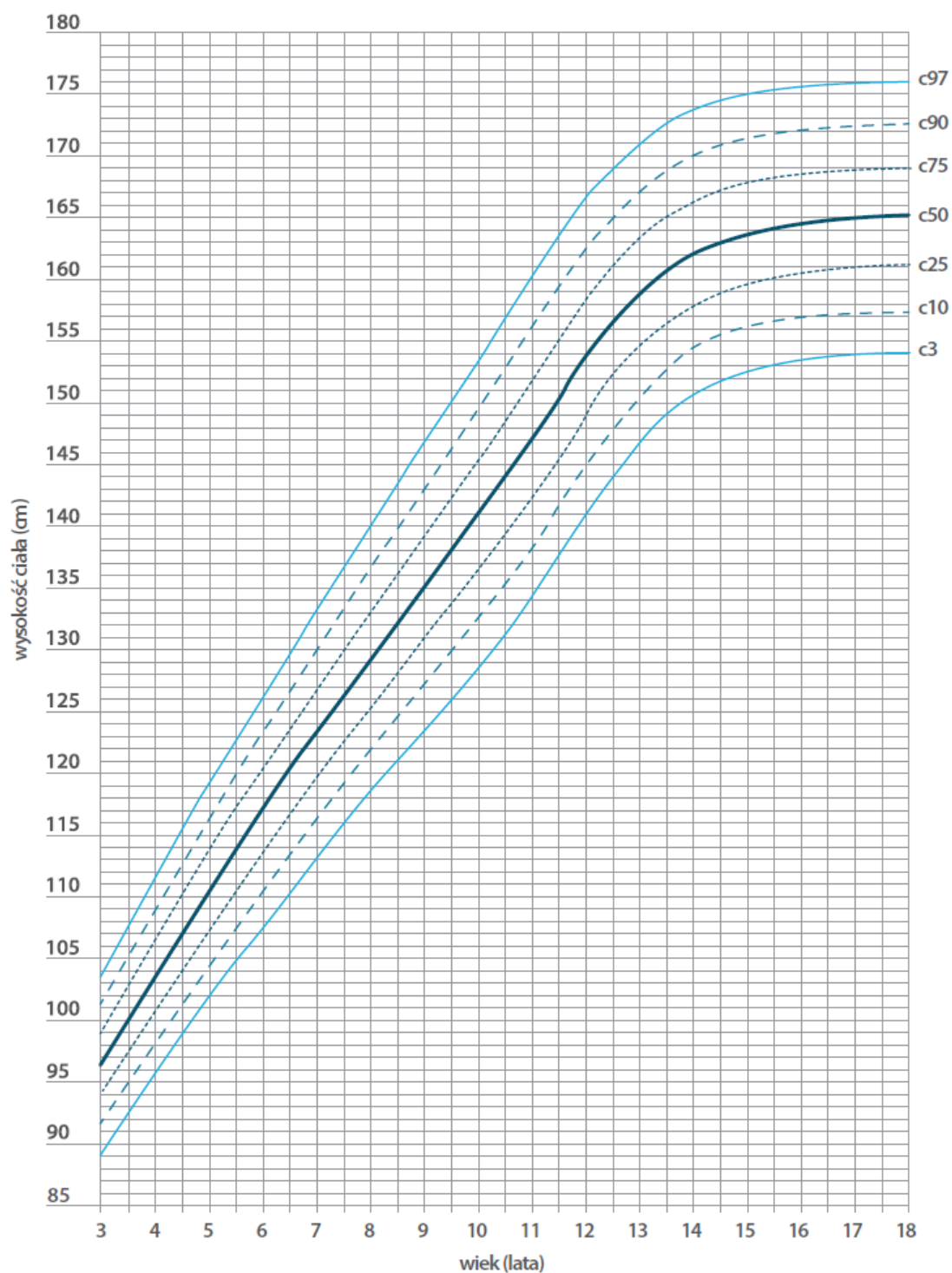
Źródło: WHO

Siatka centylowa obwodu głowy chłopców w wieku 0-3 lata



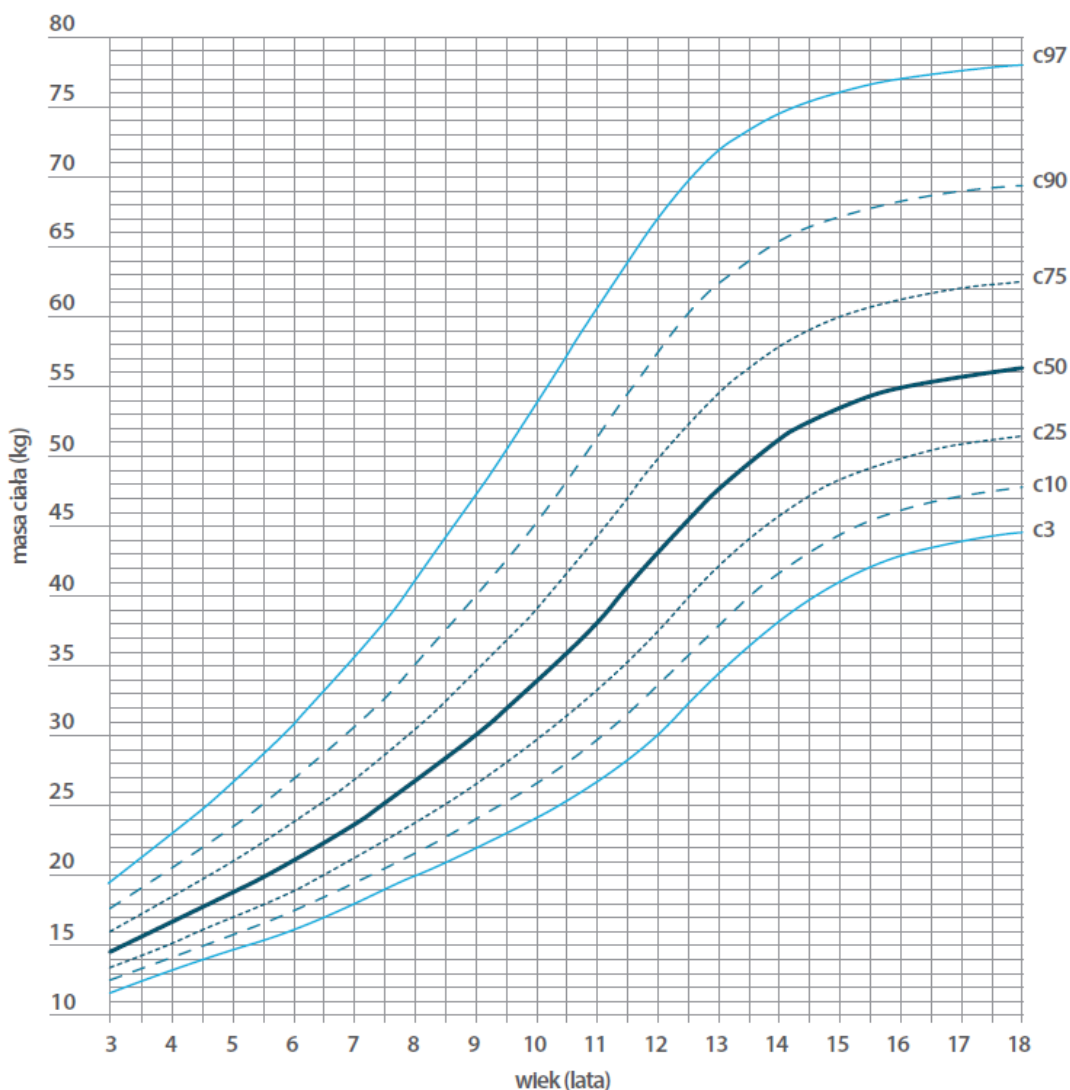
Źródło: WHO

Siatka centylowa wysokości ciała dziewcząt w wieku 3-18 lat



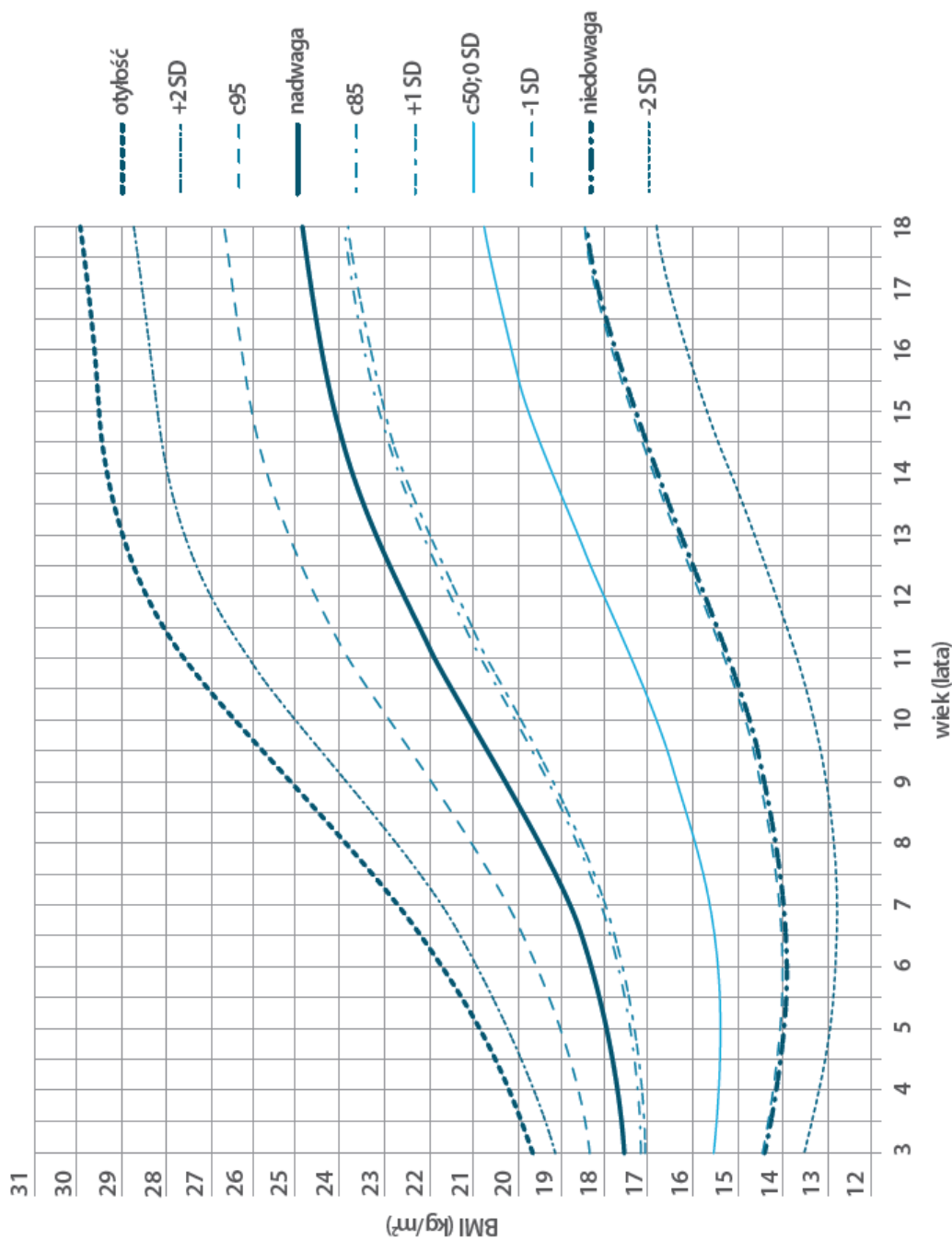
Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska-Świątkowka, M. Gózdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, *Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat*, „Standardy Medyczne Pediatria”, Warszawa 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

Siatka centylowa masy ciała dziewcząt w wieku 3-18 lat



Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska-Świątkowka, M. Gózdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, *Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat*, „Standardy Medyczne Pediatria”, Warszawa 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

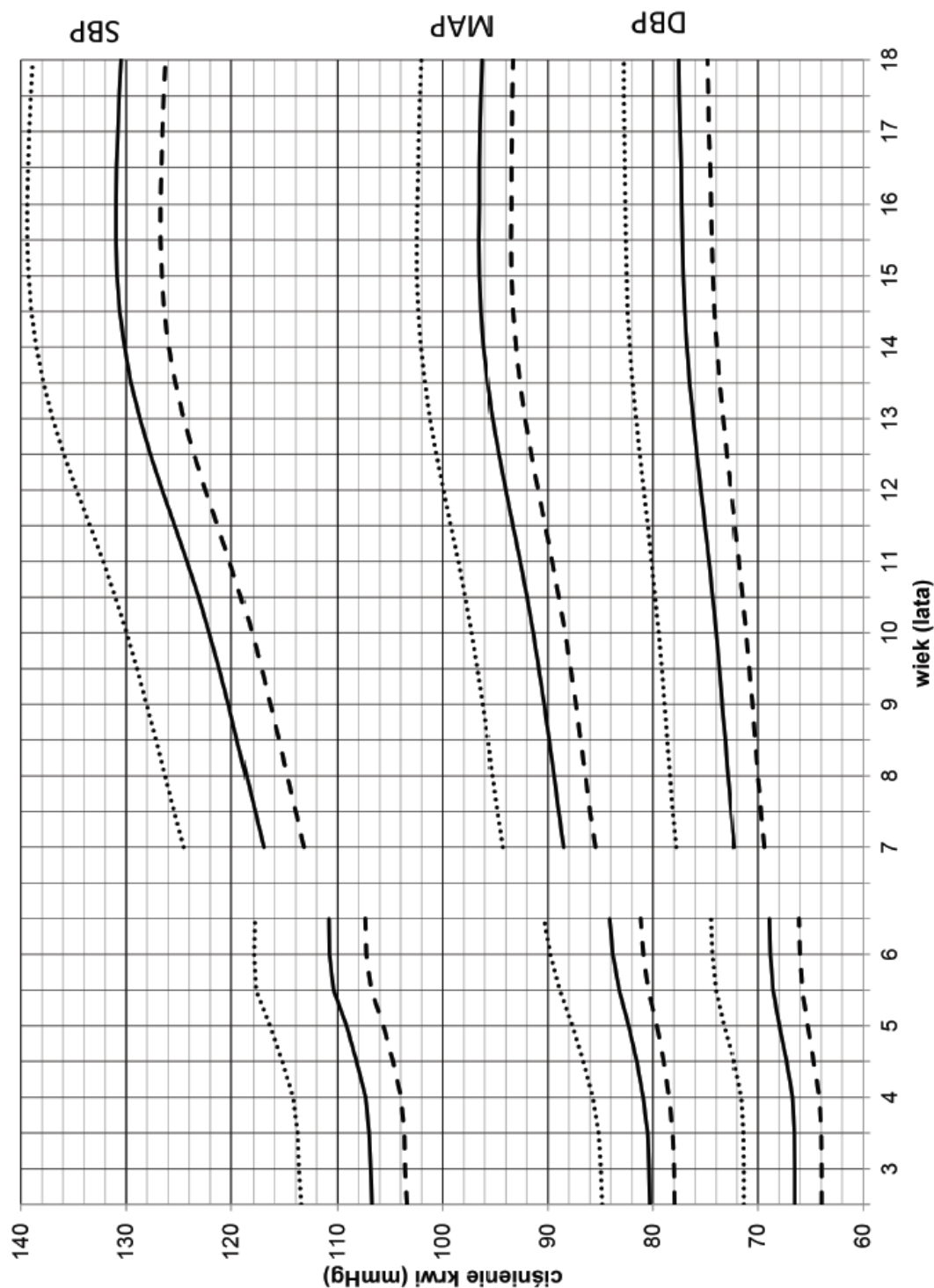
Siatki centylowe BMI dziewcząt w wieku 3-18 lat



Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska-Świątkowka, M. Gózdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, *Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat*, „Standardy Medyczne Pediaatria”, Warszawa 2015, nr 1, tom 12, Supplement 1.

