

Rodzaje, zakres i wzory dokumentacji medycznej oraz sposób jej przetwarzania.

Dz.U.2015.2069 z dnia 2015.12.08

Status: Akt obowiązujący

Wersja od: 8 grudnia 2015 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹

z dnia 9 listopada 2015 r.

w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Przepisy ogólne

§ 1. Dokumentacja medyczna, zwana dalej "dokumentacją", jest prowadzona w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej.

§ 2.

1. Dokumentację stanowi:

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

2. Dokumentacja indywidualna obejmuje:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną - przeznaczoną na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, zwanego dalej "podmiotem";
- 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną - przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot.

3. Dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowią w szczególności:

- 1) historia zdrowia i choroby;
- 2) historia choroby;
- 3) karta noworodka;
- 4) karta indywidualnej opieki pielęgniarstwa;
- 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.).

4. Dokumentację indywidualną zewnętrzną stanowią w szczególności:

- 1) skierowanie do szpitala lub innego podmiotu;
- 2) skierowanie na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie;
- 3) karta przebiegu ciąży;
- 4) książeczka zdrowia dziecka;
- 5) karta informacyjna z leczenia szpitalnego;
- 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.), zwanego dalej "lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej", o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie 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) zaświadczenie, orzeczenie, opinia lekarska.

5. W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dokonuje się wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej. Dokumentację tę, a w przypadku prowadzenia dokumentacji w postaci papierowej jej kopię lub dokładny opis, dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej.

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

§ 4.

1. Wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.
2. Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.
3. 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 § 10 ust. 1 pkt 3.

§ 5. Strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość. W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, strony wydruku są numerowane.

§ 6.

1. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej pierwsza strona dokumentacji indywidualnej zawiera oznaczenie pacjenta zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 2, a

kolejne strony - co najmniej imię i nazwisko pacjenta.

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

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

4. Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej włącza się dokumentację udostępnioną przez pacjenta lub odnotowuje się zawarte w niej informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.

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

§ 7.

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

2. W dokumentacji, o której mowa w § 70 i § 71, dopuszcza się odstępianie od wpisywania numeru statystycznego rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, o którym mowa w ust. 1.

§ 8.

1. 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".

2. Oświadczenia, o których mowa w ust. 1, 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.), przechowuje się w Systemie Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 10 tej ustawy.

3. W przypadku gdy pacjent nie złożył oświadczenia, o którym mowa w ust. 1, adnotację o tym zamieszcza się w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej.

§ 9.

1. Osoba kierująca na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie przekazuje podmiotowi, 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 § 10 ust. 1 pkt 1;

- 2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 2;
- 3) oznaczenie rodzaju przedsiębiorstwa podmiotu, do którego kieruje się pacjenta;
- 4) rozpoznanie ustalone przez osobę kierującą;
- 5) inne informacje lub dane, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia badania, konsultacji lub leczenia;
- 6) datę wystawienia skierowania;
- 7) oznaczenie osoby kierującej, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

3. W przypadku skierowania na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie, finansowane ze środków publicznych, wystawionego w postaci papierowej, oznaczenie podmiotu 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.), zwany dalej "kodem resortowym", stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, jeżeli został nadany.

4. Zlecenie na badania laboratoryjne zawiera informacje i dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1384, z późn. zm.).

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

§ 10.

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

- 1) oznaczenie podmiotu:
 - a) nazwę podmiotu,
 - b) kod resortowy, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - c) nazwę przedsiębiorstwa podmiotu - w przypadku podmiotu leczniczego,
 - d) nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono jednostki organizacyjne,
 - e) nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono komórki organizacyjne,
 - f) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 2) oznaczenie 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;
- 3) oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz osoby kierującej 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, położnej, felczera i starszego felczera,

- e) podpis;
 - 4) datę dokonania wpisu;
 - 5) informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, w szczególności:
 - a) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych,
 - b) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży,
 - c) zalecenia,
 - d) informacje o wydanych orzeczeniach, opiniach lekarskich lub zaświadczeniach,
 - e) informacje o lekach, wraz z dawkowaniem, lub wyrobach medycznych przepisanych pacjentowi na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne;
 - 6) inne informacje wynikające z odrębnych przepisów.
2. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej podpis, o którym mowa w ust. 1 pkt 3 lit. e, może być złożony oraz weryfikowany przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego, o którym mowa w § 80.
- § 11.** Dokumentacja zbiorcza, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1, numer kolejny wpisu, imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d, datę dokonania wpisu oraz, jeżeli to wynika z przeznaczenia dokumentacji, istotne informacje dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych.

Rozdział 2

Dokumentacja podmiotu leczniczego

- § 12.** Podmiot leczniczy prowadzący szpital sporządza i prowadzi:
- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii choroby lub karty noworodka;
 - 2) dokumentację zbiorczą wewnętrzną w formie:
 - a) księgi głównej przyjęć i wypisów,
 - b) księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć,
 - c) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych,
 - d) księgi chorych oddziału,
 - e) księgi raportów lekarskich,
 - f) księgi raportów pielęgniarских,
 - g) księgi zabiegów,
 - h) księgi bloku operacyjnego albo sali operacyjnej,
 - i) księgi bloku porodowego albo sali porodowej,
 - j) księgi noworodków,
 - k) księgi pracowni diagnostycznej;
 - 3) dokumentację indywidualną zewnętrzną w formie karty informacyjnej z leczenia

szpitalnego, książeczki zdrowia dziecka, skierowania lub zlecenia na świadczenia zdrowotne realizowane poza szpitalem oraz dokumentację dla celów określonych w odrębnych przepisach;

4) dokumentację zbiorczą zewnętrzną dla celów określonych w odrębnych przepisach.

