



KANCELARIA DORADCZA

*Rafał Piotr Janiszewski*

Magdalena Siebielska

**Dokumentacja medyczna w podmiotach  
prowadzących działalność leczniczą  
w zakresie  
lecznictwo szpitalne  
i ambulatoryjna opieka specjalistyczna**



Warszawa - wrzesień 2013

U nas - wszechstronne doradztwo dla szpitali

**Wydawca:**



KANCELARIA DORADCZA  
Rafał Piotr Janiszewski

Kancelaria Doradcza - Rafał Piotr Janiszewski  
00-490 Warszawa; ul Wiejska 12/ IV p.,  
tel.: (022) 745 53 60; fax.: (022) 625 73 99  
mail: kancelariajaniszewski@iuz.org.pl; www.kancelariajaniszewski.pl

Prawa wydawnicze zastrzeżone.

**Magdalena Siebielska**

**Dokumentacja medyczna  
w podmiotach  
prowadzących działalność leczniczą  
w zakresie  
lecznictwo szpitalne  
i ambulatoryjna opieka specjalistyczna**

**Warszawa - wrzesień 2013**

## Spis treści

<b>1. Wstęp: znaczenie dokumentacji medycznej</b> . . . . .	6
<b>2. Cel i zakres opracowania</b> . . . . .	7
<b>3. Podstawowe regulacje związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej</b> . . . . .	8
<b>4. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna</b> . . . . .	9
4.1. Podstawa prawna . . . . .	9
4.2. Zasady sporządzania oraz prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej Wymagane wzory dokumentów . . . . .	9
<b>Załącznik nr 1</b> - Informacja dla lekarza kierującego/POZ . . . . .	10
4.3. Historia zdrowia i choroby . . . . .	11
4.3.1. Uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej . . . . .	12
4.3.2. Oświadczenia oraz zgody . . . . .	12
4.3.3. Oznaczenia stron dokumentacji . . . . .	13
4.3.4. Zakres informacji . . . . .	13
<b>Załącznik nr 2</b> . Przykładowy formularz . . . . .	15
<b>Załącznik nr 3</b> . Oświadczenia AOS . . . . .	16
4.4. Karta przebiegu ciąży . . . . .	17
4.4.1. Zakres informacji w karcie przebiegu ciąży . . . . .	17
<b>Załącznik nr 4</b> . Karta przebiegu ciąży . . . . .	19
4.4.2. Oświadczenia oraz zgody . . . . .	21
4.4.3. Oznaczenie stron karty przebiegu ciąży . . . . .	22
4.4.4. Dokumenty dodatkowe . . . . .	22
4.4.5. Dane dla celów statystyczno-rozliczeniowych . . . . .	22
4.4.6. Zalecenia oraz sugestie . . . . .	23
<b>5. Historia choroby</b>	
<b>- regulacje prawne dotyczące sporządzania dokumentacji indywidualnej w podmiocie leczniczym prowadzącym szpital</b> . . . . .	25
5.1. Podstawa prawna . . . . .	25
5.2. Przepisy ogólne . . . . .	25
5.3. Oświadczenia oraz zgody . . . . .	26
<b>Załącznik nr 5</b> . Oświadczenia - szpital . . . . .	27
5.4. Historia choroby - ogólna . . . . .	27
5.4.1. Część historii choroby dotycząca przyjęcia do szpitala . . . . .	27
5.4.2. Część historii choroby dotycząca przebiegu hospitalizacji . . . . .	30
<b>Załącznik nr 6</b> . Karta oceny i leczenia bólu . . . . .	33
5.4.3. Część historii choroby dotycząca wypisania pacjenta . . . . .	34
<b>Załącznik nr 7</b> . Historia choroby . . . . .	36
<b>Załącznik nr 8</b> . Historia choroby ogólna . . . . .	40
5.4.4. Dokumenty dołączane do historii choroby . . . . .	44
<b>Załącznik nr 9</b> . Karta zleceń lekarskich . . . . .	45
<b>Załącznik nr 10</b> . Karta gorączkowa . . . . .	47
<b>Załącznik nr 11</b> . Profil glikemii . . . . .	48
<b>Załącznik nr 12</b> . Bilans płynów . . . . .	49

<b>Załącznik nr 13.</b> Karta Informacyjna z leczenia szpitalnego . . . . .	54
<b>Załącznik nr 14.</b> Karta informacyjna z leczenia szpitalnego . . . . .	55
<b>Załącznik nr 15.</b> Karta informacyjna z leczenia szpitalnego sporządzana w związku z zakończeniem hospitalizacji w trybie zgonu . . . . .	56
5.5. Dokumentacja pielęgnarska . . . . .	57
<b>Załącznik nr 16.</b> Historia pielęgnarska . . . . .	58
<b>Załącznik nr 16 a.</b> Karta procesu pielęgnowania . . . . .	60
<b>Załącznik nr 16 b.</b> Karta profilaktyki i pielęgnacji odleżyn . . . . .	61
<b>Załącznik nr 16 c.</b> Pielęgnarska Ocena Stanu Biopsychicznego Pacjenta . . . . .	62
5.6. Dokumenty wymagane zapisami innych aktów prawnych . . . . .	63
5.6.1. Profilaktyczna Ocena Stanu Odżywienia . . . . .	63
<b>Załącznik nr 17.</b> Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia . . . . .	64
<b>Załącznik nr 18.</b> Ocena ryzyka związanego ze stanem odżywienia . . . . .	65
5.6.2. Monitorowanie zakażeń szpitalnych . . . . .	66
<b>Załącznik nr 19.</b> Wywiad epidemiologiczny . . . . .	66
<b>Załącznik nr 20.</b> Karta zakażenia szpitalnego . . . . .	67
5.7. Specyfika dokumentacji w wybranych oddziałach szpitalnych . . . . .	69
5.7.1. Specyfika dokumentacji w oddziałach zabiegowych . . . . .	69
5.7.1.1. Zgoda na zabieg oraz zgoda na znieczulenie . . . . .	69
<b>Załącznik nr 21.</b> Zgoda na znieczulenie . . . . .	70
<b>Załącznik nr 22.</b> Zgoda pacjenta na zabieg operacyjny . . . . .	71
<b>Załącznik nr 23.</b> Formularz świadomej zgody pacjenta . . . . .	72
5.7.1.2. Karta konsultacji anestezjologicznej . . . . .	73
5.7.1.3. Przedoperacyjna ankieta anestezjologiczna . . . . .	74
<b>Załącznik nr 24.</b> Anestezjologiczna ankieta przedoperacyjna . . . . .	74
<b>Załącznik nr 25.</b> Karta konsultacji anestezjologicznej . . . . .	75
5.7.1.4. Protokół operacyjny . . . . .	76
<b>Załącznik nr 26.</b> Protokół zabiegu operacyjnego . . . . .	77
5.7.1.5. Karta przebiegu znieczulenia . . . . .	78
<b>Załącznik nr 27.</b> Karta znieczulenia . . . . .	78
<b>Załącznik nr 28.</b> Karta znieczulenia . . . . .	79
5.7.1.6. Okołooperacyjna karta kontrolna . . . . .	79
<b>Załącznik nr 29.</b> Okołooperacyjna karta kontrolna . . . . .	80
5.7.1.7. Karta monitorowania pacjenta po wykonanym zabiegu . . . . .	80
<b>Załącznik nr 30.</b> Karta obserwacji po zabiegu operacyjnym . . . . .	81
5.7.1.8. Specyfika dokumentacji w oddziałach udzielających świadczeń z zakresu chemioterapii i radioterapii . . . . .	81
5.7.1.9. Świadoma zgoda na zastosowanie terapii lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi . . . . .	81
5.7.1.10. Oświadczenie o odbiorze leku . . . . .	82
5.7.1.11. Indywidualna Karta Leczenia Chorego - okresowa ocena skuteczności chemioterapii . . . . .	82
5.7.1.12. Karta zleceń chemioterapii . . . . .	82
5.7.1.13. Karta powikłań . . . . .	82
<b>Załącznik nr 31.</b> Oświadczenie o odbiorze leku . . . . .	84
<b>Załącznik nr 32.</b> Indywidualna karta leczenia chorego . . . . .	84
<b>Załącznik nr 33.</b> Indywidualna karta zleceń chemioterapii . . . . .	85
<b>Załącznik nr 34.</b> Protokół wyznaczynienia cytostatyku . . . . .	86
<b>Załącznik nr 35.</b> Karta powikłań 1-2 . . . . .	87
<b>Załącznik nr 36.</b> Karta powikłań 3-4 . . . . .	89

5.7.1.14. Specyfika dokumentacji w oddziałach ginekologiczno-położniczych . . . . .	92
<b>Załącznik nr 37.</b> Karta obserwacji porodu . . . . .	92
5.7.1.15. Specyfika dokumentacji związanej z urodzeniem noworodka. Karta noworodka . . . . .	93
<b>Załącznik nr 38.</b> Karta noworodka . . . . .	95
5.7.2. Specyfika dokumentacji w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii . . . . .	98
<b>Załącznik nr 39.</b> Karta zleceń lekarskich i obserwacji pielęgniarских . . . . .	99
<b>Załącznik nr 40.</b> Procedura pielęgniarська . . . . .	100
<b>Załącznik nr 41.</b> Konsultacja specjalistyczna . . . . .	101
<b>Załącznik nr 42.</b> Karta obserwacji OaiIT . . . . .	102
5.7.3. Specyfika dokumentacji w oddziałach rehabilitacji . . . . .	102

<b>6. Dokumenty dodatkowe wymagane w związku z posiadaną umową na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych . . . . .</b>	<b>103</b>
6.1. Podstawy prawne . . . . .	103
6.2. Dokumentacja żywieniowa . . . . .	103
<b>Załącznik nr 43.</b> Karta kwalifikacji do żywienia pozajelitowego i/ lub dojelitowego noworodków . . . . .	104
<b>Załącznik nr 44.</b> Karta monitorowania leczenia żywieniowego noworodków . . . . .	106
<b>Załącznik nr 45.</b> Karta kwalifikacji dzieci do leczenia żywieniowego/ Karta modyfikacji żywienia dzieci . . . . .	108
<b>Załącznik nr 46.</b> Karta monitorowania leczenia żywieniowego dzieci . . . . .	110
<b>Załącznik nr 47.</b> Karta kwalifikacji dorosłych do żywienia pozajelitowego lub dojelitowego . . . . .	112
<b>Załącznik nr 48.</b> Karta żywienia pozajelitowego dorosłych/ Karta metaboliczna . . . . .	114
6.3. Karta punktacji TISS 28 . . . . .	116
<b>Załącznik nr 49.</b> Karta punktacji w skali TISS 28 . . . . .	116
6.4. Dokumentacja oceny ciężkości zatrucia . . . . .	117
<b>Załącznik nr 50.</b> Skala PSS . . . . .	117
6.5. Całościowa ocena geriatryczna . . . . .	119
<b>Załącznik nr 51.</b> Skala VES 13 . . . . .	119
<b>Załącznik nr 52.</b> Karta całościowej oceny geriatrycznej . . . . .	120
6.6. Hospitalizacja związana z terapią biologiczną łuszczycy . . . . .	121
<b>Załącznik nr 53.</b> Ocena zaawansowania łuszczycy - PASI . . . . .	121
<b>Załącznik nr 54.</b> Ocena zaawansowania łuszczycy - BSA . . . . .	122
<b>Załącznik nr 55.</b> Ocena zaawansowania łuszczycy - DLQI . . . . .	123
6.7. Programy lekowe . . . . .	125
<b>Załącznik nr 57 B.</b> Karty rejestracji świadczeniobiorcy do udziału w programie lekowym . . . . .	125
<b>Załącznik nr 56 A.</b> Karty rejestracji świadczeniobiorcy do udziału w programie lekowym . . . . .	126
6.8. Dokumentacja wymagana zapisami zarządzenia Prezesa NFZ w związku z realizacją świadczeń chemioterapii . . . . .	127
<b>Załącznik nr 58.</b> Świadoma zgoda na zastosowanie terapii lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi . . . . .	127
<b>Załącznik nr 59.</b> Oświadczenie o odbiorze leku . . . . .	129
<b>Załącznik nr 60.</b> Indywidualna Karta Leczenia Chorego . . . . .	129
6.9. Dokumentacja wymagana zapisami zarządzenia Prezesa NFZ w związku z realizacją świadczeń rehabilitacji leczniczej . . . . .	131
<b>Załącznik nr 61.</b> Skala Barthel ADL . . . . .	132
<b>Załączniki nr 62 i 63.</b> ASIA schemat i ASIA opisowa . . . . .	133
<b>Załącznik nr 64.</b> Zaburzenia znacząco zwiększające wymagania rehabilitacyjne/ pielęgnacyjne - rehabilitacja neurologiczna dzieci . . . . .	134

<b>Załącznik nr 65. System klasyfikacji funkcji motoryki dużej - rozszerzony i poprawiony GMFCS</b> . . . . .	136
<b>7. Dodatkowe uwagi i sugestie ogólne</b> . . . . .	143
<b>8. Dokumentacja zbiorcza</b> . . . . .	145
8.1. Dokumentacja zbiorcza . . . . .	145
8.2. Księga główna przyjęć i wypisów . . . . .	146
8.3. Księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć . . . . .	147
8.4. Księgi chorych oddziału . . . . .	149
8.5. Księga raportów lekarskich . . . . .	150
8.6. Księga raportów pielęgniarskich . . . . .	151
8.7. Księga zabiegów . . . . .	152
8.8. Księga bloku operacyjnego lub sali operacyjnej . . . . .	154
8.9. Księga bloku porodowego lub sali porodowej . . . . .	155
8.10. Księga noworodków . . . . .	156
8.11. Księga pracowni diagnostycznej . . . . .	157
8.12. Księga depozytów . . . . .	158
8.13. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego . . . . .	159
8.14. Dokumentacja zbiorcza prowadzona przez podmiot leczniczy udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych . . . . .	160
8.15. Księga przyjęć . . . . .	160
8.16. Księga środowisk epidemiologicznych . . . . .	161
<b>9. Podsumowanie</b> . . . . .	163

# 1. Wstęp.

## Znaczenie dokumentacji medycznej

### Ile zależy od dokumentacji medycznej?

Dokumentacja medyczna ma przede wszystkim znaczenie kliniczne. Odnosi się ona bowiem do stanu zdrowia pacjenta, przebiegu choroby, zastosowanego leczenia, profilaktyki, sprawowanej opieki pielęgnacyjnej czy rehabilitacji. Kliniczny aspekt dokumentacji należy postrzegać zarówno w perspektywie pacjenta, którego dokumentacja ta dotyczy, jak również poprzez pryzmat medycyny jako nauki.

Naukowe znaczenie dokumentacji przejawia się w jej wykorzystywaniu dla celów edukacyjnych oraz rozwoju wiedzy w danej dziedzinie.

Dwa powyższe aspekty przyczyniły się jako pierwsze do zapoczątkowania dokumentowania działań praktyków medycyny dawniej, a personelu medycznego dziś.

Obecnie jednakże waga dokumentacji medycznej znacząco wzrosła również w odniesieniu do kwestii prawnych, orzeczniczych, kontrolnych czy ekonomicznych.

Nie trzeba nikogo przekonywać o wadze dowodowej dokumentacji medycznej w przypadku postępowań sądowych czy roszczeniowych. W odniesieniu do tych ostatnich, czyli roszczeń, obserwowany będzie zapewne stały wzrost wykorzystywania dokumentacji medycznej. Droga pacjenta oraz jego bliskich do uzyskania odszkodowania czy zadośćuczynienia staje się bowiem, w warunkach polskich, coraz dostępniejsza (prostsza i nieobciążona wysokim kosztem).

Dokumentacja medyczna jest również przedmiotem kontroli licznych organów, stąd nie można pomijać jej znaczenia kontrolnego. Znaczenie to nie ogranicza się, jak można by mylnie postrzegać, jedynie do kontroli Narodowego Fundusz Zdrowia, ale obejmuje również kontrole prowadzone przez Najwyższą Izbę Kontroli, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Urzędy Marszałkowskie itp.

Wciąż rzadziej natomiast dokumentacja wykorzystywana jest w ujęciu ekonomicznym, choć bez wątplenia stanowi jedno z bardziej wiarygodnych źródeł informacji o kosztach.

W związku z tym wielopłaszczyznowym znaczeniem dokumentacji, a zatem koniecznością szerokiego jej pojmowania, należy uznać, iż od dokumentacji zależy w znacznej mierze bezpieczeństwo zarówno lekarza, jak i placówki, a bywa, że również pacjenta. Tymczasem niestety to, ile zależy od dokumentacji medycznej, najczęściej wie zwykle jedynie ten, kto z powodu nieprawidłowości w jej prowadzeniu poniósł ciężar konsekwencji: klinicznych, naukowych, prawnych czy ekonomicznych.

### Jeśli nie dziś, to kiedy?

W przededniu wejścia w życie kluczowych zapisów ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informatyzacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2011 nr 113 poz. 657), koniecznym jest dokonanie weryfikacji posiadanej dokumentacji medycznej.

Problem informatyzacji postrzegany jest często poprzez pryzmat niezbędnego zaplecza technicznego, wyposażenia sprzętowego, zabezpieczeń systemowych itp. Tymczasem ostatecznie głównym celem wprowadzanych ustawowo zmian jest modyfikacja formy prowadzenia dokumentacji medycznej. Zatem to dokumentacja medyczna powinna stanowić centralny punkt zapatrywań. Wszystkie inne elementy, opisane wcześniej, służyć mają osiągnięciu celu, jakim jest sporządzanie dokumentacji w wersji elektronicznej. Próbując spojrzeć na problem informatyzacji z tej perspektywy, warto ocenić dokumentację prowadzoną w ośrodkach opieki zdrowotnej dziś. Czy dokumentacja medyczna, w wersji elektronicznej, znacząco różni się będzie od dokumentacji papierowej? W ujęciu tego co będzie się w niej znajdować, nie. Czy zatem fakt konieczności sporządzania dokumentacji

medycznej z wykorzystywaniem systemów informatycznych sprawi, że dotychczasowe nieprawidłowości w jej prowadzeniu znikną? Z pewnością nie.

Wydaje się być zatem ze wszech miar zasadnym podjęcie działań zmierzających do prawidłowego sporządzania dokumentacji medycznej dziś, co będzie miało niezwykle istotne znaczenie dla poprawności jej sporządzania po 1 sierpnia 2014 r.

## **2. Cel i zakres opracowania**

Niniejsze opracowanie wskazuje zasady prawidłowego sporządzania dokumentacji medycznej w sposób praktyczny. Zebranie wymogów prawa w tym zakresie, wraz z ich interpretacją oraz propozycjami druków spełniających te wymogi ma na celu pełnienie funkcji wspierającej w procesie tworzenia dokumentacji medycznej w placówce ochrony zdrowia.

Zakresem opracowania jest:

1. analiza obowiązujących przepisów związanych ze sporządzaniem dokumentacji medycznej w podmiotach działalności leczniczej, z uwzględnieniem opieki stacjonarnej oraz ambulatoryjnej.
2. przedstawienie propozycji stosownych druków dla prowadzenia dokumentacji związanych z opieką stacjonarną i ambulatoryjną.

### Szczegółowy zakres:

- a. Wyróżnienie regulacji prawnych oraz zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia związanych ze sporządzaniem dokumentacji medycznej
- b. Wymienienie przepisów prawnych dotyczących prowadzenia dokumentacji w opiece stacjonarnej
- c. Wymienienie przepisów prawnych dotyczących prowadzenia dokumentacji w ramach opieki ambulatoryjnej
- d. Sporządzenie listy dokumentów wymaganych przepisami prawa oraz regulacjami rozliczeniowymi, w związku z udzielaniem świadczeń szpitalnych (w tym chemioterapia, programy lekowe, rehabilitacja) oraz ambulatoryjnych
- e. Przygotowanie propozycji wzorów druków zgodnych z obowiązującymi wymogami prawa w zakresie właściwym dla lecznictwa szpitalnego, w tym również chemioterapii, programów lekowych oraz rehabilitacji
- f. Przygotowanie propozycji wzorów druków zgodnych z obowiązującymi wymogami prawa w zakresie właściwym dla świadczeń ambulatoryjnych
- g. Wskazanie obowiązujących załączników stanowiących wzory dokumentów wymaganych w związku z prowadzeniem dokumentacji
- h. Wskazanie właściwych dokumentów stanowiących elementy dokumentacji medycznej wymagane w związku z rozliczaniem określonych świadczeń opieki zdrowotnej z płatnikiem publicznym.

### Załączniki do opracowania:

Obowiązujące wzory dokumentów określone przepisami prawa, stanowiące załączniki do rozporządzeń Ministra Zdrowia oraz zarządzeń Prezesa NFZ.

Proponowane wzory dokumentów przygotowane przez ekspertów Kancelarii Doradczej Rafał Piotr Janiszewski.



### **3. Podstawowe regulacje prawne związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej**

Obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej przez osoby oraz podmioty udzielające świadczeń opieki zdrowotnej wynika z przepisów prawa polskiego.

W myśl art. 24 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z późn. zm., w celu realizacji prawa pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych, podmiot udzielający tychże świadczeń obowiązany jest prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną.

Obowiązek dokumentowania udzielonych czynności przez personel medyczny wskazują przedmiotowe ustawy regulujące postawy prawne funkcjonowania zawodów medycznych. Zgodnie z art 41 ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry z późn. zm. *lekarz ma obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.*

Zgodnie natomiast z art. 18 Ustawy z dnia 5 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej *pielęgniarka i położna mają obowiązek prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej.*

Szczegółowe zasady prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej, o której mowa w powyższych ustawach, reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z późn. zm.

## **4. Indywidualna dokumentacja medyczna sporządzana w związku z udzielaniem świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS)**

### **4.1. Podstawy prawne:**

*Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z późn. zm. (Dz.U. 2010 nr 252 poz. 1697).*

*Zarządzenie nr 71/2012/dsoz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z późn. zm.*

### **4.2. Zasady sporządzania oraz prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej**

Sporządzanie i prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej związanej z udzielaniem świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej regulują zapisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z późn. zm. ujęte w Rozdziale 1. Przepisy ogólne § 1-10 oraz Rozdziale 2. § 40-43.

Prowadząc dokumentację w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, należy mieć na uwadze, iż stanowi ona dowód udzielonych świadczeń przedstawionych do rozliczenia w sytuacji, gdy dany podmiot związany jest umową dotyczącą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W związku z posiadaną umową Narodowy Fundusz Zdrowia ma prawo przeprowadzania kontroli dokumentacji medycznej. Dokumentacja ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a w szczególności wpisy z kolejnych wizyt (porad) uwzględniać zatem powinny elementy kluczowe wskazane w *Zarządzenie nr 71/2012/dsoz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z późn. zm.*

#### Wymagane wzory dokumentów

Obowiązujące przepisy prawa nie przewidują wymaganych lub rekomendowanych druków związanych z dokumentowaniem świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Podmiot leczniczy zobowiązany jest jednak do prowadzenia dokumentacji w sposób zgodny z wymaganiami wskazanymi w przepisach prawa. Stosowane druki oraz formularze wynikają natomiast z przepisów wewnętrznych placówki.

Aktualnie jedyny wzór dokumentu wskazany w przepisach stanowi *Informacja do lekarza kierującego/POZ*. Wzór druku umieszczony został jako załącznik do *Zarządzenia nr 71/2012/dsoz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z późn. zm.*

Jego stosowanie wynika z zapisów § 12 ust. 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2008 Nr 81, poz.484 ): *Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej zobowiązany jest do pisemnego, nie rzadziej niż co*

12 miesięcy, informowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego kierującego i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, w tym okresie ich stosowania i dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.

**Załącznik nr 1. Informacja dla lekarza kierującego/POZ**

Narodowy Fundusz Zdrowia – 2013 - wzór

załącznik nr 6 do zarządzenia Nr 71/2012/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2012 r.

pieczęć jednostki wykonującej świadczenie, adres, telefon  
kod, nazwa komórki organizacyjnej  
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

Data .....



**INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO/POZ**

**Dane osobowe świadczeniobiorcy**

(Nazwisko)																									
(Imię)													(Nr ewidencyjny PESEL)												

Ostateczne rozpoznanie:   
(wg ICD-10)

Opis udzielonego świadczenia (obejmuje wykonane badania)

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

Wytyczne dotyczące dalszego postępowania medycznego:

1. wymaga dalszego leczenia w poradni specjalistycznej  
.....(specjalność)
2. nie wymaga aktualnie leczenia w poradni specjalistycznej  
.....(specjalność)
3. wydano skierowanie na hospitalizację\*

Wskazówki dla lekarza kierującego:

1. w zakresie diagnostyki.....  
.....  
.....
2. w zakresie farmakoterapii  
.....  
.....  
.....
3. inne  
.....  
.....

\* potrzebne zakreślić

Data, podpis i pieczęć wykonującego świadczenie

### **4.3. Historia zdrowia i choroby**

Dokumentacja medyczna związana z udzielaniem świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej określona została w przepisach powyższego rozporządzenia mianem historii zdrowia i choroby.

Podmiot sprawujący opiekę nad kobietą ciężarną prowadzi natomiast kartę przebiegu ciąży. Stosowanie zatem innych nazw określających formularz, np.: karta pacjenta, karta zdrowia dziecka, etc. - nie jest prawidłowe.

Historia zdrowia i choroby zakładana jest przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy pacjentowi dotychczas niezarejestrowanemu w podmiocie udzielającym świadczeń. Zalecamy, aby formularz dokumentacji zawierał zarówno datę zarejestrowania pacjenta w poradni, jak również numer, pod którym dokonano rejestracji.

Pomimo braku formalnego obowiązku nadawania dokumentacjom numerów kartotek, pragniemy zauważyć, iż ich stosowanie znacząco minimalizuje konieczność posługiwania się danymi osobowymi pacjenta.

#### **Oznaczenie formularza danymi pacjenta oraz podmiotu udzielającego świadczeń**

Formularz historii zdrowia i choroby powinien zawierać oznaczenie pacjenta oraz podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń, a także każdorazowo osoby udzielającej świadczeń. Oznaczenia, o którym mowa, dokonuje się zwyczajowo na pierwszej stronie formularza.

**Do oznaczenia podmiotu**, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1, **należą:**

- a) nazwa podmiotu,
- b) 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. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.2), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
- c) nazwa i adres przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego,
- d) nazwa 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) nazwa 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;

**Oznaczenie pacjenta zawiera dane**, zgodnie z art. 25 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

- a) nazwisko i imię (imiona),
- b) datę urodzenia,
- c) oznaczenie płci,
- d) adres miejsca zamieszkania,
- e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.

Poprzez **oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych** oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie rozumie się, w myśl § 10 ust. 1 pkt. 3 lit. a-e:

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej,
- e) podpis.

#### 4.3.1. Uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej

Dodatkowo w sytuacji gdy pacjent posiada szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, w dokumentacji umieszcza się taką adnotację oraz numer dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienia. Szczególne uprawnienia wskazane zostały w art. 43-46 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

Ustawa wymienia między innymi: inwalidów wojennych, osoby represjonowane, osoby posiadające tytuł Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi lub Zasłużonego Honorowego Dawcy Przeszczepu.

#### 4.3.2. Oświadczenia oraz zgody

W historii zdrowia i choroby umieszcza się, lub dołącza do niej, oświadczenia określone w § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej:

- 1) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
- 2) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
- 3) oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy.

W odniesieniu do § 8 ust. 3, a zatem w przypadku konieczności uzyskania zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie świadczenia zdrowotnego, należy kierować się zapisami rozdziału 5 Ustawy z dnia z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z późn. zm.

Ustawa wskazuje, iż pacjent/opiekun ustawowy ma prawo do wyrażenia zgodny na badanie lub udzielenie świadczenia. Jednakże nie w każdej sytuacji wymagane jest, by zgoda ta miała postać pisemną. Zgoda lub sprzeciw mogą być bowiem wyrażone ustnie lub przez takie zachowanie pacjenta/opiekuna prawnego, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom lub brak takiej woli. Zatem zgoda „na leczenie” (w zakresie zwykłych czynności badania lekarskiego) nie musi zostać udzielona w formie pisemnej.

Zgoda w formie pisemnej musi zostać udzielona w przypadku zabiegu operacyjnego lub metody leczenia/diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta. Przy czym ustawa nie precyzuje katalogu takich metod. Podmiot leczniczy powinien zatem we własnym zakresie ustalić katalog czynności, wobec których konieczne jest uzyskanie zgody w formie pisemnej (zwłaszcza w aspekcie poradni zabiegowych).

#### 4.3.3. Oznaczenia stron dokumentacji

Strony dokumentacji indywidualnej prowadzonej w wersji papierowej należy oznaczyć numeracją, z uwzględnieniem porządku chronologicznego oraz co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta. W przypadku prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej oznaczenia, o którym mowa, należy dokonać w sytuacji sporządzania wydruku dokumentacji.

Wymóg oznaczania stron danymi pacjenta oraz numeracją reguluje § 5 oraz 6 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

#### 4.3.4. Zakres informacji w historii zdrowia i choroby

Historia zdrowia i choroby, zawiera (zgodnie z § 42 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania):

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

Informacje dotyczące ogólnego stanu zdrowia pacjenta oraz dane właściwe dla wpisów z kolejnych wizyt odnotowywane będą niemalże w każdej poradni specjalistycznej. Informacje dotyczące opieki środowiskowej wystąpią natomiast jedynie wtedy, gdy dana placówka realizuje ten rodzaj opieki (wymóg dotyczy zatem podstawowej opieki zdrowotnej nie zaś ambulatoryjnej opieki specjalistycznej).

Kolejne zapisy § 42 regulują zakres informacji, jaki należy ująć w każdej z wymienionych powyżej części.

Informacje dotyczące ogólnego stanu zdrowia stanowią dane 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.

Dane te powinny zostać odnotowane podczas pierwszej wizyty pacjenta w poradni specjalistycznej oraz okresowo aktualizowane.

Ponadto zalecamy, by znajdowały się one w widocznym, łatwo dostępnym miejscu formularza. Mogą bowiem okazać się szczególnie istotne w przypadku wystąpienia stanu nagłego zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta.

**Informacje dotyczące porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych** stanowią wpisy z kolejnych wizyt pacjenta w poradni specjalistycznej lub wizyt udzielonych w miejscu pobytu świadczeniobiorcy.

Elementy, jakie zawierać powinien opis porady w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, można podzielić na takie, które należy odnotować każdorazowo oraz tych, których odnotowanie wynikać będzie z przebiegu porady.

Każdy wpis z porady musi uwzględniać:

- 1) datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej
- 2) zapis przeprowadzonego badania podmiotowego (charakter, czas trwania i rodzaj dolegliwości, dotychczasowe leczenie)
- 3) opis badania przedmiotowego
- 4) rozpoznanie
- 5) podpis wraz z danymi identyfikującymi lekarza

Rozpoznanie w opisie porady należy wskazać zgodnie z wymogiem określonym w § 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania:

1. Nazwa i numer statystyczny rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu są wpisywane w dokumentacji według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.
2. Numer statystyczny, o którym mowa w ust. 1, składa się z pięciu znaków, przy czym po trzech pierwszych znakach czwarty znak stanowi znak kropki. W przypadku gdy rozpoznanie posiada trzyznakowe rozwinięcie, należy podać trzy znaki.

**Uwaga:** w przypadku przedstawienia do rozliczenia specjalistycznego lub kompleksowego konieczne jest dodatkowo **odnotowanie decyzji terapeutycznej**.

Wymóg ten wynika bezpośrednio z zapisów *Zarządzenia nr 71/2012/dsoz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z późn. zm.*

Zarządzenie określa definicję decyzji terapeutycznej:  
*ustalenie postępowania zmierzającego do rozwiązania problemu zdrowotnego świadczeniobiorcy – określenie procedury medycznej, zlecenia, wskazówki, poinstruowanie pacjenta, wystawienie recepty i określenie zasad przyjmowania leków, wskazanie konieczności realizowania leczenia w szczególności w innych poradniach specjalistycznych lub u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.*

Opis porady, w sytuacji gdy dane postępowanie miało miejsce, zawierać powinien również:

- 1) informacje o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach (w tym wydanie druku do lekarza kierującego)
- 2) adnotacje o zaleconych zabiegach oraz produktach leczniczych **wraz z dawkowaniem** lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom zapisanym na receptach wydanych pacjentowi
- 3) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych (szczególnie istotne w przypadku realizacji procedur zabiegowych)
- 4) adnotacje o orzeczonej czasowej niezdolności do pracy

Badania dodatkowe:

- w dokumentacji musi zostać odnotowany zarówno fakt wykonania badania, jak i jego zlecenia
- badania stanowiące podstawę do rozliczenia określonego typu porady należy umieścić w oryginale w dokumentacji (stanowią własność podmiotu, który poniósł koszt ich wykonania) w sposób związany z poradą, której dotyczą
- wpis z porady powinien odnosić się do uzyskanych wyników poprzez ich interpretację

Zabiegi:

- opis zabiegu umieszczony powinien zostać w historii zdrowia i choroby lub w księdze zabiegowej (wówczas w dokumentacji znajduje się adnotacja o jego wykonaniu, badanie przedmiotowe i podmiotowe oraz rozpoznanie)
- zgodna pacjenta na zabieg o podwyższonym ryzyku

**Dokumenty dodatkowe:**

Dodatkowo do historii zdrowia i choroby oraz karty przebiegu ciąży dołącza się kopie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego oraz odpisy lub kopie innej dokumentacji udostępnione przez pacjenta.

**Załącznik nr 2. Przykładowy formularz - Historia zdrowia i choroby AOS**

(Pieczętka świadczeniodawcy)

Nr historii zdrowia i choroby: .....

Data zarejestrowania: .....

**HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY**

**PORADNI** .....

Nazwisko: ..... Imię: ..... Płeć: Męska / Żeńska

Data urodzenia: .....

PESEL

Numer i seria dokumentu tożsamości: .....

Adres: .....

Szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej: .....  
(numer dokumentu)<sup>1</sup>

Lekarz kierujący: .....

<sup>1</sup> art. 43 – 46 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.)

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Nr strony: .....

Data porady/wpisu: .....

**Ogólny stan zdrowia, choroby, problemy zdrowotne lub urazy**

**Przebyte choroby:**

.....  
.....

**Choroby przewlekłe:**

.....  
.....

**Hospitalizacje:** ..... **Zabiegi/operacje:** .....

.....  
.....

**Szczepienia/surowice:** .....

**Uczulenia:** .....

**Obciążenia dziedziczne:** .....

(podpis i pieczęć lekarza)



Imię i nazwisko pacjenta: ..... Nr strony: .....  
Data porady: .....

**Wywiad:** .....

**Badanie przedmiotowe:** .....

**Opis świadczenia:** .....

**Rozpoznanie (nazwa i kod ICD-10):** .....

**Problem zdrowotny dotychczas nierozpoznawany:** TAK NIE

**Zlecone badania lub zabiegi (ICD-9)** .....

**Uzyskane podczas wizyty wyniki badań, wykonane procedury medyczne (ICD-9):** .....

**Zalecenia dotyczące dalszego postępowania (w tym okres niezdolności do pracy, wypisane recepty):**  
.....

(podpis i pieczęć lekarza)

### **Załącznik nr. 3 Oświadczenia AOS**

Miejscowość, data...

Dane podmiotu leczniczego

#### **OŚWIADCZENIA**

*Do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych upoważniam / nie upoważniam nikogo:*

.....  
(imię, nazwisko, dane kontaktowe)

.....  
(podpis pacjenta, opiekuna prawnego lub faktycznego)

*Do uzyskiwania dokumentacji medycznej upoważniam / nie upoważniam nikogo:*

.....  
(imię, nazwisko, dane kontaktowe)

.....  
(podpis pacjenta, opiekuna prawnego lub faktycznego)

#### 4.4. Karta przebiegu ciąży

Karta przebiegu ciąży sporządzana i prowadzona jest w podmiocie sprawującym opiekę nad kobietą ciężarną.

Dokument ten, analogicznie do historii zdrowia i choroby zawierać musi oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń, pacjenta oraz każdorazowo osoby udzielającej świadczeń.

Oznaczenie to jest, w przypadku karty przebiegu ciąży, tożsame z oznaczeniem określonym dla historii zdrowia i choroby.

**Do oznaczenia podmiotu**, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1, **należą:**

- a) nazwa podmiotu,
- b) 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. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.2) ), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
- c) nazwa i adres przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego,
- d) nazwa 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) nazwa 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;

**Oznaczenie pacjenta zawiera dane**, zgodnie z art. 25 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

- a) nazwisko i imię (imiona),
- b) datę urodzenia,
- c) oznaczenie płci,
- d) adres miejsca zamieszkania,
- e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.

Poprzez **oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych** oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie rozumie się, w myśl § 10 ust. 1 pkt. 3 lit. a-e:

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej,
- e) podpis.

##### 4.4.1. Zakres informacji w karcie przebiegu ciąży

Karta przebiegu ciąży zawiera:

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

Szczegółowy zakres informacji, jaki zawierać powinna karta przebiegu ciąży, wskazany został w § 43 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. W znacznym stopniu jest zakres analogiczny do zakresu danych właściwych dla historii zdrowia i choroby, przy czym został on rozszerzony o szereg informacji charakterystycznych dla rozpoznania ciąży.

Informacje o ogólnym stanie zdrowia uwzględniają 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.

**Oraz:**

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

**Informacje o poradach ambulatoryjnych lub wizytach domowych** uwzględniają:

Każdorazowo opis porady powinien zawierać:

- 1) datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej
- 2) zapis przeprowadzonego badania podmiotowego (charakter, czas trwania i rodzaj dolegliwości, dotychczasowe leczenie)
- 3) opis badania przedmiotowego
- 4) rozpoznanie
- 5) wynik pomiaru masy ciała
- 6) ocenę czynników ryzyka ciąży i porodu
- 7) podpis wraz z danymi identyfikującymi lekarza

Opis porady, w sytuacji gdy dane postępowanie miało miejsce, zawierać powinien również:

- 1) informacje o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach (w tym wydanie druku do lekarza kierującego)
- 2) adnotacje o zaleconych zabiegach oraz produktach leczniczych **wraz z dawkowaniem** lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom zapisanym na receptach wydanych pacjentowi
- 3) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych (szczególnie istotne w przypadku realizacji procedur zabiegowych)
- 4) adnotacje o orzecznym okresie czasowej niezdolności do pracy
- 5) kwalifikację do odpowiedniego poziomu opieki perinatalnej.

Rozpoznanie w karcie przebiegu ciąży należy wskazać, podobnie jak w historii zdrowia i choroby, zgodnie z § 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju oraz zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, poprzez numer statystyczny oraz nazwę w oparciu o zapisy Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Przy czym numer statystycznym należy odnotować w sposób szczegółowy, a zatem 5-znakowy. Numery 3-znakowe mogą być stosowane w sytuacji, gdy w klasyfikacji nie następuje dalszy podział.

#### **Załącznik nr 4. Karta przebiegu ciąży**

*(Pieczętka świadczeniodawcy)*

Nr historii zdrowia i choroby: .....

Data zarejestrowania: .....

### **KARTA PRZEBIEGU CIĄŻY**

Nazwisko: ..... Imię: .....

Płeć: Męska/Żeńska

Data urodzenia: .....

<b>PESEL</b>																				
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer i seria dokumentu tożsamości:  
.....

Adres:  
.....

Szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej:  
.....  
(numer dokumentu)<sup>1</sup>

<sup>1</sup> art. 43 – 46 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.)

Imię i nazwisko pacjenta: .....  
Data porady\wpisu: .....

Nr strony: .....

### WYWIAD POŁOŻNICZY:

#### GRUPA KRWI:

Data pierwszej miesiączki: .....

Data ostatniej miesiączki: .....

Masa ciała: .....

Wzrost: .....

Dotychczasowa liczba ciąż: .....

Liczba poronień: .....

Dotychczasowa liczba porodów: .....

Liczba dzieci żywo urodzonych: ..... martwo urodzonych: .....

Czynniki ryzyka ciąży:

.....  
.....

Przebieg poprzednich ciąż, porodów, poronień

.....  
.....

Opis badania ginekologicznego (w momencie rozpoznania ciąży)

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

Data rozpoznania ciąży: .....

Przybliżony termin porodu: .....

Kwalifikacja do opieki preinatalnej:

### OGÓLNY STAN ZDROWIA

Przebyte choroby / Choroby przewlekłe: .....