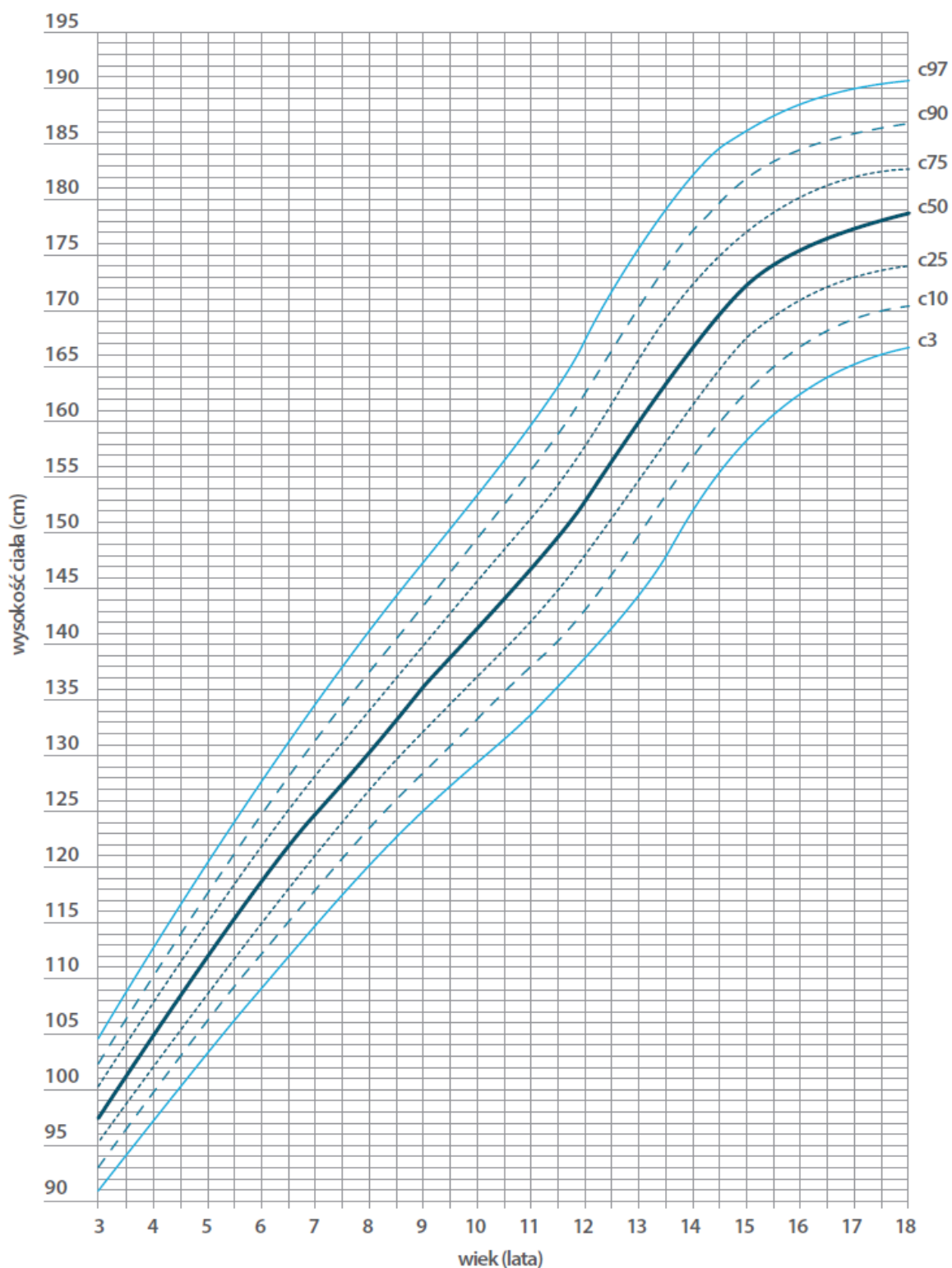
Siatka centylowa ciśnienia krwi: skurczowego (SBP), średniego (MAP) i rozkurczowego (DBP) dziewcząt w wieku 3-18 lat

(centyl 90 – linia przerywana, centyl 95 – linia ciągła, centyl 99 – linia kropkowana)



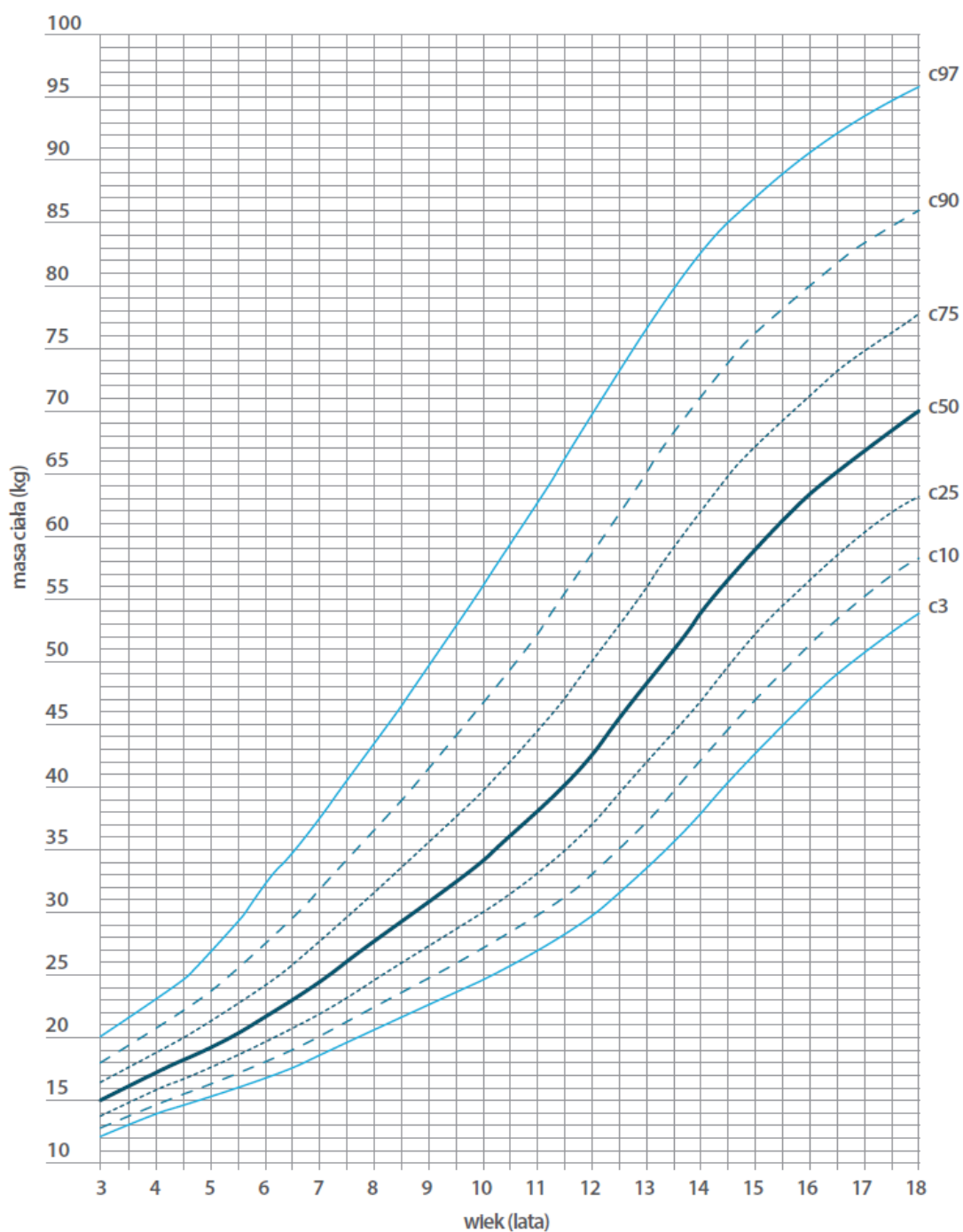
Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Rózdzyńska-Świątkowka, M. Gózdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, *Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat*, „Standardy Medyczne Pediaatria”, Warszawa 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