§ 13.

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

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

§ 14. Historia choroby zawiera pogrupowane informacje dotyczące:

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

§ 15.

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

- 1) kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej;
- 2) kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną;
- 3) kartę obserwacji lub kartę obserwacji porodu;
- 4) kartę gorączkową;
- 5) kartę zleceń lekarskich;
- 6) kartę przebiegu znieczulenia;
- 7) kartę zabiegów fizjoterapeutycznych;
- 8) kartę medycznych czynności ratunkowych, w przypadku, o którym mowa w § 50 ust. 2;
- 9) kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, dołączaną po wypisaniu pacjenta ze szpitala;
- 10) wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, jeżeli nie zostały wpisane w historii choroby;
- 11) wyniki konsultacji, jeżeli nie zostały wpisane w historii choroby;
- 12) protokół operacyjny, jeżeli była wykonana operacja;
- 13) okołooperacyjną kartę kontrolną.

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

3. Każdy z dokumentów dodatkowych, o których mowa w ust. 1, zawiera co najmniej imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta, a w przypadku braku numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

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

- 1) dokumentację indywidualną udostępnioną przez pacjenta, w szczególności wyniki

wcześniejszych badań diagnostycznych, kartę przebiegu ciąży, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, zaświadczenia, orzeczenia, opinie lekarskie,

2) dokumentację indywidualną pacjenta prowadzoną przez inne komórki organizacyjne szpitala i dokumentację archiwalną szpitala dotyczącą poprzednich hospitalizacji pacjenta - jeżeli są istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.

5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4 pkt 1, dostarczone w postaci papierowej, zwraca się za pokwitowaniem pacjentowi przy wypisie, sporządzając ich kopie albo odwzorowanie cyfrowe, które pozostawia się w historii choroby.

§ 16.

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

- 1) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta do szpitala;
- 2) numer w księdze chorych oddziału, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta;
- 3) tryb przyjęcia;
- 4) datę przyjęcia pacjenta do szpitala, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 5) istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego przy przyjęciu pacjenta do szpitala oraz ewentualnych obserwacji, wyniki badań dodatkowych i dane o postępowaniu lekarskim przy przyjęciu do szpitala oraz uzasadnienie przyjęcia;
- 6) rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego;
- 7) oznaczenie lekarza przyjmującego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

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

3. Skierowanie do szpitala zawiera informacje i dane określone w § 9 ust. 2 i 3.

§ 17.

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

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

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

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

3. Wpisy w karcie obserwacji lub w karcie obserwacji porodu są dokonywane przez lekarza, pielęgniarkę lub położną.
4. W przypadku porodu z zastosowaniem analgezji regionalnej prowadzi się kartę przebiegu znieczulenia.
5. Wpisy w karcie zleceń lekarskich są dokonywane przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem. Wpisy o wykonaniu zlecenia są dokonywane przez osobę wykonującą zlecenie.
6. Wpisy w okołooperacyjnej karcie kontrolnej są dokonywane przez koordynatora karty, którym jest osoba określona w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego.
7. Koordynator karty, o którym mowa w ust. 6, dokonuje wpisów w okołooperacyjnej karcie kontrolnej na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji.
8. Wpisy w karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej lub karcie indywidualnej opieki prowadzonej przez położną są dokonywane przez pielęgniarkę lub położną sprawującą opiekę nad pacjentem. Wpisy o wykonaniu zlecenia, czynności pielęgniarskiej lub położniczej są dokonywane przez osobę realizującą plan opieki.
9. Wpisy dotyczące monitorowania bólu są dokonywane przez lekarza, pielęgniarkę lub położną.

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

§ 19.

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

- 1) przed znieczuleniem pacjenta;
- 2) przed wykonaniem nacięcia;
- 3) przed 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) informację 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 (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 krwi, 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 anestezjologa ewentualnych problemów pooperacyjnych (tak, nie);

7) informację o wypisaniu zleceń pooperacyjnych przez:

a) operatora (tak, nie),

b) anestezjologa (tak, nie);

8) informację o udokumentowaniu oceny stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego do oddziału pooperacyjnego albo sali pooperacyjnej (tak, nie).

5. Okołooperacyjną kartę kontrolną podpisuje koordynator karty, o którym mowa w § 17 ust.

6.

§ 20. Historia choroby, w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala, zawiera:

1) rozpoznanie kliniczne składające się z określenia choroby zasadniczej, będącej główną przyczyną hospitalizacji, chorób współistniejących i powikłań;

2) numery statystyczne chorób zasadniczych i chorób współistniejących, ustalone według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;

3) opis zastosowanego leczenia, wykonanych badań diagnostycznych i zabiegów oraz operacji, z podaniem numeru statystycznego procedury medycznej, ustalonego według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta;

4) epikryzę;

5) adnotację o przyczynie i okolicznościach wypisania ze szpitala, o których mowa w art. 29 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;

6) datę wypisu.