.....  
.....

Hospitalizacje: .....

Zabiegi/operacje: .....

.....  
.....

Szczepienia/surowice: .....

Uczulenia: .....

.....  
.....

Obciążenia dziedziczne:

.....

(podpis i pieczęć lekarza)

Imię i nazwisko pacjenta: .....  
Nr strony: .....

Data porady: ..... Tydzień ciąży: ..... WAGA: .....

**Wywiad:**.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Badanie przedmiotowe:**  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Ocena ryzyka ciąży i porodu:** .....  
.....

**Rozpoznanie (nazwa i kod ICD-10):** .....

**Zlecone badania lub zabiegi (ICD-9):** .....  
.....

**Uzyskane podczas wizyty wyniki badań, wykonane procedury medyczne (ICD-9):**  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Zalecenia dotyczące dalszego postępowania (w tym okres niezdolności do pracy, wypisane recepty):**  
.....  
.....  
.....

*(podpis i pieczęć lekarza)*

#### 4.4.2. Oświadczenia oraz zgody

Do karty przebiegu ciąży należy dołączyć oświadczenia pacjentki, o których mowa w § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania:

W historii zdrowia i choroby umieszcza się, lub dołącza do niej, oświadczenia określone w § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej:

- 1) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
- 2) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
- 3) oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy.

#### 4.4.3. Oznaczenie stron karty przebiegu ciąży

Strony karty przebiegu ciąży prowadzonej w wersji papierowej należy oznaczyć numeracją, z uwzględnieniem porządku chronologicznego oraz co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjentki. W przypadku prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej oznaczenia, o którym mowa, należy dokonać w sytuacji sporządzania wydruku dokumentacji.

Wymóg oznaczania stron danymi pacjenta oraz numeracją reguluje § 5 oraz 6 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

#### 4.4.4. Dokumenty dodatkowe

Do karty przebiegu ciąży dołączane są dokumenty dodatkowe. W odniesieniu do dokumentów udostępnianych przez pacjentkę (wyników badań, kart informacyjnych) sporządzane są ich kopie lub odpisy, natomiast dokumenty uzyskane w związku ze sprawowaną opieką, takie jak wyniki zleconych badań sfinansowanych przez placówkę, dołączane są w oryginale.

#### 4.4.5. Dane dla celów statystyczno-rozliczeniowych

Oprócz niewątpliwego znaczenia klinicznego, dokumentacja medyczna, w tym historia zdrowia i choroby, ma istotne znaczenie dla celów statystyczno-rozliczeniowych.

W przypadku prowadzenia wpisów w historii zdrowia i choroby oraz karcie przebiegu ciąży w sposób zgodny z przepisami prawa, dokumentacja stanowić powinna wystarczające źródło danych niezbędnych dla rozliczenia świadczenia.

System prowadzonej dokumentacji może jednakże stanowić wsparcie dla usprawnienia oraz ułatwienia rozliczania świadczeń. Prezentujemy zatem kilka rozwiązań, które mogą zostać w tym celu wykorzystane:

1. umieszczenie w systemie sporządzania wpisu w dokumentacji przez lekarza pola wyboru: *Problem zdrowotny dotychczas nierozpoznawany: tak/nie* – wybór determinuje możliwość wskazania do rozliczenia świadczenia kompleksowego
2. umożliwienie wyboru zleconych procedur medycznych z listy zawierającej kody ICD-9 oraz przyporządkowane do nich nazwy zgodnych z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych
3. umożliwienie wyboru uzyskanych wyników zleconych badań lub wykonanych procedur zabiegowych z listy zawierającej kody ICD-9 oraz przyporządkowane do nich nazwy zgodnych z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych
4. umożliwienie wyboru rozpoznanej jednostki chorobowej związanej z wizytą z listy zawierającej kody ICD-10 oraz nazwy zgodne z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych

Powyższe oraz inne rozwiązania powinny być, na etapie tworzenia rozwiązań związanych ze sporządzaniem dokumentacji medycznej, konsultowane i dostosowane do potrzeb służb rozliczeniowych oraz personelu medycznego.

#### 4.4.6. Zalecenia oraz sugestie

W powyższym opracowaniu umieszczono zakres informacji, jaki zawierać powinna historia zdrowia i choroby oraz ewentualne uwagi i sugestie wynikające z praktyki.

Dodatkowo należy zauważyć, iż wzór historii zdrowia i choroby prowadzony w wielu podmiotach nie uwzględnia większości danych wymienionych w przepisach prawa. Jednocześnie przepisy te nie narzucają takiego wzoru.

Dokumentacja medyczna zawierać musi dane wymienione w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów oraz zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz powinna zawierać informacje istotne z punktu widzenia rozliczania świadczeń (wskazane w przedmiotowym zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia), by rozliczenie to było bezpieczne w przypadku kontroli. Z faktu, iż dokumentacja zawierać powinna wszystkie wymienione dane, nie wynika jednakże obowiązek, by formularz historii zdrowia i choroby przewidywał rubryki niezbędne dla ich odnotowania.

Zatem wiele placówek sporządza dokumentację, której formularz uwzględnia rubryki przewidziane dla danych administracyjnych. W odniesieniu natomiast do wpisów z poszczególnych wizyt częstą praktyką jest pozostawienie lekarzowi prowadzącemu pustego miejsca, celem odnotowania wymaganych informacji.

Z analiz dokumentacji medycznych, sporządzanych w powyżej opisany sposób, prowadzonych na terenie całego kraju wynika, iż przeważająca większość wpisów charakteryzujących przebieg porady nie uwzględnia podstawowych informacji wymaganych przepisami prawa. W praktyce liczne wpisy ograniczają się do wskazania nazwy leku zapisanego na wydanej pacjentowi recepcie lub dat zwolnienia lekarskiego wydanego świadczeniobiorcy. Niesie to za sobą konsekwencje finansowe oraz prawne. Dokumentacja medyczna stanowi bowiem dowód udzielenia świadczenia zarówno wobec kontroli Płatnika, jak i w przypadku roszczeń pacjenta.

W związku z powyższym rekomenduję wzory druków zawierające wskazany literalnie zakres danych, które muszą zostać odnotowane.

Nie kwestionuję jednocześnie stosowania wzorów nieposiadających rubryk przeznaczonych na zapis wymaganych informacji. Pragnę zaznaczyć jedynie, iż rubryki czy pola określające dane, jakie powinny zawierać, jak wynika z naszej praktyki, znacząco podnoszą jakość prowadzonej dokumentacji, stanowią bowiem odpowiedź i ułatwienie dla lekarza.

Jak wskazano w powyższej opinii, zakres danych, jakie zawierać powinien wpis z porady, często zależny będzie od jej przebiegu. Jednocześnie jednak część informacji odnotowywana powinna być obligatoryjnie. Sugeruję zatem uwzględnienie tego faktu w związku ze sporządzaniem dokumentacji. Gotowe, papierowe druki uwzględniać będą dane przewidziane formularzem. Opisy porad generowane z systemów informatycznych natomiast (zarówno w sytuacji prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej, jak i korzystanie z wydruków dołączanych do papierowego formularza) posiadać będą w tym zakresie większą elastyczność. W zależności zatem od potrzeb, wynikających z przebiegu porady, lekarz ma możliwość uzupełniania określonych pól. Niemniej jednak zalecamy stworzenie takiego mechanizmu sporządzania dokumentacji, by uzupełnienie informacji obligatoryjnych dla każdej wizyty było niezbędne dla możliwości zakończenia sporządzania wpisu czy wydruku opisu porady.

Dodatkowo, w odniesieniu do sposobu wskazywania rozpoznań, dobrym rozwiązaniem jest udostępnienie lekarzowi możliwości wyboru jednostki z listy rozpoznań zaimplementowanych do systemu. Kwestia poprawności określania rozpoznań, zgodnie z Międzynaro-



dową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych, stanowi istotny problem dla wielu lekarzy. Możliwość wyboru wiązać się będzie z wyeliminowaniem nieprawidłowości oraz skróceniem czasu koniecznego na zanotowanie pełnego brzmienia nazwy oraz kodu jednostki chorobowej. Należy jednakże dodać, iż niezbędne jest udostępnienie rozpoznań w formie zgodnej z obowiązującą wersją Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych.

Do opracowania dołączony został wzór dokumentacji indywidualnej związanej z udzielaniem świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Wzór ten należy traktować przykładowo oraz pogładowo. Każdorazowo formularz historii zdrowia i choroby powinien bowiem zostać dostosowany do potrzeb określonej placówki medycznej oraz wynikać z jej praktyk. Formularz dokumentacji medycznej stanowić powinien ułatwienie jej sporządzania oraz przyczyniać się do tego, by dane w nim ujęte były czytelne oraz szczegółowe.

Dodatkowo należy nadmienić, iż w trybie ambulatoryjnym udzielane są świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz inne świadczenia opieki zdrowotnej. Niniejsze opracowanie odnosi się do świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W przypadku innych świadczeń ambulatoryjnych powyższe zapisy w wielu przypadkach będą miały zastosowanie, należy mieć jednakże na uwadze przepisy prawa specyficzne dla danego zakresu opieki.

## **5. Historia choroby**

### **- regulacje prawne dotyczące sporządzania dokumentacji indywidualnej w podmiocie leczniczym prowadzącym szpital**

#### **5.1. Podstawa prawna**

*Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z późn. zm. (Dz.U. 2010 nr 252 poz.1697)*

*Zarządzenie Nr 90/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne oraz zarządzenie zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.*

Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z późn. zm. historia choroby prowadzona w związku z udzielaniem świadczeń szpitalnych składa się z części dotyczących: przyjęcia pacjenta do szpitala, przebiegu hospitalizacji oraz wypisania pacjenta.

Rozporządzenie wskazuje wymagane informacje, jakie muszą znaleźć się w każdej z wymienionych części. Ponadto określa również dokumenty dodatkowe, jakie należy dołączyć do historii choroby.

Polskie prawo nie narzuca konkretnego formularza dokumentacji. Zatem zarówno jego układ, jak i forma wybierana jest przez świadczeniodawcę.

Zasadnicza konstrukcja formularza historii choroby dla wszystkich oddziałów szpitalnych pozostanie taka sama: część dotycząca przyjęcia pacjenta, część dotycząca przebiegu hospitalizacji oraz część dotycząca wypisania/przeniesienia/zgonu pacjenta. Niemniej jednak, w zależności od charakteru udzielanych świadczeń pojawiać się będą istotne różnice, chociażby w odniesieniu do dokumentów dodatkowych.

Mając na uwadze powyższe, przedstawione zostały przepisy prawa odnoszące się do wymaganych elementów historii choroby w każdym oddziale szpitalnym, wraz z propozycją druku.

Dodatkowo wskazujemy na druki, karty, formularze czy oświadczenia charakterystyczne dla specyficznych oddziałów szpitalnych, stanowiące zarówno elementy wymagane przepisami prawa, jak i rekomendowane w danej dziedzinie medycyny.

W sytuacji, gdy przepisy prawa nie określają, jakie dane powinny zostać ujęte w ramach określonego dokumentu, wskazane zostały zalecenia oraz sugestie wynikające z praktyki tworzenia oraz analizy dokumentacji w podmiotach leczniczych.

#### **5.2. Przepisy ogólne**

Tworząc wzory indywidualnej dokumentacji medycznej wewnętrznej, należy mieć na uwadze wymogi ogólne dotyczące sporządzania dokumentacji medycznej. Dotyczyć one będą każdego dokumentu, niezależnie od jego typu oraz przeznaczenia.

1. Każda strona dokumentacji medycznej musi zostać oznaczona danymi pacjenta, w tym co najmniej imieniem i nazwiskiem. Wymóg ten dotyczy zarówno stron samego formularza, jak i dokumentów do niego dołączanych. W sytuacji gdy nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia „NN”, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości. Stoso-

wane druki dokumentacji muszą zatem uwzględniać obowiązek zapisania danych pacjenta w widocznym miejscu.

2. Każdy wpis w dokumentacji musi zostać autoryzowany, czyli oznaczony danymi osoby sporządzającej, do których należą: imię i nazwisko, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu (w przypadku lekarza, pielęgniarki lub położnej) oraz podpis. Oznacza to, iż każdy pojedynczy wpis, obserwacja czy pomiar należy opatrzyć powyższymi danymi. Wzory dokumentacji powinny zatem przewidywać konieczność dokonania kompletnej autoryzacji każdego wpisu.
3. Każda strona dokumentacji musi zostać oznaczona numeracją zgodną z porządkiem chronologicznym sporządzanych wpisów. Należy dodatkowo pamiętać, iż każdy element włączony do historii choroby staje się stroną w dokumentacji.
4. Rozpoznanie w dokumentacji medycznej należy odnotować poprzez numer statystyczny oraz nazwę zgodne z zapisami Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Numer statystyczny należy odnotować w postaci 5 znaków. Kody 3-znakowe mogą być stosowane jedynie wówczas, gdy klasyfikacja nie przewiduje dalszego podziału. Każde wskazane w dokumentacji rozpoznanie powinno zostać zapisane w sposób powyżej podany.

### 5.3. Oświadczenia oraz zgody

W historii choroby umieszcza się, lub dołącza do niej, oświadczenia określone w § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania:

- 1) *oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;*
- 2) *oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;*
- 3) *oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy.*

Oświadczenia pacjenta, wskazane w pkt. 1 oraz 2, muszą zostać ujęte odrębnie. Nie jest prawidłowym łączenie powyższych oświadczeń. Pacjent ma bowiem prawo do upoważnienia w zakresie obydwu tych czynności innych/różnych osób bliskich.

Oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie świadczenia zdrowotnego (pkt. 3), dołączane do dokumentacji w formie pisemnej, dotyczy zabiegu operacyjnego lub metody leczenia/diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.

Należy jednakże zaznaczyć, iż Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, z której wywodzi się obowiązek uzyskiwania zgody, nie precyzuje katalogu świadczeń, w związku z wykonaniem których konieczne jest uzyskanie zgody w formie pisemnej.

Zgoda lub sprzeciw mogą być bowiem wyrażone również ustnie lub przez takie zachowanie pacjenta/opiekuna prawnego, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom lub brak takiej woli. Podmiot leczniczy powinien zatem we własnym zakresie ustalić katalog czynności, wobec których konieczne jest uzyskanie zgody w formie pisemnej.

Bez wątplenia należy stwierdzić, iż pisemna zgoda musi zostać dołączona w przypadku wykonania zabiegu operacyjnego.

Z doświadczenia wynika, iż wiele podmiotów leczniczych znacząco rozszerza katalog przedstawianych oświadczeń oraz zgód, np. o zgodę na hospitalizację, oświadczenia o zapoznaniu się z regulaminem oddziału czy kartą praw pacjenta itp. Zatem oświadczenia i zgody wskazane § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej należy umieścić w dokumentacji bezwzględnie. Pozostałe oświadczenia i zgody będą stanowiły wyniki dodatkowych, wewnętrznych przepisów placówki.

Zwracam jednakże uwagę, iż w zakresie wyrażania przez pacjenta zgody, przyjęta procedura uzyskiwania zgody oraz jej udokumentowanie musi wskazywać bezsprzecznie na uzyskanie zgody świadomej.

## **Załącznik nr 5. Oświadczenia – szpital**

Miejscowość, data...

Dane podmiotu leczniczego

### **OŚWIADCZENIA**

*Do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych upoważniam / nie upoważniam nikogo:*

.....  
(imię, nazwisko, dane kontaktowe)

.....  
(podpis pacjenta, opiekuna prawnego lub faktycznego)

*Do uzyskiwania dokumentacji medycznej upoważniam / nie upoważniam nikogo:*

.....  
(imię, nazwisko, dane kontaktowe)

.....  
(podpis pacjenta, opiekuna prawnego lub faktycznego)

### **5.4. Historia choroby – ogólna**

W myśl § 15 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, historia choroby zawiera pogrupowane informacje dotyczące:

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

#### **5.4.1. Część historii choroby dotycząca przyjęcia pacjenta do szpitala:**

Elementy, jakie zawierać powinna dokumentacja w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala, wskazuje § 17 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Można je umownie podzielić na elementy administracyjne oraz medyczne.

Ponadto, ze względów praktycznych, w części dotyczącej przyjęcia umieszcza się również oświadczenia pacjenta oraz zgody, które stanowić mogą element formularza dokumentacji lub być do niego dołączone.

Wśród elementów określonych jako **dane administracyjne** znajdują się:

1. oznaczenie podmiotu,
2. oznaczenie pacjenta zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy,
3. oznaczenie osoby kierującej na leczenie,
4. data dokonania wpisu,
5. numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta do szpitala,
6. numer w księdze chorych oddziału, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta,
7. tryb przyjęcia,
8. datę przyjęcia pacjenta do szpitala, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym,
9. oznaczenie lekarza przyjmującego zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

Wśród elementów rozumianych jako **dane medyczne przy przyjęciu** należy wymienić:

1. 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,
2. rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego.

Zgodnie z § 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, rozpoznania w dokumentacji medycznej, a zatem również rozpoznanie wstępne, należy określać poprzez numer statystyczny oraz nazwę, zgodne z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych. Zastosowany numer statystyczny powinien zostać wskazany w jego najbardziej szczegółowej postaci – 5-znakowej. Kody 3-znakowe mogą być stosowane jedynie wówczas, gdy w klasyfikacji nie następuje dalszy podział.

W przypadku gdy przyjęcie do szpitala odbywa się na podstawie skierowania, do dokumentacji należy je dołączyć.

W tym miejscu warto zaznaczyć, iż skierowanie, z chwilą jego włączenia do historii choroby, staje się elementem dokumentacji danego oddziału, choć de facto jest dokumentem zewnętrznym. Placówka, do której skierowany został pacjent, nie ma w praktyce wpływu na treść skierowania, niemniej jednak, w związku z tym, że staje się ono elementem danej historii choroby, powinno spełniać wymogi określone w przepisach prawa. Istnieją zatem praktyki wnioskowania do lekarzy kierujących o dostarczenie prawidłowo wypełnionego dokumentu w sytuacji stwierdzenia w pierwotnej wersji znaczących uchybień. Dodatkowo skierowania często stanowią dokumenty wewnętrzne (pacjent kierowany jest na badanie w trakcie hospitalizacji do zakładu diagnostycznego na terenie szpitala) lub zewnętrznej (skierowanie wydane pacjentowi po zakończeniu hospitalizacji). W związku z powyższym warto wymienić wymagane elementy skierowania:

Skierowanie, (...) zawiera (zgodnie z § 9 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania):

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

- 5) datę wystawienia skierowania;
- 6) oznaczenie osoby kierującej na badanie lub konsultację, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

#### **Objaśnienia:**

**Do oznaczenia podmiotu**, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1, **należą:**

- a) nazwa podmiotu,
- b) 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. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.2) ), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
- c) nazwa i adres przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego,
- d) nazwa 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) nazwa 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;

**Oznaczanie pacjenta** zawiera dane, zgodnie z art. 25 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

- a) nazwisko i imię (imiona),
- b) datę urodzenia,
- c) oznaczenie płci,
- d) adres miejsca zamieszkania,
- e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.

Poprzez **oznaczenie osoby kierującej na leczenie** (w części historii choroby dotyczącej przyjęcia) rozumie się, w myśl § 10 ust. 1 pkt. 3 lit. a-d

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej

Poprzez **oznaczenie osoby kierującej na leczenie, badanie, konsultacje** (np. na wydanym pacjentowi skierowaniu) rozumie się, w myśl § 10 ust. 1 pkt. 3 lit. a-e

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej,
- e) podpis.

#### **Tryb przyjęcia**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia nie precyzuje sposobu określenia trybu przyjęcia.

W praktyce wykorzystuje się kody trybu przyjęcia określone dla celów statystycznych w Karcie statystycznej szpitalnej ogólnej MZ/Szp-11.

#### Kody trybu przyjęcia

- „2” — przyjęcie w trybie nagłym w ratownictwa medycznego;
- „3” — przyjęcie w trybie nagłym — inne przypadki;
- „5” — przyjęcie noworodka w wyniku porodu w tym szpitalu;
- „6” — przyjęcie planowe na podstawie skierowania;
- „7” — przyjęcie a, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy;
- „8” — przeniesienie z innego szpitala;
- „9” — przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu – przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się 1982 r. o wycho dzia-łaniu alkoholizmowi oraz art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakaż ;
- „10” — przyjęcie przymusowe — przyjęcie przymusowe w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się . 35 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakaż a-, art. 21 ust. 3, art. 23, 24 i 29 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, art. 30 i 71 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, art. 94, 95a i 96 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. — Kodeks karny, art. 203 i 260 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. — Kodeks postę 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich.

**Oznaczenie lekarza przyjmującego** zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3. zawiera:

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej,
- e) podpis.

#### 5.4.2. Część historii choroby dotycząca przebiegu hospitalizacji:

Wymagane elementy części dokumentacji dotyczącej przebiegu hospitalizacji wskazuje § 18 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Ta część dokumentacji zawiera:

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

Dodatkowo, rozporządzenie wskazuje na obowiązek dołączania w tej części dokumentacji:

- a) wyników obserwacji stanu zdrowia pacjenta w formie karty obserwacji lub wyniki obserwacji przebiegu porodu w formie karty obserwacji przebiegu porodu;
- b) informacje o zleceniach lekarskich oraz ich wykonaniu w formie karty zleceń lekarskich;

- c) informacje dotyczące procesu pielęgnowania, czynności pielęgniarских lub położni-  
czych w postaci karty indywidualnej opieki pielęgniarской lub karty indywidualnej  
opieki prowadzonej przez położną.

Elementy dodatkowe historii choroby, wymienione powyżej, zostaną szerzej opisane,  
wraz z innymi dokumentami, które należy dołączyć do dokumentacji. Najczęściej bowiem,  
w tej właśnie części umieszczane są wszystkie dodatkowe elementy stanowiące udoku-  
mentowanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego

### **Objaśnienia:**

#### **Ad. 1 Dane uzyskane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego**

Poprzez określenie to należy rozumieć wpisy lekarskie z przebiegu leczenia szpitalnego  
w każdym jego dniu (w tym odnoszące się do przeprowadzonych z pacjentem wywiadów  
oraz badania przedmiotowego). Mogą one zostać ujęte na karcie obserwacji lekarskich.  
Często w rzeczywistości oddziału określa się je mianem dekursusów.

Oprócz odniesienia do stanu zdrowia pacjenta, zgłaszanych dolegliwości, modyfikacji  
leczenia itp. adnotacje z przebiegu hospitalizacji powinny dodatkowo zawierać informacje  
o zabiegach przetoczenia krwi oraz powikłaniach poprzetoczeniowych, jeśli zabiegi takie  
były wykonywane. Powyższy obowiązek wynika z zapisów § 4 ust. 2 Rozporządzenia Mi-  
nistra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r. w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczni-  
czych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadcze-  
nia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią  
i jej składnikami.

Obowiązek dokumentowania udzielania świadczeń szpitalnych w każdym dniu hospita-  
lizacji wynika z analizy stanu prawnego, w tym przede wszystkim z definicji świadczeń  
szpitalnych, zawartej w Ustawie o działalności leczniczej oraz zapisu § 4 ust. 1 Rozporzą-  
dzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz spo-  
sobu jej przetwarzania.

Zgodnie z definicją ujętą w Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej  
(Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654), świadczenie szpitalne to: wykonywane całą dobę komplek-  
sowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabi-  
litacji, które nie mogły być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych  
świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami  
szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania  
w okresie nieprzekraczającym 24 godzin.

Zasady dokumentowania sprawowanej opieki nad pacjentem w ramach leczenia szpitalne-  
go, (a zatem udzielanych świadczeń szpitalnych), poprzez wpisy w indywidualnej dokumenta-  
cji medycznej reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie  
rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Powyższy akt w § 4 ust.1 zawiera obowiązek dokonywania wpisu niezwłocznie po  
udzieleniu świadczenia: *Wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu  
świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.*

Termin „niezwłocznie po udzieleniu świadczenia“ oznacza bez opóźnień, bez zbędnej  
zwłoki. Lekarz ma obowiązek sporządzać wpisy z każdego dnia pobytu pacjenta w oddzia-  
le, z uwagi na to, iż świadczenia szpitalne, zgodnie z definicją, wykonywane są całą dobę.

W każdej dobie pacjent jest badany, codziennie odbywają się konsultacje lekarskie, a  
także zlecane są leki, sprawowana jest również opieka pielęgniarская. Obraz codziennych  
obserwacji i badań powinien pojawić się w dokumentacji indywidualnej pacjenta. Wpisu  
ze wszystkich czynności składających się na realizowaną opiekę należy dokonać natych-  
miast po zaistnieniu zdarzenia.



Płatnik finansuje fakt udzielania świadczeń szpitalnych w każdym dniu hospitalizacji, czego potwierdzeniem są wpisy w dokumentacji. Ich brak skutkować może zatem zastrzeżeniami podczas kontroli, jak również konsekwencjami finansowymi.

Jednocześnie pragnę zaznaczyć, iż codzienna, rzetelna adnotacja lekarska oraz pielęgniarska stanowią zabezpieczenie świadczeniodawcy w przypadku ewentualnych roszczeń pacjentów, gdyż jest ona dowodem sprawowanej opieki również w postępowaniu przed komisją ds. orzekania o zdarzeniach medycznych oraz sądowym.

#### **Ad. 2 Wyniki badań diagnostycznych lub konsultacji**

Pomimo iż rozporządzenie nie zawiera jednoznacznego wskazania, w jakiej formie należy dokonać udokumentowania przebiegu konsultacji, sugerujemy, by w odniesieniu do lekarzy konsultantów, niebędących na stałe pracownikami oddziału, opisy konsultacji sporządzane były na odrębnych stronach dokumentacji.

#### **Ad. 3 Informacje na temat stopnia natężenia bólu, działaniach podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia, w przypadkach wymagających monitorowania bólu.**

W przypadkach wymagających monitorowania bólu konieczne jest sporządzenie odpowiednich wpisów w historii choroby, odnoszących się do przeprowadzonego monitorowania bólu oraz podjętych czynności związanych z jego leczeniem, wraz z oceną ich skuteczności. Wpisy dotyczące monitorowania bólu są dokonywane przez lekarza, pielęgniarkę lub położną.

Rozporządzenie nie precyzuje jednakże formy, w jakiej dokumentowanie natężenia bólu powinno być dokonywane. Zatem przyjęcia szczegółowych rozwiązań powinien dokonać świadczeniodawca.

#### **Przykładowe sposoby monitorowania bólu**

Najczęstszą skalą odnoszącą się do bólu jest skala wzrokowo-analogowa (VAS - Visual Analogue Scale) Jest to skala w postaci linijki 10 cm. Pacjent wskazuje nasilenie bólu od jego braku – 0 cm do najsilniejszy wyobraźalny ból – 10 cm.



W przypadku małych pacjentów skala ta może zostać zmodyfikowana do postaci graficznej.



Ważne, by pacjent wiedział, co oznaczają wartości skrajne, zwłaszcza najsilniejszy wyobraźalny ból.

Inną metodą jest opis słowny bólu poprzez skalę słowną (VRS - Verbal Rating Scale) Skala ta stanowi metodą opisową oceny bólu, np. poprzez pięciostopniowe określenie jego natężenia:



Kolejną możliwością stanowi ocena stopnia bólu poprzez liczbę w skali numerycznej (NRS - Numerical Rating Scale)

Pacjent określa ból w skali numerycznej od 0 (brak bólu) do 10 (najsilniejszy wyobraźalny ból). Wynik w postaci właściwej wartości zapisywany jest w dokumentacji.

Skale te mają jednak ograniczone zastosowanie w przypadku dzieci.

Skale VAS, VRS czy NRS opisują natężenie bólu. Istnieją również metody oceny cha-

rakteru bólu (np. z zastosowaniem kwestionariusza McGill).

Wybór odpowiedniej skali powinien być dostosowany do specyfiki pacjentów hospitalizowanych w oddziale szpitalnym. Istotne znaczenie ma również aspekt rozróżnienia leczenia zachowawczego od monitorowania bólu po wykonanym zabiegu.

Niezależnie od wyboru skali właściwej dla oceny bólu, należy zauważyć, że w przypadku pacjentów wymagających monitorowania bólu, powinno się ono odbywać w sposób usystematyzowany, nie zaś jednorazowy.

**Załącznik nr 6. Karta oceny i leczenia bólu**

**KARTA OCENY I LECZENIA BÓLU**

(Pieczęćka oddziałowa komórki organizacyjnej w której przebywa pacjent )

Nazwisko i imię pacjenta.....

PESEL \_ \_ \_ \_ \_

Data	Nazwa leku, godzina podania	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pieczęć i podpis Uwagi
__-__-__													
__-__-__													
__-__-__													
__-__-__													
__-__-__													
__-__-__													
__-__-__													
__-__-__													
__-__-__													
__-__-__													
__-__-__													
__-__-__													

Ocena postępowania przeciwbólowego i jego skuteczność:

.....  
Podpis i pieczęćka

### 5.4.3. Część historii choroby dotycząca wypisania pacjenta

Dane należące do tej części dokumentacji, a zatem takie, które muszą zostać każdorazowo odnotowane, Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania wskazuje w § 19.

Ponadto, w sytuacji gdy zakończenie hospitalizacji odbywa się w trybie zgonu pacjenta, należy odnotować dodatkowe dane, określone w § 20.

Historia choroby, w części wypisowej, 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
- ;
- 6) datę wypisu.

Dodatkowo, w sytuacji zakończenia hospitalizacji w trybie zgonu, w tej części dokumentacji należy ująć następujące informacje:

- 1) datę zgonu pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 2) opis słowny stanów chorobowych prowadzących do zgonu wraz z odstępami czasu pomiędzy ich wystąpieniem:
  - a) przyczynę wyjściową albo przyczynę zewnętrzną urazu lub zatrucia,
  - b) przyczynę wtórną,
  - c) przyczynę bezpośrednią;
- 3) protokół komisji stwierdzającej śmierć mózgową, jeżeli taka miała miejsce;
- 4) adnotację o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji;
- 5) adnotację o pobraniu ze zwłok komórek, tkanek lub narządów.

### **Objaśnienia:**

---

---

Ustawa o działalności leczniczej, we wskazanym art. 29, ustanawia:

*Wypisanie, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:*

- 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
- 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
- 3) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.

Jednocześnie, w praktyce najczęściej wskazywany jest tryb wypisu adekwatny do tego, określonego w Karcie statystycznej szpitalnej ogólnej MZ/Szp-11:

Kody trybu wypisu:

- „1” — ;
- „2” — skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym;
- „3” — skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu;
- „4” — skierowanie do dalszego leczenia w innym niż szpital przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonują ą w rodzaju stacjonarne i ;
- „6” — wypisanie na własne żądanie;
- „7” — ący leczniczą zdrowotne ego;
- „8” — wypisanie na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o ;
- „9” — zgon pacjenta;
- „10” — osoba leczona, przyjęta w trybie oznaczonym kodem „9” lub „10”, k .

W sytuacji sporządzania dokumentacji z wykorzystaniem systemu informatycznego, zasadne jest określanie trybu przyjęcia oraz wypisu, zgodnych z wytycznymi określonymi dla karty statystycznej, która dzięki temu zostać może wygenerowana na podstawie historii choroby.

*Załączniki na stronie następnej*

## Załącznik nr 7. Historia choroby

**Oznaczenie podmiotu  
oraz jednostki udzielającej świadczeń**

### HISTORIA CHOROBY

**Oddział:** .....

<b>Nr Księgi Głównej</b> <b>Nr Księgi Oddziału</b>		
<b>Nazwisko i imię:</b>		
<b>PESEL:</b>	<b>Płeć:</b> K/M	<b>Data i miejsce urodzenia:</b>
<b>Miejsce zam.:</b>		<b>tel.</b>
Poinformowany o konieczności leczenia specjalistycznego - i jego skutkach ubocznych <i>wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*</i> na proponowane leczenie oraz na badania dodatkowe wykonywane w trakcie leczenia		
<i>*niepotrzebne skreślić</i>	..... podpis pacjenta	..... data
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że <b>upoważniam</b> osobę bliską do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych. Podaję dane kontaktowe tej osoby: <b>telefon:</b>		
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.		
..... Czytelny podpis pacjenta      data		
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że <b>upoważniam</b> osobę bliską do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych. Podaję dane kontaktowe tej osoby: <b>telefon:</b>		
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że nie upoważniam żadnej osoby do uzyskania mojej dokumentacji medycznej.		
..... Czytelny podpis pacjenta      data		
<b>cia: * nagły * pilny * planowy - * ze skierowaniem * bez skierowania</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Lekarz kierujący</b> (imię, nazwisko, tytuł zawodowy, specjalizacje, nr prawa wyk. zawodu):		
Rozpoznanie lekarza kierującego:		
<input type="checkbox"/> <b>Pacjent przewieziony przez Zespół Pogotowania Ratunkowego</b>		
Rozpoznanie:		
<input type="checkbox"/> <b>Przeniesienie z oddziału:</b> .....		
Rozpoznanie:		
Data przyjęcia:      godz. :		<b>Pieczętka i podpis lekarza przyjmującego:</b>

*Imię i nazwisko:*

*PESEL:*

*Nr Ks.GŁ:*

---

WYWIAD:

BADANIE PRZEDMIOTOWE:

ROZPOZNANIE WSTĘPNE LEKARZA PRZYJMUJĄCEGO:  
(NUMER STATYSTYCZNY ORAZ KOD ICD-10)

PIECZĄTKA ORAZ PODPIS LEKARZA PRZYJMUJĄCEGO:

*Imię i nazwisko:*

*PESEL:*

*Nr Ks.GL:*

*Obserwacje lekarskie*

*Szczegółowy przebieg leczenia w każdym dniu:*

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr Ks.GŁ:

<b>Część wypisowa: Podsumowanie leczenia</b>		
<b>Rozpoznanie zasadnicze (numer statystyczny ICD-10 oraz nazwa):</b>		
<b>Choroby współistniejące, powikłania (numer statystyczny ICD-10 oraz nazwa):</b>		
<b>Zastosowano leczenie:</b>		
<b>Procedury medyczne (ICD-9):</b>		
<b>Epikryza:</b>		
<b>Zalecenia lekarskie:</b>		
<b>Wypisany ze szpitala</b>		
<b>Tryb wypisu:</b>		
<b>Przyjęty dnia:</b>	<b>wypisany dnia:</b>	<b>Leczył się dni:</b>
Data zgonu .....	.....	
(dzień, miesiąc, rok)	Godzina i minuta w systemie 24 godzinnym)	
<b>Przyczyny zgonu (numer statystyczny ICD-10 i nazwa):</b>		
<b>Bezpośrednia:</b>		
<b>Wyściowa:</b>		
<b>Wtórna:</b>		
<b>Protokół komisji stwierdzającej śmierć mózgową, jeżeli taka sytuacja miała miejsce:</b>		
<b>Adnotacja o wykonaniu/niewykonaniu sekcji zwłok:</b>		
<b>Adnotacja o pobraniu ze zwłok komórek, tkanek lub narządów:</b>		

Lekarz wypisujący:

Podpis lekarza kierującego oddziałem:





<p><b>Imię i nazwisko pacjenta:</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Wywiad lekarski</b></p> <p>Początek choroby, jej przebieg, uwagi co do obecnego stanu zdrowia, wywiad co do przeszłości chorego, przebytych chorób, trybu życia, odżywiania, obciążeń dziedzicznych</p>
---

<b>Badanie Przedmiotowe</b>				
Wzrost	Ciężar ciała	Ciepłota	Tętno	Ciśnienie krwi
<p>Wygląd ogólny, stan odżywiania, skóra, tkanka podskórna, mięśnie, układ kostno-stawowy, węzły chłonne, głowa, jama ustna, szyja, klatka piersiowa, układ krążenia, układ trawienny, układ moczowo-płciowy, kończyny, układ nerwowy i stan psychiczny</p>				
<p><b>Rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego</b></p> <p><b>Nazwa oraz kod ICD-10:</b></p>				
<p><b>Dane identyfikacyjne lekarza przyjmującego:</b></p> <p>Imię i nazwisko: ..... Nr prawa wykonywania zawodu: .....</p> <p>Tytuł zawodowy i uzyskane specjalizacje .....</p> <p>Data dokonania wpisu.....</p> <p style="text-align: right;">podpis i pieczętka lekarza .....</p>				

**Imię i nazwisko pacjenta:**

**B. PRZEBIEG HOSPITALIZACJI**

**Dane uzyskane z wywiadu lekarskiego i badań przedmiotowych. Szczegółowe obserwacje lekarskie w każdym dniu.**

Imię i nazwisko pacjenta:

<b>Rozpoznanie zasadnicze (nazwa oraz kod ICD-10):</b>	
<b>Rozpoznanania współistniejące (nazwa oraz kod ICD-10):</b>	
Zastosowane leczenie, wykonane badania, zabiegi diagnostyczne oraz zabiegi operacyjne, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych ICD-9	
.....ICD – 9 ..... . . . . .	
.....ICD – 9 ..... . . . . .	
.....ICD – 9 ..... . . . . .	
.....ICD – 9 ..... . . . . .	
KKCz .....jednostek, FFP.....jednostek, YWIENIE POZAJELITOWE/DOJELITOWE od .....do.....	
<b>C. WYPIS PACJENTA ZE SZPITALA</b>	
<b>Epikryza:</b>	
Okoliczności i przyczyny wypisu:	
Data wypisu ..... (dzień, miesiąc, rok)	Godzina .....
..... Podpis i pieczęć lekarza	..... Podpis i pieczęć lekarza kierującego oddziałem
Data zgonu ..... (dzień, miesiąc, rok)	..... Godzina i minuta w systemie 24 godzinnym)
<b>Przyczyny Zgonu:</b>	<b>Nr statystyczne wg ICD-10:</b>
<b>Bezpośrednia:</b>	
<b>Wyjściowa:</b>	
<b>Wtórna:</b>	
<b>Protokół komisji stwierdzającej śmierć mózgową, jeżeli taka sytuacja miała miejsce:</b>	
Adnotacja o wykonaniu/niewykonaniu sekcji zwłok:	
Adnotacja o pobraniu ze zwłok komórek, tkanek lub narządów:	
Data .....	..... Podpis i pieczęć lekarza
	..... Podpis i pieczęć lekarza kierującego oddziałem

#### 5.4.4. Dokumenty dołączane do historii choroby

Oprócz samego formularza historii choroby dokumentacja medyczna zawiera również szereg dokumentów dołączanych do formularza.

Dokumenty te można podzielić na:

- wymagane zapisami rozporządzenia wskazującego zasady prowadzenia dokumentacji
- wymagane zapisami innych aktów prawnych
- wynikające ze specyfiki udzielania świadczeń w określonych oddziałach szpitalnych
- wymagane w związku z posiadaną umową na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

W poniższej części opracowania omówione zostaną dwa pierwsze rodzaje dokumentów. Dwa pozostałe opisane zostaną odrębnie.

Dokumenty dodatkowe wymagane zapisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

Zgodnie z § 15 Rozporządzenia, do historii choroby dołącza się:

- 1) oświadczenia oraz zgody
  - 2) kartę indywidualnej opieki pielęgniarstwa;
  - 3) kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną;
  - 4) kartę obserwacji lub kartę obserwacji przebiegu porodu;
  - 5) kartę gorączkową;
  - 6) kartę zleceń lekarskich;
- kartę przebiegu znieczulenia, jeżeli było wykonane w związku z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi;
- kartę zabiegów fizjoterapeutycznych, jeżeli były wykonane;
- 7) kartę medycznych czynności ratunkowych, w przypadku, o którym mowa w § 52 ust. 2;
  - 8) kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, dołączaną po wypisaniu pacjenta ze szpitala;
  - 9) wyniki badań diagnostycznych, jeżeli nie zostały wpisane w historii choroby;
  - 10) wyniki konsultacji, jeżeli nie zostały wpisane w historii choroby;
  - 11) protokół operacyjny, jeżeli była wykonana operacja.

#### Karta indywidualnej opieki pielęgniarstwa

Karta indywidualnej opieki pielęgniarstwa stanowi element dokumentacji pielęgniarstwa odzwierciedlający przebieg sprawowanej opieki nad pacjentem. Wykorzystywana jest do odnotowania diagnozy pielęgniarstwa oraz problemów pielęgnacyjnych.

Dokument uwzględnia ocenę stanu fizycznego, psychicznego i społecznego na podstawie wywiadu pielęgniarstwa oraz danych z dokumentacji medycznej. Co więcej, jest narzędziem w procesie ustalania planu opieki i realizacji świadczenia zgodnie z planem.