Siatka centylowa wysokości ciała chłopców w wieku 3-18 lat



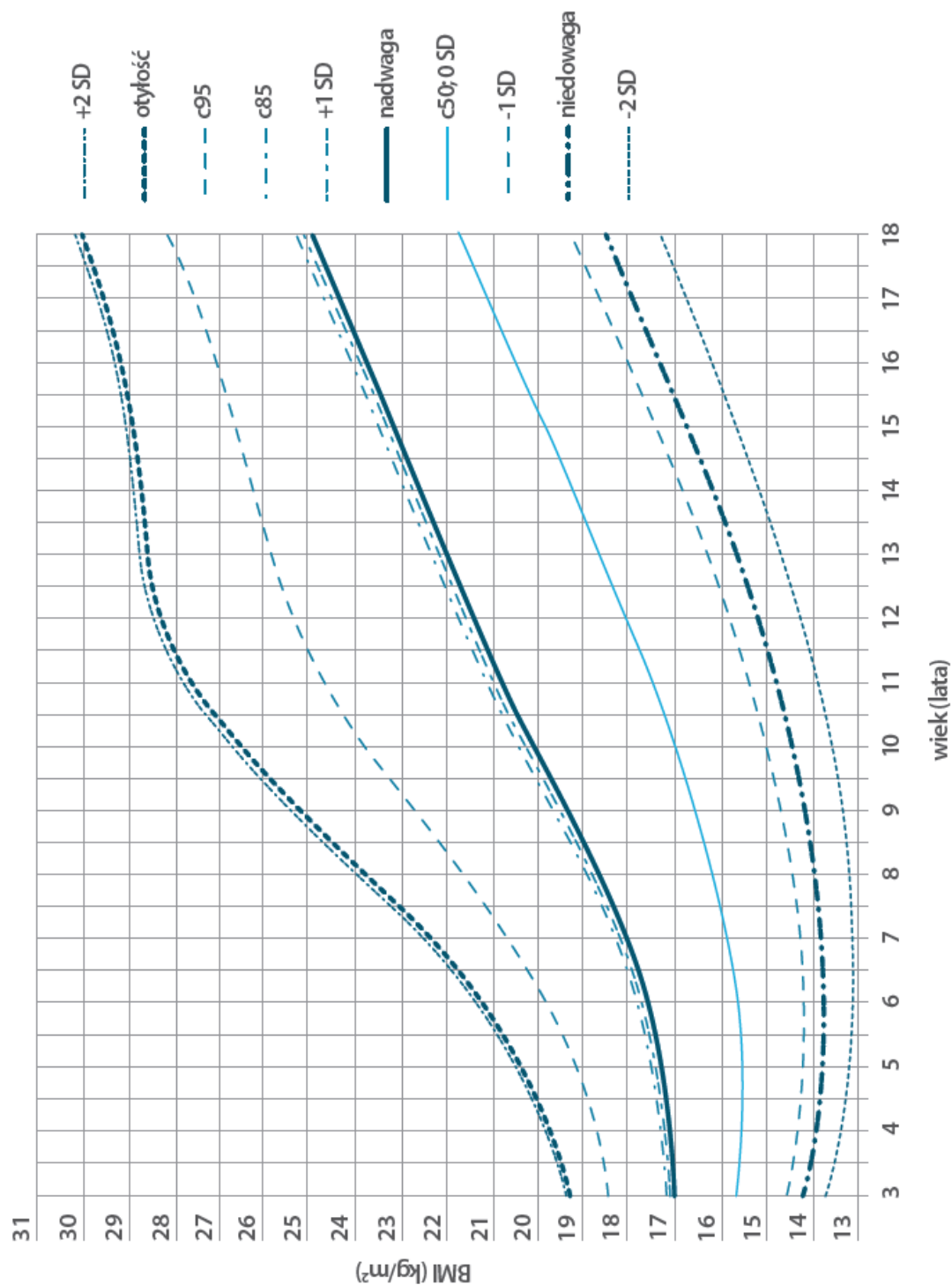
Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska-Świątkowka, M. Gózdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, *Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat*, „Standardy Medyczne Pediatria”, Warszawa 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

Siatka centylowa masy ciała chłopców w wieku 3-18 lat



Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska-Świątkowka, M. Gózdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, *Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat*, „Standardy Medyczne Pediatria”, Warszawa 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