§ 21. Historia choroby, w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala w przypadku zgonu pacjenta, poza informacjami wymienionymi w § 20 pkt 1-4, zawiera:

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

2) opis słowny stanów chorobowych prowadzących do zgonu wraz z odstępami czasu pomiędzy ich wystąpieniem:

a) przyczynę wyjściową albo przyczynę zewnętrzną urazu lub zatrucia,

b) przyczynę wtórną,

c) przyczynę bezpośrednią;

3) protokół komisji stwierdzającej śmierć mózgową, jeżeli taka miała miejsce;

4) adnotację o wykonaniu albo niewykonaniu sekcji zwłok, a w przypadku określonym w art. 31 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, adnotację o zaniechaniu sekcji zwłok z powodu sprzeciwu;

5) adnotację o pobraniu ze zwłok komórek, tkanek lub narządów.

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

§ 23.

1. Niezwłocznie po urodzeniu się noworodka zakłada się kartę noworodka.
2. Karta noworodka zawiera dane, o których mowa w § 10 ust. 1 pkt 1-4, oraz:
 - 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 lub martwo urodzonych,
 - b) datę poprzedniego porodu,
 - c) inne informacje dotyczące poprzedniego porodu;
 - 4) dane dotyczące rodzeństwa noworodka: rok urodzenia, stan zdrowia, a w przypadku śmierci - przyczynę zgonu;
 - 5) dane dotyczące obecnej ciąży i przebiegu porodu:
 - a) czas trwania ciąży (w tygodniach),
 - b) informacje dotyczące przebiegu porodu,
 - c) charakterystykę porodu (fizjologiczny, zabiegowy),
 - d) powikłania porodowe,
 - e) czas trwania poszczególnych okresów porodu;
 - 6) dane dotyczące noworodka:
 - a) datę urodzenia, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym,
 - b) płeć,
 - c) masę ciała,
 - d) długość 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 (odśluzowanie, 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 wypisu;
 - 10) informacje o wykonanych testach przesiewowych, szczepieniach i konsultacjach

specjalistycznych;

11) datę wypisania, a w przypadku zgonu noworodka - datę zgonu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny, oraz opis słowny stanów chorobowych prowadzących do zgonu, wraz z odstępami czasu pomiędzy ich wystąpieniem.

§ 24.

1. Lekarz wypisujący pacjenta wystawia kartę informacyjną z leczenia szpitalnego na podstawie informacji zawartych w historii choroby, o których mowa w § 16-21, albo w karcie noworodka.

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

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

- 1) rozpoznanie choroby w języku polskim wraz z numerem statystycznym, o którym mowa w § 7 ust. 1;
- 2) wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem oraz wyniki konsultacji;
- 3) opis zastosowanego leczenia, a w przypadku wykonania zabiegu lub operacji - datę wykonania;
- 4) wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia;
- 5) orzeczony przy wypisie okres czasowej niezdolności do pracy, a w miarę potrzeby ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia;
- 6) adnotacje o lekach wraz z dawkowaniem i wyrobach medycznych w ilościach odpowiadających ilościom na receptach wystawionych pacjentowi;
- 7) terminy planowanych konsultacji, na które wystawiono skierowania.

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

5. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego w przypadku zgonu pacjenta zawiera dane, o których mowa w § 10 ust. 1 pkt 1-4, rozpoznanie choroby w języku polskim oraz dane, o których mowa w § 21 pkt 1, 2 i 4.

6. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie, o której mowa w § 8 ust. 1 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.

7. 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 § 8 ust. 1 pkt 2, w postaci elektronicznej lub w postaci papierowego wydruku w dwóch egzemplarzach, w tym jeden dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

8. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego wydaje się w dniu wypisu, a w przypadku, o którym mowa w art. 29 ust. 1 pkt 2 lub 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności

lecniczej, bez zbędnej zwłoki.

§ 25.

1. W przypadku podjęcia decyzji o wykonaniu sekcji zwłok historię choroby przekazuje się lekarzowi mającemu wykonać sekcję.
2. Lekarz wykonujący sekcję zwłok sporządza protokół badania sekcyjnego z ustalonym rozpoznaniem anatomopatologicznym, który jest przechowywany przez podmiot wykonujący sekcję oraz dołączany do historii choroby.
3. Historię choroby wraz z protokołem badania sekcyjnego przekazuje się lekarzowi prowadzącemu lub lekarzowi wyznaczonemu przez lekarza kierującego oddziałem, w celu porównania rozpoznania klinicznego i epikryzy z rozpoznaniem anatomopatologicznym. W przypadku rozbieżności między rozpoznaniem klinicznym i rozpoznaniem anatomopatologicznym lekarz dokonuje zwięzłej oceny przyczyn rozbieżności oraz podaje ostateczne rozpoznanie choroby zasadniczej, chorób współistniejących i powikłań.

§ 26.

1. Lekarz wypisujący przedstawia zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby albo kartę noworodka do oceny i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem.
2. W przypadku, o którym mowa w § 22, uzupełnioną historię choroby przedstawia się do oceny i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem.
3. W przypadku, o którym mowa w § 25 ust. 3, lekarz prowadzący lub inny wyznaczony lekarz przedstawia zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby do akceptacji i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem.