#### Karta zleceń lekarskich

Karta zleceń lekarskich wykorzystywana jest w związku z prowadzoną farmakoterapią. Bywa również stosowana w odniesieniu do zleceń badań diagnostycznych. Sugerujemy jednak, by zlecenia w zakresie stosowanych leków oraz badań diagnostycznych odnotowywane były na dwóch odrębnych dokumentach.

Zgodnie z § 18 ust. 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania:



Zgodnie z nazwą, dokument ten służy do odnotowania pomiaru parametru temperatury ciała. Jednakże zwyczajowo zawiera ona również informacje odnoszące się do pomiaru ciśnienia, dane dotyczące stolca, ciężaru ciała oraz stosowanej diety. Wiele wzorów kart zawiera ponadto rubrykę określoną jako *zalecenia lekarskie*.

Niemniej jednak, dla odnotowania zaleceń lekarskich przeznaczone są inne druki, zatem sugeruję, by karta gorączkowa nie zawierała zaleceń lekarskich.

W odniesieniu do stosowanego wzoru karty gorączkowej istotne znaczenie ma to, w jaki sposób dokument ten jest sporządzany. Najczęściej karta gorączkowa znajduje się przez cały czas hospitalizacji w historii choroby. W takiej sytuacji zawierać ona może dane medyczne pacjenta, takie jak chociażby rozpoznanie.

#### Karta gorączkowa a ochrona danych osobowych:

W części oddziałów praktykuje się umieszczanie kart gorączkowych przy łóżku pacjenta. Taka sytuacja wiąże się z możliwością zapoznania się z treścią dokumentu przez osoby nieuprawnione, np. osoby odwiedzające.

Dane zawarte w dokumentacji medycznej pacjenta zaliczane są, w oparciu o zapisy art. 27.1 Ustawy o ochronie danych osobowych do kategorii danych wrażliwych. Oznacza to, że powinny być one szczególnie chronione w aspekcie udostępniania oraz przetwarzania.

Administrator danych jest obowiązany do zapewnienia bezpieczeństwa danych poprzez odpowiednie środki techniczne oraz organizacyjne, co zostało uregulowane zapisami art.36.1 wspomnianej ustawy:

*Administrator danych jest obowiązany do zapewnienia bezpieczeństwa danych poprzez środki techniczne oraz organizacyjne, co zostało uregulowane zapisami art.36.1 wspomnianej ustawy:*

*W odniesieniu do procesu leczenia Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta określa prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych, na co wskazuje art. 13: Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.*

*Jednocześnie zgodnie z art.40. 1 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.*

Dane zawarte w karcie gorączkowej należą do zakresu informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta, a zatem podlegać powinny szczególnej ochronie, przede wszystkim przed udostępnianiem osobą nieuprawnionym.

Stanowisko Ministerstwa Zdrowia w tym aspekcie (wyrażone w załączonym piśmie do Rzecznika Praw Pacjenta) wskazuje, że *jako dokument umieszczony przy łóżku pacjenta karta gorączkowa nie zapewnia zachowania poufności zawartych w niej danych osobowych, w tym dotyczących stanu zdrowia pacjenta. Dlatego też powinny w niej być zawarte tylko te informacje, które są niezbędne ze względu na skuteczność procesu leczenia.*

Ministerstwo zaznacza, że warty rozważenia rozwiązaniem kompromisowym może być dwustronna karta gorączkowa, gdzie strona wewnętrzna zawierałaby informacje o zdrowiu i leczeniu pacjenta. Zastrzega jednak, że rozwiązanie to nie może być stosowane w „tych szczególnych oddziałach, na których zachodzi bezpośrednio zagrożenie życia pacjenta, a szybki dostęp osób podejmujących akcję ratunkową do informacji zawartych w karcie, jest warunkiem wyboru właściwego toku postępowania. Idea poufności danych osobowych, w tym informacje o stanie zdrowia oraz wprowadzane dla jej realizacji wyma-

gania i procedury mają służyć poszanowaniu dóbr poszczególnych osób. Niewątpliwie kwestie te zasługują na szczególną uwagę wszystkich podmiotów uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Nie może jednak budzić wątpliwości, że wobec bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia pacjenta, ochrona danych osobowych musi być uznana za wartość drugorzędą. Nie jest bowiem intencją ustawodawcy narażanie życia i zdrowia, do czego doprowadzić mogłoby zbyt restrykcyjne w tych przypadkach interpretowanie przepisów ustawowych.”

Ustawa o ochronie danych osobowych nie reguluje procedur postępowania z dokumentacją medyczną pacjenta, zawierającą jego dane wrażliwe. Nakłada ona jedynie obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa danych na administratora tychże danych (np. szpital). Zatem poszukiwanie rozwiązania w tej kwestii w chwili obecnej należy do świadczeniodawcy. Rozwiązane to powinno uwzględniać ochronę danych dotyczących stanu zdrowia pacjenta oraz zabezpieczenie odpowiedniego dostępu do dokumentacji w przypadku zagrożenia jego życia lub zdrowia.

Tworząc wzór karty gorączkowej, należy zatem mieć na uwadze również aspekt dotyczący sposobu sporządzania dokumentu.

### Załącznik nr 10. Karta gorączkowa

KARTA GORĄCZKOWA OGÓLNA																													
Nr ks.gł.				Nazwisko i imię												Wiek				Oddział									
Data																													
Dzień pobytu																													
Tętno	Ciepl.	R	W	R	W	R	W	R	W	R	W	R	W	R	W	R	W	R	W	R	W	R	W	R	W	R	W	R	W
150	41°																												
130	40°																												
110	39°																												
90	38°																												
70	37°																												
50	36°																												
40	35°																												
Dieta																													
Stolec																													
Ciężar ciała																													
Uwagi																													
Podpis i pieczęć pielęgniarki																													

### Karty obserwacji

Karty obserwacji wykorzystywane są dla dokumentowania różnorodnych parametrów życiowych, najczęściej w sytuacjach gdy powinny być one monitorowane w sposób systematyczny. Ilość oraz rodzaje stosowanych kart obserwacyjnych wynikać będzie ze specyfiki oddziału oraz potrzeb personelu medycznego. Karty obserwacji sporządzane są zarówno przez personel pielęgniarski, jak i lekarski.



Przykłady prostych kart obserwacyjnych:

- profil glikemii
- pomiar ciśnienia tętniczego
- bilans płynów

Ponadto w dokumentacji funkcjonować mogą również karty obserwacji obejmujące większą ilość danych ujętych łącznie, np. karta obserwacji pacjenta po wykonanym zabiegu operacyjnym.

### **Załącznik nr 11. Profil glikemii**

#### **PROFIL GLIKEMII**

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL:

Data:	Godzina:	Poziom cukru:	Nazwa leku:	Dawka:	Uwagi:	Pieczętka i podpis osoby dokonującej wpisu:
	07:30					
	10:30					
	12:30					
	15:00					
	17:30					
	19:00					
	22:00					
	07:30					
	10:30					
	12:30					
	15:00					
	17:30					
	19:00					
	22:00					
	7:30					
	10:30					
	12:30					
	15:00					
	17:30					
	19:00					
	22:00					
	7:30					
	10:30					
	12:30					
	15:00					
	17:30					
	19:00					
	22:00					
	7:30					
	10:30					
	12:30					
	15:00					
	17:30					
	19:00					
	22:00					

**Załącznik nr 12. Bilans płynów**

**BILANS PŁYNÓW**

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL:

Data Godzina	Płyny iv	Ilość	Płyny po	Ilość	Diureza	Bilans	Pieczętka i podpis osoby dokonującej wpisu:

Wyniki badań diagnostycznych oraz wyniki konsultacji

Wyniki badań diagnostycznych oraz konsultacji mogą zostać wpisane w formularz historii choroby, jak i do niego dołączone.

Karta zabiegów fizjoterapeutycznych

Karta zabiegów fizjoterapeutycznych wykorzystywana jest wówczas, gdy podczas hospitalizacji wykonywane były zabiegi fizjoterapeutyczne.

Wzór karty nie został określony przepisami prawa. Co więcej, z uwagi na różnorodność dysfunkcji, w związku z którymi realizowane są zabiegi, stworzenie uniwersalnego druku jest utrudnione.

Wzór karty powinien obejmować wskazanie rodzaju wykonanego zabiegu oraz jego przebieg. Niezbędne jest zapewnienie możliwości weryfikacji daty udzielonego świadczenia z zakresu fizjoterapii oraz osoby realizującej świadczenie. Każdorazowy wpis wskazujący na wykonanie zabiegu musi bowiem zostać autoryzowany (poprzez dane identyfikacyjne wraz z podpisem, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt. 3).

Protokół operacyjny oraz karta przebiegu znieczulenia stanowią dokumenty specyficzne dla oddziałów zabiegowych. Ich omówienie zostało uwzględnione w opisie dokumentacji sporządzanej w oddziałach zabiegowych.

Karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną oraz karta obserwacji przebiegu porodu są elementami właściwymi dla dokumentacji sporządzanej w oddziałach położniczych. Ich omówienie zostało uwzględnione w opisie dokumentacji sporządzanej w oddziałach ginekologiczno-położniczych.

#### Karta medycznych czynności ratunkowych

Karta medycznych czynności ratunkowych sporządzana jest przez zespół ratownictwa medycznego oraz przekazywana do podmiotu leczniczego, a następnie włączana do historii choroby w sytuacji, gdy pacjent zostaje przewieziony przez zespół do tego podmiotu.

Jest to zatem dokument włączany do historii choroby, jednakże nie powstaje on w związku z udzielaniem świadczeń w oddziale szpitalnym. Nie jest to więc dokument tworzony w oddziale.

Jego wzór określony został w Rozporządzeniu ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

#### Karta informacyjna z leczenia szpitalnego

Obowiązek sporządzania karty informacyjnej z leczenia szpitalnego wynika bezpośrednio z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z późn. zm.

§ 22 ust. 1 wskazuje, że: Lekarz wypisujący pacjenta wystawia na podstawie historii choroby albo karty noworodka kartę informacyjną z leczenia szpitalnego.

Dokument sporządzany w 3 egzemplarzach, przy czym 2 z nich wydawane są w dniu wypisu pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie do tego upoważnionej. Każdy pacjent musi otrzymać kartę informacyjną w dniu opuszczenia szpitala, gdyż zawiera ona znaczące informacje opisujące przebieg leczenia oraz zawiera adnotacje o produktach leczniczych (wyrobach medycznych) wraz z dawkowaniem w ilościach odpowiadających wystawionym receptom.

Kartę wypisową z leczenia szpitalnego sporządza się na podstawie historii choroby, w związku z czym dane w niej zawarte muszą być zgodne z informacjami zawartymi w dokumentacji oraz tymi, które sprawozdane zostały w rozliczeniu do Płatnika. Tym samym karta informacyjna uwzględniać może jedynie te dane, które dotyczą hospitalizacji, czyli czasu trwającego od chwili przyjęcia pacjenta do szpitala do jego wypisu bądź zgonu.

Nieprawidłowym postępowaniem jest sporządzanie kolejnej karty informacyjnej z uwagi na uzyskane w późniejszym czasie wyniki badań.

Jednocześnie nie ma możliwości zmiany wskazanego w karcie informacyjnej rozpoznania po wypisaniu pacjenta, w związku z otrzymanymi wynikami badań.

Chorobą zasadniczą określaną jest stan, który przy wypisie, po przeprowadzeniu diagnostyki, uznano za głównie odpowiedzialny za przyjęcia pacjenta do szpitala.

Rozpoznanie ustala lekarz na podstawie wszystkich dostępnych informacji, odnotowując je w części wypisowej dokumentacji oraz karcie informacyjnej w dniu wypisu.

Jeśli natomiast w momencie zakończenia hospitalizacji nie jest możliwe wskazanie jednoznacznie jednostki chorobowej, jako rozpoznanie należy odnotować objaw lub nieprawidłowy wynik badania związanego z pobytem w szpitalu.

Należy również zaznaczyć, że jedna hospitalizacja winna równać się sporządzeniu jednej karty wypisowej. Wyklucza to chociażby sporządzanie chociażby kart tymczasowych.

W świetle obowiązującego prawa niewydanie karty informacyjnej z leczenia szpitalnego stanowi ewidentne naruszenie obowiązków względem pacjenta. Jednak realna odpowiedzialność za to naruszenie może powstać wówczas, gdy w jego wyniku pacjent poniesie uszczerbek na zdrowiu. Warto zatem pamiętać, iż wypis może być znaczącym dokumentem nie tylko dla pracowników innych placówek medycznych, ale także sądowych.

#### Zakres danych na karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego

Szczegółowe dane, jakie zawierać powinna karta informacyjna, wskazują zapisy § 22 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z późn. zm.

Karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz dodatkowo:

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

Poprzez dane ujęte w § 10 ust. 1 pkt 1-4 rozumie się: oznaczenie podmiotu, oznaczenie pacjenta, oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie, datę dokonania wpisu.

Do oznaczenia podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1, należą:

- a) nazwa podmiotu,
- b) 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. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.2) ), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
- c) nazwa i adres przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego,
- d) nazwa 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) nazwa 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;

Oznaczenie pacjenta zawiera dane, zgodnie z art. 25 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

- a) nazwisko i imię (imiona),
- b) datę urodzenia,
- c) oznaczenie płci,
- d) adres miejsca zamieszkania,
- e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.

Poprzez oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie: rozumie się, w myśl § 10 ust. 1 pkt. 3 lit. a-e:

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej,
- e) podpis.

Dopuszczalne jest wskazanie rozpoznania w języku łacińskim, w sytuacji gdy pacjent żąda, by lekarz nie udzielił mu informacji o rozpoznaniu, co stanowi prawo pacjenta w myśl art. 9 ust. 4 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Dodatkowo zgodnie z § 4 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r. w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniem do leczenia krwią i jej składnikami, karta informacyjna z leczenia szpitalnego musi zawierać informacje o zabiegu przetoczenia i ewentualnych powikłaniach poprzetoczeniowych.

#### Zakres danych na karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego w przypadku zgonu pacjenta

Karta informacyjna, zgodnie z § 22 ust. 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji, w przypadku zgonu pacjenta, również zawiera dane wskazane w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz:

- 1) rozpoznanie w języku polskim
- 2) datę zgonu pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 3) 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;
- 4) adnotację o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji;

Ponadto również w przypadku hospitalizacji zakończonej zgonem, karta informacyjna musi zawierać informacje o zabiegu przetoczenia i ewentualnych powikłaniach poprzetoczeniowych.

### **Dodatkowe uwagi:**

1. Umieszczenie epikryzy w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego nie jest obligatoryjne w myśl obowiązujących przepisów prawa. Niemniej jednak zalecanym jest umieszczenie jej wśród danych ujętych na karcie, jako element dobrej praktyki lekarskiej. Obok rozpoznań, to właśnie epikryza jest częścią karty informacyjnej, z którą najczęściej zapoznaje się lekarz sprawujący dalszą opiekę nad pacjentem po zakończeniu hospitalizacji.
2. Zgodnie z przytoczonym § 22 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, rozpoznanie na karcie informacyjnej należy wskazać w języku polskim. Jak zaznaczono, język łaciński dopuszczalny jest jedynie w sytuacji przewidzianej ustawowo.

W przepisach ogólnych rozporządzenia, § 7, wskazano na obowiązek umieszczania w dokumentacji rozpoznania określonego poprzez numer statystyczny oraz przyporządkowaną do niego nazwę, zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych:

#### § 7:

1. *Nazwa i numer statystyczny rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu są wpisywane w dokumentacji według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.*
2. *Numer statystyczny, o którym mowa w ust. 1, składa się z pięciu znaków, przy czym po trzech pierwszych znakach czwarty znak stanowi znak kropki. W przypadku gdy rozpoznanie posiada trzynaściokrotne rozwinięcie, należy podać trzy znaki.*

Karta informacyjna z leczenia szpitalnego stanowi element dokumentacji. Co więcej, jak zaznaczono w powyższej opinii, dane na niej ujęte muszą być zgodne z informacjami zawartymi w historii choroby. W związku z powyższym rozpoznanie w karcie informacyjnej również powinny zostać wskazane w oparciu o zapisy Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych.

Z praktyki wynika, iż dostosowanie się do powyższego wymogu w wielu oddziałach jest problematyczne. Klasyfikacja, o której mowa, w licznych przypadkach nie jest bowiem wystarczająca czy też precyzyjna. Nie określa ona chociażby operowanej strony ciała i **tym podobnie**.

Z uwagi na opisany problem doradzam umożliwienie używania w karcie dwóch rodzajów rozpoznań:

1. wskazanych poprzez kod ICD-10 oraz odpowiadającą mu nazwę
2. rozpoznań klinicznych/lekarskich/opisowych (wybór nagłówka wedle preferencji lekarzy)

Rozpoznanie określone w pkt. 2, a zatem kliniczne/lekarskie/opisowe mogą być stosowane, obok rozpoznań ujętych w pkt. 1, w sytuacji gdy w opinii lekarza nazwa przewidziana Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych nie opisuje danego problemu zdrowotnego w sposób precyzyjny. Rozpoznanie takie stanowią wówczas opis lekarski i nie zawierają kodów ICD-10.

Ujęcie dwóch rodzajów rozpoznań na karcie powinno się rozumieć fakultatywnie. Umożliwienie ich stosowania wynika bowiem z ustaleń z personelem medycznym konkretnego podmiotu leczniczego.

Ujęcie rozpoznań wskazanych zgodnych z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych należy rozumieć obligatoryjnie.

**Załącznik nr 13. Karta Informacyjna z leczenia szpitalnego**

DANE SZPITALA Kod resortowy:    Kod jednostki:	Nr historii choroby (KG): Nr księgi oddziałowej: Oddział:
---	---

Miejscowość, dnia

**KARTA INFORMACYJNA  
Z LECZENIA SZPITALNEGO**

NAZWISKO I IMIĘ:  
PESEL:  
DATA URODZENIA:  
ADRES:

PLEĆ:

POBYT: od ..... do .....

**ROZPOZNANIE ZASADNICZE (wg ICD-10):**

**ROZPOZNANIA WSPÓLISTNIEJĄCE (wg ICD-10):**

Opis rozpoznania:

**WYNIKI BADAŃ:**

**LECZENIE:**

**EPIKRYZA:**

**PROCEDURY (wraz z datami wykonania):**

**ZALECENIA:**

**RECEPTY:  
NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY:  
TERMINY KONSULTACJI:**

<i>Podpis lekarza wypisującego</i>	<i>Podpis lekarza kierującego oddziałem</i>
------------------------------------	---

**Załącznik nr 14. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego**

Oznaczenie podmiotu

Miejscowość, dn.

Nr historii choroby (Księgi głównej):

**KARTA INFORMACYJNA  
Z LECZENIA SZPITALNEGO**

**Nazwisko i imię:**

**PESEL:**

**Data urodzenia:**

**Płeć:**

**Adres:**

**Pobyt w szpitalu:** od        -        do

**ROZPOZNANIE ZASADNICZE:**

**WSPÓLISTNIEJĄCE:**

**WYNIKI BADAŃ DODATKOWYCH I KONSULTACJI:**

**ZASTOSOWANE LECZENIE:** *(w przypadku wykonania zabiegu operacyjnego data zabiegu)*

**EPIKRYZA:**

**WSKAZANIA DOTYCZĄCE DALSZEGO SPOSOBU LECZENIA (ZALECENIA):**

**WYSTAWIONE RECEPTY:**

**OKRES CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY:**

.....

Lekarz wypisujący

.....

Lekarz kierujący oddziałem



**Załącznik nr 15. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego sporządzana w związku z zakończeniem hospitalizacji w trybie zgonu.**

Oznaczenie podmiotu

Miejscowość, dn.

Nr historii choroby (Księgi głównej):

**KARTA INFORMACYJNA  
Z LECZENIA SZPITALNEGO**

**Nazwisko i imię:**

**PESEL:**

**Data urodzenia:**

**Płeć:**

**Adres:**

**Pobyt w szpitalu:** od        -        do

**ROZPOZNANIE ZASADNICZE:**

**WSPÓLISTNIEJĄCE:**

**DATA ZGONU (dzień, miesiąc, rok, godz. min):**

**PRZYCZYNY ZGONU**

**Wyściowa:**

**Wtórna:**

**Bezpośrednia:**

**WYNIKI BADAŃ DODATKOWYCH I KONSULTACJI:**

**ZASTOSOWANE LECZENIE: (w przypadku wykonania zabiegu operacyjnego data zabiegu)**

**EPIKRYZA:**

**SEKCJA ZWŁOK: wykonano / nie wykonano**

**Uzasadnienie decyzji dotyczącej sekcji zwłok:**

Lekarz wypisujący

Lekarz kierujący oddziałem

### **5.5. Dokumentacja pielęgniarska**

Jak wymieniono powyżej, w historii choroby znajdują się elementy stanowiące udokumentowanie prowadzonego procesu pielęgnacji pacjenta.

Są nimi:

- wpisy w karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej
- wpisy wskazujące na realizację zlecenia na karcie zleceń lekarskich
- wpisy odnoszące się do parametru temperatury ciała oraz ewentualnie innych parametrów na karcie gorączkowej
- wpisy w różnego typu kartach obserwacji, jeśli ich prowadzenie konieczne jest w związku z przebiegiem hospitalizacji
- wpisy odnoszące się do monitorowania bólu, w sytuacjach tego wymagających

Wymienione dokumenty stanowią obowiązkowe elementy indywidualnej dokumentacji medycznej. Niezależnie od powyższych, w wielu przypadkach, czynności realizowane przez personel pielęgniarski dokumentowane są na licznych dodatkowych drukach.

Ich stosowanie wynikać powinno ze specyfiki udzielanych świadczeń oraz problemów pielęgnacyjnych pacjenta. W poniższej tabeli przedstawiam zestawienie podstawowych zadań realizowanych przez personel pielęgniarski, uwzględniając dokumenty, w których realizacja tych zadań powinna być dokumentowana:

<b>Realizacja świadczeń w zakresie sprawowanej opieki nad pacjentem</b>	<b>Dokumentacja medyczna</b>
Wykonywanie zleceń lekarskich ujętych w karcie zleceń, każdorazowo potwierdzając ich wykonanie (badania, leki).	Karta zleceń
Monitorowanie parametrów pacjenta takich jak: RR, tętno, temperatura wg potrzeb i stanu zdrowia pacjenta.	Karta obserwacji Karta gorączkowa
Określenie diagnozy pielęgniarskiej oraz problemów pielęgnacyjnych. Ocena stanu fizycznego, psychicznego i społecznego na podstawie wywiadu pielęgniarskiego oraz danych z dokumentacji medycznej. Ustalanie planu opieki i realizacja świadczenia zgodnie z planem.	Karta indywidualnej pielęgnacji
Informacje dotyczące realizowanego znieczulenia.	Karta przebiegu znieczulenia lub historia pielęgnowania.

Tabela powyższa nie uwzględnia wszystkich dodatkowych dokumentów, które prowadzone mogą być w ramach sprawowanej opieki, a których wymogu nie określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej. Należą do nich między innymi: karta respiratorowa, rejestracji zakażeń, oceny ciężkości stanu pacjenta, obserwacji wkluc obwodowych, ryzyka wystąpienia odleżyn czy pomiaru glikemii oraz różnego rodzaju skale, służące ocenie stopnia ciężkości czy monitorowania bólu, np. przy wykorzystaniu skali VAS, bilansu płynów. Dokumenty te mogą być określone przez szczegółowe standardy postępowania pielęgniarskiego z pacjentem w danym schorzeniu. Natomiast kwestia ich sporządzania zależy od wewnętrznych ustaleń placówki i wprowadzanych standar-

dów postępowania w danych przypadkach. Co więcej, zarówno zakres prowadzonych dodatkowych dokumentów, jak również ich forma stanowi kwestie indywidualne dla placówki.

Elementy dokumentacji związane z procesem pielęgnowania mogą być dołączane historii choroby w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji pojedynczo lub też zostać zebrane wspólnie, w formie historii pielęgnowania i dołączone do dokumentacji, również w części dotyczącej przebiegu leczenia. Ponadto dokumentowanie udzielonych świadczeń z zakresu pielęgnowania może odbywać się z wykorzystaniem wskazanych wyżej formularzy dokumentacji dodatkowej, jak również zostać ujęte w postaci rzetelnych i szczegółowych wpisów pielęgniarzkich: wywiadu przy przyjęciu, rozpoznania problemów pielęgnacyjnych oraz codziennej adnotacji wskazującej na stan pacjenta oraz udzielone mu świadczenia.

### Załącznik nr 16. Historia pielęgniarstwa

#### HISTORIA PIELEŃNIARSKA

L. ks. gł. .... / .....

(Pieczęćka oddziałowa komórki organizacyjnej w której przebywa pacjent )

Nazwisko i imię .....	Uczelnia .....
Data urodzenia _ _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ -	.....
Data przyjęcia do szpitala _ _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ -	Rodzaj diety .....
Tryb przyjęcia * nagły * planowy	Telefon do rodziny .....
Rozpoznanie lekarza: .....	ICD 10 .....

OCENA SPRAWNOŚCI CHOREGO						
	PRZYJĘCIE			WYPIS		
	S	O	Z	S	O	Z
Poruszanie się						
Codzienna toaleta						
Kąpiel						
Spożywanie posiłków						
Wydalenie						
Potrzeba bezpieczeństwa						
Komunikowanie się						
Organizacja czasu chorego						
<b>S – samodzielny, O – ograniczony, Z – zależny</b>						
Ocena wg kategoryzacji				Data wypisu		
Przyjęcie:..... Wypis:.....				_ _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ -		

\* właściwie zaznaczyć

UKŁAD SERCOWO – NACZYNIOWY	UKŁAD ODDECHOWY	UKŁAD TRAWIENNY
Tętno:..... RR: .....	Oddech prawidłowy      O Duszności                      O Kaszel                              O	Wydalanie prawidłowe      O Zaparcia                              O Biegunka                              O Nietrzymanie stolca              O
UKŁAD MOCZOWO – PŁCIOWY	UKŁAD KOSTNO - STAWOWY	SKÓRA, STAN HIGIENY
Mocz – norma              O Wielomocz                      O Skąpomocz                      O Trudności w oddawaniu      O	Prawidłowy                      O Ograniczony                      O	Czysta                              O Brudna                              O Zmiany                              O
UKŁAD NERWOWY	DOLEGLIWOŚCI	STAN PSYCHICZNY
Prawidłowy                      O Drgawki                              O Niedowład                      O Porażenie                              O	Brak bólu                              O Charakter bólu: Ostry                              O Nasilający                              O Ciągły                              O	Zorientowany                      O Zamroczony                              O Splątany                              O Śpiączka                              O

.....  
Podpis i pieczęć

Nazwisko i imię pacjenta..... PESEL\_ \_ \_ \_ \_

Data	Ocena stanu pacjenta na dyżurze	Ocena działań pielęgniariskich –wskazówki

**Załącznik nr 16 a. Karta procesu pielęgnowania**

**Karta procesu pielęgnowania pacjenta**

Nr .....

Nazwisko i imię ..... Wiek .....

DATA	KATEGORIA OPIEKI	DIAGNOZA	PLAN DZIAŁAŃ	POTWIERDZENIE REALIZACJI Data, podpis i pieczęć pielęgniarki										OCENA	

**Załącznik nr 16 b. Karta profilaktyki i pielęgnacji odleżyn**

**Karta profilaktyki i pielęgnacji odleżyn**

Nr .....

Imię i nazwisko .....

Wiek .....

DATA															
Dyżur		D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
Doba pobytu															
Liczba pkt. wg skali Douglasa															
Występowanie i lokalizacja odleżyn															
Stopień odleżyn															
Materac przeciwoleżynowy zmiennociśnieniowy															
Zmiana pozycji co 2 godz. (stopień nachylenia ciała 30%)	Prawy bok														
	Na wznak														
	Lewy bok														
Ocena skóry (normalna, sucha, wilgotna)															
Natłuszczenie skóry															
Nacieranie skóry (spirytus salicylowy)															
Oklepywanie kłp															
Masaż klasyczny (głaskanie)															
Odciążanie miejsc narażonych															
Toaleta całego ciała															
Toaleta po oddaniu stolca															
Zmiana bielizny osobistej															
Zmiana bielizny pościelowej															
Popis pielęgniarki odpowiedzialnej															
<u>Ocena działań pielęgniarskich</u>														Pieczątką i podpis oddziałowej	

**Załącznik nr 16 c. Pielęgniarska OCENA STANU BIOPSYCHICZNEGO PACJENTA**

Nazwisko i imię: .....

PESEL .....

**OCENA STANU BIO-PSYCHICZNEGO PACJENTA**

Powód hospitalizacji w opinii pacjenta.....

Elementy oceny	Uwagi, obserwacja, komentarze
<p><b>Układ oddechowy:</b>  <b>Oddech:</b> prawidłowy <input type="checkbox"/> zaburzony <input type="checkbox"/>  <b>Duszność:</b> nie występuje <input type="checkbox"/> występuje <input type="checkbox"/>  <b>Zaleganie:</b> nie występuje <input type="checkbox"/> występuje <input type="checkbox"/>  <b>Plwocina:</b> śluzowa <input type="checkbox"/> pienista <input type="checkbox"/> ropna <input type="checkbox"/> krwista <input type="checkbox"/>  <b>Kaszel:</b> nie występuje <input type="checkbox"/> suchy <input type="checkbox"/> wilgotny <input type="checkbox"/> napadowy <input type="checkbox"/> stały <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Układ krążenia:</b>  <b>Tętno</b> ..... prawidłowe <input type="checkbox"/> zaburzenia rytmu <input type="checkbox"/> bradykardia <input type="checkbox"/> tachykardia <input type="checkbox"/>  <b>RR</b> .....  <b>Obrzęki:</b> brak <input type="checkbox"/> miejscowe <input type="checkbox"/> uogólnione <input type="checkbox"/> stałe <input type="checkbox"/> okresowe <input type="checkbox"/>  <b>Omdlenia:</b> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Układ pokarmowy:</b>  <b>Jama ustna:</b> czysta <input type="checkbox"/> grzybicza <input type="checkbox"/> owrzodzenie <input type="checkbox"/> język obłożony <input type="checkbox"/>  <b>Apetyt:</b> prawidłowy <input type="checkbox"/> wzmożony <input type="checkbox"/> zmniejszony <input type="checkbox"/> brak apetytu <input type="checkbox"/>  <b>Pragnienie:</b> prawidłowe <input type="checkbox"/> wzmożone <input type="checkbox"/> brak pragnienia <input type="checkbox"/>  <b>Dolegliwości:</b> trudności w połknięciu <input type="checkbox"/> zgaga <input type="checkbox"/> nudności <input type="checkbox"/> wymioty <input type="checkbox"/> odbijanie <input type="checkbox"/>                      wzdęcia <input type="checkbox"/> nie występują <input type="checkbox"/>  <b>Wydalenie:</b> prawidłowe <input type="checkbox"/> zaparcia <input type="checkbox"/> biegunka <input type="checkbox"/>  <b>Dieta:</b> .....</p>	
<p><b>Układ moczowo-płciowy:</b>  <b>Diureza:</b> prawidłowa <input type="checkbox"/> wieloma <input type="checkbox"/> skąpomocz <input type="checkbox"/> bezmocz <input type="checkbox"/>  <b>Trudności w oddawaniu moczu:</b> nie występują <input type="checkbox"/> utrudniony odpływ <input type="checkbox"/> pieczenie <input type="checkbox"/>                      nietrzymanie <input type="checkbox"/>  <b>Cykl miesięczkowy:</b> regularny <input type="checkbox"/> nieregularny <input type="checkbox"/> menopauza <input type="checkbox"/> przyjmuje hormony <input type="checkbox"/>  <b>Krwawienie miesięczkowe:</b> normlane <input type="checkbox"/> niebolesne <input type="checkbox"/> bolesne <input type="checkbox"/>                      obfite <input type="checkbox"/> mierne <input type="checkbox"/> skąpe <input type="checkbox"/>  <b>Ostatnie badania ginekologiczne:</b> .....</p>	
<p><b>Układ mięsno-szkieletowy:</b>  <b>Sprawność fizyczne:</b> dobra <input type="checkbox"/> ograniczona <input type="checkbox"/>  <b>Poruszanie się:</b> samodzielne <input type="checkbox"/> konieczna pomoc <input type="checkbox"/>  <b>Inne:</b> .....</p>	
<p><b>Układ nerwowy i narządy zmysłów:</b>  <b>Świadomość:</b> pełna <input type="checkbox"/> ograniczona <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/>  <b>Wzrok:</b> prawidłowy <input type="checkbox"/> niedowidzenie <input type="checkbox"/> ślepotą <input type="checkbox"/>  <b>Słuch:</b> prawidłowy <input type="checkbox"/> niedosłyszenie <input type="checkbox"/> głuchota <input type="checkbox"/>  <b>Sen:</b> prawidłowy <input type="checkbox"/> budzenie się w nocy <input type="checkbox"/> leki nasenne <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Stan psychiczny:</b>  <b>Nastroj:</b> wyrównany <input type="checkbox"/> podwyższony <input type="checkbox"/> obniżony <input type="checkbox"/>  <b>Reakcja na chorobę:</b> smutek <input type="checkbox"/> depresja <input type="checkbox"/> niepokój <input type="checkbox"/> akceptacja <input type="checkbox"/>  <b>Pamięć:</b> dobra <input type="checkbox"/> zaburzona <input type="checkbox"/>  <b>Komunikowanie utrudnione:</b> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Inne:</b>  <b>Stan higieny skóry:</b> dobry <input type="checkbox"/> zły <input type="checkbox"/>  <b>Skóra:</b> bez zmian <input type="checkbox"/> istnieją zmiany <input type="checkbox"/> (jakie?) .....  <b>Nalogi:</b> .....nie podaje <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Stan społeczny:</b>  <b>Warunki mieszkaniowe:</b> dobre <input type="checkbox"/> złe <input type="checkbox"/> mieszka z rodziną <input type="checkbox"/> mieszka sam <input type="checkbox"/>  <b>Kontakt z rodziną – nr telefonu</b> .....</p>	
<p><b>Zagrożenie niedożywienia: BMI = (kg/m<sup>2</sup>)</b></p>	
<p><b>Zagrożenie odleżynami: Skala Norton = ..... pkt</b></p>	

Data .....

Podpis osoby dokonującej oceny .....

## 5.6. Dokumenty wymagane zapisami innych aktów prawnych

### 5.6.1. Profilaktyczna Ocena Stanu Odżywienia

W myśl § 5a Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego pacjentów przyjmowanych do leczenia w oddziałach szpitalnych, należy poddać przesiewowej ocenie stanu odżywienia.

Ocenę należy przeprowadzać zgodnie ze standardami Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego lub Polskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego Dzieci.

Wynik tej oceny, w postaci skali SGA lub NRS 2002 (dla dorosłych) oraz siatek wzrastania (dla dzieci i młodzieży) należy umieścić do historii choroby pacjenta. Przy czym wybrana do oceny skala może stanowić integralny element formularza historii choroby lub być do niego dołączona.

U świadczeniobiorców objętych powtarzalną hospitalizacją przesiewowa ocena stanu odżywienia jest dokonywana w czasie pierwszej hospitalizacji, a następnie nie rzadziej niż co 14 dni.

U świadczeniodawców poddanych hospitalizacji i hospitalizacji planowej trwającej jeden dzień ocena ta jest dokonywana w przypadku spadku masy ciała w okresie ostatnich 6 miesięcy przekraczającego 5 % zwykłej masy ciała.

W przypadku, gdy wynik dokonanej oceny wskazuje na zwiększone ryzyko związane ze stanem odżywienia, pacjenci powinni być poddani ocenie żywieniowej.

Obowiązek przeprowadzania przesiewowej oceny odżywienia nie dotyczy:

- szpitalnych oddziałów ratunkowych
- hospitalizacji w ramach umów tzw. „leczenia jednego dnia“
- oddziałów okulistycznych
- oddziałów otolaryngologicznych
- oddziałów alergologicznych
- oddziałów ortopedii i traumatologii narządu ruchu, jeżeli hospitalizacja trwa krócej niż 3 dni
- oddziałów neonatologii



## Załącznik nr 17. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia

### SUBIEKTYWNA GLOBALNA OCENA STANU ODŻYWIENIA (SGA)

Imię i nazwisko pacjenta:

#### I. Wywiad

1. Wiek (lata) ..... wzrost (cm) ..... masa ciała (kg) ..... płeć  K  M
2. Zmiana masy ciała      utrata masy w ostatnich 6 miesiącach ..... (kg) ..... (%)  
zmiana masy ciała w ostatnich 2 tygodniach:  
 zwiększenie       bez zmian       zmniejszenie
3. Zmiany w przyjmowaniu pokarmów  
 bez zmian       zmiany: czas trwania ..... (tygodnie)  
Rodzaj diety:  
 zbliżona do optymalnej dieta oparta na pokarmach stałych  
 dieta płynna kompletna  
 dieta płynna hipokaloryczna  
 głodzenie
4. Objawy ze strony przewodu pokarmowego (utrzymujące się ponad 2 tygodnie)  
 bez objawów  Nudności     Wymioty     Biegunka     Jadłowstręt
5. Wydolność fizyczna  
 bez zmian       zmiany: czas trwania ..... (tygodnie)  
rodzaj:  praca w ograniczonym zakresie  
 chodzi  
 leży
6. Choroba a zapotrzebowanie na składniki odżywcze:  
wzrost zapotrzebowania metabolicznego wynikające z choroby  
 brak       mały       średni       duży

#### II. Badania fizykalne

należy określić stopień zaawansowania:

0 – bez zmian, 1 – lekki, 2 – średni, 3 – ciężki) .....

- utrata podskórnej tkanki tłuszczowej nad mięśniami trójgłowym i na klatce piersiowej
- zanik mięśni (czworogłowy, naramienny)
- obrzęk nad kością krzyżową
- obrzęk kostek
- wodobrzusze

#### III. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA):

- prawidłowy stan odżywienia
- podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia
- wyniszczenie
- duże ryzyko niedożywienia

.....  
podpis i pieczęć lekarza leczącego

.....  
podpis i pieczęć członka zespołu żywienia

## Załącznik nr 18. Ocena ryzyka związanego ze stanem odżywienia

### OCENA RYZYKA ZWIĄZANEGO ZE STANEM ODŻYWIENIA (NUTRITIONAL RISK SCORE, NRS)

(Pieczęta oddziałowa komórki organizacyjnej w której przebywa pacjent )

Nazwisko i imię pacjenta.....

PESEL \_ \_ \_ \_ \_

Pogorszenie stanu odżywienia		Nasilenie choroby (zwiększone zapotrzebowanie)	
Lekkie = 1	Utrata masy ciała > 5% w ciągu 3 miesięcy lub spożycie pokarmu 50 – 70% potrzeb w ostatnim tygodniu	Lekkie = 1	np. złamanie uda, choroby przewlekłe (zwłaszcza powikłane) – marskość wątroby, POChP Radioterapia
Średnie = 2	Utrata masy ciała > 5% w ciągu 2 miesięcy lub BMI 18,5 – 20,5 + zły stan ogólny lub spożycie pokarmu 25 – 50% potrzeb w ostatnim tygodniu	Średnie = 2	Rozległe operacje brzuszne, udar mózgu, chorzy w wieku podeszłym – leczenie przewlekłe, pooperacyjna niewydolność nerek, chemioterapia.
Ciężkie = 3	Utrata masy ciała > 5% w ciągu 1 miesiąca lub BMI < 18,5 – 20,5 + zły stan ogólny lub spożycie pokarmu 0 – 25% potrzeb w ostatnim tygodniu	Ciężkie = 3	Uraz głowy, przeszczep szpiku, chory w oddziale Intensywnej Terapii.
Nasilenie:		Nasilenie:	Suma punktów:
Wynik: $\geq 3$ - wskazane leczenie żywieniowe $< 3$ - rozważ postępowanie zachowawcze, powtórz badanie za tydzień.			