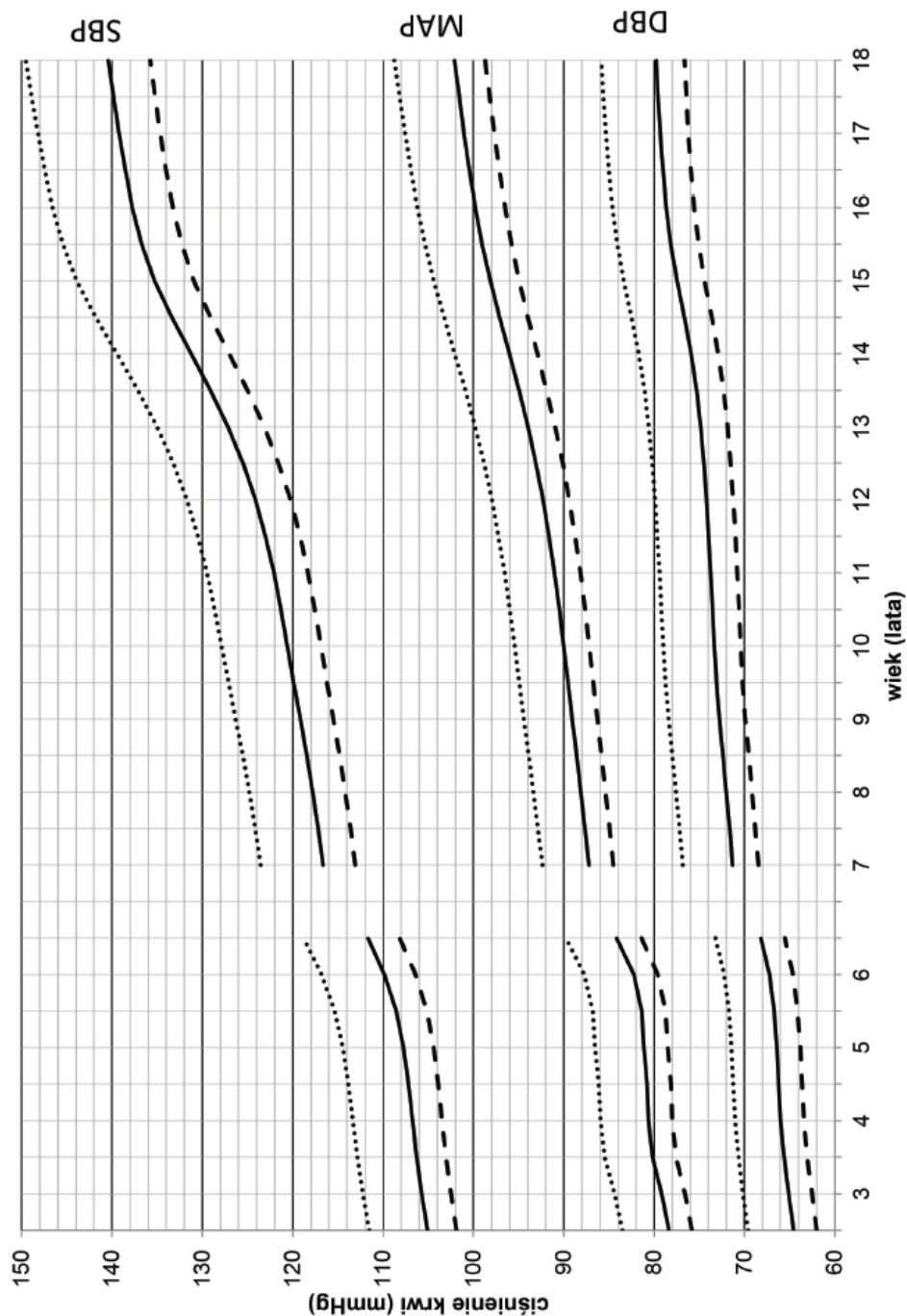
Siatka centylowa BMI chłopców w wieku 3-18 lat



Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska-Świątkowka, M. Góźdz, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, *Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat*, „Standardy Medyczne Pediatria”, Warszawa 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

Siatka centylowa ciśnienia krwi: skurczowego (SBP), średniego (MAP) i rozkurczowego (DBP) chłopców w wieku 3-18 lat

centyl 90 – linia przerywana, centyl 95 – linia ciągła, centyl 99 – linia kropkowana



Źródło: Z. Kułaga, M. Litwin, A. Grajda, B. Gurzkowska, A. Świąder-Leśniak, A. Różdżyńska-Świątkowka, M. Gózdź, M. Wojtyło i zespoły badawcze projektów OLAF i OLA, *Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat*, „Standardy Medyczne Pediatria”, Warszawa 2015, nr 1, tom 12, Suplement 1.

FUZASADNIENIE

Projekt niniejszego rozporządzenia ma na celu realizację upoważnienia zawartego w art. 30 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2016 r. poz. 186) w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 12 czerwca 2015 r. *o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. poz. 1163), która weszła w życie z dniem 28 sierpnia 2015 r.

Przepis art. 30 ust. 2 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* w nowym brzmieniu, nakłada na ministra właściwego do spraw wewnętrznych obowiązek określenia, w drodze rozporządzenia, rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej, sposobu jej przetwarzania, jak również dodatkowo wzorów określonych rodzajów dokumentacji medycznej, w tym w szczególności wzoru książeczki zdrowia dziecka.

Projekt niniejszego rozporządzenia w znacznej mierze wzorowany jest na dotychczasowych rozwiązaniach wynikających z rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 maja 2011 r. *w sprawie rodzaju i zakresu oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych* (Dz. U. Nr 125, poz. 712).

W stosunku do aktualnie obowiązujących regulacji, najistotniejsze wprowadzone w projekcie rozporządzenia zmiany polegają na:

1) wprowadzeniu *okołooperacyjnej karty kontrolnej* (§ 23 projektu rozporządzenia).

Wprowadzenie powyższego dokumentu ma na celu uporządkowanie procedur służących ograniczeniu ryzyka wystąpienia błędu lub pomyłki podczas wykonywania zabiegów operacyjnych oraz zapewnienie wykonania niezbędnych czynności przed rozpoczęciem operacji, w trakcie jej trwania oraz po jej zakończeniu.

Aktualnie, kartę taką prowadzą podmioty lecznicze utworzone przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (dalej „podmioty lecznicze MSWiA”), które posiadają certyfikat akredytacyjny w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych. Po wejściu rozporządzenia w życie wszystkie podmioty lecznicze MSWiA, w których wykonywane są operacje, będą zobowiązane do prowadzenia okołooperacyjnej karty kontrolnej.

W rozporządzeniu proponuje się określenie podstawowego zakresu informacji, jakie powinna zawierać okołooperacyjna karta kontrolna. Umożliwi to dokonywanie

modyfikacji karty i dostosowanie jej do potrzeb operacji wykonywanych w różnych dziedzinach medycyny (ginekologia, neurochirurgia, ortopedia itd.);

- 2) wprowadzeniu wzoru *książeczki zdrowia dziecka* (§ 56, załącznik nr 5 do projektu rozporządzenia).

Kwestie związane z wydawaniem książeczki zdrowia dziecka, zakresem informacji w niej gromadzonych oraz dokonywaniem wpisów, reguluje przepis § 56 projektu rozporządzenia.

Książeczka zdrowia dziecka wydawana będzie przedstawicielowi ustawowemu dziecka przez lekarza podmiotu leczniczego MSWiA, w którym nastąpił poród albo do którego przyjęto noworodka urodzonego w warunkach pozaszpitalnych, w momencie wypisu ze szpitala. Zawiera ona informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka oraz udzielanych świadczeń zdrowotnych, jak również inne informacje istotne dla oceny rozwoju dziecka od urodzenia do uzyskania pełnoletności. Zebranie danych dotyczących stanu zdrowia i rozwoju psychoruchowego dziecka na kolejnych etapach rozwoju w jednym dokumencie, ułatwi i usprawni udzielanie świadczeń zdrowotnych w różnych podmiotach leczniczych, co polepszy opiekę zdrowotną nad dziećmi.

Aktualnie, mimo braku stosownych regulacji prawnych w tym zakresie, niektóre oddziały noworodkowe zaopatrują rodziców w książeczki zdrowia dziecka, jednakże ich forma i zawartość są różne, a prowadzenie i wypełnianie nieobowiązkowe dla personelu medycznego. W projekcie proponuje się, aby książeczka zdrowia dziecka wydana przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, była równoważna książeczce zdrowia dziecka, o której mowa w rozporządzeniu;

- 3) uzupełnieniu historii choroby, po wypisaniu pacjenta ze szpitala, o rozpoznanie onkologiczne, ustalone na podstawie wyników badania, które było zlecone w czasie pobytu pacjenta w szpitalu, a wyniki nie były znane w dniu wypisu pacjenta ze szpitala. Historia choroby, po jej uzupełnieniu o wskazane wyżej wyniki badań, ponownie byłaby akceptowana i podpisywana przez lekarza kierującego oddziałem. Również dokumentacja zbiorcza (księga główna przyjęć i wypisów oraz księga chorych oddziału) powinna zostać uzupełniona o rozpoznanie ustalone po wypisaniu pacjenta ze szpitala;
- 4) usprawnieniu procedury wypisu pacjenta ze szpitala poprzez przyjęcie rozwiązania polegającego na tym, iż kartę informacyjną z leczenia szpitalnego może podpisać, w przypadku nieobecności lekarza kierującego oddziałem, lekarz przez niego upoważniony (§ 28 ust. 2 projektu rozporządzenia).