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

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 3) datę przyjęcia pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 4) imię i nazwisko, numer PESEL - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta;
- 5) kody resortowe komórek organizacyjnych, w których pacjent przebywał;
- 6) rozpoznanie wstępne;
- 7) rozpoznanie przy wypisie;
- 8) rozpoznanie onkologiczne po wypisaniu pacjenta, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu;
- 9) określenie rodzaju leczenia, w tym istotne badania diagnostyczne, wszystkie zabiegi i operacje;
- 10) datę wypisu, a w przypadku zgonu pacjenta - datę zgonu;
- 11) adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany;
- 12) adnotację o zleceniu transportu sanitarnego, jeżeli zostało wydane;
- 13) adnotację o okolicznościach, o których mowa w art. 30 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 14) przyczyny zgonu, z podaniem ich numerów statystycznych określonych według

Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;

15) informację o ewentualnym pobraniu opłat na zasadach określonych w odrębnych przepisach;

16) oznaczenie lekarza wypisującego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a;

17) numer karty depozytowej, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 40 ustawy.

§ 28.

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

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

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

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

4. W przypadku odmowy podpisania adnotacji o braku zgody, o której mowa w ust. 1 pkt 12, informację o tym zamieszcza się w księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych

udzielanych w izbie przyjęć.

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

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

§ 30. Księga raportów lekarskich zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny wpisu;
- 3) datę sporządzenia raportu;
- 4) treść raportu, z uwzględnieniem imienia i nazwiska, a w razie potrzeby innej informacji pozwalającej na zidentyfikowanie pacjenta, opisu zdarzenia, jego okoliczności i podjętych działań;
- 5) oznaczenie lekarza dokonującego wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

§ 31. Księga raportów pielęgniarskich zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny wpisu;
- 3) treść raportu, z uwzględnieniem imienia i nazwiska, a w razie potrzeby innej informacji pozwalającej na zidentyfikowanie pacjenta, opisu zdarzenia, jego okoliczności i podjętych działań;
- 4) statystykę oddziału, w tym liczbę osób przyjętych, wypisanych, zmarłych;
- 5) datę sporządzenia raportu;
- 6) oznaczenie pielęgniarki lub położnej dokonującej wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

§ 32. Księga zabiegów zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 3) datę wykonania zabiegu;
- 4) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - rodzaj i numer

dokumentu potwierdzającego tożsamość;

5) oznaczenie lekarza zlecającego zabieg, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a, a w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot - także nazwę tego podmiotu;

6) adnotację o rodzaju zabiegu i jego przebiegu;

7) oznaczenie lekarza albo innej osoby uprawnionej do udzielania świadczeń zdrowotnych wykonującej zabieg, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

§ 33. Księga bloku operacyjnego albo sali operacyjnej zawiera:

1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;

2) numer kolejny pacjenta w księdze;

3) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;

4) kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał;

5) rozpoznanie przedoperacyjne;

6) oznaczenie lekarza kierującego na zabieg albo operację, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a, a w przypadku gdy kierującym jest inny podmiot - także nazwę tego podmiotu;

7) oznaczenie lekarza kwalifikującego pacjenta do zabiegu albo operacji, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a;

8) datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu albo operacji, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;

9) rodzaj zabiegu albo operacji;

10) szczegółowy opis przebiegu zabiegu albo operacji wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym;

11) zlecone badania diagnostyczne;

12) rodzaj znieczulenia zastosowanego u pacjenta i jego szczegółowy opis oraz oznaczenie lekarza anestezjologa, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a;

13) oznaczenie osób wchodzących odpowiednio w skład zespołu operacyjnego, zespołu zabiegowego, zespołu anestezjologicznego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3, z wyszczególnieniem osoby kierującej wykonaniem operacji albo zabiegu.

§ 34. Księga bloku porodowego albo sali porodowej zawiera:

1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;

2) numer kolejny pacjentki w księdze;

3) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjentki, a w razie braku numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;

4) oznaczenie grupy krwi i czynnika Rh pacjentki;

5) kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjentka przebywała;

6) rozpoznanie wstępne i ostateczne;

7) informację o zastosowanych lekach;

8) rodzaj znieczulenia zastosowanego u pacjentki, jeżeli było wykonane, i jego szczegółowy opis oraz oznaczenie lekarza anestezjologa, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3;

9) datę przyjęcia pacjentki na blok porodowy albo salę porodową, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;

- 10) datę porodu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 11) czas trwania poszczególnych okresów porodu;
- 12) szczegółowy opis przebiegu porodu;
- 13) datę wypisania pacjentki z bloku porodowego albo sali porodowej, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 14) adnotację o miejscu, do którego pacjentka została wypisana z bloku porodowego albo sali porodowej;
- 15) oznaczenie lekarza albo położnej przyjmującej poród, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

§ 35.

1. Księga noworodków zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny noworodka w księdze;
- 3) imię i nazwisko oraz numer PESEL matki noworodka, a w 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-godzinny;
- 5) dane dotyczące noworodka:
 - a) płeć,
 - b) masę ciała,
 - c) długość ciała,
 - d) ocenę według skali Apgar;
- 6) datę wypisu noworodka, a w przypadku zgonu - datę zgonu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny oraz przyczynę zgonu.

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

§ 36. Księga pracowni diagnostycznej zawiera:

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

§ 37.

1. Do prowadzenia dokumentacji w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, zakładzie rehabilitacji leczniczej lub innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, stosuje się

odpowiednio przepisy § 13 ust. 1, § 14-17, § 20, § 21, § 24, § 26 ust. 1, § 27, § 29-32 i § 36, z zastrzeżeniem że dokumentacja jest sporządzana przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych w tym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.

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

§ 38.