.....  
Podpis i pieczęta lekarza leczącego

.....  
Podpis i pieczęta członka zespołu żywienia

\* właściwie zaznaczyć

### 5.6.2. Monitorowanie zakażeń szpitalnych

Prowadzenie dokumentacji związanej z monitorowaniem zakażeń szpitalnych związane jest z obowiązkiem monitorowania tychże zakażeń w placówce ochrony zdrowia. Jednocześnie kontrola zakażeń stanowi jeden z podstawowych elementów związanych z jakością pracy w placówce. Monitorowanie zakażeń stanowi istotny proces w myśl norm zarządczych oraz akredytacyjnych. Posiadanie dokumentacji potwierdzającej jego prowadzenie nabiera szczególnej wagi w sytuacji, gdy placówka stara się o uzyskanie certyfikatu akredytacyjnego.

By móc dokonać oceny, czy do zakażenia mogło dojść przed rozpoczęciem hospitalizacji, przeprowadzany jest z pacjentem wywiad epidemiologiczny. Odnosi się on do czynników ryzyka występujących najczęściej w okresie do 6 miesięcy przed przyjęciem do szpitala. Wywiad ma postać deklaratywną. Jego wynik powinien zostać dołączony do historii choroby oraz autoryzowany przez pacjenta i lekarza/pielęgniarkę.

W celu określenia ryzyka wystąpienia zakażenia w trakcie hospitalizacji oraz rejestracji zdarzenia wystąpienia zakażenia prowadzona powinna być osobna dokumentacja, np. w postaci karty oceny ryzyka i rejestracji zakażenia szpitalnego.

### Załącznik nr 19. Wywiad epidemiologiczny

Nr strony: .....

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY DOTYCZĄCY PACJENTA W OKRESIE  
6 MIESIĘCY PRZED PRZYJĘCIEM DO SZPITALA**

Wywiad przeprowadza pielęgniarka w dniu przyjęcia pacjenta do szpitala.

1. Czy chorował(a) Pan\Pani na wirusowe zapalenie wątroby? **NIE** **TAK**  
Kiedy? .....
2. Czy był(a) Pan\Pani leczony(a) w innych placówkach służby zdrowia, w tym w gabinetach prywatnych? **NIE** **TAK**  
Kiedy? .....  
Gdzie? .....
3. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał(a) Pan\Pani kontakt z chorym na WZW? **NIE** **TAK**  
Kiedy? .....  
Gdzie? .....
4. Czy był(a) Pan\Pani szczepiony(a) przeciw WZW ? **NIE** **TAK**  
Kiedy? .....
5. Czy otrzymawał(a) Pan\Pani iniekcje, kroplówki, transfuze ? **NIE** **TAK**  
Kiedy? .....
6. Czy miał(a) Pan\Pani wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne lub penetrujące tkanki (biopsja, punkcja, akupunktura, operacja, pobranie krwi) **NIE** **TAK**  
Kiedy? .....  
Gdzie? .....
7. Czy miał(a) Pan\Pani wykonywane badania endoskopowe? **NIE** **TAK**  
Kiedy? .....  
Gdzie? .....
8. Czy korzystał(a) Pan\Pani z usług gabinetów stomatologicznych? **NIE** **TAK**  
Kiedy? .....  
(ekstrakcja zębów, plombacja, usuwanie kamienia nazębnego)  
Gdzie? .....
9. Czy korzystał(a) Pan\Pani z usług gabinetów ginekologicznych, położniczych, urologicznych? **NIE** **TAK**  
Kiedy? .....  
Gdzie? .....
10. Czy korzystał(a) Pan\Pani z usług fryzjerskich, kosmetycznych (manicure, pedicure, tatuaż, przekłuwanie uszu) **NIE** **TAK**  
Kiedy? .....  
Gdzie? .....

.....  
(Podpis pielęgniarki zbierającej wywiad)

.....  
(Data i podpis pacjenta)

## Załącznik nr 20. Karta zakażenia szpitalnego

### KARTA OCENY RYZYKA I REJESTRACJI ZAKAŻENIA SZPITALNEGO (karta zakażenia szpitalnego)

(Pieczałka oddziałowa komórki organizacyjnej w której przebywa pacjent)

Nazwisko i imię..... wiek..... płeć: K / M

Rozpoznanie .....

Data przyjęcia \_ \_ \_ \_ \_ Nr księgi gł. .... przeniesiony z innego oddziału, szpitala: \*TAK \*NIE

Przeniesiony z.....

Hospitalizacja \* NAGŁA \* PLANOWA

#### 2. CZYNNIKI RYZYKA W CHWILI PRZYJĘCIA

CZYNNIK RYZYKA	TAK	CZYNNIK RYZYKA	TAK
Wiek powyżej 70 lat		Cukrzyca	
Rana urazowa		Otyłość	
Przeniesiony z innego szpitala		Niedożywienie	
Hospitalizacja w ciągu ostatnich 6 miesięcy		Leki immunosupresyjne/ kortykosterydy	
Choroba nowotworowa		Uraz wielonarządowy	
Antybiotykoterapia bezpośrednio przed przyjęciem		Dializoterapia, zaburzenia świadomości	
Chemioterapia		Chory nieprzytomny	
Alkoholizm		Niedokrwienie kończyn	
AIDS		Chory zachłyśnięty	
HBV		Stomia	
HCV		Przewlekłe infekcje dróg oddechowych	
Radioterapia		Marskość wątroby	
Odleżyny		Długi pobyt w szpitalu	
Owrodzenie troficzne podudzi		Wady wrodzone OUN	
Transfuzje krwi		Wady wrodzone dróg moczowych	
Wady wrodzone serca i naczyń		INNE	

Chorego zakwalifikowano do \* I \* II \*III \*IV grupy ryzyka

(grupa ryzyka: I – 0x TAK, II – 1x TAK, III – 2/3x TAK, IV – 4 lub więcej x Tak)

Czy chorego przyjęto z zakażeniem? \* TAK \* NIE

#### 3. CZYNNIKI ZWIĘKSZAJĄCE RYZYKO W CZASIE POBYTU W SZPITALU

CZYNNIK RYZYKA	TAK	CZYNNIK RYZYKA	TAK
Cewnik moczowy		Endoskopia	
Cewnik żylny / wenflon		Zabieg operacyjny	
Żywnienie pozajelitowe		Odleżyny	
Biopsja		Antybiotykoterapia	
Wprowadzone dreny		Immunosupresja/ kortykosterydy	
Intubacja		Dializa	
Iniekcje		Transfuzje krwi	
Tlenoterapia		Kolonoskopia	
Respirator		Inne	

Zabieg operacyjny: \* planowany \* nagły

Rodzaj zabiegu:.....

Rana operacyjna: \* czysta \*czysta – skażona \* skażona \* brudna

Czas trwania zabiegu: \* do 1 godziny \* 1-2 godziny \* powyżej 2 godzin

Operator:.....

Profilaktyka antybiotykowa:.....

Podpis i pieczęć lekarza prowadzącego.....

\* właściwie zaznaczyć

#### 4. DANE KLINICZNE

Gorączka powyżej 37,5°C od..... doby pobytu  
 Leukocytoza powyżej 10 000 od..... doby pobytu  
 Tętno powyżej 100/ min. od..... doby pobytu  
 Wydzielina z rany od..... doby pobytu  
 Zapalenie tkanki łącznej od..... doby pobytu  
 Bakteriuria powyżej 10 000/ml od..... doby pobytu  
 Zmiany zapalne w płucach od..... doby pobytu  
 Leukocyturia powyżej 10 wpw od..... doby pobytu  
 Antybiotyk od..... doby pobytu  
 Biegunka od..... doby pobytu  
 Leukopenia od..... doby pobytu  
 Inne.....doby pobytu

#### 5. ZAKAŻENIE SZPITALNE

zapalenie płuc.....dgn  
 zak. dolnych dróg oddechowych (z wyj. zapalenia płuc)..... dgn  
 zak. górnych dróg oddechowych.....dgn  
 zak. jamy opłucnej.....dgn  
 zak. dróg moczowych.....dgn  
 zak. układu pokarmowego.....dgn  
 zak. kości i stawów.....dgn  
 zak. miejsca operowania.....dgn  
 pierwotne zakażenie krwi (sepsa).....dgn  
 zak. skóry i tkanek miękkich.....dgn  
 zak. OUN.....dgn  
 zak. rana oparzona.....dgn  
 zak. narządów jamy brzusznej.....dgn  
 zak. jamy otrzewnowej.....dgn  
 zak. układu rozrodczego.....dgn  
 gorączka o nieznannej etiologii.....dgn  
 inne.....dgn

Czy u chorego przyjętego z zakażeniem nastąpiło podczas pobytu nadważanie (izolacja nowego patogenu)? \*TAK \* NIE

#### 6. BADANIA MIKROBIOLOGICZNE

Data	Rodzaj pobranego materiału	Wynik		Szczep wychodowany	Antybiotykoterapia wg. antybiogramu	Droga podania	Dawka dobową	Pieczętka i podpis lekarza
		ujemny	dodatni					

#### 7. ANTYBIOTYKOTERAPIA EMPIRYCZNA

Data (od-do)	Nazwa leku	Droga podania	Dawka dobową (mg)	Inne metody leczenia

**UWAGA: STWIERDZENIE ZAKAŻENIA SZPITALNEGO WYMAGA NATYCHMIASTOWEGO ZGŁOSZENIA DYREKTOROWI DS. LECZNICTWA, INSPEKTOROWI SANITARNEMU ORAZ KOMITETOWI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH!**

.....  
 Podpis i pieczętka lekarza prowadzącego

.....  
 Podpis i pieczętka lekarza ordynatora oddział

\* właściwe zaznaczyć

## 5.7. Specyfika dokumentacji w wybranych oddziałach szpitalnych

W związku z udzielaniem świadczeń w oddziale szpitalnym sporządzana jest historia choroby zawierająca wymagane przepisami prawa elementy. Zatem w większości oddziałów szpitalnych danego podmiotu leczniczego dokumentacja powinna mieć zbliżoną formę oraz wygląd. Niemniej jednak już samo Rozporządzenie wskazuje, iż część druków wykonywana jest jedynie w sytuacji, gdy jest to podyktowane przebiegiem leczenia, np. protokół zabiegu operacyjnego zostanie dołączony do dokumentacji, jeśli podczas hospitalizacji wykonano postępowanie zabiegowe, nie będzie on natomiast miał zastosowania w oddziałach realizujących świadczenia wyłącznie zachowawcze. Co więcej, specyfika udzielania świadczeń w niektórych oddziałach wymaga tworzenia dodatkowych elementów dokumentacji.

Do oddziałów tych należą zwłaszcza:

- oddziały zabiegowe
- oddziały realizujące opiekę nad pacjentem onkologicznym (chemioterapia i radioterapia)
- oddziały ginekologiczno-położnicze
- oddziały neonatologiczne
- oddziały anestezjologii i intensywnej terapii
- oddziały rehabilitacji leczniczej

### 5.7.1. Specyfika dokumentacji w oddziałach zabiegowych

Oprócz formularzy i kart właściwych dla historii choroby sporządzanej w każdym oddziale szpitalnym, w oddziałach zabiegowych stosowane są dodatkowe druki uwzględniające specyfikę udzielanych świadczeń.

Stosowanie części z nich wynika bezpośrednio z przepisów prawa. Pozostałe natomiast są wynikiem praktyki oddziałów zabiegowych oraz rekomendacji.

Dokumentacja specyficzna dla oddziałów zabiegowych:

1. zgoda na zabieg
2. zgoda na znieczulenie
3. konsultacja anestezjologiczna przed znieczuleniem
4. przedoperacyjna ankieta anestezjologiczna
5. protokół operacyjny
6. okołooperacyjna karta kontrolna
7. karta przebiegu znieczulenia
8. karta monitorowania pacjenta po wykonanym zabiegu

Dokumenty wymagane przepisami prawa to: zgoda na zabieg, zgoda na znieczulenie, konsultacja anestezjologiczna przed zabiegiem, protokół operacyjny, karta przebiegu znieczulenia. Pozostałe wymienione dokumenty nie zostały wskazane przepisami prawa jako wymagane, niemniej jednak należy rozważyć ich stosowanie, w zależności od preferencji personelu medycznego oddziału szpitalnego.

#### 5.7.1.1. Zgoda na zabieg oraz zgoda na znieczulenie

Zgodnie z Rozdziałem 5 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417).

§ 18 ustawy precyzuje, iż w przypadku wykonywania zabiegu operacyjnego albo **zastosowaniu metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko** dla pacjenta wymagane jest zachowanie formy pisemnej zgody.

W odniesieniu zatem do zabiegu operacyjnego konieczne jest każdorazowe uzyskiwanie zgody pacjenta oraz dołączanie jej do historii choroby. Uzyskana zgoda pacjenta powinna być świadoma. Zatem przed jej udzieleniem pacjent musi mieć możliwość zadawania pytań i uzyskiwania zrozumiałych informacji dotyczących planowanego zabiegu.

Formularz zgody, w ocenie ekspertów i doradców Kancelarii Doradczej Rafał Piotr Janiszewski, uwzględniać powinien jednoznaczny zapis:

- rodzaju zabiegu
- dających się przewidzieć następstwach zabiegu
- możliwości wystąpienia powikłań
- oświadczenia pacjenta o zrozumieniu przekazanej mu informacji oraz umożliwianiu zadawania pytań dotyczących zabiegu
- oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody na zabieg operacyjny

Treść formularza świadomej zgody powinna być dostosowana do rodzaju planowanego zabiegu operacyjnego.

W praktyce oddziałów zabiegowych stosuje się zarówno zgody obejmujące merytoryczne informacje dotyczące planowanego zabiegu, jak również wyłącznie treść zgody. Zgoda dotycząca znieczulenia stanowić powinna element dokumentu konsultacji anestezyjologicznej, ankiety anestezyjologicznej, jeśli takowa przeprowadzana jest w danym oddziale lub być dokumentem odrębnym.

Zgodnie z zapisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą: *dokument zawierający zgodę pacjenta na znieczulenie dołącza się do historii choroby (§ 9 ust.8)*

### ***Załącznik nr 21. Zgoda na znieczulenie***

#### **ZGODA NA ZNIECZULENIE**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia

.....

.....

(rodzaj znieczulenia).

Zostałem poinformowany przez lekarza o rodzaju znieczulenia, związanym z nim ryzykiem i możliwościami wystąpienia powikłań.

Informacja przekazana przez lekarza przed przystąpieniem do leczenia była w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z lekarzem miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego znieczulenia.

Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na której podjęcie miałem/am wystarczającą ilość czasu.

Oświadczam także, że nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomym/mą wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.

Data:

*Załącznik nr 22. Zgoda pacjenta na zabieg operacyjny*

**ZGODA PACJENTA NA ZABIEG OPERACYJNY**

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu operacyjnego/czynności diagnostycznych podwyższonego ryzyka .....

.....  
..... (nazwa zabiegu).

Zostałem poinformowany o przeciwwskazaniach do zabiegu, o najczęściej występujących następstwach i możliwych powikłaniach, a także o „długoterminowych” skutkach wykonanego zabiegu. Lekarz poinformował mnie również o następstwach i powikłaniach rzadkich, których nie można wykluczyć.

Informacja przekazana przez lekarza przed przystąpieniem do leczenia była w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z lekarzem miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia.

Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na której podjęcie miałem/am wystarczającą ilość czasu.

Oświadczam, że przed rozpoczęciem leczenia udzieliłem/am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie stanu zdrowia, przyjmowanych leków, oraz przebytych urazów i zabiegów.

Data i podpis lekarza

Data i podpis pacjenta



**Formularz świadomej zgody pacjenta  
na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego**

Imię i nazwisko pacjenta:

.....

1. Po szczegółowej analizie Pana/Pani przypadku proponujemy następujący zabieg operacyjny:

.....

.....

alternatywne metody leczenia schorzenia to:

.....

2. Dające się przewidzieć następstwa operacji:

.....

.....

3. Możliwość wystąpienia powikłań:

.....

.....

powikłania związane z tą operacją mogą między innymi polegać na:

.....

.....

4. Rokowanie:

- prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pana/Pani przypadku:

duże....., średnie.....,

ograniczone.....

- jeśli nie wyrazi Pan/Pani zgody na proponowany zabieg rokowania co do stanu zdrowia w przyszłości są następujące:

.....

.....

.....

5. Rozmowa z lekarzem: pacjent może zadać pytanie o wszystko co chciałby wiedzieć w związku z leczeniem

6. Konieczność zmiany lub rozszerzenia zabiegu operacyjnego występująca podczas jego trwania: .....

7. Oświadczenie pacjenta:

„W pełni zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem, oświadczam, że spełnione zostały moje wymagania co do informacji na temat: rozpoznania, metod diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć ich następstw, rokowania i powikłań związanych z tym zabiegiem”.

**Bez zastrzeżeń (lub z poniższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego**

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

(rodzaj zabiegu)

**oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okazały się niezbędne w trakcie przeprowadzenia operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.**

.....  
data: ..... pieczęć i podpis lekarza ..... podpis pacjenta  
lub opiekuna prawnego

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny, zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia

.....  
data: ..... pieczęć i podpis lekarza ..... podpis pacjenta  
lub opiekuna prawnego

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

.....  
.....

5.7.1.2. Karta konsultacji anestezyjologicznej

W myśl § 9 ust 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą: *lekarz dokonujący kwalifikacji pacjenta do znieczulenia wypełnia kartę konsultacji anestezyjologicznej podczas kwalifikacji pacjenta do znieczulenia.*

Przepisy prawa nie precyzują, jakie dane powinien zawierać opis konsultacji oraz jaka powinna być forma ich zapisu.

Określenia zakresu informacji niezbędnych dla kwalifikacji pacjenta do znieczulenia dokonuje zatem lekarz anestezyjolog. Dane te odnotowuje na karcie konsultacji. Karta ta musi zostać oznaczona co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta.

Karta konsultacji może zatem stanowić opis lekarza charakteryzujący przeprowadzony z pacjentem wywiad oraz ewentualnie badanie. Dodatkowo może ona zawierać również przedoperacyjną ankietę anestezyjologiczną.

### 5.7.1.3. Przedoperacyjna ankieta anestezyjologiczna

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobów jej przetwarzania nie wskazuje na konieczność sporządzania przedoperacyjnej ankiety anestezyjologicznej.

Jej stosowanie wynika z praktyki klinicznej w oddziałach zabiegowych i ma na celu zebranie informacji niezbędnych dla wyboru najkorzystniejszego postępowania anestezyjologicznego. Dane ujęte w ankiecie anestezyjologicznej mogą również zostać uzyskane i odnotowane podczas konsultacji anestezyjologicznej przed zabiegiem – na karcie konsultacji anestezyjologicznej.

Wzór ankiety, w zakresie ujętych w niej pytań powinien zostać dostosowany indywidualnie do potrzeb oddziału. Specjaliści z zakresu anestezyjologii powinni móc określić, jakie dane powinny znaleźć się w ankiecie. Dokument bowiem, jak wskazano powyżej, stanowi element wywiadu anestezyjologicznego koniecznego dla optymalnego dostosowania postępowania anestezyjologicznego.

### Załącznik nr 24. Anestezyjologiczna ankieta przedoperacyjna

#### Anestezyjologiczna ankieta przedoperacyjna

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_ Wzrost \_\_\_\_\_ cm, Waga \_\_\_\_\_ kg

Czy choruje Pan(i) obecnie, bądź chorował(a) na jedną z wymienionych niżej chorób?

3. Choroby serca np. przebyty zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego tak  nie  nie wiem
4. Choroby układu krążenia (np. ciśnienie krwi wysokie lub niskie, omdlenia, duszności) tak  nie  nie wiem
5. Choroby naczyń krwionośnych (np. żyłaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle łydek przy chodzeniu) tak  nie  nie wiem
6. Choroby płuc (np. gruźlica, pylica, rozedma, zapalenie płuc) tak  nie  nie wiem
7. Choroby dróg oddechowych (np. astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) tak  nie  nie wiem
8. Choroby przewodu pokarmowego (np. choroba wrzodowa żołądka/ dwunastnicy) tak  nie  nie wiem
9. Choroby wątroby (np. żółtaczką, marskość wątroby) tak  nie  nie wiem
10. Choroby układu moczowego (np. zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu) tak  nie  nie wiem
11. Zaburzenia przemiany materii (np. cukrzyca, dna) tak  nie  nie wiem
12. Choroby tarczycy (np. wole obojętne, nadczynność, niedoczynność) tak  nie  nie wiem
13. Choroby układu nerwowego (np. padaczka, porażenia, niedowłady, utraty przytomności miastenia) tak  nie  nie wiem
14. Choroby układu kostno-stawowego (np. bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów) tak  nie  nie wiem
15. Choroby i układu krzepnięcia (np. anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) tak  nie  nie wiem
16. Choroby oczu (np. jaskra) tak  nie  nie wiem
17. Zmiany nastroju (np. depresja, nerwica) tak  nie  nie wiem
18. Uczulenia - alergie (np. katar sienny, wysypka, uczulenia na pokarmy, leki, plaster, jodynę) tak  nie  nie wiem   
jeśli tak, to na jakie substancje? \_\_\_\_\_  
jakie są objawy uczulenia? \_\_\_\_\_
19. Inne schorzenia, nie wymienione powyżej? tak  nie  nie wiem   
jeśli tak, to jakie \_\_\_\_\_
20. Czy był(a) Pan(i) już kiedyś operowany(a) tak  nie  nie wiem   
Jeśli tak, to kiedy i z Jakiego powodu? \_\_\_\_\_

21. Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? tak , nie , nie wiem
22. Czy u krewnych Pana(i) wystąpiły kiedyś powikłania związane ze znieczuleniem? tak , nie , nie wiem
23. Czy miał Pan(i) transfuzję krwi? tak , nie , nie wiem   
kiedy? \_\_\_\_\_  
czy dobrze zniósł, Pan, zniosła Pani transfuzję krwi? \_\_\_\_\_
24. Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę? \_\_\_\_\_
25. Czy jest Pani w ciąży? tak , nie , nie wiem
26. Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne tak , nie
27. Czy Pan(i) pali tytoń? tak , nie   
ile dziennie \_\_\_\_\_ od kiedy \_\_\_\_\_
28. Czy pije Pan(i) alkohol? nie , rzadko , niewiele , regularnie , dużo
29. Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające, nasenne, narkotyki jakie? \_\_\_\_\_  
tak , nie , nie wiem

Pieczęć i podpis lekarza

Podpis pacjenta

## Załącznik nr 25. Karta konsultacji anestezyjologicznej

*(Oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń)*

Nr strony: .....

Miejscowość, dn.: ..... - ..... - ..... r.

### KARTA KONSULTACJI ANESTEZJOLOGICZNEJ

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL

Lekarz kierujący na konsultację: .....

Rodzaj zabiegu: .....

Rodzaj znieczulenia: .....

#### Szczegółowy opis konsultacji:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wynik kwalifikacji do zabiegu: pacjent zakwalifikowany do zabiegu

pacjent nie zakwalifikowany do zabiegu

#### Uzasadnienie:

.....

.....

#### Uwagi:

.....

.....

(podpis i pieczęć lekarza konsultującego)

#### 5.7.1.4. Protokół operacyjny

Protokół operacyjny stanowi dokument wymagany w przypadku, gdy podczas hospitalizacji wykonywany jest zabieg operacyjny. Musi on zostać dołączony do historii choroby zgodnie z § 15 ust. 1 pkt. 12 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Rozporządzenie nie określa zakresu danych, jakie zawierać powinien protokół. Z przepisów ogólnych wynika, iż oznaczony on być musi co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta. Pozostałe przepisy prawa oraz rekomendacje również nie wskazują szczegółowego zakresu niezbędnych danych.

Wydaje się zasadne, by protokół operacyjny, poza danymi pacjenta oraz świadczeniodawcy, obejmował informacje dotyczące:

- zespołu operacyjnego
- nazwę wykonanego zabiegu
- szczegółowy opis zabiegu
- wskazanie procedury wykonanej podczas zabiegu, w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Procedur Medycznych
- rozpoznanie przed- i pooperacyjne zapisane zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych
- dane identyfikacyjne (imię i nazwisko, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu) oraz podpis operatora

Dodatkowo protokół uwzględniać powinien również rodzaj znieczulenia oraz czas trwania zabiegu.

Załączniki na stronie następnej.

## Załącznik nr 26.

(oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń)

Nr strony: .....

Miejscowość, dn.: ..... - ..... - ..... r.

### PROTOKÓŁ ZABIEGU OPERACYJNEGO

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL																						
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lekarz kwalifikujący do zabiegu: .....

Rozpoznanie przedoperacyjne: .....  
(wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych).

Data i godzina rozpoczęcia zabiegu:

Data i godzina zakończenia zabiegu:

Rodzaj znieczulenia:

Nazwa (rodzaj) wykonanego zabiegu operacyjnego:

.....  
.....

**Operator:** ..... **Asystenci:** .....

Anestezjolog: .....  
(znieczulenie): .....

Pielegniarki: ..... Instrumentariusz: .....

#### Szczegółowy opis przebiegu operacji:

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

Zrealizowane procedury medyczne wg ICD-9: .....  
(wg Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych).

Rozpoznanie pooperacyjne (wraz z kodem ICD-10):

.....

.....  
(podpis i pieczęć lekarza sporządzającego)

### 5.7.1.5. Karta przebiegu znieczulenia

Kartę przebiegu znieczulenia, w przypadku gdy było ono wykonywane w związku z udzielaniem świadczeń, należy dołączyć do historii choroby. Jest to wymóg obligatoryjny wskazany w § 15 ust. 1 pkt. 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej.

Wzory karty przebiegu znieczulenia oraz karta premedykacji zostały zaproponowane przez Ministerstwo Zdrowia w roku 2012 w projekcie Rozporządzenia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Jednakże w wyniku przekazania aktu do konsultacji społecznych oraz zgłaszanych wówczas uwag odstąpiono od określania wzorów kart. Obowiązująca treść rozporządzenia z dnia 20 grudnia 2012 r. nie uwzględnia powyższych wzorów.

Przepisy prawa nie wskazują również zakresu danych, jakie zawierać powinna karta przebiegu znieczulenia.

### Załącznik nr 27. Karta znieczulenia

KARTA ZNIECZULENIA NR		K	M	IMIĘ I NAZWISKO		DATA URODZ.:		WIEK:	NR KARTY CHOROGE		
		DATA ZNIECZULENIA:		PESEL		ROZPOZNANIE KLINICZNE:					
		DATA OPERACJI:		Grupa krwi Rh ( )		OPERACJA:					
LEGENDA		ZNIECZULENIE		WZROST:	WAGA:	TEMP:	RR:	Hb:	Hmt:	Kreatynina:	ALERGIA: mf. Barbit., Penicyl., Inne
INKUBACJA NOŻYKA POZYTEK - KONIEC ZNIECZULENIA POZYTEK - KONIEC OPERACJI		SRODKI DO ZNIECZULENIA INDUKCJI NR ..... SRODKI DODAWANE: 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 ..... 5 ..... 6 ..... 7 ..... 8 ..... 9 ..... 10 ..... 11 ..... 12 .....		EKG: Rtg klatki piersiowej		INNE: GODZ:				Kortykoterapia	
PODWARCZ WKŁADZIE WYKŁADZIE WYMIANA				O <sub>2</sub>						RAZEM	
ODD. WŁADZY ODD. KONTR. ODD. WSPOM.				N <sub>2</sub> O							
BP TĘTNO CIŚN. TEMP.				SpO <sub>2</sub>							
				etCO <sub>2</sub>							
PREMEDYKACJA iv, im:		Przetoczono podczas zabiegu:		38° 240						12	
		5% glukoza ml .....		220						11	
		sól fizjologiczna ml .....		36° 200						10	
		HAES ml .....		180						9	
		Krew ml .....		34° 160						8	
				140						7	
				32° 120						6	
				100						5	
				30° 80						4	
				60						3	
				28° 40						2	
				20						1	
				26° 0						0 cm H <sub>2</sub> O	
UTRATA KRWI ml		ANESTEZJOLOG:		METODA:		APARAT:		OPERATOR:			

## Załącznik nr 28. Karta znieczulenia

### KARTA ZNIECZULENIA

Nr ..... Data .....

NAZWISKO I IMIĘ ..... WIEK ..... ODDZ .....  
 ROZPOZNANIE ..... ZABIEG .....  
 ANESTEZJOLOG ..... PIELEGNIARKA ..... OPERUJĄCY .....

OPERACJA PLANOWA NAGŁA	HB ..... Er .....	PREMEDYKACJA	ZNIECZULENIE DOTCHAWICZNE, DOŻYLNIE ZEWNA TRZOPONOWE, PODPAJĘCZYNOWKOWE SPŁOTOWE MIEJSCOWE	RAZEM
GODZ.				
SCOLINA	220			
CURARA				
PAVULON	200			
FENTANYL				
DOLAGRAN	180			
KETALAR				
DHBP	160			
RELANIUM				
ATROPINA	140			
POLSTYGMINA				
	120			
	100			
	80			
	60			
O <sub>2</sub>	40			
N <sub>2</sub> O				
HALOTAN	20			
ETER				
UWAGI:				
NaCl 0,9%				
GLUCOZA				
PWE				
KREW				
UWAGI:				

.....  
*Podpis i pieczęć*

#### 5.7.1.6. Okołooperacyjna karta kontrolna

Okołooperacyjna karta kontrolna jest dokumentem rekomendowanym przez Ministerstwo Zdrowia. Jej stosowanie ma na celu zapobieganie występowaniu zdarzeń niepożądanych podczas zabiegów chirurgicznych, w tj.:

- przeprowadzenia operacji u innego niż planowano pacjenta
- przeprowadzenia innej niż planowano operacji
- nieprawidłowego przeprowadzenia operacji
- przeprowadzenia operacji na zdrowej części – w przypadku narządów parzystych

Karta sporządzana jest przy udziale całego zespołu operacyjnego, jednakże za jej wypełnienie odpowiada Koordynator Karty. Jego podpis, wraz z danymi identyfikacyjnymi, widnieje na dokumencie.

Karta odnosi się do trzech etapów zabiegu operacyjnego:

- Przed znieczuleniem ROZPOCZĘCIE
- Przed nacięciem ODLICZANIE
- Zanim pacjent opuści blok operacyjny ZAKOŃCZENIE

Na każdym z etapów Koordynator Karty musi uzyskać od zespołu potwierdzenie, że realizowano określony wymóg operacyjny, co odnotowywane jest w karcie.

Stosowanie Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej nie jest obligatoryjne lecz rekomendowane. W celu jej prawidłowego stosowania zespół operacyjny powinien zostać zapoznany z algorytmem stosowania karty.



## Załącznik nr 29. Okołooperacyjna karta kontrolna

OKOŁOOPERACYJNA KARTA KONTROLNA ADAPTACJA WHO SURGICAL SAFETY CHECKLIST		WHO Collaborating Centre for Development of Quality and Safety in Health Systems
<b>Przed znieczuleniem</b>	<b>Przed nacięciem</b>	<b>Zanim pacjent opuści blok operacyjny</b>
<b>ROZPOCZĘCIE</b>	<b>ODLICZANIE</b>	<b>ZAKOŃCZENIE</b>
<b>Zabieg:</b> <input type="checkbox"/> planowy <input type="checkbox"/> nagły  <input type="checkbox"/> <b>Potwierdzono:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>tożsamość pacjenta</li> <li>miejsce operowane</li> <li>procedurę operacyjną</li> <li>zgody na zabieg operacyjny</li> <li>rodzaj znieczulenia</li> </ul> <b>Oznaczono miejsce operowane</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie  <input type="checkbox"/> <b>Oceniono bezpieczeństwo przebiegu znieczulenia</b>  <input type="checkbox"/> <b>Zapewniono monitorowanie:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>EKG*</li> <li>pulsoksymetrii</li> <li>ciśnienia tętniczego krwi*</li> <li>kapnometrii*</li> </ul> <b>Alergie:</b> <input type="checkbox"/> Tak (jakie?.....) <input type="checkbox"/> Nie  <b>Przewidywane trudności w utrzymaniu drożności dróg oddechowych / ryzyko aspiracji treści żołądkowej do płuc</b> <input type="checkbox"/> Tak i zapewniono właściwy sprzęt <input type="checkbox"/> Nie  <b>Ryzyko krwawienia: &gt;500 ml u dorosłych &gt;7ml/kg m.c. u dzieci</b> <input type="checkbox"/> Tak, zabezpieczono płyny i preparaty krwiotropodne <input type="checkbox"/> Nie	<b>Nowa osoba w zespole operacyjnym</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak: <b>Wszyscy członkowie zespołu operacyjnego dokonują prezentacji</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie  <input type="checkbox"/> <b>Chirurg, anestezjolog, pielęgniarka anest. i operacyjna potwierdzili:</b> tożsamość pacjenta, miejsce operowane, procedurę operacyjną <input type="checkbox"/> <b>Właściwe ułożenie pacjenta</b> <input type="checkbox"/> <b>Pielęgniarka operacyjna:</b> właściwy zestaw narzędzi  <b>Określono możliwe odstępstwa od zaplanowanej procedury operacyjnej tj.:</b> zmiana typu/techniki operacji, wydłużenie czasu zabiegu, zmiana rodzaju znieczulenia, oczekiwana utrata krwi, uzupełnienie, zmiana zestawu narzędzi, itp. ze strony chirurga <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy ze strony anestezjologa <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy ze strony pielęgniarki operacyjnej <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy  <b>Zastosowano i udokumentowano okołooperacyjną profilaktykę antybiotykową do 60 min. przed zabiegiem</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy  <b>Zastosowano profilaktykę przeciwzakrzepową*</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy Kiedy? Data / godzina _____  <b>Przygotowano wyniki badań obrazowych</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy  <b>STOP!</b> PYTANIA? WĄTPLIWOŚCI?	<b>Pielęgniarka operacyjna i zespół potwierdzają ustnie:</b> <input type="checkbox"/> nazwę procedury wykonanej <input type="checkbox"/> zgodność liczby użytych narzędzi i materiałów  <b>Oznaczono materiał pobrany do badań</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy  <b>Wystąpiły powikłania w trakcie zabiegu*</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie  <b>Wystąpiły problemy ze sprzętem lub trudności techniczne</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie  <b>Chirurg i anestezjolog określili ewentualne problemy związane z przebiegiem pooperacyjnym</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie  <b>Wypisano zlecenia pooperacyjne*</b> ze strony chirurga <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie ze strony anestezjologa <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie  <b>Udokumentowano ocenę stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego do oddziału / sali pooperacyjnej*</b> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie  _____ Podpis Koordynatora Karty
* Zestaw standardów Programu Akredytacji Szpitali, Ośrodek Akredytacji CMJ, Kraków 2009		

### 5.7.1.7. Karta monitorowania pacjenta po wykonanym zabiegu

Karta monitorowania pacjenta po wykonanym zabiegu nie jest wymagana w myśl obowiązujących przepisów prawa. Jej stosowanie jest ściśle związane z praktyką kliniczną.

Karta ma na celu udokumentowanie monitorowania podstawowych funkcji życiowych pacjenta. Odnotowywane są w niej parametry, takie jak: ciśnienie tętnicze, tętno, oddech, ilość wydalanego moczu, ilość przyjętych płynów, temperatura ciała.

Ponadto powinna ona uwzględniać obserwacje w kierunku występowania ewentualnych powikłań związanych z zabiegiem oraz obserwacje rany pooperacyjnej i założonych podczas zabiegu drenów.

Karta może również zawierać opis parametru bólu określony w skali bólu, w przypadku gdy karta monitorowania bólu nie jest prowadzona odrębnie. Dodatkowo karta może uwzględniać również zlecenia lekarskie dotyczące opieki nad pacjentem po zabiegu operacyjnym.

### Załącznik nr 30. Karta obserwacji po zabiegu operacyjnym

#### KARTA OBSERWACYJNA PO ZABIEGU OPERACYJNYM

IMIĘ I NAZWISKO ..... WIEK ..... NR KSIĘGI .....

DATA	GODZ.	RR	TT	DRENY			PŁYNY DOŻYLNIE	PŁYNY DOUSTNE	PODANE LEKI	DOBOWA ZBIÓRKA MOCZU	PIECZĘĆ I PODPIS

#### 5.7.1.8. Specyfika dokumentacji w oddziałach udzielających świadczeń z zakresu chemioterapii i radioterapii

W oddziale chemioterapii, oprócz dokumentacji w postaci historii choroby oraz elementów do niej dołączanych, których sporządzanie określone zostało w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, wykorzystywane są dodatkowo druki wynikające z charakteru udzielanych świadczeń.

Wśród druków tych należy wyodrębnić dokumenty **wymagane zapisami Zarządzenia Prezesa NFZ** w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie chemioterapia. Należą do nich:

- Świadoma zgoda na zastosowanie terapii lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi
- Oświadczenie o odbiorze leku
- Indywidualna Karta Leczenia Chorego

Ich stosowanie regulowane jest zapisami Zarządzenia Prezesa NFZ. Zarządzenie to określa zarówno sytuacje, w których dokumenty mają być wykorzystywane, jak ich wzór.

**Pozostałe dokumenty**, które mogą zostać wykorzystane w oddziale chemioterapii, wynikają bezpośrednio z charakteru świadczenia. Wśród nich mogą się znaleźć:

- karta zleceń chemioterapii
- karta powikłań
- protokół wynacznienia cytostatyku

#### 5.7.1.9. Świadoma zgoda na zastosowanie terapii lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi

Zgodnie z zapisem Zarządzenia Prezesa NFZ, w sytuacji stosowania substancji czynnej w leczeniu nowotworów poza jej wskazaniami rejestracyjnymi, świadczeniodawca jest

zobowiązany uzyskać pisemną zgodę pacjenta. Zgoda ta powinna być dołączona do indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

Wzór świadomej zgody na zastosowanie terapii lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi został określony w Zarządzeniu Prezesa NFZ.

#### 5.7.1.10. Oświadczenie o odbiorze leku

Zgodnie z zapisem Zarządzenia Prezesa NFZ, w przypadku wydania przez świadczeniodawcę pacjentowi leku przeciwnowotworowego do stosowania w warunkach domowych, świadczeniobiorca lub osoba upoważniona do odbioru leku każdorazowo wypełnia oświadczenie o odbiorze leku. Oświadczenie to powinno być dołączone do indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

Wzór oświadczenia został określony w Zarządzeniu Prezesa NFZ.

#### 5.7.1.11. Indywidualna Karta Leczenia Chorego - okresowa ocena skuteczności chemioterapii

Indywidualna Karta Leczenia Chorego stanowi udokumentowanie realizacji świadczenia okresowej oceny skuteczności chemioterapii.

Okresowa ocena skuteczności chemioterapii jest świadczeniem realizowanym (oraz rozliczanym) w związku z leczeniem pacjentów z rozpoznaniem nowotworu złośliwego substancjami czynnymi stosowanymi w chemioterapii.

Okresowa oceny skuteczności chemioterapii realizowana jest nie częściej niż raz na miesiąc i nie rzadziej niż raz na trzy miesiące, i jest kompleksowym świadczeniem składającym się z porady specjalistycznej oraz wykonywanych w trakcie tej porady badań laboratoryjnych lub obrazowych, zgodnie z obowiązującymi opartymi o aktualną wiedzę medyczną zasadami postępowania medycznego przy leczeniu nowotworów chemioterapią.

Świadczenie to realizowane jest w trybie jednodniowym oraz ambulatoryjnym. Dokumentacja związana z jego realizacją będzie zatem elementem historii choroby oddziału jednodniowego lub historii zdrowia i choroby poradni specjalistycznej.

Świadczeniodawca zobowiązany jest do przeprowadzania okresowej oceny skuteczności chemioterapii oraz dołączenia do dokumentacji wyników tejże oceny w postaci **Indywidualnej Karty Leczenia Chorego**. Wzór karty przewidziany został zapisami Zarządzenia Prezesa NFZ.

Zakres wykonywanych badań, a zatem wtórnie zakres danych, jakie obejmować będzie karta, powinien być dostosowany do nowotworu, którego leczenie jest monitorowane.

#### 5.7.1.12. Karta zleceń chemioterapii

Karta zleceń chemioterapii zawiera dane analogiczne do karty zleceń farmakoterapii. Niemniej jednak zasadnym jest, by zlecenia dotyczące chemioterapeutyków oraz leków wspomagających dokonywane były na odrębnym dokumencie.

W przypadku oddziałów, w których stosowana jest chemioterapia, mogą być zatem wykorzystywane dwa rodzaje kart zleceń.

W karcie zleceń chemioterapii, podobnie jak w karcie zleceń farmakoterapii, konieczne jest zapewnienie możliwości dokonywania czytelnych, jasnych i kompletnych autoryzacji oraz oznaczenie dokumentu danymi chorego.