Aktualnie, karta informacyjna z leczenia szpitalnego podpisywana jest przez lekarza wypisującego i lekarza kierującego oddziałem. W przypadku nieobecności lekarza kierującego oddziałem, wydanie karty informacyjnej pacjentowi w dniu jego wypisu ze szpitala bywa utrudnione.

Zgodnie z art. 2 przywołanej na wstępie ustawy z dnia 12 czerwca 2015 r. *o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* dotychczasowy akt wykonawczy wydany na podstawie zmienianej tą ustawą art. 30 ust. 2, tj. rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 maja 2011 r. *w sprawie rodzaju i zakresu oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych* zostało zachowane w mocy do czasu wydania nowego aktu wykonawczego, nie dłużej jednak niż przez 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, tj. do dnia 28 lutego 2016 r.

Proponuje się zatem, aby projektowane rozporządzenie weszło w życie z dniem 28 lutego 2016 r.

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

Projekt rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej i nie wymaga przedstawienia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej, celem uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia projektu.

<p>Nazwa projektu rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji (ministerstwo wiodące) „w porozumieniu” z Ministerstwem Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji - Pan Sebastian Chwałek</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Dyrektor Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji - dr n. med. Marek Kondracki tel. 22 508 18 38, email: marek.kondracki@mswia.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia styczeń 2016 r.</p> <p>Źródło: art. 30 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186)</p> <p>Nr w wykazie prac: 9</p>
---	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia ma na celu realizację upoważnienia wynikającego z art. 30 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2016 r. poz. 186), w nowym brzmieniu nadanym ustawą z dnia 12 czerwca 2015 r. *o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. poz. 1163), która weszła w życie z dniem 28 sierpnia 2015 r.

Znowelizowany przepis art. 30 ust. 2 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* nakłada na ministra właściwego do spraw wewnętrznych obowiązek określenia, w drodze rozporządzenia, rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej, sposobu jej przetwarzania, jak również dodatkowo - wzorów określonych rodzajów dokumentacji medycznej, w szczególności dotyczy to wzoru książeczki zdrowia dziecka.

Przyjęte w projekcie rozwiązania mają na celu rozwiązanie problemów wynikających z:

- 1) braku jednolitych wzorów dokumentacji medycznej istotnych z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta;
- 2) braku określenia jednolitych zasad postępowania przed, w trakcie oraz po operacji, co zwiększa ryzyko wystąpienia pomyłki lub błędu podczas wykonywania operacji;
- 3) braku przepisów dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej w zakresie ustalenia rozpoznania w oparciu o wynik badania diagnostycznego, zleconego w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu, w sytuacji kiedy wynik badania diagnostycznego nie jest znany w dniu wypisu ze szpitala (rozpoznanie ustalone przy wypisie nie zawsze jest zgodne z ostatecznym rozpoznaniem ustalonym na podstawie wyniku badania);
- 4) braku przepisów dotyczących wydania pacjentowi karty informacyjnej z leczenia szpitalnego w sytuacji nieobecności lekarza kierującego oddziałem, którego podpis jest wymagany na karcie obok podpisu lekarza wypisującego.

Zgodnie z art. 2 cyt. wyżej ustawy z dnia 12 czerwca 2015 r. *o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* dotychczasowy akt wykonawczy wydany na podstawie zmienianego tą ustawą art. 30 ust. 2, tj. rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 maja 2011 r. *w sprawie rodzaju i zakresu oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych* (Dz. U. Nr 125, poz. 712), zostało zachowane w mocy do czasu wydania nowego aktu wykonawczego, nie dłużej jednak niż przez 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, tj. do dnia 28 lutego 2016 r.

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

Proponuje się określenie wzoru książeczki zdrowia dziecka, która zapewni rodzicom, jak również lekarzom i innym osobom wykonującym zawód medyczny szybki dostęp do pełnej i usystematyzowanej informacji na temat zdrowia dziecka na poszczególnych etapach rozwoju, co pozwoli na wykrycie ewentualnych nieprawidłowości w możliwie wczesnym czasie i podjęcie koniecznej interwencji.

Proponuje się również:

- 1) wprowadzenie obowiązkowego dokumentu - okołoperacyjnej karty kontrolnej, na której zostaną potwierdzone i odnotowane czynności okołoperacyjne przed rozpoczęciem operacji, w trakcie jej trwania a następnie po jej zakończeniu,
- 2) wprowadzenie obowiązku uzupełniania historii choroby o rozpoznanie ustalone po wypisaniu pacjenta ze szpitala, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, uzyskanego dopiero po wyjściu pacjenta ze szpitala,

3) wprowadzenie regulacji umożliwiających podpisanie karty informacyjnej z leczenia szpitalnego przez lekarza upoważnionego przez lekarza kierującego oddziałem (oprócz lekarza wypisującego) w przypadku nieobecności lekarza kierującego oddziałem.

Wprowadzone regulacje mają na celu zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta i ułatwienie dostępu do jego indywidualnej dokumentacji medycznej.

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

Książeczka zdrowia dziecka jest dokumentem, który funkcjonuje między innymi w Wielkiej Brytanii, Francji i Niemczech. W każdym z tych krajów książeczka zdrowia dziecka obejmuje różne okresy życia, np. w Niemczech od urodzenia do 6. roku życia, a we Francji od urodzenia do 18. roku życia. Większość książeczek zdrowia dziecka zawiera dane dotyczące stanu zdrowia dziecka, harmonogramu szczepień i wizyt profilaktycznych. Niektóre książeczki zawierają ponadto informacje dotyczące żywienia, objawów chorobowych i prawidłowego rozwoju.

Okolooperacyjna karta kontrolna stanowi element działań Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) mających na celu ograniczenie liczby zgonów operowanych pacjentów. Propozycja przedstawiona w projekcie rozporządzenia jest wzorowana na karcie WHO, jaką stosuje się również w innych krajach.

Kwestie regulowane w projekcie rozporządzenia dotyczą rozwiązań szczegółowych w zakresie organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych i prowadzenia dokumentacji medycznej w szpitalu. Brak jest informacji, w jaki sposób problemy te są rozwiązywane w innych krajach.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Pacjenci w wieku od urodzenia do uzyskania pełnoletności	3200	Dane własne MSWiA	Usprawnienie udzielania świadczeń zdrowotnych dzieciom. Książeczka zdrowia dziecka zapewni dostęp do informacji o stanie zdrowia i rozwoju dziecka.
Podmioty lecznicze utworzone przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, podmioty lecznicze w formie jednostki budżetowej)	29 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, 12 podmiotów leczniczych w formie jednostki budżetowej	Dane własne MSWiA	Obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej, wydawania i wypełniania książeczek zdrowia dziecka.

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

Projekt rozporządzenia został przekazany do konsultacji publicznych i opiniowania następującym podmiotom: Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych oraz Związkowi Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, wojewodom, Generalnemu Inspektorowi Danych Osobowych, Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu.

Zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. poz. 979) projekt rozporządzenia został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji w zakładce Rządowy Proces Legislacyjny.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. W trybie wymienionej ustawy zgłoszeń nie odnotowano.

W projekcie rozporządzenia uwzględniono uwagi zgłoszone przez Ministra Zdrowia, Rządowe Centrum Legislacji, Wojewodę Opolskiego, Wojewodę Lubuskiego, Rzecznika Praw Dziecka, Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych oraz Związek Pracodawców Służby Zdrowia MSW. Częściowo uwzględniono uwagi Generalnego Inspektora Danych Osobowych. Nie uwzględniono natomiast uwag Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Naczelnej Rady Lekarskiej. Zestawienie uwag z konsultacji publicznych ujęto w raporcie stanowiącym załącznik do niniejszego formularza oceny skutków regulacji.