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

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii choroby;
- 2) dokumentację zbiorczą w formie:
 - a) księgi głównej przyjęć i wypisów,
 - b) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych,
 - c) księgi chorych oddziału,
 - d) księgi zabiegów,
 - e) księgi bloku operacyjnego lub sali operacyjnej.

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

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

3. Przepisy § 13, § 14, § 15 ust. 2-5, § 16-22, § 24-27, § 29-33 i § 36 stosuje się odpowiednio.

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

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

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii zdrowia i choroby;
- 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną, o której mowa w § 2 ust. 4 pkt 1-4 i 6-8;
- 3) dokumentację zbiorczą w formie:
 - a) księgi przyjęć,
 - b) księgi pracowni diagnostycznej,
 - c) księgi zabiegów,
 - d) księgi porad ambulatoryjnych w zakresie nocnej i świątecznej pomocy zdrowotnej,
 - e) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych.

§ 40.

1. Historię zdrowia i choroby zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy pacjentowi dotychczas niezarejestrowanemu w podmiocie, o którym mowa w § 39.
2. Jeżeli jest to uzasadnione rodzajem udzielanych świadczeń zdrowotnych, historię zdrowia i choroby zakłada się również w określonej komórce organizacyjnej podmiotu, o którym mowa w § 39.

§ 41.

1. Historia zdrowia i choroby zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz informacje dotyczące:
 - 1) ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów;
 - 2) porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych;
 - 3) opieki środowiskowej, w tym wizyt patronażowych oraz pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej.
2. W przypadku gdy pacjent posiada szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 43-47c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w historii zdrowia i choroby zamieszcza się o tym adnotację, wraz z numerem dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienia.
3. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów zawiera w szczególności informacje o:
 - 1) przebytych chorobach;
 - 2) chorobach przewlekłych;
 - 3) pobytach w szpitalu;
 - 4) zabiegach lub operacjach;
 - 5) szczepieniach i stosowanych surowicach;
 - 6) uczuleniach;
 - 7) obciążeniach dziedzicznych;
 - 8) orzeczeniu o niepełnosprawności, orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności albo innych orzeczeniach traktowanych na równi z tym orzeczeniem.
4. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera:
 - 1) datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej;
 - 2) dane z wywiadu i badania przedmiotowego;
 - 3) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
 - 4) informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach;
 - 5) adnotacje o zaleconych zabiegach oraz lekach wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom zapisanym na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydanych pacjentowi;
 - 6) wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem;
 - 7) wyniki konsultacji;
 - 8) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych;
 - 9) adnotacje o orzeczonym okresie czasowej niezdolności do pracy;

- 10) oznaczenie lekarza, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.
5. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej opieki środowiskowej oraz pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej zawiera:
- 1) opis warunków zamieszkania;
 - 2) uzyskane na podstawie wywiadu informacje o warunkach nauczania, wychowania lub pracy;
 - 3) datę rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarstwa lub położniczej;
 - 4) rodzaj i zakres czynności pielęgniarki lub położnej, w szczególności rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych, plan opieki pielęgniarstwa lub położniczej oraz adnotacje związane z wykonywaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich;
 - 5) oznaczenie pielęgniarki lub położnej, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.
6. W przypadku prowadzenia dokumentacji w postaci papierowej wyniki badań diagnostycznych lub konsultacji, o których mowa w ust. 4 pkt 6 i 7, dołącza się do historii choroby w formie oryginału albo kopii bądź zamieszcza się w niej ich dokładny opis.
7. Do historii zdrowia i choroby dołącza się istotną dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego dokumentację medyczną udostępnioną przez pacjenta, w szczególności karty informacyjne z leczenia szpitalnego.

§ 42.

1. Podmiot sprawujący opiekę nad kobietą ciężarną prowadzi kartę przebiegu ciąży, która zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz:
- 1) informacje o ogólnym stanie zdrowia;
 - 2) informacje o poradach ambulatoryjnych lub wizytach domowych.
2. Karta przebiegu ciąży w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia zawiera informacje, o których mowa w § 41 ust. 3, oraz dodatkowo:
- 1) oznaczenie grupy krwi 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 § 41 ust. 4, oraz dodatkowo:
- 1) każdorazowo wynik pomiaru masy ciała;
 - 2) dokonaną każdorazowo ocenę czynników ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu;
 - 3) kwalifikację do odpowiedniego poziomu opieki perinatalnej.

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

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

§ 44. Do księgi pracowni diagnostycznej prowadzonej przez podmiot leczniczy udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych stosuje się odpowiednio przepisy § 36.

§ 45. Do księgi zabiegów prowadzonej przez podmiot leczniczy udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych stosuje się odpowiednio przepisy § 32.

§ 46.

1. Księga porad ambulatoryjnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, opatrzona numerem księgi, zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny wpisu;
- 3) datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta;
- 4) imię i nazwisko, numer PESEL - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta;
- 5) opis udzielonego świadczenia zdrowotnego;
- 6) oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

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

§ 47.

1. Dysponent zespołów ratownictwa medycznego sporządza i prowadzi:

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

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

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

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) datę wezwania, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 3) oznaczenie miejsca zdarzenia;
- 4) wskazanie przyczyny wezwania (objawy);
- 5) oznaczenie wzywającego;
- 6) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 2, 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-godzinny przekazania zlecenia zespołowi ratownictwa medycznego;
- 9) oznaczenie godziny i minuty w systemie 24-godzinny wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia;
- 10) informację o zaleceniach co do dalszego postępowania w razie odmowy wysłania zespołu ratownictwa medycznego;
- 11) imię i nazwisko lub kod przyjmującego wezwanie oraz jego podpis.