#### 5.7.1.13. Karta powikłań

Rejestrowanie oraz dokumentowanie wystąpienia działań niepożądanych związanych ze stosowaniem chemioterapii ma znaczenie przede wszystkim kliniczne. Niemniej jednak posiada ono również wymiar ekonomiczny.

Zgodnie z zasadami rozliczania świadczeń, w dniach, których dane powikłanie wystąpiło, w zależności od jego nasilenia, świadczeniodawca ma możliwość przedstawienia do rozliczenia dodatkowej wartości punktowej.

Prowadzenie karty powikłań nie jest wymagane obowiązującymi przepisami prawa.

Jej stosowanie ułatwia natomiast dokumentowanie faktu wystąpienia powikłania, określenie jego stopnia oraz czasu trwania. Informacje dotyczące działań niepożądanych występujących w związku ze stosowaną chemioterapią powinny zostać uwzględnione w codziennych adnotacjach z przebiegu hospitalizacji.

Karta powikłań, w sytuacji podjęcia decyzji o jej stosowaniu, powinna stanowić dokument dodatkowy.

Sposób dokumentowania wystąpienia powikłań powinien stanowić wybór lekarzy lub kierownika oddziału. Istotne jest natomiast, by dokumentowanie to prowadzone było w sposób rzetelny.

W oddziałach realizujących świadczenia z zakresu chemioterapii wykorzystywana może być również inna dokumentacja dodatkowa, wynikająca z praktyki personelu medycznej. Jednym z przykładów jest chociażby protokół wynacznienia leku cytostatycznego, stanowiący udokumentowanie zdarzenia oraz podjętych wobec niego czynności.

**W oddziale radioterapii** specyfika dokumentacji dołączanej do historii choroby wynika przede wszystkim z rodzaju udzielanego świadczenia. Będzie ona zatem inna w zależności od tego, jakiemu rodzajowi terapii poddany zostanie pacjent (np. teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki czy brachyterapia z planowaniem standardowym).

Należy mieć na uwadze zaprojektowanie takich wzorów, które uwzględnią udokumentowanie planowania 2 lub 3D oraz autoryzację poszczególnych wpisów.

Projektowanie dokumentacji dla oddziału radioterapii, w odniesieniu do elementów dodatkowych, wymaga każdorazowo konsultacji z personelem oddziału szpitalnego. Często bowiem dokumentacja ta zależna jest od rodzaju terapii oraz stosowanego sprzętu.

Należy podkreślić, iż zarówno w oddziale radioterapii, jak i chemioterapii, sporządzana jest historia choroby, w oparciu o zasady jej tworzenia oraz prowadzenia wskazane dla każdego innego oddziału szpitalnego.

W oddziałach związanych z opieką onkologiczną, jak również w innych oddziałach szpitalnych może istnieć konieczność sporządzenia karty zgłoszenia nowotworu złośliwego MZ/N-1a. Wzór karty MZ/N-1a został wskazany jako załącznik do Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2011 (Tom III, zał. 3).

Należy mieć jednak na uwadze, iż każdego roku wzór ten może zostać zmieniony.

## Załącznik nr 31. Oświadczenie o odbiorze leku

WZÓR

Załącznik Nr 5 do zarządzenia  
Nr 68/2011/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 19 października 2011 roku

.....  
Pieczęć świadczeniodawcy

### Oświadczenie o odbiorze leku<sup>1</sup>

Karta Nr...../2011

Oświadczam, że w poniższych dniach otrzymałam/otrzymałem produkt leczniczy o nazwie: .....

Dane Świadczeniobiorcy (imię i nazwisko pacjenta).....

PESEL

Data (dd/mm/rrrr)	Produkt leczniczy <sup>2</sup> (nazwa)	Postać	Dawka	Ilość	Na okres czasu (dni)	Data i czytelny podpis pacjenta lub osoby posiadającej upoważnienie	Pieczęć i podpis osoby wydającej lek

1. Oświadczenie każdorazowo potwierdza własnoręcznym podpisem pacjent lub osoba posiadająca upoważnienie, wyłącznie w przypadku wydania leku do stosowania w warunkach domowych. Oświadczenie dołączone jest do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta

2. Wpisać również nazwę i kod substancji czynnej zgodnie z Katalogiem substancji czynnych stosowanych w chemioterapii wprowadzonym zarządzeniem nr...../.....Prezesa NFZ

3. Informacje o produkcie leczniczym wprowadza personel medyczny ośrodka prowadzącego leczenie

## Załącznik nr 32. Indywidualna karta leczenia chorego

### INDYWIDUALNA KARTA LECZENIA CHOREGO .....

Nazwisko i imię

PESEL: .....

Rozpoznanie: .....

porada diagnostyczna

#### OKRESOWA OCENA SKUTECZNOŚCI CHEMIOTERAPII

Lp.	Wykaz wykonanych świadczeń medycznych	Data porady	
1	Morfologia z rozmazem		
2	Odczyn opadania krwinek czerwonych		
3	BiałkoC-reaktywne		
4	Białko całkowite		
5	Albumina		
6	Bilirubina		
7	Mocznik		
8	Kreatynina		
9	Elektrolity w surowicy		
10	Wapń		
11	AspAT		
12	AIAT		
13	Fosfataza zasadowa		
14	Dehydrogenaza mleczanowa LDH		
15	Glutamylotranspeptydaza GGTP		
16	Glukoza w surowicy		
17	Czas kaolinowo - kefalinowy		
18	Czas krwawienia		
19	Produkty degradacji fibryny / fibrynogenu FDP		
20	Badanie ogólne moczu		
21	Beta 2 mikroglobuliny		
22	FT3		
23	FT4		
24	TSH		
25	FSH		
26	LH		
27	Estradiol		
28	Progesteron		
29	Testosteron		
30	CEA		
31	Ca 15-3		
32	Mammografia piersi		
33	Zdjęcie rtg klatki piersiowej		

34	Zdjęcie rtg jamy nosowej i gardła			
35	USG jamy brzusznej			
36	USG transrektalne jelita grubego			
37	Echo serca			
38	EKG			
39	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa /BAC/ pod kontrolą usg z jednego narządu - więcej niż jedno miejsce diagnozowane			
40	Cellblock z badaniem HP			
41	Immunofenotyp komórek hemopoetycznych - barwienie cytoplazmatyczne			
42	Badanie immunohistochemiczne na materiale parafinowym i na preparatach cytologicznych			
43	Konsultacja histopatologiczna i cytologiczna			
44	Test w kierunku HIV			
45	Usg obwodowe węzłów chłonnych			
46	ASDK -amb. Świadczenia diagnostyczne kosztochłonne			
	1.....			
	2.....			
47	Inne świadczenia opieki zdrowotnej			
	1.....			
	2.....			

**Załącznik nr 33. Indywidualna karta zleceń chemioterapii**

INDYWIDUALNA KARTA ZLECEŃ CHEMIOTERAPII

Nr strony: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_

Oddział: \_\_\_\_\_

PESEL: 

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

Nr ks. gł. \_\_\_\_\_

Waga: \_\_\_\_\_ kg      Wzrost: \_\_\_\_\_ cm

Lp.	Nazwa substancji czynnej lub wspomagającej	Podpis z danymi identyfikującymi osobę zlecającą	Daty realizacji zleceń							

*Załącznik nr 34. Protokół wynacznienia cytostatyku*

**Protokół wynacznienia leku cytostatycznego**

Oddział:

.....  
.....

Imię i nazwisko pacjenta:

.....

Data:

.....

Miejsce wynacznienia (proszę opisać, po której stronie kończyny):

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

Nazwa wynacznionego leku:

.....

Sposób podania leku:

.....  
.....

Skutki wynacznienia (proszę opisać stan pacjenta):

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

Zastosowany sposób postępowania (proszę opisać):

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

Pieczęć i odpis Ordynatora

Pieczęć i podpis Pielęgniarki

**Załącznik nr 35. Karta powikłań 1-2**

**KARTA POWIKŁAŃ / DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH  
STOPIEŃ 1 I 2 - <sup>1,2</sup>**

1. Sporządzone na podstawie załącznika nr 7 do zarządzenia nr 68/2011 Prezesa NFZ z dnia 19 października 2011r.

2. W przypadku wystąpienia innych powikłań niż te poniżej, proszę je uwzględnić zgodnie z klasyfikacją CTC v 3,0.

<b>Imię, nazwisko</b>	
<b>PID</b>	<b>PESEL</b>

**Zaobserwowane i leczone działania niepożądane (wg CTCAE v. 3.0, zaakceptowane przez NFZ)**

Kategoria	Zdarzenia niepożądane	Kryteria stopnia 1	Data początku	Data końca	Kryteria stopnia 2	Data początku	Data końca
<b>KREW/ SZPIK KOSTNY</b>	Hemoglobina (Hb)	<DGN-10 g%			<10-8 g%		
	Leukocyty (WBC)	<DGN – 3,0 x 10 <sup>9</sup> /l			<3,0-2,0 x 10 <sup>9</sup> /l		
	Limfopenia (Lym)	<DGN – 0,8 x 10 <sup>9</sup> /l			<0,8-0,5 x 10 <sup>9</sup> /l		
<b>OBJAWY OGÓLNE</b>	Neutrofile (Neut)	<DGN – 1,5 x 10 <sup>9</sup> /l			<1,5-1 x 10 <sup>9</sup> /l		
	Płytki krwi (PLT)	<DGN – 75,0 x 10 <sup>9</sup> /l			<75,0 -50,0 x 10 <sup>9</sup> /l		
	Gorączka (bez neutropenii)	38-39°			39-40°		
	Spadek masy ciała	5-10% wagi startowej, interwencja nie wymagana			10-<20% wagi startowej, wskazane leczenie wspomagające		
	Zmęczenie	Niewielki stopień pogorszenia w stosunku do kondycji wyjściowej			Średnie zmęczenie albo powodujące trudność w niektórych codziennych czynnościach		
	Wynaczynienie leku	Ból, swędzenie, zaczerwienienie			Ból, obrzęk cechy zapalenia lub zapalenia żył;		
	Reakcja alergiczna na podane lekarstwo	Zaczerwienienie lub wysypka, T<38°			Wysypka, zaczerwienienie,, pokrzywka, duszność, gorączka >38°		
	Zmniejszone wydalanie moczu	-			-		
<b>PRZEWÓD POKARMOWY</b>	Odwodnienie	Wymagane zwiększone nawodnienie doustne, wysuszone śluzówki			Wskazane dożylne podanie płynów ≥24 godz.		
	Biegunka	Wzrost liczby stolców <4/dobę			4-6 stolców na dobę, wymagane nawodnienie iv <24h, nie zaburzone codzienne czynności		



	Zapalenie śluzówki (jamy ustnej)	zaczerrwienie śluzówek		pojedyncze owrzodzenia z tworzeniem pseudobłon		
	Wymioty	1epizod na 24 godz.		2-5 epizodów/dobę, nawodnienie iv <24h		
	Nudności	Utrata apetytu bez zmian w ilości spożywanych posiłków		Zmniejszone przyjmowanie posiłków, znaczący spadek wagi, odwodnienie, wymagana nawodnienie iv<24h		
<b>INFEKCJA</b>	Gorączka neutropeniczna	-		-		
<b>UKŁAD KRAŻENIA</b>	Niedokrwienie	Bezobjawowe zwięźenie naczyń bez niedokrwienia		Bezobjawowe zwięźenie naczyń, wyniki badań dodatkowych wskazuje na niedokrwienie, stabilna dławica piersiowa		
	Zaburzenia rytmu	Bezobjawowe, interwencja niepotrzebna		Wymaga interwencji w trybie planowym		
	Nadciśnienie tętnicze	Bezobjawowy wzrost<24h o 20mmHg ciśnienie		Nawracający lub przetwały wzrost<24h o 20mmHg ciśnienie		
		skurczowe, lub>150/100 jeśli wcześniej NT, bez interwencji		skurczowe, lub>150/100, monoterapia wymagana		
	Niewydolność krążenia	Bezobjawowa wyznaczniki laboratoryjne lub w badaniach obrazowych		Objawy dość nasilone przy niewielkim lub średnim wysiłku		
	Niedociśnienie	Zmiany, interwencja nie wskazana		Krótkotrwałe przetoczenie płynów (<24 g), lub inne leczenie; bez konsekwencji fizjologicznych		
<b>UKŁAD NERWOWY</b>	Neuropatia obwodowa ruchowa lub czuciowa	Bezobjawowa, wykryta tylko badaniem neurologicznym		objawy ale nie ograniczające samodzielną codzienną aktywność		
<b>UKŁAD KRZEPNIĘCIA</b>	DIC (rozsiane wykrzepianie wewnątrznaczyniowe)	-		Wskaźniki laboratoryjne bez krwawienia		
	Choroba zakrzepowo- zatorowa	-		Zakrzepica (np. zakrzepica naczyń głębokich kkd)bez konieczności		
				interwencja		
<b>OBJAWY METABOLICZNE/ LABORATORYJNE</b>	Albuminy	<DGN-3g/dl		<3-2g/dl		
	Fosfataza zasadowa	>GGN- 2,5x GGN		>2,5-5x GGN		
	AspAT, AlAT	>GGN- 2,5 x GGN		>2,5-5x GGN		
	Bilirubina	>GGN-1,5x GGN		>1,5-3x GGN		
	Wapń, hipokalcemia	<DGN-2 mmol/l		<2-1,75 mmol/l		

	Kreatynina	>GGN-1,5x GGN		>1,5-3x GGN		
	Kwas moczowy	GGN- >10mg/dl bezobjawowy		GGN-10mg/dl objawy		
	GGTP	>GGN- 2,5 x GGN		>2,5-5x GGN		
	Potas, hipokaliemia	<3,0-2,5mmol/l		<2,5mmol/l		
	Potas, hiperkalemia	>GGN-5,5mmol/L		5,5-6mmol/l		
	Sód, Hiponatremia	<DGN-130mmol/l		<130-120mmol/l		

**W razie wątpliwości proszę postawić znak zapytania – do wyjaśnienia przez kierownika oddziału;**  
**GGN- górna granica normy, DGN- dolna granica normy**

### Załącznik nr 36. Karta powikłań 3-4

## KARTA POWIKŁAŃ / DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH – STOPIEŃ 3 I 4 <sup>1,2</sup>

1. Sporządzone na podstawie załącznika nr 7 do zarządzenia nr 68/2011 Prezesa NFZ z dnia 19 października 2011r.
2. W przypadku wystąpienia innych powikłań niż te poniżej, proszę je uwzględnić zgodnie z klasyfikacją CTC v 3,0.

<b>Imię, nazwisko</b>	
<b>PID</b>	<b>PESEL</b>

**Zaobserwowane i leczone działania niepożądane (wg CTCAE v. 3.0, zaakceptowane przez NFZ)**

Kategoria	Zdarzenia niepożądane	Kryteria stopnia 3.	Data początku	Data końca	Kryteria stopnia 4.	Data początku	Data końca
<b>KREW/ SZPIK KOSTNY</b>	Hemoglobina (Hb)	<8,0 – 6,5 g%			<6,5 g%		
	Leukocyty (WBC)	<2,0 – 1,0 x 10 <sup>9</sup> /l			<1,0 x 10 <sup>9</sup> /l		
	Limfopenia (Lym)	<0,5 – 0,2 x 10 <sup>9</sup> /l			<0,2 x 10 <sup>9</sup> /l		
	Neutrofile (Neut)	<1,0 – 0,5 x 10 <sup>9</sup> /l			<0,5 x 10 <sup>9</sup> /l		
	Płytki krwi (PLT)	<50,0 – 25,0 x 10 <sup>9</sup> /l			<25,0 x 10 <sup>9</sup> /l		
<b>OBJAWY OGÓLNE</b>	Gorączka (bez neutropenii)	>40,0 ° C do 24h			>40,0 ° C ponad 24h		
	Spadek masy ciała	≥ 20% wartości wyjściowej; Wskazane leczenie żywieniowe przez zgłębnik lub parenteralne					

	Zmęczenie	Nie ustępujące po odpoczynku; ograniczające codzienną samodzielną aktywność			
	Wynacznienie leku	Owrzodzenie lub martwica, ciężkie uszkodzenie tkanek, wymagana interwencja chirurgiczna		-	
	Reakcja alergiczna na podane lekarstwo	Wydłużone (nie reagujące szybko na leczenie objawowe albo odłączenie wlewu) nawrót objawów po wcześniejszej poprawie, wymagana hospitalizacja		Konsekwencje zagrażające życiu, konieczna pilna interwencja;	
	Zmniejszone wydalanie moczu	Oliguria (<80ml w 8h)		Anuria (240ml w 24h)	
<b>PRZEWÓD POKARMOWY</b>	Odwodnienie	Wskazane dożylnie podanie płynów $\geq 24$ godz.		Konsekwencje zagrażające życiu (wstrząs hipowolemiczny)	
	Biegunka	Wzrost liczby stolców $\geq 7$ ponad wartość wyjściową; wskazane dożylnie podanie płynów $\geq 24$ godz.		Konsekwencje zagrażające życiu (wstrząs hipowolemiczny)	
	Zapalenie śluzówki (jamy ustnej)	Zlewające się owrzodzenia; krwawienie przy minimalnym urazie		Martwica tkanek, znaczne samoistne krwawienie; konsekwencje zagrażające życiu	
	Wymioty	$\geq 6$ epizodów na 24 godz.; konieczna dożylna suplementacja płynów $\geq 24$ godz.		Konsekwencje zagrażające życiu, konieczna pilna interwencja;	
	Nudności	Niedostateczne odżywienie, wymagane		Konsekwencje zagrażające życiu,	
<b>INFEKCJA</b>	Gorączka neutropeniczna	dożywienie oraz nawodnienie iv > 24h Obecna		Konsekwencje zagrażające życiu, konieczna pilna interwencja;	
<b>UKŁAD KRĄŻENIA</b>	Niedokrwienie	Objawowe, niestabilna dławica piersiowa lub/i ostre niedokrwienie, podwyższone enzymy sercowe, stabilny hemodynamicznie		Objawowe, niestabilna dławica piersiowa lub/i ostre niedokrwienie, podwyższone enzymy sercowe, nie stabilny hemodynamicznie	
	Zaburzenia rytmu	Objawowe i niecałkowicie kontrolowane lekami, kontrolowane ablacją lub stymulatorem		Konsekwencje zagrażające życiu, konieczna pilna interwencja;	

		aktywności, konieczne leczenie		interwencja (np. ciągła terapia iv lub mechaniczne wsparcie)	
	Niedociśnienie, omdlenia zasłabnięcia	Ciągła terapia $\geq 24$ godź, zaburzenie ustępuje bez utrzymujących się konsekwencji fizjologicznych		Wstrząs ( np. kwasica, upośledzenie czynności życiowych narządów)	
<b>UKŁAD NERWOWY</b>	Neuropatia obwodowa ruchowa lub czuciowa	Ciężkie objawy, ograniczające samodzielną codzienną aktywność		Konsekwencje zagrożające życiu, konieczna pilna interwencja;	
<b>UKŁAD KRZEPNIĘCIA</b>	DIC (rozsiane wykrzepianie wewnątrznaczyniowe)	Wskaźniki laboratoryjne i krwawienie		Konsekwencje zagrożające życiu, konieczna pilna interwencja;	
	Choroba zakrzepowo- zatorowa	Zakrzepica (np. niepowikłana zatorowość płucna, skrzepliny w naczyniach wieńcowych)koniecz na interwencja		Zagrażająca życiu zatorowość (płucna, niedokrwienie serca, tętnic kończyn dolnych)niestabilność hemodynamiczna, objawy neurologiczne, konieczna pilna interwencja;	
<b>METABOLICZNE</b>	Albuminy	<2 g/dl			
	Fosfataza zasadowa	>5,0 – 20,0 x powyżej normy		>20,0 x powyżej normy	
	AspAT, AlAT	>5,0 – 20,0 x powyżej normy		>20,0 x powyżej normy	
	Bilirubina	>3,0 – 10,0 x powyżej normy		>10,0 x powyżej normy	
	Wapń, hipokalcemia	<1,75 – 1,5 mmol/l		<1,5 mmol/l	
	Wapń, hiperkalcemia	>3,1 – 3,4 mmol/l		>3,4 mmol/l	
	Kreatynina	>3-6 x powyżej normy		> 6x powyżej normy	
	Kwas moczowy	>10mg/dl objawowy		>10mg/dl konsekwencje zagrożające życiu	
	GGTP	>5-20x powyżej normy		>20 x powyżej normy	
	Potas, hipokaliemia	<3,0-2,5mmol/l		<2,5mmol/l	
	Potas, hiperkalcemia	6-7mmol/L		>7mmol/L	
	Sód, Hiponatremia	<130-120mmol/l		<120mmol/l	

**W razie wątpliwości proszę postawić znak zapytania – do wyjaśnienia przez kierownika oddziału;**

**GGN- górna granica normy, DGN- dolna granica normy**

### 5.7.1.14. Specyfika dokumentacji w oddziałach ginekologiczno-położniczych

W oddziałach ginekologiczno-położniczych sporządzana dokumentacja zależna jest od rodzaju udzielonego świadczenia, a zatem przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

Umownie można wyróżnić 3 powody hospitalizacji w oddziale ginekologiczno-położniczym:

- leczenie zachowawcze schorzeń ginekologicznych lub patologii ciąży (nie zakończonej porodem)
- leczenie zabiegowe schorzeń ginekologicznych
- poród

W sytuacji, gdy w oddziale ginekologiczno-położniczym udzielane są świadczenia związane z leczeniem zachowawczym schorzeń ginekologicznych lub patologii ciąży nie zakończonej porodem, sporządzana jest i prowadzona historia choroby ogólna, analogiczna do tworzonej w innych oddziałach szpitalnych.

Jeśli natomiast podczas hospitalizacji wykonywany jest zabieg ginekologiczny (inny niż poród), do historii choroby zostaną dołączone dokumenty dodatkowe, właściwe dla oddziału zabiegowego (opisane wcześniej, m.in.: protokół operacyjny, zgoda na zabieg, zgoda na znieczulenie, konsultacja anestezyjologiczna, karta przebiegu znieczulenia).

Historia choroby położnicza, sporządzana oraz prowadzona w związku z porodem uwzględniać musi specyfikę tego procesu.

W zasadniczej konstrukcji będzie ona zawierać wszystkie elementy właściwe dla pozostałych oddziałów szpitalnych. Jednakże wyróżniać ją będzie dokumentacja dodatkowo związana z monitorowaniem porodu, czyli **karta obserwacji przebiegu porodu**.

Wzór karty obserwacji przebiegu porodu został określony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Wpisy w karcie obserwacji przebiegu porodu dokonywane są przez lekarza, pielęgniarkę lub położną. Karta ta zawiera dane dotyczące matki, rozpoczęcia obserwacji porodu oraz obserwacje w kolejnych godzinach/dobach porodu.

### Załącznik nr 37. Karta obserwacji porodu

**Karta obserwacji porodu**

3. Nazwisko i imię ..... 4. Wiek ..... 5. Para ..... 6. Data ostat. mies ..... 7. Termin porodu ..... 1. Znak tożsamości

12. Położenie: główkowe  miednicowe  poprzeczne  skośne  nieokreślone  13. Ustawienie: pierwsze  drugie  nieokreślone  14. Ułożenie głowy: przygięte  nieokreślone  20. Tydzień ciąży .....  
15. Azymlajnym przebieg  tylny  16. Wysokość prosta  17. Zwrot: prawidłowy  18. Niska: poprzeczne  wierzchołkowe  czołowe  nieokreślone  19. Pęcherz płodowy: pełny  pusty  data: .....

21. Godziny, doby-data .....  
22. Poród (je godzin trwa) .....  
23. Objawy: wzd (godziny) .....  
24. Krawaństwo: tak / nie .....  
25. Tętno rodzącej (na min) .....  
26. Ciężnienie krwi (RR) .....  
27. Ciężota ciała "C" .....  
28. Tętno płodu na minutę: okres pierwszy drugi .....  
0. Brak tętna .....  
1. Prawidłowe .....  
2. Szybkie .....  
3. Zwolnione .....  
4. Wsk. Małe .....  
5. Wsk. Duże .....  
6. Nieokreślone .....  
29. Smółka .....  
30. Rozwarcie sgięcia .....  
31. Skurcze: częstotać na kwadrans / se sekund trwają .....  
1 wzmoczone .....  
2 średnie .....  
3 osłabione .....  
32. Napięcie macicy: 1 znosi dobrze .....  
2 opornouje się .....  
3 podrażniona .....  
33. Odczuwanie bólu: 1 nie wchodzi .....  
2 w wchodze .....  
3 w próżni .....  
34. Ciężć przodująca: 1 nie wchodzi .....  
2 w wchodze .....  
3 w próżni .....  
35. Leki podawane .....  
36. Obserwowal (a) ..... (tytuł, stanowisko) .....  
37. Kontrolował (a) ..... (tytuł, stanowisko) .....  
38. Rozpoznanie po porodzie .....

#### 5.7.1.15. Specyfika dokumentacji związanej z urodzeniem noworodka

##### Karta noworodka

W związku z urodzeniem noworodka sporządzana jest i prowadzona karta noworodka. Kartę tę zakłada się niezwłocznie po urodzeniu noworodka.

Podobnie jak historia choroby karta ta zawiera elementy właściwe dla rozpoczęcia hospitalizacji (a zatem urodzenia dziecka), jej przebiegu oraz wypisania/zgonu dziecka.

Dane, jakie zawierać powinna karta noworodka, wskazane zostały w § 21 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Wśród nich należy wymienić informacje stanowiące dane administracyjne oraz medyczne.

Karta noworodka, w ujęciu administracyjno-formalnym, zostaje oznaczona w sposób analogiczny do historii choroby. Zawiera bowiem dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4, a zatem:

- oznaczenie podmiotu
- oznaczenie pacjenta
- oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych
- datę wpisu

Ponadto karta noworodka zawiera dane charakterystyczne dla tego rodzaju dokumentu oraz opieki sprawowanej nad noworodkiem.

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

- g) ocenę według skali Apgar,
  - h) urazy okołoporodowe,
  - i) stwierdzone nieprawidłowości,
  - j) w przypadku martwego urodzenia – wskazanie, czy zgon nastąpił przed czy w trakcie porodu;
- 7) opis postępowania po urodzeniu (odśluzowanie, osuszanie, zaopatrzenie pępowiny, zastosowanie tlenu, intubacja, cewnikowanie żyły pępowinowej, masaż serca, sztuczna wentylacja, zastosowane produkty lecznicze);
  - 8) informacje o przebiegu obserwacji w kolejnych dobach;
  - 9) informacje o stanie noworodka w dniu wypisu;
  - 10) informacje o wykonanych testach przesiewowych, szczepieniach i konsultacjach specjalistycznych;
  - 11) datę wypisania, a w przypadku zgonu noworodka – datę zgonu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym, oraz opis słowny stanów chorobowych prowadzących do zgonu, wraz z odstępami czasu pomiędzy ich wystąpieniem.

#### Objaśnienia oznaczeń:

Do oznaczenia podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1, należą:

- a) nazwa podmiotu,
- b) 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. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.2) ), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
- c) nazwa i adres przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego,
- d) nazwa 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) nazwa 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;

Oznaczanie pacjenta zawiera dane, zgodnie z art. 25 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

- a) nazwisko i imię (imiona),
- b) datę urodzenia,
- c) oznaczenie płci,
- d) adres miejsca zamieszkania,
- e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.

Poprzez oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie: rozumie się, w myśl § 10 ust. 1 pkt. 3 lit. a-d:

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,

- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej,
- e) podpis.

**Załącznik nr 38. Karta noworodka**

*Oznaczenie podmiotu  
oraz jednostki udzielającej świadczeń*

*Numer w ks. noworodków:*

**KARTA NOWORODKA**

**Oddział:** .....

<b>NOWORODEK:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	<b>godzina:</b> <b>Płeć: M/K</b>
<b>Masa ciała:</b>	<b>Długość:</b> <b>Obwód głowy:</b> <b>Obwód kłp.:</b>
<b>Ocena wg. Skali Apgar:</b>	
<b>Urazy okołoporodowe/nieprawidłowości:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Urodzenie martwe: zgon przed porodem/w trakcie porodu</b>	
<b>MATKA:</b>	
<b>IMIĘ I NAZWISKO:</b>	<b>Adres zamieszkania:</b>
<b>Nr PESEL:</b>	<b>Wiek:</b>
<b>GRUPA KRWI:</b>	
<b>CIĄŻA I PORÓD:</b> Czas trwania (tydz.):  Przebieg porodu:  Fizjologiczny/Zabiegowy  Czas trwania faz porodu:  Powikłania poporodowe:	<b>POPRIEDNIE CIĄŻE I PORODY:</b>  Dotychczasowa liczba ciąży: ..... Liczba poronień: .....  Dotychczasowa liczba porodów: .....  Liczba dzieci: żywo urodzonych: ..... martwo urodzonych: .....  Istotne uwagi o przebiegu poprzednich ciąży i porodów:  Rodzeństwo noworodka (data urodzenia):
<b>POSTĘPOWANIE PO PORODZIE:</b> zaznaczyć właściwe:	
ODŚLUZOWANIE	OSUSZANIE
TLEN	ZAOPATRZENIE PĘPOWINY
MASAŻ SERCA	INTUBACJA
CEWNIKOWANIE ŻYŁY PĘPOWINOWEJ	SZTUCZNA WENTYACJA
PRODUKTY LECZNICZE:	

Pieczętka i podpis lekarza



*Imię i nazwisko:*

*PESEL:*

*Nr Ks.:*

*Obserwacje lekarskie*

*Szczegółowy przebieg leczenia w każdym dniu:*

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr Ks.:

<b>Część wypisowa: Podsumowanie leczenia</b>	
<b>Stan noworodka w dniu wypisu:</b>	
<b>Rozpoznanie zasadnicze (numer statystyczny ICD-10 oraz nazwa):</b>	
<b>Choroby współistniejące, powikłania (numer statystyczny ICD-10 oraz nazwa):</b>	
<b>Zastosowano leczenie:</b>	
<b>Procedury medyczne (ICD-9):</b>	
<b>Szczepienia, konsultacje, testy przesiewowe:</b>	
<b>Epikryza:</b>	
<b>Zalecenia lekarskie:</b>	
<b>Wypisany ze szpitala</b>	
<b>Tryb wypisu:</b>	
Data zgonu .....	.....
(dzień, miesiąc, rok)	Godzina i minuta w systemie 24 godzinnym)
<b>Przyczyny zgonu (numer statystyczny ICD-10 i nazwa):</b>	
<b>Bezpośrednia:</b>	
<b>Wyjściowa:</b>	
<b>Wtórna:</b>	

Lekarz wypisujący:

Podpis lekarza kierującego oddziałem:

### 5.7.2. Specyfika dokumentacji w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii

W oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii (OAIIT) sporządzana jest historia choroby analogiczna do prowadzonej w innych oddziałach szpitalnych.

Niemniej jednak elementy dodatkowe dokumentacji, dołączane do historii choroby mogą znacząco różnić się od stosowanych w pozostałych oddziałach. Z uwagi na specyficzny charakter udzielanych świadczeń w OAIIT, przede wszystkim zaś konieczność prowadzenia szczegółowej obserwacji parametrów życiowych pacjenta w każdej godzinie pobytu, w oddziałach tych prowadzone są odrębne karty dokumentujące obserwacje oraz czynności terapeutyczne.

Karty te, z uwagi na ilość zawartych w nich informacji, często sporządzane są na drukach o niestandardowych wymiarach. Służą one rejestracji zarówno obserwacji, jak i realizowanych czynności przez personel lekarski oraz pielęgniarski. Dla poszczególnych czynności oraz obserwacji mogą być prowadzone odrębne karty. Jednakże, jak wynika z praktyki, jedna karta, uwzględniająca wszystkie dane, stanowi najpełniejszą wiedzę o pacjencie dla lekarza oraz pielęgniarki korzystających z dokumentacji. Należy zauważyć, iż jedna karta czynności oraz obserwacji w OAIIT przeznaczona jest na rejestrację danych odnoszących się do jednej doby pobytu.

Karta uwzględnia dane dotyczące między innymi:

- czynności podstawowych (rejestracja podstawowych czynności życiowych co godzinę i bilans płynów 3\* na dobę, leki, opatrunki, pielęgnacja drenaży)
- oddychania (wentylacja mechaniczna, podtrzymywanie oddychania, sztuczne drogi oddechowe, fizjoterapia oddechowa)
- krążenia (leki wazoaktywne, cewniki w tętnicach i żyłach centralnych, resuscytacja)
- nerek (diureza, hemofiltacja)
- metabolizmu (żywienie)
- interwencji (w OAIIT oraz poza OAIIT)
- OUN (pomiar ICP)

Niezależnie od prowadzonej karty sporządzane są inne wymagane elementy dokumentacji, w tym adnotacje lekarskie z kolejnych dni pobytu pacjenta w oddziale.

Karty czynności stanowią jednocześnie potwierdzenie realizacji większości czynności wskazanych do rozliczenia z płatnikiem.

Załącznik nr 39. Karta zleceń lekarskich i obserwacji pielęgniarских

KARTA ZLECEŃ LEKARSKICH I OBSERWACJI PIELĘGNIARSKICH

ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII

Nr karty \_\_\_\_\_ NAZWISKO I IMIĘ \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_ WIEK \_\_\_\_\_ WZRÓST \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_\_ Doba \_\_\_\_\_

	MORFOLOGIA			ELEKTROLITY		ANALIZA MOCZU				BADANIE BIOCHEMICZNE			UKŁAD KRZEPNIĘCIA			GAZOMETRIA				
	WBC	RBC	PLT	HGB	HCT	Na+	K+	Cl-	PO4-3	c.w. Odczyn Białko Cukier Aceton Urobil. Mocznik Kreatyn Na+ K+ Cl- Osmaol	Tymol Bilirubina Białko cat. Mocznik Kw.mocz. Kreatynina Cukier ASPAT ALAT Lipaza Diasyaza CRP Mleczany	PT	INR	Wskaźnik protrombinowy	Fibrynogen	D-Dimery	pO2	pCO2	pH	BE HCO3

WYKONANE CZYNNOŚCI INTERWENCJNE	GODZINY																								BILANS ZALECANY				
	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6		7			
MONITOROWANIE CO .....GODZ.	ZLECENIE LEKARSKIE		PODPIS																										BILANS WODNY
	TAK	NIE	OCZ																										STRATY 7- 19
	TAK	NIE	TĘTNICA PŁUCNA																										MOCZ
	TAK	NIE	CIŚNIENIE ZAKLINOW.																										SONDA
	TAK	NIE	RZUT SERCA																										WYMIOTY
	TAK	NIE	CIŚNIENIE TĘTNICZE																										ULTRAFILTRACJA
	TAK	NIE	TĘTNO																										HEMODIALIZA
	TAK	NIE	TEMPERATURA																										STOLEC
	TAK	NIE	DIUREZA																										
	TAK	NIE	ULTRAFILTRACJA																										
	TAK	NIE	SATURACJA																										PODANO
	TAK	NIE	GLIKEMIA																										WYDALONO
TAK	NIE																											BILANS	
TAK	NIE																											PODPIS PIELĘGNIARKI	
Fizykoterapia oddechowa																										STRATY 19 - 7			
Zmiana opatrunków																										MOCZ			

PIŁNY																									SONDA
																									WYMIOTY
																									ULTRAFILTRACJA
																									HEMODIALIZA
																									STOLEC
																									PODANO
																									WYDALONO
ANTYBIOTYKI DOBIA																									BILANS
																									PODPIS PIELĘGNIARKI
																									BILANS DOBOWY
																									RAZEM PODANO
																									RAZEM WYDALONO
USPOKAJAJĄCE																									BILANS
ANALGETYKI																									BILANS KUMULATYWNY
																									BADANIA DODATKOWE na dzień następny
INNE																									BADANIA DODATKOWE na dziś

Podpis i pieczęćka pielęgniarki

Podpis i pieczęćka lekarza

**Załącznik nr 40. Procedura pielęgniarstwa**

**Procedura Pielęgniarstwa  
Przyjęcia i pielęgnacja pacjenta  
w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii**

**Pielęgnacja dostępu naczyniowego centralnego**

Nr .....

Nazwisko i imię .....

Wiek .....

DATA		D		N		D		N		D		N		D		N	
Dyżur																	
Doba pobytu																	
Pacjent przyjęty z wkłuciem centralnym																	
Ocena okolicy wkłucia (P – prawidłowe, N – nieprawidłowe)																	
Ocena drożności kanałów wkłucia (D – drożny, N – niedrożny)	1																
	2																
	3																
Płukanie cewnika 0,9% NaCl																	
Miejsce założenia wkłucia	Żyła podobojczykowa																
	Żyła szyjna																
	Żyła udowa																
Wymiana wkłucia																	
Przyczyna wymiany, usunięcia wkłucia	Zaczerwienienie																
	Wyciek wokół wkłucia																
	Niedrożność																
	Wkłucie zbędne																
Wymiana systemu zaopatrującego wkłucie																	
Dezynfekcja miejsca wkłucia i wymiana opatrunku																	
Rodzaj opatrunku	Fizelinowy																
	Gazowy																
	przeźroczysty																
Pieczęć i podpis pielęgniarki																	
Ocena działań pielęgniarstwa																Pieczęć i podpis oddziałowej	





## **6. Dokumenty dodatkowe wymagane w związku z posiadaną umową na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

### **6.1. Podstawy prawne**

Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne

Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii

Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe)

**(UWAGA: Konieczność uwzględnienia ich obowiązujących wersji)**

Podmiot działalności leczniczej prowadzący szpital, realizujący świadczenia finansowane ze środków publicznych, podlega zasadom zawierania i realizacji umów wskazanym w przedmiotowym zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

W oparciu o posiadaną umowę podmiot ten zobowiązany jest do sporządzania dokumentacji określonej w Zarządzeniu.

Należy tym samym rozumieć, iż podmiot, którego nie wiąże umowa z płatnikiem publicznym, nie ma obowiązku prowadzenia dokumentacji wskazanej w zarządzeniu. Niemniej jednak prowadzi on historię choroby na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Dokumentacja, o której mowa, wymagana jest w związku z udzielaniem oraz rozliczaniem określonych świadczeń. Jej wzory zostały każdorazowo narzucone przez Narodowy Fundusz Zdrowia i stanowią załączniki do właściwych przedmiotowo zarządzeń.

### **6.2. Dokumentacja żywieniowa**

Udzielając oraz rozliczając świadczenia z zakresu leczenia żywieniowego, należy spełnić wymaganie dołączenia do historii choroby dodatkowej dokumentacji, na co wskazują zapisy § 14 ust. 3 Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne oraz zarządzenie zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

Świadczenia, w związku z udzielaniem których wymagane jest sporządzanie dokumentacji żywieniowej, ujęte zostały w katalogu świadczeń dosumowania (1c), stanowiącego załącznik do zarządzenia, należą do nich:

<b>Kod produktu:</b>	<b>Nazwa świadczenia:</b>
5.53.01.0000006	Żywnienie dojelitowe
5.53.01.0001416	Częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe
5.53.01.0001468	Kompletne żywienie pozajelitowe
5.53.01.0001434	Żywnienie pozajelitowe immunomodulujące

Wzory dokumentacji żywieniowej określone zostały jako załączniki do zarządzenia. Wyróżniono druki dla noworodków, dzieci oraz dorosłych. Dla każdej z tych grup wiekowych należy sporządzić kartę kwalifikacji do żywienia pozajelitowego lub dojelitowego oraz kwartę monitorowania leczenia żywieniowego/kartę metaboliczną.



**Załącznik nr 43. Karta kwalifikacji do żywienia pozajelitowego  
i/ lub dojelitowego noworodków**

Załącznik nr 10 do Zarządzenia Nr 90/2012/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r.

Załącznik nr 6e do Zarządzenia Nr 72/2011/DSOZ

Pieczętka

Data badania: (dzień/mies./rok): ...../ ...../ .....  
Nr hist. chor.: .....  
PESEL matki: .....

**KARTA KWALIFIKACJI DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO I/LUB  
DOJELITOWEGO NOWORODKÓW**

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Data urodzenia: ..... wiek (dni): .....

Tydzień ciąży: .....

Rozpoznanie (ICD 10): .....  
.....  
.....