Poniżej przedstawiono informacje o sposobie uwzględnienia uwag oraz uzasadnienie przyczyn nieuwzględnienia niektórych uwag.

Odnośnie uwag zgłoszonych przez Ministra Zdrowia:

- 1) § 9 ust. 1 pkt 2 lit. c (aktualnie § 14 ust. 1 pkt 2 lit. c i d) otrzymał brzmienie zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594);
- 2) § 9 (aktualnie § 14) ust. 1 pkt 6 lit. a otrzymał brzmienie:

- „a) opisu czynności wykonywanych przez lekarza, pielęgniarkę lub położną”;
- 3) w § 9 (aktualnie § 14) ust. 1 pkt 7 i 8 wyraz „informacji” zastąpiono wyrazem „informacje”;
 - 4) § 9 (aktualnie § 14) ust. 2 oraz przepisy dotyczące dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej, dostosowano do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069);
 - 5) zgodnie z uwagą dotyczącą § 17 (aktualnie § 19), załącznik nr 2 do projektu rozporządzenia otrzymał nazwę „Wzór karty obserwacji porodu”;
 - 6) zgodnie z uwagą dotyczącą § 18, odstąpiono od określenia w rozporządzeniu wzoru karty przebiegu znieczulenia, który stanowił załącznik nr 3 projektu rozporządzenia;
 - 7) § 21 (aktualnie § 22) ust. 1 pkt 1 otrzymał następujące brzmienie:
„1) informacje uzyskane z wywiadu lekarskiego, pielęgniarskiego, położnej i badania przedmiotowego;”;
 - 8) w § 26 (aktualnie § 27) ust. 2 lit. d, wyrazy „serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość” zastąpiono wyrazami „rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość”, zgodnie z art. 25 pkt 1 lit. e ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - 9) § 31 ust. 1 pkt 13 otrzymał następujące brzmienie:
”13) dane identyfikujące osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.”
 - 10) w § 31 doprecyzowano oznaczenie kodu resortowego poprzez wskazanie, iż stanowi on część VII systemu kodów identyfikacyjnych;
 - 11) § 32 określający treść listy oczekujących na świadczenia finansowane ze środków publicznych, jako dotyczący materii uregulowanej w art. 20 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.), skreślono;
 - 12) w § 34 (aktualnie § 33), we wprowadzeniu do wyliczenia, po wyrazach „nazwą komórki organizacyjnej i” wyraz „ej” zastąpiono wyrazem „jej”;
 - 13) w § 36 (aktualnie § 35) pkt 4, drugi wyraz „lub” zastąpiono wyrazem „oraz”;
 - 14) w § 41 (aktualnie § 40) pkt 5, wyrazy „lekarza zlecającego badanie” zastąpiono wyrazami „osobę zlecającą badanie”;
 - 15) w § 46 (aktualnie § 45) w pkt 1 skreślono zapis dotyczący „karty środowiskowej”;
 - 16) § 49 (aktualnie § 48) przeredagowano, tak aby uwzględniał także położne, które uprawnione są do udzielania świadczeń zdrowotnych kobietom ciężarnym;
 - 17) § 62 ust. 3, jako stanowiący powtórzenie przepisu art. 29 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, skreślono;
 - 18) w § 64 (aktualnie § 59) projektu rozporządzenia skreślono (jako zbędne) odesłanie do art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - 19) załącznik nr 6 (aktualnie załącznik nr 5) do projektu rozporządzenia wzór książeczki zdrowia dziecka, otrzymał brzmienie przyjęte ostatecznie w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
 - 20) uaktualniono i wpisano poprawne publikatory wszystkich odnośników.
- Odnosnie uwag zgłoszonych przez Rządowe Centrum Legislacji:**
- 1) uwzględniono uwagę dotyczącą dostosowania przepisów rozporządzenia do treści rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania:
 - a) § 4 (aktualnie § 6) otrzymał brzmienie:
 - § 6. 1. Strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane, oznaczone imieniem i nazwiskiem pacjenta i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość.
 2. W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do stron wydruku.”
 - b) § 8 (aktualnie § 4) ust. 3 dostosowano do art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
 - c) w § 9 (aktualnie § 14) ust. 1 pkt 6, wyrazy „procesie diagnostyczno-leczniczym albo”, zastąpiono wyrazami „procesie diagnostycznym, leczniczym,”, co jest zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
 - d) w § 22 (aktualnie § 23) ust. 2 pkt 5, tryb wykonania operacji określono jako „planowy, nagły-pilny, przyspieszony” na wzór przyjęty w § 19 ust. 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
 - e) treść § 60 (aktualnie § 56) ust. 2, który zawiera opis treści książeczki zdrowia dziecka, dostosowano do brzmienia § 72 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
 - 2) w rozdziale I projektu „Przepisy ogólne”, zmieniono kolejność regulowania poszczególnych kwestii zgodnie

z kolejnością określoną w treści upoważnienia ustawowego zawartego w art. 30 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Aktualnie, rozporządzenie w pierwszej kolejności reguluje rodzaje i zakres dokumentacji medycznej, a następnie sposób jej przetwarzania;

- 3) zgodnie z uwagą dotyczącą § 4 projektu rozporządzenia, po § 1 dodano nowy przepis § 2, w następującym brzmieniu:
„§ 2. Dokumentacja jest prowadzona w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej.”
- 4) w § 8 ust. 5 (aktualnie § 4 ust. 6) określającym zakres dokumentacji indywidualnej zewnętrznej, uwzględniono „książeczkę szczepień”;
- 5) skreślono przepisy: § 57-59 (jako przekraczające zakres upoważnienia ustawowego zawartego w art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta), § 61 (aktualnie § 57) ust. 4, § 62 oraz § 65;
- 6) w § 64 (aktualnie § 59) projektu skreślono wyrazy „i art. 27” oraz dostosowano go do treści art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przez wskazanie, że udostępnienie dokumentacji medycznej jest możliwe również osobie upoważnionej przez pacjenta;
- 7) załącznik nr 6 do rozporządzenia wzór książeczki zdrowia dziecka został dostosowany do wzoru książeczki zdrowia dziecka określonego w załączniku nr 6 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Uwzględniono uwagę Rzecznika Praw Dziecka, aby w projekcie rozporządzenia zamieścić wzór książeczki zdrowia dziecka obowiązujący na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Uwzględniono uwagę Wojewody Opolskiego dotyczącą § 2 (aktualnie § 3). Treść § 2 została oznaczona jako § 3, natomiast aktualny § 2 (realizujący częściowo uwagę) otrzymał brzmienie (zgodnie z uwagą Rządowego Centrum Legislacji): „Dokumentacja jest prowadzona w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej.”

Uwaga Wojewody Lubuskiego dotyczyła załącznika nr 6 książeczka zdrowia dziecka. Stanowiąca załącznik nr 5 do rozporządzenia książeczka zdrowia dziecka aktualnie w pełni zgodna jest ze wzorem określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Wszelkie zmiany zawartości merytorycznej książeczki zdrowia dziecka powinny być wprowadzane przez Ministerstwo Zdrowia, jako wiodące w kwestiach tworzenia ogólnych regulacji funkcjonowania służby zdrowia w Polsce.