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

§ 50.

1. Wzór karty medycznych czynności ratunkowych określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.
2. Karta medycznych czynności ratunkowych jest wystawiana w dwóch egzemplarzach, z których jeden jest wydawany w postaci papierowej lub udostępniany w postaci elektronicznej pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, a w przypadku przewiezienia pacjenta do podmiotu leczniczego - temu podmiotowi leczniczemu.

§ 51. Wzór karty medycznej lotniczego zespołu ratownictwa medycznego określa załącznik nr 5 do rozporządzenia.

§ 52. Do dokumentacji prowadzonej przez zakład badań diagnostycznych i medyczne laboratorium diagnostyczne stosuje się odpowiednio przepisy § 36.

§ 53.

1. Pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji prowadzi dokumentację zbiorczą w formie księgi pracowni.
2. Księga pracowni, opatrzona numerem księgi, zawiera:
 - 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
 - 2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 2;
 - 3) oznaczenie lekarza zlecającego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a;
 - 4) datę przyjęcia i datę zakończenia zlecenia;
 - 5) rodzaj i opis zleconej pracy, w tym diagram zębowy;
 - 6) dane o użytych materiałach;
 - 7) imię i nazwisko osoby wykonującej zlecenie;

- 6) oznaczenie osoby wykonującej zlecenie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.
3. Do księgi pracowni dołącza się zlecenie lekarza.
- § 54.**
1. Zakład rehabilitacji leczniczej prowadzi dokumentację:
 - 1) zbiorczą w formie księgi zabiegów leczniczych;
 - 2) indywidualną w formie karty pacjenta.
 2. Księga zabiegów leczniczych, opatrzona numerem księgi, zawiera:
 - 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
 - 2) numer kolejny pacjenta w księdze;
 - 3) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
 - 4) datę zabiegu leczniczego;
 - 5) rodzaj wykonanego zabiegu leczniczego.
 3. Karta pacjenta zawiera informacje wymienione w ust. 2 oraz dodatkowo:
 - 1) dane o programie rehabilitacji i jego wykonaniu;
 - 2) oznaczenie lekarza zlecającego zabieg leczniczy, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a;
 - 3) oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu wykonującego zabieg leczniczy, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.
 4. Do karty pacjenta dołącza się zlecenie lekarza zlecającego zabieg leczniczy.

Rozdział 3

Dokumentacja lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej

§ 55.

1. Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej, z wyłączeniem wykonywania indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, prowadzi dokumentację indywidualną.
2. Lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego dokonuje wpisów w dokumentacji indywidualnej i zbiorczej prowadzonej przez podmiot leczniczy, w sposób określony w rozdziale 2.

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

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

§ 57.

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

pierwszy.

2. Historia zdrowia i choroby zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz informacje dotyczące:

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

3. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów zawiera informacje, o których mowa w § 41 ust. 3.

4. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera informacje, o których mowa w § 41 ust. 4.

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

- 1) zawodu wykonywanego przez pacjenta oraz zagrożeń zdrowia w miejscu pracy lub nauki,
- 2) zagrożeń zdrowia w miejscu zamieszkania

- jeżeli mają znaczenie dla oceny stanu zdrowia pacjenta.

6. Przepis § 41 ust. 2 stosuje się.

§ 58. W przypadku przyjmowania porodu przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy § 18, § 23 i § 73.

§ 59. Do prowadzenia karty przebiegu ciąży przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy § 42.

Rozdział 4

Dokumentacja pielęgniarki i położnej udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej

§ 60.

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

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

2. Pielęgniarka wykonująca indywidualną praktykę pielęgniarki wyłącznie w

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

§ 61.

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

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

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

§ 62. Historię zdrowia i choroby, kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, kartę wizyty patronażowej i kartę wywiadu środowiskowo-rodzinnego zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy.

§ 63.

1. Dokumentacja, o której mowa w § 60 ust. 1 pkt 1 oraz w § 61 ust. 1 pkt 1 lit. a i b, zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz:

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

2. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób oraz problemów zdrowotnych zawiera informacje, o których mowa w § 41 ust. 3.

3. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera informacje, o których mowa w § 41 ust. 4.

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

§ 64. W przypadku przyjmowania porodu przez położną udzielającą świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy § 18, § 23 i § 73.

§ 65. Do prowadzenia karty przebiegu ciąży przez położną udzielającą świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy § 42.

Rozdział 5

Dokumentacja prowadzona przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę lub higienistkę szkolną udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki profilaktycznej nad uczniami

§ 66.

1. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki profilaktycznej nad uczniami prowadzi dokumentację indywidualną w formie karty profilaktycznego badania lekarskiego ucznia.
2. Pielęgniarka lub higienistka szkolna udzielająca świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki profilaktycznej nad uczniami prowadzi dokumentację indywidualną ucznia oraz dokumentację zbiorczą odnoszącą się do uczniów uczęszczających do jednej klasy.