UZASADNIENIE dla ROZPOCZĘCIA\*, leczenia żywieniowego:

- noworodek z masą <1500g
- noworodek z masą  $\geq$  1500g u którego nie jest spodziewane osiągnięcie tolerancji pełnych porcji pokarmu drogą doustną w ciągu 3 dni

Ocena wieku płodowego noworodka:

- donoszony ( $\geq$ 37 t.c.)
- niedonoszony ( $\leq$ 36+6 t.c.)
- z małą urodzeniową masą ciała (< 2500 g)
- z bardzo małą urodzeniową masą ciała (< 1500g)
- z ekstremalnie małą masą ciała (<1000g)

Ocena parametrów antropometrycznych na podstawie:

1. Tanis R Fenton, A new growth chart for preterm babies: Babson and Benda's chart updated with recent data and a new format. BMC Pediatrics 2003, 3 (1):13

Masa ciała: ..... kg, \*centyl: .....; Obwód głowy: ..... cm, \*centyl: .....

Długość: ..... cm, \*centyl: .....

\*proszę podać źródło

Ocena stanu odżywienia:

- Hipertroficzny (> 97 centyla)
- Hipertroficzny (>90 centyla)
- Eutroficzny (pomiędzy 10-90 centylem)
- Hipotroficzny (< 10 centyla)
- Hipotroficzny (< 3 centyla)

Wymaga żywienia:

**pozajelitowego:**  całkowitego;  częściowego;

**dojelitowego:**  całkowitego;  częściowego;

**OKREŚLENIE 100 % DZIENNEGO ZAPOTRZEBOWANIA ENERGETYCZNEGO U LECZONEGO PACJENTA: ..... KCAL (kJ), po okresie adaptacji do życia pozamacicznego.**

W kwalifikacji brano pod uwagę, że w pierwszym okresie leczenia żywieniowego (3 – 7 dni):

- podaż pozajelitowa stanowić będzie % Dziennego Zapotrzebowania Energetycznego:

0 % ; < 50 % ; > 50 %

- podaż drogą przewodu pokarmowego stanowić będzie % Dziennego Zapotrzebowania Energetycznego:

0 % ; < 50 % ; > 50 %

**Uwagi:**

POTRZEBY ENERGETYCZNE DZIECKA URODZONEGO PRZEDWCZEŚNIE WYNOSZĄ 110 – 120 KCAL/KG/DOBA

POTRZEBY ENERGETYCZNE DZIECKA URODZONEGO O CZASIE WYNOSZĄ 100 KCAL/KG/DOBA

W ŻYWIENIU DOJELITOWYM NOWORODKÓW STOSOWANE SĄ: MLEKO LUDZKIE, MIESZANKI MODYFIKOWANE DLA NOWORODKÓW URODZONYCH PRZEDWCZEŚNIE I URODZONYCH O CZASIE.

ŻYWIENIE TROFICZNE NIE JEST ŻYWIENIEM DOJELITOWYM.

Plan leczenia żywieniowego:

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

.....  
podpis i pieczęć lekarza

## Załącznik nr 44. Karta monitorowania leczenia żywieniowego noworodków

Załącznik nr 11 do Zarządzenia Nr 90/2012/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r.

Załącznik nr 6f do Zarządzenia Nr 72/2011/DSOZ

Pieczętka

Data: (dzień/mies./rok): ...../ ...../ .....

Nr hist. chor.: .....

PESEL matki: .....

### KARTA MONITOROWANIA LECZENIA ŻYWIENIOWEGO NOWORODKÓW

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

#### Sposób żywienia :

##### Żywienie pozajelitowe

Data rozpoczęcia żywienia: .....

Data zakończenia żywienia: .....

Powód: .....

##### Żywienie enteralne

Data rozpoczęcia żywienia: .....

Data zakończenia żywienia: .....

Powód: .....

#### Dostęp do przewodu pokarmowego:

zgłębnik żołądkowy    zgłębnik dojelitowy    gastrostomia    jejunostomia

#### Rodzaj pokarmu:

pokarm kobiecy    mieszanka mleczna    mieszane    mieszanka specjalistyczna

#### Monitorowanie :

Wykonane badania (wyniki w historii choroby)

**Parametry wzrastania (oznaczone na siatkach centylowych:** Tanis R Fenton, A new growth chart for preterm babies: Babson and Benda's chart updated with recent data and a new format. BMC Pediatrics 2003, 3 (1):13)

### Monitorowanie żywienia i stanu odżywienia

PARAMETR	Początek Data: .....	Po 7 dniach Data: .....	Po 14 dniach Data: .....	Po 21 dniach Data: .....	Po 28 dniach Data: .....
Masa ciała kg					
Obwód głowy cm					
Długość cm					
Energia całkowita podaż kcal/kg/d (100%)					
Energia – podaż dojelitowa kcal/kg/d					
Energia – podaż pozajelitowa kcal/kg/d					
Energia – podaż dojelitowa % całkowitego zapotrzebowania					
Energia – podaż pozajelitowa % całkowitego zapotrzebowania					

Informacje dotyczące zmiany sposobu żywienia:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
podpis i pieczęć lekarza

**Załącznik nr 45. Karta kwalifikacji dzieci do leczenia żywieniowego/ Karta modyfikacji żywienia dzieci**

Załącznik nr 8 do Zarządzenia Nr 90/2012/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r.

Załącznik nr 6c do Zarządzenia Nr 72/2011/DSOZ

Pieczętka

Data badania: (dzień/mies./rok): ...../...../.....  
Nr hist. chor.: .....  
PESEL: .....

**KARTA KWALIFIKACJI DZIECI DO LECZENIA ŻYWIENIOWEGO / KARTA  
MODYFIKACJI ŻYWIENIA DZIECI**

**DOTYCZY ŻYWIENIA:**

**POZAJELITOWEGO**

**DOJELITOWEGO**

**LUB ŁĄCZNIE POZA I DOJELITOWEGO**

Imię, nazwisko dziecka .....

Data urodzenia: (dzień/mies./rok ...../..... /..... wiek: (lata, mies.): .....

Masa ciała..... kg centyle.....\*

Wysokość ciała ..... cm centyle .....\*

Masa-do-długości (wysokości) dla dzieci 2-5 lat (WHO Child Growth Standards):

centyle: .....\*

BMI ..... centyle: ..... \*

Obwód głowy: ..... cm; centyle: ..... \* (dotyczy niemowląt) .....

**\*UWAGA: należy podać źródło:**

1. The WHO Child Growth Standards: <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>

2. Kułaga Z. i wsp. Standardy Medyczne 2010;4(7):690-700 (BMI dla dzieci 7-18 lat)

3. Growth reference data for 5-19 years (BMI i wysokość-do-wieku i masa ciała-do-wieku):

<http://www.who.int/growthref/en/>

4. Inne: .....

..... (proszę wpisać źródło, np. polskie siatki wzrastania)

ROZPOZNANIE (ICD 10):

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

UZASADNIENIE dla ROZPOCZĘCIA\*, MODYFIKACJI\* leczenia żywieniowego (należy szczegółowo uzasadnić rozpoczęcie / modyfikację leczenia żywieniowego):

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

**Planowanie żywienia:**

- pozajelitowego:**  całkowitego;  częściowego;  immunomodulacyjnego  
 **dojelitowego:**  całkowitego;  częściowego;

**OKREŚLENIE 100 % DZIENNEGO ZAPOTRZEBOWANIA ENERGETYCZNEGO U LECZONEGO PACJENTA: ..... KCAL (kJ) w dniu kwalifikacji**

**UWAGA: Orientacyjne potrzeby energetyczne u dzieci, uwzględniające podaż białka (CAŁKOWITE):**

- wiek 0 – 1 lat: 90 – 100 kcal/kg/doba
- wiek 1 – 7 lat: 75 – 90 kcal/kg/doba
- wiek 7 – 12 lat: 60 – 75 kcal/kg/doba
- wiek 12 – 18 lat: 30 – 60 kcal/kg/doba

ZALECONA podaż drogą przewodu pokarmowego - % Dziennego Zapotrzebowania Energetycznego:

0 %  ; < 50 %  ; > 50 %

ZALECONA podaż drogą pozajelitową - % Dziennego Zapotrzebowania Energetycznego:

0 %  ; < 50 %  ; > 50 %

**W planach włączenie do programu domowego żywienia:**

pozajelitowego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
dojelitowego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Uwagi: .....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
podpis i pieczęć lekarza

\* PROSZĘ PODKREŚLIĆ (WYBRAĆ) WŁAŚCIWE

**Załącznik nr 46. Karta monitorowania leczenia żywieniowego dzieci**

Załącznik nr 9 do Zarządzenia Nr 90/2012/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r.

Załącznik nr 6d do Zarządzenia Nr 72/2011/DSOZ

Pieczętka

Data: (dzień/mies./rok): ...../...../.....  
Nr hist. chor.: .....  
PESEL: .....

**KARTA MONITOROWANIA LECZENIA ŻYWIENIOWEGO DZIECI**

**DOTYCZY ŻYWIENIA\*:**

POZAJELITOWEGO ; DOJELITOWEGO   
LUB ŁĄCZNIE POZA I DOJELITOWEGO

Imię, nazwisko .....

Data urodzenia: (dzień/mies./rok ...../... /..... wiek: (lata, mies.): .....

ROZPOZNANIE (ICD 10):  
.....  
.....

**OKREŚLENIE DOCELOWEGO 100 % DZIENNEGO ZAPOTRZEBOWANIA  
ENERGETYCZNEGO U LECZONEGO PACJENTA: ..... KCAL (kJ).**

**UWAGA: Orientacyjne potrzeby energetyczne u dzieci, uwzględniające podaż białka  
(CAŁKOWITE):**

- wiek 0 – 1 lat: 90 – 100 kcal/kg/doba
- wiek 1 – 7 lat: 75 – 90 kcal/kg/doba
- wiek 7 – 12 lat: 60 – 75 kcal/kg/doba
- wiek 12 – 18 lat: 30 – 60 kcal/kg/doba

ZALECONA DOCELOWA podaż drogą przewodu pokarmowego - % Dziennego  
Zapotrzebowania Energetycznego: 0 % ; < 50 % ; > 50 % , PO

ZALECONA DOCELOWA podaż drogą pozajelitową - % Dziennego Zapotrzebowania  
Energetycznego:

0 % ; < 50 % ; > 50 %

Uwagi: .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

OCENA DYNAMICZNA LECZENIA ŻYWIENIOWEGO I ODŻYWIENIA:

Parametr	Początek Data: .....	Po 7 dniach Data: .....	Po 14 dniach Data: .....	Po 21 dniach Data: .....	Po 28 dniach Data: .....	Po 35 dniach Data: .....
Masa ciała (kg)						
Podaż energii drogą pozajelitową kcal/kg/d						
Podaż energii drogą dojelitową kcal/kg/d						
Całkowita podaż energii kcal/kg/d						
Straty z przewodu pokarmowego ml/kg/d						

Uwaga: Wyniki badań laboratoryjnych są zawarte w historii choroby.

.....  
podpis i pieczęć lekarza

\* PROSZĘ PODKREŚLIĆ (WYBRAĆ) WŁAŚCIWE



## Załącznik nr 47. Karta kwalifikacji dorosłych do żywienia pozajelitowego lub dojelitowego

Załącznik nr 6 do Zarządzenia Nr 90/2012/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r.

Załącznik nr 6a do Zarządzenia Nr 72/2011/DSOZ

Pieczętka

Data badania: (dzień/mies./rok): ...../...../.....  
Nr hist. chor.: .....  
PESEL: .....

### KARTA KWALIFIKACJI DOROSŁYCH DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO LUB DOJELITOWEGO

#### Pacjent:

Imię, nazwisko.....

1. **Ocena stanu odżywienia:** SGA lub NRS 2002 (załączyć kartę oceny): .....

BMI = .....

% utraty masy ciała (w ostatnich 6 miesiącach): .....

stężenie białka we krwi.....g/l      stężenie albumin we krwi.....g/l

2. **Wskazania do leczenia żywieniowego:**

przewidywany okres głodzenia okołoperacyjnego: .....dni

wskazania do leczenia żywieniowego:

- wyniszczenie (BMI<17 lub klasa C wg skali SGA) bez możliwości odżywiania doustnego
- niedożywienie (BMI 17-18 lub klasa B+D wg skali SGA) bez możliwości odżywiania doustnego > 7 dni
- BMI  $\geq$  18 lub klasa A lub B wg skali SGA bez możliwości odżywiania doustnego >10 dni
- zwiększony katabolizm
- powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego
- reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji
- niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła
- inne

3. **Cel leczenia żywieniowego:**

- utrzymanie stanu odżywienia
- poprawa stanu odżywienia
- leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań

4. **Droga podawania**

skuteczne żywienie doustne: możliwe  tak  nie

skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego: możliwe  tak  nie

**5. Dostęp:**

- zgiębnik:  nosowo –żołądkowy  nosowo- dwunastniczy  nosowo- jelitowy  
 przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG)  gastrostomia  jejunostomia  
 inna przetoka  żyła centralna  tunelizacja  cewnik permanentny  port  
 żyły obwodowe  
typ cewnika, zgiębnika lub PEG: .....

**6. Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia (re-feeding syndrome):**

- nie ma  małe  duże

**7. Wynik leczenia:**  dobry  zły

**8. Posiew krwi**

w przypadku żywienia drogą żyły głównej górnej: załączyć wynik posiewu krwi aspirowanej z cewnika i końca cewnika:

- wynik obecny  brak

.....  
podpis i pieczęć lekarza leczącego

.....  
podpis i pieczęć członka zespołu żywienia

### Załącznik nr 48. Karta żywienia pozajelitowego dorosłych/ Karta metaboliczna

Załącznik nr 7 do Zarządzenia Nr 90/2012/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r.  
Załącznik nr 6b do Zarządzenia Nr 72/2011/DSOZ

Pieczętka

Data: (dzień/mies./rok): ...../...../.....  
Nr hist. chor.: .....  
PESEL: .....

#### KARTA ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO DOROSŁYCH/KARTA METABOLICZNA

Nazwisko, imię..... wiek.....oddział .....

Rozpoznanie (ICD 10).....

	Data															
<b>PODAŻ</b>	<b>Mieszana żywniowa RTU(ready to use) /nazwa, objętość/ *</b>															
	<b>Worek indywidualny</b>															
	Aminokwasy %/ ml															
	Glukoza g															
	Tłuszcz %/ g															
	Objętość ml															
	Insulina jedn.															
	N g															
	kcal niebiałkowe															
	Q (kcal/g N)															
	Na mmol															
	K mmol															
	Ca mmol															
	Cl mmol															
	Mg mmol															
	P mmol															
	Pierwiastki śladowe															
	Witaminy															
	Objętość mieszanki															
	Dodatki płynne															
	<b>Podaż płynów iv razem (ml)</b>															
	<b>Dojelitowo ( dieta / ml )</b>															
	<b>STRATY</b>	Diureza ml														
Dreny / przetoka ml																
Zgłębnik ml																
N mocznika g																
Straty N g																
Straty Na mmol																
Straty K mmol																
Straty Ca mmol																
Straty Mg mmol																
Straty P mmol																
Glikozuria																
<b>Bilans N g /24 h</b>																
<b>Bilans płynów ml /24 h</b>																
<b>BADANIA</b>	pH															
	BE															
	Na mmol / l															
	K mmol / l															
	Ca mmol / l															

	Mg mmol / l								
	Cl mmol / l								
	P mmol / l								
	Glukoza								
	Mocznik								
	Kreatynina								
	Białko /albuminy g / l								
	Bilirubina								
	AspAT / AIAT i.u.								
	GGTP/AIkP i. u								
	LDH i.u								
	Amylaza/lipaza i.u.								
	Cholesterol								
	Triglicerydy								
	CRP mg / l								
	Hb/Ht								
	WBC/TLC								
	Płytki krwi								
	INR/APTT								
	Fibrynogen								
<b>INNE</b>									
	Temp°C ciała								
	<b>DOSTĘP NACZYNIOWY</b>	Data :							
	Wskazania:								
	Żyła :								
	Cewnik :								
	Metoda wprowadzenia cewnika:								
	Miejsce wykonania zabiegu:	Blok operacyjny <input type="checkbox"/>		Inne <input type="checkbox"/>					
	Przepływ	Dobry <input type="checkbox"/>		Zły <input type="checkbox"/>					
	Prowadnica	Usunięta <input type="checkbox"/>		Nieusunięta <input type="checkbox"/>					
	Położenie cewnika w rtg								
	Lekarz wprowadzający cewnik:					Pielęgniarka asystująca:			
	Data usunięcia								
	Przyczyna usunięcia								
	Wynik posiewu -krew:	Wynik posiewu – koniec wewnętrzny cewnika.							

**OPIEKA NAD CEWNIKIEM:**

<b>Wymiana przedłużacza / kranika/ korka interlink</b>									
Data									
Podpis									
<b>Opatrunek w miejscu wprowadzenia cewnika</b>									
Data:									
Podpis									

\* w przypadku uzupełniania mieszaniny żywieniowej o dodatkowe składniki odżywcze, należy wykazać je w rubrykach poniżej

.....  
podpis i pieczęć lekarza leczącego

.....  
podpis i pieczęć członka zespołu żywienia

Świadczenia związane z leczeniem żywieniowym mogą być przedstawione do rozliczenia w każdym oddziale szpitalnym (przy czym w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii rozliczenie to następuje w oparciu o punktację TISS-28). Dokumentacja w postaci kart wskazanych powyżej może zatem stanowić element historii choroby w każdym oddziale, co należy uwzględnić w procesie projektowania formularzy dokumentacji. Jedno-



## 6.4. Dokumentacja oceny ciężkości zatrucia

Wypełnienie skali PSS jest obligatoryjne dla świadczeniodawców realizujących świadczenia z grup: S40 Intensywne leczenie zatruc; S41 Zatrucie ciężkie; S42 Zatrucie średnie; S43 Zatrucie lekkie.

Skala PSS przeznaczona jest zarówno dla pacjentów dorosłych, jak i dzieci.

Konieczność dołączenia skali do dokumentacji powinna zostać przewidziana na oddziałach: wewnętrznym, pediatrycznym, toksykologii klinicznej.

Wypełniając formularz przeznaczony dla oceny ciężkości zatrucia (skala PSS - poisoning severity score), należy kierować się instrukcją umieszczoną pod drukiem skali stanowiącym załącznik do zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

Osoba wypełniająca skalę dokonuje analizy wystąpienia poszczególnych objawów oraz stopnia ich nasilenia (brak wystąpienia objawu, lekkie nasilenie, średnie nasilenie, ciężkie nasilenie), co uwzględnia na druku skali PSS. Stopień nasilenia objawu pomaga ustalić jego opis. Odnotowanie wystąpienia/lub nie każdego objawu wraz ze wskazaniem poziomu jego natężenia jest konieczne dla określenia stopnia ciężkości zatrucia.

Najważniejszą zasadą jest bowiem określenie stopnia ciężkości zatrucia w oparciu o najcięższy występujący u pacjenta objaw. Istotne jest nadto odnotowanie w dokumentacji medycznej czasu zbierania danych. Skala może zostać wypełniona przy przyjęciu pacjenta, jak również w trakcie hospitalizacji.

### Załącznik nr 50. Skala PSS

Załącznik nr 8 do Zarządzenia Nr 72/2011/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r.

SKALA CIĘŻKOŚCI ZATRUCI (POISONING SEVERITY SCORE) – PSS

Układ	BEZ OBJAWÓW 0	LEKKIE 1	SREDNIE 2	CIĘŻKIE 3
	Brak objawów przedmiotowych i podmiotowych	Objawy nieznaczne, przemijające i spontanicznie ustępujące	Objawy nasilone i przedłużające się	Objawy ciężkie i zagrażające życiu
<b>Przewód pokarmowy</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Nudności, wymioty, biegunka, ból</li> <li>Podrażnienie, 1 stopień oparzenia, minimalne owrożdżenia w jamie ustnej</li> <li>Endoskopia: rumień, obrzęk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nasilone lub przedłużające się wymioty, biegunka, ból; niedrożność</li> <li>1 stopień oparzenia o krytycznej lokalizacji albo 2 i 3 stopień oparzenia o ograniczonej lokalizacji</li> <li>Dysfagia</li> <li>Endoskopia: owrożdżenia obejmujące całą przekrój służówki</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Masywne krwawienie, perforacja</li> <li>Znacznie rozprzestrzenione oparzenia 2 i 3 stopnia</li> <li>Ciężka dysfagia</li> <li>Endoskopia: owrożdżenia obejmujące całą grubość ściany, tkanki otaczające, perforacja</li> </ul>
<b>Układ oddechowy</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Podrażnienie, kaszel, „krótki oddech”, niewielka duszność, niewielki skurcz oskrzeli</li> <li>Rtg klatki piersiowej; nieprawidłowy z niewielkimi lub brakami objawów</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Przedłużający się kaszel, skurcz oskrzeli, duszność, stridor, hipoksemia - wymagająca tlentoterapii</li> <li>Rtg klatki piersiowej; nieprawidłowy z umiarkowanymi objawami klinicznymi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jawna niewydolność oddechowa (ciężki stan spastyczny oskrzeli, zwężenie dróg oddechowych, obrzęk błon śluzowych, ARDS, „pneumonitis”, zapalenie płuc, odma opłucnowa)</li> <li>Rtg klatki piersiowej; nieprawidłowy z ciężkimi objawami klinicznymi</li> </ul>
<b>Układ nerwowy</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Senność, zawroty głowy, szum w uszach, zaburzenia równowagi</li> <li>Niepokój</li> <li>Nieznaczne objawy pozapiramidowe</li> <li>Nieznaczne objawy cholinergiczne lub antycholinergiczne</li> <li>Parastże</li> <li>Nieznaczne zaburzenia widzenia lub słuchu</li> <li>Oczopląs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niezpłytny, z prawidłową reakcją na ból</li> <li>Krótkotrwały bezdech, bradyprope</li> <li>Śpiątanie, podniecenie, halucynacje, delirium</li> <li>Rzadkie, uogólnione lub częściowe drgawki</li> <li>Nasilone objawy pozapiramidowe</li> <li>Nasilone objawy cholinergiczne lub antycholinergiczne</li> <li>Ograniczone niedowład nie zaburza funkcji życiowych</li> <li>Zaburzenia widzenia i słuchu</li> <li>Mioklonie</li> <li>Przedłużający się oczopląs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Głęboka śpiączka z nieprawidłową odpowiedzią na bodźce bólowe lub brakiem odpowiedzi na ból</li> <li>Depresja oddechowa z niewydolnością</li> <li>Skrzalne pobudzenie</li> <li>Częste, uogólnione drgawki, stan padaczkowy, opistotonus</li> <li>Uogólniony niedowład lub niedowład zaburzający funkcje życiowe</li> <li>Nie widzi, nie słyszy</li> <li>Odruchy i objawy patologiczne</li> <li>Anizokoria</li> </ul>
<b>Układ sercowo-naczyniowy</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Pojedyncze skurcze dodatkowe</li> <li>Nieznaczna i przemijająca hipotensja</li> <li>Bradykardia zatokowa (HR 50-60 u dorosłych, 80-90 u niemowląt i dzieci, 90-100 u noworodków)</li> <li>Tachykardia zatokowa (HR 120-140 u dorosłych, 130-160 u niemowląt i dzieci, 140-160 u noworodków)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bradykardia zatokowa (HR 40-50 u dorosłych, 60-80 u niemowląt i dzieci, 80-90 u noworodków)</li> <li>Tachykardia zatokowa (HR 140-160 u dorosłych, 160-190 u niemowląt i dzieci, 160-200 u noworodków)</li> <li>Powtarzające się skurcze dodatkowe, migotanie/ trzepotanie przedsionków, blok AV I-II stopnia, przedłużenie czasu QRS i QT, zaburzenia repolaryzacji</li> <li>Niedokrwienie mięśnia sercowego</li> <li>Bardziej nasilona hipotensja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Znaczna bradykardia zatokowa (HR &lt;40 u dorosłych, &lt;60 u niemowląt, &lt;80 u noworodków)</li> <li>Znaczna tachykardia zatokowa (HR &gt;160 u dorosłych, &gt;190 u niemowląt i dzieci, &gt;200 u noworodków)</li> <li>Zagrażające życiu komorowe zaburzenia rytmu, blok AV III stopnia, asystolia</li> <li>Zawał mięśnia sercowego</li> <li>Wstrząs, przelom naciśnieniowy</li> </ul>
<b>Równowaga metaboliczna</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Niewielkie zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej (HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 15-20 lub 30-40 mmol/l, pH 7.25-7.32 lub 7.50-7.59)</li> <li>Niewielkie zaburzenia równowagi wodno-elektrolitowej (K<sup>+</sup>: 3.0-3.4 lub 5.2-5.9 mmol/l)</li> <li>Niewielka hipoglikemia (50-70 mg/dl lub 2.8-3.9 mmol/l u dorosłych)</li> <li>Krótkotrwała hipertermia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bardziej nasilone zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej (HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 10-14 lub &gt;40 mmol/l, pH 7.15-7.24 lub 7.60-7.69)</li> <li>Bardziej nasilone zaburzenia równowagi wodno-elektrolitowej (K<sup>+</sup>: 2.5-2.9 lub 6.0-6.9 mmol/l)</li> <li>Bardziej nasilona hipoglikemia (30-50 mg/dl lub 1.7-2.8 mmol/l u dorosłych)</li> <li>Hipertermia dłużej trwająca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ciężkie zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej (HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: &lt;10 mmol/l, pH 7.15 lub &gt;7.7)</li> <li>Ciężkie zaburzenia równowagi wodno-elektrolitowej (K<sup>+</sup>: &lt;2.5 lub &gt;7.0 mmol/l)</li> <li>Ciężka hipoglikemia (&lt;30 mg/dl lub 1.7 mmol/l u dorosłych)</li> <li>Niebezpieczna hipotermia lub hipertermia</li> </ul>

Układ	BEZ OBJAWÓW 0	LEKKIE 1	SREDNIE 2	CIEZKIE 3
<b>Wątroba</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nieвелиki wzrost aktywności enzymów (AspAT, AlAT 2-5 x norma)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wzrost aktywności enzymów (AspAT, AlAT 5-50 x norma), ale bez biochemicznych (amoniak, czynniki krzepnięcia) i klinicznych objawów dysfunkcji wątroby</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wzrost aktywności enzymów (AspAT, AlAT &gt; 50 x norma) lub biochemiczne (amoniak, czynniki krzepnięcia) i kliniczne objawy niewydolności wątroby</li> </ul>
<b>Nerki</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nieznaczny białkomocz/ krwiomocz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masywny białkomocz/ krwiomocz</li> <li>• Dysfunkcja nerek (oliguria, poliuria, stężenie kreatyniny w surowicy 200-500 µmol/l)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niewydolność nerek (anuria, stężenie kreatyniny w surowicy &gt;500 µmol/l)</li> </ul>
<b>Krew</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nieвелиka hemoliza</li> <li>• Nieвелиka methemoglobinemia (MetHb 10-30%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemoliza</li> <li>• Bardziej nasiloną methemoglobinemia (MetHb 30-50 %)</li> <li>• Nieprawidłowe parametry krzepnięcia bez cech krwawienia</li> <li>• Anemia, leukopenia, trombocytopenia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masywna hemoliza</li> <li>• Ciężka methemoglobinemia (MetHb &gt;50%)</li> <li>• Nieprawidłowe parametry krzepnięcia z jawną skazą krwotoczną</li> <li>• Ciężka anemia, leukopenia, trombocytopenia</li> </ul>
<b>Układ mięśniowy</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nieznaczny ból, nadwrażliwość</li> <li>• CPK 250-1500 IU/l</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ból, sztywność, kurcze i drżenia mięśniowe</li> <li>• Rhabdomyoliza, CPK 1500-10 000 IU/l</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensywny ból, znaczna sztywność, nasilone kurcze i drżenia mięśniowe</li> <li>• Rhabdomyoliza z powikłaniami, CPK &gt;10 000 IU/l</li> <li>• Zespół kompartmentowy</li> </ul>
<b>Skóra</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podrażnienie, 1 stopień oparzenia (zaczerwienienie) lub 2 stopień oparzenia na powierzchni &lt;10% powierzchni ciała</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 stopień oparzenia w 10-50% powierzchni ciała (dzieci: 10-30%) lub 3 stopień oparzenia na powierzchni &lt;2%</li> <li>• Odleżyny pojedyncze</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 stopień oparzenia &gt;50% powierzchni ciała (dzieci: &gt;30%) lub 3 stopień oparzenia na powierzchni &gt;2%</li> <li>• Odleżyny mnogie &gt;2%</li> </ul>
<b>Oczy</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podrażnienie, zaczerwienienie, łzawienie, nieznaczny obrzęk powiek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Znaczne podrażnienie, ubytki rogówki</li> <li>• Nieвелиkie (punktowe) owrozdzenie rogówki</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Owrozdzenia rogówki (nie punktowe), perforacja</li> <li>• Trwałe uszkodzenie</li> </ul>
<b>Zmiany miejscowe po ukąszeniach i użądleniach</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miejscowy obrzęk, swędzenie</li> <li>• Nieznaczny ból</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obrzęk obejmujący całą kończynę, miejscowa martwica</li> <li>• Umiarkowany ból</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obrzęk obejmujący całą kończynę i znaczną część otaczającej powierzchni, bardziej rozległa martwica</li> <li>• Krytyczna lokalizacja obrzęku zagrażająca drożności dróg oddechowych</li> <li>• Znacznie nasilony ból</li> </ul>

Skala ta jest międzynarodową klasyfikacją ciężkości zatrucia w odniesieniu zarówno do osób dorosłych, jak i dzieci. Może być stosowana w przypadku każdego ostrego zatrucia niezależnie od ilości i typu czynników go wywołujących. Wypełnienie formularza PSS wymaga dokładnej analizy całości dokumentacji klinicznej.

Stopień ciężkości zatrucia zostaje określony na podstawie rzetelnej obserwacji klinicznej. PSS zawsze powinna brać pod uwagę całokształt procesu obserwacji klinicznej i być wypełniana w oparciu o uwzględnienie najcięższej symptomatologii (wystąpienie choćby jednego objawu), w tym objawów subiektywnych i obiektywnych. Może on być wypełniany w każdej chwili hospitalizacji, pod warunkiem dokładnego określenia czasu zbierania danych. Skala ta nie określa ryzyka i zagrożeń w oparciu o dane takie jak, ilość spożytej substancji czy stężenie ksenobiotyku we krwi.

### 6.5. Całościowa ocena geriatryczna

W związku z udzieleniem oraz rozliczeniem świadczenia 5.53.01.0001499 całościowej oceny geriatrycznej w oddziale geriatry, wymagane jest udokumentowanie:

- przeprowadzenia kwalifikacji do świadczenia poprzez dołączenie do dokumentacji uzupełnionej Skali VAS-13
- oraz sporządzenia dokumentacji dodatkowej w postaci Karty całościowej oceny geriatrycznej

Świadczenie całościowej oceny geriatrycznej może zostać rozliczone wyłącznie w oddziale geriatry. Powyższe elementy stanowiąc będą dokumenty dodatkowe historii choroby wyłącznie w oddziale geriatry. Co więcej, świadczenie to nie jest udzielane wobec każdego pacjenta. Nie powinny one zatem stanowić elementów obligatoryjnych standardowego formularza, lecz być do niego dołączane w sytuacji tego wymagającej.

### **Załącznik nr 51. Skala VES 13**

Załącznik nr 13a do Zarządzenia Nr 72/2011/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r.

#### **Skala VES-13**

<b>1</b>	<b>Wiek</b>	60-74	<b>0</b>	
		75-84	<b>1</b>	
		85+	<b>3</b>	
<b>2</b>	<b>Samoocena stanu zdrowia</b>	Wspaniałe lub dobre	<b>0</b>	
		Przeciętne lub złe	<b>1</b>	
<b>3</b>	<b>Znaczne trudności w samodzielnym wykonywaniu czynności z powodu stanu zdrowia</b>	Zakupy( produkty toaletowe ,leki)	<b>1</b>	
<b>4</b>		Rozporządzanie własnymi pieniędzmi (śledzenie wydatków, opłacanie rachunków)	<b>1</b>	
<b>5</b>		Wykonywanie lekkich prac domowych (zmywanie, ścieranie kurzu)	<b>1</b>	
<b>6</b>		Przejście przez pokój ( przy pomocy kuli, laski o ile używa)	<b>1</b>	
<b>7</b>		Kąpiel (w wannie lub pod prysznicem)	<b>1</b>	
<b>8</b>		Pochylenie, kucanie, klękanie	<b>1</b>	
<b>9</b>		Podnoszenie, dźwiganie ciężaru o wadze około 4,5 kg	<b>1</b>	
<b>10</b>		Pisanie lub utrzymanie drobnych przedmiotów	<b>1</b>	
<b>11</b>		Sięganie lub wyciąganie ramion powyżej barku	<b>1</b>	
<b>12</b>		Przejście około 1,5km	<b>1</b>	
<b>13</b>		Wykonanie ciężkiej pracy domowej (mycie podłóg, okien)	<b>1</b>	
<b>SUMA PUNKTÓW OCENY</b>				

.....  
Data i podpis lekarza



## Załącznik nr 52. Karta całościowej oceny geriatrycznej

Załącznik nr 13b do Zarządzenia Nr 72/2011/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r.

### Karta całościowej oceny geriatrycznej

Nazwisko i imię..... PESEL.....

Data badania..... Ilość lat edukacji..... Adres i tel. ośrodka kierującego .....

Wymagane noszenie: okularów Tak/Nie , aparatu słuchowego Tak/ Nie

Realizowane noszenie: okularów Tak/ Nie, aparatu słuchowego Tak/ Nie

Opiekun..... Stopień pokrewieństwa.....

Adres ..... Tel .....

Reaktywna sytuacja stresowa do 2 lat wstecz: Nie/ Tak ( utrata roli zawodowej/rodzinnej, utrata bliskiej osoby, nieuleczalna choroba, nie leczony stan bólowy, narkoza, samotność, inne .....

Stan skóry ..... Ograniczenie ruchomości .....

Przebyte złamania kości ( od 60 r. ż.)lokalizacja.....

Waga .....kg, Wzrost .....cm, Obwód ramienia..... cm, Obwód podudzia ..... cm, Obwód talii .....cm,  
Test.BERG<sup>+</sup>/skrócony Tinetti..... Zalecenia odnośnie aktywności  
ruchowej/chodu.....

Nietrzymanie moczu: Tak/Nie, jeśli Tak: naglące Tak/Nie wysiłkowe: Tak/Nie

Odleżyny: Nie/Tak- Lokalizacja ..... Skala BRADEN/ Norton .....

Indeks BARTHEL pkt...../ADL<sup>+</sup> ..... Skala IADL.....

15 pkt. Geriatryczna Skala Oceny Depresji..... Skala MMSE<sup>+</sup>, Norma oczekiwana..... Wynik .....

Uwagi .....

.....Test Rysowania Zegara ...../5pkt.

Inne testy<sup>+</sup> .....

Uzależnienie od leków Tak/Nie..... Jatrogenny zespół geriatryczny  
..... Przebyty TIA: Tak/Nie Udar: Tak/Nie

#### Parametry o znaczeniu rokowniczym

Utrata masy ciała >6kg/6 lub 3kg/ 3 m-ce	Stwierdzana wartość.....
Hyponatremia < 135 mmol/L	Stwierdzana wartość.....
Hypoalbuminemia < 3,7 g/dL	Stwierdzana wartość.....
Hemoglobina <12%	Stwierdzana wartość.....
Limfopenia<1200 $\mu$ l <sup>3</sup>	Stwierdzana wartość.....
CRP> 6 mg/L	Stwierdzana wartość.....
pO <sub>2</sub> <60 mmHg <sup>+</sup>	Stwierdzana wartość.....
Klirens kreatyniny < 35 ml/min	Stwierdzana wartość.....
Hipotonia ortostatyczna Tak/nie	Wynik test z L-DOPA <sup>+</sup> > 20%.....
Glikemia na czczo 2x> 100 mg%	Epizody hipoglikemii Tak/Nie
Wynik TSH..... Wynik B12 <sup>+</sup>	Prawidłowy/ Nieprawidłowy

<sup>+</sup> opcjonalnie

Pieczęć i podpis lekarza



## Załącznik nr 54. Ocena zaawansowania łuszczycy – BSA

Załącznik nr 11b do Zarządzenia Nr 72/2011/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r.

### Ocena zaawansowania łuszczycy - BSA

Chory .....  
imię i nazwisko

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

nr PESEL

Nr historii choroby pacjenta

Data oceny BSA:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

dzień miesiąc rok

Ocena powierzchni ciała zajętej przez zmiany łuszczycowe (BSA – *Body Surface Area*)  
(Uwaga: pełna powierzchnia dłoni ręki pacjenta odpowiada w przybliżeniu 1% powierzchni ciała).

Okolica ciała	Maksymalna powierzchnia		BSA
Głowa i szyja	9%		<input type="text"/> %
Prawa kończyna górna	9%		<input type="text"/> %
Lewa kończyna górna	9%		<input type="text"/> %
Klatka piersiowa	9%		<input type="text"/> %
Brzuch	9%		<input type="text"/> %
Górna część pleców	9%		<input type="text"/> %
Dolna część pleców	9%		<input type="text"/> %
Prawe udo	9%		<input type="text"/> %
Lewe udo	9%		<input type="text"/> %
Prawe podudzie	9%		<input type="text"/> %
Lewe podudzie	9%		<input type="text"/> %
Zewnętrzne narządy płciowe	1%		<input type="text"/> %
Razem	100%	<b>BSA całkowite</b>	<input type="text"/> %

.....  
podpis i pieczęć lekarza leczącego

## Załącznik nr 55. Ocena zaawansowania łuszczycy – DLQI

Załącznik nr 11c do Zarządzenia Nr 72//2011/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r.

### Ocena zaawansowania łuszczycy - DLQI

Chory .....

imię i nazwisko

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

nr PESEL

Nr historii choroby pacjenta

Data oceny DLQI:

--	--	--	--	--

dzień    miesiąc    rok

DLQI=

Polska wersja *Dermatology Life Quality Index* (DLQI – wskaźnik jakości życia zależny od dolegliwości skórnych).  
Celem tego kwestionariusza jest zbadanie w jakim stopniu dolegliwości skórne wpływały na Pana/Pani życie  
**W OSTATNIM TYGODNIU.**

Przy każdym pytaniu proszę zaznaczyć jedną kratkę.

1.	W jakim stopniu odczuwał/a Pan/Pani w ostatnim tygodniu <b>swędzenie, bolesność, pieczenie lub mrowienie</b> skóry?	Bardzo mocno Bardzo Trochę Wcale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia był/a Pan/Pani <b>zakłopotany/a</b> lub <b>zażenowany/a</b> stanem swojej skóry?	Bardzo mocno Bardzo Trochę Wcale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne przeszkadzały Panu/Pani w <b>robieniu zakupów, wykonywaniu prac domowych</b> lub <b>ogrodniczych</b> ?	Bardzo mocno Bardzo Trochę Wcale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
4.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne wpływały na Pana/Pani <b>ubiór</b> ?	Bardzo mocno Bardzo Trochę Wcale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
5.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne wpływały na Pana/Pani <b>życie towarzyskie</b> lub <b>spędzanie wolnego czasu</b> ?	Bardzo mocno Bardzo Trochę Wcale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
6.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne przeszkadzały Panu/Pani w <b>uprawianiu sportu</b> ?	Bardzo mocno Bardzo Trochę Wcale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
7.	Czy w ostatnim tygodniu dolegliwości skórne uniemożliwiały Panu/Pani <b>pracę</b> lub <b>naukę</b> ?	Tak Nie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
	Jeśli odpowiedział Pan/Pani „Nie”, to w jakim stopniu w ostatnim tygodniu dolegliwości skórne Pana/Pani utrudniały Panu/Pani <b>pracę zawodową</b> lub <b>naukę</b> ?	Bardzo Trochę Wcale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne stanowiły problem w kontakcie z <b>partnerem</b> lub <b>partnerką, przyjaciółmi</b> lub <b>rodziną</b> ?	Bardzo mocno Bardzo Trochę Wcale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
9.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia stan Pana/Pani skóry utrudniał <b>współżycie seksualne</b> ?	Bardzo mocno Bardzo Trochę Wcale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
10.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia <b>leczenie</b> dolegliwości skórnych stanowiło dla Pana/Pani problem, taki jak np. utrudnienie utrzymania porządku czy nadmierne zaabsorbowanie czasu?	Bardzo mocno Bardzo Trochę Wcale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nie dotyczy <input type="checkbox"/>

**Punktacja DLQI:**

- 0-1 pkt. - normalna jakość życia (no effect on patient QoL)
- 2-5 pkt. - nieznacznie obniżona jakość życia (small effect)
- 6-10 pkt. - umiarkowanie obniżona jakość życia (moderate effect)
- 11-20 pkt. - mocno obniżona jakość życia (very large effect)
- 21-30 pkt. - bardzo mocno obniżona jakość życia (extremely large effect)

**Skala:**

- Bardzo mocno – 3 pkt.
- Bardzo – 2 pkt.
- Trochę – 1 pkt.
- Wcale – 0 pkt.