Odnosnie uwag Generalnego Inspektora Danych Osobowych:

- 1) uwzględniono uwagę dotyczącą § 4 (aktualnie § 6) i § 10 ust. 2 projektu - skreślono zwrot „co najmniej”;
- 2) uwzględniono uwagę dotyczącą § 8 (aktualnie § 4) ust. 3 pkt 1, § 20 ust. 1 pkt 4, § 32 pkt 6 i kolejnych przepisów projektu - wprowadzono możliwość podawania numeru kontaktowego, a przepisy § 20 (aktualnie § 21) ust. 1 pkt 4 oraz § 32 skreślono;
- 3) nie uwzględniono uwagi dotyczącej § 9 (aktualnie § 14) ust. 1 pkt 4 lit. c.
W ocenie GODO celowym jest wskazywanie jedynie tych specjalizacji, które mają związek z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi, a nie wszystkich, którymi dysponuje świadczeniodawca, co byłoby informacją nadmierną.
Przyjęte rozwiązanie zgodne jest z rozwiązaniem przyjętym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (§ 10 ust. 1 pkt 3 lit. c).

Lekarz, który posiada więcej niż jedną specjalizację byłby zobowiązany do dysponowania odrębną pieczętką na każdą specjalizację. Zwykle na jednej pieczętce posiada informację o posiadanych specjalizacjach.

- 4) uwzględniono uwagę dotyczącą § 9 (aktualnie § 14) ust. 2.
Przepis otrzymał brzmienie:
„2. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej podpis, o którym mowa w ust. 1 pkt 4 lit. e, może być złożony oraz weryfikowany przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego, o którym mowa w § 61.”
- 5) uwzględniono uwagi dotyczące § 57 i § 59 projektu - kwestionowane przepisy skreślono.
- 6) w związku z treścią § 68-70 projektu, jedynie sygnalizacyjnie GODO zwróciło uwagę na potrzebę usuwania z urządzeń diagnostycznych wyników badań, które zostały przekazane do opisanego i następnie włączone do dokumentacji medycznej. Z uwagi na możliwość prowadzenia np. czynności serwisowych sprzętu diagnostycznego przez personel zewnętrzny, nie powinno dochodzić do udostępniania informacji o stanie zdrowia pacjentów osobom nieupoważnionym.
W ocenie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji przedmiotowa kwestia wykracza poza zakres rozporządzenia. Tego rodzaju uwaga powinna zostać skierowana do Ministerstwa Zdrowia, które jest wiodące w kwestiach tworzenia ogólnych regulacji funkcjonowania służby zdrowia w Polsce.
- 7) uwzględniono uwagę dotyczącą § 69 (aktualnie § 63) projektu - skreślono wyrazy „co najmniej”.
- 8) nie uwzględniono uwagi do § 72 (aktualnie § 66) projektu.
GODO podniosło, że wyraźne wskazanie zasad gromadzenia i wymiany informacji w ochronie zdrowia powinno

mieć miejsce w przepisach prawa. Nie powinna się stosować odniesień do norm, czy też uwzględniania ich postanowień w sposób ogólny.

W pierwszej kolejności podnieść należy, iż przyjęte w projekcie rozwiązania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, wzorowane są na tych przyjętych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. W rozporządzeniu nie zastosowano odwołania do konkretnych Polskich Norm, z uwagi na możliwe zmiany tych norm;

- 9) nie uwzględniono uwag do załącznika nr 6 (aktualnie załącznik nr 5) do projektu, który określa wzór książeczki zdrowia dziecka.

Celem zapewnienia kompletności oraz spójności informacji gromadzonych w książeczce zdrowia dziecka, przyjęty w załączniku nr 5 do projektu rozporządzenia wzór książeczki zdrowia dziecka, jest tożsamy ze wzorem książeczki zdrowia dziecka ustalonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;

Ponadto GIODO zasygnalizował potrzebę konsultacji z Ministrem Zdrowia w kwestii czasu przechowywania i usuwania z urzędzeń diagnostycznych wyników badań, które mogą zawierać tzw. dane wrażliwe w rozumieniu art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, gdyż wydaje się, iż brak jest regulacji w tym zakresie.

W ocenie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, przedmiotowe kwestie pozostają poza zakresem spraw regulowanych w projekcie rozporządzenia.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [tys. zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wydatki ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saldo ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Źródła finansowania Budżet samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (koszty wynikające z druku książeczek zdrowia dziecka).

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń
W samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych funkcjonują 2 oddziały ginekologiczno-położnicze, w których w roku 2014 r. urodziło się 3211 dzieci. Z informacji pozyskanych z Ministerstwa Zdrowia wynika, iż koszt druku 1 egzemplarza książeczki zdrowia dziecka wyniesie 1,2 zł brutto. Przy założeniu, że rocznie w ww. podmiotach będzie rodzić się około 3200 dzieci, koszt druku książeczek zdrowia dziecka wyniesie rocznie:

$$3200 \times 1,2 \text{ zł} = 3840, 0 \text{ zł.}$$

Okolooperacyjna karta kontrolna dotychczas funkcjonowała w różnych formach i była dokumentem wymaganym w ramach uzyskiwania Certyfikatu Akredytacji, zmiana polega jedynie na wprowadzeniu jednolitego wzoru dokumentu. W związku z powyższym zmiana ta nie spowoduje dodatkowych kosztów dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

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

		Skutki							
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)	
W ujęciu	duże przedsiębiorstwa								
	sektor mikro-, małych i								

pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	średnich przedsiębiorstw								
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe (dodaj/usuń)								
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa								
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw								
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe								
	(dodaj/usuń)								
Niemierzalne	Rodzice i dzieci	Posiadanie informacji o stanie zdrowia i rozwoju dziecka pozwoli rodzicom śledzić ten rozwój i reagować na ewentualne pojawienie się nieprawidłowości.							
	(dodaj/usuń)								

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.
--	--

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

nie dotyczy

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

Projektowana regulacja wpłynie na zwiększenie liczby dokumentów w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, gdyż wprowadza obowiązek wydawania książeczki zdrowia dziecka.

Ponadto regulacja zwiększy liczbę procedur obowiązujących w szpitalu, bowiem wprowadza obowiązek uzupełnienia historii choroby pacjenta, już po jego wypisie ze szpitala, o wyniki badań, które nie były znane w dniu jego wypisu, a następnie przekazanie tego dokumentu do ponownej akceptacji przez lekarza kierującego oddziałem.

9. Wpływ na rynek pracy

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> zdrowie
Omówienie wpływu	<p>Wprowadzenie książeczki zdrowia dziecka pozwoli na gromadzenie informacji na temat zdrowia dziecka w jednym dokumencie, co będzie miało wpływ na usprawnienie udzielania świadczeń zdrowotnych. Rodzice mając pełną informację na temat rozwoju dziecka będą mogli obserwować ten rozwój i reagować na wystąpienie u dziecka zaburzeń i nieprawidłowości.</p> <p>Ponadto, projektowana regulacja wprowadza rozwiązania, które usprawnią wypisanie pacjenta ze szpitala, zapewnią, że dokumentacja z leczenia pacjenta w szpitalu będzie szersza i kompletna, a dzięki okołooperacyjnej karcie kontrolnej ograniczy się ryzyko błędów i pomyłek podczas przeprowadzania operacji.</p>	

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Proponuje się, aby rozporządzenie weszło w życie z dniem 28 lutego 2016 r.

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

Skuteczność proponowanych zmian będzie weryfikowana między innymi w trakcie kontroli samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz w oparciu o dane statystyczne dotyczące wystąpienia niekorzystnych dla pacjenta zdarzeń medycznych (pomyłki i błędy okołoperacyjne).

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

Raport z konsultacji publicznych.