§ 67. Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz:

- 1) informacje dotyczące stanu zdrowia i istotnych chorób oraz problemów zdrowotnych ucznia, w szczególności występujących w okresie 12 miesięcy przed badaniem;
- 2) informacje o problemach zgłaszanych przez przedstawiciela ustawowego ucznia;
- 3) informacje wychowawcy ucznia mające istotne znaczenie dla oceny stanu zdrowia, w szczególności o zachowaniu ucznia, osiągniętych wynikach w nauce, wykazywanych uzdolnieniach, sprawności fizycznej, absencji szkolnej, relacjach z rówieśnikami, ewentualnych problemach szkolnych;
- 4) informacje pielęgniarki lub higienistki szkolnej o uczniu, w szczególności wyniki testów przesiewowych oraz informacje dotyczące wysokości i masy ciała ucznia, funkcjonowania narządu wzroku i słuchu, rozwoju układu ruchu, ciśnienia tętniczego krwi;
- 5) wyniki badania lekarskiego ucznia, w szczególności dotyczące wzrastania i rozwoju ucznia, stanu odżywienia, dojrzewania płciowego według skali Tannera od klasy III szkoły podstawowej, rozwoju psychospołecznego, funkcjonowania układów i narządów, stwierdzone problemy zdrowotne;
- 6) zalecenia dotyczące udziału ucznia w zajęciach wychowania fizycznego i ewentualnych ograniczeń w tym zakresie oraz inne zalecenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

§ 68. Indywidualna dokumentacja ucznia zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz:

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

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

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

Rozdział 6

Szczególne rodzaje dokumentacji

§ 70.

1. Lekarz wystawiający recepty dla siebie albo dla małżonka, zstępnych lub wstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa prowadzi dokumentację zbiorczą wewnętrzną w formie wykazu.
2. Wykaz może być prowadzony dla wszystkich osób, o których mowa w ust. 1, albo odrębnie dla każdej z nich.
3. Wykaz, opatrzony imieniem i nazwiskiem lekarza, o którym mowa w ust. 1, zawiera:
 - 1) numer kolejny wpisu;
 - 2) datę wystawienia recepty;
 - 3) imię i nazwisko pacjenta, a w przypadku gdy dane te nie są wystarczające do ustalenia jego tożsamości, także datę urodzenia lub numer PESEL pacjenta;
 - 4) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
 - 5) międzynarodową lub własną nazwę leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo rodzajową lub handlową nazwę wyrobu medycznego;
 - 6) postać, w jakiej lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny ma być wydany, jeżeli występuje w obrocie w więcej niż jednej postaci;
 - 7) dawkę leku lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, jeżeli występuje w obrocie w więcej niż jednej dawce;
 - 8) ilość leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, a w przypadku leku recepturowego - nazwę i ilość surowców farmaceutycznych, które mają być użyte do jego sporządzenia;
 - 9) sposób dawkowania w przypadku przepisania:
 - a) ilości leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, niezbędnej pacjentowi do maksymalnie 120-dniowego stosowania wyliczonego na podstawie określonego na receptce sposobu dawkowania,
 - b) leku gotowego dopuszczonego do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który zawiera w swoim składzie środek odurzający lub substancję psychotropową,
 - c) leku recepturowego zawierającego w swoim składzie środek odurzający lub substancję psychotropową.
4. W przypadku prowadzenia wykazu odrębnie dla każdej z osób, o których mowa w ust. 1, gdy dane, o których mowa w ust. 3 pkt 3-9, nie uległy zmianie, kolejne wpisy w tym zakresie można zastąpić adnotacją o kontynuacji leczenia.

§ 71.

1. Pielęgniarka lub położna wystawiająca recepty dla siebie albo dla małżonka, zstępnych lub wstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa prowadzi dokumentację zbiorczą wewnętrzną w formie wykazu.
2. Wykaz może być prowadzony dla wszystkich osób, o których mowa w ust. 1, albo odrębnie dla każdej z nich.
3. Wykaz, opatrzony imieniem i nazwiskiem pielęgniarki lub położnej, o której mowa w ust. 1, zawiera:
 - 1) numer kolejny wpisu;
 - 2) datę wystawienia recepty;

- 3) imię i nazwisko pacjenta, a w przypadku gdy dane te nie są wystarczające do ustalenia jego tożsamości, także datę urodzenia lub numer PESEL pacjenta;
- 4) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- 5) międzynarodową lub własną nazwę leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo rodzajową lub handlową nazwę wyrobu medycznego;
- 6) postać, w jakiej lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny ma być wydany, jeżeli występuje w obrocie w więcej niż jednej postaci;
- 7) dawkę leku lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, jeżeli występuje w obrocie w więcej niż jednej dawce;
- 8) ilość leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, a w przypadku leku recepturowego - nazwę i ilość surowców farmaceutycznych, które mają być użyte do jego sporządzenia;
- 9) sposób dawkowania w przypadku przepisania:
 - a) ilości leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, niezbędnej pacjentowi do maksymalnie 120-dniowego stosowania wyliczonego na podstawie określonego na recepcie sposobu dawkowania,
 - b) leku gotowego dopuszczonego do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który zawiera w swoim składzie środek odurzający lub substancję psychotropową,
 - c) leku recepturowego zawierającego w swoim składzie środek odurzający lub substancję psychotropową.

4. W przypadku prowadzenia wykazu odrębnie dla każdej z osób, o których mowa w ust. 1, gdy dane, o których mowa w ust. 3 pkt 3-9, nie uległy zmianie, kolejne wpisy w tym zakresie można zastąpić adnotacją o kontynuacji leczenia.