.....  
podpis i pieczęć lekarza leczącego

Świadczenie *hospitalizacja związana z terapią biologiczną łuszczycy* może zostać przedstawione do rozliczenia wyłącznie w oddziale dermatologii i wenerologii. Formularze związane z oceną zaawansowania łuszczycy będą zatem stanowić element historii choroby prowadzonej w tych oddziałach, w sytuacji gdy hospitalizacja pacjenta z rozpoznaniem łuszczycy związana była z leczeniem biologicznym. Projektując dokumentację dla oddziału dermatologii i wenerologii, należy przewidzieć potrzebę umieszczenia w historii choroby formularze powyższej oceny, w sytuacjach tego wymagających.

### 6.7. Programy lekowe

W związku z realizacją leczenia pacjentów w ramach programów lekowych w oddziałach szpitalnych konieczne jest sporządzanie dokumentacji dodatkowej.

Forma i tryb sporządzania dokumentacji dodatkowej określone zostały w opisach programów lekowych. Świadczeniodawca zobowiązany jest do jej prowadzenia, ze szczególnym uwzględnieniem rejestru powikłań i działań niepożądanych występujących w trakcie leczenia pacjenta w programie. Rodzaj sporządzanej dokumentacji dodatkowej zależy będzie zatem od tego, jaki program/programy realizowany jest w danym oddziale.

Zgodnie z Zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe) do historii choroby należy dodatkowo dołączyć część B Karty rejestracji świadczeniobiorcy do udziału w programie lekowym.

#### **Załącznik nr 57 B. Karty rejestracji świadczeniobiorcy do udziału w programie lekowym**

WZÓR

Załącznik nr 9

do Zarządzenia Nr 27/2012/DGL Prezesa NFZ  
z dnia 10 maja 2012 r.

.....  
Pieczęć świadczeniodawcy

CZĘŚĆ B<sup>i</sup>

#### KARTA Nr...../20... REJESTRACJI ŚWIADCZENIOBIORCY DO UDZIAŁU W PROGRAMIE LEKOWYM

.....  
ii

#### Oświadczenie o odbiorze leku

Oświadczam, że w poniższych dniach otrzymałam/ otrzymałem produkt leczniczy: o nazwie, w postaci, w dawce, w ilości, na okres czasu zgodnie z danymi w tabeli poniżej<sup>iii</sup>.

Data (dd/mm/rrrr)	Produkt leczniczy (nazwa)	Postać	Dawka	Ilość	Na okres czasu (dni)	Data i czytelny podpis pacjenta lub osoby posiadającej upoważnienie	Pieczęć i podpis osoby wydającej lek

<sup>i</sup> Część B wypełnia pacjent każdorazowo wyłącznie w przypadku wydania leku do stosowania w warunkach domowych. Oświadczenie dołączone jest do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

<sup>ii</sup> Wpisać nazwę i kod programu zgodnie z Wykazem programów zdrowotnych (lekowych) wprowadzonym zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

<sup>iii</sup> Informacje o produkcie leczniczym wprowadza personel medyczny ośrodka prowadzącego leczenie.

**Dodatkowo** sugerujemy, by do dokumentacji została dołączona również kopia części A Karty rejestracji świadczeniobiorcy do udziału w programie lekowym, której oryginał przekazywany jest do Narodowego Funduszu Zdrowia.



## **6.8. Dokumentacja wymagana zapisami zarządzenia Prezesa NFZ w związku z realizacją świadczeń chemioterapii**

Specyfika dokumentacji prowadzonej w oddziale realizującym leczenie pacjentów z rozpoznaniem nowotworu złośliwego z zastosowaniem substancji czynnych wykorzystywanych w leczeniu nowotworów została przedstawiona w rozdziale wskazującym specyfikę dokumentacji w wybranych oddziałach.

Wśród dokumentów stosowanych w tychże oddziałach wymieniono druki wymagane zapisami Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii.

Należą do nich:

- Świadoma zgoda na zastosowanie terapii lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi
- Oświadczenie o odbiorze leku
- Indywidualna Karta Leczenia Chorego

*Załącznik nr 58. Świadoma zgoda na zastosowanie terapii lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi*

załącznik nr 4b do zarządzenia  
Nr 68/2011/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 19 października 2011 r.

### **FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZASTOSOWANIE TERAPII LEKIEM POZA WSKAZANIAMI REJESTRACYJNYMI**

Ja, niżej podpisany/a

.....

Oświadczam, że przeczytałem/am i zrozumiałem/am informacje dotyczące zastosowania leku:

.....

nazwa międzynarodowa substancji czynnej/nazwa handlowa leku/

poza wskazaniami rejestracyjnymi oraz otrzymałem/am wyczerpujące i satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na terapię lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi i jestem świadomy/a, że w każdej chwili mogę zaprzestać dalszej części terapii. Przez podpisanie zgody na terapię lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi, nie zrzekam się żadnych, należnych mi praw. Otrzymałem/łam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Oświadczam, że nie uczestniczę w sponsorowanym badaniu klinicznym z zastosowaniem w/w leku.

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) .....

Podpis świadczeniobiorcy (lub opiekuna prawnego)

.....

Data złożenia podpisu (świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

.....



załącznik nr 4b do zarządzenia  
Nr 68/2011/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 19 października 2011 r.

**OŚWIADCZENIE LEKARZA ODPOWIEDZIALNEGO ZA ZASTOSOWANIE LEKU POZA  
WSKAZANIAMI REJESTRACYJNYMI**

Oświadczam, że omówiłem/am przedstawione badania z świadczeniobiorcą używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem/am informacji dotyczących natury i znaczenia terapii lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi oraz możliwych działań niepożądanych.

.....  
nazwa międzynarodowa substancji czynnej / nazwa handlowa leku/

Oświadczam, że Pan/Pani  
(imię i nazwisko - drukowanymi literami) .....  
nie został/a zakwalifikowany/ana do badania klinicznego sponsorowanego w miejscu udzielania świadczeń w okresie trwania terapii z zastosowaniem w/w produktu leczniczego oraz nie jest mi znany fakt uczestniczenia w/w świadczeniobiorcy w badaniu klinicznym sponsorowanym z zastosowaniem w/w produktu leczniczego.

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) .....

Podpis .....

Data złożenia podpisu .....



36	USG transrektalne jelita grubego			
37	Echo serca			
38	EKG			
39	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa /BAC/ pod kontrolą usg z jednego narządu- więcej niż jedno miejsce diagnozowane			
40	Cellblock z badaniem HP			
41	Immunofenotyp komórek hemopoetycznych - barwienie cytoplazmatyczne			
42	Badanie immunohistochemiczne na materiale parafinowym i na preparatach cytologicznych			
43	Konsultacja histopatologiczna i cytologiczna			
44	Test w kierunku HIV			
45	Usg obwodowe węzłów chłonnych			
46	ASDK -amb. Świadczenia diagnostyczne kosztochłonne			
	1.....			
	2.....			
47	Inne świadczenia opieki zdrowotnej			
	1.....			
	2.....			

Stosowanie powyższych druków oraz ich wzory zostały określone zapisami zarządzenia.

### Świadoma zgoda na zastosowanie terapii lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi

W przypadku stosowania substancji czynnej w leczeniu nowotworów złośliwych poza jej wskazaniami rejestracyjnymi, świadczeniodawca jest zobowiązany uzyskać pisemną zgodę pacjenta. Zgoda ta powinna być dołączona do indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

### Oświadczenie o odbiorze leku

W przypadku wydania przez świadczeniodawcę pacjentowi chemioterapeutyku do stosowania w warunkach domowych, świadczeniobiorca lub osoba upoważniona do odbioru leku każdorazowo wypełnia oświadczenie o odbiorze leku. Oświadczenie to dołączane jest do historii choroby pacjenta.

### Indywidualna Karta Leczenia Chorego

Indywidualna Karta Leczenia Chorego stanowi udokumentowanie realizacji świadczenia okresowej oceny skuteczności chemioterapii. W związku z realizacją oraz rozliczeniem tego świadczenia karta musi zostać dołączona do dokumentacji pacjenta.

Okresowa ocena skuteczności chemioterapii realizowana jest w trybie jednodniowym lub ambulatoryjnym. Karta Leczenia Chorego stanowić będzie zatem element historii choroby oddziału udzielającego świadczeń w trybie jednodniowym oraz historii zdrowia i choroby poradni specjalistycznej.

Okresowa ocena skuteczności chemioterapii realizowana jest nie częściej niż raz na miesiąc i nie rzadziej niż raz na trzy miesiące, i jest kompleksowym świadczeniem składającym się z porady specjalistycznej oraz wykonywanych w trakcie tej porady badań laboratoryjnych lub obrazowych, zgodnie z obowiązującymi opartymi o aktualną wiedzę medyczną zasadami postępowania medycznego przy leczeniu nowotworów chemioterapią.

Zakres wykonywanych badań, a zatem wtórnie zakres danych, jakie obejmować będzie karta, powinien być dostosowany do nowotworu, którego leczenie jest monitorowane.

### **6.9. Dokumentacja wymagana zapisami zarządzenia Prezesa NFZ w związku z realizacją świadczeń rehabilitacji leczniczej**

W oddziałach realizujących świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, na udzielanie których podmiot posiada zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, prowadzona jest dodatkowo dokumentacja (oprócz dokumentacji wynikającej z Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania) wymagana zapisami Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

W warunkach stacjonarnych oddziałów szpitalnych prowadzone są świadczenia:

- rehabilitacji ogólnoustrojowej
- rehabilitacji neurologicznej
- rehabilitacji kardiologicznej
- rehabilitacji pulmonologicznej

W przypadku wszystkich powyższych świadczeń konieczne jest udokumentowanie realizacji procedur medycznych przedstawionych do rozliczenia, np.: karty zabiegów, karty prowadzonych terapii (afazji, defektów mowy, terapii psychologicznej lub neurologopedycznej), opisy konsultacji psychologicznej lub psychiatrycznej.

Do dokumentacji w oddziale realizującym świadczenia z zakresu rehabilitacji neurologicznej tworzona jest dokumentacja dodatkowa.

W związku z realizacją świadczenia rehabilitacji neurologicznej należy dokonać oceny ciężkości stanu klinicznego pacjenta. Zakwalifikowanie świadczeniobiorcy do danej grupy, poprzez którą następuje rozliczenie świadczeń, odbywa się w oparciu o wynik przeprowadzonej oceny.

Skale, wskazane w zarządzeniu Prezesa NFZ, służące do oceny stanu ciężkości stanu klinicznego pacjenta:

- Skala dla typowych czynność dnia codziennego - Barthel ADL
- Skala urazów rdzenia kręgowego-ASIA
- Zaburzenia funkcji poznawczo-behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy oraz połykania – po nabytych uszkodzeniach mózgu (neurologia chorych dorosłych)
- Zaburzenia znacząco zwiększające wymagania rehabilitacyjne/pielęgnacyjne rehabilitacja neurologiczna dzieci
- System klasyfikacji funkcji motoryki dużej – rozszerzony i poprawiony

Wzory powyższych skal oraz ich opisy stanowią załączniki do zarządzenia Prezesa NFZ.

*Załącznik nr 61. Skala Barthel ADL*

**Skala dla typowych czynność dnia codziennego - Barthel ADL**

<b>Kontrola zwieraczy odbytu</b>	0 1 2	nietrzymanie stolca lub konieczność stosowania lewatywy rzadko brak kontroli (np. raz w tygodniu) pełna
<b>Kontrola zwieraczy pecherza</b>	0 1 2	nietrzymanie moczu lub chory z cewnikiem nie potrafiący samodzielnie posługiwać się nim rzadko brak kontroli (rzadziej niż raz dziennie) pełna lub chory z cewnikiem potrafi się nim samodzielnie posługiwać
<b>Dbłość o własną osobę</b>	0 1	Potrzuje pomocy w podstawowych czynnościach (mycie zębów, czesanie włosów, golenie, mycie się) niezależny (nawet jeżeli odpowiednie przedmioty są podawane przez osobę opiekującą się)
<b>Korzystanie z toalety</b>	0 1 2	zależny od otoczenia potrzebuje pomocy przy korzystaniu niezależnie siada i wstaje z toalety, ubiera się, wyciera
<b>Jedzenie</b>	0 1 2	nie potrafi jeść samodzielnie bez pomocy potrzebuje pewnej pomocy (np. krojenie, rozsmarowywanie) lecz je samodzielnie samodzielnie (jeśli ma przygotowane jedzenie)
<b>Przesiadanie się</b>	0 1 2 3	nie potrafi przesiąść się z łóżka na fotel, nie potrafi siedzieć potrzebuje znacznej pomocy potrzebuje niewielkiej pomocy nie potrzebuje pomocy
<b>Poruszanie się</b>	0 1 2 3	unieruchomiony samodzielnie porusza się na wózku inwalidzkim w domu chodzi z pomocą lub pod kontrolą jednej osoby chodzi samodzielnie (może używać przyrządu)
<b>Ubieranie się</b>	0 1 2	całkowicie zależny od otoczenia potrzebuje pomocy samodzielnie, łącznie z zapinaniem guzików i zamków błyskawicznych
<b>Chodzenie po schodach</b>	0 1 2	niewykonalne potrzebuje pomocy lub kontroli samodzielnie chodzi w górę i w dół
<b>Kąpiel</b>	0 1	potrzebuje pomocy samodzielnie może się kąpać lub brać prysznic, potrafi wejść i wyjść bez pomocy

Charles Warlow, Neurologia, PZWL 1996,76.

## Załączniki nr 62 i 63. ASIA schemat i ASIA opisowa

załącznik nr 6c do zarządzenia Nr 53/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

### Skala urazów rdzenia kręgowego-ASIA

Patient Name \_\_\_\_\_  
 Examiner Name \_\_\_\_\_ Date/Time of Exam \_\_\_\_\_

**ASIA** STANDARD NEUROLOGICAL CLASSIFICATION OF SPINAL CORD INJURY **ISCS**

**MOTOR**  
 KEY MUSCLES (scoring on each side)

C5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elbow flexors
C6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wrist extensors
C7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elbow extensors
C8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Finger flexors (distal phalanx of middle finger)
T1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Finger abductors (little finger)

UPPER LIMB TOTAL (MAXIMUM)  +  =   
 (25) (25) (50)

Comments: \_\_\_\_\_

**LOWER LIMB**  
 KEY MUSCLES (scoring on each side)

L2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hip flexors
L3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knee extensors
L4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ankle dorsiflexors
L5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Long toe extensors
S1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ankle plantar flexors

Voluntary anal contraction (Weak/No)  S4-S5

LOWER LIMB TOTAL (MAXIMUM)  +  =   
 (25) (25) (50)

**SENSORY**  
 KEY SENSORY POINTS

0 = absent  
 1 = impaired  
 2 = normal  
 NT = not testable

Any anal sensation (Yes/No)  (max: 112)  
 PIN PRICK SCORE (max: 112)  
 LIGHT TOUCH SCORE (max: 112)

**NEUROLOGICAL LEVEL**  
 The most caudal segment with normal function

COMPLETE OR INCOMPLETE?  
 Incomplete - Any sensory or motor function in S4-S5

ASIA IMPAIRMENT SCALE

ZONE OF PARTIAL PRESERVATION  
 Limited sensory or motor preservation

SENSORY MOTOR

*This form may be copied freely but should not be altered without permission from the American Spinal Injury Association.*

Walter G. Bradley i wsp. Neurologia w Praktyce Klinicznej, A. Prusiński (red.), Czelej, Lublin 2006, wyd. 1, Tom II. 1371-1372.

[http://www.asia-spinalinjury.org/publications/Autonomic\\_Standards\\_Assessment\\_Form\\_FINAL\\_2009.pdf](http://www.asia-spinalinjury.org/publications/Autonomic_Standards_Assessment_Form_FINAL_2009.pdf)

załącznik nr 6c do zarządzenia Nr 53/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 września 2010 r.

### Skala uszkodzeń Funkcjonalnych Klasyfikacji Urazów Rdzenia Kręgowego

American Spinal Cord Injury / International Medical Society of Paraplegia (ASIA/IMSOP)

<b>Stopień A</b>	Calkowite	Brak zachowanej funkcji czuciowej lub ruchowej w segmentach krzyżowych S4-S5
<b>Stopień B</b>	Niecałkowite	Zachowana funkcja czuciowa, lecz brak funkcji ruchowej poniżej poziomu neurologicznego (neurological level) [czyli poziomu uszkodzenia rdzenia- przyp. red.] wraz z segmentami krzyżowymi S4-S5
<b>Stopień C</b>	Niecałkowite	Zachowana funkcja ruchowa poniżej poziomu neurologicznego, a większość mięśni kluczowych poniżej poziomu neurologicznego ma stopień <3
<b>Stopień D</b>	Niecałkowite	Zachowana funkcja ruchowa poniżej poziomu neurologicznego oraz większość mięśni kluczowych poniżej poziomu neurologicznego ma stopień ≥3
<b>Stopień E</b>	Prawidłowe	Funkcja czuciowa i ruchowa prawidłowe

Walter G. Bradley i wsp. Neurologia w Praktyce Klinicznej, A. Prusiński (red.), Czelej, Lublin 2006, wyd. 1, Tom II. 1371-1372.

<http://www.asia-spinalinjury.org/>

**Załącznik nr 64. Zaburzenia znacząco zwiększające wymagania rehabilitacyjne / pielęgnacyjne - rehabilitacja neurologiczna dzieci**

**Zaburzenia funkcji poznawczo-behawioralnych oraz motoryczne zaburzenia czynności mowy oraz połykania – po nabytych uszkodzeniach mózgu (neurologia chorych dorosłych)**

**Typ dysfunkcji i skala głębokości zaburzenia**

Rodzaj dysfunkcji	Stopień nasilenia				
	0	1	2	3	4
A. Zaburzenia mowy					
B. Zaburzenia językowe					
C. Zaburzenia komunikacji interpersonalnej (inne niż dyzartria i afazja)					
D. Zaburzenia systemów uwagi					
E. Zaburzenia funkcji pamięciowych					
F. Zaburzenia wyższej organizacji ruchu (apraksje)					
G. Zaburzenia percepcyjne (agnozje)					
H. Zaburzenia systemu wykonawczego (programowania i kontroli świadomych zachowań celowych)					
I. Zaburzenia emocjonalno-osobowościowe					
J. Zaburzenia połykania (dysfagia)					

- A.** Zaburzenia mowy o charakterze dyzartrii lub apraksji mowy; dotyczą artykulacji, fonacji, prozodii lub motorycznych aspektów czynności mówienia (terapia realizowana przez neurologopedę)
- B.** Zaburzenia językowe i mowy (afazje); dotyczą programowania i realizacji wielu różnych czynności językowych i objawiają się zaburzeniami nazywania, powtarzania, tworzenia zdania, przetwarzania informacji językowej i rozumienia języka na różnym poziomie złożoności wypowiedzi; dotyczą języka mówionego oraz pisanego (terapia prowadzona przez neuropsychologa lub neurologopedę)
- C.** Zaburzenia komunikacji interpersonalnej (inne niż afazja i dyzartria); brak kompetencji do nawiązywania jakiegokolwiek kontaktu międzyosobniczego, trudności z wyrażaniem komunikatów przy użyciu gestykulacji, mimiki lub innych pozajęzykowych środków wyrazu; trudności ze zrozumieniem wymienionych form ekspresji wyrażanej przez innych. Deficyty łagodniejsze dotyczą praktycznych aspektów komunikacji takich jak rozumienie kontekstu, przekazu emocjonalnego w komunikacji oraz innych form przetwarzania informacji językowej w kontekście komunikacji społecznej (terapia prowadzona przez neuropsychologa lub neurologopedę)
- D.** Zaburzenia systemów uwagi. Terapia dotyczy przede wszystkim zespołu zaniebdywania jednostronnego (deficyt nieuwagi stronnej) oraz zaburzeń czujności i podzielności uwagi w wyniku uszkodzenia neuronalnego układu funkcjonalnego dla uwagi (terapia prowadzona przez neuropsychologa)
- E.** Zaburzenia różnych funkcji pamięciowych; przede wszystkim zespoły amnestyczne w wyniku uszkodzenia obustronnego formacji hipokampa (np. w konsekwencji opryszczkowego zapalenia mózgu), uszkodzenia podstawnego przodomózgowia (np. w konsekwencji pęknięcia tętniaka na tętnicy łączącej przedniej powikłane skurczem naczyńowym) oraz międzymózgowia (np. uszkodzenia ciał suteczkowa-

- tych i przedniego wzgórza w wyniku incydentów naczyniowych) (terapia prowadzona przez neuropsychologa)
- F. Zaburzenia wyższej organizacji ruchu (apraksje); zaburzenia inicjowania, organizacji przestrzennej oraz pamięci złożonych aktywności ruchowych (terapia prowadzona przez neuropsychologa)
  - G. Zaburzenia wyższej organizacji spostrzegania; deficyty powstałe w wyniku uszkodzenia asocjacyjnych części kory w zakresie różnych modalności zmysłowych; np. agnozja wzrokowa, słuchowa, astereognozja oraz zaburzenia poznawczego aspektu czynności okulomotorycznej (terapia prowadzona przez neuropsychologa)
  - H. Dysfunkcje systemu wykonawczego czyli regulującego inicjowanie, programowanie, kontrolę i przewidywanie skutków zachowań celowych; konsekwencje uszkodzeń neuronalnych systemów przedczołowo – podstawnych powstałych w wyniku patologii o różnej etiologii, szczególnie pourazowej (terapia prowadzona przez neuropsychologa)
  - I. Zaburzenie sfery emocji, afektu i osobowości w konsekwencji nabytego uszkodzenia mózgu; również zaburzenia funkcjonowania emocjonalnego u bliskich osoby z nabytym ciężkim uszkodzeniem mózgu (psychoedukacja terapia wspierająca wobec rodziny chorego) (terapia prowadzona przez neuropsychologa lub psychologa klinicznego - psychoterapeutę)
  - J. Zaburzenia połykania (dysfagia) związane z dysfunkcją czynności żucia, formowania kęsa i aktywnego kontrolowania procesu połykania w fazie ustnej i gardłowej; wprowadzenie technik specyficznej stymulacji funkcji połykania (terapia prowadzona przez neurologopedę).

#### **Skala opisu głębokości deficytu**

0 – brak zaburzeń

1 – śladowe zaburzenia funkcji, ale nie wpływające zasadniczo na funkcjonowanie w codziennych sytuacjach życiowych

2 – lekkie zaburzenia funkcji wpływające na funkcjonowanie w codziennych sytuacjach życiowych

3 – zaburzenia funkcji w umiarkowanym nasileniu zakłócające wyraźnie codzienne funkcjonowanie

4 – zaburzenie funkcji w stopniu ciężkim uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie w sytuacjach codziennych



*Załącznik nr 65. System klasyfikacji funkcji motoryki dużej – rozszerzony i poprawiony GMFCS*

załącznik nr 6d do zarządzenia Nr 53/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 września 2010 r.

## **GMFCS (Gross Motor Function Classification System – (Expanded and Revised)**

## **SYSTEM KLASYFIKACJI FUNKCJI MOTORYKI DUŻEJ – ROZSZERZONY I POPRAWIONY**

**GMFCS Robert Palisano, Peter Rosenbaum, Doreen Bartlett, Michael Livingston, 2007**

CanChild Centre for Childhood Disability Research, McMaster University

**GMFCS Robert Palisano, Peter Rosenbaum, Stephen Walter, Dianne Russell, Ellen Wood, Barbara Galuppi, 1997**

CanChild Centre for Childhood Disability Research, McMaster University

(Reference: Dev Med Child Neurol 1997;39:214-223)

**Odpowiedzialna za skalę: dr n. bio. Ewa Gajewska Katedra Fizjoterapii,  
Reumatologii i Rehabilitacji,**

**Zakład Fizjoterapii Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**

mail [karasinska1@wp.pl](mailto:karasinska1@wp.pl)

### **WSTĘP I WSKAZÓWKI DLA UŻYTKOWNIKA**

Podstawą Systemu Klasyfikacji Funkcji Motoryki Dużej GMFCS w mózgowym porażeniu dziecięcym jest samodzielnie zapoczątkowany ruch, zwłaszcza siedzenie, zmiana pozycji i przemieszczanie się. Tworząc pięciopoziomowy system klasyfikacji naszym podstawowym kryterium było to, aby różnice między poziomami miały znaczenie w życiu codziennym. Podstawą rozróżnień są ograniczenia funkcjonalne, potrzeba stosowania ręcznych przyrządów wspomagających poruszanie się (takich jak balkoniki, kule czy laski) lub poruszania się na wózku, a w mniejszym stopniu jakość ruchu. Różnice między Poziomami I i II nie są tak wyraźne jak różnice między innymi poziomami, zwłaszcza dla niemowląt poniżej 2 lat.

Rozszerzona wersja GMFCS (2007) obejmuje przedział wieku dla młodzieży od 12 do 18 lat i podkreśla pojęcia obecne w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) Światowej Organizacji Zdrowia. Zachęcamy użytkowników do uświadomienia sobie wpływu, jaki czynniki **środowiskowe** i **osobiste** mogą mieć na to, co wykonują dzieci i młodzież. GMFCS kładzie nacisk na ustalenie, który poziom najlepiej reprezentuje **aktualne umiejętności i ograniczenia w funkcji motoryki dużej dziecka**. W centrum zainteresowania znajduje się zwykle **działanie** dziecka w domu, szkole i swoim środowisku (tj. co robi), a nie to, co według naszej wiedzy jest w stanie wykonać będąc w najlepszej formie (zdolność do wykonania czegoś).

Dlatego ważne jest, aby klasyfikować obecne działanie funkcji motoryki dużej, a nie uwzględniać ocen na temat jakości ruchu albo przewidywania poprawy.

Tytułem dla każdego poziomu jest sposób poruszania się, który jest najbardziej charakterystyczny po 6 roku życia. Opisy funkcjonalnych umiejętności i ograniczeń dla każdego przedziału wiekowego są szerokie, a ich celem nie jest opisanie wszystkich aspektów funkcji poszczególnych dzieci. Na przykład niemowlę z hemiplegią, które nie jest w stanie pełzać na dłoniach i kolanach, ale poza tym pasuje do opisu Poziomu I (tj. potrafi podciągnąć się do stania i chodzić), będzie sklasyfikowane na Poziomie I. Skala jest porządkowa i nie należy odległości między poziomami traktować jako równych ani wnioskować, że liczba dzieci i młodzieży z porażeniem mózgowym jest taka sama na każdym poziomie. Podajemy streszczenie różnic dla każdej pary poziomów, aby pomóc w ustaleniu, który z poziomów najbardziej przypomina aktualną funkcję motoryki dużej.

Jesteśmy świadomi tego, że objawy funkcji motoryki dużej zależą od wieku, zwłaszcza w niemowlęctwie i wczesnym dzieciństwie. Dla każdego poziomu podajemy oddzielne opisy w różnych przedziałach wiekowych. Dzieci poniżej 2 lat należy oceniać w wieku skorygowanym, jeśli były wcześniakami. Opisy dla przedziałów 6 do 12 lat i 12 do 18 lat uwzględniają potencjalny wpływ czynników środowiskowych (np. odległości w szkole i środowisku) i czynników osobistych (np. wymogi energetyczne i upodobania społeczne) na sposób poruszania się.

Staraliśmy się podkreślić raczej umiejętności niż ograniczenia. Dlatego z reguły funkcja motoryki dużej dziecka, które potrafi wykonać czynności podane w opisie danego poziomu, będzie prawdopodobnie sklasyfikowane na tym poziomie lub powyżej tego poziomu funkcji; z kolei funkcja motoryki dużej dziecka, które nie potrafi wykonać czynności z danego poziomu, powinno być sklasyfikowane poniżej tego poziomu funkcji.

## DEFINICJE OPERACYJNE

**Chodzik podpierający ciało** – Urządzenie do poruszania się, które podpira miednicę i tułów. Dziecko jest wkładane do chodzika przez inną osobę.

**Ręczny przyrząd podpierający** – Laski, kule oraz przednie i tylne balkoniki, które nie podpierają tułowia podczas chodzenia.

**Fizyczna pomoc** – Inna osoba pomaga dziecku poruszać się.

**Elektryczne urządzenie do przemieszczania się** – Dziecko aktywnie kontroluje drążek albo elektryczny przełącznik, który umożliwia samodzielne przemieszczanie się. Urządzeniem może być wózek, skuter albo inny rodzaj elektrycznego urządzenia do poruszania się.

**Samodzielnie porusza koła ręcznego wózka** – Dziecko czynnie używa rąk i dłoni albo stóp do poruszania kołami i przemieszczania się.

**Wożony** – Osoba ręcznie pcha urządzenie do poruszania się (np. wózek inwalidzki, wózek dziecięcy), aby przewieźć dziecko z miejsca na miejsce.

**Chodzi** – O ile nie podano inaczej, wskazuje na brak fizycznej pomocy ze strony innej osoby oraz brak ręcznego przyrządu wspomagającego chodzenie. Może nosić ortezę (np. szyny).

**Wózek** – Odnosi się do każdego rodzaju urządzenia na kołach, które umożliwia poruszanie się (np. wózek spacerowy, wózek inwalidzki ręczny lub elektryczny).

## OGÓLNE NAGŁÓWKI DLA KAŻDEGO POZIOMU

POZIOM I – Chodzi bez ograniczeń

POZIOM II – Chodzi z ograniczeniami

POZIOM III – Chodzi z użyciem ręcznego przyrządu

POZIOM IV – Samodzielne poruszanie się z ograniczeniami; może korzystać z urządzenia elektrycznego

POZIOM V – Wożony na ręcznym wózku inwalidzkim

### RÓŻNICE MIĘDZY POZIOMAMI

**Różnice między Poziomem I i II** – W porównaniu z dziećmi i młodzieżą na Poziomie I, dzieci i młodzież na Poziomie II mają trudności z chodzeniem na długich dystansach i utrzymywaniem równowagi; mogą potrzebować ręcznego przyrządu podpierającego, kiedy uczą się chodzić; mogą korzystać z wózka, kiedy przemieszczają się na dłuższe dystanse na wolnym powietrzu i w swoim środowisku; muszą używać poręczy, kiedy wchodzą lub schodzą po schodach; gorzej radzą sobie z bieganiem i skakaniem.

**Różnice między Poziomem II i III** – Dzieci i młodzież na Poziomie II potrafią chodzić bez ręcznego przyrządu podpierającego po osiągnięciu wieku 4 lat (choć czasami mogą decydować się na zastosowanie takiego przyrządu). Dzieci i młodzież na Poziomie III potrzebują ręcznego przyrządu podpierającego, aby chodzić w pomieszczeniu, oraz korzystają z wózka na wolnym powietrzu i w swoim środowisku.

**Różnice między Poziomem III i IV** – Dzieci i młodzież na Poziomie III siedzą same albo potrzebują co najwyżej ograniczonego zewnętrznego podparcia, aby siedzieć, są bardziej niezależne w przemieszczaniu się na stojąco oraz chodzą z ręcznym przyrządem podpierającym. Dzieci i młodzież na Poziomie IV funkcjonują na siedząco (zwykle z podparciem), ale samodzielne przemieszczanie się jest ograniczone. Dzieci i młodzież na Poziomie IV są raczej wożone na ręcznym wózku inwalidzkim albo korzystają z wózka elektrycznego.

**Różnice między Poziomem IV i V** – Dzieci i młodzież na Poziomie V mają poważne trudności z kontrolowaniem głowy i tułowia i wymagają rozległej technologii i pomocy fizycznej. Dziecko jest w stanie samodzielnie się przemieszczać tylko, jeśli nauczy się używać wózka elektrycznego.

### SYSTEM KLASYFIKACJI FUNKCJI MOTORYKI DUŻEJ – ROZSZERZONY I POPRAWIONY

#### PRZED DRUGIMI ROKIEM ŻYCIA

**POZIOM I:** Niemowlęta siadają i wstają z siadania oraz siedzą na podłodze, mając ręce wolne do operowania przedmiotami. Niemowlęta pełzają na dłoniach i kolanach, podciągają się do stania i chodzą trzymając się mebli. Niemowlęta chodzą między 18 miesiącem a 2 rokiem życia bez pomocy przyrządu podpierającego.

**POZIOM II:** Niemowlęta utrzymują pozycję siedzącą na podłodze, ale mogą używać dłoni do podpierania się, aby utrzymać równowagę. Niemowlęta pełzają na brzuchu albo

na dłoniach i kolanach. Niemowlęta mogą podciągnąć się do stania i chodzić przy meblach.

**POZIOM III:** Niemowlęta utrzymują pozycję siedzącą na podłodze, kiedy mają podpartą dolną część pleców. Niemowlęta turlają się i czołgają się do przodu na brzuchu.

**POZIOM IV:** Niemowlęta trzymają głowę, ale potrzebują podparcia tułowia, aby siedzieć na podłodze. Niemowlęta potrafią przeturlać się na plecy i mogą przeturlać się na brzuch.

**POZIOM V:** Upośledzenia fizyczne ograniczają świadomą kontrolę ruchu. Niemowlęta nie są w stanie utrzymać antygravitacyjnej pozycji głowy i tułowia leżąc na brzuchu i siedząc. Niemowlęta potrzebują pomocy dorosłego, aby się przeturlać.

### **MIEDZY DRUGIM I CZWARTYM ROKIEM ŻYCIA**

**POZIOM I:** Dzieci siedzą na podłodze, mając ręce wolne do operowania przedmiotami. Siadają na podłodze i wstają bez pomocy dorosłego. Chodzenie jest preferowaną metodą przemieszczania się bez potrzeby wspomagania się przyrządem.

**POZIOM II:** Dzieci siedzą na podłodze, ale mogą mieć trudności z utrzymaniem równowagi, kiedy mają ręce wolne do operowania przedmiotami. Siadają na podłodze bez pomocy dorosłego. Dzieci podciągają się do stania na stabilnej powierzchni. Dzieci najchętniej przemieszczają się pełzając obustronnie na dłoniach i kolanach, trzymając się mebli albo chodząc ze wsparciem przyrządu.

**POZIOM III:** Dzieci utrzymują pozycję siedzącą na podłodze często siedząc w pozycji W (siedzą między zgiętymi i obróconymi do wewnątrz biodrami i kolanami) i mogą potrzebować pomocy dorosłego, aby usiąść. Dzieci pełzają na brzuchu albo na dłoniach i kolanach (często bez obustronnych ruchów nóg) i jest to ich podstawowy sposób samodzielnego przemieszczania się. Dzieci mogą podnieść się do stania na stabilnej powierzchni i przemieszczać się na krótkich dystansach. Dzieci mogą chodzić na krótkich dystansach używając ręcznego przyrządu (chodzika) i pomocy dorosłego przy skręcaniu.

**POZIOM IV:** Posadzone dzieci siedzą na podłodze, ale nie są w stanie utrzymać ustawienia w linii i równowagi bez podpierania się dłońmi. Dzieci często potrzebują przystosowawczego wyposażenia do siedzenia i stania. Aby przemieścić się samodzielnie na krótkich dystansach (w obrębie pokoju) turlają się, czołgają na brzuchu albo pełzają na dłoniach i kolanach bez obustronnego ruchu nóg.

**POZIOM V:** Upośledzenia fizyczne ograniczają świadomą kontrolę ruchu oraz zdolność do utrzymania antygravitacyjnej pozycji głowy i tułowia. Wszystkie obszary funkcji motorycznej są ograniczone. Przystosowawcze wyposażenie i wspomagająca technologia nie rekompensuje całkowicie ograniczeń funkcjonalnych w siedzeniu i staniu. Na Poziomie V dzieci nie potrafią samodzielnie poruszać się i są wożone. Niektóre dzieci przemieszczają się samodzielnie za pomocą elektrycznego wózka z rozległymi przystosowaniami.

## MIEDZY CZWARTYM I SZÓSTYM ROKIEM ŻYCIA

**POZIOM I:** Dzieci siadają na krześle i wstają z krzesła oraz siedzą na krześle bez potrzeby podpierania się dłonią. Dzieci wstają z siedzenia na podłodze i krześle do stania bez potrzeby wspierania się na przedmiotach. Dzieci chodzą w pomieszczeniach i na zewnątrz i wchodzą po schodach. Pojawia się umiejętność biegania i skakania.

**POZIOM II:** Dzieci siedzą na krześle mając ręce wolne do operowania przedmiotami. Dzieci wstają z podłogi i z krzesła do stania, ale często potrzebują stabilnej powierzchni, od której mogą się odepchnąć albo podciągnąć za pomocą rąk. Dzieci chodzą bez pomocy ręcznego przyrządu podpierającego w pomieszczeniu i na krótkich dystansach na poziomej powierzchni na zewnątrz. Dzieci wchodzą po schodach trzymając się poręczy, ale nie są w stanie biegać ani skakać.

**POZIOM III:** Dzieci siedzą na zwykłym krześle, ale mogą potrzebować podparcia dla miednicy lub tułowia, aby zwiększyć funkcję ręki. Dzieci siadają na krześle i wstają z krzesła wykorzystując stabilną powierzchnię, aby się odepchnąć lub podciągnąć rękoma. Dzieci chodzą z ręcznym przyrządem podpierającym na poziomych powierzchniach i wchodzą po schodach z pomocą dorosłego. Dzieci są często wożone, kiedy podróżują na długich dystansach albo na zewnątrz na nierównym terenie.

**POZIOM IV:** Dzieci siedzą na krześle, ale potrzebują dostosowanego siedziska do kontrolowania tułowia i zwiększania funkcji ręki. Dzieci siadają na krześle i wstają z krzesła z pomocą dorosłego albo wykorzystując stabilną powierzchnię, aby się odepchnąć lub podciągnąć rękoma. Dzieci mogą w najlepszym razie chodzić na krótkich dystansach z chodzikiem i pod nadzorem dorosłego, ale mają trudności ze skręcaniem i utrzymaniem równowagi na nierównych powierzchniach. Dzieci są wożone w środowisku. Dzieci mogą same się przemieszczać z zastosowaniem elektrycznego wózka inwalidzkiego.

**POZIOM V:** Upośledzenia fizyczne ograniczają świadomą kontrolę ruchu oraz zdolność do utrzymania antygravitacyjnej pozycji głowy i tułowia. Wszystkie obszary funkcji motorycznej są ograniczone. Przystosowawcze wyposażenie i wspomagająca technologia nie rekompensuje całkowicie ograniczeń funkcjonalnych w siedzeniu i staniu. Na Poziomie V dzieci nie mają sposobów samodzielnego poruszania się i są wożone. Niektóre dzieci przemieszczają się samodzielnie za pomocą elektrycznego wózka z rozległymi przystosowaniami.

## MIEDZY SZÓSTYM I DWUNASTYM ROKIEM ŻYCIA

**POZIOM I:** Dzieci chodzą w domu, szkole, na zewnątrz i w środowisku. Dzieci potrafią wchodzić na i schodzić z krawężników bez pomocy fizycznej oraz wchodzić i schodzić po schodach bez użycia poręczy. Dzieci realizują takie umiejętności motoryki dużej, jak bieganie i skakanie, ale szybkość, równowaga i koordynacja są ograniczone. Dzieci mogą brać udział w aktywności fizycznej i sportach w zależności od osobistych wyborów i czynników środowiskowych.

**POZIOM II:** Dzieci chodzą w większości miejsc. Dzieci mogą doświadczać trudności chodząc na długich dystansach i utrzymując równowagę na nierównym terenie, pochyłościach, w tłoku, w ograniczonych przestrzeniach albo kiedy niosą jakieś przedmioty. Dzieci wchodzą i schodzą po schodach trzymając się poręczy albo z fizyczną

pomocą, jeśli nie ma poręczy. Na zewnątrz i w środowisku dzieci mogą chodzić z pomocą fizyczną, z ręcznym przyrządem podpierającym albo korzystać z wózka inwalidzkiego, kiedy podróżują na większe odległości. Dzieci w najlepszym razie mają tylko minimalną zdolność, aby realizować takie umiejętności motoryki dużej, jak bieganie i skakanie. Ograniczenia w realizowaniu umiejętności motoryki dużej mogą rodzić konieczność tworzenia dostosowań, aby umożliwić dzieciom udział w aktywności fizycznej i sportach.