§ 72.

1. Podmiot leczniczy, w którym nastąpił poród albo do którego przyjęto noworodka urodzonego w warunkach pozaszpitalnych, wydaje książeczkę zdrowia dziecka przy wypisie ze szpitala.
2. W przypadku przyjmowania porodu w warunkach domowych przez lekarza, o którym mowa w § 58, albo położną, o której mowa w § 64, książeczkę zdrowia dziecka wydają odpowiednio ten lekarz albo położna.
3. Książeczka zdrowia dziecka jest wydawana przedstawicielowi ustawowemu dziecka za pokwitowaniem.
4. 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.
5. 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 gdy nie jest to możliwe, są uzupełniane w trakcie następnej wizyty na podstawie dokumentacji wewnętrznej.
6. Książeczka zdrowia dziecka zawiera kartki formatu A5, dwustronnie zadrukowane, w oprawie zeszytowej i tekturowych okładkach.

7. Wzór książeczki zdrowia dziecka określa załącznik nr 6 do rozporządzenia.

Rozdział 7

Przechowywanie dokumentacji

§ 73.

1. Dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana przez podmiot, który ją sporządził.
2. Dokumentacja zewnętrzna w postaci zleceń lub skierowań jest przechowywana przez podmiot, który zrealizował zlecone świadczenie zdrowotne.

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

§ 75. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna przewidziana do zniszczenia może zostać wydana na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego albo osoby, o której mowa w § 8 ust. 1 pkt 2, za pokwitowaniem.

§ 76.

1. W przypadku wykreślenia podmiotu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą miejsce przechowywania dokumentacji wskazuje ten podmiot, a w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą - podmiot tworzący.
2. W przypadku gdy wykreślenie podmiotu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą następuje na podstawie art. 108 ust. 2 pkt 1-4, 6 lub 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, organ prowadzący rejestr wzywa ten podmiot do wskazania miejsca przechowywania dokumentacji w wyznaczonym terminie, a po jego bezskutecznym upływie wskazuje miejsce przechowywania dokumentacji.
3. Jeżeli zadania podmiotu wykreślonego z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą przejmuje inny podmiot, podmiot ten przejmuje również dokumentację.

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

Rozdział 8

Udostępnianie dokumentacji

§ 78.

1. Podmiot udostępnia dokumentację podmiotom i organom uprawnionym bez zbędnej zwłoki.
2. W przypadku udostępnienia dokumentacji w sposób określony w art. 27 pkt 3 ustawy należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji.

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

Rozdział 9

Szczególne wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej

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

- 1) zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą;
- 2) integralność treści dokumentacji i metadanych polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian, z wyjątkiem zmian wprowadzanych w ramach ustalonych i udokumentowanych procedur;
- 3) stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych;
- 4) identyfikację osoby dokonującej wpisu 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 § 10 ust. 1 pkt 3;
- 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) funkcjonalność wydruku dokumentacji.

§ 81.

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, o którym mowa w ust. 1, dokumentacja dostarczona przez pacjenta jest zwracana pacjentowi albo niszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta.

§ 82. Utrwalenie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej polega na zastosowaniu odpowiednich do ilości danych i zastosowanej technologii rozwiązań technicznych zapewniających przechowywanie, używalność i wiarygodność dokumentacji znajdującej się w systemie informatycznym co najmniej do upływu okresu przechowywania dokumentacji.

§ 83.

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 § 10 ust. 1 pkt 3.

3. Do udostępniania dokumentacji w trybie określonym w § 75 i § 77 stosuje się odpowiednio przepisy ust. 1 i 2.

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

§ 85.

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.

§ 86.

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

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

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

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

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

Rozdział 10

Przepisy przejściowe i końcowe

§ 87.

1. Książeczka zdrowia dziecka, o której mowa w § 72, jest wydawana noworodkom urodzonym od dnia wejścia w życie rozporządzenia.
2. Książeczka zdrowia dziecka wydana przed dniem wejścia w życie rozporządzenia staje się książeczką zdrowia dziecka, o której mowa w § 72.

§ 88. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem § 71 i § 72, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r. ²

ZAŁĄCZNIKI

ZAŁĄCZNIK Nr 1

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

1. **Czas trwania ciąży** oblicza się w tygodniach, licząc od pierwszego dnia ostatniego normalnego krwawienia miesięcznego. Prawidłowy czas trwania ciąży wynosi 280 dni (40 tygodni) od pierwszego dnia ostatniego krwawienia miesięczkowego w cyklu 28-dniowym 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, o ile 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, o ile nastąpiło po upływie 22. tygodnia ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli.

ZAŁĄCZNIK Nr 2

WZÓR

KARTA OBSERWACJI PORODU

wzór

ZAŁĄCZNIK Nr 3

WZÓR

KARTA ZLECENIA WYJAZDU ZESPOŁU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

wzór

ZAŁĄCZNIK Nr 4

WZÓR

KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

wzór

ZAŁĄCZNIK Nr 5

WZÓR

**KARTA MEDYCZNA
LOTNICZEGO ZESPOŁU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO**

wzór

ZAŁĄCZNIK Nr 6

WZÓR

KSIAŻECZKA ZDROWIA DZIECKA



Ministerstwo Zdrowia

wzór

¹ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2

rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1268).

² Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r. poz. 177 i 968 oraz z 2015 r. poz. 1261), 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).