**POZIOM III:** Dzieci chodzą używając ręcznego przyrządu podpierającego w większości pomieszczeń. Kiedy siedzą, mogą potrzebować pasów do utrzymania ułożenia miednicy i równowagi. Wstawanie z siedzenia i z podłogi wymaga fizycznej pomocy ze strony innej osoby albo powierzchni do wsparcia się. Kiedy podróżują na długich dystansach, dzieci korzystają z wózka. Dzieci mogą wchodzić i schodzić po schodach trzymając się poręczy pod nadzorem lub z pomocą fizyczną. Ograniczenia w chodzeniu mogą powodować konieczność tworzenia dostosowań, aby umożliwić dzieciom udział w aktywności fizycznej i sportach, w tym samodzielne poruszanie kołami ręcznego wózka albo wózek elektryczny.

**POZIOM IV:** Dzieci korzystają z takich sposobów przemieszczania się, które wymagają pomocy fizycznej albo elektrycznego wózka w większości miejsc. Dzieci potrzebują przystosowanego siedzenia do kontroli tułowia i miednicy oraz zazwyczaj pomocy fizycznej przy zmianie pozycji. W domu dzieci przemieszczają się po podłodze (turlają się, czołgają lub pełzają), chodzą na krótkich dystansach z pomocą fizyczną albo korzystają z wózka elektrycznego. W domu lub w szkole dzieci mogą korzystać z chodzika podpierającego ciało, kiedy zostaną w nim ustawione. W szkole, na zewnątrz i w środowisku dzieci są wożone na ręcznym wózku albo korzystają z wózka elektrycznego. Ograniczenia w chodzeniu mogą powodować konieczność tworzenia dostosowań, aby umożliwić dzieciom udział w aktywności fizycznej i sportach, w tym pomoc fizyczna i/lub wózek elektryczny.

**POZIOM V:** Dzieci są wszędzie wożone na ręcznym wózku inwalidzkim. Dzieci mają ograniczoną zdolność do utrzymywania antygravitacyjnej pozycji głowy i tułowia i kontrolowania ruchów rąk i nóg. Stosuje się wspomagającą technologię, aby poprawić ułożenie głowy, siedzenie, stanie i/lub przemieszczanie się, ale wyposażenie nie rekompensuje całkowicie ograniczeń. Zmiany pozycji wymagają całkowitej pomocy fizycznej ze strony dorosłego. W domu dzieci mogą się przemieszczać na krótkich dystansach po podłodze albo mogą być noszone przez dorosłego. Dzieci mogą przemieszczać się samodzielnie za pomocą wózka elektrycznego z rozległymi dostosowaniami siedzenia i sposobu kontrolowania go. Ograniczenia w przemieszczaniu się mogą powodować konieczność tworzenia dostosowań, aby umożliwić dzieciom udział w aktywności fizycznej i sportach, w tym pomoc fizyczna i korzystanie z wózka elektrycznego.

### **MIEDZY DWUNASTYM I OSIEMNASTYM ROKIEM ŻYCIA**

**POZIOM I:** Dzieci chodzą w domu, szkole, na zewnątrz i w środowisku. Dzieci potrafią wchodzić na i schodzić z krawężników bez pomocy fizycznej oraz wchodzić i schodzić po schodach bez użycia poręczy. Dzieci realizują takie umiejętności motoryki dużej, jak bieganie i skakanie, ale szybkość, równowaga i koordynacja są ograniczone. Dzieci mogą brać udział w aktywności fizycznej i sportach w zależności od osobistych wyborów i czynników środowiskowych.

**POZIOM II:** Dzieci chodzą w większości miejsc. Na wybór sposobu przemieszczania się mają wpływ czynniki środowiskowe (takie jak nierówny teren, pochyłości, duże odległości, wymagania czasowe, pogoda i dopuszczalność w oczach rówieśników) oraz osobiste preferencje. W szkole lub pracy dzieci mogą dla bezpieczeństwa chodzić z ręcznym przyrządem podpierającym. Na zewnątrz i w środowisku dzieci mogą korzystać z wózka elektrycznego, kiedy podróżują na większe odległości. Wchodzą i schodzą po schodach trzymając się poręczy albo z pomocą fizyczną, jeśli nie ma poręczy. Ograniczenia w realizowaniu umiejętności motoryki dużej mogą rodzić konieczność tworzenia dostosowań, aby umożliwić dzieciom udział w aktywności fizycznej i sportach.

**POZIOM III:** Dzieci potrafią chodzić z użyciem ręcznego przyrządu podpierającego. W porównaniu z osobami na innych poziomach dzieci na poziomie III wykazują większe zróżnicowanie sposobów przemieszczania się w zależności od możliwości fizycznych oraz czynników środowiskowych i osobistych. Kiedy siedzą, mogą potrzebować pasów do utrzymania ułożenia miednicy i równowagi. Wstawanie z siedzenia i z podłogi wymaga fizycznej pomocy ze strony innej osoby albo powierzchni do wsparcia się. W szkole dzieci mogą samodzielnie poruszać koła ręcznego wózka inwalidzkiego albo korzystać z wózka elektrycznego. Na zewnątrz i w środowisku dzieci są wożone na wózku albo korzystają z wózka elektrycznego. Dzieci mogą wchodzić i schodzić po schodach trzymając się poręczy pod nadzorem lub z pomocą fizyczną. Ograniczenia w chodzeniu mogą powodować konieczność tworzenia dostosowań, aby umożliwić dzieciom udział w aktywności fizycznej i sportach, w tym samodzielne poruszanie kołami ręcznego wózka albo wózek elektryczny.

**POZIOM IV:** Dzieci korzystają z wózka w większości miejsc. Dzieci potrzebują przystosowanego siedzenia do kontroli tułowia i miednicy. Potrzebują pomocy fizycznej ze strony 1 lub 2 osób, aby zmienić pozycję. Dzieci mogą utrzymywać ciężar ciała na nogach, aby pomóc w zmianie pozycji w staniu. W pomieszczeniach dzieci mogą chodzić na krótkich dystansach z pomocą fizyczną, jeździć na wózku albo korzystać z chodzika podpierającego ciało, kiedy zostaną w nim ustawione. Dzieci są fizycznie zdolne do operowania wózkiem elektrycznym. Kiedy korzystanie z wózka elektrycznego nie jest możliwe, dzieci są wożone na ręcznym wózku. Ograniczenia w chodzeniu mogą powodować konieczność tworzenia dostosowań, aby umożliwić dzieciom udział w aktywności fizycznej i sportach, w tym pomoc fizyczna i/lub wózek elektryczny.

**POZIOM V:** Dzieci są wszędzie wożone na ręcznym wózku inwalidzkim. Dzieci mają ograniczoną zdolność do utrzymywania antygravitacyjnej pozycji głowy i tułowia i kontrolowania ruchów rąk i nóg. Stosuje się wspomagającą technologię, aby poprawić ułożenie głowy, siedzenie, stanie i/lub przemieszczanie się, ale wyposażenie nie rekompensuje całkowicie ograniczeń. Do zmiany pozycji potrzebna jest pomoc fizyczna 1 lub 2 osób lub mechaniczny podnośnik. Dzieci mogą przemieszczać się samodzielnie za pomocą wózka elektrycznego z rozległymi dostosowaniami siedzenia i sposobu kontrolowania go. Ograniczenia w przemieszczaniu się mogą powodować konieczność tworzenia dostosowań, aby umożliwić dzieciom udział w aktywności fizycznej i sportach, w tym pomoc fizyczna i korzystanie z wózka elektrycznego.

## 7. Dodatkowe uwagi i sugestie

W subiektywnej ocenie, podstawowe warunki, jakie należy spełnić, konstruując formularz dokumentacji, a następnie prowadząc historię choroby to:

### 1. Uwzględnienie we wzorze dokumentacji możliwości zawarcia wszystkich wymaganych danych.

Jak przedstawiono w powyższej opinii, historia choroby składa się z 3 części. Rozporządzenia Ministra Zdrowia określa obligatoryjny zakres informacji, jakie ujęte muszą zostać w ramach poszczególnych części oraz wskazuje dokumenty dodatkowe, które należy włączyć do dokumentacji.

Stworzony formularz dokumentacji musi zatem posiadać niezbędne miejsce dla odnotowania wszystkich powyższych danych.

Warto mieć na uwadze, iż w sytuacji gdy formularz narzuca obowiązek wypełnienia konkretnych pól oraz daje możliwość wyboru konkretnych kategorii, istnieje większe prawdopodobieństwo, iż zostanie on uzupełniony w sposób prawidłowy.

### 2. Zapewnienie czytelności dokumentacji

Jednym z podstawowych wymogów prowadzenia dokumentacji jest jej czytelność (§ 4 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobów jej przetwarzania).

Wymóg ten należy traktować szeroko. Nie oznacza on bowiem wyłącznie charakteru pisma. Dla zapewnienia czytelności formularza konieczne jest zaprojektowanie optymalnej ilości miejsca przeznaczonego na zapis określonych informacji. Ma to przede wszystkim największe zastosowanie w przypadku dokumentacji sporządzanej w formie papierowej. Niemniej jednak również elektroniczne postaci druków, zwłaszcza dodatkowych kart czy formularzy dołączanych do historii choroby, często ograniczają możliwości obszernego zapisania danych z badania czy operacji.

Nie należy przez to rozumieć, iż zalecamy tworzenie formularzy dokumentacji o nieograniczonej ilości miejsca. Jednakże miejsce właściwe dla zapisu określonych danych powinno wynikać z praktyki danego oddziału, a zatem zostać wypracowane wspólnie z personelem medycznym.

### 3. Zapewnienie chronologii dokumentacji

Chronologiczne prowadzenie wpisów w dokumentacji stanowi kolejny wymóg związany z jej sporządzaniem (§ 4 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobów jej przetwarzania).

Rozporządzenie, wymieniając poszczególne części dokumentacji, jednocześnie wskazuje ich kolejność. Kolejność ta wynika ściśle z przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego i musi zostać zachowana.

Z praktyki jednakże wynika, iż w wielu przypadkach już sama konstrukcja formularza historii choroby zaburzy ową chronologię. I tak np. w wielu szpitalach funkcjonują wciąż druki, w których rozpoznanie ostateczne znajduje się na pierwszej stronie, a zatem zaraz po informacjach dotyczących przyjęcia oraz przed danymi z przebiegu leczenia.



#### **4. Dostosowanie do specyfiki oddziału**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. z późn. zm. określa, jakie dane zawierać powinna historia choroby oraz jakie elementy dodatkowe powinny się w niej znaleźć. Można by zatem założyć, iż historia choroby w każdym oddziale wyglądać powinna identycznie.

Z wieloletniej praktyki wynika, iż założenie takie jest błędne. W zależności od specyfiki udzielanych świadczeń pojawiać się będą różnice chociażby w dokumentach dodatkowych.

I tak np. wśród dodatkowych dokumentów rozporządzenie wymienia protokół operacyjny, tymczasem zostanie on dołączony do dokumentacji jedynie w przypadku wykonania zabiegu, a zatem w oddziale zabiegowym.

W części placówek praktykuje się procedurę dołączania do dokumentacji wszystkich posiadanych elementów dodatkowych w każdym oddziale, które, jeśli nie były wykorzystywane w procesie leczenia, nie będą uzupełnione.

Procedura ta zwiększa ilość druków, jednocześnie nie zwiększając jakości historii choroby. Wskazać pragnę zatem na potrzebę dostosowania dokumentacji do specyfiki oddziału przy jednoczesnym zachowaniu spójności elementów podstawowych historii choroby w każdym oddziale danego szpitala.

Dostosowanie dokumentacji do specyfiki oddziału wymaga, by każdorazowo przyjęty druk formularza był wynikiem współpracy z personelem oddziału i stanowił zaadaptowanie posiadanych rozwiązań do potrzeb pracy w oddziale.

## 8. Dokumentacja zbiorcza

### Zasady prowadzenia dokumentacji zbiorczej w podmiotach prowadzących działalność leczniczą w zakresie leczenia szpitalnego i ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

#### Podstawy prawne:

*Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z późn. zm.*

Dokumentacja zbiorcza, zgodnie z § 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, odnosi się do ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych.

Tworząc dokumentację zbiorczą, należy mieć na uwadze zapisy § 11 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, wskazujące wymogi dotyczące prowadzenia dokumentacji zbiorczej:

*Dokumentacja zbiorcza, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1, numer kolejny wpisu, imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu 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.*

Każdy rodzaj dokumentacji zbiorczej powinien zatem zawierać oznaczenie podmiotu, którego dokumentacja ta dotyczy, kolejno numerowane wpisy, dane pacjentów, datę wpisu. Pozostałe dane, jakie obejmować będą chociażby określone księgi, zależne będą od przeznaczenia dokumentacji zbiorczej.

#### **8.1. Dokumentacja zbiorcza prowadzona przez podmiot udzielający świadczeń szpitalnych**

Zgodnie z zapisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z późn. zm. podmiot prowadzący szpital zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji zbiorczej wewnętrznej oraz zewnętrznej. Przy czym rozporządzenie precyzuje zasady prowadzenia dokumentacji zbiorczej wewnętrznej.

Prowadzenie dokumentacji zbiorczej zewnętrznej może stanowić wymagania innych przepisów prawa, zatem rozporządzenie dopuszcza możliwość jej prowadzenia.

Dokumentację zbiorczą wewnętrzną w szpitalu stanowią:

- 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 pielęgniarskich,
- g) księgi zabiegów,
- h) księgi bloku operacyjnego albo sali operacyjnej,

- i) księgi bloku porodowego albo sali porodowej,
- j) księgi noworodków,
- k) księgi pracowni diagnostycznej.

### **8.2. Księga główna przyjęć i wypisów**

W księdze głównej przyjęć i wypisów odnotowywane są zdarzenia związane z przyjęciami i wypisami pacjentów.

Księga oznaczona jest numerem oraz danymi administracyjnymi podmiotu, w którym jest prowadzona.

Poszczególne wpisy zaś odnoszą się do pojedynczego epizodu hospitalizacji. Jeden wpis w księdze zawierać będzie zatem informacje dotyczące przyjęcia oraz wypisu jednego pacjenta. Dla każdego pacjenta przyjmowanego do szpitala wpis w księdze zawierać będzie analogiczny zbiór danych. Księga ta jest bowiem zbiorczym zestawieniem dotyczącym wszystkich pacjentów. Każdy pojedynczy wpis oznaczony jest kolejnym numerem.

Warto nadto zauważyć, iż dla szpitala prowadzona jest jedna księga główna, niezależnie od ilości posiadanych oddziałów szpitalnych.

Wymogi dotyczące danych, jakie obejmować powinna księga główna przyjęć i wypisów, regulują zapisy § 26 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z późn. zm.:

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 – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta;
- 5) kody resortowe komórek organizacyjnych, w których pacjent przebywał;
- 6) rozpoznanie wstępne;
- 7) rozpoznanie przy wypisie;
- 8) określenie rodzaju leczenia, w tym istotne badania diagnostyczne, wszystkie zabiegi i operacje;
- 9) datę wypisu, a w przypadku zgonu pacjenta – datę zgonu;
- 10) adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany;
- 11) adnotację o zleceniu transportu sanitarnego, jeżeli zostało wydane;
- 12) adnotację o okolicznościach, o których mowa w art. 30 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 13) przyczyny zgonu, z podaniem ich numerów statystycznych określonych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
- 14) informację o ewentualnym pobraniu opłat na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
- 15) oznaczenie lekarza wypisującego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d;
- 16) numer karty depozytowej, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 40 ustawy.

### Objaśnienia:

**Do oznaczenia podmiotu**, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1, **należą:**

- a) nazwa podmiotu,
- b) 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. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.2) ), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
- c) nazwa i adres przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego,
- d) nazwa 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) nazwa 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.

**Adnotacja o okolicznościach, o których mowa w art. 30 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej** dotyczy transportu sanitarnego, którego koszt poniesie gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta w określonych sytuacjach:

1. *Gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku niemożności ustalenia miejsca zamieszkania właściwa ze względu na ostatnie miejsce pobytu pacjenta pokrywa koszty transportu sanitarnego pacjenta małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji do miejsca pobytu, jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta albo osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, nie odbiera pacjenta w wyznaczonym terminie.*
2. *Kierownik niezwł (burmistrza, prezydenta) o okoliczno . 1, i organizuje transport sanitarny na koszt gminy określonej e-go od przedstawiciela ustawowego pacjenta albo od pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny.*

Poprzez **oznaczenie lekarza wypisującego** rozumie się, w myśl § 10 ust. 1 pkt. 3 lit. a-d:

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej.

**Numer karty depozytowej**, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 40 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Karta depozytowa stanowi potwierdzenie przyjęcia rzeczy wartościowych pacjenta przekazywanych na czas hospitalizacji do depozytu. Oryginał karty depozytowej wydawany jest pacjentowi, kopia zaś przechowywana w księdze depozytów. W księdze głównej konieczne jest zapisanie jej numeru, jeśli została stworzona.

### **8.3. Księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć**

Wpisy w księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć dokonywane są wówczas, gdy epizod pobytu pacjenta w izbie przyjęć nie jest zakończony

decyzją o przyjęciu. Najczęstszym powodem odmowy przyjęcia jest decyzja lekarska o braku zasadności hospitalizacji, inną przyczyną może być chociażby brak zgody pacjenta na pobyt w szpitalu. Przy czym w przypadku ostatniej opisanej sytuacji adnotację taką należy ująć w księdze. Powinna ona zostać podpisana przez pacjenta. Jeśli natomiast pacjent odmawia jej podpisania, należy stosowną informację wpisać w księgę. Pojedynczy wpis w księdze dotyczyć będzie jednego pacjenta. Każdy wpis jest oznaczony numerem.

Księga oznaczona jest numerem, danymi podmiotu oraz informacjami dotyczącymi pacjenta i udzielonego mu świadczenia. Księga stanowi jednocześnie udokumentowanie zarówno odmowy przyjęcia do szpitala, jak również udzielonej porady ambulatoryjnej w izbie przyjęć. Odmowa przyjęcia jest bowiem wynikiem przeprowadzonej oceny lekarskiej w izbie przyjęć oraz wiąże się z udzieleniem porad lekarskiej.

Szczegółowe dane, jakie zawierać musi księga przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć, wskazuje § 27 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z późn. zm.:

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 – serię 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 produktach leczniczych wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom zapisanym na receptach wydanych pacjentowi;*
  - 10) *datę odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-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 otrzymuje pisemną informację o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach.*
3. *W przypadku gdy pacjent odmawia podpisania adnotacji o braku zgody, o której mowa w ust. 1 pkt 12, informację o tym zamieszcza się w księdze.*

Z perspektywy bezpieczeństwa zarówno placówki, jak i lekarza najistotniejsze zdaje się być wskazanie przyczyny odmowy przyjęcia do szpitala, opis udzielonego świadczenia w izbie przyjęć oraz przeprowadzonego wywiadu i badania przedmiotowego.

W związku z powyższym przyjęty wzór księgi musi przewidywać odpowiednią ilość miejsca dla zapisania powyższych informacji.

#### Objaśnienia:

**Do oznaczenia podmiotu**, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1 **należą:**

- a) nazwa podmiotu,
- b) 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. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.2) ), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
- c) nazwa i adres przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego,
- d) nazwa 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) nazwa 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;

Poprzez **oznaczenie lekarza kierującego** rozumie się, w myśl § 10 ust. 1 pkt. 3 lit. a-d:

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej.

Poprzez **oznaczenie lekarza** udzielającego świadczenia w izbie przyjęć i dokonującego wpisu w księdze rozumie się, w myśl § 10 ust. 1 pkt. 3:

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej,
- e) podpis.

#### **8.4. Księgi chorych oddziału**

Księga chorych oddziału sporządzana jest dla każdego oddziału szpitalnego. Stanowi ona zbiorczą informację o pacjentach przyjętych do oddziału oraz z niego wypisanych (niezależnie od trybu wypisu: zakończenie hospitalizacji, zgon, przeniesienie do innego oddziału). Pojedynczy wpis w księdze dotyczy jednego pacjenta. Każdy wpis jest numerowany. Sama księga również oznaczona jest numerem oraz danymi podmiotu.

Wykaz informacji, jakie zawierać powinna księga chorych oddziału, wskazuje § 29 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z późn. zm.:

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 – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość matki;
- 6) oznaczenie lekarza prowadzącego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit a-d;
- 7) datę i godzinę wypisu, przeniesienia do innego oddziału albo zgonu pacjenta;
- 8) rozpoznanie wstępne;
- 9) rozpoznanie przy wypisie albo adnotację o wystawieniu karty zgonu;
- 10) adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany;
- 11) oznaczenie lekarza wypisującego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit a-d.

Objaśnienia:

**Do oznaczenia podmiotu**, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1 **należą:**

- a) nazwa podmiotu,
- b) 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. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.2) ), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
- c) nazwa i adres przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego,
- d) nazwa 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) nazwa 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;

Poprzez **oznaczenie lekarza prowadzącego oraz lekarza wypisującego** rozumie się, w myśl § 10 ust. 1 pkt. 3 lit. a-d:

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej.

### **8.5. Księga raportów lekarskich**

Księga raportów lekarskich przeznaczona jest na zapisy raportów lekarzy odnoszących się do zdarzeń zaistniałych podczas dyżurów lekarskich. Księga oznaczona jest danymi podmiotu udzielającego świadczenia. Raport lekarski zaś zawiera kolejny numer wpisu, datę sporządzenia raportu oraz dane zależne od specyfiki oddziału, dotyczące:

- pacjentów przyjętych na oddział;
- pacjentów leczonych w oddziale, których stan wymaga opisu w raporcie;
- ;
- sytuacji nagłych wymagających opisu w raporcie lekarskim.

Raporty lekarskie mają szczególnie istotne znaczenie, gdy lekarz prowadzący opiekę nad pacjentem nie sprawował w danym dniu dyżuru. W oparciu o wpisy w księdze raportów może on zweryfikować stan zdrowia pacjenta oraz czy podejmowane były interwencje w przebiegu leczenia. Wpisy w księdze raportów autoryzowane są każdorazowo przez lekarza dokonującego wpisu.

Formalny wykaz danych, które zawierać musi księga raportów lekarskich, wskazuje § 30 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z późn. zm.:

Księga raportów lekarskich zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny wpisu;
- 3) datę sporządzenia raportu;
- 4) treść raportu, w szczególności imię i nazwisko pacjenta, a w razie potrzeby inne dane pozwalające na ustalenie tożsamości pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- 5) oznaczenie lekarza dokonującego wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

Objaśnienia:

**Do oznaczenia podmiotu**, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1 **należą:**

- a) nazwa podmiotu,
- b) 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. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.2), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
- c) nazwa i adres przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego,
- d) nazwa 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) nazwa 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.

Poprzez **oznaczenie lekarza dokonującego wpisu** rozumie się, w myśl § 10 ust. 1 pkt. 3:

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej,
- e) podpis.

### **8.6. Księga raportów pielęgniarских**

Księga raportów pielęgniarских przeznaczona jest na odnotowanie raportów pielęgniarских dotyczących realizowanego procesu pielęgnacji. Księga oznaczona jest danymi podmiotu oraz zawiera kolejno numerowane raporty pielęgniarских.

Raport pielęgniarских uwzględnia datę sporządzenia raportu z dyżuru oraz dane dotyczące:

- pacjentów przyjętych na oddział;
- pacjentów wypisanych do domu;



- pacjentów przeniesionych na inny oddział lub innego szpitala;
- pacjentów gorączkujących;
- pacjentów leczonych na oddziale, których stan wymaga opisu w raporcie;
- - sytuacji nagłych wymagających opisu w raporcie pielęgniarzkim.

Określenie danych, jakie zawierać powinna księga raportów pielęgniarzkich, zawiera § 31 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z późn. zm.:

Księga raportów pielęgniarzkich zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny wpisu;
- 3) treść raportu, w szczególności imię i nazwisko pacjenta, a w razie potrzeby inne dane pozwalające na ustalenie tożsamości pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- 4) statystykę oddziału, w tym liczbę osób przyjętych, wypisanych, zmarłych;
- 5) datę sporządzenia raportu;
- 6) oznaczenie pielęgniarki lub położnej dokonującej wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3

Objaśnienia:

**Do oznaczenia podmiotu**, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1 **należą:**

- a) nazwa podmiotu,
- b) 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. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.2), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
- c) nazwa i adres przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego,
- d) nazwa 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) nazwa 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;

Poprzez **oznaczenie pielęgniarki dokonującej wpisu** rozumie się, w myśl § 10 ust. 1 pkt. 3:

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej,
- e) podpis.

### **8.7. Księga zabiegów**

Księga zabiegów zawiera zbiorcze udokumentowanie realizowanych zabiegów. Opatrzona jest danymi podmiotu oraz uwzględnia kolejne numerowane wpisy dotyczące: pacjenta, zabiegu oraz osoby realizującej postępowanie zabiegowe.

Księga zabiegów zawiera dane zgodne z § 32 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z późn. zm.:

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

Objaśnienia:

**Do oznaczenia podmiotu**, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1, **należą:**

- a) nazwa podmiotu,
- b) 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. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.2), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
- c) nazwa i adres przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego,
- d) nazwa 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) nazwa 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;

Poprzez **oznaczenie lekarza zlecającego zabieg** rozumie się, w myśl § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d:

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej.

Poprzez **oznaczenie osoby wykonującej zabieg** rozumie się, w myśl § 10 ust. 1 pkt 3:

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej,
- e) podpis.

### 8.8. Księga bloku operacyjnego lub sali operacyjnej

Księga służy do zbiorczego dokumentowania wszystkich operacji wykonywanych w związku z pracą bloku lub sali operacyjnej. Opatrzona jest danymi podmiotu oraz zawiera numerowane wpisy dotyczące kolejnych zabiegów operacyjnych, w tym informacji o: pacjencie, operacji, zespole operującym.

Szczegółowe zasady prowadzenia księgi bloku operacyjnego reguluje § 33 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z późn. zm.

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

Objaśnienia:

**Do oznaczenia podmiotu**, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1, **należą:**

- a) nazwa podmiotu,
- b) 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. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.2), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
- c) nazwa i adres przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego,
- d) nazwa 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) nazwa 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;

Poprzez **oznaczenie lekarza kierującego na zabieg lub operację**, rozumie się zgodnie z §10 ust. 1 pkt. 3 lit. a-d:

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej.

W przypadku gdy kierującym jest inny podmiot, księga zawierać musi także oznaczenie tego podmiotu.

**Oznaczenie lekarza kwalifikującego pacjenta do zabiegu lub operacji** musi zawierać:

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej.

**Oznaczenie lekarza anestezjologa** uwzględnia:

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej.

Dane należące do **oznaczenia osób wchodzących w skład zespołu operacyjnego, zespołu zabiegowego, zespołu anestezjologicznego**, to:

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej,
- e) podpis.

Zwracam zatem uwagę na konieczność autoryzacji, poprzez dane identyfikacyjne oraz podpis, wpisów w księdze bloku operacyjnego przez osoby wchodzące w skład zespołów odpowiednio: operacyjnego, zabiegowego, anestezjologicznego. Ponadto należy dokonać wyróżnienia osoby kierującej wykonaniem operacji lub zabiegu.

### **8.9. Księga bloku porodowego lub sali porodowej**

Księga bloku porodowego lub sali porodowej zawiera oznaczenie podmiotu oraz szczegółowe dane dotyczące porodów. Każdy wpis uwzględnia informacje dotyczące pojedynczego porodu, w tym: dane pacjentki, szczegółowy opis przebiegu porodu oraz dane lekarza lub położnej.

Wpisu w księdze dokonuje lekarz lub położna przyjmujący poród.

Dane, jakie uwzględniać musi księga, reguluje § 34 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z późn. zm.:

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

#### Objaśnienia:

**Do oznaczenia podmiotu**, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1, **należą:**

- a) nazwa podmiotu,
- b) 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. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.2), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
- c) nazwa i adres przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego,
- d) nazwa 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) nazwa 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;

Poprzez **oznaczenie lekarza anestezjologa, lekarza, położnej przyjmującej poród**, rozumie się, w myśl §10 ust. 1 pkt. 3

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej.
- e) podpis.

#### **8.10. Księga noworodków**

W księdze noworodków zawarte są dane dotyczące noworodków urodzonych w danym szpitalu. Noworodki urodzone poza szpitalem, a przyjmowane do szpitala, wpisywane są do księgi głównej przyjęć i wypisów.

Dane, jakie zawierać powinna księga noworodków, zostały ściśle określone zapisami § 35 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z późn. zm.:

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 – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 4) datę urodzenia noworodka, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 5) dane dotyczące noworodka:
  - a) płeć,
  - b) masę ciała,
  - c) długość ciała,
  - d) ocenę według skali Apgar;
- 6) datę wypisu noworodka, a w przypadku zgonu – datę zgonu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym oraz przyczynę zgonu.

Objaśnienia:

**Do oznaczenia podmiotu**, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1, **należą:**

- a) nazwa podmiotu,
- b) 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. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.2), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
- c) nazwa i adres przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego,
- d) nazwa 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) nazwa 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;

#### 8.11. Księga pracowni diagnostycznej

Księgi pracowni diagnostycznych prowadzone są w odniesieniu do świadczeń realizowanych w pracowniach. Dla każdej pracowni prowadzona jest odrębna księga. Zawiera ona dane dotyczące każdego kolejnego badania.

Księga może być prowadzona chociażby dla pracowni badań endoskopowych czy radiologicznych.

Wymagane dane ujęte w księdze określa § 36 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z późn. zm.:

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 – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość matki, oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta;
- 5) kod resortowy komórki organizacyjnej zlecającej badanie, a w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot – także oznaczenie tego podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 6) oznaczenie lekarza zlecającego badanie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit a-d;
- 7) adnotację o rodzaju badania;
- 8) oznaczenie osoby wykonującej badanie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

#### Objaśnienia:

**Do oznaczenia podmiotu**, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1 **należą:**

- a) nazwa podmiotu,
- b) 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. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.2), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
- c) nazwa i adres przedsiębiorstwa podmiotu - w przypadku podmiotu leczniczego,
- d) nazwa 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) nazwa 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;

Poprzez **oznaczenie lekarza zlecającego badania**, rozumie się (§10 ust. 1 pkt. 3 lit. a-d)

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej.

Poprzez **oznaczenie osoby realizującej badanie**, rozumie się (§10 ust. 1 pkt. 3)

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej.
- e) podpis.

#### **8.12.Księga depozytów**

Prowadzenie księgi depozytów stanowi udokumentowanie realizacji prawa pacjenta do przekazania rzeczy wartościowych do depozytu na czas hospitalizacji. Prawo to wpisane zostało w ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

W skład księgi depozytów wchodzi kopie kart depozytowych.

Dane, jakie zawierać powinna karta depozytowa, określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej:

1. Księga depozytów składa się z kopii kart depozytowych.
2. Karta depozytowa zawiera:

- 1) kolejny numer karty, odpowiadający numerowi kolejnego zapisu w księdze depozytowej;
  - 2) oznaczenie zakładu;
  - 3) dane osobowe niezbędne do zidentyfikowania pacjenta:
    - a) imię i nazwisko,
    - b) datę i miejsce urodzenia,
    - c) adres miejsca zamieszkania lub adres do korespondencji;
  - 4) spis rzeczy wartościowych oddanych do depozytu i ich opis;
  - 5) datę sporządzenia karty.
3. Karta depozytowa jest opatrzona własnoręcznymi podpisami osoby przyjmującej depozyt, o której mowa w § 5 ust. 1, oraz pacjenta.
4. W karcie depozytowej dokonuje się opisu rzeczy wartościowych oddanych do depozytu, określając ich cechy indywidualne, w szczególności nazwę, rodzaj, szacunkową wartość, barwę, markę i stan zużycia. W przypadku braku cech indywidualnych dokonuje się odpowiedniej adnotacji w karcie depozytowej.

### **8.13. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego**

Obowiązek prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego reguluje Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Art. 20. Ust. 2 pkt. 3 powyższego artykułu określa, jakie dane odnotowywane są na liście oczekujących.

Świadczeniodawca wpisuje za zgodą świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego:

- a) numer kolejny,
  - b) datę i godzinę wpisu,
  - c) imię i nazwisko świadczeniobiorcy,
  - d) numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy,
  - e) rozpoznanie lub powód przyjęcia,
  - f) adres świadczeniobiorcy,
  - g) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem,
  - h) termin udzielenia świadczenia,
  - i) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu
- w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia
- j) wpisuje datę i przyczynę skreślenia świadczeniobiorcy z prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia.

Jednocześnie tworząc dokumentację właściwą dla listy oczekujących na świadczenia zdrowotne, należy mieć na uwadze zapisy § 11 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, wskazujące wymogi dotyczące prowadzenia dokumentacji zbiorczej:

*Dokumentacja zbiorcza, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1, numer kolejny wpisu, imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu 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.*

Do 1 stycznia 2013 r. wymogi dotyczące prowadzenia dokumentacji listy oczekujących określone były w § 28 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Jednakże zapisy § 28 zostały uchylone na mocy zmiany rozporządzenia z dnia 29 grudnia 2012 r. z mocą obowiązywania z dniem 1 stycznia 2013 r.

Istotną uwagą praktyczną jest w tym przypadku zapewnienie miejsca w księdze na konieczność dokonania jej kontroli przez Zespół Oceny Przyjęć (w szpitalu) lub Kierownika Świadczeniodawcy (w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej).

#### **8.14. Dokumentacja zbiorcza prowadzona przez podmiot leczniczy udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych**

W myśl § 40 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, dokumentację zbiorczą w ramach udzielanych świadczeń ambulatoryjnych stanowią:

- a) księga przyjęć,
- b) kartoteka środowisk epidemiologicznych,
- c) księgi pracowni diagnostycznej,
- d) księgi zabiegów prowadzonej odrębnie dla każdego gabinetu zabiegowego,
- e) księga porad ambulatoryjnych dla nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej,
- f) listy oczekują publicznych.

Należy zauważyć, iż wymienione dokumenty zbiorcze odnoszą się do wszystkich świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnych, np. podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Właściwość poszczególnych ksiąg wynikać będzie z rodzaju udzielanych świadczeń.

#### **8.15. Księga przyjęć**

Księga przyjęć, prowadzona w ramach świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym, oznaczona jest danymi podmiotu oraz zawiera informacje dotyczące pacjentów zgłaszających się do placówki, a także udzielonych im świadczeń.

Szczegółowe dane, jakie zawierać powinna księga przyjęć, wskazuje § 44 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z późn. zm.:

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 – serię 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-d;
- 6) rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego;
- 7) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

Objaśnienia:

**Do oznaczenia podmiotu**, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1, **należą:**

- a) nazwa podmiotu,
- b) 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. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.2), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
- c) nazwa i adres przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego,
- d) nazwa jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku podmiotu leczniczego, w której strukturze organizacyjnej wyodrębniono jednostki organizacyjne,
- e) nazwa 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.

Poprzez **oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego** rozumie się, w myśl § 10 ust. 1 pkt. 3 lit. a-d:

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej.

### 8.16.Księga środowisk epidemiologicznych

Kartoteka środowisk epidemiologicznych prowadzona jest w podmiocie w sytuacji realizacji opieki środowiskowej. Będzie ona zatem charakterystyczna dla podstawowej opieki zdrowotnej.

Dane, jakie zawierać powinna kartoteka środowisk epidemiologicznych, wskazuje § 45 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z późn. zm.:

Kartoteka środowisk epidemiologicznych zawiera:

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

Objaśnienia:

**Do oznaczenia podmiotu**, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1, **należą:**

- a) nazwa podmiotu,
- b) 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. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.2), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część I systemu re-

- sortowych kodów identyfikacyjnych,
- c) nazwa i adres przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego,
  - d) nazwa 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) nazwa 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.

**Oznaczanie pacjenta zawiera dane**, zgodnie z art. 25 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

- a) nazwisko i imię (imiona),
- b) datę urodzenia,
- c) oznaczenie płci,
- d) adres miejsca zamieszkania,
- e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.

**Księga pracowni diagnostycznej oraz księga zabiegów** prowadzone w podmiocie udzielającym świadczeń ambulatoryjnych zawierają dane analogiczne dla zakresu informacji wymaganych w przypadku prowadzenia tych ksiąg przez podmioty prowadzące szpital (§ 32 oraz 36 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania).

Listy pacjentów oczekujących na świadczenie opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych również w przypadku opieki ambulatoryjnej oraz szpitalnej uwzględniają tożsame dane.

## 9. Podsumowanie

Jakość sporządzanej i prowadzonej dokumentacji medycznej w oddziałach szpitalnych oraz poradniach specjalistycznych ma istotne znaczenie zarówno w ujęciu klinicznym, kontrolnym, jak i sądowym.

Indywidualna dokumentacja medyczna powinna stanowić przede wszystkim odzwierciedlenie udzielonych pacjentowi świadczeń w ujęciu klinicznym. Niemniej jednak coraz częściej jest ona wykorzystywana w związku z postępowaniem roszczeniowym i odszkodowawczym. Co więcej, w przypadku podmiotów realizujących świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, dokumentacja jest potwierdzeniem prawidłowości rozliczenia tych świadczeń.

Powyższe argumenty przemawiają za koniecznością sporządzania historii choroby oraz historii zdrowia i choroby w sposób rzetelny oraz szczegółowy, a także chronologiczny oraz uporządkowany. Wymogi związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej określone zostały w przepisach prawa. Wskazuje je przede wszystkim Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Personel medyczny zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami, na co wskazują przedmiotowe ustawy stanowiące postawy prawne funkcjonowania zawodów medycznych.

Z praktyki wynika, iż w licznych przypadkach przepisy nie są znane lub też jasne dla osób sporządzających dokumentację. Często zatem nie są respektowane w procesie tworzenia dokumentacji. Co więcej, również w związku z tworzeniem wzorów formularzy dokumentacji przepisy prawa są pomijane. Tymczasem prawidłowo sporządzony formularz, zawierający wymagane elementy, znacząco podnosi jakość prowadzonej dokumentacji oraz jej zgodność z wymogami prawa.

Wzór formularza dokumentacji, czy to w formie papierowej czy elektronicznej, wymuszający zawarcie obowiązkowych informacji, skutkować będzie odnotowaniem wymaganych danych.

Jakość prowadzonej dokumentacji zależna jest zatem zarówno od wiedzy personelu medycznego, jak i prawidłowo zaprojektowanego formularza dokumentacji.

Z licznych analiz dokumentacji medycznej wynika bowiem, iż stosowane druki unieumożliwiają zawarcie wymaganych danych w sposób czytelny, szczegółowy oraz rzetelny.

Podczas licznych spotkań z personelem medycznym oraz zarządczym podmiotów leczniczych, pracownicy Kancelarii Doradczej Rafał Piotr Janiszewski podkreślają, iż należy dostosowywać formularze dokumentacji do obowiązujących przepisów prawa, nie zaś odwrotnie.

Na etapie konstruowania formularza należy zatem mieć na uwadze przede wszystkim wymogi związane ze sporządzaniem dokumentacji. Jednakże przepisy prawa nie określają, w większości przypadków, wzorów dokumentów oraz nie wskazują zamkniętego ich katalogu. Konieczne jest bowiem również dostosowanie wzorów dokumentacji oraz ich formy i rodzaju do specyfiki udzielanych świadczeń w danej jednostce (oddziale czy poradni).

W powyższym opracowaniu wskazano obowiązujące przepisy prawa związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej w oddziałach szpitalnych oraz ambulatoryjnych poradniach specjalistycznych. Wyróżniono również dokumenty, których sporządzanie wynika z zapisów umów zawartych z płatnikiem publicznym. Ponadto zaznaczono specyfikę dokumentacji w wybranych oddziałach.

Tworzenie wzorów dokumentacji medycznej musi przebiegać w sposób indywidualny dla danej jednostki, przy udziale personelu medycznego oraz zarządczego. Możliwe jest bowiem, przy jednoczesnym respektowaniu przepisów prawa, stworzenie rozwiązań akceptowalnych oraz użytecznych dla osób sporządzających dokumentację medyczną.

Pragnę dodatkowo zaznaczyć, iż przepisy związane ze sporządzaniem dokumentacji medycznej oraz wymogi płatnika, ulegają okresowym modyfikacjom. Zmiany te muszą być każdorazowo uwzględniane w dokumentacji medycznej z chwilą ich wejścia w życie.